

คุณภาพชีวิตและปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วยเด็ก โรคมะเร็งในภาคใต้

บุษกร พันธุ์เมธาฤทธิ¹
อุทัยวรรณ พุทธิรัตน์¹
พิสมัย วัฒนสิทธิ์¹

Quality of life and factors influencing quality of life of cancer children in southern Thailand

Punthmatharith B¹, Buddharat U¹, Wattanasit P¹.

¹Department of Pediatric Nursing, Faculty of Nursing,

Prince of Songkla University, Hat Yai, Songkhla, 90112, Thailand

Songkla Med J 2008;26(5):501-511

Abstract:

Objective: To compare caregiving received and quality of life of children suffering from cancer as perceived by the children and the caregivers, and to identify factors influencing quality of life of the children.

Design: Descriptive study

Materials and methods: Purposive sampling was used to select 160 caregivers and 160 children with cancer at the pediatric outpatient departments and pediatric wards of three hospitals in southern Thailand. The inclusion criteria included children with cancer receiving at least one course of chemotherapy, ability to communicate well in the Thai language and willingness to cooperate. Data were collected using three questionnaires: 1) demographic and influencing factors, 2) caring behavior, and 3) the quality of life. The questionnaires were tested for content validity and for the reliability of questionnaires 2-3, yielding Cronbach's alpha coefficients of 0.87 and 0.93, respectively for children and 0.85 and 0.90, respectively for caregivers.

*ได้รับทุนสนับสนุนการวิจัยจากเงินงบประมาณแผ่นดิน มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

¹ภาควิชาการพยาบาลกุมารเวชศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ อ.หาดใหญ่ จ.สงขลา 90112

รับต้นฉบับวันที่ 4 ธันวาคม 2550 รับลงตีพิมพ์วันที่ 8 ตุลาคม 2551

Results: The mean total scores of caring behavior and quality of life perceived by children and caregivers were at a high level. Mean total score of caregivers' caring behavior was higher than that of children ($t=-5.195, p=0.000$). No significant difference of mean total scores of quality of life was found when comparing between children and caregivers ($t=1.681, p=0.094$). Approximately 15.5 percent of the variance of quality of life perceived by caregivers could be explained by caring behavior, child's age, and caregivers' education [$(F_3, 153)=10.57, p=0.000$]. Approximately 12.3 percent of the variance of quality of life perceived by the children could be explained by caring behavior and child's education [$(F_2, 157)=10.57, p=0.000$].

Conclusions: To provide effective nursing care to enhance the quality of life of cancer-stricken children, nurses should always carefully consider a significant difference of mean total scores of caring behavior when comparing between children and caregivers and also some factors influencing on perceived quality of life by children especially caring behavior and their education as well as their caregivers such as caring behavior, child's age and caregivers' education.

Key words: cancer, children, influencing factors on quality of life, quality of life

บทคัดย่อ:

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาระดับและเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็ง ระหว่างการรับรู้ของกลุ่มผู้ป่วยเด็กกับกลุ่มผู้ดูแลเด็กและศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็ง

แบบวิจัย: แบบพรรณนา

วัสดุและวิธีการ: เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง คือ ผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งและผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกและแผนกผู้ป่วยในกุมารเวชกรรมของโรงพยาบาล 3 แห่งในภาคใต้ จำนวนกลุ่มละ 160 ราย เป็นผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งที่ต้องได้รับยาเคมีบำบัดอย่างน้อย 1 ระยะ สามารถสื่อสารด้วยภาษาไทยและยินดีให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม แบบสอบถามประกอบด้วย 1) ข้อมูลส่วนบุคคลและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง 2) พฤติกรรมการดูแล และ 3) คุณภาพชีวิต ซึ่งได้ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาและทดสอบความเที่ยงของเครื่องมือชุดที่ 2-3 ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟ่าของครอนบาคจากกลุ่มผู้ป่วยเด็ก เท่ากับ 0.87 และ 0.93 จากกลุ่มผู้ดูแลเด็กเท่ากับ 0.85 และ 0.90 ตามลำดับ

ผลการศึกษา: พบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยโดยรวมของพฤติกรรมการดูแลและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งตามการรับรู้ของกลุ่มผู้ป่วยเด็กและกลุ่มผู้ดูแลเด็กอยู่ในระดับสูง เมื่อเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยโดยรวมของพฤติกรรมการดูแลตามการรับรู้ระหว่างกลุ่มผู้ป่วยเด็กและกลุ่มผู้ดูแลเด็ก พบว่ากลุ่มผู้ดูแลเด็กมีค่าคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการดูแลโดยรวมสูงกว่ากลุ่มผู้ป่วยเด็ก ($t=-5.195, p=0.000$) ในขณะที่ค่าคะแนนเฉลี่ยโดยรวมของคุณภาพชีวิตตามการรับรู้ของทั้ง 2 กลุ่ม พบว่าไม่มีความแตกต่างกัน ($t=1.681, p=0.094$) พฤติกรรมการดูแล อายุของผู้ป่วยเด็ก และการศึกษาของผู้ดูแลเด็ก สามารถทำนายคุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้ป่วยเด็กตามการรับรู้ของกลุ่มผู้ดูแลเด็กได้ร้อยละ 15.5 [$(F_3, 153)=10.57, p=0.000$] ส่วนพฤติกรรมดูแล และการศึกษาของผู้ป่วยเด็กสามารถทำนายคุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้ป่วยเด็กตามการรับรู้ของกลุ่มผู้ป่วยเด็กได้ร้อยละ 12.3 [$(F_2, 157)=10.57, p=0.000$]

สรุป: โรงพยาบาลควรให้การพยาบาลโดยคำนึงถึงพฤติกรรมการดูแลตามการรับรู้ระหว่างกลุ่มผู้ป่วยเด็กและกลุ่มผู้ดูแลเด็กที่มีความแตกต่างกัน รวมทั้ง ปัจจัยบางประการที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตตามการรับรู้ของผู้ป่วยเด็ก โดยเฉพาะพฤติกรรมการดูแล และการศึกษาของเด็ก ส่วนปัจจัยที่ควรคำนึงถึงตามการรับรู้ของผู้ดูแลเด็ก ได้แก่ พฤติกรรมการดูแลเด็ก อายุเด็ก และการศึกษาของตนเอง ทั้งนี้ เพื่อสามารถให้การพยาบาลที่มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น ส่งผลให้เด็กมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

คำสำคัญ: คุณภาพชีวิต, ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิต, ผู้ป่วยเด็ก, โรคมะเร็ง

บทนำ

ปัจจุบันโรคมะเร็งในเด็กยังคงเป็นปัญหาสำคัญทางด้านสาธารณสุขของไทยและมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี ข้อมูลผู้ป่วยในจังหวัดสงขลา ขอนแก่น เชียงใหม่ ลำปาง และกรุงเทพมหานคร รวมกันระหว่างปี พ.ศ. 2538-2540 มีผู้ป่วยเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปีป่วยเป็นโรคมะเร็งรายใหม่ทั้งหมด 636 ราย¹ โรคมะเร็งที่พบบ่อยตามลำดับได้แก่ มะเร็งเม็ดเลือดขาว มะเร็งสมองและระบบประสาทส่วนกลาง และมะเร็งต่อมน้ำเหลือง¹ อุบัติการณ์การเกิดโรคมะเร็งในเด็กเพิ่มขึ้นจากปี พ.ศ. 2531 ถึงปี พ.ศ. 2540 ถึงร้อยละ 32.52² ส่วนรายงานผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งรายใหม่ของโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ ระหว่างปี พ.ศ. 2543-2547 มีจำนวน 128, 120, 117, 113 และ 114 ราย ตามลำดับ³⁻⁷

โรคมะเร็งในเด็กส่วนใหญ่รักษาไม่หายขาด แต่ทำให้โรคสงบได้ มีอัตราการปลอดโรค 5 ปี เพิ่มขึ้นจากน้อยกว่าร้อยละ 30 ในปี พ.ศ. 2513 เป็นมากกว่าร้อยละ 75 ในปัจจุบัน⁸ โดยเฉพาะเด็กมะเร็งเม็ดเลือดขาวมีอัตราการปลอดโรค 5 ปี ถึงร้อยละ 80⁹ ผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งมักได้รับการรักษาโดยการผ่าตัด การใช้ยาเคมีบำบัดและการฉายรังสี ซึ่งวิธีหลังทำติดต่อกันสม่ำเสมออย่างน้อย 3-5 ปี¹⁰ การให้ยาเคมีบำบัดและการฉายรังสีมีผลข้างเคียงอย่างมากทั้งทางด้านร่างกาย ได้แก่ คลื่นไส้ อาเจียน ท้องผูก ท้องเสีย เยื่อบุปากอักเสบ เบื่ออาหาร ผอมร่วง ซีด เลือดออกง่าย ติดเชื้อได้บ่อย ใช้^{9, 11-12} ผลต่อจิตใจ อารมณ์ และสังคม เช่น การวิตกกังวลและอายุเกี่ยวกับภาพลักษณ์ที่เปลี่ยนไป เช่น ผอมร่วง ซีด หน้าแดงกลมเหมือนพระจันทร์ น้ำหนักตัวขึ้น ลิขิ้น มีผลทำให้เด็กเกิดถดถอยหนีตัวออกจากสังคม^{9, 11-12} ผู้ป่วยเด็กต้องหยุดพักการเรียนเป็นระยะๆ เพื่อเข้ารับการรักษา จึงมักเกิดความวิตกกังวลเรื่องการขาดเรียน มีความสามารถในการเรียนลดลง¹³ นอกจากนี้ ทัศนคติ เช่น การฉีดยา การเจาะเลือด การให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ การเจาะหลัง ล้วนมีผลทำให้เด็กไม่สุขสบาย เจ็บปวด และกลัว สำหรับบิดามารดาของผู้ป่วยก็มีความวิตกกังวลต่อการที่บุตรเป็นโรคนี้อีกด้วยกลัวว่าบุตรจะตาย และกลัวผลข้างเคียงของการรักษา

Meeske และคณะ⁸ รายงานว่าเด็กมะเร็งกลุ่มที่เคยมีภาวะเครียดจากภาวะโรคหรือการรักษา (posttraumatic stress) มีค่าคะแนนคุณภาพชีวิตต่ำกว่าเด็กมะเร็งกลุ่มที่ไม่เคยมีภาวะเครียดจากภาวะโรคหรือการรักษา (non-post traumatic stress) สำหรับในประเทศไทย ศศิธร วรรณพงษ์ และคณะ¹⁴ พบว่า คุณภาพชีวิตตามการรับรู้ของผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวในภาคกลางโดยรวมอยู่ในระดับดี ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับคุณภาพชีวิต คือ 1) ปัจจัยด้านสังคมและเศรษฐกิจ ได้แก่ ระดับการศึกษาของบิดามารดาหรือผู้เลี้ยงดู รายได้ของครอบครัว

ความรู้ของบิดามารดาหรือผู้เลี้ยงดูในการดูแลบุตร และสัมพันธ์กับภาพในโรงเรียน และ 2) ปัจจัยด้านสุขภาพและการทำงานของร่างกาย ได้แก่ ระยะเวลาที่เจ็บป่วย และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วย ส่วนปัจจัยที่พบว่าไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต ได้แก่ เพศของเด็ก อายุของเด็ก การศึกษาของเด็ก อาชีพของบิดามารดาหรือผู้เลี้ยงดู และสัมพันธ์ภาพในครอบครัว จากการศึกษาศึกษาเชิงคุณภาพของพัชรินทร์ วิเศษพานิชย์¹⁵ ในเรื่องคุณภาพชีวิตผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวในภาคเหนือ พบว่าผู้ป่วยเด็กส่วนใหญ่มีการเจริญเติบโตหยุดชะงักและล่าช้า มีความสามารถในการทำกิจกรรมลดลง มักเรียนไม่ทันเพื่อนเพราะต้องหยุดเรียนบ่อย บางรายมีความจำไม่ดีหลังได้รับการรักษา นอกจากนี้หลังได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด ส่วนใหญ่จะมีภาวะติดเชื้อแทรกซ้อนบ่อย ไม่สุขสบาย ทุกข์ทรมานจากอาการข้างเคียงของยารูสึกเบื่อ ท้อแท้ วิตกกังวลต่อการรักษา กลัวการรักษาที่ทำให้เจ็บปวด และกลัวตาย

คุณภาพชีวิตสามารถวัดได้ในหลายมิติ¹⁶⁻¹⁷ คุณภาพชีวิตหมายถึง ผลของการรักษาที่มีต่อด้านร่างกายและจิตใจของผู้ป่วยและครอบครัว ในแง่ความสามารถในการทำหน้าที่หรือไม่สามารถทำหน้าที่¹⁶ การมองคุณภาพชีวิตของเด็กกับผู้ใหญ่จะแตกต่างกัน สำหรับผู้ใหญ่ การมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นอยู่กับว่า ตนเองสามารถใช้ชีวิตได้อย่างอิสระหรือไม่ ในขณะที่เด็กเล็กจะมองว่าตนเองมีผมที่เป็นเงางาม มีเพื่อนมากหรือสามารถวิ่งเล่นได้หรือไม่ ด้วยเหตุนี้ จึงมีข้อถกเถียงกันว่าควรวัดคุณภาพชีวิตของเด็กตามการรับรู้ของผู้ใหญ่จะสามารถแปลผลว่าเป็นคุณภาพชีวิตของเด็กได้จริงหรือ^{16, 18} สำหรับ Padilla และ Grant¹⁹ ได้สรุปกรอบแนวคิดเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตว่าประกอบด้วย 5 ด้าน คือ ด้านความผาสุกในจิตใจ ด้านสังคม ด้านอัตมโนทัศน์ ด้านความสุขทางร่างกาย และด้านการวินิจฉัย/รักษาและการตอบสนอง ในขณะที่ Ferrans²⁰ ได้พัฒนาดัชนีวัดคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยผู้ใหญ่มะเร็งซึ่งประกอบด้วย 4 ด้าน คือ ด้านสุขภาพและการทำหน้าที่ของร่างกาย ด้านสังคมและเศรษฐกิจ ด้านจิตใจ/จิตวิญญาณ และด้านครอบครัว ส่วน Zhan²¹ มีแนวคิดเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตว่า คุณภาพชีวิตควรครอบคลุมองค์ประกอบ 4 ด้าน คือ ด้านความพึงพอใจในชีวิต ด้านอัตมโนทัศน์ ด้านสุขภาพและการทำงานของร่างกาย และด้านสังคมและเศรษฐกิจ นอกจากนี้ Varni และคณะ²² ได้พัฒนาแบบวัดคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งและกล่าวว่า คุณภาพชีวิตประกอบด้วยองค์ประกอบ 5 ด้าน คือ ด้านการทำงานของร่างกาย ด้านปัญหาที่เกี่ยวกับโรคและการรักษา ด้านสติปัญญา ด้านสังคมและด้านจิตใจ ดังนั้นจะกล่าวโดยสรุปว่า คุณภาพชีวิตสำหรับการวิจัยในครั้งนี้ หมายถึง ความรู้สึกเป็นปกติสุขที่ผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งหรือบิดามารดาหรือผู้เลี้ยงดูรับรู้และสามารถ

ประเมินได้ด้วยตนเอง แบ่งออกเป็น 8 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านความพึงพอใจในชีวิต 2) ด้านสุขภาพและการทำงานของร่างกาย 3) ด้านปัญหาที่เกี่ยวกับโรคและการรักษา 4) ด้านจิตใจ 5) ด้านสติปัญญา 6) ด้านอัตมโนทัศน์ 7) ด้านสังคมและเศรษฐกิจ และ 8) ด้านจิตวิญญาณ

จากการทบทวนวรรณคดีพบว่า งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาคุณภาพชีวิตและปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งยังมีเพียงเล็กน้อย และไม่ครอบคลุมกลุ่มผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งในภาคใต้ของประเทศไทย ซึ่งภาคใต้มีความแตกต่างจากภาคอื่นๆ ในด้านภูมิศาสตร์ เศรษฐกิจ ศาสนา ความเชื่อ และวัฒนธรรม นอกจากนี้การศึกษาที่ผ่านมาก็มีเพียงการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งเท่านั้น ยังไม่มีการศึกษาเพื่อหาปัจจัยที่สามารถทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็ง รวมทั้งยังไม่มีการศึกษาเปรียบเทียบการรับรู้พฤติกรรมการดูแลและคุณภาพชีวิตของทั้งตัวผู้ป่วยเด็กและผู้ดูแลเด็กว่าเหมือนหรือแตกต่างกันหรือไม่อย่างไร อีกประการหนึ่ง เครื่องมือที่ใช้วัดคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งทั้งของ Vami และคณะ²² ซึ่งวัดคุณภาพชีวิต 5 ด้าน และของศศิธร วรรณพงษ์ และคณะ¹⁴ ที่ใช้วัดคุณภาพชีวิตเพียง 4 ด้าน ก็ยังไม่สามารถใช้วัดคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งได้อย่างครอบคลุมแบบองค์รวม ดังนั้น คณะผู้วิจัยจึงต้องการศึกษาคุณภาพชีวิตและปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งตามการรับรู้ของผู้ป่วยเด็กและผู้ดูแลเด็กแบบองค์รวมและปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิต เพื่อนำผลการศึกษามาใช้เป็นแนวทางในการให้การพยาบาลเพื่อสนับสนุนให้ผู้ป่วยเหล่านี้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น เพราะคุณภาพชีวิตจะเป็นตัวชี้วัดหนึ่งที่แสดงถึงคุณภาพของการพยาบาลด้วย¹⁸⁻¹⁹

วัสดุและวิธีการ

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา (descriptive research) เพื่อเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตและพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งตามการรับรู้ของผู้ป่วยเด็กและผู้ดูแลเด็กซึ่งเป็นบิดาหรือมารดาหรือผู้เลี้ยงดู รวมทั้งปัจจัยที่คาดว่าจะมีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็ง โดยทำการเก็บข้อมูลระหว่างเดือนมกราคมถึงพฤศจิกายน พ.ศ. 2549

กลุ่มตัวอย่างและการเลือกกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งอายุระหว่าง 6-19 ปี และกลุ่มผู้ดูแลเด็กซึ่งเป็นบิดาหรือมารดาหรือผู้เลี้ยงดู

ที่พาเด็กมารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก และแผนกผู้ป่วยในกุมารเวชกรรมของโรงพยาบาล 3 แห่งในภาคใต้ จำนวนกลุ่มละ 160 ราย เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) ที่เป็นผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งที่เคยได้รับยาเคมีบำบัดอย่างน้อย 1 ระยะ สามารถสื่อสารด้วยภาษาไทยให้ความยินยอมและร่วมมือในการเข้าร่วมทำการวิจัย เนื่องจากผู้วิจัยไม่ได้ใช้ clinical status เป็นตัวคัดเลือก ดังนั้น จึงได้ผู้ป่วยหลายๆ อย่างคละกัน จากการคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรของ Thorndike ซึ่งอ้างตามธวัชชัย วรพงศธร²³ ได้ขนาดของกลุ่มตัวอย่างเท่ากับกลุ่มละ 160 ราย

เครื่องมือการวิจัย ประกอบด้วยแบบสอบถาม 2 ชุด ได้แก่ ชุดที่ 1 สำหรับผู้ดูแลเด็ก และชุดที่ 2 สำหรับผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็ง โดยสร้างเป็นแบบสอบถามคู่นาน ในแต่ละชุดประกอบด้วย 1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและปัจจัยที่คาดว่าจะมีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิต 2) แบบสอบถามพฤติกรรมในการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งตามการรับรู้ของผู้ป่วยเด็กและผู้ดูแลเด็ก และ 3) แบบสอบถามคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งตามการรับรู้ของผู้ป่วยเด็กและผู้ดูแลเด็ก แบบสอบถามพฤติกรรมในการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็ง คณะผู้วิจัยได้สร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม งานวิจัยที่เกี่ยวข้องและดัดแปลงจากศศิธร วรรณพงษ์ และคณะ¹⁴ เพื่อใช้วัดพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็ง และวัดพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งของผู้ดูแลเด็ก มีจำนวนคำถามชุดละ 25 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นการประเมินค่า 4 อันดับ คือ “0” เท่ากับ “ไม่ทำเลย” จนถึง “3” เท่ากับ “ทำเป็นประจำทุกครั้ง” เกณฑ์การแปลผลคะแนนในแต่ละชุดแบบสอบถาม ใช้ค่าโดยกำหนดจากค่าคะแนนสูงสุดลบค่าคะแนนต่ำสุดหารด้วยจำนวนระดับของพฤติกรรม²⁴ จะได้ระดับของค่าคะแนนเป็น 3 ระดับ คือ สูง ปานกลาง และต่ำ โดยที่คะแนน 0.00-1.00, 1.01-2.01 และ 2.02-3.00 หมายถึง มีพฤติกรรมในการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งอยู่ในระดับต่ำ ปานกลาง และสูงตามลำดับ

ส่วนแบบสอบถามคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็ง คณะผู้วิจัยได้สร้างขึ้นโดยอาศัยการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องและดัดแปลงจากเครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็ง (Pediatric Cancer Quality of Life Inventory-32) ของ Vami และคณะ²² และ แบบวัดคุณภาพชีวิตของศศิธร วรรณพงษ์ และคณะ¹⁴ ซึ่งสร้างขึ้น โดยประยุกต์จากกรอบแนวคิดของ Zhan²¹ แบบสอบถามนี้ใช้วัดคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งตามการรับรู้ของผู้ดูแลเด็ก และตามการรับรู้ของผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็ง

มีจำนวนคำถามทั้งหมด 8 ด้าน 52 ข้อ ได้แก่ 1) ด้านความพึงพอใจในชีวิต 6 ข้อ 2) ด้านสุขภาพและการทำงานของร่างกาย 10 ข้อ 3) ด้านปัญหาที่เกี่ยวกับโรคและการรักษา 4 ข้อ 4) ด้านจิตใจ 8 ข้อ 5) ด้านสติปัญญา 4 ข้อ 6) ด้านอัตมโนทัศน์ 9 ข้อ 7) ด้านสังคมและเศรษฐกิจ 7 ข้อ และ 8) ด้านจิตวิญญาณ 4 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นการประเมินค่า 5 อันดับ คือ “1” เท่ากับ “ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกหรือพฤติกรรมตามการรับรู้ของตนเอง น้อยที่สุด” จนถึง “5” เท่ากับ “ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกหรือพฤติกรรมตามการรับรู้ของตนเองมากที่สุด” ถ้าข้อความนั้นเป็นความรู้สึกหรือพฤติกรรมตามการรับรู้ในทางลบ การให้ค่าคะแนนจะให้กลับกัน คือ “5” เท่ากับ “ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกหรือพฤติกรรมตามการรับรู้ของตนเองน้อยที่สุด” จนถึง “1” เท่ากับ “ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกหรือพฤติกรรมตามการรับรู้ของตนเองมากที่สุด” เกณฑ์การแปลผลคะแนนในแต่ละชุดแบบสอบถามใช้ค่า โดยกำหนดจากค่าคะแนนสูงสุดลบค่าคะแนนต่ำสุดหารด้วยจำนวนระดับของคุณภาพชีวิต²⁴ จะได้ระดับของค่าคะแนนเป็น 3 ระดับ คือ สูง ปานกลาง และต่ำ โดยที่คะแนน 1.00-2.33, 2.34-3.67 และ 3.68-5.00 หมายถึง มีคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งอยู่ในระดับต่ำ ปานกลาง และสูง ตามลำดับ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยทั้งหมดได้ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน และผ่านการทดสอบหาความเที่ยงของเครื่องมือกับกลุ่มผู้ป่วยเด็กและกลุ่มผู้ดูแลเด็กที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงหรือเหมือนกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 20 ราย²⁵ ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟ่าของครอนบาคของแบบสอบถามพฤติกรรมดูแลและแบบสอบถามคุณภาพชีวิตจากกลุ่มผู้ป่วยเด็กเท่ากับ 0.87 และ 0.93 และจากกลุ่มผู้ดูแลเด็ก เท่ากับ 0.85 และ 0.90 ตามลำดับ

การเก็บรวบรวมข้อมูล เมื่อโครงการวิจัยได้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมและได้รับอนุญาตให้เก็บข้อมูลจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลแล้ว ผู้วิจัยจัดอบรมและฝึกการเก็บรวบรวมข้อมูลแก่ผู้ช่วยนักวิจัย จากนั้นทำการเก็บข้อมูลโดยการแนะนำตนเอง บอกวัตถุประสงค์ ขั้นตอนของการทำวิจัย และการพิทักษ์สิทธิ์แก่กลุ่มตัวอย่าง และแจกแบบสอบถามให้กลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามที่กำหนดตอบแบบสอบถาม หรือสัมภาษณ์ในรายที่ต้องการให้สัมภาษณ์

การวิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมดูแลและคุณภาพชีวิตโดยรวมตามการรับรู้ของกลุ่มผู้ป่วยเด็กกับกลุ่มผู้ดูแลเด็กโดยใช้ independent *t*-test และหาปัจจัยที่เป็นตัวทำนายคุณภาพชีวิตผู้ป่วยเด็กโดยใช้ stepwise regression analysis

ผลการศึกษา

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ดูแลเด็ก 160 ราย เป็นมารดาร้อยละ 79.4 เป็นบิดาร้อยละ 13.8 และผู้เลี้ยงดูร้อยละ 6.8 มีอายุระหว่าง 17-60 ปี (เฉลี่ย 37.87 ± 7.56) จบการศึกษาชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 ร้อยละ 30 เป็นเพศหญิงร้อยละ 83.8 นับถือศาสนาพุทธร้อยละ 73.8 แต่งงานร้อยละ 87.5 มีรายได้ครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือนประมาณ 5,000-10,000 บาท ร้อยละ 38.8 มีรายได้เพียงพอกับรายจ่ายในแต่ละเดือนร้อยละ 53.1 ทำงานในบ้านตนเองร้อยละ 51.9 มีอาชีพเกษตรกรรมร้อยละ 31.9 มีจำนวนบุตร 2 คน ร้อยละ 41.9 ระบุว่าบุตรสบายดี (ไม่เจ็บป่วย) ร้อยละ 50.6 ส่วนมากรับรู้ว่ามีสัมพันธ์ภาพในครอบครัวดี ร้อยละ 96.2 โดยที่สมาชิกในครอบครัวมีเวลาพูดคุยพร้อมหน้ากันทุกวัน คิดเป็นร้อยละ 75

สำหรับกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งจำนวน 160 ราย พบว่า เป็นเพศชายร้อยละ 57.5 มีอายุระหว่าง 6-19 ปี (เฉลี่ย 11.4 ± 3.4) จบการศึกษาชั้นประถมศึกษาปีที่ 1 ร้อยละ 16.3 นับถือศาสนาพุทธร้อยละ 74.4 ผู้เลี้ยงดูใกล้ชิดเด็กและผู้ดูแลเด็กใกล้ชิดเมื่อเด็กเริ่มเจ็บป่วยเป็นมารดาร้อยละ 70 และ 71.9 ตามลำดับ เป็นบุตรคนที่ 1 ร้อยละ 46.9 ไม่เคยมีสมาชิกในครอบครัวเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งร้อยละ 93.1 ระบุว่ามีความสัมพันธ์ภาพในครอบครัวดี ร้อยละ 98.8 โดยที่เด็กชอบเล่นกับพี่น้องร้อยละ 72.5 ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งเม็ดเลือดขาวร้อยละ 74.4 ป่วยด้วยโรคมะเร็งนานเท่ากับหรือมากกว่า 3 ปี ร้อยละ 61.2 เคยได้รับการรักษาโดยใช้ยาเคมีบำบัดและฉายแสง ร้อยละ 53.8 เคยได้ยาเคมีบำบัดมาแล้วอย่างน้อย 1 ครั้ง ร้อยละ 40.6 และมีการจ่ายค่ารักษาพยาบาลโดยใช้บัตรประกันสุขภาพ 30 บาท (บัตรทอง) ร้อยละ 80

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มผู้ดูแลเด็กโรคมะเร็งและกลุ่มผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็ง มีค่าคะแนนเฉลี่ยโดยรวมของพฤติกรรมดูแล และการรับรู้คุณภาพชีวิตผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งอยู่ในระดับสูง เมื่อพิจารณาการรับรู้คุณภาพชีวิตผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งเป็นรายด้านของทั้ง 2 กลุ่ม พบว่า มี 5 ด้านที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง คือ ด้านความพึงพอใจในชีวิต ด้านสุขภาพและการทำงานของร่างกาย ด้านสังคมและเศรษฐกิจ ด้านจิตวิญญาณ และด้านอัตมโนทัศน์ ตามลำดับ ส่วนอีก 3 ด้านมีค่าคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง คือ ด้านสติปัญญา ด้านปัญหาที่เกี่ยวกับโรคและการรักษา และด้านจิตใจ ตามลำดับ (ตารางที่ 1)

เมื่อเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยโดยรวมของคุณภาพชีวิตระหว่างกลุ่มผู้ป่วยเด็กกับกลุ่มผู้ดูแลเด็ก พบว่า ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t=1.681, p=0.094$) เมื่อเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยโดยรวมของพฤติกรรมดูแล พบว่า

กลุ่มผู้ดูแลเด็กมีค่าคะแนนเฉลี่ยดังกล่าวสูงกว่ากลุ่มผู้ป่วยเด็ก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t=-5.195, p=0.000$) (ตารางที่ 2)

สำหรับการหาปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเด็ก ตามการรับรู้ของผู้ดูแลเด็กนั้น ผู้วิจัยได้ทำการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิติ regression analysis พบว่า ไม่มีข้อตกลงเบื้องต้นใดที่ขัดต่อการใช้สถิตินี้คือ ไม่มีตัวแปรต้นคู่ใดที่มีความสัมพันธ์สูงเกิน 0.65^{26} ($r=-0.159 - 0.311$) และผลการศึกษาพบว่า มี 4 ตัวแปรที่มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับคุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้ป่วยเด็กอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือ พฤติกรรมการดูแลเด็ก ($r=0.311, p<0.01$) การศึกษาของผู้ดูแลเด็ก ($r=0.236, p<0.01$) อายุเด็ก ($r=0.201, p<0.05$) และระยะเวลาการเจ็บป่วย ($r=0.189, p<0.05$) ส่วนอีก 1 ตัวแปรคือ สัมพันธภาพในครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำกับคุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้ป่วยเด็ก ($r=-0.159, p<0.05$) (ตารางที่ 3) เมื่อทำการทดสอบหา outliers โดยใช้ Box plot²⁷ พบว่า มีกลุ่มตัวอย่าง 3 รายที่เป็น outliers จึงทำการตัดกลุ่มตัวอย่าง 3 รายนี้ ผลการวิเคราะห์หัตถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน ($n=157$) พบว่า มีตัวแปร 3 ตัว ได้แก่ พฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็ง การศึกษาของผู้ดูแลเด็กและอายุเด็ก สามารถร่วมกันทำนายคุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้ป่วยเด็กได้ร้อยละ 15.5 ($F=10.57, df=3, 153, p=0.000$) และมีค่าสัมประสิทธิ์ความถดถอยมาตรฐาน (beta) เท่ากับ 0.28, 0.201 และ 0.184 ($t=3.73, 2.807, 2.452, p=0.000, 0.006, 0.015$) ตามลำดับ (ตารางที่ 3)

การหาปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเด็กตาม การรับรู้ของผู้ป่วยเด็กเองนั้น ผู้วิจัยได้ทำการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิติ regression analysis พบว่า ไม่มีข้อตกลงเบื้องต้นใดที่ขัดต่อการใช้สถิตินี้ ไม่มีตัวแปรต้นคู่ใดที่มีความสัมพันธ์สูงเกิน 0.65 เช่นกัน ($r=-0.096 - 0.307$) และผลการศึกษาพบว่ามี 4 ตัวแปรที่มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับคุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้ป่วยเด็กอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือ พฤติกรรมการดูแลตนเอง ($r=.307, p<.01$) การศึกษาของผู้ดูแลเด็ก ($r=0.201, p<0.05$) การศึกษาของเด็ก ($r=0.187, p<0.05$) และอายุเด็ก ($r=0.176, p<0.05$) (ตารางที่ 4) เมื่อทำการทดสอบหา outliers โดยใช้ Box plot²⁷ พบว่า ไม่มีกลุ่มตัวอย่างที่เป็น outliers ผลการวิเคราะห์หัตถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน ($n=160$) พบว่า มีตัวแปร 2 ตัว ได้แก่ พฤติกรรมการดูแลตนเอง และการศึกษาของเด็กสามารถร่วมกันทำนายคุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้ป่วยเด็กได้ร้อยละ 12.3 ($F=12.10, df=2, 157, p=0.000$) และมีค่าสัมประสิทธิ์ความถดถอยมาตรฐาน (beta) เท่ากับ 0.314 และ 0.198 ($t=4.228, 2.662, p=0.000, 0.009$) ตามลำดับ (ตารางที่ 4)

วิจารณ์

ผลการศึกษาครั้งนี้พบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลโดยรวมทั้งของกลุ่มผู้ป่วยเด็กและกลุ่มผู้ดูแลเด็กอยู่ในระดับสูง แสดงว่าการรับรู้พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเด็กและผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งในวัยนี้มีความสอดคล้องในพฤติกรรมการดูแลไปในทางเดียวกัน อาจเนื่องมาจากว่า ทั้งผู้ป่วยเด็กและผู้ดูแลเด็กได้รับความรู้และการสอนในการปฏิบัติดูแลที่เกี่ยวกับโรคมะเร็งจากแพทย์ พยาบาล หรือกลุ่มผู้ดูแลเด็กมีการกระทำหรือสอนให้เด็กมีการดูแลตนเอง ทำให้ผู้ป่วยเด็กและผู้ดูแลเด็กเกิดการเรียนรู้ร่วมกันในเรื่องดังกล่าว เพราะผู้ป่วยเด็กกลุ่มนี้เป็นโรคนี้นานานเท่ากับหรือมากกว่า 3 ปี ถึงร้อยละ 61.2 และเด็กมีสัมพันธภาพในครอบครัวอยู่ในระดับดีถึงร้อยละ 98.8 ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาของพัชรินทร์ วิเศษพานิชย์¹⁵ ในเรื่องคุณภาพชีวิตผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวในภาคเหนือที่พบว่า ผู้ป่วยเด็กส่วนใหญ่มีความสามารถในการทำกิจกรรมลดลง บางรายมีความจำไม่ดีขึ้นหลังได้รับการรักษา รู้สึกเบื่อ ท้อแท้ วิตกกังวล ต่อการรักษา เมื่อทดสอบความแตกต่างระหว่างการรับรู้พฤติกรรมการดูแลตนเองของเด็กและพฤติกรรมการดูแลเด็กของผู้ดูแลเด็กในการวิจัยครั้งนี้ พบว่ากลุ่มผู้ดูแลเด็กรับรู้ว่ามีพฤติกรรมการดูแลเด็กอยู่ในระดับสูงกว่ากลุ่มผู้ป่วยเด็กอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงว่าการรับรู้ระหว่าง 2 กลุ่มนี้ ยังมีความแตกต่างกันอยู่ แม้ค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลโดยรวมจะอยู่ในระดับสูงเช่นเดียวกันก็ตาม ทั้งนี้เนื่องมาจากว่า เด็กมีการปฏิบัติในการดูแลตนเองยังไม่ได้เท่าที่ผู้ดูแลเด็กได้กระทำต่อเด็ก เช่น การล้างมือก่อนรับประทานอาหารทุกครั้ง การรับประทานอาหาร การพักผ่อนในเวลากลางวัน การสังเกตอาการผิดปกติ และการเล่นของที่ไม่แหลมคม กลุ่มผู้ดูแลเด็กให้คะแนนทุกข้อที่กล่าวมาในระดับสูง แต่กลุ่มผู้ป่วยเด็กให้คะแนนในระดับปานกลาง

เมื่อพิจารณาค่าคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตโดยรวมทั้งตาม การรับรู้ของกลุ่มผู้ป่วยเด็กและกลุ่มผู้ดูแลเด็ก พบว่าอยู่ในระดับสูง เทียบเคียงได้กับการศึกษาคุณภาพชีวิตผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวในภาคกลางของศศิธร วรรณพงษ์ และคณะ¹⁴ ที่พบว่าคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวตามการรับรู้ของผู้ป่วยเด็กโดยรวมอยู่ในระดับดี สำหรับการวิจัยในครั้งนี้พบว่า การที่คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งอยู่ในระดับสูง อาจจะเป็นผลมาจากผู้ป่วยเด็กกลุ่มนี้ส่วนใหญ่ได้รับการรักษามานาน มีระยะเวลาการเจ็บป่วยประมาณ 3 ปี ทำให้สามารถปรับตัวเข้ากับภาวะของโรคและการรักษาได้ จึงรับรู้ว่าคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับสูง ซึ่งจากการศึกษาของ Landolt และคณะ²⁸ ก็พบในทำนองเดียวกันว่ากลุ่มผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งหลังการรักษา

1 ปี มีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับที่ดีกว่ากลุ่มผู้ป่วยเด็กหลังได้รับการรักษานาน 6 สัปดาห์ และการวิจัยครั้งนี้ยังพบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้ต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเด็กทั้งกลุ่มผู้ดูแลเด็กและกลุ่มผู้ป่วยเด็กไม่มีความแตกต่างกัน ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากความเจริญก้าวหน้าทางการแพทย์ ทำให้สามารถรักษาโรคมะเร็งในเด็กให้โรคสงบได้และมีอัตราการปลอดโรค 5 ปี จากน้อยกว่าร้อยละ 30 ในปี พ.ศ. 2513 เป็นมากกว่าร้อยละ 75 ในปัจจุบัน⁸ โดยเฉพาะผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวมีอัตราการปลอดโรค 5 ปี ถึงร้อยละ 80⁹ และจากข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยเด็กในกลุ่ม

ตัวอย่างที่ศึกษาในครั้งนี้ พบว่า เด็กส่วนใหญ่เป็นโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวถึงร้อยละ 74.4 ซึ่งมีพยากรณ์โรคดังกล่าวค่อนข้างดี⁸ และผู้ดูแลเด็กมีการรับรู้ว่าบุตรเจ็บป่วยอยู่ในระดับที่รุนแรงมาก มีเพียงร้อยละ 11.9 ในขณะที่รับรู้ว่าเป็นบุตรอยู่ในภาวะสบายดีหรือไม่เจ็บป่วยมีถึงร้อยละ 50.6 จากเหตุผลดังกล่าวทำให้ผู้ป่วยเด็กและผู้ดูแลเด็กกลุ่มนี้มีการรับรู้ถึงคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเด็กอยู่ในระดับสูง แม้ว่าจะเคยผ่านความทุกข์ทรมานจากโรค และผลข้างเคียงจากการรักษามาแล้วก็ตาม

ตารางที่ 1 ค่าคะแนนเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของพฤติกรรมการดูแลโดยรวมและคุณภาพชีวิตผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งตามการรับรู้ของผู้ดูแลเด็กเป็นรายด้านและโดยรวม (n=157 และ n=160) และตามการรับรู้ของผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็ง (n=160 และ n=160)

ข้อมูล	ผู้ดูแลเด็ก			ผู้ป่วยเด็ก		
	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	ระดับ	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	ระดับ
พฤติกรรมดูแลโดยรวม	2.41	0.33	สูง	2.20	0.39	สูง
คุณภาพชีวิตผู้ป่วยเด็กโดยรวม	3.79	0.37	สูง	3.86	0.37	สูง
ด้านความพึงพอใจในชีวิต	4.50	0.49	สูง	4.44	0.48	สูง
ด้านสุขภาพและการทำงานของร่างกาย	4.18	0.58	สูง	4.20	0.55	สูง
ด้านปัญหาที่เกี่ยวข้องกับโรคและการรักษา	3.22	0.70	ปานกลาง	3.65	0.83	ปานกลาง
ด้านจิตใจ	2.95	0.82	ปานกลาง	3.24	0.83	ปานกลาง
ด้านสติปัญญา	3.50	0.66	ปานกลาง	3.58	0.61	ปานกลาง
ด้านอัตมโนทัศน์	3.75	0.57	สูง	3.73	0.54	สูง
ด้านสังคมและเศรษฐกิจ	4.08	0.50	สูง	4.02	0.50	สูง
ด้านจิตวิญญาณ	3.88	0.67	สูง	3.87	0.72	สูง

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยโดยรวมของคุณภาพชีวิต ระหว่างกลุ่มผู้ป่วยเด็กกับกลุ่มผู้ดูแลเด็กโดยใช้ independent t-test

ข้อมูล	n	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	Mean difference	t	p
คุณภาพชีวิต						
กลุ่มผู้ป่วยเด็ก	160	3.86	0.37			
กลุ่มผู้ดูแลเด็ก	160	3.79	0.37	0.069	1.681	0.094
พฤติกรรมดูแล						
กลุ่มผู้ป่วยเด็ก	160	2.20	0.39			
กลุ่มผู้ดูแลเด็ก	157	2.41	0.33	-0.21	-5.195	0.000*

*p<0.01

ตารางที่ 3 ปัจจัยที่เป็นตัวทำนายที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งตามการรับรู้ของผู้ดูแลเด็ก โดยใช้ stepwise multiple regression (n=157)

ตัวแปร	r	Beta	t	p
1. พฤติกรรมการดูแลเด็ก	0.311**	0.280	3.730	0.000**
2. อายุเด็ก	0.201*	0.207	2.807	0.006**
3. การศึกษาของผู้ดูแลเด็ก	0.236**	0.184	2.452	0.015*
$R^2=0.172$, Adjusted $R^2=0.155$, $F(df; p)=10.570(3,153; 0.000)$				

* $p<0.05$; ** $p<0.01$; beta=standardized coefficients

ตารางที่ 4 ปัจจัยที่เป็นตัวทำนายที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งตามการรับรู้ของผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็ง โดยใช้ stepwise multiple regression (n=160)

ตัวแปร	r	Beta	t	p
1. พฤติกรรมการดูแลตนเอง	0.307**	0.314	4.228	0.000**
2. การศึกษาเด็ก	0.187*	0.198	2.662	0.009**
$R^2=0.134$, Adjusted $R^2=0.123$, $F(df; p)=12.100(2,157; 0.000)$				

* $p<0.05$; ** $p<0.01$; beta=standardized coefficients

เมื่อพิจารณาค่าคะแนนเฉลี่ยรายด้านของคุณภาพชีวิตพบว่าทั้ง 2 กลุ่มมีการรับรู้ในระดับเดียวกันทุกด้าน ทั้งนี้ อาจเนื่องมาจากว่ากลุ่มผู้ดูแลเด็กเป็นผู้ที่ให้การดูแลหรือกระทำ ให้เด็กด้วยตนเอง จึงสามารถรับรู้และสัมผัสได้สอดคล้องกับผู้ป่วย และเป็นที่ยืนยันได้ว่ากลุ่มตัวอย่างกลุ่มนี้มีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับสูง ในด้านของความพึงพอใจในชีวิต ด้านสุขภาพและการทำงานของ ร่างกาย ด้านอัตมโนทัศน์ ด้านสังคมและเศรษฐกิจ และด้าน จิตวิญญาณ ซึ่งอาจเป็นผลจากการมีศาสนาเป็นที่ยึดเหนี่ยว (พุทธ ร้อยละ 73.8 และอิสลามร้อยละ 26.3) มีความพึงพอใจในสิ่งที่ เป็นอยู่ มีภาครัฐที่ช่วยเหลือเกี่ยวกับค่ารักษา กล่าวคือ ร้อยละ 80 ใช้บัตรประกันสุขภาพ 30 บาท และร้อยละ 13.1 สามารถเบิก ค่ารักษาได้ และมีความก้าวหน้าทางการแพทย์ที่ช่วยให้การ พยากรณ์โรคดีขึ้น มีเพียงส่วนของผู้รับรู้คุณภาพชีวิตด้านปัญหา ที่เกี่ยวกับโรคและการรักษา ด้านจิตใจ และด้านสติปัญญาของเด็ก เท่านั้นที่อยู่ในระดับปานกลาง แสดงว่าคุณภาพชีวิตในด้าน ดังกล่าวยังไม่ดีพอ เช่น ด้านปัญหาที่เกี่ยวกับโรคและการรักษา พบว่าเด็กมีอาการคลื่นไส้ได้รับความปวดจากการรักษา การรับรส

อาหารไม่ดี ด้านจิตใจ พบว่า เด็กกลัวการรักษาที่ทำให้ปวด หงุดหงิดง่าย กลัวโรคที่เป็นอยู่ กังวลว่าโรคนี้อาจรักษาไม่หาย ส่วนด้านสติปัญญา พบว่า เด็กไม่ค่อยมีสมาธิและสิ่งง่าย ซึ่งสิ่งเหล่านี้หากทีมการรักษาได้รับรู้และตระหนักก็สามารถให้ การช่วยเหลือและพัฒนาให้เด็กมีคุณภาพชีวิตที่ดีสูงสุดตาม ศักยภาพได้

สำหรับปัจจัยที่สามารถทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเด็ก ตามการรับรู้ของทั้ง 2 กลุ่ม พบว่ามีเพียงปัจจัยเดียวที่สามารถทำนาย ได้เหมือนกันทั้ง 2 กลุ่ม คือ พฤติกรรมการดูแล ซึ่งสอดคล้อง กับการศึกษาของไข่มุกข์ วิเชียรเจริญ และคณะ²⁹ และศศิธร วรรณพงษ์ และคณะ¹⁴ พฤติกรรมการดูแลเป็นปัจจัยสำคัญ ที่สามารถทำนายคุณภาพชีวิตได้ เนื่องจากถ้ามีการดูแลตนเอง หรือ ได้รับการดูแลอย่างดีโดยผู้เลี้ยงดูใกล้ชิดในด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคมแล้ว ก็จะมีส่งผลให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเด็ก ดีตามไปด้วย ดังจะเห็นได้จากค่าคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการ ดูแลและคุณภาพชีวิตผู้ป่วยเด็กโดยรวมจากกลุ่มตัวอย่าง ทั้ง 2 กลุ่มอยู่ในระดับสูง ส่วนอายุผู้ป่วยเด็กและการศึกษาของ

ผู้ดูแลเด็กสามารถทำนายคุณภาพชีวิตผู้ป่วยเด็กตามการรับรู้ในกลุ่มผู้ดูแลเด็ก ซึ่งการศึกษาของผู้ดูแลเด็กมีผลต่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วยเด็กนั้นมีความสอดคล้องกับงานวิจัยของพัชรินทร์ เวียงแก้ว และคณะ³⁰ ที่พบว่ากลุ่มตัวอย่างเด็กวัยเรียนโรคหอบหืดที่มารดามีการศึกษาในระดับที่สูงกว่า มีคุณภาพชีวิตที่ดีกว่ากลุ่มที่มารดามีระดับการศึกษาที่ต่ำกว่า นอกจากนี้จากการศึกษาในครั้งนี้พบว่าระดับการศึกษาของผู้ดูแลเด็ก มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยเด็ก ($r=0.189, p<0.05$) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ รุ่งทิพย์ วีระกุล³¹ ที่พบว่าระดับการศึกษาของมารดา มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการเลี้ยงดูบุตร โรคธาลัสซีเมีย จึงอาจคาดการณ์ได้ว่าระดับการศึกษาอาจมีผลทางตรงต่อคุณภาพชีวิตหรือทางอ้อมโดยผ่านทางพฤติกรรมการดูแล ดังนั้น ในการวิจัยครั้งต่อไปจึงควรทำการทดสอบว่าตัวแปร 3 ตัวนี้มีความสัมพันธ์กันอย่างไร โดยใช้ path analysis อีกประการหนึ่ง อายุและระดับการศึกษายังเป็นปัจจัยบ่งชี้ที่แสดงถึงวุฒิภาวะ ประสบการณ์ การเรียนรู้ และการพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเอง บุคคลที่มีวุฒิภาวะมากขึ้นย่อมมีการตัดสินใจทางเลือกที่ดีและมีการตัดสินใจที่ถูกต้องในเรื่องการดูแลตนเอง รับผิดชอบที่จะกระทำเพื่อการดูแลตนเอง และบุคคลที่ต้องรับผิดชอบดูแล³² การศึกษาทำให้มนุษย์มีการพัฒนาทางปัญญา ใฝ่รู้มากขึ้น มีโอกาสรับรู้ข่าวสารต่างๆ เกี่ยวกับสุขภาพและการเจ็บป่วย รู้จักหาแหล่งข้อมูลข่าวสารต่างๆ เพื่อมาประกอบการตัดสินใจและเลือกแสวงหาแนวทางที่ดีสำหรับตนเองในการปฏิบัติตนเพื่อให้มีสุขภาพอนามัยที่ดี ส่งผลให้ตนเองมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ส่วนในกลุ่มผู้ป่วยเด็กเองพบว่าระดับการศึกษาของเด็กก็สามารถทำนายคุณภาพชีวิตตามการรับรู้ของผู้ป่วยเด็กเองได้ ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาของ ไช่มุกข์ วิเชียรเจริญ และคณะ²⁹ และศศิธร วรรณพงษ์ และคณะ¹⁴

ส่วนปัจจัยที่พบว่า ไม่มีผลต่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วยเด็กตามการรับรู้ของผู้ดูแลเด็กในการวิจัยครั้งนี้ คือ เพศของเด็ก เพศของผู้ดูแล อายุของผู้ดูแล อาชีพ ระยะเวลาเจ็บป่วย จำนวนบุตร ความเพียงพอของรายได้ และสัมพันธภาพในครอบครัว ซึ่งผลการวิจัยที่เกี่ยวกับอาชีพและจำนวนบุตรนั้นพบว่า สอดคล้องกับงานวิจัยของพัชรินทร์ เวียงแก้ว และคณะ³⁰ ส่วนรายได้ พบว่า มีความแตกต่างจากการศึกษาของพัชรินทร์ เวียงแก้ว และคณะ³⁰ สำหรับสัมพันธภาพในครอบครัวนั้นพบว่า มีผลการศึกษาที่แตกต่างจากการศึกษาของนภาวรณ วิริยะศิริกุล และคณะ³³ ที่ศึกษาในเด็กติดเชื้อเอชไอวีและการศึกษาของ นันทรัตน์ พิทักษ์บุตร ที่ศึกษาในเด็กออทิสติก³⁴ โดยพบว่าสัมพันธภาพในครอบครัวสามารถทำนายคุณภาพชีวิตผู้ป่วยเด็ก

ดังกล่าวได้ ส่วนกลุ่มผู้ป่วยเด็กพบว่า มีปัจจัยที่ไม่มีผลต่อการรับรู้คุณภาพชีวิตของตนเอง คือ เพศของเด็ก อายุของเด็ก อายุของผู้ดูแล จำนวนบุตร ระดับการศึกษาของผู้ดูแล อาชีพ ระยะเวลาเจ็บป่วย ความเพียงพอของรายได้ และสัมพันธภาพในครอบครัว ซึ่งผลการวิจัยนี้สอดคล้องกับงานวิจัยของ ไช่มุกข์ วิเชียรเจริญ และคณะ²⁹ ทั้งหมด ยกเว้นอายุของผู้ดูแลและจำนวนบุตร ซึ่ง ไช่มุกข์ วิเชียรเจริญ และคณะ²⁹ ไม่ได้ทำการศึกษาปัจจัย 2 ตัวนี้ เหตุผลอีกประการหนึ่งที่ปัจจัยเหล่านี้ไม่สามารถทำนายคุณภาพชีวิตผู้ป่วยเด็กได้ อาจเนื่องมาจากตัวแปรต้นที่เลือกมา มีความสัมพันธ์กันเองค่อนข้างสูง ได้แก่ ระดับการศึกษาของเด็กกับอายุเด็ก ($r=0.923$) ระดับการศึกษาของเด็กกับระยะเวลาเจ็บป่วย ($r=0.519$) อายุเด็กกับระยะเวลาเจ็บป่วย ($r=0.510$)

สรุปและเสนอแนะ

พยาบาลผู้เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยเด็กด้วยโรคมะเร็งควรตระหนักถึงคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเด็ก โดยเฉพาะในด้านปัญหาที่เกี่ยวกับโรคและการรักษา ด้านจิตใจ และด้านสติปัญญาของเด็กที่ยังมีการรับรู้ทั้งกลุ่มผู้ป่วยเด็กและกลุ่มผู้ดูแลเด็กที่ยังอยู่ในระดับปานกลาง เห็นควรพิจารณาหาแนวทางแก้ไขเพื่อให้ผู้ป่วยเด็กเหล่านี้มีคุณภาพชีวิตที่ดียิ่งขึ้นต่อไป ส่วนพฤติกรรมการดูแลของผู้ป่วยเด็ก แม้ว่าจะมีพฤติกรรมอยู่ในระดับสูงทั้ง 2 กลุ่ม แต่ก็ยังมีความแตกต่างกัน นอกจากนี้ ยังต้องคำนึงถึงปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเด็ก ซึ่งปัจจัยที่สำคัญดังกล่าวก็คือ พฤติกรรมการดูแล ระดับการศึกษา และอายุของเด็ก ผลวิจัยนี้สามารถใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการทำศึกษาวิจัยเชิงทดลองเพื่อหาแนวทางในการให้การพยาบาลเพื่อพัฒนาคุณภาพการพยาบาลในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งให้มีชีวิตอยู่ได้อย่างปกติสุขตามศักยภาพต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. Wiangnon S, Kamsa-Ard S. Childhood cancer. In: Sriplung H, Sontipong S, Martin N, et al, editors. Cancer in Thailand 1995-1997. Volume III. Bangkok: Bangkok Medical Publisher; 2003;71-8.
2. Wiangnon S, Kamsa-Ard S, Jetsrisuparb A, et al. Childhood cancer in Thailand 1995-1997. Asian Pac J Cancer Prev 2003;4:337-43.

3. Prechavittayakul P. Tumor registry. Songkhla: Cancer Unit, Songklanagarind Hospital; 2000;5.
4. Prechavittayakul P. Tumor registry. Songkhla: Cancer Unit, Songklanagarind Hospital; 2001;5.
5. Prechavittayakul P. Tumor registry. Songkhla: Cancer Unit, Songklanagarind Hospital; 2002;6.
6. Prechavittayakul P. Tumor registry. Songkhla: Cancer Unit, Songklanagarind Hospital; 2003;6.
7. Prechavittayakul P. Tumor registry. Songkhla: Cancer Unit, Songklanagarind Hospital; 2004;7.
8. Meeske KA, Ruccione K, Globe DR, et al. Posttraumatic stress, quality of life, and psychological distress in young adult survivors of childhood cancer. *Oncol Nurs Forum* 2001;28:481-9.
9. Landier W. Childhood acute lymphoblastic leukemia: current perspectives. *Oncol Nurs Forum* 2001;28:823-35.
10. พงษ์จันทร์ หัตถ์รัตน์. โรคมะเร็ง. ใน: วันดี วราวิทย์, ประพุทธ ศิริปัญญ์, สุรางค์ เจียมจรรยา, บรรณาธิการ. ตำรากุมารเวชศาสตร์. เล่ม 2. กรุงเทพมหานคร: โฮลิสติก-พับลิชซิง; 2540;522-63.
11. James SR, Ashwill JW, Droske SC. Nursing care of children: principles & practice. 2nd ed. Philadelphia: WB. Saunders; 2002;773-806.
12. Wong DL, Hockenberry-Eaton M, Wilson D, et al. Wong's nursing care of infants and children. 7th ed. St. Louis: Mosby; 2003;1584-640.
13. 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.
14. ศศิธร วรรณพงษ์, ฉันทิกา จันทร์เป็ย, อัจฉรา เป็รื่องเวทย์, และคณะ. คุณภาพชีวิตผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว [รายงานการวิจัย]. กรุงเทพมหานคร: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล; 2540.
15. พัชรินทร์ วิเศษพานิชย์. คุณภาพชีวิตของเด็กวัยเรียนที่ป่วยด้วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว [วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาล-ศาสตรมหาบัณฑิต]. เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2541.
16. Eiser C. Children's quality of life measures. *Arch Dis Child* 1997;77:350-4.
17. Jenney ME, Campbell S. Measuring quality of life. *Arch Dis Child* 1997;77:347-50.
18. Eiser C, Morse R. A review of measures of quality of life for children with chronic illness. *Arch Dis Child* 2001;84:205-11.
19. Padilla GV, Grant MM. Quality of life as a cancer nursing outcomes variables. *Adv Nurs Sci* 1985;8:45-60.
20. Ferrans CE. Development of a quality of life index for patients with cancer. *Oncol Nurs Forum* 1990;17(3 Suppl):S15-9.
21. Zhan L. Quality of life: conceptual and measurement issues. *J Adv Nurs* 1992;17:795-800.
22. 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.
23. ธวัชชัย วรพงศธร. ข้อพิจารณาการใช้สถิติการถดถอยพหุสำหรับงานวิจัย. *วารสารวิจัยวิทยาศาสตร์การแพทย์* 2532; 3:55-62.
24. ชูศรี วงศ์รัตน์. เทคนิคการใช้สถิติเพื่อการวิจัย. พิมพ์ครั้งที่ 9. กรุงเทพมหานคร: เทพเนรมิตการพิมพ์, 2546;26-7.
25. Nunnally JC, Bernstein IH. Psychometric theory. 3rd ed. New York: McGraw-Hill; 1994;264-5.
26. Burns N, Grove SK. The practice of nursing research conduct, critique, & utilization. 4th ed. Philadelphia: WB. Saunders; 2001;550-1.
27. Hair JF, Anderson RE, Tatham RL, et al. Multivariate data analysis. 5th ed. Upper Saddle River: Prentice Hall; 1998;42-3.
28. 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.
29. ไช่มุกข์ วิเชียรเจริญ, ศรีสมบูรณ์ มุกสิกสุนันท์, สมหญิง โควนวนนท์ และคณะ. คุณภาพชีวิตของเด็กวัยเรียนโรคหอบหืด. *วารสารการพยาบาลกุมารเวชศาสตร์* 2544;1: 37-47.

30. พัชรินทร์ เวียงแก้ว, พรศรี ศรีอำภุษาพร, พองคำ ดิลกสกุลชัย และคณะ. คุณภาพชีวิตของเด็กวัยเรียนโรคหอบหืด. วารสารชมรมพยาบาลกุมารเวชศาสตร์แห่งประเทศไทย 2541;2:45-54.
31. รุ่งทิพย์ วีระกุล. ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้เกี่ยวกับโรค การสนับสนุนทางสังคม กับพฤติกรรมของมารดาในการดูแล บุตรโรคธาลัสซีเมีย [วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต]. กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยมหิดล; 2539.
32. Orem E, Taylor SG, Renpening KL. Nursing concept of practice. St. Louis: Mosby; 2001;146-7.
33. นภาพรรณ วิริยะศิริกุล, บุษกร พันธุ์เมธาฤทธิ์, วันธนี วิรุฬห์พานิช. อิทธิพลของสัมพันธภาพในครอบครัวและการดูแลต่อพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลเด็กวัยเรียนที่ ติดเชื้อเอชไอวี. วารสารโรคเอดส์ 2549;18:150-60.
34. นันทรัตน์ พิทักษ์บุตร. อิทธิพลของสัมพันธภาพในครอบครัว และการดูแลต่อพฤติกรรมการดูแลของมารดาเด็ก ออติสติก [วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. สงขลา: มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์; 2550.