

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ในการศึกษาผลของการเรียนรู้แบบกลุ่มที่มีต่อความสามารถในการดูแลบุตรของมารดาเด็กป่วยโรคมะเร็งนี้ ผู้วิจัยขอเสนอเอกสารและงานวิจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องในหัวข้อดังต่อไปนี้ คือ

1. แนวคิดเกี่ยวกับการเรียนรู้ของผู้ใหญ่
2. แนวคิดเกี่ยวกับพยาบาลเด็กโดยใช้ครอบครัวเป็นศูนย์กลาง
3. แนวคิดเชิงทฤษฎีเกี่ยวกับการจัดการเรียนรู้แบบกลุ่ม ผู้วิจัยได้ผสมผสานแนวคิดและทฤษฎีพื้นฐานที่สำคัญดังนี้
 - 3.1 ทฤษฎีการให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม และทฤษฎีการให้คำปรึกษาโดยผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง (Client Centered Theory Approach)
 - 3.2 การให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม โดยใช้แนวคิดตามทฤษฎี Client Centered Therapy
 - 3.3 แนวคิดเกี่ยวกับกระบวนการให้ความรู้ โดยใช้กลุ่ม
 - 3.4 แนวคิดเกี่ยวกับแรงสนับสนุนทางสังคม
 - 3.5 การประยุกต์ใช้กระบวนการกลุ่มในการให้คำปรึกษาความรู้ และเพิ่มแรงสนับสนุนทางสังคมแก่มารดาเด็กป่วยด้วยโรคมะเร็ง
4. ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับมะเร็งในเด็ก และการรักษา
5. ปฏิกริยา ผลกระทบ และนวัตกรรมการปรับตัวของครอบครัวเด็กป่วยโรคมะเร็ง
6. ความสามารถของมารดาในการดูแลเด็กป่วยด้วยโรคมะเร็ง ตามแนวคิดทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเรม
7. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

แนวคิดเกี่ยวกับการเรียนรู้ของผู้ใหญ่

การเรียนรู้ คือ กระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมอันเป็นผลเนื่องมาจากการปฏิสัมพันธ์ (Interaction) ที่เกิดขึ้นในตัวบุคคลหรือบุคคลกับสิ่งแวดล้อม ทั้งนี้เพื่อช่วยให้บุคคลสามารถแก้ไขปัญหาหรือปรับตัวให้เข้ากับสถานการณ์สิ่งแวดล้อมได้ (เชิษรศรี วิวิธสิริ 2527, 122)

ประเภทของการเรียนรู้จำแนกตามพฤติกรรมการเรียนรู้ตามทฤษฎีของบลูม (Bloom, Benjamin S. 1966) แบ่งเป็นพฤติกรรม 3 ด้านใหญ่ คือ

1. ด้านสติปัญญา (Cognitive domain) เป็นความสามารถทางด้านสมองในการคิดเกี่ยวกับสิ่งต่าง ๆ ซึ่งมีพฤติกรรมแยกย่อยเป็น 6 ชั้นคือ ความรู้ความจำ ความเข้าใจ การนำไปใช้ การวิเคราะห์ การสังเคราะห์ และการประเมินค่า
2. ด้านจิตใจหรือความรู้สึก (Affective domain) เป็นความสามารถในการรู้สึกต่อสิ่งต่าง ๆ รวมทั้งทัศนคติ ความเชื่อถือ หรือค่านิยม มีพฤติกรรมแยกย่อยเป็น การรับรู้ การให้ความสนใจ และตอบสนอง การประเมินและสร้างคุณค่า การจัดระบบและการสร้างลักษณะนิสัย
3. ด้านทักษะหรือการปฏิบัติ (Psychomotor domain) เป็นความสามารถในการปฏิบัติแยกเป็นพฤติกรรมย่อย 5 ชั้น คือ การเลียนแบบ การทำตามแบบ การหาความถูกต้อง การทำอย่างต่อเนือง และการทำโดยธรรมชาติ

สำหรับการจัดประสบการณ์เพื่อให้เกิดการเรียนรู้แก่ผู้ใหญ่ที่มีความแตกต่างจากการจัดประสบการณ์การเรียนรู้ให้แก่เด็ก คือ ผู้ใหญ่มีลักษณะธรรมชาติที่แตกต่างจากเด็กหลายประการที่มีผลกระทบต่อการเรียนรู้ ดังนี้

1. ความแตกต่างทางด้านร่างกาย เช่น ขนาด พัฒนาการของสมอง การมองเห็น และการรับฟัง
2. ความแตกต่างทางด้านประสบการณ์ ผู้ใหญ่สามารถนำประสบการณ์เก่าไปเชื่อมโยงกับประสบการณ์ใหม่ ๆ ได้มากกว่าเด็ก
3. ความเข้าใจตนเอง ผู้ใหญ่มีความเข้าใจตนเองและมีการตัดสินใจดีกว่าเด็ก ทั้งยังมีความรับผิดชอบในการกระทำสิ่งต่าง ๆ สูงกว่าเด็ก
4. ความพร้อมในการเรียน ผู้ใหญ่มีความพร้อมในการเรียนรู้น้อยกว่าเด็ก ความพร้อมนี้เกิดจาก วุฒิภาวะ และความต้องการตามบทบาทหรือภารกิจของสังคมที่เปลี่ยนไปในช่วงชีวิตแต่ละคน

การได้ทราบลักษณะความแตกต่างที่สำคัญระหว่างเด็กกับผู้ใหญ่นำไปสู่การวางแผนการสอนผู้ใหญ่ให้เหมาะสมได้ Carl Rogers นักจิตวิทยาเจ้าของทฤษฎีบำบัดซึ่งยึดคนไข้เป็นศูนย์กลาง ได้ประยุกต์ทฤษฎีนี้มาใช้เป็นวิธีการเรียนการสอนโดยยึดผู้เรียนเป็นศูนย์กลาง (Student - centered method) โดยเปิดโอกาสให้ผู้เรียนได้เรียนรู้ด้วยตนเอง ผู้เรียนมีส่วนร่วมรับผิดชอบในการเรียนของตนทุกขั้นตอน ครูทำหน้าที่เพียงผู้ส่งเสริมและสร้างความสามารถให้เกิดขึ้นในตัวผู้เรียน

วิธีการเพื่อให้เกิดการเรียนการสอนแก่ผู้เรียน พิจารณาตามสถานการณ์ในการสื่อความหมาย แยกเป็น 3 ประเภทคือ

1. การจัดการเรียนการสอนเป็นรายบุคคล หมายถึง การจัดผู้เรียนเพื่อที่จะให้เรียนได้คนเดียว เช่น การศึกษาหรือการเรียนรู้ด้วยตนเอง การสอนแบบตัวต่อตัวโดยเป็นการฝึกปฏิบัติ การสอนทางไปรษณีย์

2. การจัดการเรียนการสอนเป็นกลุ่ม หมายถึง การจัดผู้เรียนเพื่อให้เรียนเป็นกลุ่มย่อย 6-10 คน การแบ่งกลุ่มอาจแบ่งตามวัย เพศ ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับเนื้อหา วิชาที่จะสอน และเทคนิคที่จะใช้เพื่อให้เกิดการเรียนรู้

3. การจัดการเรียนการสอนในสถานการณ์มวลชน หมายถึง การจัดการเรียนการสอนให้แก่กลุ่มคนจำนวนมาก ๆ หรือเป็นมวลชน เช่น รายการวิทยุ โทรทัศน์

สื่อการเรียนการสอน

สื่อการเรียนการสอนที่ใช้มากที่สุดในการจัดการเรียนการสอน คือ สื่อประเภทสิ่งพิมพ์ (The printed materials) ซึ่งมีมากมายหลายประเภท หลายชนิด การนำมาแจกจ่ายหรือใช้เป็นสื่อในการถ่ายทอดความรู้ จะต้องมึหลักการในการพิจารณาด้วยคือ ใช้ให้ตรงตามลักษณะ และชนิดของสิ่งพิมพ์ ระดับชั้นและความรู้ของบุคคลที่จะใช้สิ่งพิมพ์ การแจกจ่าย จะต้องเหมาะสมกับกลุ่มคนที่จะนำไปใช้ให้เกิดประโยชน์ ตัวอย่างสิ่งพิมพ์ ต่าง ๆ เช่น แผ่นปลิว (Leaflet) แผ่นพับ (Folder) หนังสือต่าง ๆ วารสาร

สำหรับการจัดประสบการณ์การเรียนรู้ให้แก่ทารกเด็กป่วยโรคมะเร็งนั้น ผู้วิจัยได้นำแนวคิดของ Rogers มาจัดให้มีการเรียนการสอนเป็นกลุ่มและมีแผ่นพับประกอบการเรียน เนื่องจากการจัดการเรียนการสอนเป็นรายบุคคลมีข้อจำกัดเรื่องเวลาและกำลังของบุคคลากร นอกจากนี้การจัดการเรียนรู้เป็นกลุ่มยังมีวัตถุประสงค์ที่สำคัญอีกหลายประการ เช่น ต้องการให้ทารกเกิดการเรียนรู้จากประสบการณ์ซึ่งกันและกัน ไม่รู้สึกที่ต้องแก้ปัญหาอย่างโดดเดี่ยว การใช้แผ่นพับประกอบการเรียนรู้ในกลุ่มแต่ละครั้ง เพื่อให้ทารกนำไปทบทวน และศึกษาด้วยตนเองเมื่อเด็ก

ป่วยกลับไปพักผ่อนที่บ้าน ทั้งนี้เพื่อให้มารดาเกิดความมั่นใจในการดูแลเด็กป่วยได้อย่างถูกต้อง

แนวคิดเกี่ยวกับการพยาบาลเด็กโดยใช้ครอบครัวเป็นศูนย์กลาง

การพยาบาลเด็กโดยใช้ครอบครัวเป็นศูนย์กลาง เป็นหลักสำคัญของการดูแลผู้ป่วยในแผนกกุมารเวชศาสตร์ เพราะการยอมรับสมาชิกของครอบครัวเป็นผู้ป่วยหรือผู้รับบริการด้วยเสมอ นั้น ช่วยให้การพยาบาลเด็กป่วยมีประสิทธิภาพสูงสุดเป็นที่น่าพึงพอใจ (Lucille F. Whaley 1970:902) เด็กเป็นผู้ที่ต้องพึ่งพาบุคคลในครอบครัวเป็นอย่างมาก พยาบาลจึงต้องยอมรับให้ความสำคัญทำงานร่วมกับบิดามารดาของเด็ก และคำนึงว่านอกจากเด็กแล้วบิดามารดาที่เป็นบุคคลที่ไม่สามารถแยกออกจากเด็กป่วยได้เลย และเป็นกุญแจสำคัญที่จะทำให้การดูแลเด็กป่วยประสบความสำเร็จ (Wilson W. Grant 1972 : 433)

Wessel ชี้ให้เห็นความสำคัญของมารดาว่า "มารดาเป็นคนสำคัญที่สุดในการตอบสนองความต้องการของเด็กทั้งทางด้านสังคมและอารมณ์ เป็นบุคคลที่ผูกพันใกล้ชิด ให้การเลี้ยงดูเอาใจใส่ ให้ความรักแก่เด็กมาตลอดเป็นผู้ที่รับรู้เข้าใจและไวต่อความรู้สึกและความต้องการของเด็กมากที่สุด"

เมื่อบุตรของตนเจ็บป่วยด้วยโรคร้ายแรง และต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล หรือ ต้องได้รับการรักษาเป็นระยะเวลานาน มารดาเป็นผู้ที่วิตกกังวลมากที่สุด ก่อให้เกิดความตึงเครียดอย่างมากแก่มารดาเด็กป่วย ความมีเหตุผลน้อยลง บางครั้งความคิดสับสนควบคุมสติไม่ได้ สิ่งเหล่านี้เป็นอุปสรรคต่อการสนองความต้องการ ทั้งด้านร่างกายและจิตใจของเด็กทั้งสิ้น ซึ่งสิ่งนี้เป็นปัญหาสำคัญปัญหาหนึ่งซึ่งก่อให้เกิดผลกระทบ ต่อเด็กป่วยโดยตรง การที่พยาบาลกุมารจะตระหนักถึงความสำคัญ โดยเฉพาะเด็กป่วยโรคมะเร็งซึ่งมารดาจะได้รับผลกระทบทางด้านอารมณ์มากที่สุด โดยหลักการทางทฤษฎีแล้ว พยาบาลทั่วไปยอมรับและเห็นความสำคัญ ของการดูแลผู้ป่วยเด็ก โดยใช้ครอบครัวเป็นศูนย์กลาง แต่ในทางปฏิบัติจริง ผู้วิจัยยังพบว่า พยาบาลมักมุ่งความสนใจเฉพาะเด็กป่วยมากกว่ามารดาของเด็ก และพยาบาลยังทำหน้าที่ให้การดูแลด้านการรักษาเป็นส่วนใหญ่ ส่วนการดูแลร่างกาย การสนองความต้องการด้านจิตใจ อารมณ์ และสังคมของเด็ก ถูกปล่อยให้ทำหน้าที่ของมารดาในกรณีที่มารดาพักอยู่กับเด็ก พยาบาลจะพูดคุยติดต่อกับมารดาเฉพาะเมื่อต้องการข้อมูลเกี่ยวกับเด็ก หรือต้องการให้มารดาปฏิบัติบางสิ่งบางอย่างให้กับเด็กเท่านั้นโดยมิได้คำนึงถึงการให้ข้อมูลข่าวสาร และเหตุผลต่าง ๆ ที่มารดาควรจะได้รับรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วยของเด็ก ไม่ได้เปิดโอกาสและให้เวลาแก่มารดาได้พูดคุย ระบาย

ความรู้สึก และสอบถามปัญหาซึ่งเกี่ยวข้องกับการเจ็บป่วย มีผลทำให้ความวิตกกังวลของมารดา ไม่ถูกบรรเทาเบาบางลง และมีผลเสียต่อเด็กป่วยต่อไป ทำให้การพยาบาลผู้ป่วยเด็กไม่ได้รับผล เป็นที่น่าพอใจ

ความรับผิดชอบหลักของพยาบาลในการดูแลเด็กป่วย โดยยึดครอบครัวเป็นศูนย์กลางคือ

1. สร้างบรรยากาศให้เกิดประสบการณ์ในทางที่ดี
2. ปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้ความเข้าใจตนเองเป็นเครื่องมือในการช่วยเหลือ
3. เป็นผู้ประสานงานและเป็นสื่อกลางให้เกิดความเข้าใจอันดีระหว่างครอบครัว

ผู้รักษาพยาบาล ตลอดจนผู้เกี่ยวข้อง

ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. การสร้างประสบการณ์ในทางที่ดี เป็นสิ่งที่พยาบาลสร้างเสริมเพื่อให้เกิดสัมพันธภาพที่น่าไว้วางใจระหว่างพยาบาล เด็กและครอบครัว บรรยากาศในที่นี้รวมถึงปัจจัยภายนอกที่มีผลกระทบต่อเด็กโดยตรง เช่น สิ่งแวดล้อมรอบตัวเด็ก ไม่ว่าจะเป็นสถานที่ บุคคลหรือวิธีการต่าง ๆ และปัจจัยภายในตัวบุคคล เช่น ภาพพจน์ต่อตนเอง ค่านิยม ขวัญ ทักษะคิด เป็นต้น

2. ปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้ความเข้าใจตนเองเป็นเครื่องมือในการช่วยเหลือได้แก่

2.1 ความเข้าใจตนเองของพยาบาล เช่น เข้าใจว่าตนเองมีค่านิยม

ความรู้สึก การรับรู้ และความต้องการเช่นไร

2.2 ความเข้าใจในหน้าที่ของการเป็นพยาบาล

2.3 การสร้างสัมพันธภาพเพื่อการรักษา ไม่ว่าจะ เป็นปฏิสัมพันธ์ระยะสั้นหรือระยะยาวก็จะมีกระบวนการ 3 ขั้นตอน คือ ระยะแรก เป็นการแนะนำตนเอง บอกจุดมุ่งหมาย การ สังเกตผู้รับบริการ ระยะปฏิบัติการ เป็นการช่วยให้ผู้รับบริการเพิ่มการรับรู้และความเข้าใจตนเอง ระยะสุดท้าย เป็นการสรุป และร่วมกับผู้รับบริการประเมินเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น

2.4 การให้ความเห็นนอกเหนือใจในทางปฏิบัติทำโดยการสังเกตและรับฟังสิ่งที่สมาชิกของครอบครัวระบายความรู้สึกภายในออกมาในรูปแบบของการกระทำและคำพูด

2.5 การสื่อสารจากข้อ 2.1-2.4 ที่กล่าวมา พยาบาลจะแสดงออกให้สมาชิกครอบครัวทราบได้ด้วยการสื่อความหมาย โดยไม่ใช้คำพูด (Non verbal) และใช้คำพูด (Verbal)

ในการปฏิบัติการพยาบาลบนตึกรักษายาบาลแผนกกุมารฯ พยาบาลผู้ให้การดูแลเด็กป่วย นอกจากต้องคำนึงถึงความต้องการการดูแลของเด็กป่วยแล้ว ยังต้องคำนึงถึงครอบครัว อันเป็นศูนย์กลางสำคัญของเด็กป่วยด้วย

แนวคิดเชิงทฤษฎีเกี่ยวกับการจัดการเรียนรู้แบบกลุ่ม

ในตึกรักษายาบาลมักนำเอาทฤษฎีของการให้คำปรึกษาหลาย ๆ ทฤษฎีมาประยุกต์ใช้ เพื่อให้การบริการทางการพยาบาลสมบูรณ์ยิ่งขึ้น ทฤษฎีที่มักนำมาใช้กันในการจัดกลุ่มมีหลายทฤษฎีด้วยกัน ในที่นี้ผู้วิจัยขอเสนอแนวคิดที่ใช้สำหรับการจัดการเรียนรู้แบบกลุ่มดังนี้คือ

ทฤษฎีการให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม (Group Counseling)

การให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม คือ การที่บุคคลรวมตัวกันเป็นกลุ่มชั่วคราว บุคคลที่มาร่วมกันนี้มีสภาพและปัญหาที่คล้ายคลึงกัน ต้องการพัฒนาการปรับตัวโดยมีผู้นำกลุ่มเป็นผู้เอื้อเพื่อให้เกิดการเรียนรู้ สร้างเสริมให้มีปฏิสัมพันธ์กันระหว่างสมาชิก สามารถนำสิ่งที่ได้เรียนรู้ในกลุ่มไปใช้ประโยชน์ในชีวิตประจำวันภายนอกกลุ่มได้ด้วย

การให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม ดัดแปลงมาจากจิตบำบัดกลุ่ม ซึ่งใช้รักษาผู้ป่วยทางจิตเวช เป็นการบำบัดรักษาผู้ที่มีปัญหาทางอารมณ์ พฤติกรรมโดยกระบวนการกลุ่ม ประกอบด้วยสมาชิกตั้งแต่ 2 คนขึ้นไป มีจุดมุ่งหมายสุดท้าย คือ เปลี่ยนแปลงทัศนคติที่ทำให้เกิดปัญหา ส่งเสริมประสบการณ์ที่ต่อต้านมนุษยสัมพันธ์ เสริมสร้างพัฒนาการทางด้านจิตใจ อารมณ์ และการเปลี่ยนแปลงบุคลิกภาพ

มีผู้กล่าวถึงความหมายของการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มไว้หลายท่านด้วยกัน เช่น Shertzer และ Stone (1974 : 448-449) กล่าวว่า การให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม หมายถึง การที่บุคคลมีความต้องการตรงกันที่จะปรับปรุงตนเองในด้านใดด้านหนึ่ง เข้าร่วมกันโดยมีนักจิตวิทยาการศึกษา เป็นผู้คอยช่วยเหลือสมาชิกในกลุ่มให้มีโอกาสแสดงความรู้สึก ความคิดเห็นของตน กล่าวเผชิญปัญหา ใช้ความคิดในการแก้ปัญหาหรือปรับปรุงตนเอง

Hansen, Waner และ Smith (1976 : 6) กล่าวว่า การให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม เป็นกระบวนการที่ผู้ให้คำปรึกษาสร้างความสัมพันธ์กับสมาชิกในกลุ่ม เพื่อให้เขาได้สำรวจตนเอง สำรวจสถานการณ์ต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับตน แล้วพยายามแก้ไขเจตคติ และพฤติกรรมของตนให้ดีขึ้น

รจนา กุศลธ (2526) กล่าวว่า การให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม เป็นกระบวนการที่มีผู้ที่มีปัญหาคล้ายคลึงกันหลาย ๆ คน ได้มารวมตัวกันเพื่อปรึกษาค้นหาคำคิดหาทางแก้ไขปัญหาร่วมกัน โดยผู้ให้คำปรึกษาร่วมอยู่ในกลุ่มด้วย ผู้ให้คำปรึกษามีหน้าที่หลาย ๆ อย่างประกอบกัน เช่น เป็นผู้สอน ผู้ให้กำลังใจ ผู้อำนวยความสะดวกต่าง ๆ แก่สมาชิก ผู้ประสานสัมพันธ์ภายในและกระตุ้นให้สมาชิกมีปฏิสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน

ตามที่ได้กล่าวมา นอสรุปหลักการของการปรึกษาแบบกลุ่มได้ดังนี้ คือ

1. การปรึกษาแบบกลุ่ม จะต้องประกอบด้วย บุคคลที่มีปัญหาทางด้านความคิดหรือปัญหาทางพฤติกรรมที่คล้ายคลึงกัน ตั้งแต่ 2 คนขึ้นไป มารวมตัวกันเป็นกลุ่ม และมีผู้ให้คำปรึกษาที่มีความรู้ทางจิตวิทยา และเข้าใจบทบาทของกลุ่มอยู่ในกลุ่มด้วย
2. ผู้ที่จะเป็นสมาชิกกลุ่ม ต้องยินยอมพร้อมใจในการแก้ปัญหา และจะต้องเป็นบุคคลที่ไม่อยู่ในสภาพทรุดโทรมไร้สมรรถภาพ
3. ผู้ให้คำปรึกษาไม่ได้เป็นศูนย์กลางของกลุ่ม แต่มีกลุ่มเป็นจุดศูนย์กลาง สมาชิกทุกคนสามารถแสดงออกเกี่ยวกับความรู้สึกและความคิดเห็นของตนเอง ทั้งยังได้รับฟังปัญหา ความรู้สึก และความคิดเห็นของผู้อื่น สมาชิกเกิดไว้วางใจซึ่งกันและกัน (Trust) มีการดูแลเอาใจใส่ เข้าใจ ยอมรับ และสนับสนุนซึ่งกันและกัน การที่สมาชิกทุกคนได้รับประสบการณ์จากกันและกันจะทำให้ตนเองเกิดการเรียนรู้ร่วมกันในกลุ่ม สมาชิกได้มีโอกาสสำรวจความรู้สึก ความคิด หรือปัญหาที่ตนมีอยู่ รวมถึงการแก้ไขปัญห และพัฒนาตนเองในด้านต่าง ๆ และเข้าใจยอมรับตนเอง เลือกแนวทางในการแก้ไขปัญหาคต่อไป
4. ในการให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม ควรเน้นที่ปัจจุบัน ควรแก้ไขปัญหามีอยู่ในปัจจุบัน ไม่ควรพูดถึงอดีตที่ไม่สามารถจะแก้ไขได้
5. ในการตัดสินพฤติกรรม ไม่มีการตัดสินว่า ผิด ถูก ดี ไม่ดี แต่จะศึกษาถึงสาเหตุ แนวทางแก้ไข และวิธีการปฏิบัติ
6. ในการให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม ควรมีการยืดหยุ่นตลอดเวลา ผู้ให้คำปรึกษาควรบอกถึงจุดมุ่งหมาย และวิธีการที่จะเกิดขึ้นกับสมาชิก ซึ่งจะไม่มีรูปแบบที่ตายตัว

7. ในการให้คำปรึกษาแต่ละครั้ง ควรมุ่งช่วยเหลือสมาชิกคนหนึ่งหรือสองคน เป็นพิเศษ
8. ประสิทธิภาพของการให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม วัดได้จากการสังเกตพฤติกรรมของสมาชิกภายนอกกลุ่ม

ทฤษฎีการให้คำปรึกษาโดยที่ผู้มารับบริการเป็นศูนย์กลาง (Client Centered Theory Approach)

Carl Ransom Rogers ชาวอเมริกัน เป็นผู้ให้กำเนิดทฤษฎีนี้ การให้คำปรึกษาแบบผู้มารับคำปรึกษาเป็นศูนย์กลางนี้ บางครั้งเรียกว่า ทฤษฎีการให้คำปรึกษาแบบอัตตา (self-theory Counseling) หรือการให้คำปรึกษาแบบไม่นำทาง (non-directive Counseling) หรือบางครั้งเรียก การให้คำปรึกษาแบบรอเจอร์ (Rogerian Counseling)

แนวคิดพื้นฐานของทฤษฎี

Rogers เชื่อว่า บุคลากรทุกคนมีความสามารถอยู่ในตัวเอง หรืออย่างน้อยซ่อนแฝงอยู่ในตัวเองที่จะทำความเข้าใจปัจจัยต่าง ๆ ในวงจรชีวิตที่ทำให้เขาไม่มีความสุข เจ็บปวด และเป็นทุกข์ บุคคลมีความสามารถในการที่จะเอาชนะหรือปลดเปลื้องสาเหตุแห่งความทุกข์เหล่านั้นได้ด้วยตนเอง และหลังความสามารถที่มีอยู่หรือซ่อนแฝงอยู่นั้นจะเกิดประสิทธิภาพขึ้นได้ก็ต่อเมื่อผู้รักษาได้สร้างสัมพันธภาพที่อบอุ่น ยอมรับและมีความเข้าใจกับบุคคลนั้น ๆ เปิดโอกาสให้เขาได้ตัดสินใจด้วยตนเอง

กระบวนการรักษา

Rogers ถือว่า การรักษาเป็นกระบวนการการเรียนรู้อย่างหนึ่ง การเรียนรู้จะเกิดขึ้นได้ ผู้รักษาต้องสร้างบรรยากาศ ชนิดที่ทำให้ผู้มีปัญหาหรือผู้ขอคำปรึกษารู้สึกผ่อนคลายและปลอดภัย คือ ผู้รักษาต้องสร้างสัมพันธภาพที่อบอุ่นกับผู้มีปัญหา มีความจริงใจ มีการยอมรับและมีความเข้าใจ ผู้รักษาจะต้องมีบุคลิก และทัศนคติบางประการ คือ จะต้องมีบุคลิกที่มีลักษณะเป็นมิตรสูง มีทัศนคติในทางบวกต่อผู้มีปัญหา

Rogers ได้ศึกษาและวิจัยถึงคุณสมบัติของผู้รักษาที่ประสบความสำเร็จในการให้คำปรึกษาและการรักษา นอกจากลักษณะของสัมพันธภาพดังที่กล่าวมาแล้ว ยังมีปัจจัยอะไรอีกในตัวผู้รักษา ประสบการณ์อะไรในตัวผู้รักษาที่จะทำให้สัมพันธภาพมีลักษณะส่งเสริมให้ผู้มีปัญหาหรือขอคำปรึกษามีการเปลี่ยนแปลง จากการทดลองใช้แนวคิด และจากประสบการณ์ Rogers ได้ข้อสรุปว่า ผู้รักษาที่ประสบความสำเร็จในการรักษา คือ สามารถทำให้ผู้มีปัญหาเข้าใจในตนเอง และมีการเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้น จะต้องมีทัศนคติบางประการดังนี้ คือ

1. ผู้รักษา หรือผู้ให้คำปรึกษาเผชิญกับผู้มีปัญหาในฐานะบุคคลกับบุคคล เป็นตัวของตัวเอง เพื่อสร้างสัมพันธภาพกับผู้อยู่รับคำปรึกษา จะต้องมีความจริงใจ ไม่เสแสร้ง หรือสร้างเกราะกำบังตัวเอง หรือสวมหน้ากาก ผู้รักษาจะต้องเปิดเผยความรู้สึกและทัศนคติที่เกิดขึ้นจริง ๆ ถ้าเห็นว่าเหมาะสม

2. ความเห็นใจ (Empathy) ผู้รักษาจะต้องเข้าใจในความคิด ความรู้สึกของผู้มีปัญหา และสามารถสื่อความเข้าใจนี้ออกมาได้ แต่ผู้รักษาจะต้องไม่ติดค้างอยู่ในอารมณ์เหล่านั้นจนไม่สามารถให้ความช่วยเหลือได้ เมื่อผู้รักษาเข้าใจสถานการณ์ และปัญหาดีแล้ว ก็จะสามารถสื่อความเข้าใจนี้ให้แก่ผู้มีปัญหาได้ ผู้มีปัญหาก็จะเริ่มรู้สิ่งที่ไม่เคยรับรู้มาก่อน ตระหนักในสิ่งที่ไม่เคยตระหนักมาก่อน

3. การยกย่องและยอมรับ (Positive Regard) จะเกิดการเรียนรู้และเกิดการเปลี่ยนแปลงได้นั้น ผู้รักษาต้องมีทัศนคติที่ดีกับผู้มีปัญหา การแสดงออกซึ่งความรู้สึกต่าง ๆ ของผู้มีปัญหา ไม่ว่าจะ เป็นบวกหรือลบ ผู้รักษาจะให้การยอมรับ นอกจากนี้ผู้รักษาจะให้ความนับถือในความสามารถ การตัดสินใจ และจะยินยอมให้ผู้มีปัญหา เลือกหนทาง การแก้ปัญหา เลือกค่านิยมของตนเอง ผู้รักษายอมรับความรู้สึกทุกอย่างที่เกิดขึ้นของผู้มีปัญหา ไม่มีการประหม่นหรือตัดสินว่าถูกต้องหรือผิด เหมาะสมหรือไม่เหมาะสม ภายใต้บรรยากาศเช่นนี้ ผู้มีปัญหาก็จะรู้เห็นคุณค่าในตนเอง เกิดความเชื่อมั่นในตนเอง และกล้าเผชิญกับปัญหาชีวิตด้วยความเข้มแข็ง และสามารถเอาชนะอุปสรรคที่ขวางหน้าอยู่ได้

นอกจากทัศนคติเหล่านี้ของผู้รักษาแล้ว สิ่งที่จะมีผลกระทบต่อกระบวนการรักษา คือ การรับรู้ของผู้มีปัญหาที่มีต่อการแสดงออกของทัศนคติต่าง ๆ ของผู้รักษา ถ้าผู้มีปัญหารับรู้ผิดไปจากความเป็นจริง แบ่งการแสดงออกของผู้รักษาไปในทางลบ การรักษาก็เกิดขึ้นไม่ได้ การเปลี่ยนแปลงในตัวผู้มีปัญหาก็จะเกิดขึ้นไม่ได้เช่นเดียวกัน อาจสรุปได้ว่า กระบวนการรักษาโดยใช้แนวคิด Client Centered Therapy นี้ เป็นกระบวนการเรียนรู้หนึ่ง คือ

ผู้มีปัญหาได้เรียนรู้เกี่ยวกับตนเองใหม่ เรียนรู้ในพฤติกรรมใหม่ การเรียนรู้จะเกิดขึ้นได้เมื่อ ผู้รักษาส่งบรรยากาศที่ส่งเสริมการเรียนรู้ คือ บรรยากาศอบอุ่น ยอมรับ เห็นใจ เข้าใจ และยกย่องนับถือผู้มีปัญหา บรรยากาศเช่นนี้ บุคคลทั่วไป รวมทั้งผู้มีปัญหาจะสามารถนำพลังความสามารถที่มีอยู่ หรือที่ซ่อนแฝงอยู่ออกใช้ เพื่อทำความเข้าใจในตนเอง ปัญหาของตนเอง ผลคือ เกิดการเปลี่ยนแปลงของบุคลิกภาพในทางที่ดีขึ้น สามารถเข้าใจตนเอง ผู้อื่น ปัญหาชีวิต และปรับตัวกับสิ่งแวดล้อมได้ดีขึ้น

การให้คำปรึกษาแบบกลุ่มโดยใช้แนวคิดตามทฤษฎี Client Centered Theory

ในการให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม ตามแนวคิดของ Rogers นั้น ผู้นำกลุ่มคือ ผู้รักษา และผู้มีปัญหาคือ สมาชิกในกลุ่ม Rogers ได้กล่าวว่า ผู้นำกลุ่มมีบทบาทสำคัญในการรักษา ทิศทางกลุ่มให้บรรลุตามจุดประสงค์ที่ตั้งไว้ และผู้นำกลุ่มเป็นผู้เอื้ออำนวย ให้สมาชิกกลุ่มทุกคน ได้มีส่วนร่วมในกลุ่มมากที่สุด หน้าที่ของผู้นำกลุ่มในการเอื้ออำนวยกลุ่มมีดังนี้ (Roger 1970 : 52-73)

1. สร้างบรรยากาศกลุ่ม (Climate-Setting Function) ผู้นำกลุ่มต้องพยายามสร้างบรรยากาศที่ทำให้สมาชิกรู้สึกอบอุ่น ปลอดภัย โดยผู้นำกลุ่มให้อิสระแก่สมาชิก ในการบอกเล่าสิ่งที่เขาต้องการให้กลุ่มรับทราบ ไม่ว่าจะเป็นเรื่องในระดับผิวเผินหรือลึกซึ้ง ผู้นำกลุ่มพยายามตอบสนองสิ่งที่ เป็นประสบการณ์ และความรู้สึกของเขา เพื่อให้สมาชิกรู้สึก ว่าอย่างน้อยก็มีผู้นำกลุ่มคนหนึ่งในกลุ่มที่เชื่อถือ ไว้วางใจ และใส่ใจที่จะฟังสิ่งที่เขาพูด โดย ผู้นำกลุ่มสามารถแสดงออก ให้สมาชิกกลุ่มรับรู้ได้ทั้งทางคำพูดและภาษาท่าทาง
2. ผู้นำกลุ่มมีบทบาทเป็นสมาชิกกลุ่มคนหนึ่งด้วยเหมือนกัน ผู้นำกลุ่มมีส่วนของการมีผลต่อกลุ่ม ไม่บังคับสิ่งที่เกิดขึ้นจากการเลือกของกลุ่ม คือ ต้องยอมรับกลุ่มและสมาชิก กลุ่ม ผู้นำกลุ่มมีหน้าที่ตอบสนองต่อความรู้สึกในปัจจุบันของสมาชิก
3. ผู้นำกลุ่มต้องพยายามเข้าใจความหมายที่แท้จริงของสิ่งที่สมาชิกสื่อออกมา โดยการที่ผู้นำหาความกระจ่างจากสิ่งที่สมาชิกพูด และแสดงออกมา พร้อมทั้งถ่ายทอดความหมายนี้กลับไปทั่วสมาชิก ผู้นำกลุ่มต้องใช้ทักษะให้สมาชิกเผชิญกับสิ่งที่เขาพูด และการตีความหมายในระดับลึกได้ถูกต้อง
4. ผู้นำกลุ่มสามารถไวต่อความรู้สึกของสมาชิกที่พูด หรือปิดบังบางสิ่งไว้ ผู้นำกลุ่มต้องยอมรับ ทั้งการแสดงออกในทางบวกหรือทางลบ การตอบคำถามของผู้นำกลุ่มไม่ควร

แสดงความรู้สึกของตนขณะนั้น ดีความ ควรพยายามตอบโดยความรู้สึกอิสระ ไม่ถูกบังคับตอบ เพราะเห็นว่ามันอาจมีสาระอื่น ๆ แฝงอยู่ มากกว่าที่จะเป็นคำถามที่แท้

5. ผู้นำกลุ่มควรเปิดโอกาสให้สมาชิกที่ตกเก็บความรู้สึกบางอย่างไว้ได้เผชิญเมื่อเขาต้องการ เพื่อช่วยให้เขามองเห็นสิ่งที่เขาคิด โดยการที่ผู้นำกลุ่มนำสิ่งที่สมาชิกแสดงออกมาสนองตอบให้เขาเห็น การสะท้อนกลับของข้อมูล บางครั้งจะต้องทำให้เขาเจ็บปวดบ้างในการเผชิญความจริง ผู้นำกลุ่มจะต้องช่วยเหลือให้เขาพ้นจากสภาพความเจ็บปวดได้เมื่อเขาต้องการ

6. ผู้นำกลุ่มต้องกล้าแสดงความรู้สึกที่เป็นปัญหาของตนออกมา ผู้นำกลุ่มควรมีความพร้อมในการทำกลุ่ม หากผู้นำกลุ่มมีความกังวลใจเกิดขึ้นขณะทำกลุ่ม ควรเปิดเผยบอกเล่าให้กลุ่มทราบ เพราะการกระทำดังกล่าวของผู้นำกลุ่มจะมีส่วนเอื้ออำนวยกระแสน้ำได้มากขึ้น สมาชิกคนอื่น ๆ จะเปิดเผยตนเองมากขึ้น

7. ในการวางแผนผู้นำกลุ่ม และสมาชิกกลุ่มควรจะมีส่วนร่วมมากพอ

8. ผู้นำกลุ่มควรหลีกเลี่ยงการวิจารณ์ หรือวิเคราะห้พฤติกรรมของสมาชิกกลุ่มหากจำเป็นต้องวิจารณ์ ควรเกิดในลักษณะความสมัครใจของสมาชิกทุกคน มากกว่าการที่ผู้นำกลุ่มจะไปกำหนด และผู้นำกลุ่มไม่ควรที่จะวินิจฉัยพฤติกรรมที่ผิดปกติ บางอย่างทีสมาชิกบางคนอาจแสดงออกในกลุ่ม ขณะที่สถานการณ์กลุ่มตึงเครียด การวินิจฉัยของผู้นำกลุ่มจะทำให้เกิดความรู้สึกห่างเหินของสมาชิกว่า ผู้นำกลุ่มเห็นบุคคลเป็นวัตถุสำหรับการวิเคราะห์เท่านั้น ผู้นำกลุ่มควรอาศัยปัญหาของกลุ่มมากกว่าของตนเอง

9. ผู้นำกลุ่มควรแสดงการเคลื่อนไหวทางกายอย่างเป็นธรรมชาติมากที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ ไม่ว่าจะเป็นการขยับตัว การย้ายที่นั่ง ควรถามความสมัครใจของสมาชิกด้วยว่าเขาเต็มใจที่จะถูกย้ายหรือไม่

สมาชิกกลุ่ม (The Group member)

ในการจัดตั้งกลุ่มขึ้นแต่ละครั้งนั้น จัดขึ้นเพื่อบุคคลประเภทใดประเภทหนึ่ง โดยเฉพาะ มีจุดมุ่งหมายโดยเฉพาะ ขึ้นอยู่กับความสนใจของสมาชิกที่จะเข้ากลุ่ม แต่ละลักษณะอาจมีน้อยต่างกัน ผู้นำกลุ่มควรพยายามจัดให้มีความเท่าเทียมกัน ในวัย วุฒิภาวะ และเพศ เพื่อป้องกันปัญหาการสื่อสาร และการมีปฏิสัมพันธ์ที่มีต่อกันในกลุ่ม

ขนาดของกลุ่ม (Group size)

ขนาดของกลุ่มขึ้นอยู่กับวัตถุประสงค์และรูปแบบของกลุ่ม โดยทั่วไป รอเจอร์ กล่าวไว้ว่า กลุ่มควรประกอบด้วยสมาชิก 8-18 คน เพื่อสามารถมีปฏิสัมพันธ์กันได้อย่างทั่วถึง (Rogers 1972 : 2)

ระยะเวลาในการเข้ากลุ่ม (Time)

ระยะเวลาที่อยู่ร่วมกันในกลุ่ม อาจเป็นสัปดาห์ละ 18-40 ชั่วโมง หรือมากกว่านี้ก็ได้ (Roger 1970 : 3)

แนวคิดเกี่ยวกับกระบวนการให้ความรู้โดยใช้กลุ่ม

ส่วนใหญ่ พยาบาลมักนำเอากระบวนการกลุ่ม มาใช้สอนผู้ป่วยที่มีความเจ็บป่วยทางกาย โดยดัดแปลงมาจากวิธีการรักษาผู้ป่วยโรคจิต การสอนผู้ป่วยมีวัตถุประสงค์เกี่ยวกับสุขภาพอนามัย ความเจ็บป่วย และเพื่อป้องกันหรือลดปัญหาทางด้านจิตใจ ความแปรปรวน อันเนื่องมาจากความเจ็บป่วย การให้ความรู้จะทำให้ผู้ป่วยสามารถพัฒนาตัวเอง และผ่านพ้นภาวะวิกฤต อันเนื่องมาจากความเจ็บป่วยทางกายไปด้วยดี (Marram 1978 : 22-24)

กระบวนการให้ความรู้โดยใช้กลุ่ม เป็นการสอนแก่ผู้เรียนโดยใช้กลุ่มย่อย มักจะมีการอภิปรายกันในกลุ่มช่วยให้ผู้เรียนพัฒนาด้านทัศนคติความรู้ความเข้าใจ (Redman 1980 : 122) Standford และ Standford กล่าวว่า การอภิปรายกลุ่ม มีจุดมุ่งหมายหลายประการด้วยกัน คือ เพื่อแก้ปัญหาาร่วมกัน เพื่อได้ทราบความคิดเห็นของบุคคลอื่น ๆ เพื่อให้ทราบความรู้สึกนึกคิดของบุคคลอื่น ในแง่ของการยอมรับความรู้สึก และการมีส่วนร่วมในกลุ่ม ตลอดจนเพื่อดึงความคิดออกมาเป็นการกระทำร่วมกัน

การแบ่งกลุ่มย่อย นอกจากมีจุดประสงค์เพื่อเกิดการอภิปรายกันแล้ว ยังมีจุดประสงค์อย่างอื่นอีก คือ

1. ทำให้เกิดมีการสอนแบบพี่เลี้ยง (Tutorial)
2. เป็นการสอนแบบช่วยเหลือในกลุ่มทีละคน

3. เป็นเสนอการสอนเนื้อหาวิชาสำหรับผู้มีปัญหาหรือมีความสนใจคล้าย ๆ กัน มารวมกัน แล้วผู้สอนเสนอเนื้อหาวิชาโดยให้มีการอภิปรายซักถาม
4. เป็นการฝึกการซักซ้อมทบทวน (Rehearsal) ซึ่งเป็นการฝึกหัดร่วมกันเป็นกลุ่มเล็ก (Deighton 197 : 229-233)

ลักษณะการเรียนรู้ที่เกิดจากกลุ่ม (จันทิกา ลิมปิเจริญ 2522 : 44-45)

1. การเรียนรู้ที่เกิดขึ้น เกิดจากทุกคนได้มีส่วนวิเคราะห์ มีการอภิปราย แลกเปลี่ยนประสบการณ์ซึ่งกันและกัน ไม่ได้เกิดจากผู้นำเพียงฝ่ายเดียว
2. เนื้อหาที่จะสอนต้องคำนึงถึงเป้าหมาย และความต้องการของสมาชิกในกลุ่ม ผู้นำหรือผู้สอนมีหน้าที่เพียงคอยเชื่อมประสาน ให้กลุ่มดำเนินไปในทิศทางที่ต้องการ รวมทั้งเป็นผู้สรุปเนื้อหาต่าง ๆ ให้สมาชิกรับทราบ
3. การเรียนรู้ของกลุ่มจะมี 3 ลักษณะ คือ การเรียนรู้เรื่องของตนเอง การเรียนรู้เรื่องของสมาชิกคนอื่นในกลุ่ม และการเรียนรู้เรื่องของกลุ่ม
4. สมาชิกหรือผู้เรียนสามารถนำความรู้ที่ได้รับไปใช้ประโยชน์ต่อตนเองหรือของผู้อื่น

Marram กล่าวถึง องค์ประกอบของการจัดการเรียนรู้ในกลุ่ม ว่าจะสำเร็จหรือไม่ขึ้นอยู่กับ 3 องค์ประกอบด้วยกัน คือ (Marram 1978 : 121)

1. การจัดตั้งกลุ่ม (Group Formation)
2. ผู้นำกลุ่ม
3. การจัดประสบการณ์การเรียนรู้ในกลุ่ม

1. การจัดตั้งกลุ่ม สิ่งที่ต้องคำนึงถึง คือ
 - 1.1 วัตถุประสงค์ของการจัดกลุ่มแต่ละครั้ง เป็นวัตถุประสงค์เฉพาะของกลุ่มนั้น ๆ รวมทั้งการให้ข้อมูลที่ เป็นประโยชน์สำหรับกลุ่มสมาชิกนั้น
 - 1.2 จำนวนสมาชิกภายในกลุ่ม จำนวนสมาชิกภายในกลุ่มมีมากเกินไปก็จะทำให้เกิดความคิดหลากหลาย แต่มีผลเสียด้านการควบคุม สมาชิกจะมีส่วนร่วมกิจกรรมน้อย และอาจก่อให้เกิดกลุ่มย่อย แต่ถ้ามีสมาชิกภายในกลุ่มน้อยเกินไป จะทำให้สมาชิกรู้สึกอึดอัด

วิตกกังวล (Margo 1985 : 65) มีผู้เสนอความคิดไว้มากมายเกี่ยวกับจำนวนสมาชิกที่เหมาะสมในการทำกลุ่ม เช่น จอห์นสัน (Johnson 1982 : 162) กล่าวว่า ควรมีสมาชิก 5-15 คน กริฟฟิต (Griffit cited in Margo 1985 : 81) กล่าวว่า จำนวนสมาชิกภายในกลุ่มที่เหมาะสม คือ 10-12 คน เพราะจะทำให้กลุ่มมีปฏิสัมพันธ์ที่ดีที่สุด มาร์แรม (Marram 1978 : 122) กล่าวว่า จำนวนสมาชิกนั้นต้องขึ้นอยู่กับวัตถุประสงค์ของกลุ่มด้วย และจากศึกษาของวีรสิทธิ์ สิทธิไตรย์ และ โยธิม แสงติ (2531 : 3) ซึ่งศึกษาเกี่ยวกับผู้สูงอายุในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ พบว่า จำนวนสมาชิกที่มีปฏิสัมพันธ์มากที่สุด คือ มีสมาชิกในกลุ่ม 7-8 คน ถ้าจำนวนสมาชิก 9-10 คน จะมีกลุ่มย่อยเกิดขึ้น

ในการจัดประสบการณ์เรียนรู้ เพื่อเพิ่มความสามารถในการดูแลเด็กป่วย โรคมาเรียมเร็งของมารดานั้น ผู้วิจัยได้กำหนดให้ขนาดของกลุ่มอยู่ระหว่าง 7-8 คน เนื่องจากคำนึงถึงการมีปฏิสัมพันธ์ภายในกลุ่ม การดำเนินการให้ความรู้ การจัดคนเข้ากลุ่ม ถ้ากลุ่มเล็กเกินไป อาจมีความวิตกกังวล และมีปฏิสัมพันธ์น้อย แต่ถ้ากลุ่มใหญ่เกินไป อาจจัดหาสมาชิกได้ยาก และมีกลุ่มย่อยภายในกลุ่ม

1.3 การคัดเลือกสมาชิก เวลา สถานที่ ขณะจัดการอภิปรายกลุ่ม การคัดเลือกสมาชิกเข้าร่วมกลุ่มกัน จะต้องคำนึงถึงคน ลักษณะและความพร้อมของผู้ที่จะเข้าร่วมกลุ่ม ซึ่ง มาร์แรม (Marram 1978 : 145-148) กล่าวว่า จะต้อง

ก. ประเมินความต้องการในการเข้าร่วมกลุ่ม ผู้ที่เข้าร่วมกลุ่มต้องมีความต้องการ เต็มใจที่จะเข้าร่วมกลุ่ม จึงจะทำให้กลุ่มประสบความสำเร็จ ซึ่งการประเมินความพร้อมนั้นจะต้องแจ้งวัตถุประสงค์ ชักถามความต้องการและความคาดหวังจากการเข้ากลุ่ม ทั้งนี้เพื่อให้ผู้ที่เข้ากลุ่มได้แสดงความคิดเห็นและเต็มใจในการเข้ากลุ่ม

ข. สภาพอารมณ์ของผู้เข้าร่วมกลุ่ม ผู้ที่มีปัญหารุนแรงทางสภาพอารมณ์อาจไม่เหมาะสมในการจัดเข้ากลุ่ม สำหรับเวลาในการจัดกลุ่มนั้น ควรเป็นเวลาที่เหมาะสมกำหนดวันและเวลาที่แน่นอน การทำกลุ่มต้องมีการเริ่ม และสิ้นสุดให้ตรงเวลาไม่ควรเพิ่มเวลาอภิปรายในเรื่องที่อภิปรายผ่านมาแล้ว เพราะจะทำให้สมาชิกในกลุ่มเบื่อหน่าย และเป็นการลงโทษผู้มาสาย (วัชรีย์ ประคำ 2523 : 147) เวลาที่เหมาะสมในการเข้ากลุ่มควรใช้ 45-60 นาที และสูงสุดไม่เกิน 2 ชั่วโมง (วัชรีย์ ประคำ 2523 : 147) ความถี่ในการทำกลุ่ม ควรจัด 1-2 ครั้งต่อสัปดาห์

สถานที่ที่ใช้ในการจัดอภิปรายกลุ่ม ควรมึบรรยากาศเป็นสัดส่วน เงียบสงบ สภาพแวดล้อม ไม่แออัด นั่งสบาย ไม่ร้อนหรือเย็นเกินไป สถานที่เป็นสิ่งที่ช่วยเสริมให้สมาชิก รู้สึกมั่นคง ปลอดภัย

2. ผู้นำกลุ่ม หรือผู้ให้ความรู้

ผู้นำกลุ่มมีบทบาทหน้าที่ 2 ประการ (Marram 1978 : 124) คือ

2.1 หน้าที่ผู้นำ รับผิดชอบเอื้ออำนวยให้เกิดความสามัคคี (Cohesive)

2.2 เป็นผู้กำหนดประสบการณ์การเรียนรู้ในกลุ่ม คอยช่วยเหลือและ

สนับสนุนให้กลุ่มบรรลุวัตถุประสงค์ เป็นผู้สร้างแบบแผนของการทำกลุ่ม วางแผนในเรื่องของ โครงสร้าง และองค์ประกอบภายนอกโดยทั่ว ๆ ไป ซึ่งมีอิทธิพลต่อการรวมกลุ่ม ได้แก่ จำนวนสมาชิก เวลา ระยะเวลา สถานที่ การจัดที่นั่ง ลักษณะของสมาชิก เป็นต้น

3. การจัดประสบการณ์การเรียนรู้ภายในกลุ่ม มี 3 ขั้นตอน (Marram 1978 : 154-161) ดังนี้ คือ

ระยะที่ 1 ระยะสร้างสัมพันธ์ภาพ สร้างความรู้สึกมั่นคงปลอดภัย

(Initiating Phase)

การสร้างสัมพันธ์ภาพระหว่างผู้นำกลุ่มกับสมาชิกในกลุ่ม และในระหว่างสมาชิกด้วยกันเอง ในระยะเริ่มต้น ผู้นำกลุ่มควรย้าให้สมาชิกทุกคนเข้าใจวัตถุประสงค์ของกลุ่ม กฎ และแนวทางในการปฏิบัติตัวในฐานะเป็นสมาชิกของกลุ่ม ผู้นำต้องส่งเสริมให้สมาชิก ได้แสดงความคิดเห็น ความรู้สึก การแลกเปลี่ยนประสบการณ์อย่างอิสระ นอกจากนี้ผู้นำยัง ต้องแสดงให้เห็นถึงความจริงใจของผู้นำ และการสร้างบรรยากาศแห่งความเป็นมิตร ความไว้วางใจ สมาชิกจะรู้สึกอิสระในการแสดงออก เกิดการยอมรับซึ่งกันและกัน และเต็มใจที่จะเปิดเผยตนเอง

ระยะที่ 2 ระยะแก้ปัญหาและเกิดความเปลี่ยนแปลง (Working Phase)

ในระยะนี้ สมาชิกไว้วางใจกันแล้ว สมาชิกยอมรับปัญหา หาทางแก้ไขปัญหา และเลือกวิธีแก้ปัญหา โดยมีเพื่อนสมาชิกในกลุ่มคอยช่วยเหลือสนับสนุน การได้มีโอกาสพูดคุย แลกเปลี่ยนประสบการณ์ จะทำให้เกิดความคิดใหม่ ๆ และนำมาปรับปรุงแก้ไขปัญหาของตน สมาชิกจะมีบทบาททั้งเป็นผู้ให้และผู้รับ สมาชิกจะรู้สึกว่าตนมีค่ามีศักดิ์ศรีมากขึ้น ผู้นำกลุ่มมีบทบาทสำคัญในการทำให้กลุ่มบรรลุเป้าหมาย เสริมสร้างความเชื่อมั่นของสมาชิก เอื้ออำนวย

ให้กลุ่มได้อภิปรายปัญหาและหาทางแก้ไข ช่วยเหลือทดสอบความถูกต้อง เพื่อให้สมาชิกได้
มั่นใจและสมาชิกสามารถนำวิธีการแก้ไขปัญหาไปใช้ต่อไป

ระยะที่ 3 ระยะสิ้นสุดการทำกลุ่ม (Final Phase)

เป็นระยะที่ผู้นำกลุ่มจะต้องสรุปประสบการณ์ในการทำกลุ่ม ช่วยให้สมาชิกกลุ่ม
ประเมินความก้าวหน้า และความสำเร็จของกลุ่ม ก่อนจะสิ้นสุดการทำกลุ่ม ผู้นำกลุ่มควรบอก
แก่สมาชิกล่วงหน้า เพื่อจัดความกังวลของสมาชิก เนื่องจากการสิ้นสุดของกลุ่ม ผู้นำควร
เปิดโอกาสให้สมาชิกได้ระบายความรู้สึกนึกคิดอย่างเต็มที่ และพยายามชี้แนะประโยชน์ที่จะ
ได้รับเมื่อออกจากกลุ่ม

แนวคิดเกี่ยวกับแรงสนับสนุนทางสังคม

ธรรมชาติของมนุษย์ มีความต้องการที่จะอยู่รวมกันเป็นกลุ่ม เป็นสังคม และการ
ดำรงอยู่ของมนุษย์ในสังคมนั้น จำเป็นต้องมีการพึ่งพาระหว่างกัน มีความไว้วางใจและช่วยเหลือ
กัน มีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็น และความรู้สึกซึ่งกันและกัน เพื่อให้เกิดความรู้สึก มั่นคง
รู้สึกว่าตนเป็นที่ยอมรับของบุคคลในสังคม อันจะทำให้มีชีวิตอยู่อย่างมีความสุข และมีความหมาย
ขึ้น (จิตนา ยูนินันต์ 2529 : 4) มีผู้ให้ความหมายของแรงสนับสนุนทางสังคมไว้หลายท่านด้วยกัน
เช่น

คอบบ์ (Cobb 1976 : 300-301) กล่าวว่า แรงสนับสนุนทางสังคม หมายถึง
การที่บุคคลได้รับข้อมูลที่ทำให้ตัวเขาเองเชื่อว่ายังมีบุคคลที่ให้ความรัก ความเอาใจใส่ เห็น
คุณค่าและยกย่องในตัวเขา รู้สึกว่าตนเองเป็นส่วนหนึ่งของสังคม มีความผูกพันซึ่งกันและกัน

แคปแลน และคณะ (Kaplan, Cassel & Gure 1977 : 50-51) กล่าวว่า
การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง ความพึงพอใจที่บุคคลจะได้รับการติดต่อสัมพันธ์กับบุคคลอื่น
ซึ่ง ลิม และคณะ (Lin, et al., 1979 : 109) ได้เพิ่มเติมว่า การติดต่อนี้อาจเป็น
การติดต่อรายบุคคล รายกลุ่ม หรือชุมชนขนาดใหญ่ก็ได้ นอกจากนี้ แคปแลน ยังพบว่า
บุคคลที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมอย่างเพียงพอ จะช่วยลดความเครียด สามารถปรับตัว
ได้ถูกต้องเหมาะสม และนำไปสู่การมีพฤติกรรมด้านสุขภาพอนามัยที่ดี

คาห์น (Kahn, in Orbeck, ed. 1981 : 265) กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคม คือ การที่บุคคลติดต่อสัมพันธ์กัน ทำให้เกิดความรู้สึกที่ดีต่อกัน ยอมรับพฤติกรรมของกันและกัน รับผิดชอบต่อการแสดงออกของกันและกัน

ทอยส์ (Thoists 1982 : 147) ได้อธิบายถึงการสนับสนุนทางสังคมว่าเป็นระดับของความต้อการพื้นฐานทางสังคมของบุคคล ที่เกิดจากการติดต่อสัมพันธ์กับบุคคลในกลุ่มสังคมนั้น ๆ การสนับสนุนทางสังคมประกอบด้วย ความจำเป็นด้านอารมณ์และสังคม (Socioemotional need) และความจำเป็นด้านข่าวสารหรือของใช้ (instrumental need)

บุญเยี่ยม ตระกูลวงศ์ (2528 : 171) ได้ให้ความหมายของการสนับสนุนทางสังคมว่า หมายถึง สิ่งที่ได้รับแรงสนับสนุนได้รับการช่วยเหลือด้านข้อมูล ข่าวสาร วัสดุสิ่งของ หรือการสนับสนุนด้านจิตใจจากผู้ให้การสนับสนุน ซึ่งอาจเป็นบุคคลหรือกลุ่มแล้วมีผลทำให้ผู้รับนำไปปฏิบัติในทิศทางที่ผู้รับต้องการ

ดังนั้น อาจจะกล่าวได้ว่า การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การที่บุคคลได้รับความรัก ได้รับการช่วยเหลือในด้านต่าง ๆ จากบุคคลด้วยกันในสังคม ซึ่งอาจเป็นบุคคลหรือเป็นกลุ่มบุคคล

สมจิต หนูเจริญกุล (1988 : 13) แบ่งการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 3 ชนิด คือ

1. การช่วยเหลือโดยให้ข้อมูลข่าวสารและความรู้เกี่ยวกับโรคและการรักษา ให้คำแนะนำในการแก้ปัญหา และให้ข้อมูลย้อนกลับเกี่ยวกับความประพฤติกและการปฏิบัติของบุคคล (Information Support)
2. การให้ความช่วยเหลือด้านอารมณ์ ได้แก่ ให้ความมั่นใจ ความรู้สึกที่สามารถจะพึ่งพาและไว้วางใจผู้อื่น ทำให้รู้สึกว่าได้รับความรัก ความเอาใจใส่
3. การให้ความช่วยเหลือที่เป็นรูปธรรม คือ การให้ความช่วยเหลือโดยตรงหรือการให้สิ่งของหรือให้บริการ

ไวส์ (Weiss 1974 : 17-26) แบ่งชนิดของการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น

5 ลักษณะ คือ

1. ความใกล้ชิด คือ ทำให้บุคคลรู้สึกปลอดภัยและอบอุ่น ช่วยไม่ให้เกิดความรู้สึกโดดเดี่ยว ความสัมพันธ์เช่นนี้จะพบในคู่สมรส เพื่อน หรือสมาชิกในครอบครัวเดียวกัน

2. การมีส่วนร่วมในสังคม การมีส่วนร่วมของบุคคลในสังคม ทำให้บุคคลรู้สึกมีเป้าหมาย มีความเป็นเจ้าของ และได้รับการยอมรับว่าตนมีคุณค่าต่อกลุ่ม

3. พฤติกรรมการดูแลรับผิดชอบ เป็นการสนับสนุนที่ผู้ใหญ่มีความรับผิดชอบต่อความเจริญเติบโต และความสบายของผู้เยาว์ แล้วทำให้ตนเองเกิดความรู้สึกว่าเป็นที่ต้องการของบุคคลอื่น และผู้อื่นพึงพาได้ ถ้าหากไม่ได้ทำหน้าที่นี้ จะทำให้เกิดความคับข้องใจ ชีวิตนี้ไม่สมบูรณ์ และไร้จุดหมาย

4. การได้รับการยอมรับ เป็นการได้รับการยอมรับในสถาบันครอบครัวหรือเพื่อน เมื่อบุคคลมีพฤติกรรมที่สามารถแสดงบทบาททางสังคม

5. การได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลอื่น หรือกลุ่มบุคคลอื่น

การสนับสนุนทางสังคมได้กำเนิดมาจากรูปแบบของการระชาดวิทยาและการสาธารณสุข ที่เกี่ยวกับการเกิดโรค แล้วนำมาปรับปรุงใช้ในทางจิตวิทยา มีผู้ทำการศึกษาเพื่ออธิบายกลไกของการสนับสนุนทางสังคม และภาวะสุขภาพของมนุษย์ ทางด้านร่างกายและจิตใจ

โคเฮม และ วิลส์ (Cohen and Wills 1985 : 310-357) สรุปผลการศึกษา

ไว้ 2 ประการ คือ

1. การสนับสนุนทางสังคม จะทำให้บุคคลมีประสบการณ์ที่ดี มีอารมณ์มั่นคง มีผลให้คนมีพฤติกรรมทางสุขภาพดีโดยตรง และยังช่วยเสริมหน้าที่ในการต่อสู้ปัญหาของแต่ละคนให้ดีขึ้น ทำให้ปัญหาลดความรุนแรง

2. การสนับสนุนทางสังคม เป็นตัวช่วยลดความเครียด อันจะนำไปสู่ภาวะวิกฤติวอทแมน (Wortman 1984 : 2534) ได้สรุปแนวความคิดที่นักวิชาการทั้งหลายได้ให้ไว้ จากการศึกษาดังนี้

1. การสนับสนุนทางสังคม จะส่งเสริมบุคคลในการเผชิญภาวะเครียดโดยการกระตุ้นให้ผู้รับเกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง

2. การสนับสนุนทางสังคม ทำให้บุคคลสามารถเปลี่ยนแปลงวิธีการเผชิญภาวะเครียด

3. การได้รับข้อมูลต่าง ๆ เป็นการสนับสนุนทางสังคม ทำให้บุคคลสามารถเผชิญความเครียดได้ดีขึ้น

4. การสนับสนุนทางสังคม ที่ได้รับจะทำให้บุคคลได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับวิธีการเผชิญภาวะเครียดแบบใหม่ ซึ่งบุคคลนั้นไม่เคยรู้จักมาก่อน

5. การสนับสนุนทางสังคมที่ได้รับจะทำให้บุคคลเกิดแรงจูงใจในการเปลี่ยนพฤติกรรม

กลไกการทำงานหรือผลของการสนับสนุนทางสังคมที่มีต่อภาวะสุขภาพและการเจ็บป่วยนั้นพอสรุปได้ 2 ประเด็นใหญ่ ๆ คือ

1. ผลโดยตรงต่อภาวะสุขภาพ โดยการสนับสนุนทางสังคมนี้จะช่วยให้คงไว้ซึ่งความรู้สึก มีคุณค่าในตนเอง และการที่บุคคลมีส่วนร่วม หรือมีความเกี่ยวข้องกับสังคม จะเป็นการกระตุ้นหรือการส่งเสริมภาวะปกติสุขได้ อาจจากการได้รับคำแนะนำให้ปฏิบัติในสิ่งที่ถูกต้องหรือสิ่งที่มีประโยชน์ รวมทั้งการปฏิบัติตามบรรทัดฐานของสังคมด้วย (Dimdalu, et al., 1979 : 175-180)

2. ผลในการกดซับหรือบรรเทาผลกระทบที่เกิดจากภาวะเครียด การสนับสนุนทางสังคมเป็นแหล่งพลังที่มีอยู่ในสังคม ทำหน้าที่เสมือนกับเป็นสิ่งช่วยเหลือบุคคลในการเปลี่ยนแปลงสถานการณ์ เปลี่ยนแปลงความหมายของสถานการณ์ หรือเปลี่ยนแปลงสภาพอารมณ์ที่มีต่อสถานการณ์นั้น ๆ หรืออาจเปลี่ยนแปลงทั้ง 3 อย่าง

การใช้กระบวนการกลุ่มในการให้คำปรึกษา ให้ความรู้ และเพิ่มแรงสนับสนุนทางสังคม

ในการจัดการเรียนรู้แบบกลุ่มแก่มารดาเด็กป่วยโรคมะเร็งนั้น ผู้วิจัยได้ประยุกต์ใช้หลักการของการให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม การให้ความรู้โดยใช้กลุ่ม เป็นการจัดแรงสนับสนุนทางสังคมขึ้น มีวัตถุประสงค์เพื่อให้มารดาของเด็กป่วยมีโอกาสได้ระบายความทุกข์ ความคับข้องใจต่าง ๆ เกิดการยอมรับในปัญหา และหาทางแก้ไขปัญหของตน อันเนื่องมาจากความเจ็บป่วยของบุตรของตน มีผลทำให้ความวิตกกังวลของมารดาลดลง มีผลดีต่อการเรียนรู้ในเนื้อหาการสอนที่ผู้นำกลุ่มและสมาชิกคนอื่น ๆ สอดแทรกให้ เป็นประโยชน์ต่อมารดาในการนำไปใช้เพื่อดูแลบุตรของตนได้อย่างถูกต้อง ทันทีทันใด นอกจากนี้ยังมีวัตถุประสงค์เพื่อแก้ไขในสิ่งที่มารดาเข้าใจผิด การแลกเปลี่ยนความคิดเห็นและการได้รับฟังปัญหาของผู้อื่นที่มีปัญหาคล้าย ๆ กันจะช่วยให้เกิดความเข้าใจและมีการเปลี่ยนแปลงวิธีการดำเนินชีวิต หรือมีการปฏิบัติไปในทางที่ถูกต้อง

ตามหลักสุขภาพอนามัย (Skiff 1973 : 117-120)

มีผู้ใช้กระบวนการกลุ่มในการสอนผู้ป่วยโรคมะเร็ง เพื่อให้ผู้ป่วยเรียนรู้อาการ สาเหตุของโรค การวินิจฉัยโรค และการรักษา โดยมีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ความรู้ ทัศนคติ ความกลัวเกี่ยวกับโรคที่เป็นอยู่ ในระหว่างผู้ที่มีปัญหาคล้าย ๆ กัน โดยมีพยาบาลคอย ให้คำแนะนำและตอบข้อสงสัย วิธีการนี้สามารถทำให้ผู้ป่วยลดความวิตกกังวล มีความรู้สึกนึก คิดและคาดหวังเกี่ยวกับโรคที่เป็นอยู่ไปในทางที่ดีขึ้น มีกำลังใจ มีความสนิทสนมไว้วางใจ และเกิดความสัมพันธ์อย่างใกล้ชิดระหว่างสมาชิกในกลุ่ม (Whit man, Gustafson and Coleman 1979:960)

ในการประยุกต์ใช้กระบวนการกลุ่มดังกล่าว จากการศึกษาของ กิมบอมส์ และ โบเรน (Gibbon & Boun 1985 : 96-101) พบว่า การจัดกลุ่มผู้ปกครอง ผู้ป่วยเด็ก โรคมะเร็ง จะช่วยทำให้ครอบครัวไม่รู้สึกโดดเดี่ยว สับสน หมดหวังต่อไป สามารถดึงเอา ความรู้ และแหล่งประโยชน์มาใช้ได้ มารดาผู้ป่วยในฐานะที่เป็นสมาชิกคนหนึ่งของกลุ่ม การได้แสดง ความคิดเห็น แสดงความรู้สึก มีอารมณ์ร่วมในสิ่งที่ได้กระทำ ทำให้เนื้อหาที่ เรียนรู้ได้นาน และจากการมีส่วนร่วมในกลุ่ม ทำให้เกิดการปฏิสัมพันธ์ ช่วยให้การเรียนรู้ เป็นไปอย่างกว้างขวางและได้ผลดี สามารถนำความรู้ที่ได้ไปใช้ในชีวิตประจำวันได้

ลักษณะของการเรียนรู้แบบกลุ่ม

1. เป็นกลุ่มที่ประกอบด้วยมารดาของเด็กป่วยด้วยโรคมะเร็ง ที่กำลังอยู่ระหว่าง ได้รับการรักษาตามโปรแกรมและรับการรักษาอยู่ในโรงพยาบาลมารดาของเด็กทุกคนมีปัญหาคคล้ายคลึงกัน คือ การเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งของบุตรของตน
2. พยาบาลเป็นผู้นำกลุ่ม ทำหน้าที่อำนวยความสะดวกให้แก่สมาชิกส่งเสริมการ เกิดสัมพันธ์ภายในกลุ่ม พยายามนำไปถึงจุดมุ่งหมายของกลุ่มนอกจากนี้พยาบาลยัง เป็นผู้ให้ความรู้แก่สมาชิกในเรื่องของการดูแลเด็กป่วย โปรแกรมการรักษาโรคมะเร็ง การให้ เคมีบำบัด การฉายแสง การสังเกตอาการจากโรคแทรกซ้อนต่าง ๆ
3. เนื้อหาของการสนทนาในกลุ่ม จะมีตั้งแต่ปัญหาส่วนบุคคล ปัญหาของโรคและการดูแลบุตรในระยะต่าง ๆ ตามขั้นตอนการรักษา ซึ่งผู้วิจัยกำหนดประเด็นไว้นั่นเองในการเข้าร่วมกลุ่มแต่ละครั้ง สมาชิกกลุ่มมีการรับรู้ปัญหาาร่วมกัน มีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ และหาแนว

ทางแก้ไขปัญหาซึ่งกันและกันสมาชิกสามารถยอมรับได้ดีกว่าคำแนะนำจากเจ้าหน้าที่เท่านั้น กลุ่มจะ
ช่วยมารดาจัดการกับความเครียดของครอบครัวที่เกี่ยวข้องจากความเจ็บป่วยของเด็กด้วย

4. ผู้วิจัยได้จัดให้มีสมาชิกกลุ่มจำนวน 7-8 คน เพราะเป็นขนาดที่ไม่เล็ก
หรือไม่ใหญ่เกินไป ทำให้มีปฏิสัมพันธ์กันอย่างทั่วถึง ระยะเวลาที่เหมาะสม มีการกำหนดวัน
และเวลาที่แน่นอน อาจจัดกลุ่มสัปดาห์ละ 1-2 ครั้ง ครั้งละประมาณ 1- 1 1/2 ชม. ส่วน
สถานที่ในการดำเนินกิจกรรมกลุ่มควรเป็นสถานที่ส่วนตัว เป็นห้องที่แยกเป็นสัดส่วน เงียบ
สงบ มีสถานที่กว้างขวาง พร้อมทั้งดำเนินกิจกรรมกลุ่มในหลายรูปแบบได้ มีอุปกรณ์การเรียน
การสอนที่สามารถใช้ได้

จุดมุ่งหมายของการจัดการเรียนรู้แบบกลุ่มแก่มารดาเด็กป่วยโรคมะเร็ง

1. มารดาเด็กป่วยโรคมะเร็ง มีโอกาสแสดงความรู้สึกทางอารมณ์ซึ่งกันและกัน
เพราะสมาชิกกลุ่มเป็นผู้ที่มีปัญหาคล้ายคลึงกัน มีปฏิสัมพันธ์กัน มีการสื่อสารทางวาจา ที่ช่วย
ให้มารดามีกิจกรรมที่ได้รับความเห็นอกเห็นใจ ได้กำลังใจจากแรงสนับสนุนภายในกลุ่ม
เข้าใจความรู้สึกซึ่งกันและกัน มารดามัผู้ป่วยมีความรู้สึกว่าตนเองได้เผชิญปัญหาพร้อมกับบุคคล
อื่น ไม่ได้ถูกทอดทิ้งให้อยู่เดียวดาย (Evrette Bovardd TR. 1951 : 215-224) ช่วย
ลดความวิตกกังวลลงได้

2. มารดาผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งมีความรู้ความเข้าใจ ขบวนการรักษาโรคมะเร็ง
ตลอดจนผลแทรกซ้อนต่าง ๆ สามารถนำไปปฏิบัติเพื่อการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งได้เป็น
อย่างดี โดยวิทเทอร์ แลลิวิส (John Withal and W.W. Levis, 1963:684) มีความ
เชื่อในแนวคิดทางจิตวิทยาว่า การเรียนที่ได้ผลดี ผู้เรียนต้องมีส่วนร่วมในการเรียนรู้วิธีการ
สอนที่จะให้ผู้เรียนมีส่วนร่วม คือ การสอนโดยจัดกลุ่มเล็ก ๆ ให้สมาชิกมีโอกาสได้พบปะพูด
คุยแลกเปลี่ยนความคิดเห็นและประสบการณ์กันได้อย่างทั่วถึง ให้มีความสัมพันธ์กันอย่างใกล้ชิด

ความรู้ทั่วไป เกี่ยวกับมะเร็งในเด็กและการรักษา

มะเร็งเป็นสาเหตุการตายที่สำคัญ รองจากการบาดเจ็บและการเป็นพิษ และ
โรคหัวใจ ในปี พ.ศ.2531 มีจำนวนปีละ 845 ราย (กระทรวงสาธารณสุข
2531: 172-179) แม้ว่ามะเร็งในเด็กจะพบได้ไม่บ่อยเท่าในผู้ใหญ่ก็ตาม แต่อุบัติการณ์เท่าที่
มีรายงานไว้ตามสถิติของสหรัฐอเมริกาพบว่าเด็กเสียชีวิตด้วยโรคมะเร็งเป็นอันดับสองรอง

จากอุบัติเหต (American Cancer Society 1987 cited in Hockenburry, et al. 1990 : 239-246) และอุบัติการของมะเร็งในเด็ก อายุต่ำกว่า 15 ปี เท่ากับ 12.45 ต่อเด็กแสนคนต่อปี

มะเร็งยังเป็นโรคที่ร้ายแรง สำหรับความรู้สึกของคนทั่วไป แม้ว่าปัจจุบันความเจริญก้าวหน้า ทางด้านการแพทย์จะสามารถรักษาโรคมะเร็งบางชนิด เช่น มะเร็งเม็ดเลือดขาวเฉียบพลัน ชนิดลิมโฟโบลาส ให้หายขาดได้หรืออยู่ในระยะโรคสงบติดต่อกันนาน 5 ปี หลังจากเริ่มรักษาถึง ร้อยละ 26-70 ก็ตาม (Miller 1990 : 650 ; Popluch and Reaman, in Poplact, ed.1988 : 903) ปัญหาใหม่ที่ตามมาสำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็ง คือ ผู้ป่วยจะกลายเป็นผู้ป่วยเรื้อรัง เพราะการรักษาต้องกินระยะเวลานาน อย่างน้อย 2-3 ปี

จากรายงานผู้ป่วยมะเร็งในเด็กทั้งต่างประเทศและในประเทศไทย พบว่ามีลักษณะคล้ายคลึงกัน กล่าวคือมะเร็งเม็ดเลือดขาวเป็นมะเร็งชนิดที่พบบ่อยที่สุดมีจำนวนถึงร้อยละ 33 ถึง 50 ของผู้ป่วยมะเร็งทั้งหมด ยกเว้น รายงานจากแอฟริกา และ Papua New Guinae เท่านั้น ที่พบมะเร็งของต่อมน้ำเหลืองบ่อยมากเป็นอันดับแรก

ตารางแสดงอุบัติการณ์ของมะเร็งในผู้ป่วยเด็ก แผนกกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์
สภากาชาดไทย แยกตามชนิดของมะเร็ง ตั้งแต่เดือนมกราคม พ.ศ.2532-เดือนธันวาคม 2534

ชนิดของมะเร็ง	จำนวน	ร้อยละ
1. เม็ดเลือดขาว	295	81.04
2. Neuroblastoma	27	7.48
3. Wilm's tumor	15	4.12
4. Lymphoma	15	4.12
5. สมอง	7	1.92
6. Retinoblastoma	5	1.37
รวม	364	100.00

ถ้าหากแยกจำนวนผู้ป่วยมะเร็งออกตามอายุช่วงต่างๆมะเร็งที่พบบ่อยใน 5 ปีแรกของชีวิต คือ
มะเร็งเม็ดเลือดขาว(ตามตาราง)

ชนิดของมะเร็ง	อายุ 1/2-2 ปี	อายุ 2-5 ปี	อายุ 5-10 ปี	อายุ 10-15 ปี
1. เม็ดเลือดขาว	7	131	99	58
2. Neuroblastoma	4	12	3	8
3. Wilm's tumor	2	11	2	-
4. Lymphoma	-	-	8	7
5. สมอง	1	-	2	4
6. Retinoblastoma	2	2	1	-

จะพบว่ามะเร็งเม็ดเลือดขาว เป็นมะเร็งที่พบบ่อยที่สุดของเด็กในช่วง 5 ปีแรกของชีวิตและ
มากที่สุดระหว่างอายุ 2-5 ปี จากการที่มะเร็งเม็ดเลือดขาวเป็นมะเร็งที่พบมากที่สุดในเด็กจึงจะ
ขอล่าถึง รายละเอียดของมะเร็งเม็ดเลือดขาว ดังนี้

มะเร็งเม็ดเลือดขาว โดยเฉพาะอย่างยิ่งชนิดเฉียบพลัน เป็นโรคที่เกิดจากมีการเจริญเติบโตของเซลล์มะเร็ง มีต้นกำเนิดในไขกระดูก โดยเกิดมาจากเซลล์เม็ดเลือดขาวหลายชนิดด้วยกัน มีผลยับยั้งการสร้างเซลล์เม็ดเลือดปกติทำให้เกิดโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวที่มีความรุนแรงของโรคต่างกันรวมทั้ง มีการตอบสนองต่อการรักษา และการพยากรณ์ของโรคต่างกัน อาจแบ่งชนิดของมะเร็งเม็ดเลือดขาวตามลักษณะของเซลล์ที่พบได้ เช่น

- Acute lymphoblastic leukemia (ALL)

- Acute non lymphoblastic leukemia (ANLL) โดยในกลุ่มนี้จะรวมหมดทั้ง Acute myeloblastic leukemia, acute monoblastic leukemia acute, myelomonoblastic leukemia, acute promyelocytic leukemia, erythroleukemia ร้อยละ 90 % ของผู้ป่วยเด็กจะเป็นมะเร็งชนิด lymphoblast ซึ่งเป็นมะเร็งเม็ดเลือดขาวชนิดที่สามารถรักษาให้หายขาดได้ ส่วนใหญ่มีการพยากรณ์โรคค่อนข้างดี แต่สำหรับแบบ nonlymphoblast นี้ พบได้ 10% การรักษาได้ผลไม่ดี เพียงแต่ช่วยให้ผู้ป่วยมีชีวิตยืนยาวขึ้นเท่านั้นไม่หายขาด

สำหรับมะเร็งชนิดอื่น ที่พบรองลงมา ได้แก่มะเร็งของเซลล์สมองมะเร็งของต่อมน้ำเหลือง Wilms'tumor, (มะเร็งของไต), Neuroblastoma ซึ่งเป็นเนื้องอกที่มีต้นกำเนิดจาก neural crest cell พบได้บ่อยในต่อม adrenal, มะเร็งที่ตา(Retinoblastoma)ซึ่งมะเร็งแต่ละชนิดมีลักษณะที่แตกต่างกันออกไป ตามชนิดของโรค

สาเหตุของมะเร็ง ยังไม่เป็นที่ทราบแน่นอน แต่เชื่อว่าเป็นผลจากสิ่งแวดล้อมภายนอกและความผิดปกติในตัวผู้ป่วยเด็กหรือเป็นผลร่วมกันทั้งสองอย่าง โดยปัจจัยสิ่งแวดล้อมที่สำคัญได้แก่

1. การได้รับรังสีจากระเบิดปรมาณู หรือรังสีเพื่อรักษา
2. สารพวกเบนซิน และยาที่ใช้รักษามะเร็งทั้งหลาย หากได้รับเข้าไปก็ทำให้มีโอกาสเป็นมะเร็งเม็ดเลือดขาวได้มาก
3. ยาพวก Hormone androgen
4. เชื้อ Virus หลายชนิดเกี่ยวข้องกับการเกิดมะเร็ง

ปัจจัยความผิดปกติ ในตัวผู้ป่วยเอง พบว่าทำให้มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งได้สูงเช่น

1. ผู้ป่วยที่มี Chromosome ผิดปกติ เช่น Down's syndrome มีโอกาสเกิดมะเร็งเม็ดเลือดขาวได้สูงกว่าเด็กทั่วไปถึง 10 เท่า
2. ผู้ป่วยที่เป็นมะเร็งของตา (Retinoblastoma) พบว่ามีความผิดปกติของ chromosome คู่ที่ 13 ร่วมด้วย

3. ผู้ป่วยที่มี Chromosome เปราะบาง (fragility) มีโอกาสเป็นมะเร็งเม็ดเลือดขาวได้สูง
4. ผู้ป่วยที่มีความผิดปกติทางภูมิคุ้มกัน มีโอกาสเป็นมะเร็งของต่อมน้ำเหลืองสูง
5. ผู้ป่วยที่มีความพิการแต่กำเนิด เช่น ไม่มีม่านตา พบว่ามีโอกาสเป็นมะเร็งของไตสูงกว่าเด็กโดยทั่วไป

การรักษามะเร็ง การรักษา มะเร็งในเด็กต้องให้การรักษาลักษณะร่วมกัน โดยมี การรักษาที่สำคัญและใช้มากที่สุด คือ

1. การรักษาด้วยยาเคมีบำบัด (Chemotherapy)
2. การรักษาด้วยรังสี (Radiotherapy)
3. การผ่าตัด
4. การรักษาแบบประคับประคอง (Supportive therapy)

การรักษาด้วยยาเคมีบำบัด

เป็นการรักษาที่ได้ผลดี เป็นที่นิยมและนำมาใช้อย่างแพร่หลายในปัจจุบัน การรักษาด้วยยาเคมีบำบัดเป็นการบำบัดรักษาโรคมะเร็ง (อาคม เขียวศิลป์) 2526:94) ซึ่งยาเคมีบำบัดเป็นยา หรือสารเคมีที่ยับยั้งการเจริญเติบโตหรือทำลายเซลล์ของเนื้อร้าย เพื่อป้องกันการแพร่กระจายของเซลล์มะเร็ง

ประเภทของยาที่ใช้รักษาโรคมะเร็งโดยทั่วไป แบ่งตามคุณสมบัติทางเคมี แบ่งออกได้เป็น 2 กลุ่มใหญ่ ๆ คือ (ศรีชัย ครุสันธิ์ 2533:2-10)

1. Cytostatic drugs เป็นยาที่มีฤทธิ์ต่อ cell โดยตรง ยังแบ่งออกเป็น
 - 1.1 Alkylating agents มีฤทธิ์ทำลาย DNA ในเซลล์ ตัวอย่างยาประเภทนี้ ได้แก่ Nitrogen mustard, Cyclophosphamide (Endoxan) Ifosfamide, Chlorambucil
 - 1.2 Antimetabolites มีฤทธิ์ห้ามการสังเคราะห์ DNA ในเซลล์ ตัวอย่างของยาประเภทนี้ ได้แก่ 5FU, cytarabine (ARA-c), 6-TG, 6MP, methotrexate
 - 1.3 Alkaloids บางชนิดมีฤทธิ์ทำลายการแบ่งตัวของเซลล์ บางชนิดทำลาย DNA ของเซลล์ ตัวอย่างยาประเภทนี้ ได้แก่ Vincristine, Vinblastine, VP16, Vindesine
 - 1.4 Antibiotics มีฤทธิ์หยุดยั้งการสังเคราะห์ DNA, RNA ตัวอย่างยาประเภทนี้ ได้แก่ Actinomycin D, Adriamycin, Bleomycin, Mitomycin C,

1.5 ยาชนิดอื่น ๆ ซึ่งมีฤทธิ์ต่อการสังเคราะห์ DNA ในเซลล์ ตัวอย่างของยาประเภทนี้ เช่น Cis-platinum, Procarbazine, L-asparaginase

2. Hormone ซึ่งเป็นสารที่สังเคราะห์ขึ้น แบ่งออกได้เป็น

2.1 Antiestrogens มีฤทธิ์รบกวนการทำงานของ nucleic acid ตัวอย่างของยาประเภทนี้ ได้แก่ Nolvadex, Tamofex, Pyrrolidine

2.2 Corticosteroids ไม่ทราบว่าฤทธิ์อะไรแน่นอน ตัวอย่างของยาประเภทนี้ ได้แก่ Prednisolone, Dexamethasone

2.3 Estrogen ตัวอย่างของยาประเภทนี้ ได้แก่ Stilboestrol, Progynon M, Mestranol

2.4 Androgens ตัวอย่างยาประเภทนี้ ได้แก่ Halotestin, Ultradren,

2.5 Progestins ตัวอย่างยาประเภทนี้ ได้แก่ Megace, Provera, Depo-provera

2.6 ประเภทอื่น ๆ เช่น Antiprolactins ห้ามการหลั่ง Hormone prolactin จากต่อม pituitary ตัวอย่างยาประเภทนี้ ได้แก่ Pravidel, suplace antiandrogens ห้ามการสร้าง Hormone androgen ตัวอย่างยาประเภทนี้ ได้แก่ Androcur, Cyproteron เป็นต้น

ยาเคมีบำบัด ที่ใช้รักษามะเร็งในเด็ก มีทั้งชนิดกิน, ฉีดเข้าเส้นเลือดดำและฉีดเข้าไขสันหลัง การให้ยาเคมีบำบัด อาจใช้ตัวเดียว หรือหลายๆตัว ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับโปรแกรมการรักษาของแพทย์แต่ละสถาบันและตามอาการ, ชนิดของโรค ซึ่งจุดมุ่งหมายเพื่อลดจำนวนเซลล์มะเร็งและเกิดอาการข้างเคียงน้อยที่สุดของการใช้ยาเคมีบำบัด มี 2 อย่าง คือ (บุหงา ภูษะคราม 2533:13)

1. เพื่อรักษามะเร็งบางชนิดให้หายขาด

2. เพื่อบรรเทาความทุกข์ทรมานที่เกิดจากโรคมะเร็ง โดยเฉพาะในผู้ป่วยมะเร็งระยะ

สุดท้าย

ยาเคมีบำบัดที่นำมาใช้ในการรักษามะเร็งนั้น มีผลต่อการเจริญเติบโตและมีฤทธิ์ในการทำลายทั้งเซลล์มะเร็งและเซลล์ปกติ เป็นยาที่มีพิษและผลข้างเคียงมากกว่ายาในกลุ่มอื่นๆ ซึ่งอาการข้างเคียงของยา และการดูแลเป็นสิ่งที่สำคัญมากในการลดความทุกข์ทรมานของผู้ป่วย

อาการข้างเคียงที่เกิดจากยาเคมีบำบัด

1. มีผลต่อไขกระดูก (Bone marrow) ที่ทำหน้าที่สร้างเม็ดเลือดแดง, เม็ดเลือดขาว และเกร็ดเลือด ยาเคมีบำบัดมีผลให้การแบ่งตัวของเซลล์ปกติในไขกระดูกลดลงด้วย จะพบว่าค่าของเม็ดเลือดแดง เม็ดเลือดขาว และเกร็ดเลือดต่ำ ซึ่งจะเป็นผลเสียต่อคนไข้คือ เม็ดเลือดแดงต่ำ ทำให้เนื้อเยื่อของร่างกายได้รับออกซิเจนไม่เพียงพอ ผู้ป่วยจะซีด, เหนื่อยง่าย, อ่อนเพลีย เม็ดเลือดขาวต่ำ มีผลทำให้ผู้ป่วยมีโอกาสติดเชื้อต่าง ๆ ได้ง่ายกว่าปกติ และการที่มีเกร็ดเลือดต่ำจะทำให้มีเลือดออกง่าย มีจ้ำเลือดออกตามตัว
2. มีผลต่อระบบต่าง ๆ ในร่างกาย แต่ไม่มีข้อบ่งชี้ว่าจะเกิดหลังจากได้รับยานานมากนักอย่างใด เช่น Adriamycin มีผลต่อหัวใจและหลอดเลือด, ตับ Endoxan, Cisplatinum มีพิษต่อไต Haloxan, Ifosfamide มีผลต่อประสาทหู
3. อาการเบื่ออาหาร ปากอักเสบ (Stomatitis) อาการคลื่นไส้และอาเจียน เนื่องจากยาที่มีผลต่อระบบประสาทส่วนกลาง ส่วนใหญ่จะเกิดภายใน 1-6 ชม. หลังจากได้รับยาและอาจหายไปใน 36 ชั่วโมง
4. ท้องเดินหรือปวดท้อง เนื่องจากเซลล์เนื้อเยื่อของกระเพาะอาหาร และลำไส้ถูกทำลายและเกิดการอักเสบ อาการท้องเดินอาจเกิดขึ้นได้ ภายหลังจากได้รับยาเคมีบำบัด 2 - 3 ชั่วโมง ซึ่งอาจทำให้เกิดการเสียสมดุลย์ และอิเล็กโทรลัยท์ได้
5. มีผลต่อผมและขน เนื่องจากรากของเส้นผมหรือขนมีความไวต่อยาเคมีบำบัดมาก ดังนั้นขณะได้รับยา ผมและขนมักจะร่วง แต่ผมจะงอกใหม่ใน 2 - 3 เดือน โดยผมที่งอกใหม่จะมีลักษณะเหมือนเส้นไหม หรือมีลักษณะหยิกตามธรรมชาติ
6. อาการอ่อนเพลีย กล้ามเนื้ออ่อนแรง ซึ่งเกิดจากผลของยาที่มีต่อกล้ามเนื้อและเส้นประสาท อาการนานถึง 1 สัปดาห์ ผู้ป่วยอาจมีอาการซึมเศร้า หรือรู้สึกปวดแสบปวดร้อนตามปลายมือปลายเท้า หรือมีอาการชาตามแขนขา หรือสูญเสียการทรงตัว แต่อาการดังกล่าวเป็นเพียงชั่วคราวระยะหนึ่งเท่านั้น
7. มีผลต่อผิวหนัง ผิวหนังมักจะแห้งและเกิดผื่นคัน ถ้าในกรณีที่ยารั่วออกนอกหลอดเลือด จะทำให้เกิดการอักเสบของเนื้อเยื่อ บริเวณใกล้เคียง อาจเกิดเนื้อเยื่อตายได้ ยาที่ทำให้เกิดอาการข้างเคียงดังกล่าว ได้แก่ Adriamycin, Vincristine Actinomycin D ซึ่งจะต้องให้ด้วยความระมัดระวัง และหยุดยาคทันทีที่สงสัยว่าจะมีอาการรั่วของยาออกนอกหลอดเลือด

การรักษาด้วยรังสี หรือรังสีบำบัด (Radiation Therapy) หมายถึง การนำรังสี ซึ่งมีแหล่งกำเนิดตามธรรมชาติ เช่น Radium, Radon หรือมีแหล่งกำเนิดจากมนุษย์สร้างขึ้น เช่น Gold, Iodine, Phosphorus, Cobalt X-Ray ฯลฯ มาใช้ในการรักษาโรคมะเร็ง

การใช้รังสีรักษามะเร็ง แบ่งออกเป็น

1. การใช้รังสีบำบัดเพียงอย่างเดียว เช่น มะเร็งที่เกิดกับต่อมน้ำเหลือง (Lymphoma) มะเร็งศีรษะและคอ
2. การฉายรังสีก่อนผ่าตัด มีวัตถุประสงค์ เพื่อลดการแพร่กระจายของเซลล์มะเร็ง และเพื่อให้ก้อนมะเร็งยุบลง สามารถทำการผ่าตัดในบริเวณที่จำกัดได้
3. การฉายรังสีหลังผ่าตัด ใช้เมื่อแพทย์ไม่สามารถตัดเนื้อมะเร็งออกได้หมด เช่น ผู้ป่วยที่มีเนื้อร้ายของสมอง
4. การใช้รังสีร่วมกับเคมีบำบัด
5. การฉายรังสี เพื่อประคับประคองและบรรเทาอาการ ใช้ในกรณีที่มะเร็งลุกลามไปมากแล้ว ไม่สามารถรักษาด้วยวิธีใด การฉายรังสีจะช่วยระงับอาการปวดกระดูกหรือทำให้แผลแห้งสะอาด, ระงับอาการปวดศีรษะ, ชัก ฯลฯ

รังสีที่นำมาใช้รักษาโรคมะเร็งได้มาจาก

1. เอ็กซเรย์ (X-rays machines) มีตั้งแต่รังสีที่มีอำนาจทะลุลงตื้นแค่ผิวหนัง ถึงรังสีที่มีอำนาจทะลุลงเหนือกว่าธรรมดา ซึ่งใช้รักษามะเร็งที่อยู่ในส่วนลึกของร่างกาย
2. สารรังสีไอโซโทป (Radioisotopes)

ผลของรังสีที่มีต่อเนื้อเยื่อของร่างกาย

1. หยุดยั้งการแบ่งตัวของเซลล์
2. ตัดทาลำเลียงอาหารมายังอวัยวะและเซลล์นั้น

อันตรายที่ได้รับจากรังสี

ในขณะที่รังสีทำลายเซลล์มะเร็งในเวลาเดียวกันก็จะทำลายเซลล์ปกติด้วย ซึ่งรังสีในปริมาณเล็กน้อยต่างกันจะส่งผลต่างกัน โดยผลอาจเกิดในช่วงระยะเวลาสั้นๆหรือผลที่เกิดขึ้นในระยะยาวแบบเรื้อรัง ผู้ป่วยโดยทั่วไปที่ได้รับรังสีมักจะมีอาการ ดังนี้

1. เบื่ออาหาร อ่อนเพลีย, คลื่นไส้ อาเจียน, ท้องเดิน ไม่รุนแรง, จากการสร้างกรดในกระเพาะอาหารลดลง เมื่อเซลล์ฟื้นตัวแล้ว อาการต่างๆก็หายไป
2. ผลต่อระบบประสาท เกิดจากเส้นเลือดที่ไปเลี้ยงสมองถูกทำลาย แต่เซลล์สมองมักดีต่อรังสี และไม่เป็นอันตราย อาการที่พบ ผู้ป่วยจะเฉื่อยชา, ความจำเสื่อม
3. ผลต่อไขกระดูก ถ้าได้รับรังสีเฉพาะที่ใดที่หนึ่งประมาณ 400 Rads จะไม่มีผลต่อเม็ดเลือดที่ไหลเวียนอยู่ในกระแสโลหิต แต่จะมีผลต่อเซลล์ต่างๆในไขกระดูก การเปลี่ยนแปลงจะปรากฏให้เห็นเด่นชัด ใน 3 วัน หลังถูกรังสี โดยพบว่าจำนวนเซลล์ทุกชนิดในไขกระดูกจะมีปริมาณลดลง แต่ถ้าเซลล์ฟื้นตัวได้ ก็จะกลับทำหน้าที่ได้อย่างเดิม ภายใน 7-14 วัน หลังถูกรังสี ฉะนั้นผู้ป่วยอาจจะซีด, ภูมิคุ้มกันต่ำ มีการติดเชื้อได้ง่าย

การรักษาแบบประคับประคอง (Supportive therapy)

ในเด็กที่เป็นมะเร็ง การรักษาแบบประคับประคอง มีความสำคัญเท่าๆกับการรักษาจำเพาะ เพราะเด็กที่เป็นมักจะต้องมีปัญหากับภาวะซีด, เลือดออกง่ายจาก Platelet ต่ำ, ติดเชื้อง่ายจากจำนวนเม็ดเลือดขาวต่ำ รวมทั้งยังมีปัญหากับความผิดปกติในทางเมตาบอลิซึม และการทำหน้าที่ของอวัยวะต่างๆ ซึ่งเป็นผลจากถูกเซลล์มะเร็งเบียดแทรก หรือจากการให้ยาทำลายเซลล์มะเร็งด้วย การรักษาแบบประคับประคอง หรือ การแก้ไขภาวะผิดปกติต่าง ๆ เหล่านี้ เริ่มให้แรกพร้อมๆไปกับการรักษาโรคร้ายด้วยยาต้านมะเร็ง เช่น ภาวะซีด แก้ไขได้โดยการให้ Packed red cell 10 มล. ต่อ กก. ภาวะเลือดออกง่าย ถ้ามีเลือดออกมา เช่น จากเหงือก, ไรฟัน, เลือดกำเดาไหลหรืออาเจียนเป็นเลือดควรให้ Platelet concentrate ในขนาด 0.1-0.2 ยูนิตต่อ กก. และในภาวะติดเชื้อ ต้องรีบให้การรักษาโดยเร็ว ด้วยการให้ Antibiotics และการป้องกันการติดเชื้ออื่นๆ เช่น การแยกผู้ป่วย, การใช้หลัก Sterile ในการให้การพยาบาล ฯลฯ

การรักษาด้วยการผ่าตัด

มักกระทำร่วมกับการฉายรังสีหรือรักษาด้วยยาเคมี การผ่าตัดขึ้นอยู่กับชนิดขนาดและอวัยวะที่เป็นมะเร็งสำหรับในเด็ก พบมากที่สุดที่ไตและต่อมหมวกไต การผ่าตัดขึ้นอยู่กับการวินิจฉัยของแพทย์เป็นสำคัญ การให้การดูแลเหมือนกับ การดูแลผู้ป่วยที่ทำผ่าตัดโดยทั่วไป

ปฏิกิริยา ผลกระทบและพฤติกรรมกรรมการปรับตัวของครอบครัวเด็กป่วยโรคมะเร็ง

เมื่อบุตรผู้ซึ่งเป็นที่รักของพ่อและแม่ ต้องมาเจ็บป่วยลง ผู้ที่มีความทุกข์ทรมานที่สุด ก็คือ พ่อและแม่ของเด็กป่วยเอง เป็นภาวะซึ่งถือว่าเป็นวิกฤตการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียด แก่บิดา มารดา อย่างใหญ่หลวง โดยเฉพาะเมื่อได้ทราบข่าวร้ายว่าบุตรของตนเป็นโรคมะเร็งด้วยแล้ว บิดา มารดา ของผู้ป่วยเด็กย่อมมีปฏิกิริยา และมีความรู้สึกตึงเครียดขึ้นอย่างมากมาย แม้ว่าโรคมะเร็งในปัจจุบันบางชนิดสามารถรักษาให้หายขาดได้ก็ตาม แต่ในความรู้สึกของคนโดยทั่วไป โรคมะเร็งก็ยังเป็นโรคที่ร้ายแรงและมีความไม่แน่นอนในผลของการรักษา การรับรู้ข่าวร้ายของตนเป็นโรคมะเร็งจึงถือว่าเป็นข่าวร้ายอันยิ่งใหญ่สำหรับบิดามารดา ของเด็กป่วย ได้มีผู้ศึกษาถึงปฏิกิริยาของบุคคลเมื่อได้รับข่าวร้าย หรือเมื่อต้องพบกับความสูญเสียไว้หลายท่าน เช่น Elizabeth Kubler-Ross ได้แบ่งปฏิกิริยาตอบสนองของบุคคลไว้ 5 ระยะ โดยแต่ละระยะ อาจไม่เป็นไปตามลำดับ อาจกลับไปกลับมาได้ แล้วแต่บุคคล (สันต์ หัตถิรัตน์ 2521:46-69 : Whaley & Wong 1979:971-974)

ระยะที่ 1 : ระยะช็อค ไม่เชื่อ, ปฏิเสธ (Shock Disbelief Denial)

มักเกิดขึ้นกับบุคคลเกือบทุกคน ทั้งในระยะต้นและระยะหลังเป็นระยะที่บุคคลใช้กลไกป้องกันตนเองจากความวิตกกังวลต่อข่าวร้าย การปฏิเสธเป็นการขอเวลาเพื่อตั้งสติ และหาวิธีการที่จะยอมรับความจริงด้วยวิธีการอื่น จะพยายามหาข้อยืนยัน หรือข้อสนับสนุนจากผู้อื่นว่า ที่ว่ามานั้นไม่จริง

ระยะที่ 2 : ระยะโกรธ (Anger)

เมื่อบุคคลรู้สึกว่าจะไม่สามารถจะปฏิเสธความจริงได้แล้ว ก็จะมีปฏิกิริยาโกรธกับบุคคลรอบข้าง เช่น อาจโยนความผิดหรือกล่าวโทษผู้อื่น ว่าเป็นสาเหตุให้บุตรของตนต้องเจ็บป่วย อาจจะโกรธ แพทย์ พยาบาล หรือเจ้าหน้าที่อื่นๆ อาจมี หงุดหงิด อารมณ์แปรปรวนง่าย ๆ หรือมีอารมณ์ร้ายต่างๆ โดยใช้บุคคลใกล้เคียงเป็นที่รองรับอารมณ์

ระยะที่ 3 : ระยะต่อรอง (Bargaining)

เป็นการยืดเวลาหรือถ่วงเวลา เพื่อที่จะหลีกเลี่ยงสภาพที่ต้องยอมรับความจริงออกไป อาจพบบุตรของตนไปหาหมอที่อื่น ๆ อีกหลายที่เพื่อความแน่ใจ

ระยะที่ 4 : ระยะซึมเศร้า (Depression)

เป็นระยะที่มักจะนึกย้อนถึงเหตุการณ์ในอดีตว่า ตนได้ทำอะไรผิดพลาดและอาจมีส่วนทำให้เกิดเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น บุคคลจะพูดน้อยลงหรือไม่พูด ชอบอยู่คนเดียว บางรายอาจรู้สึกผิด

ระยะที่ 5 : ระยะยอมรับ (Acceptance)

เป็นระยะที่ปลงตก ยอมรับความเป็นจริงในธรรมชาติของชีวิตว่าต้องมีการเจ็บป่วย และคิดหาทางต่อสู้กับสภาพที่เกิดขึ้นต่อไป ไม่เศร้าโศก หรือกลัวใดๆอีก

Smith and others 1982:508-515 ศึกษาปฏิกิริยาโต้ตอบของบิดามารดา เมื่อทราบว่าลูกเจ็บป่วยด้วยโรคร้ายและเรื้อรัง ดังนี้

1. ซ้อคและไม่เชื่อ

บิดามารดา จะสงสัยว่ามีสิ่งผิดปกติร้ายแรงเกิดขึ้นกับลูกก่อนที่จะพามาพบแพทย์ มารดาจะพบบุตรของตนไปพบแพทย์หลายคน เมื่อทราบว่าลูกเป็นโรคร้ายแรงที่อาจรักษาไม่หาย ก็ จะรู้สึกซ้อค ไม่กล้ายอมรับความจริงได้ มารดาเด็กจะเป็นผู้ที่เข้าใจข้อมูลเกี่ยวกับสภาพของผู้ป่วยมากกว่าบิดา เพราะบิดาไม่ค่อยได้อยู่เพื่อรับฟังข้อมูลเกี่ยวกับการวินิจฉัยโรค ระยะนี้จะใช้เวลาไม่นาน ถ้าบิดามารดาสามารถตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลรักษาได้

2. ปฏิเสธ

เป็นกลไกทางจิตที่ใช้กันทั่วไป จะช่วยให้บิดามารดาเผชิญกับความวิตกกังวลและความเจ็บปวด บิดามารดาจะพยายามไปปรึกษาแพทย์คนอื่น ๆ ด้วยความหวังว่า แพทย์คงวินิจฉัยโรคผิด การปฏิเสธไม่ทำให้เกิดพยาธิสภาพ แต่ก็ทำให้เป็นอุปสรรคต่อการรักษาพยาบาลเด็ก แต่การปฏิเสธจะทำให้บิดา มารดา มีความหวังที่จะเผชิญกับเหตุการณ์ในอนาคตได้ต่อไป

3. ความรู้สึกผิด

บิดามารดาจะรู้สึกว่าตนเองอ่อนแอ และไม่มีอำนาจที่จะป้องกันโรคได้ เพิ่มความรู้สึกวิตกกังวล โกรธและรู้สึกผิด ความรู้สึกผิดจะพบได้บ่อยครั้ง เมื่อเริ่มต้นมีอาการของโรค โดยบิดามารดา จะแสดงความกังวลกระวนกระวายใจมากเกินไป

4. ความโกรธ

บิดามารดาอาจโกรธผู้ป่วย โกรธแพทย์ พยาบาล หรือโกรธตนเองที่ไม่มี

ความสามารถที่จะมีบุตรที่สมบูรณ์ได้ บิดามารดาจะทุ่มเททั้งเวลาและพลังงานไปที่เด็ก เขาจะระงับความรู้สึกขัดเคืองและความโกรธเด็ก การระงับหรือเก็บกดความโกรธนี้ บางครั้งทำให้เขาระเบิดความโกรธออกมาอย่างไม่เหมาะสม ซึ่งจะทำให้บิดามารดารู้สึกผิดรุนแรงมากขึ้น และเมื่อรู้สึกผิดและโกรธรุนแรงมากขึ้นจะทำให้เสียสมการปกป้องคุ้มครองเด็กมากขึ้นด้วย

5. ความซึมเศร้า และความท้อใจ (depression and discomagement)

บิดามารดารู้สึกท้อใจ หมกกำลังใจที่ไม่สามารถป้องกันการดำเนินของโรคได้ บางครั้งเขารู้สึกไม่แน่นอนว่าเขาจะมีชีวิตยาวนานต่อไปหรือไม่ (Tropaver and others, 1970:428)

6. การปกป้องคุ้มครองมากเกินไป

เป็นผลจากบิดามารดา มีความสนใจรับผิดชอบต่อสภาพลูกที่เจ็บป่วยมากเกินไป อาจรู้สึกขัดเคืองหรือไม่ต้องการเด็ก หรือต้องการให้เด็กพึ่งบิดามารดาอย่างบ้าคลั่ง หรืออาจจะรักลูกอย่างแท้จริงก็ได้ จะอุทิศตนเองเพื่อลูกและคิดว่าไม่มีใครสามารถดูแลเด็กได้ดีเท่าตนเอง จะครอบคลุมชีวิตลูกไปเสียทุกด้านโดยไม่คำนึงถึงความสามารถที่แท้จริงของลูก เป็นผลเสียต่อตัวเด็กป่วยเอง โดยต้องพึ่งพาผู้อื่นอยู่เรื่อยไป หรือเด็กอาจจะไม่ยอมรับประธาณยา หรือไม่ยอมรับการปฏิบัติรักษาได้

7. การปฏิเสธ (rejection)

บิดามารดาที่ปฏิเสธลูกมักจะพูดเกี่ยวกับลูกต่างๆ เป็นต้นว่า ท่าหนี คอยจับผิดและทำโทษลูกอย่างพร่ำเพรื่อ เด็กอาจจะไม่ได้รับการดูแลอย่างเพียงพอ ประสบความล้มเหลวในการปฏิบัติตามแผนการรักษา เป็นผลเสียต่อเด็กอย่างมาก

8. ความโศกเศร้าเสียใจ (grief)

ความรู้สึกเศร้าจะแสดงออกโดยการร้องไห้ นอนไม่หลับ มีอาการทางร่างกายที่พบเสมอ ได้แก่ อาการปวดศีรษะและปวดท้อง บิดามารดาของเด็กที่เจ็บป่วยอย่างรุนแรงจะโศกเศร้าเสียใจ โดยการคาดการณ์ล่วงหน้าไว้ว่าเขาจะต้องสูญเสียลูกไปในที่สุด

9. การยอมรับ

บิดามารดาที่ปรับตัวได้เกี่ยวกับความเจ็บป่วยของลูกได้ จะทราบเกี่ยวกับการเจริญเติบโตและพัฒนาการที่เป็นไปตามปกติ จะสนับสนุนให้เด็กมีความเข้มแข็ง อบรมเกี่ยวกับระเบียบวินัยอย่างสม่ำเสมอ ส่งเสริมความมีอิสระเสรีให้ช่วยตัวเอง กระตุ้นเกี่ยวกับการเรียนและการเล่นกับเพื่อนๆ เด็กจะมีความรู้สึกรักและยอมรับ (Lawson, 1977:49-56) สมาชิกในครอบครัวก็จะช่วยเหลือประคับประคองซึ่งกันและกัน

นอกจากนี้ ยังมีผู้ศึกษาปฏิกริยาของพ่อแม่เด็กป่วยโรคมะเร็งไว้อีกหลายท่าน ว่าปฏิกริยาของบิดามารดาจะมีความรุนแรง และเกิดขึ้นเป็นระยะเวลาานานมากน้อยเพียงใดหรือแตกต่างกันอย่างไรอยู่กับปัจจัยหลายประการ เช่น

Trackett & Hunsberger (1981:305) พบว่า ถ้าเด็กมีความหมายต่อบิดามารดามาก เมื่อจะต้องสูญเสียเขาไป บิดามารดาจะเกิดปฏิกริยารุนแรงและยาวนาน ความหมายของเด็กต่อบิดามารดาขึ้นอยู่กับลำดับที่บุตรของเด็ก เพศ, อายุ, สถานการณ์ของครอบครัวขณะเด็กเกิด ความยากง่ายในการเลี้ยงดูก่อนเจ็บป่วย ตลอดจนอายุของบุตรคนอื่น ๆ

Benolial (1972:201) พบว่า ในครอบครัวที่มีความสัมพันธ์อันดีต่อกันระหว่างบิดา มารดา หรือแต่งงานครั้งแรกมักจะปรับตัวได้ดีกว่าในครอบครัวที่มีเพียงบิดาหรือมารดา หรือผู้มีประวัติแต่งงานมากกว่า 1 ครั้ง อาจมีปัญหาในการปรับตัว

Krulik, Holaday & Martinson พบว่า ปฏิกริยาของบิดามารดาจะรุนแรง ถ้าหากเด็กเสียชีวิตใน 4 เดือน หลัง วินิจฉัยโรค แต่ถ้าเวลาผ่านไปหลังวินิจฉัยโรคนานเท่าใด บิดามารดาก็จะปรับตัวได้ดีขึ้น

ในการที่มีบุตรเจ็บป่วยขึ้นในครอบครัว ความเครียดของมารดาจะสูง เมื่อเปรียบเทียบกับบิดา โดย การศึกษาของ Holrogol พบว่า มารดามีความรู้สึกเป็นอิสระและมีอารมณ์ทางบวกน้อยกว่าบิดาและพบว่ามารดามีปัญหาทางพฤติกรรมมากกว่าบิดา (Cited in Schilling 1985:859) ซึ่งสอดคล้องกับของฟุตเชอร์ (Futcher 1988:383) ที่พบว่า มารดาของเด็กพิการจะมีความคับข้องใจมากกว่าบิดา และมีสุขภาพที่เลวกว่าบิดา เพราะมารดามีบทบาทในการดูแลสมาชิกในครอบครัวโดยตรงและเป็นผู้ที่ใกล้ชิดกับเด็กป่วยมากที่สุด มารดาต้องรับภาระในการดูแลเอาใจใส่ หรืออาจต้องดูแลพิเศษจากแผนการรักษา และยังคงเผชิญกับสภาพอารมณ์ของบุคคลในครอบครัวที่เกิดจากความเจ็บป่วยของบุตร ซึ่งในผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งก็เช่นเดียวกันตามที่ทราบดีว่าในปัจจุบันผู้ป่วยมักจะมีอายุยืนยาวขึ้น แต่ก็อยู่ในสภาพของผู้ป่วยเรื้อรัง ที่ต้องคอยติดตามการรักษาตามแผนอยู่ตลอดเวลา ซึ่งมารดาจะต้องรับภาระอันหนักหน่วงนี้เป็นส่วนใหญ่ ฉะนั้นในที่นี้จะขอล่าวถึงรายละเอียดของผลกระทบต่อมารดาเด็กป่วยเป็นส่วนใหญ่ จากการศึกษาของ

Wolfen-sberger พบว่ามารดามีภาวะวิกฤตจากการมีเด็กผิดปกติ คือ

1. ช่วงแรกที่รับรู้ว่าเป็นเด็กผิดปกติ
2. ขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงคุณค่า ได้แก่ มารดาต้องเปลี่ยนแปลงความคาดหวังที่มี

ต่อตัวบุตร

3. มารดาต้องเผชิญปัญหาที่เกิดจากความเจ็บป่วยเป็นระยะเวลานาน

การเจ็บป่วยของบุตรมีผลกระทบต่อมารดาทั้งโดยตรงและโดยอ้อม คือก่อให้เกิดความเปลี่ยนแปลงภายในครอบครัว มารดาซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของครอบครัวย่อมได้รับผลกระทบนั้นด้วย มีผลทำให้มารดามีความเครียดมากมาย มารดาจึงพยายามปรับตัวทั้งทางร่างกาย จิตใจ สังคม เพื่อเข้าสู่ภาวะสมดุลย์ ถ้ามารดาใช้กลไกเผชิญความเครียดได้เหมาะสมก็จะเกิดการปรับตัวที่ปกติ แต่ถ้าการปรับตัวล้มเหลว หรือไม่ถูกต้องจะทำให้เกิดความผิดปกติทั้งทางร่างกายและจิตใจ (Billand & Passos 1981:264) นอกจากนี้จะส่งผลกระทบต่อบุตรที่เจ็บป่วย และสมาชิกในครอบครัวด้วย ซึ่งจากการศึกษาของ แคปแลนและคณะ (Caplan, et al.) พบว่าเด็กที่ป่วยด้วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว จะมีความสามารถเผชิญความเครียดได้ดี เมื่อมารดาสามารถเผชิญความเครียดต่อการเจ็บป่วยของบุตรได้ดี (Cited in Hymovich & camberlin 1980:37) เราสามารถแบ่งระยะต่าง ๆ ของเด็กป่วยโรคมะเร็งตามระยะเวลาได้ออกเป็น

- ระยะก่อนวินิจฉัยโรค
- ระยะวินิจฉัยโรคได้แล้ว และได้รับการรักษา
- ระยะควบคุมโรค หรืออาการของโรคสงบ
- ระยะหยุดให้การรักษา
- ระยะกลับมีอาการของโรค
- ระยะสุดท้ายของโรค

จากประสบการณ์การทำงานในตึกรักษาพยาบาล ระยะที่กินระยะเวลานานที่สุด และมารดาผู้ป่วยต้องเผชิญกับปัญหามากที่สุด, ยาวนานที่สุด คือ ในระยะที่เพิ่งได้รับการวินิจฉัยโรค, ระยะที่ได้รับการรักษา และอาการบรรเทา ตลอดจนการติดตามการรักษาเป็นระยะตามแผนการรักษา และระยะควบคุมโรค หรืออาการของโรคสงบ ใน 3 ระยะดังกล่าว เป็นระยะที่มีความสำคัญมากและกินระยะเวลานาน มีผลต่อผลดีหรือไม่ดีของอาการและชีวิตของเด็กป่วยโดยตรง พยาบาลจะมีบทบาทสำคัญอย่างมากในระยะดังกล่าว โดยจะต้องปฏิบัติงานร่วมกับครอบครัวในการจะช่วยให้เด็กป่วยได้รับผลดีในการรักษาและมีชีวิตที่ยืนยาวขึ้น ในที่นี้จะขอกกล่าวถึงรายละเอียดของปฏิกริยาและผลกระทบของมารดา ตลอดจนบทบาทของพยาบาลใน 3 ระยะดังกล่าวคือ

ระยะที่หนึ่งได้รับการวินิจฉัยโรค

ปฏิกริยาของมารดา มีได้ตั้งแต่

- ปฏิเสธ เช่น ปฏิเสธไม่ยอมเชื่อผลของการตรวจวินิจฉัย อ้างว่าบุตรของตนเจ็บป่วยเพียงเล็กน้อย อาจไม่ถามรายละเอียดเกี่ยวกับโรค หรือการรักษาแต่อย่างใด มารดาจะปกปิดเด็กเกี่ยวกับความเจ็บป่วยของเขา พยายามกันเด็กออกจากสังคม อาจมาเยี่ยมบุตรเพียงระยะเวลานั้นๆ ระยะนี้อาจกินเวลาไม่กี่นาทีหรือหลายสัปดาห์ หรือหลายเดือนก็ได้

(Allmond, et, al. 1963:610)

- ความรู้สึกผิด มารดามักพยายามฟื้นความจำ เกี่ยวกับอาการในระยะเริ่มแรกของเด็ก เกิดความรู้สึกผิดที่ไม่ได้ใส่ใจกับอาการตั้งแต่แรกหรือไม่เอาใจใส่ดูแลเด็กเท่าที่ควร บางรายอาจรู้สึกผิดที่นำบุตรมาพบแพทย์ช้าไป ความรู้สึกผิดอาจเกี่ยวข้องกับความเชื่อทางศาสนา โดยมารดาเชื่อว่าตนถูกลงโทษจากการที่เคยกระทำผิดบางอย่างในอดีต

- ความเศร้าโศกล่วงหน้า มารดาอาจเริ่มเศร้าโศกต่อการสูญเสียบุตร ยิ่งถ้าเคยมีบุตรคนก่อนๆ เจ็บป่วยมีโรคประจำตัว หรือเสียชีวิตไปแล้ว ความเศร้าโศกจะยิ่งรุนแรงขึ้น จะรู้สึกว่าคุณค่าในตนเองลดลง แต่ขณะเดียวกันมารดาสามารถตัดสินใจได้หลายอย่าง เช่น เรื่องการรักษาที่มีหลายโปรแกรม, การบอกบุตรเกี่ยวกับโรคของเขา, การเตรียมพี่น้อง รวมทั้งการทำหน้าที่ของมารดาในสถานการณ์ใหม่ที่ไม่เคยทำมาก่อน

บทบาทของพยาบาล

ในระยะที่หนึ่งวินิจฉัยโรคได้ว่าเด็กป่วยด้วยโรคร้ายในระยะที่บิดามารดาอยู่ในระยะที่ขอพยาบาลควรปฏิบัติดังนี้

1. ให้เวลาแก่บิดามารดา ให้ข้อมูลแบบค่อยเป็นค่อยไป โดยให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรค และให้ความมั่นใจว่าทีมสุขภาพสามารถช่วยเหลือระดับประคองเขาได้
2. เปิดโอกาสให้บิดามารดา พูดระบายความรู้สึกไวต่อดำพุดที่แสดงความรู้สึกผิดของบิดามารดา เพื่อจะได้ให้ข้อมูลอย่างเหมาะสม เปิดโอกาสให้บิดามารดาได้แสดงความเศร้าโศก
3. ให้บิดามารดาอยู่เฝ้า มีส่วนในการตัดสินใจ มีส่วนร่วมในการดูแลรักษาเด็ก ซึ่งจะ เป็นวิธีที่ดีที่สุดที่จะช่วยลดความวิตกกังวลต่อการพรากจากกันของบิดามารดาและบุตร

ระยะที่ได้รับการรักษา และอาการบรรเทา (Induction & Remission)

ระยะนี้เป็นระยะที่เริ่มต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และจะกินระยะเวลา นานกว่าอาการต่าง ๆ จะทุเลา บรรเทาลง มารดาของผู้ป่วยจะมีปฏิกิริยาต่าง ๆ คือจะโกรธ รุ้สึกผิด อาจแสดงพฤติกรรมก้าวร้าวหรือลดความเชื่อถือพยาบาล โกรธแพทย์ที่วินิจฉัยโรคซ้ำ, โกรธการบริการ ฯลฯ นอกจากนี้ยังรู้สึกซึมเศร้า และสองฝักสองฝ่ายว่าจะรักษาต่อไปไหม เกิด ความรู้สึกไม่แน่นอนในอนาคตของบุตร และในขณะที่อยู่โรงพยาบาล บิดามารดา มักจะต่อรอง เช่นขบวนศาลกล่าวขอให้แพทย์ตรวจซ้ำใหม่หรือตรวจเพิ่มเติมให้แน่ใจ ชักถามแพทย์หรือพยาบาลถึง ความเจ็บป่วยของเด็กบ่อย ๆ ในระยะนี้ พยาบาลควรมีบทบาทดังนี้

1. สร้างความไว้วางใจให้แก่มารดา โดยดูแลเด็กอย่างเอาใจใส่ เรียบรู้ถึงสิ่ง ที่เป็นลักษณะเฉพาะของเด็ก สิ่งที่สำคัญที่สุดคือการสื่อสารกันอย่างเปิดเผยและเป็นจริง ซึ่งจะทำให้ บิดามารดาเกิดความไว้วางใจในทีมสหภาพ

2. พยาบาลเข้าใจและยอมรับพฤติกรรมของมารดา เปิดโอกาสให้มารดาได้ระบาย ความโกรธ

3. ให้คำอธิบายซ้ำเกี่ยวกับโรค แผนการรักษาและภาวะแทรกซ้อนจากการรักษาที่เป็นรายละเอียดได้มากขึ้น บอกถึงภาวะการแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้นบอกให้ทราบว่าอาการที่ร่างกายของ เด็กมีอาการเปลี่ยนแปลงเป็นผลข้างเคียงจากการรักษาไม่ใช่ภาวะของโรค เช่น ผมร่วงจะช่วยให้ บิดามารดาเกิดความรู้สึกมั่นคงและควบคุมได้

4. การให้ความรู้แก่มารดาเป็นบทบาทที่สำคัญของพยาบาลที่ควรจะทำตลอดระยะนี้ จนถึงระยะสุดท้าย โดยวิธีที่ผู้วิจัยสนใจจะศึกษาคือ การจัดกลุ่ม มารดาเด็กและมีโปรแกรมการสอน เป็นระยะ ๆ ซึ่งคิดว่าน่าจะช่วยลดความรู้สึกที่ถูกทอดทิ้งของมารดาลดการเกิดปัญหาด้านอารมณ์ และยัง ช่วยมารดาให้ยอมรับ และตระหนักถึงความเจ็บป่วยของบุตรว่าร้ายแรง และต้องได้รับการรักษาเป็น เวลานาน ตลอดจนตระหนักถึงโอกาสที่เด็กจะสูญเสียความสามารถ หรือชีวิตได้ (Lascai & stehben, 1973 : 210 - 214 : Wallace, et. al. : 30 - 35) และที่สำคัญคือมารดาได้รับความรู้ ในการดูแลบุตรของตนในระยะต่าง ๆ ของการรักษาอย่างถูกต้องเพิ่มความสามารถในการ ดูแลบุตรของตน ไม่ว่าจะเป็นการดูแลขณะได้รับเคมีบำบัด การสังเกตอาการแทรกซ้อน การดูแลเมื่อ ได้รับผลข้างเคียงจากยาเคมีบำบัด หรือการดูแลเมื่อได้รับรังสีรักษาสิ่งเหล่านี้อาจมีผลต่อเด็กระหว่าง ได้รับการรักษา หรือตลอดชีวิตของเด็กป่วย

ระยะที่อาการของโรคลสงบ เป็นระยะที่เด็กได้รับการรักษาจนอาการของโรคลสงบ

เด็กสามารถกลับไปอยู่บ้านได้ เด็กจะเข้าสู่ชีวิตครอบครัวอีกครั้ง ปฏิกริยาของมารดาในระยะนี้ คือ ความหวังและความกลัวระคนกัน มารดาของเด็กอาจเสาะหาวิธีการรักษาอื่น ๆ ร่วมด้วย ในเวลาเดียวกันก็กลัวว่าเด็กจะกลับมีอาการของโรคอีกถ้าเด็กมีการติดเชื้อ หรือต้องเข้า โรงพยาบาล ในระยะนี้ด้วยสาเหตุใดก็ตาม มารดาจะมีความกลัวและกังวลเป็นอย่างมาก ระยะนี้มารดาจะต้องถามบ่อยๆ มารดาจะมีความวิตกกังวลในเรื่องเศรษฐกิจที่ใช้ในการรักษา ค่าเดินทาง และค่าอาหาร เพื่อมาตรวจที่โรงพยาบาลบ่อย ๆ มารดาต้องลงงานบ่อย เพื่อมาตรวจตามปกติ ค่าใช้จ่ายของครอบครัวเพิ่มมากขึ้น ในระยะนี้พยาบาลควรมีบทบาทดังนี้

1. พยาบาลไม่ควรสนับสนุน หรือคัดค้านความหวังของมารดา แต่ให้ความจริงเกี่ยวกับสภาวะของเด็กแก่เขา
2. การทำกลุ่มบำบัด จะช่วยให้มารดาได้ระบายความรู้สึกได้รับความรู้ในการดูแลเด็ก เมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน โดยเฉพาะครั้งแรกที่จะนำเด็กไปอยู่ที่บ้าน โดยการสอนจะต้องคำนึงถึงความสามารถในการเข้าใจของมารดา อายุของเด็กด้วย

ความสามารถของมารดาในการดูแลเด็กป่วยโรคมะเร็งตามแนวคิดทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม

มารดาเป็นผู้ที่ใกล้ชิดกับเด็กป่วยมากที่สุด เป็นผู้มีความสำคัญที่สุดในการดูแลเด็กป่วย เมื่ออยู่ที่บ้าน ซึ่งระยะเวลาในการรักษามะเร็งกินเวลานานเป็นปี การรักษาด้วยยาเคมีบำบัดซึ่งกระทำกันเป็นส่วนใหญ่ ก่อให้เกิดอาการข้างเคียงมากมาย เช่น มีไข้ เบื่ออาหาร คลื่นไส้ เวียนศีรษะ ผม่ว้ง เกิดแผลในเยื่อช่องปาก และมีผลลดการทำงานของไขกระดูก ลดจำนวนการสร้างเซลล์เม็ดเลือดแดง เม็ดเลือดขาวและเกร็ดเลือดทำให้ภูมิคุ้มกันโรคร่ำติดเชื้โรคได้ง่าย และมีเลือดออกง่าย (อาคม เขียรศิลป์ 2525:46) อาการเหล่านี้ทำให้มารดาตกใจกลัว คิดว่าโรคกลลाम เพราะไม่ทราบถึงภาวะของโรค ผลข้างเคียงของการรักษาและวิธีให้การดูแลอย่างเหมาะสม ซึ่งจะทำให้คิดว่าผลการรักษาล้มเหลวและหยุดการรักษาเองเสียกลางคัน เกิดผลเสียต่อเด็กป่วย ฉะนั้น ความรู้ความสามารถในการดูแลเรื่องอาการข้างเคียงของยาเคมีบำบัดที่บ้าน จึงมีความสำคัญเป็นอันดับแรกในการดูแลเด็กป่วยโรคมะเร็ง (Lilley 1990:252-255) ตามทฤษฎีทางการพยาบาลโดยทั่วไปของโอเร็ม (Orem, 1985 Orem และ Tayler, 1986) ประกอบด้วย 3 ทฤษฎีย่อยที่มีความสัมพันธ์กัน คือ

1. ทฤษฎีระบบการพยาบาล (Theory of nursing system)
2. ทฤษฎีความพร่องในการดูแลตนเอง (Theory of self-care deficit)
3. ทฤษฎีการดูแลตนเอง (Theory of self-care)

ซึ่งในทฤษฎีการดูแลตนเองนี้ ยังรวมมโนคติถึงการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพา (Dependent care) บุคคลที่ต้องดูแลสมาชิกที่ต้องพึ่งพา (Dependent care agent) และความพร่องของการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพา (Dependent care deficit) เนื่องจากทารกเด็ก ผู้ใหญ่บางสภาวะ หรือผู้สูงอายุ จะต้องได้รับความช่วยเหลือในการสนองต่อความต้องการในการดูแลตนเอง การดูแลเพื่อสนองต่อความต้องการของบุคคลเหล่านี้ โดยผู้อื่นเรียกว่า Dependent care ผู้ที่ให้การดูแลเรียกว่า Dependent care agent และความสามารถในการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพา เรียกว่า Dependent care agency ซึ่งเป็นความสามารถที่ซับซ้อนของบุคคลที่เป็นผู้ใหญ่ ในการกระทำกิจกรรมเพื่อสนองต่อความต้องการดูแลตนเองที่จำเป็นของเด็กหรือผู้ใหญ่ที่มีความบกพร่องในการดูแลตนเอง อันเนื่องจากภาวะเบี่ยงเบนทางสุขภาพ (Orem 199 1:175) ความสามารถของบุคคลที่ต้องรับผิดชอบบุคคลที่ต้องพึ่งพา เปรียบได้กับความสามารถในการดูแลตนเอง แต่ต่างกันตรงที่เป็นความสามารถที่จะสนองต่อความต้องการดูแลตนเองที่จำเป็นของบุคคลอื่น (Taylor 1986:134) โดยแนวคิดของความสามารถในการดูแลบุคคลที่ต้องการการพึ่งพาเหมือนกับแนวคิดของความสามารถในการดูแลตนเอง คือ เป็นความสามารถที่จะปฏิบัติการเพื่อการดูแลบุคคลที่ต้องการการพึ่งพา ได้แก่

1. ความสามารถในการคาดการณ์ (Estimate) เป็นความสามารถในการตรวจสอบสถานการณ์ และองค์ประกอบในตนเองและสิ่งแวดล้อมที่สำคัญสำหรับการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพา
2. การปรับเปลี่ยน (Transitional) เป็นความสามารถในการตัดสินใจเกี่ยวกับสิ่งที่สามารถ ควร และจะกระทำ เพื่อสนองต่อความต้องการในการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพาที่จำเป็น
3. การลงมือปฏิบัติ (Productive Operation) เป็นความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ เพื่อสนองต่อความต้องการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพาที่จำเป็น ซึ่งทั้งนี้จะต้องประกอบด้วยพลังความสามารถ 10 ประการ ซึ่งเป็นความสามารถและคุณสมบัติขั้นพื้นฐาน ประกอบด้วย
 1. ความสามารถและทักษะในการเรียนรู้ ได้แก่ ความจำ ความสามารถในการอ่าน รวมทั้งความสามารถในการหาเหตุผลและการใช้เหตุผล
 2. หน้าที่ของประสาทสำหรับรับความรู้สึก (Sensation) ทั้งการสัมผัส การมองเห็น ได้กลิ่นและการรับรส
 3. การรับรู้ในเหตุการณ์ต่าง ๆ ทั้งภายในและภายนอกตนเอง
 4. การเห็นคุณค่าในตนเอง
 5. นิสัยประจำตัว

6. ความตั้งใจ
7. ความเข้าใจในตนเอง
8. ความหวังใยในตนเอง
9. การยอมรับตนเอง
10. ต้องการจัดลำดับความสำคัญ รู้จักจัดแบ่งเวลาในการกระทำกิจกรรมต่าง ๆ

จะเห็นว่ามารดาเด็กป่วยเป็นบุคคลที่มีคุณสมบัติพื้นฐานเหล่านี้ สามารถพัฒนาความสามารถเพื่อสนองต่อความต้องการการดูแลตนเองของบุตรของตนเองได้ มีลักษณะเช่นเดียวกับความสามารถทางการพยาบาล ซึ่งเป็นความสามารถที่จะกำหนด และสนองต่อความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมดของบุคคลที่ต้องพึ่งพา (Thylor, 1989) ในทฤษฎีระบบการพยาบาลของ Orem การดูแลของพยาบาลที่สามารถนำมาใช้กับมารดาของเด็กป่วยโรคมะเร็ง คือ ระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ เพราะจุดเน้นของการพยาบาล โดยเฉพาะ คือการช่วยเหลือเมื่อบุคคลมีความพร้อมในการดูแลตนเอง หรือมีความพร้อมในการดูแลบุคคลที่อยู่ภายใต้ความรับผิดชอบโดยมีเป้าหมาย (Goal) ของการพยาบาล คือ ช่วยเพิ่มความสามารถของบุคคลในการดูแลตนเอง หรือบุคคลที่ต้องพึ่งพา เพื่อรักษาไว้ซึ่งชีวิต การฟื้นจากความเจ็บป่วยหรือเกิดบาดเจ็บและการเผชิญกับผลที่เกิดขึ้นได้อย่างมีประสิทธิภาพในระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ (Educative supportive nursing system) วิธีการให้ความช่วยเหลือที่พยาบาลสามารถกระทำ ให้แก่ มารดาของผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็ง แบ่งเป็น 5 ชนิด ด้วยกันคือ

1. การกระทำให้หรือกระทำทดแทน เช่น ทารกหรือเด็กเล็กที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้เลย
2. การชี้แนะ เช่นการให้มารดาผู้ป่วยสามารถตัดสินใจเลือก program การรักษาของบุตร ภายใต้การแนะนำ
3. การสนับสนุน เป็นวิธีการส่งเสริมความพยายาม ให้ผู้รับบริการ (มารดาผู้ป่วย) สามารถปฏิบัติกิจกรรมการดูแลบุตรของตนเองได้ แม้จะอยู่ในภาวะเครียด เช่น การปฏิบัติกับบุตรเมื่อบุตรมีไข้สูง, อาเจียน, ปากเป็นแผล เป็นต้น การสนับสนุนอาจจะมาในรูปแบบการสนับสนุนทางด้านอารมณ์ เช่น การพูดให้กำลังใจ, กิริยา, ท่าทางของพยาบาล การสนับสนุนทางด้านวัตถุสิ่งของจากพยาบาลช่วยติดต่อให้นักสังคมสงเคราะห์ช่วยเหลืออีกต่อหนึ่ง
4. การสอน เป็นการพัฒนาความสามารถ ความรู้ หรือทักษะบางประการและเป็นวิธีการที่สำคัญมากวิธีหนึ่งในการพัฒนาความสามารถของผู้ป่วยในการดูแลตนเอง หรือพัฒนาความสามารถของมารดาในการดูแลบุตรของตนเองโดยการสอน ต้องยึดหลักการเพิ่มศักดิ์ศรี และ

ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของมารดาเด็กป่วย โดยมีหลักในการสอน ดังนี้

1. สอนในสิ่งที่มารดาเด็กป่วยต้องการเรียนรู้ โดยพยาบาลต้องไต่ถามและรับฟังการรับรู้ของมารดาเด็กป่วย ซึ่งจะช่วยให้มารดาารู้สึกว่าตนเองมีส่วนร่วมในการควบคุมและดูแลบุตรตนเอง อีกทั้งรู้สึกว่ายพยาบาลสนใจค้นหาความต้องการของเขาในการเรียนรู้ จึงทำให้มารดาเกิดความไว้วางใจและนับถือในตัวพยาบาล ซึ่งจะช่วยเพิ่มความสนใจในการเรียนรู้มากขึ้น

2. เนื้อหาที่จะสอน ต้องเสริมจากความรู้เดิม ประสบการณ์เดิมของผู้เรียนเป็นสิ่งสำคัญที่พยาบาลต้องนำมาพิจารณาในการตั้งเป้าหมายและวางแผนดำเนินการสอน เพื่อเสริมให้ผู้เรียนเรียนรู้มากขึ้น

3. ความพร้อมของผู้เรียนเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับการเรียนรู้ เช่น ในภาวะที่เครียดมาก มีความวิตกกังวลสูง ซึมเศร้า หรือสูญเสียความหวัง ถ้าจำเป็นต้องสอนในขณะนั้นจะต้องสอนให้แจ่มชัดเฉพาะเจาะจง และใช้เวลาสั้นๆ

4. การเรียนรู้ จะเพิ่มขึ้นจากการมีส่วนร่วมและการฝึกปฏิบัติ พยาบาลไม่เพียงแต่สอนหลักการให้ผู้เรียนเท่านั้น จะต้องให้ผู้เรียนทราบว่าต้องการทำอะไร ให้โอกาสผู้เรียนได้ฝึกและเรียนรู้จากผลผิดพลาด ว่าผิดตรงไหน เพราะเหตุใด การลองผิด ลองถูก ในสิ่งที่ไม่เกิดอันตราย จะเพิ่มความสามารถของผู้เรียนในการเรียนรู้และจำได้แม่นยำมากขึ้น

5. การประเมินโดยการให้ข้อมูลย้อนกลับ จะช่วยให้ผู้เรียนเกิดการเรียนรู้และปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

6. เนื้อหาและวิธีการสอนจะต้องปรับให้เข้ากับความสามารถในการเรียนรู้ของผู้เรียนแต่ละคนซึ่งแตกต่างกัน พยาบาลจะต้องประเมินความเข้าใจและการยอมรับของผู้เรียนด้วย

7. ควรจัดสิ่งแวดล้อมให้ส่งเสริมการเรียนรู้ เช่น ห้องเป็นสัดส่วน เมื่อทำการสอน

8. สัมพันธภาพที่ดีและอบอุ่น ระหว่างพยาบาลกับผู้เรียน จะช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการเรียนการสอน บุคคลที่จะสอนมารดาได้ดีที่สุดคือ บุคคลที่ดูแลเด็กป่วยอยู่ทุกวันหรือดูแลอย่างต่อเนื่องทั้งนี้เพราะผู้เรียนมีความไว้วางใจ ซึ่งจะช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการติดต่อสื่อสาร

9. การสร้างสิ่งแวดล้อมที่ส่งเสริมให้บุคคลได้พัฒนาความสามารถในการดูแลตนเอง พยาบาลจะต้องจัดให้มารดาเด็กป่วยได้มีโอกาสมีปฏิสัมพันธ์และติดต่อกับตนเองและกับบุคคลอื่น เพื่อที่จะให้คำแนะนำและสนับสนุน และใช้วิธีการช่วยเหลืออื่นๆ

โดยสรุปแล้ว ตามทฤษฎีของโอเร็ม พยาบาลมีหน้าที่โดยตรงในการพัฒนาความสามารถในการดูแลของบุคคลที่ต้องดูแลผู้ที่อยู่ภายใต้ความรับผิดชอบ ซึ่งในที่นี้คือ พยาบาลต้องหา

ทางเพิ่มความสามารถของมารดาในการดูแลบุตรที่ป่วยเป็นโรคมะเร็ง โดยเฉพาะขณะได้รับการรักษา ไม่ว่าจะด้วยเคมีบำบัดหรือรังสี เพื่อลดผลแทรกซ้อนระหว่างการรักษาที่ยาวนาน มีผลต่อการรอดชีวิตของผู้ป่วยเป็นอย่างมาก วิธีการช่วยเหลือที่พยาบาลจะช่วยพัฒนาความสามารถของมารดา เด็กป่วยมีตั้งแต่ การให้คำแนะนำ การสนับสนุน การจัดสิ่งแวดล้อม และการสอน ซึ่งผู้วิจัย ได้ผสมผสานวิธีการหลายอย่างดังกล่าวดังกล่าวขึ้นเป็นการเรียนรู้แบบกลุ่ม ดังกล่าว

ความสามารถของมารดาในการดูแลเด็กป่วยโรคมะเร็ง ซึ่งกำลังได้รับการรักษา

การประยุกต์ใช้ทฤษฎีการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพาของโอเร็ม เราอาจแบ่งการดูแลของมารดาต่อบุตรออกเป็น 3 ประเภท คือ

1. การดูแลโดยทั่วไป ประกอบด้วย

- 1.1 การดูแลให้บุตรได้รับอากาศบริสุทธิ์ในปริมาณที่เพียงพอ
- 1.2 การดูแลให้บุตรได้รับน้ำสะอาดในปริมาณที่เพียงพอ
- 1.3 การดูแลให้บุตรได้รับสารอาหารที่มีคุณภาพ ในปริมาณที่เพียงพอสำหรับกระ

บวนการชีวิตต่าง ๆ

- 1.4 การดูแลบุตรเกี่ยวกับกระบวนการขับถ่ายและการถ่ายเทของเสียออกจากร่างกาย
- 1.5 การดูแลให้บุตรมีความสมดุลระหว่างการทำกิจกรรมและการพักผ่อน
- 1.6 การรักษาความสมดุลระหว่างการอยู่อย่างสันโดษ และการมีปฏิสัมพันธ์

ทางสังคมกับบุคคลอื่นของบุตร

- 1.7 การป้องกันอันตรายที่มีต่อชีวิต หน้าที่ และสวัสดิภาพของบุตร

2. การดูแลตามพัฒนาการ แบ่งออกเป็น

- 2.1 การส่งเสริมให้บุตรมีพัฒนาการเข้าสู่ภาวะต่าง ๆ ได้อย่างเหมาะสม
- 2.2 การป้องกันผลเสียของพัฒนาการที่อาจเกิดขึ้นได้

3. การดูแลตามภาวะเบี่ยงเบนทางสุขภาพ ในที่นี้หมายถึงการที่บุตรป่วยเป็นโรคมะเร็งมารดาจำเป็นต้องให้การดูแลบุตรตามความต้องการการดูแลตนเองของบุตร โดยอยู่ภายใต้แผนการรักษาของแพทย์ โดยมารดาสามารถปฏิบัติตนให้เหมาะสม ในด้านต่าง ๆ ต่อไปนี้

1. การแสวงหาและคงไว้ซึ่งความช่วยเหลือจากเจ้าหน้าที่
2. รับรู้ สนใจ และดูแลผลที่เกิดจากพยาธิสภาพ รวมถึงผลที่อาจกระทบต่อพัฒนาการ
3. ปฏิบัติตามแผนการดูแลรักษา วินิจฉัย ฟื้นฟูสุขภาพ และป้องกันพยาธิสภาพอย่างมี

ประสิทธิภาพ

4. สนใจรับรู้ ผลข้างเคียงของการรักษาปรับและป้องกันความไม่สบายที่อาจเกิดขึ้น
5. ปรับอัตโนมัติ ภาพลักษณ์ หรือยอมรับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นแก่ตนเองจนความจำเป็นต้องได้รับความช่วยเหลือจากคนอื่น
6. เรียนรู้การมีชีวิตร่วมกับพยาธิสภาพที่เป็นผลจากความเจ็บป่วย (Orem, 1983, สมจิต, 2533)

สำหรับเด็กป่วยเด็กโรคมะเร็ง อาจแบ่งการดูแลของมารดาออกเป็นรายละเอียดเฉพาะได้ ดังนี้คือ

1. การดูแลเพื่อสนองต่อความต้องการทางด้านจิตใจของเด็กป่วย ตามที่ได้ทราบมาแล้วว่า เด็กป่วยโรคมะเร็งจะต้องได้รับการรักษาในขบวนการที่ซับซ้อน จะต้องได้รับการตรวจด้วยวิธีการต่าง ๆ มากมาย ได้รับความเจ็บปวดหรือมีความทุกข์ทรมานเกิดขึ้นในเกือบทุกขั้นตอนของการรักษา ฉะนั้น การดูแลทางด้านจิตใจของมารดาต่อบุตรย่อมมีความสำคัญสูงสุดในขั้นตอนการรักษาที่ยาวนาน

2. การดูแลเมื่อบุตรมีอาการข้างเคียงของยาเคมีบำบัด
3. การดูแลเมื่อบุตรได้รับรังสีรักษา

การดูแลบุตรของมารดา เป็นกิจกรรมการช่วยเหลือที่มารดากระทำโดยตรงหรือโดยอ้อมต่อบุตรของตน แสดงออกในลักษณะของพฤติกรรมต่าง ๆ โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อให้บุตรมีการเจริญเติบโต และหายหรือทุเลาจากพยาธิสภาพของโรค ในการปฏิบัติหรือกระทำกิจกรรมการดูแลนั้น มารดาต้องมีความรู้ ความสามารถในการประกอบกิจกรรมนั้น ๆ มารดาต้องทราบถึงวัตถุประสงค์ของการกระทำกิจกรรม ทราบขั้นตอน วิธีการของการกระทำกิจกรรมนั้น และทราบถึงผลดีผลเสียของการกระทำดังกล่าว ซึ่งในผู้ป่วยเด็กมีข้อจำกัดด้านปัจจัยเกี่ยวกับอายุ ระดับพัฒนาการ ซึ่งมีอิทธิพลต่อความสามารถในการดูแลตนเองของเด็กเป็นอย่างมาก เป้าหมายการพยาบาลมี 3 ประการ คือ ช่วยให้เด็กสามารถดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสมกับวัยและสถานการณ์ช่วยให้เด็กได้มีการพัฒนาความรับผิดชอบในการช่วยเหลือตนเองอย่างครบถ้วนและต่อเนื่องและช่วยให้สมาชิกในครอบครัวเด็กสามารถช่วยเหลือหรือกระทำหน้าที่แทนในการดูแลตนเองของเด็กได้อย่างเหมาะสม (วิลนา จิระแพทย์, 2533: 221)

ตามทฤษฎีการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพาของโอเรียม อาจแบ่งความสามารถของมารดาในการดูแลบุตรที่ป่วยเป็นโรคมะเร็งได้ 3 หมวดใหญ่ คือ (สมจิต หนูเจริญกุล, ใน ลือชัย ศรีเงินยวง

และ ทวีทอง หงษ์อ้วนการณ, บรรณาธิการ 2533: 137-139)

1. ความสามารถในการคาดการณ์ หมายถึง มารดามีความสามารถในการตรวจสอบสถานการณ์ และองค์ประกอบในตนเอง และสิ่งแวดล้อมที่สำคัญสำหรับการดูแลบุตรของตนได้อย่างถูกต้องรวดเร็ว เช่น ในภาวะที่บุตรมีไข้สูงมากกว่า 38.5 ° นานเกินกว่า 24 ชั่วโมง มารดาสามารถคาดการณ์ได้ว่า บุตรของตนกำลังมีการติดเชื้อเกิดขึ้น ไม่ได้เกิดขึ้นจากพิษข้างเคียงของยาเคมีบำบัด สามารถตัดสินใจนำบุตรของตนมารักษาอย่างทันที่วงที่ก่อนที่จะมีการติดเชื้อเข้าไปในกระแสโลหิต และผู้ป่วยถึงแก่ความตายอย่างน่าเสียดาย เป็นต้น

2. ความสามารถในการปรับเปลี่ยน (Transitional) หมายถึง ความสามารถในการตัดสินใจกับสิ่งที่สามารถควรจะทำเพื่อสนองต่อความต้องการในการดูแลบุตรของตนที่จำเป็น เช่น สามารถตัดสินใจได้ว่า จะนำบุตรคนอื่น ๆ ไปฝากไว้กับผู้อื่นชั่วคราว ในขณะที่ตนต้องนำผู้ป่วยมาตรวจตามนัดของโรงพยาบาล เป็นต้น อาจเป็นความสามารถในการแก้ไขปัญหาอันจะเป็นประโยชน์แก่ผู้ป่วย มิใช่แก้ไขปัญหา ตัดสินใจที่เป็นผลเสียต่อผู้ป่วย เช่น ในกรณีนี้ อย่างไม่นำผู้ป่วยมารับการตรวจตามนัด เนื่องจากไม่มีใครดูแลบุตรคนอื่น ๆ ที่บ้าน เป็นต้น

ความสามารถในการลงมือปฏิบัติ (Production Operation) เป็นความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ เพื่อสนองต่อความต้องการดูแลบุตรของตน สำหรับในเด็กป่วยที่เป็นโรคมะเร็ง มารดาต้องมีความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมดังนี้

3.1 สามารถจัดการกับอาการแทรกซ้อนจากยาเคมีบำบัด รู้วิธีการปฏิบัติ และปฏิบัติให้แก่บุตรของตนอย่างถูกต้อง เช่น เมื่อผู้ป่วยมีอาการคลื่นไส้ อาเจียน หลังให้ยาเคมีบำบัด ควรให้อาหารผู้ป่วยแต่น้อย ๆ แต่บ่อยครั้ง ให้รับประทานอาหารเหลวเย็น เป็นต้น

3.2 สามารถจัดการกับอาการแทรกซ้อนจากการฉายรังสีรักษา และรู้วิธีการปฏิบัติ และปฏิบัติให้บุตรของตนอย่างถูกต้อง เช่น ไม่ให้ผู้ป่วยถูกน้ำ หรือทาแป้งบริเวณที่ฉายแสง เป็นต้น

3.3 สามารถสนองต่อความต้องการทางด้านอื่น ๆ ของผู้ป่วยเด็กได้อย่างถูกต้อง เช่น การส่งเสริมการพัฒนาการและความเจริญเติบโตของผู้ป่วยเด็ก การสนองต่อความต้องการทางด้านจิตใจของผู้ป่วยเด็ก เช่น การปลอบโยน เมื่อผู้ป่วยเด็กได้รับความเจ็บปวดจากการตรวจวินิจฉัย หรือในขั้นตอนของการรักษา

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

นัยนา รัตนมาศทิพย์ (2531) ศึกษาผลของการปรึกษาเชิงจิตวิทยา แบบกลุ่มตามแนวของ รอเจอร์ ที่มีต่อการลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยมะเร็งเพศหญิงในช่วงการรับรังสีรักษา ผู้ป่วยเข้ารับการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแบบกลุ่มเป็นเวลาต่อเนื่องกัน 3 วัน รวมเวลาที่ที่ใช้ในการเข้ากลุ่ม 18 ชม. การวิจัยเป็นเชิงทดลอง ชนิดกลุ่มเดียว แบบวัดผลก่อนและหลังผลการวิจัย ปรากฏว่า ความวิตกกังวลของผู้ป่วยมะเร็งเพศหญิงในช่วงรับรังสีรักษาที่ได้รับการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแบบกลุ่ม ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

กิบบอนส์ และ โรเรน (Gibbons and Boren 1985 : 96-101) ศึกษาโดยการจัดกลุ่มผู้ปกครองผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็ง พบว่า ช่วยทำให้ครอบครัวไม่รู้สึกโดดเดี่ยว สับสน หมดหวังต่อไป มีการเรียนรู้เกี่ยวกับโรคและคุ้นเคยกับวิธีที่จะใช้ในการรักษา ทำให้ความวิตกกังวลลดลง สามารถดึงเอาความรู้และแหล่งประโยชน์มาใช้ได้อย่างเหมาะสม

อัจฉริยา ปทุมวัน (2534) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคมและความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลเด็กป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวเฉียบพลัน ชนิดลิมโฟบลาส ผลการวิจัยพบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลเด็ก เมื่อใช้สมการถดถอยหาค่า และยังพบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมสามารถทำนายความสามารถในการดูแลเด็กได้ดีที่สุด

ไลแนม (Lynam 1987 : 207-216) ศึกษาในผู้ปกครองเด็กที่มีบุตรป่วยเป็นโรคมะเร็ง พบว่า ผู้ปกครองของผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งรายอื่น ๆ เป็นแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่มีความสำคัญมากในการช่วยให้ติดตามมารดาของผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งเผชิญกับความเครียด อันเนื่องมาจากการเจ็บป่วย และการรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาลของเด็ก เพราะกลุ่มสนับสนุนเหล่านี้จะเป็นแรงสนับสนุนด้านอารมณ์ และข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับภาวะของโรค และการรักษา

สุกัญญา ฉัตรสุวรรณ (2529) ศึกษาโดยใช้กระบวนการกลุ่มในการสอนผู้ป่วยโรคต่อกระเจกก่อนการผ่าตัด โดยการแบ่งผู้ป่วยเป็น 2 กลุ่ม ๆ ละ 20 คน ผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการสอน โดยใช้กระบวนการกลุ่ม มีระดับความวิตกกังวลลดลงกว่าปกติ

เฮนรี่ และคณะ (Heiary et al., 1985) ได้ศึกษาผลของกลุ่มบำบัดที่มีต่อ พ่อแม่ของเด็กป่วยโรคมะเร็ง โดยทำการวิจัยเชิงทดลอง กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วย พ่อแม่ของเด็กที่ป่วยเป็นโรคมะเร็ง 15 คน ในกลุ่มทดลอง และ 13 คนในกลุ่มควบคุม ตัวแปรตามที่ผู้วิจัยวัด คือ แรงสนับสนุนทางสังคม ที่เกิดจากกลุ่มและความเชื่ออำนาจการควบคุมในเรื่องสุขภาพ (health locus of control) ของบิดามารดา ผลการวิจัย พบว่า พ่อแม่ของผู้ป่วยในกลุ่มทดลอง มีความรู้สึกว่าตนมีความสามารถในการควบคุมสถานการณ์ได้ดีขึ้น ซึ่งเป็นผลมาจากการได้แรงสนับสนุนจากกลุ่ม

จากการวิจัยต่าง ๆ ที่ผ่านมา จะเห็นได้ว่ามีความสัมพันธ์กันระหว่างตัวแปรต่าง ๆ คือ การจัดกลุ่ม มีผลในการลดระดับความวิตกกังวลของบุคคล แรงสนับสนุนทางสังคมมีผลทางบวกในการเพิ่มความสามารถในการดูแล ระดับความวิตกกังวลที่ลดลง มีผลต่อการเรียนรู้ ดังนั้นผู้วิจัยจึงผสมผสานแนวคิดต่าง ๆ และจัดการเรียนรู้แบบกลุ่มขึ้นโดยมีแนวคิดพื้นฐานตามทฤษฎีของโรเจอร์ ว่ามนุษย์มีความสามารถอยู่ในตัวเอง และพัฒนาได้ ผู้วิจัยทำการวิจัยโดยใช้วิธีแบบกึ่งทดลอง และคิดว่ากลุ่มเป็นการจัดแรงสนับสนุนทางสังคมอันหนึ่ง และกลุ่มมีผลทำให้ความวิตกกังวลของมารดาเด็กลดลง เมื่อมีการจัดประสบการณ์การเรียนรู้ขึ้น ตามทิศทางที่จำเป็นในการดูแลเด็กจะมีผลทำให้มารดาเด็กป่วยมีความสามารถในการดูแลบุตรของตนเพิ่มขึ้น