



EFFECTIVENESS OF A FAMILY-MANAGEMENT PROGRAM ON FAMILY
MANAGEMENT, FAMILY AND CHILD QUALITY OF LIFE AMONG PARENTS
OF CHILDREN WITH LEUKEMIA

WACHAREEKORN AUNGKAPRASATCHAI

A DISSERTATION SUBMITTED IN PARTIAL FULFILLMENT OF
THE REQUIREMENTS FOR DOCTOR DEGREE OF PHILOSOPHY
(INTERNATIONAL PROGRAM)

IN NURSING SCIENCE
FACULTY OF NURSING
BURAPHA UNIVERSITY

2024

COPYRIGHT OF BURAPHA UNIVERSITY



วาริกร อังคประสาทชัย

คุณฉันทิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปรัชญาดุษฎีบัณฑิต (หลักสูตรนานาชาติ)

สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

2567

ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยบูรพา

EFFECTIVENESS OF A FAMILY-MANAGEMENT PROGRAM ON FAMILY
MANAGEMENT, FAMILY AND CHILD QUALITY OF LIFE AMONG PARENTS
OF CHILDREN WITH LEUKEMIA



WACHAREEKORN AUNGKAPRASATCHAI

A DISSERTATION SUBMITTED IN PARTIAL FULFILLMENT OF
THE REQUIREMENTS FOR DOCTOR DEGREE OF PHILOSOPHY
(INTERNATIONAL PROGRAM)

IN NURSING SCIENCE
FACULTY OF NURSING
BURAPHA UNIVERSITY

2024

COPYRIGHT OF BURAPHA UNIVERSITY

The Dissertation of Wachareekorn Aungkaprasatchai has been approved by the examining committee to be partial fulfillment of the requirements for the Doctor Degree of Philosophy (International Program) in Nursing Science of Burapha University

Advisory Committee

Examining Committee

Principal advisor

.....
(Associate Professor Dr. Nujjaree Chaimongkol)

..... Principal examiner
(Professor Dr. Rutja Phuphaibul)

Co-advisor

.....
(Associate Professor Dr. Pornpat Hengudomsab)

..... Member
(Associate Professor Dr. Nujjaree Chaimongkol)

.....
(Professor Dr. Verna Hendricks-ferguson)

..... Member
(Associate Professor Dr. Pornpat Hengudomsab)

..... Member
(Assistant Professor Dr. Khemaradee Masingboon)

..... External Member
(Associate Professor Dr. Arpaporn Powwattana)

..... Dean of the Faculty of Nursing
(Associate Professor Dr. Pornchai Jullamate)

This Dissertation has been approved by Graduate School Burapha University to be partial fulfillment of the requirements for the Doctor Degree of Philosophy (International Program) in Nursing Science of Burapha University

..... Dean of Graduate School
(Associate Professor Dr. Witawat Jangiam)

62810063: MAJOR: NURSING SCIENCE; Ph.D. (NURSING SCIENCE)

KEYWORDS: Family management, Family quality of life, Child quality of life

WACHAREEKORN AUNGKAPRASATCHAI : EFFECTIVENESS OF A FAMILY-MANAGEMENT PROGRAM ON FAMILY MANAGEMENT, FAMILY AND CHILD QUALITY OF LIFE AMONG PARENTS OF CHILDREN WITH LEUKEMIA. ADVISORY COMMITTEE: NUJJAREE CHAIMONGKOL, PORNPAT HENGUDOMSUB VERNA HENDRICKS-FERGUSON 2024.

Children with leukemia is a serious illness that requiring intensive treatments with negative side effects and long-term consequences for patients and their families. These problems involve children changing as a result of treatment, the child's developmental progress being interrupted, the family's daily routines being altered, and future goals needing to be revised. This repeated measures quasi-experimental study aimed to examine the effectiveness of a family-management program (FMP) on family management, family and child quality of life. Participants were the parents of children with ALL who are admitted to receive chemotherapy at a pediatric oncology ward in the Phrapokklao hospital, Chanthaburi province. They were divided into 23 cases each for the experimental and the control groups by using a convenience sampling. Research instruments included the Family-Management Measure (FaMM), the Beach-Center Family Quality-of-Life Scale (BCFQOLS), and the Pediatric Quality of Life Inventory (PedsQL) with their reliability of 0.71, 0.98, and 0.90, respectively. Participants of the intervention participated in three sessions over three weeks and a routine care while those in the control group received only a routine care. Outcome variables were collected three times at baseline (Week 1), post-intervention (Week 3), and follow-up (Week 7). Data were analyzed by using descriptive statistics, and two-way repeated measures analysis of variance (ANOVA).

The results revealed that after completion of the intervention, participants in the intervention group had higher family management, and better child quality of life than those in the control group. For within the intervention group, at follow-up (week 7), participants also had higher family management, better family and child quality of life than those at post-intervention (week 3), and baseline (week 1). Therefore, the FMP was effective in improving family management, family quality of

life, and child quality of life among parents of children with leukemia. This intervention could be utilized as standard practice by nurses who work with family and children with ALL to enhance family management, improve family quality of life, and improve child quality of life.



ACKNOWLEDGEMENTS

I would like to express my deepest appreciation to Assoc. Prof. Dr. Nujjaree Chaimongkol who has been my principal advisor providing an exclusive role as a tremendous mentor to this dissertation. She has provided me with encouragement, guidance, and invaluable knowledge with patience. I would also like to extend my deepest gratitude to Assoc. Prof. Dr. Pornpat Hengudomsab, whose decisive role as a co-advisor who has helped me with priceless and extensive knowledge in my research. My thanks also go to both Dr. Chaimongkol and Dr. Hengudomsab, who have been my ultimate role models.

Exceptionally, I would also like to extend my deepest gratitude to Prof. Dr. Verna Hendricks-Ferguson, who has been my mentor and co-advisor of my research. She looked after and guided me to create the family management program, facilitating my challenging and wonderful experiences, as well as collaborating to make the research more comprehensive.

A special thanks and sincere respect go to my principal examiner, Prof. Dr. Rutja Phuphaibul for all of her guidance and valuable advice. I also have a great appreciation to Assoc. Prof. Dr. Arporn Powwattana for her insightful comments and suggestions for the intervention. I very much appreciate Asst. Prof. Dr. Khemaradee Masingboon as a committee member extending a great amount of brilliant comments and suggestions. I also thank the experts who provided comments and suggestions for the intervention. I am deeply in debt to Faculty of Nursing, Burapha University, which always supports and nurtures financial resources throughout my Ph.D. study, and I would also like to extend my appreciation to The Graduate School Burapha University and Princess Mondharoph Kamalasma Foundation of the Nurses' Association of Thailand, which provided financial resource throughout my project.

Furthermore, I would like to express my deepest appreciation to all participants and staff in Phrapokklao hospital, Chanthaburi province for assisting in the recruitment process and data collection. Importantly, I would like to recognize the warm support from peers. They assisted and supported me when I experienced complicated situations. This accomplishment would not have been possible without them.

Finally, I also express my very profound gratitude to my family giving me continual support and encouragement throughout my journey of Ph.D. study.

Wachareekorn Aungkprasatchai



TABLE OF CONTENTS

	Page
ABSTRACT.....	D
ACKNOWLEDGEMENTS.....	F
TABLE OF CONTENTS.....	H
LIST OF TABLES.....	J
LIST OF FIGURES.....	K
CHAPTER 1.....	12
INTRODUCTION.....	12
Background and significance of the problem.....	12
Research objective.....	17
Research hypotheses.....	17
Conceptual framework of the study.....	18
Scope of the study.....	19
Definition of terms.....	20
CHAPTER 2.....	21
LITERATURE REVIEWS.....	21
1) An overview of the problem of children with Acute Lymphoblastic Leukemia (ALL).....	21
2) Family having children with Acute Lymphoblastic Leukemia.....	28
3) Family management style framework.....	30
4) Relations among family management, family quality of life, and child quality of life in the contexts of families having children with cancer and chronically ill.	33
CHAPTER 3.....	37
RESEARCH METHODS.....	37
Research design.....	37
Population and sampling.....	37

Instrumentation	39
Data analysis	46
CHAPTER 4	48
RESULTS	48
Summary of the sample allocation	48
Characteristics of the participants.....	49
Testing assumptions for repeated measures ANOVA	51
Descriptive statistics and comparisons at baseline of outcome variables for the intervention and the control groups	53
Testing of research hypotheses	57
Summary of the findings	69
CHAPTER 5	70
CONCLUSION AND DISCUSSION	70
Summary of the study	70
Discussions	71
Strength and limitations	77
Suggestions and recommendations	77
Implications	78
REFERENCES	79
APPENDICES	89
BIOGRAPHY	146

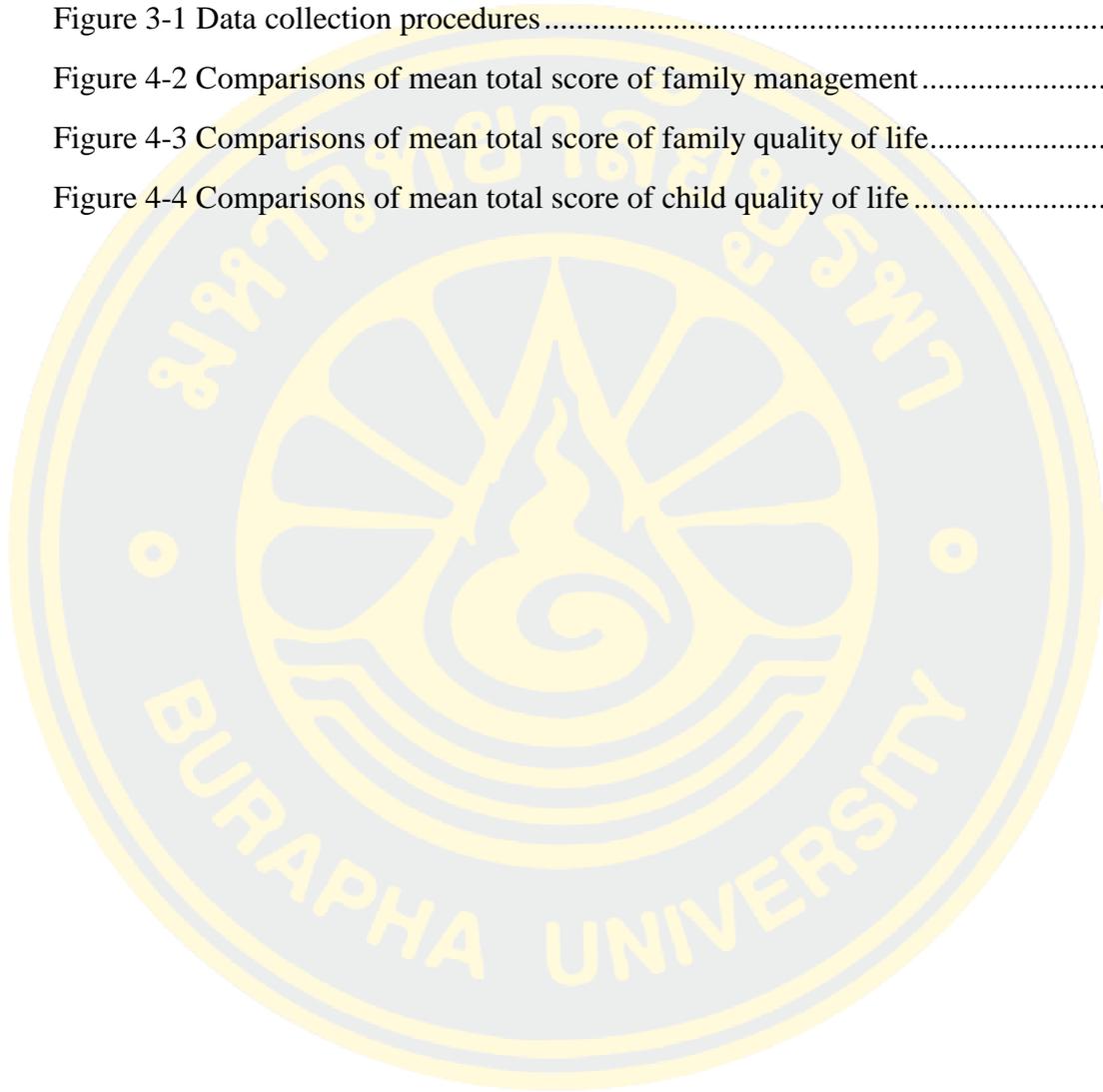
LIST OF TABLES

	Page
Table 4-1 Characteristics of the participants in the intervention and control groups ..	51
Table 4-2 Means and standard deviations of family management (FM), family quality of life (FQOL), and children quality of life (CQOL) for both the intervention and the control groups among 3-time measures	54
Table 4-3 Comparison of mean score of outcome variables between the control and the intervention groups measured at baseline (T1) by independent t-test	57
Table 4-4 Repeated measures ANOVA of total score of family management (FM) ..	58
Table 4-5 Simple main effect of group on family management (FM) between the intervention and the control groups at 3-point times	59
Table 4-6 Simple main effect of time on family management (FM) scores in the intervention and the control groups	60
Table 4-7 Pairwise comparisons of mean family management (FM) at each time point within the intervention group and the control group	61
Table 4-8 Repeated measures ANOVA of total score of family quality of life (FQOL)	62
Table 4-9 Simple main effect of group on family quality of life (FQOL) between 2 groups at 3-point times.....	63
Table 4-10 Simple main effect of time on family quality of life (FQOL) scores in the intervention and the control groups	64
Table 4-11 Pairwise comparisons of mean family quality of life (FQOL) at each time point within the intervention group and the control group	65
Table 4-12 Repeated measures ANOVA of total score of child quality of life (CQOL)	66
Table 4-13 Simple main effect of groups on child quality of life (CQOL) between 2 groups at 3-point times.....	67
Table 4-14 Simple main effect of time on child quality of life (CQOL) scores in the control and intervention groups	68
Table 4-15 Pairwise comparisons of mean child quality of life (CQOL) at each time point within the intervention group and the control group	69



LIST OF FIGURES

	Page
Figure 3-1 Data collection procedures	48
Figure 4-2 Comparisons of mean total score of family management	61
Figure 4-3 Comparisons of mean total score of family quality of life	65
Figure 4-4 Comparisons of mean total score of child quality of life	69



CHAPTER 1

INTRODUCTION

Background and significance of the problem

Acute Lymphoblastic Leukemia (ALL), a severe disease that causes danger to children's lives, accounts for 1 in 3 of all cancers found in children. ALL is the most common type of leukemia among young children, with its highest prevalence between ages 2 and 5 years, which is preschool age (Bunyatisai et al., 2019; Gouveia, Janvier, Dupuis, Duval, & Sultan, 2015; World Health Organization, 2018). It affects children holistically, both physiological and psychological, with symptoms such as bone pain, infection, tiredness, bleeding, stress, anxiety, and depression. In Thailand, acute leukemia is about 38.1 per cent of all cancers in children. It was found that incidents are 21.7 and 14.1 perhaps per 100,000 people in boy and girl patients aged between 0-5 years, respectively (Imsamran, Chaiwarawattana, Wiangnon, & Pongnikorn, 2015). The primary treatment for children with acute lymphoblastic leukemia (ALL) is chemotherapy. The entire process treatment length is typically about 2 to 3 years, with the most intense treatment in the first months (Children's cancer and leukemia group, 2016).

Chemotherapy is the first choice among effective treatments to treat children with ALL (World Health Organization, 2018). However, chemotherapy could lead to various complications and side effects, such as nausea, vomiting, fatigue, and decreased immunity. Also, patients would have low immunity and have high risk of infection, and not receive enough nutrients. Thus, children having ALL who are undergoing chemotherapy require intensive care from health care providers and their parents. Moreover, ALL in preschool children would require more support. Preschool children learn the rules and regulations of society but remain self-centered and able to communicate with others. Their development allows them to begin to be independent (or be self-reliant); however, they are unable to take care of themselves and still need parental supervision. So, parents play a vital role in caring for children with ALL at home. Thus, the parents must have knowledge and skills to care for children with ALL to prevent complications, manage symptoms efficiently, and help them adapt and reduce stress resulting from illness and treatment.

Children with ALL are life-threatening conditions requiring intensive treatments with adverse side effects and long-term impairments for the child. From previous studies, childhood cancer survivors can have impaired social development and regressed social behavior because of frequent hospitalizations and absence from school, affecting interpersonal relationships. Parents and siblings of children with cancer also report elevated distress and posttraumatic stress during cancer treatment, and these effects can be prolonged. Family management is also frequently affected when a child is diagnosed with cancer (Schepers et al., 2017; Silva-Rodrigues et al., 2016). The previous studies found that parents of children with a chronic illness had lower family management and family quality of life (Thorsteinsson, Loi, & Rayner, 2017; Warapornmongkhokul, Howteerakul, Suwannapong, & Soparattanapaisarn, 2018). The family having children with cancer reported that they have difficulty with family management; it affects family and child quality of life (Knafl et al., 2013; Salvador, Crespo, & Barros, 2019)

Parents provide care for all of their children's needs over any given 24-hour period. At the same time, parents must care for themselves, other family members, and the family as a whole. When a child has a chronic illness, the family experiences new situations and faces many challenges. These challenges may include changes in the child due to treatment, interruption in the child's developmental progress, alterations of the family's daily activities, and revisions of future goals (Knafl et al., 2013). Some families appear to adjust and manage well to the daily unknowns, care, promote their development, maintain their lifestyle and family quality of life. However, some families have difficulty responding to the child's needs and report other family members having problems. The previous studies found that families having children with cancer have experienced bad, fear, feeling guilty, anxiety, depression, despair, regret, sleep problems, high emotional stress, high social isolation, and difficulty management (Knafl et al., 2016; Lim et al., 2017; Litzelman, Catrine, Gangnon, & Witt, 2011; Song, Nam, Park, Shin, & Ku, 2017). Parents must deal with the intensive management of their children's condition and children's normal developmental challenges for families. The routine care for children with ALL produces temporary disruption in a parent's work-life such as missing work (Knafl et al., 2013).

Moreover, families concerned about their children's illness and future health, including the health care cost, and suffering from a chronic condition that harmed their perspective in children with ALL, these families desire a meaningful role in healthcare

decisions and are faced with chronic illness situation of family member (Khooshab, Jahanbin, Ghadakpour, & Keshavarzi, 2015). Families often need to provide care in various treatments to maintain their children's health; they must quickly adapt to day-to-day management. So, families having children with ALL live under high emotional impacts during their children's medical treatment and encounter crises due to life-threatening and chronic illnesses (Knafl et al., 2013).

From the beginning of diagnosis, ALL affects the physical, social, psychological, and spiritual well-being of cancer children and their families and puts them in a challenging situation (Reisi-Dehkordi, Baratian, & Zargham-Boroujeni, 2014). Family management for families who have children with ALL is described as the process of dealing with or controlling things, people, or understanding the response between family members together, such as effective communication, sharing, having routines that all family members follow. It is classified as five distinct management styles, including thriving, accommodating, enduring, struggling, and floundering, based on the differences in the definition of the situation, management behaviors, and perceived consequences manifested within and across families (Knafl et al., 2013). Knafl et al. (2013) indicated that family management supports the families of children with chronic illness and enhances the family's ability to incorporate family management into everyday life to promote family and family member well-being. The family attempts to manage the condition while children are in the home and playing intensity includes physical activity, carefully content of food, infection, and children's development.

From the literature review, family management of families having children with cancer has various problems. Many parents expressed a great deal of dissatisfaction with their child's recovery. The disease led to death and a great deal of concern. For example, Van de Wetering and Schouten-van Meeteren (2011) consider the feeling of losing a child as the most significant and worst problem of parents, and they despair of surviving their child. They thought of cancer as equal to death due to their negative perception. The studies found that many parents were faced with a lack of time to look after themselves or their children and social activities due to full-time care, which related to caring for and managing everything for their children (Pariseau, Chevalier, Muriel, & Long, 2020; Pierce et al., 2016; Pishkuhi, Ahmadi, Shoraka, & Chegeni, 2018). Thus, this affects the ability to manage family and children of parents. One the problems is an economic concern resulting from medical

expenses, job losses, and unemployment due to full-time providing care for the ill child (Pishkuhi, Ahmadi, Shoraka, & Chegeni, 2018). Other studies found that they had noted the burden of families having children with cancer and higher and heavier treatment costs. Some parents have pointed to the loss of job opportunities, reduced income, and savings loss. The continuous hospitalization of children leads to a lot of family management problems in the parents and their family, which also could affect the family quality of life and their children (Children's cancer and leukemia group, 2016; Erker et al., 2018; Reisi-Dehkordi, Baratian, & Zargham-Boroujeni, 2014).

Family quality of life is concerned with how individuals experience their well-being within the family context, including how they have opportunities to pursue its essential possibilities and achieve their goals in the community and society (Brown & Brown, 2014). Family quality of life is a family member's perception under five domains; family interaction, parenting, emotional well-being, physical/material well-being, and disability-related support (Hoffman, Marquis, Poston, Summers, & Turnbull, 2006). In the early diagnosis stages of child cancer, parents experience shock, rejection, disappointment, depression, and anxiety about their child's leukemia diagnosis. Parents also cannot adjust to the conditions experienced by their children. The unpredictable nature of the illness and the lack of confidence in mothers' caring have led to decreased family and child quality of life (Children's cancer and leukemia group, 2016; Erker et al., 2018). A study showed that parents who had cared for their children affected by leukemia for less than 12 months had the majority of the low quality of life compared to parents who had cared for their children for more than 12 months (Nurhidayah, Hendrawati, & Hasriyadi, 2020). However, research evidence indicated that enhancing family management efficiency positively affects families' quality of life in children with cancer (Knalf et al., 2016). For example, parents who understand the potential benefit of reducing burden, controlling stress levels, and seeking social support may help them cope with their managing to take care of children with ALL and improve the family and the child quality of life (Litzelman, Catrine, Gangnon, & Witt, 2011).

Children's quality of life is the child's view, or parents' perception of young children's view about the impact of disease-related treatment and clinical severity of them. The definition is based on the experience individuals have of their own lives and the living conditions in which individuals find themselves (Jenkinson, 2020). The World Health Organization's (WHO) stated the definition of Quality of Life as "an individual's perception of

their position in life in the context of the culture and value systems they live in and concerning their goals, expectations, standards, and concerns” (World Health Organization, 1998).

Children’s quality of life having been diagnosed with cancer is reported for assessing physical function and role restriction, emotional distress, and reaction to current medical treatment (Goodwin, Boggs, & Graham-Pole, 1994). A study found that the child’s quality of life with cancer undergoing the first diagnosis, including children who received first chemotherapy, had a lower quality of life than children of the same age who have not been diagnosed with cancer (Saengthong, Hownarn, & Maneesri, 2020). Children with cancer have experienced discomfort, both physical and psychological. Children and families want to be informed about the disease and self-care practices, including participation in illness awareness. Several studies on factors that affected children’s quality of life found that signs and symptoms, depression, self-behavior, education, and duration of treatment affect the quality of life of children with cancer (Barakat, Marmer, & Schwartz, 2010; Li, Chung, & Chiu, 2010; Saengthong, Hownarn, & Maneesri, 2020). However, parents should have more participation in caring for children with ALL. Parents of sick children can care not only for children's treatment problems but also for the totality of their well-being, happiness, development progress, and quality of life (Liu et al., 2020).

When families having children with ALL, the family experiences new situations and faces many challenges. The challenges may include changes in the child due to treatment, interruption in children’s developmental progress, family’s daily life, family management, family and children’s quality of life. Some families may not be able to handle or have different management methods according to their family characteristics. Then, proper family management is how to effectively care for children with ALL, which refers to achieving the goal of care is to reduce the severity of the disease, reducing complications, and decreasing parenting stress (Howard, Goddard, Rassekh, Samargandi, & Hasan, 2018; Sposito et al., 2015). The previous studies have investigated various programs for improving family management, family and children’s quality of life in families having children with cancer. Fedele et al. (2013) found that the parent intervention reduced children’s problems included internalizing and externalizing symptoms. However, only the child internalizing symptoms effect was mediated by reduced maternal distress and improve maternal quality of life. Families received an intervention that affected family management, family, and children’s

quality of life (Knafl et al., 2016). So, an intervention to help manage problems determines the specific content about knowledge, skill, and support of each problem.

Similarly, the supportive nursing intervention involving caregivers of children with cancer developed by Hassan and Ibrahim (2018) showed that the supportive nursing intervention could decrease the burden on caregivers of children with cancer and consequently improve their coping and quality of life. The studies reported that when the family had good family management in children with a chronic disease, they had high family management for the children's condition. Then, there are improving the family quality of life and quality of life of children (Fedele et al., 2013; Ghodsbin, Asadi, & Fard, 2014; Hassan & Ibrahim, 2018; Khooshab et al., 2015; Knafl et al., 2016; Mohammadi et al., 2017).

The challenges that families face are an actual public health problem that negatively affects children and their entire families, which deserves to be supported by a severe search for prevention and remedies. In Thailand, there are a few studies of a family-management program to increase or help a family in a crisis situation like having a child with cancer. In addition, specific intervention for families with ALL children has not been found. Hence, there is still a gap in the nursing intervention to improve family management and quality of life and the child's quality of life sustainability.

Research objective

To examine effectiveness of a family-management program (FMP) on family management, family, and child quality of life among parents of children with ALL, where the primary outcome was family management, and the secondary outcomes were family and child quality of life.

Research hypotheses

1. Family management in the experimental group is better than that in the control group after completion of the intervention at post-intervention and follow-up.
2. Family quality of life in the experimental group is higher than that in the control group after completion of the intervention at post-intervention and follow-up.
3. Children's quality of life in the experimental group is higher than that in the control group after completion of the intervention at post-intervention and follow-up.

Conceptual framework of the study

The conceptual framework of the study guide by the family management style framework (FMSF) (Knafl, Deatrick, & Havill, 2012) targeted supporting family management and improving family and child quality of life. The aim is to improve family management, family and child quality of life of family having children with ALL. Moreover, this program focuses on enhancing knowledge, skill, and support by adhering to the treatment regimen or managing condition-related problems. The FMSF explained that families' management in caring for children with chronic illness arises from various activities emphasizing the promotion of family management of chronic diseases. Therefore, the family management style refers to the management behaviors adopted by family members. In contrast, the term "styles" refers to the family's methods in responding to chronic illness in children (Knafl, Deatrick, & Havill, 2012). The FMSF uses a "pattern" approach to describe how a family manages family life and a child's serious health care problems. In families of children with cancer, the FMSF describes the strategies that all or a subset of individual family members use to manage and incorporate the cancer treatment regimens into family life.

The FMSF consists of 4 components, including 1) major components, 2) families, 3) management styles, and 4) results. Its core concept focused on individual factors such as a child's daily life and a child risk factor for the view of condition impact (Knafl et al., 2013). The FMSF described the elements involved in family management and the family management style framework. It can represent the pattern of adaptation or cope with family problems, which can use the information to plan or develop management patterns for families to suit the family context. Concepts and themes of the family management style framework are as following; 1) Child's daily life is a family assessment about the management of children in daily life such as playing as much as normal children, having children meet friends, caring for schooling, and teaching how to be aware of various illnesses; 2) View of condition impact is a family assessment of the impacts on the family such as family relationships, daily living, social and economic problems of the family; 3) Family life difficulty is an assessment of the family that requires patience and effort in dealing with problems in the care of sick children to reduce complications and severity of the disease, and to improve the quality of life for sick children; 4) Condition management effort evaluates the search for information about

diagnosis, treatment, and care for children; 5) Condition management ability is the assessment of the family's ability to care for a sick child as planned successfully; for example, the child has good health conditions with no complications, and the family has confidence in management so they can manage things as expected or have an attempt to do so as well as they will not give up on obstacles, and continuously develop caring skills; and 6) Parent mutuality is an assessment of love and attachment between parents because it is essential to manage problems together such as encouraging each other, helping each other, listening to problems, planning for the future together, and adjusting child care following daily life to achieve the goal so that child has a better quality of life (Knafl et al., 2012). The FMSF is influenced by the development of the family's ability to face the problem, an adaptation of family members, and management of children with chronic illnesses, that use this concept to support the families of children with Acute Lymphoblastic Leukemia (Knafl, Deatrck, & Havill, 2012).

For this study, the researcher developed a family-management program aiming to improve family management, family and child quality of life based on the family management style framework (Knafl et al., 2012), the Building on Family Strengths Program (Kieckhefer et al., 2013), and synthesized related literature review. The program's major components consisted of defining the situation, management behaviors, and perceived consequences. The family management program consists of three sessions over three weeks, 40-50 minutes per session. Each session simultaneously teaches parents of children with ALL, including knowledge of the impact on a family having children with ALL and enhancing family management to caring for the family having children with ALL. In addition, the program is implemented, including focus groups, presentations, discussions, reflection, and practice for managing this study.

Scope of the study

This study's target population was parents of children with ALL and admitted to receiving treatment at the Phrapokkiao hospital, a tertiary hospital, situated in the eastern region of Thailand, in 2021-2022.

Definition of terms

A **family-management program (FMP)** refers to a nursing program developed by the researcher based on the Building on Family Strengths Program (Kieckhefer et al., 2013) and the FMSF (Knafl et al., 2012) used to guide the intervention process. The intervention aims to promote family management of families having children with ALL, as well as family and child quality of life. The program consists of knowledge, skill, and support for the parents of children with ALL for improving family management of family having children with ALL and refer to family and child quality of life. The program includes presentations, discussions, and reflections on managing and taking care of children and their families. There are three sessions with 40-50 minutes per session.

Family management refers to the pattern of parents and family members effectively handling taking care of children. For example, the parents are carrying their children by their ability to manage effectively, such as making decisions about ALL to maintain child health outcomes, monitoring symptoms, observing complications, and selecting healthy food for cancer. It will be measured by using the family-management questionnaire (FaMM) (Knafl et al., 2010)

Family quality of life refers to the level of satisfaction of parents and comfort in the family when children are diagnosed with ALL, which parents perceive. It will be measured using a scale from the beach-center family quality-of-life scale (BCFQOLS) (Hoffman, Marquis, Poston, Summers, & Turnbull, 2006).

Children's quality of life refers to the level of satisfaction and comfort of the children with ALL, which parents perceive, such as children with ALL's physical and mental health, perception of their activities (playing/having hobbies), relationship friends, and family. It will be measured using a scale from quality-of-life of children with cancer (PedsQL) module by Varni (1998).

CHAPTER 2

LITERATURE REVIEWS

This chapter presents the literature reviews from the following: 1) An overview of the problem of children with Acute Lymphoblastic Leukemia, 2) Family having children with Acute Lymphoblastic Leukemia, 3) Family management style framework, and 4) Relations among family management, family quality of life, and child quality of life in the contexts of families having children with cancer and chronically ill.

1) An overview of the problem of children with Acute Lymphoblastic Leukemia (ALL)

The most common cancer in children is leukemia and approximately found 30 per cent of all cancers. It is a disease that has abnormal white blood cells. Leukemia is a disorder in which the white blood cells, both in maturity and immaturity, develop faster than they usually do. The condition is caused by an abnormality of hematopoietic cells that cause abnormal cell growth resulting in abnormal cell shapes. The symptoms of the disease range from weakness, pale skin tone, fever, bone or joint pain and/or tenderness, and infections (Kyle & Carman, 2017). They cause a lot of abnormalities in the bone marrow, bloodstream, and various organs. The symptoms can spread to lymph nodes all over the body resulting in very high death rates. Leukemia is classified according to the disease's stage and progression into acute and chronic types (Bunyatisai, Jia-Mahasap, & Chitapanarux, 2019; Roganovic, 2013; World Health Organization, 2018). Acute leukemia is more severe than a chronic one. It is caused by the abnormality of the blast cells increasing in number and interfering with other normal blood cells' production. Also, cancerous cells can accumulate in other organs such as livers, spleens, lymph nodes, or skins. It is the most common cancer in children, accounting for 25-30 per cent of all cancers in kids.

Children with ALL in Thailand

There is the highest prevalence of children with ALL in Thailand between ages 2 and 5 years of preschool age (World Health Organization [WHO], 2018). This is a time of preschool-age continued growth and development. Physical growth continues much more slowly compared to earlier years. Development of cognitive, language and psychosocial are

substantial throughout the preschool period. Many behaviors that began during the toddler years are mastered and perfected during the preschool years. The child has learned to accept separation from parents, longer attention span, and learns skills that affect later success in school-age children. Preparation for school success continues during the preschool period because most children enter elementary school by the preschool period (Kyle & Carman, 2017). Preschool development is hallmarked by a combination of physical, psychological, cognitive, moral and spiritual, communication and language, emotional and social achievements preparing preschoolers for the most significant lifestyle change, such as entry into school (Centers for Disease Control and Prevention, 2021). During this stage, children have a more mature body structure, control body functions, ability to interact cooperatively with others, mastery of themselves as independent, and determination to extend experiences beyond their family (Institute of Medicine and National Research Council, 2015).

ALL in children has been a significant public health problem globally, including in Thailand. There are approximately 200,000 children diagnosed as ALL each year (WHO, 2018). The incidence rate of children with ALL worldwide is around 150 cases per million and increased significantly. It is a leading cause of death for children and adolescents worldwide, and approximately 300,000 children aged 0 to 19 years old died each year (WHO, 2020). It is a severe disease that causes danger to children's lives, accounting for 1 in 3 of all cancers found in children. (Gouveia, Janvier, Dupuis, Duval, & Sultan, 2017; World Health Organization, 2018). ALL affects children holistically, both physiological and psychological, such as bone pain, infection, tiredness, bleeding, stress, anxiety, and depression. In Thailand, ALL is about 38.1 per cent of all cancers in children. It was found that the incident rate is 21.7 and 14.1 per population 100,000 people in boy and girl patients aged between 0-5 years, respectively (Imsamran, Chaiwarawattana, Wiangnon, & Pongnikorn, 2015). The primary treatment for children with ALL is chemotherapy. The entire treatment length is typically about 2 to 3 years, with the most intense therapy in the first months (Children's cancer and leukemia group, 2016).

The survival rate of children diagnosed with ALL in developed countries varies from 60–90 per cent, while between 1995 and 2009, the survival rate ranged from 51–59 per cent (Bunyatisai, Jia-Mahasap, & Chitapanarux, 2019). At present, approximately 80% of children diagnosed with ALL can be cured, and improvements in long-term

survival rates may have reached a plateau as a higher rate of treatment-related deaths due to the further intensification of therapy (Roganovic, 2013). Therefore, the future progress lies in the better understanding of children's biology allowing for more individualized treatment. Developing preventive measures and providing curative therapy are the ultimate goals of children diagnosed with ALL (Roganovic, 2013). One study of childhood cancer survivors' psychosocial problems investigates whether such issues are influenced by family management style in families with children aged 4 to 16. The result revealed that family management was significantly correlated with children's psychosocial problems. In a multiple regression model, the family life difficulty and parental mutuality scales of the family management were independent predictors of psychosocial problems in young cancer survivors (Kim, Ekas, & Hock, 2016).

The previous study examines the influences of family functioning, coping, symptom distress, trait anxiety, state anxiety, functional status, and self-care behavior on the health-related quality of life (HRQOL) of children with cancer. The sample comprises children with cancer aged 9-18 years old hospitalized in Thailand and their caregivers or those being followed up at outpatient units in tertiary hospitals. The results revealed that only 33.3 per cent of the variance of the HRQOL of Thai children with cancer was explained by trait anxiety and functional status. The results showed that trait anxiety and active status were significant predictors of HRQOL (Khamchan, Punthmatharith, Petpichetchian, & Chotsampancharoen, 2019). There was a consistent study in hospitalized Thai children with cancer in children aged 9-18 years old. The results revealed that five independent variables, including coping, symptom distress, trait anxiety, state anxiety, and functional status, significantly accounted for 33% of the variance in HRQOL. Both symptom distress and state anxiety had adverse indirect effects on HRQOL via active status. The findings provided helpful information for nurses to develop effective interventions to enhance HRQOL in Thai children with cancer (Khamchan et al., 2019).

Children with ALL have been a major public health problem in Thailand. This is a chronic illness that affects children and their families. Children having ALL undergoing chemotherapy require intensive care from health care providers and family, especially in first-time treatment. Family plays a vital role in caring for children with ALL. Then, it is necessary to have the knowledge and skills to care for children with ALL to prevent

complications, manage symptoms efficiently, and help parents adapt and reduce stress resulting from caring for ill children, which refers to family and children quality of life.

Currently, acute leukemia can be divided into two major groups, including Acute Lymphoblastic Leukemia (ALL) and Acute Myeloid Leukemia (AML) (Roganovic, 2013; WHO, 2018):

1) Acute Myeloid Leukemia (AML) caused by an abnormality of myeloid leukocytes. It is found more often than the lymphoid type. Although this type of cancer can be found at any age, it is more common in older patients and can be found in approximately 25-30 per cent of children (Ward et al., 2014a).

2) Acute Lymphoblastic Leukemia (ALL) caused by an abnormality of lymphoid leukocytes. It is found around 75-80 per cent in children and may also experience enlarged lymph nodes. This type usually has a better response to treatment. The disease progression of acute leukemia is generally severe and rapid in days or weeks concerning the increased white blood cell levels. Patients often get worse quickly if not treated (Ward et al., 2014a).

Chemotherapy

The primary treatment of leukemia is chemotherapy. Patients are treated according to their risk-adapted therapy based on their prognostic factor, including their treatment response while undergoing chemotherapy. Generally, ALL treatment duration is between 2.5 - 3 years, and the course of AML treatment is between 6 - 8 months. Children with ALL who do not respond to standard chemotherapy may be considered for stem cell transplantation (Bunyatisai et al., 2019; Steliarova-Foucher et al., 2017; Ward et al., 2014a).

Chemotherapy work in two different ways about the cell cycle. Cell cycle-specific agents exert their actions during a specific phase of the cell cycle. Second, cell cycle-nonspecific drugs exert their effect on the cells regardless of which stage the cell is. Chemotherapy protocols often call for a combination of medicines that action different phases of the cell cycle, thus maximizing the destruction of cancer cells. Chemotherapy drugs are divided into classes that exert slightly other actions and affect various portions of the cell cycle (Kyle & Carman, 2017).

However, chemotherapeutic medications disrupt the cell cycle of cancer cells and normal rapidly dividing cells. As a result, there are results in a significant number of adverse effects. The cells most likely to be affected by chemotherapy are those in the bone

marrow. Adverse effects common to chemotherapeutic drugs include infection, nausea, vomiting, and pain. Long-term complications include missing teeth due to damage to developing permanent teeth; hearing and vision changes; hematopoietic, immunologic, or gonadal dysfunction; endocrine dysfunction, including altered growth and precocious or delayed puberty; various alterations of the cardiorespiratory, gastrointestinal, and genitourinary systems (Kyle & Carman, 2017; Ward et al., 2014b).

Symptoms and clinical manifestations

The bone marrow is home to hematopoietic stem cells, and it is the main organ responsible for producing various blood cells, including red blood cells, white blood cells, and platelets. For patients with acute leukemia, the stem cells in the bone marrow are replaced by cancer cells. They cause impaired blood cell production, so most patients come to see doctors with symptoms and clinical manifestations relating to the deficiency of blood cell production in the bone marrow. They include fatigue, tiredness, and pale condition due to low red blood cells. Fever or infection due to the low level of normal white blood cells is also found (Lo Nigro, 2013). There is also easy bleeding such as ecchymosis, petechial eruption, scurvy, or nosebleeds due to low platelets. Some patients may also have bone pain due to the presence of cancer cells in the bone marrow. In the case that a patient has a tumor in the chest, they may develop respiratory symptoms including wheezing, suffocating, or having an abnormality in the cardiovascular system such as a swollen face and neck due to the pressure on the airway or circulatory system, respectively (Pediatric Treatment Editorial Board, 2020).

Also, children may have other non-specific symptoms such as anorexia and weight loss. After examining the patients, the studies found that patients have a pale condition, fever, or abnormal bleeding (Lo Nigro, 2013). Still, most children with acute leukemia are also found to have enlarged liver, spleen, and lymph nodes. For children whose cancer cells have spread to the testes, there can be lumps in there. Children whose cancer cells have spread to the nervous system may find a cranial nerve disorder from a physical examination. However, some children may not have any abnormalities unless there are cancer cells in the cerebrospinal fluid (CSF). In addition to the symptoms and clinical manifestations mentioned above, some AML patients may be found to have extra medullary myeloid tumor or chloroma, gingival hypertrophy, or leukemia cutis (Pediatric Treatment Editorial Board, 2020).

Prognosis

Generally, the studies found that ALL can be cured; however, about 90-95 per cent of children have poor prognoses. However, 75 per cent of the children are found to be in the disease-free period for about five years. Factors that help predict age, sex, ethnicity, number of white blood cells receiving and platelets, etc. The prognosis of the disease is based on the WBC count in diagnosis, cytogenetic factors and immunophenotyping, the age at diagnosis, and extra medullary involvement (Pediatric Treatment Editorial Board, 2020). Generally, the higher the WBC count at diagnosis, the worse the prognosis. Children between 1 and 9 years of age and with a WBC count less than 50,000 at diagnosis have the best prognosis. Complications include infection, hemorrhage, poor growth, CNS, bone, or testicular involvement (Kyle & Carman, 2017).

The effects of leukemia on children and family

The effects of leukemia on children

Leukemia is a severe disease that causes danger to the lives of children. The effects of leukemia cause problems for children in all aspects, physically, psychologically, and socially.

1. Physical effects are caused by symptoms and treatment. The disease's pathology causes the child to become fatigued, pale, quickly tired, bored with food, low immunity and easily infected. Children in the final stages of the disease will suffer from the pain of the disease's spread, including bone destruction, having less blood to feed the various parts, the spread of cancer cells to nerve cells causing pain, and inflammation from infection (Chang, Tsai, Tsai, & Wiemels, 2012; Kyle & Carman, 2017). In the field of treatment, young patients are affected by short-term chemotherapy and radiotherapy, including nausea, vomiting, loss of appetite, ulcers in the oral mucosa, weight loss, constipation, diarrhea, less rest, and the control of the function of the bone marrow causing uncomplicated infection from the decreased production of white blood cells (Petridou et al., 2018). Pediatric patients are also affected for the long term by treatment on various systems in the body. In the nervous system, children will experience many effects such as drowsiness, headaches, decreased learning, seizures, and unconsciousness. Second, the musculoskeletal system, children have decaying bones and slow growth. Third, in the endocrine system, children will

lack hormones that help develop or lose the pituitary gland's functions. Fourth, children will experience nausea, vomiting, and inflammation of the gastrointestinal mucosa for the digestive system. The last system will be inflammation of the bladder, kidney inflammation, and abnormal kidney function resulting in kidney failure. It also affects other organs, such as loss of vision and hearing (Kyle & Carman, 2017; Pediatric Treatment Editorial Board, 2020).

2. Psychological effects are when pediatric patients are hospitalized. Children have to leave their parents and family as well as encounter strangers and unfamiliar places. This situation makes children anxious and fearful. The effects also cause the children to have depression, mood swings, dissociation, resistance, and uncooperative treatment. It also includes the fear of treatment that causes children to be in pain and tortured continuously for a long time. Studies have shown that if the illness duration is longer, the children will have more stress and anxiety than the short duration (Leukemia & Lymphoma society, 2020; Liu et al., 2018; Sherief et al., 2015).

3. Social effects are on the young patients and their families as well. The parents of young patients had different expressions. They are shocked, angry, scared, and ashamed. Some think that they are causing the children to become sick, leading to stress in the family. Pediatric patients' parents have to meet children's needs and increase the burden of care than usual. It also affects the siblings of sick children since the parents have to give more time to the patients. Leukemia causes children to be often hospitalized. Children are limited to activities such as playing and performing daily activities. Children have to miss school and reduce relationships with other people (American Academy of Pediatrics, 2015; Golics, Basra, Finlay, & Salek, 2013; Jones, Currin-Mcculloch, Pelletier, Sardi-Brown, Brown, & Wiener, 2018).

The effects of leukemia on family

Children with cancer are a significant life event for parents that affects a great number of parental issues. Family of children with ALL often face effects of the disease and its treatment, plus the risk of newly emerging late effects or disease recurrence that require significant long-term follow-up and care (Mahmoud & Elaziz, 2015). Moreover, previous studies found that families having children with ALL have bad experienced, fear, feeling guilty, anxiety, depression, despair, regret, sleep problems, high emotional stress, high social isolation, and difficulty management (Knafl et al., 2016; Lim et

al., 2017; Litzelman, Catrine, Gangnon, & Witt, 2011; Song, Nam, Park, Shin, & Ku, 2017). The numerous stressors for parents of children with ALL, including stress related directly to leukemia, such as secondary illness, disabilities, attention deficits, loss of normal life and activities, and parenting stressors, such as persistent feelings of grief, loss, and uncertainty (Toledano-Toledano, 2018). The previous studies found that the psychosocial effects of childhood cancer on the parents did not investigate its impact on family planning. Our clinical experience, however, indicates that family planning is also affected by childhood malignancy. During treatment, several parents were uncertain about postponing or refraining from progeny. They feared the negative consequences of a new baby in the family on the ill child, indicating that care for the sick child prevails. Sometimes future pregnancies are postponed until treatment for the ill child has been completed (Van Dongen-Melman et al., 1995; Van Schoors et al., 2019). However, the family having children with a chronic illness had lower family management and family quality of life (Thorsteinsson, Loi, & Rayner, 2017; Warapornmongkholkul, Howteerakul, Suwannapong, & Soparattanapaisarn, 2018). The family having children with cancer reported that they have difficulty family management; it affects family and child quality of life (Knafl et al., 2013; Salvador, Crespo, & Barros, 2019).

2) Family having children with Acute Lymphoblastic Leukemia

ALL is still a life-threatening illness despite recent advances in treatment, and more than 80% have a chance of being cured. Presently, children diagnosed with ALL stay at home most of the time. Therefore, their parents play an essential role in giving care. Evidence reported that children with ALL had a high survival rate when the family provided appropriately, caring, and managed. It can be seen that the nature of family management when there is a change or crisis occurs is essential to caring for families with children with leukemia (Schepers, Sint Nicolaas, Maurice-Stam, Haverman, Verhaak, & Grootenhuys, 2017; Silva-Rodrigues, Pan, Pacciulio Sposito, de Andrade Alvarenga, & Nascimento, 2016). In families with ill children, family management needs knowledge, skills, behavioral care, and beliefs, which are important to the children and the family. From both domestic and international literature reviews, it was found that each family responded and faced different problems (Jones et al., 2018; Knafl et al., 2013).

A family is a group of people related to each other, such as a mother, a father, a child, and sometimes siblings, grandparents, uncles, aunts, and others who are related (Cambridge Dictionary, 2020), and interaction with health professionals is primarily collaborative (Knafl et al., 2013). A family, a sub-unit society that is the closest aware of children's symptoms, plays an essential role in caring for children with illness. Therefore, the family, the father and mother, must care for and manage children with the disease (Cambridge Dictionary, 2020). Families often play a crucial role in caring for children who suffer from acute and chronic health conditions. A family's cohesiveness and level of conflict may determine how well it can provide a young survivor with a better quality of life and compensate for a child's physical deficits (Hocking et al., 2011). Many children and their families still suffer from disease and long-term treatment. When children are diagnosed with ALL, the family system is faced with many stressors and demands.

When a family with children diagnosed as ALL is the beginning of a reversal in the ordinary and expected flow of family life, it would change their view of life and death and their goals, expectations, hopes, and dreams concerning their children and families. Families respond to this situation according to many factors. Some factors contribute to the response, such as family management, family, and a child's quality of life. ALL diagnoses and treatments have a significant impact not only on patients but also on families, affecting every aspect of family life. Previous research has also shown that parents and children experience considerable stress in the first year of children diagnosed with leukemia (Tsai et al., 2013). One study of caring for a family member with cancer is associated with several care-related problems and challenges for the caregiver. The present study aimed to explore challenges faced by Iranian family caregivers of cancer patients. The result found that care provided in an atmosphere of suffering and discontent diminishes the caregiver's quality of life and patient care quality (Nemati, Rassouli, Ilkhani, & Baghestani, 2017). The previous studies found that poor quality of life was identified among parents of children with leukemia (Nurhidayah, Hendrawati, & Hasriyadhi, 2020). The result revealed that children's activity limitation and active treatment status were associated with worse parental mental quality of life. Including parental psychosocial characteristics in the model eliminated the relationship between child clinical characteristics and parental mental quality of life (Litzelman, Catrine, Gangnon, & Witt, 2011).

3) Family management style framework

The family management style framework [FMSF] (Knafl, Deatrick, & Havill, 2012) is a conceptual framework that describes the elements involved in family management and family management style framework. It has been studied in many countries worldwide and found that it can describe the pattern of adaptation or coping of family problems. We can use the information to plan or develop management patterns for families to suit the family context. The concept of family management describes the "patterns" of management to understand the families of children with chronic illnesses. According to Knafl et al. (2012), they are involved in family management and family management style framework. This concept has been developing in the United States for over 20 years from a qualitative study of family management methods of children with chronic diseases in various conditions such as cancer, diabetes, aphasia, and blood disease. It has been studied in many countries worldwide and found that it can describe the pattern of adaptation or coping of family problems. Families have a variety of methods for managing sick children.

Families have a variety of methods for managing children with chronic illness. The family management framework consists of 4 components, including 1) major components, 2) family, 3) family management styles, and 4) outcomes.

1. Major components are important factors that affect family members' perception and allow them to respond to different pediatric patients' chronic illnesses. They consist of 3 components (Knafl, Deatrick, & Havill, 2012).

1.1 Definition of the situation is a family perception of illness and treatment, which is essential for how families take care of their children according to the family routines. Each family's definition depends on many factors such as child identity, illness view, parental mutuality, and mindset. A well-managed family will focus on looking after the children as normally as possible. In contrast, a family with problematic management will view the situation as a problem or a burden.

1.2 Management behaviors are caused by various activities or daily activities to encourage families to manage chronic illness of children effectively. Managing suitable family duties, understanding, seeking appropriate practices, and making decisions to solve problems and obstacles ineffective require the families to have patience and effort to deal with problems. Families' challenge is to develop new

routines to manage illnesses and perform activities consistent with family activities to balance children and others' needs. For example, a family can handle well in the initial stages of a diagnosis or is not yet ready for child care. Therefore, at this stage, sick children and families need close advice to adjust the routines to become the most balanced. On the other hand, families that are not well managed will feel distressed by the changes and greater responsibilities in child care, which will affect the behavior of protecting and caring for sick children.

1.3 Perceived consequences are from the family's perceived experience of illness and predictions. This perception results from the management behaviors and the situation's definition, which affect the family management style. If chronic diseases in children change frequently and worsen their symptoms, family management will be more stressful. On the other hand, if the child's symptoms are stable and predictable, the family's fear and anxiety for the future will be reduced. Families that are well managed tend to integrate children's illnesses into family life. Those families can continue to live normally and see the possibility of better family life. At the same time, families with management problems tend to focus solely on children's illnesses. They may speculate that their illness will increase, which will cause complications in their family life.

However, contextual influences affect the family's management, including social networks, health systems, health care providers, and other sources of benefit.

2. Family refers to sick children and family members, including parents, siblings of sick children, or other living members.

3. Management styles are the family management methods used to take care of sick children in various ways. The term "management" refers to the family's response behaviors, while the term "styles" refers to families' methods in responding to chronic illness in children. They can be divided into five styles (Knafl, Deatrick, & Havill, 2012).

3.1 Thriving style defines a child's illness as standard, and the way of life must continue. Parents have good relationships, have confidence in dealing with problems, and have proactive and relaxed ways to deal with each issue without stress. The perception or expectations of the illness's consequences will be positive and see that the family's impact is minimal.

3.2 Accommodating style is similar to the first style. The families will adapt well when the patient's condition is stable, but managing will decrease as the symptoms change or a problem requires more care. It will define a child's illness as standard, and the way of life must continue. Parents have good relationships, have confidence in dealing with problems, and have proactive and relaxed ways to deal with each issue without stress. The perception or expectations of the illness's consequences will be positive and see that the family's impact is minimal.

3.3 Enduring style defines a child's illness in many different ways, from standard to depression. Parents have good relationships, have confidence or trouble when dealing with problems, and have methods to deal with issues proactively. Perceptions or expectations of illness consequences often vary depending on the child's condition, treatment received, and effects. This style is usually not seeking any benefits.

3.4 Struggling style is the solution that does not often result in positive results. Families with this style will provide a variety of definitions of children's illnesses. One of the parents is confident in the management, but the other will feel troubled by the problem. The parents' relationship is not good, but dealing with proactive issues often does not seek benefits. One of the parents' perceptions or expectations about the illness will look negatively and think that their child's illness will have a more severe effect.

3.5 Floundering style often defines a child's chronic illness and problems as severe and cannot be resolved. Parents will feel overwhelmed and unable to deal with various issues. The relationship between parents is not good. One of the parents' perceptions or expectations about the illness will look negatively and think that their child's disease will have a more severe effect.

4. Outcomes cover both individuals and families. There are from the performing activities of individuals and families managing family members with chronic illnesses (Knafl, Deatrick, & Havill, 2012).

4.1 Personal dimension is essential in evaluating care outcomes, such as the quality of sick children's lives and their families and parents' stress. It is the goal of caring for chronically ill children and families to lead an everyday life.

4.2 Family dimension with reasonable care can provide care for sick children in the family or family members' roles and responsibilities.

Children with chronic illness have a profound impact on pediatric patients and their families. The severity of the disease, the duration, treatment method, and the complexity of the disease affect families' ability to manage care, plan, and anticipate future events. The family management style framework explained coping and adjustment in families of children with chronic illness (Knafl et al., 2012; Knafl et al., 2013; Yeh et al., 2012).

4) Relations among family management, family quality of life, and child quality of life in the contexts of families having children with cancer and chronically ill.

The basic of managing a family include the effective relationship between family members, having routines followed by all family members, sharing tasks and chores, showing affection to one another, and responding to one another in gentle and respectful ways. Family management is the pattern of parents carrying their children by managing effectively (Knafl et al., 2013). So, family management is the process of effectively handling something about taking care of children and family members. The previous studies found that parents of children with ALL experienced high emotional stress and most likely focused all their attention on maintaining and managing patient and family care. The management of parents is essential in managing their children with cancer to ensure treatment compliance and continuity of care.

The previous studies found the process of development of the family management style framework. The FMSF provides a complete understanding of family life in the context of a child's chronic condition and directs researchers' and clinicians' efforts to assess family response, especially concerning how condition management is incorporated into everyday family life (Knafl, Deatrck, Gallo, & Skelton, 2021). In a study of adapted Family Management Style Framework that includes children's perspectives with chronic health conditions. The result showed that the family management style framework was adjusted to reflect children's views of themselves and their families. Incorporating children's perspectives allows us to

consider the transactions that occur during condition management between parents, children, and families (Beacham & Deatrck, 2019). However, a revised self- and family management framework. They used the synthesis of previous studies to update the framework. The study suggested that using the framework to guide studies would allow studies to address how self-management interventions work and under what conditions (Grey, Schulman-Green, Knafl, and Reynolds, 2014). The result revealed that family management patterns were related significantly to family and child functioning, family and child's quality of life, including the association between child behavior problems and mothers' depressive symptoms (Kim, Ekas, & Hock, 2016; Knafl et al., 2013; Salvador, Crespo, & Barros, 2019; Sheng, Ma, Ding, & Zhang, 2018).

Then, parents' declining quality of life results from the lack of proper family management and poor quality of life of children with ALL (Nurhidayah, Hendrawati, & Hasriyadhi, 2020). Quality of life is the standard of health, comfort, and happiness experienced. Family and children's quality of life is the level of satisfaction and comfort for children and their families when children are diagnosed. The previous studies found a relationship between family and child's quality of life in children with cancer and chronic illness (Jenaro et al., 2020; Litzelman, Catrine, Gangnon, & Witt, 2011; Nurhidayah, Hendrawati, & Hasriyadhi, 2020). However, several studies have shown that family management, family quality of life, and quality of life of children are related, which are described below.

A study of family response patterns to chronic childhood conditions provides a comprehensive understanding of their influence on family and child. The sample was 575 parents (414 families) of children with chronic conditions. The finding showed that responses vary about the family's quality of life in the context of a child's chronic disease and how families incorporate condition management into everyday family life (Knafl et al., 2013). Then, the descriptive quantitative study of parents who had children aged 0-15 years diagnosed with leukemia. The study results showed that treatment of children with cancer could affect the daily lives of family, management of caring for their children in less than 12 months with severe leukemia. These can disrupt and affect the poor family quality of life (Nurhidayah, Hendrawati, & Hasriyadhi, 2020). Assessing the quality of life in families revealed that poor family quality of life could disrupt children's quality of life. So, the quality of life of children with chronic diseases will worsen if the family's quality of life is not

good. However, the literature review found that various interventions were used to develop family management and promote the quality of life of children and their families as follows.

A study of the impact of a Parent-Based Interdisciplinary Intervention for mothers on adjustment in children newly diagnosed with cancer by all mothers of children diagnosed with cancer within the past 4–16 weeks. The intervention comprised 12-session interdisciplinary interventions from psychologists and nurses. The educational intervention was structured in an alternating weekly format. Psychology interventionists delivered the in-clinic intervention on an odd number of weeks, which took approximately 45 min to 1 hour. The nurse interventionists had the phone intervention on the even-numbered weeks and took about 15-30 min. All sessions included cognitive-behavioral based and specific to each module's core content in a program that took approximately three months, and a follow-up was excluded. The result found that the intervention reduced signs and symptoms that affected the family and child's quality of life. Including, promoting, and improving family management will more effectively take care and sustainability (Fedele et al., 2013), which associated the study on the impact of education on parents' quality of life having children with leukemia by all mothers of children. The result found that the effectiveness of education on the quality of parents' life was recommended to implement through consulting and educational programs for parents, especially those of children with leukemia, to promote caring, reduce anxiety, and enhance the family and child's quality of their (Ghodsbin, Asadi, & Fard, 2014).

The results demonstrated improved knowledge among children with cancer and their family, especially in the intervention group compared with those in the control group, to a statistically significant extent that improves family management, family and child's quality of life. The studies showed the effectiveness of skills training interventions and merged with educational intervention from the reviews reported. The studies described interventions that might provide the appropriate clinical practice and implementation guidelines, given their substantial evidence and theory. The result showed that the supportive nursing intervention could decrease the burden and improve coping beliefs, spiritual and attitudes that might have affected family management, families' quality of life, ability, and caring skills (Graziano et al., 2015; Hassan & Ibrahim, 2018; Mohammadi, Mehraban, & Damavandi, 2017; Yeh et al., 2012).

In conclusion, the review revealed that family management, family and child's quality of life in children with cancer have a relationship for improving children's health and their families. The reviews of nursing intervention have provided evidence of families having children with cancer improving condition knowledge and caring, which affect family and child's quality of life.

In summary, ALL is the most common cancer in children that accounts for 25-30 per cent of all cancers in children, and it is about 38.1 per cent of all cancers in children in Thailand, with most found in preschool (2-5 years of age). ALL is still a life-threatening illness despite recent advances in treatment, and more than 80% have a chance of being cured. Presently, children diagnosed with ALL stay at home most of the time. Therefore, their parents play an essential role in giving care. Children with ALL had a high survival rate when the family provided appropriately, caring, and managed. It can be seen that the nature of family management when there is a change or crisis occurs is essential to caring for families with children with leukemia. Parents often play a crucial role in caring for children who have cancer. The management of parents is essential in managing their children with cancer to ensure treatment compliance and continuity of care. Then, parents' declining quality of life results from the lack of proper family management and poor quality of life of children with ALL. Quality of life is the standard of health, comfort, and happiness experienced. Family and children's quality of life is the level of satisfaction and comfort for children and their families when children are diagnosed. A family-management program (FMP) is developed by the researcher in this study based on the family management style framework (Knafl et al., 2012) integrated with the Building on Family Strengths Program (Kieckhefer et al., 2013), and synthesized related literature review. The aim is to improve family management, family and children quality of life of family having children with ALL. The program implementation consists of three sessions over three weeks, 40-50 minutes per session. Each session simultaneously teaches parents of children with ALL, including knowledge and impact of ALL on a family having children with ALL and enhancing family management. Focus groups, discussions, reflection, demonstration and practicing among participants during the implementation were conducted. Family management is the main result, and the quality of life for the family and the children is the secondary result. At week 1 (T1) pre-intervention, week 3 (T2) post-intervention, and week 7 (T3) follow-up, they will be measured three times.

CHAPTER 3

RESEARCH METHODS

This chapter presents the research design, population and sample, sampling, research instruments, protection of human rights, data collection procedures, and data analyses.

Research design

This study was a two-group quasi-experimental design with pretest-posttest and follow-up. It was employed to examine the effectiveness of a family-management program (FMP) on family management, family and child quality of life.

The FMSF conceptualized those essential components of family management pertaining to how parents of children with chronic illnesses integrated condition management into everyday family life, which is why family management is the main outcome. The quality of life for families and children is the secondary outcome. The outcome variables were gathered before receiving the FMP at time1 (week 1, pre-intervention), after completion of the FMP at time2 (week 3, post-intervention), and follow-up at time 3 (week 7, follow-up).

Population and sampling

Population

The target population was the parents of children with ALL who are admitted to receive treatment at a pediatric oncology ward in the Phrapokklao hospital, Chanthaburi province.

Sample

The sample in this study was recruited by a convenience sampling through the target population from the following inclusion criteria;

The inclusion criteria for eligible Thai parents included: (a) consenting mother or father of a child aged 2-5 years that was diagnosed with ALL; (b) being the primary parent providing care for their child during the chemotherapy process; (c) being the owner of a cell phone with internet coverage and able to use it; (d) when a

parent is doing an activity, the child must have at least one relative with them; (e) being able to attend all sessions of the study FMP; and (f) being able to speak and read the Thai language. The child's inclusion criteria included: (a) being aged between 2-5 years; (b) being diagnosed with ALL and currently receiving related chemotherapy in the out-patient clinic; and (f) having a good prognosis recorded in the child's medical records.

Exclusion criteria included children who were currently receiving (a) palliative or hospice care and (b) care in the bone marrow transplant unit. Additionally, enrolled parents were planned to be withdrawn from the study if their child would have died unexpectedly prior to scheduling any of the FMP sessions. However, this did not occur.

Sample sizes

Using the statistical software package G*power version 3.1.9.7 (Faul, Erdfelder, Buchner, & Lang, 2009) for Repeated Measures ANOVA (within-between interaction), the sample size was determined. With a fixed effect size of 0.22 from earlier research and a significant level value of 0.05, it was deemed appropriate to employ as a statistical approach in the current investigation (Kieckhefer et al., 2013). The test's power was set at 0.80. A minimal sample size of 36 cases plus a 25% attrition rate were found by the computation. As a result, there were 46 cases in total who were divided into 23 cases each for the experimental and control groups by random assignment.

Sampling

Participants were parents who have children with ALL in the Phrapokklao Hospital, Muang district, Chanthaburi province, situated in the eastern region of Thailand Thailand. Phrapokklao Hospital is a tertiary hospital, and is classified under the Ministry of Public Health as a regional hospital. There is the center of excellence in cancer, in their ambulatory chemotherapy care clinic and pediatric oncology ward. Out-patient and in-patient chemotherapy treatments and related cancer care are routinely provided to pediatric patients with cancer in this area. Out-patient cancer treatments in this clinic allow patients and family members to return home afterward instead of being admitted to the hospital. This clinic has several playrooms, educational facilities, and common areas to provide caregivers a child-friendly environment. In-patient cancer treatments in this

ward allow patients and family members to return home afterward instead of being admitted to the hospital or still admitted to the hospital.

The researcher approached eligible parents who met the study inclusion criteria. Then, the researcher explained the objectives, risks, and benefits of participation and invited the parents to participate. When they agreed and already signed consent form to participate in this study. First, they were recruited to the control group by using the convenience sampling technique. They were asked to complete all questionnaires at pre-intervention (week 1, T1) and received routine care from the hospital. At week 3 (T2) and week 7 (T3), they were asked to complete the questionnaires again.

Next, the researcher recruited the participants for the intervention group using a convenience sampling technique. They were asked to complete all questionnaires at pre-intervention (week 1, T1). After that, the researcher implemented the family-management program for them. After completing the program, they were asked to complete all questionnaires at post-intervention (week 3, T2) and follow-up (week 7, T3).

Instrumentation

Two types of research instruments for data collection and implementation was used in this study. Details of each instrument were described as follows:

1. Instruments for data collection

1.1 A demographic questionnaire was developed by the researcher. It was used to record participants' information about the parents and the children. There were age, education, occupation, parents' living status, and relationship with children. For the children, there were gender, age, and duration of treatment.

1.2 The family management questionnaire (FaMM) was developed by Knafl et al. (2010). It used to measure how families manage caring for a child with a chronic condition/illness and the extent to which they incorporate condition management into everyday family life as perceived by the family caregivers of children with ALL. The scale consists of 53 items measuring six dimensions: 1) child's daily life (5 items), 2) condition management ability (12 items), 3) condition management effort (4 items), 4) family life difficulty (14 items), 5) view of condition impact (10 items), and 6) parental mutuality (8 items).

The participants were asked to respond to each statement using a 5-point Likert scale (1 = “Strongly disagree” to 5 = “Strongly agree”). The total score ranges from 53 - 265. A higher overall score indicates high family management. The total score as well as scores for each of the six subscales for the negative item responses are calculated by reverse coding the negative item responses. Then, the positive item responses and the reverse coded negative item responses are calculated using the scoring instructions found on the FaMM web page (Knafl et al., 2010). A previous study reported it's that the Cronbach's alpha reliability was 0.94 (Knafl et al., 2010). In this study, Cronbach's alpha reliability of the Thai version was 0.71.

1.3 The Beach Center Family Quality of Life Scale (BCFQOLS) was developed by Hoffman et al. (2006). It used to measure families' perceptions of their satisfaction with different aspects of family quality of life as perceived by the family caregivers of children with ALL. The BCFQOLS is a 25-item inventory rate on a 5-point Likert-type scale, a scale from 5 = very satisfied, 4 = satisfied, 3 = neither, 2 = dissatisfied, and 1 = very dissatisfied. Its purpose is to measure several aspects of families' perceived satisfaction regarding the quality of family life. This questionnaire is used to measure five domains: family interaction (6 items), parenting (6 items), emotional well-being (4 items), physical/material well-being (5 items), and disability-related support (4 items). The 25 items are summed, indicating a total score ranging from 25 - 125. Thus, higher scores indicate a high family quality of life. For reliability, Cronbach's alpha for the FQOL was 0.94 (Hoffman et al., 2006). In this study, Cronbach's alpha reliability of the Thai version was 0.98.

1.4 The Pediatric Quality of Life Inventory (PedsQL) Measurement Model, developed by Varni (1998). It is a specific module for child cancer of the PedsQL™, and the existing versions are an acute and standard version for toddlers (2-4 years of age). The toddlers' assessment of their well-being is reported by the parents. It has been designed to measure pediatric HRQOL specifically tailored for pediatric cancer. The 25-item scale has eight dimensions consisting of 1) pain and hurt (2 items), 2) nausea (5 items), 3) procedural anxiety (3 items), 4) treatment anxiety (3 items), 5) worry (3 items), 6) cognitive problems (3 items), 7) perceived physical appearance (3 items), and 8) communication (3 items). There is a 5-point Likert scale from 0 (never) to 4 (almost always). Total scores range from 0-100, and the scale is as follows: 0 = 100, 1 = 75, 2 = 50, 3 = 25, 4 = 0. Therefore, the higher

scores indicate a child's better quality of life. A previous study reported its reliability standard of 0.70 (Varni, 1998). In this study, Cronbach's alpha reliability was 0.90.

2. Instrument for implementation

2.1 The researcher developed the FMP based on the FMSF (Knafl et al., 2012), the Building on Family Strengths program (Kieckhefer et al., 2013), and reviews of related literatures. The program focused on the promotion of parents to manage and take care of children with ALL. The researcher conducted the implementation sessions in a private room. There were three implementation sessions with 40-50 minutes per session.

2.2 The program implementation (Week 1-3)

Week 1:

Session 1: Perception of the emotional impact and feelings experienced by families of children with ALL; an overview about the perception of the emotional impact and feelings experienced by families of children with ALL.

Objectives: 1) Introduce the concepts of knowledge about the impact of living with ALL children, 2) Enhance the knowledge process of parents on the impact of ALL on the child, and 3) Explore the emotion and feelings of the parent having children with ALL.

Implementation phase: The researcher introduced and describes the research objectives and program details. Using video-clips showing on a notebook computer, then, the researcher explained the key concepts, knowledge about the emotional impact and feelings experienced by families of children with ALL. After that, the researcher encouraged parents to express their feelings, and asked about experiences and prior knowledge before gaining knowledge about leukemia. The video-clips were saved into the participants' smartphone for them watching on their convenience.

Week 2:

Session 2: Family management guidelines for families of children with ALL; exploring the relationships and communication of parenting a child with ALL, such as exploring feelings, managing complicated emotions, self-talk, and peer support. This session led to develop family management of parents having children with ALL.

Objectives: 1) Develop family relationships and communication of parents of children with ALL, and 2) Enhance the family impact, develop family management, and improve taking care of children with ALL.

Implementation phase: The researcher conducted focus groups where participants could express management of their family. Then, the researcher described the knowledge about relationships and communication in families with children with ALL. The researcher asked parents to set goals for caring and developing relationships and communication in families with children with ALL according to the abilities of each family and encouraged parents to share experiences of family relationships and communication. Finally, the researcher allowed parents to form groups to find guidelines for caring for sick children and their families. Moreover, the researcher provided a worksheet for them to record for daily plan management.

Week 3:

Session 3: Emotional factors and FMP guidelines for families of children with ALL; exploring the emotional factors and FMP guidelines for families of children with ALL. This session was increase knowledge and created of emotional and family management guideline in caring for parents of children with ALL.

Objectives: 1) Improve FMP guidelines followed by each family, and 2) Create nursing care guidelines for children with ALL and families.

Implementation phase: Parents were provided with information about problem solving and transition timeline for their families. Then, parents created plan for their family (parent-action plans): This might involve making adjustments to daily routines, seeking additional support services, or engaging in FMP activities to manage stress and well-being.

Translation of the measure

The FaMM and the PedsQL are available in Thai language and have already been used with a Thai sample (Knafl et al., 2010; Varni, 1998). The BCFQOLS is initially in English. For this study, the researcher had already been granted permission to use and translate all the questionnaires from the tool's owner.

The BCFQOLS was translated from English into the Thai language by using a back-translation method based on the guidelines for the Cross-Cultural Adaptation Process (Epsteina, Santob, & Guillemin, 2015). First, it was independently translated into Thai by

three translators who were fluent in Thai and English and highly knowledgeable about the items contents. Then, the three Thai translated versions were combined into one by the researcher and the major advisor. The final Thai version was translated back into English by another two bi-lingual language specialists. One was an English professor, and the other was a nursing professor from a university in Thailand. Following this, the two back-translated English versions are obtained and the researcher and major advisor compared the two back-translated English versions with the original English version for content and cultural comparability. This translation process would ensure content validity of the BCFQOLS's Thai version.

Validity of the intervention

The FMP was validated by a panel of three experts, consisting of two pediatric nursing professors and a pediatric oncologist. The researcher and major advisor revised the contents and other parts in the FMP following the experts' comments and suggestions. After that, the researcher conducted a pilot study with parents of children with ALL to test the feasibility of the FMP.

Protection of human participants

The researcher prepared consent forms for the participants of both the control and intervention groups. Participants completed the consent forms before starting the intervention after approval of the research proposal by the Ethics Committee of Burapha University and the Human Research Review boards of Phrapokklao Hospital. Parents who were interested in participating in this study were approached. First, the researcher introduced herself to the parents and inform them of the research objectives, data collection methods, study timeline, risk and benefits of the study, and confidentiality policy. Then, after enrolling and giving consent, the convenience sampling technique was used to allocate the participants in the control and intervention groups. Throughout the study, the researcher avoided any discomfort, physical harm, or excessive response burden on the participants. Participants' information was protected by the researcher and subsequently destroyed after the study findings had been published. The participants had their right to withdraw from the program at any time without penalty or affect from the hospital routine care. After they understood and agreed to participate, they signed informed consents.

Research assistants' training

The research assistants were two registered nurses. The researcher selected research assistants with experience of at least two years or those who have a master's degree or certificate in oncology nurse practitioner training. Primarily, the researcher informed them about the objectives of the program and the set of instruments. This training consisted of using all the instruments. First, one research assistant recruited participants and collected the data at pre-test (T1) in both groups. Then, the other research assistant collected the data at post-test (T2) and follow-up (T3) in both groups.

The pilot study

The pilot study aimed to test the feasibility and applicability of the FMP. Also, it provided the researcher with feedback from parents. Eleven parents who have children with ALL who met the study criteria were convenience sampling from Phrapokkklao hospital and invited to participate in this pilot test. After they signed the consent form, a pre-test measure (T1) was obtained. Then the researcher implemented all sessions of the FMP. Outcomes of post-test (T2) and follow-up (T3) were measured. The results showed no participants' attrition and found improvement in family management and child's quality of life at post-intervention and follow-up ($p < .005$), but no statistically significant difference in family quality-of-life outcomes ($p = .119$). These findings confirmed evidence of feasibility and applicability of the FMP among the participants.

Data collection procedures

After all IRB approval, the researcher met with the head nurses of the Pediatric Oncology ward, explained the research objectives and the data collection procedures, and asked permission to use a private room at the ward for implementation sessions. The children were then looked after by other relative while the parent joined the implementation. The program was carried out as a small group (2-3 participants per group). Once a week for 3 weeks consecutively. The participants participated in activities involving watching videos and completing worksheets. After that, there was a plan of action to return and write a brief at home every day. The researcher made appointment with the participants for follow-up and evaluation at 4 weeks later at the ward.

The intervention group

The program focused on the promotion of parents' ability to manage and take care of children with ALL and their families in three sessions over three weeks. All participants participated in three weekly sessions with 40-50 minutes per session. It included a video presentation where the participants can access via mobile phone and computer through QR code provided by the researcher. One QR code applied for each session. Session one contained perceptions of the impacts and feelings of children with ALL and their families; session two included family management guidelines for families having children with ALL; and session three contained emotional factors and guidelines for the management of families having children with ALL. It related to knowledge of the impact, family relationships, and communication of families having children with acute lymphocytic leukemia. Including enhanced family management and guidelines for each family. The program was implemented to create action plans for the parents in groups (2–3 people per group), consisting of a brief presentation, discussion with participants, and reflection. In the following sessions, the researcher provided information and supported the parents in developing family action plans, including discussing how to practice, develop a family action plan, and develop problem-solving strategies until family management guidelines were appropriate for each family.

The FaMM, the BCFQOLS, and the PedsOL were completed at 3 point times; pre-test (T1, week 1), post-test (T2, week 3), and follow-up (T3, week 7).

Follow-up (Week 7)

The parents were asked to complete the research instrument for the third time (T3). On the other hand, a phone interview would be used to gather data at this point if children were permitted to leave the hospital.

The control groups

The participants who had met the study inclusion criteria, and agree to participate, and were assigned into the control group completed the demographic questionnaire, the FaMM, the BCFQOLS, and the PedsOL (T1, week 1).

Week 1-3: Parents received routine care from a pediatric nurse in the pediatric oncology ward. The parents also perform regular activities with their

children. Then, the participants were asked to complete a post-test, the FaMM, the BCFQOLS, and the PedsOL (T2, Week 3).

Routine care consists of a pediatric registered nurse in the Hospital who provides advice on disease and treatment, including practice when receiving chemotherapy for children with ALL and their parents.

Follow-up (Week 7)

The research instrument was given to the parents to complete (T3, week 7). In the event that the children were permitted to leave the hospital and return home, data was gathered by telephone interview.

Data analysis

The statistical significance level for the analysis of the data was set at $p < 0.05$ using SPSS version 26.0.

1. Descriptive statistics (percentage, mean, standard deviation, range, independent t-test, Chi-square, Fisher exact tests) were used to describe the participant demographic information and the outcome variables.

2. Repeated measures analysis of variance (ANOVA) was used to determine differences in mean scores of family management, family quality of life, and child quality of life between the experimental and control group and the changes over time in mean scores of the outcome variables of the participants within the intervention group.

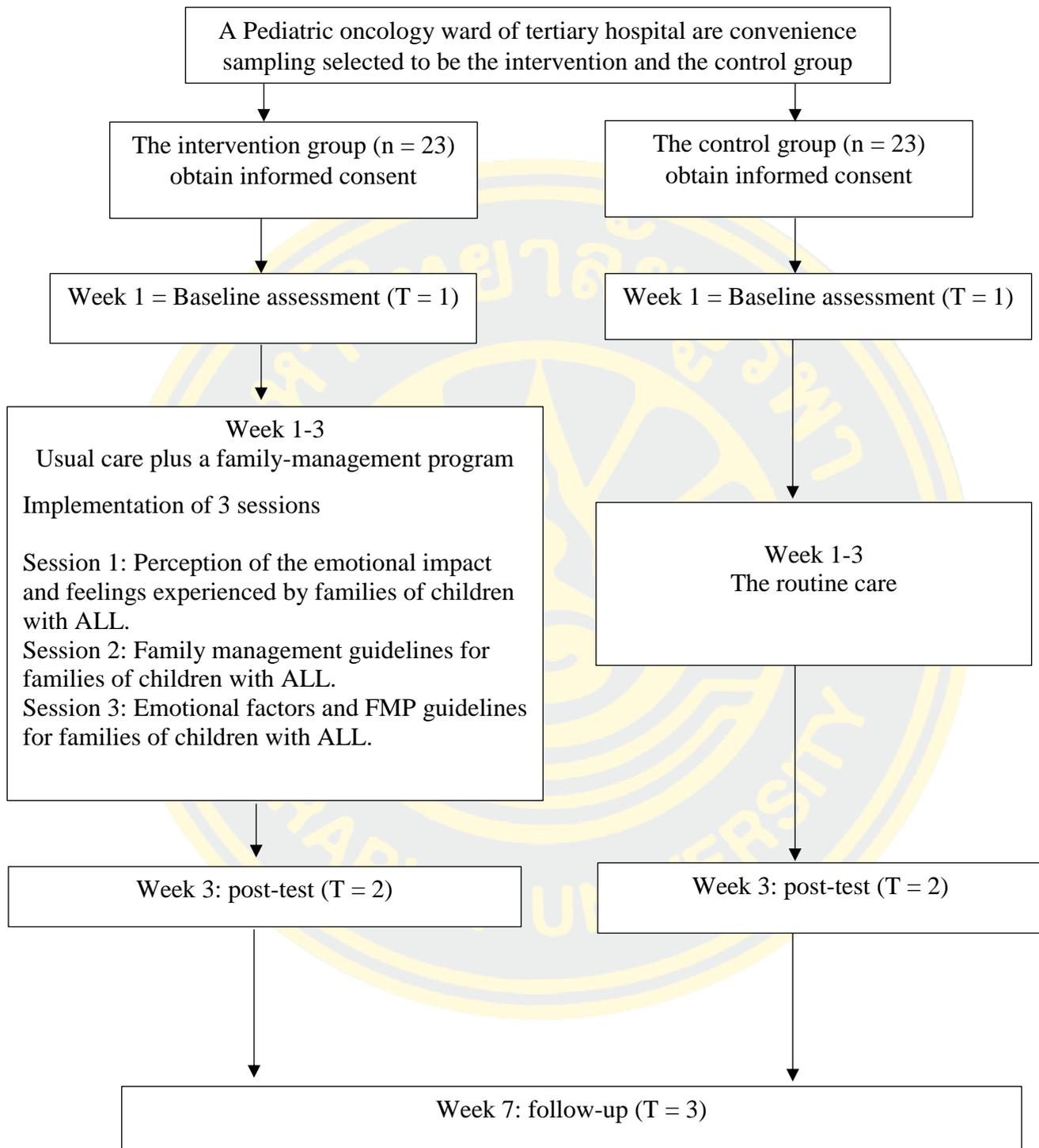


Figure 3-1 Data collection procedures

CHAPTER 4

RESULTS

This chapter presents the research findings concerning the effectiveness of the family-management program for parents of children with acute lymphoblastic leukemia. The findings of the study, including sample allocation, characteristics of the participants, testing of the statistical assumptions, descriptive statistics of the outcome variables, and repeated-measures ANOVA were presented.

Summary of the sample allocation

A total of 46 participants of parents having children with acute lymphoblastic leukemia (ALL) who met the study inclusion criteria were invited in the study. With a total of 23 participants in each group, those who consented and had signed informed consent forms were randomly assigned to the intervention and the control groups.

At baseline (Week 1, T1), participants in the intervention and the control groups were asked to complete a demographic questionnaire, the family-management questionnaire (FaMM), the beach-center family quality-of-life scale (BCFQOLS), and the quality-of-life of children with cancer (PedsQL) module.

Afterwards, the intervention group took part in the family-management program, which had three sessions spread over three weeks plus the routine care. While the control group received only the routine care. They were invited to complete all three outcome measures after completing the intervention at weeks 3 (post-intervention, T2) and weeks 7 (follow up, T3). Flow of participants through each stage of measures presents in the Figure 4-1.

Characteristics of the participants

The participants in this study consisted of 46 parents of children with ALL. They were assigned into the experimental and the control group equally.

1. The intervention group

There were 23 participants in the intervention group. Most of the parents were mothers (82.6%). Their age ranged from 22-52 years (mean = 32.65 ± 8.77). The majority of their education was less than a bachelor degree (82.6%), occupation was employee (43.5%), and living status was cohabitated (87%). For the children, about one half were girls (52.2%). Their age ranged from 24-60 months (mean = 45.87 ± 10.70). The duration of treatment ranged from 18-60 months (mean = 31.61 ± 10.13).

2. The control group

There were also 23 participants in the control group. The parent's age ranged from 19-50 years (mean = 30.13 ± 8.07). Most of them were mothers (73.9%). The majority of their education was less than bachelor degrees (78.3%), occupation was employee (43.5%), and living status was cohabitated (87%). For the children, the most gender of them was girl (52.2%), and their age ranged from 32-60 months (mean = 51.17 ± 8.98). Duration of treatment ranged from 12-36 months (mean = 28.48 ± 7.63).

The participants' characteristics between the control and intervention groups were compared and found no significant differences between groups. The independent t-test was used to compare the continuous variables including age and duration of treatment. Chi-square and Fisher Exact test were used to compare the nominal data including gender, education, parents' occupation, parents' living status, and relationship with children. Details presented in Table 4-1.

Table 4-1 Characteristics of the participants in the intervention and control groups

Characteristic	Intervention group		Control group		<i>t</i>	χ^2	<i>p</i>
	(N = 23)		(N = 23)				
	n	%	n	%			
Parents							
Age (years)	<i>M</i> = 32.65 (<i>SD</i> = 8.773, range 22-52)		<i>M</i> = 30.13 (<i>SD</i> = 8.070, range 19-50)		-1.015		.251
Education							
< Bachelor Degrees	19	82.6	18	78.3		.138	.710
≥ Bachelor Degrees	4	17.4	5	21.7			
Occupation							
1. Government	2	8.7	0	0		.352 [†]	.385
2. Private company	1	4.3	8	34.8			
3. Own business	4	17.4	0	0			
4. employee	10	43.5	10	43.5			
5. housewife	6	26.1	5	21.7			
Parents' living status							
1. Cohabitated	20	87.0	20	87.0		.223 [†]	.353
2. Separated/ divorced	3	13.0	1	4.3			
3. Single	0	0	2	8.7			
Relationship with children							
Father	4	17.4	6	26.1		.475 [†]	.722
Mother	19	82.6	17	73.9			
Children							
Gender						1.000 [†]	1.000
Boy	11	47.8	11	47.8			
Girl	12	52.2	12	52.2			
Age (months)	<i>M</i> = 45.87 (<i>SD</i> = 10.695,		<i>M</i> = 51.17 (<i>SD</i> = 8.983,		1.821		.741

Characteristic	Intervention group		Control group		<i>t</i>	χ^2	<i>p</i>
	(N = 23)		(N = 23)				
	n	%	n	%			
	range 24-60)		range 32-60)				
Duration of treatment (months)	<i>M</i> = 31.61 (<i>SD</i> = 10.130, range 18-60)		<i>M</i> = 28.48 (<i>SD</i> = 7.627, range 12-36)		-1.184		.385

t = Independent t-test

χ^2 = Chi-squared

† = Fisher's Exact test

Testing assumptions for repeated measures ANOVA

1. Normality of the variables

Test for univariate normality of the data of control and intervention groups were three times of measurement showed normality by using Shapiro-Wilk's test ($p > .05$), visual inspection of the participant's histogram, normal Q-Q plots, and box plot. Fisher's measure of skewness that calculated by dividing the skewness value by the standard error of skewness. Value is above -1.96 and below +1.96 indicates that the distribution is significantly normal. The results showed that the total scores of family management, family quality of life, and child quality of life at pre-intervention (T1), post-intervention (T2), and follow up (T3) were normally distributed.

2. Outlier of the variables

The univariate outliers of variable were tested by Box-plot, which showed that the control group had cases outlier (family quality of life at T3 was case no.15, child quality of life at T2, T3 was case no.1). The intervention group had cases outlier (family management at T1 was case no.13, family quality of life at T2 were case no. 6, and no. 14, family quality of life at T3 was case no. 14, and child quality of life at T2 were case no. 13). A recommended remedy to solve these outliers is to eliminate one at a time and reanalyze to check normality of the variable. However, the multivariate outliers of variable were tested by using Mahalanobis distance with chi-square. There was no multivariate outlier by probability of values (Mahalanobis values $> .001$). Therefore, no outlier was removed from the analysis.

3. Sphericity

The sphericity tested about equality of the variance for test of within-subjects effect by Mauchly's test. The score of family management and family quality of life showed that the Mauchly's sphericity test was significant ($p < .05$). This indicated that the homogeneity of variance-covariance matrices was not equal. As a result, the sphericity assumption was not met. Therefore, the Greenhouse-Geisser was selected to report the results of repeated measure ANOVA. However, the child quality of life showed that the Mauchly's sphericity test was not significant ($p > .05$), therefore, the sphericity assumption of child quality of life was met. The study selected Sphericity assumed to report the results of repeated measure ANOVA for child quality of life.

4. Homogeneity of variance

The homogeneity of variance was tested by the Levene's test for the between-subject design. The results founded that the homogeneity of variance for the between-subject was not significant ($p > .05$). It was indicated that the variance of dependent variables between groups was equal. Therefore, the homogeneity of variance assumption was met. In this study found only family quality of life at T3 was significant ($p < .05$). However, the F -test is generally robust to violations of the assumption as long as group sizes are equal. In this study, the total sample size was 23 cases per group. Therefore, it can be accepted to minor violate for this assumption.

Descriptive statistics and comparisons at baseline of outcome variables for the intervention and the control groups

The outcome variables included family management (FM), family quality of life (FQOL), and children quality of life (CQOL). There were measured at three-point times of Week 1 (T1), Week 3 (T2), and Week 7 (T3). The score of mean and standard deviations of total and subscale scores of FM, total scores of FQOL, total and subscale scores of CQOL of the intervention and the control groups among three-point times were presented in Table 4-2

Table 4-2 Means and standard deviations of family management (FM), family quality of life (FQOL), and children quality of life (CQOL) for both the intervention and the control groups among 3-time measures

Variable	Time	Intervention (n = 23)		Control (n = 23)	
		<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>
Family management (FM)					
Total score	1	175.22	12.81	178.26	12.81
	2	177.22	9.30	177.87	12.53
	3	188.61	9.51	179.00	13.33
Subscale score					
1. Child daily life	1	15.00	2.75	15.26	2.82
	2	15.17	2.10	15.09	2.83
	3	19.17	2.46	15.48	2.94
2. Condition management ability	1	34.13	4.60	34.65	3.68
	2	33.96	4.57	34.70	3.72
	3	37.87	3.68	34.57	3.92
3. Condition management effort	1	13.26	1.82	13.35	1.92
	2	13.57	1.97	13.57	1.67
	3	13.17	2.41	13.35	1.90
4. Family life difficulty	1	43.87	3.44	44.52	4.18

Variable	Time	Intervention (n = 23)		Control (n = 23)	
		<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>
5. Parental mutuality	2	44.52	3.74	44.48	4.21
	3	41.74	2.93	44.91	4.32
	1	32.43	4.51	32.39	4.34
6. View of condition impact	2	32.83	4.42	32.04	4.33
	3	33.48	4.99	32.30	4.33
	1	28.83	2.96	29.83	3.65
Family quality of life (FQOL) Total score	2	29.39	2.37	29.74	3.56
	3	34.65	3.61	30.04	3.74
	1	97.65	16.63	100.70	16.70
Children quality of life (CQOL) Total score	2	92.30	14.70	99.35	16.81
	3	103.30	8.48	99.30	16.33
	1	68.52	18.46	69.26	15.62
Subscale score	2	62.48	15.47	70.48	16.29
	3	78.30	13.88	69.57	15.49
	1. Pain and Hurt	1	6.22	1.81	6.00	1.68
2. Nausea	2	6.09	1.70	6.09	1.68
	3	7.13	1.49	6.00	1.65
	1	14.61	4.50	14.87	4.35
3. Procedural Anxiety	2	14.61	4.70	14.96	4.44
	3	17.22	4.52	14.83	4.38
	1	5.96	4.21	4.13	3.58
	2	4.96	3.64	4.52	3.68
	3	6.83	3.10	4.30	3.35

Variable	Time	Intervention (n = 23)		Control (n = 23)	
		<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>
4. Treatment Anxiety	1	7.30	3.62	6.04	3.62
	2	6.09	3.42	6.26	3.86
	3	7.87	3.02	6.00	3.80
5. Worry	1	8.35	3.23	9.35	3.14
	2	6.74	2.80	9.22	2.98
	3	9.22	2.91	9.52	2.73
6. Cognitive Problems	1	8.52	2.97	9.48	2.45
	2	8.13	2.38	9.61	1.85
	3	10.00	2.28	9.70	1.82
7. Perceived Physical Appearance	1	9.30	2.80	10.61	2.29
	2	8.57	2.63	10.65	2.31
	3	10.30	1.55	10.74	2.09
8. Communication	1	8.55	3.11	8.78	3.06
	2	7.30	2.58	9.17	2.79
	3	9.74	1.32	8.48	2.86

At based line (T1), comparing scores of FM, FQOL, and CQOL between the intervention and the control groups were conducted to examine their difference before implementation of the program by using independent t-test. The results showed no significant difference of scores of these variables at baseline (T1) between the control and the intervention group ($p > .05$) (Table 4-3).

Table 4-3 Comparison of mean score of outcome variables between the control and the intervention groups measured at baseline (T1) by independent t-test

Variable	Intervention		Control		M_{diff}	t	p -value
	(n = 23)		(n = 23)				
	M	SD	M	SD			
Family management (FM)	175.22	10.49	178.26	12.81	3.043	.881	.161
1. Child daily life	15.00	2.75	15.26	2.82	.261	.318	.670
2. Condition management ability	34.13	4.60	34.65	3.68	.522	.425	.290
3. Condition management effort	13.26	1.82	13.35	1.92	.087	.158	.590
4. Family life difficulty	43.87	3.44	44.52	4.18	.652	.578	.185
5. Parental mutuality	32.43	4.51	32.39	4.34	-.043	-.033	.882
6. View of condition impact	28.83	2.96	29.83	3.65	1.000	1.020	.667
Family quality of life (FQOL)	97.65	16.63	100.70	16.70	3.043	.619	.911
Children quality of life (CQOL)	68.52	18.46	69.26	15.62	.739	.147	.211
1. Pain and Hurt	6.22	1.81	6.00	1.68	-.217	-.423	.891
2. Nausea	14.61	4.50	14.87	4.35	.261	.200	.785
3. Procedural Anxiety	5.96	4.21	4.13	3.58	-1.826	-1.585	.441
4. Treatment Anxiety	7.30	3.62	6.04	3.62	-1.261	-1.180	.924
5. Worry	8.35	3.23	9.35	3.14	1.000	1.065	.688
6. Cognitive Problems	8.52	2.97	9.48	2.45	.957	1.193	.155
7. Perceived Physical Appearance	9.30	2.80	10.61	2.29	1.304	1.728	.078
8. Communication	8.55	3.11	8.78	3.06	.237	.258	.607

Testing of research hypotheses

Hypotheses 1. Family management in the experimental group is better than that in the control group after completion of the intervention at post-intervention and follow-up.

A two-way mixed repeated measures ANOVA (one between and one within) was performed to determine the differences of family management (FM) scores for the interaction effect (Time*Group) and the main effects of Time (within-subjects) and Group (between-subjects).

The results showed that means total scores of FM had statistical significance of interaction effect (time and group effect) ($F_{1,46, 64.19} = 13.132, p < .05, \eta^2p = .230$). There was a significant mean effect of time (within-subjects) ($F_{1,46, 64.19} = 17.39, p < .05, \eta^2p = .283$). However, there was no significantly main effect of group (between-subjects) ($F_{1, 44} = .427, p > .05, \eta^2p = .010$). The results from the first repeated-measures ANOVA are reported in Table 4-4.

Table 4-4 Repeated measures ANOVA of total score of family management (FM)

Source	SS	df	MS	F	p-value	η^2p
Between subject						
Group	134.03	1	134.03	.427	.517	.010
Error	13804.52	44	313.74			
Within subject						
Time	1376.36	1.46	943.32	17.393	.000	.283
Time* Group	1039.15	1.46	712.20	13.132	.000	.230
Error time	3481.83	64.19	54.24			

η^2p = Partial Eta Squared

Since the result of FM scores revealed the interaction effect (time and group effects), where it supersedes than the main effects. As such, the simple main effects of Group and Time were then tested to determine the differences of each time-measure between groups (simple main effect of Group), and the differences of change over time within each group (simple main effect of Time).

Table 4-5 showed that there was no difference of FM mean scores between the intervention and the control groups at baseline (T1) and post-intervention (T2) ($p = .38$ and $.84$, respectively). However, there were statistical difference of FM mean scores between intervention and control group at follow-up (T3), ($F_{1,44} = 7.92$, $p < .05$, $\eta^2p = .153$). The results indicated that at the follow-up, participants in the intervention group had better family management than participants in the control group at the follow-up period (Table 4-5).

Table 4-5 Simple main effect of group on family management (FM) between the intervention and the control groups at 3-point times

Source	SS	df	MS	F	p-value	η^2p
Pre-intervention (T1)						
Between subject	106.52	1	106.52	.777	.383	.017
Error	6032.35	44	137.10			
Post-intervention (T2)						
Between subject	4.891	1	4.89	.040	.842	.001
Error	5358.52	44	121.79			
Follow-up (T3)						
Between subject	1061.76	1	1061.76	7.924	.007	.153
Error	5895.48	44	133.99			

η^2p = Partial Eta Squared

Table 4-6 presented the simple main effect of time within each group. For the intervention group, there was statically difference of FM mean scores among the three times points ($F_{2, 44} = 15.81, p < .05, \eta^2p = .418$). On the other hand, for the control group, there was not significantly different ($F_{2, 44} = 2.35, p = .125, \eta^2p = .096$). These results could be interpreted that at least one pair of times in the intervention group was significantly different.

Table 4-6 Simple main effect of time on family management (FM) scores in the intervention and the control groups

Source	SS	df	MS	F	p-value	η^2p
Intervention group						
Between subject	2973.65	22				
Interval	2400.35	2	1200.17	15.81	.000	.418
Error	3339.65	44	75.90			
Total	8713.65	68				
Control group						
Between subject	10830.87	22				
Interval	15.16	2	7.58	2.35	.125	.096
Error	142.17	44	3.23			
Total	10988.20	68				

η^2p = Partial Eta Squared

Next, pairwise comparisons using Bonferroni-corrected paired t-test were run to examine the different between each pair of time-measures. For the intervention group, the FM mean scores at follow-up (T3) was significantly higher than that at baseline (T1), and the scores at follow-up (T3) was significantly higher than that at post-intervention (T2), was significantly different between pre-intervention (T1) versus follow-up (T3) (T1 vs. T3: $M_{diff} = -13.391, p < .05$, T2 vs. T3; $M_{diff} = -11.391, p < .05$). But there was no difference between T1 vs T2. The participants who received the family-management program had better family management over time. For the control group, there was no pair of time difference (Table 4-7 and Fig. 4-2).

Table 4-7 Pairwise comparisons of mean family management (FM) at each time point within the intervention group and the control group

Time	M_{diff}	SE	p -value
Intervention group			
T1 VS T2	-2.000	1.831	.859
T1 VS T3	-13.391	3.239	.001
T2 VS T3	-11.391	2.441	.000
Control group			
T1 VS T2	.391	.401	1.000
T1 VS T3	-.739	.484	.422
T2 VS T3	-1.130	.669	.316

The graph showed that there was a steady increase of FM mean scores after intervention and a sharply increase at follow-up time in the intervention group, while there was a slightly increase of FM mean scores in the control group. Mean scores of FM in the intervention group were higher than that in the control group after intervention at follow-up times. The results were presented in the Figure 4-2.

Estimated Maginal Means of Family management

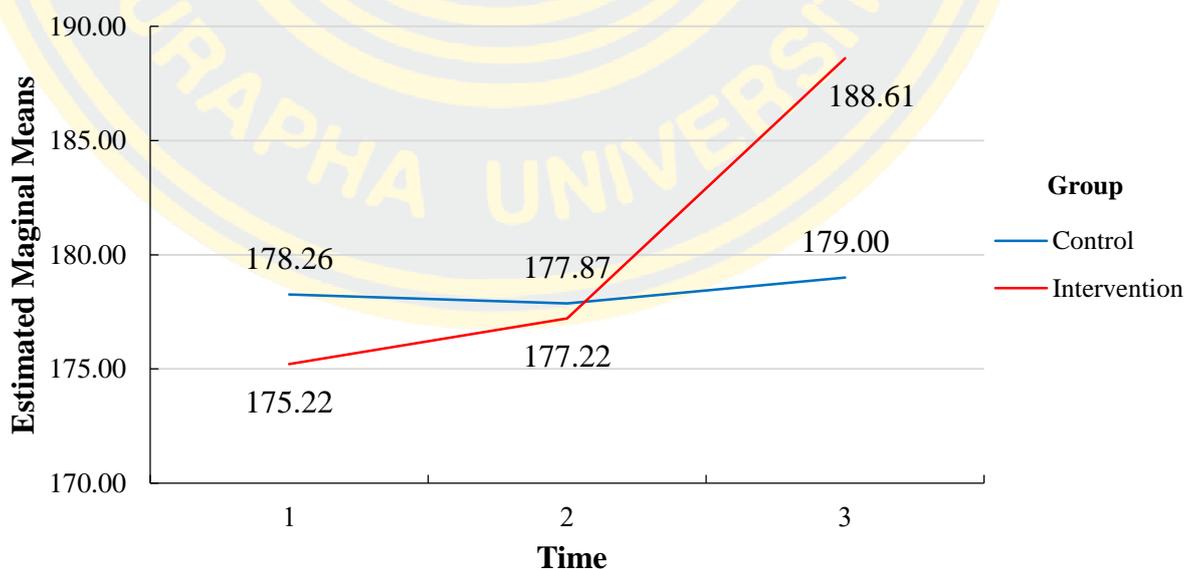


Figure 4-2 Comparisons of mean total score of family management

Hypotheses 2. Family quality of life in the experimental group is higher than that in the control group after completion of the intervention at post-intervention and follow-up.

A two-way mixed repeated measures ANOVA (one between and one within) was performed to determine the differences of family quality of life (FQOL) scores for the interaction effect (Time*Group) and the main effects of Time (within-subjects) and Group (between-subjects).

The results showed that mean total scores of FQOL were statistical significance of interaction effect (time and group effect) ($F_{1.7, 74.91} = 6.73, p < .05, \eta^2p = .133$). There was a significant mean effect of time (within-subjects) ($F_{1.7, 74.91} = 6.57, p < .05, \eta^2p = .130$). However, there was no significantly main effect of group (between-subjects) ($F_{1, 44} = .241, p > .05, \eta^2p = .005$). The results from the first repeated-measures ANOVA are reported in Table 4-8.

Table 4-8 Repeated measures ANOVA of total score of family quality of life (FQOL)

Source	SS	df	MS	F	p-value	η^2p
Between subject						
Group	142.03	1	142.03	.24	.626	.005
Error	25945.88	44	589.68			
Within subject						
Time	701.623	1.7	412.13	6.57	.004	.130
Time* Group	719.014	1.7	422.35	6.73	.003	.133
Error time	4702.029	74.91	62.77			

η^2p = Partial Eta Squared

Since the result of FQOL scores revealed the interaction effect (time and group effects), where it supersedes than the main effects. As such, the simple main effects of Group and Time were then tested to determine the differences of each time-measure between groups (simple main effect of Group), and the differences of change over time within each group (simple main effect of Time).

Table 4-9 showed that there was no difference of FQOL mean scores between the intervention and the control groups among baseline (T1), post-intervention (T2), and follow-up (T3) ($p = .54, .14, \text{ and } .30$, respectively). The results indicated that participants in the intervention and the control groups had not difference family quality of life.

Table 4-9 Simple main effect of group on family quality of life (FQOL) between 2 groups at 3-point times

Source	SS	df	MS	F	p-value	η^2p
Pre-intervention (T1)						
Between subject	106.52	1	106.52	.38	.539	.009
Error	12220.09	44	277.73			
Post-intervention (T2)						
Between subject	570.52	1	570.52	2.29	.138	.049
Error	10976.09	44	249.46			
Follow-up (T3)						
Between subject	184.00	1	184.00	1.09	.303	.024
Error	7451.74	44	169.36			

η^2p = Partial Eta Squared

Table 4-10 presented the simple main effect of time within each group. For the intervention group, there was statically difference of FQOL mean scores among the three times points ($F_{2, 44} = 7.08, p < .05, \eta^2p = .243$). On the other hand, for the control group, there was not significantly different ($F_{2, 44} = 1.69, p = .208, \eta^2p = .071$). These results could be interpreted that at least one pair of times in the intervention group was significantly different.

Table 4-10 Simple main effect of time on family quality of life (FQOL) scores in the intervention and the control groups

Source	SS	df	MS	F	p-value	η^2p
Intervention group						
Between subject	8096.81	22				
Interval	1391.86	2	695.93	7.08	.004	0.243
Error	4326.15	44	98.32			
Total	13814.81	68				
Control group						
Between subject	17849.07	22				
Interval	28.78	2	14.39	1.69	.208	.071
Error	375.88	44	8.54			
Total	18253.74	68				

η^2p = Partial Eta Squared

Next, pairwise comparisons using Bonferroni-corrected paired t-test were run to examine the difference between each pair of time-measures.

For the intervention group, the FQOL mean scores at follow-up (T3) was significantly higher than that at post-intervention (T2), was significantly different between post-intervention (T2) versus follow-up (T3) (T2 vs. T3: $M_{diff} = -11.00$, $p < .05$). However, there were no difference between T1 vs T2, and T1 vs T3. The participants who received the family-management program had better family quality of life at follow-up period. For the control group, there was no pair of time difference (Table 4-11 and Fig. 4-3).

Table 4-11 Pairwise comparisons of mean family quality of life (FQOL) at each time point within the intervention group and the control group

Time	M_{diff}	SE	p -value
Intervention group			
T1 VS T2	5.35	2.41	.110
T1 VS T3	-5.65	3.47	.353
T2 VS T3	-11.00	2.80	.002
Control group			
T1 VS T2	1.35	1.02	.596
T1 VS T3	1.39	1.04	.584
T2 VS T3	.043	.336	1.000

* $p < .05$

The graph demonstrated that while FQOL mean scores in the intervention group gradually decreased, they increased somewhat after complete the intervention and continued to rise sharply at the follow-up time. Following the intervention, the follow-up FQOL mean scores in the intervention group were higher than those in the control group. The Figure 4-3 displays the findings.

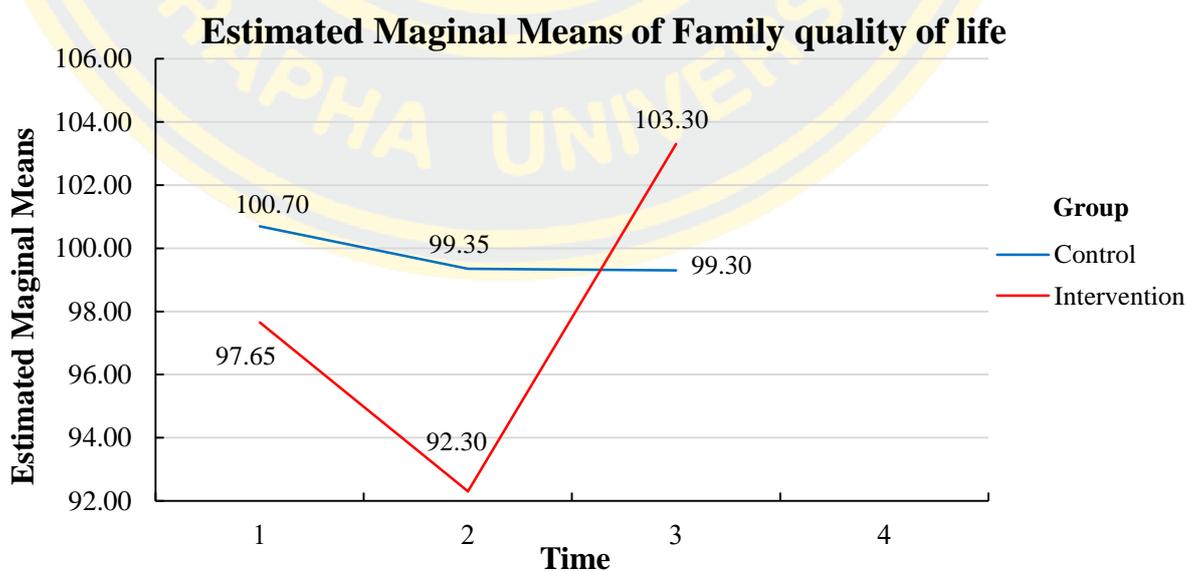


Figure 4-3 Comparisons of mean total score of family quality of life

Hypotheses 3. Children's quality of life in the experimental group is higher than that in the control group after completion of the intervention at post-intervention and follow-up.

A two-way mixed repeated measures ANOVA (one between and one within) was performed to determine the differences of child quality of life (CQOL) scores for the interaction effect (Time*Group) and the main effects of Time (within-subjects) and Group (between-subjects).

The results showed that mean total scores of CQOL had statistical significance of interaction effect (time and group effect) ($F_{2, 88} = 14.27, p < .05, \eta^2p = .245$). There was a significant mean effect of time (within-subjects) ($F_{2, 88} = 11.73, p < .05, \eta^2p = .210$). Moreover, there was no significantly main effect of group (between-subjects) ($F_{1, 44} = .000, p > .05, \eta^2p = .000$). The results from the repeated-measures ANOVA are reported in Table 4-12.

Table 4-12 Repeated measures ANOVA of total score of child quality of life (CQOL)

Source	SS	df	MS	F	p-value	η^2p
Between subject						
Group	.000	1	.000	.000	1.00	.000
Error	28484.58	44	647.38			
Within subject						
Time	1376.36	2	665.92	11.73	.000	.210
Time* Group	1039.15	2	810.28	14.27	.000	.245
Error time	3481.83	88	56.77			

η^2p = Partial Eta Squared

Since the result of CQOL scores revealed the interaction effect (time and group effects), where it supersedes than the main effects. As such, the simple main effects of Group and Time were then tested to determine the differences of each time-measure between groups (simple main effect of Group), and the differences of change over time within each group (simple main effect of Time).

Table 4-13 showed that there was no difference of CQOL mean scores between the intervention and the control groups at baseline (T1) and post-intervention (T2) ($p = .88$ and $.09$, respectively). However, there were statistical difference of CQOL mean scores between intervention and the control group at follow-up (T3), ($F_{1,44} = 4.06$, $p \leq .05$, $\eta^2p = .08$). The results indicated that at the follow-up, participants in the intervention group had better child quality of life than participants in the control group at the follow-up period (Table 4-5).

Table 4-13 Simple main effect of groups on child quality of life (CQOL) between 2 groups at 3-point times

Source	SS	df	MS	F	p-value	η^2p
Pre-intervention (T1)						
Between subject	6.28	1	6.28	.02	.884	.000
Error	12858.17	44	292.23			
Post-intervention (T2)						
Between subject	736.00	1	736.00	2.92	.095	.062
Error	11101.48	44	252.31			
Follow-up (T3)						
Between subject	878.28	1	878.28	4.06	.050	.084
Error	9520.52	44	216.38			

η^2p = Partial Eta Squared

Table 4-14 presented the simple main effect of time within each group. For the intervention group, there was statically difference of CQOL mean scores among the three times points ($F_{2,44} = 14.70$, $p < .05$, $\eta^2p = .401$). On the other hand, for the control group, there was not significantly different ($F_{2,44} = 0.67$, $p = .125$, $\eta^2p = .030$). These results could be interpreted that at least one pair of times in the intervention group was significantly different.

Table 4-14 Simple main effect of time on child quality of life (CQOL) scores in the control and intervention groups

Source	SS	df	MS	F	p-value	η^2p
Intervention group						
Between subject	12608.96	22				
Interval	2933.94	2	1466.97	14.70	.000	.401
Error	4391.39	44	99.80			
Total	19934.29	68				
Control group						
Between subject	15875.62	22				
Interval	18.46	2	9.23	0.67	.476	.030
Error	604.20	44	13.73			
Total	16498.29	68				

η^2p = Partial Eta Squared

Next, pairwise comparisons using Bonferroni-corrected paired t-test were run to examine the difference between each pair of time-measures. For the intervention group, the FM mean scores at follow-up (T3) was significantly higher than that at baseline (T1), and the scores at follow-up (T3) was significantly higher than that at post-intervention (T2), was significantly different between pre-intervention (T1) versus follow-up (T3) (T1 vs. T3: $M_{diff} = -9.78$, $p < .05$, T2 vs. T3; $M_{diff} = -15.83$, $p < .05$). But there was no difference between T1 vs T2. The participants who received the family-management program had better child quality of life over time. For the control group, there was no pair of time difference (Table 4-15 and Fig. 4-4).

Table 4-15 Pairwise comparisons of mean child quality of life (CQOL) at each time point within the intervention group and the control group

Time	Mdiff	SE	p-value
Intervention group			
T1 VS T2	6.04	2.88	.143
T1 VS T3	-9.78	3.17	.016
T2 VS T3	-15.83	2.78	.000
Control group			
T1 VS T2	-1.22	.928	.610
T1 VS T3	-.30	.916	1.000
T2 VS T3	.913	1.372	1.000

The graph demonstrated that the intervention group's CQOL mean scores increased modestly following the intervention and then substantially at the follow-up time, while the control group's CQOL mean scores steadily declined. Following the intervention, the intervention group's mean CQOL ratings were higher than those of the control group at the follow-up points. In Figure 4-4, the findings were displayed.

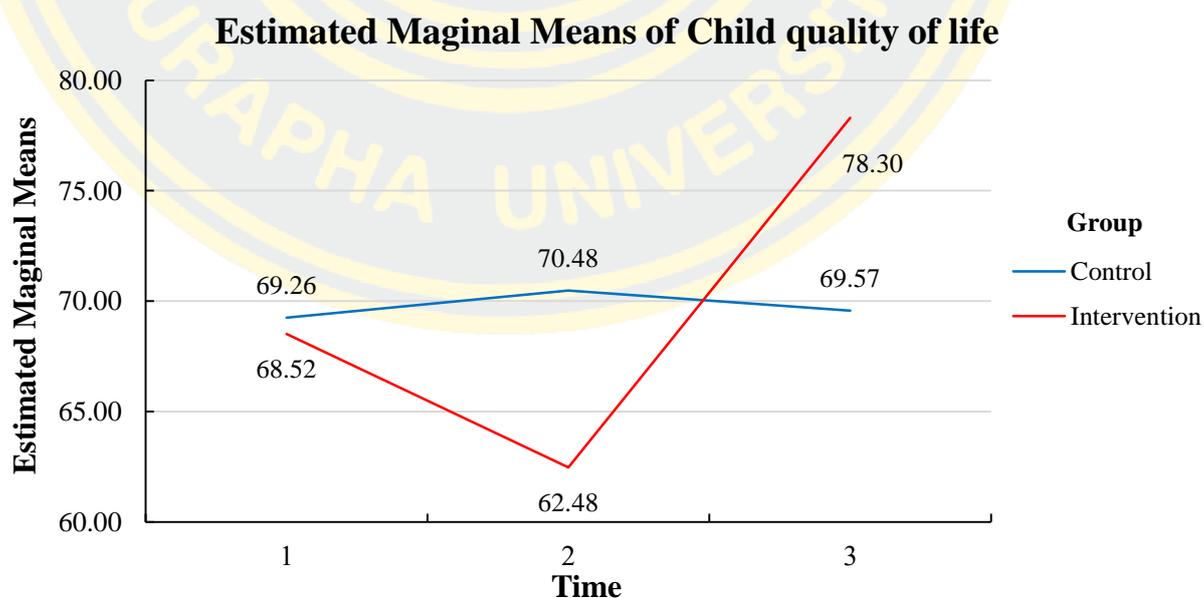


Figure 4-4 Comparisons of mean total score of child quality of life

Summary of the findings

Effectiveness of the family-management program was determined by comparing outcomes variables (family management (FM), family quality of life (FQOL), and child quality of life (CQOL)) between the intervention and the control groups, and within the intervention group. Two-way mixed repeated measure ANOVAs were performed to determine the differences of the interaction effects (Time*Group), and main effects of Time and Group of all outcomes.

Family management after the intervention between the intervention and the control groups at follow-up was different. Thus, hypothesis 1 was supported. Then, there were differences among 3 times of measurement in the intervention group. The mean scores of family management at baseline (T1) and post intervention (T2) were lower than follow-up (T3), while family management between T1 and T2 was not different.

Since there was no difference in family quality of life between the intervention and control groups, hypothesis 2 was not supported. However, there were differences in the intervention group throughout the three measurement times. The mean of FQOL scores on T2 were lower than those on T3, while there was not difference in family quality of life among T1 VS T2, and T1 VS T3.

The hypothesis 3 was also supported since child quality of life between the intervention and the control groups at follow-up was different. Then, there were differences among 3 times of measurement in the intervention group. The mean scores of child quality of life at baseline (T1) and post intervention (T2) were lower than follow-up (T3), while child quality of life between T1 VS T2 was not different.

CHAPTER 5

CONCLUSION AND DISCUSSION

This chapter presents summary of the study and discussions. Conclusions, strengths, limitations, suggestions, and recommendations are also addressed.

Summary of the study

This study aimed to evaluate the effectiveness of the family-management program (FMP) for parents of children with acute lymphoblastic leukemia. A two-group quasi-experimental was designed with pretest-posttest and follow-up. Forty-six parents were recruited using a convenience sampling and later randomly assigned into the intervention and the control groups equally. Participants in the intervention group received the FMP contained 3 sessions (40-50 minutes per session). Family management, family quality of life, and child quality of life were measured three times at baseline (Week 1, T1), post-intervention (Week 3, T2), and follow-up (Week 7, T3) using the Thai version of family-management questionnaire (FaMM), the beach-center family quality-of-life scale (BCFQOLS), and the quality-of-life of children with cancer (PedsQL) module. Their Cronbach's alphas were 0.71, 0.98, and 0.90, respectively. The data were analyzed by using descriptive statistics, independent t-test, and two-way repeated measures ANOVA.

Demographic characteristics of participants between the intervention and the control group were not statistically different. Most of parents in both groups were mothers with mean age about 30 years, education less than bachelor degree, and living with spouses. About one half of parents were employed. For the children of both groups, their mean age was about 4 years old (45-51 months), more than a half were girls (about 52%), and their treatment time was about 2.5 years (28-31 months).

There was significant interaction effect (time and group effect) of the total scores of family management. For between group, at follow-up (T3), the family management' scores of the intervention was significantly higher than the score's control group. Thus, family management in the intervention group was better than that in the control group at follow-up after completion of the program. For within the

experimental group, when comparing its scores for each pairs of time, the family management at follow-up (T3) were higher than that at baseline (T1), and post-intervention (T2). However, there was no different family management scores within the control group.

The family quality of life was significance of interaction effect (time and group effect) of the total scores. For between group, at follow-up (T3), the family quality of life' scores of the intervention was significantly higher than the score's control group. At follow-up following program completion, family quality of life was higher in the intervention group than in the control group. For within the experimental group, the family quality of life at follow-up (T3) was higher than that at post-intervention (T2), when comparing its scores for each pair of time. Within the control group, there was no difference in family quality of life scores.

The overall child quality of life scores showed a significant interaction effect (time and group effect). For between group, at follow-up (T3), the child quality of life' scores of the intervention was significantly higher than the score's control group. Thus, child quality of life in the intervention group was better than that in the control group at follow-up after completion of the program. For within the experimental group, when comparing its scores for each pairs of time, the child quality of life at follow-up (T3) were higher than that at baseline (T1), and post-intervention (T2). However, there was no different child quality of life scores within the control group.

Discussions

The study findings are discussed based on the research hypotheses as the followings:

Hypotheses 1. Family management in the experimental group is better than that in the control group after completion of the intervention at post-intervention and follow-up.

Participants in the intervention group had better family management than those in the control group. This finding indicate that the family-management program was effective. The scores of family management in the intervention group also significantly increased over time. The finding of repeated measure ANOVA for the variable of family management showed that there were statistical difference of FM

mean scores between intervention and control group at follow-up (T3), ($F_{1, 44} = 7.92$, $p < .05$). In addition, the results illustrated that the family management in the intervention group at post-intervention and follow-up was higher than those in those periods of the control group. The mean FM score at follow-up (week 7) were higher than those at baseline (week 1) and post-intervention (week 3) ($M_{diff} = -13.391$, $p < .05$, and $M_{diff} = -11.391$, $p < .05$, respectively). At the same time, the graph showed that family management in the intervention group was higher than those in the control group at follow-up time. Thus, hypothesis 1 was supported. Therefore, indicating the participants who received the family-management program had improved family management than those who did not receive the program.

The family-management program (FMP) was developed based on the Family Management Style Framework (FMSF) (Knafl et al., 2012), the Building on Family Strengths program (Kieckhefer et al., 2013), and reviewed related literatures. The program was employed with the participants in the intervention group. The group participants completed the implementation sessions, which included all components of the FMSF. The implementation sessions were also conducted with the group participants. The main information in the sessions were related to family perception and activities encouraging families to effectively manage chronic illness of children. The number of participants in each session was designed and limited to 2-3 enrolled parents to reduce the risk of subject burden. During the experiment procedures, parents received the FMP once a week, for a total of three weeks. By this method, the participants were engaged in all program-recommended activities. In addition, through small group discussions and a variety of strategies, it was observed that the participants improved their family management skills.

It would be significant to highlight the intervention group procedures of the study. A small group of 2-3 parents of the intervention group completed the FMP. The activities in each session covered a brief presentation, discussion, and reflection from participants. The principal investigator provided related information and encouraged discussion activities on application of skills learned, develop a family action plan, and develop problem-solving strategies until they had substantial management guidelines for their own family. The PI also encouraged them to discuss the impacts, family relationships, and communication of families, and guidelines for

parents' home-care management of a child with ALL. It was expected that the participants could apply the information into informed decision making for a good way to contribute to enhance family management and to create guidelines for each family. When the parent responses before and after receiving the FMP sessions were examined, the family management scores of participants in the intervention group increased. In addition, this study wanted to point out that one of the main objectives of the FMSF is to promote family management of chronic diseases. This entails improving the support, knowledge, and abilities required for managing issues related to the condition and sticking to the treatment plan. However, family management styles were highly associated with both family and child functioning, with families in the family-focused and moderately family-focused styles significantly outperforming those in the other two styles. It is challenging to determine which of the family management dimensions would be the most likely intervention target and whether a focus on one or more family management dimensions would be more effective given the finding that patterns consistently reflected high, moderate, and low scores on all FaMM scales. Families could choose a concern or aspect of family life they would like to improve in order to individualize and adapt interventions. The FaMM might be used to assist them in identifying target areas for either supporting good management or increasing self-identified parts of management. This would allow them to examine the strengths and potential problem areas in their families (Knafl et al., 2021).

These results were accorded with the study of Mai and Chaimongkol (2022). They conducted effectiveness of a family management intervention program among families of children with autism. The discussion explained that the FMSF guided the intervention on improving family management of children with autism; therefore, the intervention positively influenced lessening family burden. Moreover, the study of Knafl et al. (2016), who conducted the nature of family Engagement in Interventions for children with chronic conditions. The results demonstrated that the focus, nature, and degree of family engagement of the interventions differed. With parent involvement focusing on enhancing capacity to handle the treatment regimen, researchers most frequently aimed to increase condition control or management. Few researchers have looked at capacity building in relation to family functioning. There

are suggestions for improving the family systems grounding of interventions as well as for reporting requirements for family-focused interventions.

Hypotheses 2. Family quality of life in the experimental group is higher than that in the control group after completion of the intervention at post-intervention and follow-up.

The result showed a better family quality of life in the intervention group at follow-up (Week 7, T3), and there were statistically significant differences compared with those in the control group (Time*Group) ($F_{1,7, 74.91} = 6.73, p < .05$). At the same time, the mean scores of family quality of life at follow-up (T3) was higher than that at post-intervention (T2), when comparing its scores for each pair of time ($M_{diff} = -11.00, p < .05$). However, there was no difference of FQOL mean scores between the intervention and the control groups among baseline (T1), post-intervention (T2), and follow-up (T3) ($p = .54, .14, \text{ and } .30$, respectively). Therefore, hypothesis 2 was not supported.

This finding implies that the family quality of life of the participants in the intervention group was better than those in the control group. For the simple effect of time, there were statistically significant differences in the intervention group ($F_{2, 44} = 7.08, p < .05$). From the graph, the mean scores of FQOL in the control group was decreasing among baseline (T1), post-intervention (T2), and follow-up (T3). On the other hand, the mean scores of FQOL in the control group was increasing among three-time measurement. However, family quality of life in the intervention group was higher than those in the control group at follow-up time.

In the study, the implementation was based on the family-management program and all participants was parents of children with ALL. They were the primary caregiver and main family member of children, who are typically the primary caregivers and advocates for their children's health and well-being. The study indicating that the standard of quality of life for families has gotten better through time. To improve family quality of life, parents received knowledge and information about the impact, family relationships, and communication of families, and guidelines for family management of children with ALL. According to the FMSF is designed to understand how families manage the ongoing care of a family member with a chronic

condition, and refer to improve the quality of life for the entire family (Knafl et al., 2012).

The participants who received the program can a crucial role in enhancing the quality of life for families dealing with chronic conditions, thereby promoting their overall well-being and resilience. Previous research has shown a negative relationship between family functioning and quality of life, and that this relationship is exacerbated when providing care (Modanloo et al., 2019; Kilic & Oz, 2019). However, the amount of improvement in family quality of life was influenced by the intervention's duration. According to the study's findings, families are living better lives now that they are enrolled in the program. Therefore, over an extended length of time, we may anticipate that the quality of life for families will improve. Furthermore, the systematic review found that the duration of interventions varied from 4–17 weeks for improve communication, behavior change outcomes (Gabriel, Creedy, & Coyne, 2020). Then, these may have resulted from the effectiveness of the family-management program in improving family quality of life.

This finding is congruent with a study by Boonchuaylua et al. (2023) which study examined the effectiveness of a Family-Based Intervention Program for family members of preschool children with acute lymphoblastic leukemia undergoing chemotherapy to help improve their quality of life. The intervention group ($n = 27$) received a 6-week family-based intervention program in addition to usual care and follow-up period at week 8, whereas the control group ($n = 27$) received only usual care. The reported that nursing interventions may have a positive impact on family quality of life among parents of children with ALL. Another weakness of this study was that the results were only monitored by the researcher for two weeks following the FBIP's conclusion. As a result, the long-term sustainability of the intervention's effects was not assumed.

Hypotheses 3. Children's quality of life in the experimental group is higher than that in the control group after completion of the intervention at post-intervention and follow-up.

The total child quality of life scores in the intervention group had better than those in the control group. This finding indicate that the family-management program was effective. The scores of child quality of life in the intervention group also significantly increased over time. The finding of repeated measure ANOVA for the variable of child quality of life showed that there were statistical difference of CQOL mean scores between intervention and control group at follow-up (T3), ($F_{1,44} = 4.06$, $p \leq .05$). In addition, the results illustrated that the CQOL in the intervention group at follow-up was higher than those in those periods of the control group. The mean CQOL score at follow-up (week 7) were higher than those at baseline (week 1) and post-intervention (week 3) ($M_{diff} = -9.78$, $p < .05$, and $M_{diff} = -15.83$, $p < .05$, respectively). Thus, hypothesis 3 was supported.

The result indicated that the participants who received the family-management program had improved child quality of life than those who did not receive the program. These may have resulted from the effectiveness of the family-management program in improving child quality of life, which the program consists of parents received knowledge and information about the impact, family relationships, and communication of families, and guidelines for family management of children with ALL. According to the FMSF state that it can significantly contribute to enhancing the quality of life for children within the family, especially those dealing with chronic conditions. Through a supportive and informed approach, the program can contribute to the child's physical, emotional, and social well-being, enabling them to lead a fulfilling life despite the challenges posed by their condition. Finally, it demonstrates that the family-management program is effective in enhancing children quality of life.

This finding is congruent with a study by Witt et al. (2023) which study explores whether a play intervention is associated with improved health-related quality of life (HrQoL) and SE for communication in care situations. The number of nineteen families were included in the presented analyses, including 14 self-reports of children and 19 proxy reports of parents. The study found that improvements in child-

reported communication, and emotional and psychosocial well-being using generic and cancer-specific HrQoL measurements. So, the reported that the intervention provides young cancer patients with a secure environment and can improve their communication skills and general well-being during or after cancer treatment.

Strength and limitations

The primary strength of this study is that the intervention included mother or father of children with ALL, who are the primary caregiver of them. They were interested in participating in the research and none of participants dropped out from participation. The FMP applied into video clips and saved in the participants' smartphone so that they can watch them whenever they could access and want to. Yet, using internet in a Thailand's hospital had some access difficulties.

However, there are some limitations. First, the participants were not recruited by a random sampling technique. Second, the study was conducted at one setting in the tertiary hospital and just only children with ALL undergoing chemotherapy and with no complications, therefore generalizations are limited.

Suggestions and recommendations

The evidence from this study indicated that the family-management program (FMP) is an effective approach to improve family management, family quality of life, and child quality of life in parents who having children with ALL. Further study should plan to take a longer time to measure all outcomes, meaning having longer period of follow-up measures to determine the program effect's sustainability. Especially, the success and sustainability of the family-management program were found to use combined intervention for implementation including group discussion and using the online social media platform (application LINE), which are important for Nurses and health care professionals to implementation according to parents.

Implications

Nursing practice

1. Nurses who work with family and children with cancer can utilize the FMP to integrate family-management program for promoting taking care of family, improving family management, family quality of life, and child quality of life such as health care services and home care settings.

2. For policy of hospital health care, staff should recognize the importance and benefits of the family-management program. The intervention should be integrated into a health care plan to educate more specifically on parents when children admit at hospital and discharge.

Future research

1. This study focus on parents of children with ALL. Further studies should determine the program for other groups such as parents who are having children with chronic illness or other kinds of cancer.

2. A replicated study employed randomized controlled trials with a larger group of sample, and a longer follow-up measure should be carried out to examine the program sustainability and certain effectiveness.

REFERENCES

- American Academy of Pediatrics. (2015). *Social difficulties for children with chronic illness*. Retrieved May 25, 2020, from <https://www.healthychildren.org/English/health-issues/conditions/chronic/Pages/Social-Difficulties-for-Children-with-Chronic-Illness.aspx>.
- Barakat, L. P., Marmar, P. L., & Schwartz, L. A. (2010). Quality of life of adolescents with cancer: family risks and resources. *Health and Quality of Life Outcomes*, 8(1), 63-70.
- Beacham, B. L., & Deatrick, J. A. (2019). Adapting the family management styles framework to include children. *Journal of Pediatric Nursing*, 45, 26-36.
- Boonchuaylua, P., Kongvattananon, P., Rutchanagul, P., & Barry, C. D. (2023). Effectiveness of family-based intervention program for family members of preschool children with acute lymphoblastic leukemia undergoing chemotherapy: A quasi-experimental study. *Pacific Rim International Journal of Nursing Research*, 27(1), 75-88.
- Brown, R. I., & Brown, I. (2014). Family quality of life. *Encyclopedia of Quality of Life and Well-Being Research*, 2194–2201.
- Bunyatisai, W., Jia-Mahasap, B., & Chitapanarux, I. (2019). Treatment outcomes of acute lymphoblastic leukemia in both children and adults using the Thai pediatric oncology group-based protocol at Chiang Mai University hospital. *Journal of Thai Association of Radiation Oncology*, 25(1), 12-28.
- Cambridge Dictionary. (2020). *Cambridge dictionary*. Retrieved April, 16 2020 from <https://dictionary.cambridge.org/dictionary/english/family>
- Centers for Disease Control and Prevention. (2021). *Preschoolers (3-5 years of age)*. Retrieved December, 25 2020 from <https://www.cdc.gov/ncbddd/childdevelopment/positiveparenting/preschoolers.html>
- Chang, J. S., Tsai, Y.-W., Tsai, C.-R., & Wiemels, J. L. (2012). Allergy and risk of childhood acute lymphoblastic leukemia: a population-based and record-based study. *American Journal of Epidemiology*, 176(11), 970–978.
- Children's cancer and leukemia group. (2016). *Managing family life and cancer*. Publication of this booklet was funded by CCLG.

- Erker, C., Yan, K., Zhang, L., Bingen, K., Flynn, K. E., & Panepinto, J. (2018). Impact of pediatric cancer on family relationships. *Cancer medicine*, 7(5), 1680-1688.
- Fedele, D. A., Hullmann, S. E., Chaffin, M., Kenner, C., Fisher, M. J., Kirk, K., Eddington, A. R., Phipps, S., McNall-Knapp, R. Y., & Mullins, L. L. (2013). Impact of a parent-based interdisciplinary intervention for mothers on adjustment in children newly diagnosed with cancer. *Journal of Pediatric Psychology*, 38(5), 531-540.
- Gabriel, I., Creedy, D., & Coyne, E. (2020). A systematic review of psychosocial interventions to improve quality of life of people with cancer and their family caregivers. *Nursing Open*, 7(5), 1299-1312.
- Ghodsbin, F., Asadi, N., & Fard, S. J. (2014). Effect of education on quality of life of parents with leukemic children referred to oncology clinic of Kerman's Afzali-Poor hospital, 2012. *Advances in Environmental Biology*, 7(14), 4655-4659.
- Golics, C. J., Basra, M. K. A., Finlay, A. Y., & Salek, S. (2013). The impact of disease on family members: a critical aspect of medical care. *Journal of the Royal Society of Medicine*, 106(10), 399-407.
- Goodwin, D. A. J., Boggs, S. R., & Graham-Pole, J. (1994). Development and validation of the pediatric oncology quality of life scale. *Psychological Assessment*, 6(4), 321-328.
- Gouveia, L., Janvier, A., Dupuis, F., Duval, M., & Sultan, S. (2017). Comparing two types of perspective-taking as strategies for detecting distress amongst parents of children with cancer: a randomized trial. *PLOS ONE*, 12(4), 1-15.
- Graziano, S., Rossi, A., Spano, B., Petrocchi, M., Biondi, G., & Ammaniti, M. (2015). Comparison of psychological functioning in children and their living through a life-threatening chronic disease: a pilot study. *Journal of Child Health care*, 20(2), 174-184.
- Grey, M., Schulman-Green, D., Knafl, K., & Reynolds, N. R. (2014). A revised self- and family management framework. *Nursing Outlook*, 14, 1-26.

- Hassan, G. A. and Ibrahim, H. S. (2018). The effect of supportive nursing intervention on burden and coping strategies of caregivers of children with cancer. *Journal of Nursing Education and Practice*, 8(7), 125-135.
- Hocking, M. C., Hobbie, W. L., Deatrick, J. A., Lucas, M. S., Szabo, M. M., Volpe, E. M., & Barakat, L. P. (2011). Neurocognitive and family functioning and quality of life among young adult survivors of childhood brain tumors. *The Clinical Neuropsychologist*, 25(6), 942–962.
- Hoffman, L., Marquis, J., Poston, D., Summers, J. A., & Turnbull, A. (2006). Assessing family outcomes: psychometric evaluation of the beach center family quality of life scale. *Journal of Marriage and Family*, 68(4), 1069-1083.
- Howard, A. F., Goddard, K., Rassekh, S. R., Samargandi, O. A., & Hasan, H. (2018). Clinical significance in pediatric oncology randomized controlled treatment trials: a systematic review. *Trials*, 19(1), 1-11.
- Imsamran, W., Chaiwarawattana, A., Wiangnon, S., & Pongnikorn, D. (2015). *Cancer in Thailand (Vol VIII, 2010-2012)*. National Cancer Institute, Thailand.
- Institute of Medicine and National Research Council. (2015). *Transforming the workforce for children birth through age 8: a unifying foundation*. Washington, DC: The National Academies Press.
- Jenaro, C., Flores, N., Gutiérrez-Bermejo, B., Vega, V., Pérez, C., & Cruz, M. (2020). Parental stress and family quality of life: surveying family members of persons with intellectual disabilities. *International journal of environmental research and public health and Quality of Life Outcomes*, 17, 1-17.
- Jones, B., Currin-Mcculloch, J., Pelletier, W., Sardi-Brown, V., Brown, P., & Wiener, L., J. (2018). Psychosocial standards of care for children with cancer and their families: a national survey of pediatric oncology social workers. *Social Work in Health Care*, 57(4), 221–249.
- Khamchan, P., Punthmatharith, B., Petpichetchian, W., & Chotsampancharoen, T. (2019). Influencing factors of health-related quality of life in Thai children with cancer. *Songklanagarind Journal of Nursing*, 30(3), 1-16.
- Khooshab, E., Jahanbin, I., Ghadakpour, S., & Keshavarzi, S. (2015). Managing

parenting stress through life skills training: a supportive intervention for mothers with visually impaired children. *International Journal of Community Based Nursing & Midwifery*, 4(3), 265-273.

- Kieckhefer, G. M., Trahms, C. M., Churchill, S. S., Kratz, L., Uding, N., & Villareale, N. (2013). A randomized clinical trial of the building on family strengths program: an education program for parents of children with chronic health conditions. *Maternal and Child Health Journal*, 18(3), 563–574.
- Kilic, S. T., Oz, F. (2019). Family caregivers' involvement in caring with cancer and their quality of life. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*, 20(6), 1735-1741.
- Kim, I., Ekas, N., & Hock, R. M. (2016a). Associations between child behavior problems, family management, and depressive symptoms for mothers of children with autism spectrum disorder. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 26, 80-90.
- Knafl, K., Deatrick, J., Gallo, A., Dixon, J., Grey, M., Knafl, G., & O'Malley, J. (2010). *Family management measure*. Retrieved March, 10 2020 from <https://nursing.unc.edu/research/office-of-research-support-and-consultation/family-management-measure/>
- Knafl, K. A., Deatrick, J. A., & Havill, N. L. (2012). Continued development of the familymanagement style framework. *Journal of Family Nursing*, 18(1), 11-34.
- Knafl, K. A., Deatrick, J. A., Knafl, G. J., Gallo, A. M., Grey, M., & Dixon, J. (2013). Patterns of family management of childhood chronic conditions and their relationship to child and family functioning. *Journal of Pediatric Nursing*, 28, 523–535.
- Knafl, K. A., Havill, N. L., Leeman, J., Fleming, L., Crandell, J. L., & Sandelowski, M. (2016). The nature of family engagement in interventions for children with chronic conditions. *Western Journal of Nursing Research*, 39(5), 690–723.
- Knafl, K., Deatrick, J. A., Gallo, A. M., Skelton, B. (2021). Tracing the use of the familymanagement framework and measure: a Scoping Review. *Journal of Family Nursing*, 27(2), 87-106.

Kyle, T., & Carman, S. (2017). *Essentials of pediatric nursing (3rd ed.)*. Philadelphia: Wolters Kluwer.

Leukemia & Lymphoma society. (2020). *Psychological and cognitive effects*.

Retrieved April, 5 2021 from <https://www.lls.org/childhood-blood-cancer/long-term-and-late-effects-of-treatment-for-childhood-cancer-survivors/psychological-and-cognitive-effects>

Li, H. C. W., Chung, O. K. J., & Chiu, S. Y. (2010). The impact of cancer on children's physical, emotional, and psychosocial well-being. *Cancer Nursing*, 33(1), 47-54.

Lim, H. A., Tan, J. Y. S., Chua, J., Yoong, R. K. L., Lim, S. E., Kua, E. H., & Mahendran, R. (2017). Quality of life of family caregivers of cancer patients in Singapore and globally. *Singapore Medical Journal*, 58(5), 258-261.

Litzelman, K., Catrine, K., Gangnon, R., & Witt, W. P. (2011). Quality of life among parents of children with cancer or brain tumors: the impact of child characteristics and parental psychosocial factors. *Quality of Life Research*, 20(8), 1261-1269.

Liu, H., Song, Q., Zhu, L., Chen, D., Xie, J., Hu, S., Zeng, S., & Tan, L. (2020). Family management style improves family quality of life in children with epilepsy: a randomized controlled trial. *Journal of Neuroscience Nursing*, 52(2), 84-90.

Liu, W., Cheung, Y. T., Brinkman, T. M., Banerjee, P., Srivastava, D., Nolan, V. G., Zhang, H., Gurney, J. G., Pui, C.-H., Robison, L. L., Hudson, M. M., & Krull, K. R. (2018). Behavioral symptoms and psychiatric disorders in child and adolescent long-term survivors of childhood acute lymphoblastic leukemia treated with chemotherapy only. *Psycho-Oncology*, 27(6), 1597–1607.

Lo Nigro, L. (2013). Biology of childhood acute lymphoblastic leukemia. *Journal of Pediatric Hematology/Oncology*, 35(4), 245–252.

Mahmoud, S., & Elaziz, N. A. A. (2015). Effect of Psycho-Educational Training

- Program for parent's having child with leukemia on their experience and psychological wellbeing. *Journal of Education and Practice*, 6(12), 13-30.
- Mai, T. L. A. & Chaimongkol, N. (2022). Effectiveness of a family management intervention program among families of children with autism: a randomized controlled trial. *Pacific Rim International Journal of Nursing Research*, 26(1), 63-77.
- Modanloo, S., Rohani, C., Farahani, A. S., Vasli, P., & Pourhosseingholi, A. (2019). General family functioning as a predictor of quality of life in parents of children with cancer. *Journal of Pediatric Nursing*, 44, e2-e8.
- Mohammadi, A., Mehraban, A. H., & Damavandi, S. (2017). Effect of play-based occupational therapy on symptoms of hospitalized children with cancer: a single-subject study. *Asia-Pacific Journal of Oncology Nursing*, 4(2), 168-172.
- Nemati, S., Rassouli, M., Ilkhani, M., & Baghestani, A. R. (2017). Perceptions of family caregivers of cancer patients about the challenges of caregiving: a qualitative study. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 32(1), 309–316.
- Nurhidayah, I., Hendrawati, S., & Hasriyadhi, D. P. (2020). Quality of life of family caregivers of children with leukemia: a descriptive quantitative study. *Belitung Nursing Journal*, 6(2), 52-58.
- Pariseau, E. M., Chevalier, L., Muriel, A. C., & Long, K. A. (2020). Parental awareness of sibling adjustment: perspectives of parents and siblings of children with cancer. *Journal of Family Psychology*, 34, 698–708.
- Pediatric Treatment Editorial Board. (2020). PDQ childhood acute lymphoblastic leukemia treatment. National Cancer Institute. Retrieved April, 3 2021 from <https://www.cancer.gov/types/leukemia/patient/child-all-treatment-pdq>
- Petridou, E. T., Georgakis, M. K., Erdmann, F., Ma, X., Heck, J. E., Auvinen, A., Mueller, B. A., Spector, L. G., Roman, E., Metayer, C., Magnani, C., Pombo-de-Oliveira, M. S., Ezzat, S., Scheurer, M. E., Mora, A. M., Dockerty, J. D., Hansen, J., Kang, A. Y., Wang, R., Doody, J. D., Kane, E., Rashed, W. M., Dessypris, N., Schuz, J., Infante-Rivard, C., & Skalkidou, A. (2018). Advanced parental age as risk factor for childhood acute lymphoblastic leukemia: results

- from studies of the Childhood Leukemia International Consortium. *European Journal of Epidemiology*, 33(10), 965-977.
- Pierce, L., Hocking, M. C., Schwartz, L. A., Alderfer, M. A., Kazak, A. E., & Barakat, L. P. (2016). Caregiver distress and patient health-related quality of life: psychosocial screening during pediatric cancer treatment. *Psycho-Oncology*, 26(10), 1555–1561.
- Pishkuhi, M. A., Ahmadi, M., Shoraka, H., & Chegeni, M. (2018). Parents' experience of caring children with cancer: a Qualitative study with phenomenological approach. *Journal of comprehensive pediatrics*, 9(4), 1-8.
- Reisi-Dehkordi, N., Baratian, H., & Zargham-Boroujeni, A. (2014). Challenges of children with cancer and their mothers: a qualitative research. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*, 19(4), 334-339.
- Roganovic, J. (2013). *Acute lymphoblastic leukemia in children*. Retrieved May, 20 2021 from <https://www.intechopen.com/books/leukemia/acute-lymphoblastic-leukemia-in-children>
- Saengthong, W., Hownarn, C., & Maneesri, R. (2020). The effects of a preparation program on self-care behaviors of school-aged children with acute leukemia under chemotherapy during the initial stage of treatment. *The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health*, 7(1), 158-168. (in Thai).
- Salvador, A., Crespo, C., & Barros, L. (2019). The benefits of family-centered care for parental self-efficacy and psychological well-being in parents of children with cancer. *Journal of Child and Family Studies*, 28, 1926–1936.
- Schepers, S. A., Sint Nicolaas, S. M., Maurice-Stam, H., Haverman, L., Verhaak, C. M., & Grootenhuis, M. A. (2017). Parental distress 6 months after a pediatric cancer diagnosis in relation to family psychosocial risk at diagnosis. *Cancer*, 124(2), 381-390.
- Sheng, N., Ma, J., Ding, W., & Zhang, Y. (2018). Family management affecting transition readiness and quality of life of Chinese children and young people with chronic diseases. *Journal of Child Health Care*, 22(3), 470–485.

- Sherief, L. M., Kamal, N. M., Abdalrahman, H. M., Youssef, D. M., Alhady, M. A., A., A., A. S., Elbasset, M. A. A., & Hashim, H. M. (2015). Psychological impact of chemotherapy for childhood acute lymphoblastic leukemia on patients and their parents. *Medicine*, *94*(51), 1-6.
- Silva-Rodrigues, F. M., Pan, R., Pacciulio Sposito, A. M., de Andrade Alvarenga, W., & Nascimento, L. C. (2016). Childhood cancer: Impact on parents' marital dynamics. *European Journal of Oncology Nursing*, *23*, 34-42.
- Song, Y., Nam, S., Park, S., Shin, I., & Ku, B. J. (2017). The impact of social support on self-care of patients with diabetes: what is the effect of diabetes type? systematic review and meta-analysis. *The Diabetes Educator*, *43*(4), 396-412.
- Sposito, A. M. P., Silva-Rodrigues, F. M., Sparapani, C. de C., Pfeiffer, L. I., de Lima, R. A. G., & Nascimento, L. C. (2015). Coping strategies used by hospitalized children with cancer undergoing chemotherapy. *Journal of Nursing Scholarship*, *47*(2), 143-151.
- Steliarova-Foucher, E., Colombet, M., Ries, L. A. G., Moreno, F., Dolya, A., Bray, F., Hesselning, P., Young Shin, H., Stiller, C. A., & Bouzbid, S. (2017). International incidence of childhood cancer, 2001–10: a population-based registry study. *The Lancet Oncology*, *18*(6), 719–731.
- Thorsteinsson, E. B., Loi, N. M., & Rayner, K. (2017). Self-efficacy, relationship satisfaction, and social support: the quality of life of maternal caregivers of children with type 1 diabetes. *PeerJ*, *5*(10), 1-16.
- Toledano-Toledano, F., & Moral de la Rubia, J. (2018). Factors associated with anxiety in family caregivers of children with chronic diseases. *Biopsychosocial Medicine*, *12*(20), 1-20.
- Tsai, M.-H., Hsu, J.-F., Chou, W.-J., Yang, C.-P., Jaing, T.-H., Hung, I.-J., Liang, H.-F., Huang, H.-R., & Huang, Y.-S. (2013). Psychosocial and emotional adjustment for children with pediatric cancer and their primary caregivers and the impact on their health-related quality of life during the first 6 months. *Quality of Life Research in Autism Spectrum Disorders*, *22*(3), 625-634.
- Van de Wetering, M. D., & Schouten-van Meeteren, N. Y. N. (2011). Supportive care

- for children with cancer. *Seminars in Oncology* 38(3), 374–379.
- Van Dongen-Melman, J. E. W. M., De Groot, A., Hählen, K., & Verhulst, F. C. (1995). Impact of Childhood Leukemia on Family Planning. *Pediatric Hematology and Oncology*, 12(2), 117-127.
- Van Schoors, M., De Paepe, A. L., Norga, K., Cosyns, V., Morren, H., Vercruyse, T., Goubert, L., & Verhofstadt, L. L. (2019). Family members dealing with childhood cancer: A study on the role of family functioning and cancer appraisal. *Frontiers in Psychology*, 10(1405), 1-14.
- Varni, J. W. (1998). the PedsQL™ measurement model for the pediatric quality of life inventory. Retrieved May, 15 2021 from <http://www.pedsql.org/>
- Varni, J. W., Seid, M., & Rode, C. A. (1999). The PedsQL™: measurement model for the pediatric quality of life inventory. *Medical Care*, 37(2), 126-169. <http://www.jstor.org/stable/3767218>
- Warapornmongkholkul, A., Howteerakul, N., Suwannapong, N., & Soparattanapaisarn, N. (2018). Self-efficacy, social support, and quality of life among primary family-member caregivers of patients with cancer in Thailand. *Journal of Health Research*, 32(2), 111–122.
- Ward, E., DeSantis, C., Robbins, A., Kohler, B., & Jemal, A. (2014b). Childhood and adolescent cancer statistics, 2014. *CA: A Cancer Journal for Clinicians*, 64(2), 83–103.
- Witt, S., Quitmann, J., Hoglund, A. T., Russ, S., Kaman, A., Escherich, G., & Frygner-Holm, S. (2023). Effects of a pretend play intervention on health-related quality of life children with cancer: a Swedish-German study. *Journal of Pediatric Hematology/ Oncology Nursing*, 0(0), 1-12.
- World Health Organization. (1998). *Program on mental health*. Retrieved May 1, 2020 from [file:///C:/Users/wacha/Downloads/WHO_HIS_HSI_Rev.2012.03_eng%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/wacha/Downloads/WHO_HIS_HSI_Rev.2012.03_eng%20(1).pdf)
- World Health Organization. (2018). *Cancer in children*. Retrieved June 16, 2020 from <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cancer-in-children>
- World Health Organization. (2020). *Year of the nurse and the midwife 2020*.

Retrieved July 11, 2020 from <https://www.who.int/campaigns/year-of-the-nurse-and-the-midwife-2020>

Yeh, C. H., Chien, L.-C., Chiang, Y. C., Lin, S. W., Huang, C. K., & Ren, D. (2012). Reduction in nausea and vomiting in children undergoing cancer chemotherapy by either appropriate or sham auricular acupuncture points with standard care. *The Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 18(4), 334-340.





APPENDICES



APPENDICES

Inviting documents of experts

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิแปลเครื่องมือวิจัย

1. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นุชรีย์ แสงสว่าง คณะพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
2. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.จิราวรรณ กล่อมเมฆ คณะพยาบาลศาสตร์มิชชั่น
มหาวิทยาลัยนานาชาติเอเชีย-แปซิฟิก
3. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.กมลพรรณ บุญกิจ ภาควิชาภาษาอังกฤษ คณะอักษรศาสตร์
มหาวิทยาลัยศิลปากร
4. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อุษา น้อยทิม หลักสูตรครุศาสตรบัณฑิต
สาขาวิชาภาษาอังกฤษ
คณะมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์
มหาวิทยาลัยราชภัฏนครปฐม



ที่ อว ๘๑๓๗/๑๖๓๔

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา
๑๖๙ ถ.สิงหนครบางแสน ต.แสนสุข
อ.เมือง จ.ชลบุรี ๒๐๑๓๑

๒๖ สิงหาคม ๒๕๖๔

เรื่อง ขอเรียนเชิญเป็นผู้ทรงคุณวุฒิแปลเครื่องมือวิจัย

เรียน ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นุชรีย์ แสงสว่าง

สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. เครื่องมือวิจัย
๒. เอกสารหลักฐานการได้รับอนุญาตให้แปลและใช้เครื่องมือวิจัย

ด้วยนางสาวชรีกร อังคประสาชชัย รหัสประจำตัวนิสิต ๖๒๘๑๐๐๖๓ หลักสูตรปรัชญาดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ (หลักสูตรนานาชาติ) คณะพยาบาลศาสตร์ ได้รับอนุมัติเค้าโครงดัชนีพันธ์เรื่อง “Effectiveness of a Family-Management Program on Family Management, Family and Child Quality of Life Among Parents of Children with Leukemia” โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร.นุจรี ไชยมงคล เป็นประธาน กรรมการควบคุมดัชนีพันธ์ และเสนอท่านเป็นผู้ทรงคุณวุฒิแปลเครื่องมือวิจัย นั้น

ในการนี้ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา จึงขอเรียนเชิญท่านซึ่งเป็นผู้ที่มีความรู้ ความสามารถ และประสบการณ์สูง เป็นผู้ทรงคุณวุฒิแปลเครื่องมือวิจัยจากภาษาอังกฤษเป็นภาษาไทย (ดังเอกสารแนบ) ทั้งนี้ สามารถติดต่อนิติตั้งรายนามข้างต้น ได้ที่หมายเลขโทรศัพท์ ๐๘๒-๔๗๑-๐๖๘๐ หรือที่ E-mail: wachareekorn@buu.ac.th

จึงเรียนมาเพื่อทราบและโปรดพิจารณา

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.นุจรี ไชยมงคล)
คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย ปฏิบัติการแทน
อธิการบดีมหาวิทยาลัยบูรพา

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา
โทร ๐๓๘ ๒๗๐ ๐๐๐ ต่อ ๗๐๑, ๗๐๕, ๗๐๗
E-mail: grd.buu@go.buu.ac.th

ที่ อว ๘๑๓๓/๑๖๓๕



บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา
๑๖๙ ถ.ลงหาดบางแสน ต.แสนสุข
อ.เมือง จ.ชลบุรี ๒๐๑๓๑

๒๖ สิงหาคม ๒๕๖๔

เรื่อง ขอเรียนเชิญเป็นผู้ทรงคุณวุฒิแปลเครื่องมือวิจัย

เรียน ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.จิราวรรณ กล่อมเมฆ

สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. เครื่องมือวิจัย

๒. เอกสารหลักฐานการได้รับอนุญาตให้แปลและใช้เครื่องมือวิจัย

ด้วยนางสาววชิกร อังคประสาชัชย์ รหัสประจำตัวนิสิต ๒๒๘๑๐๐๖๓ หลักสูตรปรัชญาดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ (หลักสูตรนานาชาติ) คณะพยาบาลศาสตร์ ได้รับอนุมัติเค้าโครงดุษฎีนิพนธ์เรื่อง "Effectiveness of a Family-Management Program on Family Management, Family and Child Quality of Life Among Parents of Children with Leukemia" โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร.นุจรี ไชยมงคล เป็นประธานกรรมการควบคุมดุษฎีนิพนธ์ และเสนอท่านเป็นผู้ทรงคุณวุฒิแปลเครื่องมือวิจัย นั้น

ในการนี้ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา จึงขอเรียนเชิญท่านซึ่งเป็นผู้ที่มีความรู้ ความสามารถ และประสบการณ์สูง เป็นผู้ทรงคุณวุฒิแปลเครื่องมือวิจัยจากภาษาอังกฤษเป็นภาษาไทย (ดังเอกสารแนบ) ทั้งนี้ สามารถติดต่อนี้สติดังรายนามข้างต้น ได้ที่หมายเลขโทรศัพท์ ๐๘๒-๔๗๑-๐๖๘๐ หรือที่ E-mail: wachareekorn@buu.ac.th

จึงเรียนมาเพื่อทราบและโปรดพิจารณา

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.นุจรี ไชยมงคล)
คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย ปฏิบัติการแทน
อธิการบดีมหาวิทยาลัยบูรพา

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา

โทร ๐๓๘ ๒๗๐ ๐๐๐ ต่อ ๗๐๑, ๗๐๕, ๗๐๗

E-mail: grd.buu@go.buu.ac.th



ที่ อว ๘๑๓๗/๗๗๓

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา
๑๖๙ ถ.สิงหาคบวงแสง ต.แสนสุข
อ.เมือง จ.ชลบุรี ๒๐๑๓๑

๑๓ มิถุนายน ๒๕๖๕

เรื่อง ขอเรียนเชิญเป็นผู้ทรงคุณวุฒิแปลเครื่องมือวิจัย

เรียน ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.กมลพรรณ บุญกิจ

สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. เครื่องมือวิจัย

๒. เอกสารหลักฐานการได้รับอนุญาตให้แปลและใช้เครื่องมือวิจัย

ด้วยนางสาวชรีกร อังคประสาทชัย รหัสประจำตัวนิสิต ๖๒๘๑๐๐๖๓ หลักสูตรปรัชญาดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ (หลักสูตรนานาชาติ) คณะพยาบาลศาสตร์ ได้รับอนุมัติเค้าโครงดัชนีพจนานุกรมเรื่อง "Effectiveness of a Family-Management Program on Family Management, Family and Child Quality of Life Among Parents of Children with Leukemia" โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร.นุจรี ไชยมงคล เป็นประธานกรรมการควบคุมดัชนีพจนานุกรม และเสนอท่านเป็นผู้ทรงคุณวุฒิแปลเครื่องมือวิจัย นั้น

ในการนี้ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา จึงขอเรียนเชิญท่านซึ่งเป็นผู้ที่มีความรู้ ความสามารถ และประสบการณ์สูง เป็นผู้ทรงคุณวุฒิแปลเครื่องมือวิจัยจากภาษาไทยเป็นภาษาอังกฤษ (ดังเอกสารแนบ) ทั้งนี้ สามารถติดต่อนิติสดังรายนามข้างต้น ได้ที่หมายเลขโทรศัพท์ ๐๘๒-๔๗๑-๐๖๘๐ หรือที่ E-mail: wachareekorn@buu.ac.th

จึงเรียนมาเพื่อทราบและโปรดพิจารณา

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.นุจรี ไชยมงคล)
คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย ปฏิบัติการแทน
อธิการบดีมหาวิทยาลัยบูรพา

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา

โทร ๐๓๘ ๒๗๐ ๐๐๐ ต่อ ๗๐๑, ๗๐๕, ๗๐๗

E-mail: grd.buu@go.buu.ac.th





ที่ อว ๘๑๓๗/๗๗๔

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา
๑๖๙ ถ.สงครามบางแสน ต.แสนสุข
อ.เมือง จ.ชลบุรี ๒๐๑๓๑

๑๓ มิถุนายน ๒๕๖๕

เรื่อง ขอเรียนเชิญเป็นผู้ทรงคุณวุฒิแปลเครื่องมือวิจัย

เรียน ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อุษา น้อยทิม

สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. เครื่องมือวิจัย

๒. เอกสารหลักฐานการได้รับอนุญาตให้แปลและใช้เครื่องมือวิจัย

ด้วยนางสาววชิรกร อังคประสาทชัย รหัสประจำตัวนิสิต ๖๒๘๑๐๐๖๓ หลักสูตรปรัชญาดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ (หลักสูตรนานาชาติ) คณะพยาบาลศาสตร์ ได้รับอนุมัติเค้าโครงดัชนีพันธเรื่อง “Effectiveness of a Family-Management Program on Family Management, Family and Child Quality of Life Among Parents of Children with Leukemia” โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร.นุจรี ไชยมงคล เป็นประธานกรรมการควบคุมดัชนีพันธ และเสนอท่านเป็นผู้ทรงคุณวุฒิแปลเครื่องมือวิจัย นั้น

ในการนี้ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา จึงขอเรียนเชิญท่านซึ่งเป็นผู้ที่มีความรู้ ความสามารถ และประสบการณ์สูง เป็นผู้ทรงคุณวุฒิแปลเครื่องมือวิจัยจากภาษาไทยเป็นภาษาอังกฤษ (ดังเอกสารแนบ) ทั้งนี้ สามารถติดต่อนิสิตตั้งรายนามข้างต้น ได้ที่หมายเลขโทรศัพท์ ๐๘๒-๔๗๑-๐๖๘๐ หรือที่ E-mail: wachareekom@buu.ac.th

จึงเรียนมาเพื่อทราบและโปรดพิจารณา

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.นุจรี ไชยมงคล)
คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย ปฏิบัติการแทน
อธิการบดีมหาวิทยาลัยบูรพา

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา

โทร ๐๓๘ ๒๗๐ ๐๐๐ ต่อ ๗๐๑, ๗๐๕, ๗๐๗

E-mail: grd.buu@go.buu.ac.th



รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงของเครื่องมือวิจัย

1. ศาสตราจารย์เกียรติคุณ ดร.รุจา ภูไพบูลย์ คณะแพทยศาสตร์
โรงพยาบาลรามาริบัติ
มหาวิทยาลัยมหิดล
2. รองศาสตราจารย์ ดร.กิตติกร นิลมานันต์ คณะพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
3. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ แพทย์หญิง ดร.รอมร แยมประทุม คณะแพทยศาสตร์
มหาวิทยาลัยบูรพา
4. รองศาสตราจารย์ นายแพทย์อุษณรัศมี อนุรัฐพันธ์ คณะแพทยศาสตร์
โรงพยาบาลรามาริบัติ
มหาวิทยาลัยมหิดล





ที่ อว ๘๑๓๗/๑๐๗๗

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา
๑๖๙ ถ.สิงหนครบางแสน ต.แสนสุข
อ.เมือง จ.ชลบุรี ๒๐๑๓๑

๒๕ กรกฎาคม ๒๕๖๕

เรื่อง ขอเรียนเชิญท่านเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงของเครื่องมือวิจัย

เรียน ศาสตราจารย์เกียรติคุณ ดร.รุจา ภูไพบูลย์

สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. คำโครงการวิทยานิพนธ์ (ฉบับย่อ)
๒. เครื่องมือวิจัย

ด้วยนางสาวชรีกร อังคประสาชชัย รหัสประจำตัวนิสิต ๖๒๘๑๐๖๓ หลักสูตรปรัชญาดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชา
พยาบาลศาสตร์ (หลักสูตรนานาชาติ) คณะพยาบาลศาสตร์ ได้รับอนุมัติคำโครงการดุษฎีนิพนธ์เรื่อง Effectiveness of
a Family-Management Program on Family Management, Family and Child Quality of Life Among
Parents of Children with Leukemia” โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร.นุจรี ไชยมงคล เป็นประธานกรรมการควบคุม
ดุษฎีนิพนธ์ และเสนอท่านเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงของเครื่องมือวิจัยนั้น

ในการนี้ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา จึงขอเรียนเชิญท่านซึ่งเป็นผู้ที่มีความรู้ ความสามารถ และ
ประสบการณ์สูง เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงของเครื่องมือ ทั้งนี้ สามารถติดต่อนิสิตตั้งรายนามข้างต้นได้ที่
หมายเลขโทรศัพท์ ๐๘๒-๔๗๑-๐๖๘๐ หรือที่ E-mail: wachareekorn@buu.ac.th

จึงเรียนมาเพื่อทราบและโปรดพิจารณา

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.นุจรี ไชยมงคล)
คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย ปฏิบัติการแทน
อธิการบดีมหาวิทยาลัยบูรพา

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา
โทร ๐๓๘ ๑๐๒ ๗๐๐ ต่อ ๗๐๗, ๗๐๕, ๗๐๑
E-mail: grd.buu@go.buu.ac.th





ที่ อว ๘๑๓๗/๑๐๗๘

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา
๑๖๙ ถ.สิงหนาทบางแสน ต.แสนสุข
อ.เมือง จ.ชลบุรี ๒๐๑๓๑

๒๕ กรกฎาคม ๒๕๖๕

เรื่อง ขอเรียนเชิญบุคลากรในสังกัดเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงของเครื่องมือวิจัย

เรียน คณะบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ จังหวัดสงขลา

สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. คำโครงการวิทยานิพนธ์ (ฉบับย่อ)

๒. เครื่องมือวิจัย

ด้วยนางสาวชรีกร อังคประสาทชัย รหัสประจำตัวนิสิต ๖๒๘๑๐๐๖๓ หลักสูตรปรัชญาดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ (หลักสูตรนานาชาติ) คณะพยาบาลศาสตร์ ได้รับอนุมัติคำโครงการดุษฎีนิพนธ์เรื่อง Effectiveness of a Family-Management Program on Family Management, Family and Child Quality of Life Among Parents of Children with Leukemia” โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร.นุจรี ไชยมงคล เป็นประธานกรรมการควบคุม ดุษฎีนิพนธ์ และเสนอบุคลากรในสังกัดของท่าน คือ รองศาสตราจารย์ ดร.กิตติกร นิลมานัต อาจารย์ประจำคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงของเครื่องมือวิจัยนั้น

ในการนี้ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา จึงขอเรียนเชิญรองศาสตราจารย์ ดร.กิตติกร นิลมานัต ซึ่งเป็น ผู้ที่มีความรู้ ความสามารถ และประสบการณ์สูง เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงของเครื่องมือ ทั้งนี้ สามารถติดต่อ นิสิตตั้งรายนามข้างต้นได้ที่หมายเลขโทรศัพท์ ๐๘๒-๔๗๑-๐๖๘๐ หรือที่ E-mail: wachareekorn@buu.ac.th

จึงเรียนมาเพื่อทราบและโปรดพิจารณา

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.นุจรี ไชยมงคล)
คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย ปฏิบัติการแทน
อธิการบดีมหาวิทยาลัยบูรพา

สำเนาเรียน รองศาสตราจารย์ ดร.กิตติกร นิลมานัต

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา
โทร ๐๓๘ ๑๐๒ ๗๐๐ ต่อ ๗๐๗, ๗๐๕, ๗๐๑
E-mail: grd.buu@go.buu.ac.th



ที่ อว ๖๘๑๐๕/ ๒๑๒๖



คณะพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
๑๕ ต.คอหงส์ อ.หาดใหญ่ จ.สงขลา
๙๐๑๑๐

๑๕ สิงหาคม ๒๕๖๕

เรื่อง ตอบรับการเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา

ตามหนังสือที่ อว ๘๑๓๗/๑๐๗๘ ลงวันที่ ๒๕ กรกฎาคม ๒๕๖๕ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา ได้เรียนเชิญให้ รองศาสตราจารย์ ดร.กิตติกร นิลมานัต เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือวิจัยเรื่อง “Effectiveness of a Family-Management Program on Family Management, Family and Child Quality of Life Among Parents of Children with Leukemia” ของ นางสาววชิรกร อังคประสาธชัย นั้น

ในการนี้ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ พิจารณาแล้วยินดีให้ รองศาสตราจารย์ ดร.กิตติกร นิลมานัต เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือวิจัย ดังกล่าวข้างต้น

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ

ขอแสดงความนับถือ

Handwritten signature

(รองศาสตราจารย์ ดร.นงนุช บุญยัง)
คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

เรียน คณบดี
เพื่อโปรดทราบ

ศูนย์บริการวิชาการ
โทร.๐ ๗๔๒๘ ๖๕๒๑
โทรสาร ๐ ๗๔๒๘ ๖๕๒๑
e-mail : junjira.k@psu.ac.th

Handwritten signature
๑๙ ส.ค. ๒๕๖๕

Handwritten signature
Handwritten signature
Handwritten signature
๒๖ ส.ค. ๒๕



บันทึกข้อความ

ส่วนงาน มหาวิทยาลัยบูรพา บัณฑิตวิทยาลัย โทร. ๒๗๐๐ ต่อ ๗๐๑, ๗๐๕, ๗๐๗
 ที่ อว ๘๑๓๗/๓๑๔๐ วันที่ ๒๕ กรกฎาคม พ.ศ. ๒๕๖๕
 เรื่อง ขอเรียนเชิญท่านเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงของเครื่องมือวิจัย

เรียน ผู้ช่วยศาสตราจารย์ แพทย์หญิง ดร.รมร แยมประทุม (คณะแพทยศาสตร์)

ด้วยนางสาววชิกร อังคประสาชชัย รหัสประจำตัวนิสิต ๖๒๘๑๐๐๖๓ หลักสูตรปรัชญาดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ (หลักสูตรนานาชาติ) คณะพยาบาลศาสตร์ ได้รับอนุมัติเค้าโครงดุษฎีนิพนธ์เรื่อง "Effectiveness of a Family-Management Program on Family Management, Family and Child Quality of Life Among Parents of Children with Leukemia" โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร.นุจรี ไชยมงคล เป็นประธาน กรรมการควบคุมดุษฎีนิพนธ์ และเสนอท่านเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงของเครื่องมือวิจัยนั้น

ในการนี้ บัณฑิตวิทยาลัย จึงขอเรียนเชิญท่านซึ่งเป็นผู้ที่มีความรู้ ความสามารถ และประสบการณ์สูง เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงของเครื่องมือวิจัย ทั้งนี้ สามารถติดต่อขอลิสต์ตั้งรายนามข้างต้นได้ที่หมายเลข โทรศัพท์ ๐๘๒-๔๗๑-๐๖๘๐ หรือที่ E-mail: wachareekorn@buu.ac.th

จึงเรียนมาเพื่อทราบและโปรดพิจารณา

(รองศาสตราจารย์ ดร.นุจรี ไชยมงคล)
 คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย





ที่ อว ๘๑๓๗/๑๒๒๔

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา
๑๖๙ ถ.สิงหนครบางแสน ต.แสนสุข
อ.เมือง จ.ชลบุรี ๒๐๑๓๑

๓๐ สิงหาคม ๒๕๖๕

เรื่อง ขอเรียนเชิญบุคลากรในสังกัดเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงของเครื่องมือวิจัย

เรียน คณบดีคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล กรุงเทพมหานคร

สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. คำโครงการวิทยานิพนธ์ (ฉบับย่อ)
๒. เครื่องมือวิจัย

ด้วยนางสาววชิรกร อังคประสาทชัย รหัสประจำตัวนิสิต ๖๒๘๑๐๐๖๓ หลักสูตรปรัชญาดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ (หลักสูตรนานาชาติ) คณะพยาบาลศาสตร์ ได้รับอนุมัติคำโครงการดุษฎีนิพนธ์เรื่อง “Effectiveness of a Family-Management Program on Family Management, Family and Child Quality of Life Among Parents of Children with Leukemia” โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร.นุจรี ไชยมงคล เป็นประธานกรรมการควบคุมดุษฎีนิพนธ์ และเสนอบุคลากรในสังกัดของท่าน คือ รองศาสตราจารย์ นายแพทย์อุษณรัสมิ์ อนุรัฐพันธ์ อาจารย์ประจำสาขาวิชาโลหิตวิทยาและมะเร็งวิทยา ภาควิชากุมารเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงของเครื่องมือวิจัยนั้น

ในการนี้ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา จึงขอเรียนเชิญรองศาสตราจารย์ นายแพทย์อุษณรัสมิ์ อนุรัฐพันธ์ ซึ่งเป็นผู้ที่มีความรู้ ความสามารถ และประสบการณ์สูง เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงของเครื่องมือ ทั้งนี้ สามารถติดต่อณลิตดั่งรายนามข้างต้นได้ที่หมายเลขโทรศัพท์ ๐๘๒-๔๗๑-๐๖๘๐ หรือที่ E-mail: wachareekom@buu.ac.th

จึงเรียนมาเพื่อทราบและโปรดพิจารณา

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.นุจรี ไชยมงคล)
คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย ปฏิบัติการแทน
อธิการบดีมหาวิทยาลัยบูรพา

สำเนาเรียน รศ.นพ.อุษณรัสมิ์ อนุรัฐพันธ์

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา
โทร ๐๓๘ ๑๐๒ ๗๐๐ ต่อ ๗๐๗, ๗๐๕, ๗๐๑
E-mail: grd.buu@go.buu.ac.th





APPENDIX B

Ethical document and collecting data permission



เอกสารรับรองผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์
มหาวิทยาลัยบูรพา

คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยบูรพา ได้พิจารณาโครงการวิจัย

รหัสโครงการวิจัย : G-HS 084/2565

โครงการวิจัยเรื่อง : ประสิทธิภาพของโปรแกรมการจัดการครอบครัวสำหรับพ่อแม่ที่มีบุตร ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาว
ต่อการจัดการครอบครัว คุณภาพชีวิตของเด็กและครอบครัว

หัวหน้าโครงการวิจัย : นางสาวชรีกร อังคประสาชชัย

หน่วยงานที่สังกัด : นิติระดับบัณฑิตศึกษา คณะพยาบาลศาสตร์

คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยบูรพา ได้พิจารณาแล้วเห็นว่า โครงการวิจัยดังกล่าวเป็นไปตามหลักการของจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โดยที่ผู้วิจัยเคารพสิทธิและศักดิ์ศรีในความเป็นมนุษย์ ไม่มีการล่วงละเมิดสิทธิ สวัสดิภาพ และไม่ก่อให้เกิดอันตรายแก่ตัวอย่างการวิจัยและผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย

จึงเห็นสมควรให้ดำเนินการวิจัยในขอบข่ายของโครงการวิจัยที่เสนอได้ (ดูตามเอกสารตรวจสอบ)

- | | |
|--|--|
| 1. แบบเสนอเพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ | ฉบับที่ 2 วันที่ 9 เดือน พฤศจิกายน พ.ศ. 2565 |
| 2. เอกสารโครงการวิจัยฉบับภาษาไทย | ฉบับที่ 1 วันที่ 20 เดือน ตุลาคม พ.ศ. 2565 |
| 3. เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย | ฉบับที่ 2 วันที่ 9 เดือน พฤศจิกายน พ.ศ. 2565 |
| 4. เอกสารแสดงความยินยอมของผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย | ฉบับที่ 2 วันที่ 9 เดือน พฤศจิกายน พ.ศ. 2565 |
| 5. เอกสารแสดงรายละเอียดเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย | ฉบับที่ 1 วันที่ 20 เดือน ตุลาคม พ.ศ. 2565 |
| 6. เอกสารอื่น ๆ (ถ้ามี) | ฉบับที่ - วันที่ - เดือน - พ.ศ. - |

วันที่รับรอง : วันที่ 1 เดือน ธันวาคม พ.ศ. 2565

วันที่หมดอายุ : วันที่ 1 เดือน ธันวาคม พ.ศ. 2566

ลงนาม

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ แพทย์หญิงรอมร แยมประทุม)

ประธานคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยบูรพา
สำหรับโครงการวิจัย ระดับบัณฑิตศึกษา และระดับปริญญาตรี
ชุดที่ 3 (กลุ่มคลินิก/ วิทยาศาสตร์สุขภาพ/ วิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี)

Certificate Number IRB3-112/2565



Certificate of Human Research Approval
Burapha University

BUU Ethics Committee for Human Research has considered the following research protocol

Protocol Code : G-HS 084/2565

Protocol Title : EFFECTIVENESS OF A FAMILY-MANAGEMENT PROGRAM ON FAMILY MANAGEMENT, FAMILY AND CHILD QUALITY OF LIFE AMONG PARENTS OF CHILDREN WITH LEUKEMIA

Principal Investigator : Miss WACHAREEKORN AUNGKAPRASATCHAI

Affiliation : Graduate Program of Faculty of Nursing

BUU Ethics Committee for Human Research has considered the following research protocol according to the ethical principles of human research in which the researchers respect human's right and honor, do not violate right and safety, and do no harms to the research participants.

Therefore, the research protocol is approved (See attached)

- | | |
|---|-----------------------------|
| 1. Form of Human Research Protocol Submission | Version 2 : 9 November 2022 |
| 2. Research Protocol | Version 1 : 20 October 2022 |
| 3. Participant Information Sheet | Version 2 : 9 November 2022 |
| 4. Informed Consent Form | Version 2 : 9 November 2022 |
| 5. Research Instruments | Version 1 : 20 October 2022 |
| 6. Others (if any) | Version - : - |

Approval Date : 1 December 2022

Valid Date : 1 December 2023

Sign

A handwritten signature in cursive script, appearing to read "Ramorn Yampratoom".

(Assistant. Professor Ramorn Yampratoom)
Chair of The Burapha University Institutional Review Board
Panel 3 (Clinic / Health Science / Science and Technology)



Certificate Number IRB3-063/2566

Amendment 1st

Certificate of Human Research Approval
Burapha University

BUU Ethics Committee for Human Research has considered the following research protocol:

Protocol Code: G-HS 084/2565

Protocol Title: EFFECTIVENESS OF A FAMILY-MANAGEMENT PROGRAM ON FAMILY MANAGEMENT, FAMILY AND CHILD QUALITY OF LIFE AMONG PARENTS OF CHILDREN WITH LEUKEMIA

Principal Investigator: Miss WACHAREEKORN AUNGKAPRASATCHAI

Affiliation: Faculty of Nursing

Principal Advisor (Independent Study, Thesis, Dissertation):

Associate Professor Dr. Nujjaree Chaimongkol **Affiliation:** Faculty of Nursing

Principal Co-advisor (Independent Study, Thesis, Dissertation):

Associate Professor Dr. Pompat Hengudomsab **Affiliation:** Faculty of Nursing

Review Method: Exemption Expedited Full board

BUU Ethics Committee for Human Research has considered the following research protocol according to the ethical principles of human research in which the researchers respect human's right and honor, do not violate right and safety, and do no harms to the research participants.

Therefore, the research protocol is approved (See attached)

1. Form of Human Research Protocol Submission	Version 3: 19 June 2023
2. Research Protocol	Version 2: 19 June 2023
3. Participant Information Sheet	Version 2: 9 November 2022
4. Informed Consent Form	Version 2: 9 November 2022
5. Research Instruments	Version 1: 20 October 2022
6. Others (if any)	Version -: -

Approval Date: 1 December 2022

Valid Date: 1 December 2023

Sign

(Assistant. Professor Ramorn Yampratoom)

Chair of The Burapha University Institutional Review Board
Panel 3 (Clinic / Health Science / Science and Technology)

****Remark: This approval has the following details****

เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย
(Participant Information Sheet)

รหัสโครงการวิจัย :

(สำนักงานคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมในมนุษย์ มหาวิทยาลัยบูรพา เป็นผู้ออกรหัสโครงการวิจัย)

โครงการวิจัยเรื่อง : ประสิทธิภาพของโปรแกรมการจัดการครอบครัวสำหรับพ่อแม่ที่มีบุตรป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาว
ต่อการจัดการครอบครัว คุณภาพชีวิตของเด็กและครอบครัว
เรียน ผู้ร่วมโครงการวิจัย

ข้าพเจ้านางสาวชรีกร อังคประสาชชัย นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ขอเรียนเชิญท่านเข้าร่วมโครงการวิจัยฯ ก่อนที่ท่านจะตกลงเข้าร่วมการวิจัย ขอเรียนให้ท่านทราบรายละเอียดของโครงการวิจัย ดังนี้

โครงการวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและตรวจสอบประสิทธิภาพของโปรแกรมการจัดการครอบครัวต่อการจัดการครอบครัว และคุณภาพชีวิตของเด็กและครอบครัว ผู้เข้าร่วมโครงการจะได้รับคำแนะนำและการปฏิบัติตัวจากพยาบาลประจำหอผู้ป่วยเด็ก และจะมีแบบสอบถามให้ผู้เข้าร่วมโครงการตอบตามระยะเวลาที่ผู้ป่วยเด็กเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล การเข้าร่วมโครงการ ฯ เป็นไปโดยสมัครใจ ท่านสามารถถอนตัวจากการเข้าร่วมโครงการได้ตลอดเวลา โดยไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อท่านทั้งสิ้น

ผลของการวิจัยจะเป็นประโยชน์ในการพัฒนาศักยภาพของท่านและหน่วยบริการ รวมทั้งประโยชน์ในการพัฒนาการให้การพยาบาลต่อไป การเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ไม่มีความเสี่ยงแต่อย่างใด ข้อมูลต่าง ๆ ของท่านจะถูกเก็บไว้เป็นความลับ ไม่มีการเปิดเผยชื่อของท่าน การนำเสนอข้อมูลจะเป็นในภาพรวม ทั้งนี้ ข้อมูลจะถูกเก็บไว้ในเครื่องคอมพิวเตอร์ที่มีรหัสผ่านของคณะผู้วิจัยเท่านั้น ส่วนเอกสารจะเก็บไว้ในตู้เอกสารที่ใส่กุญแจไว้เป็นเวลา 1 ปี หลังการเผยแพร่ผลการวิจัยและจะนำไปทำลายหลังจากนั้น

หากท่านมีคำถามหรือข้อสงสัยประการใดสามารถติดต่อข้าพเจ้า นางสาวชรีกร อังคประสาชชัย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา โทรศัพท์มือถือหมายเลข 082-4710680 ข้าพเจ้ายินดีตอบคำถาม และข้อสงสัยของท่านทุกเมื่อ และถ้าผู้วิจัยไม่ปฏิบัติตามที่ได้ชี้แจงไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย สามารถแจ้งมายังคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยบูรพา กองบริหารการวิจัยและนวัตกรรม หมายเลขโทรศัพท์ 038-102-620 หรืออีเมล buuethics@buu.ac.th

เมื่อท่านพิจารณาแล้วเห็นสมควรเข้าร่วมในการวิจัยนี้ ขอความกรุณาลงนามในเอกสารแสดงความยินยอมร่วมโครงการที่แนบมาด้วย และขอขอบพระคุณในความร่วมมือของท่านมา ณ ที่นี้



BUU-IRB Approved
1 Dec 2022

เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย
(Participant Information Sheet)

รหัสโครงการวิจัย :

(สำนักงานคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมในมนุษย์ มหาวิทยาลัยบูรพา เป็นผู้ออกรหัสโครงการวิจัย)

โครงการวิจัยเรื่อง : ประสิทธิภาพของโปรแกรมการจัดการครอบครัวสำหรับพ่อแม่ที่มีบุตรป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาว
ต่อการจัดการครอบครัว คุณภาพชีวิตของเด็กและครอบครัว
เรียน ผู้ร่วมโครงการวิจัย

ข้าพเจ้านางสาววชิรกร อังคประสาชชัย นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ขอเรียนเชิญท่านเข้าร่วมโครงการวิจัยฯ ก่อนที่ท่านจะตกลงเข้าร่วมการวิจัย ขอเรียนให้ท่านทราบรายละเอียดของโครงการวิจัย ดังนี้

โครงการวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและตรวจสอบประสิทธิภาพของโปรแกรมการจัดการครอบครัวต่อการจัดการครอบครัว และคุณภาพชีวิตของเด็กและครอบครัว หากท่านตกลงที่จะเข้าร่วมการศึกษานี้ ข้าพเจ้าขอความร่วมมือให้ท่านร่วมกิจกรรมของโครงการฯ โดยการเข้าร่วมการดำเนินกิจกรรมทั้งหมด 3 ครั้ง (3 สัปดาห์) ใช้เวลา 50-60 นาทีต่อครั้ง

การเข้าร่วมกิจกรรมโครงการฯ เป็นไปโดยสมัครใจ ท่านอาจปฏิเสธที่จะเข้าร่วม และถ้ากิจกรรมนี้ไม่ตรงกับความสนใจของท่าน ท่านสามารถถอนตัวจากการเข้าร่วมโครงการได้ตลอดเวลา โดยไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อท่านทั้งสิ้น

ผลของการวิจัยจะเป็นประโยชน์ในการพัฒนาศักยภาพของท่านและหน่วยบริการ รวมทั้งประโยชน์ในการพัฒนาการให้การพยาบาลต่อไป การเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ไม่มีความเสี่ยงแต่อย่างใด ข้อมูลต่าง ๆ ของท่านจะถูกเก็บไว้เป็นความลับ ไม่มีการเปิดเผยชื่อของท่าน การนำเสนอข้อมูลจะเป็นในภาพรวม ทั้งนี้ ข้อมูลจะถูกเก็บไว้ในเครื่องคอมพิวเตอร์ที่มีรหัสผ่านของคณะผู้วิจัยเท่านั้น ส่วนเอกสารจะเก็บไว้ในตู้เอกสารที่ใส่กุญแจไว้เป็นเวลา 1 ปี หลังการเผยแพร่ผลการวิจัยและจะถูกนำไปทำลายหลังจากนั้น

หากท่านมีคำถามหรือข้อสงสัยประการใดสามารถติดต่อข้าพเจ้า นางสาววชิรกร อังคประสาชชัย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา โทรศัพท์มือถือหมายเลข 082-4710680 ข้าพเจ้ายินดีตอบคำถาม และข้อสงสัยของท่านทุกเมื่อ และถ้าผู้วิจัยไม่ปฏิบัติตามที่ได้ชี้แจงไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย สามารถแจ้งมายังคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยบูรพา กองบริหารการวิจัยและนวัตกรรม หมายเลขโทรศัพท์ 038-102-620 หรืออีเมล buuethics@buu.ac.th

เมื่อท่านพิจารณาแล้วเห็นสมควรเข้าร่วมในการวิจัยนี้ ขอความกรุณาลงนามในเอกสารแสดงความยินยอมร่วมโครงการที่แนบมาด้วย และขอขอบพระคุณในความร่วมมือของท่านมา ณ ที่นี้



BUU-IRB Approved
1 Dec 2022



เอกสารแสดงความยินยอม
ของผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย (Consent Form)

รหัสโครงการวิจัย :

(สำนักงานคณะกรรมการการพิจารณาจริยธรรมในมนุษย์ มหาวิทยาลัยสุพรรณภูมิ เป็นผู้ออกรหัสโครงการวิจัย)

โครงการวิจัยเรื่อง ประสิทธิภาพของโปรแกรมการจัดการครอบครัวสำหรับพ่อแม่ที่มีบุตรป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาว
ต่อการจัดการครอบครัว คุณภาพชีวิตของเด็กและครอบครัว

ให้คำยินยอม วันที่ เดือน พ.ศ.

ก่อนที่จะลงนามในเอกสารแสดงความยินยอมของผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ ข้าพเจ้าได้รับการอธิบายถึง
วัตถุประสงค์ของโครงการวิจัย วิธีการวิจัย และรายละเอียดต่างๆ ตามที่ระบุในเอกสารข้อมูลสำหรับผู้เข้าร่วม
โครงการวิจัย ซึ่งผู้วิจัยได้ให้ไว้แก่ข้าพเจ้า และข้าพเจ้าเข้าใจคำอธิบายดังกล่าวครบถ้วนเป็นอย่างดีแล้ว และผู้วิจัย
รับรองว่าจะตอบคำถามต่างๆ ที่ข้าพเจ้าสงสัยเกี่ยวกับการวิจัยนี้ด้วยความเต็มใจ และไม่ปิดบังซ่อนเร้นจนข้าพเจ้า
พอใจ

ข้าพเจ้าเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ด้วยความสมัครใจ และมีสิทธิที่จะบอกเลิกการเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้
เมื่อใดก็ได้ การบอกเลิกการเข้าร่วมการวิจัยนี้ไม่มีผลกระทบต่อการใช้บริการและการดูแลสุขภาพโรครากทาง
โรงพยาบาลที่ข้าพเจ้าจะพึงได้รับต่อไป

ผู้วิจัยรับรองว่าจะเก็บข้อมูลเกี่ยวกับตัวข้าพเจ้าเป็นความลับ จะเปิดเผยได้เฉพาะในส่วนที่เป็นสรุป
ผลการวิจัย การเปิดเผยข้อมูลของข้าพเจ้าต่อหน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้องต้องได้รับอนุญาตจากข้าพเจ้า

ข้าพเจ้าได้อ่านข้อความข้างต้นแล้วมีความเข้าใจดีทุกประการ ข้าพเจ้าจึงลงนามหรือประทับลาย
นิ้วหัวแม่มือของข้าพเจ้าในเอกสารแสดงความยินยอมนี้ด้วยความเต็มใจ

ลงนามผู้ยินยอม

(.....)

ลงนาม พยาน

(.....)

หมายเหตุ กรณีที่ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยให้ความยินยอมโดยการประทับลายนิ้วหัวแม่มือ ขอให้พิมพ์ลายลงลายมือชื่อ
รับรองด้วย



SRIPHA Approved
1 Dec 2022



สำนักงานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จังหวัดจันทบุรี/เขตสุขภาพที่ 6
โรงพยาบาลพระปกเกล้า อำเภอเมือง จังหวัดจันทบุรี 22000 โทร 039-319666 ต่อ 8341,8345

COA no.082/65

เอกสารรับรองโครงการวิจัย

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จังหวัดจันทบุรี/เขตสุขภาพที่ 6 ดำเนินการให้การรับรองโครงการวิจัยตามแนวทางหลักจริยธรรมการวิจัยเกี่ยวกับคนที่เป็นมาตรฐานสากลได้แก่ Declaration of Helsinki, The Belmont Report, CIOMS Guideline และ International Conference on Harmonization in Good Clinical Practice (ICH-GCP)

ชื่อโครงการ	: ประสิทธิผลของโปรแกรมการจัดการครอบครัวสำหรับพ่อแม่ที่มีบุตรป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาวต่อการจัดการครอบครัว คุณภาพชีวิตของเด็กและครอบครัว
เลขที่โครงการวิจัย	: CTIREC 074/65
ผู้วิจัยหลัก	: นางสาววชิกร อังคประสาชัย
สังกัดหน่วยงาน	: มหาวิทยาลัยบูรพา
วิธีทบทวน	: แบบเร่งด่วน (expedite review)
วันที่รับรอง	: 23 พฤศจิกายน 2565
วันหมดอายุ	: 22 พฤศจิกายน 2566
รายงานความก้าวหน้า	: เมื่อดำเนินการเสร็จสิ้นแต่ไม่เกิน 1 ปี

ลงนาม

(แพทย์หญิงฐิติชญา พงษ์พานุกศักดิ์)

เลขานุการคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จังหวัดจันทบุรี/เขตสุขภาพที่ 6

ลงนาม

(รศ.(พิเศษ) นพ.พิพัฒน์ คงทรัพย์)

ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จังหวัดจันทบุรี/เขตสุขภาพที่ 6

เอกสารรับรอง :

1. โครงการวิจัยเรื่อง ประสิทธิผลของโปรแกรมการจัดการครอบครัวสำหรับพ่อแม่ที่มีบุตรป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาวต่อการจัดการครอบครัว คุณภาพชีวิตของเด็กและครอบครัว ฉบับที่ 2 ลงวันที่ 15 พฤศจิกายน 2565
2. เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย (Participant information sheet) ฉบับที่ 2 ลงวันที่ 15 พฤศจิกายน 2565
3. เอกสารแสดงความยินยอมของผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย (Informed consent form) ฉบับที่ 2 ลงวันที่ 15 พฤศจิกายน 2565
4. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ฉบับที่ 1 ลงวันที่ 10 พฤศจิกายน 2565
5. โปรแกรมการจัดการครอบครัวสำหรับครอบครัวที่มีเด็กป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาวแบบเฉียบพลัน ฉบับที่ 1 ลงวันที่ 10 พฤศจิกายน 2565
6. ประวัติผู้วิจัย



Chanthaburi Research Ethics Committee/Region 6
Prapokklao Hospital, Amphur Mueang, Chanthaburi Province, Thailand. Tel. +6639319666 ext 8341, 8345

COA no. 082/65

Certificate of Approval

The Research Ethics Committee of the Chanthaburi Research Ethics Committee/Region 6, Thailand, has approved the following study which is to be carried out in compliance with the International guidelines for human research protection as Declaration of Helsinki, The Belmont Report, CIOMS Guideline and International Conference on Harmonization in Good Clinical Practice (ICH-GCP).

Study Title : Effectiveness of a family-management program on family management, family and child quality of life among parents of children with leukemia
Study Code : CTIREC 074/65
Principal Investigator : Wachareekorn Aungkprasatchai
Study Center : Burapha University
Review Method : Expedite review
Date of Approval : 23 November, 2022
Approval Expire Date : 22 November, 2023
Continuing Report : within one year

Signature. 

(Thitichaya Perksanusak)

Member and Secretary

Chanthaburi Research Ethics Committee/ Region 6

Signature. 

(Pipat Kongsap)

Chairperson

Chanthaburi Research Ethics Committee/ Region 6

Document Reviewed:

1. Effectiveness of a family-management program on family management, family and child quality of life among parents of children with leukemia Version 2 Date 15 November, 2022
2. Participant information sheet Version 2 Date 15 November, 2022
3. Informed consent form Version 2 Date 15 November, 2022
4. Instrument Version 1 Date 10 November, 2022
5. Other Version 1 Date 10 November, 2022
6. Investigator's CV



ที่ อว ๘๑๓๗/๑๘๑๗

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา
๑๖๙ ถ.สิงหนาทบางแสน ต.แสนสุข
อ.เมือง จ.ชลบุรี ๒๐๑๓๑

๒๘ ธันวาคม ๒๕๖๕

เรื่อง ขออนุญาตเก็บข้อมูลเพื่อหาคุณภาพเครื่องมือวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลพระปกเกล้า จังหวัดจันทบุรี

สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. เอกสารรับรองจริยธรรมการวิจัยของมหาวิทยาลัยบูรพา
๒. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย (หาคุณภาพ)

ด้วยนางสาวชรีกร อังคประสาชชัย รหัสประจำตัวนิสิต ๖๒๘๑๐๐๖๓ นิสิตหลักสูตรปรัชญาดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ (หลักสูตรนานาชาติ) คณะพยาบาลศาสตร์ ได้รับอนุมัติเค้าโครงดุษฎีนิพนธ์เรื่อง “Effectiveness of a Family-management Program on Family Management, Family and Child Quality of Life Among Parents of Children with Leukemia” โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร.นุจรี ไชยมงคล เป็นประธานกรรมการควบคุมดุษฎีนิพนธ์ และเสนอหน่วยงานของท่านในการเก็บข้อมูลเพื่อหาคุณภาพเครื่องมือวิจัยนั้น

ในการนี้ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา จึงขออนุญาตให้นิสิตตั้งรายนามข้างต้นดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลจากพ่อหรือแม่ของเด็กป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวเฉียบพลัน ที่เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี จำนวน ๑๕ คน ในระหว่างวันที่ ๑ มกราคม - ๑ มีนาคม พ.ศ. ๒๕๖๖ ทั้งนี้ สามารถติดต่อนิสิตตั้งรายนามข้างต้นได้ที่ หมายเลขโทรศัพท์ ๐๘๒-๔๗๑๐๖๘๐ หรือที่ E-mail: wachareekorn@buu.ac.th

จึงเรียนมาเพื่อทราบและโปรดพิจารณา

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.นุจรี ไชยมงคล)
คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย ปฏิบัติการแทน
อธิการบดีมหาวิทยาลัยบูรพา

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา
โทร ๐๓๘ ๑๐๒ ๗๐๐ ต่อ ๗๐๗, ๗๐๕, ๗๐๑
E-mail: grd.buu@go.buu.ac.th

เอกสารนี้ลงนามด้วยลายเซ็นอิเล็กทรอนิกส์ ตรวจสอบได้ที่ (<https://e-sign.buu.ac.th/verify>)





ที่ อว ๘๑๓๗/๑๘๑๘

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา
๑๖๙ ถ.ลงหาดบางแสน ต.แสนสุข
อ.เมือง จ.ชลบุรี ๒๐๑๓๑

๒๘ ธันวาคม ๒๕๖๕

เรื่อง ขออนุญาตเก็บข้อมูลเพื่อดำเนินการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลพระปกเกล้า จังหวัดจันทบุรี

สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. เอกสารรับรองจริยธรรมการวิจัยของมหาวิทยาลัยบูรพา
๒. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ด้วยนางสาวชรีกร อังคประสาชชัย รหัสประจำตัวนิสิต ๖๒๘๑๐๐๖๓ นิสิตหลักสูตรปรัชญาดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ (หลักสูตรนานาชาติ) คณะพยาบาลศาสตร์ ได้รับอนุมัติเค้าโครงดุษฎีนิพนธ์เรื่อง “Effectiveness of a Family-management Program on Family Management, Family and Child Quality of Life Among Parents of Children with Leukemia” โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร.นุจรี ไชยมงคล เป็นประธาน กรรมการควบคุมดุษฎีนิพนธ์ และเสนอหน่วยงานของท่านในการเก็บข้อมูลเพื่อดำเนินการวิจัยนั้น

ในการนี้ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา จึงขออนุญาตให้นิสิตดังรายนามข้างต้นดำเนินการเก็บรวบรวม ข้อมูลจากพ่อหรือแม่ของเด็กป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวเฉียบพลัน ที่เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี จำนวน ๔๖ คน ในระหว่างวันที่ ๑ มีนาคม พ.ศ. ๒๕๖๖ - ๑ มกราคม พ.ศ. ๒๕๖๗ ทั้งนี้ สามารถติดต่อ นิสิตดังรายนาม ข้างต้นได้ที่หมายเลขโทรศัพท์ ๐๘๒-๔๗๑๐๖๘๐ หรือที่ E-mail: wachareekorn@buu.ac.th

จึงเรียนมาเพื่อทราบและโปรดพิจารณา

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.นุจรี ไชยมงคล)
คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย ปฏิบัติการแทน
อธิการบดีมหาวิทยาลัยบูรพา

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา
โทร ๐๓๘ ๑๐๒ ๗๐๐ ต่อ ๗๐๗, ๗๐๕, ๗๐๑
E-mail: grd.buu@go.buu.ac.th

เอกสารนี้ลงนามด้วยลายเซ็นอิเล็กทรอนิกส์ ตรวจสอบได้ที่ (<https://e-sign.buu.ac.th/verify>)



APPENDIX C
Instruments

โปรแกรมการจัดการครอบครัวสำหรับ
ครอบครัวที่มีเด็กป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาวแบบเฉียบพลัน



วชิรกร อังคประสาทชัย

โครงการวิจัยเรื่อง Effectiveness of a family-management program
on family management, family and child quality of life among
parents of children with leukemia

หลักสูตรปรัชญาดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ (นานาชาติ)

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

แนวคิดและจุดมุ่งหมายของโปรแกรม

โปรแกรมการจัดการครอบครัวสำหรับครอบครัวที่มีเด็กป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาวแบบเฉียบพลัน ถูกพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยใช้แนวคิดการจัดการครอบครัว (The family management style framework) ของคณาพีลและคณะ ร่วมกับงานวิจัยเรื่อง The Building on Family Strengths program ของคีเคฟเฟอร์และคณะ ในการออกแบบกิจกรรมเพื่อส่งเสริมการจัดการครอบครัวของครอบครัวที่มีเด็กป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาวเฉียบพลัน เนื่องจากการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นกับเด็ก จะมีผลกระทบต่อการทำหน้าที่ชีวิตของเด็กและสมาชิกในครอบครัว ครอบครัวบางครอบครัวอาจสามารถปรับตัวและสามารถจัดการการเปลี่ยนแปลงในครอบครัวได้จนรู้สึกการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวเข้าสู่ภาวะปกติอย่างไรก็ตามไม่ทุกครอบครัวที่สามารถจัดการได้หรือสามารถจัดได้แต่มีวิธีการที่แตกต่างกัน

โปรแกรมนี้นุ่งเน้นการส่งเสริมการจัดการครอบครัว และการดูแลเด็กป่วยและครอบครัวที่มีเด็กป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาวเฉียบพลัน โดยมีการดำเนินกิจกรรม 3 ครั้ง (3 สัปดาห์) โดยใช้เวลา 40-50 นาทีต่อครั้ง ซึ่งพ่อหรือแม่ของเด็กป่วยจะถูกขอให้ลงนามในแบบฟอร์มยินยอมเข้าร่วมงานวิจัย และข้อมูลทั้งหมดจะได้รับการคุ้มครองโดยผู้วิจัยและจะถูกทำลายหลังจากเผยแพร่ผลการศึกษาแล้ว เท่านั้น โปรแกรมนี้จะประโยชน์ต่อผู้เข้าร่วมโปรแกรม ทำให้อารมณ์ดีขึ้นหรือช่วยให้เข้าใจถึงความผิดปกติต่าง ๆ ได้ดีขึ้น และโปรแกรมได้รับการออกแบบมาเพื่อเพิ่มความรู้ความเข้าใจ และทักษะของครอบครัว เกี่ยวกับพฤติกรรมและการดูแลเด็กป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาวเฉียบพลัน รวมทั้งมีการพัฒนาการจัดการครอบครัวตามความต้องการและความเหมาะสมของแต่ละครอบครัว เพื่อลดผลกระทบที่ตามมาต่อการดำรงชีวิตและคุณภาพชีวิตของเด็กป่วยและสมาชิกในครอบครัว

โปรแกรมการจัดการครอบครัวสำหรับครอบครัวที่มีเด็กป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาวแบบเฉียบพลัน ประกอบด้วยกิจกรรมทั้งหมด 3 ครั้ง ดังนี้

กิจกรรมครั้งที่ 1 เรื่อง ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับผลกระทบ อารมณ์ และความรู้สึกของเด็กป่วยและครอบครัวที่มีเด็กป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาวเฉียบพลัน

กิจกรรมครั้งที่ 2 เรื่อง ความสัมพันธ์และการสื่อสาร การส่งเสริมและพัฒนาแนวทางการจัดการครอบครัวของครอบครัวที่มีเด็กป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาวเฉียบพลัน

กิจกรรมครั้งที่ 3 เรื่อง ความเข้าใจเกี่ยวกับผลกระทบของอารมณ์ความรู้สึกของเด็กป่วยและครอบครัว และแนวทางการจัดการครอบครัวที่มีเด็กป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาวเฉียบพลัน

แนวทางสำหรับผู้เข้าร่วมโปรแกรม

1. พยายามเข้าร่วมโปรแกรมทุกครั้งและตรงเวลา
2. อย่าลืมนัดที่จะถามคำถามระหว่าง หรือหลังการเข้าโปรแกรม
3. เต็มใจที่จะปฏิบัติทักษะใหม่ที่ได้เรียนรู้ พยายามทำกิจกรรมใหม่ ๆ อย่างน้อย 2 สัปดาห์ก่อนตัดสินใจว่าจะอะไรจะดีที่สุด
4. ผู้เข้าร่วมโปรแกรมสามารถบอกการสนทนาใด ๆ ที่รู้สึกไม่สบายใจ หรือเลิกปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ที่คุณรู้สึกไม่สบายใจ
5. ให้เกียรติซึ่งกันและกัน อธิบายและพูดคุยจากประสบการณ์ส่วนตัว แสดงความคิดเห็นอย่างเหมาะสม
6. รักษาความลับ เนื่องจากการดำเนินงานของโปรแกรมมีการแบ่งปันความรู้สึกและประสบการณ์ส่วนตัว ผู้เข้าร่วมจะต้องปกป้องและเคารพความเป็นส่วนตัวของผู้อื่น โปรดอย่าพูดถึงรายละเอียดเกี่ยวกับผู้ปกครองในกลุ่มกับคนอื่น ๆ หรือกับคนนอกกลุ่ม

แผนกิจกรรมครั้งที่ 1

เรื่อง ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับผลกระทบ อารมณ์ และความรู้สึกของเด็กป่วยและครอบครัวที่มีเด็กป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาวเฉียบพลัน

ผู้เข้าร่วมกิจกรรม พ่อหรือแม่ของเด็กป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาวเฉียบพลัน จำนวน 23 คน

ผู้ดำเนินกิจกรรม นักวิจัย/ พยาบาลวิชาชีพ จำนวน 1 คน

ระยะเวลา 40-50 นาที

สถานที่จัดกิจกรรม.....

วัตถุประสงค์ทั่วไป

1. เพื่อให้พ่อหรือแม่ของเด็กป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาวเฉียบพลันมีความรู้ความเข้าใจ.....
2. เพื่อให้พ่อหรือแม่มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับอารมณ์ ความรู้สึกที่เกิดขึ้น.....
3. เพื่อให้พ่อหรือแม่เรียนรู้เกี่ยวกับผลกระทบที่เกิดขึ้น.....

วัตถุประสงค์เฉพาะ พ่อหรือแม่ที่เข้าร่วมโครงการสามารถ

1. อธิบายเกี่ยวกับผลกระทบ.....
2. บอกและอธิบายเกี่ยวกับอารมณ์.....
3. สะท้อนความรู้สึก และความคิดที่มีเกี่ยวกับผลกระทบ.....

วิธีการประเมินผล

1. การตอบคำถาม.....
2. สังเกตพฤติกรรม.....
3. การสะท้อนคิด.....

ตารางแผนการจัดกิจกรรมครั้งที่ 1

วัตถุประสงค์	กิจกรรมและเนื้อหา	วิธีการดำเนินกิจกรรม	สื่อ	ระยะเวลา
พ่อหรือแม่ที่เข้าร่วมโครงการสามารถ 1. อธิบายเกี่ยวกับผลกระทบ.....	1. ปฐมนิเทศกลุ่มตัวอย่าง สร้างสัมพันธภาพ ทักทาย และแนะนำชื่อสกุลของผู้วิจัย 2. อธิบายวัตถุประสงค์และรายละเอียด..... 3. อธิบายรายละเอียดและการดำเนินงาน..... 4..... 5.....	1. การอภิปรายกลุ่ม 2. การแลกเปลี่ยนความคิดเห็น.....	1. กลุ่ม Line 2. VDO and QR code 3.....	20 นาที
2. เพื่อให้พ่อหรือแม่มีความรู้ความเข้าใจ..... 3. เพื่อให้พ่อหรือแม่เรียนรู้เกี่ยวกับผลกระทบ.....	6. ให้ข้อมูล..... 7. เปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างได้ระบายความรู้สึก..... 8. ทบทวนความรู้เกี่ยวกับผลกระทบ อารมณ์ และความรู้สึก..... 8.1 8.2 8.3	1. การอภิปรายกลุ่ม..... 2. การแลกเปลี่ยนความคิดเห็น..... 3. การสะท้อนคิด	1. กลุ่ม Line 2. VDO and QR code 3.....	30 นาที

แผนกิจกรรมครั้งที่ 2

เรื่อง ความสัมพันธ์และการสื่อสาร การส่งเสริมและพัฒนาแนวทางการจัดการครอบครัวของ
ครอบครัวที่มีเด็กป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาวเฉียบพลัน

ผู้เข้าร่วมกิจกรรม พ่อหรือแม่ของเด็กป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาวเฉียบพลัน จำนวน 23 คน

ผู้ดำเนินกิจกรรม นักวิจัย/ พยาบาลวิชาชีพ จำนวน 1 คน

ระยะเวลา 40-50 นาที

สถานที่จัดกิจกรรม

วัตถุประสงค์ทั่วไป

1. เพื่อให้พ่อหรือแม่มีความรู้ความเข้าใจ.....
2. เพื่อให้พ่อหรือแม่ของเด็กป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาวเฉียบพลันมีความสัมพันธ์.....
3. เพื่อส่งเสริมและพัฒนาแนวทางการจัดการครอบครัว.....

วัตถุประสงค์เฉพาะ พ่อหรือแม่ที่เข้าร่วมโครงการสามารถ

1. อธิบายเกี่ยวกับความสัมพันธ์และการสื่อสารในครอบครัว.....
2. บอกถึงแนวทางการส่งเสริมความสัมพันธ์และการสื่อสาร.....
3. เรียนรู้และแลกเปลี่ยนแนวทางการส่งเสริม.....
4. สะท้อนความรู้สึกและความคิด.....

วิธีการประเมินผล

1. การตอบคำถาม.....
2. สังเกตพฤติกรรม.....
3. การสะท้อนคิด.....

ตารางแผนการจัดกิจกรรมครั้งที่ 2

วัตถุประสงค์	กิจกรรมและเนื้อหา	วิธีการดำเนินกิจกรรม	สื่อ	ระยะเวลา
พ่อหรือแม่ที่เข้าร่วมโครงการสามารถ 1. อธิบายเกี่ยวกับความสัมพันธ์.....	1. ทบทวนความรู้..... 2. ให้ความรู้..... 3. เปิดโอกาส..... 4. แลกเปลี่ยนความคิดเห็น...	1. การอภิปรายกลุ่ม 1.1..... 1.2..... 2. การแลกเปลี่ยน.....	1. กลุ่ม Line 2. VDO and QR code 3.....	10 นาที
2. บอกถึงแนวทางการส่งเสริม.....	5. เปิดโอกาสให้ซักถาม และอธิบายเกี่ยวกับแนวทางการส่งเสริมความสัมพันธ์..... 6. เปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างได้ระบายความรู้สึก และสะท้อน.....	1. การอภิปรายกลุ่ม 2. การแลกเปลี่ยนความคิด และการมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรม 3. การตั้งคำถาม..... 4. การสะท้อนคิด	1. กลุ่ม Line 2. VDO and QR code 3.....	20 นาที
3..... 4.....	6. เปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่าง... 7. สอบถามเป้าหมายที่กลุ่มตัวอย่างตั้งไว้..... 8. ให้กลุ่มตัวอย่างค้นหาแนวทาง..... 9..... 10..... 10.1 10.2	1. การอภิปรายกลุ่ม 1.1 2. การแลกเปลี่ยนความคิด..... 3. การตั้งคำถาม..... 4.....	1. กลุ่ม Line 2. VDO and QR code 3..... 4.....	30 นาที

แผนกิจกรรมครั้งที่ 3

เรื่อง ความเข้าใจเกี่ยวกับผลกระทบของอารมณ์ความรู้สึกของเด็กป่วยและครอบครัว และแนวทางการจัดการครอบครัวที่มีเด็กป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาวเฉียบพลัน

ผู้เข้าร่วมกิจกรรม พ่อหรือแม่ของเด็กป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาวเฉียบพลัน จำนวน 23 คน

ผู้ดำเนินกิจกรรม นักวิจัย/ พยาบาลวิชาชีพ จำนวน 1 คน

ระยะเวลา 40-50 นาที

สถานที่จัดกิจกรรม

วัตถุประสงค์ทั่วไป

1. เพื่อให้พ่อหรือแม่มีทักษะการดูแล.....
2. ส่งเสริมและพัฒนาพฤติกรรม.....

วัตถุประสงค์เฉพาะ พ่อหรือแม่ที่เข้าร่วมโครงการสามารถ

1. บอกถึงวิธีการดูแล.....
2. บอกถึงวิธีการช่วยเหลือเด็กในการปรับตัว.....
3. บอกถึงวิธีการดูแลเด็ก.....
3. เรียนรู้และแลกเปลี่ยนแนวทางการจัดการครอบครัว.....
4. สะท้อนความคิด.....

วิธีการประเมินผล

1. การตอบคำถาม.....
2. สังเกตพฤติกรรม.....
3. การสะท้อนคิด.....

ตารางแผนการจัดกิจกรรมครั้งที่ 3

วัตถุประสงค์	กิจกรรมและเนื้อหา	วิธีการดำเนินกิจกรรม	สื่อ	ระยะเวลา
พ่อหรือแม่ที่เข้าร่วมโครงการสามารถ 1. บอกถึงวิธีการดูแล... 2. บอกถึงวิธีการช่วยเหลือเด็กในการปรับตัว..... 3. บอกถึงวิธีการดูแล.....	1. ทบทวนความรู้..... 2. ให้ความรู้และข้อมูล..... 3. เปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่าง.....	1. การอภิปรายกลุ่ม 2. การแลกเปลี่ยน	1. กลุ่ม Line 2. VDO and QR code 3.....	10 นาที
3. เรียนรู้และแลกเปลี่ยนแนวทางการจัดการครอบครัว.....	5. เปิดโอกาสให้ซักถาม..... 6. ให้กลุ่มตัวอย่างได้ทำกิจกรรมกลุ่มร่วมกัน..... 7. แลกเปลี่ยนความคิดเห็นร่วมกัน.....	1. การอภิปรายกลุ่ม 2. การแลกเปลี่ยนความคิด..... 3. 4.	1. กลุ่ม Line 2. 3.....	20 นาที
4. สะท้อนความคิดเกี่ยวกับแนวทาง.....	8. สอบถามแนวทางที่กลุ่มตัวอย่างวางแผนไว้..... 9. แลกเปลี่ยนความคิดเห็นระหว่างครอบครัว..... 10. สรุปแนวทางการจัดการครอบครัว.....	1. การอภิปรายกลุ่ม 2. การแลกเปลี่ยนความคิด..... 3. 4.	1. กลุ่ม Line 2..... 3..... 4.....	30 นาที

ตารางนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อติดตามความก้าวหน้าในการจัดการครอบครัวในแต่ละสัปดาห์

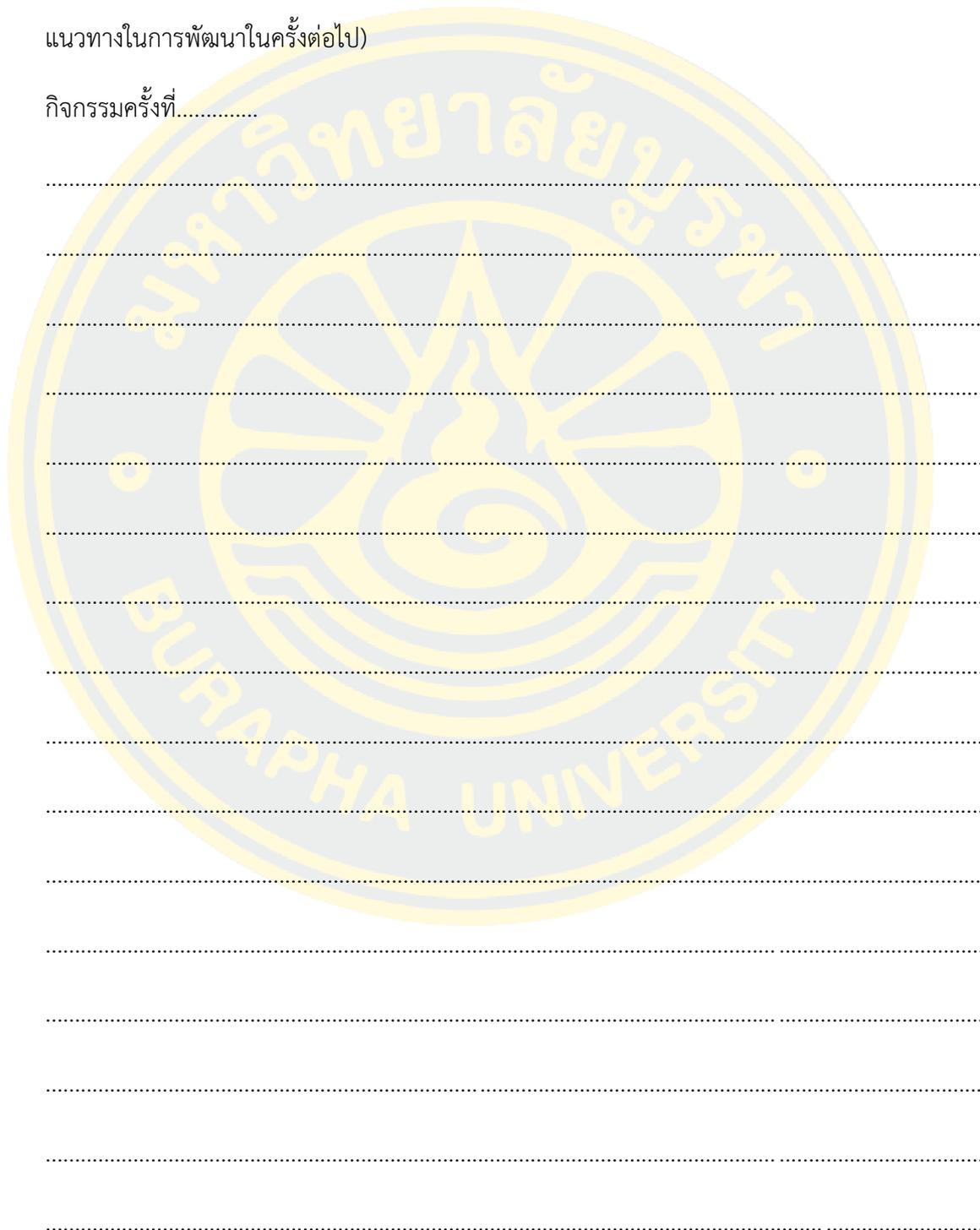
วัน	สิ่งที่ได้ทำมี อะไรบ้าง	แนวทางการปรับปรุงในการทำกิจกรรมในครั้งต่อไป
วันจันทร์		
วันอังคาร		
วันพุธ		
วันพฤหัสบดี		
วันศุกร์		
วันเสาร์		
วันอาทิตย์		

แผนกิจกรรมกลุ่มตัวอย่าง

สะท้อนคิดที่ได้จากการเข้าร่วมกิจกรรม

(ขอให้ท่านเขียนข้อคิดเห็นที่ได้จากการเข้าร่วมกิจกรรม มีอะไรที่ชอบ/ ไม่ชอบ หรือต้องการเสนอแนะ
แนวทางในการพัฒนาในครั้งต่อไป)

กิจกรรมครั้งที่.....



A large, faint watermark of the Burapha University logo is centered on the page. The logo is circular and contains the university's name in Thai and English, along with a central emblem. Below the watermark, there are 18 horizontal dotted lines for writing.

กิจกรรมครั้งที่ 2

แผนกิจกรรมการแก้ปัญหาของกลุ่มตัวอย่าง

1. สิ่งที่ครอบครัวต้องเผชิญกับความยากลำบากมีอะไรบ้าง

สำหรับเด็กป่วย (ในมุมมองของท่าน คิดว่าน้องมีปัญหาอะไรบ้าง)

.....

สำหรับพ่อแม่ (ท่านและครอบครัวมีความยุ่งยากอะไรเกิดขึ้นบ้าง)

.....

2. การตั้งเป้าหมายต่อการแก้ปัญหา (จากปัญหาข้างต้นท่านตั้งเป้าหมายในการแก้ไขอย่างไร)

2.1 ตั้งเป้าหมายในการแก้ปัญหา ดังนี้

.....

2.2 ท่านมีแนวทางในการแก้ปัญหา/ ลดปัญหาที่เกิดขึ้นอย่างไรบ้าง

.....

2.3 ท่านคิดว่ามีอุปสรรคอะไรที่คาดว่าจะเกิดขึ้นบ้าง

.....

2.4 ท่านคิดว่าจะเพิ่มศักยภาพในการแก้ปัญหาของครอบครัวอย่างไร

.....

3. การสร้างทางเลือกสำหรับแก้ปัญหา

ทางเลือกที่ 1 (ใคร ทำอะไร ที่ไหน อย่างไร เวลาใด ข้อดี ข้อเสีย)

.....

การตัดสินใจ (ตัดทิ้งไป หรือเก็บไว้)

.....

ทางเลือกที่ 2 (ใคร ทำอะไร ที่ไหน อย่างไร เวลาใด ข้อดี ข้อเสีย)

.....

การตัดสินใจ (ตัดทิ้งไป หรือเก็บไว้)

.....

ทางเลือกที่ 3 (ใคร ทำอะไร ที่ไหน อย่างไร เวลาใด ข้อดี ข้อเสีย)

.....

การตัดสินใจ (ตัดทิ้งไป หรือเก็บไว้)

.....

4. สรุปแผนการจัดการของครอบครัว

.....

.....

5. ในกรณีที่แนวทางที่วางแผนไว้ไม่สามารถดำเนินต่อไปได้ ท่านมีแนวทางอื่น ๆ ในการแก้ไข
ปัญหาหรือไม่ อย่างไร

.....

.....

6. การประเมินผลการแก้ปัญหา และวิธีการจัดการ

.....

.....

แผนกิจกรรมกลุ่มตัวอย่าง

กิจกรรมครั้งที่.....

ขอให้ท่านเล่าเกี่ยวกับกิจกรรมที่เกิดขึ้น (ใคร ทำอะไร ที่ไหน เมื่อใด อย่างไร ทำไม เวลาใด)

ท่านคิดว่าท่านมีความมั่นใจว่าจะสามารถบรรลุแผนของกิจกรรมนี้มากน้อยเพียงใด

(ให้กากบาทตรงตัวเลขที่ตรงกับความรู้สึกมากที่สุด)

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10



มั่นใจน้อยที่สุด

มั่นใจมากที่สุด

ตารางนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อติดตามความก้าวหน้าในการจัดการครอบครัวในแต่ละสัปดาห์

วัน	สิ่งที่ได้ทำมี อะไรบ้าง	แนวทางการปรับปรุงในการทำกิจกรรมในครั้งต่อไป
วันจันทร์		
วันอังคาร		
วันพุธ		
วันพฤหัสบดี		
วันศุกร์		
วันเสาร์		
วันอาทิตย์		

กิจกรรมครั้งที่ 3

แผนกิจกรรมกลุ่มตัวอย่าง

สรุปแนวทางการจัดการของครอบครัว

.....

.....

สิ่งที่ท่านคาดหวังจากการทำกิจกรรมครั้งนี้

.....

.....

ขอให้ท่านบันทึกหลังจากการดำเนินกิจกรรมแล้ว 2 สัปดาห์

ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจริง

.....

.....

แนวทางการพัฒนาและแก้ไข/ปรับปรุง

.....

.....

ผลที่เกิดขึ้นหลังจากการเข้าร่วมโครงการ

.....

.....

ประสบการณ์ของแต่ละครอบครัวก่อน/ หลังเข้าร่วมโครงการ

.....

.....

แผนกิจกรรมกลุ่มตัวอย่าง

กิจกรรมครั้งที่.....

ขอให้ท่านเล่าเกี่ยวกับกิจกรรมที่เกิดขึ้น (ใคร ทำอะไร ที่ไหน เมื่อใด อย่างไร ทำไม เวลาใด)

ท่านคิดว่าท่านมีความมั่นใจว่าจะสามารถบรรลุแผนของกิจกรรมนี้มากน้อยเพียงใด

(ให้กากบาทตรงตัวเลขที่ตรงกับความรู้สึกมากที่สุด)

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10



มั่นใจน้อยที่สุด

มั่นใจมากที่สุด

ตารางนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อติดตามความก้าวหน้าของคุณในการจัดการครอบครัวในแต่ละสัปดาห์

วัน	สิ่งที่ได้ทำมี อะไรบ้าง	แนวทางการปรับปรุงในการทำกิจกรรมในครั้งต่อไป
วันจันทร์		
วันอังคาร		
วันพุธ		
วันพฤหัสบดี		
วันศุกร์		
วันเสาร์		
วันอาทิตย์		

ลำดับที่

วันที่

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

คำชี้แจง

การศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการจัดการครอบครัว
สำหรับพ่อแม่
ที่มีบุตรป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาวเฉียบพลัน โดยแบ่งแบบสอบถามออกเป็น 4 ส่วน ดังนี้

1. แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล

1. แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของเด็กป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด

1. อายุ.....ปี.....เดือน
2. เพศ 1. ชาย 2. หญิง
3. ระดับการศึกษา.....
4. ผู้ดูแลหลัก 1. พ่อ 2. แม่ 3. ตา/ ปู่
 4. ยาย/ ย่า 5. อื่น ๆ
5. ระยะเวลาในการรักษาในโรงพยาบาล.....

2. แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของพ่อหรือแม่

ผู้ให้ข้อมูล

- พ่อ แม่

1. อายุ.....
2. ระดับการศึกษา 1. ต่ำกว่าปริญญาตรี 2. ปริญญาตรี
 3. สูงกว่าปริญญาตรี 4. อื่น ๆ ระบุ.....
3. อาชีพ 1. รับราชการ/ รัฐวิสาหกิจ 2. พนักงานเอกชน
 3. กิจการส่วนตัว 4. รับจ้าง
 5. อื่น ๆ
4. สถานภาพสมรส 1. สมรส/อยู่ด้วยกัน 2. หม้าย/หย่า/แยกกันอยู่
 3. โสด
5. ความสัมพันธ์กับเด็กป่วย 1. พ่อ 2. แม่ 3. ตา/ ปู่
 4. ยาย/ ย่า 5. อื่น ๆ

2. แบบสอบถามการจัดการครอบครัวที่มีเด็กป่วย

คำถามต่อไปนี้เป็นคำถามเกี่ยวกับการจัดการของครอบครัวที่มีเด็กป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาว เฉียบพลัน ในการตอบแบบสอบถาม คำว่า “ครอบครัว” หมายถึง บุคคลที่อาศัยอยู่ในบ้านเดียวกัน กับท่าน และท่านคิดว่าเป็นสมาชิกครอบครัวของท่าน

ในการตอบมีเกณฑ์คะแนน 5 ระดับ เรียงจากน้อยไปหามาก ตั้งแต่ คะแนน 1 หมายถึง ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง จนถึง คะแนน 5 หมายถึง เห็นด้วยอย่างยิ่ง

ลำดับ	หัวข้อ	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง (1)	ไม่เห็น ด้วย (2)	ไม่แน่ใจ (3)	เห็นด้วย (4)	เห็นด้วย อย่างยิ่ง (5)
1	ลูกของท่านมีชีวิตประจำวัน.....					
2	สภาพการเจ็บป่วยของลูก.....					
3	สภาพการเจ็บป่วย.....					
4	.....				
5	.....				
6	.....				
7	สภาพการเจ็บป่วยของลูกมีการ เปลี่ยนแปลง.....					
8	สภาพการเจ็บป่วยของลูกเป็นเรื่องสำคัญ ที่สุดของครอบครัว					
9	.....				
10	ลูกของท่านมีส่วนร่วม.....					
11	ครอบครัวท่านมีความวิตกกังวล.....					
12	.....				
13	.....				
14	.....				
15	.....				
16	.....				
17	.....				
18	.....				
19	.....				

ลำดับ	หัวข้อ	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง (1)	ไม่เห็น ด้วย (2)	ไม่แน่ใจ (3)	เห็นด้วย (4)	เห็นด้วย อย่างยิ่ง (5)
20					
21					
22					
23					
24					
25					
26					
27					
28					
29	ยืงนานวันสภาพการเจ็บป่วยของลูกก็ยิ่ง ดูแลได้ยากมากขึ้น					
30					
31					
32					
33					
34					
35					
36					
37					
38	แม้ว่าลูกจะมีสภาพการเจ็บป่วย.....					
39	ลูกจะเรียนดีกว่านี้ถ้าลูกไม่ป่วย					
40					
41					
42					
43					
44					
45					

2.1 แบบสอบถามการจัดการของครอบครัว (กรณีมีทั้งพ่อและแม่เด็ก)

ลำดับ	หัวข้อ	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง (1)	ไม่เห็น ด้วย (2)	ไม่แน่ใจ (3)	เห็นด้วย (4)	เห็นด้วย อย่างยิ่ง (5)
46	ครอบครัวมีความใกล้ชิด.....					
47	ท่านและสามี/ภรรยาของท่านมี ความคิดเห็นแตกต่างกัน.....					
48	.....				
49	.....				
50	.....				
51	.....				
52	ท่านไม่มีความสุข.....					
53	.....				

3. แบบวัดคุณภาพชีวิตของครอบครัว

คำถามต่อไปนี้เป็นคำถามเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของครอบครัวที่มีเด็กป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาว เฉียบพลัน ในการตอบแบบสอบถามคำว่า “ครอบครัว” หมายถึง บุคคลที่อาศัยอยู่ในบ้านเดียวกันกับ ท่าน และท่านคิดว่าเป็นสมาชิกครอบครัวของท่านพึงพอใจกับสิ่งต่อไปนี้มากเพียงใด ในการตอบมี เกณฑ์คะแนน 5 ระดับ เรียงจากน้อยไปหามาก ตั้งแต่ คะแนน 1 หมายถึงไม่พึงพอใจ จนถึง คะแนน 5 หมายถึง พึงพอใจมากที่สุด (5 คะแนน)

ลำดับ	หัวข้อ	ไม่พึงพอใจ (1)	น้อย (2)	ปานกลาง (3)	มาก (4)	มากที่สุด (5)
1	ครอบครัวของฉันมีความสุข.....					
2	สมาชิกในครอบครัวของฉัน.....					
3	.....				
4	.....				
5	.....				
6	.....				
7	สมาชิกในครอบครัวของฉัน.....					
8	.....				

ลำดับ	หัวข้อ	ไม่พึงพอใจ (1)	น้อย (2)	ปานกลาง (3)	มาก (4)	มากที่สุด (5)
9					
10	ครอบครัวของเราแก้ปัญหาาร่วมกัน					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18	ครอบครัวของฉันสามารถรับมือกับ ความไม่แน่นอนได้					
19					
20					
21					
22					
23					
24					
25					

4. แบบสอบถามคุณภาพชีวิตผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวแบบเฉียบพลัน (รายงานของ ผู้ปกครองสำหรับเด็กป่วย)

ในเด็กที่เป็นโรคมะเร็ง บางครั้งก็มีปัญหาบางอย่างเป็นพิเศษ ในหน้าถัดไปมีรายการของเรื่อง
ต่าง ๆ ที่อาจเป็นปัญหากับลูกของท่าน ช่วยบอกเราว่าเรื่องแต่ละเรื่องนั้นเป็นปัญหากับลูกของท่าน
มากเท่าใดในช่วง 7 วันที่ผ่านมา ในการตอบมีเกณฑ์คะแนน 5 ระดับ ดังนี้

0 = ไม่เป็นปัญหาเลย 1 = เกือบไม่เป็นปัญหา 2 = เป็นครั้งคราว 3 = บ่อย ๆ และ 4 = เกือบ
ตลอดเวลา

ให้คิดว่าลูกของท่านมีปัญหาเหล่านี้อะไรบ้างในช่วง 7 วันที่ผ่านมา

ปัญหา	ไม่เป็น ปัญหาเลย (0)	เกือบไม่ เป็นปัญหา (1)	เป็นครั้ง คราว (2)	บ่อย ๆ (3)	เกือบ ตลอดเวลา (4)
การเจ็บปวด					
1. ลูกปวดหรือเจ็บ.....					
2. ลูกเจ็บปวด.....					
การคลื่นไส้ อาเจียน					
3. ลูกท้องไส้ปั่นป่วนเมื่อได้รับยา/การรักษา					
4. อาหารไม่อร่อยเลยสำหรับลูก					
5. ลูกท้องไส้ปั่นป่วนเมื่อ.....					
6. ลูกท้องไส้ปั่นป่วนเกินกว่า.....					
7. อาหารและกลิ่นบางอย่าง.....					
ความวิตกกังวลเกี่ยวกับการทำหัตถการ					
8. การโดนเข็มแทง.....					
9. ลูกวิตกกังวล.....					
10. ลูกวิตกกังวลเกี่ยวกับ.....					
ความวิตกกังวลเกี่ยวกับการรักษา					
11. ลูกวิตกกังวลขณะรอพบแพทย์					
12. ลูกวิตกกังวลเมื่อต้องไปพบแพทย์					
13. ลูกวิตกกังวลเมื่อต้องไปโรงพยาบาล					
ความกังวล					
14. ลูกกังวลเกี่ยวกับผลข้างเคียง.....					
15. ลูกกังวลว่าการรักษา.....					
16. ลูกกังวลว่าโรคมะเร็ง.....					
การรับรู้					
17. ลูกบอกไม่ได้ว่ามีอะไร.....					
18. ลูกไม่มีสมาธิ.....					
19. ลูกจำไม่ค่อยได้.....					

ปัญหา	ไม่เป็น ปัญหาเลย (0)	เกือบไม่ เป็นปัญหา (1)	เป็นครั้ง คราว (2)	บ่อย ๆ (3)	เกือบ ตลอดเวลา (4)
การยอมรับในรูปร่าง หน้าตา					
20. รู้สึกว่าลูกดูไม่ดีเลย					
21. ไม่ชอบให้คนอื่น.....					
22. อายเมื่อคนอื่น.....					
การสื่อสาร					
23. การบอกแพทย์หรือพยาบาล.....					
24. การถามคำถาม.....					
25. การอธิบายโรคของลูก.....					



APPENDIX D

Instrument permission

Evidence proofs permission to translate the research instrument

The beach-center family quality-of-life scale (BCFQOLS)

Automatic reply: Letter to request for the tool 🖨️ 📧

👤 **MIDSS** midss@nuigalway.ie [nuigalwayie.onmicrosoft.com](mailto:midss@nuigalway.ie) ส. 12 มิ.ย. 09:25 ☆ ↶ ⋮

ถึง ฉันทัน ▾

To Whom It May Concern,

Below are the answers to the two question I most commonly received emails about. If you have a different question, I will give you an individual response in due course.

Can I use/adapt a specific instrument listed on MIDSS?

You are free to use and adapt any instruments on MIDSS under the Creative Commons attribution non-commercial 3.0 licence. What this means is that you can use, share, translate, or adapt the instrument. However, you must cite the original creator of the instrument, and the instrument cannot be used for commercial purposes without the consent of the original author.

How do I use/score a specific instrument on MIDSS?

I am not the author of the instrument, so cannot provide any advice on the use or scoring of the data collected using the instrument. My only advice is to read the key references listed with the instrument and/or contact the author of the instrument directly (their information should be on the key reference listed with the instrument). That is the best I can do I am afraid.

Many thanks,

Paul O'Connor
MIDSS manager



The family-management questionnaire (FaMM)

Re: Letter to request for family management measure

Knaf, Kathleen A <kknaf@email.unc.edu>
f: Wachareekorn Ankaprasartchai <wachareekorn@gmail.com>

13 มิถุนายน 2564 23:12

Thank you for your interest in the FaMM. I have attached both the English and Thai versions as well as a recent publication reviewing all the research applications of the measure. You may also find the FaMM website of interest. I would be happy to answer any questions you might have.

Regards,

Kathy

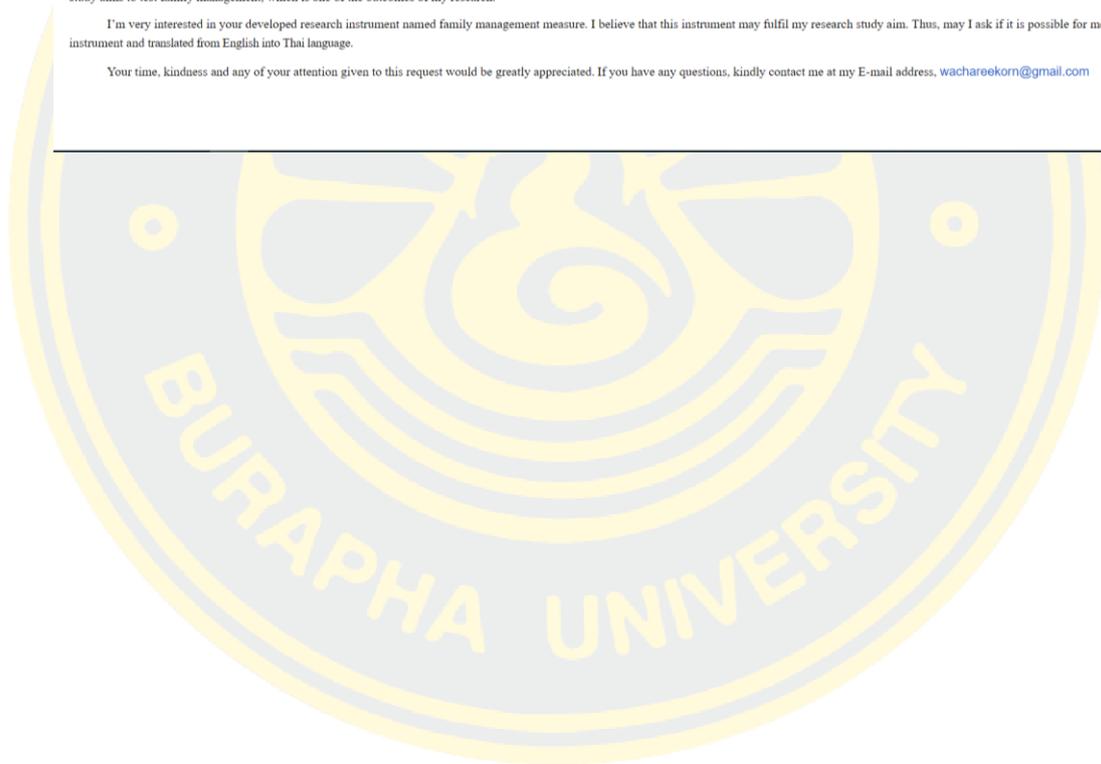
From: Wachareekorn Ankaprasartchai <wachareekorn@gmail.com>
Sent: Friday, June 11, 2021 8:34 AM
To: Knaf, Kathleen A <kknaf@email.unc.edu>
Subject: Letter to request for family management measure

Dear Dr. Kathleen Knaf,

My name is Wachareekorn Aungkaprasartchai, a doctoral candidate in nursing at Burapha University, Thailand. I have conducted a research study regarding family management in parents having children with ALL. The study aims to test family management, which is one of the outcomes of my research.

I'm very interested in your developed research instrument named family management measure. I believe that this instrument may fulfil my research study aim. Thus, may I ask if it is possible for me to have your full version instrument and translated from English into Thai language.

Your time, kindness and any of your attention given to this request would be greatly appreciated. If you have any questions, kindly contact me at my E-mail address, wachareekorn@gmail.com



The quality-of-life of children with cancer (PedsQL) module

From: Wachareekorn Ankaprasartchai <wachareekorn@gmail.com>

Sent: Tuesday, March 16, 2021 11:59 PM

To: jvarni@tamu.edu

Subject: Letter to request for PedsQL measure

Dear James W. Varni

My name is Wachareekorn Aungkaprasartchai, a doctoral candidate in nursing at Burapha University, Thailand. I have conducted a research study regarding family management in parents having children with ALL. The study aims to test quality of life of children, which is one of the outcomes of my research.

I'm very interested in your developed research instrument named PedsQL 3.0 Cancer Module (Parent report for toddlers). I believe that this instrument may fulfil my research study aim. Thus, may I ask if it is possible for me to have your full version instrument.

Your time, kindness and any of your attention given to this request would be greatly appreciated. If you have any questions, kindly contact me at my E-mail address, wachareekorn@gmail.com

Yours sincerely,

Wachareekorn Aungkaprasartchai

RE: Letter to request for PedsQL measure

กลองจดหมาย ✕



← Varni, James Walter <jvarni@arch.tamu.edu>

พ. 17 มี.ค. 2021 21:41



สิ่งอื่น ▾

Please go to www.pedsq.org and click on Examination Copies. This link will take you to the Mapi Research Trust website, where you can download the PedsQL™ with no license fee for unfunded research and single practice or single clinic use.

The Mapi website contains an email address for questions. Please see the link below.

<https://eprovide.mapi-trust.org/faq>

I hope this helps.

Thank you.

James W. Varni, Ph.D.
 Professor Emeritus
 Department of Pediatrics, College of Medicine
 Department of Landscape Architecture and Urban Planning
 College of Architecture
 Texas A&M University
 3137 TAMU
 College Station, Texas 77843-3137
jvarni@tamu.edu

BIOGRAPHY

NAME Wachareekorn Aungkaprasatchai

DATE OF BIRTH 23 May 1984

PLACE OF BIRTH Rayong

PRESENT ADDRESS 88/186 Supalai Parkville Adulthamprapas Cherngnern
Mueang Rayong, 21000, Thailand

POSITION HELD 2007 - 2009
Register nurse
Female and child surgery wards Rayong Hospital.

2011 - 2013
Lecturer
Faculty of Nursing, Nakhon Pathom Rajabhat University

2014 - present
Lecturer
Faculty of Nursing, Burapha University

EDUCATION 2010 (4 Months)
Certificate of Nursing Specialty in Science and Art of
Teaching in Nursing, Mahidol University.

2008 - 2010
Master of Nursing Sciences (Pediatric nursing)
Burapha University

2003 - 2006
Bachelor of Nursing Sciences
Phrapokkiao Nursing College, Chanthaburi

AWARDS OR GRANTS The Graduate Research Scholarship for Graduate Students
of Burapha University and Princess Mondharoph
Kamalasna Foundation of the Nurses' Association of
Thailand.