

ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการปรับตัวของพี่น้องเด็กป่วยโรคมะเร็ง

วิภาวี พลแก้ว

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร

ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลเด็ก)

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

พ.ศ. 2555

Copyright by Mahidol University

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยมหิดล

วิทยานิพนธ์

เรื่อง

ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการปรับตัวของพี่น้องเด็กป่วยโรคมะเร็ง

..... วิภาณี พลแก้ว

นางสาววิภาณี พลแก้ว

ผู้วิจัย

..... อ. น. วิชาญ

ผู้ช่วยศาสตราจารย์วันดี เสนะสุทธิพันธุ์,

Ph. D. (Nursing)

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

..... อ. น. วิชาญ

รองศาสตราจารย์นงลักษณ์ จินตนาดิถ,

พย.ด.

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม

..... อ. น. วิชาญ

ศาสตราจารย์บรรจง มไหสวริยะ,

พ.บ., ว.ว. ออธโทปีดิกส์

คณบดี

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

..... อ. น. วิชาญ

รองศาสตราจารย์นงลักษณ์ จินตนาดิถ,

พย.ด.

ประธานกรรมการบริหารหลักสูตร

พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชา การพยาบาลเด็ก

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

วิทยานิพนธ์

เรื่อง

ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการปรับตัวของพี่น้องเด็กป่วยโรคมะเร็ง

ได้รับการพิจารณาให้นับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร

ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลเด็ก)

วันที่ 22 ตุลาคม พ.ศ. 2555

วิภาวี พลแก้ว

นางสาววิภาวี พลแก้ว

ผู้วิจัย

.....

รองศาสตราจารย์นงลักษณ์ จินตนาติก,

พย.ค.

กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ประนอม รอดคำดี,

ค.ค. (อุดมศึกษา)

กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....

ศาสตราจารย์บรรจง มไหสวริยะ

พ.บ., ว.ว. ออร์โธปิดิกส์

คณบดี

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

.....

รองศาสตราจารย์ทัศนีย์ ประสพกิตติคุณ,

Ph. D. (Nursing)

ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....

ผู้ช่วยศาสตราจารย์วันดี เสนะสุทธิพันธุ์,

Ph. D. (Nursing)

กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....

รองศาสตราจารย์ฟองคำ ดิลกสกุลชัย,

Ph. D. (Nursing)

คณบดี

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยความรู้และความช่วยเหลืออย่างดียิ่งจากผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. วนิดา เสนะสุทธิพันธุ์ อาจารย์ที่ปรึกษาหลักวิทยานิพนธ์ และรองศาสตราจารย์ ดร. นงลักษณ์ จินตนาติกุล อาจารย์ที่ปรึกษาร่วมวิทยานิพนธ์ ที่ได้กรุณาให้คำปรึกษา คำแนะนำ และคำชี้แนะข้อบกพร่อง พร้อมทั้งให้ข้อคิดอันเป็นประโยชน์ในการทำวิทยานิพนธ์ รวมทั้งมอบกำลังใจและความห่วงใยเสมอมา ผู้วิจัยมีความประทับใจอย่างสุดซึ้ง และขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอกราบขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ดร. ทศนี ประสพกิตติคุณ ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ประนอม รอดคำดี กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ที่กรุณาช่วยแก้ไขข้อบกพร่อง และให้ข้อเสนอแนะต่างๆ อันเป็นประโยชน์ เพื่อให้วิทยานิพนธ์ในครั้งนี้มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น รวมทั้งผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่กรุณาใช้เวลาอันมีค่าในการตรวจสอบเครื่องมือวิจัย พร้อมทั้งให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ยิ่ง

ขอขอบพระคุณ ผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครราชสีมา ที่ให้โอกาสในการศึกษาต่อครั้งนี้ ขอขอบคุณคณาจารย์ภาควิชา การพยาบาลเด็ก วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครราชสีมา ที่เสียสละเวลาและแรงกายในการปฏิบัติงานแทนข้าพเจ้าในขณะลาศึกษาต่อ

สุดท้ายนี้ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณ บิดา มารดา พี่ น้อง และบุคคลอันเป็นที่รัก ที่คอยให้กำลังใจ ให้ความรัก ความห่วงใย และให้การสนับสนุนในทุกๆ เรื่อง ขอกราบขอบพระคุณบูรพาจารย์ทุกท่าน ที่ได้ประสิทธิ์ประสาทวิชาความรู้ ขอขอบคุณเพื่อนร่วมรุ่นพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิตรหัส 52 และขอบคุณบิดามารดา และพี่น้องเด็กป่วยโรคมะเร็งทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ตลอดจนขอบคุณทุกท่านที่มีได้เอยนามไว้ ณ ที่นี้ด้วย คุณประโยชน์ที่เกิดจากการทำวิทยานิพนธ์ในครั้งนี้ขอมอบแด่ บุพการี คณาจารย์ และทุกท่านที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการวิจัยครั้งนี้

วิภาวี พลแก้ว

Copyright by Mahachulalongkornrajavidyalaya University

ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการปรับตัวของพี่น้องเด็กป่วยโรคมะเร็ง

FACTORS PREDICTING ADAPTIVE BEHAVIORS IN SIBLINGS OF CHILDREN WITH CANCER

วิภาวี พลแก้ว 5236553 NSPN/M

พย.ม. (การพยาบาลเด็ก)

คณะกรรมการที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์: วนิดา เสนาะสุทธิพันธุ์, Ph.D. (NURSING), นางลักษณ์ จินตนาดิolk, พย.ค.

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการศึกษาความสัมพันธ์เชิงทำนาย ถึงปัจจัยที่สามารถทำนายพฤติกรรม การปรับตัวของพี่น้องเด็กป่วยโรคมะเร็ง ได้แก่ ความรุนแรงของโรคมะเร็ง เพศ ลำดับการเกิด การสนับสนุนทางสังคม และความเครียดของบิดามารดา โดยใช้ทฤษฎีการปรับตัวของ Roy เป็นกรอบแนวคิดในการศึกษา กลุ่มตัวอย่าง คือ เด็กที่มีอายุระหว่าง 9 – 18 ปี ที่มีพี่น้องหรือน้องป่วยเป็นโรคมะเร็ง ซึ่งได้รับการวินิจฉัยและเข้ารับการรักษา ในโรงพยาบาลมหาราชานครราชสีมา และบิดามารดา จำนวน 92 คู่ การเลือกกลุ่มตัวอย่างใช้วิธีแบบสะดวก ตามคุณสมบัติที่กำหนด เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลมี 5 ฉบับ ได้แก่ แบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไป แบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรงของโรค แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมของพี่น้องเด็กป่วย แบบสอบถามความเครียดของบิดามารดาเด็กป่วย และแบบสอบถามพฤติกรรมปรับตัวของพี่น้องเด็กป่วย วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ

ผลการศึกษา พบว่า ความรุนแรงของโรคมะเร็ง ($\beta = -.16, p = .130$) เพศ ($\beta = .06, p = .532$) ลำดับการเกิด ($\beta = -.09, p = .388$) การสนับสนุนทางสังคม ($\beta = .20, p = .058$) และความเครียดของบิดามารดา ($\beta = -.06, p = .536$) ไม่สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมปรับตัวของพี่น้องเด็กป่วยโรคมะเร็งได้ อย่างไรก็ตาม การสนับสนุนทางสังคม เป็นปัจจัยเดียวที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมปรับตัวของพี่น้องเด็กป่วยโรคมะเร็งอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .21, p < .05$)

ผลการศึกษานี้ให้ข้อเสนอแนะว่า พยาบาลควรพัฒนารูปแบบกิจกรรมการพยาบาล ในการดูแลพี่น้องเด็กป่วยโรคมะเร็ง โดยมุ่งเน้นการสนับสนุนช่วยเหลือด้านต่างๆ ได้แก่ การให้ข้อมูล การช่วยให้พี่น้องประเมินคุณค่าตนเองทางบวก การช่วยเหลือด้านทรัพยากร และการสนับสนุนด้านอารมณ์ เพื่อให้พี่น้องเด็กป่วยมีการปรับตัวที่ดีขึ้น

คำสำคัญ: พี่น้อง / เด็กป่วยโรคมะเร็ง / พฤติกรรมปรับตัว / การสนับสนุนทางสังคม

FACTORS PREDICTING ADAPTIVE BEHAVIORS IN SIBLINGS OF CHILDREN WITH CANCER

WIPAWEE PONKAEW 5236553 NSPN/M

M.N.S. (PEDIATRIC NURSING)

THESIS ADVISORY COMMITTEE: WANIDA SANASUTTIPUN, Ph.D. (NURSING),
NONGLUK CHINTANADILOK, D.N.S.

ABSTRACT

This study aimed to examine the predictors of adaptive behaviors in sibling of children with cancer, including cancer severity, gender, birth order, social support and parental stress. The adaptive theory of Roy was used as the conceptual framework of the study. The study sample consisted of 92 pairs of children and their parents. These children aged 9-18 years old had siblings with cancer admitted at Maharat Nakhon Ratchasima Hospital. The subjects were selected by convenience sampling. Data were collected using 5 questionnaires: demographic data, perception of cancer severity, social support, parental stress and adaptive behaviors of the siblings. Data were analyzed using descriptive statistics and multiple regression analysis.

The research findings revealed that cancer severity ($\beta = -.16$, $p = .130$), gender ($\beta = .06$, $p = .532$), birth order ($\beta = -.09$, $p = .388$), social support ($\beta = .20$, $p = .058$) and parental stress ($\beta = -.06$, $p = .536$) could not predict adaptive behaviors in siblings of children with cancer. However, social support was the only factor found to be significantly correlated with siblings' adaptive behaviors.

The study findings suggest that nurses should develop a nursing intervention for siblings of children with cancer. The intervention should include the provision of information, instrumental, and emotional support as well as the enhancement of siblings' positive self-appraisal.

KEY WORDS: SIBLINGS/CHILDREN WITH CANCER/ADAPTIVE
BEHAVIOR/SOCIAL SUPPORT

สารบัญ

	หน้า
กิตติกรรมประกาศ	ค
บทคัดย่อ (ภาษาไทย)	ง
บทคัดย่อ (ภาษาอังกฤษ)	จ
สารบัญตาราง	ฅ
สารบัญรูปภาพ	ญ
บทที่ 1 บทนำ	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
คำถามการวิจัย	5
วัตถุประสงค์	5
สมมติฐานการวิจัย	5
กรอบแนวคิดในการวิจัย	6
ขอบเขตของการวิจัย	9
นิยามตัวแปร	10
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	11
บทที่ 2 การทบทวนวรรณกรรม	12
ภาวะเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งในเด็ก	12
ผลกระทบจากการเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งในเด็ก	14
การปรับตัวของพี่น้องเด็กป่วยโรคมะเร็งตามแนวคิดของรอย	18
ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมปรับตัวของพี่น้องเด็กป่วยโรคมะเร็ง	27
ปัจจัยด้านเด็กป่วยโรคมะเร็ง	27
ปัจจัยด้านพี่น้องเด็กป่วยโรคมะเร็ง	28
ปัจจัยด้านแหล่งสนับสนุน	30
ปัจจัยด้านบิดามารดา	31

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย	35
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	35
สถานที่เก็บรวบรวมข้อมูล	36
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	37
การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย	43
การเก็บรวบรวมข้อมูล	44
การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง	45
การวิเคราะห์ข้อมูล	45
บทที่ 4 ผลการวิจัย	47
ส่วนที่ 1 ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง	47
ส่วนที่ 2 ลักษณะของตัวแปรที่ศึกษา	52
ส่วนที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่ศึกษา	54
ส่วนที่ 4 ผลการทดสอบสมมติฐาน	55
บทที่ 5 อภิปรายผล	57
ความรุนแรงของโรคมะเร็ง	57
เพศ	58
ลำดับการเกิด	59
การสนับสนุนทางสังคม	59
ความเครียดของบิดามารดา	61
บทที่ 6 สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ	64
สรุปผลการวิจัย	65
ข้อเสนอแนะและการนำผลการวิจัยไปใช้	66
บทสรุปแบบสมบูรณ์ภาษาไทย	68
บทสรุปแบบสมบูรณ์ภาษาอังกฤษ	82
รายการอ้างอิง	95

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
ภาคผนวก	103
ภาคผนวก ก เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	104
ภาคผนวก ข รายชื่อผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ	114
ภาคผนวก ค หนังสือรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน ของมหาวิทยาลัยมหิดล (ชุดสายพยาบาลศาสตร์)	115
ภาคผนวก ง หนังสือรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา	116
ภาคผนวก จ การทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิติวิจัย	118
ภาคผนวก ฉ คะแนนค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการแปลผล ของ การสนับสนุนทางสังคม	125
ภาคผนวก ช คะแนนค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการแปลผล ของ พฤติกรรมกรรมการปรับตัวของพี่น้องเด็กป่วยโรคมะเร็ง	127
ประวัติผู้วิจัย	129

สารบัญตาราง

ตาราง		หน้า
4.1	จำนวน ร้อยละ ของพี่น้องเด็กป่วย จำแนกตาม เพศ อายุ ลำดับการเกิด ระดับการศึกษา และการรับรู้การวินิจฉัยโรคของเด็กป่วย	48
4.2	จำนวน ร้อยละ ของเด็กป่วย จำแนกตาม เพศ อายุ จำนวนพี่น้อง ลำดับการเกิด ระดับการศึกษา การวินิจฉัยโรค และระยะเวลาเจ็บป่วย	49
4.3	จำนวน ร้อยละ ของบิดาหรือมารดาเด็กป่วย จำแนกตามความสัมพันธ์ อายุ สถานภาพสมรส อาชีพ อายุคู่สมรส อาชีพคู่สมรส รายได้ครอบครัว โดยเฉลี่ยต่อเดือน	51
4.4	พิสัย ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการแปลผลของ ความรุนแรงของโรค การสนับสนุนทางสังคม ความเครียดของบิดามารดา และพฤติกรรมการปรับตัวของพี่น้องเด็กป่วยโรคมะเร็ง ของกลุ่มตัวอย่าง	53
4.5	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่ศึกษา	55
4.6	ค่าสัมประสิทธิ์การทำนายของความรุนแรงของโรคมะเร็ง เพศ ลำดับการเกิด การสนับสนุนทางสังคม และความเครียดของบิดามารดา ต่อพฤติกรรมการปรับตัวของพี่น้องเด็กป่วยโรคมะเร็ง	56
ฉ.1	ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานและการแปลผลของการสนับสนุนทางสังคม	125
ช.1	ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานและการแปลผลของพฤติกรรมการปรับตัวของพี่น้องเด็กป่วยโรคมะเร็ง	127

สารบัญรูปภาพ

รูปภาพ		หน้า
1.1	ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่สามารถทำนายพฤติกรรมการปรับตัวของพี่น้องเด็กป่วยโรคมะเร็ง ประยุกต์จากทฤษฎีการปรับตัวของ Roy (Roy & Andrew, 1991)	8
1.2	ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่ศึกษากับพฤติกรรมการปรับตัวของพี่น้องเด็กป่วยโรคมะเร็ง	9
2.1	ระบบการปรับตัวของบุคคล (Roy & Andrew, 1991)	19

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

มะเร็งในเด็ก นับเป็นโรคที่มีความรุนแรงและคุกคามต่อชีวิตเด็ก ซึ่งเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญ แม้ว่าในปัจจุบันจะมีความเจริญก้าวหน้าทางการแพทย์เป็นอย่างมาก สามารถรักษาให้หายขาดได้ แต่ผู้ป่วยเด็กยังต้องเผชิญกับความทุกข์ทรมานจากภาวะแทรกซ้อนต่างๆ เช่น ชีตอ่อนเพลีย เป็นระยะเวลายาวนาน จากสถิติของสมาคมโรคมะเร็งในสหรัฐอเมริกา พบว่ามีผู้ป่วยเด็กรายใหม่ อายุระหว่าง 0 – 14 ปีที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคมะเร็งจำนวนมาก ปี พ.ศ. 2554 พบจำนวน 12,060 ราย และปี พ.ศ. 2555 พบจำนวน 11,210 ราย (American Cancer Society, 2012) จากสถิติเด็กป่วยโรคมะเร็งในประเทศไทย พบว่ามีผู้ป่วยรายใหม่เพิ่มขึ้นจาก 2,587 คน ในปี พ.ศ. 2548 เป็น 2,792 คน ในปี พ.ศ. 2553 (Thai Pediatric Oncology Group, 2010) และจากสถิติผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา ปี 2551-2553 พบจำนวนผู้ป่วยรายใหม่เพิ่มมากขึ้น ปี พ.ศ. 2551 พบจำนวน 678 ราย ปี พ.ศ. 2552 พบจำนวน 616 ราย และปี พ.ศ. 2553 พบจำนวน 684 ราย (งานสถิติและเวชระเบียน โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา, 2554) มะเร็งในเด็กโดยทั่วไปมีอัตราการหายขาดและรอดชีวิตประมาณร้อยละ 70 ภายหลังหยุดการรักษาไปอย่างน้อย 2-5 ปี (พวงทอง ไกรพิบูลย์, 2553) แม้ว่า การหาย หรืออัตราการรอดชีวิตของเด็กโรคมะเร็งค่อนข้างสูง แต่เด็กโรคมะเร็งมีอุบัติการณ์ของโรคเพิ่มขึ้นทุกปี และต้องการการดูแลความเจ็บป่วยที่เกิดจากตัวโรคเอง หรือภาวะแทรกซ้อนต่างๆ เป็นระยะเวลายาวนาน ย่อมส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยเด็ก และสมาชิกในครอบครัวต่อการเปลี่ยนแปลงเมื่อมีเด็กป่วยเป็นโรคมะเร็งในครอบครัว

การเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งนอกจากจะส่งผลกระทบโดยตรงต่อตัวเด็กแล้ว ยังส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของสมาชิกในครอบครัวซึ่งประกอบไปด้วย บิดามารดา และพี่น้องเด็กป่วย (Williams et al., 2006) โดยเฉพาะผลกระทบจากเด็กป่วยโรคมะเร็ง ที่มีต่อพี่น้องที่มีสุขภาพดีได้รับการยืนยันจากรายงานการศึกษาหลายฉบับ จากการศึกษาของ Sloper และ While (1996) ที่ศึกษาพฤติกรรมของพี่น้องเด็กป่วยโรคมะเร็งพบว่า มีพฤติกรรมเปลี่ยนแปลงไปในด้านลบภายหลังผู้ป่วยเด็กได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคมะเร็ง พฤติกรรมด้านลบที่พบได้แก่ รู้สึกโกรธผู้ป่วย อิจฉา กลัวและวิตกกังวลว่าตนเองป่วย และซึมเศร้า และจากการศึกษาของ วราภรณ์ หมื่นสา (2540) ที่ศึกษา

พฤติกรรมการปรับตัวของเด็กวัยเรียนที่มีพี่น้องป่วยด้วยโรคมะเร็ง พบว่าพฤติกรรมของพี่น้องเด็กป่วยโรคมะเร็งมีปัญหาด้านความสัมพันธ์พี่พาระหว่างกัน พี่น้องของเด็กป่วยมักจะทะเลาะกัน และจะแสดงความอิจฉาเมื่อผู้ป่วยได้รับการดูแลเป็นพิเศษ แต่ผลกระทบต่อพี่น้องเด็กป่วยโรคมะเร็งบางราย พบว่ามีพฤติกรรมในทางที่ดีขึ้น โดยรู้สึกเห็นอกเห็นใจผู้ป่วย มีความรับผิดชอบมากขึ้น ได้แก่ ช่วยเหลือตัวเองได้ รับประทานอาหารเองได้ (Labay & Walco, 2004) รวมทั้งบิดามารดามองว่าการมีเด็กป่วยด้วยโรคเรื้อรังในครอบครัวจะทำให้พี่น้องของเด็กป่วยมีวุฒิภาวะที่สูงขึ้น มีความรับผิดชอบ และมีทัศนคติที่ดีต่อเด็กป่วย (Mulroy et al., 2008) และพี่น้องเด็กป่วยที่มีการรับรู้อย่างถูกต้อง คือ เข้าใจเกี่ยวกับอาการและความเจ็บป่วยของพี่น้อง จะส่งผลกระทบทางบวกโดย แสดงออกทางพฤติกรรม การดูแลปกป้อง รู้สึกเห็นอกเห็นใจ ห่วงใยเด็กป่วยมากขึ้น (Faux, 1991) พฤติกรรมดังกล่าวของพี่น้องเด็กป่วยจึงควรได้รับการส่งเสริมและสนับสนุนเพื่อให้พี่น้องเด็กป่วยมีบทบาทในการดูแลเด็กป่วยได้มากขึ้น ในทางตรงกันข้ามหากพี่น้องเด็กป่วยเริ่มมีแนวโน้มแสดงพฤติกรรมด้านลบ เช่น อิจฉาผู้ป่วย โกรธ ปฏิเสธผู้ป่วย แล้วพี่น้องเด็กป่วยยังไม่ได้รับการช่วยเหลือ ก็อาจส่งผลกระทบต่อสัมพันธภาพระหว่างพี่น้อง หรือพี่น้องเด็กป่วยมีพฤติกรรมแยกตัว สนใจในการเรียนลดลง และไม่ยอมไปโรงเรียน (Williams, 2009)

จากพฤติกรรมดังกล่าวข้างต้น การที่พี่น้องและเด็กป่วย จะสามารถอยู่ร่วมกันได้อย่างมีความสุข และไม่เกิดความขัดแย้งนั้น พี่น้องควรมีการปรับตัวอย่างเหมาะสม ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม ควรได้รับการส่งเสริมการปรับตัวที่ดีจากบิดามารดา เพื่อให้เกิดพฤติกรรมปรับตัวอย่างมีประสิทธิภาพ (วราภรณ์ หมั่นสา, 2540)

การทบทวนวรรณกรรมพบว่า มีปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมปรับตัวของพี่น้องเด็กป่วยโรคมะเร็ง แบ่งออกเป็น 4 ด้าน (Williams, 2009) คือ 1) ปัจจัยด้านเด็กป่วย ได้แก่ ความรุนแรงของโรคมะเร็ง 2) ปัจจัยด้านพี่น้องเด็กป่วย ได้แก่ เพศ ลำดับการเกิด ช่วงห่างของอายุ 3) ปัจจัยด้านแหล่งสนับสนุน ได้แก่ เศรษฐกิจครอบครัว และการสนับสนุนทางสังคม และ 4) ปัจจัยด้านบิดามารดา ได้แก่ ความเครียดของบิดามารดา

ปัจจัยด้านเด็กป่วย ได้แก่ ความรุนแรงของโรคมะเร็ง จากการศึกษาของ Barbarin (1995) พบว่า อาการของโรคมะเร็งในเด็กยังมีความรุนแรงมากขึ้นเท่าไร ยิ่งมีผลทำให้พี่น้องเด็กป่วยมีความรับผิดชอบ และพึ่งพาตนเองได้มากขึ้นเท่านั้น เนื่องจากรู้สึกสงสาร เห็นอกเห็นใจผู้ป่วย ไม่อยากเป็นภาระของพ่อแม่ การศึกษาของ Houztager และคณะ (2004) พบว่าการรักษาโรคมะเร็งในระยะแรกของเด็กป่วยที่มีอาการรุนแรง ส่งผลต่อความรู้สึกไม่มั่นคงด้านอารมณ์ และความวิตกกังวลของพี่น้องเด็กป่วย เนื่องจากไม่ทราบการพยากรณ์โรคที่ชัดเจนของเด็กป่วย จะทำให้พี่น้องเด็กป่วยเกิดความกังวล และท้อแท้สิ้นหวัง อย่างไรก็ตาม การศึกษาของ วราภรณ์ หมั่นสา (2540) พบว่า

ระยะของโรคมะเร็งและความรุนแรงของโรคมะเร็ง ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการปรับตัวของ
พี่น้องเด็กป่วยโรคมะเร็ง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$)

ปัจจัยด้านพี่น้องเด็กป่วย ได้แก่ เพศ และ ลำดับการเกิด โดยมีรายงานการศึกษาปัจจัย
ด้านเพศ พบว่า พี่น้องเพศหญิง ของเด็กป่วยโรคมะเร็งมีแนวโน้มจะมีปัญหาทางจิตมากกว่าเพศชาย
โดยจะแสดงออกจากอาการซึมเศร้า วิตกกังวล (Lobato & Kao, 2002) สอดคล้องกับการศึกษาของ
Houztzager และคณะ (2004) ที่พบว่าพี่น้องเด็กป่วยเพศหญิงจะพบภาวะซึมเศร้า และวิตกกังวลสูง
กว่าพี่น้องเด็กป่วยเพศชาย โดยมีคะแนนความวิตกกังวล ที่ประเมินจาก State – Trait Anxiety
Inventory for Children (STAI – C) ของเพศหญิงสูงกว่าเพศชาย สำหรับปัจจัยด้านลำดับการเกิด
พบว่า น้องของเด็กป่วยมักมีปัญหาพฤติกรรม โดยเฉพาะน้องชายมักจะมีพฤติกรรมก้าวร้าว กระทำ
ความผิด โกรธง่ายและมีพฤติกรรมแยกตัว (Breslau et al., 1981; Cowen et al., 1986; Tew &
Laurence, 1973) และจากการศึกษาของ Barbarin (1995) ที่ศึกษาทัศนคติของพ่อแม่ที่มีต่อพฤติกรรม
การปรับตัวของเด็กที่มีพี่น้องป่วยด้วยโรคมะเร็ง อายุ 4-18 ปี จำนวน 254 คน ภายหลังที่ผู้ป่วยได้รับ
การวินิจฉัยว่าเป็นโรคมะเร็งมานาน 6 เดือน พบว่า พ่อแม่รู้สึกภาคภูมิใจในพี่น้องเด็กป่วยที่เป็นบุตร
คนแรก หรือเป็นพี่ของผู้ป่วย เพราะถือว่าเป็นผู้ที่มีความดี มีความรับผิดชอบ สามารถพึ่งพาตนเอง
และช่วยเหลือผู้ป่วยได้

ปัจจัยด้านแหล่งสนับสนุน ได้แก่ เศรษฐกิจครอบครัว และ การสนับสนุนทางสังคม
โดยมีรายงานการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยด้านเศรษฐกิจครอบครัว ซึ่งพบว่า พี่น้องเด็กป่วยโรคเรื้อรัง
เช่น โรคมะเร็ง โรคหอบหืด โรคออทิสติก โรคจิตเภท ฟีโบรซิส ที่อยู่ในครอบครัวที่ฐานะเศรษฐกิจ
ทางสังคมดี จะมีพฤติกรรมการปรับตัวที่ดี คือ มีวุฒิภาวะสูงขึ้น รับผิดชอบช่วยเหลือตัวเองได้มาก
เพราะมีแหล่งประโยชน์เพียงพอต่อความต้องการ เช่น ค่าใช้จ่ายในการไปโรงเรียน หรือเงินซื้อ
อุปกรณ์การเรียน ตรงข้ามกับพี่น้องเด็กป่วยที่อยู่ในครอบครัวที่ฐานะเศรษฐกิจทางสังคมไม่ดี พี่น้อง
เด็กป่วยจะมีพฤติกรรมเรียกร้องความสนใจ ก้าวร้าว เอาแต่ใจตนเอง จากการที่บิดามารดาไม่
สามารถตอบสนองต่อความต้องการของพี่น้องเด็กป่วยได้ เช่น ไม่มีเงินซื้อของเล่น หรืออาหารที่พี่
น้องเด็กป่วยชอบได้ (Ishizaki et al., 2005; Giallo & Gavidia-Payne, 2006; Mulroy et al., 2008;
Williams et al., 2002) ส่วนปัจจัยด้านการสนับสนุนทางสังคมนั้น มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการ
ปรับตัวของพี่น้องเด็กป่วยโรคมะเร็ง กล่าวคือ พี่น้องเด็กป่วยที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมสูงด้าน
อารมณ์ เช่น การได้รับความเอาใจใส่จากบิดามารดา การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร เช่น การ
ได้รับข้อมูลเกี่ยวกับอาการและอาการแสดงของเด็กป่วย จะพบว่ามีภาวะซึมเศร้า ความวิตกกังวล
ลดลง และปัญหาพฤติกรรมการปรับตัวลดลง (Barrera, Fleming, & Khan, 2003) ซึ่งการสนับสนุน
ดังกล่าว อาจเป็นได้ทั้งการสนับสนุนจากพ่อแม่ ญาติ เพื่อน ครูที่โรงเรียน และบุคลากรทีมสุขภาพ

เช่น แพทย์ พยาบาล โดยจะทำหน้าที่เหมือนแหล่งประโยชน์ที่จะช่วยให้พี่น้องเด็กป่วยโรคมะเร็งมีพฤติกรรมปรับตัวที่ดีได้ สอดคล้องกับแนวคิดของ Roy และ Andrew (1991) ที่กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคม เป็นส่วนหนึ่งของแบบแผนสัมพันธภาพทางสังคม เป็นแหล่งประโยชน์ที่ช่วยส่งเสริมให้บุคคลมีพฤติกรรมปรับตัวที่ถูกต้องเหมาะสม

ปัจจัยด้านบิดามารดา ได้แก่ ความเครียดของบิดามารดา บิดามารดานับว่ามีบทบาทสำคัญต่อพฤติกรรมปรับตัวของพี่น้องเด็กป่วย เพราะเมื่อมีเด็กป่วยเป็นโรคมะเร็งในครอบครัว ทำให้บิดามารดามีปฏิกิริยาตอบสนองต่อภาวะความเจ็บป่วยแตกต่างกันไป เช่น ความโกรธ ความโศกเศร้า ความวิตกกังวล ความเครียด จากการศึกษาของ รุจา ภูไพบูลย์ และคณะ (2543) ที่ศึกษาผลกระทบของการมีบุตรป่วยด้วยโรคมะเร็งต่อครอบครัว พบว่า บิดามารดาเมื่อรับรู้ว่ามีบุตรป่วยเป็นมะเร็งจะรู้สึกช็อก ตกใจ เศร้าโศกเสียใจ ท้อแท้ สิ้นหวัง ทำใจไม่ได้ ร่วมกันมีความเครียดและวิตกกังวล นอกจากนี้ยังมีรายงานการศึกษาพบว่า ความเครียดของบิดามารดา คือปัจจัยที่ส่งผลกระทบโดยตรงต่อการพฤติกรรมปรับตัวของพี่น้องเด็กป่วยกลุ่มที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ เช่น โรคออทิสติก โรคควินซ์โครม เพราะสามารถทำนายพฤติกรรมปรับตัวของพี่น้องได้ร้อยละ 58 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($R^2 = .58$, $p < .01$) (Giallo & Gavidia-Payne, 2006) เมื่อมารดาที่มีความเครียดสูงจะเกิดปัญหาสัมพันธภาพระหว่างเด็กป่วยและพี่น้อง เนื่องจากรดามีความเครียดในการดูแลเด็กป่วย จึงให้ความรักความเอาใจใส่เด็กป่วยมากกว่าปกติ บางรายอาจตามใจผู้ป่วยมากเกินไป ทำให้พี่น้องเด็กป่วยเกิดความเข้าใจผิดคิดว่ามารดารักตนน้อยลง และเริ่มมีปฏิกิริยา คือ เรียกร้องความสนใจ เกิดความอิจฉาริษยา โกรธ ปฏิเสธเด็กป่วย (Kurnat & Moore, 1999)

การศึกษาวิจัยในประเทศไทยที่ผ่านมา มักมุ่งเน้นให้ความสนใจแก่เด็กป่วยและบิดามารดา สำหรับการศึกษาวิจัยที่เกี่ยวกับพี่น้องของเด็กป่วยพบว่ามีรายงานวิจัยอยู่น้อยมาก (พัชรพรพรรณ ทิพวงศา, 2542; วราภรณ์ หมั่นสา, 2540; วัฒนารี อัมมวรรณ, 2552; ศิริลักษณ์ เกตุพินิจ, 2553; หทัยรัตน์ ชื่นจิตร, 2543) แม้ว่าผลการศึกษาในต่างประเทศที่เกี่ยวกับพฤติกรรมปรับตัวของพี่น้องเด็กป่วยโรคมะเร็งจะพบจำนวนมากและได้พัฒนาเป็นโปรแกรมให้ความรู้ โดยใช้กระบวนการกลุ่มช่วยเหลือตนเอง (support group) ในพี่น้องเด็กป่วยโรคมะเร็ง (Houztzager et al., 2001) หรือกิจกรรมสุดสัปดาห์พี่น้องเด็กป่วย (sibling weekend activities) ที่จัดให้พี่น้องได้ไปเยี่ยมเด็กป่วยโรคมะเร็งในโรงพยาบาลอย่างใกล้ชิดเพื่อให้เข้าใจเกี่ยวกับการรักษา และให้เกิดความเห็นอกเห็นใจแก่ผู้ป่วยเด็ก (Ballard, 2004) แต่รายงานการศึกษาส่วนใหญ่เป็นการศึกษาในพี่น้องเด็กป่วยในประเทศทางตะวันตก ซึ่งมีความแตกต่างด้านวัฒนธรรม บริบททางสังคม และระบบบริการสุขภาพ โดยเฉพาะวัฒนธรรมการเลี้ยงดู ที่ส่วนใหญ่เป็นครอบครัวเดี่ยว บิดามารดาให้อิสระในการ

ดำเนินชีวิต ซึ่งแตกต่างกับครอบครัวไทยที่ส่วนใหญ่ยังเป็นครอบครัวขยาย ที่เน้นการดูแล เอาใจใส่ อย่างใกล้ชิด อีกทั้งระบบบริการสุขภาพของต่างประเทศ ที่เอื้ออำนวยและเปิดโอกาสให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลเด็กป่วยอย่างเต็มที่ แต่ระบบบริการสุขภาพในประเทศไทยบางแห่ง อาจยังมีข้อจำกัดในการเข้าเยี่ยม หรือทำกิจกรรมต่างๆ ในการดูแลเด็กป่วย ซึ่งความแตกต่างดังกล่าว อาจมีผลต่อพฤติกรรมการปรับตัวของพี่น้องเด็กป่วยโรคมะเร็งได้ ผู้วิจัยจึงได้ศึกษาปัจจัยที่สามารถทำนายพฤติกรรมการปรับตัวของพี่น้องเด็กป่วยโรคมะเร็งในประเทศไทย เพื่อนำข้อมูลจากการศึกษาไปประกอบการพิจารณาช่วยเหลือพี่น้องเด็กป่วยโรคมะเร็งและบิดามารดา ให้สอดคล้องตามปัจจัยที่เกี่ยวข้องและความต้องการ เพื่อให้พี่น้องเด็กป่วยสามารถปรับตัวอยู่ร่วมกับการมีพี่น้องป่วยด้วยโรคมะเร็งได้อย่างเหมาะสม และมีคุณภาพชีวิตที่ดี

คำถามการวิจัย

ความรุนแรงของโรคมะเร็ง เพศ ลำดับการเกิด การสนับสนุนทางสังคม และความเครียดของบิดามารดา สามารถทำนายพฤติกรรมการปรับตัวของพี่น้องเด็กป่วยโรคมะเร็งหรือไม่ ?

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาปัจจัยที่สามารถทำนายพฤติกรรมการปรับตัวของพี่น้องเด็กป่วยโรคมะเร็ง ได้แก่ ความรุนแรงของโรคมะเร็ง เพศ ลำดับการเกิด การสนับสนุนทางสังคม และความเครียดของบิดามารดา

สมมติฐานการวิจัย

ความรุนแรงของโรคมะเร็ง เพศ ลำดับการเกิด การสนับสนุนทางสังคม และความเครียดของบิดามารดา สามารถทำนายพฤติกรรมการปรับตัวของพี่น้องเด็กป่วยโรคมะเร็ง

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมการปรับตัวของพี่น้องเด็กป่วยโรคมะเร็งครั้งนี้ ใช้ทฤษฎีการปรับตัวของ Roy (Roy & Andrew, 1991) เป็นกรอบแนวคิดในการวิจัย

Roy และ Andrew (1991) อธิบายว่า การปรับตัว หมายถึงกระบวนการตอบสนองของบุคคลต่อการเปลี่ยนแปลงของสิ่งแวดล้อมทั้งภายในและภายนอก เพื่อคงไว้ซึ่งความสมดุลของร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคม บุคคลถือเป็นระบบที่มีการปรับตัว (adaptive system) ประกอบด้วยสิ่งนำเข้า (input) กระบวนการควบคุม (control process) การปรับตัว (adaptive system) และสิ่งนำออก (output) ซึ่งการที่พี่น้องเด็กป่วยโรคมะเร็งจะมีการปรับตัวดีหรือไม่ดีจะเป็นสิ่งที่นำออกจากระบบ สามารถประเมินได้จากพฤติกรรมการปรับตัว 4 ด้าน (Roy & Andrew, 1991) ได้แก่

1. การปรับตัวตามความต้องการด้านร่างกาย (physiological mode) เป็นการตอบสนองของบุคคลที่แสดงออกทางร่างกายเพื่อรักษาความมั่นคงทางสรีระ ได้แก่ ความต้องการด้านอาหาร น้ำ ออกซิเจนที่เพียงพอ การพักผ่อน การออกกำลังกาย การขับถ่ายและการระบาย การป้องกันอันตรายของร่างกาย การควบคุมเกี่ยวกับความรู้สึก ความสมดุลของสารน้ำและเกลือแร่ การทำงานของระบบประสาท และการทำงานของต่อมไร้ท่อ ในพี่น้องเด็กป่วยโรคมะเร็งที่มีภาวะเครียดและมีปัญหาการปรับตัว พบว่ามีปัญหาด้านการนอนหลับพักผ่อน นอนไม่หลับ ผื่นร้าย ปวดศีรษะ ท้องผูก เบื่ออาหาร เป็นต้น แต่ในพี่น้องเด็กป่วยโรคมะเร็งที่มีการปรับตัวดีจะแสดงพฤติกรรมดังนี้ เช่น เมื่อมีอาการท้องผูกจะดื่มน้ำมากๆ หากนอนไม่หลับหรือผื่นร้ายจะสวดมนต์ ไหว้พระก่อนนอน เป็นต้น (วราภรณ์ หมั่นสา, 2540)

2. การปรับตัวด้านอัตมโนทัศน์ (self-concept mode) เป็นการแสดงออกของพี่น้องเด็กป่วยโรคมะเร็งทางจิตวิญญาณ ที่ตอบสนองในลักษณะความรู้สึกนึกคิดที่มีต่อตนเองเกี่ยวกับร่างกาย และการทำหน้าที่ส่วนบุคคล ซึ่งประกอบด้วย ความมั่นคงในตนเอง ความคาดหวังเกี่ยวกับตนเอง ศีลธรรมจรรยา และความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ในพี่น้องเด็กป่วยโรคมะเร็งที่มีปัญหาการปรับตัว จะมีอัตมโนทัศน์ต่อตนเองในด้านลบ มีระดับความวิตกกังวลสูง รู้สึกเหงา กลัวตนเองจะเจ็บป่วยเหมือนพี่หรือน้อง และรู้สึกไม่มีคุณค่าในตนเอง แต่ในพี่น้องเด็กป่วยโรคมะเร็งที่มีการปรับตัวดี จะปกป้องพี่น้องของตน และพยายามดูแลตนเองให้แข็งแรงเพื่อป้องกันการเกิดโรค เป็นต้น (วราภรณ์ หมั่นสา, 2540)

3. ด้านบทบาทหน้าที่ (role function mode) เป็นการแสดงบทบาทหน้าที่ของพี่น้องเด็กป่วยโรคมะเร็ง ตามความคาดหวังของสังคม เพื่อให้เกิดความมั่นคงทางสังคม ในพี่น้องเด็กป่วยโรคมะเร็งที่มีปัญหาการปรับตัวมักพบว่า มีผลการเรียนแย่ลง ก้าวร้าว กระทบความผิ ไม่เชื่อฟังผู้ใหญ่ ในพี่น้องเด็กป่วยโรคมะเร็งที่มีการปรับตัวดี จะมีความรับผิดชอบต่อการเรียน ไปโรงเรียน

ทุกวันและตั้งใจเรียน เข้าร่วมกิจกรรมในโรงเรียนเป็นประจำ เช่น ทักษะศึกษา กีฬา กีฬา เข้าค่ายลูกเสือ/เนตรนารี เป็นต้น (อารีย์ มั่งเกียรติสกุล, 2543)

4. ด้านการพึ่งพาอาศัยตนเองและผู้อื่น (interdependent mode) เป็นการแสดงความรู้สึกและการกระทำของพี่น้องเด็กป่วยโรคมะเร็งที่แสดงถึงการพึ่งพาผู้อื่น ให้ผู้อื่นพึ่งพา หรือพึ่งพาตนเอง เช่น การรับประทานอาหารด้วยตัวเอง การไปโรงเรียนด้วยตัวเอง เป็นต้น (Labay & Walco, 2004)

สิ่งนำเข้า คือ สิ่งเร้าตรง สิ่งเร้าร่วม และสิ่งเร้าแฝง จะกระตุ้นให้บุคคลมีการปรับตัวในการศึกษาครั้งนี้สิ่งเร้าตรงที่พี่น้องเด็กป่วยกำลังเผชิญอยู่คือ การมีพี่น้องป่วยด้วยโรคมะเร็งภายในครอบครัว มีสิ่งเร้าร่วมที่แบ่งเป็นปัจจัย 4 ด้าน คือ

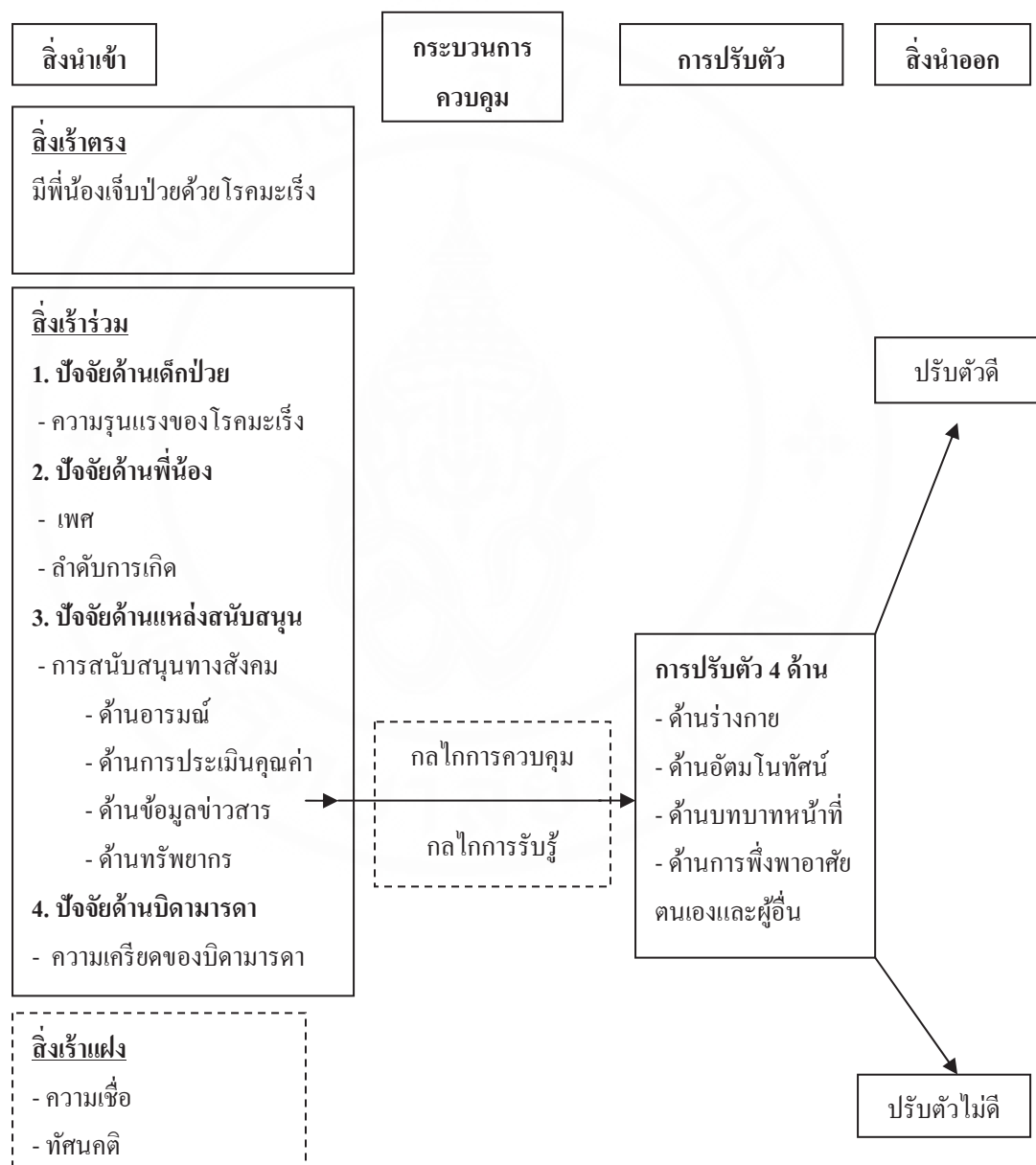
1. ปัจจัยด้านเด็กป่วย ได้แก่ ความรุนแรงของโรคมะเร็ง
2. ปัจจัยด้านพี่น้องเด็กป่วย ได้แก่ เพศ และ ลำดับการเกิด
3. ปัจจัยด้านแหล่งสนับสนุน ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคม จากการศึกษาของ Weiss และ Lonnquist (1994) พบว่า การสนับสนุนทางสังคมจะทำหน้าที่เป็นสื่อกลาง ทำให้ผู้ที่ได้รับการสนับสนุน รู้สึกมั่นคงทางจิตใจ และมีความเชื่อมั่นว่าจะจัดการกับความเครียดที่เกิดขึ้นได้ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Barrera และคณะ (2004) ที่พบว่า การสนับสนุนทางสังคมช่วยลด ภาวะซึมเศร้าและความวิตกกังวล ในพี่น้องเด็กป่วยวัยเรียนโรคมะเร็งได้ ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้นำแนวคิดเกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคมของ House (1985) ซึ่งแบ่งการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 4 ด้าน ดังนี้

- (1) การสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์
- (2) การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร
- (3) การสนับสนุนด้านการประเมินคุณค่า
- (4) การสนับสนุนด้านทรัพยากร

4. ปัจจัยด้านบิดามารดา ได้แก่ ความเครียดของบิดามารดา จากการศึกษาพบว่า มารดาที่มีความเครียดจากการดูแลเด็กป่วย จะให้ความรักเอาใจใส่เด็กป่วยมากกว่าปกติ ทำให้พี่น้องเด็กป่วยเกิดความเข้าใจผิดคิดว่ามารดา รักตนน้อยลง และเริ่มมีปฏิกิริยา คือ เรียกร้องความสนใจ เกิดความอิจฉาริษยา โกรธ (Kurnat & Moore, 1999)

นอกจากนี้ยังมีปัจจัยอื่นๆ เช่น ความเชื่อและทัศนคติ ซึ่งเป็นสิ่งเร้าแฝงที่อาจมีอิทธิพลต่อการปรับตัวของบุคคล โดยผ่านกลไกการควบคุม และกลไกการรับรู้ ซึ่งเป็นกระบวนการควบคุมของระบบบุคคล เพื่อตอบสนองต่อการเปลี่ยนแปลงของสิ่งแวดล้อม หรือสิ่งเร้าที่เข้ามากระทบนั่นเอง ในการศึกษาครั้งนี้ไม่ได้นำปัจจัยดังกล่าวมาศึกษา เนื่องจาก สิ่งเร้าแฝง เป็นลักษณะเฉพาะตัวของบุคคล ที่

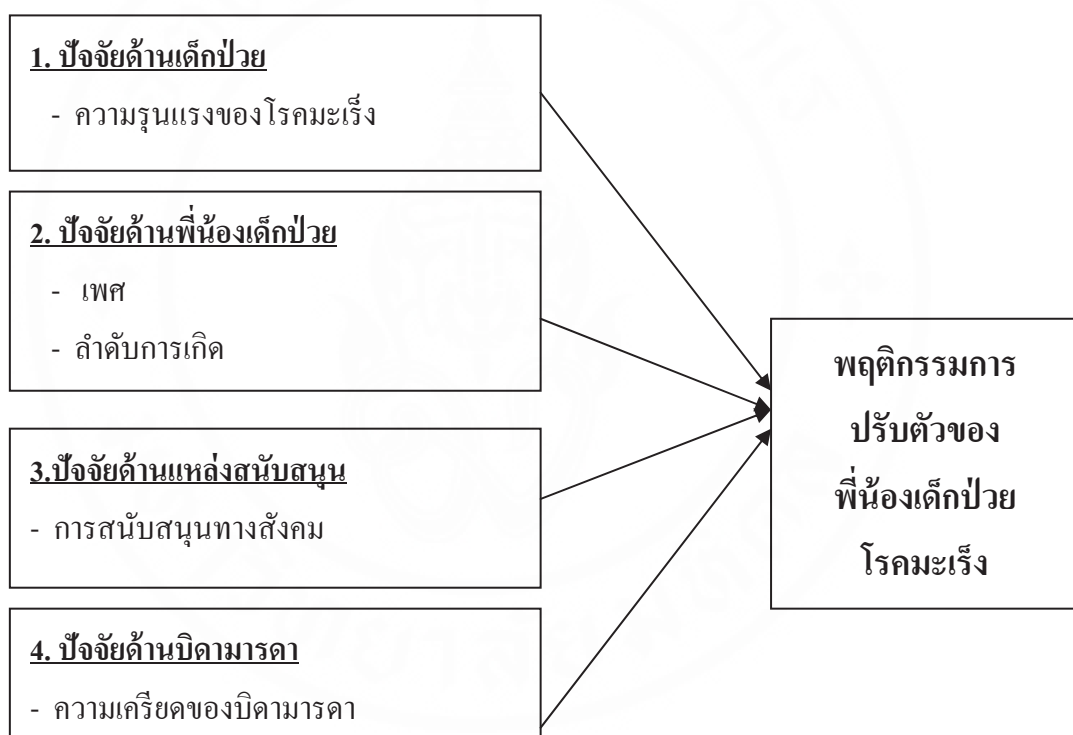
อาจเกิดจากประสบการณ์ต่างๆ ในอดีต ซึ่งเป็นสิ่งที่ยากแก่การวัด หรือการสังเกต สำหรับความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทำนายพฤติกรรมกรรมการปรับตัวของพี่น้องเด็กป่วยโรคมะเร็ง ประยุกต์จากทฤษฎีการปรับตัวของ Roy (Roy & Andrew, 1991) ดังแสดงใน รูปภาพที่ 1.1



รูปภาพที่ 1.1 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่สามารถทำนายพฤติกรรมกรรมการปรับตัวของพี่น้องเด็กป่วยโรคมะเร็ง ประยุกต์จากทฤษฎีการปรับตัวของ Roy (Roy & Andrew, 1991)

หมายเหตุ _____ หมายถึง ไม่ได้ศึกษาในครั้งนี

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยสนใจที่จะศึกษาเรื่องพฤติกรรมการปรับตัวของพี่น้องเด็กป่วยโรคมะเร็ง โดยใช้ทฤษฎีการปรับตัวของ Roy (Roy & Andrew, 1991) และจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง พบว่ามีตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการปรับตัวของพี่น้องเด็กป่วยโรคมะเร็ง ดังนี้ (1) ปัจจัยด้านเด็กป่วย ได้แก่ ความรุนแรงของโรคมะเร็ง (2) ปัจจัยด้านพี่น้องเด็กป่วย ได้แก่ เพศ และ ลำดับการเกิด (3) ปัจจัยด้านแหล่งสนับสนุน ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคม (4) ปัจจัยด้านบิดามารดา ได้แก่ ความเครียดของบิดามารดา ดังแสดงในรูปภาพที่ 1.2



รูปภาพที่ 1.2 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่ศึกษากับพฤติกรรมการปรับตัวของพี่น้องเด็กป่วยโรคมะเร็ง

ขอบเขตของการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมการปรับตัวของพี่น้องผู้ป่วยเด็กป่วยโรคมะเร็ง โดยศึกษาในเด็ก อายุ 9 -18 ปี ที่มีพี่น้องหรือน้องป่วยด้วยโรคมะเร็งชนิดใดชนิดหนึ่ง ซึ่งได้รับการวินิจฉัย รักษาที่โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา และบิดามารดา

นิยามตัวแปร

1. **พฤติกรรมกรรมการปรับตัว** หมายถึง การแสดงออก หรือการตอบสนองของพี่น้องเด็กป่วยโรคมะเร็ง ที่เผชิญกับเหตุการณ์เปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น อันเนื่องมาจากมีพี่หรือน้องป่วยด้วยโรคมะเร็ง เพื่อให้คงไว้ซึ่งภาวะสมดุลทั้งทางร่างกาย จิตใจและสังคม ประเมินโดยใช้แบบสอบถามพฤติกรรมกรรมการปรับตัวของพี่น้องเด็กป่วย เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัย สร้างขึ้นตามแนวคิดทฤษฎีการปรับตัวของ Roy (Roy & Andrew, 1991) ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 21 ข้อ ประเมินความสม่ำเสมอในการแสดงพฤติกรรมหรือการปฏิบัติในการปรับตัว 4 ด้าน ได้แก่ การปรับตัวด้านร่างกาย การปรับตัวด้านอัตมโนทัศน์ การปรับตัวด้านบทบาทหน้าที่ และการปรับตัวด้านการพึ่งพาอาศัยตนเองและผู้อื่น ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า (rating scale) 4 ระดับ พิสัยของค่าคะแนนรวมอยู่ระหว่าง 21-84 คะแนน คะแนนรวมสูง หมายถึง พี่น้องเด็กป่วยโรคมะเร็งมีพฤติกรรมกรรมการปรับตัวดี คะแนนต่ำ หมายถึง พี่น้องเด็กป่วยโรคมะเร็งมีพฤติกรรมกรรมการปรับตัวไม่ดี

2. **การสนับสนุนทางสังคม** หมายถึง การที่พี่น้องเด็กป่วยโรคมะเร็งรับรู้ได้รับการช่วยเหลือประคับประคองในลักษณะการได้รับการตอบสนองด้านอารมณ์ ด้านข้อมูลข่าวสาร ด้านการประเมินคุณค่า และด้านทรัพยากร จากบุคคลใกล้ชิดหรือบุคคลในสังคม ได้แก่ บิดา มารดา สมาชิกในครอบครัว ญาติพี่น้อง เพื่อน และครูที่โรงเรียน ประเมินโดยใช้แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมของพี่น้องเด็กป่วย ผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยใช้กรอบแนวคิดของ House (1985) ประกอบด้วยคำถาม 19 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า (rating scale) 5 ระดับ ประกอบด้วยข้อความที่มีลักษณะด้านบวกทั้งหมด พิสัยของค่าคะแนนรวมอยู่ระหว่าง 19-95 คะแนน คะแนนรวมสูง หมายถึง พี่น้องเด็กป่วยโรคมะเร็งได้รับการสนับสนุนทางสังคมสูง คะแนนต่ำ หมายถึง พี่น้องเด็กป่วยโรคมะเร็งได้รับการสนับสนุนทางสังคมต่ำ

3. **ความเครียดของบิดามารดา** หมายถึง ความรู้สึกไม่สบายใจ คับข้องใจ ทุกข์ใจต่อการดูแลบุตรที่ป่วยเป็นโรคมะเร็ง ซึ่งประเมินโดยใช้แบบสอบถามความเครียดของบิดามารดาเด็กป่วยโรคมะเร็ง ที่ดัดแปลงจาก แบบสอบถามระดับความเครียดของผู้ปกครองเด็กกลุ่มอาการออทิสติกของ วัฒนวิริ อัมมวรรณ (2552) จำนวนทั้งหมด 20 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า (rating scale) 5 ระดับ ค่าพิสัยของคะแนนมีค่าระหว่าง 20-100 คะแนน ถ้าคะแนนรวมสูง หมายถึง บิดามารดาที่มีความเครียดสูง ถ้าคะแนนรวมต่ำ หมายถึง บิดามารดาที่มีความเครียดต่ำ

4. **ความรุนแรงของโรคมะเร็ง** หมายถึง ความรุนแรงของโรคมะเร็งที่ผู้ป่วยเด็กกำลังเผชิญ ประเมินตามการรับรู้ของพี่น้องเด็กป่วยโดยใช้แบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรงของโรค ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยกำหนดระดับความรุนแรงของโรค ตั้งแต่ 0 –10 โดย 0 หมายถึง พี่น้องเด็กป่วย

รับรู้ว่าโรคที่พี่น้องป่วยอยู่นี้ ไม่มีความรุนแรงเลย และ 10 หมายถึง พี่น้องเด็กป่วยรับรู้ว่าโรคที่พี่น้องป่วยอยู่นี้ มีความรุนแรงมากที่สุด

5. เพศ หมายถึง เพศของพี่หรือน้องเด็กป่วยโรคมะเร็ง แบ่งออกเป็น เพศหญิง กับ เพศชาย

6. ลำดับการเกิด หมายถึง ลำดับการเกิดของพี่หรือน้องเด็กป่วยโรคมะเร็ง แบ่งออกเป็น การเป็นพี่หรือเป็นน้องของเด็กป่วย

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ผลการศึกษารั้งนี้จะเป็นประโยชน์กับพยาบาล โดยนำข้อมูลจากการศึกษาเป็นข้อมูลพื้นฐานที่สำคัญในการวางแผนการพยาบาลสำหรับพี่น้องเด็กป่วยโรคมะเร็ง และครอบครัว และเป็นแนวทางในการพัฒนารูปแบบทางการพยาบาล เพื่อให้พี่น้องและเด็กป่วยสามารถปรับตัวอยู่ร่วมกันได้อย่างเหมาะสม มีคุณภาพชีวิตที่ดี

2. เป็นแนวทางสำหรับพยาบาล บุคลากรทีมสุขภาพอื่นๆ นักวิจัย และผู้ที่มีความสนใจที่จะศึกษาพฤติกรรมกรรมการปรับตัวของพี่น้องเด็กป่วยกลุ่มอื่นๆ ต่อไป

บทที่ 2

ทบทวนวรรณกรรม

การศึกษารุ่นนี้เป็นการศึกษาความสัมพันธ์เชิงทำนาย (correlational predictive design) เพื่อศึกษาความสามารถในการทำนาย ของปัจจัยด้าน เพศ ลำดับการเกิด ความรุนแรงของโรคมะเร็ง การสนับสนุนทางสังคม และความเครียดของบิดามารดา ต่อพฤติกรรมการปรับตัวของพี่น้องเด็กป่วยโรคมะเร็ง ผู้วิจัยได้ศึกษาวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องตามลำดับดังนี้

1. ภาวะเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งในเด็ก
2. ผลกระทบจากการเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งในเด็ก
3. การปรับตัวของพี่น้องเด็กป่วยโรคมะเร็ง ตามแนวคิดของรอย
 - 3.1 การปรับตัวด้านร่างกาย
 - 3.2 การปรับตัวด้านอารมณ์ทัศน
 - 3.3 การปรับตัวด้านบทบาทหน้าที่
 - 3.4 การปรับตัวด้านการพึ่งพาอาศัยตนเองและผู้อื่น
4. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการปรับตัวของพี่น้องเด็กป่วยโรคมะเร็ง
 - 4.1 ปัจจัยด้านเด็กป่วยโรคมะเร็ง
 - 4.2 ปัจจัยด้านพี่น้องเด็กป่วยโรคมะเร็ง
 - 4.3 ปัจจัยด้านแหล่งสนับสนุน
 - 4.4 ปัจจัยด้านความเครียดของบิดามารดา

ภาวะเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งในเด็ก

โรคมะเร็ง เป็นโรคเรื้อรังโรคหนึ่งเกิดได้ในทุกเนื้อเยื่อหรืออวัยวะ โดยเซลล์ของเนื้อเยื่อหรืออวัยวะที่เกิดเป็นโรคมะเร็งไม่มีการตายตามธรรมชาติ แต่กลับเจริญเติบโตอย่างรวดเร็วผิดปกติ ไม่อยู่ในการควบคุมของร่างกาย เกิดเป็นก้อนเนื้อโตขึ้นเรื่อยๆ หรือกลายเป็นแผลเรื้อรังทำลายอวัยวะที่เกิดโรค กด เบียดทับ หรือลุกลามทำลายอวัยวะข้างเคียง หรือลุกลามเข้าต่อมน้ำเหลืองที่อยู่ใกล้กับอวัยวะนั้น ถ้าลุกลามมากขึ้นจะแพร่กระจายไปยังต่อมน้ำเหลืองไกลออกไป

และแพร่กระจายเข้ากระแสเลือดไปเจริญเติบโตตามอวัยวะต่างๆที่อยู่ไกลออกไปทั่วร่างกาย เช่น แพร่กระจายเข้าปอด ตับ กระดูก และสมองเมื่อโรคเข้าสู่ระยะสุดท้าย จากสถิติของสมาคมโรคมะเร็งในสหรัฐอเมริกา พบว่ามีผู้ป่วยเด็กรายใหม่ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคมะเร็งเพิ่มขึ้นทุกปี จาก 35,070 รายในปี พ.ศ. 2549 เป็น 44,240 รายในปีพ.ศ. 2550 (American Cancer Society, 2007) จากสถิติโรคมะเร็งในเด็กของสมาคมโลหิตวิทยาแห่งประเทศไทย ปี 2546 พบอุบัติการณ์โดยรวม 79.7 ต่อประชากรเด็กหนึ่งล้านคน (สมาคมโลหิตวิทยาแห่งประเทศไทย, 2547) ซึ่งเป็นอัตราที่มีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นทุกปี และมะเร็งที่พบได้บ่อยในเด็ก 5 อันดับ ได้แก่ 1) มะเร็งเม็ดเลือดขาว 42.6% 2) มะเร็งเนื้องอกสมอง 7.6% 3) มะเร็งต่อมน้ำเหลือง 6.4% 4) มะเร็งประสาทซิมพาเทติก (sympathetic) ชนิดนิวโรบลาสโตมา (neuroblastoma) ร้อยละ 4.6% 5) มะเร็งจอตาเรติโนบลาสโตมา (retinoblastoma) 4.2% (พวงทอง ไกรพิบูลย์, 2553)

สาเหตุการเกิดโรคมะเร็ง

สาเหตุการเกิดโรคมะเร็งในเด็กยังไม่ชัดเจน แต่มีปัจจัยเสี่ยงแตกต่างจากในผู้ใหญ่ เพราะสาเหตุหลักไม่เกี่ยวกับสารก่อมะเร็งซึ่งมาจากภายนอก แต่เกี่ยวกับพันธุกรรม ทั้งชนิดถ่ายทอดและชนิดไม่ถ่ายทอด รวมทั้งอาจเกี่ยวข้องหรือสัมพันธ์กับการบริโภคของมารดาในขณะตั้งครรภ์ เช่น อาหารบางชนิด แอลกอฮอล์ บุหรี่ ยาบางชนิด ยาเสพติดบางชนิด การได้รับรังสีเอกซ์ หรือสารเคมีบางชนิด เช่น ยาฆ่าแมลง โดยสมมติฐานว่า ปัจจัยเหล่านี้อาจก่อให้เกิดการกลายพันธุ์ของยีน (gene) ของเด็กตั้งแต่อยู่ในครรภ์หรือเมื่อเป็นทารก (พวงทอง ไกรพิบูลย์, 2553)

ระยะของโรคมะเร็ง

ระยะของโรคมะเร็ง แบ่งเป็น 4 ระยะ ดังนี้ (ปริศนา สุนทรไชย, 2543; Wong, 1995)

ระยะที่ 1 ระยะแรกวินิจฉัย (diagnosis stage) เป็นระยะที่เด็กเริ่มป่วย และถูกนำมาโรงพยาบาล อาจมีการตรวจวินิจฉัยหลายๆ อย่าง หรือส่งต่อไปยังแพทย์เฉพาะทาง เพื่อรับการวินิจฉัยที่แน่นอนและให้การรักษาต่อไป

ระยะที่ 2 ระยะโรคสงบ (remission) เป็นระยะเวลาที่การรักษาของแพทย์ทำให้โรคสงบ ทุเลาลง

ระยะที่ 3 ระยะโรคกลับเป็นซ้ำ (relapsing) เป็นระยะที่เด็กกลับมีอาการของโรคอีกครั้งหนึ่งหลังจากมีอาการดี หรืออาการของโรคสงบเป็นเวลานาน

ระยะที่ 4 ระยะโรคคุกคามไม่มีทางรักษาได้ (terminal stage) เป็นระยะที่ไม่สามารถรักษาได้ ซึ่งอาจเป็นผลมาจากระยะโรคกลับเป็นซ้ำที่มีอาการรุนแรง จนถึงระยะสุดท้ายคือเสียชีวิต

ผลกระทบจากการเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งในเด็ก

การเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งส่งผลกระทบโดยรวม ทั้งตัวเด็กเอง บิดามารดา พี่น้อง และญาติที่ใกล้ชิด เนื่องจากเป็นโรคเรื้อรังที่คุกคามต่อชีวิต ทำให้เด็กอาจเสียชีวิตได้ มีการรักษาที่สลับซับซ้อนหลายมิติ และด้วยการรักษาที่ใช้เวลานาน จึงเกิดผลกระทบต่อบุคคลต่างๆ ดังนี้

1. ผลกระทบต่อผู้ป่วยเด็ก

1.1 ด้านร่างกาย การเจ็บป่วยเรื้อรังแทบทุกชนิดทำให้เด็กมีการเจริญเติบโตช้า และขาดโอกาสในการพัฒนาร่างกาย พัฒนาการไม่เหมาะสมกับวัย เพราะผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งต้องได้รับความทรมานทั้งจากพยาธิสภาพของโรค และการบำบัดรักษา อีกทั้งอาการข้างเคียงเป็นระยะเวลายาวนาน โดยเฉพาะยาเคมีบำบัดและการฉายรังสีรักษา ได้แก่ อาการอ่อนเพลีย คลื่นไส้ อาเจียน น้ำหนักลดลง อาการท้องผูก ถ่ายเหลว การลดการทำงานของไขกระดูก เยื่ออักเสบ ผื่นวง (พวงทอง ไกรพิบูลย์, 2553; วราภรณ์ หมั่นสา, 2540; Williams et al., 2006)

1.2 ด้านจิตใจ และอารมณ์ ผู้ป่วยเด็กที่ได้รับความทุกข์ทรมานจากการรักษา จะส่งผลกระทบทางด้านจิตใจ ทำให้เกิดความวิตกกังวล กลัว ซึมเศร้า แยกตัว และกลัวจะเสียชีวิต เนื่องจากต้องเผชิญกับกับความเจ็บป่วยที่คุกคามต่อชีวิต (พวงทอง ไกรพิบูลย์, 2553) ผลของความเจ็บป่วยที่ยาวนานและการรักษาอาจทำให้เกิดรูปร่างหน้าตาเปลี่ยนแปลง สูญเสียภาพลักษณ์ เช่น ผื่นวง ผิวดำ เด็กจะรู้สึกตัวตนเองต่ำต้อย ไม่มีคุณค่า (วรธนา แซ่อ้อย, 2552)

1.3 ด้านสังคม เมื่อเด็กป่วยต้องถูกแยกจากเพื่อนและสังคมเป็นเวลานาน ประกอบกับมีปฏิกิริยาทางด้านอารมณ์เกิดขึ้นหลายอย่าง ทำให้เด็กต้องพึ่งพามารดามากขึ้น เด็กบางรายเมื่ออาการเจ็บป่วยทุเลาลงแล้ว ไม่อยากเข้ากลุ่มกับเพื่อน ไม่อยากไปโรงเรียน บางรายมีลักษณะก้าวร้าวต่อสังคม ทำให้เพื่อนไม่ยอมรับ บางคนไม่มั่นใจในตนเอง เด็กจะปรับตัวเข้ากับสังคมได้ยาก การศึกษาของ Wellisch และคณะ (2006) พบว่า ภายหลังจากเข้าค่ายมีกิจกรรมร่วมกันระหว่างกลุ่มเด็กป่วยและพี่น้องเด็กโรคมะเร็ง ผู้ป่วยเด็กมีการร่วมกิจกรรมมากขึ้น พุดคุย ระบาย และเข้ากับสังคมได้ดี

2. ผลกระทบต่อบิดามารดา

2.1 ด้านร่างกาย จากการศึกษาของ รุจา ภูไพบูลย์ และคณะ (2543) พบว่าการที่บิดามารดาได้รับทราบข่าวร้ายว่า บุตรป่วยเป็นโรคมะเร็ง ซึ่งเป็นความเจ็บป่วยเรื้อรังที่คุกคามต่อชีวิต ทำให้บิดามารดาได้รับผลกระทบเป็นอย่างมาก บิดามารดาเกิดความเครียด และส่งผลให้รับประทานอาหารได้น้อย เมื่ออาหาร น้ำหนักลด ปวดศีรษะ นอนไม่หลับ

2.2 ด้านจิตใจ และอารมณ์ เมื่อบุตรได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคมะเร็ง บิดามารดามักยอมรับความเจ็บป่วยของบุตรไม่ได้ (รุจา ภูไพบูลย์ และคณะ, 2543; Hind et al., 1996; Wills, 1999; Yeh, 2001) บางรายอาจกล่าวโทษซึ่งกันและกันว่าเป็นต้นเหตุที่ทำให้บุตรเกิดโรค (เบญจพร ปัญญาขง, 2547) เพราะมะเร็งเป็นความเจ็บป่วยที่คุกคามต่อชีวิต มีลักษณะการดำเนินโรคอย่างรวดเร็ว และวิธีการรักษาไม่สามารถยืนยันผลสำเร็จได้เต็มที่ รวมทั้งความซับซ้อนของวิธีการรักษาและเครื่องมืออุปกรณ์ที่ใช้ในการรักษา (Christman, 1990; Mishel, 1983) นอกจากนี้การพยากรณ์ของโรคมะเร็งไม่สามารถบอกให้แน่ชัดได้ (Moore & Mosher, 1997) ส่งผลให้ผู้ปกครองเกิดความไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของบุตร (Patoomwan, 2001) มีความเครียดสูง (รุจา ภูไพบูลย์ และคณะ, 2543; Woodgate & Degner, 2002) จากการศึกษาของ Woodgate และ Degner (2002) ได้ศึกษาความรู้สึกไม่แน่นอนในเด็กป่วยโรคมะเร็งและผู้ปกครอง จำนวน 39 คน ซึ่งเป็นการศึกษาระยะยาว โดยการสัมภาษณ์และการสังเกต ผลการศึกษาพบว่า เด็กป่วยโรคมะเร็งและผู้ปกครองทุกคนมีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยเกิดขึ้น ผู้ปกครองต้องอยู่กับการไม่รู้ว่าอะไรจะเกิดขึ้น ไม่รู้จะคาดหวังอะไร เด็กจะมีชีวิตปกติได้หรือไม่ ครอบครัวจะจัดการอย่างไรกับการที่มีเด็กป่วยโรคมะเร็งในครอบครัว ทั้งจากอาการเจ็บป่วยของบุตร การรักษาที่บุตรได้รับ ผลข้างเคียงของการรักษาและภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลและการอยู่โรงพยาบาล ตลอดจนจากการที่ผู้ปกครองมีรายได้ลดลงหรือขาดรายได้จากการที่ต้องขาดงานหรือลาออกจากงาน มีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งของบุตร วิธีการรักษาและผลของการรักษาที่บุตรได้รับ (จรรยา สวรรณภูมิ, 2539) กลัวการกลับเป็นซ้ำของโรคมะเร็งที่จะเกิดขึ้นกับบุตร กลัวบุตรไม่หายจากโรคมะเร็ง และกลัวว่าบุตรจะเสียชีวิต จากความวิตกกังวลดังกล่าวอาจทำให้บิดามารดาเกิดความเจ็บป่วยตามมา เช่น มีบุคลิกซึมเศร้า แยกตัวออกจากสังคม (Barrera et al., 2004)

2.3 ด้านเศรษฐกิจสังคม การที่เด็กเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็ง ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลบ่อยครั้ง ทำให้เสียค่าใช้จ่ายสูงทั้งค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ค่าใช้จ่ายขณะอยู่โรงพยาบาลและค่าเดินทาง (Berkman & Sampson, 1993) ทำให้บิดามารดามีรายจ่ายเพิ่มขึ้นในขณะที่รายได้ลดลงจากการขาดงาน บิดามารดาบางรายต้องลาออกจากงานเพื่อมาดูแลบุตรที่เจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็ง และบางรายต้องกู้ยืมเงินจากญาติพี่น้อง จากเพื่อน และจากผู้ร่วมงานเพื่อมาใช้จ่าย

เกี่ยวกับการเจ็บป่วยของบุตร บิดามารดาบางคนมักแยกตัวออกจากสังคม เพราะไม่อยากตอบคำถามของเพื่อนๆ เกี่ยวกับความเจ็บป่วยของบุตร มักคิดว่าไม่เหมาะสมที่จะทำตัวสนุกสนานมีกิจกรรมนอกบ้านขณะที่บุตรเจ็บป่วย Fletcher (1988) กล่าวว่า มารดามักมีความอับอายจากการมีบุตรเจ็บป่วยเรื้อรัง ทำให้แยกตัวออกจากคนอื่น มีความบกพร่องในการสื่อสาร

2.4 ด้านสัมพันธภาพ เมื่อครอบครัวมีสมาชิกที่เจ็บป่วยเรื้อรังหรือมีความบกพร่อง พิการต่างๆ ภาระหน้าที่ของบิดามารดาจะต้องมีการเปลี่ยนแปลงไป เพื่อให้กิจกรรมในครอบครัวดำเนินต่อไปได้ แต่ถ้าเป็นภาระที่ยาวนาน ย่อมส่งผลกระทบต่อความเป็นอยู่และความสัมพันธ์กับสมาชิกในครอบครัว ไม่ว่าจะเป็นความสัมพันธ์ระหว่างสามี ภรรยา อาจเกิดความขัดแย้งกันระหว่างสามี ภรรยา กระทั่งต่อ ความสัมพันธ์ระหว่างบิดา มารดา และบุตร ความสัมพันธ์ระหว่างพี่น้อง (อรศิริ ภิเศก, 2542) โดยเฉพาะสัมพันธภาพระหว่างบิดามารดากับพี่น้องของเด็กป่วย เนื่องจากบิดามารดาให้ความสนใจ และดูแลเอาใจใส่เด็กที่ป่วยมากกว่าปกติ พี่น้องของเด็กป่วยที่ไม่ได้รับการเอาใจใส่เท่าที่ควร เวลาพูดคุยกันมีน้อย ไม่มีสันทนาการร่วมกัน ทำให้พี่น้องของเด็กป่วยเกิดความอิจฉาเด็กป่วย (Derouin & Jessee, 1996) นอกจากนี้ยังพบว่า สัมพันธภาพระหว่างสามี ภรรยาห่างเหินกัน เนื่องจากมารดาให้ความสนใจแต่เด็กที่ป่วย หรือมารดาบางรายไปเฝ้าบุตรที่โรงพยาบาลเป็นเวลานาน ส่วนสามีต้องทำงานหนักมากขึ้น เพราะต้องมีรายจ่ายเกี่ยวกับการรักษาของบุตร และบางครั้งสามีภรรยาอาจไม่ได้ตกลงกันเกี่ยวกับความรับผิดชอบในการดูแลเด็กป่วย สถานการณ์เหล่านี้ทำให้สามี ภรรยาเกิดความเหนื่อยล้า มีเวลาพูดคุยกันน้อย ส่งผลต่อสัมพันธภาพระหว่างสามี ภรรยาได้ (ปริศนา สุนทรไชย, 2534) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ วรรณา เรืองลาภอนันต์ (2543) ที่ศึกษาผลกระทบของโรคหอบหืดต่อเด็กป่วยวัยเรียนและครอบครัว พบว่าผลเสียที่เกิดขึ้นจากการมีบุตรเจ็บป่วยโรคหอบหืด คือ ความสัมพันธ์ระหว่างสามี ภรรยาเลวลง ก่อให้เกิดความแตกแยกในครอบครัว แต่ในบางครอบครัวพบว่า สามีภรรยามีความสัมพันธ์กันดี รู้จักหน้าที่ของตนเอง ช่วยเหลือซึ่งกันและกัน มีความผูกพันในครอบครัวเพิ่มขึ้น (ปริศนา สุนทรไชย, 2534; Wong, 1995)

3. ผลกระทบต่อพี่น้อง

นอกจากบิดามารดา จะได้รับผลกระทบจากการมีสมาชิกในครอบครัวเป็นโรคมะเร็งแล้ว พี่น้องของเด็กป่วยก็ได้รับผลกระทบด้วยเช่นกัน เพราะเนื่องจากสัมพันธภาพระหว่างพี่น้องเป็นสายสัมพันธ์ที่แน่นแฟ้นในครอบครัว และใช้เวลาอยู่ร่วมกันมากกว่าคนอื่นๆ ในครอบครัว จึงได้รับผลกระทบในด้านต่างๆ ดังนี้

3.1 ด้านร่างกาย เกิดจากความวิตกกังวล และความเครียด สับสน กลัวว่าตนเองจะเจ็บป่วยเหมือนพี่น้อง จึงแสดงอาการทางร่างกาย เช่น ปวดศีรษะ ปวดท้อง นอนไม่หลับ เป็นต้น (ปริศนา สุนทรไชย, 2534) สอดคล้องกับ การศึกษาของ Walker (1998) ที่ศึกษาวิธีการเผชิญความเครียดในพี่น้องเด็กป่วยโรคมะเร็ง พบว่า พฤติกรรมที่เป็นปัญหาส่วนใหญ่คือ พฤติกรรมที่แสดงออกทางร่างกาย เช่น ปัสสาวะรดที่นอน มีพฤติกรรมก้าวร้าว เป็นต้น

3.2 ด้านจิตใจ และอารมณ์ เมื่อมีการเจ็บป่วยในครอบครัว บิดามารดาต้องดูแลเอาใจใส่เด็กป่วยเป็นพิเศษ ทำให้พี่น้องคนอื่นๆ ถูกปล่อยปละละเลย บิดามารดามักจะให้พี่หรือน้องเสียสละสิ่งของ ของเล่นของตนเองไปให้เด็กป่วย พี่น้องมองว่าเด็กป่วยดึงความสนใจ และเวลาของครอบครัวไป ทำให้เกิดความรู้สึกอิจฉาริษยาเด็กป่วย (เบญจพร ปัญญาขง, 2540) สอดคล้องกับการศึกษาของ วรรณ เรืองลาภอนันต์ (2543) พบว่าพี่น้องเด็กวัยเรียนของเด็กป่วยโรคหอบหืดมีการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ในด้านลบ คือ พี่น้องของเด็กป่วยจะเรียกร้องความสนใจจากบิดามารดา และรู้สึกอิจฉาเด็กป่วยที่ได้รับการดูแลเอาใจใส่มากกว่าตน บางรายอาจวิตกกังวลว่าตนเองจะเป็นโรคเดียวกับเด็กป่วย รู้สึกอับอายไม่อยากให้เพื่อนรับรู้ รู้สึกโกรธ (Giallo & Gavidia-Payne, 2006; Houztzager et al., 2004; Sloper & While, 1996; Williams, 2009) ในทางตรงข้ามพี่น้องเด็กป่วยที่มีการรับรู้อย่างถูกต้องจะส่งผลกระทบทางบวกโดย แสดงออกทางพฤติกรรม ดูแลปกป้อง รู้สึกเห็นอกเห็นใจ ห่วงใยเด็กป่วยมากขึ้น (Faux, 1991) โดยเฉพาะในเด็กวัยรุ่นตอนต้นอายุ 13-18 ปี จะรู้สึกกังวลใจเกี่ยวกับเรื่องของบุคคลภายในครอบครัวทั้งที่อาจจะเกิดขึ้นหรือไม่เกิดขึ้นก็ตาม (เพียว พงษ์ศักดิ์ชาติ, 2546)

3.3 ด้านสังคม จากภาระหน้าที่ของบิดามารดาในการดูแลเด็กป่วย และการช่วยเหลือของพี่น้องที่ดูแลเด็กป่วย อาจทำให้มีกิจกรรมร่วมกับเพื่อนวัยเดียวกันลดลง นอกจากนี้ การที่บิดามารดาต้องพาเด็กเจ็บป่วยโรคมะเร็งไปโรงพยาบาลบ่อยครั้ง พี่น้องของเด็กป่วยจึงต้องอยู่ที่บ้าน อยู่บ้านญาติ หรืออาศัยอยู่กับเพื่อนบ้าน จากภาวะความเจ็บป่วยของสมาชิกในครอบครัวกระทบต่อกิจวัตรของครอบครัว เช่น ทำให้ต้องงดงานรื่นเริงต่างๆ ในครอบครัว การไปเที่ยวพักผ่อน หรือวันสำคัญอื่นๆ มีผลให้พี่น้องของเด็กที่เจ็บป่วยโรคมะเร็งเกิดความรู้สึกขุ่นเคือง บิดามารดาอาจไม่สามารถเข้าร่วมในกิจกรรมที่ทางโรงเรียนจัดขึ้นได้ เช่น งานกีฬา กิจกรรมวันแม่ เป็นต้น อาจทำให้พี่น้องของเด็กเจ็บป่วยเรื้อรังได้รับการตอบสนองความต้องการทางด้านสังคมไม่เพียงพอได้ (Wong, 1995) จะเห็นได้ว่าการเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งจะทำให้พี่น้องของเด็กป่วยได้รับผลกระทบทางด้านสังคม โดยเฉพาะเด็กวัยเรียนซึ่งเป็นวัยที่มีอารมณ์สนุกสนาน (ศิริธรรม ธนะภูมิ, 2545) แต่ผลกระทบด้านสังคมต่อพี่น้องเด็กป่วยโรคมะเร็งบางราย พบว่ามีพฤติกรรมในทางที่ดีขึ้น โดยมีความรับผิดชอบมากขึ้น ได้แก่ ช่วยเหลือตัวเองได้ ไปโรงเรียนเอง รับประทานอาหารเองได้

(Labay & Walco, 2004) รวมทั้งบิดามารดามองว่าการมีเด็กป่วยด้วยโรคเรื้อรังในครอบครัวจะทำให้พี่น้องของเด็กป่วยมีวุฒิภาวะที่สูงขึ้น มีความรับผิดชอบ และมีทัศนคติที่ดีต่อเด็กป่วย (Mulroy et al., 2008)

การปรับตัวของพี่น้องเด็กป่วยโรคมะเร็งในเด็กตามแนวคิดของรอย

ในชีวิตประจำวันบุคคลต้องเผชิญกับสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา ทั้งการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นภายในบุคคลหรือเกิดจากสภาพแวดล้อมที่อยู่รอบตัว สิ่งดังกล่าวจะรบกวนภาวะสมดุลของบุคคล ซึ่งอาจเรียกว่าเป็นสภาวะความเครียดทางร่างกาย หรือจิตใจ ทำให้มนุษย์ต้องมีการปรับตัว เพื่อความอยู่รอดของชีวิต สำหรับแนวคิดเกี่ยวกับการปรับตัวที่นำมาใช้ในการพยาบาล มักหมายถึง การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่นำไปสู่การเปลี่ยนแปลงสุขภาพ

Murray และ Zentner (1975) กล่าวว่า การปรับตัว หมายถึง กระบวนการปรับตัวของร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคมที่มีต่อสิ่งกระตุ้น จากภายในและภายนอกตัวบุคคล โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อดำรงรักษาไว้ซึ่งความสมบูรณ์และสุขสบายของบุคคล

Rambo (1984) กล่าวว่า การปรับตัว หมายถึง การตอบสนองทางด้านบวกที่จะเปลี่ยนแปลงสิ่งแวดล้อมภายในตัวของบุคคล หรือสิ่งแวดล้อมภายนอก เพื่อที่จะคงไว้ซึ่งความมั่นคงของชีวิต

Roy และ Robert (1991) ให้ความหมายของการปรับตัวว่า เป็นปฏิกิริยาตอบสนองของบุคคลต่อสิ่งแวดล้อม เพื่อส่งเสริมให้บุคคลสามารถบรรลุเป้าหมาย ซึ่งได้แก่ การเจริญเติบโต การมีชีวิตรอด การสืบทอดเผ่าพันธุ์ และการเอาชนะอุปสรรคต่างๆได้

สมจิตต์ สินธุชัย (2532) ให้ความหมายของการปรับตัวว่า หมายถึง กระบวนการที่บุคคลกระทำสิ่งใดสิ่งหนึ่ง เพื่อลดความตึงเครียดที่เกิดขึ้นทั้งภายในและภายนอกตน จนกระทั่งบรรลุความต้องการของตนเองทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม

ดังนั้นจึงอาจสรุปได้ว่า การปรับตัว หมายถึง กระบวนการที่บุคคลตอบสนอง เมื่อเผชิญกับสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงทั้งภายในและภายนอกตัวบุคคล เพื่อคงไว้ซึ่งความต้องการทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และคงไว้ซึ่งความสมดุลของชีวิต โดยแสดงออกในรูปความคิด ความเชื่อ และพฤติกรรมของบุคคลแต่ละคนที่แตกต่างกัน และบุคคลจะปรับตัวได้หรือไม่ขึ้นอยู่กับระดับของสิ่งเร้าที่เข้ามารบกวนนั้นมากหรือน้อยเพียงใด

ทฤษฎีการปรับตัวของรอย

ทฤษฎีการปรับตัวของรอย ถูกนำมาใช้เป็นกรอบแนวคิดทางทฤษฎีทางการพยาบาล การวิจัย และการศึกษาพยาบาล ตั้งแต่ ค.ศ. 1964 ซึ่งรอยเชื่อว่าบุคคลประกอบไปด้วย กาย-จิต-สังคม (biopsychosocial being) ซึ่งเป็นหน่วยเดียวไม่อาจแบ่งแยกได้ (unified whole) เป็นระบบที่มีการปรับตัว (adaptive system) โดยเป็นระบบเปิด เนื่องจากการปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมทั้งภายในตัวเองและภายนอกตลอดเวลา ดังนั้นบุคคลจึงจำเป็นต้องมีการปรับตัวให้เข้ากับสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไป (Roy & Andrew, 1991) รอยอธิบายว่า ระบบการปรับตัวของบุคคลประกอบด้วย สิ่งนำเข้า (input) สิ่งนำออก (output) กระบวนการควบคุม (control process) การปรับตัว และกลไกการป้อนกลับ (feedback mechanism) ดังแสดงในรูปภาพที่ 2.1



รูปภาพที่ 2.1 ระบบการปรับตัวของบุคคล (Roy & Andrew, 1991)

1. สิ่งนำเข้า

ทฤษฎีการปรับตัวของ Roy (Roy & Andrew, 1991) กล่าวถึงสิ่งนำเข้าสู่ระบบบุคคลไว้ 2 ประการ คือ

1.1 สิ่งเร้า (stimuli) หมายถึง สิ่งที่เกิดขึ้นให้บุคคลมีการปรับตัว สิ่งเร้านี้อาจเป็นสิ่งเร้า ภายในหรือสิ่งเร้าภายนอก สิ่งเร้าภายในจะมาจากสิ่งแวดล้อมที่อยู่ภายในบุคคล ส่วนสิ่งเร้าภายนอกจะมาจากสิ่งแวดล้อมที่อยู่ล้อมรอบบุคคล โดยที่สิ่งเร้านี้อาจจะเป็นทางด้านกายภาพ สรีรภาพ จิตสังคม หรือหลายๆ อย่างรวมกัน รอยแบ่งสิ่งเร้าออกเป็น 3 ชนิด คือ

1.1.1 สิ่งเร้าตรง (focal stimuli) หมายถึง สิ่งเร้าที่บุคคลกำลังเผชิญอยู่ในขณะนั้น สิ่งเร้านี้เปรียบเสมือนระดับของการเปลี่ยนแปลงสิ่งแวดล้อมที่กระตุ้นให้เกิดพฤติกรรมการปรับตัว เช่น ความเจ็บป่วย การสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก หรือความเจ็บปวด เป็นต้น ซึ่งการมีพี่น้องเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็ง เป็นสถานการณ์ที่เด็กต้องเผชิญในขณะนั้น จึงจัดว่าเป็นสิ่งเร้าตรงในการศึกษาครั้งนี้

1.1.2 สิ่งเร้าร่วม (contextual stimuli) หมายถึง สิ่งเร้าอื่นๆ ที่ปรากฏอยู่ในสถานการณ์หรือสิ่งแวดล้อมนั้นๆ ที่บุคคลกำลังเผชิญ ซึ่งอาจมีอิทธิพลต่อการปรับตัวของบุคคลเช่นกัน สำหรับความรุนแรงของโรคมะเร็ง เพศ ลำดับการเกิด การสนับสนุนทางสังคม และความเครียดของบิดามารดา จึงจัดเป็นสิ่งเร้าร่วมที่เกิดจากสิ่งแวดล้อมทั้งภายในและภายนอก ระบบของเด็ก ซึ่งอาจเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการปรับตัวของพี่น้องเด็กป่วยโรคมะเร็ง

1.1.3 สิ่งเร้าแฝง (residual stimuli) หมายถึง ปัจจัยทางสิ่งแวดล้อมที่อาจจะมามีอิทธิพลต่อสถานการณ์ในขณะนั้น ซึ่งอาจมีผลต่อการปรับตัวของบุคคลได้ สิ่งเร้าแฝงเป็นสิ่งที่ยากต่อการวัดหรือการสังเกต ตรวจสอบได้ยากหรือตรวจสอบไม่ได้เลย (Roy & Andrews, 1991) เช่น ทักษะคิด ความเชื่อ อุปนิสัยและบุคลิกภาพ เป็นต้น ซึ่งสิ่งเร้าแฝงไม่ได้นำมาศึกษาในครั้งนี้

1.2 ระดับการปรับตัว (adaptation level) หมายถึง ระดับหรือขอบเขตที่แสดงถึงความสามารถของบุคคลที่จะตอบสนองในทางบวกหรือปรับตัวต่อสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงไป ซึ่งความสามารถของบุคคลที่จะตอบสนองในทางบวกนี้ขึ้นอยู่กับผลกระทบของสิ่งเร้าทั้ง 3 ชนิดที่มีอยู่ในขณะนั้น ในกรณีของพี่น้องเด็กป่วย ถ้าสามารถตอบสนองต่อความรุนแรงของสิ่งเร้าได้ พี่น้องเด็กป่วยจะสามารถปรับตัวได้ แต่ถ้าสิ่งเร้าต่างๆ มีความรุนแรงมาก เกินกว่าที่จะตอบสนองต่อความรุนแรงนั้น พี่น้องเด็กป่วยจะไม่สามารถปรับตัวได้ หรือมีปัญหาพฤติกรรม ซึ่งระดับการปรับตัวขึ้นอยู่กับความแข็งแกร่งและข้อจำกัดของแต่ละบุคคล

2. กระบวนการควบคุม

เมื่อมีสิ่งเร้าเข้ามากระทบระบบบุคคล บุคคลจะมีการปรับตัวเพื่อให้เกิดความมั่นคงทางกาย จิต และสังคม โดยใช้กลไกการเผชิญปัญหา (coping mechanism) ซึ่งเป็นวิธีการตอบสนองต่อการเปลี่ยนแปลงของสิ่งแวดล้อม ประกอบด้วยกลไก 2 ชนิด คือ (Roy & Andrew, 1991)

2.1 กลไกการควบคุม (regulator mechanism) เป็นการทำงานร่วมกันระหว่างระบบประสาท สารเคมีในร่างกาย และระบบต่อมไร้ท่อ เพื่อตอบสนองต่อสิ่งเร้าทั้งภายในและภายนอกที่เข้ามากระทบระบบบุคคล เป็นกลไกที่เกิดขึ้นอัตโนมัติ โดยที่บุคคลไม่รู้สึกรู้ส เพื่อ

ควบคุมการทำงานของระบบต่างๆ ภายในร่างกายให้เป็นไปตามปกติ เช่น การหนาวสั่น การปรับขยายรูม่านตาให้กว้างขึ้นเมื่อเข้าสู่ที่มีดเพื่อรับแสงได้มากขึ้น

2.2 กลไกการรับรู้ (cognator mechanism) เป็นการทำงานเพื่อตอบสนองต่อสิ่งเร้า โดยผ่านกระบวนการ 4 อย่าง คือ การรับรู้ การเรียนรู้ การตัดสินใจ และการตอบสนองทางอารมณ์ เมื่อบุคคลรับรู้ผ่านกระบวนการถ่ายทอดข้อมูล บุคคลจะเลือกจดจำในสิ่งที่ตนสนใจ มีการเลียนแบบ เกิดการหยั่งรู้ และมีการตัดสินใจโดยใช้วิธีการแก้ปัญหา (problem solving) หรืออาจตอบสนองทางอารมณ์โดยใช้กลไกการป้องกันทางจิต (defense mechanism)

เมื่อสิ่งเร้าต่างๆ ร่วมกันเป็นสิ่งที่นำเข้าสู่ระบบบุคคล ผ่านกลไกทั้งสอง ที่มีความสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน มีการทำงานควบคู่กันเสมอ ผลจากการทำงานของกลไกทั้ง 2 จะแสดงออกมาเป็นพฤติกรรมการปรับตัวของพี่น้องเด็กป่วยโรคมะเร็งทั้ง 4 ด้าน คือ ด้านร่างกาย ด้านอัตมโนทัศน์ ด้านบทบาทหน้าที่ และด้านการพึ่งพาอาศัยตนเองและผู้อื่น (Roy & Andrew, 1991)

3. พฤติกรรมการปรับตัว (adaptive modes) ซึ่งมี 4 ด้าน คือ ด้านร่างกาย ด้านอัตมโนทัศน์ ด้านบทบาทหน้าที่ และด้านการพึ่งพาอาศัยตนเองและผู้อื่น (Roy & Andrew, 1991)

3.1 การปรับตัวด้านร่างกาย (physiological mode) เป็นพฤติกรรมการตอบสนองทางด้านร่างกายต่อสิ่งเร้า โดยมีการทำงานของเซลล์ เนื้อเยื่อ อวัยวะ และระบบต่างๆ ของร่างกาย ซึ่งบ่งชี้ว่ากลไกการเผชิญปัญหาหรือการทำหน้าที่ต่างๆ ของร่างกายสามารถปรับให้เข้ากับสิ่งเร้าที่เข้ามากระทบได้หรือไม่ พฤติกรรมการปรับตัวด้านนี้จะสนองตอบต่อความต้องการขั้นพื้นฐานของมนุษย์ 5 อย่าง คือ ความต้องการออกซิเจน ภาวะโภชนาการ การขับถ่าย กิจกรรมและการพักผ่อน และการป้องกันอันตรายของร่างกาย รวมทั้งกระบวนการที่ซับซ้อนของร่างกายอีก 4 อย่างคือ การรับรู้ความรู้สึก ความสมดุลของน้ำและอิเล็กโทรไลต์ การทำงานของระบบประสาท และการทำงานของต่อมไร้ท่อ

จากการวิจัยเพื่อศึกษาภาวะสุขภาพของเด็กที่มีพี่หรือน้องป่วยด้วยโรคมะเร็งของ Zeltzer และคณะ (1996) ในโครงการร่วมจากหลายสถาบัน โครงการศึกษาเด็กที่มีพี่หรือน้องเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็ง จำนวน 254 คน อายุ 4-18 ปี เปรียบเทียบภาวะสุขภาพกับกลุ่มเด็กที่ไม่มีพี่หรือน้องเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็ง ผลการศึกษาพบว่า เด็กที่มีพี่น้องป่วยมีปัญหาสุขภาพด้านการรับประทานอาหารและการนอนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และบิดามารดาให้การดูแลเอาใจใส่น้อยเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม โดยบิดามารดามักไม่ค่อยได้พาไปพบแพทย์เมื่อมีอาการไม่สบาย ภาวะสุขภาพของเด็กมีความสัมพันธ์กับการปรับตัวต่อภาวะการเจ็บป่วยของพี่หรือน้องที่เป็น

โรคมะเร็ง กล่าวคือเด็กที่มีการปรับตัวดี ต่อความเจ็บป่วยของพี่น้อง จะมีการดูแลสุขภาพของตนเอง รักษาความสะอาดร่างกาย ทำให้มีสุขภาพร่างกายแข็งแรง

3.2 การปรับตัวด้านอัตมโนทัศน์ (self-concept mode) เป็นการปรับตัวด้านจิตสังคม เพื่อรักษาความมั่นคงทางจิตใจ โดยที่อัตมโนทัศน์เป็นความเชื่อและความรู้สึกที่บุคคลยึดถือเกี่ยวกับตนเองในช่วงเวลาหนึ่ง เกิดจากการรับรู้ภายในตนเอง และการรับรู้ของบุคคลอื่นที่มีต่อตนเอง (Roy & Andrew, 1991) รอยแบ่งอัตมโนทัศน์ออกเป็น 2 ส่วน คือ

3.2.1 อัตมโนทัศน์ด้านร่างกาย (physical self) ประกอบด้วย

3.2.1.1 ความรู้สึกของร่างกาย (body sensation)

เป็นความรู้สึกเกี่ยวกับภาวะสุขภาพ สมรรถภาพในการทำหน้าที่ของอวัยวะต่างๆในร่างกาย

3.2.1.2 ภาพลักษณ์ (body image) เป็นความรู้สึก

ที่มีต่อสภาพร่างกายตนเอง รวมถึงขนาด รูปร่างหน้าตา ท่าทาง

3.2.2 อัตมโนทัศน์ส่วนตัว (personal self) เป็นความรู้สึกทุกอย่างที่ประกอบกันเป็นบุคลิกภาพของบุคคล แบ่งออกเป็นส่วนตัวได้ดังนี้

3.2.2.1 ความสม่ำเสมอแห่งตน (self consistency)

เป็นความรู้สึกว่าตนเองสามารถจัดการกับสิ่งแวดล้อมในชีวิตของตนได้ พฤติกรรมการแสดงออกของแต่ละบุคคลจะมีเอกลักษณ์เฉพาะตัวขึ้นอยู่กับความรู้สึก เจตคติและความเชื่อ ซึ่งประกอบขึ้นเป็นบุคลิกภาพของบุคคลนั้น ถ้าความรู้สึกภายในตนเองถูกคุกคาม จะก่อให้เกิดความวิตกกังวล ความกลัว ไม่แน่ใจ

3.2.2.2 ปณิธานแห่งตน (self-idea) เป็นความ

มุ่งหวังที่จะทำหรือความมุ่งหวังที่จะเป็นของบุคคล ซึ่งเป็นพื้นฐานของการแสดงพฤติกรรมให้บรรลุเป้าหมายตามที่หวังไว้ ถ้าบุคคลไม่ประสบผลสำเร็จในสิ่งที่มุ่งหวัง และไม่สามารถปรับตัวได้ จะเกิดความรู้สึกสูญเสียอำนาจ (powerlessness) อันจะนำมาซึ่งความรู้สึกไร้คุณค่า ท้อแท้ สิ้นหวัง และเบื่อหน่ายชีวิต

3.2.2.3 คุณธรรม-จรรยาแห่งตน (moral-ethical-spiritual self) บุคคลเรียนรู้และพัฒนาความคิดเกี่ยวกับศีลธรรมจรรยาของตนเอง และใช้เป็นเกณฑ์ในการพิจารณาความคิดและการกระทำทั้งของตนเองและผู้อื่น ว่าเป็นสิ่งดีหรือเลว ถูกหรือผิด ถ้าบุคคล

รู้สึกว่าตนเองละเมิดกฎเกณฑ์ หรือบรรทัดฐานทางคุณธรรมและจรรยาที่กำหนดไว้ จะเกิดความรู้สึกผิด ตีตนลงโทษ หรือลงโทษผู้อื่น

3.2.2.4 ความมีคุณค่าในตนเอง (self-esteem)

เป็นความรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า ได้รับการยอมรับยกย่องจากผู้อื่น อัตมโนทัศน์ด้านร่างกาย ความ

สม่ำเสมอแห่งตน ปณิธานแห่งตน และคุณธรรม-จรรยาแห่งตน จะมีความเกี่ยวพันกับการรับรู้คุณค่าในตนเอง บุคคลที่มีการพัฒนา อัตมโนทัศน์ในส่วนย่อยดังกล่าวที่ดี จะมีการรับรู้คุณค่าในตนเองที่ดีด้วย ในทางตรงกันข้ามบุคคลที่มีความวิตกกังวล รู้สึกผิด หรือสูญเสียอำนาจ มักจะรับรู้ต่อคุณค่าของตนเองต่ำ (low self-esteem) ทำให้กลายเป็นคนมีปมด้อย ขาดความเชื่อมั่นในตนเอง มองโลกในแง่ร้าย หงุดหงิด โมโหง่าย เอาแต่ใจตนเอง และอาจมีภาวะแยกตัวได้ (สายพิน เกษมกิจวัฒนา, 2531)

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับ การปรับตัวของเด็กที่มีพี่น้องป่วยเป็นโรคเรื้อรังอื่นๆ เช่น โรคเบาหวาน โรคหัวใจ โรคธาลัสซีเมีย โรคมะเร็ง โรคออทิสติก พบการปรับตัวด้านอัตมโนทัศน์ ดังนี้

อัตมโนทัศน์ด้านร่างกาย (physical self) มีองค์ประกอบ 2 ส่วน คือ ความรู้สึกต่อร่างกาย และภาพลักษณ์ ในเด็กวัยเรียนจนถึงวัยรุ่นตอนต้น จะเริ่มวิตกกังวลกับรูปร่างของตนเอง อยากสวย อยากแข็งแรง (สุชา จันทรเฒ, 2543) ในเด็กอายุ 4-11 ปี ที่มีพี่น้องป่วยเป็นโรคมะเร็งจากการศึกษาของ Walker (1998) พบว่ามีความเครียดจากการกลัวความตาย กลัวว่าตนเองจะป่วย เป็นโรคเดียวกันกับพี่หรือน้องที่เป็นมะเร็ง และกลัวว่าจะเสียชีวิต ในกรณีที่พี่หรือน้องเสียชีวิตจากโรคมะเร็ง เด็กที่มีพี่หรือน้องเจ็บป่วยจะมีความกลัว วิตกกังวลเกี่ยวกับสุขภาพของตนเอง มีภาพลักษณ์ต่อร่างกายตนเองในทางลบ (a negative body image) เนื่องจากเห็นสภาพการเปลี่ยนแปลงของร่างกายของเด็กป่วย เช่น น้ำหนักลด รูปร่างผอม ผิวดำ มีแผลในปาก ผมร่วงจนหมดศีรษะ เป็นต้น มีผลให้พี่น้องเป็นห่วงสุขภาพของตนเองกลัวว่าจะเป็นเช่นเดียวกับเด็กป่วยมะเร็ง ทำให้มีความวิตกกังวลอย่างมาก บางรายอาจแสดงออกเป็นความเจ็บป่วยทางร่างกายได้ (physical symptoms) เช่น ปวดศีรษะ ปวดท้อง แต่ในเด็กบางรายก็เห็นคุณค่าของการมีสุขภาพดีของตนเองเมื่อเห็นความทุกข์จากการเจ็บป่วยของพี่น้องที่เจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็ง (Sargent, 1995)

อัตมโนทัศน์ส่วนบุคคล (personal self) เป็นความรู้สึกเกี่ยวกับตนเอง ด้านความเชื่อ ค่านิยม ความคาดหวัง และความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง จากการศึกษานี้ของ Sargent (1995) ที่สัมภาษณ์เด็กที่มีพี่น้องป่วยเป็นโรคมะเร็ง จำนวน 254 คน พบว่า เด็กมีความรู้สึกต่อตนเองในทางลบ สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Walker (1998) ที่ศึกษาในเด็กอายุ 4-6 ปี ที่มีพี่น้องป่วยด้วยโรคมะเร็ง พบว่ามีระดับคะแนนอัตมโนทัศน์ต่ำ มีความรู้สึกต่อตนเองในทางลบ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลง และกล่าวว่าบิดามารดามีความห่วงใยด้านจิตใจต่อตนเองมากกว่าพี่หรือน้องที่ป่วย แต่จากการศึกษาของ Chesler (1991) พบว่า พี่น้องเด็กป่วยด้วยโรคมะเร็ง บางรายมีอัตมโนทัศน์ต่อตนเองดีขึ้น เช่น มีวุฒิภาวะที่สูงขึ้น มีความรับผิดชอบมากขึ้น

3.3 การปรับตัวด้านบทบาทหน้าที่ (role function mode) เป็นการปรับตัวเกี่ยวกับด้านสังคม บุคคลแต่ละคนจะมีตำแหน่งและบทบาทในสังคมของตนเอง และต้องมีการปรับตัวหรือกระทำตามบทบาทหน้าที่ของตนตามที่สังคมคาดหวัง ซึ่งแต่ละคนจะมีบทบาทของตนเอง ดังต่อไปนี้ (Roy & Andrew, 1991)

3.3.1 บทบาทปฐมภูมิ (primary role) เป็นบทบาทตามระดับการเจริญเติบโตและการพัฒนาการของบุคคล บทบาทนี้จะเป็นตัวกำหนดพฤติกรรมของบุคคลในช่วงต่างๆ ของชีวิต เช่น บทบาทเด็ก วัยรุ่น ผู้ใหญ่ เป็นต้น

3.3.2 บทบาททุติยภูมิ (secondary role) เป็นบทบาทที่ขึ้นอยู่กับงานที่บุคคลต้องกระทำตามระดับพัฒนาการ ได้แก่ บทบาทในครอบครัว เช่น พ่อ แม่ ลูก บทบาทตามอาชีพ เช่น ครู พยาบาล เป็นต้น

3.3.3 บทบาทตติยภูมิ (tertiary role) เป็นบทบาทชั่วคราวที่บุคคลนั้นได้รับ เช่น บทบาทผู้ป่วย บทบาทสมาชิกชมรม เป็นต้น

เด็กที่มีพี่น้องป่วยด้วยโรคมะเร็ง มีบทบาทปฐมภูมิตามเพศและวัย คือ เป็นเด็กเพศชาย หรือเพศหญิงที่มีอายุอยู่ในช่วงวัยเรียน 7-12 ปี ซึ่งเป็นวัยที่ออกจากบ้านไปสู่วิทยาลัยและสังคมภายนอกครอบครัว ทำให้เรียนรู้การอยู่ร่วมกับผู้อื่น รู้จักปรับตัวตามกฎเกณฑ์ของสังคม และปฏิบัติตัวให้เป็นที่ยอมรับของสังคม มีการอยู่ร่วมกันระหว่างเด็กวัยเดียวกันและเพศเดียวกันเป็นส่วนมาก มีการเล่นแบบรวมกลุ่มมากกว่าเล่นคนเดียว (สุชา จันทรเฒ, 2543) และวัยรุ่นตอนต้น 13-18 ปี วัยรุ่นมักจะแยกตัวจากบิดามารดา เข้ากลุ่มเพื่อนมากขึ้น และจะพยายามแก้ปัญหาด้วยตัวเอง แต่ในขณะเดียวกันก็ต้องการการดูแลเอาใจใส่จากบิดามารดา เมื่อมีเรื่องสำคัญที่ต้องตัดสินใจ บทบาททุติยภูมิ คือ เป็นนักเรียน เป็นบุตร เป็นพี่น้องของเด็กเจ็บป่วยโรคมะเร็ง และบางคนอาจมีบทบาทตติยภูมิ คือ เป็นกรรมการนักเรียน เป็นหัวหน้าชั้น เป็นนักกีฬาโรงเรียน เป็นต้น ซึ่งแต่ละบทบาทก็มีหน้าที่แตกต่างกันออกไป ถ้าเด็กที่มีพี่หรือน้องเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งสามารถปรับตัวรับกับบทบาทต่างๆ ได้พร้อมกัน จะสามารถปรับตัวอยู่ร่วมกับเด็กป่วยได้โดยไม่เกิดปัญหา แต่ถ้าไม่สามารถปรับตัวได้จะทำให้เกิดปัญหาพฤติกรรม โดยเฉพาะเด็กโตที่เป็นผู้หญิง มักถูกคาดหวังจากครอบครัวให้มีหน้าที่รับผิดชอบงานภายในบ้านเพิ่มขึ้น เช่น ให้ทำงานบ้านเพิ่มขึ้น ให้ช่วยดูแลสมาชิกคนอื่นในครอบครัวรวมทั้งให้ช่วยดูแลเด็กป่วยด้วย (เบญจพร ปัญญาขง, 2540) เพื่อนที่โรงเรียนห่างเหินเพราะกลัวว่าพี่น้องของเขาอาจเป็นโรคที่ติดต่อกันได้ เพื่อนๆ อาจล้อเลียนที่พี่หรือน้องมีภาพลักษณ์เปลี่ยนแปลงจากการเจ็บป่วย เช่น ผอมร่าง ผิดคล้า เป็นต้น ขณะเดียวกันตัวพี่หรือน้องของเด็กเจ็บป่วยโรคมะเร็งอาจมีอารมณ์เปลี่ยนไปเพราะความเครียดที่เกิดขึ้น เช่น กลายเป็นเด็กหงุดหงิดง่าย ซึมเศร้า แยกตัว ทำให้เพื่อนๆ ไม่กล้าเข้าหา หรือเล่นด้วย สิ่งเหล่านี้ทำให้

เด็กไม่ชอบไปโรงเรียน ในรายที่ต้องมีหน้าที่รับผิดชอบในครอบครัวมากขึ้น ประกอบกับบิดามารดาไม่มีเวลาที่จะให้ความสนใจกับการเรียนของเขา เด็กอาจมีความสนใจในการเรียนลดลง ทำให้ผลการเรียนแย่ลง (Williams, 2009) แต่ในทางตรงกันข้ามเด็กบางคน อาจตั้งใจเรียนมากขึ้นเมื่อเผชิญกับภาวะเครียดเช่นนี้ เพื่อให้เกิดความรู้สึกสามารถควบคุมตนเองหรือสถานการณ์ได้ (Chesler, 1991)

3.4 การปรับตัวด้านการพึ่งพาอาศัยตนเองและผู้อื่น (interdependence mode) เป็นการมีปฏิสัมพันธ์พึ่งพาอาศัยซึ่งกันและกัน มีการให้และการรับความรัก ความเคารพยกย่อง และให้เกียรติซึ่งกันและกัน โดยบุคคลต้องมีการปรับตัวเพื่อให้มีความสมดุลระหว่างการเป็นตัวของตัวเอง (independence) การพึ่งพาผู้อื่น (dependence) และการให้ผู้อื่นได้พึ่งตนเอง ถ้าบุคคลมีปัญหาในการปรับตัวอาจมีพฤติกรรมที่แสดงถึงการพึ่งพาผู้อื่นอย่างไม่เหมาะสม ต้องการความช่วยเหลือจากผู้อื่นมาก หรือมีพฤติกรรมการพึ่งพาตนเองอย่างไม่เหมาะสม เกิดปัญหาการปรับตัวล้มเหลว ได้แก่ ความท้อแท้ การปฏิเสธหรือความรู้สึกว่าเหว

ในเด็กมักพบว่า มีปัญหาการอิจฉากันระหว่างพี่น้อง (sibling rivalry) การขัดแย้งทะเลาะกัน การแข่งขันระหว่างพี่น้องพบได้เสมอ แต่ถ้าความไม่ลงรอยกันรุนแรงมากจนถึงขั้นเป็นศัตรูกัน ไม่เคารพนับถือ ไม่สามารถแบ่งปันกันได้เลยหรือถึงขั้นทำร้ายกัน จัดว่าเป็นความผิดปกติ มีความก้าวร้าว จะเป็นปัญหาเมื่อเกิดขึ้นบ่อยหรือรุนแรง ในเด็กวัยเรียนพบน้อยลงและแสดงออกได้หลายแบบ เช่น คือเจียบ ใช้คำพูดแทนพฤติกรรมก้าวร้าว (Sargent, 1995) การที่มารดาต้องไปอยู่กับพี่หรือน้องที่เจ็บป่วยโรคมะเร็ง ในโรงพยาบาล เด็กต้องอยู่กับบิดาตามลำพังที่บ้าน ในบางครอบครัวต้องอยู่กับปู่ ย่า ตา ยาย หรือญาติคนอื่น ๆ โอกาสที่จะได้ไปเยี่ยมผู้ป่วยที่โรงพยาบาลมีน้อยมาก หรืออาจไม่ได้ไปเลย ความสัมพันธ์ระหว่างพี่หรือน้อง กับบิดามารดา และเด็กลดลง เกิดความรู้สึกถูกทอดทิ้ง โดดเดี่ยว ขณะเดียวกันก็รู้สึกโกรธทั้งบิดามารดาและเด็กป่วยที่ทำให้ชีวิตครอบครัวเปลี่ยนแปลงไป กิจกรรมประจำวันเปลี่ยนแปลงไปจากเดิม งานบ้านที่เพิ่มขึ้น ไม่มีโอกาสได้เล่นสนุกสนานเหมือนเพื่อนๆ การสมาคมกับเพื่อนๆ ลดลง การสังคมหรือกิจการนอกบ้าน เช่น ที่โรงเรียนลดลง งดการไปเที่ยวหรือการพักผ่อนนอกบ้านด้วยเหตุผลทั้งจากภาวะเจ็บป่วยของเด็กและทางด้านเศรษฐกิจ เมื่อเด็กเจ็บป่วยโรคมะเร็งมีอาการดีและกลับมาอยู่บ้าน พี่น้องของเด็กเจ็บป่วยโรคมะเร็งต้องปรับตัวใหม่ต่อการที่มีพี่น้องเจ็บป่วยเรื้อรังอยู่ในครอบครัว บิดามารดาจะใช้เวลา ตามใจและปกป้องเด็กป่วยมาก ไม่ใช้ระเบียบ กฎเกณฑ์และวินัยใดๆ กับเด็กป่วย ในขณะที่พี่น้องของเด็กเจ็บป่วยโรคมะเร็งต้องช่วยเหลือตนเอง ทำให้เกิดความไม่พอใจ มักแยกตัวบ่อยๆ รู้สึกว่าตนเองถูกลืม บิดามารดาไม่ยอมรับ ไม่มีความสำคัญ แข่งขันและอิจฉาเด็กป่วย (Sargent, 1995) สอดคล้องกับการศึกษาของ วรรณา เรื่องลาภอนันต์ (2543) ซึ่งพบว่า พี่หรือน้องของเด็กป่วย

โรคหอบหืดจะมีปฏิกิริยาทางด้านจิตใจโดยเรียกร้องความสนใจจากบิดามารดามากขึ้น ทำให้บิดามารดาที่มีอารมณ์ตึงเครียดอยู่แล้ว อาจทนไม่ได้จึงโกรธและลงโทษว่ากล่าวพี่น้องของเด็กเจ็บป่วย โรคหืดเรื้อรัง ส่งผลให้พี่น้องของเด็กเจ็บป่วยโรคหืดเรื้อรัง โกรธและเห็นเด็กป่วยเป็นศัตรู เนื่องจากเป็นต้นเหตุให้ตนเองถูกลงโทษ ทำให้สัมพันธ์ภาพระหว่างคู่พี่น้องแย่ง และจากการศึกษาของพัชราพรรณ ทิพวงศา (2542) พบว่า น้องวัยเรียนของเด็กเจ็บป่วยเรื้อรังมีภาวะเครียดเนื่องจากปัญหาสัมพันธ์ภาพระหว่างคู่พี่น้อง โดยน้องของเด็กเจ็บป่วยเรื้อรังต้องแยกจากพี่บ่อยๆ ทำให้รู้สึกเหงาเหมือนถูกทอดทิ้ง เนื่องจากพี่เจ็บป่วยเรื้อรังหรือเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล น้องของเด็กเจ็บป่วยเรื้อรังจะทะเลาะและขัดแย้งกับพี่ เพราะน้องของเด็กเจ็บป่วยเรื้อรังจะไม่ได้เล่นกับพี่เหมือนเดิม เนื่องจากพี่อ่อนเพลีย ไม่แข็งแรงเหมือนเดิม หรือถูกบิดามารดาห้าม และจากการศึกษาของ วราภรณ์ หมั่นสา (2540) ได้ศึกษาพฤติกรรมการปรับตัวของเด็กวัยเรียนที่มีพี่หรือน้องป่วยเป็นโรคหืดเรื้อรัง พบว่าพฤติกรรมของพี่น้องเด็กป่วยมีปัญหาด้านความสัมพันธ์พี่พี่ระหว่างกัน โดยจะทะเลาะกัน และแสดงความอิจฉาเมื่อผู้ป่วยได้รับการดูแลเป็นพิเศษ

ในทางตรงกันข้าม การปรับตัวด้านความสัมพันธ์พี่พี่พาอาศัยตนเองและผู้อื่นในทางบวก จะทำให้พี่น้องเด็กป่วย มีความเข้าใจเพิ่มขึ้นเกี่ยวกับโรคที่ผู้ป่วยต้องเผชิญ รู้สึกเห็นอกเห็นใจ ห่วงใยเด็กป่วยมากขึ้น (Faux, 1991) สอดคล้องกับการศึกษาของ Minagawa (1997) พบว่าเด็กวัยเรียนในครอบครัวที่มีพี่หรือน้องเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวาน พี่หรือน้องของเด็กป่วยจะให้ความสนใจเกี่ยวกับการเจ็บป่วย โดยสนใจที่จะเรียนรู้เกี่ยวกับโรค การดูแลและช่วยเหลือผู้ป่วยเรื่องอาหารและการออกกำลังกาย

เด็กที่มีพี่หรือน้องป่วยด้วยโรคหืดเรื้อรัง กล่าวว่า มีความเข้าใจเพิ่มขึ้นเกี่ยวกับโรคที่ผู้ป่วยต้องเผชิญ เข้าใจที่ผู้ป่วยรู้สึกแย่ที่ถูกเพื่อนล้อเลียน คิดถึงสิ่งที่ไม่ดีที่ผู้ป่วยได้รับ และเข้าใจว่าผู้ป่วยมีความรู้สึกอย่างไร และตนเองก็รู้สึกอย่างนั้นด้วย รู้สึกเห็นอกเห็นใจ อยากปกป้องผู้ป่วยที่ตนเองรัก มีความเป็นห่วงผู้ป่วยอย่างมาก กลัวผู้ป่วยเสียชีวิต (Chesler, 1991; Sargent, 1995) จะเห็นได้ว่า การเจ็บป่วยโรคหืดเรื้อรังในเด็ก ย่อมส่งผลกระทบต่อเด็กป่วยและเด็กที่มีสุขภาพดีให้มีพฤติกรรมปรับตัวทั้งทางด้านบวก เช่น พี่หรือน้องของเด็กป่วยแสดงความเห็นอกเห็นใจซึ่งกันและกัน สงสารให้ความช่วยเหลือ และทำกิจกรรมร่วมกันกับเด็กป่วยมากขึ้น และพฤติกรรมทางด้านลบ เช่น พี่หรือน้องจะเกิดความอิจฉาริษยา และโกรธเด็กป่วย เนื่องจากบิดามารดาให้ความรัก และเอาใจใส่เด็กป่วยมากกว่าตน

4. สิ่งนำออก

สิ่งนำออกจากระบบการปรับตัวของบุคคล คือ ปฏิกริยาตอบสนองของระบบ (response) ซึ่งรอยถือว่าเป็นพฤติกรรม (behavior) ซึ่งสามารถสังเกตได้ ตรวจสอบได้ หรือบอกได้ พฤติกรรมการปรับตัวที่ดีจะส่งเสริมความมั่นคงของบุคคล และสามารถบรรลุเป้าหมายของการเจริญเติบโต การมีชีวิตรอด สามารถสืบทอดเผ่าพงศ์และเอาชนะอุปสรรคต่างๆ ได้ แต่ถ้าพฤติกรรมการปรับตัวนั้นไม่สามารถจะทำให้บรรลุเป้าหมายดังกล่าวได้ ถือว่าเป็นพฤติกรรมการปรับตัวที่ไม่มีประสิทธิภาพ (Roy & Andrew, 1991) พฤติกรรมการปรับตัวที่ดี และพฤติกรรมการปรับตัวที่ไม่มีประสิทธิภาพจะย้อนกลับไปเป็นสิ่งนำเข้าสู่ระบบ เพื่อการปรับตัวที่เหมาะสมต่อไป

เมื่อพิจารณาตามทฤษฎีการปรับตัวของรอย การเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งของเด็กในครอบครัว จัดว่าเป็นสิ่งเร้าตรงต่อพี่น้องเด็กป่วยที่กำลังเผชิญขณะนั้น เนื่องจากสัมพันธภาพระหว่างพี่น้องเป็นสายสัมพันธ์ที่แน่นแฟ้นในครอบครัว พี่น้องจะใช้เวลาอยู่ร่วมกันมากกว่าคนอื่นๆ ในครอบครัว ดังนั้นพี่น้องจึงจำเป็นต้องปรับตัวเพื่อใช้ชีวิตอยู่ร่วมกับผู้ป่วย ได้แก่ การปรับตัวทั้ง 4 ด้าน คือ ด้านร่างกาย อารมณ์ทัศนคติ บทบาทหน้าที่ และการพึ่งพาอาศัยตนเองและผู้อื่น แต่นอกจากสิ่งเร้าตรงดังที่กล่าวมาข้างต้น จะส่งผลให้เกิดการปรับตัวด้านต่างๆ แล้ว ยังมีปัจจัยบางประการที่จัดเป็นสิ่งเร้าร่วม หรือสิ่งเร้าแฝง ที่อาจทำให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในพี่น้องเด็กป่วยโรคมะเร็งด้วยเช่นกัน

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการปรับตัวของพี่น้องเด็กป่วยโรคมะเร็ง

เนื่องจากโรคมะเร็งจัดเป็นโรคเรื้อรังชนิดหนึ่ง ที่มีระยะเวลาการเจ็บป่วยที่ยาวนานหรือตลอดชีวิต ดังนั้นการปรับตัวของเด็กที่มีพี่น้องป่วยด้วยโรคมะเร็ง จึงขึ้นอยู่กับปัจจัยและตัวแปรหลายประการที่เป็นทั้งสิ่งแวดล้อมภายในและภายนอกตัวเด็ก และอาจเป็นอิทธิพลที่มีอยู่เดิมทั้งก่อนเกิดการเจ็บป่วย หรืออาจเกิดขึ้นขณะที่เด็กกำลังป่วยอยู่ก็ได้ จัดได้ว่าเป็นสิ่งเร้าตรง สิ่งเร้าร่วม และสิ่งเร้าแฝงตามทฤษฎีการปรับตัวของรอย (วราภรณ์ หมั่นสา, 2540) จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ผู้วิจัยได้นำเสนอปัจจัยที่อาจมีอิทธิพลต่อการปรับตัวของพี่น้องเด็กป่วยโรคมะเร็ง ดังนี้ (Williams, 1997)

1. ปัจจัยด้านเด็กป่วย

ความรุนแรงของโรคมะเร็ง จากการศึกษาของ Rollins (1990) ที่ศึกษาการปรับตัวของพี่น้องเด็กป่วยโรคมะเร็ง โดยให้พี่น้องเด็กป่วยวาดภาพของสมาชิกในครอบครัว และอธิบาย

เรื่องราวตามภาพที่วาด การอภิปรายผลการศึกษาจากภาพที่พี่น้องเด็กป่วยแสดงความรู้สึก พบว่าพี่น้องเด็กป่วยโรคมะเร็งจะมีปัญหาการปรับตัวด้านอารมณ์จิตใจ และอัตมโนทัศน์ ได้แก่ เศร้าเสียใจ รู้สึกมีส่วนร่วมในครอบครัวลดลง เมื่อผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยโรคครั้งแรก และเกิดปัญหาการปรับตัวมากที่สุดขณะที่มีการกลับเป็นซ้ำของโรค หรือเมื่อมีอาการรุนแรงที่ต้องรับการรักษาในโรงพยาบาล สอดคล้องกับการศึกษาของ Houztzager และคณะ (2004) ที่ศึกษา การจัดการความเครียด และการทำหน้าที่ของครอบครัว ต่อการปรับตัวของพี่น้องเด็กป่วยโรคมะเร็ง พบว่ามีความบกพร่องของการทำหน้าที่ของสมาชิกในครอบครัว ในระยะเวลา 1 เดือนแรกที่ทราบการวินิจฉัย ส่งผลต่อความรู้สึกไม่มั่นคงด้านอารมณ์ และความวิตกกังวลของพี่น้องเด็กป่วย เนื่องจากยังไม่ทราบการพยากรณ์โรคที่ชัดเจน จะทำให้พี่น้องเด็กป่วยเกิดความกังวล และท้อแท้สิ้นหวัง จากการศึกษาของ วราภรณ์ หมั่นสา (2540) ที่ศึกษาพฤติกรรมการปรับตัวของเด็กวัยเรียนที่มีพี่น้องป่วยด้วยโรคมะเร็ง ตามปัจจัยด้าน เพศ ลำดับการเกิด ระยะและความรุนแรงของโรคมะเร็ง และชนิดครอบครัว ตามการรับรู้ของมารดา จำนวน 134 ราย ผลการศึกษาพบว่า ระยะและความรุนแรงของโรคมะเร็ง ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการปรับตัวของเด็กวัยเรียนที่มีพี่น้องเด็กป่วยด้วยโรคมะเร็ง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$) นอกจากนี้ การศึกษาของ งามทิพย์ ชนบดีเฉลิมรุ่ง (2545) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง ความรุนแรงของอาการ กับการปรับตัวต่อความเจ็บป่วยในวัยรุ่นโรคมะเร็งเม็ดเลือดที่ได้รับเคมีบำบัด พบว่า ความรุนแรงของอาการ ไม่มีความสัมพันธ์กับการปรับตัวต่อความเจ็บป่วยในวัยรุ่นโรคมะเร็งเม็ดเลือดที่ได้รับเคมีบำบัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$)

จากการทบทวนวรรณกรรม มีการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรุนแรงของโรคมะเร็งกับพฤติกรรมการปรับตัวทั้งในผู้ป่วยเอง และในพี่น้องเด็กป่วยตามการรับรู้ของมารดา แม้ผลการศึกษาจะพบว่าความรุนแรงของโรคมะเร็ง ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการปรับตัวของพี่น้อง แต่เป็นที่น่าสังเกตคือ การศึกษาที่ผ่านมาเป็นการศึกษามุมมองของมารดา ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจศึกษา การรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งในพี่น้องเด็กป่วยกับพฤติกรรมการปรับตัว ว่ามีความสัมพันธ์กันหรือไม่ และหากมีความสัมพันธ์กันจนถึงระดับสามารถทำนายต่อพฤติกรรมการปรับตัวได้ ผู้วิจัยจะนำข้อมูลจากการศึกษามาประเมิน คิดตาม และวางแผนการพยาบาล เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุดในการดูแลผู้ป่วยเด็ก และพี่น้องเด็กป่วย

2. ปัจจัยด้านพี่น้องเด็กป่วย

เพศ เพศชายและเพศหญิงมีการปรับตัวที่แตกต่างกัน เนื่องจากหญิงและชายมีความแตกต่างทางรูปร่างและการทำหน้าที่ทางชีวภาพ ประกอบกับความมุ่งหวังและวัฒนธรรม ทำให้หญิงและชายมีความต้องการแนวทางและความสามารถในการปรับตัวต่างกัน (ละออ หุตางกูร,

2534) เด็กเพศหญิงมีแนวโน้มจะมีปัญหาทางจิตมากกว่าเพศชาย โดยจะแสดงออกจากอาการ ซึมเศร้า วิตกกังวล (Lobato, Faust, & Spirito, 1988) สอดคล้องกับการศึกษาของ Houztzager และคณะ (2004) ที่พบว่าพี่น้องเด็กป่วยเพศหญิงจะพบภาวะซึมเศร้า และวิตกกังวลสูงกว่าพี่น้องเด็กป่วยเพศชาย โดยมีคะแนนความวิตกกังวล ที่ประเมินจาก State – Trait Anxiety Inventory for Children (STAI – C) ของเพศหญิงสูงกว่าเพศชาย

ลำดับการเกิด ปัจจัยด้านลำดับการเกิด เด็กที่เป็นน้องของเด็กป่วยมีแนวโน้มที่จะแสดงพฤติกรรมที่เป็นปัญหา โดยเฉพาะน้องชายมักจะมีพฤติกรรมก้าวร้าว กระทำความผิด โกรธง่ายและมีพฤติกรรมแยกตัว (Breslau et al., 1981; Cowen et al., 1986; Tew & Laurence, 1973) และจากการศึกษาของ Barbarin (1995) ที่ศึกษาทักษะของพ่อแม่ที่มีต่อพฤติกรรมปรับตัวของเด็กที่มีพี่น้องป่วยด้วยโรคมะเร็ง ทั้งก่อนและหลังการวินิจฉัยโรค ผลการศึกษาพบว่า ในพี่น้องที่เป็นบุตรคนแรก หรือเป็นพี่ของผู้ป่วยในสายตาพ่อแม่เป็นคนที่มีความวิตกกังวล มีความรับผิดชอบ และสามารถพึ่งพาตนเองได้มากกว่าน้อง

การศึกษาที่ผ่านมาส่วนใหญ่ เป็นการศึกษาในต่างประเทศ ซึ่งมักพบปัญหาในพี่น้องเด็กป่วยเพศหญิงคือ ซึมเศร้า วิตกกังวล (Houztzager et al., 2004; Lobato, Faust, & Spirito, 1988) แต่ผลการศึกษาของ เกศณี นุณยพัฒนางกุล (2541) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง การรับรู้ผลข้างเคียงของยาเคมีบำบัด ปัจจัยด้านเด็กและครอบครัว กับพฤติกรรมการดูแลตนเองเด็กวัยเรียนโรคมะเร็งอายุ 6-13 ปี จำนวน 130 ราย พบว่า ปัจจัยด้านเพศของเด็ก มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองเด็กป่วยเพศหญิงจะมีความรับผิดชอบ และเอาใจใส่ต่อการดูแลตนเองหลังได้รับอาการข้างเคียงจากยาเคมีบำบัดมากกว่าเด็กป่วยเพศชาย เนื่องจากเด็กป่วยเพศชาย จะให้ความสนใจกับการเล่น และขาดระเบียบวินัยในการรับประทานยา มากกว่าเด็กป่วยเพศหญิง ส่วนปัจจัยด้านลำดับการเกิดของพี่น้องเด็กป่วยโรคมะเร็ง มีการอภิปรายผลที่หลากหลายเช่น น้องเพศชาย มักจะมีพฤติกรรมก้าวร้าว เรียกร้องความสนใจ ภายหลังทราบว่ามิพี่เจ็บป่วย (Wong, 1995) เด็กเพศหญิงที่มีน้องเจ็บป่วย มักจะมีความวิตกกังวล และซึมเศร้า (Houztzager et al., 2004) ดังนั้นจากบริบทที่มีความแตกต่างกันทางวัฒนธรรมและสังคม จึงมีผลการอภิปรายที่หลากหลายแตกต่างกัน ผู้วิจัยจึงต้องการศึกษาความสามารถในการทำนายของปัจจัยด้านเพศ และลำดับการเกิด ต่อพฤติกรรมปรับตัวของพี่น้องเด็กป่วยโรคมะเร็งในประเทศไทยเพิ่มเติม เพื่อวางแผนการพยาบาลให้สอดคล้องกับ เพศ และลำดับการเกิด ของพี่น้องเด็กป่วยโรคมะเร็ง

3. ปัจจัยด้านแหล่งสนับสนุน

การสนับสนุนทางสังคม เป็นปัจจัยที่เปรียบเสมือนแหล่งประโยชน์ที่ช่วยส่งเสริมให้บุคคลมีพฤติกรรมที่ถูกต้องเหมาะสม (Roy & Andrew, 1991) พี่น้องเด็กป่วยโรคมะเร็งต้องเผชิญกับภาวะเครียดจากบิดามารดาในการดูแลเด็กป่วยโรคมะเร็ง ที่ต้องการการดูแลอย่างใกล้ชิด ซึ่งบางครั้งบิดามารดาอาจจะเลยการทำหน้าที่ดูแลบุตรคนอื่นๆ สิ่งเราที่เป็นตัวกระตุ้นนี้ ทำให้พี่น้องเด็กป่วยโรคมะเร็งต้องมีการปรับตัว เพื่อดำรงภาวะสมดุลของระบบ เครือข่ายทางสังคมทั้ง บิดา มารดา ญาติ พี่น้อง ครู เพื่อนที่โรงเรียน การสนับสนุนจากกลุ่มคนเหล่านี้จะทำให้เกิดการปรับตัวได้อย่างมีประสิทธิภาพ (วิภารัตน์ แสงสุวรรณ, 2541)

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยนำแนวคิดเกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคมของเฮาส์ (House, 1985) มาใช้เป็นแนวทางในการประเมินการสนับสนุนทางสังคมของพี่น้องเด็กป่วยโรคมะเร็ง เนื่องจากจำแนกชนิดของการสนับสนุนได้ชัดเจนและครอบคลุมความต้องการทั้งด้านร่างกายและจิตใจของพี่น้องเด็กป่วยโรคมะเร็ง แบ่งการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 4 ด้าน ดังนี้ ได้แก่

1. ด้านอารมณ์ (emotional support) เช่น การได้รับความรัก ความเอาใจใส่ จากบิดามารดาและคนรอบข้าง
 2. ด้านข้อมูลข่าวสาร (informational support) เช่น การได้รับข้อมูล ข้อเท็จจริงเกี่ยวกับอาการและความเจ็บป่วยของพี่น้อง
 3. ด้านการประเมินคุณค่า (appraisal support) เช่น การได้รับการยอมรับ และ คำชื่นชม
 4. ด้านทรัพยากร (instrument support) เช่น การได้รับเงินค่าใช้จ่ายตามปกติ
- จากการศึกษาพบว่า พี่น้องเด็กป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมสูงด้านอารมณ์ เช่น การได้รับความเอาใจใส่จากบิดามารดา การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร เช่น การได้รับข้อมูลเกี่ยวกับอาการและอาการแสดงของเด็กป่วยจะมีภาวะซึมเศร้า ความวิตกกังวลลดลง และปัญหาพฤติกรรมการปรับตัวลดลง (Barrera, Fleming, & Khan, 2003) ซึ่งการสนับสนุนดังกล่าว อาจเป็นได้ทั้งการสนับสนุนจากบิดามารดา ญาติ เพื่อนที่โรงเรียน แพทย์ พยาบาล และบุคลากรทีมสุขภาพอื่นๆ โดยจะทำหน้าที่เสมือนแหล่งประโยชน์ที่จะช่วยให้พี่น้องเด็กป่วยโรคมะเร็งมีพฤติกรรมปรับตัวที่ดีได้ สอดคล้องกับแนวคิดของ Roy (Roy & Andrew, 1991) ที่กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคม เป็นส่วนหนึ่งของแบบแผนสัมพันธภาพทางสังคม เป็นแหล่งประโยชน์ที่ช่วยส่งเสริมให้บุคคลมีพฤติกรรมปรับตัวที่ถูกต้องเหมาะสม จากการศึกษาของ วิภารัตน์ แสงสุวรรณ (2541) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับการปรับตัวของเด็กป่วยวัยรุ่นโรคมะเร็ง พบว่า เด็กป่วยวัยรุ่นโรคมะเร็งที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมสูง จะมีการปรับตัวที่ดี สอดคล้องกับการศึกษาของ อารีย์ มั่งเกียรติสกุล (2543) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง

การสนับสนุนทางสังคมกับการปรับตัวในวัยรุ่นอายุ ระหว่าง 13- 19 ปี ที่เป็นโรคมะเร็ง พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปรับตัวของวัยรุ่นโรคมะเร็งอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001, r = .4396$) ผู้ป่วยวัยรุ่นโรคมะเร็งที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมในระดับมาก ทั้ง 4 ด้านของเฮาส์ (House, 1981) คือ การสนับสนุนด้านทรัพยากร ได้แก่ ผู้ป่วยจะได้รับการพาไปตรวจอย่างสม่ำเสมอ ได้รับประทานอาหารที่มีประโยชน์ การสนับสนุนด้านอารมณ์ ได้แก่ ได้รับความรัก ความห่วงใย และความสนใจเอาใจใส่ การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร ได้แก่ ได้รับความรู้เกี่ยวกับโรคและการรักษาจากแพทย์และพยาบาล การสนับสนุนด้านการประเมิน ได้แก่ การได้รับคำชมเชยจากคนใกล้ชิดในการดูแลสุขภาพตนเอง ส่งผลให้ผู้ป่วยวัยรุ่นมีพฤติกรรมปรับตัวที่ดี มีกำลังใจในการรักษาต่อ รู้สึกมีคุณค่าในตนเองและคิดว่าตนมีประโยชน์ต่อครอบครัว สามารถปรับตัวด้านบทบาทหน้าที่ โดยเข้าร่วมกิจกรรมกับเพื่อนๆที่โรงเรียนเสมอ การศึกษาของ งามทิพย์ ชนบดีเฉลิมรุ่ง (2545) ที่ศึกษา ความสัมพันธ์ระหว่าง ระยะเวลาที่เจ็บป่วย ความรุนแรงของอาการ ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย การสนับสนุนทางสังคมกับการปรับตัวต่อความเจ็บป่วยในวัยรุ่นโรคมะเร็งเม็ดเลือดที่ได้รับเคมีบำบัด พบว่าระยะเวลาที่เจ็บป่วย และการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปรับตัวในวัยรุ่นโรคมะเร็งเม็ดเลือดที่ได้รับเคมีบำบัด และสามารถร่วมกันพยากรณ์การปรับตัวต่อความเจ็บป่วยในวัยรุ่นโรคมะเร็งเม็ดเลือดที่ได้รับเคมีบำบัด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ได้ร้อยละ 44.5 ($R^2 = .445$)

จากการศึกษาของ Murray (2001) ที่ศึกษาเปรียบเทียบการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมในพี่น้องเด็กป่วยโรคมะเร็ง ระหว่างพี่น้องเด็กป่วยโรคมะเร็งและบิดามารดา พบว่า พี่น้องเด็กป่วยโรคมะเร็งต้องการ การสนับสนุนทางสังคมจากบิดามารดา และทีมบุคลากรทางการแพทย์ ด้านอารมณ์ เช่น ความเอาใจใส่ เห็นอกเห็นใจ และด้านทรัพยากรสิ่งของมากที่สุด ในขณะที่บิดามารดารับรู้ว่าพี่น้องเด็กป่วยโรคมะเร็งต้องการ การสนับสนุนด้านอารมณ์ และด้านข้อมูลข่าวสาร มากที่สุด

จะเห็นได้ว่า ปัจจัยด้านการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์และสามารถทำนายพฤติกรรมปรับตัวในผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งได้ แต่ในการปรับตัวของพี่น้องเด็กป่วยโรคมะเร็ง ยังไม่มีการศึกษาอำนาจทำนายมาก่อน ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาปัจจัยด้านการสนับสนุนทางสังคมต่อการทำนายพฤติกรรมปรับตัวของพี่น้องเด็กป่วยโรคมะเร็ง เพื่อนำผลการศึกษามาวางแผนช่วยเหลือ ให้การสนับสนุนทางสังคมแก่พี่น้องเด็กป่วยโรคมะเร็ง

4. ปัจจัยด้านบิดามารดา

การมีบุตรเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็ง เป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้เกิดความเครียดแก่บิดามารดาได้ เนื่องจาก ความรุนแรงของโรคที่คุกคามต่อชีวิต และการพยากรณ์โรคที่ไม่แน่นอน อีกทั้งระยะเวลา

ในการเจ็บป่วยที่เรื้อรังและยาวนาน อาจทำให้เกิดความเครียดจากการดูแลเด็กป่วย ส่งผลให้บิดามารดามีความบกพร่องในการดูแลพี่น้องเด็กป่วยได้ (รุจา ภูไพบูลย์ และคณะ, 2543)

Lazarus และ Folkman (1984) อธิบายความเครียดในรูปแบบของความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับสิ่งแวดล้อมที่มีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา และมีอิทธิพลซึ่งกันและกัน มโนคติหลักของทฤษฎีมี 3 มโนคติ คือ ความเครียด การประเมินตัดสิน และการเผชิญความเครียด

1) **ความเครียด** หมายถึง เหตุการณ์ที่บุคคลประเมินว่ามีผลต่อสวัสดิภาพของตนเอง และบุคคลจะต้องใช้แหล่งประโยชน์ในการปรับตัวที่มีอยู่อย่างเต็มที่หรือเกินกำลัง

2) **การประเมินตัดสิน** เป็นกระบวนการประเมินเพื่อตัดสินว่า ทำไมเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นทำให้เกิดความเครียด แบ่งออกเป็น การประเมินปฐมภูมิและการประเมินทุติยภูมิ

2.1) **การประเมินปฐมภูมิ (primary appraisal)** เป็นการประเมินผลกระทบที่เกิดจากสิ่งแวดล้อมซึ่งประเมินโดยบุคคล ว่าไม่มีความสำคัญกับตนเอง (irrelevant) มีผลในด้านดีกับตนเอง (benign-positive) หรือเป็นความเครียด (stressful) การประเมินว่าเป็นความเครียด สามารถประเมินได้ใน 3 ลักษณะ คือ เป็นอันตรายหรือสูญเสีย (harm and loss) คุกคาม (threat) และท้าทาย (challenge)

2.2) **การประเมินทุติยภูมิ (secondary appraisal)** เป็นการประเมินแหล่งประโยชน์และทางเลือกในการจัดการกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น การประเมินสถานการณ์ว่าเป็นความเครียดหรือไม่ และเป็นความเครียดชนิดใด รุนแรงมากน้อยเพียงใดนั้น ขึ้นอยู่กับปัจจัยสถานการณ์เฉพาะหน้า (situational factors) ได้แก่ ความไม่แน่นอนของสถานการณ์ ลักษณะของสถานการณ์ ความรุนแรงของสถานการณ์ และปัจจัยทางด้านตัวบุคคล (personal factors) ได้แก่ ข้อผูกพัน ความเชื่อของบุคคล และสติปัญญาของบุคคล

3. **การเผชิญความเครียด (coping)** เป็นกระบวนการที่บุคคลใช้ความพยายามในการจัดการกับความเครียด ซึ่งตามความหมายของการเผชิญความเครียดนี้ จัดว่าเป็นกระบวนการหนึ่งของการปรับตัว และเป็นกระบวนการที่มีการเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา การเผชิญความเครียด มี 2 ลักษณะ คือ การมุ่งแก้ปัญหา (problem focused coping) และการจัดการกับอารมณ์ (emotional focused coping) การมุ่งแก้ปัญหาเป็นการเผชิญกับความเครียดโดยจัดการที่ตัวปัญหามุ่งการแก้ปัญหา หรือปรับสิ่งแวดล้อม ส่วนการจัดการกับอารมณ์ เป็นการปรับอารมณ์หรือความรู้สึก เพื่อไม่ให้ความเครียดทำลายขวัญหรือกำลังใจ จากการประเมินตัดสิน (appraisal) และการเผชิญความเครียด (coping) ส่งผลต่อผลลัพธ์ต่อการปรับตัวใน 3 ด้านคือ การทำหน้าที่ทางสังคม (social function) ขวัญและกำลังใจ (morale) และภาวะสุขภาพ (somatic health)

การมีบุตรเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็ง บิดามารดาจะใช้วิธีการเผชิญความเครียดทั้งแบบมุ่งแก้ปัญหา (problem focused coping) และแบบมุ่งจัดการกับอารมณ์ (emotional focused coping) โดยจะเลือกใช้การเผชิญกับความเครียดวิธีใด ขึ้นอยู่กับว่าบิดามารดาประเมินสถานการณ์ที่เผชิญอย่างไรว่าเป็นสถานการณ์ที่สามารถควบคุมได้ หรือควบคุมไม่ได้ ถ้าบิดามารดาประเมินว่าสถานการณ์นั้นสามารถเปลี่ยนแปลงได้ หรือคนมีศักยภาพเพียงพอที่จะควบคุมสถานการณ์นั้นได้ ก็จะใช้วิธีการเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหา เช่น การปรับสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสม การหาแหล่งสนับสนุนทางสังคมด้านต่างๆ แต่ถ้าบิดามารดาประเมินว่า ไม่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ก็จะใช้วิธีการเผชิญความเครียดแบบมุ่งจัดการกับอารมณ์ เช่น การดำเนินตนเอง หรือ การเพิกเฉยต่อปัญหา

ความเครียดของบิดามารดา บิดามารดานับมีบทบาทสำคัญต่อพฤติกรรมกรรมการปรับตัวของพี่น้องเด็กป่วย เพราะเมื่อมีเด็กป่วยเป็นโรคมะเร็งในครอบครัว ทำให้บิดามารดามีปฏิกิริยาตอบสนองต่อภาวะความเจ็บป่วยแตกต่างกันไป เช่น ความโกรธ ความโศกเศร้า ความวิตกกังวล ความเครียด

ความเครียดของบิดามารดา คือปัจจัยที่ส่งผลกระทบโดยตรงต่อพฤติกรรมกรรมการปรับตัวของพี่น้องเด็กป่วยกลุ่มที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ เช่น โรคออทิสติก โรคความวิตกกังวล เพราะสามารถทำนายพฤติกรรมกรรมการปรับตัวของพี่น้องได้ร้อยละ 58 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($R^2 = .58, p < .01$) (Giallo & Gavidia-Payne, 2006) จะเห็นได้ว่า เมื่อบิดามารดาเกิดความเครียด จะทำให้ความสามารถในการรับผิดชอบงานลดลง หมกมุ่นอยู่กับความเจ็บป่วยของบุตร ไม่มีเวลาดูแลบุตรคนอื่นๆ พี่น้องของเด็กกลุ่มช่วยเหลือตนเองไม่ได้ ซึ่งเกิดความรู้สึกเสียใจ คิดว่าบิดามารดาไม่รักตน สนใจแต่พี่น้องที่เจ็บป่วย เมื่อบิดามารดาที่มีความเครียดสูงจะเกิดปัญหาสัมพันธภาพระหว่างเด็กป่วยและพี่น้อง เนื่องจากบิดามารดาที่มีความกังวลและห่วงใย เกี่ยวกับอาการของเด็กป่วย จึงให้ความรักเอาใจใส่เด็กป่วยมากกว่าปกติ บางรายอาจตามใจผู้ป่วยมากเกินไป ทำให้พี่น้องเด็กป่วยเกิดความเข้าใจผิดคิดว่ามารดา รักตนน้อยลง และเริ่มมีปฏิกิริยา คือ เรียกร้องความสนใจ เกิดความอิจฉาริษยา โกรธ ปฏิเสธเด็กป่วย (Derouin & Jessee, 1996; Kurnat & Moore, 1999) จากการศึกษาของ รุจา ภูไพบูลย์ และคณะ (2543) เป็นงานวิจัยเชิงคุณภาพที่ศึกษาผลกระทบของการมีบุตรป่วยด้วยโรคมะเร็งต่อครอบครัว โดยการสัมภาษณ์บิดามารดาที่มีบุตรเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งในระยะต่างๆ เช่น ระยะแรกวินิจฉัย ระยะโรคสงบ ระยะกลับเป็นซ้ำ และระยะสุดท้ายของโรค พบว่า บิดามารดาเมื่อรับรู้ว่ามีบุตรป่วยเป็นมะเร็งจะรู้สึกช็อก ตกใจ เศร้าโศกเสียใจ ท้อแท้ สิ้นหวัง ทำใจไม่ได้ ร่วมกับมีความเครียดและวิตกกังวล

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การตอบสนองต่อความเครียดของบิดามารดาที่มีบุตรเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็ง นอกจากจะส่งผลกระทบต่อตนเองด้านภาวะสุขภาพ และการทำหน้าที่ในสังคม

แล้ว ยังส่งผลกระทบต่อพฤติกรรมการปรับตัวของพี่น้องเด็กป่วยโรคมะเร็ง ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาความเครียดของบิดามารดาที่มีบุตรเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็ง เพื่อให้ได้ข้อมูลเบื้องต้น ในการหาแนวทางช่วยเหลือบิดามารดาจัดการกับความเครียดของตนเอง และคอยกระตุ้นให้บิดามารดาเห็นความสำคัญของพี่น้องเด็กป่วยคนอื่นๆ เพื่อส่งเสริมสัมพันธภาพระหว่างบิดามารดาและพี่น้องเด็กป่วย

จากที่กล่าวมาทั้งหมดสรุปได้ว่า การเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งในเด็ก ส่งผลกระทบต่อโดยตรงทั้งต่อผู้ป่วยเด็ก ที่ต้องทุกข์ทรมานจากพยาธิสภาพของโรค และจากการบำบัดรักษา และส่งผลกระทบต่อสมาชิกในครอบครัวโดยรวมทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคมเศรษฐกิจ การเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งในเด็กนับเป็นสิ่งเร้าตรงที่ส่งผลกระทบต่อปรับตัวทั้ง 4 ด้านของเด็กที่มีพี่น้องป่วย คือ ด้านร่างกาย อัตมโนทัศน์ บทบาทหน้าที่ และการพึ่งพาอาศัยตนเองและผู้อื่น นอกจากนี้ยังมีสิ่งเร้าอื่นๆ ที่อาจมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการปรับตัวของพี่น้องเด็กป่วยโรคมะเร็งได้ เช่น ความรุนแรงของโรคมะเร็ง เพศ ลำดับการเกิด การสนับสนุนทางสังคม และความเครียดของบิดามารดา เป็นต้น

ดังนั้น ผู้วิจัยจึงศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมการปรับตัวของพี่น้องเด็กป่วยโรคมะเร็ง เพื่อนำข้อมูลจากการศึกษา เป็นข้อมูลพื้นฐานที่สำคัญสำหรับเจ้าหน้าที่พยาบาล และบุคลากรวิชาชีพในทีมสุขภาพ ในการวางแผนการพยาบาลช่วยเหลือและดูแลพี่น้องเด็กป่วยโรคมะเร็งและครอบครัว และเป็นแนวทางในการพัฒนารูปแบบทางการพยาบาล เพื่อให้พี่น้องและเด็กป่วยโรคมะเร็งสามารถอยู่ร่วมกันได้อย่างมีความสุข มีคุณภาพชีวิตที่ดี เป็นการกระตุ้นให้บิดามารดาเห็นความสำคัญและมีส่วนร่วมในการดูแลบุตรคนอื่นๆ เพิ่มประสิทธิภาพในการปรับตัวและการเผชิญปัญหาของเด็กและครอบครัวได้ดียิ่งขึ้น อีกทั้งยังเป็นแนวทางในการศึกษาวิจัย ขยายองค์ความรู้เกี่ยวกับผลกระทบจากการเจ็บป่วยของเด็กโรคมะเร็งต่อพี่น้องในประเด็นอื่นๆ ต่อไป

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการศึกษาความสัมพันธ์เชิงทำนาย (correlational predictive design) มีจุดมุ่งหมายเพื่อศึกษาปัจจัยที่สามารถทำนายพฤติกรรมการปรับตัวของพี่น้องเด็กป่วยโรคมะเร็ง

ลักษณะประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษานี้ คือเด็กที่มีอายุระหว่าง 9 – 18 ปี ที่มีพี่น้องน้องป่วยเป็นโรคมะเร็ง ซึ่งได้รับการวินิจฉัยและเข้ารับการรักษาอยู่ในโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา และบิดามารดา การเลือกกลุ่มตัวอย่างเป็นแบบสะดวก (convenience sampling) โดยบ้านของกลุ่มตัวอย่าง ต้องอยู่ในเขตจังหวัดนครราชสีมา และจังหวัดใกล้เคียง มีรัศมีของที่ตั้งห่างจากโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา เป็นระยะทางไม่เกิน 50 กิโลเมตร และกำหนดคุณสมบัติในการเข้าศึกษา (inclusion criteria) ดังนี้

คุณสมบัติด้านพี่น้อง

1. เป็นพี่น้องร่วมสายโลหิตของเด็กป่วย กรณีมีพี่น้องที่มีคุณสมบัติมากกว่า 1 คน ผู้วิจัยเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยวิธีจับสลาก
2. ทราบว่าพี่น้องเป็นโรคมะเร็ง
3. อาศัยอยู่บ้านเดียวกับเด็กป่วย
4. มีสุขภาพแข็งแรง และไม่มีอาการผิดปกติ
5. สามารถอ่าน และเขียนภาษาไทยได้

คุณสมบัติด้านบิดามารดา

1. เป็นบิดาหรือมารดาเด็กป่วย
2. อาศัยอยู่บ้านเดียวกับเด็กป่วย
3. สามารถอ่านและเขียนภาษาไทยได้

การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ เนื่องจากไม่มีการศึกษาที่ใกล้เคียงกัน และงานวิจัยส่วนใหญ่ที่เกี่ยวข้องเป็นการศึกษาในต่างประเทศ ดังนั้นในการศึกษาครั้งนี้จึงใช้วิธีการวิเคราะห์อำนาจทดสอบ (Power analysis) กำหนดค่า $R^2 = 0.13$ ซึ่งเป็นขนาดปานกลาง (moderate effect size) (Cohen, 1988) และกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยเปิดตาราง Power Analysis for Multiple Regression (Polit & Beck, 2008) กำหนดอำนาจการทดสอบ (Power of test) 0.80 กำหนดค่าความเชื่อมั่นในการทดสอบที่ระดับแอลฟา 0.05 มีตัวแปรอิสระจำนวน 5 ตัวแปร นำมาคำนวณในสูตร $N = L/\gamma + K + 1$

N = จำนวนกลุ่มตัวอย่าง

L = ค่าที่ได้จากการเปิดตารางอำนาจการทดสอบ และค่าความเชื่อมั่นในการทดสอบ

K = จำนวนตัวแปรทั้งหมด

γ = ค่าประมาณความสัมพันธ์ของตัวแปรอิสระ และตัวแปรตาม (estimate effect size)

ซึ่งได้จากการคำนวณตามสูตร ดังนี้ $\gamma = R^2 / 1 - R^2$ ในการศึกษาครั้งนี้มีค่า = 0.149

จากนั้นนำมาแทนค่าในสูตร $N = L/\gamma + K + 1$

$$= 12.83 / 0.149 + 5 + 1$$

$$= 92.1 \text{ ราย}$$

จะได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างครั้งนี้เท่ากับ 92 คู่ แบ่งออกเป็น บิดาหรือมารดาเด็กป่วย 92 ราย และพี่น้องเด็กป่วย 92 ราย

สถานที่เก็บรวบรวมข้อมูล

สถานที่เก็บรวบรวมข้อมูลในการศึกษานี้คือ หอผู้ป่วยเด็กเล็ก หอผู้ป่วยเด็กโต แผนกผู้ป่วยนอกกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา และบ้านของกลุ่มตัวอย่าง

หอผู้ป่วยเด็กเล็ก

รับผู้ป่วยอายุ 29 วัน – 3 ปี ที่มีปัญหาสุขภาพทางอายุรกรรมทุกประเภท มีจำนวนเตียง 30 เตียง และมีผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็ง เดือนละประมาณ 10-15 ราย

หอผู้ป่วยเด็กโต

รับผู้ป่วยอายุ 3 – 15 ปี ที่มีปัญหาสุขภาพทางอายุรกรรมทุกประเภท มีจำนวนเตียง 30 เตียง และมีผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็ง เดือนละประมาณ 50 – 60 ราย

แผนกผู้ป่วยนอกกุมารเวชกรรม

รับผู้ป่วยอายุ 29 วัน – 15 ปี ที่มีปัญหาสุขภาพทั้งทางอายุรกรรมและศัลยกรรม คลินิกเฉพาะทางโรคเลือดและโรคมะเร็ง เปิดให้บริการทุกวันจันทร์และวันพุธ เวลา 8.00 – 16.00 น. มีผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งวันละประมาณ 40 – 50 ราย

ในการศึกษาครั้งนี้เก็บรวบรวมข้อมูลทั้ง 3 สถานที่ ในกรณีที่พี่น้องเด็กป่วย ติดตามบิดามารดามาโรงพยาบาล และในกรณีที่พี่น้องเด็กป่วยไม่ได้ติดตามบิดามารดามาโรงพยาบาล ผู้วิจัยจะไปเก็บรวบรวมข้อมูลที่บ้านของกลุ่มตัวอย่าง โดยต้องมีรัศมีของที่บ้าน ห่างจากโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยราชสีมา เป็นระยะทางไม่เกิน 50 กิโลเมตร

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล เป็นแบบสัมภาษณ์ และแบบสอบถาม ประกอบด้วย 5 ส่วน ดังนี้

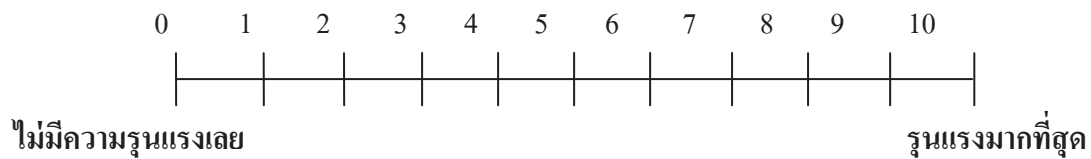
ส่วนที่ 1 แบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไป แบ่งเป็น 3 ตอน ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง ได้แก่

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของเด็กป่วย ได้แก่ เพศ อายุ จำนวนพี่น้อง ลำดับที่เกิด ระดับการศึกษา การวินิจฉัยโรค และระยะเวลาที่เป็น

ตอนที่ 2 ข้อมูลทั่วไปของพี่น้องของเด็กป่วย ได้แก่ เพศ อายุ ความเกี่ยวข้องกับเด็กป่วย ระดับการศึกษา และการรับรู้การวินิจฉัยโรคของเด็กป่วย

ตอนที่ 3 ข้อมูลทั่วไปของบิดามารดาเด็กป่วย ได้แก่ ความเกี่ยวข้องกับเด็กป่วย อายุ สถานภาพสมรส อาชีพ อายุคู่สมรส อาชีพคู่สมรส รายได้ของครอบครัวต่อเดือน และความเพียงพอของรายได้ต่อเดือน

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรงของโรค เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยดัดแปลงจาก แบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรงในความเจ็บป่วยของบุตร ของ Yotwongratsamee (2006) ซึ่งประเมินการรับรู้ของบิดามารดาเกี่ยวกับความรุนแรงของบุตรที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนัก ผู้วิจัยดัดแปลงโดยการปรับแก้ภาษาให้เหมาะสมกับพี่น้องเด็กป่วยโรคมะเร็ง ประเมินการรับรู้ของพี่น้องเด็กป่วยโรคมะเร็ง เกี่ยวกับความรุนแรงของโรคที่เด็กป่วยกำลังเผชิญ ลักษณะคำตอบเป็นมาตรวัดประมาณค่า (rating scale) ตั้งแต่ 0 (ไม่มีความรุนแรงเลย) ถึง 10 (รุนแรงมากที่สุด) มีจำนวน 1 ข้อ (single item) ดังนี้



การแปลผลคะแนน

แบ่งระดับการรับรู้ความรุนแรงของโรคเป็น 3 กลุ่ม โดยใช้ค่าคะแนนที่มากที่สุด ลบ ด้วยคะแนนที่น้อยที่สุด หาค่าด้วยจำนวนระดับ (ยูทช ไกลยวรรณ์, 2548)

$$\text{ความกว้างของอันตรภาคชั้น} = \frac{\text{คะแนนสูงสุด} - \text{คะแนนต่ำสุด}}{\text{จำนวนระดับ}} = \frac{10 - 0}{3} = 3.3$$

คะแนน 0 – 3.3 คะแนน หมายถึง พี่น้องเด็กป่วยรับรู้ความรุนแรงของโรคน้อย

คะแนน 3.4 – 6.6 คะแนน หมายถึง พี่น้องเด็กป่วยรับรู้ความรุนแรงของโรคปานกลาง

คะแนน 6.7 – 10 คะแนน หมายถึง พี่น้องเด็กป่วยรับรู้ความรุนแรงของโรคมาก

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมของพี่น้องเด็กป่วย เป็นแบบสอบถาม ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามกรอบแนวคิดของ House (1985) และจากการทบทวนวรรณกรรมเครื่องมือที่ เกี่ยวข้องกับการสนับสนุนทางสังคม (อารีย์ มั่งเกียรติสกุล, 2543; Murray, 2001)

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ผู้วิจัยดัดแปลงโดยการปรับแก้ภาษาให้เหมาะสมกับพี่น้องเด็กป่วย โรคมะเร็ง และปรับจำนวนข้อคำถามเป็น 19 ข้อ โดยยังคงรักษาโครงสร้างของการสนับสนุนทาง สังคมทั้ง 4 ด้าน ของ House (1985) ไว้คงเดิม ข้อคำถามแบ่งเป็น 4 ด้าน ดังนี้

- | | |
|------------------------------------|------------------------------|
| 1. การสนับสนุนด้านอารมณ์ | จำนวน 5 ข้อ ได้แก่ ข้อ 1-5 |
| 2. การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร | จำนวน 4 ข้อ ได้แก่ ข้อ 6-9 |
| 3. การสนับสนุนด้านการประเมินคุณค่า | จำนวน 4 ข้อ ได้แก่ ข้อ 10-13 |
| 4. การสนับสนุนด้านทรัพยากร สิ่งของ | จำนวน 6 ข้อ ได้แก่ ข้อ 14-19 |

ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) 5 ระดับ ตั้งแต่ ไม่เป็น จริงเลย จนถึง เป็นจริงมากที่สุด

เป็นจริงมากที่สุด หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกหรือตรงกับความเป็นจริง ของหนูเกือบทั้งหมด

เป็นจริงส่วนมาก หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกหรือตรงกับความเป็น จริงของหนูเป็นส่วนมาก แต่ไม่ตรงกับความเป็นจริง บางส่วน

เป็นจริงปานกลาง หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกหรือตรงกับความเป็นจริง
ของหนูพอๆกัน กับที่ไม่ตรงกับความเป็นจริง

เป็นจริงเล็กน้อย หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกหรือตรงกับความเป็น
จริงของหนูเล็กน้อย แต่ไม่ตรงกับความเป็นจริง
ส่วนมาก

ไม่เป็นจริงเลย หมายถึง ข้อความนั้นไม่ตรงกับความรู้สึกหรือตรงกับความเป็น
จริงของหนูเลย

จำนวนข้อคำถามทั้งหมด 19 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็นเชิงบวกทั้งหมด มีเกณฑ์การให้
คะแนน ดังนี้

เป็นจริงมากที่สุด	ให้	5	คะแนน
เป็นจริงส่วนมาก	ให้	4	คะแนน
เป็นจริงปานกลาง	ให้	3	คะแนน
เป็นจริงเล็กน้อย	ให้	2	คะแนน
ไม่เป็นจริงเลย	ให้	1	คะแนน

พิสัยของค่าคะแนนรวมอยู่ระหว่าง 19-95 คะแนน คะแนนรวมสูง หมายถึง พี่น้อง
เด็กป่วยโรคมะเร็งได้รับการสนับสนุนทางสังคมสูง คะแนนต่ำ หมายถึง พี่น้องเด็กป่วยโรคมะเร็ง
ได้รับการสนับสนุนทางสังคมต่ำ

การแปลผลคะแนน

แบ่งระดับการสนับสนุนทางสังคมของพี่น้องเด็กป่วยเป็น 3 กลุ่ม โดยใช้ค่าคะแนนที่
มากที่สุด ลบด้วยคะแนนที่น้อยที่สุดหารด้วยจำนวนระดับ (ยุทธ ไกยวรรณ, 2548)

$$\text{ความกว้างของอันตรภาคชั้น} = \frac{\text{คะแนนสูงสุด} - \text{คะแนนต่ำสุด}}{\text{จำนวนระดับ}} = \frac{95 - 19}{3} = 25.3$$

คะแนน 19 – 44 คะแนน หมายถึง พี่น้องเด็กป่วยได้รับการสนับสนุนทางสังคมต่ำ

คะแนน 45 – 70 คะแนน หมายถึง พี่น้องเด็กป่วยได้รับการสนับสนุนทางสังคมปานกลาง

คะแนน 71 – 95 คะแนน หมายถึง พี่น้องเด็กป่วยได้รับการสนับสนุนทางสังคมสูง

$$\text{ความกว้างของอันตรภาคชั้นรายข้อ} = \frac{\text{คะแนนสูงสุด} - \text{คะแนนต่ำสุด}}{\text{จำนวนระดับ}} = \frac{5 - 1}{3} = 1.3$$

คะแนน 1.00 – 2.30 คะแนน หมายถึง พี่น้องเด็กป่วยได้รับการสนับสนุนทางสังคมต่ำ

คะแนน 2.31 – 3.60 คะแนน หมายถึง พี่น้องเด็กป่วยได้รับการสนับสนุนทางสังคมปานกลาง

คะแนน 3.61 – 5.00 คะแนน หมายถึง พี่น้องเด็กป่วยได้รับการสนับสนุนทางสังคมสูง

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามความเครียดของบิดามารดาเด็กป่วย เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยดัดแปลงจาก แบบสอบถามระดับความเครียดของผู้ปกครองเด็กกลุ่มออทิสติกของ วัฒนาริ อัมวรรณ (2552) จำนวน 18 ข้อ ซึ่งพัฒนามาจากแนวคิดของ Lazarus และ Folkman (1984) ผู้วิจัยได้ปรับแก้ภาษาเพื่อให้เหมาะสำหรับบิดามารดาเด็กป่วยโรคมะเร็ง และปรับจำนวนข้อเป็น 20 ข้อ

แบบสอบถามความเครียดของบิดามารดาเด็กป่วยโรคมะเร็ง ที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้เป็นคำถามเกี่ยวกับความรู้สึก และความคิดเห็น ของบิดามารดาเกี่ยวกับความเครียดในการดูแลบุตรที่ป่วยเป็นโรคมะเร็ง ภายในระยะเวลา 1 เดือนที่ผ่านมา ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 20 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า (rating scale) 5 ระดับ ตั้งแต่ ไม่เป็นจริงเลย จนถึง เป็นจริงมากที่สุด

เป็นจริงมากที่สุด หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกหรือตรงกับความเป็นจริงของท่านมากที่สุด

เป็นจริงส่วนมาก หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกหรือตรงกับความเป็นจริงของท่านเป็นส่วนมาก

เป็นจริงปานกลาง หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกหรือตรงกับความเป็นจริงของท่านปานกลาง

เป็นจริงเล็กน้อย หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกหรือตรงกับความเป็นจริงของท่านเล็กน้อย

ไม่เป็นจริงเลย หมายถึง ข้อความนั้นไม่ตรงกับความรู้สึกหรือความเป็นจริงของท่านเลย

จำนวนข้อคำถามทั้งหมด 20 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็นเชิงลบทั้งหมด มีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

	(คะแนน)
เป็นจริงมากที่สุด	5
เป็นจริงส่วนมาก	4
เป็นจริงปานกลาง	3
เป็นจริงเล็กน้อย	2
ไม่เป็นจริงเลย	1

พิสัยของคะแนนอยู่ระหว่าง 20-100 คะแนน การแปลผล คือ ถ้าคะแนนรวมสูง หมายถึง บิดามารดาที่มีความเครียดสูง ถ้าคะแนนรวมต่ำ หมายถึง บิดามารดาที่มีความเครียดต่ำ

การแปลผลคะแนน

แบ่งระดับคะแนนความเครียดของบิดามารดาเป็น 3 กลุ่ม โดยใช้ค่าคะแนนที่มากที่สุด ลบด้วยคะแนนที่น้อยที่สุด หาค่าด้วยจำนวนระดับ (ยูทธ ไกยวรรณ, 2548)

$$\text{ความกว้างของอันตรภาคชั้น} = \frac{\text{คะแนนสูงสุด} - \text{คะแนนต่ำสุด}}{\text{จำนวนระดับ}} = \frac{100 - 20}{3} = 26.6$$

คะแนน	20.00 – 47.00	คะแนน	หมายถึง	บิดามารดาที่มีความเครียดต่ำ
คะแนน	47.01 – 74.00	คะแนน	หมายถึง	บิดามารดาที่มีความเครียดปานกลาง
คะแนน	74.01 – 100	คะแนน	หมายถึง	บิดามารดาที่มีความเครียดสูง

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามพฤติกรรมกรรมการปรับตัวของพี่น้องเด็กป่วย เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัย สร้างขึ้นตามแนวคิดทฤษฎีการปรับตัวของ Roy (Roy & Andrew, 1991) และงานวิจัยเกี่ยวกับการพยาบาลพี่น้องเด็กป่วยโรคเรื้อรัง และแบบประเมินพฤติกรรมกรรมการปรับตัวของเด็กวัยเรียนพี่น้องเด็กป่วยโรคมะเร็ง ของ วราภรณ์ หมั่นสา (2540) จำนวน 38 ข้อ และ แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมกรรมการปรับตัวของพี่น้องเด็กเจ็บป่วยเรื้อรัง ของ ศิริลักษณ์ เกตุพินิจ (2553) จำนวน 26 ข้อ ซึ่งแบบประเมินทั้ง 2 ชุด มีโครงสร้างตามทฤษฎีการปรับตัว ของ Roy ทั้ง 4 ด้านเหมือนกันได้แก่ 1) ด้านร่างกาย 2) ด้านอัตมโนทัศน์ 3) ด้านบทบาทหน้าที่ 4) ด้านการพึ่งพาอาศัยตนเองและผู้อื่น ผู้วิจัยได้ปรับแก้ภาษาและจำนวนข้อคำถามเป็น 21 ข้อ โดยยังคงรักษาโครงสร้างทั้ง 4 ด้านไว้คงเดิม ดังนี้

1. การปรับตัวด้านร่างกาย มีจำนวนข้อคำถาม 5 ข้อ ได้แก่ ข้อ 1 – 5
2. การปรับตัวด้านอัตมโนทัศน์ มีจำนวนข้อคำถาม 5 ข้อ ได้แก่ ข้อ 6 – 10
3. การปรับตัวด้านบทบาทหน้าที่ มีจำนวนข้อคำถาม 5 ข้อ ได้แก่ ข้อ 11 – 15
4. การปรับตัวด้านการพึ่งพาอาศัยตนเองและผู้อื่น มีจำนวนข้อคำถาม 6 ข้อ ได้แก่ ข้อ

16- 21

ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า (rating scale) 4 ระดับ ตั้งแต่ เป็นประจำ จนถึง ไม่เคยเลย

เป็นประจำ	หมายถึง	ข้อความนั้นหนูปฏิบัติเป็นประจำ
บ่อยครั้ง	หมายถึง	ข้อความนั้นหนูปฏิบัติบ่อยครั้ง
บางครั้ง	หมายถึง	ข้อความนั้นหนูปฏิบัติเป็นบางครั้ง
ไม่เคยเลย	หมายถึง	ข้อความนั้นหนูไม่เคยปฏิบัติเลย

ข้อคำถามที่มีความหมายด้านบวก 8 ข้อ ได้แก่ ข้อ 6, 11, 14, 15, 18, 19, 20 และ 21

ข้อคำถามที่มีความหมายด้านลบ 13 ข้อ ได้แก่ ข้อ 1, 2, 3, 4, 5, 7, 8, 9, 10, 12, 13, 16, และ 17

เกณฑ์การให้คะแนน เนื่องจากประกอบไปด้วยข้อคำถามด้านบวกและด้านลบ จึงพิจารณาตามเกณฑ์ดังนี้ คือ

	ข้อคำถามด้านบวก (คะแนน)	ข้อคำถามด้านลบ (คะแนน)
เป็นประจำ	4	1
บ่อยครั้ง	3	2
บางครั้ง	2	3
ไม่เคยเลย	1	4

พิสัยของค่าคะแนนรวมอยู่ระหว่าง 21-84 คะแนน คะแนนรวมสูง หมายถึง พี่น้องเด็กป่วยโรคมะเร็งมีพฤติกรรมการปรับตัวดี คะแนนต่ำ หมายถึง พี่น้องเด็กป่วยโรคมะเร็งมีพฤติกรรมการปรับตัวไม่ดี

การแปลผลคะแนน

แบ่งระดับพฤติกรรมการปรับตัวของพี่น้องเด็กป่วยเป็น 3 กลุ่ม โดยใช้ค่าคะแนนที่มากที่สุด ลบด้วยคะแนนที่น้อยที่สุด หาค่าด้วยจำนวนระดับ (ยุทธ ไถยวรรณ, 2548)

$$\text{ความกว้างของอันตรภาคชั้น} = \frac{\text{คะแนนสูงสุด} - \text{คะแนนต่ำสุด}}{\text{จำนวนระดับ}} = \frac{84 - 21}{3} = 21$$

คะแนน 21 – 42	คะแนน หมายถึง	พี่น้องเด็กป่วยมีพฤติกรรมการปรับตัวไม่ดี
คะแนน 43 – 64	คะแนน หมายถึง	พี่น้องเด็กป่วยมีพฤติกรรมการปรับตัวปานกลาง
คะแนน 65 – 84	คะแนน หมายถึง	พี่น้องเด็กป่วยมีพฤติกรรมการปรับตัวดี

$$\text{ความกว้างของอันตรภาคชั้นรายข้อ} = \frac{\text{คะแนนสูงสุด} - \text{คะแนนต่ำสุด}}{\text{จำนวนระดับ}} = \frac{4 - 1}{3} = 1$$

คะแนน 1.00 – 2.00	คะแนน หมายถึง	พี่น้องเด็กป่วยมีพฤติกรรมการปรับตัวปานกลาง
คะแนน 3.01 – 4.00	คะแนน หมายถึง	พี่น้องเด็กป่วยมีพฤติกรรมการปรับตัวดี

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือวิจัย

1. ความตรงตามเนื้อหา (content validity)

ผู้วิจัยนำแบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไป แบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรงของโรค แบบสอบถามความเครียดของบิดามารดาเด็กป่วย แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมของพี่น้องเด็กป่วย และแบบสอบถามพฤติกรรมการปรับตัวของพี่น้องของเด็กป่วย ไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 คน ดังนี้

1. อาจารย์พยาบาลด้านจิตเวชศาสตร์	1	คน
2. อาจารย์พยาบาลด้านการพยาบาลเด็ก	1	คน
3. พยาบาลที่มีความชำนาญการดูแลเด็กป่วยโรคมะเร็ง	1	คน

หลังจากผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านพิจารณาแล้ว ผู้วิจัยนำแบบสัมภาษณ์และแบบสอบถามมาดำเนินการปรับปรุงแก้ไขให้เหมาะสมทั้งทางด้านภาษา และความชัดเจนตรงตามเนื้อหา

2. ความเที่ยงของเครื่องมือ (reliability)

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมของพี่น้องเด็กป่วย แบบสอบถามความเครียดของบิดามารดาเด็กป่วย และแบบสอบถามพฤติกรรมการปรับตัวของพี่น้องเด็กป่วย ที่ได้รับการแก้ไขและได้รับการรับรองจาก คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนของมหาวิทยาลัยมหิดล (ชุดสายพยาบาลศาสตร์) แล้ว ไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามที่กำหนด จำนวน 10 คน (แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมของพี่น้องเด็กป่วย $\alpha = 0.84$ แบบสอบถามความเครียดของบิดามารดาเด็กป่วย $\alpha = 0.85$ และแบบสอบถามพฤติกรรมการปรับตัวของพี่น้องเด็กป่วย $\alpha = 0.81$) และเมื่อสิ้นสุดการเก็บรวบรวมข้อมูลกับกลุ่มตัวอย่างทั้ง 92 คู่ จึงนำมาคำนวณค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเที่ยง ดังนี้

- 2.1 แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมของพี่น้องเด็กป่วย $\alpha = 0.81$
- 2.2 แบบสอบถามความเครียดของบิดามารดาเด็กป่วย $\alpha = 0.83$
- 2.3 แบบสอบถามพฤติกรรมการปรับตัวของพี่น้องเด็กป่วย $\alpha = 0.80$

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. หลังจากผ่านการรับรองจาก คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนของมหาวิทยาลัยมหิดล (ชุดสายพยาบาลศาสตร์) แล้ว ผู้วิจัยทำหนังสือจากบัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยมหิดล ถึงผู้อำนวยการ โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการทำวิจัย และขออนุมัติดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล

2. เมื่อได้รับอนุญาตแล้ว ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้าฝ่ายการพยาบาล หัวหน้างานการพยาบาลแผนกกุมารเวชกรรม เพื่อแนะนำตัวและขอความอนุเคราะห์ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

3. ผู้วิจัยติดต่อ ประธานงานขอความร่วมมือกับพยาบาลประจำหอผู้ป่วยเด็กเล็ก หอผู้ป่วยเด็กโต และแผนกผู้ป่วยนอกกุมารเวชกรรม ให้ช่วยประชาสัมพันธ์โครงการวิจัยแก่บิดามารดาทราบ และหากบิดามารดาสนใจเข้าร่วมในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยจึงเข้าพบกับบิดามารดาเพื่อแนะนำตัว อธิบายโครงการวิจัย และขอความยินยอมเข้าร่วมการวิจัยจากบิดามารดา โดยลงนามในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมวิจัย และหนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัยโดยได้รับการบอกกล่าวและเต็มใจ (สำหรับบิดา มารดา) จากนั้นผู้วิจัยทำการสัมภาษณ์บิดามารดา เกี่ยวกับข้อมูลทั่วไปของเด็กป่วย และข้อมูลทั่วไปของบิดามารดา ใช้เวลาประมาณ 5 นาที และขอให้บิดามารดาตอบแบบสอบถามความเครียดของบิดามารดาเด็กป่วย ใช้เวลาประมาณ 20 นาที

4. ในกรณีที่พี่น้องเด็กป่วย ไม่ได้ติดตามบิดามารดาและเด็กป่วยมาโรงพยาบาล ผู้วิจัยจะขออนุญาตไปเก็บรวบรวมข้อมูลกับพี่น้องเด็กป่วยที่บ้าน ในวันหยุดเสาร์ – อาทิตย์ หรือตามวันและเวลาที่บิดามารดาและพี่น้องเด็กป่วยสะดวก เมื่อได้รับความยินยอมจากบิดามารดาให้ไปพบที่บ้าน ผู้วิจัยขอรายละเอียด แผนที่บ้าน และนัดหมายเวลาที่ผู้เข้าร่วมการวิจัยสะดวกในการให้สัมภาษณ์ จากบิดามารดาที่แผนกผู้ป่วยนอกกุมารเวชกรรม หอผู้ป่วยเด็กเล็ก และหอผู้ป่วยเด็กโต

5. ผู้วิจัยไปพบพี่น้องเด็กป่วยตามที่นัดหมายไว้ ผู้วิจัยแนะนำตนเองและสร้างสัมพันธภาพ ชี้แจงขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล และระยะเวลาในการสัมภาษณ์ การตอบแบบสอบถาม หากพี่น้องเด็กป่วยยินยอมเข้าร่วมการศึกษา ให้ลงนามในเอกสาร ดังนี้

5.1 บิดามารดาลงนามในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมวิจัย และหนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัยโดยได้รับการบอกกล่าวและเต็มใจ (ผู้แทนโดยชอบธรรมเด็กอายุ 9 – 15 ปี) และ พี่น้องเด็กป่วย อายุ ระหว่าง 9-15 ปี ลงนามในเอกสารคำอธิบายโครงการวิจัยและการขอความยินยอมสำหรับเด็กอายุ 9-15 ปี (Assent form)

5.2 พี่น้องเด็กป่วย อายุ ระหว่าง 15-18 ปี ลงนาม และให้บิดามารดาลงนามเป็นผู้แทนโดยชอบธรรมในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมวิจัย และหนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัยโดยได้รับการบอกกล่าวและเต็มใจ (พี่น้องเด็กป่วย 15-18 ปี)

6. ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลกับพี่น้องเด็กป่วย โดยผู้วิจัยทำการสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไปของพี่น้องเด็กป่วย และขอให้พี่น้องเด็กป่วยตอบ แบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรงของโรค จำนวน 1 ข้อ และแบบสอบถามพฤติกรรมการปรับตัวของพี่น้องเด็กป่วยให้เสร็จ หลังจากนั้นจึงตอบแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมของพี่น้องเด็กป่วย ใช้เวลาประมาณ 40 นาที

7. หลังจากเสร็จสิ้นการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยกล่าวขอบคุณบิดามารดาและพี่น้องเด็กป่วย พร้อมทั้งมอบของที่ระลึก คือ กล้องดินสอ 1 กล้อง (ราคาประมาณ 20 บาท) ให้พี่น้องเด็กป่วย เพื่อขอบคุณในการเข้าร่วมวิจัย

8. ในกรณีที่พี่น้องเด็กป่วย ติดตามบิดามารดาเยี่ยมเด็กป่วยที่โรงพยาบาล หรือติดตามบิดามารดาและเด็กป่วยซึ่งมาตรวจที่คลินิกเฉพาะทางโรคเลือดและโรคมะเร็ง แผนกผู้ป่วยนอกกุมารเวชกรรม ผู้วิจัยจะทำการเก็บรวบรวมข้อมูลกับพี่น้องเด็กป่วย โดยใช้พื้นที่ภายในหอผู้ป่วย หรือคลินิกเฉพาะทางที่เป็นส่วนตัว โดยขอให้พี่น้องเด็กป่วยตอบ แบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรงของโรค จำนวน 1 ข้อ และแบบสอบถามพฤติกรรมการปรับตัวของพี่น้องเด็กป่วยให้เสร็จ หลังจากนั้นจึงตอบแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมของพี่น้องเด็กป่วย ใช้เวลาประมาณ 40 นาที

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างได้รับการพิทักษ์สิทธิ์ ดังนี้ การเข้าร่วมการวิจัยเป็นไปตามความสมัครใจของกลุ่มตัวอย่าง โดยผู้วิจัยแจ้งวัตถุประสงค์ของการทำวิจัย อธิบายขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล และระยะเวลาการทำวิจัย ข้อมูลที่ได้ผู้วิจัยเก็บเป็นความลับ การรวบรวมข้อมูลไม่มีการระบุชื่อของกลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษา การนำเสนอข้อมูลจะนำเสนอในภาพรวม ไม่เปิดเผยเป็นรายบุคคล กลุ่มตัวอย่างสามารถถอนตัวหรือยกเลิกในการเข้าร่วมการวิจัยได้ในทุกขั้นตอน ซึ่งการปฏิเสธหรือถอนตัวจะไม่มีผลกระทบต่อบริการการรักษาพยาบาลที่เด็กป่วยได้รับแต่อย่างใด และเมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ขอให้ลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัยไว้เป็นหลักฐาน

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป กำหนดความมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 วิเคราะห์ข้อมูลดังนี้

1. สถิติพรรณนา (descriptive statistics) โดยการวิเคราะห์ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน เพื่อแสดงคุณลักษณะของกลุ่มตัวอย่างและตัวแปรที่ศึกษา
2. วิเคราะห์ค่าสหสัมพันธ์ (correlation coefficient) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่ศึกษาได้แก่ ความรุนแรงของโรคมะเร็ง เพศ ลำดับการเกิด การสนับสนุนทางสังคม และความเครียดของบิดามารดาต่อพฤติกรรมการปรับตัวของพี่น้องเด็กป่วยโรคมะเร็ง โดยวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันระหว่างตัวแปร (pearson's product moment correlation coefficient)
3. วิเคราะห์ความสามารถในการทำนาย (multiple regression) ของตัวแปรที่ศึกษาได้แก่ ความรุนแรงของโรคมะเร็ง เพศ ลำดับการเกิด การสนับสนุนทางสังคม และความเครียดของบิดามารดาต่อพฤติกรรมการปรับตัวของพี่น้องเด็กป่วยโรคมะเร็ง โดยการวิเคราะห์พหุคูณถอย (multiple regression analysis) แบบ enter regression เป็นวิธีที่นำตัวแปรทำนายทั้ง 5 ตัวแปรเข้าสู่สมการพร้อมกันในครั้งเดียว จะได้ข้อมูลเกี่ยวกับผลการทำนายของสมการ และอิทธิพลของตัวพยากรณ์แต่ละตัวแปร (รัตนศิริ ทาโต, 2552)

บทที่ 4

ผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่สามารถทำนายพฤติกรรมการปรับตัวของพี่น้องเด็กป่วยโรคมะเร็ง ได้แก่ ความรุนแรงของโรคมะเร็ง เพศ ลำดับการเกิด การสนับสนุนทางสังคม และความเครียดของบิดามารดา โดยเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบสะดวก (convenience sampling) ตามคุณสมบัติที่กำหนด จำนวน 92 คู่ ซึ่งกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือเด็ก อายุ 9 - 18 ปี ที่มีพี่หรือน้องป่วยด้วยโรคมะเร็งชนิดใดชนิดหนึ่ง ซึ่งได้รับการวินิจฉัยและรักษาที่โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา และบิดามารดา โดยผลการวิจัยจะเสนอในรูปแบบตารางประกอบการบรรยายตามลำดับ ดังนี้

1. ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง
2. ลักษณะของตัวแปรที่ศึกษา
3. ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่ศึกษา
4. ผลการทดสอบสมมติฐาน

ส่วนที่ 1 ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

1.1 ข้อมูลทั่วไปของพี่น้องเด็กป่วย

ในการศึกษานี้กลุ่มตัวอย่าง เป็นเด็กที่มีพี่หรือน้องป่วยด้วยโรคมะเร็งชนิดใดชนิดหนึ่ง ซึ่งได้รับการวินิจฉัยและรักษาที่โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา และบิดามารดา จำนวน 92 คู่ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 65.2 มีอายุระหว่าง 9 – 18 ปี ($\bar{x} = 12.83$, $SD = 2.92$) ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 9 – 12 ปี ร้อยละ 59.8 และเป็นพี่ของเด็กป่วย ร้อยละ 80.4 มีการศึกษาอยู่ระดับชั้นประถมศึกษาตอนปลาย ร้อยละ 29.3 และทุกรายทราบว่าพี่น้องเป็นโรคมะเร็ง ดังแสดงในตารางที่ 4.1

ตารางที่ 4.1 จำนวนและร้อยละของพี่น้องเด็กป่วย จำแนกตาม เพศ อายุ ลำดับการเกิด ระดับการศึกษา และการรับรู้การวินิจฉัยโรคของเด็กป่วย (n = 92)

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	32	34.8
หญิง	60	65.2
อายุ (ปี)		
9 – 12	55	59.8
13 – 15	17	18.5
16 – 18	20	21.7
($\bar{x}$ = 12.83, SD = 2.92)		
ลำดับการเกิด		
พี่เด็กป่วย	74	80.4
น้องเด็กป่วย	18	19.6
ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษาตอนต้น (ป.1 -ป.4)	17	18.5
ประถมศึกษาตอนปลาย (ป.5 -ป.6)	27	29.3
มัธยมศึกษาตอนต้น (ม.1 -ม.3)	21	22.8
มัธยมศึกษาตอนปลาย (ม.4 -ม.6)	18	19.6
อุดมศึกษา	9	9.8
การรับรู้การวินิจฉัยโรคของเด็กป่วย		
ทราบ	92	100

1.2 ข้อมูลทั่วไปของเด็กป่วย

เด็กป่วยโรคมะเร็งในการศึกษาครั้งนี้มีจำนวน 92 ราย ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 56.5 มีอายุระหว่าง 1 – 19 ปี ($\bar{x}$ = 9.39, SD = 4.59) และส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 6 – 12 ปี (วัยเรียน) ร้อยละ 40.2 มีจำนวนพี่น้อง 2 คน ร้อยละ 71.7 ส่วนใหญ่เป็นบุตรคนที่ 2 ร้อยละ 60.8 การศึกษาอยู่ระดับชั้นประถมศึกษาตอนต้น ร้อยละ 30.5 ส่วนใหญ่เป็นโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว (Acute lymphoblastic leukemia) ร้อยละ 72.8 และระยะเวลาเจ็บป่วย อยู่ในช่วง 0 – 1 ปี ร้อยละ 67.4 ดังแสดงในตารางที่ 4.2

ตารางที่ 4.2 จำนวนและร้อยละของเด็กป่วย จำแนกตาม เพศ อายุ จำนวนพี่น้อง ลำดับการเกิด ระดับการศึกษา การวินิจฉัยโรค และระยะเวลาเจ็บป่วย (n = 92)

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	52	56.5
หญิง	40	43.5
อายุ (ปี)		
1 - 5 (วัยก่อนเรียน)	25	27.2
6 - 12 (วัยเรียน)	37	40.2
13 - 19 (วัยรุ่น)	30	32.6
($\bar{x} = 9.39$, $SD = 4.59$)		
จำนวนพี่น้อง (คน)		
2	66	71.7
3	23	25.0
4	2	2.2
5	1	1.1
ลำดับการเกิด		
ลำดับที่ 1	16	17.4
ลำดับที่ 2	56	60.8
ลำดับที่ 3	18	19.6
ลำดับที่ 4	1	1.1
ลำดับที่ 5	1	1.1
ระดับการศึกษา		
ปฐมวัย	24	26.1
ประถมศึกษาตอนต้น (ป.1 -ป.4)	28	30.5
ประถมศึกษาตอนปลาย (ป.5 -ป.6)	15	16.3
มัธยมศึกษาตอนต้น (ม.1 -ม.3)	21	22.8
มัธยมศึกษาตอนปลาย (ม.4 -ม.6)	4	4.3

ตารางที่ 4.2 จำนวนและร้อยละของเด็กป่วย จำแนกตาม เพศ อายุ จำนวนพี่น้อง ลำดับการเกิด ระดับการศึกษา การวินิจฉัยโรค และระยะเวลาเจ็บป่วย (n = 92) (ต่อ)

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน	ร้อยละ
การวินิจฉัยโรค		
Acute lymphoblastic leukemia	67	72.8
Acute myeloblastic leukemia	3	3.3
Non – hodgins lymphoma	8	8.7
Lymphoma	2	2.2
Neuroblastoma	3	3.3
Wilm's tumor	4	4.3
Osteosarcoma	2	2.2
Rhabdomyosarcoma	2	2.2
Retinoblastoma	1	1.1
ระยะเวลาเจ็บป่วย (ปี)		
0 – 1	62	67.4
>1 – 5	26	28.3
>5 – 10	4	4.3
($\bar{x}$ = 1.37, SD = .56)		

1.3 ข้อมูลทั่วไปของบิดามารดา

บิดามารดาเด็กป่วยโรคมะเร็ง จำนวน 92 ราย ส่วนใหญ่มีความเกี่ยวข้องกับเด็กป่วย คือ เป็นมารดา ร้อยละ 88 มีอายุระหว่าง 26 – 65 ปี ($\bar{x}$ = 39.33, SD = 7.08) และส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 36 – 45 ปี ร้อยละ 46.7 มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 95.6 มีอาชีพเกษตรกรกรรมมากที่สุด ร้อยละ 38.1 รองลงมาคือ รับจ้าง ร้อยละ 28.2 คู่สมรสส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 37 – 46 ปี ($\bar{x}$ = 40.49, SD = 6.69) ร้อยละ 52 อาชีพของคู่สมรสส่วนใหญ่คือ เกษตรกรรม ร้อยละ 37 รองลงมาคือ รับจ้าง ร้อยละ 35.9 โดยครึ่งหนึ่งมีรายได้ $\leq$ 5,000 บาทต่อเดือน ร้อยละ 50 ซึ่งมีรายได้ครบครัว โดยประมาณต่อเดือน 8,021.77 บาท และรายได้ไม่พอใช้ ร้อยละ 54.3 ดังแสดงในตารางที่ 4.3

ตารางที่ 4.3 จำนวนและร้อยละของบิดาหรือมารดาเด็กป่วย จำแนกตามความสัมพันธ์ อายุ สถานภาพสมรส อาชีพ อายุคู่สมรส อาชีพคู่สมรส รายได้ครอบครัวโดยเฉลี่ยต่อเดือน (n = 92)

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน	ร้อยละ
ความเกี่ยวข้องกับเด็กป่วย		
บิดา	11	12.0
มารดา	81	88.0
อายุ (ปี)		
26 – 35	35	38.0
36 – 45	43	46.7
46 – 55	11	12.0
56 – 65	3	3.3
($\bar{x}$ = 39.33, SD = 7.08)		
สถานภาพสมรส		
คู่	88	95.6
หย่าร้าง	2	2.2
หย่า/แยกกันอยู่	2	2.2
อาชีพ		
แม่บ้าน / พ่อบ้าน	18	19.6
เกษตรกรกรรม	35	38.1
ค้าขาย	13	14.1
รับจ้าง	26	28.2
อายุคู่สมรส (ปี)		
27 – 36	29	31.5
37 – 46	48	52.0
47 – 59	15	16.5
($\bar{x}$ = 40.49, SD = 6.69)		

ตารางที่ 4.3 จำนวนและร้อยละของบิดาหรือมารดาเด็กป่วย จำแนกตามความสัมพันธ์ อายุ สถานภาพสมรส อาชีพ อายุคู่สมรส อาชีพคู่สมรส รายได้ครอบครัวโดยเฉลี่ยต่อเดือน (n = 92) (ต่อ)

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน	ร้อยละ
อาชีพคู่สมรส		
แม่บ้าน / พ่อบ้าน	5	5.4
เกษตรกรกรรม	34	37.0
ค้าขาย	16	17.4
รับจ้าง	33	35.9
รับราชการ	4	4.3
รายได้ครอบครัว (บาท/เดือน)		
≤5,000	46	50.0
5,001–15,000	37	40.2
>15,000	9	9.8
($\bar{x}$ = 8,021.77, SD = 6,015.97)		
รายได้ครอบครัว		
เหลือเก็บ	1	1.1
พอใช้	41	41.6
ไม่พอใช้	50	54.3

ส่วนที่ 2 ลักษณะของตัวแปรที่ศึกษา

ในการศึกษานี้ตัวแปรที่ผู้วิจัยศึกษา คือ ความรุนแรงของโรค เพศ ลำดับการเกิด การสนับสนุนทางสังคม ความเครียดของบิดามารดา และพฤติกรรมการปรับตัวของพี่น้องเด็กป่วย โรคมะเร็ง ซึ่งลักษณะของตัวแปรที่ศึกษานำเสนอด้วยค่าสถิติพรรณนา คือ พิสัย ค่าเฉลี่ยค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการแปลผล โดยคะแนนความรุนแรงของโรคมะเร็งตามการรับรู้ของพี่น้องเด็กป่วย ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x}$ = 5.87, SD = .25) การสนับสนุนทางสังคมโดยรวมอยู่ในระดับสูง ($\bar{x}$ = 70.90, SD = 4.54) โดยแบ่งเป็นรายด้าน ดังนี้ การสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์ และด้านข้อมูลข่าวสาร อยู่ในระดับสูง ($\bar{x}$ = 19.58, SD = 2.12) และ ($\bar{x}$ = 16.74, SD = 1.67) ตามลำดับ การสนับสนุนทางสังคมด้านการประเมินคุณค่าและด้านทรัพยากร สิ่งของ อยู่ในระดับ

ปานกลาง ($\bar{x} = 13.68$, $SD = 1.45$) และ ($\bar{x} = 20.90$, $SD = 2.13$) ตามลำดับ ส่วนความเครียดของบิดามารดาอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x} = 59.90$, $SD = 8.63$) และพฤติกรรมการปรับตัวของพี่น้องเด็กป่วยโรคมะเร็งโดยรวมและแยกเป็นรายด้าน อยู่ในระดับดี ($\bar{x} = 71.26$, $SD = 5.14$) ซึ่งแบ่งเป็นรายด้านดังนี้ การปรับตัวด้านร่างกาย ($\bar{x} = 18.12$, $SD = 1.65$) การปรับตัวด้านอัตมโนทัศน์ ($\bar{x} = 17.48$, $SD = 1.58$) มี การปรับตัวด้านบทบาทหน้าที่ ($\bar{x} = 16.18$, $SD = 1.63$) และการปรับตัวด้านการพึ่งพาอาศัยตนเองและผู้อื่น ($\bar{x} = 19.48$, $SD = 2.21$) ดังแสดงในตารางที่ 4.4 (รายละเอียดรายข้อ ดูภาคผนวก ก)

ตารางที่ 4.4 พิสัย ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานและการแปลผลของ ความรุนแรงของโรค การสนับสนุนทางสังคม ความเครียดของบิดามารดา และพฤติกรรมการปรับตัวของพี่น้องเด็กป่วยโรคมะเร็ง ของกลุ่มตัวอย่าง ($n = 92$)

ตัวแปร	พิสัยที่เป็นไปได้	พิสัยที่ได้จริง	$\bar{x}$	SD	การแปลผล
การรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งในพี่น้อง	0 – 10	0 – 10	5.87	.25	ปานกลาง
การสนับสนุนทางสังคมโดยรวม	19 – 95	58 – 84	70.90	4.54	สูง
1. ด้านอารมณ์	5 – 25	13 – 24	19.58	2.12	สูง
2. ด้านข้อมูลข่าวสาร	4 – 20	8 – 19	16.74	1.67	สูง
3. ด้านการประเมินคุณค่า	4 – 20	10 – 19	13.68	1.45	ปานกลาง
4. ด้านทรัพยากร สิ่งของ	6 – 30	14 – 27	20.90	2.13	ปานกลาง
ความเครียดของบิดามารดา	20 – 100	34 – 80	59.90	8.63	ปานกลาง
พฤติกรรมการปรับตัวของพี่น้องเด็กป่วยโรคมะเร็ง โดยรวม	21 – 84	59 – 80	71.26	5.14	ดี
1. ด้านร่างกาย	5 – 20	13 – 24	18.12	1.65	ดี
2. ด้านอัตมโนทัศน์	5 – 20	8 – 19	17.48	1.58	ดี
3. ด้านบทบาทหน้าที่	5 – 20	10 – 19	16.18	1.63	ดี
4. ด้านการพึ่งพาอาศัยตนเองและผู้อื่น	6 – 24	14 – 27	19.48	2.21	ดี

สำหรับการรับรู้ความรุนแรงของโรค นอกจากพี่น้องเด็กป่วยรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็ง อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x} = 5.87$, $SD = .25$) แล้ว จากการสนทนา ยังพบว่า พี่น้องเด็กป่วย

ส่วนใหญ่เชื่อมั่นในการรักษาโรคมะเร็ง ที่ได้รับจากบุคลากรทีมสุขภาพ ว่าจะสามารถรักษาให้หายได้ อีกทั้งเด็กป่วยยังสามารถช่วยเหลือตนเองได้ จึงรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็ง อยู่ในระดับปานกลาง สำหรับความเครียดของบิดามารดาของเด็กป่วยโรคมะเร็งส่วนใหญ่ มีความเครียด อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x} = 59.90$, $SD = 8.63$) เช่นกัน และจากการสนทนา กับบิดามารดาบางราย พบว่าประเด็นที่มักทำให้บิดามารดาเกิดความเครียด ได้แก่ เศรษฐกิจในครอบครัว เช่น ค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาบุตรที่ป่วย ค่าเดินทางในการพาบุตรมาตรวจ และรายได้ที่ลดลงจากการขาดงานบ่อยๆ สำหรับการสนับสนุนทางสังคมที่พี่น้องเด็กป่วยได้รับ เมื่อพิจารณารายชื่อของแต่ละด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด พบว่า ในด้านอารมณ์ พี่น้องเด็กป่วยได้รับการสนับสนุนจากบิดามารดาในเรื่องให้ความสนใจเรื่องการเรียนรู้ โดยคอยสอบถามเรื่องการเรียนรู้/สอนให้ทำการบ้านมากที่สุด ($\bar{x} = 4.13$, $SD = .76$) ด้านข้อมูลข่าวสาร พี่น้องเด็กป่วยได้รับข้อมูลข่าวสารจากบิดามารดาเรื่องไม่ให้ ไอ จาม รดพื๋/นึ่งที่ป่วยมากที่สุด ($\bar{x} = 4.78$, $SD = .62$) ด้านการประเมินคุณค่า พบว่า พี่น้องเด็กป่วยได้รับความไว้วางใจจากบิดามารดาให้รับผิดชอบดูแลตนเองเช่น แต่งตัว รับประทานอาหาร และไปโรงเรียนเองมากที่สุด ($\bar{x} = 3.98$, $SD = .55$) และด้านทรัพยากร สิ่งของ พี่น้องเด็กป่วยได้รับการดูแลให้รับประทานอาหารที่ดี และมีประโยชน์อยู่เสมอมากที่สุด ($\bar{x} = 3.90$, $SD = .69$) สำหรับพฤติกรรม การปรับตัวของพี่น้องเด็กป่วยโรคมะเร็ง ส่วนใหญ่แสดงพฤติกรรมปรับตัวโดยภาพรวม และรายด้านอยู่ในระดับดี (ภาคผนวก ข) มีการปรับตัวด้านร่างกาย โดยพี่น้องเด็กป่วยไม่แสดงพฤติกรรมการปัสสาวะรดที่นอนมากที่สุด ($\bar{x} = 3.89$, $SD = .34$) การปรับตัวด้านอัตมโนทัศน์ โดยพี่น้องเด็กป่วยรู้สึกมีความภาคภูมิใจที่ได้ดูแลพี่/น้องที่ป่วยมากที่สุด $\bar{x} = 3.73$, $SD = .51$) การปรับตัวด้านบทบาทหน้าที่ โดยพี่น้องเด็กป่วย คอยดูแลพี่/น้อง ที่ป่วยแทนบิดามารดา เมื่อบิดามารดาไม่อยู่บ้านมากที่สุด ($\bar{x} = 3.66$, $SD = .65$) และการปรับตัวด้านการพึ่งพาอาศัยตนเองและผู้อื่น โดยพี่น้องเด็กป่วยแสดงความรับผิดชอบต่อตนเอง เช่น แต่งตัวเอง รับประทานอาหารเองมากที่สุด ($\bar{x} = 3.47$, $SD = .54$)

ส่วนที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่ศึกษา

การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่ศึกษาจากค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's product moment correlation coefficient) พบว่า ตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมปรับตัวของพี่น้องเด็กป่วยโรคมะเร็งอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคม ($r = .21$, $p < .05$) ส่วนความรุนแรงของโรคมะเร็ง เพศ ลำดับการเกิด และความเครียดของบิดามารดา ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมปรับตัวของพี่น้องเด็กป่วยโรคมะเร็ง โดยมีค่า

สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์นี้ ความรุนแรงของโรคมะเร็ง ($r = -.13, p = .22$) เพศ ($r = .08, p = .43$) ลำดับการเกิด ($r = -.11, p = .32$) และความเครียดของบิดามารดา ($r = -.07, p = .47$) ดังแสดงในตารางที่ 4.5

ตารางที่ 4.5 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่ศึกษา (n = 92)

ตัวแปร	1	2	3	4	5	6
1. ความรุนแรงของโรคมะเร็ง	1.00					
2. เพศ	.09	1.00				
3. ลำดับการเกิด	.03	.07	1.00			
4. การสนับสนุนทางสังคม	.1	.17	-.06	1.00		
5. ความเครียดของบิดามารดา	-.11	-.01	.04	-.12	1.00	
6. พฤติกรรมการปรับตัวของพี่น้องเด็กป่วยโรคมะเร็ง	-.13	.08	-.11	.21*	-.07	1.00

* $p < .05$

ส่วนที่ 4 ผลการทดสอบสมมติฐาน

สมมติฐานการวิจัย: ความรุนแรงของโรคมะเร็ง เพศ ลำดับการเกิด การสนับสนุนทางสังคม และความเครียดของบิดามารดา สามารถทำนายพฤติกรรมการปรับตัวของพี่น้องเด็กป่วยโรคมะเร็ง

จากการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ (multiple regression) แบบ enter regression เป็นวิธีที่นำตัวแปรทำนายทั้ง 5 ตัวแปรเข้าสู่สมการพร้อมกันในครั้งเดียว จะได้ข้อมูลเกี่ยวกับผลการทำนายของสมการ และอิทธิพลของตัวพยากรณ์แต่ละตัวแปร (รัตนศิริ ทาโต, 2552) ซึ่งได้ผ่านการตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้นมาแล้ว (ภาคผนวก จ) ผลการทดสอบสมมติฐาน พบว่า ความรุนแรงของโรคมะเร็ง ($\beta = -.16, p = .130$) เพศ ($\beta = .06, p = .532$) ลำดับการเกิด ($\beta = -.09, p = .388$) การสนับสนุนทางสังคม ($\beta = .20, p = .058$) และความเครียดของบิดามารดา ($\beta = -.06, p = .536$) ไม่สามารถทำนายพฤติกรรมการปรับตัวของพี่น้องเด็กป่วยโรคมะเร็งได้ ดังแสดงในตารางที่ 4.6

ตารางที่ 4.6 ค่าสัมประสิทธิ์การทำนายของความรุนแรงของโรคมะเร็ง เพศ ลำดับการเกิด การสนับสนุนทางสังคม และความเครียดของบิดามารดา ต่อพฤติกรรมการปรับตัวของพี่น้องเด็กป่วยโรคมะเร็ง (n = 92)

ลำดับ	ตัวแปร	B	SE	β	t	p-value
1	ความรุนแรงของโรคมะเร็ง	-.67	.43	-.16	-1.52	.130
2	เพศ	.71	1.13	.06	.62	.532
3	ลำดับการเกิด	-1.16	1.33	-.09	-.86	.388
4	การสนับสนุนทางสังคม	.23	.12	.20	1.92	.058
5	ความเครียดของบิดามารดา	-.04	.06	-.06	-.62	.536
Constant = 60.881 R = .29, R ² = .084, Over all F = 1.575, Sig F = .176						

บทที่ 5

อภิปรายผล

การศึกษานี้เป็นการศึกษาความสัมพันธ์เชิงทำนาย (correlational predictive design) เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสามารถในการทำนายพฤติกรรมการปรับตัวของพี่น้องเด็กป่วยโรคมะเร็ง ได้แก่ ความรุนแรงของโรคมะเร็ง เพศ ลำดับการเกิด การสนับสนุนทางสังคม และความเครียดของบิดามารดา

จากผลการศึกษานี้ พบว่า ความรุนแรงของโรคมะเร็ง เพศ ลำดับการเกิด การสนับสนุนทางสังคม และความเครียดของบิดามารดา ไม่สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการปรับตัวของพี่น้องเด็กป่วยโรคมะเร็งได้ ($p > .05$) ซึ่งสามารถอธิบายตามสมมติฐานการวิจัย ดังนี้

ความรุนแรงของโรคมะเร็ง

จากการศึกษานี้ พบว่า ความรุนแรงของโรคมะเร็งไม่สามารถทำนายพฤติกรรมการปรับตัวของพี่น้องเด็กป่วยโรคมะเร็งได้ ($\beta = -.16, p = .130$) นั่นคือความรุนแรงของโรคมะเร็งในเด็กป่วย ไม่มีผลต่อพฤติกรรมการปรับตัวของพี่น้องเด็กป่วยโรคมะเร็ง อาจเนื่องมาจากเด็กโรคมะเร็งส่วนใหญ่ ร้อยละ 67.4 มีระยะเจ็บป่วยอยู่ในช่วง 0 - 1 ปี (ตารางที่ 4.2) ซึ่งเป็นระยะแรกๆของการเจ็บป่วย เด็กป่วยอาจยังไม่แสดงอาการหรือไม่มีอาการรุนแรง จึงอาจทำให้กลุ่มตัวอย่างรับรู้ ว่า เด็กป่วยมีอาการไม่รุนแรง หรือรุนแรงปานกลาง ตามผลการศึกษานี้ ($\bar{X} = 5.87, SD = .25$) อีกทั้งในการที่ผู้ป่วยเด็กเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลแต่ละครั้ง โดยเฉพาะระยะแรกที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคมะเร็ง ผู้ป่วยเด็ก บิดามารดาและพี่น้องเด็กป่วย จะได้รับข้อมูลเกี่ยวกับโรคมะเร็งจากบุคลากรทีมสุขภาพ โดยแพทย์ผู้ให้การรักษาได้อธิบายเกี่ยวกับความเจ็บป่วย อาการของโรค และแนวทางการรักษา ส่วนพยาบาลเป็นผู้ให้คำแนะนำเกี่ยวกับวิธีการดูแลเด็กป่วย และผลข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้นจากการรักษาโรคมะเร็ง จากการที่พี่น้องเด็กป่วยได้รับข้อมูลดังกล่าว อาจส่งผลให้พี่น้องเด็กป่วยเกิดความเชื่อมั่นในการรักษาของแพทย์ และพยาบาล และรู้ว่าเด็กป่วยโรคมะเร็งมีอาการไม่รุนแรง สามารถรักษาให้หายขาดได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ วราภรณ์ หมั่นสา (2540) ที่ศึกษาพฤติกรรมปรับตัวของเด็กวัยเรียนที่มีพี่น้องป่วยด้วยโรคมะเร็ง จำนวน 134 ราย

ซึ่งส่วนใหญ่ เด็กป่วยโรคมะเร็งอยู่ในระยะโรคสงบ ไม่แสดงอาการรุนแรง พี่น้องเด็กป่วยจึงรับรู้ เด็กป่วยมีอาการไม่รุนแรง และพบว่า ความรุนแรงของโรคมะเร็ง ไม่ส่งผลต่อพฤติกรรมการปรับตัว ทั้ง 4 ด้านของพี่น้องเด็กป่วยโรคมะเร็ง ได้แก่ ด้านร่างกาย ด้านอัธยาศัยนิสัย ด้านบทบาทหน้าที่ และด้านการพึ่งพาอาศัยตนเองและผู้อื่น ซึ่งพี่น้องเด็กป่วยสามารถอยู่ร่วมกับเด็กป่วยได้ตามปกติโดยไม่เกิดปัญหาพฤติกรรมการปรับตัว

เพศ

จากการศึกษาครั้งนี้ พบว่า เพศไม่สามารถทำนายพฤติกรรมการปรับตัวของพี่น้องเด็กป่วยโรคมะเร็งได้ ($\beta = .06, p = .532$) แสดงว่า พี่น้องเด็กป่วยไม่ว่าจะเป็นเพศหญิงหรือเพศชาย ไม่มีผลต่อพฤติกรรมการปรับตัว ในการศึกษาครั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างในการศึกษา ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 65.2 (ตารางที่ 4.1) ซึ่งจากการศึกษาของ เกสินี บุญยวัฒนากุล (2541) พบว่า เด็กเพศหญิงมีการปรับตัวและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเพื่อการดูแลสุขภาพของตนเองได้ดีกว่าเด็กเพศชาย อาจเนื่องมาจาก ความคาดหวังและการปลูกฝังทางวัฒนธรรม ที่เด็กเพศหญิงมักถูกคาดหวังจากครอบครัว ให้สามารถรับผิดชอบงานบ้าน และดูแลสมาชิกในครอบครัวได้เสมือนมารดา เด็กเพศหญิงจึงเรียนรู้การปรับตัว จากบทบาทที่ได้รับในครอบครัว และจากการสนทนากับพี่น้องเพศหญิง ในการศึกษาครั้งนี้ บางราย กล่าวว่า “หนูจะทำความสะอาดบ้าน และช่วยแม่ทำกับข้าวให้พี่กิน” และ “ไม่รู้สึกว่าน้องที่ป่วยเป็นภาระ สงสารน้อง กลัวน้องจะตาย” ซึ่งประโยคดังกล่าว ล้วนแสดงให้เห็นถึงความรับผิดชอบ ความผูกพันรักใคร่ และการปรับตัวด้านดีที่แสดงต่อเด็กป่วยโรคมะเร็ง อีกทั้งสังคมไทยยังมีระบบการช่วยเหลือค้ำจุนด้านจิตใจจากครอบครัวเป็นอย่างดี โดยให้ความช่วยเหลือแก่กันโดยไม่เลือกว่าพี่น้องเด็กป่วยเป็นเพศชายหรือเพศหญิง โดยเฉพาะอย่างยิ่งในวัยเรียนที่ต้องอยู่ในความดูแลของบิดามารดา ย่อมได้รับการดูแลที่เท่าเทียมกัน (วรารักษ์ หมั่นสา, 2540)

จากเหตุผลดังกล่าว จึงอาจเป็นไปได้ว่า แม้พี่น้องเด็กป่วยจะเป็นเพศชายหรือเพศหญิง ก็ไม่ส่งผลต่อพฤติกรรมการปรับตัวในการมีพี่น้องเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็ง กล่าวคือ ไม่เกิดความแตกต่างกันในพฤติกรรมการปรับตัว จึงอาจทำให้เพศ ไม่สามารถทำนายพฤติกรรมการปรับตัวของพี่น้องเด็กป่วยโรคมะเร็งได้

ลำดับการเกิด

จากการศึกษาครั้งนี้ พบว่า ลำดับการเกิดไม่สามารถทำนายพฤติกรรมการปรับตัวของพี่น้องเด็กป่วยโรคมะเร็งได้ ($\beta = -.09, p = .388$) อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาส่วนใหญ่เป็นพี่ของเด็กป่วย ร้อยละ 80.4 และเป็นเพศหญิง ร้อยละ 65.2 (ตารางที่ 4.1) และในการศึกษาครั้งนี้ อาจเนื่องมาจากในวัฒนธรรมไทย พี่จะถูกสอนให้คอยปกป้องดูแล ช่วยเหลือน้อง มีความเสียสละ และอดทน โดยเฉพาะอย่างยิ่งในยามเจ็บป่วย พี่ต้องแสดงบทบาทแทนบิดามารดาในการปกป้องดูแลน้อง เพื่อเป็นการแบ่งเบาภาระบิดามารดา และเป็นแบบอย่างที่ดีแก่น้อง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Barbarin (1995) ที่พบว่า พี่น้องที่เป็นบุตรคนแรก หรือเป็นพี่ของเด็กป่วยในมุมมองของบิดามารดานั้น เป็นผู้ที่มีวุฒิภาวะ มีความรับผิดชอบ และสามารถพึ่งพาตนเองได้มากกว่าน้อง รวมทั้งมีความเข้าใจเกี่ยวกับโรคที่เด็กป่วยเผชิญ รู้สึกเห็นอกเห็นใจ อยากปกป้องพี่น้องที่ตนรัก ด้วยเหตุผลดังกล่าวจึงอาจทำให้พี่น้องเด็กป่วยที่เป็นพี่ มีพฤติกรรมการปรับตัวที่เหมาะสมต่อเด็กป่วย

เช่นเดียวกัน ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของ วราภรณ์ หมั่นสา (2540) ที่ศึกษาพฤติกรรมการปรับตัวของเด็กวัยรุ่นที่มีพี่น้องป่วยด้วยโรคมะเร็ง โดยพบว่า พี่น้องที่เป็นพี่สามารถปรับตัวเผชิญกับการอยู่ร่วมกับน้องที่ป่วยเป็นโรคมะเร็งได้ เนื่องจากมีความเข้าใจและมีประสบการณ์ได้รับการดูแลเมื่อตนเองเจ็บป่วยจากบิดามารดา สามารถดูแลพี่น้องที่ป่วยได้ และสอดคล้องกับการศึกษาของ Minagawa (1997) ที่ศึกษาพฤติกรรมของพี่น้องเด็กป่วยโรคเบาหวานพบว่า พี่ของเด็กป่วยแสดงพฤติกรรมด้านบวกต่อเด็กป่วย เช่น ให้ความสนใจเกี่ยวกับการเจ็บป่วย โดยสนใจที่จะเรียนรู้เกี่ยวกับโรค การดูแลและการช่วยเหลือผู้ป่วยเรื่องอาหารและการออกกำลังกาย เพื่อช่วยเหลือบิดามารดาในการดูแลเด็กป่วย และด้วยลักษณะของกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ ซึ่งส่วนใหญ่เป็นพี่ของเด็กป่วย ร้อยละ 80.4 มีความเป็นเอกพันธ์ (homogeneous) สูง ซึ่งมีผลในทางสถิติ จึงอาจทำให้ลำดับการเกิด ไม่สามารถทำนายพฤติกรรมการปรับตัวของพี่น้องเด็กป่วยโรคมะเร็งได้

การสนับสนุนทางสังคม

จากการศึกษาครั้งนี้ พบว่า การสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมการปรับตัวของพี่น้องเด็กป่วยโรคมะเร็งมีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .21, p < .05$) (ตารางที่ 4.5) แสดงว่า พี่น้องที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมระดับสูง จะมีพฤติกรรมการปรับตัวดี ในทางตรงกันข้าม หากพี่น้องที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมระดับต่ำ จะมีพฤติกรรมการปรับตัวที่ไม่ดี ทั้งนี้อาจเนื่องมาจาก พี่น้องเด็กป่วยส่วนใหญ่อาศัยอยู่ตามอำเภอต่างๆ ในจังหวัดนครราชสีมา ซึ่งมีวิถีชีวิต

ความเป็นอยู่แบบชนบทมากกว่าชุมชนเมือง ลักษณะครอบครัวเป็นแบบครอบครัวขยาย มีสมาชิกในครอบครัวหลายคน ทั้ง ปู่ ย่า ตา ยาย ลุง ป้า น้า อา และสมาชิกในครอบครัวของพี่น้องเด็กป่วยเอง สมาชิกในครอบครัวมีความสัมพันธ์กันอย่างใกล้ชิดกัน มีความรักใคร่ ผูกพัน และช่วยเหลือซึ่งกันและกัน เมื่อมีสมาชิกในครอบครัวเจ็บป่วย สมาชิกในครอบครัวจะให้ความช่วยเหลือดูแลซึ่งกันและกันเป็นอย่างดี และถึงแม้ว่าพี่น้องเด็กป่วยจะเป็นเด็กสุขภาพดี การเอาใจใส่ดูแลอาจไม่เท่าเทียมกับเด็กป่วย แต่สมาชิกในครอบครัวยังคงให้ความสำคัญ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ปู่ ย่า ตา ยาย ที่คอยทำหน้าที่ดูแลพี่น้องเด็กป่วยแทนบิดามารดา ในกรณีที่เด็กป่วยเข้ารับการรักษาอยู่ในโรงพยาบาล อีกทั้งพี่น้องเด็กป่วย ยังได้รับโอกาสจากบิดามารดา โดยการพาไปเยี่ยมเด็กป่วยที่โรงพยาบาลในช่วงวันเสาร์ – อาทิตย์ หรือวันหยุดด้วยตนเอง และผลจากการศึกษาครั้งนี้ ยังพบว่า พี่น้องเด็กป่วยได้รับการสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์มากที่สุด คือ การได้รับความเอาใจใส่ดูแล สอบถามเรื่องการเรียน/สอนให้ทำการบ้าน ด้านข้อมูลข่าวสาร คือ บิดามารดาสอน และให้คำแนะนำเรื่องไม่ให้ ไอ จาม รด พี่น้องที่ป่วย ด้านการประเมินคุณค่า คือ ได้รับความไว้วางใจจากบิดามารดาให้รับผิดชอบดูแลตนเองเช่น แต่งตัว รับประทานอาหาร และไปโรงเรียนเอง และด้านทรัพยากร สิ่งของ พี่น้องเด็กป่วยจะได้รับการดูแลให้รับประทานอาหารที่ดี มีประโยชน์อยู่เสมอ นอกจากสมาชิกในครอบครัวแล้ว พี่น้องเด็กป่วยยังได้รับการสนับสนุนทางสังคมจาก บุคลากรทีมสุขภาพโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา เช่น การได้รับข้อมูลเกี่ยวกับโรคและอาการเจ็บป่วย ตลอดจนวิธีการดูแลเด็กป่วยในโรงพยาบาล

นอกจากนี้ ภายในหอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา ได้มีการจัดพื้นที่เป็นมุมเพื่อการศึกษา สำหรับผู้ป่วยและญาติให้มาใช้บริการ โดยมีสื่อการสอน เอกสารแผ่นพับต่างๆ เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวต่อเด็กป่วยโรคมะเร็ง เพื่อให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในกิจกรรมต่างๆ ในการดูแลเด็กป่วยขณะอยู่ในโรงพยาบาล เช่น การป้อนข้าว การเช็ดตัว และเมื่อเด็กป่วยกลับไปอยู่ที่บ้าน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Barrera, Fleming และ Khan (2003) ซึ่งพบว่า พี่น้องเด็กป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมสูงจากบิดามารดา ญาติ เพื่อนที่โรงเรียน รวมทั้งแพทย์พยาบาล และบุคลากรทีมสุขภาพอื่นๆ ไม่มีปัญหาพฤติกรรมการปรับตัวต่อความเจ็บป่วยของเด็กป่วยโรคมะเร็ง

แต่เมื่อศึกษาความสัมพันธ์เชิงทำนายกลับพบว่า การสนับสนุนทางสังคมไม่สามารถทำนายพฤติกรรมการปรับตัวของพี่น้องเด็กป่วยโรคมะเร็งได้ ($\beta = .20, p = .058$) ทั้งนี้อาจอธิบายได้ว่า แม้การสนับสนุนทางสังคมจะมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการปรับตัวของพี่น้องเด็กป่วยโรคมะเร็งอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .21, p < .05$) แต่เป็นความสัมพันธ์ในระดับต่ำ ($r < .30$) (บุญใจ ศรีสถิตยัณราทร, 2547) จึงเป็นไปได้ว่า เมื่อทำการวิเคราะห์การถดถอยแบบพหุคูณ (multiple

regression) จึงไม่พบอำนาจการทำนายหรืออิทธิพลของการสนับสนุนทางสังคมที่มีต่อพฤติกรรม การปรับตัวของพี่น้องเด็กป่วยโรคมะเร็ง

ความเครียดของบิดามารดา

จากการศึกษาครั้งนี้ พบว่า ความเครียดของบิดามารดาไม่สามารถทำนายพฤติกรรม การปรับตัวของพี่น้องเด็กป่วยโรคมะเร็งได้ ($\beta = -.06, p = .536$) โดยบิดามารดามีระดับความเครียดอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 59.90, SD = 8.63$) (ตารางที่ 4.4) ทั้งนี้อาจมีสาเหตุจาก บิดามารดาได้รับข้อมูลเกี่ยวกับ อาการของโรค แนวทางการรักษา การปฏิบัติตัวต่อเด็กป่วย และวิธีการดูแลเด็กป่วย ตลอดจนผลข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้นจากการรักษาโรคมะเร็งจากบุคลากรทีมสุขภาพ ตั้งแต่ครั้งแรกที่ วินิจฉัยโรค อีกทั้งระบบบริการภายในหอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา ที่จัดให้ผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งรักษาอยู่ในห้องเดียวกัน ทำให้บิดามารดาหรือผู้ปกครองรู้จักและคุ้นเคยกัน มีการสนทนา แลกเปลี่ยนข้อมูลเกี่ยวกับอาการเจ็บป่วยของบุตร มีการให้คำแนะนำ แสดงความเห็นอกเห็นใจกัน ตลอดจนการให้กำลังใจซึ่งกันและกัน จึงอาจทำให้บิดามารดาเกิดความรู้สึก ผ่อนคลาย และสามารถระบายความรู้สึกกับกลุ่มผู้ปกครองเด็กโรคมะเร็งเหมือนกันได้ ความเครียดจึงลดลง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ สุธีภรณ์ สุวรรณโอสถ (2547) ที่พบว่า ผู้ปกครองเด็กป่วยโรคมะเร็งสามารถเผชิญความเครียดได้ จากการพูดคุย แลกเปลี่ยนข้อมูลกันระหว่างผู้ปกครองเด็กป่วยโรคมะเร็งด้วยกันเอง และจากการสนทนากับบิดามารดาในการศึกษาครั้งนี้พบว่า ประเด็นส่วนใหญ่ที่ทำให้บิดามารดาเกิดความเครียด ได้แก่ ค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษานบุตรที่ป่วย ค่าเดินทางในการพาบุตรมาตรวจ และรายได้ที่ลดลงจากการขาดงานบ่อยๆ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ รุจา ภูไพบูลย์ และคณะ (2543) ซึ่งพบว่า ความเครียดส่วนใหญ่ของบิดามารดาที่มีบุตรป่วยด้วยโรคมะเร็งคือ เรื่องค่าใช้จ่ายที่เพิ่มขึ้น แต่รายได้ลดลงจากการขาดงานของบิดามารดา และถึงแม้ว่าบิดามารดาจะมีความเครียดเรื่องค่าใช้จ่าย แต่บิดามารดายังสามารถเผชิญกับความเครียดได้อย่างเหมาะสม เพราะมีความเชื่อมั่นในการรักษาจากเทคโนโลยีทางการแพทย์ที่ก้าวหน้า และมีความน่าเชื่อถือมากขึ้น จึงอาจทำให้บิดาสามารถเผชิญกับความเครียดได้อย่างเหมาะสม ไม่แสดงพฤติกรรมจากความเครียด เช่น พฤติกรรมก้าวร้าว บิดามารดามีเวลาเอาใจใส่พี่น้องเด็กป่วยได้อย่างใกล้ชิดมากขึ้น เพราะสามารถจัดการกับความเครียดได้ พี่น้องเด็กป่วยจึงอาจมีพฤติกรรมปรับตัวที่ดี และสามารถอยู่ร่วมกันกับสมาชิกในครอบครัวได้ ด้วยเหตุผลดังกล่าวจึงอาจทำให้ความเครียดของบิดามารดา ไม่สามารถทำนายพฤติกรรม การปรับตัวของพี่น้องเด็กป่วยโรคมะเร็งได้

แม้ว่าผลการศึกษาในครั้งนี้ จะไม่พบอิทธิพลหรืออำนาจการทำนายของตัวแปรที่ศึกษา ต่อพฤติกรรมกรรมการปรับตัวของพี่น้องเด็กป่วยโรคมะเร็งก็ตาม แต่ปัจจัยด้าน ความรุนแรงของโรคมะเร็ง เพศ ลำดับการเกิด การสนับสนุนทางสังคม และความเครียดของบิดามารดา ยังคงเป็น ปัจจัยที่บุคลากรทีมสุขภาพ เช่น แพทย์ พยาบาล ควรให้ความสำคัญต่อพี่น้องเด็กป่วย โดยเฉพาะอย่างยิ่ง การสนับสนุนทางสังคม ซึ่งจากผลการศึกษาครั้งนี้ พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกรรมการปรับตัว โดยควรร่วมกันหาแนวทางส่งเสริมให้พี่น้องเด็กป่วยมีพฤติกรรมกรรมการปรับตัวที่ดีขึ้น จากผลการศึกษาครั้งนี้ พบว่า การสนับสนุนทางสังคมด้านการประเมินคุณค่า และด้านทรัพยากร สิ่งของ พี่น้องเด็กป่วยได้รับอยู่ในระดับปานกลาง ดังนั้นพยาบาลควรมีบทบาทในการเป็นผู้ให้คำปรึกษา ควรแนะนำให้บิดามารดาให้ความสำคัญของการสนับสนุนทางสังคมแก่พี่น้องเด็กป่วย โดยในด้านการประเมินคุณค่า ควรกล่าวคำชื่นชมเมื่อมีผลการเรียนดี เอาใจใส่ สอบถามเกี่ยวกับการเรียน หรือการสอนทำการบ้านอย่างสม่ำเสมอ ตลอดจนความเป็นอยู่ในโรงเรียนของพี่น้องเด็กป่วย โดยอาจสอบถามจากครู และเพื่อนที่โรงเรียน ซึ่งอาจส่งผลให้พี่น้องเด็กป่วยเกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ที่บิดามารดายังให้ความสำคัญ และเอาใจใส่ดูแล แม้บิดามารดาจะต้องดูแลเด็กป่วยในโรงพยาบาล ส่วนในด้านทรัพยากร พยาบาลควรเป็นแนะนำแหล่งสนับสนุนทางสังคมให้แก่พี่น้องเด็กป่วย โดยร่วมปรึกษาร่วมกับบิดามารดา และสมาชิกครอบครัวคนอื่นๆ เช่น การซื้ออุปกรณ์การเรียนให้ หรือ แนะนำให้ ปู่ ย่า ตา ยาย ญาติพี่น้องที่สนิท มาคอยดูแลพี่น้องเด็กป่วยแทนบิดามารดาเมื่อบิดามารดาไปดูแลเด็กป่วยในโรงพยาบาล เพื่อให้พี่น้องเด็กป่วยได้รับการดูแลเอาใจใส่ อย่างเหมาะสมเพียงพอจากสมาชิกคนอื่นๆ ในครอบครัว แทนบิดามารดาที่ไม่สามารถทำหน้าที่นี้ได้ เพราะต้องดูแลเด็กป่วยในโรงพยาบาล ส่วนการสนับสนุนทางสังคมด้านข้อมูลข่าวสาร และด้านอารมณ์ของพี่น้องเด็กป่วย ที่อยู่ในระดับดี ซึ่งควรส่งเสริมให้มีการพัฒนาในระดับดียิ่งขึ้น เช่น การให้บริการด้านการให้คำปรึกษาแก่สมาชิกครอบครัวเด็กป่วยโรคมะเร็งรายใหม่ทุกราย เพื่อเป็นการประเมินและเตรียมความพร้อมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และจิตสังคม แก่บิดามารดาและสมาชิกในครอบครัว ในการดูแลเด็กป่วยโรคมะเร็ง

นอกจากนี้ พยาบาลควรประเมินความเครียดในบิดามารดา โดยเฉพาะอย่างยิ่ง บิดามารดาบางรายที่มีระดับความเครียดสูง พยาบาลควรเป็นผู้รับฟังปัญหา เปิดโอกาสให้ระบายความรู้สึก ให้กำลังใจบิดามารดา และเป็นที่ปรึกษาที่ดี โดยเป็นผู้ติดต่อประสานงานกับแหล่งประโยชน์ในชุมชน เพื่อเป็นการดูแลเด็กป่วยโรคมะเร็งอย่างต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพ ซึ่งอาจทำให้บิดามารดาเกิดความสบายใจมากขึ้น และมีความเครียดลดลง

ดังนั้น ในการปฏิบัติงานของพยาบาล เพื่อเสริมสร้างพฤติกรรมกรรมการปรับตัวที่ดีในพี่น้องเด็กป่วยโรคมะเร็ง ควรให้ความสำคัญกับการสนับสนุนทางสังคมอย่างต่อเนื่อง ซึ่งเป็นสิ่งเร้าที่

กระตุ้นให้เกิดการปรับตัวที่ดีต่อเด็กป่วย โดยการพัฒนากิจกรรมหรือโปรแกรมการส่งเสริมการสนับสนุนทางสังคมสำหรับพี่น้องเด็กป่วยโรคมะเร็ง เช่น การเข้าค่ายพี่น้องเด็กป่วยโรคมะเร็ง หรือการให้คำปรึกษาแก่พี่น้องเด็กป่วยโรคมะเร็ง เพื่อเป็นการเสริมสร้างสัมพันธภาพที่ดี และการปรับตัวที่ดีระหว่างพี่น้องและเด็กป่วยโรคมะเร็ง เพื่อให้สามารถอยู่ร่วมกันได้อย่างมีคุณภาพชีวิตที่ดี



บทที่ 6

สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ

การศึกษาครั้งนี้ เป็นการศึกษาความสัมพันธ์เชิงทำนาย (correlational predictive design) เพื่อศึกษาความสามารถในการทำนายของ ความรุนแรงของโรคมะเร็ง เพศ ลำดับการเกิด การสนับสนุนทางสังคม และความเครียดของบิดามารดา ต่อพฤติกรรมการปรับตัวของพี่น้องเด็กป่วยโรคมะเร็ง โดยใช้กรอบแนวคิดการปรับตัวของ Roy (Roy & Andrew, 1991) เป็นกรอบแนวคิดในการศึกษา

ประชากรที่ศึกษา คือ เด็กที่มีอายุระหว่าง 9 – 18 ปี ที่มีพี่หรือน้องป่วยเป็นโรคมะเร็ง ซึ่งได้รับการวินิจฉัยและเข้ารับการรักษายู่ในโรงพยาบาลมหาราช จังหวัดนครราชสีมา และบิดามารดา โดยบ้านของกลุ่มตัวอย่าง ต้องอยู่ในเขตจังหวัดนครราชสีมา และจังหวัดใกล้เคียง มีรัศมีของที่ตั้งห่างจากโรงพยาบาลมหาราช นครราชสีมา เป็นระยะทางไม่เกิน 50 กิโลเมตร การเลือกกลุ่มตัวอย่าง ใช้การเลือกแบบสะดวก (convenience sampling) ตามคุณสมบัติที่กำหนด จำนวน 92 คู่

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ 1) แบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย ข้อมูลทั่วไปของเด็กป่วย พี่น้องเด็กป่วย และบิดามารดาเด็กป่วย 2) แบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรงของโรค 3) แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมของพี่น้องเด็กป่วย 4) แบบสอบถามความเครียดของบิดามารดาเด็กป่วย 5) แบบสอบถามพฤติกรรมการปรับตัวของพี่น้องเด็กป่วย ซึ่งเครื่องมือทั้งหมดได้ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 คน และผ่านการวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือจำนวน 3 ฉบับ จากบิดามารดา และพี่น้องเด็กป่วยโรคมะเร็งที่มีลักษณะคล้ายกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 10 คน โดยได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคสำหรับแบบสอบถาม ดังนี้ แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม = 0.84 แบบสอบถามความเครียดของบิดามารดาเด็กป่วย = 0.85 และแบบสอบถามพฤติกรรมการปรับตัวของพี่น้องเด็กป่วย = 0.81 เมื่อสิ้นสุดการศึกษาได้วิเคราะห์หาความเชื่อมั่นจากจำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 92 คู่ พบว่า ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคของ แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมของพี่น้องเด็กป่วย = 0.81 แบบสอบถามความเครียดของบิดามารดาเด็กป่วย = 0.83 และแบบสอบถามพฤติกรรมการปรับตัวของพี่น้องเด็กป่วย = 0.80 ตามลำดับ

การวิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปด้วย สถิติพรรณนา (descriptive statistics) ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ

สถิติอ้างอิง ได้แก่ ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's product moment correlation coefficient) และการวิเคราะห์การถดถอยแบบพหุคูณความสามารถในการทำนาย โดยการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ (multiple regression) โดยกำหนดความมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สรุปผลการวิจัย

1. ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง มีอายุอยู่ในช่วง 9 – 12 ปี เรียนอยู่ในระดับประถมศึกษาตอนปลาย (ป.5 – ป.6) ส่วนใหญ่เป็นพี่ของเด็กป่วย ทราบการวินิจฉัยโรคของเด็กป่วยทุกราย และรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งของเด็กป่วยอยู่ในระดับปานกลาง
2. ลักษณะทั่วไปของเด็กป่วยโรคมะเร็ง ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย อายุอยู่ในช่วง 6 – 12 ปี (วัยเรียน) เรียนอยู่ในระดับชั้นประถมศึกษาต้น และมีลำดับการเกิดเป็นน้อง ป่วยด้วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวมากที่สุด และอยู่ในระยะแรกวินิจฉัย 0 – 1 ปี
3. ลักษณะทั่วไปของบิดามารดา ส่วนใหญ่เป็นมารดา อายุอยู่ในช่วง 36 – 45 ปี มีสถานภาพสมรส คู่ ประกอบอาชีพเกษตรกรกรรม และรับจ้าง อายุของกลุ่มสมรสใกล้เคียงกันคือ อยู่ในช่วง 37 – 46 ปี ประกอบอาชีพเกษตรกรกรรม และรับจ้าง เช่นเดียวกัน ส่วนใหญ่รายได้ครอบครัวไม่พอใช้ มีรายได้เฉลี่ยต่ำกว่า 5,000 บาทต่อเดือน
4. จากการวิเคราะห์ความสัมพันธ์จากค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's product moment correlation coefficient) พบว่า ตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม การปรับตัวของพี่น้องเด็กป่วยโรคมะเร็งอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคม ($r = .21, p < .05$)
5. ผลการวิเคราะห์ปัจจัยทำนาย พบว่า สมมติฐานการวิจัยไม่ได้รับการสนับสนุน นั่นคือ ความรุนแรงของโรคมะเร็ง เพศ ลำดับการเกิด การสนับสนุนทางสังคม และความเครียดของบิดามารดา ไม่สามารถร่วมทำนายพฤติกรรมปรับตัวของพี่น้องเด็กป่วยโรคมะเร็งได้ ($p > .05$)

ข้อเสนอแนะและการนำผลการวิจัยไปใช้

ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

ผลการศึกษานี้ พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการปรับตัวของพี่น้องเด็กป่วยโรคมะเร็ง แต่เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า การสนับสนุนทางสังคมด้านการประเมินคุณค่า และด้านทรัพยากร สิ่งของ อยู่ในระดับปานกลาง พยาบาลจึงควรให้ความสำคัญและหาแนวทางร่วมกับบิดามารดาในการให้คุณค่าแก่พี่น้องเด็กป่วย เช่น การกล่าวคำชื่นชมที่ประพุดติตติ หรือการเปิดโอกาสให้พี่น้องมาเยี่ยมเด็กป่วยที่โรงพยาบาล ในด้านทรัพยากร พยาบาลควรเป็นผู้หาแหล่งสนับสนุนทางสังคมให้แก่พี่น้องเด็กป่วย โดยร่วมปรึกษากับบิดามารดา และสมาชิกครอบครัวคนอื่นๆ เช่น การสอบถามความต้องการในด้านการเงิน และอุปกรณ์การเรียน โดยบิดามารดา อาจเป็นผู้ซื้ออุปกรณ์การเรียนให้ หรือ แนะนำให้ ปู่ ย่า ตา ยาย คอยดูแลพี่น้องเด็กป่วยแทนบิดามารดา เมื่อเด็กป่วยรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาล เป็นการเพิ่มประสิทธิภาพของการให้การสนับสนุนให้มากขึ้น

พยาบาลควรประเมินการรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็ง การได้รับการสนับสนุนทางสังคม พฤติกรรมการปรับตัวในพี่น้องเด็กป่วย และประเมินความเครียดในบิดามารดา โดยเฉพาะอย่างยิ่ง บิดามารดาบางรายที่มีระดับความเครียดสูง พยาบาลควรเป็นผู้รับฟังปัญหา เปิดโอกาสให้ระบายความรู้สึก ให้กำลังใจบิดามารดา และเป็นที่ปรึกษาที่ดี โดยเป็นผู้ติดต่อประสานงานกับแหล่งประโยชน์ในชุมชน เพื่อเป็นการดูแลเด็กป่วยโรคมะเร็งอย่างต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพ ซึ่งอาจทำให้บิดามารดาเกิดความสบายใจมากขึ้น และมีความเครียดลดลง

นอกจากนี้ควรมีกิจกรรมที่เปิดโอกาสให้พี่น้องเด็กป่วยมีส่วนร่วมในการดูแลเด็กป่วยโรคมะเร็งอย่างใกล้ชิดมากขึ้น เช่น กิจกรรมสุดสัปดาห์ที่พี่น้องเด็กป่วย (sibling weekend activities) ที่จัดให้พี่น้องได้ไปเยี่ยมเด็กป่วยโรคมะเร็งในโรงพยาบาลอย่างใกล้ชิด เพื่อให้เข้าใจเกี่ยวกับอาการของโรค การรักษา และวิธีการดูแลเด็กป่วย ซึ่งอาจทำให้เกิดความเห็นอกเห็นใจเด็กป่วยมากขึ้น เพื่อส่งเสริมให้พี่น้องเด็กป่วยมีพฤติกรรมปรับตัวที่ดี สามารถอยู่ร่วมกับเด็กป่วยได้อย่างเหมาะสม

ด้านการวิจัย

1. ในการศึกษาในครั้งนี้ผู้วิจัยเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบสะดวก (convenience sampling) และศึกษาในเฉพาะกลุ่มพี่น้องเด็กป่วยโรคมะเร็ง ในโรงพยาบาลมหาราช นครราชสีมาเท่านั้น จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างขาดความหลากหลาย อาจไม่เป็นตัวแทนของประชากรที่ดี ในการวิจัยครั้งต่อไปควรทำการศึกษาจากหลายโรงพยาบาล และใช้วิธีการสุ่มตัวอย่าง

2. ในแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมของพี่น้องเด็กป่วย ควรเพิ่มคำถามที่เป็น การสนับสนุนทางสังคมจากบุคลากรทีมสุขภาพ เช่น แพทย์ พยาบาล นักสังคมสงเคราะห์ ซึ่งอาจมี ส่วนร่วมในการสนับสนุนทางสังคมแก่พี่น้องเด็กป่วยที่มาเยี่ยมเด็กป่วยในโรงพยาบาล หรือที่ ติดตามบิดามารดาและเด็กป่วยมาตรวจตามแพทย์นัด

3. ควรศึกษาปัจจัยอื่นๆ ตามกรอบแนวคิดของ Roy (Roy & Andrew, 1991) ที่อาจมี อิทธิพลต่อพฤติกรรมการปรับตัวของพี่น้องเด็กป่วยโรคมะเร็ง เช่น อายุของพี่น้องเด็กป่วย ระยะเวลาของความเจ็บป่วย และระยะของโรคในเด็กป่วยโรคมะเร็ง

ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการปรับตัวของพี่น้องเด็กป่วยโรคมะเร็ง

FACTORS PREDICTING ADAPTIVE BEHAVIORS IN SIBLINGS OF CHILDREN WITH CANCER

วิภาวี พลแก้ว 5236553 NSPN/M

พย.ม. (การพยาบาลเด็ก)

คณะกรรมการที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ : วนิดา เสนะสุทธิพันธุ์, Ph.D. (NURSING), นางลักษณ จินตนาติลก, พย.ค.

บทสรุปแบบสมบูรณ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

มะเร็งในเด็ก นับเป็นโรคที่มีความรุนแรงและคุกคามต่อชีวิตเด็ก ซึ่งเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญ และอุบัติการณ์ของโรคมะเร็งเพิ่มขึ้นทุกปี ผู้ป่วยเด็กต้องเผชิญกับความทุกข์ทรมานจากภาวะแทรกซ้อนต่างๆ เช่น ชีด อ่อนเพลีย เป็นระยะเวลายาวนาน และผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งเหล่านี้ต้องการการดูแลเนื่องจากความเจ็บป่วยที่เกิดจากตัวโรคเอง หรือภาวะแทรกซ้อนต่างๆ เป็นระยะเวลาที่ยาวนาน ย่อมส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยเด็ก และสมาชิกในครอบครัวต่อการเปลี่ยนแปลงเมื่อมีเด็กป่วยเป็นโรคมะเร็งในครอบครัว (รุจา ภูไพบูลย์ และคณะ, 2543)

การเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งนอกจากจะส่งผลกระทบโดยตรงต่อตัวเด็กแล้ว ยังส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของสมาชิกในครอบครัวซึ่งประกอบไปด้วย บิดามารดา และพี่น้องเด็กป่วยจากการศึกษาที่เกี่ยวข้องพบว่า เด็กป่วยโรคมะเร็งส่งผลกระทบต่อพฤติกรรมปรับตัวของพี่น้องที่มีสุขภาพดี ที่อาจมีพฤติกรรมเปลี่ยนแปลงไปในด้านลบ ภายหลังผู้ป่วยเด็กได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคมะเร็ง เช่น อิจฉาเด็กป่วย กลัวและวิตกกังวลว่าตนจะป่วย และมีภาวะซึมเศร้า (รุจา ภูไพบูลย์ และคณะ, 2543; วราภรณ์ หมั่นสา, 2540; Sloper & While, 1996; Williams et al., 2006)

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมปรับตัวของพี่น้องเด็กป่วยโรคมะเร็ง แบ่งออกเป็น 4 ด้าน (Williams, 2009) คือ 1) ปัจจัยด้านเด็กป่วย ได้แก่

ความรุนแรงของโรคมะเร็ง 2) ปัจจัยด้านพี่น้องเด็กป่วย ได้แก่ เพศ ลำดับการเกิด ช่วงห่างของอายุ 3) ปัจจัยด้านแหล่งสนับสนุน ได้แก่ เศรษฐกิจครอบครัว และการสนับสนุนทางสังคม และ 4) ปัจจัยด้านบิดามารดา ได้แก่ ความเครียดของบิดามารดา

ปัจจัยด้านเด็กป่วย ได้แก่ ความรุนแรงของโรคมะเร็ง จากการศึกษาของ Barbarin (1995) พบว่า อาการของโรคมะเร็งในเด็กยังมีความรุนแรงมากขึ้นเท่าไร ยิ่งมีผลทำให้พี่น้องเด็กป่วยมีความรับผิดชอบ และพึ่งพาตนเองได้มากขึ้นเท่านั้น เนื่องจากรู้สึกสงสาร เห็นอกเห็นใจผู้ป่วย ไม่อยากเป็นภาระของพ่อแม่ การศึกษาของ Houztager และคณะ (2004) พบว่าการรักษาโรคมะเร็งในระยะแรกของเด็กป่วยที่มีอาการรุนแรง ส่งผลต่อความรู้สึกไม่มั่นคงด้านอารมณ์ และความวิตกกังวลของพี่น้องเด็กป่วย เนื่องจากไม่ทราบการพยากรณ์โรคที่ชัดเจนของเด็กป่วย จะทำให้พี่น้องเด็กป่วยเกิดความกังวล และท้อแท้สิ้นหวัง อย่างไรก็ตาม การศึกษาของ วราภรณ์ หมีนสา (2540) พบว่า ระยะของโรคมะเร็งและความรุนแรงของโรคมะเร็ง ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการปรับตัวของพี่น้องเด็กป่วยโรคมะเร็ง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$)

ปัจจัยด้านพี่น้องเด็กป่วย ได้แก่ เพศ และ ลำดับการเกิด โดยมีรายงานการศึกษาปัจจัยด้านเพศ พบว่า พี่น้องเพศหญิง ของเด็กป่วยโรคมะเร็งมีแนวโน้มจะมีปัญหาทางจิตมากกว่าเพศชาย โดยจะแสดงออกจากอาการซึมเศร้า วิตกกังวล (Lobato & Kao, 2002) สอดคล้องกับการศึกษาของ Houztager และคณะ (2004) ที่พบว่าพี่น้องเด็กป่วยเพศหญิงจะพบภาวะซึมเศร้า และวิตกกังวลสูงกว่าพี่น้องเด็กป่วยเพศชาย สำหรับปัจจัยด้านลำดับการเกิด พบว่า น้องของเด็กป่วยมักมีปัญหาพฤติกรรม โดยเฉพาะน้องชายมักจะมีพฤติกรรมก้าวร้าว กระทำความผิด โกรธง่ายและมีพฤติกรรมแยกตัว (Breslau et al., 1981; Cowen et al., 1986; Tew & Laurence, 1973)

ปัจจัยด้านแหล่งสนับสนุน ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคม โดยมีรายงานการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยด้านการสนับสนุนทางสังคม พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการปรับตัวของพี่น้องเด็กป่วยโรคมะเร็ง กล่าวคือ พี่น้องเด็กป่วยที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมสูงด้านอารมณ์ เช่น การได้รับความเอาใจใส่จากบิดามารดา การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร เช่น การได้รับข้อมูลเกี่ยวกับอาการและอาการแสดงของเด็กป่วย จะพบว่ามีภาวะซึมเศร้า ความวิตกกังวลลดลง และปัญหาพฤติกรรมการปรับตัวลดลง (Barrera, Fleming, & Khan, 2003) ซึ่งการสนับสนุนดังกล่าว อาจเป็นได้ทั้งการสนับสนุนจากพ่อแม่ ญาติ เพื่อน ครูที่โรงเรียน และบุคลากรทีมสุขภาพ เช่น แพทย์ พยาบาล โดยจะทำหน้าที่เสมือนแหล่งประโยชน์ที่จะช่วยให้พี่น้องเด็กป่วยโรคมะเร็งมีพฤติกรรมการปรับตัวที่ดีได้ สอดคล้องกับแนวคิดของ Roy และ Andrew (1991) ที่กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคม เป็นส่วนหนึ่งของแบบแผนสัมพันธ์ภาพทางสังคม เป็นแหล่งประโยชน์ที่ช่วยส่งเสริมให้บุคคลมีพฤติกรรมการปรับตัวที่ถูกต้องเหมาะสม

ปัจจัยด้านบิดามารดา ได้แก่ ความเครียดของบิดามารดา เพราะเมื่อมีเด็กป่วยเป็นโรคมะเร็งในครอบครัว ทำให้บิดามารดามีปฏิกิริยาตอบสนองต่อภาวะความเจ็บป่วยแตกต่างกันไป เช่น ความโกรธ ความโศกเศร้า ความวิตกกังวล และความเครียด นอกจากนี้ยังมีรายงานการศึกษาพบว่า ความเครียดของบิดามารดา คือปัจจัยที่ส่งผลกระทบโดยตรงต่อการพฤติกรรมการปรับตัวของพี่น้องเด็กป่วยกลุ่มที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ เช่น โรคออทิสติก โรคดาวน์ซินโดรม เพราะสามารถทำนายพฤติกรรมการปรับตัวของพี่น้องได้ร้อยละ 58 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($R^2 = .58$, $p < .01$) (Giallo & Gavidia-Payne, 2006) เมื่อมารดาที่มีความเครียดสูงจะเกิดปัญหาสัมพันธภาพระหว่างเด็กป่วยและพี่น้อง เนื่องจากมารดาที่มีความเครียดในการดูแลเด็กป่วย จึงให้ความรักความเอาใจใส่เด็กป่วยมากกว่าปกติ บางรายอาจตามใจผู้ป่วยมากเกินไป ทำให้พี่น้องเด็กป่วยเกิดความเข้าใจผิดคิดว่ามารดารักตนน้อยลง และเริ่มมีปฏิกิริยา คือ เรียกร้องความสนใจ เกิดความอิจฉาริษยา โกรธ ปฏิเสธเด็กป่วย (Kurnat & Moore, 1999)

การศึกษาวิจัยในประเทศไทยที่ผ่านมา มักมุ่งเน้นให้ความสนใจแก่เด็กป่วยและบิดามารดา สำหรับการศึกษาวิจัยที่เกี่ยวกับพี่น้องของเด็กป่วยพบว่ามีรายงานวิจัยอยู่น้อยมาก (พัชรพรพรรณ ทิพวงศา, 2542; วราภรณ์ หมั่นสา, 2540; วัฒนารี อัมมวรรณ, 2552; ศิริลักษณ์ เกตุพินิจ, 2553; หทัยรัตน์ ชื่นจิตร, 2543) การศึกษาของ วราภรณ์ หมั่นสา (2540) ที่ศึกษาพฤติกรรมการปรับตัวของเด็กวัยเรียนที่มีพี่น้องป่วยด้วยโรคมะเร็ง พบว่า เพศ ลำดับการเกิด ระยะของโรคมะเร็ง ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการปรับตัวของเด็กวัยเรียนที่มีพี่น้องป่วยด้วยโรคมะเร็ง และจากการศึกษาของ หทัยรัตน์ ชื่นจิตร (2543) ที่ศึกษาเปรียบเทียบสภาวะทางอารมณ์ การแสดงบทบาท และ สัมพันธภาพในคู่พี่น้องระหว่างเด็กวัยเรียนที่มีพี่น้องป่วยด้วยโรคหอบหืด และพี่น้อง สุขภาพดี พบว่า เด็กวัยเรียนสุขภาพดี มีสภาวะทางอารมณ์ การแสดงบทบาท และสัมพันธภาพดีกว่าเด็กวัยเรียนที่มีพี่น้องป่วยด้วยโรคหอบหืด แม้ว่าผลการศึกษาในต่างประเทศที่เกี่ยวกับพฤติกรรมการปรับตัวของพี่น้องเด็กป่วยโรคมะเร็งจะพบจำนวนมากและได้พัฒนาเป็นโปรแกรมให้ความรู้ โดยใช้กระบวนการกลุ่มช่วยเหลือตนเอง (self-help group) ในพี่น้องเด็กป่วยโรคมะเร็ง (Houztager et al., 2001) หรือกิจกรรมสุดสัปดาห์พี่น้องเด็กป่วย (sibling weekends) รายงานการศึกษาส่วนใหญ่เป็นการศึกษาในพี่น้องเด็กป่วยในประเทศทางตะวันตก ซึ่งมีความแตกต่างด้านวัฒนธรรม บริบททางสังคม และระบบบริการสุขภาพ โดยเฉพาะวัฒนธรรมการเลี้ยงดู ที่ส่วนใหญ่เป็นครอบครัวเดี่ยว บิดามารดาให้อิสระในการดำเนินชีวิต ซึ่งแตกต่างกับครอบครัวไทยที่ส่วนใหญ่ยังเป็นครอบครัวขยาย ที่เน้นการดูแล เอาใจใส่ อย่างใกล้ชิด อีกทั้งระบบบริการสุขภาพของต่างประเทศ ที่เอื้ออำนวย และเปิดโอกาสให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลเด็กป่วยอย่างเต็มที่ แต่ระบบบริการสุขภาพในประเทศไทยบางแห่ง อาจยังมีข้อจำกัดในการเข้าเยี่ยม หรือทำกิจกรรมต่างๆ ในการดูแลเด็กป่วย ซึ่ง

ความแตกต่างดังกล่าว อาจมีผลต่อพฤติกรรมการปรับตัวของพี่น้องเด็กป่วยโรคมะเร็งได้ ผู้วิจัยจึงได้ศึกษาปัจจัยที่สามารถทำนายพฤติกรรมการปรับตัวของพี่น้องเด็กป่วยโรคมะเร็งในประเทศไทย เพื่อนำข้อมูลจากการศึกษาไปประกอบการพิจารณาช่วยเหลือพี่น้องเด็กป่วยโรคมะเร็งและบิดามารดา ให้สอดคล้องตามปัจจัยที่เกี่ยวข้องและความต้องการ เพื่อให้พี่น้องเด็กป่วยสามารถปรับตัวอยู่ร่วมกับการมีพี่น้องป่วยด้วยโรคมะเร็งได้อย่างเหมาะสม และมีคุณภาพชีวิตที่ดี

คำถามการวิจัย

ความรุนแรงของโรคมะเร็ง เพศ ลำดับการเกิด การสนับสนุนทางสังคม และความเครียดของบิดามารดา สามารถทำนายพฤติกรรมการปรับตัวของพี่น้องเด็กป่วยโรคมะเร็งหรือไม่?

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาปัจจัยที่สามารถทำนายพฤติกรรมการปรับตัวของพี่น้องเด็กป่วยโรคมะเร็ง ได้แก่ ความรุนแรงของโรคมะเร็ง เพศ ลำดับการเกิด การสนับสนุนทางสังคม และความเครียดของบิดามารดา

สมมติฐานการวิจัย

ความรุนแรงของโรคมะเร็ง เพศ ลำดับการเกิด การสนับสนุนทางสังคม และความเครียดของบิดามารดา สามารถทำนายพฤติกรรมการปรับตัวของพี่น้องเด็กป่วยโรคมะเร็ง

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมการปรับตัวของพี่น้องเด็กป่วยโรคมะเร็งครั้งนี้ ใช้ทฤษฎีการปรับตัวของ Roy (Roy & Andrew, 1991) เป็นกรอบแนวคิดในการวิจัย ซึ่งอธิบายว่า การปรับตัว หมายถึง กระบวนการตอบสนองของบุคคลต่อการเปลี่ยนแปลงของสิ่งแวดล้อมทั้งภายใน

และภายนอก เพื่อคงไว้ซึ่งความสมดุลของร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคมประกอบด้วยสิ่งนำเข้า (input) กระบวนการควบคุม (control process) การปรับตัว (adaptive system) และสิ่งนำออก (output) ซึ่งการที่พี่น้องเด็กป่วยโรคมะเร็งจะมีการปรับตัวดีหรือไม่ดี จะเป็นสิ่งที่นำออกจากระบบสามารถประเมินได้จากพฤติกรรมปรับตัว 4 ด้าน

สิ่งนำเข้า คือ สิ่งเร้าตรง สิ่งเร้าร่วม และสิ่งเร้าแฝง จะกระตุ้นให้บุคคลมีการปรับตัวในการศึกษาครั้งนี้ สิ่งเร้าตรงที่พี่น้องเด็กป่วยกำลังเผชิญอยู่คือ การมีพี่น้องป่วยด้วยโรคมะเร็งภายในครอบครัว มีสิ่งเร้าร่วมที่แบ่งเป็นปัจจัย 4 ด้าน คือ 1. ปัจจัยด้านเด็กป่วย ได้แก่ ความรุนแรงของโรคมะเร็ง 2. ปัจจัยด้านพี่น้องเด็กป่วย ได้แก่ เพศ และ ลำดับการเกิด 3. ปัจจัยด้านแหล่งสนับสนุน ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคม 4. ปัจจัยด้านบิดามารดา ได้แก่ ความเครียดของบิดามารดา

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการศึกษาความสัมพันธ์เชิงทำนาย (correlational predictive design)

ประชากร คือเด็กที่มีอายุระหว่าง 9 – 18 ปี ที่มีพี่หรือน้องป่วยเป็นโรคมะเร็ง ซึ่งได้รับการวินิจฉัยและเข้ารับการรักษา ในโรงพยาบาลมหาราช จังหวัดนครราชสีมา และบิดามารดา

กลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วย พี่น้องเด็กป่วยโรคมะเร็ง และบิดามารดา 92 คู่ เลือกกลุ่มตัวอย่างโดยใช้วิธีแบบสะดวก (convenience sampling) ตามคุณสมบัติที่กำหนด คือ ด้านพี่น้องเด็กป่วย เป็นพี่หรือน้องร่วมสายโลหิตของเด็กป่วย และอาศัยอยู่บ้านเดียวกับเด็กป่วย ทราบว่าพี่น้องเป็นโรคมะเร็ง เป็นผู้ที่มีสุขภาพแข็งแรงและไม่มีความพิการ สามารถอ่าน และเขียนภาษาไทยได้ ด้านบิดามารดา เป็นบิดาหรือมารดาเด็กป่วย สามารถอ่านและเขียนภาษาไทยได้ และอาศัยอยู่บ้านเดียวกับเด็กป่วย สำหรับบ้านของกลุ่มตัวอย่าง ต้องอยู่ในเขตจังหวัดนครราชสีมา และจังหวัดใกล้เคียง มีรัศมีของที่ตั้งห่างจากโรงพยาบาลมหาราช นครราชสีมา เป็นระยะทางไม่เกิน 50 กิโลเมตร

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ประกอบไปด้วยแบบสัมภาษณ์ และแบบสอบถามจำนวน 5 ฉบับ ได้แก่

1. แบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไป ประกอบไปด้วย 3 ส่วน คือ ข้อมูลทั่วไปของเด็กป่วย ข้อมูลทั่วไปของพี่น้องของเด็กป่วย และข้อมูลทั่วไปของบิดามารดาเด็กป่วย

2. แบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรงของโรค เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยดัดแปลงจาก แบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรงในความเจ็บป่วยของบุตร ของ Yotwongratsamee (2006) ซึ่งประเมินการรับรู้ของบิดามารดาเกี่ยวกับความรุนแรงของบุตรที่เข้ารับการรักษาในหออภิบาลผู้ป่วยหนัก ผู้วิจัยดัดแปลงโดยการปรับแก้ภาษาให้เหมาะสมกับพี่น้องเด็กป่วยโรคมะเร็ง ประเมินการรับรู้ของพี่น้องเด็กป่วยโรคมะเร็ง เกี่ยวกับความรุนแรงของโรคที่เด็กป่วยกำลังเผชิญ มีจำนวน 1 ข้อ (single item) ลักษณะคำตอบเป็นมาตรวัดประมาณค่า (rating scale) ตั้งแต่ 0 (ไม่มี ความรุนแรงเลย) ถึง 10 (รุนแรงมากที่สุด)

3. แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมของพี่น้องเด็กป่วย เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามกรอบแนวคิดของ House (1985) และจากการทบทวนวรรณกรรมเครื่องมือที่เกี่ยวข้องกับการสนับสนุนทางสังคม (อารีย์ มั่งเกียรติสกุล, 2543; Murray, 2001) โดยการปรับแก้ภาษาให้เหมาะสมกับพี่น้องเด็กป่วยโรคมะเร็ง มีจำนวนข้อคำถามทั้งหมด 19 ข้อ พิสัยของค่าคะแนนรวมอยู่ระหว่าง 19-95 คะแนน คะแนนรวมสูง หมายถึง พี่น้องเด็กป่วยโรคมะเร็งได้รับการสนับสนุนทางสังคมสูง คะแนนต่ำ หมายถึง พี่น้องเด็กป่วยโรคมะเร็งได้รับการสนับสนุนทางสังคมต่ำ

4. แบบสอบถามความเครียดของบิดามารดาเด็กป่วย เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยดัดแปลงจาก แบบสอบถามระดับความเครียดของผู้ปกครองเด็กกลุ่มออทิสติกของ วัฒนาริ อัมวรรณ (2552) ซึ่งพัฒนามาจากแนวคิดของ ลาซารัส และฟอล์กแมน (Lazarus & Folkman, 1984) ผู้วิจัยได้ปรับแก้ภาษา เพื่อให้เหมาะสมสำหรับบิดามารดาเด็กป่วยโรคมะเร็ง เป็นคำถามเกี่ยวกับความรู้สึก และความคิดเห็นของบิดามารดา เกี่ยวกับความเครียดในการดูแลบุตรที่ป่วยเป็นโรคมะเร็ง ภายในระยะเวลา 1 เดือนที่ผ่านมา มีจำนวนข้อคำถาม 20 ข้อ พิสัยของคะแนนอยู่ระหว่าง 20-100 คะแนน การแปลผล คือ ถ้าคะแนนรวมสูง หมายถึง บิดามารดามีความเครียดสูง ถ้าคะแนนรวมต่ำ หมายถึง บิดามารดามีความเครียดต่ำ

5. แบบสอบถามพฤติกรรมการปรับตัวของพี่น้องเด็กป่วย เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามแนวคิดทฤษฎีการปรับตัวของรอย (Roy & Andrew, 1991) และงานวิจัยเกี่ยวกับการพยาบาลพี่น้องเด็กป่วยโรคเรื้อรัง (วราภรณ์ หมั่นสา, 2540; ศิริลักษณ์ เกตุพินิจ, 2553) มีโครงสร้างตามทฤษฎีการปรับตัว ของ Roy ทั้ง 4 ด้านได้แก่ 1) ด้านร่างกาย 2) ด้านอารมณ์ทัศนคติ 3) ด้านบทบาทหน้าที่ 4) ด้านการพึ่งพาอาศัยตนเองและผู้อื่น ผู้วิจัยได้ปรับแก้ภาษาและจำนวนข้อคำถามจากเดิม 38 ข้อ เป็น 21 ข้อ โดยยังคงรักษาโครงสร้างไว้คงเดิม พิสัยของค่าคะแนนรวมอยู่ระหว่าง 21-84 คะแนน คะแนนรวมสูง หมายถึง พี่น้องเด็กป่วยโรคมะเร็งมีพฤติกรรมปรับตัวดี คะแนนต่ำ หมายถึง พี่น้องเด็กป่วยโรคมะเร็งมีพฤติกรรมปรับตัวไม่ดี

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

โดยการหาความตรงเชิงเนื้อหา (content validity) ของแบบสอบถามทั้ง 5 ฉบับจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 คน และทดสอบค่าความเชื่อมั่นได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ของแบบสอบถามจำนวน 3 ฉบับ ได้แก่ แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมของพี่น้องเด็กป่วย แบบสอบถามความเครียดของบิดามารดาเด็กป่วย และแบบสอบถามพฤติกรรมกรรมการปรับตัวของพี่น้องเด็กป่วย กับพี่น้องเด็กป่วยและบิดามารดาที่มีลักษณะคล้ายกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 10 คน ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.84, 0.85, และ 0.81 ตามลำดับ และเมื่อสิ้นสุดการศึกษาได้วิเคราะห์ค่าความเชื่อมั่นอีกครั้งจากกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 92 คู่ ดังนั้นแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมของพี่น้องเด็กป่วยเท่ากับ 0.81 แบบสอบถามความเครียดของบิดามารดาเด็กป่วยเท่ากับ 0.83 และแบบสอบถามพฤติกรรมกรรมการปรับตัวของพี่น้องเด็กป่วยเท่ากับ 0.80 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยและแบบสอบถามทั้ง 5 ฉบับได้ผ่านการพิจารณา และมีมติให้การรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนของมหาวิทยาลัยมหิดล (ชุดสายพยาบาลศาสตร์) (รหัสโครงการ MU-IRB (NS) 2011/19.0507) และได้รับการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน โรงพยาบาลมหาราช นครราชสีมา (เลขที่ใบรับรอง 051/2011)

การเก็บรวบรวมข้อมูล

หลังจากผ่านการอนุมัติเพื่อการเก็บรวบรวมข้อมูลผู้วิจัยทำหนังสือจากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล ถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลมหาราช จังหวัดนครราชสีมา เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการทำวิจัย และขออนุมัติดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล เมื่อได้รับอนุญาตแล้วผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้าฝ่ายการพยาบาล หัวหน้างานการพยาบาลแผนกกุมารเวชกรรม เพื่อแนะนำตัวและขอความอนุเคราะห์ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยติดต่อ ประธานงานขอความร่วมมือกับพยาบาลประจำหอผู้ป่วยเด็กเล็ก หอผู้ป่วยเด็กโต และแผนกผู้ป่วยนอกกุมารเวชกรรม ให้ช่วยประชาสัมพันธ์โครงการวิจัยแก่บิดามารดาทราบ และหากบิดามารดาสนใจเข้าร่วมในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยจึงเข้าพบกับบิดามารดาเพื่อแนะนำตัว อธิบายโครงการวิจัย แจ้งการพิทักษ์สิทธิ เมื่อบิดามารดายินยอมเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยทำการสัมภาษณ์บิดามารดา เกี่ยวกับข้อมูลทั่วไปของเด็กป่วย และข้อมูลทั่วไปของบิดามารดา และขอให้บิดามารดาตอบแบบสอบถามความเครียดของบิดามารดาเด็กป่วย ใช้เวลาประมาณ 20 นาที จากนั้นผู้วิจัยขออนุญาตไปเก็บรวบรวมข้อมูลกับพี่น้องเด็กป่วยที่

บ้าน ในวันหยุดเสาร์ – อาทิตย์ หรือตามวันและเวลาที่บิดามารดาและพี่น้องเด็กป่วยสะดวก เมื่อผู้วิจัยไปพบพี่น้องเด็กป่วยตามที่นัดหมายไว้ ผู้วิจัยแนะนำตนเองและสร้างสัมพันธภาพ ชี้แจงขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล และระยะเวลาในการสัมภาษณ์ การตอบแบบสอบถาม หากพี่น้องเด็กป่วยยินยอมเข้าร่วมการศึกษา ให้ลงนามในเอกสารยินยอมเข้าร่วมวิจัย ผู้วิจัยทำการสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไปของพี่น้องเด็กป่วย และขอให้พี่น้องเด็กป่วยตอบแบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรงของโรค แบบสอบถามพฤติกรรมกรรมการปรับตัวของพี่น้องเด็กป่วย และแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมของพี่น้องเด็กป่วย ตามลำดับ ใช้เวลาประมาณ 40 นาที ในกรณีที่พี่น้องเด็กป่วย ติดตามบิดามารดามาเยี่ยมเด็กป่วยที่โรงพยาบาล หรือติดตามบิดามารดาและเด็กป่วยซึ่งมาตรวจที่คลินิกเฉพาะทางโรคเลือดและโรคมะเร็ง แผนกผู้ป่วยนอกกุมารเวชกรรม ผู้วิจัยจะทำการเก็บรวบรวมข้อมูลกับพี่น้องเด็กป่วย โดยใช้พื้นที่ภายในหอผู้ป่วย หรือคลินิกเฉพาะทางที่เป็นส่วนตัว

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างและเด็กป่วยด้วยสถิติพรรณนา และวิเคราะห์ความสามารถในการทำนายของตัวแปรที่ศึกษา โดยการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ (multiple regression)

ผลการวิจัย

1. ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างพี่น้องของเด็กป่วย ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 65.2 มีอายุระหว่าง 9 – 18 ปี โดยเฉลี่ย 12.83 ปี ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 9 – 12 ปี (วัยเรียน) ร้อยละ 59.8 และเป็นพี่ของเด็กป่วย ร้อยละ 80.4 มีการศึกษาอยู่ระดับชั้นประถมศึกษาตอนปลาย ร้อยละ 29.3 และทุกรายทราบว่าพี่น้องเป็นโรคมะเร็ง
2. ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างบิดามารดา ส่วนใหญ่เป็นมารดา ร้อยละ 88 มีอายุระหว่าง 26 – 65 ปี โดยเฉลี่ย 39.33 ปี มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 95.6 มีอาชีพเกษตรกรกรรมมากที่สุด ร้อยละ 38.1 คู่สมรสส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 37 – 46 ปี โดยเฉลี่ย 40.49 ปี อาชีพของคู่สมรสส่วนใหญ่คือ เกษตรกรรม ร้อยละ 37 โดยมีรายได้ $\leq 5,000$ บาทต่อเดือน ร้อยละ 50 และรายได้ครอบครัวไม่พอใช้ ร้อยละ 54.3 รายได้ครอบครัวโดยประมาณต่อเดือน 8,021.77 บาท
3. ลักษณะทั่วไปของเด็กป่วย ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 56.5 มีอายุระหว่าง 1 – 19 ปี โดยเฉลี่ย 9.39 ปี และส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 6 – 12 ปี (วัยเรียน) ร้อยละ 40.2 มีจำนวนพี่น้อง 2 คน ร้อยละ 71.7 ส่วนใหญ่เป็นบุตรคนที่ 2 ร้อยละ 60.8 และศึกษาอยู่ระดับชั้นประถมศึกษาตอนต้น

ร้อยละ 30.5 ส่วนใหญ่เป็นโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว (Acute lymphoblastic leukemia) ร้อยละ 72.8 และมีระยะเวลาเจ็บป่วย อยู่ในช่วง 0 – 1 ปี ร้อยละ 67.4

4. ข้อมูลเบื้องต้นของตัวแปรที่ศึกษา ได้แก่ การรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็ง อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 5.87$, $SD = .25$) การสนับสนุนทางสังคมโดยรวมอยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 70.90$, $SD = 4.54$) และเมื่อพิจารณารายด้าน คือ ด้านอารมณ์ ($\bar{X} = 19.58$, $SD = 2.12$) และด้านข้อมูลข่าวสาร ($\bar{X} = 16.74$, $SD = 1.67$) อยู่ในระดับสูง ส่วนด้านการประเมินคุณค่า ($\bar{X} = 13.68$, $SD = 1.45$) และด้านทรัพยากร ($\bar{X} = 20.90$, $SD = 2.13$) อยู่ในระดับปานกลาง ความเครียดของบิดามารดาเด็กป่วยอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 59.90$, $SD = 8.63$) พฤติกรรมการปรับตัวของพี่น้องเด็กป่วยโดยรวมอยู่ในระดับดี ($\bar{X} = 71.26$, $SD = 5.14$) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า การปรับตัวทุกด้านอยู่ในระดับดี โดยด้านร่างกาย ($\bar{X} = 18.12$, $SD = 1.65$) ด้านอัตมโนทัศน์ ($\bar{X} = 17.48$, $SD = 1.58$) ด้านบทบาทหน้าที่ ($\bar{X} = 16.18$, $SD = 1.63$) และด้านการพึ่งพาอาศัยตนเองและผู้อื่น ($\bar{X} = 19.48$, $SD = 2.21$)

5. จากการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่ศึกษาจากค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's product moment correlation coefficient) พบว่า ตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการปรับตัวของพี่น้องเด็กป่วยโรคมะเร็งอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคม ($r = .21$, $p < .05$) ส่วนความรุนแรงของโรคมะเร็ง เพศ ลำดับการเกิด และความเครียดของบิดามารดา ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการปรับตัวของพี่น้องเด็กป่วยโรคมะเร็ง โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ดังนี้ ความรุนแรงของโรคมะเร็ง ($r = -.13$, $p = .22$) เพศ ($r = .08$, $p = .43$) ลำดับการเกิด ($r = -.11$, $p = .32$) และความเครียดของบิดามารดา ($r = -.07$, $p = .47$) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่ศึกษา

ตัวแปร	1	2	3	4	5	6
1. ความรุนแรงของโรคมะเร็ง	1.00					
2. เพศ	.09	1.00				
3. ลำดับการเกิด	.03	.07	1.00			
4. การสนับสนุนทางสังคม	.1	.17	-.06	1.00		
5. ความเครียดของบิดามารดา	-.11	-.01	.04	-.12	1.00	
6. พฤติกรรมการปรับตัวของพี่น้องเด็กป่วยโรคมะเร็ง	-.13	.08	-.11	.21*	-.07	1.00

* $p < .05$

6. จากการทดสอบอำนาจในการทำนาย พบว่า ความรุนแรงของโรคมะเร็ง เพศ ลำดับการเกิด การสนับสนุนทางสังคม และความเครียดของบิดามารดา ไม่สามารถทำนายพฤติกรรมกรรมการปรับตัวของพี่น้องเด็กป่วยโรคมะเร็งได้ ความรุนแรงของโรคมะเร็ง ($\beta = -.16, p = .130$) เพศ ($\beta = .06, p = .532$) ลำดับการเกิด ($\beta = -.09, p = .388$) การสนับสนุนทางสังคม ($\beta = .20, p = .058$) และความเครียดของบิดามารดา ($\beta = -.06, p = .536$) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ค่าสัมประสิทธิ์การทำนายของความรุนแรงของโรคมะเร็ง เพศ ลำดับการเกิด การสนับสนุนทางสังคม และความเครียดของบิดามารดา ต่อพฤติกรรมกรรมการปรับตัวของพี่น้องเด็กป่วยโรคมะเร็ง (n = 92)

ลำดับ	ตัวแปร	B	SE	β	t	p-value
1	ความรุนแรงของโรคมะเร็ง	-.67	.43	-.16	-1.52	.130
2	เพศ	.71	1.13	.06	.62	.532
3	ลำดับการเกิด	-1.16	1.33	-.09	-.86	.388
4	การสนับสนุนทางสังคม	.23	.12	.20	1.92	.058
5	ความเครียดของบิดามารดา	-.04	.06	-.06	-.62	.536
Constant = 60.881 R = .29, R ² = .084, Over all F = 1.575, Sig F = .176						

อภิปรายผล

ผลการศึกษาครั้งนี้ พบว่า ความรุนแรงของโรคมะเร็ง เพศ ลำดับการเกิด การสนับสนุนทางสังคม และความเครียดของบิดามารดา ไม่สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมกรรมการปรับตัวของพี่น้องเด็กป่วยโรคมะเร็งได้ ซึ่งอาจอธิบายได้ ดังนี้

ความรุนแรงของโรคมะเร็ง จากการศึกษาครั้งนี้ พบว่า ความรุนแรงของโรคมะเร็งไม่สามารถทำนายพฤติกรรมกรรมการปรับตัวของพี่น้องเด็กป่วยโรคมะเร็งได้ อาจเนื่องจากพี่น้องเด็กป่วยรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็ง อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x} = 5.87, SD = .25$) และเด็กป่วยโรคมะเร็งส่วนใหญ่ ร้อยละ 67.4 มีระยะเวลาเจ็บป่วยอยู่ในช่วง 0-1 ปี ซึ่งเป็นระยะแรกๆ ของการเจ็บป่วย ซึ่งเด็กป่วยอาจยังไม่แสดงอาการรุนแรง จึงอาจช่วยให้พี่น้องเด็กป่วย สามารถปรับตัวเผชิญกับการที่ต้องใช้ชีวิตร่วมกับเด็กป่วยได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ วราภรณ์ หมั่นสา (2540) ที่ศึกษาพฤติกรรมกรรมการปรับตัวของเด็กวัยเรียนที่มีพี่น้องป่วยด้วยโรคมะเร็ง จำนวน 134 ราย ซึ่งส่วนใหญ่

เด็กป่วยโรคมะเร็งอยู่ในระยะโรคสงบ ไม่แสดงอาการรุนแรง พี่น้องเด็กป่วยจึงรับรู้ว่าคุณสมบัติของพี่น้องเด็กป่วยโรคมะเร็ง ได้แก่ ด้านร่างกาย ด้านอารมณ์ทัศนคติ ด้านบทบาทหน้าที่ และด้านการพึ่งพาอาศัยตนเองและผู้อื่น ซึ่งพี่น้องเด็กป่วยสามารถอยู่ร่วมกับเด็กป่วยได้ตามปกติโดยไม่เกิดปัญหาพฤติกรรมกำเริบ

เพศ จากการศึกษาครั้งนี้ พบว่า เพศไม่สามารถทำนายพฤติกรรมกำเริบของพี่น้องเด็กป่วยโรคมะเร็งได้ ($\beta = .06, p = .532$) อาจกล่าวได้ว่า พี่น้องเด็กป่วยไม่ว่าจะเป็นเพศหญิงหรือเพศชายไม่มีผลต่อพฤติกรรมกำเริบ ทั้งนี้อาจเป็นผลจาก สังคมไทยมีระบบการช่วยเหลือค่าจุนด้านจิตใจจากครอบครัวเป็นอย่างดี โดยให้ความช่วยเหลือแก่กันโดยไม่เลือกว่าพี่น้องเด็กป่วยเป็นเพศชายหรือเพศหญิง โดยเฉพาะอย่างยิ่งในวัยเรียนที่ต้องอยู่ในความดูแลของบิดามารดา ย่อมได้รับการดูแลที่เท่าเทียมกัน (วราภรณ์ หมั่นสา, 2540) ดังนั้นจึงเป็นไปได้ว่า แม้พี่น้องเด็กป่วยจะเป็นเพศชายหรือเพศหญิง ก็ไม่ส่งผลต่อพฤติกรรมกำเริบเพราะการมีพี่น้องป่วยด้วยโรคมะเร็งกล่าวคือ ไม่เกิดความแตกต่างกันของพฤติกรรมกำเริบ จึงอาจทำให้เพศ ไม่สามารถทำนายพฤติกรรมกำเริบของพี่น้องเด็กป่วยโรคมะเร็งได้

ลำดับการเกิด จากการศึกษาครั้งนี้ พบว่า ลำดับการเกิดไม่สามารถทำนายพฤติกรรมกำเริบของพี่น้องเด็กป่วยโรคมะเร็งได้ ($\beta = -.09, p = .388$) อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาส่วนใหญ่เป็นพี่ของน้องป่วย ร้อยละ 80.4 และเป็นเพศหญิง ร้อยละ 65.2 ผู้เป็นพี่โดยเฉพาะเพศหญิง มักถูกคาดหวังจากครอบครัวให้ทำหน้าที่รับผิดชอบงานภายในบ้าน ดูแลสมาชิกคนอื่นในครอบครัวรวมทั้งให้ช่วยดูแลน้องป่วยแทนบิดามารดา (วราภรณ์ หมั่นสา, 2540) อาจทำให้พี่น้องเด็กป่วยพยายามปรับตัวเพื่อสามารถดูแลน้องป่วยได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ Barbarin และคณะ (1995) ที่ศึกษาพฤติกรรมกำเริบของเด็กที่มีพี่น้องป่วยด้วยโรคมะเร็ง อายุ 4 – 18 ปี จำนวน 254 คน ภายหลังที่ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคมะเร็งมานาน 6 เดือน พบว่า ในเด็กที่เป็นบุตรคนแรก หรือเป็นพี่ของผู้ป่วยตามมุมมองของบิดามารดานั้น เป็นผู้มีความรับผิดชอบ และมีประสบการณ์ แม้ว่าการที่ต้องมีภาระหน้าที่รับผิดชอบที่สูงเกินวัย แต่พี่ของน้องป่วยสามารถเผชิญความท้าทายได้ ซึ่งมีผลทำให้พี่ที่เป็นพี่ที่มีพฤติกรรมกำเริบที่ดี ด้วยลักษณะของกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ ซึ่งส่วนใหญ่เป็นพี่ของน้องป่วย ร้อยละ 80.4 มีความเป็นเอกพันธ์ (homogeneous) สูง ซึ่งมีผลในทางสถิติ จึงอาจทำให้ลำดับการเกิดไม่สามารถทำนายพฤติกรรมกำเริบของพี่น้องเด็กป่วยโรคมะเร็งได้

การสนับสนุนทางสังคม จากการศึกษาครั้งนี้ พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมกำเริบของพี่น้องเด็กป่วยโรคมะเร็ง อย่างมีนัยสำคัญทาง

สถิติ ($r = .21, p < .05$) แสดงว่า พี่น้องที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมระดับสูง จะมีพฤติกรรมการปรับตัวดี ในทางตรงกันข้าม หากพี่น้องที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมระดับต่ำ จะมีพฤติกรรมการปรับตัวที่ไม่ดี สอดคล้องกับการศึกษาของ พัชราพรรณ ทิพวงศา (2542) ที่พบว่า การขาดการสนับสนุนทางด้านอารมณ์และจิตใจของน้องที่มีพี่เจ็บป่วยเรื้อรัง จะทำให้น้องมีความเครียด เกิดความไม่มั่นคงในอารมณ์ และแสดงออกเป็นพฤติกรรมด้านลบ เช่น การเก็บตัว ซึมเศร้า เป็นต้น

ผลการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ พบว่า พี่น้องเด็กป่วยได้รับการสนับสนุนทางสังคมโดยรวม อยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 70.90, SD = 4.54$) และมีพฤติกรรมการปรับตัวที่ดี ($\bar{X} = 71.26, SD = 5.14$) ทั้งนี้อาจเนื่องมาจาก การที่พี่น้องเด็กป่วยได้รับการสนับสนุนทางสังคมทั้ง 4 ด้าน ได้แก่ ด้านอารมณ์ ด้านข้อมูลข่าวสาร ด้านการประเมินคุณค่า และด้านทรัพยากร จากบิดามารดา เจ้าหน้าที่บุคลากรทีมสุขภาพ ครู และเพื่อนที่โรงเรียน โดยเฉพาะอย่างยิ่งการได้รับข้อมูลจากบิดามารดาและบุคลากรทีมสุขภาพ เกี่ยวกับอาการ การรักษา การปฏิบัติตัวต่อเด็กป่วย และวิธีการดูแลเด็กป่วย ประกอบกับการได้รับโอกาสจากบิดามารดา ในการไปเยี่ยมเด็กป่วยในโรงพยาบาล จึงอาจทำให้น้องเด็กป่วยสามารถเข้าใจอาการ การดำเนินของโรค และสามารถใช้ชีวิตอยู่ร่วมกับเด็กป่วยได้ โดยมีพฤติกรรมปรับตัวที่ดี สอดคล้องกับแนวคิดของ Roy และ Andrew (1991) ที่กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคม เป็นส่วนหนึ่งของแบบแผนสัมพันธภาพทางสังคม เป็นแหล่งประโยชน์ที่ช่วยส่งเสริมให้บุคคลมีพฤติกรรมปรับตัวที่ถูกต้องเหมาะสม และการศึกษาของ Barrera, Fleming และ Khan (2003) พบว่า พี่น้องเด็กป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมสูงจากบิดามารดา ญาติ เพื่อนที่โรงเรียน แพทย์ พยาบาล และบุคลากรทีมสุขภาพอื่นๆ ไม่พบปัญหาพฤติกรรมปรับตัว ในการศึกษาครั้งนี้ เมื่อศึกษาความสัมพันธ์เชิงทำนายกลับพบว่า การสนับสนุนทางสังคมไม่สามารถทำนายพฤติกรรมปรับตัวของพี่น้องเด็กป่วยโรคมะเร็งได้ ($\beta = .20, p = .058$) ทั้งนี้อาจอธิบายได้ว่า แม้การสนับสนุนทางสังคมจะมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมปรับตัวของพี่น้องเด็กป่วยโรคมะเร็งอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .21, p < .05$) แต่เป็นความสัมพันธ์ในระดับต่ำ ($r < .30$) (บุญใจ ศรีสถิตนรากร, 2547) จึงเป็นไปได้ว่า เมื่อทำการวิเคราะห์การถดถอยแบบพหุคูณ (multiple regression) จึงไม่พบอำนาจการทำนายหรืออิทธิพลของการสนับสนุนทางสังคม

ความเครียดของบิดามารดา จากการศึกษาครั้งนี้ พบว่า ความเครียดของบิดามารดาไม่สามารถทำนายพฤติกรรมปรับตัวของพี่น้องเด็กป่วยโรคมะเร็งได้ ($\beta = -.06, p = .536$) บิดามารดาในระดับความเครียดอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 59.90, SD = 8.63$) ทั้งนี้อาจเนื่องจาก บิดามารดาได้รับข้อมูลเกี่ยวกับ อาการของโรค แนวทางการรักษา การปฏิบัติตัวต่อเด็กป่วย และวิธีการดูแลเด็กป่วย ตลอดจนผลข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้นจากการรักษาโรคมะเร็งจากบุคลากรทีมสุขภาพ และจากการสนทนากับบิดามารดาในการศึกษาครั้งนี้พบว่า ประเด็นส่วนใหญ่ที่ทำให้บิดามารดาเกิด

ความเครียด ได้แก่ ค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษานูทรที่ป่วย ค่าเดินทางในการพาบุตรมาตรวจ และรายได้ที่ลดลงจากการขาดงานบ่อยๆ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ รุจา ภูไพบูลย์ และคณะ (2543) ซึ่งพบว่า ความเครียดส่วนใหญ่ของบิดามารดาที่มีบุตรป่วยด้วยโรคมะเร็ง คือ เรื่องค่าใช้จ่ายที่เพิ่มขึ้น แต่รายได้ลดลงจากการขาดงานของบิดามารดา และถึงแม้ว่าบิดามารดาจะมีความเครียดเรื่องค่าใช้จ่าย แต่บิดามารดายังสามารถเผชิญกับความเครียดได้อย่างเหมาะสม เพราะมีความเชื่อมั่นในการรักษาจากเทคโนโลยีทางการแพทย์ที่ก้าวหน้า และมีความน่าเชื่อถือมากขึ้น จึงอาจทำให้บิดาสามารถเผชิญกับความเครียดได้อย่างเหมาะสม ไม่แสดงพฤติกรรมจากความเครียด เช่น พฤติกรรมก้าวร้าว บิดามารดามีเวลาเอาใจใส่พี่น้องเด็กป่วยได้อย่างใกล้ชิดมากขึ้น เพราะสามารถจัดการกับความเครียดได้ พี่น้องเด็กป่วยจึงอาจมีพฤติกรรมปรับตัวที่ดี และสามารถอยู่ร่วมกันกับสมาชิกในครอบครัวได้ ด้วยเหตุผลดังกล่าวจึงอาจทำให้ความเครียดของบิดามารดา ไม่สามารถทำนายพฤติกรรมปรับตัวของพี่น้องเด็กป่วยโรคมะเร็งได้

ข้อเสนอแนะ

1. เนื่องจากผลการศึกษานี้ พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมปรับตัวของพี่น้องเด็กป่วยโรคมะเร็ง แต่เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า การสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์และด้านข้อมูลข่าวสารอยู่ในระดับสูง ส่วนการสนับสนุนทางสังคมด้านการประเมินคุณค่า และด้านทรัพยากร สิ่งของ อยู่ในระดับปานกลาง พยาบาลจึงควรให้ความสำคัญและหาแนวทางร่วมกับบิดามารดาในการส่งเสริมในด้านการประเมินคุณค่า โดยให้คุณค่าแก่พี่น้องเด็กป่วย เช่น การกล่าวคำชื่นชมที่ประพาดิตินดี หรือการเปิดโอกาสให้พี่น้องมาเยี่ยมเด็กป่วยที่โรงพยาบาล และ ในด้านทรัพยากร พยาบาลควรเป็นผู้หาแหล่งสนับสนุนทางสังคมให้แก่พี่น้องเด็กป่วย โดยร่วมปรึกษากับบิดามารดา และสมาชิกครอบครัวคนอื่นๆ เช่น การสอบถามความต้องการทั้งเงินทอง และอุปกรณ์การเรียน โดยบิดามารดา อาจเป็นผู้ซื้ออุปกรณ์การเรียนให้ หรือ แนะนำให้ปู่ ย่า ตา ยาย คอยดูแลพี่น้องเด็กป่วยแทนบิดามารดา เมื่อเด็กป่วยรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาล เป็นการเพิ่มประสิทธิภาพของการให้การสนับสนุนให้มากขึ้น

2. พยาบาลควรประเมินการรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็ง การได้รับการสนับสนุนทางสังคม พฤติกรรมปรับตัวในพี่น้องเด็กป่วย และประเมินความเครียดในบิดามารดา โดยเฉพาะอย่างยิ่ง บิดามารดาบางรายที่มีระดับความเครียดสูง พยาบาลควรเป็นผู้รับฟังปัญหา เปิดโอกาสให้ระบายความรู้สึก ให้กำลังใจบิดามารดา และเป็นที่ปรึกษาที่ดี โดยเป็นผู้ติดต่อ

ประสานงานกับแหล่งประโยชน์ในชุมชน เพื่อเป็นการดูแลเด็กป่วยโรคมะเร็งอย่างต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพ ซึ่งอาจทำให้บิดามารดาเกิดความสบายใจมากขึ้น และมีความเครียดลดลง

3. ควรมีกิจกรรมที่เปิดโอกาสให้พี่น้องเด็กป่วยมีส่วนร่วมในการดูแลเด็กป่วยโรคมะเร็งอย่างใกล้ชิดมากขึ้น เช่น กิจกรรมสุดสัปดาห์พี่น้องเด็กป่วย (sibling weekend activities) ที่จัดให้พี่น้องได้ไปเยี่ยมเด็กป่วยโรคมะเร็งในโรงพยาบาลอย่างใกล้ชิด เพื่อให้เข้าใจเกี่ยวกับอาการของโรคการรักษา และวิธีการดูแลเด็กป่วย ซึ่งอาจเป็นการส่งเสริมบทบาทของพี่น้องในการดูแลเด็กป่วยได้ดียิ่งขึ้น พี่น้องเด็กป่วยมีพฤติกรรมปรับตัวที่ดี สามารถอยู่ร่วมกับเด็กป่วยได้อย่างเหมาะสม

4. ในการศึกษาในครั้งนี้ผู้วิจัยเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบสะดวก (convenience sampling) และศึกษาในเฉพาะกลุ่มพี่น้องเด็กป่วยโรคมะเร็ง ในโรงพยาบาลมหาราช นครราชสีมาเท่านั้น จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างขาดความหลากหลาย อาจไม่เป็นตัวแทนของประชากรที่ดี ในการวิจัยครั้งต่อไปควรทำการศึกษาจากหลายโรงพยาบาล และใช้วิธีการสุ่มตัวอย่าง

5. ในแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมของพี่น้องเด็กป่วย ควรเพิ่มคำถามที่เป็น การสนับสนุนทางสังคมจากบุคลากรทีมสุขภาพ เช่น แพทย์ พยาบาล นักสังคมสงเคราะห์ ซึ่งอาจมีส่วนร่วมในการสนับสนุนทางสังคมแก่พี่น้องเด็กป่วยที่มาเยี่ยมเด็กป่วยในโรงพยาบาล หรือที่ติดตามบิดามารดาและเด็กป่วยมาตรวจตามแพทย์นัด

6. ควรศึกษาปัจจัยอื่นๆ ตามกรอบแนวคิดของ Roy (Roy & Andrew, 1991) ที่อาจมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมปรับตัวของพี่น้องเด็กป่วยโรคมะเร็ง เช่น อายุของพี่น้องเด็กป่วย ระยะเวลาของความเจ็บป่วย และระยะของโรคในเด็กป่วยโรคมะเร็ง

FACTORS PREDICTING ADAPTIVE BEHAVIORS IN SIBLINGS OF CHILDREN WITH CANCER

WIPAWEE PONKAEW 5236553 NSPN/M

M.N.S. (PEDIATRIC NURSING)

THESIS ADVISORY COMMITTEE: WANIDA SANASUTTIPUN, Ph.D.
(NURSING), NONGLUK CHINTANADILOK, D.N.S.

EXTENDED SUMMARY

Background and Significance of the Problem

Cancer in children is a serious and life-threatening disease. It is a major health problem of children. Its incidence also increases every year. Children with cancer have to encounter with complications such as chronic anemia and fatigue. Due to illness, and various complications, children with cancer require long-term care and treatment, which also impact children and their families (Pupaiboon, et al., 2000).

Cancer in children not only has direct impact on patients but also on quality of life of family members including parents and siblings. The related studies revealed that children with cancer impact had adaptive behaviors in healthy siblings. Their negative behaviors on were jealousy, fear and anxiety, and depression (Muensa, 1997; Pupaiboon, et al., 2000; Sloper & While, 1996; Williams, et al., 2006)

From literature review, there were 4 factors associated with adaptive behaviors on siblings of children with cancer (Williams, 2009): 1) sick children factor: cancer severity; 2) siblings factors: gender, birth order, age interval; 3) supportive sources factors: family financial support and social support; and 4) parent factor: stress of parents.

Sick children factor: cancer severity. From the study of Barbarin (1995), the more severe conditions pediatric patients had, the more siblings had responsibilities and independence. These siblings had more sympathy and desired to reduce parents' burden. The study of Houztzager, et al. (2004) addressed that cancer treatment in early stage for the child with severe condition had some effect on siblings in terms of unstable emotion, and anxiety because these siblings did not know about certain prognosis of patients. However, the study of Muensa, (1997) showed that cancer stage and severity of cancer had no correlation with adaptive behaviors in siblings of children with cancer ($p > .05$).

Siblings factors include gender and birth order. For gender, the study of Lobato and Kao (2002) found that female siblings of children with cancer had more chance of having psychological problems than male siblings did. They expressed their depression and anxiety. The study of Houztzager, et al. (2004) also indicated that female siblings had more anxiety and depression than male siblings did. For birth order, younger sibling, especially younger male sibling had aggressive behavior, misconduct, easily loss of temper, and anti-social behavior (Breslau, et al., 1981; Cowen, et.al, 1986; Tew & Laurence, 1973).

Supportive sources factor: The previous study indicated that social support was correlated with adaptive behavior in siblings of children with cancer. Siblings who received attention from parents and adequate information support would have less depression and anxiety (Barrera, Fleming & Khan, 2003). The supportive sources were supports from parents, relatives, friends, teachers, and healthcare providers such as physicians and nurses, which promoted better adaptive behavior in siblings. It was consistent with the concept by Roy and Andrew (1991) that social support was the part of the social relationship which help to have appropriate adaptive behavior.

Parent factor: stress of parents. Parents of children with cancer had different to their child's illness reactions such as anger, depression, anxiety, and stress. In addition, the previous study showed that stress of parents was the factor affecting directly to adaptive behavior in siblings of children with autistic, Down's Syndrome. Parents, stress could predict adaptive behavior of siblings as 58% with statistical significance .01 ($R^2 = .58$, $p < .01$ (Giallo & Gavidia-Payne, 2006). If the parents had high stress, siblings and children with cancer had more relationship problems. Some

parents paid more attention to patients, which made siblings thought that parents loved them less, or they reacted some behaviors to gain more attention from parents such as anger, envy and rejection of children with cancer (Kurnat & Moore, 1999).

From previous studies in Thailand, they emphasized on children with cancer and parents. There were very few studies about siblings of children with cancer (Aummawattana, 2009; Chuenjit, 2000; Katepinit, 2010; Muensa, 1997; Tipwongsa, 1990). The study by Muensa (1997) about adaptive behavior in siblings of children with cancer revealed that there were no relationship among gender, birth order, cancer stage and adaptive behavior in siblings of children with cancer. The study of Chuenjit (2000) compared emotional status, roles, and relationship between children with asthma and healthy siblings. The results showed that healthy siblings had better emotional status, roles and relationship than school - aged with asthma sibling. In western countries, there were many studies on promoting adaptive behaviors of siblings such as programs self-help group or sibling weekend activities (Houztzager, et al. 2001). However, western countries had different culture, social context, and healthcare services from Thai culture. For the reason, the researcher was interested in studying on factors predicting adaptive behaviors in siblings of children with cancer in Thailand. The study outcomes would be useful to develop the guideline to assist siblings and parents of children with cancer according to relevant factors and needs. This may help siblings could adapt to illness of patient and have better quality of life.

Research Question

Do cancer severity, gender, birth order, social support and parental stress predict the adaptive behaviors of siblings of children with cancer?

Research Objective

To study the factors predicting adaptive behaviors of siblings of children with cancer

Research Hypothesis

Cancer severity, gender, birth order, social support and parental stress predict adaptive behaviors of siblings of children with cancer.

Conceptual Framework

This study used adaptation theory (Roy & Andrew, 1991) as the conceptual framework of the study. Adaptation was referred to the response process of a person to internal and external environmental changes in order to maintain their physiological, psychological, emotional and social balances including of input (the control process, the adaptive system) and output. Good or poor adaptations of siblings of children with cancer is considered as output from the system, which would be evaluated in 4 aspects of adaptive behaviors i.e. physiological mode, self-concept mode, role function mode and interdependence mode.

Input consists of focal stimuli, contextual stimuli, and residual stimuli which will trigger adaptation of a person. In this study, the focal stimuli was illness of cancer of patient. Contextual stimuli were divided into the following four factors: 1) factors related to sick children, i.e. cancer severity; 2) factors related to siblings of children with cancer, i.e. gender and birth order; 3) factors related to sources of support, i.e. social support and 4) factors related to parents, i.e. parental stress.

Research Methodology

This study used a correlational predictive design.

The population: Population comprised children aged 9-18 years who had siblings with cancer diagnosed and treated at Maharat Nakhon Ratchasima Hospital, and their parents.

The sample: There were 92 pairs of siblings of children with cancer sample was selected by convenience sampling. The inclusion criteria of siblings of

children with cancer were as follows: staying in the same house with patients, knowing that their siblings had cancer, and being healthy and having no disability, being able to read and write Thai language. Inclusion criteria of parents were fathers/mothers of children with cancer who stayed with their children and were able to read and write Thai language. All subjects house were in Nakhon Ratchasima province and nearby provinces. The subjects' houses were within 50 kilometers from Maharat Nakhon Ratchasima Hospital.

Researcher Instrumentation

The instrumentation for this study included the following 5 questionnaires:

1. Demographic questionnaire contained three parts comprising the demographic data of the children with cancer, siblings of children with cancer, and parents of children with cancer.

2. Perception of cancer severity questionnaire was developed by the researcher. The researcher modified this questionnaire from Questionnaire on perceived illness severity of children by Yotwongratsamee (2006). The questionnaire was used to assess perception of parents regarding the severity of patient conditions in the intensive care unit. The researcher modified the questionnaire by revising the words in questionnaire in order to fit with siblings of children with cancer. The questionnaire assessed the perception of siblings of children with cancer regarding cancer severity with one single item question. The answer had a rating scale from 0 (no severity) to 10 (high severity).

3. Social support questionnaire was developed based on the conceptual framework of House (1981) and the literature review on relevant research instruments with social support (Mangkiatsakun, 2000; Murray, 2001), by adjusting language to be appropriate for siblings of children with cancer. There were 19 items in this questionnaire. The range of scores are 19-95 scores. High score means siblings of children with cancer have high social support. Low score means siblings of children with cancer have low social support.

4. Parental stress questionnaire was modified from the questionnaire on stress of parents of autistic children by Aumwat, (2009), which was developed from the concept of Lazarus & Folkman, (1984). The researcher adjusted language to be

appropriate for parents of children with cancer. There were 20 questions focusing with feelings and opinions of parents in term of stress during the past month. Range of score are between 20-100 scores. High score means high stress of parents, and low score means low stress of parents.

5. Adaptive behavior of siblings of children with cancer questionnaire was modified according to the theory of adaptive behavior by Roy & Andrew (1991) and related studies on siblings of children with cancer (Katepinit, 2010; Muensa, 1997). The questionnaire consisted of 4 aspects of adaptive behaviors (Roy & Andrew, 1991) 1) physiological mode, 2) self-concept mode, 3) role function mode, and 4) interdependence mode. The researcher modified language and adjusted numbers of questions from 38 to 21 questions. However, the structure of questionnaire was maintained. Range of score are 21-84 scores. High score means good adaptive behavior of siblings. Low score means poor adaptive behavior of siblings.

Instrument Quality

Content validity was done for all 5 questionnaires by 3 experts. The reliabilities were tested on siblings, and 10 parents who had same inclusion criteria as the siblings. The Cronbach's Alpha Coefficients of social support of siblings, stress of parents, and adaptive behavior of siblings were 0.84, 0.85, and 0.81 respectively. At final phase of the research, the reliabilities of three questionnaires were tested on 92 subjects. The Cronbach's Alpha Coefficients of social support, stress of parents, and adaptive behavior of siblings were 0.81, 0.83, and 0.80, respectively.

Human Rights Protection

The research project and all five questionnaires were approved by certification of the Institutional Review Board, Mahidol University (Nursing Science) (Project Code: MU-IRB (NS) 2011/19.0507), and received certification from the Maharat Nakhon Ratchasima Hospital Institutional Review Board (MNRH IRB), (Certificate No. 051/2011).

Data Collection

After receiving IRB, the researcher sent a letter from the Faculty of Graduate Studies, Mahidol University, to the Administrator of Maharat Nakhon Ratchasima Hospital, to explain about research objectives, and ask for approval on data collection at the target site. After receiving approval, the researcher met Head of the Nursing division, and Head Nurses to introduce the project and data collection. The researcher contacted nurses in Pediatric ward, and Pediatric outpatient clinic to introduce the study project to parents of children with cancer. If parents were interested in the study, the researcher would introduce the study projection and its objectives, discuss on project details, and explain human rights. After the parents agreed to and participate in the study, the researcher interviewed and asked them to complete a parental stress questionnaires for 20 minutes. The researcher asked parents for permission of data collection from siblings at home during the weekend, or any available time for parents and siblings. The researcher explained research objectives and data collection to siblings. The consent forms were signed by siblings prior to interview. Then the researcher asked them to complete questionnaires. The data collection lasted for 40 minutes. If siblings accompanied their parents attending hematological clinic, cancer clinic, or visited patients at pediatric wards, the researcher would collect data from siblings at a private area.

Data Analysis

Descriptive statistic were used to analyze demographic data. Multiple regressions were used to analyze predictors of adaptive behaviors.

Research Findings

1. Most subjects were females (65.2%) aged range of 9-18 years with the mean age of 12.83 years. Most subjects were 9-12 years (school age) (59.8%). Majority of the subjects (80.4%) were older than children with cancer. Most of siblings' education was senior elementary school (29.3%). All subjects knew that their siblings had cancer.

2. Most parents were mothers (88%) aged 26-65 years with the mean age of 39.33 years. Most parents had marital status (95.6%). Occupation was agriculture (38.1%). Most spouses were the age 37-46 years with the mean age of 40.49 years. Most occupation of spouses was agriculture (37%) with the income $\leq 5,000$ Baht monthly. Fifty percent of parents had inadequate family income. The mean of family monthly income was about 8,021.77 Baht.

3. Most patients were male (56.5%) aged 1-19 years with the mean age of 9.39 years. Most subjects were 6-12 years (40.2%). Most of them had two-siblings (a patient and a sibling) as 71.7%. Most patients were the second child in the family (60.8%). They were studying in junior elementary school (30.5%). Most patients (72.8%) have been diagnosed with acute lymphoblastic leukemia (ALL). Length of illness was about 0-1 year (67.4%).

4. Most of the siblings perceived moderate cancer severity ($\bar{x} = 5.87$, $SD = .25$), and high overall social support ($\bar{x} = 70.90$, $SD = 4.54$) which high level of emotional aspect ($\bar{x} = 19.58$, $SD = 2.12$), high level of information ($\bar{x} = 16.74$, $SD = 1.67$), moderate level of appraisal ($\bar{x} = 13.68$, $SD = 1.45$), moderate level of instrument ($\bar{x} = 20.90$, $SD = 2.13$); Siblings had good adaptive behaviors ($\bar{x} = 71.26$, $SD = 5.14$), including good adaptive behaviors in terms of physiological aspect ($\bar{x} = 18.12$, $SD = 1.65$), self - concept ($\bar{x} = 17.48$, $SD = 1.58$), role function ($\bar{x} = 16.18$, $SD = 1.63$) and interdependence ($\bar{x} = 19.48$, $SD = 2.21$). The parental stress was at moderate level ($\bar{x} = 59.90$, $SD = 8.63$).

5. The study results revealed that social support was correlated with adaptive behavior in siblings of children with cancer with statistical significance ($r = .21$, $p < .05$). However, cancer severity, gender, birth order, and parental stress were not correlated with adaptive behavior in siblings of children with cancer as follows: cancer severity ($r = -.13$, $p = .22$), gender ($r = .08$, $p = .43$), birth order ($r = -.11$, $p = .32$), and parental stress ($r = -.07$, $p = .47$), respectively as showed in the Table 1.

Table 1: Correlation coefficients between the study variables (n = 92)

Variable	1	2	3	4	5	6
1. Cancer Severity	1.00					
2. Gender	.09	1.00				
3. Birth order	.03	.07	1.00			
4. Social Support	.1	.17	-.06	1.00		
5. Parental Stress	-.11	-.01	.04	-.12	1.00	
6. Adaptive Behavior	-.13	.08	-.11	.21*	-.07	1.00

* $p < .05$

6. Based on the test of predictors, cancer severity ($\beta = -.16$, $p = .130$), gender ($\beta = .06$, $p = .532$), birth order ($\beta = -.09$, $p = .388$), social support ($\beta = .20$, $p = .058$) and parental stress ($\beta = -.06$, $p = .536$) could not predict adaptive behavior in siblings of children with cancer as showed in the Table 2.

Table 2 – The coefficients of determination of cancer severity, gender, birth order, social support and parental stress on adaptive behavior of the siblings of children with cancer (n = 92)

Level	Variable	B	SE	β	<i>t</i>	<i>p-value</i>
1	Cancer Severity	-.67	.43	-.16	-1.52	.130
2	Gender	.71	1.13	.06	.62	.532
3	Birth order	-1.16	1.33	-.09	-.86	.388
4	Social Support	.23	.12	.20	1.92	.058
5	Parental Stress	-.04	.06	-.06	-.62	.536
Constant = 60.881 $R = .29$, $R^2 = .084$, Over all $F = 1.575$, Sig $F = .176$						

Discussion

The study results showed that cancer severity, gender, birth order, social support and parental stress could not predict adaptive behavior in siblings of children with cancer. These results could be explained as follows:

Cancer Severity: This study addressed that cancer severity could not predict adaptive behavior in siblings of children with cancer because siblings had moderate perceived cancer severity ($\bar{x} = 5.87$, $SD = .25$). In addition, most children with cancer (67.4%) were in early stage of illness defined as the length of illness (0 - 1 year). The severity of cancer in this stage was not obvious. This might help siblings to adapt themselves to live with children with cancer. The study findings were consistent with the study of Muensa (1997) which was conducted in 134 siblings of children with cancer in remission stage. Cancer severity had no effect on adaptive behavior of their siblings in all 4 aspects: physiological aspect, self-concept, role function, and interdependence. Most siblings could live with children with cancer with no behavioral problems.

Gender: This study indicated that gender could not predict adaptive behavior in siblings of children with cancer ($\beta = .06$, $p = .532$). Gender of children with cancer had no effect on adaptive behavior. These finding could be explained that family members in Thai culture always provide supports to male or female siblings (Muensa, 1997).

Birth order: Birth order could not predict adaptive behavior in siblings of children with cancer ($\beta = -.09$, $p = .388$) because most subjects were females (65.2%), and older sisters (80.4%). Older sisters are usually aware their duties and responsibilities in helping house chores and providing care of sick brother or sister in the family (Muensa, 1997). It was consistent with the study of Barbarin, et. al (1995) which was conducted in 254 siblings of children with at least 6-month diagnosis of cancer aged 4-18 years about the adaptive behavior. The study revealed that the first or older brother/ sister of children with cancer could handle the situation properly for taking care their younger brother/sister who have been diagnosed with cancer. In this study, 80.4% of older brother/sister of children with cancer represented high homogenous and had statistical influence. Therefore, birth order could not predict of adaptive behavior in siblings of children with cancer.

Social Support: This study indicated that social support had positive correlation with adaptive behavior in siblings of children with cancer with statistical significance ($r = .21$, $p < .05$). Siblings with high social support had good adaptive behavior. On the other hand, siblings with low social support would have poor

adaptive behavior. It was consistent with the study of Thipwongsa (2009), which revealed that siblings of children with chronic illness who lacked of social support in terms of emotional and psychological support. Siblings had unstable emotion, and expressed negative behaviors such as anti-social, depression, and so forth.

According to research findings, sibling of children with cancer had high social support ($\bar{X} = 70.90$, $SD = 4.54$), and good adaptive behavior ($\bar{X} = 71.26$, $SD = 5.14$). These results could be explained siblings received good social support in all 4 aspects comprising emotion, information, appraisal, and instrument from parents, healthcare providers, teachers and friends at school. Particularly, siblings received adequate information about disease, symptoms, treatment, and care for sick brothers/sisters from parents, and healthcare providers. They obtained opportunity to visit patients in the hospital, which may help siblings to understand symptoms, and disease progress. Therefore, sibling could adapt themselves to live with children with cancer. The study by Roy and Andrew (1991) also showed that social support was the part of the social relationship pattern, which promoted appropriate adaptive behavior of individuals. Barrera, Fleming, and Khan (2003) addressed that siblings who received high social support from parents, relatives, friends, and healthcare providers had no behavioral problems. In this study, social support could not predict adaptive behavior in siblings of children with cancer ($\beta = .20$, $p = .058$). It could be explained that even though social support have positive correlation with adaptive behavior with statistical significance ($r = .21$, $p < .05$), but its correlation was low ($r < .30$) (Srisathitnakul, 2004). Therefore, social support could not predict adaptive behavior of siblings of children with cancer.

Parental Stress: The stress of parents could not predict adaptive behavior in siblings of children with cancer ($\beta = -.06$, $p = .536$). Parents had stress at moderate level ($\bar{X} = 59.90$, $SD = 8.63$) because parents received adequate information about disease, symptoms, treatment plan, appropriate approach to sick children and care of sick children including possible complications of treatment from healthcare providers. Therefore, parents could handle stress properly, and had appropriate behaviors to siblings and children with cancer. These activities may help siblings to understand symptoms, treatment, and care for sick children. According to informal conversation with parents, the researcher found that causes of stress were treatment expense,

transportation expense and decreased parental income due to work absence. These burdens were also found in the study about parents' stress of children with cancer (Pupaiboon et al., 2000). However, parents in this current study appropriately coped with stress appropriately because they trusted in advance medical technology. In addition, parents spent time taking care closely to siblings. These may help their siblings to have good adaptive behaviors.

Recommendations

1. From this study, social support has positive correlation with adaptive behavior in siblings of children with cancer. Sibling had high social support on emotion and information, and moderate social support on appraisal and instrument. Nurses should discuss with parents on promoting appraisal for siblings of children with cancer such as compliment on good behaviors or offer an opportunity to visit sick children at hospital. For resources, nurses should find available resources of social support by discussing with parents and other family members such as need of financial support and education supplies. Parents can buy siblings education supplies, or grandparents can look after siblings at home.

2. Nurses should assess perceived cancer severity, social support, adaptive behavior in siblings and stress of parents. Additionally, nurses should be also good listeners and supporters for parents, especially parents with high stress. Nurses should coordinate with community resources for parents in order to provide continuing care of children with cancer effectively. These strategies may help parents to feel relieved and have less stress.

3. Siblings should have opportunities to take care of children with cancer in hospitals. These activities also assist sibling's role in taking care of sick children. Therefore, these siblings have good adaptive behavior and live with sick children appropriately.

4. This study selected subjects by convenience sampling, with specific group of siblings of children with cancer in Maharat Nakhon Ratchasima Hospital. Study sample had less variety of subjects which may not be the good representatives

of population. Future study should be conducted in siblings of children with cancer in many provincial hospitals by random sampling.

5. The social support questionnaire should include questions related social support from health care providers such as pediatricians and nurses and social workers. These professionals may be sources of social support for siblings of children with cancer.

6. Based on Roy's adaptive theory (Roy & Andrew, 1991), associated factors such as age of siblings, length of illness, and stages of cancer should be future studied.

รายการอ้างอิง

- ก้านจิต ศรีนนท์. (2541). ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคม กับการปรับตัวของมารดา ในการดูแลบุตรป่วยด้วยโรคธาลัสซีเมีย. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลแม่และเด็ก บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- เกศณี บุญยพัฒนางกุล. (2541). การรับรู้ผลข้างเคียงของยาเคมีบำบัดและพฤติกรรมการดูแลตนเอง เพื่อบรรเทาผลข้างเคียงของยาเคมีบำบัดในเด็กวัยเรียนโรคมะเร็ง. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลแม่และเด็ก บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- งานสถิติและเวชระเบียน. (2554). สถิติจำนวนผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็ง. นครราชสีมา: โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา.
- งามทิพย์ ชนบดีเฉลิมรุ่ง. (2545). ความสัมพันธ์ระหว่างระยะเวลาที่เจ็บป่วย ความรุนแรงของอาการความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย การสนับสนุนทางสังคม และการปรับตัว ต่อ ความเจ็บป่วยในวัยรุ่นโรคมะเร็งเม็ดเลือดที่ได้รับเคมีบำบัด. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- จรรยาศรี สุวรรณกฤ. (2539). ความกังวลห่วงใย วิธีเผชิญปัญหาและความทุกข์โศกของมารดาที่เด็กป่วยด้วยโรคมะเร็ง. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ทิพย์ภา เชษฐเชาวลิต. (2541). จิตวิทยาพัฒนาการสำหรับพยาบาล. สงขลา: ชานเมืองการพิมพ์.
- เพียว พงษ์ศักดิ์ชาติ. (2546). จิตวิทยาพัฒนาการสำหรับพยาบาล. สระบุรี: โครงการตำราวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สระบุรี.
- พัชรพรพรรณ ทิพวงศา. (2542). ความเครียดและวิธีการเผชิญปัญหาของน้องที่มีพี่เจ็บป่วยเรื้อรัง. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลครอบครัว บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- พวงทอง ไกรพิบูลย์. (2553). มะเร็งในเด็ก. นนทบุรี: อมรินทร์สุขภาพ.

- เบญจพร ปัญญาขง. (2547). สภาพจิตใจของเด็กที่เจ็บป่วยและการอยู่โรงพยาบาล. ใน วันเพ็ญ บุญประกอบ, อัมพล สุอำพัน, และนางพะงา ลีมสุวรรณ (บรรณาธิการ), *จิตเวชเด็ก สำหรับกุมารแพทย์*. (หน้า 296-303). กรุงเทพฯ: ชวนพิมพ์.
- บุญใจ ศรีสถิตยัณรากร. (2547). *ระเบียบวิธีวิจัยทางพยาบาลศาสตร์*. กรุงเทพฯ: ยูเออนด์ไอ. อินเทอร์เน็ต. มีเดีย.
- ปัญจะ กุลพงษ์. (2540). *โรคมะเร็งในเด็ก*. หน่วยโลหิตวิทยาโรคมะเร็ง ภาควิชากุมารเวชศาสตร์. คณะแพทยศาสตร์, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ปัญญา เสกสรรค์. (2545). *มะเร็งในเด็ก*. ใน สำหรับ จิตตินันท์ (บรรณาธิการ), *ตำรากุมารเวชศาสตร์ เล่ม 3* (หน้า 1702 – 1757). กรุงเทพฯ: เรือนแก้วการพิมพ์.
- ปริศนา สุนทรไชย. (2534). *ผู้ป่วยเด็กโรคกระดูกและกระดูกอ่อนภาวะจิตสังคมและการพยาบาล*. เชียงใหม่: โครงการตำราคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ภัทรา รัตนนกร. (2543). New concept in management of hematologic and oncology problems. ใน เกลดี อุณจักร, เสาวลักษณ์ โอภาสศิริกุล, อรวรรณ เล่าห์เรณู, และณัฐพงษ์ อัครพล (บรรณาธิการ), *Update on common pediatric problems*. (หน้า 179 – 189). เชียงใหม่: ชนบรรณการพิมพ์.
- ยุทธ ไกยวรรณ. (2548). หลักการทำวิจัยและการทำวิทยานิพนธ์. กรุงเทพฯ: ศูนย์สื่อเสริมกรุงเทพ.
- รัตนศิริ ทาโต. (2551). *การวิจัยทางการพยาบาลศาสตร์ แนวคิดสู่การประยุกต์ใช้*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- รุจา ภูไพบูลย์, สมทรง จุไรทัศน์, อรุณศรี เตชสังข์, ชื่นฤดี คงศักดิ์ตระกูล, และ วันเพ็ญ พันธางกูร. (2543). *ผลกระทบของการมีบุตรป่วยโรคมะเร็งต่อครอบครัว*. รายงานวิจัยคณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามธิบดี, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ละออ หุตางกูร. (2534). *หลักพื้นฐานเพื่อการพยาบาล ชีว-จิต-สังคม*. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยรังสิต.
- วรรณ เรืองลาภอนันต์. (2543). *ผลกระทบของโรคหอบหืดต่อเด็กป่วยวัยเรียนและครอบครัว*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลเด็ก บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- วรรณ แซ่อู่. (2552). *ผลของโปรแกรมการสร้างพลังใจต่อความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลเด็กป่วยวัยก่อนเรียนโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวชนิดเฉียบพลันที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลเด็ก บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

- วรารณณ์ หมั่นสา. (2540). พฤติกรรมการปรับตัวของเด็กวัยเรียนที่มีพี่น้องป่วยด้วยโรคมะเร็ง. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลเด็ก บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- วัฒนารี อัมมวรรณ. (2552). พฤติกรรมการปรับตัวในพี่ของเด็กกลุ่มออทิสติก. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาพัฒนาการมนุษย์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- วิภารัตน์ แสงสุวรรณ. (2541). ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับการปรับตัวของเด็กป่วยวัยรุ่นโรคเรื้อรัง. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลแม่และเด็ก บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ศิริลักษณ์ เกตุพินิจ. (2553). การรับรู้การเจ็บป่วยและพฤติกรรมการปรับตัวของพี่น้องของเด็กที่เจ็บป่วยเรื้อรัง. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลเด็ก บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ศรีธรรม ธนะภูมิ. (2553). พัฒนาการทางอารมณ์และบุคลิกภาพ. กรุงเทพฯ: ชวนพิมพ์การพิมพ์.
- สมจิตต์ ลินธชัย. (2532). ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ การสนับสนุนทางสังคมกับการปรับตัวในผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สุชา จันทรเฒ. (2543). จิตวิทยาเด็ก. (พิมพ์ครั้งที่ 4). กรุงเทพฯ: ไทยวัฒนาพานิช.
- สุพัตรา สุภาพ. (2543). สังคมและวัฒนธรรมไทย ค่านิยม ครอบครัว ศาสนา ประเพณี. กรุงเทพฯ: ไทยวัฒนาพานิช.
- สุรศักดิ์ สังขทัต ณ อุทยา. (2552). เนื้องอกและมะเร็งในกุมารศาสตร์. สงขลา: ชานเมืองการพิมพ์.
- สุริภรณ์ สุวรรณโอสธ. (2547). ความรู้สึกไม่แน่นอน การสนับสนุนทางสังคมและวิธีเผชิญความเครียด ของผู้ปกครองเด็กป่วยโรคมะเร็ง. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- หทัยรัตน์ ชื่นจิตร. (2545). ศึกษาเปรียบเทียบสภาวะทางอารมณ์ การแสดงบทบาท และสัมพันธภาพในคู่พี่น้องระหว่างเด็กวัยเรียนที่มีพี่น้องป่วยด้วยโรคหอบหืด และพี่น้องสุขภาพดี. วิทยานิพนธ์ ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลครอบครัว บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา.
- อรสิริ ภิเศก. (2542). แบบแผนการเผชิญปัญหาของครอบครัวเด็กออทิสติก. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาสังคมศาสตร์การแพทย์และสาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

- อารีย์ มั่งเกียรติสกุล. (2543). *การสนับสนุนทางสังคมและการปรับตัวในวัยรุ่นโรคมะเร็ง*. วิทยาลัยปริญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลแม่และเด็ก บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- Anderson, P. M. (2000). Neoplasm of the kidney. In R. E. Behrman, R. M. Kliegman, & H. B. Jenson (Eds.), *Nelson textbook of pediatric*. (16th ed.). (pp. 1555-1557). Philadelphia: W. B. Saunders.
- Ambramowitz, L. Z. & Senner, A. M. (1995). Pediatric bone marrow transplantation update. *Oncology Nursing Forum*, 22(1), 107-115.
- American Cancer Society, (2012). What are the key statistics for childhood cancer. Retrieved September, 1, 2012, from <http://www.cancer.org/cancer/cancerinchildren/detailedguide/cancer-in-children-key-statistics>.
- Ballard, K. L. (2004). Meeting the needs of siblings of children with cancer. *Pediatric Nursing*, 30(5), 394 – 401.
- Barbarin, O. A. (1995). Sibling adaptation to childhood cancer collaborative study: Parental views of pre and postdiagnosis adjustment of sibling children with cancer. *Journal of Psychosocial Oncology*, 13, 1-20.
- Berkman, B. J. & Sampson, S. E. (1993). Psychosocial effect of cancer economics on patients and families. *Cancer Supplement*, 72(9), 2846-2849.
- Barrera, M., Fleming, C. F., & Khan, F. S. (2003). The role of emotional social support in the psychological adjustment of sibling of children with cancer. *Child Care, Health and Development*, 30(2), 103-111.
- Breslau, N., Weitzman, M., & Messenger, K. (1981). Psychological functioning of sibling of disabled children. *Pediatric*, 67, 344-353.
- Chesler, M. A. (1991). Voice from the margin of the Family: Sibling of children with cancer. *Journal of Psychosocial Oncology*, 9, 19-42
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. 2nd ed. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.
- Cowen, L., Mok, J., Corey, M., McMillan, H., Simmons, R., & Levinson, H. (1986). Psychological adjustment of the family with a member who has congestive heart failure. *Pediatric*, 77, 743-753.

- Crist, W. M. & Smithson, W. A. (2000). The leukemias. In R. E. Behrman, R. M. Kliegman, & H. B. Jenson (Eds.), *Nelson textbook of pediatric*. (16th ed.). (pp. 1543-1548). Philadelphia: W. B. Saunders.
- Christman, N. J. (1990). Uncertainty and adjustment during radiotherapy. *Nursing Research*, 39(1), 17 – 20.
- Crom, D. B., Boggs, T. B., Mandrell, B. N., & Norville, R. (1999). Pediatric cancer. In C. Miaskowski & P. Buchsel (Eds.) *Oncology nursing: Assessment and clinical care*. (pp.1525-1583). St.Louis: Mosby.
- Derouin, D., & Jessee, P. O. (1996). Impact of a chronic illness in children: Sibling's perception. *Issues in Comprehensive Pediatric Nursing*, 19, 135-147.
- Faux, S. A. (1991). Sibling relationship in families with congenital impaired children. *Journal of Pediatric Nursing*, 6(3), 175-184.
- Futcher, J. A. (1988). Chronic illness and family dynamic. *Pediatric Nursing*, 14(5), 381-385.
- Giallo, R., & Gavidi-Payne, S. (2006). Child, parent and family factors as predictors of adjustment for sibling of children with a disability. *Journal of Intellectual Disability Research*, 50(12), 937- 948.
- Gilchirst, G. S. (2000). Lymphoma. In R. E. Behrman, R. M. Kliegman, & H. B. Jenson (Eds.), *Nelson textbook of pediatric*. (16th ed.). (pp. 1549-1552). Philadelphia: W. B. Saunders.
- Hinds, P. S. (1996). Coming to term: Parent's response to a first cancer recurrence in their child. *Nursing Research*, 45(3), 148-153.
- House, J. S., & Kahn, R. L. (1985). Measures and concepts of social support. In S. Cohen & S. L. Syme (Eds.), *Social support and health*. (pp. 731 – 759). Philadelphia: J. B. Lippincott.
- Houtzager, B. A., Grootenhuys, M. L., & Last, B. F. (2001). Supportive groups for siblings of pediatric oncology patients: impact on anxiety. *Psychology*, 10(4), 315-324.
- Houtzager, B. A., Oort, F.J., Hoekstra-Weebers, J. E. H. M., Caron, H. N., Grootenhuys, M. A., & Last, B. F. (2004). Coping and family functioning predict longitudinal psychological adaptation for siblings of childhood cancer patients. *Journal of Pediatric Psychology*, 29(8), 591-605.

- Hussong, M. R. (2002). Non-Hodgkin's lymphoma. In C. R. Baggott, K. P. Kelley, D. Fochtman, & G. V. Foley (Eds.), *Nursing care of children and adolescents with cancer* (3th ed.). (pp. 536-544). Philadelphia: W. B. Saunders.
- Ishizaki, Y., Ishizaki, T., & Ozawa, K. (2005). Psychosocial problems among siblings of children with disabilities in Japan: Psychosocial association between mothers and siblings. *Journal of Developmental and Physical Disabilities*, 17(2), 119-132.
- Kurnat, E. L. & Moore, C. M. (1999). The impact of a chronic condition on the families of children with Asthma. *Pediatric Nursing*, 25(3), 288-292.
- Labay, L. E. & Walco, G. A. (2004). Brief report: Empathy and psychological adjustment in siblings of children with cancer. *Journal of Pediatric Psychology*, 29(4), 309-314.
- Lobato, D. & Kao, T. (2002). Integrated sibling-parent group intervention to improve sibling knowledge and adjustment to chronic illness and disability. *Journal of Pediatric Psychology*, 27, 711-716.
- Lobato, J. D. & Kao, T. (2005). Brief report: Family-based group intervention for young siblings of children with chronic illness and developmental disability. *Journal of Pediatric Psychology*, 30(8), 678-682.
- Lazarus, R. & Folkman, S. (1984). Stress appraisal and coping. New York: Springer.
- McManus, M. J. & Gilchrist, G. S. (2002). Neuroblastoma. In R. E. Behrman, R. M. Kliegman, & H. B. Jenson (Eds.), *Nelson textbook of pediatric*. (16th ed.). (pp. 1553-1554). Philadelphia: W. B. Saunders.
- Minagawa, M. (1997). Sibling relationship of Japanese children with disabilities. *Journal of Pediatric Nursing*, 12(5), 311-316.
- Mishel, M. H. (1983). Parent's perception of uncertainty concerning their hospitalized child. *Nursing Research*, 32, 324-330.
- Murray, J. S. (2001). Social support for school aged sibling of children with cancer: A comparison between parent and sibling perceptions. *Journal of Pediatric Oncology Nursing*, 18(3), 90-104.
- Murray, R. & Zentner, J. (1975). *Nursing concept for health promotion*. New York: Appleton-Cenury-Crofts.

- Mulroy, S., Robertson, L., Aiberti, K., Leonard, H., & Bower, C. (2008). The impact of having a sibling with an intellectual disability: parental perspectives in two disorders. *Journal of Intellectual Disability Research*, 52(3), 216-229.
- Patoomwan, A. (2001). *Living with children cancer in Thai family stories of struggling with uncertainty*. Doctoral dissertation, University of California San Francisco, USA.
- Rambo, B. J. (1984). *Adaptation nursing: Assessment & intervention*. Philadelphia: W. B. Saunders.
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2008). *Nursing research: Principles and methods* (7th ed.). Philadelphia: Lippincott, Williams, & Wilkins.
- Rollin, J. A. (1990). Childhood Cancer: Sibling draw and tell. *Pediatric Nursing*, 16(1), 21-27.
- Roy, S. C. & Andrew, H. A. (1991). *The Roy Adaptation Model: The definitive statement*. Norwalk: Appleton & Lange.
- Roy, S. C. & Roberts, S. L. (1991). *Theory construction in nursing: An adaptation model*. London: Prentice-Hall.
- Ryan-Murray, J. & Petriccione, M. M. (2002). Central nervous system tumors. In C. R. Baggott, K. P. Kelley, D. Fochtman, & G. V. Foley (Eds.), *Nursing care of children and adolescents with cancer*. (3th ed.). (pp. 536-544). Philadelphia: W. B. Saunders.
- Sargent, J. R. (1995). Sibling adaptation of childhood cancer collaborative study: Siblings perception of the cancer experience. *Journal of Pediatric Psychology*, 24, 45-54.
- Sloper, P. & While, D. (1996). Risk factors in the adjustment of sibling of children with cancer. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 37, 597 – 607.
- Spinetta, J. & Deasy – Spinetta, P. (1999). The sibling of the child with cancer. In *living with childhood cancer*. St. Louis: Mosby.
- Tew, B. & Laurence, K. (1973). Mothers, brothers and sisters of patients with spina bifida. *Developmental Medicine and Child Neurology*, 15, 69-76.
- Walker, C. L. (1988). Stress and coping in sibling of childhood cancer patients. *Nursing Research*, 37(4), 208-212.
- Waters, K. & Smith, P. (1998). Cancer in childhood: Molecular biology and clinical features. In M. J. Robinson, & D. M. Robertson (Eds.), *Practical pediatrics*. (4th ed.). Philadelphia: Churchill Livingstone.

- Weisse, G. L. & Lonnguist, L. E. (1994). *The sociology of health, healing, and illness*. New Jersey: Prentice Hall.
- Wellisch, D. K., Crater, B., Wiley, F. M., Belin, T. R., & Weinstein, K. (2006). Psychosocial impacts of camping experience for children with cancer and their siblings. *Psycho-Oncology*, 15, 56-65.
- Wills, S. H. (1999). The experience of Hong Kong Chinese parents of children with acute lymphoblastic leukemia. *Journal of Pediatric Nursing*, 14(4), 231-238.
- Williams, P. D., Piamjariyakul, U., Ducey, K., Badura, J., Boltz, K., Olberding, K., et al. (2006). Cancer treatment, symptom monitoring and self- care in adults: A pilot study. *Cancer Nursing*, 29(4), 347 - 355.
- Williams, P. D., Ridder, E. L., Setter, R. K., Liebergen, A., Currey, H., Piamjariyakul, U., et al. (2009). Pediatric chronic illness (cancer, cystic fibrosis) effects on well siblings: parent's voices. *Comprehensive Pediatric Nursing*, 32, 94 – 113.
- Williams, P. D., Williams, A. R., & Graft, J. C. (2002). Interrelationships among variables affecting well siblings and mothers in families of children with a chronic illness or disability. *Journal of Behavioral Medicine*, 25(5), 411-424.
- 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.
- Wong, D. L. (1995). Impact of child chronic illness or disability on family members. In *Nursing care of Infant on children*. (pp.940 - 941). St. Louis: Mosby – Year Book.
- Yeh, C. H. (2001). Religious beliefs and practices of Taiwanese parents, pediatric patients with cancer. *Cancer Nursing*, 24(6), 476-482.
- Yotwongratsamee, R. (2006). *Factors influencing uncertainty in illness of parents with children admitted in intensive care unit*. Unpublished master's thesis, Mahidol University, Bangkok, Thailand.
- Zeltzer, L. K., et al. (1996). Sibling adaptation to childhood cancer collaborative study: Health outcomes of siblings of children with cancer. *Medical and Pediatric Oncology*, 27, 98- 107.

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก
เครื่องมือในการดำเนินการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลมีทั้งหมด 5 ชุด คือ

1. แบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับพี่น้อง เด็กป่วย และบิดามารดา
2. แบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรงของโรค
3. แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมของพี่น้องเด็กป่วย
4. แบบสอบถามความเครียดของบิดามารดาเด็กป่วย
5. แบบสอบถามพฤติกรรมกรรมการปรับตัวของพี่น้องเด็กป่วย

แบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับพี่น้อง เด็กป่วย และบิดามารดา

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของเด็กป่วย

- 1.1 เพศ ☐ ชาย ☐ หญิง อายุ ปี
- 1.2 มีพี่น้อง คน
- 1.3 เป็นลูกคนที่ ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ อื่นๆ (โปรดระบุ).....
- 1.4 ระดับการศึกษา.....
- 1.5 การวินิจฉัยโรค
ระยะเวลาที่เป็น เดือน / ปี

ตอนที่ 2 ข้อมูลทั่วไปของพี่น้องเด็กป่วย (กลุ่มตัวอย่าง)

- 2.1 เพศ ☐ ชาย ☐ หญิง อายุ ปี
- 2.2 เกี่ยวข้องเป็น ☐ พี่เด็กป่วย ☐ น้องเด็กป่วย
- 2.3 ระดับการศึกษา.....
- 2.4 ทราบหรือไม่ว่าพี่น้องป่วยเป็นโรคอะไร ☐ ไม่ทราบ
☐ ทราบว่าเป็นโรค.....
โปรดระบุข้อความที่บิดามารดา บอกพี่น้องเด็กป่วย

ตอนที่ 3 ข้อมูลทั่วไปของบิดามารดา (กลุ่มตัวอย่าง)

- 3.1 เกี่ยวข้องเป็น ☐ บิดา ☐ มารดา ☐ อื่นๆ(โปรดระบุ).....
- 3.2 อายุ ปี
- 3.3 สถานภาพสมรส ☐ สมรส (อยู่ด้วยกัน) ☐ หย่าร้าง
☐ แยกกันอยู่ ☐ หม้าย
☐ อื่นๆ (โปรดระบุ)
- 3.4 อาชีพ
- 3.5 อายุคู่สมรส อาชีพคู่สมรส
- 3.6 รายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือน บาท
☐ เหลือเก็บ ☐ พอใช้ ☐ ไม่พอใช้

แบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรงของโรค

คำชี้แจง: แบบสอบถามนี้ต้องการทราบว่า หนูรับรู้ความรุนแรงของโรคที่พี่น้องเจ็บป่วยมากน้อยเพียงใด

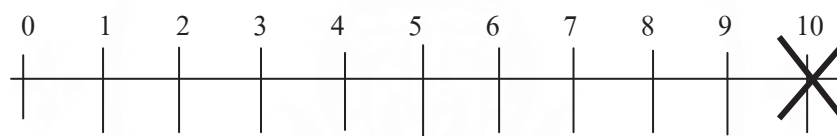
บนเส้นตรงมีตัวเลขกำกับอยู่ตั้งแต่ 0 – 10 ซึ่งตัวเลขนี้จะแสดงถึงการรับรู้ของหนูเกี่ยวกับความรุนแรงของโรคที่พี่น้องป่วย

คะแนน 0 หมายถึง หนูรับรู้โรคที่พี่น้องป่วยอยู่นี้ ไม่มีความรุนแรงเลย

คะแนน 10 หมายถึง หนูรับรู้โรคที่พี่น้องป่วยอยู่นี้ มีความรุนแรงมากที่สุด

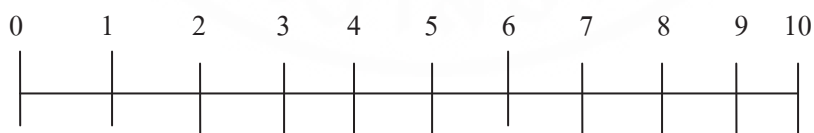
ขอให้หนูเลือก โดยกากบาทตัวเลขที่ตรงกับความรู้สึกรับรู้ของหนูมากที่สุด

ตัวอย่าง



จากตัวอย่าง หมายถึง หนูรับรู้โรคที่พี่น้องของหนูป่วย มีความรุนแรงมากที่สุด อาจเสียชีวิตได้

ความรุนแรงของโรคที่พี่น้องเจ็บป่วยตามการรับรู้ของหนู



แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมของพี่น้องเด็กป่วย

คำชี้แจง

แบบสอบถามนี้ต้องการถามความรู้สึก ความเข้าใจของหนูเกี่ยวกับการได้รับการตอบสนอง/ช่วยเหลือ ที่ได้รับจาก พ่อแม่ เพื่อน ครู ที่โรงเรียน” โดยจะขอให้หนูอ่านคำถามแต่ละข้อ แล้วพิจารณาว่า หนูมีความรู้สึก ความเข้าใจต่อข้อความนั้นอย่างไร แล้วทำเครื่องหมาย (✓) ลงในช่องที่ตรงกับความรู้สึกของหนูมากที่สุด เพียงคำตอบเดียว แต่ละข้อมีคำตอบให้เลือกดังนี้

เป็นจริงมากที่สุด หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกหรือตรงกับความเป็นจริงของหนูเกือบทั้งหมด
เป็นจริงส่วนมาก หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกหรือตรงกับความเป็นจริงของหนูเป็นส่วนมาก แต่ไม่ตรงกับความเป็นจริงบางส่วน
เป็นจริงปานกลาง หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกหรือตรงกับความเป็นจริงของหนูพอๆกัน กับที่ไม่ตรงกับความเป็นจริง
เป็นจริงเล็กน้อย หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกหรือตรงกับความเป็นจริงของหนูเล็กน้อย แต่ไม่ตรงกับความเป็นจริงส่วนมาก
ไม่เป็นจริงเลย หมายถึง	ข้อความนั้นไม่ตรงกับความรู้สึกหรือตรงกับความเป็นจริงของหนูเลย

ตัวอย่าง

ข้อความ	ระดับความรู้สึก				
	เป็นจริงมากที่สุด	เป็นจริงส่วนมาก	เป็นจริงปานกลาง	เป็นจริงเล็กน้อย	ไม่เป็นจริงเลย
1. พ่อแม่แสดงความรักต่อหนูเหมือนเดิม เช่น โอบกอดและสัมผัสถึงแม้ต้องมีภาระดูแลพี่/น้อง ที่ป่วย		✓			

จากตัวอย่าง หมายถึง พ่อแม่แสดงความรักต่อหนูเหมือนเดิม เช่น โอบกอดและสัมผัสถึงแม้ ต้องมีภาระดูแลพี่/น้อง ที่เจ็บป่วย ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึก หรือตรงกับความเป็นจริงของหนูเป็นส่วนมาก แต่ไม่ตรงกับความเป็นจริงบางส่วน

ข้อความ	ระดับความรู้สึก				
	เป็นจริงมากที่สุด	เป็นจริงส่วนมาก	เป็นจริงปานกลาง	เป็นจริงเล็กน้อย	ไม่เป็นจริงเลย
1. พ่อแม่แสดงความรักต่อหนูเหมือนเดิม เช่น โอบกอดและสัมผัสถึงแม้ต้องมีภาวะดูแลพี่/น้องที่ป่วย					
2. พ่อแม่มักสนใจเรื่องการเรียนของหนู โดยคอยสอบถามเรื่องการเรียนรู้					
3. เมื่อมีเรื่องไม่สบายใจ พ่อแม่จะคอยรับฟัง และช่วยแก้ปัญหาให้					
4. เมื่อหนูไม่สบาย พ่อแม่จะคอยดูแลใกล้ชิดด้วยความห่วงใย เหมือนดูแลพี่/น้องที่ป่วย					
5. พ่อแม่ให้ความไว้วางใจหนู โดยบอกให้คอยดูแลพี่/น้อง ที่ป่วยแทนท่าน เมื่อท่านไม่อยู่บ้าน					
.					
.					
.					
.					
18. ครูที่โรงเรียน สอนหนังสือเพิ่มเติม และติวเนื้อหาก่อนสอบให้หนู เมื่อหนูไปเรียนสาย					
19. หนูมักจะมีเพื่อนๆ มาเล่นด้วยกัน					

แบบสอบถามความเครียดของบิดามารดาเด็กป่วย

คำชี้แจง แบบสอบถามชุดนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อถามความรู้สึกของท่านเกี่ยวกับความเครียดในการดูแลบุตรที่ป่วย ภายในระยะเวลา 1 เดือนที่ผ่านมา ขอให้ท่านอ่านข้อความในแบบสอบถามแต่ละข้อ และทำเครื่องหมาย (✓) ลงในช่องที่ตรงกับความรู้สึก และความเป็นจริงที่เกิดขึ้นกับท่านมากที่สุดเพียงคำตอบเดียว ซึ่งแต่ละข้อมีคำตอบให้เลือกดังนี้

- เป็นจริงมากที่สุด หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึก หรือตรงกับความเป็นจริงของท่านมากที่สุด
- เป็นจริงส่วนมาก หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึก หรือตรงกับความเป็นจริงของท่านเป็นส่วนมาก
- เป็นจริงปานกลาง หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึก หรือตรงกับความเป็นจริงของท่านปานกลาง
- เป็นจริงเล็กน้อย หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึก หรือตรงกับความเป็นจริงของท่านเล็กน้อย
- ไม่เป็นจริงเลย หมายถึง ข้อความนั้นไม่ตรงกับความรู้สึก หรือความเป็นจริงของท่านเลย

ตัวอย่าง

ข้อความ	ระดับความรู้สึก				
	เป็นจริงมากที่สุด	เป็นจริงส่วนมาก	เป็นจริงปานกลาง	เป็นจริงเล็กน้อย	ไม่เป็นจริงเลย
1.ท่านรู้สึกกระสับกระส่าย เมื่อลูกต้องมารักษาในโรงพยาบาล		✓			

จากตัวอย่าง ข้อความ “ท่านรู้สึกกระสับกระส่าย เมื่อลูกต้องมารักษาในโรงพยาบาล” ตรงกับความรู้สึกหรือความเป็นจริงของท่านเป็นส่วนมาก

ข้อความ	ระดับความรู้สึก				
	เป็นจริงมากที่สุด	เป็นจริงส่วนมาก	เป็นจริงปานกลาง	เป็นจริงเล็กน้อย	ไม่เป็นจริงเลย
1. ท่านรู้สึกกระสับกระส่าย เมื่อลูกต้องมารักษาในโรงพยาบาล					
2. ท่านมีอาการนอนไม่หลับ					
3. ท่านนอนฝันร้าย					
4. น้ำหนักตัวของท่านลดลงจากเดิม ภายใน 1 เดือน ที่ผ่านมา					
.					
.					
.					
.					
.					
.					
.					
.					
.					
.					
.					
.					
20. ท่านไม่ค่อยได้มีกิจกรรมนอกบ้าน เช่น สังสรรค์กับเพื่อนๆ หรือการไปพักผ่อนนอกบ้าน					

แบบสอบถามพฤติกรรมกรรมการปรับตัวของพี่น้องเด็กป่วย

คำชี้แจง

แบบสอบถามนี้ต้องการถามความสม่ำเสมอในการแสดงพฤติกรรมหรือการปฏิบัติของหนู ว่าตั้งแต่พี่หรือน้องป่วย หนูเคยปฏิบัติพฤติกรรมเหล่านี้หรือไม่ โดยจะขอให้หนูอ่านข้อความในแต่ละข้อ แล้วพิจารณาว่าหนูปฏิบัติบ่อยเพียงใด หรือไม่เคยปฏิบัติเลย แล้วทำเครื่องหมาย (✓) ลงในช่องที่ตรงกับพฤติกรรมหรือการปฏิบัติของหนูมากที่สุด เพียงคำตอบเดียว แต่ละข้อมีคำตอบให้เลือกดังนี้

เป็นประจำ	หมายถึง	ข้อความนั้นหนูปฏิบัติเป็นประจำ
บ่อยครั้ง	หมายถึง	ข้อความนั้นหนูปฏิบัติบ่อยครั้ง
บางครั้ง	หมายถึง	ข้อความนั้นหนูปฏิบัติเป็นบางครั้ง
ไม่เคยเลย	หมายถึง	ข้อความนั้นหนูไม่เคยปฏิบัติเลย

ตัวอย่าง

ข้อความ	การแสดงพฤติกรรม/ การปฏิบัติ			
	เป็นประจำ	บ่อยครั้ง	บางครั้ง	ไม่เคยเลย
1. หนูเบื่ออาหาร รับประทานอาหารได้น้อย	✓			

จากตัวอย่าง หมายถึง หนูเบื่ออาหาร รับประทานอาหารได้น้อยเป็นประจำ

ข้อความ	การแสดงพฤติกรรม/ การปฏิบัติ			
	เป็นประจำ	บ่อยครั้ง	บางครั้ง	ไม่เคยเลย
ตั้งแต่พี่/น้องป่วย				
1. หนูนอนไม่หลับ / ผื่นร้ายบ่อยๆ				
2. หนูเบื่ออาหาร รับประทานอาหารได้น้อย				
3. หนูมักมีอาการปวดท้อง				
4. หนูปัสสาวะรดที่นอน				
5. หนูหายใจไม่ทั่วท้อง เมื่อมีเรื่องไม่สบายใจ				
6. หนูรู้สึกภูมิใจที่ได้ดูแลพี่/น้องที่ป่วย				
7. หนูคิดว่าตนเองจะป่วยเหมือนพี่/น้อง				
.				
.				
.				
.				
.				
.				
20.เมื่อกลับจากโรงเรียน หนูจะเล่นกับพี่/น้องที่ป่วย เช่น ขวนคุย นั่งดูทีวีด้วยกัน				
21.หนูรับผิดชอบตัวเอง เช่น แต่งตัวเอง รับประทานอาหารเอง				

ภาคผนวก ข

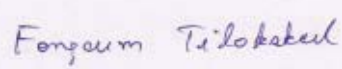
รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

เครื่องมือในการรวบรวมข้อมูล มีการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ดังรายนามต่อไปนี้

- | | |
|--|--|
| 1. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. อาภาวรรณ หนูคง | อาจารย์ประจำภาควิชาภูมิมาตรศาสตร์
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล |
| 2. อาจารย์ ดร. อติตยา พรชัยเกตุ โอวयोग | อาจารย์ประจำภาควิชาจิตเวชศาสตร์
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล |
| 3. นางสาวสุนัฏดา คชนทร์ชัย | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ หน่วยให้คำปรึกษา
แผนกภูมิมาตรกรรมผู้ป่วยนอก โรงพยาบาล
มหาราชนครราชสีมา |

ภาคผนวก ก

หนังสือรับรองคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน
ของมหาวิทยาลัยมหิดล (ชุดสายพยาบาลศาสตร์)

	
COA.No.MU-IRB (NS) 2011/105.1909	
Documentary Proof of Mahidol University Institutional Review Board (Nursing)	
Title of Project:	FACTORS PREDICTING ADAPTIVE BEHAVIORS IN SIBLINGS OF CHILDREN WITH CANCER
Project Number:	MU-IRB (NS) 2011/19.0507
Principle Investigator:	Miss Wipawee Ponkaew
Name of Institution:	Faculty of Nursing Mahidol University
Approval includes	1) MU-IRB (NS) Submission form version received date 2 September 2011 2) Participant Information sheet version date 2 September 2011, 15 September 2011 3) Informed Consent form version date 2 September 2011, 15 September 2011 4) Assent form version date 4 July 2011 5) Questionnaire version received date 4 July 2011
Mahidol University Institutional Review Board (Nursing) is in full compliance with International Guidelines for Human Research Protection such as Declaration of Helsinki, The Belmont Report, CIOMS Guidelines and the International Conference on Harmonization in Good Clinical Practice (ICH-GCP)	
Date of Approval:	19 September 2011
Date of Expiration:	18 September 2012
Signature of Chair:	 (Associate Professor Pornsri Sriussadaporn) Chair
Signature of Dean, Faculty of Nursing	 (Associate Professor Dr. Fongcum Tilokskulchai) Dean, Faculty of Nursing
Office of Mahidol University Institutional Review Board (Nursing) Room 502 Faculty of Nursing, 2 Phrannok Road, Bangkok 10700, THAILAND Tel: (662)-419-7466-80 Ext. 1500, 1503	

ภาคผนวก ง

หนังสือรับรองคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา



คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา
 สำนักงานสนับสนุนการศึกษาวิจัยทางคลินิก: ศูนย์แพทยศาสตรศึกษาชั้นคลินิก โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา 49 อ.ช้างเผือก จ.โนนเมือง อ.เมือง จ.นครราชสีมา 30000
Maharat Nakhon Ratchasima Hospital Institutional Review Board (MNRH IRB)
 Clinical Research Support Office: Medical Education Center, Maharat Nakhon Ratchasima Hospital, 49 Chang Phueak Rd.,
 Mueang District, Nakhon Ratchasima Province, 30000, THAILAND. Tel. & Fax. + 66 44 295614-5 E-mail irb@mnrh.in.th

เลขที่ใบรับรอง 051/2011

เอกสารรับรองจริยธรรมการวิจัยในคน

โครงการวิจัยเรื่อง : ปฎิบัติการพัฒนาศักยภาพการปรับตัวของพี่น้องเด็กป่วยโรคมะเร็ง

ผู้วิจัย : นางสาววิภาวี พลแก้ว

หน่วยงานที่สังกัด : คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา ได้ผ่านการรับรองในแง่จริยธรรม โดยยึดหลักเกณฑ์ตามคำประกาศเฮลซิงกิ (Declaration of Helsinki) และหลักเกณฑ์การปฏิบัติการวิจัยทางคลินิกที่ดี (ICH-GCP) โดยให้ดำเนินการศึกษาวิจัยเรื่องข้างต้นได้

โดยให้ผู้วิจัยรับเงื่อนไขที่เสนอ ดังต่อไปนี้

1. ให้ส่งรายงานความก้าวหน้าทุก 6 เดือน
2. ให้แจ้งคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคนในกรณีที่แก้ไขเปลี่ยนแปลงโครงการวิจัยหรือหยุดโครงการก่อนกำหนด
3. รายงานเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ที่ร้ายแรงหรือไม่คาดคิด
4. รายงานเหตุการณ์ที่ไม่คาดคิด
5. รายงานข้อมูลข่าวสารที่คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคนควรได้รับระหว่างดำเนินการวิจัย
6. ส่งรายงานฉบับสมบูรณ์เมื่อเสร็จสิ้นโครงการวิจัย

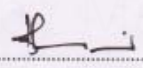
รับรองวันที่ : 25 สิงหาคม 2554

หมดอายุวันที่ : 24 สิงหาคม 2555



(นายนิพัทธ์ สยามจอร์)

ประธานคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน



(นายธีรพล โดพันธานนท์)

ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา



คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา
 สำนักงานสนับสนุนการวิจัยทางคลินิก: ศูนย์พัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่ โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา 49 ถ.ช้างเผือก ต.ในเมือง อ.เมือง จ.นครราชสีมา 30000
Maharat Nakhon Ratchasima Hospital Institutional Review Board (MNRH IRB)
 Clinical Research Support Office: Medical Education Center, Maharat Nakhon Ratchasima Hospital, 49 Chang Phueak Rd.,
 Mueang District, Nakhon Ratchasima Province, 30000, THAILAND. Tel. & Fax. + 66 44 295614-5 E-mail irb@mnrh.in.th

Number 051/2011

Certificate of Approval

Protocol title : Factors predicting adaptive behaviors in siblings of children with cancer

Protocol no. : -

Document of approval/acceptance:

1. MNRH IRB Submission Form
2. Research Proposal Thai version
3. Participation Information Sheet
4. Inform consent form
5. Case record form
6. Investigator's Curriculum Vitae
7. Budget

Principal investigator: Miss Wipawee Ponkaew

Research site: Maharat Nakhon Ratchasima Hospital

Date of meeting: 25 August 2011

Date of approval: 25 August 2011

This is to certify that Institutional Review Board, Maharat Nakhon Ratchasima Hospital Ethics Committee is in full compliance with Declaration of Helsinki and the International Conference on Harmonization in Good Clinical Practice (ICH-GCP), and approved the study above.

Expired date: 24 August 2012

(If available)

Signature: Nipat Sim

(Nipat Simakachorn, M.D.)

Chairman of Institutional Review Board

Signature: T. Topanant

(Theerapol Topanant, M.D.)

Director of Maharat Nakhon Ratchasima Hospital

ภาคผนวก จ

การทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ

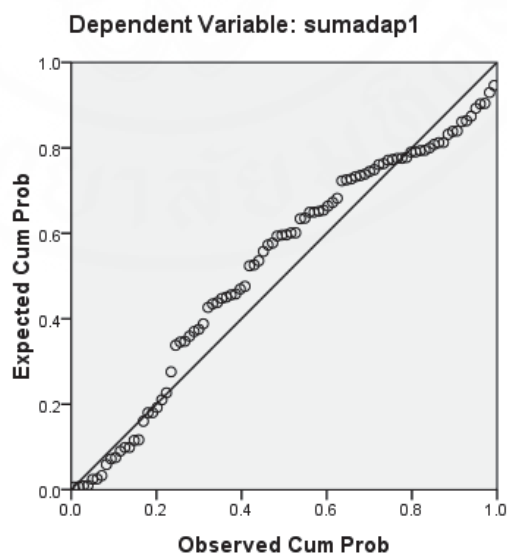
ตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้นก่อนการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ ดังนี้

1. การตรวจสอบลักษณะการแจกแจงของข้อมูล (Data Distributions) พบว่ามีการแจกแจง ของข้อมูลแบบโค้งปกติ ดังภาพ

Normal P-P Plot of Regression Standardized Residual

Dependent Variable: พฤติกรรมการปรับตัวของพี่น้องเด็กป่วยโรคมะเร็ง

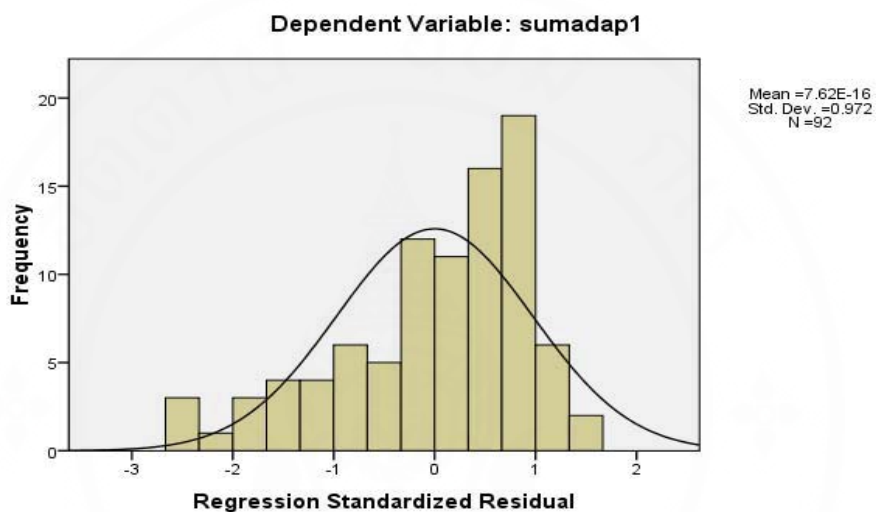
Normal P-P Plot of Regression Standardized Residual



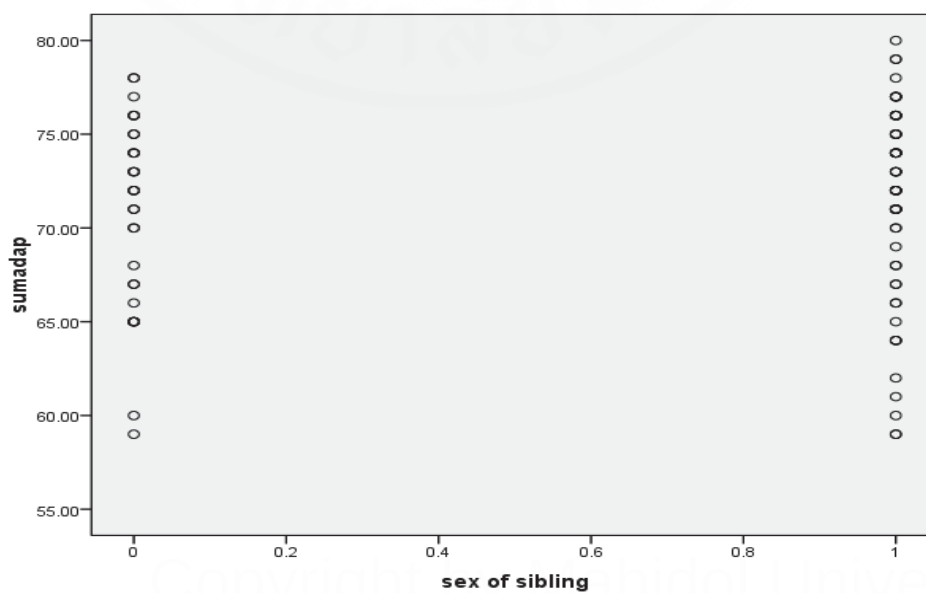
Histogram

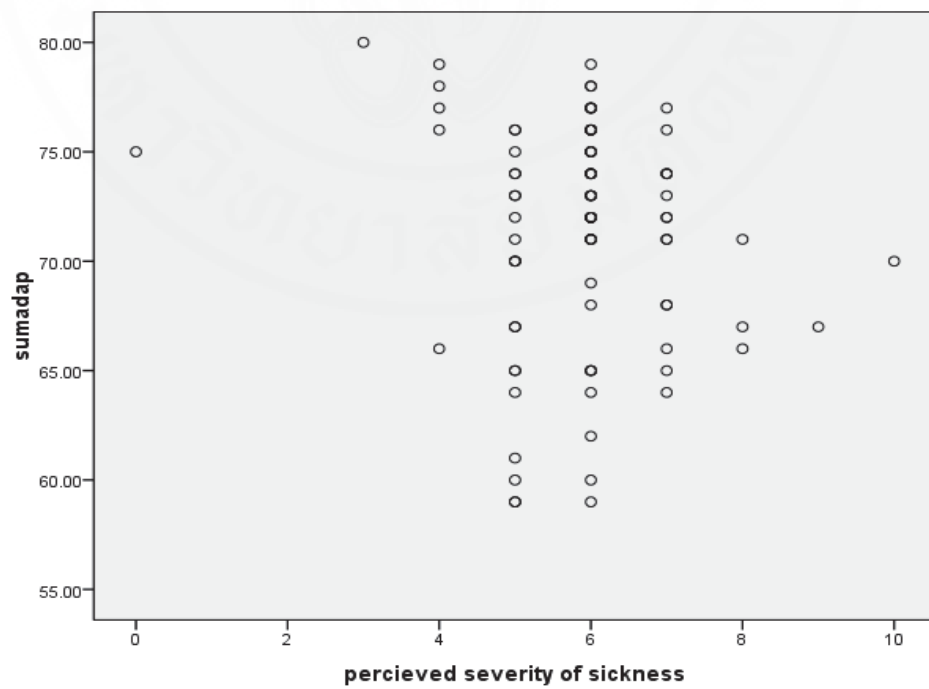
Dependent Variable : พฤติกรรมการปรับตัวของพี่น้องเด็กป่วยโรคมะเร็ง

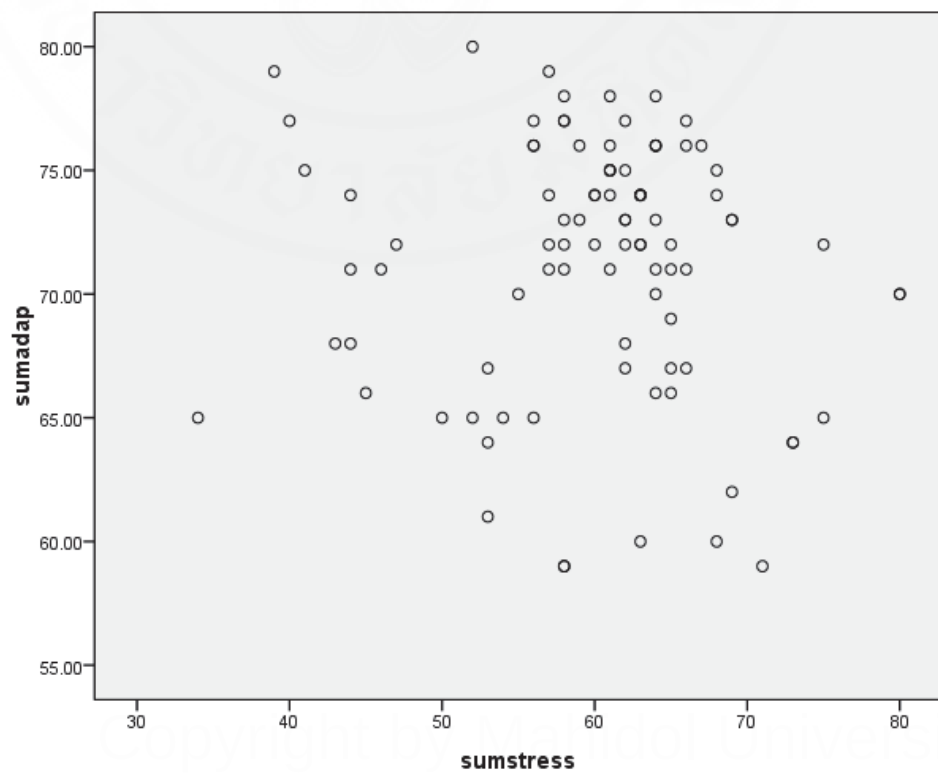
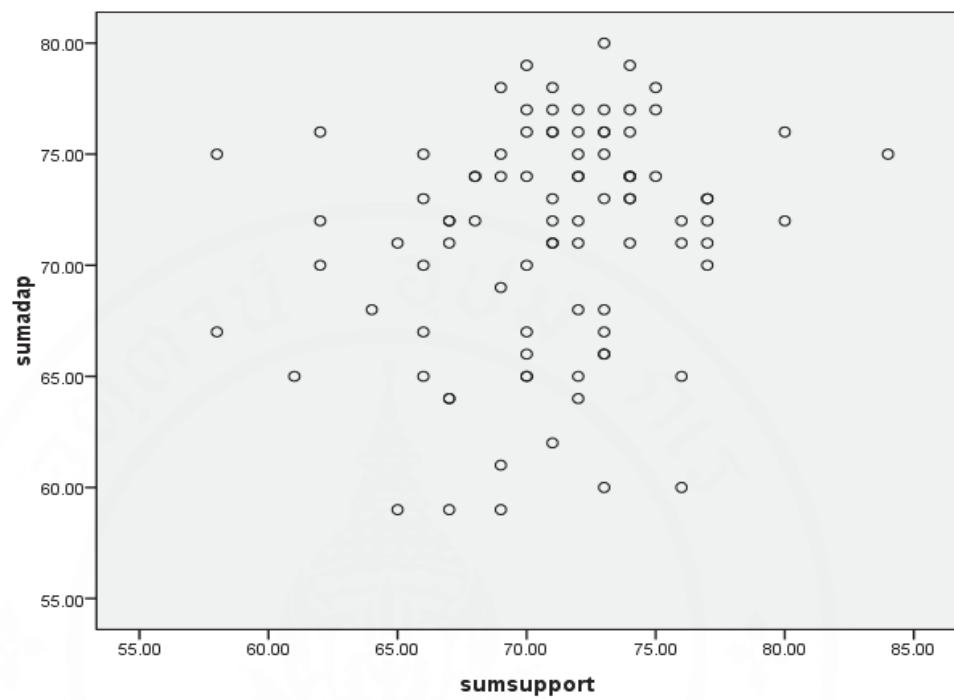
Histogram



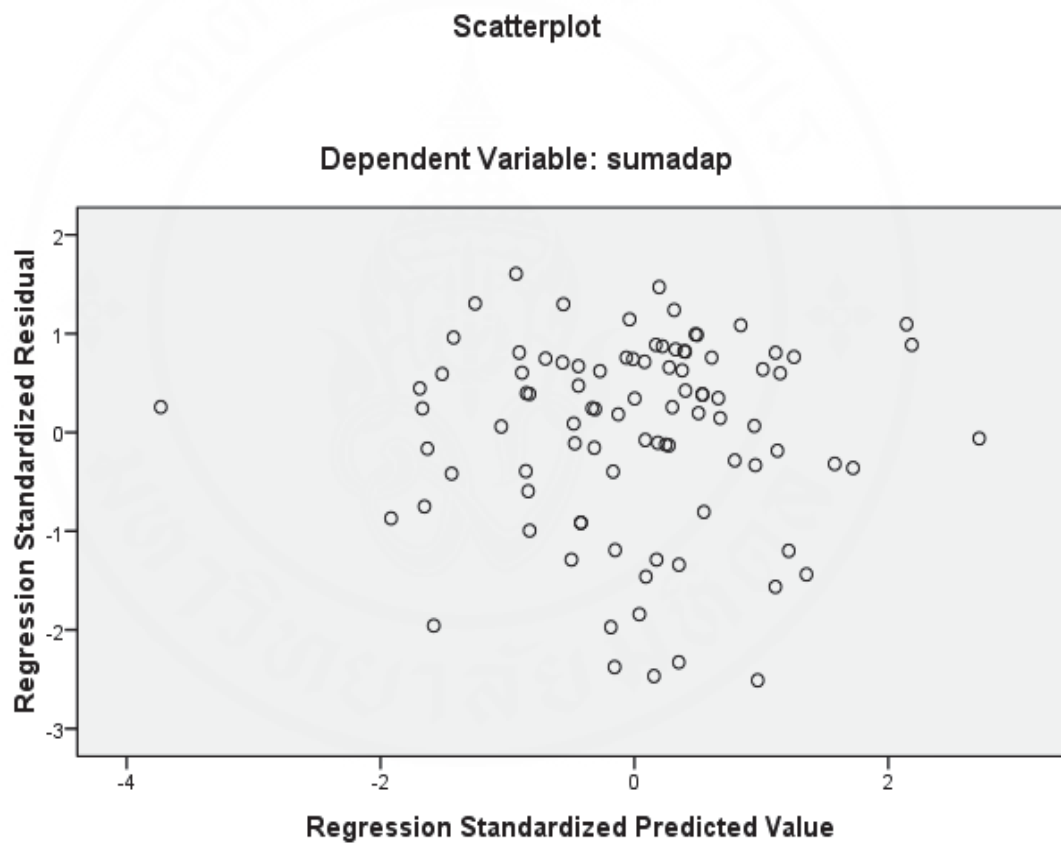
2. ตรวจสอบความสัมพันธ์เชิงเส้นของตัวแปร (linearity) โดยการนำ scatter plot จาก
การตรวจสอบข้อมูล พบว่า ตัวแปรอิสระทุกตัวมีความสัมพันธ์เชิงเส้นตรงกับตัวแปรตาม ดังภาพ







3. ตรวจสอบค่าความแปรปรวนของความคลาดเคลื่อนของตัวแปรอิสระทุกตัวต้องมีค่าคงที่ (homocedasticity) โดยพิจารณาความสัมพันธ์ระหว่าง regression standardized predict value กับ regression standardized residual value (บุญใจ ศรีสถิตยัณรากร, 2547) จากการตรวจสอบข้อมูล พบว่า ตัวแปรอิสระทุกตัวมีค่าความแปรปรวนของความคลาดเคลื่อนกระจายบริเวณค่าศูนย์ แสดงว่าความแปรปรวนของความคลาดเคลื่อนของตัวแปรอิสระทุกตัวมีค่าคงที่ ดังภาพ



4. การตรวจสอบตัวแปรอิสระทั้งหลายที่ใช้ศึกษาต้องไม่มีความสัมพันธ์กันเองที่มากเกินไป (multicollinearity) พิจารณาจากค่า tolerance ต้องมีค่าเข้าใกล้ 1 และค่า variance inflation factor (VIF) ไม่เกิน 10 (บุญใจ ศรีสถิตยัณราภรณ์, 2547) จากการตรวจสอบข้อมูล พบว่า ตัวแปรอิสระที่ใช้ศึกษาไม่มีความสัมพันธ์กันเอง ค่า tolerance มีค่าเข้าใกล้ 1 และค่า variance inflation factor (VIF) ไม่เกิน 10 ดังภาพ

Coefficients

Model	Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.	Collinearity Statistics	
	B	Std. Error	Beta			Tolerance	VIF
1. (Constant)	60.881	9.842		6.186	.000		
sex of sibling	.711	1.133	.066	.627	.532	.957	1.045
relationship to an ailing person	-1.162	1.339	-.090	-.868	.388	.987	1.013
percieved severity of sickness	-.672	.439	-.160	-1.529	1.30	.973	1.028
sumsupport	.231	.120	.204	1.925	.058	.946	1.058
sumstress	-.039	.062	-.065	-.621	.536	.975	1.026

a. Dependent Variable: sumadap

5. การตรวจสอบความสัมพันธ์กันเองของค่าความคลาดเคลื่อน (autocorrelation) โดยการใช้สถิติ Durbin Watson ซึ่งค่าความคลาดเคลื่อนที่เกิดขึ้นต้องไม่มีความสัมพันธ์กันเอง โดยค่า Durbin Watson ต้องมีค่าเข้าใกล้ 2 (มีค่าอยู่ในช่วง 1.5-2.5) จึงจะสรุปว่าค่าความคลาดเคลื่อนไม่มีความสัมพันธ์กันเอง (บุญใจ ศรีสถิตยัณราภรณ์, 2547) จากการตรวจสอบข้อมูล พบว่า ค่า Durbin Watson ได้เท่ากับ 1.57 นั่นคือ ไม่มีความสัมพันธ์กันเองของค่าความคลาดเคลื่อน ดังภาพ

Model Summary

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate	Change Statistics					Durbin-Watson
					R Square Change	F Change	df1	df2	Sig. F Change	
1	.290 ^a	.084	.031	5.06226	.084	1.575	5	86	.176	1.566

a. Predictors: (Constant), sumstress, sex of sibling, relationship to an ailing person, perceived severity of sickness, sumsupport

b. Dependent Variable: sumadap

ภาคผนวก จ

คะแนนค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการแปลผลของ การสนับสนุนทางสังคม

ตารางที่ จ.1 ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการแปลผลของ การสนับสนุนทางสังคม (n = 92)

ตัวแปร	$\bar{X}$	SD	การแปลผล
การสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์			
- พ่อแม่แสดงความรักเหมือนเดิม เช่น โอบกอดและสัมผัสถึงแม้มือต้องดูแลพี่/น้อง ที่เจ็บป่วย	3.90	.85	สูง
- พ่อแม่ให้ความสนใจเรื่องการเรียน โดยคอยสอบถามเรื่องการเรียน/สอนให้ทำการบ้าน	4.13	.76	สูง
- เมื่อมีเรื่องไม่สบายใจ พ่อแม่จะคอยรับฟัง และช่วยแก้ปัญหา	3.84	.72	สูง
- เมื่อ ไม่สบาย พ่อแม่จะคอยดูแลใกล้ชิดด้วยความห่วงใย เหมือนดูแลพี่/น้อง ที่เจ็บป่วย	3.72	.51	สูง
- พ่อแม่ให้ความไว้วางใจ โดยบอกให้คอยดูแลพี่/น้อง ที่เจ็บป่วยแทน	3.98	.78	สูง
การสนับสนุนทางสังคมด้านข้อมูลข่าวสาร			
- พ่อแม่บอกเกี่ยวกับโรคของพี่/น้องที่เจ็บป่วย	4.51	.65	สูง
- พ่อแม่บอกเกี่ยวกับอาการของพี่/น้องที่เจ็บป่วย เช่น อ่อนเพลีย	3.68	.69	สูง
- พ่อแม่บอกให้รู้ เมื่อพี่/น้อง ที่เจ็บป่วย มีอาการเปลี่ยนแปลง เช่น อาการดีขึ้น กลับบ้านได้ หรืออาการแย่ลง	3.76	.65	สูง
- พ่อแม่ บอกไม่ให้ ไอ จาม รดพี่/น้องที่ป่วย	4.78	.62	สูง

ตารางที่ จ.1 ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการแปลผลของ การสนับสนุนทางสังคม (n = 92)
(ต่อ)

ตัวแปร	$\bar{X}$	SD	การแปลผล
การสนับสนุนทางสังคมด้านการประเมินคุณค่า			
- พ่อแม่ไว้วางใจให้รับผิดชอบดูแลตนเองเช่น แต่งตัว รับประทานอาหาร และไปโรงเรียนเอง	3.98	.55	สูง
- ครูที่โรงเรียน ชื่นชมว่าเป็นเด็กดี	3.06	.64	ปานกลาง
- เพื่อนๆที่โรงเรียนคอยพูดให้กำลังใจ	2.93	.60	ปานกลาง
- พ่อแม่เปิดโอกาสให้ดูแลพี่/น้องที่ป่วย เช่น การพาไปเยี่ยมที่ โรงพยาบาล	3.70	.72	สูง
การสนับสนุนทางสังคมด้านทรัพยากร สิ่งของ			
- ยังได้รับค่าขนมตามปกติ	3.58	.69	ปานกลาง
- พ่อแม่ซื้อของเล่น /อุปกรณ์การเรียนให้	3.46	.77	ปานกลาง
- เวลาพ่อแม่ไปดูแลพี่/น้องป่วย ที่โรงพยาบาล จะมีญาติ/ คน อื่น มาคอยดูแลแทนพ่อแม่	3.61	.83	สูง
- พ่อแม่คอยดูแลให้รับประทานอาหารที่ดี และมีประโยชน์ อยู่เสมอ	3.90	.69	สูง
- ครูที่โรงเรียน สอนหนังสือเพิ่มเติม และติวเนื้อหาก่อนสอบ ให้เมื่อไปเรียนสาย หรือขาดเรียน	3.00	.62	ปานกลาง
- มักจะมีเพื่อนๆมาเล่นด้วยกัน	3.36	.77	ปานกลาง

ภาคผนวก ข

คะแนนค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานและการแปลผลของ พฤติกรรมการปรับตัวของ
พี่น้องเด็กป่วยโรคมะเร็ง

ตารางที่ ข.1 ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานและการแปลผลของ พฤติกรรมการปรับตัวของพี่น้องเด็ก
ป่วยโรคมะเร็ง (n = 92)

ตัวแปร	$\bar{X}$	SD	การแปลผล
พฤติกรรมการปรับตัวด้านร่างกาย			
- ไม่เขยนอนไม่หลับ / ผื่นร้ายบ่อยๆ	3.48	.56	ดี
- ไม่รู้สึกเบื่ออาหาร หรือรับประทานอาหารได้น้อย	3.61	.55	ดี
- ไม่มีอาการปวดท้อง	3.79	.46	ดี
- ไม่ปัสสาวะรดที่นอน	3.89	.34	ดี
- ไม่เคยมีอาการหายใจไม่ทั่วท้อง เมื่อมีเรื่องไม่สบายใจ	3.35	.68	ดี
พฤติกรรมการปรับตัวด้านอารมณ์ทัศน			
- รู้สึกภูมิใจที่ได้ดูแลพี่/น้องที่ป่วย	3.73	.51	ดี
- ไม่คิดว่าตนเองจะป่วยเหมือนพี่น้อง	3.53	.61	ดี
- ไม่รู้สึกแตกต่างจากเพื่อนคนอื่น เนื่องจากมีพี่/น้อง ที่ป่วย	3.14	.54	ดี
- ไม่รู้สึกว่าพ่อแม่ไม่ได้ดูแลเอาใจใส่หนู เท่ากับพี่/น้อง ที่ ป่วย	3.52	.56	ดี
- ไม่รู้สึกเหมือนถูกทอดทิ้ง เมื่อต้องอยู่บ้าน เวลาพ่อแม่ ไปดูแลพี่/น้องที่ป่วย	3.55	.52	ดี

ตารางที่ ข.1 ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานและการแปลผลของ พฤติกรรมการปรับตัวของพี่น้องเด็กป่วยโรคมะเร็ง (n = 92) (ต่อ)

ตัวแปร	$\bar{X}$	SD	การแปลผล
พฤติกรรมการปรับตัวด้านบทบาทหน้าที่			
- ช่วยทำงานบ้านแทนพี่/น้องที่ป่วย	3.13	.74	ดี
- ไปเรียนสม่ำเสมอ ตั้งแต่พี่/น้องป่วย	3.50	.91	ดี
- การที่มีพี่/น้องป่วย ไม่ทำให้เรียนหนังสือได้ช้าลง	3.57	.63	ดี
- คอยดูแลพี่/น้อง ที่ป่วยแทนพ่อแม่ เวลาที่พ่อแม่ไม่อยู่บ้าน	3.66	.65	ดี
- ไปร่วมกิจกรรมกับทางโรงเรียนได้เหมือนเพื่อนๆ เช่น เข้าค่าย	2.83	.67	ปานกลาง
ถูกเลือก ก็พาสี ถึงแม้จะมีพี่/น้อง ป่วยอยู่ที่บ้าน			
พฤติกรรมการปรับตัวด้านการพึ่งพาอาศัยตนเองและผู้อื่น			
- ไม่อยากให้พ่อแม่ไปรับ –ส่งที่โรงเรียนทุกวัน	3.42	.80	ดี
- ไม่อยากให้พ่อแม่ให้ความสนใจ และดูแลมากกว่าเดิม	3.41	.75	ดี
- พี่/น้อง ที่ป่วย มักช่วยเหลือ เช่น พุดให้กำลังใจ หรือสอนทำการบ้าน	2.86	.58	ปานกลาง
- คอยปกป้องไม่ให้คนอื่นมารังแกพี่/น้องที่ป่วย เช่น ถ้ามีคนล้อเลียน จะขอร้องไม่ให้ล้อเลียน	3.28	.70	ดี
- เมื่อกลับจากโรงเรียน จะเล่นกับพี่/น้องที่ป่วย เช่น ชวนคุย นั่งดูทีวีด้วยกัน	3.03	.63	ดี
รับผิดชอบตัวเอง เช่น แต่งตัวเอง รับประทานอาหารเอง	3.47	.54	ดี

ประวัติผู้วิจัย

ชื่อ – สกุล

วิภาวี พลแก้ว

วัน เดือน ปีเกิด

19 กันยายน 2528

สถานที่เกิด

จังหวัดนครราชสีมา

ประวัติการศึกษา

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สระบุรี, พ.ศ. 2546 – 2550

พยาบาลศาสตรบัณฑิต

มหาวิทยาลัยมหิดล, พ.ศ. 2555:

พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (สาขาการพยาบาลเด็ก)

ที่อยู่

177 ถ.ช้างเผือก ต.ในเมือง อ. เมือง จ.นครราชสีมา 30000

E – mail: beau_kob@hotmail.com

ตำแหน่งหน้าที่ปัจจุบัน

พยาบาลวิชาชีพ ปฏิบัติการ

และสถานที่ทำงาน

ภาควิชา การพยาบาลเด็ก

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครราชสีมา

โทรศัพท์ 044-242397 ต่อ 208