

บทความวิจัย

การเผชิญความเครียดของเด็กป่วยโรคมะเร็ง ที่อยู่ในช่วงของการเข้ารับการรักษา Coping of Children with Cancer Undergoing Treatment

ปราณี คำจันทร์^{1*} บุษกร พันธุ์เมธาฤทธิ์²
Pranee Khamchan^{1*} Busakorn Punthmatharith²

¹อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ จังหวัดสงขลา

¹Lecturer, Faculty of Nursing, Prince of Songkla University, Songkhla, Thailand.

²รองศาสตราจารย์ สถาบันการพยาบาลศรีสวรินทรา สภาวิชาชีพไทย กรุงเทพมหานคร

²Associate Professor, Srisavarindhira Thai Red Cross Institute of Nursing, Bangkok, Thailand.

*ผู้รับผิดชอบหลัก: pranee.phd@gmail.com

*Corresponding author: pranee.phd@gmail.com

Received 17 December 2019 • Revised 9 June 2020 • Accepted 18 August 2020

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงบรรยายนี้ เพื่อศึกษาวิธีการเผชิญความเครียดของเด็กป่วยโรคมะเร็งที่อยู่ในช่วงของการเข้ารับการรักษา และเปรียบเทียบวิธีการเผชิญความเครียด จำแนกตามกลุ่มเพศ อายุ ชนิดของมะเร็ง ระยะเวลาการเจ็บป่วย และการรักษาที่ได้รับ กลุ่มตัวอย่างเป็นเด็กป่วยโรคมะเร็ง จำนวน 209 ราย เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ หรือมารับยาเคมีบำบัด ที่แผนกผู้ป่วยนอก เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และแบบประเมินวิธีการเผชิญกับความเจ็บป่วย ทดสอบความเที่ยงโดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคได้เท่ากับ .88 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงบรรยาย สถิติที่ และแมนวิทนีเยน

ผลการศึกษาพบว่า ร้อยละ 53.1 ของกลุ่มตัวอย่างเป็นเด็กวัยเรียน (9-12 ปี) และ ร้อยละ 46.9 เป็นเด็กวัยรุ่น (13-18 ปี) กลุ่มตัวอย่างเกินกว่าครึ่งเป็นเพศชาย (64.6%) วิธีการเผชิญความเครียดแตกต่างกันมีนัยสำคัญทางสถิติตามเพศ กลุ่มอายุ ชนิดของมะเร็ง ระยะเวลาการเจ็บป่วย และการรักษาที่ได้รับ โดยค่าเฉลี่ยของอันดับด้านการมีปฏิกิริยาทางอารมณ์ของเพศหญิงมีสูงกว่าเพศชาย ($z = -2.18, p = .029$) ค่าเฉลี่ยคะแนนด้านการคิดหวัง ด้านการยอมรับ ด้านการหนีห่าง ($t = -4.15, -3.15, -2.41, p < .05$, ตามลำดับ) และค่าเฉลี่ยของอันดับด้านการหลีกเลี่ยง ($z = -3.31, p = .001$) ของเด็กวัยรุ่นสูงกว่าวัยเรียน ค่าเฉลี่ยของอันดับด้านการหลีกเลี่ยงของเด็กมะเร็งเม็ดเลือดขาวต่ำกว่าเด็กมะเร็งชนิดอื่น ($z = -2.27, p = .023$) ค่าเฉลี่ยคะแนนด้านการคิดหวัง ($t = 2.19, p = .029$) และมีค่าเฉลี่ยของอันดับด้านการหลีกเลี่ยง ($z = -1.99, p = .046$) ของเด็กที่มีระยะเวลาการเจ็บป่วยน้อยกว่าหรือเท่ากับ 1 ปี สูงกว่าเด็กระยะเวลาการเจ็บป่วยมากกว่า 1 ปี ค่าเฉลี่ยคะแนนด้านการหนีห่างของเด็กที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดมีสูงกว่าเด็กที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดร่วมกับการรักษาชนิดอื่น ($t = 2.92, p = .004$) การศึกษาครั้งนี้เป็นข้อมูลที่เป็นประโยชน์สำหรับพยาบาลเพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนาโปรแกรมในการส่งเสริมความสามารถในการปรับตัวของเด็กป่วยวัยเรียนและวัยรุ่นโรคมะเร็ง

คำสำคัญ: การเผชิญความเครียด; เด็ก; โรคมะเร็ง

Abstract

This descriptive study aimed to examine coping strategies of children undergoing cancer therapy and compare coping strategies classified by gender, age, type of cancer, illness duration and treatment. The samples were 209 children with cancer who admitted in a tertiary hospital or received chemotherapy at patient department. A demographic data questionnaire and the Thai version of the Coping of Disease Inventory (Thai version of CODI) were used to collect data. Cronbach's alpha coefficient for the Thai version of CODI was .88. Descriptive statistics, independent t-test, and the Mann-Whitney U test were used in data analysis.

The results revealed that 53.1 percent of the study sample were school-age children (9-12 years old), and 46.9 percent were adolescents (13-18 years old). More than half of the participants were male (64.6 %). The coping strategies significantly differed according to gender, age group, type of cancer, illness duration, and treatment. The mean rank scores of emotional reactions of females were higher than males ($z = -2.18, p = .029$). The mean scores of cognitive palliatives, acceptances, and distances ($t = -4.15, -3.15, -2.41, p < .05$, respectively) and the mean rank scores of avoidances ($z = -3.31, p = .001$) of adolescents were higher than that of school-aged children. The mean rank scores of avoidances of leukemic children were higher than children with other types of cancer ($z = -2.27, p = .023$). The mean scores of cognitive palliatives ($t = 2.19, p = .029$) and the mean rank scores of avoidances ($z = -1.99, p = .046$) of illness duration lower or equal to one year were higher than illness duration more than one year. The mean scores of distances of children receiving chemotherapy were higher than those receiving combination therapy ($t = 2.92, p = .004$). This study provides useful information for nurses to enhance intervention programs that promote the coping ability of school-age children and adolescents with cancer.

Keywords: cancer; children; coping

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

มะเร็งในเด็กเป็นโรคเรื้อรังที่เป็นสาเหตุการตายที่สำคัญในเด็ก ตามสถิติโรคมะเร็งในเด็กของประเทศไทย พ.ศ. 2560 อัตราการตายต่อประชากร 100,000 จากโรคมะเร็งและเนื้องอกทุกชนิดของเด็กอายุ 0-14 ปี เท่ากับ 13.2¹ โรคมะเร็งในเด็กที่พบบ่อยในประเทศไทย ได้แก่ มะเร็งเม็ดเลือดขาวเนื้องอกในสมอง และมะเร็งต่อมหน้าเหลือง ตามลำดับ² แม้ในปัจจุบัน วิทยาการทางการแพทย์มีความเจริญก้าวหน้าทำให้การรักษาโรคมะเร็งในเด็กประสบความสำเร็จ ทำให้อัตราการรอดชีวิต 5 ปี ของเด็กป่วยโรคมะเร็งของประเทศไทยเพิ่มขึ้น จาก 39.4% ในช่วงปี พ.ศ. 2533-2543 เป็น 47.2% ในช่วงปี พ.ศ. 2544-2554² แต่เด็กป่วยโรคมะเร็งยังคงมีประสบการณ์ที่เลวร้ายจากการรักษา และจากภาวะอาการต่างๆ ในระหว่างและหลังการรักษา ทำให้เด็กป่วยโรคมะเร็งยังคงทุกข์ทรมานจากภาวะโรคและการรักษา^{3,4} และกระทบต่อคุณภาพชีวิตเด็กป่วยโรคมะเร็ง^{4,5}

ผลจากโรคมะเร็ง และการรักษาส่งผลกระทบต่อเด็กป่วยทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ทางด้านร่างกาย ผลจากภาวะโรคและการรักษาทำให้เด็กป่วยโรคมะเร็งมีอาการต่างๆ โดยอาการที่พบบ่อย ได้แก่ น้ำหนักลด มีไข้ เจ็บคอ อ่อนเพลีย ผอมร่วง ปวด เบื่ออาหาร เป็นต้น⁶ ทางด้านจิตใจพบว่าเด็กต้องเผชิญกับความเครียดที่เกี่ยวกับโรคและการรักษา รู้สึกกลัวการรักษา โดยเฉพาะการรักษาที่ทำให้รู้สึกปวด⁷ และกลัวว่าโรคที่เป็นอยู่จะรักษาไม่หาย ทำให้รู้สึกไม่แน่นอนเกี่ยวกับการพยากรณ์โรค⁸ กลัวการนอนในที่มืด กลัวการนอนคนเดียว และมีพฤติกรรมที่รบกวนการนอนหลับ เช่น ละเมอ ฝันร้าย เป็นต้น⁹ รู้สึกความมีคุณค่าในตนเองลดลงจากการถูกจำกัดในการทำกิจกรรม¹⁰ ซึมเศร้า¹¹ มีพฤติกรรมแยกตัวเมื่อเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล¹² ทางด้านสังคม จากการที่เด็กป่วยเข้ามาอยู่โรงพยาบาลต้องจากเพื่อนและบุคคลที่รักในครอบครัว ทำให้มีสัมพันธภาพกับบุคคลอื่นลดลง^{13,14} ไม่สามารถปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ได้

ตามปกติ¹⁵ นอกจากนี้ ผลจากการเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็ง ยังส่งผลกระทบต่อทางด้านสังคมหลังสิ้นสุดการรักษาไปแล้ว 6 เดือน ในเด็กวัยรุ่นที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นเนื้องอกในสมอง¹⁴ ผลกระทบจากภาวะโรค และการรักษาล้วนเป็นสิ่งเร้าที่ทำให้เกิดความเครียด และอาจส่งผลกระทบต่อระดับความเครียดของเด็กป่วยโรคมะเร็ง จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า เด็กไทยโรคมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดยังมีความเครียดอยู่ในระดับปานกลาง⁷ เนื่องจากยังมีปัจจัยส่งเสริมให้เกิดความเครียด ได้แก่ อาการจากโรค และอาการข้างเคียงจากเคมีบำบัด การได้รับเหตุการณ์ที่ทำให้เกิดความปวด เช่น แขนงเข็ม เจาะหลัง เจาะไขกระดูก ทำให้เด็กได้รับความทุกข์ทรมาน และสูญเสียการควบคุม และการนอนโรงพยาบาลเพื่อให้ยาเคมีบำบัด ทำให้ต้องหยุดเรียนหนังสือ⁷ เป็นต้น

การเผชิญความเครียดของเด็กป่วยโรคมะเร็ง จึงมีความสำคัญอย่างยิ่ง ซึ่งเป็นกระบวนการตอบสนองต่อสิ่งเร้า นำไปสู่พฤติกรรมกรรมการปรับตัวที่เหมาะสม¹⁶ จากแนวทางการเผชิญความเครียดในเด็กป่วยวัยเรียนและวัยรุ่นที่เจ็บป่วยด้วยโรครีเอริงของ Petersen, Schmidt and Bullinger¹⁷ พบว่า วิธีการเผชิญความเครียดในเด็กป่วยวัยเรียนและวัยรุ่นที่เจ็บป่วยด้วยโรครีเอริงมี 6 ด้าน ประกอบด้วย 1) การหลีกเลี่ยง (avoidance) ได้แก่ การเพิกเฉยต่อความเจ็บป่วย การพยายามลืม ความเจ็บป่วย การแกล้งทำเป็นว่าสบายดี และการพยายามไม่สนใจความเจ็บป่วย 2) การคิดหวัง (cognitive palliative) ได้แก่ การเชื่อว่าพระเจ้าจะช่วยการสวดภาวนา ให้ความเจ็บป่วยหายไป การเรียนรู้จากความเจ็บป่วยของตนเองเท่าที่เป็นไปได้ การบอกกับตนเองว่าแม้แต่คนที่มีชื่อเสียงยังเจ็บป่วยได้ และการคิดถึงสถานการณ์ความเจ็บป่วยที่แย่ลง 3) การมีปฏิกิริยาทางอารมณ์ (emotional reaction) ได้แก่ การร้องไห้ การโกรธ การรู้สึกคับแค้นใจ การรู้สึกอายที่เจ็บป่วย การคิดว่าการที่ตนเองเจ็บป่วยเป็นสิ่งที่ไม่ยุติธรรม และการตื่นขึ้นมากกลางดึกและคิดถึงสิ่งที่น่ากลัว 4) การยอมรับ (acceptance) ได้แก่ การยอมรับความเจ็บป่วย การคุ้นเคยกับการเจ็บป่วย การสามารถจัดการกับความเจ็บป่วย การเผชิญกับความเจ็บป่วยได้ดี การเผชิญหน้ากับความเจ็บป่วยด้วยอารมณ์ขัน และการทำให้ความเจ็บป่วยเป็นเรื่องที่ไม่ยุ่งยาก 5) การคิดถึงสิ่งที่ปรารถนา (wishful thinking) ได้แก่ การหวังว่าความเจ็บป่วยจะหายไป การต้องการหยุดความเจ็บป่วย และการหวังว่าตนเองจะสุขภาพดี และ 6) การหนีห่าง (distance) ได้แก่ การคิดว่าความเจ็บป่วยไม่ได้รุนแรง การไม่สนใจในความเจ็บป่วย

การคิดว่าความเจ็บป่วยไม่ใช่เรื่องใหญ่ และการลืมความเจ็บป่วย

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า เด็กป่วยโรคมะเร็งวัยเรียน และวัยรุ่นใช้วิธีการเผชิญความเครียดทั้ง 6 ด้านสอดคล้องตามแนวทางการเผชิญความเครียดในเด็กป่วยวัยเรียนและวัยรุ่นที่เจ็บป่วยด้วยโรครีเอริง¹⁷ ดังนี้ 1) การหลีกเลี่ยง ได้แก่ การพยายามไม่คิดถึงความเจ็บป่วยของตนเอง¹⁸ พยายามไม่สนใจความเจ็บป่วยและใช้การเบี่ยงเบนความสนใจ^{19,20} เช่น การระบายสี การดูการ์ตูน¹⁸ การเล่น และการดูโทรทัศน์ในเด็กมะเร็งที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล²⁰ 2) การคิดหวัง ได้แก่ การคิดตามหลักศาสนา²¹ และการคิดในแง่บวก¹⁹ 3) การยอมรับ ได้แก่ ยอมรับความเจ็บป่วย¹⁸ การให้ความสนใจ²¹ และการมุ่งแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นและการมุ่งจัดการกับอารมณ์¹⁹ 4) การมีปฏิกิริยาทางอารมณ์^{18,20} 5) การคิดถึงสิ่งที่ปรารถนา เช่น ในเด็กมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดที่มีอาการอาเจียน²² และ 6) การหนีห่าง ได้แก่ การเลือกที่จะลืม (selective forgetting) ในเด็กวัยรุ่นโรคมะเร็งเสรีจลิน์การรักษา²¹ เป็นต้น นอกจากนี้พบว่าเด็กไทยโรคมะเร็งอายุระหว่าง 8-15 ปีที่อยู่ระหว่างการรับการรักษาใช้วิธีการเผชิญความเครียดทั้ง 6 ด้าน²³ จะเห็นได้ว่าวิธีการเผชิญความเครียดในเด็กวัยเรียน และวัยรุ่นโรคมะเร็งมีความหลากหลาย จากการศึกษาของ Promsripitak²⁴ ที่ศึกษาความหวังกับการเผชิญความเครียดของเด็กวัยเรียนที่เป็นมะเร็งเม็ดเลือดขาวและได้รับยาเคมีบำบัด พบว่า เด็กป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวได้รับยาเคมีบำบัด ใช้วิธีการเผชิญความเครียดที่มุ่งเน้นการจัดการอารมณ์ มากกว่าการใช้วิธีการเผชิญความเครียดที่แบบมุ่งเน้นปัญหา²⁴ การเลือกใช้วิธีการเผชิญความเครียดในเด็กแต่ละรายมีความแตกต่างกันไป ขึ้นกับปัจจัยต่างๆ เช่น เพศ²⁵ อายุ²⁶ ระดับการศึกษา²⁵ ชนิดของมะเร็ง²⁴ การรักษาที่ได้รับ²⁴ และระยะเวลาการเจ็บป่วย²⁶ นอกจากนี้ยังพบว่า เด็กไทยโรคมะเร็งมีการใช้วิธีการเผชิญความเครียดที่แตกต่างกัน ขึ้นกับความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย^{23,27} ระยะเวลาการเจ็บป่วย²⁷ การสนับสนุนทางสังคม²⁷ และความหวัง²⁴

จะเห็นได้ว่าการเลือกวิธีการเผชิญความเครียดมีความแตกต่างกันขึ้นอยู่กับหลายปัจจัย แม้จะมีการศึกษาวิธีการเผชิญความเครียดในเด็กโรคมะเร็งที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล แต่เป็นการศึกษาเฉพาะกลุ่มตัวอย่างในภาคเหนือ²³ มีขนาดกลุ่มตัวอย่างเล็ก²³ และศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่มีระยะเวลาการเจ็บป่วยมากกว่า 2 ปี^{24,27} ศึกษาในกลุ่มมะเร็งเม็ดเลือดขาว²⁴ ทำให้การศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อ

การเลือกใช้วิธีการเผชิญความเครียดของเด็กไทยโรคมะเร็งยังไม่ครอบคลุมถึงปัจจัยทางด้านส่วนบุคคลและปัจจัยด้านโรค^{23,27} สำหรับการศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาวิธีการเผชิญความเครียดในเด็กป่วยโรคมะเร็งที่อยู่ในช่วงของการเข้ารับการรักษา²⁸ ครอบคลุมทุกกลุ่มมะเร็ง ทั้งวัยเรียนและวัยรุ่น โดยมียุทธศาสตร์การเจ็บป่วยไม่เกิน 2 ปี นับเป็นกลุ่มที่มีคุณภาพชีวิตต่ำกว่าเด็กป่วยโรคมะเร็งที่สิ้นสุดการรักษ²⁹ การศึกษาครั้งนี้ยังครอบคลุมถึงปัจจัยที่มีผลต่อการเลือกใช้วิธีการเผชิญความเครียดของเด็กป่วยโรคมะเร็งส่วนบุคคลและปัจจัยด้านโรค ซึ่งสามารถใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการส่งเสริมการปรับตัวในเด็กโรคมะเร็ง และเพิ่มคุณภาพชีวิตที่ดีแก่เด็กป่วยโรคมะเร็งต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาวิธีการเผชิญความเครียดของเด็กป่วยโรคมะเร็งขณะอยู่ในช่วงของการเข้ารับการรักษา
2. เพื่อเปรียบเทียบวิธีการเผชิญความเครียด จำแนกตามกลุ่มเพศ อายุ ชนิดของมะเร็ง ระยะเวลาการเจ็บป่วย และการรักษาที่ได้รับ

รูปแบบการศึกษา

กรอบแนวคิดการวิจัย

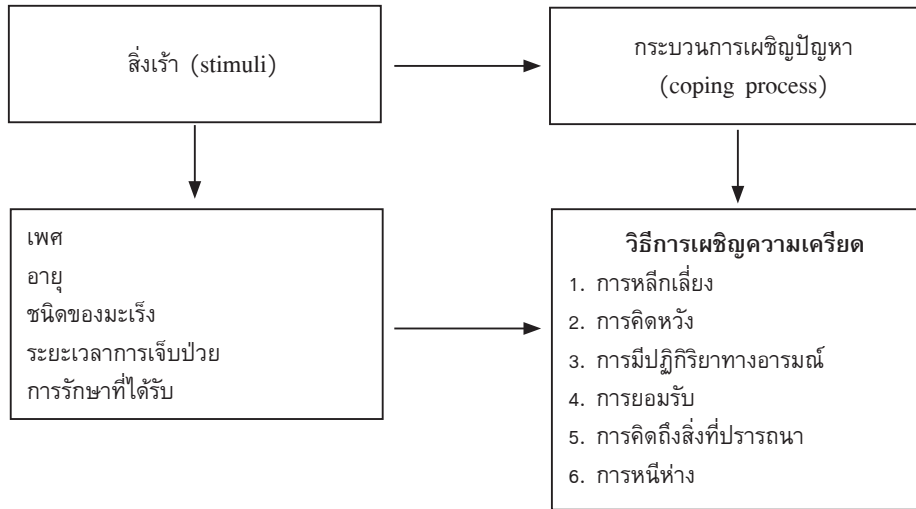
การศึกษาในครั้งนี้ใช้แนวคิดทฤษฎีของ Roy¹⁶ และแนวคิดวิธีการเผชิญความเครียดของเด็กป่วยโรคมะเร็งของ Petersen, Schmidt and Bullinger¹⁷ เป็นกรอบในการศึกษาจากแนวคิดของ Roy¹⁶ กล่าวว่า กระบวนการปรับตัวของบุคคลเริ่มจากมีสิ่งเร้า (stimuli) ภายนอกมากระทบ ซึ่งประกอบด้วยสิ่งเร้าตรง (focal stimuli) เป็นสิ่งที่บุคคลต้องเผชิญและส่งผลกระทบต่อโดยตรงให้บุคคลมีการปรับตัว สิ่งเร้าร่วม (contextual stimuli) เป็นสิ่งเร้าอื่นๆ ที่ปรากฏอยู่ในเหตุการณ์ หรือสิ่งแวดล้อมที่กำลังเผชิญอยู่ และสิ่งเร้าแฝง (residual stimuli) เป็นสิ่งเร้าที่เป็นผลมาจากประสบการณ์ในอดีต เป็นลักษณะเฉพาะตัวของบุคคล ส่งผลให้บุคคลเกิดการปรับตัวเพื่อตอบสนองต่อสิ่งเร้าโดยใช้กลไกกระบวนการเผชิญปัญหา (coping process) ซึ่งประกอบด้วย กลไกการควบคุม (regulator mechanism) ซึ่งเป็นกระบวนการทางสรีรวิทยาที่เกิดขึ้นเองโดยอัตโนมัติ และกลไกการรับรู้ (cognator mechanism) เป็นการทำงานที่สัมพันธ์กับจิตใจและสังคม เกิดจากประสบการณ์การเรียนรู้ เมื่อมีสิ่งเร้าบุคคลผ่านกระบวนการรับรู้ข่าวสาร และเกิดการเรียนรู้และมี

การตัดสินใจที่จะมองวิถีทางการแก้ปัญหา จากการทำงาน ของกลไกการควบคุมและกลไกการรับรู้ ส่งผลให้เกิดการปรับตัวเพื่อรักษาสมดุล ทั้งนี้จะขึ้นอยู่กับระดับการปรับตัว (adaptation level) ของแต่ละบุคคล ที่มีขอบเขตความสามารถแตกต่างกันไป โดยเด็กป่วยโรคมะเร็งอายุ 9-18 ปี เป็นเด็กวัยเรียนและวัยรุ่น ตามทฤษฎีพัฒนาการทางสติปัญญา เด็กวัยเรียนอยู่ในขั้นใช้ความคิดอย่างมีเหตุผลเชิงรูปธรรม สามารถคิดอย่างมีเหตุผล และเมื่อเข้าสู่วัยรุ่นตอนปลายและวัยรุ่น จะเริ่มอยู่ในขั้นใช้ความคิดอย่างมีเหตุผลเชิงนามธรรม เด็กสามารถแยกเหตุการณ์ที่เป็นความจริงจากความคิดของตน เริ่มรับรู้เหตุการณ์ต่างๆ นอกจากปัจจุบัน สามารถมองย้อนหลังอดีตและสิ่งที่เกิดขึ้นในอนาคตได้³⁰

เด็กป่วยโรคมะเร็งวัยเรียนและวัยรุ่นสามารถรับรู้และเข้าใจผลกระทบที่เกิดขึ้นจากภาวะโรคและการรักษาที่ได้รับ ซึ่งเป็นสิ่งเร้าที่ทำให้เกิดการปรับตัว จากการทำทวนวรรณกรรม พบว่า ชนิดโรคมะเร็ง²⁴ การรักษาที่ได้รับ²⁴ และระยะเวลาการเจ็บป่วย²⁶ เป็นสิ่งเร้าตรง (focal Stimuli) เพศ²⁵ อายุ²⁶ เป็นสิ่งเร้าร่วม (contextual stimuli) ที่ส่งผลให้เด็กป่วยโรคมะเร็งเกิดการปรับตัวเพื่อตอบสนองต่อสิ่งเร้าโดยใช้กลไกกระบวนการเผชิญปัญหา (coping process) โดยการใช้วิธีการเผชิญความเครียด จากแนวคิดการเผชิญความเครียดในเด็กป่วยวัยเรียน และวัยรุ่นที่เจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็ง¹⁷ วิธีการเผชิญความเครียดของเด็กป่วยโรคมะเร็งประกอบด้วย 1) การหลีกเลี่ยง (avoidance) 2) การคิดหวัง (cognitive-palliative) 3) การมีปฏิกิริยาทางอารมณ์ (emotional reaction) 4) การยอมรับ (acceptance) 5) การคิดถึงสิ่งที่ปรารถนา (wishful thinking) 6) การหนีห่าง (distance) ส่งผลให้เด็กป่วยโรคมะเร็งแสดงพฤติกรรมปรับตัวที่มีประสิทธิภาพ

การศึกษานี้เป็นการศึกษา สิ่งเร้าในด้าน เพศ อายุ ชนิดของมะเร็ง ระยะเวลาการเจ็บป่วย การรักษาที่ได้รับ ซึ่งเป็นปัจจัยนำเข้าในกระบวนการเผชิญปัญหา ตามแนวคิดทฤษฎีของ Roy¹⁶ ซึ่งกระบวนการเผชิญปัญหา สามารถประยุกต์ใช้วิธีการเผชิญความเครียดตามแนวคิดของเด็กป่วยโรคมะเร็ง¹⁷ ในเด็กป่วยวัยเรียนและวัยรุ่นโรคมะเร็งเพื่อตอบสนองต่อสิ่งเร้า นำไปสู่พฤติกรรมปรับตัวที่เหมาะสมด้านร่างกาย เช่น การปรับตัวเมื่อมีการเปลี่ยนแปลงที่เกิดกับร่างกายและจิตใจ ด้านอัตมโนทัศน์ เช่น ความคิด ความรู้สึก และเจตคติที่มีต่อตนเอง ภาพลักษณ์ของตนเอง และความเชื่อมั่นในตนเอง ด้านบทบาทหน้าที่ เช่น การปรับตัวเมื่อต้อง

หยุดเรียน หรือไม่สามารถทำกิจกรรมได้ตามปกติ และด้านกา
 ฟังพระหว่างกัน เช่น มีพฤติกรรมการดูแลตนเองดีขึ้น ดังภาพ 1



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาภาคตัดขวาง (cross-sectional descriptive study)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ศึกษาเป็นเด็กป่วยโรคมะเร็งที่เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ กลุ่มตัวอย่างเป็นเด็กป่วยโรคมะเร็งที่มีอายุ 9-18 ปี ขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ หรือมารับเคมีบำบัดตามนัดที่แผนกผู้ป่วยนอก ระหว่างเดือนกรกฎาคม 2558 ถึงเดือนมีนาคม 2560 คำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่าง ตามสูตรการประมาณค่าเฉลี่ยในกรณีไม่ทราบประชากร³¹ กำหนดระดับของความแปรปรวน = 0.37²⁴ จากงานวิจัยที่ใกล้เคียง กำหนดระดับความผิดพลาดไม่เกินร้อยละ 5³¹ ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างอย่างน้อย 200 รายการศึกษาครั้งนี้คัดเลือกโรงพยาบาลอย่างเฉพาะเจาะจงที่รักษาเด็กโรคมะเร็งจำนวน 8 โรงพยาบาล เป็นกลุ่มตัวอย่างที่รับการรักษาในโรงพยาบาลทางภาคเหนือ 60 ราย ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 50 ราย และภาคใต้ 99 ราย รวมทั้งสิ้น 209 ราย โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงตามคุณสมบัติ ได้แก่ 1) รู้สึกตัวดี 2) สามารถพูด อ่าน และเขียนภาษาไทยได้ 3) ไม่มีภาวะเจ็บป่วยรุนแรง เช่น ไม่ใส่ออกซิเจน หรือ ใส่เครื่องช่วยหายใจ

4) ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งอย่างน้อย 1 เดือน แต่ไม่เกิน 2 ปี^{28,29} และ 5) ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดอย่างน้อย 1 ครั้ง หรือเคมีบำบัดอย่างน้อย 1 ครั้ง ร่วมกับการฉายแสงหรือการผ่าตัด³²

จริยธรรมในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ได้ผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการประเมินจริยธรรมในงานวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ (IRB No.0521.1.05/3009 วันที่ 27 ตุลาคม 2558) และผ่านการรับรองของคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยโรงพยาบาลที่คัดเลือก (โรงพยาบาลมหาสารคามเชียงใหม่, IRB No. 389/2016 วันที่ 14 ตุลาคม 2559; โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์, IRB No. 0032.102/3499 วันที่ 1 กุมภาพันธ์ 2560; โรงพยาบาลพุทธชินราชพิษณุโลก, IRB No. 094/59 วันที่ 25 พฤศจิกายน 2559; โรงพยาบาลศรีนครินทร์, IRB No. HE591152 วันที่ 1 มิถุนายน 2559; โรงพยาบาลขอนแก่น, IRB No. HE 60010 วันที่ 11 พฤศจิกายน 2559; โรงพยาบาลสงขลานครินทร์, IRB No. 58-339-19-19 วันที่ 8 มีนาคม 2559; โรงพยาบาลหาดใหญ่, IRB No. 74/2015 วันที่ 24 พฤศจิกายน 2558; และโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี, IRB No. 2/2560 วันที่ 30 มกราคม 2560)

ในขั้นตอนของการพิทักษ์สิทธิ ผู้วิจัยหรือผู้ช่วยวิจัยแนะนำตนเอง และชี้แจงการพิทักษ์สิทธิให้แก่กลุ่มตัวอย่างและผู้ปกครองที่เป็นพ่อหรือแม่ทราบ โดยชี้แจงวัตถุประสงค์และขั้นตอนของการวิจัย วิจัยนี้มีความเสี่ยงน้อยคืออาจเหนื่อยล้าจากการตอบแบบสอบถาม โดยผู้เข้าร่วมวิจัยสามารถหยุดพักหรือถอนตัวจากการเข้าร่วมการวิจัยได้ทุกเมื่อโดยไม่มีผลกระทบต่อกรดูแลตามปกติที่จะได้รับ และข้อมูลที่ได้จะนำเสนอในภาพรวม ขอความสมัครใจในการเข้าร่วมวิจัยให้กลุ่มตัวอย่าง (อายุมากกว่าหรือเท่ากับ 13 ปี) และพ่อหรือแม่ลงลายมือชื่อในใบยินยอม (consent form) โดยกลุ่มตัวอย่างอายุต่ำกว่า 13 ปีลงนามในใบยินยอมสำหรับเด็ก (assent form)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของเด็กป่วยโรคมะเร็ง และผู้ดูแล ได้แก่ อายุ เพศ ระดับ การศึกษา ชนิดของโรคมะเร็ง ระยะเวลาการเจ็บป่วย การรักษาที่ได้รับ ระดับการศึกษาของผู้ดูแล และรายได้ของครอบครัว

ส่วนที่ 2 แบบประเมินการเผชิญความเครียดของเด็กป่วยโรคมะเร็ง ผู้วิจัยใช้แบบประเมินวิธีการเผชิญกับความเจ็บป่วยของ Silapavitayatorn²³ ซึ่งแปลย้อนกลับจากแบบสอบถามการปรับตัวต่อความเจ็บป่วย (Coping of Disease Inventory: CODI) ของ Petersen, Schmidt and Bullinger¹⁷ เครื่องมือถูกนำไปทดลองใช้กับเด็กป่วยเป็นโรคมะเร็ง จำนวน 10 คน นำมาคำนวณหาความเชื่อมั่น (Reliability) โดยการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้เท่ากับ .86 มีข้อคำถามทั้งหมด 28 ข้อ ประกอบด้วยวิธีการเผชิญความเครียดที่เด็กป่วยวัยเรียน และวัยรุ่นโรคเรื้อรัง ใช้ในการเผชิญความเครียด 6 ด้าน ได้แก่ การหลีกเลี่ยง การคิดหวังการมีปฏิริยาทางอารมณ์ การยอมรับ การคิดถึงสิ่งที่ปรารถนา และการหนีห่าง ลักษณะข้อคำถามเป็นการถามความถี่ของการใช้วิธีการเผชิญความเครียด มาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ คือ (1) ไม่เคย (2) นานๆ ครั้ง (3) ค่อนข้างบ่อย (4) บ่อยมาก และ (5) ตลอดเวลา ข้อสุดท้าย (ข้อที่ 28) เป็นการประเมินว่าวิธีการเผชิญความเครียดที่เด็กป่วยใช้ทั้งหมดนี้ ทำให้เด็กป่วยสามารถเผชิญความเครียดได้ดีเพียงใด ลักษณะข้อคำถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ คือ (1) ไม่ดีเลย (2) ไม่ค่อยดี (3) ปานกลาง (4) ดี และ (5) ดีมาก การแปลผล คะแนนรวมการเผชิญความเครียดแปลผลจากผลรวมของคะแนนรายข้อหารด้วยจำนวนข้อคำถาม

คะแนนสูง หมายถึง เด็กป่วยใช้วิธีการเผชิญความเครียดโดยรวมสูง ส่วนคะแนนการเผชิญความเครียดรายด้านแปลผลจากผลรวมของคะแนนรายข้อในแต่ละด้าน หารด้วยจำนวนข้อคำถามในแต่ละด้าน คะแนนสูง หมายถึง เด็กป่วยใช้วิธีการเผชิญความเครียดด้านนั้นสูง สำหรับคะแนนความสามารถในการเผชิญความเครียด แปลผลคะแนนข้อสุดท้าย (ข้อที่ 28) ที่เป็นการประเมินว่าวิธีการเผชิญความเครียดที่เด็กป่วยใช้ทั้งหมดนี้ทำให้เด็กป่วยสามารถเผชิญความเครียดได้ดีเพียงใด

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เครื่องมือถูกนำไปทดลองใช้กับเด็กป่วยเป็นโรคมะเร็งที่มีคุณสมบัติเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 20 คน นำมาคำนวณหาความเชื่อมั่น (Reliability) โดยการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้เท่ากับ .88

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

ขั้นตอนการเก็บข้อมูลของการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ มี 2 ระยะดังนี้

1. ขั้นเตรียมการ

ภายหลังผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการประเมินจริยธรรมในทางวิจัยคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ผู้วิจัยได้ดำเนินการขออนุญาตเก็บข้อมูลโรงพยาบาลที่คัดเลือก และผ่านการรับรองของคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยโรงพยาบาลที่คัดเลือก ทดสอบคุณภาพของเครื่องมือ และฝึกผู้ช่วยวิจัยในการเก็บข้อมูล โดยผู้ช่วยวิจัยเป็นพยาบาลวิชาชีพประจำโรงพยาบาลที่คัดเลือกจำนวน 8 โรงพยาบาล โรงพยาบาลละ 1 ราย ที่มีประสบการณ์ในการดูแลเด็กที่เป็นมะเร็งอย่างน้อย 1 ปี จะได้รับฝึกการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง การใช้แบบสอบถาม และการขอความยินยอมเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง

2. ขั้นเก็บข้อมูล

หลังจากได้รับอนุญาตให้เก็บข้อมูลในแต่ละโรงพยาบาลแล้ว ผู้วิจัยหรือผู้ช่วยวิจัยได้ดำเนินการเก็บข้อมูลดังนี้ 1) บอกชื่อเรื่องชี้แจงวัตถุประสงค์ขั้นตอนของการทำวิจัยแก่เด็กป่วยโรคมะเร็งและผู้ปกครอง ระยะเวลาที่ใช้ชี้แจงให้ทราบถึงสิทธิของกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมโครงการในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมโครงการ และสามารถถอนตัวจากการวิจัยได้ตลอดเวลา 2) ให้กลุ่มตัวอย่างที่มีอายุเท่ากับหรือมากกว่า 13 ปี และผู้ปกครองลงลายมือชื่อในหนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัย และให้ผู้ปกครองลงลายมือชื่อแทนกลุ่มตัวอย่างที่อายุต่ำกว่า 13 และให้เด็กป่วย

ลงลายมือชื่อในใบตกลงเข้าร่วมการวิจัย 3) อธิบายวิธีการตอบแบบสอบถามแก่กลุ่มตัวอย่างและผู้ปกครอง โดยผู้ปกครองตอบแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และกลุ่มตัวอย่างตอบแบบประเมินวิธีการเผชิญกับความเจ็บป่วยด้วยตัวเอง ในระหว่างตอบแบบสอบถาม ผู้วิจัยหรือผู้ช่วยวิจัย หรือผู้ปกครองสามารถช่วยอ่านข้อคำถาม และช่วยเขียนคำตอบให้แก่กลุ่มตัวอย่างได้กรณีกลุ่มตัวอย่างมีข้อจำกัดในการอ่านและเขียน โดยใช้เวลาในการตอบแบบสอบถาม 10-15 นาที กลุ่มตัวอย่างสามารถหยุดพักได้ตลอดเวลา หรือถอนตัวจากการเข้าร่วมโครงการได้ 4) แบบสอบถามจะถูกตรวจสอบความถูกต้อง ครบถ้วนโดยผู้วิจัยและหรือผู้ช่วยวิจัย และสอบถามข้อมูลซ้ำต่อกลุ่มตัวอย่าง และผู้ปกครองโดยยินยอมกรณีแบบสอบถามไม่สมบูรณ์

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของเด็กป่วยโรคมะเร็งโดยใช้สถิติพรรณนา วิเคราะห์คะแนนเฉลี่ยการเผชิญความเครียดโดยใช้ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่ามัธยฐาน และส่วนเบี่ยงเบนควอไทล์ และเปรียบเทียบการเผชิญความเครียด

โดยรวม และรายด้านจำแนกตามกลุ่มเพศ อายุ ชนิดของมะเร็ง ระยะเวลาการเจ็บป่วย และการรักษาที่ได้รับโดยใช้ independent t-test ยกเว้นด้านการหลีกเลี่ยง ด้านการมีปฏิกริยาทางอารมณ์ และด้านการคิดถึงสิ่งที่ปรารถนา เปรียบเทียบโดยใช้ Mann winey U-test หลังทดสอบค่าความเบ้ (skewness) ความโด่ง (kurtosis) ของข้อมูลมีค่า Z-score มากกว่า 3.29³³

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของเด็กป่วยโรคมะเร็ง

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างเป็นเด็กป่วยโรคมะเร็งจำนวน 209 ราย มีอายุระหว่าง 9-18 ปี อายุ เฉลี่ย 12.17 ปี (SD = 2.20) เป็นเพศชาย ร้อยละ 64.6 และเพศหญิงร้อยละ 35.4 เป็นเด็กวัยเรียนอายุระหว่าง 9-12 ปี ร้อยละ 53.1 และร้อยละ 46.9 เป็นเด็กวัยรุ่นอายุ 13-18 ปี ได้รับการวินิจฉัยเป็นมะเร็งเม็ดเลือดขาว ร้อยละ 41.6 และได้รับการวินิจฉัยเป็นมะเร็งชนิดอื่นร้อยละ 58.4 มีระยะเวลาการเจ็บป่วยตั้งแต่ 1 เดือน - 2 ปี ระยะการเจ็บป่วยเฉลี่ย 9.27 เดือน (SD = 7.53) ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัด ร้อยละ 64.1 (ตาราง 1)

ตาราง 1 จำนวน ร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามข้อมูลทั่วไป (N = 209)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
อายุ (ปี)		
9-12	111	53.1
13-18	98	46.9
(Min = 9, Max = 18, Mean = 12.17, SD = 2.20)		
เพศ		
หญิง	74	35.4
ชาย	135	64.6
การวินิจฉัย		
มะเร็งเม็ดเลือดขาว	87	41.6
มะเร็งกระดูก	35	16.7
เนื้องอกหรือมะเร็งในสมอง	33	15.9
มะเร็งต่อมน้ำเหลือง	25	12.0
มะเร็งชนิดอื่นๆ	29	13.8
ระยะเวลาการเจ็บป่วย (เดือน)		
1-12	145	69.4
13-24	64	30.6
(Min = 1, Max = 24, Mean = 9.27, SD = 7.53)		
การรักษาที่ได้รับ		
เคมีบำบัด	134	64.1
เคมีบำบัด ร่วมกับการผ่าตัด และ/หรือฉายแสง	75	35.9

M = Mean, SD = standard deviation

ส่วนที่ 2 การเผชิญความเครียดของเด็กป่วยโรคมะเร็ง

ผลการศึกษา พบว่า คะแนนเฉลี่ยการเผชิญความเครียดโดยรวมเท่ากับ 2.46 จาก 5 คะแนน (SD = .58) การเผชิญความเครียดรายด้าน พบว่า ด้านการหลีกเลี่ยง มีค่ามัธยฐานเท่ากับ 1.67 (QD = 1.03) ด้านการคิดหวัง มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.47 (SD = .87) ด้านการมีปฏิริยา

ทางอารมณ์ มีค่ามัธยฐานเท่ากับ 1.50 (QD = .42) ด้านการยอมรับ มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.83 (SD = 1.04) ด้านการคิดถึงสิ่งที่ปรารถนา มีค่ามัธยฐานเท่ากับ 4.00 (QD = .75) ด้านการหนีห่าง มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.45 (SD = 1.01) และผลจากการใช้วิธีการเผชิญความเครียดทั้งหมด ทำให้เด็กป่วยโรคมะเร็ง มีคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการเผชิญความเครียดเท่ากับ 3.65 (SD = .81) (ตาราง 2)

ตาราง 2 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่ามัธยฐาน ส่วนเบี่ยงเบนควอไทล์ ค่าจริง และค่าที่เป็นไปได้ ของการเผชิญความเจ็บป่วยโดยรวม และรายด้านของเด็กป่วยโรคมะเร็ง (N = 209)

การเผชิญความเครียดจากโรคมะเร็ง ของเด็กป่วยโรคมะเร็ง	M	SD	Md	QD	ค่าจริง (actual range)	ค่าที่เป็นไปได้ (possible range)
การเผชิญความเครียดโดยรวม	2.46	0.58	-	-	1.15-3.81	1.00-5.00
การเผชิญความเครียดเป็นรายด้าน						
1. ด้านการหลีกเลี่ยง	-	-	1.67	0.50	1.00-4.67	1.00-5.00
2. ด้านการคิดหวัง	2.47	0.87	-	-	1.00-4.40	1.00-5.00
3. ด้านการมีปฏิริยาทางอารมณ์	-	-	1.50	0.42	1.00-3.83	1.00-5.00
4. ด้านการยอมรับ	2.83	1.04	-	-	1.00-5.00	1.00-5.00
5. ด้านการคิดถึงสิ่งที่ปรารถนา	-	-	4.00	0.75	1.00-5.00	1.00-5.00
6. ด้านการหนีห่าง	2.45	1.01	-	-	1.00-5.00	1.00-5.00
ความสามารถในการเผชิญความเครียด	3.65	0.81	-	-	1.00-5.00	1.00-5.00

M = ค่าเฉลี่ย SD = ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน Md = ค่ามัธยฐาน QD = ส่วนเบี่ยงเบนควอไทล์

ส่วนที่ 3 เปรียบเทียบการเผชิญความเครียดจำแนกตามเพศ อายุ ชนิดของมะเร็ง ระยะเวลาการเจ็บป่วย และการรักษาที่ได้รับ

1. การเผชิญความเครียดโดยรวม ด้านการคิดหวัง ด้านการยอมรับ และด้านการหนีห่าง

ผลการศึกษาพบว่า 1) การเผชิญความเครียดโดยรวม มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติตามอายุ พบว่า เด็กป่วยอายุ 13-18 ปี มีคะแนนเฉลี่ยการเผชิญความเครียดโดยรวมสูงกว่าเด็กป่วยอายุ 9-12 ปี ($t = -3.85$, $p = .000$) แต่ไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติตามเพศ ชนิดของมะเร็ง การรักษาที่ได้รับ และระยะเวลาการเจ็บป่วย 2) ด้านการคิดหวัง มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติตามอายุ และระยะเวลาการเจ็บป่วย โดยเด็กป่วยอายุ 13-18 ปี มีคะแนนเฉลี่ยการเผชิญความเครียดด้านการคิดหวังสูงกว่าเด็กป่วยอายุ 9-12 ปี ($t = -4.15$, $p = .000$) ระยะเวลาการเจ็บป่วย 1 เดือน -1 ปี มีคะแนนเฉลี่ยด้านการคิดหวังสูงกว่าระยะเวลาการเจ็บป่วยมากกว่า

1 ปี แต่ไม่เกิน 2 ปี ($t = 2.19$, $p = .029$) แต่ไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติตามเพศ ชนิดของมะเร็ง และการรักษาที่ได้รับ 3) ด้านการยอมรับ พบว่ามีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติตามอายุ พบว่าเด็กป่วยอายุ 13-18 ปี มีคะแนนเฉลี่ยการเผชิญความเครียดด้านการยอมรับสูงกว่าเด็กป่วยอายุ 9-12 ปี ($t = -3.15$, $p = .002$) แต่ไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติตามเพศ ชนิดของมะเร็ง การรักษาที่ได้รับ และระยะเวลาการเจ็บป่วย และ 4) ด้านการหนีห่าง พบว่ามีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติตามอายุ และการรักษาที่ได้รับ พบว่าเด็กป่วยอายุ 13-18 ปี มีคะแนนเฉลี่ยการเผชิญความเครียดด้านหนีห่างสูงกว่าเด็กป่วยอายุ 9-12 ปี ($t = -2.41$, $p = .017$) การรักษาด้วยยาเคมีบำบัด มีคะแนนเฉลี่ยการเผชิญความเครียดด้านหนีห่างสูงกว่าการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดร่วมกับการรักษาชนิดอื่นๆ ($t = 2.92$, $p = .004$) แต่ไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ตามเพศ ชนิดของมะเร็ง และระยะเวลาการเจ็บป่วย (ตาราง 3)

2. การเผชิญความเครียดด้านการหลีกเลี่ยง ด้านการมีปฏิริยาทางอารมณ์ และด้านการคิดถึงสิ่งที่ปรารถนา ผลการศึกษาพบว่า 1) ด้านการหลีกเลี่ยง มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติตามอายุ ชนิดของมะเร็ง และระยะเวลาการเจ็บป่วย โดยเด็กป่วยอายุ 13-18 ปี มีค่าเฉลี่ยของอันดับด้านการหลีกเลี่ยงสูงกว่าเด็กป่วยอายุ 9-12 ปี ($z = -3.31, p = .001$) มะเร็งเม็ดเลือดขาว มีค่าเฉลี่ยของอันดับด้านการหลีกเลี่ยงต่ำกว่ามะเร็งชนิดอื่น ($z = -2.27, p = .023$) ระยะเวลาการเจ็บป่วย 1 เดือน -1 ปี มีค่าเฉลี่ยของอันดับด้านการหลีกเลี่ยงสูงกว่า เด็กป่วยที่มีระยะเวลาการเจ็บป่วยมากกว่า 1 ปีแต่ไม่เกิน 2 ปี ($z = -1.99, p = .046$)

แต่ไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติตามเพศ และการรักษาที่ได้รับ 2) ด้านการมีปฏิริยาทางอารมณ์ มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติตามเพศ โดยเพศหญิงมีค่าเฉลี่ยของอันดับด้านการมีปฏิริยาทางอารมณ์สูงกว่าเพศชาย ($z = -2.18, p = .029$) แต่ไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติตามอายุ ชนิดของมะเร็ง การรักษาที่ได้รับ และระยะเวลาการเจ็บป่วย 3) ด้านการคิดถึงสิ่งที่ปรารถนา ไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติตามเพศ อายุ ชนิดของมะเร็ง การรักษาที่ได้รับ และระยะเวลาการเจ็บป่วย (ตาราง 4)

ตาราง 3 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการเผชิญความเครียดโดยรวมและรายด้าน จำแนกตามเพศ อายุ ชนิดของมะเร็ง การรักษาที่ได้รับ และระยะเวลาการเจ็บป่วยโดยใช้สถิติที (N = 209)

ตัวแปร	การเผชิญความเครียดโดยรวม			ด้านความคิดหวัง			ด้านการยอมรับ			ด้านอาการทรมาน		
	M	SD	t	p value	M	SD	t	p value	M	SD	t	p value
เพศ												
ชาย (n = 135)	2.46	0.57	-0.03	.977	2.48	0.93	.20	.844	2.88	1.03	-0.99	.324
หญิง (n = 74)	2.46	0.60			2.46	0.83			2.73	1.07		
อายุ												
9-12 ปี (n = 111)	2.32	0.57	-3.85	.000***	2.24	0.78	-4.15	.000***	2.62	1.06	-3.15	.002**
13-18 ปี (n = 98)	2.62	0.55			2.72	0.89			3.06	0.98		
ชนิดของมะเร็ง												
Leukemia (n = 87)	2.39	0.60	-1.44	.152	2.36	0.89	-1.54	.126	2.79	1.07	-0.48	.635
Non-leukemia (n = 122)	2.51	0.56			2.54	0.85			2.86	1.03		
การรักษาที่ได้รับ												
ยาเคมีบำบัด (n = 134)	2.47	0.60	0.16	.872	2.40	0.87	-1.39	.167	2.83	1.08	0.02	.986
ยาเคมีบำบัดร่วมกับ การฉายแสง และ/หรือผ่าตัด (n = 75)	2.45	0.54			2.58	0.86			2.82	0.98		
ระยะเวลาการเจ็บป่วย												
1 เดือน-1 ปี (n = 145)	2.48	0.56	0.76	.446	2.55	0.87	2.19	.029*	2.78	1.01	-0.98	.330
> 1 ปี- 2 ปี (n = 64)	2.42	0.61			2.27	0.84			2.93	1.11		

*p < .05, **p < .01, ***p < .001

ตาราง 4 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของอันดับการเผชิญความเครียดรายด้าน จำแนกตามเพศ อายุ ชนิดของมะเร็ง การศึกษาที่ได้รับ และระยะเวลาการเจ็บป่วยโดยใช้สถิติแมน-วิทนี ยู (Mann-Whitney U-test) (N = 209)

ตัวแปร	ด้านการศึกษาเพียง			ด้านการศึกษาทางอารมณ์			ด้านการศึกษาถึงสิ่งที่ปรารถนา		
	Mean Rank	Mann-Whitney U	z value	Mean Rank	Mann-Whitney U	z value	Mean Rank	Mann-Whitney U	z value
เพศ									
ชาย (n = 135)	110.85		-0.19	98.29	4088.5	-2.18	101.53	4527.0	-1.14
หญิง (n = 74)	94.32			117.25			111.32		
อายุ									
9-12 ปี (n = 111)	92.15		-3.31	102.96	5212.5	-0.52	102.92	5208.5	-0.54
13-18 ปี (n = 98)	119.56			107.31			107.35		
ชนิดของมะเร็ง									
Leukemia (n = 87)	93.91		-2.27	101.40	4994.0	-0.73	102.26	5068.5	-0.56
Non-leukemia (n = 122)	112.91			107.57			106.95		
การรักษาที่ได้รับ									
ยาเคมีบำบัด (n = 134)	101.68		-1.08	104.94	5017.0	-0.02	104.49	4956.5	-0.17
ยาเคมีบำบัดร่วมกับการฉายแสง และ/หรือการผ่าตัด (n = 75)	110.93			105.11			105.91		
ระยะเวลาการเจ็บป่วย									
1 เดือน - 1 ปี (n = 145)	110.46		-1.99	106.06	4486.5	-0.38	104.18	4521.0	-0.30
>1 ปี - 2 ปี (n = 64)	92.63			102.60			106.86		

*p < .05, **p < .01

การอภิปรายผลวิจัย

1. การเผชิญความเครียดในเด็กป่วยโรคมะเร็ง ผลการศึกษา พบว่า เด็กป่วยโรคมะเร็งมีการใช้วิธีการเผชิญความเครียดครอบคลุม ทั้ง 6 ด้าน ได้แก่ การหลีกเลี่ยง การคิดหวัง การมีปฏิริยาทางอารมณ์ การยอมรับ การคิดถึงสิ่งที่ปรารถนา และการหนีห่าง สอดคล้องกับแนวคิดวิธีการเผชิญความเครียดของเด็กป่วยวัยเรียนและวัยรุ่นโรคเรื้อรัง¹⁷ พบว่า ค่าเฉลี่ยด้านการยอมรับ (M = 2.83, SD = 1.04) สูงกว่า ด้านการคิดหวัง (M = 2.47, SD = 0.87) และด้านการหนีห่าง 2.45 (M = 2.45, SD = 1.01) นอกจากนี้ ด้านการคิดถึงสิ่งที่ปรารถนา มีค่ามัธยฐานสูงกว่า (Md = 4.00, QD = .75) ด้านการหลีกเลี่ยง 1.67 (Md = 1.67, QD = 1.03) ด้านการมีปฏิริยาทางอารมณ์ (Md = 1.50, QD = .42) คะแนนเฉลี่ยวิธีการเผชิญความเครียดโดยรวม 2.46 จาก 5 วิธีการเผชิญความเครียดทั้งหมดทำให้เด็กป่วยสามารถเผชิญความเครียดเท่ากับ 3.65 จาก 5 คะแนน ดังนั้น แสดงให้เห็นว่าเด็กป่วยโรคมะเร็งยังต้องการการส่งเสริมการปรับตัว จากการศึกษาวิธีการเผชิญความเครียดในเด็กป่วยโรคเรื้อรังของ Oppenheimer, et al.³⁴ พบว่า การเผชิญความเครียดโดยการยอมรับ และการหนีห่าง มีความสัมพันธ์ทางเชิงบวกกับคุณภาพชีวิตเด็กป่วยโรคเรื้อรัง ($r = .49$, $r = .38$, $p < .01$ ตามลำดับ) ส่วนการเผชิญความเครียดด้วยวิธีการหลีกเลี่ยง การคิดหวัง การมีปฏิริยาทางอารมณ์ การคิดถึงสิ่งที่ปรารถนา มีความสัมพันธ์ทางเชิงลบ ($r = -.29$, $r = -.25$, $-.61$, $-.19$, $p < .01$ ตามลำดับ) กับคุณภาพชีวิตเด็กป่วยโรคเรื้อรัง นอกจากนี้จากการศึกษาของ Bussel, et al.³⁵ พบว่าการเผชิญความเครียดด้านการหลีกเลี่ยง ($r = -.53$, $p = .01$) การมีปฏิริยาทางอารมณ์ ($r = -.65$, $p = .01$) มีความสัมพันธ์เชิงลบกับคุณภาพชีวิตด้านจิตสังคม (psychosocial HRQoL) เด็กป่วยเบาหวานชนิดที่ 1 แสดงให้เห็นว่าการเลือกใช้วิธีการเผชิญความเครียดมีผลต่อความสามารถในการปรับของเด็ก จากผลการศึกษาครั้งนี้ พบว่า คะแนนเฉลี่ยการเผชิญความเครียดด้านการยอมรับ 2.83 (SD = 1.04) และการหนีห่าง 2.45 (SD = 1.01) ซึ่งอาจผลมีต่อความสามารถในการเผชิญความเครียดเด็กป่วยโรคมะเร็งตามมาได้

นอกจากนี้ กลุ่มตัวอย่างมีอายุเฉลี่ย 12.17 ปี (SD = 2.20) ส่วนใหญ่เป็นเด็กวัยเรียนอายุระหว่าง 9-12 ปี ร้อยละ 53.1 และร้อยละ 46.9 เป็นเด็กวัยรุ่นอายุระหว่าง 13-18 ปี โดยเมื่อเด็กมีอายุมากขึ้นบุคคลจะสามารถใช้กลวิธี

ในการเผชิญความเครียดที่เหมาะสมมากขึ้น โดยเด็กวัยรุ่นมีกระบวนการประเมินตัดสินด้วยสติปัญญา (cognitive appraisal) ดีกว่าเด็กวัยเรียน³⁴ จึงสามารถเลือกใช้วิธีการเผชิญความเจ็บป่วยได้ดีกว่าเด็กวัยเรียน ดังนั้นจากผลของระดับพัฒนาการทำให้เด็กป่วยวัยเรียน มีโอกาสใช้วิธีการเผชิญความเจ็บป่วยได้น้อยกว่าเด็กวัยรุ่น ส่งผลให้การเผชิญกับความเครียดของเด็กป่วยกลุ่มนี้ยังต่ำ

นอกจากนี้ ผลจากภาวะโรคที่เป็น และการรักษา เด็กป่วยกลุ่มนี้ได้รับการวินิจฉัยว่าป่วยเป็นโรคมะเร็งมาไม่ต่ำกว่า 1 เดือน แต่ไม่เกิน 2 ปี ระยะการเจ็บป่วยเฉลี่ย 9.27 เดือน และอยู่ในช่วงของการเข้ารับการรักษา ส่งผลให้เด็กเกิดอาการต่างๆ ทั้งจากภาวะโรคและการรักษา อาจส่งผลกระทบต่อความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย จากการศึกษาความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย และวิธีการเผชิญความเครียดของเด็กป่วยโรคมะเร็ง²³ พบว่าเด็กป่วยโรคมะเร็งมีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งร้อยละ 46.4 ของเด็กป่วยเหล่านี้คิดว่าตนเองมีความสามารถในการเผชิญกับความเครียดในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ส่วนเด็กป่วยที่มีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยอยู่ในระดับต่ำ มีร้อยละ 50 คิดว่าตนเองมีความสามารถในการเผชิญกับความเครียดในภาพรวมอยู่ในระดับดีมาก²³ นอกจากนี้ในวัยรุ่นโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวที่ได้รับเคมีบำบัด²⁷ พบว่าระยะเวลาที่เจ็บป่วยและการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปรับตัวต่อความเจ็บป่วย ($r = .26$, $.64$, $p < .05$) ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์เชิงลบกับการปรับตัวต่อความเจ็บป่วย ($r = -.33$, $p < .05$) และการสนับสนุนทางสังคมและระยะเวลาที่เจ็บป่วยสามารถร่วมกันทำนายการปรับตัวต่อความเจ็บป่วยได้ร้อยละ 44.5 ($R^2 = .45$)²⁷ ดังนั้นระยะการเจ็บป่วย และความรู้สึกไม่แน่นอนจากภาวะโรค จึงอาจส่งผลต่อการเผชิญกับความเครียดของเด็กป่วยกลุ่มนี้ได้

2. เปรียบเทียบการเผชิญความเครียดจำแนกตามกลุ่มเพศ อายุ ชนิดของมะเร็ง ระยะเวลาการเจ็บป่วย และการรักษาที่ได้รับ

2.1 เพศ ผลการศึกษา พบว่า เพศหญิงมีการใช้เผชิญความเครียดด้านการมีปฏิริยาทางอารมณ์สูงกว่าเพศชายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($z = -2.18$, $p = .029$) แสดงให้เห็นว่า เพศหญิงมีการใช้เผชิญความเครียดด้านการมีปฏิริยาทางอารมณ์สูงกว่าเพศชายสอดคล้องกับการศึกษาของ Bull and Drotar²⁵ ที่ศึกษาการจัดการ

ความเครียดในเด็กป่วยวัยเรียนและวัยรุ่นโรคมะเร็งที่มีอาการทุเลา อายุ 8-18 ปี พบว่า การเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งทำให้เด็กป่วยเกิดความเครียด และพบว่าเด็กวัยรุ่นใช้วิธีการเผชิญความเครียดโดยการมุ่งจัดการกับอารมณ์มากกว่าการมุ่งแก้ปัญหาที่เกิดขึ้น และเด็กป่วยเพศหญิงใช้การมุ่งจัดการกับอารมณ์มากกว่าเพศชายและใช้การมุ่งแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นน้อยกว่าเพศชาย นอกจากนี้จากผลการศึกษาของ Oppenheimer, et al.³⁴ พบมีผลต่อการเลือกใช้วิธีการเผชิญความเครียดของเด็กป่วยโรครีเอริงโดยพบว่าเด็กป่วยโรครีเอริง ใช้วิธีการเผชิญความเครียดร่วมกัน ซึ่งพบว่าเพศชายเลือกใช้วิธีการเผชิญความเครียดในกลุ่มที่ใช้วิธีการหลีกเลี่ยงและการมีปฏิริยาทางอารมณ์ในระดับต่ำ

2.2 อายุ อายุมีผลต่อการเผชิญความเจ็บป่วยโดยรวมและรายด้าน โดยพบว่า เด็กป่วยอายุ 13-18 ปี (วัยรุ่น) มีคะแนนเฉลี่ยการเผชิญความเจ็บป่วยโดยรวม ($t = -3.85, p = .000$) และรายด้าน ได้แก่ ด้านการคิดหวัง ($t = -4.15, p = .000$) ด้านการยอมรับ ($t = -3.15, p = .002$) และด้านการหนีห่าง ($t = -2.41, p = .017$) สูงกว่าเด็กป่วยอายุ 9-12 ปี (วัยเรียน) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สำหรับด้านการหลีกเลี่ยง พบว่า เด็กป่วยอายุ 13-18 ปี มีค่าเฉลี่ยของอันดับสูงกว่าเด็กป่วยอายุ 9-12 ปี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($z = -.31, p = .001$) แสดงให้เห็นว่า เด็กวัยรุ่นใช้วิธีการเผชิญความเครียดสูงกว่าเด็กวัยเรียน สอดคล้องตามทฤษฎีพัฒนาการทางสติปัญญา³⁰ เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างของการศึกษาเป็นเด็กวัยเรียนอายุระหว่าง 9-12 ปี ร้อยละ 53.1 และ ร้อยละ 46.9 เป็นเด็กวัยรุ่นอายุ 13-18 ปี ซึ่งผลของระดับพัฒนาการทำให้เด็กป่วยวัยรุ่นมีโอกาสใช้วิธีการเผชิญความเจ็บป่วยได้มากกว่าเด็กวัยเรียน โดยการเกิดความเครียดหรือการลดความเครียดของบุคคลจะมีความแตกต่างกันไปตามระดับพัฒนาการ³⁵ ทั้งนี้เนื่องจากในแต่ละวัยจะมีแรงขับและเทคนิคในการเผชิญความเครียดโดยใช้แหล่งประโยชน์และวิธีการที่แตกต่างกันไป เมื่อมีอายุมากขึ้นบุคคลจะสามารถใช้กลวิธีในการเผชิญความเครียดที่เหมาะสมมากขึ้น โดยเด็กวัยรุ่นมีกระบวนการประเมินตัดสินด้วยสติปัญญา (cognitive appraisal) ดีกว่าเด็กวัยเรียนจึงสามารถเลือกใช้วิธีการเผชิญความเจ็บป่วยได้ดีกว่าเด็กวัยเรียน³⁵ และสอดคล้องกับการศึกษาปัจจัยทำนายวิธีเผชิญความเครียดในเด็กป่วยหลังประสบอุบัติเหตุ 1 เดือน เด็กโรคมะเร็งและโรคเบาหวานชนิดที่ 1¹⁹ พบว่า อายุ สถานะทางเศรษฐกิจและสังคม และภาวะการทำหน้าที่ มีความสัมพันธ์

กับการเลือกวิธีการเผชิญความเครียด โดยเด็กอายุน้อยใช้วิธีเผชิญความเครียดเช่นการเผชิญปัญหา (active coping) การเบี่ยงเบนความสนใจ (distraction) การหาแหล่งช่วยเหลือ (seeking support) ต่ำกว่าเด็กที่อายุมากกว่า¹⁹

เมื่อพิจารณารายด้านจากผลการศึกษา พบว่า วัยรุ่นใช้การเผชิญความเครียดด้านการคิดหวัง ด้านการหนีห่าง ด้านการยอมรับ และ ด้านการหลีกเลี่ยงสูงกว่าวัยเรียน สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Wu, et al.²⁶ ที่ศึกษาปัจจัยทำนายความวิตกกังวลและความแข็งแกร่งทางจิตใจของวัยรุ่นโรคมะเร็งขณะได้รับการรักษา พบว่า อายุของวัยรุ่นโรคมะเร็งขณะได้รับการรักษามีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการเผชิญความเครียดด้านการคิดหวัง (cognitive coping) ($r = 0.18, p < .05$) และสอดคล้องกับการศึกษาของ Oppenheimer, et al.³⁴ พบว่าอายุมีผลต่อการเลือกใช้วิธีการเผชิญความเครียดของเด็กป่วยโรครีเอริง โดยพบว่าเด็กวัยรุ่น ใช้วิธีการเผชิญความเครียดร่วมกัน โดยเลือกใช้วิธีการยอมรับ การคิดถึงสิ่งที่ปรารถนา และการหนีห่างในระดับสูง และพบว่าการเผชิญความเครียดโดยวิธีการยอมรับและการหนีห่าง มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับคุณภาพชีวิตของเด็กโรครีเอริง³⁴ จากผลการศึกษาครั้งนี้พบว่าเด็กอายุ 13-18 ปี (วัยรุ่น) มีการใช้วิธีการเผชิญความเครียดด้านการยอมรับ ($t = -3.15, p = .002$) และด้านการหนีห่าง ($t = -2.41, p = .017$) สูงกว่าเด็กป่วยอายุ 9-12 ปี (วัยเรียน) แสดงให้เห็นว่า เด็กวัยรุ่นสามารถเลือกใช้วิธีการเผชิญความเครียดโรคมะเร็งที่อาจมีส่งผลความสามารถในการปรับตัวและคุณภาพชีวิตเด็ก^{34,35} ตามมา ส่วนเด็กวัยเรียนมีการใช้วิธีการเผชิญความเครียดยังต่ำ ดังนั้นการศึกษารายด้านนี้แสดงให้เห็นว่าเด็กโรคมะเร็งวัยเรียนยังต้องการการส่งเสริมการปรับ

2.3 ชนิดของมะเร็ง มะเร็งเม็ดเลือดขาว มีค่าเฉลี่ยของอันดับด้านการหลีกเลี่ยงต่ำกว่ามะเร็งชนิดอื่นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($z = -2.27, p = .023$) แสดงให้เห็นว่าเด็กป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวเลือกใช้วิธีการเผชิญความเครียดด้วยวิธีการหลีกเลี่ยงต่ำกว่ามะเร็งชนิดอื่นๆ ผลการศึกษาครั้งนี้ไม่สอดคล้องกับการศึกษา Promsripitak²⁴ ที่ศึกษาความหวังกับการเผชิญความเครียดของเด็กวัยเรียนที่เป็นมะเร็งเม็ดเลือดขาวและได้รับยาเคมีบำบัด พบว่าเด็กป่วยใช้วิธีการเผชิญความเครียดที่มุ่งเน้นการจัดการอารมณ์ เช่น การเดินหนีจากเหตุการณ์ที่ไม่สบายใจ การเล่นตุ๊กตา ของเล่น เล่นเกม การเล่นกับเพื่อน การดูโทรทัศน์หรือฟังเพลง มากกว่าการใช้วิธีการเผชิญความเครียด

ที่แบบมุ่งเน้นปัญหา อาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาร้อยละ 41.6 ได้รับการวินิจฉัยเป็นมะเร็งเม็ดเลือดขาวได้รับการวินิจฉัยเป็นมะเร็งชนิดอื่นร้อยละ 58.4 ระยะเวลาการเจ็บป่วยตั้งแต่ 1 เดือน - 2 ปี ระยะเวลาการเจ็บป่วยเฉลี่ย 9.27 เดือน (SD = 7.53) แม้จะในช่วงของการรับการรักษา แต่ปัจจุบันเทคโนโลยีมีความเจริญก้าวหน้า และมะเร็งเม็ดเลือดขาวมีการพยากรณ์โรคดี³⁶ ทำให้พบการเผชิญความเครียดด้านการหลีกเลี่ยงต่ำกว่ามะเร็งชนิดอื่นที่มีพยากรณ์โรคที่แย่กว่า สอดคล้องตามแนวคิดของ Lazarus and Folkman³⁶ การที่บุคคลเลือกใช้วิธีการเผชิญความเครียดที่มุ่งเน้นการจัดการอารมณ์ เกิดจากการที่บุคคลได้ประเมินสถานการณ์แล้วว่าไม่สามารถเปลี่ยนแปลงหรือแก้ไขได้ จึงพยายามลดหรือบรรเทาความเครียดโดยการหลีกเลี่ยง (avoidance) การพยายามห่างไกลจากปัญหาที่เกิดขึ้น (distancing) การทำให้สถานการณ์ที่เกิดขึ้นเป็นเรื่องเล็กน้อย (minimization) การเลือกที่จะสนใจอย่างอื่นแทน เป็นต้น

2.3 การรักษาที่ได้รับ ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มที่มีการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดมีคะแนนเฉลี่ยด้านการหนีห่างสูงกว่ากลุ่มที่มีการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดร่วมกับการฉายแสงและ/หรือการผ่าตัด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 2.92, p = .004$) แสดงว่าเด็กป่วยที่ได้รับการรักษาที่ได้รับเคมีบำบัดเพียงอย่างเดียวใช้การเผชิญความเครียดด้านการหนีห่างสูงกว่ากลุ่มที่มีการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดร่วมกับการรักษาอื่นๆ เนื่องจากกลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 63.6 ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดเพียงอย่างเดียว ส่วนใหญ่เป็นมะเร็งเม็ดเลือดขาว²⁸ ซึ่งมีการพยากรณ์โรคดี³⁷ จากการศึกษาของ Oppenheimer, et al.³⁴ พบว่าการเผชิญความเครียดด้านการหนีห่างมีความสัมพันธ์ทางเชิงบวกกับคุณภาพชีวิตเด็กป่วยโรครีรัง ($r = .38, p < .01$) ผลการศึกษาครั้งนี้แสดงให้เห็นว่าเด็กป่วยโรคมะเร็ง ซึ่งได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดเพียงอย่างเดียวสามารถเลือกใช้วิธีการเผชิญความเครียดที่ส่งเสริมการปรับตัว³³ ส่วนเด็กมะเร็งกลุ่มที่มีการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดร่วมกับการรักษาอื่นๆ ยังต้องการส่งเสริมการปรับตัว

2.4 เด็กป่วยที่มีระยะเวลาการเจ็บป่วยน้อยกว่าหรือเท่ากับ 1 ปี มีคะแนนเฉลี่ยด้านการคิดหวัง ($t = 2.19, p = .029$) และมีค่าเฉลี่ยของอันดับด้านการหลีกเลี่ยงสูงกว่า ($z = -1.99, p = .046$) เด็กป่วยที่มีระยะเวลาการเจ็บป่วยมากกว่า 1 ปี แต่ไม่เกิน 2 ปี แสดงให้เห็นว่าเด็กโรคมะเร็งที่มีระยะเวลาการเจ็บป่วยน้อยกว่าหรือเท่ากับ 1 ปี ใช้วิธี

การเผชิญความเครียดโดยการคิดหวังและการหลีกเลี่ยงสูงกว่าเด็กโรคมะเร็งที่มีระยะเวลาการเจ็บป่วยมากกว่า 1 ปี อาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาระยะเวลาการเจ็บป่วยตั้งแต่ 1 เดือน - 2 ปี โดยมีระยะเวลาการเจ็บป่วย 1 เดือน - 1 ปี มากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 69.4 ระยะเวลาการเจ็บป่วยเฉลี่ย 9.27 เดือน (SD = 7.53) อาจเป็นไปได้ว่า ช่วงแรกของการรักษาหลังการได้รับการวินิจฉัย เด็กป่วยจะได้รับการทำหัตถการต่างๆ ทั้งเพื่อการวินิจฉัย และเพื่อการรักษาทำให้เด็กมีโอกาสเกิดคิดหวังในเรื่องการหายจากโรค และการแย่งของโรคได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ Chonbodeechalermrung²⁷ พบว่า ระยะเวลาที่เจ็บป่วยมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปรับตัวต่อความเจ็บป่วยในวัยรุ่นโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวที่ได้รับเคมีบำบัด ($r = .256, p < .05$) และการสนับสนุนทางสังคม และระยะเวลาที่เจ็บป่วยสามารถร่วมกันทำนายการปรับตัวต่อความเจ็บป่วยในวัยรุ่นโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวที่ได้รับเคมีบำบัดได้ และสอดคล้องกับผลการศึกษาของ Wu, et al.²⁶ ที่พบว่า ระยะเวลาการเจ็บป่วยของวัยรุ่นโรคมะเร็งขณะได้รับการรักษา มีความสัมพันธ์เชิงลบกับการเผชิญความเครียดด้านความคิดหวัง ($r = -0.19, p < .05$) ส่วนการเผชิญความเครียดด้วยวิธีหลีกเลี่ยง สอดคล้องกับการศึกษาของ Hildenbrand, et al.¹⁸ ที่พบว่า เด็กป่วยโรคมะเร็งมีการเผชิญความเครียด เช่น มีความคิดหลีกเลี่ยง (cognitive avoidance) และมีพฤติกรรมเบี่ยงเบนความสนใจจากความเจ็บป่วย (distraction) จากการศึกษาวิธีการเผชิญความเครียดในเด็กป่วยโรครีรังของ Oppenheimer, et al.³³ พบว่าการเผชิญความเครียดด้วยวิธีการหลีกเลี่ยง การคิดหวัง มีความสัมพันธ์ทางเชิงลบกับคุณภาพชีวิต ดังนั้นการศึกษานี้แสดงให้เห็นว่า เด็กโรคมะเร็งที่มีระยะเวลาการเจ็บป่วยน้อยกว่า 1 ปี ยังต้องการการเสริมการส่งเสริมการปรับตัว

สรุป

เด็กป่วยโรคมะเร็งยังต้องการการส่งเสริมการปรับตัว โดยมีค่าเฉลี่ยคะแนนการเผชิญความเครียดโดยรวมเท่ากับ 2.46 (SD = 0.58) การใช้วิธีเผชิญความเครียดของเด็กป่วยโรคมะเร็งแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติขึ้นอยู่กับเพศ อายุ ชนิดของมะเร็ง การรักษาที่ได้รับ และระยะเวลาการเจ็บป่วย พบว่าเพศหญิงมีค่าเฉลี่ยของอันดับด้านการมีปฏิริยาทางอารมณ์สูงกว่าเพศชาย เด็กวัยรุ่นมีคะแนนเฉลี่ยด้านการคิดหวัง ด้านการยอมรับ ด้านการหนีห่าง และมีค่าเฉลี่ยของอันดับสูงด้านการหลีกเลี่ยงสูงกว่าเด็กวัยรุ่น เด็กป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว มีค่าเฉลี่ยของอันดับด้าน

การหลีกเลี่ยงต่ำกว่ามะเร็งชนิดอื่น เด็กที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัด มีคะแนนเฉลี่ยด้านการหนีห่างสูงกว่าเด็กที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดร่วมกับการรักษาชนิดอื่น ๆ เด็กป่วยที่มีระยะเวลาการเจ็บป่วยน้อยกว่าเท่ากับ 1 ปี มีคะแนนเฉลี่ยด้านการคิดหวัง และมีค่าเฉลี่ยของอันดับด้านการหลีกเลี่ยงสูงกว่า เด็กป่วยที่มีระยะเวลาการเจ็บป่วยมากกว่า 1 ปี แต่ไม่เกิน 2 ปี

ข้อจำกัดของการศึกษา

1. ข้อมูลบางด้านมีการกระจายของข้อมูลไม่เป็นที่ตามโค้งปกติ เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างการศึกษาครั้งนี้ เป็นเด็กวัยเรียน และวัยรุ่น ซึ่งมีความแตกต่างกันของระดับพัฒนาการ จึงส่งผลต่อการเลือกใช้วิธีการปรับตัวในบางด้าน จึงควรศึกษาเฉพาะกลุ่ม

2. การศึกษาครั้งนี้ไม่สามารถระบุได้ชัดเจนว่าวิธีการเผชิญความเครียดแบบใด สามารถส่งเสริมการปรับตัวของเด็กป่วยโรคมะเร็งได้ดีที่สุด จึงควรศึกษาวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างวิธีการเผชิญความเครียด และความสามารถในการปรับตัวหรือคุณภาพชีวิตเด็กป่วยโรคมะเร็ง

3. กลุ่มตัวอย่างของการศึกษาครั้งนี้เป็นเด็กป่วยโรคมะเร็งวัยเรียนและวัยรุ่นและอยู่ในช่วงของการเข้ารับการรักษา ตั้งแต่ 1 เดือน - 2 ปี ผลการศึกษาอาจไม่สามารถใช้อ้างอิงในเด็กวัยอื่น ๆ และในกลุ่มเด็กที่สิ้นสุดการรักษา จึงควรมีการศึกษาเพิ่มเติมในเด็กกลุ่มดังกล่าว

ข้อเสนอแนะและการนำไปใช้

ผลการศึกษาสามารถนำไปใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานให้แก่พยาบาลในการส่งเสริมการปรับตัวของเด็กป่วยโรคมะเร็งเมื่อมีความเครียดจากการทำกิจกรรมการพยาบาล หรือการทำหัตถการจากรักษาต่างๆ นอกจากนี้ผลวิจัยพบว่าเด็กวัยเรียนยังมีการเผชิญความเครียดต่ำกว่าเด็กวัยรุ่น และเด็กมีระยะเวลาการเจ็บป่วยน้อยกว่า 1 ปี มีการใช้วิธีการเผชิญความเครียดด้านหลีกเลี่ยงสูงดังนั้นจึงควรส่งเสริมการเผชิญความเครียด เช่น กิจกรรมการเล่นในหอผู้ป่วย เป็นต้น ขณะเดียวกันควรมีการผสมผสานการเล่นเข้ากับการรักษา เช่น การพัฒนารูปแบบการให้ข้อมูลก่อนการทำหัตถการต่างๆ ให้แก่เด็กวัยเรียนโรคมะเร็งโดยผสมผสานไปกับการเล่น เพื่อให้เด็กลดความกลัวที่เกิดจากการรักษา และมีการพัฒนาโปรแกรมด้านจิตใจในการส่งเสริมความสามารถและการปรับตัว เพื่อให้เด็กป่วยสามารถตอบสนองต่อสิ่งเร้าได้อย่างเหมาะสม นำไปสู่การมีพฤติกรรมปรับตัวที่เหมาะสมเมื่อมีการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย ด้านอัตมโนทัศน์ ด้านบทบาท

หน้าที่ และด้านการพึ่งพาระหว่างกันตามทฤษฎีการปรับตัวของ Roy¹⁶ ส่งผลให้มีพฤติกรรมดูแลตนเองที่เหมาะสมต่อไป ด้านการวิจัย สามารถนำไปใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการนำไปพัฒนาการวิจัยเกี่ยวกับการส่งเสริมการปรับตัวของเด็กป่วยโรคมะเร็งต่อไป

การมีส่วนร่วมในการเขียนบทความ

บทความวิจัยนี้ ผู้วิจัยและผู้ร่วมวิจัยมีส่วนร่วมในการเขียนบทความวิจัยฉบับนี้ทั้งหมด

การมีผลประโยชน์ทับซ้อน

บทความวิจัยนี้ไม่มีผลประโยชน์ทับซ้อน

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมในการศึกษาครั้งนี้ ตลอดจนผู้ช่วยวิจัยที่ทุกท่านที่ช่วยเหลือในการเก็บข้อมูล

เอกสารอ้างอิง

1. Ministry of Public Health. (2018) [Internet]. Public health statistic, Thailand; 2017 [cited 2020 Feb 27]. Available from: <http://www.pcko.moph.go.th/Health-Statistics/stratistics60.pdf>.
2. Bidwell SS, Peterson CC, Demanelis K, et al. Childhood cancer incidence and survival in Thailand: A comprehensive population-based registry analysis, 1990-2011. *Pediatr Blood Cancer*. 2019; 66(1): 274-78. <https://doi.org/10.1002/pbc.27428>.
3. Li HCW, Lopez V, Chung JOK, et al. The impact of cancer on the physical, psychological and social well-being of childhood cancer survivors. *Eur J Oncol Nurs*. 2013; 17(2): 214-19. doi: 10.1016/j.ejon.2012.07.010.
4. Momani TG, Mandrell BN, Gattuso JS, et al. Children's perspective on health-related quality of life during active treatment for acute lymphoblastic leukemia: An advanced content analysis approach. *Cancer Nurs*. 2015; 38(1): 49-58. doi: 10.1097/NCC.000000000000174.

5. Sodergren SC, Husson O, Robinson J, et al. Systematic review of the health-related quality of life issues facing adolescents and young adults with cancer. *Qual Life Res.* 2017; 26(7): 1659-72. doi: 10.1007/s11136-017-1520-x.
6. Baggott C, Dodd M, Kennedy C, et al. An evaluation of the factors that affect the health-related quality of life of children following myelosuppressive chemotherapy. *Support Care Cancer* 2011; 19(3): 353-61.
7. Wanich P, Wiroonpanich W, Wattanasit P. Influences of stress, pain, and nursing care activities on sleep quality in children with cancer receiving chemotherapy. *Songklanagarind J Nurs.* 2019; 39(1): 28-40. Thai.
8. Li HCW, Chung OKJ, Chiu SY. The impact of cancer on children's physical, emotional, and psychosocial well-being. *Cancer Nurs.* 2010; 33(1): 47-54. doi: 10.1097/NCC.0b013e3181aaf0fa
9. Zupanec S, Jones H, Stremmler R. Sleep habits and fatigue of children receiving maintenance chemotherapy for ALL and their parents. *J Pediatr Oncol Nurs.* 2010; 27(4): 217-28. doi: 10.1177/1043454209358890.
10. Zeltzer LK, Recklitis C, Buchbinder D, et al. Psychological status in childhood cancer survivors: A report from the Childhood Cancer Survivor Study. *J Clin Oncol.* 2009; 27(14): 2396-404. doi: 10.1200/JCO.2008.21.1433.
11. Chung OK, Li HC, Chiu SY, et al. Predisposing factors to the quality of life of childhood cancer survivors. *J Pediatr Oncol Nurs.* 2012; 29(4): 211-20. doi: 10.1177/1043454212451367.
12. Enskär K, von Essen L. Physical problems and psychosocial function in children with cancer. *Paediatr Nurs.* 2008; 20(3): 37-41. doi: 10.7748/PAED2008.04.20.3.37.C6521.
13. Vakili R, Abbasi MA, Hashemi SAG, et al. Preparation a child for surgery and hospitalization. *Int J Pediatr.* 2015; 3(3.1): 593-99.
14. Ruccione K, Lu Y, Meeske K. Adolescents' psychosocial health-related quality of life within 6 months after cancer treatment completion. *Cancer Nurs.* 2013; 36(5): E61-E72. doi: 10.1097/NCC.0b013e3182902119.
15. Wicks L, Mitchell A. The adolescent cancer experience: Loss of control and benefit finding. *Eur J Cancer.* 2010; 19(6): 778-85. doi: 10.1111/j.1365-2354.2009.01139.x.
16. Roy SC. *The Roy adaptation Model.* Stanford: Appleton Lang. 1999.
17. Petersen C, Schmidt S, Bullinger M. Brief report: Development and pilot testing of a coping questionnaire for children and adolescents with chronic health conditions. *J Pediatr Psychol.* 2004; 29(8): 635-40. doi: 10.1093/jpepsy/jsh066.
18. Hildenbrand AK, Alderfer MA, Deatrick JA, Marsac ML. A mixed methods assessment of coping with pediatric cancer. *J Psychosoc Oncol.* 2014; 32(1): 37-58. doi: 10.1080/07347332.2013.855960.
19. Landolt MA, Vollrath M, Ribl K. Predictors of coping strategy selection in pediatric patients. *Acta Paediatrica.* 2002; 91(9): 954-60. doi: 10.1111/j.1651-2227.2002.tb02884.x.
20. Hostert PCCP, Motta AB, Enumo SRF. Coping with hospitalization in children with cancer: The importance of the hospital school. *Estudos de Psicologia (Campinas).* 2015; 32(4): 627-39. doi: doi.org/10.1590/0103-166X2015000400006.
21. Weekes DP, Kagan SH. Adolescents completing cancer therapy: Meaning, perception, and coping. *Oncol Nurs Forum.* 1994; 21(4): 663-70.
22. Tyc VL, Mulhern RK, Jayawardene D, et al. Chemotherapy-induced nausea and emesis in pediatric cancer patients: an analysis of coping strategies. *JPSM.* 1995; 10(5): 338-47. doi: https://doi.org/10.1016/0885-3924(95)00019-U.
23. Silapavitayatorn B. Uncertainty in illness and coping strategies among children with cancer

- [master's thesis]. [Chiang Mai]: Chiang Mai University; 2008. 85 p.
24. Promsripitak N. Hope and coping in school-age children with leukemia undergoing chemotherapy [master's thesis]. [Khon Kaen]: Khon Kaen University; 2000. 106 p.
25. Bull BA, Drotar D. Coping with cancer in remission: stressors and strategies reported by children and adolescents. *J Pediatr Psychol*. 1991; 16(6): 767-82. doi: 10.1093/jpepsy/16.6.767.
26. Wu LM, Sheen JM, Shu HL, et al. Predictors of anxiety and resilience in adolescents undergoing cancer treatment. *Journal of Advanced Nursing*. 2012; 69(1): 158-66. doi: 10.1111/j.1365-2648.2012.06003.x.
27. Chonbodeechalermrung N. Relationships between duration of illness, symptom severity, uncertainty in illness, social support, and adaptation to illness in adolescents with hematologic malignancy treated by chemotherapy [master's thesis]. [Bangkok]: Chulalongkorn University; 2000. 170 p.
28. The Thai Pediatric Oncology Group, The Thai Society of Hematology, National Health Security Office. National protocol for the treatment of childhood cancers. Bangkok: M print cooperation. 2016. Thai
29. Vlachioti E, Perdikaris P, Megapanou, E, et al. Assessment of quality of life in adolescent patients with cancer and adolescent survivors of childhood cancer. *JSPN*. 2016; 21(4): 178-188. doi: 10.1111/jspn.12154.
30. Piaget J. *The moral Judgment of Child*. Illinois: Free Press. 1960.
31. Chaimay B. Sample size determination in descriptive study in public health. *Thaksin J*. 2013; 16(2): 9-18. Thai
32. Stam H, Grootenhuis MA, Caron HN, et al. Quality of life and current coping in young adult survivors of childhood cancer: positive expectations about the further course of the disease were correlated with better quality of life. *Psycho-oncology*. 2006; 15(1): 31-43. doi: 10.1002/pon.920.
33. Ghasemi A, Zahediasl S. Normality tests for statistical analysis: A guide for non-statisticians. *Int J Endocrinol Metab*. 2012; 10(2): 486-89. doi: 10.5812/ijem.3505.
34. Oppenheimer S, Krispin O, Levy S et al. The impact of coping patterns and chronic health conditions on health-related quality of life among children and adolescents. *Eur J Pediatr*. 2018; 177(6): 935-43 doi: 10.1007/s00431-018-3146-6.
35. Bussel AV, Nieuwesteeg A, Janssen E, et al. Goal disturbance and coping in children with type I diabetes mellitus: Relationships with health-related quality of life and A1C. *Can J Diabetes*. 2013; 37(3): 169-74 doi: 10.1016/j.jcjd.2013.02.058.
36. Lazarus RS, Folkman S. *Stress appraisal and coping*. New York: Springer. 1984.
37. Saksarn P, Wiangnon S, Veerakul G, et al. Outcome of childhood acute lymphoblastic leukemia treated using the Thai national protocols. *APJCP*. 2015; 16(11): 4609-614. doi: 10.7314/APJCP.2015.16.11.4609