



28 ส.ค. 2534

แบบแผนการเผชิญปัญหากับการรับรู้ถึงความผาสุกในครอบครัว
ของมารดาผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว
เฉียบพลันชนิดลิมโฟบลาสโตส

COPING PATTERN AND PERCEPTION OF FAMILY WELL-BEING
IN MOTHER OF CHILDREN WITH ACUTE
LYMPHOBLASTIC LEUKEMIA

วิทยานิพนธ์การ

จาก

ปัทมาภรณ์ ม. มณีรัตน์

บทงา ภูษะคราม

วิทยานิพนธ์นี้ เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาคำหลักสูครปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาพยาบาลศาสตร์
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล
พ.ศ. 2533

ISBN 974-588-811-6

สงวนลิขสิทธิ์

Copyright by Mahidol University

19767

วิทยานิพนธ์

เรื่อง

แบบแผนการ เชนีอ์ปัญหาคับการรับรู้ถึงความผาสูก ในครอบครัวของ
มารคาผู้ป่วย เค็ก โรคมะ เร็ง เม็ก เลือคขาว เเฉียบพลันชนิดคิมป์โอบลาส

.....
มทว. วร:ดวพ.

บุหงา กุชะคราม
ผู้วิจัย

.....
วิไล ลิสุวธรรม

วิไล ลิสุวธรรม, วท.บ., ค.ม.
ประธานกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์

.....
สุวดี ศรีเลสมวดี

สุวดี ศรีเลสมวดี, B.Sc.N., M.S.N.
กรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์

.....
มนครี จุลสมัย

มนครี จุลสมัย, พ.บ., Ph.D.
คณบดี

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

.....
สมจิต หนูเจริญกุล

สมจิต หนูเจริญกุล, วท.บ., M.S., Ph.D.
ประธาน โครงการบัณฑิตศึกษา

ภาควิชาพยาบาลศาสตร์
คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี
มหาวิทยาลัยมหิดล

วิทยานิพนธ์

เรื่อง

แบบแผนการ เผชิญปัญหาต่อการรับรู้ถึงความผาสุก ในครอบครัวของ
มารดาผู้ป่วย เด็ก โรคมะเร็ง เม็ดเลือดขาว เฉียบพลันชนิดลิมป์โพบลาส

ได้รับการพิจารณาอนุมัติให้นับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา

คามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาพยาบาลศาสตร์

วันที่ 16 พฤษภาคม 2533

..... มัทยา ภูษะคราม

มัทยา ภูษะคราม
ผู้วิจัย

..... วิไล ลิสุวรรณ

วิไล ลิสุวรรณ,วท.บ.,ค.ม.

ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

..... มาลี เลิศมาลีวงศ์

มาลี เลิศมาลีวงศ์,วท.บ.,M.N.

กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

..... สุกดี ศรีเลณวิติ

สุกดี ศรีเลณวิติ,B.Sc.N.,M.S.N.

กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

..... มั่นครี จุลสมัย

มั่นครี จุลสมัย,พ.บ.,Ph.D.

คณบดี

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

..... อรรถสิทธิ์ เวชชาชีวะ

อรรถสิทธิ์ เวชชาชีวะ,M.B.,B.S.

(Land),F.R.C.P.,F.R.A.C.P.,

ราชบัณฑิต,อ.ว. (อายุรศาสตร์-

ประสาทวิทยา)

คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

มหาวิทยาลัยมหิดล

ประวัติผู้วิจัย

ชื่อ นางสาว บუნา กุระคราม
วันเดือนปีเกิด 26 พฤษภาคม 2505
สถานที่เกิด กรุงเทพมหานคร
ประวัติการศึกษา พยาบาลศาสตรบัณฑิต วิทยาลัยพยาบาลสภากาชาดไทย
พ.ศ. 2527
ทุนวิจัย บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้ สำเร็จลง ได้ด้วยความกรุณาและช่วยเหลืออย่างดียิ่ง ของผู้ช่วยศาสตราจารย์ วิไล ลิสุวรรณ รองศาสตราจารย์ สุวดี ศรีเลณวิติ อาจารย์ผู้ควบคุมวิทยานิพนธ์ และรองศาสตราจารย์ คร. สมจิต หนูเจริญกุล ผู้ช่วยศาสตราจารย์ มาลี เลิศมาลีวงศ์ ที่ได้กรุณาให้ข้อคิด คำแนะนำแก้ไข ข้อบกพร่องต่าง ๆ ด้วยความเอาใจใส่ และให้กำลังใจเสมอมา ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งในความกรุณาเป็นอย่างยิ่ง จึงขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้ พร้อมกันนี้ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ กรรณิการ์ สุวรรณโคก, รองศาสตราจารย์ คร. จินคณา ฐนันทน์ และผู้ช่วยศาสตราจารย์ คร. กอบกุล พันธุ์เจริญวรกุล อาจารย์ผู้ทรงคุณวุฒิที่กรุณาตรวจสอบเครื่องมือสำหรับการศึกษา และให้คำแนะนำในจุดที่บกพร่องต่าง ๆ เป็นอย่างดียิ่ง

ขอกราบขอบพระคุณในข้อคิดเห็น คำแนะนำ ตลอดจนความกรุณาจาก ศาสตราจารย์ พญ. พงษ์จันทร์ ทศถิรัคน์ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ นพ. ปิณฑา เสกสรรค์ และอาจารย์ นพ. สืบสันต์ สิงห์ภักดี ขอขอบคุณเจ้าหน้าที่หน่วยโลหิตวิทยาและเจ้าหน้าที่แผนกกุมารเวชศาสตร์ ตลอดจนมารดาผู้ช่วย เด็กทุกท่านที่ให้ความร่วมมือ และอำนวยความสะดวกให้การเก็บข้อมูลในการวิจัยสำเร็จด้วยดี และขอขอบคุณภักษามิตรทุกท่านที่ให้กำลังใจมา โดยตลอด

ท้ายสุดนี้ผู้วิจัยขอขอบคุณประโยชน์ที่เกิดจากวิทยานิพนธ์นี้แก่บิดามารดา ที่ได้ให้กำลังใจและการสนับสนุนตลอดมา และขอขอบคุณบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดลที่ได้กรุณาเอื้อเฟื้อเงินทุนวิจัยบางส่วนในการวิจัยครั้งนี้

บุหงา ภูษะคราม

เมื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์พบว่า การรับรู้ถึงความผาสุกด้านโครงสร้างครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการเผชิญปัญหาแบบความกลมเกลียวในครอบครัวและการมองเหตุการณ์ไปในทางที่ดี, $r(58) = .38$, $p < .01$ การปรึกษาร่วมกับทีมสุขภาพและญาติผู้ป่วยเด็กคนอื่น, $r(58) = .22$, $p < .05$ และการเผชิญปัญหาโดยรวม, $r(58) = .24$, $p < .05$ นอกจากนี้การเผชิญปัญหาแบบความกลมเกลียวในครอบครัวและการมองเหตุการณ์ไปในทางที่ดี มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการรับรู้ถึงความผาสุกในครอบครัวโดยรวม, $r(58) = .26$, $p < .05$ ส่วนปัจจัยด้านอายุ การศึกษา อาชีพ รายได้ครอบครัว และระยะเวลาการรักษาโรค ไม่ทำให้มารคามีการเผชิญปัญหาแตกต่างกันทั้งในแต่ละแบบแผนและโดยรวมยกเว้นอาชีพเกษตรกรจะมีการใช้การเผชิญปัญหาแบบปรึกษาร่วมกับทีมสุขภาพ และญาติผู้ป่วยเด็กคนอื่น น้อยกว่าอาชีพอื่นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

ดังนั้น ผลการศึกษาครั้งนี้ส่วนใหญ่จึงสนับสนุนแนวคิดของแมคคับบิน และคณะ ในเรื่อง การปรับตัวของครอบครัว

A

Thesis Title Coping pattern and perception
 of family well-being in mother of
 children with acute lymphoblastic
 leukemia

Name Bu-Hgar Phuchacram

Degree Master of Science (Nursing)

Thesis Supervisory Committee

 Wilai Leesuwan, B.Sc.(Nursing), M.Ed.
 Suwadee Srilenawatti, B.Sc.(Nursing),
 M.S.N.

Date of Graduation 16 May B.E. 2533 (1990)

Abstract

The purpose of this research was twofold, 1) to study coping pattern and perception of family well-being and 2) to determine the effects of selected factors of age, education, occupation, family income, and phase of antileukemia therapy on coping pattern. Purposive sampling was used to obtain 60 mothers of children with acute lymphoblastic leukemia who were hospitalized or attended for follow up at the hematology clinic of Ramathibodi and Chulalongkorn hospital during December 1989 till March 1990. Coping pattern was measured by Coping Health Inventory for Parent (CHIP) developed by McCubbin, et al. Which consisted of three patterns : 1) family integration and an optimistic definition of the situation 2) social support, self-esteem and psychological stability 3) communication with other parents and consultation with health team. Family well-being was measured by The Family Well-being Assessment developed by Caldwell which consisted of three components: 1) family structure 2) family role process 3) family vulnerability.

The results of the study indicated that mother used all three coping patterns significantly different ($p < .001$). Family integration and an optimistic definition of the situation was the highest, and the social support, self-esteem and psychological stability was the lowest. For The Family Well-being, the mother reported perceived the family structure component significantly higher than the family role and family vulnerability ($p < .01$). When the relationship of coping pattern with family well-being was examined, it was found that perceived well-being in family structure was positively correlated with coping pattern of family integration and an optimistic definition of the situation, $r(58) = .38$, $p < .01$, communication with other parents and consultation with health team, $r(58) = .22$, $p < .05$ and total coping pattern, $r(58) = .24$, $p < .05$. In addition coping pattern of family integration and an optimistic definition of the situation was positively correlated with perceived total family well-being, $r(58) = .26$, $p < .05$. There were no statistically significant difference in coping pattern among difference age group, education, occupation, family income, and phase of antileukemia therapy, except agricultural mothers used coping pattern of communication with other parents and consultation with health team significantly lower than other occupations.

The results of the study mostly support the conceptualization of family adaptation proposed by McCubbin, et al.

สารบัญเนื้อเรื่อง

ประวัติผู้วิจัย

กิตติกรรมประกาศ

บทคัดย่อภาษาไทย

บทคัดย่อภาษาอังกฤษ

สารบัญเนื้อเรื่อง

สารบัญตาราง

สารบัญภาพ

ก

ค

จ

ช

ฉ

บทที่ 1 บทนำและกรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

1

กรอบแนวคิดในการวิจัย

2

วัตถุประสงค์

13

สมมติฐาน

14

ขอบเขตของการศึกษา

14

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากการวิจัย

15

ข้อตกลงเบื้องต้น

15

นิยามศัพท์

15

บทที่ 2 วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

ผลกระทบจากลักษณะของโรคที่คุกคามคอบิคาราคา

17

การรักษาและปัญหาจากการรักษาผู้ป่วยเด็กที่กระทบ

19

คอบิคาราคา

ความสัมพันธ์ระหว่างแบบแผนการเผชิญปัญหา

22

กับความผาสุกในครอบครัวผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็ง

เม็ดเลือดขาวเฉียบพลันชนิดลิมโฟบลาส

ปัจจัยบางประการที่มีผลต่อแบบแผนการเผชิญปัญหา

26

สารบัญเนื้อเรื่อง (ต่อ)

	หน้า
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย	
ลักษณะของประชากรและการเลือกกลุ่มตัวอย่าง	29
สถานที่ศึกษา	30
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	30
การเก็บรวบรวมข้อมูล	35
การวิเคราะห์ข้อมูล	36
บทที่ 4 ผลการวิจัยและอภิปรายผล	
ผลการวิจัย	37
การอภิปรายผล	54
ข้อจำกัดในการวิจัย	65
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ	
สรุปผลการวิจัย	66
ข้อเสนอแนะในการนำไปใช้ประโยชน์	68
ข้อเสนอแนะสำหรับการทำวิจัยครั้งต่อไป	69
บรรณานุกรม	71
ภาคผนวก	
ก. แบบบันทึกข้อมูลส่วนตัวของกลุ่มตัวอย่าง	79
ข. แบบวัดแบบแผนการเผชิญปัญหา	82
ค. แบบสอบถามการรับรู้ถึงความเหมาะสมในครอบครัว	85
ง. การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง	88
จ. รายชื่อผู้ทรงคุณวุฒิ	89

สารบัญตาราง

ตารางที่

หน้า

1	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล	38
2	คะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการเผชิญปัญหา จำแนกตามอันดับคะแนนสูงสุด 11 อันดับ	40
3	คะแนนและอันดับที่ของการรับรู้ถึงความผาสุกในครอบครัวของมารคาค้าน โครงสร้างครอบครัว จำแนกตามหัวข้อจากคะแนนต่ำสุด ไปสูงสุด	41
4	คะแนนและอันดับที่ของการรับรู้ถึงความผาสุกในครอบครัวของมารคาค้านการค่าเป็นบทบาท จำแนกตามหัวข้อจากคะแนนต่ำสุด ไปสูงสุด	42
5	คะแนนและอันดับที่ของการรับรู้ถึงความผาสุกในครอบครัวของมารคาค้านความเปราะบาง จำแนกตามหัวข้อจากคะแนนต่ำสุด ไปสูงสุด	42
6	ค่าเฉลี่ยและส่วน เบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนแบบแผนการเผชิญปัญหาของมารการายค้านและ โคยส่วนรวม	43
7	เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยจากคะแนนแบบแผนการเผชิญปัญหาแบบแผนที่ 1,2 และ 3 ด้วยสถิติวิเคราะห์ความแปรปรวนทาง เคียวแบบวัดซ้ำ	44
8	เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างค่าเฉลี่ยของคะแนนแบบแผนการเผชิญปัญหาแบบแผนที่ 1,2, และ 3 เป็นรายคู่ด้วยวิธีนิวแมนคูลส์	44
9	ค่าเฉลี่ยและส่วน เบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนการรับรู้ถึงความผาสุกในครอบครัวของมารการายค้านและ โคยส่วนรวม	45

สารบัญตาราง (ต่อ)

ตารางที่		หน้า
10	เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยจากคะแนนการรับรู้ถึงความพึงพอใจในครอบครัวด้าน โครงสร้างครอบครัว การดำเนินบทบาท และความเปราะบางด้วยสถิติวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียวแบบวัดซ้ำ	46
11	เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้ถึงความพึงพอใจในครอบครัวของมารดา ด้าน โครงสร้างครอบครัว การดำเนินบทบาทและความเปราะบาง เป็นรายคู่ด้วยวิธีนิวแมนคูลส์	46
12	ความสัมพันธ์ระหว่างแบบแผนการเผชิญปัญหารายด้าน และโดยส่วนรวมกับการรับรู้ถึงความพึงพอใจในครอบครัว ด้าน โครงสร้างครอบครัว การดำเนินบทบาท ความเปราะบาง และการรับรู้ถึงความพึงพอใจ โดยรวม	47
13	เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนการเผชิญปัญหาแบบแผนที่ 1 จำแนกตามอายุ การศึกษา อาชีพ รายได้ และระยะการรักษามุ่วัยเด็ก	49
14	เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนการเผชิญปัญหาแบบแผนที่ 2 จำแนกตามอายุ การศึกษา อาชีพ รายได้ และระยะการรักษามุ่วัยเด็ก	50
15	เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนการเผชิญปัญหาแบบแผนที่ 3 จำแนกตามอายุ การศึกษา อาชีพ รายได้ และระยะการรักษามุ่วัยเด็ก	51
16	เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนการเผชิญปัญหา โดยรวมจำแนก ตามอายุ การศึกษา อาชีพ รายได้ และระยะการรักษามุ่วัยเด็ก	52
17	เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างค่าเฉลี่ยของคะแนนการเผชิญปัญหาแบบแผนที่ 3 ในกลุ่มมารดาที่มีอาชีพแตกต่างกันเป็นรายคู่ ด้วยวิธีนิวแมนคูลส์	53

สารบัญภาพ

ภาพที่		หน้า
1	โครงสร้างของระยะการปรับตัวในแบบจำลอง ทีคดับเบิล เอบีซีเอกซ์	4
2	แบบจำลองความผาสุกในครอบครัว	9
3	ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่ใช้ในการศึกษา	28

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ครอบครัวเป็นหน่วยพื้นฐานที่สำคัญในระบบสังคม วัฒนธรรม ซึ่งมีอิทธิพลสูงสำหรับการมีสุขภาพอนามัยของสมาชิกและครอบครัว ทั้งในภาวะปกติและเมื่อสมาชิกมีความเจ็บป่วยเกิดขึ้น (กรรณิการ์ สุวรรณโคต, ในชุกวิซาม โนมทิ และกระบวนการพยาบาล 2527 : 838) เมื่อเด็กในครอบครัวเจ็บป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล จะเกิดผลกระทบต่อจิตใจและอารมณ์ของเด็ก และสมาชิกทุกคนในครอบครัว การรับทราบควาวินิจฉัยว่าเด็กในครอบครัวเป็นโรค "มะเร็ง" จะก่อให้เกิดภาวะวิกฤตในครอบครัว (Moore, et al. 1986 : 60)

มะเร็งในเด็กซึ่งพบมากที่สุดคือมะเร็งเม็ดเลือดขาว (Leukemia) พบได้ประมาณร้อยละ 30 ของโรคมะเร็งในเด็ก และคิดเป็น 37.8 ต่อเด็ก 1,000,000 คน (Silverberg and Lubera 1986 : 676) เป็นกลุ่มของโรคที่มีความผิดปกติของเม็ดเลือดขาวซึ่งมีการเพิ่มจำนวนของตัวอ่อนออกมามาก และควบคุมไม่ได้ทำให้มีจำนวนของเม็ดเลือดอ่อนเพิ่มมากขึ้นในไขกระดูก กระแสเลือดและอวัยวะต่าง ๆ ทำให้มีอัตราการตายสูงมาก (ทิพย์ ศรีไพศาล ใน ถนนอมศรี ศรีชัยกุล บรรณาธิการ 2529 : 790) มะเร็งเม็ดเลือดขาวแบ่งออกได้เป็นหลายชนิด ได้แก่ มะเร็งเม็ดเลือดขาวเฉียบพลันชนิดลิมฟ์โพลลาส (Acute Lymphoblastic Leukemia, ALL) ซึ่งพบได้มากที่สุดประมาณร้อยละ 80 มะเร็งเม็ดเลือดขาวเฉียบพลันไม่ใช่ชนิดลิมฟ์โพลลาส (Acute Nonlymphoblastic Leukemia, ANLL) พบรองลงมาประมาณร้อยละ 17 และที่เหลือเป็นมะเร็งเม็ดเลือดขาวเรื้อรัง (Chronic Myelogenous Leukemia, CML) (Neglia and Robinson, in Poplack 1986 : 676) จากสถิติของภาควิชากุมารเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี ตั้งแต่ปี 2512-2525 พบว่ามะเร็งในเด็กที่พบมากที่สุดคือ มะเร็งเม็ดเลือดขาว คิดเป็นร้อยละ 31.6 (262 ราย) ทั้งนี้เป็นมะเร็งเม็ดเลือดขาวเฉียบพลันชนิดลิมฟ์โพลลาสสูงสุดจำนวน 162 ราย คิดเป็นร้อยละ 61.83.

จากสถิติข้างต้นจะเห็นได้ว่า มะเร็งเม็ดเลือดขาวเฉียบพลันชนิดลิมฟ์โพลลาสเป็นปัญหาที่สำคัญและพบได้สูงในผู้ป่วยเด็ก โรคมะเร็ง แต่อย่างไร

ก็ตามแนวโน้มในการรักษาได้เปลี่ยนไปจากอดีตอย่างมาก ระยะ 40 ปีก่อน แม้รักษาด้วยเคมีบำบัดเด็กที่ทุกข์ทรมานด้วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวเฉียบพลันชนิดลิมโฟบลาสทุกคนต้องเสียชีวิตลงภายในระยะเวลา 1-2 เดือนหลังการวินิจฉัยโรค แต่ปัจจุบันร้อยละ 60-70 ของเด็กที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรกด้วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวเฉียบพลันชนิดลิมโฟบลาสนั้นสามารถมีชีวิตอยู่มากกว่า 5 ปี โดยไม่มีอาการของโรคและในจำนวนนี้สามารถรักษาให้หายขาดได้ (Poplack and Reaman, in Poplack, ed. 1988 : 903) สำหรับประเทศไทยการรักษายังไม่ได้ผลดีเท่าที่ควร ทั้งนี้เพราะยาที่ใช้รักษามีราคาแพง การรักษาประคับประคองด้วยเกร็ดเลือดและเม็ดเลือดขาวเข้มข้นทำได้ไม่สะดวก การคมนาคมที่จะมารับการรักษาโดยสม่ำเสมอทำได้ไม่บ่อยเท่าที่ควร เช่น บ้านอยู่ไกล มีปัญหาทางด้านเศรษฐกิจ และบางรายก็ไม่สมัครใจรักษาเพราะเห็นว่าจะไม่หายขาด บางรายก็ขาดการติดต่อกับแพทย์ เป็นต้น (ทิพย์ ศรีไพศาล ใน ถนอมศรี บรรณาธิการ 2529 : 797)

ได้มีผู้ทำการศึกษาเรื่อง สภาวะจิต สังคม และเศรษฐกิจของผู้ปกครองเด็กป่วยด้วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว ที่รับการรักษาในโรงพยาบาลกรุงเทพมหานคร พบว่า มะเร็งเม็ดเลือดขาวของเด็กสร้างปัญหาทางจิตใจ อารมณ์แก่ผู้ปกครองเด็กอย่างมาก เช่น ตกใจ เสียใจ สงสารเด็ก วิตกกังวลว่าเด็กจะไม่หายจากโรค และการเจ็บป่วยของเด็กยังมีผลกระทบต่องาน และเศรษฐกิจของครอบครัว ผู้ปกครองรู้สึกยุ่งยาก มีภาระเพิ่มขึ้น ส่วนมากประสบปัญหาเรื่องค่าใช้จ่าย โดยเฉพาะค่ายามีราคาสูงต่อการรักษาแต่ละครั้ง (อุมาสมร หังสพฤกษ์ 2527 : 133) ความเจ็บป่วยของเด็กจึงกระทบต่อชีวิตครอบครัวบ่อยครั้งบิดามารดา รู้สึกอ่อนล้าและตั้งเครียด และปัญหาเด็กจะขยายตัวขึ้น เมื่อมีปัญหาอื่น ๆ ภายในครอบครัวเข้ามาทับถมเพิ่มขึ้น ซึ่งปัญหาเหล่านี้แตกต่างกันไปตามสภาพครอบครัว เช่น ปัญหาชีวิตสมรส ปัญหาด้านการงาน เป็นต้น (Waechter, in Krulik, ed. 1987 : 243)

จากการที่ความเจ็บป่วยของเด็กกระทบต่อระบบครอบครัว การช่วยเหลือบิดามารดาให้สามารถเผชิญต่อปัญหาความเจ็บป่วยจึงควรมองและให้ความช่วยเหลือไปถึงระบบครอบครัวร่วมด้วย

กรอบแนวคิดในการวิจัย

ในการศึกษาแบบแผนการเผชิญปัญหากับการรับรู้ถึงความผาสุกในครอบครัวของมารดาผู้ป่วยเด็ก โรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวเฉียบพลันชนิดลิมโฟบลาสครั้งนี้ ผู้วิจัยได้เลือกแบบจำลองการปรับเข้า และการปรับตัวของ

ครอบครัว ที่ คับเบิล เอบีซีเอกซ์ (T Double ABCX Model of Family Adjustment and Adaptation) ของแมคคับบินและคณะ (McCubbin, et al. 1983) เพื่อศึกษาแบบแผนการเผชิญปัญหาและการปรับตัวของครอบครัว โดยนาแบบจำลองความผาสุกในครอบครัวของคาลด์เวลล์ (Caldwell, 1988) ผนวก เข้า เป็นแนวคิดในการประเมินการปรับตัวของครอบครัว เมื่อเผชิญภาวะ-
เครียด

แบบจำลองการปรับเข้าและการปรับตัวของครอบครัว ที่ คับเบิล เอบีซีเอกซ์

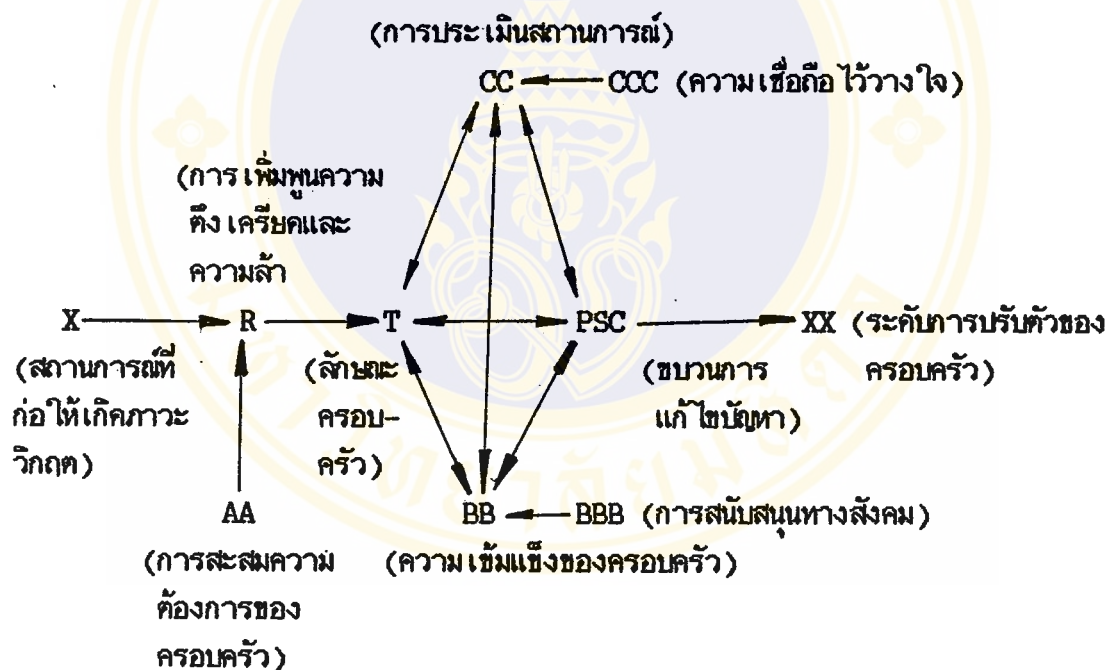
แมคคับบินและคณะ (McCubbin, et al. 1987 : 3-25) ได้เขียนเรื่องการปรับตัวของครอบครัว ไว้ดังนี้

การตอบสนองต่อการเปลี่ยนแปลงของชีวิตและ เหตุการณ์ที่เกิดกระทัน-
หันอันก่อให้เกิดอันตรายและความทุกข์ในครอบครัว แบ่ง เป็น 2 ระยะ คือ ระยะ
การปรับเข้า และระยะการปรับตัว โดยการปรับเข้าของครอบครัวเป็นการตอบ
สนองระยะสั้นซึ่ง เพียงพอต่อการจัดการกับการเปลี่ยนแปลงช่วงหัว เลี้ยวหัวต่อของ
ชีวิตและความต้องการของครอบครัว แต่เมื่อใดก็ตามเมื่ออยู่ในสถานการณ์ยาก
ลำบากจะทำให้เกิดความต้อการเพิ่มขึ้น มีการเปลี่ยนแปลงอย่างมากในกฎเกณฑ์
ขอบเขต และแบบแผนพฤติกรรมในครอบครัว สถานการณ์เช่นนี้ครอบครัว ไม่
สามารถกลับสู่สมดุลได้โดยง่ายหาก ไม่มีการ เปลี่ยนแปลงในระบบครอบครัว เป็น
ภาวะของการปรับเข้า ไม่ได้และนำไปสู่ภาวะวิกฤต

เมื่อครอบครัวต้อง เผชิญภาวะวิกฤต ความต้อการจะเพิ่มมากขึ้นใน
ขณะที่แหล่งประ โยชน์ถูกใช้หมด การที่จะคง ไว้ซึ่งระบบการทางานที่มั่นคงและ
เพิ่มความพึงพอใจในครอบครัว ได้นั้นต้องมีการ เปลี่ยนแปลง โครงสร้าง ซึ่งอาจ
ประกอบด้วยการปรับเปลี่ยนหรือการสร้างบทบาท กฎเกณฑ์ จุดมุ่งหมาย และ/
หรือแบบแผนในการปฏิสัมพันธ์หลังจาก เริ่มมีการ เปลี่ยนแปลง ในระยะต่อมา
สมาชิกครอบครัวจะต้องมีการ เปลี่ยนแปลงร่วมด้วย เพื่อให้เกิดความกลมเกลียว
ในการทางานและการสนับสนุนร่วมกัน ขบวนการนี้จะ เกิดขึ้นตลอดเวลาเพื่อให้เกิด
เกิดการปรับตัวภายในครอบครัว เพื่อ ไปสู่ความสมดุลใหม่ที่เหมาะสม

แมคคับบินและคณะ เสนอ โครงร่างของแบบจำลองระยะการปรับตัว ไว้
ดังแผนภาพที่ 1 โดยกล่าวไว้ว่า เมื่อมีสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดภาวะวิกฤต (X)..
และการสะสมความต้อการในระบบครอบครัวจากสถานการณ์วิกฤต การเปลี่ยนแปลง
ในวงจรชีวิตและสิ่งก่อให้เกิดความล้าซึ่งยังไม่ได้แก้ไข (AA) .. จะทำให้

เกิดการเพิ่มพูนของความตึงเครียดและความกลัว (R)... กระทบกับลักษณะความกลมเกลียวหนักแน่นของครอบครัว (T)... ความเข้มแข็งของครอบครัว (BB) ได้แก่ความเข้มแข็งต่อการปรับตัวในครอบครัว ความสามารถ แหล่งประโยชน์ และการสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อนและชุมชน (BBB)... การประเมินสถานการณ์ (CC) และกลุ่มของความเชื่อถือไว้วางใจในความสัมพันธ์ที่เข้มแข็งของครอบครัว (Family's schema, CCC)... สิ่งเหล่านี้กระทบต่อกระบวนการแก้ไขปัญหาคือสถานการณ์ที่เกิดขึ้นในครอบครัว (PSC)... และส่งผลต่อระดับการปรับตัวของครอบครัว (XX) ถ้าปรับตัวไม่เหมาะสมจะยังคงอยู่ในภาวะวิกฤต ซึ่งครอบครัว อาจห่อหุ้มเล็กต่อผู้หรืออาจกลับเข้าสู่วงจรการปรับตัวใหม่



แผนภาพที่ 1 แสดงโครงสร้างของระยะการปรับตัวในแบบจำลองที่ คับเบิล เอบีซีเอ็กซ์

ที่มา : Family Assessment Inventories for Research and Practice, 1987 : 15.

1. การปรับตัวของครอบครัว (Family Adaptation, XX Factor)

การปรับตัวใช้อธิบายผลของความพยายามที่จะไปสู่ระดับความสมดุลใหม่และเหมาะสมหลังจากภาวะวิกฤตในครอบครัว ทั้งในระดับบุคคลกับครอบครัว และครอบครัวต่อชุมชน

ระดับที่ 1 เป็นความสมดุลระหว่างสมาชิกครอบครัวกับหน่วยครอบครัวในระดับใดระดับหนึ่ง มีความต้องการกับความสามารถไม่สมดุลกัน เช่น มีความต้องการมาก เกินความสามารถของครอบครัว อาจทำให้ครอบครัวเกิดความเครียดได้

ระดับที่ 2 เป็นความสมดุลระหว่างครอบครัวกับสังคม เมื่อใดที่ระดับความต้องการและความสามารถไม่สมดุลกันในระดับนี้ จะทำให้เกิดความเครียด เนื่องจากต่างก็มีส่วนเกี่ยวข้องสัมพันธ์กัน

2. การสะสมความต้องการของครอบครัว (Family Demands : pile up, AA Factor)

เมื่อครอบครัวสะสมความต้องการเพิ่มขึ้น ซึ่งส่วนหนึ่งเกิดจากปัญหาเรื้อรัง เช่น การดูแลสมาชิกที่มีความพิการหรือเจ็บป่วยเรื้อรัง ที่ส่งผลให้เกิดปัญหาการเปลี่ยนแปลงบทบาทอย่างมากของสมาชิก บังคับที่ก่อให้เกิดปัญหาและความล้มเหลวสะสมในระยะปรับตัวของระบบครอบครัวมี 5 ประการ ได้แก่

1. ภาวะวิกฤตและความรุนแรงของภาวะนั้น
2. สถานการณ์ที่เป็นหัวเลี้ยวหัวต่อของชีวิตตามธรรมชาติ ได้แก่ การเจริญเติบโตและพัฒนาการขั้นต่างๆ ของสมาชิก
3. สิ่งที่เกิดก่อให้เกิดความล้มเหลวที่มีมาก่อน อาจเป็นผลจากความไม่สบายใจหรือสิ่งที่เป็นทุกข์ยังไม่ได้รับการแก้ไข หรือจากบทบาทที่ดำรงอยู่ เช่น การเป็นบิดา มารดา

4. ผลจากความพยายามในการเผชิญปัญหาของครอบครัว เป็นพฤติกรรมที่ครอบครัวมักนำมาใช้ในการเผชิญปัญหาเมื่อพบสถานการณ์วิกฤต เช่น การทำงานพิเศษเพื่อแก้ไขภาวะวิกฤตทางการเงิน

5. ความคลุมเครือที่เกิดขึ้นภายในครอบครัวและสังคม ในภาวะวิกฤตจะมีความคลุมเครือแฝงอยู่เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงและความต้องการในการปรับตัวนั้นทำให้เกิดความไม่มั่นคงในอนาคต โครงสร้างของครอบครัวไม่ชัดเจนในแง่บทบาท กฎเกณฑ์ ความรับผิดชอบ และความมั่นคง

3. ลักษณะของครอบครัว (Family Typologies, T Factor)

ลักษณะของครอบครัวที่พิจารณาได้จากความกลมเกลียวในครอบครัว (Family Coherence) มีการยอมรับ เคารพนับถือ ไว้วางใจ ศรัทธา ให้การดูแลและให้คุณค่าแก่กัน ในการจัดการกับความตึงเครียดและความล่าที่เกิเกิดขึ้น และความหนักแน่นของครอบครัว (Family Hardiness) ซึ่งเป็นความรู้สึกภายในครอบครัวในการควบคุมสถานการณ์และความยากลำบากที่เกิเกิดขึ้น รู้สึกชีวิตมีความหมาย มีการวางแผนชีวิต ชอบเรียนรู้ สรรวงสิ่งใหม่ ๆ และประสบการณ์ที่ท้าทาย

4. ความเข้มแข็งของครอบครัว แหล่งประโยชน์และความสามารถของครอบครัว (Family Strength, Resources and Capabilities, BB Factor)

ความสามารถของครอบครัว เป็นสิ่งที่ครอบครัวมีแนวโน้มที่จะนำมาใช้ได้ เพื่อตอบสนองความต้องการของครอบครัวอย่างมาก โดยแบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ แหล่งประโยชน์และความเข้มแข็งของครอบครัว พฤติกรรมและกลวิธีในการเผชิญปัญหาของสมาชิกหรือหน่วยครอบครัว

แหล่งประโยชน์อาจสัมผัสได้ เช่น เงิน หรืออาจสัมผัสไม่ได้ เช่น การนับถือตนเอง แหล่งประโยชน์ที่ใช้ในการปรับตัวของครอบครัวมีลักษณะใดลักษณะหนึ่งดังนี้

1. แหล่งประโยชน์จากลักษณะของบุคคล ได้แก่ ความเฉลียวฉลาด, ความรู้ ทักษะจากการศึกษา การฝึกฝน ประสบการณ์ ลักษณะบุคลิกภาพ ความรู้สึกสามารถควบคุมสถานการณ์ที่เกิดขึ้นในชีวิต และการนับถือตนเอง

2. แหล่งประโยชน์จากระบบครอบครัว ได้แก่ ความกลมเกลียว ความสามารถในการปรับตัว การทำงานร่วมกันของครอบครัว รวมถึงความเห็นพ้องต้องกัน ในโครงสร้างของบทบาทและกฎเกณฑ์ในครอบครัวซึ่งชัดเจนแน่นอน และการมีทักษะในการสื่อสาร

3. แหล่งประโยชน์และการสนับสนุนทางสังคม (BBB Factor) เป็นบุคคลหรือกลุ่มที่อยู่นอกระบบครอบครัว ซึ่งครอบครัวสามารถนำมาใช้ได้เมื่อต้องการ รวมถึงบริการต่าง ๆ ได้แก่ บริการการรักษาพยาบาล โปสท์ และโรงเรียน

5. การประเมินค่าของครอบครัว (Family Appraisal)

แบ่งออกได้เป็น 3 ระดับ ดังนี้

ระดับที่ 1 การประเมินเฉพาะสิ่งที่ก่อให้เกิดปัญหาหรือความล้ม (C Factor)

ระดับที่ 2 การประเมินสถานการณ์ (CC Factor) เป็นการประเมินทั้งความต้องการและความสามารถ ซึ่งมีส่วนสัมพันธ์กัน

ระดับที่ 3 การประเมินโดยรวมและความเชื่อถือไว้วางใจในความสัมพันธ์ที่เข้มแข็งของครอบครัว (CCC Factor)

6. การเผชิญปัญหา

6.1 การเผชิญปัญหาที่ใช้ในการปรับเข้า (Adjustment Coping) โดยทั่วไปมี 3 วิธี ซึ่งอาจใช้วิธีใดวิธีหนึ่งหรืออาจผสมผสานทั้ง 3 วิธี ได้แก่ การหลีกเลี่ยง การตัดปัญหา และการยอมรับ

6.2 การเผชิญปัญหาที่สร้างสรรค์ (Adaptive Coping, PSC Factor) เป็นกระบวนการที่ได้มา ซึ่งแหล่งประโยชน์ที่สนองความต้องการในภาวะวิกฤตที่สำคัญยิ่ง แหล่งประโยชน์ไม่ว่าจะเป็นมนุษย์หรือสิ่งต่าง ๆ ล้วนแต่มีจำนวนจำกัด ฉะนั้นจึงมีการหาแหล่งประโยชน์เพิ่มเติมตามเป้าหมายที่มีมากขึ้น เพื่อให้บรรลุความต้องการของครอบครัวและสมาชิก

พฤติกรรมการเผชิญปัญหาเป็นความพยายามที่ซ่อนเร้นหรือเปิดเผย ของบุคคลหรือกลุ่มบุคคล เช่น ครอบครัว เพื่อลดความต้องการหรือจัดการกับสิ่งที่ต้องการในระบบครอบครัว แม้ว่า การเผชิญปัญหาของครอบครัวเป็นเพียงพฤติกรรมของระบบในกระบวนการแก้ไขปัญหากก็ตาม แต่ก็สามารถมองโดยรวมจากส่วนประกอบซึ่ง เป็นความพยายามของสมาชิกในครอบครัวที่เข้ากันได้

การเผชิญปัญหามีหน้าที่ในการคงไว้ซึ่งความสมดุลระหว่างความต้องการกับแหล่งประโยชน์ ครอบครัวสามารถเผชิญปัญหาได้สำเร็จลุล่วงโดย

6.2.1 ลดความต้องการ

6.2.2 จัดหาแหล่งประโยชน์เพิ่มขึ้น เช่น เมื่อมีสมาชิกเจ็บป่วย เรือรั้งครอบครัวต้องจัดหาแหล่งบริการด้านสุขภาพ

6.2.3 การคงไว้ซึ่งแหล่งประโยชน์ เช่น การคงไว้ซึ่งความผูกพันทางสังคม เพื่อรักษาการนับถือตนเอง การกระทำสิ่งต่าง ๆ ร่วมกัน หรือการให้การสนับสนุนซึ่งกันและกัน เป็นการรักษาความกลมเกลียวในครอบครัว

6.2.4 ลดแรงดึงเครียดที่ทำให้เกิดความอ่อนล้า เป็นการเผชิญปัญหาอีกรูปแบบหนึ่งที่ครอบครัวต้องการ เช่น การออกกำลังกาย การเล่นระหว่างสมาชิกในครอบครัว การใช้อารมณ์ขันอย่างเหมาะสม ไม่แสดงท่าทีินทากล้าวร้าย

6.2.5 การประเมินความหมายของสถานการณ์นั้นว่า ไม่สามารถจัดการทำได้ดีขึ้น เป็นการปรับเปลี่ยนการรับรู้ อาจเป็นการเปลี่ยนความต้องการของบุคคลหรือครอบครัวโดยตรง เช่น การลดความคาดหวังในบทบาทที่ดำรงอยู่หรือลดความอ่อนล้าในบทบาทนั้น

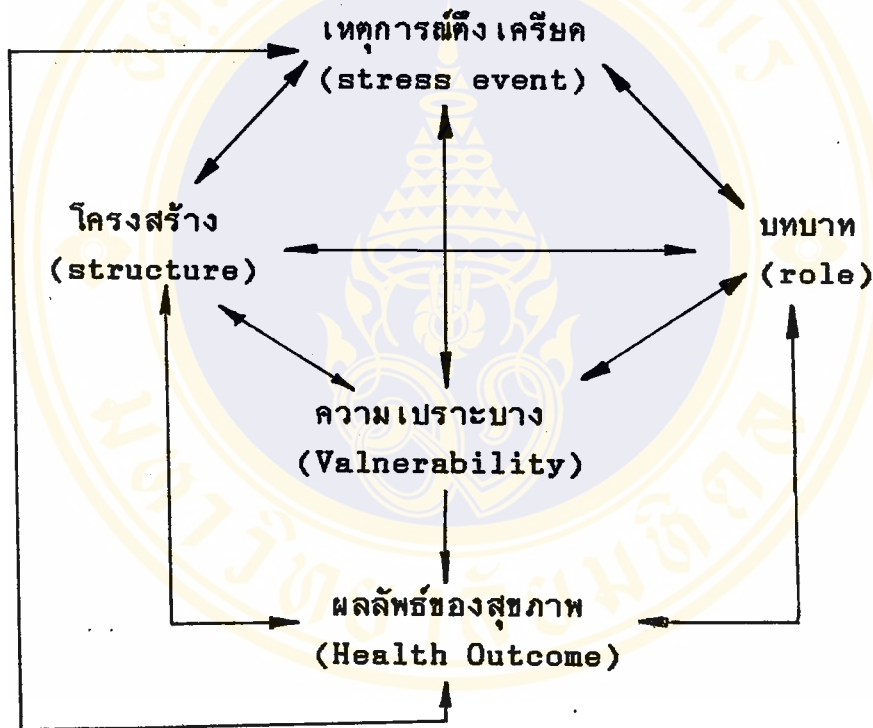
กลวิธีในการเผชิญปัญหาที่สร้างสรรค์ ได้แก่ ความพยายามร่วมมือร่วมใจกันเพื่อที่จะทำกิจต่าง ๆ ให้สำเร็จลุล่วงดังที่คาดหมาย การเผชิญกับปัญหาและการประนีประนอม การปรับตัวจะประสบความสำเร็จ ได้ต้องใช้ความพยายามในการเผชิญปัญหาที่มีผลโดยตรงต่อการรักษาระบบ โดยคงไว้ซึ่งความพึงพอใจในการสื่อสารและการจัดระบบใหม่ กระตุ้นให้สมาชิกเป็นอิสระ นับถือตนเอง คงไว้ซึ่งสายใยสัมพันธ์ ความกลมเกลียวและเป็นหน่วยเดียวกัน คงไว้และพัฒนาแหล่งสนับสนุนทางสังคม พยายามระงับความต้องการและการเปลี่ยนแปลงในครอบครัว

แบบจำลองมโนคติความพอใจในครอบครัว (Family Well-being : A Conceptual Model)

แบบจำลองมโนคติความพอใจในครอบครัวของ คาลด์เวลล์ (Caldwell) ได้พื้นฐานจากทฤษฎีระบบสังคม (Social System) ของคัทซ์และคายน (Katz and Kahn, 1966) และมิลเลอร์ (Miller, 1971) โดยพัฒนาแบบจำลองมโนคติของโทมัส (Thomas, 1981) ผู้ริเริ่มทฤษฎีภาวะเครียดของครอบครัว

มิลเลอร์กล่าวว่าครอบครัวเป็นระบบสังคมเปิด แต่ในขณะที่เป็นระบบเปิด ครอบครัวก็มีลักษณะการแสดงออกถึงการควบคุมและมีกฎเกณฑ์เป็นของตนเอง เป็นระบบที่มีหลายปัจจัยเข้ามากระทบทำให้เกิดผลออกมาในหลายลักษณะ (Miller, 1971 : 398) ครอบครัวมีความรับผิดชอบที่จะสร้างและดำรงรักษาไว้ซึ่งสิ่งแวดล้อมด้านกายภาพ สังคม อารมณ์ และจิตใจ ในอันที่จะรักษาไว้และเพิ่มพูนความพอใจของสมาชิกครอบครัว องค์ประกอบสำคัญซึ่งสามารถทำนายอัตราเสี่ยงของแนวโน้มหรือการเกิดความผิดปกติ รวมทั้งความเครียดที่คงอยู่

ในครอบครัว ได้แก่ โครงสร้างของครอบครัว การค่านิยมบทบาทหน้าที่ในครอบครัวและความเปราะบางของครอบครัว คาลค์เวลล์นำองค์ประกอบที่สำคัญเหล่านี้มาพิจารณาในลักษณะของแบบจำลองที่มีลักษณะ ไม่หยุดนิ่งและมีหลายมิติ ดังแผนภาพที่ 2 ซึ่งชี้ให้เห็นว่าปฏิสัมพันธ์ระหว่างแต่ละมิติขององค์ประกอบนั้นมีความสำคัญ และจำเป็นอย่างยิ่งในการวิเคราะห์ความผาสุกของครอบครัว แต่ไม่ใช่ต้นเหตุของภาวะโรคหรือผลลัพธ์ด้านสุขภาพโดยเฉพาะ (Caldwell, in Waltz and Strickland, ed. 1988 : 405-406)



แผนภาพที่ 2 แบบจำลองความผาสุกในครอบครัว
ที่มา : Measurement of Nursing Outcome
1988 : 406

คาลค์เวลล์อธิบายองค์ประกอบต่าง ๆ ในแบบจำลองความผาสุกในครอบครัวไว้ดังนี้ (Caldwell, in Waltz and Strickland, ed. 1988 : 398-405)

1. โครงสร้างของครอบครัว (Family structure) โครงสร้างของครอบครัวช่วยให้สมาชิกแต่ละคนมีความรู้สึก เป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน เชื่อว่าเป็นการพัฒนาจากการมีปฏิสัมพันธ์ภายในครอบครัว การที่ครอบครัวมีบรรยากาศช่วยให้สมาชิก ได้แสดงออกอย่างมีอิสระ มีเหตุผล มีความชัดเจน ในประเด็นปัญหาที่เกี่ยวข้อง และได้รับการสนับสนุนช่วยเหลือในการแก้ปัญหา มีส่วนร่วมในการตัดสินใจจะช่วยให้สมาชิกครอบครัวรู้สึกมีความสุขในครอบครัว ซึ่งบรรยากาศเช่นนี้จะช่วยสนับสนุนการเผชิญปัญหาเกี่ยวกับภาวะเครียดของชีวิตครอบครัว

การประเมินความสุขของครอบครัวในด้านโครงสร้างของครอบครัวประกอบด้วยสิ่งต่าง ๆ เหล่านี้คือ

1.1 ภาวะเครียดในครอบครัว (Family stress) เป็นการมองทั้งระบบ วัตถุประสงค์ถึงความอ่อนล้า ความคับข้องใจ ความตึงเครียดที่มีอยู่ในบ้าน เมื่อสมาชิกในครอบครัวสื่อสารกัน ไม่ชัดเจนจะกระทบความสัมพันธ์ภายในครอบครัว ถ้าเกิดขึ้นอย่างสม่ำเสมอจะเกิดการแบ่งแยกภายในครอบครัว

1.2 ความพึงพอใจในครอบครัว (Family satisfaction) เป็นการรับรู้ความพึงพอใจภายในครอบครัว ความพึงพอใจ และความสุขในครอบครัวโดยรวม ซึ่งมีความสัมพันธ์อย่างสูงกับคุณภาพของการปฏิสัมพันธ์ ครอบครัวที่มีระบบการทำงานค่าเงิน ไปด้วยดีจะมีความขัดแย้งและความเครียดในระบบย่อย ๆ ค่า การควบคุมโรคเรื้อรังจะเป็น ไปได้ดีและปัญหาทางการเงินจะไม่ใช่วิธีหลักในครอบครัวที่มีความพึงพอใจในครอบครัวสูง

1.3 แรงสนับสนุนภายในครอบครัว (Family support) เป็นข้อมูลหรือการสื่อสารซึ่งทำให้สมาชิกครอบครัว เชื่อว่าคนได้รับการดูแลเอาใจใส่ ความรักและการให้คุณค่า มิ่งงานวิจัยที่สนับสนุนให้เห็นว่า การให้หรือการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม ไม่เพียงพองอาจ นำไปสู่อันตรายทำให้กระทบต่อความสุข ซึ่งความกดดันจากบุคคลที่มีความสำคัญหรือการขาดแรงสนับสนุนจากบุคคลอื่น ๆ ช่วงที่มีความลำบากนั้นก่อให้เกิดความเครียดได้ นอกจากนี้แรงสนับสนุนภายในครอบครัวจะช่วยปกป้องคุ้มครองบุคคลในภาวะวิกฤตจากภาวะเบี่ยงเบนทางสุขภาพระยะยาว เช่น วัณโรค มะเร็ง เป็นต้น

1.4 ความผูกพันกลมเกลียวในครอบครัว (Family cohesion) คือความรู้สึกผูกพันซึ่งสมาชิกครอบครัวมีต่อบุคคลในครอบครัวและมีความสุขในตนเอง เป็นความสัมพันธ์ระหว่างการแยกจากกันและการติดต่อยู่ร่วมกันซึ่งสมาชิกแต่ละคนประสบ ครอบครัวที่มีสุขภาพอารมณ์ดีจะมีการรับรู้ถึงความเป็นอันหนึ่งอันเดียวกันของครอบครัว ซึ่งความผูกพันกลมเกลียวในครอบครัวจะช่วยสมาชิกลดความไวต่อการรับความเครียดแต่ทั้งนี้อาจเพิ่มความเครียดให้กับสมาชิกที่พยายามจะเปลี่ยนแปลงบรรทัดฐานของครอบครัว

1.5 การปรับตัวของครอบครัว (Family adaptation) เป็นความสามารถของระบบครอบครัวในการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างของอำนาจความเกี่ยวพันของบทบาทหน้าที่และกฎเกณฑ์ในการตอบสนองต่อสถานการณ์ และการขยายตัวของภาวะเครียด ความสามารถในการปรับตัวขึ้นอยู่กับระดับของความเข้มงวด โครงสร้าง ความยืดหยุ่นหรือความสับสนยุ่งเหยิงขณะที่ภาวะเครียดเพิ่มมากขึ้น เชื่อว่าครอบครัวที่มีความยืดหยุ่นในการปรับเปลี่ยนโครงสร้างจะมีสุขภาพดีที่สุด ครอบครัวซึ่งสามารถทำหน้าที่ได้อย่างดีเกิดจากความสามารถในการปรับเปลี่ยนอย่างเหมาะสมต่อความต้องการที่เพิ่มขึ้น ความผาสุกในครอบครัวขึ้นอยู่กับความสามารถของหน่วยครอบครัวที่ค่อยๆ เพิ่มขึ้น และการปรับต่อระยะต่างๆ ในวงจรชีวิต เช่น การเกิด การเติบโต ความเจ็บป่วย การแต่งงาน ความชรา และความตาย

2. การดำเนินบทบาทในครอบครัว (Family role process) บทบาทเป็นแบบแผนของ เป้าหมาย โดยตรงหรือเป็นลำดับของการกระทำถูกหล่อหลอม โดยกระบวนการทางวัฒนธรรม โดยผ่านทางบุคคลในสังคมหรือครอบครัว บทบาทในครอบครัว เป็นการวางพฤติกรรมของบุคคลและความคาดหวังที่สมาชิกครอบครัวมี การดำเนินบทบาทเป็นหัวใจสำคัญที่จะนำไปสู่ความผาสุกหรือความเครียดในระบบครอบครัว การประเมินการดำเนินบทบาทในครอบครัวประกอบด้วย

2.1 ความขัดแย้งในบทบาท (Role conflict) เชื่อว่าเกิดขึ้นเมื่อมีความคิดเห็นขัดแย้งในบทบาท หรือบทบาทนั้นไม่ตรงกับบทบาทที่คาดหวังไว้ ความขัดแย้งในครอบครัวจะสักระหว่างหรือขัดขวางความพยายามของสมาชิกครอบครัวที่จะเผชิญปัญหาหรือระงับการใด ๆ ใ้บรรลุเป้าประสงค์ ในครอบครัวที่มีสุขภาพอารมณ์ดี ความขัดแย้งจะมีน้อย หากมีการรับรู้ถึงความขัดแย้งสูง ความผูกพันกลมเกลียวจะลดต่ำ ความเฉลียวฉลาดในการปรับคนให้เข้ากับวัฒนธรรมและการจัดระเบียบความสำคัญหรือประโยชน์ต่าง ๆ ลดน้อยลง

2.2 บทบาทที่มีมากเกินไป (Role overload) เป็นความขัดแย้งระหว่างกฎเกณฑ์และแนวทางที่บุคคลจะไปถึงซึ่งความต้องการที่มากมาย หลากหลายแตกต่างกันออกไป เป็นแหล่งความเครียดที่สำคัญในครอบครัวที่มีเด็กป่วยเรื้อรัง โดยเฉพาะอย่างยิ่งสตรีซึ่งต้องรับผิดชอบสูง ในการดูแลบ้านและบุตร ในขณะที่ต้องรับผิดชอบงานนอกบ้าน

2.3 ความสับสนคลุมเครือในบทบาท (Role ambiguity) เกิดเมื่อสมาชิกครอบครัวมีความรู้ไม่เพียงพอหรือบทบาทที่ครอบครัวคาดหวังในตัวสมาชิกนั้น ไม่ชัดเจน ความรู้สึกมั่นคงภายในสมาชิกครอบครัวจะเกี่ยวข้องกับความชัดเจนของระบบ โครงสร้างและบทบาทของคนในครอบครัว

2.4 บทบาทที่ไม่มีส่วนร่วม (Role nonparticipation)

หมายถึงการมีส่วนร่วมน้อยหรือ ไม่มีส่วนร่วมในกระบวนการตัดสินใจของครอบครัว ความรู้สึก เป็นส่วนหนึ่งของครอบครัวมีน้อย การติดต่อสื่อสารไม่ดีและไม่สามารถ ชักจูงใครได้ เมื่อใดที่สมาชิกครอบครัวช่วยกันรับผิดชอบและ เปิดโอกาสให้แสดง ความรู้สึกต่อการเผชิญปัญหาจะทำให้การเผชิญความเครียดในครอบครัวเป็นไป ได้ดีขึ้น

2.5 การเตรียมพร้อมในบทบาท (Role preparedness) เป็น

การวัดลักษณะของบิคมารดา และวิธีการรับรู้ของบิคมารดาถึงประสบการณ์ที่ ผ่านมาและการเรียนรู้ซึ่งช่วยในการเตรียมเป็นบิคมารดา การเรียนรู้บทบาท บิคมารดาในระยะเริ่มแรกมาจากแบบอย่างในครอบครัวจากบิคมารดาและบาง ครั้งจากประสบการณ์ในการดูแลน้อง

3. ความเปราะบางของครอบครัว (Family vulnerability)

เป็นที่ทราบกันว่ามีปัจจัยมากมายที่มีอิทธิพลต่อความเครียดในครอบครัว เช่น จาก กรรมพันธุ์ สรีระ สังคม จิตใจหรือวิญญาณ คาลค์เวลล์ได้เสนอปัจจัยที่ควรนำมา ประเมินดังนี้

3.1 อาการทางกายซึ่งสัมพันธ์กับจิตใจ (Psychosomatic

symptoms) ได้แก่ อาการปวดศีรษะ กระเพาะอาหารปั่นป่วนและอาการทาง ประสาท ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดพยาธิสภาพเหล่านี้อาจถ่ายทอดจากรุ่นหนึ่ง ไปยัง อีกรุ่นหนึ่งของครอบครัว และยังมีอาจก้าวไปสู่การตอบสนองต่อภาวะเครียดใน ครอบครัว สมาชิกบางคนในครอบครัวที่มีเด็กป่วยเรื้อรังอาจมีปัจจัยเสี่ยงต่อการ เกิดอาการผิดปกติ เช่น ปวดศีรษะ บัสสาวะไหลไม่รู้ตัว กระเพาะอาหารปั่นป่วน อาการกลัวผิดปกติ หลงลืม หงุดหงิด เป็นต้น สิ่งที่มีอิทธิพลต่อความเปราะบางของ ครอบครัว ได้แก่ ชนิตและความเครียดซึ่งเกิดกับบุคคลอื่นเนื่องจาก โครงสร้าง ของครอบครัว ส่วนประกอบของการทำงานและสิ่งที่ผ่านมาทางกรรมพันธุ์ สรีระ จิตสังคม และวิญญาณ

3.2 ความพึงพอใจในชีวิต (Life satisfaction) เป็นการ

รับรู้ชีวิตของตนโดยทั่วไปของบุคคล จากงานวิจัยของ โฮลมส์และเรย์ (Holmes and Rahe 1967) พบว่า เหตุการณ์ต่าง ๆ ในชีวิตที่สามารถทำให้เกิดภาวะ เครียดในบุคคล มักตกอยู่ในเรื่องของครอบครัวหรือมีอิทธิพลต่อสิ่งแวดล้อมของ ครอบครัว

จากที่กล่าวมาแล้วว่าครอบครัวเป็นระบบเปิดมีปฏิสัมพันธ์กับระบบต่าง ๆ ซึ่งจะส่งผ่านความเครียดเข้าสู่ระบบครอบครัว คุณคามต่อความผาสุกในครอบครัว (Caldwell 1988 : 405) เมื่อพิจารณาแบบจำลองความผาสุกในครอบครัว

องค์ประกอบต่าง ๆ ล้วนมีความสัมพันธ์กัน และมีความสัมพันธ์กับภาวะเครียด/ความพอใจในครอบครัวตลอดเวลา ดังเช่น ความเครียดมีผลกระทบต่อโครงสร้าง การค่านิยมบทบาท และความเปราะบางของครอบครัว ในทางกลับกันองค์ประกอบเหล่านี้ก็มีผลทำให้เกิดภาวะเครียด ได้เช่นกัน ในภาวะที่บุตรในครอบครัวเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็ง เม็ดเลือดขาวถือได้ว่า เป็นภาวะเครียดของครอบครัว เป็นภาวะการเจ็บป่วยเรื้อรังที่มีคามาราค่าต้องเผชิญ ซึ่งอาจมีผลกระทบในการเผชิญปัญหาแตกต่างกันออกไปในลักษณะของการเผชิญปัญหาที่ปรับตัวได้ หรือปรับตัวไม่ได้ (Hymorich 1979 : 280)

ในการขึ้นศึกษาปฏิบัติงาน ผู้วิจัยพบว่า มารดาผู้ป่วยเด็ก โรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวเฉียบพลันชนิดลิมโฟบลาสต้องเผชิญปัญหาความเจ็บป่วยของบุตร ซึ่งเป็นปัญหารุนแรงและกระทบต่อระบบครอบครัว จึงเกิดความสนใจในการใช้แบบแผนในการเผชิญปัญหาของมารดาในอันที่จะทำให้การปรับตัวภายในครอบครัวเป็นไปได้ดี เพราะในการที่จะคงไว้ซึ่งการทำงานและความมั่นคงหรือเพื่อเพิ่มความพึงพอใจให้กับครอบครัวเมื่อต้องเผชิญกับภาวะวิกฤตนั้นจำเป็นต้องมีการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างซึ่งรวมไปถึงการแก้ไขกฎเกณฑ์ เป้าหมายและ/หรือแบบแผนของการปฏิสัมพันธ์ (McCubbin 1987 : 23) ฉะนั้นการประเมินผลกระทบต่อการศึกษาถึงความพอใจในครอบครัวของมารดาเกี่ยวกับโครงสร้าง การค่านิยมบทบาทและความเปราะบางของครอบครัว จึงเป็นสิ่งสำคัญอย่างยิ่งเพราะความพอใจในครอบครัวขึ้นกับความสามารถในการพัฒนา และปรับตัวต่อสถานการณ์ต่าง ๆ ในชีวิตครอบครัว (Caldwell 1988 : 401)

วัตถุประสงค์ของการศึกษา

1. ศึกษาแบบแผนการเผชิญปัญหาและ เปรียบเทียบความแตกต่างของแบบแผนการเผชิญปัญหาของมารดาผู้ป่วยเด็ก โรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวเฉียบพลันชนิดลิมโฟบลาส
2. ศึกษาการรับรู้ถึงความพอใจในครอบครัวและ เปรียบเทียบความแตกต่างของการรับรู้ถึงความพอใจในครอบครัวของมารดาผู้ป่วยเด็ก โรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวเฉียบพลันชนิดลิมโฟบลาส
3. ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างแบบแผนการเผชิญปัญหาและการรับรู้ถึงความพอใจในครอบครัวรายด้าน และ โคจรรวมของมารดาผู้ป่วยเด็ก โรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวเฉียบพลันชนิดลิมโฟบลาส

4. เปรียบเทียบความแตกต่างของการเผชิญปัญหาแต่ละแบบแผนและ โดยรวมในมารดาผู้ป่วยเด็ก โรคมะเร็ง เม็ดเลือดขาวเฉียบพลันชนิดลิมโฟบลาส ในกลุ่มที่แตกต่างกันด้าน อายุ การศึกษา อาชีพ รายได้ครอบครัวและระยะการ รักษาผู้ป่วยเด็ก

สมมติฐาน

1. มารดาผู้ป่วยเด็ก โรคมะเร็ง เม็ดเลือดขาวเฉียบพลันชนิดลิมโฟบลาสจะมีการใช้แบบแผนการเผชิญปัญหาใน 3 แบบแผนแตกต่างกัน
2. มารดาผู้ป่วยเด็ก โรคมะเร็ง เม็ดเลือดขาวเฉียบพลันชนิดลิมโฟบลาสจะมีการรับรู้ถึงความผาสุกในครอบครัว แต่ละด้านแตกต่างกัน
3. แบบแผนการเผชิญปัญหาและการรับรู้ถึงความผาสุกในครอบครัวของมารดาผู้ป่วยเด็ก โรคมะเร็ง เม็ดเลือดขาวเฉียบพลันชนิดลิมโฟบลาส รายด้านและ โดยส่วนรวมมีความสัมพันธ์กัน
4. มารดาผู้ป่วยเด็ก โรคมะเร็ง เม็ดเลือดขาวเฉียบพลันชนิดลิมโฟบลาสที่แตกต่างกันในด้าน อายุ การศึกษา อาชีพ รายได้ครอบครัว และระยะการรักษาผู้ป่วยเด็กจะมีแบบแผนการเผชิญปัญหาแต่ละแบบแผน และ โดยรวมแตกต่างกัน

ขอบเขตของการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการวิจัยแบบบรรยายเพื่อศึกษาแบบแผนการเผชิญปัญหากับการรับรู้ถึงความผาสุกในครอบครัว และปัจจัยบางประการที่มีผลต่อการเผชิญปัญหาของมารดาผู้ป่วยเด็ก โรคมะเร็ง เม็ดเลือดขาวเฉียบพลันชนิดลิมโฟบลาสที่รับการรักษาอยู่ในหอผู้ป่วย และมาติดตามการรักษาที่คลินิกโรคเลือด แผนกกุมารเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี และโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ จำนวน 80 ราย ในช่วงเดือนธันวาคม พ.ศ. 2532 ถึงเดือนมีนาคม พ.ศ. 2533 โดยใช้แบบวัดแบบแผนการเผชิญปัญหาของมารดา ซึ่งผู้วิจัยแปลและคัดแปลงมาจากแบบวัด Coping Health Inventory for Parent ของแมคคัมบีนและคณะ ครอบคลุมการใช้การเผชิญปัญหา 3 แบบแผน และแบบสอบถามการรับรู้ถึงความผาสุกในครอบครัวของมารดาซึ่งประกอบด้วย 3 ด้าน ซึ่งผู้วิจัยแปลมาจาก Family Well-Being Assessment ของคาลค์เวลล์

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ช่วยให้พยาบาลและบุคลากรทีมสุขภาพได้เข้าใจและตระหนักถึงความสำคัญของการเผชิญปัญหาของมารดาและปัจจัยขององค์ประกอบด้านต่าง ๆ ที่มีอิทธิพลต่อการรับรู้ถึงความผาสุกในครอบครัวของมารดาผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวเฉียบพลันชนิดลิมโฟบลาส
2. เป็นแนวทางในการประเมินและให้ความช่วยเหลือมารดาผู้ป่วยเด็กและครอบครัวในการเผชิญปัญหาที่เหมาะสม ลดความตึงเครียดและมีความสุขในชีวิตครอบครัว
3. เป็นแนวทางในการศึกษาค้นคว้า นวัตกรรมภาวะเครียดของครอบครัวแบบจำลองมโนทัศน์การปรับตัวของครอบครัวและความผาสุกในครอบครัวมาใช้ในกระบวนการพยาบาลและการวิจัย

ข้อตกลงเบื้องต้น

1. เมื่อมารดาผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวเฉียบพลันชนิดลิมโฟบลาสรับทราบการวินิจฉัยโรค จะผ่านกระบวนการของการปรับตัวเข้าสู่ภาวะวิกฤต เพื่อไปสู่ระยะการปรับตัว
2. ข้อมูลที่ได้จากการออกแบบสอบถามถือว่าตรงตามความจริงใจของผู้ตอบ

นิยามศัพท์

แบบแผนการเผชิญปัญหาของมารดา หมายถึง การรับรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมของมารดา ที่ใช้ในการจัดการชีวิตภายในครอบครัว ซึ่งวัดได้จากแบบสอบถามที่ผู้วิจัยแปลและดัดแปลงจากแบบวัด Coping Health Inventory for Parent ของแมคคับบินและคณะ (McCubbin, et al., 1983) ซึ่งแบ่งแบบแผนการเผชิญปัญหาเป็น 3 แบบแผนคือ

แบบแผนที่ 1 มีลักษณะของความกลมเกลียวสามัคคีช่วยเหลือค้ำจุนกัน
ภายในครอบครัวและการมองเหตุการณ์ไปในทางที่ดี

แบบแผนที่ 2 มีลักษณะของการคงไว้ซึ่งการสนับสนุนทางสังคม การ
นับถือตนเองและความมั่นคงทางจิตใจ

แบบแผนที่ 3 มีลักษณะของความเข้าใจในการดูแลรักษาตลอดจนการ
พูดคุยกับญาติของเด็กป่วยคนอื่น ๆ การปรึกษากับบุคคล
ต่าง ๆ รวมทั้งบุคลากร ทีมสุขภาพ

คะแนนยิ่งสูงแสดงว่ามารคามีการใช้การเผชิญปัญหาในลักษณะนั้น ๆ
มากและมีประโยชน์สูง

การรับรู้ถึงความผาสุกในครอบครัวของมารดา หมายถึง การรับรู้ของมารดา
เกี่ยวกับชีวิตครอบครัวอันประกอบด้วย 1) โครงสร้างของครอบครัว
2) การดำเนินงานบทบาทหน้าที่ในครอบครัว 3) ความเปราะบางของ
ครอบครัว ซึ่งวัดได้จากแบบสอบถามที่ผู้วิจัยแปลจาก Family Well-
being Assessment ของคาลด์เวลล์ (Caldwell, 1983)
คะแนนยิ่งสูงแสดงว่าการรับรู้ของมารดาเกี่ยวกับชีวิตครอบครัวใน
ปัจจุบันมีความเครียดมากหรือความผาสุกน้อย

วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาแบบแผนการ เผชิญปัญหากับการรับรู้ถึงความผาสุกในครอบครัว และปัจจัยบางประการที่มีผลต่อแบบแผนการเผชิญปัญหาของมารดาผู้ป่วย เด็ก โรคมะเร็ง เม็ดเลือดขาว เฉียบพลันชนิดลิมป์-โพลลาส บทการทบทวนวรรณกรรม มีดังต่อไปนี้ 1)ผลกระทบจากลักษณะของโรคที่คุกคามต่อบิตามารดา 2)การรักษาและปัญหาจากการรักษาผู้ป่วย เด็กที่กระทบต่อบิตามารดา 3)ความสัมพันธ์ระหว่างแบบแผนการ เผชิญปัญหากับความผาสุกในครอบครัวผู้ป่วย เด็ก โรคมะเร็ง เม็ดเลือดขาว เฉียบพลันชนิดลิมป์โพลลาส 4)ปัจจัยบางประการที่มีผลต่อแบบแผนการ เผชิญปัญหา

ผลกระทบจากลักษณะของ โรคที่คุกคามต่อบิตามารดา

ภาวะคุกคามต่อการสูญเสียชีวิตผู้ป่วย เด็กขึ้นกับความรุนแรงของโรค บิตามารดาจะต้อง เผชิญภาวะ เสี่ยงต่อการ เสียชีวิตของบุตรอย่างรุนแรงครั้งแรก เมื่อรับทราบควาวินิจฉัย โรคจากแพทย์ ปฏิกริยาที่แสดงออกอาจแตกต่างกัน เช่น ซ็อก รู้สึกยุ่งเหยิงอย่างมาก รู้สึกกลัว โกรธ ละอายใจ (Steven 1984 : 35) ในบิตามารดาผู้ป่วย เด็ก โรคมะเร็ง อาจรู้สึกผิดจากการมาพบแพทย์ช้า คิดว่าอาจมีความบกพร่องทางกรรมพันธุ์ หรือแหล่งประ โยชน์ด้านทรัพย์สินและการค้า จุนด้านจิตใจมีน้อยกว่าครอบครัวอื่น ๆ โกรธผู้ป่วย เด็กอาจมีหรือ ไม่มี เหตุผล (Pearse 1977 : 175-178) ความรู้สึกที่หนักหน่วงรุนแรงอาจเป็นวัน หรือ สัปดาห์แรกๆ หลังทราบการวินิจฉัย บางครอบครัวที่มีอาการช็อคหรือปฏิเสธเป็น กลไกป้องกันตนเอง ในการ เผชิญปัญหาขณะนั้น เพื่อให้ตนสามารถผ่านภาวะวิกฤต และช่วยให้เวลาแก่ครอบครัวในการหาแหล่งประ โยชน์ระดับประคองจิตใจ (Lewandowski and Jones 1988 : 314) จากนั้นจึงจะสามารถยอมรับและหาวิธีการแก้ไขปัญหาเพื่อสนองตอบความต้องการของบุตรที่เป็น โรคมะเร็ง เม็ดเลือดขาว (Binger, et al. 1969 : 44-418) จากการศึกษาของเลิฟจอย (Lovejoy 1988 : 33-37) โดยการสัมภาษณ์สมาชิกครอบครัว ผู้ป่วยโรคมะเร็งที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล จำนวน 105 คน ซึ่งในจำนวนนี้ 17% เป็นผู้ปกครองของผู้ป่วย เด็ก โรคมะเร็ง จากการสัมภาษณ์พบว่าบางครอบครัว อาจมีการปรับตัวต่อสถานการณ์ด้วยการยอมรับมีการ เผชิญปัญหาที่เหมาะสม ตระหนักถึงสถานการณ์ปัจจุบันและมีความผูกพันกับผู้ป่วย เด็กมากขึ้น

จากการพยากรณ์ของ โรคมะ เริง ที่เปลี่ยนแปลง ไปจากภาวะคุกคาม ต่อการสูญเสีย เป็นอนาคตที่ไม่แน่นอน สิ่งที่เป็นปัญหา ไม่ใช่ภาวะใกล้ตายแต่เป็นการใช้ชีวิตอยู่กับความเจ็บป่วยที่คุกคามต่อชีวิตระยะยาว (Slavin 1981 : 179-183) ความหวังของครอบครัวจะ เกิดขึ้นและ เปลี่ยนแปลง ได้ตลอดเวลา ในระยะแรกมีความคาดหวังว่าอาจวินิจฉัยผิด ต่อมาหวังว่าจะรักษาหายแต่เมื่อโรคกลับเป็นซ้ำจะมีความหวังว่า โรคสามารถสงบระยะยาวหรือ โรคจะสงบได้ อีกครั้ง (Pearse 1977 : 175) ในการศึกษาจากการทากลุ่มผู้ปกครองผู้ป่วย ในและผู้ป่วยนอก เด็ก โรคมะ เริง เม็ด เลือดขาว จำนวน 18 คน ในคลินิกเด็กโรคเลือดของ โรงเรียนแพทย์นิว เม็กซิโก เฮฟฟรอนและคณะพบว่า ในบางครอบครัวจะแบ่งสถานการณ์จากสภาวะของ โรคที่เปลี่ยนแปลง เป็น 2 ระยะ คือระยะป่วยและระยะปกติ ซึ่งพฤติกรรมใน 2 ระยะนี้แตกต่างกัน ในช่วงที่เด็กถูกกักตึก ครอบครัวมีแนว โน้มจะ เก็บกักความคิดเกี่ยวกับ โรคมะ เริง เม็ด เลือดขาว โดยพูดคุยถึง โรคน้อย และจะมีเพียงการมาติดต่อกับโรงพยาบาลบ้างเท่านั้น แต่เมื่อโรคกำเริบหรือมีภาวะแทรกซ้อนเกิดขึ้นทำให้ครอบครัวต้อง เผชิญกับโรคมะ เริง เม็ด เลือดขาวและ โรงพยาบาลอีกครั้งก่อให้เกิดความตึงเครียดกังวล เอาใจใส่และพูดถึงความเจ็บป่วยเพิ่มขึ้น ซึ่งปัญหาความเครียดเหล่านี้จะลดลงในครอบครัวที่สามารถรวมเอาความเจ็บป่วย เข้าไว้ในการดำเนินชีวิตของพวกเขาได้ (Heffron, Bammlease and Master 1973 : 831-839) เช่นเดียวกับ การศึกษาของฟรายค์แมนและคณะในบิคามารคา จำนวน 46 คนของผู้ป่วยเด็กโรคมะ เริง 27 คน โดยการสัมภาษณ์และสังเกต บันทึก พฤติกรรม ตั้งแต่เข้ารับ การรักษาทาง เคมีบำบัดทั้งที่เป็นผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก ซึ่งรายงานว่าในระยะ ของ โรคกลับเป็นซ้ำหรือ โรค ไม่ตอบสนองต่อการรักษา บิคามารคาจะวิตกกังวล ผิดหวัง เป็นทุกข์ในทันทีและอาจนำไปสู่การสงสัยตนเอง รู้สึก ไม่สามารถให้ความช่วยเหลือ ไร้คุณค่า ภาวะคุกคามต่อการสูญเสียค่อนข้างจะเป็นจริง บิคามารคา พบว่า อาการของบุตรรุนแรงกว่าในระยะแรกที่ได้รับทราบการวินิจฉัยเกิดความสงสัยในการพยากรณ์อย่างมากว่าบุตรจะมีอาการดีขึ้นหรือไม่ และอาจมีความหวัง เพียงว่าให้โรคกลับสงบอีกครั้งหนึ่ง (Friedman, et al. 1963 : 610-625) ทั้งนี้มีเหตุผลสนับสนุนจากการศึกษาการปรับสภาพจิตใจ ในบิคามารคา ผู้ป่วยเด็ก โรคมะ เริง เม็ด เลือดขาว เฉียบพลันชนิดลิมโฟบลาส จำนวน 61 คน จากปริมาณ 17 ไฮดรอกซิคอร์ติโคสเตอรอยด์ (17-Hydroxycorticosteroid) ในบัสสาวะกับภาวะเครียดทางจิตใจของฟรายค์แมนและคณะในปี 1963 ซึ่งใช้เวลาในการศึกษามากกว่า 8 เดือน โดยการเก็บบัสสาวะตั้งแต่แรกรับและ ทาทุกเดือน ในช่วง 3 เดือนแรกจะทา 2-3 ช่วง ๆ ละ 3 วันยกเว้นในช่วง เดือนที่เด็กอาการดีและกลับบ้าน การเก็บบัสสาวะครั้งสุดท้ายเมื่อ เด็ก เสียชีวิตจากการศึกษาพบว่า ระดับ 17 ไฮดรอกซิคอร์ติโคสเตอรอยด์สัมพันธ์กับภาวะเครียดทางจิตใจ โดยจะขึ้นสูงมากกว่าค่าสังเกตทั่วไปในบุคคลที่มีพฤติกรรมในการ

เผชิญปัญหาที่ไม่เหมาะสม และจะขึ้นสูงสุดอย่างเห็นได้ชัดในช่วงเด็กอาการทรุดหนัก ส่วนในช่วงเด็กเสียชีวิตระดับของสารนี้จะอยู่ในช่วงค่าเฉลี่ยของการเจ็บป่วยเรื้อรัง (Cited in Friedman, et al. 1967 : 502)

การเผชิญกับภาวะวิกฤตต่อการสูญเสียอย่างมากในบิดามารดาผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวเฉียบพลันชนิดลิมโฟบลาสนั้น อาจเป็นไปตามขั้นตอนตามที่แคปแลน (Caplan) ใ้แบ่งออกเป็น 4 ระยะ โดยในระยะแรกความตึงเครียดจะมีระดับสูงมีการใช้ขบวนการแก้ไขปัญหามากที่ใช้มาก ระยะที่สองเมื่อการตอบสนองงลั้มเหลว ความตึงเครียดจะสูงขึ้น ระยะที่สามเมื่อความตึงเครียดสูงขึ้นอย่างต่อเนื่องจะมีการเรียกใช้แหล่งประโยชน์ภายในและภายนอกเพื่อแก้ไขภาวะวิกฤตนั้น และสุดท้ายถ้าไม่สามารถแก้ไขภาวะวิกฤตนั้นได้ความตึงเครียดจะขึ้นสูงมากนำไปสู่ความไม่สมดุล ทั้งนี้การเผชิญกับภาวะวิกฤตอาจไม่เป็นไปตามขั้นตอนที่กล่าวมาก็เป็นได้ เช่น ในระยะแรกที่ทราบการวินิจฉัยบิดามารดา อาจยังอยู่ในภาวะสมดุล แต่เมื่อเด็กมีอาการกลับเป็นซ้ำที่รุนแรง ความเครียดจะขึ้นสูงและการปรับโครงสร้างภายในครอบครัวอาจสำเร็จได้ยาก ถ้าการกลับเป็นซ้ำเกิดขึ้นอย่างรวดเร็ว (Hann 1974 : 82)

การรักษาและป้องกันจากการรักษาผู้ป่วยเด็กที่กระทบต่อบิดามารดา

ผู้ป่วยเด็กมักจะมาพบแพทย์ด้วยอาการและอาการแสดง 2 กลุ่มด้วยกันคือ

1. อาการและอาการแสดงของไขกระดูกล้มเหลว (Bone Marrow failure) ทำให้เกิดอาการซีด มีไข้ จุดเขียว หรือจ้ำเลือดตามผิวหนัง เลือดออกง่าย ซึ่งเป็นอาการสำคัญที่พบได้สูง (คู่มือโลหิตวิทยา 2529 : 97 ; Steven 1984 : 33) บางรายที่มีเกร็ดเลือดต่ำมาก และมีการติดเชื้อร่วมด้วยอาจมีเลือดออกตามอวัยวะต่าง ๆ ได้ เช่น อาเจียนเป็นเลือด ถ่ายเป็นเลือด เป็นต้น ผู้ป่วยเหล่านี้จะมีการติดเชื้อง่ายกว่าธรรมดา เพราะแกรนูโลไซท์ (granulocytes) ต่ำ ทั้งนี้เนื่องจากเซลล์ปกติที่สร้างในไขกระดูก ได้แก่ เม็ดเลือดแดง เม็ดเลือดขาว และเกร็ดเลือดจะถูกแทนที่ด้วยตัวอ่อนที่เรียกว่า บลาส (blast) ทั่วไขกระดูก ผู้ป่วยอาจมีอาการใช้ตัวอ่อนเพิ่มขึ้น บวม-กระดูก

2. อาการและอาการแสดงของเซลล์มะเร็งเม็ดเลือดขาว (leukemic cells) หรือบลาสเข้าไปแทรกตามอวัยวะหรือเนื้อเยื่อต่าง ๆ ทั่วร่างกาย ได้แก่ ตับ ม้าม ต่อมน้ำเหลือง ทำให้อวัยวะเหล่านี้มีขนาดโตกว่าปกติ

ในเด็กเล็กถ้าบลาสแทรกในกระดูก จะมีอาการปวดกระดูกและข้อ เด็กจะเคลื่อนไหวลดน้อยลงและจะไม่ยอมเดิน (Poplack and Reaman, in Poplack, ed. 1988 : 905) ในด้านระบบประสาทเด็กจะมีอาการปวดศีรษะ (Steven 1984 : 33) อาเจียน มีเส้นประสาทอัมพาต (nerve palsy) หรือบางรายอาจมีอาการชัก, ท่อมเพศ (gonad) โดยเฉพาะอัณฑะจะมีขนาดโตค่อนข้างแข็งและไม่เจ็บ ซึ่งมักพบในรายที่เป็นมานานเกิน 1 ปี นอกจากนี้อาจพบอาการตาโปน (exophthalmos) หรืออาจพบเซลล์มะเร็งเม็ดเลือดขาวในอวัยวะอื่น ๆ เช่น บอด ไท ทางเดินอาหาร เป็นต้น (ทิพย์ ศรีไพศาลใน ถนอมศรี ศรีชัยกุล บรรณาธิการ 2529 : 793)

การวินิจฉัย โดยทั่วไปวินิจฉัยได้ง่าย โดยพบจำนวนเม็ดเลือดขาวสูงเป็นหมื่นหรือเป็นแสน/ลบ.มม. บางราย (ส่วนน้อย) อาจพบจำนวนเม็ดเลือดขาวปกติหรือต่ำ และพบบลาสเซลล์จำนวนมาก (คู่มือโลหิตวิทยา 2529 : 97) ส่วนใหญ่ในผู้ป่วยเด็กมักจะตรวจพบบลาสเซลล์เมื่อเจาะเลือดตรวจ แต่ในการวินิจฉัยโรคที่แน่นอนต้องเจาะน้ำไขกระดูกมาตรวจดูด้วยกล้องจุลทรรศน์ (ทิพย์ ศรีไพศาล ใน ถนอมศรี ศรีชัยกุล บรรณาธิการ 2529 : 793 ; Steven 1984 : 34) ในมะเร็งเม็ดเลือดขาวเฉียบพลันชนิดลิมโฟบลาส ไขกระดูกต้องมีลิมโฟบลาสมากกว่าร้อยละ 5 (Poplack and Resman, in Poplack, ed. 1988 : 306) หรือเมื่อรวมกับลิมโฟซัยท์แล้วมากกว่าร้อยละ 40 ทั้งนี้ ยกเว้นในเด็กอายุต่ำกว่า 1 ปี หรือในผู้ป่วยด้วยโรคอื่น (พงษ์จันทร์ ทศสิทธิ์ ใน กัทรพร อิศรางกูร ณ อยุธยา บรรณาธิการ 2530 : 356)

การรักษาในช่วงต้นเป็นการรักษาแบบประคับประคองก่อนให้ยาเคมีบำบัด หลังจากนั้นจึงเป็นการรักษาเฉพาะโรคซึ่งผู้ป่วยควรได้รับ ดังนี้ (ทิพย์ ศรีไพศาล ใน ถนอมศรี ศรีชัยกุล บรรณาธิการ 2529 : 795-796 ; Poplack and Reaman, in Poplack ed. 1988 : 915-920)

1. ในช่วงประมาณ 1 เดือนแรกเป็นการใช้เคมีบำบัดหลายตัวประกอบกันอย่างน้อย 2 ตัวในระยะเริ่มการวินิจฉัยแต่แรกเพื่อกำจัดเซลล์มะเร็งเม็ดเลือดขาวให้หมดจากไขกระดูกทำให้โรคสงบ (Induction of remission Phase)

2. เป็นการให้เคมีบำบัดเพิ่มขึ้นเพื่อให้การเกิดโรคสงบเป็นไปได้อย่างสูงในตาการรักษาปัจจุบันหลายแห่งนำการรักษาในระยะนี้ผนวกลงไปเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพรวมถึงใช้ในกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูง (Intensive Phase)

3. ในระหว่างเดือนที่ 2 เพื่อบริการป้องกันการเกิดเซลล์มะเร็งเม็ดเลือดขาวเข้าระบบประสาทส่วนกลาง การรักษาจะประกอบด้วยรังสีรักษาร่วมกับเคมีบำบัดเข้าช่องไขสันหลัง (CNS. Prophylaxis Phase)

4. การให้ยาเคมีบำบัดเพื่อรักษาอาการเมื่อโรคสงบเป็นเวลา 3-4 ปี (Maintenance Phase)

การรักษาเมื่อโรคลกลับเป็นซ้ำ ตำแหน่งที่โรคจะกลับมาบ่อยมี 3 แห่ง คือ ที่ไขกระดูก ระบบประสาท และอวัยวะ ถ้าโรคลกลับมาขณะยังได้ยา แสดงว่า คำนยาและการพยากรณ์โรคไม่ดี การรักษาต้องใช้เคมีบำบัด เพื่อกำจัดเซลล์มะเร็ง เม็ดเลือดขาวทำให้โรคสงบอีกครั้งหนึ่ง (ถึงแม้จะเป็นที่ระบบประสาทหรืออวัยวะอย่างเดียวกัน) วิธีการรักษามีหลายวิธี ส่วนใหญ่แล้วระยะเวลาที่โรคสงบครั้งต่อไป จะสั้นลงเรื่อยๆ จนคำนยาหมดทุกชนิด (พงษ์จันทร์ ทศกัณฐ์ ใน กัทรพร อิศรางกูร ณ อยุธยา บรรณาธิการ 2530 : 363)

การรักษาภาวะแทรกซ้อนที่พบบ่อย ได้แก่ โรคติดเชื้อ ซึ่งมักจะพบบ่อย และเป็นสาเหตุการตายของโรค มะเร็งเม็ดเลือดขาวที่สำคัญ (Albano and Pizzo, in Poplack, ed. 1988 : 873) เลือกออกตามอวัยวะต่างๆ โดยเฉพาะอวัยวะที่สำคัญอาจเป็นสาเหตุการตายได้ และภาวะกรดยูริกในเลือดสูง เป็นต้น

ภาวะแทรกซ้อนระหว่างการรักษานี้เกิดได้ จากการค้ำเนินของโรคมี่ การกลับเป็นซ้ำของมะเร็งเม็ดเลือดขาว ซึ่งโดยทั่วไปมักเกิดในไขกระดูก ระบบประสาทส่วนกลาง อวัยวะ และอวัยวะอื่น ๆ หรือเกิดจากการรักษา เช่น ผมร่วง คลื่นไส้ อาเจียน แผลในปาก เป็นต้น (Steven 1984 : 38-40)

การรักษาผู้ป่วยเด็กส่งผลต่อความรู้สึกถูกคุกคามต่อการสูญเสีย บิคา มารดาขอรับการรักษามาก แม้จะ ไม่มีการยืนยันว่าสามารถรักษาผู้ป่วยเด็กให้หายได้ ต้องเผชิญกับการค้ำเนินการรักษา ความทุกข์ทรมานของเด็ก การรับการรักษา ในโรงพยาบาล ภาวะแทรกซ้อน การติดตามการรักษา ภาวะโรคสงบ และ การกลับเป็นซ้ำ รวมถึงค่าใช้จ่ายต่าง ๆ ทั้งค่ารักษาพยาบาล ค่าเดินทาง ค่าอาหาร เป็นต้น (Kramer 1984 : 44-51 ; Lansky, Black and Carins 1983 : 726-786 ; Martinson 1976 : 1121 ; Monaco 1986 : 516-520 ; Peck 1979 : 1327-1329)

จากการรักษาในปัจจุบันยังคงมีผลข้างเคียงของการรักษา โดยส่วนใหญ่เป็นความไม่สุขสบายทางกาย ได้แก่ ความเจ็บป่วย อ่อนแรง และจาก พยาธิสภาพของโรค การค้ำเนินการรักษา เช่น การเจาะเลือด การให้ยา หรือ สารละลายเข้าหลอดเลือด การเจาะไขกระดูก ทำให้เกิดความวิตกกังวล เจ็บปวด ผลข้างเคียงจากเคมีบำบัด ทำให้คลื่นไส้ อาเจียน อีกทั้งผลกระทบจาก

การรักษาอาจทำให้เด็กนอนไม่หลับ ผันรำย เบื่ออาหาร แยกตัว ซึมเศร้า และอาจทำให้ไม่ร่วมมือในการรักษา (Melman and Wouldstra 1986 : 146-150) ผู้ปกครองจะรู้สึกอึดอัดใจ เมื่อลูกแสดงความกลัว กลียศหรือแสดงความรุนแรงต่อแพทย์ พยาบาลขณะให้การรักษา (Heffron, Bommelaere and Master 1973 : 831-839)

ความสัมพันธ์ระหว่างแบบแผนการเผชิญหน้ากับความผาสุกในครอบครัวผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวเฉียบพลันชนิดลิมโฟบลาส

จากแบบจำลองการปรับตัวที่ คับเบิล เอบีซีเอกซ์ของแมคคัมบีนและคณะ และแบบจำลองความผาสุกในครอบครัวของคาลด์เวลล์ จะเห็นได้ว่าเมื่อเด็กในครอบครัวป่วยด้วยโรคเรื้อรังที่คุกคามต่อชีวิตถือได้ว่าเป็นภาวะวิกฤตที่คุกคามต่อระบบครอบครัว ทำให้ครอบครัวต้องมีการปรับตัวเพื่อเข้าสู่สมดุลใหม่ซึ่งเหตุการณ์ดังที่เรียด เช่นนี้มีความสัมพันธ์กับโครงสร้าง การดำเนินบทบาทและความเปราะบางของครอบครัว การทบทวนวรรณกรรมจะขอล่าวถึงการเผชิญหน้าและการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในระบบครอบครัว ดังนี้

เมื่อบิดามารดาทราบข่าววินิจฉัยจะพยายามถึงกลยุทธ์ในการเผชิญหน้าที่มีทั้งหมดมาใช้เมื่อต้องเผชิญกับภาวะคุกคามต่อการสูญเสีย ในขณะที่เดียวกันเกิดความเครียดในการดูแลผู้ป่วยเด็กซึ่งเป็นระยะของการปรับตัวด้านจิตสังคมต่อโรค (Friedman, et al. 1963 : 610-623) พฤติกรรมการเผชิญหน้าที่พบในบิดามารดาที่บุตรเจ็บป่วยรุนแรงคุกคามต่อชีวิต ได้แก่ การปฏิเสธ การปลีกตัวเองออกจากสิ่งที่กระทบกระเทือนจิตใจ เช่น ไม่แสดงอารมณ์ใด ๆ เมื่อได้รับทราบข่าววินิจฉัย อาจแสดงท่าทีต้องการจะไปทำงานไม่สนใจที่จะอยู่พูดคุยกับแพทย์หรืออาจครุ่นคิดซักถาม และให้ความร่วมมือกับบุคลากรทีมสุขภาพ เชื่อมมั่นในศาสนาและสิ่งศักดิ์สิทธิ์ หรืออาจแยกตัวออกจากสังคม มีพฤติกรรมก้าวร้าว และพฤติกรรมถดถอย เป็นต้น (Gyulay and Miles, in Hymovich and Barnard, ed. 1973 : 443) จากการศึกษาของแลนสกีส์และเจนคอลลัระหว่างปี 1969-1974 ที่คลินิกโรคเลือดและมะเร็ง แผนกกุมารเวชศาสตร์ มหาวิทยาลัยแคนซัส โดยการสัมภาษณ์และสังเกตรวมทั้งจากประวัติของผู้ป่วยพบเด็กที่มีภาวะวิกฤตกังวลจากการแยกจากสูงและมีพฤติกรรมถดถอย จำนวน 12 คน และในจำนวนนี้เป็นโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวเฉียบพลันชนิดลิมโฟบลาส 6 คน จากจำนวนผู้ป่วยใหม่ที่เป็นโรคมะเร็ง 300 คน ซึ่งเด็กเหล่านี้ไม่มีประวัติของปัญหาทางพฤติกรรมมาก่อน เมื่อเฝ้าติดตามเขาทั้งสองพบว่า แต่ละครอบครัวจะมีลักษณะพฤติกรรมถดถอยที่ผสมกลมกลืนกันระหว่างมารดาและบุตร

(Symbiotic regression behavior pattern) เป็นเวลาหลายเดือน โดยที่มารดาจะมี การปกป้องบุตรมากเกินไป และจะสูงขึ้นเมื่อบุตรมีพฤติกรรม ถดถอยขณะเจ็บป่วยเฉียบพลัน เมื่อบุตรมีอาการดีขึ้นพฤติกรรมดังกล่าวจะบรรเทา-
 ทาลง แต่เมื่อบุตรมีอาการของ โรคกลับเป็นซ้ำ มารดาและบุตรจะแยกตนเองจากเพื่อน ๆ และสมาชิกครอบครัวทำให้กระทบต่อสัมพันธภาพในครอบครัว ซึ่งพฤติกรรมถดถอยที่ผสมกลมกลืนกันนี้จะเห็น ได้ชัดเจนมาก ในช่วงนี้ (Lansky and Gendal 1978: 133-138) จะเห็น ได้ว่าพฤติกรรมถดถอยของ เด็กและ พฤติกรรมการปกป้องบุตรที่มากเกินไปเป็นการ เผชิญปัญหาที่ไม่เหมาะสมของ มารดา ซึ่งพยาบาลควรพิจารณาและรีบให้การช่วยเหลือตั้งแต่ประ เหมิน ได้ว่ามี แนว โนม์ที่จะ เกิด

ระยะของ โรค เป็นปัจจัยหนึ่งที่มีอิทธิพลต่อการ เผชิญปัญหา เนื่องจากใน แต่ละระยะของ โรคจะมี ปัญหาแตกต่างกันครอบครัวต้องพยายามปรับตัวในการ เผชิญกับภาวะ เครียดนั้นให้ได้ ดังเช่น การศึกษาของคัทส์และคณะ (Rkupst, et al. 1982 : 157-174) ซึ่ง ได้ศึกษาครอบครัวผู้ป่วย เด็ก โรคมะเร็ง เม็ด เลือดขาวจำนวน 64 ครอบครัว พบว่าช่วงที่สำคัญที่สุดในการให้การช่วยเหลือ คำนึงจิตสังคม คือ ช่วงการวินิจฉัย และการรักษาช่วงแรก การให้ความช่วยเหลือ คำนึงจิตสังคม ไม่มีความสำคัญอย่างมีนัยสำคัญในช่วง 1-2 ปีหลังการวินิจฉัย แต่ปริมาณสิ่งที่ก่อให้เกิดปัญหาในช่วงนั้น มีความสัมพันธ์กับการ เผชิญปัญหาอย่างมี นัยสำคัญครอบครัวที่ไม่สามารถ เผชิญปัญหาความ เจ็บป่วยของบุตร ได้ก็มักมีระดับ ความ เครียดในครอบครัวสูง เช่น ปัญหาครอบครัว ปัญหาพี่น้องของผู้ป่วย และปัญหา เศรษฐกิจ ซึ่งปัญหาเหล่านี้อาจมีส่วน เกี่ยวข้องมาจากความ เจ็บป่วย โดย เฉพาะมารดาจะประสบปัญหาอย่างมาก เพราะต้องแบ่ง เวลาสำหรับการดูแลบุตรที่เจ็บป่วย และสมาชิกครอบครัวคนอื่น ๆ มิเช่นนั้นอาจก่อให้เกิดปัญหา บุตรคนอื่นอีกได้ ปฏิเสธผู้ป่วย หรือมีพฤติกรรมต่อต้าน และปัญหาสัมพันธภาพ-
 ระหว่างสามีภรรยา (Heffron, et al. 1973: 831-839 ; Hurly 1984 : 44-47 ; Lewis 1967 : 244-247 ; Peck 1979 : 1327-1329) ทั้งนี้ภาวะการเจ็บป่วยเรื้อรังอาจส่งผลกระทบต่อครอบครัวในเรื่องความขัดแย้งของความคิดเห็นในการดูแลบุตรอีกด้วย (Authier J. ; Starr and Authier K. 1984 : 108-109)

ปัจจุบันการให้การรักษามะเร็ง เม็ด เลือดขาว สามารถทำในลักษณะ การรักษาแบบผู้ป่วยนอก ได้ ดังนั้นเด็กสามารถอยู่บ้าน ใช้ชีวิต ได้ตามปกติหรือ ไป โรงเรียน ซึ่งครอบครัวต้องพยายามช่วยให้เด็กใช้ชีวิต ได้ตามปกติมากที่สุดเท่าที่จะทำได้ (Crosby 1971 : 408 ; Gyulay and Miles, in Hymovich and Barnard, ed. 1973 : 439) ในระยะที่โรคสงบเด็กส่วนมากสามารถ

ใช้ชีวิตได้ตามปกติ แต่แตกต่างจากเด็กทั่วไป เช่น ต้องไปพบแพทย์ ได้รับเคมี-บำบัด ผมง่วง หน้ากลม น้ำหนักเพิ่มหรือลด บิคามารคาจะรู้สึกกำลังระหว่างการปฏิบัติและการยอมรับการวินิจฉัย การปฏิบัติทำให้เกิดความหวังว่าโรคสงบนั้นคือ หายจากโรค และเมื่อยอมรับการเผชิญปัญหาจะเป็นการใช้ความคิดมากกว่าอารมณ์ อารมณ์ยอมรับจะเกิดเมื่อบิคามารคาผ่านขั้นตอน ความเศร้าโศกในระยะสุดท้ายของโรค หลายครอบครัวจะเสาะหาข้อมูลจากที่ต่าง ๆ ได้แก่ หนังสือ บทความ ญาติมิตร และบุคลากรที่มสุขภาพ บางครอบครัวพยายามค้นหาสาเหตุของโรค บางครอบครัวจะใช้ศาสนาหรือสิ่งศักดิ์สิทธิ์ เป็นสิ่งค้ำจุนจิตใจ ตลอดเวลาไม่เฉพาะช่วงวิกฤต ครอบครัวส่วนมากมีชีวิตอยู่กับความกลัว และความวิตกกังวลกลัวสิ่งที่ไม่ถึง ไม่รู้อนาคตที่จะเกิดขึ้น จะคิดกังวลแม้เกิดอาการเล็กน้อย เช่น หวัด ไข้ จะปกป้องบุตรสูงมาก และมีปัญหาในการตอบคำถามเกี่ยวกับโรคในเด็ก โคหรือวีรุ่น (Gyulay and Miles, in Hymovich and Barnard, ed. 1973 : 449)

ในบิคามารคาของผู้ป่วยเด็กที่สามารถเผชิญปัญหาได้เหมาะสมกับสถานการณ์วิกฤตจากภาวะความเจ็บป่วย โดยใช้ความคิด สติปัญญาในการจัดการกับภาวะทุกข์ทรมานในอารมณ์จากความเจ็บป่วย โดยการเรียนรู้เกี่ยวกับโรค และค้นเคยกับวิธีที่จะใช้ในการรักษา จะทำให้ระดับความวิตกกังวลลดลง จากการศึกษาของกิบบอนส์และโบเรน (Gibbons and Boren 1985 : 96-101) พบว่า การจัดกลุ่มผู้ปกครองผู้ป่วยเด็ก โรคมะเร็ง จะช่วยทำให้ครอบครัวไม่รู้สึกโดดเดี่ยว สับสน หมคหวังต่อไป สามารถดึงเอาความรู้และแหล่งประโยชน์มาใช้ได้ ขณะที่บุตรเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลบิคามารคาอาจต้องการทำทุกสิ่งทุกอย่างเพื่อลูกเท่าที่จะสามารถทำได้ เช่น ส่งเอกสารงานการเปลี่ยนแปลงและขอความช่วยเหลือเมื่อจำเป็น เมื่อบุตรอยู่ในโรงพยาบาลเป็นเวลานาน มารคาจะให้เวลากับบุตรที่เจ็บป่วยมากจนกระทั่งบุตรคนอื่นรู้สึกถูกทอดทิ้ง แต่บิคามารคาบางคนอาจรู้สึกว่าความสามารถของตนเองล้นน้อยลงและท้อแท้ เมื่อเด็กต้องการกำลังใจ บิคามารคาจะหลบเลี่ยงแรงกดดันนี้ โดยบางครั้งหันไปสนใจบุตรคนอื่นในครอบครัวยกเว้นบุตรที่เจ็บป่วย (Gibbons and Boren 1985 : 96 ; Gyulay and Miles, in Hymovich and Barnard, ed. 1973 : 452) จากการศึกษาของคริสเตียนเซน (Christiansen 1982) พบว่า ในบิคามารคาของผู้ป่วยเด็ก โรคมะเร็ง การใช้การเผชิญปัญหาแบบแผนที่ 1 และ 3 คือ การใช้ความกลมเกลียว และการติดต่อบริการกับบุคลากรที่มสุขภาพมีประโยชน์อย่างมาก ซึ่งการศึกษานี้เป็นการนำเอาแบบวัดการเผชิญปัญหาของมารคาซึ่งสร้างโดยแมคคับบินและคณะมาใช้ (Cited in McCubbin et al. 1987 : 188) จะเห็นได้ว่าการนำทฤษฎีภาวะเครียดของครอบครัวมาใช้นั้น ได้ผลในการอธิบายคล้ายคลึงกับการศึกษาที่กล่าวมาเบื้องต้น

หากพิจารณาถึงผู้ป่วยเด็ก โรคมะเร็ง เม็ดเลือดขาวเฉียบพลันชนิด ลิมโฟโบลาสต์ที่บล็อกโรคอย่างน้อย 5 ปี หลังการวินิจฉัยและหยุดการรักษาอย่างน้อย 2 ปี ซึ่งเป็นกลุ่มที่จะมีชีวิตรอดระยะยาวได้นั้น ต้องตระหนักถึง การเป็น มะเร็งในส่วนอื่น ๆ ของร่างกาย เช่น มะเร็งต่อมน้ำเหลือง ก้อนทุม เนื้องอก ได้แก่ เนื้องอกในสมอง การทำลายในระบบประสาทส่วนกลาง จากการกลับเป็นซ้ำของเซลล์มะเร็ง เม็ดเลือดขาว พิษต่อระบบประสาทจากรังสีรักษา และเคมี-บำบัด โดยเฉพาะอย่างยิ่งในช่วงที่มีการพัฒนาของสมองในเด็กอายุต่ำกว่า 4 ปี ผลต่อจิตประสาทซึ่งกระทบต่อระดับสติปัญญาของเด็ก เป็นอุปสรรคต่อการเรียน ระบบต่อมไร้ท่อซึ่งมีผลต่อการเจริญเติบโตของร่างกาย และอวัยวะสืบพันธุ์ ซึ่งมีผลกระทบต่อกาลักษณ์ของเด็ก ปัญหาด้านจิตสังคม ความร่วมมือต่อกิจกรรมต่าง ๆ ลดลง เช่น การเข้าสังคม การไปโรงเรียน มีอาการทางกายโดยไม่ มีพยาธิสภาพของโรครวมถึงปัญหาทางพฤติกรรม (Fergusson, et al. 1987 : 300-310 ; Moore, Kramer and Ablin 1986 : 45-51 ; Moss, Nannisand Poplack 1981 : 47-51 ; Ochs and Mulhern, in Poplack, ed 1988 : 815) ซึ่งปัญหาเหล่านี้เป็นปัญหาที่บิคาราคาต้องเผชิญต่อไป จากการศึกษาของเพค (Peck 1979 : 1327-1329) พบว่า บิคาราคาคามีวิกฤตกังวลในเรื่องการกลับเป็นซ้ำของโรค โดยไม่กังวลในเรื่อง พัฒนาการทางสติปัญญาและส่วนมาก ไม่กังวลเรื่อง การเจริญเติบโต ซึ่งแหล่ง ประโยชน์ที่ใช้ในการเผชิญปัญหา คือ แพทย์ พยาบาล บุ๋งาตาชายของ เด็ก และ นักสังคมสงเคราะห์

จากที่กล่าวมาจะเห็นได้ว่า การเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังที่คุกคามต่อชีวิต เช่น โรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวเฉียบพลันชนิดลิมโฟโบลาสต์นั้นมีผลกระทบต่อครอบครัวอย่างยิ่ง การศึกษาที่ชี้ให้เห็นถึงผลกระทบต่อความผาสุกในครอบครัวผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็ง ได้แก่ งานของบาร์บาร์ินและคณะ (Barbarin, et al, 1985 : 473-480) ซึ่งทำในกลุ่มบิคาราคาผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็ง โดยการ-สัมภาษณ์และใช้แบบสอบถาม จำนวน 32 คู่ พบว่า เมื่อลูกเจ็บป่วยด้วยโรค มะเร็งผู้ปกครองส่วนมากจะไม่มีปัญหาชีวิตสมรส ความกลมเกลียวในครอบครัว เหนียวแน่นขึ้น และการสนับสนุนจากคู่สมรมีประโยชน์สูงมาก อย่างไรก็ตาม เมื่อบุตรเข้าโรงพยาบาลบ่อยขึ้น มารดาจะมีการรับรู้ถึงคุณภาพชีวิตสมรสจาก การที่บิดาเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลบุตร และการเผชิญปัญหาที่ใช้มากในมารดา คือ การซักถามข้อมูล

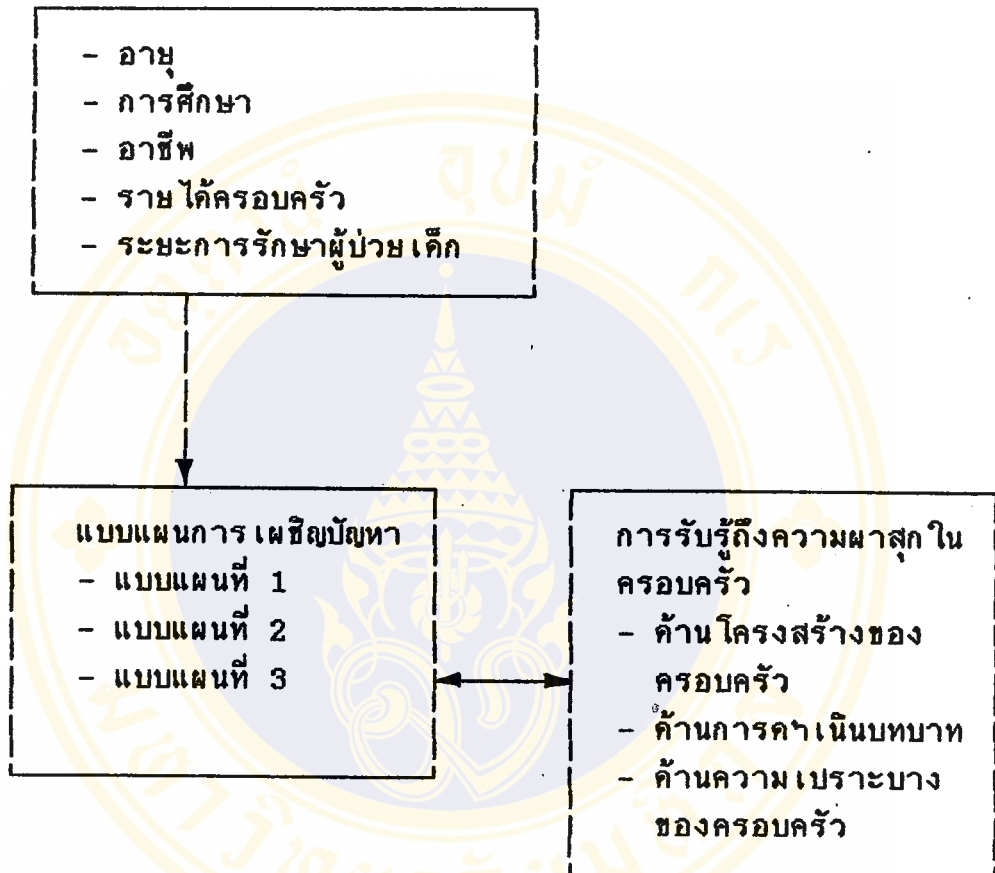
ปัจจัยบางประการที่มีผลต่อแบบแผนการเผชิญปัญหา

จากการรวบรวมของแมคคับบินและแมคคับบิน (McCubbin and McCubbin in McCubbin and Thompson, ed. 1987 : 189) พบว่าบิดามารดาของผู้ป่วยเด็กซิสติกไฟโบรสิส (Cystic fibrosis) ที่มีการศึกษาและรายได้อยู่ในระดับดี รับทราบการวินิจฉัยโรคนาน เป็นผู้มีการเผชิญปัญหาที่ดีคือ มีคะแนนการเผชิญปัญหาสูง รวมทั้งมีความสมดุลของการใช้แบบแผนการเผชิญปัญหาและในมารดาทารกคลอดก่อนกำหนดที่อายุมากขึ้น (มากกว่า 25 ปี) จะใช้ความกลมเกลียวในครอบครัว (แบบแผนที่ 1) และการปรึกษากับทีมสุขภาพ (แบบแผนที่ 3) มากกว่าในกลุ่มมารดาอายุน้อย ทั้งนี้สุขภาพที่ดีขึ้นของทารกคลอดก่อนกำหนด ไม่มีความสัมพันธ์กับการเผชิญปัญหาของบิดามารดา (Golden, 1983) เช่นเดียวกับการศึกษาของออสติน (Austin, 1985) ซึ่งพบว่า การควบคุมอาการชัก ไม่มีผลต่อการเผชิญปัญหาของบิดามารดา แต่อย่างไรก็ตามในผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวเฉียบพลันชนิดลิมโฟบลาส ซึ่งถือว่าเป็นโรคเรื้อรังที่คุกคามต่อชีวิตระยะยาวก่อให้เกิดภาวะวิกฤตในครอบครัว ซึ่งบิดามารดาต้องพยายามใช้ขบวนการเผชิญปัญหาในการใช้แหล่งประโยชน์ที่มีอยู่เดิม และเสาะหาแหล่งประโยชน์ใหม่อันจะนำไปสู่ความสมดุลของระบบครอบครัวอีกครั้งหนึ่ง ดังที่ได้กล่าวไว้ในบททบทวนวรรณกรรมเบื้องต้น ผู้วิจัยจึงคิดว่าควรนำเข้ามาศึกษาถึงความแตกต่างของการเผชิญปัญหาเมื่อระยะการรักษาโรคต่างกัน

สากุลหาการศึกษาในกลุ่มมารดาที่พาบุตรมารับการรักษาแบบผู้ป่วยในโรงพยาบาลรามธิบดี จำนวน 70 ราย โดยใช้แบบประเมินวิธีการเผชิญความเครียด (F-COPE) ของแมคคับบิน ผลการศึกษาพบว่า อาชีพของมารดา มีความสัมพันธ์ทางบวกกับวิธีการเผชิญความเครียดด้านการพึ่งพาแหล่งประโยชน์ทางเพื่อน และรายได้ครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับวิธีการเผชิญความเครียดด้านความเชื่อมั่นต่อการแก้ปัญหาของครอบครัว และความสามารถในการประมวลเหตุการณ์เกี่ยวกับความเครียดใหม่เพื่อจะจัดการต่อปัญหา ได้ดีขึ้น (สากุลคงพันธ์, 2533 : 37) แต่การศึกษาของนิชานในกลุ่มญาติของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองปัจจุบัน จำนวน 100 ราย โดยใช้แบบสอบถามวัดพฤติกรรมเผชิญปัญหาของจาโลวีย (Jalowiec) พบว่า ปัจจัยด้านอายุ เพศ สถานภาพสมรส การศึกษา อาชีพ ประสบการณ์การดูแลผู้ป่วย ความพิการของผู้ป่วย และจำนวนวันที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ไม่มีผลทำให้ญาติมีการเผชิญปัญหาแตกต่างกัน (นิชาน สุทธยากร, 2531 : 71-73) อย่างไรก็ตามเมื่อพิจารณาตามแนวคิดของแมคคับบินและคณะจะพบว่า แหล่งประโยชน์จากลักษณะบุคคลที่เป็นสมาชิกครอบครัว เช่น การศึกษา ซึ่งจะช่วยให้บุคคลสามารถคิดพิจารณาหาให้การรับรู้

ต่อเหตุการณ์ซึ่งเครียดได้ตรงตามความเป็นจริง และช่วยเพิ่มทักษะในการแก้ไขปัญหาเศรษฐกิจการเงิน สุขภาพ และลักษณะบุคลิกภาพแล้วแต่มีผลต่อการเผชิญปัญหาในช่วงของการปรับตัวทั้งสิ้น (McCubbin, et al. 1980 : 861)

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า การเผชิญปัญหาของครอบครัวเมื่อประสบภาวะวิกฤตจากการมีบุตรเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังที่คุกคามต่อชีวิตระยะยาวอย่างโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวเฉียบพลันชนิดลิมโฟบลาส มารดาต้องใช้แหล่งประโยชน์มากมายทั้งภายในครอบครัว อันได้แก่ ความกลมเกลียวช่วยเหลือค้ำจุนกันในครอบครัว ลักษณะของบุคคลซึ่งเป็นสมาชิกในครอบครัวแล้ว มารดาจะต้องมีการติดต่อกับบุคลากรทีมสุขภาพ และแหล่งประโยชน์อื่น ๆ อันจะช่วยตอบสนองความต้องการที่เพิ่มขึ้นของสมาชิกภายในครอบครัว เพื่อให้ครอบครัวสามารถผ่านระยะของการปรับตัวเข้าสู่สมคูลใหม่ และคงความสมคูลไว้ได้ ทั้งกรอบแนวคิดของแมคคับบิน ทั้งนี้ผู้วิจัยได้นำแบบจำลองความผาสุกในครอบครัวของคาล์เวลล์มาเป็นแนวคิดในการประเมินการปรับตัวของครอบครัว จึงเป็นการศึกษาแบบแผนเผชิญปัญหาและการรับรู้ถึงความผาสุกในครอบครัว และปัจจัยบางประการที่มีผลต่อแบบแผนเผชิญปัญหาของมารดาผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวเฉียบพลันชนิดลิมโฟบลาส ดังแผนภาพที่ 3



แผนภาพที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่ใช้ในการศึกษา

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ใช้ระเบียบวิจัยเชิงบรรยาย (Descriptive Research) โดยศึกษาแบบแผนการ เจริญปัญหาเกี่ยวกับการรับรู้ถึงความผาสุก ในครอบครัว และปัจจัยบางประการที่มีผลต่อแบบแผนการ เจริญปัญหาของมารดา ผู้ป่วย เด็ก โรคมาเลเรีย เจริญเม็ดเลือดขาว เจริญพลาสมาซีตลิมโฟไซต์

ลักษณะประชากรและการเลือกกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้เป็นมารดาผู้ป่วย เด็ก โรคมาเลเรีย เจริญเม็ดเลือดขาว เจริญพลาสมาซีตลิมโฟไซต์ ที่เข้ารับการรักษานอกผู้ป่วย และมาติดตามการรักษาที่คลินิก โรคเลือด แผนกกุมารเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี และคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ตั้งแต่เดือน ธันวาคม พ.ศ. 2532 ถึงเดือนมีนาคม พ.ศ. 2533 เป็นการเลือกแบบเจาะจงตามคุณสมบัติดังนี้

1. มารดาที่มีบุตรเป็น โรคมาเลเรีย เจริญเม็ดเลือดขาว เจริญพลาสมาซีตลิมโฟไซต์ ซึ่งบุตรอายุระหว่าง 1-15 ปี
2. เป็นมารดาผู้ให้กำเนิดและใช้ชีวิตอยู่ร่วมกันในครอบครัวกับบุตรและสามี
3. มารดาได้รับทราบการวินิจฉัย โรคของผู้ป่วย เด็กจากแพทย์เป็นเวลา 2 สัปดาห์ขึ้นไป (การวินิจฉัย โรคมาเลเรีย เจริญเม็ดเลือดขาว เจริญพลาสมาซีตลิมโฟไซต์ ไขกระดูกต้องมีลิมโฟไซต์มากกว่าร้อยละ 5 หรือเมื่อรวมกับลิมโฟไซต์แล้วมากกว่าร้อยละ 40) และระยะการรักษาพิจารณาตามค่ารับการรักษาที่ได้รับอยู่ในขณะนั้น ซึ่งแพทย์ลงบันทึกไว้ในรายงานผู้ป่วย
4. มารดาสามารถเข้าใจภาษาไทย ได้ดีและยินดีให้ความร่วมมือในการศึกษา

การเลือกกลุ่มตัวอย่าง เป็นการเลือกแบบเจาะจง ตามลักษณะดังกล่าวข้างต้นจากมารดาผู้ป่วย เด็กจำนวน 62 ราย เนื่องจากมีมารดาผู้ป่วย เด็ก ปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัย 1 ราย และตอบแบบสอบถามไม่ครบ 1 ราย กลุ่ม

ตัวอย่างที่ศึกษาในครั้งนี้จึงมีจำนวนทั้งสิ้น 80 ราย ซึ่งแยกเป็นมารดาผู้ป่วยเด็ก โรงพยาบาลรามาริบัติ 34 ราย (ประกอบด้วยมารดาผู้ป่วยใน 2 ราย ผู้ป่วยนอก 32 ราย) และโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ 26 ราย (ประกอบด้วย มารดาผู้ป่วยใน 3 ราย ผู้ป่วยนอก 23 ราย)

สถานที่ศึกษา

ผู้วิจัยทำการเก็บข้อมูลจากมารดาผู้ป่วยเด็กที่มาติดตามการรักษาที่คลินิกโรคเลือด แผนกกุมารเวชศาสตร์ ชั้น 2 โรงพยาบาลรามาริบัติทุกวันพุธ และชั้น 9 ตึก ก.บ.ร. โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ทุกวันจันทร์และพฤหัสบดี แพทย์จะเริ่มตรวจเวลา 09.00-12.00 น. โดยประมาณ ในรายชื่อผู้ป่วยเด็กต้องได้รับเคมีบำบัดผสมในสารละลายหยดเข้าเส้นเลือดดำ ผู้ป่วยจะนอนในห้องพยาบาลจนสารละลายหมดใช้เวลาประมาณ 4 ชั่วโมง โดยมีมารดาอยู่เฝ้าได้ตลอดเวลา

การเก็บข้อมูลในหอผู้ป่วยเด็ก โรงพยาบาลรามาริบัติ การศึกษาครั้งนี้พบมารดาในหอผู้ป่วยเด็ก เล็ก ซึ่งเป็นหอผู้ป่วยสามัญ เจ้าหน้าที่อนุญาตให้อยู่เฝ้าได้ยึดหยุ่นตามความเหมาะสม หอผู้ป่วยเด็ก โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ผู้วิจัยพบมารดาในตึกหลุสตีเลียส โนเวนชั้น 2 เป็นหอผู้ป่วยเด็ก ไตสามัญ มารดาอยู่เฝ้าได้ช่วงเวลากลางวัน และตึกหลุสตีเลียส โนเวนชั้น 3 เป็นหอผู้ป่วยเด็กพิเศษ มารดาอยู่เฝ้าได้ตลอดเวลา

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย

1. แบบบันทึกข้อมูลส่วนตัวของกลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย 2 ส่วนคือ
 - 1.1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยเด็ก ได้แก่ อายุ เพศ ระยะเวลาตั้งแต่ได้รับการวินิจฉัยถึงปัจจุบัน ภาวะแทรกซ้อน และระยะการรักษา
 - 1.2 ข้อมูลทั่วไปของมารดา ได้แก่ อายุ การศึกษา อาชีพ รายได้ และจำนวนบุตร
2. แบบวัดแบบแผนการเผชิญปัญหาของมารดา
3. แบบสอบถามการรับรู้ถึงความผาสุกในครอบครัวของมารดา

แบบวัดแบบแผนการเผชิญปัญหาของมารดา ผู้วิจัยแปลและดัดแปลงมาจากแบบวัด Coping Health Inventory for Parent (CHIP) ของแมคคับบินและคณะ (McCubbin, et al. 1983) ซึ่งได้ปรับปรุงมาจากแบบวัดในปี 1979 โดยการสุ่มตัวอย่างบิดามารดาผู้ช่วยเด็กโรคซีสติกไฟโบรสิส (Cystic Fibrosis) จำนวน 185 คน พบว่า 30 ข้อความ จาก 80 ข้อที่มีอยู่เดิมบิดามารดาให้คำตอบว่า "นำไปใช้ไม่ได้" จึงตัดออกไปและเพิ่มเติมอีก 5 ข้อความจากนั้นนำมากรองเหลือ 45 ข้อ และแบ่งพฤติกรรมเป็น 3 แบบแผน ดังนี้

แบบแผนที่ 1 มีลักษณะของความกลมเกลียว สามัคคี ช่วยเหลือค้ำจุนกันภายในครอบครัวและการมองเหตุการณ์ไปในทางที่ดี จำนวน 19 ข้อ ได้แก่ ข้อ 1, 3, 6, 8, 11, 13, 16, 18, 21, 23, 26, 28, 31, 36, 38, 41, 43, 44, 45

แบบแผนที่ 2 มีลักษณะของการคงไว้ซึ่งการสนับสนุนทางสังคม การนับถือตนเองและความมั่นคงทางจิตใจ จำนวน 18 ข้อ ได้แก่ ข้อ 2, 4, 7, 9, 12, 14, 17, 19, 22, 24, 27, 29, 32, 33, 34, 37, 39, 42

แบบแผนที่ 3 มีลักษณะของความเข้าใจในการดูแลรักษา ตลอดจนการพูดคุยกับญาติเด็กป่วยคนอื่น ๆ การปรึกษากับบุคคลต่าง ๆ รวมทั้งบุคลากรที่มีสุขภาพ จำนวน 8 ข้อ ได้แก่ ข้อ 5, 10, 15, 20, 25, 30, 35, 40

เกณฑ์ในการให้คะแนนเป็นการให้คะแนนในแต่ละวิธี (รายข้อ) แบบลิเคิร์ต (Likert's scale) โดยมีช่วงคะแนน 0-3 มีคะแนนรวมทั้ง 0-135 คะแนน ระดับการให้คะแนนในแต่ละวิธีให้คะแนนตรงตามประโยชน์ที่ได้รับในการใช้วิธีการเผชิญปัญหา ถ้าไม่มีประโยชน์จะเลือกคำตอบต่อไปว่า ไม่มีให้เลือกใช้หรือไม่เหมาะสมที่จะใช้ในครอบครัวตน ดังนี้

- มีประโยชน์มาก 3
- มีประโยชน์ปานกลาง 2
- มีประโยชน์น้อย 1
- ไม่มีประโยชน์ 0

แบบวัดนี้แมคคับบินและคณะ ได้ตรวจสอบความตรงตามโครงสร้าง โดยหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์รายข้อ ในแต่ละแบบแผนการเผชิญปัญหา การตรวจสอบความเที่ยงใช้สัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาช (Cronbach's alpha Coefficient) ได้ค่าความเที่ยงของแบบแผนในการเผชิญปัญหาที่ 1, 2 และ 3 เท่ากับ 0.79, 0.79 และ 0.71 ตามลำดับ

แบบสอบถามการรับรู้ถึงความผาสุกในครอบครัวของมารดา ผู้วิจัยแปลจากแบบวัด Family Well-Being ของคาลด์เวลล์ (Caldwell, 1983) เป็นการประเมินการรับรู้ถึงชีวิตครอบครัวในปัจจุบันของมารดา มี 3 ด้านดังนี้

1. ด้านโครงสร้างครอบครัว ประกอบด้วย 4 หัวข้อ คือ
 - 1.1 ความเครียดในครอบครัว มี 3 ข้อ ได้แก่ 5, 14, 25
 - 1.2 ความพึงพอใจในครอบครัว มี 3 ข้อ ได้แก่ 8, 15, 21
 - 1.3 แรงสนับสนุนในครอบครัว มี 6 ข้อ ได้แก่ 27, 29, 32, 35, 36, 37
 - 1.4 ความผูกพันกลมเกลียว ในครอบครัว มี 4 ข้อ ได้แก่ 12, 19, 23, 38
2. ด้านการดำเนินบทบาท ประกอบด้วย 5 หัวข้อ คือ
 - 2.1 ความขัดแย้งในบทบาท มี 3 ข้อ ได้แก่ 1, 8, 17
 - 2.2 บทบาทที่มีมากเกินไป มี 2 ข้อ ได้แก่ 3, 10
 - 2.3 ความสงสัยคลุมเครือในบทบาท มี 5 ข้อ ได้แก่ 2, 9, 18, 24, 42
 - 2.4 บทบาทที่ไม่มีส่วนร่วม มี 4 ข้อ ได้แก่ 4, 11, 39, 41
 - 2.5 การเตรียมพร้อมในบทบาท มี 2 ข้อ ได้แก่ 22, 40
3. ด้านความเปราะบาง ประกอบด้วย 2 หัวข้อ คือ
 - 3.1 ปัญหาทางจิตที่สัมพันธ์กับจิต มี 6 ข้อ ได้แก่ 26, 28, 30, 31, 33, 34
 - 3.2 ความพึงพอใจในชีวิต มี 4 ข้อ ได้แก่ 7, 13, 16, 20

แบบสอบถามชุดนี้มีจำนวนทั้งหมด 45 ข้อ เกณฑ์ในการให้คะแนนเป็นแบบลิเกิตสเกลตั้งแต่ 1-6 และมีคะแนนรวมทั้งตั้งแต่ 45-270 คะแนน โดยคะแนนค่าแสดงถึงมีความเครียดค่าหรือมีความผาสุกมาก การให้คะแนนแบ่งเป็น 2 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 ข้อ 1-25 ให้คะแนนตามความคิดเห็น โดยแบ่งออกเป็นข้อความที่มีความหมายทางลบและข้อความที่มีความหมายทางบวก



ข้อความที่มีความหมายทางลบ

ข้อความที่มีความหมายทางบวก

เห็นด้วยอย่างยิ่ง	6	1
เห็นด้วยปานกลาง	5	2
เห็นด้วยเล็กน้อย	4	3
ไม่เห็นด้วยเล็กน้อย	3	4
ไม่เห็นด้วยปานกลาง	2	5
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	1	6

ตอนที่ 2 ข้อ 26-42 ให้คะแนนตามความบ่อยครั้งของการเกิดสถานการณ์

สถานการณ์ที่มีความหมายทางลบ

สถานการณ์ที่มีความหมายทางบวก

เกือบตลอดเวลา	6	1
บ่อยมาก	5	2
บ่อยครั้ง	4	3
เป็นครั้งคราว	3	4
ไม่เคยเป็นส่วนมาก	2	5
เกือบจะ ไม่เคยเลย	1	6

เครื่องมือวัดการรับรู้ถึงความผาสุกในครอบครัวนี้ คาลค์เวลล์
 กล่าวว่ามีความตรงเชิงประจักษ์ (Face Validity) เพราะสร้างจากกรอบแนวคิด นอกจากนี้ยังได้รับการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาและความตรงตามโครงสร้าง การหาความเที่ยงของเครื่องมือใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาช ในการวิเคราะห์รายข้อและตัดข้อความที่ไม่เหมาะสมออก ค่าแอลฟาของแต่ละหัวข้อมีค่าตั้งแต่ .37-.86 หลังจากนั้นอีก 1 ปี ได้มีการหาความเที่ยงของเครื่องมือซ้ำจากแบบสอบถามที่แก้ไขแล้วและขยายกลุ่มตัวอย่างผู้ปกครองเด็ก ค่าแอลฟาของแต่ละหัวข้อมีค่าตั้งแต่ .55-.80 แต่ละหัวข้อประกอบด้วย 3-8 ข้อ ทั้งนี้ตัดหัวข้อมีการปรับตัวเนื่องจากค่าอัลฟ่าต่ำเท่ากับ .38 ค่าความเที่ยงโดยรวมของเครื่องมือเท่ากับ .90 คาลค์เวลล์ได้ทำการทดสอบซ้ำเพื่อตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือโดยวัดความคงที่ภายในจาก 11 ครอบครัว ช่วงเวลา 1-3 อาทิตย์ ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .88

การหาความตรงของ เครื่องมือ

ผู้วิจัยนำแบบวัดแบบแผนในการ เเชิญปัญหาและแบบสอบถามการรับรู้ ถึงความผาสุกในครอบครัวของมารดาแปลเป็นภาษาไทยและแก้ไขตามคำแนะนำ ของอาจารย์ที่ปรึกษาจากนั้นนำไปตรวจสอบความตรง , โดยผู้ทรงคุณวุฒิซึ่ง เป็น อาจารย์พยาบาล 3 ท่าน ได้แก่ ผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลจิตเวชและจิต- สังคม ผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลจิตสังคม และผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลแม่ และเด็ก แล้วนำมาแก้ไขปรับปรุงตามที่ผู้เชี่ยวชาญได้เสนอแนะ

การหาความเที่ยงของ เครื่องมือ

หลังจากตรวจสอบความตรงของ เครื่องมือและแก้ไขปรับปรุงแล้ว ผู้ วิจัยนำแบบสอบถามทั้ง 2 ชุด ทดลองใช้กับมารดาผู้ป่วยเด็ก โรคมะเร็ง เม็ด เลือดขาวเฉียบพลันชนิดลิมป์โอบลาส ในโรงพยาบาลรามธิบดี จำนวน 10 ราย และคำนวณหาความ เที่ยงของความสอดคล้องภายใน โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์- แอลฟาของครอนบาช ได้ค่าความเที่ยงของ เครื่องมือ ดังนี้

1. แบบวัดแบบแผนการ เเชิญปัญหาของมารดาแบบแผนที่ 1 = 0.74, แบบแผนที่ 2 = 0.83, แบบแผนที่ 3 = 0.23 และการ เเชิญปัญหาโดยรวม = 0.88

2. แบบสอบถามการรับรู้ถึงความผาสุกในครอบครัวของมารดาคำนวณ โครงสร้างครอบครัว = 0.89, คำนวณการค่านิยมบทบาท = 0.75, ความ เปรียบบาง = 0.87 และการรับรู้ถึงความผาสุกในครอบครัวโดยรวม = 0.93

จากการหาค่าความ เที่ยงของ เครื่องมือ โดยใช้กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาทั้ง หมด 60 รายได้ค่าความ เที่ยง ดังนี้

1. แบบวัดแบบแผนการ เเชิญปัญหาของมารดาแบบแผนที่ 1 = 0.67, แบบแผนที่ 2 = 0.71, แบบแผนที่ 3 = 0.49, และการ เเชิญปัญหาโดยรวม = 0.80

2. แบบสอบถามการรับรู้ถึงความผาสุกในครอบครัวของมารดาที่คำนวณ โครงสร้างครอบครัว = 0.84, คำนวณการค่านิยมบทบาท = 0.71, คำนวณความ เปรียบบาง = 0.81, และการรับรู้ถึงความผาสุกในครอบครัวโดยรวม = 0.88

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยนำหนังสือแนะนำตัวจากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดลถึงหัวหน้าภาควิชาการเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี และผู้อำนวยการโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ เพื่อขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลจากมารดาผู้ป่วยเด็ก และดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลตามขั้นตอน ดังนี้

1. สืบจากรายชื่อผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในที่ได้รับการรักษาในคลินิกโรคเลือด แผนกกุมารเวชศาสตร์ และคัดเลือกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะตรงตามคุณสมบัติที่กำหนดจากเวชระเบียนของคลินิกโรคเลือดตามรายชื่อผู้ป่วยที่นัดมาตรวจในวันนั้น ๆ และที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วย

2. ในการเก็บข้อมูลมารดาผู้ป่วยนอก เมื่อผู้ป่วยเด็ก ได้รับการซั้่งน้ำหนักและวัดอุณหภูมิของร่างกายแล้ว ระหว่างรอตรวจผู้วิจัยเข้าไปแนะนำตนเอง ขอความร่วมมือในการวิจัยและพินิจลักษณะของมารดาผู้ป่วยในการเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้เป็นรายบุคคล (คูในภาคผนวก ง) อนึ่งในกรณีของมารดาต้องรอผู้ป่วยเด็ก ผู้วิจัยจะขอความร่วมมือในระหว่างให้ยาผสมในสารละลายหยดเข้าเส้นเลือดคา สำหรับมารดาผู้ป่วยเด็กที่รับการรักษาในหอผู้ป่วย ผู้วิจัยเก็บข้อมูลตั้งแต่เวลา 13.00-17.00 น. ในช่วงที่ไม่มีกิจกรรมประจำวันภายในตึกรักษาพยาบาล

3. เมื่อมารดาผู้ป่วยเด็กยินยอมเข้าร่วมในการวิจัย ผู้วิจัยจะเริ่มดำเนินการแจกแบบสอบถาม โดยสัมภาษณ์ในส่วน of ข้อมูลส่วนบุคคล ถ้าพบกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะไม่ตรงตามคุณสมบัติจะคัดออกภายหลัง สำหรับมารดาที่สายคาไม่ตีหรือทักษะในการอ่านไม่ตีได้ใช้การสัมภาษณ์แทน ซึ่งมีจำนวน 17 ราย ในการตอบแบบสอบถามหรือสัมภาษณ์นั้นจะเริ่มทำชุดที่ 1 คือแบบบันทึกข้อมูลส่วนตัวตามด้วยชุดที่ 2 คือแบบวัดแบบแผนการเผชิญปัญหาของมารดา จากนั้นทำชุดที่ 3 คือแบบสอบถามการรับรู้ถึงความผาสุกในครอบครัวของมารดาเป็นชุดสุดท้าย ใช้เวลาในการตอบประมาณ 30-60 นาที ในระหว่างนั้นผู้วิจัยจะอยู่ด้วยตลอดเวลา

4. ลงบันทึกข้อมูลส่วนตัวของผู้ป่วยเด็ก จากนั้นตรวจสอบความสมบูรณ์ของคาตอบและนำแบบสอบถามไปวิเคราะห์

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยแปลงข้อมูลที่ได้เป็นคะแนน ตามหลักการสร้างเครื่องมือ จากนั้นนำค่าคะแนนที่ได้ทำการวิเคราะห์ด้วยเครื่องคอมพิวเตอร์ โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSSX.

1. วิเคราะห์ความถี่และร้อยละจากลักษณะทั่วไปของมารดาและผู้ป่วยเด็ก
2. วิเคราะห์ค่าเฉลี่ยและจัดอันดับพฤติกรรมการเผชิญปัญหาใน 3 แบบแผนจำแนกตามคะแนนสูงสุด 11 อันดับ
3. ทดสอบความแตกต่างของแบบแผนการเผชิญปัญหาทั้ง 3 แบบแผน โดยใช้สถิติวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียวแบบวัดซ้ำ (One way repeated measure ANOVA) ถ้าพบความแตกต่างจะนำมาทดสอบความแตกต่างระหว่างค่าเฉลี่ยของตัวแปรรายคู่ด้วยวิธีนิวแมนคูลส์ (Newman-Keuls Test Method)
4. วิเคราะห์ค่าเฉลี่ยและจัดอันดับการรับรู้ถึงความพอใจในครอบครัวรายหัวข้อในแต่ละด้านที่มารดาใช้
5. ทดสอบความแตกต่างของการรับรู้ถึงความพอใจในครอบครัวทั้ง 3 ด้าน โดยใช้สถิติวิเคราะห์แปรปรวนทางเดียวแบบวัดซ้ำ ถ้าพบความแตกต่างจะนำมาทดสอบความแตกต่างระหว่างค่าเฉลี่ยของตัวแปรรายคู่ด้วยวิธีนิวแมนคูลส์
6. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างแบบแผนการเผชิญปัญหาและการรับรู้ถึงความพอใจในครอบครัวของมารดาผู้ป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวเฉียบพลันชนิดลิมโฟบลาสติคและโดยส่วนรวม โดยใช้สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson Product Moment Correlation Coefficient)
7. ทดสอบความแตกต่างของคะแนนแบบแผนการเผชิญปัญหาในแต่ละแบบแผนและโดยรวมจำแนกตามอายุ การศึกษา อาชีพ รายได้ และระยะในการรักษาผู้ป่วยเด็ก โดยใช้สถิติวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว (One way ANOVA) ถ้าพบความแตกต่างจะนำมาทดสอบความแตกต่างระหว่างค่าเฉลี่ยของตัวแปรรายคู่ด้วยวิธีนิวแมนคูลส์

ผลการวิจัยและการอภิปรายผล

ผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาแบบแผนการ เผชิญปัญหากับการรับรู้ถึงความพอใจในครอบครัว และปัจจัยบางประการที่มีผลต่อแบบแผนการ เผชิญปัญหาของมารดาผู้ป่วยเด็ก โรคมะเร็ง เม็ดเลือดขาว เนื้องอกหลังชนิดลิมโฟโพลาส ผลการวิเคราะห์ข้อมูลจะ เสนอตามลำดับดังนี้

1. ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง
2. ผลการศึกษาแบบแผนการ เผชิญปัญหา
3. ผลการศึกษาการรับรู้ถึงความพอใจในครอบครัว
4. ผลการทดสอบสมมติฐานตั้งแต่ข้อ 1-4

ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาครั้งนี้มีจำนวน 60 ราย ส่วนใหญ่อายุอยู่ในช่วงผู้ใหญ่ตอนต้น 21-35 ปี ถึงร้อยละ 63.3 การศึกษาส่วนมากอยู่ในระดับประถมศึกษาถึงร้อยละ 58.3 อาชีพรับจ้างพบมากที่สุดและรองลงมาคือ อาชีพแม่บ้าน คิดเป็นร้อยละ 33.3 และ 30.0 ตามลำดับ มีบุตรตั้งแต่ 2 คนขึ้นไปถึงร้อยละ 86.7 รายได้ครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือนอยู่ในช่วงรายได้ปานกลาง 5,001-10,000 บาท และ 3,000-5,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 33.3 และ 28.3 ตามลำดับ โดยส่วนใหญ่รายได้เพียงพอกับค่าใช้จ่ายคิดเป็นร้อยละ 53.3 ภูมิลำเนาส่วนมากอยู่ต่างจังหวัดร้อยละ 60 ลักษณะของผู้ป่วยเด็กอยู่ในกลุ่มเด็กโตอายุมากกว่า 6 ปีถึงร้อยละ 48.3 เพศชายมากกว่าเพศหญิงคือ ร้อยละ 58.3 และ 41.7 ตามลำดับ ระยะเวลาที่เข้ารับการรักษาส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 1-5 ปี มีถึงร้อยละ 83.3 ระยะเวลาการรักษาส่วนใหญ่อยู่ในช่วงคงรักษาอาการเมื่อโรคสงบ (Maintenance) ถึงร้อยละ 50 และระยะคงรักษาอาการเมื่อโรคสงบหลังจากโรคกลับเป็นซ้ำร้อยละ 16.7 ดังแสดงไว้ในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล (N=60)

ตัวแปร	n	%	ตัวแปร	n	%
อายุมารดา (ปี)			ภูมิลำเนา		
21-35	38	63.3	กทม.	24	40
36-50	22	36.7	ต่างจังหวัด	36	60
การศึกษา			อายุผู้ป่วยเด็ก (ปี)		
ประถมศึกษา	35	58.3	ต่ำกว่า 3	10	16.7
มัธยมศึกษา	8	13.3	3 - 6	21	35
อาชีวศึกษา	7	11.7	มากกว่า 6	29	48.3
ปริญญาตรี	10	16.7			
อาชีพ			เพศ		
รับจ้าง	20	33.3	ชาย	35	58.3
ค้าขาย	10	16.7	หญิง	25	41.7
รับราชการ	6	10.0			
เกษตรกรกรรม	6	10.0	ระยะการรักษา		
แม่บ้าน	18	30.0	Induction of remission	3	5.0
จำนวนบุตร			Intensive	4	6.7
1 คน	8	13.3	CNS Prophylaxis	3	5.0
ตั้งแต่ 2 คนขึ้นไป	52	86.7	Maintenance	30	50.0
รายได้ครอบครัว(บาท/เดือน)			การรักษาเมื่อโรคกลับเป็นซ้ำ	16	26.7
ต่ำกว่า 3,000	12	20	ระยะ Induction	6	10.0
3,000-5,000	17	28.3	ระยะ Maintenance	10	16.7
5,001-10,000	20	33.3	หยุดการให้ยาเคมีบำบัด	4	6.6
สูงกว่า 10,000	11	18.4			
ความเพียงพอของรายได้กับค่าใช้จ่าย			ระยะเวลาที่เข้ารับการรักษา		
พอใช้	32	53.3	ต่ำกว่า 1 ปี	19	31.7
ไม่พอใช้	26	43.3	1-5 ปี	38	63.3
เหลือเก็บ	2	3.4	สูงกว่า 5 ปี	3	5.0

ผลการศึกษาแบบแผนการ เฝ้าระวังปัญหา

เมื่อนำคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมกรรมการ เฝ้าระวังปัญหาเป็นรายชื่อของทั้ง 3 แบบแผนการ เฝ้าระวังปัญหามาจัดอันดับคะแนนสูงสุด 11 อันดับ พบว่าพฤติกรรมกรรมการ เฝ้าระวังปัญหาในแบบแผนที่ 1 มาตรฐานให้ประโยชน์สูงมากที่สุด มีคะแนนเฉลี่ยสูง 5 อันดับแรก ซึ่งพฤติกรรมกรรมการ เฝ้าระวังปัญหาที่มีประโยชน์สูงมากที่สุดคือ "การนำลูกที่มีปัญหาสุขภาพไปคลินิกหรือโรงพยาบาลเป็นประจำตามนัด" มีคะแนนเฉลี่ยสูงถึง 2.97 ทั้งนี้การ เฝ้าระวังปัญหาแบบแผนที่ 3 มีประโยชน์สูงรองลงมาและพฤติกรรมกรรมการ เฝ้าระวังปัญหาที่มีประโยชน์สูงอยู่ในอันดับ 5 คือ "การแน่ใจว่าได้ทำตามหลักเกณฑ์การรักษาตามที่แพทย์สั่งทุกวันที่บ้าน" มีคะแนนเฉลี่ย 2.88 ส่วนการ เฝ้าระวังปัญหาในแบบแผนที่ 2 ถูกมารดาเลือกใช้น้อยและพฤติกรรมที่มีประโยชน์มากที่สุดในแบบแผนนี้คือ "การมีความเชื่อมั่นและเป็นตัวของตัวเอง" มีคะแนนเฉลี่ย 2.78 อยู่ในอันดับที่ 10 (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 คะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการเผชิญปัญหา จำแนกตาม
อันดับคะแนนสูงสุด 11 อันดับ

ลำดับที่	พฤติกรรมการเผชิญปัญหา	แบบแผนการ เผชิญปัญหา	คะแนนเฉลี่ย
1	การนำลูกที่มีปัญหาสุขภาพไปคลินิก หรือ โรงพยาบาลเป็นประจำตามนัด	I	2.97
2	การดูแลรักษาสิ่งแวดล้อม อุปกรณ์เครื่องใช้ ส่วนตัวของลูก ให้สะอาดตามที่ได้รับความแนะนำ จากแพทย์ โรงพยาบาล	I	2.93
3	การห่มหีวตัวของฉันทับลูก ๆ	I	2.92
4	การทำสิ่งต่าง ๆ ร่วมกันกับลูก	I	2.90
5	การไว้วางใจว่าสามีสสามารถช่วยฉันได้ เป็น การได้ทำสิ่งใจแก่ฉันทและลูก ๆ	I	2.88
5	การแน่ใจว่าได้ทำตามหลักเกณฑ์การรักษา ตามที่แพทย์สั่งทุกวันที่บ้าน	III	2.88
6	การเชื่อว่าลูกจะได้รับการดูแลรักษาอย่างดี ที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้	I	2.87
7	การพูดคุยกับเจ้าหน้าที่ที่มีสุขภาพ (แพทย์ พยาบาล นักสังคมสงเคราะห์) เมื่อมา โรงพยาบาล	III	2.85
8	การพยายามคงรักษาไว้ได้ครบถ้วนเป็นปกติสุข	I	2.82
8	การเชื่อว่าสถานพยาบาลให้ความสนใจต่อ ครอบครัวของฉันทอย่างดีที่สุด	I	2.82
9	การเชื่อว่าลูกของฉันทจะมีอาการดีขึ้น	I	2.80
9	การพูดคุยกับแพทย์ถึงความกังวลเกี่ยวกับสภาพ ความเจ็บป่วยของลูก	III	2.80
10	การมีความเชื่อมั่นและเป็นตัวของตัวเอง	II	2.78
11	การพูดคุยกับบิดามารดาผู้ป่วยเด็กคนอื่น ๆ ที่มี สภาพคล้ายคลึงกันและเรียนรู้จากประสบการณ์ ของพวกเขา	III	2.67

ผลการศึกษารับรู้ถึงความผาสุกในครอบครัว

เมื่อพิจารณาคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ถึงความผาสุกในครอบครัวรายข้อ พบว่าคะแนนอยู่ระหว่าง 1.40-3.69 คะแนน จากการจัดอันดับในแต่ละด้านของการรับรู้ถึงความผาสุกในครอบครัวพบว่า ด้านโครงสร้างครอบครัว มารดามีความเครียดน้อยที่สุดหรือมีความผาสุกในเรื่องของความพึงพอใจในครอบครัว โดยมีคะแนนเฉลี่ยต่ำสุด 1.40 คะแนนและมีความเครียดสูงในเรื่องของความผูกพันกลมเกลียวในครอบครัว โดยมีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด 2.30 คะแนน (ตารางที่ 3) ด้านการดำเนินบทบาทนั้นมารดามีความเครียดต่ำในเรื่องของการเตรียมพร้อมในบทบาท โดยมีคะแนนเฉลี่ยต่ำสุด 1.72 คะแนนและมีความเครียดสูงมากที่สุดในเรื่องของความขัดแย้งในบทบาท โดยมีคะแนนเฉลี่ยสูงถึง 3.69 คะแนน (ตารางที่ 4) และด้านสุดท้ายคือด้านความเปราะบาง พบว่า มารดามีความเครียดสูงในเรื่องของปัญหาทางกายซึ่งสัมพันธ์กับจิต โดยมีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่าความพึงพอใจในชีวิต คือ 2.63 และ 2.05 ตามลำดับ (ตารางที่ 5)

ตารางที่ 3 คะแนนเฉลี่ยและอันดับที่ของการรับรู้ถึงความผาสุกในครอบครัวของมารดา ด้านโครงสร้างครอบครัว จำแนกตามหัวข้อจากคะแนนต่ำสุด ไปสูงสุด

ลำดับ คะแนน	อันดับ ที่	หัวข้อที่	การรับรู้ถึงความผาสุกด้านโครงสร้างครอบครัว	คะแนนเฉลี่ย
ต่ำสุด	1	1.2	ความพึงพอใจในครอบครัว	1.40
	2	1.1	ความเครียดในครอบครัว	2.09
	3	1.3	แรงสนับสนุนในครอบครัว	2.27
	4	1.4	ความผูกพันกลมเกลียวในครอบครัว	2.30

ตารางที่ 4 คะแนนเฉลี่ยและอันดับที่ของการรับรู้ถึงความพึงพอใจในครอบครัว
ของมารดา ด้านการดำเนินงานจาก จาแนกตามหัวข้อจาก
คะแนนต่ำสุด ไปสูงสุด

ลำดับ คะแนน	อันดับ ที่	หัวข้อที่	การรับรู้ถึงความพึงพอใจด้าน การดำเนินงาน	คะแนนเฉลี่ย
ต่ำสุด	1	2.5	การเตรียมพร้อมในบทบาท	1.72
	2	2.3	ความสงสัยคลุมเคลือในบทบาท	2.01
	3	2.4	บทบาทที่ไม่มีส่วนร่วม	2.12
	4	2.2	บทบาทที่มีมากเกินไป	3.57
	5	2.1	ความขัดแย้งในบทบาท	3.89

ตารางที่ 5 คะแนนเฉลี่ยและอันดับที่ของการรับรู้ถึงความพึงพอใจในครอบครัว
ของมารดา ด้านความเปราะบาง จากแนกตามหัวข้อจาก
คะแนนต่ำ ไปสูง

ลำดับ คะแนน	อันดับ ที่	หัวข้อที่	การรับรู้ถึงความพึงพอใจด้าน ความเปราะบาง	คะแนนเฉลี่ย
ต่ำ	1	3.2	ความพึงพอใจในชีวิต	2.05
	2	3.1	ปัญหาทางซึ่งสัมพันธ์กับจิต	2.63

ผลการทดสอบสมมติฐาน

ในสมมติฐานข้อที่ 1 และ 2 เป็นการศึกษาเปรียบเทียบความแตกต่างของแบบแผนในการเผชิญปัญหาทั้ง 3 แบบแผน และความแตกต่างของการรับรู้ถึงความผาสุกในครอบครัวของมารดาผู้ป่วยเด็ก โรคมะเร็ง ในเม็ค เลือกขาว เจริญพลันชนิกลิมป์โพบลาส โดยใช้สถิติการวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียวแบบวัดซ้ำ (One way repeated measure ANOVA) ผลการวิเคราะห์มีดังนี้

สมมติฐานที่ 1 กล่าวว่า มารดาผู้ป่วยเด็ก โรคมะเร็งในเม็ค เลือกขาว เจริญพลันชนิกลิมป์โพบลาสจะมีการใช้แบบแผนการเผชิญปัญหาใน 3 แบบแผนแตกต่างกัน จากตารางที่ 7 พบว่ามารดาใช้แบบแผนการเผชิญปัญหาแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F(2,118) = 109.22, p < .001$) และเมื่อนำค่าเฉลี่ยของคะแนนแบบแผนการเผชิญปัญหาแต่ละแบบแผนมาเปรียบเทียบเป็นรายคู่ด้วยวิธีนิวแมนคูลส์ (ตารางที่ 8) พบว่า มารดามีการใช้แบบแผนการเผชิญปัญหาทุกแบบแผนแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) โดยมี การใช้แบบแผนที่ 1 มากที่สุด และแบบแผนที่ 2 น้อยที่สุด (ตารางที่ 6) ดังนั้นสมมติฐานข้อ 1 จึงได้รับการสนับสนุน

ตารางที่ 6 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนแบบแผนการเผชิญปัญหาของมารดารายบ้านและโดยส่วนรวม

แบบแผนการเผชิญปัญหา	\bar{X}	SD
แบบแผนที่ 1	2.63	.27
แบบแผนที่ 2	1.87	.44
แบบแผนที่ 3	2.47	.41
รวม	2.30	.29

ตารางที่ 7 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยจากคะแนนแบบ
แผนการเผชิญปัญหาแบบแผนที่ 1, 2 และ 3 ค่าย
สถิตวิเคราะห์ที่ความแปรปรวนทางเดียวแบบวัดซ้ำ
(N=60)

แหล่งความแปรปรวน	SS	df	MS	F	P
ระหว่างมารดาผู้ป่วย	14.92	59	.25		
แบบแผนการเผชิญปัญหา	19.65	2	9.83	109.22	.000***
ความคลาดเคลื่อน	10.37	118	.09		
รวม	25.29	179			

***p < .001

ตารางที่ 8 เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างค่าเฉลี่ยของคะแนน
แบบแผนการเผชิญปัญหาแบบแผนที่ 1, 2 และ 3 เป็น
รายคู่ ค่ายวิธีนิวแมนคูลส์

ค่าเฉลี่ย	\bar{X}_2	\bar{X}_3	\bar{X}_1
	(1.87)	(2.47)	(2.63)
การเผชิญปัญหาแบบแผนที่ 2 (\bar{X}_2)	-	0.6**	0.76**
การเผชิญปัญหาแบบแผนที่ 3 (\bar{X}_3)		-	0.16**
การเผชิญปัญหาแบบแผนที่ 1 (\bar{X}_1)			-

หมายเหตุ ***p < .01

สมมติฐานที่ 2 กล่าวว่ามารดาผู้ป่วยเด็ก โรคมะเร็ง เม็ดเลือด-ขาวเฉียบพลันชนิดลิมป์โพลลาสจะมีการรับรู้ถึงความพึงพอใจในครอบครัวแต่ละด้านแตกต่างกัน จากตารางที่ 10 พบว่ามีความแตกต่างของคะแนนการรับรู้ถึงความพึงพอใจในครอบครัวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F(2,118) = 10.46, p < .001$) และเมื่อนำค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้ถึงความพึงพอใจในครอบครัวแต่ละด้านมาเปรียบเทียบเป็นรายคู่ด้วยวิธีนิวแมนคูลส์ (ตารางที่ 11) พบว่ามารดามีการรับรู้ถึงความพึงพอใจในครอบครัวด้านโครงสร้างครอบครัว แตกต่างจากด้านการค่าเงินบทบาทและด้านความเปราะบาง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) โดยมีความเครียดต่ำสุดหรือมีความพึงพอใจมากด้านโครงสร้างครอบครัว (ตารางที่ 9) ดังนั้นสมมติฐานข้อ 2 จึงได้รับการสนับสนุนเป็นส่วนใหญ่

ตารางที่ 9 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนการรับรู้ถึงความพึงพอใจในครอบครัวของมารดารายด้านและโดยส่วนรวม

การรับรู้ถึงความพึงพอใจในครอบครัว	\bar{X}	SD
ด้านโครงสร้างครอบครัว	2.08	.74
ด้านการค่าเงินบทบาท	2.51	.68
ด้านความเปราะบาง	2.39	.80
รวม	2.32	.60

ตารางที่ 10 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยจากคะแนนการรับรู้ถึงความพอใจในครอบครัวด้านโครงสร้างครอบครัว การค่าเงินบทบาท และความเบาะบาง ด้วยสถิติวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียวแบบวัดซ้ำ One way repeated measure ANOVA

แหล่งความแปรปรวน	SS	df	MS	F	P
ระหว่างมารดาผู้ช่วย	63.52	59	1.08		
การรับรู้ความพอใจในครอบครัว	5.85	2	2.93	10.46	.000***
ความคลาดเคลื่อน	33.01	118	.28		
รวม	96.53	179			

หมายเหตุ ***p < .001

ตารางที่ 11 เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้ถึงความพอใจในครอบครัวของมารดา ด้านโครงสร้างครอบครัว การค่าเงินบทบาทและความเบาะบาง เป็นรายคู่ด้วยวิธีนิวแมนคูลส์

ค่าเฉลี่ย	\bar{X}_1 (2.08)	\bar{X}_3 (2.39)	\bar{X}_2 (2.51)
ด้านโครงสร้างครอบครัว (\bar{X}_1)	-	0.31**	0.43**
ด้านความเบาะบาง (\bar{X}_3)		-	0.12
ด้านการค่าเงินบทบาท (\bar{X}_2)			-

หมายเหตุ **p < .01

สมมติฐานที่ 3 กล่าวว่าแบบแผนการเผชิญปัญหาและการรับรู้ถึงความผาสุกในครอบครัวของมารดาผู้ป่วยเด็ก โรคมะเร็ง เม็ดเลือดขาวเฉียบ-พลันชนิดลิมป์โพบลาสมารายค้ำและโดยส่วนรวมมีความสัมพันธ์กัน ผลการวิเคราะห์ด้วยการหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson product moment correlation coefficient) พบว่า มีความสัมพันธ์ในทางลบระหว่างการเผชิญปัญหาแบบแผนที่ 1,3 และการเผชิญปัญหาโดยรวมกับการรับรู้ถึงความเครียดด้านโครงสร้างครอบครัวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $r(58) = -.38, p < .01$; $r(58) = -.22, p < .05$; $r(58) = -.24, p < .05$ ตามลำดับ นั่นคือมารดาซึ่งมีการใช้การเผชิญปัญหาแบบแผนที่ 1,3 และวิธีการเผชิญปัญหาโดยรวมมากจะมีการรับรู้ถึงความผาสุกในครอบครัวด้านโครงสร้างครอบครัวมากขึ้นด้วย นอกจากนี้การเผชิญปัญหาแบบแผนที่ 1 ยังมีความสัมพันธ์ในทางลบกับการรับรู้ถึงความเครียดในครอบครัว โดยรวมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $r(58) = -.28, p < .05$ นั่นคือมารดาซึ่งมีการใช้การเผชิญปัญหาแบบแผนที่ 1 มาก การรับรู้ถึงความผาสุกในครอบครัวโดยรวมมากขึ้นด้วย ดังนั้นสมมติฐานข้อนี้จึง ได้รับการสนับสนุนเป็นบางส่วน ดังแสดงไว้ในตารางที่ 12

ตารางที่ 12 ความสัมพันธ์ระหว่างแบบแผนการเผชิญปัญหารายค้ำและโดยส่วนรวม (X) กับการรับรู้ถึงความผาสุกในครอบครัวด้านโครงสร้าง (Y₁) ด้านการค้ำเนินบทบาท (Y₂) ด้านความเปราะบาง (Y₃) และการรับรู้ถึงความผาสุกโดยรวม (Y)

การรับรู้ถึงความผาสุก ในครอบครัว		ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์			
		(r _{xy1})	(r _{xy2})	(r _{xy3})	(r _{xy})
การเผชิญปัญหาแบบแผนที่ 1 (X ₁)		-.38**	-.16	-.10	-.26*
การเผชิญปัญหาแบบแผนที่ 2 (X ₂)		-.04	.13	-.06	.00
การเผชิญปัญหาแบบแผนที่ 3 (X ₃)		-.22*	-.11	-.04	-.15
การเผชิญปัญหา โดยรวม (X)		-.24*	-.04	-.09	-.15

หมายเหตุ **p < .01

*p < .05

สมมติฐานที่ 4 กล่าวว่ามารดาผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวเฉียบพลันชนิดลิมโฟบลาสที่แตกต่างกันด้านอายุ การศึกษา อาชีพ รายได้ครอบครัวและระยะการรักษาผู้ป่วยเด็กจะมีแบบแผนการเผชิญปัญหาในแต่ละแบบแผน และโดยรวมแตกต่างกัน ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยต่างๆ ที่กล่าวมาไม่ทำให้มารดามีการเผชิญปัญหาในแต่ละแบบแผนและโดยรวมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$) ดังตารางที่ 13,14 และ 16 ยกเว้นอาชีพที่ต่างกันจะมีการเผชิญปัญหาในแบบแผนที่ 3 แตกต่างกัน (ตารางที่ 15) โดยมารดาอาชีพเกษตรกรจะมีการใช้การเผชิญปัญหาแบบแผนที่ 3 น้อยกว่าอาชีพอื่นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ดังตารางที่ 17 ดังนั้นสมมติฐานข้อนี้จึงได้รับการสนับสนุนเป็นส่วนน้อย



ตารางที่ 13 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนการเผชิญปัญหาแบบแผนที่ 1 จากแนกตามอายุ การศึกษา อาชีพ รายได้ และระยะการรักษาผู้ป่วยเด็ก

ตัวแปร	\bar{X}	SD	F	P
อายุ(ปี)				
18-35	2.61	0.29	0.86	0.37
38-50	2.67	0.24		
การศึกษา				
ประถมศึกษา	2.62	0.31		
มัธยมศึกษา	2.60	0.26		
อาชีวศึกษา	2.66	0.22	0.25	0.82
ปริญญาตรี	2.70	0.17		
อาชีพ				
รับจ้าง	2.67	0.19		
ค้าขาย	2.71	0.24		
รับราชการ	2.71	0.24	0.1	0.42
เกษตรกร	2.54	0.49		
แม่บ้าน	2.55	0.28		
รายได้(บาท/เดือน)				
ต่ำกว่า 3,000	2.51	0.36		
3,000-5,000	2.64	0.24	1.29	0.33
5,001-10,000	2.65	0.27		
สูงกว่า 10,000	2.72	0.20		
ระยะการรักษาผู้ป่วยเด็ก				
Induction of remission	2.72	0.08		
Intensive	2.55	0.29		
CNS.Prophylaxis	2.51	0.24	0.5	0.75
Maintenance	2.65	0.21		
การรักษาเมื่อโรคกลับเป็นซ้ำ	2.67	0.34		
หยุดการให้ยาเคมีบำบัด	2.49	0.53		

ตารางที่ 14 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนการเผชิญปัญหาแบบ
แผนที่ 2 จำแนกตามอายุ การศึกษา อาชีพ รายได้ และ
ระยะการรักษาผู้ป่วยเด็ก

ตัวแปร	\bar{X}	SD	F	P
อายุ(ปี)				
18-35	1.92	0.44	1.74	0.19
36-50	1.77	0.42		
การศึกษา				
ประถมศึกษา	1.85	0.44		
มัธยมศึกษา	1.81	0.30	0.15	0.91
อาชีวศึกษา	1.94	0.65		
ปริญญาตรี	1.92	0.39		
อาชีพ				
รับจ้าง	1.83	0.40		
ค้าขาย	2.03	0.56		
รับราชการ	2.07	0.43	1.21	0.32
เกษตรกร	1.65	0.59		
แม่บ้าน	1.81	0.32		
รายได้(บาท/เดือน)				
ต่ำกว่า 3,000	1.76	0.39		
3,000-5,000	1.88	0.36	0.35	0.77
5,001-10,000	1.86	0.45		
สูงกว่า 10,000	1.96	0.58		
ระยะการรักษาผู้ป่วยเด็ก				
Induction of remission	1.57	0.41		
Intensive	1.47	0.35		
CNS.Prophylaxis	1.70	0.56	1.56	0.20
คงรักษาอาการเมื่อโรคสงบ	1.89	0.42		
การรักษาเมื่อโรคกลับเป็นซ้ำ	2.02	0.46		
หยุดการให้ยาเคมีบำบัด	1.79	0.41		

ตารางที่ 15 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนการเผชิญปัญหาแบบ
แผนที่ 3 จำแนกตามอายุ การศึกษา อาชีพ รายได้และ
ระยะการรักษาผู้ป่วยเด็ก

ตัวแปร	\bar{X}	SD	F	P
อายุ(ปี)				
18-35	2.45	0.44	0.35	0.56
36-50	2.51	0.34		
การศึกษา				
ประถมศึกษา	2.42	0.46		
มัธยมศึกษา	2.42	0.19	0.82	0.48
อาชีวศึกษา	2.66	0.27		
ปริญญาตรี	2.55	0.37		
อาชีพ				
รับจ้าง	2.56	0.30		
ค้าขาย	2.60	0.30		
รับราชการ	2.64	0.23	3.29	0.02*
เกษตรกร	2.02	0.64		
แม่บ้าน	2.39	0.42		
รายได้(บาท/เดือน)				
ต่ำกว่า 3,000	2.25	0.53		
3,000-5,000	2.45	0.35	2.4	0.09
5,001-10,000	2.63	0.33		
สูงกว่า 10,000	2.47	0.39		
ระยะการรักษาผู้ป่วยเด็ก				
Induction of remission	2.50	0.33		
Intensive	2.59	0.26		
CNS.Prophylaxis	2.33	0.19	1.56	0.17
คงรักษาอาการเมื่อโรคสงบ	2.48	0.41		
การรักษาเมื่อโรคกลับเป็นซ้ำ	2.56	0.30		
หยุดการให้ยาเคมีบำบัด	1.97	0.75		

ตัวอย่างที่ 16 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนการเผชิญปัญหา โดยรวม จำแนกตาม อายุ การศึกษา อาชีพ รายได้ และระยะการรักษาผู้ป่วยเด็ก

ตัวแปร	\bar{X}	SD	F	P
อายุ(ปี)				
18-35	2.30	.31	.08	.78
36-50	2.28	.24		
การศึกษา				
ประถมศึกษา	2.27	.31		
มัธยมศึกษา	2.25	.21	.46	.71
อาชีวศึกษา	2.37	.35		
ปริญญาตรี	2.36	.22		
อาชีพ				
รับจ้าง	2.32	.23		
ค้าขาย	2.42	.31		
รับราชการ	2.44	.27	2.02	.10
เกษตรกร	2.09	.50		
แม่บ้าน	2.22	.22		
รายได้(บาท/เดือน)				
ต่ำกว่า 3,000	2.17	.32		
3,000-5,000	2.30	.22	1.15	.33
5,001-10,000	2.33	.30		
สูงกว่า 10,000	2.37	.32		
ระยะการรักษาผู้ป่วยเด็ก				
Induction of remission	2.22	.06		
Intensive	2.13	.25		
CNS.Prophylaxis	2.16	.35	1.15	.34
คงรักษาอาการ เมื่อโรคสงบ	2.31	.25		
การรักษาเมื่อโรคกลับเป็นซ้ำ	2.39	.30		
หยุดการให้ยาเคมีบำบัด	2.12	.52		

ตารางที่ 17 เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างค่าเฉลี่ยของคะแนน
การเผชิญปัญหาแบบแผนที่ 3 ในกลุ่มมารดาที่มีอาชีพ
แตกต่างกันเป็นรายคู่ ด้วยวิธีนิวแมนคูลส์

ค่าเฉลี่ย	(\bar{X}_4)	(\bar{X}_5)	(\bar{X}_1)	(\bar{X}_2)	(\bar{X}_3)
	(2.02)	(2.39)	(2.58)	(2.60)	(2.64)
เกษตรกร (\bar{X}_4)	-	0.37*	0.54*	0.58*	0.62*
แม่บ้าน (\bar{X}_5)	-	-	0.17	0.21	0.25
รับจ้าง (\bar{X}_1)	-	-	-	0.04	0.08
ค้าขาย (\bar{X}_2)	-	-	-	-	0.04
รับราชการ (\bar{X}_3)	-	-	-	-	-

หมายเหตุ * $p < .05$

การอภิปรายผล

จากการศึกษาแบบแผนการเผชิญปัญหากับการรับรู้ถึงความผาสุกในครอบครัวของมารดาผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวเฉียบพลันชนิดลิมโฟโบลาสในครั้งนี ผู้วิจัยขออภิปรายผลโดยจำแนกตามแบบแผนการเผชิญปัญหา การรับรู้ถึงความผาสุกในครอบครัว ความสัมพันธ์ระหว่างแบบแผนการเผชิญปัญหากับการรับรู้ถึงความผาสุกในครอบครัว และแบบแผนการเผชิญปัญหาของมารดาที่มีปัจจัยต่าง ๆ แตกต่างกัน

แบบแผนการเผชิญปัญหา

การศึกษานี้กลุ่มตัวอย่างมีจำนวน 60 ราย ส่วนใหญ่อยู่ในช่วงผู้ใหญ่ตอนต้น คืออายุ 21-35 ปี การศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 58.3 ส่วนมากบุตรอยู่ในระยะคงรักษาอาการเมื่อโรคสงบถึงร้อยละ 50 ผลการศึกษาการใช้แบบแผนการเผชิญปัญหาในมารดาพบว่า มารดาผู้ป่วยเด็กมีการใช้การเผชิญปัญหาแบบแผนที่ 1 ซึ่งมีลักษณะของความกลมเกลียวช่วยเหลือคำจูงกันภายในครอบครัวและการมองเหตุการณ์ไปในทางที่ดีมากที่สุดและรองลงมาคือแบบแผนที่ 3 ซึ่งมีลักษณะของความเข้าใจในการดูแลรักษา และการพูดคุยกับบุคลากรทีมสุขภาพรวมทั้งญาติผู้ป่วยเด็กคนอื่น ๆ

จากการพิจารณาพฤติกรรมในการเผชิญปัญหาที่มีประโยชน์สูงมาก ดังแสดงไว้ในตารางที่ 2 จะเห็นได้ว่าทั้งแบบแผนที่ 1 และ 3 นั้น พฤติกรรมของมารดาจะเน้นไปที่บุตรซึ่งเจ็บป่วย เช่น "การนำลูกที่มีปัญหาสุขภาพไปคลินิกหรือโรงพยาบาลเป็นประจำตามนัด" "การดูแลรักษาสิ่งแวดล้อม อุปกรณ์เครื่องใช้ส่วนตัวของลูกให้สะอาดตามที่ได้รับคำแนะนำจากแพทย์ พยาบาล" ในแบบแผนที่ 1 "การแน่ใจว่าได้ทำตามหลักเกณฑ์การรักษาตามที่แพทย์สั่งทุกวันที่บ้าน" ในแบบแผนที่ 3 เป็นต้น การที่มีลักษณะพฤติกรรมเช่นนี้เด่นชัด เนื่องจากโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวเฉียบพลันชนิดลิมโฟโบลาสเป็นโรคเรื้อรังที่คุกคามต่อชีวิต ต้องติดตามการรักษา และปฏิบัติตนอย่างถูกต้องตามที่ได้รับคำแนะนำจากทีมสุขภาพอย่างสม่ำเสมอ ได้รับเคมีบำบัดอย่างต่อเนื่องครบตามคำรับการรักษา จนกระทั่งโรคสงบ อีกทั้งต้องเจาะตรวจเลือด ไช้กระดูก และน้ำไขสันหลังเป็นระยะตลอดเวลาแม้โรคสงบแล้วก็ตาม ถ้าขาดการดูแลที่ดีจากครอบครัวย่อมทำให้ผู้ป่วยเด็กเกิดการกลับเป็นซ้ำของโรคได้อีก อันจะก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานต่อตัวบุตรที่เจ็บป่วยและความเครียดในระบบครอบครัว ผลการศึกษาในครั้งนีสอดคล้องกับการศึกษาของศิริพร จันทร์เพ็ญศรี (2523) ในการสำรวจความคิดเห็น

ของผู้ปกครองของผู้ป่วยเด็ก โรคเลือดที่พบบ่อยที่มารับการตรวจรักษาที่แผนกกุมารเวช- ศาสตร์ โรงพยาบาลศิริราช ในระหว่างเดือนเมษายน พ.ศ. 2523 จำนวน 100 ราย ผลการศึกษาพบว่า ผู้ปกครองมีความคิดเห็นต่อเด็ก โรคเลือดเหมือนกันคือ รักและสงสารเด็กมากยิ่งขึ้น เพราะทราบว่าเป็นโรคเรื้อรัง มีความวิตกกังวล เกี่ยวกับอาการเจ็บป่วยตลอดเวลา และจำเป็นต้องเอาใจใส่ สังเกตอาการ เปลี่ยนแปลงอย่างใกล้ชิด ควรพาเด็กมารับการตรวจรักษาทุกครั้งที่แพทย์นัด และเมื่อเด็กมีอาการเจ็บป่วยควรรีบมารับการรักษาก่อนถึงเวลานัด และสอดคล้องกับการศึกษาของกิบสัน (Gibson 1986 : 31-45) ในกลุ่มบิดามารดาผู้ป่วยเด็ก ซิสติกไฟโบรซิสที่อายุตั้งแต่ 10 ปีลงมา จำนวน 56 ราย (มารดา 46 ราย บิดา 10 ราย) เก็บข้อมูลในห้องรอตรวจของโรคพยาบาลเด็ก โดยใช้แบบสอบถาม 4 ชุด ผลการศึกษาจากการใช้แบบวัดแบบแผนการเผชิญปัญหา (CHIP) ว่าแบบแผนการเผชิญปัญหาที่ใช้มากที่สุดคือ แบบแผนที่ 1 และ 3 พฤติกรรมที่มีประโยชน์สูงและมารดาใช้มากที่สุด ในแบบแผนที่ 1 คือ "การเชื่อว่าลูกจะได้รับการดูแลรักษาอย่างดีที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้" และรองลงมาเป็นพฤติกรรมในการเผชิญปัญหาแบบแผนที่ 3 คือ "การแน่ใจว่าได้ทำตามหลักเกณฑ์การรักษาตามที่แพทย์สั่งทุกวันที่บ้าน" ผลการศึกษาการใช้แบบแผนการเผชิญปัญหาเมื่อบุตรเจ็บป่วยให้ผลสอดคล้องเหมือนกันทั้งสิ้น ซึ่งแมคคิบบินและคณะ ได้บรรยายถึงผลการศึกษาของคริสเตียนเซน (Christiansen, 1982) และโบค (Bode, 1983) ในบิดามารดาผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งและเบาหวานว่า การเผชิญปัญหาแบบแผนที่ 1 และ 3 มีประโยชน์สูงมาก โดยที่แบบแผนที่ 2 มีประโยชน์น้อยมาก (McCubbin, et al., 1987 : 186)

การรับรู้ถึงความผาสุกในครอบครัว

ผลการทดสอบทางสถิติ พบว่า สอดคล้องกับสมมติฐานที่ 2 เป็นส่วนมาก นั่นคือ มารดาผู้ป่วยเด็ก โรคมะเร็ง เม็ดเลือดขาวเฉียบพลันชนิดลิมฟ์โอบลาสมิกการรับรู้ถึงความผาสุกในครอบครัว ด้านโครงสร้างครอบครัวสูงแตกต่างจากด้านการค่าเน้นบทบาท และความเปราะบาง หากพิจารณาคะแนนเฉลี่ยของทุกหัวข้อใน 3 ด้าน จะพบว่า หัวข้อความพึงพอใจในครอบครัวมีคะแนนเฉลี่ยค่าสุดคือ 1.40 และความขัดแย้งในบทบาทมีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด รองลงมาคือ บทบาทที่มีมากเกินไป คือมีคะแนนเฉลี่ย 3.69 และ 3.57 ตามลำดับ ทั้งนี้เมื่อศึกษาคะแนนเฉลี่ยในแต่ละด้านจะพบว่า การรับรู้ความผาสุกในครอบครัว ด้านโครงสร้างครอบครัว หัวข้อความผูกพันกลมเกลียวในครอบครัวมีคะแนนเฉลี่ยของความเครียดสูงสุดคือ 2.30 ส่วนด้านการค่าเน้นบทบาทนั้น มารดามีความเครียดน้อยในหัวข้อการเตรียมพร้อมในบทบาท โดยมีคะแนนเฉลี่ย 1.72

ด้านสุดท้าย ได้แก่ ด้านความเปราะบาง คะแนนเฉลี่ยปัญหาภายในซึ่งสัมพันธ์กับจิตเท่ากับ 2.63 อยู่ในระดับปานกลาง หมายถึงมีอาการเป็นครั้งคราว เมื่อเปรียบเทียบกับการศึกษาในกลุ่มของบิดามารดาผู้ป่วยเด็กเรื้อรัง จำนวน 96 รายของคาลด์เวลล์ ในปี 1986 ซึ่งใช้แบบสอบถามเดียวกันพบว่า ส่วนใหญ่ให้ผลสอดคล้องกัน โดยคะแนนเฉลี่ยของทุกหัวข้อใน 3 ด้านนั้น หัวข้อความพึงพอใจในครอบครัวมีคะแนนเฉลี่ยความเครียดต่ำสุดเท่ากับ 1.93 และความขัดแย้งในบทบาทมีคะแนนเฉลี่ยความเครียดสูงสุดคือ 3.64 แต่เมื่อพิจารณารายด้านจะพบว่า หัวข้อความเครียดในครอบครัวมีคะแนนเฉลี่ยสูงสุดในด้านโครงสร้างครอบครัวคือ 3.05 ด้านการดำเนินบทบาทมารดาที่มีความเครียดต่ำในหัวข้อบทบาทที่ไม่มีส่วนร่วมมีคะแนนเฉลี่ย 2.17 ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาครั้งนี้ ส่วนด้านความเปราะบางปัญหาภายในซึ่งสัมพันธ์กับจิตมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลางเช่นกัน แต่สูงกว่าการศึกษาครั้งนี้โดยมีคะแนนเท่ากับ 2.72 (Callwell, in Waltz and Strickland, ed. 1988 : 408) แสดงให้เห็นว่าในครอบครัวที่มีบุตรเจ็บป่วยเรื้อรัง การดำเนินบทบาทซึ่งเป็นหัวใจสำคัญของความผาสุกในระบบครอบครัวถูกกระทบอย่างมาก โดยเฉพาะอย่างยิ่งความขัดแย้งในบทบาทและบทบาทที่มีมากเกินไปอาจเนื่องจากภาวะการเจ็บป่วยเรื้อรังอีกทั้งคุกคามต่อชีวิต ดังเช่นโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวเฉียบพลันชนิดลิมโฟโบลาสต์ เมื่อเกิดกับสมาชิกในครอบครัวย่อมทำให้ความต้องการภายในครอบครัวมากยิ่งขึ้น ทั้งความต้องการดูแลเอาใจใส่ในบุตรเจ็บป่วยและบุตรที่ปกติหรือความต้องการด้านการเงินที่เพิ่มขึ้น เป็นต้น การที่มารดาจะคงไว้ซึ่งความสมดุลในระบบครอบครัวได้ จากความต้องการที่สูงขึ้นของสมาชิกครอบครัวและจากบทบาทที่แสดงอยู่นั้นอาจไม่ตรงกับความต้องการของสมาชิกครอบครัวทำให้เกิดความตึงเครียด โดยเฉพาะอย่างยิ่งในมารดาซึ่งต้องรับผิดชอบสูงในการดูแลบ้านและบุตรในขณะที่ต้องรับผิดชอบงานนอกบ้าน (Caldwell in Waltz and Strickland, ed. 1988 : 402) ซึ่งในกลุ่มที่ศึกษาครั้งนี้มารดาส่วนมากจะประกอบอาชีพถึงร้อยละ 70 และมีบุตรตั้งแต่ 2 คนขึ้นไปถึงร้อยละ 86.7

จากการศึกษาครั้งนี้แม้ว่าด้านโครงสร้างครอบครัวมีคะแนนเฉลี่ยความเครียดน้อยกว่าด้านอื่น แต่อย่างไรก็ตามคะแนนเฉลี่ยความเครียดหัวข้อความผูกพันกลมเกลียวในครอบครัวค่อนข้างสูงคือ 2.30 เมื่อพิจารณาแบบสอบถามจะพบว่า ข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยความเครียดสูงมากในหัวข้อนี้คือ "ถ้าฉันเลือกทำในสิ่งที่แตกต่างไปจากที่ครอบครัวเคยทำ อาจก่อให้เกิดความตึงเครียดอย่างมากในครอบครัว" มีคะแนนเฉลี่ยสูงถึง 3.35 คะแนน ซึ่งคอสเทลและไลเคอร์แมน (Costell & Liederman, 1968) กล่าวว่า ความผูกพันกลมเกลียวในครอบครัวจะช่วยสมาชิกลดความไวต่อการรับความเครียด แต่ทั้งนี้

อาจเพิ่มความเครียดให้กับสมาชิกที่พยายามจะเปลี่ยนแปลงบรรทัดฐานของครอบครัว (Cited in Caldwell, in Waltz and Stricklan, ed. 1988 : 400) ดังนั้นในลักษณะของสังคมไทย ซึ่งมีบรรทัดฐานของสังคมอันส่งผลต่อระบบครอบครัวอย่างมากจึงอาจทำให้มารดาที่มีความรู้สึกว่าจะต้องอยู่ในบรรทัดฐานของครอบครัว ถ้าหากทำในสิ่งที่แตกต่างออกไป อาจก่อให้เกิดความเครียดในครอบครัวได้ แต่อย่างไรก็ตามมารดาหลายรายกล่าวว่าตนเอง ไม่คิดที่จะทำอะไรแปลกแตกต่างจากที่เคยทำอยู่ เหตุการณ์ที่จะทำให้ครอบครัวทิ้งเครียดจากเรื่องนี้จึงไม่มี แต่จากคำถามว่าถ้าเกิดเหตุการณ์เช่นนี้ ตนเองคิดว่าครอบครัวจะเครียดหรือไม่ จึงเป็นการคาดเดาเหตุการณ์แต่ไม่ใช่ความตึงเครียดขณะนั้น

เมื่อพิจารณาค่าคะแนนเฉลี่ยจะพบว่า มารดารายงานความผาสุกด้านโครงสร้างครอบครัวมากในหัวข้อความพึงพอใจในครอบครัว ($\bar{X} = 1.40$) ด้านการดำเนินบทบาท คือ การเตรียมพร้อมในบทบาท ($\bar{X} = 1.72$) และด้านความเปราะบางคือ ความพึงพอใจในชีวิต ($\bar{X} = 2.05$) อาจแสดงให้เห็นว่าถึงว่าแม้มารดาจะเผชิญภาวะเครียดจากการเจ็บป่วยเรื้อรังที่คุกคามต่อชีวิตระยะยาวของบุตรด้วย โรคมะเร็ง เม็ดเลือดขาวเฉียบพลันชนิดลิมโฟบลาส มารดาในกลุ่มผู้ป่วยนี้ยังคงมีความพึงพอใจในครอบครัวมาก จากลักษณะกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระยะคงรักษาอาการ เมื่อโรคสงบถึงร้อยละ 50 ระยะคงรักษาอาการเมื่อโรคสงบหลังโรคกลับเป็นซ้ำร้อยละ 16.7 และหยุดการให้ยาเคมีบำบัดร้อยละ 6.6 ซึ่งคิดรวมแล้วมีถึงร้อยละ 73.3 จึงอาจทำให้มารดาเหล่านี้สามารถรวมเอาความเจ็บป่วยเข้าไว้ในชีวิตประจำวัน เพราะได้ผ่านภาวะวิกฤตและปัจจุบันโรคอยู่ในระยะสงบ ระบบครอบครัวมีการปรับตัวเข้าสู่สมดุลใหม่ที่มารดาสามารถรับรู้ความพึงพอใจในชีวิตครอบครัวได้

ความสัมพันธ์ระหว่างแบบแผนการเผชิญปัญหากับการรับรู้ถึงความผาสุกในครอบครัว

ผลการศึกษาพบว่า มารดายังมีการใช้การเผชิญปัญหาแบบแผนที่ 1 แบบแผนที่ 3 และวิธีการเผชิญปัญหาโดยรวมมากจะมีการรับรู้ถึงความผาสุกในครอบครัวด้านโครงสร้างครอบครัวมากขึ้นด้วย และนอกจากนี้เมื่อมารดาใช้การเผชิญปัญหาแบบแผนที่ 1 มากการรับรู้ถึงความผาสุกโดยรวมมากขึ้นด้วย (ตารางที่ 12)

เมื่อพิจารณาลักษณะพฤติกรรมการเผชิญปัญหาแบบแผนที่ 1 ซึ่งมีลักษณะของความกลมเกลียวช่วยเหลือค่าจนกัน ไม่ว่าจะเป็นมารดากับผู้ป่วยเด็ก หรือสามีกับภรรยา และการมองเหตุการณ์ไปในทางที่ดี รวมทั้งการเผชิญปัญหาแบบแผนที่ 3 ซึ่งเป็นการใช้การสนับสนุนทางสังคมจากบุคลากรทีมสุขภาพ และบิดามารดาผู้ป่วยเด็กคนอื่น ๆ ที่เป็นโรคเดียวกัน มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ความพึงพอใจในครอบครัวค่านิยมโครงสร้างครอบครัวซึ่งประกอบด้วยความพึงพอใจในครอบครัว ความเครียดในครอบครัว แรงสนับสนุนในครอบครัว ความผูกพันกลมเกลียวในครอบครัว เนื่องจาก เมื่อบุคคลอยู่ในภาวะวิกฤตจะต้องการแรงสนับสนุนในครอบครัว และครอบครัวอาจต้องการแรงสนับสนุนจากพยาบาลหรือบุคคลอื่นที่ตระหนักถึงความต้องการ และการเผชิญปัญหาที่มีประโยชน์ของครอบครัว (Brase, 1973 : 280).

ครอบครัวที่ใช้การเผชิญปัญหา โดยการคงไว้ซึ่งแหล่งประโยชน์ภายในครอบครัวด้วยการสนับสนุนซึ่งกันและกันย่อมต้องมีการสื่อสารที่ดีมีการแลกเปลี่ยนความรู้สึกนึกคิด และมีส่วนร่วมในกิจกรรมต่างๆ ของครอบครัว จากการศึกษาของฟรายด์แมน (Friedman, 1985 Cited in Friedman, 1986 : 250) พบว่า การแลกเปลี่ยนความคิดเห็นและความรู้สึกระหว่างกันช่วยให้ความสัมพันธ์แน่นแฟ้นขึ้นและคงอยู่ต่อไป อีกทั้งช่วยในการจัดการกับความเครียดที่เกิดขึ้น ช่วยให้มีความภาคภูมิใจลดน้อยลง ทั้งนี้การสนับสนุนและการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกับคู่สมรส จะลดความขัดแย้งในครอบครัวผู้ป่วยเด็ก โรคมะเร็งในระยะโรคสงบจากการสัมภาษณ์และพูดคุยในการศึกษาครั้งนี้ มารดาหลายรายกล่าวว่า เมื่อลูกเจ็บป่วยด้วยโรคนี้นตนเองรู้สึกว่าคุณสมรถมีความผูกพันกลมเกลียวมากขึ้น มารดา รายหนึ่งกล่าวว่า "เราร้องไห้ด้วยกันเมื่อรู้ว่าลูก เป็นโรคนี้นหลังจากนั้นจะช่วยกันคิดแก้ไขสถานการณ์" อีกรายหนึ่งกล่าวว่า "สามีเลิกดื่มเหล้า תישחק เพราะต้องการเงินและเก็บออมมาใช้จ่ายค่ารักษาพยาบาล และสามีเมื่ออยู่บ้านจะช่วยเลี้ยงดูบุตรเพิ่มขึ้น" แต่อย่างไรก็ตามมีมารดา รายหนึ่ง เมื่อลูกป่วยด้วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว เฉียบพลันชนิดลิมโฟบลาสตามันอยู่ต่างจังหวัด มีฐานะค่อนข้างยากจน สามีซึ่งไม่สนใจครอบครัวเท่าที่ควรมาก่อนเมื่อรู้ว่าลูกป่วยด้วยโรคนี้นกลับรู้สึกหงุดหงิด ไม่สนใจ ไม่กลับบ้านบ่อยครั้งขึ้นและต่อมามีภรรยาและบุตรใหม่เพิ่มอีกครอบครัว โดยมาเยี่ยมครอบครัวเก่าเป็นระยะ ดังนั้นโครงสร้างของครอบครัว และการเผชิญปัญหา โดยใช้การสนับสนุนจากครอบครัวย่อมมีความสัมพันธ์ทางบวกจริงสอดคล้องกับแนวคิดที่ใช้ในการศึกษา

ดังที่ได้กล่าวมาแล้วว่าพฤติกรรมการเผชิญปัญหาในลักษณะของการดูแลบุตรอย่างใกล้ชิดในแบบแผนที่ 1 มีประโยชน์สูงมาก และการปรึกษาหารือร่วมกับบุคลากรทีมสุขภาพ และบิดามารดาผู้ป่วยเด็กคนอื่น ๆ ที่มีสภาพใกล้เคียงกันใน

แบบแผนที่ 3 มีประโยชน์สูงรองลงมา มีส่วนสัมพันธ์ทางบวกกับความผาสุกในครอบครัวด้านโครงสร้างครอบครัว เนื่องจากการดูแลเอาใจใส่ที่ดีต่อบุตรจากครอบครัว และการพาบุตรที่เจ็บป่วย ไปพบแพทย์อย่างท้อเนื่องย่อมช่วยให้อาการเจ็บป่วยทุเลาลงกลับเข้าสู่ระยะ โรคสงบได้เร็วและยาวนาน เมื่อบุตรอาการดีขึ้น การดำเนินชีวิตภายในครอบครัวก็สามารถกลับสู่สมคูลใหม่ได้โดยง่าย ซึ่งเฮฟฟรอนและคณะ พบว่า ปัญหาความเครียดเนื่องจากความเจ็บป่วยของสมาชิกครอบครัวจะลดลง ในครอบครัวที่สามารถรวมเอาความเจ็บป่วยเข้าไว้ใน การดำเนินชีวิตของพวกเขาได้ (Heffron, Bammlease and Master 1973 : 831-839) ทั้งนี้การดำเนินบทบาทหน้าที่จะเป็น ไป ได้ดีขึ้นจากการติดต่อสื่อสารภายในครอบครัวซึ่งถือเป็นปัจจัยสำคัญของคุณภาพชีวิตในครอบครัว (Friedman, 1986 : 248) สอดคล้องกับงานของคอบบ์และนัก โคลส์ (Cobb, 1776 ; Nuckolls, 1975) ซึ่งพบว่า แรงสนับสนุนภายในครอบครัวจะช่วยปกป้องคุ้มครองบุคคลในภาวะวิกฤตจากการเบี่ยงเบนทางสุขภาพระยะยาว เช่น วัณโรค มะเร็ง อากาศซึมเศร้าและกลุ่มอาการล้มเหลวทางสังคม (Cited in Caldwell, 1988 : 399)

ในการเผชิญปัญหาแบบแผนที่ 3 ซึ่งมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความผาสุกครอบครัวด้านโครงสร้างครอบครัวนั้นมีการศึกษาที่สนับสนุน ได้แก่ งานของมอร์โรและคณะ (Morrow, et al., 1984 : 763-765) ซึ่งศึกษาการปรับเข้าทางด้านจิตสังคมในบิดามารดาผู้ป่วยเด็ก โรคมะเร็ง 107 ราย ผลการศึกษาพบว่า การปรับเข้าทางจิตสังคมของบิดามารดาที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการรับรู้ถึงการได้รับการสนับสนุนจาก คู่สมรส ญาติ แพทย์ และผู้ปกครองเด็กป่วยคนอื่น ๆ ที่เป็นโรคเดียวกัน มีการศึกษาของทิมสุภาพทั้งแพทย์และพยาบาล ซึ่งให้ผลการศึกษาเหมือนกันคือ การให้ข้อมูลและการมีปฏิสัมพันธ์ที่ดีระหว่างทิมสุภาพกับบิดามารดาผู้ป่วยเด็ก โรคมะเร็ง รวมทั้งการตั้งกลุ่มช่วยเหลือกันระหว่างบิดามารดาผู้ป่วยเด็ก จะช่วยให้การเผชิญปัญหาของเด็กและครอบครัวดีขึ้น (Adame, 1978 : 734-738 ; Lovejoy, 1986 : 33-37 ; Wallace et al., 1984 : 30-35)

นอกจากการเผชิญปัญหาแบบแผนที่ 1 และ 3 จะมีความสัมพันธ์กับความผาสุกด้านโครงสร้างแล้วการศึกษาในครั้งนี้ยังพบว่า เมื่อมารดาใช้วิธีการเผชิญปัญหามากความผาสุกด้านโครงสร้างมากขึ้นด้วยเช่นกัน ทั้งนี้เนื่องจากเป็นการเรียกใช้แหล่งประโยชน์ที่มีอยู่เดิม และที่เพิ่มเติมได้มาก เพียงพอต่อการตอบสนองของความต้องการของครอบครัวได้มากเท่าไร ก็ยิ่งทำให้ระบบครอบครัวเข้าสู่ระบบสมคูลได้ดีขึ้นเท่านั้น ฉะนั้นความผาสุกในครอบครัวด้านโครงสร้างย่อมสูงขึ้น

จากการศึกษาของศากุล คงพันธ์ เรื่อง "ความสัมพันธ์ระหว่างวิธีการเผชิญความเครียดกับความผาสุก โดยทั่วไปในมารดาของเด็กที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล" โดยที่ใช้แบบประเมินวิธีการเผชิญความเครียด (F-COPES) ของแมคคัมบีนและคณะ และแบบประเมินความผาสุก โดยทั่วไปของคูพาย (Dupuy, 1987) กับกลุ่มตัวอย่าง 70 ราย พบว่าวิธีการเผชิญความเครียดด้านความสามารถในการยอมรับปัญหา เพื่อลดแรงปฏิกิริยามีความสัมพันธ์ทางบวกกับความผาสุก โดยทั่วไป แต่ด้านกาารพึ่งพาแหล่งประ โยชน์ทางศาสนา เพื่อน และชุมชน มีความสัมพันธ์ทางลบกับความผาสุก โดยทั่วไป (ศากุล คงพันธ์, 2533 : 36-37) เมื่อนามาเปรียบเทียบกับการศึกษาในครั้งนี้มีส่วนสอดคล้องบางประเด็น ได้แก่ วิธีการเผชิญความเครียดด้านความสามารถในการยอมรับปัญหา เพื่อลดแรงปฏิกิริยาเป็นการเผชิญความเครียด โดยมุ่งแก้ปัญหา ซึ่งการเผชิญปัญหาแบบแผนที่ 1 และ 3 ล้วนมุ่งไปที่การแก้ไขปัญหาลักษณะสุขภาพของบุตร เป็นสำคัญ โดยการใช้แหล่งประ โยชน์ทั้งภายในครอบครัวและชุมชนคือทีมสุขภาพ แต่การศึกษาของศากุลพบเพียงความสัมพันธ์ระหว่างความผาสุกทั่วไปกับการเผชิญความเครียด โดยที่ใช้แหล่งประ โยชน์ภายในครอบครัวเท่านั้น อาจเนื่องจากแหล่งประ โยชน์จากชุมชนในแบบสอบถามการเผชิญความเครียด 2 ใน 3 ข้อ เป็นแหล่งประ โยชน์ด้านสุขภาพ (McCubbin, et al., 1987 : 198) ดังนั้นเมื่อมีภาวะ เบี่ยงเบนทางสุขภาพเกิดขึ้นจากการที่ลูกเจ็บป่วยต้อง เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล จึงทำให้วิธีการเผชิญความเครียดมีความสัมพันธ์ทางลบกับความผาสุกทั่วไป ส่วนการเผชิญปัญหา โดยการใช้การสนับสนุนทางสังคมจากกลุ่มเพื่อน และเพื่อนบ้าน ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของแบบแผนที่ 2 รวมทั้งการนับถือตนเองและความมั่นคงทางจิตใจ ไม่มีความสัมพันธ์กับความผาสุกในครอบครัว เนื่องจากไม่สามารถช่วยแก้ปัญหาความเจ็บป่วยที่ครอบครัวเผชิญอยู่ได้อย่างแท้จริง จากการสัมภาษณ์และพูดคุยกับมารดาผู้ป่วย เด็กในการศึกษาครั้งนี้ทำให้ผู้วิจัยทราบว่า การสื่อสารกับบุคคลทั่วไปที่ไม่ทราบข้อเท็จจริง และ ไม่มีประสบการณ์จะทำให้เพิ่มความเครียดในครอบครัวทั้งกับบุตรที่เจ็บป่วยและตนเอง อีกทั้งข่าวการเป็นโรคนี้อาจแพร่กระจายในสังคม ทำให้ครอบครัวรู้สึกว่ารอคนี้อยู่กับคนตลอด เพราะจะมีคนคอยซักถาม ซึ่งในภาวะ โรคสงบนั้น เด็กจะเหมือนเด็กปกติทั่วไป ถ้ามีปฏิกิริยาจากบุคคลภายนอกจะทำให้ผู้ป่วย เด็กสงสัยในการพยากรณ์ของโรค และเครียดได้

การที่การเผชิญปัญหาแบบแผนที่ 1 มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการรับรู้ถึงความผาสุกในครอบครัวด้านโครงสร้าง และการรับรู้ถึงความผาสุกในครอบครัวโดยรวม แต่ไม่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ถึงความผาสุกด้านกาารค่านิยมบทบาทและความเบาะบางในครอบครัว อาจเนื่องจากในแต่ละหัวข้อของด้านดังกล่าวมีคะแนนเฉลี่ยทั้งสูงและต่ำ เมื่อ เป็นรายด้านคะแนนเฉลี่ยจึง ไม่มากพอ เมื่อนามาหาความสัมพันธ์กับแบบแผนการเผชิญปัญหา

ปัจจัยบางประการที่มีผลต่อแบบแผนการเผชิญปัญหา

ผลการวิเคราะห์ทางสถิติพบว่า มารดาที่มีความแตกต่างกันด้าน อายุ การศึกษา อาชีพ รายได้ครอบครัว และระยะเวลาการกับผู้ป่วยเด็ก มีการเผชิญปัญหาในแต่ละแบบแผน และโดยส่วนรวมไม่แตกต่างกัน ยกเว้นอาชีพเกษตรกรจะมีการใช้การเผชิญปัญหาแบบแผนที่ 3 น้อยกว่าอาชีพอื่น (ตารางที่ 13-17) ผู้วิจัยขออภิปรายตามปัจจัยต่างๆ ดังนี้

1. ปัจจัยด้านอายุ

จากการศึกษาของ โกลด์เคน (Golden, 1983 Cited in McCubbin et al., 1988 : 188) โดยใช้แบบวัดแบบแผนการเผชิญปัญหา (CHIP) พบว่า อายุของบิดามารดาเด็กคลอคก่อนกำหนดมีผลต่อการเผชิญปัญหา โดยมารดาที่มีอายุมากกว่า 25 ปี จะใช้การเผชิญปัญหามุ่งเน้นที่ความกลมเกลียวในครอบครัว (แบบแผนที่ 1) และ การคิดต่อกับทีมสุขภาพ (แบบแผนที่ 3) เพิ่มขึ้น ในขณะที่การพยายามคงไว้ซึ่งการสนับสนุนทางสังคม และความมั่นคงทางจิตใจ (แบบแผนที่ 2) มีคะแนนลดลงสอดคล้องกับการศึกษาของมอร์โรและคณะ (Morrow, et al., 1981 : 763-765) ซึ่งพบว่า กลุ่มบิดามารดาที่มีอายุมากกว่า 30 ปี จะมีการปรับเข้าทางจิตสังคม ได้ดีกว่ากลุ่มที่มีอายุน้อย แต่การศึกษานี้ของนิคยา สุทธยากร (2531 : 50-51) ในญาติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองปัจจุบัน

โดยใช้แบบวัดพฤติกรรมการเผชิญปัญหาของจาโลวีส (Jalowiec) ไม่พบว่า ในกลุ่มอายุที่แตกต่างกันจะมีพฤติกรรมการเผชิญปัญหาที่แตกต่างกัน เช่นเดียวกับการศึกษาในครั้งนี้ซึ่งไม่พบความแตกต่างของการเผชิญปัญหาในแต่ละแบบแผน และโดยส่วนรวมในกลุ่มมารดาที่มีอายุแตกต่างกันคือ กลุ่มผู้ใหญ่ตอนต้นและกลุ่มผู้ใหญ่ตอนปลาย อาจอธิบายผลการศึกษานี้ได้จากลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง ส่วนมากอยู่ในวัยผู้ใหญ่อายุมากกว่า 24 ปี โดยอายุต่ำสุด 21 ปี มีเพียง 1 ราย และ 24 ปี 1 ราย ระยะเวลาที่บุตรเข้ารับการรักษา มากกว่า 1 ปี มีร้อยละ 68.3 และระยะเวลาการรักษาส่วนใหญ่อยู่ในระยะคงรักษาอาการเมื่อโรคสงบ (ตารางที่ 1) ชีวิตจึงผ่านประสบการณ์มากมายเนื่องจากเป็นช่วงการปรับตัวทำให้มีการหาแหล่งประโยชน์เพิ่มเติมในการเผชิญปัญหา เพื่อตอบสนองต่อความต้องการของครอบครัวที่เพิ่มขึ้นเมื่อเผชิญภาวะวิกฤตเพื่อไปสู่สมคูลใหม่ ดังที่เวเชเทอร์ (Waechter in Krulik ed., 1987 : 243-244) กล่าวไว้ว่าประสบการณ์และการสนับสนุนที่มีอยู่ในอดีตเมื่อเผชิญกับความเครียดจะช่วยให้บุคคลเผชิญกับเหตุการณ์ในปัจจุบันและอนาคต ได้ถ้าสามารถพัฒนาการแก้ไขปัญหา และการเผชิญความเครียดเพิ่มขึ้นย่อมเพิ่มความแข็งแกร่ง และการมองเหตุการณ์ไปในทางที่ดีของบุคคลนั้น ซึ่งอาจสัมพันธ์กับอายุแต่ไม่เสมอไป

2. บังคับด้านการศึกษา

แมคคับบินและคณะกล่าวว่า แหล่งประโยชน์ภายในตัวบุคคลเป็นปัจจัยหนึ่งที่จะช่วยในการปรับเข้ากับความเครียดที่เกิดขึ้น เป็นลักษณะของสมาชิกแต่ละคนในครอบครัวที่จะช่วยเหลือสมาชิกคนอื่นว่า เมื่อต้องการประกอบด้วย ด้านการเงินคือมีเศรษฐกิจดี, ด้านการศึกษาซึ่งจะช่วยเพิ่มความสามารถในการคิดพิจารณา รับรู้ต่อความเครียดที่เกิดขึ้น ได้ถูกต้อง และเพิ่มทักษะในการแก้ไขปัญหา ด้านสุขภาพโดยมีสุขภาพกายที่ดี และแหล่งประโยชน์ด้านจิตใจจากลักษณะบุคลิกภาพ (George, 1980 Cited in McCubbin et al., 1980 : 801)

จากการศึกษาครั้งนี้เมื่อพิจารณาค่าคะแนนเฉลี่ยจะพบว่า มารดาที่มีการศึกษาสูงจะมีการใช้พฤติกรรมการเผชิญปัญหาทั้งแบบแผนที่ 1, 2, 3 และโดยรวมแต่ละคะแนนต่างกันเพียงเล็กน้อย จึงไม่พบความแตกต่างเมื่อวิเคราะห์ความแตกต่างของคะแนนการเผชิญปัญหาทางสถิติ ทั้งนี้อาจเนื่องจาก ในแบบแผนที่ 1 ซึ่งเป็นลักษณะของความกลมเกลียวในครอบครัวนั้น ไม่ว่าจะมารดาจะมีการศึกษาระดับใด การใช้ความกลมเกลียวซึ่งเน้นแหล่งประโยชน์ในครอบครัวอาจไม่แตกต่างกันเพราะเป็นลักษณะของสังคมไทย ซึ่งมีความผูกพันกลมเกลียวในครอบครัวสูง และจากลักษณะของกลุ่มตัวอย่างมารดาจะเป็นผู้พหุบุตรมาตรวจรักษาอย่างต่อเนื่อง ถ้าหากขาดความกลมเกลียวอาจละทิ้งไม่เอาใจใส่พหุบุตรมาโรงพยาบาลทำให้ กลุ่มตัวอย่างนี้จึงมีคะแนนในแบบแผนที่สูง มารดาที่มีการเผชิญปัญหาแบบแผนที่ 2 ไม่แตกต่างกัน อาจเนื่องจากลักษณะความเจ็บป่วยที่คุกคามต่อชีวิตระยะยาวนี้ ไม่ว่าจะมารดาที่มีการศึกษาระดับใดต้องล้วนมุ่งความสนใจไปที่สุขภาพของผู้ป่วยเด็ก ดังนั้นการเผชิญปัญหาที่ไม่สามารถช่วยในด้านของการลดแรงตึงเครียดจากความเจ็บป่วยได้โดยตรงจึงมีประโยชน์น้อย และการเผชิญปัญหาแบบแผนที่ 3 ซึ่งเป็นการใช้แหล่งประโยชน์จากทีมสุขภาพ ส่วนมากแล้วแพทย์จะให้ความสนใจ และมักจะอธิบายถึงประเด็นที่สำคัญให้ครอบครัวผู้ป่วยได้รับรู้ข้อมูลเกี่ยวกับโรคทั้งสิ้นไม่ว่าจะการศึกษาระดับใด แต่ทั้งนี้ความเข้าใจหรือความสามารถในการคิดพิจารณาซักถามอาจแตกต่างกัน อย่างไรก็ตามครอบครัวผู้ป่วยเด็กรู้สึกว่ ทีมสุขภาพเป็นแหล่งประโยชน์ที่สำคัญมาก เพราะจะช่วยในเรื่องของความเจ็บป่วยของบุตรได้โดยตรง ซึ่งจากการสัมภาษณ์รวมทั้งประสบการณ์ในขณะเก็บข้อมูล พบว่า มารดาที่มีการศึกษาสูงจะมีการค้นหาข้อมูล อย่างมาก เช่น สังเกตผลเลือด ผลการเจาะไขกระดูก ศัพท์ย่อทางการแพทย์ เช่น L1 L2 L3 หมายถึงอะไร เม็ดเลือดขาวเท่าไรจึงจะดี ผลเลือดขณะนี้ดีขึ้นหรือไม่ ให้ยาตัวนี้จะมีผลอย่างไร และตนเองสังเกตพบการเปลี่ยนแปลงอย่างไรบ้างในผู้ป่วยเด็ก เป็นต้น แต่เมื่อนามาวิเคราะห์ทางสถิติ พบว่า มารดาที่มีการศึกษา

แตกต่างกันมีการ เจริญปัญหาในแต่ละแบบแผน และโดยรวมไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) อาจเนื่องจากแบบวัดแบบแผนการ เจริญปัญหาเป็นการวัดการรับรู้ถึงประโยชน์จากพฤติกรรมการ เจริญปัญหามีได้วิเคราะห์แยกของพฤติกรรมที่มีประโยชน์นั้น

3. ปัจจัยด้านอาชีพ

นิคชา สุทธยากร (2531 : 41-63) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการ เจริญปัญหากับความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วย โรคหลอดเลือดสมองปัจจุบันของญาติ ซึ่งเป็นผู้หญิงร้อยละ 65 พบว่า กลุ่มอาชีพที่ทำงานในบ้านและนอกบ้านมีการ เจริญปัญหา ไม่แตกต่างกัน แต่จากการศึกษาครั้งนี้พบว่า ในกลุ่มอาชีพเกษตรกรใช้การ เจริญปัญหาแบบแผนที่ 3 อันเป็นความเข้าใจในการดูแลรักษาตลอดจนพูดคุยกับญาติเด็กป่วยคนอื่น ๆ การปรึกษากับบุคคลต่าง ๆ รวมทั้งบุคลากรทีมสุขภาพ มีประโยชน์น้อยกว่ากลุ่มรับจ้าง ค้าขาย รับราชการ และแม่บ้าน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) (คงคารางที่ 15,17) อาจอธิบายได้ว่าเนื่องจากลักษณะของมารคากลุ่มเกษตรกร ส่วนมากจะมีความศึกษาน้อย และอยู่ในสังคมชนบทการ ได้รับข้อมูลข่าวสารต่าง ๆ อาจได้รับน้อยกว่ามารคากลุ่มอาชีพอื่น ๆ ทำให้ความรู้ความเข้าใจหรือการตั้งข้อคำถาม ความสงสัยเกี่ยวกับโรคมาเร็งเม็ดเลือดขาว ไม่มาก เท่ากับมารคาในสังคมเมือง ดังนั้นแหล่งประโยชน์จากทีมสุขภาพหรือการอ่านเอกสารต่าง ๆ จึงมีน้อยกว่า

4. ปัจจัยด้านรายได้ครอบครัว

จากการที่รายได้ เป็นแหล่งประโยชน์ภายในครอบครัว เมื่อสมาชิกภายในครอบครัวมีเศรษฐกิจดี ย่อมมีส่วนช่วยตอบสนองความต้องการของระบบครอบครัวที่เพิ่มขึ้นได้ (McCubbin, et al., 1987 : 17) แต่จากการศึกษาของเวนตูรา (Ventura, 1988 : 77-80) โดยใช้แบบสอบถามการ เจริญปัญหาในครอบครัว (FCI) ของแมคคับบินและคณะ พบว่าปัจจัยด้านเศรษฐกิจ ไม่มีผลต่อแบบแผนการ เจริญปัญหาในมารคาทารกวัย 2-3 เดือน เช่นเดียวกับการศึกษาในครั้งนี้ ผลการวิเคราะห์ทางสถิติ ไม่พบความแตกต่างของแต่ละแบบแผนการ เจริญปัญหา และโดยรวมในกลุ่มที่มีรายได้ครอบครัวแตกต่างกัน อาจอธิบายได้ว่าครอบครัวที่มีความพึงพอใจในครอบครัวสูงปัญหาเศรษฐกิจจะ ไม่ใช่ปัญหาใหญ่ (Caldwell, in Waltz and Strickland, ed. 1988 : 399) ซึ่งจากลักษณะกลุ่มตัวอย่าง เมื่อวัดการรับรู้ถึงความผาสุกในครอบครัว พบว่า แม้ผ่านภาวะวิกฤตมาอยู่ในระยะของการปรับตัว ความพึงพอใจใน ครอบครัวอยู่ในเกณฑ์สูง ฉะนั้น ไม่ว่าจะมียาได้ อยู่ในระดับใดครอบครัวจะมีการปรับตัว เพื่อให้เกิด

ความสมดุลระหว่างความต้องการกับแหล่งประโยชน์ ทางด้านเศรษฐกิจที่มีอยู่ และจะค้นหาแหล่งประโยชน์ใหม่ ซึ่งการใช้เงินในการรักษาพยาบาลในครอบครัวที่มีรายได้น้อย ทีมสุขภาพจะแนะนำแหล่งประโยชน์สวัสดิการทางสังคมในการรักษาพยาบาลให้ทุกครอบครัว รวมทั้งลักษณะของแบบสอบถามพฤติกรรมในการเผชิญปัญหาที่เกี่ยวกับเศรษฐกิจ โดยตรงอยู่ในแบบแผนที่ 2 ฉะนั้นการสนับสนุนทางสังคมก็คืหรือการใช้เงิน เพื่อตอบสนองความต้องการของ สมาชิกในครอบครัวก็คื ในแต่ละกลุ่มรายได้น้อยจะมีการปรับภาวะทางการเงินให้ สมดุลตามสภาพเศรษฐกิจ

5. ปัจจัยด้านระยะการรักษาผู้ป่วยเด็ก

คัพทส์และคณะ (Kupst, et al., 1982 : 157-176) ทำการศึกษา โดยจัด โปรแกรมให้ความช่วยเหลือด้านจิตสังคมในการเผชิญปัญหาของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็ง พบว่า ช่วงที่สำคัญที่สุดในการให้ความช่วยเหลือคือ ช่วงการวินิจฉัยและการรักษาช่วงแรกหลังจากครอบครัวรับทราบผลการวินิจฉัยว่าเด็กเป็นโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวแล้ว 1 ปี ซึ่งเป็นระยะคงรักษาอาการ เมื่อโรคสงบ ครอบครัวส่วนมากจะเผชิญปัญหาได้ดีและต้องการความช่วยเหลือด้านจิตใจน้อยที่สุด

ถ้าหากพิจารณาคะแนนเฉลี่ยจากการศึกษาครั้งนี้ในแต่ละแบบแผนการเผชิญปัญหาในมารดา ผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งในเม็ดเลือดขาวเฉียบพลันชนิดลิมโฟโบลาส ในกลุ่มที่มีระยะการรักษาผู้ป่วยเด็กต่างกัน จะพบว่าให้ผลสอดคล้องกับการศึกษาของคัพทส์และคณะ โดยระยะก่าจัดเซลล์มะเร็งเม็ดเลือดขาวเพื่อให้โรคสงบ (Induction of remission) การเผชิญปัญหาแบบแผนที่ 1 มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด และระยะหยุดการให้ยาเคมีบำบัดมีคะแนนเฉลี่ยต่ำสุด แต่ยังคงมีคะแนนอยู่ในระดับค่อนข้างสูง แสดงให้เห็นว่าระยะแรกครอบครัวจะพยายามดึงแหล่งประโยชน์จากภายในครอบครัวให้มากที่สุด เพื่อช่วยเหลือน้ำใจซึ่งกันส่วนหนึ่งนั้นเป็นการสนับสนุนทางจิตใจ เพื่อให้สามารถเผชิญต่อปัญหาที่เกิดขึ้นในภาวะวิกฤต และเมื่อเวลาผ่านไปครอบครัวสามารถปรับตัวเข้าสู่สมดุลใหม่ การเรียกใช้แหล่งประโยชน์อย่างมากก็จะลดลง เช่นเดียวกับการเผชิญปัญหาแบบแผนที่ 3 การติดต่อกับทีมสุขภาพจะสูงมากในช่วงของการรักษาและจะลดต่ำลงเมื่อหยุดการให้ยาเคมีบำบัด อีกทั้งจะเห็นได้ชัดว่าการเผชิญปัญหาในแบบแผนที่ 2 ใช้น้อยมากในช่วงแรกของการรักษาโรค ซึ่งเป็นไปตามขั้นตอนตามที่แคปแลน (Caplan) ได้กล่าวไว้ว่า ระยะแรกความตึงเครียดระดับสูง มีการใช้ขบวนการแก้ไขปัญหาคือใช้ข้อไข้อย่างมาก ถ้าการตอบสนองล้มเหลวความเครียดจะสูงขึ้น

และเมื่อเกิดอย่างต่อเนื่องจะมีการเรียกใช้แหล่งประโยชน์ภายในและภายนอก เพื่อแก้ไขภาวะวิกฤตนั้น ถ้าแก้ไขได้บุคคลจะเข้าสู่ภาวะสมดุล (Cited in Mann, 1974 : 82)

กล่าวโดยสรุปจากผลการศึกษาในครั้งนี้จะเห็นได้ว่าแบบแผนการเผชิญปัญหาของมารคามีความสัมพันธ์กับความพอใจในครอบครัวจริง กล่าวคือ เมื่อมารคาใช้การเผชิญปัญหาแบบแผนที่ 1 ซึ่งใช้ความกลมเกลียวช่วยเหลือกันจนกันในครอบครัว และการเผชิญปัญหาแบบแผนที่ 3 ซึ่งเป็นการปรึกษาร่วมกับทีมสุขภาพมาก ความพอใจในครอบครัวด้านโครงสร้างครอบครัวจะเพิ่มขึ้น และเมื่อมารคาใช้การเผชิญปัญหาแบบแผนที่ 1 มาก ความพอใจในครอบครัวโดยรวมจะเพิ่มขึ้นด้วยเช่นกัน แสดงให้เห็นว่าการเผชิญปัญหาโดยใช้แหล่งประโยชน์จากระบบครอบครัว และจากทีมสุขภาพมีความสัมพันธ์ต่อการปรับตัวของระบบครอบครัว เมื่อครอบครัวเผชิญภาวะวิกฤตจากการเจ็บป่วยที่เรื้อรังและคุณภาพของชีวิตของสมาชิกครอบครัว เป็นการใช้แหล่งประโยชน์ที่มีอยู่เดิม และแหล่งประโยชน์ใหม่ในอันที่จะตอบสนองความต้องการของสมาชิกครอบครัวที่เพิ่มขึ้น ซึ่งขบวนการเหล่านี้เป็นขบวนการที่เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่อง ไม่หยุดนิ่งคงแนวคิดของแมคคับบินและคาลค์เวลล์

ข้อจำกัดในการวิจัย

1. ข้อมูลที่ได้จากการออกแบบวัดแบบแผนการเผชิญปัญหาเป็นความคิขย่อนหลังในช่วงเวลาใกล้เคียงกับเวลาที่เก็บข้อมูล แต่มารคาแต่ละคนอาจคิขย่อนหลังไม่เท่ากัน แม้ว่าผู้วิจัยจะได้อธิบายแล้วว่า เป็นพฤติกรรมที่มีประโยชน์ในช่วงนี้เท่านั้น
2. มารคาได้รับคำแนะนำรวมทั้งข้อมูลต่างๆ เมื่อถูกเจ็บป่วยแต่ละคนไม่เท่ากันในขณะเก็บข้อมูล และผู้วิจัยอาจมีปฏิสัมพันธ์กับมารคาหรือครอบครัวก่อนตอบแบบสอบถามไม่เท่ากัน จึงอาจมีผลต่อการออกแบบสอบถามได้
3. ในกลุ่มตัวอย่างที่สาขาคาหรือทักษะในการอ่านไม่ดี ผู้วิจัยไม่สามารถควบคุมความลำเอียงที่เกิดขึ้นจากตัวผู้วิจัยในการสัมภาษณ์ และผู้ถูกสัมภาษณ์บางรายอาจรู้สึกไม่อิสระในการตอบ
4. สถานที่และสถานการณ์ที่ใช้ในการออกแบบสอบถามไม่เหมือนกัน ทำให้ความสนใจในการตอบแบบสอบถามแตกต่างกันได้บ้าง

สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ

สรุปผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (descriptive research) เพื่อศึกษาแบบแผนการเผชิญปัญหาต่อการรับรู้ถึงความผาสุกในครอบครัว และปัจจัยบางประการที่มีผลต่อแบบแผนการเผชิญปัญหาของมารดาผู้ป่วยเด็ก โรคมะเร็ง เม็ดเลือดขาว เฉียบพลันชนิดลิมโฟบลาส โดยใช้แบบจำลองการปรับตัวของครอบครัวที่ คับเบิ้ล เอบีซีเอกซ์ของแมคคับบินและคณะ รวมทั้งใช้แบบจำลองความผาสุกในครอบครัวของคาลด์เวลล์ผนวกเข้ามา เพื่อใช้ในการประเมินการปรับตัวของครอบครัว กลุ่มตัวอย่าง เป็นมารดาผู้ป่วยเด็ก โรคมะเร็ง เม็ดเลือดขาว เฉียบพลันชนิดลิมโฟบลาสที่นำบุตรมารับการรักษาอยู่ในหอผู้ป่วยและที่มาติดตามการรักษาแบบผู้ป่วยนอก คลินิก โรคเลือด แผนก-กุมารเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดีและโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ระหว่างเดือนธันวาคม พ.ศ.2532 ถึงเดือนมีนาคม พ.ศ.2533 จำนวน 60 ราย

ในการเก็บข้อมูลผู้วิจัยใช้แบบสอบถาม 3 ส่วนคือ แบบบันทึกข้อมูลส่วนตัว แบบวัดแบบแผนการเผชิญปัญหาของมารดา (CHIP) ที่สร้างโดยแมคคับบินและคณะ (McCabbin, et al., 1983) และแบบสอบถามการรับรู้ถึงความผาสุกในครอบครัวของมารดา (Family Well-Being Assessment) สร้างโดยคาลด์เวลล์ (Caldwell, 1983) ให้กลุ่มตัวอย่างทำเรียงตามลำดับ และวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSSX ผลการวิจัยพบว่า

1. ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

มารดาผู้ป่วยเด็กที่เป็นกลุ่มตัวอย่างจำนวน 60 ราย มีอายุอยู่ในช่วงผู้ใหญ่ตอนต้น 21-35 ปีถึงร้อยละ 63.3 การศึกษาส่วนมากอยู่ในระดับประถมศึกษาถึงร้อยละ 58.3 อาชีพรับจ้างพบมากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 33.3 ลักษณะผู้ป่วยเด็กส่วนใหญ่ระยะการรักษาอยู่ในช่วงคงรักษาอาการเมื่อโรคสงบถึงร้อยละ 50

2. ผลการศึกษาแบบแผนการเผชิญปัญหาของมารดา

มารดาใช้การเผชิญปัญหาทั้ง 3 แบบแผนแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 โดยใช้การเผชิญปัญหาแบบแผนที่ 1 ซึ่งมีลักษณะของความกลมเกลียวในครอบครัวมากที่สุด และแบบแผนที่ 2 ซึ่งเป็นการสนับสนุนทางสังคมและความมั่นคงทางจิตใจน้อยที่สุด ทั้งนี้พฤติกรรมการเผชิญปัญหาที่มีประโยชน์สูงสุดคือ "การนำลูกที่มีปัญหาสุขภาพไปคลินิกหรือโรงพยาบาลเป็นประจำตามนัด" ($\bar{X} = 2.97$) ซึ่งอยู่ในการเผชิญปัญหาแบบแผนที่ 1 ส่วนการเผชิญปัญหาแบบแผนที่ 3 เป็นการปรึกษาร่วมกับทีมสุขภาพและญาติผู้ช่วยเด็กคนอื่น ๆ พฤติกรรมที่มีประโยชน์สูงสุดและอยู่ในอันดับ 5 ของคะแนนการเผชิญปัญหาโดยรวมคือ "การแน่ใจว่าได้ทำตามหลักเกณฑ์การรักษาตามที่แพทย์สั่งทุกวันที่บ้าน" ($\bar{X} = 2.88$)

3. ผลการศึกษาการรับรู้ถึงความพอใจในครอบครัวของมารดา

มารดามีการรับรู้ถึงความพอใจในครอบครัวด้านโครงสร้างครอบครัวแตกต่างจากด้านการค่านิยมบทบาทและด้านความเปราะบางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 โดยมีการรับรู้ถึงความพอใจในครอบครัวน้อยหรือมีความเครียดสูงสุดด้านการค่านิยมบทบาท ซึ่งพบว่า เรื่องที่เครียดมากที่สุด คือความขัดแย้งในบทบาท ($\bar{X} = 3.69$)

4. ผลการศึกษความสัมพันธ์ระหว่างแบบแผนการเผชิญปัญหากับการรับรู้ถึงความพอใจในครอบครัว

4.1 การเผชิญปัญหาแบบแผนที่ 1, 3 และการเผชิญปัญหาโดยรวมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการรับรู้ถึงความพอใจด้านโครงสร้างครอบครัวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01, .05 และ .05 ตามลำดับ

4.2 การเผชิญปัญหาแบบแผนที่ 1 มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการรับรู้ถึงความพอใจในครอบครัวโดยรวม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

5. ผลการศึกษาปัจจัยบางประการที่มีผลต่อแบบแผนการ เผชิญปัญหา

ผลการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างนี้พบว่า ปัจจัยด้านอายุ การศึกษา อาชีพ รายได้ครอบครัว และระยะการรักษามารดาผู้ป่วยเด็ก ไม่ทำให้มารดามีการเผชิญปัญหาในแต่ละแบบแผนและโดยรวม แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ยกเว้นอาชีพเกษตรกรจะมีการใช้การเผชิญปัญหาแบบแผนที่ 3 น้อยกว่าอาชีพอื่น ๆ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ข้อเสนอแนะในการนำไปใช้ประโยชน์

1) พยาบาลควรมีบทบาทในการช่วยมารดาของผู้ป่วยเด็ก โรคมะเร็ง เม็ดเลือดขาวเฉียบพลันชนิดลิมโฟบลาสในการเผชิญปัญหา โดย

1.1 ประเมินการใช้แบบแผนการเผชิญปัญหาและการรับรู้ถึงความผาสุกในครอบครัว

1.2 ให้การสนับสนุนในการเรียกใช้แหล่งประโยชน์ภายในครอบครัว จากความกลมเกลียวช่วยเหลือค้ำจุนกัน โดยเฉพาะอย่างยิ่งมารดากับบุตรและสามีภรรยา เพื่อให้มารดาสามารถเผชิญปัญหาได้ดีขึ้น และคงความสมดุลของระบบครอบครัว

1.3 ให้คำปรึกษาและข้อมูลเกี่ยวกับภาวะสุขภาพของผู้ป่วย แผนการรักษาพยาบาลโดยจะต้องประเมินความเข้าใจร่วมด้วย เพื่อให้มารดาแน่ใจว่าบุตรจะได้รับการดูแลที่ดี และมารดามีความมั่นใจว่าสามารถทำตามเกณฑ์การรักษาร่วมกับทีมสุขภาพได้อย่างถูกต้อง ควรมีเวลาให้มารดาได้ระบายความรู้สึกวิตกกังวลเกี่ยวกับสภาพความเจ็บป่วยของบุตรรวมทั้งความเครียดที่เกิดขึ้นในครอบครัว โดยเฉพาะอย่างยิ่งด้านการดำเนินบทบาทในเรื่องของบทบาทที่มีมากเกินไปและความขัดแย้งในบทบาท

1.4 ให้ความสนใจเพิ่มเป็นพิเศษในการให้บริการทางสุขภาพในกลุ่มมารดาอาชีพเกษตรกร เพื่อให้ได้รับประโยชน์สูงสุดในการเผชิญปัญหาโดยใช้แหล่งประโยชน์จากทีมสุขภาพ

2. ด้านการเรียนการสอน ควรเสนอทฤษฎีครอบครัวให้นักศึกษามีกรอบแนวคิดในการนำไปใช้ปฏิบัติกรพยาบาลต่อไป

ข้อเสนอแนะในการท้าวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาความแตกต่างของพฤติกรรมและแบบแผนการเผชิญปัญหาเกี่ยวกับการรับรู้ถึงความผาสุกในครอบครัวของ บิดา มารดา ผู้ป่วยเด็ก รวมทั้งในกลุ่มของบิดา มารดาผู้ป่วยเด็กที่มีสถานภาพสมรสต่างกัน ได้แก่ คู่ หม้าย หย่า แยก และปัจจัยต่างๆ ที่มีผลต่อขบวนการแก้ไข้ปัญหา ได้แก่ ลักษณะครอบครัว การสะสมความต้องการของครอบครัวการประเมินสถานการณ์ในครอบครัวผู้ป่วยเด็กที่เจ็บป่วยด้วย โรคมะเร็ง ใน เม็ก เลือดขาว ฉีดบพลัน ชนิดลิมโฟโบลาส และในกลุ่มผู้ป่วยเด็ก โรคมะเร็งและ โรคเรื้อรังอื่นๆ เช่น เบาหวาน โรคเลือด

2. ควรมึงานวิจัยเกี่ยวกับรายละเอียดของข้อมูลและความต้องการบริการจากทีมสุขภาพของครอบครัว ซึ่งจะเป็นประโยชน์ต่อการเผชิญปัญหาเมื่อบุตรเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง

3. ควรมีการศึกษาเชิงคุณภาพระยะยาวในกลุ่มผู้ป่วยเด็ก โรคเรื้อรังที่คุกคามต่อชีวิต เช่น โรคมะเร็ง เกี่ยวกับการเผชิญปัญหาและความผาสุกในครอบครัวตลอดระยะการรักษานกระทั่งหยุดให้เคมีบำบัดหรือรังสีรักษาในกลุ่มโรคชีวิตระยะยาว

4. เนื่องจากการศึกษาครั้งนี้ แบบวัดแบบแผนการเผชิญปัญหาในแบบแผนที่ 3 ซึ่งมีค่าความเที่ยงต่ำ ดังนั้นจึงควรมีการปรับปรุงแบบวัดนี้ให้มีความตรง และความเที่ยงมากยิ่งขึ้น

5. ควรมีการปรับข้อความของ เครื่องมือแบบสอบถามการรับรู้ถึงความความผาสุกในครอบครัวให้เหมาะสม ได้แก่ หัวข้อความผูกพันกลมเกลียวในครอบครัว เช่น "ถ้าฉันเลือกหาในสิ่งที่แตกต่าง ไปจากที่ครอบครัว เคยหา อาจก่อให้เกิดความตึงเครียดอย่างมากในครอบครัว" เพราะอาจเป็นการคาดเดาเหตุการณ์ของมารดา แต่ในชีวิตจริงมารดารับรู้ว่ตนเอง ไม่มีความเครียดในเรื่อง เช่นนี้



บรรณานุกรม

- กรรณิการ์ สุวรรณโคต. "การพยาบาลเพื่อสุขภาพอนามัยของครอบครัว." ใน ศุภศิษษา หน่วยที่ 8-15 มโนคติและกระบวนการพยาบาล. หน้า 838-845 กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช, 2527.
- ทิพย์ ศรีไพศาล. "ปัญหาทางโลหิตวิทยาที่พบบ่อยในเด็ก." ใน ตำราโลหิตวิทยา : การวินิจฉัย และการรักษาโรคเลือดที่พบบ่อยในประเทศไทย หน้า 790-798 เล่มที่ 2. ถนนอมศรี ศรีชัยกุล, บรรณาธิการ. กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์กรุงเทพ เวชสาร, 2529.
- นิตยา สุทธยากร. การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมกาารเผชิญปัญหา กับความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วย โรคหลอดเลือดสมองปัจจุบันของญาติ. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์. บัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยมหิดล, 2531.
- พงษ์จันทร์ ทัดถิรัตน์. "มะเร็งในเด็ก." ใน โลหิตวิทยาในเด็ก. หน้า 351-372 ภัทรพร อิศรางกูร ณ อยุธยา, บรรณาธิการ. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์เรือนแก้วการพิมพ์, 2530.
- _____ . "มะเร็งเม็ดเลือดขาวและค่อมน้ำเหลือง." ใน คู่มือโลหิตวิทยา. หน้า 97-104 โครงการตำราศิริราช. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์เรือนแก้วการพิมพ์, 2529.
- อุมาสมร หังสพฤกษ์. สภาวะจิต สังคม และเศรษฐกิจของผู้ปกครองเด็กป่วยด้วยมะเร็งเม็ดเลือดที่รับการรักษา ณ โรงพยาบาลกรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาสังคม-ศาสตร์การแพทย์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2527.
- สากุล คงพันธ์. ความสัมพันธ์ระหว่างวิธีการเผชิญความเครียดกับความผาสุก โดยทั่วไปในมารดาของ เด็กที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์. บัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยมหิดล, 2533.

ศิริพร จันทรเพ็ญศรี. ความคิดเห็นของผู้ปกครองต่อเด็กที่เป็นโรคเลือดและ
บริการของแผนกกุมารเวชศาสตร์ โรงพยาบาลศิริราช. วิทยา-
นิพนธ์ครุศาสตร์บัณฑิต คณะครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย,
2523.

Adams, M.A. "Helping the parents of children with
malignancy." The Journal of PEDIATRICS.
93 (November 1978) : 734-738.

Authier, J. Starr ; G. & Authier, K. "Impact of illness
on the family." In Textbook of Family Practice.
pp.102-110. 3rd ed. Edited by R.E.Rakell
Philadelphia : W.B.Sounders Company, 1984.

Barbarin, O.A., Hughes, D. & Chesler, M.A. "Stress,
Coping, and Marital Functioning Among Parents of
Children with Cancer." Journal of Marriage
and Family. 47 (May 1985) : 478-480.

Binger, C.M., et al. "Childhood leukemia : Emotional
impact on patient and family." The New England
Journal of Medicine. 20 (February 1969) :
414-418.

Caldwell, S.M. "Measuring Family Well-Being, Conceptual
Model, Reliability, Validity, and Use." In
Measurement of Nursing Outcome. pp.396-422.
Edited by Waltz, C.F. and Strickland, O.A.,
New York : Springer Publishing Company, 1988.

Crosby, M.H. "Control systems and children with
lymphoblastic leukemia." Nursing Clinic of North
America. 6 (September 1971) : 407-413.

Derdiarian, Anayis. "Information needs of recently
diagnosed cancer patients." Cancer Nursing.
10 (June 1987) : 156-162.

- Fergusson, J., et al. "Time required to assess children for the late effects of treatment : A report from the children cancer study group." Cancer Nursing. 10 (December 1987) : 300-310.
- Friedman, M.M. Family nursing : Theory and assessment. 2nd ed. Connecticut : Appleton-Century-Crofts, 1986.
- Friedman, S.B. "Care of the family of the child with Cancer." Pediatrics. 40 (September 1967) : 498-504.
- Gibbons, M.B. & Boren, H. "Stress reduction : A spectrum of strategies in pediatric oncology nursing." Nursing Clinic of North America. 20 (March 1985) : 96-101.
- Gibson, C.H. "How parents cope with a child with cystic fibrosis." Nursing Papers. 18 (Fall 1986) : 13-45.
- Gyulay, J. & Miles, M.S. "The family with a terminal ill child." In Family Health Care. pp.438-457. Edited by D.P.Hymovich and M.V.Barnard. New York : McGraw-Hill, 1973.
- Heffron, W.A. Bommeleere, K. & Masters, R. "Groups discussions with the parents of leukemic children." Pediatrics. 52 (December 1973) : 831-839.
- Hurley, P.M. "Childhood Cancer : A pilot study of assessment of parental stress." Oncology Nursing Forum. 11 (September-October 1984) : 44-47.

- Johnson, S.H. "Assessment of the family." In Nursing Assessment and Strategies for the Family at Risk: High Risk Parenting. pp.90-107. 2nd ed. Edited by S.H.Johnson. Philadelphia : J.B.Lippincott, 1986.
- Kupst, M.J., et al. "Family coping with childhood leukemia : One Year after Diagnosis." Pediatric Psychology. 7(1982) : 157-174.
- Koocher, G.P., et al. "Psychological adjustment among pediatric cancer survivors." Journal of Child Psychology and Psychiatry. 21 (April 1980) : 163-173.
- Lansky, S. & Gendal, M. "Symbiotic regressive behavior patterns in childhood malignancy." Clinical Pediatrics. 17 (February 1978) : 1333-1338.
- Lascari, A.D. & Stehbens, J.A. "The reactions of family to childhood leukemia : An evaluation of a program of emotional management." Clinical Pediatrics. 12 (April 1973) : 210-214.
- Lewandowski, W. & Jones, S.C. "The family with cancer : Nursing interventions throughout the course of living with cancer." Cancer Nursing. 11 (December 1988) : 313-321.
- Lewis, I.C. "Leukemia in childhood : Its effects on the family." Australian Paediatric Journal. 3 (December 1967) : 244-247.
- Lovejoy, N.C. "Family responses to cancer hospitalization." Oncology Nursing Forum. 13 (March-April 1986) : 33-37.

- Lynam, M.J. "The parent network in pediatric oncology : Supportive or not." Cancer Nursing. 10 (August 1987) : 207-216.
- Mann, S.A. "Coping with a child's with a child's fetal illness." Nursing Clinics of North America. 9 (March 1974) : 81-86.
- Martinson, I. "Group support for parents." American Journal of Nursing. 76 (July 1976) : 1121.
- Mayer, D.K. "Cancer patients' and families' perceptions of nurse caring behaviors." Topics in Clinical Nursing. 8 (July 1986) : 63-69.
- Mays, R.M. "Family stress and adaptation." The Nursing Practitioner. 13 (August 1988) : 52-56.
- McCubbin, H.I., et al. "Family stress and coping : A decade review." Journal of Marriage and the Family. 42(November 1980) : 855-871.
- McCubbin, H.I. & Thompson, A.I. ed. Family Assessment Inventories for Research and Practice. Madison Wisconsin : The University of Wisconsin-Madison, 1987.
- Melman, J.E. ; Van Dongen, W.M. & Woudstra, J.A.R. Saunders. "Psychosocial aspects of childhood cancer : A review of the literature." Journal of Child Psychology and Psychiatry. 47 (April 1986) : 145-180.

- Monaco, G.P. "Resources available to the family of the child with cancer." Cancer. 58 (July 1986) : 516-521.
- Moore, I.D. ; Kramer, R.F. & Perin G. "Care of the family with a child with cancer : Diagnosis and early stages of treatment. Oncology Nursing Forum. 13 (September-October 1986) : 60-66.
- Morrow, G.R. ; Carpenter, P.J. & Hoagland, A.C. "The role of social support in parental adjustment to pediatric cancer." Journal of Pediatric Psychology. 9 (1986) : 317-329.
- Moss, H.A. ; Nannis, E.D. & Poplack, D.G. "The effect of prophylactic treatment of the central nervous system on the intelletual function of children with acute lymphoblastic leukemia." American Journal of Medicine. 71 (July 1981) : 47-52.
- Ochs, J. & Mulhern, R.K. "Late effect of antileukemic treatment." Pediatric Clinic of North America. 35 (August 1988) : 815-858.
- Pearse, M. "The child with cancer impact on the family." The Journal of School Health. (March 1977) : 174-178.
- Peck, B. "Effects of childhood cancer on long term survivors and their families." British Medical Journal. 1 (May 1979) 1 1327-1329.
- Poplack, David G., ed. "The leukemias." The Pediatric Clinics of North America. 35 (August 1988) : 675-945.

- Slavin, L.A., et al. "Communication of the cancer diagnosis to pediatric patients : Impact on long term adjustment." American Journal Psychiatry. 139 (February 1982) : 179-182.
- Stehbens, J.A. & Lascare, A.D. "Psychological follow-up of families with childhood leukemia." Journal of Clinical Psychology. 30 (March 1974) : 394-397.
- Steven, M.M. "Managing the child with leukemia." Journal of Pediatrics, Obstetrics and Gynaecology. (November/December 1984) : 33-43.
- Thorne, S. "The family cancer experience." Cancer Nursing. 8 (October 1985) : 285-291.
- Ventura, J.N. "Parent Coping, A Replication." Nursing Research. 35 (March/April 1986) : 77-80.
- Waechter, E.H. "How families cope : Assessing and intervening." In The Child and Family Facing Life-Threatening Illness. pp.239-245. Edited by T.Kulik Philadelphia : J.B. Lippincott, 1987.
- Waecher, E.H. "Working with parents of children with life-threatening illness." In The Child and Family Facing Life-Threatening Illness. pp. 246-257. Edited by T.Dulid. Philadelphia : J.B. Lipoincott, 1987.
- Wallace, M.H., et al. "Coping with childhood cancer : An educational program for parents of children with cancer." Oncology Nurisng Forum. 11 (July-August 1986) : 30-35.



ภาคผนวก ก

No.

--	--	--

 HN.

แบบบันทึกข้อมูล

เรื่อง

ความสัมพันธ์ระหว่างแบบแผนการเผชิญปัญหากับการรับรู้ถึงความผาสุกในครอบครัวของมารดาผู้ป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวเฉียบพลันชนิดลิมโฟบลาส

คำชี้แจง

แบบบันทึกข้อมูลนี้ แบ่งเป็น 3 ส่วน ขอให้ท่านโปรดตอบใน ส่วนที่ 1
 ทหวก ก, ส่วนที่ 2 และส่วนที่ 3

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

ทหวก ก แบบสอบถาม 7 ข้อ

ทหวก ข รายงานผู้ป่วย (ผู้วิจัยเป็นผู้บันทึก)

ส่วนที่ 2 แบบวัดการเผชิญปัญหาของมารดา 45 ข้อ

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามการรับรู้ถึงความผาสุกในครอบครัวของ
 มารดา 42 ข้อ

วันที่บันทึกข้อมูล..... เวลา.....
 โรงพยาบาล.....

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล โปรดขีดเครื่องหมาย [] และเติมคาลงในช่องว่าง
 ตามความเป็นจริงของท่าน

ทหวก ก แบบสอบถาม

1. อายุมารดา.....ปี

2. ระดับการศึกษาขั้นสูงสุด.....

3. อาชีพของมารดาปัจจุบัน
 รับจ้าง ระบุรายละเอียด.....
 ค้าขาย ระบุรายละเอียด.....
 รับราชการ ระบุรายละเอียด.....
 อื่น ๆ ระบุ.....
4. รายได้ของครอบครัว.....บาท/เดือน
5. ความเพียงพอของรายได้กับค่าใช้จ่าย
 พอใช้ ไม่พอใช้ เหลือเก็บ
6. จำนวนบุตร.....คน
 ผู้ป่วยเป็นบุตรคนที่.....
 การศึกษาของบุตรที่เจ็บป่วย.....
7. กุมิลาเนา
 กทม. อื่น ๆ ระบุ.....

หมวด ข รายงานผู้ป่วย

1. ผู้ป่วยใน ผู้ป่วยนอก
2. อายุ.....ปี
3. เพศ
 ชาย หญิง
4. วันที่เข้ารับการรักษาครั้งแรก.....
5. เคยได้รับการรักษาโรคมะเร็งในเม็คเลือกขาวเฉียบพลันชนิดลิมป์โพบลาส
 ในโรงพยาบาลหรือไม่
 เคย เป็นเวลานาน..... ครั้งสุดท้ายเมื่อ.....
 ไม่เคยและกำลังรักษาอยู่ตั้งแต่.....

6. ระยะการรักษา

- Induction of remission
- Intensive
- CNS. prophylaxis
- Maintenance
- การรักษาเมื่อโรคกลับเป็นซ้ำ ครั้งที่.....

7.ภาวะแทรกซ้อน

- มี ระบุ..... ไม่มี



ภาคผนวก ข

แบบวัดแบบแผนการ เฝ้าระวังภัยของมารดา

คำชี้แจงการตอบแบบวัด : ข้อความในแบบวัดนี้ เกี่ยวข้องกับวิธีการที่ท่านเลือกใช้หรืออาจเลือกใช้ เมื่อมีโยธาเกี่ยวกับตัวท่านและครอบครัวของท่านเกิดขึ้น

คำอธิบาย : ขอให้ท่านอ่านข้อความในแต่ละข้อและเลือกตอบ 2 อย่าง ได้แก่.....

1. ประโยชน์ที่ท่านได้รับจากการกระทำเมื่อต้อง เฝ้าระวังโยธาความเจ็บป่วยของบุตร กรุณาขีดเครื่องหมาย (/) ลงในช่องซึ่งท่านมีความคิดเห็นว่าท่านได้รับประโยชน์มากน้อยเพียงใดจากการกระทำในแต่ละหัวข้อนั้น ๆ โดยเลือกตอบเพียงคำตอบเดียว คือ

มีประโยชน์มาก

มีประโยชน์ปานกลาง

มีประโยชน์น้อย

ไม่มีประโยชน์

หรือ 2. ถ้าท่านไม่ได้ใช้วิธีของข้อความนั้น ๆ แต่ละข้อในการเฝ้าระวังโยธา ให้ท่านเลือกตอบว่าเพราะท่านไม่เลือกใช้หรือเพราะท่านหาไม่ได้และใส่เครื่องหมาย (/) ลงในช่องที่ท่านเลือกตอบในแต่ละข้อด้วย

ถ้าท่านเลือกใช้การเฝ้าระวังโยธาในข้อความนั้น ๆ ท่านไม่ต้องตอบในส่วนที่ 2 นี้

ตัวอย่าง

พฤติกรรมในการเผชิญปัญหา	ความมากน้อยของประโยชน์ที่ท่านได้รับ จาก การกระทำ ของท่าน				เหตุผลที่ท่าน ไม่ เลือก ใช้วิธีนี้	
	มีประโยชน์ มาก	มีประโยชน์ ปานกลาง	มีประโยชน์ น้อย	ไม่มี ประโยชน์	ไม่เลือกใช้	ทำไม่ได้
1. การพยายามคงรักษา ไว้ได้ ครอบครัว เป็นปกติสุข.....	✓					
(ท่านเลือกตอบเมื่อท่านเห็นว่า วิธีการของ "การพยายามคงรักษา ไว้ได้ครอบครัว เป็นปกติสุข" นี้ ท่านเลือก ใช้และมีประโยชน์มาก)						
2. เข้ากลุ่มและพบปะพูดคุยกับเพื่อนๆ ช่วยให้ฉันมีความรู้สึกที่ดีและ รู้สึกตัวเองมีความสำคัญ.....					✓	
(ท่านเลือกตอบข้อนี้เนื่องจากว่า ท่าน ไม่เลือก ใช้วิธีการ "เข้ากลุ่มและพบปะพูดคุย.....")						

พฤติกรรมในการเผชิญปัญหา	ความมากน้อยของประโยชน์ที่ท่านได้รับ จาก การกระทำ ของท่าน				เหตุผลที่ท่าน ไม่ เลือก ใช้วิธีนี้	
	มีประโยชน์ มาก	มีประโยชน์ ปานกลาง	มีประโยชน์ น้อย	ไม่มี ประโยชน์	ไม่เลือกใช้	ทำไม่ได้
1. การพยายามคงรักษา ไว้ให้ครอบครัว เป็นปกติสุข						
2. เข้ากลุ่มและพบปะพูดคุยกับเพื่อน ช่วยให้ฉันมีความรู้สึกที่ดีและรู้สึก ตัวเองมีความสำคัญ						
3. การไว้วางใจ ว่าสามีสามารถ ช่วยฉันได้ เป็นการให้กำลังใจ แก่ฉันและลูก ๆ						
4. การนอนหลับ						
5. การพูดคุยกับเจ้าหน้าที่ที่มีสุขภาพ (แพทย์ พยาบาล นักสังคมสง- เคราะห์) เมื่อมาโรงพยาบาล						
6. การเชื่อว่าลูกของฉันจะมีอาการ ดีขึ้น						
7. การทำงานเพิ่มนอก เวลาจากที่ เคยทำอยู่ตามปกติ						
8. การแสดงออกให้คนอื่นเห็นว่าฉัน เป็นคนเข้มแข็ง						
45. การทำสิ่งต่าง ๆ ที่ร่วมกัน กับลูก						

ภาคผนวก ค

แบบสอบถามความพึงพอใจของครอบครัว

(Family Well-Being)

คำถามต่อไปนี้เกี่ยวข้องกับภาระงานร่วมกันของสมาชิกในครอบครัวของท่าน และ
บทบาทของท่าน กรุณาตอบตรงความเป็นจริงที่เกิดขึ้นในครอบครัวของท่านให้มากที่สุด คำตอบ
ทุกคำตอบจะถือเป็นความลับ

แบบสอบถามนี้แบ่งเป็น 2 ส่วน ส่วนที่ 1 มี 25 ข้อ คือข้อ 1-25 ส่วนที่ 2 มี
17 ข้อ คือข้อ 26-42 กรุณาอ่านคำตอบที่ได้อธิบายไว้อย่างรอบคอบก่อนตอบคำถามในแต่ละ
ส่วน แล้วขีด (/) ลงในช่องที่ตรงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุดเพียง 1 ตัวเลือก

ส่วนที่ 1 เป็นคำถามเกี่ยวกับความคิดเห็นของท่านในข้อคำถามนั้น

ตัวอย่าง

	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็นด้วย ปาน กลาง	เห็นด้วย เล็กน้อย	ไม่เห็น ด้วย เล็กน้อย	ไม่เห็น ด้วย ปานกลาง	ไม่เห็น ด้วย อย่างยิ่ง
1.งานใดก็ตามถ้าสามีไม่เห็น ด้วย ฉันก็ไม่สามารถทำให้ สำเร็จลุล่วง ได้..... (ท่านเลือกคำตอบ เห็นด้วยปานกลาง เพราะเหตุการณ์นี้เกิดขึ้นจริงในครอบครัวของท่าน เป็นบางครั้ง)		✓				
2.ฉันรู้ว่าครอบครัวของฉันคาด หวังให้ฉันทำอะไรในบทบาท แม่ในแต่ละวันและวันต่อไป..... (ท่านเลือกคำตอบ ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง เพราะความรู้สึกเช่นนี้ไม่เคยเกิดขึ้นกับตัวท่านเลย)						✓

	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็นด้วย ปาน กลาง	เห็นด้วย เล็กน้อย	ไม่เห็น ด้วย เล็กน้อย	ไม่เห็น ด้วย ปานกลาง	ไม่เห็น ด้วย อย่างยิ่ง
1.งานใดก็ตามถ้าสามีไม่เห็น ด้วย ฉันก็ไม่สามารถทำให้ สำเร็จลุล่วง ได้.....						
2.ฉันรู้ว่าครอบครัวของฉัน คาดหวังให้ฉันทำอะไรใน บทบาทของแม่ในแต่ละวัน และวันต่อไป.....						
3.สมาชิกในครอบครัวคาดหวัง หวังให้ฉันเป็นแม่ที่ดีกว่า ที่เป็นอยู่ เกือบตลอดเวลา.....						
4.ครอบครัวของฉันใช้เวลา ในการปรึกษาหารือเรื่อง ภายในครอบครัวร่วมกัน อยู่เสมอ.....						
5.สมาชิกในครอบครัวของ ฉันตั้ง ครีดยกกันมาก.....						
25.บ้านของฉันเปรียบเหมือน ภาคแพลตฟอร์ม ประโยชน์ที่ จะระเบิด						

ส่วนที่ 2

เป็นคำถามที่อธิบายปฏิกิริยาของท่านและครอบครัวของท่านที่เกี่ยวข้องกับสถานการณ์ในบ้าน กรุณาทำเครื่องหมาย (/) ลงในช่องคำตอบที่แสดง ได้เหมาะสมที่สุดว่าสถานการณ์นั้นเกิดขึ้นมากน้อย เพียงใดในครอบครัวของท่าน

	เกือบ ตลอด เวลา	บ่อยมาก	บ่อยครั้ง	เป็นครั้ง คราว	ไม่เคยเป็น ส่วนมาก	เกือบจะ ไม่เคย
28. ฉันรู้สึกบั่นบ่วนในกระเพาะอาหาร/หรือคลื่นไส้ อาเจียน.....						
27. สามีให้การสนับสนุนฉันและการตัดสินใจของฉัน เมื่ออยู่ต่อหน้าสมาชิกในครอบครัวและเพื่อน ๆ.....						
28. ฉันมีปัญหาลับซอกหรือนอนไม่หลับ.....						
29. ครอบครัวของฉันให้ความสนใจในสิ่งที่ฉันกำลังทำอยู่.....						
42. ฉันไม่แน่ใจว่าในฐานะที่เป็นแม่ ฉันต้องรับผิดชอบอะไรบ้าง.....						

ภาคผนวก ง

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

ในการพิทักษ์สิทธิของมารดาผู้ป่วยในการเข้าร่วมงานวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัย ได้พิทักษ์สิทธิของมารดาผู้ป่วยเด็กที่สามารถจะ ไม่เข้าร่วมในการวิจัย ดังนี้

"สวัสดีค่ะ ดิฉัน นางสาวนงา กุชะคราม นักศึกษาปริญญาโท ภาควิชา-พยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มีความสนใจที่จะศึกษาแบบแผนการ-เผชิญหน้ากับการรับรู้ ถึงความฉลาดในครอบครัวของมารดาผู้ป่วยเด็ก โรคมะเร็งในเม็ดเลือดขาว เฉียบพลันชนิดลิมโฟบลาส เพื่อนำมาเป็นแนวทางในการพยาบาลเพื่อช่วยให้มารดาและครอบครัวมีการเผชิญหน้าที่เหมาะสม สามารถปรับตัวกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้นได้และคงไว้ซึ่งความฉลาดในชีวิตครอบครัว จึงใคร่ขอความร่วมมือจากท่านช่วยตอบแบบสอบถาม ข้อมูล ส่วนบุคคล แบบแผนการเผชิญหน้า และการรับรู้ถึงความฉลาดในครอบครัวซึ่งใช้เวลาประมาณ 30-45 นาที การตอบแบบสอบถามนี้จะ ไม่มีถูกหรือผิด ท่านมีสิทธิ์ที่จะร่วมมือหรือปฏิเสธได้และจะไม่มีผลต่อการรักษาพยาบาลที่ท่าน ได้รับแต่ประการใด และคำตอบของท่านจะถือเป็นความลับขอคุณค่ะที่ให้ความร่วมมือ"



รายนามผู้ทรงคุณวุฒิในการตรวจความตรงของแบบวัดแบบแผนในการเผชิญปัญหา
และแบบสอบถามการรับรู้ถึงความเหมาะสมในครอบครัวของมารดา

1. รองศาสตราจารย์ ดร.จินคณา ชูนิพันธ์
ภาควิชาพยาบาลศึกษา คณะครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
2. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.กอบกุล พันธุ์เจริญวรกุล
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
3. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ภรรยาธิการ สุวรรณโคก
ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี
มหาวิทยาลัยมหิดล