

ความสัมพันธ์ระหว่างการควบคุมอารมณ์กับคุณภาพชีวิต ของผู้ป่วยวัยรุ่นโรคมะเร็ง*

ภววรรณตรี พลเยี่ยม¹ พย.ม
สุพัฒนา ศักดิษฐานนท์² ป.ร.ด.
พูลสุข ศิริพูล³ Ph.D. (Nursing)

บทคัดย่อ: การวิจัยเชิงพรรณนาเพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการควบคุมอารมณ์กับคุณภาพชีวิตของวัยรุ่นโรคมะเร็ง ศึกษาในวัยรุ่นโรคมะเร็ง อายุ 10 – 19 ปี เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง จำนวน 30 คน เก็บข้อมูลเดือนมิถุนายน พ.ศ. 2562 โดยใช้แบบสอบถามการควบคุมอารมณ์ (CVI=0.93, Reliability = 0.70) และแบบสอบถามคุณภาพชีวิตสำหรับวัยรุ่นโรคมะเร็ง (CVI =0.95, Reliability=0.83) วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน ผลการศึกษาพบว่า วัยรุ่นโรคมะเร็งมีอายุเฉลี่ย 12.57 ปี (SD=2.22) คะแนนเฉลี่ยการควบคุมอารมณ์ 69.83 (SD = 5.94) คะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตทั้งฉบับ 179.30 (SD=18.26) การควบคุมอารมณ์มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของวัยรุ่นโรคมะเร็งอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=0.39, p < 0.01$) พยาบาลควรส่งเสริมการควบคุมอารมณ์เพื่อช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิตในวัยรุ่นโรคมะเร็ง

คำสำคัญ: วัยรุ่นโรคมะเร็ง การควบคุมอารมณ์ คุณภาพชีวิต

*บทความนี้เป็นส่วนหนึ่งของวิทยานิพนธ์ เรื่อง ผลของการสวดมนต์และทำสมาธิต่อการควบคุมอารมณ์และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยวัยรุ่นโรคมะเร็ง ได้รับการสนับสนุนทุนวิจัยจากศูนย์วิจัยและฝึกอบรมเพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตคนวัยแรงงาน

¹ นักศึกษาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเด็ก คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

² ผู้ช่วยศาสตราจารย์ สาขาวิชาการพยาบาลเด็ก คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

³ รองศาสตราจารย์ สาขาวิชาการพยาบาลเด็ก คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

Correlation of Emotional Control and Quality of Life in Adolescents with Cancer*

Phawantree Ponyiem¹ M.N.S.

Supattana Sakdisthanont² Ph.D. (Nursing)

Pulsuk Siripul³ Ph.D. (Nursing)

Abstract: This descriptive research aimed to study the correlation between emotional control and quality of life in adolescents with cancer. The sample consisted of adolescents aged 10–19 years old, who had been diagnosed with cancer. Thirty adolescents were selected by purposive sampling method. Data were collected in June 2019. The research instruments were Emotional Control Questionnaire (CVI=0.93, reliability=0.70) and Quality of Life Questionnaire (CVI=0.95, reliability=0.83). Data were analyzed by descriptive statistics and Pearson's Product Moment Correlation. Results showed that adolescents with cancer had average aged of 12.57 years old (SD=2.22). The mean score of emotional control was 69.83 (SD=5.94). The mean score of quality of life was 179.30 (SD=18.26). Emotional control significantly positive correlated with quality of life ($r=0.39$, $p < 0.05$). Nurses should promote emotional control of adolescents with cancer, resulting in increasing their quality of lives.

Keywords: adolescents with cancer, emotional control, quality of life

**This research article is a part of Master of Nursing Science thesis on "the effects of chanting and meditation on emotional control and quality of life in adolescents with cancer," supported by Research and Training Center for Enhancing Quality of Life of Workers.*

¹ Master Student of Pediatric Nursing, Faculty of Nursing, KhonKaen University.

² Assistant Professor, Child Health Nursing, Faculty of Nursing, KhonKaen University.

³ Associate Professor, Child Health Nursing, Faculty of Nursing, KhonKaen University.

ความเป็นมาของปัญหา

โรคเมอเร็งเป็นโรคเรื้อรังที่มีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น และเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับที่สองในกลุ่มผู้ป่วยเด็กและวัยรุ่น จากสถิติทั่วโลกพบว่าจำนวนผู้ป่วยเด็กและวัยรุ่นที่ได้รับการวินิจฉัยโรคว่าเป็นโรคเมอเร็งทั้งหมด 15,270 คน มีจำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตจากโรคเมอเร็งจำนวน 1,790 คน คิดเป็นร้อยละ 11.74 นอกจากนี้ยังพบว่าโรคเมอเร็งมีแนวโน้มพบมากขึ้นในกลุ่มวัยรุ่นมากกว่าเด็กวัยอื่นๆ โดยพบมากในช่วงอายุ 10-19 ปี¹ จากสถิติของประเทศไทยพบวัยรุ่นโรคเมอเร็ง อายุ 10-19 ปี มีแนวโน้มเพิ่มมากกว่าเด็กวัยอื่นๆ ในปี พ.ศ. 2558 พบวัยรุ่นโรคเมอเร็งอายุ 10-19 ปี ร้อยละ 37.93 พ.ศ. 2559 พบร้อยละ 58.06 พ.ศ. 2560 พบร้อยละ 62.50² สอดคล้องกับสถิติของโรงพยาบาลศรีนครินทร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ที่รายงานสถิติวัยรุ่นโรคเมอเร็งมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น โดยพบว่าใน พ.ศ. 2560 ผู้ป่วยวัยรุ่นโรคเมอเร็ง อายุ 10-19 ปี ร้อยละ 44.32³ จากจำนวนผู้ป่วยเด็กและวัยรุ่นที่เจ็บป่วยด้วยโรคเมอเร็งทั้งหมด กล่าวได้ว่าประมาณครึ่งหนึ่งของเด็กที่เจ็บป่วยด้วยโรคเมอเร็งที่ได้รับการรักษาในโรงพยาบาลเป็นกลุ่มอายุที่อยู่ในช่วงวัยรุ่น

ธรรมชาติของวัยรุ่นแม้ไม่มีการเจ็บป่วยก็มีความยากลำบากในการควบคุมอารมณ์ของตนเอง เนื่องจากอารมณ์มีการแปรปรวนตามฮอร์โมนที่เปลี่ยนแปลง เมื่อเจ็บป่วยด้วยโรคเมอเร็งย่อมมีการควบคุมอารมณ์ได้น้อยลง การเจ็บป่วยด้วยโรคเมอเร็งต้องใช้เวลาในการรักษานาน อีกทั้งการรับรู้ของวัยรุ่นว่าโรคเมอเร็งมีความรุนแรงและมักเสียชีวิต ส่งผลให้วัยรุ่นโรคเมอเร็งเกิดความรุนแรงทางร่างกายและจิตใจเพิ่มมากขึ้น จากการเจ็บป่วยด้วยโรคเมอเร็งส่งผลกระทบต่อด้านอารมณ์และจิตใจของวัยรุ่น พบว่าทำให้

เกิดความวิตกกังวล เครียด⁴ เกิดความรู้สึกไม่แน่นอนในชีวิต เกิดภาวะซึมเศร้า โดยพบว่าอัตราการเกิดภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นโรคเมอเร็งสูงกว่าผู้ใหญ่โรคเมอเร็ง บางรายมีความคิดอยากฆ่าตัวตาย⁵ วัยรุ่นโรคเมอเร็งมีความสามารถในการควบคุมอารมณ์ตนเองลดลง ใช้อารมณ์แก้ปัญหา⁶ แสดงพฤติกรรมก้าวร้าว⁷ จากผลการวิจัยที่ผ่านมาสะท้อนว่า วัยรุ่นโรคเมอเร็งยังไม่มีความสามารถในการควบคุมอารมณ์ได้ดีพอซึ่งปัญหาที่เกิดขึ้นทางด้านอารมณ์สามารถเปลี่ยนแปลงคุณภาพชีวิตได้ในระดับสูง⁸

คุณภาพชีวิตเป็นแนวคิดการมีสุขภาพดี ภาวะสุขภาพ ความพึงพอใจในชีวิต และความหวัง คุณภาพชีวิตของวัยรุ่นโรคเมอเร็ง เป็น ผลกระทบที่เกิดขึ้นจากโรคและการรักษา เป็นการรับรู้ได้เฉพาะตนเกี่ยวกับการความสามารถในการทำกิจกรรม⁹ ภาสกร ศรีทิพย์สุโข และจรัสพันธ์ พุ่มศรีทอง¹⁰ ศึกษาคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยเด็กและวัยรุ่นโรคเรื้อรังที่โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ พบว่าเด็กและวัยรุ่นโรคเมอเร็งมีคุณภาพชีวิตต่ำกว่าวัยรุ่นโรคเรื้อรังอื่น และมีการศึกษาพบว่า คุณภาพชีวิตของวัยรุ่นโรคเมอเร็งในภาคตะวันออกเฉียงเหนือต่ำกว่าวัยรุ่นโรคเมอเร็งภาคอื่น ๆ ในประเทศไทย¹¹ คุณภาพชีวิตเป็นผลลัพธ์ที่สะท้อนถึงการทำงานประสานร่วมกันอย่างมีประสิทธิภาพระหว่างร่างกายและจิตใจของบุคคล มีการศึกษาพบว่าคุณภาพชีวิตวัยรุ่นโรคเมอเร็งครอบคลุม 8 ด้าน ได้แก่ ด้านความพึงพอใจในชีวิต ด้านสุขภาพและการทำงานของร่างกาย ด้านปัญหาที่เกี่ยวกับโรคและการรักษา ด้านอารมณ์และจิตใจ ด้านสติปัญญา ด้านความรู้สึกต่อตนเอง ด้านสังคม ด้านจิตวิญญาณ¹² ซึ่งพบว่าการเจ็บป่วยด้วยโรคเมอเร็งส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของวัยรุ่นโรคเมอเร็งในทุกมิติ

ผลกระทบที่เกิดขึ้นต่อคุณภาพชีวิตวัยร่นโรค มะเร็ง พบดังนี้ 1) ด้านความพึงพอใจในชีวิต วัยร่นโรค มะเร็งรู้สึกที่ได้รับการดูแลเอาใจใส่จากผู้ดูแล และญาติอย่างดี แต่ในขณะเดียวกันผู้ดูแลมีความเครียดเกิดขึ้นในระหว่างที่ผู้ป่วยอยู่ในระยะรักษา 2) ด้านสุขภาพและความสามารถในการทำกิจกรรม วัยร่นโรค มะเร็งขาดการทำกิจกรรมร่วมกับเพื่อนและครอบครัว จากข้อจำกัดด้านการปฏิบัติตัว หรือจากภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นระหว่างการรักษา¹³ การเรียนไม่ต่อเนื่อง จากโรคกำเริบเป็น ๆ หาย ๆ¹⁴ 3) ด้านปัญหาที่เกี่ยวกับโรคและการรักษา ผมนร่วง คลื่นไส้ อาเจียน รู้สึกเบื่ออาหาร เกิดแผลในปาก มีอาการปวดตำแหน่งที่มีพยาธิสภาพ^{6,8,11} และมีภาวะ ซีด บวม อ่อนเพลียและอ่อนล้า¹⁵ 4) ด้านอารมณ์และจิตใจ เกิดการเปลี่ยนแปลงอย่างมาก 5) ด้านสติปัญญา การจัดการ การประมวลผล และความสนใจต่อสิ่งต่าง ๆ ลดลง การเรียนต่ำลง⁷ 6) ด้านอัตมโนทัศน์ เกิดความรู้สึกภาพลักษณ์เปลี่ยนแปลงจากบวม ซีด ผมนร่วง 7) ด้านสังคมและเศรษฐกิจไม่ได้ไปโรงเรียน และไม่ได้เล่นกับเพื่อน ไม่สามารถทำกิจกรรมได้เหมือนก่อนป่วย ครอบครัวมีภาระค่าใช้จ่ายในการดูแลเพิ่มขึ้น¹¹ และ 8) ด้านจิตวิญญาณ กลัวตาย นึกถึงความตายเป็นอันดับแรกคิดเรื่องความตายอยู่ไม่ไกลตัว¹⁶ จะเห็นได้ว่าคุณภาพชีวิตของวัยร่นโรค มะเร็งเปลี่ยนแปลงไปทุก ๆ ด้านซึ่งเป็นผลมาจากการเปลี่ยนแปลงของภาวะสุขภาพจากการเจ็บป่วยด้วยโรค มะเร็งนั่นเอง มีงานวิจัยพบว่าการเจ็บป่วยด้วยโรค มะเร็งส่งผลกระทบต่อด้านจิตใจและจิตวิญญาณของผู้ป่วยวัยร่นในระดับเดียวกับส่งผลกระทบทางร่างกาย¹² สะท้อนว่าการเจ็บป่วยด้วยโรค มะเร็งนอกจากจะส่งผลกระทบต่อร่างกายของผู้ป่วยวัยร่นแล้วยังส่งผลต่อภาวะจิตใจของผู้ป่วยด้วยเช่นกัน

การศึกษาจากปรากฏการณ์ที่ผู้วิจัยพบบนหอผู้ป่วย พบว่าวัยร่นโรค มะเร็งมักแสดงอาการโวยวาย เมื่อไม่ได้รับการตอบสนองตามที่ต้องการ มีพฤติกรรมก้าวร้าว และรอคอยไม่ได้จากการสัมภาษณ์ ผู้ดูแลพบว่าวัยร่นโรค มะเร็งมักมีการแสดงออกด้านอารมณ์ที่รุนแรงมากกว่าก่อนการเจ็บป่วย เช่น มักเอาแต่ใจตนเองมากขึ้น หงุดหงิดง่าย ใจร้อน การควบคุมอารมณ์ตนเองลดน้อยลง จากการสังเกตคุณภาพชีวิตวัยร่นโรค มะเร็งพบว่าจากพยาธิสภาพของโรค ผลข้างเคียงของการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด การนอนรักษาตัวที่โรงพยาบาลนานและเข้าออกโรงพยาบาลเป็นประจำ ทำให้การดำเนินชีวิตประจำวันของวัยร่นโรค มะเร็งเปลี่ยนไป แตกต่างจากวัยร่นที่มีสุขภาพปกติ การเปลี่ยนแปลงนั้นมักแสดงออกทางด้านอารมณ์ชัดเจน จะพบว่าการควบคุมอารมณ์ของวัยร่นโรค มะเร็ง เป็นไปในทิศทางเดียวกันกับการเปลี่ยนแปลงคุณภาพชีวิตของวัยร่นโรค มะเร็ง ทำให้ส่งผลกระทบต่อการใช้ชีวิตของวัยร่น ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์จิตสังคม และจิตวิญญาณ สะท้อนว่าการควบคุมอารมณ์ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของวัยร่นโรค มะเร็งในภาพรวม

ตามความเชื่อของศาสนาพุทธที่ว่า จิตใจมีความสัมพันธ์กับการทำหน้าที่ของร่างกายหรือที่กล่าวว่า “จิตเป็นนายกายเป็นบ่าว” กล่าวคือเมื่อจิตใจรู้สึกผ่อนคลาย สุขสบาย ปราศจากความทุกข์หรือความเศร้าหมอง ย่อมส่งผลให้การทำงานของร่างกายเป็นปกติ ภูมิคุ้มกันโรคมีการทำงานอย่างมีประสิทธิภาพ และอวัยวะต่าง ๆ ในร่างกายทำหน้าที่ได้ดียิ่งขึ้น หากจิตใจไม่เป็นปกติอารมณ์แปรปรวน หงุดหงิดง่าย เศร้าหมอง จะส่งผลให้ร่างกายมีการทำงานลดน้อยลง และไม่มีประสิทธิภาพนำไปสู่การเจ็บป่วยที่รุนแรงมากยิ่งขึ้น ส่งผลให้ทำให้การเจ็บป่วยทางจิตมีผลต่อ

การเจ็บป่วยทางกาย ผลจากคุณภาพชีวิตด้านจิตใจที่ลดน้อยลง ส่งผลกระทบให้ภาวะสุขภาพของผู้ป่วยลดลง¹⁷

การทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องพบว่า ยังไม่มีการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการควบคุมอารมณ์และคุณภาพชีวิตของวัยรุ่นโรคมะเร็งในประเทศไทย แม้จะพบว่ามีการศึกษาในต่างประเทศมาก่อน แต่เป็นการศึกษาถึงความสัมพันธ์ของภาวะสุขภาพต่อคุณภาพชีวิตในวัยรุ่นและเยาวชนที่เจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็ง ผลการศึกษาพบว่า คุณภาพชีวิตที่ลดลงมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านจิตใจ¹⁸ แต่ด้วยกลุ่มตัวอย่างที่แตกต่างกัน บริบทที่ต่างจากสังคมไทย ที่มีข้อจำกัดด้านบุคลากร เครื่องมือเครื่องใช้ จึงสามารถนำมาใช้อ้างอิงได้เพียงบางส่วน คือคุณภาพชีวิตที่ลดลงมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านจิตใจ ทำให้องค์ความรู้เกี่ยวกับเรื่องการควบคุมอารมณ์และคุณภาพชีวิตไม่มีความชัดเจนเพียงพอ ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการควบคุมอารมณ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยวัยรุ่นโรคมะเร็งเพื่อเป็นข้อมูลที่จะนำไปสู่การวางแผนการพยาบาล ในการส่งเสริมการควบคุมอารมณ์และคุณภาพชีวิตวัยรุ่นโรคมะเร็งต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการควบคุมอารมณ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยวัยรุ่นโรคมะเร็ง

คำถามการวิจัย

การควบคุมอารมณ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยวัยรุ่นโรคมะเร็งมีความสัมพันธ์กันหรือไม่ อย่างไร

สมมุติฐานการวิจัย

การควบคุมอารมณ์มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยวัยรุ่นโรคมะเร็ง

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยเชิงพรรณนาแบบความสัมพันธ์ (correlation descriptive research) เพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างการควบคุมอารมณ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยวัยรุ่นโรคมะเร็ง เก็บข้อมูลเดือนมิถุนายน พ.ศ. 2562

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ วัยรุ่นโรคมะเร็ง ที่เข้ารับบริการที่คลินิกโลหิตวิทยา หอผู้ป่วยนอก และหอผู้ป่วยในเคมีบำบัด แผนกกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลขอนแก่น คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) กลุ่มตัวอย่างที่มีขนาดใหญ่จำนวน 30 คน การคำนวณโดยใช้สูตรของ Hulley SB, Cummings SR, Browner WS, Grady D, & Newman TB¹⁹

$$n = [(Z_{\alpha} + Z_{\beta})/c]^2 + 3$$
 แทนค่าในสูตรได้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน

The standard normal deviate for $\alpha = Z_{\alpha 0.05} = 1.960$, The standard normal deviate for $\beta = Z_{\beta 0.05} = 1.645$, $C = 0.5 * \ln[(1+r)/(1-r)] = 0.693$, The expected correlation coefficient (r) = 0.60

การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ ดังนี้ คือ 1) วัยรุ่นอายุ 10-19 ปี 2) ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์แผนปัจจุบันว่าเป็นโรคมะเร็ง 3) ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดอย่างน้อย 2 ครั้ง 4) อ่าน เขียน สื่อสารด้วยภาษาไทยได้เข้าใจและ 5) ผู้ป่วยและผู้ดูแลยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

จริยธรรมในการวิจัย

โครงการวิจัยได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์มหาวิทยาลัยขอนแก่น เลขที่ HE 621004 และคณะกรรมการ

จริยธรรมการวิจัยโรงพยาบาลขอนแก่น เลขที่ KEMOU62012 ผู้วิจัยเข้าพบผู้ดูแลและกลุ่มตัวอย่าง พร้อมทั้งได้อธิบายให้ผู้ดูแลและกลุ่มตัวอย่างทราบวัตถุประสงค์ วิธีการดำเนินการวิจัย สิทธิในการเข้าร่วมการวิจัย การตอบรับหรือปฏิเสธในการเข้าร่วมการวิจัย รวมทั้งสิทธิในการถอนตัวออกจากการวิจัย ได้ตลอดเวลา ประโยชน์ ความเสี่ยงจากการเข้าร่วมวิจัย คือ ผู้ป่วยและผู้ดูแลกลับบ้านช้ากว่าปกติ ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างหลังจากที่กลับจากเจาะเลือดระหว่างนั้นเป็นช่วงเวลาที่กลุ่มตัวอย่างต้องรอผลตรวจเลือดก่อนที่จะพบแพทย์ ข้อมูลที่ได้จากกลุ่มตัวอย่างถูกเก็บเป็นความลับ การนำเสนอผลการวิจัยเป็นภาพรวมไม่สามารถระบุถึงตัวตนของผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยได้ หากกลุ่มตัวอย่างยินดียินยอมเข้าร่วมการวิจัยและผู้ดูแลอนุญาตให้ลงรายมือชื่อแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล เป็นแบ่งเป็น 3 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบ่งเป็น

1) ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยวัยรุ่นโรคมะเร็งได้แก่ เพศ อายุ อาการและอาการแสดง ระยะเวลาการเจ็บป่วย ประวัติการปฏิบัติสวดมนต์และทำสมาธิ ฯลฯ

2) ข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษาของผู้ดูแล รายได้ของครอบครัว ฯลฯ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามการควบคุมอารมณ์ของวัยรุ่นโรคมะเร็ง ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง จำนวน 20 ข้อ เป็นข้อความด้านบวก 7 ข้อ และด้านลบ 13 ข้อ แบบสอบถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ (rating scale) 1-5 คะแนน ช่วงคะแนน 20-100 หาค่าเฉลี่ยคะแนนการควบคุมอารมณ์ภาพรวม การแปลผลแบ่งเป็น 3 ระดับ คือ ระดับต่ำ 1.00-2.33

ระดับปานกลาง 2.34-3.67 และระดับสูง 3.68-5.00 แบบสอบถามได้รับการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ 5 คน ได้ค่า Content Validity Index (CVI) เท่ากับ 0.93 และวิเคราะห์ความน่าเชื่อถือ (reliability) จากการทดลองใช้แบบสอบถามกับกลุ่มตัวอย่างวัยรุ่นโรคมะเร็งที่มีลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 10 คน ที่แผนกกุมารเวชกรรมผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลขอนแก่น วิเคราะห์หาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค เท่ากับ 0.70

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามคุณภาพชีวิตวัยรุ่นโรคมะเร็ง ผู้วิจัยนำแบบประเมินคุณภาพชีวิตเด็กโรคมะเร็งของบุษกร พันธุ์เมธาฤทธิ์¹¹ มาปรับบางส่วนเพื่อให้เหมาะสมกับบริบทและลักษณะของกลุ่มตัวอย่างร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม จำนวน 52 ข้อ แบ่งเป็น 8 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านความพึงพอใจในชีวิต 6 ข้อ 2) ด้านสุขภาพและการทำงานของร่างกาย 10 ข้อ 3) ด้านปัญหาที่เกี่ยวกับโรคและการรักษา 4 ข้อ 4) ด้านอารมณ์และจิตใจ 8 ข้อ 5) ด้านสติปัญญา 4 ข้อ 6) ด้านความรู้สึกต่อตนเอง 9 ข้อ 7) ด้านสังคม 7 ข้อ 8) ด้านจิตวิญญาณ 4 ข้อ แบบสอบถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ (rating scale) 1-5 คะแนน ช่วงคะแนน 52-260 หาค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตภาพรวม การแปลผลแบ่งเป็น 3 ระดับ คือ ระดับต่ำ 1.00-2.33 ระดับปานกลาง 2.34-3.67 และระดับสูง 3.68-5.00 แบบสอบถามได้รับการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ 5 คน ค่า CVI เท่ากับ 0.95 และวิเคราะห์หาความน่าเชื่อถือ (reliability) จากการทดลองใช้แบบสอบถามกับกลุ่มตัวอย่างวัยรุ่นโรคมะเร็งที่มีลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่างจำนวน 10 คน ที่แผนกกุมารเวชกรรมผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลขอนแก่น วิเคราะห์หาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค เท่ากับ 0.83

ขั้นตอนการเก็บข้อมูลวิจัย

เมื่อได้รับการอนุมัติการเก็บข้อมูลจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของมหาวิทยาลัยขอนแก่นและโรงพยาบาลขอนแก่นแล้ว หลังวัยรุ่นโรคมะเร็งตอบรับการเข้าร่วมวิจัย และผู้ดูแลอนุญาตให้เข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยอธิบายขั้นตอนการการตอบแบบสอบถาม และหลังจากนั้นแจกแบบสอบถามให้วัยรุ่นโรคมะเร็งอ่านและตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง (self-report) ใช้เวลาประมาณ 30-45 นาที ผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูล หลังจากนั้นนำข้อมูลมาวิเคราะห์ต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลทั่วไป ใช้สถิติเชิงพรรณนาในการวิเคราะห์ ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. ความสัมพันธ์ระหว่างการควบคุมอารมณ์กับคุณภาพชีวิตของวัยรุ่นโรคมะเร็ง การตรวจสอบการแจกแจงแบบปกติของข้อมูล (Normality Test) จากโปรแกรมสำเร็จรูป SPSS version 19 โดยการทดสอบ Shapiro – Wilk test และกราฟ Histogram พบว่าคะแนนการควบคุมอารมณ์โดยรวม และคะแนนคุณภาพชีวิตโดยรวมของวัยรุ่นโรคมะเร็งมีการแจกแจงแบบโค้งปกติ จึงใช้การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ด้วยสถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน

(Pearson product-moment correlation) ในการวิเคราะห์ข้อมูล

ผลการวิจัย

ผลการวิจัยมีการนำเสนอตามลำดับ ดังนี้ 1) ข้อมูลทั่วไป 2) การควบคุมอารมณ์ของวัยรุ่นโรคมะเร็ง 3) คุณภาพชีวิตของวัยรุ่นโรคมะเร็ง และ 4) ความสัมพันธ์ระหว่างการควบคุมอารมณ์กับคุณภาพชีวิตของวัยรุ่นโรคมะเร็ง มีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1. ข้อมูลทั่วไป

1.1 ข้อมูลทั่วไปของวัยรุ่นโรคมะเร็ง กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิง ร้อยละ 50.00 อายุเฉลี่ย 12.57 ปี (SD=2.22) อายุต่ำสุด 10 ปี อายุสูงสุด 18 ปี เมื่อแบ่งเป็นช่วงอายุที่พบมากที่สุด 10-12 ปี ร้อยละ 56.70 (17 คน) มีพี่น้องร่วมบิดามารดาเดียวกัน 2 คน ร้อยละ 53.30 (16 คน) ลำดับการเกิดเป็นบุตรคนที่ 1 พบมากที่สุด คือ ร้อยละ 56.70 (17 คน) ส่วนใหญ่มีภูมิลำเนาอยู่ในจังหวัดขอนแก่น ร้อยละ 50.00 (15 คน) ทุกคนนับถือศาสนาพุทธเคยปฏิบัติสวดมนต์และทำสมาธิ ร้อยละ 53.33 (16 คน) วัยรุ่นโรคมะเร็งปัจจุบันกำลังศึกษาอยู่ในระบบการศึกษา ร้อยละ 60 (18 คน) มีการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษาตอนต้นมากที่สุด ร้อยละ 30.00 (9 คน) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวน และ ร้อยละของวัยรุ่นโรคมาเร็งจำแนกตามลักษณะข้อมูลทั่วไป (n = 30)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	15	50.00
หญิง	15	50.00
อายุ (ปี)		
10-12 ปี	17	56.70
13-15 ปี	9	30.00
16-19 ปี	4	13.30
$\bar{x} = 12.57$ ปี (SD=2.22) Min = 10 ปี, Max = 18 ปี		
จำนวนพี่น้องร่วมบิดามารดาเดียวกัน		
1 คน	9	30.00
2 คน	16	53.30
3 คน	5	16.70
ลำดับการเป็นบุตร		
บุตรคนที่ 1	17	56.70
บุตรคนที่ 2	11	36.70
บุตรคนที่ 3	2	6.70
ภูมิลำเนา		
ขอนแก่น	15	50.00
ร้อยเอ็ด	4	13.30
มหาสารคาม	4	13.30
กาฬสินธุ์	3	10.00
ชัยภูมิ	3	10.00
เลย	1	3.40
ประวัติการปฏิบัติสวดมนต์และทำสมาธิ		
ไม่เคยปฏิบัติ	14	53.33
เคยปฏิบัติ	16	46.67

ตารางที่ 1 จำนวน และ ร้อยละของวัยรุ่นโรคมะเร็งจำแนกตามลักษณะข้อมูลทั่วไป (n = 30) (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ระดับการศึกษา		
พักการเรียนระหว่างรักษา	12	40.00
ประถมศึกษาตอนต้น	9	30.00
ประถมศึกษาตอนปลาย	5	16.67
มัธยมศึกษาตอนต้น	3	10.00
มัธยมศึกษาตอนปลาย	1	3.33

1.2 ข้อมูลการเจ็บป่วยของวัยรุ่นโรคมะเร็งกลุ่มตัวอย่างได้รับการวินิจฉัยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว ร้อยละ 70.00 (21 คน) รองลงมา คือ โรคมะเร็งต่อมน้ำเหลือง ร้อยละ 13.30 (4 คน) ระยะเวลาการเจ็บป่วยเฉลี่ย 3.15 ปี (SD = 2.40) ระยะเวลาการเจ็บป่วยน้อยกว่า 1 ปี ร้อยละ 40.00 (12 คน) จำนวน

ครั้งของการนอนโรงพยาบาลน้อยกว่า 5 ครั้ง/ปี ร้อยละ 60.00 (18 คน) อาการและอาการแสดงที่พบมากที่สุด คือ แผลในปาก และอาการไข้ พบร้อยละ 42.11 (8 คน) เท่ากัน รองลงมาได้แก่ อาการคลื่นไส้ อาการอาเจียนและอาการเหนื่อยล้า พบได้ร้อยละ 31.58 (6 คน) เท่ากัน ดังในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวน และ ร้อยละของวัยรุ่นโรคมะเร็งจำแนกตามลักษณะข้อมูลการเจ็บป่วย (n = 30)

ข้อมูลการเจ็บป่วย	จำนวน (คน)	ร้อยละ
การวินิจฉัย		
มะเร็งเม็ดเลือดขาว	21	70.00
มะเร็งต่อมน้ำเหลือง	4	13.34
มะเร็งต่อมไทรอยด์	2	6.67
มะเร็งสมอง	1	3.33
มะเร็งกระดูกและกล้ามเนื้อ	1	3.33
มะเร็งไทรอยด์	1	3.33
ระยะเวลาการเจ็บป่วย		
น้อยกว่า 1 ปี	13	53.3
1 ปี – 2 ปี	5	16.7
มากกว่า 2 ปี– 3 ปี	4	13.3
มากกว่า 3 ปี	12	40

ตารางที่ 2 จำนวน และ ร้อยละของวัยรุ่นโรคเริมเรื้อรังจำแนกตามลักษณะข้อมูลการเจ็บป่วย (n = 30) (ต่อ)

ข้อมูลการเจ็บป่วย	จำนวน (คน)	ร้อยละ
จำนวนครั้งของการนอนโรงพยาบาล		
1 - 5 ครั้ง/ ปี	18	60.00
6-10 ครั้ง/ ปี	12	40.00
อาการและอาการแสดงในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมาถึงปัจจุบัน	11	
ไม่มีอาการและอาการแสดง		36.67
มีอาการและอาการแสดง	19	63.33
แผลในปาก	8	26.67
ไข้	8	26.67
คลื่นไส้ / อาเจียน	6	20.00
เหนื่อยล้า	6	20.00
ซีด	3	10.00
ปวด	2	6.67

1.3 ข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลวัยรุ่นโรคเริมเรื้อรัง พบว่าผู้ดูแลทุกคนเป็นเพศหญิง อายุเฉลี่ย 46.00 ปี (SD = 10.93) ร้อยละ 43.30 (13 คน) มีอายุระหว่าง 51-61 ปี ลักษณะครอบครัวขยาย ร้อยละ 70.00 (21 คน) ระยะเวลาดูแลผู้ป่วยเฉลี่ย 5.13 ปี (SD = 3.58) ระยะเวลาดูแลผู้ป่วยมากกว่า 3 ปี ร้อยละ 33.30 (10 คน) ในจำนวนผู้ดูแลที่ได้เรียนหนังสือ (28 คน) การศึกษาสูงสุดของผู้ดูแลพบมากที่สุดระดับประถมศึกษา ร้อยละ 57.14 (16 คน) รายได้ของครอบครัว ส่วนใหญ่ ต่ำกว่า 5,000 บาท/เดือน ร้อยละ 43.30 (13 คน)

2. การควบคุมอารมณ์ของวัยรุ่นโรคเริมเรื้อรัง ผลการวิจัยพบว่า การควบคุมอารมณ์ของวัยรุ่นโรคเริมเรื้อรังคะแนนต่ำสุด 54 คะแนน คะแนนสูงสุด 84 คะแนน ค่าเฉลี่ยคะแนนทั้งฉบับ คือ 69.83 คะแนน (SD = 5.94) การแปลผลคะแนน ทั้งฉบับ

อยู่ในระดับสูง ($\bar{x} = 3.49, SD = 0.30$) เมื่อพิจารณาคะแนนพบว่า ระดับการควบคุมอารมณ์ของวัยรุ่นโรคเริมเรื้อรัง มีในระดับสูงพบจำนวนมากที่สุด คือ ร้อยละ 73.30 (22 คน) รองลงมาได้แก่ ระดับปานกลาง ร้อยละ 26.70 (8 คน) เมื่อพิจารณาคะแนนการควบคุมอารมณ์ของวัยรุ่นโรคเริมเรื้อรังรายข้อมากที่สุด 3 อันดับแรก ได้แก่ ฉันสามารถควบคุมความโกรธได้ โดยไม่แสดงออกให้คนอื่นรับรู้ ร้อยละ 46.67 (14 คน) รองลงมา คือ เมื่อฉันเครียดเกี่ยวกับการป่วยด้วยโรคเริมเรื้อรัง ฉันจะระบายความรู้สึกโดยวิธีร้องไห้ ร้อยละ 43.33 (13 คน) และเมื่อฉันเกิดความรู้สึกไม่แน่นอนในชีวิต ฉันจะนั่งนิ่ง ๆ สักพักเพื่อตั้งสติและผ่อนคลาย ร้อยละ 33.33 (10 คน) และ 3 อันดับแรก ระดับน้อยที่สุดของจำนวนวัยรุ่นโรคเริมเรื้อรังตอบแบบสอบถาม ได้แก่ ฉันมักเมินเฉย และไม่สนใจสิ่งแวดล้อมรอบตัว ร้อยละ 56.67 (17 คน) รองลงมา

คือ ฉันกลัวจนนอนไม่หลับเมื่อทราบข่าวว่ามีคนเสียชีวิตด้วยโรคมะเร็งร้อยละ 53.33 (16 คน) และยังพบว่าร้อยละ 50.00 (15 คน) เมื่อฉันรู้สึกวิตกกังวลเกี่ยวกับโรคมะเร็ง ฉันจะขอคำปรึกษาจากคนใกล้ชิด และฉันพยายามคิดถึงเรื่องอื่น เพื่อจะได้ไม่คิดถึงโรคมะเร็งที่เป็นอยู่

3. คุณภาพชีวิตของวัยรุ่นโรคมะเร็ง

ผลการวิจัยคะแนนคุณภาพชีวิตของวัยรุ่นโรคมะเร็งคะแนนต่ำสุด 139 คะแนน คะแนนสูงสุด 220 คะแนน ค่าเฉลี่ยคะแนนทั้งฉบับ คือ 179.30 คะแนน (SD = 18.26) การแปลผลโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x} = 3.45$, SD = 0.35) เมื่อพิจารณาคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตรายด้านพบว่า 1) ด้านความพึงพอใจในชีวิตระดับสูง ($\bar{x} = 4.19$, SD = 0.68) ด้านสุขภาพและการทำงานของร่างกายระดับสูง ($\bar{x} = 3.78$, SD = 0.62) ด้านปัญหาที่เกี่ยวกับโรคและการรักษาระดับปานกลาง ($\bar{x} = 3.28$, SD = 0.71) ด้านอารมณ์และจิตใจระดับปานกลาง ($\bar{x} = 2.60$, SD = 0.84) ด้านสติปัญญาระดับปานกลาง ($\bar{x} = 2.95$, SD = 0.52) ด้านความรู้สึเกี่ยวกับ

ตนเองระดับสูง ($\bar{x} = 3.69$, SD = 0.46) ด้านสังคมและเศรษฐกิจระดับปานกลาง ($\bar{x} = 3.40$, SD = 0.48) และด้านจิตวิญญาณระดับปานกลาง ($\bar{x} = 3.42$, SD = 0.90)

เมื่อพิจารณาการแบ่งระดับคุณภาพชีวิตของวัยรุ่นโรคมะเร็งตามจำนวนผู้ป่วยพบว่าอยู่ในระดับสูง มากที่สุด คือ ร้อยละ 53.33 (16 คน) ระดับปานกลาง ร้อยละ 46.67 (14 คน) นอกจากนี้เมื่อพิจารณารายด้านคุณภาพชีวิตพบว่าด้านที่มีจำนวนวัยรุ่นโรคมะเร็งคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับสูงมากที่สุด คือ ด้านความพึงพอใจในชีวิต ร้อยละ 73.33 (22 คน) ส่วนด้านจิตใจเป็นด้านที่มีจำนวนวัยรุ่นโรคมะเร็งอยู่ในระดับต่ำมากที่สุด ร้อยละ 33.33 (10 คน)

4. ความสัมพันธ์ระหว่างการควบคุมอารมณ์กับคุณภาพชีวิตในวัยรุ่นโรคมะเร็ง

ผลการวิจัยพบว่า การควบคุมอารมณ์ของวัยรุ่นโรคมะเร็งมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของวัยรุ่นโรคมะเร็งอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.37$, $p < 0.05$) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (r) ระหว่างการควบคุมอารมณ์และคุณภาพชีวิตของวัยรุ่นโรคมะเร็ง (n = 30)

ตัวแปร	$\bar{x}$	SD	r	p-value
1. การควบคุมอารมณ์ของวัยรุ่นโรคมะเร็ง	3.45	0.35	0.37	0.023
2. คุณภาพชีวิตโดยรวมของวัยรุ่นโรคมะเร็ง	3.49	0.30		

หมายเหตุ $p < 0.05$, Sig (1-tailed)

การอภิปรายและสรุปผลการวิจัย

จากสมมุติฐานการวิจัยที่ว่า การควบคุมอารมณ์ มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของวัยรุ่นโรคมะเร็ง ผลการวิจัยพบว่า การควบคุมอารมณ์มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของวัยรุ่นโรคมะเร็งโดยรวม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.37, p < 0.05$) กล่าวคือ ผู้ป่วยวัยรุ่นโรคมะเร็งที่มีการควบคุมอารมณ์ดีจะมีคุณภาพชีวิตที่ดี ในทางกลับกันถ้าผู้ป่วยวัยรุ่นโรคมะเร็งมีการควบคุมอารมณ์ที่ไม่ดี มักมีคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี อธิบายได้ว่า วัยรุ่นโรคมะเร็งส่วนใหญ่มีการควบคุมอารมณ์ตนเองโดยรวมอยู่ในระดับสูง ($\bar{x} = 3.49, SD = 0.30$) เป็นไปในทิศทางเดียวกันกับจำนวนวัยรุ่นโรคมะเร็งที่ตอบแบบสอบถามพบมากที่สุด ร้อยละ 73.30 มีการควบคุมอารมณ์อยู่ในระดับสูง ส่วนคุณภาพชีวิตโดยรวมของวัยรุ่นโรคมะเร็งอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x} = 3.45, SD = 0.35$) อาจจะ เพราะว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่อยู่ในระยะที่โรคสงบและระยะติดตามการรักษา นอนโรงพยาบาลน้อยกว่า 5 ครั้ง/ปี ร้อยละ 60 (18 คน) และมีระยะการเจ็บป่วยเฉลี่ย 3.15 ปี ($SD = 2.40$) ซึ่งเป็นเวลายาวนานมากพอที่จะทำให้วัยรุ่นโรคมะเร็งเกิดการปรับตัว จากการวิจัยของ Fardell et al.²⁰ พบว่าคุณภาพชีวิตผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวจะต่ำสุดในระยะการรักษาเข้มข้นซึ่งเป็นในช่วงปีแรก และค่อย ๆ สูงขึ้นเรื่อย ๆ จนถึงระยะหลังการรักษา โดยกลุ่มตัวอย่างในงานวิจัยดังกล่าวมีความใกล้เคียงกับผลการวิจัยนี้คือ ร้อยละ 70 กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว ผลกระทบที่เกิดขึ้นจากการเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งใน 1 ปีแรกจะต้องใช้การปรับตัวมากทำให้คุณภาพชีวิตที่ไม่ดีในขณะเดียวกันการเจ็บป่วยที่ยาวนานขึ้นจะทำให้วัยรุ่นเกิดการปรับตัวกับการรักษา การได้รับรู้

ข้อมูลในการดูแลตนเองที่เพิ่มมากขึ้นจากบุคลากรทางสุขภาพ และจากครอบครัวทำให้คุณภาพชีวิตดีขึ้นกว่าช่วง 1 ปีแรกของการเจ็บป่วย

นอกจากนี้วัยรุ่นเป็นวัยที่สามารถพึ่งพาตนเองได้ บางส่วนต้องการดูแลจากครอบครัว บางส่วนต้องการใช้ความสามารถในการดูแลตนเอง จึงพยายามแสวงหาข้อมูลและความรู้จากแหล่งเรียนรู้อื่น ๆ เพื่อให้ได้ข้อมูลหรือแนวทางมาตอบสนองในสิ่งที่ตนเองต้องการ ทั้งนี้เนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างอายุ 10 - 19 ปี ตามทฤษฎีพัฒนาการและการเจริญเติบโต วัยนี้มีความคิดเชิงรูปธรรมและสามารถดูแลตนเองได้ แต่ผลของการเปลี่ยนแปลงด้านฮอร์โมนทำให้ความสามารถในการควบคุมอารมณ์ลดลง ทำให้วัยรุ่นโรคมะเร็งมีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง

การเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งเป็นภาวะที่มีการเปลี่ยนแปลงทางด้านอารมณ์ในทุกระยะของการรักษา อีกทั้งส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยวัยรุ่นโรคมะเร็งโดยตรงตั้งแต่เริ่มการวินิจฉัยจนกระทั่งหลังการรักษาเสร็จสิ้น การควบคุมอารมณ์ที่ดี ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี สามารถอธิบายได้จากแนวคิดจิตเป็นนายกายเป็นบ่าว¹⁷ การควบคุมอารมณ์ได้ดีจะทำให้จิตใจผ่อนคลาย จิตใจที่เกิดการผ่อนคลายส่งผลให้ร่างกายเกิดการผ่อนคลาย ในทางตรงกันข้ามการควบคุมอารมณ์ไม่ดี ทำให้จิตใจไม่เกิดการผ่อนคลาย เกิดความเครียดและส่งผลให้ร่างกายไม่ผ่อนคลายเป็นสาเหตุที่นำไปสู่การเจ็บป่วยตามมา วัยรุ่นโรคมะเร็งเมื่อมีการเบี่ยงเบนของภาวะสุขภาพจากการเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งส่งผลให้การทำงานของร่างกายเปลี่ยนแปลงไป อารมณ์ที่ผ่อนคลายจะส่งผลให้ผู้ป่วยมีภาวะสุขภาพและการทำงานของร่างกายที่ดีขึ้น เมื่อเจ็บป่วยวัยรุ่นโรคมะเร็งจะมีการควบคุมอารมณ์ตนเองได้ในระดับหนึ่ง แต่เนื่องจากโรคมะเร็ง

เป็นการเจ็บป่วยที่มีภาวะคุกคามต่อชีวิต ดังนั้นทำให้ความสัมพันธ์ระหว่างการควบคุมอารมณ์และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยวัยรุ่นโรคมะเร็งอยู่ในระดับปานกลาง

ข้อเสนอแนะ

1. ผลการวิจัยที่พบว่าการควบคุมอารมณ์มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิต จากข้อมูลทั่วไปพบว่าวัยรุ่นโรคมะเร็ง ร้อยละ 80 เมื่อได้สวดมนต์และทำสมาธิจะรู้สึกใจเย็นลงและสบายใจขึ้น ดังนั้นเพื่อส่งเสริมการควบคุมอารมณ์และนำไปสู่การพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยวัยรุ่นโรคมะเร็งให้ดียิ่งขึ้นพยาบาลควรสนับสนุนการจัดกิจกรรมเพื่อควบคุมอารมณ์ เช่น การสวดมนต์ ไหว้พระและทำสมาธิสำหรับวัยรุ่นโรคมะเร็ง

2. พยาบาลควรสนับสนุนให้ผู้ดูแลได้มีส่วนร่วมในการส่งเสริมความสามารถในการควบคุมอารมณ์เพื่อให้วัยรุ่นโรคมะเร็งมีคุณภาพชีวิตที่สูงขึ้น

3. ควรมีการศึกษาวัยรุ่นในกลุ่มตัวอย่างที่มีขนาดมากขึ้น และศึกษาปัจจัยอื่นๆ ที่อาจมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยวัยรุ่นโรคมะเร็ง

เอกสารอ้างอิง

1. National Cancer Institute. **Cancer statistics**. [serial online] 2018; [cited 2019 June 1]. Available from: <https://www.cancer.gov/about-cancer/understanding/statistics>
2. National Cancer Institute. **Hospital-based cancer registry annual report 2015-2017**. Bangkok: Pornsup Printing Co.; 2018.
3. Khon Kaen Cancer Registry. **Hospital-based annual report 2017**. Khonkaen: Srinagarind Hospital; 2018. [cited 2019 June 4]. Available from: <https://kkcr.kku.ac.th/>
4. Park EM, Rosenstein DL. Depression in adolescents and young adults with cancer. **Dialogues in Clinical Neuroscience** 2015;17(2):171-80.
5. Tathong B, Kantawang S, Sripusanapan A. Factor in uencing uncertainty in illness among children with cancer receiving chemotherapy. **Nursing Journal** 2012;39(1):77-90. (In Thai)
6. Muffly LS, Hlubocky FJ, Khan N, Wroblewski K, Breitenbach K, Joseline G, et al. Psychological morbidities in adolescent and young adult blood cancer patients during curative-intent therapy and early survivorship. **Cancer** 2016;122(6):954-61.
7. Cheung Y, Brinkman TM, Mulrooney DA, Mzayek Y, Liu W, Banerjee P, et al. Impact of sleep, fatigue, and systemic inflammation on neurocognitive and behavioral outcomes in long-term survivors of childhood acute lymphoblastic leukemia. **Cancer** 2017;123(17):3410-19.
8. Fernandez G, Rodriguez F, Alonso M, Tejjido G, Pedrosa I, Lvarez, P. Emotional state and psychological flexibility in breast cancer survivors. **Eur J Oncol Nurs** 2017;30(8):75-83.
9. King CR, Hinds PS. **Quality of life: from nursing and patient perspectives :theory, research, practice**. Sudbury, Mass: Jones and Bartlett Publishers; 2012.
10. Sritipsukho P, Poomsotong J. Health-related quality of life in children with chronic diseases at Thammasat University Hospital. **J Med Assoc Thai** 2012;59(1): 8-12. (In Thai)
11. Punthmatharit B, Buddharat U, Wattanasit P. Quality of life and factors influencing quality of life of cancer children in southern Thailand. **Songklanagarind Medical Journal** 2008;26(5):501-11. (In Thai)
12. Punthmatharit B, Buddharat U, Wattanasit P. Quality

- of life of children with cancer: do caregivers perceive differently. **Songklanagarind J Nurs** 2013;31(3):123-35. (In Thai)
13. Bellizzi KM, Smith A, Schmidt S, Keegan TH, Zebrack B, Lynch CF, et al. Positive and negative psychosocial impact of being diagnosed with cancer as an adolescent or young adult: impact of cancer. **Cancer** 2012;20(15):5155-62.
 14. Furlong W, Rae C, Feeny D, Gelber RD, Laverdiere C, Michon B, et al. Health-related quality of life among children with acute lymphoblastic leukemia. **Pediatric Blood&Cancer** 2012;59(4):717-24.
 15. Thuyasiri S. Relations among fatigue, management of fatigue and quality of life in pediatric oncology patients receiving chemotherapy retention [Dissertation]. Bangkok: Mahidol University; 2010. (In Thai)
 16. Treenai S, Chaiyawat W. Illness experience of adolescent patient with leukemia. **Thai Journal of Nursing Council** 2006;21(3):47-60. (In Thai)
 17. Dimidjian S, Segal ZV. Prospects for a clinical science of mindfulness-based intervention. **Am Psychol** 2015;70(7):593-20.
 18. Derouen MC, Smith AW, Tao L, Bellizzi KM, Lynch CF, Parsons HM, et al. Cancer-related information needs and cancer's impact on control over life influence health-related quality of life among adolescents and young adults with cancer. **Psychooncology** 2015;24(9):1104-15.
 19. Hulley SB, Cummings SR, Browner WS, Grady D, & Newman TB. **Designing clinical research : An epidemiologic approach**. 4th ed. Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins; 2013.
 20. Fardell JE, Vetsch J, Trahair T, Mateos MK, Grootenhuis MA, Touyz LM, et al. Health-related quality of life of children on treatment for acute lymphoblastic leukemia: a systematic review. **Pediatr Blood Cancer** 2017;64(9):1-13.