



ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลในการตัดสินใจดูแลรักษา เด็กป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด

Factors Related to Caregiver Participation in Treatment Decision-Making for Children with Cancer Receiving Chemotherapy

กัญญาพัชร	นิยมนิตย์*	Kanyapat	Niyomsats*
ศรีเมนา	นิยมนคำ**	Srimana	Niyomkar**
สุธิศา	ล่อมช้าง***	Suthisa	Lamchang***

บทคัดย่อ

การมีส่วนร่วมของผู้ดูแลในการตัดสินใจดูแลรักษาจึงเป็นสิ่งที่มีความสำคัญเพราะการพยากรณ์โรคมะเร็งไม่แน่นอน การวิจัยเชิงพรรณนาหาความสัมพันธ์มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลในการตัดสินใจดูแลรักษาเด็กป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด และศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้สมรรถนะแห่งตนและการสนับสนุนข้อมูลกับการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลในการตัดสินใจดูแลรักษาเด็กป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัดที่มีอายุตั้งแต่ 1 ถึง 15 ปี จำนวน 85 ราย เครื่องมือรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย แบบสอบถามการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลในการตัดสินใจดูแลรักษาเด็กป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแลเด็กป่วยโรคมะเร็งและแบบสอบถามการสนับสนุนข้อมูลของผู้ดูแลเด็กป่วยโรคมะเร็ง ค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .94 .95 และ.97 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและสถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน

ผลการวิจัยพบว่าการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลในการตัดสินใจดูแลรักษาเด็กป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัดอยู่ในระดับปานกลาง การรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแลเด็กป่วยโรคมะเร็งมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูงกับการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลในการตัดสินใจดูแลรักษาเด็กป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .69, p < .01$) การสนับสนุนข้อมูลมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลในการตัดสินใจดูแลรักษาเด็กป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .49, p < .01$) ดังนั้นในการวางแผนการพยาบาลหรือการวิจัยจึงควรเน้นส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนและการสนับสนุนข้อมูลแก่ผู้ดูแลเด็กป่วย เพื่อพัฒนาให้ผู้ดูแลมีส่วนร่วมในการตัดสินใจดูแลรักษาเด็กป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด

คำสำคัญ: การมีส่วนร่วมของผู้ดูแลในการตัดสินใจดูแลรักษา เด็กป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง

* อาจารย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา
 * Instructor, Boromarajonani College of Nursing Nakhonratchasima, o_o_e@hotmail.com
 ** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
 ** Assistant Professor, Faculty of Nursing, Chiang Mai University
 *** รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
 *** Associate Professor, Faculty of Nursing, Chiang Mai University
 วันที่รับบทความ 30 กันยายน 2558 วันที่แก้ไขบทความ 17 พฤษภาคม 2559 วันที่ตอบรับบทความ 25 สิงหาคม 2559

Abstract

The caregiver participation in treatment decision-making for children with cancer receiving chemotherapy is important because cancer is an uncertain prognosis. The purpose of this correlational descriptive study was to investigate caregiver participation in treatment decision-making for children with cancer receiving chemotherapy, and to explore the relationship among perceived self-efficacy, information support, and 85 caregiver participation in treatment decision-making for children aged 1 to 15 years with cancer receiving chemotherapy. The research instruments consisted of the Caregiver Participation in Treatment Decision-Making for Children with Cancer Receiving Chemotherapy Questionnaire and the Perceived Self-Efficacy in Treatment Decision-Making for Children with Cancer Questionnaire developed by the researcher, and the Information Support for Caregivers of Children with Cancer Questionnaire with Cronbach's alpha coefficient reliability .94, .95 and .97, respectively. Data were analyzed using descriptive statistics and Pearson's correlation coefficient.

Findings of this study showed caregiver participation in treatment decision-making for children with cancer receiving chemotherapy was moderate. Caregiver perceived self-efficacy had a statistically significant strong positive correlation with caregiver participation in treatment decision-making for children with cancer receiving chemotherapy ($r = .69, p < .01$) and information support had a statistically significant moderate positive correlation with caregiver participation in treatment decision-making for children with cancer receiving chemotherapy ($r = .49, p < .01$). These results should be used as the basis for planning nursing care and this research emphasizes on self-efficacy promoting and information support to improve caregiver's decision to participate in treatment decision-making for children with cancer receiving chemotherapy.

Key words: *Caregiver Participation in Treatment Decision-making, Children with Cancer Receiving Chemotherapy, Factors Related*

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคมะเร็งเป็นโรคเรื้อรังที่รุนแรงและคุกคามต่อชีวิตเด็กป่วย มะเร็งในเด็กเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญของทั่วโลก รวมถึงประเทศไทยด้วย เนื่องจากมีอุบัติการณ์การเกิดโรคมะเร็งเพิ่มขึ้นทุกปีและเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตรองจากอุบัติเหตุในกลุ่มเด็กอายุ 5-14 ปีของเด็กทั่วโลก (Howlader et al., 2013; Murphy, Xu, & Kochanek, 2013) แม้เป็นโรคที่ร้ายแรงแต่โดยส่วนใหญ่สามารถรักษาให้หายได้หากได้รับการดูแลรักษาที่เหมาะสม เด็กป่วยโรคมะเร็งมีโอกาสรอดชีวิตและ

สามารถมีชีวิตอยู่ในระยะเวลาเกิน 5 ปีได้ถึงร้อยละ 80 (Howlader et al., 2013; Murphy, Xu, & Kochanek, 2013) การรักษาด้วยเคมีบำบัดถือเป็นการรักษาหลักสำหรับเด็กป่วยโรคมะเร็ง เป็นวิธีการรักษาที่มีประสิทธิภาพสูงและมีความสำคัญในการเพิ่มอัตราการรอดชีวิต เนื่องจากเคมีบำบัดมีฤทธิ์ในการยับยั้งการเจริญเติบโตของเซลล์มะเร็งรวมถึงสามารถทำลายเซลล์มะเร็งได้ เด็กป่วยจึงมีการพยากรณ์โรคที่ดี และสามารถรักษาให้หายได้มากกว่าร้อยละ 70 (O'Leary et al., 2008) แม้ว่าการรักษาด้วยเคมีบำบัดจะมีประสิทธิภาพ

สูงแต่การให้เคมีบำบัดก็มีผลกระทบต่อเด็กป่วยและครอบครัวทั้งด้านร่างกาย อารมณ์จิตใจ และสังคม (Ruland, Hamilton, & Schjodt-Osmo, 2009) ผลการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า ผลกระทบต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นกับเด็กป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล สามารถลดลงได้โดยการให้ผู้ดูแลเข้ามามีส่วนร่วมในการตัดสินใจดูแลรักษาเด็กป่วย (Maurer et al., 2010; Pyke-Grimm et al., 2006) แต่จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลในการตัดสินใจดูแลรักษาในกลุ่มเด็กป่วยเฉียบพลันและเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลนั้น พบว่าการมีส่วนร่วมในด้านการตัดสินใจในการดูแลรักษาเด็กป่วยในประเทศไทยส่วนใหญ่อยู่ในระดับน้อย (Pholanun, Kantawang, & Klunklin, 2013; Wongwan, Lamchang, & Kantawang, 2009) บางการศึกษาพบว่าผู้ดูแลส่วนใหญ่ไม่มีส่วนร่วมในด้านการตัดสินใจเลย (Kapan, Kantawang, & Jintrawet, 2010).

การมีส่วนร่วมของผู้ดูแลในการตัดสินใจดูแลรักษาเด็กป่วยนั้นเป็นกระบวนการของการมีปฏิสัมพันธ์กันระหว่างผู้ดูแลเด็กป่วยและบุคลากรทางสุขภาพอย่างต่อเนื่อง (Griffith, & Tegnah, 2013; Pyke - Grimm et al., 2006) ซึ่งการมีปฏิสัมพันธ์นั้นครอบคลุมตั้งแต่การรับฟัง ตั้งคำถาม แสดงความคิดเห็น ตลอดจนการตัดสินใจของผู้ดูแลเกี่ยวกับเรื่องใดเรื่องหนึ่งในการดูแลเด็กป่วยร่วมกันกับบุคลากรทางสุขภาพ (Kon, 2010) โดยมีเป้าหมายเพื่อค้นหาและคัดเลือกทางเลือกที่ดีที่สุดในการแก้ไขปัญหาให้กับเด็กป่วย (Griffith, & Tegnah, 2013) การมีส่วนร่วมของผู้ดูแลในการตัดสินใจดูแลรักษาเด็กป่วยโรคมะเร็งนั้นเป็นสิ่งที่มีความสำคัญและจำเป็นมากเพราะสถานการณ์ในการตัดสินใจดูแลรักษาเด็กป่วยโรคมะเร็งนั้นมีความซับซ้อน เป็นการตัดสินใจภายใต้แรงกดดันที่สูง (Maurer et al., 2010; Pyke - Grimm et al., 2006) เนื่องจากโรคมะเร็งเป็นโรคที่มีการพยากรณ์โรคไม่แน่นอนไม่สามารถยืนยันหรือชี้ขาดได้ รวมถึงไม่สามารถคาดการณ์ถึงผลการรักษาในระยะยาวได้ (Sung & Regier, 2013) ครอบครัวของเด็กป่วยโรคมะเร็ง

จึงจำเป็นต้องเข้ามามีส่วนร่วมในการตัดสินใจที่เกี่ยวข้องกับการดูแลรักษาเด็กป่วยในหลากหลายสถานการณ์ที่มีความซับซ้อนนั้น (Holm et al., 2003) ตั้งแต่การตัดสินใจเพื่อรับเคมีบำบัดในระยะแรกของการบำบัด หรือการปฏิเสธการรักษาด้วยเคมีบำบัดเนื่องจากกังวลเรื่องภาวะแทรกซ้อนของเคมีบำบัดและเชื่อมั่นในการรักษาแบบอื่น นอกเหนือจากการรักษาของแพทย์แผนปัจจุบัน การให้เคมีบำบัดในปริมาณที่มากขึ้นเมื่อมีการกลับเป็นซ้ำหรือการปฏิเสธการรักษาเมื่อโรคมะเร็งกลับเป็นซ้ำ (Pyke-Grimm et al., 2006) การศึกษาเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจด้านการดูแลรักษาในต่างประเทศส่วนใหญ่พบว่าปัจจุบันผู้ดูแลได้เข้ามามีส่วนร่วมในการตัดสินใจสำหรับการดูแลเด็กป่วยเมื่อเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมากขึ้น (Lipstein, Brinkman, & Britto, 2012; Mack et al., 2006) สำหรับในประเทศไทยการศึกษาเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจดูแลรักษามีข้อจำกัดและส่วนใหญ่เป็นการศึกษาถึงการมีส่วนร่วมในการดูแลมากกว่าการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจและกลุ่มประชากรที่ศึกษาก็มีความหลากหลาย เช่น เด็กทารกแรกเกิด เด็กป่วยเฉียบพลัน เด็กป่วยวิกฤต และเด็กป่วยโรคเรื้อรัง (Pholanun et al., 2013; Samit et al., 2013; Wongwan et al., 2009) ซึ่งไม่ใกล้เคียงและเฉพาะเจาะจงกับการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลในการตัดสินใจดูแลรักษาเด็กป่วยโรคมะเร็ง

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลในการตัดสินใจดูแลรักษาเด็กป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลนั้นอาจมีความเกี่ยวข้องกับปัจจัยบางประการ เช่น การรับรู้สมรรถนะแห่งตน (Tarini, Christakis, & Lozano, 2007) และการสนับสนุนข้อมูล (Lipstein, Brinkman, & Britto, 2012; Pyke - Grimm et al., 2006) การรับรู้สมรรถนะแห่งตนเป็นปัจจัยที่อาจมีความสัมพันธ์ต่อการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจของผู้ดูแลเกี่ยวกับการดูแลรักษาเด็กป่วย โดย Bandura (1997) กล่าวว่าสมรรถนะแห่งตนเป็นความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองในการตัดสินใจหรือดำเนินการปฏิบัติเพื่อให้บรรลุเป้าหมายที่บุคคลนั้นกำหนด

เป็นกระบวนการทางความคิดที่เชื่อมระหว่างความรู้กับการกระทำ มีการศึกษาพบว่าสมรรถนะแห่งตนมีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลในการตัดสินใจดูแลรักษาเด็กป่วยขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังการศึกษาถึงบทบาทของผู้ดูแลในการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจดูแลรักษาเด็กป่วยที่เข้ารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยในของโรงพยาบาลในประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่าผู้ดูแลในกลุ่มที่มีคะแนนสมรรถนะแห่งตนอยู่ในระดับสูงจะมีโอกาสเข้ามามีส่วนร่วมในการตัดสินใจดูแลรักษาเด็กป่วยมากกว่าผู้ดูแลในกลุ่มที่มีคะแนนสมรรถนะแห่งตนอยู่ในระดับต่ำถึง 17.8 เท่า (Tarini, Christakis, & Lozano, 2007) ดังนั้นหากผู้ดูแลมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนอาจส่งผลให้เข้ามามีส่วนร่วมในการตัดสินใจดูแลรักษาเด็กป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัดด้วยเช่นกัน

การสนับสนุนข้อมูล คือการที่ผู้ดูแลได้รับข้อมูลที่เป็นประโยชน์และเอื้อต่อการตัดสินใจสำหรับดูแลรักษาเด็กป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ข้อมูลจึงเป็นสิ่งจำเป็นที่ครอบครัวต้องการ (Mack et al., 2006; Markward, Benner, & Freese, 2013) ข้อมูลเป็นองค์ประกอบที่มีความสำคัญต่อการตัดสินใจ การได้รับการสนับสนุนข้อมูลจากบุคลากรทางสุขภาพจะทำให้ผู้ดูแลมีความรู้เกี่ยวกับโรคและการรักษาที่เด็กป่วยได้รับ จึงนำมาสู่การตัดสินใจในการเลือกการรักษาและการดูแลที่ดีที่สุดสำหรับเด็กป่วย (Markward, Benner, & Freese, 2013) ในทางตรงกันข้ามหากผู้ดูแลได้รับการสนับสนุนด้านข้อมูลที่ไม่เพียงพอ อาจส่งผลให้ผู้ดูแลมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาและการดูแลเด็กป่วยน้อย

การศึกษาในครั้งนี้ทำให้ทราบถึงสถานการณ์ปัจจุบันของการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลในการตัดสินใจดูแลรักษาเด็กป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัดและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง เป็นประโยชน์อย่างยิ่งในการนำผลการวิจัยมาเป็นข้อมูลพื้นฐานในการวางแผนการพยาบาล และการวิจัยเพื่อพัฒนาวิธีการส่งเสริมและสนับสนุนให้ผู้ดูแลมีส่วนร่วมในการตัดสินใจดูแลรักษาเด็กป่วยโรคมะเร็ง

ที่ได้รับเคมีบำบัดได้อย่างเหมาะสม เพื่อให้เด็กป่วยโรคมะเร็งมีภาวะสุขภาพที่ดี อันจะส่งผลให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลในการตัดสินใจดูแลรักษาเด็กป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการตัดสินใจดูแลรักษาเด็กป่วยโรคมะเร็งและการสนับสนุนข้อมูลของผู้ดูแลเด็กป่วยโรคมะเร็งกับการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลในการตัดสินใจดูแลรักษาเด็กป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด

คำถามการวิจัย

1. การมีส่วนร่วมของผู้ดูแลในการตัดสินใจดูแลรักษาเด็กป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัดเป็นอย่างไร
2. การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการตัดสินใจดูแลรักษาเด็กป่วยโรคมะเร็งและการสนับสนุนข้อมูลของผู้ดูแลเด็กป่วยโรคมะเร็ง มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลในการตัดสินใจดูแลรักษาเด็กป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัดหรือไม่

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

การศึกษามีส่วนร่วมของผู้ดูแลในการตัดสินใจดูแลรักษาเด็กป่วยโรคมะเร็งและปัจจัยที่เกี่ยวข้องครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้กรอบแนวคิดการวิจัยที่สร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง กล่าวคือ การมีส่วนร่วมของผู้ดูแลในการตัดสินใจดูแลรักษาเด็กป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัดคือการมีปฏิสัมพันธ์กันระหว่างผู้ดูแลเด็กป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัดและบุคลากรทางสุขภาพอย่างต่อเนื่อง โดยการมีปฏิสัมพันธ์นั้นครอบคลุมตั้งแต่การรับฟัง การตั้งคำถาม การแสดงความคิดเห็น ตลอดจนการตัดสินใจของผู้ดูแลเกี่ยวกับการดูแลเด็กป่วย 2 ด้าน คือ ด้านการรักษา และด้านการดูแลสุขภาพ

โดยปัจจัยที่อาจมีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลในการตัดสินใจดูแลรักษาเด็กป่วยโรคมะเร็ง

ที่ได้รับเคมีบำบัด ได้แก่ การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการตัดสินใจดูแลรักษาเด็กป่วยโรคมะเร็งและการสนับสนุนข้อมูลของผู้ดูแลเด็กป่วยโรคมะเร็ง โดยการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเป็นความเชื่อมั่นในความสามารถตนเองของผู้ดูแลที่จะเข้ามามีส่วนร่วมในการตัดสินใจดูแลรักษาเด็กป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด เมื่อผู้ดูแลมีความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองสูงอาจเข้ามามีส่วนร่วมในการตัดสินใจดูแลรักษาเด็กป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด ส่วนการสนับสนุนข้อมูลของผู้ดูแลเด็กป่วยโรคมะเร็ง เป็นการที่ผู้ดูแลได้รับข้อเท็จจริง และคำแนะนำจากบุคลากรทางสุขภาพ เมื่อผู้ดูแลได้รับการสนับสนุนข้อมูลจากบุคลากรทางสุขภาพอาจเข้ามามีส่วนร่วมในการตัดสินใจดูแลรักษาเด็กป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัดด้วยเช่นกัน

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นวิจัยเชิงพรรณนาหาความสัมพันธ์ (correlational descriptive research) โดยทำการศึกษาในผู้ดูแลเด็กป่วยโรคมะเร็งที่มีอายุตั้งแต่ 1 ปี ถึง 15 ปี รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดที่แผนกกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลในจังหวัดนครราชสีมา ระหว่างเดือนตุลาคม พ.ศ. 2558 ถึง กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2559 ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (purposive sampling) ตามคุณสมบัติที่กำหนด กลุ่มตัวอย่างกำหนดโดยใช้ตารางประมาณค่าอำนาจการวิเคราะห์ทางสถิติ (power analysis) กำหนดให้ระดับความคลาดเคลื่อน .05 ค่าอำนาจการทดสอบ .80 และค่าขนาดความสัมพันธ์ของตัวแปร .30 (Cohen, 1992) ซึ่งจากการเปิดตารางสำเร็จรูปได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างจำนวน 85 ราย (Polit, 2010)

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยเก็บข้อมูลด้วยตนเองโดยใช้เครื่องมือในการรวบรวมข้อมูล ซึ่งประกอบด้วย 1) แบบสอบถามการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลในการตัดสินใจดูแลรักษาเด็กป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัดที่สร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง 2) แบบสอบถามการรับรู้

สมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแลเด็กป่วยโรคมะเร็ง ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามแนวคิดสมรรถนะแห่งตนของ Bandura (1997) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง มีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (content validity index [CVI]) เท่ากับ .97 และ 1 ตามลำดับ และ 3) แบบสอบถามการสนับสนุนข้อมูลของผู้ดูแลเด็กป่วยของ (Samit et al. (2013) มีการปรับภาษาให้เหมาะสมกับผู้ดูแลเด็กป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด เมื่อคำนวณหาความเชื่อมั่นด้วยค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .94 .95 และ .97 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ภายหลังได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยคณะพยาบาลศาสตร์และคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคนของโรงพยาบาลที่ศึกษา ได้ชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ ขั้นตอนการดำเนินการวิจัยแก่กลุ่มตัวอย่าง และสิทธิในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัย ซึ่งจะไม่มีผลกระทบใด ๆ ทั้งสิ้นต่อการรักษาและการพยาบาลที่บุตรหรือเด็กในปกครองได้รับ รวมทั้งให้กลุ่มตัวอย่างเช่นยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบสอบถาม โดยใช้เวลาในการตอบแบบสอบถามประมาณ 30-45 นาที วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและสถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลพบว่า ร้อยละ 68.2 เป็นมารดาของเด็กป่วย และมีอายุอยู่ในช่วง 31-45 ปี ร้อยละ 55.6 สำเร็จการศึกษาระดับชั้นประถมศึกษา ร้อยละ 42.4 โดยผู้ดูแลส่วนใหญ่มีประสบการณ์ในการดูแลเด็กป่วยโรคมะเร็งขณะเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาล คิดเป็น ร้อยละ 84.7 ผู้ดูแลรับรู้ว่าการเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งเป็นการเจ็บป่วยที่รุนแรง ร้อยละ 75.3 และผู้ดูแลเด็กป่วยโรคมะเร็งทุกรายเคยได้รับข้อมูลในการดูแลเด็กป่วยที่ได้รับ การรักษาด้วยเคมีบำบัด ร้อยละ 100 โดยแหล่ง

ที่ได้รับข้อมูลในการดูแลเด็กป่วย ได้แก่ แพทย์/พยาบาล คิดเป็นร้อยละ 100

ส่วนข้อมูลทั่วไปของเด็กป่วยโรคมะเร็งนั้น ผลการศึกษาพบว่า ร้อยละ 33.0 มีอายุอยู่ในช่วง 3 ปี 1 เดือน - 6 ปี ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดในระยะ Maintenance phase ร้อยละ 38.8 ภายหลังการได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดเด็กป่วยโรคมะเร็งส่วนใหญ่เกิดภาวะแทรกซ้อน ร้อยละ 97.6 โดยภาวะแทรกซ้อนที่พบบ่อย ได้แก่ ใช้ ร้อยละ 76.5

2. การมีส่วนร่วมของผู้ดูแลในการตัดสินใจดูแลรักษาเด็กป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัดอยู่ในระดับปานกลาง ($M=62.54, S.D.=18.23$) เมื่อพิจารณาการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลในการตัดสินใจดูแลรักษาเด็กป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัดเป็นรายด้าน ผลการศึกษาพบว่า ผู้ดูแลมีส่วนร่วมในการตัดสินใจด้านการดูแลสุภาพมากที่สุด คะแนนเฉลี่ย 32.61 ($S.D.=8.83$) ส่วนการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจด้านการรักษา คะแนนเฉลี่ย 29.93 ($S.D.=11.42$) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลในการตัดสินใจดูแลรักษาเด็กป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัดโดยรวม ($n=85$)

การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจดูแลรักษาเด็กป่วยโรคมะเร็ง	Mean	S.D.	ระดับ
โดยรวม	62.54	18.23	ปานกลาง
รายด้าน			
1. ด้านการรักษา	29.93	11.42	ปานกลาง
2. ด้านการดูแลสุภาพ	32.61	8.83	ปานกลาง

3. การรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแลเด็กป่วยมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูงกับการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลในการตัดสินใจดูแลรักษาเด็กป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัดโดยรวมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=.69, p<.01$) และการสนับสนุนข้อมูลมีความสัมพันธ์ทางบวก

ในระดับปานกลางกับการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลในการตัดสินใจดูแลรักษาเด็กป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด โดยรวมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=.49, p<.01$) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการตัดสินใจดูแลรักษาเด็กป่วยโรคมะเร็งและการสนับสนุนข้อมูลของผู้ดูแลเด็กป่วยโรคมะเร็งกับการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลในการตัดสินใจดูแลรักษาเด็กป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัดโดยรวม

การมีส่วนร่วมของผู้ดูแลในการตัดสินใจดูแลรักษาเด็กป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r)
การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการตัดสินใจดูแลรักษาเด็กป่วยโรคมะเร็ง	.69**
การสนับสนุนข้อมูลของผู้ดูแลเด็กป่วยโรคมะเร็ง	.49**

การอภิปรายผล

การศึกษาครั้งนี้พบว่า ผู้ดูแลมีส่วนร่วมในการตัดสินใจดูแลรักษาเด็กป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด

อยู่ในระดับปานกลางสะท้อนให้เห็นถึงความแตกต่างจากการศึกษาที่ผ่านมาที่พบว่า การมีส่วนร่วมด้านการตัดสินใจในการดูแลรักษาเด็กป่วยในประเทศไทยส่วนใหญ่

อยู่ในระดับน้อย (Pholanun et al., 2013; Wongwan et al., 2009) บางการศึกษาพบว่าผู้ดูแลส่วนใหญ่ไม่มีส่วนร่วมในด้านการตัดสินใจเลย (Kapan et al., 2010) เมื่อวิเคราะห์ถึงสาเหตุที่ผู้ดูแลของเด็กป่วยโรคมะเร็งมีแนวโน้มเข้ามาเป็นส่วนหนึ่งในการตัดสินใจดูแลรักษาเด็กป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลร่วมกับบุคลากรทางสุขภาพเพิ่มมากขึ้น อาจเนื่องมาจากผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นมารดาของเด็กป่วยโรคมะเร็งและมีอายุเฉลี่ย 39.78 ปีซึ่งอยู่ในวัยที่บรรลุนิติภาวะอย่างสมบูรณ์แล้วมีความสามารถเพียงพอที่จะตัดสินใจในการดูแลรักษาเด็กป่วยโรคมะเร็งได้ด้วยเหตุผล อายุของผู้ดูแลนับเป็นปัจจัยที่บ่งชี้ถึงวุฒิภาวะหรือความสามารถในการตัดสินใจในเหตุการณ์ต่าง ๆ เนื่องจากอายุมีความเกี่ยวข้องกับประสบการณ์ที่ผ่านมาในอดีต บุคคลที่มีวุฒิภาวะย่อมมาพร้อมกับความมั่นใจ กล้าตัดสินใจ เพราะคิดว่ามีสติปัญญาพอที่จะตัดสินใจเลือกสิ่งที่ดีที่สุดให้บุตรได้ ผู้ดูแลที่มีอายุน้อยอาจไม่กล้าตัดสินใจและยกปัญหาให้คนอื่นเป็นผู้ตัดสินใจแทน (McKenna et al., 2010; Orem, 2001) นอกจากนี้อาจเนื่องจากระบบการบริการทางสุขภาพในปัจจุบันที่มีนโยบายเน้นให้ความสำคัญกับการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลในการตัดสินใจดูแลรักษาเด็กป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเพิ่มมากขึ้น พร้อมทั้งให้ผู้ดูแลเข้ามาเป็นส่วนหนึ่งในการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลรักษาที่เด็กป่วยได้รับร่วมกับบุคลากรทางสุขภาพ (Department of Health, 2009; Kon, 2010) ประกอบกับผู้ดูแลสามารถอยู่เฝ้าเด็กป่วยได้ตลอด 24 ชั่วโมง ทำให้ได้ใกล้ชิดกับบุคลากรทางสุขภาพและผู้ดูแลเด็กป่วยรายอื่น ได้รับฟังข้อมูลข่าวสารและแลกเปลี่ยนความคิดเห็น จึงกล้าที่จะเข้ามามีส่วนร่วมในการตัดสินใจดูแลรักษาเด็กป่วยโรคมะเร็งร่วมกับบุคลากรทางสุขภาพ และประเด็นสุดท้ายอาจเนื่องจากสภาพสังคมในยุคปัจจุบันเป็นยุคของเทคโนโลยีข่าวสาร ผู้ดูแลสามารถเข้าถึงข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการรักษาและการดูแลเด็กป่วยได้จากหลากหลายช่องทางภายในระยะเวลาอันรวดเร็ว มีการสร้างไลน์กลุ่มของผู้ดูแลเพื่อแลกเปลี่ยนข้อมูลกันทำให้ผู้ดูแลมีความรู้ในการดูแล

รักษาเด็กป่วยเพิ่มมากขึ้นโดยเป็นข้อมูลที่ได้รับจากประสบการณ์ตรงของผู้ดูแลด้วยตนเอง การที่ผู้ดูแลมีโอกาสในการได้รับความรู้เกี่ยวกับการรักษาที่เพิ่มขึ้นจึงส่งผลให้เข้ามามีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาและดูแลเด็กป่วยร่วมกับบุคลากรทางสุขภาพ (Stewart, Pyke-Grimm, & Kelly, 2005)

แม้ว่าจะมีหลายปัจจัย เช่น อายุของผู้ดูแล (McKenna et al., 2010) นโยบายทางด้านสุขภาพ (Department of Health, 2009; Kon, 2010) รวมถึงความสะดวกรวดเร็วและง่ายต่อการเข้าถึงข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลรักษาเด็กป่วยของผู้ดูแล (Abdelkader, Al-Hussami, Saleh, Mahadeen, & Insherah, 2012) ที่อาจทำให้ผู้ดูแลเข้ามามีส่วนร่วมในการตัดสินใจดูแลรักษาเด็กป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัดสูงขึ้น แต่ผล การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจยังอยู่ในระดับปานกลางไม่ขึ้นไปถึงระดับสูง อาจเป็นเพราะผู้ดูแลส่วนใหญ่ถึงร้อยละ 75.3 รับรู้ถึงความเจ็บป่วยของเด็กป่วยอยู่ในระดับรุนแรง เมื่อผู้ดูแลรับรู้ว่าเด็กป่วยด้วยโรคที่รุนแรงและคุกคามต่อชีวิต จึงมองว่าการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลรักษาเด็กป่วยเป็นเรื่องที่ยาก และการตัดสินใจของตนเองนั้นอาจส่งผลกระทบต่อตัวโรคและการรักษาที่เด็กป่วยได้รับ ด้วยเหตุนี้ผู้ดูแลจึงเชื่อมั่นในการตัดสินใจจากบุคลากรทางสุขภาพและให้บุคลากรทางสุขภาพเป็นผู้ที่ทำหน้าที่ตัดสินใจแทน (Gross & Howard, 2001) นอกจากนี้ผลการศึกษาพบว่าเด็กป่วยถึงร้อยละ 97.6 มีภาวะแทรกซ้อนเกิดขึ้นภายหลังการได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัด ซึ่งเป็นปัจจัยส่งเสริมให้ผู้ดูแลมีการรับรู้ความรุนแรงเพิ่มมากขึ้น

เมื่อพิจารณาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการตัดสินใจดูแลรักษาเด็กป่วยโรคมะเร็งกับการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลในการตัดสินใจดูแลรักษาเด็กป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด พบว่าการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการตัดสินใจดูแลรักษาเด็กป่วยโรคมะเร็งมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูงกับการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลในการตัดสินใจดูแลรักษาเด็กป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัดอธิบายได้ว่า ถ้าผู้ดูแลของ

เด็กป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัดมีความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองก็จะเข้ามามีส่วนร่วมในการตัดสินใจดูแลรักษาเด็กป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัดร่วมกับบุคลากรทางสุขภาพมากขึ้น ซึ่งการที่ผู้ดูแลมีความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองนั้น สามารถอธิบายด้วยแนวคิดของ Bandura (1997) ได้ดังนี้ ผู้ดูแลส่วนใหญ่เคยมีประสบการณ์ในการดูแลเด็กป่วยโรคมะเร็งขณะเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาล ร้อยละ 84.7 และเด็กป่วยถึงร้อยละ 38.8 รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดในระยะ Maintenance phase การที่ผู้ดูแลมีประสบการณ์การดูแลเด็กป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมาก่อนด้วยโรคเดิมทำให้เกิดการเรียนรู้ในการดูแลสุขภาพของเด็กป่วย (Gross & Howard, 2001) จึงเกิดความเข้าใจเกี่ยวกับโรค วิธีการรักษา การปฏิบัติตัวของตนเองและบุตร เมื่อมีอาการผิดปกติต่าง ๆ สามารถทราบว่ามีสิ่งใดที่จำเป็นต้องทำและวิธีการใดที่น่าจะเป็นวิธีการที่เหมาะสมที่สุดในการช่วยเหลือบุตร (Guerriere, McKeever, & Berall, 2003) ดังนั้นประสบการณ์เดิมของผู้ดูแลจึงมีความสำคัญต่อการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ ทำให้ผู้ดูแลมีความมั่นใจและต้องการที่จะเข้ามามีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาและการดูแลเด็กป่วยร่วมกับบุคลากรทางสุขภาพ (Stewart, Pyke-Grimm, & Kelly, 2005) ประสบการณ์ของผู้ดูแลในการดูแลเด็กป่วยโรคมะเร็งที่กระทำแล้วประสบความสำเร็จมาก่อนถือเป็นการกระทำที่บรรลุผลสำเร็จของตนเอง (performance accomplishment) สอดคล้องกับการศึกษาของ Tarini, Christakis, & Lozano (2007) พบว่าประสบการณ์เดิมในการดูแลเด็กป่วยขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจของผู้ดูแล ($r=.20, p<.05$) โดยผู้ดูแลที่มีประสบการณ์เดิมในการดูแลเด็กป่วยจะมีโอกาสเข้ามามีส่วนร่วมในการตัดสินใจดูแลรักษาเด็กป่วยร่วมกับบุคลากรทางสุขภาพมากกว่าผู้ดูแลที่ไม่มีประสบการณ์ถึง 6.28 เท่า

ประเด็นต่อมากการที่ผู้ดูแลได้ดูแลเด็กป่วยโรคมะเร็งที่รักษาด้วยเคมีบำบัดขณะเข้ารับการรักษาใน

โรงพยาบาลนั้น ผู้ดูแลจะเห็นพฤติกรรมของผู้ดูแลเด็กป่วยรายอื่นในหอผู้ป่วยที่เข้ามามีส่วนร่วมในการตัดสินใจดูแลรักษาเด็กป่วยร่วมกับบุคลากรทางสุขภาพ ส่งผลให้ผู้ดูแลรับรู้ว่าคุณเองก็มีความสามารถที่จะกระทำได้เช่นเดียวกันถือเป็นการเสริมประสบการณ์การกระทำของบุคคลอื่น (Bandura, 1997) นอกจากนี้ขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลบุคลากรทางสุขภาพได้ให้การสนับสนุนช่วยเหลือผู้ดูแล เนื่องมาจากนโยบายของโรงพยาบาลที่เก็บข้อมูลเน้นการดูแลเด็กป่วยโดยยึดครอบครัวเป็นศูนย์กลาง บุคลากรทางสุขภาพมีการให้ข้อมูลพร้อมเปิดโอกาสให้ผู้ดูแลเข้ามามีส่วนร่วมในการตัดสินใจดูแลรักษาเด็กป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด ร่วมกับกล่าวชมเชยและให้กำลังใจผู้ดูแลเด็กป่วยโรคมะเร็ง การที่ผู้ดูแลได้รับข้อมูลการดูแลรักษาเด็กป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัดจากบุคลากรทางสุขภาพจะเกิดการเรียนรู้ที่จะเข้ามามีส่วนร่วมในการตัดสินใจดูแลรักษาเด็กป่วยร่วมกับบุคลากรทางสุขภาพ ถือเป็นการชักจูงด้วยคำพูด (Bandura, 1997)

ส่วนความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนข้อมูลของผู้ดูแลเด็กป่วยโรคมะเร็งกับการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลในการตัดสินใจดูแลรักษาเด็กป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด ผลการศึกษารังนี้พบว่าความสัมพันธ์ทางบวกอยู่ในระดับปานกลางกับการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลในการตัดสินใจดูแลรักษาเด็กป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัดอธิบายได้ว่าผู้ดูแลที่ได้รับการสนับสนุนข้อมูลที่เป็นประโยชน์และเอื้อต่อการตัดสินใจจะเข้าไปมีส่วนร่วมในการตัดสินใจดูแลรักษาเด็กป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัดร่วมกับบุคลากรทางด้านสุขภาพ เนื่องจากการสนับสนุนข้อมูลจากบุคลากรทางสุขภาพส่งผลให้ผู้ดูแลมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการเจ็บป่วย แนวทางการดูแลรักษา ประโยชน์และความเสี่ยงที่เกิดขึ้นจากการรักษา รวมถึงทางเลือกในการตัดสินใจดูแลรักษาเด็กป่วยโรคมะเร็งเพิ่มมากขึ้น (The Institute of Hospital Quality Improvement & Accreditation, 2008) ไม่เพียงเท่านั้นการสนับสนุนข้อมูลจากบุคลากรทางสุขภาพยัง

ส่งเสริมให้ผู้ดูแลมีความมั่นใจและเชื่อมั่นในศักยภาพ
ของตนเองที่จะนำข้อมูลมาปรับใช้ในการเข้ามามีส่วน
ร่วมในการตัดสินใจดูแลรักษาเด็กป่วยโรคมะเร็งร่วมกับ
บุคลากรทางสุขภาพอีกด้วย ดังนั้นการที่ผู้ดูแลจะมี
ส่วนร่วมในการตัดสินใจดูแลรักษาเด็กป่วยมากน้อย
เพียงใดนั้นขึ้นอยู่กับข้อมูลที่ได้รับ หากได้รับข้อมูลที่ไม่
ครอบคลุมและไม่เพียงพอจะนำมาสู่การตัดสินใจที่
ผิดพลาดได้ ซึ่งผลการศึกษาครั้งนี้ พบว่าผู้ดูแลได้รับการ
สนับสนุนข้อมูลอยู่ในระดับสูง โดยผู้ดูแลทุกรายได้รับ
ข้อมูลการดูแลเด็กป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัด
ซึ่งแหล่งที่ได้รับข้อมูลมากที่สุดคือ แพทย์/พยาบาล
การที่ผู้ดูแลได้รับข้อมูลจากบุคลากรทางสุขภาพมาก
ที่สุดเมื่อเทียบกับแหล่งอื่น ๆ นั้น อาจเนื่องมาจาก
นโยบายของโรงพยาบาลที่เน้นการให้ข้อมูล (The
Institute of Hospital Quality Improvement &
Accreditation, 2008) เมื่อเด็กป่วยและผู้ดูแลเข้ามา
ในหอผู้ป่วย บุคลากรทางสุขภาพจะให้ข้อมูลเกี่ยวกับ
ระเบียบปฏิบัติของญาติ ขั้นตอนการรักษา อาการข้างเคียง
และภาวะแทรกซ้อนจากการรักษาด้วยเคมีบำบัด รวมถึง
อาการผิดปกติที่ต้องสังเกตอย่างใกล้ชิด

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. เป็นแนวทางในการสร้างเสริมสมรรถนะแห่งตน
ให้เกิดขึ้นในผู้ดูแลเด็กป่วยโรคมะเร็ง เช่น การสร้างกลุ่ม

ผู้ดูแลเด็กป่วยโรคมะเร็งเพื่อเสริมสร้างสมรรถนะของ
ผู้ดูแลเด็กป่วยโรคมะเร็งรายใหม่

2. เป็นแนวทางการสนับสนุนข้อมูลกับผู้ดูแลเด็ก
ป่วยโรคมะเร็งเพื่อให้ผู้ดูแลนำข้อมูลไปประยุกต์ใช้ใ
การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจดูแลรักษาเด็กป่วยโรคมะเร็ง
ที่ได้รับเคมีบำบัด

3. เป็นข้อมูลพื้นฐานในการอ้างอิงสำหรับงานวิจัย
ที่เกี่ยวกับการส่งเสริมให้ผู้ดูแลมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ
ดูแลรักษาเด็กป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัดใน
ประเด็นการรับรู้สมรรถนะแห่งตนและการสนับสนุน
ข้อมูลของผู้ดูแลเด็กป่วยโรคมะเร็ง

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาปัจจัยอื่นที่อาจมีความสัมพันธ์
กับการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลในการตัดสินใจดูแลรักษา
เด็กป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด เช่น การรับรู้ความ
รุนแรงของโรค

2. ควรมีการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการมีส่วน
ร่วมของผู้ดูแลในการตัดสินใจดูแลรักษาเด็กป่วยโรคมะเร็ง
ที่ได้รับเคมีบำบัด

3. ควรมีการศึกษาวิธีการส่งเสริมให้ผู้ดูแลมีส่วน
ร่วมในการตัดสินใจดูแลรักษาเด็กป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับ
เคมีบำบัด

เอกสารอ้างอิง

- Abdelkader, R., Alhusami, M., Nassar, M., Mahadeen, A., & Alqadrei, I. (2012). Jordanians Parents' needs while their child is hospitalized. *Jordan Medical Journal*, 46(1).
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. New York: W.H. Freeman and company.
- Cohen, J. (1992). A power primer. *Psychological bulletin*, 112(1), 155.
- Department of Health. (2009). *The NHS constitution*. London: Department of Health.
- Griffith, R., & Tegnah, C. (2013). Shared decision-making: nurses must respect autonomy over paternalism. *British journal of community nursing*, 18(6), 303-306.
- Gross, G. J., & Howard, M. (2001). Mothers' Decision-Making Processes Regarding Health Care for Their Children. *Public health nursing*, 18(3), 157-168.

- Guerriere, D. N., McKeever, P., Llewellyn-Thomas, H., & Berall, G. (2003). Mothers' decisions about gastrostomy tube insertion in children: factors contributing to uncertainty. *Developmental Medicine & Child Neurology*, 45(7), 470-476.
- Holm, K. E., Patterson, J. M., & Gurney, J. G. (2003). Parental involvement and family-centered care in the diagnostic and treatment phases of childhood cancer: results from a qualitative study. *Journal of Pediatric Oncology Nursing*, 20(6), 301-313.
- Howlander N., Noone A. M., Krapcho, M., Garshell, J., Neyman, N., Altekruse, S. F., ... Cronin, K. A. (2013). *SEER Cancer Statistics Review, 1975-2010*.
- Kapan, K., Kantawang, S., & Jintrawet, U. (2010). Parent participation in caring for critically ill children in pediatric intensive care unit and related factors. *Nursing Journal*, 37(3), 62-75.
- Kon, A. A. (2010). The shared decision-making continuum. *JAMA*, 304(8), 903-904.
- Lipstein, E. A., Brinkman, W. B., & Britto, M. T. (2012). What is known about parents' treatment decisions? A narrative review of pediatric decision making. *Medical Decision Making*, 32(2), 246-258.
- Maurer, S. H., Hinds, P. S., Spunt, S. L., Furman, W. L., Kane, J. R., & Baker, J. N. (2010). Decision making by parents of children with incurable cancer who opt for enrollment on a phase I trial compared with choosing a do not resuscitate/terminal care option. *Journal of Clinical Oncology*, 28(20), 3292-3298.
- Mack, J. W., Wolfe, J., Grier, H. E., Cleary, P. D., & Weeks, J. C. (2006). Communication about prognosis between parents and physicians of children with cancer: parent preferences and the impact of prognostic information. *Journal of Clinical Oncology*, 24(33), 5265-5270.
- Markward, M. J., Benner, K., & Freese, R. (2013). Perspectives of parents on making decisions about the care and treatment of a child with cancer: A review of literature. *Families, Systems, & Health*, 31(4), 406.
- McKenna, K., Collier, J., Hewitt, M., & Blake, H. (2010). Parental involvement in paediatric cancer treatment decisions. *European Journal of Cancer Care*, 19(5), 621-630.
- Murphy, S. L., Xu, J. Q., & Kochanek, K. D. (2013). Deaths: final data for 2010. *National Vital Statistics Reports*, 61(4), 1-118.
- O'Leary, M., Krailo, M., Anderson, J. R., & Reaman, G. H. (2008). Progress in childhood cancer: 50 years of research collaboration, a report from the Children's Oncology Group. *Seminars in Oncology*, 35(5), 484-493.
- Orem, D. (2001). *Nursing: Concepts of practice* (6th ed.). St. Louis, MO: Mosby.
- Pholanun, P., Kantawang, S., & Klunklin, P. (2013). Maternal participation in caring for preterm infants in neonatal intensive care unit and related factors. *Nursing Journal*, 40(2), 89-101.
- Polit, D. F. (2010). *Statistic and analysis for nursing research* (2nd ed.). United States of America: Pearson Education.

- Pyke - Grimm, K. A., Stewart, J. L., Kelly, K. P., & Degner, L. F. (2006). Parents of children with cancer: factors influencing their treatment decision making roles. *Journal of Pediatric Nursing, 21*(5), 350-361.
- Ruland, C. M., Hamilton, G. A., & Schjødt-Osmo, B. (2009). The complexity of symptoms and problems experienced in children with cancer: a review of the literature. *Journal of Pain and Symptom Management, 37*(3), 403-418.
- Samit, J., Lamchang, S., & Mesukko, J. (2013) Informational support, self-efficacy and parent participation in caring for hospitalized children with acute illness. *Nursing Journal, 40*(4), 114-125.
- Stewart, J. L., Pyke-Grimm, K. A., & Kelly, K. P. (2005). Parental treatment decision making in pediatric oncology. In *Seminars in oncology nursing, 21*(2), 89-97.
- Sung, L., & Regier, D. A. (2013). Decision making in pediatric oncology: evaluation and incorporation of patient and parent preferences. *Pediatric blood & cancer, 60*(4), 558-563.
- Tarini, B. A., Christakis, D. A., & Lozano, P. (2007). Toward family - centered inpatient medical care: the role of parents as participants in medical decisions. *The Journal of Pediatrics, 151*(6), 690-695.
- The Institute of Hospital Quality Improvement & Accreditation. (2008). *Hospital and Health Care Standard Sixtieth Anniversary Celebrations of His Majesty's Accession to the Throne Edition*. Bangkok: D-one book.
- Wongwan, S., Lamchang, S., & Kantawang, S. (2009). Parents' participation in caring for children with acute lower respiratory tract infection and related factors. *Nursing Journal, 36*(3), 22-33.