

# คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็ง: ผู้ดูแลเด็ก มีการรับรู้ต่างกันหรือไม่

บุษกร พันธุ์เมธาฤทธิ\*  
 อุทัยวรรณ พุทธิรัตน์  
 พิสมัย วัฒนสิทธิ์

## Quality of Life of Children with Cancer: Do Caregivers Perceive Differently?

Busakorn Punthmatharith, Utaiwan Buddharat, Pissamai Wattanasit

Department of Pediatric Nursing, Faculty of Nursing, Prince of Songkla University,  
 Hat Yai, Songkhla, 90110, Thailand.

\*E-mail: busakorn.p@psu.ac.th

Songkla Med J 2013;31(3):123-135

### บทคัดย่อ:

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งและเปรียบเทียบการรับรู้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งอายุ 6-18 ปี ระหว่างเด็กป่วยกับผู้ดูแลเด็ก เลือกรandomized controlled trial จากโรงพยาบาล 8 แห่ง ใน 4 ภูมิภาคของประเทศไทย กลุ่มละ 603 ราย เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามกับเด็กป่วยและผู้ดูแลเด็ก คือ 1) ข้อมูลส่วนบุคคล 2) การรับรู้คุณภาพชีวิตของเด็กป่วยโรคมะเร็ง และ 3) การรับรู้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งของผู้ดูแลเด็ก ซึ่งผ่านการตรวจสอบความตรงและความเที่ยงของเครื่องมือชุดที่ 2-3 ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟ่าของครอนบาค เท่ากับ 0.93 และ 0.90 ตามลำดับ ผลการศึกษา พบว่า การรับรู้คุณภาพชีวิตโดยรวมของเด็กป่วยและผู้ดูแลเด็กอยู่ในระดับสูง การรับรู้คุณภาพชีวิตด้านสูงสุดทั้งของเด็กและผู้ดูแล คือ ด้านความพึงพอใจในชีวิต และด้านต่ำสุด คือ ด้านจิตใจ คะแนนเฉลี่ยการรับรู้คุณภาพชีวิตโดยรวมของทั้ง 2 กลุ่ม พบว่าไม่มีความแตกต่างกัน ( $t=1.53$   $p=0.13$ ) คะแนนเฉลี่ยการรับรู้คุณภาพชีวิตโดยรวมระหว่างเด็กป่วย ( $F=16.38$   $p<0.001$ ) และระหว่างผู้ดูแลเด็ก ( $F=10.87$   $p=0.000$ ) ในแต่ละภูมิภาค มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ได้รับทุนสนับสนุนการวิจัยจากเงินงบประมาณแผ่นดิน มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ปี 2549-2550

ภาควิชาการพยาบาลกุมารเวชศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ อ.หาดใหญ่ จ.สงขลา 90110

รับต้นฉบับวันที่ 11 ตุลาคม 2555 รับลงตีพิมพ์วันที่ 20 มกราคม 2556

ดังนั้น พยาบาลจึงควรคำนึงถึงการรับรู้คุณภาพชีวิตที่ต่างกันภายในกลุ่มเด็กป่วยหรือกลุ่มผู้ดูแลเด็กในแต่ละภูมิภาค และหาแนวทางส่งเสริมให้คุณภาพชีวิตด้านจิตใจของเด็กโรคมะเร็งให้ดียิ่งขึ้น

**คำสำคัญ:** คุณภาพชีวิต, ผู้ดูแลเด็ก, ผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็ง

### Abstract:

The aims of this study were to determine the quality of life of children with cancer and to compare their perceived quality of life with those of their caregivers. Purposive sampling was used to select 603 children diagnosed with cancer aged 6-18 years and their caregivers from eight hospitals in four regions of Thailand. Data were collected from the children and from their caregivers using self-completed questionnaires: 1) Demographic, 2) the Perception of Quality of Life of Cancer Children, and 3) the Perception of Caregivers Regarding Quality of Life of Cancer Children. The questionnaires were tested for content validity and for the reliability of questionnaires 2-3, yielding Cronbach's alpha coefficients of 0.93 and 0.90, respectively. Results revealed that the overall level of perceived quality of life for both children and caregivers was high. The highest dimension score perceived by both children and caregivers was the life satisfaction dimension and that of the lowest was the psychological dimension. No significant difference of the overall mean scores in four regions of quality of life was found between children and their caregivers ( $t=1.53$ ,  $p=0.13$ ). There were significant differences of the overall mean scores of the quality of life perceived among children ( $F=16.38$ ,  $p<0.001$ ) and caregivers ( $F=10.87$ ,  $p<0.001$ ) in each region. Thus, nurses should consider the different perception of quality of life among cancer children or caregivers in each region and find how to enhance the quality of life especially a psychological dimension.

**Keywords:** cancer children, caregivers, quality of life

### บทนำ

ปัจจุบัน โรคมะเร็งในเด็กยังคงเป็นปัญหาสำคัญทางด้านสาธารณสุขของไทย จากสถิติโรคมะเร็งในเด็กที่รายงานโดยสถาบันมะเร็งแห่งชาติในปี พ.ศ. 2552 พบว่ามีผู้ป่วยเด็กอายุต่ำกว่า 19 ปี ที่ป่วยเป็นโรคมะเร็งรายใหม่ ร้อยละ 1.8 จากผู้ป่วยมะเร็งทุกวัย คิดเป็นเด็กเพศชาย ร้อยละ 2.7 และเพศหญิง ร้อยละ 1.1<sup>1</sup> ในขณะที่ปี พ.ศ. 2554 พบว่ามีผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็ง เป็นเพศชาย ร้อยละ 3.5 และเพศหญิง ร้อยละ 1.2<sup>2</sup> โรคมะเร็ง 3 อันดับแรกที่พบบ่อยในเด็กทั้งในและต่างประเทศ

คือ มะเร็งเม็ดเลือดขาว มะเร็งสมองและระบบประสาทส่วนกลาง และมะเร็งต่อมไทรอยด์<sup>3,4</sup>

แม้ว่าการแพทย์จะเจริญก้าวหน้าทำให้สามารถรักษาโรคมะเร็งในเด็กให้โรคสงบได้และมีอัตราการปลอดโรค 5 ปี จากน้อยกว่าร้อยละ 30 ในปี พ.ศ. 2513 เป็นมากกว่าร้อยละ 75 ในปี พ.ศ. 2544<sup>5</sup> โดยเฉพาะเด็กโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวเฉียบพลันมีอัตราการรอดชีวิตยาวนานขึ้นถึงร้อยละ 80<sup>6</sup> และสามารถรักษาให้หายขาดได้ถึงร้อยละ 65-75<sup>7</sup> อย่างไรก็ตาม โรคมะเร็งส่วนใหญ่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ การรักษาโรค

มะเร็งมักรักษาโดยการผ่าตัด การฉายยาเคมีบำบัด และการฉายรังสี ซึ่งทำให้เกิดผลกระทบต่อเด็กอย่างมาก ด้านร่างกาย ได้แก่ คลื่นไส้ อาเจียน ท้องผูก ท้องเสีย เยื่อช่องปากอักเสบ เบื่ออาหาร ผอมร่วง ซีด เลือดออกง่าย ติดเชื้อได้บ่อย ไข้<sup>๖</sup> ด้านจิตใจ อารมณ์ และสังคม ได้แก่ วิตกกังวลและอายุเกี่ยวกับภาพลักษณ์ที่เปลี่ยนไป เช่น ผอมร่วง ซีด หน้าแดงกลม น้ำหนักตัวเพิ่มขึ้น เป็นสิ่ว มีผลทำให้เด็กเกิดถดถอยหนีตัวออกจากสังคม<sup>๖</sup> ในระหว่างการรักษา เด็กต้องหยุดพักการเรียน<sup>๙, 10</sup> เกิดความวิตกกังวลเกี่ยวกับการขาดเรียน กลัวเรียนไม่ทันเพื่อน<sup>10</sup> และมีกิจกรรมในครอบครัวและสังคมน้อยลง<sup>๙</sup> นอกจากนี้การทำหัตถการบางอย่าง เช่น การฉีดยา เจาะเลือด เจาะหลัง และเจาะไขกระดูก มีผลทำให้ผู้ป่วยเด็กไม่สุขสบาย ปวดและกลัวมาก สำหรับบิดามารดามีความวิตกกังวลที่ลูกเป็นโรคนี้นี้ เนื่องจากกลัวลูกเสียชีวิต กลัวผลข้างเคียงของการรักษา และมีผลกระทบต่อเศรษฐกิจของครอบครัวและการเลี้ยงดูลูกคนอื่นๆ

จากสภาวะของโรค กระบวนการรักษา ผลข้างเคียง และภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากการรักษา ส่งผลกระทบต่อความพึงพอใจในชีวิต อัตมโนทัศน์ สุขภาพและการทำงานของร่างกาย สังคมและเศรษฐกิจ ซึ่งสิ่งเหล่านี้เป็นส่วนหนึ่งของคุณภาพชีวิต ดังนั้นจึงมีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งด้วย ดังผลวิจัยของ Meeske และคณะ<sup>5</sup> ที่พบว่าเด็กป่วยโรคมะเร็งกลุ่มที่เคยมีภาวะเครียดจากภาวะโรคหรือการรักษา มีคุณภาพชีวิตต่ำกว่ากลุ่มที่ไม่เคยมีภาวะเครียดดังกล่าว งานวิจัยของ Landolt และคณะ<sup>11</sup> พบว่า กลุ่มเด็กป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับการรักษานาน 1 ปี มีคุณภาพชีวิตดีกว่ากลุ่มที่เพิ่งได้รับการรักษามา 6 สัปดาห์ การรักษาอย่างเข้มข้นและมีภาวะแทรกซ้อนจากการรักษาทางยา มีผลต่อคุณภาพชีวิตเด็กเมื่อวัดที่ 6 สัปดาห์มากกว่าเมื่อวัดที่ 1 ปีหลังการรักษา และงานวิจัยของ Wannapong และคณะ<sup>12</sup> พบว่า เด็กป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวมีคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับดี ส่วนรายด้านพบว่าความพึงพอใจในชีวิตอยู่ในระดับดีมาก ด้านอัตมโนทัศน์

ด้านสุขภาพและการทำงานของร่างกาย และด้านสังคม และเศรษฐกิจอยู่ในระดับดี ส่วนการรับรู้คุณภาพชีวิตของเด็กแต่ละช่วงวัย (6-19 ปี) และในแต่ละระยะของโรค ยังไม่พบว่ามีการศึกษาในประเทศนี้

จากการทบทวนงานวิจัยอย่างเป็นระบบ พบว่าการรับรู้คุณภาพชีวิตของกลุ่มเด็กป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวและกลุ่มบิดามารดาของเด็กในประเทศอังกฤษมีทั้งแตกต่างและไม่แตกต่างกัน<sup>13</sup> คือ บิดามารดามีการรับรู้คุณภาพชีวิตของเด็กป่วยสูงกว่าเด็กป่วยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยที่บิดามารดาให้คะแนนสูงกว่าเด็กในด้านร่างกาย ด้านสติปัญญา ด้านโรคและการรักษา<sup>14</sup> ในทางตรงข้าม Eiser และคณะ<sup>๑</sup> พบว่า มารดารู้คุณภาพชีวิตของเด็กป่วยต่ำกว่าเด็กป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว และเนื่องจากระบบประสาทส่วนกลางที่ได้รับการรักษามานานเท่ากับหรือมากกว่า 4 ปี โดยที่ทั้งมารดาและเด็กป่วยให้คะแนนคุณภาพชีวิตด้านร่างกายต่ำกว่าด้านจิตใจ และเด็กป่วยเนื่องจากระบบประสาทส่วนกลางมีการรับรู้คุณภาพชีวิตต่ำกว่าเด็กป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว โดย Eiser และคณะ<sup>๑</sup> กล่าวว่า มารดาและเด็กป่วยมีการรับรู้คุณภาพชีวิตไม่เหมือนกัน เช่น มารดาอาจไม่รู้ว่าคุณภาพชีวิตของบุตรโดยเฉพาะชีวิตที่โรงเรียนว่าเป็นอย่างไร เด็กอาจมีการปิดบัง ซ่อนเร้นความรู้สึกต่างๆ กับมารดา ส่วนมารดาอาจมีการตัดสินใจหรือจัดการคุณภาพชีวิตเด็กโดยอาศัยประสบการณ์ที่มีมากกว่าเด็กส่งผลให้มารดาคาดการณ์ถึงปัญหาที่จะเกิดในอนาคตมากกว่าเด็กป่วยซึ่งมีประสบการณ์ชีวิตน้อยกว่า ส่วนงานวิจัยในเด็กที่ป่วยด้วยโรคมะเร็งรายใหม่ ของ Eiser และคณะ<sup>15</sup> ที่ให้มารดาเป็นผู้ตอบแบบสอบถามคุณภาพชีวิตทั้งของตนเองและของบุตร พบว่า การรับรู้คุณภาพชีวิตของมารดามีความสัมพันธ์ทางบวกกับการรับรู้คุณภาพชีวิตเด็กป่วยในด้านร่างกาย ด้านอารมณ์และด้านสังคม ซึ่งมารดาให้คะแนนการรับรู้คุณภาพชีวิตของเด็กป่วยต่ำกว่ากลุ่มมาตรฐาน นอกจากนี้ Sitaresmi และคณะ<sup>16</sup> ยังพบว่าคุณภาพชีวิตตามการรับรู้ของบิดามารดาและเด็กป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวมีความสัมพันธ์กันทางบวกในระดับดี โดยที่บิดามารดามีแนวโน้ม

การรับรู้คุณภาพชีวิตเด็กต่ำกว่าตัวเด็กเอง อาจเนื่องจากมีความคับข้องใจในสภาพของเด็กป่วย คือ คุณภาพชีวิตของเด็กป่วยในช่วงที่ได้รับการรักษาอย่างไม่เข้มข้นดีกว่าช่วงที่เด็กได้รับการรักษาอย่างเข้มข้น Eiser และ Morse<sup>17</sup> มองว่าการรับรู้คุณภาพชีวิตของเด็กกับผู้ใหญ่มีความแตกต่างกัน สำหรับผู้ใหญ่ การมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นอยู่กับว่าตนเองสามารถใช้ชีวิตได้อย่างอิสระหรือไม่ ในขณะที่เด็กเล็กจะมองว่าตนเองมีผมที่เป็นเงางาม มีเพื่อนมากหรือสามารถวิ่งเล่นได้หรือไม่<sup>17</sup> ในทางตรงข้าม Pogorzala และคณะ<sup>18</sup> พบว่า การรับรู้คุณภาพชีวิตของเด็กป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวและเนื้องอกสมองและบิดามารดาไม่มีความแตกต่างกัน เช่นเดียวกับงานวิจัยของ Punthmatharith และคณะ<sup>19</sup> ที่พบว่า การรับรู้คุณภาพชีวิตของเด็กป่วยโรคมะเร็งและผู้ดูแลเด็กในภาคใต้อยู่ในระดับสูงและไม่มีความแตกต่างกัน

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ยังมีข้อถกเถียงกันว่า การวัดคุณภาพชีวิตของเด็กตามการรับรู้ของผู้ใหญ่จะสามารถแปลผลว่าเป็นคุณภาพชีวิตของเด็กได้หรือไม่<sup>17,20,21</sup> การรับรู้คุณภาพชีวิตในเด็กและผู้ดูแลในแต่ละภูมิภาคจะมีการรับรู้ที่เหมือนหรือแตกต่างกันหรือไม่ และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาคุณภาพชีวิตผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งในประเทศไทยยังมีน้อย ค่อนข้างเก่า ไม่ครอบคลุมทุกภูมิภาคของประเทศ ซึ่งแต่ละภูมิภาคก็มีความแตกต่างกันในเรื่องภูมิศาสตร์ เศรษฐกิจ ความเชื่อและวัฒนธรรม ดังนั้น คณะผู้วิจัยจึงต้องการศึกษาระดับและเปรียบเทียบการรับรู้คุณภาพชีวิตของเด็กป่วยโรคมะเร็งและผู้ดูแลเด็กในภาพรวมและแต่ละภูมิภาคของประเทศ เพื่อนำผลการศึกษามาใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาการพยาบาลเพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตของเด็กป่วยให้ดียิ่งขึ้น

## วัตถุประสงค์และวิธีการ

เป็นการวิจัยแบบพรรณนา โดยเจาะจงเลือกโรงพยาบาล 8 แห่ง ที่ให้การรักษาโรคมะเร็งในเด็กจาก 4 ภูมิภาค คือ ภาคเหนือ ภาคกลาง ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ และภาคใต้ คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะ

เจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนด คือ เป็นผู้ดูแลเด็กที่เป็นบิดามารดาหรือผู้เลี้ยงดู และเด็กป่วยด้วยโรคมะเร็งวัยเรียนและวัยรุ่น อายุระหว่าง 6-19 ปี เคยได้รับยาเคมีบำบัดอย่างน้อย 1 ครั้ง และมารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก และแผนกผู้ป่วยในกุมารเวชกรรมของโรงพยาบาลคำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่าง<sup>22</sup> โดยกำหนดระดับความเชื่อมั่นที่ 0.05 Power 0.80 และ Effect size 0.19 ซึ่งได้จากงานวิจัยของ Punthmatharith และคณะ<sup>19</sup> ได้กลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 400 รายต่อกลุ่ม แต่เนื่องจากผลวิจัยนี้เป็นส่วนหนึ่งของการวิจัยเรื่องคุณภาพชีวิตและปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งในประเทศไทย ซึ่งจำเป็นต้องมีกลุ่มตัวอย่างที่เพียงพอสำหรับการศึกษาปัจจัยทำนาย 11 ตัวแปรในแต่ละภูมิภาคด้วย<sup>23</sup> คือ ภูมิภาคละ 160 ราย รวมกลุ่มละ 640 ราย แต่ในการศึกษานี้ ได้ตัวอย่างรวมกลุ่มละ 603 ราย คือ ภาคใต้ ภาคกลาง ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ และภาคเหนือ เท่ากับ 160 169 158 และ 116 รายต่อกลุ่ม ตามลำดับ โดยภาคเหนือได้กลุ่มตัวอย่างน้อยเนื่องจากเด็กป่วยบางส่วนเป็นชนกลุ่มน้อย มีปัญหาในการสื่อสาร

## เครื่องมือการวิจัย ประกอบด้วยแบบสอบถาม

1) ข้อมูลส่วนบุคคล 2) การรับรู้คุณภาพชีวิตของเด็กป่วยโรคมะเร็ง และ 3) การรับรู้คุณภาพชีวิตผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งของผู้ดูแลเด็ก แบบสอบถามชุดที่ 2-3 เป็นแบบสอบถามคู่ขนานกันตามการรับรู้ของเด็กป่วยและผู้ดูแลเด็ก ผู้วิจัยได้สร้างขึ้นโดยอาศัยวรรณคดีที่เกี่ยวข้องและดัดแปลงจากเครื่องมือวิจัยของ Varni และคณะ<sup>24</sup> และแบบวัดคุณภาพชีวิตของ Wannapong และคณะ<sup>12</sup> มี 8 ด้าน คือ ด้านความพึงพอใจในชีวิต (6 ข้อ) ด้านสุขภาพและการทำงานของร่างกาย (10 ข้อ) ด้านปัญหาที่เกี่ยวกับโรคและการรักษา (4 ข้อ) ด้านจิตใจ (8 ข้อ) ด้านสติปัญญา (4 ข้อ) ด้านอัตมโนทัศน์ (9 ข้อ) ด้านสังคมและเศรษฐกิจ (7 ข้อ) ด้านจิตวิญญาณ (4 ข้อ) ลักษณะคำตอบเป็นการประเมินค่า 5 อันดับ คือ “1” เท่ากับ “ข้อความนั้นตรงกับการรับรู้ของตนเองน้อยที่สุด” จนถึง “5” เท่ากับ “ข้อความนั้นตรงกับการ

รับรู้ของตนเองมากที่สุด” ข้อความที่เป็นการรับรู้ในทางลบ มีการให้ค่าคะแนนกลับกัน เกณฑ์การแปลผลคะแนนในแต่ละชุดแบบสอบถาม ใช้ค่าโดยกำหนดจากคะแนนสูงสุดลบคะแนนต่ำสุดหารด้วยจำนวนระดับของคุณภาพชีวิต ซึ่งเท่ากับ  $(5-1)/3=1.33^{25}$  ได้ระดับของคะแนนเป็น 3 ระดับ คือ ต่ำ ปานกลาง สูง เท่ากับ 1.00-2.33, 2.34-3.67 และ 3.68-5.00 ตามลำดับ แบบสอบถามทั้งหมดได้ผ่านการตรวจสอบความตรงโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน และหาความเที่ยงกับเด็กป่วยและผู้ดูแลเด็กที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงหรือเหมือนกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 20 ราย<sup>26</sup> ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคของแบบสอบถามคุณภาพชีวิตจากเด็กป่วยและผู้ดูแลเด็ก เท่ากับ 0.93 และ 0.90 ตามลำดับ

**การเก็บรวบรวมข้อมูล** เมื่อโครงการวิจัยได้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์และได้รับอนุญาตให้เก็บข้อมูลจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลแล้ว ผู้วิจัยจัดอบรมและฝึกการเก็บรวบรวมข้อมูลแก่ผู้ช่วยนักวิจัย จากนั้นทำการเก็บข้อมูลโดยการแนะนำตนเอง บอกวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการวิจัยและการพิทักษ์สิทธิ์แก่กลุ่มตัวอย่าง และแจกแบบสอบถามให้กลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามที่กำหนดตอบแบบสอบถามหรือสัมภาษณ์ในรายที่ต้องการให้สัมภาษณ์ ทำการเก็บข้อมูลระหว่างเดือนมกราคม พ.ศ. 2549 ถึง กันยายน พ.ศ. 2554

**การวิเคราะห์ข้อมูล** ใช้สถิติบรรยายวิเคราะห์ระดับคุณภาพชีวิต เปรียบเทียบการรับรู้คุณภาพชีวิตโดยรวมของเด็กป่วยและผู้ดูแลโดยใช้สถิติ independent t-test และเปรียบเทียบการรับรู้คุณภาพชีวิตโดยรวมระหว่างเด็กป่วยหรือผู้ดูแลเด็กในแต่ละภูมิภาค โดยใช้สถิติ oneway ANOVA

## ผลการศึกษา

กลุ่มตัวอย่างเป็นเด็กป่วยโรคมะเร็งและผู้ดูแลเด็ก จากทั้ง 4 ภูมิภาค คือ ภาคใต้ ภาคกลาง ภาคตะวันออก-เฉียงเหนือ และภาคเหนือ กลุ่มละ 603 ราย โดยกลุ่มตัวอย่างเด็กป่วย พบว่า เป็นเพศชายร้อยละ 57.4 มีอายุ

6-18 ปี (median±Quartile deviation; QD = 11.0±2.25) จบชั้นประถมศึกษาร้อยละ 65.4 นั้บถือศาสนาพุทธร้อยละ 90.2 ผู้เลี้ยงดูใกล้ชิดเด็กและผู้ดูแลเด็กใกล้ชิดเมื่อเด็กเริ่มเจ็บป่วยเป็นมารดา ร้อยละ 66.5 และ 69.0 ตามลำดับ เป็นบุตรคนที่ 1 และ 2 ใกล้เคียงกัน คือ ร้อยละ 37.5 และ 32.8 ไม่เคยมีสมาชิกในครอบครัวป่วยด้วยโรคมะเร็ง ร้อยละ 87.4 รับรู้ว่ามีสัมพันธภาพในครอบครัวดี ร้อยละ 97.8 โดยที่เด็กชอบเล่นกับพี่น้อง ร้อยละ 54.1 รับรู้ว่ามีสัมพันธภาพกับเพื่อนและหรือครูในโรงเรียนดี ร้อยละ 99.2 โดยเข้ากันได้ดีกับเพื่อนและหรือครู ร้อยละ 97.0 ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งเม็ดเลือดขาว ร้อยละ 57.0 รองลงมาเป็นมะเร็งต่อมน้ำเหลือง ร้อยละ 13.8 ระยะเวลาที่ป่วยด้วยโรคมะเร็ง ตั้งแต่ 6 วันถึง 9 ปี 8 เดือน (median±QD = 1.2±1.4 ปี) และจ่ายค่ารักษาพยาบาลโดยใช้บัตรประกันสุขภาพ ร้อยละ 79.8 และร้อยละ 14 สามารถเบิกได้จากแหล่งเงินอื่น มีเพียงร้อยละ 2.2 ที่ต้องจ่ายเองทั้งหมด ส่วนกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ดูแลเด็ก พบว่า เป็นมารดาบิดา และผู้เลี้ยงดู ร้อยละ 74.113.6 และ 12.3 ตามลำดับ มีอายุระหว่าง 17-77 ปี (median±QD = 38.0±5.0) โดยมีผู้สูงอายุ (60-77 ปี) ร้อยละ 2.3 ผู้ดูแลเด็กจบชั้นประถมศึกษา ร้อยละ 54.0 เป็นเพศหญิง ร้อยละ 83.9 นั้บถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 90.5 แต่งงาน ร้อยละ 85.2 มีรายได้ครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน ต่ำกว่า 5,000 บาท ร้อยละ 43.6 มีรายได้เพียงพอกับรายจ่ายในแต่ละเดือน ร้อยละ 39.0 ทำงานในบ้านตนเอง ร้อยละ 55.1 มีอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 28.3 มีจำนวนเด็กที่ต้องดูแล 2 คน ร้อยละ 52.7 รับรู้ว่เด็กเจ็บป่วยรุนแรงปานกลางถึงรุนแรงมาก ร้อยละ 34.5 และ 31.0 ตามลำดับ ส่วนมาก รับรู้ว่ามีสัมพันธภาพในครอบครัวดี ร้อยละ 94.4 โดยที่สมาชิกในครอบครัวมีเวลาพูดคุยพร้อมหน้ากันทุกวัน ร้อยละ 66.2

การรับรู้คุณภาพชีวิตโดยรวมของเด็กป่วยโรคมะเร็งและผู้ดูแลเด็กโดยรวม 4 ภูมิภาค พบว่าอยู่ในระดับสูง (ตารางที่ 1 และ 2) เมื่อพิจารณาการรับรู้คุณภาพชีวิตเด็กป่วยโรคมะเร็งเป็นรายด้านของทั้ง 2 กลุ่ม พบว่า

**ตารางที่ 1** ค่าเฉลี่ย (Mean; M) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation; S.D.) ค่ามัธยฐาน (Median; Md) ส่วนเบี่ยงเบนควอไทล์ (Quartile deviation; QD) และการรับรู้ระดับคุณภาพชีวิตของเด็กป่วยโรคมะเร็งตามการรับรู้ของเด็กป่วยเป็นรายด้านและโดยรวม โดยจำแนกตามภาพรวม 4 มิติภาคและแต่ละภูมิภาค

คุณภาพชีวิต	รวม 4 มิติภาค (n=603)		ภาคใต้ (n=160)		ภาคกลาง (n=166)		ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (n=158)		ภาคเหนือ (n=116)	
	M (S.D.)	ระดับ	M (S.D.)	ระดับ	M (S.D.)	ระดับ	M (S.D.)	ระดับ	M (S.D.)	ระดับ
ด้านความพึงพอใจในชีวิต	4.42 (0.51)	สูง	4.44 (0.48)	สูง	4.67 (0.29) <sup>1</sup>	-	4.33 (0.50) <sup>1</sup>	-	4.35 (0.49)	สูง
ด้านสังคมและเศรษฐกิจ	4.02 (0.50)	สูง	4.01 (0.51)	สูง	4.09 (0.51)	สูง	3.91 (0.48)	สูง	4.10 (0.48)	สูง
ด้านสุขภาพและการทำงาน	3.95 (0.67)	สูง	4.20 (0.55)	สูง	4.00 (0.48) <sup>1</sup>	-	4.00 (0.50) <sup>1</sup>	-	3.95 (0.57)	สูง
ของร่างกาย										
ด้านจิตวิญญาณ	3.94 (0.70)	สูง	3.87 (0.72)	สูง	4.25 (0.50) <sup>1</sup>	-	3.94 (0.65)	สูง	3.93 (0.67)	สูง
ด้านสติปัญญา	3.60 (0.64)	ปานกลาง	3.58 (0.61)	ปานกลาง	3.62 (0.67)	ปานกลาง	3.59 (0.69)	ปานกลาง	3.64 (0.59)	ปานกลาง
ด้านอัตมโนทัศน์	3.56 (0.58)	ปานกลาง	3.73 (0.54)	สูง	3.60 (0.59)	ปานกลาง	3.33 (0.57)	ปานกลาง	3.59 (0.55)	ปานกลาง
ด้านปัญหาที่เกี่ยวข้องกับโรคและการรักษา	3.28 (0.76)	ปานกลาง	3.65 (0.83)	ปานกลาง	3.12 (0.68)	ปานกลาง	3.02 (0.68)	ปานกลาง	3.33 (0.67)	ปานกลาง
ด้านจิตใจ	3.00 (0.80)	ปานกลาง	3.24 (0.83)	ปานกลาง	2.99 (0.80)	ปานกลาง	2.63 (0.38) <sup>1</sup>	-	3.10 (0.79)	ปานกลาง
<b>โดยรวม</b>	<b>3.72 (0.41)</b>	<b>สูง</b>	<b>3.86 (0.37)</b>	<b>สูง</b>	<b>3.72 (0.40)</b>	<b>สูง</b>	<b>3.55 (0.43)</b>	<b>ปานกลาง</b>	<b>3.75 (0.38)</b>	<b>สูง</b>

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ย (Mean; M) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation; S.D.) ค่ามัธยฐาน (Median; Md) ส่วนเบี่ยงเบนควอไทล์ (Quartile deviation; QD) และการรับรู้ระดับคุณภาพชีวิตของเด็กป่วยโรคมะเร็งตามการรับรู้ของผู้ดูแลเด็กเป็นรายตัวและโดยรวม โดยจำแนกตามภาพรวม 4 มิติภาคและแต่ละภูมิภาค

คุณภาพชีวิต	รวม 4 มิติภาค (n=603)		ภาคใต้ (n=160)		ภาคกลาง (n=166)		ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (n=158)		ภาคเหนือ (n=116)	
	M (S.D.)	ระดับ	M (S.D.)	ระดับ	M (S.D.)	ระดับ	M (S.D.)	ระดับ	M (S.D.)	ระดับ
ด้านความพึงพอใจในชีวิต	4.44 (0.51)	สูง	4.67 (0.31) <sup>1</sup>	-	4.67 (0.35) <sup>1</sup>	-	4.50 (0.42) <sup>1</sup>	-	4.23 (0.50)	สูง
ด้านสังคมและเศรษฐกิจ	4.06 (0.51)	สูง	4.08 (0.50)	สูง	4.07 (0.50)	สูง	4.01 (0.56)	สูง	4.08 (0.46)	สูง
ด้านสุขภาพและการทำงาน	3.89 (0.69)	สูง	4.20 (0.40) <sup>1</sup>	-	3.79 (0.73)	สูง	3.75 (0.75)	สูง	3.86 (0.53)	สูง
ของร่างกาย										
ด้านจิตวิญญาณ	3.95 (0.67)	สูง	3.88 (0.67)	สูง	4.06 (0.68)	สูง	3.92 (0.69)	สูง	3.95 (0.64)	สูง
ด้านสติปัญญา	3.57 (0.67)	ปานกลาง	3.50 (0.66)	ปานกลาง	3.66 (0.68)	ปานกลาง	3.50 (0.38) <sup>1</sup>	-	3.57 (0.59)	ปานกลาง
ด้านอัตมโนทัศน์	3.58 (0.56)	ปานกลาง	3.75 (0.57)	สูง	3.61 (0.56)	ปานกลาง	3.38 (0.58)	ปานกลาง	3.58 (0.44)	ปานกลาง
ด้านปัญหาที่เกี่ยวข้องกับโรคและการรักษา	3.14 (0.66)	ปานกลาง	3.22 (0.70)	ปานกลาง	3.10 (0.68)	ปานกลาง	3.00 (0.65)	ปานกลาง	3.27 (0.54)	ปานกลาง
ด้านจิตใจ	2.86 (0.82)	ปานกลาง	2.95 (0.82)	ปานกลาง	2.97 (0.86)	ปานกลาง	2.50 (0.44) <sup>1</sup>	-	2.99 (0.74)	ปานกลาง
<b>โดยรวม</b>	<b>3.69 (0.40)</b>	<b>สูง</b>	<b>3.79 (0.37)</b>	<b>สูง</b>	<b>3.71 (0.42)</b>	<b>สูง</b>	<b>3.55 (0.41)</b>	<b>ปานกลาง</b>	<b>3.69 (0.33)</b>	<b>สูง</b>



มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับสูงและปานกลางอย่างละ 4 ด้าน โดยมีการเรียงลำดับค่าคะแนนเฉลี่ยไม่เหมือนกัน คือ กลุ่มเด็กป่วย พบว่า มี 4 ด้านที่มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับสูงตามลำดับ ได้แก่ ด้านความพึงพอใจในชีวิต ด้านสังคม และเศรษฐกิจ ด้านสุขภาพและการทำงานของร่างกาย และด้านจิตวิญญาณ ส่วนอีก 4 ด้านที่มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลางโดยเรียงตามลำดับ ได้แก่ ด้านสติปัญญา ด้านอัตมโนทัศน์ ด้านปัญหาที่เกี่ยวกับโรคและการรักษา และด้านจิตใจ ตามลำดับ (ตารางที่ 1) สำหรับกลุ่มผู้ดูแลเด็ก พบว่า มี 4 ด้านที่มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับสูงตามลำดับ คือ ด้านความพึงพอใจในชีวิต ด้านสังคมและเศรษฐกิจ ด้านจิตวิญญาณ และด้านสุขภาพและการทำงานของร่างกาย ส่วนอีก 4 ด้านมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลางโดยเรียงตามลำดับ ได้แก่ ด้านอัตมโนทัศน์ ด้านสติปัญญา ด้านปัญหาที่เกี่ยวกับโรคและการรักษา และด้านจิตใจ ตามลำดับ (ตารางที่ 2)

เมื่อพิจารณาการรับรู้คุณภาพชีวิตของเด็กป่วยและผู้ดูแลเด็กในแต่ละภูมิภาค พบว่า มีการรับรู้คุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับสูง ยกเว้นภาคตะวันออกเฉียงเหนือซึ่งมีการรับรู้อยู่ในระดับปานกลาง โดยทั้งเด็กป่วยและผู้ดูแลเด็กจากภาคใต้มีการรับรู้คุณภาพชีวิตโดยรวมสูงสุดในขณะที่เด็กป่วยและผู้ดูแลเด็กจากภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีการรับรู้คุณภาพชีวิตโดยรวมต่ำสุด (ตารางที่ 1 และ 2) เมื่อพิจารณาการรับรู้คุณภาพชีวิตเด็กป่วยโรคมะเร็งเป็นรายด้านของเด็กป่วยแต่ละภูมิภาค พบว่า เด็กป่วยจากภาคใต้และภาคเหนือมีการรับรู้คุณภาพชีวิตอยู่ในระดับสูง 4 ด้าน คือ ด้านความพึงพอใจในชีวิต ด้านสังคมและเศรษฐกิจ ด้านสุขภาพและการทำงานของร่างกาย และด้านจิตวิญญาณ ส่วนด้านที่มีการรับรู้ในระดับปานกลาง คือ ด้านสติปัญญา ด้านปัญหาที่เกี่ยวกับโรคและการรักษา และด้านจิตใจ ด้านที่มีการรับรู้สูงสุด คือ ด้านความพึงพอใจในชีวิตและด้านต่ำสุด คือ ด้านจิตใจ ส่วนเด็กจากภาคกลางและตะวันออกเฉียงเหนือ พบว่า มีการรับรู้

คุณภาพชีวิตด้านสังคมและเศรษฐกิจอยู่ในระดับสูง ด้านสติปัญญา ด้านอัตมโนทัศน์ และด้านปัญหาที่เกี่ยวกับโรคและการรักษาอยู่ในระดับปานกลาง สำหรับด้านที่เหลือมีการรับรู้ที่แตกต่างกันไป และไม่สามารถจัดระดับได้ในบางด้านเนื่องจากข้อมูลมีการกระจายไม่เป็นโค้งปกติ (ตารางที่ 1) สำหรับผู้ดูแล พบว่า ผู้ดูแลจากทุกภูมิภาคมีการรับรู้คุณภาพชีวิตในระดับสูง คือ ด้านสังคมและเศรษฐกิจและด้านจิตวิญญาณ ส่วนด้านปัญหาที่เกี่ยวกับโรคและการรักษามีการรับรู้ในระดับปานกลาง นอกนั้นมีการรับรู้ที่แตกต่างกันไป มีการเรียงลำดับค่าคะแนนไม่เหมือนกัน และไม่สามารถจัดระดับได้ในบางด้านเนื่องจากข้อมูลมีการกระจายไม่เป็นโค้งปกติ (ตารางที่ 2)

เมื่อเปรียบเทียบการรับรู้คุณภาพชีวิตเด็กป่วยโรคมะเร็ง พบว่า การรับรู้คุณภาพชีวิตของเด็กป่วยโรคมะเร็งกับผู้ดูแลเด็กโดยรวมของ 4 ภูมิภาค ไม่แตกต่างกัน ( $t=1.53$   $p=0.127$ ) (ตารางที่ 3) การรับรู้คุณภาพชีวิตของเด็กป่วยโรคมะเร็งโดยรวมในแต่ละภูมิภาค พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $F=16.38$   $p=0.000$ ) (ตารางที่ 4) เมื่อวิเคราะห์ต่อโดยใช้ Bonferroni test พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในการรับรู้คุณภาพชีวิตโดยรวมของเด็กป่วยจากภาคใต้-ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ภาคเหนือ-ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ภาคกลาง-ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ และภาคใต้-ภาคกลาง (ตารางที่ 5) ส่วนการรับรู้คุณภาพชีวิตเด็กป่วยโรคมะเร็งโดยรวมของผู้ดูแลเด็กในแต่ละภูมิภาค พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $F=10.87$   $p=0.000$ ) (ตารางที่ 4) เมื่อวิเคราะห์ต่อโดยใช้ Bonferroni test พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในการรับรู้คุณภาพชีวิตเด็กป่วยโรคมะเร็งโดยรวมของผู้ดูแลเด็กจากภาคใต้-ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ภาคกลาง-ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ และภาคเหนือ-ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (ตารางที่ 5)



ตารางที่ 3 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้คุณภาพชีวิตโดยรวมระหว่างกลุ่มเด็กป่วย (n=603) กับกลุ่มผู้ดูแลเด็ก (n=603) โดยใช้ independent t-test

คุณภาพชีวิต	M	S.D.	Mean difference	t	p
กลุ่มเด็กป่วย	3.72	0.41	0.0354	1.53	0.127
กลุ่มผู้ดูแลเด็ก	3.69	0.40	-	-	-

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้คุณภาพชีวิตโดยรวมของเด็กป่วยโรคมะเร็งและผู้ดูแลเด็กในแต่ละภูมิภาค โดยใช้ oneway ANOVA

คุณภาพชีวิต	ภาคใต้	ภาคกลาง	ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	ภาคเหนือ	F	p
	M (S.D.)	M (S.D.)	M (S.D.)	M (S.D.)		
กลุ่มเด็กป่วย	3.86 (0.37)	3.72 (0.40)	3.55 (0.43)	3.75 (0.38)	16.38	0.000*
กลุ่มผู้ดูแลเด็ก	3.79 (0.37)	3.71 (0.42)	3.55 (0.41)	3.69 (0.33)	10.87	0.000*

\*p<0.001

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบคะแนนความแตกต่างเป็นรายการรับรู้คุณภาพชีวิตโดยรวมของเด็กป่วยโรคมะเร็งและผู้ดูแลเด็กในแต่ละภูมิภาค โดยใช้ Bonferroni test

รายคู่	Mean difference		p		ค่าความเชื่อมั่นที่ร้อยละ 95	
	กลุ่มเด็กป่วย	กลุ่มผู้ดูแลเด็ก	กลุ่มเด็กป่วย	กลุ่มผู้ดูแลเด็ก	กลุ่มเด็กป่วย	กลุ่มผู้ดูแลเด็ก
ภาคใต้-ภาคกลาง	0.1362	0.0795	0.011*	0.389	0.0212-0.2512	(-0.0342)-0.1932
ภาคใต้-ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	0.3064	0.2433	0.000***	0.000***	0.1895-0.4233	0.1282-0.3584
ภาคใต้-ภาคเหนือ	0.1093	0.0983	0.140	0.228	(-0.0179)-0.2364	(-0.0268)-0.2234
ภาคกลาง-ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	0.1702	0.1638	0.001**	0.001**	0.0549-0.2856	0.0497-0.2778
ภาคเหนือ-ภาคกลาง	0.0269	0.0188	1.000	1.000	(-0.0988)-0.1526	(-0.1054)-0.1430
ภาคเหนือ-ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	0.1972	0.1450	0.000***	0.014*	0.0697-0.3246	0.0195-0.2704

\*p<0.05 \*\*p<0.01 \*\*\*p<0.001

## วิจารณ์

ผลการศึกษานี้ พบว่า การรับรู้คุณภาพชีวิตโดยรวมของเด็กป่วยและผู้ดูแลเด็กอยู่ในระดับสูง เนื่องจากทั้งเด็กป่วยและผู้ดูแลเด็กมีการรับรู้คุณภาพชีวิตรายด้านโดยส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูง แม้ว่าในด้านที่มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลางแต่ก็ค่อนข้างมาทางเกือบอยู่ในระดับสูงเป็นส่วนใหญ่ สอดคล้องกับงานวิจัยของ Punthmatharith และคณะ<sup>19</sup> ที่พบว่า การรับรู้คุณภาพชีวิตของเด็กป่วยโรคมะเร็งและผู้ดูแลอยู่ในระดับสูง และเทียบเคียงได้กับการศึกษาของ Wannapong และคณะ<sup>12</sup> ที่พบว่า การรับรู้คุณภาพชีวิตของเด็กป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวในภาคกลางอยู่ในระดับดี สำหรับการวิจัยในครั้งนี้ พบว่า การที่คุณภาพชีวิตของเด็กป่วยโรคมะเร็งอยู่ในระดับสูง อาจเนื่องมาจากเมื่อได้วิเคราะห์ผลเพิ่มเติมพฤติกรรมซึ่งนักวิจัยได้เก็บข้อมูลด้วย พบว่า เด็กป่วยและผู้ดูแลเด็กกลุ่มนี้มีพฤติกรรมการดูแลเมื่อเจ็บป่วยด้วยโรคนี้อยู่ในระดับสูง จึงมีผลทำให้การรับรู้คุณภาพชีวิตอยู่ในระดับสูงด้วย เพราะพฤติกรรมการดูแลสามารถทำนายคุณภาพชีวิตเด็กป่วยมะเร็งทั้งในกลุ่มเด็กป่วยและผู้ดูแลเด็กได้<sup>19,27</sup> นอกจากนี้ระยะเวลาการเจ็บป่วยของเด็กโรคมะเร็งยังมีผลต่อคุณภาพชีวิตเด็กตามการรับรู้ทั้งเด็กป่วยและผู้ดูแลด้วย<sup>27</sup> จะเห็นได้ว่าเด็กป่วยกลุ่มนี้ส่วนใหญ่ได้รับการรักษามานาน มีมรรยฐานของระยะเวลาการเจ็บป่วย 1.2 ปี ทำให้สามารถปรับตัวเข้ากับภาวะของโรคและการรักษาได้ จึงรับรู้ว่าคุณเองมีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับสูง สอดคล้องกับการศึกษาของ Landolt และคณะ<sup>11</sup> ที่ว่าเด็กป่วยโรคมะเร็งหลังการรักษา 1 ปี มีการรับรู้คุณภาพชีวิตของตนเองอยู่ในระดับที่ดีกว่าเด็กป่วยหลังได้รับการรักษานาน 6 สัปดาห์ ส่วนสัมพันธภาพในครอบครัวก็มีส่วนทำให้คุณภาพชีวิตดีขึ้น เนื่องจากสัมพันธภาพในครอบครัวเป็นปัจจัยหนึ่งที่สามารถทำนายคุณภาพชีวิตเด็กป่วยโรคมะเร็งตามการรับรู้ของผู้ดูแลได้<sup>27</sup> ในกาวิจัยครั้งนี้พบว่า เด็กป่วยและผู้ดูแลเด็กมีการรับรู้ว่ามีสัมพันธภาพในครอบครัวอยู่ในระดับดีสูงถึงร้อยละ 97.8 และ 94.4 ตามลำดับ

เมื่อพิจารณาคะแนนเฉลี่ยรายด้านของคุณภาพชีวิตโดยรวม พบว่า ทั้ง 2 กลุ่มมีการรับรู้อยู่ในระดับเดียวกันทุกด้าน ทั้งนี้ อาจเนื่องมาจากผู้ดูแลเด็กที่ให้ข้อมูลในครั้งนี้เป็นผู้ดูแลเด็กป่วยใกล้ชิด ให้การดูแลหรือกระทำการกิจกรรมต่างๆ ด้วยตนเอง จึงสามารถรับรู้ได้สอดคล้องกับเด็กป่วย เด็กป่วยกลุ่มนี้มีมรรยฐานของอายุ 11 ปี และร้อยละ 53.9 เป็นเด็กที่มีอายุเท่ากับหรือมากกว่า 11 ปีขึ้นไป ซึ่งเด็กวัยนี้สามารถดูแลตัวเองได้พอสมควรแต่ก็ยังคงต้องอยู่ภายใต้การดูแลของผู้ดูแลและเป็นที่ยืนยันว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่กลุ่มนี้มีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับสูง ในด้านของความพึงพอใจในชีวิตด้านสุขภาพและการทำงานของร่างกาย ด้านสังคมและเศรษฐกิจ และด้านจิตวิญญาณ โดยมีด้านความพึงพอใจในชีวิตสูงสุด ทั้งนี้ อาจเป็นผลจากการที่กลุ่มตัวอย่างมีผู้ดูแลที่เป็นมารดาอยู่ดูแลเด็กในโรงพยาบาล เด็กส่วนใหญ่สามารถดูแลตนเองได้พอสมควร มีศาสนาเป็นสิ่งยึดเหนี่ยว (พุทธร้อยละ 90.5 อิสลามร้อยละ 7.3) มีภาครัฐที่ช่วยเหลือเกี่ยวกับค่ารักษา คือ ร้อยละ 79.8 ใช้บัตรประกันสุขภาพ และร้อยละ 14.0 สามารถเบิกค่ารักษาได้ และมีความก้าวหน้าทางการแพทย์ที่ช่วยให้การพยากรณ์โรคดีขึ้น ส่วนการรับรู้คุณภาพชีวิตด้านสติปัญญา ด้านอัตมโนทัศน์ ด้านปัญหาที่เกี่ยวกับโรคและการรักษาและด้านจิตใจอยู่ในระดับปานกลาง โดยเฉพาะด้านจิตใจ ซึ่งมีคะแนนเฉลี่ยต่ำสุด ทั้งนี้ อาจเนื่องมาจากผลกระทบของความเจ็บป่วยเรื้อรัง การดำเนินโรคผลข้างเคียงจากยาและการรักษา ทำให้เด็กป่วยเกิดความกลัว ปวด วิดกกังวล และอายุเกี่ยวกับภาพลักษณ์ที่เปลี่ยนไป<sup>9</sup> เกิดความวิตกกังวลเกี่ยวกับการขาดเรียน กลัวเรียนไม่ทันเพื่อน<sup>10</sup> สำหรับบิดามารดามีความวิตกกังวลที่ลูกเป็นโรคนี้นี้ เนื่องจากกลัวลูกเสียชีวิต กลัวผลข้างเคียงของการรักษา และกังวลเกี่ยวกับค่ารักษาพยาบาล ดังจะเห็นได้จากกรรับรู้คุณภาพชีวิตรายข้อของเด็กและผู้ดูแลซึ่งมีผลทำให้คุณภาพชีวิตด้านนี้ต่ำ 3 อันดับแรก ได้แก่ เวลาหยุดหัดจะควบคุมอารมณ์ได้ยาก (ร้อยละ 55.9 กับ 54.3) กลัวการรักษาที่ทำให้ปวด (ร้อยละ 45.9 กับ 50.4) และกังวลว่าโรคนี้อาจรักษาไม่หาย (ร้อยละ

43.0 กับ 44.6) ดังนั้น คุณภาพชีวิตในด้านนี้ยังต้องการการดูแล หากพยาบาลและทีมการรักษาได้รับรู้และตระหนักก็สามารถให้การช่วยเหลือ และพัฒนาให้เด็กมีคุณภาพชีวิตที่ดีที่สุดตามศักยภาพได้ ผลการวิจัยในส่วนนี้สอดคล้องกับงานวิจัยของ Punthmatharith และคณะ<sup>19</sup> ที่พบว่า การรับรู้คุณภาพชีวิตของเด็กป่วยโรคมะเร็งและผู้ดูแลอยู่ในระดับเดียวกันทุกด้าน และสามารถเทียบเคียงได้กับงานวิจัยของ Wannapong และคณะ<sup>12</sup> ซึ่งศึกษาคุณภาพชีวิตเด็กป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวตามการรับรู้ของเด็กป่วยโดยแบ่งคุณภาพชีวิตเป็น 4 ด้าน และพบว่า ด้านความพึงพอใจในชีวิตอยู่ในระดับดีมาก ส่วนด้านอึดทนโน้ทนาศน์ ด้านสุขภาพและการทำงานของร่างกาย และด้านสังคมและเศรษฐกิจอยู่ในระดับดี ส่วนงานวิจัยอื่นๆ ไม่สามารถเปรียบเทียบได้ เนื่องจากงานวิจัยเหล่านั้นไม่ได้มีการจัดระดับคุณภาพชีวิตดังกล่าว

การวิจัยครั้งนี้ยังพบว่า การรับรู้คุณภาพชีวิตโดยรวมของเด็กป่วยและผู้ดูแลเด็กไม่มีความแตกต่างกัน ซึ่งมีทั้งสอดคล้อง<sup>18,19</sup> และขัดแย้งกับงานวิจัยที่ผ่านมา<sup>9,14,15</sup> รวมทั้ง Eiser และ Morse<sup>17</sup> ซึ่งมองว่าการรับรู้คุณภาพชีวิตของเด็กกับผู้ใหญ่มีความแตกต่างกัน ซึ่งผลวิจัยในส่วนนี้มีความขัดแย้งกับงานวิจัยในประเทศตะวันตก อาจเนื่องจากมีความแตกต่างกันทางวัฒนธรรมของ ไทยกับประเทศทางตะวันตกในเชิงการดูแลเด็กป่วย ความเชื่อ และสัมพันธภาพในครอบครัว ในการวิจัยครั้งนี้พบว่า การรับรู้คุณภาพชีวิตโดยรวมของเด็กป่วยและผู้ดูแลเด็กไม่มีความแตกต่างกัน ทั้งนี้ อาจเนื่องมาจากเด็กป่วยในกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาในครั้งนี้ป่วยเป็นโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวสูงสุดถึงร้อยละ 57 ซึ่งมีพยากรณ์โรคดังกล่าวค่อนข้างดี<sup>5</sup> สามารถรักษาให้หายขาดได้ถึงร้อยละ 65-75<sup>6</sup> มีอัตราการรอดชีวิตยาวนานขึ้นถึงร้อยละ 80<sup>6</sup> การรับรู้สัมพันธภาพในครอบครัวของเด็กป่วยและผู้ดูแลเด็กอยู่ในระดับดีถึงร้อยละ 97.8 และ 94.4 ตามลำดับ โดยที่เด็กชอบเล่นกับพี่น้องร้อยละ 54.1 และสมาชิกในครอบครัวมีเวลาพูดคุยพร้อมหน้ากันทุกวัน ร้อยละ 66.2 จากเหตุผลดังกล่าวทำให้เด็กป่วยและผู้ดูแลเด็ก

กลุ่มนี้มีการรับรู้ถึงคุณภาพชีวิตเด็กอยู่ในระดับสูงและไม่แตกต่างกัน จากผลที่ไม่แตกต่างกันนี้ พยาบาลจึงควรให้ความสำคัญกับการรับรู้ของเด็กในการวางแผนการพยาบาลโดยเรียงลำดับความสำคัญของการส่งเสริมคุณภาพชีวิตเด็กใน 8 มิติ เนื่องจากข้อมูลที่ได้จากเด็กจะเป็นข้อมูลที่แท้จริง ทำให้พยาบาลสามารถเข้าใจปัญหาและความต้องการของเด็ก สามารถให้การดูแลช่วยเหลือ เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตเด็กได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น

เมื่อเปรียบเทียบการรับรู้คุณภาพชีวิตโดยรวมเป็นรายคู่ของเด็กป่วยและผู้ดูแลเด็กภายในกลุ่มเดียวกัน แต่ต่างภูมิภาค พบว่า มีทั้งแตกต่างและไม่แตกต่างกัน กล่าวคือ มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในการรับรู้คุณภาพชีวิต 3 คู่ คือ จากภาคใต้-ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ภาคเหนือ-ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ และภาคกลาง-ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ในขณะที่อีก 2 คู่ พบว่า ไม่มีความแตกต่างกัน คือ ภาคใต้-ภาคเหนือ และภาคกลาง-ภาคเหนือ นอกจากนี้ กลุ่มเด็กป่วยจากภาคใต้มีการรับรู้คุณภาพชีวิตแตกต่างจากกลุ่มเด็กป่วยจากภาคกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในขณะที่กลุ่มผู้ดูแล พบว่า ไม่มีความแตกต่างกัน เมื่อพิจารณาจากคะแนนเฉลี่ยโดยรวมในแต่ละภูมิภาคก็พบว่า ภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีความแตกต่างจากภาคอื่นอย่างชัดเจน ทั้งในกลุ่มเด็กป่วยและผู้ดูแล คือ มีการรับรู้คุณภาพชีวิตในระดับปานกลาง ในขณะที่ภาคอื่นอยู่ในระดับสูงทั้งหมดและมีการรับรู้คุณภาพชีวิตด้านจิตใจต่ำสุดด้วย ทั้งนี้ อาจเนื่องจากในแต่ละภูมิภาคของประเทศไทยมีความแตกต่างกันในเรื่องวิถีชีวิต การปฏิบัติ การดูแลเมื่อเจ็บป่วย ภูมิศาสตร์ เศรษฐกิจ ความเชื่อ และวัฒนธรรม จึงอาจมีผลต่อการรับรู้คุณภาพชีวิตที่แตกต่างกันได้ แม้ว่าจะเป็กลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติที่เหมือนกันหรือคล้ายคลึงกันก็ตาม ซึ่งการรับรู้ที่ต่างกันภายในกลุ่มสนับสนุนงานวิจัยที่ผ่านมา<sup>28</sup> เกี่ยวกับความเป็นปัจเจกบุคคลในการรับรู้มีความเฉพาะและแตกต่างกันในแต่ละบุคคล

## สรุป

ผลการศึกษาในครั้งนี้สรุปได้ว่าการรับรู้คุณภาพชีวิตของเด็กและผู้ดูแลไม่แตกต่างกัน ส่วนการรับรู้ของเด็กหรือผู้ดูแลในบางภูมิภาคมีความแตกต่างกัน ดังนั้น ในภาพรวมสามารถสะท้อนถึงการรับรู้ของแต่ละบุคคลที่มีทั้งความเหมือนกันและแตกต่างกันในการพยาบาลผู้ป่วยเด็กและครอบครัว พยาบาลจึงควรให้ความสำคัญกับการรับรู้ของแต่ละบุคคลที่มีภูมิหลังไม่เหมือนกัน โดยเฉพาะควรให้ความสำคัญกับการรับรู้ของเด็ก แม้ว่า การรับรู้คุณภาพชีวิตในภาพรวมอยู่ในระดับสูง แต่เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่าคุณภาพชีวิตด้านจิตใจโดยรวมและจากแต่ละภูมิภาคมีค่าต่ำสุด ดังนั้น จึงควรให้ความสำคัญกับการทำวิจัยเชิงทดลองเกี่ยวกับการสร้างโปรแกรมเพื่อเตรียมความพร้อมด้านจิตใจของเด็กเพื่อลดความปวด กลัว วิตกกังวล ในเด็กก่อนการรักษายาบาล เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งให้ดียิ่งขึ้น ซึ่งหมายถึงเป็นการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลนั่นเอง

## กิตติกรรมประกาศ

คณะผู้วิจัยขอขอบคุณผู้ป่วยเด็กและผู้ดูแลเด็กทุกท่านพร้อมทั้งโรงพยาบาลต่างๆ ที่ให้ความร่วมมือเป็นอย่างดี ขอขอบคุณ ศาสตราจารย์นายแพทย์วิชัย เหล่าสมบัติ ที่ได้ให้คำปรึกษาที่เป็นประโยชน์ในการทำวิจัย ขอขอบคุณคุณสุตารัตน์ คชวรรณ คุณนงลักษณ์ เล่งน้อย อาจารย์พวงเพ็ญ ผีอกสวัสดิ์ คุณจิตติพร อุดมกิตติ คุณรุ่งนภา อุดมชัยสกุล คุณกุลธิดา พงษ์ทองคำ อาจารย์อััจฉริย์ เพ็ชรอภิธรรม คุณสุธีรา พิมพิรส คุณสมใจ สิทธิปริษาชาญ คุณวีณา เอียดเอื้อ คุณสายชล บุญวิสุทธิพานนท์ และทีมที่ให้ความช่วยเหลือในการเก็บข้อมูล ขอขอบคุณคุณคุณสกุลยา ศรีอาวุธ ที่ช่วยในการประมวลผลข้อมูล และขอขอบพระคุณมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ที่ให้ทุนสนับสนุนวิจัยในครั้งนี้

## เอกสารอ้างอิง

1. Attasara P, Buasom R, editors. Hospital-based cancer registry. Bangkok: Rumthai Press; 2009.
2. Attasara P, Buasom R, editors. Hospital-based cancer registry. Bangkok: National Cancer Institute; 2010.
3. Hutspardol S. Cancer in children. In: Jantsakulporn S, Trisirichode O, Luevisadpaibul C, et al, editors. Pediatric 2. Bangkok: Nopachaikarnpim; 2012; p.736 - 81.
4. Groben VJ. The child with cancer. In: Hockenberry MJ, Wilson D, editors. Wong's nursing care of infants and children. 9<sup>th</sup> ed. St. Louis: Elsevier Mosby; 2011; p.1461 - 506.
5. Meeske KA, Ruccione K, Globe DR, et al. Post-traumatic stress, quality of life, and psychological distress in young adult survivors of childhood cancer. Oncol Nurs Forum 2001; 28: 481 - 9.
6. Lumkul R. Acute lymphoblastic leukemia in children. In: Prayoonwiwat W, Seksarn P, editors. Hematology in clinical practice. Bangkok: Namuksorn; 2009; p.277 - 88.
7. Hongeng S. Childhood leukemia. In: Prayoonwiwat W, Jootar S, Srichaikul T, editors. Hematology: diagnosis and treatment of common hematologic diseases in Thailand. 3<sup>rd</sup> ed. Bangkok: Namuksorn; 2007; p.291 - 310.
8. Bryant R. The child with hematologic or immunologic dysfunction. In: Hockenberry MJ, Wilson D, editors. Wong's essentials of pediatric nursing. 8<sup>th</sup> ed. Missouri: Mosby; 2009; p.930 - 48.
9. Eiser C, Vance YH, Horne B, et al. The value of the PedsQLTM in assessing quality of life in survivors of childhood cancer. Child Care Health Dev 2003; 29: 95 - 102.
10. Ness KK, Mertens AC, Hudson MM, et al. Limitations on physical performance and daily activities among long-term survivors of childhood cancer. Ann Intern Med 2005; 143: 639 - 47.

11. Landolt MA, Vollrath M, Niggli FK, et al. Health-related quality of life in children with newly diagnosed cancer: a one year follow-up study. *Health Qual Life Outcomes* 2006; 4: 63 - 70.
12. Wannapong S, Chanpia C, Chintanadilok N, et al. Quality of life of children with leukemia. *Thai J Nurs Res* 1999; 48: 163 - 70.
13. Savage E, Riordan AO, Hughes M. Quality of life in children with acute lymphoblastic leukemia: a systematic review. *Eur J Oncol Nurs* 2009; 13: 36 - 48.
14. Vance YH, Morse RC, Jenny ME, et al. Issues in measuring quality of life in childhood cancer: measures, proxies, and parental mental health. *J Child Psychol Psychiatry* 2001; 42: 661 - 7.
15. Eiser C, Eiser JR, Stride CB. Quality of life in children newly diagnosed with cancer and their mothers. *Health Qual Life Outcomes* 2005; 3: 29-33.
16. Sitaresmi MN, Mostert S, Gundy CM, et al. Health-related quality of life assessment in Indonesia childhood acute lymphoblastic leukemia. *Health Qual Life Outcomes* 2008; 6: 96 - 103.
17. Eiser C, Morse R. A review of measures of quality of life for children with chronic illness. *Arch Dis Child* 2001; 84: 205 - 11.
18. Pogorzala M, Styczynski J, Kurylak A, et al. Health-related quality of life among paediatric survivors of primary brain tumours and acute leukaemia. *Qual Life Res* 2010; 19: 191 - 8.
19. Punthmatharith B, Buddharat U, Wattanasit P. Quality of life and factors influencing quality of life of cancer children in southern Thailand. *Songkla Med J* 2008; 26: 501 - 11.
20. Eiser C. Children's quality of life measures. *Arch Dis Child* 1997; 77: 350 - 4.
21. Eiser C, Morse R. Can parents rate their child's health-related quality of life? Results of a systematic review. *Qual Life Res* 2001; 10: 347 - 57.
22. Cohen J. *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. 2<sup>nd</sup> ed. Hillsdale: Lawrence Erlbaum; 1988.
23. Vorapongsathon T. Considerations in using multiple regression for research. *Thai J Hlth Resch* 1989; 3: 55 - 62.
24. Varni JW, Katz ER, Seid M, et al. The pediatric cancer quality of life inventory-32 (PCQL-32): I. reliability and validity. *Cancer* 1998; 82: 1184 - 96.
25. Wongrattana C. *Using statistical techniques to research*. Nonthaburi: Thainaramitkit Inter Progressive; 2010.
26. Nunnally JC, Bernstein IH. *Psychometric theory*. 3<sup>rd</sup> ed. New York: McGraw-Hill; 1994; 264 - 5.
27. Punthmatharith B, Buddharat U, Wattanasit P. The influencing factors on quality of life of the cancer children in Thailand. Poster presented at the 2012 Kunming International Nursing Conference: Modern Nursing Practice in Multicultural Society 2012 Oct 18-20 Kunming, China. Songkhla: Faculty of Nursing, Prince of Songkla University; 2012.
28. Punthmatharith B, Buddharat U, Kamlangdee T. Comparisons of needs, need responses, and need response satisfaction of mothers of infants in neonatal intensive care unit. *J Pediatr Nurs* 2007; 22: 498-506.