

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาเรื่อง ความสัมพันธ์ระหว่างระยะเวลาที่เจ็บป่วย ความรุนแรงของอาการ ความรู้
สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย การสนับสนุนทางสังคม และการปรับตัวต่อความเจ็บป่วยในวัยรุ่น
โรคมะเร็งเม็ดเลือดที่ได้รับเคมีบำบัด ผู้วิจัยได้ทำการศึกษาค้นคว้าจากตำรา บทความ และงานวิจัย
ต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง โดยเสนอสาระสำคัญตามลำดับดังนี้

โรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวในเด็ก

ความหมายของโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวในเด็ก

อุบัติการณ์ของโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวในเด็ก

สาเหตุของโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวในเด็ก

ชนิดของโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวในเด็ก

การวินิจฉัยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวในเด็ก

การพยากรณ์โรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวในเด็ก

การรักษาโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวในเด็ก

การรักษาจำเพาะ

การรักษาประคับประคอง

ฤทธิ์ของยาเคมีบำบัด

ผลข้างเคียงของยาเคมีบำบัด

ผลกระทบของโรคมะเร็งเม็ดเลือดต่อผู้ป่วยวัยรุ่น

ผลกระทบของโรคมะเร็งเม็ดเลือดต่อสมาชิกในครอบครัว

แนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการปรับตัวต่อความเจ็บป่วยในผู้ป่วยวัยรุ่น

ความหมายของการปรับตัว

ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการปรับตัวต่อความเจ็บป่วยในผู้ป่วยวัยรุ่น

การปรับตัวต่อความเจ็บป่วยในผู้ป่วยวัยรุ่น

บทบาทพยาบาลในการส่งเสริมการปรับตัวต่อความเจ็บป่วยในผู้ป่วยวัยรุ่น

การประเมินการปรับตัวต่อความเจ็บป่วย

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการปรับตัวต่อความเจ็บป่วย

ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย

ความหมายของความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย

ทฤษฎีความรู้สึกลึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของ Mishel

การประเมินความรู้สึกลึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย

ขั้นตอนการสร้างและคุณภาพของเครื่องมือ

ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้สึกลึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยกับการปรับตัวในผู้ป่วยวัยรุ่น

การสนับสนุนทางสังคม

ความหมายของการสนับสนุนทางสังคม

แหล่งที่มาของการสนับสนุนทางสังคม

ชนิดของการสนับสนุนทางสังคม

การประเมินหรือวัดการสนับสนุนทางสังคม

ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมต่อภาวะสุขภาพและการปรับตัวต่อความเจ็บป่วย

ความรุนแรงของอาการ

การประเมินความรุนแรงของอาการ

ระยะเวลาที่เจ็บป่วย

การประเมินระยะเวลาที่เจ็บป่วย

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

โรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวในเด็ก

มะเร็งเม็ดเลือดขาวประกอบด้วยกลุ่มโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวและมะเร็งต่อมน้ำเหลือง (สำหรับการวิจัยในครั้งนี้ไม่ได้ศึกษาผู้ป่วยในกลุ่มมะเร็งต่อมน้ำเหลือง) ซึ่งสามารถอธิบายรายละเอียดได้ดังนี้

ความหมายของ โรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวในเด็ก

มะเร็งเม็ดเลือดขาว หมายถึง กลุ่มโรคของเนื้อเยื่อที่สร้างโลหิต โดยมีลักษณะการสร้างเม็ดเลือดขาวมากผิดปกติทั้งในรูปที่เจริญเติบโตเต็มที่ และไม่เต็มที่ยังควบคุมไม่ได้ (Uncontrolled proliferation) ทำให้มีการสะสมของเม็ดเลือดขาวอย่างมากในไขกระดูก กระแสเลือด และอวัยวะต่าง ๆ ทำให้มีอัตราการตายสูงมาก (สมจิต หนูเจริญกุล, 2533)

อุบัติการณ์ของโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวในเด็ก

มะเร็งเม็ดเลือดขาวเฉียบพลัน เป็นมะเร็งที่พบบ่อยที่สุดในเด็กประมาณร้อยละ 39.8 ของมะเร็งในเด็กทั้งหมด หรือประมาณ 3.7 ต่อประชากร 1 แสนคน พบในเด็กทุกอายุ แต่พบบ่อยที่สุด

คือ อายุ 4-6 ปี และ 8-9 ปี พบในเพศชายมากกว่าเพศหญิง อัตราส่วนของชายต่อหญิงเท่ากับ 1.76: 1 (ธานินทร์ อินทรกำรชชัย, 2542:334)

สาเหตุของโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวในเด็ก

มะเร็งเม็ดเลือดขาวเป็นโรคที่ไม่ทราบสาเหตุที่แท้จริง แต่มีสาเหตุส่งเสริมที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของเนื้อเยื่อที่สร้างเม็ดเลือด ได้แก่ ไขมันตภาพรังสี สารเคมีที่เป็นส่วนประกอบของเบนซิน กรรรมพันธุ และการติดเชื้อไวรัส เกิดความผิดปกติในเนื้อเยื่อที่สร้างเม็ดเลือด (Lymphopoietic stem cell) หรือเนื้อเยื่อที่สร้างโลหิต (Hemopoietic stem cell) ในไขกระดูก ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในระบบเลือดและน้ำเหลือง เซลล์มะเร็งจะสะสมในไขกระดูกแทนที่เซลล์เม็ดเลือดที่ผิดปกติ ทำให้เซลล์ปกติ เม็ดเลือดแดง เม็ดเลือดขาว และเกล็ดเลือดสร้างไม่ได้ ผู้ป่วยจึงมีอาการซีด อ่อนเพลีย ติดเชื้อง่าย และมีเลือดออกง่าย (พัชรินทร์ วิเศษพานิชย์, 2541: 7; พงษ์จันทร์ หัตถิรัตน์ และคณะ, 2538: 439)

ชนิดของมะเร็งเม็ดเลือดขาวในเด็ก (Classification)

ชนิดของมะเร็งเม็ดเลือดขาวในเด็กสามารถแบ่งเป็น 2 แบบ กล่าวคือ

1. การแบ่งชนิดตามระยะและการดำเนินของโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวในเด็ก แบ่งออกเป็น 2 กลุ่มใหญ่ คือ 1.1) ชนิดเฉียบพลัน (Acute leukemia) ได้แก่ Acute Lymphoblastic Leukemia (ALL) ซึ่งพบได้บ่อยประมาณร้อยละ 70-75 และ Acute Non – Lymphoblastic Leukemia (ANLL) พบได้ประมาณร้อยละ 25-30 ซึ่งประกอบด้วย Myeloblastic promyelocytic, Myelomonoblastic, Monoblastic, Erythroleukemia, Megakaryoblastic leukemia 1.2) ชนิดเรื้อรัง (Chronic leukemia) ได้แก่ Chronic myelocytic leukemia พบได้เพียงไม่ถึงร้อยละ 1 (วินัย สุวดี และกวิวัฒน์ วีรกุล, 2536: 180-214)

3. การแบ่งชนิดต่างๆ ตามลักษณะรูปร่างและคุณสมบัติต่างๆ ของเซลล์มะเร็ง ในไขกระดูกของผู้ป่วย โดยดูถึง Morphology, Cytochemistry, Immunology surface markers และ Cytogenetics ซึ่งมีความสำคัญเกี่ยวกับวางแผนการรักษา และการพยากรณ์โรคเป็นอย่างมาก (ธานินทร์ อินทรกำรชชัย, 2542: 337) โดยมีรายละเอียดดังนี้

2.1 Morphology ในขั้นแรกต้องดูว่าเซลล์มะเร็งเม็ดเลือดขาวในผู้ป่วยเป็น Lymphoblast หรือ Myeloblast โดยดูลักษณะรูปร่างของเซลล์ หลังจากนั้นจึงจำแนกออกเป็นชนิดย่อยๆ ต่างๆ ดังนี้

2.1.1 Acute Lymphoblastic Leukemia (ALL) แบ่งชนิดของ ALL

ตามลักษณะรูปร่างของ Lymphoblast หลายวิธีแต่วิธีที่ยอมรับกันแพร่หลาย คือ FAB classification (French- American- British Cooperative Working Group) แบ่งชนิดของ Lymphoblast เป็น L₁, L₂

, L₃ ดังนี้

L₁: เป็น Blast ขนาดเล็กมีซัยโตพลาสต์น้อยมี Nucleoli ที่ไม่ชัดเจนหรือไม่มีเลยมีการพยากรณ์โรคดีที่สุด

L₂: เป็น Blast ที่มีขนาดใหญ่ (มากกว่าร้อยละ 50 ของเซลล์ทั้งหมด) มีซัยโตพลาสต์ดีฟ้าย่อนและมี nucleoli เค่นชัดเจน มีการพยากรณ์โรคลปานกลาง

L₃: เป็น Blast ขนาดใหญ่ มีซัยโตพลาสต์ดีฟ้าย่อนและมี Vacuole มากมาย ทั้งในซัยโตพลาสต์และในนิวเคลียส ซึ่งมีลักษณะเช่นเดียวกับที่พบในผู้ป่วย Burkitt ' Lymphoma ชนิดนี้มีการพยากรณ์โรคเลวที่สุด

2.1.2 Acute Non – Lymphoblastic Leukemia (ANLL) สำหรับผู้ป่วย

ANLL มีการแบ่งชนิดตาม FAB classification ออกเป็นชนิด M₁ , M₂ , M₃ , M₄ , M₅ , M₆ และ M₇ ดังนี้

M₁: Acute myeloblastic leukemia without maturation (AML – M₁) Blast มีลักษณะเป็นตัวอ่อนที่มักมองไม่เห็นแกรนูลในซัยโตพลาสต์มีการเจริญเติบโตเป็นตัวแก่น้อยมาก

M₂: Acute Myeloblastic Leukemia with differentiation (AML– M₂) Blast อาจมีแกรนูลสีแดงได้บ้าง พบ Auer rods รวมทั้งมีการเจริญเติบโต เป็นเซลล์ที่แก่กว่า Promyelocyte stage มากกว่าร้อยละ 10-20

M₃: Acute Promyelocytic Leukemia (APL) แบ่งเป็น 2 ชนิดคือ
a) Hypergranular เซลล์ส่วนใหญ่เป็น Promyelocyte ที่ผิดปกติ มีแกรนูลมากเกือบเต็มเซลล์ ซัยโตพลาสต์ดีฟ้าย่อน มี Auer rods มีชัดเจนอาจมากกว่า 1 อัน พบเซลล์แตกค่อนข้างมาก b) Microgranular ลักษณะของเซลล์เมื่อดูด้วยกล้องจุลทรรศน์ธรรมดาอาจไม่เห็นแกรนูล หรือแกรนูลขนาดเล็กละเอียด

M₄: Acute Myelomonoblastic Leukemia (AMMOL) ในไขกระดูกจะพบทั้ง Myeloblast และ Monoblasts มี Promonocytes และ Monocytes มากกว่าร้อยละ 20

M₅: Acute Monoblastic Leukemia (AMOL) แบ่งออกเป็น 2 ชนิด คือ

M_{5a}: Poorly differentiated AMOL เซลล์ส่วนใหญ่เป็น Monoblasts ตัวอ่อนลักษณะเซลล์ใหญ่ นิวเคลียสพบ ซัยโตพลาสต์มีดีฟ้าย่อน

M_{5b}: Differentiated AMOL มีจำนวน Monocytes และ Promonocytes มากขึ้นทั้งในไขกระดูกและใน Peripheral blood

M₆: Acute Erythroblastic Leukemia ตรวจไขกระดูกพบ Erythroblast ซึ่งมีซัยโตพลาสต์ดีฟ้าย่อนมากกว่าร้อยละ 50 รวมทั้งพบ Myeloblast ประมาณ

ร้อยละ 30 ค่าวัย

M_7 : Acute Megakaryoblastic Leukemia มักเกิดร่วมกับภาวะ Myelofibrosis ตรวจไขกระดูกพบ Reticulin เพิ่มมากขึ้น ลักษณะของ Blast เหมือนกับ Undifferentiated cell แต่มักมีขอบเซลล์ไม่เรียบ มี ซัยโตพลาสซึมยื่นออกมา ในผู้ป่วยเด็ก ANLL จะ เป็นชนิด M_1 และ M_2 ประมาณร้อยละ 53, M_3 ร้อยละ 4, M_4 ร้อยละ 32, M_5 ร้อยละ 9, M_6 ร้อยละ 2 ส่วน M_7 พบน้อยมาก (ธานินทร์ อินทรกำรชชัย, 2542: 337-340)

2.2 Cytochemistry

การย้อมพิเศษมีประโยชน์ในการแยกชนิดของ Blast ระหว่าง ALL และ ANLL และใน Subtype ANLL เอง โดยใช้การย้อมสีต่าง ๆ ดังนี้

2.2.1 Periodic acid schiff (PAS) เป็นการย้อมเพื่อดูสารคาร์โบไฮเดรต เนื่องจากตัวอ่อนของ Lymphoid cell มีกลัยโคเจนมาก การย้อม PAS จึงเป็นวิธีสำคัญที่ใช้แยก ALL และ ANLL

2.2.2 Suan Black (SB) เป็นการย้อมดู Phospholipids ให้ผลบวกกับผนังของ Primary granules ของ Myeloid cells การย้อมด้วย SB จะพบว่า Myeloblast และ Promyelocytes ให้ผลบวกมากกว่า Monoblast และ Promonocytes

2.2.3 Myeloperoxidase (MPO) เป็นเอนไซม์ใน Primary granules ของ Myeloid cells ผลบวกจึงคล้ายการย้อม Suan black แต่บางครั้งเมื่อเซลล์ยังอยู่ในระยะอ่อนมาก อาจให้ผลบวกลดหรือดูด้วยกล้องจุลทรรศน์อิเล็กตรอนจึงเห็นผลบวก

2.2.4 Esterase ในเซลล์เม็ดเลือดขาวมีเอนไซม์ Esterase หลายชนิด ปฏิกริยาขึ้นกับ Substrate ที่ใช้ มีประโยชน์ในการแยกชนิดของ Blasts มี 2 ชนิดคือ

2.2.4.1 Chloroacetate esterase (CAE) ปฏิกริยาให้ผลบวกใน Myeloid cells ที่มีแกรนูล ยิ่งเซลล์แก่ขึ้นจะยิ่งให้ผลบวกมากขึ้น

2.2.4.2 Non specific esterase (NSE) ใช้ Substrate คือ Alpha - naphthyl หรือ Alpha - naphthyl butyrate ให้ผลบวกใน Monoblasts หรือ Monocytes

2.2.5 Terminal deoxynucleotidyl transferase (TdT) เป็น DNA polymerase พบได้โดยใช้ย้อมด้วยปฏิกริยาเอนไซม์ หรือวิธีทางอิมมูโนวิทยา TdT จะให้ผลบวกใน Lymphoblast โดยเฉพาะใน T-cell ALL แต่ใน ANLL พบ TdT ให้ผลบวกเพียงร้อยละ 5 ดังนั้นจึงมีประโยชน์ในรายที่ลักษณะ Blasts เป็น Undifferentiated cell ซึ่งให้ผลลบกับ Cytochemical stain อื่นๆ แต่ TdT ให้ผลบวก Blasts ชนิดนี้จะตอบสนองต่อการรักษาแบบ ALL (ธานินทร์ อินทรกำรชชัย, 2542: 340-341)

2.3 Immunologic classification of acute leukemia

การศึกษาทางอิมมูโน โนวินวิทยาและอนุพันธุศาสตร์ โดยใช้ Monoclonal antibodies เพื่อศึกษา Surface marker, Cytoplasmic immunoglobulin และใช้ Molecular probes เพื่อศึกษายีนที่ควบคุมการสร้างอิมมูโน โนกลอบูลิน และ T-cell receptor ทำให้สามารถแบ่งชนิดของมะเร็งเม็ดเลือดขาวลงไปได้แน่นอนว่าเกิดจากเซลล์ชนิดใด Acute Lymphoblastic Leukemia (ALL) แบ่งได้เป็น 5 กลุ่มย่อย (Subtype) ดังนี้

2.3.1 Undifferentiated ALL พบประมาณร้อยละ 5 ในเด็กที่เป็น ALL Lymphoblast ยังไม่แสดง Surface markers ใดว่าเป็น B – cell หรือ T – cell แต่อาจพบมี TdT ให้ผลบวก มักพบในทารกอายุต่ำกว่า 1 ปี การพยากรณ์โรคไม่ดี

2.3.2 Early pre- B ALL หรือ Common ALL พบมากที่สุดของเด็กที่เป็น ALL คือ ประมาณร้อยละ 60-70 Blast จะเริ่มแสดง Surface markers ตามลำดับคือ HLA-DR, CD₁₉, C₂₀, CD₁₀ (CALLA) ผู้ป่วยกลุ่มนี้มีการพยากรณ์โรคดีที่สุด

2.3.3 Pre-B ALL พบประมาณร้อยละ 15-20 ของผู้ป่วยเด็กที่เป็น ALL Lymphoblast จะแสดง m chain ในซัยโตพลาสซึม แต่ยังไม่เห็น Kappa, Lambda light chain หรือ Surface immunoglobulin การตรวจดู Surface markers คือ HLA-DR, CD₁₉, C₂₀, CD₁₀ ผู้ป่วยกลุ่มนี้มักมีอายุมากกว่ากลุ่มที่ 3.2 อายุเฉลี่ย 11 ปี การพยากรณ์โรคไม่ดี

2.3.4 B-cell ALL (Burkitt 's ALL) พบประมาณร้อยละ 1 ของผู้ป่วยเด็ก ALL Lymphoblast เริ่มแสดง surface IgM และมี surface markers อื่นคือ CD₂₁, CD₂₄, IgG Fc receptor และ IL-2R blast cells ตาม FAB morphology การพยากรณ์โรคเลวที่สุด

2.3.5 T-cell ALL พบร้อยละ 15 ของผู้ป่วยเด็ก ALL ปัจจุบันใช้ Monoclonal antibodies เพื่อตรวจ Receptors บนผิวของ T-cell ได้ผลแม่นยำกว่า T-cell ALL ในเด็กมี Blasts อยู่ใน Stage I และร้อยละ 20 อยู่ใน Stage II สำหรับ Acute Non –Lymphoblastic Leukemia (ANLL) การใช้ Monoclonal antibodies เฉพาะต่อ Surface antigens ของ Myeloid cells ในระยะต่าง ๆ ของการเจริญเติบโต ทำให้สามารถแยกชนิดของ ANLL ออกเป็น Subtype ต่าง ๆ ได้ (ธานินทร์ อินทรชัย, 2542: 341-344)

2.4 Cytogenetic in childhood leukemia

เมื่อทำการศึกษาโครโมโซมของ Leukemia blasts โดยใช้เซลล์จากไขกระดูก ผู้ป่วย พบว่ามีความผิดปกติถึงร้อยละ 80-90 โดยมีความผิดปกติทั้งจำนวน โครงสร้าง ความผิดปกติทางจำนวน เช่น Hypodiploid (จำนวนโครโมโซมน้อยกว่า 46) Hyperdiploid (จำนวนโครโมโซมมากกว่า 46) Near triploid (จำนวนโครโมโซม 60-73) เป็นต้น ความผิดปกติทางโครงสร้าง ได้แก่ Translocation , Deletion , Inversion , Duplication เป็นต้น ส่วนใหญ่ใน ALL มีความผิดปกติของ

โครโมโซมเป็นชนิด Hyperdiploid ที่มีจำนวนโครโมโซมมากกว่า 50 มักเป็น ALL ชนิด early pre-B และ CALLA positive มีการพยากรณ์โรคดีและตอบสนองต่อการรักษาที่ดีที่สุด ส่วนใน Acute Non-Lymphoblastic Leukemia ANLL พบว่ามีความผิดปกติของโครโมโซมได้ร้อยละ 80 ความผิดปกติที่พบบ่อยมักเป็นชนิด Translocation หรือ Deletion เป็น Monosomy ก็ได้ มักมีความสัมพันธ์กับชนิดของ ANLL (ธานินทร์ อินทรกำรชัช, 2542:344)

การวินิจฉัยโรค

การวินิจฉัยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวในเด็ก สามารถประเมินได้จากอาการและอาการแสดง การตรวจทางห้องปฏิบัติการได้ดังนี้

อาการและอาการแสดง

อาการสำคัญที่พบบ่อยที่สุดคือ อ่อนเพลีย ซีด มีไข้จากการติดเชื้อ มีจ้ำเลือดและมีเลือดออก เนื่องจากเกล็ดเลือดต่ำ เบื่ออาหาร น้ำหนักลด ผอมลง ตาโปน เหงือกบวม มีตุ่มหรือผื่นตามผิวหนัง รู้สึกไม่สบาย หงุดหงิด ปวดข้อหรือปวดกระดูก โดยเฉพาะกระดูกยาว (Long bone) ผู้ป่วยมักไม่เดิน อาการปวดจะลุกลามไปยังข้อและ/หรือไขกระดูก มีก้อนที่คอหรือในท้อง ต่อม้ำเหลืองโต (Snyder, 1986: 206)

อาการแสดงที่พบจากการตรวจร่างกาย ได้แก่ ผอม ซีด ไข้ ชีพจรเร็ว

กระสับกระส่าย มีจุดเลือดออกเป็นชนิด Petechial hemorrhage และ/หรือ Ecchymosis เลือดออกตามไรฟัน เลือดกำเดาไหล ต่อม้ำเหลืองโตทั่วตัว ตับโต ม้ามโต กดเจ็บบริเวณที่ปวดกระดูก อาจพบตาโปนออกมาทั้ง 2 ข้าง (Chloroma) เหงือกบวม มีผื่นตามตัว แขนขา อาจมีจุดเลือดออกที่ผื่นนั้น ประมาณร้อยละ 4 อาจพบมี Papilledema คอแข็ง Facial palsy paresis หรือ Paralysis ของแขนขา ในรายที่มะเร็งแพร่กระจายไปที่ลูกอัมตะจะใหญ่และแข็งไม่เจ็บปวด พบในระยะหลัง ๆ ของโรค ประมาณร้อยละ 5-10 (ทิพย์ ศรีไพศาล, วิชัย ประยูรวิวัฒน์ และกิตติ ต่อจรัส, 2539: 77)

การวินิจฉัยทางห้องปฏิบัติการ

1. CBC Reticulocyte ปกติหรือต่ำ และเม็ดเลือดแดงติดสีปกติ (Normochromic microcytic anemia) มีจำนวนเกร็ดเลือดต่ำ ส่วนใหญ่ต่ำกว่า 20000 ตัวต่อลบ.มม. เม็ดเลือดขาวจะสูงเป็นหมื่นหรือแสนตัวต่อลบ.มม. มักมี blast ในเสมียร์เลือด ส่วนใหญ่พบในรายตับม้ามโต จำนวนเม็ดเลือดขาวอยู่ในเกณฑ์ปกติ หรือต่ำกว่าปกติ ซึ่งพบประมาณร้อยละ 39 มักพบมากที่สุดจำนวนร้อยละ 50 ในรายที่มีการทำลายกระดูกทั่วร่างกาย

2. ไขกระดูก จำเป็นต้องเจาะไขกระดูกตรวจทุกราย ตำแหน่งที่เจาะในเด็ก ได้แก่ Anterior superior iliac spine หรือ Posterior superior iliac spine (ในเด็กโต อายุมากกว่า 10 ปี) หรือ

Tibia (ในเด็กเล็กอายุต่ำกว่า 1 ปี) บางรายอาจจะไม่ได้เนื้อไขกระดูก ควรใช้เลือดที่ติดปลายเข็มมา เสร็จแล้ว แต่ถ้าวินิจฉัยไม่ได้ควรทำ Bone marrow biopsy พบว่ามี Blast cell มากมายแทนที่เซลล์ ปกติในไขกระดูกถึงร้อยละ 80-100 แต่ในผู้ป่วย AML อาจมี Blast cell เพียงร้อยละ 50-60 ถ้าพบ Blast มากกว่าร้อยละ 5 ในไขกระดูก ต้องสงสัยว่าอาจเป็น ALL แน่แน่นอน แต่การวินิจฉัยว่าเป็น ALL แน่แน่นอนต้องมี Blast ในไขกระดูกไม่น้อยกว่าร้อยละ 25

3. Blood chemistry ควรเจาะเลือดดูหน้าที่ของตับและไตทุกราย ระดับ Uric acid มักสูง ถ้าไม่ได้แก้ไขอาจทำให้เกิดภาวะไตวายจาก Uric acid nephropathy ในระหว่างเริ่มให้ยาเคมีบำบัด ถ้าขาดน้ำและ Acidosis ร่วมด้วย ระดับ BUN และ Creatinine จะสูงขึ้นด้วย สำหรับหน้าที่ของตับระดับ SGOT มักเพิ่มขึ้น ALL มักมีระดับ LDH ในซีรัมสูงมากด้วย ผู้ป่วยชนิด Promyelocytic Leukemia ซึ่งมักพบมีการแข็งตัวของเลือดภายในเส้นเลือด (DIC) ได้บ่อย Prothrombin time, Partial thromboplastin time และ Fibrinogen มีการเปลี่ยนแปลงอย่างมาก รวมทั้ง Fibrin split product สูงขึ้น อาจเกิดภาวะ Hyperkalemia, Hypercalcemia และ Hyperphosphatemia ได้

4. การถ่ายภาพรังสี พบ Mediastinal mass ประมาณร้อยละ 8-10 ของผู้ป่วย ถือว่าเป็นข้อบ่งชี้ว่ามีการพยากรณ์ไม่ดี พบการเปลี่ยนแปลงภาพรังสีของกระดูกประมาณร้อยละ 50 ในผู้ป่วยที่มีอาการปวดกระดูก มีการทำลายกระดูกทั่วทั้งไป มี Radiolucent line ทอดขวางอยู่ที่บริเวณ Metaphyseal end ของกระดูกแขนขา

5. การเพาะเชื้อจากเลือด ควรทำทุกรายในผู้ป่วย ALL ที่มีไข้ การเพาะเชื้อบวกร้อยละ 25 ในผู้ป่วยใหม่ นอกจากนั้นควรเพาะเชื้อในน้ำหลัง และจากทวารต่าง ๆ ของผู้ป่วย รวมทั้งหาว่ามีการติดเชื้ออยู่ที่ใดในร่างกาย เช่น ฟัน หู ทวารหนัก เป็นต้น (ชานินทร์ อินทรกำธรชัย, 2542: 336-337)

การพยากรณ์โรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวในเด็ก

Champlin & Gold (1991 อ้างถึงใน พัทธินทร์ วิเศษพาณิชย์, 2541: 10) ได้สรุปการพยากรณ์โรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวในเด็กดังนี้

1. อายุ ในระยะ 2-10 ปี จะดีกว่าในเด็กเล็ก ๆ หรือวัยรุ่นชนิดของมะเร็งเม็ดเลือดขาว ถ้าเป็นมะเร็งเม็ดเลือดขาวเฉียบพลันชนิดลิมโฟบลาสต์จะดีกว่า
2. ชนิดเฉียบพลันลิมโฟบลาสต์มีอายุยืนประมาณ 5 ปี ในขณะที่มะเร็งเม็ดเลือดขาวเฉียบพลันชนิดไม่ใช่ลิมโฟบลาสต์มีอายุยืนประมาณ 2 ปี จำนวนเม็ดเลือดขาวเมื่อแรกรับมากกว่า $100 \times 10^9/l$ เซลล์มะเร็งเป็นชนิด L_2 หรือ L_3 การพยากรณ์โรคไม่ดี
3. ผู้ป่วยที่ต้องใช้ระยะเวลาของการรักษาในระยะการชักนำให้โรคสงบ (Induction of remission) นานหรือต้องให้ยาหลายชุด การพยากรณ์โรคไม่ดี

4. ผู้ป่วยที่มีการติดเชื้อเมื่อเข้ามารักษา การพยากรณ์โรคไม่ดี ผู้ป่วยที่มีภาวะเลือดออกมาก จำนวนเกร็ดเลือดน้อยกว่า $100 \times 10^9/l$ การพยากรณ์โรคไม่ดี

5. ผู้ป่วยที่มีมะเร็งเม็ดเลือดขาวในระบบประสาทส่วนกลาง พบ Mediastinal mass มีอาการเริ่มแรกเป็นแบบ Leukemia lymphoma และมีความผิดปกติทางโครโมโซมแบบ Translocation การพยากรณ์โรคไม่ดี

สำหรับใน ANLL ยังไม่มีปัจจัยพยากรณ์เท่าใน ALL ผู้ป่วยที่มีอายุน้อยกว่า 2 ปี มีจำนวนเม็ดเลือดขาวมากกว่า $100 \times 10^9/l$ ลักษณะ Blast เป็นชนิด M_5 มี Labelling index สูงกว่า 10 % และมีความผิดปกติของโครโมโซมเป็นชนิด Translocation จะมีการพยากรณ์โรคที่ไม่ดี (วินัย สุวัตถิ, 2539: 79)

สรุป โรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวเป็นความผิดปกติของการสร้างเม็ดเลือดในไขกระดูก ซึ่งเม็ดเลือดขาวที่สร้างนั้นเป็นตัวอ่อนที่ผลิตออกมาจนไม่สามารถควบคุมได้ และแบ่งตัวมากมาย เบียดการสร้างเม็ดเลือดปกติ ทั้งเม็ดเลือดขาว เม็ดเลือดแดง และเกล็ดเลือด ทำให้การสร้างเม็ดเลือดน้อยลง มีสาเหตุไม่ทราบแน่ชัดแต่มีปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ พันธุกรรม สิ่งแวดล้อม การติดเชื้อไวรัส และภูมิคุ้มกันบกพร่อง อาการที่พบบ่อยมีไข้ อ่อนเพลีย เบื่ออาหาร ต่อม้ำเหลืองโต ตับม้ามโต มีจุดเลือดออก และปวดกระดูก

การรักษาโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว

การรักษาโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวในเด็กชนิด ALL ประกอบด้วยการรักษาจำเพาะและการรักษาประคับประคอง (ทิพย์ ศรีไพศาล, วิชัย ประชวรวิวัฒน์ และกิตติ ต่อจรัส, 2539:81-86; ธานินทร์ อินทรกำธรชัย, 2542: 344-346)

การรักษาจำเพาะ (Specific treatment) แบ่งการรักษาเป็นระยะ ๆ ดังมีรายละเอียดดังนี้

1. การชักนำให้โรคสงบ (Induction of remission) จุดมุ่งหมายของการให้การรักษาในระยะนี้คือ พยายามฆ่าเซลล์มะเร็งให้ตายมากที่สุดในเวลาเร็วที่สุด แต่ทำอันตรายต่อเซลล์ปกติให้น้อยที่สุด เพื่อให้ระบบการสร้างเม็ดเลือดฟื้นตัวขึ้นอย่างรวดเร็ว ยาที่ใช้สำหรับชักนำให้โรคสงบควรเป็นยาที่สามารถฆ่าเซลล์มะเร็งเม็ดเลือดขาวได้จำเพาะ และกดไขกระดูกปกติน้อยที่สุดหรือไม่กดเลย ยาที่นิยมใช้กันมากที่สุดคือ Prednisolone ร่วมกับ Vincristine ซึ่งสามารถทำให้มี Complete remission ได้ถึงร้อยละ 85-90 ภายในเวลา 4-6 สัปดาห์ แต่ถ้าจะให้ได้ผลดีที่สุด อาจเพิ่มยา Adriamycin และยา L-asparaginase ด้วย การให้ยาร่วมกันทั้ง 4 ชนิดสามารถเพิ่มอัตราการชักนำให้โรคสงบได้ร้อยละ 95 และทำให้ผลรวมของการรักษาดีขึ้น แต่อาจทำให้อัตรการเกิดภาวะ

แทรกซ้อนสูงขึ้น เมื่อได้รับการรักษาครบ 6 สัปดาห์จึงเจาะไขกระดูกตรวจดู หากไขกระดูกกลับเป็นปกติมีจำนวน Blast ต่ำกว่าร้อยละ 5 รวมทั้งไม่มีอาการและอาการแสดงของโรค ALL เหลืออยู่ถือว่าได้ Complete remission ต้องให้การรักษายังคงต่อไปจนกว่าจะได้ Complete remission หากรักษาไปจนครบ 12 สัปดาห์แล้วยังไม่ได้ remission ให้ถือว่าผู้ป่วยไม่ตอบสนองต่อการรักษา

2. การให้การรักษาเข้มข้น (Intensification or consolidation therapy) เมื่อผู้ป่วยได้ complete remission ถึงแม้จำนวนเซลล์มะเร็งเม็ดเลือดจะลดลง (จากที่มีอยู่เดิมประมาณ 10^{12} ตัว) ถึงร้อยละ 99 แต่ผู้ป่วยยังมีเซลล์มะเร็งหลงเหลืออยู่ในร่างกายอีกประมาณ 10^9 ตัวจึงจำเป็นต้องให้ยาต้านมะเร็งขนาดสูงหลาย ๆ ชนิดร่วมกัน เพื่อทำลายเซลล์มะเร็งที่ยังหลงเหลืออยู่มากที่สุด โดยใช้ยาที่ออกฤทธิ์ต่าง ๆ กัน เพื่อไม่ให้เซลล์มะเร็งคือยา เช่น Prednisolone ร่วมกับ 6-mercaptopurine, metotrexate, cyclophosphamide ในขนาดสูงภายในเวลา 7 วัน อาจเพิ่มยา Cytosine arabinoside อีกเป็นเวลา 2 สัปดาห์ในผู้ป่วยที่มีการพยากรณ์โรคไม่ดี

3. การป้องกันการเกิดมะเร็งเม็ดเลือดขาวในระบบประสาท (CNS prophylaxis) จุดมุ่งหมายของการรักษาเพราะยาด้านมะเร็งต่าง ๆ ไม่สามารถซึมผ่าน Blood brain barrier เข้าไปในระบบประสาทกลางได้ ทำให้เซลล์มะเร็งเม็ดเลือดขาวที่ซ่อนอยู่เกิดความต้านทานต่อยาที่มีความเข้มข้นต่ำในน้ำหล่อสมองและไขสันหลัง จึงสามารถแบ่งตัวมากขึ้นและกระจายไปทั่วร่างกาย ทำให้โรคกลับเป็นขึ้นมาใหม่ ฉะนั้นถ้าไม่ป้องกันไว้จะมี Relapse ในระบบประสาทกลางได้สูงถึงร้อยละ 50 การป้องกันการเกิดมะเร็งเม็ดเลือดขาวในระบบประสาทที่ได้ผลคือ การฉายรังสีที่ศีรษะในขนาด 1800 cGy (แบ่งให้ครั้งละ 180 cGy ภายใน 2 สัปดาห์) ร่วมกับการฉีดยา Methotrexate เข้าไขสันหลัง 5 ครั้ง สามารถป้องกัน CNS relapse ได้ร้อยละ 80-90

4. การรักษาเพื่อให้โรคสงบคงอยู่ตลอดไป (Maintenance therapy) เมื่อทำการรักษาชักนำให้โรคสงบจนได้ Complete remission แล้ว หากไม่ให้การรักษาต่อไป ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะมีโรคกลับเป็นขึ้นมาใหม่ภายในเวลา 2-3 เดือน การรักษาระยะนี้มีจุดมุ่งหมายเพื่อควบคุมโรคให้สงบคงอยู่ตลอดไป โดยใช้ยาด้านมะเร็งหลายชนิดร่วมกัน เพื่อลดอัตราคือยาของเซลล์มะเร็ง รวมทั้งฆ่าเซลล์มะเร็งให้มากที่สุด โดยไม่กระทบการสร้างเม็ดเลือดปกติ ตลอดจนระบบภูมิคุ้มกันของร่างกาย นิยมใช้ 6-Mercaptopurine ร่วมกับ Methotrexate ในขนาดสูงเกินสัปดาห์ละครั้งติดต่อกันตลอดไป และ Prednisolone ร่วมกับ Vincristine เป็นระยะๆ ทุก 1-3 เดือน ทำให้ผลการรักษาดีขึ้น แต่ในผู้ป่วยที่มีพยากรณ์โรคไม่ดี จำเป็นต้องให้การรักษาอย่างเข้มข้น โดยให้ยาด้านมะเร็งหลายอย่างร่วมกัน ได้แก่ Prednisolone , Vincristine , Adriamycin , L- asparaginase , Cyclophosphamide , Methotrexate , Cytosine arabinoside , 6-thioquanine , VP16 และ VM-26 เป็นต้น

4. การรักษาโดยการเปลี่ยนถ่ายไขกระดูกในผู้ป่วย ALL แม้ว่าผลการรักษาผู้ป่วย ALL จะได้ผลดีกว่าเดิมมาก แต่จำนวนไม่น้อยมี Relapse ในระหว่างการรักษาหรือหยุดยาแล้ว หรือมี Relapse ที่ในระบบประสาทกลางหรือที่ลูกอัมตะในเพศชาย โอกาสมีชีวิตโดยปราศจากโรคเป็น

เวลานานมีน้อยมาก ถึงแม้จะได้รับการรักษาใหม่อย่างเต็มที่ ฉะนั้นในผู้ป่วย ALL ที่มี Relapse สามารถให้การรักษาด้วยยาเคมีบำบัดจนมี Remission เป็นครั้งที่สอง ควรพิจารณาทำการปลูกถ่ายไขกระดูกถ้าสามารถหา Donor ที่มี Human leukocyte antigen (HLA) เข้ากันได้ดี (ซึ่งมักเป็นพี่น้องท้องเดียวกัน) การปลูกถ่ายไขกระดูกทำได้โดยการฉายแสงรังสีทั่วตัวร่วมกับการให้ยาต้านมะเร็งในขนาดสูง หรือให้ยา Busulfan ร่วมกับยา Cyclophosphamide ขนาดสูงก็ได้ ซึ่งทำลายเซลล์มะเร็งเม็ดเลือดขาวทั้งหมด รวมทั้งไขกระดูกปกติ จึงนำไขกระดูกซึ่งเจาะมาจาก Donor ที่เหมาะสมให้แก่ผู้ป่วยทางหลอดเลือดดำ สามารถรักษาผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาวให้หายขาดได้ประมาณร้อยละ 40-60 การปลูกถ่ายไขกระดูกขณะผู้ป่วยมี Remission ครั้งแรกได้ผลดีกว่าผู้ป่วยที่มี Relapse มาหลายครั้งแล้ว สำหรับผู้ป่วยที่ไม่มี Donor ที่มี HLA เข้ากันได้อาจใช้ไขกระดูกของตนเองที่เจาะเก็บไว้ในระยะที่มี Remission แล้วนำมาทำลายเซลล์มะเร็งเม็ดเลือดขาวที่ยังหลงเหลืออยู่โดยใช้ยาต้านมะเร็ง หรือใช้ Monoclonal antibody ที่จำเพาะเจาะจงต่อเซลล์มะเร็งเสียก่อนที่จะทำการปลูกถ่ายไขกระดูก (Autologous bone marrow transplantation) ซึ่งจากผลการทดลองในระยะเริ่มแรกปรากฏผลเป็นที่น่าพอใจ นอกจากนี้อาจใช้ไขกระดูกจากบิดา มารดา หรือญาติพี่น้องที่มี HLA เหมือนกันกับผู้ป่วยเพียงครั้งเดียวมาให้โดยกำจัด T - cell ในไขกระดูกที่จะให้เสียก่อน เพื่อลดอัตราการเกิดปฏิกิริยา Graft versus-host reaction ซึ่งกำลังอยู่ในระหว่างการค้นคว้าวิจัยอยู่ (มนตรี คูจินดา, วินัย สุวดี, อรุณ วงษ์จิราภรณ์ และพิภพ จิริภิญโญ, 2544: 1623-1624; ธานินทร์ อินทรกำธรชัย, 2542: 349-350)

การรักษาโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวในเด็กชนิด ANLL

ผู้ป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวชนิด Acute non-lymphoblastic leukemia มีการพยากรณ์โรคไม่ดี จำเป็นต้องใช้แผนการรักษาที่แตกต่างจาก Acute lymphoblastic leukemia การรักษาจำเพาะมีดังนี้

1. Induction of remission คือการให้ยาต้านมะเร็ง 2 หรือ 3 ชนิดรวมกัน จะได้ผลดีกว่าชนิดเดียวและขนาดยาสูงพอที่จะทำลายเซลล์มะเร็งในไขกระดูก จนถึง Bone marrow aplasia จึงจะได้ Remission ส่วนใหญ่ใช้ยากลุ่ม Anthracycline (เช่น Daunomycin หรือ Adriamycin) ฉีดเข้าหลอดเลือดดำเป็นเวลา 3 วัน ติดต่อกันร่วมกับ Cytosine arabinoside หยอดเข้าหลอดเลือดดำติดต่อกันเป็นเวลา 7 วัน หากเพิ่มยา 6-thioquanine ด้วย (DAT) จะได้ผลดียิ่งขึ้น ปัจจุบันมียาใหม่ Idarubicin ได้ผลดีกว่า Adriamycin และ Daunomycin บาง Protocol อาจเพิ่มยา VP-16 (Etoposide) หรือ Mitoxantrone เข้าไปด้วย หลังจากให้ยาไปแล้ว 2 สัปดาห์ ควรเจาะไขกระดูกดู หากมีเซลล์มะเร็ง (Blast) หลงเหลืออยู่ควรให้ยา Course ต่อไปทันที ถ้าไขกระดูกไม่พบเซลล์มะเร็งให้คอยจนกว่าจำนวนเม็ดเลือดขาวในกระแสเลือดกลับคืนสู่ระดับปกติ จึงให้ยาต่ออีก 1-2 Courses การรักษาเช่นนี้สามารถทำให้ผู้ป่วย ANLL มี Complete remission ได้ร้อยละ 70-85 ในระยะนี้จำเป็นต้องรักษาประคับประคองอย่างเต็มที่ เช่น แก้ไขภาวะซีด ภาวะเลือดออกทั้งจำนวนเกร็ดเลือดต่ำและ

ภาวะ DIC ป้องกันและแก้ไขภาวะ Tumor lysis syndrome เช่น Hyperuricemia , Hyperkalemia Hyperphosphatemia , Secondary hypocalcemia เป็นต้น

2.Continuation therapy แม้การรักษาในระยะแรกด้วย Remission induction จะได้ Remission สูงถึงร้อยละ 70-85 หากผู้ป่วยไม่ได้รับการรักษาต่อไป จะมีโรคกลับมาใหม่อีกถึง ร้อยละ 90 ภายในเวลา 1 ปี จำเป็นต้องให้การรักษาต่อไปอีก อาจให้ยาในขนาดน้อยกว่าระยะแรก ติดต่อกันเป็นเวลานาน (Maintenance therapy) หรือให้ยาชนิดเดียวกันในขนาดเดียวกันที่ให้ระยะ แรกซ้ำอีกในช่วงเวลาสั้น ๆ (Consolidation) หรือให้ยาชนิดเดียวกันแต่ขนาดสูงกว่า หรือให้ยาที่ไม่ เคยใช้ในระยะแรกร่วมด้วย (Intensification) โดยใช้เวลาในการรักษาประมาณ 2 1/2 – 3 ปี ส่วน ใหญ่มีชีวิตโดยปราศจากโรคนาน 3 ปี ประมาณร้อยละ 30 – 50

3.Central nervous system prophylaxis อุบัติการณ์ของ CNS leukemia ในผู้ป่วยใหม่ชนิด ANLL มีประมาณร้อยละ 10 –20 สูงกว่าในชนิด ALL ในปัจจุบันส่วนใหญ่จะรวมการรักษาป้องกันการ เกิดมะเร็งในระบบประสาทส่วนกลางไว้ด้วย โดยฉีดยา Methotrexate เข้าในน้ำไขสันหลังเดือน ละครั้ง 6 ครั้งและให้ติดต่อกัน 3 เดือนเป็นเวลา 30 เดือน หรือการฉายแสงที่ศีรษะในขนาด 1800 cGy ร่วมกับการให้ยา Methotrexate เข้าในน้ำไขสันหลังหรือใช้ยา Methotrexate ร่วมกับยา Cytosine arabinoside ฉีดเข้าในน้ำไขสันหลังเป็นระยะ ๆ (วินัย สุวดี, 2539: 83-84)

5. การรักษาโดยการปลูกถ่ายไขกระดูกในผู้ป่วย ANLL ส่วนใหญ่ทำในระยะ First remission หากผู้ป่วยมีพี่น้องบิดามารดาเดียวกันที่มี HLA แอนติเจนเข้ากันได้ การเตรียมผู้ป่วยก่อน การปลูกถ่ายไขกระดูกนิยมใช้ยา Cyclophosphamide 120 มก./กก. ร่วมกับ Total body irradiation 990-1400 cGy หรือให้ยา Busulfan 4 มก./กก./วัน × 4 วัน ต่อด้วยยา Cyclophosphamide 50 มก./ กก./วัน × 4 วัน ผลการรักษาปรากฏว่ามีผู้ป่วยที่รอดชีวิตโดยปราศจากโรคเป็นเวลา 5 ปี หลังการ ปลูกถ่ายไขกระดูกประมาณร้อยละ 50-70 ภายหลังการปลูกถ่ายไขกระดูกมีผู้ป่วยที่โรคกลับเป็น ใหม่ (Relapse) ประมาณร้อยละ 20 ผู้ป่วยที่เสียชีวิตส่วนใหญ่เกิดจาก Graft versus - host disease และ Interstitial pneumonitis สำหรับการปลูกไขกระดูกในผู้ป่วย ANLLในระยะ Secondary remission หรือในผู้ป่วยที่มี Early relapse ได้ผลประมาณร้อยละ 20-45 นอกจากนี้ยังมีผู้ใช้ Autologous bone marrow transplantation ในผู้ป่วย ANLL โดยเจาะไขกระดูกของผู้ป่วยในระยะ Remission เก็บไว้ให้แก่ผู้ป่วยโดยตรง หลังจากกำจัดเซลล์มะเร็งในไขกระดูกที่เจาะไว้เสียก่อนด้วย แอนติบอดีต่อเซลล์มะเร็ง หรือใช้ยา 4 - Hydroxy - Cyclophosphamide (4-HC) นำเซลล์มะเร็งใน ไขกระดูกเสียก่อนที่จะนำไปให้ผู้ป่วย ซึ่งผลการรักษาในขั้นการทดลองได้ผลเป็นที่น่าพอใจ (มนตรี ตูจันดา, วินัย สุวดี, อรุณ วงษ์จิราษฏร์ และพิภพ จิริภิญโญ, 2544: 1624; ธานีทร อินทรกำธรชัย, 2542:350)

การรักษาประคับประคอง (Supportive Treatment)

การรักษาประคับประคองคือ การรักษาผู้ป่วยโดยพยายามป้องกัน และรักษาภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นในระยะแรก ซึ่งอาจทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้ เช่น ภาวะเลือดออกมาก การติดเชื้อภาวะไตวายจากกรดยูริกสูง ภาวะ Tumor lysis syndrome และ Leukostasis เป็นต้น ภาวะแทรกซ้อนจากผลข้างเคียงจากผลเสียของยา เช่น มีแผลในปากและทางเดินอาหาร การกดไขกระดูก ทำให้มีจำนวนเม็ดเลือดขาวต่ำมาก ซึ่งทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตจากการติดเชื้อรุนแรง และเลือดออกมาก การดูแลผู้ป่วยอย่างดีในช่วงนี้จึงมีความสำคัญที่สุดที่ทำให้ผู้ป่วยมีชีวิตอยู่ได้ (ทิพย์ ศรีไพศาล, วิชัย ประยูรวิวัฒน์ และกิตติ ต่อจรัส, 2539:84-85; ธานินทร์ อินทรกำรชัย, 2542: 348) ปัจจุบันส่วนใหญ่หยุดการรักษา หลังจากผู้ป่วยได้ Complete remission ติดต่อกันเป็นเวลานาน 3-3 1/2 ปี ปรากฏว่าหลังหยุดการรักษาผู้ป่วย Relapse ประมาณร้อยละ 10-15 โดยส่วนใหญ่จะ Relapse ภายใน 1 ปี หลังหยุดการรักษา หลังจากนั้น Relapse อีกประมาณร้อยละ 2-3 ต่อปี แต่ไม่มี Relapse อีกเลย หลังหยุดยามาแล้วเกิน 4 ปี หลังหยุดยาแล้วจำเป็นต้องติดตามดูแลผู้ป่วยต่อไปอย่างใกล้ชิดอย่างน้อย 5 ปี (ทิพย์ ศรีไพศาล, วิชัย ประยูรวิวัฒน์ และกิตติ ต่อจรัส, 2539:81-83; ธานินทร์ อินทรกำรชัย, 2542: 344-346)

สรุป การรักษาที่มีประสิทธิภาพคือ การรักษาด้วยยาเคมีบำบัดทั้งการรักษาจำเพาะและการรักษาประคับประคอง ร่วมกับการปลูกถ่ายไขกระดูก ปัจจุบันผู้ป่วยเด็กมีชีวิตได้ยาวนานเกิน 5 ปี ร้อยละ 80 (Hass, Maver & Reaman, 1998: 822)

ฤทธิ์ของยาเคมีบำบัด

เคมีบำบัดคือ ยาหรือสารเคมีที่ใช้รักษาโรคมะเร็ง โดยเข้าไปทำลายยับยั้งการเจริญเติบโต และแพร่กระจายของเซลล์มะเร็ง มีฤทธิ์ไปขัดขวางการทำงานของเอนไซม์ หรือสารซึ่งเป็องค์ประกอบสำคัญในการสร้าง DNA ของเซลล์ เนื่องจากเซลล์มะเร็งมีคุณสมบัติในการแบ่งตัวอย่างรวดเร็ว มีการสังเคราะห์ DNA เกือบตลอดเวลา ดังนั้นเซลล์มะเร็งจึงถูกทำลายได้ง่ายกว่าเซลล์ปกติ (สุมิตรา ทองประเสริฐ, 2536: 106; ศศิธร วรรณพงษ์, 2543: 1) โดยสามารถแบ่งกลุ่มทางเคมีของยาเคมีบำบัดได้ดังนี้

1. Alkylating agent ยาี่ส่วนมากมีผลต่อวงจรชีวิตของเซลล์ไม่จำเพาะว่าจะเป็นระยะเจริญเติบโตหรือระยะพัก โดยมีผลต่อเซลล์ที่กำลังเจริญเติบโตมากกว่าเซลล์ที่อยู่ในระยะพัก ยาในกลุ่มนี้ระงับการแบ่งตัวของเซลล์โดยรวมตัวกับ DNA ทำให้เกิดความผิดปกติในการไขว้กันของเส้น DNA ทำให้ทำหน้าที่ตามปกติไม่ได้ ได้แก่ Cyclophosphamide, Ifosfamide, Procarbazine, Nitrogenmustard, Melphatan, Chorambucil เป็นต้น

2. Antimetabolites ยากลุ่มนี้ออกฤทธิ์ส่วนใหญ่รบกวนการสังเคราะห์ DNA และมีผลยับยั้งขัดขวางการเจริญของเซลล์ที่แบ่งตัวเร็ว ๆ ในระยะ S-Phase ได้แก่ Methotrexate, Cytosine-arabioside (Cytosar-U) , 6-Mercaptopuire (6MP) , 6-Thioguanine (6-TG) , 5-Flurouracil (5-FU) เป็นต้น

3. Antibiotics ยานี้จะรบกวนการสังเคราะห์ DNA มีผลในการยับยั้งการแบ่งตัวของเซลล์มะเร็ง ได้แก่ Bleomycin, Doxorubicin (Adriamycin), Mitoxenthrone, Dactinomycin-D เป็นต้น

4. Plant alkaloid ยานี้ออกฤทธิ์รบกวนการแบ่งตัวของเซลล์ ยับยั้งการสังเคราะห์ RNA และโปรตีน ได้แก่ Vincristine, Vinblastine, Etoposide เป็นต้น

5. Hormones ยานี้จะกวดการแบ่งตัวและทำให้มีการแตกสลายของ Lymphocyte ห้ามการสังเคราะห์โปรตีนของเซลล์ และเปลี่ยนแปลงสภาวะแวดล้อมของเซลล์หรือเมตาโบลิซึมของเซลล์ ทำให้เซลล์มะเร็งไม่สามารถแบ่งตัวได้ อาจเห็นผลได้ในที่สุดได้แก่ Glucocorticoid, Corticosteroid, Tamoxifen, Diethylstilbestrol, Estradiol เป็นต้น

6. Miscellaneous agents ยานี้ไปยับยั้งเมตาโบลิซึมของเซลล์ ได้แก่ Cisplatin, Procarbazine, L-asparaginase เป็นต้น (สุมิตรา ทองประเสริฐ, 2536: 10-16; ศศิธร วรรณพงษ์, 2543:3-4)

ผลข้างเคียงของยาเคมีบำบัด (Side – effects of chemotherapy)

ผลข้างเคียงของยาเคมีบำบัด หมายถึง อาการที่เกิดขึ้นขณะกำลังได้รับยาหรือภายหลังได้รับยาเสร็จแล้ว โดยมากจะเป็นอาการที่ก่อให้เกิดความไม่สุขสบาย เช่น อ่อนเพลีย คลื่นไส้ อาเจียน เบื่ออาหาร มีแผลในปาก กดไขกระดูกทำให้เกิดการติดเชื้อได้ง่าย อาการที่เกิดจากผลข้างเคียงของยาเคมีบำบัด แบ่งตามระยะเวลาของการเกิดอาการได้ดังนี้ (Luken & Middleton, 1995: 98 อ้างถึงใน เกศณี บุญยวัฒน์นางกุล, 2541: 16)

1. ขณะกำลังได้รับยาเคมีบำบัด ได้แก่

1.1 อาการคลื่นไส้อาเจียน เป็นอาการแทรกซ้อนที่พบบ่อยในเด็กทุกคน เนื่องจากยานี้มีผลต่อระบบทางเดินอาหารและระบบประสาทส่วนกลาง ส่วนมากมักเกิดภายใน 1-6 ชั่วโมง หลังได้รับยาและหายไปภายใน 36 ชั่วโมง ยานางชนิดภายหลังฉีดเข้าหลอดเลือดดำ 2-3 นาที อาจทำให้ผู้ป่วยคลื่นไส้อาเจียนได้ จากการอาเจียนเป็นเศษอาหารไปจนถึงน้ำย่อย อาการจะรุนแรงมากหรือน้อยขึ้นกับชนิดและขนาดของยา ถ้ามีอาการคลื่นไส้อาเจียนหลายวันอาจทำให้เกิดอาการอ่อนเพลียได้ (Luken & Middleton, 1995: 98-109 อ้างถึงใน เกศณี บุญยวัฒน์นางกุล, 2541: 16) ผู้ป่วยที่อาเจียนรุนแรงจะขาดน้ำ Sunken eye Skin turgor ลดลง ปากแห้ง จึงควรให้น้ำเกลือทดแทนทางน้ำเกลือและให้ยาแก้อาเจียนอย่างต่อเนื่อง (Hockenberry et al., 1990: 243-244)

1.2 เนื้อเยื่ออักเสบเมื่อยาบางชนิดรั่วออกนอกเส้นเลือด บริเวณที่ให้ยาจะบวมแดงปวด เนื้อเยื่อถูกทำลาย เกิดเนื้อตายและมีแผลเป็นได้

1.3 มีไข้ หนาวสั่น อาจเกิดจากภายหลังได้รับยาเคมีบำบัดทันที จนถึง 6 ชั่วโมง และจะหายไปภายหลัง 24 ชั่วโมง หรือหลังจากผู้ป่วยได้รับยาเคมีบำบัดประมาณ 6-10 วัน อาจนอนซม ซึมเมื่อมีไข้สูง (ลดาวัลย์ ประทีปชัยกุล และคณะ, 2542: 160)

1.4 สีและกลิ่นของปัสสาวะอาจเปลี่ยนแปลงได้ขณะรับยา เช่น ยาบางชนิดทำให้ปัสสาวะมีสีเหลือง ยาบางชนิดทำให้ปัสสาวะมีสีแดง

2. อาการหลังได้รับยาแล้ว 24 ชั่วโมง ได้แก่

2.1 ภาวะพิษสภาวะอักเสบ เกิดจากสารตกค้าง (End product) ของยาเคมีบำบัดบางชนิด เช่น Cyclophosphamide ไปทำลายเยื่อบุกระเพาะปัสสาวะ ภายหลังได้รับยาอาจทำให้มีเลือดออกในกระเพาะปัสสาวะและปัสสาวะเป็นเลือดได้

2.2 อ่อนเพลีย กล้ามเนื้ออ่อนแรง ซึ่งเกิดจากผลของยาเคมีบำบัดต่อกล้ามเนื้อ และเส้นประสาท อาจมีอาการนานถึง 1 สัปดาห์หรือมากกว่านั้น

2.3 ท้องเดินหรือปวดท้อง ซึ่งเกิดจากมีการบีบตัวของลำไส้อย่างมาก เนื่องจากมีการอักเสบของลำไส้และกระเพาะอาหาร ถ้ามีอาการรุนแรงจะทำให้เสียสมดุลย์ของเกลือแร่ในร่างกายและขาดน้ำ และบางครั้งอาจมีอาการท้องผูก

2.4 การสร้างเม็ดเลือดและการทำงานของไขกระดูกถูกกด จากการได้รับยาเคมีบำบัดทำให้เกิดเม็ดเลือดขาวน้อย ความต้านทานต่อเชื้อโรคลดลง เกิดการติดเชื้อได้ง่าย เม็ดเลือดแดงน้อยทำให้เกิดอาการซีด เหนื่อย อ่อนเพลียได้ง่าย เกล็ดเลือดน้อยทำให้เกิดเลือดออกง่ายตามไรฟัน ริมฝีปาก เหงือกและลิ้น มีจุดเลือดและจ้ำเลือดตามตัว เลือดกำเดาไหล ถ่ายอุจจาระเป็นเลือดหรืออาเจียนมีเลือดปน ถ้าเกล็ดเลือดต่ำกว่า 40000 ลูกบาศก์มิลลิเมตร เมื่อมีเลือดออกจะหยุดยาก ถ้าเกล็ดเลือดต่ำกว่า 20000 ลูกบาศก์มิลลิเมตรเลือดจะออกได้เอง (ลดาวัลย์ ประทีปชัยกุล และคณะ, 2542:160)

3.อาการแทรกซ้อนหลังได้รับยา 2-3 สัปดาห์ ได้แก่

3.1 เบื่ออาหาร น้ำหนักลด แต่จะกลับสู่ภาวะปกติภายใน 2-4 เดือน

(Luken & Middleton, 1995 อ้างถึงใน เกศณี บุญยพัฒนางกุล, 2541:17) ผู้ป่วยมะเร็งส่วนใหญ่มีภาวะทุโภชนาการอยู่แล้ว จากการได้รับอาหารน้อยลงกว่าปกติ อันเนื่องจากรอยโรคเองที่ทำให้เกิดการอุดตันของทางเดินอาหาร รู้สึกอึดง่ายไม่ยอมรับประทานอาหารจากการที่มะเร็งทำให้ระดับกรดไขมันและน้ำตาลในเลือดสูง อุณหภูมิร่างกายสูงขึ้น มีการหลั่งสารแอดรีเนอรัจิกมากขึ้น เป็นต้น ยังมีอาการเหม็นเฟื่อน อาหารไม่ถูกปาก เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงของการรับรสโดยร้อยละ 59.6 รู้สึกไวต่อรสขม ในขณะที่ความรู้สึกต่อรสเค็มและหวานน้อยลง การเปลี่ยนแปลงต่อการรับรสจะเป็นมากขึ้นเมื่อโรคลุกลามมากขึ้น (Haldij et al., 1986) หากผู้ป่วยได้รับอาหารน้อยกว่าปกติ ไม่ว่าจะสาเหตุของโรคเองหรือปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ผลข้างเคียงที่ไม่พึงประสงค์ของยาเคมีบำบัดเป็นเหตุให้ภาวะโภชนาการขาดสมดุล ส่งผลให้การรักษาด้วยเคมีบำบัดได้ผลน้อยลงด้วย

นอกจากนี้ผู้ป่วยยังมีอาการเจ็บปาก มีแผลในปาก ปวดหลัง แน่นท้อง อ่อนเพลีย มีผลให้รับประทานอาหารไม่ได้ อาการเมื่ออาหารจะสัมพันธ์กับการเกิดแผลในปาก (ชอลดา พันธุเสนา และธัญพร ชื่นกลิ่น, 2542: 100)

3.2 ผมร่วง อาจเริ่มร่วงหลังจากได้รับยาแล้ว 2-3 สัปดาห์เป็นอยู่ประมาณ 3 สัปดาห์ เพราะการให้ยาเคมีบำบัดขนาดน้อยทำให้เส้นผมหดตัวและการเจริญเติบโตของผมหยุดชะงัก แต่ถ้าให้ยาเคมีบำบัดขนาดมากทำให้ท่อผมฝ่อและร่วงหลังสระหรือหวีผม โดยเริ่มร่วงทีละน้อย ๆ ร่วงเป็นหย่อม ผู้ป่วยทุกคนจะปฏิเสธการโกนผมในครั้งแรก เนื่องจากอาย กลัวถูกเพื่อนล้อ แต่ในที่สุดผู้ป่วยจะยินยอมโกนผมเนื่องจากผมร่วงมากขึ้น (ลดาวัลย์ ประทีปชัยกุล และคณะ, 2542: 159-160) อาการผมร่วงมักกลับคืนดีขึ้นได้ ผมจะงอกใหม่ใน 2-3 เดือนหลังเลิกได้รับยาเคมีบำบัด และผมที่งอกขึ้นใหม่มักหยิกสลาย สีดำและนิ่ม (Luken & Middleton, 1995 อ้างถึงใน เกศณี บุญยวัฒน์นางกุล, 2541: 17)

3.3 ปากอักเสบ มีแผลในปาก มักเกิดหลังจากได้รับยาประมาณ 1 - 2 สัปดาห์ ริมฝีปากและเยื่อช่องปากจะแห้ง ซีดและเลือดออกง่ายในช่องปาก อาจแดง เจ็บหรือมีแผล ผู้ป่วยที่มีฟันผุจะมีแนวโน้มที่เกิดแผลในปากได้มากกว่าแผลที่เป็นอยู่นาน 10-15 วัน เวลาหายแผลจะหายสนิท ยิ่งระยะเวลาการเป็นมะเร็งและระยะเวลาให้ยานานมากขึ้น โอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนในช่องปากมีบ่อยขึ้น ยาเคมีบำบัดยังมีผลต่อการแบ่งตัวของเซลล์ ทำให้เซลล์เกิดใหม่น้อยลง มีผลทำให้เยื่อบุโพธิ์เลียในช่องปากบางลง เกิดอาการบวมแดง เรียกว่าการอักเสบของเยื่อช่องปาก (Mucositis) หรือมีการอักเสบทั่วทั้งปาก (Stomatitis) หรือเป็นแผลในปาก (Oral ulcerative) เชื้อแบคทีเรียในปากที่ก่อให้เกิดการติดเชื้อในช่องปาก เช่น *Staphylococcus aureus*, *Candida albican*, ส่วนไวรัสที่พบบ่อย ได้แก่ เริมและมักเกิดร่วมไปกับภาวะขาดอาหาร เพราะผู้ป่วยรับประทานอาหารน้อยลง เพื่อหลีกเลี่ยงความเจ็บปวดจากการเคี้ยวและกลืนอาหาร มีการเปลี่ยนแปลงการรับรสอาหาร (เสาวลักษณ์ เล็กอุทัย, กอบศิริ ตรงคงสิน และจารุณี จันท์จากรุณ, 2541: 5-6)

3.4 ผิวหนังแห้งและเกิดผื่นทำให้มีอาการคัน ผิวสีคล้ำลง เพราะยาเคมีบำบัดเป็นสาเหตุการแพ้แสง ทำให้เกิดผิวไหม้รุนแรงจากการดูดซึมรังสีอัลตราไวโอเล็ตที่มีผลต่อผิวชั้น Epidermal cell เช่น Actinomycin D, Metrotrexate จึงควรให้ผู้ป่วยหลีกเลี่ยงการถูกแสงแดดหลังได้รับยา 1-2 วัน (Lilley, 1990: 253)

สรุป ยาเคมีบำบัดแม้มีประสิทธิภาพในการรักษาสูง แต่มีผลข้างเคียงตามมามากมาย เช่น เบื่ออาหาร คลื่นไส้ อาเจียน ปากเป็นแผล ไชกระดูกถูกกดการทำงาน ทำให้ซีด เกล็ดเลือดต่ำ เลือดออกง่าย มีการติดเชื้อได้บ่อย (lilley, 1990: 252-253) ถ้านิวโทรฟิลต่ำกว่า 1000 เซลล์ ต่อลูกบาศก์ มิลลิเมตร มักมีการติดเชื้อทุกราย และเป็นสาเหตุการตายถึงร้อยละ 70 (ปัญจะ กุลพงษ์, 2540: 54) ดังนั้นพยาบาลจึงมีบทบาทในการให้ความรู้ ความเข้าใจในการปฏิบัติตัวและดูแลตนเองแก่ผู้ป่วยวัยรุ่น เพื่อสามารถปรับตัวต่อภาวะของโรคและผลข้างเคียงจากยาเคมีบำบัดได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ผลกระทบของโรคมะเร็งเม็ดเลือดต่อผู้ป่วยวัยรุ่น

เมื่อเกิดการเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งเม็ดเลือด วัยรุ่นต้องได้รับการบำบัดรักษาแม้จะปลอดภัยจากโรคเป็นระยะเวลานาน การเข้าโรงพยาบาลบ่อย ๆ เพื่อรับการรักษาย่างต่อเนื่องหรือมาติดตามตรวจตามนัด ย่อมส่งผลกระทบต่อ การเปลี่ยนแปลงในวัยรุ่นทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคมดังนี้

1. ด้านร่างกาย การเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดทำให้วัยรุ่นมีการเจริญเติบโตช้าและขาดโอกาสในการพัฒนาทางด้านร่างกาย จากสาเหตุต่าง ๆ หลายประการร่วมกัน เช่น ระยะเวลาเจ็บป่วยที่ยาวนาน การกลับเข้ารับการรักษาบ่อยครั้ง การเผชิญกับการติดเชื้อบ่อย ๆ อาการข้างเคียงจากยาเคมีบำบัด อาจมีความพิการหรือบกพร่องหลงเหลือจากการเจ็บป่วย ต้องใช้เวลาในการรักษานาน ถูกจำกัดการออกกำลังกาย ถูกจำกัดกิจกรรมจากภาวะเม็ดเลือดขาวต่ำ หรือเกล็ดเลือดต่ำ ทำให้ขาดโอกาสต่าง ๆ เมื่อเทียบกับวัยรุ่นอื่น ๆ ที่ร่างกายสมบูรณ์และการเจริญเติบโตที่บกพร่อง ยังผลให้วัยรุ่นมีภาพลักษณ์ที่ไม่ดี (Kappy, 1987: 489-493; วิภารัตน์ แสงสุวรรณ, 2541: 20-21)
2. ด้านสติปัญญาและภาษา พัฒนาการทางสติปัญญาและภาษาขึ้นกับการเจริญเติบโตของสมองและการเรียนรู้ วัยรุ่นที่ป่วยด้วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดต้องขาดโรงเรียนบ่อย ๆ เนื่องจากเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลหรือจากการต้องมาพบแพทย์ตามนัด หรือจำเป็นต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเป็นครั้งคราว ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมกับเพื่อนวัยเดียวกันหรือเล่นกับเพื่อนได้ตามปกติ จึงทำให้ขาดโอกาสในการเรียนรู้ และยาเคมีบำบัดยังมีผลต่อการเจริญเติบโตของสมอง ดังที่ Challinor, et al (2000: 57-58) กล่าวว่า ยาเคมีบำบัดมีผลต่อสติปัญญา พฤติกรรม ความสามารถในการเข้าสังคม วัยรุ่นที่รอดชีวิตจากโรคมะเร็งจะใช้ชีวิตอย่าง โดดเดี่ยว และมีเพื่อนในวัยเดียวกันน้อย เมื่อเทียบกับเด็กปกติ (Neill, 1979:448 อ้างถึงในวิภารัตน์ แสงสุวรรณ, 2541 :21)
3. ด้านอารมณ์ สังคม และบุคลิกภาพ เนื่องจากการเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งเม็ดเลือด ต้องใช้เวลารักษาที่ยาวนานและยาเคมีบำบัดทำให้รูปร่างหน้าตาเปลี่ยนไป เช่น ผมร่วง ผิวสีคล้ำหรือผิวหนังเป็นผื่น วัยรุ่นจะยิ่งวิตกกังวลกับภาพลักษณ์ของตนเองและผลจะรุนแรงที่สุดในวัยรุ่น ทำให้รู้สึกว่าตนเองต่ำต้อยไม่มีคุณค่า ขี้โรค อ่อนแอ ผู้คนอื่นไม่ได้ โกรธ อาย เสรีซ่าซึม แยกตัว ถอยหนี ไม่อยากสมาคมกับเพื่อนหรือบุคคลข้างเคียง (ปริศนา สุนทรไชย, 2534: 15) อาจมีความวิตกกังวลที่ต้องเข้ารับการรักษาบ่อยครั้ง เนื่องจากความรุนแรงของโรค ซึ่งเป็นภาวะวิกฤตที่ทำให้วัยรุ่นเสียสมดุล เกิดผลกระทบต่อพัฒนาการด้านอารมณ์และอื่น ๆ ได้ (Kappy, 1987: 489) และยังขัดขวางพัฒนาการทางด้านสังคมและบุคลิกภาพด้วย ทุกข์ทรมานจากการเจ็บป่วยเมื่ออยู่โรงพยาบาลเป็นเวลานาน ถูกจำกัดอาหาร จำกัดกิจกรรมจากภาวะเม็ดเลือดขาวต่ำหรือเกล็ดเลือดต่ำ ซึ่งล้วนส่งผลต่อจิตใจ อารมณ์ และการดำเนินชีวิตประจำวันของวัยรุ่น เมื่อวัยรุ่นถูกแยกจากเพื่อนและสังคมเป็นเวลานาน ประกอบกับมีปฏิกริยาทางด้านอารมณ์หลายอย่าง ทำให้วัยรุ่นต้องพึ่งพาบิดามารดามาก

ขึ้น ต้องการความสนใจจากผู้ใกล้ชิด บางรายเมื่ออาการเจ็บป่วยทุเลาลงไม่ยอมเข้ากลุ่มกับเพื่อน ไม่อยากไปโรงเรียน ก้าวร้าวต่อต้านสังคมทำให้เพื่อนไม่ยอมรับ ไม่มีความมั่นใจในตนเอง ทำให้วัยรุ่นปรับตัวเข้ากับสังคมได้ยาก (วิภารัตน์ แสงสุวรรณ, 2541: 21) การเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดส่งผลต่อพัฒนาการด้านบุคลิกภาพ มีความรู้สึกว่าเป็นปมด้อย ถูกจำกัดกิจกรรม ทำอะไรไม่เท่าเทียมเพื่อน ถ้าบิดามารดามีทัศนคติในการเลี้ยงดูที่ไม่ถูกต้อง อาจทำให้มีบุคลิกภาพแบบไม่มั่นใจและแยกตัวจากสังคม (Cadman et al., 1987: 805-813)

สรุป ผลกระทบของโรคมะเร็งเม็ดเลือด ทำให้วัยรุ่นมีการเจริญเติบโตช้า ถูกจำกัดการออกกำลังกาย รวมทั้งยาเคมีบำบัดยังมีผลต่อการเจริญเติบโตของสมอง ทำให้พัฒนาการทางสติปัญญา ภาษา และพฤติกรรมบกพร่อง ขาดโอกาสในการเรียนรู้หรือเข้าร่วมกิจกรรมกับเพื่อนในวัยเดียวกัน รวมถึงภาพลักษณ์ที่เปลี่ยนแปลงไป ทำให้ขาดความเชื่อมั่นในการเข้าสังคม เป็นปมด้อย ทำให้ขัดขวางพัฒนาการทางด้านสังคมและบุคลิกภาพ รวมทั้งต้องพึ่งพาบิดามารดามากขึ้น พยาบาลจึงควรมีบทบาทในการช่วยให้ผู้ป่วยมีการปรับตัวและส่งเสริมพัฒนาการต่าง ๆ ให้เหมาะสมตามวัย

ผลกระทบจากโรคมะเร็งเม็ดเลือดต่อสมาชิกในครอบครัว

เมื่อวัยรุ่นเจ็บป่วยในครอบครัว บิดามารดาหรือสมาชิกในครอบครัวจะได้รับผลกระทบต่าง ๆ จากการที่มีวัยรุ่นเจ็บป่วยดังนี้

1. ด้านชีวิตประจำวัน ผู้ป่วยวัยรุ่นโรคเรื้อรังมีความบกพร่องในหน้าที่ต่าง ๆ ของร่างกาย การช่วยเหลือหรือดูแลตนเองจะกระทำได้น้อยลง ต้องอยู่ในความดูแลของผู้ใหญ่ที่มีวุฒิภาวะ และมีความพร้อมที่จะดูแลผู้ป่วยได้ (Orem, 1985: 155) ต้องพึ่งพาบิดามารดาหรือสมาชิกในครอบครัวที่จะส่งเสริมสุขภาพและสวัสดิภาพของตน ทำให้บิดามารดาหรือผู้ดูแลต้องใช้เวลาให้ความช่วยเหลือในกิจกรรมประจำวันของชีวิตและกิจกรรมเกี่ยวกับโรคและการรักษา เช่น การให้ยา การมาตรวจตามนัด การปรุงอาหารให้เหมาะสมกับโรค เพื่อให้ผู้ป่วยมีภาวะสุขภาพที่ดี สามารถดำรงชีวิตอย่างผาสุก แม้ว่าจะมารดาหรือผู้ดูแลเต็มใจกระทำก็ตาม แต่เป็นภาระที่หนักในการใช้เวลาและพลังงานในการดูแลอย่างต่อเนื่องเป็นระยะเวลายาวนาน อาจทำให้มารดาหรือผู้ดูแลไม่มีเวลาเป็นของตนเอง ลดบทบาทหน้าที่ที่เคยกระทำตามปกติหรือไม่มีโอกาสได้กระทำบทบาทอย่างเต็มที่ (สกาวิรัตน์ พวงจันทร์, 2538: 18)

2. ด้านเศรษฐกิจ การเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังเป็นสาเหตุสำคัญที่มีผลกระทบต่อสภาพการเงิน และเศรษฐกิจในครอบครัวเพราะ ต้องใช้เวลาในการรักษานาน ทำให้เสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลมากและไม่สิ้นสุด ไม่ว่าจะเป็นค่ายา ค่าอุปกรณ์เครื่องใช้ต่าง ๆ ที่จำเป็น ยิ่งผู้ป่วยวัยรุ่นมาตรวจหรือรับการรักษาในโรงพยาบาลที่ไกลบ้าน จะต้องเสียค่าใช้จ่ายเป็นค่าที่พักและค่าอาหาร

เพิ่มขึ้น บิดามารดาอาจต้องหยุดงาน เพื่อพาผู้ป่วยวัยรุ่นไปรับการตรวจรักษาที่โรงพยาบาล ต้องลาออกจางานเพื่อดูแลผู้ป่วยที่บ้าน บางรายต้องลดชั่วโมงการทำงานลงหรืออาจต้องเปลี่ยนแปลงงานเพื่อให้เหมาะสมและสะดวกต่อการดูแลผู้ป่วย บางรายต้องทำงานหนักขึ้น อาจต้องหาอาชีพเสริมเพื่อเพิ่มรายได้ให้พอกับค่าใช้จ่ายที่เพิ่มมากขึ้น ทำให้มีเวลาในการพักผ่อนน้อยลง บิดามารดาต้องมีการหนักและมากขึ้น มีผลทำให้เหน็ดเหนื่อยมากขึ้น ยิ่งเพิ่มความเครียดและวิตกกังวลกับสมาชิกในครอบครัว

3. ด้านสังคม Futcher (1988: 381) กล่าวว่า มารดามักอับอายจากการที่ผู้ป่วยวัยรุ่นเจ็บป่วย แยกตัวจากคนอื่น ล้มเหลวในการติดต่อสื่อสารกับทั้งบุคคลในครอบครัวและภายนอกครอบครัว การเข้าสังคมของสมาชิกในครอบครัวถูกจำกัดลง เพราะกลัวว่าถ้าตนเองออกไปทำกิจกรรมในสังคมแล้วจะไม่มีผู้ดูแลผู้ป่วย อาจหยุดกิจกรรมนอกบ้านที่เคยปฏิบัติ เพื่อนบางคนแสดงปฏิกิริยาและให้การประคับประคองไม่เหมาะสม หรือห่างเหินหายหน้าไปทีละคนทำให้เหมือนถูกทอดทิ้งให้อยู่โดดเดี่ยว บางครอบครัวอาจช่วยเหลือเกี่ยวกับค่าใช้จ่าย แต่บางครอบครัวอาจไม่มีเวลาไปมาหาสู่กัน มีผลทำให้สัมพันธ์ภาพที่เคยมีต่อกันต้องห่างเหินออกไปทุกที บางรายบิดามารดาอาจหาข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยของผู้ป่วยวัยรุ่นจากแพทย์และพยาบาล หรือมารดาที่มีผู้ป่วยวัยรุ่นเจ็บป่วยด้วยโรคเดียวกัน หรือระบายความทุกข์ที่เกิดจากความเจ็บป่วยของผู้ป่วยให้ผู้อื่นฟัง (Prugh, 1983: 440-441) เมื่อมารดาต้องใช้เวลาในการดูแลผู้ป่วยวัยรุ่น ทำให้ไม่สามารถทำบทบาทในครอบครัวได้สมบูรณ์ เช่น การดูแลบุตรคนอื่น ๆ การดูแลสามี การทำงานบ้าน ทำให้สมาชิกในครอบครัวต้องเปลี่ยนแปลงบทบาทตามความเหมาะสม บิดาอาจรู้สึก โกรธ เศร้าโศก และเหน็ดเหนื่อย ในขณะที่มารดาบางรายต้องกลับไปดูแลบุตรคนอื่นที่ไม่เจ็บป่วยและทำงานนอกบ้านด้วย ส่งผลให้มารดาเกิดความเหน็ดเหนื่อยและอ่อนล้ามากขึ้น (สกาเวิร์ดน์ พวงจันทร์, 2538: 19-20)

4. สัมพันธภาพในครอบครัว จากการที่มารดาต้องรับภาระดูแลระดับประคองผู้ป่วยวัยรุ่นเป็นเวลานาน ไม่ได้รับการพักผ่อนหย่อนใจมีผลทำให้สัมพันธภาพในครอบครัวกระทบกระเทือนไปด้วย โดยเฉพาะชีวิตสมรสพบว่ามีกรหย่าร้างและฆ่าตัวตายอย่างเด่นชัด อาจเกิดจากสามี ภรรยา ดำเนินฝ่ายใดฝ่ายหนึ่งเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของผู้ป่วย หรือมีพฤติกรรมเผชิญความเครียดที่อีกฝ่ายไม่เข้าใจทำให้เกิดความขัดแย้ง ต้องทำงานพิเศษเพื่อเพิ่มรายได้ ทำให้มีเวลาพักผ่อนน้อย บางครอบครัวบิดามารดาที่มีความใกล้ชิดกันมากขึ้น เพราะความรักและห่วงใยผู้ป่วย ทำให้ต้องปรึกษาและประคับประคองซึ่งกันและกัน การสนทนาเปิดเผยความรู้สึกได้แสดงความคิดเห็นและความคาดหวังในชีวิตสมรส รวมทั้งไว้วางใจอย่างจริงใจเป็นสิ่งทำนายความพึงพอใจในชีวิตสมรสทั้งของบิดามารดาได้ (Hanson & Schuldt, 1984: 923-926; Schumm, 1986: 241-247) จากการศึกษาครอบครัวที่มีบุตรเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็ง พบว่า บิดามารดาที่มีความผูกพันกันมากขึ้น เนื่องจากบิดามารดาเป็นแหล่งสนับสนุนและคอยให้กำลังใจที่สำคัญที่สุด แต่เมื่อผู้ป่วยวัยรุ่นต้องอยู่ใน

โรงพยาบาลมากขึ้น จะทำให้การประทับประคองจากกลุ่มสมรสลดลง โดยบิดามักคิดว่ามารดา มีบทบาทและหน้าที่รับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วยมากกว่าตนเอง (Barbarin et al., 1985: 473-480) นอกจากนี้ยังพบว่าความสัมพันธ์ระหว่างสามีภรรยาห่างเหินกัน เพราะมารดาให้ความสนใจผู้ป่วยมากขึ้น บางรายมารดาต้องไปเฝ้าผู้ป่วยที่โรงพยาบาลเป็นเวลานาน ส่วนบิดาต้องทำงานมากขึ้น เพราะมีรายจ่ายเกี่ยวกับผู้ป่วยมากขึ้น หรือบิดามารดาอาจตกลงกันไม่ได้เกี่ยวกับความรับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วย ทำให้บิดามารดาเกิดความเหนื่อยล้าและมีเวลาพูดคุยน้อย (ปริศนา สุนทรไชย, 2534: 66)

5. ด้านอารมณ์และจิตใจ เมื่อผู้ป่วยวัยรุ่นมีอาการกำเริบมากขึ้น บิดามารดาจะเกิดความเครียดและวิตกกังวล ยิ่งผู้ป่วยวัยรุ่นมีความหมายต่อบิดามารดามากจะรู้สึกสูญเสียมากเกิดปฏิกิริยารุนแรงและยาวนาน ความหมายของผู้ป่วยต่อบิดามารดาขึ้นกับลำดับของบุตร เพศ อายุ สภาพการณ์ของครอบครัวขณะเจ็บป่วย ความยากง่ายในการเลี้ยงดู ตลอดจนอายุของบุตรคนอื่น ๆ (สกาวรัตน์ พวงจันทร์, 2538:22)

6. ผลกระทบต่อพี่น้องของวัยรุ่นโรคมะเร็งเม็ดเลือด มีดังนี้

6.1 ความเครียด (Stress) ความเครียดต่อพี่น้องของผู้ป่วยวัยรุ่นจากการที่ไม่ได้ได้รับความสนใจจากบิดามารดา เนื่องจากบิดามารดาให้เวลากับผู้ป่วยวัยรุ่นมาก พบว่าพี่น้องของผู้ป่วยวัยรุ่นด้วยโรคมะเร็งมีสาเหตุความเครียดจากสิ่งต่าง ๆ ได้แก่

6.1.1 พื้นฐานทางอารมณ์ที่มีอยู่เดิม พี่น้องของผู้ป่วยวัยรุ่นจะรู้สึกต่อบิดามารดาทอดทิ้งตนเอง ไม่รักตน ความอดทนของบิดามารดาต่อพฤติกรรมของเขามีน้อยลง เช่น กฎเกณฑ์หรือระเบียบวินัยต่าง ๆ ให้ความสนใจเขาน้อยลง ดังที่ Tritt & Esses (1988: 211-220) กล่าวว่าพี่น้องของผู้ป่วยวัยรุ่นจะมีการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านบวกและด้านลบ เพราะเมื่อมีการเจ็บป่วย บิดามารดาจะกังวลกับผู้ป่วยเกือบครึ่งของพี่น้องผู้ป่วยวัยรุ่นจะต้องรับผิดชอบงานต่าง ๆ เพิ่มขึ้น และได้รับการเอาใจใส่น้อยลง Menke (1987) พบว่า พี่น้องของผู้ป่วยวัยรุ่นจะกังวลกับการเจ็บป่วยของผู้ป่วย เพราะบิดามารดาให้ความสนใจผู้ป่วยเพิ่มขึ้น 59% ของพี่น้องผู้ป่วยวัยรุ่นกล่าวว่าบิดามารดาเพิ่มความสนใจผู้ป่วยโดยไม่รบกวนเขา แต่ Koocher & Malley (1981) สัมภาษณ์พี่น้องที่รอดชีวิตจากโรคมะเร็งเป็นเวลานานพบว่า 1/4 ของพี่น้องผู้ป่วยวัยรุ่นอิจฉาการรักษาของผู้ป่วย 1/5 ของพี่น้องผู้ป่วยวัยรุ่นยังคงมีความรู้สึกอิจฉาต่อไป 1/3 ของพี่น้องผู้ป่วยวัยรุ่นจะกังวลกับโรคมะเร็งและสมาชิกในครอบครัวมีความใกล้ชิดมากขึ้น

6.1.2 การพลัดพรากจากกัน การที่มารดาต้องมีกิจกรรมร่วมกับผู้ป่วยวัยรุ่น เช่น การพามาตรวจกับแพทย์ตามนัด การเฝ้าระวังอาการป่วยที่ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล บางครั้งต้องปล่อยให้พี่น้องผู้ป่วยวัยรุ่นอยู่กับญาติหรือเพื่อนบ้าน ทำให้เกิดการแยกจากระหว่างสมาชิกในครอบครัว ดังที่ Sargent, et al (1995: 152) ศึกษาพี่น้องของวัยรุ่นโรคมะเร็งพบว่าจะเป็นทุกข์จากการแยกจากครอบครัว ขาดการเอาใจใส่ เพราะบิดามารดาให้ความ

สนใจผู้ป่วยวัยรุ่น ทำให้เกิดความรู้สึกด้านลบกับสมาชิกในครอบครัว ผลการรักษาโรคมะเร็งและกลัวเกี่ยวกับความตาย พี่น้องของผู้ป่วยบางคนรายงานว่ารู้สึกสงสารผู้ป่วยวัยรุ่นที่ป่วยมากขึ้น ทำให้ครอบครัวมีความใกล้ชิดมากขึ้น ทั้งนี้ขึ้นกับอายุ เพศ ที่แตกต่างกันและตอบสนองต่อการรับรู้ต่างกัน โดยเฉพาะพี่น้องของผู้ป่วยวัยรุ่นอายุมากกว่าจะมีระดับวุฒิภาวะในการเผชิญปัญหาต่อความเครียดสูงกว่าพี่น้องของผู้ป่วยวัยรุ่นอายุต่ำกว่า

6.1.3 แผนการรักษาทำให้กิจวัตรประจำวันหรือแผนการต่าง ๆ ของ

ครอบครัวเปลี่ยนไป ดังที่ Drotar & Crawford (1985: 355-362) และ Menke (1987: 132-140) ได้กล่าวว่าความเครียดของพี่น้องผู้ป่วยวัยรุ่น นอกจากภาวะแยกจากบิดามารดา แบบแผนชีวิตในครอบครัวและความสัมพันธ์ในครอบครัวต้องเปลี่ยนแปลงไป จากความไม่แน่นอนต่อความเจ็บป่วย ขาดข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยและเป็นทุกข์กับผู้ป่วย การรับรู้ต่อสิ่งก่อความเครียดของพี่น้องผู้ป่วยวัยรุ่นคือ ต้องพยายามปรับตัวกับการเปลี่ยนแปลงในครอบครัว คล้ายกับ Patterson & McCubbin (1983) กล่าวว่า การรับรู้ของครอบครัวต่อเหตุการณ์วิกฤต เช่น การวินิจฉัยโรคที่คุกคามหรือรุนแรงเป็นสิ่งสำคัญต่อการปรับตัวของครอบครัว Sahler & Carpenter (1989: 690-696) พบว่าพี่น้องของผู้ป่วยโรคมะเร็งจะมีปัญหาการปรับตัวเข้ากับบิดามารดา เป็นทุกข์จากการถูกรบกวนบทบาทหน้าที่ บทบาทของครอบครัว และขาดแหล่งในการสนับสนุนช่วยเหลือ

6.2 ความกลัว (Fear) เมื่อผู้ป่วยวัยรุ่นต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล พี่น้องของผู้ป่วยวัยรุ่นจะรับรู้ว่าเขาป่วย แต่ไม่ทราบถึงการวินิจฉัย ไม่ได้ร่วมอยู่ในสถานการณ์ที่โรงพยาบาล พี่น้องของผู้ป่วยวัยรุ่นอาจนึกถึงสาเหตุความเจ็บป่วยตามข้อมูลที่ได้ยินหรือพูดคุยของบิดามารดา อาจจินตนาการตามความคิดของเขา ทำให้สับสนหวาดกลัว ทำให้พี่น้องของผู้ป่วยวัยรุ่นเกิดความหวาดหวั่นต่อโรคได้

6.3 ความรู้สึกผิด (Guilt) ความรู้สึกผิดของพี่น้องผู้ป่วยวัยรุ่นจากการที่มีความรู้สึกว่าคุณเองไม่สามารถเปลี่ยนแปลงสถานการณ์ให้ดีขึ้นได้ หรือรู้สึกผิดที่ตนเองมีสุขภาพดีในขณะที่พี่น้องของผู้ป่วยวัยรุ่นเจ็บป่วย หรือพี่น้องบางคนคิดว่าเขาเป็นสาเหตุทำให้พี่น้องของเขาเจ็บป่วย ปฏิบัติทางด้านจิตใจของพี่น้องผู้ป่วยวัยรุ่นอาจเพิ่มมากขึ้นเมื่อมารดาที่มีความเครียดทางด้านอารมณ์และมีความเหน็ดเหนื่อย หรือทุ่มเทเวลาเพื่อดูแลบุตรที่เจ็บป่วยโดยละทิ้งไม่ดูแลบุตรคนอื่น ๆ อาจปกป้องพี่น้องของผู้ป่วยวัยรุ่นมากเกินไป เนื่องจากกลัวว่าพี่น้องของผู้ป่วยเกิดการเจ็บป่วยขึ้นซึ่งปฏิบัติของพี่น้องขึ้นกับปัจจัยหลายประการ เช่น อายุ ระดับพัฒนาการของพี่น้อง สัมพันธภาพระหว่างพี่น้องและผู้ป่วยวัยรุ่น ความรุนแรงและระยะเวลาที่เจ็บป่วยของวัยรุ่น ปฏิบัติการของมารดา การสื่อสารของสมาชิกในครอบครัว (Tackett & Hunsberger, 1981: 310 อ้างถึงใน สกาวรัตน์ พวงจันทร์, 2538: 24)

แนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการปรับตัวต่อความเจ็บป่วยในผู้ป่วยวัยรุ่น

ความหมายของการปรับตัว

Murray & Zentner (1975: 46) ให้ความหมายการปรับตัว หมายถึง กระบวนการปรับตัวของร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม ที่มีสิ่งกระตุ้นทั้งภายในภายนอกบุคคล โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อดำรงรักษาไว้ซึ่งความสมบูรณ์และความสุขสบายของบุคคล

Rambo (1984: 3) ให้ความหมายการปรับตัว หมายถึง การตอบสนองทางด้านบวกที่เปลี่ยนแปลงสิ่งแวดล้อมภายในของบุคคล หรือสิ่งแวดล้อมภายนอก เพื่อคงไว้ซึ่งความมั่นคงของชีวิต

Lazarus & Folkman (1984: 181) ให้ความหมายการปรับตัว หมายถึง ผลลัพธ์ของกระบวนการทางความคิดที่เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องของบุคคล ในการประเมินสถานการณ์ต่อสิ่งเร้าและวางแผนหรือหาหนทางเลือกในการจัดการกับสถานการณ์ที่บุคคลประเมินว่าเป็นความเครียด และพฤติกรรมในการเผชิญปัญหา โดยใช้ทรัพยากรต่าง ๆ ที่มีอยู่ของตนเอง แสดงออกเป็นผลลัพธ์ของการปรับตัว 3 ด้าน ได้แก่ การทำหน้าที่ทางสังคม ขวัญและกำลังใจ และภาวะสุขภาพ

Mishel (1988; 1990: 257) ให้ความหมายการปรับตัวต่อความเจ็บป่วย หมายถึง ความสามารถของบุคคลในการตอบสนองต่อสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไปทั้งภายในภายนอก ซึ่งเป็นพฤติกรรมทางจิตสังคมที่บรรลุลักษณะสมดุลหลังเผชิญความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย เพื่อคงไว้ซึ่งความต้องการทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม

Roy (1991: 57) ให้ความหมายการปรับตัว หมายถึง การตอบสนองในทางบวกต่อสิ่งแวดล้อมที่กระทบต่อชีวภาพ จิตใจ และสังคม เพื่อความอยู่รอดของชีวิต โดยอาศัยกลไกที่มีอยู่ในบุคคลนั้น ๆ

ละออ หุตางกูร (2534: 88) ให้ความหมายการปรับตัว หมายถึง กระบวนการตอบสนองของบุคคลต่อการเปลี่ยนแปลงสิ่งแวดล้อมทั้งภายในและภายนอก เพื่อคงไว้ซึ่งความสมดุลของร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม

วิภารัตน์ แสงสุวรรณ (2541: 14) ให้ความหมายการปรับตัวของวัยรุ่น หมายถึง กระบวนการที่บุคคลตอบสนองเมื่อเผชิญกับสถานการณ์เปลี่ยนแปลงทั้งภายในและภายนอกตัวบุคคล เพื่อคงไว้ซึ่งความต้องการทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และคงไว้ซึ่งความสมดุลของชีวิต โดยแสดงออกในรูปความคิด ความเชื่อ และพฤติกรรมของบุคคลที่แตกต่างกัน การที่บุคคลปรับตัวได้หรือไม่ขึ้นอยู่กับระดับของสิ่งเร้าที่เข้ามารบกวนมากน้อยเพียงใด

อารีย์ มั่งเกียรติสกุล (2543: 21) ให้ความหมายการปรับตัวต่อความเจ็บป่วยของวัยรุ่น หมายถึง การที่วัยรุ่น ไร้ความเร่ปรับพฤติกรรมและความรู้สึกตอบสนองต่อความเจ็บป่วย เพื่อให้เกิดภาวะสมดุลทั้งร่างกาย จิตใจ สังคม

สรุปการปรับตัวต่อความเจ็บป่วย คือ ความสามารถหรือพฤติกรรมของบุคคลในการตอบสนองต่อสถานการณ์ความเจ็บป่วยทั้งภายในภายนอกของระบบ ทำให้เกิดความสมดุลของชีวิตได้อย่างมีประสิทธิภาพทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจและสังคม

ทฤษฎีที่เกี่ยวกับการปรับตัวต่อความเจ็บป่วยในผู้ป่วยวัยรุ่น

Mishel ได้พัฒนาทฤษฎีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย จากทฤษฎีความเครียด การประเมิน และการเผชิญความเครียด (Stress , Appraisal , Coping) ของ Lazarus & Folkman (1984) ร่วมกับผลการวิจัยทางการแพทย์และศาสตร์สาขาอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการปรับตัวต่อความเจ็บป่วยจนได้รับการยอมรับให้เป็นทฤษฎีทางการแพทย์ระดับกลาง (Middle range theory)

การปรับตัวต่อความเจ็บป่วยในผู้ป่วยวัยรุ่น

การปรับตัวต่อความเจ็บป่วยตามแนวคิดของ Mishel เป็นกระบวนการทางจิตสังคมในขั้นสุดท้ายที่บรรลุลักษณะสมดุลหลังเผชิญความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย (Mishel, 1990: 257) เพื่อใช้ปรับตัวเข้ากับสถานการณ์ต่าง ๆ ได้ โดย Mishel กล่าวว่า บุคคลเป็นระบบเปิดมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมภายใต้อิทธิพลของสิ่งเร้าทั้งภายในภายนอก (Mishel, 1990: 259; Lazarus & Folkman, 1984: 87-119) ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงภายในระบบ เกิดการประเมินซ้ำ และยังขึ้นกับขอบเขตจำกัดของบุคคล ถ้าขอบเขตที่มีอยู่เพียงพอสามารถทำให้บุคคลบรรลุเป้าหมายในการปรับตัวอย่างสมดุล สามารถดำเนินชีวิตร่วมกับความเจ็บป่วยและความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยได้ (Mishel, 1988: 231) ทำให้เกิดการปรับตัวที่เหมาะสม โดยความรู้สึกไม่แน่นอนสามารถขัดขวางความสามารถในการควบคุมสถานการณ์และการสร้างสมดุลของชีวิต (Mishel, 1990: 257) ทั้งด้านร่างกาย และจิตสังคม (Mishel, 1988: 231) ซึ่งผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นแสดงออกเป็นการปรับตัว 3 ด้าน คือ 1) การทำหน้าที่ในสังคม 2) ขวัญและกำลังใจ 3) ภาวะสุขภาพ (Lazarus & Folkman, 1984:181-225) ดังนี้

1. การทำหน้าที่ในสังคม (Social functioning) หมายถึง วิธีทางที่บุคคลแสดงบทบาทของตนเอง มีความพึงพอใจในสัมพันธภาพระหว่างบุคคล รวมถึงทักษะที่จำเป็นต่อการคงไว้ซึ่งบทบาทหรือสัมพันธภาพที่ดีทางสังคม โดยใช้การประเมินสถานการณ์และการจัดการกับปัญหา หรือเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในการดำรงชีวิตประจำวันของบุคคล เป็นตัวกำหนดว่าบุคคลสามารถปรับตัวได้อย่างเหมาะสมเพียงใด

วัยรุ่นเมื่อเจ็บป่วยต้องแสดงบทบาทตามพัฒนาการของวัยรุ่นแล้ว ยังมีบทบาทอื่น ๆ เช่น บทบาทของผู้ป่วย บทบาทในสังคม และบทบาทในครอบครัว ผลของการเจ็บป่วยต่อวัยรุ่นโรคมะเร็งเม็ดเลือด พบว่า จะเป็นทุกข์จากการรักษา ผลของโรคมะเร็งต่อสภาพลักษณะที่เปลี่ยนแปลงไป นอกจากนี้ยังขัดขวางการไปโรงเรียน และการมีปฏิสัมพันธ์ในครอบครัวมากกว่าการเจ็บป่วยอื่น ๆ

ไม่เพียงขัดขวางการดำเนินชีวิตประจำวัน ยังมีผลต่อสัมพันธภาพกับเพื่อน บิดามารดา พี่น้องของ ผู้ป่วยอีกด้วย (Zeltzer, Kellerman, Ellenberg, Dash & Rigler, 1980) โดยเฉพาะวัยรุ่นที่เป็นโรคมะเร็งเม็ดเลือดจะมีอาการทางกายสูงกว่าและมีความวิตกกังวลมากกว่าวัยรุ่นโรคมะเร็งอื่น ๆ (Neville, 1996: 247) ผลของโรคมะเร็งเม็ดเลือดทำให้ต้องมารับยาเคมีบำบัดเป็นช่วง ๆ หลายครั้ง ห่างกันประมาณ 1 สัปดาห์ - 1 เดือน ทำให้ขาดเรียนบ่อย ผลการเรียนไม่ดีหรือเรียนไม่ทันเพื่อน Glasson (1995: 754) กล่าวว่า วัยรุ่นโรคมะเร็งมักขาดเรียนเสมอ ๆ ส่วนใหญ่กลัวการไปโรงเรียน วิตกกังวลและลำบากในการกลับไปเรียน เนื่องจากภาพลักษณ์ที่เปลี่ยนแปลงไปและการมีปัญหาทางร่างกาย เช่น อ่อนเพลีย สูญเสียความสนใจ ความจำบกพร่อง ทำให้ขาดความเชื่อมั่นในตนเอง เกิดความรู้สึกไม่แน่นอนกับปฏิกริยาของเพื่อนต่อภาพลักษณ์ของตนเอง อาจนำไปสู่พฤติกรรม ถดถอย (Neinstein & Zeltzer, 1991: 986-987) สอดคล้องกับ Sanger, Copeland & Davidson (1991: 463-474) ที่ศึกษาการปรับตัวทางจิตสังคมของเด็กถึงวัยรุ่น โรคมะเร็ง อายุ 4-17 ปี แบ่งเป็น 2 กลุ่ม จำนวน 48 คน และ 36 คน พบว่า เกือบ 1/3 ของผู้ป่วยมีปัญหาผลสัมฤทธิ์ทางการศึกษา การรับรู้บกพร่อง พัฒนาการและการปรับตัวต่อครอบครัวและอารมณ์ต่ำ มากกว่าร้อยละ 52 มีปัญหาการปรับตัวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติสูงขึ้น นอกจากบทบาทตามพัฒนาการของวัยรุ่นแล้ว วัยรุ่นโรคมะเร็งเม็ดเลือดยังต้องแสดงบทบาทของผู้ป่วย ต้องมีความรู้เกี่ยวกับโรคและการปฏิบัติตัวที่เหมาะสม เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน วัยรุ่นมักโกรธเกี่ยวกับความเจ็บป่วยและการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น อาจแสดงความโกรธทางคำพูด หรือปฏิเสธไม่ให้ความร่วมมือในการรักษา เช่น ไม่มาตรวจตามนัด ทำให้ไม่ได้รับยา (Neinstein & Zeltzer, 1991: 988) ผลของยาเคมีบำบัดทำให้คิดเชื่องช้าและเลือดออกง่าย จากภาวะเกล็ดเลือดต่ำ ถูกจำกัดกิจกรรมบางอย่าง ทำให้ต้องพึ่งพาบิดามารดา แพทย์พยาบาล หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขมากขึ้น ขาดอิสระ อาจเกิดความขัดแย้งหรือคับข้องใจ โกรธเมื่อจำเป็นต้องอาศัยความช่วยเหลือจากผู้อื่นหรือปฏิเสธการรักษา (Hockenberry - Eaton, 1993: 753; Walker et al., 1993: 404-406) หรือยินยอมคล้อยตามและมีการพึ่งพาบิดามารดาเพิ่มขึ้น (Neinstein & Zeltzer, 1991: 988)

2. **ขวัญและกำลังใจ (Morale)** หมายถึง ปฏิกริยาทางอารมณ์ที่เกิดจากผลของการปรับตัวที่เกิดขึ้นในระยะยาวควบคู่กับระยะสั้น โดยมีความแตกต่างกันไปตามแต่สิ่งที่มากระทบ เป็นความรู้สึกของบุคคลที่มีต่อตนเองและสถานการณ์ในชีวิต หากบุคคลมีความพึงพอใจในผลของการเผชิญปัญหาและบรรลุมิติวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้ ย่อมก่อให้เกิดขวัญและกำลังใจที่ดีในการจัดการกับสถานการณ์เจ็บป่วย หรือยินดีกับสถานภาพทั่วไปที่เป็นอยู่ในชีวิต

การเจ็บป่วยมีผลกระทบต่อภาพลักษณ์ โดยทำให้เกิดความรู้สึกสูญเสีย ซึ่งผู้ป่วยวัยรุ่นแต่ละคนมีความรู้สึกรุนแรงแตกต่างกัน วัยรุ่นมักกังวลกับภาพลักษณ์ของตนเองจากพัฒนาการความเป็นตัวของตัวเอง (Autonomy) และพัฒนาการทางเพศ ผลข้างเคียงของยาเคมีบำบัดทำให้มีการเปลี่ยนแปลงของร่างกาย เช่น ผมร่วง ผิวหนังมีผื่นหรือสีคล้ำ เป็นหมัน มีความผิดปกติของกระดูก

และสมอง ทำให้วัยรุ่นรู้สึกตนเองแตกต่างจากเพื่อน เกรงว่าไม่เป็นที่ยอมรับของเพื่อน นำไปสู่ความรู้สึกหวาดกลัว โกรธ อาย เศร้าซึม แยกตัวถอยหนี ไม่อยากสมาคมกับบุคคลรอบข้าง ทำให้ปรับตัวได้ไม่ดี (Rambo, 1984: 225; Gething, 1985: 561; ปริศนา สุนทรไชย, 2534: 15) นอกจากนี้วัยรุ่นอาจรู้สึกผิดที่ความเจ็บป่วยมีผลกระทบต่อสมาชิกอื่น ๆ ในครอบครัว ความรู้สึกนี้ทำลายสภาวะทางอารมณ์ของวัยรุ่นโรคมะเร็งเม็ดเลือด ทำให้ไม่สามารถเผชิญปัญหาได้ (Byrne et al., 1984: 36-39) วัยรุ่นโรคมะเร็งเม็ดเลือดยังต้องเผชิญกับความเจ็บปวดจากพยาธิสภาพของโรค หัตถการทางการแพทย์ต่าง ๆ เช่น การเจาะเลือด การเจาะหลัง การเจาะไขกระดูก เป็นต้น ภาวะแทรกซ้อนจากอาการข้างเคียงจากยาเคมีบำบัด การรักษาที่ยาวนาน ความไม่แน่นอนจากการรักษา กลัวการกลับเป็นโรครั่ว หรือรักษาไม่หาย ทำให้เกิดความรู้สึกไม่แน่ใจในอนาคตของตนเอง (Walker et al., 1993: 404) หรือการวางแผนอนาคตของตนเองทั้งการเรียนและอาชีพได้ (อารีย์ มั่งเกียรติสกุล, 2543: 25) ดังที่ Frank, Blount & Brown (1996: 563-576) ได้ศึกษาการปรับตัวในผู้ป่วยอายุ 7-18 ปี พบว่าครึ่งหนึ่งของผู้ป่วยมีภาวะซึมเศร้า โดยเผชิญปัญหาแบบหลีกเลี่ยง วิตกกังวลกับปัญหาในการเข้าสังคม เช่นเดียวกับ Von Essen et al (2000: 229-236) ศึกษาผู้ป่วยอายุ 8-18 ปี จำนวน 51 รายที่หยุดการรักษา มีภาวะซึมเศร้าและวิตกกังวลสูง มีความผาสุกทางใจต่ำและมีความเชื่อมั่นในตนเองต่ำกว่าเด็กปกติ 14 % ของผู้ป่วยพบว่ามีระดับภาวะซึมเศร้าสูงขึ้น

3. ภาวะสุขภาพ (Somatic health) หมายถึง ปฏิกริยาตอบสนองทางด้านร่างกายและจิตใจของบุคคลต่อความเครียด แสดงถึงการเปลี่ยนแปลงของอวัยวะและฮอร์โมนต่าง ๆ ในภาวะเครียดทำให้บุคคลเกิดการเจ็บป่วย โดยมีผลให้เกิดการหลั่งฮอร์โมนกลูโคคอร์ติคอยด์ มีผลในการกดระบบภูมิคุ้มกันของร่างกาย ทำให้ลิมโฟซัยท์ถูกทำลาย ความสามารถของแอนติบอดีลดลง จึงมีโอกาสดูดเชื้อต่าง ๆ ได้ง่าย ซึ่งการตอบสนองนั้นแสดงออกในลักษณะของกลุ่มอาการที่ไม่เฉพาะเจาะจง เรียกว่ากลุ่มอาการปรับตัวโดยทั่วไป (Selye, 1976: 76) หากบุคคลปรับตัวต่อความเครียดได้อย่างมีประสิทธิภาพ ส่งผลให้มีภาวะสุขภาพที่ดี แต่ถ้ายิ่งปรับตัวต่อความเครียดไม่มีประสิทธิภาพก่อให้เกิดความเครียดในระดับสูง เกิดผลเสียต่อสุขภาพ เช่น หัวใจเต้นแรง ใจสั่น ความดันโลหิตสูง อ่อนเพลีย ปวดศีรษะ ปวดกล้ามเนื้อบริเวณคอและหลัง มีอาการสั้นกระตุกของกล้ามเนื้อ เหนื่อย ออกมาก ปัสสาวะบ่อย ท้องเสีย แน่นจุกเสียดท้อง คลื่นไส้ อาเจียน เบื่ออาหาร ส่วนด้านจิตใจ ได้แก่ มีพฤติกรรมลดถอย แยกตัวเอง เฉื่อยชา การแสดงออกทางอารมณ์ไม่เหมาะสม ไม่ให้ความร่วมมือ ฯลฯ

วัยรุ่นโรคมะเร็งเม็ดเลือดมักมีอาการปวดจากพยาธิสภาพของโรคและการทำหัตถการต่าง ๆ ทำให้เกิดความเจ็บปวดมากขึ้น กว่าครึ่งของผู้ป่วยมีอาการทางร่างกาย (Sanger et al., 1991: 463-474) ประกอบกับมีกิจกรรมต่าง ๆ ลดลง นอนไม่หลับ บางรายอาจกลับเป็นโรครั่ว (Relapse) ทำให้ต้องมารับยาเคมีบำบัดในปริมาณที่สูงขึ้น และการนอนโรงพยาบาลบ่อยครั้ง ทำให้มีประสบการณ์การรักษาในด้านลบ มีความตึงเครียดสูง (Walker et al., 1993:401-406) ผลของยาเคมีบำบัดทำให้

เมื่ออาหาร คลื่นไส้ อาเจียน มีแผลในปาก เป็นผลทำให้การรับประทานอาหารลดลง ไม่เพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย อาจทำให้ความสมดุลของกรดต่างในร่างกายเปลี่ยนแปลงไป มีอาการท้องผูกหรือท้องเสีย จากความเครียด วิตกกังวลหรือมีกิจกรรมการเคลื่อนไหวลดลง หรืออาจทำให้มีการขับถ่ายปัสสาวะผิดปกติ พิษของยาเคมีบำบัดทำให้กระเพาะปัสสาวะอักเสบ เนื่องจากเซลล์มะเร็งที่ถูกทำลายอย่างรวดเร็ว มีการแตกตัวของ Purine และ Pyrimidine สูงขึ้น ทำให้เกิดกรด Uric acid จำนวนมากในเลือด นำไปสู่ภาวะไตวายได้ วัยรุ่นโรคมะเร็งเม็ดเลือดจึงต้องการคำแนะนำในการรับประทานอาหาร ผักผลไม้ และดื่มน้ำมากขึ้น เพื่อให้ขับถ่ายเป็นปกติ (อารีย์ มั่งเกียรติสกุล, 2543: 24) นอกจากนี้ผลข้างเคียงจากยาเคมีบำบัดยังกดไขกระดูก ทำให้ซีด เลือดออกง่าย จึงควรทราบว่าตนเองสามารถทำกิจกรรมได้มากน้อยเพียงใด ในช่วงที่มีภาวะเม็ดเลือดแดงต่ำหรือเหนื่อยง่าย และระมัดระวังตนเองเพื่อป้องกันเลือดออกง่ายอย่างไร

จากการทบทวนวรรณกรรมข้างต้นสามารถสรุปได้ว่า การปรับตัวต่อความเจ็บป่วยในวัยรุ่นโรคมะเร็งเม็ดเลือด ประกอบด้วย 1) การทำหน้าที่ในสังคม โดยแสดงบทบาทตามพัฒนาการที่เหมาะสม มีปฏิสัมพันธ์ที่ดีต่อสมาชิกในครอบครัว ญาติและเพื่อน รวมทั้งบทบาทในการเป็นผู้ป่วยที่ดี 2) มีขวัญและกำลังใจที่ดีในการปรับตัวและเผชิญกับความเจ็บป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ ไม่มี ความวิตกกังวล ซึมเศร้าหรือถอยหนีจากสังคม มีความหวัง ความเชื่อมั่นในชีวิตและมีความสุขทางใจ และ 3) ภาวะสุขภาพ มีความรู้ในการปฏิบัติตัวและดูแลตนเองจากภาวะของโรคและผลข้างเคียงจากยาเคมีบำบัด ไม่มีภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ เป็นต้น

บทบาทพยาบาลในการส่งเสริมการปรับตัวต่อความเจ็บป่วยในผู้ป่วยวัยรุ่น

วัยรุ่นเป็นวัยที่สามารถคิด หาเหตุผล ประเมินและวางแผนล่วงหน้า มีความคิดความเข้าใจที่เป็นนามธรรม รู้จักคิดย้อนกลับไปมาระหว่างความจริงจากสิ่งที่สังเกต และสามารถคิดถึงอนาคตอย่างมีอุดมคติ (Whaley & Wong, 1979: 68-69 อ้างถึงใน จรัสศรี จันทร์สายทอง, 2534: 16) รู้จักขอคำแนะนำและยอมรับในคำอธิบายต่าง ๆ จากครูและพยาบาลได้ดี บทบาทพยาบาลในการส่งเสริมให้วัยรุ่นรับรู้และเข้าใจเกี่ยวกับสิ่งต่าง ๆ และภาวะสุขภาพ ประกอบด้วยกิจกรรมที่นำไปสู่การปรับตัวด้านการทำหน้าที่ในสังคม ด้านขวัญและกำลังใจ และภาวะสุขภาพ ดังนี้

1. ด้านการทำหน้าที่ในสังคม

1.1 ส่งเสริมความเป็นอิสระและพึ่งพาตนเอง ให้วัยรุ่นมีส่วนร่วมตัดสินใจในการรักษาพยาบาลและดูแลตนเอง ลดผลกระทบต่ออาการที่เปลี่ยนแปลงไป ต้องการมีความสัมพันธ์ทางสังคมกับเพื่อน ๆ ไม่ถูกทอดทิ้ง พยาบาลอาจอนุญาตให้เพื่อนมาเยี่ยม กระตุ้นให้เพื่อนเขียนจดหมาย โทรศัพทมาหาหรือแนะนำให้เข้ากลุ่มกับผู้ป่วยโรคเดียวกัน

1.2 แนะนำเรื่องการเข้าใจตนเองแก่วัยรุ่น (Self- concept) วัยรุ่นควรค้นหาตนเองว่าต้องการอะไร มีลักษณะประจำตัวอย่างไร มีความสามารถ ความถนัด และอุดมการณ์ในชีวิตอย่างไร ทำให้วัยรุ่นเรียนรู้ตนเอง เข้าใจตนเอง ค้นหาตนเอง และยอมรับตนเอง การที่วัยรุ่นมีความนึกคิดเกี่ยวกับตนเองในทางที่ดีเป็นองค์ประกอบสำคัญในการพยากรณ์ความสามารถในการปรับตัวได้ดียิ่งขึ้น (อรพินธ์ และอัจฉรา, 2535)

1.3 แนะนำบิตามารดาในเรื่องการแบ่งความรับผิดชอบภายในครอบครัวในบางส่วนแก่วัยรุ่นไม่บังคับ เข้มงวดจนเกินไป ทำตัวเป็นเพื่อนที่ดีของลูก ยอมรับฟังและสามารถเป็นที่ปรึกษาให้กับลูกได้ทุกเรื่อง ส่งเสริมการปรับตัวที่เหมาะสม ห้ามการกระทำที่ไม่เหมาะสม อธิบายในสิ่งที่ควรทำและไม่ควรทำ ใช้เหตุผลมากกว่าใช้อารมณ์ ฝึกการเผชิญปัญหาและแก้ไขปัญหาคด้วยตนเอง (ทิพย์ภา เศรษฐ์เชาวลิต, 2541: 99)

2. ด้านขวัญและกำลังใจ

2.1 สร้างบรรยากาศของความอบอุ่นเป็นกันเองและความไว้วางใจให้เกิดขึ้น เช่น การจำชื่อของวัยรุ่นได้ถูกต้อง พุดคุย และรับฟังสิ่งที่ผู้ปวยวัยรุ่นระบายความรู้สึกหรือสิ่งที่สนใจ ความกังวลเกี่ยวกับความตายหรือการเจ็บป่วย การสร้างความไว้วางใจช่วยให้วัยรุ่นพุดคุยและเปิดเผยความกังวลได้ (ปริศนา สุนทรไชย, 2534: 17)

2.2 สื่อสารอย่างเปิดเผยและเป็นจริงกับวัยรุ่น การปิดบังนำไปสู่การปฏิเสธการรักษาและมีพฤติกรรมหลีกเลี่ยงความจริง วัยรุ่นที่มีโอกาสพุดหรือซักถามเกี่ยวกับความเจ็บป่วย รวมถึงบิตามารดาและทีมสุขภาพมีการสื่อสาร ตอบคำถามอย่างเปิดเผยและเป็นจริง ทำให้มีความรู้สึกโดดเดี่ยวและความรู้สึกที่โรครุนแรงน้อยลง ช่วยให้ปรับตัวและเผชิญกับสิ่งที่กำลังเกิดขึ้นในอนาคตได้ (ปริศนา สุนทรไชย, 2534: 18)

2.3 ส่งเสริมให้ยอมรับและมีทัศนคติที่ดีต่อการมีชีวิตกับภาวะของโรค กระตุ้นให้พุดถึงแผนการอนาคต หรือเข้าร่วมกิจกรรมต่าง ๆ ทำให้วัยรุ่นเกิดความรู้สึกมีจุดหมายในชีวิต พยาบาลควรแสดงบทบาทเป็นเพื่อนให้การประคับประคอง ยอมรับฟังและตอบคำถามในทุกเรื่อง ถ้าวัยรุ่นปฏิเสธไม่ยอมรับความเจ็บป่วย ไม่ควรบังคับให้วัยรุ่นยอมรับความจริงที่ทำให้ไม่สบายใจ จนกว่าวัยรุ่นมีความเข้มแข็งพอ หากวัยรุ่นแสดงอารมณ์ต่อต้าน ก้าวร้าว โกรธ พยาบาลไม่ควรตำหนิหรือแสดงปฏิกิริยาโต้ตอบ ควรสงบและรับฟัง ไม่ควรอธิบายหรือให้คำแนะนำในภาวะดังกล่าว (ปริศนา ไชยศิริ, 2534: 22) ควรแนะนำบิตามารดาสนับสนุนให้เลือกศึกษาต่อตามความถนัดของตนเอง ให้คำปรึกษาในการเลือกอาชีพ ให้กำลังใจช่วยเหลือกิจกรรมหรือพยายามมองหาปมเด่นมาชดเชยปมด้อย ทำให้วัยรุ่นรู้สึกภาคภูมิใจและมีความสำคัญต่อสังคม (ทิพย์ภา เศรษฐ์เชาวลิต, 2541: 100)

3. ด้านภาวะสุขภาพ

3.1 ให้ความรู้ในเรื่องโรค ขั้นตอนในการรักษา และวิธีดูแลตนเองเมื่อเกิดอาการ

ข้างเคียงจากยาเคมีบำบัด การปฏิบัติตามแผนการรักษาของแพทย์ ได้แก่ การรับประทานยาตามแพทย์สั่ง การมาตรวจตามนัด ผู้ป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวต้องมาพบแพทย์ทุก 2-3 สัปดาห์ต่อครั้ง ในระยะแรก หลังจากนั้นจะนัดห่างขึ้นเป็นทุกเดือน , 3 เดือน, และ 6 เดือน หากมีอาการผิดปกติควรมาพบแพทย์ก่อนนัด เช่น มีไข้สูง ปวดศีรษะมาก อาเจียนรุนแรง มีเลือดออก ชีด เหนื่อยง่าย มีจุดเลือดออกตามผิวหนัง เป็นต้น (กาญจนา ครองธรรมชาติ, 2543: 135)

3.2 แนะนำพฤติกรรมสุขภาพ เช่น การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การพักผ่อน การป้องกันอุบัติเหตุ เพื่อให้เกิดสมรรถภาพที่ดีมีร่างกายที่แข็งแรง มีการทรงตัวที่ถูกต้อง เสริมสร้างบุคลิกภาพที่เหมาะสมต่อไป

3.2.1 การรับประทานอาหาร วิทยุร่นิยมการรับประทานอาหารจานด่วน เนื่องจากรวดเร็วหรือนิยมตามกลุ่มเพื่อนมีผลให้วิทยุร่นได้รับอาหารไม่ครบถ้วนตามหลักโภชนาการ รวมทั้งต้องการโปรตีน ไขมัน และเกลือแร่มากกว่าวัยเด็ก จึงควรได้รับคำแนะนำและสนับสนุน ให้รับประทานอาหารมีคุณค่าครบ 5 หมู่ ได้แก่ ข้าว โปรตีน ไข่ นม ผลไม้และผักทุกวัน (Pringle & Ransey, 1982: อ้างถึงใน ทิพย์ภา เศรษฐชาวลิต, 2541: 98) ช่วยซ่อมแซมเนื้อเยื่อที่ถูกทำลายจากยาเคมีบำบัดและเสริมสร้างภูมิคุ้มกันโรคให้ร่างกายแข็งแรง สามารถเผชิญกับผลข้างเคียงของยาเคมีบำบัดในครั้งต่อ ๆ ไปได้ดี มีการขับถ่ายเป็นปกติ รวมทั้งการดื่มน้ำให้เพียงพอวันละ 8-10 แก้ว เพื่อให้ร่างกายสดชื่นและสามารถกำจัดของเสียออกจากร่างกาย เนื่องจากยาเคมีบำบัดบางตัวมีผลต่อกระเพาะปัสสาวะและไต ทำให้เกิดภาวะไตวายได้ (กาญจนา ครองธรรมชาติ, 2543: 134-135)

3.2.2 การออกกำลังกาย ในวิทยุร่นการออกกำลังกายเป็นสิ่งสำคัญช่วยส่งเสริมบุคลิกภาพทั้งด้านร่างกายและจิตใจ บิดามารดา ครูและพยาบาลควรสนับสนุนให้วิทยุร่นเล่นกีฬาที่เหมาะสมกับโรคและบทบาททางเพศ เช่น วิ่งเหยาะ ๆ การทำความสะอาด การทำอาหาร ฯลฯ ก่อให้เกิดความมั่นใจ มีภาพลักษณ์ที่ดี เป็นที่ยอมรับของเพื่อน (Murray & Zenter, 1989)

3.2.3 การนอนหลับพักผ่อน ตามปกติวิทยุร่นต้องการการนอนหลับและพักผ่อน เนื่องจากมีความเจริญเติบโตของร่างกายอย่างรวดเร็วและมีกิจกรรมต่าง ๆ มากขึ้น ต้องการการนอนหลับวันละ 8-10 ชั่วโมงและการพักผ่อนเป็นการป้องกันการเจ็บป่วยอีกด้วย (Murray & Zenter, 1989)

3.2.4 การป้องกันอุบัติเหตุ วิทยุร่นเป็นวัยที่ชอบ โลก โผนและมักคล้อยตามเพื่อนได้ง่าย จึงควรพูดคุยให้ตระหนักถึงความปลอดภัยและความห่วงใยของบิดามารดา รู้จักวิธีป้องกันตนเองและดูแลตนเองให้ปลอดภัยจากการเล่นหรือมีความเสี่ยงต่อภาวะเลือดออก เช่น การป้องกันภาวะชีดหรือเก็ดเลือดดำโดยไม่ทำกิจกรรมที่ โลก โผนหรือเสี่ยงต่อการเกิดบาดเจ็บได้ง่าย (ทิพย์ภา เศรษฐชาวลิต, 2541: 98)

การประเมินการปรับตัวต่อความเจ็บป่วย

เครื่องมือสำหรับประเมินการปรับตัวต่อความเจ็บป่วยที่มีการใช้อยู่ มีการประเมินโดยส่วนใหญ่เป็นแนวคิดของ Lazarus & Folkman และทฤษฎีทางการแพทย์ของ Roy (1991) ได้แก่

1. เครื่องมือวัดการปรับตัวตามแนวคิดของ Roy เครื่องมือนี้วัดการปรับตัว 4 ด้านคือ ด้านร่างกาย ด้านอัตมโนทัศน์ ด้านบทบาทหน้าที่ ด้านการพึ่งพาอาศัยตนเองและผู้อื่น มีจำนวนข้อคำถาม 45 ข้อ ลักษณะคำถามแบ่งตามมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ แปลเป็นภาษาไทยโดย วิจารณ์ แสงสุวรรณ (2541) และอารีย์ มั่งเกียรติสกุล (2543) แบบประเมินนี้หาค่าความเที่ยงอยู่ในช่วง .76 -.79

2. เครื่องมือวัดการปรับตัวตามแนวคิดของ Lazarus & Folkman (1984) เครื่องมือนี้วัดการปรับตัว 3 ด้านคือ ด้านการทำหน้าที่ในสังคม ด้านขวัญและกำลังใจ และด้านภาวะสุขภาพ มีจำนวนข้อคำถาม 33 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 3 ระดับ สร้างโดย สุณี สุวรรณพสุ (2544) แบบประเมินนี้วัดในผู้ป่วยสูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม หาค่าความเที่ยงอยู่ในช่วง .91 และ ผ่องพักตร์ พิทยพันธุ์ (2542) วัดการปรับตัวในผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูก หาค่าความเที่ยงอยู่ในช่วง .91

สรุปจะเห็นได้ว่าการประเมินการปรับตัวเท่าที่ทบทวนเครื่องมือการปรับตัวมี 2 ทฤษฎีหลัก ได้แก่ แนวคิดของ Roy (1991) และ Lazarus & Folkman (1984) การอธิบายความเกี่ยวข้องของตัวแปรต้นที่มีต่อตัวแปรการปรับตัวต่อความเจ็บป่วยมาจากทฤษฎีความรู้สึกไม่แน่นอนของ Mishel ซึ่งพัฒนารากฐานมาจากทฤษฎีความเครียด การประเมิน และการเผชิญความเครียดของ Lazarus & Folkman (1984) งานวิจัยนี้จึงทำการศึกษาโดยใช้แนวคิดของ Lazarus & Folkman (1984) แต่เนื่องจากการทบทวนวรรณกรรมยังไม่มีเครื่องมือประเมินการปรับตัวในผู้ป่วยวัยรุ่นที่ใช้แนวคิดดังกล่าว คงพบแต่ในผู้ป่วยสูงอายุ ผู้ป่วยผ่าตัดหัวใจ ผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูก ผู้วิจัยจึงต้องสร้างแบบประเมินการปรับตัวต่อความเจ็บป่วยเอง

ปัจจัยที่เกี่ยวกับการปรับตัวต่อความเจ็บป่วย

ปัจจัยที่เกี่ยวกับการปรับตัวต่อความเจ็บป่วย Mishel ได้กล่าวถึงในทฤษฎีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย ประกอบด้วย 3 ปัจจัยใหญ่ (Mishel, 1988: 225-228; Mast, 1995: 3-5) ดังนี้

1. องค์ประกอบของสิ่งเร้า (Stimuli frame) หมายถึง รูปแบบ ส่วนประกอบ และโครงสร้างของสิ่งเร้าที่บุคคลรับรู้ ประกอบด้วย 3 ส่วนคือ

1.1 รูปแบบของอาการแสดง (Symptom pattern) หมายถึง ระดับความรุนแรงและความต่อเนื่องของอาการแสดงที่บุคคลรับรู้และให้ความหมาย ซึ่งประเมินได้จากจำนวนครั้งที่เกิดอาการ ความถี่ของการเกิดอาการ ความรุนแรงของอาการ ตำแหน่งและระยะเวลาที่เกิดการเจ็บป่วย ถ้ารูปแบบอาการที่แสดงออกมีความรุนแรง ไม่ชัดเจน หรือเปลี่ยนแปลงตลอดเวลาทำให้ผู้ป่วยเกิด

ความคลุมเครือ ไม่สามารถเข้าใจและให้ความหมายของอาการแสดงได้ ทำให้ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยเพิ่มขึ้น ส่งผลให้เกิดการปรับตัวได้ไม่ดี

1.2 ความคุ้นเคยต่อเหตุการณ์ (Event familiarity) หมายถึง ระดับความคุ้นเคยของบุคคลที่มีต่อเหตุการณ์ เมื่อบุคคลรู้สึกคุ้นเคยกับเหตุการณ์ บุคคลจะเกิดการรับรู้และให้ความหมายของเหตุการณ์ได้ดี เกิดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยลดลง ส่งผลให้เกิดการปรับตัวได้ดีขึ้น

1.3 ความสอดคล้องของเหตุการณ์ที่คาดหวังกับความเป็นจริง (Event congruence) หมายถึง ความสอดคล้องของเหตุการณ์ตามการคาดหวังกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นจริง แสดงถึงความน่าเชื่อถือ ความแน่นอนของเหตุการณ์ช่วยให้บุคคลสามารถเข้าใจและให้ความหมายของเหตุการณ์นั้น ๆ ได้ดีขึ้น เกิดความรู้สึกไม่แน่นอนลดลง ส่งผลให้เกิดการปรับตัวได้ดีขึ้น

2. ความสามารถในการรับรู้และเข้าใจ (Cognitive capacity) หมายถึง ความสามารถของบุคคลในการใช้สติปัญญาประมวลและแปลผลข้อมูลต่าง ๆ เกี่ยวกับความเจ็บป่วยที่ได้รับ เพื่อพิจารณาตัดสินใจเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น ความสามารถในการรับรู้มีผลทางอ้อมต่อความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย โดยผ่านรูปแบบของสิ่งเร้า ส่งผลให้เกิดการปรับตัวได้ดีขึ้น การรับรู้และเข้าใจต่อเหตุการณ์ถูกบั่นทอนลงได้จากความเจ็บปวด ความไม่สุขสบาย ภาวะทู่โงกนาการ ยาที่มีฤทธิ์กดการทำงานของระบบประสาทและความเครียดที่เกิดจากความเจ็บป่วย (Mishel, 1988: 227)

3. แหล่งประโยชน์ที่สนับสนุนช่วยเหลือ (Structure provider) หมายถึง แหล่งประโยชน์ที่สนับสนุนช่วยเหลือบุคคลในการแปลและให้ความหมายต่อเหตุการณ์ ซึ่งมีผลทั้งโดยตรงและโดยอ้อมต่อการรับรู้ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย ในทางตรงนั้นเกิดขึ้นจากการสนับสนุนช่วยเหลือ ทำให้บุคคลสามารถทำความเข้าใจและให้ความหมายของเหตุการณ์โดยตรง ในทางอ้อมการสนับสนุนช่วยเหลือที่ได้รับ ทำให้บุคคลสามารถกำหนดองค์ประกอบของสิ่งเร้าให้มีความชัดเจนมากขึ้น ทำให้ความรู้สึกไม่แน่นอนลดลง เกิดการปรับตัวต่อความเจ็บป่วยได้ดีขึ้น แหล่งประโยชน์ที่สนับสนุนช่วยเหลือประกอบด้วย 3 ส่วนคือ

3.1 การศึกษา (Education) ช่วยให้บุคคลเข้าใจและรับรู้เกี่ยวกับโรค แผนการรักษาที่ได้รับจากทีมสุขภาพ ผลโดยตรงการศึกษาช่วยให้บุคคลทำความเข้าใจ และให้ความหมายต่อสถานการณ์ความเจ็บป่วยได้ง่ายและรวดเร็ว ผลโดยอ้อมการศึกษาช่วยให้บุคคลสามารถใช้ข้อมูลและความรู้ที่ตนมีอยู่ในการวิเคราะห์องค์ประกอบของสิ่งเร้าได้ สามารถให้ความหมายกับสิ่งที่เกิดขึ้น ทำให้ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยลดลง ส่งผลให้เกิดการปรับตัวได้ดีขึ้น

3.2 บุคลากรทางสุขภาพที่เชื่อถือได้ (Credible authority) หมายถึง ระดับความเชื่อมั่นและไว้วางใจของผู้ป่วยที่มีต่อบุคลากรทางสุขภาพ โดยแพทย์และพยาบาลสามารถช่วยเพิ่มความชัดเจนในองค์ประกอบของสิ่งเร้าด้วย การให้ข้อมูลเกี่ยวกับสาเหตุของโรค และอาการที่เกิดตามมาแก่ผู้ป่วย รวมทั้งคำแนะนำในการปฏิบัติตัวต่าง ๆ ทำให้ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยลดลง เนื่องจากผู้ป่วยมักไม่พยายามทำความเข้าใจเกี่ยวกับความเจ็บป่วยของตน แต่พอใจที่

จะมองความไว้วางใจกับแพทย์และพยาบาลที่ตนเชื่อถือ

3.3 แรงสนับสนุนทางสังคม (Social support) ช่วยสนับสนุนในลักษณะให้ความหมายของเหตุการณ์ โดยช่วยให้เกิดความกระจ่างด้วยการพูดคุย ปรีกษา แลกเปลี่ยนความคิดเห็น ประสบการณ์และข้อมูลกับบุคคลอื่น ๆ เช่น ญาติผู้ให้การดูแล เพื่อนหรือบุคคลที่มีประสบการณ์เดียวกัน ช่วยให้บุคคลมีการรับรู้ที่ถูกต้อง สำหรับแรงสนับสนุนทางด้านวัตถุประสงค์ช่วยสร้างหลักประกันความมั่นคงของสิ่งแวดล้อม สามารถลดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยลงได้ ส่งผลให้เกิดการปรับตัวต่อความเจ็บป่วยได้ดีขึ้น

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการปรับตัวต่อความเจ็บป่วย ซึ่งสอดคล้องกับทฤษฎีของ Mishel สามารถสรุปได้ดังนี้ 1) ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย 2) การสนับสนุนทางสังคม 3) ความรุนแรงของอาการ 4) ระยะเวลาที่เจ็บป่วย 5) ความคุ้นเคยต่อเหตุการณ์ 6) ความสอดคล้องของเหตุการณ์ที่คาดหวังกับเหตุการณ์จริง 7) การศึกษา 8) ความเชื่อถือในบุคลากรทางด้านสุขภาพ 9) ความสามารถในการใช้รับรู้ เนื่องจากโรคมะเร็งเม็ดเลือดในวัยรุ่นที่ได้รับเคมีบำบัด ต้องเผชิญกับอาการของโรคที่เปลี่ยนแปลงตลอดเวลา มีทั้งระยะสงบของโรคและระยะกำเริบหรือกลับเป็นซ้ำ ทำให้เกิดความเครียด ขาดความมั่นใจและเกรงว่าจะเสียชีวิตก่อนเวลาจากผลข้างเคียงของยาเคมีบำบัด และภาวะแทรกซ้อนจากการติดเชื้อได้ เนื่องจากไขกระดูกถูกกดการทำงาน

(กาญจนา ครองธรรมชาติ, 2543: 132-135) ดังนั้นระยะเวลาที่เจ็บป่วยและความรุนแรงของอาการ จึงเป็นปัจจัยที่มีความสำคัญต่อการปรับตัวในวัยรุ่นที่เจ็บป่วยเรื้อรัง (Mishel, 1999: 275) เพราะต้องใช้เวลาที่ยาวนานในการรักษาถึง 3-5 ปีและต้องมาตรวจตามแพทย์นัด เพื่อรับยาเคมีบำบัดเป็นระยะ ๆ ส่วนความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยมีความเกี่ยวข้องโดยตรงต่อการปรับตัว สำหรับปัจจัยด้านการสนับสนุนทางสังคมมีงานวิจัยสนับสนุนจำนวนมากโดยพบว่า เป็นปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อการปรับตัวต่อความเจ็บป่วย (อารีย์ มั่งเกียรติสกุล, 2543: 15; วิจารณ์ แสงสุวรรณ, 2541: 37-38; สุภาณี แก้วธำรงค์, 2543: 30-31; Mishel, 1988: 225-232) การศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการปรับตัวต่อความเจ็บป่วยในวัยรุ่นโรคมะเร็งเม็ดเลือดในการวิจัยครั้งนี้จึงศึกษา 4 ปัจจัย ดังกล่าวคือ 1) ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย 2) การสนับสนุนทางสังคม 3) ความรุนแรงของอาการ 4) ระยะเวลาที่เจ็บป่วย สำหรับปัจจัยที่ไม่ได้นำมาศึกษา ได้แก่ ความคุ้นเคยในเหตุการณ์ ซึ่ง Mishel (1987) หมายถึงการที่บุคคลรับรู้และให้ความหมายของเหตุการณ์ความเจ็บป่วยเมื่อเวลาผ่านไป โดยต้องประเมินจากความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของคะแนนรวม 6 ข้อ จากเครื่องมือวัดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยทั้งก่อนและหลังการรักษา (Mishel & Braden, 1987) การศึกษาตัวแปรนี้จึงเหมาะในการวิจัยเชิงทดลองและการศึกษาไปข้างหน้า (Cohort study) มากกว่าการศึกษาเชิงความสัมพันธ์แนวตัดขวาง (Cross sectional design) ส่วนความสามารถในการรับรู้ขึ้นกับระดับการศึกษาของผู้ป่วย เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยนี้เป็นวัยรุ่นอายุ 11-19 ปี ได้รับการศึกษาในระดับเดียวกัน

คือระดับมัธยมศึกษาและเป็นวัยที่มีพัฒนาการเรียนรู้ในการคิดหาเหตุผล ประเมินวางแผนได้ มีความคิดความเข้าใจที่เป็นนามธรรม กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาจึงไม่มีความแตกต่างกันในเรื่องการรับรู้มากนัก (Christman et al, 1988; Mishel, 1988) สำหรับความสอดคล้องของเหตุการณ์ที่คาดหวังกับเหตุการณ์จริงและความเชื่อถือในบุคลากรด้านสุขภาพ ยังไม่มีงานวิจัยสนับสนุนที่นำมาศึกษาในวัยรุ่น แต่พบในงานวิจัยที่ศึกษาในผู้ป่วยผู้ใหญ่เป็นส่วนใหญ่ (สุภาณี แก้วธำรงค์, 2543; เหมือนฝัน มณีฉาย, 2542) นอกจากนี้ในรายด้านของกรอบแนวคิดตัวแปรการสนับสนุนครอบคลุมถึงเครือข่ายในการสนับสนุนของวัยรุ่นกับเจ้าหน้าที่ในทีมสุขภาพอยู่ด้วย ผู้วิจัยจึงไม่นำปัจจัยดังกล่าวมาศึกษาด้วย

ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย

ความหมายของความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย

Lazarus & Folkman (1984: 87-92) ให้ความหมายของความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย หมายถึง เป็นปัจจัยด้านสถานการณ์หรือเหตุการณ์ที่มีบทบาทในการประเมินตัดสินใจ การเผชิญปัญหาของบุคคล เนื่องจากความไม่แน่นอนของเหตุการณ์ ทำให้ยากต่อการประเมินสถานการณ์ว่าเป็นอันตรายหรือมีความรุนแรงหรือไม่

Mishel (1981: 258; 1988: 225) ให้ความหมายของความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย หมายถึง ภาวะทางอารมณ์ที่เกิดจากบุคคลไม่สามารถตัดสินใจความหมายของเหตุการณ์ความเจ็บป่วย ไม่สามารถคาดการณ์ของผลลัพธ์ที่เกิดจากความเจ็บป่วย การรักษาโรค ไม่สามารถจำแนกประเภทของความเจ็บป่วยที่สัมพันธ์กับเหตุการณ์ เนื่องจากขาดผู้ชี้แนะหรือขาดคำแนะนำเกี่ยวกับการวินิจฉัย และความรุนแรงของความเจ็บป่วยที่เพียงพอ

Hilton (1988: 217) ให้ความหมายของความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย หมายถึง การที่บุคคลไม่สามารถจำแนกแยกแยะสภาพความเจ็บป่วยได้ชัดเจน ถ้ามีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยมากทำให้มองสภาพการเจ็บป่วยในทางลบ และทำนายผลการเจ็บป่วยในทางเลวร้ายความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย

Christman (1990: 17) ให้ความหมายของความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย หมายถึง การที่บุคคลไม่สามารถตัดสินใจความหมายของความเจ็บป่วย และทำนายผลลัพธ์ที่เกิดจากความเจ็บป่วยได้ เนื่องจากขาดแนวทางในการประเมิน เกิดความขัดแย้ง หรือความเจ็บป่วยนั้นมีมากเกินไปกว่าที่ผู้ป่วยจะรับรู้และตัดสินใจ

สมจิต หนูเจริญกุล (2534: 13) ให้ความหมายของความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย หมายถึง การที่บุคคลไม่สามารถกำหนดรูปแบบความหมายของความเจ็บป่วยนั้น อาจเกิดจากผู้ป่วยไม่สามารถสร้างแบบแผนความรู้ ความเข้าใจในการแปลความเจ็บป่วยที่ตนเองประสบ

สรุป ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย หมายถึง การที่บุคคลไม่สามารถแยกแยะ
 คัดสิน คาดการณ์ถึงผลลัพธ์ที่เกิดจากสถานการณ์ความเจ็บป่วยในด้านการดำเนินของโรคและการ
 รักษาโรค อันเป็นผลมาจากการขาดข้อมูลหรือคำชี้แนะที่เพียงพอ ตลอดจนไม่สามารถทำความเข้าใจ
 เข้าใจในการแปลความหมายของความเจ็บป่วยได้

ทฤษฎีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของ Mishel

ทฤษฎีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย ได้รับอิทธิพลจากทฤษฎีความเครียด การ
 ประเมิน และการเผชิญความเครียด (Stress , Appraisal , Coping) ของ Lazarus & Folkman (1984)
 และพัฒนาจากองค์ความรู้ในสาขาทางการแพทย์และสาขาอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง ในปี ค.ศ 1990
 Mishel ได้เสนอกรอบแนวคิดใหม่ โดยการทำการปรับเปลี่ยนและขยายกรอบแนวคิดที่มีอยู่เดิมให้มี
 ความชัดเจน และครอบคลุมต่อความรู้สึกไม่แน่นอนของผู้ป่วยทั้งในภาวะเฉียบพลันและเรื้อรัง โดย
 มีเหตุผลที่นำไปสู่การขยายและปรับเปลี่ยนทฤษฎีใน 3 ประเด็นคือ 1) ความเชื่อพื้นฐานของทฤษฎี
 ที่ยังไม่ชัดเจน (Implicit assumptions) 2) ข้อค้นพบของงานวิจัยขัดแย้งกับทฤษฎี (Conflicting
 research findings) 3) อุปสรรคที่มีต่อการพัฒนาทฤษฎี (Blocks to advancing the theory) เนื่องจาก
 ในปี ค.ศ 1988 Mishel บ่งชี้ว่า รูปแบบทางเลือกของผู้ป่วยอาจเหมาะสมกับบางสถานการณ์ แต่ไม่
 สอดคล้องกับความรู้สึกไม่แน่นอนที่แปรเปลี่ยนไปตามกาลเวลา ซึ่งไม่สามารถใช้ในการพิจารณา
 กลุ่มบุคคลที่มีการเจ็บป่วยเรื้อรัง เพราะระยะเวลาอาจส่งผลให้บุคคลมีการประเมินตัดสินความ
 ความรู้สึกไม่แน่นอนใหม่จากอันตรายไปเป็นโอกาส ดังนั้นจึงต้องมีการจัดรูปแบบใหม่ปรับเปลี่ยน
 ให้การประเมินตัดสินความรู้สึกไม่แน่นอนเป็นกระบวนการที่มีวิวัฒนาการ (An evolving process)
 โดย Mishel อาศัยกระบวนการแตกแขนงของทฤษฎีที่อธิบายโดย Walker & Avant (1989) กล่าวคือ
 การใช้กระบวนการเปรียบเทียบปรากฏการณ์ในทฤษฎีหนึ่งเป็นทฤษฎีหลักหรือทฤษฎีแม่บทกับ
 ปรากฏการณ์ในอีกทฤษฎีหนึ่ง ซึ่งเป็นทฤษฎีที่ต้องการคำตอบ โดย Mishel เลือทฤษฎีความไร้
 ระบบ (Chaos theory) เป็นทฤษฎีแม่บท เนื่องจากเป็นทฤษฎีว่าด้วยการเปลี่ยนแปลงที่สลับซับซ้อน
 ที่เกิดขึ้นภายในระบบเปิด ซึ่งห่างไกลความสมดุล สภาวะห่างไกลความสมดุลเป็นระบบเปิดที่ง่าย
 ต่อการถูกระงับ สิ่งกระทบไม่ว่าจะมีสาเหตุจากภายในระบบหรือภายนอก ระบบ แม้เพียงเล็กน้อย
 อาจส่งผลให้ระบบมีการจัดปรับตนเองใหม่ แนวคิดนี้อธิบายความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย
 เกิดจากขาดข้อมูลที่ชัดเจนเกี่ยวกับสุขภาพ เมื่ออ้างถึงทฤษฎีความไร้ระบบอาจเป็นสิ่งก่อให้เกิดการ
 เปลี่ยนแปลงต่อระบบทั้งระบบ เมื่อบุคคลป่วยด้วยโรคที่มีพยาธิสภาพไม่แน่นอน ความรู้สึกไม่
 แน่แน่นอนจะขัดขวางการทำหน้าที่ที่มีมาแต่เดิมของบุคคลนั้น ถ้าบุคคลระงับความรู้สึกไม่แน่นอนใน
 ความเจ็บป่วยได้ ไม่อาจแพร่กระจายไปสู่แง่มุมอื่นของชีวิต ความรู้สึกไม่แน่นอนไม่สามารถ
 รบกวนการดำเนินชีวิตของบุคคลได้ แต่เมื่อใดที่มีการเพิ่มขนาดความรู้สึกไม่แน่นอนในความ
 เจ็บป่วยมากขึ้น ส่งผลรบกวนการดำเนินชีวิต เมื่อผลกระทบมากเกินไปจนขีดความสามารถของบุคคล

ส่งผลให้บุคคลสูญเสียภาวะสมดุลในที่สุด (Mishel, 1990: 256-261 อ้างถึงใน ณัฐวรรณ รักรวงศ์ประยูร, 2539: 25-33) Lazarus & Folkman (1984: 87-92) ได้ให้ความหมายของความรู้สึกไม่แน่นอนว่า เป็นปัจจัยด้านสถานการณ์ที่มีอิทธิพลต่อการประเมินตัดสินและเผชิญความเครียดของบุคคล เพราะความไม่แน่นอนของเหตุการณ์จะทำให้ยากต่อการประเมินสถานการณ์นั้น ๆ ว่าเป็นอันตรายหรือมีความรุนแรงหรือไม่ Mishel (1981: 259) ได้นำแนวคิดความรู้สึกไม่แน่นอนดังกล่าวมาอธิบายให้เฉพาะเจาะจงต่อสถานการณ์ความเจ็บป่วย โดยให้ความหมายของความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย (Uncertainty in illness) ว่าเป็นการรับรู้ของบุคคลที่เกิดขึ้นเมื่อตกอยู่ในสถานการณ์ที่คลุมเครือไม่ชัดเจนหรืออยู่ในเหตุการณ์ที่ไม่คุ้นเคย ทำให้บุคคลไม่สามารถอธิบายหรือให้ความหมายเกี่ยวกับความเจ็บป่วย และการรักษาที่ตนประสบ ไม่สามารถทำนายถึงผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นในอนาคตได้ ซึ่งอาจเป็นผลจากขาดข้อมูลหรือขาดประสบการณ์ในการชี้แนะที่เพียงพอ (Mishel, 1988: 225; 1997: 4) หรือหมายถึงความรู้สึกที่เกิดขึ้นเมื่อบุคคลไม่สามารถให้ความหมายเกี่ยวกับเหตุการณ์ความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น ไม่สามารถสร้างแบบแผนความรู้ ความเข้าใจที่มีต่อเหตุการณ์ความเจ็บป่วย ตลอดจนไม่สามารถกำหนดคุณค่าของเหตุการณ์ได้แน่นอน หรือไม่ สามารถทำนายผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นได้แน่นอน ทั้งนี้เนื่องจากขาดข้อมูล ขาดประสบการณ์หรืออาจเกิดจากขาดความรู้ในการรักษา (Mishel & Epstein, 1990 cited in Mast, 1995: 5) โดยแบ่งรูปแบบของความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยเป็น 4 ด้าน ได้แก่

1. ความคลุมเครือเกี่ยวกับความเจ็บป่วยและการรักษา (Ambiguity) หมายถึง การที่ผู้ป่วยไม่สามารถเข้าใจสภาพของความเจ็บป่วยได้ชัดเจน เนื่องจากการขาดประสบการณ์เกี่ยวกับความเจ็บป่วย ความสงสัยว่าตนเองป่วยเป็นโรคอะไร การขาดความรู้ความเข้าใจของผู้ป่วยเกี่ยวกับสภาวะความเจ็บป่วย ทำให้เกิดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยเพิ่มขึ้น

2. ความซับซ้อนเกี่ยวกับการรักษาและระบบบริการ (Complexity) หมายถึง การที่ผู้ป่วยรู้สึกว่าการรักษา ขั้นตอนการรักษามีความยุ่งยากซับซ้อน หรือมีการใช้อุปกรณ์พิเศษในการรักษา และระเบียบขั้นตอนในการเข้ารับบริการสุขภาพ ทำให้ผู้ป่วยไม่คุ้นเคย เกิดความกลัว ไม่แน่ใจว่าวิธีการและขั้นตอนที่ซับซ้อนจะช่วยให้ผู้ป่วยหายได้ ทำให้เกิดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยสูงขึ้น

3. การได้รับข้อมูลที่ขัดแย้งเกี่ยวกับการวินิจฉัยโรคและความรุนแรงของความเจ็บป่วย (Inconsistency of information) หมายถึง การที่ผู้ป่วยได้รับข้อมูลจากแพทย์หรือพยาบาลเกี่ยวกับการรักษาและการดำเนินของโรคที่มีการเปลี่ยนแปลงบ่อย ๆ หรือข้อมูลที่ได้รับมีน้อย รวมถึงผู้ป่วยได้รับข้อมูลไม่สม่ำเสมอ ไม่สอดคล้องจากเดิม เกิดความวิตกกังวลไม่สามารถปฏิบัติตัวได้เหมาะสม ทำให้ผู้ป่วยประเมินสถานการณ์ไปในทางเลวร้าย ทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยเพิ่มขึ้น หากผู้ป่วยได้รับข้อมูลที่แน่นอนเกี่ยวกับความเจ็บป่วยและการรักษา จะทำให้ผู้ป่วยประเมินสถานการณ์ว่าเป็นสิ่งควบคุมได้หรือเป็นโอกาส ทำให้ความรู้สึก

ไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยลดลง

4. การไม่สามารถทำนายการดำเนินของโรคและการพยากรณ์โรค (Unpredictability) หมายถึง การที่ผู้ป่วยไม่สามารถทำนายระยะเวลาที่เจ็บป่วย ผลของความเจ็บป่วย และการพยากรณ์โรคของความเจ็บป่วย เนื่องจากความคลุมเครือ ความซับซ้อนและความไม่สม่ำเสมอในเรื่องข้อมูลเกี่ยวกับโรคและการรักษา ทำให้ผู้ป่วยประเมินสถานการณ์ที่แน่นอนไม่ได้หรือทำนายผลของโรคและการรักษาไม่ได้ สภาพเช่นนี้พบบ่อยในผู้ป่วยเรื้อรังที่มีการเปลี่ยนแปลงของอาการในทางที่ดีขึ้นและเลวลง ผู้ป่วยจึงเกิดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยสูงขึ้น

การประเมินความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย

ในขณะที่เกิดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย บุคคลมักประเมินความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยตามการรับรู้ที่มีต่อเหตุการณ์ความเจ็บป่วย และความเชื่อพื้นฐานของบุคคลโดยอาศัยการลงความเห็น (Inference) และการสร้างความเชื่อใหม่ (Illusion) ผลการประเมินตัดสินจะปรากฏใน 2 รูปแบบคือ

1. ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยที่ประเมินว่าเป็นอันตราย เกิดขึ้นเมื่อผู้ป่วยประเมินตัดสินเหตุการณ์นั้นว่าเป็นอันตราย ไม่สามารถทำนายผลลัพธ์ได้ชัดเจน หรือสูญเสียกำลังเกิดขึ้นกับตนหรือขาดบุคคลที่เชื่อถือไว้วางใจ ให้ผลในเชิงลบหรือผลที่ไม่ต้องการ การประเมินความรู้สึกไม่แน่นอนว่าเป็นอันตรายจะสัมพันธ์กับการมองโลกในแง่ร้าย การลงความเห็นเกี่ยวกับการวินิจฉัยโรคและการรักษา ความรุนแรงของโรค ความไม่คุ้นเคยกับอาการแสดงของโรค ทำให้เกิดความวิตกกังวล กระวนกระวาย ซึมเศร้า และความเครียด (Mishel, 1988: 225-232)

2. ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยที่ถูกประเมินว่าเป็นโอกาส เกิดขึ้นเมื่อบุคคลประเมินว่าเหตุการณ์นั้นว่าทำหาย โดยลงความเห็นเหตุการณ์นั้น ๆ เป็นอันตราย แต่สามารถควบคุมโดยอาศัยแหล่งประโยชน์ที่มีอยู่ หรือเกิดจากการสร้างความเชื่อใหม่ว่าความรู้สึกไม่แน่นอนเป็นทางเลือกที่ดีที่สุด ในการให้โอกาสแก่ผู้ป่วยที่จะมีชีวิตที่ดีขึ้น จะสัมพันธ์กับการมองโลกในแง่ดี ทำให้เกิดความหวัง (Hopeful) ความเชื่อมั่น (Confident) ความกระตือรือร้น (Eager) ทำให้ขยันและกำลังใจ (Moral) ดีขึ้น สิ่งนี้อาจแปรเปลี่ยนความรู้สึกไม่แน่นอนในรูปโอกาส ได้แก่ การหลีกเลี่ยงการรับข้อมูล การเพิกเฉยต่อเหตุการณ์ การปรับเปลี่ยนแนวคิดใหม่ และการวางเฉย ซึ่งจะช่วยให้เพิ่มแรงสนับสนุนต่อการปรับตัวได้ เมื่อวิธีการเผชิญปัญหาที่ใช้กับเหตุการณ์ความรู้สึกไม่แน่นอนมีประสิทธิภาพเพียงพอ ก็ส่งผลให้บุคคลมีการปรับตัวในการตอบสนองต่อสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงทั้งภายในและภายนอก เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม โดยมีรูปแบบที่เหมาะสมกับบุคคลนั้น ๆ

เครื่องมือประเมินความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยที่ Mishel สร้างขึ้นในปัจจุบันมีทั้งหมด 4 ฉบับ คือ แบบวัดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยฉบับที่ใช้กับบิดามารดาของผู้ป่วย

เด็กหรือผู้ดูแล 2 ฉบับ ส่วนฉบับที่ 3 เป็นแบบวัดผู้ป่วยซึ่งพักรักษาตัวในโรงพยาบาล มีจำนวน 32 ข้อและฉบับที่ 4 ใช้กับผู้ป่วยซึ่งไม่ได้พักรักษาในโรงพยาบาล (ฉบับชุมชน) มีจำนวน 23 ข้อ (Mishel, 1999:281 Mishel & Stewart, 2000: 311-313) ในงานวิจัยนี้ใช้แบบวัดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของ Mishel Uncertainty In Illness Scale – Community Form (ฉบับชุมชน) เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างที่ผู้วิจัยเก็บข้อมูล เป็นกลุ่มผู้ป่วยที่มาใช้บริการที่แผนกตรวจผู้ป่วยนอกและคลินิกโรคเลือด ซึ่งเป็นกลุ่มไม่ได้เข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาล ผู้วิจัยจึงใช้แบบวัดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของ Mishel ฉบับชุมชน ซึ่งแปลเป็นภาษาไทย โดยสมจิต หนูเจริญกุลและคณะ (2534 อ้างถึงใน สุภาณี แก้วธำรงค์, 2543)

ขั้นตอนการสร้างและคุณภาพของเครื่องมือ

Mishel ได้สร้างแบบวัดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยครั้งแรกในปี ค.ศ. 1980 มุ่งเน้นที่ความเจ็บป่วยซึ่งเกี่ยวข้องกับกรอบแนวคิดจากทฤษฎีความเครียดและการเผชิญความเครียดของ Lazarus & Folkman หลังจากนั้นได้มีการพัฒนาเครื่องมือเพื่อนำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างหลายกลุ่ม และตีพิมพ์เผยแพร่ในปี ค.ศ. 1981 เครื่องมือชุดนี้มีองค์ประกอบ 2 ด้าน คือ ความคลุมเครือเกี่ยวกับความเจ็บป่วย และด้านความกระจำเกี่ยวกับการรักษาและระบบดูแล ข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ Mishel ใช้เป็นพื้นฐานในการสร้างแบบวัดมีความหมายทั้งทางบวกและทางลบ โดยมีการตรวจสอบความตรงทางภาษาจากแพทย์ พยาบาล ผู้ป่วยแผนกอายุรกรรม ศัลยกรรม พบว่าข้อคำถามมีความหมายซ้ำซ้อนกัน จึงลดข้อคำถามจากเดิม 54 ข้อ เหลือเพียง 30 ข้อ ไปหาความเที่ยงด้านความสอดคล้องภายในของปัจจัย (Internal consistency of the factor) ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา 0.91 แต่ปัจจัยด้านการทำนายมีข้อคำถาม 4 ข้อ ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาต่ำเท่ากับ 0.64 จึงสร้างข้อคำถามเพิ่มอีก 4 ข้อ แล้วทำการวิเคราะห์ปัจจัยซ้ำโดยนำไปศึกษาในผู้ป่วยอายุรกรรม จำนวน 100 ราย พบว่าได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาเพิ่มขึ้น 0.72 ต่อมาในปีค.ศ. 1989 Mishel ได้สร้างแบบวัดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยฉบับชุมชน โดยใช้เทคนิคการวิเคราะห์ตัวประกอบ หรือเทคนิคการวิเคราะห์ปัจจัย (One factor analysis) เป็นการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของข้อคำถามต่าง ๆ ในแบบวัดและการให้น้ำหนักมากน้อยของข้อคำถามแต่ละข้อ Mishel นำแบบวัดไปตรวจสอบในกลุ่มผู้ป่วยเรื้อรังจำนวน 396 คน ผลการวิเคราะห์ปัจจัยพบว่า มีข้อคำถาม 23 ข้อ ที่มีความตรงของเนื้อหา ดังนั้นแบบวัดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยฉบับชุมชน จึงมีข้อคำถาม 23 ข้อ มีองค์ประกอบของความรู้สึกไม่แน่นอน จำนวน 4 ด้าน คือ 1) ความคลุมเครือเกี่ยวกับความเจ็บป่วย 2) ความซับซ้อนเกี่ยวกับการรักษาและระบบบริการสุขภาพ 3) การได้รับข้อมูลไม่สม่ำเสมอเกี่ยวกับการวินิจฉัยและความรุนแรงของความเจ็บป่วย 4) การไม่สามารถทำนายการดำเนินของโรคและการพยากรณ์โรค ข้อคำถามมีความหมายทางบวก 19 ข้อ และข้อคำถามทางลบ 5 ข้อ เรียงกันอย่างไม่ตั้งใจ ผ่านการทดสอบคุณภาพโดย Mishel หาความเที่ยงด้วยการหาค่าความสอดคล้องภายในกับ

ผู้ป่วย 1121 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา เท่ากับ 0.75 - 0.90

ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยกับการปรับตัวในผู้ป่วยวัยรุ่น

Davis (1956) กล่าวว่า ลักษณะของเด็กโรคโปลิโอที่อยู่โรงพยาบาล ความรู้สึกไม่แน่นอนมีความสำคัญกับการอยู่รอดของเด็ก โดยเพิ่มความสามารถในการดูแลตนเองและการปรับตัวต่อสิ่งแวดล้อมที่ไม่คุ้นเคย ซึ่งมีผลในการช่วยฟื้นฟูสภาพจนหายจากโรค Koocher & O' Malley (1981) ทำงานเกี่ยวกับประสบการณ์เด็กโรคชิวิตจากโรคมะเร็งและพัฒนาแนวคิดความไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยเรื้อรัง ประกอบด้วย ระยะเวลาของการเจ็บป่วย และติดตามผู้ป่วยพบว่า มีความไม่แน่นอนเกี่ยวกับการรักษาและมีความเครียดใน 3 ลักษณะ 1) วิตกกังวลสูงและมีปัญหาการปรับตัว เนื่องจากกลัวการกลับเป็นโรครั่ว 2) เชื่อว่าการรักษาโรคมะเร็ง ทำให้มีภูมิคุ้มกันต่อตนเอง 3) ไม่มีความคิดใด ๆ กับสิ่งที่เกิดขึ้น และการสำรวจอื่น ๆ พบว่าวัยรุ่นสนใจงานวันต่อวัน เช่น เหตุการณ์ที่โรงเรียน กิจกรรมในสังคมกับเพื่อนและโรงเรียน Van Dongen-Melman และ Souders-Woudstra (1986) กล่าวว่า ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยเป็นประสบการณ์การเจ็บป่วยซึ่งมีผลต่อการทำหน้าที่ในสังคมและจิตใจของเด็กป่วย Haase & Rostad (1994) และ Weekes & Kagan (1994) ศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพในเด็กและวัยรุ่นโรคมะเร็งกับครอบครัวที่ได้รับเคมีบำบัด โดย Haase & Rostad ได้ศึกษาผู้ป่วยอายุ 5-18 ปี ที่ได้รับการรักษาแตกต่างกันในการเผชิญปัญหาเกี่ยวกับความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย ผู้ป่วยกล่าวว่า ไม่เข้าใจความหมายของการรักษาหรือเหตุผลของการรักษา รวมทั้งความกลัวเกี่ยวกับการกลับเป็นโรครั่ว วัยรุ่นที่มีการตอบสนองกับความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยจะมีประสบการณ์เกี่ยวกับโรคมะเร็งสูงขึ้น รวมถึงการดูแลสุขภาพร่างกาย ปฏิบัติการต่อครอบครัว การถูกจำกัดกิจกรรม รวมทั้งการดูแลสุขภาพในระยะเวลาที่โรคสงบ สอดคล้องกับการศึกษาของ Weekes & Kagan ศึกษาผู้ป่วยอายุ 8-18 ปี ซึ่งได้รับการรักษาโรคมะเร็งพบว่า เด็กและวัยรุ่นใช้กลยุทธ์ในการเผชิญปัญหาเกี่ยวกับความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยระหว่างการรักษา โดยเลือกใช้ความสนใจเฉพาะอย่างและเบี่ยงเบนในกิจกรรมที่มีความเสี่ยง Greenberg & Meadow (1991) ศึกษาในผู้ป่วยอายุ 8-16 ปี พบว่า มีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยต่อการปรับตัวจากการรักษาที่ยาวนาน 38% ของผู้ป่วยกล่าวว่า กลัวการกลับเป็นโรครั่ว ซึ่งคุกคามการเจ็บป่วยและต้องมาพบแพทย์เพื่อตรวจตามนัด Novakovic et al (1996) สำรวจผู้ป่วยวัยรุ่นตอนปลาย 85 คน โดยศึกษาย้อนหลังถึงความประทับใจที่มีผลต่อการรักษาโรคมะเร็ง เก็บเครื่องของผู้ป่วยวัยรุ่นกังวลกับการกลับเป็นโรครั่ว การตาย การเป็นหมัน และการมีลูกที่ผิดปกติ เช่นเดียวกับ Koocher & O' Malley (1981) ส่วน Neville (1998) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย การสนับสนุนทางสังคม และภาวะไม่สุขสบายทางจิตใจ ในผู้ป่วยวัยรุ่นอายุ 14-22 ปี เฉลี่ย 19 ปี โดยใช้ Mishel Uncertainty in Illness Scale- Community Form (MUIS, 1988) พบว่า ผู้ป่วยวัยรุ่นมีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยเกี่ยวกับการวินิจฉัยโรค อาการ

การพยากรณ์โรค การรักษาและความสัมพันธ์กับเจ้าหน้าที่ที่มีสุขภาพ ซึ่งเป็นสิ่งก่อความเครียดหลัก ต่อการปรับตัวทางจิตสังคม ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะ ไม่สุขสบายทางจิตใจ และสัมพันธ์ทางลบกับการสนับสนุนทางสังคม ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยเป็นตัวทำนายภาวะไม่สุขสบายทางใจสูงถึง 30 % นั่นคือระดับของความไม่สุขสบายทางใจสูงสัมพันธ์กับระดับของความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยสูง และสัมพันธ์กับระดับการสนับสนุนทางสังคมต่ำ Brett & Davies (1998) ศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพในครอบครัวเด็กที่วินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งมา 5 ปี พี่น้องของเด็กจะกลัวการเสียชีวิตจากโรคมะเร็งของผู้ป่วย การเปลี่ยนแปลง บทบาทในครอบครัว ภาวะทางอารมณ์ และร่างกายที่เป็นทุกข์ของผู้ป่วยจากการทำการรักษาที่รุกรานร่างกาย การวัดระดับความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยในผู้ป่วยมีเพียงเล็กน้อย โดยรายงานจาก บิดามารดาของผู้ป่วยเด็กกลุ่มเดิม Steele et al (1997) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของเด็กกับบิดามารดาที่เป็นโรคมะเร็งและติดเชื้อเอชไอวี วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลและครอบครัว โดยใช้ MUIS (1981) พบว่า ผู้ป่วยเด็กมีคะแนนความ กลุมเครือสัมพันธ์กับการป่วยของบิดาอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05 ส่วนในมารดามีคะแนนความ กลุมเครือสัมพันธ์กับความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าที่ทำนายโดยตัวผู้ป่วยเด็กเอง Yarcheski (1988) ศึกษาเปรียบเทียบความรู้สึกไม่แน่นอนในผู้ป่วยวัยรุ่น Cystic fibrosis กับมารดา พบว่า ระดับความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของวัยรุ่นและมารดาเกี่ยวข้องกับการมีชีวิตที่ยืนยาวในอนาคต ผู้ป่วยวัยรุ่นต้องการความเป็นตัวของตัวเองและความเป็นอิสระ Mullin et al (1997) ศึกษา การปรับตัวทางจิตสังคมในวัยรุ่นโรคหอบหืด อายุ 17 - 26 ปี โดยใช้ MUIS - C พบว่าความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์กับการปรับตัวทางจิตสังคมอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .001 และความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยเป็นตัวทำนายภาวะไม่สุขสบายทางใจคล้ายกับการศึกษา ในผู้ใหญ่ (Mishel, 1988; Mishel & Braden; 1987; Wineman, 1990)

สรุปว่า การศึกษางานวิจัยดังกล่าวยืนยันว่าความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยมีความ สำคัญต่อการประเมินประสบการณ์การเจ็บป่วย และมีผลต่อการปรับตัวของวัยรุ่นที่ป่วยด้วยโรค เรื้อรัง จึงเป็นข้อบ่งชี้ที่จำเป็นสำหรับพยาบาลในการวิจัยเกี่ยวกับความรู้สึกไม่แน่นอนในความ เจ็บป่วยต่อไป

การสนับสนุนทางสังคม

การสนับสนุนทางสังคม มีพื้นฐานมาจากการศึกษาทางสังคม และจิตวิทยา การสนับสนุน ทางสังคมที่ดีคือ ปัจจัยทางจิตสังคมที่มีผลต่อการดำรงชีวิตของมนุษย์และต้องมีการพึ่งพาอาศัย ช่วยเหลือซึ่งกันและกัน มีการแลกเปลี่ยนความคิด ความรู้สึกต่อกัน เป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับ พฤติกรรมอนามัยและภาวะสุขภาพของมนุษย์ทั้งทางร่างกายและจิตใจ (Cohen & Syme, 1985: 3)

โดยเฉพาะในระบบบริการสุขภาพ เนื่องจากพบว่ามียุทธศาสตร์สำคัญในการคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพ ช่วยบรรเทาความเครียดและช่วยให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวต่อสิ่งเร้าต่าง ๆ ได้เหมาะสม เพื่อให้บรรลุความต้องการของตนเองในด้านสรีระวิทยาและเกิดความมั่นคงทำให้มีชีวิตอยู่อย่างมีความสุข เป็นที่ยอมรับของบุคคลในสังคม อันทำให้มีชีวิตอยู่อย่างมีความสุข การศึกษาผลของการสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมสุขภาพของมนุษย์ ก่อให้เกิดแนวคิดหลายรูปแบบ ทั้งที่มีความสอดคล้องและมีความแตกต่าง (Uphold, 1991: 446-447)

ความหมายของการสนับสนุนทางสังคม มีผู้ให้ความหมายไว้ต่าง ๆ ดังนี้

Cobb (1976: 300) กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคมคือ การที่บุคคลได้รับข้อมูลที่ทำให้บุคคลเชื่อว่ามีคนรัก เอาใจใส่ สนใจ ยกย่องและมองเห็นคุณค่า รู้สึกตนเองเป็นส่วนหนึ่งของสังคม มีความผูกพันซึ่งกันและกัน

Kaplan, Cassel & Gore (1977: 50-51) ให้ความหมายของการสนับสนุนทางสังคมเป็น 2 แนว แนวแรก หมายถึง ความพอใจต่อความจำเป็นพื้นฐานทางสังคม ได้แก่ การให้ความยกย่อง นับถือ ยอมรับ เห็นใจและความช่วยเหลือ จากการติดต่อสัมพันธ์กับบุคคลในกลุ่มสังคม แนวคิดที่สอง หมายถึง ความสัมพันธ์ที่บุคคลสามารถรับรู้จากกลุ่มสังคมที่ให้การสนับสนุนหรือจากบุคคลที่มีความสำคัญต่อบุคคลนั้น

Kahn (1979: 85) กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคมคือ ปฏิสัมพันธ์อย่างมีจุดมุ่งหมายระหว่างบุคคล ทำให้เกิดความผูกพันในแง่ดีจากบุคคลหนึ่งไปยังอีกบุคคลหนึ่ง การยืนยันรับรองหรือเห็นพ้องกับพฤติกรรมของอีกบุคคลหนึ่ง โดยมีการช่วยเหลือซึ่งกันและกัน ในด้านเงินทอง สิ่งของหรืออื่น ๆ อาจเกิดเพียงอย่างเดียวหรือมากกว่าหนึ่งอย่าง

Schaefer et al (1981: 386) สรุปว่า การสนับสนุนทางสังคมเป็นสิ่งประคับประคองจิตใจของบุคคลในสังคม เมื่อบุคคลนั้นเผชิญความเครียดในชีวิต

House (1981 cited in Brown, 1986: 5) กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคมเป็นปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ประกอบด้วยความรักใคร่ห่วงใย ไว้วางใจ ช่วยเหลือ ด้านการเงิน สิ่งของ แรงงาน เวลา การให้ข้อมูลข่าวสาร ตลอดจนการให้ข้อมูลย้อนกลับ เพื่อเรียนรู้และประเมินผลตนเองในสังคม

Thoits (1982: 147-148) ให้ความหมายว่า การสนับสนุนทางสังคมคือ การที่บุคคลในเครือข่ายของสังคมได้รับความช่วยเหลือด้านอารมณ์ สิ่งของ หรือข้อมูล ช่วยให้ผู้บุคคลสามารถเผชิญและตอบสนองต่อความเจ็บป่วย หรือความเครียดได้ในระยะเวลาที่รวดเร็วขึ้น

Pender (1996: 257) ให้ความหมายการสนับสนุนทางสังคม เป็นสิ่งที่ทำให้บุคคลเกิดความรู้สึกเป็นเจ้าของ การได้รับการยอมรับและนับถือ รู้สึกมีคุณค่า เป็นที่ต้องการของบุคคลหนึ่ง โดยได้รับจากกลุ่มบุคคลในระบบสังคมนั้น เป็นผู้ให้การสนับสนุนด้านอารมณ์ วัสดุอุปกรณ์ ข่าวสาร

คำแนะนำ ทำให้บุคคลนั้นดำรงชีวิตอยู่ในสังคมอย่างเหมาะสม แต่ไม่รวมถึงการที่บุคคลจะกระทำสิ่งหนึ่งสิ่งใดเพื่อบุคคลอื่น ๆ

Orem (1985: 45-47) กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคมเป็นการที่บุคคลมีความรับผิดชอบช่วยเหลือผู้ที่ต้องการพึ่งพาให้บรรลุความต้องการในการดูแลตนเองตามความคาดหวัง ดำรงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพและความผาสุกในชีวิต โดยเฉพาะในภาวะที่เจ็บป่วย การช่วยเหลือจากสมาชิกในครอบครัวและเพื่อนบ้าน ตลอดจนเจ้าหน้าที่ในทีมสุขภาพ จะส่งผลให้เกิดความผาสุกในครอบครัวได้

จากแนวคิดดังกล่าว สรุปได้ว่าการสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การที่บุคคลได้รับความช่วยเหลือจากการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่นในสังคม เช่น บิดามารดา พี่น้อง ญาติ เพื่อน บุคลากรทางการแพทย์คนหนึ่งคนใดหรือหลายบุคคลร่วมกัน ทั้งด้านวัตถุประสงค์ของ ด้านการเงิน ข้อมูลข่าวสาร อารมณ์ การยอมรับนับถือ ได้รับความรัก เอาใจใส่จากบุคคลในสังคม ทำให้ผู้ได้รับการสนับสนุนเกิดความรู้สึกมั่นคง เชื่อว่ามีคนรักและสนใจ มีคนยกย่อง และมองเห็นคุณค่า รู้สึกว่าตนเองเป็นส่วนหนึ่งของสังคม สามารถเผชิญและตอบสนองต่อความเครียดหรือภาวะความเจ็บป่วยได้ มีผลทำให้บุคคลนั้นมีพฤติกรรมที่นำไปสู่การมีสุขภาพอนามัยที่ดี

แหล่งที่มาของการสนับสนุนทางสังคม

จากการศึกษาของ Kaplan et al (1977: 50-51) พบว่า คนที่ขาดการติดต่อกับคนในสังคมจะทำให้ไม่เป็นตัวของตัวเอง ขาดความเชื่อมั่นในตนเอง ตัดสินใจไม่ได้ และไม่สามารถดูแลตนเองได้ในทางตรงข้าม บุคคลใดเมื่อประสบปัญหาหนักได้รับความช่วยเหลือหรือสนับสนุนจากบุคคลอื่น ๆ ทำให้ความคาดหวังของแต่ละคนเป็นจริง โดยเฉพาะเมื่อเกิดความเจ็บป่วยสามารถดำเนินชีวิตอยู่ได้

House (1981 cited in Cohen & Syme, 1985: 94-103) ได้จำแนกแหล่งสนับสนุนทางสังคม ได้ 2 กลุ่ม คือ

1. กลุ่มที่มีความสัมพันธ์อย่างไม่เป็นทางการ หมายถึง บุคคลที่ให้ความช่วยเหลือแก่บุคคลอื่น โดยมีความสัมพันธ์ตามธรรมชาติ ไม่เกี่ยวข้องกับบทบาทการทำงาน หรือวิชาชีพ ได้แก่ คู่สมรส เครือญาติ หรือเพื่อนฝูง
2. กลุ่มที่มีความสัมพันธ์กันอย่างเป็นทางการ หมายถึง บุคคลที่ให้การช่วยเหลือบุคคลอื่น โดยเกี่ยวข้องกับบทบาทการทำงาน หรือวิชาชีพ ลักษณะการช่วยเหลือที่เฉพาะเจาะจง เช่น ทีมสุขภาพ เป็นต้น

Pender (1996: 257-259 อ้างถึงใน มาลัย สำราญจิตต์, 2540: 33-34) แบ่งแหล่งสนับสนุนทางสังคมเป็น 5 กลุ่ม ดังนี้

1. กลุ่มที่มีความผูกพันตามธรรมชาติ (Natural support systems) ได้แก่ ครอบครัวเป็นกลุ่มสนับสนุนทางสังคมระดับปฐมภูมิที่เหมาะสม โดยสมาชิกในครอบครัวต้องรับรู้ความต้องการของกันและกัน มีการสื่อสารภายในครอบครัวอย่างมีประสิทธิภาพ ยอมรับความต้องการของส่วนรวม และให้ความช่วยเหลือซึ่งกันและกัน

2. กลุ่มเพื่อน (Peer support system) ส่วนมากมักได้รับประสบการณ์ที่มีผลกระทบที่รุนแรงในชีวิต ประสบผลสำเร็จในการปรับตัว และมีการพัฒนาไปในทิศทางที่ดีขึ้น ทำให้คนกลุ่มนี้เข้าใจในสิ่งที่เกิดขึ้นอย่างลึกซึ้งในตนเอง สามารถให้คำแนะนำในการแก้ปัญหาในส่วนที่คล้ายคลึงกับประสบการณ์ที่เขาเคยประสบมา

3. กลุ่มองค์กรทางศาสนา (Organized religious support systems) เป็นกลุ่มองค์กรที่พบปะกันในสถานที่ทางศาสนาจัดไว้ เพื่อช่วยเหลือสนับสนุนบุคคลในศาสนาอื่น ๆ เพราะการชุมนุมเป็นการแบ่งปันความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง มีจุดมุ่งหมายในชีวิต ธรรมเนียมปฏิบัติทางศาสนาและแนวทางดำเนินชีวิต นำไปสู่ความเข้าใจด้านสุขภาพเพิ่มขึ้น

4. กลุ่มองค์กรที่ให้การสนับสนุนช่วยเหลือของกลุ่มผู้ดูแล หรือการให้ความช่วยเหลือขององค์กรวิชาชีพ (Organized support systems of care giving or helping professional) ได้แก่ กลุ่มผู้ดูแลสุขภาพ ผู้ช่วยเหลือที่มีทักษะ การบริการที่เฉพาเจาะจง บุคคลจะแสวงหากลุ่มสนับสนุนทางสังคมกลุ่มนี้ ก็ต่อเมื่อได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวหรือเพื่อนไม่เพียงพอ หรือไม่ได้ผล กลุ่มบุคคลในวิชาชีพด้านสุขภาพจะเข้ามาช่วยเหลือสนับสนุนในส่วนนี้

5. กลุ่มองค์กรที่ไม่ใช่วิชาชีพด้านสุขภาพ (Organized support groups not disected by health professionals) ประกอบด้วย กลุ่มอาสาสมัคร และกลุ่มที่ให้การช่วยเหลือซึ่งกันและกัน กลุ่มอาสาสมัครเป็นกลุ่มที่ให้ความช่วยเหลือบุคคลที่มีความต้องการ หรือมีเหตุผลบางอย่างที่บุคคลไม่สามารถจัดหาบริการให้แก่ตนเองได้ ส่วนกลุ่มให้การช่วยเหลือซึ่งกันและกันเป็นกลุ่มบุคคลที่พยายามเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของสมาชิก หรือส่งเสริมการปรับตัวไปจนถึงการเปลี่ยนแปลงชีวิตความเป็นอยู่ เช่น กลุ่มผู้มีปัญหาสุขภาพเรื้อรัง กลุ่มบุคคลที่เจ็บป่วยในระยะสุดท้ายของชีวิต กลุ่มที่มีสมาชิกในครอบครัวพิการ

สรุป การสนับสนุนทางสังคมมักมาจากกลุ่มปฐมภูมิ ซึ่งแบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ 1) กลุ่มเครือญาติ ได้แก่ สมาชิกในครอบครัวเดี่ยวและครอบครัวขยาย กลุ่มนี้ใช้เวลาอยู่ร่วมกันมาก มีความถี่ในการติดต่อสูง มีการแลกเปลี่ยนสิ่งของ หรือข่าวสารซึ่งกันและกัน 2) กลุ่มมิตรภาพ ได้แก่ เพื่อนบ้าน คนใกล้ชิดเคียง เพื่อน ที่มีความสนใจร่วมกันหรือมีระบบค่านิยมร่วมกัน (McElveen, 1978: 321-323) ซึ่ง McElveen (1978: 326-327) มีความเห็นว่า ครอบครัวและญาติพี่น้อง เป็นแหล่ง

สนับสนุนที่มีความสำคัญ และใกล้ชิดกับบุคคลมากที่สุด รองลงมาจะเป็นกลุ่มเพื่อน

ชนิดของการสนับสนุนทางสังคม

House (1981 cited in Tiden, 1985: 201 และ Israel, 1985 อ้างถึงใน จริยวัตร คมพยัตม์, 2531: 100) กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคมมี 4 ชนิดคือ

1. การสนับสนุนด้านอารมณ์ (Emotional support) หมายถึง การแสดงออกถึงการยกย่อง เห็นคุณค่า ความรัก ความไว้วางใจ ความห่วงใย การรับฟัง เห็นอกเห็นใจ วัยรุ่นที่เจ็บป่วยมักได้รับผลข้างเคียงจากการรักษา ทำให้ภาพลักษณ์เปลี่ยนไป เกิดความรู้สึกแตกต่างจากเพื่อน ทำให้ต้องการระดับประคองด้านอารมณ์เพื่อความมั่นคงทางจิตใจ Kahn & House (1985) มีความเห็นว่าการสนับสนุนด้านอารมณ์มีอิทธิพลต่อการทำนายภาวะสุขภาพมากกว่าด้านอื่น ๆ การได้รับความรัก ความไว้วางใจ มีผู้รับฟังปัญหาเพิ่มความรู้สึกมีคุณค่า อีกทั้งมีผลต่อระบบภูมิคุ้มกันและระบบฮอร์โมนที่เกี่ยวข้องกับระบบประสาท ทำให้มีการปรับตัวตามความต้องการของร่างกายได้ดีขึ้น (Worman & Conway cited in Cohen & Syme, 1985: 290)

2. การสนับสนุนด้านการประเมินคุณค่า (Appraisal support) หมายถึง การให้ข้อมูลย้อนกลับ การยอมรับในสิ่งที่บุคคลอื่นแสดงออกมา รวมถึงแรงสนับสนุนซึ่งอาจเป็นความช่วยเหลือโดยตรงหรือโดยอ้อมก็ได้ วัยรุ่นโรคมะเร็งต้องมารับการรักษาบ่อยครั้ง มักมีผลกระทบต่อการดำเนินชีวิต มีอาการอ่อนเพลีย ขาดความมั่นใจในตนเอง การชมเชย รับรองพฤติกรรม จะช่วยให้เกิดความมั่นใจมากขึ้น Taylor (1986 อ้างถึงใน Abraham & Shanley, 1992: 142) กล่าวว่า การเปรียบเทียบตนเองกับผู้อื่น ช่วยให้มีความรู้สึกต่อตนเองดีขึ้นและปรับตัวต่อเหตุการณ์เลวร้ายได้

3. การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (Informatinal support) หมายถึง การให้ข้อมูลข่าวสารในเชิงปริมาณที่บุคคลได้รับ เพื่อแก้ปัญหาที่เผชิญกับภาวะของโรคและการรักษา โดยให้ข้อมูลในเรื่องต่าง ๆ ทั้งในรูปแบบของคำแนะนำ ข้อเสนอแนะหรือแนวทางในการปฏิบัติ วัยรุ่นโรคมะเร็งจะรับรู้ว่าคุณเองเจ็บป่วยรุนแรง จากการที่ผู้ใหญ่ปิดบัง ไม่เปิดโอกาสให้ซักถาม หรือพูดถึงความเจ็บป่วยที่เป็นอยู่ จึงคิดเดาตามเหตุการณ์ตามความคิดของตนเอง การให้ข้อมูลเปิดเผยตามความเป็นจริงเกี่ยวกับโรคและการรักษา ช่วยให้วัยรุ่นสามารถปรับตัวกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้นได้อย่างเหมาะสมและปฏิบัติตัวได้ถูกต้อง Wortman (1984: 2534) กล่าวว่า การให้ข้อมูลต่าง ๆ ทำให้การรับรู้ของบุคคลและสามารถเผชิญความเครียดได้ดีขึ้น

4. การสนับสนุนด้านทรัพยากร (Instrumental support) เป็นการช่วยเหลือในรูปแบบต่าง ๆ ในเรื่องเงิน สิ่งของ แรงงาน เวลา และการปรับปรุงสภาพแวดล้อมและการให้บริการ วัยรุ่นโรคมะเร็งต้องการผู้ดูแลพาไปตรวจรักษาตามแผนการรักษาของแพทย์ ช่วยเหลือเมื่อมีอาการไม่สบายจากความเจ็บป่วยและผลข้างเคียงจากยา สามารถปรับตัวต่อบทบาทของผู้ป่วยได้เหมาะสม ด้านการเรียน ถ้าครูและเพื่อนให้ความช่วยเหลือจะช่วยให้วัยรุ่นมีกำลังใจที่จะกลับไปเรียน และช่วยให้มี

พัฒนาการเหมาะสมตามวัย (อารีย์ มั่งเกียรติสกุล, 2543: 33)

Kahn (1979: 85) แบ่งการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 3 ด้านคือ

1. ความผูกพันทางด้านอารมณ์และความคิด (Affection) เป็นการแสดงออกถึงภาวะอารมณ์ในด้านบวก ซึ่งแสดงออกในรูป ความผูกพัน การเคารพและการยอมรับ
2. ความเห็นพ้องและยืนยันพฤติกรรมของบุคคล (Affirmation) เป็นการแสดงออกถึงการเห็นพ้องยอมรับในความถูกต้องเหมาะสม ทั้งในด้านการกระทำและความคิดของบุคคล
3. การให้ความช่วยเหลือซึ่งกันและกัน (Aid) เป็นปฏิสัมพันธ์ที่ดีต่อบุคคลอื่น โดยการให้สิ่งของหรือการให้ความช่วยเหลือโดยตรง เช่น ความช่วยเหลือด้านการให้สิ่งของ เงินทอง ข้อมูล ข่าวสาร หรือเวลา

Weiss (1974 cited in Diamond & Jone, 1983: 235-236) แบ่งชนิดของการสนับสนุนทางสังคมเป็น 6 ชนิด คือ

1. ความผูกพันและรักใคร่สนับสนุน (Attachment) หมายถึง ความสัมพันธ์ที่เกิดจากความใกล้ชิด ทำให้บุคคลเกิดความรู้สึกว่าคนเป็นที่รักและได้รับความเอาใจใส่ เกิดความรู้สึกมั่นคงทางจิตใจ ถ้าบุคคลขาดการสนับสนุนจะทำให้รู้สึกเดียวดาย (Loneliness)
2. การมีส่วนร่วมหรือการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม (Social integration) หมายถึง การที่บุคคลมีโอกาสร่วมในกิจกรรมของสังคม ทำให้มีการแบ่งปัน แลกเปลี่ยนซึ่งกันและกัน ทั้งด้านความคิด คำสั่งทรัพย์ และกำลังบุคคลตามโอกาสอันควร ทำให้เกิดความหวังใจและเข้าใจซึ่งกันและกัน หากบุคคลขาดการสนับสนุนนี้จะทำให้ถูกแยกจากสังคม โดดเดี่ยว ขาดเพื่อน เป็นผลให้ขาดกำลังใจ สิ้นหวังและเบื่อหน่ายต่อการมีชีวิตอยู่
3. การได้มีโอกาสช่วยเหลือผู้อื่น (Opportunity for nurturance) หมายถึง การที่บุคคลมีความรับผิดชอบ ช่วยเหลือบุคคลอื่นซึ่งค้ำค้ำกว่า เกิดความรู้สึกว่าตนเองเป็นที่ต้องการของบุคคลอื่นและผู้อื่นพึ่งพาได้ หากขาดการสนับสนุนนี้จะทำให้เกิดความรู้สึกคับข้องใจ ว่างเปล่าและไร้จุดหมายของชีวิต
4. การส่งเสริมให้รู้ถึงคุณค่าแห่งตน (Reassurance of worth) หมายถึง การที่บุคคลได้รับการยอมรับ ยกย่องจากสถาบันครอบครัวหรือเพื่อนว่าตนเองมีความสามารถ (Social role) เช่น ความสามารถในการช่วยเหลือเรื่องต่าง ๆ ในครอบครัว หรือการทำงานร่วมกับเพื่อนร่วมงาน ถ้าบุคคลขาดการสนับสนุนจะทำให้รู้สึกมีคุณค่าในตนเองและมีความเชื่อมั่นลดลง
5. ความรู้สึกพึ่งพาอาศัยกัน (A sense of reliable alliance) หมายถึง สัมพันธภาพในลักษณะช่วยเหลือเกื้อกูลกันอย่างต่อเนื่อง มักเกิดจากสัมพันธภาพของครอบครัวโดยตรง ถ้าขาดการสนับสนุนจะรู้สึกว่าขาดความมั่นคงและถูกทอดทิ้ง

6. การได้รับคำแนะนำและการชี้แนะ (The obtaining of guidance) หมายถึง ความสัมพันธ์ที่เกิดจากการได้รับความจริงใจ ช่วยเหลือทางอารมณ์ ชี้แนะข้อมูลจากบุคคลที่ตนเชื่อมั่นและศรัทธาเมื่อตกอยู่ในภาวะตึงเครียด หรือภาวะวิกฤต เพื่อผ่อนคลายภาวะตึงเครียดที่กำลังประสบอยู่ ถ้าขาดการสนับสนุนนี้จะทำให้รู้สึกท้อแท้ สิ้นหวัง

Schaefer et al (1981 cited in Tiden, 1985: 201) แบ่งชนิดของการสนับสนุนเป็น 3 ชนิดคือ

1. การสนับสนุนทางด้านอารมณ์ (Emotional support) หมายถึง ความรักใคร่ผูกพันใกล้ชิด การให้ความมั่นใจ ยอมรับ ห่วงใย เอาใจใส่ นำไปสู่ความรู้สึกว่าตนเป็นที่รัก ห่วงใยและเป็นส่วนหนึ่งของสังคม

2. การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (Information support) หมายถึง การให้ข้อมูลและคำแนะนำที่สามารถให้บุคคลแก้ปัญหาหรือให้ข้อมูลป้อนกลับเกี่ยวกับพฤติกรรมและการกระทำของบุคคล

3. การสนับสนุนด้านสิ่งของ (Tangible support) หมายถึง การให้ความช่วยเหลือเมื่อบุคคลต้องการในด้านสิ่งของ เงินทอง เวลา และแรงงาน

Pender (1996: 257) แบ่งชนิดของการสนับสนุนทางสังคมเป็น 4 ชนิดคือ

1. การสนับสนุนด้านอารมณ์ (Emotional support) เป็นการช่วยเหลือสนับสนุน มีส่วนร่วมซึ่งอาจเป็นการช่วยเหลือในสภาวะซึมเศร้า

2. การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (Informational support) เป็นการช่วยเหลือสนับสนุนให้บุคคลเกิดความเข้าใจว่าควรทำอย่างไร ถึงจะมีประสิทธิภาพและเกิดประโยชน์ต่อตนเอง

3. การช่วยเหลือด้านทรัพยากร (Instrumental aid) เป็นการช่วยเหลือในเรื่องแรงงาน สิ่งของ เงินทอง เพื่อให้บุคคลมีเวลาในการทำกิจกรรมด้านอื่น ๆ

4. การยอมรับ (Affirmation) คือ การยอมรับช่วยให้บุคคลแต่ละคนเข้าใจภาวะและศักยภาพที่เป็นจริงของตนเอง

ชนิดของการสนับสนุนทางสังคมที่เหมาะสมอยู่ภายใต้เงื่อนไข 3 ประการคือ สถานการณ์ เวลาที่ต้องการการสนับสนุน และแหล่งสนับสนุนของบุคคล (Diamond & Jone, 1983: 239) ซึ่ง Jacobson (1986, 254) กล่าวว่าบุคคลต้องการการสนับสนุนด้านต่าง ๆ แตกต่างกันในเวลาและสถานการณ์ความเครียดแตกต่างกัน เช่น ภาวะวิกฤต บุคคลต้องการการสนับสนุนทางอารมณ์มากที่สุด ภาวะที่มีการเปลี่ยนแปลง การสนับสนุนทางความคิดสติปัญญา เช่น ข้อมูลข่าวสารต่าง ๆ ในภาวะที่เกิดความไม่สมดุลระหว่างความต้องการกับแหล่งประโยชน์ การสนับสนุนที่มีประโยชน์คือ

ด้านวัตถุประสงค์ของ การสนับสนุนทางสังคมทั้งด้านร่างกาย อารมณ์ สังคม เป็นการตอบสนองความต้องการพื้นฐานของบุคคล (Kaplan, 1975 cited in Lin, Woelfel & Light, 1985: 250)

การประเมินหรือวัดการสนับสนุนทางสังคม

การสร้างเครื่องมือเพื่อประเมินหรือวัดการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมมีความแตกต่างกันไปตามแนวคิดของผู้สร้างเครื่องมือ ซึ่งเครื่องมือที่มีการนำไปใช้บ่อย ๆ ได้แก่

1. เครื่องมือวัดการสนับสนุนทางสังคมตามแนวคิดของ Kahn เรียกว่า Norbeck Social Questionnaire Part Two (NSSQ2) ซึ่งสร้างโดย Norbeck, Linsey & Carrieri (1981: 264-269) เครื่องมือนี้วัดการสนับสนุนด้านความผูกพันทางด้านอารมณ์และความคิด ด้านความเห็นพ้องและยืนยันพฤติกรรมของบุคคล และการให้ความช่วยเหลือ ซึ่งมีจำนวนข้อคำถาม 9 ข้อและแบบประเมินเครือข่ายทางสังคม 20 ข้อ ลักษณะคำถามแบ่งตามมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ วัดได้ทั้งชนิดและปริมาณการสนับสนุนทางสังคม แบบประเมินผ่านการตรวจสอบหาค่าความเที่ยงอยู่ในช่วง .85-.92
2. เครื่องมือวัดการสนับสนุนทางสังคมของ Weiss (1974) เรียกว่า The Personal Resource Questionnaire Part Two (PRQ2) สร้างโดย Brandt & Weinert (1981: 277-280; 1987) เครื่องมือนี้วัดชนิดการสนับสนุนทางสังคม 5 ด้านคือ ความรักใคร่ผูกพัน การเป็นส่วนหนึ่งในสังคม ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง การให้ความช่วยเหลือแก่ผู้อื่น และการได้รับความช่วยเหลือจากครอบครัวและสังคม เครื่องมือมีลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 7 ระดับ และ PRQ 85: Part 2 ของ Brandt & Weinert แปลเป็นภาษาไทยโดย ชมนาค วรรณพรศิริ (2535) แบบประเมินนี้หาค่าความเที่ยงอยู่ในช่วง .85 -.93
3. เครื่องมือวัดการสนับสนุนทางสังคมตามแนวคิดของ Brown (1986) แบ่งการสนับสนุนทางสังคมเป็น 4 ด้านคือ การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร การสนับสนุนด้านสิ่งของและบริการ การสนับสนุนด้านอารมณ์ การสนับสนุนด้านการประเมินเปรียบเทียบ เครื่องมือมีลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 6 อันดับ แปลโดย กาญจนา บุญทับ (2534) แบบประเมินนี้หาค่าความเที่ยงอยู่ในช่วง .89 -.91
4. เครื่องมือวัดการสนับสนุนส่วนที่สอง (Support Questionnaire: SSQ Part 2) ตามแนวคิดของ Schaefer & Coyne & Lazarus แบ่งการสนับสนุนทางสังคมเป็น 3 ด้านคือ การสนับสนุนด้านอารมณ์ ด้านข้อมูลคำแนะนำ ด้านสิ่งของและบริการ มีข้อคำถามรวม 7 ข้อ แปลโดย สมจิต หนูเจริญกุล แบบประเมินนี้หาค่าความเที่ยงอยู่ในช่วง .76 -.97

สรุป ผู้วิจัยใช้แนวคิดของ House (1981) เป็นแนวทางในการประเมินการสนับสนุนทางสังคม เนื่องจากจำแนกชนิดของการสนับสนุน ได้ชัดเจนและครอบคลุมตามความต้องการทั้งด้าน

ร่างกายและจิตใจ และเป็นแนวคิดที่ได้รับการยอมรับว่าเหมาะสมกับกลุ่มวัยรุ่นโรคมะเร็งของไทย (มาลัย สํารานจิตต์, 2540: 49; รพีพร ประกอบทรัพย์, 2541: 35-36) เมื่อพิจารณาข้อคำถามด้าน ข้อมูลข่าวสารของอารีย์ มั่งเกียรติสกุล (2543: 51) ซึ่งใช้แนวคิดของ House ในวัยรุ่นโรคมะเร็ง พบว่า การสนับสนุนเกี่ยวกับข้อมูลข่าวสารเป็นการประเมินปริมาณของการได้รับข้อมูลในเรื่องการ ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการทำกิจวัตรประจำวันให้เหมาะสมกับโรค การแนะนำให้ไปพบแพทย์เมื่อมี อาการแทรกซ้อน การแนะนำในการปฏิบัติตนเมื่อเกิดความไม่สบาย การแนะนำการปฏิบัติตน เมื่อเกิดอาการข้างเคียง และการได้รับความรู้เกี่ยวกับโรคที่เป็นอยู่และการรักษา ส่วนแนวคิดของ Kahn (1979) โดยใช้แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคมของ Norbeck (1981) พบในการศึกษา ผู้ใหญ่ไทยที่เป็นผู้สูงอายุ (ขวัญสุภา วงษ์บา, 2544) และไม่มีการนำมาใช้ในวัยรุ่น เมื่อพิจารณา โอกาสการเข้าซ้อนในการวัดการสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสารตามแนวคิดของ House และการวัด ตัวแปรความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยตามแนวคิดของ Mishel พบว่าไม่เข้าซ้อนกัน เนื่องจาก แนวคิดของ House ประเมินปริมาณข้อมูลที่ได้รับในเรื่องต่าง ๆ ส่วนแบบสอบถามความรู้สึก ไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยเป็นการประเมินการได้รับข้อมูลในลักษณะความไม่สม่ำเสมอหรือ ความไม่สอดคล้อง ซึ่งเป็นการประเมินในเชิงคุณภาพ ซึ่งวัดคนละมิติ ดังนั้นผู้วิจัยจึงเลือกแบบ ประเมินการสนับสนุนทางสังคมของ House ที่ตรงกับกลุ่มวัยรุ่นโรคมะเร็งเม็ดเลือด

ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมต่อภาวะสุขภาพและการปรับตัวต่อความเจ็บป่วย

Cohen & Wills (1985: 310-313) ศึกษาผลของการสนับสนุนทางสังคมต่อภาวะสุขภาพและ ความเครียดพบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะสุขภาพและการปรับตัว ต่อความเครียด โดยเสนอกลไกการสนับสนุนทางสังคมที่มีผลต่อภาวะสุขภาพ 2 ลักษณะคือ

1. การสนับสนุนทางสังคม มีผลโดยตรงต่อภาวะสุขภาพ การได้รับความช่วยเหลือโดยตรง ทำให้บุคคลเกิดอารมณ์มั่นคงกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น ตระหนักถึงการมีคุณค่าในตนเอง มีผลต่อ พฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพให้เป็นไปในทางที่ดีและถูกต้อง จึงมีผลต่อภาวะสุขภาพโดยตรง นอกจากนี้ยังมีผลต่อการกำหนดหน้าที่ของระบบภูมิคุ้มกัน และระบบฮอร์โมนในร่างกายของ บุคคลที่มีการสนับสนุนทางสังคมมาก จึงมีภาวะสุขภาพและความผาสุกดีกว่าผู้ที่ได้รับการ สนับสนุนน้อยกว่า

2. การสนับสนุนเป็นสิ่งบรรเทาผลกระทบที่เกิดจากภาวะเครียด (Buffering effect) โดย ป้องกันไม่ให้เกิดความเจ็บป่วยทั้งด้านร่างกาย และจิตใจ เนื่องจากความเครียดทำให้เกิดความ รู้สึกไร้คุณค่า หหมดทางแก้ไขปัญหา สูญเสียความภาคภูมิใจในตนเอง ไม่สามารถเผชิญกับเหตุการณ์ได้ การได้รับการสนับสนุนทางสังคมที่เพียงพอ จะช่วยปกป้องบุคคลจากภาวะเครียดโดย

- 2.1 ช่วยให้ผู้บุคคลประเมินเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นว่า ไม่รุนแรงหรือรุนแรงน้อยลง เพราะ การได้รับการสนับสนุนทางสังคมทำให้บุคคลเกิดความรู้สึกว่า จะมีเหตุการณ์ใดเกิดขึ้นมีผู้ที่

สามารถให้ความช่วยเหลือหรือบรรเทาความเครียดให้น้อยลง

2.2 ช่วยลดหรือกำจัดปฏิกิริยาที่เกิดจากความเครียด หรือผลของความเครียดต่อร่างกายโดยตรง ช่วยให้คุณคลมีการแก้ปัญหา ลดการรับรู้ถึงความสำคัญของปัญหา มีผลต่อการทำงานของระบบฮอร์โมน ทำให้คุณคลมีการรับรู้ต่อภาวะเครียดน้อยลง นอกจากนี้ยังมีผลต่อการส่งเสริมพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองด้านสุขภาพ การได้ข้อมูลทำให้คุณคลมีการรับรู้เกี่ยวกับตนเอง และสิ่งแวดล้อมมากขึ้น เข้าใจในเหตุการณ์ได้ดียิ่งขึ้น โดยมีการประเมินเหตุการณ์นั้นซ้ำ ทำให้คุณคลสามารถควบคุมสถานการณ์ได้ เพิ่มแรงจูงใจในการปรับตัว สนับสนุนให้คุณคลมีความพยายามที่จะเผชิญปัญหาด้านการรักษา และฟื้นฟูสมรรถภาพ โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่เจ็บป่วยรุนแรง

Wortman (1984: 2339-2537) อธิบายการสนับสนุนทางสังคมต่อภาวะสุขภาพ ดังนี้

1. การสนับสนุนทางสังคมมีอิทธิพลต่อภาวะเครียด โดยบุคคลที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมอย่างเพียงพอจะได้รับการปกป้อง ไม่ทำให้เกิดผลกระทบจากภาวะเครียดหรือปัญหาสุขภาพ
2. การสนับสนุนทางสังคมมีผลต่อการประเมินความหมาย หรือความรุนแรงของสถานการณ์ โดยบุคคลนำข้อมูลเกี่ยวกับความรุนแรงของเหตุการณ์ความเครียด และแหล่งประโยชน์ที่ช่วยในการเผชิญปัญหา นำมาประเมินเหตุการณ์ความเครียดที่เกิดขึ้นกับตนเอง
3. การสนับสนุนทางสังคมทำให้บุคคลมีการรับรู้เกี่ยวกับตนเอง และสิ่งแวดล้อมได้อย่างถูกต้อง ได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับกลวิธีใหม่ในการแก้ปัญหา ทำให้บุคคลเผชิญภาวะเครียดได้ดี
4. การสนับสนุนทางสังคมส่งเสริมให้เผชิญภาวะเครียดทางอ้อม โดยกระตุ้นให้เกิดแรงจูงใจมีผลทำให้มีพฤติกรรมปรับตัวที่ดี
5. การสนับสนุนทางสังคมมีผลต่อการเผชิญภาวะเครียดทางอ้อม โดยกระตุ้นให้ผู้รับเกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง

Pender (1996: 259) ได้สรุปหน้าที่ของการสนับสนุนทางสังคมไว้ 2 ประการ คือ ด้านส่งเสริมสุขภาพและด้านการป้องกันโรค โดยสรุปไว้ดังนี้

1. ดำรงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพ โดยการสนับสนุนทางสังคมช่วยส่งเสริมสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสม ด้วยการลดภาวะเครียดที่เกิดขึ้นในชีวิต
2. ส่งเสริมสุขภาพ โดยช่วยให้มีสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการพัฒนาการและการเจริญเติบโตที่ดี เกิดข้อมูลป้อนกลับ
3. ป้องกันความเจ็บป่วย การสนับสนุนทางสังคมช่วยให้มีวิจารณญาณหรือเลือกใช้กลยุทธ์ในการปรับตัวเมื่อมีความเครียดเกิดขึ้น ช่วยให้คุณปรับพฤติกรรมเพื่อผ่อนคลายเมื่อเผชิญกับอันตรายหรือความเครียดที่ตนประสบอยู่

Mishel (1990: 256-262 อ้างถึงใน สุณี สุวรรณพสุ, 2544: 31-32) ได้อธิบายการสนับสนุนทางสังคมมีผลต่อการปรับตัวต่อความเจ็บป่วย ดังนี้

1. ผลทางตรง การสนับสนุนทางสังคมช่วยในการลดความรู้สึกที่ไม่สามารถควบคุมสถานการณ์หรือความรู้สึกซับซ้อนในการรักษา ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยสัมพันธ์กับความเจ็บป่วยที่บรรเทาลง และลดการเปลี่ยนแปลงปฏิกิริยาของระบบในร่างกาย ตอบสนองให้เกิดความรู้สึกไม่แน่นอนสูงตามการเจ็บป่วยที่รุนแรงเพิ่มขึ้น หากเกินขอบเขตที่จำกัดของบุคคล ย่อมส่งผลให้บุคคลไม่สามารถรักษาภาวะสมดุลของชีวิต ทำให้ไม่สามารถปรับตัวในการดำเนินชีวิตอย่างมีประสิทธิภาพได้

2. ผลทางอ้อม การสนับสนุนทางสังคมช่วยปรับเปลี่ยนมุมมองต่อการดำเนินชีวิตร่วมกับภาวะของโรค และความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยสามารถก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงภายในของบุคคล สามารถปรับตัวให้เข้ากับสิ่งแวดล้อมใหม่ที่มีความซับซ้อนมากขึ้น โดยพัฒนาแลกเปลี่ยนและมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับสิ่งแวดล้อมทั้งภายในภายนอก ก่อให้เกิดการปรับตัวต่อความเจ็บป่วยและความไม่แน่นอนในการดำเนินชีวิต ในภาวะปกติบุคคลจะรวบรวมความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยที่ตนประสบเข้าไปในโครงสร้างภายในของบุคคล ทำการประเมินซ้ำอย่างค่อยเป็นค่อยไป กระบวนการนี้จะไม่ประสบผลสำเร็จ ถ้าบุคคลมีมุมมองของความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยซึ่งต้องขจัดออกไป แต่สามารถส่งเสริมให้บุคคลมีมุมมองของความจริงในแนวคิดความน่าจะเป็น ยอมรับว่าความรู้สึกไม่แน่นอนเป็นความจริงตามธรรมชาติ โดยการสนับสนุนทางสังคมเป็นแรงผลักดันให้เกิดการพัฒนามุมมองของบุคคลต่อความจริงที่เกิดขึ้นได้

นักวิจัยในปัจจุบันได้รายงานว่าผู้ป่วยวัยรุ่นที่เป็นโรคมะเร็งเม็ดเลือด จะแสดงความสนใจอย่างชัดเจนในการได้รับข้อมูลและการสนับสนุนทางสังคม โดยได้รับความรัก ความเห็นอกเห็นใจ ความเอาใจใส่ การยอมรับและเห็นคุณค่า ความช่วยเหลือต่าง ๆ จากบิดามารดา ญาติพี่น้อง เพื่อนครูและบุคลากรในทีมสุขภาพเพื่อเผชิญกับความเจ็บป่วย โดยเฉพาะผู้ป่วยอายุน้อยมักแสดงความรู้สึกไม่แน่นอนเกี่ยวกับโรคมะเร็งสูง วัยรุ่นที่เป็นโรคมะเร็งมักมีข้อขัดแย้งกับบิดามารดามากกว่าผู้ป่วยปกติ เนื่องจากบิดามารดามักดูแลปกป้องมากเกินไป ในขณะที่ผู้ป่วยวัยรุ่นต้องการความเป็นอิสระ (Ishibashi, 2001: 61) การสนับสนุนทางสังคมจะพัฒนาการอยู่รอด เพิ่มคุณภาพชีวิต และความผาสุกในชีวิตมีผลต่อความเข้าใจตนเองและการประเมินตนเอง (Woodgate & McClement, 1997: 14) ส่งเสริมความเชื่อมั่นในตนเองของผู้ป่วยโรคมะเร็ง มีผลต่อการอยู่ร่วมกับผู้อื่นในสังคมและการปรับตัวด้านอารมณ์ ทำให้มีสุขภาพดี (Neville, 1998: 37-46) ดังนั้นบทบาทของพยาบาลจึงต้องให้ข้อมูลและสนับสนุนช่วยเหลือให้เหมาะสมกับความต้องการของผู้ป่วย โดยมีจุดประสงค์ในการให้ข้อมูลเป็น 3 แนวคิดคือ ควรบอกอะไร บอกเมื่อไร และบอกอย่างไร การให้ข้อมูลและการสนับสนุนทางสังคมสำหรับวัยรุ่นโรคมะเร็งจะลดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยหรือความรู้สึกด้านลบ (Clafin & Barbarin, 1991: 169-191) ช่วยให้วัยรุ่นมีส่วนร่วมในการรักษาโรคมะเร็ง

นำไปสู่การมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป Hockenberry-Eaton & Minick (1994: 21) กล่าวว่า ผู้ป่วยอายุ 7-13 ปี มักไม่เข้าใจถึงสาเหตุของโรค แต่เชื่อว่าสาเหตุของโรคมะเร็งมาจากบุคคลอื่นหรือสัตว์ การให้ความรู้เกี่ยวกับชนิดของโรคมะเร็งและการรักษาจะลดความกลัวจากการทำหัตถการที่เจ็บปวดได้ โดยเฉพาะอายุที่เหมาะสมในการให้ข้อมูล ชนิดและสาเหตุของโรคมะเร็ง ขบวนการรักษา จะมีส่วนช่วยเตรียมผู้ป่วยให้เผชิญกับโรคได้ (Ishibashi, 2001: 62) Dunsmore & Quine (1995: 39-56) ศึกษาผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากโรคมะเร็งอายุ 12-24 ปี จากการสำรวจตั้งแต่เริ่มวินิจฉัยโรคอายุ 3-9 ปี และกระตุ้นให้พูดคุยเกี่ยวกับเรื่องราวต่าง ๆ ในการรักษาโรค ช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความหวังและเผชิญหน้ากับความจริงในการรักษา ซึ่งการศึกษาด้านจิตใจของผู้ป่วยโรคมะเร็ง 56 คน อายุ 8-16 ปี โดยการตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง พบว่าผู้ป่วยที่เริ่มต้นโดยได้รับข้อมูลจากมารดาที่มีความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าลดลงภายใน 3 เดือน - 3 ปี ทั้งนี้ขึ้นกับวัฒนธรรมของแต่ละแห่ง โดยเฉพาะประเด็นด้านความตาย และประสบการณ์ในการให้ข้อมูลตามที่ผู้ป่วยวัยรุ่นต้องการ (Till & Kovalcik, 1997: 197-210) Hymovich (1995: 51-58) ชี้บ่งว่าผู้ป่วยวัยรุ่นที่เป็นโรคมะเร็งต้องการข้อมูลที่เพียงพอถูกต้องเหมาะสมเกี่ยวกับการเจ็บป่วย เพื่อเข้าใจความหมายของโรค เทคนิคการให้ข้อมูลขึ้นกับพัฒนาการและประสบการณ์ของผู้ป่วย Brown (1989: 247-260) กล่าวว่า การให้ข้อมูลใหม่ ๆ จะลดความกลัวในสิ่งที่ไม่รู้ให้ลดลง ผู้ป่วยวัยรุ่นที่เป็นโรคมะเร็งซึ่งได้รับข้อมูลจากบิดามารดาตั้งแต่เริ่มวินิจฉัยโรคมีความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้า น้อย มีความเชื่อมั่นในตนเองสูงกว่าผู้ป่วยที่ได้รับข้อมูลในภายหลัง (Last & Van Veldhuisen, 1996: 290-264) ทำให้เกิดความไว้วางใจบุคลากรในทีมสุขภาพและเผชิญกับความเจ็บปวดในอนาคตได้ เมื่อผู้ป่วยวัยรุ่นได้รับการปรับเปลี่ยนยาหรือหัตถการใหม่ โดยเฉพาะในระยะสุดท้ายของโรคมีความจำเป็นในการให้ข้อมูล เพื่อให้ผู้ป่วยเผชิญกับภาวะวิกฤตได้ (Chesler et al., 1986: 497-516) ในการศึกษาบิดามารดาที่มีผู้ป่วยวัยรุ่นที่รอดชีวิตจากโรคมะเร็ง ซึ่งมีส่วนร่วมในการให้ข้อมูลกับผู้ป่วยตลอด กล่าวคือ การให้ข้อมูลใหม่ ๆ เกี่ยวกับการรักษาโรคมะเร็ง ความก้าวหน้าของโรค ปฏิสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกในครอบครัว และเหตุการณ์ที่ไม่สามารถทำนายได้ซึ่งต้องการการตัดสินใจ สนับสนุนให้ผู้ป่วยวัยรุ่นเผชิญกับการรักษา ตั้งแต่ก่อนการวินิจฉัยโรค ขณะวินิจฉัยโรค ตลอดจนการรักษาโรคมะเร็งและการกลับเป็นซ้ำ รวมถึงระยะสุดท้าย เพื่อให้ครอบครัวมีวิถีชีวิตที่สมดุล ช่วยให้ผู้ป่วยวัยรุ่นมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพตนเอง (Kramer, 1985: 31-49) Woodgate (1999: 16) แนะนำว่าควรสังเกตการเปลี่ยนแปลงและความต้องการของผู้ป่วยวัยรุ่นและครอบครัว ซึ่งจำเป็นต้องเข้าใจการปรับตัวของวัยรุ่นและสนับสนุนให้สมาชิกในครอบครัวเผชิญกับการเจ็บป่วยได้ Rait et al (1992: 383-397) ได้รายงานว่ วัยรุ่นที่รอดชีวิตจากโรคมะเร็งมีปฏิสัมพันธ์กับครอบครัวต่ำกว่าวัยรุ่นปกติ ซึ่ง Ishibashi (2001) กล่าวว่าหลังการรักษาวัยรุ่นต้องการความเป็นอิสระสูงขึ้นและระดับความสัมพันธ์ที่ต่ำของครอบครัวเกี่ยวข้องกับแรงจูงใจของสมาชิกในครอบครัว การปกป้อง และเพิกเฉยในการสนับสนุนทางสังคม บางการศึกษารายงานว่าวัยรุ่นที่มีประสบการณ์โรคมะเร็งที่ยาวนานมีความ

สัมพันธ์กับครอบครัวสูงขึ้น เนื่องจากวัยรุ่นต้องการการเอาใจใส่มากกว่าปกติ (Kvist et al., 1991: 249-256) การสนับสนุนจากผู้ป่วยโรคมะเร็งด้วยกัน โดยการให้การรักษาแบบกลุ่มบำบัด ช่วยให้วัยรุ่นลดความวิตกกังวลกับผู้ป่วยอื่น ในการศึกษาวัยรุ่นโรคมะเร็งอายุ 12-16 ปี แบ่งเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มแรกมีการพบปะกับครอบครัวทุก 6 เดือน กลุ่ม 2 พบปะกับครอบครัวทุก 1 ชั่วโมง/ 2 สัปดาห์ ระยะเวลา 7 เดือน ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มแรกผู้ป่วยวัยรุ่นมีการเจ็บป่วยสูงกว่ากลุ่มที่ 2 ซึ่งไม่มีภาวะแทรกซ้อนของโรค และพบว่าวัยรุ่นโรคมะเร็งเกิดความไม่มั่นใจในตนเองเวลาแสดงความคิดเห็น ส่วนกลุ่มที่ 2 สมาชิกในกลุ่มจะมีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นและความต้องการด้านอารมณ์กับครอบครัว ผู้ป่วยวัยรุ่นที่รอดชีวิตจากโรคมะเร็งเห็นว่า การสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยด้วยกันเองจะเพิ่มทัศนคติด้านบวก และความคิดเห็นในด้านดี ความหวัง โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโรคใหม่ ผู้ป่วยวัยรุ่นต้องการได้รับข้อมูล ความเข้าใจ ความเห็นอกเห็นใจ และการยอมรับจากเพื่อนที่เป็นโรคมะเร็ง (Byrne et al., 1984: 36-40) ส่วน Fochtman (1974: 27-31) กล่าวว่า การยอมรับจากเพื่อนปกติมีความสำคัญกับผู้ป่วยวัยรุ่น ช่วยให้เกิดความเชื่อมั่นในตนเอง รู้สึกมีคุณค่าในชีวิต บุคลากรที่มีความสำคัญ เช่น พยาบาล ครู วัยรุ่นที่ทำงาน เพื่อน พยาบาล มีส่วนช่วยให้ผู้ป่วยวัยรุ่นโรคมะเร็งมีความแข็งแรงด้านอารมณ์ โดยการสัมผัสหรือมีปฏิสัมพันธ์ที่แสดงออกอย่างนุ่มนวลขณะให้การดูแล ช่วยให้ผู้ป่วยมีความรู้สึกที่ดีร่วมกับการให้ข้อมูลเหมาะสมตามอายุ (Hockenberry-Eaton, 1994: 1025-1031) Katz & Vami (1993: 3314-3319) ได้พัฒนา Social Skill Training Program สำหรับเด็กอายุ 5-13 ปี ที่ได้รับการวินิจฉัยโรคว่าเป็นโรคมะเร็งโดยใช้โปรแกรมพัฒนาการแก้ปัญหาและการเผชิญปัญหา ร่วมกับ Video พบว่าผู้ป่วยที่เป็นโรคมะเร็งได้รับการสนับสนุนจากเพื่อนในชั้นเรียนและครู หลังเลิกโปรแกรมผู้ป่วยมีความสามารถในการเข้าสังคมสูงขึ้นและปัญหาด้านพฤติกรรมลดลง และปัญหาด้านพฤติกรรมลดลงมีความแตกต่างกันในระยะเวลา 9 เดือนมากกว่า 6 เดือน โปรแกรมดังกล่าวช่วยป้องกันปัญหาที่ขัดแย้งกับเพื่อนได้ดี

การสนับสนุนทางสังคมในวัยรุ่นโรคมะเร็งที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมมาก ผู้ป่วยวัยรุ่นจะมีกลยุทธ์ในการพัฒนาการปรับตัวได้ดี มีชีวิตที่ปกติในการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น แหล่งสนับสนุนทางสังคม เช่น ครอบครัว เพื่อนที่มีสุขภาพดี ผู้ป่วยโรคเดียวกัน บุคคลที่มีความสำคัญกับผู้ป่วย และครอบครัวเป็นแหล่งสนับสนุนหลักของเด็กและวัยรุ่น บทบาทของครอบครัวมีส่วนช่วยให้ผู้ป่วยวัยรุ่นซึ่งแพทย์วินิจฉัยว่าเป็นโรคมะเร็งปรับตัวต่อความเจ็บป่วยหลังวินิจฉัยโรค 6-9 เดือน (Vami et al., 1996: 321-328)

ความรุนแรงของอาการ

ความรุนแรงของอาการ เป็นปัจจัยหนึ่งในส่วนรูปแบบของอาการแสดง ซึ่งเป็น

องค์ประกอบย่อยในองค์ประกอบของสิ่งเร้าที่กล่าวถึงในทฤษฎีความรู้สึกลึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของ Mishel เนื่องจากการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง เช่นในโรคมะเร็งเม็ดเลือดที่มีทั้งระยะอาการสงบและอาการกำเริบตลอดการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด ถือว่าเป็นลักษณะเฉพาะของโรคนั้น ๆ ความรุนแรงของอาการที่เพิ่มขึ้นสัมพันธ์กับกรปรับตัวของผู้ป่วย โดยความรุนแรงของอาการมีผลทำให้บุคคลมีการปรับตัวไม่เหมาะสม หรือมีความยากลำบากต่อการปรับตัวเพิ่มขึ้น (Mishel et al., 1984: 291-299; Christman, 1990: 19) ระดับความรุนแรงของอาการที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยขณะนั้น ทำให้แผนการรักษาต้องปรับเปลี่ยนตามอาการที่มีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา การรักษาที่ซับซ้อนเพิ่มขึ้น ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถวิเคราะห์สถานการณ์ หรือทำนายสภาพความเจ็บป่วยได้อย่างชัดเจน ก่อให้เกิดความรู้สึกลึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยได้ (Mishel & Braden, 1988: 98) นอกจากนี้ความรุนแรงของอาการยังมีผลต่อการปรับตัวทางอ้อมโดยผ่านความรู้สึกลึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยอีกด้วย (Mishel, 1984: 168) กล่าวคือ ความรุนแรงของอาการทำให้บุคคลเกิดการรับรู้และให้ความหมาย ลักษณะของอาการที่กำเริบขึ้นและมีความแตกต่างจากเดิม ทำให้ผู้ป่วยไม่เข้าใจอาการที่ตนเองประสบได้อย่างชัดเจน ไม่สามารถประเมินระดับความรุนแรงของโรคได้ เกิดความคลุมเครือในการเจ็บป่วย ทำให้ความรู้สึกลึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยเพิ่มขึ้น เมื่อรูปแบบอาการแสดงชัดเจน จะมีผลทำให้ความคลุมเครือในการเจ็บป่วยลดลง ทำให้ความรู้สึกลึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยลดลง ดังนั้นผู้ป่วยที่มีลักษณะของอาการแปรปรวน จึงมีระดับความรู้สึกลึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยสูงกว่าผู้ที่มีลักษณะอาการคงที่ (Mishel, 1988: 226) จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ความรุนแรงของอาการเป็นปัจจัยที่สามารถทำนายการปรับตัวของผู้ป่วยได้ เช่น ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูก ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย ผู้ป่วยภายหลังการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ หลัสดังครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง ผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง (ภาวดี มโนหาญ, 2536: ฉ; ลัพนา กิจรุ่งโรจน์, 2543: 78; จันทร์ทิพย์ วงศ์วิวัฒน์, 2536: 50; เพลินพิศ เลาหวิริยะกมล, 2531: 63; ราตรี เทียงจิตต์, 2534: 93; สุมาพร บรรณสาร, 2544: ง) นอกจากนี้การวิจัยในต่างประเทศยังพบว่ามีความสัมพันธ์กับการปรับตัวในผู้ป่วยวัยรุนด้วย (Derevensky, Tsanos & Handman, 1998: 37-61)

การประเมินความรุนแรงของอาการ

การประเมินความรุนแรงของอาการ จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องพบว่า มีการประเมินเป็น 2 ลักษณะ คือ

1. แบบประเมินความรุนแรงของอาการ ที่ประเมินจากสมรรถภาพของอวัยวะโดยตรง มีตัวอย่างของการประเมินดังนี้

1.1 การประเมินสภาวะของโรคตามความรุนแรงของอาการ ที่ใช้ในผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรัง ซึ่งมีการประเมินจากอาการอันเนื่องมาจากพยาธิสภาพของโรคไตวายเรื้อรัง ตั้งแต่ระดับที่1-4 (สุจิตรา ลิ้มอำนวยลาภ, 2544 อ้างถึงใน สุมาพร บรรณสาร, 2545: 44)

1.2 การประเมินความรุนแรงของอาการ ที่ใช้ในผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาวในเด็ก ตามเกณฑ์วินิจฉัยของ French-American-British (FAB) โดยดูจำนวนและลักษณะของเซลล์เม็ดเลือดในไขกระดูก ตั้งแต่ระดับที่ 1-4 (พงษ์จันทร์ หัตถิรัตน์ และคณะ, 2538: 435,439) ดังนี้

1.2.1 ลักษณะเซลล์เม็ดเลือดมีจำนวน Blast cells 0 - 5.0 % และ/หรือมีจำนวน Lymphocytes + Blast cells 0 - 40 % ในโรค ALL หรือลักษณะเซลล์เม็ดเลือดมีจำนวน Blast cells 0 - 5.0 % และ/หรือมีจำนวน Blast cells + Promyelocytes 0 - 10 % ในโรค ANLL

1.2.2 ลักษณะเซลล์เม็ดเลือดมีจำนวน Blast cells 5.1 - 25.0 % และ/หรือมีจำนวน Lymphocytes + Blast cells 40 - 70.0 % ในโรค ALL หรือลักษณะเซลล์เม็ดเลือดมีจำนวน Blast cells 5.1 - 25.0 % และ/หรือมีจำนวน Blast cells + Promyelocytes 10.1-30.0 % ในโรค ANLL

1.2.3 ลักษณะเซลล์เม็ดเลือดมีจำนวน Blast cells 25.1 - 50.0 % และ/หรือมีจำนวน Lymphocytes + Blast cells มากกว่า 70.0 % ในโรค ALL หรือลักษณะเซลล์เม็ดเลือดมีจำนวน Blast cells 25.1 - 50.0 % และ/หรือมีจำนวน Blast cells + Promyelocytes 30.1-55.0 % ในโรค ANLL

1.2.4 ลักษณะเซลล์เม็ดเลือดมีจำนวน Blast cells เกิน 50.0 % และ/หรือมีจำนวน Lymphocytes + Blast cells เกิน 70.0 % ในโรค ALL หรือลักษณะเซลล์เม็ดเลือดมีจำนวน Blast cells เกิน 50.0 % และ/หรือมีจำนวน Blast cells + Promyelocytes เกิน 55.0 % ในโรค ANLL

2. การประเมินความรุนแรงของอาการที่ประเมินจากการรับรู้ถึงความรุนแรงของโรคที่เกิดขึ้นจริงของผู้ป่วย มีตัวอย่างของการประเมินดังนี้

2.1 การประเมินอาการความเจ็บปวด ซึ่งเป็นการวัดความรุนแรงของอาการตามการรับรู้ของผู้ป่วย แบบวัดอาการความเจ็บปวดมีหลายรูปแบบ เช่น มาตรวัดความเจ็บปวดแบบง่าย (Simple descriptive scale) แบ่งระดับความเจ็บปวดออกเป็น 6 ระดับตามตัวเลข ตั้งแต่ 0-5 แทนระดับความรุนแรงของความเจ็บปวด มาตรวัดความเจ็บปวดด้วยการเปรียบเทียบกับสายตา (Vertical visual analogue scale) แบ่งระดับความเจ็บปวดออกเป็น 11 ระดับ ตามตัวเลขตั้งแต่ 0-11 โดยหมายเลขศูนย์อยู่ในระดับต่ำสุดของสายตา และหมายเลข 10 อยู่ในระดับสูงสุดของสายตา มาตรวัดความเจ็บปวดของ Stewart (Stewart pain - color scale) โดยกำหนดระดับความเจ็บปวดเป็น 10 ช่อง แต่ละช่องมีสีต่างกันและบอกถึงระดับความเจ็บปวดต่างกัน เมื่อความรุนแรงของความเจ็บปวดเพิ่มขึ้นสีจะเข้มขึ้น มาตรวัดความเจ็บปวดชนิดตัวเลข 0-10 (Numerical rating scale) มาตรวัดนี้มีตัวเลขตั้งแต่ 0-10 โดย 0 หมายถึง ไม่เจ็บปวดเลย และ 10 หมายถึง เจ็บปวดจนทนไม่ได้ มาตรวัดมีลักษณะเป็นช่องสี่เหลี่ยมจัตุรัสขนาด 1×1 เซนติเมตร เรียงต่อกันตามแนวนอนภายในมีตัวเลขเรียงลำดับ ตั้งแต่ 0-10 รวมทั้งหมด 11 ช่อง เรียกมาตรวัดความเจ็บปวดแบบ 11 ช่องระดับคะแนน (สุมาพร บรรณสาร, 2545: 45) สำหรับการวัดความเจ็บปวดในเด็กที่ได้รับเคมีบำบัดใน ICU ซึ่งมา

รับการรักษาเนื่องจากการหายใจล้มเหลว คิดเชื่อในกระแสเลือดหรือเม็ดเลือดขาวสูง โดยใช้ Face Pain Scale (FPS) และ Poker Chip Tool (PCT) FPS แบ่งระดับความเจ็บปวดโดยใช้การแสดงสีหน้า เป็น 5 ระดับ ตั้งแต่ไม่เจ็บปวดจนถึงเจ็บปวดมาก ส่วน PCT ใช้ 4 Poker Chip วัดปริมาณและ ประสิทธิภาพความเจ็บปวด ร่วมกับการประเมินพฤติกรรมและการวัดความเจ็บปวดทางสรีรวิทยา (Physiological parameter) จากการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยเด็กชอบการวัดแบบ FPS มากกว่า PCT เพราะ ผู้ป่วยสามารถประเมินความเจ็บปวดด้วยตนเองและเหมาะสมกับการวัดในเด็กมากกว่า 5 ปี ความ น่าเชื่อถือของการวัดจะสูงตามอายุของเด็ก (West et al., 1994: 64-68)

ระยะเวลาที่เจ็บป่วย

ระยะเวลาที่เจ็บป่วย เป็นปัจจัยหนึ่งที่อยู่ในส่วนรูปแบบอาการแสดง ซึ่งเป็นองค์ประกอบย่อยในองค์ประกอบของสิ่งเร้าที่กล่าวถึงในทฤษฎีความรู้สึกลึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของ Mishel จากการศึกษาในความเจ็บป่วยทั่วไปพบว่า การไม่สามารถทำนายลักษณะอาการที่เกิดขึ้น มีส่วนเกี่ยวข้องกับระยะเวลาที่เจ็บป่วยและความรุนแรงของอาการ ซึ่งเป็นประเด็นหลักในผู้ป่วยที่เจ็บป่วยเรื้อรัง (Mishel, 1999: 275) เนื่องจากธรรมชาติของมนุษย์ต้องอาศัยระยะเวลาในการปรับตัวต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่ง และระยะเวลาช่วยในการรักษาได้ดีที่สุด เมื่อเวลาผ่านไประยะหนึ่งผู้ป่วยจะเริ่มปรับตัวได้ (Friedlan & Mc Coll, 1987: 475) ช่วยให้ผู้ป่วยค่อย ๆ เรียนรู้การเผชิญความเครียดที่เหมาะสม มีความเชื่อมั่นในตนเองมากขึ้น แก้ปัญหาได้ตรงจุด และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น (Bell, 1977: 137; Kottket, 1982: 60-62) ระยะเวลาที่เจ็บป่วยมีผลโดยตรงต่อการปรับตัวแล้ว ยังมีผลต่อการปรับตัวทางอ้อมโดยผ่านความรู้สึกลึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย นอกจากนี้ระยะเวลาที่เจ็บป่วยยาวนานขึ้น ทำให้ผู้ป่วยมีการเรียนรู้การเจ็บป่วยมากขึ้น มีความคุ้นเคยกับแบบแผนการรักษาและเรียนรู้ในการดูแลตนเอง สามารถสร้างแบบแผนความเข้าใจต่อการเจ็บป่วยได้ดี และมีอิทธิพลต่อการปรับตัว ช่วยให้ผู้ป่วยปรับตัวได้อย่างมีประสิทธิภาพมากกว่าเวลาที่กระชั้นชิด (กุลธิดา พานิชกุล, 2536: 45) การศึกษาของ Pollock (1993: 86) พบว่า ระยะเวลาที่เจ็บป่วยเรื้อรังสามารถทำนายการปรับตัวทางจิตสังคมได้ และการศึกษาของเพลินพิศ เลาะห์วิริยะกุล (2531) พบว่า ผู้ป่วยที่มีระยะเวลาภายหลังผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจนาน จะมีการปรับตัวดีกว่าผู้ป่วยที่มีระยะเวลาภายหลังเปลี่ยนลิ้นหัวใจสั้น นอกจากนี้ระยะเวลายาวนานขึ้นทำให้บุคคลมีประสบการณ์สามารถวิเคราะห์ปัญหาได้อย่างรอบคอบ มองหาวิธีการปรับพฤติกรรมที่สามารถแก้ปัญหาได้มากขึ้น (นิตยา โรจน์ทินกร, 2536: 24) เช่นเดียวกับ อารีย์ มั่งเกียรติสกุล, 2543 พบว่า ระยะเวลาที่เจ็บป่วยมีความสัมพันธ์ต่อการปรับตัวในวัยรุ่นโรคมะเร็ง

การประเมินระยะเวลาที่เจ็บป่วย

การประเมินระยะเวลาที่เจ็บป่วย จากการทบทวนวรรณกรรม (กุลธิดา พานิชกุล, 2536; วิจารณ์ แสงสุวรรณ, 2541) พบว่า มีการประเมินทั้งในลักษณะการนับเป็นจำนวนปี และลักษณะการนับเป็นจำนวนเดือน สำหรับการวิจัยนี้ใช้ลักษณะการนับเป็นจำนวนเดือน เนื่องจากผู้ป่วยวัยรุ่นโรคมะเร็งเม็ดเลือดส่วนใหญ่หากได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด บางครั้งมีการเปลี่ยนโรงพยาบาลจากโรงพยาบาลหนึ่งไปอีกโรงพยาบาลหนึ่ง ซึ่งต้องเข้ามารับการรักษาในโรงพยาบาลที่มีความพร้อมในเรื่องยาเคมีบำบัดและมีแพทย์ที่เชี่ยวชาญเฉพาะทางในการรักษาโรคมะเร็งเม็ดเลือด บางครั้งผู้ป่วยวัยรุ่นที่มีประวัติการวินิจฉัยว่าเป็นโรคมะเร็งเม็ดเลือดครั้งแรกในโรงพยาบาลแห่งหนึ่ง แต่ต้องไปรับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดในโรงพยาบาลอีกแห่งหนึ่ง จึงอาจทำให้ระยะเวลาเจ็บป่วยคลาดเคลื่อนได้หากนับเป็นจำนวนปี ดังนั้นผู้วิจัยจึงนับระยะเวลาที่เจ็บป่วยเป็นจำนวนเดือน โดยนับตั้งแต่วันแรกที่ผู้ป่วยวัยรุ่นได้รับทราบการแจ้งผลจากแพทย์ว่าเป็นโรคมะเร็งเม็ดเลือด จนกระทั่งถึงวันที่ผู้วิจัยเก็บข้อมูล มีหน่วยเป็นเดือนและทำให้การเก็บข้อมูลมีความละเอียดถี่ถ้วนเพิ่มขึ้น

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

Mishel et al (1984) ศึกษาอิทธิพลของความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย การมองโลกในแง่ดี ความรุนแรงของการเจ็บป่วย ความสามารถในการควบคุมตนเองต่อการปรับตัว ด้านร่างกายและด้านจิตสังคม ในผู้ป่วยมะเร็งอวัยวะสืบพันธุ์สตรี จำนวน 54 ราย วัดตัวแปรต่าง ๆ โดยใช้แบบวัดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของ Mishel วัดการมองโลกในแง่ดีของ Beck แบบสอบถามการปรับตัวทางจิตสังคมของ Derogatis ผลการศึกษาพบว่า ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย การมองโลกในแง่ดีมีความสัมพันธ์กับการปรับตัว โดยผู้ป่วยที่มีความรู้สึกไม่แน่นอนสูงจะมองโลกในแง่ดีต่ำ และมีปัญหาการปรับตัวในด้านเจตคติที่นำไปสู่การดูแลสุขภาพ ความสัมพันธ์ต่อครอบครัวทั้งในปัจจุบันและอนาคต ไม่กระตือรือร้นในการทำกิจกรรมและจิตใจเป็นทุกข์ ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย การมองโลกในแง่ดี ความรุนแรงของการเจ็บป่วย ความสามารถในการควบคุมตนเอง สามารถอธิบายความแปรปรวนต่อการปรับตัวได้ร้อยละ 36

Mishel & Braden (1987: 43-57) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคม ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย และการปรับตัวในสังคมผู้ป่วยมะเร็งระบบอวัยวะสืบพันธุ์สตรี ตั้งแต่ได้รับการวินิจฉัย ขณะทำการรักษา และระยะหลังการรักษาที่มีอาการคงที่ ในผู้ป่วย 44 ราย เมื่อสิ้นสุดการศึกษาได้ข้อมูลสมบูรณ์เพียง 35 ราย โดยใช้แบบสอบถามของ Norbeck (1978) วัดการสนับสนุนทางสังคม แบบสอบถามของ Mishel (1990) วัดความรู้สึกไม่แน่นอนในความ

เจ็บป่วย และแบบสอบถามการปรับตัวในสังคมของ Morrow et al (1978) ผลการศึกษาพบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางลบกับความรู้สึกไม่แน่นอน กล่าวคือ ผู้ป่วยที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมสูงมีความรู้สึกไม่แน่นอนต่ำ และพบว่า การสนับสนุนทางสังคมและความรู้สึกไม่แน่นอนจะเปลี่ยนแปลงตามระยะเวลาและการรักษา โดยระยะที่ได้รับการวินิจฉัยโรคผู้ป่วยมีความรู้สึกคลุมเครือต่อภาวะเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น การสนับสนุนทางสังคมทำหน้าที่ปรับความเครียดช่วยให้ผู้ป่วยแสดงความรู้สึกหรือมองเหตุการณ์ได้ชัดเจนขึ้น ทำให้มีการปรับตัวที่ดีต่อการดูแลสุขภาพ ในช่วงเวลาของการรักษาการสนับสนุนทางสังคมช่วยลดความรู้สึกที่ไม่สามารถควบคุมเหตุการณ์ที่เกิดจากความซับซ้อนของการรักษาและระบบบริการ ช่วยให้เกิดความชัดเจน ในระยะอาการคงที่ผู้ป่วยเริ่มรู้สึกไม่แน่ใจในอนาคตถึงโอกาสการเกิดโรคซ้ำ การสนับสนุนทางสังคมช่วยสร้างความเชื่อมั่นในการเผชิญปัญหาในอนาคตและการดำรงชีวิตในสังคม สนับสนุนการศึกษาว่าการสนับสนุนทางสังคมเปลี่ยนแปลงตลอดเวลาตามระยะเวลาและการรักษา และมีอิทธิพลต่อความรู้สึกไม่แน่นอนทุกระยะทั้งทางตรงและทางอ้อม

Mishel & Braden (1988) ศึกษาโมเดลของปัจจัยการเกิดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย ได้แก่ กรอบตัวกระตุ้นซึ่งประกอบด้วยรูปแบบของอาการ ความคุ้นเคยในเหตุการณ์ และแหล่งประโยชน์สนับสนุนช่วยเหลือซึ่งประกอบด้วย การศึกษา การสนับสนุนทางสังคม และเจ้าหน้าที่ทางด้านสุขภาพที่ผู้ป่วยเชื่อถือ ในผู้ป่วยมะเร็งอวัยวะสืบพันธุ์สตรี จำนวน 61 ราย โดยใช้แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของ Mishel แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมของ Norbeck แบบวัดการปรับตัวต่อระบบการดูแลสุขภาพ แบบวัดความคุ้นเคยในเหตุการณ์ซึ่งอยู่ในแบบสอบถามความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย ผลการศึกษาพบว่า การสนับสนุนทางสังคม เจ้าหน้าที่ทางด้านสุขภาพที่ผู้ป่วยเชื่อถือ ความคุ้นเคยในเหตุการณ์ มีอิทธิพลต่อความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยในระดับต่ำ เจ้าหน้าที่ทางด้านสุขภาพที่ผู้ป่วยเชื่อถือ ความคุ้นเคยในเหตุการณ์ มีผลในการลดความซับซ้อนของการรักษาและระบบบริการสุขภาพ และการสนับสนุนทางสังคมทำหน้าที่ในการลดความคลุมเครือของเหตุการณ์

Christman (1990: 17-20) ศึกษาความรู้สึกไม่แน่นอน ความหวัง ความรุนแรงของอาการเจ็บป่วย ความสามารถในการควบคุมสุขภาพต่อการปรับตัวทางจิตในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรังสีรักษา จำนวน 85 ราย ใช้เครื่องมือวัดความรู้สึกไม่แน่นอนของ Mishel เครื่องมือวัดความสิ้นหวังของ Beck et al (1974) เครื่องมือวัดความรุนแรงของอาการเจ็บป่วยของ McCorke & Young (1978) เครื่องมือวัดการควบคุมสุขภาพของ Krantz et al (1980) เครื่องมือวัดการปรับตัวทางจิตของ Derogatis & Lopez (1983) วัดตัวแปรดังกล่าวรวม 3 ครั้ง คือ ก่อนฉายรังสี วันที่ 15 ขณะฉายรังสี และวันสุดท้ายก่อนสิ้นสุดการฉายรังสี พบว่า ตัวแปรที่มีอิทธิพลต่อการปรับตัวทางจิตในวันที่

15 ขณะฉายรังสี ได้แก่ ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย ความหวัง และความรุนแรงของการเจ็บป่วย และกล่าวว่า ผู้ป่วยที่มีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยมากและมีความหวังน้อย มีปัญหาในการปรับตัวทางจิต ส่วนความรุนแรงของอาการเพิ่มขึ้นทำให้การปรับตัวทางจิตต่อการรักษายุ่งยากมากขึ้น

สายลม ภารณูมาศมณฑล (2534) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความหวังกับการปรับตัวในผู้ป่วยที่ทราบว่าเป็นโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว โดยใช้แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามความหวัง และแบบสอบถามการปรับตัว ผลการศึกษาพบว่า อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ฐานะทางเศรษฐกิจ ระยะเวลาที่เป็นโรค ผู้ดูแลช่วยเหลือขณะเจ็บป่วย และความหวังมีความสัมพันธ์กับการปรับตัวของผู้ป่วยที่ทราบว่าเป็นโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว นอกจากนี้พบว่า ความหวังเพศ และ ระยะเวลาที่เป็นโรค สามารถอธิบายความแปรปรวนการปรับตัวของผู้ป่วยที่ทราบว่าเป็นโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวได้ร้อยละ 37.97

กุลธิดา พานิชกุล (2536) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบางประการ ได้แก่ อายุ สถานภาพสมรส ระยะเวลาที่ได้รับการศึกษา รายได้ของครอบครัว ระยะเวลาที่เป็นโรค และการสนับสนุนทางสังคม ต่อการปรับตัวของผู้ป่วยโรคลำไส้เนื้องอกไต จำนวน 120 ราย วัดตัวแปรต่าง ๆ โดยใช้แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบวัดการสนับสนุนทางสังคม แบบวัดการปรับตัว ผลการศึกษาพบว่า การสนับสนุนทางสังคม ระยะเวลาที่ได้รับการศึกษา ระยะเวลาที่เป็นโรค รายได้ของครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปรับตัว ส่วนอายุ สถานภาพสมรส มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปรับตัวอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 นอกจากนี้การสนับสนุนทางสังคมและระยะเวลาที่เป็นโรคสามารถอธิบายความแปรปรวนของการปรับตัวได้ร้อยละ 43.26

จุฬารักษ์ กวีวิรัชช (2536) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรร ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย การสนับสนุนทางสังคม กับการปรับตัวของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัด ในแผนกผู้ป่วยนอกศัลยกรรม โรงพยาบาลรามธิบดีและสถาบันมะเร็งแห่งชาติ จำนวน 130 ราย ใช้แบบสอบถามความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของ Mishel เครื่องมือวัดการสนับสนุนทางสังคมของสมจิต หนูเจริญกุล โดยดัดแปลงจากเครื่องมือวัดการสนับสนุนทางสังคมส่วนที่ 2 (Social Support Questionair Part 2) ของ Schaefer, Coyne & Lazarus และเครื่องมือวัดการสนับสนุนทางสังคมของ Norbeck เครื่องมือวัดภาวะไม่สุขสบายของ Weisman, Wordent & Sobel เครื่องมือวัดการปรับตัวทางจิตสังคมต่อภาวะเจ็บป่วยของ Derogatis ผลพบว่าการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางลบกับความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย และมีความสัมพันธ์ทางบวก

กับการปรับตัวทางจิตสังคม ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยในระดับต่ำทำให้มีการปรับตัวทางจิตสังคมที่ดี การสนับสนุนทางสังคมช่วยทำให้ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยลดลงและมีการปรับตัวดีขึ้น

วิภารัตน์ แสงสุวรรณ (2541) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมและการปรับตัวในวัยรุ่นโรคเรื้อรัง จำนวน 150 ราย ที่โรงพยาบาลศิริราช โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี โดยใช้แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบวัดการสนับสนุนทางสังคมของ Cobb & Schaefer (1976; 1981) และแบบสอบถามการปรับตัวของ Roy (1991) ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างได้รับการสนับสนุนด้านสิ่งของ เงินทอง และแรงงานมากที่สุด มีการปรับตัวในระดับดี การสนับสนุนทางสังคมและระดับการศึกษาสามารถร่วมทำนายการปรับตัวของวัยรุ่นโรคเรื้อรังได้ร้อยละ 29.2 เพศ รายได้ของครอบครัว ระยะเวลาที่เป็นโรค ไม่สามารถร่วมทำนายการปรับตัวของวัยรุ่นโรคเรื้อรังได้

ลัทธนา กิจรุ่งโรจน์ (2543) ศึกษาความรุนแรงของอาการข้างเคียง ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง แรงสนับสนุนทางสังคม และการปรับตัวด้านบทบาทหน้าที่ของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับรังสีรักษา จำนวน 86 ราย โดยใช้แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและด้านสุขภาพ แบบสอบถามความรุนแรงของอาการข้างเคียง แบบสอบถามความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง แบบสอบถามแหล่งประโยชน์ของบุคคล และแบบสอบถามการปรับตัวด้านบทบาทหน้าที่ ผลการศึกษาพบว่า แรงสนับสนุนทางสังคม ความรุนแรงของอาการข้างเคียง ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง สามารถร่วมกันทำนายความแปรปรวน การปรับตัวด้านบทบาทหน้าที่ของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับรังสีรักษาได้ร้อยละ 54.8

อารีย์ มั่งเกียรติสกุล (2543) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมและการปรับตัวในวัยรุ่นโรคมะเร็ง จำนวน 90 ราย ที่โรงพยาบาลราชวิถี โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี ใช้แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบวัดการสนับสนุนทางสังคมของ House (1981) และแบบสอบถามการปรับตัวของ Roy (1991) ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างได้รับการสนับสนุนทางสังคมในระดับมาก และมีการปรับตัวในระดับดี การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปรับตัวของวัยรุ่นโรคมะเร็ง และภาวะแทรกซ้อนมีความสัมพันธ์ทางลบกับการปรับตัวของวัยรุ่นโรคมะเร็งอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนอายุ เพศ ระดับการศึกษา และระยะเวลาที่เจ็บป่วยมีความสัมพันธ์กับการปรับตัวอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

กรอบแนวคิดในการทำวิจัย

การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างระยะเวลาที่เจ็บป่วย ความรุนแรงของอาการ ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย การสนับสนุนทางสังคม และการปรับตัวต่อความเจ็บป่วยในวัยรุ่นโรคมะเร็งเม็ดเลือดที่ได้รับเคมีบำบัด ใช้ทฤษฎีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของ Mishel (1990) เป็นกรอบแนวคิดในการวิจัย เนื่องจากเป็นทฤษฎีที่อธิบายความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการปรับตัวต่อความเจ็บป่วย โดย Mishel (1990) ได้ให้ความหมายที่เป็นนามธรรมของการปรับตัวต่อความเจ็บป่วยว่าหมายถึง ความสามารถของบุคคลในการตอบสนองต่อสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไปทั้งภายในภายนอก เพื่อคงไว้ซึ่งความต้องการทั้งด้านร่างกาย จิตใจและสังคม และรักษาสมดุลของชีวิตให้ดำเนินต่อไปอย่างมีประสิทธิภาพ (Mishel, 1988) และเนื่องจากทฤษฎีของ Mishel พัฒนารูปร่างขึ้นจากทฤษฎีความเครียด การประเมิน และการเผชิญความเครียด (Stress, Appraisal, Coping) ของ Lazarus & Folkman (1984) ที่กล่าวว่า การปรับตัวของบุคคลแสดงออกในรูปการปรับตัว 3 ด้านคือ การทำหน้าที่ทางสังคม ขวัญและกำลังใจ และภาวะสุขภาพ (Lazarus & Folkman, 1984:87-119) การวิจัยนี้จึงศึกษาการปรับตัวต่อความเจ็บป่วยในวัยรุ่นโรคมะเร็งเม็ดเลือดที่ใช้กรอบแนวคิดการปรับตัวต่อความเจ็บป่วย 3 ด้านดังกล่าว สำหรับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปรับตัวต่อความเจ็บป่วยตามทฤษฎีของ Mishel ได้อธิบายว่า ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยเป็นสิ่งก่อความเครียดหลักและเป็นภาวะวิกฤตที่ส่งผลโดยตรงต่อการปรับตัวต่อความเจ็บป่วย (Neville, 1998: 37; Mishel, 1988: 225-232) การสนับสนุนทางสังคมเปรียบเสมือนแหล่งประโยชน์ที่ช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมที่ถูกต้องเหมาะสม (Andrew & Roy, 1991: 17) สามารถเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงตามระยะพัฒนาการของวัยรุ่นและเผชิญต่อภาวะของโรคที่ไม่สามารถคาดการณ์ผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้นได้ มีส่วนช่วยให้วัยรุ่นที่เจ็บป่วยเผชิญภาวะเครียดและเหตุการณ์วิกฤตได้ นอกจากนี้ระยะเวลาที่เจ็บป่วย ความรุนแรงของอาการ เป็นปัจจัยในรูปแบบอาการแสดงตามทฤษฎีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของ Mishel ที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง (Mishel, 1999: 275) ระยะเวลาที่เจ็บป่วยยาวนานขึ้นทำให้ผู้ป่วยมีการเรียนรู้ความเจ็บป่วยมากขึ้น มีความคุ้นเคยกับแผนการรักษาและเรียนรู้ในการดูแลตนเอง สามารถสร้างแบบแผนความเข้าใจที่มีต่อความเจ็บป่วยได้ดี จึงมีอิทธิพลต่อการปรับตัวของผู้ป่วยโดยตรง (กุลธิดา พานิชกุล, 2536: 45) ส่วนความรุนแรงของอาการเป็นสิ่งที่ผู้ป่วยต้องเผชิญตลอดระยะเวลาของการเจ็บป่วยเรื้อรัง ที่มีทั้งระยะอาการสงบและอาการกำเริบ ทำให้วัยรุ่นไม่เข้าใจอาการที่ตนประสบได้ชัดเจน เกิดความคลุมเครือในความเจ็บป่วยสูงขึ้น โดยความรุนแรงของอาการมีผลต่อการปรับตัวของวัยรุ่นทางอ้อม โดยผ่านความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย ทำให้เกิดการปรับตัวที่ไม่เหมาะสมหรือมีความยากลำบากในการปรับตัว (Mishel et al., 1984: 291-299; Christman, 1990: 19; สุภาณี แก้วธำรงค์, 2544: 30-31) ผู้วิจัยจึงสรุปกรอบแนวคิดในการวิจัยได้ดังนี้

