

ชื่อเรื่อง : การดูแลครอบครัวเด็กป่วยโรคมะเร็ง: การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ

ชื่อผู้วิจัย : นางสาวสุ่มัจฉรา มานะชีวกุล

ปีที่แล้วเสร็จ : 2561

### บทคัดย่อ

การศึกษาค้นคว้านี้มีวัตถุประสงค์เพื่อทบทวนองค์ความรู้เกี่ยวกับการดูแลครอบครัวเด็กป่วยโรคมะเร็งอย่างเป็นระบบ

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษา ได้แก่ งานวิจัยเชิงทดลองหรือกึ่งทดลองเกี่ยวกับการดูแลครอบครัวเด็กป่วยโรคมะเร็ง ระหว่าง พ.ศ. 2551 – 2561 ที่มีรายงานวิจัยฉบับสมบูรณ์ จำนวน 24 เรื่อง เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา ได้แก่ แบบประเมินคุณภาพงานวิจัย และแบบบันทึกการสกัดข้อมูล ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น ผ่านการตรวจสอบคุณภาพจากผู้เชี่ยวชาญ 3 คน มีค่าความสอดคล้องตรงกันระหว่างผู้ประเมินเท่ากับร้อยละ 100 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา และการวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการศึกษาพบว่า จากการทบทวนองค์ความรู้อย่างเป็นระบบทำให้ได้วิธีการ/รูปแบบสำหรับนำไปใช้ในการดูแลครอบครัวผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็ง โดยสามารถจำแนกประเด็นการให้การดูแลครอบครัวเด็กป่วยโรคมะเร็งโดยการแบ่งช่วงเวลาของการดำเนินการเป็น 3 ระยะ คือ 1) ระยะเริ่มต้นการรักษาพบว่า งานวิจัยทั้งหมดใช้หลักการการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม และส่วนใหญ่ให้การดูแลกับมารดา 2) ระยะระหว่างรับการรักษา พบว่ามีวิธีการดูแลที่เกิดจากหลักการที่หลากหลาย ได้แก่ การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม ทฤษฎีการเรียนรู้ทางปัญญาเชิงสังคม ทฤษฎีการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ การแพทย์ทางเลือก การทำสมาธิ การให้ความรู้ กระบวนการเสริมพลังอำนาจ และการดูแลด้านจิตวิญญาณ ให้การดูแลในบิดา มารดา ผู้ปกครอง ผู้ดูแล และพี่น้องของเด็กป่วย และ 3) ระยะหลังได้รับการรักษา พบงานวิจัย 3 เรื่อง ดำเนินการด้วยวิธีการที่แตกต่างกัน คือการให้บิดามารดาเขียนระบายความรู้สึกเมื่อสิ้นสุดการรักษาทันที การให้ความรู้บิดามารดาเกี่ยวกับการออกกำลังกายร่วมกับการควบคุมอาหารเมื่อเด็กหยุดการรักษาในระยะหนึ่งและมีน้ำหนักเกิน และการดูแลครอบครัวเมื่อเด็กป่วยเข้าสู่ระยะสุดท้ายของโรค

**คำสำคัญ:** การดูแลครอบครัว เด็กป่วย โรคมะเร็ง การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ

Research Title: Caring for Families of Children with Cancer: A Systematic Review

Researcher: Miss Sumatchara Manachevakul

Year: 2018

### Abstract

This study aimed to systematically review the research articles about caring for the families of children with cancer.

The sample consisted of twenty-four manuscripts of experimental or quasi-experimental research concerning in care for families of children with cancer. All manuscripts were published between 2008 and 2018 with full text. The research instruments, developed by the researcher, were 1) critical appraisal form and 2) data extraction form. Content validity of the instruments were examined by three experts. The internal rater agreement was 100 percent. Data were analyzed using descriptive statistics and content analysis.

The results of this systematic review indicated that caring method for families of children with cancer could be initiated in three periods: 1) Starting cancer treatment: all interventions were conceptually from Cognitive Behavioral Therapy (CBT) and aimed to provide care for mothers. 2) During cancer treatment: the intervention based on various concepts such as Cognitive Behavioral Therapy (CBT), Social cognitive theory, Pender's health promoting model, alternative medicine, meditation, information giving, empowerment and spiritual care. These intervention aimed to care for parents, caregivers and siblings. 3) After treatment: there were only three studies conducted in different time periods, as following: parents were encouraged to write their feelings at the end of treatment, exercise and diet program for parents of overweight children off cancer treatment and supportive education program for families of children with end stage cancer.

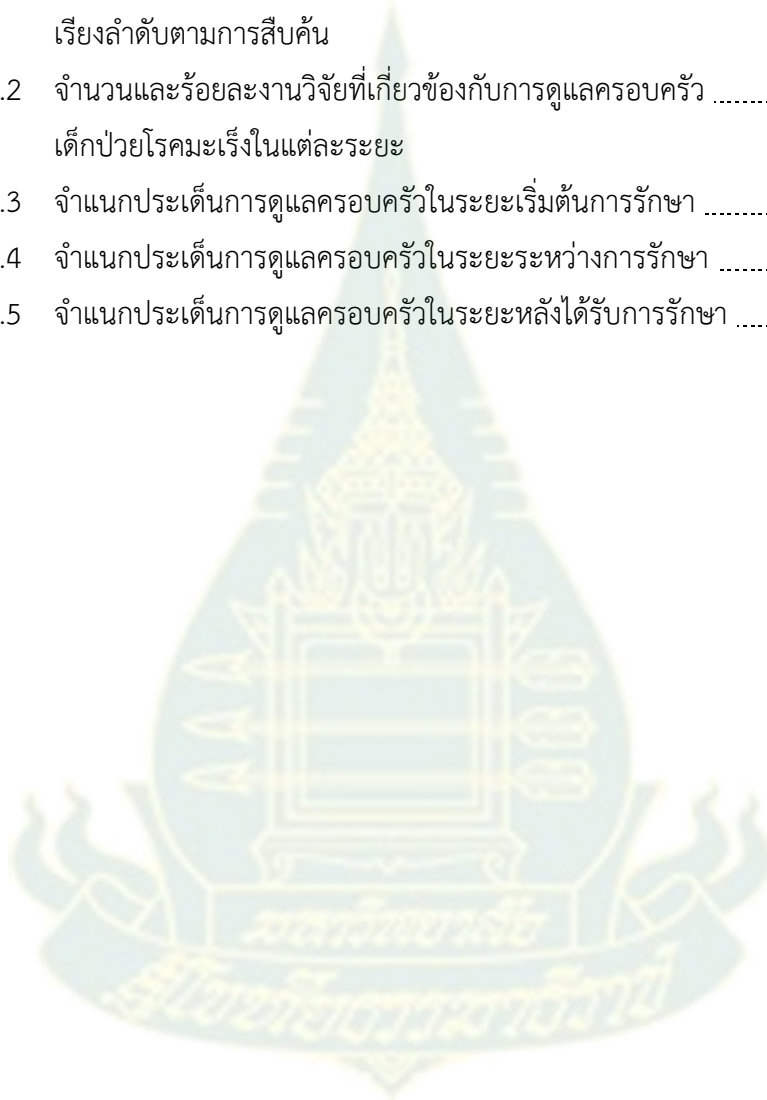
**Keywords:** Caring for Families, Children with Cancer, Systematic Review

## สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย .....	ข
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ .....	ค
สารบัญตาราง .....	จ
สารบัญภาพ .....	ฉ
บทที่ 1 บทนำ .....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา .....	1
วัตถุประสงค์งานวิจัย .....	2
ขอบเขตและกรอบแนวคิดการวิจัย .....	2
นิยามศัพท์เฉพาะ .....	3
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ .....	4
บทที่ 2 วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง .....	5
โรคมะเร็งในเด็ก .....	5
แนวคิดครอบครัว การดูแล และการพยาบาลครอบครัว .....	13
การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ .....	20
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย .....	24
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง .....	24
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย .....	31
การวิเคราะห์ข้อมูล .....	34
บทที่ 4 ผลการศึกษา .....	35
คุณภาพงานวิจัย .....	35
รูปแบบและองค์ประกอบของการดูแลครอบครัวเด็กป่วยโรคมะเร็ง .....	39
บทที่ 5 สรุปการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ .....	59
สรุปการวิจัย .....	59
อภิปรายผล .....	61
วิธีการ/รูปแบบสำหรับนำไปใช้ในการดูแลครอบครัวผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็ง .....	63
ข้อจำกัดของงานวิจัยที่ศึกษา .....	64
ข้อเสนอแนะ .....	64
บรรณานุกรม .....	65
ภาคผนวก .....	68
ก เครื่องมือที่ใช้ในการสังเคราะห์งานวิจัย .....	69
ประวัติผู้วิจัย .....	78

## สารบัญตาราง

	หน้า
ตารางที่ 3.1 จำนวนงานวิจัยสืบค้นได้โดยแบ่งตามแหล่งของฐานข้อมูล ..... คำสำคัญ จากฐานของมูลที่เกี่ยวข้อง	26
ตารางที่ 4.1 หลักฐานงานวิจัยที่เกี่ยวข้องและระดับคุณภาพงานวิจัย ..... เรียงลำดับตามการสืบค้น	36
ตารางที่ 4.2 จำนวนและร้อยละงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการดูแลครอบครัว ..... เด็กป่วยโรคมะเร็งในแต่ละระยะ	39
ตารางที่ 4.3 จำแนกประเด็นการดูแลครอบครัวในระยะเริ่มต้นการรักษา .....	41
ตารางที่ 4.4 จำแนกประเด็นการดูแลครอบครัวในระยะระหว่างการรักษา .....	46
ตารางที่ 4.5 จำแนกประเด็นการดูแลครอบครัวในระยะหลังได้รับการรักษา .....	55



## สารบัญภาพ

	หน้า
ภาพที่ 1.1 กรอบแนวคิดการวิจัย .....	3
ภาพที่ 3.1 ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย .....	33



## บทที่ 1

### บทนำ

#### 1. ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคมะเร็งเป็นโรคที่ร้ายแรงและเกิดขึ้นได้ในทุกช่วงวัย สำหรับมะเร็งในเด็กพบได้ตั้งแต่แรกเกิด จากสถิติการเกิดโรคมะเร็งในเด็กและวัยรุ่นของสหรัฐอเมริกา ในปี ค.ศ. 2014 พบอุบัติการณ์ในแต่ละปีเท่ากับ 186.6 ราย ต่อประชากร 1 ล้านคน หรือคิดเป็นสัดส่วน 1 ต่อ 285 คน โดยเป็นผู้ป่วยรายใหม่ประมาณ 15,780 ราย และเสียชีวิต 1,960 ราย ทำให้มะเร็งในเด็กเป็นสาเหตุการตายลำดับที่ 2 รองจากอุบัติเหตุ (Ward, DeSantis, Robbins, Kohler, & Jemal, 2014) ในประเทศไทย พบว่ามีสถิติที่คล้ายคลึงกัน จากสถิติของสถาบันมะเร็งแห่งชาติ ในปี พ.ศ. 2559 พบอุบัติการณ์โรคมะเร็งในเด็ก ในช่วงอายุ 0-4 ปี 5-9 ปี และ 10-14 ปี ของเด็กชายเท่ากับ 21.7, 16.6 และ 10.2 ต่อประชากร 100,000 คน และเด็กหญิง เท่ากับ 14.1, 10.5 และ 9.4 ต่อประชากร 100,000 คน ตามลำดับ และเป็นสาเหตุการตายลำดับที่ 3 ในเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปี รองจากโรคติดเชื้อและอุบัติเหตุ (สถาบันมะเร็งแห่งชาติ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2560)

การเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งเป็นสิ่งที่กระทบความรู้สึกอย่างรุนแรงต่อผู้ป่วยและครอบครัว ทั้งจากความรู้สึกรุนแรงของโรค พยาธิสภาพ รวมทั้งการรักษาหลากหลายรูปแบบ ไม่ว่าจะเป็นการผ่าตัด เคมีบำบัด หรือรังสีรักษา ล้วนส่งผลให้เด็กป่วยต้องเผชิญกับความเจ็บปวด ไม่สุขสบาย และความกลัว รู้สึกอายเนื่องจากภาพลักษณ์ที่เปลี่ยนไป จากผมร่วง ซีด น้ำหนักตัวเพิ่มขึ้น ลิวหรือผื่นขึ้นตามตัว นอกจากนี้ในเด็กป่วยวัยเรียน การที่เด็กต้องหยุดพักการเรียนเป็นระยะๆ เพื่อเข้ารับการรักษา (Williams et al., 2012) ส่งผลให้เกิดความวิตกกังวลเรื่องการขาดเรียน และความสามารถในการเรียนลดลงด้วย (Ness et al., 2005)

ความเจ็บป่วยจากโรคมะเร็งที่รุนแรงและซับซ้อนมิได้ส่งผลเฉพาะเด็กป่วย แต่ยังส่งผลกระทบต่อสมาชิกในครอบครัว โดยเฉพาะบิดา มารดา ต้องเผชิญอยู่กับความวิตกกังวล และความเครียดอย่างรุนแรง จนอาจเกิดภาวะอารมณ์แปรปรวน และภาวะซึมเศร้า กลัวว่าการรักษาจะไม่ได้ผล กลัวว่าเด็กป่วยจะเสียชีวิต ตั้งแต่แรกเมื่อได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคมะเร็ง และยังคงดูแล ปรึกษาประคองเด็กป่วยตลอดการรักษา ทั้งจากอาการของโรค ผลข้างเคียงจากการรักษานานาชนิด และการรับมือกับพฤติกรรมของเด็กเนื่องมาจากความเจ็บป่วย เพื่อให้ครอบครัวผ่านภาวะวิกฤติไปได้ (Williams et al., 2012) จากการศึกษาของ James และคณะ (2002) พบว่า บิดา มารดา ของเด็กป่วยโรคมะเร็งเกือบครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 46) ต้องเปลี่ยนอาชีพ ลาออกจากงาน หรือเปลี่ยนการทำงานเป็นแบบชั่วคราวแทนงานประจำเพื่อให้เวลาในการดูแลเด็กอย่างเต็มที่ นอกจากนี้การที่ต้องเป็นผู้ดูแลเด็กป่วยโรคมะเร็ง ยังทำให้บิดา มารดามีเวลาพักผ่อนลดลง ไม่มีเวลาดูแลสุขภาพของตนเอง ร่างกายอ่อนล้า สุขภาพทรุดโทรม รวมทั้งอาจทำให้เกิดอารมณ์แปรปรวน และภาวะซึมเศร้า

นอกจาก บิดา มารดา แล้ว สมาชิกคนอื่นๆ ยังได้รับผลกระทบจากภาวะความเจ็บป่วยและการเผชิญกับการรักษาของเด็กป่วยด้วย การที่บิดา มารดาต้องใช้เวลาอยู่กับเด็กป่วยโรคมะเร็งมาก อาจทำให้พี่น้องเด็กป่วย

มีพฤติกรรมเปลี่ยนแปลงไปในด้านลบ ได้แก่ รู้สึกโกรธผู้ป่วย อิจฉา กลัวและวิตกกังวลว่าตนจะป่วย เสียใจ รู้สึกถูกละทิ้ง และซึมเศร้า (Hodder & Keene, 2002) นอกจากนี้ จากการศึกษาของ กรรณิกา ไชยประสิทธิ์ และคณะ (2559) ยังพบว่า ความรุนแรงของโรคมะเร็ง มีความสัมพันธ์ทางลบกับการปรับตัวของครอบครัวที่มีบุตรโรคมะเร็งอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังที่ McCubbin และ McCubbin (1993) กล่าวว่า ความเครียดในระดับที่สูงมาก ทำให้ครอบครัวปรับตัวได้น้อยลง รวมทั้งมีผลต่อการดำรงบทบาทหน้าที่ของครอบครัว

จากความสำคัญข้างต้น ทำให้มีผู้ศึกษา วิจัย วิธีการดูแลครอบครัวของเด็กป่วยโรคมะเร็งจำนวนมาก การศึกษาเหล่านี้เกิดขึ้นในบริบทที่แตกต่างกัน ทำให้มีจุดเด่นและข้อจำกัดที่แตกต่างกัน รวมทั้งยังมีความแตกต่างกันเรื่องอุบัติการณ์ ชนิดและความรุนแรงของโรคมะเร็ง และความแตกต่างกันตามวัฒนธรรม ศาสนา และเชื้อชาติ จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องสังเคราะห์ความรู้จากการศึกษาวิจัยเหล่านี้ ด้วยการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ เนื่องจากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ เป็นกระบวนการแก้ปัญหาทางคลินิก โดยบูรณาการอย่างเป็นระบบระหว่างความรู้และหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ดีที่สุด จากงานวิจัยที่มีการออกแบบเป็นอย่างดี และมีความน่าเชื่อถือ ร่วมกับความเชี่ยวชาญทางคลินิกของพยาบาลตามค่านิยม ความเชื่อของผู้ป่วย ในการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลหรือการให้การพยาบาลผู้ป่วย (ฟองคำ ติลกสกุลชัย, 2551) ดังนั้นการรวบรวมงานวิจัยและนำไปสู่กระบวนการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบเป็นการช่วยสังเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์จากงานวิจัยที่ถูกสร้างขึ้น เนื่องจากความเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งของเด็กป่วย ส่งผลกระทบต่อสมาชิกในครอบครัวทุกคนอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ รวมทั้งยังส่งผลต่อการทำหน้าที่และพัฒนาการของครอบครัวอย่างรุนแรง หลักฐานเชิงประจักษ์ที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรมครั้งนี้จะช่วยพัฒนาคุณภาพการพยาบาลและการดูแลครอบครัวเด็กป่วยโรคมะเร็งให้มีประสิทธิภาพดียิ่งขึ้น ก่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดกับผู้ป่วยเด็กป่วยโรคมะเร็งและครอบครัว

## 2. วัตถุประสงค์การวิจัย

- 2.1 เพื่อทบทวนองค์ความรู้เกี่ยวกับการดูแลครอบครัวเด็กป่วยโรคมะเร็งอย่างเป็นระบบ
- 2.2 เพื่อเสนอรูปแบบเกี่ยวกับการดูแลครอบครัวเด็กป่วยโรคมะเร็ง

## 3. ขอบเขตและกรอบแนวคิดการวิจัย

คัดเลือกงานวิจัยทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ที่ตีพิมพ์ระหว่างปี พศ. 2551 – 2561 (คศ. 2008 – 2018) โดยเป็นงานวิจัยเกี่ยวกับรูปแบบ แนวทาง หรือวิธีการดูแลครอบครัวเด็กป่วยโรคมะเร็ง



ภาพที่ 1.1 กรอบแนวคิดการวิจัย

#### 4. นิยามศัพท์เฉพาะ

4.1 เด็กป่วยโรคมะเร็ง หมายถึง ผู้ป่วยที่มีอายุตั้งแต่แรกเกิด จนถึงอายุต่ำกว่า 15 ปี ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคมะเร็ง

4.2 ครอบครัวเด็กป่วยโรคมะเร็ง หมายถึง บิดามารดา ผู้ปกครอง ผู้ดูแล และพี่น้องของเด็กป่วยโรคมะเร็ง

4.3 การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ หมายถึง การรวบรวม วิเคราะห์ ประเมิน สังเคราะห์ และสรุปหลักฐานงานวิจัยที่มีอยู่มากที่สุดเท่าที่จะหาได้ เพื่อตอบคำถามทางคลินิกที่เฉพาะเจาะจง โดยวิธีการที่ลดความลำเอียงหรืออคติ งานวิจัยที่นำมาทบทวน เป็นงานวิจัยตามกรอบแนวคิด PICO ดังนี้ กลุ่มประชากรคือใคร (Population) การจัดการกระทำ/ กิจกรรมการพยาบาลคืออะไร (Intervention) เปรียบเทียบกับกิจกรรมอะไร (Comparison) และผลลัพธ์ที่ต้องการคืออะไร โดยการศึกษาวิจัยครั้งนี้

P (Population) ได้แก่ ครอบครัว เด็กป่วยโรคมะเร็ง (family, children cancer)



I (Intervention) ได้แก่ รูปแบบ โปรแกรม สนับสนุน ช่วยเหลือ (Intervention, supportive)

C (comparison) ไม่มีการศึกษาเปรียบเทียบ

O (Outcome) ได้แก่ ความวิตกกังวล ความเครียด ความผาสุก การปรับตัวทางด้านจิตใจ คุณภาพชีวิต (anxiety, stress, well-being, psychological adjustment and quality of life)

4.4 โปรแกรม หมายถึง แนวทาง รูปแบบ หรือวิธีการดูแลครอบครัวเด็กป่วยโรคมะเร็ง ซึ่งได้มาจากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ

4.5 ผู้ปกครอง หมายถึง ผู้ที่เป็นบิดา มารดา หรือบุคคลที่มีความสัมพันธ์กับเด็กโดยอยู่ร่วมกันในครอบครัวเดียวกันและมีส่วนในการปกครองดูแล อบรมสั่งสอน และเตรียมความพร้อมให้กับเด็ก

4.6 ผู้ดูแล หมายถึง บุคคลที่ให้ความช่วยเหลือดูแลแก่ ผู้ป่วยที่มีข้อจำกัดการดูแลตนเอง โดยไม่ได้รับการตอบแทนที่เป็นค่าจ้างหรือรางวัล เป็นหลักในการรับผิดชอบดูแลผู้ป่วยโดยตรงสม่ำเสมอ และต่อเนื่องมากกว่าผู้อื่น เป็นผู้ที่ใช้เวลาอยู่กับผู้ป่วย และ/หรือให้การดูแลโดยตรงแก่ผู้ป่วย ทราบความต้องการการดูแลที่จำเป็นของผู้ป่วย

## 5. ประโยชน์ที่ได้รับ

5.1 ได้วิธีการ/รูปแบบเกี่ยวกับการดูแลครอบครัวเด็กป่วยโรคมะเร็งสำหรับบุคลากรสุขภาพนำไปใช้ในการดูแลครอบครัวผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็ง

5.2 เพื่อนำแนวทาง หรือรูปแบบเกี่ยวกับการดูแลครอบครัวเด็กป่วยโรคมะเร็งไปพัฒนาคุณภาพการพยาบาลและการดูแลครอบครัวเด็กป่วยโรคมะเร็งให้มีประสิทธิภาพดียิ่งขึ้นต่อไปในภายหน้า

## บทที่ 2

### วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

ในการศึกษาครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์ เพื่อทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ เกี่ยวกับ แนวทาง รูปแบบ หรือวิธีการดูแลครอบครัวเด็กป่วยโรคมะเร็ง โดยเนื้อหาประกอบด้วย

1. โรคมะเร็งในเด็ก
2. แนวคิดเกี่ยวกับครอบครัวและการพยาบาลครอบครัว
3. การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ

#### 1. โรคมะเร็งในเด็ก

โรคมะเร็งในเด็ก เป็นสาเหตุการเสียชีวิตที่พบได้ในระดับสากล ในประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่าโรคมะเร็งในเด็กเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตที่สำคัญเป็นอันดับ 2 ของเด็กอายุ 0-15 ปี รองจากอุบัติเหตุ (American Cancer Society [ACS], 2016) ในประเทศไทยพบว่าโรคมะเร็งเป็นสาเหตุการตายอันดับสองรองจาก โรคติดเชื้อ (กระทรวงสาธารณสุข, 2549) ถึงแม้ว่ามะเร็งในเด็กจะพบได้น้อยกว่ามะเร็งในผู้ใหญ่ คือพบเพียง ร้อยละ 5 ของมะเร็งทั้งหมด (ชมรมโรคมะเร็งเด็กแห่งประเทศไทย, 2547) แต่มีความสำคัญ เนื่องจากมีโอกาสหายขาดจากโรคเฉื่อยสูงถึงร้อยละ 75 ของผู้ป่วยมะเร็งทั้งหมดที่อายุน้อยกว่า 15 ปี โดยจะพบว่ามะเร็งเม็ดเลือดขาวมีโอกาสหายขาดจากโรคสูงที่สุดถึงร้อยละ 82 ในผู้ป่วยเด็กที่อายุน้อยกว่า 15 ปี

##### 1.1 การจำแนกกลุ่มของโรคมะเร็งในเด็ก สามารถจำแนกเป็น 3 กลุ่ม ดังนี้

**1.1.1 มะเร็งเม็ดเลือดขาว (leukemia)** เป็นกลุ่มโรคที่มีความผิดปกติในการสร้างเซลล์เม็ดเลือดขาวของเซลล์ต้นกำเนิดไขกระดูก โดยมีการสร้างเม็ดเลือดขาวทั้งตัวอ่อนและตัวแก่ออกมาผิดปกติและควบคุมไม่ได้ เซลล์มะเร็งเหล่านี้จะเข้าไปแทนที่เซลล์ต้นกำเนิดในการสร้างเม็ดเลือดแดง เม็ดเลือดขาวและเกร็ดเลือดในไขกระดูก ในที่สุดจะออกมาในกระแสเลือดและลุกลามไปยังอวัยวะต่างๆ มะเร็งเม็ดเลือดขาวเป็นมะเร็งในเด็กที่พบบ่อยที่สุด โดยพบถึงร้อยละ 26.7 ของโรคมะเร็งในเด็กทั้งหมด มะเร็งเม็ดเลือดขาวแบ่งออกเป็น 2 ชนิดคือ มะเร็งเม็ดเลือดขาวชนิดเฉียบพลันและมะเร็งเม็ดเลือดขาวชนิดเรื้อรัง

1.1.1.1 มะเร็งเม็ดเลือดขาวชนิดเฉียบพลัน (acute leukemia) เป็นมะเร็งเม็ดเลือดขาวในเด็กที่พบบ่อยที่สุด ประมาณร้อยละ 23 ของมะเร็งเม็ดเลือดขาวในเด็กทั้งหมด แบ่งเป็น 2 ชนิดได้แก่

1) มะเร็งเม็ดเลือดขาวเฉียบพลันชนิดลิมโฟบลาสต์ (acute lymphoblastic leukemia ; ALL) พบบ่อยที่สุดโดยพบได้ร้อยละ 75-80 ของมะเร็งเม็ดเลือดขาวในเด็ก พบบ่อยในเด็กอายุ 2-5 ปี เด็กป่วยจะมีผลการตรวจนับจำนวนเม็ดเลือดขาวมากกว่า 50,000 /uL ตรวจพบ lymphoblast ในไขกระดูกอย่างน้อยร้อยละ 25

2) มะเร็งเม็ดเลือดขาวเฉียบพลันชนิดไมอีลอยด์ (acute myeloid leukemia ; AML) พบได้ร้อยละ 20-25 ของมะเร็งเม็ดเลือดขาวในเด็ก อาการของเด็กป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาวเฉียบพลันที่พบบ่อย ได้แก่ อ่อนเพลีย ซีด มีไข้ ผิวหนังมีจุดเลือดออก มีจ้ำเลือด เลือดออกง่าย บางรายพบต่อมน้ำเหลืองโต หากเด็กป่วยได้รับการรักษาที่ถูกต้องและรวดเร็ว เด็กป่วย ALL มีการพยากรณ์โรคที่ดี ร้อยละ 88 มีอัตราการรอดชีวิต 5 ปี เด็กป่วย AML มีการพยากรณ์โรคที่ไม่ดีและมีอัตราการรอดชีวิต 5 ปีร้อยละ 64 (Cancer Research UK, 2010)

1.1.1.2 มะเร็งเม็ดเลือดขาวชนิดเรื้อรัง (chronic leukemia) เป็นมะเร็งที่มีการสร้างและสะสมเม็ดเลือดขาวทุกระยะตั้งแต่ตัวอ่อนถึงตัวแก่ เม็ดเลือดขาวสามารถแก่ตัวได้แต่ไม่สามารถควบคุมการแพร่กระจายได้ แบ่งออกได้เป็น 2 ชนิดคือ chronic myeloid leukemia ; CML) และ chronic lymphocytic leukemia ; CLL) พบได้ร้อยละ 2-5 ของมะเร็งเม็ดเลือดขาวในเด็กทั้งหมด ทำให้มีระดับเม็ดเลือดขาวในเลือด เพิ่มสูงขึ้นเกิน 100,000 /mm<sup>2</sup> การเกิดและการดำเนินของโรคแบบค่อยเป็นค่อยไปเรื้อรังเป็นปี เด็กป่วยมีอาการไข้ เหงื่อออกตอนกลางคืน อ่อนเพลีย แน่นท้องและปวดกระดูก

**1.1.2 มะเร็งต่อมน้ำเหลือง (lymphoma)** เป็นกลุ่มโรคที่เกิดจากการเจริญเติบโตที่ผิดปกติของกลุ่มเซลล์ที่เกี่ยวข้องกับอวัยวะของระบบน้ำเหลือง ได้แก่ ต่อมน้ำเหลือง ม้ามและทอลซิล หรืออาจเกิดกับอวัยวะที่ไม่ใช่อวัยวะของระบบน้ำเหลือง เช่น ไชกระดูก ตับ และระบบประสาท เป็นต้น มะเร็งต่อมน้ำเหลืองพบได้มากเป็น อันดับ 3 ของมะเร็งที่พบในเด็ก รองมาจากมะเร็งเม็ดเลือดขาวและมะเร็งในสมอง (Cancer Research UK, 2010) แบ่งออกเป็น 2 กลุ่มได้แก่ มะเร็งต่อมน้ำเหลืองชนิดไม่ใช่ฮอดกิน และมะเร็งต่อมน้ำเหลืองชนิดฮอดกิน

1.1.2.1 มะเร็งต่อมน้ำเหลืองชนิดไม่ใช่ฮอดกิน (Non-Hodgkin's Lymphoma; NHL) เป็นมะเร็งต่อมน้ำเหลืองที่มีความหลากหลายทางด้านพยาธิวิทยาของเนื้อเยื่อ อาการแสดง การดำเนินของโรคมักเกิดขึ้นอย่างรวดเร็วและควบคุมได้ยาก พบได้ประมาณร้อยละ 7 ของเด็กป่วยมะเร็ง (The Leukemia and Lymphoma Society, 2013) เด็กป่วยมีอาการต่อมน้ำเหลืองบริเวณต่างๆวมโตอย่างรวดเร็ว มีก้อนในช่องท้อง อาจมีอาการปวดท้องและอาเจียน เด็กป่วยมีอัตราการรอดชีวิต 5 ปีร้อยละ 83 (Cancer Research UK, 2010)

1.1.2.2 มะเร็งต่อมน้ำเหลืองชนิดฮอดกิน (Hodgkin's disease; HD) เกิดจากการอักเสบติดเชื้อ ซึ่งเชื้อที่พบคือ Epstein - Barr virus (EBV) โดยจะส่งผลให้มีลักษณะที่มีการกระจายของเซลล์ที่ผิดปกติเบียดแทรก เซลล์ปกติในต่อมน้ำเหลือง ทำให้ต่อมน้ำเหลืองโต ส่วนใหญ่จะเริ่มที่บริเวณคอและ mediastinum ต่อมาจะกระจายไปยังต่อมน้ำเหลืองที่อยู่ติดกัน จากนั้นจะแพร่กระจายไปยังตับ ม้าม ปอด และไขกระดูก เด็กป่วยมีอัตราการรอดชีวิต 5 ปีร้อยละ 95 (Cancer Research UK, 2010)

**1.1.3 เนื้องอกชนิดร้ายแรง (solid tumor)** เป็นเนื้องอกที่เกิดจากเซลล์ใหม่ที่มีการเจริญเติบโตผิดปกติ ลุกลามไปยังเนื้อเยื่อข้างเคียง และคุกคามเข้าไปแทนที่เซลล์เดิม พบได้ร้อยละ 30 ของโรคมะเร็งในเด็กทั้งหมด เนื้องอกชนิดร้ายแรงที่พบบ่อย ได้แก่ เนื้องอกในสมอง เนื้องอกปลายประสาทและเนื้องอกที่ไต (Cancer Research UK, 2010)

1.1.3.1 เนื้องอกในสมอง (brain tumor) เป็นก้อนเนื้องอกที่เกิดขึ้นภายในสมอง ทำให้เนื้อสมองถูก เบียด ความรุนแรงขึ้นอยู่กับตำแหน่งและอัตราการเติบโตของก้อนเนื้องอก อาการและอาการแสดงของเด็ก ป่วยจะเกิดความดันในสมองเพิ่มขึ้นคือ ปวดศีรษะ อาเจียน และซึม ในเด็กเล็กจะมีอาการ หงุดหงิด งอแง เบื่อ อาหาร กระหม่อมโป่ง กล้ามเนื้ออ่อนแรง ในเด็กโตอาจจะมีปัญหาด้านสายตาเห็นภาพซ้อน ความคิดความจำเสื่อม อาจมีหรือไม่มีอาการชักกระตุกขึ้นอยู่กับตำแหน่งของก้อนเนื้องอก วิธีการรักษาหลักคือการผ่าตัด การรักษาเสริมคือ รังสีรักษาและ/หรือเคมีบำบัด

1.1.3.2 เนื้องอกปลายประสาท (neuroblastoma) เป็นก้อนเนื้องอกขนาดใหญ่ที่เกิดจากการแบ่งตัว ผิดปกติของเซลล์ประสาทอ่อน (neural crest) ซึ่งมีทั่วไปในร่างกาย แต่มักพบที่บริเวณต่อมหมวกไตชั้นเมดัลลา (adrenal medulla) อาการที่พบคือ คลำก้อนได้ในท้อง ตำแหน่งที่อาจพบก้อนได้แก่ ในช่องอก ช่องไขสันหลัง คอ หลังลูกตา จึงอาจเบียดอวัยวะที่อยู่ใกล้เคียงทำให้เกิดอาการต่างๆ เช่น กดหลอดลมคอ ทำให้หายใจลำบาก กดประสาทไขสันหลัง ทำให้ขาอ่อนแรง เดินไม่ได้ บางรายอาจมีหัวใจเต้นเร็ว หายใจเร็ว ความดันโลหิตสูง เหงื่อออกมาก การรักษาทำได้ด้วยการผ่าตัด รังสีรักษาและเคมีบำบัด

1.1.3.3 เนื้องอกที่ไต (Wilms' tumor) เป็นโรคมะเร็งของไตที่พบบ่อยที่สุดในเด็ก เป็นก้อนเนื้องอก ภายในเนื้อไต ส่วนใหญ่จะมีขนาดใหญ่จนคลำได้ทางหน้าท้อง และเป็นไตข้างใดข้างหนึ่งหรือทั้งสองข้าง เนื้องอกที่ไตเป็นเนื้องอกที่มีขนาดใหญ่ มีเปลือกหุ้มชัดเจน อาจเกิดตรงกลางของไตแล้วลุกลามออกไปทั่วไต ทำให้ไตซับของเสียได้ลดลง เด็กป่วยจะมีอาการถ่ายปัสสาวะเป็นเลือด ปวดท้อง ท้องโตอย่างรวดเร็ว ชีต ไข้ การรักษาได้แก่ การผ่าตัด รังสีรักษาและเคมีบำบัด

## 1.2 การรักษาโรคมะเร็ง

การรักษาโรคมะเร็ง มีเป้าหมายเพื่อให้โรคหายขาด เพื่อกำจัดเซลล์มะเร็งให้หมดไปและทำให้เซลล์ปกติได้มีโอกาสเจริญเติบโตอย่างเต็มที่ การรักษาโรคมะเร็งในปัจจุบันมีหลายวิธีได้แก่ การผ่าตัด รังสีรักษา การรักษาด้วยเคมีบำบัด การรักษาด้วยฮอร์โมนการใช้สารชีวภาพหรือวิธีกระตุ้นภูมิคุ้มกัน หรือใช้หลายวิธีร่วมกัน ในปัจจุบันการรักษาด้วยเคมีบำบัด เป็นวิธีหลักที่ใช้ในการรักษามะเร็งในผู้ป่วยเด็กทุกชนิด และนิยมนำมาใช้กันอย่างกว้างขวางเพราะมีประสิทธิภาพในการรักษาสูง

1.2.1 การผ่าตัด (Surgery) นอกจากจะมีประโยชน์ในการช่วยการวินิจฉัยโรค เช่น การตัดชิ้นเนื้อไปตรวจ (biopsy) เพื่อให้ทราบชนิดของมะเร็ง การผ่าตัดยังเป็นการรักษาเพื่อช่วยลดขนาดของก้อนมะเร็งก่อนฉายแสง หรือให้ยาเคมีบำบัด หรือการผ่าตัดเพื่อกำจัดก้อนมะเร็งออกให้หมด

1.2.2 รังสีรักษา (Radiation therapy) รังสีรักษาเพื่อลดขนาดของก้อนมะเร็ง หรือกำจัดเซลล์มะเร็งที่หลงเหลือจากการผ่าตัด แต่มักมีผลต่อเนื้อเยื่อปกติที่อยู่รอบก้อนมะเร็ง

1.2.3. เคมีบำบัด (Chemotherapy) เพื่อทำลายและกีดการสร้างเซลล์มะเร็ง ซึ่งอยู่ในรูปยา กิน ยาฉีดทางเส้นเลือดดำ หรือให้ทางไขสันหลังเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเซลล์เข้าสู่ระบบประสาท

1.2.4 การกระตุ้นภูมิคุ้มกันและรักษาด้วยชีวภาพ (Immunotherapy and biologic agent therapy) จากการรักษาโรคมะเร็งด้วยยาเคมีบำบัด เซลล์มะเร็งและเซลล์ปกติที่มีการแบ่งตัวเร็วใน

ร่างกายจะถูกทำลาย ไชกระดูกถูกกดการทำงานจึงทำให้เม็ดเลือดขาวต่ำลง ภูมิคุ้มกันทานลดลง จึงต้องให้ยากระตุ้นเพื่อให้ร่างกายสร้างเม็ดเลือดขาวมากขึ้น

**1.2.5 การปลูกถ่ายไขกระดูก หรือเซลล์ต้นกำเนิด (Bone marrow transplant หรือ Stem cell transplant)** เป็นการรักษาผู้ป่วยโดยการนำเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดเลือดมาให้แก่ผู้ป่วยทางหลอดเลือดดำ เซลล์ต้นกำเนิดเม็ดเลือดที่นำมาให้ จะสามารถเคลื่อนเข้าไปในโพรงกระดูกของผู้ป่วยและแบ่งตัวสร้างเม็ดเลือดใหม่ได้

### 1.3 ชนิดของเคมีบำบัด

กลุ่มของยาเคมีที่นิยมใช้ในการรักษาโรคมะเร็งในเด็กมีดังนี้ (Tomlinson, 2005)

1.3.1 ยากลุ่มที่ออกฤทธิ์จำเพาะต่อวงจรของเซลล์ (cell cycle specific) ได้แก่

1.3.1.1 Antimetabolites ผลของยากลุ่มนี้ส่วนใหญ่จะก่อให้เกิดผมร่วง

1.3.1.2 Plant alkaloids ได้มาจากพืชที่ชื่อว่า Vinca rosa Linn (พืชตระกูลแพงพวย) ผลของยากลุ่มนี้ส่วนใหญ่จะก่อให้เกิด neurotoxicity เช่น ชัก อ่อนเพลีย ปวดขา ปวดกราม ท้องอืด ท้องผูก เป็นต้น

1.3.1.3 Alkylating agents จะเกิดปฏิกิริยา alkylation ที่ DNA ของเซลล์ในระยะใดก็ได้ในวงจรชีวิตของเซลล์ ยากลุ่มนี้จะเป็นยาเคมีกลุ่มแรกที่น่ามารักษา สามารถนำมาใช้เพียงกลุ่มเดียวหรือใช้ร่วมกับยาเคมีกลุ่มอื่นก็ได้

1.3.2 ยากลุ่มที่ออกฤทธิ์ไม่จำเพาะต่อวงจรของเซลล์ (cell cycle non-specific) ได้แก่

1.3.2.1 Antitumors Antibiotics เป็นยาที่ได้มาจากธรรมชาติ โดยจะไปขัดขวางการ replication และ transcription ของ DNA สามารถกำจัดเซลล์มะเร็งโดยตรงหรือไป ขัดขวางการสังเคราะห์ทั้ง กรดดีออกซีไรโบนิวคลีอิก (DNA) และ กรดไรโบนิวคลีอิก (RNA) พร้อมกัน ผลของยากลุ่มนี้ส่วนใหญ่จะก่อให้เกิดผมร่วงและกดการทำงานของไขกระดูก

1.3.2.2 Miscellaneous agents ยังไม่ทราบกลไกการออกฤทธิ์ที่ชัดเจน ตัวอย่างเช่น Cisplatin

### 1.4 ยาเคมีบำบัดที่ใช้บ่อยในเด็กป่วยโรคมะเร็ง

ยาเคมีบำบัดที่ใช้ในการรักษาจะออกฤทธิ์ทำลายเซลล์มะเร็ง โดยไปยับยั้งการสร้างหรือการทำงานของ DNA หรือ RNA ซึ่งเป็นกระบวนการสำคัญในเพิ่มจำนวนของเซลล์มะเร็ง ซึ่งชนิดของยาที่ใช้บ่อย (Tomlinson, 2005) ได้แก่

1.4.1 Methotrexate และ 6-Mercaptopurine เป็นยากลุ่มแอนติเมตาบอไลต์ (antimetabolites) ใช้รักษามะเร็งเม็ดเลือดขาว มะเร็งต่อมน้ำเหลือง และมะเร็งกระดูก จะออกฤทธิ์โดยไปยับยั้งการแบ่งเซลล์เฉพาะบางตัวที่จำเป็นในการสังเคราะห์ DNA ทำให้การสังเคราะห์ DNA ของเซลล์มะเร็งถูกทำลาย แต่ยาชนิดนี้จะทำลายเซลล์ปกติที่มีการแบ่งตัวอย่างรวดเร็ว เช่น เซลล์เยื่อช่องปาก และเกิดการ

กดไขกระดูก นอกจากนั้นยังพบอาการอ่อนเพลีย ท้องเสีย ผื่นคัน ปวดศีรษะ บางรายอาจพบอาการปวดขา ร่วมด้วย

1.4.2 Vincristine เป็นยาในกลุ่มแอลคาลอยด์ (plant alkaloids) ใช้รักษามะเร็งเม็ดเลือดขาว มะเร็งต่อมน้ำเหลือง มะเร็งสมอง และมะเร็งก้อนเนื้อ ยาชนิดนี้จะทำให้การแบ่งตัวของเซลล์ถูกรบกวน และยับยั้งการสังเคราะห์ RNA และโปรตีน มักใช้ร่วมกับยาเคมีบำบัดชนิดอื่นๆ ยาชนิดนี้ส่งผลให้การแบ่งตัวของเซลล์หยุดชะงัก แต่ค่อนข้างจะกดไขกระดูก

1.4.3 Adriamycin และ Doxorubicin เป็นยาในกลุ่มแอนติทิวเมออร์ แอนติไบโอติกส์ (antitumor antibiotics) ใช้รักษาโรคมะเร็งชนิด Wilms' tumor มีฤทธิ์ยับยั้งการสร้าง DNA และ RNA ทำให้การแบ่งตัวของเซลล์ล่าช้า นอกจากนั้นยังทำลายและยับยั้งการแบ่งตัวอย่างรวดเร็วของเซลล์มะเร็ง ส่วนใหญ่มักใช้ร่วมกับ ยาเคมีบำบัดชนิดอื่น เพื่อเสริมฤทธิ์ในการรักษาให้ได้ผลยิ่งขึ้น ยาชนิดนี้จะกดไขกระดูกและการทำงานของ เยื่อเยื่อ และมีอาการคลื่นไส้ อาเจียน ผื่นแดง

1.4.4 Cyclophosphamide เป็นยาในกลุ่มอัลคาเลติง เอเจนท์ (alkalating agents) ใช้ใน มะเร็ง เม็ดเลือดขาวชนิดเฉียบพลัน มะเร็งต่อมน้ำเหลือง และมะเร็งระบบประสาท โดยจะมีผลต่อเซลล์มะเร็งที่กำลังเจริญเติบโต โดยยาจะไปรวมกับ DNA ทำให้การแบ่งตัวของเซลล์มะเร็งถูกรบกวน ยาชนิดนี้จะกดไขกระดูก เป็นอย่างมาก และมีอาการคลื่นไส้ อาเจียน ท้องเสีย เบื่ออาหาร ผื่นแดง และแผลในช่องปาก

1.4.5 L-asparaginase เป็นยาในกลุ่มอื่นๆ (miscellaneous agents) ใช้รักษาโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว โดยจะไปยับยั้งเมตาโบลิซึมของเซลล์ในระยะเวลาที่เซลล์เจริญเติบโต แต่ผลข้างเคียงของยาทำให้การสร้าง โปรตีนอื่นในร่างกายลดลง เช่น อัลบูมิน (albumin) อินซูลิน (insulin) และสารที่ช่วยในการแข็งตัวของเลือด (coagulation factor XI, IX) นอกจากนั้นยังมีอาการคลื่นไส้ อาเจียน เบื่ออาหาร อ่อนเพลีย

1.4.6 Cytosine arabinoside หรือ Cytarabine หรือ Ara-C เป็นยาในกลุ่มอื่นๆ (miscellaneous agents) ใช้รักษาโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวชนิดเฉียบพลัน ALL และ AML และโรคมะเร็งต่อมน้ำเหลืองเป็นต้น โดยจะออกฤทธิ์รบกวนการสร้าง DNA ทำให้โครงสร้างของ DNA ผิดปกติ การให้ยาชนิดนี้จะให้ทุก 12 ชั่วโมง ดังนั้นจึงเกิดการกดไขกระดูกเป็นอย่างมาก รวมทั้งอาจพบผื่นแดง ผื่นคัน ท้องเสีย คลื่นไส้ อาเจียน เบื่ออาหาร และแผลในช่องปาก

1.4.7 Actinomycin D เป็นยาในกลุ่มแอนติทิวเมออร์ แอนติไบโอติกส์ (antitumor antibiotics) ใช้รักษาโรคมะเร็งชนิด Wilms' tumor โดยจะไปรวมกับ DNA อย่างถาวร ทำให้เกิดการทำลายและยับยั้ง DNA dependent และ RNA synthesis ทำให้เซลล์มะเร็งและเซลล์เยื่อใยที่มีการแบ่งตัวอย่างรวดเร็วหยุดการสร้าง เซลล์ใหม่ มักนำมาใช้ร่วมกับการผ่าตัดและรังสีรักษาทำให้อัตราการหายของโรคสูงมากขึ้น และใช้ร่วมกับ cyclophosphamide และ vincristine ซึ่งอาการข้างเคียงที่พบบ่อยคือ คลื่นไส้ อาเจียน

1.4.8 Cisplatin เป็นยาในกลุ่มอื่นๆ (miscellaneous agents) ที่ใช้ในโรคมะเร็งอย่างกว้างขวาง โดยเฉพาะมะเร็งของเยื่อใย ออกฤทธิ์โดยจับกับ DNA ทำให้เกิดความผิดปกติในการจับคู่สร้าง เซลล์ใหม่ ทำให้ยับยั้งการสังเคราะห์ DNA ในการสร้างเซลล์มะเร็งใหม่ อาการข้างเคียงที่พบได้แก่ คลื่นไส้ อาเจียน ยาชนิด นี้มีพิษต่อหูและไต แต่กตการทำงานไขกระดูกเพียงเล็กน้อย

1.4.9 Etoposide เป็นยาในกลุ่มแอลคาลอยด์ (plant alkaloids) ใช้ในมะเร็งน้ำเหลือง มะเร็งเม็ดเลือดขาว โดยไปรบกวนการแบ่งตัวของเซลล์ ทำให้โครโมโซมไม่สามารถแยกออกจากกัน ได้ตามแบบที่ถูกต้อง ส่งผลทำให้เซลล์มะเร็งตาย อาการข้างเคียงของยาที่พบคือ อ่อนเพลีย คลื่นไส้ อาเจียน เบื่ออาหาร ท้องเดิน ปวดท้อง เม็ดเลือดขาวต่ำ เกล็ดเลือดต่ำ ผมร่วง

1.4.10 Prednisone และ Dexamethasone เป็นยาในกลุ่ม Miscellaneous agents ที่ยังไม่ทราบกลไกที่แน่ชัด หากให้ยาชนิดนี้ในขนาดต่ำ จะช่วยอาการคลื่นไส้ อาเจียน แต่หากได้รับในขนาดสูงๆ จะออกฤทธิ์คล้ายกับยาเคมีบำบัด อาการข้างเคียงที่พบบ่อยคือ อารมณ์เปลี่ยนแปลงคอแห้ง นอนไม่หลับ

## 1.5 ผลข้างเคียงของยาเคมีบำบัด

ในเด็กป่วยโรคมะเร็งส่วนใหญ่จะใช้เคมีบำบัดในการรักษาเป็นหลัก เนื่องจากพบว่ามีประสิทธิภาพสูง รวมทั้ง เพื่อให้ผู้ป่วยเด็กที่เป็นมะเร็งเม็ดเลือดขาวหายขาดหรือประคับประคองให้อายุยืนนานขึ้น การรักษาด้วยเคมีบำบัดทำให้เกิดอาการแทรกซ้อนต่างๆ โดยมีรายละเอียดดังนี้

1.5.1 ระบบทางเดินอาหาร เนื่องจากเซลล์ของเยื่อช่องปาก หลอดอาหาร กระเพาะอาหาร และลำไส้ เป็น เซลล์ที่มีการแบ่งตัวตลอดเวลา ดังนั้น เมื่อได้รับยาเคมีบำบัดเซลล์เหล่านี้จะถูกทำลายไปด้วย อาการที่พบบ่อย ได้แก่ คลื่นไส้ อาเจียน เป็นอาการที่พบบ่อยที่สุดเนื่องจากยาเคมีมีฤทธิ์กระตุ้นต่อเซลล์สมองส่วนที่ควบคุมเกี่ยวกับการอาเจียนโดยตรง อาการจะเกิดภายใน 1-3 ชั่วโมงหลังจากได้รับยา และอาการจะหายไป ประมาณ 1 สัปดาห์ภายหลังจากได้รับยา นอกจากนี้ในรายที่มีอาการอาเจียนอย่างรุนแรงก็ อาจจะทำให้ หลอดอาหารฉีกขาด ส่งผลให้มีเลือดออกตามมาและยังเป็นช่องทางของการติดเชื้ออีกด้วย

1.5.2 เบื่ออาหาร เป็นผลจากยาเคมีทำให้ต่อมรับรสเสียหายที่ มีการเปลี่ยนแปลงไปของการรับรส ส่งผลให้ความอยากอาหารลดลง อาการนี้จะหายไปภายใน 2-6 สัปดาห์ หลังจากหยุดยา

1.5.3 แผลในช่องปาก เนื่องจากเซลล์เยื่อในช่องปากถูกทำลายจากฤทธิ์ของเคมีบำบัด อาการ ดังกล่าวจะเริ่มพบได้ 3-5 วันภายหลังจากได้รับยา และพบได้สูงสุดในช่วง 7-14 วัน

1.5.4 ท้องเสีย จากการที่เยื่อทางเดินอาหารเกิดการระคายเคือง และลำไส้มีการบีบตัวอย่างมาก ทำให้การย่อยและการดูดซึมอาหารลดลง ส่งผลให้ร่างกายขาดน้ำและเกลือแร่ อาการดังกล่าวจะหายไป ประมาณ 1 สัปดาห์

1.5.5 ระบบทางเดินปัสสาวะ ยาเคมีบางชนิดอาจทำให้เกิดกระเพาะปัสสาวะอักเสบ เกิดอาการปวด แสบ ขณะขับถ่าย ดังนั้นผู้ป่วยเด็กจึงต้องดื่มน้ำมากๆ หากร่างกายได้รับน้ำไม่เพียงพออาจทำให้เกิดการตกตะกอนของกรดยูริก กลายเป็นไตวายเฉียบพลันได้

1.5.6 อ่อนเพลีย เป็นอิทธิพลมาจากการเปลี่ยนแปลงในร่างกาย ทำให้มีความรู้สึกเหน็ดเหนื่อย อ่อนเพลีย หดแรง ความสามารถในการเคลื่อนไหวลดลง อาการดังกล่าวเกิดขึ้นได้ตั้งแต่ 24-48 ชั่วโมงของการได้รับยาเคมีบำบัด

1.5.7 ผมร่วง เป็นผลมาจากเซลล์รากผมถูกทำลาย พบได้หลังจากได้รับเคมีบำบัดไปแล้ว 1-2 สัปดาห์ อาการจะคงอยู่นานประมาณ 4-6 สัปดาห์ และจะกลับมางอกใหม่อีกครั้งเมื่อหยุดยาไปแล้วภายใน 8 สัปดาห์

1.5.8 อาการทางผิวหนัง ได้แก่ ผื่นแดง ผิวหนังแห้ง ผื่นคัน นอกจากนั้นอาการที่พบบ่อยคือ สีผิวและเล็บมี อาการคล้ำขึ้น เกิดจากการทำลายเนื้อเยื่อบริเวณที่ฉีดยา อาการไข้ อาจพบได้หลังจากได้รับยาทันทีจนถึง 6 ชั่วโมง และจะหายไปภายหลังจากได้รับยา 24 ชั่วโมง

1.5.9 การทำงานของไขกระดูกถูกกด ทำให้การสร้างเม็ดเลือดขาว เม็ดเลือดแดงและเกร็ดเลือดลดลง พบได้ ประมาณ 1-2 สัปดาห์ภายหลังจากได้รับยา ส่งผลให้เกิดภูมิคุ้มกันต่ำ ภาวะเลือดออกง่าย ภาวะซีด

## 1.6 ผลกระทบของโรคมะเร็งต่อเด็กและครอบครัว

อาการข้างเคียงที่เกิดจากการรักษาและพยาธิสภาพของโรคมะเร็ง ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยเด็กโดยตรง ทั้งในด้านร่างกาย จิตใจ สังคม พัฒนาการ นอกจากนั้นยังส่งผลกระทบต่อผู้ปกครอง และสมาชิกในครอบครัว ดังนี้

### 1.6.1 ผลกระทบต่อเด็ก

ผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็ง เป็นโรคเรื้อรังที่ต้องใช้เวลาการรักษายาวนานและต้องการการดูแลที่ต่อเนื่อง พยาธิสภาพของโรคและการรักษา ก่อให้เกิดผลกระทบต่อผู้ป่วยเด็กทั้งระยะสั้น และระยะยาว ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม พัฒนาการ และสติปัญญา ดังนี้

1.6.1.1 ผลกระทบทางด้านร่างกาย มีสาเหตุมาจากโรคมะเร็งและการรักษา การเจ็บป่วย โดยมีผล ต่อการเจริญเติบโตและด้านร่างกายเนื่องมาจากเด็กต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลบ่อยครั้ง และถูกจำกัดการออกกำลังกายหรือทำกิจกรรมบางอย่าง จึงทำให้เด็กขาดโอกาสที่จะมีร่างกายที่สมบูรณ์ การได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัด ส่งผลให้เกิดอาการแทรกซ้อนต่างๆ เช่น อาการคลื่นไส้ อาเจียน ท้องเสีย และเยื่อในช่องปากอักเสบ การรับรสเปลี่ยนแปลง เบื่ออาหาร รับประทานอาหารได้ลดลง เป็นต้น (Otto, 2007)

ยาเคมีบำบัดกดการสร้างเม็ดเลือดของไขกระดูกทำให้ผู้ป่วยมีระดับเม็ดเลือดแดง เม็ดเลือดขาว และเกล็ดเลือดลดลง เกิดการติดเชื้อง่ายจากการสร้างเม็ดเลือดขาวลดลง ซีดจากการสร้างเม็ดเลือดแดงลดลง เกิดภาวะโลหิตจางและร่างกายอ่อนล้า เกล็ดเลือดต่ำ ทำให้มีภาวะเลือดออกง่าย หยุดยาก ซึ่งถ้ายังไม่ได้รับการรักษาที่ถูกต้อง อาจทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้ (Otto, 2007) นอกจากนี้ยังพบว่า ผลกระทบระยะยาวของการรักษาด้วยเคมีบำบัดและรังสีรักษา ทำให้มีการทำลายเซลล์ปกติต่างๆ เพิ่มขึ้น เซลล์มีการแบ่งตัวช้าลง การเจริญเติบโตของกระดูกช้าลง และมีภาวะกระดูกพรุน เนื่องจากการทำลายของกระดูกมากกว่าการสะสมถึงร้อยละ 30 ซึ่งมีการศึกษาพบว่า เด็กป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว อายุน้อยกว่า 5 ปี ที่ได้รับยาและรังสีรักษากระดูกหักได้ ร้อยละ 28 และเกิดภาวะกระดูกพรุนร้อยละ 7 (Brennan, Rahim, Adams, Eden, & Shalet, 1999)



1.6.1.2 ผลกระทบด้านจิตสังคม ความเจ็บป่วยและการรักษามีผลกระทบสืบเนื่องมาจากด้านร่างกายเด็ก คือ มีอาการอ่อนเพลีย เหน็ดเหนื่อย ทำให้ความสามารถในการทำกิจกรรมลดลง การถูกควบคุมและถูกจำกัดกิจกรรม ส่งผลต่อสภาวะจิตใจและอารมณ์ทำให้เกิดภาวะเครียด อารมณ์แปรปรวน หงุดหงิดและโกรธง่าย (Eiser, 1998) ในเด็กวัยก่อนเรียนที่ต้องอยู่โรงพยาบาลเป็นระยะเวลา ยาวนาน ส่งผลให้เด็กมีพฤติกรรมถดถอย และพึ่งพาบิดามารดามากขึ้น โดยเฉพาะวัยรุ่นจะได้รับผลกระทบค่อนข้างมาก อาจรู้สึกว่าคุณค่าในตัวเองลดต่ำลง สูญเสียเอกลักษณ์ในตนเอง มีความวิตกกังวลสูง และความสามารถในการปรับตัวกับปัญหาลดลง เด็กความสับสน เกิดความกลัว ความคับข้องใจ (Hinds, 1990) รู้สึกว่าตนเองมีความแตกต่างไปจากเพื่อนๆ ซึ่งจากการที่เด็กต้องแยกจากเพื่อนและสังคมเป็นเวลานาน เมื่ออาการทุเลาลงจะไม่อยากไปโรงเรียน บางรายมีอาการก้าวร้าว บางรายหมดความมั่นใจในตนเอง กลายเป็นเด็กมีปมด้อย แยกตัวเอง ไม่อยากพบปะเพื่อนฝูง มีปัญหาการเข้าสังคม

1.6.1.3 ผลกระทบด้านพัฒนาการทางสติปัญญา ที่เป็นผลจากสภาวะของโรคและวิธีการรักษา เช่น การใช้รังสีรักษา และการให้ยาเคมีบำบัด ส่งผลกระทบต่อการเจริญเติบโตของเซลล์สมอง พัฒนาการทางสติปัญญา การเรียนรู้ และภาษาล่าช้ากว่าเด็กปกติ มีการศึกษาพบว่า การใช้รังสีและการให้ยาเคมีบำบัดเข้าทางไขสันหลัง มีผลกระทบต่อการพัฒนาการเรียนรู้ของเด็ก ทั้งในด้านสติปัญญา ทักษะการรับรู้ และการพูด โดยเฉพาะเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ที่ได้รับการรักษาโดยวิธีรังสีรักษา จะมีระดับพัฒนาการทางสติปัญญาต่ำกว่าเด็กโดยทั่วไป (Anderson, Godber, Smibert, Weiskop, & Ekert, 2000) การรับรู้และระดับสติปัญญามีผลทางอ้อมต่อความเจ็บป่วยของเด็ก ทำให้เด็กมีอาการอ่อนเพลีย ความสามารถในการทำกิจกรรมลดลง ขาดโอกาสเข้าร่วมกิจกรรม และการเรียนรู้ตามวัยที่ส่งผลต่อพัฒนาการด้านต่างๆ ตามมา

## 1.6.2 ผลกระทบต่อผู้ปกครองและครอบครัว

ผู้ปกครอง และครอบครัวมีบทบาทที่สำคัญที่สุดในการดูแลผู้ป่วยเด็กป่วยโรคมะเร็งจากการศึกษาพบว่า ความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นกับเด็กนั้น มีผลกระทบต่อผู้ปกครองและครอบครัวของเด็ก เริ่มตั้งแต่วัยแรก ที่ทราบผลการวินิจฉัยว่า เด็กป่วยเป็นโรคมะเร็ง ผู้ปกครองอาจมีอาการช็อค ไม่เชื่อ กลัว สับสน ลึนหวัง ต่ำหนืดตัวเอง และรู้สึกผิด (Wills, 1999) นอกจากนั้นความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นกับเด็กยังส่งผลกระทบต่อ ผู้ปกครองในด้านต่าง ๆ โดยเฉพาะเมื่อต้องดูแลเด็กที่บ้านดังนี้

1.6.2.1 ผลกระทบต่อการแสดงบทบาทของผู้ปกครอง ความเจ็บป่วยของเด็กทำให้บทบาทของผู้ปกครองที่มีต่อครอบครัว เปลี่ยนแปลงไปจากเดิม (Hill, 1965 as cited in Williams et al., 1993) ผู้ปกครองต้องพยายาม เปลี่ยนบทบาทของตัวเองเพื่อให้ครอบครัว ดำเนินต่อไปได้ทั้งในด้านการดูแลบุตรที่ป่วย และการดูแลบุตรไม่เจ็บป่วย การดูแลสามีและสมาชิกคนอื่นๆ ในครอบครัว รวมทั้งบทบาทหน้าที่ การงานและความสัมพันธ์กับบุคคลอื่นในครอบครัว บทบาทโดยตรงของผู้ปกครอง คือ การดูแลและคุ้มครองเด็กเมื่อเกิดความเจ็บป่วยขึ้น หากไม่สามารถช่วยเหลือบุตรได้จะรู้สึกเสีย อำนาจการควบคุมดูแลบุตรและรู้สึกว่าความมีคุณค่าในตนเองอยู่ในระดับต่ำ (Thomson, 1995) การที่ต้องเผชิญกับความเจ็บป่วยเรื้อรังและบ่อยครั้งของเด็กทำให้ผู้ปกครองต้องใช้เวลาในการในการดูแลเด็กมากขึ้น เกิดความเปลี่ยนแปลงความเป็นอยู่ในชีวิตประจำวัน ส่งผลกระทบต่อแบบแผนการดำเนินชีวิตของผู้ปกครองมากขึ้นทั้งหน้าที่การงาน การบริหาร

เวลา การปฏิบัติกิจกรรมทางสังคม ขาดอิสรภาพและมีเวลาส่วนตัวลดลง ส่งผลให้ผู้ปกครองเกิดความเครียด จากการศึกษาของเจมส์และคณะ (James et al., 2002) พบว่า ผู้ปกครองเด็กโรคมะเร็งร้อยละ 46 ต้องเปลี่ยนอาชีพ ลาออกจากงาน หรือเปลี่ยนเป็นแบบชั่วคราวแทนงานประจำ เนื่องจากต้องใช้เวลาในการดูแลเด็กเพิ่มขึ้น มีเวลาพักผ่อนลดลง อารมณ์แปรปรวน เช่น เกิด ความเครียด วิตกกังวล และไม่มีเวลาดูแลสุขภาพของตนเอง ร่างกายอ่อนล้า สุขภาพทรุดโทรมและมี ภาวะซึมเศร้า เป็นต้น

1.6.2.2 ผลกระทบต่อชีวิตสมรส เนื่องจากต้องใช้เวลาดูแลบุตรเพิ่มขึ้น ทำให้สัมพันธภาพระหว่างสามีและภรรยาห่างกัน ความสัมพันธ์ของชีวิตคู่ลดลง เกิดความขัดแย้งได้ง่าย และเสี่ยงต่อการเสียสมดุลของ บทบาทหน้าที่ในครอบครัว จากการศึกษาในครอบครัวเด็กโรคมะเร็งจำนวน 82 ครอบครัว พบว่า ครึ่งหนึ่งของครอบครัวเด็กโรคมะเร็งที่ผู้ปกครองมีสัมพันธภาพระหว่างชีวิตสมรสแล้วลง มี 1 ใน 3 ที่มีสภาพคงเดิม และมี ส่วนน้อยที่สัมพันธภาพดีขึ้น (รุจา ภูไพบูลย์ และคณะ, 2543)

1.6.2.3 ผลกระทบต่อภาวะเศรษฐกิจ ความเจ็บป่วยจากโรคมะเร็งทำให้ผู้ปกครองต้องใช้เวลาในการรักษา และดูแลอย่างต่อเนื่อง มีค่าใช้จ่ายในการรักษาค่อนข้างแพง และเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลมาก บางครั้งผู้ปกครองต้องหยุดงาน ต้องเปลี่ยนงานหรือลาออกจากงานประจำ เพื่อมาดูแลเด็กป่วยได้อย่างเต็มที่ ซึ่งจะส่งผลทำให้รายได้ของครอบครัวลดลง บางครอบครัวจะต้องทำงานหนักมากขึ้นเพื่อให้มีรายได้เพียงพอกับค่าใช้จ่าย จากการศึกษา พบว่าครอบครัวของเด็กโรคมะเร็งส่วนใหญ่ ร้อยละ 86.36 ไม่สามารถเบิกค่าใช้จ่าย ค่ารักษาพยาบาล และสวัสดิการจากรัฐ หรือประกันสังคมได้ ทำให้ต้องกู้ยืมจากญาติ หรือหน่วยงานสังคมสงเคราะห์ของโรงพยาบาล ทำให้ต้องเป็นหนี้สินจากภาระค่าใช้จ่ายในการรักษาที่ใช้เวลานาน (รุจา ภูไพบูลย์ และคณะ, 2543)

1.6.2.4 ผลกระทบต่อพี่น้องเด็กป่วย เนื่องจากความเจ็บป่วยของเด็กจากโรคมะเร็ง ซึ่งเป็นโรคเรื้อรัง และต้องการการดูแลต่อเนื่องจากผู้ปกครองและครอบครัว บิดามารดาจึงทุ่มเทดูแลบุตรที่เจ็บป่วย โดยอาจละเลย การดูแลบุตรที่ปกติคนอื่นๆ ส่งผลให้เกิดผลกระทบทางด้านจิตใจของพี่น้องเด็กที่เจ็บป่วย จากสัมพันธภาพครอบครัวที่เปลี่ยนแปลงไป ทำให้การติดต่อสื่อสารระหว่างกัน หรือความรักใคร่ผูกพันลดน้อยลง น้องเด็กป่วยไม่ได้รับความสนใจจากบิดา มารดา จากการศึกษาพบว่า มีพฤติกรรมเปลี่ยนแปลงไปในด้านลบภายหลังผู้ป่วย เด็กได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคมะเร็ง พฤติกรรมด้านลบที่พบได้แก่ รู้สึกโกรธผู้ป่วย อิจฉา กลัวและวิตกกังวลว่าตนจะป่วย เสียใจ รู้สึกถูกละทิ้ง และซึมเศร้า (Hodder & Keene, 2016)

## 2. แนวคิดเกี่ยวกับครอบครัว การดูแล และการพยาบาลครอบครัว

### 2.1 คำนิยาม

ครอบครัว นับว่าเป็นสถาบันพื้นฐานที่สำคัญที่สุด โดยครอบครัวเป็นกลุ่มสังคมกลุ่มแรกที่มนุษย์ทุกคนเกี่ยวข้อง และมีความสัมพันธ์กันอย่างใกล้ชิด ตามพจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พุทธศักราช 2554 ได้ให้ความหมายของ “ครอบครัว” ไว้ว่า หมายถึง สถาบันพื้นฐานของสังคมที่ประกอบด้วย

สามีภรรยาและหมายความรวมถึงลูกด้วย (ราชบัณฑิตยสถาน, 2554) สมาคมเศรษฐศาสตร์แห่งประเทศไทย ได้ให้คำนิยามของครอบครัวที่แตกต่างกัน ในเชิงสาขาวิทยาการ ดังนี้

2.1.1 ทางชีววิทยา มองครอบครัวเป็นกลุ่มชนที่มีความผูกพันกันทางสายโลหิต

2.1.2 ทางเศรษฐศาสตร์ มองว่าครอบครัวเป็นกลุ่มบุคคลที่ใช้จ่ายเงินจากงบประมาณเดียวกันถึงแม้จะอาศัยอยู่ต่างที่กัน

2.1.3 ทางสังคมศาสตร์ มองว่าครอบครัวเป็นกลุ่มคนที่อยู่ร่วมเคหสถานเดียวกัน มีปฏิสัมพันธ์และสนใจต่อทุกข์สุขซึ่งกันและกัน รวมทั้งมีความปรารถนาดีต่อกัน

2.1.4 ทางนิติศาสตร์ หมายถึง ครอบครัวที่ชายหญิงจดทะเบียนสมรสอย่างถูกต้องตามกฎหมาย ซึ่ง ครอบคลุมถึงบุตรและบุตรบุญธรรม

โดยสรุป ครอบครัวเป็นหน่วยสังคมที่เล็กที่สุด และเป็นสถาบันสังคมที่มีความสำคัญ เป็นการอยู่ร่วมกัน ของบุคคลตั้งแต่ 2 คนขึ้นไป มีความสัมพันธ์กันโดยสายเลือดหรือโดยกฎหมาย ซึ่งสมาชิกในครอบครัวทุกคนมีบทบาทหน้าที่รับผิดชอบซึ่งกันและกัน และครอบครัวประกอบด้วยลักษณะ ต่อไปนี้

#### 1) ลักษณะตามโครงสร้าง

1.1) มีบุคคลตั้งแต่ 2 คนขึ้นไป มีความสัมพันธ์กันโดยสายเลือดหรือโดยกฎหมาย

1.2) มีการพักอาศัยอยู่ในบ้านเดียวกันหรือเคยอยู่ร่วมบ้านเดียวกัน

#### 2) ลักษณะตามหน้าที่

2.1) สมาชิกมีปฏิสัมพันธ์กัน มีหน้าที่รับผิดชอบซึ่งกันและกัน

2.2) สมาชิกทุกคนมีความรักใคร่ มีความปรารถนาดีต่อกัน มีความผูกพันซึ่งกันและกัน

2.3) มีการดำรงชีวิตตามขนบธรรมเนียมประเพณีและวัฒนธรรมเหมือนกัน

จะเห็นได้ว่า ครอบครัวเป็นสถาบันทางสังคมที่ใกล้ชิดกับบุคคลมากที่สุด เป็นหน่วยสังคมที่เล็กที่สุด เป็นสิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อการดำเนินชีวิตของคนตั้งแต่เกิดจนถึงตาย และในสภาพสังคมปัจจุบัน ครอบครัวมีการเปลี่ยนแปลง รวมทั้งมีปัจจัยหลายอย่างที่มีผลกระทบต่อสมดุลของครอบครัว ทำให้สมาชิกของครอบครัวมีปัญหาทางด้านสุขภาพได้ และมี ผลต่อการดำเนินชีวิตของสมาชิกคนอื่นและส่งผลกระทบต่อสังคมรอบข้างได้ ดังนั้นการดูแลสุขภาพของครอบครัวจึงเป็น สิ่งจำเป็นที่ผู้ที่มีบทบาทหน้าที่ด้านสุขภาพต้องทำความเข้าใจและจัดการบริการที่เหมาะสมต่อไป

## 2.2 หน้าที่ของครอบครัว

2.2.1 หน้าที่ของครอบครัว ตามการตอบสนองความต้องการของสมาชิกในครอบครัว ประกอบด้วยหน้าที่ 6 ประการ ที่สำคัญดังนี้ (รุจา ภูไพบูลย์, 2541)

2.2.1.1 หน้าที่ด้านความรักความเอาใจใส่ (Affective function) หน้าที่ด้านความรักความเอาใจใส่เป็นหน้าที่ในการตอบสนองความต้องการด้านจิตใจของสมาชิก แสดงออกโดยการให้ความรัก

ความอบอุ่น ความเอาใจใส่แก่สมาชิกเพื่อให้สมาชิก มีสุขภาพจิตดี มีบุคลิกภาพที่มั่นคง องค์กรประกอบสำคัญของหน้าที่ของครอบครัวด้านความรักความเอาใจใส่ได้แก่การที่สมาชิกครอบครัว มีการให้การเอาใจใส่ดูแลซึ่งกันและกัน ยอมรับนับถือซึ่งกันและกัน มีความผูกพัน และความรู้สึกร่วมกัน ให้โอกาสสมาชิกในการเป็นตัวของตัวเอง แต่ยังคงความสัมพันธ์กับผู้อื่น มีการตอบสนองความต้องการของคนอื่น และมีการ ให้ความช่วยเหลือลอบโยนซึ่งกันและกันเมื่อมีปัญหา

2.2.1.2 หน้าที่ในการอบรมเลี้ยงดู (Socialization function) การอบรมเลี้ยงดูในที่นี้หมายถึงกระบวนการพัฒนาแบบแผนพฤติกรรมที่ต่อเนื่องตลอดชีวิตของสมาชิก เพื่อเป็นการปลูกฝังส่งเสริมนิสัยที่ดีงาม ทำให้เด็กพร้อมที่จะเป็นผู้ใหญ่ที่ดีในอนาคต ถือเป็นกระบวนการปรับพฤติกรรมอย่างต่อเนื่องที่ทำให้บุคคลตอบสนองสถานการณ์ ในสังคมตามต้องการเป็นผลจากการเรียนรู้บทบาทในสังคม การปฏิสัมพันธ์บุคคลอื่น และเป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นกับคนทุกวัยตั้งแต่เกิดจนถึงวัยชราในการปรับบรรทัดฐานความเชื่อ ค่านิยม ของตนอย่างต่อเนื่อง

2.2.1.3 หน้าที่ในการผลิตสมาชิกใหม่ (Reproductive function) ครอบครัวมีหน้าที่ในการสร้างหรือในผลิตสมาชิกใหม่ให้สมาชิกในสังคมมีจำนวนเพิ่มขึ้น เป็นหน้าที่ในการสืบเผ่าพันธุ์เชื้อสายของมนุษยชาติ

2.2.1.4 หน้าที่ในการเผชิญปัญหาของครอบครัว (Family coping function ) การเผชิญปัญหาของครอบครัวเป็นหน้าที่จำเป็นที่ครอบครัวทุกครอบครัวต้องปฏิบัติเพื่อคงไว้ซึ่ง สมดุลภายในครอบครัว ทั้งนี้เนื่องจากตลอดการดำเนินชีวิตครอบครัว ครอบครัวจะถูกรบกวนจากสิ่งแวดล้อมทั้งภายในและภายนอกครอบครัว สิ่งรบกวนเหล่านี้หมายถึง บุคคล สิ่งของ สถานการณ์ หรือเหตุการณ์ที่ทำให้เกิดภาวะเครียดในครอบครัวได้ สิ่งรบกวนความสุขสงบของครอบครัวในที่นี้ ได้แก่ การเสียชีวิตของคู่สมรส การหย่าร้าง การเจ็บป่วยของสมาชิก การตกงานหรือมีปัญหาเศรษฐกิจ เป็นต้น ครอบครัวทำหน้าที่ในการเผชิญปัญหาเพื่อให้ครอบครัวสามารถปรับตัวและดำเนินชีวิตต่อไปได้อย่างต่อเนื่องตาม พัฒนาการของครอบครัว สามารถแบ่งวิธีการเผชิญปัญหาของครอบครัวเป็น 2 ประเภทคือ (รุจา ภูไพบูลย์, 2541)

1) การเผชิญปัญหาภายในครอบครัว วิธีนี้เป็นที่ครอบครัวพยายามช่วยเหลือตนเองโดยใช้แหล่ง ประโยชน์ที่มีอยู่แล้วในครอบครัว มีการปรับพฤติกรรม และบทบาทของสมาชิกแต่ละคนเพื่อให้เกิดการแก้ปัญหาได้ ได้แก่

- 1.1) การให้ความเชื่อใจไว้วางใจในระหว่างสมาชิกครอบครัว
- 1.2) การผ่อนคลายสถานการณ์โดยใช้อารมณ์ขัน
- 1.3) การที่สมาชิกร่วมกันแก้ปัญหาครอบครัว
- 1.4) การพัฒนาสมาชิกให้เข้มแข็งเพื่อให้แต่ละคนมีความสามารถ

แก้ปัญหาได้ดียิ่งขึ้น

1.5) การควบคุมความหมายของปัญหาไม่ให้การรับรู้เกี่ยวกับปัญหาบิดเบือนจากความเป็นจริง

1.6) การที่สมาชิกปรับบทบาทเพื่อให้สมาชิกสามารถช่วยเหลือซึ่งกันและกันได้

2) การเผชิญปัญหาภายนอกครอบครัว เป็นวิธีที่ครอบครัวใช้แหล่งประโยชน์จากภายนอกครอบครัวในการเผชิญปัญหาของครอบครัว ได้แก่

2.1) การที่สมาชิกหาข้อมูลข่าวสารต่างๆ เพิ่มขึ้น เพื่อประกอบการพิจารณาแก้ปัญหา

2.2) การที่สมาชิกติดต่อกับชุมชน เพื่อนบ้าน ญาติเพิ่มขึ้น มีการใช้ประโยชน์จากเครือข่ายทางสังคม โดยมีการปรึกษาหารือกับเพื่อนบ้าน ญาติที่สนิท เพื่อขอคำแนะนำและขอความช่วยเหลือ

2.3) การที่ครอบครัวใช้แหล่งประโยชน์ในระบบสังคมโดยรวม เช่น ระบบสวัสดิการ การสังคมสงเคราะห์ และระบบการบริการสุขภาพ เป็นต้น ในครอบครัวที่มีการเผชิญปัญหาไม่เหมาะสม จะแสดงถึงภาวะผิดปกติในการเผชิญปัญหาของครอบครัวโดย การใช้วิธีการในการระบายความรู้สึกคับข้องใจของสมาชิก โดยการทะเลาะเบาะแว้ง ทบตีกันในครอบครัว ปัญหาที่พบบ่อยคือการทุบตีคู่สมรส การทำร้ายบุตร การใช้ยาจากหม่ขูดุด่า การไล่ออกจากบ้าน การทำตัวห่างเหินกัน เป็นต้น ซึ่งการเผชิญปัญหาของครอบครัวควรมีการปรึกษาหารือในครอบครัว และใช้แหล่งประโยชน์ภายนอกครอบครัวอย่างเหมาะสม

2.2.1.5 หน้าที่ในการจัดการทรัพยากรทางเศรษฐกิจ (Economic function) หน้าที่ในการจัดการด้านเศรษฐกิจเป็นหน้าที่ที่จำเป็นทุกครอบครัวต้องปฏิบัติเพราะครอบครัวต้องมี การจัดการรายได้ที่จะนำจ่ายใช้สอย เพื่อจัดหาสิ่งจำเป็นทางกายภาพให้กับครอบครัว หน้าที่นี้รวมถึงการจัดการจัดสรรรายได้ที่ได้มาเพื่อนำมาใช้จ่ายอย่างเหมาะสม

2.2.1.6 หน้าที่ในการจัดหาสิ่งจำเป็นพื้นฐานทางกายภาพสำหรับสมาชิก (Provision of physical necessities) ทุกครอบครัวมีความต้องการสิ่งจำเป็นพื้นฐานทางกายภาพสำหรับสมาชิก ได้แก่ ปัจจัยสี่ คือ อาหาร เครื่องนุ่งห่ม ยารักษาโรค และที่อยู่อาศัย ในกรณีนี้รวมถึงการจัดการซึ่งการบริการด้านสุขภาพด้วย

2.2.2 การทำหน้าที่ของครอบครัวตามการตอบสนองเรื่องสุขภาพของครอบครัวและสมาชิกโดยตรง สามารถจำแนกได้ดังนี้ (Lundy & Janes, 2009)

2.2.2.1 พัฒนาความรู้สึกเป็นตัวตนและมีคุณค่าในตัวตน เป็นการสร้างคุณค่าในตนเอง ซึ่งครอบครัวจะเป็นด่านแรกที่จะทำให้สมาชิกเกิดความรักผูกพันกัน มีความรู้สึกในอิสระของตนเองใน การที่จะตัดสินใจ และมีความเข้าใจในความเป็นตัวตนของกันและกัน

2.2.2.2 ทำหน้าที่ในการดูแลสนับสนุนด้านจิตใจและชี้แนะในช่วงเปลี่ยนผ่านของชีวิต คนเรามีพัฒนาการการเปลี่ยนแปลงของชีวิต จากวัยเด็กสู่วัยผู้ใหญ่ ผู้สูงอายุ หรือมีพัฒนาการ เปลี่ยนผ่านในเหตุการณ์ต่างๆ ในชีวิต เช่น ในช่วงวัยเรียน ในช่วงการสูญเสีย ซึ่งในสภาวะดังกล่าวบุคคลจะมี

ความเครียด และต้องการการดูแลการให้คำแนะนำ ซึ่งคนเราต้องการที่จะเรียนรู้และสามารถผ่านการเปลี่ยนแปลงนั้นได้ ดังนั้นครอบครัวถือว่าเป็นศูนย์รวมของผู้ที่รักห่วงใย และมีประสบการณ์จึงต้องเป็นผู้ที่ต้องให้การสนับสนุนให้คำแนะนำให้สมาชิกในครอบครัวผ่านไปได้

2.2.2.3 พัฒนาให้เกิดการยอมรับในคุณค่าและการดูแลสุขภาพ ในครอบครัวแต่ละครอบครัวนั้นจะมีแบบแผน มีค่านิยม เป็นลักษณะเฉพาะแตกต่างกัน แล้วมีการถ่ายทอดลงมาสู่สมาชิกรุ่นต่อรุ่นในครอบครัว เพื่อให้เกิดความมั่นใจในตนเองในการที่จะดูแลตนเอง

2.2.2.4 ให้การศึกษาหรือความรู้แก่สมาชิกเกี่ยวกับระบบสุขภาพ และการใช้ระบบในการอยู่ร่วมกันของครอบครัว สมาชิกแต่ละคนควรได้รับข้อมูลหรือคำแนะนำทางด้านสุขภาพ หรือการดูแลสุขภาพ เพราะครอบครัวเป็นหน่วยแรกที่ใกล้ชิดสมาชิก และยังมีหน้าที่ในการดูแลโดยตรง

2.2.2.5 ทำหน้าที่ดูแลสุขภาพที่มีการเจ็บป่วยเรื้อรัง พิการหรือสูงอายุ ในวงจรชีวิตของสมาชิกในครอบครัวจะต้องมีภาวะการเจ็บป่วย หรือเข้าสู่ระยะสูงอายุ นอกจากนี้อาจมีสมาชิกที่มีภาวะพิการที่ต้องการการดูแลต่อเนื่อง ซึ่งครอบครัวต้องเป็นผู้ทำหน้าที่โดยตรง

## 2.3 ความหมายการพยาบาลครอบครัว

การพยาบาลครอบครัว เป็นการบริการสุขภาพครอบครัว ที่ใช้ศาสตร์ทางการพยาบาลและศาสตร์อื่นที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งศิลปะการพยาบาล มาใช้ในการส่งเสริมสุขภาพครอบครัว และช่วยให้ครอบครัวสามารถเผชิญภาวะวิกฤตต่างๆที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพได้ โดยมุ่งเน้นให้ครอบครัวสามารถดำรงภาวะสุขภาพได้อย่างเหมาะสม (รุจา ภูไพบูลย์, 2541)

### 2.3.1 บทบาทหน้าที่ของพยาบาลในการให้การพยาบาลครอบครัว

พยาบาลสามารถแสดงบทบาทอิสระในการดูแลสุขภาพของครอบครัว โดยใช้กระบวนการพยาบาลที่ ประกอบด้วย การประเมินครอบครัว วิเคราะห์ปัญหาหรือความต้องการทางด้านสุขภาพของครอบครัว วางแผนการ ดูแลสุขภาพครอบครัว ปฏิบัติการพยาบาลตามแผน และประเมินผลการพยาบาลครอบครัว โดยให้ความสำคัญ แนวคิด ครอบครัวเป็นศูนย์กลางของการดูแล (Family-Centered Care) มุ่งเสริมสร้างมุมมองหรือทัศนคติของความเป็นหุ้นส่วนร่วมกันระหว่างครอบครัวกับบุคลากรสุขภาพในการดูแลสุขภาพ เสริมสร้างการมีส่วนร่วมของครอบครัว มุ่งค้นหาและดึงศักยภาพเพิ่มความเข้มแข็ง หรือความสามารถในการพึ่งตนเองทางการดูแลสุขภาพของสมาชิกในครอบครัว ที่เชื่อมโยงหรือสอดคล้องกับบริบทหรือวิถีชีวิต เงื่อนไขหรือข้อจำกัดของครอบครัว อีกทั้งปรับหรือประยุกต์ใช้เทคโนโลยีหรือภูมิปัญญาท้องถิ่น/พื้นบ้าน ในการสร้างเสริมสุขภาพของครอบครัว บทบาทหน้าที่โดยรวม มีดังนี้ (รุจา ภูไพบูลย์, 2541)

2.3.1.1 ผู้ให้บริการ (Health Care provider/Providing Direct care) เป็นบทบาทให้บริการในการดูแลสุขภาพครอบครัวแบบองค์รวม ซึ่งประกอบด้วย การประเมิน ภาวะสุขภาพ การเจ็บป่วยและปัจจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับภาวะสุขภาพของผู้ป่วยและครอบครัว บทบาทในการประเมิน ผู้รับบริการ การวางแผนการดูแลหรือการพยาบาลทั้งระยะสั้นและระยะยาว การปฏิบัติการพยาบาล ได้แก่

กิจกรรมการพยาบาลต่างๆ และการประเมินผลบริการที่ให้แก่ผู้รับบริการสุขภาพที่บ้านทั้งแก่บุคคล ครอบครัว และชุมชน

2.3.1.2 ผู้ให้ความรู้ คำแนะนำ และข้อมูลต่างๆ (Health educator) โดยการให้ข้อมูลที่ช่วยให้ผู้รับบริการสามารถคิดตัดสินใจและช่วยเหลือตนเองได้ หรือการทำการสอน หรือให้ความรู้ด้านสุขภาพอนามัย ทั้งแบบที่เป็นทางการ และไม่เป็นทางการ แก่บุคคล ครอบครัว อีกทั้งแนะนำ กระตุ้นสนับสนุนให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมเพื่อให้ผู้ป่วย และครอบครัว มีความรู้ ความเข้าใจ สามารถดูแลช่วยเหลือตนเองได้อย่างเหมาะสม รวมทั้งการใช้และดัดแปลงประยุกต์ใช้อุปกรณ์ต่างๆ เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถใช้ชีวิตความเป็นอยู่ได้อย่างปกติ

2.3.1.3 ผู้ให้คำปรึกษาแก้ปัญหาต่างๆ (Health counselor) การให้คำปรึกษาแก่ผู้รับบริการและผู้ดูแลในสิ่งที่จำเป็นสำหรับการดูแลสุขภาพที่ต่อเนื่อง โดยเป็นปัญหาที่เกี่ยวข้องกับภาวะสุขภาพภาพ และปัญหาอื่นๆ เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจให้แก่ผู้ป่วยและญาติ ให้สามารถที่จะดำเนินชีวิตได้อย่างมีความสุข

2.3.1.4 เป็นตัวอย่าง (Role model) พยาบาลครอบครัวจะต้องเป็นตัวอย่างที่ดีแก่ผู้รับบริการ ในด้านสุขภาพ การดูแลตนเอง การให้คุณค่าในการดูแลสุขภาพ นอกจากนี้ ยังเป็นแบบอย่างในเรื่องอื่นๆ ที่ส่งผลในการดำเนินชีวิต เช่น การดำเนินชีวิตตามแนวพุทธหรือศาสนา เป็นแบบอย่างผู้มีคุณธรรม จริยธรรม เป็นแบบอย่างในความเอื้ออาทรในความเป็นมนุษย์ด้วยกัน

2.3.1.5 เป็นผู้รักษาผลประโยชน์หรือสิทธิของผู้รับบริการ (Client Advocate) พยาบาลจะต้องเป็นผู้พิทักษ์สิทธิ์ของผู้รับบริการเพื่อให้ผู้รับบริการได้รับประโยชน์สูงสุด ส่งผลต่อภาวะสุขภาพที่ดี ซึ่งการพิทักษ์สิทธิ์นี้ทำได้ในหลายรูปแบบ ได้แก่

1) ส่งต่อผู้รับบริการให้ได้รับบริการที่เหมาะสม เช่น ในรายที่ยากจน ส่งไปพบนักสังคมสงเคราะห์ เป็นต้น

2) ชี้แจงรายละเอียดที่ผู้รับบริการพึงมีพึงได้ เช่น การจ่ายค่าทดแทน เป็นต้น

3) ชี้แจงถึงแหล่งประโยชน์ที่มีบริการในชุมชนเพื่อให้ผู้รับบริการรับรู้ข้อมูลข่าวสารเพื่อประกอบการตัดสินใจขอความช่วยเหลือ

2.3.1.6 เป็นผู้ร่วมงาน (Collaborator) ในการพยาบาลครอบครัวนั้น พยาบาลไม่ได้ทำเพียงคนเดียวต้องทำงานร่วมกับผู้อื่นที่สามารถเป็นแหล่งประโยชน์ของครอบครัวได้ ดังนั้น พยาบาลจะต้องเป็นทั้งผู้นำและเป็นผู้ร่วมทีมกับคนอื่นได้ โดยปฏิบัติตนและร่วมตัดสินใจร่วมกับคนอื่นๆ ในทุกขั้นตอนของกระบวนการพยาบาล โดยเฉพาะอย่างยิ่งในการวางแผนแก้ไขปัญหาการดูแลสุขภาพที่บ้าน จำเป็นต้องร่วมกันทั้งผู้รับบริการ ครอบครัว ผู้ให้บริการสุขภาพอื่นๆ

2.3.1.7 ผู้ประสานงาน (Coordinator) ในการดำเนินงานพยาบาลต้องทำหน้าที่ร่วมกับทีมสุขภาพ ดังนั้นพยาบาลต้องสามารถเป็นผู้ประสานงานทั้งภายในทีมสุขภาพและไม่ใช้ทีมสุขภาพ

รวมทั้งระหว่างทีมสุขภาพ ผู้ป่วย ญาติ หรือผู้ดูแลและครอบครัว เพื่อให้การช่วยเหลือผู้ป่วยให้ได้รับการดูแลอย่างเหมาะสม ซึ่งลักษณะการทำหน้าที่ประสานงานในการดูแลผู้ป่วยและครอบครัว ดังนี้

1) การส่งต่อผู้รับบริการไปยังแหล่งบริการอื่น ซึ่งพยาบาลในฐานะผู้ประสานงานจะต้องทราบบทบาท หน้าที่ของบุคลากรต่างๆ ของทีมสุขภาพอื่น เช่น นักกายภาพบำบัด นักสังคมสงเคราะห์ นักอาชีวบำบัด เป็นต้น และจะต้องมีความรู้เกี่ยวกับบริการในแต่ละหน่วยงานของแหล่งประโยชน์ในชุมชนเพื่อให้การส่งต่อมีประสิทธิภาพ

2) การประชุมปรึกษารายกรณี พยาบาลจะต้องจัดให้มีการประชุมเพื่อปรึกษาเป็นรายๆ ไป เพื่อเป็นการแลกเปลี่ยนข้อมูล ในเรื่องแผน ผล และการพัฒนาแนวทางการรักษา การกำหนดเป้าหมายในการดูแลผู้รับบริการที่บ้านอย่างต่อเนื่อง ซึ่งอาจจัดประชุมอย่างเป็นทางการหรือไม่เป็นทางการก็ได้

2.3.1.8 เป็นผู้วางแผนการจำหน่ายผู้ป่วย (Discharge Planner) พยาบาลจะต้องวางแผนเกี่ยวกับความต้องการของผู้ป่วยหลังจากออกจากโรงพยาบาลอย่างเหมาะสม โดยใช้ข้อมูลเกี่ยวกับสภาพบ้านและแหล่งประโยชน์ที่มีในชุมชน

2.3.1.9 เป็นผู้ค้นหา/ผู้หาผู้ป่วย (Case Finder) เป็นการค้นหาผู้ที่มีปัญหา หรือต้องการบริการสุขภาพอย่างใดอย่างหนึ่ง เพื่อดำเนินการให้บริการดูแลสุขภาพที่บ้านตามความจำเป็น

2.3.1.10 เป็นผู้สนับสนุน (Supporter) โดยหาแหล่งประโยชน์ต่างๆ ในชุมชน ซึ่งแหล่งประโยชน์นั้นเป็นทั้งทรัพยากร หรือเงิน หรือคน หรือหน่วยงานได้ เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถที่จะดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสม

2.3.1.11 เป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลง (Change Agent and Leader) พยาบาลควรวางตนเป็นแบบอย่าง โน้มน้าวให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพที่ดี

2.3.1.12 เป็นนักวิจัย (Researcher) บทบาทนี้เกี่ยวข้องกับการนำกระบวนการพยาบาลไปใช้ในการดูแลสุขภาพที่บ้านทั้งในขั้นตอนของการ ประเมิน วางแผน ดำเนินการ ประเมินปัญหาสุขภาพครอบครัว และการแก้ไข การวิจัยจะช่วยให้การวิเคราะห์ ข้อเท็จจริงทุกขั้นตอนในกระบวนการพยาบาล เพื่อให้การดูแลสุขภาพที่บ้านมีประสิทธิภาพและมีการพัฒนาให้ทันต่อการเปลี่ยนแปลงของสังคม

## 2.3.2 หลักในการให้การพยาบาลครอบครัว

2.3.2.1 เน้นครอบครัวเป็นศูนย์กลางของการดูแล (Family-Centered Care) ครอบครัวเปรียบเสมือน ผู้รับบริการ 1 ราย ที่มีองค์ประกอบที่หลากหลาย แต่ละครอบครัวมีความแตกต่างกัน มีความต้องการต่างกัน ดังนั้น การดูแลจึงเป็นความต่างของแต่ละครอบครัว

2.3.2.2 มุ่งเน้นการสร้างเสริมสุขภาพของครอบครัว ให้ครอบครัวสามารถปรับสมดุล และดูแลตนเองได้

2.3.2.3 สร้างเสริมศักยภาพและสร้างพลังอำนาจทั้งในสมาชิกและครอบครัวให้สามารถที่จะดูแลตนเอง และพึ่งตนเองได้



2.3.2.4 เน้นการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการจัดการกับภาวะต่างๆ ทั้งในเรื่อง วิธีแก้ปัญหา ทรัพยากรบุคคล และทรัพยากรอื่นๆ

2.3.2.5 ส่งเสริมให้มีเครือข่ายในการร่วมดูแลและช่วยเหลือครอบครัว

จะเห็นได้ว่า ในการดำเนินการให้การดูแลสุขภาพครอบครัวนั้น ต้องมีการบูรณาการองค์ความรู้ที่เกี่ยวข้อง มีการทำงานอย่างเป็นระบบ และเป็นทีมกับเครือข่ายสุขภาพ ที่สำคัญคือการทำงานร่วมกับครอบครัว เปิดโอกาสให้สมาชิกในครอบครัวได้เพิ่มศักยภาพในการดูแลครอบครัวตัวเอง มีความเข้าใจยอมรับในความต่างของแต่ละครอบครัว เพื่อให้ได้ถึงซึ่งผลลัพธ์สุดท้ายคือ สุขภาพของครอบครัว

### 3 การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ

#### 3.1 ความหมายการทบทวนงานวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ

สถาบันโจแอนนา บริกส์ (The Joanna Briggs Institute, 2007) ได้ให้ความหมาย ของการทบทวนงานวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ หมายถึง การใช้กระบวนการทางวิทยาศาสตร์ในการศึกษารายงานการวิจัยต่างๆ ที่มีการเผยแพร่ต่อสาธารณชน เพื่อให้ได้ข้อค้นพบ หรือคำตอบจากรายงานการวิจัยที่ดีที่สุดที่ปรากฏ ในรายงานการวิจัยที่ศึกษา โดยมีขั้นตอนดังนี้ คือ การระบุประเด็นที่ต้องการศึกษา การสืบค้นวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง การคัดเลือกรายงานการศึกษาที่มีคุณสมบัติ ตามเกณฑ์ที่กำหนด การประเมินการรวบรวมรายงานการวิจัยที่ได้จากการคัดเลือก รวมไปถึงการวิเคราะห์ข้อมูลและสรุปผลเพื่อตอบคำถามการวิจัยโดยยึดหลักการของสถาบันโจแอนนา บริกส์ (The Joanna Briggs Institute, 2007)

#### 3.2 ความสำคัญของการทบทวนงานวิจัยอย่างเป็นระบบ

งานวิจัยทางด้านสุขภาพที่มีเพิ่มมากขึ้น เป็นผลทำให้บุคลากรทางด้านสุขภาพไม่สามารถติดตามผลงานวิจัยที่ตีพิมพ์เผยแพร่ได้ทั้งหมด ปัจจุบันนี้วิชาชีพพยาบาลเห็นความสำคัญของการนำผลการวิจัยเข้ามาสู่การปฏิบัติการพยาบาล อีกทั้งงานวิจัยที่มีจำนวนมากจึงต้องมีวิธีการคัดเลือก ผลงานวิจัยในการนำมาใช้เพื่อให้ได้ความรู้ที่ดีที่สุด มีความน่าเชื่อถือและนำไปปฏิบัติงานทางคลินิก เพื่อเป็นตัวชี้วัด ในการประกันคุณภาพการพยาบาล จึงก่อให้เกิดการทบทวนงานวิจัยอย่างเป็นระบบขึ้น โดยการจัดการตามระเบียบวิธีการทบทวนงานวิจัยและความไม่ลำเอียงในการสรุปรวมผลงานวิจัย (The Joanna Briggs Institute, 2000) เพื่อประโยชน์ในการตัดสินใจนำความรู้ไปปฏิบัติการพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence – based nursing) ซึ่งหมายถึง กระบวนการแก้ปัญหาทางคลินิก ที่บูรณาการหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ดีที่สุดจากงานวิจัยที่มีการออกแบบอย่างดี ค่านิยม/ความเชื่อของผู้ป่วยและความเชี่ยวชาญทางคลินิกของพยาบาลในการพิจารณาตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลหรือให้การพยาบาลผู้ป่วย (ฟองคำ ตลกสกุลชัย, 2551) และปัจจุบันหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ดีที่สุดในด้านการดูแลรักษา และฟื้นฟูสภาพ ซึ่งเกี่ยวข้องกับ การคัดกรอง การวินิจฉัยโรค จะต้องจากรายงานที่มีความน่าเชื่อถือ ทั้งขั้นตอนของการทำวิจัย และผลลัพธ์ของการทำวิจัย ที่สำคัญจะต้องมีความทันสมัย (มาลินี เหล่าไพบูลย์ และภิเศก ลุมพิกานนท์, 2552)

ทั้งนี้ การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบเกี่ยวกับ การดูแลครอบครัวเด็กป่วยโรคมะเร็ง ซึ่งประกอบด้วยขั้นตอนดังต่อไปนี้ (ฟองคำ ติลกสกุลชัย, 2551)

1) การกำหนดคำถามการทบทวน โดยใช้หลักการตั้งคำถามที่กำหนดด้วยตัวย่อ ตามกรอบแนวคิด PICO ดังนี้

P: Patient population or problem เป็นการระบุกลุ่มประชากร โรค หรือปัญหาที่สนใจ

I: Interventions or Area of interest เป็นการระบุหัตถการ หรือการรักษาที่สนใจซึ่งต้องมีความเฉพาะเจาะจง

C: Comparison intervention (ถ้ามี) เป็นการระบุเปรียบเทียบ ซึ่งจะช่วยจำกัดขอบเขตของการสืบค้นให้แคบลง

O: Outcome เป็นผลลัพธ์ ซึ่งจะต้องมีความเฉพาะเจาะจง และวัดได้

2) การกำหนดวัตถุประสงค์

3) การกำหนดเกณฑ์การคัดเลือกงานวิจัย

4) การกำหนดเกณฑ์การสืบค้นงานวิจัย/หลักฐานเชิงประจักษ์

5) การกำหนดเกณฑ์การประเมินงานวิจัย/หลักฐานเชิงประจักษ์

6) สังเคราะห์งานวิจัยและการวิเคราะห์ข้อมูล

7) การรวบรวมข้อมูลจากงานวิจัย

### 3.3 การจัดระดับความน่าเชื่อถือของหลักฐาน

การจัดระดับความน่าเชื่อถือของหลักฐานจากรายงานวิจัย มีหลากหลายและแตกต่างกันบ้างเล็กน้อย แต่ส่วนใหญ่ เป็นไปในทิศทางเดียวกันเนื่องจากใช้หลักการพิจารณาจากความน่าเชื่อถือทางระเบียบวิจัยเป็นสำคัญเหมือนกัน ดังนี้

การจำแนกของสถาบันโจแอนนา บริกส์ (Joanna Briggs Institute Reviewer's Manual 2008 edition, 2008) ได้จัดระดับข้อมูลเชิงประจักษ์เป็น 4 ระดับ ได้แก่

ระดับที่ 1 เป็นความรู้ที่ได้จากการทบทวนอย่างเป็นระบบจากการวิจัย ซึ่งเป็นการวิจัยเชิงทดลองที่มีการออกแบบที่ดี มีกลุ่มควบคุม และมีการสุ่มตัวอย่างเข้ารับการทดลอง

ระดับที่ 2 เป็นความรู้ที่ได้จากการทบทวนอย่างเป็นระบบจากการวิจัยที่ประกอบด้วยการศึกษาทดลองที่มีการออกแบบที่ดี มีกลุ่มควบคุม และมีการสุ่มตัวอย่างเข้ารับการทดลอง อย่างน้อย 1 เรื่อง

ระดับที่ 3 แบ่งเป็น 3 ระดับย่อย ดังนี้

ระดับที่ 3.1 เป็นความรู้ที่ได้จากการทบทวนอย่างเป็นระบบจากการวิจัยที่ประกอบด้วยการศึกษาทดลองที่มีการออกแบบที่ดี มีกลุ่มควบคุม แต่ไม่มีการสุ่มตัวอย่างเข้ารับการทดลอง

ระดับที่ 3.2 เป็นความรู้ที่ได้จากทบทวนอย่างเป็นระบบจากการวิจัย ที่ประกอบด้วย การศึกษาติดตามไปข้างหน้า (cohort study) หรือการทดลองที่มีกลุ่มควบคุม ซึ่งมีการออกแบบการวิจัยที่ดี และจะดียิ่งขึ้นหากเป็นการศึกษาจากหลายแห่งหรือหลายกลุ่มผู้วิจัย (research group)

ระดับที่ 3.3 เป็นความรู้ที่ได้จากการทบทวนอย่างเป็นระบบจากการวิจัยที่ประกอบด้วยการศึกษาในหลายช่วงเวลา (multiple time series) ซึ่งอาจจะไม่มีการจัดการกระทำหรือจัดกระทำแต่ไม่มีการควบคุมการทดลอง

ระดับที่ 4 เป็นความรู้ที่ได้จากการทบทวนอย่างเป็นระบบจากการวิจัยเชิงบรรยาย ข้อคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิที่ได้รับการยอมรับ (respected authorities) ประสบการณ์ทางคลินิก (clinical experience) หรือรายงานของคณะกรรมการผู้เชี่ยวชาญ (expert committees)

และยังมีการจัดระดับของ เมลินีย์และไฟเอท์- โอเวอร์ฮอลต์ (Melnyk & Fineout – Overholt, 2011) โดยมีรายละเอียดดังนี้

ระดับ 1 หลักฐานจากการทบทวนงานวิจัยอย่างเป็นระบบ (Systematic Review) การวิเคราะห์เมต้าจากงานวิจัยเชิงทดลองที่มีการสุ่มและมีกลุ่มควบคุมทั้งหมด (Randomized controlled trial, RCT) และแนวปฏิบัติที่มาจากหลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence – based Practice Guideline) เป็นหลักฐานที่มีความน่าเชื่อถือมากที่สุดในการเป็นแนวทางการตัดสินใจทางคลินิก

ระดับ 2 หลักฐานจากงานวิจัยเชิงทดลองที่มีการสุ่มและมีกลุ่มควบคุมที่มีการออกแบบวิจัยอย่างดี อย่างน้อย 1 เรื่อง (Randomized controlled trial, RCT)

ระดับ 3 หลักฐานที่ได้จากงานวิจัยเชิงทดลองที่มีกลุ่มควบคุม มีการออกแบบวิจัยอย่างดี แต่ไม่มีการสุ่ม (controlled trial, without randomized)

ระดับ 4 หลักฐานที่ได้จากงานวิจัยที่เป็นการศึกษาย้อนหลัง หรือการติดตามไปข้างหน้า ที่มีการออกแบบวิจัยอย่างดี (case controlled and cohort studies)

ระดับ 5 หลักฐานที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบของงานวิจัยเชิงบรรยายหรืองานวิจัยเชิงคุณภาพ (descriptive and qualitative study)

ระดับ 6 หลักฐานที่ได้จากงานวิจัยเดี่ยวที่เป็นงานวิจัยเชิงบรรยายหรืองานวิจัยเชิงคุณภาพ

ระดับ 7 หลักฐานที่ได้จากผู้เชี่ยวชาญในกลุ่มวิชาชีพเฉพาะ และ/หรือ รายงานจากคณะกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิเฉพาะเรื่อง ซึ่งจัดเป็นลำดับสุดท้าย ในกรณีที่ไม่มีงานวิจัยทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพในหัวข้อนั้นๆ

นอกจากนี้ ยังมีการประเมินงานวิจัยว่ามีความน่าเชื่อถือเพียงพอที่จะนำผลการวิจัยไปใช้ในการปฏิบัติได้ (Scientific merit) โดยนำหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาทั้งหมดมาวิเคราะห์และสังเคราะห์ประเมินคุณภาพตามหลักเกณฑ์และพิจารณาความเป็นไปได้ของงานวิจัยที่จะนำไปใช้ในคลินิก

(Research utilization criteria) มีการแบ่งระดับของหลักฐาน (Level of evidence) (คณะอนุกรรมการ Evidence-Based Medicine & clinical Practice Guidelines, 2544) ดังนี้

ระดับ A หมายถึง หลักฐานงานวิจัยที่เป็น meta - analysis ของงานวิจัยที่ ออกแบบเป็นเชิงทดลอง ชนิดที่มีการสุ่มเข้ากลุ่ม (randomized controlled trials: RCT) หรือ งานวิจัยเดี่ยว ที่ออกแบบเป็นเชิงทดลองชนิดที่มีการสุ่มเข้ากลุ่ม (randomized controlled trials: RCT) โดยดำเนินการ อย่างเหมาะสม

ระดับ B หมายถึง หลักฐานงานวิจัยที่เป็น meta - analysis ของงานวิจัยที่ ออกแบบเป็นเชิงทดลอง ชนิดที่มีการสุ่มเข้ากลุ่ม (randomized controlled trials: RCT) อย่างน้อย 1 เรื่อง หรือหลักฐานที่ได้จากงานวิจัยที่มีการออกแบบอย่างรัดกุม แต่เป็นงานวิจัยกึ่งทดลอง หรืองานวิจัยที่เป็นการ ทดลอง ชนิดที่ไม่มีการสุ่มเข้ากลุ่ม ได้แก่ non - randomized controlled trials, cohort study, case control study ที่ดำเนินการอย่างเหมาะสม หรือ randomized controlled trials ที่ดำเนินการไม่เหมาะสม

ระดับที่ C หมายถึง หลักฐานที่ได้จากงานวิจัยที่เป็นงานเปรียบเทียบหา ความสัมพันธ์หรืองานวิจัยเชิงบรรยาย (descriptive study)

ระดับที่ D หมายถึง หลักฐานที่ได้จากความคิดเห็นหรือฉันทามติของคณะ ผู้เชี่ยวชาญ (expert consensus)

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้เกณฑ์จัดระดับความน่าเชื่อถือของหลักฐานตามตามเกณฑ์ของ ราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย เนื่องจากเป็นเกณฑ์ที่สามารถนำมาประเมินคุณภาพงานวิจัยเพื่อจัด ระดับของงานวิจัยได้ง่ายและมีความเหมาะสม

จากที่ได้กล่าวมาแล้วนั้น พบว่า การที่เด็กเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งนั้น ส่งผลกระทบต่อเด็กและ ครอบครัว เป็นอย่างมาก และการรักษาพยาบาลเด็กป่วยโรคมะเร็งที่ดีจะเกิดขึ้นไม่ได้หากครอบครัวไม่สามารถ ปรับตัวและดำรงบทบาทหน้าที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งในปัจจุบันพบว่ามีการศึกษาเกี่ยวกับการดูแล ครอบครัวเด็กป่วยโรคมะเร็ง โดยวิธีการดูแลครอบครัวที่นำมาใช้อย่างได้ผล ได้แก่ การให้ข้อมูลและการให้ ความรู้เป็นรายกลุ่มหรือรายบุคคล โดยใช้สื่อทัศนูปกรณ์หรือวิธีการต่างๆ การดูแลทางด้านจิตใจ เช่น การเปิด โอกาสให้แสดงความรู้สึกและร่วมอภิปรายกลุ่มในหัวข้อความกังวลเกี่ยวกับสถานการณ์ความเจ็บป่วยของเด็ก ป่วยโรคมะเร็ง เป็นต้น แต่อย่างไรก็ดี การศึกษาเหล่านี้ล้วนเกิดขึ้นในบริบทที่แตกต่างกัน ทำให้มีจุดเด่นและ ข้อจำกัดที่แตกต่างกัน รวมทั้งยังมีความแตกต่างกันเรื่องอุบัติการณ์ ชนิดของโรคมะเร็ง และความแตกต่างกัน ตามวัฒนธรรม ศาสนา และเชื้อชาติ ดังนั้น เพื่อให้เกิดการนำผลการวิจัยมาใช้อย่างมีประสิทธิภาพภายใต้ หลักฐานเชิงประจักษ์ที่มีอยู่ การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบจะช่วยให้ได้ผลสรุปของการปฏิบัติที่ แท้จริง

## บทที่ 3

### วิธีดำเนินการวิจัย

#### 1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษานี้ มีวัตถุประสงค์ เพื่อทบทวนองค์ความรู้เกี่ยวกับแนวทาง รูปแบบ หรือวิธีการดูแลครอบครัวเด็กป่วยโรคมะเร็ง โดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ (evidence – based nursing practice) ได้แก่ ตำรา เอกสารทางวิชาการ บทความ และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง รวบรวมมาวิเคราะห์และสังเคราะห์หลักฐานข้างต้น เพื่อให้ทราบถึงแนวทาง รูปแบบ วิธีการดูแลครอบครัวเด็กป่วยโรคมะเร็ง

##### ประชากร

ได้แก่ งานวิจัยที่เกี่ยวกับการดูแลครอบครัวเด็กป่วยโรคมะเร็ง ภาษาไทยหรือภาษาอังกฤษ

##### กลุ่มตัวอย่าง

ได้แก่ รายงานวิจัยหรือบทความวิจัยเชิงทดลองหรือกึ่งทดลองที่มีกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองฉบับเต็ม เกี่ยวกับการดูแลครอบครัวเด็กป่วยโรคมะเร็ง ภาษาไทยหรือภาษาอังกฤษที่ตีพิมพ์ ย้อนหลังไม่เกิน 10 ปี เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ทันสมัยสามารถนำมาวิเคราะห์ เปรียบเทียบได้ ระหว่างเดือนมกราคม พ.ศ. 2551 ถึง เดือนมกราคม พ.ศ. 2561

#### 2. วิธีดำเนินการวิจัย

ผู้ศึกษาได้วางกรอบแนวคิดในการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบเกี่ยวกับ การดูแลครอบครัวเด็กป่วยโรคมะเร็ง ซึ่งประกอบด้วยขั้นตอนดังต่อไปนี้

##### 2.1 การกำหนดคำถามการทบทวน

กำหนดคำถามการทบทวนโดยใช้หลักการตั้งคำถามที่กำหนดด้วยตัวย่อ ตามกรอบแนวคิด PICO (P: Patient population or problem, I: Interventions or Area of interest, C: Comparison intervention and O: Outcome) สำหรับการทบทวนองค์ความรู้ที่เป็นระบบครั้งนี้ สามารถกำหนดคำถามได้ดังนี้

P ได้แก่ ครอบครัว เด็กป่วยโรคมะเร็ง (family, children cancer)

I ได้แก่ รูปแบบ โปรแกรม สนับสนุน ช่วยเหลือ (Intervention, supportive)

C ไม่มีการศึกษาเปรียบเทียบ

O ได้แก่ ความวิตกกังวล ความเครียด ความผาสุก การปรับตัวทางด้านจิตใจ

คุณภาพชีวิต (anxiety, stress, well-being, psychological adjustment and quality of life)

สรุปคำถามได้ว่า การดูแลครอบครัวเด็กป่วยโรคมะเร็งมีรูปแบบและวิธีการอย่างไร

## 2.2 การกำหนดวัตถุประสงค์

เพื่อทบทวนองค์ความรู้เกี่ยวกับ รูปแบบ แนวทาง หรือวิธีการดูแลครอบครัวเด็กป่วยโรคมะเร็ง

## 2.3 การกำหนดเกณฑ์การคัดเลือกงานวิจัย

2.3.1 หัวข้อที่เลือกจะต้องครอบคลุมตามกรอบแนวคิด PICO อย่างครบถ้วน

2.3.2 คัดเลือกงานวิจัยทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ที่ตีพิมพ์ระหว่างเดือนมกราคม พ.ศ. 2551 ถึง เดือนมกราคม พ.ศ. 2561

2.3.3 เป็นงานวิจัยเชิงทดลองหรือกึ่งทดลอง ที่มีกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

2.3.4 หากมีข้อมูลหรืองานวิจัยซ้ำกันอยู่ในฐานข้อมูลมากกว่าหนึ่งฐานข้อมูล ผู้ศึกษาเลือกมาเพียงฐานข้อมูลเดียว

2.3.5 มีรายงานวิจัยหรือบทความวิจัยฉบับเต็ม

## 2.4 การกำหนดเกณฑ์การสืบค้นงานวิจัย/หลักฐานเชิงประจักษ์

การสืบค้นรายงานวิจัยที่เกี่ยวข้องสำหรับการศึกษาทบทวนความรู้อย่างเป็นระบบครั้งนี้ มีการสืบค้นโดยคำสำคัญ (key words) คือ ครอบครัว เด็กป่วยโรคมะเร็ง (family, children cancer) รูปแบบโปรแกรม สนับสนุน ช่วยเหลือ (Intervention, supportive) ความวิตกกังวล ความเครียด ความผาสุก การปรับตัวทางด้านจิตใจ คุณภาพชีวิต (anxiety, stress, well-being, psychological adjustment and quality of life) ด้วยวิธีการ 2 วิธี ดังต่อไปนี้

**2.4.1 การสืบค้นด้วยมือ (hand searching)** วรรณกรรมเกี่ยวกับการดูแลครอบครัวเด็กป่วยด้วยโรคมะเร็งนั้น วารสารบางเล่มไม่ปรากฏอยู่ในฐานข้อมูลออนไลน์ (Grey literature) ซึ่งเป็นเอกสารที่พิมพ์เผยแพร่ในวงจำกัด อีกทั้ง มีบางส่วนอยู่ในวิทยานิพนธ์ หรือตำราต่างประเทศ Proceedings การประชุมระดับชาติ นานาชาติ ทางกายภาพ รวมทั้งรายงานผลการดำเนินงานของหน่วยงานต่าง ๆ ซึ่งไม่สามารถสืบค้น online ได้ จึงยังมีความจำเป็นต้องสืบค้นด้วยมือ (hand searching) โดยเดินทางไปยังห้องสมุด หรือสถานที่รวบรวมสารสนเทศเหล่านี้ นอกจากนี้ วารสารทางการแพทย์ที่มีคุณภาพหลายชื่อเรื่องไม่ให้อ่านโหลดเนื้อหาในวารสารเล่มใหม่ได้ จึงจำเป็นต้องไปเลือกคัดสรรด้วยมือ และสำเนาเอกสารด้วยตนเอง ได้แก่ สำนักบรรณสารสนเทศมหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช สำนักหอสมุดมหาวิทยาลัยมหิดล สำนักวิทยบริการจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย สำนักหอสมุดมหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ สำนักหอสมุดกลางมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ สำนักหอสมุดมหาวิทยาลัยบูรพา สำนักหอสมุดมหาวิทยาลัยขอนแก่น สำนักหอสมุดมหาวิทยาลัยเชียงใหม่ สำนักหอสมุด มหาวิทยาลัยมหาสารคาม และสำนักหอสมุดมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

## 2.4.2 การสืบค้นด้วยคอมพิวเตอร์ (computerized searching) โดยสืบค้นจาก

ฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ และบริการสืบค้นออนไลน์ทางอินเทอร์เน็ต

2.4.2.1 ฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ด้านสุขภาพและทางด้านการพยาบาล ที่มีความน่าเชื่อถือและเป็นที่ยอมรับในระดับสากล ได้แก่ ได้แก่ CINAHL, PubMed, Springer Link, Science Direct, Thai Journals Online (ThaiJO)

2.4.2.2 เว็บไซต์ของห้องสมุดสถาบันอุดมศึกษา ส่วนใหญ่เป็น ศูนย์บริการข้อมูลของห้องสมุดกลาง (Central library) ผู้ใช้บริการสามารถสืบค้นข้อมูลสิ่งพิมพ์ของ ห้องสมุดสถาบันต่างๆ ที่สังกัดสถาบันอุดมศึกษานั้นไว้ได้ด้วย

2.4.2.3 การสืบค้นจากรายงานวิจัยที่อ้างอิงแนบท้าย หรือบรรณานุกรมของแต่ละรายงานวิจัยที่รวบรวมได้

จากการสืบค้นข้อมูลงานวิจัยที่เกี่ยวข้องโดยคำสำคัญ (Key word) ที่ใช้ในการสืบค้นตามเกณฑ์การสืบค้นที่ได้กำหนดไว้ข้างต้น พบข้อมูลงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง หรือสัมพันธ์กับแนวทางการศึกษา โดยได้แสดงไว้ในตารางที่ 3.1

ตารางที่ 3.1 จำนวนงานวิจัยสืบค้นได้โดยแบ่งตามแหล่งของฐานข้อมูล คำสำคัญ จากฐานข้อมูลที่เกี่ยวข้อง

ฐานข้อมูล	คำสำคัญ	จำนวน	จำนวนงานวิจัย	จำนวนงานวิจัย	จำนวน
		งานวิจัยที่สืบค้นได้	ที่ตรงตามเกณฑ์การคัดเลือก	ที่ซ้ำซ้อนกันภายในฐานข้อมูล	งานวิจัยที่ซ้ำกับฐานข้อมูลอื่น
CINAHL	Family and children cancer and intervention and anxiety	20	1	0	0
	Family and children cancer and intervention and stress	28	0	1	0
	Family and children cancer and intervention and well being	14	1	0	0
	Family and children cancer and intervention and psychological adjustment	5	0	0	0
	Family and children cancer and intervention and quality of life	24	0	0	0

	Family and children cancer and supportive and anxiety	6	0	0	0
	Family and children cancer and supportive and stress	9	0	0	0
	Family and children cancer and supportive and well being	3	0	0	0
	Family and children cancer and supportive and psychological adjustment	2	0	0	0
	Family and children cancer and supportive and quality of life	7	0	0	0
<b>PubMed</b>	Family and children cancer and intervention and anxiety	24	7	0	1
	Family and children cancer and intervention and stress	28	4	5	0
	Family and children cancer and intervention and well being	9	1	0	0
	Family and children cancer and intervention and psychological adjustment	8	0	3	0
	Family and children cancer and intervention and quality of life	41	3	2	1
	Family and children cancer and supportive and anxiety	0	0	0	0
	Family and children cancer and supportive and stress	2	0	0	0
	Family and children cancer and supportive and well	4	0	0	0



	being				
	Family and children cancer and supportive and psychological adjustment	1	0	0	0
	Family and children cancer and supportive and quality of life	2	0	1	0
<b>Springer Link</b>	Family and children cancer and intervention and anxiety	35	0	0	1
	Family and children cancer and intervention and stress	40	0	0	1
	Family and children cancer and intervention and well being	25	0	0	0
	Family and children cancer and intervention and psychological adjustment	4	0	0	1
	Family and children cancer and intervention and quality of life	37	0	0	1
	Family and children cancer and supportive and anxiety	27	0	0	1
	Family and children cancer and supportive and stress	30	0	0	1
	Family and children cancer and supportive and well being	22	0	0	0
	Family and children cancer and supportive and psychological adjustment	2	0	0	1
	Family and children cancer and supportive and quality	30	0	0	1

	of life				
<b>Science Direct</b>	Family and children cancer and intervention and anxiety	33	0	0	0
	Family and children cancer and intervention and stress	36	0	0	0
	Family and children cancer and intervention and well being	8	0	0	0
	Family and children cancer and intervention and psychological adjustment	1	0	0	0
	Family and children cancer and intervention and quality of life	47	1	0	0
	Family and children cancer and supportive and anxiety	17	0	0	0
	Family and children cancer and supportive and stress	18	0	0	0
	Family and children cancer and supportive and well being	3	0	0	0
	Family and children cancer and supportive and psychological adjustment	0	0	0	0
	Family and children cancer and supportive and quality of life	26	0	0	0
<b>Thai Journals Online (ThaiJO)</b>	เด็กป่วยโรคมะเร็ง	55	4	0	0
<b>Thai-Journal Citation Index Centre (TCI)</b>	เด็กโรคมะเร็ง	7	1	0	0

ห้องสมุด มหาวิทยาลัย มหิดล	เด็กโรคมะเร็ง	10	1	0	0
ห้องสมุด มหาวิทยาลัย ขอนแก่น	เด็กโรคมะเร็ง	48	0	0	0
ห้องสมุด มหาวิทยาลัย บูรพา	เด็กโรคมะเร็ง	0	0	0	0
ห้องสมุด มหาวิทยาลัย เชียงใหม่	เด็กโรคมะเร็ง	2	0	0	0
รวม		716	24		

## 2.5 การกำหนดเกณฑ์การประเมินงานวิจัย/หลักฐานเชิงประจักษ์

การประเมินงานวิจัยมีความน่าเชื่อถือเพียงพอที่จะนำผลการวิจัยไปใช้ในการปฏิบัติได้ (Scientific merit) โดยนำหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาทั้งหมดมาวิเคราะห์และสังเคราะห์ ประเมินคุณภาพตามหลักเกณฑ์และพิจารณาคำถามไปได้ของงานวิจัยที่จะนำไปใช้ในคลินิก (Research utilization criteria) มีการแบ่งระดับของหลักฐาน (Level of evidence) (คณะอนุกรรมการ Evidence-Based Medicine & clinical Practice Guidelines, 2544) ดังนี้

ระดับ A หมายถึง หลักฐานงานวิจัยที่เป็น meta – analysis ของงานวิจัยที่ออกแบบเป็นเชิงทดลอง ชนิดที่มีการสุ่มเข้ากลุ่ม (randomized controlled trials: RCT) หรือ งานวิจัยเดี่ยวที่ออกแบบเป็นเชิงทดลองชนิดที่มีการสุ่มเข้ากลุ่ม (randomized controlled trials: RCT) โดยดำเนินการอย่างเหมาะสม

ระดับ B หมายถึง หลักฐานงานวิจัยที่เป็น meta – analysis ของงานวิจัยที่ออกแบบเป็นเชิงทดลอง ชนิดที่มีการสุ่มเข้ากลุ่ม (randomized controlled trials: RCT) อย่างน้อย 1 เรื่อง หรือหลักฐานที่ได้จากงานวิจัยที่มีการออกแบบอย่างรัดกุม แต่เป็นงานวิจัยกึ่งทดลอง หรืองานวิจัยที่เป็นการทดลอง ชนิดที่ไม่มีการสุ่มเข้ากลุ่ม ได้แก่ non - randomized controlled trials, cohort study, case control study ที่ดำเนินการอย่างเหมาะสม หรือ randomized controlled trials ที่ดำเนินการไม่เหมาะสม

ระดับที่ C หมายถึง หลักฐานที่ได้จากงานวิจัยที่เป็นงานเปรียบเทียบหาความสัมพันธ์หรืองานวิจัยเชิงบรรยาย (descriptive study)

ระดับที่ D หมายถึง หลักฐานที่ได้จากความคิดเห็นหรือฉันทามติของคณะผู้เชี่ยวชาญ (expert consensus)

## 2.6 สังเคราะห์งานวิจัยและการวิเคราะห์ข้อมูล

### 2.6.1 เครื่องมือที่ใช้ในการสังเคราะห์งานวิจัย

2.6.1.1 แบบคัดกรองงานวิจัย (Research screening form) แบบคัดกรองงานวิจัยสร้างขึ้นโดยผู้วิจัย ตามเกณฑ์ในการคัดเลือก ได้แก่ เป็นรายงานวิจัยที่ศึกษา รูปแบบ แนวทาง หรือวิธีการดูแลครอบครัวเด็กป่วยโรคมะเร็ง โดยเป็นการวิจัยเชิงทดลอง และการวิจัยกึ่งทดลองที่มีกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองและมีการสุ่มตัวอย่างเข้ารับการทดลอง ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ระหว่างปี พ.ศ. 2551 – 2561 (ค.ศ. 2008 – 2018) โดยกำหนดเกณฑ์ที่ ผ่านคือ 100%

2.6.1.2 แบบประเมินคุณภาพงานวิจัย ผู้วิจัยดัดแปลงจากมาตรฐานกลุ่มวิจัยของ The Cochrane Collaboration (Cochrane Review Groups: CRGs) แบบประเมินมีลักษณะเป็นแบบเลือกตอบ โดยผู้วิจัยพิจารณาอคติจากงานวิจัยและเลือกตอบตามการประเมิน 6 รายการ ดังนี้ 1) การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้าศึกษา 2) การจัดการกระทำ 3) การประเมินผลการศึกษา 4) การไม่ครบถ้วนของข้อมูล 5) จากกรรายงาน และ 6) อื่นๆ

2.6.1.3 แบบบันทึกผลการสกัดข้อมูล ดัดแปลงจาก The Joanna Briggs Institute เป็นแบบเติมคำในหัวข้อต่างๆ ประกอบด้วยข้อมูลทั่วไปของงานวิจัย และเนื้อหาสาระของงานวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยผ่านการตรวจสอบคุณภาพโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 คน หลังจากนั้นผู้วิจัยปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ ผู้วิจัยและผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาล 1 คน นำเครื่องมือทั้ง 2 ชุดไปทดลองใช้ประเมินผลงานวิจัยที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับงานวิจัยที่กำหนดไว้ในเกณฑ์การคัดเลือกจำนวน 3 เรื่อง นำผลการลงบันทึกมาเปรียบเทียบเพื่อหาความสอดคล้องภายใน (Internal agreement) ของผลการบันทึก พบว่า มีความสอดคล้องของการประเมินระหว่างผู้วิจัยและผู้ทรงคุณวุฒิเท่ากับ ร้อยละ 100

### 2.6.1.4 แบบสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลครอบครัวเด็กป่วยโรคมะเร็ง

ใช้ในการสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลครอบครัวเด็กป่วยโรคมะเร็ง ประกอบด้วยอาจารย์พยาบาลที่เชี่ยวชาญด้านการดูแลเด็กป่วยโรคมะเร็งและครอบครัวและพยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์ในการดูแลเด็กป่วยโรคมะเร็งและครอบครัว โดยเป็นการสัมภาษณ์ในเนื้อหาเกี่ยวกับแนวทาง รูปแบบ วิธีการปฏิบัติที่มีความเหมาะสมในการดูแลครอบครัวเด็กป่วยโรคมะเร็ง เหตุผล และข้อเสนอแนะเพื่อให้ได้ข้อคิดเห็นที่เป็นประโยชน์สำหรับปรับปรุงรูปแบบ/วิธีการ และการประยุกต์ใช้ในการดูแลครอบครัวเด็กป่วยโรคมะเร็งต่อไป

## 2.7 การรวบรวมข้อมูลจากงานวิจัย

2.7.1 ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยรวบรวมข้อมูลที่ต้องการ โดยการคัดเลือกงานวิจัยที่มีคุณสมบัติตรงตามเกณฑ์ที่กำหนด ลงในแบบฟอร์มที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง

2.7.2 คัดเลือกงานวิจัยโดยใช้แบบคัดกรองงานวิจัย (Research screening form) ซึ่งมีการตรวจสอบการคัดเลือกจากผู้วิจัย โดยคัดเลือกงานวิจัยที่ตรงตามเกณฑ์การคัดเลือก 100% หากไม่เป็นไปตามเกณฑ์จะพิจารณาคัดออกพร้อมให้เหตุผล

2.7.3 ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยที่เป็นอิสระต่อกัน อ่านรายงานวิจัยรอบที่ 1 เพื่อประเมินคุณภาพของรายงานวิจัยตามรายการแบบประเมินคุณภาพงานวิจัย พร้อมทั้งบันทึกข้อมูลลงตามแบบประเมินคุณภาพงานวิจัย (Critical Appraisal form)

2.7.4 ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัย อ่านรายงานวิจัยรอบที่ 2 เป็นการอ่านอย่างละเอียดเพื่อสกัดข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับวัตถุประสงค์การวิจัย และบันทึกลงตามรายการแบบประเมินคุณภาพงานวิจัย และบันทึกผลการสกัดข้อมูล ในแบบบันทึกผลการสกัดข้อมูล (Data Extraction Form) หากพบว่ามี การบันทึกที่ไม่ตรงกันจะมีการปรึกษาหารือกัน

2.7.5 ประชุมผู้วิจัย ผู้ช่วยนักวิจัย และที่ปรึกษาเพื่อตรวจสอบความตรงของการบันทึกข้อมูล โดยอ่านและประเมินงานวิจัยแยกกันระหว่างผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัย หากพบว่ามี การบันทึกที่ไม่ตรงกันจะมีการปรึกษาหารือกัน วิเคราะห์หาสาเหตุเพื่ออธิบายความแตกต่างดังกล่าว เพื่อหาข้อตกลงร่วมกันในการลงบันทึก หากมีความคิดเห็นไม่ตรงกัน ให้ที่ปรึกษาเป็นผู้ตัดสิน

2.7.6 วิเคราะห์ข้อมูลที่ได้จากการบันทึกผลและสกัดข้อมูล

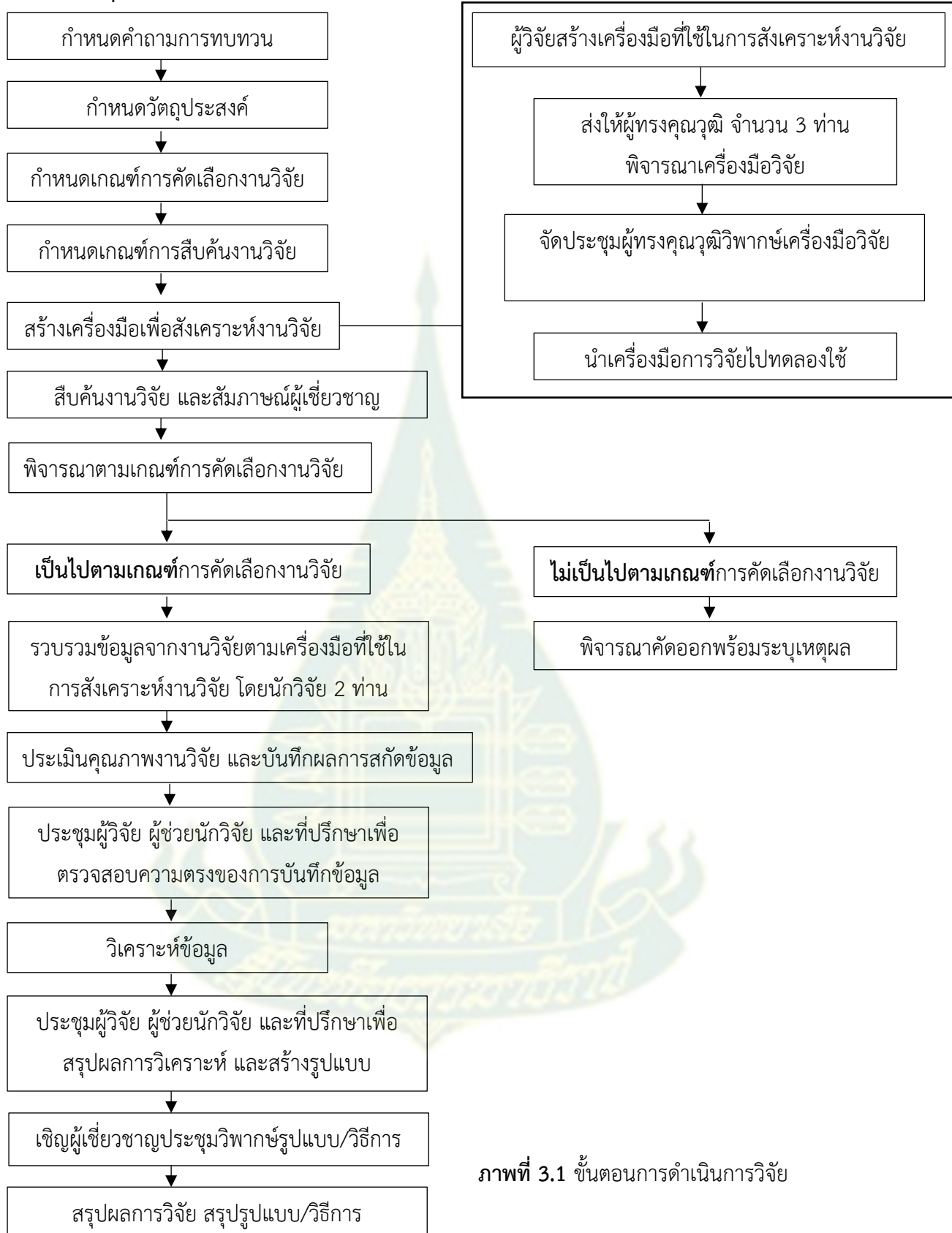
2.7.7 ประชุมผู้วิจัย ผู้ช่วยนักวิจัยและที่ปรึกษา เพื่อสรุปผลการวิเคราะห์และสร้างรูปแบบหรือวิธีการเกี่ยวกับการดูแลครอบครัวเด็กป่วยโรคมะเร็ง

2.7.8 ประชุมวิพากษ์รูปแบบหรือวิธีการที่มีความเหมาะสมในการดูแลครอบครัวเด็กป่วยโรคมะเร็ง โดยการประชุมร่วมกับอาจารย์พยาบาลที่เชี่ยวชาญด้านการดูแลเด็กป่วยโรคมะเร็งและครอบครัว และพยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์ในการดูแลเด็กป่วยโรคมะเร็งและครอบครัว เพื่อให้ได้ข้อคิดเห็นที่เป็นประโยชน์สำหรับปรับปรุงรูปแบบ/วิธีการ และการประยุกต์ใช้ในการดูแลครอบครัวเด็กป่วยโรคมะเร็งต่อไป เกี่ยวกับการดูแลครอบครัวเด็กป่วยโรคมะเร็งและนำข้อเสนอแนะมาปรับปรุง

2.7.9 สรุปผลการวิจัย และสรุปรูปแบบหรือวิธีการเกี่ยวกับการดูแลครอบครัวเด็กป่วยโรคมะเร็งจากผลการวิจัยที่ได้มีการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ



## 2.8 สรุปขั้นตอนการดำเนินงาน



ภาพที่ 3.1 ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

### 3. การวิเคราะห์ข้อมูล

3.1 ประมวลผลข้อมูล โดยการนำข้อมูลที่ได้มีการสืบค้น มาลงบันทึก พร้อมทั้งตรวจสอบความถูกต้องของการนำเข้าสู่ข้อมูล และแก้ไขให้ถูกต้องหากพบว่าการลงข้อมูลมีความผิดพลาด

3.2 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ และการวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis)



## บทที่ 4

### ผลการศึกษา

การศึกษาในครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์ เพื่อทบทวนองค์ความรู้เกี่ยวกับการดูแลครอบครัวเด็กป่วยโรคมะเร็งอย่างเป็นระบบ โดยการศึกษารายงานวิจัยที่เผยแพร่ระหว่างเดือน มกราคม 2551 – ธันวาคม 2561 ซึ่งพิจารณารายงานวิจัยที่ตรงตามเกณฑ์การคัดเลือกและสามารถนำมาศึกษาได้ จำนวน 24 รายงาน และได้ นำรายงานวิจัยดังกล่าวมาวิเคราะห์และสังเคราะห์ โดยจำแนกผลการศึกษาออกเป็น 2 ประเด็น ดังนี้

1. คุณภาพงานวิจัย
2. รูปแบบและองค์ประกอบของการดูแลครอบครัวเด็กป่วยโรคมะเร็ง

#### คุณภาพงานวิจัย

จากการวิเคราะห์งานวิจัยจำนวนทั้งสิ้น 24 เรื่อง พบว่า เป็นการศึกษาในต่างประเทศ จำนวน 19 เรื่อง และการศึกษาในประเทศไทย จำนวน 5 เรื่อง ผู้วิจัยประเมินคุณภาพงานวิจัยตามเกณฑ์ของราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย ซึ่งกำหนดคุณภาพงานวิจัยเป็น 4 ระดับ ดังนี้

ระดับ A หมายถึง หลักฐานที่ได้จากการทบทวนงานวิจัยเชิงทดลองอย่างเป็นระบบ (meta-analysis) หรืองานวิจัยเชิงทดลองชนิดมีการสุ่มเข้ากลุ่ม (Randomized control trial)

ระดับ B หมายถึง หลักฐานที่ได้จากการทบทวนงานวิจัยเชิงทดลองอย่างเป็นระบบ (meta-analysis) ของงานวิจัยเชิงทดลองอย่างน้อย 1 เรื่อง หรือหลักฐานที่ได้จากงานวิจัยที่มีการออกแบบอย่างรัดกุม เป็น งานวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi – experimental) หรืองานวิจัยเชิงทดลองที่ไม่มีการสุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่ม

ระดับ C หมายถึง หลักฐานที่ได้จากงานวิจัยที่เป็นการศึกษาเปรียบเทียบ การศึกษาความสัมพันธ์ (correlation) หรืองานวิจัยเชิงบรรยาย (descriptive study)

ระดับ D หมายถึง หลักฐานที่ได้จากฉันทามติ (consensus) ของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญ

ผลการประเมินคุณภาพงานวิจัย พบว่ามีงานวิจัยระดับ A จำนวน 10 เรื่อง และ ระดับ B จำนวน 14 เรื่อง ข้อมูลดังแสดงในตารางที่ 4.1



ตารางที่ 4.1 แสดงหลักฐานงานวิจัยที่เกี่ยวข้องและระดับคุณภาพงานวิจัยเรียงลำดับตามการสืบค้น

เรื่องที่	ผู้แต่ง	ชื่อเรื่อง	ระดับคุณภาพงานวิจัย
1	Stehl, M. L., Kazak, A. E., Alderfer, M. A., Rodriguez, A., Hwang, W. T., Pai, A. L., Boeving, A., and Reilly, A.	Conducting a randomized clinical trial of a psychological intervention for parents/caregivers of children with cancer shortly after diagnosis.	A
2	Neville, A., Simard, M., Hancock, K., Rokeach, A, Saleh, A., and Barrera, M.	The Emotional Experience and Perceived Changes in Siblings of Children With Cancer Reported During a Group Intervention	B
3	Williams, L. K., McCarthy, M. C., Burke, K., Anderson, V., and Rinehart, N.	Addressing behavioral impacts of childhood leukemia: A feasibility pilot randomized controlled trial of a group videoconferencing parenting intervention	A
4	Tsitsi, T., Charalambous, A., Papastavrou, E., and Raftopoulos, V.	Effectiveness of a relaxation intervention (progressive muscle relaxation and guided imagery techniques) to reduce anxiety and improve mood of parents of hospitalized children with malignancies: A randomized controlled trial in Republic of Cyprus and Greece.	A
5	Borjalilu, S., Shahidi, S., Mazaheri, M. A., and Emami, A. H.	Spiritual Care Training for Mothers of Children with Cancer: Effects on Quality of Care and Mental Health of Caregivers.	B
6	Manne, S., Mee, L., Bartell, A., Sands, S., and Kashy, D. A.	A randomized clinical trial of a parent-focused social-cognitive processing intervention for caregivers of children undergoing hematopoietic stem cell transplantation.	A
7	Cernvall, M., Carlbring, P., Ljungman, L., Ljungman, G., and von Essen, L.	Internet-based guided self-help for parents of children on cancer treatment: a randomized controlled trial.	A

เรื่องที่	ผู้แต่ง	ชื่อเรื่อง	ระดับคุณภาพ งานวิจัย
8	Ghodsbin, F., Asadi, N., Javanmardi, F. S., and Kamali, M.	Effect of education on quality of life of family caregivers of children with leukemia referred to the Oncology Clinic at Kerman's Afzali-Poor Hospital (Iran), 2012.	A
9	Sahler, O. J., Dolgin, M. J., Phipps, S., Fairclough, D. L., Askins, M. A., Katz, E. R., Noll, R. B., and Butler, R. W.	Specificity of problem-solving skills training in mothers of children newly diagnosed with cancer: results of a multisite randomized clinical trial.	A
10	Martino, M. L., Freda, M. F., and Camera, F.	Effects of Guided Written Disclosure Protocol on mood states and psychological symptoms among parents of off-therapy acute lymphoblastic leukemia children.	B
11	Robb, S. L., Haase, J. E., Perkins, S. M., Haut, P. R., Henley, A. K, Knaf, K. A., and Tong, Y.	Pilot Randomized Trial of Active Music Engagement Intervention Parent Delivery for Young Children With Cancer.	B
12	Fedele, D. A., Hullmann, S. E., Chaffin, M., Kenner, C., Fisher, M. J., Kirk, K., Eddington, A. R., Phipps, S., McNall-Knapp, R. Y., and Mullins, L. L.	Impact of a parent-based interdisciplinary intervention for mothers on adjustment in children newly diagnosed with cancer.	B
13	Mullins, L. L., Fedele, D. A., Chaffin, M., Hullmann, S. E., Kenner, C., Eddington, A. R., Phipps, S., and McNall-Knapp, R. Y.	A clinic-based interdisciplinary intervention for mothers of children newly diagnosed with cancer: a pilot study.	B
14	Askins, M. A., Sahler, O.	Report from a multi-institutional randomized	A

เรื่องที่	ผู้แต่ง	ชื่อเรื่อง	ระดับคุณภาพ งานวิจัย
	J., Sherman, S. A., Fairclough, D. L., Butler, R. W., Katz, E. R., Dolgin, M. J., Varni, J. W., Noll, R. B., and Phipps, S.	clinical trial examining computer-assisted problem-solving skills training for English- and Spanish-speaking mothers of children with newly diagnosed cancer.	
15	Halliday, G. C., Miles, G. C. P., Marsh, J. A., Kotecha, R. S., and Alessandri, A. J.	Regular exercise improves the well-being of parents of children with cancer.	B
16	Safarabadi-Farahani, A., Maarefvand, M., Biglarian, A., and Khubchandani, J.	Effectiveness of a Brief Psychosocial Intervention on Quality of Life of Primary Caregivers of Iranian Children With Cancer: A Randomized Controlled Trial.	A
17	Stern, M., Ewing, L., Davila, E., Thompson, A. L., Hale, G., and Mazzeo, S.	Design and rationale for NOURISH-T: a randomized control trial targeting parents of overweight children off cancer treatment.	A
18	Barr, R. D., Silva, A., Wong, M., Frid, W., Posgate, S., Browne, G.	A comparative assessment of attendance and nonattendance at Camp Trillium by children with cancer and their families; including their utilization of health and social services.	B
19	วิชนัน จันทร์ส่อง วราภรณ์ ชัยวัฒน์	ผลของกิจกรรมการพยาบาลตามรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ต่อพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อของมารดา เด็กป่วยโรคมะเร็งวัย 1-5 ปี ที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัด	B
20	ปัทมาภรณ์ พรหมวิเศษ ปัญญรัตน์ ลาภวงศ์ทวี วัฒนา ณัฐกมล ชาญสาธิตพร แอนน์ จิระพงษ์สุวรรณ กสิสไบ สรรพกิจ	ผลของโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจของผู้ดูแลหลัก ต่อการดูแลเด็กป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวก่อนวัยเรียนที่บ้าน	B
21	ภูริทัศน์ คู่ชัยภูมิ	ผลของการให้คำปรึกษารายบุคคลร่วมกับเทคนิคบริหาร	B

เรื่องที่	ผู้แต่ง	ชื่อเรื่อง	ระดับคุณภาพงานวิจัย
	มัลลวีร์ อุดลวัฒน์ศิริ	ความเครียดที่มีต่อความเครียดของผู้ปกครองเด็กป่วยโรคมะเร็ง ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	
22	ประกายแก้ว ศิริพูล จินตนา ตั้งวรพงศ์ชัย	ผลของโปรแกรมสนับสนุนและให้ความรู้ต่อพฤติกรรมการดูแลของผู้ให้การพึ่งพา เด็กวัยเรียนโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวที่เริ่มเข้าสู่ระยะสุดท้าย	B
23	ธิดารัตน์ ทองหนู วีณา จีระแพทย์	ผลของรูปแบบการให้ข้อมูลทางสุขภาพ ร่วมกับการฝึกอานาปานสติ ต่อความเครียดในการดูแลเด็กโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวของผู้ดูแลในครอบครัว	B
24	วรรษา แซ่อู่ นงลักษณ์ จินตนาติก พรศรี ศรีอำภุพร วนิดา เสนะสุทธิพันธุ์	ผลของโปรแกรมการสร้างพลังใจ ต่อความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลเด็กป่วยวันก่อนเรียนโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวชนิดเฉียบพลันที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด	B

### รูปแบบและองค์ประกอบของการดูแลครอบครัวเด็กป่วยโรคมะเร็ง

ผลการศึกษา พบว่า งานวิจัย 24 เรื่อง ได้จากฐานข้อมูล PubMed มากที่สุด จำนวน 15 เรื่อง คิดเป็นร้อยละ 62.50 รองลงมา คือ Thai Journals Online (Thai JO) จำนวน 5 เรื่อง คิดเป็นร้อยละ 20.83, CINAHL จำนวน 2 เรื่อง คิดเป็นร้อยละ 8.33, Science Direct จำนวน 1 เรื่อง คิดเป็นร้อยละ 4.17 และสืบค้นด้วยมือจำนวน 1 เรื่อง คิดเป็นร้อยละ 4.17

### ระยะเวลาที่เริ่มให้การดูแลครอบครัวเด็กป่วยโรคมะเร็ง

ผลการศึกษาพบว่า เกินกว่าครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 66.67) ระบุว่า การดูแลครอบครัวเด็กป่วยโรคมะเร็งเริ่มในระหว่างรับการรักษามากที่สุด รองลงมา คือ เมื่อเริ่มต้นการรักษาและระยะหลังได้รับการรักษาตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ 4.2

ตารางที่ 4.2 จำนวนและร้อยละงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการดูแลครอบครัวเด็กป่วยโรคมะเร็งในแต่ละระยะ (n = 24)

ระยะที่เริ่มให้การดูแลครอบครัว	จำนวน (เรื่อง)	ร้อยละ
เริ่มต้นการรักษา	5	20.83
ระหว่างรับการรักษา	16	66.67
หลังได้รับการรักษา	3	12.50

วิธีการดูแลครอบครัว ผลการศึกษานำเสนอตามระยะเวลาที่เริ่มให้การดูแลครอบครัว ดังนี้

### 1. การดูแลครอบครัวเด็กป่วยโรคมะเร็งในระยะเริ่มต้นการรักษา

พบงานวิจัยจำนวน 5 เรื่อง (คิดเป็นร้อยละ 20.83) ที่ให้การดูแลครอบครัวระยะเริ่มต้นการรักษาโรคมะเร็ง (Stehl et al., 2009; Sahler et al., 2013; Fedele et al., 2013; Mullins et al., 2012; Askins et al., 2009) โดยจำแนกเป็นประเด็นต่างๆ ดังตารางที่ 4.3



### ตารางที่ 4.3 จำแนกประเด็นการดูแลครอบครัวเด็กป่วยโรคมะเร็งในระยะเริ่มต้นการรักษา

เรื่องที่	ผู้แต่ง	ช่วงเวลาให้โปรแกรม	กลุ่มตัวอย่าง	ผู้ให้โปรแกรม	แนวคิด ทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง	วิธีการ	ระยะเวลาของโปรแกรม	ผลลัพธ์
<b>การดูแลครอบครัวเด็กป่วยโรคมะเร็งในระยะเริ่มต้นการรักษา</b>								
1	Stehl et al., 2009	4 - 6 สัปดาห์ หลังวินิจฉัย	ผู้ปกครองและผู้ดูแล	นักจิตวิทยา		การเปลี่ยนแปลงความเชื่อ ความคิด เพื่อการเปลี่ยนแปลง พฤติกรรม	สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ครั้งละ 45 นาที นาน 4 เดือน	- ความเครียด - ความวิตกกังวล
2	Sahler et al., 2013	2 - 16 สัปดาห์ หลังวินิจฉัย	มารดา	นักจิตวิทยา		การฝึกทักษะการแก้ไขปัญหา	สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ครั้งละ 60 นาที นาน 2 เดือน	- ความเครียดภายหลังจากเกิด เหตุการณ์ที่สะเทือนใจ - ความวิตกกังวล
3	Askins et al., 2009	2 - 16 สัปดาห์ หลังวินิจฉัย	มารดา	นักจิตวิทยา	การบำบัดทางความคิดและ พฤติกรรม (Cognitive behavioral therapy: CBT)	ร่วมกับการช่วยเหลือรายบุคคล ด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์	ครั้งละ 60 นาที นาน 2 เดือน	- ความเครียดภายหลังจากเกิด เหตุการณ์ที่สะเทือนใจ - ความวิตกกังวล
4	Fedele et al., 2013	8 - 16 สัปดาห์ หลังวินิจฉัย	มารดา	นักจิตวิทยา และพยาบาล		โปรแกรมสหวิชาชีพ มุ่งเน้น จัดการกับการป่วยของเด็กที่ยัง ไม่คงที่	ให้คำปรึกษาเป็นรายกลุ่ม 15 - 30 นาที โดย นักจิตวิทยา ให้คำแนะนำทางโทรศัพท์ 15 - 30 นาที โดย พยาบาล และกิจกรรมในคลินิก 45 นาที รวม ระยะเวลา 3 เดือน	- ความทุกข์
5	Mullins et al., 2012	8 - 16 สัปดาห์ หลังวินิจฉัย	มารดา	นักจิตวิทยา และพยาบาล		โปรแกรมสหวิชาชีพ มุ่งเน้น จัดการกับการป่วยของเด็กที่ยัง ไม่คงที่	ให้คำปรึกษาเป็นรายกลุ่ม 15 - 30 นาที โดย นักจิตวิทยา ให้คำแนะนำทางโทรศัพท์ 15 - 30 นาที โดย พยาบาล และกิจกรรมในคลินิก 45 นาที รวม ระยะเวลา 3 เดือน	- ความทุกข์

จากตารางที่ 4.3 สามารถสรุปประเด็นต่างๆ ของงานวิจัยในระยะเริ่มต้นการรักษาโรคมะเร็งดังนี้

ช่วงเวลาให้โปรแกรม พบว่าเริ่มให้โปรแกรมภายหลังจากเด็กได้รับการวินิจฉัยว่าป่วยเป็นโรคมะเร็งมาแล้ว 2 - 16 สัปดาห์ จำนวน 2 เรื่อง (เรื่องที่ 2 และ 5) 4 - 6 สัปดาห์ จำนวน 1 เรื่อง (เรื่องที่ 1) และ 8 - 16 สัปดาห์ จำนวน 2 เรื่อง (เรื่องที่ 3 และ 4)

สถานที่ให้โปรแกรม พบงานวิจัยส่วนใหญ่ จำนวน 4 ใน 5 เรื่อง (เรื่องที่ 1, 3, 4, 5) ให้โปรแกรมทั้งที่โรงพยาบาลควบคุมไปกับการดูแลที่บ้าน เช่น การติดตามประเมิน การโทรศัพท์ให้คำปรึกษา และการช่วยเหลือรายบุคคลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์ที่บ้าน เป็นต้น โดยพบงานวิจัยเพียง 1 เรื่อง (เรื่องที่ 2) ที่ให้โปรแกรมเฉพาะในโรงพยาบาล

กลุ่มตัวอย่าง พบงานวิจัยส่วนใหญ่ จำนวน 4 ใน 5 เรื่อง ให้โปรแกรมกับมารดาของเด็กป่วยโรคมะเร็ง (เรื่องที่ 2, 3, 4, 5) โดยมีงานวิจัยเพียง 1 เรื่อง ที่ให้โปรแกรมกับผู้ปกครองและผู้ดูแล โดยไม่ระบุว่ามีความสัมพันธ์อย่างไรกับเด็ก (เรื่องที่ 1)

ผู้ให้โปรแกรม พบนักจิตวิทยาเป็นผู้ให้โปรแกรม จำนวน 3 เรื่อง (เรื่องที่ 1, 2, 5) และนักจิตวิทยากับพยาบาลร่วมกันให้โปรแกรม โดยนักจิตวิทยาเป็นผู้ให้คำปรึกษาด้านจิตใจโดยการทำกลุ่ม และพยาบาลเป็นผู้ให้คำแนะนำด้านการพยาบาลทางโทรศัพท์ จำนวน 2 เรื่อง (เรื่องที่ 3 และ 4)

แนวคิด ทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง พบงานวิจัย ทั้งหมด 5 เรื่อง ใช้วิธีการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม (Cognitive behavioral therapy: CBT) เป็นพื้นฐานของโปรแกรม ซึ่งวิธีการดังกล่าว เป็นรูปแบบหนึ่งของจิตบำบัด (psychotherapy)

วิธีการให้โปรแกรม จากตารางพบว่ามีรายละเอียด ดังนี้

งานวิจัยเรื่องที่ 1 ใช้วิธีการเน้นการเปลี่ยนแปลงความเชื่อ ความคิด เพื่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม นำไปสู่การยกระดับการทำหน้าที่ของครอบครัวให้ดียิ่งขึ้น แบ่งออกเป็น 3 ระยะ ในระยะที่ 1 เริ่มต้นด้วยการสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้วิจัยและผู้ดูแลให้มีความแน่นแฟ้นมากขึ้นก่อน โดยใช้โครงสร้างของการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม (A cognitive behavioral framework) ซึ่งเริ่มจากการให้ผู้ดูแลแต่ละคนได้บอกความสัมพันธ์ระหว่าง โรคมะเร็งของเด็กและความเชื่อ ความเชื่อกับอารมณ์ พฤติกรรมและสิ่งที่จะเกิดขึ้นหลังจากแสดงพฤติกรรม ระยะที่ 2 เน้นการเปลี่ยนแปลงความคิดของผู้ดูแล เพื่อที่จะสร้างผลลัพธ์ที่ดีขึ้นและแตกต่างจากเดิมต่อครอบครัว โดยให้ผู้ดูแลอภิปรายถึงผลกระทบของมะเร็ง และความเชื่อของตนเองที่มีต่อครอบครัวและต่อสังคมรอบข้าง หลังการอภิปรายในระยะนี้ จะทำให้ผู้ดูแลเรียนรู้ว่าจะมีวิธีการปรับเปลี่ยนความเชื่อ อารมณ์ พฤติกรรม และสัมพันธภาพระหว่างบุคคลได้อย่างไร จากนั้นเข้าสู่ระยะที่ 3 ผู้วิจัยจะสนับสนุนให้ผู้ดูแลได้วางแผนมองไปข้างหน้าว่า เมื่อมีเด็กป่วยโรคมะเร็งอยู่ในครอบครัวแล้ว ครอบครัวจะเดินไปทิศทางใด ทั้งนี้เพื่อที่จะช่วยกระตุ้นให้ผู้ดูแลได้ระลึกถึงความเชื่อของพวกเขาเกี่ยวกับครอบครัวของตนเองในอนาคต พร้อมทั้งให้ผู้ดูแลได้แบ่งปันความเชื่อนี้กับผู้ดูแลคนอื่นๆ สุดท้ายผู้วิจัยจะส่งเสริมให้กำลังใจผู้ดูแล เพื่อให้สามารถรวบรวมสิ่งที่ผู้ดูแลได้เรียนรู้มาใช้กับชีวิตครอบครัวของเขาเองได้ หลังจากสิ้นสุดระยะที่ 3 แล้ว จะมีการติดตาม

ผู้ดูแลที่บ้าน อีก 3 เดือน ๆ ละ 1 ครั้ง ครั้งที่ 1 ให้คู่มือเพื่อเป็นแนวทางในการปฏิบัติ ครั้งที่ 2 แจก CD/ROM เรื่องที่เคยได้มีการอภิปรายกัน ใน 3 ระยะข้างต้น เพื่อเป็นตัวอย่างให้ผู้ดูแลสามารถนำไปใช้ได้ และครั้งที่ 3 ครั้งสุดท้ายจะใช้โทรศัพท์ติดตาม โดยเป็นการติดตามความก้าวหน้าของครอบครัวและการปฏิบัติตามคำแนะนำอย่างต่อเนื่อง

งานวิจัยเรื่องที่ 2 ใช้วิธีการเน้นการฝึกทักษะการแก้ไขปัญหา ประกอบด้วย 5 ขั้นตอนที่สำคัญ ได้แก่ 1) การระบุปัญหา 2) การกำหนดทางเลือก 3) การประเมินตัวเลือกเพื่อเลือกทางที่ดีที่สุด 4) การลงมือปฏิบัติ 5) ประเมินผลการปฏิบัติ ทั้งนี้จะต้องดำเนินการตามคู่มืออย่างครบถ้วน โดยลักษณะของวิธีการจะให้ผู้ดูแลเด็กป่วยโรคมะเร็งได้ฝึกทักษะการเผชิญปัญหาทั่วไปที่จะสามารถนำไปใช้กับช่วงของสถานการณ์ที่ท้าทายในระหว่างที่เด็กได้รับการรักษาโรคมะเร็ง มีการส่งเสริมการมีส่วนร่วมโดยให้มารดาเลือกปัญหาที่พบเจอบ่อยๆ เพื่อนำมาแก้ไข ปัญหา ผู้วิจัยได้มีการออกแบบเพื่อทำให้วิธีคิดและขั้นตอนการฝึกทักษะการแก้ไขปัญหาเข้าใจได้ง่าย จึงได้จัดทำ ตัวอย่าง "Bright IDEAS" โดย Bright หมายถึง การมองโลกในแง่ดีเกี่ยวกับการแก้ปัญหาเพื่อให้ประสบความสำเร็จ I (identify the problem) คือ การระบุปัญหา D (determine the options) คือ กำหนดทางเลือก E (evaluate options/choose the best) คือ การประเมินตัวเลือกเพื่อเลือกทางที่ดีที่สุด A (act) คือ ลงมือปฏิบัติ และ S (see if it worked) คือ การประเมินผลการปฏิบัติ ในการดำเนินการให้โปรแกรมการดูแล แบ่งออกเป็น 8 ระยะ ผู้ให้การดูแลคือนักจิตวิทยาคลินิกและพฤติกรรมสุขภาพ โดยจะมีการใช้เทคนิคการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลอย่างสร้างสรรค์ ประกอบไปด้วย การฟังอย่างตั้งใจ การสะท้อนความรู้สึก ทำให้ชัดเจนยิ่งขึ้น และคอยให้การสนับสนุน ในทุกระยะของการให้โปรแกรม ในระยะที่ 1 เริ่มต้นด้วยการสร้างสัมพันธภาพและเข้าใจพื้นฐานของแต่ละบุคคลรวมถึงเรื่องของข้อมูลการใช้ยาของเด็กป่วยโรคมะเร็ง ระยะที่ 2 เป็นการให้คำแนะนำเกี่ยวกับรูปแบบของการฝึกทักษะการแก้ไขปัญหา ระยะที่ 3 ถึง ระยะที่ 7 เป็นการทบทวนปัญหาที่ผ่านมาและให้มารดาระบุปัญหา และส่งเสริมในเรื่องของทักษะและกลยุทธ์ในการแก้ไขปัญหา และระยะที่ 8 ทบทวนการฝึกทักษะการแก้ไขปัญหา และกลยุทธ์เพื่อที่จะป้องกันเพื่อไม่ให้กลับมาเกิดปัญหาซ้ำ เพื่อให้เกิดการเรียนรู้และมีการคงอยู่ถาวร

งานวิจัยเรื่องที่ 5 เน้นการฝึกทักษะการแก้ไขปัญหา 5 ขั้นตอน ร่วมกับการช่วยเหลือรายบุคคลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์ ที่ออกแบบเป็นพิเศษเพื่อช่วยให้มารดาใช้ฝึกทักษะการแก้ไขปัญหา โดยมารดาก็จะสามารถป้อนข้อมูลโดยการพิมพ์ตัวอักษร การวาดรูปภาพ หรือบันทึกเสียง ในโปรแกรมได้ ทั้งนี้มารดาจะสามารถคีย์ข้อมูลเข้าไปได้ โดยจะมีระบบป้องกันความลับด้วยรหัส และไม่มีการจำกัดจำนวนครั้งของการเข้าถึง ในเบื้องต้นโปรแกรมนี้จะมีการกระตุ้นเตือนให้มารดาฝึกทักษะในการแก้ปัญหาเรื่องของพฤติกรรมและการรับรู้ ตัวอย่างเช่น “อะไรคือปัญหา” “อะไรคือทางเลือกของปัญหา” “ลองแก้ปัญหาดูซิ” “ผลของการแก้ปัญหาเป็นอย่างไร” และที่คำถามสุดท้าย มารดาจะถูกกระตุ้นให้ลองพยายามเลือกทางเลือกที่สามารถใช้ในการแก้ปัญหาได้จากเมนู กลยุทธ์ หากไม่พอใจในผลลัพธ์มารดาก็จะสามารถเลือกกลยุทธ์ใหม่เพื่อใช้ในการแก้ปัญหาได้



งานวิจัยเรื่องที่ 3 และ 4 .ใช้โปรแกรมสหวิชาชีพ โดยเป็นโปรแกรมสำหรับระดับบุคคล ที่มุ่งเน้นให้มารดาสามารถจัดการกับอาการป่วยทางด้านจิตใจและด้านร่างกายของเด็กที่ยังไม่คงที่ โดยการเรียนรู้ สิ่งต่างๆ ทั้ง 6 อย่าง ได้แก่ 1) ธรรมชาติของความไม่แน่นอน 2) วิธีการสื่อสารกับบุคคลากรที่มีสุขภาพ 3) การเผชิญ การรับรู้ 4) การแก้ไขปัญหา 5) แรงสนับสนุนทางสังคม 6) การฝึกทักษะ วิธีการนี้ ประกอบด้วยกิจกรรม 12 ครั้ง ซึ่งเริ่มตั้งแต่ดูแลตั้งแต่ด้านจิตใจจนถึงการปฏิบัติการพยาบาล โดยมีผู้ให้โปรแกรมการดูแลจำนวน 2 คน คือนักจิตวิทยาเป็นผู้ให้คำปรึกษาเป็นรายกลุ่ม ในสัปดาห์ที่เป็นเลขคู่ ประมาณ 45-60 นาที ส่วนพยาบาลจะให้คำแนะนำด้านการพยาบาลทางโทรศัพท์ในสัปดาห์ที่เป็นเลขคี่ ประมาณ 15-30 นาที นอกจากนี้มารดาเด็กจะได้รับเอกสารและได้รับมอบหมายให้ทำการบ้านที่สอดคล้องกับเนื้อหาหลักในบทสอน ทั้งนี้ ในแต่ละช่วงกิจกรรม จะมีการกำหนดเป้าหมายการรักษาและแจ้งให้ผู้ปกครองทราบด้วย

ระยะเวลาในการให้โปรแกรม พบว่า ระยะเวลาของการให้โปรแกรมแตกต่างกัน ขึ้นอยู่กับเนื้อหา และวิธีการ โดยเรื่องที่ 1 ใช้ระยะเวลาครั้งละ 45 นาที สัปดาห์ละ 1 ครั้ง นาน 4 เดือน เรื่องที่ 2 และ เรื่องที่ 5 ใช้ระยะเวลาให้โปรแกรมครั้งละ 60 นาที สัปดาห์ละ 1 ครั้ง นาน 2 เดือน และเรื่องที่ 3 และเรื่องที่ 4 นักจิตวิทยาให้คำปรึกษาเป็นรายกลุ่มในสัปดาห์ที่เป็นเลขคี่และพยาบาลให้คำแนะนำทางโทรศัพท์ 15-30 นาที ในสัปดาห์ที่เป็นเลขคู่ ประมาณ 15 - 30 นาที นอกจากนี้ มีช่วงดำเนินกิจกรรมในคลินิก ใช้เวลาประมาณ 45 นาที ทุกสัปดาห์ รวมระยะเวลา 3 เดือน

ผลลัพธ์ของการให้โปรแกรม พบว่าสามารถจำแนกได้ดังนี้

1) ระดับความเครียด พบงานวิจัยจำนวน 3 ใน 5 เรื่อง วัดผลลัพธ์ด้านความเครียด โดยมีงานวิจัย เรื่องที่ 2 และเรื่องที่ 5 ระบุว่าที่ภายหลังจากการดาได้รับโปรแกรมมีระดับความเครียดภายหลังจากเกิดเหตุการณ์ที่สะเทือนใจ (Posttraumatic stress) ลดลง อย่างไรก็ตามพบงานวิจัยเรื่องที่ 1 ระบุว่าภายหลังจากผู้ดูแลได้รับโปรแกรมแล้ว ระดับความเครียดของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกัน

2) ระดับความวิตกกังวล พบงานวิจัยจำนวน 3 ใน 5 เรื่อง ได้แก่ เรื่องที่ 1, 2 และ 5 ที่ ระบุว่าภายหลังจากการดาและผู้ดูแลได้รับโปรแกรมแล้ว พบว่ามีระดับความวิตกกังวลลดลง

3) ระดับความทุกข์ พบงานวิจัยจำนวน 2 ใน 5 เรื่องได้แก่ เรื่องที่ 3 และ 4 ที่ระบุว่า ภายหลังจากการดาและผู้ดูแลได้รับโปรแกรมแล้วมีระดับความทุกข์ลดต่ำลง

## 2. การดูแลครอบครัวเด็กป่วยโรคมะเร็งในระหว่างระหว่างรับการรักษา

มีงานวิจัยจำนวน 16 เรื่อง (คิดเป็นร้อยละ 66.67) ที่ให้การดูแลครอบครัวเด็กป่วยโรคมะเร็งในระหว่างระหว่างรับการรักษา (Neville, Simard, Hancock, Rokeach, Saleh and Barrera., 2016; Williams, McCarthy, Burke, Anderson and Rinehart., 2016; Tsitsi, Charalambous, Papastavrou and Raftopoulos., 2017; Borjalilu, Shahidi, Mazaheri and Emami., 2016; Manne, Mee, Bartell, Sands, and Kashy., 2017; Cernvall, Carlbring, Ljungman, Ljungman and von Essen., 2015; Ghodsbin,

Asadi, Javanmardi and Kamali., 2014; Robb et al., 2017; Halliday, Miles, Marsh, Kotecha and Alessandri., 2017; Safarabadi-Farahani, Maarefvand, Biglarian and Khubchandani., 2016; Barr, Silva, Wong, Frid, Posgate, Browne., 2010; วิชนัน จันทรส่อง และวราภรณ์ ชัยวัฒน์, 2559; ปัทมาภรณ์ พรหมวิเศษ ปัญญรัตน์ ลาภวงศ์ทวีวัฒนา ณัฐกมล ชาญสาธิตพร แอนน์ จิระพงษ์สุวรรณ และกสิบสไบ สรรพกิจ, 2556; ภูริทัศน์ คู่ชัยภูมิ และมัลลวีร์ อุดลวัฒน์ศิริ, 2555; อิตารัตน์ ทองหนูน และวีณา จีระแพทย์, 2559; วรราชา แซ่อู่ย นงลักษณ์ จินตนาติก พรศรี ศรีอัษฎาพร และวนิดา เสนะสุทธิพันธุ์, 2552) โดยการดูแลครอบครัวเด็กป่วยโรคมะเร็งในระยะนี้ มีการจำแนกเป็นประเด็นต่างๆ ดังแสดงในตามตารางที่ 4.4



#### ตารางที่ 4.4 จำแนกประเด็นการดูแลครอบครัวเด็กป่วยโรคมะเร็งในระยะระหว่างรับการรักษา

เรื่องที่	ผู้แต่ง	ช่วงเวลาให้โปรแกรม	กลุ่มตัวอย่าง	ผู้ให้โปรแกรม	แนวคิด ทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง	วิธีการ	ระยะเวลาของโปรแกรม	ผลลัพธ์
<b>การดูแลครอบครัวเด็กป่วยโรคมะเร็งในระยะระหว่างรับการรักษา</b>								
6	Neville et al., 2016	ระหว่างการรักษาโรคมะเร็ง (ไม่ได้ระบุชัดเจน)	พี่น้องเด็กป่วยโรคมะเร็ง	นักจิตวิทยา	การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม (CBT)	โปรแกรมเน้นการสร้างการรับรู้ใหม่ของพี่น้องในส่วนที่มีการรับรู้ที่เบี่ยงเบน	8 สัปดาห์ ๆ ละ 1 ครั้ง ๆ ละ 2 ชั่วโมง	-การมีส่วนร่วมและการมีปฏิสัมพันธ์ -การเผชิญปัญหา
7	Williams et al., 2016	ระหว่างการรักษาโรคมะเร็ง (ไม่ได้ระบุชัดเจน)	ผู้ปกครอง (ผู้หญิง)	นักจิตวิทยา	การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม (CBT)	โปรแกรมการเลี้ยงดูเด็ก เพื่อช่วยเพิ่มความรู้ ทักษะ และความมั่นใจของผู้ปกครองในการดูแลเด็กป่วยโรคมะเร็ง	8 สัปดาห์ ๆ ละ 1 ครั้ง	-ความรู้ทักษะและความมั่นใจของผู้ปกครอง -ไม่พบการเปลี่ยนแปลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติของพฤติกรรมเด็ก
8	Tsitsi et al., 2017	ระหว่างการรักษาโรคมะเร็ง (ไม่ได้ระบุชัดเจน)	ผู้ปกครอง	นักวิจัย (ไม่ได้ระบุว่า เป็นใคร)	ไม่ระบุ	การใช้เทคนิคการผ่อนคลาย กล้ามเนื้อ และการใช้จินตนาการ และคิดภาพขึ้นในใจ	รายกลุ่มพบทุกวันนาน 3 สัปดาห์ รายบุคคล สัปดาห์ละ 1 ครั้ง	-ความวิตกกังวล -ความทุกข์ -ความเหนื่อยล้า
9	Borjalilu et al., 2016	ระหว่างการรักษาโรคมะเร็ง (ไม่ได้ระบุชัดเจน)	มารดา	ผู้เชี่ยวชาญด้านจิตวิทยา	Spiritual care	ชุดการฝึกการดูแลด้านจิตวิญญาณสำหรับผู้ปกครองเด็กป่วยโรคมะเร็ง	7 สัปดาห์ ๆ ละ 1 ครั้ง ๆ ละ 90 นาที	-ความวิตกกังวล -จิตวิญญาณ
10	Manne et al., 2017	ได้รับการปลูกถ่ายสเต็มเซลล์	ผู้ปกครอง	นักวิจัย (ไม่ได้ระบุว่า เป็นใคร)	ทฤษฎีการเรียนรู้ทางปัญญาเชิงสังคม	โปรแกรมสำหรับบุคคล ใช้ดูแลผู้ปกครองในระหว่างที่เด็กเข้ารับการปลูกถ่ายสเต็มเซลล์	5 ครั้ง ๆ ละ 60 นาที ให้ CD ดูต่อ ใช้เวลา 220 นาที	-ความวิตกกังวล -ความทุกข์
11	Cernvall et al., 2015	ระหว่างการรักษาโรคมะเร็ง (ไม่ได้ระบุชัดเจน)	มารดา	นักจิตวิทยา	การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม (CBT)	โปรแกรมการให้คำแนะนำด้านจิตใจ และวิธีการสอนให้รับมือกับความทุกข์ทรมานทางจิตใจ	10 สัปดาห์ ๆ ละ 1 ครั้ง	-ความเครียดภายหลังจากเกิดเหตุการณ์ที่สะเทือนใจ
12	Ghodsbin et al., 2014	ระหว่างการรักษาโรคมะเร็ง (ไม่ได้ระบุชัดเจน)	มารดา	พยาบาล	Information giving	โปรแกรมการให้ความรู้ให้ข้อมูลที่เหมาะสมและจำเป็นเกี่ยวกับโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว	3 ครั้ง ๆ ละ 45-60 นาที	คุณภาพชีวิต
13	Robb et al., 2017	ระหว่างการรักษาโรคมะเร็ง (ไม่ได้ระบุชัดเจน)	ผู้ปกครอง	พยาบาล	Alternative medicine	การใช้ดนตรีบำบัด	3 ครั้ง ๆ ละ 45 นาที ติดตามประเมิน 1 เดือนหลังให้ อินเตอร์เวนชัน	ความทุกข์
14	Halliday et al.,	ระหว่างการรักษาโรคมะเร็ง (ไม่ได้ระบุชัดเจน)	ผู้ปกครอง	นักวิจัย	ไม่ระบุ	โปรแกรมการออกกำลังกาย การ	บุคคล เดินทุกวัน ๆ ละ 10,000 ก้าว	-ความวิตกกังวล

เรื่องที่	ผู้แต่ง	ช่วงเวลาให้โปรแกรม	กลุ่มตัวอย่าง	ผู้ให้โปรแกรม	แนวคิด ทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง	วิธีการ	ระยะเวลาของโปรแกรม	ผลลัพธ์
	2017	ระบุชัดเจน)		(ไม่ได้ระบุว่า เป็นใคร)		ให้คำปรึกษาแบบเผชิญหน้า ร่วมกับการโทรศัพท์ติดตามทุก สัปดาห์	กลุ่ม เดินสัปดาห์ละ 2 ครั้งๆ ละ 1 ชม. นาน 12 สัปดาห์	-ความเหนื่อยล้า -ความเป็นอยู่ที่ดี
15	Safarabadi- Farahani et al., 2016	ระหว่างการรักษาโรคมะเร็ง (ไม่ได้ ระบุชัดเจน)	มารดา	นักจิตวิทยา	การบำบัดทางความคิด และพฤติกรรม (CBT)	โปรแกรมการดูแลทางด้านจิตใจ	5 สัปดาห์ ๆ ละ 2 ครั้ง รพ. 60-90 นาที บ้าน โทรศัพท์ติดตาม 30-40 นาที	คุณภาพชีวิต
16	Barr et al., 2010	ระหว่างการรักษาโรคมะเร็ง (ไม่ได้ ระบุชัดเจน)	ผู้ปกครอง ร่วมกับที่ น้องเด็กป่วย โรคมะเร็ง	นักวิจัย (ไม่ได้ระบุว่า เป็นใคร)	ไม่ระบุ	ไม่ได้ระบุชัดเจน	ไม่ระบุ	-การเผชิญปัญหา -ทักษะการเลี้ยงดู -การทำบทบาทหน้าที่ภายใน ครอบครัว -การสนับสนุนทางสังคม
17	วิษณุ จันทร์ ส่อง และวรา ภรณ์ ชัยวัฒน์, 2559	ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัด	มารดา	พยาบาล	รูปแบบการส่งเสริม สุขภาพของเพนเดอร์	กิจกรรมการพยาบาลตาม รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของ เพนเดอร์	ทำวันแรกขณะที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาที่ โรงพยาบาล เวลา 1 ชั่วโมง	พฤติกรรมป้องกันการคิด เชื่อ
18	ปัทมาภรณ์ พรหมวิเศษ และคณะ, 2556	ระหว่างการรักษาโรคมะเร็ง (ไม่ได้ ระบุชัดเจน)	ผู้ดูแลหลัก	พยาบาล	กระบวนการเสริมพลัง อำนาจ ของก๊อบสัน	โปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจ ของผู้ดูแลหลัก	3 สัปดาห์ 4 ครั้ง ติดตามประเมินผลสัปดาห์ที่ 4 และ 8	พลังอำนาจ
19	ภูริทัศน์ คู่ ชัยภูมิ และมัลล วีร์ อุดลวัฒน์ศิริ , 2555	ระหว่างการรักษาโรคมะเร็ง (ไม่ได้ ระบุชัดเจน)	ผู้ปกครอง	นักจิตวิทยา	meditation	เทคนิคการลดความเครียดด้วย การฝึกสมาธิและการบริหาร เวลาร่วมกับการให้คำปรึกษา รายบุคคลตามแนวเผชิญความ จริง	6 ครั้ง ๆ ละ 30 -45 นาที	ความเครียด
20	ธิดารัตน์ ทอง หนูน และวิภา จีระแพทย์, 2559	ระหว่างการรักษาโรคมะเร็ง (ไม่ได้ ระบุชัดเจน)	ผู้ดูแลหลัก	พยาบาล	แนวคิดการควบคุม ตนเองของ Leventhal & Johnson (1983) และ การทำสมาธิด้วยการฝึก อานาปานสติขององค์ สมเด็จพระสัมมาสัม	วิธีการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผน และการทำสมาธิด้วยการฝึก อานาปานสติ	5 สัปดาห์ 8 ครั้ง	ความเครียด

เรื่องที่	ผู้แต่ง	ช่วงเวลาให้โปรแกรม	กลุ่มตัวอย่าง	ผู้ให้โปรแกรม	แนวคิด ทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง	วิธีการ	ระยะเวลาของโปรแกรม	ผลลัพธ์
21	วรรษมา แซ่อู๋ และคณะ, 2552	ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด	มารดาและบิดา	พยาบาล	พุทธเจ้า กระบวนการเสริมพลัง อำนาจ ของกัมมัน	โปรแกรมการสร้างพลังใจ	3 วัน ๆ ละ 1.30 - 2 ชม.	ทักษะการเลี้ยงดู



จากตารางที่ 4.4 สามารถสรุปประเด็นต่างๆ ของงานวิจัยในระยะระหว่างการรักษาโรคมะเร็ง ดังนี้  
 ช่วงเวลาการให้โปรแกรม พบว่า งานวิจัยเกือบทั้งหมด 13 เรื่อง จาก 16 เรื่อง (เรื่องที่ 6-9, 11-16 และ 18-20) ไม่ได้ระบุชัดเจนว่ามีการให้โปรแกรมกับครอบครัวในช่วงใดของการรักษาโรคมะเร็งในเด็ก มีเพียงงานวิจัยจำนวน 1 เรื่อง คือ เรื่องที่ 10 ที่ระบุว่า ให้โปรแกรมในช่วงที่เด็กได้รับการปลูกถ่ายสเต็มเซลล์ และงานวิจัยจำนวน 2 เรื่อง ได้แก่ เรื่องที่ 17 และ 21 ที่ระบุว่า ให้โปรแกรมในช่วงที่เด็กได้รับการรักษาด้วย ยาเคมีบำบัด

สถานที่ให้โปรแกรม พบว่างานวิจัยส่วนใหญ่ให้โปรแกรมในโรงพยาบาล โดยมีจำนวน 11 เรื่อง จาก 16 เรื่อง (เรื่องที่ 6, 9-10, 12-14, 16-17 และ 19-21) มีวิจัยที่มีให้โปรแกรมที่บ้าน จำนวน 3 เรื่อง (เรื่องที่ 1, 7 และ 18) อย่างไรก็ตามยังพบงานวิจัยที่ให้โปรแกรมทั้งที่โรงพยาบาลและบ้าน จำนวน 2 เรื่อง ได้แก่ เรื่องที่ 8 โดยพบกับผู้วิจัยเป็นรายบุคคลสัปดาห์ละ 1 ครั้งและให้ผู้ดูแลนำความรู้ที่ได้รับกลับไปปฏิบัติที่บ้านทุกวันนาน 3 สัปดาห์ และเรื่องที่ 15 ที่มีการโทรศัพท์ติดตามที่บ้านหลังจากให้โปรแกรมที่โรงพยาบาลในทุกๆ สัปดาห์ นาน 5 สัปดาห์

กลุ่มตัวอย่าง พบงานวิจัยจำนวน 5 เรื่อง ให้โปรแกรมกับมารดา (เรื่องที่ 9, 11-12, 15, 17) ให้โปรแกรมกับบิดาและมารดา จำนวน 1 เรื่อง (เรื่องที่ 21) ให้โปรแกรมกับพี่น้องเด็กป่วยโรคมะเร็ง จำนวน 1 เรื่อง (เรื่องที่ 6) ให้โปรแกรมกับผู้ปกครอง (ไม่ระบุความสัมพันธ์) ร่วมกับพี่น้องเด็กป่วยโรคมะเร็ง จำนวน 1 เรื่อง (เรื่องที่ 16) นอกจากนี้มีงานวิจัย เรื่องที่ 7, 8, 10, 13-14, 18-20 รวมจำนวน 8 เรื่อง ที่ให้โปรแกรมกับผู้ปกครองและผู้ดูแลหลัก โดยไม่ระบุว่ามีความสัมพันธ์อย่างไรกับเด็ก

ผู้ให้โปรแกรม พบว่าเป็นนักจิตวิทยา จำนวน 5 เรื่อง (เรื่องที่ 6-7 11, 15 และ 19) พยาบาล จำนวน 6 เรื่อง (เรื่องที่ 12-13, 17-18 และ 20-21) ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะด้านจิตวิญญาณ จำนวน 1 เรื่อง (เรื่องที่ 9) และนักวิจัย (ไม่ได้ระบุว่าเป็นใคร) จำนวน 4 เรื่อง (เรื่องที่ 8, 10, 14 และ 16)

แนวคิด ทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง พบงานวิจัย จำนวน 4 เรื่อง ได้แก่ เรื่องที่ 6-7, 11 และ 15 ที่ใช้วิธีการดูแลครอบครัวโดยใช้การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม (Cognitive behavioral therapy: CBT) เป็นพื้นฐานของโปรแกรม ซึ่งวิธีการดังกล่าว เป็นรูปแบบหนึ่งของจิตบำบัด (psychotherapy) งานวิจัยที่ใช้รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ จำนวน 1 เรื่อง (เรื่องที่ 17) งานวิจัยที่ใช้ทฤษฎีการเรียนรู้ทางปัญญาเชิงสังคม จำนวน 1 เรื่อง (เรื่องที่ 10) ใช้แนวคิดการควบคุมตนเองของ Leventhal & Johnson (1983) และ การทำสมาธิด้วยการฝึกอานาปานสติขององค์สมเด็จพระสัมมาสัมพุทธเจ้า จำนวน 1 เรื่อง (เรื่องที่ 20) งานวิจัยที่ใช้กระบวนการเสริมพลังอำนาจของกิบสันจำนวน 2 เรื่อง (เรื่องที่ 18 และ 21) และมีงานวิจัยที่ไม่ได้นำแนวคิด ทฤษฎีใดมาปรับใช้ในงานวิจัย จำนวน 7 เรื่อง ได้แก่ เรื่องที่ 8-9, 12-14, 16 และ 19

วิธีการให้โปรแกรม จากตารางพบว่ามีรายละเอียด ดังนี้

งานวิจัยจำนวน 2 เรื่อง ได้แก่ เรื่องที่ 6 และเรื่องที่ 11 ใช้วิธีเน้นการเปลี่ยนแปลง ความเชื่อ ความคิด เพื่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม โดยงานวิจัยเรื่อง 6 ทำในพี่น้องของเด็กป่วยโรคมะเร็ง เน้นเกี่ยวกับเรื่องของการสร้างการรับรู้ใหม่ของพี่น้องในส่วนที่มีการรับรู้ที่เบี่ยงเบน เช่น รู้สึกว่าตนเองไม่สำคัญ เป็นต้น โดยใช้กระบวนการแก้ปัญหา และสร้างวิธีการรับมือกับปัญหาโดยการจัดการกับข้อจำกัดต่างๆ ด้วยการจัดกิจกรรมที่สนุกสนาน ศิลปะ และงานฝีมือ การแสดงบทบาทสมมุติ ในสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัย โดย

โปรแกรมการดูแลนี้มี 8 ระยะ แต่ละระยะจะมีการกำหนดหัวข้อของกิจกรรมไว้อย่างชัดเจน เช่น ข้อมูลเกี่ยวกับยาที่เกี่ยวข้องกับมะเร็ง หรือโรคมะเร็งในครอบครัว เป็นต้น ภายหลังจากเข้าร่วมโปรแกรมการดูแลจะทำให้พี่น้องเด็กป่วยเกิดการเปลี่ยนแปลงทางด้านอารมณ์ การเปลี่ยนแปลงของบทบาท ทำให้พี่น้องของเด็กป่วยมะเร็งมีส่วนร่วมและมีปฏิสัมพันธ์ และมีทักษะในเรื่องของการรับมือกับเรื่องราวที่เกิดขึ้น อันจะนำไปสู่ความผูกพันระหว่างพี่น้องเพิ่มมากขึ้น นอกจากนี้ งานวิจัยอีกเรื่องหนึ่ง (เรื่องที่ 11) มุ่งเน้นไปที่การให้คำแนะนำด้านจิตใจ และวิธีการสอนให้รับมือกับความทุกข์ทรมานทางจิตใจ เช่น การฝึกการผ่อนคลาย การเผชิญความทุกข์และความรู้สึกต่างๆ การแก้ปัญหา การดูแลตนเองโดยทั่วไปและการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม โปรแกรมการดูแลนี้ใช้อินเตอร์เน็ตเป็นฐานการให้คำแนะนำเป็นระยะเวลา 10 สัปดาห์ ผู้เข้าร่วมโปรแกรมแต่ละคนจะได้รับการมอบหมายจากผู้วิจัยให้เข้าสู่ระบบออนไลน์ เพื่อรับคำแนะนำสำหรับการทำงานในแต่ละโมดูล รวม 10 สัปดาห์ และส่งการบ้านที่เสร็จสมบูรณ์ตามที่ได้รับมอบหมายให้กับผู้วิจัยที่เป็นนักจิตวิทยา โดยนักจิตวิทยาจะเขียนตอบกลับการบ้านนั้นต่อผู้เข้าร่วมโปรแกรมการดูแลซึ่งข้อเสนอแนะจากผู้เชี่ยวชาญจะปรับให้เข้ากับผู้ดูแลที่เข้าร่วมโปรแกรมในแต่ละคน

งานวิจัยจำนวน 2 เรื่องที่ใช้วิธีการเน้นการฝึกทักษะการแก้ไข ได้แก่ งานวิจัยเรื่องที่ 7 ของ Williams et al (2016) เป็นงานวิจัยเกี่ยวกับโปรแกรมเกี่ยวกับการเลี้ยงดูเด็กที่จะช่วยเพิ่มความรู้ ทักษะ และความมั่นใจของผู้ปกครองในการดูแลเด็กป่วยโรคมะเร็ง และการป้องกันปัญหาเกี่ยวกับ พฤติกรรม อารมณ์ และพัฒนาการที่อาจเกิดขึ้นในอนาคต สำหรับโปรแกรมการดูแลเน้นการค้นหาข้อมูลเกี่ยวกับสาเหตุของปัญหาด้านพฤติกรรมและอารมณ์ของเด็ก สร้างทักษะของผู้ปกครองในการที่จะเผชิญกับความท้าทายในการรักษาโรคมะเร็ง แนะนำกลยุทธ์ในการจัดการกับพฤติกรรมของเด็ก ช่วยผู้ปกครองในกำหนดแผนและกลยุทธ์สำหรับช่วงเวลาที่คาดว่าจะมีปัญหาลุप्तรรคเกี่ยวกับพฤติกรรม เช่น ช่วงที่เด็กได้รับยาหรือต่อต้านการกิน เป็นต้น เพื่อให้ผู้ปกครองมีกลวิธีจัดการกับปัญหาในอนาคตและประสบผลสำเร็จตามเป้าหมายของแต่ละคน การดำเนินการประกอบด้วย 2 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 การประชุมกลุ่มออนไลน์ผ่านทางไอแพดที่บ้าน และส่วนที่ 2 คือการโทรศัพท์ติดตามที่บ้านเป็นรายบุคคล นอกจากนี้งานวิจัยอีก 1 เรื่อง ได้แก่ เรื่องที่ 15 งานวิจัยของ Safarabadi-Farahani et al (2016) ซึ่งเป็นโปรแกรมการดูแลทางด้านจิตใจ ประกอบด้วยกิจกรรม 5 ระยะ ได้แก่ ระยะที่ 1 คือ การสร้างสัมพันธ์ภาพ กับผู้ดูแลหลักและรับฟังอย่างตั้งใจ โดยให้ผู้ดูแลมีการสนทนาแบบเปิดร่วมกับนักสังคมสงเคราะห์ เกี่ยวกับชีวิตระหว่างที่เด็กโรคมะเร็งได้รับกระบวนการรักษาและรับฟังอย่างตั้งใจโดยการสะท้อนกลับ ระยะที่ 2 กระตุ้นให้ผู้ดูแลเกิดการคิดในทางที่ดี โดยให้ผู้ดูแลได้แบ่งปันความรู้สึกกลัว การคิดด้านลบ พร้อมทั้งให้ระบุจุดอ่อนและจุดแข็งของครอบครัว อภิปรายเกี่ยวกับการตั้งเป้าหมายระยะสั้นที่สามารถไปถึงได้ และช่วยทำให้ผู้ดูแลมีความหวังในการมุ่งสู่ความสำเร็จตามเป้าหมายระยะสั้น ระยะที่ 3 เป็นการให้ข้อมูลเกี่ยวกับเรื่องของการรักษา ยา และช่วยให้ผู้ดูแลหลักเรียนรู้การใช้ชีวิตที่ไม่แน่นอนและมีการเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา ระยะที่ 4 เป็นการช่วยให้ผู้ดูแลรับมือกับความเครียดและให้ความรู้เกี่ยวกับเทคนิคต่าง ๆ เพื่อลดความเครียดนั้น และใช้กลยุทธ์การรับมือเชิงรุก ประกอบกับแนะนำพฤติกรรมการใช้ชีวิตเพื่อให้มีสุขภาพที่ดี ระยะที่ 5 การให้ความรู้ เกี่ยวกับกลยุทธ์ในการดูแลตนเอง ประกอบด้วย การรับประทานอาหารในแต่ละมื้ออย่างสมดุล ให้ผู้ดูแลได้แสดงออกซึ่งความรู้สึกแ่ และความรู้สึกดีที่เกิดขึ้นในแต่ละวัน การพักจากการอยู่คนเดียว และการออกกำลังกาย

งานวิจัยจำนวน 1 เรื่อง ได้แก่ งานวิจัยเรื่องที่ 17 ของ วิชนัน จันทรส่อง และวราภรณ์ ชัยวัฒน์ (2559) ให้กิจกรรมการพยาบาลตามรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ โดยมารดาจะได้รับการกิจกรรมการพยาบาลตามรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ในห้องที่เป็นส่วนตัวและจัดให้มีผู้ดูแลผู้ป่วยในช่วงที่มารดาเข้าร่วมกิจกรรม ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน ได้แก่ 1) ขั้นสร้างสัมพันธภาพ (5 นาที) ประกอบด้วย การทักทายมารดาด้วยท่าทางเป็นมิตร ยิ้มแย้ม แจ่มใส สอบถามมารดาถึงการได้รับข้อมูลเกี่ยวกับ การป้องกันการติดเชื้อ หากมารดา มีข้อสงสัยเกี่ยวกับเรื่องดังกล่าว พยาบาลจะให้ข้อมูลด้วยความเต็มใจ 2) ขั้นศึกษาวิเคราะห์สภาพปัญหาและความต้องการการช่วยเหลือ (40 นาที) ประกอบด้วย การสอบถามมารดาเรื่องการรับรู้อุปสรรค และความมั่นใจที่จะปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อ พยาบาลให้ข้อมูลเกี่ยวกับ ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อ ในส่วนที่มารดาไม่สามารถบอกเพิ่มเติมได้ ให้มารดาแสดงวิธีการดูแลให้ได้รับยาตามแผนการรักษา การล้างมือ การใส่หน้ากากอนามัย และการดูแลความสะอาดช่องปาก และพยาบาลจะเป็นผู้ประเมินพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อของมารดา และให้คำแนะนำเพิ่มเติมส่วนที่มารดาไม่สามารถปฏิบัติตามได้ นอกจากนี้ยังการให้มารดาทดลองฝึกปฏิบัติตามการสาธิต และกล่าวชมเชยเมื่อมารดาสามารถปฏิบัติตามได้สำเร็จ รวมถึงยกตัวอย่างให้มารดาทราบ เกี่ยวกับแนวทางการแก้ไขปัญหา และลดอุปสรรคของผู้ป่วยรายอื่น 3) ขั้นสรุป (15 นาที) พยาบาลร่วมกับมารดาสรุปประเด็น สาระ ที่ได้รับจากการเข้าร่วมกิจกรรม ในเรื่องความรู้ที่ได้รับ ความคิดที่เปลี่ยนแปลงเกี่ยวกับประโยชน์อุปสรรค และความไม่มั่นใจที่จะปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อ

งานวิจัย จำนวน 1 เรื่อง ได้แก่ เรื่องที่ 10 ของ Manne et al. (2017) ใช้ทฤษฎีการเรียนรู้ทางปัญญาเชิงสังคม โดยเป็นโปรแกรมสำหรับบุคคล ใช้ดูแลผู้ปกครองในระหว่างที่เด็กเข้ารับการปลูกถ่ายสเต็มเซลล์ ประกอบด้วย 5 ระยะ ได้แก่ ระยะที่ 1 มีการทบทวนเกี่ยวกับประสบการณ์ และปัจจัยที่ทำให้เกิดความเครียด รวมทั้งเรียนรู้เกี่ยวกับการผ่อนคลายด้วยการหายใจอย่างมีประสิทธิภาพ ระยะที่ 2 การรับมือกับปัญหา ที่สามารถแก้ไขได้ การประเมินองค์ประกอบของปัจจัยกระตุ้นความเครียดทั้งที่สามารถเปลี่ยนแปลงได้และเปลี่ยนแปลงไม่ได้ เรียนรู้การรับมือกับปัญหาพฤติกรรมทั่วไปของเด็กขณะที่ได้รับการปลูกถ่ายไขกระดูก เช่น การแยกตัว วิดกกังวล เป็นต้น และเรียนรู้วิธีการจัดการกับปัญหาเหล่านั้น รวมทั้งเน้นในเรื่องของการฝึกการผ่อนคลายด้วยการหายใจ ระยะที่ 3 เรียนรู้วิธีการเผชิญกับปัญหาที่เปลี่ยนแปลงไม่ได้ โดยการเปลี่ยนวิธีคิดเกี่ยวกับสถานการณ์นั้น เปลี่ยนการให้คุณค่า หรือเปลี่ยนเป้าหมาย นำตนเองออกจากจุดนั้น และเรียนรู้ที่จะยอมรับกับสถานการณ์นั้นๆ จากนั้นให้ผู้ดูแลร่วมอภิปรายถึงวิธีการจัดการกับความคาดหวังต่างๆ ยอมรับความเปลี่ยนแปลง มองหาประโยชน์ที่ได้จากประสบการณ์ ฝึกทักษะ กระบวนการคิดจากสถานการณ์ที่เป็นต้นเหตุของความทุกข์ที่ไม่สามารถเปลี่ยนแปลงผลลัพธ์ได้ ตัวอย่างเช่น ความวิตกกังวลเกี่ยวกับผลลัพธ์ของการปลูกถ่ายสเต็มเซลล์ เป็นต้น ระยะที่ 4 เรียนรู้การอยู่ในสังคม โดยเน้นเรื่องการสื่อสาร การแสดงออกทางความรู้สึก และความต้องการ ระยะที่ 5 ฝึกทักษะในการบริหารจัดการ ทบทวนเรื่องความก้าวหน้า และทักษะต่างๆ

งานวิจัยจำนวน 2 เรื่อง ที่นำการแพทย์ทางเลือกมาใช้ในโปรแกรมการดูแลครอบครัวของเด็กป่วยโรคมะเร็ง โดยงานวิจัยเรื่องที่ 8 ของ Tsitsi et al (2017) ได้นำเทคนิคการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ และการใช้จินตนาการและคิดภาพขึ้นในใจ มาใช้กับผู้ดูแลเด็กป่วยโรคมะเร็ง โดยการให้คำแนะนำ



ทั้งสองส่วน ได้แก่ 1) การผ่อนคลายกล้ามเนื้อ โดยการเกร็งกล้ามเนื้อและตามด้วยการคลายความเกร็งของกล้ามเนื้อ ทำให้ส่งผลต่อการผ่อนคลายความรู้สึกทั่วทั้งตัว ขณะเดียวกันได้ให้ความรู้เกี่ยวกับการรับรู้ของร่างกายร่วมกับการฝึกหายใจแบบผ่อนคลาย และ 2) การใช้จินตนาการและคิดภาพขึ้นในใจ โดยให้นึกภาพที่เกี่ยวข้องกับความรู้สึกสุขสบาย หรือสถานที่ที่สงบเงียบบนหาดทราย ซึ่งจะช่วยให้จิตใจผ่อนคลายได้ นอกจากนี้ยังมีการนำดนตรีบำบัด มาใช้ในการดูแลครอบครัวของเด็กป่วยโรคมะเร็ง ในงานวิจัย เรื่องที่ 13 ของ Robb et al (2017) โดยภายในโปรแกรมการดูแลจะมีการให้คำแนะนำ ให้การสนับสนุน และให้ข้อเสนอแนะในการใช้ดนตรีบำบัดระหว่างการดำเนินการตลอดทุกขั้นตอน

งานวิจัยจำนวน 1 เรื่อง คือ เรื่องที่ 12 ของ Ghodsbin et al. (2014) ใช้วิธีการให้ความรู้ โดยการให้ข้อมูลที่เหมาะสมและจำเป็นเกี่ยวกับโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว การเยียวยาผลกระทบของโรคในครอบครัว และวิธีการรับมือเด็กป่วยโรคมะเร็ง การให้ความรู้มี 3 ครั้ง ได้แก่ ครั้งที่ 1 ให้ความรู้เกี่ยวกับวิธีการสื่อสารกับเด็ก ผลกระทบของโรคมะเร็งในมิติต่างๆ ของชีวิตเด็ก และส่งเสริมคุณภาพชีวิตของเด็ก ครั้งที่ 2 ให้ความรู้เกี่ยวกับวิถีดูแลเด็กป่วยโรคมะเร็งในโรงพยาบาลและที่บ้าน ครั้งที่ 3 ติดตามผลด้านความรู้และระดับความเข้าใจของผู้ปกครอง

งานวิจัยจำนวน 1 เรื่อง คือเรื่องที่ 20 ของธิดารัตน์ ทองหนู และวิภา จีระแพทย์ (2559) ใช้วิธีการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผน ตามแนวคิดการควบคุมตนเองของ Leventhal และ Johnson (1983) และการทำสมาธิด้วยการฝึกอานาปานสติขององค์สมเด็จพระสัมมาสัมพุทธเจ้า ในการดูแลเด็กป่วยโรคมะเร็ง ประกอบด้วย 5 กิจกรรม ได้แก่ 1) การให้ข้อมูลด้านขั้นตอนการดูแล ประกอบด้วย การให้ข้อมูลเรื่องโรค แนวทาง การรักษา การดูแลเด็กโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว ภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดจากการได้รับยาเคมีบำบัด และการป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ 2) การให้ข้อมูลด้านความรู้สึก โดยให้ผู้ดูแลร่วมแลกเปลี่ยนประสบการณ์/ บอกเล่าความรู้สึก/ ความกังวลใจ/ไม่สบายใจเกี่ยวกับการดูแลเด็ก 3) การให้ข้อมูลเกี่ยวกับวิธีการเผชิญความเครียด ด้วยวิธีการฝึกสมาธิแบบอานาปานสติและการฝึกปฏิบัติเป็นการให้ข้อมูลโดยการทำกิจกรรมกลุ่ม ชมวีซีดีการฝึกอานาปานสติ และฝึกปฏิบัติรายบุคคล 4) การโทรศัพท์ติดตาม เป็นการติดตามต่อเนื่องรายบุคคลเมื่อกลับบ้าน เกี่ยวกับการดูแลเด็กโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวและการฝึกอานาปานสติที่บ้าน 5) การติดตามเยี่ยมที่หอผู้ป่วย เป็นการติดตามต่อเนื่องรายบุคคลเมื่อเด็กเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาล เกี่ยวกับการดูแลเด็กโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวและการฝึกอานาปานสติอย่างต่อเนื่อง

งานวิจัย 2 เรื่อง ได้แก่เรื่องที่ 18 และ 21 ที่ใช้กระบวนการเสริมพลังอำนาจของก๊ิบสัน 4 ขั้นตอนในการให้การดูแล ได้แก่ 1) การค้นหาความจริง/ค้นพบสถานการณ์จริง ให้ ผู้ดูแลหลักประเมินตนเองในความรู้ที่มีอยู่เดิม ผู้วิจัยให้ความรู้แก่ผู้ดูแลหลักเพิ่มเติมเป็นรายบุคคลในเรื่องที่ผู้ดูแลหลักยังขาดความรู้เรื่องโรคและการดูแล 2) การคิดไตร่ตรองสถานการณ์ที่เกิดขึ้น เป็นการสะท้อนคิด ทบทวนเกี่ยวกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นกับตนเองและผู้ป่วยเด็ก พุดคุยแลกเปลี่ยนความคิดเห็น โดยให้ผู้ดูแลมีการคิดพิจารณาไตร่ตรองทบทวนการดูแลผู้ป่วยของตนเอง ที่ผ่านมามีเกิดผลดีหรือผลเสียอย่างไรบ้าง เพื่อช่วยให้เกิดทางเลือกในการตัดสินใจ และมีแนวทางในการดูแลเด็กป่วยตามสถานการณ์ของตนเอง 3) ความสามารถในการดำเนินการแก้ไข มีการพุดคุยและแลกเปลี่ยนความคิดเห็นและประสบการณ์ซึ่งกันและกัน ถึงวิธีการดูแลและทักษะในการดูแล ตัดสินใจเลือกแนวทางที่เหมาะสม และให้ผู้ดูแลสามารถปรับใช้ให้เหมาะสมกับ

สถานการณ์ของตนเอง นอกจากนั้นยังมีการสาธิตการดูแลที่จำเป็นและการสาธิตย้อนกลับโดยการฝึกปฏิบัติจริง เพื่อให้ผู้ดูแลมีการดูแลที่ถูกต้อง 4) การคงไว้ซึ่งพลังใจ ติดตามทบทวนการดูแลให้กับผู้ดูแลเพื่อคงไว้ซึ่งการดูแล ช่วยให้ผู้ดูแลเกิดความ มั่นใจในตนเองและปฏิบัติได้จริงซึ่งการดำรงชีวิตประจำวันของเด็ก รวมถึงประเมินความก้าวหน้าในการดูแลเด็ก สนับสนุนให้ผู้ดูแลพัฒนาศักยภาพในการดูแลเด็กป่วยได้อย่างต่อเนื่อง และให้คำแนะนำเพิ่มเติมตามความต้องการ หากผู้ดูแลมีการดูแลเด็กป่วยที่ถูกต้องอยู่แล้ว ชมเชยและให้ความมั่นใจในการดูแลเด็กป่วยต่อไป

งานวิจัย จำนวน 1 เรื่อง ได้แก่ เรื่องที่ 9 ของ Borjalilu et al. (2016) ใช้วิธีการดูแลด้านจิตวิญญาณสำหรับครอบครัวของเด็กป่วยโรคมะเร็ง ในลักษณะของชุดการฝึกการดูแลด้านจิตวิญญาณสำหรับผู้ปกครองเด็กป่วยโรคมะเร็ง ซึ่งนำแนวคิดด้านจิตวิญญาณมาใช้ เพื่อสร้างความมั่นใจในตนเองให้กับผู้ดูแล ทำให้ผู้ดูแลสามารถช่วยตนเองได้ นำไปสู่การมีสภาพจิตใจและคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

งานวิจัย จำนวน 1 เรื่อง คือ เรื่องที่ 14 ของ Halliday et al. (2017) ใช้โปรแกรมการออกกำลังกาย การให้คำปรึกษาแบบเผชิญหน้า ร่วมกับการโทรศัพท์ติดตามทุกสัปดาห์ เพื่อส่งเสริมเป้าหมายในการเดิน โดยให้คำแนะนำในการเดินเป็นกลุ่มเป็นกลุ่ม สัปดาห์ละ 2 ครั้ง ครั้งละ 1 ชั่วโมง และรายบุคคล จะได้รับคำแนะนำให้เดินอย่างน้อย 10,000 ก้าว/วัน (70,000 ก้าว/สัปดาห์)

งานวิจัย จำนวน 1 เรื่อง คือ เรื่องที่ 19 ของ ฐริทัศน์ คู่ชัยภูมิ และมัลลวีร์ อุดลวัฒน์ศิริ (2555) มีการให้โปรแกรมโดยนำเทคนิคการลดความเครียดด้วยการฝึกสมาธิและการบริหารเวลาร่วมกับการให้คำปรึกษารายบุคคลตามแนวเผชิญความจริงมาใช้เป็นแนวทางในการลดความเครียดช่วยเหลือผู้ปกครองและครอบครัวที่มี เด็กป่วยโรคมะเร็งที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

ระยะเวลาของโปรแกรม พบว่า ระยะเวลาของการให้การดูแลครอบครัวเด็กป่วยโรคมะเร็งใช้เวลาแตกต่างกัน ขึ้นอยู่กับเนื้อหาและวิธีการ โดยมีระยะเวลาในแต่ละครั้งหรือแต่ละระยะของการให้โปรแกรมการดูแล ตั้งแต่ 30 นาที ถึง 2 ชั่วโมง และมีระยะเวลาโดยรวมของการดำเนินการให้โปรแกรมการดูแล ตั้งแต่ 3 วัน ถึง 12 สัปดาห์

ผลลัพธ์ของโปรแกรม พบว่า ผลลัพธ์ของโปรแกรมสามารถจำแนกได้ดังนี้

1) ระดับความเครียด พบงานวิจัยจำนวน 3 เรื่อง โดยมีงานวิจัย เรื่องที่ 19 และ 20 ที่พบว่า ภายหลังจากให้โปรแกรมระดับความเครียดของผู้ปกครองและผู้ดูแลลดลง และงานวิจัย เรื่องที่ 11 ที่ระบุว่าหลังจากผู้ดูแลได้รับโปรแกรมแล้ว มีระดับความเครียดภายหลังจากเกิดเหตุการณ์ที่สะเทือนใจ (Posttraumatic stress) ลดต่ำลง

2) ระดับความวิตกกังวล พบงานวิจัยจำนวน 4 เรื่อง ได้แก่เรื่องที่ 8-10 และ 14 ที่ระบุว่าภายหลังจากมารดาและผู้ดูแลได้รับโปรแกรม มีระดับความวิตกกังวลลดลง

3) คุณภาพชีวิต พบงานวิจัยจำนวน 2 เรื่อง ได้แก่ เรื่องที่ 12 และ 15 ระบุว่าภายหลังจากที่ผู้ดูแลได้รับโปรแกรม มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

4) การมีส่วนร่วมและการมีปฏิสัมพันธ์ พบงานวิจัยจำนวน 1 เรื่อง คือ เรื่องที่ 6 ที่ให้โปรแกรมกับพี่น้องเด็กป่วยโรคมะเร็ง พบว่าพี่น้องเด็กป่วยโรคมะเร็งมีส่วนร่วมและมีปฏิสัมพันธ์เพิ่มสูงขึ้น

5) การเผชิญปัญหาและรับมือกับปัญหา พบงานวิจัยจำนวน 2 เรื่อง ได้แก่ เรื่องที่ 6 และ 16 ระบุว่าภายหลังจากที่ผู้ดูแลได้รับโปรแกรมพบว่าสามารถเผชิญปัญหาและรับมือกับปัญหาได้ดีขึ้น

6) ทักษะการเลี้ยงดูและสมรรถนะในการดูแลเด็ก พบงานวิจัยจำนวน 3 เรื่อง ได้แก่ เรื่องที่ 7, 16 และ 21 ระบุว่าภายหลังจากที่ผู้ดูแลได้รับโปรแกรม มีทักษะการเลี้ยงดูเพิ่มขึ้น

7) ระดับความทุกข์ พบงานวิจัยจำนวน 3 เรื่อง ได้แก่ เรื่องที่ 8, 10 และ 13 ที่ระบุว่าภายหลังจากได้รับโปรแกรมพบว่ามีความทุกข์ลดต่ำลง

8) การทำบทบาทหน้าที่ภายในครอบครัว พบงานวิจัยจำนวน 1 เรื่อง คือ เรื่องที่ 16 ระบุว่าภายหลังจากที่ได้รับโปรแกรมพบว่าสามารถทำบทบาทหน้าที่ภายในครอบครัวได้ดีขึ้น

9) จิตวิญญาณ พบงานวิจัยจำนวน 1 เรื่อง คือ เรื่องที่ 9 ระบุว่าภายหลังจากได้รับโปรแกรมพบว่า มีคะแนนด้านจิตวิญญาณดีขึ้น ทำให้ผู้ดูแลสามารถช่วยตนเองได้ นำไปสู่การมีสภาพจิตใจและคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

10) ความเหนื่อยล้า พบงานวิจัยจำนวน 2 เรื่อง ได้แก่ เรื่องที่ 8 และ 14 ระบุว่าภายหลังจากที่ผู้ดูแลได้รับโปรแกรม พบว่ามีความความเหนื่อยล้าลดต่ำลง

11) ความเป็นอยู่ที่ดี พบงานวิจัยจำนวน 1 เรื่อง คือเรื่องที่ 14 ระบุว่าภายหลังจากที่ผู้ดูแลได้รับโปรแกรม พบว่ามีความเป็นอยู่ที่ดีขึ้น

12) การสนับสนุนทางสังคม พบงานวิจัยจำนวน 1 เรื่อง คือ เรื่องที่ 16 ระบุว่าภายหลังจากได้รับโปรแกรม พบว่าได้รับการสนับสนุนทางสังคมเพิ่มมากขึ้น

13) พฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อ พบงานวิจัยจำนวน 1 เรื่อง คือ เรื่องที่ 17 ระบุว่าภายหลังจากได้รับโปรแกรมการพบว่าพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อดีขึ้น

14) พลังอำนาจ ความสามารถในการควบคุมสถานการณ์ และการรับรู้สมรรถนะแห่งตน พบงานวิจัยจำนวน 1 เรื่อง คือ เรื่องที่ 18 ระบุว่าภายหลังจากได้รับโปรแกรมพบว่า พลังอำนาจความสามารถในการควบคุมสถานการณ์ และการรับรู้สมรรถนะแห่งตนสูงขึ้น

### 3. การดูแลครอบครัวเด็กป่วยโรคมะเร็งในระยะหลังได้รับการรักษา

พบงานวิจัยจำนวน 3 เรื่อง (คิดเป็นร้อยละ 12.50) ที่ให้การดูแลครอบครัวเด็กป่วยโรคมะเร็งในระยะหลังได้รับการรักษา (Martino, Freda, & Camera, 2012; Stern, Ewing, Davila, Thompson, Hale, & Mazzeo, 2015; ประกายแก้ว ศิริพูล และจินตนา ตั้งวรพงศ์ชัย, 2557) โดยการดูแลครอบครัวเด็กป่วยโรคมะเร็งในระยะนี้ มีการจำแนกเป็นประเด็นต่างๆ ตามตารางที่ 4.5

#### ตารางที่ 4.5 จำแนกประเด็นการดูแลครอบครัวเด็กป่วยโรคมะเร็งในระยะหลังได้รับการรักษา

เรื่องที่	ผู้แต่ง	ช่วงเวลาให้โปรแกรม	กลุ่มตัวอย่าง	ผู้ให้โปรแกรม	แนวคิด ทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง	วิธีการ	ระยะเวลาของโปรแกรม	ผลลัพธ์
<b>การดูแลครอบครัวเด็กป่วยโรคมะเร็งในระยะหลังได้รับการรักษา</b>								
22	Martino et al., 2012	เด็กเพิ่งหยุดการรักษาโรคมะเร็ง	มารดาและบิดา	นักจิตวิทยา	ไม่ระบุ	วิธีการดูแลครอบครัวของเด็ก ป่วยโรคมะเร็งด้วยการเปิดเผย ข้อมูล โดยการเขียนระบาย ความรู้สึก	ไม่ระบุ	-ความวิตกกังวล -ความทุกข์ -ความกดดัน -ความเหนื่อยล้า -สุขภาพ
23	Stern et al., 2015	หยุดการรักษามาแล้ว 6 เดือน – 4 ปี และมีน้ำหนักเกิน	มารดาและบิดา	-นักจิตวิทยา -นักโภชนาการ มะเร็งในเด็ก -นัก กายภาพบำบัด	การบำบัดทางความคิด และพฤติกรรม (CBT)-	โปรแกรมการออกกำลังกาย ร่วมกับการควบคุมอาหาร	สัปดาห์ละ 1 ครั้งๆ ละ 60 นาที นาน 6 สัปดาห์	คุณภาพชีวิต
24	ประกายแก้ว ศิริพล และ จินตนา ตั้งจ รพงษ์ชัย, 2557	เด็กป่วยโรคมะเร็งเริ่มเข้าสู่ระยะ สุดท้าย	ผู้ดูแล	พยาบาล	ทฤษฎีการดูแลตนเอง ของโอเรียม	โปรแกรมสนับสนุนและให้ ความรู้ผู้ให้การพึ่งพาเด็กวัย เรียนโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวที่ เริ่มเข้าสู่ระยะสุดท้าย	ครั้งละ 40 – 45 นาที รวม 3 วัน	พฤติกรรมดูแลเด็ก

จากตารางที่ 4.5 สามารถสรุปประเด็นต่างๆ ของงานวิจัยในระยะสิ้นสุดการรักษาโรคมะเร็ง ดังนี้

ช่วงเวลาในการให้โปรแกรม พบว่า มีงานวิจัยจำนวน 1 เรื่อง (เรื่องที่ 22) เริ่มต้นทำในช่วงที่เด็กเพิ่งหยุดการรักษาโรคมะเร็ง และงานวิจัย จำนวน 1 เรื่อง (เรื่องที่ 24) ที่ทำในช่วงหยุดการรักษามาแล้ว 6 เดือน - 4 ปี และมีน้ำหนักเกิน นอกจากนี้ ยังพบว่า มีงานวิจัย ของ ประกายแก้ว ศิริพล และจินตนา ตั้งวรพงศ์ ชัย (2557) ที่ให้โปรแกรมกับผู้ดูแลเด็กป่วยโรคมะเร็งเริ่มเข้าสู่ระยะสุดท้ายที่ให้อาเคมีบำบัดแล้วไม่ตอบสนองต่อการรักษา

สถานที่ให้โปรแกรม พบว่า มีงานวิจัยที่ให้โปรแกรมในโรงพยาบาล จำนวน 2 เรื่อง (เรื่องที่ 22 และ 23) และมีการให้โปรแกรมโดยจัดกระทำทั้งที่โรงพยาบาลควบคู่ไปกับการดูแลที่บ้าน ในการโทรศัพท์พูดคุยให้คำปรึกษาเป็นกลุ่ม จำนวน 1 เรื่อง (เรื่องที่ 24)

กลุ่มตัวอย่าง พงงานวิจัยจำนวน 2 เรื่อง ได้แก่ เรื่องที่ 22 และ 24 ให้โปรแกรมกับมารดา และบิดาของเด็กป่วยโรคมะเร็ง และงานวิจัย จำนวน 1 เรื่อง คือเรื่องที่ 23 ที่ให้โปรแกรมกับผู้ดูแล โดยไม่ระบุว่ามีความสัมพันธ์อย่างไรกับเด็ก

ผู้ให้โปรแกรม ได้แก่ นักจิตวิทยา จำนวน 1 เรื่อง (เรื่องที่ 22) พยาบาล จำนวน 1 เรื่อง (เรื่องที่ 23) และการดำเนินการร่วมกันระหว่างนักจิตวิทยา นักโภชนาการด้านมะเร็งในเด็ก นักกายภาพบำบัด จำนวน 1 เรื่อง (เรื่องที่ 24)

วิธีการให้โปรแกรม จากตารางพบว่ามีรายละเอียด ดังนี้

งานวิจัยเรื่องที่ 22 ใช้วิธีการดูแลครอบครัวของเด็กป่วยโรคมะเร็งด้วยการระบายความรู้สึกโดยการเขียน โดยให้ผู้ดูแลได้เขียนบรรยายเหตุการณ์ อารมณ์และความรู้สึกหลังจากเด็กเพิ่งจะได้รับการรักษาโรคมะเร็งสิ้นสุดลง ทำให้เกิดการสร้างการรับรู้ พัฒนาทักษะของผู้ปกครองในการค้นหาประโยชน์และมองหาข้อมูลด้านบวก โดยวิธีการประกอบด้วย 3 ช่วง คือ

ช่วงที่ 1 ให้ผู้ปกครองที่เข้าร่วมโปรแกรมเขียนบรรยายเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นกับตนเองในช่วงเวลาที่ผ่านมา เป็นลำดับ วิธีนี้จะทำให้ผู้ปกครองมองเห็นถึงสาเหตุที่เกี่ยวข้องเชื่อมโยงระหว่างเหตุการณ์ต่างๆ นั้น เกิดการรับรู้ถึงการเกิดขึ้นของเหตุการณ์และบริบทรอบข้าง ณ เวลานั้น

ช่วงที่ 2 ให้ผู้ปกครองที่เข้าร่วมโปรแกรมเขียนบรรยายอารมณ์ที่เกิดขึ้นช่วงเวลานั้น วิธีการนี้จะช่วยให้ผู้ปกครองเข้าใจตนเองได้ดียิ่งขึ้น เป็นการพูดออกอาการเกิดอารมณ์ด้านลบ ขึ้น ทำให้เกิดการสร้างระบบการรับรู้ของเหตุการณ์จากการเห็นประโยชน์ต่อสุขภาพ

ช่วงสุดท้าย ให้ผู้ปกครองที่เข้าร่วมโปรแกรมเขียนบันทึกความรู้สึกเปรียบเทียบระหว่างวันนี้กับเมื่อวาน ผลจากเหตุการณ์ในอดีตยังติดอยู่ในใจ และวิธีการรับมือกับเหตุการณ์ที่ยากลำบากในอนาคต วิธีการนี้ แสดงให้เห็นถึงความเจ็บป่วยที่รุนแรงของเด็กที่สามารถส่งผลต่อการพัฒนาตนเองของผู้ปกครอง ดังนั้น โปรแกรมในช่วงสุดท้ายนี้ จะช่วยพัฒนาทักษะของผู้ปกครองในการค้นหาประโยชน์และมองหาข้อมูลด้านบวก และจัดการกับสิ่งที่อาจเกิดขึ้นอีกในอนาคตได้

งานวิจัยเรื่องที่ 23 ใช้โปรแกรมสนับสนุนและให้ความรู้ผู้ให้การพึ่งพาเด็กวัยเรียนโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวที่เริ่มเข้าสู่ระยะสุดท้าย ได้ประยุกต์ใช้ระบบพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ตามแนวคิดทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม โดยการสอน ชี้แนะ สนับสนุน และสร้างสิ่งแวดล้อม ประกอบด้วย 2

ส่วน คือ 1) ชุดการเรียนรู้ จำนวน 3 ชุด ได้แก่ ชุดที่ 1 เมื่อน้องแดงเริ่มป่วยเป็นโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวระยะลุกลาม ชุดที่ 2 การดูแลน้องแดงที่ป่วยเป็นโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวระยะลุกลามที่บ้าน และชุดที่ 3 ดูแลให้มีความสุขอยู่กับโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวระยะลุกลาม และ 2) การฝึกทักษะการดูแลที่จำเป็นเมื่อเด็กมีปัญหาด้านสุขภาพ ได้แก่ การเช็ดตัวลดไข้ การดูแลเมื่อมีเลือดกำเดาไหล การผ่อนคลายด้วยการหายใจเข้าออกลึกเพนจิงหวะ การผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบต่อเนื่อง การผ่อนคลายด้วยการทำสมาธิ และการจัดกิจกรรมศิลปะสำหรับผู้ป่วยเด็กวัยเรียนที่บ้าน

งานวิจัยเรื่องที่ 24 ใช้โปรแกรมการออกกำลังกายร่วมกับการควบคุมอาหาร โดยการให้ข้อมูลพื้นฐานของสารอาหารและการออกกำลังกาย เพื่อให้ผู้ดูแลสามารถนำไปสอนเด็กโรคมะเร็งที่หยุดการรักษาแล้ว 6 เดือน - 4 ปี และมีน้ำหนักเกิน เพื่อเป็นการลดภาระหรือปัญหาของผู้ปกครองในการดูแลเด็ก สำหรับโปรแกรมการดูแลประกอบด้วย 6 ระยะ ระยะที่ 1 และ ระยะที่ 6 เป็นการทำกลุ่มแบบเผชิญหน้าโดยมีการกำหนดเวลาที่แน่นอนโดยผู้วิจัยซึ่งเป็นนักจิตวิทยาจะประชุมกับแต่ละครอบครัว ระยะที่ 2 ถึง ระยะที่ 5 เป็นการพูดคุยโทรศัพท์เป็นกลุ่ม หากบางครอบครัวที่ไม่สามารถอยู่โทรศัพท์จนครบสมบูรณ์สามารถนัดหมายใหม่กับผู้วิจัยได้ ทั้งนี้ จะมีการกำหนดเป้าหมายของการออกกำลังกาย และเป้าหมายของการรับประทานอาหารในแต่ละสัปดาห์ รวมทั้งให้ความรู้เกี่ยวกับข้อมูลพื้นฐานของสารอาหารและการออกกำลังกายแก่ผู้ปกครอง โดยนักโภชนาการด้านโรคมะเร็งในเด็ก และนักกายภาพบำบัด ซึ่งเชี่ยวชาญกลุ่มนี้ จะมาพบกับผู้ปกครองจนกระทั่งจบระยะที่ 6

ระยะเวลาของโปรแกรม พบว่า ระยะเวลาของการให้การดูแลครอบครัวเด็กป่วยโรคมะเร็งใช้เวลาแตกต่างกัน ขึ้นอยู่กับเนื้อหาและวิธีการ โดยมีระยะเวลาให้โปรแกรม ตั้งแต่ 40 นาที ถึง 60 นาที และมีระยะเวลาโดยรวมของการดำเนินการให้โปรแกรมการดูแล ตั้งแต่ 6 วัน ถึง 6 สัปดาห์ โดยมีงานวิจัย 1 เรื่อง (เรื่องที่ 22) ไม่ได้ระบุว่าใช้ระยะเวลาในแต่ละครั้ง และระยะเวลาโดยรวมเท่าไร งานวิจัย 1 เรื่อง (เรื่องที่ 23) ใช้ระยะเวลาให้โปรแกรมครั้งละ 40 – 45 นาที รวม 3 วัน และมีงานวิจัยอีก 1 เรื่อง (เรื่องที่ 24) ให้โปรแกรมสัปดาห์ละ 1 ครั้งๆ ละ 60 นาที นาน 6 สัปดาห์

ผลลัพธ์ของโปรแกรม สามารถจำแนกได้ดังนี้

1) ระดับความวิตกกังวล พบงานวิจัยจำนวน 1 เรื่อง (เรื่องที่ 22) ระบุว่า ภายหลังจากได้รับโปรแกรม พบว่ามีระดับความวิตกกังวลลดต่ำลง

2) ระดับความทุกข์ พบงานวิจัยจำนวน 1 เรื่อง (เรื่องที่ 22) ระบุว่า ภายหลังจากได้รับโปรแกรม พบว่ามีระดับความทุกข์ลดต่ำลง

3) ระดับความกดดัน พบงานวิจัยจำนวน 1 เรื่อง (เรื่องที่ 22) ระบุว่า ภายหลังจากได้รับโปรแกรม พบว่ามีระดับความกดดันลดต่ำลง

4) ความเหนื่อยล้า พบงานวิจัยจำนวน 1 เรื่อง (เรื่องที่ 22) ระบุว่า ภายหลังจากที่ได้รับโปรแกรม พบว่ามีระดับความเหนื่อยล้าลดต่ำลง

5) ความเป็นอยู่ที่ดี พบงานวิจัยจำนวน 1 เรื่อง (เรื่องที่ 22) ระบุว่า ภายหลังจากที่ได้รับโปรแกรม พบว่ามีความเป็นอยู่ที่ดีขึ้น

6) พฤติกรรมการดูแลเด็ก พบงานวิจัยจำนวน 1 เรื่อง (เรื่องที่ 23) ระบุว่า ภายหลังจากที่ได้รับโปรแกรม พบว่าผู้ดูแลมีพฤติกรรมการดูแลเด็กที่ดีขึ้น

7) คุณภาพชีวิต พบงานวิจัยจำนวน 1 เรื่อง (เรื่องที่ 24) ระบุว่า ภายหลังจากได้รับโปรแกรมพบว่ามีความคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น



## บทที่ 5

# สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล วิธีการ/รูปแบบสำหรับนำไปใช้ ในการดูแลครอบครัวผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งและข้อเสนอแนะ

### 1. สรุปผลการวิจัย

การวิจัยในครั้งนี้เป็นการทบทวนองค์ความรู้เกี่ยวกับการรูปแบบ วิธีการดูแลครอบครัวเด็กป่วยโรคมะเร็งอย่างเป็นระบบ โดยการศึกษารายงานวิจัยที่เผยแพร่ระหว่างเดือน มกราคม 2551 – ธันวาคม 2561 ซึ่งพิจารณาคัดกรองจากชื่อเรื่องและบทคัดย่อ พบว่า มีรายงานวิจัยที่ตรงตามเกณฑ์การคัดเลือกและสามารถนำมาศึกษาได้ทั้งหมด จำนวน 24 รายงาน เป็นการศึกษาในต่างประเทศ จำนวน 19 เรื่อง และการศึกษาในประเทศไทย จำนวน 5 เรื่อง

ผู้วิจัยได้ทบทวนและสังเคราะห์งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการดูแลครอบครัวเด็กป่วยโรคมะเร็ง พบว่าการให้การดูแลครอบครัวเด็กป่วยโรคมะเร็ง สามารถจำแนกประเด็นโดยการแบ่งช่วงเวลาของการให้การดูแลเป็น 3 ระยะ ได้แก่ ระยะเริ่มต้นการรักษา พบบางงานวิจัยจำนวน 5 เรื่อง (คิดเป็นร้อยละ 20.83) ระยะระหว่างรับการรักษา พบบางงานวิจัยจำนวน 16 เรื่อง (คิดเป็นร้อยละ 66.67) และระยะสิ้นสุดการรักษา พบบางงานวิจัยจำนวน 3 เรื่อง (คิดเป็นร้อยละ 12.50) โดยผลการศึกษาสรุบได้ ดังนี้

#### 1.1 การดูแลครอบครัวเด็กป่วยโรคมะเร็งในระยะเริ่มต้นการรักษา

ผลการศึกษาพบว่า โปรแกรมการดูแลครอบครัวทั้งหมดใช้หลักการการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม (Cognitive behavioral therapy: CBT) โดยดำเนินการหลังเด็กป่วยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคมะเร็ง ตั้งแต่ 2 สัปดาห์ ถึง 16 สัปดาห์ ผู้ให้การดูแล ได้แก่ นักจิตวิทยา และพยาบาล โปรแกรมส่วนใหญ่ (ร้อยละ 80) ดำเนินการทั้งในโรงพยาบาลและที่บ้าน กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 80) คือ มารดาของเด็กป่วย โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อลดความวิตกกังวล ความเครียด ความทุกข์ ของกลุ่มตัวอย่าง

วิธีการดูแลส่วนใหญ่เน้นการเปลี่ยนแปลงความเชื่อ ความคิด โดยเน้นการฝึกทักษะการแก้ไขปัญหา ใน 5 ขั้นตอนที่สำคัญ ได้แก่ 1) การระบุปัญหา 2) การกำหนดทางเลือก 3) การประเมินตัวเลือกเพื่อเลือกทางที่ดีที่สุด 4) การลงมือปฏิบัติ 5) ประเมินผลการปฏิบัติ เพื่อให้ผู้ดูแลเด็กป่วยโรคมะเร็งได้ฝึกทักษะการเผชิญปัญหาทั่วไปที่จะสามารถนำไปใช้กับช่วงของสถานการณ์ที่ทำนายในระหว่างที่เด็กได้รับการรักษาโรคมะเร็งที่อาจเกิดขึ้นต่อไปในอนาคต นอกจากนี้ ยังมุ่งเน้นการดูแลมารดาหรือผู้ปกครองในระดับบุคคล เพื่อให้สามารถจัดการกับอารมณ์ และจิตใจ และอาการเจ็บป่วยของเด็กที่ยังไม่คงที่ โดยทีมสหวิชาชีพ ระยะเวลาการให้โปรแกรมแต่ละครั้ง มีตั้งแต่ 15 นาที ถึง 60 นาที

#### 1.2 การดูแลครอบครัวเด็กป่วยโรคมะเร็งในระยะระหว่างรับการรักษา

งานวิจัยที่ศึกษาส่วนใหญ่ดำเนินการในระหว่างรับการรักษา ซึ่งอาจต้องรับไว้รักษาในโรงพยาบาลระหว่างการรักษาหรือรับการรักษาแบบผู้ป่วยนอก โดยพบว่าบริบทของการรักษาโรคมะเร็ง



แตกต่างกันไปตามชนิดของโรคและการรักษา ผู้ป่วยและครอบครัวต้องเผชิญกับการรักษา ผลข้างเคียงจากการรักษา ผู้ให้การดูแลในระยะนี้ ได้แก่ สหวิชาชีพ คือ นักจิตวิทยา พยาบาล ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะด้านจิตวิญญาณ นักสังคมสงเคราะห์ และ นักกายภาพบำบัด กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาได้แก่ มารดามากที่สุด รองลงมาคือ ผู้ปกครอง ผู้ดูแลหลัก บิดา และพี่น้องเด็กป่วยโรคมะเร็ง ตามลำดับ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อลดความวิตกกังวล ความเครียด ความทุกข์ รวมทั้งเสริมสร้างความแข็งแกร่งของจิตใจเพื่อการเผชิญกับภาวะการเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งของเด็กป่วย ได้แก่ การเสริมสร้างพลังอำนาจ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน ความสามารถในการควบคุมสถานการณ์ การสนับสนุนทางสังคม บทบาทหน้าที่ในครอบครัว รวมทั้งเพิ่มคุณภาพชีวิต และสุขภาวะของมารดา ผู้ปกครอง ผู้ดูแลหลัก และเพิ่มการมีส่วนร่วม การมีปฏิสัมพันธ์ และการเผชิญปัญหา ในน้องเด็กป่วยโรคมะเร็ง ระยะเวลาของโปรแกรมแต่ละครั้งแตกต่างกัน อยู่ระหว่าง 30 นาที ถึง 2 ชั่วโมง โดยระยะเวลาการดูแลตามโปรแกรมแตกต่างกันอยู่ระหว่าง 3 วัน ถึง 12 สัปดาห์

วิธีการดูแลตามโปรแกรมในระยะนี้มีแนวคิดพื้นฐานแตกต่างกันดังนี้ 1) การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม (Cognitive behavioral therapy: CBT) 2) ทฤษฎีการเรียนรู้ทางปัญญาเชิงสังคม (Social cognitive theory) 3) ประยุกต์จากทฤษฎีทางการแพทย์ ได้แก่ ทฤษฎีการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (Pender's Health Promoting Model) 4) ใช้การแพทย์ทางเลือก (Alternative medicine) เช่น เทคนิคการผ่อนคลายกล้ามเนื้อเนื้อร่วมกับการใช้จินตนาการและคิดภาพขึ้นในใจ และ การใช้ดนตรีบำบัด 5) การทำสมาธิต่างๆ ได้แก่ การฝึกอานาปานสติ (Meditation) ร่วมกับการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผน และการฝึกสมาธิร่วมกับการให้คำปรึกษารายบุคคลตามแนวเผชิญความจริง 6) โปรแกรมการออกกำลังกาย (Exercise) ด้วยการเดิน ทั้งรายบุคคลและรายกลุ่ม 7) การให้ความรู้ (Information giving) โดยการให้ข้อมูลที่เหมาะสมและจำเป็นเกี่ยวกับโรคมะเร็ง 8) การประยุกต์ใช้กระบวนการเสริมพลังอำนาจ (Empowerment) 9) การดูแลด้านจิตวิญญาณ (Spiritual care) เพื่อสร้างความมั่นใจในตนเองให้กับผู้ดูแล

### 1.3 การดูแลครอบครัวเด็กป่วยโรคมะเร็งในระยะหลังได้รับการรักษา

มีผลการศึกษาจากงานวิจัยเพียง 3 เรื่อง ซึ่งดำเนินการในระยะเวลาที่แตกต่างกัน ดังนี้

งานวิจัยเรื่องที่ 1 ดำเนินการเมื่อสิ้นสุดการรักษาทันที ผู้ให้การดูแลได้แก่ นักจิตวิทยา กลุ่มตัวอย่าง คือ บิดา มารดา ให้โปรแกรมที่โรงพยาบาลโดยใช้วิธีการให้ครอบครัวเขียนระบายความรู้สึกเมื่อสิ้นสุดการรักษาโรคมะเร็งของเด็กทันที โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อลดความวิตกกังวล ความทุกข์ ความกดดัน ความเหนื่อยล้า จากการที่ครอบครัวต้องเผชิญหน้ากับโรค และการบำบัดรักษาเด็กป่วยโรคมะเร็ง ทำให้เกิดการสร้างการรับรู้ พัฒนาทักษะของผู้ปกครองในการค้นหาประโยชน์และมองหาข้อมูลด้านบวก

งานวิจัยเรื่องที่ 2 ดำเนินการเมื่อหยุดการรักษามาแล้ว 6 เดือน ถึง 4 ปี และมีน้ำหนักเกิน ผู้ให้การดูแลได้แก่ พยาบาล นักจิตวิทยา นักโภชนาการ และนักกายภาพบำบัด กลุ่มตัวอย่างคือ บิดา มารดา ใช้วิธีการสอนแบบเผชิญหน้าและพูดคุยโทรศัพท์แบบเป็นกลุ่มเพื่อให้ความรู้เกี่ยวกับการออกกำลังกายร่วมกับการควบคุมอาหารและให้ผู้ปกครองนำไปถ่ายทอดกับเด็กป่วยโรคมะเร็ง โดยให้โปรแกรมทั้งที่โรงพยาบาลและบ้าน มีวัตถุประสงค์เพื่อลดภาวะหรือปัญหาของผู้ปกครองในการดูแลเด็ก และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ระยะเวลาให้โปรแกรมสัปดาห์ละ 1 ครั้งๆ ละ 60 นาที นาน 6 สัปดาห์

งานวิจัยเรื่องที่ 3 ดำเนินการเมื่อเด็กป่วยเข้าสู่ระยะสุดท้ายของโรค ผู้ให้การดูแลคือ พยาบาล กลุ่มตัวอย่าง คือผู้ดูแลเด็กป่วยโรคมะเร็ง มีการให้โปรแกรมที่โรงพยาบาลโดยใช้วิธีการสอน การชี้แนะเกี่ยวกับโรคมะเร็ง การดูแลเมื่อป่วยเป็นโรคมะเร็ง วิธีการดูแลให้มีความสุขอยู่กับโรคมะเร็ง สนับสนุนให้กำลังใจ และการสร้างสิ่งแวดล้อมที่ส่งเสริมให้บุคคลได้พัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองตามทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม มีวัตถุประสงค์เพื่อเสริมสร้างพฤติกรรมการดูแลเด็กให้ดียิ่งขึ้น ระยะเวลาครั้งละ 40 – 45 นาที รวม 3 วัน

## 2. การอภิปรายผลการวิจัย

ในการอภิปรายผลการศึกษจากการวิเคราะห์ สังเคราะห์ เกี่ยวกับการรูปแบบ วิธีการดูแลครอบครัว เด็กป่วยโรคมะเร็งอย่างเป็นระบบ ได้จำแนกการอภิปรายผลการศึกษตามหัวข้อดังนี้

- 2.1 คุณภาพ ความเพียงพอของงานวิจัยและการนำผลการวิจัยไปใช้
- 2.2 วิธีการ/รูปแบบ สำหรับนำไปใช้ในการดูแลครอบครัวผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็ง

### 2.1 คุณภาพ ความเพียงพอของงานวิจัยและการนำผลการวิจัยไปใช้

จากการศึกษาครั้งนี้ มีงานวิจัยที่นำมาวิเคราะห์ สังเคราะห์ทั้งหมด จำนวน 24 เรื่อง พบว่าเป็นการศึกษาในต่างประเทศ จำนวน 19 เรื่อง และการศึกษาในประเทศไทย จำนวน 5 เรื่อง เมื่อนำมาประเมินคุณภาพงานวิจัยโดยใช้เกณฑ์การประเมินคุณภาพระดับงานวิจัยของราชวิทยาลัยกุมารแพทย์แห่งประเทศไทย (2544) ได้แบ่งระดับของหลักฐานเชิงประจักษ์ไว้เป็น 4 ระดับ (Level A, B, C, D) พบว่างานวิจัยดังกล่าวเป็นงานวิจัยที่มีคุณภาพและมีความน่าเชื่อถือ เป็นแบบแผนงานวิจัยที่สามารถทำได้จริง มีเนื้อหาครอบคลุมและสามารถนำมาสนับสนุน การดูแลครอบครัวผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งในสภาพการณ์จริง โดยงานวิจัยมีคุณภาพงานวิจัยในระดับ A ที่เป็นเชิงทดลองชนิดมีการสุ่มเข้ากลุ่ม (Randomized control trial) จำนวน 10 เรื่อง คุณภาพงานวิจัยระดับ B ที่เป็นงานวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi – experimental) จำนวน 14 เรื่อง รายละเอียดแสดงในตารางที่ 4.1

### 2.2 วิธีการ/รูปแบบการดูแลครอบครัวผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็ง

#### 2.2.1 การดูแลครอบครัวเด็กป่วยโรคมะเร็งในระยะเริ่มต้นการรักษา

ภายหลังจากที่เด็กได้รับการวินิจฉัยว่าป่วยเป็นโรคมะเร็ง อาจส่งผลกระทบต่อความรู้สึกอย่างรุนแรงกับผู้ป่วยและครอบครัว โดยเฉพาะบิดามารดา ที่ต้องเผชิญกับความกลัว ความวิตกกังวล และความเครียด ในขณะเดียวกันก็ต้องเตรียมตัวกับการรักษาโรคมะเร็งที่ตามมาหลายอย่าง ดังนั้นวิธีการดูแลส่วนใหญ่จึงเน้นที่ การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม (Cognitive behavioral therapy: CBT) โดยนำมาใช้ปรับความคิดที่เป็นพฤติกรรมปรับตัวผิด (Maladaptive behavior) นำไปสู่ความเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ และพฤติกรรมที่ดี และการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมนั้นยังมีประสิทธิผลในการรักษาความผิดปกติที่เกิดหลังความเครียดที่สะเทือนใจได้จากการศึกษาพบว่า ผู้ที่ให้การดูแลทั้งหมดเป็นนักจิตวิทยา เพราะการดูแลครอบครัว

ระยะนี้ต้องมุ่งเน้นการปรับกระบวนการทางความคิดก่อนเป็นลำดับแรกดังที่กล่าวข้างต้น เพื่อส่งผลให้ครอบครัวสามารถตัดสินใจและมีพฤติกรรมที่ดี สามารถจัดการกับอาการป่วยทางด้านร่างกาย จิตใจของเด็กที่ยังไม่คงที่ และผ่านช่วงเวลานี้ไปได้ นอกจากนี้ การที่มารดาใกล้ชิดดูแลเด็กมากที่สุด จึงอาจเผชิญกับภาวะความวิตกกังวล และความเครียดมากที่สุด ทำให้โปรแกรมระยะนี้เกือบทั้งหมดให้ความสำคัญกับมารดาเป็นหลัก

### 2.2.2 การดูแลครอบครัวเด็กป่วยโรคมะเร็งในระยะระหว่างรับการรักษา

การรักษาโรคมะเร็งของเด็ก ไม่ว่าจะเป็นการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดหรือรังสีรักษา ล้วนส่งผลให้เด็กป่วยและครอบครัวต้องเผชิญกับความเจ็บปวด ไม่สุขสบาย วิตกกังวล ความกลัว และความเครียด ฉะนั้นการดูแลครอบครัวเด็กป่วยโรคมะเร็งในระยะระหว่างรับการรักษาจึงต้องใช้หลากหลายวิธีร่วมกัน ถึงแม้ว่าจะมีการนำวิธีการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมมาดูแลครอบครัวเด็กป่วยโรคมะเร็งระยะเริ่มต้นการรักษาแล้ว ก็ยังพบว่าในระยะระหว่างการรักษาที่มีการนำวิธีการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม ทฤษฎีการเรียนรู้ทางปัญญาเชิงสังคม และทฤษฎีทางการพยาบาล ได้แก่ ทฤษฎีการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ มาประยุกต์ใช้ในการดูแลครอบครัวเด็กป่วยโรคมะเร็ง เพื่อเพิ่มพูนทักษะในการแก้ปัญหา เสริมสร้างการดูแลตนเองในการปรับกระบวนการคิดเพื่อให้เกิดพฤติกรรมที่ดี แต่เนื่องจากครอบครัวต้องเผชิญกับสภาวะเครียดอย่างมาก จึงพบว่ามีการใช้กลุ่มของการแพทย์ทางเลือก เช่น เทคนิคการผ่อนคลายกล้ามเนื้อเนื้อร่วมกับ การใช้จินตนาการและคิดภาพขึ้นในใจ การใช้ดนตรีบำบัด การทำสมาธิ และการออกกำลังกาย เป็นต้น ร่วมกับการให้ความรู้ ให้คำปรึกษา และสนับสนุนข้อมูลต่างๆ ร่วมด้วยเพื่อช่วยให้ครอบครัวสามารถเผชิญกับสภาวะดังกล่าวได้ดีขึ้น นอกจากนี้ยังนำการเสริมสร้างความแข็งแกร่งทางด้านจิตใจมาใช้ในการดูแลครอบครัว โดยการประยุกต์ใช้กระบวนการเสริมพลังอำนาจ และการดูแลด้านจิตวิญญาณ เพื่อสร้างความมั่นใจในตนเอง ให้กับสมาชิกในครอบครัว ดังนั้นการดูแลครอบครัวเด็กป่วยโรคมะเร็งในระยะระหว่างรักษานี้ ควรประกอบไปด้วยความร่วมมือกันของทีมสหสาขาวิชาชีพ ได้แก่ แพทย์ พยาบาล เภสัชกร นักโภชนาการ นักกายภาพบำบัด และผู้เชี่ยวชาญด้านต่างๆ

### 2.2.3 การดูแลครอบครัวเด็กป่วยโรคมะเร็งในระยะหลังได้รับการรักษา

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การทำวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการดูแลครอบครัวเด็กป่วยโรคมะเร็งในระยะหลังได้รับการรักษายังมีค่อนข้างน้อย แต่ก็ยังพบว่ามีวิธีการให้บิดา มารดา เขียนบรรยายเกี่ยวกับเหตุการณ์ อารมณ์ และความรู้สึก เพื่อจะทำให้เกิดการสร้างการรับรู้ ช่วยพัฒนาทักษะของบิดามารดา ในการค้นหาประโยชน์และมองหาข้อมูลด้านบวก รวมทั้งจัดการกับสิ่งที่อาจเกิดขึ้นอีกในอนาคตได้ ซึ่งวิธีการดังกล่าวสามารถ นำไปใช้ได้ดี นอกจากนี้ภายหลังจากหยุดการรักษาแล้วระยะหนึ่ง ผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งอาจมี ปัญหาสุขภาพ มีน้ำหนักเกิน หรือเริ่มเข้าสู่ระยะสุดท้ายที่เฝ้าเคมิบำบัดแล้วไม่ตอบสนองต่อการรักษา ทำให้ต้องมีการบูรณาการการดูแลร่วมกันระหว่างสหสาขาวิชาชีพ ได้แก่ แพทย์ พยาบาล เภสัชกร นักโภชนาการ นักกายภาพบำบัด ซึ่งนับว่าเป็นสิ่งที่สำคัญที่สุดในการดูแลครอบครัวเด็กป่วยโรคมะเร็ง

### 3. วิธีการ/รูปแบบสำหรับนำไปใช้ในการดูแลครอบครัวผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็ง

จากการประชุมวิพากษ์รูปแบบหรือวิธีการเกี่ยวกับการดูแลครอบครัวเด็กป่วยโรคมะเร็ง ร่วมกับอาจารย์พยาบาลที่เชี่ยวชาญด้านการดูแลเด็กป่วยโรคมะเร็งและครอบครัวและพยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์ในการดูแลเด็กป่วยโรคมะเร็งและครอบครัว ทำให้ได้ข้อคิดเห็นที่เป็นประโยชน์สำหรับปรับปรุงรูปแบบ/วิธีการดูแลครอบครัวเด็กป่วยโรคมะเร็ง โดยแบ่งออกเป็นระยะต่างๆ ดังนี้

#### 3.1 การดูแลครอบครัวเด็กป่วยโรคมะเร็งในระยะเริ่มต้นการรักษา

การดูแลในระยะนี้ ควรมุ่งเน้นการดูแลทางด้านจิตใจเป็นสำคัญ โดยเน้นวิธีการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม (Cognitive behavioral therapy: CBT) เพื่อส่งเสริมให้ครอบครัวสามารถตัดสินใจและมีพฤติกรรมที่ดี สามารถจัดการกับอาการป่วยทางด้านร่างกาย จิตใจ ของเด็กที่ยังไม่คงที่ และจะช่วยให้ครอบครัวสามารถผ่านช่วงเวลานี้ไปได้

#### 3.2 การดูแลครอบครัวเด็กป่วยโรคมะเร็งในระยะระหว่างรับการรักษา

การดูแลครอบครัวเด็กป่วยโรคมะเร็งในระยะระหว่างรับการรักษาจึงต้องใช้หลากหลายวิธีร่วมกัน วิธีการที่สามารถนำมาใช้ได้แก่

3.2.1 วิธีการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม ทฤษฎีการเรียนรู้ทางปัญญาเชิงสังคม และทฤษฎีทางการแพทย์บำบัด ได้แก่ ทฤษฎีการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ มาประยุกต์ใช้ในการดูแลครอบครัวเด็กป่วยโรคมะเร็ง เพื่อเพิ่มพูนทักษะในการแก้ปัญหา เสริมสร้างการดูแลตนเองในการปรับกระบวนการคิดเพื่อให้เกิดพฤติกรรมที่ดี โดยเฉพาะการใช้ทฤษฎีการเรียนรู้ทางปัญญาเชิงสังคม โดยใช้กลุ่มปฏิสัมพันธ์กันระหว่างครอบครัวซึ่งมีลักษณะเช่นเดียวกัน ทำให้เกิดอิทธิพลต่อกันและกัน การเรียนรู้จากการสังเกตหรือการเลียนแบบ ส่งผลให้เกิดกระบวนการเรียนรู้และมีทักษะในการจัดการกับปัญหาได้ดียิ่งขึ้น

3.2.2 การแพทย์ทางเลือก พบว่า การใช้เทคนิคการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ ร่วมกับการใช้จินตนาการและคิดภาพขึ้นในใจ การใช้ดนตรีบำบัด การทำสมาธิ สามารถนำมาใช้ได้ดี บิดามารดา ผู้ปกครองและผู้ดูแลสามารถนำไปปฏิบัติได้จริงในทุกๆ โอกาส

3.2.3 การออกกำลังกาย พบว่า มีข้อจำกัดตามลักษณะของครอบครัว และขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายชนิด เช่น ความเหนื่อยล้าของบิดา มารดา ผู้ปกครอง หรือผู้ดูแล เป็นต้น

3.2.4 วิธีการให้ความรู้ ให้คำปรึกษา และสนับสนุนข้อมูลต่างๆ ร่วมด้วย สามารถนำไปใช้ได้ดี เพราะช่วยให้ครอบครัวสามารถเผชิญกับสภาวะดังกล่าวได้ดีขึ้น

3.2.5 วิธีการเสริมสร้างความแข็งแกร่งทางด้านจิตใจ โดยการประยุกต์ใช้กระบวนการเสริมพลังอำนาจ และการดูแลด้านจิตวิญญาณ สามารถนำมาใช้ในการดูแลครอบครัว เพื่อสร้างความมั่นใจในตนเองให้กับสมาชิกในครอบครัว ได้ดี

#### 3.3 การดูแลครอบครัวเด็กป่วยโรคมะเร็งในระยะหลังได้รับการรักษา

3.3.1 วิธีการให้บิดา มารดา เขียนระบายเกี่ยวกับเหตุการณ์ อารมณ์ และความรู้สึก สามารถนำไปใช้ได้เพื่อจะทำให้เกิดการสร้างการรับรู้ ช่วยพัฒนาทักษะของบิดามารดาในการค้นหาประโยชน์และมอง

หาข้อมูลด้านบวก รวมทั้งจัดการกับสิ่งที่อาจเกิดขึ้นอีกในอนาคตได้ อย่างไรก็ตาม ควรมีวิธีการอื่นๆ เพิ่มเติมในการให้บิดามารดา ผู้ปกครองและผู้ดูแล ในกลุ่มที่มีข้อจำกัดในการเขียนได้ระบายความรู้สึก เช่น การพูดคุย การสัมภาษณ์เชิงลึก เป็นต้น

3.3.2 วิธีบูรณาการการดูแลร่วมกันระหว่างสหสาขาวิชาชีพ มีความสำคัญอย่างยิ่ง เนื่องจาก ภายหลังจากการรักษามาแล้วระยะหนึ่ง ผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งอาจมีปัญหาสุขภาพ มีน้ำหนักเกิน หรือเริ่มเข้าสู่ระยะสุดท้ายที่ยาเคมีบำบัดแล้วไม่ตอบสนองต่อการรักษา ทำให้ต้องการดูแลครอบครัวเด็กป่วยโรคมะเร็งอย่างต่อเนื่อง

### ข้อจำกัดของงานวิจัยที่ศึกษา

ผลงานวิจัยส่วนใหญ่ศึกษาในเด็กป่วยกลุ่มโรคมะเร็งของระบบเลือดและน้ำเหลือง ซึ่งมีอุบัติการณ์สูงในเด็ก อีกทั้งผู้ให้โปรแกรมซึ่งเป็นสหวิชาชีพให้การดูแลตามขอบเขตของความเชี่ยวชาญเชิงวิชาชีพในแต่ละศาสตร์ ทำให้การบูรณาการเพื่อการดูแลครอบครัวของเด็กป่วยโรคมะเร็งยังไม่ชัดเจนเพียงพอ

### ข้อเสนอแนะ

1. การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลแก่ บิดา มารดา เด็กป่วยโรคมะเร็งในแต่ละระยะ ได้แก่ ระยะหลังได้รับการวินิจฉัยโรคทันที ระยะระหว่างการบำบัดรักษาด้วยวิธีการต่าง ๆ และระยะหลังการบำบัดรักษา เพื่อสุขภาพและการดำรงไว้ซึ่งบทบาทหน้าที่ของครอบครัว

2. การศึกษาวิจัยเกี่ยวกับการดูแลพี่น้องของเด็กป่วยโรคมะเร็ง ซึ่งได้รับผลกระทบจากความเจ็บป่วยด้วย แต่ยังมีเรียนน้อยมาก

## บรรณานุกรม

- กรณีกา ไชยประสิทธิ์ วรณดี เตียววิศเรศ และไพรัช วงนาม. (2016). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปรับตัวของครอบครัวที่มีบุตรโรคมะเร็ง. วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี. 27 (1), กันยายน 2558 – กุมภาพันธ์ 2559.
- คณะอนุกรรมการ Evidence-Based Medicine & clinical Practice Guidelines. (2544). คำแนะนำการสร้าง แนวปฏิบัติทางเวชปฏิบัติ (Clinical practice guideline). สารราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย, 18(6), 36-47.
- ชมรมโรคมะเร็งเด็กแห่งประเทศไทย. (2547). ทะเบียนผู้ป่วยมะเร็งเด็ก ระยะที่ 1 ระบาดวิทยาและการดำเนินโรค. Retrieved from <http://kb.hsri.or.th/dspace/handle/11228/1645>
- พวงทอง ไกรพิบูลย์. (2553). มะเร็งในเด็ก. นนทบุรี: อมรินทร์สุขภาพ.
- พองคำ ติลกสกุลชัย. (2551). การปฏิบัติการพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์ หลักการและวิธีการปฏิบัติ (พิมพ์ครั้งที่ 4). กรุงเทพฯ: ห้างหุ้นส่วนจำกัด พีริ-วัน.
- มาลินี เหล่าไพบูลย์ และภิศก ลุมพิกานนท์. (2552). การวิจัยเชิงสังเคราะห์ในการดูแลรักษาสุขภาพ (Research Synthesis in Healthcare). ขอนแก่น: หจก.โรงพิมพ์คลังนานาวิทยา.
- ราชบัณฑิตยสถาน. พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ.2554. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: ราชบัณฑิตยสถาน.
- รุจา ภูไพบูลย์. (2541). การพยาบาลครอบครัว แนวคิด ทฤษฎีและการนำไปใช้. กรุงเทพฯ: วีเจ พรินต์ติ้ง.
- รุจา ภูไพบูลย์และคณะ. (2543). ผลกระทบของการมีบุตรป่วยโรคมะเร็งต่อครอบครัว. รายงานวิจัย, ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี.
- สถาบันมะเร็งแห่งชาติ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2560). ทะเบียนมะเร็งระดับโรงพยาบาล พ.ศ. 2559. กรุงเทพฯ: บริษัท พรทรัพย์การพิมพ์ จำกัด
- American Cancer Society. (2016, December 30). Childhood cancer: Cancer facts and figures. Retrieved from <http://www.cancer.org/cancer/cancerinchildren>
- Anderson, V. A., Godber, T., Smibert, E., Weiskop, S., Ekert, H. (2000). Cognitive and academic outcome following cranial irradiation and chemotherapy in children: a longitudinal study. *British Journal of cancer*, 82(2), 256-262.
- Brennan, B. M., Rahim, A., Adams, J. A., Eden, O. B., Shalet, S. M. (1999). Reduced bone mineral density in young adults following cure of acute lymphoblastic leukaemia in childhood. *British Journal of cancer*, 79, 1859-1863.

- Cancer Research UK. (2010-2011). *saving lives*. Retrieved from [http://www.cancerresearchuk.org/prod\\_consump/groups/cr\\_common/@abt/@gen/documents/generalcontent/cr\\_075236.pdf](http://www.cancerresearchuk.org/prod_consump/groups/cr_common/@abt/@gen/documents/generalcontent/cr_075236.pdf)
- Eiser. (1998). Practitioner Review: Long-term Consequences of Childhood Cancer. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 39(5), 621-633.
- Hind, C. (1990). The need of families who care for patients with cancer at home: Are we meeting them? *Journal of Advance Nursing*, 10, 575-581.
- Hodder, H. J., & Keene, N. (2002). *Childhood Cancer: A Parent's Guide to Solid Tumor Cancers* (L. Lamb Ed. 2 nd ed.). USA: O'Reilly Media, Inc.
- Imsamran, W., & et al. (2015). *Cancer in Thailand*: New Thammada Press (Thailand) Co., Ltd.
- James, K., Keegan-Wells, D., Hinds, P. S., Kelly, K. P., Bond, D., Hall, B., Mahan, R., Moore, I. M., Roll, L., Speckhart, B. (2002). The care of my child with cancer: parents' perceptions of caregiving demands. *Journal of Pediatric Oncology Nursing*, 19(6), 218-228.
- Lundy, S. K., Janes, S. (2009). *Community Health Nursing: Caring for the public's Health* (2nd ed.). U.S.A.: Jones and Bartlett Publishers.
- McCubbin, M. A., McCubbin, H. I. (1993). *Family coping with illness: The resiliency model of family stress, adjustment and adaptation*. In Danielson, C. B., Hamel Bissell, B., & Winstead-Fry, P. (Eds.). *Families, health & illness: Perspectives on coping and intervention*: St. Louis: Mosby.
- Melnyk, B. M., Fineout - Overholt, E. (2011). *Evidence-based practice in nursing and healthcare: A guide to best practice*. Philadelphia: Lippincott: Williams & Wilkins.
- Ness, K. K., Mertens, A. C., Hudson, M. M., Wall, M. M., Leisenring, W. M., Oeffinger, K. C., Sklar, C. A., Robison, L. L., Gurney, J.G. (2005). Limitations on physical performance and daily activities among long-term survivors of childhood cancer. *Annals of Internal Medicine*, 143(9), 639-647.
- Otto, E. S. (2007). *Oncology Nursing* (5 ed.): St. Louis: C. V. Mosby.
- Spurgeon, A., Keene, N. (2016). *Childhood Cancer: A Parent's Guide to Solid Tumor Cancers* (Third Edition ed.). onconurse.com: Childhood Cancer Guides.
- Tomlinson, D. (2005). *Pediatric Oncology Nursing*: Springer Berlin Heidelberg.
- Ward, E., DeSantis, C., Robbins, A., Kohler, B., Jemal, A. (2014). Childhood and Adolescent Cancer Statistics 2014. *CA: A Cancer Journal for Clinicians* 2014, 64(2), 1-21.
- Williams, P. D., Lorenzo, F. D., Borja, M. (1993). Pediatric chronic illness: Effects on sibling and mothers. *The American Journal of Maternal/Child Nursing*, 21(4), 111-121.

- Williams, P. D., Williams, A.R., Kelly, K.P., Dobos, C., Giesecking, A., Connor, R., Ridder, L., Potter, N., Del Favero, D. (2012). A symptom checklist for children with cancer: the Therapy-Related Symptom Checklist-Children *Cancer Nursing*, 35(2), 89-98.
- Wills, B. S. H. (1999). The experiences of Hong Kong Chinese parents of children with acute lymphocytic leukemia *Journal of pediatric nursing*, 14(4), 231-238.





ภาคผนวก



ภาคผนวก ก

เครื่องมือที่ใช้ในการสังเคราะห์งานวิจัย

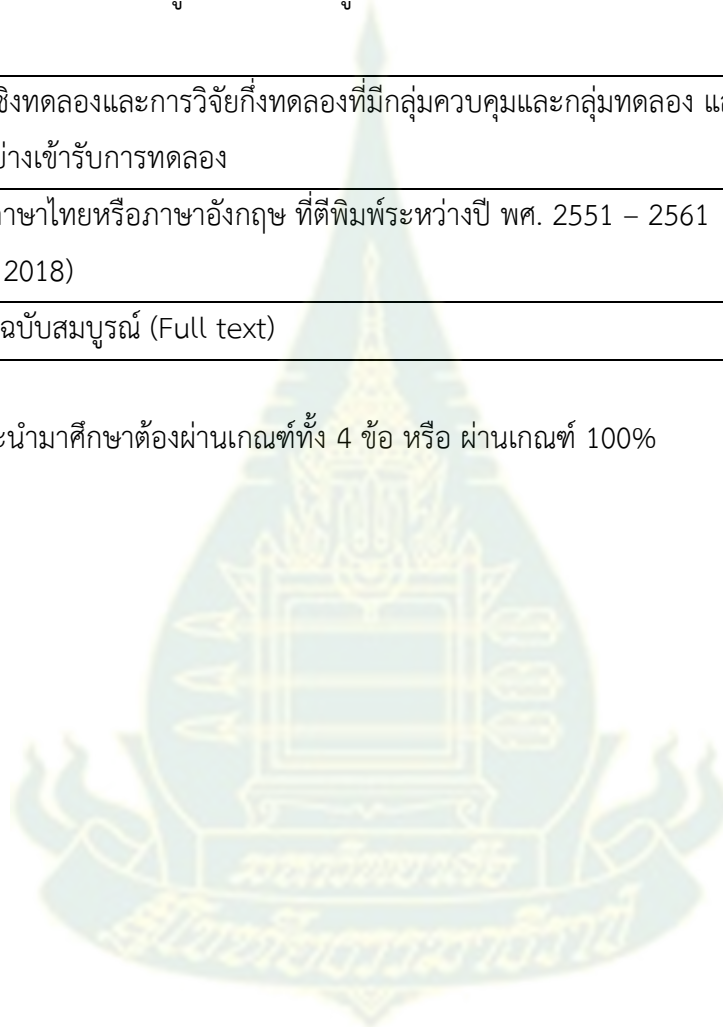


## แบบคัดกรองงานวิจัย

เรื่อง การดูแลครอบครัวเด็กป่วยโรคมะเร็ง: การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ  
(Caring for Families of Children with Cancer: A Systematic Review)

ข้อ	เกณฑ์การคัดกรองงานวิจัย	ผลการคัดกรอง	
		ใช่	ไม่ใช่
1	เป็นงานวิจัยที่ศึกษาแนวทาง รูปแบบ วิธีการดูแล การพยาบาล ครอบครัวเด็กป่วยโรคมะเร็ง		
2	เป็นการวิจัยเชิงทดลองและการวิจัยกึ่งทดลองที่มีกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง และมีการสุ่มตัวอย่างเข้ารับการทดลอง		
3	เป็นงานวิจัยภาษาไทยหรือภาษาอังกฤษ ที่ตีพิมพ์ระหว่างปี พศ. 2551 – 2561 (คศ. 2008 – 2018)		
4	มีรายงานวิจัยฉบับสมบูรณ์ (Full text)		

หมายเหตุ งานวิจัยที่จะนำมาศึกษาต้องผ่านเกณฑ์ทั้ง 4 ข้อ หรือ ผ่านเกณฑ์ 100%



## แบบบันทึกการสกัดข้อมูล

## The Joanna Briggs Institute: Data extraction form

Author..... Record number.....

Journal.....

Year..... Reviewer.....

**Method**

.....  
 .....  
 .....

**Setting**

.....  
 .....  
 .....

**Participants**

.....  
 .....  
 .....

**Number of Participants**

Group A ..... Group B ..... Group C .....

(Control) (Intervention 1) (Intervention 1)

**Intervention**

Group A (Control)

.....  
 .....

Group B (Intervention 1)

.....  
 .....

Group C (Intervention 2)

.....  
 .....

## Outcome measures

.....

.....

.....

## Definition

.....

.....

.....

## Other outcomes measures

Outcome Description	Scale/Measure

## Result

## Dichotomous data

Outcome	Control Group Number/total number	Treatment Group Number/total number

## Author conclusion

.....

.....

.....

.....

**แบบประเมินคุณภาพการวิจัย**  
(Assessment of Methodological Quality of include studies)

No. ....

Author ..... Year .....

## The Cochrane Collaboration's tool for assessing risk of bias

รายการประเมิน (Domain)	ผลการประเมิน (Judgement)	เกณฑ์ประกอบการประเมิน (Criteria for judgement)
<b>1. selection bias</b> อคติจากการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้าศึกษา		
<b>1.1 Random sequence generation</b> (การสุ่มกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมศึกษา)	Low risk of bias	มีการอธิบายกระบวนการสุ่มในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง เช่น <ul style="list-style-type: none"> <li>- กล่าวถึงตารางการสุ่ม</li> <li>- ใช้การสุ่มด้วยคอมพิวเตอร์</li> <li>- โยนเหรียญ</li> <li>- ใช้สลากหรือซอง</li> <li>- โยนลูกเต๋า</li> <li>- จับสลาก</li> </ul> หรืออย่างน้อยจะกระทำอย่างไรที่แสดงให้เห็นได้ว่าการสุ่ม
	High risk of bias	มีการอธิบายกระบวนการเลือกกลุ่มตัวอย่าง โดยไม่มีการสุ่ม เช่น <ul style="list-style-type: none"> <li>- เลือกกลุ่มตัวอย่างโดยใช้วันเกิด</li> <li>- เลือกกลุ่มตัวอย่างโดยใช้วันที่เข้าร่วม</li> <li>- เลือกกลุ่มตัวอย่างโดยใช้กฎบางอย่าง เช่น เลขที่โรงพยาบาล</li> <li>- จัดลำดับโดยการตัดสินใจของแพทย์</li> <li>- จัดลำดับโดยความพึงพอใจของผู้เข้าร่วม</li> <li>- จัดลำดับโดยยึดผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ</li> <li>- จัดลำดับความเป็นไปได้ของวิธีการดูแล</li> </ul>
	Unclear risk of bias	มีข้อมูลไม่เพียงพอที่จะประเมินว่า Low หรือ High risk
<b>1.2 Allocation concealment</b>	Low risk of bias	มีการจัดกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมการศึกษาด้วยวิธีอย่างใด

รายการประเมิน (Domain)	ผลการประเมิน (Judgement)	เกณฑ์ประกอบการประเมิน (Criteria for judgement)
การจัดผู้เข้าร่วมศึกษาโดยวิธีการ สุ่มอย่างปกปิด		<p>อย่างหนึ่งต่อไปนี้</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- จัดสรรโดยศูนย์กลาง เช่น โทรศัพท์ ฐานข้อมูล เครือข่าย และการสุ่มทางเภสัช</li> <li>- จัดลำดับโดยใส่หมายเลขในภาชนะบรรจุยา</li> <li>- จัดลำดับหมายเลขใส่ในภาชนะทึบแสง หรือใส่ซองปิดผนึก</li> </ul>
	High risk of bias	<p>การจัดลำดับโดยวิธีต่อไปนี้</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ใช้ตารางการสุ่มแบบเปิด</li> <li>- ใช้ซองในการสุ่มโดยไม่มีการปกปิดเหมาะสม</li> <li>- โดยการหมุนเวียน</li> <li>- ใช้ตัวเลขวันเกิด</li> <li>- การบันทึกจำนวนผู้รับบริการ</li> <li>- วิธีการอื่นๆ ที่เห็นว่าเป็นการกระทำที่ไม่มีการปกปิด</li> </ul>
	Unclear risk of bias	มีข้อมูลไม่เพียงพอที่จะสรุปว่า Low หรือ High risk
<b>2. performance bias อคติจากการจัดกระทำ</b>		
<b>2.1 การปกปิดวิธีการจัดกระทำ</b> (blinding of participants and personnel)	Low risk of bias	<p>อย่างใดอย่างหนึ่งต่อไปนี้</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ไม่ปกปิดหรือปกปิดไม่เต็มที่ ในกรณีและผู้วิจัยเชื่อว่าการปกปิดไม่มีผลต่อผลการศึกษา</li> <li>- แน่ใจว่ามีการปกปิดผู้เข้าร่วมการศึกษากับบุคลากร และทำได้จริง</li> </ul>
	High risk of bias	<p>อย่างใดอย่างหนึ่งต่อไปนี้</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ไม่ปกปิดหรือปกปิดไม่เต็มที่ แต่จะส่งผลกระทบต่อผลการศึกษา</li> <li>- มีการปกปิด แต่ไม่สามารถทำได้และส่งผลกระทบต่อการศึกษา</li> </ul>
	Unclear risk of bias	<p>อย่างใดอย่างหนึ่งต่อไปนี้</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- มีข้อมูลไม่เพียงพอที่จะประเมินว่า Low หรือ High risk</li> <li>- การศึกษาไม่ได้ระบุถึง</li> </ul>

รายการประเมิน (Domain)	ผลการประเมิน (Judgement)	เกณฑ์ประกอบการประเมิน (Criteria for judgement)
<b>3. detection bias</b> อคติจากการประเมินผลการศึกษา		
<b>3.1 blinding of outcome assessment</b> (การปกปิดระหว่างการจัดกระทำกับผู้ประเมิน)	Low risk of bias	<p>อย่างไรอย่างหนึ่งต่อไปนี้</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ไม่มีการปกปิดผู้ประเมินผล แต่ผู้วิจัยประเมินแล้วว่า การไม่ปกปิดไม่มีผลต่อการศึกษา</li> <li>- มีการปกปิดและน่าจะทำได้จริง</li> </ul>
	High risk of bias	<p>ข้อใดข้อหนึ่งต่อไปนี้</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ไม่มีการปกปิดและมีผลต่อการศึกษา</li> <li>- มีการปกปิดแต่ไม่สามารถทำได้จริง</li> </ul>
	Unclear risk of bias	<p>ข้อใดข้อหนึ่งต่อไปนี้</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- มีข้อมูลไม่เพียงพอต่อการประเมินว่า Low or High risk</li> <li>- การศึกษาไม่ได้ระบุไว้</li> </ul>
<b>4. Attrition bias</b> อคติจากการไม่ครบถ้วนของข้อมูล		
<b>4.1 incomplete outcome data</b> ความไม่ครบถ้วนของข้อมูลที่เป็นผลลัพธ์ของการศึกษา	Low risk of bias	<p>ข้อใดข้อหนึ่งต่อไปนี้</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ไม่มีการสูญหายของข้อมูล</li> <li>- เหตุผลการสูญหายของข้อมูลไม่น่าจะสัมพันธ์กับผลลัพธ์</li> <li>- การสูญหายของข้อมูล มีความสมดุลกันระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม</li> <li>- ในกรณีที่เป็นผลลัพธ์ 2 ทาง สัดส่วนการสูญหายของข้อมูลไม่มีผลกระทบต่อผลการศึกษา</li> <li>- ในกรณีที่ผลการศึกษาเป็นข้อมูลต่อเนื่อง การสูญหายของข้อมูลไม่น่าจะมีผลกับการศึกษา</li> <li>- มีการจัดการข้อมูลที่สูญหายอย่างเหมาะสม</li> </ul>
	High risk of bias	<p>ข้อใดข้อหนึ่งต่อไปนี้</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- การสูญหายของข้อมูลสัมพันธ์กับผลการศึกษา ไม่ว่าจะในเรื่องของจำนวนที่ไม่สมดุลกัน หรือ เหตุผลที่มีการสูญหายในกลุ่มทดลอง</li> <li>- ผลลัพธ์แบบ 2 ทาง สัดส่วนของข้อมูลที่สูญหายเปรียบเทียบกับกลุ่มทดลอง</li> </ul>



รายการประเมิน (Domain)	ผลการประเมิน (Judgement)	เกณฑ์ประกอบการประเมิน (Criteria for judgement)
		- ผลลัพธ์ที่เป็นข้อมูลแบบต่อเนื่อง ในกลุ่มที่สูง หายมีผลต่อการศึกษา
	Unclear risk of bias	ข้อใดข้อหนึ่งต่อไปนี้ - ข้อมูลไม่เพียงพอที่จะสรุปว่า low or high risk - ไม่มีการกล่าวถึงในการศึกษา
<b>5. Reporting bias อคติที่เกิดจากการรายงาน</b>		
<b>5.1 selective report</b> การเลือกรายงานผลการศึกษา	Low risk of bias	ข้อใดข้อหนึ่งต่อไปนี้ - รายงานผลการศึกษาตามเค้าโครงที่ได้นำเสนอไป ทุกอย่าง กรณีที่ปรากฏเค้าโครง - หากไม่ปรากฏเค้าโครง พิจารณาที่การตีพิมพ์ว่า รายงานผลการศึกษาตามที่ได้กล่าวไว้ตั้งแต่ต้น ครบถ้วน
	High risk of bias	ข้อใดข้อหนึ่งต่อไปนี้ - การรายงานผลการศึกษาไม่ครบตามที่นำเสนอไว้ - การรายงานผลการศึกษาที่ไม่ได้ ระบุไว้ใน นำเสนอตั้งแต่ต้น - รายงานผลการศึกษาตั้งแต่ 1 อย่างขึ้นไปที่ไม่ได้ ระบุไว้ - รายงานผลการศึกษาที่ไม่ได้ระบุไว้ในกำหนด ผลลัพธ์ที่คาดว่าจะได้จากการศึกษา
	Unclear risk of bias	มีข้อมูลสนับสนุนไม่เพียงพอที่จะสรุปว่า Low หรือ High risk
<b>6. Other bias อคติอื่นๆ</b>		
	Low risk of bias	ไม่มีอคติด้านอื่นๆ เลย
	High risk of bias	มีอคติอย่างใดอย่างหนึ่ง เช่น - มีอคติบางประการในรูปแบบขงวิจัย หรือ - เป็นการหลอกลวง - มีปัญหาอื่นๆ
	Unclear risk of bias	ข้อใดข้อหนึ่งต่อไปนี้ - ข้อมูลในการประเมินไม่เพียงพอ

รายการประเมิน (Domain)	ผลการประเมิน (Judgement)	เกณฑ์ประกอบการประเมิน (Criteria for judgement)
		- เหตุผลไม่เพียงพอที่จะระบุเป็นปัญหา



## ประวัตินักวิจัย

- 1) ชื่อ-สกุล ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ  
 ชื่อ-สกุล ภาษาไทย นางสาวสุ่มัจฉรา มานะชีวกุล  
 ชื่อ-สกุล ภาษาอังกฤษ MISS SUMATCHARA MANACHEVAKUL
- 2) รหัสประจำตัวประชาชน/วุฒิการศึกษา  
 รหัสประจำตัวประชาชน 1 – 2097 – 00004 – 89 -5  
 วุฒิการศึกษา พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลเด็ก)
- 3) ตำแหน่ง อาจารย์
- 4) สถานที่ทำงาน และหมายเลขโทรศัพท์ที่ติดต่อได้สะดวก  
 สถานที่ทำงาน สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช  
 หมายเลขโทรศัพท์ที่ติดต่อได้สะดวก มือถือ 08 – 4653 – 3455 ภายใน 8087
- 5) ประสบการณ์ในการวิจัยหรือความชำนาญ  
 ประสบการณ์ในการทำวิจัย -  
 ความชำนาญ การพยาบาลเด็ก
- 6) ประวัติการได้รับทุน -
- 7) ผลงานวิจัยที่ได้พิมพ์เผยแพร่ (ย้อนหลัง 5 ปี)  
 สุ่มัจฉรา มานะชีวกุล, ทศนี ประสบกิตติคุณ และพรรณรัตน์ แสงเพิ่ม. (2555) ปัจจัยทำนาย  
 ความเครียดของมารดาในการเลี้ยงดูบุตรวัยขวบปีแรก. วารสารสมาคมพยาบาลฯ สาขาภาค  
 ตะวันออกเฉียงเหนือ. 30, 53-62.  
 สมใจ พุทธาพิทักษ์ผล วรางคณา จันทรงค์ สุ่มัจฉรา มานะชีวกุล และนิตยา เพ็ญศิริินภา. (2561).  
 การพัฒนาบทเรียนออนไลน์เรื่องระบบหลักประกันสุขภาพ สำหรับบุคลากรด้านสุขภาพ  
 ในประเทศไทย. วารสารพยาบาลโรคหัวใจและทรวงอก, 29(1).