

## บทที่ 2

### เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้ศึกษาความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของบุตร การสนับสนุนทางสังคม และวิธีการเผชิญความเครียดของผู้ปกครองเด็กป่วยโรคมะเร็ง รวมทั้งความสัมพันธ์ระหว่างความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของบุตรกับการสนับสนุนทางสังคม และความสัมพันธ์ระหว่างความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของบุตรกับวิธีการเผชิญความเครียด ผู้วิจัยได้ศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องครอบคลุมหัวข้อเรื่อง โรคมะเร็งในเด็ก ทฤษฎีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย ความรู้สึกไม่แน่นอนของผู้ปกครองเด็กป่วยโรคมะเร็ง แนวคิดการสนับสนุนทางสังคม การสนับสนุนทางสังคมของผู้ปกครองเด็กป่วยโรคมะเร็ง แนวคิดวิธีการเผชิญความเครียด วิธีการเผชิญความเครียดของผู้ปกครองเด็กป่วยโรคมะเร็ง ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยกับการสนับสนุนทางสังคม และความสัมพันธ์ระหว่างความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยกับวิธีการเผชิญความเครียด

### โรคมะเร็งในเด็ก

#### ชนิดของโรคมะเร็งในเด็กและการรักษา

โรคมะเร็ง คือ กลุ่มเซลล์ที่เจริญเติบโตผิดปกติ เกิดขึ้นกับเนื้อเยื่อหรืออวัยวะส่วนใดของร่างกายก็ได้ เซลล์มะเร็งสามารถแพร่แทรกซึมเข้าไปในเซลล์ที่อยู่รอบด้าน และสามารถที่จะแพร่กระจายไปยังส่วนอื่นๆ ของร่างกายได้ ทำให้เกิดเป็นก้อนมะเร็งทั่วไป อาจพบได้เป็นก้อนบวมแข็ง ตำแหน่งใดก็ได้ เช่น เนื้องอกในสมอง หรืออาจพบเซลล์มะเร็งในระบบไหลเวียนโลหิต ซึ่งจะไปทำลายอวัยวะหรือเนื้อเยื่อต่างๆ ทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตในเวลาอันรวดเร็ว (McQuid, Huband, & Parker, 1996)

มะเร็งในเด็ก แบ่งได้เป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ มะเร็งเม็ดเลือดขาว มะเร็งต่อมน้ำเหลือง และเนื้องอกชนิดร้ายแรง ดังต่อไปนี้

### มะเร็งเม็ดเลือดขาว (leukemia)

มะเร็งเม็ดเลือดขาวเป็นมะเร็งของเซลล์เม็ดเลือดขาว ซึ่งมีลักษณะของการที่เซลล์มะเร็งเม็ดเลือดขาวเข้าแทนที่เซลล์เม็ดเลือดปกติในไขกระดูก จนในที่สุดเซลล์มะเร็งจะออกมาในกระแสเลือด (แต่บางครั้งก็ไม่พบ) และเซลล์เหล่านี้จะลุกลามเข้าไปใน reticuloendothelial tissue ของม้าม ตับ และต่อมน้ำเหลือง นอกจากนั้นยังอาจลุกลามเข้าไปในอวัยวะอื่นๆ ถ้าไม่รักษาผู้ป่วยก็อาจเสียชีวิต (พรเทพ เทียนถาวกุล, 2541) มะเร็งเม็ดเลือดขาวพบมากที่สุดของมะเร็งที่พบในเด็ก (Crist & Smithson, 2000) โดยพบร้อยละ 33.3 ในประเทศสหรัฐอเมริกา และพบร้อยละ 39.2 ในประเทศไทย (Sriamporn & Vatanasapt, 1999) โดยพบในเด็กทุกอายุ พบบ่อยที่สุดในช่วงอายุ 4-6 ปี (วินัย สุวัตถิ, 2542) โดยมะเร็งเม็ดเลือดขาวที่พบในเด็ก แบ่งเป็น

1. มะเร็งเม็ดเลือดขาวชนิดเฉียบพลัน (acute leukemia) เป็นมะเร็งที่พบบ่อยที่สุดในเด็ก แบ่งออกเป็น 2 ชนิด คือ ชนิดลิมโฟบลาส (acute lymphoblastic leukemia [ALL]) พบได้ประมาณร้อยละ 75-80 และชนิดที่ไม่ใช่ลิมโฟบลาส (acute non-lymphoblastic leukemia [ANLL]) ประมาณร้อยละ 20-25 พบในเด็กทุกอายุ โดยเฉพาะในช่วงอายุ 2-5 ปี (Margolin & Poplack อ้างใน ภัทรา ธนรัตนกร, 2543) อาการและอาการแสดงที่พบบ่อย ได้แก่ อาการที่เกิดจากไขกระดูกทำงานผิดปกติ เช่น ซีด เลือดออกง่าย และไข้ และอาการที่เกิดจากเซลล์มะเร็งไปแทรกตามอวัยวะต่างๆ เช่น ตับโต ม้ามโต ต่อมน้ำเหลืองโต ปวดกระดูก อ่อนเพลีย (ภัทรา ธนรัตนกร, 2543)

2. มะเร็งเม็ดเลือดขาวชนิดเรื้อรัง (chronic leukemia) เป็นโรคที่จัดอยู่ในกลุ่มของ myeloproliferative disorder ที่มีลักษณะจำเพาะคือ มีการสร้างเซลล์เม็ดเลือดชนิดต่างๆ มากผิดปกติ และเป็นเซลล์ค่อนข้างแก่ มีการดำเนินโรคที่ค่อนข้างช้าไม่รุนแรงเหมือนมะเร็งเม็ดเลือดขาวชนิดเฉียบพลัน ผู้ป่วยจึงมีชีวิตอยู่ยาวนาน แต่มีบางชนิดที่มีการดำเนินโรครวดเร็ว มะเร็งเม็ดเลือดขาวชนิดเรื้อรังพบได้น้อยมากในเด็ก โรคในกลุ่มนี้ที่พบบ่อยที่สุดคือ chronic myelocytic leukemia (CML) แต่ก็ยังพบได้ไม่ถึงร้อยละ 50 ของเด็กป่วยที่เป็นมะเร็งเม็ดเลือดขาว โรคอื่นในกลุ่มนี้ที่พบน้อย ได้แก่ juvenile CML, familial CML, chronic myelomonocytic leukemia และ chronic lymphocytic leukemia (CLL) (ปัญญา กุลพงษ์, 2540) อาการที่พบในเด็กป่วย คือ ม้ามโต หรืออาการของการมีเม็ดตาบอลิซึมในร่างกายสูง ซึ่งประกอบด้วย น้ำหนักลด เบื่ออาหาร เหงื่อออกตอนกลางคืน และอาการแสดงของ leukostasis เช่น การมองเห็นเปลี่ยนแปลง (Crist & Smithson, 2000)

การรักษามะเร็งเม็ดเลือดขาวในเด็ก หลังจากได้รับการวินิจฉัยยืนยันแล้วว่าเป็นมะเร็งเม็ดเลือดขาว เด็กจะได้รับการรักษาทันที วิธีการรักษามะเร็งเม็ดเลือดขาวในเด็ก ประกอบด้วย 4 ระยะ ได้แก่ การชักนำให้โรคสงบ (induction of remission) การให้ยาอย่างเต็มที่ (intensification or consolidation therapy) การป้องกันไม่ให้โรคเข้าสู่ระบบประสาทส่วนกลาง (CNS prophylaxis) การ

ควบคุมให้โรคสงบ (maintenance or continuation therapy) ซึ่งการรักษาให้โรคสงบโดยใช้ยาเคมีบำบัด ประกอบด้วย L-aspiraginase, vincristine และ glucocorticoid (prednisolone หรือ dexamethasone) อาจจะทำให้ daunomycin ร่วมกับ ยาเคมีบำบัดเหล่านี้ทำให้โรคสงบมากกว่าร้อยละ 90 ของผู้ป่วยทั้งหมด (Pui as cited in Crom, Boggs, Mandrell, & Norville, 1999) การรักษาอย่างเต็มที่ ยาที่ใช้ อาจจะมีขนาดหรือใช้ยาเคมีบำบัดตัวใหม่ ในปัจจุบันรูปแบบการให้ยาอย่างเต็มที่ ใช้ methotrexate และ 6-mercaptopurine ในขนาดสูง (Crom et al., 1999) การป้องกันไม่ให้โรคเข้าสู่ระบบประสาทส่วนกลาง ในปัจจุบันผู้ป่วยส่วนใหญ่ได้รับยาเข้าทางช่องไขสันหลัง (intrathecal) ได้แก่ methotrexate, hydrocortisone และ cytarabine โดยให้ร่วมกับการฉายรังสีที่ศีรษะ 2-3 สัปดาห์ (Pui as cited in Crom et al., 1999) สำหรับเป้าหมายของการรักษาอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้โรคสงบ ต้องรักษาอย่างต่อเนื่องเป็นเวลา 2-3 ปี หลังจากโรคสงบ (Poplack as cited in Crom et al., 1999) ยาเคมีบำบัดที่ใช้บ่อยในการรักษาระยะนี้ คือ methotrexate และ 6-mercaptopurine ผู้ป่วยที่โรคกลับเป็นซ้ำในระบบประสาทส่วนกลาง จะได้รับการรักษาอย่างเข้มข้น โดยให้ยาเคมีบำบัดเข้าทางช่องไขสันหลัง เพื่อชักนำให้โรคสงบใหม่ (reinduction) และให้ยาเคมีบำบัดอย่างต่อเนื่อง ในขณะที่เดียวกันก็ให้การฉายรังสีที่ศีรษะร่วมด้วย (Pui as cited in Crom et al., 1999)

สำหรับการปลูกถ่ายไขกระดูก (bone marrow transplantation) มีข้อบ่งชี้สำหรับการปลูกถ่ายไขกระดูกในเด็กที่เป็นมะเร็งเม็ดเลือดขาวชนิดเฉียบพลัน คือ ไม่ตอบสนองต่อยาเคมีบำบัดหรือโรคกลับเป็นซ้ำในไขกระดูก โดยทำเมื่ออยู่ในภาวะโรคสงบครั้งที่ 2 หรือผู้ป่วยที่มีอัตราการเสี่ยงสูง บางราย ควรทำตั้งแต่ระยะโรคสงบครั้งแรก โดยทั่วไปการปลูกถ่ายไขกระดูกไม่ได้ทำในผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะโรคสงบครั้งแรก เนื่องจากอัตราการรอดชีวิตไม่แตกต่างกันระหว่างการให้ยาเคมีบำบัดอย่างต่อเนื่องกับการปลูกถ่ายไขกระดูก ดังนั้นจึงมักทำในภาวะโรคสงบครั้งที่ 2 ซึ่งอัตราการรอดชีวิตที่ 5 ปี เมื่อให้ยาเคมีบำบัดเป็นร้อยละ 20-50 เทียบกับร้อยละ 40-60 ของการปลูกถ่ายไขกระดูก (Sanders อ้างใน ภัทธา ธนรัตนกร, 2543) ส่วนมะเร็งเม็ดเลือดขาวชนิดเรื้อรัง การปลูกถ่ายไขกระดูก เป็นวิธีการรักษาที่ดีที่สุดสำหรับเด็กที่เป็น CML (chronic myeloid leukemia) เพราะการให้ยาเคมีบำบัด ไม่มีผลในการรักษาให้หาย (Abramivitz & Senner, 1995)

การรักษา มะเร็งเม็ดเลือดขาวในเด็กของประเทศไทยใช้หลักการเดียวกันนี้ แต่มีแนวทางในการปฏิบัติที่แตกต่างกันในแต่ละสถาบัน

#### มะเร็งต่อมน้ำเหลือง (lymphoma)

มะเร็งต่อมน้ำเหลือง เป็นกลุ่มโรคมะเร็งที่อาจเกิดกับ lymphoid organ ได้แก่ ต่อมน้ำเหลือง ม้าม และทอนซิล หรือเกิดกับอวัยวะที่ไม่ใช่ lymphoid (extranodal) organ เช่น ไขกระดูก ตับ และระบบประสาท เป็นต้น พบได้บ่อยมากเป็นอันดับ 3 ของมะเร็งในเด็ก รองจากมะเร็ง

เม็ดเลือดขาวและเนื้องอกในสมอง (Young et al. อ้างใน ปัญจะ กุลพงษ์, 2540) มะเร็งต่อมน้ำเหลืองแบ่งเป็น 2 ประเภทใหญ่ๆ คือ

1. Hodgkin's disease (HD) เป็นมะเร็งของระบบน้ำเหลือง ในประเทศสหรัฐอเมริกาพบได้ประมาณ ร้อยละ 5 ของโรคมะเร็งในเด็กและวัยรุ่นที่อายุต่ำกว่า 15 ปี (Gilchrist, 2000) อาการแสดงส่วนใหญ่ของเด็กที่เป็น HD ได้แก่ มีต่อมน้ำเหลืองโต เป็นก้อนแข็งแต่กดไม่เจ็บ มักพบบริเวณคอหรือเหนือกระดูกไหปลาร้า ส่วนบริเวณขาหนีบหรือรักแร้ พบได้น้อย การมีก้อนบริเวณกลางทรวงอกด้านหน้าก็พบได้บ่อย ผู้ป่วยอาจมีอาการและอาการแสดงของทางเดินหายใจอุดตัน มีน้ำคั่งในช่องเยื่อหุ้มปอดหรือช่องเยื่อหุ้มหัวใจ การทำหน้าที่ของเซลล์ตับผิดปกติหรืออาการที่เกิดจากการแผ่ตัวของโรคเข้าไปในไขกระดูก เช่น ซีด ภาวะเม็ดเลือดขาวต่ำผิดปกติ (neutropenia) หรือภาวะเกร็ดเลือดต่ำผิดปกติ (thrombocytopenia) อาการแสดงทั่วไปทั้งระบบของร่างกาย ได้แก่ มีไข้โดยไม่ทราบสาเหตุ น้ำหนักตัวลดลง หรือเหงื่อออกตอนกลางคืน (Gilchrist, 2000)

วิธีการรักษาขึ้นอยู่กับระยะของโรค อายุของผู้ป่วยเมื่อได้รับการวินิจฉัยโรค ในระยะแรกๆ ของโรค (stage I, II, and IIIA) ใช้วิธีการรักษาด้วยรังสีรักษาอย่างเดียว ถ้าโรคกลับเป็นซ้ำ สามารถให้การรักษาด้วยยาเคมีบำบัดหลายชนิดร่วมกันหรือฉายรังสีเพิ่มเติมหรือใช้ทั้ง 2 วิธี โดยมีอัตราการหายร้อยละ 90 หรือมากกว่านี้ การรักษาในระยะรุนแรง (stage IIIB and IVA) ใช้ยาเคมีบำบัดเช่นเดียวกับในระยะเริ่มต้นของโรค ส่วนวิธีการรักษาเมื่อโรคกลับเป็นซ้ำหลังจากรักษาด้วยรังสีรักษาอย่างเดียวหรือกลับเป็นซ้ำหลังจากโรคสงบ ครั้งแรกอย่างน้อย 12 เดือน หลังจากให้ยาเคมีบำบัดอย่างเดียวหรือใช้หลายวิธีร่วมกัน ปกติจะตอบสนองต่อการให้ยาเคมีบำบัดหรือการฉายรังสีเพิ่มเติมหรือทั้ง 2 วิธีร่วมกัน (Gilchrist, 2000)

2. Non-hodgkin's lymphoma (NHL) เป็นผลมาจากการเจริญผิดปกติของเซลล์เนื้องอกของเซลล์เม็ดเลือดขาวชนิดที (T lymphocyte) หรือบี (B lymphocyte) อุบัติการณ์การเกิด NHL ของประเทศสหรัฐอเมริกาในเด็กผิวขาวที่อายุต่ำกว่า 15 ปี เท่ากับ 9.1 ต่อ 1 ล้านคน และ 4.6 ต่อ 1 ล้านคนในเด็กผิวดำ (Gilchrist, 2000) อาการและอาการแสดงของผู้ป่วย NHL มีความสัมพันธ์โดยตรงกับชนิดของเซลล์เนื้อเยื่อ (Link & Donaldson as cited in Hussong, 2002) โดยทั่วไปเด็กที่เป็น NHL ประมาณร้อยละ 25 มีโรคในช่องทรวงอก ร้อยละ 30 มีเนื้องอกในช่องท้อง และ ร้อยละ 20 - 30 มีแหล่งกำเนิดจากสิริระและคอ ที่เหลือของผู้ป่วยมีต้นกำเนิดจากที่ต่างๆ ได้แก่ กระดูก เต้านม ผิวหนัง ภายนอกเยื่อหุ้มชั้นดูรา หรือต่อมน้ำเหลืองที่ไม่ใช่บริเวณคอ (Halperin et al. as cited in Hussong, 2002)

วิธีการรักษาที่สำคัญที่สุด คือ การให้ยาเคมีบำบัด ซึ่งเป็นวิธีเดียวที่ให้ประสิทธิผลการรักษา การผ่าตัดมีประโยชน์น้อย ยกเว้นในรายที่มีก้อนเดี่ยวขนาดใหญ่ซึ่งเชื่อว่าสามารถตัดออก

ได้หมด ส่วนรังสีรักษาอาจจะให้ในสถานการณ์ที่ฉุกเฉิน เช่น รายที่ทางเดินหายใจถูกกด หรือให้เพื่อเป็นการรักษาประคับประคอง (Crom et al., 1999)

การรักษามะเร็งต่อมน้ำเหลืองในเด็กของประเทศไทยใช้หลักการเดียวกันนี้ แต่มีแนวทางในการปฏิบัติที่แตกต่างกันในแต่ละสถาบัน

### เนื้องอกชนิดร้ายแรง (solid tumor)

เนื้องอกชนิดร้ายแรงเป็นเนื้องอกที่เกิดจากเซลล์ใหม่ที่มีการเจริญเติบโตผิดปกติ และการเปลี่ยนแปลงของ DNA มากที่สุด เซลล์ใหม่นี้จะไปทำลายเซลล์เดิมโดยตรง แต่จะแย่งอาหารและออกซิเจนในเลือดเพื่อหล่อเลี้ยงให้เซลล์ใหม่เจริญเติบโตและคุกคามเข้าไปแทนที่จนเซลล์เดิมไม่สามารถอยู่ได้ สำหรับอุบัติการณ์ของเด็กที่เป็นเนื้องอกชนิดร้ายแรง พบว่า มีจำนวนร้อยละ 19 ของเด็กโรคมะเร็งทั้งหมด (ปัญญา เสกสรร, 2542; Sriamporn & Vatanasapt, 1999) เนื้องอกชนิดร้ายแรงที่พบบ่อยในเด็กมีหลายชนิด เช่น เนื้องอกในสมอง (brain tumor) เนื้องอกชนิดร้ายแรงของระบบประสาท (neuroblastoma) เนื้องอกที่ไต (wilms' tumor หรือ nephroblastoma) เนื้องอกของเซลล์กล้ามเนื้อลาย (rhabdomyosarcoma)

1. เนื้องอกในสมอง (brain tumor) พบมากเป็นอันดับที่ 2 ของมะเร็งในเด็ก รองจากมะเร็งเม็ดเลือดขาวและเป็นเนื้องอกชนิดร้ายแรงที่พบบ่อยที่สุดในเด็ก ซึ่งพบได้ประมาณร้อยละ 20 ของมะเร็งทั้งหมดในเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปี อุบัติการณ์สูงสุดเกิดขึ้นในเด็กวัยเรียน (ระหว่างอายุ 5-9 ปี) (Gurney et al. as cited in Crom et al., 1999) อาการและอาการแสดงสัมพันธ์กับตำแหน่ง ระดับชั้นของเนื้องอก และอายุของเด็ก อาการที่อาจพบโดยทั่วไป ได้แก่ ปวดศีรษะ อาการชัก การเปลี่ยนแปลงของสภาวะทางจิตใจ เช่น มีปัญหาเกี่ยวกับความจำ การพูด การติดต่อสื่อสาร พฤติกรรมเปลี่ยนแปลง เป็นต้น ความดันในกระโหลกศีรษะสูง กลืนไส้ อาเจียน (Ryan-Murray & Petriccione, 2002)

2. เนื้องอกชนิดร้ายแรงของระบบประสาท (neuroblastoma) เป็นเนื้องอกของแหล่งกำเนิดต้นเส้นประสาท (neural crest origin) พบประมาณร้อยละ 8 ของมะเร็งในเด็ก และเป็นเนื้องอกนอกระบบประสาทส่วนกลางชนิดร้ายแรงของระบบประสาทส่วนกลาง อัตราอุบัติการณ์ เท่ากับ 10 ต่อเด็ก 1 ล้านคน โดยร้อยละ 90 ของเด็กป่วยในกลุ่มนี้ได้รับการวินิจฉัยก่อนอายุ 5 ปี ซึ่งเนื้องอกชนิดนี้อาจเกิดที่ตำแหน่งใดก็ได้ของเนื้อเยื่อระบบประสาทซิมพาทติก ส่วนใหญ่เกิดขึ้นในช่องท้อง อาการและอาการแสดงขึ้นอยู่กับตำแหน่งของก้อนเนื้องอกและขอบเขตการแพร่กระจายของโรค ถ้าเป็นในช่องท้อง ส่วนใหญ่มีอาการแสดง คือ มีก้อนแข็งในช่องท้อง ก้อนอยู่ก้นที่ ซึ่งทำให้รู้สึกไม่สุขสบาย การแพร่กระจายของโรคไปที่ตับเกิดขึ้นได้โดยเฉพาะในเด็กวัยทารก ถ้าโรคมีการแพร่กระจายทำให้เกิดอาการและอาการแสดงหลายอย่าง เช่น มีไข้ การไวต่อสิ่งกระตุ้น การเจริญเติบโตล่าช้า ปวดกระดูก เป็นต้น (McManus & Gilchrist, 2000)

3. เนื้องอกที่ไต (wilms' tumor หรือ nephroblastoma) เป็นเนื้องอกที่พบบ่อยที่สุดที่เกิดขึ้นในไตของเด็ก เกิดขึ้นเท่าๆ กันในเด็กเพศชายและเพศหญิงและในทุกเชื้อชาติ ในแต่ละปีมีอัตราอุบัติการณ์เกิดเนื้องอกชนิดนี้ 7.8 ต่อ 1 ล้านคน ในเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปี (Anderson, 2000) ส่วนใหญ่เกิดขึ้นกับเด็กในช่วงอายุ 5 ปีแรกของชีวิต (Waters & Smith, 1998) อายุเฉลี่ยของเด็กที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นเนื้องอกที่ไต ประมาณ 3 ปี อาการที่พบบ่อยที่สุด คือ มีก้อนในช่องท้องหรือบริเวณสีข้าง ซึ่งมักไม่มีอาการแสดงของโรค โดยทั่วไปก้อนมีลักษณะเรียบและแข็ง โดยประมาณครึ่งหนึ่งมีผลกระทบต่อเด็กทำให้มีอาการปวดท้อง อาเจียน หรือเกิดอาการทั้ง 2 อย่าง (Anderson, 2000) อาจจะมีควมดันโลหิตสูง อาการถ่ายปัสสาวะเป็นเลือด ซึ่งไม่ค่อยพบ (Waters & Smith, 1998)

4. เนื้องอกของเซลล์กล้ามเนื้อลาย (rhabdomyosarcoma) เป็นเนื้องอกที่พบบ่อยที่สุดที่เกิดจากกล้ามเนื้อ เนื้อเยื่อใกล้เคียง ของเด็ก โดยพบประมาณร้อยละ 5-8 ของมะเร็งในเด็ก ลักษณะอาการที่แสดงออกให้เห็นที่พบบ่อยที่สุด คือ มีก้อน ซึ่งอาจจะเจ็บหรือไม่เจ็บก็ได้ อาการแสดงเกิดขึ้นเนื่องจากการที่เนื้องอกไปแทนที่หรืออุดตันโครงสร้างที่ปกติ ถ้าแหล่งกำเนิดอยู่ในบริเวณจมูกกับคอหอย อาจจะมีสัมพันธ์กับอาการคัดจมูก หายใจทางปาก เลือดกำเดาไหล และมีภาวะกลืนลำบากและเคี้ยวลำบาก ถ้าเนื้องอกเกิดขึ้นบริเวณใบหน้าหรือคอ อาจจะมีอาการบวม เจ็บ ขากรรไกรแข็ง (Crist & Arndt, 2000)

การรักษาเนื้องอกชนิดร้ายแรงในเด็กวิธีการรักษาเนื้องอกชนิดร้ายแรงในเด็ก มีหลายวิธีด้วยกัน ได้แก่

1. การผ่าตัด เป็นวิธีการรักษาที่มีประโยชน์ในการรักษาเนื้องอกชนิดร้ายแรงในเด็กหลายชนิด เช่น การผ่าตัดเป็นขั้นตอนแรกของการรักษาเนื้องอกในสมองในเด็ก โดยมีจุดประสงค์เพื่อตัดก้อนเนื้องอกออกให้มากที่สุดและมีอันตรายต่อการทำหน้าที่ของระบบประสาทน้อยที่สุด หรือเพื่อตัดชิ้นเนื้อมาตรวจวินิจฉัยชนิดของเนื้องอก (Prados, Berger & Wilson as cited in Ryan-Murray & Petriccione, 2002) เนื้องอกชนิดร้ายแรงของระบบประสาท การผ่าตัดมีความสำคัญทั้งทางด้าน การวินิจฉัยและการรักษา วัตถุประสงค์ของการผ่าตัดก่อนการรักษาด้วยวิธีอื่น คือ ช่วยการวินิจฉัย ได้เนื้อเยื่อเพื่อการตรวจเพิ่มเติม และพยายามตัดก้อนเนื้องอกออกให้หมดถ้าทำได้ หรือช่วยลดปัญหาที่เกิดจากก้อนมะเร็งกดอวัยวะต่างๆ ได้บ้าง (Brodevr & Castleberry อ้างใน ปัญจะ กุลพงษ์, 2540)

2. รังสีรักษา เป็นวิธีการรักษาหลักอันดับสอง รองจากการผ่าตัด ในการรักษาเนื้องอกในสมอง เพราะเราอาจจะตัดเอาก้อนเนื้องอกออกได้ไม่หมด หรือเป็นชนิดที่มีโอกาสเกิดซ้ำสูง ทำให้ผลการรักษาดีขึ้น ผู้ป่วยรอดชีวิตได้มากขึ้น ขนาดของรังสีที่ใช้ขึ้นอยู่กับปัจจัยสำคัญ 3 ประการ คือ ชนิดของก้อนเนื้องอก ตำแหน่งและขนาดของก้อนเนื้องอก และอายุของผู้ป่วย เพราะเด็กเล็กๆ มีผลเสียต่อการ

เจริญเติบโตและพัฒนาการของสมอง โดยเฉพาะอย่างยิ่งในเด็กอายุน้อยกว่า 2 ปี (Van Eys อ้างใน ปัญจะ กุลพงษ์, 2540) รังสีรักษาใช้ในการรักษาเนื้องอกที่โตในรายที่เป็นรุนแรงหรือมีลักษณะการพยากรณ์ของโรคไม่ดี (Wilimas Greenwald, & Rao as cited in Crom et al., 1999)

3. เคมีบำบัด ส่วนใหญ่มักใช้เสริมการรักษาอื่นๆ เช่น เนื้องอกในสมอง มักให้ยาเคมีบำบัดก่อนการฉายรังสีรักษา (neoadjuvant chemotherapy) เพื่อทำให้เนื้องอกมีขนาดเล็กลงหรือการให้ยาเคมีบำบัดหลังการฉายรังสีรักษา (adjuvant chemotherapy) เพื่อเสริมหรือทำให้เกิดผลของการรักษาอย่างเต็มที่ เมื่อใช้ยาเคมีบำบัดร่วมกับรังสีรักษา ยาเคมีบำบัดบางชนิดถูกทำลายได้ด้วยรังสีรักษา บางชนิดทำให้ประสิทธิผลของรังสีรักษาเพิ่มมากขึ้น (Crom et al., 1999) การให้ยาเคมีบำบัดในเนื้องอกชนิดร้ายแรงของระบบประสาท มักใช้เพื่อทำให้เนื้องอกที่ไม่สามารถเอาออกได้มีการเปลี่ยนแปลงเพื่อจะได้เอาออกได้อย่างสมบูรณ์ในครั้งต่อมา (McManus & Gilchrist, 2000)

4. การปลูกถ่ายไขกระดูก เนื้องอกชนิดร้ายแรงในเด็กบางชนิด มีการตอบสนองดีต่อการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด ซึ่งเกิดผลที่มีประสิทธิภาพในการทำให้โรคสงบและหายจากโรค อย่างไรก็ตาม โรคอาจมีการแพร่กระจายหรือกลับเป็นซ้ำโดยมีอาการแยกว่าเดิมซึ่งพบได้บ่อย สิ่งที่น่าทึ่งก็คือการใช้การปลูกถ่ายไขกระดูกในเนื้องอกชนิดร้ายแรงในเด็กหลายชนิด เพื่อให้โรคสงบอย่างสมบูรณ์ (Ladenstein, Hartman, & Pinkerton as cited in Crom et al., 1999) เช่น เนื้องอกชนิดร้ายแรงของระบบประสาท ซึ่งมีการพยากรณ์ของโรคแย่มาก ประมาณ 2 ใน 3 ของผู้ป่วย มีการแพร่กระจายของโรค การให้ยาเคมีบำบัดที่มีขนาดสูงและการปลูกถ่ายไขกระดูก ทำให้ผลของการรักษาดีขึ้น (Johnson & Goldman as cited in Crom et al., 1999) แต่จากรายงานการศึกษาที่มีอยู่พบว่า เป็นสิ่งที่ยากเนื่องจากความแตกต่างของผู้ป่วย ระยะของโรค และการติดตามผลในระยะสั้น (Ladenstein et al as cited in Crom et al., 1999)

การรักษาเนื้องอกชนิดร้ายแรงในเด็กของประเทศไทยใช้หลักการเดียวกันนี้ แต่มีแนวทางในการปฏิบัติที่แตกต่างกันในแต่ละสถาบัน

มะเร็งในเด็กแบ่งได้เป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ มะเร็งเม็ดเลือดขาว มะเร็งต่อมน้ำเหลือง และเนื้องอกชนิดร้ายแรง การรักษามะเร็งในเด็กนั้นมีหลายวิธี ได้แก่ การผ่าตัด เคมีบำบัด รังสีรักษา และการปลูกถ่ายไขกระดูก โดยการรักษามะเร็งอาจใช้การรักษาวิธีเดียวหรือใช้หลายวิธีร่วมกัน

## ผลกระทบของโรคมะเร็งในเด็กต่อผู้ปกครอง

การเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งในเด็กส่งผลกระทบต่อจิตใจอารมณ์ของผู้ปกครอง นอกจากนี้ยังส่งผลกระทบต่อด้านร่างกายและด้านเศรษฐกิจของผู้ปกครอง ดังนี้

### 1. ผลกระทบด้านจิตใจอารมณ์

เมื่อบุตรได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น โรคมะเร็ง ผู้ปกครองมักยอมรับความเจ็บป่วยของบุตรไม่ได้ (รุจา ภูไพบูลย์ และคณะ, 2543; Hind et al., 1996; Wills, 1999; Yeh, 2001) เพราะมะเร็งเป็นความเจ็บป่วยที่คุกคามต่อชีวิต มีลักษณะการดำเนินของโรครวดเร็ว และวิธีการรักษาที่ไม่สามารถยืนยันผลสำเร็จได้เต็มที่ รวมทั้งความซับซ้อนของวิธีการรักษาและเครื่องมืออุปกรณ์ที่ใช้ในการรักษา (Mishel, 1984; Christman, 1990) นอกจากนี้การพยากรณ์ของโรคมะเร็งไม่สามารถชี้ขาด (Moore & Mosher, 1997) ส่งผลให้ผู้ปกครองเกิดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของบุตร (Patoomwan, 2001; Santacrose, 2002; Woodgate & Degner, 2002) มีความเครียดสูง (รุจา ภูไพบูลย์ และคณะ, 2543; Cornman, 1993; Woodgate & Degner, 2002) ทั้งจากอาการเจ็บป่วยของบุตร การรักษาที่บุตรได้รับ ผลข้างเคียงของการรักษาและภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลและการอยู่โรงพยาบาล ตลอดจนจากการที่ผู้ปกครองมีรายได้ลดลงหรือขาดรายได้จากการที่ต้องขาดงานหรือลาออกจากงาน (รุจา ภูไพบูลย์ และคณะ, 2543) มีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งของบุตร วิธีการรักษาและผลของการรักษาที่บุตรได้รับ (จรรยาศรี สุวรรณกุล, 2539) กลัวการกลับเป็นซ้ำของโรคมะเร็งที่จะเกิดขึ้นกับบุตร (Cornman, 1993) กลัวบุตรไม่หายจากโรคมะเร็ง (รุจา ภูไพบูลย์ และคณะ, 2543) และกลัวว่าบุตรจะเสียชีวิต (จรรยาศรี สุวรรณกุล, 2539; Cornman, 1993; Martinson et al., 1999)

### 2. ผลกระทบด้านร่างกาย

การที่ผู้ปกครองได้รับทราบข่าวร้ายว่า บุตรป่วยเป็นโรคมะเร็ง ซึ่งเป็นความเจ็บป่วยเรื้อรังที่คุกคามต่อชีวิต ทำให้ผู้ปกครองได้รับผลกระทบทางด้านจิตใจอารมณ์เป็นอย่างมาก ทำให้ผู้ปกครองเกิดความเครียดดังกล่าว ส่งผลให้ผู้ปกครองรับประทานอาหารได้น้อย เมื่ออาหาร น้ำหนักลด ปวดศีรษะ นอนไม่หลับ แลอาจเกิดความเจ็บป่วยตามมา (รุจา ภูไพบูลย์ และคณะ, 2543)

### 3. ผลกระทบด้านเศรษฐกิจ

การที่เด็กเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็ง ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลบ่อยครั้ง ทำให้เสียค่าใช้จ่ายสูงทั้งค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ค่าใช้จ่ายขณะอยู่โรงพยาบาลและค่าเดินทาง (Berkman & Sampson, 1993; Barr et al., 1996) ทำให้ผู้ปกครองมีรายจ่ายเพิ่มขึ้นในขณะที่มีรายได้ลดลงจากการขาดงาน ผู้ปกครองบางรายต้องลาออกจากงานเพื่อดูแลบุตรที่เจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็ง และผู้ปกครอง



บางรายต้องกู้ยืมเงินจากญาติพี่น้อง จากเพื่อน และจากผู้ร่วมงานเพื่อมาใช้จ่ายเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของบุตร (รุจา ภูไพบูลย์ และคณะ, 2543)

### ทฤษฎีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย

ทฤษฎีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย (Theory of Uncertainty in Illness) ของมิเชล (Mishel, 1988) เป็นทฤษฎีทางการแพทย์ระดับกลางที่อธิบายเกี่ยวกับความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย ว่าเป็นการที่บุคคลไม่สามารถให้ความหมายเกี่ยวกับสถานการณ์ความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น กล่าวคือ เป็นการรับรู้ที่เกิดขึ้นเมื่อบุคคลไม่สามารถจัดประเภทหรือหมวดหมู่ของเหตุการณ์ได้เนื่องจากมีข้อมูลไม่เพียงพอ และเกิดขึ้นในสถานการณ์ที่บุคคลไม่สามารถทำนายผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้นได้อย่างถูกต้อง โดยแบ่งความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยเป็น 4 ด้าน ได้แก่ ด้านความคลุมเครือเกี่ยวกับความเจ็บป่วย (ambiguity) ด้านความซับซ้อนเกี่ยวกับการรักษาและระบบบริการ (complexity) ด้านการขาดข้อมูลเกี่ยวกับการวินิจฉัยโรคและความรุนแรงของความเจ็บป่วย (lack of information) และด้านการไม่สามารถทำนายถึงระยะเวลาในการเจ็บป่วยและการพยากรณ์โรค (unpredictability) และมิเชล (Mishel, 1983) ได้กล่าวถึงความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของผู้ปกครอง ประกอบด้วย 4 ด้าน ได้แก่

1. ด้านความคลุมเครือเกี่ยวกับสถานะความเจ็บป่วยของบุตร (ambiguity) หมายถึง การที่ผู้ปกครองไม่สามารถให้ความหมายของเหตุการณ์ความเจ็บป่วยของบุตรที่เกิดขึ้นได้อย่างครอบคลุม ไม่สามารถวิเคราะห์สาเหตุและผลกระทบของความเจ็บป่วยของบุตร ได้แหล่งกำเนิดความคลุมเครือที่สำคัญก็คือ ธรรมชาติการเจ็บป่วยและเทคโนโลยีที่เกี่ยวข้องกับการดูแลบุตร การรักษาที่บุตรได้รับทำให้เกิดความรู้สึกไม่แน่นอนเพราะผู้ปกครองไม่สามารถแยกความแตกต่างระหว่างการรักษาวิธีการหนึ่งกับวิธีการอื่นๆ ได้

2. ด้านความไม่ชัดเจนในคำอธิบายเกี่ยวกับสถานะความเจ็บป่วยของบุตร (lack of clarity) เป็นผลมาจากการได้รับคำอธิบายที่ไม่ครบถ้วนหรือมีความเข้าใจในความเจ็บป่วยไม่เพียงพอ

3. ด้านการขาดข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วย การรักษาของบุตร (lack of information) เกิดขึ้นเมื่อผู้ปกครองไม่ได้มีการแลกเปลี่ยนข้อมูล หรือไม่ทราบข้อมูลเกี่ยวกับการวินิจฉัยในความเจ็บป่วยของบุตร ซึ่งทำให้ผู้ปกครองไม่สามารถกำหนดตารางเวลาหรือรายการที่น่าจะเป็นไปได้

4. ด้านการไม่สามารถทำนายการดำเนินของโรคและการพยากรณ์ของโรค (unpredictability) เป็นสิ่งที่ผู้ปกครองวิตกกังวลเกี่ยวกับผลลัพธ์ของการเจ็บป่วยของบุตร เมื่อบุตร

เจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็ง ผู้ปกครองไม่สามารถคาดการณ์อนาคตได้ ผู้ปกครองไม่ทราบว่าบุตรจะมีปฏิกริยาอย่างไรต่อการดูแล หรือจะให้การดูแลบุตรอย่างไรจึงจะมีประสิทธิภาพ

นอกจากนี้มิเชล (Mishel, 1988) ได้กล่าวไว้ว่า ในขณะที่เกิดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย บุคคลจะประเมินความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยตามการรับรู้ที่มีต่อเหตุการณ์ ความเจ็บป่วยและความเชื่อพื้นฐานของบุคคล ซึ่งผลของการประเมินจะปรากฏใน 2 รูปแบบ คือ

1. ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยที่ถูกประเมินว่าเป็นอันตราย จะเกิดขึ้นเมื่อบุคคลประเมินว่ากำลังจะเกิดอันตรายหรือความสูญเสียกับตนเอง เป็นเหตุการณ์ที่ไม่สามารถทำนายผลลัพธ์ได้ชัดเจน ทำให้เกิดอารมณ์ซึมเศร้า วิตกกังวล กระวนกระวาย และเครียด บุคคลที่อยู่ในภาวะนี้จะมีวิธีการเผชิญปัญหาโดยการมุ่งแก้ปัญหา และ/หรือการจัดการกับอารมณ์ เพื่อลดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย

2. ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยที่ถูกประเมินว่าเป็น โอกาส จะเกิดขึ้นเมื่อบุคคลประเมินว่าเหตุการณ์นั้นมีความน่าจะเป็นของเหตุการณ์ในทางบวก บุคคลจึงพอใจที่จะคงความรู้สึกไม่แน่นอนนั้นไว้ เพราะเป็นสิ่งที่ทำให้เกิดความหวัง โดยจะใช้วิธีการปกป้องเพื่อคงความรู้สึกไว้ เพราะถ้าความรู้สึกไม่แน่นอนสลาย ความเชื่อ ความหวังต่างๆ ของบุคคลก็จะถูกทำลายด้วย

### ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย

มิเชล (Mishel, 1988) ได้กล่าวไว้ว่าปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย ได้แก่

1. กรอบสิ่งกระตุ้นเป็นตัวแปรแรกที่เกิดขึ้นก่อน ซึ่งหมายถึง รูปแบบ ส่วนประกอบและโครงสร้างของสิ่งกระตุ้นที่บุคคลรับรู้ ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบ ได้แก่ แบบแผนอาการแสดง (symptom pattern) ความคุ้นเคยต่อเหตุการณ์ (event familiarity) และความสอดคล้องของเหตุการณ์ (event congruency)

1.1 แบบแผนอาการแสดง (symptom pattern) หมายถึง ระดับความรุนแรงและความต่อเนื่องของอาการแสดงที่บุคคลรับรู้และให้ความหมาย ซึ่งประเมินได้จากจำนวนครั้งที่เกิดอาการ ความรุนแรงของอาการ ความถี่ของการเกิดอาการ ระยะเวลาที่เกิดอาการและตำแหน่งที่เกิดอาการ มีหลายปัจจัยที่สามารถรบกวนกระบวนการที่ปกติของการประเมินอาการแสดง เช่น คุณลักษณะของสิ่งกระตุ้น ความถูกต้องของการประเมินอาการแสดง เมื่ออาการแสดงมีลักษณะของความไม่สม่ำเสมอในความรุนแรง ความถี่ จำนวนครั้ง ตำแหน่ง หรือระยะเวลา เช่น เกิดขึ้นในความเจ็บป่วยเรื้อรังบางอย่างที่ไม่สามารถวิเคราะห์แบบแผนได้ อาการแสดงที่ไม่สม่ำเสมอ ทำให้ไม่สามารถ

ประเมินสภาพความเจ็บป่วยได้อย่างน่าเชื่อถือ ดังนั้นสิ่งเหล่านี้ทำให้เกิดความรู้สึกไม่แน่นอน ลักษณะของความเจ็บป่วยที่มีอาการทรุดลงและมีความรุนแรงมากขึ้น มีความสัมพันธ์กับระดับความรู้สึกไม่แน่นอนที่สูงขึ้น ผู้ป่วยที่มีลักษณะของความเจ็บป่วย ที่มีอาการแสดงไม่คงที่ เช่น ความเจ็บป่วยเกี่ยวกับการสร้างภูมิคุ้มกัน โรคเอสแอลอี และโรคหัวใจ มีระดับความรู้สึกไม่แน่นอนสูงกว่าบุคคลที่มีลักษณะของความเจ็บป่วยที่มีอาการคงที่ ไม่เปลี่ยนแปลง (Mishel, 1981)

1.2 ความคุ้นเคยต่อเหตุการณ์ (event familiarity) หมายถึง ความเคยชิน หรือการเกิดขึ้นซ้ำหลายครั้งของสภาพแวดล้อมการดูแลสุขภาพ โดยความคุ้นเคยในเหตุการณ์เกิดขึ้นตลอดเวลา และเกิดขึ้น โดยการรับรู้ว่ามีประสบการณ์ในสภาพสิ่งแวดล้อมนั้น ความคุ้นเคยในเหตุการณ์ช่วยป้องกันการเกิดความรู้สึกไม่แน่นอน ในสภาพสิ่งแวดล้อมการดูแลสุขภาพ ความแปลกใหม่และความซับซ้อนของเหตุการณ์ขัดขวางการสร้างควมคุ้นเคยในเหตุการณ์ ประสบการณ์ใหม่ที่เกิดขึ้น โดยเฉพาะสถานการณ์ใหม่ทำให้มีความคุ้นเคยน้อย เช่น การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเป็นครั้งแรก หรือ การได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด รังสีรักษาหรือการรักษาอื่นๆ เป็นครั้งแรก

การมีประสบการณ์ใหม่มีผลทำให้ระดับความรู้สึกไม่แน่นอนที่เกิดขึ้นในสมาชิกครอบครัวของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาอย่างกระตือรือร้นในหอผู้ป่วยวิกฤตสูงขึ้น เมื่อผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัวได้รับการปฐมพยาบาลเกี่ยวกับแผนกที่จะเข้ารับการรักษาก่อนที่จะเข้ารับการรักษาและมีระดับความคุ้นเคยในเหตุการณ์เพิ่มขึ้น ทำให้ความแปลกใหม่กับสภาพแวดล้อมลดลง การเข้ารับการรักษาอย่างกระตือรือร้น ผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัว ประสบกับประสบการณ์ใหม่และความซับซ้อนของการรักษา มิเชล (Mishel, 1981) พบว่า ความซับซ้อนและความแปลกใหม่ของเหตุการณ์มีผลทำให้เกิดความรู้สึกไม่แน่นอน ซึ่งสามารถเกิดขึ้นในผู้ป่วยที่ได้รับการทดสอบเพื่อการวินิจฉัยโรค ซึ่งยังไม่เกิดความคุ้นเคย เช่น การสวนหัวใจ กิจกรรมการรักษาที่เกิดขึ้นเป็นประจำมากขึ้นและไม่มี การเปลี่ยนแปลง เช่น การรักษาทางอายุรกรรมหรือการรักษาที่รุกรานเข้าไปในร่างกายที่เป็นกิจกรรมประจำวัน เช่น การล้างไต เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นจึงเป็นความคุ้นเคยและมีความสัมพันธ์กับความรู้สึกไม่แน่นอนที่ต่ำลง ประสบการณ์ใหม่เป็นลักษณะของความไม่คุ้นเคย ซึ่งก่อให้เกิดความรู้สึกไม่แน่นอน และเมื่อความแปลกใหม่ในเหตุการณ์ลดน้อยลง ความรู้สึกไม่แน่นอนก็ลดลง การที่ผู้ป่วยมีชีวิตอยู่กับความเจ็บป่วยเป็นระยะเวลานาน ก็จะประสบกับความรู้สึกไม่แน่นอนลดลง มิเชล และ บราเดน (Mishel & Braden, 1988) ศึกษาในผู้ป่วยสตรีที่เป็นมะเร็งอวัยวะสืบพันธุ์ พบว่าความคุ้นเคยในเหตุการณ์ของผู้ป่วยมีผลต่อความรู้สึกไม่แน่นอน สมจิต หนูเจริญกุล, บุญจันทร์ วงศ์สุนทรรัตน์ และ ทิพาพร วงศ์หยังกุล (2534) ศึกษาในผู้ป่วยมะเร็งบริเวณศีรษะ คอ และปากมดลูก ที่มารับรังสีรักษา พบว่า ความคุ้นเคยในเหตุการณ์ของผู้ป่วยมีความสัมพันธ์ทางลบกับความรู้สึกไม่แน่นอน

1.3 ความสอดคล้องของเหตุการณ์ (event congruency) หมายถึง ความสอดคล้องระหว่างเหตุการณ์ความเจ็บป่วยที่คาดหวังและที่เกิดขึ้นจริง การขาดความสอดคล้องระหว่างสิ่งที่คาดหวังและสิ่งที่มีประสบการณ์จริง ทำให้เกิดคำถามเกี่ยวกับการคาดเดาและความมั่นคงของเหตุการณ์ การเกิดขึ้นของความรู้สึกไม่แน่นอนโดยมาจากการขาดความสอดคล้อง สามารถเกิดขึ้นเมื่อความคาดหวังของการบำบัดรักษาถูกทำลาย โดยการเกิดขึ้นซ้ำของการเจ็บป่วยที่คาดไม่ถึง ในขณะที่เดียวกันการไม่พบสิ่งที่คาดหวังในการบำบัดรักษาก่อให้เกิดความรู้สึกไม่แน่นอน เมื่อผลของการรักษาไม่ประสบความสำเร็จตามเวลาที่กำหนดไว้ล่วงหน้า แหล่งอื่นๆ ของความไม่สอดคล้องที่มีผลต่อความรู้สึกไม่แน่นอนสามารถเกิดขึ้นเมื่อการรักษาไม่ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในความรู้สึกของบุคคล ดังนั้นเมื่อไม่มีสิ่งที่บอถึงการเปลี่ยนแปลงของสภาพร่างกาย เช่น การได้รับรังสีรักษา การเปลี่ยนแปลงโดยไม่คาดหวังเกิดขึ้นอย่างรวดเร็วซึ่งไม่สอดคล้องกับสิ่งที่คาดหวัง เป็นตัวอย่างของการขาดความสอดคล้อง

ทั้ง 3 องค์ประกอบของกรอบสิ่งกระตุ้น ได้รับอิทธิพลมาจาก 2 ตัวแปร ได้แก่

1. ความสามารถในการรับรู้ (cognitive capacity) หมายถึง ความสามารถของบุคคลในการจัดการกับข้อมูลข่าวสาร การทำหน้าที่บกพร่องเกี่ยวกับสรีรวิทยาจะทำให้ความสามารถเหล่านี้ลดน้อยลงและมีผลต่อการรับรู้ แหล่งของความสนใจสามารถทำให้ลดลงได้โดย ความเจ็บปวด ยาภาวะโภชนาการที่ไม่สมบูรณ์ สิ่งกระตุ้นภายใน เช่น ความเจ็บปวด ความไม่สบาย สิ่งที่เป็นอันตรายและสิ่งที่เกิดขึ้นภายในสรีรวิทยา คือ กิจกรรมของระบบประสาทอัตโนมัติ สามารถมีอิทธิพลต่อความสามารถเกี่ยวกับการรับรู้และทำให้กิจกรรมการแก้ไขปัญหาลดน้อยลง

2. องค์ประกอบที่ให้การช่วยเหลือ (structure provider) หมายถึง แหล่งทรัพยากรที่มีอยู่เพื่อช่วยเหลือบุคคลในการแปลความหมายของกรอบสิ่งกระตุ้น องค์ประกอบที่ให้การช่วยเหลือทำให้ความรู้สึกไม่แน่นอนลดลงทั้งโดยตรงและโดยอ้อม ความรู้สึกไม่แน่นอนลดลงโดยตรงเมื่อผู้ป่วยพึ่งพาอาศัย องค์ประกอบที่ให้การช่วยเหลือ ในการแปลความหมายของเหตุการณ์ การลดลงของความรู้สึกไม่แน่นอนที่เกิดขึ้นโดยทางอ้อม เมื่อองค์ประกอบที่ให้การช่วยเหลือ ช่วยเหลือผู้ป่วยในการได้ข้อสรุปเกี่ยวกับแบบแผนของอาการแสดง ความคุ้นเคยในเหตุการณ์และความสอดคล้องของประสบการณ์ องค์ประกอบที่ให้การช่วยเหลือ ได้แก่ ระดับการศึกษา (education level) การสนับสนุนทางสังคม (social support) และเจ้าหน้าที่ที่น่าเชื่อถือ (credible authority)

2.1 การศึกษา (education) มีความสัมพันธ์กับความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นทั้งโดยตรงและโดยอ้อม ผู้ที่มีการศึกษาสูงมักจะเข้าใจข้อมูลและรับรู้เกี่ยวกับโรคและการรักษาที่ได้รับจากเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลและจากสื่อต่างๆ ได้ดีกว่าผู้ที่มีการศึกษาน้อย ทำให้สามารถให้ความหมายแก่สิ่งต่างๆ ที่เกิดขึ้นหรือที่ต้องเผชิญ ทำให้ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยลดลง

ดั่งเช่นการศึกษาของ วิลโล ลีสุวรรณ, วิลลวดีย์ วโรพาร และมาลี เลิศมาลีวงศ์ (2536) พบว่าระดับการศึกษาของบิดามารดาที่บุตรเข้ารับการรักษาในหน่วยไอซียู มีความสัมพันธ์ทางลบกับการรับรู้ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของบุตร สอดคล้องกับผลการศึกษาของ สมจิต หนูเจริญกุล, บุญจันทร์ วงศ์สุนทรรัตน์ และ ทิพาพร วงศ์หงษ์กุล (2534) ที่ศึกษาในผู้ป่วยมะเร็งบริเวณศีรษะ คอ และปากมดลูกที่มารับรังสีรักษา พบว่าความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์ทางลบกับระดับการศึกษา กล่าวคือ ผู้ป่วยที่มีระดับการศึกษาสูงจะมีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยต่ำกว่า ผู้ป่วยที่มีระดับการศึกษาค่ำหรือน้อยกว่า คริสแมน และคณะ (Christman et al., 1988) พบว่าระดับการศึกษามีความสัมพันธ์ทางลบกับความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตาย ในระยะใกล้จำหน่ายออกจากโรงพยาบาล และหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 1 สัปดาห์ แต่หลังจากนั้น 4 สัปดาห์ เมื่อทำการประเมินซ้ำ พบว่า ระดับการศึกษาไม่มีความสัมพันธ์กับความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย สอดคล้องกับผลการศึกษาของ มิเชล (Mishel, 1984) ที่ศึกษาในผู้ป่วยอายุรกรรม พบว่า ระดับการศึกษาไม่มีความสัมพันธ์กับความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย

2.2 การสนับสนุนทางสังคม (social support) การสนับสนุนทางสังคมช่วยป้องกันความรู้สึกไม่แน่นอนในภาวะวิกฤตต่างๆ ของชีวิต โดยเป็นข้อมูลที่ช่วยในการให้ความหมายของเหตุการณ์ การสนับสนุนทางสังคมมีอิทธิพลต่อความรู้สึกไม่แน่นอนทั้งโดยตรงและโดยอ้อม ผลของอิทธิพลโดยตรงคือ การแก้ไข ปรับปรุง ความรู้สึกไม่แน่นอน 3 ชนิด ได้แก่ ความคลุมเครือเกี่ยวกับความเจ็บป่วย ความซับซ้อนในการรักษาและการไม่สามารถคาดการณ์อนาคตได้ อิทธิพลโดยอ้อมของการสนับสนุนทางสังคม คือ ทำให้แบบแผนของอาการมีความชัดเจนมากขึ้น

ความสำคัญของการสนับสนุนทางสังคมในฐานะที่เป็นแหล่งของข้อมูล ความรู้ต่างๆ ทั้งของผู้ป่วยและผู้ดูแล สำหรับผู้ดูแลผู้ป่วย การติดต่อสื่อสารกับบุคคลอื่นๆ ที่มีผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยโรคอย่างเดียวกันหรือได้รับการรักษาเหมือนกัน นำไปสู่การให้การสนับสนุน การแลกเปลี่ยนซึ่งกันและกันเกี่ยวกับการประสบบสิ่งที่ไม่คุ้นเคย ผู้ดูแลที่ขาดการสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์กับระดับความรู้สึกไม่แน่นอนที่สูง นอกจากนี้เป็นสิ่งที่ให้ข้อมูลแล้ว การสนับสนุนทางสังคมยังมีประโยชน์ในการช่วยให้หลีกเลี่ยงจากความรู้สึกไม่แน่นอน โดยการสร้างเครือข่ายของสมาชิกเพื่อจัดการกับเหตุการณ์ต่างๆ ที่คุกคาม การสนับสนุนทางสังคมในรูปแบบของสิ่งต่างๆ ช่วยลดความรู้สึกไม่แน่นอนโดยช่วยให้สภาพแวดล้อมมีความมั่นคง

2.3 อำนาจที่เชื่อถือได้ (credible authority) หมายถึง ระดับความเชื่อมั่นและไว้วางใจที่บุคคลมีต่อบุคลากรทางสุขภาพ โดยเฉพาะแพทย์และพยาบาลซึ่งจะสามารถช่วยเพิ่มความชัดเจนของรูปแบบสิ่งเร้าด้วยการให้ข้อมูลเกี่ยวกับสาเหตุของโรค และอาการที่จะเกิดตามมาแก่ผู้ป่วยหรือข้อมูลเกี่ยวกับกฎระเบียบ วิธีการรับบริการจะช่วยลดความคลุมเครือและช่วยให้มองสถานการณ์

ได้ชัดเจนขึ้น ทำให้ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยลดลง ดังเช่นการศึกษาของ มิเชล (Mishel, 1984) ที่ศึกษาถึงความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยและภาวะความเครียดในผู้ป่วยที่รับไว้ในแผนกอายุรกรรม จำนวน 100 ราย ผลการศึกษาพบว่า การไม่ได้รับข้อมูลจากเจ้าหน้าที่สุขภาพอนามัย จะทำให้ผู้ป่วยมีความเครียดและรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยสูง และสอดคล้องกับผลการศึกษาของ มณฑา ลิ้มทองกุล (2535) ที่ศึกษาถึงความวิตกกังวล ความรู้สึกไม่แน่นอนและวิธีการเผชิญปัญหาขณะรอฟังผลการตรวจชิ้นเนื้อในผู้ป่วยที่มีก้อนบริเวณเต้านม จำนวน 80 ราย ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยที่แพทย์ไม่ได้ให้ข้อมูลเกี่ยวกับก้อนที่เต้านม จะมีความวิตกกังวลและความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยด้านความคลุมเครือเกี่ยวกับภาวะการเจ็บป่วยสูง ผลการศึกษาของ ทิพาพร วงศ์หงษ์กุล (2533) พบว่า ผู้ป่วยมะเร็งอวัยวะสืบพันธุ์สตรีกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ มีระดับความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยขณะได้รับรังสีรักษาน้อยกว่ากลุ่มควบคุม

มีผู้นำแนวคิดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของ มิเชล มาใช้ศึกษาในผู้ป่วยมะเร็งทั้งในและต่างประเทศ เช่น คริสแมน (Christman, 1990) ศึกษาในผู้ป่วยมะเร็งระหว่างได้รับรังสีรักษามาต (Mast, 1998) ศึกษาในผู้ป่วยรอดชีวิตจากมะเร็งเต้านม เป็นต้น สำหรับในประเทศไทยก็มีหลายท่านที่นำแนวคิดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของมิเชลมาใช้ในการศึกษา เช่น ทิพาพร วงศ์หงษ์กุล (2533) ศึกษาในผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับรังสีรักษา มณฑา ลิ้มทองกุล (2535) ศึกษาในผู้ป่วยที่มีก้อนบริเวณเต้านมขณะรอฟังผลการตรวจชิ้นเนื้อ จุฬารักษ์ กวีวิรัชชัย (2536) ศึกษาในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัด สำหรับการนำแนวคิดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของมิเชลมาใช้ในผู้ปกครองเด็กป่วยโรคมะเร็ง มีเพียง สเตอเคน (Sterken, 1996) ศึกษาในบิดาเด็กป่วยโรคมะเร็ง และซานตาโครส (Santacroce, 2002) ศึกษาในผู้ปกครองเด็กป่วยโรคมะเร็งที่เพิ่งได้รับการวินิจฉัย ยังไม่พบว่ามีการนำแนวคิดนี้มาศึกษาในผู้ปกครองเด็กป่วยโรคมะเร็งในประเทศไทย

ในการวิจัยครั้งนี้ ศึกษาความรู้สึกไม่แน่นอนของผู้ปกครองเด็กป่วยโรคมะเร็ง ตามกรอบแนวคิดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของมิเชล (Mishel, 1983; 1988) ดังนั้นความรู้สึกไม่แน่นอนของผู้ปกครองเด็กป่วยโรคมะเร็ง หมายถึง การรับรู้ของผู้ปกครองเด็กป่วยโรคมะเร็งที่เกิดขึ้นเมื่อผู้ปกครองไม่สามารถให้ความหมายเกี่ยวกับสถานการณ์ความเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งของบุตร หรือไม่สามารถทำนายผลลัพธ์ของความเจ็บป่วยได้ถูกต้อง ซึ่งประกอบด้วย 4 ด้าน ได้แก่ ด้านความคลุมเครือเกี่ยวกับสถานะความเจ็บป่วยของบุตร ด้านความไม่ชัดเจนในคำอธิบายเกี่ยวกับสถานะความเจ็บป่วยของบุตร ด้านการขาดข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยและการรักษาของบุตร และด้านการไม่สามารถทำนายการดำเนินของโรคและการพยากรณ์ของโรค

## ความรู้สึกไม่แน่นอนของผู้ปกครองเด็กป่วยโรคมะเร็ง

มะเร็งเป็นความเจ็บป่วยเรื้อรังที่คุกคามต่อชีวิต การที่ผู้ปกครองเด็กป่วยโรคมะเร็งประสบกับความไม่รู้เกี่ยวกับอนาคตของเด็ก (Mishel, 1990) ไม่สามารถที่จะทำนายผลลัพธ์ ไม่สามารถสร้างแบบแผนความรู้ความเข้าใจที่มีต่อความเจ็บป่วย ซึ่งอาจเป็นผลจากการขาดประสบการณ์ ความจำกัดของข้อมูลความรู้ (Mishel, 1988)

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง มีรายงานการศึกษาที่แสดงให้เห็นว่า ผู้ปกครองเด็กป่วยโรคมะเร็งต้องประสบกับความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของบุตร จากการศึกษาของแวน ดอนเดน เมลแมน และคณะ (Van-Donden Melman et al., 1995) ที่ศึกษาปัญหาทางด้านจิตสังคมของผู้ปกครองเด็กป่วยโรคมะเร็ง จำนวน 133 ราย โดยใช้แบบสอบถามในการวัดผลกระทบจากความเจ็บป่วย ผลการศึกษาพบว่า ความรู้สึกไม่แน่นอนและความรู้สึกโดดเดี่ยวเป็นปัญหาที่พบมากที่สุด

กรูเทนฮุยส์ (Grootenhuis, 1997) ศึกษาภาวะอารมณ์ของผู้ปกครองเด็กป่วยโรคมะเร็งในมารดา จำนวน 84 ราย และบิดา จำนวน 79 ราย ของเด็กป่วยโรคมะเร็ง จำนวน 84 ราย ที่อยู่ในภาวะโรคสงบหรืออยู่ในภาวะโรคกลับเป็นซ้ำ ผลการศึกษาพบว่า มารดาของเด็กป่วยโรคมะเร็งที่มีโรคกลับเป็นซ้ำ มีความรู้สึกไม่แน่นอนและความรู้สึกสิ้นหวัง สำหรับการศึกษเกี่ยวกับความรู้สึกไม่แน่นอนในผู้ปกครองเด็กป่วยโรคมะเร็งโดยตรง ทั้งในและต่างประเทศยังมีรายงานการศึกษาน้อย ซานตาโครส (Santacroce, 2002) ศึกษาความรู้สึกไม่แน่นอน ความวิตกกังวล และอาการแสดงของภาวะทุกข์ทรมานในผู้ปกครองของเด็กที่เพิ่งได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคมะเร็ง จำนวน 30 ราย โดยใช้แบบประเมินความรู้สึกไม่แน่นอนของผู้ปกครองในความเจ็บป่วยของบุตรของมิเชล (Mishel, 1983) ผลการศึกษาพบว่า ระดับค่าเฉลี่ยความรู้สึกไม่แน่นอนของผู้ปกครองเท่ากับ 60.20 (SD = 14.50) ผู้ปกครองผิวดำมีระดับค่าเฉลี่ยความรู้สึกไม่แน่นอนเท่ากับ 70.60 (SD = 11.41) ซึ่งมีระดับสูงกว่าระดับค่าเฉลี่ยความรู้สึกไม่แน่นอนของผู้ปกครองคนขาว ( $X = 54.50$ ,  $SD = 6.53$ ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ  $P < .001$

วูดเกต และ เดกเนอร์ (Woodgate & Degner, 2002) ศึกษาความรู้สึกไม่แน่นอนในเด็กป่วยโรคมะเร็งและผู้ปกครอง จำนวน 39 ราย ซึ่งเป็นการศึกษาระยะยาว โดยการสัมภาษณ์และการสังเกต ผลการศึกษา พบว่า เด็กป่วยโรคมะเร็งและผู้ปกครองทุกคนมีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยเกิดขึ้น ผู้ปกครองต้องอยู่กับการไม่รู้ว่าอะไรจะเกิดขึ้น ไม่รู้จะคาดหวังอะไร เด็กจะมีชีวิตปกติได้หรือไม่ ครอบครัวจะจัดการอย่างไรกับการที่มีเด็กป่วยโรคมะเร็งในครอบครัว

สำหรับในประเทศไทย มีเพียง ปทุมวัน (Patoomwan, 2001) ศึกษาการมีชีวิตอยู่กับเด็กป่วยโรคมะเร็งในครอบครัวไทย 20 ครอบครัว ซึ่งประกอบด้วยผู้ปกครองจำนวน 36 ราย โดยการสัมภาษณ์และการสังเกต ผลการศึกษาพบว่า ผู้ปกครองเด็กป่วยโรคมะเร็งประสบกับความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของบุตรตลอดเวลา รู้สึกไม่แน่นอนเกี่ยวกับการรักษา การพยากรณ์โรค โดยระดับความรู้สึกไม่แน่นอนเพิ่มขึ้นหรือลดลงตามเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น ผู้ปกครองมีความรู้สึกไม่แน่นอนรุนแรงมากขึ้นเมื่อก่อนและหลังการวินิจฉัยโรค และมีความรู้สึกไม่แน่นอนตลอดระยะเวลาที่บุตรได้รับการรักษาเพราะไม่สามารถคาดเดาการเปลี่ยนแปลงที่จะเกิดขึ้นในอนาคตได้

การศึกษาเกี่ยวกับความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของบุตรของผู้ปกครองเด็กป่วยโรคมะเร็งที่ผ่านมามีทั้งต่างประเทศและในประเทศไทยยังมีน้อยและเป็นการศึกษาขั้นพื้นฐาน ผลการศึกษาในต่างประเทศพบว่า ผู้ปกครองเด็กป่วยโรคมะเร็งมีความรู้สึกไม่แน่นอนเกิดขึ้น และระดับความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของบุตรของผู้ปกครองเด็กป่วยโรคมะเร็งยังแตกต่างกันตามเชื้อชาติ สำหรับในประเทศไทย มีเพียงผลการศึกษาของ ปทุมวัน (Patoomwan, 2001) ที่พบว่า ผู้ปกครองเด็กป่วยโรคมะเร็งประสบกับความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของบุตรตลอดเวลา โดยระดับความรู้สึกไม่แน่นอนเพิ่มขึ้นหรือลดลงตามเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น ดังนั้นจะเห็นว่าความรู้สึกเกี่ยวกับความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของบุตรของผู้ปกครองเด็กป่วยโรคมะเร็งในปัจจุบัน เป็นความรู้ในระดับพื้นฐาน ยังไม่มีความชัดเจนเพียงพอว่าผู้ปกครองเด็กป่วยโรคมะเร็งมีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของบุตรเกิดขึ้นมากน้อยเพียงใด และเป็นผลการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างจำนวนน้อย ทำให้มีข้อจำกัดในการนำไปอ้างอิงในกลุ่มผู้ปกครองเด็กป่วยโรคมะเร็งส่วนใหญ่ได้

### การประเมินความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของผู้ปกครองเด็กป่วยโรคมะเร็ง

มิเชล (Mishel, 1983) ได้พัฒนาแบบประเมินการรับรู้ความรู้สึกไม่แน่นอนของผู้ปกครอง (Parent Perception of Uncertainty Scale [PPUS]) โดยปรับมาจากแบบประเมินความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของผู้ป่วย (Mishel, 1981) โดยศึกษาจากผู้ปกครองของเด็กที่อยู่โรงพยาบาล จำนวน 272 ราย ที่โรงพยาบาลเด็กในเมืองใหญ่ กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วยบิดาหรือมารดาหรือผู้ดูแลของเด็กที่ได้รับการรักษาทางอายุรกรรมจำนวน 126 ราย ได้รับการรักษาทางศัลยกรรมจำนวน 96 ราย และกำลังได้รับการวินิจฉัยโรคจำนวน 50 ราย โดยมีคุณสมบัติของผู้ปกครอง คือ มีความสามารถในการอ่านและเขียนภาษาอังกฤษ และมีความรับผิดชอบหลักในการดูแลเด็กตั้งแต่วัยทารกถึง 19 ปี และมีความสามารถที่จะทำแบบประเมินได้สมบูรณ์ แบบประเมินที่ดัดแปลงแล้วมีทั้งหมด 31 ข้อ แบ่งเป็น 4 ด้าน ได้แก่ ด้านความคลุมเครือเกี่ยวกับสถานะของความเจ็บป่วย (ambiguity) มี 13 ข้อ ด้านความไม่ชัดเจน



ในคำอธิบายเกี่ยวกับสถานะของความเจ็บป่วย (lack of clarity) มี 9 ข้อ ด้านการขาดข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยและการรักษา (lack of information) มี 5 ข้อ และด้านการไม่สามารถทำนายการดำเนินและการพยากรณ์ของโรค (unpredictability) มี 4 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่าลิเกิต (likert scale) 5 อันดับ จากเห็นด้วยอย่างยิ่ง ให้ 5 คะแนน ถึงไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ให้ 1 คะแนน

มิเชล (Mishel, 1983) ได้ตรวจสอบความตรงตามโครงสร้างของเครื่องมือ (construct validity) ด้วยวิธีทราบกลุ่มตัวอย่าง (know group technique) และวิธีการหาความสัมพันธ์ตามทฤษฎี (convergent validity) ซึ่งวิธีทราบกลุ่มตัวอย่าง ทำโดยหาค่าคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของบุตร จากกลุ่มตัวอย่าง 272 ราย แบ่งเป็น 3 กลุ่ม คือ บิดามารดาที่มีบุตรรักษาทางอายุรกรรม ( $n = 126$ ) ทางศัลยกรรม ( $n = 96$ ) และกำลังดำเนินการเพื่อการวินิจฉัยโรค ( $n=50$ ) พบว่า คะแนนการรับรู้ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของเด็กมีความแตกต่างกันตามทฤษฎีที่คาดไว้ คือ บิดามารดาที่บุตรกำลังดำเนินการเพื่อการวินิจฉัยโรค มีคะแนนการรับรู้ความรู้สึกไม่แน่นอนสูงกว่าอีก 2 กลุ่ม และบิดามารดาที่มีบุตรรักษาทางศัลยกรรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงว่าแบบประเมินนี้มีความตรงตามโครงสร้างเป็นไปตามความคาดหมาย และวิธีการหาความสัมพันธ์ตามทฤษฎี ทำโดยการหาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความรู้สึกไม่แน่นอนและการรับรู้ความรุนแรงอาการเจ็บป่วยของบุตร พบว่าระดับคะแนนการรับรู้ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของบุตรมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการรับรู้ถึงความรุนแรงอาการเจ็บป่วยของบุตร และหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือด้วยสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (cronbach' s alpha coefficient) กับบิดามารดา 347 ราย ได้ค่าความเชื่อมั่นโดยรวมเท่ากับ 0.91 ด้านความคลุมเครือเกี่ยวกับสถานะความเจ็บป่วยเท่ากับ 0.87 ด้านการขาดความชัดเจนในความหมายและขาดความเข้าใจเนื้อหาเท่ากับ 0.81 ด้านการขาดข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยและการรักษาเท่ากับ 0.73 และด้านการไม่สามารถทำนายการดำเนินและการพยากรณ์ของโรคเท่ากับ 0.72

ต่อมามีผู้นำแบบประเมินนี้มาใช้ เช่น ซานตาโครส (Santacroce, 2001) ได้ดัดแปลงแบบประเมินการรับรู้ความรู้สึกไม่แน่นอนของผู้ปกครองของมิเชล (Mishel, 1983) เพื่อใช้สำหรับประเมินความรู้สึกไม่แน่นอนของผู้ปกครองที่อยู่ในช่วงระหว่างที่บุตรเด็กได้รับการวินิจฉัยความเจ็บป่วยที่รุนแรง หลังพัฒนาเรียบร้อยแล้วได้เป็นแบบประเมินความรู้สึกไม่แน่นอนของผู้ปกครองที่อยู่ในช่วงบุตรได้รับการวินิจฉัยโรค (Parent Perception of Scale-Diagnosis) ซึ่งมีทั้งหมด 24 ข้อ หาความเชื่อมั่นของแบบประเมินได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.87 ซานตาโครส (Santacroce, 2002) ได้นำประเมินการรับรู้ความรู้สึกไม่แน่นอนของผู้ปกครอง มาแบบประเมินความรู้สึกไม่แน่นอนในผู้ปกครองของเด็กที่เพิ่งการรับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคมะเร็ง จำนวน 15 ราย หาความเชื่อมั่นของแบบประเมินได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.90 สำหรับใน

ประเทศไทย วิมลวัลย์ วโรพาร (2535) ได้แปลและคิดเปลี่ยนแปลงแบบประเมินการรับรู้ความรู้สึกไม่แน่นอนของผู้ปกครองและนำมาศึกษาในกลุ่มบิดามารดาที่มีบุตรเข้ารับการรักษาในหน่วยบำบัดพิเศษ จำนวน 80 ราย หาค่าความเชื่อมั่นได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.90 วิไล ลีสุวรรณ และคณะ (2536) นำมาประเมินการรับรู้ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของบิดามารดาที่บุตรเข้ารับการรักษาในหน่วยไอซียู จำนวน 80 ราย หาค่าความเชื่อมั่นได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.90

การศึกษาความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของบุตรของผู้ปกครองเด็กป่วยโรคมะเร็งในครั้งนี้ใช้แบบประเมินการรับรู้ความรู้สึกไม่แน่นอนของผู้ปกครองของมิเชล (Mishel, 1983) เนื่องจากเป็นแบบประเมินที่สามารถประเมินความรู้สึกไม่แน่นอนของผู้ปกครองเด็กป่วยได้ทุกโรค เพราะมีการพัฒนาและตรวจสอบคุณภาพของแบบประเมินกับผู้ปกครองเด็กป่วยที่ครอบคลุม

### แนวคิดการสนับสนุนทางสังคม

การสนับสนุนทางสังคม (social support) เป็นแนวคิดที่มีผู้อธิบายไว้หลากหลาย ดังนี้ คอบบี้ (Cobb, 1976) อธิบายว่า การสนับสนุนทางสังคม เป็นการให้ข้อมูลที่ทำให้บุคคลเชื่อว่าได้รับการดูแล ความรัก ความเอาใจใส่ เห็นคุณค่าและยกย่อง รู้สึกว่าตนเองเป็นส่วนหนึ่งของสังคม โดยแบ่งการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 3 ด้าน คือ

1. การสนับสนุนด้านอารมณ์ (emotional support) เป็นข้อมูลที่บุคคลเชื่อว่าได้รับความรัก การดูแลเอาใจใส่ ซึ่งมักจะ ได้จากความสัมพันธ์ที่ใกล้ชิด และมีความผูกพันลึกซึ้งต่อกัน
2. การสนับสนุนด้านการยอมรับ ยกย่องและเห็นคุณค่า (esteem support) เป็นข้อมูลที่ จะบอกว่าคุณคนนั้นมีคุณค่า มีผู้ให้การยอมรับ เกิดความภาคภูมิใจ และมั่นใจในตนเอง
3. การสนับสนุนด้านการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม (social support or network support) เป็นข้อมูลที่บอกให้ทราบว่าบุคคลนั้นเป็นสมาชิกหรือส่วนหนึ่งของเครือข่ายทางสังคม และมีความผูกพันซึ่งกันและกัน

ไวส์ (Weiss as cited in Brandt & Weinert, 1981) กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคมเป็นการรับรู้ของบุคคลในการมีปฏิสัมพันธ์และได้รับการสนับสนุนช่วยเหลือระดับประคองจากสมาชิกในสังคม ซึ่งประกอบด้วยการสนับสนุนทางสังคม 5 ด้าน ได้แก่ การได้รับคำแนะนำจากผู้อื่น การรับรู้ว่าเป็นส่วนหนึ่งของสังคม การมีโอกาสได้ช่วยเหลือผู้อื่น การรับรู้ถึงคุณค่าของตนเอง และความรู้สึกมีความผูกพันใกล้ชิด

ฮาห์น (Hahn as cited in Norbeck, Lindsey, & Carrieri, 1981) กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคม เป็นการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลในลักษณะการแสดงออก ดังต่อไปนี้ อย่างน้อยหนึ่งอย่างหรือมากกว่า ได้แก่

1. ความผูกพันทางอารมณ์และความคิด (affection) เป็นการแสดงออกถึงอารมณ์ในทางบวกหรือความพึงพอใจของบุคคลหนึ่งที่มีต่อบุคคลหนึ่ง ซึ่งจะแสดงออกในรูปของความผูกพัน การยอมรับ การเคารพ หรือด้วยความรัก

2. การยืนยันรับรองพฤติกรรมซึ่งกันและกัน (affirmation) เป็นการแสดงความเห็นด้วยการยอมรับในความถูกต้องเหมาะสมทั้งในการกระทำและความคิดของบุคคลอื่นๆ

3. การให้ความช่วยเหลือ (aid) เป็นการปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล โดยการให้สิ่งของหรือความช่วยเหลือโดยตรง ความช่วยเหลือนั้นอาจจะเป็นวัตถุ ข้อมูลข่าวสาร หรือเวลา

เฮาส์ (House as cited in Brown, 1986) อธิบายว่า การสนับสนุนทางสังคม เป็นปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ที่เป็นการให้ความรัก ความห่วงใย ความไว้วางใจ ความช่วยเหลือด้านการเงิน วัตถุ สิ่งของ แรงงาน เวลา และข้อมูลข่าวสาร ตลอดจนการให้ข้อมูลป้อนกลับ และข้อมูลเพื่อเปรียบเทียบและประเมินตนเอง โดยแบ่งการสนับสนุนทางสังคม เป็น 4 ด้าน คือ

1. การสนับสนุนด้านอารมณ์ (emotional support) หมายถึง การสนับสนุน การยกย่อง การให้ความรัก ความผูกพัน ความจริงใจ ความเอาใจใส่ และความรู้สึกเห็นอกเห็นใจ

2. การสนับสนุนด้านการประเมิน (appraisal support) หมายถึง การให้ข้อมูลเพื่อนำไปใช้ในการประเมินตนเองและเรียนรู้ตนเอง ได้แก่ การเห็นพ้อง การรับรอง และการให้ข้อมูลป้อนกลับ ซึ่งจะทำให้เกิดความมั่นใจ การสนับสนุนด้านนี้จึงเปรียบเสมือนการเสริมแรงทางสังคม (social reinforcement)

3. การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (informational support) หมายถึง การให้คำแนะนำ ข้อเสนอแนะ ทิศทางการให้ข้อมูลข่าวสาร ซึ่งสามารถนำไปใช้ในการแก้ปัญหาที่เผชิญอยู่ได้

4. การสนับสนุนด้านทรัพยากร (instrumental support) หมายถึง การช่วยเหลือโดยตรงต่อความจำเป็นของบุคคลในเรื่องเงิน แรงงาน เวลา และการปรับสภาพแวดล้อม

จาคอบสัน (Jacobson, 1986) แบ่งการสนับสนุนทางสังคมเป็น 3 ด้าน คือ

1. การสนับสนุนด้านอารมณ์ (emotional support) หมายถึง พฤติกรรมที่ทำให้บุคคลรู้สึกสบายใจ และเชื่อว่ามิมีบุคคลเคารพนับถือ ยกย่องและให้ความรัก ตลอดจนให้การดูแลเอาใจใส่ และให้ความรู้สึกมั่นคงปลอดภัย

2. การสนับสนุนด้านสติปัญญา (cognitive support) หมายถึง ข้อมูลข่าวสาร ความรู้ หรือคำแนะนำที่จะช่วยให้บุคคลเข้าใจสิ่งต่างๆ ที่เกิดขึ้นกับตนเอง และช่วยให้สามารถปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงนั้นได้

3. การสนับสนุนด้านสิ่งของ (materials support) หมายถึง สิ่งของและบริการต่างๆ ที่จะช่วยให้บุคคลสามารถแก้ปัญหาได้

จากแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมข้างต้น จะเห็นได้ว่า การสนับสนุนทางสังคม แต่ละแนวคิดมีรายละเอียดการแบ่งการสนับสนุนทางสังคมแต่ละด้านแตกต่างกัน ที่ทุกแนวคิดกล่าวถึงเหมือนกัน คือ การสนับสนุนด้านอารมณ์ บางแนวคิดก็เน้นเฉพาะด้านอารมณ์ บางแนวคิดมีความครอบคลุมการสนับสนุนทั้งด้านอารมณ์ ความรู้สึก ข้อมูลข่าวสาร รวมทั้งแรงงาน เวลา เงินทอง และสิ่งของอื่นๆ ดังนั้นในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยจึงเลือกใช้แนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของเฮาส์ (House as cited in Brown, 1986) มาใช้เป็นแนวทางในการศึกษาการสนับสนุนทางสังคมของผู้ปกครองเด็กป่วยโรคมะเร็ง เนื่องจากมีความชัดเจน เข้าใจง่าย และครอบคลุมการสนับสนุนทางสังคมทั้งด้านอารมณ์ ความรู้สึก ข้อมูลข่าวสาร และทรัพยากร

### การประเมินการสนับสนุนทางสังคม

การสร้างเครื่องมือเพื่อประเมินหรือวัดการสนับสนุนทางสังคม มีความแตกต่างกันในแต่ละแนวคิด เช่น

1. แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม (Social Support Questionnaire Part II: SSQ Part II) ซึ่งสร้างโดยเซฟเฟอร์ คอยน์ และ ลาชาร์ส (Schaefer, Coyne, & Larazus อ้างใน จันทรทิพย์ วงศ์วิวัฒน์, 2536) ใช้แนวคิดในเรื่องการสนับสนุนทางสังคม โดยแบ่งเป็น 3 ประเภท คือ การสนับสนุนด้านอารมณ์ ด้านข้อมูล และด้านสิ่งของ รวมถึงการช่วยเหลือหรือให้บริการ สำหรับการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ เซฟเฟอร์และคณะ ได้นำแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมไปใช้ในผู้ป่วยที่มีอายุระหว่าง 45-64 ปี จำนวน 100 ราย หาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือโดยวิธีการวัดความสอดคล้องภายในด้านข้อมูล ด้านอารมณ์ และด้านสิ่งของ ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา 0.81, 0.95 และ 0.31 ตามลำดับ ในการประเมินความตรงตามสภาพ (concurrent validity) นอร์เบคและคณะ (Norbeck et al., 1981) ได้นำแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมของ เซฟเฟอร์และคณะ ไปหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ กับแบบสอบถามของ นอร์เบค พบว่า มีความสัมพันธ์ในขนาดปานกลางระหว่างด้านข้อมูลและด้านอารมณ์ หลังจากนั้นนอร์เบค และ ทิลเดน (Norbeck & Tilden อ้างใน จันทรทิพย์ วงศ์วิวัฒน์, 2536) เพิ่มข้อความการสนับสนุนด้านสิ่งของและหาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ

โดยนำไปใช้ในกลุ่มผู้ป่วยสตรีที่มีภาวะแทรกซ้อนระหว่างตั้งครรภ์ หาค่าความสอดคล้องภายใน ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา 0.89

2. แบบสอบถามแหล่งประโยชน์ส่วนบุคคลส่วนที่ 2 (The Personal Resource Questionnaire: PRQ Part 2) สร้างโดย แบรินด์ และ ไวเนิร์ต (Brand & Weinert, 1981) โดยสร้างตามแนวคิดของ ไวส์ (Weiss as cited in Brand & Weinert, 1981) และมีการปรับปรุงเป็นระยะๆ ข้อคำถามมีทั้งหมด 25 ข้อ วัดการรับรู้ถึงการสนับสนุนทางสังคมที่บุคคลได้รับ 5 ด้าน ได้แก่ ความรู้สึกใกล้ชิดผูกพัน การได้รับการช่วยเหลือในด้านต่างๆ การแลกเปลี่ยนประโยชน์ซึ่งกันและกัน การรับรู้ว่าเป็นส่วนหนึ่งของสังคม และการรับรู้ถึงการมีคุณค่าของตนเอง ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 7 อันดับ คือ เห็นด้วยอย่างยิ่งให้ 7 คะแนน และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่งให้ 1 คะแนน ประกอบด้วยข้อความด้านบวก 20 ข้อ และข้อความด้านลบ 20 ข้อ มีคะแนนรวมทั้งหมด 25-175 คะแนน แบบวัดนี้แปลเป็นภาษาไทยโดย จิรภา หงษ์ตระกูล (2533) นำไปศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ จำนวน 100 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค 0.90 สมบัติไชยวัฒน์ และคณะ (2542) นำไปศึกษาในผู้ป่วยสูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง จำนวน 30 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค 0.80 ลักษณะเด่นของแบบสอบถามนี้ คือ จำนวนข้อคำถามค่อนข้างเหมาะสม เป็นการสอบถามถึงแหล่งประโยชน์ในด้านต่างๆ แต่ลักษณะคำตอบที่เป็นมาตราส่วนค่อนข้างมาก ถึง 7 อันดับ

3. แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมของมารดาที่ติดเชื้อเอชไอวีของ ปิยะนันท์ ลิ้มเรืองรอง (2540) เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคมที่มารดาได้รับที่สร้างขึ้นตามแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของเฮาส์ (House as cited in Brown, 1986) มีทั้งหมด 20 ข้อ ประกอบด้วย การสนับสนุนด้านอารมณ์ ด้านการประเมิน ด้านข้อมูลข่าวสาร และด้านทรัพยากร ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ คือ เป็นจริงมากที่สุด ให้ 5 คะแนน ถึงไม่เป็นจริงเลย ให้ 1 คะแนน ทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ราย คำนวณค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ได้เท่ากับ 0.89

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยนำแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมของ ปิยะนันท์ ลิ้มเรืองรอง (2540) มาปรับภาษาให้เหมาะสมกับผู้ปกครองเด็กป่วยโรคมะเร็ง เพราะได้สร้างขึ้นตามแนวคิดของเฮาส์ ซึ่งครอบคลุมการสนับสนุนทางสังคม 4 ด้าน ได้แก่ การสนับสนุนด้านอารมณ์ ด้านการประเมิน ด้านข้อมูลข่าวสาร และด้านทรัพยากร

## การสนับสนุนทางสังคมของผู้ปกครองเด็กป่วยโรคมะเร็ง

สำหรับการศึกษารุ่นนี้ ผู้วิจัยใช้แนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของ เฮาส์ (House as cited in Brown, 1986) มาใช้เป็นแนวทางในการศึกษาการสนับสนุนทางสังคมของผู้ปกครองเด็กป่วยโรคมะเร็ง ดังนี้

1. การสนับสนุนด้านอารมณ์ ได้แก่ การได้รับความรัก ความห่วงใย ความเอาใจใส่ ความไว้วางใจ และรับฟัง ในผู้ปกครองเด็กป่วยโรคมะเร็ง ซึ่งเป็นภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังที่การดำเนินของโรคมียโอกาสจะรุนแรงขึ้นได้ อีกทั้งการที่เด็กเจ็บป่วยเรื้อรัง ผู้ปกครองยังจะต้องมีความรับผิดชอบในการดูแลบุตรเพิ่มขึ้น และต้องคงไว้ซึ่งบทบาทหน้าที่อื่นๆ ด้วย ทำให้ผู้ปกครองอาจเกิดความเครียด ความวิตกกังวล เบื่อหน่าย ท้อแท้ หมดก้ำกึ่งใจ ผู้ปกครองจึงต้องการการการสนับสนุนด้านอารมณ์เพื่อเผชิญกับภาวะเครียดหรือปัญหาต่างๆ
2. การสนับสนุนด้านการประเมินคุณค่า เป็นการช่วยเหลือให้ผู้ปกครองเด็กป่วยโรคมะเร็งเข้าใจเหตุการณ์และการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับบุตร โดยการให้ข้อมูลป้อนกลับ เช่น การแสดงความคิดเห็นหรือการติชมในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลบุตร ให้การยอมรับและเห็นด้วยในการกระทำของผู้ปกครองที่ถูกต้อง จะทำให้ผู้ปกครองรู้สึกว่าคุณค่า เป็นที่ต้องการของบุคคลใกล้ชิด ส่งผลให้มีความมั่นใจในการให้การดูแลบุตร
3. การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร เป็นการได้รับข้อมูลซึ่งเป็นข้อเท็จจริงสำหรับผู้ปกครองเด็กป่วยโรคมะเร็ง การบอกแนวทางหรือทางเลือกที่สามารถนำไปใช้ในการแก้ปัญหาที่เผชิญอยู่ได้ เพื่อช่วยผ่อนคลายความตึงเครียดที่ประสบอยู่ ทำให้ผู้ปกครองมีความรู้สึกไม่แน่นอน ลดลง และมีวิธีการเผชิญความเครียดที่เหมาะสม ข้อมูลข่าวสารนี้ส่วนมากจะได้รับจากแพทย์ พยาบาล บุคคลใกล้ชิด หรือผู้ปกครองเด็กป่วยโรคมะเร็งรายอื่นๆ ทำให้ผู้ปกครองมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค การรักษา เกิดความมั่นใจและรู้จักวิธีแก้ปัญหาต่างๆ ที่เกิดขึ้น
4. การสนับสนุนด้านทรัพยากร เป็นการช่วยเหลือด้านการจัดหาเงินทอง สิ่งของเครื่องใช้ แรงงาน รวมทั้งให้เวลากับผู้ปกครองเด็กป่วยโรคมะเร็ง เมื่อผู้ปกครองต้องการ การที่ผู้ปกครองต้องการให้การดูแลบุตรที่เจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็ง ทำให้ผู้ปกครองต้องการการช่วยเหลือจากบุคคลใกล้ชิดในการแบ่งเบาภาระงานต่างๆ ทั้งในด้านการทำงานบ้านและการดูแลบุตร อีกทั้งยังต้องการการช่วยเหลือด้านการเงิน เพื่อเป็นค่าใช้จ่ายต่างๆ ภายในครอบครัวและเป็นค่ารักษาพยาบาลของบุตร การพาบุตรไปโรงพยาบาล หรือทำธุระต่างๆ ซึ่งจะเป็นสิ่งที่ช่วยเหลือส่งเสริมให้ผู้ปกครองมีความรู้สึกไม่แน่นอนลดลง

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องพบว่า การศึกษาเกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคมของผู้ปกครองเด็กป่วยโรคมะเร็ง มีเพียงการศึกษาของ อัจฉรียา ปทุมวัน (2534) ที่ศึกษาแรงสนับสนุนทางสังคมและความสามารถของผู้ดูแลเด็กป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวชนิดเฉียบพลันลิมป์โฟบลาส จำนวน 100 ราย พบว่า ผู้ดูแลรับรู้ถึงแรงสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับสูงเล็กน้อย

### แนวคิดวิธีการเผชิญความเครียด

ลาซารัส และ โฟล์คแมน (Lazarus & Folkman, 1984) ได้อธิบายว่า การเผชิญความเครียด (coping) เป็นกระบวนการทางความคิดและพฤติกรรมของบุคคลที่พยายามจะจัดการกับสิ่งที่มาคุกคามทั้งภายนอกและภายในร่างกาย ซึ่งประเมินแล้วว่าต้องใช้แหล่งประโยชน์ที่มีอยู่อย่างเต็มที่หรือเกินกำลัง เมื่อเกิดความเครียดขึ้นบุคคลจะมีพฤติกรรมในการเผชิญความเครียด 2 วิธี คือ

1. วิธีการเผชิญความเครียดที่มุ่งแก้ปัญหาที่เกิดขึ้น (problem-focused coping) เป็นการจัดการหรือเปลี่ยนแปลงปัญหาที่เป็นสาเหตุของความเครียด ซึ่งเป็นความพยายามที่มุ่งกำหนดขอบเขตของปัญหา หาทางเลือก พิจารณาข้อดี ข้อบกพร่องแต่ละทางเลือก ตัดสินใจเลือกทางเลือกและลงมือแก้ไขปัญหา โดยการมุ่งที่ปัญหานั้น และมีเป้าหมายในการช่วยให้สามารถแก้ปัญหา เช่น การยอมรับสถานการณ์ที่เกิดขึ้น การแสวงหาข้อมูล การแสวงหาแหล่งประโยชน์ การพยายามหาวิธีแก้ปัญหาอย่างเหมาะสม รวมทั้งการเรียนรู้ทักษะและวิธีการใหม่ๆ

2. วิธีการเผชิญความเครียดที่มุ่งจัดการกับอารมณ์ (emotional-focused coping) เป็นการเผชิญปัญหาที่มุ่งลดอารมณ์หรือความรู้สึกที่ไม่เป็นสุข โดยไม่เปลี่ยนแปลงสถานการณ์จริง โดยการใช้กลไกทางจิต

จาโลวิตส (Jalowice, 1988) แบ่งวิธีการเผชิญความเครียดตามแนวคิดของ ลาซารัส และ โฟล์คแมน ออกเป็น 3 แบบ คือ

1. วิธีเผชิญกับปัญหา (confrontive coping) เป็นวิธีที่มุ่งควบคุมปัญหาหรือเหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดให้เป็นไปทางที่ดีขึ้น โดยพยายามแก้ปัญหาและคิดวิธีต่างๆ เพื่อควบคุมปัญหา อาจใช้วิธีเปลี่ยนพฤติกรรมที่เป็นผลจากความคิดของตนเอง หรือใช้วิธีเปลี่ยนแปลงสิ่งแวดล้อมที่กำลังคุกคามอยู่

2. วิธีจัดการกับอารมณ์ (emotive coping) เป็นวิธีการที่มุ่งแก้ไขหรือควบคุมความรู้สึกเป็นทุกข์หรือความรู้สึกไม่สบายใจต่างๆ โดยการแสดงออกถึงความรู้สึกหรือการระบายอารมณ์โดยที่เหตุการณ์หรือปัญหาไม่เปลี่ยนแปลง

3. การแก้ปัญหาทางอ้อม (palliative coping) เป็นวิธีการที่ใช้ในการควบคุมสถานการณ์หรือแก้ปัญหาทางอ้อมหรือ ใช้แนวทางที่จะเปลี่ยนการรับรู้ปัญหา โดยที่เหตุการณ์หรือปัญหาไม่เปลี่ยนแปลง

วิธีการเผชิญความเครียด เป็นวิธีการที่บุคคลใช้เพื่อจัดการกับความเครียดหรือปัญหาที่เกิดขึ้น หรือใช้เพื่อให้ตนเองสามารถอยู่กับปัญหานั้นๆ ได้ โดยบุคคลมีวิธีการเผชิญความเครียดแตกต่างกันในแต่ละสถานการณ์หรือสิ่งที่มาคุกคาม ซึ่งอาจมีวิธีการเผชิญความเครียดที่มุ่งแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น และ/หรือมีวิธีการเผชิญความเครียดที่มุ่งจัดการกับอารมณ์ของตนเอง

เนื่องจากมีเหตุผลไม่ได้อธิบายจำกัดความของวิธีการเผชิญความเครียด เพียงแต่อธิบายว่าบุคคลมีการใช้วิธีการเผชิญความเครียดทั้ง 2 วิธี คือ วิธีการมุ่งแก้ปัญหาและวิธีการจัดการกับอารมณ์ในการลดความรู้สึกไม่แน่นอน การศึกษาวิธีการเผชิญความเครียดของผู้ปกครองเด็กป่วยโรคมะเร็งครั้งนี้จึงใช้แนวคิดวิธีการเผชิญความเครียดของ จาโลวิต (Jalowice, 1988) ซึ่งขยายมาจากแนวคิดวิธีการเผชิญความเครียดของ ลาซารัส และ โฟล์คแมน (Lazarus & Folkman, 1984)

### การประเมินวิธีการเผชิญความเครียด

แบบประเมินวิธีการเผชิญความเครียดของบุคคล มีความแตกต่างกันไปตามแนวคิดของแต่ละบุคคล ดังนี้

1. แบบประเมินวิธีการเผชิญความเครียดของ จาโลวิต (Jalowice Coping Scale) ที่สร้างขึ้นในปี ค.ศ. 1979 (Jalowice as cited in Jalowice, Murphy & Power, 1983) สร้างโดยใช้กรอบแนวคิดของ ลาซารัส และ ลอเนียร์ (Lazarus & Launier as cited in Jalowice, Murphy & Power, 1983) ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 40 ข้อ ประเมินการเผชิญความเครียด 2 วิธี คือ วิธีการมุ่งแก้ปัญหา และวิธีการจัดการกับอารมณ์ หลังจากนั้น จาโลวิต (Jalowice, 1988) ได้นำเครื่องมือชุดนี้ที่มีข้อคำถาม 40 ข้อ ไปหาความเที่ยง โดยการทำซ้ำ (test-retest method) ในระยะเวลาห่างกัน 2-4 สัปดาห์ ในกลุ่มตัวอย่างจำนวน 9-30 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่น อยู่ระหว่าง 0.78 - 0.91 (Jalowice & Power, 1981; Jalowice, 1988) นอกจากนี้ยังมีการนำแบบสอบถามชุดนี้ไปหาความสอดคล้องภายใน โดยการคำนวณค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคในกลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วยผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ผู้ป่วยที่รอรับการรักษาที่ห้องฉุกเฉินและผู้ป่วยที่ได้รับการฟอกเลือด ได้สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคอยู่ระหว่าง 0.85 - 0.86 (Baldree et al. อ้างใน เบญจวรรณ เอกะสิงห์, 2541)

หลังจากนั้นได้มีการพัฒนาและตรวจสอบคุณภาพ โดยได้ตรวจสอบความตรงทางโครงสร้างของแบบสอบถามครั้งแรก ในปี ค.ศ. 1984 โดยวิธีการวิเคราะห์ปัจจัย (factor analysis)



และการจับกลุ่มตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กัน พบว่าการวิเคราะห์ใน 2 ปัจจัยเบื้องต้น ได้แก่ ด้าน มุ่งแก้ปัญหาและด้านการจัดการกับอารมณ์ไม่สนับสนุนความตรงทางโครงสร้าง ต่อมาในปี ค. ศ. 1987 จาโลวิต ได้ทำการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมืออีกครั้ง โดยใช้กลุ่มตัวอย่างที่มีขนาดใหญ่ ประกอบด้วย ผู้ป่วย พยาบาล สมาชิกในครอบครัว และนักศึกษา ซึ่งทำให้เครื่องมือมีความเป็นสากล ในการนำไปใช้มากขึ้น จากนั้นใช้สถิติขั้นสูงในการวิเคราะห์ (LISREL confirmatory analysis) พบว่า พฤติกรรมการเผชิญความเครียด 4 วิธี ได้แก่ การร้องไห้ การดื่มแอลกอฮอล์ การใช้ยา การทำสมาธิ มีค่าน้ำหนักปัจจัย ต่ำกว่าค่าที่ยอมรับได้ จึงตัดออก 4 ข้อ ดังนั้นแบบประเมินวิธีการเผชิญความเครียด ซึ่งประกอบด้วย 3 วิธี จำนวน 36 ข้อ ได้แก่ วิธีการมุ่งแก้ปัญหา 13 ข้อ วิธีการจัดการกับอารมณ์ 9 ข้อ และวิธีแก้ปัญหาทางอ้อม 14 ข้อ

สำหรับในประเทศไทย นิตยา สุทธยากร (2531) ได้แปลและใช้แบบประเมินวิธีการเผชิญความเครียดของจาโลวิต (Jalowiec, 1988) ซึ่งประกอบด้วย วิธีการเผชิญความเครียด จำนวน 40 ข้อ ในญาติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบจำนวน 30 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.88 ต่อมาผู้วิจัยหลายท่านได้นำแบบประเมินนี้ไปใช้ในกลุ่มต่างๆ ได้แก่ สุรางค์ เปรื่องเดช (2533) ได้นำมาใช้ในกลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ จำนวน 60 ราย โดยใช้แบบประเมินที่ปรับปรุงแล้วซึ่งมีข้อคำถาม 36 ข้อ ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.84 มณฑา ลิ้มทองกุล (2535) ได้นำไปใช้ในกลุ่มผู้ป่วยที่มีก้อนบริเวณเต้านม จำนวน 80 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.80 วิมลวัลย์ วโรพาร (2535) นำแบบประเมินนี้ไปใช้ในกลุ่มบิดามารดาที่มีบุตรเข้าพักรักษาในหน่วยบำบัดพิเศษ จำนวน 80 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.72 และต่อมา ปราณี มิ่งขวัญ (2542) นำแบบประเมินชุดนี้มาแปลเป็นภาษาไทย ผ่านการทดสอบความถูกต้องของการแปลด้วยวิธีการแปลย้อนกลับ โดยผู้เชี่ยวชาญที่เข้าใจภาษาไทยและภาษาอังกฤษ 3 ท่าน แปลเป็นภาษาอังกฤษจากนั้นตรวจสอบจนกว่าผู้แปลจะเข้าใจตรงกัน แล้วนำแบบประเมินไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 15 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคโดยรวมเท่ากับ 0.86 วิธีเผชิญกับปัญหา 0.82 วิธีจัดการกับอารมณ์ 0.71 และวิธีแก้ปัญหาทางอ้อม 0.70

ลักษณะเด่นของแบบประเมินชุดนี้คือ ผ่านการทดสอบในกลุ่มตัวอย่างขนาดใหญ่ จำนวน 1,400 ราย และกลุ่มตัวอย่างมีความหลากหลาย (ญาติผู้ป่วย พยาบาล และนักศึกษา) ทำให้สามารถประยุกต์ใช้กับกลุ่มตัวอย่างได้หลายกลุ่ม และผ่านการทดสอบด้วยสถิติขั้นสูง มีจำนวนข้อคำถามไม่มากจนเกินไป แต่ลักษณะข้อคำถามค่อนข้างเป็นในลักษณะต่างๆ ไป ต้องปรับให้เข้ากับกลุ่มตัวอย่างที่จะนำไปใช้ต่อไป

2. แบบประเมินวิธีการเผชิญความเครียดของ ลาซารัส (Lazarus ways of coping instrument) ที่สร้างโดย ลาซารัส และ โฟล์คแมน (Lazarus & Folkman, 1980) เป็นคำถามเกี่ยวกับการเกิดภาวะเครียดและพฤติกรรมเผชิญความเครียดในรอบ 7 เดือนที่ผ่านมา จำนวน 68 ข้อ โดยสามารถวัดวิธีการเผชิญความเครียดได้ 2 วิธี ตามแนวคิดทฤษฎี คือ การมุ่งแก้ปัญหา และการจัดการกับอารมณ์ ต่อมา โฟล์คแมน และ ลาซารัส (Folkman & Lazarus as cited in Azar, 2001) ได้สร้างแบบสอบถามวิธีการเผชิญความเครียด (The ways of coping questionnaire: WCQ) ซึ่งใช้ประเมินชนิดและความบ่อยของวิธีการเผชิญความเครียดที่บุคคลใช้ มีทั้งหมด 66 ข้อ ประกอบด้วยวิธีการเผชิญความเครียด 8 วิธี คือ การเผชิญหน้า การละทิ้งปัญหา การควบคุมตนเอง การแสวงหาการสนับสนุนทางสังคม การยอมรับความรับผิดชอบ การหลีกเลี่ยง การหลบหนีความจริง และการวางแผนแก้ไข ปัญหาลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ จาก 0 หมายถึง ไม่ได้ใช้เลย ถึง 3 หมายถึง ใช้บ่อยมาก แบบประเมินนี้มีค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.90 สำหรับในภาษาอังกฤษ และเท่ากับ 0.82 ในภาษาฝรั่งเศส ลักษณะเด่นของแบบประเมินชุดนี้ คือ สามารถประเมินได้ทั้งชนิดและความบ่อยของวิธีการเผชิญความเครียดที่บุคคลใช้ มีการแบ่งวิธีการเผชิญความเครียดที่แยกย่อย แต่จำนวนข้อคำถามค่อนข้างมาก

3. แบบประเมินวิธีการเผชิญความเครียดในการดูแลสำหรับผู้ปกครอง (coping health inventory for parents) สร้างโดย แมคคับบิน (McCubbin et al., 1983) ใช้ในการประเมินการรับรู้ของบิดามารดาเกี่ยวกับพฤติกรรมที่ใช้ในการจัดการกับชีวิตครอบครัวเมื่อมีเด็กป่วยเรื้อรังหรือเด็กป่วยหนักอยู่ในบ้าน แบบวัดชุดนี้มีข้อคำถามทั้งหมด 45 ข้อ ซึ่งประกอบด้วย 3 วิธี คือ วิธีที่เป็น การกระทำเพื่อให้เด็กได้รับการดูแลและการประเมินสถานการณ์การดูแลในทางบวก วิธีที่เป็น การคงไว้ซึ่งแรงสนับสนุนทางสังคม ความนิยมนับถือตนเองและความมั่นคงทางจิตใจ และวิธีที่เป็น การทำความเข้าใจสถานการณ์ การดูแลโดยการติดต่อสื่อสารกับบิดามารดาอื่นและทีมสุขภาพ ลักษณะข้อคำถามเป็นอัตราส่วนประมาณค่า มีค่าจาก 1 คือ เป็นพฤติกรรมที่ไม่เกิดประโยชน์ ถึง 4 คือ เป็นพฤติกรรมที่มีประโยชน์มาก ถ้าข้อใดไม่ได้กระทำผู้ตอบจะบอกเหตุผลว่า ไม่คิดทำหรือทำไม่ได้ เพียงข้อใดข้อหนึ่ง เพื่อประโยชน์ต่อการนำไปอธิบาย พฤติกรรมการเผชิญความเครียดกับการดูแลต่อไป คะแนนของแบบวัดนี้ทั้งหมดอยู่ระหว่าง 45 - 180 คะแนน คะแนนต่ำแสดงว่า บิดามารดารับรู้ถึงประสิทธิภาพของการเผชิญความเครียดในการดูแลระดับต่ำ คะแนนสูง แสดงว่า บิดามารดารับรู้ถึงประสิทธิภาพของการเผชิญความเครียดในการดูแลระดับสูง แบบประเมินนี้แมคคับบินและคณะได้ตรวจสอบความตรงตามโครงสร้างโดยอาศัยการวิเคราะห์องค์ประกอบจากข้อมูลที่สอบถามบิดามารดาเด็กป่วยเรื้อรัง จำนวน 185 ราย เป็นบิดา 90 ราย และมารดา 95 ราย ข้อคำถามในแบบสอบถามมีจำนวน 80 ข้อ ข้อคำถามที่ไม่เหมาะสมถูกตัดออก 35 ข้อ การตรวจสอบความเที่ยงใช้สัมประสิทธิ์

แอลฟาของครอนบาค ได้ค่าความเชื่อมั่นของแต่ละวิธีการเผชิญความเครียด เท่ากับ 0.79, 0.79 และ 0.71 ตามลำดับ

แบบประเมินชุดนี้ บุนหา ภูษะคราม (2533) ได้แปลเป็นภาษาไทยและผ่านการทดสอบความตรงตามเนื้อหาจากอาจารย์พยาบาล จำนวน 3 ท่าน และนำไปศึกษาในบิดามารดาเด็กป่วยโรคเรื้อรังกลุ่มโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว จำนวน 60 ราย พบว่า สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค มีค่าเท่ากับ 0.80 จริยา วิทยะสุกร (2539) ได้ปรับข้อคำถามใหม่จากของ บุนหา ภูษะคราม (2533) แล้วนำไปตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาและภาษาจากอาจารย์พยาบาลและพยาบาลผู้ชำนาญการ ที่มีประสบการณ์ในการสอนหรือการดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง จำนวน 5 ท่าน เพื่อแก้ไข และนำไปศึกษาในบิดามารดาของเด็กป่วยเรื้อรัง จำนวน 74 ราย พบว่า สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคของแบบวัดทั้งหมด มีค่าเท่ากับ 0.87 ลักษณะเด่นของแบบประเมินชุดนี้ คือ เป็นแบบประเมินวิธีการเผชิญความเครียดในผู้ปกครองโดยเฉพาะ มีหลายท่านนำมาศึกษาในผู้ปกครองเด็กป่วยโรคมะเร็งและโรคเรื้อรัง แต่จำนวนข้อคำถามค่อนข้างมาก และข้อคำถามบางข้อไม่เหมาะสมที่จะนำมาประเมินในคนไทย

การศึกษาวิธีการเผชิญความเครียดของผู้ปกครองเด็กป่วยโรคมะเร็งในครั้งนี้ ผู้วิจัยเลือกใช้แบบประเมินวิธีการเผชิญความเครียดของ จาโลวิส ซึ่งแปลเป็นภาษาไทยโดย ปราณี มิ่งขวัญ (2542) เพราะแบบประเมินชุดนี้ผ่านการทดสอบในกลุ่มตัวอย่างขนาดใหญ่และกลุ่มตัวอย่างมีความหลากหลาย (ญาติผู้ป่วย พยาบาล และนักศึกษา) ทำให้สามารถประยุกต์ใช้กับกลุ่มตัวอย่างได้หลายกลุ่ม และผ่านการทดสอบด้วยสถิติขั้นสูง มีจำนวนข้อคำถามไม่มากจนเกินไป และมีผู้นำมาใช้ในการศึกษาวิธีการเผชิญความเครียดในกลุ่มต่างๆ อย่างแพร่หลาย ซึ่งน่าจะมีความเหมาะสมในการนำแบบประเมินมาปรับให้เหมาะสมกับกลุ่มผู้ปกครองเด็กป่วยโรคมะเร็ง

#### วิธีการเผชิญความเครียดของผู้ปกครองเด็กป่วยโรคมะเร็ง

การที่เด็กเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็ง ทำให้ผู้ปกครองตกอยู่ในเหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของบุตร ซึ่งผู้ปกครองจะประเมินความเจ็บป่วยของบุตรที่เกิดขึ้นในลักษณะของความเครียดที่คุกคาม มีผลทำให้ผู้ปกครองเด็กป่วยโรคมะเร็งจะต้องใช้ความพยายามในการเผชิญความเครียดทั้งทางด้านพฤติกรรมและสติปัญญา โดยใช้แหล่งประโยชน์ที่มีอยู่เพื่อจัดการกับความเครียดที่เกิดขึ้น วูดส์ และคณะ (Woods et al., 1989) ได้กล่าวถึงวิธีการเผชิญความเครียดของครอบครัวที่มีสมาชิกในครอบครัวป่วยเป็นโรคมะเร็งว่า เป็นการกระทำเพื่อตอบสนองความต้องการตอบสนองความตึงเครียด อาจเป็นการกระทำโดยตรงเพื่อเปลี่ยนแปลงหรือขจัดสาเหตุของ

ความเครียด โดยควบคุม เปลี่ยนแปลงความหมายของความต้องการ ควบคุมการตอบสนองของ อารมณ์ต่อความตึงเครียดนั้นๆ การเผชิญกับโรคมะเร็งของแต่ละครอบครัวแตกต่างกันโดยความจริง แล้วครอบครัวไม่ได้เผชิญกับคำว่าโรคมะเร็ง แต่เผชิญกับความต้องการที่เกิดจากความเจ็บป่วย

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง มีรายงานการศึกษาเกี่ยวกับวิธีการเผชิญ ความเครียดของผู้ปกครองเด็กป่วยโรคมะเร็งน้อย แต่พบรายงานการศึกษาวิธีการเผชิญความเครียด ของผู้ปกครองเด็กป่วยโรครีอรั้งและผู้ปกครองเด็กป่วยวิกฤต และในแต่ละการศึกษาใช้แนวคิด วิธีการเผชิญความเครียดแตกต่างกัน ดังนี้

ลามอนท์ เวลส์ เฮมเวิร์ท จอนสัน และ เมนส์ (LaMontagne, Wells, Hepworth, Johnson, & Manes, 1999) ซึ่งศึกษาวิธีการเผชิญความเครียดของผู้ปกครองเด็กป่วยโรคมะเร็งและพฤติกรรม ทุกข์ทรมานของเด็กในระหว่างการทำหัตถการที่รุกราน จำนวน 20 ราย โดยใช้แบบประเมินวิธีการ เผชิญความเครียดของ ลาซารัส และ โฟล์คแมน (Lazarus & Folkman as cited in LaMontagne et al., 1999) และพบว่าผู้ปกครองใช้วิธีการเผชิญความเครียดทั้ง 2 วิธี คือ วิธีจัดการกับอารมณ์และวิธี เผชิญกับปัญหา โดยใช้วิธีจัดการกับอารมณ์ (คะแนนสัมพัทธ์ 0.60) มากกว่าวิธีเผชิญกับปัญหา (คะแนนสัมพัทธ์ 0.40)

ทราส (Trask et al, 2003) ศึกษาในผู้ปกครองเด็กป่วยโรคมะเร็ง โดยใช้แบบประเมิน วิธีการเผชิญความเครียดของ โทบิน ฮอลรอยด์ และ เรย์นอลด์ (Tobin, Holroyd, & Reynolds as cited in Trask et al, 2003) ผลการศึกษาพบว่า ผู้ปกครองใช้วิธีการเผชิญความเครียดวิธีเผชิญกับ ปัญหา (แก้ปัญหา ปรับความคิด การสนับสนุนทางสังคม และการแสดงออกทางอารมณ์) มากกว่า ใช้วิธีการเผชิญความเครียดวิธีหลีกเลี่ยงปัญหา (หนีปัญหา การคิดฝันว่าสิ่งต่างๆ จะเป็นไปตามที่คิด การแยกตัวออกจากสังคม การตำหนิตนเอง) และพบว่าผู้ปกครองเด็กป่วยโรคมะเร็งที่มีระยะของ การรักษา ระยะเวลาตั้งแต่ได้รับการวินิจฉัยโรค หรือชนิดของมะเร็งแตกต่างกัน ใช้วิธีการเผชิญ ความเครียดไม่มีความแตกต่างกัน

บุหงา ภูษะคราม (2533) ศึกษาในครอบครัวของเด็กป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวชนิด เฉียบพลันลิ้มปีโฟบลาส โดยใช้แบบวัดวิธีการเผชิญความเครียดที่สร้างโดย แมคคับบิน และคณะ (McCubbin et al., 1983) ผลการศึกษาพบว่า มารดาใช้วิธีการเผชิญความเครียดที่เป็นความกลมเกลียว ในครอบครัวและการมองเหตุการณ์ไปในทางที่ดีมากที่สุด ซึ่งพฤติกรรมที่ใช้มากที่สุด คือ การนำ บุตรที่มีปัญหาสุขภาพไปคลินิกหรือโรงพยาบาลเป็นประจำตามนัด วิธีการเผชิญความเครียดที่มารดา ใช้รองลงมาคือ วิธีที่เป็นการทำงานร่วมกับทีมสุขภาพและญาติผู้ป่วยเด็กรายอื่นๆ ซึ่งพฤติกรรมที่ ใช้มากที่สุด คือ การแน่ใจว่าได้ทำตามเกณฑ์การรักษาตามที่แพทย์สั่งทุกวันที่บ้าน ส่วนวิธีการเผชิญ

ความเครียดที่มารดาใช้น้อยที่สุด คือ วิธีที่เป็นการสนับสนุนทางสังคมและความมั่นคงทางจิตใจ ซึ่งพฤติกรรมที่มารดาใช้มากที่สุด คือ การมีความเชื่อมั่นและเป็นตัวของตัวเอง

จรรยา สุวรรณภู, (2539) ศึกษาในมารดาเด็กป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวชนิดเฉียบพลันลิมโฟโบลาส โดยใช้กรอบแนวคิดการเผชิญความเครียดของ วิสแมน (Weisman อ้างในจรรยา สุวรรณภู, 2539) ในการสัมภาษณ์วิธีการเผชิญความเครียด ผลการศึกษาพบว่า มารดาที่บุตรป่วยเป็นโรคมะเร็งใช้วิธีเผชิญปัญหาต่างๆ 15 วิธีเรียงลำดับจากวิธีที่ใช้มากที่สุดไปจนถึงวิธีที่ใช้น้อย ดังนี้ เชื่อถือโชคชะตาและบางที่ยึดมั่นทางใจ พุดคุยปรึกษาหารือ ดำเนินตนเอง ระบายความทุกข์โดยการร้องไห้ พิจารณาหาทางเลือกที่เหมาะสม ขอมรับสภาพความเจ็บป่วย แสวงหาข้อมูลเพิ่มเติม ปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์ ตั้งความหวังว่าทุกอย่างจะดีขึ้น ใช้เวลาใกล้ชิดผู้ป่วยให้มากที่สุด หันหน้าเผชิญกับปัญหา ให้ผู้อื่นรับรู้ข้อมูล ตาหนีผู้อื่น พยายามลืมความเจ็บป่วยของบุตร และแยกตัวเอง

เคลเลอร์ และ นิคอลลส์ (Keller & Nicolls, 1990) ศึกษาวิธีการเผชิญความเครียดของเด็กป่วยวัยรุ่นโรคเรื้อรังและผู้ปกครอง จำนวน 20 ราย โดยใช้แบบประเมินวิธีการเผชิญความเครียดของไฮโมวิช (Hymovich as cited in Keller & Nicolls, 1990) และพบว่าผู้ปกครองใช้วิธีการเผชิญความเครียดวิธีจัดการกับอารมณ์มากกว่าวิธีแก้ปัญหา โดยมารดาใช้วิธีจัดการกับอารมณ์มากกว่าบิดา

เอซาร์ และ โซโลมอน (Azar & Solomon, 2001) ศึกษาวิธีการเผชิญความเครียดของผู้ปกครองเด็กป่วยโรคเบาหวาน จำนวน 60 ราย โดยใช้แบบประเมินวิธีการเผชิญความเครียดของโฟล์คแมน และ ลาซารัส (Folkman & Lazarus as cited in Azar & Solomon, 2001) พบว่าทั้งบิดาและมารดาใช้วิธีการเผชิญความเครียดดังนี้ คือ วางแผนแก้ปัญหา (ร้อยละ 20) การประเมินเหตุการณ์ซ้ำในทางบวก (ร้อยละ 19) และแสวงหาการสนับสนุนทางสังคม (ร้อยละ 18) โดยมารดาใช้วิธีการวางแผนแก้ปัญหา มากกว่าบิดา

จรรยา วิหะสุกร (2539) ซึ่งศึกษาแบบจำลองสาเหตุของภาวะการดูแลในบิดามารดาฐานะรับผิดชอบดูแลบุตรที่ป่วยโรคเรื้อรัง โดยใช้แบบประเมินวิธีการเผชิญความเครียดของ แมคคับบิน (McCubbin et al., 1983) และพบว่า วิธีการเผชิญความเครียดที่มารดาใช้เป็นความพยายามเพื่อบริการแก้ปัญหา คือ พยายามจัดการกับสิ่งแวดล้อมหรือจัดการกับแหล่งความเครียด เช่น ทำความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและบุคลากรทางการแพทย์

ลามอนแทง และ พอว์ลัค (LaMontagne & Pawlak, 1990) ศึกษาความเครียดและวิธีการเผชิญความเครียดของบิดามารดาที่มีบุตรเข้ารับการรักษาในหน่วยบำบัดพิเศษเด็กเป็นครั้งแรก จำนวน 30 ราย เป็นมารดา 24 ราย และบิดา 6 ราย โดยใช้แบบประเมินวิธีการเผชิญความเครียดของ ลาซารัส และ โฟล์คแมน (Lazarus & Folkman as cited in LaMontagne & Pawlak, 1990)

พบว่า บิดามารดาใช้วิธีการเผชิญความเครียดทั้งการมุ่งแก้ไขอารมณ์ที่เป็นทุกข์ และการมุ่งแก้ไข ปัญหาที่เกิดขึ้น โดยการมุ่งแก้ไขอารมณ์ที่เป็นทุกข์ ประกอบด้วย การประเินซ้ำในทางที่ดี การควบคุมตนเอง การหลีกเลี่ยง การยอมรับและการลดความสำคัญของเหตุการณ์ ส่วนการมุ่งแก้ไข ปัญหาที่เกิดขึ้น ประกอบด้วย การแสวงหาการสนับสนุนทางสังคม การแก้ปัญหา และการเผชิญ ปัญหา

วิมลวัลย์ วโรพาร (2535) ศึกษาการรับรู้ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย วิธีการเผชิญความเครียด และความผาสุกโดยทั่วไปของบิดามารดาที่บุตรเข้ารับการรักษาในหออภิบาล ผู้ป่วยกุมารเวชกรรม จำนวน 80 ราย โดยใช้แบบประเมินวิธีการเผชิญความเครียดของ จาโลวิต (Jalowice, 1988) พบว่า บิดามารดาส่วนใหญ่ใช้วิธีการเผชิญความเครียดในระดับต่ำ วิธีการเผชิญ ความเครียดที่ใช้มากที่สุด คือ วิธีการเผชิญปัญหา รองลงมา คือ วิธีการแก้ปัญหาทางอ้อมและ วิธีการจัดการกับอารมณ์

วิไล ลิสุวรรณ, วิมลวัลย์ วโรพาร และ มาลี เลิศมาลีวงศ์ (2536) ศึกษาการรับรู้ความรู้สึกไม่แน่นอน การเผชิญความเครียดและความผาสุกโดยทั่วไปของบิดามารดาที่บุตรเข้ารับการรักษาในหน่วยไอซียู จำนวน 80 ราย โดยใช้แบบประเมินวิธีการเผชิญความเครียดของ จาโลวิต (Jalowice, 1988) พบว่า บิดามารดาใช้วิธีการเผชิญความเครียดวิธีเผชิญกับปัญหามากที่สุด คือ พยายามเรียนรู้สิ่งใหม่ๆ เกี่ยวกับสถานการณ์

จากการทบทวนวรรณกรรมดังกล่าวจะเห็นได้ว่าทั้งผู้ปกครองเด็กป่วยโรคมะเร็ง ผู้ปกครองเด็กป่วยโรคเรื้อรัง และผู้ปกครองเด็กป่วยวิกฤต ใช้วิธีการเผชิญความเครียดทั้งวิธีเผชิญ กับปัญหาและวิธีจัดการกับอารมณ์

### ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยกับการสนับสนุนทางสังคม

มิเชล (Mishel, 1988) ได้อธิบายว่า การสนับสนุนทางสังคมเป็นส่วนหนึ่งของแหล่ง ประโยชน์ที่ช่วยเหลือ ซึ่งมีผลต่อความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย โดยช่วยแก้ไขความคลุมเครือ ของเหตุการณ์ความเจ็บป่วย การรับรู้ความซับซ้อนของการรักษาและการไม่สามารถคาดเดาอนาคต ได้ โดยการสนับสนุนทางสังคมอาจช่วยลดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย สามารถป้องกันการ เกิดภาวะวิกฤตของชีวิตโดยช่วยแปลความหมายของเหตุการณ์

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ยังไม่พบรายงานการศึกษาเกี่ยวกับความสัมพันธ์ ระหว่างความรู้สึกไม่แน่นอนกับการสนับสนุนทางสังคมของผู้ปกครองเด็กป่วยโรคมะเร็ง แต่มี รายงานการศึกษาในผู้ป่วยโรคมะเร็งในผู้ใหญ่ และโรคเรื้อรัง เช่น มิเชล และ บราเดน (Mishel, &

Braden, 1987) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคม ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยและการปรับตัวทางจิตสังคมในผู้ป่วยมะเร็งอวัยวะสืบพันธุ์สตรีจำนวน 44 ราย ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมสูงจะมีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยต่ำ

มิเชล และ บราเดน (Mishel, & Braden, 1988) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคม ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยและการปรับตัวในผู้ป่วยมะเร็งอวัยวะสืบพันธุ์สตรีจำนวน 61 ราย ผลการศึกษาพบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางลบกับความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย กล่าวคือ ผู้ป่วยที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมดี จะมีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยต่ำ

จุฬารักษ์ กวีวิรัชชัย (2536). ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรร ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย การสนับสนุนทางสังคม กับการปรับตัวของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการบำบัดที่มารักษาในแผนกผู้ป่วยนอกศัลยกรรม โรงพยาบาลรามาริบัติ และสถาบันมะเร็งแห่งชาติ จำนวน 130 ราย ผลการศึกษา พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางลบกับความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย ( $r = -.45, p < .001$ ) นั่นคือ ผู้ป่วยที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคม จะทำให้ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยลดลง

ผลการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยกับการสนับสนุนทางสังคมดังกล่าวจะเห็นว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมมาก มีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยต่ำ ซึ่งผลการศึกษาดังกล่าวให้แนวทางในการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยกับการสนับสนุนทางสังคมของผู้ปกครองเด็กป่วยโรคมะเร็ง

#### ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยกับวิธีการเผชิญความเครียด

มิเชล (Mishel, 1988) ในขณะที่เกิดความรู้สึกไม่แน่นอนขึ้นนั้น บุคคลจะประเมินผลของความวิตกกังวลไม่แน่นอนใน 2 รูปแบบ คือ ประเมินความรู้สึกไม่แน่นอนว่าเป็นอันตรายหรือประเมินความรู้สึกไม่แน่นอนว่าเป็นโอกาส โดยถ้าบุคคลประเมินว่าความรู้สึกไม่แน่นอนเป็นอันตราย จะมีวิธีการเผชิญความเครียดโดยการมุ่งแก้ปัญหาและ/หรือการจัดการกับอารมณ์ เพื่อลดความรู้สึกไม่แน่นอน ผู้ปกครองเด็กป่วยโรคมะเร็ง น่าจะประเมินความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของบุตรว่าเป็นอันตราย ซึ่งน่าจะใช้วิธีการเผชิญความเครียดโดยการมุ่งแก้ปัญหาหรือการจัดการกับอารมณ์

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง มีเพียง สเตอร์เคน (Sterken, 1996) ที่ได้ศึกษาความรู้สึกไม่แน่นอนและวิธีการเผชิญความเครียดของบิดาที่มีบุตรป่วยเป็นโรคมะเร็ง โดยใช้แบบวัดวิธีการเผชิญความเครียดของ จาโลวิต (Jalowice, 1988) ผลการศึกษาพบว่า ความรู้สึกไม่แน่นอนมีความสัมพันธ์ในระดับสูงกับวิธีการเผชิญความเครียดที่มุ่งจัดการกับอารมณ์ และมีความสัมพันธ์ในระดับต่ำกับวิธีการเผชิญความเครียดที่มุ่งเผชิญหน้ากับปัญหา แสดงว่าบิดาเด็กป่วยโรคมะเร็งที่ใช้วิธีการเผชิญความเครียดที่มุ่งจัดการกับอารมณ์ มีความรู้สึกไม่แน่นอนต่ำ แต่มีการศึกษาในกลุ่มผู้ปกครองอื่นๆ

วิลวัลย์ วโรพาร (2535) ศึกษาการรับรู้ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย วิธีการเผชิญความเครียด และความผาสุกโดยทั่วไปของบิดามารดาที่บุตรเข้ารับการรักษาในหน่วยบำบัดพิเศษ โดยใช้แบบวัดวิธีการเผชิญความเครียดของ จาโลวิต (Jalowice, 1988) ผลการศึกษาพบว่า ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของบุตรโดยรวม ด้านขาดความชัดเจนในความหมายและขาดความเข้าใจในเนื้อหา ด้านขาดข้อมูลเกี่ยวกับการวินิจฉัยและความรุนแรงของความเจ็บป่วย มีความสัมพันธ์ทางลบกับวิธีการเผชิญความเครียดวิธีเผชิญปัญหา ( $r = -.22, p < .05, r = -.29, p < .01, r = -.23, p < .05$ ) นั่นคือ บิดามารดาที่มีความเครียดจากความรู้สึกไม่แน่นอนของบุตรสูง ใช้วิธีการเผชิญความเครียดวิธีเผชิญปัญหาน้อย และพบว่า ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของบุตรโดยรวม ด้านความคลุมเครือเกี่ยวกับความเจ็บป่วย ด้านขาดความชัดเจนในความหมายและขาดความเข้าใจในเนื้อหา และด้านขาดข้อมูลเกี่ยวกับการวินิจฉัยและความรุนแรงของความเจ็บป่วย มีความสัมพันธ์ทางบวกกับวิธีการเผชิญความเครียดวิธีลดอารมณ์เชิงเครียด ( $r = .44, p < .001, r = .39, p < .001, r = .42, p < .001, r = .40, p < .001$ ) รวมทั้งความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของบุตรโดยรวม และด้านขาดความชัดเจนในความหมายและขาดความเข้าใจในเนื้อหา และด้านขาดข้อมูลเกี่ยวกับการวินิจฉัยและความรุนแรงของความเจ็บป่วย มีความสัมพันธ์ทางบวกกับวิธีการเผชิญความเครียดวิธีแก้ปัญหาทางอ้อม ( $r = .21, p < .05, r = .22, p < .05, r = .25, p < .01$ ) นั่นคือ บิดามารดาที่มีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของบุตรจะใช้วิธีการเผชิญความเครียดวิธีจัดการกับอารมณ์มาก

วิไล สีสวรรณ และคณะ (2536) ศึกษาการรับรู้ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย วิธีการเผชิญความเครียด และความผาสุกโดยทั่วไปของบิดามารดาที่บุตรเข้ารับการรักษาในหน่วยไอซียู โดยใช้แบบวัดวิธีการเผชิญความเครียดของ จาโลวิต (Jalowice, 1988) ผลการศึกษา พบว่าการรับรู้ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของบุตรโดยรวม ไม่มีความสัมพันธ์กับวิธีการเผชิญความเครียดของบิดามารดา แต่พบว่า การรับรู้ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของบุตรมีความสัมพันธ์ทางลบกับวิธีการเผชิญความเครียดวิธีเผชิญปัญหาเครียด ( $r = -.22, p < .05$ ) แต่มีความ



สัมพันธ์ทางบวกกับวิธีการเผชิญความเครียดวิธีลดอารมณ์ดีทั้งเครียดและวิธีแก้ปัญหาทางอ้อม ( $r = .44, p < .01, r = .21, p < .05$ )

นอกจากนี้ยังมีการศึกษาในผู้ป่วยมะเร็งผู้ใหญ่ ที่ให้แนวทางในการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยและวิธีการเผชิญความเครียด เช่น มณฑา ลิ้มทองกุล (2535) ศึกษาความวิตกกังวล ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย และวิธีเผชิญปัญหาขณะรอฟังผลการตรวจชิ้นเนื้อ ในผู้ป่วยที่มีก้อนบริเวณเต้านม จำนวน 80 ราย ผลการศึกษา พบว่า ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยด้านความคลุมเครือเกี่ยวกับการเจ็บป่วยและการรักษามีความสัมพันธ์ทางบวกกับวิธีการเผชิญปัญหาด้านการจัดการกับอารมณ์และด้านการแก้ปัญหาทางอ้อม ( $r = .26, p < .001$  และ  $r = .021, p < .01$ ) คือ ผู้ป่วยที่มีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยสูงจะใช้วิธีการเผชิญปัญหาด้านการจัดการกับอารมณ์และด้านการแก้ปัญหาทางอ้อมสูง

นิตยา โรจน์ทินกร (2536) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยกับพฤติกรรมในการปรับตัว ในผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับการฉายรังสีเพื่อการรักษา จำนวน 70 ราย โดยติดตามสอบถามใน 3 ระยะ ได้แก่ วันที่ 1 วันที่ 15 และวันที่ 30 ของการรักษา โดยใช้แบบวัดวิธีการเผชิญความเครียดของ จาโลวิส ในการวัดพฤติกรรมในการปรับตัว ผลการศึกษาพบว่า ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์ทางลบกับวิธีการเผชิญความเครียดวิธีมุ่งแก้ปัญหาในวันแรก วันที่ 15 และวันที่ 30 ของการรักษา ( $r = -.44, p < .001, r = -.30, p < .001, r = -.41, p < .001$ ) และมีความสัมพันธ์ทางบวกกับวิธีการเผชิญความเครียดวิธีจัดการกับอารมณ์ในวันแรกก่อนได้รับรังสีรักษา ( $r = .45, p < .001, r = .30, p < .01, r = .53, p < .001$ ) คือ ผู้ป่วยที่มีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยสูงจะมีพฤติกรรมปรับตัววิธีการจัดการกับอารมณ์สูง และมีพฤติกรรมปรับตัววิธีมุ่งแก้ปัญหาค่ำ

จากการทบทวนวรรณกรรมผลการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยกับวิธีการเผชิญความเครียด ทั้งในกลุ่มผู้ปกครองเด็กป่วยและกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งผู้ใหญ่ พบว่า ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์ทางบวกกับวิธีการเผชิญความเครียดวิธีจัดการกับอารมณ์ แสดงว่าถ้าบุคคลมีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย จะใช้วิธีการเผชิญความเครียดวิธีจัดการกับอารมณ์ ซึ่งจะเป็แนวทางในการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยกับวิธีการเผชิญความเครียดของผู้ปกครองเด็กป่วยโรคมะเร็งต่อไป

### กรอบแนวคิดในการวิจัย

การศึกษาความรู้สึกไม่แน่นอน การสนับสนุนทางสังคม และวิธีการเผชิญความเครียดของผู้ปกครองเด็กป่วยโรคมะเร็งครั้งนี้ ใช้แนวคิดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของ มิเชล (Mishel, 1983; 1988) แนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของเฮาส์ (House as cited in Brown, 1986) และแนวคิดวิธีการเผชิญความเครียดของ จาโลวิตซ์ (Jalowiec, 1988) เป็นกรอบแนวคิดในการวิจัย

การที่เด็กเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็ง ทำให้ผู้ปกครองเกิดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของบุตร เพราะมะเร็งเป็นความเจ็บป่วยที่คุกคามต่อชีวิต และการพยากรณ์ของโรคและการรักษาไม่สามารถชี้ขาดได้ ตามแนวคิดของ มิเชล ความรู้สึกไม่แน่นอนของผู้ปกครองเด็กป่วยโรคมะเร็ง คือ การที่ผู้ปกครองเด็กป่วยโรคมะเร็งไม่สามารถให้ความหมายเกี่ยวกับสถานการณ์ความเจ็บป่วยของบุตรที่เกิดขึ้น ไม่สามารถสร้างแบบแผนความรู้ความเข้าใจที่มีต่อความเจ็บป่วย ไม่สามารถทำนายผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้นในอนาคตได้ ซึ่งความรู้สึกไม่แน่นอนในผู้ปกครองเด็กป่วยโรคมะเร็งนั้น ประกอบด้วยความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของบุตร 4 ด้าน ได้แก่ ด้านความคลุมเครือเกี่ยวกับสถานะของความเจ็บป่วย ด้านความไม่ชัดเจนในคำอธิบายเกี่ยวกับสถานะของความเจ็บป่วย ด้านการได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการวินิจฉัยและผลของการรักษาไม่เพียงพอ และด้านการไม่สามารถทำนายการดำเนินและการพยากรณ์ของโรค

การสนับสนุนทางสังคมเป็นส่วนหนึ่งของแหล่งประโยชน์ที่ช่วยเหลือ ซึ่งมีผลต่อความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย โดยช่วยแก้ไขความคลุมเครือของเหตุการณ์ความเจ็บป่วย การรับรู้ความซับซ้อนของการรักษาและการไม่สามารถคาดเดาอนาคตได้ ตามแนวคิดของ เฮาส์ การสนับสนุนของผู้ปกครองเด็กป่วยโรคมะเร็ง เป็นปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ปกครองเด็กป่วยโรคมะเร็งกับบุคคลใกล้ชิด ที่เป็นการให้ความรัก ความห่วงใย ความช่วยเหลือต่างๆ ประกอบด้วย 4 ด้าน คือ การสนับสนุนด้านอารมณ์ ด้านการประเมิน ด้านข้อมูลข่าวสาร และด้านทรัพยากร

ในขณะที่เกิดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของบุตรขึ้นนั้น ผู้ปกครองเด็กป่วยโรคมะเร็งประเมินผลของความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของบุตรว่าเป็นอันตราย ผู้ปกครองมีวิธีการเผชิญความเครียด โดยการมุ่งแก้ปัญหาและ/หรือการจัดการกับอารมณ์เพื่อลดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของบุตร