

ผลของรูปแบบการให้ข้อมูลทางสุขภาพพร้อมกับการฝึกอานาปานสติต่อความเครียด
ในการดูแลเด็กโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวของผู้ดูแลในครอบครัว



นางธิดารัตน์ ทองหนู

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

บทคัดย่อและแฟ้มข้อมูลฉบับเต็มของวิทยานิพนธ์ตั้งแต่ปีการศึกษา 2554 ที่ให้บริการในคลังปัญญาจุฬาฯ (CUIR)
เป็นแฟ้มข้อมูลของนิสิตเจ้าของวิทยานิพนธ์ ที่ส่งผ่านทางบัณฑิตวิทยาลัย

The abstract and full text of theses from the academic year 2011 in Chulalongkorn University Intellectual Repository (CUIR)
are the thesis authors' files submitted through the University Graduate School.

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์

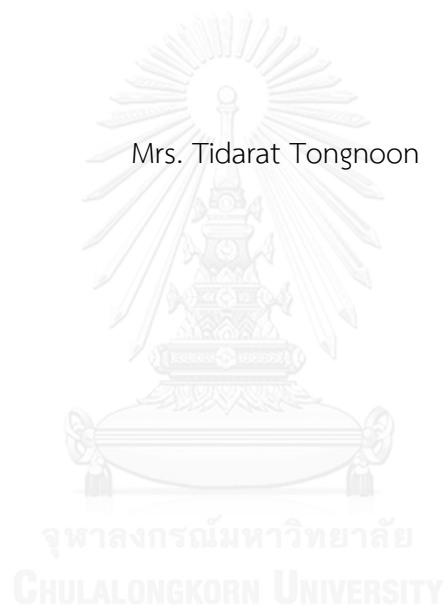
คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ปีการศึกษา 2558

ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

THE EFFECT OF GIVING HEALTH INFORMATION WITH ANAPANASTI
MEDITATION PROGRAM ON STRESS IN CARING FOR CHILDREN
WITH LEUKEMIA OF FAMILY CAREGIVERS

Mrs. Tidarat Tongnoon



A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements
for the Degree of Master of Nursing Science Program in Nursing Science
Faculty of Nursing
Chulalongkorn University
Academic Year 2015
Copyright of Chulalongkorn University

หัวข้อวิทยานิพนธ์	ผลของรูปแบบการให้ข้อมูลทางสุขภาพพร้อมกับการฝึกอานาปานสติต่อความเครียดในการดูแลเด็กโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวของผู้ดูแลในครอบครัว
โดย	นางธิดารัตน์ ทองหนู
สาขาวิชา	พยาบาลศาสตร์
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก	ศาสตราจารย์ ดร.วีณา จีระแพทย์

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้บัณฑิตวิทยาลัย อนุมัติให้บัณฑิตวิทยาลัย อนุมัติให้บัณฑิตวิทยาลัย อนุมัติให้บัณฑิตวิทยาลัย เป็นส่วนหนึ่งของ การศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรบัณฑิต

.....คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์
(รองศาสตราจารย์ ดร.สุวีพร ธนศิลป์)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....ประธานกรรมการ
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ประนอม รอดคำดี)

.....อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก
(ศาสตราจารย์ ดร.วีณา จีระแพทย์)

.....กรรมการภายนอกมหาวิทยาลัย
(อาจารย์ ดร.ชูศักดิ์ ชัมภลสิทธิ์)

ธิดารัตน์ ทองหนูน : ผลของรูปแบบการให้ข้อมูลทางสุขภาพพร้อมกับการฝึกอานาปานสติต่อความเครียดในการดูแลเด็กโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวของผู้ดูแลในครอบครัว (THE EFFECT OF GIVING HEALTH INFORMATION WITH ANAPANASTI MEDITATION PROGRAM ON STRESS IN CARING FOR CHILDREN WITH LEUKEMIA OF FAMILY CAREGIVERS) อ.ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก: ศ. ดร.วิณา จีระแพทย์, 172 หน้า.

การวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของรูปแบบการให้ข้อมูลทางสุขภาพพร้อมกับการฝึกอานาปานสติต่อความเครียดในการดูแลเด็กโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวของผู้ดูแลในครอบครัว กลุ่มตัวอย่างคือผู้ดูแลในครอบครัวของเด็กอายุต่ำกว่า 6 ปี ที่แพทย์วินิจฉัยว่าเป็นโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวชนิดเฉียบพลัน ที่เข้ารับการรักษและได้รับยาเคมีบำบัดในระยะเข้มข้นในโรงพยาบาลตติยภูมิ จำนวน 50 คน จับคู่ให้มีระดับการศึกษาและรายได้ของครอบครัวใกล้เคียงกันแบ่งเป็นกลุ่มละ 25 คน เริ่มวิจัยกับกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติแล้วตามด้วยกลุ่มทดลอง โดยได้รับโปรแกรมรูปแบบการให้ข้อมูลทางสุขภาพพร้อมกับการฝึกอานาปานสติ เครื่องมือวิจัยประกอบด้วย แผนกิจกรรมการให้ข้อมูลทางสุขภาพพร้อมกับการฝึกอานาปานสติแบบบันทึกการรายงานตนเองหลังการฝึกอานาปานสติ และแบบสอบถามความเครียดในการดูแลเด็กโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวของผู้ดูแลในครอบครัว เครื่องมือวิจัยทั้งหมดผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา แบบสอบถามความเครียดในการดูแลเด็กโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวของผู้ดูแลในครอบครัวมีค่าความเที่ยง Cronbach's alpha 0.94 วิเคราะห์ข้อมูลโดยสถิติเชิงพรรณนา dependent t-test และ independent t-test

ผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้

1. ความเครียดในการดูแลเด็กโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวของผู้ดูแลในครอบครัว หลังได้รับโปรแกรมรูปแบบการให้ข้อมูลทางสุขภาพพร้อมกับการฝึกอานาปานสติ น้อยกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
2. ความเครียดในการดูแลเด็กโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวของผู้ดูแลในครอบครัว กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมรูปแบบการให้ข้อมูลทางสุขภาพพร้อมกับการฝึกอานาปานสติ น้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สาขาวิชา พยาบาลศาสตร์

ปีการศึกษา 2558

ลายมือชื่อนิสิต

ลายมือชื่อ อ.ที่ปรึกษาหลัก

5577218136 : MAJOR NURSING SCIENCE

KEYWORDS: FAMILY CAREGIVERS / LEUKEMIA CHILDREN / STRESS / GIVING INFORMATION / INFORMATION / ANAPANASTI MEDITATION

TIDARAT TONGNOON: THE EFFECT OF GIVING HEALTH INFORMATION WITH ANAPANASTI MEDITATION PROGRAM ON STRESS IN CARING FOR CHILDREN WITH LEUKEMIA OF FAMILY CAREGIVERS. ADVISOR: PROF.VEENA JIRAPAET, 172 pp.

A quasi experimental research, two-group and pretest–posttest design, was conducted to study the effects of giving health information with Anapanasti meditation program on stress in caring for children with leukemia of family caregivers. The sample consisted of 50 family caregivers of children age lower than 6 years old diagnosed with acute leukemia, receiving consolidation chemotherapy and admitted in pediatric ward at a tertiary level hospital. Subjects were matched pairs by their educational level and family income. Data collection began with the control group and followed by the experimental group, 25 subjects in each group. The control group received routine nursing care while the experimental group received the program of giving health information with Anapanasti meditation program. Research instruments consisted of the giving health information with Anapanasti meditation program, self-reported record form on Anapanasti meditation practice and a stress questionnaire in caring for children with leukemia. All research instruments were validated for content validity. The stress questionnaire has a Cronbach’s Alpha coefficient at 0.94. Data were analyzed using descriptive statistics, dependent t-test and independent t-test.

Findings were as follows.

1. The stress in the family caregivers caring for children with leukemia after receiving the giving health information with Anapanasti meditation program was significantly lower than that before receiving the program at a statistically significant level of .05.

2. The stress in the family caregivers caring for children with leukemia received the giving health information with Anapanasti meditation program was significantly lower than that of those who received regular nursing care at a statistically significant level of .05.

Field of Study: Nursing Science

Student's Signature

Academic Year: 2015

Advisor's Signature

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จได้อย่างสมบูรณ์ด้วยความกรุณาอิงจากศาสตราจารย์ ดร.วิณา จีระแพทย์ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ที่กรุณาให้ความรู้ คำแนะนำ ทุ่มเทเสียสละเวลาอันมีค่า ช่วยเหลือสนับสนุน แก้ไขข้อบกพร่องต่างๆของวิทยานิพนธ์ ตลอดจนความเอื้ออาทรเอาใจใส่ดูแล เป็นกำลังใจให้กับผู้วิจัยตลอดมา อีกทั้งยังเป็นต้นแบบในการอุทิศตนทำงานเพื่อประโยชน์ของส่วนรวม และความรักในวิชาชีพพยาบาล ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งเป็นอย่างสูงในความเมตตากรุณาและความเสียสละที่ท่านมอบให้มาโดยตลอด จึงขอกราบขอบพระคุณมา ณ โอกาสนี้

ขอกราบขอบพระคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ประนอม รอดคำดี ประธานสอบวิทยานิพนธ์และอาจารย์ ดร.ชูศักดิ์ ชัมภลลิขิต กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ที่เสียสละเวลาอันมีค่าที่กรุณาให้คำปรึกษาและข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์อย่างยิ่ง จนทำให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้มีความสมบูรณ์ ขอกราบขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่กรุณาตรวจสอบเครื่องมือและให้ข้อเสนอแนะในการปรับปรุงเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย รวมทั้งขอขอบพระคุณกลุ่มตัวอย่างทุกท่าน ที่ได้กรุณาเสียสละเวลาเข้าร่วมกิจกรรมในการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ อันเป็นองค์ประกอบสำคัญในการทำให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จได้

ขอกราบขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ ตลอดจนบุคลากรผู้เกี่ยวข้อง ทุกท่านที่สนับสนุน เอื้ออำนวยความสะดวกในการดำเนินการวิจัยในครั้งนี้ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง คุณวิลาสินี มุ่งสิน คุณอุบลวรรณ อุณหสุวรรณ หัวหน้าหอผู้ป่วยกุมารเวชกรรมและพยาบาลวิชาชีพอาวุโส ตลอดจนเจ้าหน้าที่ในหอผู้ป่วยทุกท่าน และขอขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา รวมถึงเจ้าหน้าที่ทุกท่าน ที่ช่วยเหลือสนับสนุนในการทดลองเครื่องมือวิจัย

ขอกราบขอบพระคุณคณาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยทุกท่านที่ให้ความเมตตากรุณา ทุ่มเทร่างกายและแรงใจในถ่ายทอดวิชาความรู้ต่างๆให้กับผู้วิจัย ขอขอบพระคุณเจ้าหน้าที่คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยทุกท่านที่ช่วยเหลือเอื้ออำนวยความสะดวกในการติดต่อเอกสารในการดำเนินการวิจัยครั้งนี้ ขอขอบพระคุณผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์ เพื่อนร่วมงาน และเจ้าหน้าที่ทุกท่าน ที่ให้ความช่วยเหลือและให้กำลังใจในการศึกษา

ขอขอบคุณเพื่อนพี่น้องนิสิตคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย และกัลยาณมิตรทั้งในทางโลกและทางธรรมทุกท่านที่มีได้เอื้อน้อม ในความช่วยเหลือ สนับสนุนเป็นพลังใจ ให้ความรักความห่วงใยตลอดระยะเวลาที่ผ่านมา

ท้ายที่สุด ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณบิดาและมารดาที่ให้กำเนิด เลี้ยงดูอบรมสั่งสอน ให้ความรักความอบอุ่น ให้คำปรึกษาและให้กำลังใจอย่างสูงยิ่ง จนทำให้ผู้วิจัยประสบความสำเร็จในครั้งนี้ ขอขอบคุณครอบครัวที่เป็นแรงสนับสนุนและพลังใจที่สำคัญตลอดมาจนสำเร็จการศึกษา คุณค่าและประโยชน์อันใด ที่เกิดจากวิทยานิพนธ์เล่มนี้ ผู้วิจัยขอมอบแด่บุพการีและทุกคนในครอบครัว ตลอดจนคณาจารย์ผู้มีพระคุณและผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวและครอบครัวทุกท่าน และขออนอบน้อมสักการะแด่องค์สมเด็จพระสัมมาสัมพุทธเจ้า และพระธรรมวินัยในการสืบทอดพระพุทธศาสนาต่อไป

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญ.....	ช
สารบัญตาราง.....	ญ
สารบัญภาพ	ฎ
บทที่ 1 บทนำ	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
วัตถุประสงค์การวิจัย	6
คำถามการวิจัย	6
แนวเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย.....	6
สมมติฐานการวิจัย	8
ขอบเขตการวิจัย.....	9
คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย.....	9
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	11
บทที่ 2 เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	12
1. โรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวในเด็ก.....	13
2. ผู้ดูแลในครอบครัวเด็กโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว.....	32
3. ความเครียดในการดูแลเด็กโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวของผู้ดูแลในครอบครัว	33
4. แนวคิดของรูปแบบการให้ข้อมูลทางสุขภาพ.....	42
5. กิจกรรมกลุ่ม	45
6. การโทรศัพท์ติดตาม	48

7. อานาปานสติ.....	50
8. บทบาทของพยาบาลกับผู้ดูแลในครอบครัว.....	59
9. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความเครียดในการดูแลเด็กมะเร็งเม็ดเลือดขาวของผู้ดูแลในครอบครัว....	60
10. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	64
บทที่ 3 วิธีการดำเนินการวิจัย.....	73
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	73
เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย.....	75
การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ.....	80
ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย.....	82
การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง.....	90
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	90
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	92
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ.....	101
สรุปผลการวิจัย.....	105
อภิปรายผลการวิจัย.....	107
ข้อเสนอแนะ.....	113
รายการอ้างอิง.....	114
ภาคผนวก.....	130
ภาคผนวก ก รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ.....	131
ภาคผนวก ข จดหมายเรียนเชิญผู้ทรงคุณวุฒิ และจดหมายขอความร่วมมือในการทดลองใช้ เครื่องมือวิจัย.....	133
ภาคผนวก ค เอกสารการพิจารณาจริยธรรม เอกสารคำชี้แจงข้อมูลสำหรับกลุ่มประชากรหรือ ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย และใบยินยอมของกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย.....	139
ภาคผนวก ง ตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	145

ภาคผนวก จ ตารางการวิเคราะห์ข้อมูลเพิ่มเติม.....	167
ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์	172



สารบัญตาราง

หน้า

ตารางที่ 1 การพยากรณ์ความรุนแรงโรคของผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวชนิดเฉียบพลัน	17
ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของผู้ดูแลในครอบครัว จำแนกตามเพศ อายุ สถานภาพสมรส ความสัมพันธ์กับเด็กโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว ระดับการศึกษา รายได้ของครอบครัว ระยะเวลาในการดูแลเด็กโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว และผู้ช่วยเหลือดูแลเด็ก	93
ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของเด็กโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว จำแนกตามเพศ อายุ ระยะเวลาที่ป่วย ชนิดของยาเคมีบำบัดที่ได้รับ ระยะเวลาที่ได้รับยาเคมีบำบัด การเกิดภาวะแทรกซ้อน และระดับความรุนแรงของโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว.....	95
ตารางที่ 4 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของความเครียดในการดูแลเด็กโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวของผู้ดูแลในครอบครัว ก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูลทางสุขภาพร่วมกับการฝึกอานาปานสติกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ (n = 25).....	97
ตารางที่ 5 ค่าเฉลี่ยของคะแนนความเครียดในการดูแลเด็กโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวของผู้ดูแลในครอบครัวของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนและหลังการทดลอง	98
ตารางที่ 6 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของความเครียดในการดูแลเด็กโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวของผู้ดูแลในครอบครัวก่อนและหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูลทางสุขภาพร่วมกับการฝึกอานาปานสติกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ (n = 25)	100
ตารางที่ 7 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนความเครียดในการดูแลเด็กโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว รายข้อ ก่อนและหลังการทดลองของผู้ดูแลในครอบครัวกลุ่มทดลอง...	168
ตารางที่ 8 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนความเครียดในการดูแลเด็กโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว รายข้อ ก่อนและหลังการทดลองของผู้ดูแลในครอบครัวกลุ่มควบคุม....	170

สารบัญภาพ

	หน้า
ภาพที่ 1 แสดงกรอบแนวคิดการวิจัย.....	72
ภาพที่ 2 สรุปขั้นตอนการดำเนินการวิจัย.....	91



บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวในวัยเด็กเป็นปัญหาสำคัญที่พบทั้งในไทยและต่างประเทศ และพบได้บ่อยในทุกกลุ่มอายุของเด็ก โดยเฉพาะในช่วงอายุ 0 - 4 ปี พบมาร้อยละ 42.6 รองลงมาคือ ช่วงอายุ 5-9 ปี ร้อยละ 24.8 และ 10-14 ปี ร้อยละ 17 ตามลำดับ ข้อมูลในสหรัฐอเมริกา มีรายงานอุบัติการณ์การเกิดมะเร็งเม็ดเลือดขาวในเด็กอายุแรกเกิดถึง 14 ปี สูงเป็นอันดับหนึ่งในโรคมะเร็งทั้งหมด คือ ร้อยละ 40 ซึ่งในเด็กส่วนใหญ่จะพบเป็นชนิดเฉียบพลันร้อยละ 75 - 80 เป็นมะเร็งเม็ดเลือดขาวเฉียบพลันชนิดลิมโฟบลาส (acute lymphoblastic leukemia: ALL) ที่พบมากในเด็กอายุ 2- 10 ปี (Redaelli et al., 2005; Maloney et al., 2011) ส่วนในประเทศไทย ข้อมูลจากสถาบันมะเร็ง ในปี พ.ศ. 2550 พบว่ามะเร็งเม็ดเลือดขาวชนิดเฉียบพลันเป็นมะเร็งที่พบมากที่สุดของมะเร็งในเด็กเช่นกัน (กระทรวงสาธารณสุข, 2550) สถิติโรคมะเร็งในเด็กของ ร.พ.ศิริราช พบผู้ป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวมากกว่าโรคมะเร็งของอวัยวะต่างๆ โดยที่พบบ่อยที่สุด คือ มะเร็งเม็ดเลือดขาวชนิดเฉียบพลัน จากสถิติของโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี ในปีงบประมาณ 2555 - 2557 พบผู้ป่วยเด็กช่วงอายุต่ำกว่า 6 ปี ที่เป็นโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวชนิดเฉียบพลันเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลต่อปี จำนวน 358, 365 และ 336 คน ตามลำดับ (หน่วยเวชสถิติ โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์, 2558) โดยเป็นกลุ่มอายุที่มีจำนวนสูงที่สุดในกลุ่มเด็กโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวชนิดเฉียบพลัน และจะเห็นได้ว่าจำนวนเด็กป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวชนิดเฉียบพลันในกลุ่มอายุแรกเกิดถึง 6 ปี มีจำนวนสูงมากขึ้นเป็นลำดับ

การดำเนินโรคของมะเร็งเม็ดเลือดขาวชนิดเฉียบพลันส่งผลกระทบต่อเด็กทั้งด้านร่างกายและจิตใจ โดยผลกระทบด้านร่างกาย ได้แก่ อ่อนเพลีย มีไข้ ซีด ปวด (Whaley & Wong, 1995; Bryant, 2003) รวมถึงการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด ได้แก่ มีไข้เลือดออกง่าย เหนื่อยง่าย ท้องเสีย คลื่นไส้ อาเจียน เยื่อหูในช่องปากอักเสบ ภาวะอ่อนเพลีย (Lilley, 1990; Otto, 2001, ปัญจะ กุลพงษ์, 2540; เพ็ญกมล กุลสุ, 2544; ศิริวรรณ วานานุกูล และคณะ, 2548; Alcoser & Rodgers, 2003; Hockenberry, 2004) การกวดการทำงานของไขกระดูกทำให้ระดับเม็ดเลือดแดง เม็ดเลือดขาว และเกล็ดเลือดลดลง ทำให้ซีด ติดเชื้อง่ายจากภูมิคุ้มกันต่ำ ซึ่งภาวะติดเชื้อที่พบบ่อยในผู้ป่วยเด็กมะเร็งเม็ดเลือดขาวชนิดเฉียบพลันที่มีเม็ดเลือดขาวนิวโทรฟิลต่ำมาก ได้แก่ การติดเชื้อที่ผิวหนังและเยื่อหูเป็นการติดเชื้อที่พบได้บ่อยที่สุดในผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาวที่มีไข้ร่วมกับเม็ดเลือดขาวต่ำ อันเป็นสาเหตุสำคัญนำไปสู่การเสียชีวิตของเด็กมะเร็งเม็ดเลือดขาว

(Lilley, 1990; Xiufang, 1999; Whaley & Wong, 1995; Otto, 2001; Bryant, 2003; ศิริวรรณ วานานุกูล และคณะ, 2548; จีระภา พรรณศิริรักษ์, 2552) ผลกระทบด้านจิตใจ คือ ภาวะซึมเศร้าทางอารมณ์ (รวิวรรณ คำเงิน, 2545) โดยเฉพาะในเด็กที่มีอายุต่ำกว่า 6 ปี ซึ่งเป็นวัยที่มีข้อจำกัดในด้านการเรียนรู้และความเข้าใจที่เป็นนามธรรม เนื่องจากเด็กวัยนี้ยังไม่เข้าใจเหตุผลและยึดตนเองเป็นศูนย์กลาง (Lall et al., 1983; นิตยา คชภักดี ในวันดี วราวิทย์, 2541) เด็กเหล่านี้จึงยังไม่มีความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเองเมื่ออยู่ในภาวะเจ็บป่วยได้ อีกทั้งการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการดำเนินโรคที่ส่งผลโดยตรงต่อภาวะสุขภาพของเด็กมะเร็งเม็ดเลือดขาวชนิดเฉียบพลัน ซึ่งต้องได้รับการรักษาที่ทันเวลาที่และต่อเนื่อง ดังนั้นผลลัพธ์ทางสุขภาพของเด็กจึงต้องพึงพาบิดา มารดา หรือผู้เลี้ยงดู และต้องมีผู้ดูแลช่วยเหลือทั้งด้านสุขภาพร่างกายและจิตสังคม (Miller, 1983) โดยเฉพาะเด็กมะเร็งเม็ดเลือดขาวชนิดเฉียบพลัน ที่จำเป็นต้องได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด หรือการได้รับการเจาะไขกระดูก เจาะหลังเพื่อให้ยาเคมีบำบัด (วิเชียร มงคลศรีตระกูล และ ถนอมศรี ศรีชัยกุล อ้างถึงใน วิชัย ประยูรวิวัฒน์, 2550) โดยผู้ดูแลในครอบครัวต้องมีภาระในการดูแลเด็กโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว ทั้งในด้านการดูแลภาวะโภชนาการให้เพียงพอและถูกต้อง เพื่อการสร้างเม็ดเลือดและการสร้างภูมิคุ้มกัน การดูแลสุขวิทยาส่วนบุคคลเพื่อป้องกันการติดเชื้อซึ่งเป็นภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญของโรค การดูแลการออกกำลังกายและการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันเพื่อให้ร่างกายมีภูมิคุ้มกัน การดูแลเรื่องการพักผ่อนให้เพียงพอ การปฏิบัติตามแผนการรักษา เพื่อควบคุมไม่ให้โรคมะเร็งลุกลามและการป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากการรักษาเพื่อให้เด็กมีชีวิตอยู่อย่างปกติตามภาวะสุขภาพที่เป็นอยู่ได้ (Kele & Carman, 2013; พรทิพย์, 2553) จึงเป็นภาระสำคัญที่มีผลกระทบต่อผู้ดูแลเด็กป่วยทั้งด้านร่างกาย อารมณ์ จิตสังคม การดำเนินชีวิต ตลอดจนปัญหาทางเศรษฐกิจของครอบครัว ต้องอยู่ในสภาพกดดันและเกิดความเครียด (Jones, 2006; Boman, Lindahl, Bjork, 2003; Santo et al., 2011; Khalifa et al., 2014) และความเครียดมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลบุตรของบิดามารดาที่มีบุตรป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวชนิดเฉียบพลัน (นันทพร เจริญผล, 2548) ดังนั้น หากผู้ดูแลเกิดความเครียดจะส่งผลต่อพฤติกรรมการดูแลเด็กและภาวะสุขภาพเด็กตามมา

Lazarus & Folkman (1984) ได้ให้ความหมายของความเครียดไว้ว่า ความเครียดเป็นปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับสิ่งแวดล้อม ที่บุคคลประเมินว่าเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นนั้นเป็นความเครียดหรือไม่ ขึ้นอยู่กับการที่บุคคลประเมินว่ามีความสมดุลระหว่างความต้องการกับแหล่งประโยชน์ที่มีอยู่หรือไม่ ซึ่งหากบุคคลมีความต้องการมากกว่าแหล่งสนับสนุน ย่อมก่อให้เกิดความเครียด ผลกระทบของความเครียดต่อร่างกายนั้นพบว่าเมื่อเกิดความเครียดร่างกายจะหลั่งฮอร์โมน Adrenalin จากต่อมหมวกไตออกมา และถ้าเครียดมากก็จะหลั่งฮอร์โมน Adrenalin มากขึ้น ฮอร์โมนจะไปยับยั้งและลดประสิทธิภาพการทำงานของอวัยวะสำคัญ เช่น หัวใจ ไต ตับ รวมทั้งการทำงานของฮอร์โมนนี้ ทำให้ภูมิคุ้มกันของร่างกายต่ำลง ทำให้เกิดโรคต่างๆ ตามมา (กรมสุขภาพจิต, 2548) เมื่อเกิด

ความเครียดทำให้ผู้ดูแลเกิดความกังวลใจ สับสน เบื่อหน่าย หรือลำบากใจในบทบาทของผู้ดูแล ซึ่งส่งผลกระทบต่อความผาสุกและคุณภาพชีวิต (รุจา ภูโพบูลย์ และคณะ, 2543; Traks et al., 2003) สิ่งที่เป็นสาเหตุของความเครียดของบิดามารดาเด็กป่วยโรคมะเร็ง ได้แก่ กลัวลูกตาย ลูกเกิดอาการที่ไม่สบายจากโรค และการขาดความรู้ในการจัดการการดูแลที่บ้าน (ศศิธร วรณพงษ์ และคณะ, 2544; Alcoser & Rodgers, 2003; ปัทมาภรณ์ พรหมวิเศษ, 2556) โรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวเป็นโรครุนแรงที่คุกคามชีวิต มีวิธีการรักษาที่ซับซ้อนและต้องใช้เวลาในการรักษานาน (Christman, 1990; Chan, 2002) ทั้งจากพยาธิสภาพของโรค ความไม่แน่นอนเกี่ยวกับผลการรักษา ตลอดจนการเกิดผลข้างเคียงของการได้รับยาเคมีบำบัด การดูแลเด็กป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวชนิดเฉียบพลัน จึงส่งผลเสียต่อภาวะสุขภาพของผู้ดูแลในครอบครัวที่เกิดจากการพักผ่อนไม่เพียงพอ ไม่มีเวลาดูแลสุขภาพตนเอง ทำให้สุขภาพอ่อนแอลง (James et al., 2002; Carter, 2003; Matthews et al., 2014) และด้านจิตใจที่อ่อนล้า วิตกกังวล อยู่ในภาวะที่กดดันหรือเกิดความเครียดยิ่งขึ้น (Hileman & Lackey, 1990; McGrath, 2001; Svardsdottis, 2005; Santo et al., 2011; Khalifa et al., 2014) เกิดความหงุดหงิดและควบคุมอารมณ์ไม่ได้ (บุษกร พันธุ์เมธาฤทธิ์ และคณะ, 2556) อีกทั้งภาวะการเจ็บป่วยของเด็กมะเร็งเม็ดเลือดขาวชนิดเฉียบพลันนั้นมีลักษณะและความรุนแรงของโรคไม่แน่นอน เนื่องจากมีสาเหตุที่ทำให้เกิดอาการไม่สุขสบาย หรือเกิดภาวะแทรกซ้อนได้ตลอดเวลา (Liaschenko & Underwood, 2001) ทำให้ผู้ดูแลเกิดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของเด็ก (สุริภรณ์ สุวรรณโอสถ, 2547; Woodgate & Degner, 2002) ซึ่งมีผลต่อผู้ดูแลและรู้สึกรู้ว่าเป็นภาระที่หนัก (Scharlach et al., 2001) และผู้ดูแลต้องใช้เวลาในการดูแลเด็กป่วยเพิ่มมากขึ้นตามระยะและความรุนแรงของโรค (James et al., 2002; Stewart, 2003) ปัญหาเหล่านี้หากไม่ได้รับการแก้ไข หรือสนับสนุนก็จะก่อให้เกิดความเครียดมากขึ้น (Group, 2001) เมื่อผู้ดูแลเกิดความเครียดจากการดูแลผู้ป่วยเป็นเวลานานอาจทำให้เกิดความอ่อนล้าและไม่สามารถดูแลผู้ป่วยต่อไปได้ เรียกว่า “caregiver burnout” (สายพิน หัตถิรัตน์ และคณะ, 2553; Santo et al., 2011) หากผู้ดูแลสามารถปรับตัวเผชิญความเครียดในภาวะต่าง ๆ ได้ จะส่งผลให้ผู้ป่วยมีภาวะสุขภาพกายและจิตใจดีตามไปด้วย ทั้งนี้พบว่า การพยาบาลตามปกติในการลดความเครียดของผู้ดูแลในครอบครัวในการดูแลเด็กโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวชนิดเฉียบพลันยังมีข้อจำกัด คือ เมื่อเด็กเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยเด็ก ผู้ดูแลจะได้รับความรู้ในการดูแลเด็กโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวชนิดเฉียบพลันจากพยาบาลประจำการตาม CNPG ด้วยวิธีการสอนสุขศึกษารายบุคคล ในวันแรกรับ ขณะอยู่โรงพยาบาล วันที่จำหน่ายกลับบ้าน และ/หรือในกรณีผู้ดูแลเกิดปัญหาหรือมีข้อสงสัยซักถาม ที่เน้นการเตรียมความพร้อมผู้ดูแลในเรื่องโรคและการดูแลเด็กเป็นหลัก เช่น แนวทางการรักษา การดูแลเด็กเมื่อได้รับยาเคมีบำบัด การสังเกตอาการความผิดปกติ และการมาพบแพทย์ตามนัด โดยมีสื่อคือ สมุดคู่มือประจำตัวผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว เพื่อบันทึกยาเคมีบำบัดที่ได้รับและวิธีปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการเกิด

ภาวะแทรกซ้อน หลังได้รับยาเคมีบำบัด และมีการทำกลุ่มช่วยเหลือที่ขาดความต่อเนื่อง แต่ขาดการให้การดูแลที่เป็นองค์รวมที่ช่วยให้ผู้ดูแลรู้วิธีลดความเครียด แนวทางการเผชิญปัญหา หรือสถานการณ์ตึงเครียดที่เกิดขึ้น นอกจากนี้ผู้ดูแลยังได้รับข้อมูลการดูแลที่ไม่เป็นรูปแบบ (บุษกร พันธุ์เมธาฤทธิ์ และคณะ, 2556) ยังไม่มีแนวทางช่วยเหลือผู้ดูแลในครอบครัวในการจัดการกับอารมณ์เมื่อเกิดความหงุดหงิด ควบคุมอารมณ์ไม่ได้ หรือความคิดปรุงแต่งต่าง ๆ เช่น ความกลัว ความวิตกกังวล หรือความรู้สึกไม่แน่นอนที่เกิดขึ้นกับผู้ดูแล (Hileman & Lackey, 1990; Scharlach et al., 2001) บทบาทสำคัญของพยาบาลในการช่วยเหลือผู้ดูแลในครอบครัวเด็กโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวนั้น คือ การช่วยให้ผู้ดูแลในครอบครัวสามารถให้การดูแลเด็กโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวได้อย่างมีประสิทธิภาพ ปัจจัยสำคัญคือการทำผู้ดูแลในครอบครัวมีภาวะสุขภาพจิตใจที่สมบูรณ์ โดยพยาบาลเป็นผู้ช่วยให้ผู้ดูแลในครอบครัวให้สามารถจัดการปัญหาทั้งด้านอารมณ์ ความต้องการ หรือเผชิญสถานการณ์ต่าง ๆ ที่คุกคามได้อย่างเหมาะสม จึงควรมีการส่งเสริมการเผชิญปัญหาทั้งแบบมุ่งจัดการกับปัญหาและมุ่งจัดการกับอารมณ์ (Lasarus & Folkman, 1984) โดยนำศาสตร์ทั้งด้านการพยาบาลและศาสตร์อื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องมาบูรณาการร่วมกัน

ทฤษฎีการควบคุมตนเอง (self-regulation) ของ Leventhal & Johnson (1983) เป็นทฤษฎีที่ให้แนวทางในการลดความเครียดให้แก่บุคคล โดยอธิบายถึงกระบวนการที่ก่อให้เกิดประสบการณ์ จากการเตรียมบุคคลก่อนเผชิญกับเหตุการณ์ที่ไม่คาดการณ์และส่งผลให้เกิดความเครียดขึ้น ด้วยการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนเกี่ยวกับการให้ข้อมูลขั้นตอนการดูแล (procedure information) เกี่ยวกับโรคและแนวทางการดูแล และการให้ข้อมูลเกี่ยวกับความรู้สึก (sensory information) เกี่ยวกับสิ่งที่อาจทำให้รู้สึกตกใจ เครียด สับสน และการให้ข้อมูลเมื่อต้องเผชิญความเครียด (coping information) ซึ่งบอกถึงวิธีที่ต้องปฏิบัติเมื่อต้องเผชิญกับเหตุการณ์หรือความเครียดต่าง ๆ ซึ่งหากผู้ดูแลในครอบครัวของเด็กโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวได้รับการให้ข้อมูลและการเตรียมประสบการณ์ ใน 3 ลักษณะดังกล่าว จะช่วยให้สามารถเผชิญปัญหาแบบมุ่งจัดการกับอารมณ์ได้อย่างเหมาะสม

ปัจจุบันการแพทย์มีแนวทางใหม่ ๆ ที่นำมารักษาความเครียด โดยเน้นการให้ความสำคัญด้านจิตใจมากขึ้น เพื่อให้เกิดความสมดุลทั้งร่างกายและจิตใจ การทำให้จิตใจผ่อนคลายจะทำให้ประสาทอัตโนมัติทำงานอย่างเป็นปกติ มีการนำเทคนิคและวิธีการในการลดความเครียดมาใช้ที่นิยมและพบว่าให้ผลดี (สำนักการแพทย์ทางเลือก, 2552) ได้แก่ การออกกำลังกาย เช่น การเดิน การวิ่ง ว่ายน้ำ หากปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอจะช่วยให้สุขภาพดี เช่น หลอดเลือดและหัวใจ การหายใจช่วยลดความวิตกกังวล ความเครียด การนวดกดจุดสะท้อน (reflexology) เป็นรูปแบบหนึ่งของการนวดโดยใช้นิ้วหัวแม่มือ หรือนิ้วอื่น ๆ กดที่ตำแหน่งที่ทำให้เกิดการตอบสนอง ทำให้รู้สึกสบาย ลดความตึงเครียด และความตึงตัวของกล้ามเนื้อ (ประโยชน์ บุญสินสุข, 2544) การผ่อนคลายกล้ามเนื้อ

แบบต่อเนื่อง (progressive muscle relaxation) เป็นวิธีการลดความตึงตัวของกล้ามเนื้อทั่วร่างกายทีละส่วน โดยการเกร็งและคลายกล้ามเนื้อแต่ละมัด (ชาตรี จุติตรี, 2553) การฝึกโยคะ (yoga) เป็นการฝึกกายและจิตเข้าด้วยกัน ที่อาศัยการยืดเหยียดกล้ามเนื้อพร้อมกับการทำจิตใจให้สงบเป็นสมาธิ (ศรีนยา ฉันทะปรีดา, 2549) ซึ่งวิธีดังกล่าวต้องอาศัยสถานที่ และ/หรือ ผ่านการอบรมความรู้และทักษะที่ซับซ้อน

การทำสมาธิด้วยการฝึกอานาปานสติตามหลักพระธรรมคำสอนขององค์สมเด็จพระสัมมาสัมพุทธเจ้า (พุทธวจน, 2555) เป็นวิธีหนึ่งของการทำสมาธิที่ง่ายและสะดวกที่สุดสามารถทำได้ทุกที่ ๆ ต้องการ โดยการมีสติระลึกอยู่ที่ทุกลมหายใจเข้าออกที่มากกระทบที่ปลายจมูก ทำให้เกิดการตั้งมั่นของจิต การฝึกสมาธิ (meditation) เป็นวิธีช่วยให้เกิดการผ่อนคลายความเครียด ส่งผลให้จิตใจสงบนิ่ง การทำสมาธิมีความสัมพันธ์กับการสร้างภูมิคุ้มกันของร่างกาย โดยเมื่อจิตใจสงบนิ่ง หยุดความคิดที่ฟุ้งซ่าน ความวิตกกังวลลดลง ผู้ฝึกจะรู้สึกสบาย เพราะจะมีการหลั่งของฮอร์โมน endorphins หลั่งออกมาในภาวะที่จิตใจสงบนิ่ง นอกจากนี้ฮอร์โมน adrenalin และฮอร์โมน cortisol จากต่อมหมวกไตจะหยุดหลั่ง ขณะนั้นเองสมองส่วน hypothalamus จะสั่งให้เม็ดเลือดขาวแข็งแรงขึ้น ส่งผลให้ภูมิคุ้มกันเพิ่มขึ้น ช่วยให้จิตใจสงบและผ่อนคลาย ช่วยลดความเครียดและความวิตกกังวลได้ (จำลอง ดิษยวณิช และพริ้มเพรา ดิษยวณิช, 2545; มารยาท รุจิวิทย์, 2548; ธวัชชัย กฤษณะประกรกิจ และคณะ, 2552) จะเห็นได้ว่าการทำสมาธิสามารถช่วยบำบัดทั้งโรคที่เกิดปัญหาทางกาย และยังสามารถรักษาใจที่เป็นทุกข์อันเกิดจากความเครียดได้ หากผู้ดูแลในครอบครัวของเด็กโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวได้มีการฝึกสมาธิแบบอานาปานสติก็จะส่งผลให้จิตใจอยู่ในสภาพที่ผ่อนคลาย สงบ และเยือกเย็น พักผ่อนได้ดีขึ้น จึงช่วยลดความเครียดได้

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่ายังไม่มีการศึกษาการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนตามแนวคิดการควบคุมตนเองของ Leventhal & Johnson (1983) ในการดูแลเด็กโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว ผู้วิจัยจึงนำวิธีการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนมาใช้ออกแบบการพยาบาล เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในเตรียมผู้ดูแลในครอบครัวเพื่อเผชิญกับสถานการณ์หรือสิ่งเร้าที่คุกคามที่ครอบคลุมทั้ง 3 ด้าน คือ ด้านขั้นตอนการดูแล ด้านความรู้สึก และด้านวิธีการเผชิญความเครียดโดยการฝึกสมาธิแบบอานาปานสติเพื่อลดความเครียดในการดูแลเด็กโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวของผู้ดูแลในครอบครัว ทำให้มีจิตใจที่มั่นคงสามารถให้การดูแลเด็กได้อย่างเต็มศักยภาพและมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น นำไปสู่ภาวะสุขภาพที่ดีทั้งของผู้ดูแลในครอบครัว อันส่งผลถึงภาวะสุขภาพที่ดีของเด็กโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบความเครียดในการดูแลเด็กโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวของผู้ดูแลในครอบครัว ก่อนกับหลังการได้รับรูปแบบการให้ข้อมูลทางสุขภาพพร้อมกับการฝึกอานาปานสติ
2. เพื่อเปรียบเทียบความเครียดในการดูแลเด็กโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวของผู้ดูแลในครอบครัว ระหว่างกลุ่มที่ได้รับรูปแบบการให้ข้อมูลทางสุขภาพพร้อมกับการฝึกอานาปานสติกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

คำถามการวิจัย

1. ความเครียดในการดูแลเด็กโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวของผู้ดูแลในครอบครัว ก่อนและหลังได้รับรูปแบบการให้ข้อมูลทางสุขภาพพร้อมกับการฝึกอานาปานสติ มีความแตกต่างกันหรือไม่ อย่างไร
2. ความเครียดในการดูแลเด็กโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวของผู้ดูแลในครอบครัวระหว่างกลุ่มที่ได้รับรูปแบบการให้ข้อมูลทางสุขภาพพร้อมกับการฝึกอานาปานสติกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติแตกต่างกันหรือไม่ อย่างไร

แนวเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย

ความเครียดเป็นปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับสิ่งแวดล้อม ที่บุคคลประเมินว่าเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นนั้นเป็นความเครียดหรือไม่ ขึ้นอยู่กับการที่บุคคลประเมินว่ามีความสมดุลระหว่างความต้องการกับแหล่งประโยชน์ที่มีอยู่หรือไม่ ซึ่งหากบุคคลมีความต้องการมากกว่าแหล่งสนับสนุน ย่อมก่อให้เกิดความเครียด (Lazarus & Folkman, 1984) โดยบุคคลมีวิธีการตอบสนองความเครียดแตกต่างกัน (De Longis, 1988; Schneiderman, Ironson, & Siegel, 2005; Thoits, 2010) ภาวะหรืออารมณ์ที่ผู้ดูแลในครอบครัวเด็กโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวต้องเผชิญกับปัญหาหรือสถานการณ์ที่คุกคามในการดูแลเด็กโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว เกี่ยวข้องกับลักษณะของบุตรที่ปรากฏ (child's appearance) การรักษาพยาบาลที่ได้รับ (procedure) อารมณ์และพฤติกรรมของบุตร (child's behaviors and emotion) และบทบาทของผู้ดูแลที่เปลี่ยนไป (caregiver role alternation) ซึ่งความเครียดที่เกิดขึ้นมากหรือน้อยเป็นผลจากความสามารถในการจัดการกับปัญหาและ/หรือการจัดการกับอารมณ์ของบุคคล (Lazarus & Folkman, 1984) การจัดการปัญหาเป็นพฤติกรรมที่บุคคลใช้กระบวนการแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นตามความเป็นจริงแล้วนำมาวิเคราะห์หาแนวทางแก้ไขปัญหานั้น เช่น การแสวงหาข้อมูลในการแก้ปัญหาหรือการยอมรับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น ส่วนการจัดการกับอารมณ์เป็นพฤติกรรมที่นำกลไกทางจิตมาช่วยจัดการ เพื่อรักษาความสมดุลทางจิตใจหรือลดความเครียด

ทฤษฎีการควบคุมตนเอง (self - regulation) ของ Leventhal & Johnson (1983) มีแนวคิดหลัก คือกระบวนการที่ก่อให้เกิดประสบการณ์จากการเตรียมบุคคล ก่อนเผชิญเหตุการณ์หรือสถานการณ์ที่ตึงเครียด ด้วยการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผน 3 ด้าน คือ 1) การให้ข้อมูลด้านขั้นตอนการดูแล (procedure information) ในเรื่องโรค อาการ แนวทางการรักษา และแนวทางการดูแล 2) การให้ข้อมูลด้านความรู้สึก (sensory information) หรือเกี่ยวกับสิ่งเร้าที่อาจทำให้รู้สึกตกใจ สับสน เครียด และ 3) การให้ข้อมูลเกี่ยวกับวิธีการเผชิญความเครียด (coping information) ซึ่งบอกวิธีที่ควรปฏิบัติในภาวะที่ต้องเผชิญกับสถานการณ์หรือเหตุการณ์ที่คุกคามต่าง ๆ โดยมีเป้าหมายเพื่อให้บุคคลสามารถเข้าใจ แปลความหมายของเหตุการณ์ที่กำลังเผชิญได้อย่างถูกต้อง ชัดเจน และเกิดความรู้สึกว่าสามารถควบคุมเหตุการณ์หรือสถานการณ์คุกคามที่ผ่านเข้ามาได้ โดยพบว่าเมื่อพยาบาลประยุกต์ใช้ทฤษฎีการควบคุมตนเองจะพัฒนาคุณภาพของการพยาบาลเด็กและครอบครัวให้ดียิ่งขึ้นได้ (วัลยา ธรรมพนิชวัฒน์, 2553) จากการศึกษาของสุชญาดา ชุนเสถียร, วรณา อาราม, ปราณี ทองใส และถาวร ทรัพย์ทวีสิน (2555) พบว่า มารดา/ผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดในภาวะวิกฤตภายหลังผ่าตัด กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผน มีความเครียดลดลงมากกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ และนพมล ไชโยธา (2553) พบว่า มารดาที่ได้รับข้อมูลอย่างมีแบบแผนและการมีส่วนร่วมของมารดา ปฏิบัติบทบาทมารดาในการดูแลทารกแรกเกิดที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้องดีกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

การทำสมาธิด้วยการฝึกอานาปานสติตามหลักพระธรรมคำสอนขององค์สมเด็จพระสัมมาสัมพุทธเจ้า (พุทธวจน, 2555) เป็นวิธีหนึ่งที่น่าสนใจในการลดความเครียดที่สะสม ประหยัด และเป็นวิธีที่ไม่ซับซ้อน โดยการมีสติอยู่ในทุกลมหายใจเข้าออก ด้วยการกำหนดลมหายใจให้มากระทบที่ปลายจมูก ทำให้เกิดการตั้งมั่นของจิต มีการเปลี่ยนแปลงของคลื่นสมองทำให้การหลั่งฮอร์โมนคอร์ติซอลลดลงและหลังสารเอ็นโดฟินมากขึ้น ส่งผลให้เกิดความรู้สึกสดชื่น อิ่มเอิบใจ ร่างกายผ่อนคลาย จิตใจสงบ คลายความเครียดและความวิตกกังวล (พุทธทาสภิกขุ, 2538; พระธรรมปิฎก, 2543; ธวัชชัย กฤษณะประกรกิจ และคณะ, 2552; จำลอง ดิษยวนิช และพริ้มเพรา ดิษยวนิช, 2545; สำนักพัฒนาสุขภาพจิต, 2545; พุทธวจน, 2555; Wallace & Benson, 1972; Adam Quinn. et al., 2014; Lane, Seskevich & Pieper, 2007) หากผู้ดูแลในครอบครัวได้มีการฝึกสมาธิแบบอานาปานสติก็จะส่งผลให้จิตใจอยู่ในสภาพ ที่ผ่อนคลาย สงบ และเยือกเย็น พักผ่อนได้ดีขึ้น จึงเป็นการลดความเครียดได้ หากบุคคลมีความเครียดลดลงจะสามารถเผชิญปัญหาได้ดียิ่งขึ้น

นอกจากนี้ยังพบว่า การให้ข้อมูลโดยการโทรศัพท์ติดตามเยี่ยม เป็นการสร้างสัมพันธภาพที่ดี ทำให้รู้สึกอบอุ่นใจ มีความมั่นใจและไว้วางใจมากขึ้น และเป็นการสร้างแรงจูงใจในการปฏิบัติกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง รวมถึงการตอบปัญหา และให้ข้อมูลเพิ่มเติมที่ครอบคลุมถูกต้องทุกด้าน อีกทั้งยังช่วยลดความวิตกกังวลลงอันเป็นสาเหตุของความเครียด (ประทุม เสดานนท์และเพ็ญปวีณ จตุรพิธโพธิ์ทอง, 2555) จากการศึกษาของกุลวรา คุปรัตน์และนันทฐา โพธิโยธิน (2554) เรื่อง ผลของการเยี่ยมก่อนผ่าตัดทางโทรศัพท์อย่างมีแบบแผนต่อระดับความวิตกกังวลในผู้ดูแลเด็กที่มารับการผ่าตัดแบบไม่พักค้างในโรงพยาบาล พบว่า กลุ่มทดลองที่ได้รับการเยี่ยมโดยการโทรศัพท์ก่อนผ่าตัดมีระดับความวิตกกังวลน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < .05$

การวิจัยครั้งนี้จึงนำแนวคิดการควบคุมตนเองของ Leventhal & Johnson (1983) ที่มุ่งให้ผู้ดูแลในครอบครัวเกิดประสบการณ์ความพร้อมต่อการเผชิญเหตุการณ์ ร่วมกับการฝึกอานาปานสติมาใช้ในการออกแบบกิจกรรมการพยาบาล เพื่อเพิ่มความสามารถในการเผชิญความเครียดของผู้ดูแลในครอบครัว ช่วยลดความเครียดในการดูแลเด็กโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว รูปแบบการพยาบาลประกอบด้วย 5 กิจกรรม คือ 1) การให้ข้อมูลด้านขั้นตอนการดูแล (procedure information) 2) การให้ข้อมูลด้านความรู้สึก (sensory information) 3) การให้ข้อมูลวิธีการเผชิญความเครียด (coping information) ด้วยการสอนสาธิตการฝึกอานาปานสติ และฝึกปฏิบัติสมาธิโดยการกำหนดสติระลึกที่ลมหายใจเข้าออก 4) การโทรศัพท์ติดตามผู้ดูแลในครอบครัว ในการฝึกอานาปานสติที่บ้าน และรับฟังปัญหาอุปสรรค ตลอดจนให้กำลังใจในการดูแลเด็กมะเร็งเม็ดเลือดขาวที่บ้าน และ 5) การติดตามเยี่ยมที่หอผู้ป่วย หากผู้ดูแลในครอบครัวได้รับการจัดบริการพยาบาลตามแนวคิดดังกล่าวจะช่วยลดความเครียดในการดูแลเด็กโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวของผู้ดูแลในครอบครัวได้ ทำให้มีจิตใจที่มั่นคง ตลอดจนมีภาวะสุขภาพร่างกายที่สมบูรณ์แข็งแรง สามารถให้การดูแลเด็กโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวได้อย่างเต็มศักยภาพ

สมมติฐานการวิจัย

1. ความเครียดในการดูแลเด็กโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวของผู้ดูแลในครอบครัว หลังได้รับรูปแบบ การให้ข้อมูลทางสุขภาพพร้อมกับการฝึกอานาปานสติน้อยกว่าก่อนได้รับโปรแกรม
2. ความเครียดในการดูแลเด็กโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวของผู้ดูแลในครอบครัว กลุ่มที่ได้รับรูปแบบ การให้ข้อมูลทางสุขภาพพร้อมกับการฝึกอานาปานสติน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) แบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง เพื่อศึกษาถึงผลการได้รับรูปแบบการให้ข้อมูลทางสุขภาพพร้อมกับการฝึกอานาปานสติต่อความเครียดในการดูแลเด็กโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวของผู้ดูแลในครอบครัว

ประชากรที่ศึกษา คือ ผู้ดูแลในครอบครัวของเด็กโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวชนิดเฉียบพลัน ที่มีอายุต่ำกว่า 6 ปี และเข้ารับการรักษาด้วยการรับยาเคมีบำบัดที่หอผู้ป่วยเด็กในโรงพยาบาลตติยภูมิ ตัวแปรที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

ตัวแปรต้น คือ รูปแบบการให้ข้อมูลทางสุขภาพพร้อมกับการฝึกอานาปานสติ

ตัวแปรตาม คือ ความเครียดในการดูแลเด็กโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว

คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

1. **ความเครียดในการดูแลเด็กโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว** หมายถึง ภาวะของอารมณ์หรือความรู้สึกของผู้ดูแลในครอบครัวต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในการดูแลเด็กโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว เมื่อเผชิญกับปัญหาหรือสถานการณ์ที่คุกคามในการดูแลเด็กโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว ส่งผลต่อภาวะสุขภาพทั้งด้านร่างกายและจิตใจของผู้ดูแลในครอบครัว ประกอบด้วย 4 ด้าน คือ ลักษณะของบุตรที่ปรากฏ (child's appearance) การรักษาพยาบาลที่ได้รับ (procedure) อารมณ์และพฤติกรรมของบุตร (child's behaviors and emotion) และบทบาทของผู้ดูแลที่เปลี่ยนไป (caregiver role alternation) ประเมินได้จากการประยุกต์เครื่องมือวัดความเครียด The Parental Stressor Scale: Pediatric Intensive Care Unit ของ Carter & Miles (1989) เป็นหลักในการสร้างเครื่องมือ โดยใช้แนวคิดในการประเมินความเครียดของ Lazarus & Folkman (1984)

2. **รูปแบบการให้ข้อมูลทางสุขภาพพร้อมกับการฝึกอานาปานสติ** หมายถึง กิจกรรมการพยาบาลสำหรับผู้ดูแลในครอบครัวเด็กโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวอย่างมีแบบแผน เพื่อเพิ่มความสามารถในการเผชิญความเครียด ตามแนวคิดการควบคุมตนเองของ Leventhal & Johnson (1983) ร่วมกับการฝึกอานาปานสติตามหลักพระธรรมคำสอนขององค์สมเด็จพระสัมมาสัมพุทธเจ้า (พุทธวจน , 2555) โดยการทำกิจกรรมกลุ่ม ในกิจกรรมที่ 1 – 3 โดยมีผู้วิจัยเป็นผู้นำและผู้ดูแลในครอบครัวเป็นสมาชิกกลุ่ม ร่วมกันดำเนินกิจกรรมกลุ่มตามประเด็นในแต่ละกิจกรรมที่กำหนด ส่วนกิจกรรมที่ 4 และ 5 เป็นกิจกรรมรายบุคคล ประกอบด้วย 5 กิจกรรม ดังนี้

2.1 การให้ข้อมูลด้านขั้นตอนการดูแล (procedure information) โดยให้ผู้ดูแลในครอบครัวร่วมแลกเปลี่ยนประสบการณ์/ความรู้ความเข้าใจในเรื่องโรค อาการของโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว แนวทางการรักษา แนวทางการดูแลเด็กโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว การเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับยาเคมีบำบัด ตลอดจนการป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ จากนั้นร่วมกันสรุปประเด็นที่ได้และผู้วิจัยให้ข้อมูลเพิ่มเติมในส่วนที่ขาด มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้ดูแลในครอบครัวมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค ALL อาการสำคัญที่พบ แนวทางการรักษา ภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นจากการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด วิธีการป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ แนวทางการดูแลเด็กโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว และอาการผิดปกติที่ต้องพาเด็กมาพบแพทย์ได้

2.2 การให้ข้อมูลด้านความรู้สึก (sensory information) เป็นการบอกถึงสถานการณ์ความเครียดที่พบบ่อยของผู้ดูแลในครอบครัวในการดูแลเด็กโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว โดยให้ผู้ดูแลร่วมแลกเปลี่ยนประสบการณ์/ความรู้สึกกังวลใจ/ไม่สบายใจเกี่ยวกับการดูแลเด็กโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว และการยกตัวอย่างคำถามสถานการณ์ความเครียดที่พบบ่อยในการดูแลเด็กโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว เช่น เมื่อเด็กเกิดอาการคลื่นไส้อาเจียนมาก รับประทานอาหารไม่ได้ หรือมีอาการเปลี่ยนแปลงทรุดลง ต้องย้ายไป ICU ผู้ดูแลจะปฏิบัติหรือมีแนวทางอย่างไร และให้ผู้ดูแลร่วมกันแสดงความคิดเห็นแก้ไขปัญหาสถานการณ์ตอบปัญหาดังกล่าว และผู้วิจัยเฉลยข้อคำถาม มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้ดูแลในครอบครัวเกิดความตระหนักเมื่อต้องพบกับเหตุการณ์ความเครียดหรือสิ่งเร้าที่พบบ่อยในการดูแลเด็กโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวและสามารถบอกวิธีการเผชิญเหตุการณ์ดังกล่าวได้

2.3 การให้ข้อมูลด้านวิธีการเผชิญความเครียด (coping information) ด้วยการให้ผู้ดูแลในครอบครัวร่วมแลกเปลี่ยนแสดงความคิดเห็น/ประสบการณ์/วิธีการที่เคยปฏิบัติเมื่อเกิดความเครียดในการดูแลเด็กโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว ร่วมกันสรุปแนวทางที่ได้ ผู้วิจัยเสนอแนวทางลดความเครียดด้วยการฝึกอานาปานสติ อธิบายประโยชน์ สอนสาธิตการฝึกอานาปานสติ และการฝึกปฏิบัติของผู้ดูแลในครอบครัว โดยการกำหนดสติระลึกรู้ที่ลมหายใจเข้าออก ซึ่งเป็นกิจกรรมที่ช่วยในการลดความเครียดของผู้ดูแล มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้ดูแลในครอบครัวฝึกอานาปานสติได้ถูกต้องและนำไปประยุกต์ใช้ในการเผชิญความเครียดในการดูแลเด็กโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวได้อย่างเหมาะสม

2.4 การโทรศัพท์ติดตามการดูแลต่อเนื่องของผู้ดูแลในครอบครัวเป็นรายบุคคล โดยผู้วิจัย นัดหมายการโทรศัพท์ติดตามเยี่ยมเมื่อกลับบ้าน พูดคุย สอบถามเกี่ยวกับอาการเด็ก รวมทั้งผู้ดูแล และการดูแลเด็กโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวและการฝึกอานาปานสติที่บ้าน เพื่อรับฟังปัญหาอุปสรรค ตลอดจน ให้กำลังใจ และให้คำแนะนำในการดูแลเด็กและฝึกปฏิบัติต่อเนื่องและการมารับ การรักษาตามแพทย์นัด

2.5 การติดตามเยี่ยมที่หอผู้ป่วย เป็นการติดตามการดูแลต่อเนื่องของผู้ดูแลในครอบครัวเป็นรายบุคคลเมื่อเด็กเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล เพื่อสอบถามอาการและการให้ข้อมูลเพิ่มเติมในการดูแลเด็กโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว และการฝึกอานาปานสติอย่างต่อเนื่อง ตลอดจนรับฟังปัญหาอุปสรรค ให้คำปรึกษาและให้กำลังใจ หาแนวทางแก้ไขร่วมกัน รวมทั้งเป็นการกระตุ้นเตือนและติดตามความก้าวหน้าของความต่อเนื่องในการเข้าร่วมโปรแกรม

3. การพยาบาลตามปกติ หมายถึง กิจกรรมการพยาบาลที่ผู้ดูแลในครอบครัวเด็กโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวได้รับจากพยาบาลประจำการในหอผู้ป่วยเด็กตาม CNPG การให้ความรู้ในการดูแลเด็กโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว คือ เมื่อเด็กเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยเด็ก ผู้ดูแลจะได้รับความรู้ในการดูแลเด็กโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวชนิดเฉียบพลันด้วยวิธีการสอนสุขศึกษารายบุคคล ในวันแรกรับชมะอยู่โรงพยาบาล วันที่จำหน่ายกลับบ้าน และ/หรือในกรณีผู้ดูแลเกิดปัญหาหรือมีข้อสงสัยซักถามที่เน้นการเตรียมความพร้อมผู้ดูแลในเรื่องโรคและการดูแลเด็กเป็นหลัก เช่น แนวทางการรักษา การดูแลเด็กเมื่อได้รับยาเคมีบำบัด การสังเกตอาการความผิดปกติ และการมาพบแพทย์ตามนัด โดยมีสื่อคือ สมุดคู่มือประจำตัวผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว เพื่อบันทึกยาเคมีบำบัดที่ได้รับและวิธีปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังได้รับยาเคมีบำบัด และมีการทำกลุ่มช่วยเหลือ

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ได้แนวทางการพยาบาลในการให้ข้อมูลทางสุขภาพร่วมกับการฝึกอานาปานสติ เพื่อใช้ในการพัฒนาการปฏิบัติการพยาบาลเด็ก ที่สามารถลดความเครียดในการดูแลเด็กโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวของผู้ดูแลในครอบครัว
2. ได้ข้อความรู้เพื่อการเรียนการสอนในวิชาการพยาบาลเด็ก ในวิธีการให้ข้อมูลทางสุขภาพร่วมกับการฝึกอานาปานสติ เพื่อลดความเครียดในการดูแลเด็กโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวของผู้ดูแลในครอบครัว

บทที่ 2

เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ผู้วิจัยได้ศึกษา ค้นคว้า จากเอกสาร ตำรา และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับผลของรูปแบบการให้ข้อมูลทางสุขภาพร่วมกับฝึกอานาปานสติต่อความเครียดในการดูแลเด็กโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวของผู้ดูแลในครอบครัว สรุปเนื้อหาสาระสำคัญ เพื่อใช้เป็นแนวทางในการศึกษาวิจัยนำเสนอเป็นลำดับ ดังนี้

1. โรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวในเด็ก
2. ผู้ดูแลในครอบครัวเด็กโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว
3. ความเครียดในการดูแลเด็กโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวของผู้ดูแลในครอบครัว
4. รูปแบบการให้ข้อมูลทางสุขภาพ
5. กิจกรรมกลุ่ม
6. การโทรศัพท์ติดตาม
7. อานาปานสติ
8. บทบาทของพยาบาลกับผู้ดูแลในครอบครัวในการดูแลเด็กโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว
9. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความเครียดในการดูแลเด็กโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวของผู้ดูแลในครอบครัว
10. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. โรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวในเด็ก

มะเร็งเม็ดเลือดขาว (leukemia) เป็นมะเร็งที่พบบ่อยที่สุดในเด็กทั่วโลก รวมทั้งประเทศไทย (วันดี วราวิทย์, 2540) และพบบ่อยถึง 1 ใน 3 ของมะเร็งในเด็กทั้งหมด (Zupanec & Tomlinson, 2010) ในประเทศไทยพบจำนวนผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่อายุระหว่าง 0 – 15 ปี มีจำนวน 999 ราย โดยเป็นมะเร็งเม็ดเลือดขาว 529 ราย คิดเป็นร้อยละ 53 ของมะเร็งทั้งหมดในเด็ก (วิชัย ประยูรวิวัฒน์ และคณะ, 2550)

1.1 ความหมายของโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว โรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวเป็นโรคที่เซลล์เม็ดเลือดชนิดใดชนิดหนึ่งมีการเพิ่มจำนวนมากผิดปกติ จึงทำให้มีความผิดปกติของการทำงานของปริมาณของเซลล์เม็ดเลือดชนิดอื่นๆในร่างกาย (อิศรางค์ นุชประยูร, 2541) ซึ่งการสร้างเม็ดเลือดขาวจำนวนมากผิดปกติทั้งในรูปที่เจริญเติบโตเต็มที่และไม่เต็มที่ที่เกิดจากความผิดปกติของเซลล์สร้างเม็ดเลือด (hemopoietic cell) ทำให้มีการเจริญเติบโตที่ผิดปกติของเซลล์ โดยรูปร่างเซลล์จะผิดปกติแตกต่างไปจากเดิม เกิดการสร้างจำนวนเม็ดเลือดขาวมากอย่างรวดเร็วและควบคุมไม่ได้ในไขกระดูก มีผลให้ไขกระดูกทำงานผิดปกติ และการสร้างเม็ดเลือดแดงและเกล็ดเลือดลดลง ทำให้เกิดภาวะซีดและเลือดออกง่าย ขณะเดียวกันเม็ดเลือดขาวที่เพิ่มจำนวนมากขึ้น และเป็นตัวอ่อนที่ทำหน้าที่ไม่ได้ จึงทำให้ผู้ป่วยเด็กมีอาการติดเชื้อง่าย ซึ่งเป็นอาการสำคัญที่นำผู้ป่วยมาตรวจรักษา (ศรีสมบุรณ์ มุสิกสุนทร และคณะ, 2555)

1.2 การแบ่งชนิดและการดำเนินของโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว โรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวแบ่งตามลักษณะความเฉียบพลันของการเกิดได้ 2 ลักษณะ คือ มะเร็งเม็ดเลือดขาวชนิดเฉียบพลัน (acute leukemia) และมะเร็งเม็ดเลือดขาวชนิดเรื้อรัง (chronic leukemia) (ปัญจะ กุลพงษ์, 2540) ดังนี้

1.2.1 มะเร็งเม็ดเลือดขาวชนิดเฉียบพลัน (acute leukemia) เป็นโรคมะเร็งที่พบบ่อยที่สุดในเด็ก ส่วนใหญ่ (ประมาณ 97%) ของผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาวเป็นชนิดเฉียบพลัน โดยมีอาการและดำเนินของโรคเป็นไปอย่างรวดเร็วและรุนแรง ถ้าไม่ได้รับการรักษาผู้ป่วยอาจตายได้ภายในระยะเวลาอันรวดเร็ว ซึ่งในเด็กส่วนใหญ่จะพบชนิดเฉียบพลันร้อยละ 75 – 80 เป็นมะเร็งเม็ดเลือดขาวเฉียบพลันชนิดลิมโฟบลาส (acute lymphoblastic leukemia, ALL) พบมากในเด็กอายุ 2- 10 ปี (พงษ์จันทร์, 2538; Redaelli et al., 2005; Maloney et al., 2011) มะเร็งเม็ดเลือดขาวชนิดเฉียบพลันแบ่งออกเป็น 2 ชนิด คือ ชนิดลิมโฟบลาส (acute lymphoblastic leukemia: ALL) และชนิดที่ไม่ใช่ลิมโฟบลาส (acute non -lymphoblastic leukemia: ANLL)

1) มะเร็งเม็ดเลือดขาวชนิดลิมโฟบลาส (acute lymphoblastic leukemia:

ALL) พบได้ประมาณร้อยละ 70-80 ของมะเร็งเม็ดเลือดขาวเฉียบพลัน (สุรเดช หงษ์อิง, 2550; Blayer & Tubergen, 2004) มะเร็งเม็ดเลือดขาวชนิดนี้มีความผิดปกติในการแบ่งตัวของลิมโฟบลาส จะมีการสะสมของเซลล์เม็ดเลือดขาวชนิดตัวอ่อนของลิมโฟบลาสเป็นจำนวนมาก แต่หยุดการแก่ตัว ในระยะต่าง ๆ กัน มีลักษณะการเกิดโรคและการดำเนินโรคเป็นไปอย่างรวดเร็ว การแบ่ง ALL ตาม ลักษณะของเซลล์ลิมโฟบลาส จากระบบ French-American-British (FAB) classification มี 3 ชนิด ได้แก่ L1 lymphoblasts เป็นเซลล์ที่มีขนาดเล็ก มีไซโตพลาสซึมน้อย พบได้ประมาณร้อยละ 85 ของเด็กป่วยที่เป็น ALL ซึ่งเป็นชนิดที่มีการพยากรณ์โรคดีที่สุด L2 lymphoblasts เป็นเซลล์ที่มีขนาดแตกต่างกัน แต่ใหญ่กว่า L1 มีไซโตพลาสซึมมากขึ้น พบได้ประมาณร้อยละ 14 ของเด็กป่วยที่เป็น ALL มีการพยากรณ์โรคดีปานกลาง และ L3 เป็นเซลล์ที่มีขนาดใหญ่ พบได้ประมาณร้อยละ 1 ของเด็กป่วยที่เป็น ALL มีการพยากรณ์โรคเลวที่สุด เด็กป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาวเฉียบพลันชนิดลิมโฟบลาส สามารถรักษาให้หายขาดได้ร้อยละ 60-80 โดยการให้ยาเคมีบำบัด (ปัญจะ กุลพงษ์, 2540; ภัทรา ธนรัตนกร, 2543; McGrath, 2001)

2) มะเร็งเม็ดเลือดขาวชนิดที่ไม่ใช่ลิมโฟบลาส (acute non-lymphoblastic

leukemia: ANLL) พบได้ประมาณร้อยละ 20-25 ของมะเร็งเม็ดเลือดขาวเฉียบพลัน ซึ่งส่วนใหญ่จะเป็นชนิดมัยอีลอยด์ (acute myeloid leukemia: AML) เป็นมะเร็งชนิดที่มีการสะสมของเม็ดเลือดขาวชนิดตัวอ่อนที่ไม่ใช่ลิมโฟบลาสเป็นจำนวนมาก ได้แก่ myeloblasts myelomonoblasts และ megakaryoblasts ซึ่งเป็นเซลล์ที่สมบูรณ์น้อยมากหรือไม่สมบูรณ์ มีการสะสมของเม็ดเลือดขาวชนิดแกรนูโลไซต์ (granulocyte) ทุกระยะตั้งแต่ตัวอ่อนถึงตัวแก่ เม็ดเลือดขาวสามารถแก่ตัวได้เหมือนปกติ แต่ไม่สามารถควบคุมการแพร่กระจายได้ และมีการพยากรณ์โรคที่ไม่ดีเท่ามะเร็งเม็ดเลือดขาวชนิด ALL คือ สามารถทำให้โรคสงบประมาณร้อยละ 70-85 แต่มักมีกลับเป็นโรคซ้ำและมีอัตราการรอดชีวิต 5 ปีน้อยกว่าร้อยละ 40 (กวิวัฒน์ วีรกุล, 2547; สุรเดช หงษ์อิง, 2547; Blayer & Tubergen, 2004)

1.2.2 มะเร็งเม็ดเลือดขาวชนิดเรื้อรัง (chronic leukemia) เป็นมะเร็งที่มีการ

สร้างแพร่ขยาย และสะสมจำนวนของเม็ดเลือดขาวที่เป็นตัวแก่แล้ว (differentiate) พบว่าไขกระดูกจะมี ไมอีโบลาสต์(myeloblastic)โมโนบลาสต์ (monoblastic) หรืออนอนลิมโฟบลาสต์ (nonlymphoblast) มีอาการและอาการแสดงค่อนข้างช้า ไม่รุนแรงเหมือนชนิดเฉียบพลัน และพบได้น้อยในเด็กป่วยโรคมะเร็งชนิดของมะเร็งในกลุ่มนี้ที่พบบ่อย คือ ชนิดมัยอีลอยด์ (chronic myeloid leukemia: CML) แต่พบเพียงร้อยละ 2-3 ของเด็กป่วยโรคมะเร็งทั้งหมด (Blayer & Tubergen, 2004) อาการที่พบในเด็กป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาวเรื้อรัง คือ ม้ามโต หรืออาการของการมีเมตาบอลิซึมสูง เช่น น้ำหนักลด เบื่ออาหาร เหงื่อออกตอนกลางคืน

1.3 สาเหตุ ยังไม่ทราบสาเหตุที่แน่นอน แต่พบปัจจัยสำคัญต่างๆที่มีผู้ศึกษาไว้และเชื่อว่า มีปัจจัยหลายอย่างที่เกี่ยวข้องกับการเกิดมะเร็งเม็ดเลือดขาวในเด็กที่สำคัญ ได้แก่ กรรมพันธุ์ (genetic factors) สิ่งแวดล้อม (environmental factors) การติดเชื้อไวรัสและภาวะภูมิคุ้มกันบกพร่อง (immunodeficiency states) (พงษ์จันทร์ หัตถ์รัตน์, 2538)

1.3.1 Genetic factors ปัจจัยด้านพันธุกรรมมีส่วนสำคัญในการเกิดมะเร็งเม็ดเลือดขาวชนิดต่าง ๆ รวมทั้งชนิด ALL เช่น

1) ใน identical twins ถ้าคนหนึ่งเป็น acute leukemia อีกคนหนึ่งมีโอกาส 25% ที่จะเกิดโรคเดียวกัน โดยเฉพาะอย่างยิ่งตั้งแต่อายุน้อย

2) บางครอบครัวมีสมาชิกหลายคนเป็นมะเร็งเม็ดเลือดขาว ส่วนพี่น้องของผู้ป่วย ALL นั้นมีโอกาสเกิดเป็น ALL สูงกว่าคนอื่นๆ ประมาณ 2 - 4 เท่า

3) ผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของโครโมโซม มีความสัมพันธ์กับมะเร็งเม็ดเลือดขาว เช่น เด็กที่เป็น trisomy 21 (หรือ Down's syndrome) มีโอกาสเกิดมะเร็งเม็ดเลือดขาวสูงกว่าเด็กอื่น ๆ ถึงประมาณ 15 เท่า นอกจากนี้ยังมีโรคพันธุกรรมอีกหลายชนิดที่มีโอกาสเกิดมะเร็งเม็ดเลือดขาวสูงผิดปกติ

1.3.2 Environmental factors ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมที่สำคัญที่สุดและเห็นได้ชัดเจนที่สุด คือ ionizing radiation และสารเคมีที่เป็นพิษ เช่น โดนระเบิดปรมาณูและการได้รับรังสีขณะอยู่ในครรภ์ สารเคมีที่สำคัญคือยาที่ใช้รักษามะเร็ง ในเด็กที่เป็นมะเร็งและรอดชีวิตเกิน 2 ปี มีโอกาสเกิดมะเร็งเม็ดเลือดขาวได้สูงกว่าเด็กอื่นประมาณ 14 เท่า โดยยาที่เป็นสาเหตุคือ alkylating agents

1.3.3 Viral infections การติดเชื้อไวรัสมีผลทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในโครโมโซม ส่งผลให้เกิดโรคได้ และเชื้อไวรัสบางชนิดอาจเป็นสาเหตุทำให้เกิดโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวได้ (พงษ์จันทร์ หัตถ์รัตน์, 2538)

1.3.4 Immunodeficiency ผู้ป่วยที่มีภูมิคุ้มกันบกพร่องตั้งแต่เกิด เช่น congenital hypogammaglobulinemia, ataxia-telangiectasia มีโอกาสสูงที่จะเกิดมะเร็งต่อมน้ำเหลืองและบางรายเกิด ALL ผู้ป่วยที่ได้รับ immunosuppressive drugs ก็เช่นเดียวกัน

1.4 อาการและอาการแสดงของโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวชนิดเฉียบพลัน (วิเชียร มงคลศรี ตระกูลและถนอมศรี ศรีชัยกุล ใน วิชัย ประยูรวิวัฒน์ , 2550)

โดยทั่วไปเด็กโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวชนิดเฉียบพลัน (ALL) จะมาด้วยอาการค่อนข้างเฉียบพลันและระยะเวลาที่มีอาการมักสั้นเป็นสัปดาห์ ซึ่งตรงกันข้ามกับกลุ่ม myeloproliferative disorders ซึ่งมักมีประวัติยาวนานกว่าอาจเป็นเดือนหรือเป็นปี ผู้ป่วยที่มีอาการและอาการแสดงที่เกิดจากไขกระดูกเสียหายที่ โดยมีอาการที่พบบ่อย คือ ซีด มีไข้ เลือดออก ปวดข้อหรือปวดกระดูก

(Colby-Graham & Chordas, 2003) เบื่ออาหาร น้ำหนักลด มีตุ่มหรือผื่นตามผิวหนัง และอาการที่ตรวจพบจากการตรวจร่างกาย คือ ผอม ซีด มีไข้ ซีพจรเต้นเร็ว มีจุดเลือดออกตามร่างกาย ต่อมน้ำเหลืองโต ท้วตัว ตับม้ามโต มีผื่นหรือก้อนที่ผิวหนัง (มนตรี ตูจจินดา, 2542) ผู้ป่วยเด็กมักมาพบแพทย์ด้วยอาการและอาการแสดง 2 กลุ่ม ได้แก่ (ประดิษฐา สีนสว่าง, 2538; มนตรี ตูจจินดา, 2542)

1.4.1 อาการและอาการแสดงของไขกระดูกล้มเหลว (bone marrow failure) มักมีอาการซีด อ่อนเพลีย เหนื่อยง่าย มีไข้ หรือเป็นหวัดเรื้อรัง หรือมีการติดเชื้อระบบทางเดินหายใจเป็นประจำ มีจุดเลือด หรือจ้ำเลือดตามตัว เลือดออกง่าย บางรายมีเกล็ดเลือดต่ำมากอาจมีเลือดออกในอวัยวะต่าง ๆ ซึ่งผู้ป่วยเหล่านี้จะมีอาการติดเชื้อได้ง่ายกว่าปกติ เนื่องจากเซลล์ปกติที่สร้างในไขกระดูก ได้แก่ เม็ดเลือดแดง เม็ดเลือดขาว และเกล็ดเลือดจะถูกแทนที่ด้วยตัวอ่อนที่เรียกว่า บลาส (blast) ทั่วไขกระดูก ทำให้ผู้ป่วยมีอาการไข้ต่ำๆ อ่อนเพลีย ปวดกระดูก

1.4.2 อาการและอาการแสดงที่เกิดจากเซลล์มะเร็งเม็ดเลือดขาว (leukemia cell) ได้แก่ ตับ ม้าม และต่อมน้ำเหลืองโต เกิดอาการของอวัยวะต่างๆ ที่เซลล์มะเร็งกระจายไปถึง กล่าวคือ ระบบประสาทส่วนกลาง พบร้อยละ 10 เมื่อแรกวินิจฉัย และพบสูงขึ้นเมื่อโรคดำเนินต่อไปประมาณร้อยละ 20 ส่วนพยาธิสภาพที่พบมากคือ การกระจายของเซลล์มะเร็งรอบๆ หลอดเลือดฝอยในสมอง หรือที่เยื่อหุ้มสมอง ทำให้มีความดันในสมองเพิ่มขึ้น

สรุปอาการและอาการแสดงที่พบได้ในผู้ป่วยเด็กมะเร็งเม็ดเลือดขาวชนิดเฉียบพลัน ได้แก่ มีไข้ ติดเชื้อซ้ำบ่อยๆ ซีด มีเลือดออก มีจ้ำเลือดตามผิวหนัง ตับโต ม้ามโต และต่อมน้ำเหลืองโต ซึ่งอาการเหล่านี้เป็นอาการสำคัญและพบได้บ่อยที่เป็นอาการสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยมาพบแพทย์

1.5 การพยากรณ์โรค MAJALONGKORN UNIVERSITY

การพยากรณ์โรคของผู้ป่วยเด็ก ALL หรือการแบ่งระดับความรุนแรงโรค จำแนกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มที่มีการพยากรณ์โรคดี (low risk ALL/standard risk ALL) และกลุ่มที่มีการพยากรณ์โรคไม่ดี (high risk ALL) โดยทั่วไปสามารถรักษาโรคให้สงบได้ร้อยละ 90 – 95 ของผู้ป่วยกลุ่มที่เป็น low risk/standard risk ซึ่งการพยากรณ์ระดับความรุนแรงโรคตั้งแต่แรกจะเป็นแนวทางในการรักษา (พงษ์จันทร์ หัตถิรัตน์ ในวันดี วราวิทย์, 2540; ปัญญา เสกสรรค์, 2542; ชมรมโรคมะเร็งเด็กแห่งประเทศไทย, 2549) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การพยากรณ์ความรุนแรงโรคของผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวชนิดเฉียบพลัน

	การพยากรณ์โรค	
	low risk/standard risk	high risk
*อายุ	2 – 9 ปี	< 1 ปี หรือ > 10 ปี
เพศ	หญิง	ชาย
*ต่อมน้ำเหลือง ตับ และม้าม	ไม่โต/โตเล็กน้อย	โตมาก
*อาการทางระบบประสาทขณะวินิจฉัย	ไม่มี	มี
จำนวนเกล็ดเลือด/ไมโครลิตร	>100,000	<100,000
*มีก้อนที่ช่องอก	ไม่มี	มี
*ชนิดของลิมโฟโพลลาส	L1	L2/L3
ผลการรักษาด้วยยาในระยะ 14 วันแรก	remission (blast cell<5%)	no remission (blast cell>25%)

*ถือเป็น high risk ถ้าหัวข้อเหล่านี้ไม่ดี (พงษ์จันทร์ หัตถ์รัตน์ ในวันดี วราวิทย์, 2540; ปัญญา เสกสรรค์ , 2542)

1.6 การวินิจฉัยและแนวทางการรักษาโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวชนิดเฉียบพลัน

1.6.1 การวินิจฉัยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวชนิดเฉียบพลัน ต้องอาศัย

1) ลักษณะอาการทางคลินิก ผู้ป่วยเด็กมักจะมาด้วยอาการทั่วไป เช่น ซีด อ่อนเพลีย เบื่ออาหาร น้ำหนักลด มีไข้ ต่อมน้ำเหลืองโต มีจุดเลือดออกที่ผิวหนัง เป็นต้น

2) การตรวจ complete blood count (CBC) ประมาณ 80% ของผู้ป่วยมีโลหิตจาง (ระดับ Hb ต่ำกว่า 10 g/dl) ชนิด normochromic normocytic และมีค่า reticulocyte ต่ำ ทั้ง ๆ ที่ผู้ป่วยซีดมาก จำนวนเม็ดเลือดขาวอาจจะสูงหรือต่ำ ประมาณครึ่งหนึ่งของผู้ป่วยมี WBC count เกิน 10,000/cu.mm. (20% มีระดับสูงกว่า 50,000/cu.mm.) ถ้ามีระดับสูงมักจะพบ blast cells จำนวนมากในฟิล์มเลือด แต่ในผู้ป่วยที่มี WBC ต่ำอาจจะไม่พบ blast หรือพบเพียงไม่กี่ตัวเท่านั้น บางรายมี eosinophilia ร่วมด้วย ผู้ป่วยเหล่านี้มักจะมี granulocyte count ต่ำกว่า 500/cu.mm ทำให้ติดเชื้อได้ง่ายและรุนแรง ส่วนใหญ่ (ประมาณ 90%) ของผู้ป่วยมีจำนวนเกล็ดเลือดต่ำกว่าปกติ 75% ของเด็กเหล่านี้มีเกล็ดเลือดต่ำกว่า 100,000/cu.mm แต่อาการเลือดออกจะไม่รุนแรง เว้นแต่รายที่มีเกล็ดเลือดต่ำกว่า 25,000/cu.mm และมีไข้กับโรคติดเชื้อร่วมด้วย ที่อาจจะมีเลือดออกในลำไส้หรือสมอง

3) Bone marrow aspiration การวินิจฉัยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวชนิดเฉียบพลัน จำเป็นต้องเจาะไขกระดูกตรวจทุกราย เพราะการตรวจฟิล์มเลือดมีโอกาสผิดพลาดถ้าเลือดของผู้ป่วย มี blast cells จำนวนน้อย ตำแหน่งที่ใช้เจาะไขกระดูกในเด็ก คือ superior iliac spines, spinous process ของกระดูกสันหลัง หรือ tibia (ในเด็กเล็กอายุต่ำกว่า 1 ปี) จะพบตัวอ่อน lymphoblast เกิน 5% ของเซลล์ในไขกระดูก (หรือเมื่อรวมกับ lymphocytes แล้วมีค่าเกิน 40%) นับว่าเพียงพอที่จะให้การวินิจฉัยว่าเป็นโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวชนิดเฉียบพลัน แต่ส่วนใหญ่ ถือว่าไขกระดูกต้องมี lymphoblasts อย่างน้อย 25% ขึ้นไป จึงจะให้การวินิจฉัยว่าเป็นโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวชนิดเฉียบพลัน (ALL) (พงษ์จันทร์ หัตถิรัตน์, 2540; Wong, 2013)

1.6.2 แนวทางการรักษาโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวชนิดเฉียบพลัน

แนวทางการรักษาโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวชนิดเฉียบพลันในเด็ก แบ่งการรักษาเป็น 2 ประเภท คือ การรักษาจำเพาะและการรักษาแบบประคับประคอง (วิเชียร มงคลศรีตระกูลและ ถนอมศรี ศรีชัยกุล ในวิชัย ประยูรวิวัฒน์ , 2550)

1) การรักษาจำเพาะ (specific treatment)

เคมีบำบัดเป็นการรักษาหลักในเด็กป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวชนิดเฉียบพลัน โดยการรักษาโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวด้วยเคมีบำบัดจะมีแนวทางการรักษาที่เฉพาะชัดเจนแตกต่างจากโรคอื่นๆ จะใช้ยาเคมีบำบัดหลายชนิดร่วมกันเพื่อหลีกเลี่ยงการดื้อยา โดยทั่วไปการให้ยาเคมีบำบัดแบ่งออกเป็น 4 ระยะ (ปัญจะ กุลพงษ์, 2540; สุรเดช หงส์อิง, 2550) ดังนี้

ระยะที่ 1 การชักนำให้โรคสงบ (induction of remission) เป็นระยะที่ให้เคมีบำบัดเพื่อให้โรคอยู่ในภาวะสงบ โดยการทำลายเซลล์มะเร็งให้มากที่สุด และให้มีเซลล์มะเร็งเหลือน้อยที่สุด หรือไม่ให้เซลล์มะเร็งมีการเจริญเติบโต โดยการให้ยาเคมีในขนาดสูง เด็กป่วยจะได้รับยาเคมีบำบัดอย่างเข้มข้นและใช้ยาเคมีหลายชนิดร่วมกัน เพื่อทำลายเซลล์มะเร็งให้มากที่สุดในเวลาอันรวดเร็ว แต่ให้ผลต่อเซลล์ปกติที่น้อย ซึ่งเป็นการให้ยาที่มีขนาดความเข้มข้นสูงสุดเท่าที่เด็กป่วยจะทนได้ เพื่อฆ่าเซลล์มะเร็งให้ตายเร็วมากที่สุดเพื่อให้โรคสงบ (remission) สามารถให้การรักษาต่อไปได้ โดยใช้ระยะเวลาประมาณ 4-6 สัปดาห์ โดยถือว่าโรคสงบเมื่อไม่สามารถตรวจพบเซลล์ตัวอ่อนในไขกระดูกหรือพบน้อยกว่าร้อยละ 5 ของเซลล์ทั้งหมด ยาที่ใช้เป็นหลักในการรักษาระยะนี้ได้แก่ vincristine adriamycin L-asparaginase และ glucocorticoid (prednisolone และ dexamethasone) การให้ยาเคมีบำบัดพร้อมกัน 4 ชนิด สามารถเพิ่มอัตราการชักนำให้โรคสงบได้ และทำให้ผลโดยรวมของการรักษาดีขึ้น แต่การให้ยาเคมีบำบัดร่วมกันทั้ง 4 ชนิดนี้ จะทำให้เกิดอาการแทรกซ้อนเพิ่มขึ้นตามมาด้วย จึงต้องให้การรักษาประคับประคองที่ดีด้วย เมื่อเด็กป่วยได้รับการรักษาจนครบ 6 สัปดาห์ จึงตรวจไขกระดูก หากไม่มีอาการของโรคเหลืออยู่ ถือว่ามีระยะสงบของโรค (complete remission) จึงให้การรักษาต่อในระยะเวลาการรักษาเข้มข้น (consolidation)

ระยะที่ 2 การรักษาเข้มข้น (consolidation / intensification) เมื่อผู้ป่วยเด็กได้รับการรักษาในระยะแรกจนเกิด complete remission (CR) แล้ว จึงเริ่มให้การรักษาระยะเข้มข้นต่อ ดังนั้นจึงให้ยาแบบเข้มข้นเพื่อทำลายเซลล์มะเร็งเหล่านี้ให้เหลือน้อยลงไปอีก ซึ่งเป็นการให้ยาเคมีหลังจากระยะโรคสงบเพื่อทำลายเซลล์มะเร็งที่เหลืออยู่ให้เหลือน้อยที่สุด ยาเคมีบำบัดที่ใช้ในระยะนี้ ได้แก่ methotrexate 6-mercaptopurine และ cyclophosphamide โดยยาเคมีบำบัดที่ใช้ เป็นยาหลายชนิดที่ออกฤทธิ์ต่างกันในระดับสูง โดยเฉพาะมีการใช้ยา methotrexate ในขนาดสูง เพื่อจะได้มีระยะโรคสงบนานขึ้น และใช้ยาเคมีบำบัดที่มีอาการออกฤทธิ์แตกต่างกันเพื่อหลีกเลี่ยงการดื้อยา เช่น ให้ prednisolone ร่วมกับ 6-mercaptopurine methotrexate และ cyclophosphamide ในขนาดสูงภายในระยะเวลา 7 วัน จะได้มีระยะสงบนานขึ้น แม้ผู้ป่วยจะมี complete remission แต่ก็ยังมี leukemia cells หลงเหลืออยู่ในร่างกายประมาณ 10^{10} เซลล์

ยาที่ใช้มักจะเป็นยาหลายชนิดที่ออกฤทธิ์ต่างกันเพื่อหลีกเลี่ยงการดื้อยา โดยให้ยา L - asparaginase (ASP) ร่วมกับการฉีด methotrexate (MTX) เข้าทางไขสันหลัง (intrathecal) ซึ่งผู้ป่วยเด็กที่ได้รับการรักษาในระยะเข้มข้นนี้ต้องได้รับยาเคมีบำบัดหลายชนิดร่วมกัน หรือได้รับในขนาดที่สูง เด็กจึงมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับยาเคมีบำบัดมากขึ้นตามไปด้วย เช่น ภาวะไขกระดูก ถูกกด ทำให้ภูมิคุ้มกันต่ำจึงเกิดการติดเชื้อได้ง่าย (Whaley & Wong, 1995; Otto, 2001; Bryant, 2003; ศิริวรรณ วนานุกูล และคณะ, 2548) เกิดเยื่อช่องปากอักเสบ (Lalla & Peterson, 2006; Bower & Waxman, 2010) โดยพบว่า จำนวนการเกิดภาวะเยื่อในช่องปากอักเสบในเด็กป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวชนิดเฉียบพลันที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดสูงถึงร้อยละ 50 (กนกจันทร์ , 2548) ดังนั้น การให้การดูแลผู้ป่วยเด็กในระยะนี้อย่างถูกต้องและต่อเนื่อง จึงมีความสำคัญยิ่งสำหรับผู้ดูแลในครอบครัว

โดยเด็กที่จะเตรียมรับยาเคมีบำบัดในระยะนี้ ต้องได้รับการตรวจ CBC ทุกราย เพื่อดูค่า Hct, WBC และ platelet count ก่อน โดยเน้นการประเมินค่า ANC เป็นสำคัญ คือ ต้อง > 1,000 -1,500 ประกอบกับอาการทั่วไปของเด็ก ต้องไม่มีไข้ จึงจะเริ่มให้การรักษาในระยะนี้ได้ หากเด็กที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดในระยะที่ 1-2 เกิดภาวะแทรกซ้อน ได้แก่ febrile neutropenia, mucositis ซึ่งพบประมาณร้อยละ 7-10 ต้องทำให้หยุดการรักษากลางคัน และแก้ไขภาวะแทรกซ้อนดังกล่าวก่อน โดยพบว่าเกิดจากการได้รับยา methotrexate ในขนาดสูง ยาจะกุดการทำงานของไขกระดูก ทำให้ Hct, WBC และ platelet count ต่ำ ส่วนการเกิดภาวะซีดจะไม่หยุดยาแต่จะให้เลือดทดแทน และทำการรักษาต่อไป (หอผู้ป่วยเด็ก 5, 2557) ดังนั้นการเตรียมผู้ดูแลในครอบครัวในการดูแลเด็กโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวชนิดเฉียบพลันให้มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดและการเตรียมเด็กให้มีสุขภาพแข็งแรงเพื่อให้มีความพร้อมในการรับยาในระยะนี้จึงเป็นสิ่งสำคัญ อันนำไปสู่การรักษาที่ต่อเนื่อง

เนื่องจากหลังจากโรคสงบแล้วหยุดการรักษาทันที จะทำให้กลับเป็นโรคซ้ำภายใน 1-2 เดือน นอกจากนี้ในเด็กป่วยที่มีการพยากรณ์โรคไม่ดี จะให้ยา methotrexate และ leucovorin เพื่อให้ได้ผลดีที่สุดในการป้องกันโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวเข้าสู่ระบบประสาทส่วนกลาง (วินัย สุวตติ, 2542) ดังนั้นจำเป็นต้องให้ยาเคมีบำบัดต่อเพื่อช่วยให้มีระยะสงบของโรคนานขึ้น โดยใช้ระยะเวลาประมาณ 3 สัปดาห์ (ปัญจะ กุลพงษ์, 2540, สุรเดช หงษ์อิง, 2550)

ระยะที่ 3 การป้องกันไม่ให้โรคเข้าสู่ระบบประสาทส่วนกลาง (CNS prophylaxis) เป็นการให้ยาเคมีเพื่อป้องกันไม่ให้เซลล์มะเร็งแพร่กระจายเข้าสู่ระบบประสาทส่วนกลาง ซึ่งเป็นตำแหน่งที่ยาเคมีบำบัดผ่าน blood brain barrier ได้ไม่ดี ทำให้เซลล์มะเร็งสามารถแบ่งตัวมากขึ้นและกระจายไปทั่วร่างกายทำให้โรคกลับเป็นขึ้นมาใหม่ได้ ซึ่งพบได้สูงถึงร้อยละ 50 โดยจะพบมากที่สุดภายใน 6-24 เดือน (วินัย สุวตติ, 2542) การป้องกันไม่ให้โรคเข้าสู่ระบบประสาทส่วนกลาง โดยให้ยาเคมีบำบัด ยาที่ใช้ในระยะนี้ ได้แก่ methotrexate hydrocortisone และ cytosine -arabioside ในกลุ่มที่มีการพยากรณ์โรคดีจะใช้การให้ยาเคมีบำบัด คือ methotrexate เข้าทางช่องไขสันหลังร่วมกับ triple intrathecal chemotherapy (methotrexate cytosine-arabioside และ hydrocortisone) ส่วนในกลุ่มที่มีการพยากรณ์ไม่ดีจะให้ methotrexate เข้าทางช่องไขสันหลัง ร่วมกับการฉายแสงที่ศีรษะ 1,800 cGy ภายในเวลา 2 สัปดาห์ ร่วมกับการฉีด methotrexate เข้าทางไขสันหลัง 5 ครั้ง ซึ่งได้ผลดีในการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคในระบบประสาท (วินัย สุวตติ, 2542, สุรเดช หงษ์อิง, 2550)

ระยะที่ 4 การควบคุมให้โรคสงบ (maintenance therapy) เป็นการให้ยาเพื่อกำจัดหรือพยายามควบคุมไม่ให้เซลล์มะเร็งเจริญเติบโตขึ้นมาอีก ด้วยการให้ยาเคมีบำบัดหลายชนิดช่วยกันทำลายเซลล์มะเร็งให้มากที่สุดอย่างต่อเนื่อง ยาเคมีบำบัดที่ใช้ในระยะนี้ ได้แก่ prednisolone vincristine methotrexate 6-mercaptopurine และ cyclophosphamide การให้เคมีบำบัดต้านมะเร็งในระยะนี้ที่นิยมใช้กันมาก คือ การให้ 6-mercaptopurine รับประทานทุกวัน ร่วมกับการให้ methotrexate ขนาดสูง สัปดาห์ละครั้ง และให้ยา prednisolone ร่วมกับ vincristine เป็นการให้ยากระตุ้นการรักษา (pulse treatment) ทุก 1-3 เดือน จะได้ผลดีในผู้ป่วยที่มีการพยากรณ์โรคดี แต่ในผู้ที่มีการพยากรณ์โรคไม่ดีจำเป็นต้องให้การรักษาเข้มข้นโดยการให้ยาเคมีบำบัดต้านมะเร็งหลายชนิดร่วมกัน ในระยะการรักษานี้จะใช้เวลาประมาณ อีก 2 ½ ปี ถึง 3 ปี (ปัญจะ กุลพงษ์, 2540; วินัย สุวตติ, 2542; สุรเดช หงษ์อิง, 2550)

ในปัจจุบันการรักษาโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวชนิดเฉียบพลันในประเทศไทยได้มีการใช้แนวทางการปฏิบัติการรักษา (protocol) ที่มีมาตรฐานเดียวกันในการรักษาโรคมะเร็งในเด็ก โดยใช้แนวทางเวชปฏิบัติการรักษาเด็กป่วยโรคมะเร็งของชมรมโรคมะเร็งในเด็กแห่งประเทศไทย (Thai Pediatric Oncology Group: ThaiPOG) เป็นแนวทางปฏิบัติในการรักษาเด็กป่วยโรคมะเร็ง

ผลข้างเคียงจากการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด

แม้ว่าการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดจะให้ผลดีในการรักษาโรคมะเร็งในเด็ก แต่มักจะมีอาการข้างเคียงที่รุนแรงเกิดขึ้นตามมาด้วย เพราะยาเคมีบำบัดนอกจากทำลายเซลล์มะเร็งแล้วยังมีผลต่อเซลล์ปกติ โดยเฉพาะอย่างยิ่งเซลล์ที่มีการเจริญเติบโตหรือมีการเผาผลาญที่รวดเร็ว เช่น เซลล์เม็ดเลือดในไขกระดูก เซลล์ผิวหนัง เซลล์เยื่อบุทางเดินอาหาร และเซลล์เยื่อต่างๆ เป็นต้น ทำให้เกิดอาการข้างเคียงต่างๆขึ้น (ปัญจะ กุลพงษ์, 2540; ภัทรา ธนรัตน์กร, 2543; Balis et al., 2002) การให้ยาเคมีบำบัด จะมีผลต่อผู้ป่วยที่พบบ่อย คือ ผมร่วง อ่อนเพลีย คลื่นไส้ อาเจียน เบื่ออาหาร กระเพาะอาหารอักเสบ นอกจากนี้การรักษาโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวยังมีผลกระทบต่อผู้ป่วยเด็กหลายอย่าง รวมทั้งยังก่อให้เกิดความไม่สุขสบายจากอาการข้างเคียงของการรักษาแก่ผู้ป่วยเด็ก (วิลาวัณย์ พิเชียรเสถียร, 2554; Bryant, 2003) ดังนี้

1. เยื่อช่องปากอักเสบ (mucositis) มักจะเริ่มเกิดหลังจากได้รับยาประมาณ 1 สัปดาห์ เกิดขึ้นประมาณวันที่ 7-14 หลังจากการได้รับยาเคมีบำบัด โดยเฉพาะเมื่อได้รับยา methotrexate ยาเคมีบำบัดจะไปยับยั้งการเจริญเติบโตและการแบ่งตัวของเซลล์เยื่อช่องปาก และทำลายเยื่อชั้นต้นของปากและคอ ทำให้เยื่อช่องปากฝ่อและบางลง เกิดการอักเสบทำให้เกิดบาดแผล มีอาการแสดงคือ เยื่อในปากบวม มีการลอกหลุดของเยื่อเหงือกและเพดานอ่อน จึงยิ่งเพิ่มการอักเสบขึ้น นอกจากนี้ยาเคมีบำบัดบางตัวยังลดการทำงานของแหล่งน้ำลาย ทำให้ริมฝีปากแห้งและแตกได้ (Lalla & Peterson, 2006; Bower & Waxman, 2010; วิลาวัณย์ พิเชียรเสถียร, 2554)

2. เบื่ออาหาร เป็นผลจากยาเคมีบำบัดที่ทำให้ต่อมรับรสเสียหายที่มี การรับรสเปลี่ยนแปลง (ภาวิณี โอภาสศิริกุล, 2546; Mott, Grushka, & Sessle, 1993) ทำให้ความอยากอาหารลดลง อาการนี้จะเกิดขึ้นในวันที่ 5 และหายไปภายใน 2-6 สัปดาห์หลังหยุดยา (ภาวิณี โอภาสศิริกุล, 2546; Hockenbury-Eton et al., 1998) อาการเบื่ออาหาร คลื่นไส้ อาเจียน ซึ่งเป็นอาการข้างเคียงที่พบบ่อยที่สุด เนื่องจากยาเคมีบำบัดมีผลต่อระบบทางเดินอาหารและระบบประสาทส่วนกลาง หรือเกิดจากความกลัว วิดกกังวล อาการคลื่นไส้ อาเจียนจะเกิดภายใน 24 ชั่วโมงหลังจากได้รับยา และจะหายไปภายใน 36 ชั่วโมง อาการอาเจียนจะเกิดขึ้นหลายวันจะมีผลทำให้ร่างกายของผู้ป่วยได้รับสารน้ำและอาหาร ไม่เพียงพอ

3. การสร้างเม็ดเลือดและการทำงานของไขกระดูกถูกกด ทำให้จำนวนเม็ดเลือดขาวต่ำส่งผลให้ผู้ป่วยติดเชื้อได้ง่าย เม็ดเลือดแดงต่ำทำให้เนื้อเยื่อของร่างกายได้รับออกซิเจนไม่เพียงพอ ผู้ป่วยมีอาการซีด เหนื่อยง่าย จำนวนเกล็ดเลือดต่ำทำให้มีเลือดออกง่าย มีจุดเลือดและจำเลือดตามตัว และมีเลือดออกในอวัยวะต่างๆได้

4. ผมร่วง รากของเส้นผมและขนมีความไวต่อยาเคมีบำบัด ผมร่วงจะเกิดภายหลังได้รับยาเคมีบำบัด 2-3 สัปดาห์ จะเป็นอยู่ประมาณ 3 สัปดาห์ เมื่อหยุดยาแล้วผมจะงอกขึ้นมาใหม่ภายใน 2-3 เดือน

5. ท้องเดิน ปวดท้อง ซึ่งเกิดจากการบีบตัวของลำไส้อย่างมาก เป็นผลมาจากเซลล์เนื้อเยื่อของกระเพาะอาหารและลำไส้ถูกทำลายและเกิดการอักเสบ ลดบริเวณการดูดซึมและผลิตเอนไซม์ อาจมีอาการเกิดขึ้นภายหลังได้รับยาเคมีบำบัด 2-3 ชั่วโมง

6. ท้องผูก ยาเคมีบำบัดบางตัวอาจทำให้ผู้ป่วยท้องผูกได้

7. ผิวหนังแห้ง ยาบางชนิดอาจทำให้เกิดการระคายเคืองต่อหลอดเลือดดำ ทำให้ผิวนั้นมีสีคล้ำตลอดทางเดินของหลอดเลือดดำที่หย่า

8. มีไข้ หนาวสั่น อาจเกิดขึ้นที่ภายหลังได้รับยาเคมีบำบัด จนถึง 6 ชั่วโมงและหายไป ภายใน 24 ชั่วโมง

นอกจากนี้ในเด็กโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวที่ต้องได้รับการรักษาเป็นระยะเวลาที่ยาวนาน อาการข้างเคียงจากการรักษาinggอให้เกิดผลข้างเคียงต่อระบบต่างๆในร่างกายของผู้ป่วยเด็กในระยะยาว (Bottomley & Kassner, 2003) ดังนี้

1. ผลต่อระบบประสาท ซึ่งอาจเกิดได้ในผู้ป่วยเด็กที่ได้รับยาเคมีบำบัดทางไขสันหลัง การฉายรังสีรักษา เด็กจะมีอาการแตกต่างกัน เช่น ง่วงเหงา หาวนอน ปวดศีรษะ ชัก หมดสติ โดยความสามารถในการเรียนรู้

2. ผลต่อระบบกล้ามเนื้อและกระดูก ได้แก่ เด็กมีการเจริญเติบโตช้า กระดูกไม่สมส่วนกันกระดูกผุและเปราะง่าย พัฒนาการของฟันล่าช้า

3. ผลต่อระบบต่อมไร้ท่อ จะมีผลต่อการติดต่อระหว่างต่อมไฮโปธาลามัสกับต่อมใต้สมอง ต่อมธัยรอยด์ มีภาวะไฮโปธัยรอยด์ ทำให้เด็กมีการเจริญเติบโตช้า และอาจเกิดภาวะเป็นหมัน

4. ผลต่อระบบหายใจ มีผลทำให้ปอดอักเสบได้

5. ผลต่อระบบไหลเวียนเลือด พบว่าเกิดพิษต่อหัวใจ ทำให้การเต้นของหัวใจผิดปกติ เกิดเยื่อหัวใจอักเสบร่วมกับภาวะหัวใจล้มเหลว

6. ผลต่อระบบทางเดินอาหาร มีการอักเสบของเยื่อทางเดินอาหาร ทำให้การดูดซึมอาหารน้อยกว่าปกติ ผู้ป่วยจะมีอาการคลื่นไส้ อาเจียน ท้องผูกท้องเสีย อ่อนเพลีย น้ำหนักลด ทำให้เด็กได้รับสารอาหารไม่เพียงพอสำหรับการเจริญเติบโต

7. ผลต่อระบบทางเดินปัสสาวะ มีการอักเสบของเยื่อทางเดินปัสสาวะทำให้เกิดกระเพาะปัสสาวะอักเสบ การทำงานของไตผิดปกติมีผลทำให้ไตวายได้

สรุปได้ว่า โรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวชนิดเฉียบพลันเป็นโรคมะเร็งที่พบบ่อยที่สุดในเด็ก และยังไม่ทราบแน่ชัดว่าสาเหตุเกิดจากอะไร โดยผู้ป่วยจะมีอาการ ซีด มีไข้ อ่อนเพลีย มีจุดเลือดออก ปวดข้อ ปวดกระดูก เป็นต้น ส่วนวิธีการรักษาโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวนั้นมีหลายวิธี แต่วิธีรักษาที่นิยม คือ การใช้ยาเคมีบำบัดและการใช้รังสีรักษา ซึ่งผลข้างเคียงจากการรักษาโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวนั้นจะส่งผลกระทบต่อระบบต่างในร่างกายของผู้ป่วยเด็ก และภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญที่มีผลให้ผู้ป่วยต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลและอาจเสียชีวิตได้ คือ การติดเชื้อ ดังนั้นความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว และการดูแลสุขภาพเด็กโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวของผู้ดูแลในครอบครัวจึงเป็นสิ่งจำเป็นอย่างยิ่งเพื่อให้เกิดการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง อันส่งผลต่อภาวะสุขภาพของเด็กโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว

2) การรักษาแบบประคับประคอง (Supportive treatment)

เป็นการรักษาเพื่อช่วยป้องกันและรักษาโรคแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น ซึ่งการให้การักษาแบบประคับประคองที่ดีจะสามารถลดอุบัติการณ์ของการติดเชื้อ เลือดออกผิดปกติ การเปลี่ยนแปลงของสารต่างๆในเลือด รวมทั้งปัญหาด้านจิตใจคนไข้ได้ (วิเชียร มงคลศรีตระกูลและถนอมศรี ศรีชัยกุล ใน วิชัย ประยูรวิวัฒน์ , 2550) เป็นการรักษาตามอาการของผู้ป่วย เช่น ปัญหาเลือดออก ปัญหาการติดเชื้อ ปัญหาไตวายเนื่องจากกรดยูริกสูง ปัญหาภาวะทุพโภชนาการ การรักษาภาวะแทรกซ้อนจากยาเคมีบำบัดหรือรังสีรักษา (ศรีสมบุญ มุสิกสุนทร์และคณะ, 2555) มีรายละเอียด ดังนี้

2.1) การเตรียมผู้ปกครองและผู้ป่วยด้านจิตใจ โดยให้ผู้ปกครองเข้าใจถึงการดำเนินโรค แนวทางการรักษา ผล/ภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นจากการรักษา ความต่อเนื่องในการมารับการรักษา เนื่องจากการรักษาที่ได้ผลดีต้องอาศัยความร่วมมือระหว่างผู้ปกครอง ผู้ป่วย และทีมการรักษา

2.2) เมื่อเริ่มให้ยาเคมีบำบัดผู้ป่วยจะเกิดภาวะแทรกซ้อนจากฤทธิ์ของยาที่ใช้ เช่น เกิดแผลในปากและทางเดินอาหาร ไชกระดูกถูกกดจนเกิด neutropenia และ thrombocytopenia จนผู้ป่วยเกิดโรคติดเชื้อรุนแรงและเลือดออก การมี WBC สูงมาก ทำให้เกิดผลเสียจาก leukosytosis แต่การทำลายเซลล์เหล่านี้อย่างรวดเร็วมีโอกาสเกิดไตวายจาก uric acid nephropathy ได้ ซึ่งการรักษาแบบประคับประคองในระยะนี้จะช่วยให้ผู้ป่วยรอดชีวิตจนกระทั่งได้ผลการรักษาจากเคมีบำบัดเต็มที่

2.3) การป้องกันการติดเชื้อ โรคติดเชื้อเป็นสาเหตุการตายที่สำคัญที่สุด (70%) ของผู้ป่วยเหล่านี้ส่วนมากเกิดจากเชื้อ gram negative เช่น pseudomonas และ coliforms ผู้ป่วย ALL มีโอกาสติดเชื้อโรคน่างเนื่องจากทั้งเซลล์มะเร็งและยาเคมีบำบัดออกฤทธิ์กดไขกระดูก ทำให้เกิดภาวะ neutropenia บางรายมี neutrophils ที่ด้อยคุณภาพยาเคมี

บำบัดและการฉายรังสีที่ศีรษะทำให้ระบบภูมิคุ้มกันร่างกายลดต่ำลง และยาเคมีบำบัดทำให้เยื่อ
ทางเดินอากาศเกิดเป็นแผล ทำให้เชื้อโรคเข้าสู่ร่างกายได้สะดวก ดังนั้นถ้าผู้ป่วยมี severe
neutropenia (granulocyte ต่ำกว่า 500/cu.mm) แม้จะยังไม่ติดเชื้อโรคก็ควรจัดให้อยู่ใน
reverse isolation ระมัดระวังการติดเชื้อหรือให้ยา trimethoprim-sulfamethoxazole (TMP-
SMX) ขนาดต่ำ 5-10 mg/Kg/วัน สัปดาห์ละ 3 วัน เพื่อป้องกันการติดเชื้อ Pneumocystis carinii
(PCP)

หากผู้ป่วยมีไข้สูงเกิน 38 °C มีอาการหนาวสั่น หายใจหอบเร็ว ต้องสงสัยว่ามี
การติดเชื้อโรครุนแรง ควรตรวจร่างกายหาแหล่งที่เกิดการติดเชื้อ โดยการเพาะเชื้อจากลำคอ
ปัสสาวะและเลือดหลาย ๆ ครั้ง และเริ่มให้ยาปฏิชีวนะที่ออกฤทธิ์ครอบคลุมกว้างขวาง (broad-
spectrum antibiotics) ทั้ง gram negative และ positive ส่วนใหญ่นิยมใช้ยา semisynthetic
penicillin ขนาดสูงหรือ third generation cephalosporin ร่วมกับกลุ่ม aminoglycosides
ถ้าผู้ป่วยยังไม่ดีขึ้นใน 48-72 ชั่วโมง ต้องตรวจหาแหล่งติดเชื้อ และผลการเพาะเชื้อประกอบการ
พิจารณาเปลี่ยนยาปฏิชีวนะตาม sensitivity ของเชื้อโรค

ในระยะ maintenance therapy ผู้ป่วยได้รับยาเคมีบำบัดติดต่อกันมา
เป็นเวลานาน ทำให้มีความต้านทานของร่างกายลดต่ำลง และติดเชื้อโรคได้ง่าย โดยเฉพาะอย่างยิ่ง
เชื้อ PCP ดังนั้น จึงนิยมให้ยา TMP-SMX สัปดาห์ละ 3 วัน ตลอดระยะเวลาที่ได้รับยาเคมีบำบัด
และในระยะหลังมีการใช้แผนการรักษาที่เข้มข้น จึงจำเป็นต้องป้องกันอันตรายที่มักแทรกซ้อนภาวะ
neutropenia ที่เกิดขึ้นด้วยการให้ granulocyte colony stimulating factor (G-CSF) ร่วมด้วย

2.4) การรักษาภาวะเลือดออก ในผู้ป่วย ALL มักมีเลือดออกง่ายตามตัว
และอวัยวะภายใน เนื่องจากมีเกล็ดเลือดต่ำ อันเป็นผลจากเซลล์มะเร็งและเคมีบำบัดกดไขกระดูก
หรือเกิดร่วมกับการ ติดเชื้อ จึงนิยมให้ platelet concentrate 0.1-0.2 unit/Kg ให้แก่ผู้ป่วยทุกราย
ที่มีเลือดออกหรือมีระดับเกล็ดเลือดต่ำกว่า 20,000/cu.mm

2.5) Tumor lysis syndrome และ uric acid nephropathy ขณะเริ่ม
ให้การรักษาผู้ป่วย มีจำนวน leukemia cell สูงมากขึ้นทั้งในเลือดและในอวัยวะต่าง ๆ เมื่อได้รับยา
เคมีบำบัด เซลล์เหล่านี้ถูกทำลายอย่างรวดเร็วและเป็นจำนวนมาก nucleic acid จาก DNA ของ
เซลล์ถูกเปลี่ยนเป็น uric acid และขับออกออกทางปัสสาวะ ถ้าปัสสาวะมีสภาพเป็นกรด uric acid
อาจจะตกผลึกในท่อไต และอุดตันทางเดินปัสสาวะจนเกิดไตวายได้ ในขณะเดียวกันเซลล์มะเร็งที่
ตายยังปล่อยสารอื่นๆ ออกมาด้วยทำให้เกิดภาวะ lactic acidosis,
hyperkalemia, hypocalcemia ร่วมด้วย จึงนิยมให้ allopurinol ขนาด 10 mg/Kg/วัน ทุกราย
ตั้งแต่อ่อนให้ยาเคมีบำบัด (โดยเฉพาะอย่างยิ่งถ้ามี WBC สูงเกิน 50,000/cu.mm) พร้อมกับให้น้ำ

ทางหลอดเลือดหรือทางปากให้เพียงพอ (2-3 ลิตร/M²/วัน) และ sodium bicarbonate 3 g/M²/วัน เพื่อให้มีปัสสาวะเป็นด่าง เป็นเวลาประมาณ 4 สัปดาห์

2.6) การดูแลเรื่องโภชนาการ ในผู้ป่วยบางรายมีปัญหาด้านการเจริญเติบโตที่อาจจะเป็นผลจากการขาดสารอาหาร เพราะขณะได้รับยาเคมีบำบัดผู้ป่วยมักมีอาการเบื่ออาหาร คลื่นไส้ อาเจียน เจ็บแผลในปาก ที่เกิดจากฤทธิ์ของยาหรือการฉายรังสีที่ศีรษะ ถ้าเป็นอยู่นานจำเป็นต้องให้อาหารทางหลอดเลือด (intravenous hyperalimentation) ในระยะหนึ่ง ผู้ป่วยที่อยู่ในระยะ remission ควรได้รับอาหารเพียงพอจะทำให้ร่างกายมีความต้านทานโรคสูงขึ้น

2.7) การดูแลด้านจิตสังคม การที่ทราบว่าเด็กป่วยเป็น ALL ส่งผลกระทบต่อทางใจอย่างมากทั้งต่อผู้ปกครอง ครอบครัว และผู้ป่วยที่เป็นเด็กโต อีกทั้งขั้นตอนการรักษาที่ซับซ้อน ยุ่งยาก ขัดขวางการเรียนของผู้ป่วยและการทำงานของผู้ปกครอง ตลอดจนระบบการดำเนินชีวิตของทั้งครอบครัว ทำให้มีปัญหาด้านค่าใช้จ่ายและโอกาสสูญเสียลูก เหล่านี้ล้วนสร้างความกังวลให้กับญาติพี่น้องด้วย ผู้ให้การรักษาพยาบาลจึงต้องให้ความช่วยเหลือแก่ครอบครัวผู้ป่วยด้วยการให้ความเห็นอกเห็นใจ ปฏิบัติต่อผู้ป่วยและญาติอย่างนุ่มนวล อธิบายให้เข้าใจขั้นตอนการดำเนินโรค แนวทางการรักษา ตลอดจนวิธีการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องในการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว และพยายามช่วยลดปัญหาทางเศรษฐกิจแก่ครอบครัวของผู้ป่วยด้วย

ส่วนการรักษาอื่น ๆ เช่น การปลูกถ่ายไขกระดูก (bone marrow transplantation) เหมาะสำหรับผู้ป่วย ALL ที่มีการกลับเป็นใหม่ของโรค มักจะทำขณะที่ผู้ป่วยโรคสงบแล้ว สามารถทำให้ผู้ป่วยรอดตายอย่างปลอดโรค (disease free survival) ได้ประมาณร้อยละ 40 และจะได้ผลดีที่สุดถ้าปลูกถ่ายขณะที่มีการกลับเป็นใหม่ครั้งเดียว ไม่ควรรอจนมีการกลับเป็นใหม่หลายครั้ง

สรุปได้ว่าโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวชนิดเฉียบพลันเป็นมะเร็งชนิดที่พบมากในเด็ก และการรักษาให้ผลดี โดยเฉพาะในผู้ป่วยเด็กที่อายุน้อย ความสำเร็จในการรักษาผู้ป่วยเด็ก ALL ขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายประการ ได้แก่ ความร่วมมือในการรักษาอย่างต่อเนื่อง การให้ยาเคมีบำบัด การดูแลป้องกัน/รักษาภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น ภาวะแทรกซ้อนที่พบบ่อยจากการได้รับยาเคมีบำบัด ได้แก่ ภาวะการทำงานของไขกระดูกถูกกด ซึ่งทำให้เม็ดเลือดแดง เม็ดเลือดขาว และเกล็ดเลือดต่ำ ภาวะเยื่อช่องปากอักเสบ และอาการคลื่นไส้อาเจียน เบื่ออาหาร เป็นต้น ผู้ดูแลจึงต้องมีความรู้ความเข้าใจในการดูแลเด็กเมื่อเกิดภาวะแทรกซ้อนดังกล่าว เพื่อให้เด็กได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง

โดยเฉพาะอย่างยิ่งในเด็กอายุต่ำกว่า 6 ปี เนื่องจากเด็กมีข้อจำกัดของอายุ ระดับพัฒนาการ ที่ยังไม่สมบูรณ์เหมือนผู้ใหญ่ ทำให้ความสามารถในการดูแลตนเองของเด็กไม่เพียงพอที่จะสนองตอบต่อความต้องการในการดูแลสุขภาพในยามเจ็บป่วยได้ ผู้ป่วยเด็กจึงจำเป็นต้อง

อาศัยผู้ดูแลในครอบครัวเป็นหลัก ผู้วิจัยจึงเลือกศึกษาในเด็ก ALL ที่มีอายุต่ำกว่า 6 ปี และได้รับการรักษาในระยะเข้มข้น เนื่องจากเป็นระยะที่เด็กได้รับยาเคมีบำบัดพร้อมกันหลายชนิด และให้ยาในขนาดที่สูง อันส่งผลให้เด็กอาจเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการฤทธิ์ของยาเคมีบำบัดได้ เช่น การกวดการทำงานของไขกระดูก ทำให้เกิดภาวะ febrile neutropenia :ซีด หรือเกิดภาวะเลือดออกง่าย เป็นเหตุให้เด็กต้องหยุดการรักษากลางคันดังที่กล่าวมา หากผู้ดูแลในครอบครัวได้รับการให้ข้อมูลทางสุขภาพเกี่ยวกับการดูแลเด็กโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวที่ถูกต้อง จะช่วยให้เด็กได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง ปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนต่างๆ อันส่งผลดีต่อการหายขาดจากโรคได้มากที่สุด

1.7 การพยาบาลเด็กโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวชนิดเฉียบพลัน

ในการดูแลสุขภาพให้แก่เด็กป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวนั้น ผู้ดูแลจะต้องดูแลอย่างครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคมของเด็ก โดยจะมีการดูแลในเรื่องต่างๆ คือ เรื่อง อากาศ อาหาร การขับถ่าย การป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากแผนการรักษาหรือจากโรค การปฏิบัติตัวตามแผนการรักษา กิจกรรมและการพักผ่อน และการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น ซึ่งการดูแลดังกล่าวมีเป้าหมายเพื่อให้เด็กสามารถมีชีวิตอยู่อย่างปกติตามภาวะสุขภาพที่เป็นอยู่ได้ การพยาบาลที่สำคัญในการดูแลเด็กโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว (ปัทมา โลหะเจริญวานิช, 2538; ปัญจางค์ สุขเจริญ และคณะ, 2550; Kele & Carman, 2013; พรทิพย์, 2553; วิลาวัณย์ พิเชียรเสถียร ,2554) ได้แก่

1.7.1 การดูแลเรื่องอาหาร ควรให้เด็กรับประทานอาหารที่ปรุงสุกใหม่ๆ และรับประทานอาหารให้ครบ 5 หมู่ ต้องงดการรับประทานอาหารหมักดอง หรือสุกๆดิบๆ ผักสดและผลไม้ที่รับประทานทั้งเปลือก ถ้าต้องการรับประทานควรปอกเปลือกก่อน หรือล้างให้สะอาดก่อน

1.7.2 การดูแลเรื่องการพักผ่อนและการออกกำลังกาย ควรให้ผู้ป่วยพักผ่อนอย่างเพียงพอและให้ผู้ป่วยทำกิจวัตรประจำวันที่สามารถทำได้เองในบางส่วน ถ้าผู้ป่วยมีปัญหาเรื่องเกร็ดเลือดต่ำ ต้องลดกิจกรรมลงและให้ผู้ป่วยพักผ่อนมากๆ ป้องกันอุบัติเหตุจากของมีคมต่างๆ

1.7.3 การรักษาความสะอาด ผู้ป่วยควรอาบน้ำและฟอกสบู่อย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง สระผมอย่างน้อยทุก 3 วัน ต้องล้างมือ และฟอกสบู่ให้สะอาดหลังการขับถ่ายทุกครั้ง ตัดเล็บมือเล็บเท้าให้สั้นและรักษาบริเวณอวัยวะสืบพันธุ์ให้สะอาดด้วยการชำระด้วยน้ำและสบู่ให้สะอาดหลังถ่ายอุจจาระทุกครั้ง

1.7.4 การดูแลความสะอาดภายในช่องปาก ในผู้ป่วยที่ไม่มีปัญหาเรื่องเลือดออกในปากและไม่มีแผลอักเสบในปากรุนแรง ควรแปรงฟันหลังอาหารเช้า กลางวัน เย็น และก่อนนอน ผู้ป่วยที่มีการติดเชื้อราในช่องปาก ควรแปรงฟันอย่างน้อยวันละ 3 ครั้ง บ้วนปากและกลั้วคอด้วยน้ำยาบ้วนปาก ต้มน้ำมากๆ อย่างน้อยวันละ 2,000 ซีซี. ควรใช้แปรงสีฟันที่มีขนนุ่ม ยาสีฟันที่มีกลิ่นรสไม่รุนแรง ไม่ระคายเคืองในช่องปาก ถ้ามีโรคของช่องปากต้องได้รับการดูแลจากทันตแพทย์

1.7.5 การป้องกันอาการท้องผูก ต้องดูแลไม่ให้เด็กท้องผูก เพราะถ้าท้องผูก อุจจาระเป็นก้อนแข็ง ทำให้เกิดแผลได้ ซึ่งจะนำไปสู่การติดเชื้อบริเวณทวารหนัก ควรแนะนำให้ดื่มน้ำมากๆ รับประทานอาหาร ที่มีกากใยสูง เพื่อช่วยในการขับถ่าย

1.7.6 การดูแลสิ่งแวดล้อม การดูแลสิ่งแวดล้อมสำหรับผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาว เป็นสิ่งสำคัญ ถ้าสิ่งแวดล้อมสกปรกจะทำให้ผู้ป่วยเชื้อได้ง่าย

1.7.7 การดูแลเด็กเมื่อได้รับยาเคมีบำบัด โดยพยาบาลเป็นผู้มีบทบาทอย่างมากต่อ ผลการรักษาโรคมะเร็งในเด็ก ต้องอธิบายให้ผู้ดูแลหรือผู้ป่วยเข้าใจวัตถุประสงค์และวิธีการรักษา รวมทั้งเปิดโอกาสให้แสดงความรู้สึก เพื่อให้ผู้ป่วย/ผู้ดูแลมีความพร้อมทางด้านจิตใจและยอมรับการรักษา (ประติษฐา สีนสว่าง, 2543; ปัญจรงค์ สุขเจริญและคณะ, 2550; Baggott, & et al., 2002; วิลาวรรณ พิเชียรเสถียร, 2554)

1) การเตรียมด้านจิตใจ ทั้งผู้ป่วยเด็ก บิดามารดา หรือผู้ดูแล โดยต้องอธิบายให้ผู้ดูแลหรือผู้ป่วยเข้าใจวัตถุประสงค์และวิธีการรักษา รวมทั้งเปิดโอกาสให้แสดงความรู้สึก เพื่อให้ผู้ป่วย/ผู้ดูแลมีความพร้อมทางด้านจิตใจและยอมรับการรักษา ก่อนให้ยาเคมีบำบัดควรให้ความรู้แก่ผู้ดูแลและเด็กในการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกัน/ดูแลเมื่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน

2) ดูแลให้เด็กได้รับน้ำอย่างเพียงพอในแต่ละวัน เพื่อให้เซลล์ในร่างกายสดชื่นและจัดของเสียออกจากร่างกาย ป้องกันการสะสมของกรดยูริกที่เป็นผลจากเซลล์มะเร็งแตกทำลายและป้องกันการติดเชื้อของระบบปัสสาวะ ควรให้ผู้ป่วยดื่มน้ำอย่างน้อยวันละ 8-10 แก้ว

3) ดูแลให้รับประทานอาหารอย่างเพียงพอ เพื่อช่วยในการซ่อมแซมเนื้อเยื่อ และเพื่อสร้างเสริมภูมิคุ้มกัน รับประทานอาหารที่ถูกสุขวิทยาและมีคุณค่า ได้แก่ อาหารหลัก 5 หมู่

4) ดูแลให้ได้รับการพักผ่อนอย่างเพียงพอ และการออกกำลังกายที่เหมาะสม สำหรับผู้ป่วยที่มีอาการอ่อนเพลีย ควรได้รับการพักผ่อนมากขึ้นและมีกิจกรรมการเล่น การออกกำลังกายบ้าง ไม่ควรจำกัดกิจกรรมของผู้ป่วย

5) ดูแลเพื่อป้องกันการติดเชื้อ ได้แก่ การดูแลรักษาความสะอาดของปากฟัน ผิวหนัง ทวารหนัก และอวัยวะสืบพันธุ์ หลีกเลี่ยงการอยู่ในที่ชุมชนหรือผู้ที่มีอาการติดเชื้อ เช่น ไข้หวัด ไอ เพื่อป้องกันการติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ และสังเกตอาการที่เกิดจากการติดเชื้อ เช่น มีไข้ ไอ ผื่นคัน ตุ่มหนอง บวมแดง โดยเฉพาะบริเวณทวารหนักและอวัยวะสืบพันธุ์ และ ให้เด็กสวมผ้าปิดปากเมื่อออกนอกบ้านหรืออยู่ในที่ชุมชน เพื่อป้องกันการติดเชื้อเพิ่ม

6) ในรายที่มีเกล็ดเลือดต่ำ อาจทำให้เกิดภาวะเลือดออกได้ง่าย จึงควรให้การดูแลผู้ป่วย ดังนี้ 1) การป้องกันการมีเลือดออกง่าย ได้แก่ การป้องกันการกระแทกกระทอนที่ทำให้เกิดบาดแผล ไม่ให้เล่นของมีคม ระวังระวังกิจกรรมหรือการเล่นที่จะทำให้เกิดบาดแผลขึ้น ตัดเล็บให้สั้น ห้ามแคะจมูก แคะหู ควรดูแลไม่ให้มีอาการท้องผูก รวมถึงการสังเกตการมีอาการเลือดออกใน

ร่างกายหรือไม่ เช่น อาการปวดศีรษะ ปวดตา ตาพร่า มีเลือดออกจากจมูก หู ช่องปาก สีของ อาเจียนหรือสีน้ำลาย สีอุจจาระว่ามีเลือดปนหรือสีดำ ตรวจดูผิวหนังทั่วร่างกายว่ามีจุดเลือด หรือ จ้ำเลือด 2) การดูแลเมื่อเกิดอาการเลือดออกง่าย เมื่อเกิดบาดแผลและมีเลือดออกให้ใช้ผ้าสะอาดกด บาดแผลไว้จนเลือดหยุด ถ้าเลือดยังไม่หยุดให้พาไปพบแพทย์

7) การปฏิบัติตามแผนการรักษาของแพทย์ ได้แก่ การรับประทานยาตามแผนการ รักษาอย่างต่อเนื่อง สม่ำเสมอและการมาตรวจตามแพทย์นัด

8) การดูแลทางด้านจิตใจ ควรให้การดูแลเด็กป่วย ดังนี้

8.1) ดูแลให้ผู้ป่วยทำกิจวัตรประจำวันและกิจกรรมต่างๆ เท่าที่เด็กจะทำได้ และไม่ขัดกับโรคและแผนการรักษา เช่น ให้ผู้ป่วยเด็กดูแลทำความสะอาดร่างกายและปากฟันอย่าง ถูกต้อง การรับประทานอาหาร หรือให้ช่วยทำงานบ้านตามสมควร

8.2) ไม่จำกัดในการทำกิจกรรมต่างๆหรือปกป้องผู้ป่วยจนเกินไป ควรให้ ผู้ป่วยเด็กได้เล่นกับเพื่อน หรือการเล่นกิจกรรมที่มีความเหมาะสม ให้ผู้ป่วยเด็กได้ช่วยเหลือตนเองใน การทำกิจวัตรประจำวันต่างๆ เช่น การรับประทานอาหาร การแต่งตัวเอง เป็นต้น

8.3) ส่งเสริมให้ผู้ป่วยเด็กเรียนรู้สังเกตอาการผิดปกติและบอกผู้ดูแลทราบ เมื่อมีอาการข้างเคียงของยาเคมีบำบัด เช่น แผลในปาก คลื่นไส้ อาเจียน การสังเกตจุดเลือดออก จ้ำเลือดตามตัว การรักษาความสะอาดปากฟัน เป็นต้น เพื่อให้ผู้ป่วยเด็กเกิดความเชื่อมั่นและ สามารถบอกความต้องการตนเองได้ตามความเหมาะสมตามวัย

8.4) ให้ความรักความอบอุ่น เพื่อให้ผู้ป่วยเด็กเกิดความรู้สึกอบอุ่น ไม่ถูก ทอดทิ้ง และเกิดความรู้สึกมั่นคง

การดูแลสุขภาพที่จำเป็นในเด็กโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวที่สำคัญ ได้แก่ การดูแลภาวะ โภชนาการให้เพียงพอและถูกต้องเพื่อการสร้างเม็ดเลือดและการสร้างภูมิคุ้มกัน การดูแลสุขวิทยา ส่วนบุคคลเพื่อป้องกันการติดเชื้อซึ่งเป็นภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญของโรค การดูแลการออกกำลังกาย และการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันเพื่อให้ร่างกายได้มีภูมิคุ้มกัน การดูแลเรื่องการพักผ่อนให้เพียงพอ การปฏิบัติตามแผนการรักษาเพื่อควบคุมไม่ให้โรคมียุคกลับมา และการป้องกันภาวะแทรกซ้อนจาก การรักษา ตลอดจนการดูแลด้านจิตใจของเด็ก การให้ความรักความอบอุ่น เพื่อให้เด็กได้มีชีวิตอยู่ อย่างปกติตามภาวะสุขภาพที่เป็นอยู่ได้

1.8 พัฒนาการเด็กวัยก่อนเรียน (early childhood)

วัยเด็กตอนต้นหรือวัยก่อนเรียนเป็นวัยที่มีอายุอยู่ในช่วง 2-6 ปี เด็กเริ่มรู้จักบุคคล สิ่งแวดล้อม สิ่งของ สามารถใช้วัยวะส่วนต่าง ๆ ของร่างกายได้มากขึ้น เริ่มเข้าใจการสื่อสารและ สามารถใช้ภาษาได้มากขึ้น เป็นวัยที่อยู่ในระยะที่ต้องพึ่งพาผู้อื่นทั้งด้านร่างกายและจิตใจ โดยเฉพาะ ด้านสติปัญญา ซึ่งมีข้อจำกัดในการทำ ความเข้าใจเรื่องเหตุผล ทำให้เกิดข้อจำกัดของการดูแลตนเอง

ในภาวะโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว (ปัญญาจักษ์ สุขเจริญ, วิไล เลิศธรรมเทวี และศรีสมบูรณ์ มุสิกสุนทร, 2550)

1.8.1 พัฒนาการทางกาย การเจริญเติบโตจะเป็นไปในลักษณะเพื่อให้อวัยวะต่าง ๆ สามารถทำงานได้เต็มที่ตามหน้าที่ ลักษณะร่างกายและสัดส่วนจะเปลี่ยนแปลงอย่างชัดเจน แขนขา ยาวออกไป ศีรษะได้ขนาดกับลำตัว มือและเท้าใหญ่ขึ้น โครงกระดูกแข็งแรงขึ้น กล้ามเนื้อเติบโตแข็งแรงขึ้น มีการเพิ่มความสูงอย่างสม่ำเสมอ 3 นิ้วต่อปี และน้ำหนักเพิ่มสม่ำเสมอ

1.8.2 พัฒนาการทางอารมณ์ เด็กวัยนี้จะมีพัฒนาการการแสดงออกด้านอารมณ์ที่ชัดเจน เปิดเผย อีศระ ทั้งอารมณ์พึงพอใจและไม่พึงพอใจ มักจะเป็นคนเจ้าอารมณ์ เอาแต่ใจตัวเอง คือ รื่น หงุดหงิด โมโหร้าย ชอบปฏิเสธ

1.8.3 พัฒนาการทางสังคม เด็กจะมีความคิดและการเล่นที่อิสระ ไม่ชอบกฎเกณฑ์ ดังนั้นจึงไม่สามารถรักษากฎเกณฑ์ของกลุ่มเพื่อนได้นาน จะเป็นลักษณะต่างคนต่างเล่น แต่จะเล่นอยู่ในบริเวณเดียวกัน ต่อมาถึงจะพัฒนาการเล่นที่มีลักษณะคล้าย ๆ กัน โดยสามารถเล่นรวมกลุ่มกับเพื่อนได้ตั้งแต่เริ่มต้นจนจบ (Halverson & Waldrop, 1976)

1.8.4 พัฒนาการทางสติปัญญา ตามทฤษฎีพัฒนาการทางสติปัญญาของเพียเจต์ มีสาระสรุปได้ดังนี้ (Lall et al, 1983; นิตยา คชภักดี ใน วันดี วราวิทย์, 2541)

พัฒนาการของเด็กอายุ 2- 7 ปี อยู่ในระยะการคิดอย่างไม่ใช่เหตุผลที่สมบูรณ์ (pre-operational period) จะเป็นลักษณะเฉพาะตัวที่เพียเจต์ เรียกว่าระยะแก้ปัญหาด้วยการรับรู้ และยังไม่รู้จักการใช้เหตุผลที่สมบูรณ์ ในช่วงต้นของเด็กวัยนี้ (2 - 4 ปี) การตัดสินใจทุกอย่างขึ้นอยู่กับ การรับรู้ทางสายตาและประสาทสัมผัส เพราะฉะนั้นการตัดสินใจต่างๆอาจคลาดเคลื่อนได้ ลักษณะความคิดความจำของเด็กยังอยู่ในขอบเขตจำกัด เป็นช่วงที่เด็กเริ่มมีเหตุผลเบื้องต้น สามารถจะโยก ความสัมพันธ์ระหว่างเหตุการณ์ 2 เหตุการณ์ หรือมากกว่ามาเป็นเหตุผลเกี่ยวข้องซึ่งกันและกัน แต่เหตุผลของเด็กวัยนี้ยังมีขอบเขตจำกัดอยู่ เพราะเด็กยังคงยึดตนเองเป็นศูนย์กลาง คือถือความคิดตนเองเป็นใหญ่ และมองไม่เห็นเหตุผลของผู้อื่น ความคิดและเหตุผลของเด็กวัยนี้ จึงไม่ค่อยถูกต้องตามความเป็นจริงนัก นอกจากนี้ความเข้าใจต่อสิ่งต่างๆ ยังคงอยู่ในระดับเบื้องต้น แสดงว่าความคิดรวบยอดของเด็ก วัยนี้ยังไม่พัฒนาเต็มที่ เข้าใจความหมายของจำนวนเลข เริ่มมีพัฒนาการเกี่ยวกับการอนุรักษ์ แต่ไม่แจ่มชัดนัก สามารถแก้ปัญหาเฉพาะหน้าได้โดยไม่คิดเตรียมล่วงหน้าไว้ก่อน รู้จักนำความรู้ในสิ่งหนึ่งไปอธิบายหรือแก้ปัญหาอื่นและสามารถนำเหตุผลต่างๆ ไปมาสรุปแก้ปัญหา โดยไม่วิเคราะห์หรืออย่างถี่ถ้วนเสียก่อนการคิดหาเหตุผลของเด็กยังขึ้นอยู่กับสิ่งที่ตนรับรู้ หรือสัมผัสจากภายนอก เข้าใจเฉพาะรูปธรรม ส่วนนามธรรมยังไม่เข้าใจ สามารถสังเกตได้จากลักษณะพฤติกรรม การแสดงออกทางการเล่น การสามารถจำสิ่งของหรือบุคคลต่าง ๆ อย่างถูกต้อง สามารถบอกความ

เหมือน ความต่าง มีความคิดสร้างสรรค์ กล้าแสดงออก ประกอบกับเด็กวัยนี้สามารถใช้ภาษาได้ดีขึ้น เข้าใจภาษา ความหมายของคำใหม่ ๆ อ่านและเขียนได้ดีขึ้น (Kele & Carman, 2013)

จะเห็นได้ว่า โรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวชนิดเฉียบพลันนั้นจะพบในเด็กเป็นส่วนใหญ่ ซึ่งผู้ป่วยเด็กยังไม่มีความสามารถในการดูแลสุขภาพของตนได้ตามแผนการรักษาโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว โดยมีข้อจำกัดในด้านความคิดและเหตุผลของเด็ก ความคิดรวบยอดของเด็กวัยนี้ยังไม่พัฒนาเต็มที่ เข้าใจเฉพาะรูปธรรมยังไม่เข้าใจนามธรรม จึงจำเป็นต้องมีผู้ดูแล มะเร็งเม็ดเลือดขาวเป็นโรคที่ทำให้ร่างกายมีภูมิคุ้มกันต่ำ หากปฏิบัติตัวไม่ถูกต้องจะติดเชื้อได้ง่ายและการติดเชื้อเป็นภาวะแทรกซ้อนสำคัญที่พบได้บ่อยในเด็กโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว โดยเฉพาะขณะได้รับยาเคมีบำบัด ดังนั้น ผู้ดูแลจึงต้องมีความรู้เรื่องโรคมะเร็ง เม็ดเลือดขาวและการดูแล ตลอดจนสามารถให้การดูแลสุขภาพแก่เด็กโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวได้

1.9 ผลกระทบของโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวต่อเด็กและผู้ดูแล

โรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวชนิดเฉียบพลันในเด็กเป็นโรคที่มีการเปลี่ยนแปลงของอาการ และเป็นโรครุนแรงที่ทำให้เด็กเกิดภาวะแทรกซ้อนได้ง่าย จนเป็นเหตุให้ถึงแก่ชีวิตได้ ตลอดจนการได้รับการรักษาที่ซับซ้อน ล้วนส่งผลกระทบต่อเด็กทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และพัฒนาการ ตลอดจนส่งผลกระทบต่อผู้ดูแลในครอบครัว ดังนี้

1.9.1 ผลกระทบต่อเด็ก จากพยาธิสภาพของโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวและการรักษาที่ซับซ้อน ต้องใช้ระยะเวลาอันยาวนาน ส่งผลต่อเด็ก ดังนี้

1) ผลกระทบด้านร่างกาย ได้แก่ อาการ คลื่นไส้ อาเจียน เบื่ออาหาร ผอมร่วง ซีด ปวด (Bryant, 2003) รวมถึงการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด ได้แก่ มีไข้ เลือดออกง่าย เหนื่อยง่าย ท้องเสีย เยื่อในช่องปากอักเสบ (Lilley, 1990; Otto, 2001) มีการกวดการทำงานของไขกระดูกทำให้ระดับเม็ดเลือดแดง เกล็ดเลือด และเม็ดเลือดขาวลดลง ทำให้ผู้ป่วยซีดจากการสร้างเม็ดเลือดแดงลดลง เกิดภาวะโลหิตจาง เหนื่อยง่าย และเกิดภาวะเลือดออกง่ายจากการมีเกล็ดเลือดต่ำ ตลอดจนการเกิดการติดเชื้อได้ง่ายจากการสร้างเม็ดเลือดขาวลดลงภูมิคุ้มกันต่ำ ซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญนำไปสู่การเสียชีวิตของเด็กมะเร็งเม็ดเลือดขาว (Lilley, 1990; Xiufang, 1999; Whaley & Wong, 1995; Otto, 2001) และจากการศึกษาของ Howard & Pui (2002) พบว่าเด็กมะเร็งเม็ดเลือดขาวชนิดเฉียบพลันที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดร่วมกับการฉายรังสีรักษานั้น ทำให้กระดูกผุ เปราะและหักง่าย เนื่องจากขาดแคลเซียมและความหนาแน่นของมวลกระดูกลดลง ทั้งยังทำให้เด็กมีการเจริญเติบโตและพัฒนาการช้ากว่าเด็กปกติ (Otto, 2001) จากการได้รับรังสีในปริมาณสูง ที่ส่งผลต่อการทำงานของต่อมไฮโปธาลามัสและต่อมใต้สมองทำงานลดลง และการขาดฮอร์โมนจากต่อมพิทูอิทารีที่มีบทบาทสำคัญต่อการเจริญเติบโตในเด็ก (Brennan et al., 1999).

2) ผลกระทบด้านจิตสังคม จากผลกระทบทางร่างกายที่ทำให้เด็กเหนื่อย อ่อนเพลีย จึงส่งผลทำให้เด็กมีความสามารถในการทำกิจกรรมลดลง อีกทั้งต้องถูกควบคุม จำกัดกิจกรรมหรือต้องปฏิบัติตามแนวทางการรักษา ล้วนส่งผลให้เด็กเกิดความหงุดหงิดและโกรธง่าย (Eiser, 1998) โดยเฉพาะอย่างยิ่งเด็กในวัยก่อนเรียนที่มีข้อจำกัดในเรื่องความเข้าใจเหตุผล และต้องอยู่โรงพยาบาลนาน ทำให้เด็กมีพฤติกรรมถดถอยและพึ่งพาบิดามารดามากขึ้น (Hymovich & Rochner, 1989)

3) ผลกระทบด้านสติปัญญา จากการศึกษาพบว่าในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ที่ได้รับการฉายรังสีรักษา พบว่ามีระดับพัฒนาการทางสติปัญญาต่ำกว่าเด็กทั่วไป (Anderson, Godber, Smitbert, Weiskop, & Ekert, 2000) ซึ่งจากความเจ็บป่วยของเด็กที่ทำให้เกิดอาการอ่อนเพลีย ความสามารถในการทำกิจกรรมลดลง จึงทำให้เด็กขาดโอกาสในการร่วมกิจกรรมและการเรียนรู้ที่เหมาะสมตามวัย อันส่งผลโดยตรงต่อพัฒนาการด้านต่างๆอีกด้วย

1.9.2 ผลกระทบต่อผู้ดูแลในครอบครัว

โรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวชนิดเฉียบพลันเป็นโรครุนแรงที่คุกคามชีวิต และต้องใช้เวลาในการรักษานาน (Chan, 2002) อีกทั้งจากพยาธิสภาพของโรค ความไม่แน่นอนเกี่ยวกับผลการรักษา ตลอดจนการเกิดผลข้างเคียงของการได้รับยาเคมีบำบัด (Mu et al., 2001) และการดูแลเด็กป่วยเป็นเวลานาน ส่งผลเสียต่อภาวะสุขภาพของผู้ดูแลที่เกิดจากการพักผ่อนไม่เพียงพอ ไม่มีเวลาดูแลสุขภาพตนเอง ทำให้สุขภาพอ่อนแอลง (Carter, 2003; James et al., 2002) และด้านจิตใจที่อ่อนล้า วิตกกังวล ซึมเศร้า นอนไม่หลับ ตกอยู่ในภาวะที่กดดันหรือเกิดความเครียด (Hileman & Lackey, 1990; Parks & Novielli, 2000) เกิดความหงุดหงิดและควบคุมอารมณ์ไม่ได้ (บุษกร พันธุ์เมธาฤทธิ์และคณะ, 2556) อีกทั้งภาวะการเจ็บป่วยของเด็กมะเร็งเม็ดเลือดขาวนั้นมีลักษณะและความรุนแรงของโรคไม่แน่นอน เนื่องจากมีสาเหตุที่ทำให้เกิดอาการไม่สุขสบาย หรือเกิดภาวะแทรกซ้อนได้ตลอดเวลา (Liaschenko & Underwood, 2001) ทำผู้ดูแลเกิดความรู้สึกไม่แน่นอน ซึ่งมีผลต่อผู้ดูแลรู้สึกว่าเป็นภาระที่หนัก (Scharlach et al., 2001) และผู้ดูแลต้องใช้เวลาในการดูแลเด็กป่วยเพิ่มมากขึ้น ส่งผลกระทบต่อแบบแผนการดำเนินชีวิตของผู้ดูแล ทำให้มีเวลาส่วนตัวและการทำกิจกรรมทางสังคมลดลง (Murray, 2000; James et al., 2002)

2. ผู้ดูแลในครอบครัวเด็กโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว

2.1 ความหมายผู้ดูแลในครอบครัว

ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม (2539) ได้ให้ความหมายของผู้ดูแลไว้ว่า ผู้ดูแล หมายถึง ญาติหรือบุคคลที่ให้ความช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยที่บ้าน เป็นผู้มีความสัมพันธ์เป็นญาติกับผู้ป่วยหรือเป็นบุคคลที่มีความสำคัญในชีวิตของผู้รับการดูแล เช่น บิดามารดา บุตร พี่น้อง หรือคู่สมรส เป็นต้น ซึ่งผู้ที่รับการดูแลนั้นต้องการการดูแลช่วยเหลืออย่างต่อเนื่อง ทั้งการดูแลกิจวัตรประจำวันและการดูแลบำบัดรักษาที่เฉพาะ และให้การดูแลโดยไม่หวังค่าตอบแทนหรือรางวัลใด

ศิริวรรณ วรรณศิริ (2548) ได้ให้ความหมายของผู้ดูแลในครอบครัวว่า หมายถึง บุคคลที่มีความสัมพันธ์ทางสายเลือดกับผู้ป่วยมะเร็ง ได้แก่ บิดา มารดา พี่ น้อง บุตร หรือมีความสัมพันธ์ทางกฎหมาย คือ คู่สมรส ที่มีอายุระหว่าง 20-59 ปี เป็นผู้ดูแลหลัก มีบทบาทสำคัญในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยมะเร็งอย่างต่อเนื่อง

Davis (1992) ได้ให้ความหมายของผู้ดูแลว่าหมายถึง บุคคลที่ทำหน้าที่ในการดูแลผู้ที่มีภาวะเจ็บป่วย ทุพพลภาพหรือเป็นบุคคลที่ต้องการการช่วยเหลือพึ่งพาจากผู้อื่น เช่น บิดา มารดา สามี ภรรยา บุตร หรือญาติทางสายเลือด

Orem (1995) ให้ความหมายเกี่ยวกับผู้ดูแลว่า หมายถึง ผู้ที่ให้การดูแลผู้อื่นที่ต้องการการพึ่งพา เนื่องจากบุคคลนั้นไม่สามารถดูแลตนเองได้อย่างเพียงพอ โดยทำหน้าที่เป็นผู้ช่วยดูแลส่งเสริมความเป็นอยู่ ตลอดจนดูแลสวัสดิภาพของบุคคลที่ต้องการพึ่งพา ได้แก่ บิดา มารดา หรือญาติ

2.2 ผู้ดูแลในครอบครัวเด็กโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว

จากการศึกษาเกี่ยวกับผู้ดูแลที่ทำหน้าที่ให้การดูแลผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว (ศศิธร คงหอม, 2544; ปณิตธร ศุภกิจวิวัฒน์กุล, 2545 ; ปัทมาภรณ์ พรหมวิเศษ, 2556) พบว่า ผู้ดูแลส่วนใหญ่มีลักษณะ ดังนี้

2.2.1 เป็นเพศหญิง มีอายุระหว่าง 21-60 ปี สถานภาพโสด หรือสมรสมีบุตรแล้ว เป็นแม่บ้าน

2.2.2 มีความเกี่ยวข้องเป็นญาติหรือบุคคลในครอบครัวเดียวกันกับผู้ป่วยเด็ก

2.2.3 เป็นผู้ดูแลหลักในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยเด็กทั้งด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและการดูแลบำบัดรักษาตามแผนการรักษาของแพทย์ อย่างต่อเนื่อง ทั้งขณะอยู่โรงพยาบาลและเมื่ออยู่บ้าน

2.2.4 ให้การดูแลช่วยเหลือเด็กโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวโดยไม่หวังค่าตอบแทน หรือรางวัลใดๆ

สรุปว่า ผู้ดูแลในครอบครัวเด็กโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว หมายถึง ญาติ หรือบุคคลในครอบครัวผู้ที่ให้การดูแลช่วยเหลือเด็กโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว ซึ่งเป็นผู้เป็นผู้ดูแลในครอบครัวที่เป็นผู้ดูแลหลักและอาศัยอยู่ร่วมกันในครอบครัวเดียวกับเด็กโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว และเป็นผู้ให้การดูแลช่วยเหลือเด็กโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวอย่างต่อเนื่องทั้งขณะอยู่โรงพยาบาลและอยู่บ้าน โดยที่ให้การดูแลเด็กโดยไม่รับค่าตอบแทนหรือรางวัล

3. ความเครียดในการดูแลเด็กโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวของผู้ดูแลในครอบครัว

โรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวชนิดเฉียบพลันที่เป็นโรคที่มีการเปลี่ยนแปลงของอาการ และเป็นโรครุนแรงที่ทำให้เด็กเกิดภาวะแทรกซ้อนได้ง่าย จนเป็นเหตุให้ถึงแก่ชีวิตได้ การได้รับการรักษาที่ซับซ้อนและส่งผลกระทบต่อเด็กทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ทำให้ผู้ดูแลต้องทุ่มเทให้เวลาในการดูแลเด็กป่วยเป็นระยะเวลานาน ประกอบกับเด็กยังอยู่ในวัยที่มีข้อจำกัดในการดูแลสุขภาพตน เนื่องจากอยู่ในวัยที่ยังไม่เข้าใจเหตุผล ยึดตนเองเป็นศูนย์กลาง คือ ถือความคิดตนเองเป็นใหญ่และมองไม่เห็นเหตุผลของผู้อื่น จึงต้องให้การดูแลช่วยเหลือทั้งขณะเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลและเมื่อกลับบ้าน นับว่าเป็นการดูแลที่หนัก ส่งผลให้เกิดความเครียดแก่ผู้ดูแลในครอบครัว

3.1 ความหมายของความเครียด

Lazarus & Folkman (1984) ได้ให้ความหมายของความเครียดไว้ว่า ความเครียดเป็นปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับสิ่งแวดล้อม ที่บุคคลประเมินว่าเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นนั้นเป็นความเครียดหรือไม่นั้น ขึ้นอยู่กับการที่บุคคลประเมินว่ามีความสมดุลระหว่างความต้องการกับแหล่งประโยชน์ที่มีอยู่หรือไม่ ซึ่งหากบุคคลมีความต้องการมากกว่าแหล่งสนับสนุน ย่อมก่อให้เกิดความเครียด

Selye (1993) ได้ให้ความหมายของความเครียดไว้ว่า เป็นปฏิกิริยาการตอบสนองของร่างกายและจิตใจของบุคคลที่มีต่อสิ่งเร้าที่มากกระตุ้น ทำให้เกิดภาวะเสียสมดุล และมีการพยายามปรับตัวกลับเข้าสู่ภาวะสมดุล ซึ่งการปรับตัวเช่นนี้มีทั้งทางบวกและทางลบ

กรมสุขภาพจิต (2543) ได้ให้ความหมายความเครียดว่า เป็นภาวะของร่างกายและจิตใจที่เกิดการตื่นตัวเตรียมรับกับเหตุการณ์ใดเหตุการณ์หนึ่งซึ่งบุคคลคิดว่าไม่น่าพอใจ เป็นเรื่องที่หนักเกินกำลัง หรือ เกินความสามารถของตนที่จะแก้ไขได้ ทำให้รู้สึกหนักใจเป็นทุกข์ ไม่สบายใจ รู้สึกกดดัน หรืออาจทำให้เกิดความผิดปกติทางร่างกายและพฤติกรรมตามมา

3.2 แนวคิดของความเครียด

แนวคิดของความเครียดตามความหมายของนักทฤษฎี สรุปได้ เป็น 3 แนวคิด คือ

3.2.1 ความเครียดเป็นปฏิกิริยาการตอบสนองของบุคคลที่มีต่อสิ่งเร้าที่มากระดับ (stress as a response) Selye (1996) โดยอธิบายว่า ความเครียดเป็นการตอบสนองของร่างกายที่เกิดขึ้นกับทุกระบบของร่างกาย โดยสิ่งที่เป็นสาเหตุของความเครียดนั้นมีทั้งทางบวกและทางลบ

3.2.2 ความเครียดเป็นตัวกระตุ้น (stress as a stimulus) Holm & Rache (1967) อ้างถึงในสมจิต หนูเจริญกุล (2536) อธิบายว่า การเกิดเหตุการณ์หรือความเปลี่ยนแปลงในชีวิตของบุคคลนั้นเป็น สิ่งกระตุ้นให้บุคคลมีการปรับตัว ซึ่งบุคคลที่ต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงของเหตุการณ์มาก จะมีโอกาสเกิดการเจ็บป่วยสูง

3.2.3 ความเครียดเป็นความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับสิ่งแวดล้อม (transaction model of stress) Lazarus & Folkman (1984) มองว่าบุคคลและสิ่งแวดล้อมมีปฏิสัมพันธ์กันที่เป็นกระบวนการและมีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา โดยบุคคลประเมินว่าเหตุการณ์นั้นมีผลต่อสวัสดิภาพของตน จึงต้องมีการปรับตัวและใช้ทรัพยากรที่มีอยู่อย่างเต็มที่ในการปรับตัวเพื่อเข้าสู่ภาวะสมดุล

3.3 สาเหตุของความเครียด กรมสุขภาพจิต ได้ระบุถึงสาเหตุการเกิดความเครียดทั่วไปไว้ 3 ประการ ดังนี้

3.3.1 สาเหตุด้านจิตใจ ที่เกิดจากความกลัว หรือวิตกกังวลต่อสิ่งต่างๆที่จะเกิดขึ้นที่ตนไม่สามารถจัดการได้ เป็นสิ่งที่เกินความสามารถของตน

3.3.2 สาเหตุจากการเปลี่ยนแปลงในชีวิต ได้แก่ การเปลี่ยนช่วงวัย การเกิดเหตุการณ์ต่างๆ เช่น การสูญเสียบุคคลที่รัก การเปลี่ยนงาน การตั้งครรรภ์ เป็นต้น

3.3.3 สาเหตุจากการเจ็บป่วยทางกาย ตั้งแต่การเจ็บป่วยที่ไม่รุนแรงจนถึงที่รุนแรงและเรื้อรัง

3.4 การแบ่งระดับความเครียด กรมสุขภาพจิตได้แบ่งระดับความเครียดเป็น 5 ระดับ ดังนี้ (กรมสุขภาพจิต, 2543)

3.4.1 **ระดับความเครียดต่ำกว่าปกติมาก** เป็นระดับความเครียดที่บุคคลอาจรู้สึกถึงความพึงพอใจกับการดำเนินชีวิตของตนอย่างที่เป็นอยู่ ซึ่งมีแรงจูงใจในการดำเนินชีวิตที่น้อยกว่าบุคคลอื่น

3.4.2 **ระดับความเครียดปกติ** เป็นระดับความเครียดที่บุคคลสามารถจัดการกับความเครียดที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวัน และสามารถปรับตัวต่อสถานการณ์ / สิ่งเร้าที่เป็นความเครียดได้อย่างเหมาะสม

3.4.3 ระดับความเครียดสูงกว่าปกติเล็กน้อย เป็นระดับความเครียดที่บุคคลมีความไม่สบายใจ อันเกิดจากปัญหาในการดำเนินชีวิตประจำวัน หรือมีปัญหา/อุปสรรคที่อาจยังไม่ได้รับการแก้ไข ซึ่งถือเป็นความเครียดที่พบได้ในชีวิตประจำวัน

3.4.4 ระดับความเครียดสูงกว่าปกติปานกลาง เป็นระดับความเครียดที่บุคคลเริ่มมีความรู้สึกเครียดในระดับค่อนข้างสูง และได้รับความเดือดร้อนจากปัญหาที่เกิดขึ้น มักมีอาการแสดงออกของการเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย อารมณ์ ความคิด พฤติกรรมการดำเนินชีวิต และสิ่งที่แสดงออกอาจเป็นสัญญาณเตือนเริ่ม ให้ทราบว่าบุคคลนั้นกำลังพยายามจัดการหรือแก้ไขปัญหาด้วยความยากลำบาก ซึ่งความเครียดระดับนี้จะส่งผลต่อการดำเนินชีวิตและการทำงานของบุคคล

3.4.5 ระดับความเครียดสูงกว่าปกติมาก เป็นระดับความเครียดที่บุคคลกำลังเผชิญหรือตกอยู่ในเหตุการณ์ความเครียดหรือภาวะวิกฤติในชีวิตอย่างรุนแรง ซึ่งหากไม่มีการดำเนินการหรือแก้ไข อย่างเหมาะสมและถูกวิธี อาจนำไปสู่การเจ็บป่วยทางจิตที่รุนแรง อันส่งผลเสียต่อตนเองและบุคคลใกล้ชิดได้

3.5 กระบวนการจัดการความเครียด

เมื่อบุคคลต้องเผชิญกับปัญหาหรือสถานการณ์ที่คุกคาม บุคคลนั้นจะพยายามจัดการกับปัญหาหรือสถานการณ์ที่เกิดขึ้นอย่างดีที่สุด เพื่อเป็นการลดความเครียด ซึ่งการที่บุคคลพยายามทำให้เกิดความพร้อมในการเผชิญกับภาวะที่ทำให้เกิดความเครียด ที่เรียกว่าการจัดการปัญหาหรือการจัดการความเครียด (coping with stress)

Lazarus & Folkman (1984) ได้กล่าวถึง การจัดการความเครียดว่า หมายถึง ความพยายามทางความคิดและการกระทำของบุคคลเพื่อจะจัดการกับปัญหาหรือข้อขัดแย้งทั้งจากภายนอกและภายในตนเองที่บุคคลประเมินว่าถูกคุกคามหรือเกินกว่าความสามารถของตนที่จะรับมือได้ และแบ่งการจัดการความเครียดเป็น 2 แบบ คือ

3.5.1 การจัดการแบบมุ่งการแก้ปัญหา (problem-focused coping) เป็นการจัดการความเครียดจากพยายามของบุคคลโดยกำหนดขอบเขตของปัญหา แล้วหาทางเลือกด้วยการพิจารณาถึง ข้อดีและข้อเสียของแต่ละทางเลือก แล้วจึงตัดสินใจเลือกทางเลือกและลงมือแก้ไขปัญหา โดยมีเป้าหมายที่สิ่งแวดล้อมรวมทั้งการเปลี่ยนแปลงสถานการณ์ให้ลดแรงคุกคามลง เช่น การยอมรับสถานการณ์ ปัญหาที่เกิดขึ้น การแสวงหาข้อมูลหรือแหล่งสนับสนุนช่วยเหลือ รวมทั้ง การเรียนรู้ทักษะและวิธีการใหม่ๆ

3.5.2 การจัดการแบบมุ่งที่อารมณ์ (emotional-focused coping) เป็นการจัดการที่มุ่งลดอารมณ์หรือความรู้สึกที่เป็นทุกข์ ไม่สบายใจ แต่ไม่เปลี่ยนแปลงสถานการณ์จริง โดยการนำกระบวนการทางความคิดหรือการใช้กลไกทางจิตมาช่วย ซึ่งจะเกิดขึ้นในขณะที่รู้ตัวและไม่รู้ตัวได้แก่ การเปลี่ยนแปลงความหมายของเหตุการณ์หรือสถานการณ์ เช่น การหาข้อดีจากสถานการณ์

นั้นใหม่ หรือเป็นการใช้กลไกทางจิต เช่น การไม่ยอมรับหรือปฏิเสธความจริง หลีกเลียงไม่คิดถึง หรือการแสดงออกทางพฤติกรรม เช่น การระบายอารมณ์กับผู้อื่น การตีเครื่องตีที่มีแอลกอฮอล์ การออกกำลังกาย เป็นต้น

การจัดการความเครียดเป็นกระบวนการที่มีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา ด้วยการผสมผสานกันระหว่างการจัดการความเครียดแบบมุ่งเน้นแก้ปัญหา และจัดการแบบมุ่งเน้นอารมณ์ ซึ่งทั้งสองรูปแบบนี้อาจก่อให้เกิดทั้งผลดีและผลเสีย ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับกระบวนการประเมินสถานการณ์ของแต่ละบุคคลที่ต้องประเมินสถานการณ์ให้ใกล้เคียงกับความเป็นจริง คือ มีความสอดคล้องตรงกับความ ต้องการ รวมถึงแหล่งสนับสนุนหรือแหล่งประโยชน์ที่มีอยู่ (Lazarus & Folkman, 1984)

จะเห็นได้ว่าการเลือกใช้วิธีการจัดการความเครียดทั้งแบบการมุ่งแก้ปัญหาและการมุ่ง อารมณ์นั้นไม่มีวิธีการใดที่ดีไปกว่ากัน ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับบริบท เงื่อนไขของเวลาหรือสถานการณ์ ของ แต่ละบุคคล ซึ่งบุคคลอาจใช้การจัดการความเครียดทั้งสองวิธีในเวลาเดียวกัน หรือมีการจัดการ ปัญหาที่เหมือนกัน แต่ต่างกันในเรื่องของเวลาหรือสถานการณ์ ก็อาจใช้การจัดการความเครียดที่ แตกต่างกันได้

3.6 ความเครียดในการดูแลเด็กโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวของผู้ดูแลในครอบครัว

โรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวชนิดเฉียบพลันเป็นโรครุนแรงที่คุกคามชีวิต และต้องใช้เวลาในการ รักษา (Chan, 2002) ทั้งจากพยาธิสภาพของโรค ความไม่แน่นอนเกี่ยวกับผลการรักษา ตลอดจน การเกิด ผลข้างเคียงของการได้รับยาเคมีบำบัด (Mu et al., 2001) อีกทั้งภาวะการเจ็บป่วยของเด็ก มะเร็งเม็ดเลือดขาวนั้นมีลักษณะและความรุนแรงของโรคไม่แน่นอน เนื่องจากมีสาเหตุที่ทำให้เกิด อาการไม่สุขสบายหรือเกิดภาวะแทรกซ้อนได้ตลอดเวลา (Liaschenko & Underwood, 2001) ทำให้ผู้ดูแลเกิดความรู้สึกไม่แน่นอน ซึ่งมีผลต่อผู้ดูแลและรู้สึกรู้ว่าเป็นภาระที่หนัก (Scharlach et al., 2001) พบว่าสิ่งที่เป็นสาเหตุของความเครียดของบิดามารดาเด็กป่วยโรคมะเร็ง ได้แก่ กลัวลูกตาย ลูกเกิดอาการที่ไม่สบาย จากโรค (ปัทมาภรณ์ พรหมวิเศษ, 2556; ศศิธร วรรณพงษ์และคณะ, 2544) โดยเฉพาะอย่างยิ่งความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยที่ไม่สามารถคาดการณ์ในอาการของ เด็กป่วยโรคมะเร็ง ยังส่งผลให้เกิดความเครียดเพิ่มขึ้น (Davis, 1990; Barrera et al., 2004; สุนันฎา คเชนทร์ชัย และมัจฉรินทร์ อัครวัฒน์, 2556) อีกทั้งปัญหาการขาดงานที่ส่งผลให้เกิดความเครียดสูง (Earle et al, 2006)

สรุปได้ว่า ความเครียดในการดูแลเด็กโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวของผู้ดูแลในครอบครัว หมายถึง ภาวะของอารมณ์หรือความรู้สึกของผู้ดูแลในครอบครัวต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในการดูแลเด็กโรคมะเร็ง เม็ดเลือดขาว เมื่อเผชิญกับปัญหาหรือสถานการณ์ที่คุกคามในการดูแลเด็กโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว ส่งผลต่อภาวะสุขภาพทั้งด้านร่างกายและจิตใจของผู้ดูแลในครอบครัว ประกอบด้วย 4 ด้าน คือ ลักษณะของบุตรที่ปรากฏ (child's appearance) การรักษาพยาบาลที่ได้รับ (procedure) อารมณ์

และพฤติกรรมของบุตร (child's behaviors and emotion) และบทบาทของผู้ดูแลที่เปลี่ยนไป (caregiver role alternation)

3.7 ผลกระทบของความเครียด (กรมสุขภาพจิต, 2548)

เมื่อเกิดเครียดร่างกายจะหลั่งฮอร์โมน Adrenalin จากต่อมหมวกไตออกมา และถ้าเครียดมาก ก็จะมีฮอร์โมน Adrenalin มากขึ้น ฮอร์โมนจะไปยับยั้งและลดประสิทธิภาพการทำงานของอวัยวะสำคัญ เช่น หัวใจ ไต ตับ ปอด ฯลฯ รวมทั้งการทำงานของฮอร์โมนนี้ทำให้ภูมิคุ้มกันของร่างกายต่ำ ทำให้เกิดโรคต่างๆ ตามมา ซึ่งปัญหาของการเกิดโรคทั้งสองประการส่วนหนึ่งเป็นผลมาจากสภาวะทางจิตใจ หากสามารถแก้ปัญหาเรื่องของจิตใจนี้ได้ปัญหาต่างๆ จะลดลงอย่างมาก ดังนั้นการหาวิธีแก้ปัญหาเรื่องของสภาวะทางจิตใจจึงเป็นสิ่งจำเป็นยิ่ง

กรมสุขภาพจิต (2548) ได้กล่าวถึงผลกระทบของความเครียดไว้ว่ามีผลต่อบุคคลทั้งทางบวกและทางลบ โดยหากเกิดความเครียดในระดับต่ำและเป็นเวลาไม่นาน ความเครียดจะเป็นตัวกระตุ้นให้บุคคลเกิดความกระตือรือร้น และแก้ปัญหาอย่างสร้างสรรค์ หากเกิดในระดับรุนแรงหรือเป็นเวลานาน จะส่งผล ดังนี้

3.7.1 ผลเสียทางสรีระ โดยทำให้มีภาวะสุขภาพแย่ลง จากการเสียสมดุลของฮอร์โมนในร่างกาย ซึ่งเป็นตัวช่วยทำหน้าที่ควบคุมการทำงานของระบบต่างๆ ทำให้เกิดอาการผิดปกติ เช่น ใจสั่น ปวดศีรษะ อัตราการเต้นของชีพจรเร็ว ความดันโลหิตสูง

3.7.2 ผลเสียทางจิตใจและอารมณ์ ทำให้บุคคลมีจิตใจขุ่นมัว ใจลอย ขาดสมาธิ ซึมเศร้า วิตกกังวล หรือขาดความมั่นใจในตนเอง

3.7.3 ผลเสียทางพฤติกรรม เมื่อบุคคลเกิดความเครียดมักจะเบื่ออาหาร นอนไม่หลับ แยกตัวจากสังคม ก้าวร้าว และขาดความอดทน หากปรับตัวในทางที่ผิดในการเผชิญความเครียด เช่น ดื่มเหล้า สูบบุหรี่ ก็จะส่งผลเสียต่อสุขภาพตามมา

3.7.4 ผลเสียทางเศรษฐกิจ จากการทำงานด้วยประสิทธิภาพหรือขาดงาน และหากมีปัญหาทางสุขภาพทำให้ต้องเสียค่าใช้จ่ายมากขึ้น

จะเห็นได้ว่าความเครียดส่งผลกระทบต่อบุคคลเนื่องกันไปหลายด้าน ทั้งผลกระทบทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และเศรษฐกิจ การดูแลเด็กโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวเป็นเวลานาน ส่งผลต่อภาวะสุขภาพของผู้ดูแล ได้แก่ การพักผ่อนไม่เป็นเวลา หรือรูปแบบการนอนหลับเปลี่ยนแปลงไป ทำให้พักผ่อนไม่เพียงพอ ไม่มีเวลาดูแลสุขภาพตนเอง สุขภาพอ่อนแอลง (Carter, 2003; James et al., 2002) และจิตใจที่อ่อนล้า วิตกกังวล อยู่ในภาวะที่กดดันหรือเกิดความเครียด (Hileman & Lackey, 1990) เกิดความหงุดหงิดและควบคุมอารมณ์ไม่ได้ (บุษกร พันธุ์เมธาฤทธิ์และคณะ, 2556) และผู้ดูแลต้องใช้เวลาในการดูแลเด็กป่วยเพิ่มมากขึ้นตามระยะและความรุนแรงของโรค (James et al., 2002; Stewart, 2003) หากปัญหาเหล่านี้ไม่ได้รับการแก้ไข หรือสนับสนุนก็จะ

ก่อให้เกิดความเครียดมากขึ้น (Group, 2001) มีการศึกษาพบว่าเมื่อผู้ดูแลเกิดความเครียดจากการดูแลผู้ป่วยเป็นเวลานาน อาจทำให้เกิดความอ่อนล้าและไม่สามารถดูแลผู้ป่วยต่อไปได้ เรียกว่า “caregiver burnout” (สายพิน หัตถิรัตน์ และคณะ, 2553; Rando, 1984) หากผู้ดูแลสามารถปรับตัวเผชิญความเครียดในภาวะต่างๆได้ จะส่งผลให้ผู้ป่วยมีภาวะสุขภาพกายและจิตใจดีตามไปด้วย (Ray et al., 2006)

ปัญหาความเครียดในการดูแลเด็กโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวของผู้ดูแลในครอบครัวจึงเป็นสิ่งสำคัญที่ทีมสุขภาพต้องให้การดูแลช่วยเหลือ เพื่อช่วยลดความเครียดในการดูแลเด็กโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวของผู้ดูแลในครอบครัว อันนำไปสู่การมีภาวะสุขภาพที่สมบูรณ์ของผู้ดูแลทั้งด้านร่างกายและจิตใจ และส่งผลให้การดูแลสุขภาพเด็กโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

3.8 แนวทางในการลดความเครียด

การแพทย์ในปัจจุบันได้หาวิธีการใหม่ๆเพื่อมาบำบัดรักษาความเครียด โดยเน้นการให้ความสำคัญกับร่างกายและจิตใจไปพร้อมๆกัน เพื่อให้เกิดความสมดุลทั้งร่างกายและจิตใจ ซึ่งในทางวิทยาศาสตร์นั้น จิต คือระบบประสาทสมองทำงานด้วยคลื่นไฟฟ้า โดยจะเป็นตัวกำกับการทำงานของส่วนต่างๆให้สมดุล ถ้าระบบประสาทถูกกระตุ้นจนเกินพอดีก็จะส่งผลต่อร่างกายจนเกิดอันตรายได้ การทำให้จิตใจผ่อนคลายจะทำให้ประสาทอัตโนมัติทำงานอย่างเป็นปกติ มีการนำเทคนิคและวิธีการในการลดความเครียดมาใช้ที่นิยมและพบว่าให้ผลดี (สำนักการแพทย์ทางเลือก, 2552) ได้แก่

3.8.1 การออกกำลังกาย การออกกำลังกายมีหลายวิธี เช่น การเดิน การวิ่ง ว่ายน้ำ การเล่นกีฬา หากปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอจะช่วยให้สุขภาพดี ส่งผลต่อการทำงานของอวัยวะต่างๆของร่างกาย เช่น หลอดเลือดและหัวใจ การหายใจ ช่วยลดความวิตกกังวล ความเครียด และภาวะซึมเศร้าได้

3.8.2 การนวดกดจุดสะท้อน (reflexology) เป็นรูปแบบหนึ่งของการนวดโดยใช้ นิ้วหัวแม่มือ หรือ นิ้วอื่น ๆ กดที่ตำแหน่งที่ทำให้เกิดการตอบสนอง พบได้ที่เท้าและมือ ซึ่งการนวดกดจุดสะท้อนนี้สามารถเชื่อมโยงไปสู่จุดอื่นๆของร่างกายได้ เนื่องจากทุกๆส่วนของเท้าและมือมีความสัมพันธ์ที่จำเพาะกับส่วนอื่นๆของร่างกาย ทำให้รู้สึกสบาย ลดความตึงเครียด และความตึงตัวของกล้ามเนื้อ กล้ามเนื้อที่ตึงเครียด จึงผ่อนคลายลง (ประโยชน์ บุญสินสุข, 2544)

3.8.3 การผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบต่อเนื่อง (progressive muscle relaxation) เป็นวิธีการลดความตึงตัวของกล้ามเนื้อทั่วร่างกายทีละส่วน โดยเป็นการฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อให้มีการเกร็งและคลายกล้ามเนื้อแต่ละมัด เพื่อให้รู้สึกถึงความแตกต่างของการเกร็งและการผ่อนคลาย (ชาตรี จุติตรี, 2553)

3.8.4 การรักษาด้วยเครื่องหอม (aromatherapy) เป็นการนำวิทยาศาสตร์และศิลปศาสตร์ ในการใช้สารสกัดจากธรรมชาติจากน้ำมันหอมระเหยที่สกัดจากพืช มาใช้ในการเยียวยา ร่างกายที่มีภาวะผิดปกติต่างๆ เช่น การติดเชื้อ การมีภูมิคุ้มกันต่ำ และความเครียด

3.8.5 การฝึกโยคะ (yoga) เป็นการฝึกกายและจิตเข้าด้วยกัน ที่อาศัยการยืดเหยียด กล้ามเนื้อเป็นหลักในการฝึกปฏิบัติ ร่วมกับการทำจิตใจให้สงบเป็นสมาธิ มีหลักสำคัญ 5 ประการ คือ เทคนิคการหายใจ การปฏิบัติอาสนะ เทคนิคการผ่อนคลาย การฝึกสมาธิ และการคิดในด้านบวก (ศรีนยา ฉันทะปริดา, 2549)

3.8.6 การทำสมาธิ (meditation) การทำสมาธิถือได้ว่าเป็นวิธีการช่วยในการผ่อนคลาย ที่ง่าย และสะดวกที่สุด สมาธิทำให้จิตใจสงบนิ่ง เป็นการนำสิ่งที่มีคุณค่าทางพุทธศาสนามาใช้เพื่อ รักษาและสร้างเสริมสุขภาพ การทำสมาธิมีความสัมพันธ์กับการสร้างภูมิคุ้มกันของร่างกาย โดยเมื่อ จิตใจสงบนิ่ง หยุดความคิดที่ฟุ้งซ่าน ความวิตกกังวลลดลง ผู้ฝึกจะรู้สึกสบายเพราะจะมีการหลั่งของ ฮอร์โมน endorphins หลั่งออกมาในภาวะที่จิตใจสงบนิ่ง นอกจากนี้ฮอร์โมน adrenalin และ ฮอร์โมน cortisol จากต่อมหมวกไตก็จะหยุดหลั่ง ขณะนั้นเองสมองส่วน hypothalamus จะสั่งให้ เม็ดเลือดขาวแข็งแรงขึ้น ส่งผลให้ภูมิคุ้มกันเพิ่มขึ้นช่วยให้จิตใจสงบและผ่อนคลาย ช่วยลด ความเครียดและความวิตกกังวลได้ (จำลอง ดิษยวณิช และพริ้มเพรา ดิษยวณิช, 2545; มารยาท รุจิ วิทย์, 2548; ธวัชชัย กฤษณะประกรกิจ และคณะ, 2552) จะเห็นได้ว่าการทำสมาธิสามารถช่วยได้ทั้ง โรคที่เกิดจากทางกายหลายโรค และนอกจากนี้ยังสามารถรักษาใจที่เป็นทุกข์อันเกิดจากโรค ความเครียดและความวิตกกังวลได้ วิธีฝึกสมาธิมีหลายวิธี ได้แก่ การนั่งภาวนา เดินจงกรม เมื่อเข้าถึง สมาธิก็จะได้รับความรู้สึกสงบ และสบายอย่างที่ไม่เคยรู้สึกมาก่อน

3.9 การประเมินความเครียด

การประเมินความเครียดสามารถประเมินได้จากการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยา จาก พฤติกรรม เพราะความเครียดมีผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านร่างกายและจิตใจ (กรมสุขภาพจิต, 2543; จำลอง ดิษยวณิช และพริ้มเพรา ดิษยวณิช, 2545; ธวัชชัย กฤษณะประกรกิจ และคณะ, 2552) การประเมินความเครียดจึงจำแนกวิธีการประเมินความเครียดได้ ดังนี้

3.9.1 การประเมินการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยา (physiological measure of stress) โดยวัดการเปลี่ยนแปลงภายในร่างกายของผู้ที่อยู่ในภาวะเครียด ได้แก่ อัตราการเต้นของชีพ จร การหายใจ ความดันโลหิต เป็นต้น

3.9.2 การประเมินจากพฤติกรรมที่แสดงออก (behavior measure of stress) จากการสังเกต เช่น การถอนหายใจบ่อย ๆ สีหน้า แววตา เป็นต้น

3.9.3 การประเมินโดยใช้แบบสอบถามหรือแบบวัดที่ให้ผู้ถูกประเมินเป็นผู้ตอบด้วย ตนเอง (self-report measure of stress) เป็นการประเมินภาวะเครียดของบุคคลตามความรู้สึกที่

เกิดขึ้นต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน โดยให้คะแนนระดับความเครียดตามที่บุคคลประเมินแล้วรวบรวมคะแนนเป็นระดับของความเครียดของบุคคลนั้น เช่น แบบวัดความเครียดทั่วไปของสวนปรุง (Suanprung Stress Test-20, SPST - 20) แบบประเมินและวิเคราะห์ความเครียดด้วยตนเองของกรมสุขภาพจิต เป็นต้น

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการประเมินความเครียดในผู้ดูแล พบ ดังนี้

1. แบบสอบถามเพื่อประเมินความเครียดของผู้ปกครอง ของ ดลฤดี แดงน้ำคู้ (2549) ศึกษาความเครียดในผู้ปกครองเด็กสมาธิสั้น เป็นแบบสอบถามวัดระดับความเครียดในการเลี้ยงดูบุตร (Parenting Stress Index Short Form: PSI SF) ตามแนวคิดของ Abidin (1995) เป็นแบบสอบถามเพื่อประเมินความเครียดที่เกิดขึ้นระหว่างเด็กกับพ่อแม่ ประกอบด้วย 3 ด้าน ดังนี้

1.1 Parenting distress ประเมินความทุกข์ในการทำหน้าที่พ่อแม่

1.2 Parent- Child dysfunction Interaction ประเมินความเครียดจากความสัมพันธ์ระหว่างพ่อแม่และลูก โดยวัดจากความรู้สึกรู้สึกของพ่อแม่ เมื่อลูกไม่เป็นไปตามความคาดหวัง

1.3 Difficulty child เพื่อประเมินความเครียดจากลักษณะพฤติกรรมของเด็ก เครื่องมือผ่านการตรวจสอบคุณภาพ โดยค่าความตรงเชิงเนื้อหา จากความเห็นสอดคล้องของผู้ทรงคุณวุฒิตรวจ (content validity index) เท่ากับ .94 และค่าความเที่ยงสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค เท่ากับ .90

2. แบบสอบถามพฤติกรรมการเผชิญความเครียดของมารดาเด็กออทิสติก ของ ศิราณี มหามาศย์ (2546) ศึกษาพฤติกรรมการเผชิญความเครียดในมารดาของเด็กออทิสติก โดยใช้แนวคิดการประเมินสถานการณ์ความเครียดและการเผชิญความเครียดในทฤษฎีความเครียดของ Lazarus & Folkman (1984) พัฒนามาจากแบบวัดการเผชิญปัญหาของ สุภาพรรณ โคตรจรัส และชุมพร ยงกิตติกุล (2544) วัดพฤติกรรมการเผชิญความเครียดหลัก 3 รูปแบบ ประกอบด้วย 3 ด้าน ดังนี้

2.1 การเผชิญความเครียดแบบมุ่งจัดการกับปัญหา (problem-focused coping)

2.2 การเผชิญความเครียดแบบแสวงหาการสนับสนุนทางสังคม (seeking social support)

2.3 การเผชิญความเครียดแบบหลีกเลี่ยง (avoidance)

ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิตามเกณฑ์ความคิดเห็นตรงกัน 2 ใน 3 ท่าน แล้วนำมาวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อคัดเลือกรายข้อโดยพิจารณาค่าสหสัมพันธ์ระหว่างคะแนนรายข้อกับคะแนนข้อที่เหลือในแต่ละด้าน (corrected item-total correlation) โดยเลือกข้อความที่มีความสัมพันธ์ในทางบวกกับคะแนนรวมในรายด้านอย่างมี

นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 คือ มีค่าอยู่ระหว่าง .329 ถึง .817 และมีค่าความเที่ยงสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคทั้งฉบับ เท่ากับ .84

3. แบบการประเมินสถานการณ์ความเครียดและการเผชิญความเครียดของมารดาที่ดูแลเด็ก ออทิสติก ของมนัสวี จำปาเทศ (2546) ศึกษาการประเมินสถานการณ์ความเครียด การเผชิญความเครียดและผลลัพธ์การปรับตัวของมารดาที่ดูแลเด็กออทิสติก ตามแนวคิดการประเมินของ Lazarus & Folkman (1984) ประกอบด้วยเนื้อหาด้านการประเมินสถานการณ์ความเครียดและการเผชิญความเครียด ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ใน 6 ท่าน มีความเห็นสอดคล้องในเรื่องความถูกต้องของภาษา ความตรง ความครอบคลุมของเนื้อหาและความเหมาะสมของคะแนนที่ใช้ มีค่าความเที่ยงสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคเท่ากับ .80

4. แบบประเมินความเครียดของมารดา/ผู้ดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดในภาวะวิกฤตหลังผ่าตัด ของ สุขญาดา ชุนเสถียร, วรรณภา อาราม, ปราณี ทองใส และถาวร ทรัพย์ทวีสิน (2555) ศึกษาผลของการใช้โปรแกรมการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนต่อการลดความเครียดและความพึงพอใจในการบริการพยาบาลของมารดา/ผู้ดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดในภาวะวิกฤตหลังผ่าตัด โดยใช้แบบประเมินความเครียด (The Parental Stress Scale: Pediatric Intensive Care Unit, PSS: PICU) ที่สร้างตามแนวคิดของ Lazarus & Folkman (1984) และแปลเป็นภาษาไทยจากต้นฉบับของ Carter & Miles (1982) โดย อัญชลี ประเสริฐ (2540) ประกอบด้วยการประเมิน 7 ด้าน ได้แก่ ลักษณะของลูกที่พบการตอบสนองด้านพฤติกรรมและอารมณ์ของลูก ภาพและเสียงจากเครื่องมือการพยาบาลที่ลูกได้รับ ท่าทีและพฤติกรรมของเจ้าหน้าที่ การติดต่อสื่อสารของเจ้าหน้าที่ และบทบาทของบิดามารดา เครื่องมือผ่านการตรวจสอบคุณภาพ โดยค่าความตรงเชิงเนื้อหา จากความเห็นสอดคล้องของผู้ทรงคุณวุฒิตรวจ (content validity index) เท่ากับ 0.9 มีค่าความเที่ยงสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .95

5. แบบประเมินความเครียดของมารดาเด็กที่ป่วยด้วยโรคมะเร็ง ของพรทิพย์ อนันตกุล (2543) ศึกษาผลของการฝึกอานาปานสติร่วมกับการแก้ปัญหาแนวอริยสัจสี่ต่อความเครียดของมารดาเด็กที่ป่วยด้วยโรคมะเร็ง ที่สร้างขึ้นจากแนวคิดของ Lazarus & Folkman (1984) โดยประยุกต์ใช้แบบประเมินความเครียด Parental Stressor Scale : Pediatric Intensive Care Unit (PSS:PICU) ของ Carter & Miles (1989) ที่กล่าวว่าความเครียดของบิดามารดาเด็กป่วยเกิดจากการรับรู้หรือได้พบเห็นสิ่งเร้า ซึ่งเป็นสาเหตุที่เกิดจากการที่บุตรเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักกุมารเวชกรรม ประกอบด้วย 7 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านการทำหน้าที่บทบาทบิดามารดาที่เปลี่ยนแปลงไป 2) ด้านพฤติกรรมและอารมณ์ของบุตรป่วย 3) ด้านกิจกรรมการรักษพยาบาลที่บุตรได้รับ 4) ด้านลักษณะของบุตรป่วยที่ปรากฏให้เห็น 5) ด้านการสื่อสารของเจ้าหน้าที่พยาบาล 6) ด้านแสงและเสียงจากอุปกรณ์ เครื่องมือต่างๆในหอผู้ป่วย และ 7) ด้านพฤติกรรมของเจ้าหน้าที่ในหอผู้ป่วย ได้นำมาปรับใช้

ในบริบทของหอผู้ป่วยสามัญที่ไม่มีปัญหาด้านแสงและเสียง จึงปรับเพิ่มการประเมินความเครียดด้านสถานที่และสิ่งแวดล้อมแทนด้านแสงและเสียง โดยสรุปแบบประเมินความเครียดจึงประกอบด้วยแบบประเมินความเครียดจากสาเหตุ 7 ด้าน ดังนี้ พฤติกรรมและการแสดงออกทางอารมณ์ของบุตร บทบาทมารดาที่เปลี่ยนไป พฤติกรรมการสื่อสารของเจ้าหน้าที่พยาบาล การรักษาพยาบาลที่บุตรได้รับ พฤติกรรมการสื่อสารของแพทย์ สถานที่/สิ่งแวดล้อม และลักษณะที่ปรากฏของบุตร เครื่องมือได้ผ่านการตรวจสอบคุณภาพ โดยค่าความตรงเชิงเนื้อหา จากความเห็นสอดคล้องของผู้ทรงคุณวุฒิตรวจ และมีค่าความเที่ยงรวมทั้งฉบับ เท่ากับ .96

จากการทบทวนแบบประเมินความเครียดของมารดาในการดูแลเด็กป่วยโรคเรื้อรังข้างต้น พบว่า ใช้แนวคิดของ Lazarus & Folkman (1984) เป็นหลัก และเมื่อพิจารณาความคล้ายคลึงกันในด้านตัวแปรการวัดความเครียดของมารดาในการดูแลเด็กป่วยโรคมะเร็ง ผู้วิจัยจึงนำแบบประเมินความเครียดพรทิพย์ อนันตกุล (2543) ที่ดัดแปลงจากแบบประเมินความเครียดของ Carter & Miles (1989) ที่ใช้ประเมินความเครียดของบิดามารดาเด็กป่วยในบริบทของหอผู้ป่วยหนัก ซึ่งประเมินความเครียดใน 7 ด้าน มาปรับใช้ในการดูแลเด็กป่วยโรคมะเร็งในชีวิตประจำวันของผู้ดูแลในครอบครัว โดยตัดการประเมินออก 3 ด้าน คือ การประเมินด้านพฤติกรรมการสื่อสารของเจ้าหน้าที่พยาบาล พฤติกรรมการสื่อสารของแพทย์ และแสง/เสียงอุปกรณ์เครื่องมือแพทย์ เนื่องจากเป็นการประเมินความเครียดในชีวิตประจำวันของผู้ดูแลซึ่งมีบริบทแตกต่างจากหอผู้ป่วย จึงไม่เกี่ยวข้องใน 3 ด้าน นำมาปรับเป็นแบบประเมินความเครียดของผู้ดูแลในครอบครัว โดยประเมิน 4 ด้าน ได้แก่ ความเครียดของผู้ดูแลต่อพฤติกรรมและการแสดงออกของเด็ก บทบาทของผู้ดูแลที่เปลี่ยนไป การรักษาที่เด็กได้รับ และลักษณะอาการของเด็กที่ปรากฏ

4. แนวคิดของรูปแบบการให้ข้อมูลทางสุขภาพ

4.1 ความหมายของการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผน

ข้อมูล หมายถึง ข้อเท็จจริงหรือสิ่งที่ถือ หรือยอมรับว่าเป็นข้อเท็จจริงสำหรับใช้เป็นหลักอนุมานหาความจริง หรือคำนวณ (ราชบัณฑิตยสถาน, 2542)

การให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผน หมายถึง การให้ข้อมูล คำแนะนำตามที่ได้วางแผนไว้ ตลอดจนการเปิดโอกาสให้ได้ซักถามปัญหา หรือข้อสงสัยต่างๆ (พิกุล ดันดิธรรม, 2533)

การให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผน หมายถึง การให้ข้อมูล รายละเอียด ข้อเท็จจริงและคำแนะนำต่างๆ ตามแผนที่ได้วางแผนไว้ล่วงหน้า ตลอดจนการเปิดโอกาสให้ได้ซักถามปัญหาและข้อสงสัยต่างๆ (สุทธิณี วัฒนกุล, 2547)

การแสวงหาข้อมูลเป็นวิธีการหนึ่งในการเผชิญความเครียด เพื่อประเมินภาวะคุกคามและหาแนวทางแก้ไข พยาบาลจึงเป็นผู้มีบทบาทสำคัญในการสื่อสารและให้ข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลให้กับผู้ป่วยและครอบครัว ซึ่งการสื่อสารทางการพยาบาลมีหลายประเภท และต้องเลือกใช้ให้เหมาะกับแต่ละสถานการณ์ การสื่อสารทางการพยาบาลที่พบบ่อย สรุปได้ 3 ประเภท ดังนี้ (วีระศักดิ์ ชลไชยะ, 2551)

4.1.1 การให้ข้อมูลหรือความรู้ เป็นการสอนที่นิยมกัน เป็นการแนะนำโดยตรง ไม่ต้องอาศัยเทคนิคในการสื่อสารมาก เป็นการสรุปเนื้อหาสั้นๆ ให้ผู้รับบริการได้มีความรู้ความเข้าใจ โดยใช้สื่อ คือ รูปภาพหรือเอกสารประกอบ สามารถทำได้ในกรณีที่มีผู้รับบริการจำนวนมากหรือเป็นรายกลุ่ม ทำให้ประหยัดเวลา แต่มีข้อจำกัดคือเป็นการสื่อสารทางเดียว ที่ผู้รับบริการไม่มีส่วนร่วมหรือไม่เป็นศูนย์กลาง

4.1.2 การแนะนำล่วงหน้า มีความคล้ายคลึงกันกับการให้ข้อมูลหรือความรู้ต่างกันที่ข้อมูล ที่ให้นั้นเป็นข้อมูลที่คาดว่าจะอาจเกิดขึ้นกับผู้รับบริการในอนาคต จึงมีประโยชน์ด้านการป้องกันและติดตาม

4.1.3 การให้การปรึกษา มีหลักการโดยยึดผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง เน้นการสื่อสารทั้งสองทางโดยมีปฏิริยาต่อกัน นิยมใช้สำหรับผู้รับบริการรายบุคคล

กล่าวสรุปได้ว่า การให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผน หมายถึง การให้ข้อมูล รายละเอียด ข้อเท็จจริง ตลอดจนให้คำแนะนำต่างๆ ตามแผนที่วางไว้ล่วงหน้า รวมถึงเปิดโอกาสให้ซักถามปัญหา หรือข้อสงสัย

4.2 การให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนตามแนวคิดการควบคุมตนเอง

Leventhal & Johnson (1983) กล่าวถึงแนวคิดการควบคุมตนเองโดยการเตรียมความพร้อมของบุคคลโดยการให้ข้อมูลว่า การให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนเป็นหลักการในการเตรียมบุคคลที่จะพบกับเหตุการณ์ที่เป็นความเครียด โดยการอธิบายทิศทางหรือลักษณะของเหตุการณ์นั้นอย่างชัดเจน ไม่คลุมเครือ มีเป้าหมายเพื่อให้บุคคลสามารถเข้าใจ รับรู้ และจัดการกับความเครียดที่เกิดขึ้นได้ตามการรับรู้หรือเหตุการณ์ที่ได้ประสบ โดยแบ่งข้อมูลออกตามเนื้อหาของข้อมูล ดังนี้

4.2.1 ข้อมูลเกี่ยวกับขั้นตอนการดูแล (procedural information) เป็นข้อมูลที่บอกถึงเหตุการณ์ที่อาจเกิดขึ้น หรือวิธีการรักษาต่างๆ ที่ผู้ป่วยจะได้รับ โดยมีการอธิบายเป็นขั้นตอนตามลำดับ จะช่วยให้สามารถควบคุมความรู้ความเข้าใจต่อเหตุการณ์ที่จะเกิดขึ้นได้ (cognitive control) เช่น การให้ข้อมูล เรื่องโรค แผนการรักษา ตลอดจนแนวทางปฏิบัติตัว ทำให้สามารถคาดการณ์ต่างๆ ที่อาจจะเกิดขึ้นกับตนได้อย่างถูกต้อง

4.2.2 ข้อมูลเกี่ยวกับความรู้สึก (sensory information) เป็นข้อมูลที่บอกถึงเหตุการณ์ที่อาจจะเกิดขึ้น โดยอธิบายหรือยกตัวอย่างถึงความรู้สึกที่คนอื่นเคยประสบมาแล้วจากสถานการณ์เดียวกัน ซึ่งการเกิดความรู้สึกนี้จะผ่านทางประสาทสัมผัสทั้งห้า ได้แก่ ประสาทรับรส การสัมผัส การได้กลิ่น การได้ยินเสียง หรือการมองเห็นภาพ ที่เกี่ยวกับขั้นตอนต่างๆของเหตุการณ์ ความทุกข์ทรมาน หรือความรู้สึกที่อาจจะเกิดขึ้น จะช่วยให้บุคคลสามารถควบคุมปฏิกิริยาตอบสนองได้ดีขึ้น (response control)

4.2.3 ข้อมูลเกี่ยวกับวิธีการเผชิญภาวะคุกคาม (coping information) เป็นข้อมูลที่บอกถึงแนวทาง วิธีการต่างๆที่ควรปฏิบัติ เมื่อต้องเผชิญความเครียดหรือภาวะที่คุกคาม จะช่วยให้สามารถควบคุมพฤติกรรมได้ (behavior control)

ทฤษฎีการควบคุมตนเองเป็นทฤษฎีในระดับปฏิบัติการที่อธิบายถึงกระบวนการและวิธีการในการให้ข้อมูลที่ใช้ในการเตรียมความพร้อมบุคคล เพื่อช่วยให้สามารถเผชิญกับเหตุการณ์ที่ตึงเครียดจากความเจ็บป่วยได้ ซึ่งทฤษฎีการควบคุมตนเองตามแนวคิดของ Leventhal & Johnson (1983) ช่วยให้ผู้ดูแลในครอบครัวได้รับข้อมูลการดูแลอย่างครอบคลุมทั้งด้านการดูแลเด็กรวมถึงการดูแลด้านอารมณ์ความรู้สึกของผู้ดูแล เพื่อเผชิญสถานการณ์ที่คุกคามหรือตึงเครียดได้อย่างเหมาะสม ประกอบด้วย การให้ข้อมูลด้านขั้นตอนการดูแล การให้ข้อมูลเกี่ยวกับความรู้สึก และการให้ข้อมูลเกี่ยวกับวิธีการเผชิญความเครียด

4.3 รูปแบบการให้ข้อมูลทางสุขภาพ หมายถึง กิจกรรมการพยาบาลที่ให้แก่ผู้ดูแลในครอบครัว โดยการให้ข้อมูลที่ถูกต้องตรงกับความเป็นจริง และเป็นข้อมูลที่จำเป็นสำหรับการดูแลผู้ป่วย การให้ข้อมูลเตรียมความพร้อม (preparatory information) มีแนวคิดมาจากทฤษฎีการปรับตนเอง (self-regulatory) ของ Leventhal & Johnson (1983) สาระสำคัญของทฤษฎีคือ ถ้าบุคคลเคยรับรู้หรือได้รับข้อมูลเตรียมความพร้อม (preparatory information) เกี่ยวกับเหตุการณ์ที่ต้องเผชิญมาก่อน จะทำให้บุคคลมีภาพรวมของความคิด (mental image) เกี่ยวกับเหตุการณ์ และมีการจัดเก็บเป็นแบบแผนความรู้ความเข้าใจ (schema) เมื่อต้องเผชิญกับเหตุการณ์จริง บุคคลจะสามารถแปลความหมายของเหตุการณ์ที่กำลังเผชิญได้อย่างถูกต้อง ชัดเจน และเกิดความรู้สึกว่าสามารถควบคุมเหตุการณ์คุกคามที่ผ่านเข้ามาได้ ทำให้ปฏิกิริยาตอบสนองทางด้านจิตใจ เช่น ความวิตกกังวล หรือความเครียดลดลง มีแนวทางดังนี้

การให้ข้อมูลการเตรียมความพร้อม (preparatory information) ประกอบด้วย 1) ข้อมูลเกี่ยวกับขั้นตอนการดูแล (procedural information) เป็นการให้ข้อมูลในเรื่องโรค อาการและการดำเนินของโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว แนวทางการรักษา กิจกรรมการพยาบาล และการดูแล ตลอดจนการป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ 2) ข้อมูลเกี่ยวกับความรู้สึก (sensory information) ได้แก่ การบอกถึงสภาพหรือเหตุการณ์ความเครียดที่พบบ่อยที่ผู้ดูแลในครอบครัวจะได้รับรู้ 3) การ

ให้ข้อมูลเกี่ยวกับวิธีการเผชิญความเครียด (coping information) ด้วยการให้ผู้ดูแลในครอบครัวได้ร่วมแลกเปลี่ยนแสดงความคิดเห็น ประสบการณ์ในการลดความเครียด และการเสนอแนวทางการลดความเครียด ซึ่งการให้ข้อมูลการเตรียมความพร้อมนี้มีประโยชน์ต่อผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยเด็กแตกต่างกัน จึงต้องมีการเลือกชนิดข้อมูลให้มีความเหมาะสมและสอดคล้องกับปัญหาของผู้ดูแลในครอบครัว

5. กิจกรรมกลุ่ม

5.1 ความหมาย

ทิสนา แชมมณี (2545) ได้ให้ความหมายของการจัดการเรียนรู้โดยใช้กิจกรรมกลุ่ม (group process) หรือการทำงานเป็นกลุ่มว่า หมายถึง การที่บุคคลตั้งแต่สองคนขึ้นไปร่วมกันปฏิบัติงานอย่างใดอย่างหนึ่งโดยมีเป้าหมายร่วมกัน และทุกคนในกลุ่มมีบทบาทในการช่วยดำเนินกลุ่ม มีการติดต่อสื่อสาร และตัดสินใจร่วมกัน เพื่อให้บรรลุผลสำเร็จตามเป้าหมายเพื่อประโยชน์ของกลุ่ม

ทิสนา แชมมณี (2553) ได้ให้ความหมายของวิธีการสอนโดยใช้การอภิปรายกลุ่มย่อย (small group discussion) ว่าเป็นกระบวนการที่ผู้สอนใช้ในการช่วยให้ผู้เรียนเกิดการเรียนรู้ตามวัตถุประสงค์ที่กำหนด โดยการจัดผู้เรียนเป็นกลุ่มเล็กๆ ประมาณ 4 – 8 คน และให้ผู้เรียนในกลุ่มพูดคุยแลกเปลี่ยนข้อมูล ความคิดเห็น และประสบการณ์ในประเด็นที่กำหนด และสรุปผลการอภิปรายออกมาเป็นข้อสรุปของกลุ่ม

5.2 แนวคิดและความสำคัญของการทำกิจกรรมกลุ่ม มีดังนี้ (ทิสนา แชมมณี, 2545)

ความสำคัญของการทำงานกลุ่ม

5.2.1 มนุษย์ทุกคนมีความจำกัดด้านพลัง การทำงานกลุ่มหรือกิจกรรมกลุ่มจึงเป็นเรื่องจำเป็น โดยเฉพาะการทำงานที่ซับซ้อน ที่ต้องช่วยกันคิดแก้ไขปัญหา

5.2.2 มนุษย์เป็นสัตว์สังคมที่ต้องการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น ซึ่งเป็นการตอบสนองความต้องการพื้นฐานที่จำเป็นของมนุษย์

5.2.3 การทำกิจกรรมกลุ่มหรือการทำงานเป็นกลุ่มให้ผลดีกว่าการทำงานเดี่ยว ทำให้มีพลังในความคิดมากกว่า ซึ่งเป็นการนำพลังของแต่ละบุคคลมารวมกัน

5.2.4 การที่บุคคลมีโอกาสสามารถรวมพลังกันในการแก้ไขปัญหา จะช่วยให้บุคคลนั้นได้เรียนรู้จากผู้อื่น เกิดเป็นความเจริญงอกงามแห่งตนขึ้น ในขณะที่เดียวกันความเจริญงอกงามส่วนบุคคลจะส่งผลให้กลุ่มมีความเจริญงอกงามตามไปด้วย

5.3 วัตถุประสงค์ เป็นวิธีการที่มุ่งช่วยให้ผู้เรียนมีส่วนร่วมในกิจกรรมการเรียนรู้อย่างทั่วถึง มีโอกาสแสดงความคิดเห็นและแลกเปลี่ยนประสบการณ์ อันจะช่วยให้ผู้เรียนเกิดการเรียนรู้ในประเด็นที่กำหนดกว้างขวางขึ้น

5.4 องค์ประกอบสำคัญ องค์ประกอบสำคัญในการทำกิจกรรมกลุ่ม ได้แก่

5.4.1 ผู้นำกลุ่ม เป็นบุคคลที่มีความสำคัญมากในการดำเนินกลุ่ม เพราะจะเป็นผู้ดำเนินกิจกรรมของสมาชิกในกลุ่มให้บรรลุตามเป้าหมาย

5.4.2 สมาชิกในกลุ่ม ควรมีสมาชิกกลุ่มละประมาณ 4 – 8 คน โดยบทบาทสำคัญของสมาชิกคือ ต้องมีการพูดคุยแลกเปลี่ยนความคิดเห็น ความรู้สึก และประสบการณ์กันระหว่างสมาชิกในกลุ่มตามประเด็นการอภิปราย

5.4.3 กำหนดประเด็นในการอภิปราย

5.4.4 มีการสรุปสาระที่สมาชิกกลุ่มได้อภิปรายกันเป็นข้อสรุปของกลุ่ม

5.4.5 มีการนำข้อสรุปของกลุ่มมาใช้ในการสรุปบทเรียนร่วมกัน

5.4.6 มีผลการเรียนรู้ของผู้เรียน

5.5 ขั้นตอนการทำกิจกรรมกลุ่ม

5.5.1 การจัดกลุ่มสมาชิกออกเป็นกลุ่มย่อย กลุ่มละประมาณ 4 – 8 คน จำนวนที่เหมาะสมที่สุดคือ 4 – 6 คน คือเป็นกลุ่มที่ไม่เล็กจนเกินไปและไม่ใหญ่จนเกินไป เพราะถ้ากลุ่มเล็กเกินไป กลุ่มจะไม่ได้ความคิดที่หลากหลายเพียงพอ ถ้ากลุ่มใหญ่เกินไปสมาชิกในกลุ่มจะมีโอกาสแสดงความคิดเห็นได้น้อยหรือไม่ทั่วถึง เมื่อจัดกลุ่มสมาชิกแล้วควรจัดที่นั่งภายในกลุ่มให้เรียบร้อยอยู่ในลักษณะที่ทุกคนมองเห็นกัน และรับฟังกันได้ดี

5.5.2 ประเด็นในการอภิปราย การอภิปรายจำเป็นต้องมีการกำหนดประเด็นในการอภิปราย มีวัตถุประสงค์ของการอภิปรายที่ชัดเจน ซึ่งประเด็นการอภิปรายอาจมาจากผู้นำหรือสมาชิกในกลุ่มก็ได้แล้วแต่กรณี ในการอภิปรายแต่ละครั้งไม่ควรมีประเด็นมากจนเกินไป เพราะจะทำให้อภิปรายได้ไม่เต็มที่

5.5.3 การอภิปราย สมาชิกทุกคนต้องมีการพูดคุยแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกันตามประเด็นอภิปรายที่กำหนด และควรย้ำถึงความสำคัญของการให้สมาชิกทุกคนในกลุ่มมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็นอย่างทั่วถึง ไม่ควรมีการผูกขาดโดยผู้ใดผู้หนึ่ง เพราะวัตถุประสงค์หลัก คือการให้สมาชิกกลุ่มมีโอกาสแสดงความคิดเห็นอย่างทั่วถึง และได้รับฟังความคิดเห็นที่หลากหลาย อันจะช่วยให้สมาชิกมีความคิดที่ลึกซึ้งและรอบคอบขึ้น และควรดำเนินการไปที่ละประเด็น จะไม่เกิดความสับสน และกรณีที่มีหลายประเด็น ควรมีการกำหนดเวลาให้มีความพอเหมาะ

5.5.4 การสรุปสาระที่สมาชิกกลุ่มได้อภิปรายร่วมกันเป็นข้อสรุปของกลุ่ม

5.5.5 เมื่อการอภิปรายสิ้นสุดลง ผู้นำจำเป็นต้องเชื่อมโยงสิ่งที่สมาชิกได้ร่วมกันคิดกับบทเรียนที่ได้จากการเรียนรู้ โดยมีการนำข้อสรุปของกลุ่มมาใช้ในการสรุปบทเรียน

5.5.6 การประเมินผลการเรียนรู้ของสมาชิกกลุ่ม

5.6 กิจกรรมที่ใช้ในกลุ่ม ทิศนา แคมมณี (2545) ได้เสนอตัวอย่างการทำกิจกรรมกลุ่ม ดังนี้

5.6.1 เกม (Game) คือการที่ผู้เรียนลงเล่นด้วยตนเอง ภายใต้ข้อตกลงหรือกติกาบางอย่างที่กำหนดไว้ วิธีการนี้จะช่วยให้ผู้เรียนได้วิเคราะห์ความรู้สึกนึกคิด และพฤติกรรมต่างๆ ที่มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจ และช่วยให้เกิดความสนุกสนาน

5.6.2 บทบาทสมมติ (Role playing) วิธีการในลักษณะนี้เป็นสถานการณ์สมมติ มีการกำหนดบทบาทของผู้เล่นในสถานการณ์ที่สมมติขึ้น แล้วให้ผู้เรียนเข้าสวมบทบาทนั้นแสดงออกตามธรรมชาติ โดยอาศัยบุคลิกภาพ ประสบการณ์ และให้ผู้แสดงรู้สึกถึงความนึกคิดของตนเป็นหลัก วิธีการนี้มีส่วนช่วยให้ผู้เรียนได้มีโอกาสศึกษาวิเคราะห์ถึงความรู้สึก และพฤติกรรมของตนอย่างลึกซึ้ง และยังช่วยเสริมสร้างบรรยากาศการเรียนรู้ที่น่าสนใจและน่าติดตาม

5.6.3 สถานการณ์จำลอง (Simulation) คือ การจำลองสถานการณ์จริง หรือสร้างสถานการณ์ให้ใกล้เคียงกับความจริงแล้วให้ผู้เรียนเข้าไปอยู่ในสถานการณ์นั้นๆ และมีปฏิริยาโต้ตอบกัน วิธีนี้จะช่วยให้ผู้เรียนได้มีโอกาสทดลองพฤติกรรมต่างๆ ซึ่งในสถานการณ์จริงผู้เรียนอาจไม่กล้า

5.6.4 กรณีตัวอย่าง (Case) คือ การนำกรณีหรือเรื่องราวต่างๆ ที่เกิดขึ้นจริงนำมาดัดแปลง และให้เป็นตัวอย่างในการให้ผู้เรียนได้ศึกษาวิเคราะห์ และอภิปรายกันเพื่อสร้างความเข้าใจและหาทางแก้ไขปัญหานั้น การอภิปรายจะช่วยให้ผู้เรียนได้มีโอกาสแลกเปลี่ยนข้อมูลซึ่งกันและกัน รวมทั้งนำเอากรณีต่างๆ ซึ่งคล้ายกับชีวิตจริงมาใช้ จะช่วยให้การเรียนรู้มีลักษณะใกล้เคียงกับความจริง ซึ่งมีส่วนทำให้การเรียนรู้มีความหมายต่อผู้เรียน

5.7 ข้อดีและข้อจำกัด

5.7.1 ข้อดี

1) เป็นวิธีการสอนที่ช่วยให้ผู้เรียนในกลุ่มมีโอกาสแสดงความคิดเห็นและมีส่วนร่วมในกิจกรรมการเรียนรู้อย่างทั่วถึง

2) เป็นวิธีสอนที่ช่วยให้ผู้เรียนและผู้สอนได้ข้อมูลและความคิดเห็นที่หลากหลาย ช่วยให้เกิดการเรียนรู้ที่กว้างขึ้น

3) เป็นวิธีสอนที่ช่วยส่งเสริมปฏิสัมพันธ์ทางสังคมระหว่างผู้เรียน ช่วยให้ผู้เรียนได้พัฒนาทักษะต่างๆ จำนวนมาก เช่น ทักษะการพูด การแสดงความคิดเห็น การโต้แย้ง การวิพากษ์วิจารณ์ และทักษะการคิด เป็นต้น

5.7.2 ข้อจำกัด

- 1) เป็นวิธีสอนที่ใช้เวลามาก
- 2) เป็นวิธีสอนที่ต้องอาศัยสถานที่หรือบริเวณที่กว้างพอจะจัดกลุ่มให้อภิปรายกันได้
- 3) หากผู้เรียนไม่รู้หรือไม่ปฏิบัติตามบทบาทหน้าที่สมาชิกกลุ่มที่ดี การอภิปรายอาจไม่ได้ผลดี
- 4) หากสมาชิกกลุ่มและผู้สอน ไม่สามารถควบคุมสถานการณ์ได้ดี อาจเกิดปัญหาการปฏิสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกในกลุ่มได้

สรุปได้ว่ากิจกรรมกลุ่มนั้นเป็นกิจกรรมที่จัดขึ้นเพื่อให้สมาชิกกลุ่มในผู้ดูแลเด็กโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว ได้พูดคุยแลกเปลี่ยนข้อมูล แสดงความคิดเห็น และประสบการณ์ในประเด็นที่กำหนด อันช่วยให้สมาชิกกลุ่มเกิดการเรียนรู้ พัฒนาตนเอง เข้าใจตนเอง เข้าใจผู้อื่น และสามารถนำข้อสรุปที่ได้ไปใช้ในการแก้ปัญหาในการดูแลเด็ก การดำเนินชีวิต และสร้างประโยชน์แก่ส่วนรวมได้

นอกจากนี้ผู้วิจัยนำเอาวิธีการโทรศัพท์ติดตามรายบุคคลมาส่งเสริมในการให้ข้อมูลเพิ่มเติมแก่ผู้ดูแลที่บ้าน เป็นการให้คำแนะนำหรือสอบถามปัญหา อุปสรรคในการปฏิบัติตัวเมื่ออยู่บ้าน มีรายละเอียด ดังนี้

6. การโทรศัพท์ติดตาม

6.1 ความหมายของการโทรศัพท์ติดตาม

มีนักวิชาการได้ให้ความหมายของการโทรศัพท์ติดตามไว้ ดังนี้

วาสนา ชนะพลพัฒน์ (2548) ได้กล่าวถึงการโทรศัพท์ ไว้ว่า เป็นการสื่อสารสองทางที่สามารถติดต่อสื่อสารกับผู้ป่วยและครอบครัวได้สะดวก รวดเร็ว และค่าใช้จ่ายน้อย ช่วยให้การให้บริการทางสุขภาพเป็นไปอย่างรวดเร็ว คล่องตัว และมีประสิทธิภาพมากขึ้น

วรรณ คมขำ และคณะ (2549) ให้ความหมายของการโทรศัพท์ติดตามเยี่ยมว่า เป็นวิธีการสอนหรือการให้ความรู้และให้คำแนะนำในการดูแลผู้ป่วยโดยตรง ซึ่งเป็นอีกวิธีการหนึ่งที่ช่วยส่งเสริมให้พ่อแม่/ผู้ปกครองเกิดความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ทำให้เกิดความพึงพอใจ และคลายความวิตกกังวลได้

ชูชัย ศุภวงศ์และคณะ (2552) ได้ให้ความหมายของการโทรศัพท์ติดตามเยี่ยมไว้ว่า เป็นการบริการเชิงรุกที่ผู้ให้บริการใช้เป็นช่องทางติดต่อสื่อสารโดยตรงกับผู้รับบริการ ในการให้คำแนะนำ ติดตามการปฏิบัติ หรือกรณีผู้ใช้บริการไม่มั่นใจ หรือไม่แน่ใจในปัญหาสุขภาพของตนเอง และคนในครอบครัว และเป็นการสร้างความมั่นใจในการดูแลสุขภาพ

6.2 วิธีการและระยะเวลา

จากการทบทวนรายงานการวิจัยที่นำเอาการโทรศัพท์มาใช้ในการให้ข้อมูลและติดตามการดูแลต่อเนืองที่บ้าน ดังนี้ นงเยาว์ ภูริวัฒนกุลและคณะ (2550) ศึกษาผลของการให้ความรู้ผ่านทางโทรศัพท์ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยกระดูกพีเมอร์ห์กระดูกหักพื้น โดยโทรศัพท์ติดตามเยี่ยมผู้ป่วย 2 ครั้ง ในสัปดาห์ที่ 1 และสัปดาห์ที่ 3 หลังการผ่าตัดและจำหน่ายกลับบ้าน ใช้เวลา 20 - 30 นาที /ครั้ง/ราย ในการกระตุ้นเตือนการปฏิบัติตัวรวมถึงสอบถามปัญหาและอุปสรรค และให้คำแนะนำเพิ่มเติม พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการให้ความรู้ผ่านทางโทรศัพท์มีพฤติกรรมการดูแลตนเองสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 กุลวรา คุปรัตน์และนันทฐา โพธิโยธิน (2554) ศึกษาผลของการเยี่ยมก่อนผ่าตัดทางโทรศัพท์อย่างมีแบบแผนต่อระดับความวิตกกังวลในผู้ดูแลเด็กที่มารับการผ่าตัดแบบไม่พักค้างในโรงพยาบาล โดยการโทรศัพท์เยี่ยมผู้ดูแลเด็กก่อนวันที่ผู้ป่วยเด็กมารับการผ่าตัด 1 วัน ประกอบด้วยการสร้างสัมพันธภาพ การให้ข้อมูลเกี่ยวกับการเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัด ขั้นตอนในการมารับการผ่าตัด และการดูแลหลังผ่าตัด พบว่า ผู้ดูแลเด็กกลุ่มที่ได้รับการโทรศัพท์เยี่ยมก่อนการผ่าตัดมีระดับความวิตกกังวลน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และการศึกษาของ แสงทอง ธีระทองคำและคณะ (2557) ศึกษาผลของโปรแกรมการเยี่ยมบ้านร่วมกับการติดตามทางโทรศัพท์ ต่อพฤติกรรมสุขภาพและภาวะสุขภาพของผู้ป่วยที่เป็นความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ ซึ่งมีการเยี่ยมบ้านและการโทรศัพท์ติดตามในการทบทวนปัญหา ความเข้าใจและการประเมินการปฏิบัติ โดยการโทรศัพท์ติดตามสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ครั้งละ 20 - 30 นาที เป็นเวลา 8 สัปดาห์ พบว่า กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพโดยรวมและรายด้านสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สรุปได้ว่า การโทรศัพท์ติดตามเยี่ยมเป็นการให้บริการเชิงรุกที่มีการติดต่อกันทั้งสองทางระหว่างผู้ให้บริการกับผู้ใช้บริการ ซึ่งมีความสะดวก รวดเร็ว ประหยัด และสามารถให้ข้อมูลเป็นรายบุคคลได้ตรงตามความต้องการของผู้ใช้บริการ ทำให้เกิดความมั่นใจในการดูแลสุขภาพมากขึ้น และใช้เวลาในการโทรศัพท์ติดตามประมาณ 20-30 นาที ในการทบทวนความเข้าใจในการดูแล และการประเมินการปฏิบัติ รวมถึงสอบถามปัญหาและอุปสรรค และให้คำแนะนำเพิ่มเติม

7. อานาปานสติ

7.1 แนวคิดของอานาปานสติ

อานาปานสติตามหลักพระธรรมคำสอนขององค์สมเด็จพระสัมมาสัมพุทธเจ้า เป็นการกำหนดสติระลึกรู้ที่ลมหายใจเข้าออก ให้รู้ตัวเองว่ามีลมหายใจผ่านเข้าและออกในปัจจุบันขณะเป็นหมวดกายานุปัสสนา เป็นเครื่องมือในการทำสติปัฏฐานทั้งสี่ให้ถึงพร้อมบริบูรณ์ ซึ่งส่งผลต่อให้โพชฌงค์ทั้งเจ็ดเจริญ เต็มรอบ อันนำไปสู่วิชาและวิมุตติในที่สุด ด้วยการนำลมหายใจมาใช้ อันเป็นพื้นฐานของการปฏิบัติธรรมขั้นต่อไป (พุทธวจน, 2555)

อานาปานสติเป็นการกำหนดจิตให้แน่วแน่อยู่ในอารมณ์เดียว โดยมีสติรับรู้ที่ลมหายใจเข้าออก หรือฝึกตนให้มีสติอยู่กับปัจจุบันในทุกขณะ ทำให้จิตตั้งมั่น ไม่ฟุ้งซ่าน ทำให้เกิดความสงบสติอยู่ในปัจจุบันขณะอย่างเป็นสุข และสามารถชำระล้างความขุ่นข้องหมองใจให้หายไป (พุทธทาสภิกขุ, 2530)

การฝึกอานาปานสติเป็นขั้นตอนการเริ่มต้นในการดำเนินการฝึกตามหลักสติปัฏฐาน ซึ่งมี 4 หมวดหรือ 4 ขั้นตอนตามลำดับอานาปานสตินี้ กล่าวถึงสติปัฏฐาน ดังนี้ คือ 1) กายานุปัสสนา การมีสติรู้อยู่ที่กาย คือ ลมหายใจเข้าออก 2) เวทนานุปัสสนา การมีสติระลึกรู้ที่ความเวทนา คือ ความรู้สึกปกติ อิ่มเอิบใจและความรู้สึกสุขพร้อมทั้งอาการเกิดขึ้นและทำให้ปิติและสุขดับไป 3) จิตตานุปัสสนา การมีสติระลึกรู้อาการที่เกิดขึ้นในจิตใจที่แสดงถึงความโลภ ความโกรธ ความหลง ความฟุ้งซ่าน ความสงบ ความตั้งมั่น แล้วทำจิตให้เบิกบานตั้งมั่นเป็นสมาธิ 4) ธัมมานุปัสสนา การมีสติตามระลึกรู้ความไม่เที่ยงแท้แน่นอน (อนิจจัง) ความจางคลายจากความยึดมั่นถือมั่น ความดับลง ในการฝึกอานาปานสติครั้งนี้เป็นการกำหนดดูลมหายใจเข้าออกซึ่งเป็นขั้นแรกของกายานุปัสสนา ซึ่งผู้เริ่มฝึกสมาธิแนวนี้สามารถที่จะเริ่มฝึกปฏิบัติได้ง่าย ทั้งนี้เนื่องจากลมหายใจเป็นส่วนที่หายาบที่สุดในบรรดาวัตถุแห่งสติ ทั้ง 4 สามารถตั้งสติกำหนด จับเอาเป็นอารมณ์ได้ง่าย และมีความสัมพันธ์และส่งผลต่อทั้งร่างกายและจิตใจโดยตรง (พุทธทาสภิกขุ, 2530)

ในทางพุทธศาสนาได้นับถึงความสำคัญของลมหายใจ และได้จัดไว้เป็นส่วนหนึ่งของภาคปฏิบัติเบื้องต้นสำหรับการฝึกจิต ในอภิธรรมมัตถสังคหบาลี ได้แสดงให้เห็นว่า อานาปานสติเป็นกรรมฐานที่มีความสำคัญมาก และถือว่าเป็นพื้นฐานของกรรมฐานอื่นทั้งหมด คำว่า “อานาปานสติ” แยกออกเป็น 3 บท ดังนี้

อาน + ปาน (หรืออปาน) + สติ , อาน หมายถึง ลมหายใจเข้า (breathing in)

ปานหรืออปาน หมายถึง ลมหายใจออก (breathing out)

สติ หมายถึง ความระลึก (mindfulness)

ดังนั้นเมื่อนำ 3 บท มารวมกัน อานปานสติ จึงหมายถึง การระลึกอยู่ในลมหายใจเข้าออก (mindfulness of breathing in and out) (จำลอง ดิษยวณิชและพริ้มเพรา ดิษยวณิช, 2545)

สรุปได้ว่า อานาปานสติเป็นการฝึกสมาธิรูปแบบหนึ่ง โดยให้มีสติรับรู้จดจ่ออยู่ที่ลมหายใจ ที่มากระทบที่ปลายจมูก เป็นการตามลมหายใจเข้าออกของตน จนเมื่อจิตเกิดความตั้งมั่น จะทำให้ร่างกายอยู่ในภาวะที่ผ่อนคลายและสงบ ซึ่งเป็นการปฏิบัติสมาธิขั้นพื้นฐานที่เรียกว่า “ กายานุปัสสนาสติปัฏฐาน ” อันเป็นพื้นฐานของการปฏิบัติธรรมขั้นต่อไป

7.2 รูปแบบของการฝึกสมาธิ การฝึกสมาธิรูปแบบต่างๆ ได้แก่ (สำนักพัฒนาสุขภาพจิต, 2545; กรมสุขภาพจิต, 2548)

7.2.1 โยคะ คือ การฝึกสมาธิที่มีมานานก่อนพุทธกาล โดยการใช้วิธีบริหารร่างกาย ซึ่งมีหลักการ คือ “สุขภาพทางกายนั้นเป็นรากฐานของสุขภาพทางจิต” ดังนั้นในการทำโยคะนั้น จะมีการออกกำลังกายบริหารร่างกาย และส่งใจไปตามส่วนต่างๆ ของร่างกายให้เกิดความผ่อนคลายสบาย และยังเน้น เรื่องของการกำหนดลมหายใจหรือลมปราณ ซึ่งเชื่อว่ามีความสัมพันธ์กับจิตอย่างแนบแน่น

7.2.2 สมาธิแบบ TM ย่อจาก Transcendental Meditation ที่ถูกนำไปเผยแพร่โดยมหาฤๅษี วิธีการของ TM คือ การท่อง “ มন্ত্রา ” (Muntra) ซึ่งจะท่องซ้ำ ๆ ภาวนาในใจ เพื่อให้เกิดความผ่อนคลาย การฝึกสมาธิตามแบบที่เบตนั้นเป็นวิธีการปฏิบัติแนวหนึ่ง ที่นอกจากต้องการจิตใจที่บริสุทธิ์แล้วยังต้องการอำนาจจิตด้วยรูปแบบการฝึก จึงมุ่งเพ่งความคิดให้แน่วแน่ลงไปในเรื่องเดียว หากสามารถรวมพลังจิต ทำนองเดียวกับการรวมแสงอาทิตย์จะทำให้ได้พลังจิตอย่างมหาศาล การปฏิบัติสมาธิแบบนี้จะต้องรวบรวมร่างกาย ความคิด และประสาทสัมผัสเข้าด้วยกัน ด้วยดวงจิตที่มีสติควบคุมจดจ่อเป็นอารมณ์เดียว และจะต้องดำเนินการตามขั้นตอนนั้นให้ครบถ้วน จึงจะบังเกิดผลขึ้นมาได้ในเวลาอันควร การปฏิบัติทุกขั้นตอนจะต้องไม่รีบร้อน ทำแบบช้า ๆ เพื่อให้ร่างกาย ความคิด และประสาทสัมผัสสามารถผสมผสานเข้าสู่กระบวนการได้อย่างถูกต้อง ผลที่เกิดขึ้นก็จะได้ไม่ขาดตกบกพร่อง

7.2.3 การฝึกสมาธิในพระพุทธศาสนาแบบมหายาน ได้แก่ สมาธิแบบเซนในปัจจุบัน เป็นวิธีปฏิบัติที่นิยมในพระพุทธศาสนานิกายเซนในประเทศญี่ปุ่นมีวิธีปฏิบัติที่สำคัญอยู่ 2 สาย สายแรกคือ รินไซเซน (Rinzai Zen) มีปริศนาธรรมเป็นหัวใจของการปฏิบัติ ส่วนสายที่สองคือ โซโตเซน (Soto Zen) ใช้อีกวิธีหนึ่งที่เรียกว่า ชิคานทาสา เป็นหัวใจของการปฏิบัติ รินไซเซนในปัจจุบันใช้โกอานเป็นหัวใจของการปฏิบัติ ซึ่งการปฏิบัตินั้น เมื่อนักศึกษาเข้าไปขอกรรมฐานกับอาจารย์แล้ว อาจารย์ก็จะให้โกอานข้อที่หนึ่งซึ่งก็คือ ให้ภาวนาคำว่า “ มู ” จนกว่าจะหาคำตอบได้ พอตอบได้แล้ว อาจารย์ก็จะให้โกอานข้อที่ 2 เราตอบได้ก็ให้ข้อที่ 3 ข้อที่ 4 ข้อที่ 5 ไปเรื่อย ๆ จนกว่าจะหมดโกอาน ในหนังสือ “ มูมอนคาน ” แล้วถือว่าจบหลักสูตร ถือได้ว่ารู้ธรรมะขั้นลึกซึ้ง ส่วนสายที่ 2 คือ โซโตเซน

เช่น ใช้วิธีการที่แตกต่างออกไป คือ ให้นั่งสมาธินิ่งๆ แต่ไม่หลับตา และไม่ต้องภาวนา ไม่ต้องดู ลม หายใจ ไม่ต้องทำอะไรทั้งสิ้น นั่งเฉยๆ แล้วให้รู้สึกตัว ให้นั่งอยู่ในความรับรู้ทุกสิ่งทุกอย่าง มีสติรับรู้ ทุกสิ่งทุกอย่าง

7.2.4 การฝึกสมาธิในพระพุทธศาสนาแบบเถรวาท มีหลายวิธีการปฏิบัติ และแหล่งที่มีการสอนมักจะเป็นในประเทศศรีลังกา พม่า และไทย เป็นต้น สำหรับในที่นี่จะมุ่งกล่าวถึงการฝึกสมาธิแบบเถรวาทที่มีการสอนในประเทศไทยเป็นหลัก แต่อย่างไรก็ตามแม้ในประเทศไทยเอง ก็มีหลากหลายรูปแบบและมีหลายสำนักปฏิบัติธรรมที่เผยแพร่ วิธีการปฏิบัติในปัจจุบัน ทั้งนี้หากพิจารณาถึงความหลากหลายวิธีการและหลากหลายสำนักปฏิบัติธรรมนี้ แสดงให้เห็นว่ามีผู้สนใจศึกษาและปฏิบัติธรรมกันมาก หากแต่ละสำนักรวมทั้งผู้มุ่งที่จะศึกษาและฝึกสมาธิ ได้ลงมือศึกษา และฝึกฝนอย่างจริงจังแล้ว ย่อมจะเกิดผลดีทั้ง แก่ผู้ปฏิบัติ

7.2.5 การฝึกสมาธิแบบพองหนอ-ยุบหนอ การฝึกสมาธิแบบนี้จะเน้นการใช้สติปัญญา ฐาน 4 ควบคู่กับการบริกรรมพองหนอ-ยุบหนอ วิธีปฏิบัตินั้นทั้งมีการให้เดินจงกรม โดยเน้นให้มีสติอยู่ที่สันเท้าเป็นหลัก และเมื่อเดินจงกรมครบกำหนดแล้วให้นั่งสมาธิ เอาสติไว้ที่ท้องภาวนาว่า “ พองหนอ ยุบหนอ ” ตามอาการพองยุบของหน้าท้องเวลาหายใจเข้าออก ถ้านั่งครบกำหนดแล้วก็ให้ลุกขึ้นเดินจงกรมอีก และนั่งสมาธิอีก ทำให้ต่อเนื่องสลับกันไป สำหรับการนั่งสมาธิและเดินจงกรมลักษณะนี้ มุ่งเน้นพิจารณาตามกฎไตรลักษณ์ การทำสมาธิด้วยการภาวนา พองหนอ-ยุบหนอ เป็นการฝึกสติอยู่กับลมหายใจที่ท้องเป็นหลัก ส่วนถ้ามีอาการอื่นมาแทรกก็ให้พิจารณา คือ เอาอารมณ์นั้นมาภาวนา แทนจนกว่าใจจะสงบ ทั้งหมดนี้มุ่งหวังให้ใจรู้เท่าทันอารมณ์ที่เกิดขึ้นกับตนเองอยู่เสมอ

7.2.6 การฝึกสมาธิแบบอานาปานสติตามหลักพระธรรมคำสอนขององค์สมเด็จพระสัมมาสัมพุทธเจ้า (พุทธวจน, 2555) เป็นรูปแบบการฝึกสมาธิที่นิยมฝึกกันมากในพระพุทธศาสนาเถรวาท เช่น การฝึกสมาธิตามแบบสายพระรุดงค์อีสานโดยมีพระอาจารย์มั่น ภูริทัตตเถระ ซึ่งท่านใช้คำว่า พุท - โธ เป็นหลักในการภาวนาตามจังหวะลมหายใจเข้า-ออก นอกจากนี้ท่านยังเน้นการเดินจงกรม โดยระยะที่จะเดินประมาณ 5 ถึง 10 เมตร มองทอดสายตาดูไปข้างหน้าประมาณ 4 ก้าว เพื่อไม่ให้จิตใจวอกแวก กำหนดจิตอยู่ที่การก้าวเดินและคำภาวนา การทำสมาธิแบบอานาปานสติจะใช้วิธีเอาสติไปอยู่ที่ลมหายใจเข้า-ออก โดยภาวนาพุท-โธ กำกับด้วย และการฝึกอานาปานสติตามแนวท่านพุทธทาสภิกขุ ที่กำหนดลมหายใจเข้าออกโดย ไม่มีคำบริกรรมใดๆ โดยกำหนดสติไว้ที่ปลายจมูกเพื่อสังเกตลมหายใจเข้าออก ปล่อยลมหายใจให้เป็นไปตามธรรมชาติ การฝึกอานาปานสติแบบนี้ไม่มีคำบริกรรมใด ๆ มีปรากฏในอานาปานสติสูตรว่า บุคคลผู้ฝึกแม้จะฝึกได้เพียง 4 ชั้นแรก ก็ทำให้ได้สมาธิที่ส่งผลเป็นความเอิบอิ่ม(ปิติ) และความสุข (สุข) (พุทธทาสภิกขุ, 2530)

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยนำการฝึกสมาธิแบบอานาปานสติ ตามหลักพระธรรมคำสอนขององค์สมเด็จพระสัมมาสัมพุทธเจ้า (พุทธวจน, 2555) มาใช้ในขั้นตอนการวิธีเผชิญภาวะคุกคาม เพื่อเป็นแนวทางในการลดความเครียดของผู้ดูแลในครอบครัวด้วยการกำหนดลมหายใจเข้าออก ให้มีสติรับรู้จดจ่ออยู่ที่ลมหายใจที่มากกระทบที่ปลายจมูก เป็นการตามลมหายใจเข้าออกของตน จนเมื่อจิตเกิดความตั้งมั่น จะทำให้ร่างกายอยู่ในภาวะที่ผ่อนคลายและสงบ ซึ่งเป็นการปฏิบัติสมาธิขั้นพื้นฐานที่เรียกว่า “กายานุปัสสนาสติปัฏฐาน” เป็นวิธีการฝึกสมาธิที่ง่าย สามารถนำมาใช้ได้กับบุคคลทั่วไป โดยไม่ต้องมีพื้นฐานใดๆ (ท่านพุทธทาสภิกขุ, 2540) อีกทั้งเป็นการทำสมาธิที่ไม่จำเป็นต้องใช้อุปกรณ์สถานที่ หรือ การใช้ความรู้หรือเทคนิคที่ซับซ้อนในการปฏิบัติเพื่อลดความเครียดเหมือนกับวิธีการทำสมาธิแบบอื่นๆ

7.3 วิธีการฝึกอานาปานสติ

การฝึกอานาปานสติในประเทศไทย มี 2 รูปแบบ คือ การฝึกอานาปานสติที่กำหนดลมหายใจเข้าออกโดยไม่มีคำบริกรรมใดๆ โดยกำหนดสติไว้ที่ปลายจมูกเพื่อสังเกตลมหายใจเข้าออก ปล่อยลมหายใจให้เป็นไปตามธรรมชาติ การฝึกอานาปานสติแบบไม่มีคำบริกรรมใด ๆ นี้ เป็นการฝึกแบบดั้งเดิม มีปรากฏในอานาปานสติสูตรว่า บุคคลแม้จะฝึกได้เพียง 4 ชั้นแรกก็ทำให้ได้สมาธิที่ให้ผลเป็นความเอิบอิม (ปิติ) และความสุข (สุข) และใช้เป็นฐานของการใคร่ครวญพิจารณาให้เห็นความจริงของโลกและชีวิต (ไตรลักษณ์) ได้ (พุทธทาสภิกขุ, 2530) ส่วนการฝึกอานาปานสติอีกรูปแบบหนึ่งที่ยอมรับปฏิบัติกัน คือ การฝึกอานาปานสติที่กำหนดคำบริกรรมไปพร้อมๆ กับการหายใจเข้าออก ซึ่งส่วนใหญ่จะนิยมใช้คำบริกรรม “พุทโธ” เป็นหลัก ซึ่งการฝึกอานาปานสติตามแนวนี้จะมีลักษณะคล้ายๆ กับการบังคับจิต เพื่อให้จดจ่ออยู่กับคำบริกรรมพร้อมๆ กับตั้งสติกำหนดลมหายใจที่ปลายจมูก การฝึกสมาธิแบบอานาปานสตินี้ใช้ลมหายใจเข้าออกในการฝึก ใช้ความเจียร ใจไม่ใช้เสียง ไม่ต้องแสดงท่าทาง และไม่ต้องใช้อุปกรณ์ช่วยใดๆ นอกจากนี้การฝึกอานาปานสติยังเป็นวิธีที่ปลอดภัย เพราะเป็นการฝึกจิตที่ประณีต ไม่สร้างความกลัว หรือความสับสนให้เกิดขึ้น และผู้ฝึกอานาปานสติอย่างถูกต้องยังสามารถรับผลของการฝึกเป็นความสงบในทันที (พุทธทาสภิกขุ, 2530) และมีการเตรียมดังนี้

7.3.1 ผู้ฝึก พุทธทาสภิกขุ (2530) ผู้ฝึกสมาธิแบบอานาปานสติควรเตรียมพร้อมดังนี้ การฝึกการหายใจให้มีความคล่อง หายใจสะดวกทั้งหายใจเข้าและหายใจออก เพราะในเบื้องต้นของการฝึกนั้นต้องมีการบังคับลมหายใจบ้างเล็กน้อย การเตรียมการหายใจให้คล่องจะช่วยให้ทราบความละเอียดและความหายาบได้เร็วและง่ายขึ้น เรื่องการกินควรกินให้พอดี ไม่มากและไม่น้อยเกินไป เพราะจะทำให้จิตติดอยู่กับเรื่องการกิน ควรสลัดออกไปให้มากที่สุดเท่าที่จะมากได้ ผู้ฝึกอานาปานสติควรสลัดเรื่องหรืออารมณ์ที่รบกวนจิตใจออกไปเสียก่อน หรือทำเป็นไม่สนใจ ไม่ใส่ใจ ทำให้ไม่รู้ไม่ชี้กับมัน

7.3.2 บรรยากาศและสถานที่ สำหรับผู้เริ่มฝึกใหม่นั้นสถานที่ในการฝึกควรเป็นสถานที่สงบเงียบ ไม่มีเสียงหรืออารมณ์อื่นรบกวน เพื่อให้สภาพแวดล้อมเอื้อต่อการฝึก ซึ่งพระธรรมปิฎก (ป.อ. ปยุตโต, 2543) เปรียบเทียบไว้ว่า “เหมือนคนหัดว่ายน้ำใหม่ที่ต้องอาศัยอุปกรณ์ช่วยหรือเริ่มหัดในน้ำที่สงบไม่มีคลื่นลมแรงก่อน” แต่เมื่อเริ่มฝึกให้จิตสงบได้ระดับหนึ่งแล้ว สถานที่ที่สงบก็มีความจำเป็นน้อยลง เนื่องจากจิตใจได้สัมผัสความสงบและเคยตัดอารมณ์ที่อยู่ภายนอกและภายในของตนเองได้ ผู้ฝึกจึงสามารถฝึกได้ทุกที่ ทุกเวลา (พุทธทาสภิกขุ, 2530)

7.3.3 อิริยาบถ สามารถฝึกได้ทุกอิริยาบถ ทั้งการนอน การนั่ง การยืน และการเดิน แต่ที่สะดวกที่สุด คือ อิริยาบถนั่ง โดยมีหลักการอยู่ที่ว่าอิริยาบถใดก็ตามที่ทำให้ร่างกายอยู่ในภาวะผ่อนคลายที่สุด แม้ต้องปฏิบัติอยู่นาน ๆ ก็ไม่เมื่อยล้า ช่วยให้หายใจคล่องสะดวกก็ใช้อิริยาบถนั้น และเมื่อเกิดความสงบขึ้นภายในจิตใจขั้นใดขั้นหนึ่งได้แล้ว ก็อาจรักษาความสงบคือ ฝึกอานาปานสติได้ทุกอิริยาบถ (พุทธทาสภิกขุ, 2530; พระธรรมปิฎก (ป.อ.ปยุตโต), 2543) แต่ท่าที่ดีที่สุดสำหรับการฝึก คือ ท่านั่ง (พุทธทาสภิกขุ, 2530; พระธรรมปิฎก (ป.อ.ปยุตโต), 2547) เรียกว่า นั่งขัดสมาธิ หรือในอานาปานสติสูตร พระพุทธองค์ตรัสเรียกท่านั่งนี้ว่า นั่งคู้บัลลังก์ การนั่งแบบนี้ต้องตั้งกายให้ตรง คือ ให้ร่างกายท่อนบนตั้งตรง กระดูกสันหลัง 18 ข้อ มีปลายจดกัน การนั่งอย่างนี้ทำให้หนังเนื้อและเอ็นไม่ขัด ลมหายใจเดินสะดวก นอกจากนี้ควรนั่งให้สันเท้าชิดท้องน้อย ถ้าไม่เอาขาไขว้กัน(ขัดสมาธิเพชร)ก็ควรเอาขาขวาทับขาซ้ายและวางมือบนตักชิดท้องน้อย มือขวาทับมือซ้ายให้นิ้วหัวแม่มือจรดกัน ซึ่งการนั่งขัดสมาธินี้เป็นท่านั่งที่มั่นคง เมื่อจิตเข้าเป็นสมาธิดีแล้วก็จะมีความสมดุลทางร่างกายมากขึ้น จะรู้สึกนั่งเบาสบาย ไม่รู้สึกหนักหน่วง นั่งอยู่เป็นเวลานานได้โดยไม่มีอาการเจ็บปวดตามร่างกายรบกวน ช่วยให้จิตใจเป็นสมาธิมากขึ้น (พระธรรมปิฎก (ป.อ.ปยุตโต), 2547) การฝึกอานาปานสติมีทั้งการใช้วิธีหลับตาและการลืมตา แต่การลืมตาเพ่งดูที่ปลายจมูกเป็นเทคนิคที่ดีกว่าและได้ผลในระยะยาวมากกว่าหลับตา (พุทธทาสภิกขุ, 2530) แต่ทั้งนี้การลืมตาเหมาะสำหรับบุคคลผู้หลับตาแล้วรู้สึกฟุ้งซ่าน วุ่นวายภายในจิตใจ จิตใจไม่เป็นสมาธิ และรู้สึกง่วงนอน อยากหลับ ส่วนการหลับตานั้นตรงกันข้าม เหมาะสำหรับบุคคลที่รู้สึกฟุ้งซ่าน วุ่นวายกับอารมณ์ที่อยู่ภายนอก ดังนั้นการที่จะทำให้เป็นสมาธิได้ง่าย จึงเป็นตัวกำหนดว่าควรลืมตาหรือหลับตา

7.3.4 องค์ประกอบของการฝึกอานาปานสติ การฝึกอานาปานสติที่ถือปฏิบัติตามแนวอานาปานสติสูตรที่มีองค์ประกอบสำหรับการฝึกที่สำคัญ 2 ประการ คือ สติ (mindfulness) และวัตถุแห่งสติสัมปชัญญะ (objects of awareness) (พรเทพ รุ่งคุณากร, 2544)

7.3.5 วิธีการฝึกอานาปานสติ

การฝึกอานาปานสติ หรือการเจริญอานาปานสติ ตามนัยแห่งมหาสติปัฏฐานสูตรขององค์สมเด็จพระสัมมาสัมพุทธเจ้า ได้ทรงตรัสถึงวิธีการฝึกอานาปานสติไว้ว่า

“ภิกษุทั้งหลาย ในกรณีนี้ ภิกษุไปแล้วสู่ป่า หรือโคนไม้ หรือเรือนว่างก็ตาม, ย่อมนั่งคู้ขาเข้ามาโดยรอบ (ขัดสมาธิ) ตั้งกายตรง ดำรงสติเฉพาะหน้า, เธอเป็นผู้มีสติหายใจเข้า มีสติหายใจออก **1) เมื่อหายใจเข้ายาว** ก็รู้ชัดว่าเราหายใจเข้ายาว, หรือเมื่อหายใจออกยาว ก็รู้ชัดว่าเราหายใจออกยาว: หรือว่า **2) เมื่อหายใจเข้าสั้น** ก็รู้ชัดว่าหายใจเข้าสั้น, หรือเมื่อหายใจออกสั้น ก็รู้ชัดว่าเราหายใจออกสั้น”

พุทธทาสภิกขุ (2530) ได้กล่าวถึงวิธีการฝึกอานาปานสติไว้ ดังนี้ เมื่อเริ่มต้นควรหายใจเข้ายาวลึกๆและช้าๆ เต็มปอด 2-3 ครั้ง พร้อมกับตั้งความรู้สึกให้ตัวโล่งสมองโปร่งสบายเสียก่อน แล้วจึงดำเนินการฝึกโดยการกำหนดลมหายใจเข้าออก ดังนี้

1. เมื่อหายใจเข้ายาวก็รู้ชัดว่า “เราหายใจเข้ายาว” เมื่อหายใจออกยาวก็รู้ชัดว่า “เราหายใจออกยาว”
2. เมื่อหายใจเข้าสั้นก็รู้ชัดว่า “เราหายใจเข้าสั้น ” เมื่อหายใจออกสั้นก็รู้ชัดว่า “เราหายใจออกสั้น ”
3. สำเนียงกว่า “เรากำหนดรู้กองลมทั้งปวง หายใจเข้า” สำเนียงกว่า “เรากำหนดรู้กองลมทั้งปวง หายใจออก”
4. สำเนียงกว่าว่า “ เราระงับกายสังขาร หายใจเข้า ” สำเนียงกว่า “เราระงับกายสังขาร หายใจออก”
5. กำหนดสติตั้งมั่นที่ลมหายใจอย่างเดียว ไม่ไปเผลอคิดเรื่องอื่น สนใจแต่ลมหายใจเข้าออกเท่านั้น

7.4 ผลของสมาธิต่อการเปลี่ยนแปลงทางสรีระ

7.4.1 การเปลี่ยนแปลงทางชีวเคมี จากการศึกษาพบว่าเมื่อฝึกสมาธิ ขณะที่จิตสงบเป็นสมาธิ นั้น ร่างกายจะหลั่งสาร endorphins ออกมามากขึ้น ซึ่งสารกลุ่มนี้มีคุณสมบัติคล้ายมอร์ฟิน ที่มีอยู่ในร่างกาย ซึ่งสารประเภทนี้จะช่วยให้เกิดความรู้สึกสดชื่น อิ่มเอิบ และสุขสบาย จากนี้การปฏิบัติสมาธิยังมีผลต่อการทำงานของระบบหัวใจและหลอดเลือด โดยลดอัตราการเต้นของหัวใจ ความดันโลหิตซิสโตลิกและความดันโลหิตไดแอสโตลิก ช่วยลดภาวะความดันโลหิตสูงได้ (จำลอง ดิษยวณิช, 2544; Wallace & Benson, 1972)

7.4.2 การเปลี่ยนแปลงทางระบบประสาท การมีสติเป็นการทำงานของระบบประสาทขั้นสูง และเป็นพื้นฐานของความรู้สึกและความจำ บริเวณของสมองที่เป็นแหล่งของการมีสติ จะตั้งอยู่ที่เครือข่ายของเส้นประสาทที่ทำงานประสานกันตั้งแต่ก้านสมอง บริเวณส่วนกลางไปจนถึงส่วนของธาลามัส พบว่า ผู้ที่ปฏิบัติสมาธิจนจิตสงบ การทำงานของคลื่นสมองจะเป็นคลื่นขนาดใหญ่ 10 – 150 mv ความถี่ 8 – 13 Hz เรียกว่าคลื่นแอลฟา ส่วนผู้ที่ปฏิบัติในระดับสมถกัมมภูฐานจะมีคลื่นสมองแบบเบต้า มีความถี่ระดับ 14 – 30 Hz นอกจากนี้การปฏิบัติสมาธิมีผลต่อการ

เปลี่ยนแปลงของการหลั่งสารสื่อประสาทในสมอง ที่เรียกว่า serotonin metabolite ซึ่งเป็นสารช่วยให้การนอนหลับ ตรงกันข้ามกับ catecholamine metabolite ที่สัมพันธ์กับความเครียด จากการศึกษาพบว่าขณะที่ฝึกสมาธิ ร่างกายอยู่ในภาวะที่สงบและผ่อนคลาย จะมีการตอบสนองของร่างกายโดยมีจุดกำเนิดที่ Hypothalamus ซึ่งเป็นจุดควบคุมภาวะสมดุลของร่างกาย เมื่อร่างกายผ่อนคลาย จะทำให้การทำงานของระบบประสาทอัตโนมัติและต่อมไร้ท่อทำงานลดลง ส่งผลให้การทำงานของระบบประสาทซิมพาเธติกลดลงและเพิ่มการทำงานของระบบประสาทพาราซิมพาเธติกมากขึ้น เกิดการหลั่ง nor-epinephrine ลดลง ซึ่งมีความเกี่ยวข้องกับระดับ lactate ในเลือด เพราะ epinephrine เป็นตัวกระตุ้นให้กล้ามเนื้อและกระดูกผลิต lactate ในร่างกาย ดังนั้นการที่ nor-epinephrine ลดลง จึงทำให้ระดับ lactate ในเลือดลดลง มีผลต่อการทำงานของกล้ามเนื้อเรียบ ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยา เช่น มีการเผาผลาญของร่างกายลดลง อัตราการเต้นของหัวใจลดลง การหายใจลดลง ความดันโลหิต และความตึงตัวของกล้ามเนื้อลดลง อีกทั้งยังส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของคลื่นสมอง โดยเกิดคลื่นสมองมีลักษณะเป็นอัลฟามาก ซึ่งคลื่นดังกล่าวเป็นภาวะที่แสดงถึงลักษณะพิเศษของภาวะการตื่นตัวแบบเครียด ที่เปลี่ยนไปสู่ภาวะการตื่นตัวแบบพร้อมแต่ไม่ตื่นเต้น (Restful alertness) จึงส่งผลให้คลายความเครียดและความวิตกกังวลลง (Wallace & Benson, 1972)

7.5 ประโยชน์ของการฝึกอานาปานสติ

ประโยชน์ของการทำสมาธิมีหลายประการ ทั้งนี้ผู้ปฏิบัติต้องหมั่นฝึกฝนและทำอย่างสม่ำเสมอ เป็นประจำ จึงจะก่อเกิดประโยชน์ได้และนำมาซึ่งความไม่มีโรคภัยเบียดเบียนมีความสุขทั้งกายและใจ

องค์สมเด็จพระสัมมาสัมพุทธเจ้าได้ตรัสถึงผลของการทำอานาปานสติสมาธิไว้ว่า

“ ภิกษุทั้งหลาย อานาปานสติสมาธิ อันบุคคลเจริญแล้วกระทำให้มากแล้ว อย่างนี้แล ย่อมมีผลใหญ่ มีอานิสงส์ใหญ่ ” หากได้ปฏิบัติแล้วจะช่วยให้จิตหลุดพ้นจากอาสวะทั้งหลาย ไม่ยึดมั่นถือมั่น เกิดปิติและสุข มีสติสัมปชัญญะที่สมบูรณ์ สามารถกำจัดอกุศลได้ ไม่เกิดความฟุ้งซ่าน

“ภิกษุทั้งหลาย อานาปานสติสมาธิ อันบุคคลเจริญแล้ว ทำให้มากแล้ว ด้วยอาการอย่างนี้ ย่อมเป็นของรำงับ เป็นของประณีต เป็นของเย็น เป็นสุขวิหาร และย่อมยังอกุศลธรรมอันเป็นบาปที่เกิดขึ้นแล้วให้อันตรธานไป ให้อันตรธานไปได้ โดยควรแก่ฐานะ ดังนี้ แล.”

มหาวาร.ส.๑๘/๔๐๖/๑๓๕๒-๑๓๕๔. (พุทธวจน, 2555)

พุทธทาสภิกขุ (2548) ได้กล่าวถึงวิธีฝึกปฏิบัติอานาปานสติแต่ละขั้นของแต่ละหมวด และผลที่จะเกิดขึ้นจากการปฏิบัติอานาปานสติไว้ ดังนี้ การฝึกอานาปานสติในหมวดที่ 1 ซึ่งเป็นหมวดกายานุปัสสนา เป็นการฝึกกำหนดรู้จนสามารถรู้จักและมีอำนาจเหนือลมหายใจเข้าออกยาว สามารถรู้จักและมีอำนาจเหนือลมหายใจเข้าออก พร้อมกันนี้ก็รู้ความสัมพันธ์กันระหว่างลมหายใจกับร่างกาย

แล้วบังคับทิศทางลมหายใจได้ จากนั้นจึงทำลมหายใจให้ระงับหรือละเอียดลงได้ ซึ่งส่งผลให้ร่างกายระงับและจิตใจสงบนิ่งระงับตามไปด้วย เมื่อลมหายใจระงับลงความรู้สึกต่อสิ่งทั้งปวงก็ระงับลงละเอียดอ่อนมากขึ้น ผลที่ได้รับจากการฝึกอานาปานสติหมวดนี้ คือ ปิติ ความอิ่มเอิบใจ และความสุขที่แท้จริงที่เกิดจากความสงบระงับที่ดับความร้อนทั้งทางร่างกายและจิตใจลงได้ ทำให้จิตใจสงบเยือกเย็น ละเอียด สุขุม (ครรรชิต แสนอุบล, 2553) และเป็นพื้นฐานสำหรับการฝึกอานาปานสติในหมวดต่อไป ซึ่งท่านพุทธทาสภิกขุได้กล่าวถึงข้อดีของอานาปานสติว่ามีหลายประการ ดังนี้

1. ได้ผลทันทีเมื่อเริ่มปฏิบัติ ไม่ต้องรอนจนเกิดสมาธิเป็นขั้นตอนชัดเจน คือ ผ่อนคลายจิตสงบ สบาย ทำให้อกุศลธรรมระงับและส่งเสริมให้อกุศลธรรมเกิดขึ้น อานาปานสติจึงเป็นทางลัดที่สุดและประหยัด สามารถวัดได้และสามารถประยุกต์ใช้ได้ตามความสามารถของบุคคล

2. ให้ผลดีแก่สุขภาพ ช่วยให้ร่างกายได้รับการพักผ่อนอย่างดี ระบบการหายใจที่ปรับให้ราบเรียบเสมอ ประณีตด้วยการปฏิบัติกรรมฐานก็ช่วยให้ดียิ่งขึ้น เมื่อกายผ่อนคลายเป็นใจก็สงบสบายทำให้จิตมีความสามารถทำหน้าที่ทางจิตได้ดียิ่งขึ้น และยังส่งเสริมภาวะทางร่างกายให้ดียิ่งด้วย

3. อานาปานสติสมาธิเป็นสติปัญญาที่แท้จริง เรียกว่า สติปัญญา 4 คือ เมื่อทำอานาปานสติ ครบทั้ง 16 ชั้นแล้วโพชฌงค์ก็สมบูรณ์ วิชชาและวิมุตติก็สมบูรณ์ ดังนั้นเมื่อทำอานาปานสติ 4 หมวด หมวดละ 4 ชั้น เป็น 16 ชั้นแล้วสติปัญญา 4 ก็จะสมบูรณ์

4. อานาปานสติสมาธิเป็นสัญญาที่ดีที่สุด คือ เป็นเครื่องกำหนดหมายที่ดีที่สุด ทำให้ก้าวหน้าบรรลุนิพพานได้ อันเป็นความสงบของชีวิตระดับสูงสุด

การฝึกอานาปานสติ หรือทำจิตใจให้สงบเป็นสมาธิมีประโยชน์ ดังนี้ (พระธรรมปิฎก, 2542)

1. ได้ความสุขทันตาเห็นในปัจจุบัน หมายความว่า ในขณะที่จิตเกิดสมาธินั้น เราจะเกิดความอิ่มเอิบใจและเป็นสุข คือมีความสุขจากความว่างที่ปราศจากกิเลสชั่วคราว อันเป็นผลมาจากสมาธิ

2. ได้อ่านาจนเป็นทิพย์ ซึ่งหมายถึงความมีหูทิพย์ ตาทิพย์ หรือมีอำนาจพิเศษเหนือกว่าธรรมดา อันล้วนแต่เป็นเรื่องปาฏิหาริย์ทั้งสิ้น

3. ประโยชน์ด้านสุขภาพจิตและการพัฒนาบุคลิกภาพ มีความสมบูรณ์ของสติสัมปชัญญะ ถ้าฝึกสมาธิถูกวิธีแล้วจะเป็นคนมีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์มากขึ้น มีความจำเก่ง มีความรวดเร็วในการตัดสินใจ และสำคัญที่สุดคือ ความมีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ในการดำเนินชีวิตและการปฏิบัติธรรม มีความมั่นคงทางอารมณ์ หนักแน่น มั่นคง สงบ เยือกเย็น รู้จักทำจิตใจให้สงบและผ่อนคลายเป็น

4. เพื่อกระทำอาสวะให้สิ้นไป หมายถึง การทำลายกิเลสภายในใจให้หมดไป โดยการพิจารณาว่า สิ่งทั้งหลายทั้งปวงเป็นความไม่เที่ยง (อนิจจัง) เป็นทุกข์ (ทุกขัง) และความไม่มีตัวตน (อนัตตา)

5. ประโยชน์ในชีวิตประจำวัน ได้แก่

5.1 ช่วยให้จิตใจผ่อนคลายเป็น ลดความเครียด เกิดความสงบ ความวิตกกังวลลดลง

5.2 เป็นเครื่องเพิ่มประสิทธิภาพการทำงาน การเรียน ตลอดจนการทำภารกิจอื่นๆ เพราะการมีจิตใจที่สงบเป็นสมาธิจดจ่ออยู่กับสิ่งที่กระทำ ไม่วอกแวก ฟุ้งซ่าน เลื่อนลอยไปคิดเรื่องอื่น ย่อมช่วยให้ทำงาน หรือเรียนได้ดี

5.3 ช่วยให้ร่างกายแข็งแรงและป้องกันโรคได้ เพราะร่างกายและจิตใจมีอิทธิพลส่งผลต่อกัน และกัน เมื่อสุขภาพจิตดี สุขภาพร่างกายก็แข็งแรงตามไปด้วย แต่หากมีสุขภาพจิตไม่ดีก็จะส่งผลให้ร่างกายอ่อนแอ หรือสุขภาพทรุดโทรมลงเป็นผลต่อเนื่องกันมา

งานวิจัยเกี่ยวกับการฝึกอานาปานสติที่ผ่านมามีผู้วิจัยไว้เป็นจำนวนมาก ทั้งนี้เนื่องจากการฝึกอานาปานสติเป็นวิธีการฝึกที่ได้รับความนิยมปฏิบัติกันมาก บุคคลทั่วไปนำมาปฏิบัติกันได้ไม่เฉพาะแต่ในพระสงฆ์อย่างเดียว และให้ผลในด้านความสงบได้ทันที (พุทธทาสภิกขุ, 2530) มีงานวิจัยที่นำการปฏิบัติอานาปานสติมาเป็นเครื่องมือฝึกปฏิบัติในกลุ่มทดลอง เช่น พัทธี แสงอรุณ (2552) ศึกษาผลของโปรแกรมการฝึกสมาธิแบบอานาปานสติร่วมกับการหายใจแบบเป่าปากต่อระดับความเครียดในผู้ป่วยผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง พบว่า ภายหลังจากการฝึกสมาธิแบบอานาปานสติ กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยของคะแนนระดับความเครียดลดลง และการศึกษาของกัญญา แซ่เตียว (2552) ศึกษาประสิทธิผลของการใช้อานาปานสติในการลดความเครียดและความดันโลหิต ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง : กรณีศึกษาศูนย์สุขภาพชุมชน ต.ทุ่งมน อ.ปราสาท จ.สุรินทร์ พบว่า ภายหลังจากการทดลองผู้ป่วยมีคะแนนเฉลี่ยความเครียดต่ำกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 สอดคล้องกับการศึกษาของพรทิพย์ อนันตกุล (2543) ที่ศึกษาผลของการฝึกอานาปานสติร่วมกับการแก้ปัญหาแนววิจัยสี่สี่ต่อความเครียดของมารดาเด็กที่ป่วยด้วยโรคมะเร็ง ที่พบว่า มารดาเด็กป่วยด้วยโรคมะเร็งภายหลังได้รับการฝึกอานาปานสติมีระดับความเครียดต่ำกว่าก่อนฝึกอานาปานสติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 งานวิจัยที่กล่าวมาแสดงให้เห็นว่าการฝึกอานาปานสติสามารถก่อให้เกิดผลในเชิงบวก

ในงานวิจัยนี้ผู้วิจัยเลือกการให้ข้อมูลกับผู้ดูแลในครอบครัวในการดูแลเด็กโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว โดยวางแผนกิจกรรมการให้ข้อมูลตามแนวคิดการควบคุมตนเอง (self-regulation) ของ Leventhal & Johnson (1983) ซึ่งเป็นการให้ข้อมูลการเตรียมความพร้อมแก่บุคคลในการเผชิญสถานการณ์ที่คุกคามหรือตึงเครียด ประกอบด้วย การให้ข้อมูลด้านขั้นตอนการดูแล การให้ข้อมูลข้อมูลด้านความรู้สึก และการให้ข้อมูลด้านวิธีการเผชิญความเครียด ด้วยการทำกิจกรรมกลุ่ม โดยให้ผู้ดูแลในครอบครัวได้มีส่วนร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในการดำเนินกิจกรรม ในการให้ข้อมูลด้านวิธีการเผชิญความเครียดผู้วิจัยนำเอาวิธีการฝึกอานาปานสติตามหลักพระธรรมคำสอนขององค์สมเด็จพระสัมมาสัมพุทธเจ้า (พุทธวจน, 2555) มาบูรณาการออกแบบกิจกรรมการพยาบาล เพื่อช่วยลดความเครียดของผู้ดูแลในครอบครัว ซึ่งเป็นวิธีที่สะดวก ไม่ต้องใช้อุปกรณ์ช่วย และสามารถปฏิบัติได้บ่อยตามต้องการ และการโทรศัพท์ติดตามเยี่ยมเมื่อกลับบ้าน ตลอดจนการติดตามเยี่ยมที่หอผู้ป่วย

เมื่อเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล หากผู้ดูแลในครอบครัวได้รับโปรแกรมดังกล่าว จะช่วยให้ลดความเครียดของผู้ดูแลในครอบครัวในการดูแลเด็กโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวได้ ส่งผลให้ผู้ดูแลมีภาวะสุขภาพกายและจิตใจที่สมบูรณ์ สามารถให้การดูแลเด็กโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวได้อย่างเต็มศักยภาพ อันส่งผลถึงภาวะสุขภาพที่ดีของเด็กโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว

8. บทบาทของพยาบาลกับผู้ดูแลในครอบครัว

พยาบาลเป็นผู้มีบทบาทสำคัญในการดูแลช่วยเหลือในการทำกิจกรรมต่างๆ แก่ผู้ดูแลในการดูแลเด็กโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว ทั้งการดูแลด้านอารมณ์และการให้ข้อมูล ตลอดจนการช่วยเหลือในการทำกิจกรรมต่างให้แกผู้ป่วยเด็ก ดังนี้ (วงจันทร์ เพชรพิเชษเชียร, 2554)

8.2 การให้คำปรึกษาเกี่ยวกับปัญหาและการจัดการความเครียดในการดูแลผู้ป่วย

8.2 การให้ข้อมูลและการสอน ซึ่งผู้ดูแลจะมีความวิตกกังวลกลัวการกลับเป็นซ้ำ และเผชิญกับความรู้สึกไม่แน่นอน ดังนั้น การให้ข้อมูลและการสอน จะช่วยให้ผู้ดูแลรับรู้ในเรื่องที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยมากขึ้น ซึ่งการให้ข้อมูลและการสอน อาจดำเนินการเป็นรายบุคคลหรือรายกลุ่มก็ได้ จากการศึกษาของ Derdarian, 1989 ทำการสอนเป็นรายบุคคล โดยเปรียบเทียบผลของการให้ข้อมูลร่วมกับการส่งต่อการให้คำปรึกษาและการติดตามการดูแลต่อเนื่อง พบว่า กลุ่มทดลองมีความพึงพอใจต่อข้อมูลที่ได้รับสูงกว่ากลุ่มควบคุม ส่วนการให้ข้อมูลและการสอนรายกลุ่มอาจให้ผลดีในแง่ของการอาศัยกลุ่มเป็นแหล่งสนับสนุนแก่ผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีลักษณะธรรมชาติของโรคคล้ายๆกัน จากการศึกษาของ Hudson et al. (2008) ทำการศึกษากับผู้ดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งที่บ้าน โดยจัดสอนเป็นรายกลุ่มพบว่าผู้ดูแลกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสอนรายกลุ่มมีความสามารถในการดูแลและมีความพร้อมในการดูแลเพิ่มขึ้น พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการสอนและเตรียมผู้ดูแลให้มีความสามารถในการจัดการกับอาการสำคัญต่างๆบางอาการขณะอยู่ที่บ้าน เช่น อาการปวด เพราะเป็นอาการที่เกี่ยวข้องและส่งผลให้เกิดอาการอื่นๆ และมีผลต่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมาก และทำให้ผู้ดูแลเกิดความเครียดไปด้วยหากต้องทนเห็นสภาพผู้ป่วยทุกข์ทรมาน

8.3 การพัฒนาทักษะการแก้ปัญหาและการเผชิญปัญหา ในการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งนั้น ผู้ดูแล มีความเครียดและต้องเผชิญกับความเครียดและแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นจากการดูแลเกือบตลอดเวลา การพัฒนาทักษะการแก้ปัญหาและการเผชิญปัญหาต้องอาศัยการฝึกฝน จึงจะสามารถนำไปสู่ผลลัพธ์ ทั้งด้านผู้ดูแลและผู้ป่วย ซึ่ง McMillan & Small(2007) ได้ออกแบบโปรแกรมเพื่อพัฒนาทักษะการจัดการอาการที่พบบ่อยในผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับการดูแลที่บ้าน หรือ Hospice care ได้แก่ อาการปวด หายใจลำบาก และท้องผูก โดยใช้กระบวนการแก้ปัญหาที่ชื่อ COPE Intervention โดย C=creative พัฒนาความคิดสร้างสรรค์ใหม่ๆ เพื่อบรรเทาอาการแก่ผู้ป่วย

O=optimism คือ ผู้ดูแลคิดในทางบวกและมีทัศนคติที่ดีต่ออาการที่เกิดขึ้นและพยายามถ่ายทอดความคิดและความรู้สึกทางบวกไปยังผู้ป่วย P=planning คือ ผู้ดูแลวางแผนจัดการกับอาการที่เป็นไปได้และใกล้เคียงกับความเป็นจริง และ E=expert information คือ ผู้ดูแลค้นหาข้อมูลที่เกี่ยวข้องจากแหล่งข้อมูลต่างๆและจากผู้เชี่ยวชาญ นอกจากนี้ผู้ดูแลได้รับการสอนให้สามารถประเมินอาการได้อย่างถูกต้อง และพัฒนาทักษะในการแปลผลข้อมูลที่พบ เพื่อนำไปสู่การแก้ปัญหาแก่ผู้ป่วยต่อไป และมีการแจกเอกสารคู่มือประกอบ (Home Care Guide for Advanced Cancer) และมีคู่มือการประเมินอาการรบกวนทั้งสาม

8.4 การดูแลปัญหาด้านจิตสังคมของผู้ดูแล การปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมเป็นวิธีที่มีการนำมาใช้เพื่อช่วยเหลือผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็ง เช่น การให้คำปรึกษา การให้ข้อมูล การผ่อนคลาย เป็นต้น

9. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความเครียดในการดูแลเด็กมะเร็งเม็ดเลือดขาวของผู้ดูแลในครอบครัว

จากการทบทวนวรรณกรรม งานวิจัยเกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อความเครียดของผู้ดูแลในเด็กมะเร็ง เม็ดเลือดขาว พบว่า

ศศิธร วรรณพงษ์ และคณะ (2544) ศึกษาความเครียดของบิดามารดาในผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด พบว่า ความเครียดของบิดามารดาผู้ป่วยเด็กส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง โดยบิดามารดาผู้ป่วยเด็กที่มีความแตกต่างกันในเรื่องรายได้และระดับการศึกษา มีความเครียดแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.01$ และ 0.05 ตามลำดับ

นันทพร เจริญผล (2548) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเครียดและพฤติกรรมการดูแลบุตรของบิดามารดาที่มีบุตรป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว ที่เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ พบว่า สถานภาพสมรส ลักษณะครอบครัว และการสนับสนุนทางสังคมต่างกันส่งผลให้มีระดับความเครียดต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.05$ ส่วนปัจจัยด้าน เพศ อายุ สถานภาพรายได้ ระดับการศึกษา และระยะเวลาการดูแลบุตรที่ต่างกันของบิดามารดา ส่งผลให้บิดามารดา มีความเครียดและพฤติกรรมการดูแลบุตรไม่แตกต่างกัน

การศึกษาส่วนใหญ่เป็นการศึกษาในกลุ่มผู้ดูแล/บิดามารดาเด็กป่วยโรคระเร็ง หรืออยู่ในภาวะวิกฤต ดังนี้

นาฏยพรรณ ภิญโญ (2545) ศึกษาความรู้สึกต่อภาวะการดูแลและความเครียดของบิดามารดาเด็กออทิสติกที่เข้ารับการรักษาในเด็กผู้ป่วยใน โรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์ พบว่า บิดามารดาเด็กออทิสติกส่วนใหญ่มีความรู้สึกต่อภาวะการดูแลและความเครียดอยู่ในระดับปานกลาง และพบว่า ความรู้สึกต่อภาวะการดูแลมีความสัมพันธ์กับความเครียดของบิดามารดาเด็ก

ออทิสติก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < .001$ ปัจจัยด้านการสนับสนุนทางสังคม ปัญหาพฤติกรรม อายุ การศึกษา รายได้ของผู้ปกครอง การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม การเข้ากัับเด็กคนอื่น ๆ ได้ และรูปแบบการรักษามีความสัมพันธ์กับความเครียดของบิดามารดาเด็กออทิสติกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < .05$

เกศรา แสนงาม และคณะ (2548) ศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยทำนายความเครียดและการจัดการความเครียดของบิดามารดาผู้ป่วยเด็กภาวะวิกฤติที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนัก พบว่าบิดาและมารดามีความเครียดไม่แตกต่างกัน การรับรู้ความรุนแรงของความเจ็บป่วย และการจัดการความเครียดของบิดามารดาเป็นปัจจัยทำนายความเครียดของบิดามารดา ในขณะที่ระดับการศึกษา ระดับความเครียดของบิดามารดาและอายุเด็ก เป็นปัจจัยทำนายการจัดการความเครียดของบิดามารดา ส่วนปัจจัยด้านอายุเด็กและรายได้ของครอบครัวเป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่ทำนายความเครียดของบิดา ในขณะที่การรับรู้ความรุนแรงของความเจ็บป่วยสามารถทำนายการจัดการความเครียดของมารดา

อาทิตยา วงอุปปา (2551) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรุนแรงของความเจ็บป่วย ความเครียดในบทบาทของบิดามารดา ความคาดหวังและการมีส่วนร่วมดูแลเด็กป่วยระยะวิกฤตขณะรับการรักษาในโรงพยาบาล พบว่า บิดามารดาส่วนใหญ่มีการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วยอยู่ในระดับปานกลาง ส่วนใหญ่บิดามารดามีความเครียดในบทบาทอยู่ในระดับปานกลาง ความรุนแรงของ การเจ็บป่วยตามการรับรู้ของบิดามารดา ไม่มีความสัมพันธ์กับความเครียดในบทบาทของบิดามารดา และความรุนแรงของการเจ็บป่วยตามการรับรู้ของบิดามารดา ไม่มีความสัมพันธ์กับความคาดหวังในการมีส่วนร่วมดูแลเด็กป่วย

ทัศนีย์ ประสบกิตติคุณ, ฟองคำ ดิลกสกุลชัย และนฤมล วิบุโร (2553) ศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยบางประการกับความเครียดในการเลี้ยงดูบุตรของมารดา พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดในการเลี้ยงดูบุตรอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.05$ ได้แก่ การศึกษาของมารดา การสนับสนุนทางสังคม และลักษณะอาชีพของมารดา แต่ไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างอายุของมารดา กับความเครียดในการเลี้ยงดูบุตร

ดวงใจ พันธภาค (2553) ศึกษาเกี่ยวกับระดับความเครียดและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของบิดามารดาเด็กออทิสติก ที่นำบุตรเข้ารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก สถาบันราชานุกูล พบว่า อายุของบิดามารดาเด็กออทิสติก มีความสัมพันธ์กับระดับความเครียดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.01$ โดยบิดามารดาที่มีอายุน้อยกว่า/เท่ากับ 30 ปี มีระดับความเครียดสูงกว่าบิดามารดาในกลุ่มอายุสูงกว่า 30 ปี ส่วนปัจจัยส่วนบุคคลด้านอื่นๆของบิดามารดาเด็กออทิสติก ไม่พบว่ามีความสัมพันธ์กับระดับความเครียดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.05$

พลวัฒน์ศักดิ์ จันทราทิพย์ (2553) ศึกษาปัจจัยทำนายความเครียดในการดูแลเด็กออทิสติกของมารดา พบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดความเครียดในการดูแลเด็กออทิสติกของมารดามีหลายปัจจัย ได้แก่ ภาวะสุขภาพจิตของมารดา ความรุนแรงของโรคของเด็กออทิสติก ระยะเวลาในการดูแลเด็กออทิสติกของมารดา และความพร้อมในการดูแลเด็กเป็นปัจจัยที่สนับสนุนกันที่ทำให้เกิดความเครียดในการดูแลเด็กได้ ส่วนปัจจัยด้านอายุของมารดา พบว่า มารดาที่มีอายุเฉลี่ย 35 ปี มีผลต่อการเกิดความเครียดของมารดาในการดูแลเด็กอยู่ในระดับต่ำ เนื่องจากช่วงวัยดังกล่าวเป็นวัยผู้ใหญ่และวัยทำงาน ซึ่งผ่านประสบการณ์ต่างๆมามากพอสมควรเกี่ยวกับสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียด ซึ่งวัยนี้จะสามารถจัดการกับปัญหาต่างๆได้

สุประวีณ์ ทองชิต (2554) ศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดและความรู้สึกเป็นภาระการดูแลของผู้ปกครองที่พาเด็กมารับการรักษาที่หน่วยจิตเวชเด็ก โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ พบว่า ปัจจัยด้านอายุ และเพศของผู้ปกครอง ไม่มีความสัมพันธ์กับระดับความเครียดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.05$

พิมพ์นารา จงไพศาลสกุล (2555) ศึกษาเกี่ยวกับภาวะเครียดและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะเครียดของผู้ปกครองเด็กพิการที่นำบุตรมารับบริการที่ศูนย์การศึกษาพิเศษ ส่วนกลาง กรุงเทพมหานคร พบว่า ผู้ปกครองมีความเครียดอยู่ในระดับมากถึงมากที่สุด โดยปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะเครียดของผู้ปกครองเด็กพิการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ รายได้ของผู้ปกครอง $p < 0.01$ ระดับการศึกษาของผู้ปกครอง การประกอบอาชีพ การรับรู้ความรุนแรงด้านความพิการของบุตร และการสนับสนุนทางสังคม $p < 0.05$ แต่ไม่พบว่าปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ และอายุของผู้ปกครอง เพศและอายุของเด็ก สถานภาพสมรส ความสัมพันธ์กับเด็ก ระยะเวลาที่รับรู้ว่าเป็นเด็กพิการ และประเภทความพิการ มีความสัมพันธ์กับระดับความเครียด

ภาวิณี พรหมบุตร (2557) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางลบกับความเครียดในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน ได้แก่ การรับรู้สมรรถนะตนเอง ความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วย ญาติผู้ดูแล และครอบครัว และแรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว โดยปัจจัยที่มีความสัมพันธ์สูงที่สุดคือ ความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย ส่วนปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ เพศ ระดับการศึกษา รายได้ของครอบครัวไม่มีความสัมพันธ์กับความเครียดในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน

Saygh & Bozo (2011) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดและความวิตกกังวลในผู้ดูแลเด็กโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว ปัจจัยพื้นฐาน ได้แก่ อายุ การมีรายได้น้อย และการมีจำนวนบุตรที่ต้องให้การดูแลมาก มีความสัมพันธ์ทางลบกับความเครียดและความวิตกกังวลในผู้ดูแลเด็ก

โรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว ซึ่งอธิบายได้ว่าผู้ดูแลที่มีอายุมาก ได้ผ่านประสบการณ์ต่าง ๆ มากกว่าผู้ดูแลที่มีอายุน้อยจึงสามารถปรับตัวหรือเผชิญความเครียดได้ดีกว่า

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยความเครียดของผู้ดูแลในการดูแลเด็กส่วนใหญ่ พบว่า ปัจจัยด้านเพศ และอายุของผู้ดูแล ระยะเวลาการดูแล ไม่มีความสัมพันธ์กับความเครียดในการดูแลเด็ก (เกศรา แสงงาม, 2548; นันทพร เจริญผล, 2548; ทศนีย์ ประสบกิตติคุณ, 2553 ; สุประวีณ์ ทองชิต, 2554; พิมพินารา จงไพศาลสกุล, 2555; ภาวิณี พรหมบุตร, 2557) และม้งงานวิจัยที่พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดของผู้ดูแลในการดูแลเด็ก ได้แก่ ปัจจัยด้านรายได้ของครอบครัว และด้านระดับการศึกษาของผู้ดูแล (ศศิธร วรรณพงษ์, 2544; นาฏยพรรณ ภิญโญ, 2545; เกศรา แสงงาม, 2548; ทศนีย์ ประสบกิตติคุณ, 2553 ; Saygh & Bozo, 2011; พิมพินารา จงไพศาลสกุล, 2555)

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้เลือกปัจจัยพื้นฐานส่วนบุคคลมาเป็นเกณฑ์ในการจับคู่กลุ่มตัวอย่างให้มีลักษณะเหมือนหรือใกล้เคียงกัน คือ รายได้ของครอบครัวและระดับการศึกษาของผู้ดูแล ซึ่งอธิบายได้จากการที่ครอบครัวมีรายได้น้อยจะทำให้ผู้ดูแลเกิดความกังวลในเรื่องค่าใช้จ่าย ทั้งในเรื่องค่าใช้จ่ายของครอบครัว ส่วนตัวและค่ารักษาพยาบาล อันส่งผลให้ผู้ดูแลเกิดความเครียดมากขึ้น (ศศิธร วรรณพงษ์, 2544; นาฏยพรรณ ภิญโญ, 2545; เกศรา แสงงาม, 2548; Saygh & Bozo, 2011; พิมพินารา จงไพศาลสกุล, 2555) และระดับการศึกษาของผู้ดูแลมีความสัมพันธ์กับความเครียดของผู้ดูแล คือ ผู้ดูแลที่มีระดับการศึกษาต่างกันส่งผลต่อความเครียดในการดูแลเด็กต่างกัน โดยผู้ดูแลที่มีระดับศึกษาน้อยจะมีข้อจำกัด หรือต้องใช้เวลามากหรือวิธีการในการทำความเข้าใจ และนำความรู้มาใช้ในการดูแลเด็ก ในขณะที่ผู้ดูแลที่มีระดับการศึกษาสูงกว่ามักมีความเข้าใจหรือแสวงหาความรู้/แนวทางในการดูแลเด็กได้ดีกว่า จึงส่งผลให้เกิดความเครียดน้อยกว่าผู้ดูแลที่มีระดับศึกษาน้อย (ศศิธร วรรณพงษ์, 2544; นาฏยพรรณ ภิญโญ, 2545; เกศรา แสงงาม, 2548; ทศนีย์ ประสบกิตติคุณ, 2553; พิมพินารา จงไพศาลสกุล, 2555)

ผู้วิจัยจึงใช้ปัจจัยด้านรายได้ของครอบครัวและระดับการศึกษาของผู้ดูแลเป็นเกณฑ์ในการจับคู่ กลุ่มตัวอย่าง (matched pair) เพื่อเป็นการควบคุมตัวแปรร่วมที่อาจส่งผลต่อความเครียดในการดูแลเด็กโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวของผู้ดูแลในครอบครัวได้

10. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

10.1 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผน

พัฒนกร ทองคำ (2548) ศึกษาผลของการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนร่วมกับการฝึกอานาปานสติต่อความสามารถในการดูแลตนเองและความวิตกกังวลของผู้ติดเชื้อเอชไอวี พบว่า คะแนนความวิตกกังวลหลังการทดลองของกลุ่มทดลองต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < .05$, คะแนนความสามารถในการดูแลตนเองของกลุ่มทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < .05$, พบว่า คะแนนความวิตกกังวลหลังการทดลองของกลุ่มทดลองต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < .05$ และคะแนนความสามารถในการดูแลตนเองของกลุ่มทดลอง สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < .05$

ศรินยา ฉันทะปริดา (2549) ศึกษาผลของการให้ข้อมูลและการปฏิบัติโยคะต่อความเครียดของผู้ดูแล ในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง พบว่า คะแนนความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองหลังได้รับการให้ข้อมูลและการปฏิบัติโยคะน้อยกว่าก่อนได้รับการให้ข้อมูลและการปฏิบัติโยคะอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < .05$ และคะแนนความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองกลุ่มที่ได้รับการให้ข้อมูลและการปฏิบัติโยคะน้อยกว่าก่อนกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < .05$

นุญนีย์ มณีรัตน์ (2549) ศึกษาผลของการให้ข้อมูลต่อความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของผู้ปกครองเด็กป่วยโรคมะเร็ง โดยให้ข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยของบุตรเป็นรายบุคคล ด้วยวิธีการใช้คำถามกระตุ้นการคิดของผู้ปกครองตามแผนการให้ข้อมูลผู้ปกครองเด็กป่วยมะเร็ง เป็นเวลา 3 วัน ผลการศึกษาพบว่า ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของบุตรในผู้ปกครองเด็กป่วยโรคมะเร็งหลังได้รับการให้ข้อมูลตามแผนการให้ข้อมูลต่ำกว่าก่อนได้รับการให้ข้อมูลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < .001$ และความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของบุตรในผู้ปกครองเด็กป่วยโรคมะเร็งหลังได้รับการให้ข้อมูล ตามแผนการให้ข้อมูลต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < .001$

โชติกาญจน์ ขลุ่ยเงิน (2552) ศึกษาผลของโปรแกรมการให้ความรู้อย่างมีแบบแผนต่อความรู้และ การดูแลเด็กโรคติดเชื้อระบบหายใจเฉียบพลัน วัย 0 – 5 ปี ของผู้ดูแล พบว่า ผู้ดูแลมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องโรคติดเชื้อระบบหายใจเฉียบพลัน ภายหลังได้รับโปรแกรมการให้ความรู้ อย่างมีแบบแผนสูงกว่าก่อนการได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < .01$ และผู้ดูแลมีคะแนนเฉลี่ยการดูแลเด็กป่วยโรคติดเชื้อระบบหายใจเฉียบพลัน ภายหลังได้รับโปรแกรมการให้ความรู้ อย่างมีแบบแผนสูงกว่าก่อนการได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < .01$

นพมล ไชโยธา (2553) ศึกษาผลการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนและการมีส่วนร่วมของมารดาต่อการปฏิบัติบทบาทมารดาในการดูแลทารกแรกเกิดที่ได้รับการผ่าตัดหน้าท้อง พบว่า การปฏิบัติบทบาทมารดา ในการดูแลทารกแรกเกิดที่ได้รับการผ่าตัดหน้าท้อง มารดาที่ได้รับข้อมูลอย่างมีแบบแผนและการมีส่วนร่วมของมารดาดีกว่ามารดาที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < .05$

วัลลภา ผ่องแผ้ว (2553) ศึกษาผลของโปรแกรมการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนร่วมกับการฝึกสมาธิแบบอานาปานสติต่อความเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม พบว่า คะแนนความเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมในกลุ่มทดลอง หลังได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนร่วมกับการฝึกสมาธิแบบอานาปานสติ ต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < .05$ และคะแนนความเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนร่วมกับการฝึกสมาธิแบบอานาปานสติ ต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < .05$

สุมามิตา สวัสดิ์ดิษฐานาถ (2554) ศึกษาผลของโปรแกรมการสนับสนุนข้อมูลและอารมณ์ต่อความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะในระยะวิกฤต พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดโดยรวมของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนข้อมูลและอารมณ์ต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < .01$ และค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดโดยรวมของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนข้อมูลและอารมณ์ต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < .01$

สุชาติดา ขุนเสถียร,วรรณภา อาราม, ปราณีย์ ทองใส และถาวร ทรัพย์ทวีสิน (2555) ศึกษาผลของโปรแกรมการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนในการเตรียมมารดา/ผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดในภาวะวิกฤตภายหลังผ่าตัด พบว่า หลังได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผน กลุ่มทดลองมีความเครียดลดลงและมีความพึงพอใจต่อบริการพยาบาลมากกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < .05$

Chrisman & Cain (2004) ศึกษาผลการให้ข้อมูลผ่านเทปบันทึกเสียงในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษา โดยให้ผู้ป่วยฟังเทปบันทึกเสียงทุกวันในสัปดาห์แรกของการรักษา โดยมีเนื้อหาเกี่ยวกับอาการของโรคมะเร็ง การรักษาด้วยรังสีรักษา ผลจากการได้รับรังสีรักษา อาการการเปลี่ยนแปลงที่จะเกิดขึ้นและการจัดการกับอาการที่เกิดขึ้น รวมทั้งประสบการณ์การได้รับรังสีที่พบบ่อย ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มที่ได้รับข้อมูลผ่านเทปบันทึกเสียงมีคะแนนความรู้สึกไม่แน่นอนต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการบริการตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < .05$

10.2 งานวิจัยเกี่ยวกับความเครียดของผู้ดูแล

ศศิธร วรรณพงษ์ และคณะ (2544) ศึกษาาระดับความเครียดและสาเหตุของความเครียดของบิดามารดาผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด ผลการศึกษาพบว่า ความเครียดของบิดามารดาส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง โดยบิดามารดาของผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งที่มีความแตกต่างกันในเรื่องของรายได้และระดับการศึกษาที่มีความเครียดแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < .001$ และ $p < .05$ ตามลำดับ และข้อที่บิดามารดาคิดว่าเป็นสาเหตุของความเครียดมากที่สุด 5 อันดับแรกคือ กลัวลูกตาย การที่ลูกเป็นมะเร็ง การที่ลูกต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลบ่อยๆ ลูกไม่สบายจากการได้รับยาเคมีบำบัด และการที่ลูกต้องได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด

นาฎยพรรณ ภิญญ (2545) ศึกษาความรู้สึกต่อภาระการดูแลและความเครียดของบิดามารดาเด็กออทิสติกที่เข้ารับการบำบัดรักษาในเด็กผู้ป่วยใน โรงพยาบาลยุวประสาททวียุโรปัฒม์ พบว่า บิดามารดาเด็กออทิสติกส่วนใหญ่มีความรู้สึกต่อภาระการดูแลและความเครียดอยู่ในระดับปานกลาง และพบว่า ความรู้สึกต่อภาระการดูแลมีความสัมพันธ์กับความเครียดของบิดามารดาเด็กออทิสติกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < .001$ ปัจจัยด้านการสนับสนุนทางสังคม ปัญหาพฤติกรรมอายุ การศึกษา รายได้ของผู้ปกครอง การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม การเข้ากับเด็กคนอื่นได้ และรูปแบบการรักษามีความสัมพันธ์กับความเครียดของบิดามารดาเด็กออทิสติกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < .05$

มนัสวี จำปาเทศ (2546) ศึกษาการประเมินสถานการณ์ความเครียด และการเผชิญความเครียดความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล และผลลัพธ์การปรับตัวของมารดาที่ดูแลเด็กออทิสติก พบว่า มารดามีผลลัพธ์การปรับตัวโดยเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง โดยพบว่า ด้านการดำรงบทบาทหน้าที่สูงสุด ส่วนการปรับตัวด้านขวัญและกำลังใจต่ำสุด และผลลัพธ์การปรับตัวของมารดามีความสัมพันธ์ทางบวกกับรายได้ของครอบครัว การรับรู้อาการของบุตร ระดับความรุนแรงของอาการ และการได้รับการสนับสนุนจากสามีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < .001$ และมีความสัมพันธ์ทางลบกับจำนวนบุตรอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < .05$ โดยที่อายุของมารดานั้นไม่มีความสัมพันธ์กับความเครียดและผลลัพธ์การปรับตัวของมารดา

สุรีภรณ์ สุวรรณโอสถ (2547) ศึกษาเกี่ยวกับความรู้สึกไม่แน่นอน การสนับสนุนทางสังคม และวิธีการเผชิญความเครียดของผู้ปกครองเด็กป่วยโรคมะเร็ง พบว่า ผู้ปกครองเด็กป่วยโรคมะเร็งมีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของบุตรโดยรวมอยู่ในระดับไม่สูง ส่วนใหญ่มีความรู้สึกไม่แน่นอนด้านความไม่ชัดเจนในคำอธิบายเกี่ยวกับความเจ็บป่วยของบุตรและด้านการขาดข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยและการรักษาอยู่ในระดับต่ำ ส่วนใหญ่มีความรู้สึกไม่แน่นอนด้านการทำนายการดำเนินและการพยากรณ์ของโรคอยู่ในระดับสูง ได้รับการสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับปานกลางและมาก ใช้วิธีการเผชิญความเครียดทั้ง 3 วิธี คือ วิธีเผชิญกับปัญหา วิธีแก้ปัญหาทางอ้อม และวิธี

จัดการกับอารมณ์ โดยใช้วิธีจัดการกับปัญหามากที่สุดและใช้วิธีจัดการกับอารมณ์น้อยที่สุด ความรู้สึกไม่แน่นอนไม่มีความสัมพันธ์กับวิธีการเผชิญความเครียดของผู้ปกครองเด็กป่วยโรคมะเร็งทั้ง โดยรวมและรายด้าน

เกศรา แสนงาม (2548) ศึกษาปัจจัยทำนายความเครียดและการจัดการความเครียดของ บิดามารดาผู้ป่วยเด็กภาวะวิกฤตที่รับการรักษาในหออภิบาลผู้ป่วยเด็กหนัก พบว่า สาเหตุ ความเครียดที่สำคัญที่สุดของบิดามารดา ได้แก่ พฤติกรรมและการตอบสนองทางอารมณ์ของเด็ก และการเปลี่ยนแปลงบทบาทของบิดามารดา การจัดการความเครียดโดยการคงไว้ซึ่งบทบาทและ สัมพันธภาพของสมาชิกในครอบครัวและการหาข้อมูลจากเจ้าหน้าที่หรือบุคลากรทางการแพทย์เป็น การจัดการความเครียดที่บิดามารดาเห็นว่ามีประโยชน์มากที่สุดตามลำดับ และการรับรู้ความรุนแรง ของความเจ็บป่วยและการจัดการความเครียดเป็นปัจจัยทำนายความเครียดของบิดามารดา ในขณะที่ การศึกษาและระดับรายได้ของบิดามารดา และอายุเด็ก เป็นปัจจัยทำนายการจัดการความเครียด ของบิดามารดา

นันทพร เจริญผล (2548) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเครียดและพฤติกรรมการดูแล บุตรของบิดามารดาที่มีบุตรป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว ที่เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ พบว่า ความเครียดมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลบุตร อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.05$ สถานภาพสมรส ลักษณะครอบครัว และการสนับสนุนทางสังคมต่างกันส่งผลให้ระดับ ความเครียดต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.05$ ส่วนปัจจัยด้าน เพศ อายุ สถานภาพ รายได้ ระดับการศึกษา และระยะเวลาการดูแลบุตรที่ต่างกันของบิดามารดา ส่งผลให้บิดามารดามี ความเครียดและพฤติกรรมการดูแลบุตรที่ไม่แตกต่างกัน

ดลฤดี แดงน้ำคู้ (2549) ศึกษาระดับความเครียดและปัจจัยที่มีความเกี่ยวข้องกับ ความเครียดของผู้ปกครองในการเลี้ยงดูเด็กที่มีสมาธิสั้น พบว่า ผู้ปกครองที่เลี้ยงดูเด็กที่มีสมาธิสั้นมี ความเครียดอยู่ในระดับรุนแรง โดยปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความเครียดของผู้ปกครองในการเลี้ยงดูเด็กที่ มีสมาธิสั้น คือ ระดับ ของปัญหาพฤติกรรมที่แสดงออกเวลาอยู่ที่บ้าน ความรุนแรงของพฤติกรรม การ มีหรือไม่มีคนช่วยดูแลเด็กและระดับการศึกษาของผู้ปกครอง

อาทิตยา วงอุปปา (2551) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรุนแรงของความเจ็บป่วย ความเครียดในบทบาทของบิดามารดา ความคาดหวังและการมีส่วนร่วมดูแลเด็กป่วยระยะวิกฤต ขณะรับการรักษาในโรงพยาบาล พบว่า บิดามารดาส่วนใหญ่มีการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย อยู่ในระดับปานกลาง ส่วนใหญ่บิดามารดามีความเครียดในบทบาทอยู่ในระดับปานกลาง ความ รุนแรงของ การเจ็บป่วยตามการรับรู้ของบิดามารดา ไม่มีความสัมพันธ์กับความเครียดในบทบาทของ บิดามารดา และความรุนแรงของการเจ็บป่วยตามการรับรู้ของบิดามารดา ไม่มีความสัมพันธ์กับความ คาดหวังในการมีส่วนร่วมดูแลเด็กป่วย

ทัศนีย์ ประสบกิตติคุณ, พงศ์ คำ ดิลกสกุลชัย และนฤมล วิบุโร (2553) ศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยบางประการกับความเครียดในการเลี้ยงดูบุตรของมารดา พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดในการเลี้ยงดูบุตรอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.05$ ได้แก่ การศึกษาของมารดา การสนับสนุนทางสังคม และลักษณะอาชีพของมารดา แต่ไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างอายุของมารดากับความเครียดในการเลี้ยงดูบุตร

ดวงใจ พันธภาค (2553) ศึกษาเกี่ยวกับระดับความเครียดและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของบิดามารดาเด็กออทิสติก ที่นำบุตรเข้ารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก สถาบันราชานุกูล พบว่า อายุของบิดามารดาเด็กออทิสติก มีความสัมพันธ์กับระดับความเครียดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.01$ โดยบิดามารดาที่มีอายุน้อยกว่า/เท่ากับ 30 ปี มีระดับความเครียดสูงกว่าบิดามารดาในกลุ่มอายุสูงกว่า 30 ปี ส่วนปัจจัยส่วนบุคคลด้านอื่นๆของบิดามารดาเด็กออทิสติก ไม่พบว่ามีสัมพันธ์กับระดับความเครียด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.05$

พลณิศศักดิ์ จันทราทิพย์ (2553) ศึกษาปัจจัยทำนายความเครียดในการดูแลเด็กออทิสติกของมารดา พบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดความเครียดในการดูแลเด็กออทิสติกของมารดามีหลายปัจจัย ได้แก่ ภาวะสุขภาพจิตของมารดา ความรุนแรงของโรคของเด็กออทิสติก ระยะเวลาในการดูแลเด็กออทิสติกของมารดา และความพร้อมในการดูแลเด็กเป็นปัจจัยที่สนับสนุนกันที่ทำให้เกิดความเครียดในการดูแลเด็กได้ ส่วนปัจจัยด้านอายุของมารดา พบว่า มารดาที่มีอายุเฉลี่ย 35 ปี มีผลต่อการเกิดความเครียดของมารดาในการดูแลเด็กอยู่ในระดับต่ำ เนื่องจากช่วงวัยดังกล่าวเป็นวัยผู้ใหญ่และวัยทำงาน ซึ่งผ่านประสบการณ์ต่าง ๆ มากพอสมควรเกี่ยวกับสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียด ซึ่งวัยนี้จะสามารถจัดการกับปัญหาต่างๆได้

สุประวีณ์ ทองชิต (2554) ศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดและความรู้สึกเป็นภาระการดูแลของผู้ปกครองที่พาเด็กมารับการรักษาที่หน่วยจิตเวชเด็ก โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ พบว่า ปัจจัยด้านอายุ และเพศของผู้ปกครอง ไม่มีความสัมพันธ์กันกับระดับความเครียดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.05$

นฤมล ทวีพันธ์ และคณะ (2555) ศึกษาความเครียด ภาระการดูแล และทัศนคติที่มีต่อเด็กออทิสติกของครูที่ดูแลเด็กออทิสติก และความสัมพันธ์ระหว่างความเครียดกับภาระการดูแล และทัศนคติที่มีต่อเด็กออทิสติกของครูที่ดูแลเด็กออทิสติก ในโรงเรียนสาธิตแห่งมหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ พบว่า ครูที่ดูแลเด็กออทิสติกส่วนใหญ่มีความเครียดอยู่ในระดับน้อย มีความรู้สึกไม่เป็นภาระ และมีทัศนคติที่ดีต่อเด็กออทิสติก ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดของครูในการดูแลเด็กออทิสติก ได้แก่ หน้าที่ความรับผิดชอบ ภาระการดูแล ทัศนคติที่มีต่อเด็กออทิสติก และการสนับสนุนทางสังคม ส่วนปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ไม่พบว่ามีสัมพันธ์กับระดับความเครียดของครูที่ดูแลเด็กออทิสติก

พิมพ์นารา จงไพศาลสกุล (2555) ศึกษาเกี่ยวกับภาวะเครียดและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะเครียดของผู้ปกครองเด็กพิการที่นำบุตรมารับบริการที่ศูนย์การศึกษาพิเศษ ส่วนกลาง กรุงเทพมหานคร พบว่า ผู้ปกครองมีความเครียดอยู่ในระดับมากถึงมากที่สุด โดยปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะเครียดของผู้ปกครองเด็กพิการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ รายได้ของผู้ปกครอง $p < 0.01$ ระดับการศึกษาของผู้ปกครอง การประกอบอาชีพ การรับรู้ความรุนแรงด้านความพิการของบุตร และการสนับสนุนทางสังคม $p < 0.05$ แต่ไม่พบว่าปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ และอายุของผู้ปกครอง เพศและอายุของเด็ก สถานภาพสมรส ความสัมพันธ์กับเด็ก ระยะเวลาที่รับรู้ว่าเป็นเด็กพิการ และประเภทความพิการ มีความสัมพันธ์กับระดับความเครียด

ภาวิณี พรหมบุตร (2557) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางลบกับความเครียดในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน ได้แก่ การรับรู้สมรรถนะตนเอง ความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วย ญาติผู้ดูแล และครอบครัว และแรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว โดยปัจจัยที่มีความสัมพันธ์สูงที่สุดคือ ความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย ส่วนปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ เพศ ระดับการศึกษา รายได้ของครอบครัว ไม่มีความสัมพันธ์กับความเครียดในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน

Saygh & Bozo (2011) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดและความวิตกกังวลในผู้ดูแลเด็กโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว ปัจจัยพื้นฐาน ได้แก่ อายุ การมีรายได้น้อย และการมีจำนวนบุตรที่ต้องให้การดูแลมาก มีความสัมพันธ์ทางลบกับความเครียดและความวิตกกังวลในผู้ดูแลเด็กโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว ซึ่งอธิบายได้ว่าผู้ดูแลที่มีอายุมาก ได้ผ่านประสบการณ์ต่างๆมากกว่าผู้ดูแลที่มีอายุน้อยจึงสามารถปรับตัวหรือเผชิญความเครียดได้ดีกว่า

Chanunuwong & Kamtatian (2012) ศึกษาเกี่ยวกับผลกระทบ สาเหตุ และการจัดการความเครียดของผู้จัดการในที่ทำงานแห่งหนึ่ง พบว่า สาเหตุของการเกิดความเครียด ได้แก่ ภาวะความวิตกกังวล กัดดัน การมีปัญหาทางเศรษฐกิจ หรือการมีปัญหาในการดำเนินชีวิต เช่น ปัญหาความพึงพอใจในการทำงาน การมีสัมพันธภาพกับเพื่อนร่วมงาน เป็นต้น และความเครียดส่งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพด้านร่างกาย เช่น ปวดศีรษะ/กล้ามเนื้อ เบื่ออาหาร เกิดปัญหาการนอนไม่หลับ อันส่งผลต่อจิตใจทำให้เกิดความอ่อนล้า หงุดหงิดง่าย มีความเปลี่ยนแปลงด้านอารมณ์ โดยมีแนวทางการแก้ปัญหาหรือจัดการความเครียดขึ้นอยู่กับแต่ละบุคคล เช่น การออกกำลังกาย การฟังเพลง การฝึกการหายใจ การนวดเพื่อผ่อนคลาย การฝึกสมาธิ และการคิดในทางบวก เป็นต้น

10.3 งานวิจัยเกี่ยวกับการฝึกอานาปานสติ

สุนันทา กระจ่างแดน (2540) ศึกษาผลของการทำสมาธิชนิดอานาปานสติแบบผ่อนคลายในการลดความเครียดและความดันโลหิตในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง พบว่า ภายหลังจากทดลองผู้ป่วยมีคะแนนเฉลี่ยของความเครียดต่ำกว่าก่อนการทดลองฝึกสมาธิอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < .001$ และผู้ป่วยมีระดับความดันโลหิตซิสโตลิกและไดแอสโตลิกต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < .001$

พรทิพย์ อนันตกุล (2543) ศึกษาผลของการฝึกสมาธิร่วมกับการแก้ปัญหาแนวอริยสัจสี่ต่อความเครียดของมารดาเด็กที่ป่วยด้วยโรคมะเร็ง พบว่า มารดาในกลุ่มที่ได้รับการฝึกสมาธิร่วมกับการแก้ปัญหาแนวอริยสัจสี่มีความเครียดต่ำกว่าก่อนได้รับการฝึกสมาธิอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < .05$

มาลัย แสงวิไลสาร (2546) ศึกษาผลของการฝึกสมาธิแบบอานาปานสติ และการสวดมนต์ต่อปัญหาการนอนไม่หลับในผู้สูงอายุ พบว่า ผู้สูงอายุที่ได้รับการฝึกสมาธิแบบอานาปานสติและการสวดมนต์ นอนหลับได้มากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < .05$ และผู้สูงอายุกลุ่มที่ได้รับการฝึกสมาธิแบบอานาปานสติและการสวดมนต์ นอนหลับได้มากกว่ากลุ่มผู้สูงอายุที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < .05$

กัญญา แซ่เตียว (2552) ศึกษาประสิทธิผลการใช้อานาปานสติในการลดความเครียดและความดันโลหิต ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง: กรณีศึกษาศูนย์สุขภาพชุมชน จ.สุรินทร์ พบว่า ภายหลังจากทดลองผู้ป่วยมีคะแนนเฉลี่ยของความเครียดต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < .05$ และภายหลังจากทดลองผู้ป่วยมีระดับความดันโลหิตซิสโตลิกและไดแอสโตลิกต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < .001$

พัชรี แสงอรุณ (2552) ศึกษาผลของโปรแกรมการฝึกสมาธิแบบอานาปานสติร่วมกับการหายใจแบบเป่าปากต่อระดับความเครียดในผู้ป่วยสูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มารับการรักษาในโรงพยาบาล พบว่า ผู้ป่วยสูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการฝึกสมาธิแบบอานาปานสติร่วมกับการหายใจแบบเป่าปาก มีระดับความเครียดลดลงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม และมีความเครียดต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < .05$

ณัฐพร ขวัญคง (2554) ศึกษาการใช้สมาธิแบบอานาปานสติเพื่อการจัดการความเครียดของนิสิตพยาบาล มหาวิทยาลัยพะเยา ผลการศึกษาพบว่า ภายหลังจากฝึกสมาธิกลุ่มตัวอย่างมีระดับความเครียดลดลง และยังได้เรียนรู้เข้าใจวิธีการฝึกสมาธิอย่างถูกต้องและสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในชีวิตประจำวันได้ดี

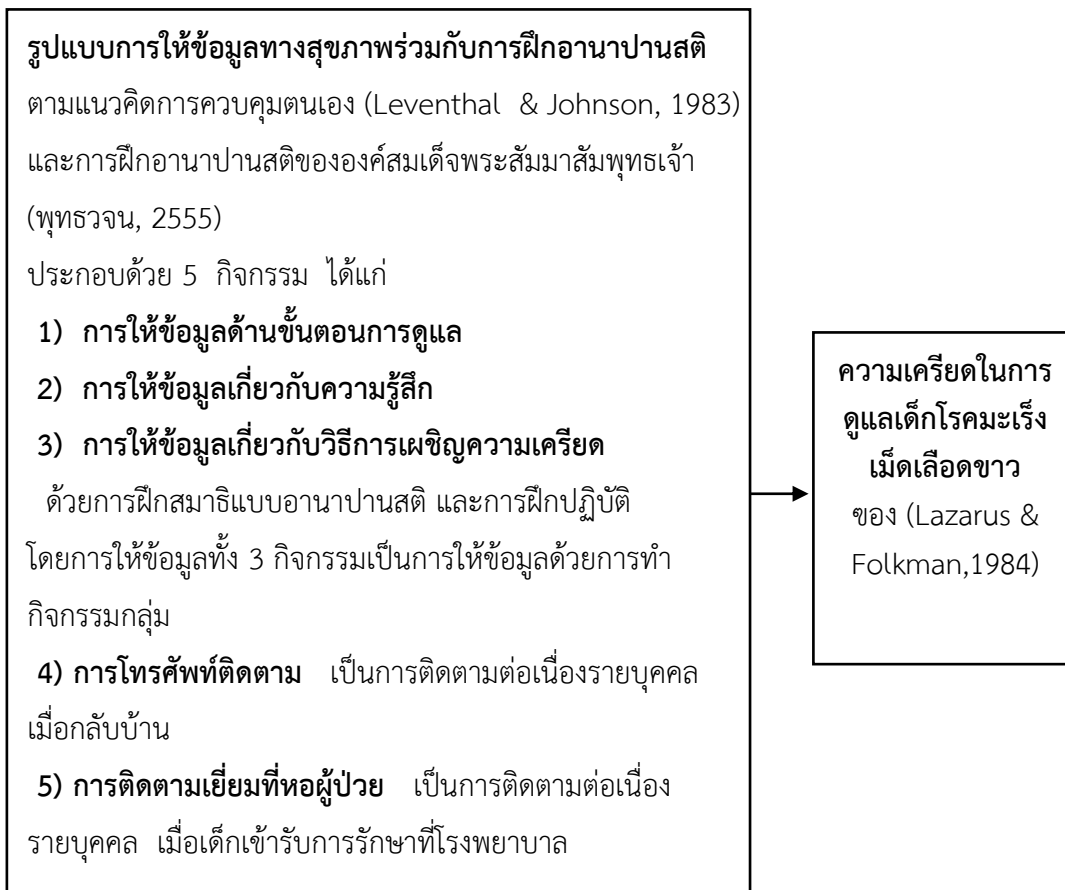
Bloom & Alex (2008) ศึกษาผลของการฝึกสมาธิต่อความกดดัน ความเครียด ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของนักศึกษาไทย พบว่า การฝึกสมาธิทำให้กลุ่มที่ได้รับการฝึกสมาธิมีความกดดันและความเครียดลดลง เกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองมากขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < .05$

Nancy et al.(2013) ศึกษาเปรียบเทียบผลของการฝึกสมาธิร่วมกับการได้รับการยอมรับจากกลุ่มบำบัด (MAGT) กับกลุ่มที่ได้รับการฝึกสมาธิร่วมกับการยอมรับพฤติกรรมกลุ่มบำบัด (CBGT) ในผู้มีปัญหา social anxiety ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มที่ได้รับการฝึกสมาธิร่วมกับการได้รับการยอมรับจากกลุ่มบำบัด (MAGT) กับกลุ่มที่ได้รับการฝึกสมาธิร่วมกับการยอมรับพฤติกรรมกลุ่มบำบัด (CBGT) มีระดับความวิตกกังวลลดลง และควบคุมอารมณ์ได้มากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05

Bazzano et al. (2013) ศึกษาผลของโปรแกรมการใช้สติลดความเครียด (MBSR) ในผู้ปกครอง/ผู้ดูแลเด็กที่มีความพิการทางสมอง ผลการศึกษาพบว่าผู้ดูแลเด็กที่มีความพิการทางสมองหลังได้รับโปรแกรมการใช้สติลดความเครียด(MBSR) มีระดับความเครียดลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < .001$ มีความสามารถในการเข้าใจตนเองและมีภาวะสุขภาพจิตดีมากขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < .05$

จากงานวิจัยที่กล่าวมาเห็นได้ว่าการนำแนวความคิดการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผน โดยให้ข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาและแนวทางการดูแลมาประยุกต์ใช้ร่วมกับการฝึกสมาธิแบบอานาปานสติ ช่วยลดความเครียด หรือความวิตกกังวลได้ ผู้วิจัยจึงนำแนวคิดดังกล่าวมาบูรณาการออกแบบกิจกรรมการพยาบาล โดยจัดเป็นรูปแบบการให้ข้อมูลทางสุขภาพ ตามแนวความคิดควบคุมตนเอง (self-regulation) ของ Leventhal & Johnson (1983) ร่วมกับการฝึกอานาปานสติ ตามหลักพระธรรมคำสอนขององค์สมเด็จพระสัมมาสัมพุทธเจ้า (พุทธวจน, 2555) มาบูรณาการในการออกแบบกิจกรรมการพยาบาลเพื่อให้ครอบคลุมการ ลดความเครียดโดยมีความรู้ความเข้าใจในสถานการณ์และการสร้างสติและปัญญา ที่พร้อมต่อการเผชิญความเครียด จากการได้รับข้อมูลของผู้ดูแลในครอบครัวในการดูแลเด็กโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวและการสร้างสติสมาธิและความผ่อนคลาย เพื่อการรับสถานการณ์ โดยประกอบด้วย 5 กิจกรรม คือ การให้ข้อมูลด้านขั้นตอนการดูแล การให้ข้อมูลเกี่ยวกับความรู้สึก การให้ข้อมูลเกี่ยวกับวิธีการเผชิญความเครียดร่วมกับการฝึกอานาปานสติ การติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์ และการติดตามเยี่ยมที่หอผู้ป่วย เพื่อช่วยให้ผู้ดูแลในครอบครัวเกิดความรู้สึกตื่นตัว เมื่อต้องเผชิญกับปัญหาหรือสถานการณ์ที่ต่าง ๆ ในการดูแลเด็กโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว และการดำเนินชีวิตของตน และมีความเครียดลดลงเมื่อต้องประสบกับพฤติกรรมและการแสดงออกของเด็ก บทบาทของผู้ดูแลที่เปลี่ยนไป การรักษาที่เด็กได้รับ และลักษณะอาการของเด็กที่ปรากฏ (Lazarus & Folkman, 1984)

กรอบแนวคิดการวิจัย



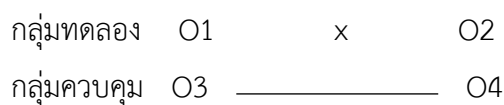
CHULALONGKORN UNIVERSITY

ภาพที่ 1 แสดงกรอบแนวคิดการวิจัย

บทที่ 3

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi experimental research) แบ่ง 2 กลุ่ม
วัดก่อนและหลังการทดลอง (two groups pretest-posttest design) (Polit & Beck, 2004)
โดยมีรูปแบบการวิจัยดังนี้



X หมายถึง รูปแบบการให้ข้อมูลทางสุขภาพพร้อมกับการฝึกอานาปานสติ

O₁ หมายถึง ความเครียดในการดูแลเด็กโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวของผู้ดูแลในครอบครัว
ก่อนได้รับรูปแบบการให้ข้อมูลทางสุขภาพพร้อมกับการฝึกอานาปานสติ

O₂ หมายถึง ความเครียดในการดูแลเด็กโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวของผู้ดูแลในครอบครัว
หลังได้รับรูปแบบการให้ข้อมูลทางสุขภาพพร้อมกับการฝึกอานาปานสติ

O₃ หมายถึง ความเครียดในการดูแลเด็กโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวของผู้ดูแลในครอบครัว
ก่อนได้รับการพยาบาลตามปกติ

O₄ หมายถึง ความเครียดในการดูแลเด็กโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวของผู้ดูแลในครอบครัว
หลังได้รับการพยาบาลตามปกติ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ดูแลในครอบครัวของเด็กโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวที่มีอายุต่ำกว่า 6 ปี และ
แพทย์วินิจฉัยว่าเป็นโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวชนิดเฉียบพลัน ที่เข้ารับการรักษาและได้รับยาเคมีบำบัด
ในระยะเข้มข้น (consolidation) ที่หอผู้ป่วยเด็ก ในโรงพยาบาลตติยภูมิ

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ดูแลในครอบครัวเด็กโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวที่มีอายุต่ำกว่า 6 ปี และ
แพทย์วินิจฉัยว่าเป็นโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวชนิดเฉียบพลัน ที่เข้ารับการรักษาและได้รับยาเคมีบำบัด
ในระยะเข้มข้น (consolidation) ที่หอผู้ป่วยเด็ก ในโรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่ง

การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

การเลือกกลุ่มตัวอย่างที่นำมาศึกษาครั้งนี้เป็นการสุ่มแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) กำหนดกลุ่มผู้ดูแลในครอบครัวเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มหนึ่งเป็นกลุ่มควบคุมและอีกกลุ่มเป็นกลุ่มทดลองมีคุณสมบัติตามเกณฑ์กลุ่มตัวอย่างที่กำหนดไว้ โดยเป็นผู้ดูแลในครอบครัวของเด็กโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวชนิดเฉียบพลันที่มีอายุต่ำกว่า 6 ปี แบ่งเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 25 คน (บุญใจ ศรีสถิตยน์รากูร, 2550) โดยผู้วิจัยกำหนดเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง (inclusion criteria) และเกณฑ์การพิจารณากลุ่มตัวอย่างออก (exclusion criteria) ดังนี้

เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง (inclusion criteria)

ผู้ดูแลในครอบครัว

1. เป็นผู้ดูแลในครอบครัวที่มีอายุตั้งแต่ 18 ปี ขึ้นไป
2. เป็นผู้ดูแลในครอบครัวที่เป็นผู้ดูแลหลักและอาศัยอยู่ร่วมกันในครอบครัวเดียวกับเด็กโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว

3. ได้ยิน สามารถเข้าใจ และติดต่อสื่อสารภาษาไทยได้

4. สม่ครใจ และยินดีให้ความร่วมมือเข้าร่วมกิจกรรมในการวิจัยนี้

เด็กโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว

1. อายุต่ำกว่า 6 ปี

2. ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวชนิดเฉียบพลัน

3. เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

4. ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดในระยะเข้มข้น

เกณฑ์การพิจารณากลุ่มตัวอย่างออก(exclusion criteria)

เมื่อพบว่าเด็กโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวในความดูแลของกลุ่มตัวอย่างมีการเปลี่ยนแปลงของโรค ททรุดลง และ/หรือต้องได้รับการรักษาอื่นนอกเหนือจากโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว เช่น มีภาวะวิกฤต มีอาการหายใจลำบาก มีภาวะเลือดออก เป็นต้น ซึ่งจะส่งผลต่อความเครียดของผู้ดูแล โดยการวิจัยนี้ เมื่อสิ้นสุดการทดลอง ไม่มีกลุ่มตัวอย่างถูกคัดออก มีจำนวนครบ 50 คน ตามที่กำหนด

การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง

การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยยึดหลักการกำหนดกลุ่มตัวอย่างที่พอเหมาะของการวิจัยกึ่งทดลองคือ อย่างน้อยควรมีจำนวน 20 คน ต่อกลุ่ม (Burns and Grove, 2005) ดังนั้นในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลในครอบครัว จำนวน 40 คน โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 20 คน และเพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยจึงกำหนดกลุ่มตัวอย่างเป็น 50 คน โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 25 ค

ขั้นตอนการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

1. ผู้วิจัยสำรวจจำนวนผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวชนิดเฉียบพลันจากทะเบียนประวัติผู้ป่วยตามรายชื่อที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยเด็ก
2. คัดเลือกผู้ดูแลในครอบครัวที่ให้การดูแลเด็กมะเร็งเม็ดเลือดขาวตามเกณฑ์คุณสมบัติที่กำหนด
3. จัดให้กลุ่มตัวอย่าง 25 คนแรกเข้าเป็นกลุ่มควบคุม และ 25 คนหลังเป็นกลุ่มทดลอง เพื่อป้องกันการปนเปื้อนระหว่างกลุ่ม
4. เพื่อป้องกันตัวแปรแทรกซ้อนที่มีผลต่อตัวแปรตาม คือ ความเครียดของผู้ดูแลในครอบครัว ผู้วิจัยจึงทำการจับคู่กลุ่มตัวอย่าง โดยให้กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองมีปัจจัยที่ส่งผลต่อตัวแปรตามที่คล้ายคลึงกัน คือ รายได้ของครอบครัว ที่อธิบายได้ว่าการมีรายได้ของครอบครัวที่เพียงพอ หรือการมีฐานะทางเศรษฐกิจที่ดีมีความสัมพันธ์ในทางลบกับระดับความเครียดของผู้ดูแล และระดับการศึกษาของผู้ดูแลมีความสัมพันธ์ทางลบกับระดับความเครียดของผู้ดูแล โดยผู้ดูแลที่มีระดับการศึกษาสูงจะมีความรู้ความเข้าใจในการดูแลเด็กป่วยมากกว่า หรือมีโอกาสในการเข้าถึงข้อมูลการดูแลมากกว่าผู้ดูแลที่มีระดับการศึกษาต่ำกว่า (ศศิธร วรรณพงษ์, 2544; นาฎยพรรณ ภิญญา, 2545; เกศรา แสงงาม, 2548; ทศนีย์ ประสบกิตติคุณ, 2553; Saygh & Bozo, 2011; พิมพ์นารา จงไพศาลสกุล, 2555)

เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ประกอบด้วย

1.1 แผนกิจกรรมการให้ข้อมูลทางสุขภาพพร้อมกับการฝึกอานาปานสติ ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยนำแนวคิดการควบคุมตนเอง (Self - regulation) ของ Leventhal & Johnson (1983) ซึ่งเป็นกระบวนการในการให้ข้อมูลในการเตรียมความพร้อมของผู้ดูแลก่อนที่จะเผชิญเหตุการณ์หรือสถานการณ์ที่คุกคาม ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งการฝึกสมาธิแบบอานาปานสติตามหลักพระธรรมคำสอนขององค์สมเด็จพระสัมมาสัมพุทธเจ้า (พุทธวจน, 2555) โดยใช้การทำกิจกรรมกลุ่ม เพื่อลดความเครียดในการดูแลเด็กโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวของผู้ดูแลในครอบครัว (ภาคผนวก ง) โดยมีขั้นตอนการสร้าง ดังนี้

1.1.1 ทบทวนวรรณกรรมและศึกษาแนวคิดการควบคุมตนเอง ของ Leventhal & Johnson (1983) ร่วมกับทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการฝึกอานาปานสติตามหลักพระธรรมคำสอนขององค์สมเด็จพระสัมมาสัมพุทธเจ้า (พุทธวจน, 2555) และการทำกิจกรรมกลุ่ม (ทิตินา แคมมณี, 2553)

1.1.2 กำหนดการดำเนินการทำกิจกรรมตามแนวคิด Leventhal & Johnson (1983) ประกอบด้วย 5 กิจกรรม ได้แก่ 1) การให้ข้อมูลด้านขั้นตอนการดูแล 2) การให้ข้อมูลด้านความรู้สึก 3) การให้ข้อมูลเกี่ยวกับวิธีการเผชิญความเครียดโดยนำหลักการฝึกอานาปานสติมาประยุกต์ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ 4) การโทรศัพท์ติดตามเมื่อกลับบ้าน และ 5) การติดตามเยี่ยมที่หอผู้ป่วย

1.1.3 กำหนดเนื้อหาในกิจกรรมให้ครอบคลุมรูปแบบการให้ข้อมูลทางสุขภาพร่วมกับการฝึกอานาปานสติสำหรับผู้ดูแลในครอบครัวเด็กโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว โดยแบ่งกิจกรรมออกเป็น 5 กิจกรรม มีรายละเอียด ดังนี้

1) การให้ข้อมูลเกี่ยวกับขั้นตอนการดูแล ได้แก่ การให้ข้อมูลเรื่องโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวชนิดเฉียบพลัน อาการ แนวทางการรักษา แนวทางการดูแลเด็กโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว การเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับยาเคมีบำบัด การป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ โดยให้ผู้ดูแลในครอบครัวเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่ม และใช้แผนการให้ความรู้ เรื่อง การดูแลเด็กโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวและคู่มือการดูแลเด็กโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว เป็นสื่อประกอบ

2) การให้ข้อมูลเกี่ยวกับความรู้สึก ได้แก่ การบอกถึงสภาพหรือเหตุการณ์ความเครียดที่ผู้ดูแลในครอบครัวจะได้รับรู้ โดยให้ผู้ดูแลในครอบครัวเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มร่วมแลกเปลี่ยนประสบการณ์/ความรู้สึกในการดูแลเด็กโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวที่ทำให้ผู้ดูแลในครอบครัวเกิดความรู้สึกไม่สบายใจ/กังวลใจ และการยกตัวอย่างสถานการณ์ที่ยุงยากหรือเหตุการณ์ตึงเครียดในการดูแลเด็กโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวที่พบบ่อยแก่ผู้ดูแลในครอบครัว ให้ผู้ดูแลในครอบครัวตอบและผู้วิจัยเฉลยคำตอบ

3) การให้ข้อมูลเกี่ยวกับวิธีการเผชิญความเครียด โดยการให้ผู้ดูแลในครอบครัวเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่ม พูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์/แนวทางการปฏิบัติตัวเมื่อเกิดความเครียดในการดูแลเด็กโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว และผู้วิจัยเสนอแนวทางการลดความเครียดด้วยการฝึกอานาปานสติ อธิบายถึงประโยชน์ของการฝึกอานาปานสติ การสอนสาธิต และให้ผู้ดูแลในครอบครัวฝึกอานาปานสติ โดยใช้ซีดี/วีซีดีเป็นสื่อประกอบ และแจกคู่มือการฝึกอานาปานสติ พร้อมทั้งให้ผู้ดูแลในครอบครัวฝึกปฏิบัติ ผู้วิจัยคอย ให้คำแนะนำดูแลอย่างใกล้ชิดและให้กำลังใจในการฝึกปฏิบัติแก่ผู้ดูแลในครอบครัว

4) การโทรศัพท์ติดตาม เป็นการติดตามการดูแลต่อเนื่องของผู้ดูแลในครอบครัว เป็นรายบุคคลเมื่อกลับบ้าน สอบถามอาการของเด็กและวิธีการดูแลเด็กโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวที่บ้าน เพื่อให้ข้อมูลเพิ่มเติมในการดูแลเด็กโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวที่บ้าน และการฝึกอานาปานสติที่บ้าน หากผู้ดูแลในครอบครัวมีปัญหา/ข้อสงสัย ตลอดจนรับฟังปัญหาอุปสรรคและให้คำปรึกษา หา

แนวทางแก้ไขร่วมกัน รวมทั้งเป็นการกระตุ้นเตือนและติดตามความก้าวหน้าของความร่วมมือในการเข้าร่วมโปรแกรม

5) การติดตามเยี่ยมที่หอผู้ป่วย เป็นการติดตามการดูแลต่อเนื่องของผู้ดูแลในครอบครัวเป็นรายบุคคลเมื่อเด็กเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล เพื่อสอบถามอาการเด็กและการดูแลเด็กโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวและการฝึกอานาปานสติอย่างต่อเนื่อง ตลอดจนรับฟังปัญหาอุปสรรคให้คำปรึกษา ให้กำลังใจ และการให้ข้อมูลเพิ่มเติมในการดูแลเด็กโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวหากผู้ดูแลมีข้อสงสัย หาแนวทางแก้ไขร่วมกัน รวมทั้งเป็นการกระตุ้นเตือนและติดตามความก้าวหน้าของความร่วมมือในการเข้าร่วมโปรแกรม

1.2 แผนการให้ความรู้ เรื่อง การดูแลเด็กโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว ประกอบด้วย ข้อมูลเรื่อง โรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวชนิดเฉียบพลัน อาการ แนวทางการรักษา การดูแลเด็กมะเร็งเม็ดเลือดขาว การเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับยาเคมีบำบัด การป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน และอาการผิดปกติที่ต้องรีบพาเด็กมาพบแพทย์ โดยสร้างขึ้นจากการศึกษาเอกสาร ตำราและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1.3 แผนการสอน เรื่อง การฝึกอานาปานสติ ประกอบด้วย ความหมาย ประโยชน์ วิธีการฝึกอานาปานสติ โดยสร้างขึ้นจากการศึกษาเอกสาร ตำราและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1.4 สไลด์คอมพิวเตอร์ เรื่อง มะเร็งเม็ดเลือดขาวในเด็ก ประกอบด้วย ข้อมูลเรื่อง โรค อาการ แนวทางการรักษา การดูแลเด็กมะเร็งเม็ดเลือดขาว การเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับยาเคมีบำบัด การป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน และอาการผิดปกติที่ต้องรีบพาเด็กมาพบแพทย์ และเรื่อง การฝึกอานาปานสติโดยสร้างขึ้นจากการศึกษาเอกสาร ตำราและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อใช้ประกอบการบรรยาย

1.5 ซีดี/วีซีดี ที่ใช้ประกอบการฝึกอานาปานสติ โดยใช้เป็นสื่อประกอบการสอน วิธีการฝึกสมาธิแบบอานาปานสติ (คลิปวีซีดี พุทธวจน อานาปานสติสำหรับผู้ปฏิบัติใหม่ โดยพระอาจารย์ศิกฤทธิโสสถิณโธ และซีดีการฝึกอานาปานสติของคุณสมพร เทพสุริยานนท์)

1.6 คู่มือการดูแลเด็กโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวและคู่มือการฝึกอานาปานสติ ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยจัดทำเป็นรูปเล่ม มีบทบรรยายพร้อมภาพประกอบ โดยสร้างขึ้นจากเอกสาร ตำรา และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย ความหมายของโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว อาการ แนวทางการรักษา การดูแลเด็กมะเร็งเม็ดเลือดขาว การเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับยาเคมีบำบัด การป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน และอาการผิดปกติที่ต้องรีบพาเด็กมาพบแพทย์ ส่วนคู่มือการฝึกอานาปานสติ ประกอบด้วย ความหมาย ประโยชน์ และวิธีการฝึกอานาปานสติ

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่

2.1 แบบบันทึกส่วนบุคคล แบ่งเป็น 2 ส่วน คือ

2.1.1 แบบบันทึกข้อมูลบุคคลของผู้ดูแลในครอบครัวในการดูแลเด็กโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพการสมรส ความสัมพันธ์กับเด็กโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว รายได้ของครอบครัว ระดับการศึกษา และระยะเวลาที่ทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลหลักของเด็กป่วย

2.1.2 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของเด็กโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวชนิดเฉียบพลัน ประกอบด้วย เพศ อายุ ระยะเวลาในการเจ็บป่วย การรักษาที่ได้รับ ระยะเวลาที่ได้รับยาเคมีบำบัด ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น และระดับความรุนแรงของโรค โดยแบ่งเป็น low risk/standard risk ALL และ high risk ALL

2.2 แบบประเมินความเครียดในการดูแลเด็กโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวของผู้ดูแลในครอบครัว ผู้วิจัยดัดแปลงจากแบบประเมินความเครียดของมารดาผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งของพรทิพย์ อนันตกุล (2543) ที่ดัดแปลงมาจากแนวคิดการประเมินความเครียดของ Lazarus & Folkman (1984) และเครื่องมือวัดความเครียด parental stressor scale : pediatric intensive care unit (PSS:PICU) ของ Carter & Miles (1989) ที่กล่าวว่าความเครียดของบิดามารดาเด็กป่วยเกิดจากการรับรู้หรือได้พบเห็นสิ่งเร้า ซึ่งเป็นสาเหตุที่เกิดจากการที่บุตรเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักกุมารเวชกรรม ประกอบด้วย 7 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านการทำหน้าที่บทบาทบิดามารดาที่เปลี่ยนแปลงไป 2) ด้านพฤติกรรมและอารมณ์ของบุตรป่วย 3) ด้านกิจกรรมการรักษาพยาบาลที่บุตรได้รับ 4) ด้านลักษณะของบุตรป่วยที่ปรากฏให้เห็น 5) ด้านการสื่อสารของเจ้าหน้าที่พยาบาล 6) ด้านแสงและเสียงจากอุปกรณ์ เครื่องมือต่างๆในหอผู้ป่วย และ 7) ด้านพฤติกรรมของเจ้าหน้าที่ในหอผู้ป่วย และได้นำมาปรับใช้ในบริบทของหอผู้ป่วยสามัญ เครื่องมือได้ผ่านการตรวจสอบคุณภาพ โดยค่าความตรงเชิงเนื้อหา จากความเห็นสอดคล้องของผู้ทรงคุณวุฒิตรวจ และมีค่าความเที่ยงรวมทั้งฉบับ เท่ากับ .96

ในงานวิจัยนี้ผู้วิจัยนำแบบประเมินความเครียดของพรทิพย์ อนันตกุล (2543) มาปรับแก้ไขใช้ในบริบทของการดูแลเด็กป่วยโรคมะเร็งในชีวิตประจำวันของผู้ดูแลในครอบครัว โดยตัดการประเมินด้านพฤติกรรมสื่อสารของเจ้าหน้าที่พยาบาล พฤติกรรมสื่อสารของแพทย์ และแสงและเสียงอุปกรณ์เครื่องมือแพทย์ออก เนื่องจากไม่เกี่ยวข้องกับการประเมินความเครียดในครั้งนี้นำมาปรับเป็นแบบประเมินความเครียดของผู้ดูแลในครอบครัว 4 ด้าน คือ ความเครียดของผู้ดูแลต่อพฤติกรรมและการแสดงออกของเด็ก (child's behaviors and emotion) บทบาทของผู้ดูแลที่เปลี่ยนไป (caregiver role alternation) การรักษาพยาบาลที่ได้รับ (procedure) และลักษณะของบุตรที่ปรากฏ (child's appearance) (ภาคผนวก ง)

การให้คะแนนมี ดังนี้

ไม่เคยประสบเหตุการณ์นั้น / เหตุการณ์นั้นไม่ก่อให้เกิดความเครียด = 1 คะแนน

เหตุการณ์นั้นก่อให้เกิดความเครียดเล็กน้อย = 2 คะแนน

เหตุการณ์นั้นก่อให้เกิดความเครียดปานกลาง = 3 คะแนน

เหตุการณ์นั้นก่อให้เกิดความเครียดมาก = 4 คะแนน

เหตุการณ์นั้นก่อให้เกิดความเครียดมากที่สุด = 5 คะแนน

กำหนดเกณฑ์การแปลผลคะแนนของความเครียดที่ได้จากแบบสอบถาม โดยคิดเป็นคะแนนรายข้อ (\bar{x}) และโดยรวม คิดค่าคะแนนเฉลี่ยของความเครียด ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย	ความหมาย
0.00 – 0.09	ปัจจัยนั้นไม่ก่อให้เกิดความเครียด
1.00 – 2.00	ปัจจัยนั้นก่อให้เกิดความเครียดน้อย
2.01 – 3.00	ปัจจัยนั้นก่อให้เกิดความเครียดปานกลาง
3.01 – 4.00	ปัจจัยนั้นก่อให้เกิดความเครียดมาก
4.01 – 5.00	ปัจจัยนั้นก่อให้เกิดความเครียดมากที่สุด

คิดคะแนนรวมทุกปัจจัย หากกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยความเครียดสูงกว่าแสดงว่ามีความเครียดในระดับที่สูงกว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีคะแนนเฉลี่ยความเครียดต่ำกว่า

3. เครื่องมือกำกับการทดลอง ได้แก่

แบบบันทึกการรายงานตนเองในการฝึกอานาปานสติด้วยตนเอง ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนตำราและเอกสารที่เกี่ยวข้อง เป็นเครื่องมือที่ใช้บันทึกการฝึกอานาปานสติของผู้ดูแลในครอบครัวที่บ้าน โดยให้ผู้ดูแลในกลุ่มทดลองเป็นผู้บันทึกวันเวลา จำนวนครั้งที่ฝึกอานาปานสติทุกวัน โดยกำหนดให้กลุ่มทดลองฝึกสมาธิ วันละ 2 ครั้ง ครั้งละ 15 – 30 นาที และเขียนบอกความรู้สึกที่เกิดขึ้นหลังการฝึกสมาธิ และผู้วิจัยติดตามประเมินการปฏิบัติในสัปดาห์ที่ 2, 3 และ 4 กำหนดเกณฑ์การประเมินจากการปฏิบัติครบตามกำหนด ร้อยละ 80 (ภาคผนวก ง)

ผลการติดตามการกำกับการทดลอง พบว่า ในสัปดาห์ที่ 2 ผู้ดูแลในครอบครัวส่วนใหญ่ ร้อยละ 80 ฝึกปฏิบัติในเวลาเช้าหลังตื่นนอนและช่วงเย็นก่อนนอน เป็นเวลา 10 – 15 นาที โดยฝึกในท่านั่งทั้งหมด และพบว่าในช่วง 5 นาทีแรก ผู้ดูแลร้อยละ 50 ยังรู้สึกเกร็ง มีความคิดฟุ้งซ่านโดยคิดถึงแต่เรื่องบุตรหลานที่ป่วยบอกว่าเป็นหวัด 4 คน คิดกังวลเรื่องค่าใช้จ่าย และ 3 คน รู้สึกอึดอัด แต่เมื่อรู้ตัว ก็กลับมาที่ลมหายใจได้ในช่วงท้ายของการฝึกปฏิบัติ ส่วนในสัปดาห์ที่ 3 และ 4 พบว่า ผู้ดูแลส่วนใหญ่ร้อยละ 80 ฝึกปฏิบัติในเวลาเช้าหลังตื่นนอนและช่วงเย็นก่อนนอน และเพิ่มระยะเวลาในการฝึกเป็น 15 – 20 นาที และมี 5 คน ที่เพิ่มระยะเวลา เป็น 30 นาที และเพิ่มเป็น 3 ครั้ง โดยฝึกในเวลาเช้าหลังตื่นนอน ก่อนนอน ตอนบ่ายหลังจากตื่นนอนกลับและไม่มีภารกิจใด โดยในสัปดาห์

หลังนี้ผู้ดูแลบอกว่า เริ่มมีความคิดฟุ้งซ่านลดลงมาก เมื่อเริ่มฝึกใช้เวลาไม่นานก็เริ่มรู้สึกผ่อนคลายเร็วขึ้น มี 3 คน ที่รู้สึกพอใจสงบ มากขึ้น และ 2 คน รู้สึกปลอดภัยสบาย สรุปรวมผู้ดูแลใช้เวลาฝึกอานาปานสติ 23 นาที และฝึกในเวลาเช้าหลังตื่นนอนและช่วงเย็นก่อนนอน ร้อยละ 80 เกิดความรู้สึกผ่อนคลาย และปลอดภัยมากขึ้นหลังการฝึกอานาปานสติ

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (content validity)

ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยไปปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ได้แก่ แผนการสอน 3 เรื่อง ได้แก่ แผนกิจกรรมการให้ข้อมูลทางสุขภาพร่วมกับการฝึกอานาปานสติ แผนการสอนเรื่อง โรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวในเด็ก และแผนการสอน เรื่อง อานาปานสติ คู่มือการดูแลเด็กโรคมะเร็ง เม็ดเลือดขาว คู่มือการฝึกอานาปานสติ แบบบันทึกการรายงานตนเองในการฝึกอานาปานสติด้วยตนเอง และแบบสอบถามความเครียดในการดูแลเด็กโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวของผู้ดูแลในครอบครัว ปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษาเพื่อตรวจสอบความครอบคลุมของเนื้อหา และปรับปรุงแก้ไขเนื้อหาและภาษาที่ใช้ จากนั้นนำไปตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา รูปแบบ ระยะเวลา และความเหมาะสมของกิจกรรม รวมทั้งความถูกต้องของภาษา โดยผู้ทรงคุณวุฒิทางด้านการพยาบาลเด็ก จำนวน 5 คน (รายนามในภาคผนวก ก) ประกอบด้วยอาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านโรคมะเร็งเด็ก 3 คน ผู้เชี่ยวชาญด้านการฝึกสมาธิ 2 คน พิจารณาความสอดคล้องของคำถามกับคำนิยามเชิงปฏิบัติการ ภาษาที่ใช้ โดยกำหนดระดับความคิดเห็น 4 ระดับ ดังนี้ 1 หมายถึง ไม่สอดคล้อง 2 หมายถึง สอดคล้องน้อยมาก 3 หมายถึง ค่อนข้างสอดคล้อง และ 4 หมายถึง สอดคล้องมาก (Polit & Hungler, 1991) โดยใช้เกณฑ์ตัดสินความตรงเชิงเนื้อหา (context validity index: CVI) มากกว่า .80 ขึ้นไป (Davis, 1992 อ้างในบุญใจ ศรีสถิตยน์รากูร, 2555)

โดยแบบสอบถามความเครียดในการดูแลเด็กโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวของผู้ดูแลในครอบครัว ได้ค่า CVI = 0.94 และแบบบันทึกการรายงานตนเองในการฝึกอานาปานสติด้วยตนเอง = 1.00

2. การหาค่าความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability)

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามซึ่งเป็นแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามความเครียดในการดูแลเด็กโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวของผู้ดูแลในครอบครัว และแบบบันทึกการรายงานตนเองหลังการฝึกอานาปานสติที่บ้าน ที่ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ ทั้ง 5 คน มาปรับปรุงตามข้อเสนอแนะร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ เพื่อปรับปรุงข้อคำถามเกี่ยวกับการใช้ภาษาให้เกิดความเข้าใจและมีความหมายชัดเจนมากขึ้นตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ แบบสอบถามความเครียดในการดูแลเด็กโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวของ

ผู้ดูแลในครอบครัว ผู้วิจัยตัดข้อความข้อ 30 ออก (เด็กมีอาการตัวเทาเหลือง)เนื่องจากมีผู้ทรงคุณวุฒิ 1 ท่านให้คะแนน ระดับ 2 (ระดับ 2 หมายถึง สอดคล้องกับคำนิยามน้อย ต้องปรับปรุงข้อความอีกมาก) และมีประเด็นในการปรับแก้ ดังนี้

2.1 แผนกิจกรรมการให้ข้อมูลทางสุขภาพร่วมกับการฝึกอานาปานสติ ในครั้งที่ 2 ควรเพิ่มเวลาในการให้ผู้ดูแลในครอบครัวได้ร่วมแสดงความรู้สึกเกี่ยวกับปัญหา/ความลำบากใจในการดูแลเด็กโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว จึงปรับเวลา จาก 30 นาที เป็น 40 นาที

2.2 แผนการสอน เรื่อง การดูแลเด็กโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว ควรปรับวัตถุประสงค์ และการประเมินผลให้ชัดเจน และเนื้อหาด้านการดูแลเด็กโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว ควรปรับแยกประเด็นเพื่อให้อ่านเข้าใจง่าย จึงปรับการเขียนวัตถุประสงค์และการประเมินผลใหม่ และแยกประเด็นในการดูแลเด็กโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวเป็น 3 ประเด็น คือ การดูแลสุขภาพทั่วไป การดูแลเมื่อได้รับยาเคมีบำบัด และการดูแลเพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน ส่วนแผนการสอน เรื่องการฝึกอานาปานสติ ควรปรับเพิ่มเวลาในการฝึก จึงปรับจาก 15 นาที เป็น 20 นาที

2.3 คู่มือ การดูแลเด็กโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว ปรับเรื่องการใช้ภาษาที่เข้าใจง่าย และเพิ่มภาพเกี่ยวกับการออกกำลังกาย และการรักษาความสะอาดภายในบ้าน

2.4 คู่มือ การฝึกอานาปานสติ ควรขยายภาพที่แสดงการนั่งสมาธิให้มีขนาดใหญ่ เพื่อความชัดเจน

2.5 แบบบันทึกการรายงานตนเองในการฝึกอานาปานสติด้วยตนเอง ควรเพิ่มช่องอื่นๆ เพื่อให้ผู้ปฏิบัติเขียนเพิ่มเติม กรณีเกิดความรู้สึกอื่นที่ไม่มีในแบบบันทึกฯ จึงเพิ่มช่องอื่นๆและเว้นที่ว่างให้เขียนเติม

2.6 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของเด็กโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว ควรเพิ่มช่องการแบ่งระดับความรุนแรงโรค เนื่องจากเป็นการพยากรณ์โรคที่นำมาใช้ประกอบเป็นแนวทางการรักษา จึงเพิ่มช่องระดับความรุนแรงโรค คือ low risk/standard risk และ high risk

2.7 แบบสอบถามความเครียดในการดูแลเด็กโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวของผู้ดูแลในครอบครัว มีการปรับแก้อธิบายเพิ่มเติม ดังนี้

ข้อที่	ข้อความเดิม	การปรับแก้ข้อความ
4	เด็กมีอาการซึม	เด็กมีอาการซึม ไม่สดชื่น เหมือนปกติ
5	เด็กมีอาการสับสน	มีอาการสับสน และ/หรือเพ้อ สื่อสารไม่รู้เรื่อง
8	เด็กแสดงอาการโกรธ	เด็กแสดงอาการโกรธ หงุดหงิด ไม่พอใจ
10	ท่านไม่รู้ว่าจะช่วยเหลือเด็กอย่างไร	ไม่รู้ว่าจะช่วยเหลือเด็กโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว ได้อย่างไร เมื่อเด็กเกิดภาวะแทรกซ้อน
18	เด็กของท่านต้องกินยาจำนวนมาก	ต้องได้รับยาเป็นเวลานานจำนวนมากและ/หรือหลายอย่าง

หลังจากนั้นผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูลไปทดลองใช้กับผู้ดูแลในครอบครัวเด็กโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวที่มีลักษณะใกล้เคียงกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ราย ที่หอผู้ป่วยเด็กโรงพยาบาลตติยภูมิ แล้วนำข้อมูลที่ได้อาวิเคราะห์หาความเที่ยง โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Polit & Beck, 1999) โดยใช้เกณฑ์มากกว่าหรือเท่ากับ .80 (Burns & Grove, 2001) ได้ค่าเท่ากับ 0.94

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

1. ขั้นตอนเตรียมการ ดำเนินการตามขั้นตอน ดังนี้

1.1 ผู้วิจัยขอหนังสือแนะนำตัวผู้วิจัยจากคณบดี คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เสนอผู้อำนวยการโรงพยาบาลตติยภูมิ เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขอความร่วมมือในการทำวิจัย และขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล พร้อมนำเสนอโครงร่างวิทยานิพนธ์ฉบับย่อ และตัวอย่างเครื่องมือ ขอความเห็นชอบจากคณะกรรมการพิจารณาการวิจัยในมนุษย์

1.2 เมื่อผ่านความเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลตติยภูมิ เมื่อวันที่ 26 สิงหาคม 2558 (048/2558) และอนุญาตให้เก็บข้อมูลได้ ผู้วิจัยจึงประสานงานกับหัวหน้าพยาบาลและหัวหน้าหอผู้ป่วยเด็ก เพื่อขอความร่วมมือในการวิจัย โดยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการดำเนินการวิจัย การเก็บรวบรวมข้อมูล ระยะเวลาการเก็บรวบรวมข้อมูล รวมทั้งการพิทักษ์สิทธิ์ของผู้เข้าร่วมวิจัย

2. ขั้นตอนการวิจัยและการประเมินผล ดำเนินการตามขั้นตอน ดังนี้

2.1 กลุ่มควบคุม

2.1.1 ผู้วิจัยทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนดที่หอผู้ป่วยเด็ก โรงพยาบาลตติยภูมิ โดยสำรวจข้อมูลทางเวชระเบียนผู้ป่วยของเด็กโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว

2.1.2 เมื่อได้กลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแล้ว ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างโดยสร้างสัมพันธภาพ แนะนำตัว แจ้งวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย ระยะเวลาที่เข้าร่วมการวิจัย พร้อมทั้งอธิบายการพิทักษ์สิทธิ์ผู้เข้าร่วมวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างฟัง และขอความร่วมมือในการเข้าร่วมวิจัย เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมวิจัย ผู้วิจัยจึงให้กลุ่มตัวอย่างลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

2.1.3 ให้กลุ่มควบคุมบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลและทำแบบสอบถามความเครียดในการดูแลเด็กโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวของผู้ดูแลในครอบครัว (pre-test) ใช้เวลาประมาณ 20 นาที

2.1.4 ผู้วิจัยบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของเด็กโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว จากเวชระเบียนผู้ป่วยโดยใช้แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของเด็กโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น

2.1.5 ผู้ดูแลในครอบครัวของเด็กโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวในกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ ซึ่งเป็นกิจกรรมการดูแลปกติของพยาบาล และการให้คำแนะนำในการดูแลเด็กโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวแก่ผู้ดูแลในครอบครัว ที่กระทำโดยพยาบาลวิชาชีพขณะที่เด็กเข้ารับการรักษารวมทั้ง การให้การดูแลตามแผนการรักษาของแพทย์ ให้คำแนะนำเมื่อผู้ดูแลในครอบครัวเกิดปัญหา และให้ความรู้เป็นรายบุคคลตามแผนการให้ความรู้

2.1.6 ขอความร่วมมือจากผู้ดูแลในครอบครัวในการนำเด็กมารับการรักษาตามแพทย์นัด โดยมาล่วงหน้า 1 วัน และผู้วิจัยขอโทรศัพท์ติดตามเพื่อเป็นการช่วยเตือนในการพาเด็กมาพบแพทย์ 2 วัน ก่อนถึงวันนัด

2.1.7 นัดพบกลุ่มตัวอย่างอีกครั้งในสัปดาห์ที่ 5 ที่หอผู้ป่วยเด็ก ซึ่งเป็นการพาผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวมาตรวจตามแพทย์นัดเพื่อรับยาเคมีบำบัด แล้วจึงประเมินความเครียดของผู้ดูแลในครอบครัวในการดูแลเด็กโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว (post-test) หลังจากนั้นแจ้งให้ทราบว่าเป็นสิ้นสุดการทดลองและแสดงความขอบคุณ

2.2 กลุ่มทดลอง

2.2.1 ผู้วิจัยทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนดที่หอผู้ป่วยเด็ก โรงพยาบาลตติยภูมิ โดยสำรวจข้อมูลทางเวชระเบียนผู้ป่วยของเด็กโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว และจับคู่ (matched pair) ให้มีรายได้และระดับการศึกษาของผู้ดูแลในครอบครัวใกล้เคียงกัน

2.2.2 เมื่อได้กลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนดแล้ว ผู้วิจัยเข้าพบและแนะนำตัวกับกลุ่มตัวอย่าง โดยสร้างสัมพันธภาพ แจงวัตถุประสงค์ พร้อมชี้แจงรายละเอียดขั้นตอน และระยะเวลาของการทำวิจัย และชี้แจงถึงสิทธิในการเข้าร่วมหรือไม่เข้าร่วมในการวิจัย การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างพร้อมทั้งขอความร่วมมือในการวิจัย

2.2.3 เมื่อได้รับความร่วมมือจากกลุ่มตัวอย่างยินดีเข้าร่วมวิจัยแล้ว พร้อมทั้งลงนามในใบคำยินยอมจากกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ดูแลในครอบครัวของเด็กโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว

2.2.4 ให้กลุ่มทดลองทำแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล และแบบประเมินความเครียดของผู้ดูแลในครอบครัวในการดูแลเด็กโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว (pre-test) ใช้เวลาประมาณ 20 นาที

2.2.5 ผู้วิจัยบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของเด็กโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว จากเวชระเบียนผู้ป่วยโดยใช้แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของเด็กโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น

2.2.6 **เริ่มการทดลอง** โดยกลุ่มทดลองได้รับรูปแบบการให้ข้อมูลทางสุขภาพร่วมกับการฝึกอานาปานสติ เป็นเวลา 4 สัปดาห์ ประกอบด้วย 5 กิจกรรม ดังนี้

กิจกรรมที่ 1 - ให้ข้อมูลด้านขั้นตอนการดูแล

กิจกรรมที่ 2 - ให้ข้อมูลเกี่ยวกับความรู้สึก

กิจกรรมที่ 3 - ให้ข้อมูลเกี่ยวกับวิธีการเผชิญความเครียด

กิจกรรมที่ 4 - การโทรศัพท์ติดตามเยี่ยมที่บ้าน

กิจกรรมที่ 5 - การติดตามเยี่ยมที่หอผู้ป่วย

มีรายละเอียดของกิจกรรม ดังนี้

กิจกรรมที่ 1-3 การให้ข้อมูลทางสุขภาพร่วมกับการฝึกอานาปานสติ
ขณะเด็กอยู่ในหอผู้ป่วย เป็นการทำกิจกรรมกลุ่ม โดยมีผู้วิจัยเป็นผู้นำและผู้ดูแลในครอบครัวเด็กโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว เป็นสมาชิก มีสมาชิกในการทำกิจกรรมกลุ่มครั้งละ 6 คน และในกลุ่มสุดท้ายมีสมาชิก 7 คน โดยในห้องจัดกิจกรรมของหอผู้ป่วยที่มีบรรยากาศเป็นส่วนตัว

วันที่ 1 ของการอยู่โรงพยาบาล (วันจันทร์) 18.00 น.

ครั้งที่ 1

กิจกรรมที่ 1 การให้ข้อมูลด้านขั้นตอนการดูแล (procedure information) (60 นาที)

1. ผู้วิจัยแนะนำตัว ทักทายผู้ดูแลในครอบครัวด้วยสีหน้ายิ้มแย้ม ทำทีสุภาพและเป็นมิตร พูดด้วยวาจาสุภาพและเป็นกันเอง ประเมินความพร้อมในการเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่ม

2. ผู้วิจัยให้ผู้ดูแลในครอบครัวแต่ละคนแนะนำตัว เพื่อสร้างสัมพันธภาพในกลุ่ม
3. ผู้วิจัยกำหนดประเด็นเกี่ยวกับโรค ALL อาการ แนวทางการรักษา แนวทางการดูแลเด็กโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว ภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดจากการได้รับยาเคมีบำบัด และการป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ
4. วิจัยให้ผู้ดูแลร่วมแลกเปลี่ยนความรู้ความเข้าใจ/ประสบการณ์ในการดูแลเด็กโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว
5. ผู้วิจัยให้ผู้ดูแลร่วมกันสรุปประเด็นที่ได้โดยการร่วมพูดคุย
6. ผู้วิจัยให้ข้อมูลเพิ่มเติมในประเด็นที่ขาด พบว่าผู้ดูแลส่วนใหญ่ไม่ทราบข้อมูลในเรื่องโรค ไม่รู้ว่าเป็นอะไร และทราบแนวทางการรักษาระดับหนึ่งว่าต้องรักษาด้วยยาเคมีบำบัดและใช้เวลารักษานาน 3- 5 ปี ต้องการทราบข้อมูลเพิ่มเติมเกี่ยวกับโรค แนวทางการรักษา และวิธีการดูแลเด็กเมื่อได้รับยาเคมีบำบัดและการช่วยเหลือเมื่อเกิดภาวะแทรกซ้อน ผู้วิจัยจึงอธิบายเพิ่มเติมในเรื่องโรค และการให้ยาเคมีบำบัด พร้อมเน้นย้ำในประเด็นที่ผู้ดูแลต้องการ ได้แก่ การรับประทานอาหาร การป้องกันการติดเชื้อ การดูแลเมื่อเด็กได้รับยาเคมีบำบัด และให้กำลังใจในการดูแลเด็กโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว และมอบคู่มือการดูแลเด็กโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว และนัดหมายพบกันในวันที่ 2 ของการอยู่โรงพยาบาล

วันที่ 2 ของการอยู่โรงพยาบาล (วันอังคาร) 18.00 น.

ครั้งที่ 2

กิจกรรมที่ 2 การให้ข้อมูลเกี่ยวกับความรู้สึก (sensory information)
(40 นาที)

1. ผู้วิจัยทักทายผู้ดูแล ให้ผู้ดูแลพูดคุย ร่วมแลกเปลี่ยนประสบการณ์/บอกเล่าความรู้สึก ความกังวลใจ/ไม่สบายใจเกี่ยวกับการดูแลเด็กโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว พบว่า สิ่งที่ผู้ดูแลกังวลใจ ได้แก่ กลัวลูกไม่หาย สงสารและเป็นห่วงลูก ยังสับสนไม่รู้จะทำอย่างไร กลัวดูแลลูกได้ไม่ถูกต้องจะทำให้ ลูกอาการหนัก และกังวลเรื่องค่าใช้จ่าย
2. ผู้วิจัยให้ผู้ดูแลร่วมกันแลกเปลี่ยนความรู้สึกกังวลใจที่เกิดขึ้นดังกล่าว
3. ผู้วิจัยยกตัวอย่างเหตุการณ์/สถานการณ์ความเครียดที่พบบ่อยในการดูแลเด็กโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว เช่น กรณีผู้ป่วยเด็กมีอาการคลื่นไส้ อาเจียนมาก รับประทานอาหารไม่ได้ หรือเมื่อเด็กมีอาการเปลี่ยนแปลงต้องย้ายไปห้อง ICU ผู้ดูแลในครอบครัวจะแก้ปัญหาอย่างไร
4. ผู้วิจัยให้ผู้ดูแลร่วมกันแสดงความคิดเห็น หาแนวทางแก้ไขปัญหาเมื่อพบสถานการณ์ความเครียดดังกล่าว ซึ่งผู้ดูแลมีความเห็น ได้แก่ การดูแลให้เด็กได้รับยาแก้อาเจียน แต่

หากอาการ ไม่ดีขึ้นต้องรีบแจ้งพยาบาล โดยเฉพาะอย่างยิ่งต้องตั้งสติให้ดีและทำให้ใจให้เข้มแข็ง และเวลามีเรื่องไม่สบายใจหรือเป็นทุกข์ควรรหาเพื่อนพูดคุย เพื่อช่วยในการแลกเปลี่ยน ระบายความรู้สึก เป็นทุกข์ที่เกิดขึ้น

กิจกรรมที่ 3 การให้ข้อมูลเกี่ยวกับวิธีการเผชิญความเครียด (coping information) (30 นาที)

1. ผู้วิจัยให้ผู้ดูแลร่วมแลกเปลี่ยนประสบการณ์/การปฏิบัติตัวเมื่อเกิดความเครียดในการดูแลเด็กโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว พบว่าผู้ดูแลในครอบครัวส่วนใหญ่มีวิธีการความเครียดของตนเอง เช่น การพาเด็กไปทำบุญ การสวดมนต์ การไปพบปะพูดคุยกับเพื่อนบ้าน การทำงานบ้าน เป็นต้น
2. ผู้วิจัยให้ผู้ดูแลร่วมกันสรุปประเด็นที่ได้จากการร่วมพูดคุย
3. ผู้วิจัยเสนอแนวทางการลดความเครียด โดยการสอบถามผู้ดูแลว่าเคยฝึกอานาปานสติมาก่อนหรือไม่ และบรรยายเกี่ยวกับการฝึกอานาปานสติ ประโยชน์ของการฝึกอานาปานสติ
4. ให้ผู้ดูแลชมวีซีดีการฝึกอานาปานสติ และผู้วิจัยสาธิตวิธีการฝึกอานาปานสติ ในแต่ละขั้นตอนด้วยการกำหนดลมหายใจ
5. ผู้วิจัยให้ผู้ดูแลฝึกปฏิบัติ 10- 15 นาที โดยผู้วิจัยคอยสังเกตและให้คำแนะนำอย่างใกล้ชิด แล้วให้ผู้ดูแลในครอบครัวแสดงความรู้สึกภายหลังการฝึกอานาปานสติ พบว่าในช่วงแรก ของการฝึก ผู้ดูแลในครอบครัวบางคนยังเกร็งตัว ขยับตัวไปมา พยายามข่มตา ผู้วิจัยจึงแนะนำให้ทำจิตใจให้ผ่อนคลาย ค่อยๆคลายอาการเกร็งของร่างกาย หลับตาเบาๆ ให้เปลือกตาบนสัมผัสเปลือกตาล่าง โดย ให้อยู่ในท่าที่สบายและรู้สึกผ่อนคลายมากที่สุด ไม่ต้องคิดเรื่องใดๆ แต่หากเกิดความคิดแทรกขึ้นมา ให้ปล่อยไป และหลังการฝึกอานาปานสติพบว่าผู้ดูแลในครอบครัว ส่วนใหญ่บอกว่า ในช่วงแรกยังรู้สึกเป็นกังวล มีความคิดอื่นแทรกมาเป็นระยะ เช่น คิดเรื่องการเจ็บป่วยของลูก กลัว ไม่หาย และเมื่อฝึกต่อเนื่องระยะท้ายของการฝึก ความคิด ความรู้สึกดังกล่าวค่อยๆ หายไป เกิดความรู้สึกผ่อนคลายและจิตใจสงบมากขึ้น และจะฝึกปฏิบัติต่อเนื่องทุกวัน
6. ผู้วิจัยให้กำลังใจในการฝึกปฏิบัติ และนัดหมายพบกันในวันที่ 3 ของการอยู่โรงพยาบาล

วันที่ 3 ของการอยู่โรงพยาบาล (วันพุธ) 18.00 น.

ครั้งที่ 3

กิจกรรมที่ 3 การให้ข้อมูลเกี่ยวกับวิธีการเผชิญความเครียด (coping information) (40 นาที)

1. ผู้วิจัยให้ผู้ดูแลร่วมกันทบทวนวิธีการฝึกอานาปานสติ ในแต่ละขั้นตอน

2. ให้ผู้ดูแลฝึกปฏิบัติ 25-30 นาที โดยผู้วิจัยคอยสังเกตและให้คำแนะนำอย่างใกล้ชิด

3. ให้ผู้ดูแลแสดงความรู้สึกภายหลังการฝึกอานาปานสติ พบว่า ช่วงแรกผู้ดูแลในครอบครัวบางคนยังเกร็งอยู่ บางคนรู้สึกง่วงนอนเพราะช่วงกลางคืนนอนไม่หลับ แต่เมื่อตั้งสติกำหนดที่ลมหายใจ ทำให้รู้สึกสงบได้มากขึ้น ความรู้สึกผ่อนคลายมากขึ้น แต่ยังมีความคิดเป็นห่วง กังวลเรื่องลูกยังคงเกิดแทรกมาเป็นระยะ ผู้วิจัยจึงให้กำลังใจและแนะนำในการฝึกปฏิบัติต่อเนื่อง

4. มอบคู่มือการฝึกอานาปานสติเป็นแนวทางในการปฏิบัติต่อเนื่องที่บ้าน แนะนำให้ปฏิบัติทุกวัน พร้อมลงบันทึกในแบบบันทึกการรายงานตนเองหลังการฝึกอานาปานสติทุกครั้ง และนัดหมายพบกันในวันที่ 4 ของการอยู่โรงพยาบาล

วันที่ 4 ของการอยู่โรงพยาบาล (วันพฤหัสบดี)

ครั้งที่ 4

กิจกรรมที่ 1 – 3 (20-30 นาที)

1. ผู้วิจัยทักทาย และประเมินความพร้อมของผู้ดูแลในครอบครัว โดยให้ผู้ดูแลทบทวนความรู้เกี่ยวกับการดูแลเด็กโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวที่บ้าน ทบทวนการสังเกตอาการผิดปกติ และการมาตรวจตามนัด

2. ผู้วิจัยให้ผู้ดูแลสรุปประเด็นสำคัญร่วมกัน พบว่า ผู้ดูแลในครอบครัวสามารถบอกวิธีการดูแลเด็กโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวได้ถูกต้อง บอกอาการที่ผิดปกติที่ต้องมาพบแพทย์ก่อนวันนัดได้

3. ผู้วิจัยเน้นประเด็นสำคัญในเรื่องการป้องกันการติดเชื้อ พร้อมทั้งเปิดโอกาสให้ซักถาม ข้อสงสัย พบว่า ผู้ดูแลส่วนใหญ่เข้าใจและตอบคำถามได้ถูกต้องในการดูแลเด็กเมื่อกลับบ้าน และการสังเกตอาการผิดปกติที่ต้องมาพบแพทย์ก่อนนัด

4. ผู้วิจัยนัดหมายการโทรศัพท์ติดตามผลเมื่อกลับบ้าน ในวันเวลาที่ผู้ดูแลสะดวก และ การมาตรวจตามนัดในสัปดาห์ที่ 3

สัปดาห์ที่ 2 - กิจกรรมที่ 4 การโทรศัพท์ติดตามเยี่ยมที่บ้าน (10 – 15 นาที)

1. ผู้วิจัยแนะนำตัวเอง และสอบถามความพร้อมของผู้ดูแลในครอบครัว ก่อนพูดคุย ซักถามเกี่ยวกับอาการและการดูแลเด็กโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวที่บ้าน พบว่า เด็กโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวมีสุขภาพแข็งแรง ไม่มีอาการแทรกซ้อน ผู้ดูแลในครอบครัวมีความมั่นใจในการดูแลเด็กโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว มีบางคนซักถามเกี่ยวกับการรับประทานนมกรุบกรอบ นมรสช็อคโกแลต

ผู้วิจัยแจ้งให้ทราบว่ารับประทานได้แต่ไม่ควรเป็นชนิดที่มีรสเค็มหรือมีส่วนผสมของผงชูรส และต้องทำความสะอาดภายในช่องปาก แปรงฟันหลังรับประทานอาหาร เพื่อป้องกันฟันผุ พร้อมให้กำลังใจ

2. ติดตามความก้าวหน้าของการฝึกสมาธิแบบอานาปานสติที่บ้าน โดยให้ผู้ดูแลในครอบครัว เล่าถึงการฝึกอานาปานสติในสัปดาห์ที่ผ่านมา และความรู้สึกหลังการฝึกปฏิบัติสมาธิ พบว่าผู้ดูแลในครอบครัวฝึกอานาปานสติในช่วงเวลาเช้าหลังตื่นนอน และช่วงเย็น ประมาณ 15-20 นาที พบว่า ในช่วงแรกๆของการฝึก บางคนยังมีความคิดกังวล เป็นห่วงเรื่องลูก แต่ในช่วงต่อมาเริ่มมีสติที่ลมหายใจ ทำให้เกิดความรู้สึกโล่ง ผ่อนคลายมากขึ้น และในวันต่อๆมาเมื่อฝึกอย่างต่อเนื่องเริ่มรู้สึกจิตใจสงบและ ผ่อนคลาย ความคิดกังวลเรื่องต่างๆค่อยๆลดลง

3. ผู้วิจัยให้กำลังใจในการฝึกปฏิบัติต่อเนื่อง และเพิ่มระยะเวลาในการฝึกมากขึ้น พร้อมระบุ การลงบันทึกในแบบบันทึกการรายงานตนเองหลังฝึกอานาปานสติและผลของการฝึกปฏิบัติ เพื่อให้ผู้ดูแลในครอบครัวได้ประเมินตนเองในการปฏิบัติตามแผนการทดลอง ก่อนสิ้นสุดการโทรศัพท์ติดตาม ผู้วิจัยสรุปผลที่ได้จากการพูดคุย และให้ผู้ดูแลในครอบครัวทบทวนสิ่งที่จะปฏิบัติต่อไป

4. ผู้วิจัยนัดหมายผู้ดูแลในครอบครัวในการพาเด็กโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว มาพบแพทย์ตามนัดที่หอผู้ป่วยเด็ก แล้วนัดหมายการติดตามเยี่ยมครั้งต่อไปในสัปดาห์ที่ 3 ที่หอผู้ป่วยเด็ก

สัปดาห์ที่ 3 - กิจกรรมที่ 5 การติดตามเยี่ยมที่หอผู้ป่วยเด็ก

15 – 20 นาที

1. ผู้วิจัยทักทาย และสอบถามความพร้อมของผู้ดูแลในครอบครัวก่อนพูดคุย ซักถามเกี่ยวกับอาการ และการดูแลเด็กมะเร็งเม็ดเลือดขาวที่บ้าน พบว่า เด็กโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวมีสุขภาพแข็งแรง ไม่มีอาการแทรกซ้อน ผู้ดูแลส่วนใหญ่มีความมั่นใจและให้การดูแลเด็กได้ถูกต้อง มีเด็กบางคนรับประทานอาหารน้อย ไม่ยอมรับประทานข้าว แต่ดื่มนมได้ ผู้วิจัยจึงแนะนำให้รับประทานอาหารที่เด็กชอบที่ไม่ขัดกับโรคและแผนการรักษามาให้ผู้ป่วย ผู้ดูแลในครอบครัวดูสดชื่น มีความมั่นใจในการดูแลเด็กโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว

2. ผู้วิจัยติดตามความก้าวหน้าของการฝึกสมาธิแบบอานาปานสติ โดยให้ผู้ดูแลในครอบครัว เล่าถึงการฝึกสมาธิในสัปดาห์ที่ผ่านมา พบว่าผู้ดูแลในครอบครัวฝึกอานาปานสติในช่วงเวลาเช้าหลังตื่นนอน และช่วงเย็น ฝึกประมาณ 20-30 นาที พบว่า หลังการฝึกต่อเนื่องทุกวัน เริ่มรู้สึกผ่อนคลาย โล่ง ใจดีสงบเร็วขึ้น ความคิดกังวลเรื่องต่างๆค่อยๆลดลง

3. ผู้วิจัยให้กำลังใจในการดูแลเด็กโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวและการฝึกอานาปานสติต่อเนื่อง พร้อมนัดหมายผู้ดูแลในครอบครัวในการโทรศัพท์ติดตามเยี่ยมครั้งต่อไปเมื่อกลับบ้านในสัปดาห์ที่ 4 ในวันเวลาที่ผู้ดูแลสะดวก

สัปดาห์ที่ 4 – กิจกรรมที่ 4 การโทรศัพท์ติดตามเยี่ยมที่บ้าน (10 – 15

นาที)

1. ผู้วิจัยแนะนำตัวเอง และสอบถามความพร้อมของผู้ดูแลในครอบครัว ก่อนพูดคุย ซักถามเกี่ยวกับอาการ และการดูแลเด็กมะเร็งเม็ดเลือดขาวที่บ้าน พบว่า ส่วนใหญ่เด็ก โรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวมีสุขภาพแข็งแรง เป็นหวัด 1 คน แต่ไม่มีไข้ พาไปพบแพทย์ได้ยามา รับประทาน อาการหวัดลดลง ไม่มีไข้ ไม่มีภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ

2. ผู้วิจัยติดตามความก้าวหน้าของการฝึกสมาธิแบบอานาปานสติที่บ้าน โดยให้ผู้ดูแลในครอบครัวเล่าถึงการฝึกสมาธิในสัปดาห์ที่ผ่านมา และความรู้สึกหลังการฝึกปฏิบัติ สมาธิ พบว่า ผู้ดูแล ในครอบครัวฝึกอานาปานสติในช่วงเวลาเช้าหลังตื่นนอน และช่วงเย็นก่อนนอน ประมาณ 20 - 30 นาที และ บางคนฝึกเพิ่มเมื่อมีเวลาว่าง เช่น ตอนบ่ายหลังจากเด็กนอนหลับและ ไม่มีภารกิจใด เมื่อฝึกอย่างต่อเนื่องทุกวันเริ่มรู้สึกจิตใจสงบและผ่อนคลาย ความคิดกังวลเรื่องต่างๆ ลดลงมาก ผู้วิจัยกล่าวชื่นชมพร้อมให้กำลังใจ

3. ก่อนสิ้นสุดการโทรศัพท์ติดตาม ผู้วิจัยสรุปผลที่ได้จากการพูดคุย และให้ผู้ดูแลในครอบครัวทบทวนสิ่งที่จะปฏิบัติต่อไป

4. ผู้วิจัยนัดหมายผู้ดูแลในครอบครัวในการพาเด็กโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว มาพบแพทย์ตามนัด ที่หอผู้ป่วยเด็ก ขอความร่วมมือจากผู้ดูแลในครอบครัวในการนำเด็กมารับการ รักษาตามแพทย์นัด โดยมาล่วงหน้า 1 วัน และผู้วิจัยขอโทรศัพท์ติดตามเพื่อเป็นการช่วยเตือนในการ พาเด็กมาพบแพทย์ 2 วัน ก่อนถึงวันนัด แล้วนัดหมายการติดตามเยี่ยมเพื่อประเมินความเครียดหลัง ได้รับโปรแกรมในสัปดาห์ที่ 5 ที่หอผู้ป่วยเด็ก มหาวิทยาลัย

สัปดาห์ที่ 5 – ติดตามประเมินผลหลังการทดลอง (15 – 20 นาที สิ้นสุด

การทดลอง)

1. ผู้วิจัยทักทาย และสอบถามความพร้อมของผู้ดูแลในครอบครัวก่อน พูดคุย ซักถามเกี่ยวกับอาการ และการดูแลเด็กมะเร็งเม็ดเลือดขาว

2. ผู้วิจัยให้ผู้ดูแลในครอบครัวทำแบบสอบถามความเครียดในการดูแลเด็ก โรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวของผู้ดูแลในครอบครัว (post-test) หลังจากนั้นแจ้งให้ทราบว่าสิ้นสุดการ ทดลองและแสดงความขอบคุณ

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้มีการพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง โดยผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลตติยภูมิ เมื่อวันที่ 26 สิงหาคม 2558 (048/2558) โดยเริ่มจากผู้วิจัยชี้แจงและมอบเอกสารชี้แจงให้กลุ่มตัวอย่างเข้าใจเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล ระยะเวลาในการดำเนินการวิจัย และประโยชน์ที่ได้รับ รวมถึงสิทธิในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้ว่าไม่มีผลกระทบใดๆต่อผู้ดูแลในครอบครัวของเด็กโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว และข้อมูลทั้งหมดจะวิเคราะห์ในภาพรวม รวมถึงการรักษาความลับของข้อมูลกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งนำมาใช้ตามวัตถุประสงค์การวิจัยนี้เท่านั้น เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยจึงให้ลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้จากกลุ่มตัวอย่างมาวิเคราะห์ด้วยวิธีการทางสถิติ โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 ซึ่งมีรายละเอียดการวิเคราะห์ ดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล โดยใช้สถิติพื้นฐาน คือ หาค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนความเครียดในการดูแลเด็กโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวของผู้ดูแลในครอบครัวก่อนและหลังการทดลองในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ด้วยสถิติ paired t – test
3. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนความเครียดในการดูแลเด็กโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวของผู้ดูแลในครอบครัวระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองด้วยสถิติ independent t – test

สรุปขั้นตอนการดำเนินการวิจัย



ภาพที่ 2 สรุปขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi – experimental research) ชนิดศึกษาแบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง เพื่อศึกษาผลของรูปแบบการให้ข้อมูลทางสุขภาพร่วมกับการฝึกอานาปานสติต่อความเครียดในการดูแลเด็กโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวของผู้ดูแลในครอบครัว โดยกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้ดูแลในครอบครัวของเด็กโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวที่นำเด็กมารับการรักษาที่หอผู้ป่วยเด็ก โรงพยาบาลตติยภูมิ จังหวัดอุบลราชธานี จำนวน 50 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 25 คน โดยจับคู่กลุ่มตัวอย่างให้มีลักษณะคล้ายคลึงกันในเรื่องของระดับการศึกษาและรายได้ของครอบครัว นำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยตารางประกอบคำบรรยายดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลในครอบครัวและเด็กโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว

ส่วนที่ 2 ข้อมูลเปรียบเทียบความเครียดในการดูแลเด็กโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวของผู้ดูแลในครอบครัวก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูลทางสุขภาพร่วมกับการฝึกอานาปานสติและกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ส่วนที่ 3 ข้อมูลเปรียบเทียบความเครียดในการดูแลเด็กโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวของผู้ดูแลในครอบครัวระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูลทางสุขภาพร่วมกับการฝึกอานาปานสติกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลในครอบครัวและเด็กโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของผู้ดูแลในครอบครัว จำแนกตามเพศ อายุ สถานภาพสมรส ความสัมพันธ์กับเด็กโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว ระดับการศึกษา รายได้ของครอบครัว ระยะเวลาในการดูแลเด็กโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว และผู้ช่วยเหลือดูแลเด็ก

ลักษณะผู้ดูแล	กลุ่มทดลอง (n = 25)		กลุ่มควบคุม (n = 25)		รวม (n = 50)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
เพศ						
ชาย	3	12.00	3	12.00	6	12.00
หญิง	22	88.00	22	88.00	44	88.00
อายุ	$(\bar{x} = 38, SD = 8.37)$		$(\bar{x} = 38, SD = 9.20)$			
20 – 29 ปี	3	12.00	3	12.00	6	12.00
30 – 39 ปี	11	44.00	11	44.00	22	44.00
40 – 49 ปี	9	36.00	9	36.00	18	36.00
50 – 59 ปี	2	8.00	1	4.00	3	6.00
60 ปีขึ้นไป	0	0.00	1	4.00	1	2.00
สถานภาพสมรส						
โสด	0	0.00	0	0.00	0	0.00
คู่	23	92.00	25	100.00	48	96.00
แยกกันอยู่	2	8.00	0	0.00	2	4.00
ความสัมพันธ์กับเด็กโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว						
บิดา/มารดา	18	72.00	15	60.00	33	66.00
ปู่ย่า/ตายาย	6	24.00	5	24.00	11	22.00
ลุงป้า/น้าอา	1	4.00	5	16.00	6	12.00
ระดับการศึกษา						
ประถมศึกษา	9	36.00	9	36.00	18	36.00
มัธยมศึกษา	15	60.00	15	60.00	30	60.00
ปริญญาตรี	1	4.00	1	4.00	2	4.00

ตารางที่ 2 (ต่อ)

ลักษณะผู้ดูแล	กลุ่มทดลอง (n = 25)		กลุ่มควบคุม (n = 25)		รวม (n = 50)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
รายได้ของครอบครัว						
เพียงพอ	2	8.00	2	8.00	4	8.00
ไม่เพียงพอ	23	92.00	23	92.00	46	92.00
มีเหลือเก็บ	0	0.00	0	0.00	0	0.00
ระยะเวลาในการดูแลเด็กโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว (เดือน)						
2 – 4 เดือน	17	68.00	18	72.00	35	70.00
5 – 6 เดือน	8	32.00	7	28.00	15	30.00
มากกว่า 6 เดือน	0	0.00	0	0.00	0	0.00
ผู้ช่วยเหลือดูแลเด็ก						
มีผู้ช่วยเหลือ	9	36.00	2	8.00	11	22.00
ไม่มีผู้ช่วยเหลือ	16	64.00	23	92.00	39	78.00

จากตารางที่ 2 แสดงให้เห็นว่าผู้ดูแลในครอบครัวของเด็กโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวส่วนใหญ่ ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมเป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 88.00 เท่ากัน มีอายุอยู่ในช่วง 30 – 39 ปี คิดเป็นร้อยละ 44.00 เท่ากัน มีสถานภาพสมรสคู่ คิดเป็นร้อยละ 92.00 และ 100.00 ตามลำดับ มีความสัมพันธ์กับเด็กโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวเป็นบิดา/มารดา คิดเป็นร้อยละ 72.00 และ 60.00 ตามลำดับ มีระดับการศึกษาในระดับมัธยมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 60.00 เท่ากัน รายได้ของครอบครัวไม่เพียงพอใช้ คิดเป็นร้อยละ 92.00 เท่ากันระยะเวลาในการดูแลเด็กโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว คือ 2 – 4 เดือน คิดเป็นร้อยละ 68.00 และ 72.00 ตามลำดับโดยไม่มีผู้ช่วยเหลือดูแลเด็กโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว คิดเป็นร้อยละ 64.00 และ 92.00 ตามลำดับ

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของเด็กโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว จำแนกตามเพศ อายุ ระยะเวลาที่ป่วย ชนิดของยาเคมีบำบัดที่ได้รับ ระยะเวลาที่ได้รับยาเคมีบำบัด การเกิดภาวะแทรกซ้อน และระดับความรุนแรงของโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว

ลักษณะเด็กโรค มะเร็งเม็ดเลือดขาว	กลุ่มทดลอง (n = 25)		กลุ่มควบคุม (n = 25)		รวม (n = 50)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
เพศ						
ชาย	13	52.00	13	52.00	26	52.00
หญิง	12	48.00	12	48.00	24	48.00
อายุ	$(\bar{x} = 4, SD. = 1.23)$		$(\bar{x} = 3, SD. = 1.05)$			
1 - 2 ปี	1	4.00	2	8.00	3	6.00
3 - 4 ปี	13	52.00	13	52.00	26	52.00
5 - 6 ปี	11	44.00	10	40.00	21	42.00
ระยะเวลาที่ป่วย (เดือน)						
2 - 4 เดือน	17	68.00	18	72.00	35	70.00
5 - 6 เดือน	8	32.00	7	28.00	15	30.00
มากกว่า 6 เดือน	0	0.00	0	0.00	0	0.00
ชนิดของยาเคมีบำบัดที่ได้รับ						
2 ชนิด	10	40.00	7	28.00	17	34.00
3 ชนิด	10	40.00	16	64.00	26	52.00
4 ชนิด	5	20.00	2	8.00	7	14.00
ระยะเวลาที่ได้รับยาเคมีบำบัด (วัน)						
3 วัน	3	12.00	0	0.00	3	6.00
4 วัน	12	48.00	19	76.00	31	62.00
5 วัน	10	40.00	6	24.00	16	32.00

ตารางที่ 3 (ต่อ)

ลักษณะเด็กโรค มะเร็งเม็ดเลือดขาว	กลุ่มทดลอง (n = 25)		กลุ่มควบคุม (n = 25)		รวม (n = 50)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ระดับความรุนแรง/การพยากรณ์โรค						
low /standard risk	25	100.00	25	100.00	50	100.00
high risk	0	0.00	0	0.00	0	0.00
การเกิดภาวะแทรกซ้อน						
ไม่มี	14	56.00	15	60.00	29	58.00
มี	11	44.00	10	40.00	21	42.00
มีไข้	2	18.18	2	20.00	4	19.05
ปากเป็นแผล	2	18.18	3	30.00	5	23.81
ผมร่วง	4	36.36	3	30.00	7	33.33
อาเจียน	3	27.27	2	20.00	5	23.81

จากตารางที่ 3 แสดงให้เห็นว่าเด็กโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่เป็นเพศชายคิดเป็นร้อยละ 52.00 เท่ากัน มีอายุอยู่ในช่วง 3 - 4 ปี คิดเป็นร้อยละ 52.00 เท่ากัน (อายุเฉลี่ยกลุ่มทดลอง คือ 4 ปี กลุ่มควบคุม คือ 3 ปี) ระยะเวลาที่ป่วย คือ 2 - 4 เดือน คิดเป็นร้อยละ 68.00 และ 72.00 ตามลำดับ ชนิดของยาเคมีบำบัดที่ได้รับคือ 3 ชนิด คิดเป็นร้อยละ 40.00 และ 64.00 ตามลำดับ ระยะเวลาที่ได้รับยาเคมีบำบัด คือ 4 วัน คิดเป็นร้อยละ 48.00 และ 76.00 ตามลำดับ มีระดับความรุนแรงของโรค คือ low risk คิดเป็นร้อยละ 100.0 เท่ากัน ไม่มีภาวะแทรกซ้อน คิดเป็นร้อยละ 56.00 และ 60.00 ตามลำดับ มีภาวะแทรกซ้อน คิดเป็นร้อยละ 44.00 และ 40.00 ตามลำดับ โดยภาวะแทรกซ้อนที่เกิดในกลุ่มทดลอง ได้แก่ ผมร่วง อาเจียน ปากเป็นแผล และมีไข้ คิดเป็นร้อยละ 36.36, 27.27, 18.18 และ 18.18 ตามลำดับ ส่วนในกลุ่มควบคุมพบ ปากเป็นแผล ผมร่วง มีไข้ และอาเจียน คิดเป็นร้อยละ 30.00, 30.00, 20.00 และ 20.00 ตามลำดับ

ส่วนที่ 2 ข้อมูลเปรียบเทียบความเครียดในการดูแลเด็กโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวของผู้ดูแลในครอบครัว ก่อนและหลังการทดลอง ในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูลทางสุขภาพร่วมกับการฝึกอานาปานสติและกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของความเครียดในการดูแลเด็กโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวของผู้ดูแลในครอบครัว ก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูลทางสุขภาพร่วมกับการฝึกอานาปานสติกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ (n = 25)

ความเครียดของ ผู้ดูแลในครอบครัว	\bar{x}	SD	ระดับ	t	df	p-value
กลุ่มทดลอง						
ก่อนการทดลอง	4.09	.27	มากที่สุด	-18.419	24	.000*
หลังการทดลอง	2.80	.32	ปานกลาง			
กลุ่มควบคุม						
ก่อนการทดลอง	4.06	.21	มากที่สุด	-9.053	24	.000*
หลังการทดลอง	3.64	.16	มาก			

*p < .05

จากตารางที่ 4 แสดงให้เห็นว่าผู้ดูแลในครอบครัวกลุ่มที่ได้รับรูปแบบการให้ข้อมูลทางสุขภาพร่วมกับการฝึกอานาปานสติ มีค่าเฉลี่ยของความเครียดในการดูแลเด็กโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวก่อนการทดลองเท่ากับ 4.09 และหลังการทดลองเท่ากับ 2.80 เมื่อนำค่าเฉลี่ยของความเครียดมาเปรียบเทียบกับสถิติ paired t-test พบว่า หลังการทดลองผู้ดูแลในครอบครัวมีค่าเฉลี่ยของความเครียดในการดูแลเด็กโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวของต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผู้ดูแลในครอบครัวกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ มีค่าเฉลี่ยของความเครียดในการดูแลเด็กโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวก่อนการทดลองเท่ากับ 4.06 และหลังการทดลองเท่ากับ 3.64 เมื่อนำค่าเฉลี่ยของความเครียดมาเปรียบเทียบกับสถิติ paired t-test พบว่า หลังการทดลองผู้ดูแลในครอบครัวมีค่าเฉลี่ยของความเครียดในการดูแลเด็กโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05

ส่วนที่ 3 ข้อมูลเปรียบเทียบความเครียดในการดูแลเด็กโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวของผู้ดูแลในครอบครัวระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูลทางสุขภาพพร้อมกับการฝึกอานาปานสติกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ตารางที่ 5 ค่าเฉลี่ยของคะแนนความเครียดในการดูแลเด็กโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวของผู้ดูแลในครอบครัวของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนและหลังการทดลอง

คู่ที่	คะแนนความเครียดในการดูแลเด็กโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวของผู้ดูแลในครอบครัวของกลุ่มทดลอง		คะแนนความเครียดในการดูแลเด็กโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวของผู้ดูแลในครอบครัวของกลุ่มควบคุม	
	ก่อนการทดลอง	หลังการทดลอง	ก่อนการทดลอง	หลังการทดลอง
	1	4.52	3.77	4.13
2	4.23	3.16	4.23	3.84
3	4.23	3.10	4.32	3.61
4	4.03	2.68	4.42	3.58
5	4.48	2.94	4.03	3.45
6	4.26	2.74	4.10	3.58
7	3.52	2.74	3.94	3.48
8	4.35	2.90	3.97	3.42
9	4.19	2.61	3.97	3.55
10	4.16	2.35	3.84	3.48
11	3.97	2.90	4.23	3.71
12	3.97	2.29	3.97	3.77
13	3.68	2.65	3.94	3.61
14	3.87	2.74	4.48	3.65
15	4.10	2.81	3.68	3.35
16	4.35	2.29	3.58	3.48
17	3.81	2.87	4.13	3.58
18	4.39	2.94	4.23	3.81
19	3.77	2.48	3.94	4.03
20	3.71	2.68	4.19	3.58

ตารางที่ 5 (ต่อ)

คู่ที่	คะแนนความเครียดในการดูแลเด็ก โรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวของผู้ดูแล ในครอบครัวของกลุ่มทดลอง		คะแนนความเครียดในการดูแลเด็ก โรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวของผู้ดูแล ในครอบครัวของกลุ่มควบคุม	
	ก่อนการทดลอง	หลังการทดลอง	ก่อนการทดลอง	หลังการทดลอง
	21	4.06	2.94	4.00
22	3.71	3.03	3.94	3.71
23	4.19	2.84	4.00	3.71
24	4.19	2.39	3.94	3.97
25	4.39	3.13	4.29	3.68
ค่าเฉลี่ย	4.09	2.80	4.06	3.64
SD	0.27	0.32	0.21	0.16

จากตารางที่ 5 พบว่าก่อนการทดลอง กลุ่มตัวอย่างผู้ดูแลในครอบครัวของเด็กโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดเท่ากับ 4.09 ส่วนกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดเท่ากับ 4.06 และหลังการทดลองกลุ่มตัวอย่างผู้ดูแลในครอบครัวของเด็กโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดเท่ากับ 2.80 ส่วนกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดเท่ากับ 3.64 โดยคะแนนความเครียดของกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มทุกรายลดลงต่ำกว่าก่อนการทดลอง รายละเอียดค่าเฉลี่ยของคะแนนความเครียดรายข้อแสดงในภาคผนวก จ

ตารางที่ 6 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของความเครียดในการดูแลเด็กโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวของผู้ดูแลในครอบครัวก่อนและหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูลทางสุขภาพพร้อมกับการฝึกอานาปานสติกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ (n = 25)

ความเครียดของ ผู้ดูแลในครอบครัว	\bar{x}	SD	ระดับ	t	df	p-value
ก่อนการทดลอง						
กลุ่มทดลอง	4.09	.274	มากที่สุด	-0.391	48.00	.698
กลุ่มควบคุม	4.06	.211	มากที่สุด			
หลังการทดลอง						
กลุ่มทดลอง	2.80	.322	ปานกลาง	11.587	48.00	.000*
กลุ่มควบคุม	3.64	.163	มาก			

*p < .05

จากตารางที่ 6 แสดงให้เห็นว่าก่อนการทดลอง ผู้ดูแลในครอบครัวกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมรูปแบบการให้ข้อมูลทางสุขภาพพร้อมกับการฝึกอานาปานสติมีค่าเฉลี่ยของความเครียดในการดูแลเด็กโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวเท่ากับ 4.09 และผู้ดูแลในครอบครัวกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติมีค่าเฉลี่ยของความเครียดในการดูแลเด็กโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวเท่ากับ 4.06 เมื่อนำมาเปรียบเทียบกับสถิติ independent t-test พบว่า ผู้ดูแลในครอบครัวกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมรูปแบบการให้ข้อมูลทางสุขภาพพร้อมกับการฝึกอานาปานสติกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ มีค่าเฉลี่ยของความเครียดในการดูแลเด็กโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวก่อนการทดลองไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05

หลังการทดลอง ผู้ดูแลในครอบครัวกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมรูปแบบการให้ข้อมูลทางสุขภาพพร้อมกับการฝึกอานาปานสติมีค่าเฉลี่ยของความเครียดในการดูแลเด็กโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวเท่ากับ 2.80 และกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติมีค่าเฉลี่ยของความเครียดในการดูแลเด็กโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวเท่ากับ 3.64 เมื่อนำมาเปรียบเทียบกับสถิติ independent t-test พบว่า ผู้ดูแลในครอบครัวกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมรูปแบบการให้ข้อมูลทางสุขภาพพร้อมกับการฝึกอานาปานสติมีค่าเฉลี่ยของความเครียดต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi experimental research) เพื่อศึกษาผลของรูปแบบการให้ข้อมูลทางสุขภาพร่วมกับการฝึกอานาปานสติต่อความเครียดในการดูแลเด็กโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวของผู้ดูแลในครอบครัว

วัตถุประสงค์ของการวิจัย เพื่อเปรียบเทียบความเครียดในการดูแลเด็กโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวของผู้ดูแลในครอบครัว ก่อนและหลังได้รับรูปแบบการให้ข้อมูลทางสุขภาพร่วมกับการฝึกอานาปานสติ และเพื่อเปรียบเทียบความเครียดในการดูแลเด็กโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวของผู้ดูแลในครอบครัวระหว่างกลุ่มที่ได้รับรูปแบบการให้ข้อมูลทางสุขภาพร่วมกับการฝึกอานาปานสติกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

สมมติฐานการวิจัย ค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดในการดูแลเด็กโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวของผู้ดูแลในครอบครัว หลังได้รับรูปแบบการให้ข้อมูลทางสุขภาพร่วมกับการฝึกอานาปานสติน้อยกว่า ก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดในการดูแลเด็กโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวของผู้ดูแลในครอบครัว กลุ่มที่ได้รับรูปแบบการให้ข้อมูลทางสุขภาพร่วมกับการฝึกอานาปานสติน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ประชากรที่ศึกษา คือ ผู้ดูแลในครอบครัวของเด็กโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวที่มีอายุต่ำกว่า 6 ปี และแพทย์วินิจฉัยว่าเป็นโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวชนิดเฉียบพลัน ที่เข้ารับการรักษาและได้รับยาเคมีบำบัดในระยะเข้มข้น (consolidation) ที่หอผู้ป่วยเด็ก ในโรงพยาบาลตติยภูมิ

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ดูแลในครอบครัวของเด็กโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวที่มีอายุต่ำกว่า 6 ปี และแพทย์วินิจฉัยว่าเป็นโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวชนิดเฉียบพลัน ที่เข้ารับการรักษาและได้รับยาเคมีบำบัดในระยะเข้มข้น (consolidation) ที่หอผู้ป่วยเด็ก ในโรงพยาบาลตติยภูมิ ระหว่างเดือนสิงหาคม พ.ศ. 2558 ถึงเดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2558 ซึ่งมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด จำนวน 50 คน

การเลือกกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างที่นำมาศึกษาครั้งนี้แบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) เลือกผู้ดูแลในครอบครัวของเด็กโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด โดยสอบถามความสมัครใจในการเข้าร่วมโครงการวิจัย กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลในครอบครัว จำนวน 40 คน โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 20 คน และเพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยจึงกำหนดกลุ่มตัวอย่างเป็น 50 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 25 คน เพื่อป้องกันตัวแปรแทรกซ้อนที่มีผลต่อตัวแปรตาม คือ ความเครียดของ

ผู้ดูแลในครอบครัว ผู้วิจัยจึงทำการจับคู่กลุ่มตัวอย่างโดยให้กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองมีปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อตัวแปรตามที่คล้ายคลึงกัน คือ รายได้ของครอบครัวและระดับการศึกษาของผู้ดูแลในครอบครัว

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้มีทั้งหมด 3 ชุด ประกอบด้วย เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล และเครื่องมือที่ใช้ในการกำกับการทดลอง

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ได้แก่

1.1 แผนกิจกรรมการให้ข้อมูลทางสุขภาพร่วมกับการฝึกอานาปานสติ ประกอบด้วย การดำเนินกิจกรรมตามแนวคิดการควบคุมตนเอง (self - regulation) ของ Leventhal & Johnson (1983) ร่วมกับหลักการฝึกอานาปานสติขององค์สมเด็จพระสัมมาสัมพุทธเจ้า (พุทธวจน, 2555) ประกอบด้วย 5 กิจกรรม ได้แก่ 1) การให้ข้อมูลด้านขั้นตอนการดูแล โดยการทำกิจกรรมกลุ่มร่วม แลกเปลี่ยนเรียนรู้โดยใช้แผนการสอน เรื่อง โรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวในเด็ก ประกอบสไลด์ คอมพิวเตอร์เกี่ยวกับโรค อาการ แนวทางการรักษา การดูแลเด็กโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว การสังเกต ภาวะแทรกซ้อน และอาการผิดปกติที่ต้องมาพบแพทย์ก่อนนัด 2) การให้ข้อมูลด้านความรู้สึก เป็นการให้ผู้ดูแลในครอบครัวร่วมพูดคุย แลกเปลี่ยนความคิดเห็น/ความรู้สึก/ประสบการณ์ ความเครียดในการดูแลเด็กโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว และผู้วิจัยให้ข้อมูลเพิ่มเติม 3) การให้ข้อมูล เกี่ยวกับวิธีการเผชิญความเครียดโดยนำการฝึกอานาปานสติมาใช้ โดยผู้วิจัยสอนสาธิตตามแผนการสอน เรื่อง การฝึกอานาปานสติ ประกอบสไลด์คอมพิวเตอร์ และให้ผู้ดูแลในครอบครัวฝึกปฏิบัติ 4) การโทรศัพท์ติดตามเมื่อกลับบ้าน และ 5) การติดตามเยี่ยมที่หอผู้ป่วย

1.2 คู่มือ “ การดูแลเด็กโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว ”

1.3 คู่มือ “ การฝึกอานาปานสติ ”

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย แบบสอบถามความเครียดในการดูแลเด็กโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวของผู้ดูแลในครอบครัว ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (content validity index: CVI) มีค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ 0.94 และผ่านการหาความเที่ยงของเครื่องมือ (reliability) จากการนำเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลไปทดลองใช้ (try out) กับผู้ดูแลในครอบครัวของเด็กโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวซึ่งมีคุณสมบัติใกล้เคียงกันกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน นำข้อมูลที่ได้มาคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้เท่ากับ 0.94

3. เครื่องมือที่ใช้ในการกำกับการทดลอง ได้แก่ แบบบันทึกการรายงานตนเองในการฝึกอานาปานสติด้วยตนเอง ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (content validity index: CVI) มีค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ 1.00

การดำเนินการวิจัย

1. หลังจากผู้วิจัยได้รับหนังสือการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลตติยภูมิ เมื่อวันที่ 26 สิงหาคม 2558 (048/2558) และอนุญาตให้เก็บข้อมูลได้ ผู้วิจัยจึงประสานงานกับหัวหน้าพยาบาลและหัวหน้าหอผู้ป่วยเด็ก เพื่อขอความร่วมมือดำเนินการเก็บข้อมูลในหอผู้ป่วยเด็ก

2. สํารวจรายชื่อผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวชนิดเฉียบพลัน (ALL) ที่มีอายุน้อยกว่า 6 ปี ที่นัดมารับยาเคมีบำบัดที่หอผู้ป่วยเด็กและขอพบผู้ดูแลในครอบครัวของเด็กโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว โดยดำเนินการตามขั้นตอนในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ดังนี้

กลุ่มควบคุม ในสัปดาห์ที่ 1 ผู้วิจัยเข้าพบผู้ดูแลในครอบครัวของเด็กโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวในกลุ่มควบคุมก่อนได้รับยาเคมีบำบัดที่หอผู้ป่วยเด็ก โดยการแนะนำตัว สร้างสัมพันธภาพ อธิบายวัตถุประสงค์ และกำหนดการเก็บข้อมูล รวมทั้งขอความร่วมมือในการวิจัย โดยให้เอกสารคำชี้แจง ข้อมูลสำหรับประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย และลงนามความสมัครใจในการเข้าร่วมการวิจัย เมื่อได้รับการยินยอมแล้วผู้วิจัยบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลในครอบครัวและเด็กโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว และดำเนินการให้ผู้ดูแลในครอบครัวทำแบบสอบถามความเครียดในการดูแลเด็กโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว (pre test) และให้ผู้ดูแลในครอบครัวได้รับการพยาบาลตามปกติจนกระทั่งจำหน่ายกลับบ้าน และนัดพบผู้ดูแลในครอบครัวในสัปดาห์ที่ 5 หลังการจำหน่ายกลับบ้านเพื่อเก็บข้อมูลหลังการทดลอง (post test) โดยให้ผู้ดูแลในครอบครัวทำแบบสอบถามความเครียดในการดูแลเด็กโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว

กลุ่มทดลอง ผู้วิจัยเข้าพบผู้ดูแลในครอบครัวของเด็กโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวในกลุ่มทดลองก่อนได้รับยาเคมีบำบัด ที่หอผู้ป่วยเด็ก โดยการแนะนำตัว สร้างสัมพันธภาพ อธิบายวัตถุประสงค์และวิธีการดำเนินการวิจัย และกำหนดการเก็บข้อมูล รวมทั้งขอความร่วมมือในการวิจัย โดยให้เอกสารคำชี้แจงข้อมูลสำหรับประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย และลงนามความสมัครใจในการเข้าร่วมการวิจัย เมื่อได้รับการยินยอมแล้วผู้วิจัยบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลในครอบครัวและเด็กโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว และดำเนินการให้ผู้ดูแลในครอบครัวทำแบบสอบถามความเครียดในการดูแลเด็กโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว (pre- test) และให้ผู้ดูแลในครอบครัวได้รับโปรแกรมรูปแบบการให้ข้อมูลทางสุขภาพร่วมกับการฝึกอานาปานสติ ซึ่งประกอบด้วย การจัดกิจกรรมกลุ่มในสัปดาห์ที่ 1 ทุกวันจันทร์ วันอังคาร และวันพุธ เวลา 18.00 – 19.00 น. ครั้งละ 60 นาที จัดกิจกรรมกลุ่มรวมทั้งหมดจำนวน 12 ครั้ง และกิจกรรมรายบุคคล ในสัปดาห์ที่ 1 วันพฤหัสบดี 40 นาที มีกิจกรรมตามขั้นตอน 5 ขั้นตอน คือ 1) การให้ข้อมูลด้านขั้นตอนการดูแล 2) การให้ข้อมูลด้านความรู้สึก 3) การให้ข้อมูลเกี่ยวกับวิธีการเผชิญความเครียดโดยนำการฝึกอานา

ปานสติมาใช้ 4) การโทรศัพท์ติดตามเมื่อกลับบ้าน และ 5) การติดตามเยี่ยมที่หอผู้ป่วย ซึ่งมีขั้นตอนการดำเนินการ ดังนี้

ครั้งที่ 1 ของการดำเนินกิจกรรม (วันจันทร์สัปดาห์ที่ 1) ประกอบด้วยการทำกิจกรรมกลุ่ม เป็นการให้ข้อมูลด้านขั้นตอนการดูแล โดยผู้วิจัยเป็นผู้นำและกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ร่วมกิจกรรม ในการแลกเปลี่ยนความรู้/ประสบการณ์ในเรื่องโรค แนวทางการรักษา การดูแลเด็กโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว การสังเกตความผิดปกติที่ต้องมาพบแพทย์ก่อนนัด และการป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ จากนั้นร่วมกันสรุปประเด็นสำคัญเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพร่างกายเด็กให้แข็งแรง ผู้วิจัยให้ข้อมูลเพิ่มเติมในส่วนที่ขาดตามแผนการให้ความรู้ และมอบคู่มือ “ การดูแลเด็กโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว ”

ครั้งที่ 2 ของการดำเนินกิจกรรม (วันอังคารสัปดาห์ที่ 1) ประกอบด้วยการทำกิจกรรมกลุ่มในการให้ข้อมูลด้านความรู้สึก เป็นการให้ผู้ดูแลในครอบครัวร่วมพูดคุย แสดงความรู้สึก/ประสบการณ์ /ความกังวลใจเกี่ยวกับการดูแลเด็กโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว สรุปประเด็นสำคัญเกี่ยวกับสิ่งที่ผู้ดูแลต้องการ/ กังวลใจ/ ไม่สบายใจในการดูแลเด็ก ผู้วิจัยยกตัวอย่างปัญหา/สถานการณ์ความเครียดที่พบบ่อย และให้ผู้ดูแลช่วยกันตอบ ผู้วิจัยให้ข้อมูลเพิ่มเติมในส่วนที่ขาด ผู้วิจัยกำหนดประเด็น คือ วิธีการเผชิญความเครียด ให้ผู้ดูแลร่วมแลกเปลี่ยนแสดงความคิดเห็น วิธีการ /ประสบการณ์ในการลดความเครียด ผู้วิจัยบรรยายประโยชน์ของการฝึกอานาปานสติ ให้ชมวีซีดีการฝึกอานาปานสติ และสาธิตวิธีการฝึกอานาปานสติในแต่ละขั้นตอนด้วยการกำหนดลมหายใจ ฝึกสมาธิโดยใช้ทำนอง และให้ฝึกปฏิบัติ โดยผู้วิจัยคอยสังเกตและให้คำแนะนำอย่างใกล้ชิด 15 - 20 นาที แล้วให้ผู้ดูแลแสดงความรู้สึกภายหลังการฝึกอานาปานสติ

ครั้งที่ 3 ของการดำเนินกิจกรรม (วันพุธสัปดาห์ที่ 1) โดยการทำกิจกรรมกลุ่ม ผู้วิจัยให้ผู้ดูแลร่วมกันทบทวนวิธีการฝึกอานาปานสติในแต่ละขั้นตอน ให้ฝึกปฏิบัติ 25 - 30 นาที โดยผู้วิจัยคอยสังเกตและให้คำแนะนำอย่างใกล้ชิด แล้วให้ผู้ดูแลแสดงความรู้สึกภายหลังการฝึกอานาปานสติ และมอบคู่มือการฝึกอานาปานสติ เป็นแนวทางในการปฏิบัติต่อเนืองที่บ้าน และแบบบันทึกการรายงานตนเองหลังการฝึกอานาปานสติ ในการบันทึกหลังฝึกปฏิบัติทุกครั้งเมื่อกลับบ้าน แนะนำให้ปฏิบัติทุกวัน ครั้งละ 15 - 30 นาที

ครั้งที่ 4 ของการดำเนินกิจกรรม (วันพฤหัสบดีสัปดาห์ที่ 1) ประกอบด้วยกิจกรรมรายบุคคลในการทบทวนความมั่นใจในการดูแลเด็กโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวที่บ้าน ตลอดจนการสังเกตอาการผิดปกติที่ต้องมาพบแพทย์ก่อนนัด และนัดหมายการโทรศัพท์ติดตามเยี่ยมที่บ้าน ก่อนการจำหน่ายกลับบ้าน

ครั้งที่ 5 ของการดำเนินกิจกรรม (วันจันทร์สัปดาห์ที่ 2) ประกอบด้วยกิจกรรมการโทรศัพท์ติดตามการฝึกอานาปานสติที่บ้านและสอบถามเกี่ยวกับอาการ การดูแลเด็กโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว

ครั้งที่ 6 ของการดำเนินกิจกรรม (วันจันทร์สัปดาห์ที่ 3) ประกอบด้วยกิจกรรมการติดตามเยี่ยมที่หอผู้ป่วย ในการฝึกอานาปานสติและสอบถามเกี่ยวกับอาการของเด็ก การดูแลเด็กโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว

ครั้งที่ 7 ของการดำเนินกิจกรรม (วันจันทร์สัปดาห์ที่ 4) ประกอบด้วยกิจกรรมการโทรศัพท์ติดตามการฝึกอานาปานสติที่บ้านและสอบถามเกี่ยวกับอาการ การดูแลเด็กโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว และนัดหมายกลุ่มทดลองในการทำแบบสอบถามความเครียดในการดูแลเด็กโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว หลังการสิ้นสุดกิจกรรมในสัปดาห์ที่ 5 ที่หอผู้ป่วยเด็ก

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้ ผู้วิจัยทำการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างโดยหาค่าความถี่ ร้อยละ และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนความเครียดในการดูแลเด็กโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ทั้งก่อนและหลังการทดลอง โดยใช้สถิติ paired t-test และเปรียบเทียบผลต่างในค่าเฉลี่ยของคะแนนความเครียดในการดูแลเด็กโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว ทั้งก่อนและหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติ independent t-test กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สรุปผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคล

1.1 ข้อมูลของผู้ดูแลในครอบครัวเด็กโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว จากกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองพบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 88.0 เท่ากัน มีอายุอยู่ในช่วง 30 – 39 ปี คิดเป็น ร้อยละ 44.0 เท่ากัน (อายุเฉลี่ยคือ 38 ปี เท่ากัน) มีสถานภาพสมรสคู่ คิดเป็นร้อยละ 100.0 และ 92.0 ตามลำดับ มีความสัมพันธ์กับเด็กโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวเป็นบิดา/มารดา คิดเป็นร้อยละ 60.0 และ 72.0 ตามลำดับ มีระดับการศึกษาในระดับมัธยมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 60.0 เท่ากัน รายได้ของครอบครัวไม่เพียงพอใช้ คิดเป็นร้อยละ 92.0 เท่ากัน ระยะเวลาในการดูแลเด็กโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว คือ 2 – 4 เดือน คิดเป็น ร้อยละ 72.0 และ 68.0 ตามลำดับ โดยไม่มีผู้ช่วยเหลือดูแลเด็กโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว คิดเป็นร้อยละ 92.0 และ 64.0 ตามลำดับ

1.2 ข้อมูลของเด็กโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว จากกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองพบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศชายคิดเป็นร้อยละ 52.0 เท่ากัน มีอายุอยู่ในช่วง 3 – 4 ปี คิดเป็นร้อยละ 52.0 เท่ากัน (อายุเฉลี่ย กลุ่มควบคุม คือ 3 ปี กลุ่มทดลอง คือ 4 ปี) ระยะเวลาที่ป่วยคือ 2 – 4 เดือน คิดเป็นร้อยละ 72.0 และ 68.0 ตามลำดับ ชนิดของยาเคมีบำบัดที่ได้รับคือ 3 ชนิด คิดเป็นร้อยละ 64.0 และ 40.0 ตามลำดับ ระยะเวลาที่ได้รับยาเคมีบำบัด คือ 4 วัน คิดเป็นร้อยละ 76.0 และ 48.0 ตามลำดับ มีระดับความรุนแรงของโรค คือ low risk คิดเป็นร้อยละ 100.0 เท่ากัน ไม่มีภาวะแทรกซ้อน คิดเป็นร้อยละ 60.0 และ 56.0 ตามลำดับ โดยภาวะแทรกซ้อนที่เกิดในกลุ่มทดลอง ได้แก่ ผمร่วง อาเจียน ปากเป็นแผล และมีไข้ คิดเป็น ร้อยละ 36.36, 27.27, 18.18 และ 18.18 ตามลำดับ ส่วนในกลุ่มควบคุมพบ ปากเป็นแผล ผมร่วง มีไข้ และอาเจียน คิดเป็นร้อยละ 30.00, 30.00, 20.00 และ 20.00 ตามลำดับ

2. ความเครียดของผู้ดูแลในครอบครัวในการดูแลเด็กโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว

2.1 เปรียบเทียบความเครียดของผู้ดูแลในครอบครัวในการดูแลเด็กโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูลทางสุขภาพพร้อมกับการฝึกอานาปานสติ พบว่า ผู้ดูแลในครอบครัวกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมรูปแบบการให้ข้อมูลทางสุขภาพพร้อมกับการฝึกอานาปานสติ มีค่าเฉลี่ยของความเครียดในการดูแลเด็กโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวก่อนการทดลองเท่ากับ 4.09 และหลังการทดลองเท่ากับ 2.80 เมื่อนำค่าเฉลี่ยของความเครียดมาเปรียบเทียบกับสถิติ paired t-test พบว่า หลังการทดลองผู้ดูแลในครอบครัวมีค่าเฉลี่ยของความเครียดในการดูแลเด็กโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวของต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และผู้ดูแลในครอบครัวกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ มีค่าเฉลี่ยของความเครียดในการดูแลเด็กโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวก่อนการทดลองเท่ากับ 4.06 และหลังการทดลองเท่ากับ 3.64 เมื่อนำค่าเฉลี่ยของความเครียดมาเปรียบเทียบกับสถิติ paired t-test พบว่า หลังการทดลองผู้ดูแลในครอบครัวมีค่าเฉลี่ยของความเครียดในการดูแลเด็กโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

2.2 เปรียบเทียบความเครียดในการดูแลเด็กโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวของผู้ดูแลในครอบครัวก่อนและหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูลทางสุขภาพพร้อมกับการฝึกอานาปานสติกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ พบว่า ก่อนการทดลอง ผู้ดูแลในครอบครัวกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมรูปแบบการให้ข้อมูลทางสุขภาพพร้อมกับการฝึกอานาปานสติมีค่าเฉลี่ยของความเครียดในการดูแลเด็กโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวเท่ากับ 4.09 และผู้ดูแลในครอบครัวกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติมีค่าเฉลี่ยของความเครียดในการดูแลเด็กโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวเท่ากับ 4.06 เมื่อนำมาเปรียบเทียบกับสถิติ independent t-test พบว่า ผู้ดูแลในครอบครัวกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมรูปแบบการให้ข้อมูลทางสุขภาพพร้อมกับการฝึกอานาปานสติกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาล

ตามปกติ มีค่าเฉลี่ยของความเครียดในการดูแลเด็กโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวก่อนการทดลองไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

หลังการทดลอง ผู้ดูแลในครอบครัวกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมรูปแบบการให้ข้อมูลทางสุขภาพร่วมกับการฝึกอานาปานสติมีค่าเฉลี่ยของความเครียดในการดูแลเด็กโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวเท่ากับ 2.80 และกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติมีค่าเฉลี่ยของความเครียดในการดูแลเด็กโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวเท่ากับ 3.64 เมื่อนำมาเปรียบเทียบกับสถิติ independent t-test พบว่า ผู้ดูแลในครอบครัวกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมรูปแบบการให้ข้อมูลทางสุขภาพร่วมกับการฝึกอานาปานสติมีค่าเฉลี่ยของความเครียดต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

อภิปรายผลการวิจัย

จากการศึกษาผลของรูปแบบการให้ข้อมูลทางสุขภาพร่วมกับการฝึกอานาปานสติต่อความเครียด ในการดูแลเด็กโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวของผู้ดูแลในครอบครัว สามารถอภิปรายผลการวิจัยได้ดังนี้

วัตถุประสงค์ข้อที่ 1 เปรียบเทียบความเครียดในการดูแลเด็กโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวของผู้ดูแลในครอบครัวก่อนและหลังได้รับโปรแกรมรูปแบบการให้ข้อมูลทางสุขภาพร่วมกับการฝึกอานาปานสติ

ผลของการทดสอบสมมติฐานข้อ 1 พบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนของความเครียดในการดูแลเด็กโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวของผู้ดูแลในครอบครัวหลังได้รับโปรแกรมรูปแบบการให้ข้อมูลทางสุขภาพร่วมกับการฝึกอานาปานสติน้อยกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยอภิปรายได้ดังนี้

จากผลการวิจัยนี้พบว่า ก่อนการทดลองผู้ดูแลในครอบครัวทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมต่างมีความเครียดในการดูแลเด็กโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวอยู่ในระดับมากที่สุดไม่แตกต่างกัน (\bar{x} = 4.09 และ 4.06 ตามลำดับ) อธิบายได้ว่าการดูแลเด็กโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวเป็นภาระที่หนัก ซึ่งผู้ดูแลในครอบครัวต้องใช้เวลาในการดูแลเด็กอย่างต่อเนื่องเป็นเวลานาน อีกทั้งเป็นโรคที่มีการเปลี่ยนแปลงของอาการและที่ทำให้เด็กเกิดภาวะแทรกซ้อนได้ง่าย รวมถึงการได้รับการรักษาที่ซับซ้อนที่ส่งผลกระทบต่อเด็กทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ทำให้ผู้ดูแลต้องทุ่มเทให้เวลาในการดูแลเด็ก ส่งผลให้เกิดความเครียดแก่ผู้ดูแล (Murray, 2000; Scharlach et al., 2001; James et al., 2002) ประกอบกับการมีปัจจัยสำคัญที่ส่งเสริมให้เกิดความเครียดของผู้ดูแลในครอบครัว ได้แก่ ความไม่ชัดเจนในคำอธิบายเกี่ยวกับความเจ็บป่วยของบุตรและการขาดข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยและการ

รักษา รวมถึงการได้รับข้อมูลการดูแลที่ไม่เป็นรูปแบบชัดเจน ที่กล่าวมาล้วนเป็นปัจจัยที่สนับสนุนกัน ที่ทำให้เกิดความเครียดในการดูแลเด็ก (สุริภรณ์ สุวรรณโอสถ, 2547; บุษกร พันธเมธาฤทธิ์ และคณะ, 2556) และปัญหาการขาดงานที่ส่งผลให้เกิดความเครียดสูงขึ้น (Earle et al, 2006) จากปัจจัยที่กล่าวมาจึงพบว่า ก่อนการทดลองผู้ดูแลในครอบครัวทั้งสองกลุ่มต่างมีความเครียดในการดูแลเด็กโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวอยู่ในระดับมากที่สุดไม่แตกต่างกัน

การศึกษานี้ผู้ดูแลในครอบครัวกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมรูปแบบการให้ข้อมูลทางสุขภาพร่วมกับการฝึกอานาปานสติ ตามแนวคิดการควบคุมตนเองของLeventhal & Johnson (1983) และการฝึกอานาปานสติตามพระธรรมคำสอนขององค์สมเด็จพระสัมมาสัมพุทธเจ้า (พุทธวจน, 2555) มาประยุกต์ใช้ในการเตรียมความพร้อมในการเผชิญความเครียดในการดูแลเด็กโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวของผู้ดูแลในครอบครัว ด้วยการให้ข้อมูลอย่างเป็นรูปแบบขั้นตอนชัดเจนใน 3 ด้าน ประกอบด้วย 1) การให้ข้อมูลด้านขั้นตอนการดูแลจากการทำกิจกรรมกลุ่ม โดยให้ผู้ดูแลในครอบครัวได้แลกเปลี่ยนความรู้ความเข้าใจของตนเองในเรื่องโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว การรักษาอาการ แนวทางการดูแลเด็กโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวทั้งภาวะปกติ ก่อนการได้รับยาเคมีบำบัด จากนั้นผู้วิจัยและผู้ดูแลในครอบครัวร่วมกันสรุปประเด็นสำคัญในการดูแลเด็กโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวตลอดจนการดูแลเมื่อเด็กเกิดอาการข้างเคียงจากการได้รับยาเคมีบำบัด รวมถึงการส่งเสริมการเจริญเติบโตและการดูแลด้านจิตใจของเด็ก จึงทำให้ผู้ดูแลในครอบครัวได้เกิดการเรียนรู้มีความรู้ความเข้าใจและมั่นใจในการดูแลเด็กโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวมากยิ่งขึ้น 2) การให้ข้อมูลด้านความรู้สึกที่อาจต้องประสบ ด้วยการร่วมแลกเปลี่ยนประสบการณ์/ความรู้สึกในการดูแลเด็กโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวที่ทำให้ผู้ดูแลในครอบครัวเกิดความรู้สึกเป็นทุกข์/ไม่สบายใจ/กังวลใจ รวมถึงการยกตัวอย่างสถานการณ์ที่ยุ่ยากหรือเหตุการณ์ตึงเครียด ในการดูแลเด็กโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวที่พบบ่อยแก่ผู้ดูแลในครอบครัว ซึ่งการที่ผู้ดูแลในครอบครัวได้มีโอกาสแลกเปลี่ยนแสดงความคิดเห็น ความรู้สึกร่วมกัน ทำให้ผู้ดูแลในครอบครัวได้เรียนรู้ เข้าใจความรู้สึกของผู้อื่นที่ตกอยู่ในสภาพที่มีปัญหาหรือมีความทุกข์ ไม่สบายใจ กังวลใจเช่นเดียวกับตนเอง จึงเป็นกิจกรรมการเตรียมความพร้อมด้านความรู้สึกที่ทำให้ผู้ดูแลในครอบครัวได้เข้าใจความรู้สึกเป็นทุกข์ของตนเองว่าเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นได้กับทุกคน และ 3) การให้ข้อมูลด้านวิธีการเผชิญความเครียด โดยให้ผู้ดูแลในครอบครัวได้ฝึกอานาปานสติ ซึ่งเป็นวิธีการฝึกสมาธิรูปแบบหนึ่งที่ช่วยให้จิตใจสงบ ผ่อนคลาย ลดความเครียด (จำลอง ดิษยวานิช, 2544) เป็นวิธีการที่ช่วยให้ผู้ดูแลได้มีวิธีการเผชิญความเครียดทางอารมณ์ ความรู้สึกของตนเองที่อาจเกิดขึ้น ซึ่งเป็นพฤติกรรมที่บุคคลนำกลไกทางจิตเข้ามาช่วยบรรเทาหรือจัดการกับอารมณ์ความรู้สึกที่เกิดขึ้น เป็นการรักษาสมดุลทางจิตใจ (Lazarus & Folkman , 1984) สอดคล้องกับงานวิจัยของศรีนยา ฉันทะปรีชา (2549) ศึกษาผลของการให้ข้อมูลและการปฏิบัติโยคะต่อความเครียดของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง พบว่า ความเครียดของผู้ดูแลในครอบครัว

ผู้ป่วยบาดเจ็บสมองกลุ่มที่ได้รับการให้ข้อมูลและการปฏิบัติโยคะน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < .05$ และสุมามิตา สวัสดิ์ดิณญาณ (2554) ศึกษาผลของโปรแกรมการสนับสนุนข้อมูลและอารมณ์ต่อความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะในระยะวิกฤตพบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดโดยรวมของกลุ่มที่ได้รับการสนับสนุนข้อมูลและอารมณ์ต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < .01$ และค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดโดยรวมของกลุ่มที่ได้รับการสนับสนุนข้อมูลและอารมณ์ต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < .01$ เช่นเดียวกับสุขฤดา ขุนเสถียร, วรณา อาราม, ปราณี ทองใส และถาวร ทรัพย์ทวีสิน (2555) ศึกษาผลของโปรแกรมการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนในการเตรียมมารดา/ผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดในภาวะวิกฤตภายหลังผ่าตัดพบว่า หลังได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผน กลุ่มทดลองมีความเครียดลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < .05$

เป็นที่น่าสังเกตว่าหลังการทดลองผู้ดูแลในครอบครัวทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีความเครียดลดลงทั้งสองกลุ่ม อยู่ในระดับปานกลางและมาก ($\bar{x} = 2.80$ และ 3.64) ตามลำดับอธิบายได้เป็น 2 ประเด็น ดังนี้ 1) ความเครียดเป็นปฏิกิริยาการตอบสนองของร่างกายและจิตใจที่มีต่อสิ่งเร้าที่มากกระตุ้น ที่ทำให้เกิดภาวะเสียสมดุล (Selye, 1993) และเกิดความรู้สึกเป็นทุกข์ ไม่สบายใจ ซึ่งอาจทำให้เกิดผลเสียต่อสุขภาพทั้งร่างกายและจิตใจ (กรมสุขภาพจิต, 2543) โดยธรรมชาติของการจัดการความเครียดนั้น เมื่อบุคคลเกิดความเครียดจะมีความพยายามในการปรับตัว โดยใช้ทรัพยากรหรือแหล่งประโยชน์ที่ตนเองมีอยู่อย่างเต็มที่เพื่อกลับเข้าสู่ภาวะสมดุล (Selye, 1993; Lazarus & Folkman, 1984) ซึ่งผู้ดูแลในครอบครัวทั้งสองกลุ่มต่างมีความพยายามในการปรับตัวแสวงหาแนวทางเพื่อลดความเครียดของตนเอง ทำให้หลังการทดลองผู้ดูแลในครอบครัวมีความเครียดลดลงทั้งสองกลุ่ม 2) ผู้ดูแลในครอบครัวในกลุ่มควบคุมใช้แหล่งประโยชน์ในการปรับตัวได้ระดับหนึ่ง คือ การได้รับข้อมูลจากการสอนสุขศึกษาในเรื่องโรคและการดูแลเด็กโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว จากพยาบาลประจำหอผู้ป่วยและการให้คำปรึกษาแนะนำเมื่อมีข้อสงสัยตลอดระยะเวลาที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล แต่ไม่เท่ากับวิธีการที่กลุ่มทดลองได้รับคือ รูปแบบการให้ข้อมูลทางสุขภาพพร้อมกับการฝึกอานาปานสติซึ่งเป็นแหล่งประโยชน์ที่มีประสิทธิภาพสูงกว่าวิธีการพยาบาลตามปกติ ซึ่งมีรูปแบบการให้ข้อมูลที่ชัดเจนครอบคลุมทั้งด้านการแก้ไขปัญหาและแก้ไขด้านอารมณ์ (Lazarus & Folkman, 1984) ตลอดจนการโทรศัพท์ติดตามเยี่ยมเมื่อกลับบ้านและการติดตามเยี่ยมเมื่อเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาล ในการดูแลเด็กโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวและการฝึกอานาปานสติของผู้ดูแลในครอบครัว ที่พบว่าหลังการทดลองความเครียดของผู้ดูแลในครอบครัวกลุ่มทดลองลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < .05$

ผลการวิจัยในการนำรูปแบบการให้ข้อมูลทางสุขภาพพร้อมกับการฝึกอานาปานสติมาใช้ในการลดความเครียดในการดูแลเด็กโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวของผู้ดูแลในครอบครัว แสดงให้เห็นว่าการนำทฤษฎีการควบคุมตนเองของ Leventhal & Johnson (1983) มาประยุกต์ใช้ร่วมกับการฝึกอานาปานสติ สามารถลดความเครียดในการดูแลเด็กโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวของผู้ดูแลในครอบครัว ทำให้ผู้ดูแลในครอบครัวของเด็กโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวมีแนวทางการปรับตัวเพื่อเตรียมพร้อมในการรับมือการเกิดสถานการณ์ตึงเครียดหรือเหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดสิ่งเร้าได้จริง และมีความเครียดลดลงน้อยกว่าก่อนการได้รับโปรแกรมรูปแบบการให้ข้อมูลทางสุขภาพพร้อมกับการฝึกอานาปานสติ

วัตถุประสงค์ข้อที่ 2 เพื่อเปรียบเทียบความเครียดในการดูแลเด็กโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวของผู้ดูแลในครอบครัวระหว่างกลุ่มที่ได้รับรูปแบบการให้ข้อมูลทางสุขภาพพร้อมกับการฝึกอานาปานสติกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ผลการทดสอบสมมติฐานข้อ 2 พบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนของความเครียดในการดูแลเด็กโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวของผู้ดูแลในครอบครัว กลุ่มที่ได้รับรูปแบบการให้ข้อมูลทางสุขภาพพร้อมกับการฝึกอานาปานสติน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยอภิปรายได้ดังนี้

อธิบายได้ว่ารูปแบบการให้ข้อมูลทางสุขภาพพร้อมกับการฝึกอานาปานสติ เป็นกิจกรรมที่มีรูปแบบชัดเจน ที่มุ่งช่วยให้ผู้ดูแลในครอบครัวได้มีการเตรียมพร้อมในการจัดการกับอารมณ์ที่อาจเกิดขึ้น โดยการให้ข้อมูลด้านขั้นตอนการดูแล ด้วยการให้ผู้ดูแลในครอบครัวกลุ่มทดลองทำกิจกรรมกลุ่ม แลกเปลี่ยนข้อมูลความรู้ความเข้าใจเรื่องโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว การรักษา อาการ และแนวทางการดูแลเด็กโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว ทำให้ผู้ดูแลในครอบครัวได้มีความรู้ความเข้าใจในการดูแลเด็กโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวมากยิ่งขึ้น และการให้ข้อมูลด้านความรู้สึกที่อาจต้องประสบ จากการร่วมแลกเปลี่ยนประสบการณ์/ความรู้สึกในการดูแลเด็กโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวที่ทำให้ผู้ดูแลในครอบครัวเกิดความรู้สึกเป็นทุกข์/ไม่สบายใจ/กังวลใจ หรือเกิดความเครียด ซึ่งการให้ข้อมูลในสองขั้นตอนนี้ทำให้ผู้ดูแลในครอบครัวได้เรียนรู้และเข้าใจ และเพิ่มความรู้สึกในการควบคุมตนเอง ตลอดจนคาดการณ์ถึงสิ่งที่อาจเกิดขึ้นได้อย่างถูกต้องตามความเป็นจริง รวมถึงการหาแนวทางแก้ไขปัญหาหรือวางแผนหาวิธีการที่จะเผชิญกับเหตุการณ์หรือภาวะคุกคามที่อาจเกิดขึ้นกับตนเองได้อย่างเหมาะสม (Lazarus & Folkman, 1984) อันส่งผลให้ความเครียดลดลง

ประการสำคัญคือ การนำวิธีการฝึกสมาธิแบบอานาปานสติมาใช้ในขั้นตอนการให้ข้อมูลด้านวิธีการเผชิญความเครียด ซึ่งเป็นวิธีการหนึ่งในการลดความเครียด ที่ไม่มีขั้นตอนซับซ้อน และไม่ต้องใช้อุปกรณ์ใดๆในการฝึก โดยให้ผู้ดูแลในครอบครัวกลุ่มทดลองได้ฝึกอานาปานสติทุกวัน วันละ 15 – 30 นาที โดยใช้ท่านั่ง และฝึกในเวลาที่จะสะดวก โดยพบว่าเป็นเวลาช่วงเช้าและก่อนนอนเป็นส่วนใหญ่ ซึ่งการที่ผู้ดูแลในครอบครัวกลุ่มทดลองได้นำการฝึกอานาปานสติมาใช้อย่างต่อเนื่อง ส่งผลในทางบวก

2 ด้าน อธิบายได้ ดังนี้ **1) ผลด้านสรีรวิทยา** พบว่าเมื่อฝึกสมาธิขณะที่จิตสงบเป็นสมาธินั้นจะมีการเปลี่ยนแปลงของคลื่นสมอง ทำให้การหลั่งฮอร์โมนคอร์ติซอลลดลงและหลั่งสารเอ็นโดฟินมากขึ้น ส่งผลให้เกิดความรู้สึกสดชื่น อิ่มเอิบใจ ร่างกายผ่อนคลาย จิตใจสงบ คลายความเครียดและความวิตกกังวล (ธวัชชัย กฤษณะประกรกิจ และคณะ, 2552; จำลอง ดิษยวณิช และพริ้มเพรา ดิษยวณิช, 2545; สำนักพัฒนาสุขภาพจิต, 2545; Wallace & Benson, 1972; Adam Quinn. et al., 2014) และเมื่อร่างกายผ่อนคลาย จะทำให้การทำงานของระบบประสาทอัตโนมัติและต่อมไร้ท่อทำงานลดลง ส่งผลให้การทำงานของระบบประสาทซิมพาเธติกลดลงและเพิ่มการทำงานของระบบประสาทพาราซิมพาเธติกมากขึ้น เกิดการหลั่งนอร์อีพิเนพรีนลดลง ทำให้ระดับแลคเตตในเลือดลดลง ส่งผลต่อการทำงานของกล้ามเนื้อเรียบ ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยา เช่น มีการเผาผลาญของร่างกายลดลง อัตราการเต้นของหัวใจลดลง ความดันโลหิตและความตึงตัวของกล้ามเนื้อลดลง อีกทั้งยังส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของคลื่นสมอง โดยเกิดคลื่นสมองมีลักษณะเป็นอัลฟามาก ซึ่งคลื่นดังกล่าวเป็นภาวะที่แสดงถึงลักษณะพิเศษของภาวะการมีตื่นตัวแบบพร้อมแต่ไม่ตื่นตื่น (restful alertness) เป็นภาวะที่จิตอยู่ในสมาธิ มีความสงบ อันส่งผลให้คลายความเครียดและความวิตกกังวลลง (Wallace & Benson, 1972) **2) ผลด้านปัญญา** การทำสมาธิด้วยการฝึกอานาปานสติตามพระธรรมคำสอนขององค์สมเด็จพระสัมมาสัมพุทธเจ้า (พุทธวจน, 2555) โดยการมีสติอยู่ในทุกลมหายใจเข้าออก ทำให้เกิดการตั้งมั่นของจิต เกิดความรู้สึกผ่อนคลาย จิตสงบ สบาย ความรู้สึกกังวลใจต่อสิ่งทั้งปวง ก็ระงับลง จะส่งผลให้ผู้ปฏิบัติเกิดปิติ ความอิ่มเอิบใจ ช่วยลดความทุกข์ ความไม่สบายทั้งทางร่างกายและจิตใจลงได้ ตลอดจนมีสติสัมปชัญญะที่สมบูรณ์ มีความมั่นคงทางอารมณ์และจิตใจที่สงบ เยือกเย็น (พระธรรมปิฎก, 2543; ครรชิต แสนอุบล, 2553) ดังนั้น เมื่อผู้ดูแลในครอบครัวได้ฝึกสมาธิแบบอานาปานสติก็จะส่งผลให้จิตใจอยู่ในสภาพที่ผ่อนคลาย สงบ และเยือกเย็น จึงเป็นการลดความเครียดได้ นอกจากนี้การได้รับข้อมูลทางสุขภาพที่มีรูปแบบชัดเจนในด้านขั้นตอนการดูแลเกี่ยวกับโรคและแนวทางการดูแล และข้อมูลด้านความรู้สึกเกี่ยวกับสิ่งเร้าที่อาจทำให้รู้สึกเครียด จึงเป็นการเสริมประสิทธิภาพ ส่งผลต่อความเครียดที่ลดลงของกลุ่มทดลองซึ่งมีระดับความเครียดลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุม เช่นเดียวกับการศึกษาของวัลลภา ผ่องแผ้ว (2553) ศึกษาผลของโปรแกรมการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนร่วมกับการฝึกสมาธิแบบอานาปานสติต่อความเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม พบว่า ความเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมกลุ่มทดลองที่ได้รับการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนร่วมกับการฝึกสมาธิแบบอานาปานสติ ต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < .05$ และพัชรี แสงอรุณ (2552) ศึกษาผลของโปรแกรมการฝึกสมาธิแบบอานาปานสติร่วมกับการหายใจแบบเป่าปากต่อระดับความเครียดในผู้ป่วยผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง พบว่า ภายหลังจากการฝึกสมาธิแบบอานาปานสติ กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยของคะแนนระดับความเครียดลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < .05$

ในการติดตามผลระหว่างการดำเนินการวิจัย ผู้วิจัยใช้การโทรศัพท์ติดตามเยี่ยมเมื่อกลับบ้าน ในสัปดาห์ที่ 2 และ 4 ครั้งละ 10 – 15 นาที เพื่อติดตามในเรื่องการดูแลเด็กโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว ตลอดจนการชักถามอาการของเด็ก รวมถึงการติดตามความก้าวหน้าในการฝึกอานาปานสติของผู้ดูแลในครอบครัว ซึ่งการโทรศัพท์ติดตามเยี่ยมเป็นการสร้างสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน ทำให้รู้สึกอบอุ่นใจ มีความมั่นใจและไว้วางใจมากขึ้น และเป็นการสร้างแรงจูงใจในการปฏิบัติกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง รวมถึงการตอบปัญหา และให้ข้อมูลเพิ่มเติมที่ครอบคลุมถูกต้องทุกด้าน (ประทุม เสดลานนท์และเพ็ญปวีณ จตุรพิธโพธิ์ทอง, 2555) จึงส่งผลให้ผู้ดูแลในครอบครัวเกิดความมั่นใจในการดูแลเด็กโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวมากขึ้นและมีการปฏิบัติกิจกรรมการฝึกอานาปานสติอย่างต่อเนื่อง ทำให้ความเครียดของผู้ดูแลในครอบครัวลดลง เช่นเดียวกับการศึกษาของ กุลวรา คุปรัตน์และนันทฐา โพธิ์โยธิน (2554) ศึกษาผลของการเยี่ยมก่อนผ่าตัดทางโทรศัพท์อย่างมีแบบแผนต่อระดับความวิตกกังวลในผู้ดูแลเด็กที่มารับการผ่าตัดแบบไม่พักค้างในโรงพยาบาล พบว่าผู้ดูแลเด็กที่ได้รับการเยี่ยมทางโทรศัพท์มีคะแนนความวิตกกังวลต่ำกว่ากลุ่มควบคุม ซึ่งได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < .05$

นอกจากนี้ผู้วิจัยติดตามเยี่ยมเมื่อผู้ป่วยเด็กเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลในสัปดาห์ที่ 3 เป็นเวลา 15 – 20 นาที โดยเยี่ยมเป็นรายบุคคล สอบถามเกี่ยวกับอาการ และการดูแลเด็กโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว รวมถึงการฝึกอานาปานสติอย่างต่อเนื่อง เพื่อเป็นการกระตุ้นเตือนในการปฏิบัติกิจกรรมและการตอบข้อสงสัย ให้คำปรึกษาและให้กำลังใจในการดูแลเด็ก รวมถึงการสังเกตวิธีการดูแลเด็กและให้คำแนะนำเพิ่มเติมที่ตรงตามปัญหาและความต้องการของผู้ดูแลแต่ละราย (สมจิต หนูเจริญกุล, 2543) การที่ผู้วิจัยติดตามเยี่ยม พูดคุย และมีปฏิสัมพันธ์กับผู้ดูแลในครอบครัวเป็นรายบุคคล จึงทำให้ผู้ดูแลเกิดความมั่นใจและไว้วางใจมากขึ้น (รัตนา อยู่เปล่า, 2543) ส่งผลให้ความเครียดในการดูแลเด็กโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวลดลงได้

ส่วนในกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกตินั้น ผู้ดูแลในครอบครัวจะได้รับความรู้ในการดูแลเด็กโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว ด้วยวิธีการสอนสุขศึกษารายบุคคลประกอบสื่อ เช่น คู่มือ แผ่นพับ จากพยาบาลประจำหอผู้ป่วย ที่เน้นการเตรียมความพร้อมผู้ดูแลในเรื่องโรคและการดูแลเด็กเป็นหลัก และให้คำแนะนำ คำปรึกษาเมื่อมีข้อสงสัย ตลอดระยะเวลาที่เข้ารับการรักษา และการมาตรวจตามแพทย์นัดเพื่อรับยาเคมีบำบัด ถือเป็นแหล่งประโยชน์ที่ผู้ดูแลในครอบครัวกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ ซึ่งให้ผลดีในระดับหนึ่งแต่ยังคงมีระดับความเครียดสูงกว่ากลุ่มทดลอง ที่ได้รับรูปแบบการให้ข้อมูลทางสุขภาพพร้อมกับการฝึกอานาปานสติ ที่ช่วยให้ผู้ดูแลในครอบครัวได้รับการเตรียมความพร้อมอย่างครอบคลุมทั้งด้านขั้นตอนการดูแล ความรู้สึกที่อาจต้องประสบ วิธีการเผชิญความเครียดด้วยการฝึกอานาปานสติ การโทรศัพท์ติดตามเยี่ยมที่บ้าน ตลอดจนการติดตามเยี่ยมที่

หอยผู้ป่วยเมื่อเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาล ผลการวิจัยพบว่า ค่าเฉลี่ยของความเครียดในการดูแลเด็กโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวของผู้ดูแลในครอบครัวกลุ่มควบคุมยังมีความเครียดอยู่ในระดับสูง

กล่าวโดยสรุปได้ว่าแม้ว่าการดูแลเด็กโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวเป็นภาระที่หนัก เนื่องจากเด็กมีความเปลี่ยนแปลงของอาการและมีภาวะแทรกซ้อนได้ง่าย จึงต้องให้การดูแลอย่างต่อเนื่องเป็นเวลานาน แต่โปรแกรมรูปแบบการให้ข้อมูลทางสุขภาพร่วมกับการฝึกอานาปานสติมีประสิทธิภาพสูง โดยพบว่า ผู้ดูแลในครอบครัวกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมรูปแบบการให้ข้อมูลทางสุขภาพร่วมกับการฝึกอานาปานสติ มีระดับความเครียดลดลงมากกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < .05$

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะทั่วไป

1. **ด้านการพยาบาล** ควรนำรูปแบบการให้ข้อมูลทางสุขภาพร่วมกับการฝึกอานาปานสติ ไปประยุกต์ใช้ในกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายคลึงกัน เนื่องจากเป็นโรคที่เด็กต้องได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องยาวนาน หากผู้ดูแลเด็กได้รับข้อมูลการดูแลไม่เพียงพอ อาจส่งผลให้เกิดความเครียดในผู้ดูแลตลอดจนให้การดูแลเด็กที่ไม่ครอบคลุมตามมา

2. **ด้านการศึกษา** ควรนำไปใช้ในการเรียนการสอนในวิชาการพยาบาลเด็ก เกี่ยวกับการพยาบาลผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็ง ในวิธีการให้ข้อมูลทางสุขภาพร่วมกับการฝึกอานาปานสติ เพื่อลดความเครียดในการดูแลเด็กโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวของผู้ดูแลในครอบครัว

3. **ด้านการวิจัย** ควรมีการเพิ่มระยะเวลาในการศึกษาและติดตามผล เพื่อติดตามความคงอยู่ของโปรแกรมในการลดความเครียด

ข้อเสนอแนะในการนำโปรแกรมไปใช้

ผู้ใช้ควรมีพื้นฐานในการฝึกสมาธิแบบอานาปานสติ เพื่อให้เกิดทักษะและสามารถให้คำแนะนำแก่ผู้ดูแลในครอบครัวได้

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการประเมินความสามารถในการดูแลเด็กโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว
2. การวิจัยครั้งต่อไปควรมีการทดลองศึกษาเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ กลุ่มที่ได้รับข้อมูลทางสุขภาพ กลุ่มที่ได้รับการฝึกอานาปานสติ และ/หรือกลุ่มที่ได้รับการโทรศัพท์ติดตาม

รายการอ้างอิง

ภาษาไทย

- กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2541). คู่มือการดูแลผู้มีปัญหาสุขภาพจิต และจิตเวช สำหรับแพทย์ (พิมพ์ครั้งที่ 2). นนทบุรี : เจเน็ด ลายุด.
- กรมสุขภาพจิต.(2543).คู่มือคลายเครียดด้วยตนเอง.กรุงเทพมหานคร: อูษาการพิมพ์.
- กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2548). คู่มือการดูแลทางสังคม จิตใจ ผู้มีปัญหาซึมเศร้า สำหรับบุคลากรสาธารณสุข(พิมพ์ครั้งที่ 5). กรุงเทพฯ : องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
- กระทรวงสาธารณสุข.(2550). Statistic Report. Retrieved Jaunary 18,2013, from <http://www.dms.moph.go.th/statreport/2550/table14.htm>.
- กุลวรา คุปรัตน์และนันทฐา โพธิโยธิน.(2554). ผลของการเยี่ยมก่อนผ่าตัดทางโทรศัพท์อย่างมีแบบแผนต่อระดับความวิตกกังวลในผู้ดูแลเด็กที่มารับการผ่าตัดแบบไม่พักค้างในโรงพยาบาล. **วารสารพยาบาลศิริราช**. ปีที่ 4.ฉบับที่ 1:1 -11.
- กวิวัฒน์ วีระกุล.(2547). Acute leukemia in children. ใน วิชัย ประยูรวิวัฒน์, จันทราภา ศรีสวัสดิ์, และ แสงสุรีย์ จูฑา.(บรรณาธิการ), **Advance hematology**. กรุงเทพฯ: นำอักษรการพิมพ์.
- ครรชิต แสนอุบล.(2553).ผลของกลุ่มพัฒนาตนและการศึกษาเชิงจิตวิทยาแนวพุทธ และการฝึกอานาปานสติที่มีต่อภาวะอะนิกเซียและปัญญา.วิทยานิพนธ์ปริญญาดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาจิตวิทยา คณะจิตวิทยา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- จันทร์ฉาย สิงหนันท์ และคณะ.(2553). สถานการณ์ที่ทำให้เกิดภาวะเครียดในมารดาที่ดูแลทารกตัวเหลืองที่ได้รับการรักษาด้วยการส่องไฟ. **ลำปางเวชสาร**. ปีที่ 31,2: 41.
- จีระภา พรรณศิริรักษ์.(2552).การประเมินพฤติกรรมผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว ลิมโฟบลาสชนิดเฉียบพลันเมื่ออยู่นอกโรงพยาบาลขอนแก่น.วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพอนามัย บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- จำลอง ดิษยวณิช และพริ้มเพรา ดิษยวณิช.(2545). **ความเครียด ความวิตกกังวล และสุขภาพ**.คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. เชียงใหม่ : เชียงใหม่โรงพิมพ์แสงศิลป์.
- ชาติรี จุติตรี.(2553).ผลของโปรแกรมการผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบโพเกรสสิฟร่วมกับการให้ความรู้ต่อความเครียดและความดันโลหิตในผู้ป่วยผู้สูงอายุแผนกผู้ป่วยนอก.วิทยานิพนธ์

ปริญญามหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ชูชัย ศุภวงศ์และคณะ.(2552). **คู่มือการให้บริการของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล**. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.

ดลฤดี แดงน้ำคู้. (2549).**ความเครียดในผู้ปกครองเด็กสมาธิสั้น**. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิต คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

เดือนเพ็ญ โยเฮือง.(2550).ผลของการเตรียมความพร้อมของผู้ดูแลต่อการลดความเครียดในการดูแลเด็กพัฒนาการล่าช้า โรงพยาบาลพระพุทธชินราช พิษณุโลก. การค้นคว้าแบบอิสระพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช.

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

ทศนา แคมมณี.(2545). **ศาสตร์การสอน**. พิมพ์ครั้งที่ 2 . กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ทศนา แคมมณี.(2553). **ศาสตร์การสอน: องค์ความรู้เพื่อการจัดการกระบวนการเรียนรู้ที่มีประสิทธิภาพ**.พิมพ์ครั้งที่ 13. กรุงเทพฯ : บริษัทด้านสิทธิการพิมพ์ จำกัด.

ธวัชชัย ฤกษ์ณะประกรกิจ สมจิตร ห่องบุตรศรี และผ่องพรรณ ฤกษ์ณะประกรกิจ.(2552). **สมาธิบำบัดทางจิตเวชศาสตร์และสุขภาพจิต**.คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น. ขอนแก่น : โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

นงเยาว์ ภูริวัฒนกุล วิลาวรรณ ทิพย์มิ่งคล และกาญจนา วงษ์เลี้ยง.(2550). ผลการให้ความรู้ผ่านทางโทรศัพท์ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยกระดูกพีเมอร์ท์กระยะพักฟื้น. **สาขานครินทร์เวชสาร**.ปีที่ 25. ฉบับที่ 1:19 – 27.

นพมล ไชโยธา.(2553).**ผลการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนและการมีส่วนร่วมของมารดาต่อการปฏิบัติบทบาทมารดาในการดูแลทารกแรกเกิดที่ได้รับการผ่าตัดหน้าท้อง**. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

นพวรรณ กฤตยภูษิตพจน์.(2548).**ผลของการให้ข้อมูลก่อนผ่าตัดร่วมกับการฟังดนตรีต่อความวิตกกังวลในการผ่าตัดและความเจ็บปวดหลังผ่าตัดของผู้ป่วยกระดูกขาหักที่ได้รับบริการผ่าตัด โดยใช้ยาชาทางช่องน้ำไขสันหลัง**.วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

นุจนิย์ มณีรัตน์.(2549). **ผลของการให้ข้อมูลต่อความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของผู้ปกครองเด็กป่วยโรคมะเร็ง**. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

- บุษกร พันธุ์เมธาฤทธิ อุทัยวรรณ พุทธิรัตน์ และพิสมัย วัฒนสิทธิ์,(2556).คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็ง : ผู้ดูแลเด็กมีการรับรู้ต่างกันหรือไม่. **สงขลานครินทร์เวชสาร**. ปีที่ 31 ฉบับที่ 3 : 132.
- ประคอง กรรณสูต. (2542). **สถิติการวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์**. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ประดิษฐา ลินสว่าง.(2538). **ผลของการสนับสนุนภายในกลุ่มของมารดาผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวต่อความวิตกกังวลและพฤติกรรมการดูแลบุตรของมารดา**.วิทยานิพนธ์ปริญญาโท สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ประทุม เสลานนท์และเพ็ญประวีณ จตุรพิธโพธิ์ทอง.(2555). ผลการเยี่ยมก่อนผ่าตัดทางโทรศัพท์ต่อระดับความวิตกกังวลของผู้ป่วยที่มารับการผ่าตัดก่อนเนื่องอกที่ได้นมแบบไม่พักค้างคืนในโรงพยาบาล. **วารสารพยาบาลศิริราช**. ปีที่ 5.ฉบับที่ 1:29- 39.
- ประโยชน์ บุญสินสุข.(2544). **รีเฟล็กซ์โซโลยี: วิธีทางสู่สุขภาพที่ดีขึ้น**. กรุงเทพมหานคร : สำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ.
- ปัทมา โลหเจริญวานิช.(2538). **การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาวและต่อมน้ำเหลือง**. คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.สงขลา : สงขลาการพิมพ์.
- ปัทมาภรณ์ พรหมวิเศษ.(2556).ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจของผู้ดูแลหลักต่อการดูแลเด็กป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวที่บ้าน. **วารสารพยาบาลสาธารณสุข**.ปีที่ 27 ฉบับที่ 1: 88-101.
- ปัญญา กุลพงษ์.(2540). **โรคมะเร็งในเด็ก**.เชียงใหม่: ภาควิชากุมารเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ปัญญาค์ สุขเจริญ,วิไล เลิศธรรมทวี, ฟองคำ สกุดติลกชัย และศรีสมบุญรณ์ มุสิกสุคนธ์. (บรรณาธิการ).(2550). **ตำราการพยาบาลเด็ก**.กรุงเทพฯ : คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.กรุงเทพฯ : ฟรี-วัน.
- ปัญญา เสกสรรค์.(2542). มะเร็งในเด็ก. ใน สำหรับ จิตตินันท์. (บรรณาธิการ). **ตำรากุมารเวชศาสตร์ เล่ม 3**. กรุงเทพฯ: กรุงเทพฯเวชสาร.
- ปณณธร ศุภกิจวิวัฒน์กุล.(2545). **พฤติกรรมในการป้องกันการติดเชื้อของเด็กวัยเรียนที่เป็นโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวและการส่งเสริมของผู้ดูแล**.วิทยานิพนธ์ปริญญาโท สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- ปรัชญาพร อิศาระ.(2552). **อิทธิพลของอาการอ่อนเพลียและอาการนอนหลับแปรปรวนต่อการทำกิจกรรมของเด็กป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด**. ปริญญาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

- ภัทรา ทวีทรัพย์และวัชรีย์ เจนเจริญรัตน์.(2555). ประสิทธิผลการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็ง
ในโรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ. **โครงการวิจัยเพื่อพัฒนางาน ของโรงพยาบาล
ธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ.**
- ภิญโญ อิศรพงศ์.(2551).ผลของโปรแกรมการเตรียมความพร้อมในการดูแลต่อภาวะการดูแลของ
ผู้ปกครองเด็กออทิสติกในสถาบันพัฒนาการเด็กราชนครินทร์ จังหวัดเชียงใหม่. การค้นคว้า
แบบอิสระ พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช.บัณฑิต
วิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- มนตรี ตูจันดา.(2542). **โรคมะเร็งในเด็ก ในวินัย สุวตถิ** (บรรณาธิการ).กุมารเวชศาสตร์.
กรุงเทพมหานคร: เรือนแก้วการพิมพ์.
- มนัสวี จำปาเทศ.(2546).**การศึกษาการประเมินสถานการณ์ความเครียด การเผชิญความเครียด
และผลลัพธ์การปรับตัวของมารดาที่ดูแลเด็กออทิสติก.**วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต
สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์
มหาวิทยาลัย.
- มารยาท รุจิวิทย์.(2548).**การจัดการความเครียดเพื่อสร้างเสริมสุขภาพ.** ปทุมธานี : โรงพิมพ์
มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ศูนย์รังสิต.
- พงษ์จันทร์ หัตถิรัตน์.(2538).**โลหิตวิทยาในเด็ก.** พิมพ์ครั้งที่ 3.กรุงเทพฯ : หน่วยโลหิตวิทยา ภาควิชา
กุมารเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี.
- พงษ์จันทร์ หัตถิรัตน์.(2540).โรคมะเร็ง.ในวันดี วราวิทย์,ประพุท ศิริบุญย์,และสุรางค์
เจียมจรรยา (บรรณาธิการ) **ตำรากุมารเวชศาสตร์** พิมพ์ครั้งที่ 2 กรุงเทพฯ : โฮลิสติก พับลิช
ซึ่งจำกัด.
- พรทิพย์ ศิริบุรณ์พิพัฒนา.(2553).**การพยาบาลเด็ก เล่ม 3.โครงการสวัสดิการวิชาการ สถาบันพระ
บรมราชชนก.นนทบุรี: ธนาเพลสจำกัด.**
- พรทิพย์ อนันตกุล.(2543). **ผลของการฝึกอานาปานสติร่วมกับการแก้ปัญหาแนวอริยสังคี
ต่อความเครียดของมารดาเด็กที่ป่วยด้วยโรคมะเร็ง.** วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต
สาขาวิชาการพยาบาลศึกษา คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- พระตถาคต (2555). **พุทธวจน.** พระธรรมวินัยจากพุทธโอษฐ์. ฉบับ 6 อานาปานสติ.พิมพ์ครั้งที่ 1.
มูลนิธิพุทธโฆษณ์.
- พระธรรมปิฎก(ป.อ.ปยุตฺ โต). (2543). **พุทธธรรม.** พิมพ์ครั้งที่ 9. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์
จุฬาลงกรณ์ราชวิทยาลัย .
- พระธรรมปิฎก(ป.อ.ปยุตฺ โต). (2547). **สมาธิ : ฐานสู่สุขภาพจิตและปัญญาหยั่งรู้.** กรุงเทพฯ :
สำนักพิมพ์สยาม.

- พัชรี แสงอรุณ.(2552).ผลของโปรแกรมการฝึกสมาธิแบบอานาปานสติร่วมกับการหายใจแบบเป่าปากต่อระดับความเครียดในผู้ป่วยสูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มารับการรักษานในโรงพยาบาล.วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- พิกุล ดันติธรรม.(2533).ผลของการเตรียมญาติผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษานในหอภิบาลผู้ป่วยหนัก โดยการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนต่อระดับความวิตกกังวล.วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยมหิดล.
- พุทธทาสภิกขุ.(2530).**บรมธรรม** ตอน อานาปานสติฉบับสมบูรณ์แบบ.กรุงเทพฯ:ธรรมบูชา.
- พุทธทาสภิกขุ (2538).**โอสารถัพพธรรม**. คำบรรยายธรรมประจำวันเสาร์ ในสวนโมกขพลาราม.พิมพ์ครั้งที่ 3.ธรรมทานมูลนิธิ.
- พุทธทาสภิกขุ.(2545). **แก่นพุทธศาสนา**.กรุงเทพฯ:ธรรมสภา.
- พุทธทาสภิกขุ.(2548). **อานาปานสติฉบับสมบูรณ์** .คู่มือที่จำเป็นจะต้องมีในการศึกษาหรือการปฏิบัติธรรมะ.กรุงเทพฯ : สุขภาพใจ.
- พุทธวจน.(2555). **ธรรมวินัยจากพุทธโอษฐ์**. อานาปานสติ.เล่มที่ 19.พิมพ์ครั้งที่ 1. พุทธบริษัทวัดนาป่าพง.ปทุมธานี: คิวพรีนท์แมเนจเม้นท์จำกัด.
- เพ็ญกมล กุลสุ.(2544).ภาวะอ่อนเปลี้ยในผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวระหว่างได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด. วิทยานิพนธ์วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- เพ็ญพิไล ฤทธาณานนท์.(2549).**พัฒนาการมนุษย์**.พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ : ธรรมดาเพลส จำกัด.
- ภัทรา ธนรัตนกร.(2546). New concepts in management of hematologic and oncologist problems.ใน เกวลี อุณจักร, เสาวลักษณ์ โอภาสศิริกุล, อรวรรณ เล่าห์เรณู, และณัฐพงษ์ อัครพล.(บรรณาธิการ).**Update on common pediatric problem**. เชียงใหม่: ธนบรรณการพิมพ์.
- ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม.(2539). ญาติผู้ดูแลที่บ้าน: แนวคิดและปัญหาในการวิจัย.**รามาริบัติพยาบาลสาร**. 2: 84-93.
- รัตนา อยู่เปล่า.(2543). **ผลของการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ต่อความวิตกกังวลของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ**.วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

- รุจา ภูไพบูลย์, สมทรง จุไรทัศน์ย์, อรุณศรี เตชสังข์, ชื่นฤดี คงศักดิ์ตระกูล, วันเพ็ญ พัทธ นางกูร และมาร์ตินสัน ไอเอ็ม.(2543). **ผลกระทบของการมีบุตรป่วยโรคมะเร็งต่อครอบครัว.**
กรุงเทพมหานคร : คณะแพทยศาสตร์รามาธิบดี โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล.
- วงจันทร์ เพชรพิเชษเชียร.(2554). **การพยาบาลที่เป็นเลิศในการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็ง.**สงขลา : ชานเมืองการพิมพ์.
- วรรณ คมขำ ณิชยา พัทธ์วงศ์และลัดดา ศรีนันท์ (2550). **ผลของการให้ความรู้พ่อแม่ในการดูแลผู้ป่วยเด็กหลังผ่าตัดแบบผู้ป่วยนอก ด้วยการติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์และทางไปรษณีย์ด้วยแบบสอบถาม.** การพัฒนางานประจำสู่งานวิจัย งานห้องผ่าตัดผู้ป่วยนอก สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี. กลุ่มภารกิจบริการวิชาการ, รายงานการวิจัย .
วรรณษา แซ่อยู่.(2552). **ผลของโปรแกรมการสร้างพลังใจต่อความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลเด็กป่วยวัยก่อนเรียนโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวชนิดเฉียบพลันที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด.**
วารสารพยาบาลและสุขภาพ. ปีที่ 27 (2): 8-17.
- วันดี วราวิทย์.(2540).**ตำรากุมารเวชศาสตร์ 2 .ฉบับเรียบเรียงใหม่ เล่ม 2. ภาควิชากุมารเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์รามาธิบดี. กรุงเทพฯ: โฮลิสติก พับลิชชิงจำกัด.**
- วันดี วราวิทย์, ประพุท ศิริบุญ และสุรางค์ เจียมจรรยา.(2541). **ตำรากุมารเวชศาสตร์ 3 .ฉบับเรียบเรียงใหม่ เล่ม 3. ภาควิชากุมารเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์รามาธิบดี. กรุงเทพฯ: โฮลิสติก พับลิชชิงจำกัด.**
- วัลยา ธรรมพนิชวัฒน์.(2553).**ทฤษฎีการควบคุมตนเอง:แนวคิดและการประยุกต์ใช้ในการพยาบาลเด็กและครอบครัว.วารสารสภาการพยาบาล .ปีที่ 25(4): 23-33.**
- วัลลภา ผ่องแผ้ว.(2553). **ผลของโปรแกรมการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนร่วมกับการฝึกสมาธิแบบอานาปานสติต่อความเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม.**วิทยานิพนธ์ปริญญา มหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- วาสนา ชนะพลพัฒน์.(2548).**ผลของการดูแลสุขภาพที่บ้านทางโทรศัพท์ต่อความรู้เรื่องเบาหวาน พฤติกรรมการดูแลตนเอง การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด และความพึงพอใจของผู้ป่วยเบาหวาน.**วิทยานิพนธ์ปริญญา มหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา.
- วิชัย ประยูรวิวัฒน์และคณะ.(2550).**ตำราโลหิตวิทยา:การวินิจฉัยและการรักษาโรคเลือดที่พบบ่อยในประเทศไทย. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.**
- วิลาวัลย์ พิเชียรเสถียร.(2554).**การพยาบาลเด็ก.เล่มที่ 2. พิมพ์ครั้งที่ 1 . คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.เชียงใหม่: ครอบคลุม พรีนซ์ติ้ง จำกัด.**

- วีระศักดิ์ ชลไชยะ.(2551). **ทักษะการสื่อสารเพื่อความเป็นเลิศด้านบริการทางการแพทย์.**
กรุงเทพมหานคร: ธนาเพลส.
- ศศิธร คงหอม. (2544).**ความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถของผู้ดูแลและความสามารถในการดูแลตนเองของเด็กวัยเรียนโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวเฉียบพลันกับภาวะแทรกซ้อนภายหลังได้รับยาเคมีบำบัด.**วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเด็ก บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- ศศิธร วรรณพงษ์ ,ฉันทิกา จันทร์เป็ย, อัจฉรา เปรื่องเวทย์ และคณะ.(2540).คุณภาพชีวิตผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว. **รายงานการวิจัย. คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.**
- ศรินยา ฉันทะปรีดา.(2549).**ผลของการให้ข้อมูลและการปฏิบัติโยคะต่อความเครียดของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง.**วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ศรีสมบุรณ์ มุสิกสุคนธ์และคณะ.(2555).**ตำราการพยาบาลเด็ก เล่ม 2.ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 2.** คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.กรุงเทพฯ : ห้างหุ้นส่วนจำกัด พรี่-วัน.
- ศิริวรรณ วรรณศิริ.(2548).**การศึกษาความต้องการของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคมะเร็งและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง.**วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ศิริวรรณ วนานุกูล, อิศรางค์ นุชประยูร และหทัยพรรณ ศิริพานิช.(2548). อาการแสดงทางผิวหนังและเยื่อในผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาวเฉียบพลันที่มีเม็ดเลือดขาวชนิดนิวโทรฟิลต่ำ. **J Med Assoc Thai 2005; 88(6): 817-23.**
- ศิราณี มหามาตย์.(2546).**พฤติกรรมการเผชิญความเครียดในมารดาของเด็กออทิสติก.**วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาจิตวิทยาพัฒนาการ คณะจิตวิทยา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สมชาย จักรพันธุ์.(2542).**จิตเวชศาสตร์สำหรับประชาชน.** เชียงใหม่ : โรงพิมพ์นันทพันธ์.
- สายพิน หัตถ์รัตน์, มนตร์ธม จินดา, ดาริน จตุรภัทรพร, เบญจมา มานะทวีวัฒน์, ปณิธิ พูนเพชรรัตน์, เกียรติภูมิ สุทธิวงศ์ และคณะ.(2553). **คู่มือการดูแลสุขภาพครอบครัว.** กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์หมอชาวบ้าน.
- สายฤดี ลีลาวิริยะกุล.(2549).**อาการอ่อนเพลียในเด็กป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดและการจัดการโดยผู้ปกครอง.** ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

- สุมาลี ฉาใจ.(2556). **การมีส่วนร่วมของบิดามารดาในการป้องกันการติดเชื้อในผู้ป่วยเด็กที่เป็นโรคมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง**. ปรินญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- สุชญาดา ขุนเสถียร,วรรณมา อาราม, ปราณี ทองใส และถาวร ทรัพย์ทวีสิน.(2555). ผลของโปรแกรมการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนในการเตรียมมารดา/ผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดในภาวะวิกฤตภายหลังผ่าตัด. **วารสารศิริราชพยาบาล**.ปีที่ 5 ฉบับที่ 1,1-13.
- สุทธิณี วัฒนกุล.(2547).**ผลของโปรแกรมการให้ข้อมูลและสนับสนุนการเยี่ยมอย่างมีแบบแผนต่อความวิตกกังวลของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยใน**.วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลศึกษา คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุภาพร บุญกองรัตน์.(2551). **ผลของการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ต่อความรู้สึกไม่แน่นอนของผู้ปกครองเด็กป่วยภาวะวิกฤติที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยอภิบาลหนักกุมารเวชกรรม**.วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลกุมารเวชศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- สุนันฎดา คชนทร์ชัย และมูจรินทร์ อัสวพัฒน์.(2556). ผลลัพธ์ของการให้คำปรึกษาในผู้ปกครองที่มีบุตรป่วยเป็นโรคมะเร็ง.การพยาบาลที่เป็นเลิศ: กุญแจสู่ชุมชนสุขภาพในยุคเศรษฐกิจอาเซียน. รายงานการวิจัยฉบับสมบูรณ์. **การประชุมวิชาการและประชุมสามัญประจำปี 2556**.สมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยฯ สาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ.
- สุธีภรณ์ สุวรรณโอสถ.(2547). **ความรู้สึกไม่แน่นอน การสนับสนุนทางสังคม และวิธีการเผชิญความเครียดของผู้ปกครองเด็กป่วยโรคมะเร็ง**. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลกุมารเวชศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- สำนักการแพทย์ทางเลือก.(2552).**พุทธธรรมบำบัด**. กรุงเทพมหานคร : สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สำนักงานคณะกรรมการการสาธารณสุขมูลฐาน.(2542). **เทคนิคธรรมชาติสรรค์สร้างสุขภาพที่ดี**. กรุงเทพฯ : องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
- สำนักพัฒนาสุขภาพจิต.(2545).**คู่มือคลายเครียด**.กรุงเทพมหานคร:โรงพิมพ์สยามเอ็มแอนด์ปีพลับลิชชิง.
- แสงทอง ชีระทองคำ ญัฐริรา ประสารทแก้ว และวันทนา มณีศรีวงษ์กุล.(2557).ผลของโปรแกรมการเยี่ยมบ้านร่วมกับการติดตามทางโทรศัพท์ต่อพฤติกรรมสุขภาพและภาวะสุขภาพของผู้ที่เป็นความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้. **วารสารรามาริบัติ**.ปีที่ 3 ฉบับที่ 20: 356-369.
- หน่วยเวชสถิติ.(2558). **สถิติข้อมูลผู้ป่วย**.โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์.

ภาษาอังกฤษ

- Adam ,Q. et al.(2014).Social and familial determinants of health: Meditation effects of caregiver mental and physical health on children’s mental health. **Children and Youth Services Review**.36: 163-169.
- Alcoser, P. W., & Rodgers, C. (2003). Treatment strategies in childhood cancer. **Journal of Pediatric Nursing**, 18(2), 103-112.
- Anand, D. et al.,(2012).Sleep-wake Circadian Activity Rhythms and Fatigue in Family Caregivers of Oncology Patients. **Cancer Nursing**. 35: 70-81.
- Anderson, V.A., Godber, T., Smitbert, 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: 255- 262.
- Aoun, SM., Kristjanson, LJ., Currow, DC., Hudson, PL.(2005). Caregiving for the terminally ill: At what cost ? **Palliative Medicine**.(19): 551-555.
- Baggott, C. R., Kelly, P., Fochtman, D., & Foley, G. (2002). **Nursing care of children and adolescents with cancer**.3rd ed. Philadelphia: W.B. Saunders company.
- Barrera, M. et al.,(2004). Predictors and Mediators of psychology adjustment in mothers of children newly diagnosed with cancer. **Psycho-Oncology**. 13: 630-641.
- Bayat, M., Erdem, E., & Kuzucu, E.G. (2008). Depression, anxiety, hopelessness, and social support levels of the parents of children with cancer. **Journal of Pediatric Oncology Nursing**.25(5), 247-253.
- Bazzano, A., Wolf, C., Zylowska, L., Wang, S., Schuster, C., Barrett, C., and Lehrer,D.(2013). Mindfulness Based Stress Reduction (MBSR) for Parents and Caregivers of Individuals with Developmental Disabilities: A Community- Based Approach. **Journal of Child and Family Study**. Published online: 03 december.
- Bleyer, A., and Tubergen, D. G.(2004). The Leukemias .In R. E. Behrman, R., M. Kliegman, and H. B., Jenson(Eds.), **Nelson textbook of pediatrics**.17th ed.,Philadelphia: Saundders: 1694.
- Bloom, Z. and Alex, R.(2008). **The Impact of Meditation Practice on Depression, General Distress, Self –Esteem, and Mindfulness Among Thai College**

- Students.** Thesis. Master of science in clinical psychology, Pacific University.
Retrieved from: <http://commons.pacificu.edu/spp/17>.
- Boman, K., Lindahl ,A., Bjork ,O.(2003). Disease-related distress in parents of children with cancer at various stages after the time of diagnosis. **Acta Oncology**.42: 137-146.
- Bower, M., & Waxman, J.(2010). The Leukaemias. In M. Brower & J. Waxman (Eds.), **Oncology**. 2nd ed.,Singapore: Ho Printing:190- 194.
- 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 leukemia in childhood. **British Journal of cancer**. 79: 1859-1863.
- Bryant, R.(2003). Managing side effects of childhood cancer treatment. **Journal of Pediatric Nursing**.18(2): 113-125.
- Burns, N. and Grove, S.K.(2005).**The practice of nursing research : Conduct, critique and utilization**.5th ed. St. Louis: Elsevier Saunders.
- Carter, M. C. and Miles, M. S.(1983). The Parental Stressor Scale : Intensive Care Unit. **Maternal – Child Nursing Journal**.18(3): 187-198.
- Carter, P.A.(2003). Family caregivers sleep loss and depression overtime. **Cancer Nursing**, 26(4), 253-259.
- Chan, K.W.(2002). Acute lymphoblastic leukemia. **Current Problem Pediatric**. (9): 40.
- Channuwong, S. and Kantatian, W.(2012). Stress Management Strategies for Managers: An Integration of Eastern and Western Approaches. **European Journal of Social Science**, 29(1), 66-75.
- Christman, N. J.(1990). Uncertainty and adjustment during radiotherapy. **Nursing Research**, 39(1), 17-47.
- Christman, N. J., and Cain, L.B. (2004). The effects of concrete objective information and relaxation on maintaining usual activity during radiation therapy. **Oncology Nursing Society**.31(2), 119.
- Conye, I.T.(1995). Partnership in care: Parents' views of participation in their hospitalized child's care. **Journal Clinical Nursing**.21(4): 716-722.
- Davis, L. L.(1990). Illness uncertainty, social support and stress in recovery individuals and family caregivers. **Apply Nursing Research**. 3(2): 69-71.

- Demirtepe - Saygh, D. Bozo, O.(2011). Correlates of Depressive and Anxiety Symptoms Among the Caregivers of Leukemic Children. **Journal of Clinical Psychology in Medical Settings**. 18: 46-54.
- Derdiarian, A.K.(1989). Effects of information on recent diagnosed cancer patients' and spouses' satisfaction with care. **Cancer Nursing**.(12): 285-292.
- De Longis, A., Folkman, S., and Lazarus, R. (1988). The impact of daily stress on health and mood: Psychological and social resources as mediators. **Journal of Personality and Social Psychology**, 54(3): 486-495.
- Dykens, E. M., Fisher, M. H., Taylor, J. L., Lambert, W., and Miodrag, N,(2014). Reducing Distress in Mothers of Children With Autism and Other Disabilities: A Randomized Trial. **Pediatrics** , 134(2): e454-e463.
- Earle, E. A., Clarke, S. A., Eiser, C., and Sheppard, L.(2006). Building a new normality: Mothers' experiences of caring for a child with acute lymphoblastic leukemia. **Child: Care, Health and Development**, 33: 155-160.
- Foxall, MJ., Gaston-Johansson, F.(1996). Burden and health outcomes of family caregivers of hospitalized bone marrow transplant patients. **Journal of Advanced Nursing**.(24): 915-923.
- Group, L.(2001). The National Family Caregiver Support Program: From enactment to action. **Highlights From the U.S. Administration on aging conference Held September 6-7, 2001** in Washington D.C. USA.
- Grunfeld, E., Coyle, D., Whelan, T. et s.(2004). Family caregiver burden: Results of a longitudinal study of breast cancer patients and their principle caregivers . **Canada Medical Association Journal**.(170): 1975-1801..
- Halverson, C. F., and Waldrop, M. F. (1976). Relations between preschool activity and aspects of intellectual and social behavior age 7 ½.**Developmental Psychology**.(12): 107-112.
- Hanratty ,B., Holland, P., Jacoby, A. and Whitehead.(2007) Review article: Financial stress and strain associated with terminal cancer a review of the evidence. **Palliative Medicine**.(21): 595-607.

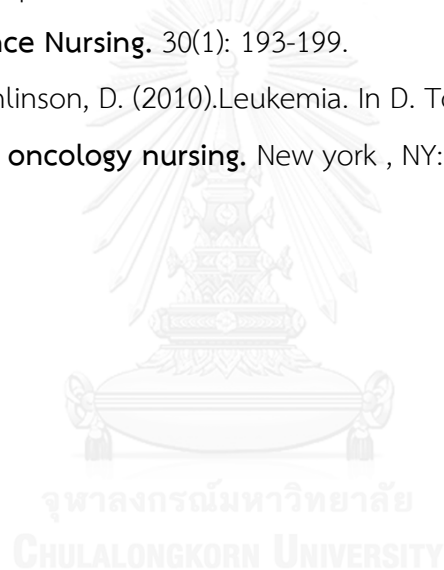
- Held, K. et al.,(2012). Caregiver Survey Results Related to Handling of Oral Chemotherapy for Pediatric Patients With Acute Lymphoblastic leukemia. **Journal of Pediatric Hematology/Oncology**.35: 45-54.
- Hileman, J.C., Lackey, N.R.(1990). Self – identified needs of patient with cancer at home and their home caregiver: A descriptive study. **Oncology Nursing Forum**, 17(7): 907-912.
- Hockenberry, M. J.(2004). Symtoms management research in children with cancer. **Journal of Pediatric Oncology Nursing**, 21(3), 132-136.
- Holmes, A. M., and Deb, P.(2003).The effect of chronic illness on the psychological health of family members. **Journal of Mental Health Policy and Economics**.6: 13-22.
- Howard, S. C., & Pui, C. H.(2002). Endocrine complication in pediatric patients with acute lymphoblastic leukemia. **Blood Reviews**. 16: 225-243.
- Hudson, O., Quinn, K., Kristjanson, L. et al.(2008).Evaluation of a psycho-educational group programme for family caregivers in home-based palliative care. **Palliative Medicine**.(22): 1411-1419.
- Hymovich, D. P., & Rochnert, J. E.(1989). Psychological consequences of children cancer. **Seminars in Oncology Nursing**. 5(1): 56-92.
- James, K., Keegan-Well, D. Hinds, P., Kelly, K., Bond, D., Hall, B., et al.(2002). The care of my child with cancer: Parents perceptions of care giving demand. **Journal of Pediatric Oncology Nursing**, 19(6): 218-228.
- Kele, T., and Carman, S.(2013). **Essentials of Pediatric Nursing**.2nd. China : Aptara, Inc.
- Khalifa, A. S.et al.(2014). **Psychiatric morbidity in Egyptian children with acute lymphoblastic leukemia and their care providers**. *Hematol Oncol Stem Cell Ther* ;7(2) :76-84.
- Lalla, R. J., & Peterson, D. E. (2006). Treatment of mucositis, including new medications. **The Cancer Journal**, 12 : 348-354.
- Lall, Geeta R and Bernard M. Lall (1983). **Ways Children Learn: What Do Experts Say?** Springfield: Charles C. Thomas.

- Lane, J. D., Seskevich J. E., and Pieper, C. F. (2007). Brief meditation training can improve perceived stress and negative mood. **Alternative Therapies in Health and Medicine**. 13(1): 38-44.
- Lazarus, S., and Folkman, S.(1984). **Stress appraisal and coping**. New York: Springer.
- Leventhal, H., and Johnson, J.E.(1983). Laboratory and field experimental: Development of theory of self – regulation. In P. J. Wooldridge, M. H. Schmitt, J. K. Skipper, and R. C. Leonard (eds.).**Behavioral science and nursing theory**. St. Louis: Mosby.
- Leventhal , H. and Johnson, J.E.(1983). In Wooldridge, P.J., Schmitt, M.H., Skipper, J.K. and Leonard, R.C. **Behavioral science and nursing theory**. St. Louis: Mosby , 265 -299.
- Liaschenko, J. and Underwood, S. (2001). Children in research: Fathers in cancer research-Meanings and reasons for participation. **Journal of Family Nursing**,(7): 71-91.
- Lilley, L.L.(1990). Side effects associated with pediatric chemotherapy: Management and patient education issued. **Pediatric Nursing**.16(3) : 252-255.
- McGrath, P. (2001). Findings on the impact of treatment for childhood acute lymphoblastic leukemia on family relationships, **Child and Family Social Work**, 6,229-237.
- Maloney. K., Foreman, N., Giller, R. H, Greffe, B. S., Graham, D. K., Quinones, R. R.,et al.,(2011).Neoplastic disease. In W. W. Hay, M. J. Levin, J. M. Sondheimer, & R. R. Deterding (Eds.)**Current pediatric diagnosis and treatment**.20th ed. New York, NY: McGraw-Hill.
- Martinson, I. M., Leavitt, F. M., Liu, C. Y., Armstrong, V., Hornberger, J., Zhang, J. and Han, X. et al.(1999). Comparison of Chinese and Caucasian families caregiving to children with cancer at home: Part I. **Journal of Pediatric Nursing**,14(2): 99-109.
- Matthews, B. A., Baker, F., and Spillers, R. E.(2003). Family caregivers and indicators of cancer –related distress. **Psychology, Health and Medicine**.8: 45-57.

- McMillan, S.C. and Small, B.J.(2007). Using the COPE intervention for family caregivers to improve symptoms of hospice homecare patients: A clinical trail. **Oncology Nursing Forum.**(34):313-321.
- Miller, J.F.(1983). **Coping with chronic illness: Overcoming Powerless.**2^{ed}.Philadelphia: F.A. Davis.
- Mu, P. F, Ma, F. H., Ku, S.M., Shu, H.Q., Hwang, B.& Kuo, B. I.(2001). Families of Chinese children with malignancy: the factors impact on mother's anxiety. **Journal Pediatric Nursing.** 16(4): 287-295.
- Murray, J. S.(2000). Attachment theory and adjustment difficulties in siblings of children cancer. **Issue in Mental Health Nursing.** 21: 149-169.
- Natiional Cancer Institute.(2006).Surveillance, Epidemiology , and End Results Program, 1975-2003, **Div.of cancer Control and Pop. Sciences.**
- Otto, E. S.(2001). **Oncology Nursing.** 4th ed. St. Louis: C. V. Mosby.
- Parks, S. M. and Noviehl, K. D.(2000). A practical guide to caring for caregivers. **Am Fam Physician,** 62: 2613-12.
- Pinquart, M. and Sorensen, S.(2007). Correlates of physical health of informal caregiver: A meta-analysis. **Journals of gerontology B Series: Phychological Sciences and Social Sciences.** 62(2): 126-137.
- Redaelli, A. Laskin, B. L., Stephens, J. M., Botteman, M. F.and Pashos, C. L.(2005). **A systematic literature review of clinical and epidermiological burden of acute lymphoblastic leukemia (ALL),** European Journal of Cancer Care, Vol.14,no. 1:53- 62.
- Rocha-Garcia, A. et al.(2003). **The emotional response of families to children with leukemia at the lower socio-economic level in central Mexico: A preliminary report.**
- Santo, E. A. R. E., Gaiva, M. A. M., Espinisa, M. M. and Barbosaco, A. G. S.(2011). **Taking Care of Children With Cancer: Evalulaton of the Caregivers' Burden and Quality of Life.** Rev. Latino-Am. Enfermagem, May – June; 19(3):515 – 522.

- Saygh, D. D., and Bozo, O.(2011). Correlates of Depressive and Anxiety Symtoms Among the Caregivers of Leukemic Children. **Journal of Clinical Psychology in Medical Setting**.18(1),46-54.
- Selye, H.,(1993).History of the stress concept. In: Goldberger L, Briznitz S, editors.Handbook of stress: Theoretical and clinical aspects. 2nd ed. New York: The Free Press: 7-17.
- Scharlach, A. et al.(2001).Family caregiver in California:Needs,**International and Model Progress USA**: Center for the Advanced Study of Aging Services.University of California at Berkely.
- Schneiderman, N., Ironson, G., and Siegel, S. (2005). Stress and health: Psychological, behavioral, and biological determinants. **Annual review of clinical psychology**, 1: 607.
- Schofield, H.(1998).**Family caregivers: Disability, illness, and ageing**, Australia: Victorian Health Promotion Foundation.
- Schumacher, KL., Stewart, BJ., Archbold ,PG., Capparro, M., Mutale , F. and Agrawal, S.(2008).Effects of caregiving demand, mutuality, and preparedness on family caregiver outcomes during cancer treatment. **Oncology Nursing Forum**.(35): 49-56.
- Stevens, B.(1989). Impact of chronic illness. In : Roxie LR, and others, editors. **Family centered nursing care of children**. London : W.B. Saunders.
- Stewart, J.L.(2003).Children living with chronic illness: and examination of their stressors, coping Responses, and health outcomes, **Annual Review of Nursing Research**,21: 203-243.
- Thoits, P. A. (2010). Stress and health. **Journal of Health and Social Behavior**, 51(1 suppl): S41-S53.
- Trask, P. C., Patherson, A., Trask, C. L., Bares, C.B., Birt, J., Mann, C.(2003). Parents and adolescent adjustments to pediatric cancer: Association with coping, social support, and family function. **Journal Pediatric Oncology Nursing**.20(1): 36-47.
- Wallace. R. K. and H. Benson.(1972).**The Physioly of meditation**. Scientific America. 3 (February): 84-92.

- Wong, D. L.,(2013).**Wong's essentials of pediatric nursing,9th**. St. Louis : Mosby – year book, Inc.
- Woodgate, R. L., & Degner, L. F.(2002). Nothing is carved in stone: Uncertainty in children with cancer and their families. **European Journal of Oncology Nursing**. 6(4), 191-202.
- Xiufang. Z.(1999). **The dapandant-care agent performance of mother for children with cancer**. The degree of nursing science in maternal and child nursing, Chiang Mai University.
- Yeh, C. H.,Lin, C.F., Tsai, J.L. Lai, Y. M., Ku, H.C.(1999). Determinants of parental decisions on drop out from cancer treatment for childhood cancer patients. **Journal Advance Nursing**. 30(1): 193-199.
- Zupanec, S., and Tomlinson, D. (2010).Leukemia. In D. Tomlinson & N. E. Kline (Eds.),**Pediatric oncology nursing**. New york , NY: springer.





ภาคผนวก

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY



รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

1. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อัจฉริยา ปทุมวัน
อาจารย์ประจำสาขาการพยาบาลเด็ก
โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล
2. ดร.วีรภัช สกฤษ์สันติพร
อาจารย์ประจำกลุ่มวิชาการพยาบาลเด็ก
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี
3. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.รุ่งนภา ภาณีตรีตัน
อาจารย์ประจำภาควิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
4. รองศาสตราจารย์ ดร.คณินิจ พงศ์ถาวรภมร
อาจารย์ประจำภาควิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
5. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ขวัญพนมพร ธรรมไทย
อาจารย์ประจำกลุ่มวิชาการพยาบาลจิตเวช
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

ภาคผนวก ข
จดหมายเรียนเชิญผู้ทรงคุณวุฒิ
และจดหมายขอความร่วมมือในการทดลองใช้เครื่องมือวิจัย

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

ที่ ศธ 0512.11/054๖



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศดพรรัช ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

๕4 เมษายน 2558

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน ผู้อำนวยการโรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางธิดารัตน์ ทองหนู นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของรูปแบบการให้ข้อมูลทางสุขภาพพร้อมกับการฝึกอานาปานสติต่อความเครียดในการดูแลเด็กโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวของผู้ดูแลในครอบครัว” โดยมี ศาสตราจารย์ ดร. วิณา จีระแพทย์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. อัจฉริยา ปทุมวัน ประธานหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต และอาจารย์ประจำสาขาการพยาบาลเด็ก เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุนิดา ปรีชาวงษ์)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียนฝ่ายวิชาการอาจารย์ที่ปรึกษาที่อนิสิต

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. อัจฉริยา ปทุมวัน

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130

ศาสตราจารย์ ดร. วิณา จีระแพทย์ โทร. 0-2218-1160

นางธิดารัตน์ ทองหนู โทร. 08-1535-5578

ที่ ศธ 0512.11/0540



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศศพรช ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

๒๓ เมษายน 2558

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน ผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางธิดารัตน์ ทองหนู นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของรูปแบบการให้ข้อมูลทางสุขภาพร่วมกับการฝึกอานาปานสติต่อความเครียดในการดูแลเด็กโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวของผู้ดูแลในครอบครัว” โดยมี ศาสตราจารย์ ดร. วิณา จีระแพทย์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ ดร. วัลลพษ์ สกกลสันติพร อาจารย์ประจำกลุ่มวิชาการพยาบาลเด็ก เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุนิดา ปรีชาวงษ์)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน ดร. วัลลพษ์ สกกลสันติพร
ฝ่ายวิชาการ โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130
อาจารย์ที่ปรึกษา ศาสตราจารย์ ดร. วิณา จีระแพทย์ โทร. 0-2218-1160
ชื่อนิสิต นางธิดารัตน์ ทองหนู โทร. 08-1535-5578

ที่ ศธ 0512.11/0540



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษ ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

27 เมษายน 2558

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางธิดารัตน์ ทองหนู นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของรูปแบบการให้ข้อมูลทางสุขภาพร่วมกับการฝึกอานาปานสติต่อความเครียดในการดูแลเด็กโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวของผู้ดูแลในครอบครัว” โดยมี ศาสตราจารย์ ดร. วิณา จีระแพทย์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในกรณีนี้จึงขอเรียนเชิญบุคลากรในหน่วยงานของท่านเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการดังนี้

- | | |
|--|--|
| 1. รองศาสตราจารย์ ดร. คณินิจ พงศ์ถาวรภมล | อาจารย์ประจำภาควิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์ |
| 2. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. รุ่งนภา ภาณิตรัตน์ | อาจารย์ประจำภาควิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวชศาสตร์ |

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุนิดา ปรีชาวงษ์)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน	รองศาสตราจารย์ ดร. คณินิจ พงศ์ถาวรภมล และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. รุ่งนภา ภาณิตรัตน์
ฝ่ายวิชาการ	โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130
อาจารย์ที่ปรึกษา	ศาสตราจารย์ ดร. วิณา จีระแพทย์ โทร. 0-2218-1160
ชื่อนิสิต	นางธิดารัตน์ ทองหนู โทร. 08-1535-5578

ที่ ศธ 0512.11/ 05๕๐



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษ ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

๒๗ เมษายน 2558

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางธิดารัตน์ ทองหนู นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของรูปแบบการให้ข้อมูลทางสุขภาพร่วมกับการฝึกอานาปานสติต่อความเครียดในการดูแลเด็กโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวของผู้ดูแลในครอบครัว” โดยมี ศาสตราจารย์ ดร. วิมา จีระแพทย์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ขวัญพนมพร ธรรมไทย อาจารย์ประจำกลุ่มวิชาการพยาบาลจิตเวช เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุนิดา ปรีชาวงษ์)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ขวัญพนมพร ธรรมไทย
ฝ่ายวิชาการ โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130
อาจารย์ที่ปรึกษา ศาสตราจารย์ ดร. วิมา จีระแพทย์ โทร. 0-2218-1160
ชื่อนิสิต นางธิดารัตน์ ทองหนู โทร. 08-1535-5578

ที่ ศธ 0512.11/ 1009

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศตวรรษ ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

10 กรกฎาคม 2558

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลมหาราชจรัสสิมา

สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางธิดารัตน์ ทองหนู นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนายุทธศาสตร์ เรื่อง “ผลของรูปแบบการให้ข้อมูลทางสุขภาพร่วมกับการฝึกอานาปานสติต่อความเครียดในการดูแลเด็กโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวของผู้ดูแลในครอบครัว” โดยมี ศาสตราจารย์ ดร. วิณา จีระแพทย์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้ใคร่ขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือการวิจัย ในผู้ดูแลในครอบครัวของเด็กโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว จำนวน 30 คน โดยใช้แบบสอบถามความเครียดในการดูแลเด็กโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวของผู้ดูแลในครอบครัว คู่มือการฝึกอานาปานสติ และคู่มือการดูแลเด็กโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว ทั้งนี้ นิสิตจะประสานงานเรื่องวัน และเวลาในการทดลองใช้เครื่องมือการวิจัยอีกครั้งหนึ่ง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ให้ นางธิดารัตน์ ทองหนู ดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

ศ.พ.ดร. สุนิตา ปริชาวงษ์
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุนิตา ปริชาวงษ์)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน หัวหน้าพยาบาล
ฝ่ายวิชาการ โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130
อาจารย์ที่ปรึกษา ศาสตราจารย์ ดร. วิณา จีระแพทย์ โทร. 0-2218-1160
ชื่อนิสิต นางธิดารัตน์ ทองหนู โทร. 08-1535-5578

ภาคผนวก ค

เอกสารการพิจารณาจริยธรรม

เอกสารคำชี้แจงข้อมูลสำหรับกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย
และไปยินยอมของกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY



รหัสเอกสารรับรอง 048/2558

เอกสารรับรองจริยธรรมโครงการวิจัยในมนุษย์

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี

ชื่อโครงการ

ผลของรูปแบบการให้ข้อมูลทางสุขภาพพร้อมกับการฝึกอานาปานสติต่อความเครียดในการดูแลเด็กโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวของผู้ดูแลในครอบครัว

The effect of giving health information with anapanasti meditation program on stress in caring for children with leukemia of family caregivers

ผู้วิจัยหลัก

นางธิดารัตน์ ทองหนู และคณะ

หน่วยงาน/สถาบัน

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี ได้พิจารณารายละเอียดของโครงการวิจัย เอกสารข้อมูลสำหรับอาสาสมัคร เอกสารแสดงความยินยอม เข้าร่วมการวิจัยภาษาไทยแล้ว มีมติสมควรให้ดำเนินการวิจัยในขอบเขตของโครงการที่เสนอได้

(นายแพทย์จิริวัฒน์ มุลศาสตร์)
ประธานคณะกรรมการการวิจัยในมนุษย์

(นายแพทย์ชลิต ทองประยูร)
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์

วันที่รับรอง : 26 ส.ค. 2558

วันหมดอายุของการรับรอง : 25 ส.ค. 2559

เอกสารที่รับรองรวมถึง

1. โครงการวิจัย
2. ใบยินยอมและเอกสารชี้แจงอาสาสมัคร
3. ผู้วิจัย/คณะผู้วิจัย
4. แบบสอบถาม/แบบบันทึกข้อมูล

ผู้วิจัยที่ได้รับการรับรองต้องปฏิบัติตามเงื่อนไขดังต่อไปนี้

1. ผู้วิจัยรับทราบว่าเป็นการผิดจริยธรรมที่จะรวบรวมข้อมูลที่ศึกษาจนโครงการได้รับการรับรองโดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี
2. กิจกรรมของโครงการวิจัยต้องจบลงภายในวันหมดอายุของการรับรอง ถ้าต้องการขยายเวลา ต้องยื่นแสดงความจำนงก่อนวันหมดอายุ 30 วัน
3. ผู้วิจัยต้องทำการศึกษาตรงตามที่ระบุไว้ในโครงการงานวิจัยอย่างเคร่งครัด
4. ใช้เพียงแบบฟอร์มที่คณะกรรมการจริยธรรมฯ ได้รับรอง (ใบยินยอมและเอกสารชี้แจงอาสาสมัคร, แผ่นประชาสัมพันธ์ เป็นต้น) และ คณะกรรมการจริยธรรมฯ มีสิทธิตรวจสอบเอกสารดังกล่าวได้ทุกครั้งที่ถือต้องการ
5. ในกรณีที่เกิดเหตุการณ์ข้างเคียงร้ายแรง ต้องรายงานคณะกรรมการจริยธรรมฯ ภายใน 5 วันทำการ
6. ในกรณีที่มีการเปลี่ยนแปลงกิจกรรมไปจากเดิมที่รับรองไว้ ต้องรายงานคณะกรรมการจริยธรรมฯ ก่อนที่จะเริ่มทำกิจกรรมนั้นๆ
7. ส่งรายงานการวิจัยฉบับสมบูรณ์หลังโครงการวิจัยเสร็จสิ้นแล้ว จำนวน 1 ฉบับ



เอกสารคำชี้แจงข้อมูลสำหรับกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

(Patient/ Participant Information Sheet)

ชื่อโครงการวิจัย ผลของรูปแบบการให้ข้อมูลทางสุขภาพร่วมกับการฝึกอานาปานสติ

ต่อความเครียดในการดูแลเด็กโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวของผู้ดูแลในครอบครัว

ชื่อผู้วิจัย นางธิดารัตน์ ทองหนู ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

สถานที่ทำงาน โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ (ช่วยราชการวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพ

สิทธิประสงค์ จ. อุบลราชธานี 34000

โทรศัพท์ (ที่ทำงาน) 045-255709, 045-255462

โทรศัพท์มือถือ 081-5355578 E-mail : tidarattongnoon@yahoo.com

ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการให้คำยินยอมที่ให้แก่ประชากรกลุ่มตัวอย่างหรือผู้ที่มีส่วนร่วมในการวิจัย

ประกอบด้วยคำอธิบายดังต่อไปนี้

1. โครงการนี้เป็นการศึกษาผลของรูปแบบการให้ข้อมูลทางสุขภาพร่วมกับการฝึกอานาปานสติต่อความเครียดในการดูแลเด็กโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวของผู้ดูแลในครอบครัว
2. โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบความเครียดในการดูแลเด็กโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวของผู้ดูแลในครอบครัวก่อนกับหลังการได้รับรูปแบบการให้ข้อมูลทางสุขภาพร่วมกับการฝึกอานาปานสติ และเพื่อเปรียบเทียบความเครียดในการดูแลเด็กโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวของผู้ดูแลในครอบครัว ระหว่างกลุ่มที่ได้รับรูปแบบการให้ข้อมูลทางสุขภาพร่วมกับการฝึกอานาปานสติกับกลุ่มที่ไม่ได้รับการพยาบาลตามปกติ
3. ลักษณะโครงการวิจัยเป็นการวิจัยกึ่งทดลอง โดยใช้กลุ่มตัวอย่างสองกลุ่ม กลุ่มที่ 1 ได้รับรูปแบบการให้ข้อมูลทางสุขภาพร่วมกับการฝึกอานาปานสติและการพยาบาลตามปกติ กลุ่มที่

2 ได้รับการพยาบาลตามปกติเพียงอย่างเดียว วัดความเครียดในการดูแลเด็กโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวของผู้ดูแลในครอบครัว ก่อนและหลังการทดลอง 4 สัปดาห์

4. รายละเอียดและขั้นตอนที่เกี่ยวข้องกับการวิจัย

4.1 ประชากรในการวิจัย ได้แก่ ผู้ดูแลในครอบครัวของเด็กโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวที่มีอายุต่ำกว่า 6 ปี ที่แพทย์วินิจฉัยว่าเด็กเป็นโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวชนิดเฉียบพลัน เข้ารับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดที่หอผู้ป่วยเด็ก ในโรงพยาบาลตติยภูมิ โดยผู้ดูแลในครอบครัวมีอายุมากกว่า 18 ปี จำนวน 50 ราย โดยอาสาสมัครจะถูกสุ่มแบ่งออกเป็นสองกลุ่ม คือ กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 25 ราย

4.2 รูปแบบการให้ข้อมูลทางสุขภาพพร้อมกับการฝึกอานาปานสติ ประกอบด้วย

5 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การให้ข้อมูลด้านขั้นตอนการดูแล

ขั้นตอนที่ 2 การให้ข้อมูลด้านความรู้สึกที่ผู้ดูแลอาจต้องประสบ

ขั้นตอนที่ 3 การให้ข้อมูลวิธีการเผชิญความเครียดด้วยการสอนสาธิต และฝึก

ปฏิบัติ การฝึกอานาปานสติของผู้ดูแลในครอบครัว

ขั้นตอนที่ 4 การโทรศัพท์ติดตามการดูแลเด็กและการฝึกอานาปานสติของผู้ดูแลในครอบครัวที่บ้าน

ขั้นตอนที่ 5 การติดตามเยี่ยมที่หอผู้ป่วยเมื่อมาตรวจตามนัด

5. หากท่านมีข้อสงสัย สามารถสอบถามเพิ่มเติมและติดต่อผู้วิจัยในกรณีที่มีปัญหาได้

ตลอดเวลาที่หมายเลขโทรศัพท์ 081-5355578 และหากผู้วิจัยมีข้อมูลเพิ่มเติมที่เป็นประโยชน์ และ โทษะเกี่ยวข้องกับการวิจัย จะแจ้งให้ผู้เข้าร่วมการวิจัยทราบอย่างรวดเร็ว

6. หากผู้เข้าร่วมการวิจัยมีอาการเปลี่ยนแปลง ผู้วิจัยจะยุติการเก็บข้อมูลและแจ้งให้บุคลากรทางการแพทย์และพยาบาลประจำหอผู้ป่วยทราบทันที และจะทำการเก็บข้อมูลต่อเมื่อได้รับการเห็นชอบจากแพทย์แล้วเท่านั้น

7. ผู้เข้าร่วมการวิจัยไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายใดๆ ในการเข้าร่วมการวิจัย และจะไม่ได้รับค่าตอบแทนใดๆ จากการเข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้

8. การเข้าร่วมเป็นกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยเป็นโดย**สมัครใจ** และสามารถ**ปฏิเสธ**ที่จะเข้าร่วมหรือ**ถอนตัว**จากการวิจัยได้ทุกขณะ การเข้าร่วมหรือไม่เข้าร่วมการวิจัยจะไม่มีผลกระทบใดๆ ทั้งสิ้นต่อการได้รับบริการในโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์

9. ข้อมูลใดๆ ที่ได้รับจากผู้เข้าร่วมการวิจัยจะถือเป็นความลับ และจะไม่เปิดเผยให้ผู้อื่นทราบ นอกเหนือจากคณะผู้วิจัย ข้อมูลโดยภาพรวมและสรุปเพื่อเป็นประโยชน์ทางการศึกษาวิจัย

10. การวิจัยในครั้งนี้ไม่มีการจ่ายค่าตอบแทนผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

หากท่านไม่ได้รับการปฏิบัติตามข้อมูลดังกล่าวสามารถร้องเรียนได้ที่ คณะกรรมการจริยธรรม

การวิจัยในมนุษย์ ศูนย์วิจัย รพ.สรรพสิทธิประสงค์ ถ.สรรพสิทธิ์ ต.ในเมือง อ.เมือง จ.อุบลราชธานี

34000 โทรศัพท์ 045-244973 ต่อ 1395 หรือคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน

กลุ่มสหสถาบัน ชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ชั้น 4 อาคารสถาบัน 2 ซอยจุฬาลงกรณ์ 62

ถนนพญาไท เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330 โทรศัพท์ 0-2218-8147 โทรสาร 0-2218-8147;

E-mail: eccu@chula.ac.th

ใบยินยอมของกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

(Informed Consent Form)

ชื่อโครงการวิจัย ผลของรูปแบบการให้ข้อมูลทางสุขภาพพร้อมกับการฝึกอานาปานสติ ต่อความเครียดในการดูแลเด็กโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวของผู้ดูแลในครอบครัว

เลขที่ประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

ข้าพเจ้าซึ่งได้ลงนามที่ด้านล่างของหนังสือเล่มนี้ ได้รับคำอธิบายอย่างชัดเจนจนเป็นที่พอใจจากผู้วิจัย ชื่อนางธิดารัตน์ ทองหนูน ที่อยู่ (บ้าน) 98 ถ. พรหมราช ต.ในเมือง อ. เมือง จ.อุบลราชธานี 34000 (ที่ทำงาน) วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี โทรศัพท์มือถือ 081-5355578 ถึงวัตถุประสงค์และขั้นตอนการวิจัย ความเสี่ยง/ อันตราย และประโยชน์ซึ่งจะเกิดขึ้นจากการวิจัยเรื่องนี้

ข้าพเจ้าเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ด้วยความสมัครใจและมีสิทธิ จะถอนตัวออกจากการวิจัยเมื่อไรก็ได้ ตามความประสงค์โดยไม่ต้องแจ้งเหตุผล ซึ่งการถอนตัวออกจากการวิจัยนั้น จะไม่มีผลกระทบใดๆ แก่ข้าพเจ้าทั้งสิ้น

ข้าพเจ้าได้รับคำรับรองว่า ผู้วิจัยจะปฏิบัติตามข้าพเจ้าตามข้อมูลที่ได้ระบุไว้ และข้อมูลใดๆ ที่เกี่ยวข้องกับข้าพเจ้าจะเก็บรักษาไว้เป็นความลับ

ข้าพเจ้ายินดีเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ภายใต้เงื่อนไขที่ระบุไว้ในเอกสารข้อมูลสำหรับกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

ข้าพเจ้าได้รับสำเนาเอกสารข้อมูลสำหรับกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย และ ใบยินยอมของกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยแล้ว

.....

สถานที่/ วันที่

.....

ลงนามผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

.....

สถานที่/ วันที่

.....

นางธิดารัตน์ ทองหนูน

ลงนามผู้วิจัย

.....

สถานที่/ วันที่

.....

พยาน



ตัวอย่าง

แผนกิจกรรมรูปแบบรูปแบบการให้ข้อมูลทางสุขภาพร่วมกับการฝึกอานาปานสติ
ของผู้ดูแลในครอบครัวของเด็กโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว



นิติตปริญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

**แผนกิจกรรมรูปแบบการให้ข้อมูลทางสุขภาพร่วมกับการฝึกอานาปานสติ
ของผู้ดูแลในครอบครัวของเด็กโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว**

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้แนวทางการให้การพยาบาลการเตรียมความพร้อมด้วยรูปแบบการให้ข้อมูลทางสุขภาพร่วมกับการฝึกอานาปานสติของผู้ดูแลในครอบครัว กิจกรรมที่ 1, 2 และ 3 ขณะเด็กอยู่ในหอผู้ป่วย โดยการทำกิจกรรมกลุ่ม กิจกรรมที่ 4 เมื่อกลับบ้าน และกิจกรรมที่ 5 ขณะอยู่ในหอผู้ป่วยเป็นรายบุคคล ดังนี้

- กิจกรรมที่ 1 - การให้ข้อมูลด้านขั้นตอนการดูแลเด็กโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว
- กิจกรรมที่ 2 - การให้ข้อมูลด้านความรู้สึก
- กิจกรรมที่ 3 - การให้ข้อมูลด้านวิธีการเผชิญความเครียดโดยวิธีการฝึกอานาปานสติ
- กิจกรรมที่ 4 - การโทรศัพท์ติดตามเยี่ยมที่บ้าน
- กิจกรรมที่ 5 - การติดตามเยี่ยมที่หอผู้ป่วย

ผู้ดำเนินการ นางธิดารัตน์ ทองหนู่น **กลุ่มเป้าหมาย** ผู้ดูแลในครอบครัวของเด็กโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว จำนวน 4 – 6 คน

สถานที่ ห้องประชุมหอผู้ป่วยเด็ก โรงพยาบาลตติยภูมิ

ระยะเวลา การให้ข้อมูลทางสุขภาพ 2 ชั่วโมง (แบ่งสอน 2 ครั้ง)
การฝึกอานาปานสติ 45 – 60 นาที

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม เมื่อสิ้นสุดกิจกรรมการให้ข้อมูลทางสุขภาพร่วมกับการฝึกอานาปานสติ ผู้ดูแลในครอบครัวของเด็กโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวสามารถ

1. อธิบายเกี่ยวกับโรค ALL อาการสำคัญที่พบ แนวทางการรักษา ผลข้างเคียง/ภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นจากการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด การดูแลเพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ แนวทางการดูแลเด็กโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว และอาการผิดปกติที่ต้องพาเด็กมาพบแพทย์ได้
2. เกิดความตระหนัก/รับรู้ถึงความรู้สึกตนเอง เมื่อต้องพบกับเหตุการณ์ความเครียดหรือสิ่งเร้าที่พบบ่อยในการดูแลเด็กโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวและสามารถอธิบายวิธีการเผชิญเหตุการณ์ดังกล่าวได้
3. ฝึกอานาปานสติได้ถูกต้องและนำไปประยุกต์ใช้ในการเผชิญความเครียดในการดูแลเด็กโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวได้อย่างเหมาะสม

กิจกรรมที่ 1, 2 และ 3 ขณะเด็กอยู่ในหอผู้ป่วย – การให้ข้อมูลทางสุขภาพพร้อมกับการฝึกอานาปานสติของผู้ดูแลในครอบครัว โดยการทำกิจกรรมกลุ่ม

วัน เดือน ปี	วัตถุประสงค์	เนื้อหา	กิจกรรมกลุ่ม	เวลา	สื่อ การ สอน	การประเมิน ผล
สัปดาห์ที่ 1 วันที่ 1 ของการ อยู่รพ พยาบาล <u>ครั้งที่ 1</u>	- เพื่อให้ ผู้ดูแลใน ครอบครัว เข้าใจ วัตถุประสงค์ ของการ ทำกิจกรรม กลุ่ม	ขั้นนำ ผู้วิจัยเกริ่นนำ โดย เริ่มจากการแนะนำตัว สร้างสัมพันธภาพกับ ผู้ดูแลในครอบครัวเด็ก โรคมะเร็งเม็ดเลือด ขาว บอกวัตถุประสงค์ ในการทำกิจกรรมกลุ่ม หลังจากนั้นเริ่ม กิจกรรมกลุ่ม มีรายละเอียดกิจกรรม ดังนี้ 1. กำหนดประเด็น ในการพูดคุย 2. ให้สมาชิกกลุ่ม ทุกคนได้แสดงความ คิดเห็นตามความรู้ ความเข้าใจ/ ประสบการณ์ของตน 3. ร่วมกันสรุป ประเด็นที่ได้จากการ พูดคุย	- ผู้วิจัยแนะนำตัวแก่ผู้ดูแล กล่าวทักทายด้วยสีหน้ายิ้ม แย้ม พูดด้วยวาจาสุภาพ เป็นกันเอง - ผู้วิจัยเริ่มการทำ กิจกรรมกลุ่ม โดยแจ้ง วัตถุประสงค์ และ ข้อตกลงเบื้องต้นในการทำ กิจกรรมกลุ่มครั้งนี้ - ให้ผู้ดูแลแต่ละคน แนะนำตัว	10 นาที	-	- ผู้วิจัย สังเกตการ มีส่วนร่วม ของผู้ดูแลใน การทำ กิจกรรมกลุ่ม - สังเกตการมี ปฏิสัมพันธ์ กันของ สมาชิกใน กลุ่ม

วัน เดือน ปี	วัตถุประสงค์	เนื้อหา	กิจกรรมกลุ่ม	เวลา	สื่อ การ สอน	การประเมิน ผล
วันที่ 2 ของการอยู่ โรงพยาบาล ครั้งที่ 2 (ต่อ)	2. เพื่อให้ ผู้ดูแลใน ครอบครัว เกิดความ ตระหนัก/ รับรู้ถึง ความรู้สึก ของตนเอง ที่อาจ เกิดขึ้นเมื่อ ต้องพบกับ เหตุการณ์ ความเครียด หรือสิ่งเร้าที่ พบบ่อยใน การดูแลเด็ก โรคมะเร็ง เม็ดเลือด ขาวและ สามารถ อธิบาย วิธีการเผชิญ เหตุการณ์ ดึงเครียด นั้นๆได้	กิจกรรมที่ 2 ให้ข้อมูล เกี่ยวกับความรู้สึก 1. สถานการณ์/ ความรู้สึกไม่สบายใจ/ สิ่งที่กังวลใจ ในการ ดูแลเด็กโรคมะเร็งเม็ด เลือดขาวของผู้ดูแลใน ครอบครัว	- ผู้วิจัยทักทาย สมาชิกในกลุ่มและ สอบถามอาการทั่วไปของ เด็กและผู้ดูแล - ให้ผู้ดูแลแต่ละคน พูดคุยระบายความรู้สึก เกี่ยวกับสถานการณ์/ ความรู้สึกไม่สบายใจ/ สิ่ง กังวลใจในการดูแลเด็ก โรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว	20 นาที	-	- ผู้ดูแล ร่วมแลกเปลี่ยนแสดง ความคิดเห็น/ ความรู้สึก เกี่ยวกับ สถานการณ์/ ความรู้สึกไม่ สบายใจ/ สิ่ง กังวลใจใน การดูแลเด็ก โรคมะเร็งเม็ด เลือดขาวและ อธิบายวิธีการ เผชิญ ความเครียด นั้นๆได้

ตัวอย่าง

แผนการให้ความรู้ เรื่อง การดูแลเด็กโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว

ผู้ดำเนินกิจกรรม	นางธิดารัตน์ ทองหนู นิสิตปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
กลุ่มเป้าหมาย	ผู้ดูแลในครอบครัวของเด็กโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว จำนวน 4 - 6 คน
สถานที่	ห้องประชุม หอผู้ป่วยเด็ก
วิธีการและเวลา	กิจกรรมกลุ่ม 2 ครั้ง ๆ ละ 60 นาที

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม

เมื่อสิ้นสุดกิจกรรมการให้ความรู้เรื่อง การดูแลเด็กโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว ผู้ดูแลในครอบครัวของเด็กโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวสามารถ

1. อธิบายความหมายและอาการสำคัญที่พบในเด็กโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวเฉียบพลันชนิดลิมโฟบลาสได้
2. บอกแนวทางการรักษาโรคมะเร็งโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวเฉียบพลันชนิดลิมโฟบลาสในเด็กได้
3. บอกผลข้างเคียง/ภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดจากการได้รับยาเคมีบำบัดได้
4. บอกแนวทางการดูแลเด็กโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวเฉียบพลันชนิดลิมโฟบลาสได้
5. อธิบายวิธีการดูแลเด็กเพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับยาเคมีบำบัดได้
6. อธิบายการสังเกตอาการ/ความผิดปกติของเด็กโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวเฉียบพลันชนิดลิมโฟบลาสที่ต้องรีบมาพบแพทย์ได้
7. บอกถึงความสำคัญ/ประโยชน์ในการดูแลเด็กโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวเฉียบพลันชนิดลิมโฟบลาส
8. นำความรู้ที่ได้รับไปใช้ในการดูแลเด็กโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวเฉียบพลันชนิดลิมโฟบลาสได้

ตัวอย่าง แผนการให้ความรู้ เรื่อง การดูแลเด็กโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว

วัตถุประสงค์ เชิงพฤติกรรม	เนื้อหา	กิจกรรม	เวลา	สื่อการสอน	การ ประเมินผล
ครั้งที่ 1 1. เพื่อให้ผู้ดูแล ในครอบครัวให้ ความสนใจ มีส่วนร่วมในการ แสดงความ ความคิดเห็น แลกเปลี่ยน ประสบการณ์	ชั้นนำ สวัสดิ์ค๊ะ ดิฉัน ธิดารัตน์ ทองหนู พยาบาลวิชาชีพ เป็น นักศึกษาปริญญาโท คณะ พยาบาลศาสตร์ สาขาวิชาการพยาบาลเด็ก จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ค่ะ คุณพ่อ คุณแม่/... วันนี้เรามาทบทวนทำ ความรู้จักกับโรคมะเร็ง เม็ดเลือดขาวเฉียบพลัน ชนิดลิมป์โฟบลาสระยะ มะเร็งเม็ดเลือดขาว เป็นความผิดปกติของ ร่างกายในส่วนการทำงานของ ไขกระดูกหรือเซลล์ ต้นกำเนิดเม็ดโลหิต ซึ่งมี หน้าที่ในการผลิตเม็ด เลือดในร่างกายมนุษย์ เม็ดเลือดจะถูกแบ่ง ออกเป็น 3 ชนิด.....	- ผู้วิจัยกล่าวทักทาย แนะนำตัวเอง ด้วยสี หน้ายิ้มแย้ม พูดคุย สอบถามด้วยความเป็น กันเอง กับผู้ดูแลใน ครอบครัว - ผู้วิจัยเกริ่นนำ สอบถามความเข้าใจ เกี่ยวกับโรค ALL - ให้ผู้ดูแลใน ครอบครัวร่วมบอกเล่า/ แลกเปลี่ยน ประสบการณ์เกี่ยวกับ เด็กโรคมะเร็งเม็ดเลือด ขาวเฉียบพลันชนิดลิมป์ โฟบลาส	5 นาที	- Power point แสดงภาพ เม็ดเลือดทั้ง 3 ชนิด และ การทำ หน้าที่	- ผู้ดูแลใน ครอบครัว ให้ความสนใจ มีส่วนร่วมใน การแสดง ความคิดเห็น แลกเปลี่ยน ประสบการณ์ เกี่ยวกับเด็ก โรคมะเร็งเม็ด เลือดขาว เฉียบพลัน ชนิดลิมป์โฟบ ลาส

ตัวอย่าง
แผนการสอน เรื่อง การฝึกอานาปานสติ



นิสิตปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

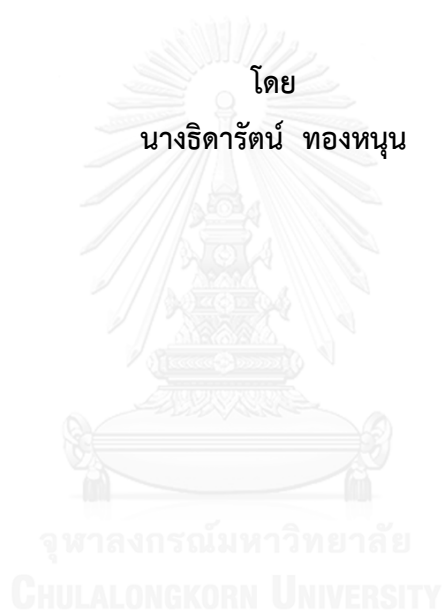
ตัวอย่าง
แผนการสอน เรื่อง การฝึกอานาปานสติ

ผู้สอน	นางจิตรารัตน์ ทองหนู นิสิตปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
กลุ่มเป้าหมาย	ผู้ดูแลในครอบครัวของเด็กโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว
สถานที่	ห้องประชุม หอผู้ป่วยเด็ก
ระยะเวลา	45 – 60 นาที
วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม	เมื่อสิ้นสุดการสอนเรื่อง การฝึกอานาปานสติ ผู้ดูแลในครอบครัวของเด็กโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวสามารถ <ol style="list-style-type: none"> 1. อธิบายความหมายของการฝึกอานาปานสติได้ 2. บอกประโยชน์ของการฝึกอานาปานสติได้ 3. บอกขั้นตอนวิธีการฝึกอานาปานสติได้ 4. ฝึกปฏิบัติอานาปานสติได้ 5. นำการฝึกอานาปานสติไปประยุกต์ใช้ในการลดความเครียดในการดูแล เด็กโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวได้

ตัวอย่าง แผนการสอน เรื่อง การฝึกอานาปานสติ

วัตถุประสงค์ เชิงพฤติกรรม	เนื้อหา	กิจกรรม	ระยะเวลา	สื่อการสอน	การประเมินผล
เพื่อให้ผู้ดูแลใน ครอบครัวบอก ขั้นตอนวิธีการ ฝึก อานาปานสติ ได้	<p>วิธีการฝึกอานาปานสติ มี แนวทางดังนี้</p> <p>1. การเตรียมสถานที่ เมื่อเริ่มฝึกควรใช้สถานที่ เงียบ สงบ ไม่มีเสียงหรือ อารมณ์อื่นรบกวน เพื่อให้ บรรยากาศสภาพแวดล้อม เอื้อต่อการฝึกปฏิบัติ</p> <p>2. ท่าในการฝึก มีหลักการอยู่ที่ว่าอิริยาบถใด ก็ตาม ที่ทำให้ร่างกายอยู่ใน ภาวะผ่อนคลายและสบาย ที่สุด ทำที่ได้ผลดีที่สุดและ ปฏิบัติกันมากที่สุด คือ ท่านั่ง ที่เรียกกันว่า นั่งขัดสมาธิ ตั้ง ตัวให้ตรง คือ ให้ร่างกาย ท่อนบนตั้งตรง ก่อนเริ่ม ปฏิบัติ ควรหายใจเข้ายาว ลึกๆให้เต็มปอด 2-3 ครั้ง พร้อมกับตั้งความรู้สึกให้ตัว โล่ง สบายก่อน แล้วจึง ปฏิบัติ</p>	<p>- ผู้วิจัย บรรยายวิธีการ ฝึก อานาปานสติ</p> <p>- ผู้วิจัย สาธิต และให้ ผู้ดูแลร่วมฝึก ปฏิบัติ</p>	- 20- 30 นาที	- สไลด์ คอมพิวเตอร์ เรื่อง การฝึก อานาปาน สติ	- ผู้วิจัยสุ่ม ถามผู้ดูแลให้ บอกขั้นตอน วิธีการฝึกอา นาปานสติได้ ถูกต้อง 2 ใน 3 คน

ตัวอย่าง คู่มือ การฝึกอานาปานสติ



นิติตปริญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตัวอย่าง คู่มือ การฝึกอานาปานสติ

คู่มือ



การฝึกอานาปานสติ



ผู้จัดทำ นางธิดารัตน์ ทองหนู
นิสิตปริญญาโท คณะพยาบาลศาสตร์ สาขาวิชาการพยาบาลเด็ก
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาจารย์ที่ปรึกษา ศาสตราจารย์ ดร. วิณา จีระแพทย์

คำนำ

คู่มือการฝึกอานาปานสติฉบับนี้ จัดทำขึ้นเพื่อเป็นแนวทางในการฝึกสมาธิแบบอานาปานสติ คือ การฝึกสติให้อยู่ที่ลมหายใจเข้าออก ซึ่งเป็นวิธีการลดความเครียดที่ได้ผลดีวิธีหนึ่ง เป็นวิธีที่สะดวก ง่ายต่อการฝึกปฏิบัติ โดยไม่ต้องใช้อุปกรณ์ช่วยใดๆ หากได้นำไปศึกษาและฝึกปฏิบัติตามแนวทางดังกล่าวอย่างต่อเนื่อง จะช่วยให้มีจิตใจที่สงบ ร่มเย็น มีจิตที่เป็นสมาธิ ตลอดจนช่วยให้คลายความเครียดได้

ผู้จัดทำหวังเป็นอย่างยิ่งว่า คู่มือการฝึกอานาปานสติฉบับนี้จะเป็นประโยชน์สำหรับผู้สนใจ

จิรารัตน์ ทองหนุน

ผู้จัดทำ



สารบัญ

อานาปานสติคืออะไร	1
ประโยชน์ของการฝึกอานาปานสติ	2
การเตรียมตัวฝึกอานาปานสติ	6
วิธีการฝึกอานาปานสติ	11
เอกสารอ้างอิง	19

ตัวอย่าง คู่มือ การดูแลเด็กโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว

คู่มือ
การดูแลเด็กโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว



ผู้จัดทำ นางธิดารัตน์ ทองหนู
นิสิตปริญญาโท คณะพยาบาลศาสตร์ สาขาวิชาการพยาบาลเด็ก
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

อาจารย์ที่ปรึกษา ศาสตราจารย์ ดร. วิณา จีระแพทย์

CHULALONGKORN UNIVERSITY

คำนำ

มะเร็งเม็ดเลือดขาวในเด็กเป็นโรคที่สามารถรักษาให้อาการทุเลาหรือในบางรายสามารถหายขาดได้ หากเด็กได้รับการรักษาและดูแลอย่างถูกต้อง ซึ่งผู้ให้การดูแลเด็กนับเป็นบุคคลที่มีความสำคัญอย่างยิ่ง เนื่องจากเป็นผู้ใกล้ชิดและดูแลเด็กอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน ผู้ดูแลเด็กจึงต้องมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลเด็กโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว อันจะส่งผลถึงภาวะสุขภาพของเด็ก

ผู้จัดทำจึงได้รวบรวมเนื้อหาความรู้สำคัญในการดูแลเด็กโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว เช่น การดูแลสุขภาพทั่วไป การดูแลเมื่อเด็กได้รับยาเคมีบำบัด การสังเกตอาการผิดปกติ เป็นต้น เพื่อเป็นแนวทางในการดูแล เด็กให้มีสุขภาพที่สมบูรณ์ แข็งแรง ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง สามารถดำเนินชีวิตและเติบโตได้อย่างสมวัย

ธิตารัตน์ ทองหนู
ผู้จัดทำ

สารบัญ

อาการ	2
แนวทางการรักษา	4
ผลข้างเคียงที่อาจเกิดจากการได้รับยาเคมีบำบัด	6
การดูแลสุขภาพโดยทั่วไป	12
การดูแลเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน	18
การดูแลเมื่อได้รับยาเคมีบำบัด	22

ตัวอย่างแบบสอบถาม

แบบสอบถามการวิจัย เลขที่แบบสอบถาม

เรื่อง ความเครียดในการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวของผู้ดูแลในครอบครัว
คำชี้แจงในการตอบแบบสอบถาม

1. แบบสอบถามมีทั้งหมด 2 ชุด คือ

ชุดที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของเด็กโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว โดยผู้วิจัยเป็นผู้บันทึก
ข้อมูลเองจากเวชระเบียนผู้ป่วยเด็ก

ชุดที่ 2 แบบสอบถามความเครียดในการดูแลเด็กโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวของผู้ดูแลในครอบครัว
ประกอบด้วย 2 ตอน คือ

ตอนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลในครอบครัวเด็กโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว

ตอนที่ 2 แบบสอบถามความเครียดในการดูแลเด็กโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวของผู้ดูแล
ในครอบครัว

2. แบบสอบถามชุดนี้ใช้เพื่อการศึกษาวิจัยเท่านั้น ไม่มีผลต่อการรักษา

3. ท่านโปรดอ่านคำชี้แจงของแบบสอบถามแต่ละตอนก่อนลงมือทำและตอบคำถามให้ครบทุกข้อ
ตามความเป็นจริง หากไม่เข้าใจสามารถสอบถามผู้วิจัยขณะตอบคำถามได้ทันที

4. ข้อมูลที่ได้มาทั้งหมดนี้ ผู้วิจัยจะเก็บรักษาเป็นความลับ และจะนำเสนอข้อมูลในภาพรวมเท่านั้น

ขอขอบพระคุณในการตอบแบบสอบถามครั้งนี้

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

CHULALONGKORN UNIVERSITY นางธิดารัตน์ ทองหนู

นิสิตคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ชุดที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของเด็กโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว

(ผู้วิจัยบันทึกจากเวชระเบียนผู้ป่วยเด็ก)

1. เพศ ชาย หญิง
2. อายุ ปี วัน เดือน ปี เกิด
3. ระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น ALLปี.....เดือน
เดือน..... ปี พ.ศ.....(จากเวชระเบียน
หรือผู้ดูแลในครอบครัว กรณีที่มาจากโรงพยาบาล
อื่น)
4. การรักษาที่ได้รับ
 - ได้รับยาเคมีบำบัด
 - 2 ชนิด 3 ชนิด 4 ชนิด
 - ระบุชนิดยาเคมีบำบัดที่ได้รับ
.....
 - ไม่ได้รับยาปฏิชีวนะ ได้รับยาปฏิชีวนะ
 - 1 ชนิด 2 ชนิด 3 ชนิด
 - ยาอื่นๆ ระบุชนิดของยา.....
 - การรักษาอื่นๆ ระบุ
5. ระยะเวลาที่ได้รับยาเคมีบำบัด
6. ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น
 - ไม่มี มี ระบุ
7. ชนิดของ ALL (ALL Classification)
 - Standard risk Low risk High risk

ชุดที่ 2 แบบสอบถามความเครียดในการดูแลเด็กโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวของผู้ดูแลในครอบครัว

ตอนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล

คำชี้แจง กรุณาทำเครื่องหมาย ✓ ลงใน หรือเติมข้อความลงในช่องว่าง ที่ตรงกับความเป็นจริงของท่าน

1. เพศ ชาย หญิง
2. อายุ ปี
3. ระยะเวลาที่ดูแลเด็กเมื่อป่วยด้วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว ปีเดือน
4. ความเกี่ยวข้องกับเด็กโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว บิดา /มารดา ปู่ย่า/ตายาย
 ลุงป้า/น้าอา พี่
 อื่น ๆโปรดระบุ
5. สถานภาพ โสด คู่ แยกกันอยู่
6. ระดับการศึกษาของผู้ดูแลในครอบครัว
 ไม่ได้เรียน ประถมศึกษา
 มัธยมศึกษา ปริญญาตรี อื่นๆ โปรดระบุ.....
7. รายได้ของครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน
 เพียงพอใช้ ไม่เพียงพอ มีเหลือเก็บ
8. ท่านมีผู้ช่วยเหลือในการดูแลเด็กหรือไม่
 มี ไม่มี

ตอนที่ 2 แบบสอบถามความเครียดในการดูแลเด็กโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวของผู้ดูแลในครอบครัว
คำชี้แจง แบบสอบถามชุดนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินความเครียดในการดูแลเด็กโรคมะเร็ง
เม็ดเลือดขาวของท่าน เมื่อพบเหตุการณ์ตามที่ระบุไว้ต่อไปนี้มาน้อยเพียงใด โปรดอ่านข้อความ
และ ทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับความรู้สึกของท่านในขณะนี้มากที่สุดเพียงช่องเดียว
กรุณาตอบทุกข้อ และคำตอบไม่มีถูกหรือผิด โดยใช้เกณฑ์การเลือกตอบ ดังนี้

- 5 ระดับความเครียดมากที่สุด หมายถึง เหตุการณ์นั้นก่อให้เกิดความเครียดเป็นประจำ
- 4 ระดับความเครียดมาก หมายถึง เหตุการณ์นั้นก่อให้เกิดความเครียดบ่อยครั้ง
- 3 ระดับความเครียดปานกลาง หมายถึง เหตุการณ์นั้นก่อให้เกิดความเครียดบางครั้ง
- 2 ระดับความเครียดน้อย หมายถึง เหตุการณ์นั้นก่อให้เกิดความเครียดนานๆครั้ง
- 1 ไม่มีความเครียด หมายถึง เหตุการณ์นั้นไม่เคยก่อให้เกิดความเครียดเลย

เหตุการณ์หรือประสบการณ์ที่พบ	ระดับของความเครียดที่เกิดขึ้น				
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	ไม่เครียด
เมื่อเด็กโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวที่ท่านดูแลมีพฤติกรรม/ การแสดงออกทางอารมณ์ ต่อไปนี้					
1. แสดงอาการกลัว					
2. แสดงอาการเจ็บปวด					
3. มีอาการซึม ไม่สดชื่นเหมือนปกติ					
4. มีอาการสับสน และ/หรือเพ้อ สือสารไม่รู้เรื่อง					
.....					
.....					
.....					
8. มีอาการกระสับกระส่าย					

เหตุการณ์หรือประสบการณ์ที่พบ	ระดับของความเครียดที่เกิดขึ้น				
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	ไม่เครียด
การทำหน้าที่ของท่านในการดูแลเด็กโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว					
1. ไม่มีเวลาในการดูแลบุคคลอื่นในครอบครัวได้อีก					
2. ไม่รู้ว่าจะช่วยเหลือเด็กโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวได้อย่างไรเมื่อเด็กเกิดภาวะแทรกซ้อน					
3.					
4.					
5.					
6.					
เมื่อเด็กโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวที่ท่านดูแลได้รับการรักษาพยาบาล ต่อไปนี้					
1. ได้รับยาเคมีบำบัดหลายอย่างซึ่งมีผลข้างเคียง					
2. ต้องได้รับยาเป็นเวลานานจำนวนมากและ/หรือหลายอย่าง					
3.					
เมื่อเด็กโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวที่ท่านให้การดูแลมีลักษณะ ดังนี้					
1. สีผิวของเด็กเปลี่ยนไป เช่น ผิวดำลง ซีด					
2. ผอมร้วง					
3. มีไข้สูง					
4.					
5.					
6.					
14. ท้องโตมากขึ้น					

ตัวอย่าง
แบบบันทึกการรายงานการฝึกอานาปานสติด้วยตนเอง



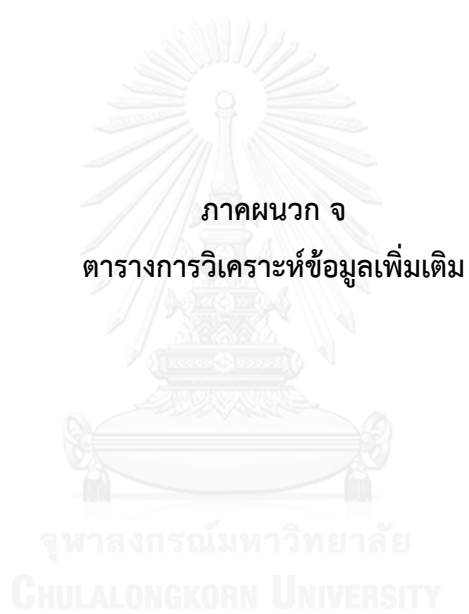
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY
นางธิดารัตน์ ทองหนู
นิสิตปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

แบบบันทึกการรายงานตนเองในการฝึกอานาปานสติด้วยตนเอง

คำชี้แจง

กรุณาลงบันทึกวัน เดือน ปี ที่ท่านฝึกอานาปานสติและทำเครื่องหมาย ✓ ในช่อง () หน้าข้อความ ในช่วงเวลาที่ท่านฝึก ระยะเวลาการฝึก และความรู้สึกที่เกิดขึ้นกับท่านภายหลังการฝึกอานาปานสติ แต่ครั้ง

วัน เดือน ปี	ช่วง เวลา ที่ฝึก ปฏิบัติ	ระยะเวลา การฝึกอานาปานสติ	ความรู้สึกหรืออาการที่เกิดขึ้น หลังฝึกปฏิบัติ
	() เช้า	() < 5 นาที () 5 – 10 นาที () > 10 -15 นาที () >15 – 30 นาที () > 30 นาที	() สงบ () เฉยๆ () ผ่อนคลาย () ง่วงนอน () ปวดไปร่ง () หลับ () ฟุ้งซ่าน () หงุดหงิด () อื่นๆโปรดระบุ.....
	() กลาง วัน	() < 5 นาที () 5 – 10 นาที () > 10 -15 นาที () >15 – 30 นาที () > 30 นาที	() สงบ () เฉยๆ () ผ่อนคลาย () ง่วงนอน () ปวดไปร่ง () หลับ () ฟุ้งซ่าน () หงุดหงิด () อื่นๆโปรดระบุ.....
	() เย็น หรือ เวลา อื่น โปรด ระบุ	() < 5 นาที () 5 – 10 นาที () > 10 -15 นาที () >15 – 30 นาที () > 30 นาที	() สงบ () เฉยๆ () ผ่อนคลาย () ง่วงนอน () ปวดไปร่ง () หลับ () ฟุ้งซ่าน () หงุดหงิด () อื่นๆโปรดระบุ.....



ตารางที่ 7 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนความเครียดในการดูแลเด็กโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว รายข้อ ก่อนและหลังการทดลองของผู้ดูแลในครอบครัวกลุ่มทดลอง

ความเครียดในการดูแลเด็ก โรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว	ก่อนการทดลอง			หลังการทดลอง		
	\bar{x}	SD	ระดับ	\bar{x}	SD	ระดับ
การแสดงออกทางพฤติกรรม/อารมณ์ของเด็ก						
1. เด็กแสดงอาการกลัว	4.72	0.46	มากที่สุด	3.48	0.59	มาก
2. เด็กแสดงอาการเจ็บปวด	4.76	0.44	มากที่สุด	3.52	0.65	มาก
3. เด็กมีอาการซึม ไม่สดชื่นเหมือนปกติ	3.80	0.87	มาก	2.48	0.71	ปานกลาง
4. เด็กมีอาการสับสน และ/หรือเพ้อ สื่อสารไม่รู้เรื่อง	3.20	0.76	มาก	2.08	0.91	ปานกลาง
5. เด็กดื้อ ซัดขืน ต่อต้าน ไม่ให้ความร่วมมือ	4.44	0.58	มากที่สุด	3.04	0.74	มาก
6. เด็กแสดงความต้องการหรือเรียกร้อง สิ่งต่างๆมากกว่าปกติ	4.56	0.58	มากที่สุด	3.12	0.73	มาก
7. เด็กแสดงอาการโกรธ หงุดหงิด ไม่พอใจ	4.36	0.57	มากที่สุด	3.04	0.54	มาก
8. เด็กมีอาการกระสับกระส่าย	3.04	0.74	มาก	1.96	0.74	น้อย
ด้านการทำหน้าที่ในการดูแลเด็ก						
1. ไม่มีเวลาในการดูแลบุคคลอื่น ในครอบครัวได้อีก	4.32	0.48	มากที่สุด	2.92	0.91	ปานกลาง
2. ไม่รู้ว่าจะช่วยเหลือเด็กโรคมะเร็ง เม็ดเลือดขาวได้อย่างไร เมื่อเด็ก เกิดภาวะแทรกซ้อน	4.36	0.49	มากที่สุด	3.12	0.60	มาก
3. ไม่มีเวลาเป็นส่วนตัว	4.24	0.60	มากที่สุด	2.48	0.77	ปานกลาง
4. ต้องหยุดงานเพื่อมาดูแลเด็ก โรคมะเร็ง เม็ดเลือดขาว	4.52	0.59	มากที่สุด	2.88	0.83	ปานกลาง
5. ไปร่วมกิจกรรมและ/หรือมีเวลา พบปะกับเพื่อนน้อยลง	3.92	0.64	มาก	2.64	0.86	ปานกลาง
6. ไม่มีผู้แทน ช่วยเหลือดูแลเด็ก โรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวเมื่อมีเหตุจำเป็น	4.00	0.82	มาก	2.84	0.75	ปานกลาง

ตารางที่ 7 (ต่อ)

ความเครียดในการดูแลเด็ก โรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว	ก่อนการทดลอง			หลังการทดลอง		
	\bar{x}	SD	ระดับ	\bar{x}	SD	ระดับ
ด้านการรักษาพยาบาลที่เด็กได้รับ						
1. เด็กได้รับยาเคมีบำบัดหลายอย่าง ซึ่งมีผลข้างเคียง	4.52	0.51	มากที่สุด	3.36	0.76	มาก
2. เด็กต้องได้รับยาเป็นเวลานาน จำนวนมากและ/หรือหลายอย่าง	4.28	0.46	มากที่สุด	2.88	0.67	ปานกลาง
3. เด็กต้องมาตรวจตามนัด/มา โรงพยาบาลบ่อย	4.48	0.51	มากที่สุด	3.12	0.73	มาก
ด้านลักษณะที่ปรากฏของเด็ก						
1. สีผิวของเด็กเปลี่ยนไป เช่น ผิวคล้ำลง สีต	3.80	0.50	มาก	3.00	0.58	ปานกลาง
2. เด็กมีผมร่วง	4.32	0.75	มากที่สุด	3.32	0.80	มาก
3. เด็กมีไข้สูง	4.48	0.51	มากที่สุด	3.36	0.76	มาก
4. เด็กมีอาการคลื่นไส้ อาเจียน	4.52	0.51	มากที่สุด	3.32	0.75	มาก
5. เด็กมีแผลในปาก / เจ็บปาก	4.12	0.67	มากที่สุด	3.04	0.68	มาก
6. เด็กมีอาการหนาวสั่น	4.28	0.61	มากที่สุด	2.76	0.72	ปานกลาง
7. เด็กมีอาการเหนื่อยหอบ	3.64	0.81	มาก	2.16	0.69	ปานกลาง
8. เด็กรับประทานอาหารได้น้อยลง	4.48	0.59	มากที่สุด	3.00	0.58	ปานกลาง
9. เด็กผอมลง / น้ำหนักลดลง	4.28	0.84	มากที่สุด	2.84	0.69	ปานกลาง
10. เด็กถ่ายอุจจาระบ่อย / ท้องเสีย	3.36	0.95	มาก	2.28	0.94	ปานกลาง
11. เด็กไม่ถ่ายอุจจาระหลายวัน/ ท้องผูก	3.32	0.75	มาก	2.12	0.73	ปานกลาง
12. เด็กมีอาการเลือดออก เช่น จุดจ้ำเลือดตามตัว อาเจียนมีเลือดปน ถ่ายอุจจาระมีเลือดปน	3.36	0.86	มาก	2.12	0.78	ปานกลาง
13. เด็กมีอาการอ่อนเพลีย	4.12	0.78	มากที่สุด	2.52	0.51	ปานกลาง
14. เด็กมีท้องโตมากขึ้น	3.04	0.84	มาก	1.96	0.54	น้อย

ตารางที่ 8 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนความเครียดในการดูแลเด็กโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว รายข้อ ก่อนและหลังการทดลองของผู้ดูแลในครอบครัวกลุ่มควบคุม

ความเครียดในการดูแลเด็ก โรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว	ก่อนการทดลอง			หลังการทดลอง		
	\bar{x}	SD	ระดับ	\bar{x}	SD	ระดับ
การแสดงออกทางพฤติกรรม/อารมณ์ของเด็ก						
1. เด็กแสดงอาการกลัว	4.36	0.49	มากที่สุด	4.20	0.41	มากที่สุด
2. เด็กแสดงอาการเจ็บปวด	4.80	0.41	มากที่สุด	4.36	0.49	มากที่สุด
3. เด็กมีอาการซึม ไม่สดชื่นเหมือนปกติ	3.96	0.46	มาก	4.04	0.54	มากที่สุด
4. เด็กมีอาการสับสน และ/หรือเพ้อ สื่อสารไม่รู้เรื่อง	3.56	0.51	มาก	3.72	0.46	มาก
5. เด็กตื่น ซัดขิ้น ต่อต้าน ไม่ให้ความร่วมมือ	3.84	0.69	มาก	3.52	0.51	มาก
6. เด็กแสดงความต้องการหรือ เรียกร้องสิ่งต่างๆมากกว่าปกติ	4.00	0.71	มาก	3.24	0.44	มาก
7. เด็กแสดงอาการโกรธ หงุดหงิด ไม่พอใจ	3.76	0.72	มาก	3.12	0.44	มาก
8. เด็กมีอาการกระสับกระส่าย	3.56	0.51	มาก	2.44	0.71	ปานกลาง
ด้านการทำหน้าที่ในการดูแลเด็ก						
1. ไม่มีเวลาในการดูแลบุคคลอื่น ในครอบครัวได้อีก	4.24	0.52	มากที่สุด	4.08	0.28	มากที่สุด
2. ไม่รู้ว่าจะช่วยเหลือเด็กโรคมะเร็ง เม็ดเลือดขาวได้อย่างไร เมื่อเด็กเกิด ภาวะแทรกซ้อน	4.64	0.49	มากที่สุด	4.20	0.41	มากที่สุด
3. ไม่มีเวลาเป็นส่วนตัว	3.84	0.37	มาก	3.88	0.44	มาก
4. ต้องหยุดงานเพื่อมาดูแลเด็ก โรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว	4.24	0.52	มากที่สุด	3.80	0.50	มาก
5. ไปร่วมกิจกรรมและ/หรือมีเวลา พบปะกับเพื่อนน้อยลง	3.76	0.44	มาก	3.60	0.50	มาก
6. ไม่มีผู้แทน ช่วยเหลือดูแลเด็ก โรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวเมื่อมีเหตุ จำเป็น	4.64	0.49	มากที่สุด	3.44	0.58	มาก

ตารางที่ 8 (ต่อ)

ความเครียดในการดูแลเด็ก โรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว	ก่อนการทดลอง			หลังการทดลอง		
	\bar{x}	SD	ระดับ	\bar{x}	SD	ระดับ
ด้านการรักษาพยาบาลที่เด็กได้รับ						
1. เด็กได้รับยาเคมีบำบัดหลายอย่าง ซึ่ง มีผลข้างเคียง	4.64	0.49	มากที่สุด	4.28	0.46	มากที่สุด
2. เด็กต้องได้รับยาเป็นเวลานานจำนวน มากและ/หรือหลายอย่าง	4.16	0.37	มากที่สุด	3.48	0.55	มาก
3. เด็กต้องมาตรวจตามนัด/ มาโรงพยาบาลบ่อย	4.04	0.35	มากที่สุด	3.56	0.51	มาก
ด้านลักษณะที่ปรากฏของเด็ก						
1. สีผิวของเด็กเปลี่ยนไป เช่น ผิวคล้ำลง ซีด	4.00	0.58	มาก	3.92	0.49	มาก
2. เด็กมีผมร่วน	4.16	0.47	มากที่สุด	3.96	0.45	มาก
3. เด็กมีไข้สูง	4.72	0.46	มากที่สุด	3.80	0.58	มาก
4. เด็กมีอาการคลื่นไส้ อาเจียน	4.44	0.51	มากที่สุด	3.88	0.60	มาก
5. เด็กมีแผลในปาก / เจ็บปาก	4.20	0.50	มากที่สุด	3.72	0.54	มาก
6. เด็กมีอาการหนาวสั่น	4.36	0.64	มากที่สุด	3.68	0.48	มาก
7. เด็กมีอาการเหนื่อยหอบ	4.00	0.50	มาก	3.24	0.72	มาก
8. เด็กรับประทานอาหารได้น้อยลง	3.92	0.49	มาก	3.72	0.46	มาก
9. เด็กผอมลง / น้ำหนักลดลง	3.92	0.57	มาก	3.76	0.44	มาก
10. เด็กถ่ายอุจจาระบ่อย / ท้องเสีย	3.60	0.65	มาก	3.72	0.46	มาก
11. เด็กไม่ถ่ายอุจจาระหลายวัน/ท้องผูก	3.36	0.49	มาก	3.52	0.51	มาก
12. เด็กมีอาการเลือดออก เช่น จุด จ้ำเลือดตามตัว อาเจียนมีเลือดปน ถ่าย อุจจาระมีเลือดปน	3.32	0.56	มาก	3.36	0.49	มาก
13. เด็กมีอาการอ่อนเพลีย	4.32	0.69	มากที่สุด	2.96	0.68	ปานกลาง
14. เด็กมีท้องโตมากขึ้น	3.44	0.58	มาก	2.20	0.71	ปานกลาง

ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

นางธิดารัตน์ ทองหนูน เกิดวันที่ 11 มกราคม พ.ศ. 2513 ที่อำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี สำเร็จการศึกษาหลักสูตรประกาศนียบัตรพยาบาลศาสตร์ เทียบเท่าปริญญาตรี จากวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี ปีการศึกษา 2534 จบการศึกษาระดับปริญญาโท สาขาวิชาศึกษาศาสตร์ แขนงวิชาเทคโนโลยีและสื่อสารการศึกษา จากมหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช ปีการศึกษา 2556 และเข้ารับการศึกษาต่อในหลักสูตรพยาบาล ศาสตรมหาบัณฑิต จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ในปีการศึกษา 2555 ปัจจุบันดำรงตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพชำนาญการ สังกัดโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี เป็นอาจารย์พยาบาลประจำ กลุ่มวิชาการพยาบาลเด็ก ที่วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี (ช่วยราชการ)

