

บทที่ 2

วรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการศึกษาปัจจัยทำนายการดูแลตนเองของผู้ป่วยเด็กวัยเรียน มะเร็งเม็ดเลือดที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัด ซึ่งผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องและ กำหนดขอบเขตของการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องเพื่อเป็นแนวทางในการศึกษาตามลำดับ ดังนี้

1. โรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว
2. การดูแลตนเองของเด็กวัยเรียนโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวที่ได้รับยาเคมีบำบัด
3. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเองในเด็กวัยเรียน
4. อัตมโนทัศน์
 - 4.1 แนวคิดและทฤษฎีอัติมโนทัศน์
 - 4.2 อัติมโนทัศน์ของเด็กวัยเรียนที่เจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็ง
 - 4.3 อัติมโนทัศน์กับการดูแลตนเองและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
5. การเผชิญปัญหาของผู้ดูแล
 - 5.1 ผลกระทบของโรคมะเร็งในเด็กต่อผู้ดูแล
 - 5.2 แนวคิดและรูปแบบการเผชิญปัญหาของผู้ดูแล
 - 5.3 การเผชิญปัญหาของผู้ดูแลที่มีเด็กโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวที่ได้รับยาเคมี

บำบัด

โรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว

โรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว (Leukemia) เป็นมะเร็งชนิดที่พบบ่อยเป็นอันดับ 1 ของ มะเร็งทั้งหมดในเด็ก (วิเชียร มงคลศรีตระกูล; วรุฒ เจริญศรี; สุรเดช หงศ์อิง, 2550) เป็นกลุ่มโรค ที่มีความผิดปกติของเม็ดเลือดขาวที่มีการสร้างเม็ดเลือดขาวทั้งในรูปของตัวอ่อนและตัวแก่ออกมา มากมายและควบคุมไม่ได้ ทำให้เซลล์เม็ดเลือดขาวทั้งในรูปของตัวอ่อนแทรกอยู่ในไขกระดูกและ อวัยวะต่าง ๆ สาเหตุการเกิดโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวอาจมีหลายปัจจัยที่มีผลต่อไขกระดูก อาจเป็น ปัจจัยจากสิ่งแวดล้อม เช่น สารกัมมันตภาพรังสี ยา สารเคมี หรือสารที่มีองค์ประกอบของน้ำมัน

และโลหะหนัก (วิเชียร ลงคณศรีตระกูล และ ถนอมศรี ศรีชัยกุล, 2550) นอกจากนี้ยังมีปัจจัยด้านกรรมพันธุ์ การติดเชื้อไวรัส และภาวะภูมิคุ้มกันบกพร่อง โดยมีมะเร็งเม็ดเลือดขาวที่พบในเด็ก แบ่งเป็น (Colby-Graham M. F., 2003)

1. มะเร็งเม็ดเลือดขาวชนิดเฉียบพลัน (acute leukemia) เป็นมะเร็งที่พบบ่อยที่สุดในเด็ก แบ่งออกเป็น 2 ชนิด คือ ชนิดลิมโฟบลาส (Acute Lymphocytic Leukemia [ALL]) พบได้ประมาณร้อยละ 75-80 และชนิดที่ไม่ใช่ลิมโฟบลาส (Acute Non-Lymphocytic Leukemia [ANLL]) ประมาณร้อยละ 20-25 อาการและอาการแสดงที่พบบ่อย ได้แก่ อาการที่เกิดจากไขกระดูกทำงานผิดปกติ เช่น ซีด เลือดออกง่าย และไข้ และอาการที่เกิดจากเซลล์มะเร็งไปแทรกตามอวัยวะต่าง ๆ เช่น ตับโต ม้ามโต ต่อม้ำเหลืองโต ปวดกระดูก อ่อนเพลีย

2. มะเร็งเม็ดเลือดขาวชนิดเรื้อรัง (chronic leukemia) เป็นโรคที่จัดอยู่ในกลุ่มของ myeloproliferative disorder ที่มีลักษณะจำเพาะคือ มีการสร้างเซลล์เม็ดเลือดชนิดต่าง ๆ มากผิดปกติและเป็นเซลล์ค่อนข้างแก่ มีการดำเนินโรคที่ค่อนข้างช้าไม่รุนแรงเหมือนมะเร็งเม็ดเลือดขาวชนิดเฉียบพลัน ผู้ป่วยจึงมีชีวิตรอดอยู่นาน แต่มีบางชนิดที่มีการดำเนินโรครวดเร็ว มะเร็งเม็ดเลือดขาวชนิดเรื้อรังพบได้น้อยมากในเด็ก โรคในกลุ่มนี้ที่พบบ่อยที่สุดคือ Chronic Myelogenous Leukemia (CML) พบได้น้อยกว่าร้อยละ 5 ของเด็กป่วยที่เป็นมะเร็งเม็ดเลือดขาว (วิระศักดิ์ นา วารวงศ์, 2550) อาการที่พบในเด็กป่วยคือ ม้ามโต หรืออาการของการมีเมตาบอลิซึมในร่างกายสูงซึ่งประกอบด้วย น้ำหนักลด เบื่ออาหาร เหงื่อออกตอนกลางคืน และอาการแสดงของ leukostasis เช่นการมองเห็นเปลี่ยนแปลง (Ignoffo, 2002)

การรักษามะเร็งเม็ดเลือดขาวในเด็ก หลังจากได้รับการวินิจฉัยยืนยันแล้วว่าเป็นมะเร็งเม็ดเลือดขาว เด็กจะได้รับการรักษาทันที วิธีการรักษามะเร็งเม็ดเลือดขาวในเด็ก ประกอบด้วย 4 ระยะ (สุรเดช หงส์อิง, 2550) ดังนี้

ระยะชักนำให้โรคสงบ (Induction of Remission) จุดมุ่งหมายของการให้การรักษาในระยะนี้คือพยายามฆ่าเซลล์มะเร็งให้ตายมากที่สุดในเวลาเร็วที่สุด แต่ทำอันตรายต่อเซลล์ปกติให้น้อยที่สุด เพื่อให้ระบบการสร้างเม็ดเลือดปกติฟื้นตัวขึ้นอย่างรวดเร็วจะนั้นเคมีบำบัดที่ใช้สำหรับชักนำให้โรคสงบ จึงควรเป็นเคมีบำบัดที่สามารถฆ่าเซลล์มะเร็งเม็ดเลือดขาวได้จำเพาะและกดไขกระดูกปกติน้อยที่สุดหรือไม่กดเลย เคมีบำบัดที่นิยมใช้กันมากที่สุดคือ Prednisolone ร่วมกับ Vincristine ซึ่งสามารถทำให้มี Complete remission ได้ถึงร้อยละ 85-90 ภายในเวลา 4-6 สัปดาห์ แต่ถ้าจะให้ผลดีที่สุด อาจเพิ่ม Adriamycin และ L-asparaginase ด้วย ซึ่งการใช้เคมีบำบัดร่วมกันทั้ง 4 ชนิดนี้จะสามารถเพิ่มอัตราการชักนำให้โรคสงบได้ถึงร้อยละ 95

และทำให้ผลรวมของการรักษาดีขึ้นด้วย แต่การให้เคมีบำบัดพร้อมๆ กันทั้ง 4 อย่าง อาจทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อน สูงขึ้นด้วย ซึ่งจะต้องให้การรักษาระดับประคองที่ดีด้วย เมื่อผู้ป่วยได้รับการรักษา มาจนครบ 6 สัปดาห์ จึงเจาะไขกระดูกมาตรวจดู หากไขกระดูกกลับมาเป็นปกติมีจำนวน blast ต่ำกว่าร้อยละ 5 รวมทั้งไม่มีอาการและอาการแสดงของโรคเหลืออยู่ถือว่าได้ Complete remission จึงให้การรักษาในระยะที่ 2 ต่อไป หากยังไม่ได้ Complete remission ต้องรักษาไปจนครบ 12 สัปดาห์แล้วยังไม่ได้ Remission ให้ถือว่าผู้ป่วยไม่ตอบสนองต่อการรักษา คงให้แต่การรักษาประคับประคองต่อไป จากข้อมูลของชมรมมะเร็งเด็กพบว่าในระยะนี้เด็กส่วนใหญ่มักมีภาวะแทรกซ้อนสูงหลังการ Induction และมีอัตราการเสียชีวิตระหว่างการรักษาในระยะแรกถึงร้อยละ 30 จากการติดตามง่าย

ระยะการรักษาเข้มข้น (Intensification or consolidation therapy) เมื่อผู้ป่วยได้ Complete remission ถึงแม้เซลล์มะเร็งเม็ดเลือดขาวจะลดลงถึงร้อยละ 99 แต่ผู้ป่วยจะยังมีเซลล์มะเร็งหลงเหลือในร่างกายอยู่อีก จึงจำเป็นต้องให้เคมีบำบัดต้านมะเร็งขนาดสูงหลายๆ ชนิดร่วมกัน เพื่อทำลายเซลล์มะเร็งที่ยังหลงเหลืออยู่ให้มากที่สุด โดยใช้เคมีบำบัดที่ออกฤทธิ์ต่างๆ กัน เพื่อให้เซลล์มะเร็งดื้อต่อเคมีบำบัดได้ เช่น ใช้ Prednisolone ร่วมกับ 6 – mercaptopurine, Methotrexate และ Cyclophosphamide ในขนาดสูงภายในเวลา 7 วัน นอกจากนั้นอาจเพิ่ม Cytosine arabinoside อีกเป็นเวลา 2 สัปดาห์ ในผู้ป่วยที่มีการพยากรณ์โรคไม่ดีในปัจจุบันได้มีผู้ดัดแปลงวิธีการให้เคมีบำบัด ในการรักษาเข้มข้นนี้หลายวิธีด้วยกัน เพื่อให้ได้ผลดีที่สุดในการป้องกันการเกิดมะเร็งเม็ดเลือดขาวในระบบประสาทส่วนกลาง (CNS prophylaxis) จากการรักษาที่ต้องใช้ยาหลายตัวรวมกันเพื่อให้มีการออกฤทธิ์กำจัดเซลล์มะเร็งได้ผลมากขึ้นโอกาสที่เด็กจะได้รับผลข้างเคียงจากยาเคมีบำบัดจึงมากขึ้น ดังนั้นควรให้ยาเมื่อผล WBC > 2,000 cell/cu.mm. และ ANC > 500 cell/cu.mm. และประเมินอาการทางคลินิกของเด็กให้อยู่ในสภาพที่พร้อมก่อนให้ยาทุกครั้ง ถ้าพบว่า ANC < 500 cell/cu.mm. ควรเลื่อนการให้ยาก่อนและจำเป็นต้องตรวจ CBC ทุกสัปดาห์ ในระยะนี้ควรตรวจไขกระดูกซ้ำเมื่อพบว่ามีความ neutopenia นานเกิน 3 สัปดาห์ หรือสงสัยว่ามีการกลับเป็นโรคขึ้นมาใหม่ (relapse)

ระยะป้องกันเข้าสู่ระบบประสาทส่วนกลาง (CNS Prophylaxis) ความก้าวหน้าในการรักษามะเร็งเม็ดเลือดขาวที่สำคัญอย่างหนึ่งคือการป้องกันการเกิดมะเร็งเม็ดเลือดขาวในระบบประสาทส่วนกลาง จุดมุ่งหมายของการรักษาในระยะนี้ เพื่อทำลายเซลล์มะเร็งเม็ดเลือดขาวซึ่งเข้าไปอยู่ในระบบประสาทส่วนกลางตั้งแต่วินิจฉัยโรคครั้งแรกให้หมดสิ้นไปทั้งนี้เพราะเคมีบำบัดที่ต้านมะเร็งต่างๆ ไม่สามารถซึมผ่าน Blood brain barrier เข้าไปสู่ระบบประสาทส่วนกลางได้

ทำให้เซลล์มะเร็งเม็ดเลือดขาวที่ซ่อนอยู่เกิดความต้านทานต่อเคมีบำบัดที่มีความเข้มข้นต่ำในน้ำหล่อเลี้ยงสมองและไขสันหลัง จึงสามารถแบ่งตัวมากขึ้นและกระจายไปทั่วร่างกายทำให้โรคกลับเป็นขึ้นมาใหม่ ฉะนั้นถ้าไม่ป้องกันเอาไว้ผู้ป่วยจะมีการกลับเป็นซ้ำของโรค ในระบบประสาทส่วนกลางได้สูงถึงร้อยละ 50 จะพบมากที่สุดภายในเวลา 6-24 เดือน โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ผู้ป่วยที่มีจำนวนเม็ดเลือดขาวสูง อายุน้อย เกร็ดเลือดต่ำ ตับม้ามโต การป้องกันการเกิดมะเร็งเม็ดเลือดขาวในระบบประสาทส่วนกลางที่ได้ผลคือ การให้ยาเข้าทางช่องไขสันหลัง (intrathecal) 5 ครั้ง ได้แก่ methotrexate , hydrocortisone และ Cytarabine โดยให้รวมกับการฉายรังสีที่ศีรษะ 2-3 สัปดาห์ จะสามารถป้องกัน CNS relapse ได้ถึงร้อยละ 80-90 แต่ปัจจุบันมักหลีกเลี่ยงการให้รังสีรักษา มาเป็นการให้ Methotrexate ในขนาดสูงทางหลอดเลือดร่วมกับการฉีดเข้าทางไขสันหลัง ระยะนี้ใช้เวลาประมาณ 3-4 สัปดาห์ (วิเชียร มงคลศรีตระกูล, 2550)

ระยะการรักษาเพื่อควบคุมให้โรคสงบตลอดไป (Maintenance therapy) เมื่อได้ทำการรักษาชักนำให้โรคสงบจนได้ Complete remission แล้ว หากไม่ให้การรักษาในระยะต่อไป ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะมีโรคกลับเป็นขึ้นมาใหม่ภายในเวลา 2-3 เดือน ดังนั้น การรักษาในระยะนี้จึงมีจุดมุ่งหมายที่จะควบคุมโรคให้สงบอยู่ตลอดไป โดยใช้เคมีบำบัดต้านมะเร็งหลายๆ ชนิดร่วมกัน เพื่อลดอัตราการดื้อของเซลล์มะเร็งต่อเคมีบำบัด รวมทั้งฆ่าเซลล์มะเร็งให้มากที่สุดโดยไม่กดระบบสร้างเม็ดเลือดและตลอดจนระบบภูมิคุ้มกันของร่างกายมากนัก วิธีการให้เคมีบำบัดต้านมะเร็งในระยะนี้มีหลายวิธี ที่นิยมกันมากที่สุดคือ ให้ 6 – mercaptopurine รับประทานทุกวัน ร่วมกับให้ methotrexate ในขนาดสูงรับประทานสัปดาห์ละครั้งติดต่อกันตลอดไปและให้การรักษาระยะๆ (Pulse treatment) ด้วย Prednisolone ร่วมกับ Vincristine เป็นระยะ ๆ ทุก 1-3 เดือน และตรวจไขกระดูกทุก 4 เดือน ร่วมกับการตรวจเลือดเพื่อประเมินอาการ การรักษาระยะนี้ใช้เวลา 2-3 ปี

สำหรับในผู้ป่วยเด็กมะเร็งเม็ดเลือดขาวเฉียบพลันชนิดที่ไม่ใช่ลิมโฟบลาส (Acute Non-Lymphocytic Leukemia [ANLL]) จะเพิ่มระยะของการรักษาคือ ระยะภายหลังที่ทำให้โรคสงบ (Re-induction of Remission) โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อทำลายเซลล์มะเร็งที่หลงเหลืออยู่ให้น้อยที่สุด ถ้าไม่ให้การรักษาเพิ่มเติมผู้ป่วยจะกลับเป็นใหม่อีก จึงจำเป็นต้องรักษาต่อไปอีก 2-3 ปี ในรูปแบบต่าง ๆ ได้แก่ maintenance therapy เป็นการให้ยาเคมีบำบัดในขนาดน้อยแต่เป็นระยะเวลานาน consolidation therapy เป็นการให้ยาเคมีบำบัดเหมือนในระยะที่ทำให้โรคสงบแต่ให้ในระยะเวลานั้น ๆ และ Intensification เป็นการให้ยาเคมีบำบัดในขนาดสูงกว่าในระยะเวลาที่ทำให้โรคสงบ (ปัญจะ กุลพงษ์, 2540 อ้างใน เพ็ญกมล กุลสุ, 2544)

จากระยะของการรักษาทั้ง 4 ระยะ พบว่าในแต่ละระยะของการรักษาที่ผู้ป่วยเด็ก มะเร็งเม็ดเลือดขาวได้รับจะมีความคล้ายคลึงกัน แต่จะพบว่าการรักษาในระยะ Induction of Remission ผู้ป่วยเด็กมะเร็งเม็ดเลือดขาวจะได้รับยาเคมีบำบัดในรูปแบบของการฉีดเข้าหลอดเลือดดำในขนาดสูง และจะต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลอย่างมากเป็นเวลา 1 เดือน เพื่อให้ ยา (สูนีย์ อินทรีสิงห์, 2544) และพบว่าเด็กส่วนใหญ่มักมีภาวะแทรกซ้อนสูง มีการเสียชีวิตระหว่างการรักษาในระยะนี้จากการติดเชื้อ (ปัญจะ กุลพงษ์, 2540 อ้างใน เพ็ญกมล กุลสุ, 2544) สำหรับ ในระยะ Intensification or consolidation therapy ผู้ป่วยเด็กมะเร็งเม็ดเลือดขาวจะได้รับยาเคมีบำบัดในรูปแบบของการฉีดเข้าหลอดเลือดดำในขนาดสูงและมีการใช้ยาหลายตัวรวมกันเพื่อให้มีการออกฤทธิ์กำจัดเซลล์มะเร็งมากขึ้นโอกาสที่เด็กจะได้รับผลข้างเคียงจากยาเคมีบำบัดจึงมากขึ้น ส่วนในระยะ CNS Prophylaxis นั้นผู้ป่วยเด็กมะเร็งเม็ดเลือดขาวจะได้รับยาเคมีบำบัดในรูปแบบของการฉีดเข้าหลอดเลือดดำ และ ให้ยาเข้าทางช่องไขสันหลัง (intrathecal) ร่วมด้วยทุกสัปดาห์ ทั้งระยะ Induction of Remission, Intensification or consolidation therapy และ CNS Prophylaxis ทำให้เกิดอาการข้างเคียงกับผู้ป่วยเด็กมะเร็งเม็ดเลือดขาวที่ค่อนข้างรุนแรง ได้แก่ คลื่นไส้ อาเจียน เยื่อช่องปากอักเสบ ท้องเสีย ผื่น ร่วง เลือดออกง่ายและติดเชื้อ และอาจต้องเข้า รับการรักษาในโรงพยาบาลบ่อยครั้ง (เกศนี บุญยวัฒน์นางกุล, 2541) แต่สำหรับระยะ Maintenance therapy พบว่า ผู้ป่วยเด็กมะเร็งเม็ดเลือดขาวจะได้รับยาเคมีบำบัดในรูปแบบของการรับประทาน และมาติดตามผลการรักษาเดือนละ 1 ครั้ง ทำให้อาการข้างเคียงไม่รุนแรง นอกจากนี้ผู้ป่วยเด็กยังสามารถไปโรงเรียนได้ตามปกติอีกด้วย ผู้ป่วยเด็กจะมีภาวะสุขภาพค่อนข้างดีจากการที่อาการข้างเคียงจากยาเคมีบำบัดไม่รุนแรง มีความสมบูรณ์แข็งแรงทั้งในด้าน โครงสร้างและการทำหน้าที่ของร่างกาย มีศักยภาพในการประกอบกิจกรรมต่างๆ การทำหน้าที่เหมาะสมกับระยะพัฒนาการของบุคคล (Orem, 1991) ดังนั้นการรักษาทั้ง 4 ระยะนี้จึงมีผลต่อ ภาวะสุขภาพของผู้ป่วยเด็กวัยเรียนโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว ทำให้ผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว มีการดูแลตนเองที่แตกต่างกันได้

การดูแลตนเองของเด็กวัยเรียนโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวที่ได้รับยาเคมีบำบัด

การดูแลตนเอง หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมที่บุคคลริเริ่มและกระทำด้วยตนเอง เพื่อ ดำรงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดี โดยเชื่อว่าบุคคลมีความต้องการที่จะดูแลตนเองเพื่อ ดำรงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพ หลีกเลี่ยงจากโรคภัยและภัยอันตรายที่คุกคามต่อชีวิต (Orem, 1995)

การดูแลตนเองเป็นกิจกรรมที่บุคคลเชื่อว่าเมื่อได้ลงมือกระทำแล้วจะทำให้มีสุขภาพดี (Orem, 1991 อ้างใน สมจิต หนูเจริญกุล, 2544)

เมื่อเด็กมีปัญหาทางสุขภาพการวินิจฉัยว่าเป็นโรคมะเร็ง และการรักษาเฉพาะที่เด็กต้องได้รับคือ การให้เคมีบำบัด จากการเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็ง ผลข้างเคียงจากการรักษาด้วยเคมีบำบัด และภาวะแทรกซ้อน ส่งผลให้เด็กมีความต้องการการดูแลตนเองเพิ่มมากขึ้น ดังนั้นผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวที่ได้รับยาเคมีบำบัดมีความจำเป็นต้องปฏิบัติกิจกรรมในการดูแลตนเองเพื่อสนองตอบต่อความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด (Therapeutic Self Care Demand) ทั้ง 3 ด้าน ดังต่อไปนี้

1. การดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไป

การดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไป (Universal Self-Care Requisites) เป็นความต้องการการดูแลตนเองของทุกคนในทุก ๆ วัยของชีวิต ซึ่งจะต้องปรับตาม อายุ ระยะพัฒนาการ สิ่งแวดล้อม และปัจจัยต่าง ๆ ความต้องการนี้เกี่ยวข้องกับกระบวนการของชีวิต ในการที่จะรักษาไว้ซึ่งโครงสร้าง หน้าที่ คุณภาพ และสวัสดิภาพของบุคคล ความต้องการและกิจกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเด็กวัยเรียนโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวที่ควรปฏิบัติ มีดังนี้

1.1 การดูแลตนเองให้ได้รับอากาศที่เพียงพอ โดยอยู่ในที่มีอากาศถ่ายเทได้สะดวก และสภาพแวดล้อมที่มีการระบายอากาศที่เพียงพอ ไม่ควรเข้าไปในที่ชุมชนแออัด เพราะเชื้อโรคที่ติดต่อทางการหายใจมีมาก ในบริเวณที่แออัด เช่น ตลาด โรงภาพยนตร์ ห้างสรรพสินค้า เป็นต้น ไม่คลุกคลีกับผู้ที่เป็นหวัด หรือเป็นโรคติดเชื้อ เช่น หัด โรคสุกใส วัณโรค เป็นต้น

1.2 การดูแลให้ได้รับน้ำอย่างเพียงพอ น้ำจะช่วยขจัดของเสียออกจากร่างกาย ทำให้ผิวหนังและเนื้อเยื่อชุ่มชื้น การดื่มน้ำอย่างเพียงพอในแต่ละวัน ป้องกันการเกิดแผลในช่องปากและอาการท้องผูก ป้องกันการสะสมของกรดยูริกตกผลึกในท่อไต ช่วยในการทำงานของท่อไต ปกติ ป้องกันการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ โดยเฉพาะในวันแรก ๆ ของการได้รับเคมีบำบัด ต้องได้รับน้ำเพิ่มมากกว่าปกติ (ปัทมธร ศุภกิจวิวัฒนกุล, 2545) อาจปรับเปลี่ยนจากน้ำเป็นเครื่องดื่มตามความชอบแต่ต้องเป็นเครื่องดื่มที่มีประโยชน์ต่อร่างกาย

1.3 การดูแลให้ได้รับอาหารอย่างเพียงพอ เพื่อช่วยซ่อมแซมเนื้อเยื่อที่ถูกทำลายจากการได้รับเคมีบำบัด และสร้างภูมิคุ้มกัน โดยรับประทานอาหารที่สุกและสะอาด มีโปรตีน และแคลอรีเพิ่มสูงขึ้นจากเดิม ต้องการแคลอรีเพิ่มขึ้น ร้อยละ 50 ของแคลอรี ที่ต้องได้รับทั้งหมด ในเด็กปกติ (Alexander & Norton, 1993 อ้างใน ศศิธร คงหอม, 2544) ต้องรับประทานอาหาร

เสริมระหว่างมือเพื่อให้ได้รับปริมาณสารอาหารอย่างเพียงพอ เช่น นมสด น้ำหวาน โอวัลติน ผลไม้ เป็นต้น

1.4 การดูแลตนเองเพื่อให้มีการขับถ่าย และการระบายให้เป็นไปตามปกติ ซึ่งภายหลังได้รับยาเคมีบำบัด อาจมีอาการถ่ายอุจจาระเหลวบ่อยครั้ง จากการบีบตัวของลำไส้มากขึ้น ควรรับประทานอาหารสะอาด อุ่น ๆ มีกากน้อย เช่น โจ๊ก หลีกเลี่ยงอาหารที่ทำให้เกิดลมในกระเพาะอาหาร เช่น ถั่ว โซดา อาหารรสเผ็ด หรือผลไม้ประเภทกล้วยหอม ขนุน เป็นต้น และเมื่อมีอาการท้องผูกอาการจะหายไปภายใน 1 สัปดาห์ หลังจากหยุดยาเคมีบำบัด ในขณะที่มีอาการท้องผูกควรรับประทานอาหารที่มีใยมาก เช่น ข้าว ขนุนปิ้ง และดื่มน้ำมาก ๆ หลีกเลี่ยงการสวนอุจจาระ

1.5 การดูแลตนเองเพื่อให้มีความสมดุลระหว่างการมีกิจกรรม และพักผ่อน โดยควรนอนหลับอย่างน้อยวันละ 6-8 ชั่วโมง จัดห้องนอนให้สะอาด มีอากาศถ่ายเทสะดวก ในตอนกลางวันควรได้รับการนอนหลับพักผ่อนอย่างน้อยวันละ 1 ชั่วโมง และมีกิจกรรมพักผ่อน เช่น อ่านหนังสือ วาดภาพ ระบายสี ดูโทรทัศน์ ฟังเพลง เป็นต้น การออกกำลังกาย ควรออกกำลังกายที่เหมาะสมกับวัย หลีกเลี่ยงการเล่นหรือมีกิจกรรมขณะที่มีแดดจัด ขณะฝนตก เล่นมากจนเกินไปถ้าเหนื่อยต้องหยุดพัก ควรมีโอกาสทำงาน เล่น และออกกำลังกายกลางแจ้งที่เหมาะสมในระยะเวลาที่ไม่มีอาการของโรครุนแรง

1.6 การดูแลตนเองเพื่อให้มีเวลาเป็นส่วนตัว และ ปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นอย่างเหมาะสม โดยทำกิจวัตรประจำวันและกิจกรรมต่าง ๆ เท่าที่ทำได้โดยไม่ขัดกับโรคและแผนการรักษา ขณะเดียวกันควรมีเวลาพูดคุยกับสมาชิกในครอบครัว ไม่ควรแยกตัว เป็นการเพิ่มสัมพันธภาพที่ดีกับสมาชิกในครอบครัวซึ่งจะเป็นผู้ช่วยเหลือด้านกำลังใจ และให้คำปรึกษาได้

1.7 การดูแลเพื่อป้องกันการติดเชื้อเข้าสู่ร่างกายเพิ่มขึ้น เนื่องจากยาเคมีบำบัดมีฤทธิ์กดการทำงานของไขกระดูกทำให้ มีผลต่อการสร้างเม็ดเลือดชนิดต่าง ๆ โดยเฉพาะความผิดปกติของการสร้างเม็ดเลือดขาวเพื่อดักจับทำลายเชื้อโรค เมื่อเม็ดเลือดขาวต่ำทำให้ผู้ป่วยมีความต้านทานโรคต่ำ มีโอกาสติดเชื้อได้ง่าย (ปัญจะ กุลพงษ์, 2540 อ่างโน ศศิธร คงหอม, 2544) อาจเกิดภายหลังได้รับยาเคมีบำบัดทันที จนถึง 6 ชั่วโมง และจะหายไปภายใน 24 ชั่วโมง (Luken & Middleton, 1995) จากปฏิกิริยาของยาเคมีบำบัดทำให้จำนวนเม็ดเลือดขาวลดลงต่ำ ทำให้ผู้ป่วยมีความต้านทานต่ำ ก่อให้เกิดการติดเชื้อขึ้นจะเกิดขึ้นง่าย ๆ และเกิดขึ้นบ่อย ๆ ได้แก่ เจ็บคอ มีเชื้อราและไวรัสในช่องปาก การติดเชื้อที่ผิวหนัง ทวารหนัก และอวัยวะสืบพันธุ์ ดังนั้น ควรป้องกันการติดเชื้อ ซึ่งได้แก่ อาบน้ำสระผมให้สะอาด ตัดเล็บให้สั้น ล้างมือฟอกสบู่วันละ 2-3 ครั้ง ดูแลรักษา

ความสะอาดของปากและฟัน ผิวหนัง ทวารหนัก และอวัยวะสืบพันธุ์ ป้องกันการติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ โดยหลีกเลี่ยงการอยู่ในที่ชุมชนแออัด ไม่เข้าไปใกล้บุคคลที่เป็นหวัด ไอ จาม ถ้าตัวร้อนมีไข้ควรเช็ดตัวและดื่มน้ำมาก ๆ สังเกตอาการที่เกิดจากการติดเชื้อ เช่น มีไข้ ไอ หรือเจ็บคอ ถ้ามีอาการดังกล่าวให้บอกผู้ปกครองทราบ สังเกตบริเวณผิวหนังทั่วร่างกาย เช่น เม็ด ผื่นคัน ตุ่มหนองบวมแดง โดยเฉพาะบริเวณทวารหนัก และอวัยวะสืบพันธุ์ ควรดูแลทำความสะอาดทุกครั้งเมื่อขับถ่ายอุจจาระหรือปัสสาวะ

1.8 การยอมรับสภาพการเจ็บป่วยของตน ให้ความร่วมมือในการปฏิบัติตามแผนการรักษาและขอคำแนะนำต่าง ๆ จากญาติและเจ้าหน้าที่ด้านสุขภาพ ไม่แยกตัวเข้ากลุ่มพูดคุยกับบุคคลอื่นตามปกติ

2. การดูแลตนเองที่จำเป็นตามระยะพัฒนาการ

การดูแลตนเองที่จำเป็นตามระยะพัฒนาการ (Developmental Self-Care Requisites) เป็นการดูแลตนเอง พัฒนาและคงไว้ซึ่งภาวะความเป็นอยู่ที่ช่วยสนับสนุนกระบวนการของชีวิตเพื่อป้องกันการเกิดผลเสียต่อพัฒนาการ และคงไว้ซึ่งสุขภาพและความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง

เด็กวัยเรียนเป็นวัยที่สามารถดูแลตนเองได้มากขึ้น สังคมขยายจากบ้านสู่โรงเรียน และมีการเตรียมพร้อมหลาย ๆ ด้านเกี่ยวกับการดำเนินชีวิตเพื่อเข้าสู่วัยรุ่น (สุรางค์ โค้วตระกูล, 2550) ได้มีนักวิชาการได้ให้ความหมายของเด็กวัยเรียนไว้ต่าง ๆ กัน เช่น อิริคสัน (Erikson, 1966 อ้างใน Kaplan, 1991) เด็กวัยเรียนเป็นวัยที่เริ่มรู้จักตนเองอย่างชัดเจน เป็นวัยที่มีเหตุผล เด็กจะสามารถพิจารณาและวิจารณ์ตนเอง เริ่มเข้าใจกฎเกณฑ์และสร้างสัมพันธภาพที่มีความหมายกับผู้อื่น ผลสำเร็จที่เกิดจากการพัฒนาการของเด็กวัยนี้คือ ขยันหมั่นเพียร รู้จักหน้าที่ มีวิธีการที่ทำงานร่วมกับเพื่อนวัยเดียวกันเป็นกลุ่มและทำงานได้สำเร็จตามวัย

สุชา จันทรธรม (2542) ได้ให้ความหมายของวัยเรียน เป็นวัยที่ต้องอดทน หัดรู้ถึงคุณค่าแห่งตน รู้สึกรู้ว่าการสอบได้ไม่ดี หรือเล่นได้ไม่ดีจะถูกทอดทิ้งโดยครู เพื่อน ผู้ปกครอง ผู้ปกครองพึงให้กำลังใจ เสริมความมั่นใจอย่างสม่ำเสมอและให้โอกาสในการได้คิดสร้างสรรค์ เด็กเริ่มลดความเอาแต่ใจและเห็นใจผู้อื่นเริ่มปฏิบัติตามเกณฑ์ กลุ่มเพื่อนมีความหมายมากขึ้นจนดูเหมือนจะแยกไปจากผู้ปกครองเด็กเริ่มรู้สิ่งใดผิดสิ่งใดถูก หมายความว่าของกฎเกณฑ์ซึ่งเด็กต้องปฏิบัติตาม

ทิพย์ภา เชษฐเชาวลิต (2543) (อ้างใน จรัญญา พานิชย์ , 2547) เด็กวัยเรียนหรือวัยเด็กตอนปลาย เป็นช่วงวัยที่มีอายุ 6-12 ปี เป็นวัยที่เริ่มเรียนหนังสือจริงจังเพิ่มขึ้น อยู่ในชั้น

ประถมต้นหรือประถมปลายจึงนิยมเรียกวัยนี้ว่าวัยเรียน (school age) ชีวิตส่วนใหญ่จะอยู่นอกบ้าน ออกสังคมอย่างจริงจัง ชอบไปบ้านเพื่อน สนามกีฬา สถานี่นรมย์ต่าง ๆ เริ่มเรียนรู้ค่านิยมของสังคมจากกลุ่มเพื่อน หรือครู มีการพัฒนาความคิดเชิงวิเคราะห์และเปรียบเทียบได้ เด็กวัยเรียนจะมีลักษณะ และพัฒนาการในด้านต่าง ๆ

ศรีเรือน แก้วกังวาล (2549) เด็กวัยเรียน หรือวัยเด็กตอนกลาง (middle children) อยู่ในช่วงอายุประมาณ 6-12 ปี หรือ 13 ปี ช่วงวัยเด็กตอนกลางเป็นช่วงที่เด็กเริ่มเข้าโรงเรียน นักจิตวิทยาพัฒนาการรุ่นปัจจุบันมักเรียกเด็กในวัยนี้ว่าเป็น เด็กวัยเด็กตอนกลางมากกว่าวัยเด็กเข้าโรงเรียน (school age) และถ้าหากเรียกเด็กกลุ่มนี้ว่า วัยเข้าโรงเรียนก็มักใช้ในความหมายว่าเป็นช่วงวัยที่เด็กเริ่มเรียนวิชาการที่โรงเรียนอย่างจริงจัง เป็นเรื่องเป็นราว

อีริสัน (Erikson, 1963) ผู้ซึ่งสนใจศึกษาพัฒนาการด้านบุคลิกภาพ กำหนดให้เด็กวัยเรียนมีอายุ 6-12 ปี และเรียกพัฒนาการในระยะนี้ว่า ขั้นการพัฒนาความขยันขันแข็ง หรือความรู้สึกดี้อย เนื่องจากว่าเด็กวัยนี้เริ่มไปโรงเรียน มีผลทำให้ชีวิตของเด็กมีการเปลี่ยนแปลงอย่างมากสังคมเด็กกว้างขึ้น มีประสบการณ์ใหม่ๆ มากขึ้น และเป็นระยะของการแข่งขัน เพื่อให้ได้มาซึ่งชื่อเสียง การยกย่องนับถือจากกลุ่ม และต้องประสบความสำเร็จในสิ่งที่ทำ ซึ่งความสำเร็จในวัยนี้มีผลต่อบุคลิกภาพของเด็ก ซึ่งถ้าเด็กประสบความสำเร็จในการแข่งขันบ่อย ๆ ก็จะทำให้เกิดปมด้อย และมีผลต่อบุคลิกภาพของเด็กในที่สุด ดังนั้นบิดา มารดา ควรให้ความสนใจให้คำแนะนำ และสนับสนุนกิจกรรมของเด็กเพื่อให้เด็กประสบความสำเร็จด้วยตัวเอง และไม่ควรคาดหวังในตัวเด็กมากเกินไป เมื่อเด็กทำไม่ได้ไม่ควรตำหนิ แต่ควรปลอบใจและให้กำลังใจเด็ก

เพียเจท์ (Piaget, 1950) เรียกพัฒนาการในระยะนี้ว่า ขั้นพัฒนาการเกิดความคิดรวบยอดใช้เหตุผลเชิงรูปธรรม (concrete operation thought phase) เด็กวัยนี้มีพัฒนาการและมีความก้าวหน้าทางสติปัญญาอย่างเห็นได้ชัด เด็กวัยนี้แบ่งได้เป็น 2 ช่วงคือ ช่วงอายุ 6-9 ปี เด็กสามารถปฏิบัติการอย่างง่ายได้ เช่น รู้จักการแบ่งกลุ่มการจัดลำดับ รู้ความสัมพันธ์ของสิ่งหนึ่งกับอีกสิ่งหนึ่ง ส่วนช่วงอายุ 9-12 ปี เด็กสามารถปฏิบัติการได้ทั้งระบบ สามารถคิดแยกแยะความคิดได้หลายด้านในเวลาเดียวกัน สามารถคิดย้อนกลับไปได้ และสามารถเล่นของเล่น และเกมที่ซับซ้อนตามกติกาได้

ฟรอยด์ (Freud, 1962 อ้างใน สุรางค์ ไคว์ตระกูล, 2550) เรียกเด็กวัยนี้ว่าขั้นแฝง (Latency) ซึ่งหมายถึง เป็นวัยที่เก็บกดความต้องการทางเพศ หรืออาจอธิบายว่าเป็นระยะที่ความต้องการทางเพศสงบลง เด็กในวัยนี้มักจะรวมกลุ่มกับเพื่อนเพศเดียวกัน เด็กชายจะเล่นกับเด็กชาย

เด็กหญิงจะเล่นกับเด็กหญิง เด็กวัยนี้มีมีมโนธรรมรู้จักอะไรผิดอะไรถูก โดยใช้มาตรฐานจริยธรรมผู้ใหญ่เป็นเกณฑ์

โดยสรุป เด็กวัยเรียนเป็นคือเด็กที่มีอายุ 6-12 ปี เป็นวัยที่เริ่มเป็นตัวของตัวเองทำอะไรได้เอง รู้จักกฎระเบียบของสังคมมากขึ้น เด็กจะแสดงลักษณะเฉพาะตัว (individuality) มากขึ้น แสดงให้เห็นความแตกต่างในลักษณะท่าทางการแสดงออก ความคิด ลักษณะของร่างกายแตกต่างจากเด็กคนอื่น แม้ว่าเด็กมีลักษณะเฉพาะตัวมากขึ้น แต่เด็กมีแนวโน้มพฤติกรรมและแนวความคิดไปตามกลุ่มของชุมชนที่เด็กอาศัยอยู่ เด็กจำเป็นต้องได้มีโอกาสฝึกให้มีความรับผิดชอบ และทำงานของกลุ่มให้ประสบความสำเร็จ เพื่อเด็กจะได้เกิดความเชื่อมั่นในตนเอง และสามารถตัดสินใจในเรื่องต่างๆ ได้ (อัมพล สุอำพัน, 2536 อ้างใน วีรยา จิงสมเจตไพศาล, 2537) เนื่องจากเด็กกลุ่มนี้ มีการรวมกลุ่มกันอย่างเหนียวแน่น เกาะกลุ่มเด็กวัยเดียวกัน รวมทั้งมีการสร้างมาตรฐานแนวปฏิบัติของกลุ่มขึ้นมาโดยดัดแปลงมาจากสังคมภายนอก จึงเรียกวัยนี้ว่าวัยแห่งการตั้งแก๊ง (gang age) หรือวัยกลาง (Middle years of childhood) เพราะเป็นวัยที่อยู่ระหว่างช่วงต่อของวัยเด็ก และวัยรุ่น (ประไพพรรณ ภูมิวุฒิสาร, 2536 อ้างใน วีรยา จิงสมเจตไพศาล, 2537) จุดศูนย์กลางสังคมของเด็กก็คือ โรงเรียน โดยเด็กจะเรียนรู้การเข้าสู่สังคมมากขึ้น รู้จักบทบาทในการเป็นสมาชิกของกลุ่มเพื่อน ได้เรียนรู้ถึงระเบียบกฎเกณฑ์ต่าง ๆ มากขึ้น พัฒนาการในเด็กวัยนี้จะเน้นถึงการเปลี่ยนแปลงทางด้านพัฒนาการทางด้านสังคม เพื่อเตรียมตัวให้พร้อมสำหรับอยู่ในสังคม

พัฒนาการของเด็กวัยเรียนมีพัฒนาการในด้านต่างๆ ดังนี้

พัฒนาการทางด้านร่างกาย

อัตราการเจริญเติบโตของร่างกายของเด็กวัยเรียนจะช้ากว่าเด็กวัยอนุบาล โดยทั่วไปเด็กจะมีรูปร่างสูงและค่อนข้างผอม เด็กชายและเด็กหญิง อายุระหว่าง 8-10 ปี จะมีขนาดของร่างกายเท่าๆกันทั้งน้ำหนักและส่วนสูง น้ำหนักโดยเฉลี่ย 25-30 กิโลกรัม ส่วนสูงโดยเฉลี่ย 125-130 เซนติเมตร แต่เมื่ออายุระหว่าง 11-13 ปีเด็กหญิงจะโตกว่าเด็กชายเพราะเด็กหญิงจะเข้าสู่วัยรุ่นเร็วกว่าเด็กชาย (สุรางค์ โค้วตระกูล, 2550) กระดูกแขนขาจะยาวขึ้น สัดส่วนของใบหน้าเปลี่ยนแปลงไปสู่ลักษณะของผู้ใหญ่มากขึ้น มีพัฒนาการของกล้ามเนื้อ เด็กชายมีพัฒนาการของกล้ามเนื้อเร็วกว่าเด็กหญิง การทำงานประสานกันของกล้ามเนื้อและประสาทรับรู้มีมากขึ้น ทักษะของการเคลื่อนไหวโดยใช้กล้ามเนื้อมัดใหญ่และมัดเล็กดีขึ้นมาก และสามารถประสานงานกันได้ดี เด็กวัยนี้จึงสามารถเล่นกระโดดสูง กระโดดไกล กระโดดเชือกเตะฟุตบอล และตีจักรยาน เด็ก

อาจจะทดลองฝึกทักษะใหม่ๆ โดยลืมนึกถึงอันตรายอาจทำให้เกิดอุบัติเหตุได้ง่ายในการเล่น (นงพะงา ลิมสุวรรณ,2538)

พัฒนาการด้านสติปัญญา

การเจริญเติบโตของสมองเป็นไปอย่างรวดเร็ว และโครงสร้างของสมองมีความสมบูรณ์เกือบเต็มที่ เด็กจะมีความชัดเจนของการนัดซ้ายหรือขวามากขึ้น เพียเจต์เรียกพัฒนาการด้านสติปัญญาของเด็กวัยเรียนนี้ว่าขั้นปฏิบัติการด้วยรูปธรรม (concrete operational period) ซึ่งเด็กมีความสามารถทางสติปัญญาในเรื่องต่อไปนี้ (สุรางค์ ไคว์ตระกูล,2550) ได้แก่

1. การสร้างภาพในใจ (mental representation) เด็กสามารถบอกหรืออธิบายหรือเขียนแผนที่ไปบ้านหรือโรงเรียนได้
2. ความคงที่ของสสาร (conservation) เด็กสามารถบอกได้ว่าสารต่างๆ มีปริมาตรหรือน้ำหนักคงที่แม้ว่าจะเปลี่ยนรูปร่างหรือสถานที่บรรจุ
3. การคิดหาความสัมพันธ์ (relation term) เด็กสามารถที่จะคิดเปรียบเทียบและเข้าใจว่าของสิ่งใดสิ่งหนึ่งใหญ่กว่า มากกว่า น้อยกว่าได้ เช่นเดียวกับความมืดและสว่าง ขึ้นอยู่กับว่าเปรียบเทียบกับอะไร นอกจากนี้เด็กสามารถเข้าใจความหมายของส่วนย่อยและส่วนรวม
4. การแบ่งกลุ่มหรือจัดหมู่ (class inclusion) เด็กสามารถที่จะแบ่งหรือจัดสิ่งของให้เป็นหมวดหมู่ได้
5. การเรียงลำดับ (serialization and hierarchical arrangement) เด็กสามารถจัดของตามลำดับได้
6. การคิดย้อนกลับ (reversibility) เด็กสามารถคิดย้อนกลับไปได้ เช่น เด็กจะคิดได้ว่า ถ้า $5+7=12$ แล้ว $12-7=5$ หรือ $12-5=7$ เป็นต้น

สติปัญญาที่พัฒนาขึ้นนี้ทำให้เด็กใช้ความคิดแก้ปัญหาด้วยเหตุผลและเป็นรูปธรรม (อุมาพร ตรังคสมบัติ,2536) มีความสามารถในการอ่านการคำนวณ การเล่นเกม การเข้ากลุ่ม การเข้าใจกฎระเบียบต่างๆ และยับยั้งพฤติกรรมหุนหันพลันแล่นได้มากขึ้น เข้าใจเรื่องเวลาดีขึ้น มีความสนใจสิ่งต่างๆ รอบตัวมากขึ้น สนใจปัญหาสังคมและโลกภายนอก สนใจที่จะทำงานให้สำเร็จ สนใจสิ่งแปลกๆ ใหม่ เด็กชายสนใจเรื่องวิทยาศาสตร์ คณิตศาสตร์ ดาราศาสตร์ เด็กหญิงสนใจเรื่องการเรียน รูปร่างของตัวเอง (สุชา จันทรโธม ,2542) ทางด้านภาษาเด็กสามารถพูดได้ชัดเจนทั้งเสียงและจังหวะ พัฒนาวิธีการสื่อสารด้วยภาษาพูด และภาษาเขียนได้ดีขึ้น มีทักษะในการอ่านที่ดี (นงพะงา ลิมสุวรรณ,2538) ในด้านความนึกคิดและการรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพและการเจ็บป่วย เด็กสามารถบอกชื่ออวัยวะในร่างกายและหน้าที่ต่างๆ ของบางอวัยวะ เข้าใจว่าความเจ็บ

ป่วยมีสาเหตุจากเชื้อโรคหรือความผิดปกติในร่างกาย เด็กเรียนรู้พฤติกรรมส่งเสริมให้มีสุขภาพดี สามารถดูแลสุขภาพและมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพตนเองได้บ้าง สามารถตัดสินใจเลือกสิ่งต่างๆ และมีความมั่นใจในการตัดสินใจ นอกจากนี้เด็กมีความเข้าใจว่าการตายคือการจากที่ยาวนานเด็กคิดอย่างมีเหตุผล จึงเข้าใจคำอธิบายอย่างง่าย ๆ ได้ รับฟังความคิดเห็นของผู้อื่นและปฏิบัติตามคำแนะนำของผู้อื่นได้ การที่เด็กวัยเรียนมีทักษะการอ่านที่ดี มีความสนใจต่อสิ่งต่างๆ รอบตัว มีความสามารถในการจำได้นานขึ้น เข้าใจเหตุผล ตลอดจนมีความสามารถในการตัดสินใจเลือกสิ่งต่างๆ ทำให้เด็กเข้าใจเรื่องโรค และการรักษาอย่างง่าย ๆ ได้ถูกต้อง (John W. Santrock. 2004)

พัฒนาการทางอารมณ์

พัฒนาการทางด้านอารมณ์ ในระยะ 9-12 ปี เด็กรู้จักกลัวสิ่งที่สมเหตุสมผลมากกว่าวัย 6-9 ปี เพราะความสามารถใช้เหตุผลของเด็กพัฒนามากขึ้นมีความรู้สึกสงสารและเห็นอกเห็นใจ เข้าใจอารมณ์ความรู้สึกของบุคคลอื่น เพราะชอบเขตชีวิตสังคมเด็กขยายกว้างขวางออกไป สิ่งที่ต้องพัฒนาในด้านอารมณ์ของเด็กในระยะนี้คือ การเข้าใจอารมณ์ของตนเอง อารมณ์ของบุคคลอื่น การรู้จักควบคุมอารมณ์และการรู้จักแสดงอารมณ์ออกมาอย่างเหมาะสม พัฒนาการเหล่านี้จึงจำเป็นสำหรับสุขภาพจิตที่ดีของเด็ก และเป็นหนทางให้เด็กมีโอกาสเข้าร่วมกลุ่มกับเด็กอื่น ๆ การพัฒนาการด้านนี้ผู้ที่ทำหน้าที่รับผิดชอบเกี่ยวกับตัวเด็กจะต้องช่วยเหลือเด็ก โดยการเปิดโอกาสให้เด็กได้เข้ากลุ่ม กลุ่มจะบีบบังคับได้เด็กได้เรียนรู้และปรับปรุงควบคุมอารมณ์ และแสดงออกทางอารมณ์ในลักษณะที่สังคมยอมรับ ในอายุ 9-12 ปี เด็กมีอารมณ์ต่างๆ มากมายทั้งอารมณ์ในแง่ดีน่าพึงพอใจ เช่นความรัก ความเห็นใจ ความรู้สึกสงสาร ความรู้สึกเบิกบานรื่นรมย์ และอารมณ์ในแง่ไม่น่าพึงพอใจ เช่น เกลียด โกรธ อิจฉา วิตกกังวล ฯลฯ อารมณ์ไม่ว่าประเภทใดถ้าไม่ได้รับการรับรู้ไม่มีโอกาสแสดงออกและถูกเก็บกดมากเกินไป เด็กจะเกิดความรู้สึกแค้นเคือง อาจนำไปสู่ความเจ็บป่วยทางกายที่เนื่องมาจากทางอารมณ์ได้ หรือรู้สึกผิดจนทำร้ายตัวเองหรือผู้อื่นได้ ในระยะวัยนี้ เด็กมีความพร้อมที่จะรับทราบเรื่องอารมณ์ ควบคุมอารมณ์และปลดปล่อยอารมณ์ของเขาออกมา อย่างที่สังคมยอมรับตามควรแก่วัย กรณีเหล่านี้เป็นการเรียนรู้สำคัญและจำเป็นสำหรับการปรับตัวด้านอารมณ์ ถ้าเตรียมอย่างเหมาะสมตั้งแต่ระยะวัยนี้เขาจะเติบโตเป็นวัยรุ่นที่ค่อนข้างมีความสุข

เด็กจะแสดงอารมณ์แตกต่างกันไปตามอายุที่เพิ่มขึ้น และตามวุฒิภาวะทางอารมณ์ วุฒิภาวะทางอารมณ์ชี้ให้เห็นถึงความก้าวหน้าในการแสดงออกทางอารมณ์การควบคุมอารมณ์และความสามารถในการปรับตัวได้สำเร็จ ลักษณะของอารมณ์ที่ปรากฏให้เห็นชัดเจนใน

เด็กวัยนี้ ได้แก่ อารมณ์กลัว ยินดี เห็นใจ และโกรธ อารมณ์กลัวจะเปลี่ยนสภาพไปเรื่อย ๆ เช่นกลัวเกี่ยวกับภาวะความเจ็บป่วยหรืออันตรายที่จะทำให้เจ็บกายลดลงแต่จะกลัวสิ่งที่จินตนาการขึ้นมาเองเช่น ผี แม่มด ยังคงมีอยู่ ความกลัวของเด็กวัยนี้จะเกี่ยวข้องกับบ้านและโรงเรียน เช่น กลัวถูกพ่อแม่ดุ กลัวครูและกลัวไม่มีเพื่อน นอกจากนั้นยังกลัวการสูญเสียพ่อแม่และกลัวพ่อแม่ไม่รัก อารมณ์ยินดีเป็นอารมณ์ที่เกี่ยวกับความสุข ความพึงพอใจ เด็กวัยนี้จะมีอารมณ์ดีเมื่อได้รับการยอมรับ การเอาใจใส่และการชมเชย การทำอะไรได้ด้วยตัวเอง การที่สามารถตอบสนองความอยากรู้อยากเห็นของตนหรือสามารถแก้ปัญหาต่างๆ ได้ อารมณ์เห็นใจ รู้จักมีอารมณ์ร่วมกับผู้อื่น ซึ่งเป็นอารมณ์ที่พัฒนาขึ้นไปตามวัย การแสดงความเมตตาและการทำให้ผู้อื่นสบาย อารมณ์ก้าวร้าวและโกรธ เมื่ออายุ 6 ปี เด็กจะแสดงอารมณ์ก้าวร้าวและโกรธด้วยการแสดงพฤติกรรมรุนแรง เช่น ตะโกน ตบตี ขว้างปา เมื่ออายุ 7 ปี ความก้าวร้าวจะหายไป เมื่อเด็กโกรธมากเด็กจะถอยมาจากสิ่งที่ทำให้โกรธ โดยไม่ใช้กำลังบังคับ หรืออาจใช้คำพูดแทนการใช้กำลัง เช่น ได้เถียง ด่า หรือแสดงปฏิกิริยาที่ไม่เห็นด้วย ความก้าวร้าวของเด็กนั้นได้รับอิทธิพลมาจากการปฏิบัติตัวของพ่อแม่ที่แสดงต่อเด็ก นักจิตวิทยาส่วนใหญ่เห็นว่า เด็กจะแสดงเป็นปฏิปักษ์เมื่อเด็กรู้สึกว่าเขาไม่เป็นที่ต้องการหรือไม่ได้รับความอบอุ่น หรือจะไม่ได้ได้รับความรักจากพ่อแม่ หรือเมื่อรู้สึกว่าเขาถูกเลี้ยงดูมาอย่างเข้มงวด มากเกินไป (กุลชลี คำชาย, 2540 อ้างใน อัจฉรา อนุรักษ์, 2546)

แม้เด็กวัยเรียนจะเรียนรู้การควบคุมอารมณ์ แต่ผู้ใหญ่ควรคำนึงถึงความแตกต่างกันมาก สิ่งที่ได้กวัยนี้กลัวที่สุด คือ กลัวที่จะถูกล้อ เพราะแตกต่างจากเพื่อน นอกจากนี้ยังมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการเรียน กลัวว่าจะสอบไม่ได้ จะถูกทำโทษ กลัวเพื่อนไม่ชอบถ้าเด็กมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการเรียน กลัวว่าจะสอบไม่ได้ จะถูกทำโทษ กลัวเพื่อนไม่ชอบ ถ้าเด็กมีความวิตกกังวลมากอาจแสดงพฤติกรรมที่แตกต่างกัน บางคนอาจซึม บางคนแสดงออกโดยการไม่อยู่นิ่ง มีอารมณ์เปลี่ยนแปลงง่าย หรือแสดงพฤติกรรมทำให้เกิดความแปลกใจแก่คนอื่น เด็กวัยนี้เวลามีอารมณ์โกรธอาจจะมีการต่อสู้กันทางร่างกายหรืออาจจะด้วยวาจาโดยการล้อหรือตั้งสมญาพูดจาถากถาง ชู หรือบางครั้งอาจจะไม่พูดกับคนที่ทำให้โกรธ การแสดงออกอารมณ์โกรธ จะแตกต่างกันในหมู่เด็กหญิงและเด็กชาย เด็กหญิงจะร้องไห้เวลาโกรธ การช่วยเด็กที่แสดงความโกรธโดยการทำร้ายผู้อื่น ควรจะใช้การอธิบายให้เด็กเข้าใจว่า พฤติกรรมที่แสดงไม่เป็นที่ยอมรับของสังคม และควรหาตัวอย่างแบบเพื่อนร่วมวัยที่มีพฤติกรรมที่ดีที่เด็กจะเลียนแบบได้ นอกจากนี้ควรพยายามให้แรงเสริมเวลาเด็กสามารถระงับความโกรธได้ การลงโทษด้วยการตีหรือการลงโทษให้เจ็บกาย จะเป็นการส่งเสริมให้เด็กแสดงพฤติกรรมก้าวร้าวเวลาโกรธมากขึ้น

พัฒนาการทางสังคม

พัฒนาการทางสังคมของเด็กวัยเรียน เกิดขึ้นเนื่องจากเด็กมีการออกสู่สังคมนอกบ้าน เด็กส่วนใหญ่ให้ความสำคัญเกี่ยวกับความคิดเห็นของเพื่อนมากกว่าความคิดเห็นของผู้ใหญ่ หรือศัตรู (Putnan, 1987) และเด็กวัยนี้ใช้เวลาในการเข้ากลุ่มกับเพื่อนเพิ่มขึ้น มีการรวมตัวกันเป็นกลุ่มในเด็กที่มีความสนใจในเรื่องเดียวกัน และมักจะเป็นเพศเดียวกัน มีการตั้งกฎเกณฑ์ของกลุ่ม เพื่อสร้างสังคมที่เหมาะสมและตอบสนองความต้องการของกลุ่ม (Laura E. Berk., 2003) เด็กวัยเรียนมีความต้องการที่จะมีส่วนร่วม และต้องการการยอมรับจากกลุ่มเพื่อน กลุ่มเพื่อนจึงมีอิทธิพลต่อเด็กวัยนี้อย่างยิ่ง (สุวดี ศรีเลณวัติ, 2534) ถ้าเด็กมีพัฒนาการทางด้านอารมณ์อย่างสมบูรณ์ เด็กจะสนุกกับการร่วมกิจกรรมกับเพื่อน เช่นการรับประทานอาหารร่วมกัน กลุ่มจะช่วยให้เด็กได้ประเมินตนเอง เด็กมีการปรับตัว มีทักษะในการอยู่ร่วมกับบุคคลอื่น มีความเป็นตัวของตัวเอง มีความเป็นเอกลักษณ์ มีความรู้สึกมีคุณค่าจากการที่กลุ่มยอมรับ มีโอกาสได้แสดงบทบาททางเพศได้ถูกต้อง (สุวดี ศรีเลณวัติ, 2534) นอกจากนี้เด็กวัยเรียนมีความต้องการการมีส่วนร่วมในกิจกรรมต่างๆ เด็กมีความตระหนักถึงความสามารถของตนเองในด้านต่างๆ เป็นอย่างดี ดังนั้นกิจกรรมด้านการกีฬา การเล่น และด้านศิลปะจึงเปลี่ยนไป เด็กวัยเรียนที่จะเล่นเป็นทีม ชอบการแข่งขัน ซึ่งการที่เด็กได้มีส่วนร่วมในกิจกรรมต่างๆนี้ ช่วยให้เด็กเกิดการเรียนรู้ทักษะพื้นฐาน กฎระเบียบข้อบังคับ และการทำงานเป็นทีมและความระมัดระวังวินัย นอกจากนี้จะทำให้เด็กรู้สึกสนุกสนานแล้ว เด็กยังพัฒนาความเป็นเพื่อนและมีเหตุผลมากขึ้น (Putnan, 1987)

จากพัฒนาการในด้านต่าง ๆ ของเด็กวัยเรียนที่ได้กล่าวมาแล้วนั้น เด็กควรที่จะได้รับมอบหมายให้มีความรับผิดชอบในการดูแลตนเอง เพื่อนำไปสู่พัฒนาการที่เหมาะสม ซึ่งพัฒนาการในการดูแลตนเองของเด็กวัยเรียนมีดังนี้

เนื่องจากเด็กวัยเรียนมีพัฒนาการของกล้ามเนื้อทำให้ มี การทำงานประสานกันของกล้ามเนื้อและประสาทรับรู้มากขึ้น เด็กจึงมีทักษะของการเคลื่อนไหวมากขึ้น ชอบทดลองฝึกทักษะใหม่ ทำให้สามารถเล่นกีฬาที่ต้องใช้ทักษะได้ เช่น ฟุตบอล กระโดดไกล กระโดดสูง เป็นต้น(นางพะงา ลิ้มสุวรรณ, 2538) เด็กวัยนี้จะดูแลตนเองได้เป็นอย่างดี ต้องการความช่วยเหลือจากพ่อแม่บ่อยมาก สามารถทำกิจวัตรประจำวันต่างๆ ด้วยตนเองได้ เช่น แต่งตัวและถอดเสื้อผ้า แปรงฟันและอาบน้ำเองได้สะอาด ทำความสะอาดเสื้อผ้าที่ตนสวมใส่ และมีความรับผิดชอบในงานที่ยุ่งยากมากขึ้น (สุรางค์ ไคว์ตระกูล, 2550) จากที่เด็กวัยนี้มีการเจริญเติบโตของสมองอย่างรวดเร็ว มีโครงสร้างของสมองที่สมบูรณ์เกือบเต็มที่ ทำให้เด็กใช้ความคิดแก้ปัญหาด้วยเหตุผลและเป็นรูปธรรม (อุมาพร ตรังคสมบัติ, 2536) มีความสามารถในการเข้ากลุ่ม เข้าใจกฎระเบียบต่าง ๆ

มีการเรียนรู้พฤติกรรมส่งเสริมให้มีสุขภาพดี สามารถดูแลสุขภาพและมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพตนเองได้บ้าง (นงพะงา ลิมสุวรรณ, 2538) รับฟังความคิดเห็นของผู้อื่นและปฏิบัติตามคำแนะนำของผู้อื่นได้ (John W. Santrock. 2004) เด็กวัยนี้รู้จักควบคุมอารมณ์และการรู้จักแสดงอารมณ์ออกมาอย่างเหมาะสมทำให้สามารถเข้าร่วมกลุ่มกับเด็กอื่น ๆ ได้เรียนรู้และปรับปรุงควบคุมอารมณ์ และแสดงออกทางอารมณ์ในลักษณะที่สังคมยอมรับ (กุลชลี คำชาย, 2540 อ้างใน อัจฉรา อนุรักษ์, 2546) เด็กวัยนี้ใช้เวลาในการเข้ากลุ่มกับเพื่อนเพิ่มขึ้น ต้องการการยอมรับจากกลุ่มเพื่อน มีการรวมตัวกันเป็นกลุ่มในเด็กที่มีความสนใจในเรื่องเดียวกัน และมักจะเป็นเพศเดียวกัน มีการตั้งกฎเกณฑ์ของกลุ่ม (สุวดี ศรีเลณวัติ, 2534L และ Laura E. Berk., 2003)

จากที่ได้กล่าวมาแล้วนั้น การดูแลตนเองที่จำเป็นตามระยะพัฒนาการของเด็กวัยเรียนโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว เป็นการส่งเสริม พัฒนาและคงไว้ซึ่งพัฒนาการที่เหมาะสมตามช่วงวัย และป้องกันผลเสียของพัฒนาการที่อาจเกิดขึ้นได้ ซึ่งในเด็กวัยเรียนเป็นวัยที่เปิดสู่สังคมที่กว้างขึ้นจากบ้านสู่โรงเรียน ดังนั้น ในเด็กวัยนี้ต้องการการมีโอกาสได้มีกิจกรรมการเล่นร่วมกับเพื่อน ๆ ต้องได้รับการเรียนการศึกษา ดังนั้นการที่ผู้ป่วยเด็กมีโอกาสได้มีกิจกรรมกับเพื่อนวัยเดียวกัน ได้ไปโรงเรียนในสภาวะที่การเจ็บป่วยไม่รุนแรง รวมทั้งการที่เด็กได้ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันด้วยตนเอง คอยช่วยเหลือในบางครั้งเมื่อเด็กอยู่ในภาวะไม่สุขสบาย เป็นแนวทางในการส่งเสริมและกระตุ้นพัฒนาการให้ใกล้เคียงตามวัยมากที่สุด หรือเหมาะสมตามวัย เพื่อนำไปสู่พัฒนาการที่เหมาะสมในช่วงวัยต่อไป

3. การดูแลตนเองที่จำเป็นตามภาวะเปี่ยงเบนทางสุขภาพ

การดูแลตนเองที่จำเป็นตามภาวะเปี่ยงเบนทางสุขภาพ (Health Deviation Self-Care Requisites) เป็นการดูแลตนเองที่เกิดขึ้นเนื่องจากโครงสร้างและหน้าที่ของร่างกายผิดปกติ เช่นเกิดโรค พิกการหรือความเจ็บป่วย หรือการวินิจฉัยของแพทย์ ดังนั้นเด็กป่วยวัยเรียนโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวต้องมีการดูแลตนเองเมื่อมีภาวะแทรกซ้อนทั้งจากพยาธิสภาพและผลข้างเคียงจากการรักษาด้วยเคมีบำบัด ดังนี้

3.1 ป้องกันและบรรเทาอาการข้างเคียงที่เกิดขึ้นจากเคมีบำบัด

(1) อาการคลื่นไส้ อาเจียน ถือเป็นปัญหาหลัก (High Priority) ของโรค มะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด ส่วนมากมักจะเกิดภายใน 1-6 ชั่วโมง หลังจากได้รับยาและจะหายไปภายใน 36 ชั่วโมง ยาบางชนิดภายหลังฉีดยาเข้าหลอดเลือดดำ 2-3 นาทีก็อาจทำให้ผู้ป่วยคลื่นไส้ อาเจียนได้ (Luken & Middleton, 1995) ยาเคมีบำบัดเกือบทุกชนิดก่อให้เกิดอาการคลื่นไส้ อาเจียนได้ (Ignoffo, 2005) ดังนั้น การลดความรุนแรงของอาการคลื่นไส้ อาเจียนตั้งแต่ก่อนได้รับ

ยา ต้องรับประทานอาหารแห้ง ๆ เช่น ขนมปังกรอบ ซึ่งจะช่วยให้อาการคลื่นไส้ลดลงโดยเฉพาะเวลาเช้า ควรรับประทานอาหารเสริมในช่วงเวลากลางวัน และกลางคืน เช่น นม โอวัลติน เป็นต้น ในวันที่ได้รับเคมีบำบัด ควรรับประทานอาหารเบา ๆ ที่ชอบ เช่น ซุป ข้าวต้ม โจ๊ก ขนมปังกรอบ เป็นต้น ต้องการการรักษาความสะอาดปากและฟันด้วยน้ำอุ่น ๆ และดื่มน้ำหรือผงเกลือแร่หลังจากอาเจียน ควรดื่มเครื่องดื่มใสเย็น ไม่หวานจัด เช่น น้ำผลไม้ รับประทานอาหารทีละน้อย ๆ แต่บ่อยครั้ง อาจเป็นพวกอาหารอ่อน ย่อยง่าย บางครั้งอาจต้องการกิจกรรมการเล่นเพื่อบรรเทาหรือลดอาการคลื่นไส้ อาเจียนที่รุนแรงให้ลดลง คือ เบี่ยงเบนความสนใจโดยอ่านการ์ตูน เล่นเกม ฟังเพลง ดูทีวี ในช่วงก่อนได้รับยา และขณะได้รับยาเคมีบำบัด เป็นต้น

(2) การอักเสบของเยื่อช่องปาก โดยผลโดยตรงเกิดจากการที่เคมีบำบัดไปยับยั้งการเจริญเติบโตและการแบ่งตัวของเซลล์เยื่อช่องปาก และทำลายเยื่อชั้นต้นของปาก และคอ (Dodd et al., 1996 cited in Lason et al., 1998) ทำให้เยื่อช่องปากผ่อ และบางลง เกิดการอักเสบ ทำให้เกิดบาดแผล จึงยิ่งเพิ่มการอักเสบขึ้น นอกจากนี้ยาเคมีบำบัดบางตัวยังลดการทำงานของแหล่งน้ำลายทำให้ปากแห้งได้โดยตรง การดูแลตนเองเพื่อป้องกันการอักเสบของเยื่อช่องปาก ได้แก่ ดูแลความสะอาดของปากและฟัน ตอนเช้าและก่อนนอน และกลั้วคอกด้วยน้ำเกลือหรือน้ำยาบ้วนปากชนิดอ่อน ๆ เจือจางหลังรับประทานอาหารทุกครั้ง สังเกตอาการเปลี่ยนแปลงภายในช่องปากสม่ำเสมอ ถ้ามีริมฝีปากแห้ง แตก อาจใช้กริเซอร์ลินบอแรกซ์ หรือครีมทาริมฝีปากเพื่อช่วยให้ปากชุ่มชื้น ป้องกันริมฝีปากแตกแห้งและเป็นแผล นอกจากมีการป้องกันแล้วจะต้องมีการดูแลตนเองเพื่อช่วยบรรเทาหรือลดการอักเสบของเยื่อช่องปาก ได้แก่ เมื่อมีแผลในปากหรือมีเลือดออก ต้องทำความสะอาดปากและฟันอย่างระมัดระวัง โดยแปรงฟันด้วยแปรงขนนุ่ม หรือใช้ลาลีเช็ดฟัน ถ้าหากมีเลือดออกตามไรฟันหรือในช่องปาก ให้บ้วนปากด้วยน้ำยาบ้วนปากอ่อน ๆ หรือน้ำเกลือเจือจางหลังรับประทานอาหารทุกครั้ง และควรรับประทานอาหารอ่อน หลีกเลี่ยงอาหารรสจัด เผ็ด ร้อน หรือเย็นเกินไป เพราะจะทำให้ปากอักเสบ และเจ็บในช่องปากมากยิ่งขึ้น

(3) ซีด จะทำให้อ่อนเพลีย เหนื่อยง่าย สีของเปลือกตาด้านในและริมฝีปากจะซีดกว่าปกติ เป็นผลจากเม็ดเลือดแดงต่ำเพราะยาเคมีบำบัดจะไปรบกวนการสร้างเม็ดเลือดควรเพิ่มการนอนพักผ่อน รับประทานอาหารที่มีคุณค่าและปริมาณเพียงพอ ถ้าซีด หอบ เหนื่อยมาก ต้องมาพบแพทย์

(4) เลือดออกง่าย เนื่องจากมีเกร็ดเลือดต่ำลักษณะเลือดออกได้ผิวหนังจะสังเกตเห็นเป็นจุดหรือจ้ำเลือดตามตัว ซึ่งถ้ามีเกล็ดเลือดต่ำมาก ๆ อาจมีอาการรุนแรง มีเลือดออกตามไรฟัน หรืออาจมีเลือดออกในอวัยวะภายในได้ เช่น สมอ ทำให้ปวดศีรษะ ตาพร่ามัว หรือ ถ้า

มีเลือดออกในกระเพาะอาหาร อาจปวดท้อง อาเจียนเป็นเลือด หรือถ่ายดำ ดังนั้นจึงควรป้องกันการมีเลือดออกง่าย ได้แก่ ป้องกันการกระทบกระแทกที่ทำให้เกิดบาดแผล ระวังระวังการเล่น ไม่เล่นของมีคม ไม่เล่นในที่รกทึบ ป้องกันการเหยียบเศษแก้ว ตะปู ซึ่งจะทำให้มีเลือดไหลและหยุดยาก ตัดเล็บให้สั้น ไม่แกะจมูกหรือหู ดูแลมิให้มีอาการท้องผูก เพราะอาจทำให้เกิดแผลบริเวณทวารหนักได้ สังเกตดูว่ามีเลือดออกในร่างกายหรือไม่ เช่น อาการปวดศีรษะ ตาพร่ามัว เลือดออกจากจมูก หู ช่อกปาก สังเกตสีของอาเจียน หรืออุจจาระว่ามีเลือดปนหรือไม่ ตลอดจนสังเกตจุดจ้ำเลือดออกตามร่างกายว่าเพิ่มขึ้นหรือไม่ แล้วรีบแจ้งพยาบาลหรือแพทย์ทราบ เมื่อเกิดบาดแผลหรือเมื่อมีเลือดออก ใช้ผ้าสะอาดกดไว้นานประมาณ 10 นาที หรือจนเลือดหยุด ถ้ายังไม่หยุดให้รีบปรึกษาแพทย์ ถ้ามีอาการเลือดออกรุนแรง เช่น ถ่ายอุจจาระเป็นเลือด มีสีดำ ปวดศีรษะ ตาพร่ามัว ควรมาพบแพทย์ทันที

(5) ผมร่วง เป็นภาวะที่มีการหลุดร่วงของเส้นผมและขน เนื่องจากเส้นผมหรือขนมีความไวต่อยาเคมีบำบัดมาก ดังนั้นขณะได้รับยาเคมีบำบัดผมและขนจึงมักจะร่วงโดยผมและขนจะเริ่มร่วงหลังจากได้รับยาแล้ว 7-21 วัน (Cancercare, 2005 อ้างใน กนกจันทร์ ชันทะนะ, 2548) และจะเป็นอยู่ประมาณ 3 สัปดาห์ อาการผมร่วงมักจะกลับคืนดีขึ้นได้โดยผมจะงอกใหม่ใน 2-3 เดือน หลังจากเลิกได้รับยาเคมีบำบัด เมื่อได้รับยาเคมีบำบัด ยาจะไปขัดขวางขั้นตอนการแบ่งตัวของเซลล์ (Mitotic cycle) ของเซลล์รากผม โดยเฉพาะเส้นผมในระยะที่กำลังแบ่งตัวซึ่งเป็นเซลล์ที่มีอัตราการเผาผลาญและการแบ่งตัวสูง จะทำให้กระเปาะรากผมมีขนาดเล็กลง เป็นสาเหตุให้เกิดการหดตัว (Constriction) ที่โคนรากผมทำให้เกิดผมหักง่าย ในกรณีที่ได้รับยาเคมีบำบัดในขนาดสูง จะทำให้รากผมฝ่อลง (Atrophy) ทำให้เกิดผมหักง่าย (Cancercare, 2005 อ้างใน สุนีย์ อินทร์สิงห์, 2544) ผมจะเริ่มร่วงหลังได้รับยาแล้วประมาณ 2-3 สัปดาห์ จะเป็นอยู่ประมาณ 3 สัปดาห์ อาการผมร่วงจะกลับดีขึ้น และจะงอกใหม่ภายใน 2-3 เดือนหลังจากได้ยาเคมีบำบัด และผมที่งอกใหม่จะมีลักษณะนุ่ม บาง หรือหยิกตามธรรมชาติ ดังนั้นควรตัดผมสั้น ไม่สระผมบ่อยเกินไป ใช้แปรงอ่อนหัวผม และหลีกเลี่ยงการหวีผมแรง ๆ หลีกเลี่ยงการถูกแสงแดดโดยสวมหมวก ใ่วิก หรือใช้ผ้าโพกศีรษะ

3.2 รู้จักแสวงหาความช่วยเหลือจากแพทย์ พยาบาล และบุคคลอื่น โดยรายงานอาการผิดปกติที่เกิดขึ้นเพื่อให้ได้รับการช่วยเหลือทันที

3.3 ปฏิบัติตามแผนการรักษาเพื่อป้องกันพยาธิสภาพที่เกิดขึ้น โดยการมาตรวจตามนัดและรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ ไม่หยุดยา หรือเพิ่มขนาดยาเอง

3.4 เฝ้าระวังอาการแทรกซ้อนจากโรค โดยเฉพาะในระหว่างได้รับการรักษา ด้วยเคมีบำบัดมีความต้านทานโรคต่ำ จึงทำให้มีโอกาสติดเชื้อจากโรคอื่น ๆ ได้ง่าย เช่นการติดเชื้อแบคทีเรีย และไวรัส โดยเฉพาะอีสุกอีใสและงูสวัด ปอดบวม ซีดและเลือดออกง่าย

ดังนั้นหากบุคคลได้ดูแลตนเองครบทั้ง 3 ด้าน จะทำให้โครงสร้างและหน้าที่ของร่างกายดำเนินไปถึงขีดสูงสุด ในวัยเด็กพัฒนาการเกี่ยวกับความสามารถในการดูแลตนเองนั้นเป็นขั้นตอนที่เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องและมีแบบแผนพัฒนาการจะถูกขัดขวางหรือทำให้ล่าช้าหากผู้ใหญ่มุ่งกระทำหน้าที่ต่าง ๆ แทนเด็ก ดังนั้นควรปลูกฝังให้เด็กได้ช่วยเหลือตนเอง เปิดโอกาสให้ฝึกฝนทักษะในการดูแลตนเองด้านสุขภาพอนามัย ซึ่งเป็นการวางรากฐานที่ถูกต้องให้กับเด็ก เพื่อให้เด็กเจริญเติบโตเป็นผู้ใหญ่ในอนาคต มีการดูแลพฤติกรรมสุขภาพที่ดี (วิณา จีระแพทย์, 2534 อ้างใน ศศิธร คำหอม, 2544)

การที่บุคคลปฏิบัติกรดูแลตนเองเหมาะสมหรือไม่นั้น ขึ้นกับความสามารถของบุคคลนั้นๆ และปัจจัยที่ชักจูงให้บุคคลตัดสินใจเลือกกระทำกิจกรรมการดูแลตนเอง ความสามารถในการดูแลตนเอง เป็นความสามารถที่เกิดจากการเรียนรู้อย่างซับซ้อน เพื่อที่จะบรรลุความต้องการสำหรับการดูแลอย่างต่อเนื่อง เพื่อควบคุมกระบวนการของชีวิต ดำรงหรือส่งเสริมให้โครงสร้าง หน้าที่ และพัฒนาการของมนุษย์ไปถึงขีดสูงสุดของแต่ละบุคคลและสวัสดิภาพ ดังนั้นจะเห็นได้ว่าความสามารถในการดูแลตนเอง เป็นความสามารถที่มีคุณภาพและสลับซับซ้อนของมนุษย์เพื่อปฏิบัติกิจกรรมที่บุคคลได้กระทำด้วยตนเอง ในการดำรงหรือส่งเสริมชีวิตสุขภาพและสวัสดิภาพความสามารถในการดูแลตนเองพัฒนามาตั้งแต่วัยเด็ก สูงสุดในวัยผู้ใหญ่ ลดลงในวัยชรา นอกจากนี้ยังมีปัจจัยพื้นฐานที่มีอิทธิพลต่อความสามารถในการดูแลตนเองได้แก่ อายุ เพศ ระยะพัฒนาการ สังคมชนบทธรรมเนียมประเพณี สถานที่อยู่อาศัย ระบบครอบครัว แบบแผนการดำเนินชีวิต ภาวะสุขภาพ ปัจจัยระบบบริการสุขภาพ แหล่งผลประโยชน์ และประสบการณ์ที่สำคัญในชีวิต (Orem, 1995 อ้างใน สมจิต หนูเจริญกุล, 2544) ซึ่งปัจจัยพื้นฐานเหล่านี้จะทำให้บุคคลแต่ละคนมีความสามารถในการดูแลตนเองที่แตกต่างกัน โอเรม (Orem, 1995) ได้แบ่งโครงสร้างของความสามารถในการดูแลตนเองออก เป็น 3 ระดับคือ ความสามารถและคุณสมบัติขั้นพื้นฐาน (Foundational capabilities and disposition) พลังความสามารถ 10 องค์ประกอบ (Power components : Enabling capabilities for self – care) และความสามารถในการปฏิบัติการเพื่อดูแลตนเอง (Capabilities for self-care operations ความสามารถในการดูแลตนเองของเด็กวัยเรียนโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว ทั้ง 3 ระดับ มีรายละเอียด ดังนี้ (ศศิธร คงหอม, 2544)

1. ความสามารถและคุณสมบัติขั้นพื้นฐาน (Foundational capabilities and disposition) เป็นความสามารถขั้นพื้นฐานของมนุษย์ที่จำเป็นสำหรับกระทำกิจกรรมโดยทั่วๆ ไป อย่างจงใจ (Deliberate action) สามารถที่จะรู้และกระทำเพื่อปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเอง แบ่งออกเป็น

(1) ความสามารถและทักษะในการเรียนรู้ เด็กวัยเรียนมีความสามารถในการ อ่าน เขียน นับเลข ความจำ การใช้เหตุผล ได้เหมาะสมกับวัย เช่น รู้ว่ากิจกรรมการเล่นที่รุนแรงจะ เสี่ยงต่อการเกิดบาดเจ็บและมีเลือดออกง่ายแต่หยุดยาก หลีกเลี่ยงการเล่นอยู่ใกล้ขีดกับเด็กที่เป็น หัวัดเพราะจะทำให้ตนเองติดเชื้อมีอาการเจ็บป่วยมากขึ้น เป็นต้น

(2) หน้าที่ของประสาทรับรู้ความรู้สึก เด็กมีการสัมผัส การมองเห็น การได้ กลิ่น การรับรส เป็นปกติ เช่นการรับรสปกติ จะช่วยกระตุ้นความอยากอาหาร รับประทานอาหาร ได้มากขึ้น

(3) การรับรู้เหตุการณ์ต่างๆ ผู้ป่วยเด็กวัยเรียนโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวที่รับ การรักษาด้วยเคมีบำบัด สามารถรับรู้เหตุการณ์ภายในและภายนอกตนเอง เด็กสามารถรับรู้ว่ ตนเองอยู่ในภาวะเจ็บป่วย ร่างกายอาจมีการเปลี่ยนแปลงแตกต่างจากเด็กวัยเดียวกันจากการ รักษา เช่น ผมร่วง ศีรษะโล้น ผิวสีคล้ำขึ้น กิจกรรมการเล่นอาจเหมือนและแตกต่างกับเด็กวัย เดียวกัน เป็นต้น

(4) เห็นคุณค่ามีการดูแลตนเอง ผู้ป่วยเด็กมีความเชื่อว่าตนเองสามารถ กระทำกิจกรรมเพื่อดูแลตนเอง ในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากเคมีบำบัด เพื่อให้มีโอกาสหาย จากโรคมากขึ้น

(5) ผู้ป่วยเด็กมีนิสัยประจำตัวอย่างไร เช่น ร่าเริง แจ่มใส หงุดหงิดง่าย การ มองโลกในแง่ดี มีความอดทน เช่น มีความอดทนและยอมรับในการที่ผู้ป่วยเด็กต้องปฏิบัติกิจกรรม การดูแลตนเองต่างจากเด็กวัยเดียวกัน ต้องไม่เล่นกิจกรรมการเล่น เช่น เตะฟุตบอล เล่นหนังสือตึก ซึ่งจะเสี่ยงต่อการได้รับอุบัติเหตุ ถึงแม้เพื่อนวัยเดียวกันจะเล่นกิจกรรมนี้เป็นส่วนใหญ่

(6) ความตั้งใจ ผู้ป่วยเด็กวัยเรียนโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว มีความตั้งใจในการ ปฏิบัติกิจกรรม เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงภายหลังได้รับยาเคมีบำบัด เช่น การรักษา ความสะอาดของร่างกาย การสังเกตอาการผิดปกติในระบบทางเดินปัสสาวะ และระบบประสาท เป็นต้น

(7) ความเข้าใจในตนเอง ผู้ป่วยเด็กมีความเข้าใจในตนเองว่าเป็นผู้ป่วยที่ ต้องการรักษาที่ยาวนานและอาจได้รับผลข้างเคียงหรือภาวะแทรกซ้อนจากการรักษาอาจต้อง

ปฏิบัติกิจกรรมที่แตกต่างจากเด็กวัยเดียวกัน ยอมรับการฟังจากผู้ดูแล และปฏิบัติกิจกรรมด้วยตนเองอย่างเหมาะสม

(8) ความห่วงใย ผู้ป่วยเด็กมีความห่วงใยในตนเอง เลือกปฏิบัติกิจกรรมที่จะป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากเคมีบำบัด เช่นการไม่เล่นหรือคลุกคลีกับเด็กที่เป็นหวัด หรือใช้ผ้าปิดจมูกเมื่ออยู่ใกล้คนเป็นหวัด หลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารสด เป็นต้น

(9) ผู้ป่วยเด็กยอมรับว่าตนเองอยู่ในภาวะเจ็บป่วยและขอรับการรักษากับเคมีบำบัด กิจกรรมการเล่น การรับประทานอาหาร แบบแผนการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยเด็ก ต้องมีการปรับเปลี่ยนให้เหมาะสม เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน

(10) ผู้ป่วยเด็กรู้จักจัดลำดับความสำคัญ ในการปฏิบัติเพื่อลดภาวะแทรกซ้อนหรือป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากเคมีบำบัด เช่น รับผิดชอบต่อผู้ดูแลเมื่อพบว่าตนเองมีความผิดปกติเกี่ยวกับระบบขับถ่าย เป็นต้น

(11) ความสามารถที่จะจัดการกับตนเอง เช่น การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันด้วยตนเอง การไปโรงเรียนเมื่อไม่มีอาการเจ็บป่วยที่รุนแรง เป็นต้น

2. พลังความสามารถ 10 ประการ (Ten power components) เป็นความสามารถที่เฉพาะเจาะจงสำหรับการปฏิบัติการเพื่อดูแลตนเอง

(1) ผู้ป่วยเด็กมีความสนใจเอาใจใส่ในการดูแลตนเองอย่างจริงจัง โดยมีการเลือกปฏิบัติกิจกรรมที่เหมาะสมถูกต้องในการดูแลตนเอง เพื่อลดผลข้างเคียงและป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากเคมีบำบัด โดยไม่ปฏิบัติกิจกรรมที่จะส่งผลเสียต่อสุขภาพร่างกาย เช่น ดื่มน้ำมากเมื่อมีไข้ รับประทานอาหาร ผัก ผลไม้เมื่อมีอาการท้องผูก เป็นต้น

(2) ผู้ป่วยเด็กสามารถควบคุมการใช้พลังงานของร่างกายตนเองให้เพียงพอสำหรับการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง โดยเลือกปฏิบัติกิจกรรมที่ไม่เหน็ดเหนื่อยมากเกินไปหรือปฏิบัติกิจกรรมนั้นเมื่อคิดว่าจะเกิดผลเสียต่อร่างกาย

(3) ผู้ป่วยเด็กสามารถที่จะควบคุมดูแลร่างกายและอวัยวะที่เกี่ยวข้องกับการเคลื่อนไหวของร่างกายให้ประสานกันดีเพื่อกระทำการดูแลตนเอง เช่น การใช้มือ การเคลื่อนไหวแขนขา เป็นต้น

(4) ผู้ป่วยเด็กสามารถในการใช้เหตุผลได้ในระดับเหมาะสมตามพัฒนาการของช่วงวัยในการพิจารณาเลือกกิจกรรม เพื่อตอบสนองต่อความต้องการของร่างกายในภาวะเจ็บป่วยและได้รับการรักษา ได้อย่างเหมาะสม

(5) ผู้ป่วยเด็กมีแรงจูงใจเพียงพอที่จะกระทำการดูแลตนเอง เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงจากการรักษาด้วยเคมีบำบัด และเพื่อให้ผู้ป่วยเด็กรู้สึกสุขสบายมากขึ้น ไม่ต้องทุกข์ทรมานกับภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงหลังได้รับเคมีบำบัด

(6) ผู้ป่วยเด็กมีทักษะในการตัดสินใจในการปฏิบัติการดูแลตนเองเลือกกิจกรรมที่ดีต่อภาวะสุขภาพและปฏิบัติกิจกรรมนั้น เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากเคมีบำบัด เช่น ดื่มน้ำปริมาณมากขึ้นเมื่อมีไข้และให้ความร่วมมือในการเช็ดตัวลดไข้ เป็นต้น

(7) ผู้ป่วยเด็กมีความสามารถนำความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองไปปฏิบัติได้ เช่น เมื่อมีแผลเกี่ยวกับช่องปากจะบ้วนยาที่แผลหรือให้ความร่วมมือในการใส่ยาที่แผลในช่องปาก เมื่อมีอาการท้องผูกจะดื่มน้ำและรับประทานผักมากขึ้น เป็นต้น

(8) ผู้ป่วยเด็กมีทักษะในการติดต่อสื่อสาร โดยมีการติดต่อและสร้างสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น เพื่อปรับการปฏิบัติการดูแลตนเอง และปฏิบัติกิจกรรมเพื่อดูแลตนเองได้เหมาะสมตามพัฒนาการของวัยในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงภายหลังได้รับเคมีบำบัด เช่นการรักษาความสะอาดของร่างกาย โดยอาบน้ำ และเปลี่ยนเสื้อผ้าด้วยตนเอง เมื่อมีอาการท้องเสีย ดื่มน้ำตาลเกลือแร่ และน้ำสะอาดในปริมาณมากกว่าปกติ

(9) ผู้ป่วยเด็กมีความสามารถในการจัดระบบระเบียบในการดูแลตนเอง หรือจัดลำดับการดูแลตนเอง ตามความสำคัญก่อนหลัง เช่น ต้องเลือกรับประทานอาหารอ่อนย่อยง่าย รับประทานทีละน้อยแต่บ่อยครั้งเพื่อลดอาการคลื่นไส้ รักษาความสะอาดของร่างกาย กิจกรรมการเล่นที่ไม่เสี่ยงต่อการได้รับบาดเจ็บ ไม่เล่นของมีคม เป็นต้น

(10) ผู้ป่วยเด็กมีความสามารถกระทำกิจกรรมการดูแลตนเองอย่างสม่ำเสมอ และมีความสามารถสอดแทรกผสมผสานการดูแลตนเองเข้าไปเป็นส่วนหนึ่งของแบบแผนการดำเนินชีวิตของตนเอง ครอบคลุม ชุมชน เช่น การเลือกปฏิบัติกิจกรรมเพื่อลดผลข้างเคียงป้องกันภาวะแทรกซ้อน จากการรักษาด้วยเคมีบำบัด

3. ความสามารถในการปฏิบัติการเพื่อการดูแลตนเอง (Capabilities for self-care operation) เป็นความสามารถที่จำเป็นและต้องปฏิบัติให้เหมาะสมกับความต้องการในการดูแลตนเองในสถานการณ์นั้นๆ ประกอบด้วย

(1) การคาดการณ์ (Estimative) ผู้ป่วยเด็กมีความสามารถตรวจสอบสถานการณ์และองค์ประกอบในตนเองและสิ่งแวดล้อมซึ่งสำคัญ สำหรับการดูแลตนเอง ความหมายและการปรับความต้องการในการดูแลตนเอง ซึ่งความรู้ (Knowledge) เป็นส่วนหนึ่ง ที่มีผลต่อการคาดการณ์เกี่ยวกับการดูแลตนเอง เมื่อเกิดภาวะเจ็บป่วยและรับการรักษาต้องปฏิบัติ

กิจกรรมที่เหมาะสมจะส่งเสริมให้การรักษาโรคก้าวหน้าในการป้องกันภาวะแทรกซ้อน เพื่อให้มีโอกาสหายจากโรคมะเร็ง เช่น ทราบว่ากิจกรรมการเล่นประเภทเสี่ยงต่อการได้รับอันตราย ก็ไม่เล่นกิจกรรมนั้น ใช้ผ้าปิดจมูกทุกครั้งที่ต้องอยู่ใกล้ชิดคนเป็นหวัด ผู้ป่วยอื่น หรือเมื่ออยู่ในที่มีบุคคลหนาแน่น จำนวนมาก เป็นต้น

(2) การปรับเปลี่ยน (Transitional) ผู้ป่วยเด็กมีความสามารถในการตัดสินใจเกี่ยวกับสิ่งที่สามารถกระทำ ควรกระทำ และจะกระทำ เพื่อสนองความต้องการในการดูแลตนเอง โดยการเลือกปฏิบัติกิจกรรมที่เหมาะสมในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากการรักษา ไม่ปฏิบัติกิจกรรมที่จะเกิดผลเสียต่อร่างกายอาจต้องมีกิจกรรมที่ดูแลตนเอง แตกต่างจากเด็กปกติในวัยเดียวกัน เช่น ปรับเปลี่ยนกิจกรรมการเล่น การรับประทานอาหาร เป็นต้น

(3) การลงมือปฏิบัติ (Productive operation) ผู้ป่วยเด็กมีความสามารถลงมือกระทำกิจกรรมต่างๆ เพื่อสนองตอบต่อความต้องการในการดูแลตนเองที่จำเป็นขณะเจ็บป่วย และรับการรักษาโดยปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเอง เพื่อลดอาการข้างเคียงป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากเคมีบำบัด

จะเห็นว่า ความสามารถในการปฏิบัติเพื่อการดูแลตนเอง (Capabilities for self-care operations) เป็นความสามารถที่สะท้อนอยู่ในระยะต่างๆของการดูแลตนเอง ซึ่งเป็นการกระทำที่จงใจและมีเป้าหมาย พลังความสามารถ 10 ประการ (Ten power components) ประกอบด้วยปัจจัยต่างๆ ที่นอกเหนือจากความรู้ เจตคติ และทักษะในการปฏิบัติ และหากบุคคลขาดความสามารถและคุณสมบัติขั้นพื้นฐาน (Foundational capabilities and disposition) เหล่านี้ ย่อมขาดความสามารถในการทำกิจกรรมที่จงใจ และมีเป้าหมายโดยทั่วไป และไม่สามารถพัฒนาความสามารถเพื่อสนองตอบต่อความต้องการการดูแลตนเองได้ นั่นคือขาดพลังความสามารถ 10 ประการ และความสามารถในการปฏิบัติเพื่อการดูแลตนเอง

สำหรับการศึกษานี้ผู้วิจัยได้นำแบบประเมินการดูแลตนเองของ มัวร์ (Moore, 1995) ซึ่งเป็นแบบประเมินการดูแลตนเองในผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็ง ที่อาศัยแนวคิดการดูแลตนเองที่จำเป็นทั้ง 3 ด้าน ของโอเร็ม (Orem, 1985) ได้แก่ การดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไป การดูแลตนเองตามระยะพัฒนาการ และการดูแลตนเองที่จำเป็นตามภาวะเบี่ยงเบนทางสุขภาพ

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเองในเด็กวัยเรียน

ปัจจัยที่อาจเกี่ยวข้องกับผู้ป่วยเด็กวัยเรียนโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว ที่ผู้วิจัยเลือกมาศึกษาตามแนวคิดของโอเร็ม เป็นปัจจัยพื้นฐานบางประการซึ่งเป็นลักษณะเฉพาะของผู้ป่วยแต่ละราย ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษาของผู้ป่วย ระยะของการรักษา รายได้ของครอบครัว

1. **เพศ** โอเร็มกล่าวว่า เพศเป็นปัจจัยพื้นฐานอย่างหนึ่งที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของบุคคล (Orem, 1995 อ้างใน เกศนี บุญยพัฒนางกุล, 2541) ดังนั้นอาจกล่าวได้ว่าเพศชายและเพศหญิงมีการดูแลตนเองแตกต่างกัน โดยการศึกษา ของ กิตติยา สุขพินิจ (2547) พบว่า เด็กวัยเรียนเพศชายกับเพศหญิงมีพฤติกรรมสุขภาพแตกต่างกัน ในด้านอนามัยส่วนบุคคล ด้านสุขภาพจิตและด้านการออกกำลังกาย สอดคล้องกับการศึกษาของ นางลักษณ จินตนาดิกล (2539) พบว่าเด็กนักเรียนหญิงมีพฤติกรรมการดูแลตนเองดีกว่านักเรียนชายผลของการศึกษาของ Wong et al. (2002) จาก เด็กชาวจีนจำนวน 445 คน พบว่า เด็กผู้หญิงดูแลตนเองได้ดีกว่า รวมถึงพูดจาบอกเล่าได้รู้เรื่องเร็วกว่าเด็กผู้ชาย ซึ่งการค้นคว้านี้สอดคล้องกับของ Schmidt's (2003) ซึ่งให้เหตุผลว่ามารดาของเด็กเพศชายให้การดูแลมากกว่ามารดาของเด็กเพศหญิง ปล่อยให้เด็กผู้หญิงต้องอยู่ภายใต้แรงกดดันเพื่อดูแลตนเองสูงกว่าเด็กผู้ชาย

2. **อายุ** เป็นปัจจัยหนึ่งที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเอง เพราะความสามารถในการใช้สติปัญญารวบรวมแนวคิด ความเข้าใจกับภาวะสุขภาพและความสามารถในการตอบสนองต่อการเปลี่ยนแปลงของสุขภาพนั้นขึ้นอยู่กัอายุ โดยโอเร็ม กล่าวว่า ความสามารถในการดูแลตนเองขึ้นอยู่กัอายุโดยในวัยเด็กจะมีการพัฒนาขึ้นเพียงเล็กน้อย และค่อย ๆ พัฒนาจนถึงขีดสูงสุดในวัยผู้ใหญ่ และลดลงเมื่อเข้าสู่วัยชรา เด็กวัยเรียนจะมีพัฒนาทางสติปัญญามากขึ้น ความคิดและสติปัญญาของเด็กวัยนี้อยู่ในขั้นปฏิบัติการด้วยรูปธรรม และเริ่มพัฒนาไปสู่นามธรรม (Orem, 1995 อ้างใน เกศนี บุญยพัฒนางกุล, 2541) เด็กสามารถดูแลตนเองได้เกือบเต็มที่ มีความพร้อมทางด้านร่างกายและการเรียนรู้ (กิตติยา จิตจักร, 2547) จากการศึกษาของ สุธิศา อารยพิทยา (2533) พบว่าอายุมีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเองของผู้ป่วยเด็กโรคธาลัสซีเมีย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ กันธิมา เอกโพธิ์ (2534) พบว่าอายุมีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยเด็กโรคธาลัสซีเมีย แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ เกศนี บุญยพัฒนางกุล (2541) และ ปณณธร ศุภกิจวิวัฒนกุล (2545) ที่พบว่า อายุไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อบรรเทาผลข้างเคียงของยาเคมีบำบัดในเด็กวัยเรียนโรคมะเร็ง และพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อของเด็กที่เป็นโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวตามลำดับ

3. **ระดับการศึกษาของผู้ป่วย** เด็กที่มีการศึกษาสูงขึ้น มีการเรียนรู้และการรับรู้มากขึ้น ทำให้พัฒนาการด้านสติปัญญาเพิ่มขึ้นด้วย โอเร็มกล่าวว่า การศึกษาเป็นสิ่งสำคัญต่อ

การพัฒนาความรู้ ทักษะและทัศนคติที่ดีต่อการดูแลตนเองทำให้สามารถเข้าใจภาวะสุขภาพ และการรักษาได้ดีขึ้น ซึ่งเอื้ออำนวยต่อการปฏิบัติกิจกรรมในการดูแลตนเอง จากการศึกษาของ จริยา วัตร คมพยัคฆ์ และคณะ (2536) ที่ศึกษาพฤติกรรมสุขภาพของเด็กวัยเรียน และวัยรุ่นในโรงเรียน พบว่าพฤติกรรมอนามัยมีความสัมพันธ์ทางบวกกับระดับการศึกษา ส่วนการศึกษาของ วีรยา จิ่ง สมเจตไพศาล (2537) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาวะสุขภาพกับพฤติกรรมดูแลตนเองของเด็กวัยเรียนโรคหัวใจมาติค พบว่าระดับการศึกษาของผู้ป่วยเด็กไม่มีความสัมพันธ์กับ พฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยเด็ก

4. **ระยะของการรักษา** โอเริ่มกล่าวว่า ภาวะสุขภาพ หรือระยะของการรักษา เป็น ปัจจัยหนึ่งที่กำหนดพฤติกรรมหรือกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการดูแลตนเองของบุคคล (Orem, 1995 อ้างใน เกศนี บุญยพัฒนางกุล, 2541) จากการศึกษาของ ปันณธร ศุภกิจวิวัฒน์กุล (2545) พบว่า ระยะของการรักษาในเด็กวัยเรียนโรคมะเร็งจะมีพฤติกรรมในการป้องกันการติดเชื้อแตกต่างกันในแต่ละระยะของการรักษา

5. **รายได้ของครอบครัว** เป็นแหล่งประโยชน์อย่างหนึ่งของบุคคลที่มีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเอง (Orem, 1985) บุคคลที่มีรายได้น้อยจะมีความคิดเกี่ยวกับสุขภาพและความเจ็บป่วยแตกต่างจากบุคคลที่มีฐานะดี (เกศนี บุญยพัฒนางกุล, 2541) จากการศึกษาของ ปันณธร ศุภกิจวิวัฒน์กุล (2545) พบว่ารายได้ของครอบครัวมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมในการป้องกันการติดเชื้อในเด็กวัยเรียนโรคมะเร็ง

จากที่กล่าวมาข้างต้นสรุปได้ว่าเด็กวัยเรียนโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวจะมีความต้องการการดูแลตนเองเพิ่มขึ้น ทั้งพยาธิสภาพของโรค การรักษาที่ได้รับ และภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงที่เด็กป่วยต้องเผชิญ เป็นความไม่แน่นอนที่เกิดขึ้น ทำให้ความต้องการการดูแลตนเองเพิ่มขึ้น และไม่ค่อยที่ ผู้ป่วยเด็กจะมีพฤติกรรมดูแลตนเองถูกต้องหรือไม่นั้นมีปัจจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องและมีอิทธิพล ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยเลือกศึกษา ในส่วนของปัจจัยพื้นฐาน ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษาของผู้ป่วย ระยะของการรักษา รายได้ของครอบครัว และการเผชิญปัญหาของผู้ดูแล ในส่วนของการเผชิญปัญหาของผู้ดูแล จัดเป็นระบบครอบครัวซึ่งเป็นผู้รับผิดชอบในการดูแลบุคคลอื่นที่ต้องการการพึ่งพา (Dependent care agent) โดยจะต้องอาศัยความสามารถในการดูแลบุคคลที่ต้องการการพึ่งพา (Dependent care agency) แต่เนื่องจากผู้วิจัยเห็นว่าเป็นแนวคิดที่สำคัญ ผู้วิจัยจึงทบทวนวรรณกรรมเพื่อให้เห็นถึงความชัดเจนต่อไป

อัตมโนทัศน์

อัตมโนทัศน์ (Self Concept) หรือความนึกคิดเกี่ยวกับตนเอง เป็นมโนทัศน์ที่แสดงถึงผลรวมของความรู้สึกนึกคิด และการรับรู้ที่ลึกซึ้งซึ่งที่บุคคลที่มีต่อตนเอง นักจิตวิทยาหลายท่านเชื่อว่าพฤติกรรมทุกอย่างที่คนแสดงออกนั้น เป็นผลจากอัตมโนทัศน์ คืออัตมโนทัศน์เป็นตัวกำหนดพฤติกรรมของมนุษย์มีอิทธิพลต่อทัศนคติ ความรู้สึกนึกคิด ความเข้าใจในสิ่งต่าง ๆ และยังส่งผลถึงการพัฒนาบุคลิกภาพของบุคคลด้วย มีนักวิชาการและนักจิตวิทยาหลายท่านได้ให้ความหมายของอัตมโนทัศน์ไว้ต่าง ๆ ดังนี้

1. แนวคิดและทฤษฎีอัตมโนทัศน์

1. ความหมายของอัตมโนทัศน์

Jersild (1968) ได้ให้ความหมายของอัตมโนทัศน์ไว้ว่าเป็นตัวตนของบุคคลที่มาจากประสบการณ์ ความคิด เจตคติของตนเองและการรู้จักตนเอง ซึ่งทำให้เกิดความแตกต่างระหว่างบุคคล Fitts (1965) ได้ให้ความหมายของอัตมโนทัศน์ไว้ว่าเป็นความคิดเห็น ความรู้สึก และการรับรู้ของบุคคลที่มีต่อตนเอง โดยพิจารณาได้จาก 2 มิติ คือการพิจารณาโดยใช้ตนเองเป็นเกณฑ์และใช้ผู้อื่นเป็นเกณฑ์

Lussier (1993, อ้างในถวิล ธาราโกชน, 2544) ได้ให้ความหมายของอัตมโนทัศน์ไว้ว่า อัตมโนทัศน์ หมายถึงการมีทัศนคติทุกด้านที่มีต่อตนเอง บางทีเรียกว่าความภูมิใจในตนเอง (Self esteem) หรือภาพลักษณ์เกี่ยวกับตนเอง (Self image)

Rogers (1951 อ้างใน นิศากร ภูมิมะภูติ, 2542) ได้ให้ความหมายเกี่ยวกับอัตมโนทัศน์ว่าเป็นระบบโครงสร้างของการรับรู้ ทัศนคติ ความรู้สึก ความเข้าใจ การยอมรับ และการประเมินเกี่ยวกับตนเอง ของบุคคล จึงเป็นองค์ประกอบที่สำคัญของการแสดงออกซึ่งพฤติกรรมต่าง ๆ ของบุคคล อัตมโนทัศน์สามารถเปลี่ยนแปลงได้ทั้งด้านดีและไม่ดี ขึ้นอยู่กับพัฒนาการของแต่ละบุคคลและสิ่งแวดล้อมในสังคมตั้งแต่วัยเด็ก ซึ่งมีผลต่อความสามารถในการปรับตัวให้กับสังคมตลอดจนการสร้างสัมพันธ์ภาพกับบุคคลอื่น Rogers ได้แสดงความคิดเห็นว่าอัตมโนทัศน์ คือ ความรู้สึกตอบสนองต่อตนเองในด้านต่าง ๆ ดังนี้

(1) ค่านิยมเกี่ยวกับผลสัมฤทธิ์ หมายถึง ความรู้สึกต่อตนเองในด้านสติปัญญา นิสัยการเรียนรู้ แรงจูงใจ ทักษะในการอ่าน แรงกดดันทางบ้าน และการแข่งขันเกี่ยวกับความสามารถในการเลือกอาชีพ

(2) การปรับตัวทางอารมณ์ หมายถึง ความรู้สึกต่อตนเองตามความกดดันทางอารมณ์ ความวิตกกังวล ความสุข ความเครียด ความเหนื่อยหน่าย

(3) ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล คือความรู้สึกเกี่ยวกับตนเองในด้านที่เกี่ยวข้องกับผู้อื่น และความสามารถในการคบเพื่อน

สุรางค์ ไคว์ตระกูล (2545) ได้ให้ความหมายของอัตมโนทัศน์ ไว้ว่าเป็นการรับรู้ ความรู้สึก ทศนคติ และความรู้เกี่ยวกับตนเอง ในด้านต่าง ๆ ทั้งด้านสติปัญญา ความคิด ความสามารถ ทักษะต่าง ๆ รวมทั้งรูปร่างลักษณะทางด้านร่างกาย

ถวิล ธาราโกชน (2544) ได้ให้ความหมายของอัตมโนทัศน์ ไว้ว่าเป็นทัศนคติของบุคคลทุกด้านที่มีต่อตัวเอง เพราะฉะนั้นอัตมโนทัศน์หมายถึงการรับรู้เกี่ยวกับแง่มุมต่าง ๆ ของตัวเขา การตระหนักรู้ความสามารถของตนเอง (Self efficacy) เชื่อในความสามารถของคนที่ จะปฏิบัติงานต่าง ๆ ในสถานการณ์ที่กำหนด

วิภาวี เกียรติอัชฌาสัย (2542) ได้สรุปความหมาย อัตมโนทัศน์ ไว้ว่าเป็นความคิด ความรู้สึก ความเชื่อ ทศนคติ ค่านิยม และการรับรู้ของนักศึกษาพยาบาลที่มีต่อตนเองทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม รวมทั้งเป็นความเข้าใจการยอมรับ และการประเมินเกี่ยวกับตนเองของนักศึกษาพยาบาล สามารถวัดได้โดยใช้แบบสอบถามอัตมโนทัศน์

เสาวนีย์ บุญสูง (2542) ได้สรุปความหมาย อัตมโนทัศน์ไว้ว่า เป็นการรับรู้เจตคติ ความรู้สึก ความเข้าใจ การยอมรับ และการประเมินเกี่ยวกับตนเอง ผู้อื่นและสิ่งต่าง ๆ ของแต่ละบุคคล สามารถวัดได้โดยใช้แบบสอบถามอัตมโนทัศน์โดยจำแนกเป็น 7 ด้าน ได้แก่ ด้านพฤติกรรม ด้านสติปัญญาและสถานภาพ ด้านร่างกายและคุณลักษณะ ด้านความวิตกกังวล ด้านความเป็นคนน่านิยม ด้านความสุขและความพอใจ และลักษณะร่วม

กิตติยา สุขพินิจ (2547) ได้สรุปความหมายอัตมโนทัศน์ไว้ว่าเป็นความรู้สึกนึกคิดเกี่ยวกับตนเองของนักเรียน เป็นคุณลักษณะที่นักเรียนคิดว่าเป็นตัวของเขาเองทุกสถานที่ ทุกเวลา เป็นส่วนสำคัญที่เป็นแก่นแท้ของบุคลิภาพ เป็นความคิดเห็นเกี่ยวกับตนเองในด้านรูปร่าง ลักษณะและบุคลิภาพ ด้านอารมณ์ ความรู้สึกนึกคิดและพฤติกรรม ด้านความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น และด้านความสามารถทางการศึกษา ซึ่งวัดจากแบบสำรวจความรู้สึกนึกคิดเกี่ยวกับตนเอง

สรุปได้ว่า อัตมโนทัศน์ หมายถึง ความรู้สึกและการรับรู้ เกี่ยวกับลักษณะต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับตนเอง ทั้งในด้านพฤติกรรมการแสดงออก สติปัญญา รูปร่างและบุคลิกลักษณะภายนอก ความวิตกกังวล ความสุขและความพึงพอใจในชีวิต

อัตมโนทัศน์ของบุคคลจะอิทธิพลอย่างยิ่งต่อพฤติกรรมของเขา และมีผลต่อบุคลิกภาพ ความต้องการ การรับรู้ ทักษะคิด และการเรียนรู้ นักพฤติกรรมศาสตร์บางท่านเชื่อว่า พฤติกรรมทั้งหมดของบุคคลใดบุคคลหนึ่ง ได้ถูกออกแบบหรือกำหนดโดยอัตมโนทัศน์ของบุคคลนั้น ๆ นั่นเอง (จุฬารัตน์ ป้อมเสมา, 2549 และ ถวิล ธาราโกชน, 2544)

2. องค์ประกอบของอัตมโนทัศน์

ปีแอร์และแฮร์ริส (Piers & Harris, 1964 อ้างใน พิมลรัตน์ ธรรมา, 2545) แบ่งอัตมโนทัศน์ออกเป็น 6 ด้าน ดังนี้คือ

(1) ด้านพฤติกรรม (Behavior) หมายถึง สิ่งที่บุคคลแสดงออกมา เช่น การเดิน การหัวเราะ การร้องไห้ เป็นการรับรู้ความคิดเห็นเกี่ยวกับพฤติกรรมของตนเอง

(2) ด้านสติปัญญาและสถานภาพในโรงเรียน (Intellectual and School Status) หมายถึง ความสามารถในการรับรู้ความคิดเห็นเกี่ยวกับความสามารถและความสำเร็จทางการเรียนและการได้รับการยอมรับจากกลุ่มเพื่อน

(3) ด้านรูปร่างและบุคลิกภาพภายนอก (Physical Appearance and Attributes) หมายถึง ลักษณะที่มองเห็น รูปร่างหน้าตาและการแสดงออกที่เป็นลักษณะรูปแบบ โดยเฉพาะเป็นประจำของแต่ละบุคคล

(4) ด้านความวิตกกังวล (Anxiety) หมายถึง ภาวะความรู้สึกที่รบกวนความนึกคิดตลอดเวลา ทำให้เกิดความวิตกกังวล ทุกชั่วขณะ หรือมีปัญหา

(5) ด้านความเป็นคนน่านิยม (Popularity) หมายถึง ความเป็นที่นิยมและได้รับการยอมรับของเพื่อนฝูง หรือผู้ที่รู้จักกัน เป็นที่ชื่นชอบของบุคคลทั่วไป

(6) ด้านความสุขและความพึงพอใจ (Happiness and Satisfaction) หมายถึง ความรู้สึกพึงพอใจ ไม่ว่าจะเป็นความคิด หรือการกระทำในสิ่งต่าง ๆ ของตน และเกิดความสุข

Burnett (1994 อ้างใน พิมลรัตน์ ธรรมา 2545) แบ่งอัตมโนทัศน์ออกเป็น 3 ด้าน ดังนี้

(1) ด้านกายภาพ คือ กิจกรรมทางร่างกาย และรูปลักษณ์

(2) ด้านสังคม คือ ความสัมพันธ์กับพ่อแม่ และความสัมพันธ์กับเพื่อน

(3) ด้านวิชาการ คือ ความสามารถทางคณิตศาสตร์

Rogers (1951 อ้างใน เสาวนีย์ บุญสูง, 2542) ได้เสนอทฤษฎีของอัตมโนทัศน์ว่า แบ่งออกเป็น 2 ส่วนคือ ส่วนที่ 1 เรียกว่า “ I “ เป็นส่วนของตัวบุคคลที่เป็นผู้กระทำ และส่วนที่ 2 เรียกว่า “ Me “ เป็นส่วนของบุคคลเป็นผู้ถูกกระทำ ซึ่งทำให้บุคคลประเมินตนเองเป็นอัตมโนทัศน์ 2 ลักษณะ คือ

(1) Real Self Concept เป็นอัตมโนทัศน์ที่บุคคลรับรู้ตนเองอย่างตรงสภาพความเป็นจริง คือ ตรงตามที่ตนเองเข้าใจ การรับรู้ของตนเองนี้เกิดจากการประเมินความคิดเห็นของบุคคลอื่น ที่มีต่อตนเอง และเกิดจากการประเมินการกระทำของตนเอง

(2) Ideal Self Concept เป็นอัตมโนทัศน์ที่บุคคลปรารถนาจะเป็นไปตามอุดมคติรวมทั้งเป็นความรู้สึกที่อยากจะปรับปรุงเปลี่ยนแปลงตนเอง ซึ่งเกิดจากความปรารถนาของตนเองและเกิดจากความปรารถนาของผู้อื่นอยากให้เป็น

Fitts (1965 อ้างใน รวงรัตน์ บัณฑิตยารักษ์, 2547) ได้แบ่งอัตมโนทัศน์โดยพิจารณาจาก 2 ด้านใหญ่ ๆ คือ

(1) พิจารณาโดยใช้ตนเองเป็นเกณฑ์ ประกอบด้วย

ก. อัตมโนทัศน์ด้านความเป็นเอกลักษณ์ หมายถึง ความคิดเห็นของบุคคลเกี่ยวกับตนเองว่าเป็นคนอย่างไร เป็นการพิจารณาอัตมโนทัศน์ที่เกี่ยวกับคำถามว่า ฉันเป็นอะไร

ข. อัตมโนทัศน์ด้านความพึงพอใจในตนเอง หมายถึง ความรู้สึกของบุคคลเกี่ยวกับการยอมรับตนเอง เป็นการพิจารณาอัตมโนทัศน์ด้านที่เกี่ยวกับคำถามว่า ฉันรู้สึกเกี่ยวกับตนเองอย่างไร

ค. อัตมโนทัศน์ด้านพฤติกรรม หมายถึง การรับรู้และความคิดเห็นของบุคคลเกี่ยวกับการปฏิบัติในเรื่องต่าง ๆ ของตนเอง เป็นการพิจารณาอัตมโนทัศน์ด้านที่เกี่ยวกับคำถามว่า ฉันประพฤติอย่างไร

(2) พิจารณาโดยใช้ผู้อื่นเป็นเกณฑ์ ประกอบด้วย

ก. อัตมโนทัศน์ด้านร่างกาย หมายถึง ความคิดเห็นของบุคคลที่มีต่อตนเองเกี่ยวกับรูปร่างลักษณะของร่างกาย เรื่องเพศ สุขภาพ ความสามารถ และทักษะ

ข. อัตมโนทัศน์ด้านศีลธรรมจรรยา หมายถึง ความคิดเห็นของบุคคลที่มีต่อตนเองเกี่ยวกับคุณค่าทางศีลธรรม ความสัมพันธ์ที่มีต่อศาสนา ความรู้สึกเกี่ยวกับการเป็นคนดี หรือเลว ความพึงพอใจในศาสนาของตน

(3) อัตมโนทัศน์ด้านส่วนตัว หมายถึง ความคิดเห็นของบุคคลเกี่ยวกับคุณค่าของตนเอง ความรู้สึกมั่นใจในตนเอง ประเมินค่าบุคลิกภาพของตนโดยไม่รวมลักษณะทางด้านร่างกายและความสัมพันธ์กับผู้อื่น

(4) อัตมโนทัศน์ด้านครอบครัว หมายถึง ความรู้สึกในคุณค่าและความพอใจในฐานะที่ตนเป็นสมาชิกคนหนึ่งในครอบครัว เป็นการแสดงถึงการรับรู้ตนเองว่าใกล้ชิด หรือ ห่างเหินจากครอบครัว

(5) อัตมโนทัศน์ด้านสังคม หมายถึง ความคิดเห็นของบุคคลที่มีต่อตนเองเกี่ยวกับความมั่นใจในการสร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่น

นักจิตวิทยาเชื่อว่า อัตมโนทัศน์เป็นสิ่งที่บุคคลพัฒนาขึ้นมาจากการที่บุคคลมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นและสิ่งแวดล้อม โดยเริ่มพัฒนาตั้งแต่วัยทารก เมื่อเข้าสู่วัยเด็กเมื่อมีการแยกตนเองออกจากสิ่งแวดล้อมหรือบุคคลอื่น เด็กสามารถรับรู้ความคิด สร้างแนวคิดในการเข้าใจสิ่งต่าง ๆ ได้กว้างขวาง ในระยะแรก ๆ บิดามารดาจึงเป็นบุคคลที่มีอิทธิพลต่อการพัฒนาความรู้สึกนึกคิดของเด็กมากที่สุด (สุตารัตน์ พุฒพิมพ์, 2545; Stuart & Sundeen, 1987)

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้แบ่งองค์ประกอบของอัตมโนทัศน์ตามแนวคิดของ Piers & Harris เนื่องจากมีความละเอียดและครอบคลุมอัตมโนทัศน์ทุก ๆ ด้าน ของผู้ป่วยเด็ก และในการประเมินอัตมโนทัศน์นั้น Piers & Harris ได้ใช้แบบสอบถามซึ่งออกแบบมาสำหรับใช้กับเด็กนักเรียน ในขณะเดียวกันได้มีนักวิจัยท่านอื่นได้นำแนวคิดและแบบประเมินอัตมโนทัศน์ของ Piers & Harris ไปศึกษาในผู้ป่วยเด็กโรคเรื้อรังและในผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งอีกด้วย ดังนั้นผู้วิจัยจึงเลือกใช้แนวคิดและแบบประเมินของ Piers & Harris ในการศึกษาในกลุ่มเป้าหมายครั้งนี้

2. อัตมโนทัศน์ของเด็กวัยเรียนที่เจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็ง

ภาวะเจ็บป่วยของบุคคลนับว่าเป็นสาเหตุสำคัญของการเปลี่ยนแปลงอัตมโนทัศน์ซึ่งมีผลต่อพฤติกรรมปรับตัวในระยะเจ็บป่วย ทั้งนี้เนื่องจากบุคคลที่เจ็บป่วยไม่ว่าจะเป็นการเจ็บป่วยเล็กน้อยหรือรุนแรง หรือจะเป็นการเจ็บป่วยทางกายหรือทางจิตก็ตามจะเกิดความรู้สึกสูญเสียเกิดขึ้น ความรู้สึกสูญเสียนี้จะมีความรู้สึกมั่นใจในตนเอง ทำให้รู้สึกว่าคุณค่าในตนเองลดลง ไม่สามารถทำกิจกรรม หรือแสดงออกทางพฤติกรรมดังที่เคยเป็นไปในภาวะปกติได้ ซึ่งสิ่งเหล่านี้มีผลกระทบโดยตรงต่ออัตมโนทัศน์ทางด้านร่างกายและด้านส่วนตัวหลาย ๆ ด้านของบุคคล ทำให้อัตมโนทัศน์ของบุคคลที่อยู่ในภาวะเจ็บป่วยลดลงได้มาก (Fitts, 1972 อ้างใน กฤษณา วงศ์ชู ,

2541) และการเปลี่ยนแปลงอัตมโนทัศน์เมื่อเกิดความเจ็บป่วยขึ้นนั้นจะเกิดความรุนแรงมาก หรือน้อยย่อมขึ้นอยู่กับความรุนแรงของความเจ็บป่วยของบุคคล หรือภูมิหลังเดิมของบุคคลที่เจ็บป่วย เป็นสำคัญ ถ้าความเจ็บป่วยนั้นรุนแรงจนทำให้เกิดการสูญเสียอวัยวะต่าง ๆ ของร่างกาย หรือทำให้อวัยวะส่วนใดส่วนหนึ่งสูญเสียการทำงานที่การทำงานตามปกติไป ก็ย่อมมีผลต่ออัตมโนทัศน์ทางด้านร่างกายและด้านอื่น ๆ ได้มาก นอกจากนี้ภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังเป็นเวลานานจะส่งผลทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงอัตมโนทัศน์ในทางที่เลวลงในด้านต่าง ๆ เช่นความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลง ภาพลักษณ์และการยอมรับตนเองลดลง (กฤษณา วงศ์ชู , 2541)

เมื่อเด็กวัยเรียนเจ็บป่วยจากพยาธิสภาพของโรคประจำตัว มีการเปลี่ยนแปลงต่อร่างกายดังที่ได้กล่าวมาแล้วนั้น ทำให้ผู้ป่วยเด็กมีความรู้สึกสูญเสียความแข็งแรงของร่างกาย ความรู้สึกส่วนตัวที่มีต่อร่างกายเปลี่ยนแปลง เป็นประสบการณ์ และความรู้สึกที่แตกต่างกันไปขึ้นอยู่กับมุมมองของแต่ละคน การเปลี่ยนแปลงภาพลักษณ์และความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ส่งผลกระทบต่อสัมพันธภาพในสังคม และการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่นในสังคม (William et al., 1999 อ้างใน รัชนิพร คนชุม , 2547) เด็กวัยเรียน กลุ่มเพื่อนจะเริ่มมีความสำคัญกับเด็กพอ ๆ กับที่ครูมีความสำคัญ ในวัยนี้เด็กได้มีโอกาสสร้างสัมพันธภาพกับเพื่อน ทำให้เด็กได้เรียนรู้หลาย ๆ สิ่งเกี่ยวกับตนเอง เช่น ตนเองเหนือกว่าผู้อื่นในเรื่องใดบ้าง หรือคนอื่น ๆ เหนือกว่าตนในเรื่องใดบ้าง ความสามารถของตนเองในการเรียนเพื่อน ๆ มีปฏิกริยาอย่างไรกับตน การแสดงพฤติกรรมของตนเหมาะสมกับบทบาททางสังคมและหรือยังเหล่านี้เป็นสิ่งสำคัญในการพัฒนาอัตมโนทัศน์ต่อไป (สุดาร์ตน์ พุฒพิมพ์, 2545 และ พรณี ช. เจนจิต 2541) Erickson (1967, อ้างใน สูดาร์ตน์ พุฒพิมพ์, 2545) ชี้ให้เห็นว่าเด็กวัยเรียนเป็นวัยที่เริ่มได้รับประสบการณ์จากนอกรับเป็นครั้งแรก เมื่อเด็กได้ร่วมเรียนกับเพื่อน ๆ เด็กจะมีความรู้สึกว่าการให้ตนเองเป็นที่ยอมรับ โดยการทำงานหรือทำสิ่งใดก็ตามให้สำเร็จ ซึ่งการที่เด็กประสบผลสำเร็จในการเรียนจะก่อให้เกิดความมานะพากเพียรพยายาม ซึ่งในความหมายนี้จะรวมถึงการที่เด็กสามารถทำงานกับผู้อื่นได้ ส่วนเด็กที่ไม่ประสบผลสำเร็จในการเรียนจะไม่มีเชื่อมั่นในตนเอง ไม่สามารถร่วมทำงานกับผู้อื่น เด็กจะไม่ได้รับการยอมรับจากเพื่อน ซึ่งจะทำให้พัฒนาความรู้สึกที่ช่วยตนเองได้ เกิดความรู้สึกต่ำต้อย ร่างกายมีอิทธิพลต่อการพัฒนาอัตมโนทัศน์ทั้งทางตรงและทางอ้อม ทางตรงคือเป็นตัวกำหนดความสามารถที่เด็กจะทำอะไรได้หรือไม่ได้ ทางอ้อม คือ เด็กคิดอย่างไรกับร่างกายของตนซึ่งเป็นผลเนื่องมาจากการที่เด็กคิดว่าคนรอบ ๆ ช่างคิดอย่างไรกับตน (พรณี ช. เจนจิต, 2541)

จากที่กล่าวมาสรุปได้ว่า ภาวะความเจ็บป่วยจะมีผลทำให้อัตมโนทัศน์ของผู้ป่วยเด็กเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ไม่ดี หรือทางที่อ่อนแอกว่าเดิม พฤติกรรมที่แสดงออกจะเริ่มตั้งแต่มีความ

วิตกกังวล เศร้าโศก รู้สึกซึมเศร้า รู้สึกด้อยคุณค่าในตนเอง ซึ่งปฏิกิริยาตอบสนองเหล่านี้มักจะก่อให้เกิดการดูแลตนเองที่ไม่เหมาะสม จากภาวะความเจ็บป่วยที่คุกคามอยู่ตลอดเวลา ผู้ป่วยเด็กวัยเรียนโรคมะเร็งจึงจำเป็นต้องได้รับการช่วยเหลือให้มีการปรับตัวด้านอัตมโนทัศน์ตามสภาพของแต่ละบุคคลให้อยู่ในสภาพที่ดีที่สุด เพื่อป้องกันและขจัดสาเหตุของปัญหาต่าง ๆ ที่ตามมาอันเป็นผลที่เกิดจากการเปลี่ยนแปลงอัตมโนทัศน์ของผู้ป่วยเด็ก

3. อัตมโนทัศน์กับการดูแลตนเองและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

อัตมโนทัศน์เป็นพื้นฐานของการรับรู้ เจตคติของบุคคล ที่มีส่วนให้บุคคลเกิดแรงจูงใจ และมีการตัดสินใจในการดูแลตนเอง (Connelly, 1987 อ้างใน กฤษณา วงศ์ชู, 2541) กล่าวคือเมื่อบุคคลรู้ว่าคุณค่าตนมีความสำคัญ มีความหมายและมีประโยชน์ต่อสังคม รวมทั้งความรู้สึกที่ดีต่อร่างกาย ความสามารถในการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม ทำให้เกิดแรงจูงใจ มีกำลังใจกำลังกายที่เข้มแข็งสามารถที่จะเผชิญปัญหาในชีวิตได้สำเร็จ รวมทั้งมีความสนใจที่จะหาความรู้ และฝึกทักษะในการปฏิบัติกรดูแลตนเองเพื่อให้เกิดการดูแลตนเองที่เหมาะสม แต่ถ้าบุคคลขาดความชื่นชมในตนเอง เห็นตนเองไร้ค่า ไร้ความสามารถต่ำต้อยทำให้เกิดความรู้สึกเศร้า มีปมด้อยแยกตัวจากสังคม รู้สึกว่าตนถูกทอดทิ้ง ไม่เป็นที่รักใคร่ชื่นชมของผู้ใกล้ชิดก็จะหมดแรงจูงใจ ขาดความสนใจในการให้การดูแลตนเอง การดูแลตนเองจะช่วยให้ผู้ป่วยเด็กมะเร็งเม็ดเลือดขาวสามารถมีชีวิตดำเนินไปได้เหมาะสมตามสภาพ ช่วยบรรเทาอาการของโรค และภาวะแทรกซ้อนจากการรักษา เมื่อผู้ป่วยเด็กมะเร็งเม็ดเลือดขาวมีการดูแลตนเองอย่างถูกต้องเหมาะสมทั้งการดูแลตนเองโดยทั่วไป การดูแลตนเองที่จำเป็นตามระยะพัฒนาการ และการดูแลตนเองที่จำเป็นตามภาวะเปี่ยงเบนทางด้านสุขภาพ ซึ่งการที่จะการดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสมและสอดคล้องกับภาวะของโรคนั้น ผู้ป่วยเด็กมะเร็งเม็ดเลือดขาวควรจะมีอัตมโนทัศน์ต่อตนเองในทางที่ดีด้วย เพราะเมื่อบุคคลมีอัตมโนทัศน์ในทางที่ดีก็จะช่วยส่งเสริมการดูแลตนเองให้ดียิ่งขึ้น ในทางตรงกันข้ามถ้ามีอัตมโนทัศน์ในทางที่ไม่ดี ก็จะส่งผลให้แสดงพฤติกรรมกรดูแลตนเองไม่เหมาะสมได้

สำหรับงานวิจัยเกี่ยวกับอัตมโนทัศน์กับการดูแลตนเองมีดังต่อไปนี้

สิริอร พัวศิริ (2534) ได้ศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่างอัตมโนทัศน์กับ การรับรู้ต่อภาวะสุขภาพกับพฤติกรรมกรดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ กับผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ที่มารับการรักษาที่คลินิกโรคข้อและรูมาติซึมแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลรามารับดี โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้าและโรงพยาบาลราชวิถี จำนวน 100 ราย พบว่าอัตมโนทัศน์มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมกรดูแลตนเอง

ไรช์และฮอค (Riesch & Hauck, 1988) ได้ศึกษาเปรียบเทียบปัจจัยที่มีผลต่อความสามารถในการดูแลตนเองในหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นที่มีสุขภาพดี พบว่า หญิงตั้งครรภ์ มีอัตมโนทัศน์และความสามารถในการดูแลตนเองเปลี่ยนแปลงไปในทางลบ ส่วนวัยรุ่นที่มีสุขภาพดีจะมีอัตมโนทัศน์ และความสามารถในการดูแลตนเองดี

ฟิลิป (Phillips, 1986) ได้ศึกษาเด็กป่วยด้วยโรคเบาหวานชนิดที่พึ่งอินซูลิน อายุ 10-12 ปี และมิลเลอร์ (Miller, 1987) ศึกษาในเด็กวัยเรียนที่เจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวาน พบว่า อัตมโนทัศน์มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติกรดูแลตนเอง และให้ผลเช่นเดียวกับการศึกษาของเนลสัน (Nelson, 1986) ที่ศึกษาในกลุ่มเด็กป่วยวัยเรียนที่ป่วยด้วยโรคหอบหืด นอกจากนี้ สุธิศา อารยพิทยา (2533) และ กันธิมา เอกโพธิ์ (2534) ได้ศึกษาในกลุ่มเด็กป่วยโรคธาลัสซีเมียพบว่า อัตมโนทัศน์มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการดูแลตนเอง และเป็นตัวทำนายที่สำคัญที่สุด

Jean Burley Moore (1998) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างอัตมโนทัศน์กับการดูแลตนเองในเด็กโรคมะเร็ง พบว่าเด็กที่มีคะแนนอัตมโนทัศน์สูงกว่าจะปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองดี และมีการยอมรับการช่วยเหลือจากมารดาดีกว่าเด็กที่มีคะแนนอัตมโนทัศน์ที่ต่ำกว่า

กฤษฎา วงศ์ชู (2541) ได้ศึกษาหาความสัมพันธ์ระหว่างอัตมโนทัศน์ ปัจจัยพื้นฐานส่วนบุคคลและครอบครัว กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ พบว่า อัตมโนทัศน์มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเอง และเป็นตัวทำนายที่สำคัญที่สุด

สรุปจากการศึกษางานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับอัตมโนทัศน์ของผู้ป่วย พบว่าอัตมโนทัศน์มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการดูแลตนเอง จึงอาจกล่าวได้ว่า ผู้ป่วยที่มีการดูแลตนเองดีได้นั้น จะต้องมียัตมโนทัศน์ที่ดี นั่นคืออัตมโนทัศน์และการดูแลตนเองจะมีความสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน

การเผชิญปัญหาของผู้ดูแล

เนื่องจากโรคมะเร็งในเด็กสำหรับปัจจุบันนี้ถูกมองว่าเป็นความเจ็บป่วยที่คุกคามชีวิตแบบเรื้อรัง (James et. al., 2002; Kotkamp, 2005) ผู้ดูแลในครอบครัว ได้แก่ บิดา มารดาหรือผู้ปกครองมีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็ง และได้รับผลกระทบโดยตรงและโดยอ้อมจากการวินิจฉัยและการรักษา ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม ภาระหน้าที่ จากการปฏิบัติงานของผู้วิจัยพบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งมีเลือดขาวต้องเผชิญปัญหาความเจ็บป่วยของบุตร ซึ่งเป็นปัญหารุนแรงและมีผลกระทบต่อระบบครอบครัว โดยภาวะวิกฤตที่ต้องเผชิญทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลง โครงสร้าง และการดำเนินบทบาทของผู้ดูแล ในด้านต่าง ๆ ดังนี้

1. ผลกระทบของโรคมะเร็งในเด็กต่อผู้ดูแล

1. ผลกระทบต่อการแสดงบทบาทของผู้ดูแล

ความเจ็บป่วยของเด็กทำให้บทบาทของผู้ดูแลที่มีต่อครอบครัวต้องเปลี่ยนแปลงไปจากเดิม (Wills, 1999) ผู้ปกครองต้องพยายามปรับเปลี่ยนบทบาทของตนเองเพื่อให้ครอบครัวดำเนินต่อไป ทั้งในด้านการดูแลบุตรป่วย การดูแลบุตรคนอื่นป่วย การดูแลสมาชิกคนอื่น ๆ ในครอบครัว รวมทั้งบทบาทหน้าที่การงานและความสัมพันธ์กับบุคคลอื่นในครอบครัว และความต้องการความเป็นส่วนตัว (จุฬา ภูไพลย์ และคณะ, 2543; Murray, 2000) การที่ต้องเผชิญกับความเจ็บป่วยบ่อยครั้งของเด็ก ทำให้ผู้ปกครองต้องใช้เวลาในการดูแลเด็กมากขึ้น เกิดความเปลี่ยนแปลงความเป็นอยู่ในชีวิตประจำวัน ส่งผลกระทบแบบแผนการดำเนินชีวิตมากขึ้นทั้งหน้าที่การงาน การบริหารเวลา การปฏิบัติกิจกรรมทางสังคม ส่งผลให้ผู้ปกครองเกิดความเครียด (ปราณี จินต์สุภาวงศ์, 2548; Kats, 2002) สอดคล้องกับการศึกษาของเจมส์และคณะ (James et al., 2002) ที่พบว่าผู้ปกครองเด็กโรคมะเร็งร้อยละ 46 ต้องเปลี่ยนอาชีพ ลาออกจากงานหรือเปลี่ยนงานเป็นแบบชั่วคราวแทนงานประจำ

2. ผลกระทบด้านร่างกายและจิตสังคมของผู้ดูแล

เนื่องจากต้องใช้เวลาในการดูแลและทำกิจวัตรประจำวันให้เด็กเพิ่มขึ้น ภาระงานเพิ่มขึ้น ต้องรับผิดชอบบทบาทบิดามารดากับบุตรคนอื่น ๆ ส่งผลให้แบบแผนการนอนหลับเปลี่ยนแปลงและเกิดการนอนไม่หลับเรื้อรัง (Carter, 2003) เวลาพักผ่อนลดลง อารมณ์แปรปรวน เช่นเกิดความเครียด วิตกกังวล และไม่มีเวลาดูแลสุขภาพของตนเอง ร่างกายอ่อนล้า สุขภาพทรุดโทรมและมีภาวะซึมเศร้า (James et al., 2002) ความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นกับเด็กมีผลกระทบในด้านจิตใจของผู้ปกครอง โดยในระยะแรกที่ทราบผลการวินิจฉัยว่าเด็กป่วยเป็นโรคมะเร็ง ผู้ปกครองมีอาการช็อค ไม่เชื่อ กลัว สับสน สิ้นหวัง ต่ำหนืดตนเองและรู้สึกผิด (Wills, 1999) และมีระดับความเครียด ความวิตกกังวล โศกเศร้า หรือซึมเศร้าเพิ่มขึ้น เมื่อเริ่มให้การรักษา (Manne et al., 1995) รวมทั้งรู้สึกไม่แน่นอนและวิตกกังวล (Cornman, 1993) การที่ต้องใช้เวลาในการดูแลบุตรขณะอยู่ที่บ้านเพิ่มขึ้น ทำให้สัมพันธภาพระหว่างสามีภรรยาห่างเหินกัน ความสัมพันธ์ในชีวิตรุดลง เกิดความขัดแย้งในชีวิตสมรส อารมณ์ และจิตใจแปรปรวน (Wills, 1999) และเสี่ยงต่อการเสียสมดุลของบทบาทหน้าที่ของครอบครัว มีเพียงส่วนน้อยที่สามี ภรรยา มีความสัมพันธ์ใกล้ชิดมากขึ้นเพราะต้องปรึกษารื้อหรือ ให้การประคับประคองซึ่งกันและกัน เห็นได้จากการศึกษาของวิลส์ (Wills, 1999) พบว่าครอบครัวที่มีบุตรป่วยด้วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวจะมีความผูกพันใน

ครอบครัวมากขึ้น โดยมีคูสมรสเป็นแหล่งที่ให้การสนับสนุนที่สำคัญที่สุด แต่อย่างไรก็ตามยังพบว่า ครอบครัวส่วนใหญ่มีความสัมพันธ์แย่ง ดังเช่นการศึกษาของรุจา ภูไพบูลย์ และคณะ (2543) ศึกษาในครอบครัวเด็กโรคมะเร็ง พบว่า ครึ่งหนึ่งของครอบครัวเด็กโรคมะเร็งที่ผู้ปกครองมีสัมพันธภาพระหว่างชีวิตสมรสลดลง 1 ใน 3 มีความสัมพันธ์คงเดิม และมีส่วนน้อยที่มีสัมพันธภาพดีขึ้น

3. ผลกระทบด้านเศรษฐกิจ

ความเจ็บป่วยของบุตรจากโรคมะเร็งทำให้ บิดา มารดาต้องใช้เวลาในการรักษา และดูแลบุตรอย่างต่อเนื่อง มีค่าใช้จ่ายในการรักษาค่อนข้างแพงและเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลมาก บางครั้งบิดา มารดาต้องหยุดงาน บางรายต้องลดชั่วโมงในการทำงานลง ต้องเปลี่ยนงานหรือลาออกจากงานเพื่อความเหมาะสมและความสะดวกในการดูแลเด็กป่วยที่บ้าน ซึ่งจะส่งผลทำให้รายได้ของครอบครัวลดลง และบางครอบครัวต้องทำงานหนักมากขึ้นเพื่อให้มีรายได้เพียงพอค่าใช้จ่าย (ปราณี จินตสุภาวงศ์, 2548) ซึ่งมีการศึกษาจำนวนมาก พบว่าครอบครัวเด็กมะเร็งต้องรับภาระค่าใช้จ่ายทั้งด้านการรักษา และค่าใช้จ่ายอื่น ๆ ที่ไม่ใช้การรักษาเช่น ค่าเดินทาง ค่าอาหารและอื่น ๆ การศึกษาของรุจา ภูไพบูลย์และคณะ (2543) พบว่าครอบครัวของเด็กโรคมะเร็งส่วนใหญ่ร้อยละ 86.36 ไม่สามารถเบิกค่าใช้จ่าย ค่ารักษาพยาบาลและสวัสดิการจากรัฐหรือประกันสังคมได้ ซึ่งในกลุ่มที่ไม่สามารถเบิกค่ารักษาพยาบาลได้เกือบทั้งหมดต้องกู้ยืมเงินจากญาติ เพื่อน หน่วยงานของสังคมสงเคราะห์ของโรงพยาบาล และมีหนี้สินที่เกิดจากการดูแลบุตร ตั้งแต่สองหมื่นบาท จนถึงหนึ่งแสนบาท รวมทั้งต้องเป็นหนี้สินจากภาระค่าใช้จ่ายในการรักษาที่ใช้เวลานาน ถึงแม้ในปัจจุบันมีโครงการบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้าซึ่งช่วยลดค่าใช้จ่ายในการรักษาได้ แต่ผู้ปกครองยังคงมีภาระค่าใช้จ่ายอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลและการรักษา เช่น ค่ายานอกบัญชียาหลักแห่งชาติ ค่าอาหาร ค่าเดินทาง และอื่น ๆ เป็นต้น

2. แนวคิดและรูปแบบการเผชิญปัญหาของผู้ดูแล

จากผลกระทบของโรคมะเร็งที่มีต่อผู้ป่วยเด็กซึ่งเกิดจากพยาธิสภาพของโรคและจากการรักษาที่ได้รับ ส่งผลโดยตรงต่อผู้ป่วยเด็กและครอบครัว โดยเฉพาะอย่างยิ่งต่อผู้ดูแล การแสดงบทบาทหลาย ๆ บทบาทในครอบครัวอาจส่งผลทำให้ผู้ดูแลต้องมีการปรับตัวต่อสถานการณ์เพื่อให้สามารถเผชิญกับปัญหาต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นได้อย่างเหมาะสม (Rocha-Garcia et al., 2003) หากผู้ดูแลไม่สามารถจะปฏิบัติในการจัดการกับความต้องการในการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งเม็ดเลือด

ชาวได้ จะเกิดความพร่องในการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วย ทำให้สนองตอบความต้องการในการดูแลผู้ป่วยเด็กไม่ดี หากผู้ดูแลมีความสามารถในการดูแลบุคคลที่ต้องการการพึ่งพาได้ดี จะมีผลทำให้ผู้ป่วยเด็กมีการดูแลตนเองที่ดีตามมา

กล่าวได้ว่าการเผชิญปัญหาของผู้ดูแลเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีอิทธิพลต่อการดูแลตนเองของผู้ป่วยเด็กวัยเรียนโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว เนื่องจาก ผู้ดูแล (Dependent care agent) คือ บุคคลหนึ่งที่เป็นสมาชิกของครอบครัวซึ่งเป็นผู้รับผิดชอบให้การดูแลบุคคลอื่นที่ต้องการการพึ่งพา และเป็นปัจจัยหนึ่งในระบบครอบครัว (Orem, 1991 อ้างใน สมจิต หนูเจริญกุล, 2544, จริยา วิริยะศุกร, จงรักษ์ อุตวรราชต์กิจ, 2544) ความสามารถในการดูแลบุคคลที่ต้องการการพึ่งพา (Dependent care agency) เป็นการกระทำที่ใจและมีเป้าหมาย เพื่อคงไว้ซึ่งโครงสร้าง หน้าที่ และพัฒนาการของร่างกายให้ดำเนินไปถึงขีดสูงสุด ในความหมายของความสามารถการดูแลบุคคลที่ต้องการพึ่งพา เป็นความสามารถที่เหมือนกับความสามารถในการดูแลตนเองแต่ต่างกันตรงที่เป็นความสามารถในการดูแลบุคคลที่อยู่ภายใต้ความรับผิดชอบ เป็นความสามารถของตนเองที่จะปฏิบัติเพื่อดูแลบุคคลอื่น (Orem, 1991 อ้างใน สมจิต หนูเจริญกุล, 2544) เป็นความสามารถในเรื่องการคาดการณ์ (Estimative) การปรับเปลี่ยน (Transitional) และการลงมือปฏิบัติ (Productive operation) เพื่อที่จะทราบและสนองตอบต่อความต้องการการดูแลทั้งหมดของบุคคลที่ต้องการการพึ่งพา นอกจากนั้นยังต้องมีส่วนของพลังความสามารถที่เฉพาะ (Specific power component) ซึ่งทั้งหมดขึ้นอยู่กับความสามารถและคุณสมบัติขั้นพื้นฐานรวมทั้งปัจจัยขั้นพื้นฐานของผู้ให้การดูแล (Orem, 1991 อ้างใน ศิริกาญจนา เอกสิริไตรรัตน์, 2543) หากผู้ดูแลไม่สามารถจะปฏิบัติในการจัดการกับความต้องการในการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวได้ จะเกิดความพร่องในการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วย ทำให้สนองตอบความต้องการในการดูแลผู้ป่วยเด็กไม่ดี หากผู้ดูแลมีความสามารถในการดูแลบุคคลที่ต้องการการพึ่งพาได้ดี จะมีผลทำให้ผู้ป่วยเด็กมีการดูแลตนเองที่ดีตามมา

เมื่อมีเด็กเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว ผู้ดูแลและสมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยมักจะเผชิญกับความเครียด ผู้ดูแลในครอบครัวจะมีการเผชิญปัญหาเพื่อให้เกิดความสมดุลในครอบครัว โดยมีวิธีการเผชิญปัญหาที่แตกต่างกันออกไป ซึ่งมีผู้ให้แนวคิดเกี่ยวกับการเผชิญปัญหาไว้ดังนี้

1. แนวคิดเกี่ยวกับการเผชิญปัญหา

โมนาท์ และลาซารัส (Monat and Lazarus 1978 อ้างใน อารยา ด่านพานิช 2542) ได้กล่าวว่าพฤติกรรมการเผชิญปัญหาเป็นกลไกทุกอย่างที่บุคคลใช้เพื่อรักษาสภาวะ

สมดุลทางจิตใจ รวมทั้งมีการใช้กระบวนการทางจิตใจในการลดความตึงเครียดนั้น และยังกล่าวอีกว่าภาวะที่บุคคลพบกับปัญหาที่ท้าทาย เช่นการเจ็บป่วย การสูญเสีย การถูกคุกคาม สิ่งเหล่านี้ถือเป็นภาวะเครียดซึ่งทำให้บุคคลต้องการตอบโต้โดยการหาวิธีการต่าง ๆ เพื่อขจัดหรือบรรเทาเหตุการณ์ที่ตึงเครียดเหล่านั้น

เพียร์ลีน และสคูเลอร์ (Pearlin and Schooler, 1978 อ้างใน อารยา ด้านพานิช, 2542) ให้ความหมายการเผชิญปัญหาว่าเป็นพฤติกรรมที่บุคคลแสดงออกเพื่อปกป้องตนเองจากการรบกวนทางจิตใจอันเกิดจากปัญหาต่าง ๆ

การ์แลนด์และบุช (Garland and Bush, 1992 อ้างใน สุทธามาศ อนุธาตุ, 2543) กล่าวว่า วิธีการเผชิญปัญหา คือกระบวนการที่บุคคลให้เพื่อพยายามระงับบรรเทา หรือขจัดความเครียดที่คุกคาม อาจประกอบด้วยพฤติกรรมทั้งที่เปิดเผยและไม่เปิดเผย

ลาซารัส และฟอล์คแมน (Lazarus & Folkman, 1984 อ้างใน สุทธามาศ อนุธาตุ, 2543) กล่าวว่า การเผชิญปัญหาเป็นความพยายามของบุคคลที่จะเปลี่ยนความนึกคิดหรือพฤติกรรมตลอดเวลา เพื่อจัดการปัญหาหรือสิ่งกระตุ้นที่มาคุกคามความต้องการภายในและภายนอกร่างกาย หลังจากประเมินแล้วว่าต้องใช้กำลังความสามารถหรือแหล่งประโยชน์อย่างมากในการจัดการกับสิ่งกระตุ้นนั้น

ลาซารัส (Lazarus, 1991 อ้างใน สมฤดี เขียวฉาย, 2544) ยังได้ให้ความหมายว่าการเผชิญปัญหาเป็นความพยายามทางปัญญาและความพยายามทางพฤติกรรมเพื่อที่จะจัดการกับปัญหาหรือข้อเรียกร้องทั้งที่เกิดจากภายนอก และเกิดจากภายใน รวมถึงเป็นการจัดการต่อความขัดแย้งระหว่างปัญหาหรือข้อเรียกร้องเหล่านั้น เมื่อบุคคลประเมินแล้วรับรู้ได้ว่าเป็นภาวะที่ตนถูกคุกคาม หรือเป็นภาวะที่หนักเกินความสามารถของบุคคลที่จะรับได้

แมคคัปปิน และ แพทเทอร์รอน (McCubbin & Patteraon, 1982 อ้างใน ชูลีกร ทาทอง, 2550) ได้ให้ความหมายของการเผชิญปัญหา ว่า ความพยายามของบุคคลที่จะใช้ทั้งสติปัญญา และการกระทำต่าง ๆ เพื่อแก้ไขสถานการณ์ที่เป็นอันตราย ทำลาย โดยเหตุการณ์นั้นเป็นเหตุการณ์ที่ต่างไปจากสถานการณ์ทั่วไปตามปกติ

2. รูปแบบการเผชิญปัญหา

สำหรับการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ผู้วิจัยได้อาศัยแนวคิดการเผชิญปัญหาตามแนวคิดของแมคคัปปินและคณะ (McCubbin et al., 1982) เนื่องจากเป็นแนวคิดที่แมคคัปปินกล่าวถึงการ

เผชิญปัญหา ในรูปแบบของการเผชิญปัญหาในครอบครัวของผู้ป่วยเด็กมะเร็งและโรคที่มีภาวะ
 คุกคามต่อชีวิต ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาวิจัยในครั้งนี้

เมื่อเกิดการเจ็บป่วยของสมาชิกในครอบครัว ผู้ดูแลในครอบครัวมักเกิด
 ความเครียด ซึ่งผู้ดูแลจะมีรูปแบบการเผชิญปัญหา ที่เป็นแผนการ (strategies) รูปแบบ
 (patterns) และพฤติกรรม ของผู้ดูแลทั้งในเชิงรุกและรับ ที่ได้รับการออกแบบเพื่อรักษาไว้ หรือ
 เสริมความเข้มแข็งให้กับครอบครัวเป็นหนึ่งเดียวกัน รักษาอารมณ์ให้คงที่และมีความสุขแก่สมาชิก
 ในครอบครัวประสบความสำเร็จ หรือใช้ประโยชน์จากทรัพยากรในครอบครัวและชุมชนเพื่อจัดการ
 กับสถานการณ์และวิธีการตัดสินใจเกี่ยวกับความยากลำบากของครอบครัวที่เกิดจากสิ่งกระตุ้นให้
 เกิดความตึงเครียด (McCubbin and Mccubbin 1996 อ้างใน ชูลีกร ทาทอง 2550)

แมคคับบิน และคณะ (McCubbin et al., 1982 อ้างใน นิภาพร ภารัตนวงศ์
 2547) ได้กล่าวถึงการเผชิญปัญหาของผู้ดูแลเพื่อให้ครอบครัวมีวิธีการปรับตัวที่เหมาะสม โดยการ
 ปรับตัวนั้นเป็นความสามารถที่จะเปลี่ยนแปลงโครงสร้าง ความสัมพันธ์ บทบาท และกฎต่าง ๆ
 ภายในครอบครัว เพื่อตอบสนองต่อความเครียดที่เกิดขึ้น การที่จัดการกับสิ่งต่าง ๆ ที่ก่อให้เกิด
 ปัญหา ก็เพื่อลดผลกระทบที่อาจเกิดขึ้น และทำให้ครอบครัวกลับไปสู่ชีวิตประจำวันที่มีระเบียบ
 และสงบสุขอย่างที่เคยเป็นมาก่อน วิธีการที่ผู้ดูแลในครอบครัวใช้บ่อย ๆ คือ reframing และ
 cognitive appraisal

Reframing หมายถึง การเปลี่ยนความคิดและอารมณ์ที่เกี่ยวข้องกับปัญหาที่
 กำลังเผชิญอยู่ให้แตกต่างไปจากเดิม กล่าวคือ แทนที่จะมองว่าปัญหาที่เกิดขึ้นนั้นทำให้เกิดผลเสีย
 ยากต่อการแก้ไข ก็มองเสียใหม่ว่าปัญหานั้นเป็นสิ่งที่ท้าทายและสามารถเอาชนะได้ หรือปัญหา
 นั้นจะค่อย ๆ ดีขึ้นในที่สุด

Cognitive appraisal หมายถึง การวิเคราะห์ว่าปัญหานั้นเกิดขึ้นได้อย่างไร และ
 วิธีใดจะแก้ปัญหาได้ดีที่สุด เพื่อช่วยให้สามารถประเมินสถานการณ์ได้เหมาะสมขึ้น มีความรู้สึก
 สงบขึ้น ควบคุมอารมณ์ที่เกิดขึ้นให้อยู่ในขอบเขต ไม่ตกใจเกินไปทำให้แก้ปัญหาไม่ได้

ซึ่ง McCubbin, Mccubin, Nevin and Cauble (1983 อ้างใน Mccubbin &
 Mccubbin, 1996) ได้แบ่งแบบแผนการเผชิญปัญหาของผู้ดูแลไว้ ดังนี้

(1) การปรับตัวเข้ากับสิ่งแวดล้อมของครอบครัว ความร่วมมือในการมอง
 สถานการณ์ในเชิงบวก เป็นการเสริมสร้างความเข้มแข็งให้กับชีวิตและสัมพันธภาพของครอบครัว
 และผู้ดูแลที่มองภาพชีวิตลูกหลานที่เจ็บป่วยเรื้อรังในอนาคต

(2) การรักษาการสนับสนุนทางสังคม ความเคารพในตนเอง และความมั่นคงทางจิตใจ หมายถึง ความพยายามของผู้ดูแลที่จะพัฒนาความสัมพันธ์กับผู้อื่น มีส่วนร่วมในกิจกรรมเสริมสร้างการรับรู้เอกลักษณ์ และคุณค่าในตนเอง ร่วมกับพฤติกรรมในการจัดการกับความตึงเครียดและแรงกดดัน

(3) การเข้าใจถึงสถานการณ์ดูแลสุขภาพผ่านการสื่อสารกับทีมดูแลทางสุขภาพ หมายถึง สัมพันธภาพในเชิงผู้ดูแลกับผู้ให้การดูแลสุขภาพวิชาชีพ และผู้ดูแลคนอื่น ๆ ของเด็กที่ป่วยเป็นโรคเรื้อรัง พฤติกรรมเหล่านี้ ได้แก่ การพัฒนาความรู้ให้มากขึ้น และการเข้าใจถึงการเจ็บป่วย และความชำนาญในการรักษาดูแลที่บ้าน และข้อกำหนดการรักษาด้วยยาตามแผนการรักษาของแพทย์

สรุปได้ว่า การเผชิญปัญหาของผู้ดูแล หมายถึง ความพยายามทั้งความคิดและพฤติกรรมของผู้ดูแลผู้ป่วยเด็ก ที่จะปฏิบัติในการจัดการกับความต้องการในการดูแลผู้ป่วยเด็กอย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งประกอบด้วยแบบแผน 3 ลักษณะ ได้แก่ 1.ลักษณะของความกลมเกลียวสามัคคีช่วยเหลือคำจูงกันภายในครอบครัวและการมองเหตุการณ์ไปในทางที่ดี 2.ลักษณะของการคงไว้ซึ่งการสนับสนุนทางสังคม และความมั่นคงทางจิตใจ และ 3.ลักษณะของความเข้าใจในการดูแลรักษาตลอดจนการพูดคุยกับญาติของเด็กป่วยคนอื่น ๆ การปรึกษากับบุคคลต่าง ๆ รวมทั้งบุคลากรทีมสุขภาพ

3. การเผชิญปัญหาของผู้ดูแลในครอบครัวที่มีเด็กโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวที่ได้รับยาเคมีบำบัด

การพยากรณ์ของโรคมะเร็งที่เปลี่ยนแปลงไป จากภาวะคุกคามต่อการสูญเสีย เป็นอนาคตที่ไม่แน่นอน สิ่งที่เป็นปัญหาไม่ใช่ภาวะใกล้ตายแต่เป็นการใช้ชีวิตอยู่กับความเจ็บป่วยที่คุกคามต่อชีวิตระยะยาว (Norberg A. L., 2005) ความหวังของบิดา มารดา หรือผู้ดูแลจะเกิดขึ้นและเปลี่ยนแปลงได้ตลอดเวลาในระยะแรกมีความคาดหวังว่าอาจวินิจฉัยผิด ต่อมาหวังว่าจะรักษาหายแต่เมื่อโรคกลับเป็นซ้ำจะมีความหวังว่าโรคนี้อาจสามารถสงบระยะยาวหรือโรคสงบได้อีกครั้ง (Boman, Lindahl & Bjork, 2003) สถานการณ์เช่นนี้ครอบครัวไม่สามารถกลับสู่สมดุลได้โดยง่ายหากไม่มีการปรับตัวหรือเปลี่ยนแปลงในระบบครอบครัว พฤติกรรมการเผชิญปัญหาเป็นความพยายามที่ซ่อนเร้นหรือเปิดเผยของบุคคลหรือกลุ่มคนเพื่อลดความต้องการหรือจัดการกับสิ่งที่ต้องการในระบบครอบครัว แม้ว่าการเผชิญปัญหาของผู้ดูแลเป็นเพียงพฤติกรรมในกระบวนการแก้ไขปัญหาก็ตาม ทำให้ครอบครัวตกอยู่ในเหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บ

ป่วยของเด็ก ซึ่งครอบครัวจะประเมินความเจ็บป่วยของเด็กที่เกิดขึ้นในลักษณะของความเครียดที่คุกคาม มีผลทำให้ผู้ดูแลของเด็กป่วยโรคมะเร็งจะต้องใช้ความพยายามในการเผชิญปัญหา โดยใช้วิธีการจัดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการเผชิญปัญหาจากความเจ็บป่วยที่รุนแรงของสมาชิกในครอบครัว ซึ่งมีรูปแบบการเผชิญปัญหา ดังต่อไปนี้ (McCubbin and McCubbin, 1996 อ้างใน ชูลีกร ทาทอง, 2550)

1. การแก้ไขปัญหาคือ เป็นการแก้ไขที่สาเหตุของปัญหาด้วยการค้นหาข้อมูลและวิเคราะห์ปัญหา หาวิธีการแก้ไขปัญหาคือที่เหมาะสม และลงมือแก้ไขปัญหที่เกิดขึ้น ในการแก้ปัญหของผู้ดูแลนั้นต้องเรียนรู้และทำความเข้าใจเกี่ยวกับปัญหาจากการอ่านเอกสารปรึกษากับผู้ที่มีความชำนาญในปัญหานั้น และเลือกวิธีในการแก้ปัญหจากการเรียนรู้พร้อมทั้งปฏิบัติตามแนวทางที่เลือกไว้ เช่น เมื่อมีผู้ป่วยเด็กเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว ผู้ดูแลหรือสมาชิกในครอบครัวมักจะเกิดความเครียดและต้องเผชิญกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น สมาชิกในครอบครัวจะต้องร่วมกันแก้ไขปัญหที่เกิดขึ้น โดยบางครอบครัวจะปรึกษาแพทย์หรือพยาบาลเกี่ยวกับพยาธิสภาพของโรค บางครอบครัวจะหาเอกสารเกี่ยวกับวิธีการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวมาอ่าน บางครอบครัวพูดคุยปรึกษากับปัญหาที่เกิดขึ้นภายในครอบครัว

2. การจัดการกับอารมณ์ที่ตึงเครียด วิธีการจัดการกับอารมณ์เครียดนั้น เป็นการใช้กลไกทางจิตเพื่อบรรเทาความเครียดที่เกิดขึ้นโดยมิได้เปลี่ยนแปลงสาเหตุที่ทำให้เกิดความเครียด (Lazarus & Folkman, 1984 อ้างใน สุทธามาต อนุธาดู, 2543) เมื่อครอบครัวมีปัญหาเกิดขึ้น สมาชิกในครอบครัวมีการเผชิญปัญหาโดยการจัดการกับอารมณ์และความรู้สึกต่าง ๆ ที่เกิดจากเหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดด้วยวิธีการต่าง ๆ โดยไม่ได้มุ่งแก้ที่ปัญหาหรือสาเหตุด้วยการใช้อารมณ์ขัน การมีกิจกรรมสันทนการร่วมร่วมนกัน ครอบครัว การระบายความรู้สึก การไม่ตำหนิกัน พร้อมทั้งการไม่แสดงกิริยานินทากล่าวร้ายกัน การออกกำลังกาย เมื่อเกิดการเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวผู้ดูแลในครอบครัวต้องมีการจัดการกับความตึงเครียดที่เกิดขึ้นภายในครอบครัว ผู้ดูแลในครอบครัวบางครอบครัวเมื่อเกิดความเครียดจะหาทางออกโดยการพูดคุยระบายความรู้สึกเมื่อมีคนมาเยี่ยมผู้ป่วย ผู้ดูแลบางครอบครัวอาจทำกิจกรรมสันทนการร่วมร่วมนกัน เช่น มีการร้องเพลงร่วมกัน การเล่นเกมกันภายในครอบครัว

3. การใช้แหล่งประโยชน์ของครอบครัวเป็นกำแพงที่ช่วยลดความรุนแรงของความเครียดที่เกิดขึ้น แหล่งประโยชน์ของครอบครัวมีทั้งภายในและภายนอกครอบครัว (Friedman, 1992 อ้างใน ชูลีกร ทาทอง, 2550) การใช้แหล่งประโยชน์ของครอบครัวได้แก่ ความศรัทธาและความเชื่อถือว่าไว้วางใจกันเองของสมาชิกครอบครัว ความสามัคคีในครอบครัว ส่วนการ

ใช้แหล่งประโยชน์ภายนอกครอบครัวนั้นครอบครัวจะขอความช่วยเหลือจากบุคคล องค์กรและสถาบันต่าง ๆ ได้แก่ ญาติพี่น้อง เพื่อนบ้านและเครือข่ายของสังคม เช่นโรงพยาบาล มูลนิธิต่าง ๆ ของรัฐบาล เมื่อเกิดการเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวซึ่งเป็นโรคเรื้อรัง ทำให้สมาชิกครอบครัวเกิดความเครียด ไม่ว่าจะเป็นค่าใช้จ่ายในครอบครัว ผู้ที่จะมาดูแลผู้ป่วย อาการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย ผู้ดูแลอาจมีการใช้แหล่งประโยชน์ของครอบครัวไม่ว่าจะเป็นภายนอกหรือภายใน เช่น ถ้ามีปัญหาเกี่ยวกับค่าใช้จ่ายค่ารักษาพยาบาล รัฐบาลมีการช่วยเหลือเช่นมีการออกสิทธิบัตรฟรีต่าง ๆ เช่น บัตรทอง ในการช่วยเหลือค่าใช้จ่ายเมื่อเกิดการเจ็บป่วย สมาชิกในครอบครัวช่วยกันแบ่งปันค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วย

4. การให้ความหมายต่อสถานการณ์ที่เกิดขึ้นในทางที่ดี เป็นการใช้กลไกทางจิตในการควบคุมการให้ความหมายต่อปัญหาที่เกิดขึ้นว่าผู้ดูแลมีประสบการณ์มากพอที่จะแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นได้ (Friedman, 1992 อ้างใน ชูลีกร ทาทอง, 2550) เมื่อมีความเครียดผู้ดูแลจะปรับเปลี่ยนการรับรู้ต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น เมื่อมีผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวในครอบครัวสมาชิกครอบครัวคิดว่าเกิดจากกรรมเวรของผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัว หรือคิดว่าการเจ็บป่วยของสมาชิกในครอบครัวที่เกิดขึ้นทำให้ญาติพี่น้องมารวมกัน

มีการศึกษาถึงการเผชิญปัญหาของผู้ดูแลในผู้ป่วยเด็กดังต่อไปนี้

ศากุล คงพันธ์ (2533) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการเผชิญปัญหากับความผาสุกโดยทั่วไปมารดาที่บุตรเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล กลุ่มตัวอย่างเป็นมารดาของผู้ป่วยเด็กวัยทารก วัยเดิน และวัยก่อนเรียนที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน โดยใช้แบบประเมินความผาสุกของดูพายและแบบประเมินการเผชิญภาวะวิกฤติของครอบครัวของแมคคัปปิน พบว่าการเผชิญปัญหาที่กลุ่มตัวอย่างใช้มากที่สุด คือ ความสามารถในการประมวลเหตุการณ์เกี่ยวกับความเครียดใหม่เพื่อจัดการต่อปัญหาได้ดีขึ้น ส่วนการเผชิญปัญหาที่กลุ่มตัวอย่างใช้น้อยที่สุด คือ การพึ่งพาการสนับสนุนจากเพื่อนบ้าน

ชญานิส ลือวานิช (2540) ได้ศึกษานุคลิกภาพที่เข้มแข็ง ความเครียดและการเผชิญปัญหาของญาติผู้ป่วยที่ประสบอุบัติเหตุขณะพักรักษาตัวในโรงพยาบาล โดยใช้กรอบทฤษฎีความเครียดของลาซาลัสและฟอล์คแมน และแนวคิดบุคลิกภาพที่เข้มแข็ง กลุ่มตัวอย่างเป็นญาติผู้ป่วยที่ประสบอุบัติเหตุขณะพักรักษาตัวในโรงพยาบาลวชิระภูเก็ต จำนวน 100 ราย พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีบุคลิกภาพที่เข้มแข็งค่อนข้างสูง มักมีความเครียดปานกลางใช้กลวิธีการเผชิญปัญหาทั้งด้านการมุ่งแก้ปัญหาและจัดการด้านอารมณ์ อีกทั้งผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ด้วยการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอนพบว่า เมื่อควบคุมปัจจัยด้านเพศ อายุ ระดับการศึกษา ความ

สัมพันธ์กับผู้ป่วย และความรุนแรงจากการบาดเจ็บของผู้ป่วยแล้วความเครียดสามารถอธิบายความแปรปรวนที่มีต่อการเผชิญปัญหาด้านการมุ่งแก้ปัญหา การจัดการด้านอารมณ์ และการบรรเทา ความรู้สึกเครียด ร้อยละ 9 15 และ 14 ตามลำดับ และบุคลิกภาพที่เข้มแข็งเกี่ยวกับสุขภาพกับความเครียดสามารถสะท้อนให้เห็นว่าในสถานการณ์ความเครียดใด ๆ บุคคลจะมีการเผชิญปัญหาทั้งการมุ่งแก้ปัญหาและการจัดการด้านอารมณ์

ออร์ลิวี ภิเสก (2542) ได้ทำการศึกษาการเผชิญปัญหาของครอบครัวเด็กออทิสติก ในแนวทางของแมคคัปปิน และแมคคัปปิน ซึ่งแบ่งออกเป็น 3 รูปแบบคือ

1. แบบแผนที่1 การคงไว้ซึ่งความเป็นอันหนึ่งอันเดียวกันของครอบครัว
2. แบบแผนที่2 การสร้างความเข้มแข็งให้กับตนเอง
3. แบบแผนที่3 การเพิ่มความเข้าใจเกี่ยวกับสถานการณ์การดูแลสุขภาพ

พบว่าครอบครัวเด็กออทิสติก ร้อยละ 47.1 มีการใช้แบบแผนการเผชิญปัญหาของครอบครัวในระดับปานกลางและในระดับสูงตามลำดับ โดยใช้พฤติกรรมการเผชิญปัญหาแบบคงไว้ซึ่งความเป็นอันหนึ่งอันเดียวกันของครอบครัว และพฤติกรรมการเผชิญปัญหาแบบการเพิ่มความเข้าใจเกี่ยวกับสถานการณ์การดูแลสุขภาพในระดับสูง แต่ใช้พฤติกรรมการเผชิญปัญหาแบบการสร้างความเข้มแข็งแห่งตนเองระดับปานกลาง

อัจฉริยา วงษ์อินทร์จันทร์ (2546) ได้ศึกษาหาความสัมพันธ์ระหว่างกลวิธีการเผชิญความเครียดกับความผาสุกในบิดามารดาที่มีบุตรเข้ารับการรักษาในหออภิบาลทารกแรกเกิดโดยกลุ่มตัวอย่างเป็นบิดามารดาจำนวน 80 ราย โดยใช้แนวคิดวิธีการเผชิญความเครียดของครอบครัวเมื่อเกิดภาวะวิกฤติของแมคคัปปิน เอลสัน และลาร์เซน (McCubbin, Olson & Larsen, 1981) จากผลการศึกษาชี้ให้เห็นว่า บิดามารดาที่มีความผาสุกน้อยจะใช้กลวิธีเผชิญความเครียดด้านการขอและได้รับการสนับสนุนช่วยเหลือจากสังคม และด้านการแสวงหาและยอมรับความช่วยเหลือจากชุมชนและบุคคลอื่นมาก

สุริภรณ์ สุวรรณโสม (2547) ได้ทำการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้สึกไม่แน่นอนกับการสนับสนุนทางสังคม และวิธีการเผชิญความเครียดของผู้ปกครองเด็กป่วยโรคมะเร็ง โดยใช้ทฤษฎีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของมิเชล (Mishel, 1983;1988) แนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของเฮาส์ (House, 1981) แนวคิดการเผชิญความเครียดของจาโลวิส (Jalowiec, 1988) เป็นกรอบแนวคิดการวิจัย กลุ่มตัวอย่างคือผู้ปกครองของเด็กป่วยโรคมะเร็ง พบว่า ผู้ปกครองเด็กป่วยโรคมะเร็งใช้วิธีการเผชิญความเครียดมากกว่าหนึ่งวิธี วิธีที่ใช้มากที่สุด คือวิธี

เผชิญกับปัญหา และวิธีจัดการกับอารมณ์เป็นวิธีที่ใช้บ่อยที่สุด และความรู้สึกไม่แน่นอนไม่มีความสัมพันธ์กับวิธีการเผชิญความเครียดของผู้ปกครองเด็กป่วยโรคมะเร็งทั้งโดยรวมและรายด้าน

นันทพร เจริญผล (2548) ได้ทำการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเครียดและพฤติกรรมการดูแลบุตรของบิดา มารดาที่มีบุตรป่วยด้วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวที่เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ โดยอาศัยแนวคิดการเผชิญความเครียดของของลาซาลัสและโพลค์แมน พบว่าความเครียดของบิดามารดาที่มีบุตรป่วยด้วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวมีผลต่อพฤติกรรมการดูแลบุตรที่ป่วย

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาพบว่า มีการศึกษาถึงวิธีการเผชิญปัญหาและการเผชิญความเครียดของผู้ดูแลเด็กป่วย โดยมีการใช้แนวคิดวิธีการเผชิญปัญหาและการเผชิญความเครียดแตกต่างกันออกไป และมีการศึกษาในลักษณะของการหาความสัมพันธ์กับตัวแปรหลาย ๆ ตัวแปร แต่ยังไม่พบการศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่างการเผชิญปัญหาของผู้ดูแลกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่างการเผชิญปัญหาของผู้ดูแลกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยเด็กมะเร็งเม็ดเลือดขาว โดยใช้แบบแผนการเผชิญปัญหาตามแนวคิดของ McCubbin (1983) เนื่องจากเป็นแบบแผนที่กล่าวถึงแบบแผนของการเผชิญปัญหาสำหรับครอบครัวเด็กป่วยโรคมะเร็งและมีภาวะที่คุกคามต่อชีวิต เนื้อหามีความละเอียดและครอบคลุมถึงลักษณะการเผชิญปัญหา 3 แบบแผน ทำให้มีความเฉพาะกับกลุ่มตัวอย่างของการศึกษาในครั้งนี้

กล่าวโดยสรุป โรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว เป็นมะเร็งชนิดที่พบมากเป็นอันดับหนึ่งของมะเร็งทั้งหมดในเด็ก และพบมากที่สุดของเด็กวัยเรียน เด็กป่วยวัยเรียนโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวระหว่างรับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด ภาวะของโรคและการรักษาของแพทย์จะทำให้ผู้ป่วยเด็กวัยเรียนมะเร็งเม็ดเลือดขาวต้องปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองเพื่อสนองต่อความต้องการการดูแลตนเองได้เพียงพอและต่อเนื่อง ผู้ป่วยเด็กจะมีการปฏิบัติดูแลตนเองดีหรือไม่นั้น มีปัจจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องและมีอิทธิพล ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยจึงเลือกศึกษา อัตมโนทัศน์ การเผชิญปัญหาของผู้ดูแล ปัจจัยพื้นฐานด้านผู้ป่วยเด็กได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา ระยะของการรักษา และรายได้ของครอบครัว ซึ่งเป็นปัจจัยที่คาดว่าจะมีความสัมพันธ์และสามารถทำนายการปฏิบัติดูแลตนเองของผู้ป่วยเด็กวัยเรียนโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวได้ ซึ่งผลการศึกษาครั้งนี้คาดว่าจะสามารถนำไปใช้ประโยชน์ในการประเมินและวางแผนการพยาบาล เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยเด็กวัยเรียนโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวมีการดูแลตนเองได้ถูกต้องเหมาะสมและมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น