

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลและการอภิปรายผล

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการให้ข้อมูลต่อความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของบุตรในผู้ปกครองเด็กป่วยโรคมะเร็ง ผลของการวิเคราะห์ข้อมูลได้นำเสนอในรูปแบบตารางประกอบคำบรรยาย โดยแบ่งเป็น 3 ส่วน ตามลำดับ ดังต่อไปนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

ส่วนที่ 2 การเปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยก่อนและหลังของกลุ่มทดลอง

ส่วนที่ 3 การเปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยก่อนและหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้เป็นผู้ปกครองเด็กป่วยโรคมะเร็งที่เด็กมีอายุต่ำกว่า 15 ปี และได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดหรือรังสีรักษา ในหอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม 5 โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ จำนวน 40 ราย โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 20 ราย

เด็กป่วยโรคมะเร็งในกลุ่มทดลอง จำนวน 20 ราย ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 75) และเด็กป่วยโรคมะเร็งในกลุ่มควบคุมจำนวน 20 ราย ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 65) ร้อยละ 35 และ 25 ของเด็กป่วยทั้งสองกลุ่มมีอายุอยู่ในช่วงวัยเรียนและวัยก่อนเรียนตามลำดับ และร้อยละ 50 ของเด็กป่วยในกลุ่มทดลองและร้อยละ 45 ของเด็กป่วยในกลุ่มควบคุมศึกษาในระดับประถมศึกษา เด็กป่วยทั้งสองกลุ่มส่วนใหญ่ได้รับการวินิจฉัยเป็นมะเร็งเม็ดเลือดขาว (ร้อยละ 80) และปัจจุบันเด็กป่วยทุกรายได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัด ในขณะที่ร้อยละ 37.5 ของเด็กป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาวในกลุ่มทดลองได้รับเคมีบำบัดระยะการรักษาขั้นต้น ร้อยละ 37.5 ของเด็กป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาวในกลุ่มควบคุมได้รับเคมีบำบัดระยะชักนำให้โรคสงบ และร้อยละ 43.75 ของเด็กป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาวทั้งสองกลุ่มได้รับเคมีบำบัดในระยะควบคุมให้โรคสงบ เด็กป่วยทุกรายมีอาการข้างเคียงของเคมีบำบัด โดยส่วนใหญ่มีอาการคลื่นไส้อาเจียน (ร้อยละ 70 และ 75 ของเด็กป่วยในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ตามลำดับ) ร้อยละ 35 ของเด็กป่วยโรคมะเร็งในกลุ่มทดลองและร้อยละ 60 ของ

เด็กป่วยในกลุ่มควบคุมมีระยะเวลาในการเจ็บป่วยน้อยกว่า 6 เดือน โดยร้อยละ 50 ของเด็กป่วยในกลุ่มทดลองและร้อยละ 55 ของเด็กป่วยในกลุ่มควบคุมเข้ารับการรักษานในโรงพยาบาล 1-10 ครั้ง ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1

จำนวนและร้อยละของข้อมูลส่วนบุคคลของเด็กป่วยโรคมะเร็งจำแนกตามเพศ อายุ การศึกษา การวินิจฉัยโรค การรักษาที่ได้รับ อาการข้างเคียงของการรักษา ระยะเวลาในการเจ็บป่วย และจำนวนครั้งของการเข้ารับรักษาในโรงพยาบาล

ลักษณะของเด็กป่วยโรคมะเร็ง		กลุ่มทดลอง (n=20) จำนวน (ร้อยละ)	กลุ่มควบคุม (n=20) จำนวน (ร้อยละ)
เพศ			
ชาย		15 (75)	7 (35)
หญิง		5 (25)	13 (65)
อายุ			
1-3 ปี (วัยหัดเดิน)		3 (15)	4 (20)
> 3-6 ปี (วัยก่อนเรียน)		5 (25)	5 (25)
> 6-12 ปี (วัยเรียน)		7 (35)	7 (35)
> 12-15 ปี (วัยรุ่น)		5 (25)	4 (20)
(กลุ่มทดลอง range = 1 ปี 6 เดือน-15ปี, $\bar{X}$ = 8 ปี 1 เดือน, SD = 1.03)			
(กลุ่มควบคุม range = 2 ปี 1 เดือน-14ปี 9 เดือน, $\bar{X}$ = 7 ปี 1 เดือน, SD = 1.05)			
การศึกษา			
ยังไม่เข้าเรียน		5 (25)	7 (35)
อนุบาล		3 (15)	2 (10)
ประถมศึกษา		10 (50)	9 (45)
มัธยมศึกษา		2 (10)	2 (10)
การวินิจฉัยโรค			
มะเร็งเม็ดเลือดขาว		16 (80)	16 (80)
มะเร็งต่อมน้ำเหลือง		2 (10)	2 (10)
เนื้องอกในสมอง		1 (5)	1 (5)
นิวโรบลาสโตมา		1 (5)	1 (5)

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ลักษณะของเด็กป่วยโรคมะเร็ง	กลุ่มทดลอง (n=20) จำนวน (ร้อยละ)	กลุ่มควบคุม (n=20) จำนวน (ร้อยละ)
การรักษาโรคปัจจุบัน		
เคมีบำบัด	20 (100)	20 (100)
มะเร็งเม็ดเลือดขาว	16 (80)	16 (80)
มะเร็งต่อมน้ำเหลือง	2 (10)	2 (10)
มะเร็งชนิดเนื้อเยื่อ	2 (10)	2 (10)
รังสีรักษา	0 (0)	0 (0)
ระยะของเคมีบำบัดในเด็กป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาว (n=16)		
การชักนำให้โรคสงบ	3 (18.75)	6 (37.5)
การรักษาเข้มข้น	6 (37.5)	3 (18.75)
การป้องกันโรคเข้าสู่ระบบประสาทส่วนกลาง	0 (0)	0 (0)
การควบคุมให้โรคสงบ	7 (43.75)	7 (43.75)
ระยะของเคมีบำบัดในเด็กป่วยมะเร็งต่อมน้ำเหลือง (n=2)		
การชักนำให้โรคสงบ	0 (0)	1 (50)
การรักษาเข้มข้น	0 (0)	0 (0)
การป้องกันโรคเข้าสู่ระบบประสาทส่วนกลาง	0 (0)	0 (0)
การควบคุมให้โรคสงบ	2 (100)	1 (50)
อาการข้างเคียงของเคมีบำบัด		
ไม่มีอาการข้างเคียง	0 (0)	0 (0)
มีอาการข้างเคียง	20 (100)	20 (100)
คลื่นไส้อาเจียน	14 (70)	15 (75)
แผลในปาก	9 (45)	7 (35)
ถ่ายเหลว	8 (40)	11 (55)
ผมร่วง	9 (45)	12 (60)
มีการติดเชื้อ	11 (55)	13 (65)

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ลักษณะของเด็กป่วยโรคมะเร็ง	กลุ่มทดลอง (n=20) จำนวน (ร้อยละ)	กลุ่มควบคุม (n=20) จำนวน (ร้อยละ)
ระยะเวลาในการเจ็บป่วย		
≤ 6 เดือน	7 (35)	12 (60)
> 6-12 เดือน	3 (15)	1 (5)
> 12-18 เดือน	5 (25)	4 (20)
> 18-24 เดือน	2 (10)	0 (0)
> 24-30 เดือน	1 (5)	2 (10)
> 30 เดือน	2 (10)	1 (5)
(กลุ่มทดลอง range = 1 เดือน-5 ปี, $\bar{X}$ = 1 ปี 2 เดือน SD = 1.20)		
(กลุ่มควบคุม range = 1 เดือน-4 ปี 6 เดือน, $\bar{X}$ = 10 เดือน SD = 1.05)		
จำนวนครั้งของการเข้ารับรักษาในโรงพยาบาล		
1-10 ครั้ง	10 (50)	11 (55)
11-20 ครั้ง	6 (30)	6 (30)
21-30 ครั้ง	0 (0)	1 (5)
31-40 ครั้ง	1 (5)	1 (5)
41-50 ครั้ง	0 (0)	0 (0)
> 50 ครั้ง	3 (15)	1 (5)
(กลุ่มทดลอง range = 1-55 ครั้ง, $\bar{X}$ = 17.20, SD = 1.23)		
(กลุ่มควบคุม range = 1-54 ครั้ง, $\bar{X}$ = 11.95, SD = 1.02)		

ผู้ปกครองเด็กป่วยโรคมะเร็งในกลุ่มทดลอง จำนวน 20 รายและในกลุ่มควบคุมจำนวน 20 รายส่วนใหญ่ (ร้อยละ 80) เป็นมารดาของเด็กป่วยโรคมะเร็ง ร้อยละ 50 ของผู้ปกครองในกลุ่มทดลอง มีอายุมากกว่า 30-40 ปี และร้อยละ 45 ของผู้ปกครองในกลุ่มควบคุมมีอายุมากกว่า 40-50 ปี ผู้ปกครองส่วนใหญ่ (ร้อยละ 75 ของกลุ่มทดลองและร้อยละ 95 ของกลุ่มควบคุม) มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 55 และ 50 ของผู้ปกครองในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 50 ของผู้ปกครองในกลุ่มทดลองประกอบอาชีพรับจ้างทั่วไปและร้อยละ 40 ของผู้ปกครองในกลุ่มควบคุมประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 55 และ 65 ของผู้ปกครองในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีรายได้ของครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือนน้อยกว่าหรือเท่ากับ 5,000 บาท ร้อยละ 60 ของผู้ปกครองในกลุ่มทดลองและร้อยละ 55 ของผู้ปกครองในกลุ่มควบคุมมีบุตร 2 คน ผู้ปกครองในกลุ่มทดลองทุกราย (ร้อยละ 100) และผู้ปกครองในกลุ่มควบคุมเกือบทั้งหมด (ร้อยละ 95) มีลักษณะครอบครัวเป็นครอบครัวเดี่ยว ร้อยละ 50 ของผู้ปกครองในกลุ่มทดลองและร้อยละ 55 ของผู้ปกครองในกลุ่มควบคุมมีประสบการณ์ในการเฝ้าบุตรขณะรับการรักษาในโรงพยาบาล 1-10 ครั้ง และผู้ปกครองส่วนใหญ่ (ร้อยละ 65) ทั้งสองกลุ่มมีคะแนนความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของบุตรในระดับสูง ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2

จำนวนและร้อยละของข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ปกครองเด็กป่วยโรคมะเร็งที่เป็นกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามความเกี่ยวข้องกับเด็กป่วย อายุ การศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ของครอบครัว จำนวนบุตร ลักษณะของครอบครัว จำนวนครั้งที่เคยดูแลเด็กป่วยในโรงพยาบาล และระดับความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของบุตร

ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มทดลอง (n=20)	กลุ่มควบคุม (n=20)
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
ความเกี่ยวข้องกับเด็กป่วยโรคมะเร็ง		
บิดา	4 (20)	4 (20)
มารดา	16 (80)	16 (80)
อายุ		
20-30 ปี	7 (35)	5 (25)
> 30 ปี-40 ปี	10 (50)	6 (30)
> 40 ปี-50 ปี	3 (15)	9 (45)

(กลุ่มทดลอง range = 23-44 ปี, $\bar{X}$ = 35 ปี, SD = 0.70)

(กลุ่มควบคุม range = 22-44 ปี, $\bar{X}$ = 35 ปี 6 เดือน, SD = 0.83)

ตารางที่ 2 (ต่อ)

ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มทดลอง (n=20)	กลุ่มควบคุม (n=20)
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
สถานภาพสมรส		
คู่	15 (75)	19 (95)
หย่าหรือแยก	5 (25)	1 (5)
หม้าย	0 (0)	0 (0)
การศึกษา		
ประถมศึกษา	11 (55)	10 (50)
มัธยมศึกษา	7 (35)	6 (30)
ปริญญาตรีหรือมากกว่า	2 (10)	4 (20)
อาชีพ		
รับราชการ	2 (10)	2 (10)
เกษตรกร	2 (10)	8 (40)
รับจ้างทั่วไป	10 (50)	3 (15)
แม่บ้าน	6 (30)	7 (35)
รายได้		
≤ 5,000 บาท	11 (55)	13 (65)
> 5,000-10,000 บาท	5 (25)	2 (10)
> 10,000-15,000 บาท	1 (5)	1 (5)
> 15,000-20,000 บาท	0 (0)	1 (5)
> 20,000-25,000 บาท	1 (5)	0 (0)
> 25,000-30,000 บาท	1 (5)	0 (0)
> 30,000 บาท	1 (5)	3 (15)

(กลุ่มทดลอง range = 2,500-40,000 บาท, $\bar{X}$ = 9,325 บาท, SD = 0.88)(กลุ่มควบคุม range = 2,000-50,000 บาท, $\bar{X}$ = 11,905 บาท, SD = 1.35)

ตารางที่ 2 (ต่อ)

ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มทดลอง (n=20) จำนวน (ร้อยละ)	กลุ่มควบคุม (n=20) จำนวน (ร้อยละ)
ลักษณะครอบครัว		
ครอบครัวเดี่ยว	20 (100)	19 (95)
ครอบครัวขยาย	0 (0)	1 (5)
จำนวนครั้งที่เคยดูแลเด็กป่วยในโรงพยาบาล		
1-10 ครั้ง	10 (50)	11 (55)
11-20 ครั้ง	6 (30)	6 (30)
21-30 ครั้ง	0 (0)	1 (5)
31-40 ครั้ง	1 (5)	1 (5)
41-50 ครั้ง	0 (0)	0 (0)
> 50 ครั้ง	3 (15)	1 (5)
(กลุ่มทดลอง range = 1-55 ครั้ง, $\bar{X}$ = 17.20, SD = 1.23)		
(กลุ่มควบคุม range = 1-54 ครั้ง, $\bar{X}$ = 11.95, SD = 1.02)		
ระดับคะแนนความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของบุตร (ก่อนทดลอง)		
ระดับต่ำ (31-72 คะแนน)	0 (0)	0 (0)
ระดับปานกลาง (73-114 คะแนน)	7 (35)	17 (35)
ระดับสูง (115-155 คะแนน)	13 (65)	13 (65)
(กลุ่มทดลอง range = 103-131 คะแนน, $\bar{X}$ = 117.85 คะแนน, SD = 7.28)		
(กลุ่มควบคุม range = 88-128 คะแนน, $\bar{X}$ = 115.05 คะแนน, SD = 9.35)		

เมื่อทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของบุตรในผู้ปกครองเด็กป่วยโรคมะเร็งของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนการทดลอง ด้วยวิธีสถิติทดสอบค่าทีชนิด 2 กลุ่มเป็นอิสระต่อกัน (independent t-test) พบว่าไม่มีความแตกต่างกัน ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3

การเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของบุตรก่อนการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

คะแนนความรู้สึกไม่แน่นอน	mean	SD	t	p-value
ก่อนการทดลอง				
กลุ่มทดลอง (n = 20)	117.85	7.28	-1.057	.601 ^{ns}
กลุ่มควบคุม (n = 20)	115.05	9.35		

^{ns} = p > .05

ส่วนที่ 2 การเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของบุตรก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลอง

การวิเคราะห์ความแตกต่างค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของบุตรก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลองด้วยสถิติทดสอบค่าทีชนิด 2 กลุ่มที่สัมพันธ์กัน (paired t-test) พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของบุตรในผู้ปกครองเด็กป่วยโรคมะเร็งภายหลังได้รับการให้ข้อมูลต่ำกว่าก่อนได้รับการให้ข้อมูลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($t = 19.451, p < .001$) ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4

เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของบุตรก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลอง

คะแนนความรู้สึกไม่แน่นอน	mean	SD	t	p-value
ก่อนทดลอง (n = 20)	117.85	7.28	19.451	.000 *
หลังทดลอง (n = 20)	71.40	6.46		

* = $P < .001$

ส่วนที่ 3 การเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย หลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

การเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของบุตรระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังการทดลองด้วยสถิติทดสอบค่าทีชนิด 2 กลุ่มเป็นอิสระต่อกัน (independent t-test) พบว่า มีความแตกต่างกัน โดยค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของบุตรในผู้ปกครองเด็กป่วยโรคมะเร็งกลุ่มทดลองต่ำกว่าค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของบุตรในผู้ปกครองเด็กป่วยโรคมะเร็งกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($t = 16.885, p < .001$) ดังแสดงในตารางที่ 5

ตารางที่ 5

การเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของบุตรหลัง
การทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

คะแนนความรู้สึกไม่แน่นอน	mean	SD	t	p-value
หลังการทดลอง				
กลุ่มทดลอง (n = 20)	71.40	6.46	16.885	.000 *
กลุ่มควบคุม (n = 20)	111.65	8.48		

* = $P < .001$

การอภิปรายผล

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการให้ข้อมูลต่อความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของผู้ปกครองเด็กป่วยโรคมะเร็ง การอภิปรายผลการศึกษิตตามผลการทดสอบสมมติฐานมีดังนี้

สมมติฐานที่ 1 ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของบุตรในผู้ปกครองเด็กป่วยโรคมะเร็งในกลุ่มทดลองภายหลังได้รับการให้ข้อมูลต่ำกว่าก่อนได้รับการให้ข้อมูล

ผลการศึกษาสนับสนุนสมมติฐานนี้ โดยพบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของบุตรในผู้ปกครองเด็กป่วยโรคมะเร็งภายหลังได้รับการให้ข้อมูลต่ำกว่าก่อนได้รับการให้ข้อมูลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 19.451, p < .001$) ดังแสดงในตารางที่ 4 ทั้งนี้สามารถอธิบายได้ดังนี้

ผู้ปกครองเด็กป่วยโรคมะเร็งในกลุ่มทดลองส่วนใหญ่ (ร้อยละ 65) มีคะแนนความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของบุตรอยู่ในระดับสูง อาจเนื่องมาจากผู้ปกครองทุกรายทราบว่าบุตรเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งซึ่งเป็นโรคเรื้อรังที่รุนแรงคุกคามต่อชีวิต และมากกว่าครึ่งของผู้ปกครองมีการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 55) (ตารางที่ 1) แม้ว่าจะได้รับข้อมูลความเจ็บป่วยของบุตรจากบุคลากรทีมสุขภาพบ้างแต่ข้อมูลความเจ็บป่วยที่ซับซ้อนร่วมกับมีการศึกษาน้อยอาจทำให้ผู้ปกครองมีความสามารถในการรับรู้หรือเข้าใจได้น้อย อาจไม่สามารถใช้ข้อมูลความรู้ที่มีอยู่ในการวิเคราะห์ และให้ความหมายเกี่ยวกับความเจ็บป่วยของบุตรที่เกิดขึ้นได้ (Mishel, 1988) ดังผลการศึกษาหลายการศึกษาที่พบว่าระดับการศึกษามีความสัมพันธ์ทางลบกับความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย (จันทร์ทิพย์ วงศ์วิวัฒน์, 2536; สุภาณี แก้วธำรงค์, 2543; อรพิน เกตุแก้วมณี, 2541) การที่ไม่สามารถรับข้อมูลได้หมด หรือมีข้อมูลไม่เพียงพอที่จะช่วยให้เข้าใจความหมายของความเจ็บป่วยของบุตร มีความคลุมเครือในเหตุการณ์ความเจ็บป่วย ส่งผลให้ผู้ปกครองมีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยสูง (Mishel & Clayton, 2003) นอกจากนี้เนื่องจากเด็กป่วยส่วนใหญ่ (ร้อยละ 80) เป็นมะเร็งเม็ดเลือดขาว ซึ่งกว่าครึ่งหนึ่งได้รับเคมีบำบัดในระยะการชักนำให้โรคสงบและระยะการรักษาเข้มข้น (ร้อยละ 56.25) ซึ่งเป็นระยะของการรักษาที่ให้ยาเคมีในขนาดสูงเพื่อทำลายเซลล์มะเร็งให้มากที่สุด และยาเคมียังทำลายเซลล์ปกติทำให้เกิดอาการข้างเคียงต่างๆ (ภัทรา ชนรัตนกร, 2543; Balis et al., 2002) จากผลการศึกษาพบว่าเด็กป่วยทุกราย (ร้อยละ 100) มีอาการข้างเคียงของเคมีบำบัดเกิดขึ้น โดยส่วนใหญ่มีอาการคลื่นไส้อาเจียน (ร้อยละ 70) ร้อยละ 45 มีแผลในปาก และร้อยละ 55 มีการติดเชื้อเกิดขึ้น (ตารางที่ 1) อาการแสดงที่มีการเปลี่ยนแปลงไป หรืออาการข้างเคียงที่รุนแรง

และอาจไม่สามารถควบคุมได้ถึงแม้ได้รับการดูแลจากบุคลากรที่มีสุขภาพ แต่ไม่ได้รับการรับรองถึงผลการรักษาทำให้ผู้ป่วยครองรู้สึกถึงความคาดหวังของผลการรักษาถูกทำลาย เหตุการณ์ที่คาดหวังไม่สอดคล้องกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นจริง ทำให้ผู้ป่วยครองไม่สามารถคาดเดาได้ว่าบุตรจะมีอาการอย่างไรต่อไป จะมีชีวิตอีกนานหรือเสียชีวิตเมื่อใด สิ่งเหล่านี้ส่งผลให้ผู้ป่วยครองมีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของบุตรอยู่ในระดับสูง (Mishel, 1988) สอดคล้องกับการศึกษาในผู้ป่วยครองเด็กป่วยโรคมะเร็งหลายการศึกษาที่พบว่าผู้ป่วยครองเกิดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของบุตรอยู่ในระดับสูง (สุริภรณ์ สุวรรณโอสธ, 2547; Mu et al., 2001; Patoomwan, 2001; Santacroce, 2002; Woodgate & Degner, 2002)

เมื่อผู้ป่วยครองได้รับข้อมูลตามแผนการให้ข้อมูลผู้ป่วยครองเด็กป่วยโรคมะเร็งซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นตามทฤษฎีของมิเชล (Mishel, 1988) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้ป่วยครองเกิดความเข้าใจแบบแผนอาการแสดงของโรค เกิดความคุ้นเคยกับเหตุการณ์ความเจ็บป่วยและสามารถคาดเดาเหตุการณ์ความเจ็บป่วยที่อาจเกิดขึ้นกับเด็กป่วยได้ โดยในวันแรกผู้ป่วยครองได้รับข้อมูลเกี่ยวกับโรคมะเร็งที่บุตรได้รับการวินิจฉัย การรักษาด้วยเคมีบำบัดและอาการข้างเคียงของเคมีบำบัดตามความต้องการของผู้ปกครองเป็นรายบุคคลโดยการสร้างบรรยากาศแบบเป็นกันเอง การใช้คำถามกระตุ้นให้ผู้ป่วยครองคิดและตอบคำถามเกี่ยวกับเหตุการณ์ความเจ็บป่วยของบุตร ให้เวลาผู้ป่วยครองในการตอบคำถาม เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยครองซักถามและตอบข้อสงสัยของผู้ปกครองด้วยท่าทีเต็มใจ จากนั้นสรุปเนื้อหาโดยใช้ภาพสไลด์โปรแกรมเพาเวอร์พอยท์เป็นสื่อประกอบ รวมทั้งมีการใช้รายการตรวจสอบความเข้าใจของผู้ปกครองเกี่ยวกับความเจ็บป่วยของบุตร พร้อมกับอธิบายเพิ่มเติมในประเด็นที่ผู้ป่วยครองยังเข้าใจไม่ชัดเจน การให้ข้อมูลด้วยวิธีการดังกล่าวทำให้ผู้ป่วยครองเข้าใจในเหตุการณ์ความเจ็บป่วยของบุตรอย่างชัดเจนเนื่องจากการให้ข้อมูลในบรรยากาศที่เป็นกันเอง ในสถานที่ที่เป็นสัดส่วน ไม่เร่งรีบ เป็นบรรยากาศที่เอื้ออำนวยต่อการเรียนรู้ของผู้ปกครอง (Knowles, 1990) เมื่อผู้วิจัยซักถามเกี่ยวกับเหตุการณ์ความเจ็บป่วยของบุตรในบรรยากาศที่ผ่อนคลาย ทำให้ผู้ป่วยครองได้คิดและตอบคำถามได้อย่างเป็นธรรมชาติ และทำให้ผู้ป่วยครองมีความต้องการข้อมูลเพื่อเรียนรู้เกี่ยวกับความเจ็บป่วยของบุตรเพิ่มขึ้น กล่าวซักถามข้อสงสัยของตนเอง (Rankin, Stalling, & London, 2005) ร่วมกับผู้วิจัยเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยครองซักถามข้อสงสัยได้อย่างอิสระ ทำให้ผู้ป่วยครองมีโอกาสดำเนินคำถามที่ตนเองมีอยู่ ส่งผลให้ผู้ป่วยครองได้รับข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยของบุตรตามความต้องการของตนเอง (Eriksson & Lauri, 2000) เกิดความเข้าใจในข้อมูลที่ได้รับยิ่งขึ้น (Balling & McCubbin, 2001; Patistea & Babatsikou, 2003) นอกจากนี้การใช้ภาพสไลด์โปรแกรมเพาเวอร์พอยท์เป็นสื่อประกอบในการให้ข้อมูล ช่วยดึงดูดความสนใจของผู้ปกครอง ผู้ปกครองได้เห็นภาพที่ใกล้เคียงกับสถานการณ์ความเจ็บป่วยของบุตร (จิรพรรณ พิรุณ, 2542) อีกทั้งสามารถ

ย้อนกลับไปประเด็นที่ผู้ปกครองไม่เข้าใจได้ง่ายและรวดเร็ว เพิ่มความเข้าใจในเนื้อหาของข้อมูล (จรรยา เหนียนเฉลย, 2546) นอกจากนี้การใช้คำถามกระตุ้นการคิดของผู้ปกครองยังช่วยให้ผู้ปกครองสามารถแปลข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยของบุตรได้ดีขึ้น ช่วยให้ผู้ปกครองเข้าใจในเหตุการณ์ความเจ็บป่วยของบุตรได้ดีขึ้น ลดความคลุมเครือเกี่ยวกับเหตุการณ์ความเจ็บป่วยของบุตร เข้าใจแบบแผนอาการแสดงของบุตรชัดเจนขึ้นส่งผลให้ผู้ปกครองมีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของบุตรลดลง

นอกจากนี้การให้ข้อมูลตามแผนการให้ข้อมูลผู้ปกครองเด็กป่วยโรคมะเร็งในวันต่อมา มีการให้ข้อมูลในประเด็นที่ผู้ปกครองต้องการให้อธิบายเพิ่มเติม และทบทวนเนื้อหาที่ได้รับในวันแรก โดยสรุปอีกครั้ง และให้ข้อมูลเกี่ยวกับวิธีการดูแลเด็กป่วยตามปัญหาของเด็กป่วยโดยการซักถามให้ผู้ปกครองคิดและตอบคำถามเกี่ยวกับปัญหาความเจ็บป่วยของบุตรและวิธีการแก้ไขปัญหของผู้ปกครองที่ผ่านมา มีการยกสถานการณ์ความเจ็บป่วยให้ผู้ปกครองแสดงความคิดเห็น เกี่ยวกับวิธีการแก้ไขปัญหา เมื่อผู้ปกครองได้มีการคิด พิจารณา ไตร่ตรองในสถานการณ์เจ็บป่วยของบุตรที่ผ่านมา และมีการพูดถึงเหตุการณ์ความเจ็บป่วยซ้ำรวมทั้งการได้รับข้อมูลเกี่ยวกับอาการแสดงสาเหตุของอาการแสดงจากบุคลากรทีมสุขภาพเพิ่มเติมตามความต้องการของผู้ปกครอง ทำให้ผู้ปกครองเกิดความคุ้นเคยกับความเจ็บป่วยของเด็กป่วยและการรักษาพยาบาลที่เด็กป่วยได้รับ พร้อมทั้งเกิดการเรียนรู้ว่าเหตุการณ์เจ็บป่วยใดที่อาจเกิดขึ้นได้กับเด็กป่วยต่อไป เช่น ทราบว่าภายหลังเด็กป่วยได้รับเคมีบำบัดเด็กป่วยอาจมีอาการข้างเคียงเกิดขึ้น สามารถคาดเดาเหตุการณ์ความเจ็บป่วยของบุตรได้สอดคล้องกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นจริง ดังนั้นเมื่อผู้ปกครองเข้าใจในแบบแผนอาการแสดงของบุตร คุ้นเคยกับเหตุการณ์ความเจ็บป่วยของบุตร และสามารถคาดเดาเหตุการณ์ความเจ็บป่วยของบุตรได้สอดคล้องกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นจริง นั่นคือทำให้กรอบสิ่งกระตุ้นมีความชัดเจนขึ้นจึงส่งผลให้ผู้ปกครองมีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของบุตรลดลง (Mishel, 1988; Mishel & Clayton, 2003)

สมมติฐานที่ 2 ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของบุตรในผู้ปกครองเด็กป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับการให้ข้อมูลต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ผลการศึกษาสนับสนุนสมมติฐานนี้ โดยพบว่ากลุ่มทดลองซึ่งได้รับข้อมูลตามแผนการให้ข้อมูลแก่ผู้ปกครองเด็กป่วยโรคมะเร็งมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยต่ำกว่ากลุ่มควบคุมซึ่งได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 16.885, p < .001$) (ตารางที่ 5) ทั้งนี้สามารถอธิบายได้ดังนี้

ก่อนการทดลองผู้ปกครองเด็กป่วยโรคมะเร็งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่ (ร้อยละ 65) มีคะแนนความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของบุตรก่อนการให้ข้อมูลอยู่ในระดับสูง ด้วยเหตุผลเช่นเดียวกับที่อธิบายไว้ในกลุ่มทดลอง แต่เมื่อผู้ปกครองเด็กป่วยโรคมะเร็งในกลุ่มทดลองได้รับข้อมูลตามแผนการให้ข้อมูลผู้ปกครองเด็กป่วยโรคมะเร็งที่สร้างขึ้นเพื่อมุ่งให้ผู้ปกครองเกิดความเข้าใจแบบแผนอาการแสดงความเจ็บป่วย เกิดความคุ้นเคยกับเหตุการณ์ความเจ็บป่วยและสามารถคาดเดาเหตุการณ์ความเจ็บป่วยได้ ตามทฤษฎีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของมิเชล (Mishel, 1988) ซึ่งเป็นการทำให้ผู้ปกครองมีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของบุตรลดลง โดยผู้วิจัยให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรคมะเร็งของเด็กป่วย การรักษาด้วยเคมีบำบัดและอาการข้างเคียง รวมทั้งวิธีการดูแลเด็กป่วยโรคมะเร็งตามปัญหาแก่ผู้ปกครองเป็นรายบุคคล โดยการใช้คำถาม กระตุ้นให้ผู้ปกครองคิดเกี่ยวกับความเจ็บป่วยของบุตรในบรรยากาศที่เป็นกันเอง ใช้เวลาเพียงพอ ในการให้ข้อมูล ผู้ปกครองมีอิสระในการซักถามข้อสงสัย มีโอกาสหาคำตอบในคำถามที่ตนเองมีอยู่ ทำให้ได้รับข้อมูลตามความต้องการของตนเอง ประกอบกับใช้ภาพสไลด์โปรแกรมเพาเวอร์พอยท์ เป็นสื่อประกอบการให้ข้อมูลช่วยดึงดูดความสนใจในการรับข้อมูลให้เห็นและเข้าใจในแบบแผน อาการแสดงความเจ็บป่วยชัดเจนยิ่งขึ้น พร้อมทั้งมีการซักถามกระตุ้นให้ผู้ปกครองคิดและตอบคำถาม เกี่ยวกับสถานการณ์ความเจ็บป่วยของบุตรและวิธีการแก้ไขปัญหของผู้ปกครองที่ผ่านมา ซึ่งให้เห็น ถึงปัญหาที่อาจเกิดขึ้นได้บ่อยในเด็กป่วยโรคมะเร็ง มีการยกสถานการณ์ความเจ็บป่วยให้ผู้ปกครอง แสดงความคิดเห็น และมีการพูดถึงเหตุการณ์ความเจ็บป่วยซ้ำในวันต่อมา โดยให้ข้อมูลเพิ่มเติมตาม ความต้องการข้อมูลของผู้ปกครอง และเพิ่มการให้ข้อมูลอย่างเป็นขั้นตอน พร้อมทั้งมีการตรวจสอบ ความเข้าใจของผู้ปกครองโดยใช้คำถามปลายเปิด ส่งผลให้ผู้ปกครองมีความเข้าใจในแบบแผน อาการแสดงของโรคมะเร็งของบุตร เกิดความคุ้นเคยกับความเจ็บป่วยของบุตรและแบบแผนการ รักษาพยาบาลที่บุตรได้รับ เมื่อผู้ปกครองมีความเข้าใจ และคุ้นเคยกับความเจ็บป่วยของบุตรจึงเกิด การเรียนรู้ถึงเหตุการณ์เจ็บป่วยที่อาจเกิดขึ้นได้กับเด็กป่วย สามารถคาดเดาเหตุการณ์ได้สอดคล้อง กับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นจริง ส่งผลให้ผู้ปกครองในกลุ่มทดลองมีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย ลดลง (Mishel, 1988; Mishel & Clayton, 2003)

นอกจากนี้ การที่ผู้ปกครองมีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของบุตรลดลงอย่างมาก จากการได้รับข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยอย่างชัดเจนจากผู้วิจัยที่เป็นบุคลากรที่มีสุขภาพ สนับสนุน ทฤษฎีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของมิเชล (Mishel, 1988) ที่ว่า การสนับสนุนทางสังคม และอำนาจที่น่าเชื่อถือของบุคลากรที่มีสุขภาพเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้มีความรู้สึกไม่แน่นอนใน ความเจ็บป่วยลดลง (Mishel, 1988; Mishel & Clayton, 2003) โดยส่งเสริมให้ผู้ปกครองมีความเข้าใจ ในแบบแผนอาการแสดงของความเจ็บป่วย เกิดความคุ้นเคยกับเหตุการณ์ความเจ็บป่วย และสามารถ

คาดเดาเหตุการณ์ความเจ็บป่วยของบุตรได้สอดคล้องกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นจริง จึงทำให้ผู้ปกครองเด็กป่วยโรคมะเร็งมีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยลดลง สอดคล้องกับผลการวิจัยของ มิทเชล และ เคอร์ทเนย์ (Mitchell & Courtney, 2004) ที่พบว่า สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยที่เตรียมย้ายออกจากหอผู้ป่วยวิกฤติ มีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยลดลงภายหลังได้รับข้อมูลเกี่ยวกับหอผู้ป่วย แพทย์ พยาบาล และแผนการรักษาที่ผู้ป่วยจะได้รับต่อไป และผลการวิจัยเกี่ยวกับการลดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคมะเร็งของ ถนอมศรี คูวาริยะกุล (2538) ที่พบว่าผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัดมีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยลดลงภายหลังการให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านม การรักษา การผ่าตัด เต้านมรวมทั้งอาการแทรกซ้อนหลังได้รับการผ่าตัด นอกจากนี้มีผลการวิจัยของ มิเชล และคณะ (Mishel et al., 2002) ที่พบว่าผู้ป่วยมะเร็งต่อมลูกหมากมีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยลดลงภายหลังได้รับข้อมูลเกี่ยวกับโรค การรักษา อาการข้างเคียงของการรักษา การดูแลตนเองเมื่อเกิดอาการต่างๆ และเหตุการณ์ที่อาจเกิดขึ้นได้ในผู้ป่วยโรคมะเร็งทางโทรศัพท์

การที่ผู้ปกครองในกลุ่มทดลองมีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของบุตรลดลงมากกว่าผู้ปกครองในกลุ่มควบคุมอาจเนื่องมาจากที่ผู้ปกครองเด็กป่วยโรคมะเร็งในกลุ่มควบคุมได้รับข้อมูลจากการพยาบาลตามปกติซึ่งเป็นการให้ข้อมูลที่ไม่มีการวางแผนชัดเจน โดยผู้ปกครองจะได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการวินิจฉัยโรคและการรักษาจากแพทย์ และข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลเด็กป่วยจากพยาบาลในขณะที่เยี่ยมตรวจเด็กป่วย อาจเป็นไปได้ที่ผู้ปกครองได้รับข้อมูลน้อยกว่าความต้องการของผู้ปกครอง หรือได้รับข้อมูลที่ไม่ตรงกับความต้องการ หรือไม่ชัดเจน เนื่องจากอาจไม่ได้มีการประเมินความต้องการก่อนการให้ข้อมูล หรือบางครั้งไม่มีเวลาเพียงพอ ทำให้ผู้ปกครองได้รับข้อมูลอย่างรวดเร็ว ไม่มีโอกาสซักถามทำให้ไม่สามารถเข้าใจในข้อมูลที่ได้รับ หรือเข้าใจไม่ชัดเจนดังเช่น การศึกษาของ เอสเซน และคณะ (Essen et al., 2001) ซึ่งพบว่าร้อยละ 60 ของผู้ปกครองเด็กป่วยโรคมะเร็งต้องการข้อมูลและเวลาในการให้ข้อมูลจากบุคลากรมากขึ้น และผลการศึกษาของ สตีล และ ฟิทช์ (Steele & Fitch, 1997) ที่พบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งต้องการข้อมูลมากกว่าที่ได้รับจากบุคลากรเพราะบุคลากรไม่มีเวลาเพียงพอ นอกจากนี้ ไอแซกเซน, ฐน, และ ฮานีสทาด (Isaksen, Thuen, & Hanestad, 2003) ยังพบว่าเมื่อมีเพียงร้อยละ 13 ของญาติผู้ป่วยโรคมะเร็งที่มีความพึงพอใจกับการได้รับข้อมูลเกี่ยวกับโรคและการรักษาผู้ป่วยจากบุคลากรที่มีสุขภาพ

การที่ผู้ปกครองเด็กป่วยโรคมะเร็งในกลุ่มควบคุมได้รับข้อมูลที่อาจไม่ตรงกับความต้องการ หรือได้รับข้อมูลไม่เพียงพอในเวลาที่ยากัด นอกจากนี้ข้อมูลความเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งและการ

รักษามีความซับซ้อน อาจจะยากเกินสำหรับผู้ปกครองเด็กป่วยโรคมะเร็งที่จะทำความเข้าใจ ทำให้ไม่ค่อยเข้าใจหรือมองสถานการณ์เจ็บป่วยของบุตรได้ไม่ชัดเจน ถึงแม้ผู้ปกครองจะมีประสบการณ์เกี่ยวกับความเจ็บป่วยของบุตรมาก่อน กล่าวคือ ร้อยละ 40 ของเด็กป่วยโรคมะเร็งมีระยะเวลาเจ็บป่วยนานมากกว่า 6 เดือน (ตารางที่ 1) และร้อยละ 45 ของผู้ปกครองมีประสบการณ์ในการดูแลเด็กป่วยในโรงพยาบาลมากกว่า 10 ครั้ง (ตารางที่ 2) ทั้งนี้เนื่องจากโรคมะเร็งเป็นโรคเรื้อรัง มีความรุนแรงคุกคามต่อชีวิตเด็กป่วย ทั้งอาการแสดงของโรคหรืออาการข้างเคียงของเคมีบำบัดที่ควบคุมอาการได้ยาก ประกอบกับครึ่งหนึ่งของผู้ปกครองมีการศึกษาในระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 50) การศึกษาน้อยอาจทำให้ผู้ปกครองมีความสามารถในการรับรู้หรือเข้าใจได้น้อย ไม่สามารถใช้ความรู้ที่มีอยู่ในการวิเคราะห์ และให้ความหมายเกี่ยวกับความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นได้ (Mishel, 1988) ทำให้ผู้ปกครองยังคงขาดข้อมูลหรือมีความไม่ชัดเจนของข้อมูลเกี่ยวกับโรคมะเร็งของบุตร ทำให้ผู้ปกครองไม่เข้าใจในแบบแผนความเจ็บป่วยและวิธีการรักษาเพียงพอ ผู้ปกครองจึงยังคงมีความคลุมเครือเกี่ยวกับเหตุการณ์ความเจ็บป่วยของบุตร ไม่คุ้นเคยกับเหตุการณ์ความเจ็บป่วยของบุตร ไม่สามารถคาดเดาเหตุการณ์เจ็บป่วยหรือผลลัพธ์ของการรักษาได้ สิ่งเหล่านี้ส่งผลให้ผู้ปกครองอาจยังไม่สามารถให้ความหมายเกี่ยวกับความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นได้ จึงทำให้ผู้ปกครองเด็กป่วยโรคมะเร็งในกลุ่มควบคุมยังคงมีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของบุตรในระดับที่ค่อนข้างสูง

ผลการศึกษาครั้งนี้สรุปได้ว่า การให้ข้อมูลแก่ผู้ปกครองเด็กป่วยโรคมะเร็งตามแผนการให้ข้อมูลผู้ปกครองมะเร็งที่สร้างตามทฤษฎีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของมิเชล (Mishel, 1988) มีผลต่อความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของผู้ปกครองเด็กป่วยโรคมะเร็ง โดยทำให้ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของบุตรลดลง สนับสนุนทฤษฎีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของมิเชล (Mishel, 1988) ซึ่งกล่าวว่าปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย คือ กรอบของสิ่งกระตุ้นความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย แหล่งสนับสนุนช่วยเหลือและความสามารถในการรู้คิด และการส่งเสริมการได้รับข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยจากบุคลากรทีมสุขภาพเป็นการลดปัจจัยที่ทำให้เกิดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย ส่งผลให้ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยลดลง