

บทที่ 2

วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

แนวคิดและทฤษฎี

การวิจัยเชิงคุณภาพในครั้งนี้ผู้วิจัยได้รวบรวมเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาโดยใช้แนวคิดและทฤษฎีมาอ้างอิง เพื่อเป็นพื้นฐานในการทำความเข้าใจประสบการณ์ด้านจิตใจของมารดาผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวชนิดเฉียบพลัน ที่ได้รับการปลูกถ่ายเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดโลหิต โดยผู้วิจัยใช้แนวคิดดังกล่าวนี้เพื่อเป็นแนวทางในการสร้างแนวคำถาม ที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล เกี่ยวกับสภาวะ อารมณ์ ความรู้สึกนึกคิดที่เกิดจากจิตใจของมารดา ที่ส่งผลต่อการปรับตัวในการ เผชิญกับปัญหาต่างๆที่เกิดขึ้น แต่มิได้ใช้กรอบแนวคิดต่างๆเหล่านี้เพื่อจำกัดกรอบแนวคิดของผู้ให้ข้อมูลหลัก และมิได้จำกัดการตีความของผู้ทำการวิจัย เอกสารหรืองานวิจัย และทฤษฎีที่เกี่ยวข้องที่ผู้วิจัยได้ศึกษาและรวบรวมนำเสนอมีลำดับ ดังนี้

1. ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวชนิดเฉียบพลัน และการปลูกถ่ายเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดโลหิต
 - 1.1 ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวชนิดเฉียบพลัน
 - 1.2 ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับการปลูกถ่ายเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดโลหิต
2. แนวคิดเกี่ยวกับประสบการณ์ด้านจิตใจของผู้ป่วยโรคมะเร็งและครอบครัว
 - 2.1 ความวิตกกังวล
 - 2.2 ความเครียด และการเผชิญปัญหา
 - 2.3 การสูญเสีย และความทุกข์โศก
 - 2.4 ความหวัง ความรู้สึกสิ้นหวัง และความรู้สึกอับจนหนทาง
 - 2.5 ความแข็งแกร่งในชีวิต และความสามารถในการเผชิญและฟันฝ่าอุปสรรค
 - 2.6 แนวคิดเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคมะเร็งและครอบครัว และการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง
 - 2.6.1 แนวคิดเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคมะเร็งและครอบครัว
 - 2.6.2 การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง
3. งานวิจัยเชิงคุณภาพ
4. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวชนิดเฉียบพลัน และการปลูกถ่าย เซลล์ต้นกำเนิดเม็ดโลหิต

1.1 ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวชนิดเฉียบพลัน (วินัย สุวดี, 2542, สามารถ ภคขมา, 2553, น. 650) มะเร็งเม็ดเลือดขาวชนิดเฉียบพลัน (Acute leukemia) เป็นมะเร็งที่พบได้บ่อยที่สุดในเด็ก ประมาณ ร้อยละ 39.8 ของมะเร็งในเด็กทั้งหมด อุบัติการณ์ของมะเร็งเม็ดเลือดขาวในเด็กมีประมาณ 3.7 ต่อประชากรแสนคน พบในเด็กทุกอายุ อายุที่พบบ่อยที่สุดคือ อายุ 4-6 ปี พบในเพศชายมากกว่าเพศหญิง อัตราส่วนของ ชาย:หญิง เท่ากับ 1.76:1

มะเร็งเม็ดเลือดขาวชนิดเฉียบพลันเป็นโรคมะเร็งทางโลหิตวิทยา เกิดจากมีเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดโลหิต(hematopoietic stem cell) เพียงตัวเดียวได้กลายพันธุ์ไปเป็นเซลล์มะเร็ง แล้วแบ่งตัวอย่างมากมาย (proliferative) และรวดเร็ว เป็นเซลล์ตัวอ่อน (blast cell) ที่อยู่ในไขกระดูก และแพร่เข้าสู่กระแสเลือด โดยไม่สามารถเปลี่ยนไปเป็นเซลล์ตัวแก่ (differentiation) และไม่สามารถทำหน้าที่ได้ตามปกติ เซลล์ต้นกำเนิดที่กลายไปเป็นเซลล์มะเร็งนี้ อาจเกิดขึ้นได้ในระยะต่างๆ ของการเจริญเติบโตของ stem cell การกลายพันธุ์ของเซลล์ต้นกำเนิดไปเป็นเซลล์มะเร็งนั้น จากการศึกษาค้นคว้าโดยใช้เทคโนโลยีสมัยใหม่ สามารถตรวจพบความผิดปกติของโครโมโซมในผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาวชนิดเฉียบพลันถึงร้อยละ 80-90 เป็นผลทำให้มีการเปลี่ยนแปลงของยีนส์ที่ทำหน้าที่เกี่ยวกับการควบคุมการเจริญเติบโตของเซลล์เม็ดเลือดขาว จึงไม่สามารถควบคุมให้เซลล์ต้นกำเนิดของเซลล์เม็ดเลือดขาวแบ่งตัว และเจริญเติบโตตามปกติได้จึงเกิดเป็นมะเร็งเม็ดเลือดขาวขึ้น อาการของผู้ป่วยที่พบได้มากที่สุด ได้แก่ อาการซีด มีไข้ เลือดออก ปวดข้อหรือปวดกระดูก มีก้อนที่คอหรือในท้อง ซึ่งอาการเหล่านี้มักจะมีมาเป็นสัปดาห์ หรือเป็นเดือนส่วนอาการอื่นอาจมีอาการอ่อนเพลีย เบื่ออาหาร น้ำหนักลด ผอมลง ท้องโตขึ้น ตาโปน เหงือกบวม มีตุ่มหรือผื่นที่ผิวหนัง ร่างกาย ผอม ซีด มีไข้ ซ้ำๆ รวดเร็ว กระสับกระส่าย มีจุดเลือดออกตามตัว เลือดกำเดาไหล ต่อมเหงื่อโตทั่วตัว ตับโต ม้ามโต กดเจ็บบริเวณที่ปวดกระดูก อาจพบตาโปนออกมาทั้งสองข้าง มีผื่น หรือก้อน ที่ผิวหนัง มีลักษณะเป็นเม็ดเล็กๆ หนาขึ้น อาจมีจุดเลือดออกที่ผื่นนั้นด้วย (leukemia cutis)

โรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวสามารถแบ่ง(Classification) ตามลักษณะการเกิดได้ 2 ลักษณะ คือมะเร็งเม็ดเลือดขาวแบบเฉียบพลัน (acute leukemia) และแบบเรื้อรัง (chronic leukemia) ในส่วนของโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวชนิดเฉียบพลัน สามารถแบ่งได้ตามลักษณะของเซลล์เม็ดเลือดขาว ได้แก่

1. มะเร็งเม็ดเลือดขาวเฉียบพลันชนิด acute-lymphoblastic leukemia (ALL) ที่มีความผิดปกติในการแบ่งตัวของเซลล์เม็ดเลือดขาว lymphocyte พบประมาณร้อยละ 75-80
2. มะเร็งเม็ดเลือดขาวเฉียบพลันชนิด acute non-lymphoblastic leukemia (ANLL) เป็นมะเร็งเม็ดเลือดขาวที่ไม่ได้เกิดจากการแบ่งตัวของเซลล์เม็ดเลือดขาวชนิด lymphocyte พบประมาณร้อยละ 20

1.1.1 การรักษาโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวในเด็ก

ในการวางแผนการรักษาของแพทย์จะต้องคำนึงถึงปัจจัยหลายประการ สิ่งแรกคือจะต้องทำการวินิจฉัยโรคให้แน่นอนว่าผู้ป่วยเป็นมะเร็งเม็ดเลือดขาวชนิดไหน ได้แก่ เป็นชนิด ALL หรือเป็นชนิด ANLL เพราะการใช้ยาการรักษาไม่เหมือนกันและมีการพยากรณ์โรคต่างกัน นอกจากนี้ยังต้องพิจารณาถึงเศรษฐกิจของครอบครัวผู้ป่วย ตลอดจนความตั้งใจของพ่อแม่ ผู้ปกครองของผู้ป่วยในการร่วมมือในการรักษา รวมทั้งความสามารถในการพาผู้ป่วยมาติดตามการรักษาอย่างสม่ำเสมอ เนื่องจากยาต้านมะเร็งบางชนิดมีราคาแพงมากและจำเป็นต้องให้การรักษาเป็นเวลานาน การรักษาโรคมะเร็ง มีเป้าหมายสำคัญ 3 ประการ คือ 1) การรักษาเพื่อหวังผลให้หายขาด ในที่นี้ เกณฑ์ที่ใช้พิจารณาว่าหายขาดคือ ผู้ป่วยไม่มีอาการและอาการแสดงของโรคมะเร็ง ภายหลังการรักษาเป็นเวลา 5 ปี หรือมากกว่า 2) การรักษาเพื่อควบคุม เป็นการหวังผลไม่ให้โรคลุกลามมากขึ้น โดยอาจไม่ได้ช่วยให้ดีขึ้น เป็นการรักษาเพื่อระงับการลุกลาม 3) การรักษาแบบประคับประคอง เป็นการรักษาในระยะที่โรคลุกลาม รุนแรง เป็นการรักษาเพื่อบรรเทาอาการต่างๆ ให้ผู้ป่วยมีความสุขสบายที่สุดในระยะสุดท้ายของชีวิต

วิธีการรักษาโรคมะเร็งที่ใช้อยู่ในปัจจุบัน ได้แก่ การผ่าตัด การใช้ยาเคมีบำบัด รังสีรักษา ในปัจจุบันใช้การรักษามากกว่า 1 วิธี เพราะมักได้ผลของการรักษาดีกว่า ขั้นตอนการรักษาของแพทย์โดยทั่วไปพบว่ามี ดังนี้

1. การชักนำให้โรคสงบ (Induction of remission)

จุดมุ่งหมายของให้การรักษาในระยะแรกนี้คือ พยายามฆ่าเซลล์มะเร็งให้ตายมากที่สุดในเวลาเร็วที่สุดแต่ทำอันตรายต่อเซลล์ปกติให้น้อยที่สุด เพื่อให้ระบบการสร้างเม็ดเลือดปกติฟื้นตัวขึ้นอย่างรวดเร็ว การรักษาด้วยยาเคมีบำบัดในขนาดที่สูง และหลายตัวพร้อมกัน ทำให้ได้ผลการรักษาที่ดี แต่ก็ส่งผลให้ผู้ป่วยมีภาวะแทรกซ้อนมากขึ้นด้วย จนพบว่าผู้ป่วยไม่มีอาการและอาการแสดงของโรคเหลืออยู่ถือว่าเป็นอยู่ในระยะโรคสงบ (complete remission) จึงให้การรักษาในระยะที่ 2 ต่อไป หากรักษาไปจนครบ 12 สัปดาห์แล้วยังไม่ได้ complete remission ให้ถือว่าผู้ป่วยไม่ตอบสนองต่อการรักษา คงให้แต่การรักษาแบบประคับประคองต่อไป

2. การรักษาแบบเข้มข้น (Intensification or consolidation therapy) เพื่อให้หายขาดจากโรค

เมื่อผู้ป่วยอยู่ในระยะ complete remission ถึงแม้จำนวนเซลล์มะเร็งเม็ดเลือดขาวจะลดลงถึงร้อยละ 99 จำเป็นต้องให้ยาต้านมะเร็งขนาดสูงหลายๆ ชนิดร่วมกัน เพื่อทำลายเซลล์มะเร็งที่ยังหลงเหลืออยู่ให้มากที่สุด โดยใช้ยาที่ออกฤทธิ์ต่างๆ กัน เพื่อให้เซลล์มะเร็งค่อยๆ ตายได้

ความก้าวหน้าในการรักษามะเร็งเม็ดเลือดขาวที่สำคัญอย่างหนึ่งคือการป้องกันการเกิดมะเร็งเม็ดเลือดขาวในระบบประสาทกลาง (CNS prophylaxis) จุดมุ่งหมายของการรักษาในระยะนี้เพื่อทำลายเซลล์มะเร็งเม็ดเลือดขาว ซึ่งเข้าไปอยู่ในระบบประสาทกลาง ทั้งนี้เพราะยาต้านมะเร็งต่างๆ ไม่สามารถซึมผ่าน blood brain barrier เข้าไปในระบบประสาทกลางได้ ทำให้เซลล์มะเร็งเม็ดเลือดขาวที่ซ่อนอยู่เกิดความต้านทานต่อยาที่มีความเข้มข้นต่ำในน้ำหล่อสมองและไขสันหลัง จึงสามารถแบ่งตัวมากขึ้นและกระจายไปทั่วร่างกายทำให้โรคกลับเป็นขึ้นมาใหม่ ฉะนั้นถ้าไม่ป้องกันเอาไว้ผู้ป่วยจะมีการกำเริบของโรค (relapse) ในระบบประสาทกลางได้สูงถึงร้อยละ 50 การป้องกันการเกิดมะเร็งเม็ดเลือดขาวในระบบประสาทกลางที่ได้ผลคือ การฉายรังสีที่ศีรษะ ร่วมกับการฉีดยาเคมีบำบัด เข้าไขสันหลัง หรือการให้ยา เคมีบำบัดขนาดสูงเข้าหลอดเลือดดำ หรือ ฉีดเข้าทางน้ำไขสันหลังเป็นระยะๆ

3. การรักษาเพื่อควบคุมให้โรคสงบคงอยู่ตลอดไป (Maintenance therapy)

เมื่อได้ทำการรักษาชักนำให้โรคสงบจนได้ complete remission แล้ว หากไม่ให้การรักษาต่อไปผู้ป่วยส่วนใหญ่จะมีโรคกลับเป็นขึ้นมาใหม่ภายในเวลา 2-3 เดือน ดังนั้นการรักษาในระยะนี้จึงมีจุดมุ่งหมายที่จะควบคุมโรคให้สงบคงอยู่ตลอดไป โดยใช้ยาต้านมะเร็งหลายๆ ชนิดร่วมกัน เพื่อลดอัตราการคืบหน้าของเซลล์มะเร็งรวมทั้งฆ่าเซลล์มะเร็งให้มากที่สุด โดยไม่กระทบระบบการสร้างเม็ดเลือดปกติตลอดจนควบคุมระบบภูมิคุ้มกันของร่างกายมากนัก การให้ยาต้านมะเร็งอย่างเข้มข้นนี้ย่อมจะทำให้มีภาวะแทรกซ้อนและพิษของยาเพิ่มขึ้น แต่จะทำให้ผลการรักษาดีขึ้นสามารถทำให้ผู้ป่วยมีชีวิตยืนยาวโดยปราศจากโรคถึงร้อยละ 65-70

4. การหยุดการรักษา

การรักษาผู้ป่วย ALL ไปนานเท่าใดจึงจะหยุดการรักษาได้ยังไม่เป็นที่ตกลงกันแน่นอน ทั้งนี้ต้องชั่งน้ำหนักระหว่างผลเสียที่เกิดขึ้นจากการให้ยาต้านมะเร็งเป็นเวลานาน โดยเฉพาะอย่างยิ่งการติดเชื้อ เนื่องจากภูมิคุ้มกันของร่างกายลดลง กับความเสี่ยงต่อการที่โรคจะกลับเป็นขึ้นมาใหม่อีก (relapse) หลังหยุดการรักษา ในปัจจุบันส่วนใหญ่จะหยุดการรักษาหลังจากผู้ป่วยได้ complete remission ติดต่อกันเป็นเวลานาน 3-3 ½ ปี ปรากฏว่าหลังหยุดการรักษา

แล้วจะมีผู้ป่วยปัญหาโรคกลับซ้ำ(relapse) ประมาณร้อยละ 10-15 โดยที่ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะ relapse ภายใน 1 ปี หลังหยุดการรักษา หลังจากนั้นจะมี relapse อีกประมาณร้อยละ 2-3 ต่อปี แต่จะไม่มี relapse อีกเลยหลังหยุดยามาแล้วเกิน 4 ปี

5. การรักษาแบบประคับประคอง (Supportive treatment)

เมื่อเริ่มแรกให้การรักษาผู้ป่วยจะต้องพยายามป้องกันและรักษาภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นในระยะแรกซึ่งอาจทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้ เช่น ภาวะเลือดออกมาก การติดเชื้อ ภาวะไตวายจากกรดยูริกสูง ภาวะ tumor lysis syndrome และ leukostasis เป็นต้น (พัชรารณ สุธาภา และสินธุ์วิสุทธิ สุทธิชัย, 2554) เมื่อให้การรักษาด้วยยาเคมีบำบัดแล้ว ผู้ป่วยอาจมีภาวะแทรกซ้อนจากผลเสียของยา เช่น มีแผลในปากและทางเดินอาหาร การกดไขกระดูกทำให้มีจำนวนเม็ดเลือดขาวต่ำมาก ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตจากการติดเชื้อรุนแรงและเลือดออกมากถ้าไม่ได้รับการรักษาแบบประคับประคองที่ถูกต้อง การดูแลผู้ป่วยอย่างดีในช่วงนี้จึงมีความสำคัญที่สุดที่จะทำให้ผู้ป่วยมีชีวิตอยู่ได้

1.1.2 อาการข้างเคียงของยาเคมีบำบัดที่ใช้ในการรักษาโรคมะเร็ง

ยาเคมีบำบัดเป็นยาที่มีฤทธิ์ในการทำลายและควบคุมการเจริญเติบโตของเซลล์มะเร็ง ในขณะที่ยาก็ยังสามารถทำลายเซลล์บางส่วนที่มีการแบ่งตัวอย่างรวดเร็ว ทำให้เกิดอาการข้างเคียงของยา ปัจจุบันมีความนิยมในการใช้ยาเคมีบำบัดหลายชนิดร่วมกันในการรักษา ทำให้การรักษาได้ผลดี แต่ในอีกด้านก็ทำให้เกิดอาการข้างเคียงจากยาเคมีบำบัดได้มากยิ่งขึ้น อาการข้างเคียงของยาเคมีบำบัดในกลุ่มต่างๆ ที่พบ ได้แก่ (วงจันทร์ เพชรพิเชษฐ, 2554, น. 58-62) ทำให้ไขกระดูกทำงานน้อยลง หรือลดการทำงานของไขกระดูก ทำให้การสร้างเม็ดเลือดแดง เม็ดเลือดขาว และเกร็ดเลือดน้อยลง ส่งผลให้ผู้ป่วยมีอาการ ชีด มีเลือดออกได้ง่าย และมีภูมิคุ้มกันต่ำ เหนื่อยล้า มีผลต่อการสร้างเซลล์ต่างๆ ของร่างกาย ทำให้ผมร่วง มีอาการคลื่นไส้ อาเจียน เบื่ออาหาร เยื่อช่องปากอักเสบ ยาเคมีบำบัดหลายชนิดมีพิษต่อดับ และไต หรือมีพิษต่อหัวใจ หรือทำให้ผู้ป่วยสามารถเป็นมะเร็งทุติยภูมิได้ ทำให้มีอาการเส้นประสาทส่วนปลายเสื่อม กดการสร้างสเปิร์ม และการทำหน้าที่ของรังไข่ ท้องเสีย เยื่อทวารหนักอักเสบ มีไข้ ผื่นแพ้และเส้นเลือดดำ คล้ำ ผื่น ปลายมือปลายเท้าแดง บวม ชา (palmar plantar-erythrodysesthesia: PPE) หรือเรียกว่ากลุ่มอาการมือ-เท้า (hand-foot syndrome) ยาเคมีบำบัดบางชนิดทำให้เกิดการทำลายของเนื้อเยื่อที่ถูกสัมผัส เป็น vesicant ต้องระมัดระวังการสัมผัสและสูดดม และการรั่วออกนอกหลอดเลือดเกิดเป็นตุ่มน้ำ จึงต้องระมัดระวังการสัมผัสหรือสูดดมยาโดยตรง และการรั่วออกนอกเส้นเลือดขณะให้ยา ยาเคมีบำบัดบางชนิดทำให้เส้นประสาทส่วนปลายเสื่อม ท้องผูก ลำไส้ไม่ทำงาน (paralytic ileus)

พิษต่อเส้นประสาทไตรเจมินอล ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ ทำให้เกิดการน้ำคั่ง แคลเซียมในเลือดสูง ดีซ่าน อายากรับประทานอาหารมากขึ้น น้ำและเกลือโซเดียมกั่ง หน้าบวม ช่องคลอดแห้ง น้อยลง

ในปัจจุบันมีการพัฒนายากลุ่มใหม่มาใช้ในการรักษาโรคมะเร็ง เรียกว่าการรักษาแบบเจาะจงเป้าหมาย (targeted therapy) โดยยากลุ่มนี้มีคุณสมบัติในการยับยั้งการเจริญเติบโตของเซลล์มะเร็งด้วยวิธีการทำปฏิกิริยากับโมเลกุลเป้าหมาย (targeted) ทำให้มีอาการข้างเคียงลดน้อยลง อาการข้างเคียงที่ผู้ป่วยต้องประสบโดยไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้ ส่งผลต่อสภาพร่างกายและสภาพจิตใจของผู้ป่วยและครอบครัวเป็นอย่างยิ่ง

1.2 ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับการปลูกถ่ายเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดโลหิต (hematopoietic stem cell transplantation) หรือการปลูกถ่ายไขกระดูก (Bone marrow transplantation) (วินัย สุวัทธิ, 2542, สามารถ ภัคกษมา, 2550)

เซลล์ต้นกำเนิดเม็ดโลหิต (Hematopoietic Stem cell) เป็นเซลล์ที่สร้างขึ้นในไขกระดูกของมนุษย์ เป็นเซลล์ต้นกำเนิดที่ได้จาก เนื้อเยื่อที่โตเต็มวัย จึงไม่มีปัญหาในด้านกฎหมายและศีลธรรม ในการนำมาใช้ ดังเช่นการใช้เซลล์ต้นกำเนิดจากตัวอ่อน (Embryonic Stem Cell) ซึ่งเป็นตัวอ่อนจากสัตว์ทดลอง หรือมนุษย์ที่อยู่ในครรภ์ เป็นเซลล์เนื้อเยื่อที่โตเต็มวัย จึงเป็นที่นิยมนำมาใช้ในการรักษากันมากในปัจจุบัน

เซลล์ต้นกำเนิดเม็ดโลหิตทำหน้าที่สร้างเม็ดเลือด ได้แก่ เม็ดเลือดแดง เม็ดเลือดขาวชนิดต่างๆ และเกล็ดเลือด เซลล์นี้จะทำหน้าที่สร้างเซลล์เม็ดเลือดอยู่ตลอดเวลาตั้งแต่เกิดจนเสียชีวิต เซลล์ต้นกำเนิดมีความสามารถพิเศษที่สามารถแบ่งตัวเพิ่มตัวเองใหม่ได้เรื่อยๆ จึงทำให้งอกใหม่ได้ตลอดเวลา จึงทำให้เราสามารถบริจาคเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดโลหิตให้กับผู้ป่วยที่ต้องการใช้เพื่อการรักษาโรคต่างๆ ได้โดยไม่มีอันตรายใดๆ

แหล่งที่อยู่ของเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดโลหิตในร่างกายของมนุษย์ พบมากที่สุดได้แก่ในไขกระดูก (Bone marrow) ไขกระดูกเป็นส่วนที่อยู่ตรงกลางของกระดูกมีลักษณะเป็นของเหลว และเป็นแหล่งของเม็ดเลือดชนิดต่างๆ ในไขกระดูกจะมีเซลล์เม็ดเลือดอยู่เป็นจำนวนมากหลายชนิด ไขกระดูกจึงมีอยู่ทั่วไปในร่างกายแต่ที่มีมากที่สุดได้แก่ในกระดูกสะโพกและกระดูกสันหลัง นอกจากนี้ยังพบว่ามียีสเต็มเซลล์จำนวนไม่มากในเลือด จากสายสะดือรก และในตับของทารกในครรภ์ (2556)

โรคที่รักษาได้ด้วยการปลูกถ่ายเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดโลหิต (กลีบสไบ สรรพกิจ, 2548, สามารถ ภัคกษมา, 2550, Pinkel, 1993, pp. 131-141) ได้แก่ โรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวชนิดต่างๆ ที่เกิดขึ้นจากการที่ไขกระดูกสร้างเซลล์เม็ดเลือดขาวตัวอ่อนจำนวนมาก ในไขกระดูก เป็นเซลล์ตัวอ่อนที่ไม่สามารถทำหน้าที่ได้ตามปกติ และโรคมะเร็งชนิดอื่นๆ ได้แก่ มะเร็งต่อมหมวกไต มะเร็ง

ไต มะเร็งต่อมน้ำเหลืองเป็นต้น มะเร็งเหล่านี้มีระยะการแพร่กระจาย คือต้องการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดและกลับเป็นซ้ำได้ จึงต้องใช้การรักษาด้วยการปลูกถ่ายเซลล์ต้นกำเนิดของตัวเองที่เก็บได้ในช่วงที่โรคสงบ ไม่มีเซลล์มะเร็งอยู่ในกระแสเลือด และนำมาใช้ในการปลูกถ่ายให้กับผู้ป่วยโรคไขกระดูกฝ่อ (aplastic anemia) โรคโลหิตจางธาลัสซีเมีย (thalassemia) โรคภูมิคุ้มกันบกพร่องแต่กำเนิด (congenital immunodeficiency diseases) โรคอื่นๆ ที่เกิดจากพันธุกรรม ทำให้เกิดการทำงานของระบบต่างๆ ในร่างกาย ผิดปกติ เป็นโรคที่พบน้อย (Rare disease) ได้แก่โรคไขกระดูกฝ่อชนิดรุนแรง (severe aplastic anemia) โรคเกาเซอร์ (Gaucher's disease) โรคภูมิคุ้มกันบกพร่องปฐมภูมิ (SCID; Severe Combined Immunodeficiency Disease) เป็นโรคที่พบน้อยและรักษาได้ด้วยการปลูกถ่ายฯเพียงอย่างเดียว ซึ่งเสียค่าใช้จ่ายน้อยกว่าค่ายาที่ใช้รักษา

การพัฒนาการรักษาด้วยวิธีต่างๆทำให้สามารถรักษาผู้ป่วยได้มากขึ้นในอนาคต (สุรัช โกติรัมย์ และคณะ, 2555) ในปัจจุบันพบว่าการปลูกถ่ายเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดโลหิตในผู้ป่วยกลุ่มโรคทางโลหิตวิทยา ได้แก่ โรคเลือดธาลัสซีเมีย โรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวและมะเร็งต่อมน้ำเหลืองเป็นหลัก ประมาณร้อยละ 80-90 และมีผู้ป่วยด้วยโรคหายากทางพันธุกรรมร้อยละ 20 ของผู้ป่วยที่ได้รับการปลูกถ่ายทั้งหมด โดยมีเกณฑ์การพิจารณาเลือกผู้ป่วยที่เป็นโรคมะเร็งให้ได้รับการรักษาด้วยการปลูกถ่ายฯ ก่อนโรคอื่น เนื่องจากมีความรีบเร่งของการรักษาที่มีผลต่อชีวิตของผู้ป่วย และพิจารณาในเรื่องความคุ้มทุนของการรักษาด้วยค่าใช้จ่ายที่สูงประกอบกัน (high cost high risk) มากกว่าโรคอื่นๆ ในปัจจุบันจึงมีผู้ป่วยโรคอื่นๆ ทั้งโรคมะเร็งเด็ก และที่ไม่ใช่โรคมะเร็งรอคอยเข้ารับการรักษาอยู่เป็นจำนวนมาก

เซลล์ต้นกำเนิดเม็ดโลหิตที่ใช้รักษาโรคในปัจจุบันสามารถเก็บได้จากส่วนต่างๆ ของร่างกาย (กลีบสไบ สรรพกิจ, 2548) ได้แก่ จากไขกระดูก ซึ่งอยู่ตรงกลางของกระดูก มีลักษณะเป็นร่างแหมีรูพรุน ไขกระดูกทำหน้าที่เป็นแหล่งสร้างเซลล์เม็ดเลือดชนิดต่างๆ ได้แก่ เม็ดเลือดแดง (red blood cell) มีหน้าที่ขนถ่ายออกซิเจนไปสู่ส่วนต่างๆ ของร่างกาย ผู้ป่วยที่ซีดมักมีปริมาณเม็ดเลือดแดงลดลง จะมีอาการอ่อนเพลีย เม็ดเลือดขาว (white blood cell) มีหน้าที่สู้กับเชื้อโรคต่างๆ ที่เข้ามาสู่ร่างกาย ถ้ามีเม็ดเลือดขาวต่ำหรือผิดปกติร่างกายจะติดเชื้อโรคได้ง่าย สำหรับเกร็ดเลือด (platelets) มีหน้าที่ช่วยป้องกันการมีเลือดออก เวลาที่มีบาดแผลเกร็ดเลือดจะมีหน้าที่ไปอุดกั้นบริเวณที่เป็นแผล ถ้ามีเกร็ดเลือดต่ำผู้ป่วยจะมีจุดจ้ำเลือดตามตัว หรือมีเลือดออกได้ง่าย ซึ่งต้องดำเนินการเก็บจากผู้ป่วยบริจาคในห้องผ่าตัด ภายใต้การวางยาสลบ และสามารถเก็บจากในกระแสเลือด ซึ่งตรวจพบได้น้อยในยามปกติ แต่สามารถเก็บมาใช้ด้วยวิธีการที่ง่ายกว่าการเจาะไขกระดูก และจากสายสะดือรก การเก็บเซลล์ฯจะต้องทำให้ห้องปลอดหรือห้องผ่าตัด เก็บจากเลือด

ในสายสะดือเมื่อทารกคลอดแล้ว และในปัจจุบันสามารถเก็บสเต็มเซลล์บริสุทธิ์ได้จากในน้ำคร่ำอีกด้วย

ชนิดของเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดโลหิต (hematopoietic stem cell) ที่ใช้ในการปลูกถ่ายฯ แบ่งตามแหล่งที่มาของเซลล์ต้นกำเนิด (วินัย สุวดี, 2542, สามารถ ภคกษมา, 2550, สมเกียรติ โพธิ์สัตย์, 2552) ได้แก่

1. เซลล์ต้นกำเนิดเม็ดโลหิตจากตัวผู้ป่วยเอง (Allogeneic hematopoietic stem cell transplantation; HSCT) การรักษาแบบนี้มักใช้กับผู้ป่วยมะเร็งก่อนระยะลุกลาม หรือโรคมะเร็งที่คือต่อยาเคมีบำบัด โดยเมื่อรักษามะเร็งให้อยู่ในระยะสงบ ไม่มีเซลล์มะเร็งในกระแสเลือดของผู้ป่วยแล้วจึงมีกระบวนการเก็บเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดเลือดของผู้ป่วยเองที่บริสุทธิ์ แช่เก็บไว้ในไฮโครเจนเหลวเพื่อนำมาใช้รักษาผู้ป่วยอีกครั้ง หลังจากให้การรักษาผู้ป่วยด้วยยาเคมีบำบัดขนาดสูง วิธีนี้จะช่วยให้เม็ดเลือดของผู้ป่วยกลับคืนสู่ปกติโดยเร็ว ลดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ได้ดี เช่น ลดการติดเชื้อลดภาวะแผลในปาก เป็นวิธีการที่นิยมใช้กันมากในปัจจุบัน

2. เซลล์ต้นกำเนิดเม็ดโลหิตจากผู้บริจาคที่เป็นญาติพี่น้อง (Related HSCT) ในการใช้เซลล์ต้นกำเนิดเม็ดโลหิตที่ได้จากญาติพี่น้อง ผู้ป่วยมักจะเกิดการต่อต้านเนื้อเยื่อจากผู้บริจาค (Graft rejection) และมีอาการแทรกซ้อนอื่นๆ ได้น้อย เนื่องจากมีเนื้อเยื่อที่เหมือนกันตามลักษณะของยีนทางพันธุกรรมทั้งหมด(สุรัชย์ โกตริรัมย์ และคณะ, 2555)

3. เซลล์ต้นกำเนิดเม็ดโลหิตจากผู้บริจาคอื่นที่ไม่ใช่ญาติพี่น้อง (Unrelated donor) เป็นการปลูกถ่ายเซลล์ต้นกำเนิดที่ปกติของผู้อื่นเพื่อแทนที่เซลล์ต้นกำเนิดของผู้ป่วยที่มีความผิดปกติ ซึ่งโดยมากเป็นโรคที่เกิดจากความผิดปกติในการสร้างเซลล์ต้นกำเนิดในไขกระดูกของผู้ป่วยเอง ได้แก่โรคโลหิตจางธาลัสซีเมีย โรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว โรคไขกระดูกฝ่อ และโรคภูมิคุ้มกันบกพร่องแต่กำเนิด เป็นต้น

การปลูกถ่ายเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดโลหิต มีขั้นตอนในการดำเนินการดังต่อไปนี้ (สามารถ ภคกษมา, 2550, ธานินทร์ อินทรกำธรชัย, 2541, น. 31-39, Stewart, 1995)

1. การเลือกเซลล์ต้นกำเนิดที่จะนำมาใช้ในการปลูกถ่ายฯ จุดเริ่มต้นของการปลูกถ่ายเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดโลหิตได้แก่การเลือกเซลล์ต้นกำเนิดที่จะนำมาใช้ในการปลูกถ่ายฯว่าต้องใช้เซลล์ต้นกำเนิดจากผู้ใด เช่น จากตัวผู้ป่วยเอง จากพี่หรือน้องของผู้ป่วย ที่มีความสัมพันธ์กันอย่างใกล้ชิด จากพ่อแม่ หรือจากผู้บริจาคอื่นที่ไม่มีความสัมพันธ์กันทางสายเลือด ซึ่งส่วนใหญ่พบว่าแพทย์นิยมใช้เซลล์ต้นกำเนิดที่มาจากพี่หรือน้อง หรือบิดามารดา มากกว่าคนอื่น ผู้บริจาคต้องได้รับการตรวจจากแพทย์แล้วว่าไม่มีสุขภาพแข็งแรง ไม่มีโรคประจำตัวที่ร้ายแรง และที่สำคัญที่สุดต้องมีชนิดของเนื้อเยื่อที่เรียกว่า HLA (human leucocyte antigen) ที่เหมือนกับผู้ป่วย การตรวจเนื้อเยื่อ

เป็นการตรวจเลือดแบบหนึ่งเพื่อตรวจหาสารจำเพาะบนผิวของเม็ดเลือดขาว ซึ่งในแต่ละคนจะมีสารจำเพาะแตกต่างกัน สารนี้จะมีการส่งทอดทางพันธุกรรม จากพ่อ แม่มาสู่ลูก สารจำเพาะหรือเรียกว่า HLA นี้แบ่งออกเป็นชนิดต่างๆหลายชนิด ที่สำคัญได้แก่ HLA-A, B และ DRB 1 ซึ่งแต่ละคนจะมี HLA แต่ละชนิดเป็นคู่เนื่องจากการรับจากบิดา 1 ชนิดและรับจากมารดา 1 ชนิด ถ้าผลการตรวจตรงกันทั้งหมด จะเท่ากับ 6/6 HLA matched

โดยทั่วไปแพทย์จะเลือกผู้บริจาคที่เป็นพี่น้องร่วมบิดามารดาเดียวกันกับผู้ป่วยก่อน โดยมีอัตราการเข้ากันได้ของ HLA ถึงร้อยละ 25-30 ในกรณีที่ไม่สามารถหาจากญาติพี่น้องได้ แพทย์จึงจะพิจารณาจากผู้บริจาคอื่นๆ (สภากาชาดไทย, 2556) สำหรับผู้ที่ไม่ได้เป็นญาติพี่น้องสามารถหาเลือดที่มี HLA ตรงกันได้ยาก พบว่าในประชากรทั่วไปจะตรวจพบเพียง 1 ต่อ 50,000 หรือ 100,000 คนเท่านั้น และมีค่าใช้จ่ายที่สูง ซึ่งการใช้สิทธิประโยชน์ในระบบประกันสุขภาพ 30 บาท นั้นจะจ่ายให้เฉพาะในกรณีที่ทำการ matched นั้นทำได้สำเร็จ ในกรณีที่ผลการตรวจใช้ไม่ได้ ผู้ป่วยต้องเป็นผู้รับผิดชอบค่าใช้จ่ายเอง ซึ่งการตรวจเลือดเพื่อหา HLA นั้นผู้ป่วยบางคนอาจทำมากกว่า 1 ครั้ง

2. การเลือกวิธีการเก็บเซลล์ต้นกำเนิดของผู้บริจาคที่จะนำมาใช้ในการปลูกถ่ายฯ มี 2 วิธี ได้แก่

2.1 การเก็บเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดโลหิตจากไขกระดูก

เนื่องจากเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดโลหิตจะมีมากที่สุดในไขกระดูก ส่วนใหญ่จะเป็นการบริจาคของญาติผู้ป่วย เช่น บิดา มารดา และพี่น้องของผู้ป่วยเองเป็นส่วนใหญ่ ซึ่งผู้บริจาคต้องได้รับการดมยาสลบและเข้าห้องผ่าตัดเพื่อให้แพทย์ใช้เข็มเจาะบริเวณกระดูกสะโพกด้านหลังข้างละ 1 จุดเพื่อทำการดูดเอาไขกระดูกออกมาในปริมาณที่มากพอควรซึ่งผู้บริจาคอาจต้องได้รับเลือดเพิ่มเติมด้วย ผู้บริจาคอาจมีภาวะแทรกซ้อนจากการดมยาสลบหรือจากให้เลือด ผู้บริจาคจะไม่มีอาการใดๆ หลังการบริจาค เพียงแต่อาจมีอาการเจ็บและต้องรักษาตัวในโรงพยาบาล 2-3 วัน

2.2 การเก็บเซลล์ต้นกำเนิดจากเส้นเลือดดำส่วนกลาง

วิธีการเก็บเซลล์ต้นกำเนิด ผู้บริจาคจะได้รับการฉีดยากระตุ้นเม็ดเลือดขาว (granulocyte colony stimulating factors) เข้าชั้นใต้ผิวหนังประมาณ 4-5 วันก่อนการเก็บ เพื่อให้เซลล์ต้นกำเนิดเม็ดเลือดเพิ่มจำนวนขึ้นและมาอยู่ในกระแสเลือด แพทย์จะทำการเก็บเซลล์ฯ โดยการใช้เข็มและเจาะบริเวณท้องแขนทั้งสองข้างของผู้บริจาค โดยมีสายต่อนำเลือดของผู้บริจาคผ่านเข้าเครื่องแยกเซลล์ที่เรียกว่า automated blood cell separator เพื่อคัดกรองเอาเฉพาะเซลล์ต้นกำเนิดฯออก และคืนเม็ดเลือดอื่นๆและพลาสมากลับเข้าสู่ผู้บริจาคเช่นเดิมในเข็มเจาะที่แขนอีก

ข้าง สามารถทำได้โดยง่าย จึงทำให้ผู้ที่บริจาคไม่ต้องสูญเสียเลือดมากนัก ใช้เวลาในการเก็บเซลล์ประมาณ 3 ชั่วโมง ผู้บริจาคจะไม่ต้องนอนโรงพยาบาลและ ไม่มีภาวะแทรกซ้อนที่ร้ายแรงใดๆ (สามารถ, น. 2552) ในกรณีที่ผู้บริจาคไม่มีเส้นเลือดที่ใหญ่พอให้เก็บเลือดได้ จำเป็นต้องรับการใส่สายสวนหลอดเลือดดำชั่วคราว ซึ่งผู้บริจาคอาจเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการใส่สายสวนได้เช่น มีเลือดออก เจ็บแผล หรือมีลมรั่วจากปอด แต่เป็นอาการข้างเคียงที่เกิดขึ้นได้น้อยมาก หรือแทบไม่พบเลย

2.3 การเก็บเซลล์ต้นกำเนิดจากสายสะดือ (cord blood) ในกรณีที่ผู้ป่วยที่เป็นสมาชิกในครอบครัวเจ็บป่วยต้องการรับการปลูกถ่ายฯ เมื่อมารดาตั้งครรภ์ และคลอดบุตรสามารถเก็บเลือดจากสายสะดือที่ได้รับการตรวจแล้วว่าไม่มี HLA ตรงกับผู้ป่วยไว้ใช้สำหรับการปลูกถ่ายให้ผู้ป่วยได้ โดยโอกาสที่ใช้ได้ ประมาณร้อยละ 25-30 และในปัจจุบันสภากาชาดไทยได้ทำการเก็บเลือดจากสายสะดือไว้จำนวนหนึ่ง (Cord blood bank) เช่นเดียวกับในหลายๆ ประเทศทั่วโลก การใช้เลือดจากสายสะดือสามารถใช้ได้ง่าย รวดเร็ว

ก่อนการปลูกถ่ายเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดโลหิตแพทย์จะทำการตรวจการทำงานของอวัยวะต่างๆ ของผู้ป่วย เพื่อเตรียมความพร้อมในการรักษาได้แก่ ตรวจการติดเชื้อที่สำคัญที่ส่งผลถึงการปลูกถ่ายฯ ได้แก่ การติดเชื้อดื้อยาต้านเชื้อแบคทีเรีย เชื้อรา เชื้อไวรัสเอดส์ ตรวจหาเชื้อ CMV (Cytomegalovirus), EBV (Epstein-Barr virus) และ HSV (Herpes simplex virus) และการตรวจสุขภาพอื่นๆ ตรวจการทำงานของหัวใจ ตรวจการทำงานของปอด (lung function test) และถ่ายภาพเอกซเรย์ปอด ตรวจเลือดเพื่อดูการทำงานของไต และตับ ตรวจรักษาโรคฟัน ตรวจการได้ยิน โดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้ป่วยที่เคยได้รับยาเคมีบำบัดที่มีผลต่อการได้ยิน ตรวจสายตาและการมองเห็น ในผู้ป่วยที่มีปัญหาด้านสายตา ตรวจพัฒนาการในผู้ป่วยที่มีข้อบ่งชี้ว่ามีปัญหาด้านพัฒนาการ ตรวจไขกระดูกและน้ำไขสันหลัง ในผู้ป่วยที่เป็นมะเร็งเม็ดเลือดขาว เพื่อให้แน่ใจว่าอยู่ในระยะโรคสงบ และตรวจด้วยเครื่อง X-ray คอมพิวเตอร์ เป็นการยืนยันว่าไม่มีก้อนมะเร็งหลงเหลืออยู่

เพื่อให้ได้ผลการรักษาที่ดีในผู้ป่วยที่เป็นมะเร็งเม็ดเลือดขาวควรให้การรักษาโรคมะเร็งจนกระทั่งอยู่ในระยะโรคสงบ หรือเซลล์มะเร็งเหลือน้อยที่สุดก่อนการปลูกถ่ายเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดโลหิต สำหรับผู้บริจาค จะได้รับการตรวจร่างกายและตรวจเลือดเพื่อดูผลต่างๆ เหล่านี้ได้แก่ ตรวจดูจำนวนเม็ดเลือดแดง เม็ดเลือดขาว เกร็ดเลือด และดูการแข็งตัวของเลือด รวมทั้งตรวจหาการติดเชื้อต่างๆเช่นเดียวกับผู้ป่วย ตรวจดูการทำงานของตับ ไต และปอด ด้วยเช่นเดียวกัน

1.3 การใส่สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลาง (Central line)

ก่อนการรักษาด้วยการปลูกถ่ายเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดโลหิตซึ่งผู้ป่วยจะต้องได้รับยาเคมีบำบัดในขนาดที่สูง และรับเลือดและส่วนประกอบของเลือด ตลอดจนยาที่ใช้รักษาภาวะแทรกซ้อนต่าง ตลอดจน สารน้ำ และสารอาหาร ในกรณีที่ผู้ป่วยกินอาหารได้น้อย ดังนั้นการใส่สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลางจึงมีความจำเป็นมาก สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลางที่นิยมใช้มี 2 ชนิดได้แก่ Port และ Hick's man โดยศัลยแพทย์จะเป็นผู้ผ่าตัดเพื่อใส่สายสวนหลอดเลือดดำที่หน้าอกด้านซ้ายของผู้ป่วยในห้องผ่าตัด การดูแลแผลและสาย Central line ทำโดยพยาบาลชำนาญการเฉพาะทาง ตลอดจนมีความจำเป็นที่ต้องสอนญาติให้สามารถดูแลทำความสะอาดแผลได้เองเมื่ออยู่ที่บ้าน

เมื่อเริ่มการปลูกถ่ายเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดโลหิต ผู้ป่วยจะถูกรับไว้ในห้องที่ปลอดเชื้อ (Bone marrow transplant unit) มีเครื่องกรองอากาศ การเตรียมผู้ป่วยเพื่อรับเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดโลหิตที่ผู้ป่วยต้องได้รับยาเคมีบำบัดในขนาดที่สูง และอาจมีการฉายรังสีรักษาทั้งตัวรวมด้วย (Total body irradiation: TBI) ขึ้นกับชนิดของโรค ยาที่ได้รับการรักษาช่วงนี้เรียกว่า conditioning regimen เป็นการกดภูมิของร่างกายก่อนที่ผู้ป่วยต้องรับเซลล์จากผู้อื่น และเปิดให้เซลล์ต้นกำเนิดใหม่เข้าไปแทนที่ในไขกระดูกได้ หรือเพื่อการทำลายเซลล์มะเร็งในผู้ป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวชนิดต่างๆ ให้หมดไปก่อนให้เซลล์ใหม่เข้าไปแทนที่ เมื่อผู้ป่วยได้รับยาเคมีบำบัดในขนาดสูง ยาจะทำการฆ่าเซลล์เม็ดเลือดชนิดต่างๆ ในไขกระดูกให้หมดไป รวมทั้งเซลล์ปกติด้วย ดังนั้นถ้าไม่ได้รับเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดโลหิตเข้าไปอาจทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้เช่นกัน

การให้เซลล์ต้นกำเนิดเม็ดโลหิต เหมือนกับการให้เลือดทั่วๆ ไปคือมีการหยดให้ทางเส้นเลือดดำของผู้ป่วยที่มีการทำสายสวนไว้ก่อนหน้าแล้ว ปฏิกริยาที่อาจเกิดขึ้นจึงคล้ายกับการได้รับเลือดโดยทั่วไป ได้แก่ หนาวสั่น มีผื่นแพ้ที่ผิวหนัง คัน มีไข้ ความดันโลหิตต่ำ ปัสสาวะเป็นสีแดง เป็นต้น ดังนั้นแพทย์ส่วนใหญ่ที่รักษาจึงมีการให้ยาเพื่อป้องกันการแพ้ดังกล่าวข้างต้นไว้ก่อนแล้ว ประมาณ 30 นาทีถึง 1 ชั่วโมงก่อนการให้เซลล์

การให้ยากดภูมิในผู้ป่วยที่ได้รับเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดโลหิตจากผู้อื่น จำเป็นต้องได้รับยากดภูมิคุ้มกันโดยเริ่มให้ก่อนได้รับเซลล์ต้นกำเนิด 2 วัน ยากดภูมิคุ้มกันใช้เพื่อวัตถุประสงค์ในการกดภูมิคุ้มกันของผู้ป่วยไว้เพื่อไม่ให้เกิดการต่อต้าน และในทางกลับกันต้องการกดภูมิคุ้มกันของผู้บริจาคไว้ไม่ให้เกิดปฏิกิริยาต่อต้านกับเซลล์ผู้ป่วยที่รุนแรงจนเกินไป ที่นิยมให้ยากดภูมิในช่วงแรกมักให้เป็นรูปยาฉีดก่อน เนื่องจากปัญหาของผู้ป่วยในช่วงนี้ส่วนใหญ่คือกินอาหารและยาเองไม่ได้ ในกรณีที่ผู้ป่วยสามารถรับการปลูกถ่ายเซลล์ต้นกำเนิดได้ดี จะสามารถเลิกกินยากดภูมิได้เมื่อระยะเวลาประมาณ 6 เดือน

ในระยะเวลาที่ผู้ป่วยได้รับยาเคมีบำบัดขนาดสูง หรือร่วมกับการฉายแสงรังสีรักษาทั่วตัวแล้ว ในช่วงนี้จะทำให้มีการทำลายเม็ดเลือดทุกชนิดของผู้ป่วยให้ลดน้อยลงมาก มีผลทำให้ผู้ป่วยมีภาวะแทรกซ้อน ดังต่อไปนี้ (สามารถ ภคกษมา, 2550, Nathan et al., 2009, pp. 1065-1082)

1. มีโอกาสติดเชื้อได้ง่าย เนื่องจากผู้ป่วยได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดในขนาดสูง และการฉายรังสีรักษาทั่วตัว เพื่อทำให้เซลล์เม็ดเลือดต่างๆ ลดลง ทำให้เม็ดเลือดขาวที่มีหน้าที่กำจัดเชื้อโรคต่างๆ ที่เข้ามาสู่ร่างกายนั้นลดลงมาก ตลอดจนการได้รับยาเพื่อกดภูมิคุ้มกันของตัวผู้ป่วยเอง จึงเป็นช่วงที่ผู้ป่วยมีภูมิคุ้มกันต้านโรคทุกชนิดต่ำทั้งหมด ทำให้ผู้ป่วยมีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อโรคต่างๆ เช่น เชื้อรา เชื้อไวรัส ได้ง่าย รวมทั้งเชื้อแบคทีเรียชนิดต่างๆ มากมาย ถึงแม้เม็ดเลือดขาวของผู้ป่วยที่มีหน้าที่คอยป้องกันการติดเชื้อโรคของร่างกายจะกลับมาทำหน้าที่ได้ตามปกติก็ตาม ก่อนที่ภูมิคุ้มกันของร่างกายจะกลับมาเป็นปกติได้ต้องใช้เวลา 1-2 ปี จึงมีความจำเป็นต้องอยู่ในห้องแยก ที่ปลอดเชื้อที่เป็นส่วนของ bone marrow transplantation unit

2. มีภาวะช็อค และอ่อนเพลีย เกร็ดเลือดต่ำ เม็ดเลือดขาว เม็ดเลือดแดงต่ำ ผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับเลือด และเกร็ดเลือด รวมทั้งการฉีดยากระตุ้นเม็ดเลือดขาวเป็นระยะ

3. มีแผลในช่องปากและทางเดินอาหาร เป็นผลข้างเคียงของยาเคมีบำบัด และการฉายรังสีรักษา ผู้ป่วยจะมีแผลในปาก และกระพุ้งแก้ม ลิ้น ด้านในของช่องปาก ซึ่งถ้าเป็นมากๆ จะทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถกินอาหารเองได้

4. มีภาวะมีน้ำคั่งในร่างกาย (veno-occlusive disease) ซึ่งเป็นผลข้างเคียงของยาเคมีบำบัดและรังสีรักษาในระยะแรกของการเตรียมผู้ป่วยก่อนการปลูกถ่ายเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดโลหิต แต่อาการปรากฏหลังการปลูกถ่ายประมาณ 2 สัปดาห์หรือหนึ่งเดือน ผู้ป่วยจะมีอาการบวม น้ำหนักเพิ่ม มีน้ำในช่องท้อง ตัวตเหลือง ตับโต และเจ็บ

5. มีโอกาสเกิดภาวะระดับธาตุเหล็กในร่างกายสูงขึ้นชั่วคราว ซึ่งบางครั้งต้องให้ยาขับเหล็กร่วมด้วย

6. มีภาวะเซลล์ของผู้บริจาคทำปฏิกิริยาต่อเซลล์ของผู้ป่วย (graft-versus host disease หรือ GVHD) ซึ่งต้องให้การดูแลอย่างใกล้ชิด แบ่งออกเป็น 2 ชนิดคือ

6.1 ชนิดเฉียบพลัน (acute GVHD) เกิดขึ้นภายในระยะเวลา 100 วันแรกของการปลูกถ่ายเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดโลหิต ผู้ป่วยจะมีอาการ 3 อย่างที่ชัดเจนได้แก่ การทำงานของตับบกพร่อง มีอาการท้องเสีย และมีผื่นแดงตามตัว

6.2 ชนิดเรื้อรัง (chronic GVHD) จะมีอาการเกิดขึ้นหลังจากการปลูกถ่ายเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดโลหิตประมาณ 100 วันไปแล้วในระยะเวลาที่ผู้ป่วยกลับไปอยู่ที่บ้านและมาตรวจติดตามอาการเป็นระยะซึ่งอาการที่พบได้แก่ ผู้ป่วยจะมีผื่นที่ผิวหนังหรือมีการเปลี่ยนแปลงของเนื้อเยื่อของ

ชั้นใต้ผิวหนัง ตาแห้ง ไม่มีน้ำตา เชื้อนปากแห้งและเป็นแผล ปวดท้อง น้ำหนักลด ปวดตามข้อ และพบว่าอาจมีการทำงานของปอดบกพร่องได้เช่นกัน

ภาวะ graft-versus host disease (GVHD) จากการปลูกถ่ายเซลล์ต้นกำเนิดจากผู้อื่น นั้นถือเป็นปัญหาที่ถือว่ารุนแรงที่สุด และความเสี่ยงจากภาวะเลือดออกมากผิดปกติ อาจทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้ในระยะเริ่มแรกของการปลูกถ่าย จากการศึกษาของแอนดริว บาซิกาลูโป (Bacigalupo, 2003: s6-s10) ติดตามข้อมูลผู้ป่วยหลังการปลูกถ่ายเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดโลหิตจำนวน 807 คน เพื่อดูภาวะGVHDและภาวะ เลือดออกมากผิดปกติ พบว่า มากกว่าร้อยละ55 ของผู้ป่วยมีภาวะ GVHD เกรด 3-4 ซึ่งถือเป็นภาวะที่มีความเสี่ยงสูงของการรักษา การรักษาในปัจจุบันมีอัตราการอยู่รอดของผู้ป่วยภายใน 5 ปี เพิ่มขึ้นถึงร้อยละ 80 (Hon-Pui et al., 2010, pp. 777-787)

อาการข้างเคียงเหล่านี้ถ้าเกิดขึ้นรุนแรงก็อาจทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้ (กลีบสไบ สรรพกิจ, 2548, Vesole et al., 2006, pp. 880-886) ดังนั้นก่อนการรักษาด้วยวิธีนี้ผู้ปกครองและญาติของผู้ป่วยควรมีความเข้าใจถึงความจำเป็นในการรักษาและภาวะเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นได้ผู้ปกครองจึงควรปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์ผู้ดูแลและพยาบาลที่ดูแลอย่างเคร่งครัดเพื่อลดภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้

การให้การรักษาของแพทย์และพยาบาลต้องมีความระมัดระวังมากเป็นพิเศษ เนื่องจากผู้ป่วยที่เป็นเด็กจำเป็นต้องมีญาติเป็นผู้ดูแลใกล้ชิดตลอดระยะเวลาของการปลูกถ่ายไขกระดูกหรือเซลล์ต้นกำเนิดฯ ดังนั้นญาติที่เฝ้าจึงต้องรู้ข้อควรระวังต่างๆ ในขณะที่ดูแลผู้ป่วยและต้องปฏิบัติตามอย่างเคร่งครัด เช่น การล้างมือให้สะอาด การสวมหน้ากากอนามัยทุกครั้งที่อยู่กับผู้ป่วย การสวมเสื้อกาวน์เพื่อป้องกันเชื้อโรคต่างๆ ไม่ให้ติดต่อสู่ผู้ป่วย

ภายหลังการรับเซลล์ต้นกำเนิดแล้วประมาณ 2-3 สัปดาห์ แพทย์สามารถตรวจพบเซลล์เม็ดเลือดขาวชนิดนิวโทรฟิลมีจำนวนมากกว่า 500 เซลล์ ต่อเนื่องกัน 3 วัน และผู้ป่วยมีจำนวนของเกร็ดเลือดมากกว่า 20,000 เซลล์ ต่อเนื่องกัน 3 วัน เป็นผลที่คาดว่าผู้ป่วยสามารถรับเซลล์ต้นกำเนิดของผู้บริจาคได้ ผลเลือดที่ได้แสดงให้เห็นว่าเซลล์ต้นกำเนิดของผู้บริจาคสามารถเข้าไปแทนที่เซลล์ต้นกำเนิดของผู้ป่วยและสามารถทำหน้าที่ได้โดยมีการแบ่งเซลล์เม็ดเลือดได้เป็นปกติ เรียกว่า engraftment แต่ในกรณีที่เม็ดเลือดของผู้ป่วยไม่มีการสร้างขึ้นมาเลยหลังระยะเวลา 4-6 สัปดาห์ สามารถคาดเดาได้ว่าการปลูกถ่ายฯ ไม่ประสบผลสำเร็จ ร่างกายผู้ป่วยต่อต้านและไม่ยอมรับเซลล์ของผู้บริจาค เรียกว่า graft rejection หรือ graft failure ในกรณีเช่นนี้เซลล์ของผู้ป่วยที่เหลืออยู่จะกลับมาทำหน้าที่ในการสร้างเม็ดเลือดของตนเองต่อไปได้เหมือนเดิม การปลูกถ่ายฯ ไม่ได้ผล ผู้ป่วยยังคงเป็นโรคเดิมอยู่ต่อไป

การตรวจเพื่อเป็นการยืนยันว่าการรักษาประสบผลสำเร็จ นอกเหนือจากการตรวจเซลล์เม็ดเลือดของผู้ป่วยแล้ว ยังต้องมีการยืนยันด้วยการตรวจพิเศษที่เรียกว่า chimerism เพื่อนับจำนวนเซลล์เม็ดเลือดของผู้ป่วยว่าเป็นเม็ดเลือดใหม่ของผู้บริจาคหรือไม่ โดยการตรวจยีนของเม็ดเลือดว่าเป็นยีนของผู้บริจาคหรือของผู้ป่วยในรายที่ทั้งผู้ป่วยและผู้บริจาคเป็นเพศเดียวกัน ส่วนในกรณีที่ได้รับและผู้บริจาคต่างเพศกัน สามารถตรวจโครโมโซมเพศว่าได้เปลี่ยนไปเป็นของผู้บริจาคหรือไม่ จำนวนเท่าใด ผลการรักษาที่ดีที่สุดคือเซลล์ที่ตรวจพบทั้งหมดเป็นเซลล์ของผู้บริจาค (full donor chimerism)

ผู้ป่วยกลุ่มนี้ควรต้องมีการติดตามผลการรักษาไปตลอดชีวิต เนื่องจากผู้ป่วยอาจมีอาการข้างเคียงที่เกิดขึ้นทั้งในช่วงเริ่มการรักษาในระยะการรักษาด้วย conditioning regimen หรือเกิดปฏิกิริยาต่อต้านเซลล์ผู้บริจาคร่วมกัน ไม่ว่าจะอย่างไรควรได้มีการตรวจติดตามเพื่อการรักษาและแก้ไขอาการต่างๆ ตั้งแต่เริ่มแรก อาการที่อาจพบได้ในระยะยาว ได้แก่ การทำงานของต่อมไร้ท่อบกพร่อง เช่น เด็กมีการเจริญเติบโตช้า เข้าสู่ภาวะหนุ่มสาวช้ากว่าปกติ ต่อมธัยรอยด์ทำงานน้อยกว่าปกติ ต่อมะเร็ง อันเป็นผลข้างเคียงของรังสีรักษา ผู้ป่วยจึงควรได้รับการตรวจติดตามอาการโดยจักษุแพทย์ทุกๆ ปี การทำงานของไตบกพร่อง ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นหมัน การทำงานของปอดบกพร่อง การทำงานของหัวใจบกพร่อง มีภาวะกระดูกบางลงได้ มีภาวะภูมิคุ้มกันบกพร่องในระยะยาวได้ การเจริญของฟันผิดปกติ มีโอกาสเกิดมะเร็งในส่วนต่างๆ ของร่างกายได้มากกว่าคนปกติทั่วไป ที่ไม่ได้รับการรักษาด้วยการปลูกถ่ายฯ

ในการตรวจเพื่อติดตามผลการรักษาในผู้ป่วยหลังการปลูกถ่ายเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดโลหิตนั้นในระยะ 100 วันแรกหลังการปลูกถ่ายฯ ควรมีการติดตามการรักษาทุกสัปดาห์ เนื่องจากมีความเสี่ยงจากอาการข้างเคียงของการรักษาสูง หลังจาก 100 วันผ่านไปและผู้ป่วยไม่มีภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงแพทย์จะมีการนัดตรวจห่างออกไปเรื่อยๆ อาจเหลือเพียงปีละ 1-2 ครั้งเท่านั้น เพื่อตรวจละเอียดในการติดตามผลข้างเคียงระยะยาวที่อาจเกิดขึ้นได้ กับอวัยวะต่างๆ ของร่างกาย เพื่อให้การรักษาโดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญโดยเร็ว

2. แนวคิดเกี่ยวกับประสบการณ์ด้านจิตใจของผู้ป่วยโรคมะเร็งและครอบครัว

2.1 ความวิตกกังวล (anxiety)

ความวิตกกังวล เป็นประสบการณ์ทางอารมณ์ของมนุษย์ ที่พบได้ตั้งแต่เกิดและมีอย่างต่อเนื่อง เป็นความรู้สึกกลัวการถูกแยกจาก การพลัดพรากหรือการสูญเสีย ที่ก่อให้เกิดทั้งประโยชน์และโทษ วาร์คาลีส (Vacarolis, 2009, อ้างถึงใน แพ จันทรสุข, 2556) ได้กล่าวไว้ว่า

ความวิตกกังวลหมายถึง ความรู้สึกกลัว ไม่สุขสบาย ไม่แน่นอน คลางแคลง หรือหวาดกลัวต่อสิ่งที่เกิดขึ้นจริงหรือเกิดขึ้นจากสิ่งที่ไม่รู้ (Unknown and Unrecognized) หรือไม่รู้จักรัซึ่งต่างจากความกลัว (Fear) จากสิ่งที่สมควรกลัวอย่างสมเหตุสมผล เช่นกลัวเสือ กลัวจระเข้ แต่ความวิตกกังวลเป็นความรู้สึกกลัวที่กำกวม

แลมเบิร์ต และ แลมเบิร์ต (Lambert and Lambert, 1985, อ้างถึงใน แพ จันทรสุข, 2556) กล่าวว่าความวิตกกังวลหมายถึงประสบการณ์ทางอารมณ์ที่เป็นส่วนหนึ่งของชีวิต ที่ทำให้เกิดความรู้สึกกับหัวใจ หรือความขัดแย้งในใจ เป็นเสมือนเพื่อนคู่กายที่คอยผลักดันให้บุคคลมีแรงสร้างสรรค์หรือทำลาย

แรนกิน และ โคเฮน (Rankin and Kohen, 1981, อ้างถึงในแพ จันทรสุข, 2556) ได้ให้ความหมายของความวิตกกังวลไว้ว่าเป็นปฏิกิริยาตอบสนองต่อสิ่งเร้าที่เกิดขึ้นชัดเจน เป็นภาวะที่ทำให้บุคคลรู้สึกไม่สุขสบาย ขุ่นงาใจ หวาดหวั่น รู้สึกถูกคุกคาม

สไปล์เบอร์เกอร์ (Spierberger, 1972, Cited in Parker, 1981, p. 334, อ้างถึงใน มณฑา ลิ้มทองกุล, 2535) ได้แบ่งประเภทของความวิตกกังวลออกเป็น 2 ชนิด คือ

1. ความวิตกกังวลแฝง (Trait Anxiety หรือ A-Trait) เป็นลักษณะประจำตัวของบุคคลที่มีแนวโน้มจะเกิดความวิตกกังวล ซึ่งเกิดขึ้นจนเป็นนิสัย

2. วิตกกังวลขณะเผชิญ (State Anxiety หรือ A-Status) เป็นลักษณะความของความตึงเครียดที่เกิดเฉพาะในเหตุการณ์หนึ่งๆ และเกิดขึ้นกับบุคคลเป็นการชั่วคราวเท่านั้น

เมื่อบุคคลต้องเผชิญกับเหตุการณ์ที่ทำให้ตนเองรู้สึกไม่ปลอดภัยหรือกำลังจะเกิดการสูญเสียที่รุนแรงในชีวิต จะทำให้บุคคลเกิดความเครียดและแสดงออกในรูปแบบของความรู้สึกวิตกกังวล ซึ่งพบว่าเกิดได้ในระดับที่แตกต่างกันไปขึ้นกับสาเหตุของความวิตกกังวล และการคาดการณ์ถึงสำคัญของสิ่งที่ตนเองกำลังจะสูญเสีย

การแบ่งระดับของความวิตกกังวล ถูกจัดแบ่งไว้หลายแบบ ตั้งแต่ 3 ระดับถึง 6 ระดับ ซึ่งโดยทั่วไปนิยมแบ่งความวิตกกังวลตามแบบของเพปพลาว (Peplau, 1963, cited in Kemp & Hatmaker, 1986, pp. 328-329) แบ่งความวิตกกังวลไว้ 4 ระดับ ดังนี้

1. ความวิตกกังวลระดับต่ำ (Mild anxiety) เป็นความวิตกกังวลในระดับน้อยๆ ที่พบได้ทั่วไปในชีวิตประจำวัน ทำให้บุคคลมีการมองเห็น การได้ยิน สมาธิและความจำดีขึ้น มีการรับรู้รวดเร็วและสามารถจำกัดความสนใจไว้เฉพาะเรื่องที่ต้องการได้ จึงสามารถเผชิญหรือแก้ไขปัญหาต่างๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ จะเพิ่มแรงจูงใจให้กับบุคคลเพื่อจะกระทำสิ่งต่างๆ ได้ดีขึ้น ทำให้ตื่นตัวและมีการรับรู้กว้าง ทำให้เรียนรู้และแก้ไขปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพ

2. ความวิตกกังวลระดับปานกลาง (Moderate anxiety) เป็นความวิตกกังวลที่สูงขึ้นในระดับที่บุคคลมีการรับรู้แคบ ทำให้ความสามารถในการแก้ไขหรือเผชิญปัญหาได้ลดน้อยลง อย่างไรก็ตามความวิตกกังวลในระดับปานกลางนี้ นับได้ว่าอยู่ในระดับทำให้เกิดการสร้างสรรค์แก้ไขชีวิตเช่นเดียวกับความวิตกกังวลในระดับต่ำ เพราะช่วยให้บุคคลประสบความสำเร็จหรือได้มาในสิ่งที่ตนเองปรารถนา

3. ความวิตกกังวลระดับสูง (Severe anxiety) ความวิตกกังวลในระดับนี้การรับรู้แคบ หมกมุ่นครุ่นคิดในรายละเอียดมากเกินไป หรือเลือกเฉพาะบางส่วน ทำให้ไม่สามารถจับสาระสำคัญ หรือเชื่อมโยงเหตุการณ์ได้ ความสามารถในการเรียนรู้และแก้ไขปัญหาลดลง บางรายอาจรู้สึกงุนงง สับสน ควบคุมตัวเองไม่ได้ ไม่อยู่นิ่ง กระสับกระส่าย อาจพบอาการแสดงออกทางกาย เช่น ปวดศีรษะ คลื่นไส้ อาเจียน นอนไม่หลับ ใจสั่น หัวใจเต้นเร็ว ท้องเดิน ท้องผูก เป็นต้น มีอารมณ์หงุดหงิด โมโหง่าย เปลี่ยนแปลงเร็ว

4. ความวิตกกังวลระดับรุนแรงสูงสุด (Panic anxiety) ทำให้การรับรู้ของบุคคลแคบลงมาก หรือไม่มีเลย การเรียนรู้เสียไปไม่สามารถแก้ปัญหาต่างๆ ได้ จนไม่สามารถรับรู้ต่อเหตุการณ์ภายนอกได้ เป็นความรู้สึกวิตกกังวลที่มีมากจนกระทั่งรบกวนกิจวัตรประจำวัน หรือเป้าหมายของการทำงานต่างๆ และกระทบต่ออารมณ์และความรู้สึกอย่างมาก ถือว่าเป็นความวิตกกังวลที่ผิดปกติ (Anxiety Disorder)

ความวิตกกังวลในระดับสูงของมารดา เช่น เกรงว่าลูกจะเสียชีวิต จนมีอาการแสดงที่ผิดปกติเช่น มีการโทษตนเอง เกือบขาดสติ ร้องไห้ จนไม่สามารถดูแลบุตรได้ หากมารดาไม่สามารถจัดการกับความวิตกกังวลได้อย่างเหมาะสม ตกอยู่ในภาวะเครียดที่ยาวนาน ย่อมก่อให้เกิดปัญหาด้านร่างกายและจิตใจต่างๆ ตามมาได้อย่างมากมาย (Kazak et al., 1998, pp. 823-831, Swain et al, 1994, pp. 453-459)

2.2 ความเครียด (stress) และการเผชิญความเครียด

2.2.1 ความเครียด (stress)

ทฤษฎีของความเครียดสามารถอธิบายได้ในหลายทฤษฎี ในส่วนของโฟลค์แมนและลาซาลัส (Folkman & Lazarus, 1984, p. 55, อ้างถึงในแพ จันทรัฐ และจิวิวรรณ สัตยธรรม, 2556, น. 120) กล่าวว่า ความเครียดด้านจิตใจเป็นผลที่เกิดจากการกระทำระหว่างกันที่จำเพาะเจาะจง ระหว่างบุคคลต่อสิ่งเร้าจากสิ่งแวดล้อม บุคคลจะมองว่าสิ่งเร้าดังกล่าวที่ก่อให้เกิดความเครียด จะเกินความสามารถในการจัดการของตน หรือเป็นอันตรายต่อตนเองมากน้อยเพียงใด เป็นการประเมินค่าด้วยการรู้คิด (Cognitive Appraisal) ซึ่งมีปัจจัยที่เกี่ยวข้อง 3 อย่างได้แก่ บุคคล สิ่งแวดล้อม หรือสิ่งที่ทำให้เกิดความเครียด การประเมินค่าทางการรู้คิด

สาเหตุของความเครียด สามารถเกิดได้จากสิ่งเร้าทั้งภายในและภายนอกบุคคล ทั้งด้านร่างกาย สิ่งแวดล้อมภายนอก ปัจจัยทางจิตสังคม สถานการณ์ใดๆที่ทำให้เกิดอารมณ์กลัว โกรธ วิตกกังวลหรือลึบโลดใจ ล้วนก่อให้เกิดความเครียดได้ ขึ้นอยู่กับการประเมินของบุคคลต่อสถานการณ์นั้นๆ สิ่งแวดล้อมทางสังคม การอยู่อย่างหนาแน่น เป็นมูลเหตุที่ก่อให้เกิดโรคและก่อให้เกิดความเครียดได้ การเปลี่ยนแปลง การสูญเสียบุคคลสำคัญในชีวิต

เมื่อเกิดความเครียดร่างกายจะมีการปรับตัว Hans Selye เรียกว่าอาการปรับตัวโดยทั่วไป (General Adaptation Syndrome หรือ GAS) แบ่งเป็น 3 ระยะ (ฉวีวรรณ สัตยธรรม, 2541, น. 126, รณชัย คงสกนธ์, 2548) ดังนี้

1. ระยะกระตุ้นเตือน (alarm reaction stage) เป็นระยะเริ่มต้นของปฏิกิริยาการตอบสนอง ที่ร่างกายจะผลิตฮอร์โมนเพิ่มขึ้น เพื่อเตรียมสู้หรือหนี แบ่งเป็น 2 ระยะ

1.1 ระยะช็อก (shock phase) เป็นการเปลี่ยนแปลงของร่างกายที่เกิดขึ้นทันทีที่มีความเครียด สมอส่วนกลางรับรู้ความเครียด และประสาทอัตโนมัติจะกระตุ้นต่อมไร้ท่อ โดยเฉพาะต่อมหมวกไต ให้หลั่งสารที่เรียกว่า Catecholamine ทำให้หัวใจเต้นเร็ว เพิ่มการเผาผลาญ หลอดเลือด กล้ามเนื้อคลาย ขยายตัวเพื่อให้พลังต่อการเผชิญภาวะฉุกเฉิน

1.2 ระยะต้านช็อก (counter shock phase) จะเป็นปฏิกิริยาของร่างกายที่จะพยายามปรับตัวกลับสู่สภาพปกติ

2. ระยะต่อต้าน (stage of resistance) ร่างกายมีการปรับตัวเพื่อให้ความเครียดน้อยลงและกลับสู่สภาพสมดุลตามปกติ ความสามารถและพลังงานต่างๆจะคืนกลับมาความสามารถในการปรับตัวนี้ขึ้นอยู่กับความสามารถในการปรับความสมดุลของร่างกาย

3. ระยะหมดกำลัง (stage of exhaustion) เมื่อบุคคลมีการปรับตัวในระยะต้านช็อกไม่สำเร็จ ร่างกายมีอาการหมดแรงที่จะต่อสู้ ร่างกายจะเกิดการอ่อนล้า เหนื่อยและหมดแรง ร่างกายจะเสื่อมโทรมจนกระทั่งเกิดการเจ็บป่วย เป็นโรคต่างๆ ได้แก่ นอนไม่หลับ เบื่ออาหาร อ่อนเพลีย ปวดศีรษะ ไมเกรน ปวดท้อง ท้องผูก คลื่นไส้ อาเจียน ใจสั่น หายใจไม่เต็มอิ่ม เป็นลม ม่านตาขยาย เหงื่อออกมาก ผิวหนังซีด การเต้นของหัวใจและชีพจรเร็วเพิ่มขึ้น ความดันโลหิตสูง ปัสสาวะลดลง ปากแห้ง กล้ามเนื้อตึงเครียด เฉื่อยชา การเคลื่อนไหวผิดปกติ ฯลฯ น้ำหนักลดลง ต่อมาไร้ท่อต่างๆ โตขึ้น ระดับฮอร์โมนสำคัญ สูงขึ้น ถ้าเครียดมากๆอาจเสียชีวิตได้

การใช้กลไกการป้องกันตัวไม่เหมาะสมและเกิดปัญหาพฤติกรรมแปรปรวน ความรุนแรงมากขึ้นขึ้นอยู่กับความรู้ของบุคคลที่มีต่อความเครียดและการใช้กลไกการปรับตัว

2.2.2 วิธีการเผชิญความเครียด (Coping Styles)

วิธีการเผชิญกับความเครียด (Coping) มีแนวคิดที่หลากหลาย แต่ยังคงพบว่ามีส่วนที่คล้ายคลึงกัน เช่น เพียร์ลีนและสกูลเลอร์ (Pearlin and Schooler, 1978, อ้างถึงใน มณฑา ลิ้มทองกุล, 2535) ได้แยกแยะพฤติกรรมการเผชิญความเครียดออกเป็น 3 อย่าง คือ 1) การแก้ไขปัญหา 2) การควบคุมเหตุการณ์และการรับรู้ของตนเอง 3) การควบคุมอารมณ์ให้อยู่ในของเขตที่เหมาะสมต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น สำหรับ ลาซารัสและฟอล์กแมน (Lazarus and Folkman, 1984) ได้ให้ความหมายของการเผชิญความเครียดว่าเป็นการมุ่งแก้ปัญหาและการมุ่งจัดการกับอารมณ์ ซึ่งทั้ง 2 วิธีนี้จะช่วยเสริมแรงซึ่งกันและกัน

นอกจากวิธีการเผชิญกับปัญหาความเครียดด้านจิตใจดังกล่าวแล้ว จาลอวีก (Jalowiec, 1987, อ้างถึงใน กิตติกร สิลมานัด, 2538, ใน ชนพัฒน์ ไชยป้อ, 2550) ได้ให้ความหมายของความเครียดในลักษณะของการโต้ตอบระหว่างบุคคลกับสิ่งแวดล้อม ไว้ว่า ความเครียดทางจิตใจเป็นความสัมพันธ์โดยเฉพาะระหว่างบุคคลและสิ่งแวดล้อม ที่ได้รับการประเมินโดยบุคคลว่ามากกว่าสิ่งสนับสนุนที่ตนเองมีอยู่ และจะทำให้เกิดอันตรายต่อความสุขสงบที่ตนเองมีอยู่

ได้มีการแบ่งมิติ (dimension) ของการจัดการกับความเครียด ออกเป็น 4 มิติ (ศิริไชย หงส์สงวนศรี, กระทรวงสาธารณสุข) เพื่อให้สะดวกในการประยุกต์ใช้ ได้แก่

มิติที่ 1 การมุ่งจัดการกับปัญหา หรือการมุ่งจัดการกับอารมณ์

1. การมุ่งจัดการกับปัญหาที่เป็นสาเหตุของความเครียด (problem-focus coping) เป็นวิธีการจัดการแก้ไขปัญหาที่เป็นสาเหตุของปัญหาโดยตรง โดยทั่วไปเป็นวิธีการที่ดีที่สุด แต่อาจใช้ไม่ได้กับบางปัญหาที่ไม่สามารถจัดการได้โดยง่ายหรือเกินความสามารถของตน

2. การมุ่งจัดการกับอารมณ์ (emotion-focus coping) เป็นวิธีการจัดการกับความเครียดโดยไม่ได้มุ่งแก้ไขปัญหา แต่จัดการกับอารมณ์ตนเองให้รู้สึกดีขึ้น อาจมีทั้งวิธีการที่ดี เช่น การขอความช่วยเหลือจากผู้อื่น และวิธีการที่ไม่เหมาะสม ได้แก่ การโทษผู้อื่น การหนีปัญหา

มิติที่ 2 การเข้าหาหรือถอยหนี (approach or avoidance)

มิติที่ 3 การควบคุมในระดับปฐมภูมิหรือทุติยภูมิ

1. การควบคุมในระดับปฐมภูมิ (primary control) หมายถึงการจัดการกับปัญหาหรืออารมณ์ที่ตอบสนองต่อปัญหานั้น เช่น การลงมือแก้ปัญหา หรือวิธีการในกลุ่มมุ่งจัดการกับอารมณ์ เช่น การใช้หลักศาสนา เป็นต้น

2. การควบคุมในระดับทุติยภูมิ (secondary control) หมายถึงวิธีการที่เน้นการปรับตัวต่อปัญหาที่ก่อให้เกิดความเครียด เช่น การปรับเปลี่ยนแนวคิด การยอมรับความจริง การปรับเปลี่ยนมุมมองต่อปัญหา

มิติที่ 4 การจัดการที่ตนเอง หรือการจัดการกับปัจจัยภายนอก (self-focused or external-focused)

วิธีนี้คือการนำเอาวิธีการจัดการกับความเครียดหลายๆ รูปแบบมารวมไว้ด้วยกัน การจัดการกับความเครียดโดยวิธีการมุ่งจัดการกับปัญหา มักจัดการกับความเครียดได้ดีกว่า แต่ในบางกรณีการจัดการกับความเครียดด้วยวิธีการจัดการกับอารมณ์จะได้ผลดีกว่า โดยเฉพาะถ้าพบว่าปัญหานั้นเกินความสามารถที่ตนเองจะแก้ไขได้

การจำแนกตามมิตินี้มีจุดอ่อนคือนำวิธีการจัดการกับความเครียดหลายแบบมารวมอยู่ในกลุ่มเดียวกันมากเกินไป ทั้งวิธีที่เหมาะสม และไม่เหมาะสม เช่นการขอความช่วยเหลือจากบุคคลอื่น การใช้หลักศาสนา การหลีกเลี่ยงปัญหา การโทษผู้อื่นเป็น หรือวิธีการบางอย่างก็ไม่ได้ทั้งวิธีมุ่งจัดการกับปัญหาและวิธีการมุ่งจัดการกับอารมณ์ เช่น การปรับมุมมองต่อปัญหา และการใช้หลักศาสนา เป็นต้น

2.3 การสูญเสียและความทุกข์โศก (Loss and Grife) (ฉวีวรรณ สัตยธรรม, 2556)

2.3.1 การสูญเสีย (Loss)

การสูญเสีย หมายถึง สภาพการณ์ที่บุคคลต้องแยกจาก สูญหาย หรือต้องปราศจากบางสิ่งบางอย่างที่เคยมีอยู่ในชีวิต (Bolander, 1994) ซึ่งอาจเกิดขึ้นในทันทีทันใดหรือค่อยเป็นค่อยไป คาดการณ์ได้หรือไม่สามารถคาดการณ์ได้ และอาจทำให้เกิดความชอกช้ำเจ็บปวดอย่างมาก หรือเพียงเล็กน้อย (Lambert&Lambert, 1985) ซึ่งชีฟส์ (Shives, 1994) ได้สรุปแนวคิดเกี่ยวกับการสูญเสีย ว่ามีลักษณะดังนี้ 1) เป็นการแยกจากหรือปราศจากบางสิ่งบางอย่างที่เคยมีอยู่ 2) มีการเปลี่ยนแปลงหลายประการที่ทำให้บุคคลไม่บรรลุเป้าหมาย 3)บุคคลรับรู้ถึงคุณค่าของสิ่งที่สูญเสียหรือคาดว่าจะสูญเสีย 4) ประสบการณ์การสูญเสียในอดีต มีผลต่อการแสดงออกในปัจจุบัน

ปฏิกิริยาที่ตอบสนองต่อการสูญเสียของแต่ละบุคคลแตกต่างกัน บางคนสามารถผ่านเหตุการณ์ของการสูญเสียสิ่งสำคัญหรือรุนแรงไปได้อย่างปรกติ แต่สำหรับบางคนไม่สามารถปรับตัวต่อการสูญเสีย แม้เป็นเพียงเรื่องที่ไม่สำคัญน้อย ความแตกต่างของระดับความรุนแรงและรูปแบบการแสดงอาการของการสูญเสีย ขึ้นกับปัจจัยหลายๆ อย่าง ได้แก่

1. ความรู้สึกต่อสิ่งที่สูญเสีย การให้คุณค่าและความสำคัญของสิ่งที่สูญเสียนับเป็นเหตุผลที่ทำให้บุคคลมีการแสดงปฏิกิริยาได้ตอบที่รุนแรงมากน้อยแตกต่างกัน การสูญเสียด้วยการตายจากของบุคคลอันเป็นที่รัก โดยเฉพาะคู่สามีภรรยาเป็นการสูญเสียที่รุนแรง เพราะ

ความผูกพันทางใจกับสิ่งที่สูญเสียมีมาก ในขณะที่การสูญเสียบิดามารดาจะไม่รุนแรงเท่าการสูญเสียบุตร ธิดา หรือคู่ชีวิต

2. ประสบการณ์การสูญเสีย เป็นสิ่งที่เกิดกับบุคคลทุกวัย การเรียนรู้การเผชิญและการแก้ปัญหาที่เกิดจากการสูญเสียอย่างเหมาะสมในอดีต ย่อมเป็นประสบการณ์สำคัญที่ทำให้บุคคลนั้นสามารถประสบความสำเร็จในการปรับตัวต่อการสูญเสียอื่นๆ ที่ตามมา

3. บุคลิกภาพและความพร้อม บุคคลที่มีบุคลิกภาพที่เข้มแข็งและมองเหตุการณ์สูญเสียว่าเป็นเพียงเหตุการณ์ธรรมดาในชีวิต ย่อมสามารถผ่านเหตุการณ์สูญเสียต่างๆ ได้ได้อย่างเหมาะสม

4. แหล่งสนับสนุนทางครอบครัว และสังคม การได้รับกำลังใจและการประคับประคองจากบุคคลในครอบครัว โดยเฉพาะบุคคลสำคัญที่มีความผูกพันต่อกัน หรือการช่วยเหลือจากเพื่อน หรือแม้แต่สวัสดิการต่างๆ จากสังคม จะทำให้บุคคลที่สูญเสียสามารถปรับตัวได้

2.3.2 ความทุกข์โศก (Grief)

ความทุกข์โศก หมายถึง ความรู้สึกเสียใจ (Sad) ที่เกิดขึ้นเมื่อคาดว่าจะมีการสูญเสียหรือรับรู้ว่าจะต้องสูญเสีย เป็นปฏิกิริยาที่แสดงออกทั้งทางสรีระและอารมณ์ ปฏิกิริยาตอบสนองต่อการสูญเสียของบุคคลตามกระบวนการทุกข์โศก ตั้งแต่เริ่มมีอาการทุกข์โศกไปจนกระทั่งมีการปรับตัวกลับคืนสู่สภาวะปกติทางสังคมได้ ส่วนใหญ่จะใช้เวลาประมาณ 1 ปี ปฏิกิริยาตอบสนองต่อความทุกข์โศก เป็นปฏิกิริยาที่เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่อง (Vancorolis, 1994, p. 194 อ้างถึงใน เขียวลักษณ์ มหาสិทธิวัฒน์, 2556)

การมีสมาชิกในครอบครัวเจ็บป่วยด้วยโรคที่ร้ายแรง หรือการสูญเสียสมาชิกในครอบครัว เนื่องมาจากการตายนั้น ถือว่าเป็นความเครียดที่รุนแรงของครอบครัว แม้ว่าสิ่งเหล่านี้จะเป็นปกติธรรมดาของชีวิตก็ตาม แต่ปฏิกิริยาและผลกระทบอาจเกิดขึ้นมากจนเกินไปจนทำให้ครอบครัวเสียสมดุลได้ ปฏิกิริยาทางจิตใจเมื่อครอบครัวรู้ถึงการวินิจฉัยโรคว่ามีความรุนแรงหรือไม่อาจจะเยียวหาได้ จะเกิดปฏิกิริยาเป็นขั้นๆ ดังนี้ (Elisabeth Kubler-Ross, 1969, อ้างถึงใน อุมพร ตรังคมบดี, 2542)

1. ความตกใจและการปฏิเสธความจริง (shock and denial) เมื่อแพทย์บอกผู้ป่วยเป็นโรคที่ร้ายแรงและรักษาไม่หาย ครอบครัวจะมีการตกใจอย่างมาก และไม่ยอมรับความจริง และจะบอกกับตนเองว่าผู้ป่วยไม่ได้ป่วยรุนแรงขนาดนั้น และยังมีโอกาสรักษาหายได้ การปฏิเสธนั้นอาจเป็นอยู่นานเป็นเดือนหรือเป็นปีก็ได้

2. ความโกรธ (anger) ครอบครัวจะรู้สึกว่าจะไม่ได้รับความยุติธรรม หมดทางสู่ เกิดเป็นความโกรธและความขมขื่น บางครอบครัวอาจโทษกันเองว่าทำงานมากเกินไป จนไม่มีเวลาดูแลลูก บางครอบครัวโทษแพทย์ผู้วินิจฉัย เป็นกลไกที่ทำให้ครอบครัวยืนหยัดอยู่ได้ท่ามกลางความปวดร้าวที่เกิดขึ้น

3. การต่อรอง (bargain) ครอบครัวเริ่มยอมรับความจริงภายใต้เงื่อนไขบางประการ เช่น ขอมรับว่าป่วยจริงแต่ยังมีโอกาสรักษาให้หายได้ หรือไปขอความเห็นจากแพทย์คนอื่น เป็นการสร้างความหวังว่าทุกอย่างจะดีขึ้น

4. ความเศร้าโศก (depression) เมื่อตระหนักถึงความจริงที่ไม่อาจหลีกเลี่ยงได้ ความเศร้าโศกจะตามมา ความจริงที่ว่าบุคคลที่ตนเองรักจะต้องจากไป เพราะโรคร้าย หรือพ่อแม่ที่เคยวาดภาพว่าลูกที่เกิดมาต้องเป็นเด็กน่ารัก ก็อาจจะโศกเศร้าเพราะลูกเจ็บป่วยหรือพิการที่ไม่อาจจะเยียวยาได้

5. การยอมรับความจริง (acceptance)

เมื่อได้ทำทุกวิถีทางแล้ว ครอบครัวก็จะถึงจุดที่จะยอมรับความจริงด้วยความสงบ ซึ่งแต่ละคนในครอบครัวอาจใช้ระยะเวลาในการยอมรับแตกต่างกัน เช่นบุตรจะยอมรับการสูญเสียบิดาได้ง่ายกว่า แต่มารดายอมรับได้ยากกว่า ปฏิกริยานี้จะเกิดขึ้นรุนแรงมากขึ้นอยู่กับความสัมพันธ์ที่มีกับผู้ป่วย และอาจเกิดก่อนการสูญเสียจริง (anticipatory loss) หรืออาจดำเนินไปเป็นเดือนหรือเป็นปี

วิธีการรับมือกับการสูญเสียนี้เรียกว่า grief cycle การรับมือกับการสูญเสียนี้ไม่จำเป็นต้องดำเนินตามระยะดังกล่าวข้างต้น หรือไม่มีรูปแบบที่แน่นอนชัดเจน อาจมีการหมุนเวียนไปตามรูปแบบของตนเองได้

ปฏิกริยาต่อการสูญเสีย โดยเฉพาะเกิดจากความตายของบุคคลอันเป็นที่รัก สามารถแบ่งออกเป็น 2 ระยะ (Vancarolis, 1994, อ้างถึงใน เขียวลักษณ์ มหาสิทธิวัฒน์, 2556) ดังนี้

ระยะแรก หรือระยะเฉียบพลัน ใน 4-8 สัปดาห์ จะแสดงอาการซ็อก และไม่เชื่อ ช่วงซ็อกและไม่เชื่อเป็นช่วงที่บุคคลไม่สามารถยอมรับการสูญเสียได้ มักเริ่มด้วยอาการตื่นตะลึง ตัวชา ไม่เชื่อ การปฏิเสธ เป็นวิธีการที่จะช่วยลดอาการเจ็บปวดด้านจิตใจ และชะลอการรับรู้ความเป็นจริง และการระลึกถึงจะเกิดขึ้นได้เมื่อกลไกการปฏิเสธลดน้อยลง ความรู้สึกเจ็บปวดจะรุนแรงมากหรือน้อยขึ้นกับระดับของความรู้สึกในคุณค่าของสิ่งที่ตนจะต้องสูญเสีย ความรู้สึกเจ็บปวดและร้าวราน มักมีผลต่ออวัยวะบริเวณทรวงอกและลิ้นปี่ การแสดงออกที่พบได้บ่อย คือการร้องไห้ นับเป็นการแสดงออกเพื่อลดความรู้สึกทุกข์ใจและยอมรับการสูญเสีย

ระยะที่สอง เป็นระยะที่บุคคลเผชิญกับการสูญเสีย หลังจากที่ผ่านมาระยะวิกฤตไปแล้ว กระบวนการทุกข์โศกจะเกิดขึ้นภายในจิตใจ ใช้เวลาประมาณ 2 ปี ปรากฏการณ์ที่พบได้คือ ความรู้สึกผิดปกติกาย และความรู้สึกผิดเมื่อคิดว่าตนเองเป็นผู้รับผิดชอบหรือเป็นต้นเหตุแห่งความสูญเสียนั้น หดหู่ หงอยเหงา กระสับกระส่าย รู้สึกไร้คุณค่า พฤติกรรมในช่วงนี้มักพบใน 20-60 วันแรก เมื่อทำใจยอมรับได้ว่าเป็นการสูญเสียถาวรที่ไม่สามารถเรียกคืนมาได้ จึงพยายามปรับตัวเพื่อกลับสู่สังคมอีกครั้ง มีสัมพันธภาพกับผู้อื่น และตั้งเป้าหมายใหม่ เป็นการปรับตนเองในระยะสุดท้ายของกระบวนการ

ความรู้สึกสูญเสียนี้จะมีผลกระทบกับสมาชิกในครอบครัวอย่างมาก โดยเฉพาะแม่จะมีความเครียดสูง เพราะต้องดูแลบุตรมากกว่าพ่อ ผลกระทบต่อแม่จะมีความรุนแรงกว่าพ่อหลายแง่ เช่น การพัฒนาความเป็นปัจเจกบุคคลจะไม่มั่นคง สุขภาพไม่ดี มีความกังวลเกี่ยวกับลูกมากไป อาจไม่ได้พบปะเพื่อนฝูงหรือพักผ่อนหย่อนใจ นอกจากนี้ครอบครัวยังมีปัญหาเรื่องเศรษฐกิจและการรักษาที่สูงเป็นสาเหตุให้เกิดปัญหาทางอารมณ์กับพ่อแม่ได้ (อุมาพร ตรังคสมบัติ, 2540)

2.4 ความหวัง ความรู้สึกสิ้นหวัง และความรู้สึกอับจนหนทาง (Hope Hopelessness and Helplessness)

2.4.1 ความหวัง (Hope)

ความหวังเป็นกระบวนการของความคิด การรับรู้ พฤติกรรมการแสดงออก ความรู้สึกและสัมพันธภาพระหว่างบุคคล ที่เกี่ยวกับความคาดหวังต่อสิ่งที่ดีอย่างต่อเนื่อง และเป็นความเชื่อมั่นในทางบวก ซึ่งจะทำให้บุคคลรู้สึกมั่นใจในการกระทำของตนเองและนำไปสู่ความเป็นไปได้ที่จะประสบผลสำเร็จในอนาคต (Herth, 1990, Miller, 1992, Stephenson, 1991, อ้างถึงใน ธนพัฒน์ ไชยป้อ, 2550) ความหวังจึงเป็นแรงขับเคลื่อนของชีวิตที่เป็นพลวัตรที่มีการเกิดและเปลี่ยนแปลงได้อยู่ตลอดเวลา ประกอบไปด้วยมิติ ซึ่งทำให้บุคคลเกิดความเชื่อมั่นที่จะบรรลุถึงผลสำเร็จ แม้ว่าจะมีความไม่มั่นใจ หรือตกอยู่ในสภาพที่ไม่แน่นอนก็ตาม (Dufault&Martocchio, 1985, อ้างถึงใน ธนพัฒน์ ไชยป้อ, 2550)

เยาเวลักษณ์ มหาสิทธิวัฒน์ (2556) กล่าวว่า ความหวังเป็นองค์ประกอบของชีวิตมนุษย์ และทำให้เกิดความเจริญงอกงามของบุคคล ความหวังประกอบไปด้วยส่วนที่เป็นความรู้สึกและสติปัญญา ในส่วนของความรู้สึก ได้แก่ ความศรัทธา ความเชื่อมั่นในตนเอง และผู้อื่น บุคคลที่มีความหวังจะมีความมุ่งมั่น มีแรงจูงใจ และกระตือรือร้น ในส่วนของสติปัญญา ความหวังจะเป็นแนวทาง หรือแรงจูงใจให้เกิดการเรียนรู้ และการรับรู้ในส่วนที่เป็นจริง

ลินช์ (Lynch. Cite in Roberts, 1986, อ้างถึงใน เยาวลักษณ์ มหาสิทธิวัฒน์, 2556, น. 163-164) ได้นิยามความหวังว่าเป็นความรู้สึกพื้นฐานที่จะทำให้บุคคลพึงฝ่าอุปสรรค ความหวังจะทำให้บุคคลรู้สึกปลอดภัยในการเผชิญต่ออุปสรรค ความหวังเป็นพลังงาน ซึ่งจะเป็ แรงจูงใจให้กับบุคคลประสบผลสัมฤทธิ์ตามที่ไ้ตั้งเป้าหมายไว้

2.4.2 ความรู้สึกสิ้นหวัง (Hopelessness)

ความรู้สึกสิ้นหวัง หมายถึง สภาวะทางอารมณ์ที่รู้สึกไร้หนทางต่อการดำรงชีวิต ทำให้รู้สึกว่าไม่สามารถแก้ไขปัญหาคได้ และตนเองไม่สามารถที่จะเปลี่ยนแปลงสิ่งแวดล้อมได้ มีความรู้สึกพ่ายแพ้ และไม่สามารถจะกระทำในสิ่งที่ตนเองปรารถนาได้ ปัจจัยที่ก่อให้เกิดความสิ้นหวังสามารถเกิดได้จากทั้งภายใน ได้แก่ ในส่วนของความรู้สึกนึกคิด และจิตใจของตนเอง และเกิดจากสิ่งแวดล้อมรอบข้าง

2.4.3 ความรู้สึกอับจนหนทาง (Helplessness)

แลง (Lange cite in Robert, 1986, อ้างถึงใน เยาวลักษณ์ มหาสิทธิวัฒน์, 2556, น. 164) ได้อธิบายความอับจนหนทางว่าเป็นความรู้สึกที่เกิดขึ้น เมื่อรู้สึกว่าต้องเผชิญกับสถานการณ์ที่ไม่มีโอกาสดีขึ้นได้ ไม่มีหนทางที่จะแก้ไขได้อีกแล้ว จึงทำให้บุคคลขาดแรงจูงใจที่จะควบคุมผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้น ขาดแรงจูงใจในการคิดหาวิธีการที่จะแก้ปัญหาค และทำให้รู้สึกกังวลและเศร้าใจตามมา ความอับจนหนทางเกิดขึ้นเมื่อบุคคลพยายามที่จะแก้ไขปัญหาค แต่ผลที่เกิดขึ้นไม่ได้เป็นไปตามที่คาดหวัง จึงทำให้บุคคลรู้สึกท้อแท้หมดหนทาง ไม่มีทางใดที่จะสามารถช่วยเหลือได้ ดำเนินตนเองในความล้มเหลวนั้นและรู้สึกคับข้องใจต่อสิ่งรอบข้าง

2.5 ความแข็งแกร่งในชีวิต (Resilience) และความสามารถในการเผชิญและฝ่าฝืนอุปสรรค

2.5.1 ความแข็งแกร่งในชีวิต (Resilience) ความหมายของความแข็งแกร่งในชีวิต (Resilience) หรือพลังสุขภาพจิต (Resiliency) Resilience มาจากภาษาละติน หมายถึง ความสามารถในการคืนสู่สภาพเดิม ความยืดหยุ่นทางใจ ความเข้มแข็งทางใจ พลังสุขภาพจิต หรือพลัง อึด ฮึด ผู้มีความสามารถในการฟื้นพลัง ความยืดหยุ่นตัวทางอารมณ์และทางจิตใจ

รัทเตอร์ (Rutter, 1985, อ้างถึงใน พชรินทร์ นันทจันทร์ และคณะ, 2552) กล่าวว่า Resilience หมายถึงความสามารถในการจัดการกับความเครียดอย่างเหมาะสม ซึ่งความสำเร็จในการจัดการนี้ส่งผลให้บุคคลนั้นๆ มีความเชื่อมั่นและมีความสามารถทางสังคมเพิ่มมากขึ้น ความแข็งแกร่งในชีวิตเป็นเสมือนปัจจัยป้องกันบุคคลไม่ให้มีการเจ็บป่วยทางจิต

แวกนिल्ด์ และยัง (Wagnild & Young, 1993) ได้ให้ความหมายของความแข็งแกร่งในชีวิตว่าเป็นบุคลิกลักษณะที่ช่วยให้บุคคลปรับตัวได้อย่างมีประสิทธิภาพ ประกอบไปด้วยความสามารถของบุคคล และการยอมรับตนเองและชีวิต

ทวิศักดิ์ สิริรัตนธาดา (ทวิศักดิ์ สิริรัตนธาดา, 2549 อ้างถึงใน พัทธรินทร์ นินทจันทร์ และคณะ, 2552) กล่าวถึงความแข็งแกร่งในชีวิต ในแง่ของ Resilience Quotient (RQ) หรือพลังสุขภาพจิต หรือภูมิคุ้มกันทางจิตว่าหมายถึง สิ่งที่ทำให้บุคคลสามารถผ่านพ้นวิกฤตหรือเหตุการณ์ร้ายๆ ไปได้ โดยมีการฟื้นฟูอารมณ์และจิตใจของตนเองได้อย่างรวดเร็ว มีความยืดหยุ่น ไม่จมอยู่กับความทุกข์ ปรับตัวได้ดี สามารถกลับคืนมามีชีวิตได้อย่างปกติสุขได้ โดยมี 3 องค์ประกอบ ได้แก่ อีดี อีดี อีดี หมายถึง มีความเข้มแข็งด้านจิตใจ สามารถทนต่อภาวะกดดันได้ดี จัดการความเครียดได้อย่างเหมาะสม อีดี หมายถึง มีศรัทธาและกำลังใจที่ดี เชื่อว่าสิ่งเลวร้ายต่างๆ ย่อมผ่านพ้นไปได้ สามารถให้กำลังใจตนเอง และได้รับกำลังใจจากคนรอบข้าง อีดี หมายถึง สามารถต่อสู้กับปัญหาและอุปสรรคอย่างชาญฉลาด แก้ไขปัญหาได้ดี หาทางออกได้อย่างเหมาะสม สามารถปรับตัวเข้ากับสถานการณ์ใหม่ได้

องค์ประกอบของความแข็งแกร่งในชีวิต ซึ่งกรอทเบอร์ก (Grotberg, 1998, อ้างถึงใน พัทธรินทร์ นินทจันทร์, 2552) ได้นำเสนอ ว่ามี 3 องค์ประกอบหลัก ซึ่งบุคคลจะดึงมาสร้างความแข็งแกร่งในชีวิต และใช้เมื่อเผชิญกับสถานการณ์เลวร้าย เพื่อจัดการกับปัญหา และลดความรุนแรง และเกิดกระบวนการเรียนรู้เมื่อผ่านกระบวนการนั้น ก็คือ I have (ฉันมี...) I am (ฉันเป็นคนที่...) I can (ฉันสามารถที่จะ...)

องค์ประกอบแรก I have (ฉันมี...): หมายถึงพลังจากภายนอก หรือแหล่งสนับสนุนจากภายนอกที่ส่งเสริมให้บุคคลมีความแข็งแกร่งในชีวิต (external supports) ได้แก่ มีคนในครอบครัวและภายนอกที่สามารถไว้วางใจได้ มีคนคอยบอก สอน ตักเตือน มีตัวอย่างที่ดีในการทำสิ่งต่างๆ มีแหล่งให้ตนเองรับบริการ มีสวัสดิการทางสังคมที่คอยช่วยเหลือ มีครอบครัวและชุมชนที่มั่นคง

องค์ประกอบที่สอง I am (ฉันเป็นคนที่...): เป็นความแข็งแกร่งภายในของบุคคล (Inner strengths) ได้แก่ เป็นบุคคลที่สามารถที่จะรัก หรือเป็นที่รักของบุคคลอื่น เป็นบุคคลที่มีความภาคภูมิใจในตนเอง มีพื้นฐานทางอารมณ์ที่ดี รู้จักเห็นอกเห็นใจ และสามารถแสดงความห่วงใยต่อคนรอบข้าง พร้อมทั้งจะรับและยกย่องผู้อื่น มีความเชื่อมั่นว่าสิ่งต่างๆ จะเปลี่ยนไปในทางที่ดี คิดว่าชีวิตนี้ยังมีความหวังเสมอ มีความศรัทธาในสิ่งศักดิ์สิทธิ์อันเป็นที่ยึดเหนี่ยวจิตใจ ฯลฯ

องค์ประกอบที่สาม I can (ฉันสามารถที่จะ...): เป็นปัจจัยด้านทักษะในการจัดการกับปัญหา และสัมพันธภาพระหว่างบุคคล (Inter personal and problem-solving skills) ได้แก่ จัดการกับปัญหาในสถานการณ์ต่างๆ ได้อย่างเหมาะสม หาทางออกหรือวิธีการใหม่ๆ ที่ใช้ในการจัดการกับปัญหาที่มีอยู่ มุ่งมั่นในงานที่ทำอยู่จนกว่าจะสำเร็จ บอกผู้อื่นได้เกี่ยวกับความคิด ความรู้สึกของตน ขอความช่วยเหลือจากใครสักคนได้ในเวลาที่ต้องการ รู้จักเลือกจังหวะเวลาและรู้กาลเทศะ

2.5.2 ความสามารถในการเผชิญและฝ่าฟันอุปสรรค

สตอลท์ซ (Stoltz, 1997, p. 6 อ้างถึงใน พระยาวี อรุณเดชาชัย, 2544) ให้ความหมายของความสามารถในการเผชิญและฝ่าฟันอุปสรรคไว้ว่า หมายถึง ความอดทน ความพากเพียรและความสามารถในการผ่านพ้นความยากลำบากโดยไม่ล้มเลิก

พระยาวี อรุณเดชาชัย (2544) ให้ความหมายของความสามารถในการเผชิญและฝ่าฟันอุปสรรคว่า หมายถึง ความสามารถของบุคคลที่จะตอบสนองต่อเหตุการณ์ต่างๆ ในยามที่ต้องเผชิญกับความทุกข์ยาก ซึ่งเป็นสิ่งที่คอยขัดขวางความปรารถนา และความสำเร็จของตน

ความสามารถในการเผชิญและฝ่าฟันอุปสรรค หรือ Adversity Quotient หรือ AQ (2556) ให้ข้อมูลไว้ว่า เป็นแนวคิดและทฤษฎีใหม่ที่ ดร.พอล กอร์ดอน สตอลท์ซ (Paul Gordon Stoltz) ได้ค้นพบและพัฒนาขึ้นในปี ค.ศ.1997 โดยให้ความหมายเกี่ยวกับความสามารถในการเผชิญและฝ่าฟันอุปสรรค โดยให้แนวคิดว่า คนที่มี AQ ต่ำนั้น จะต้องมีความคิดต่ออุปสรรคต่างๆ ว่าเป็นความท้าทายที่ทำให้เกิดโอกาส และโอกาสนี้ก็สามารถเป็นแนวทางที่จะทำให้ประสบความสำเร็จ ซึ่งได้มีนักวิชาการให้ความหมายของความสามารถในการเผชิญและฝ่าฟันอุปสรรคไว้ดังนี้

ความสำคัญของความสามารถในการเผชิญกับปัญหาและอุปสรรคตามแนวคิดของ สตอลท์ซ (Stoltz, 1997) ได้เสนอว่าความสามารถในการเผชิญปัญหาและอุปสรรคเป็นทฤษฎีทางวิทยาศาสตร์ที่สามารถนำมาประยุกต์ใช้ได้จริงในชีวิตประจำวัน และความสามารถในการเผชิญปัญหาและอุปสรรคเป็นสิ่งสำคัญสำหรับคนในปัจจุบัน ในการช่วยทำนายว่าบุคคลใดสามารถทนต่อความยากลำบากและสามารถเผชิญกับปัญหาและอุปสรรคได้ดี และบุคคลใดที่ไม่มีความสามารถที่จะอดทน และยอมพ่ายแพ้ต่อปัญหาและอุปสรรคต่างๆ ที่เกิดขึ้นตามทฤษฎีของความสามารถในการเผชิญกับปัญหาและอุปสรรค

คุณสมบัติของผู้ที่มีความสามารถในการเผชิญและฝ่าฟันอุปสรรค (วัฒนา บัณฑิตโร, 2552, น. 13) ได้แก่ 1) มีการตั้งเป้าหมายหรือความปรารถนาไว้แรงกล้าในสิ่งที่ต้องการไว้ล่วงหน้า (Aim) แล้วพยายามมุ่งไปยังจุดหมายนั้นให้ได้ 2) มีจิตใจเด็ดเดี่ยวเข้มแข็ง (strong-

minded) ไม่หวาดกลัวอันตราย และไม่คิดว่าตนเองเคราะห์ร้าย คนที่มี strong minded จะอ่อนโยนแต่ไม่อ่อนแอ 3) มีความมั่นใจในตนเอง (self-confidence) คือ เชื่อว่าตนเองจะกระทำในสิ่งที่หวังไว้จนสำเร็จ 4) มีพลังอำนาจของความคิดและพลังจิตอันแรงกล้า (Will-power) คล้ายกับการมี strong-minded แต่ต่างกันที่ strong-minded เป็นเครื่องมือที่ต่อต้านหรือต่อสู้กับความยากลำบาก ส่วน Will-power เป็นเครื่องมือที่จะนำสู่จุดหมายที่ต้องการ

ในระยะเริ่มแรกนั้น สดอลทัซ และนักวิชาการหลายๆคน ได้เน้นเรื่องของความสามารถในการเผชิญและฟันฝ่าอุปสรรคว่าเป็นคุณสมบัติประกอบที่สำคัญในตัวบุคคลที่ส่งผลให้การทำงานประสบผลสำเร็จได้ คนที่มีความสามารถในการเผชิญปัญหาและฟันฝ่าอุปสรรคที่ดีนั้น ต้องมีแนวคิดเกี่ยวกับการเผชิญและฟันฝ่าอุปสรรคในด้านที่ดี คือมองว่าอุปสรรคเป็นสิ่งที่ท้าทาย ที่มนุษย์ที่มีความสามารถได้ใช้ความคิด และสติปัญญาที่มีอยู่ในตัวของทุกคนในการฟันฝ่าอุปสรรค โดยเฉพาะในช่วงชีวิตที่ประสบกับภาวะวิกฤต การปรับตัวในการเผชิญปัญหาที่แตกต่างกัน ตลอดจนมีการพัฒนาความสามารถในการเผชิญปัญหาและอุปสรรคของบุคคลด้วยวิธีการต่างๆ เพื่อให้บุคคลมีแนวคิดที่ดี มีความเข้มแข็งอดทน และสามารถต่อสู้กับปัญหาต่างๆ ในชีวิตได้

ในทางพุทธศาสนา ได้ให้ความหมายของความ วัริยะ ซึ่งมีความหมายใกล้เคียงกับความสามารถในการเผชิญและฟันฝ่าอุปสรรค ไว้ว่า วัริยะ หมายถึง พลังความเข้มแข็งของจิตใจ ที่จะเดิน ที่จะก้าวต่อไป ถึงจะเผชิญอุปสรรค ความยุ่งยาก ความลำบาก ถึงจะเป็นงานหนักหรือมีภัย ก็ไม่ครั่นคร้าม ไม่หวั่นหวาด ไม่กลัว ใจสู้ ไม่ท้อถอย และไม่ท้อแท้ มีกำลังใจ ประคับประคองใจของตนเองไว้ไม่ให้ท้อถอย เป็นองค์ประกอบที่จะทำให้สำเร็จ (พระพรหมคุณาภรณ์ ป.อ.ปยุตโต, 2557)

2.6 แนวคิดเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคมะเร็งและครอบครัว และการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง

2.6.1 แนวคิดเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคมะเร็งและครอบครัว

เฟอร์เรน และคณะ (ในวงจันทร์ เพชรพิเชษเชียร, 2554, น. 82) ให้ความหมายของคุณภาพชีวิตว่า (Quality of life) ไว้ว่า หมายถึง การรับรู้ความผาสุก ความพึงพอใจหรือไม่พึงพอใจของชีวิต ในด้านต่างๆ ที่บุคคลนั้นคิดว่ามีผลสำคัญสำหรับตน เน้นด้านสุขภาพ และการทำหน้าที่ด้านจิตใจ จิตวิญญาณ ด้านครอบครัว ตลอดจนด้านสังคมและเศรษฐกิจ

จากการศึกษาของมากาเร็ต แอล สตูลเบอร์ก (Stuber, 1996, pp. 481-493) พบว่าการรักษาด้วยวิธีการปลูกถ่ายไขกระดูก เป็นวิธีการที่ผู้ป่วยต้องทนกับความเจ็บปวด (Schmid et al., 2006, p. 144) และทุกข์ทรมานจากการทำหัตถการ เช่นการเจาะไขกระดูก และจากภาวะแทรกซ้อนของยาเคมีบำบัดที่ได้รับ การแยกจากบิดามารดาในบางขณะที่เราเริ่มแรกต้องทำการ

รักษา การเจ็บป่วยของสมาชิกในครอบครัว และโดยเฉพาะผู้ป่วยที่ยังเป็นเด็กย่อมมีผลกระทบต่อพ่อแม่และญาติใกล้ชิดในทุกด้าน (วินัย สุวตติ, 2542)

การรักษาโรคมะเร็งไม่ว่าการรักษาเบื้องต้น เพื่อให้โรคสงบ ด้วยการฉายรังสีรักษา การผ่าตัด และยาเคมีบำบัด หรือรักษาให้หายขาดด้วยการปลูกถ่ายเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดโลหิตก็ยังไม่สามารถรับรองผลได้ร้อยเปอร์เซ็นต์ ส่วนใหญ่รักษาได้สำเร็จและมีอัตราการรอดชีวิตที่สูงมากขึ้น โดยมีรายงานว่าผู้ป่วยโรคมะเร็งที่สามารถมีชีวิตอยู่รอดถึง 5 ปี ประมาณร้อยละ 60 โดยที่ผู้ที่รอดชีวิตเหล่านี้จะต้องเผชิญกับผลข้างเคียงของการรักษา อย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ แต่ปฏิเสธไม่ได้ที่บางคนเสียชีวิต แม้ว่ามนุษย์ทุกคนเกิดมาย่อมต้องตาย ผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งก็เช่นเดียวกันเมื่อถึงจุดที่การรักษาโรคมะเร็งไม่ได้ผล หรือไม่สามารถควบคุมโรคมะเร็งได้ การรักษาแบบประคับประคอง (palliative care) การยืดชีวิต(prolonging life) หรือการยุติการรักษา (withholding/withdrawing of life-sustaining treatment) ซึ่งจำเป็นต้องมีการนำมาใช้แตกต่างกันหลากหลายวิธี ขึ้นกับการตัดสินใจของผู้ป่วย บิดามารดา และแพทย์ที่รักษา รวมทั้งการใช้ยาแก้ปวด ยานอนหลับ เพื่อลดอาการเจ็บปวดของผู้ป่วยเมื่อมีอาการปวดรุนแรง ในระยะท้ายๆ ของการดูแลผู้ป่วย (วงจันทร์ เพชรพิเชษเชียร, 2554, น. 317)

ในความเจ็บป่วยของผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็ง บิดามารดาหรือผู้เลี้ยงดูคือตัวแทนผู้ป่วยเด็กในทุกด้าน ในการเจ็บป่วยของบุตรได้ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของบิดามารดาผู้ทำหน้าที่ผู้ดูแลบุตรเป็นอย่างมากเช่นกัน ทั้งคุณภาพชีวิตด้านร่างกาย จิตใจ จิตวิญญาณ และสังคม ทำให้กินไม่ได้หรือนอนไม่หลับ จิตใจมีความทุกข์ใจและวิตกกังวล มีความกลัว ความหวาดหวั่นเกรงจะสูญเสียลูกอันเป็นที่รักไป และเมื่อลูกเกิดภาวะแทรกซ้อนที่ไม่พึงประสงค์จากการรักษา พ่อแม่จะมีความกังวลและพยายามดูแลรักษาอย่างสุดความสามารถ นอกจากนี้ยังส่งผลกระทบต่อภาวะเศรษฐกิจของครอบครัว ค่าใช้จ่ายที่จำเป็นต่างๆ ที่ผู้ปกครองรับผิดชอบ คุณภาพชีวิตของบุตรที่เจ็บป่วยและพ่อแม่และบุคคลในครอบครัว จึงเสมือนเป็นหนึ่งเดียวกัน และส่งผลต่อกันและกันอย่างไม่อาจแยกได้ (วงจันทร์ เพชรพิเชษเชียร, 2554, น. 267-273)

สมาชิกในครอบครัวที่มีบุตรป่วยเป็นโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวทุกครอบครัวมักมีความ ท้อแท้ วิตกกังวล เกรงว่าผู้ป่วยจะเจ็บปวดทรมานจากการติดเชื้อต่างๆ เกรงว่าจะมีการลุกลามของโรคนทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิต มีความเครียด การคิดล่วงหน้าในสิ่งที่ร้ายแรงทำให้บิดามารดา และญาติผู้ดูแลใกล้ชิดเกิดความเครียดสูงได้ (Rodrigue et al., 1997, pp. 478-486, Fife et al., 1987, pp. 159-168) ส่งผลให้มีคุณภาพชีวิตที่ไม่ดีของบิดามารดา การใช้ระยะเวลารักษาที่เนิ่นนาน มีค่าใช้จ่ายสูง ในครอบครัวที่มีฐานะไม่ดีต้องใช้เวลาอันยาวนานเพื่อเก็บเงินออมไว้เป็นค่าปลูกถ่ายฯและค่าอุปกรณ์การแพทย์อื่นๆ แม้ในบางครอบครัวมีฐานะการเงินดีแต่หาผู้บริจาคที่มีเซลล์

เม็ดโลหิตตรงกับผู้ป่วยไม่ได้จำเป็นต้องรอคอยการรักษาเป็นเวลานาน (สรชัย โกดิรัมย์, 2555) ถึงแม้สามารถเบิกค่ารักษาได้โดยใช้สิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า หรือสิทธิข้าราชการ แต่ยังมีค่าใช้จ่ายบางส่วนที่ไม่สามารถเบิกได้ เช่น ค่าตรวจเลือดเพื่อหาการเข้ากันของเนื้อเยื่อที่เรียกว่า HLA matching ที่บางครั้งต้องทำการตรวจมากกว่า 1 ครั้ง ครอบครัวสามารถใช้สิทธิได้เพียงครั้งเดียวที่ทำการตรวจผลและประสบความสำเร็จ ความเครียดจากการรอคอยเพื่อเข้ารับการรักษาเนื่องจากในปัจจุบันมีโรงพยาบาลของรัฐและเอกชนที่มีศักยภาพในการรักษามากขึ้นแต่ก็ยังไม่เพียงพอกับจำนวนผู้ป่วยที่ยังรอคอยการรักษาอยู่ และถึงแม้จะได้เซลล์ต้นกำเนิดมาใช้รักษาได้แต่ยังมีผลข้างเคียงจากการรักษาที่อาจมีความรุนแรงมากน้อยแตกต่างกัน ทั้งในระยะสั้นและระยะยาว และอาจถึงขั้นเสียชีวิตได้เช่นกัน (กลีบสไบ สรรพกิจ, 2548)

บิดามารดาที่ดูแลบุตรด้วยความตั้งใจและทุ่มเททุกสิ่งในชีวิตให้กับบุตรเพื่อรักษามารดาให้หายขาดจากโรคที่เป็นอยู่ เป็นการดูแลซึ่งเกินความคาดหมาย การดูแลด้วยความรักและความเสียสละอย่างยิ่งใหญ่ที่บิดามารดาสามารถทำให้กับบุตรได้ ส่งผลต่อความรู้สึกของบิดามารดาในระยะสุดท้าย เมื่อพบว่าบุตรไม่ประสบความสำเร็จในการรักษา หรือเกิดภาวะแทรกซ้อนที่ไม่อาจคาดเดาได้ บิดามารดาจะไม่มีความรู้สึกโทษตนเอง หรือเสียใจที่ไม่ได้ให้การดูแลที่ดีแก่บุตร นั้นหมายถึงการมีคุณภาพชีวิตด้านจิตวิญญาณ (spiritual well-being) ของบิดามารดาอย่างเหมาะสม

2.6.2 การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง

การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง (Palliative Care) หมายถึง การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ที่ไม่สามารถรักษาให้หายได้ และคาดว่าจะมีชีวิตเหลืออยู่น้อยกว่า 1 ปี อย่างระมัดระวัง (พรทวิ ยอดมงคล, 2556)

ผู้ป่วยระยะสุดท้ายหมายถึง ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยแล้วว่า สภาพการป่วยไข้เป็นระยะลุกลาม เรื้อรัง หรือเข้าสู่ระยะท้ายๆ ของโรค ซึ่งไม่มีวันรักษาให้หายได้ โดยมากจะมีชีวิตอยู่ได้น้อยกว่า 1 ปี

แนวคิดในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง หมายถึง การดูแลทางการแพทย์ การพยาบาลทุกชนิด รวมทั้งการดูแลด้านจิตใจ สังคม และความต้องการของผู้ป่วย เป็นแนวทางในการดูแลที่ให้ความสำคัญ เพื่อการบรรเทาความเจ็บปวดที่เกิดขึ้น ตลอดจนการดูแลครอบครัวของผู้ป่วยจากความโศกเศร้า เนื่องจากการสูญเสียผู้ป่วยต่อไป ครอบคลุมทั้งการดูแลด้านจิตใจของผู้ป่วยและญาติ ให้สามารถเผชิญหน้ากับเสี้ยววินาทีสุดท้ายของชีวิตอย่างปราศจากความกลัว และความวิตกกังวลอย่างมีศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์

สิ่งสำคัญในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ได้แก่ การให้ผู้ป่วยได้ทำในสิ่งที่ต้องการหรือค้างคาใจ รวมถึงความฝืนในชีวิตให้สำเร็จสมปรารถนา เนื่องจากสิ่งที่ค้างคาใจเหล่านี้จะทำให้ผู้ป่วยรู้สึกทรมานทรมาน หรือจมอยู่ในความทุกข์รวมถึงการดูแลด้านร่างกาย การเตรียมสภาพแวดล้อมภายในบ้านเพื่อให้ผู้ป่วยกลับมาพักอาศัยอย่างสงบสุขในช่วงท้ายของชีวิต การให้อาหาร การดูแลความสะอาดของร่างกาย การเคลื่อนไหวร่างกาย การพลิกตัวเพื่อป้องกันแผลกดทับ การดูแลระบบขับถ่าย และหากิจกรรมเพื่อให้ผู้ป่วยได้มีการผ่อนคลาย ผู้ดูแลต้องมีการเรียนรู้วิธีการดูแล มีการวางแผนการดูแลร่วมกับแพทย์และพยาบาล รวมทั้งการดูแลด้านจิตใจ และจิตวิญญาณของผู้ป่วย

ศาสนาเป็นเครื่องยึดเหนี่ยวจิตใจของมนุษย์ แต่ละศาสนามีแนวทางหรือคำสอนแตกต่างกัน หลายศาสนาเชื่อว่า การตายดี หรือการตายอย่างสงบและมีสติเป็นเรื่องสำคัญ ซึ่งครอบครัวสามารถส่งเสริมสภาพแวดล้อมและสภาพจิตใจให้กับผู้ป่วยได้ ความเชื่อตามหลักศาสนา เป็นสิ่งที่ช่วยคลายความทุกข์ได้ เช่น ศาสนาคริสต์และอิสลามเชื่อว่าผู้ตายจะได้ไปอยู่กับพระเจ้า หลักสำคัญของศาสนาพุทธคือ การทำความดี ละเว้นความชั่ว ทำจิตใจให้ผ่องใส และเห็นว่าการเกิด การแก่ การเจ็บ การตาย เป็นทุกข์ เป็นสิ่งที่หลีกเลี่ยงไม่ได้ ประเทศไทยเป็นพุทธศาสนิกายเถรวาท มีหลักธรรม 3 หมวดใหญ่ๆ ที่ใช้ทำความเข้าใจกับสิ่งต่างๆ ได้แก่ 1)ไตรลักษณ์ อันได้แก่ อนิจจัง (ความไม่เที่ยงแท้แน่นอน) ทุกขัง (ความทุกข์) อนัตตา (ความไม่ใช่ตัวไม่ใช่ตน) อันเป็นลักษณะของสรรพสิ่งในโลก 2)กฎแห่งกรรม อันได้แก่ ความเชื่อที่ว่า การกระทำใดๆ ก็ตามล้วนล้วนมีผลสืบเนื่องทั้งสิ้น ไม่ว่ากรรมฝ่ายดีหรือกรรมฝ่ายชั่ว และ 3) มงคลสูตร อันได้แก่ หลักคำสอนของพระพุทธเจ้า เป็นเรื่องของคุณธรรมที่นำไปสู่ความเจริญก้าวหน้า (พรทวี ยอดมงคล, 2556)

จะเห็นได้ว่าการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของครอบครัว เป็นงานหนัก บางครั้งผู้ดูแลมักเครียดและเกิดอาการเจ็บป่วยไปด้วย ดังนั้นผู้ดูแลจึงต้องมีความพร้อมทางด้านร่างกายและจิตใจด้วยเช่นกัน เพื่อทำหน้าที่อันสำคัญนี้ ผู้ดูแลหลายคนมักให้ความสำคัญกับการดูแลผู้ป่วยมากกว่าตนเอง จนทำให้ตนเองมีปัญหา นอนไม่หลับ พักผ่อนไม่เพียงพอ ขาดการออกกำลังกายทำให้ร่างกายเสื่อมโทรมลง ดังนั้นผู้ดูแลควรวางโอกาสในการผ่อนคลายหรือทำกิจกรรมอื่นๆ

3. งานวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research)

อารีวรรณ อ่วมตานี (2549) ได้ให้ความหมายของการวิจัยเชิงคุณภาพว่า เป็นการวิจัยที่แสวงหาความจริงในสภาพที่เป็นอยู่โดยธรรมชาติ (Naturalistic inquiry) ซึ่งเป็นการสอบสวนมองภาพรวมทุกมิติ (Holistic perspective) ด้วยตัวผู้วิจัยเอง เพื่อหาความสัมพันธ์ของปรากฏการณ์ที่

สนใจในสภาพแวดล้อมนั้น โดยให้ความสำคัญกับข้อมูลที่เป็นความรู้สึกนึกคิด และความหมายที่มนุษย์ให้ต่อสิ่งแวดล้อมต่างๆ รอบตัว ซึ่งมักใช้วิธีการสัมภาษณ์หรือสังเกต เพื่อให้ได้มาซึ่งข้อมูลที่เป็นความรู้สึก นึกคิด ของผู้ให้ข้อมูลในปรากฏการณ์ที่นักวิจัยสนใจ

การทำวิจัยเชิงคุณภาพอาจแบ่งได้เป็น 2 แบบ (ในชาย โพธิ์สิตา, 2556) ได้แก่

การวิจัยเชิงคุณภาพแบบดั้งเดิม: โดยการศึกษาปรากฏการณ์ที่เป็นธรรมชาติ นักวิจัยเป็นเพียงผู้สังเกตการณ์แบบมีส่วนร่วม (participiant observer) ใช้วิธีการเก็บข้อมูลได้หลายวิธีเพื่อให้สามารถเข้าถึงข้อมูลเชิงลึก เช่น การสังเกต การสัมภาษณ์แบบสนทนาเจาะลึก การสนทนากลุ่ม โดยมากนักวิจัยติดต่อกับกลุ่มคนหรือพื้นที่ที่ศึกษาต่อเนื่อง เป็นเวลานาน มักเรียกการวิจัยชนิดนี้ว่าการวิจัยแบบชาติพันธุ์วรรณา หรือการวิจัยทางสังคมวิทยา

การวิจัยเชิงคุณภาพแบบประยุกต์: เน้นการใช้ข้อมูลเชิงคุณภาพที่ได้จากการสัมภาษณ์เชิงลึก (in-depth interview) หรือการสนทนากลุ่ม (focus group discussion) นักวิจัยไม่ได้เข้าไปสังเกตการณ์ในกลุ่มคน หรือชุมชนที่ตนศึกษาเป็นเวลานานๆ

การวิจัยเชิงคุณภาพนั้นมีวิธีการวิจัยที่แตกต่างจากการวิจัยประเภทอื่นๆ หลายประการ ซึ่งผู้ที่ต้องการทำวิจัยเชิงคุณภาพต้องเรียนรู้ และพัฒนาตนเอง (นิรนาท แสนสา, 2554, น. 6-8) พอสรุปได้ดังนี้

1. มุ่งเน้นทำความเข้าใจในปรากฏการณ์ที่ศึกษา วัตถุประสงค์ของการวิจัยเชิงคุณภาพเพื่อทำความเข้าใจกับความรู้สึกนึกคิดของบุคคล วิเคราะห์กระบวนการที่เกิดขึ้นในแต่ละช่วงเวลา และสิ่งที่บุคคลตีความต่อสิ่งต่างๆ สิ่งสำคัญคือการทำทำความเข้าใจมุมมองของผู้ถูกวิจัยที่เรียกว่า “มุมมองของคนใน” ซึ่งแตกต่างจาก “มุมมองของคนนอก”

2. นักวิจัยถือว่าเป็นเครื่องมือสำคัญอันดับแรกและถือว่าเป็นเครื่องมือที่สำคัญที่สุด เนื่องจากการทำความเข้าใจเป็นเป้าหมายของการวิจัย และมนุษย์เท่านั้นที่มีความสามารถในการประยุกต์ปรับเปลี่ยนทั้งการเก็บรวบรวมข้อมูลและการวิเคราะห์ข้อมูล ตรวจสอบความถูกต้องและตีความได้

3. สร้างความรู้ด้วยกระบวนการอุปนัย เมื่อนักวิจัยได้ดำเนินการเก็บข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูลสร้างเป็นข้อสรุปในรูปแบบต่างๆ เช่น เป็นมโนทัศน์ (Concept) สมมติฐาน (Hypothesis) หรือทฤษฎี (Theory) กระบวนการดังกล่าวนี้เป็นกระบวนการสร้างความรู้แบบอุปนัย (Inductive) ซึ่งมีวิธีนิรนัย (Deductive) ที่ทดสอบสมมติฐานตามแนวคิดของนักปติฐานนิยม (Positivist)

4. มุ่งเน้นการพรรณนาอย่างละเอียดลุ่มลึก คือการพรรณนาอย่างละเอียดลุ่มลึก (Rich Description) ซึ่งนักวิจัยเชิงคุณภาพจะต้องใช้ทั้งคำ และภาพแทนตัวเลข ต้องมีการพรรณนาอย่างละเอียด ครอบคลุมทุกประเด็น

5. การเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposeful) ซึ่งเป็นกลุ่มตัวอย่างเล็กๆ ที่ผู้วิจัยพบแล้วว่าสามารถให้ข้อมูลและเรื่องราวต่างๆ ที่ต้องการได้ ข้อมูลที่ได้ไม่สามารถอ้างอิงไปยังกลุ่มประชากรอื่นได้

6. การใช้เวลาในสนามการศึกษา เป็นลักษณะพิเศษของการวิจัยเชิงคุณภาพที่ผู้วิจัยจะใช้เวลาในสนามการศึกษา (Field of study) เพื่อการเก็บข้อมูลให้ได้ในทุกมิติและเพียงพอในการนำมาวิเคราะห์

7. มีความยืดหยุ่น การออกแบบงานวิจัยมีความยืดหยุ่น และปรับเปลี่ยนได้ตามสถานการณ์ที่ปรากฏ เป็นการตอบสนองต่อเงื่อนไขที่เปลี่ยนแปลงในการศึกษา และสิ่งที่พบในการวิจัย

ตารางที่ 2.1 ลักษณะสำคัญของการวิจัยเชิงคุณภาพ แยกตามความสำคัญตามรูปแบบการทำวิจัย

ระเบียบวิธีการวิจัย	ลักษณะเนื้อหาของการวิจัยเชิงคุณภาพ
จุดมุ่งหมาย	มุ่งทำความเข้าใจเชิงลึก
กลุ่มตัวอย่าง	มีขนาดเล็กและเลือกแบบเจาะจง โดยคำนึงถึงความเหมาะสมกับเรื่องที่ศึกษาและคำถามการวิจัยเป็นหลัก
ข้อมูล	ใช้ข้อมูลเชิงคุณภาพ หรือข้อมูลเชิงพรรณนา มีรายละเอียดมากและลงลึก (rich, extensive, contextual)
กระบวนการวิจัย	นักวิจัยติดต่อใกล้ชิดกับผู้ถูกศึกษา
การวิเคราะห์ข้อมูล	วิเคราะห์เนื้อหา ไม่ใช้สถิติวิเคราะห์ (โดยเฉพาะ inferential statistics) พัฒนามโนทัศน์และแนวคิดขึ้นมาจากข้อมูล มีการพรรณนารายละเอียดและมองรูปแบบและหาความสัมพันธ์ของข้อมูล และตีความ (interpret) โดยอาศัยตรรก หรือความสมเหตุสมผลเป็นหลัก

ที่มา: ชาย โพธิ์สิตา (ม.ป.ป.)

วิธีการเก็บข้อมูลในการวิจัยเชิงคุณภาพ (ชาย โพธิ์สิตา อ้างถึงใน พิษณุสินี ชมพุกำ และ พิมพ์ทอง สัตถุพิพงค์, 2552, น. 8-16) ในการวิจัยเชิงคุณภาพ วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล (เครื่องมือ) ซึ่งเน้นวิธีการที่ช่วยให้เข้าถึงข้อมูลเชิงลึก (in-dept) และถูกต้อง (relevance) เป็นสำคัญ สามารถเลือกวิธีการเก็บข้อมูลสามารถยืดหยุ่นได้ตามความเหมาะสม โดยคำนึงถึงบริบททางสังคม

ลักษณะประชากร เน้นวิธีการที่สามารถทำให้ผู้วิจัยได้ใกล้ชิดและได้สร้างสัมพันธภาพกับผู้ให้ข้อมูลและสามารถได้ข้อมูลที่ลึกและสมบูรณ์ การเก็บรวบรวมข้อมูลจะใช้วิธีเดียวหรือหลายวิธีร่วมกันก็สามารถทำได้ การเก็บรวบรวมข้อมูลจากเอกสาร เป็นการเก็บข้อมูลเมื่อเริ่มแรกของการทำวิจัย โดยการศึกษาเรื่องราวที่จะทำการวิจัยอย่างละเอียด เพื่อเป็นข้อมูลในการตัดสินใจเลือกประเด็นปัญหาที่ต้องการศึกษา เรื่องราวที่ควรรู้ เพื่อความเข้าใจในสิ่งที่ต้องการศึกษาให้มากขึ้น เป็นแนวทางที่ใช้ในการสัมภาษณ์ รวมทั้งใช้เป็นแนวทางในการวิเคราะห์ข้อมูล วิธีการที่ใช้ในการเก็บข้อมูลได้แก่ 1) การสังเกต (observation) 2) การสัมภาษณ์ (interview) แบบเป็นทางการ (formal interview) และไม่เป็นทางการ (informal interview) 3) การสนทนากลุ่ม (Focus group discussion)

การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ คือการนำเอาข้อมูลที่เก็บรวบรวมไว้มารวบรวมให้เป็นระบบ แยกแยะองค์ประกอบ ให้ความหมายกับข้อมูล จัดหมวดหมู่ความหมายของข้อมูล เชื่อมโยง และหาความสัมพันธ์ขององค์ประกอบของข้อมูล วิเคราะห์และสรุปรวบรวมความหมาย ซึ่งก่อนการวิเคราะห์ควรมีการตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลวิจัยเชิงคุณภาพที่เรียกว่าการตรวจสอบข้อมูลสามเส้า (Triangulation) (Denzin, 1970 อ้างถึงใน พิชญ์สินี ชมพุดำ และพิมพ์ทอง สังสุทธิพงศ์, 2552, น.14) โดยมีการแบ่งออกเป็น 3 ประเภทดังนี้ 1) การตรวจสอบสามเส้าด้านข้อมูล (data triangulation) เพื่อดูว่าข้อมูลที่ได้มานั้นมีความเหมือนกับข้อมูลที่ได้จากแหล่งอื่นหรือไม่ ถ้าเหมือนแสดงว่ามีความเชื่อถือได้สูง 2) การตรวจสอบสามเส้าด้านผู้วิจัย (investigator triangulation) เน้นการเก็บข้อมูลจากผู้วิจัยบุคคลอื่นๆ ว่าได้ข้อมูลเหมือนกันหรือต่างกัน เพื่อเป็นการยืนยัน 3) การตรวจสอบสามเส้าด้านทฤษฎี (theory triangulation) เน้นการตรวจว่าถ้าใช้ทฤษฎีหลากหลาย ข้อมูลที่ได้มาเป็นไปในทิศทางเดียวกันหรือไม่ ไม่ว่าจะเป็นทฤษฎีใดมาใช้ ข้อมูลที่พบยังเหมือนกันแสดงว่าข้อมูลนั้นมีความถูกต้อง

สำหรับงานวิจัยเชิงคุณภาพความเที่ยงตรงของเครื่องมือ (instrumental validity) (จริยา เสดบุตร, 2535) หมายถึง ความเที่ยงตรงของผู้วิจัยและผู้ให้ข้อมูลหลัก (key informants) ในการถ่ายทอดเรื่องราวจากภาคสนาม ซึ่งจะขึ้นอยู่กับประสบการณ์ของแต่ละบุคคล งานจึงมีความเที่ยงตรงเชิงประจักษ์ และความเที่ยงตรงชนิดนี้เป็นพื้นฐานของความเที่ยงตรงเชิงคุณลักษณะ ซึ่งเป็นหัวใจสำคัญของการวิจัยเชิงคุณภาพ

การวิจัยเชิงคุณภาพผู้วิจัยต้องระวังเรื่องปัญหาด้านจริยธรรมในเกือบทุกขั้นตอน (นิรนาท แสนสา, 2554, น. 28-31) ผู้วิจัยต้องปกปิดแหล่งข้อมูลไว้เป็นความลับ (Confidentiality) ไม่ใช่ชื่อจริงของผู้ให้ข้อมูลอย่างเคร่งครัด (Anonymity) อย่างเคร่งครัด การนำเสนอข้อมูลควรใช้ชื่อสมมติแทนชื่อจริง

การเขียน และบรรยาย ความคิด หรือหัวข้อที่สกัดได้ จัดหมวดหมู่ การจัดระบบนี้อาจไม่เสร็จในครั้งเดียว อาจต้องทำหลายครั้ง เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ดี ผลที่สกัดได้ควรนำไปตรวจสอบกับผู้ให้ข้อมูลอีกครั้งเพื่อการสกัดใหม่ที่เกี่ยวข้องเท็จจริงมากที่สุด (คารณิ จงอุดมการณ์, 2555)

ในการวิจัยในครั้งนี้ผู้วิจัยได้เลือกการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative research) แนวปรากฏการณ์วิทยา (phenomenology) ที่จะสามารถถ่ายทอดเรื่องราวต่างๆที่เกิดขึ้นในช่วงชีวิตของมารดาผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวที่ได้รับการรักษาด้วยวิธีการปลูกถ่ายเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดโลหิต มาเป็นแนวทางในการศึกษาปัญหาเรื่องเกี่ยวกับจิตใจของมารดาผู้ป่วยได้อย่างลึกซึ้ง ซึ่งนับว่าเหมาะสำหรับการศึกษาในครั้งนี้

4. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

จากการศึกษาเอกสาร และทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับสภาพจิตใจ ของ มารดา ครอบครัว หรือ ผู้ดูแลหลัก ของผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวชนิดเฉียบพลัน ทั้งก่อนและหลังได้รับการรักษาด้วยวิธีการปลูกถ่ายเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดโลหิตทั้งในประเทศและต่างประเทศ ในสิ่งที่เกิดขึ้นทั้ง ด้านอารมณ์ ความวิตกกังวล ความเครียด และวิธีการเผชิญปัญหา ตลอดจนความรู้สึกนึกคิดต่างๆ ที่เกิดขึ้น ตั้งแต่รับรู้ว่าเป็นบุตรป่วยเป็นโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว จนกระทั่งได้รับการรักษาด้วยการปลูกถ่ายเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดโลหิต พบว่ามีการศึกษาไว้ ดังนี้

อัจฉริยา ปทุมวัน (2001) ศึกษาในผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็ง ซึ่งได้แก่บิดามารดา ซึ่งร้อยละ 60 เป็นมะเร็งเม็ดเลือดขาวและระบบน้ำเหลือง เป็นงานวิจัยเชิงคุณภาพ พบว่าการเผชิญความไม่แน่นอนของผู้ดูแล เป็นกระบวนการทางจิตสังคมและจิตวิญญาณ ที่เกิดขึ้นตามธรรมชาติ โดยที่ผู้ดูแลจะมีการเผชิญกับความรู้สึกไม่แน่นอน แบ่งออกเป็น 3 ระยะ ได้แก่ ระยะที่ 1 เป็นระยะของการค้นหาความหมายของโรคมะเร็งที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย ที่เริ่มตั้งแต่พบอาการผิดปกติจนกระทั่งเข้ารับการรักษา ระยะที่ 2 เป็นระยะของการทำใจยอมรับกับการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น ระยะนี้ผู้ดูแลต้องใช้ความพยายามอย่างมากในการต่อสู้กับความรู้สึกทุกข์ทรมานกับความกลัวที่อาจต้องสูญเสียผู้เป็นที่รักไป และอาจต้องยอมรับกับความตายที่อาจเกิดขึ้น ระยะที่ 3 เป็นระยะที่ต้องใช้ชีวิตอยู่กับความไม่แน่นอนในเรื่องโรค และความไม่แน่นอนอื่นๆ เช่นการกลับเป็นซ้ำ ซึ่งเป็นสิ่งที่มารดาต้องทำใจและยอมรับ

นันทพร เจริญผล (2548) ศึกษาความเครียดและพฤติกรรมการดูแลบุตรของบิดามารดาที่มีบุตรป่วยเป็นโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ เป็นการศึกษาเชิงปริมาณ เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเครียดและพฤติกรรมการดูแลบุตรของบิดามารดา

ที่มีบุตรป่วยเป็นโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวที่เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ และเปรียบเทียบความแตกต่างของปัจจัยด้านเพศ อายุ สถานภาพ รายได้ ระดับการศึกษา ลักษณะครอบครัว ระยะเวลาการดูแลและการสนับสนุนทางสังคม กลุ่มตัวอย่างที่ใช้เป็นบิดามารดาเด็กโรคมะเร็งที่พาบุตรมารักษาที่โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ จำนวน 96 คน เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง เก็บข้อมูลด้วยวิธีการสัมภาษณ์ ผลการศึกษาพบว่า บิดามารดาที่มีบุตรป่วยเป็นมะเร็งเม็ดเลือดขาวส่วนใหญ่มีความเครียดในระดับน้อย มีพฤติกรรมการดูแลบุตรอยู่ในระดับดี ความเครียดมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลบุตร อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p = < 0.05$ และพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีสถานภาพสมรส ลักษณะครอบครัว และการสนับสนุนทางสังคม ต่างกัน มีระดับความเครียดที่ต่างกัน การสนับสนุนทางสังคมที่ต่างกันส่งผลให้มารดามีพฤติกรรมการดูแลบุตรที่ต่างกัน สำหรับปัจจัยด้าน เพศ อายุ รายได้ ระดับการศึกษา และระยะเวลาที่ดูแลบุตรที่ต่างกัน ส่งผลให้มารดาที่มีความเครียดและพฤติกรรมการดูแลบุตรไม่แตกต่างกัน

เกศรา เสนางาม (2006) ศึกษาปัจจัยทำนายการเผชิญความเครียดของมารดาเด็กป่วยโรคมะเร็งในประเทศไทย เก็บข้อมูลในระยะ 4-6 สัปดาห์ และ ในระยะ 4-6 เดือน หลังจากเด็กได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคมะเร็ง กลุ่มตัวอย่างจำนวน 76 คน เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสอบถามด้านความเครียด วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ ผลการศึกษาพบว่าภาวะสุขภาพของมารดา แหล่งสนับสนุนทางสังคม และความเครียดของมารดา สามารถทำนายการเผชิญความเครียดของมารดาเด็กป่วยโรคมะเร็งในระยะ 4-6 สัปดาห์ หลังจากเด็กได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคมะเร็งได้ร้อยละ 42 ภาวะสุขภาพของมารดาและแหล่งสนับสนุนทางสังคม สามารถร่วมทำนายการเผชิญความเครียดของมารดาได้ร้อยละ 22 นอกจากนี้ภาวะสุขภาพของมารดา ความเครียดและความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเองของมารดา สามารถทำนายการเผชิญความเครียดของมารดาได้ร้อยละ 44 และภาวะสุขภาพของมารดาสามารถทำนายการเผชิญความเครียดของมารดาได้ ร้อยละ 21

สาวิตรี สารพล (2552) ศึกษาการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบเกี่ยวกับวิธีการช่วยเหลือผู้ดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็ง เป็นการศึกษาเพื่อทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบมีวัตถุประสงค์เพื่อสรุปหลักฐานเชิงประจักษ์เกี่ยวกับวิธีการช่วยเหลือผู้ดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็ง สืบค้นวรรณกรรม ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2540 ถึง พ.ศ. 2549 ประเมินคุณภาพงานวิจัยโดยใช้แบบประเมินคุณภาพงานวิจัยด้วยแบบสกัดข้อมูล ผลการสืบค้นได้พบวรรณกรรมจำนวน 18 เรื่อง พบว่าวิธีการช่วยเหลือผู้ดูแล สรุปได้เป็น 2 หมวด คือ หมวดแรกเป็นวิธีการที่มุ่งเน้นการส่งเสริมความสามารถในการดูแลผู้ป่วย และหมวดที่สอง เป็นวิธีการที่มุ่งเน้นส่งเสริมสุขภาพผู้ดูแล งานวิจัยจำนวน 15 เรื่องรายงานประสิทธิผลของวิธีการส่งเสริมความสามารถของผู้ดูแล ได้แก่ การสนับสนุนความรู้และข้อมูล การฝึกทักษะ การให้คำปรึกษา และการสนับสนุนการแก้ไขปัญหา วิธีการช่วยเหลือทั้งหมดมีเนื้อหา

สาระที่คล้ายคลึงกัน โดยครอบคลุมการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็ง มีการวัดผลลัพธ์ที่แตกต่างกันออกไป ได้แก่ การเพิ่มความสามารถในการดูแล การลดความตึงเครียด ลดปฏิกิริยาตอบสนองทางด้านลบจากการจัดการกับอาการ ลดความรู้สึกเป็นภาระ เพิ่มสมรรถนะแห่งตน และเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ดูแล งานวิจัยจำนวน 3 เรื่อง ศึกษาวิธีการส่งเสริมสุขภาพผู้ดูแล โดยหนึ่งเรื่องศึกษาเปรียบเทียบผลของการสัมผัสด้วยการนวดต่อความวิตกกังวล ความซึมเศร้า และความเหนื่อยล้า งานเรื่องที่ 2 ศึกษาผลของกิจกรรมงานสร้างสรรค์ศิลปะต่อความเครียด ความวิตกกังวล และผลกระทบทางจิตอารมณ์ด้านบวกในผู้ดูแล งานวิจัยชิ้นสุดท้าย รายงานผลการศึกษาการนอนหลับโดยการฝึกการผ่อนคลาย การให้ความรู้เกี่ยวกับวงจรการนอนหลับ ผลการวิจัยพบว่าไม่มีนัยสำคัญทางสถิติต่อคุณภาพการนอน ความซึมเศร้า และคุณภาพชีวิต

การศึกษาของ ลาส และ โกลเทนเนส (Bob F. Last & Martha A Grootenhuys, 1992) ได้ทำการศึกษาเรื่อง อารมณ์ วิธีการเผชิญปัญหา และความต้องการของครอบครัวผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งพบว่า บิดามารดาและบุตร มีความรู้สึกทุกข์ทรมานด้วยกันทั้งสองฝ่าย โดยเฉพาะบิดามารดามีความรู้สึกทุกข์ทรมานใจจากความรู้สึกกลัวที่จะต้องสูญเสียบุตรไป และพบว่าทั้งบิดามารดา และบุตรต่างมีปัญหาด้านอารมณ์และความรู้สึกเช่นกัน

การศึกษาของ บราวน์ และคณะ (Brown et al., 1992) ได้ทำการศึกษา เรื่องสภาพจิตใจและบทบาทของครอบครัวที่มีบุตรป่วยเป็นโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวชนิดเฉียบพลัน ในผู้ป่วยเด็ก 55 คน เป็นการศึกษาในลักษณะ cross-section เก็บข้อมูล 3 ระยะ ได้แก่ เก็บข้อมูลตั้งแต่เริ่มวินิจฉัย 1 ปีหลังการวินิจฉัย และหลังการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดครบ 1 ปี ผลการศึกษาพบว่า วิธีการแก้ไขปัญหที่เกิดขึ้นในแต่ละครอบครัวใช้ ได้แก่ การแก้ไขที่ตัวปัญหา การใช้วิธีการคิดในด้านที่ดี และมีการติดต่อสื่อสารที่ดี

เจมีส์ อาร์ ลอดิกัล และคณะ (Rodrigue et al., 1997, pp. 478-486) ศึกษาในมารดาผู้ป่วยเด็กที่ได้รับการปลูกถ่ายไขกระดูก และการปลูกถ่ายอวัยวะ ซึ่งเป็นการศึกษาในระยะยาว เกี่ยวกับความเครียด การเผชิญความเครียด และการรับรู้ในภาระหน้าที่ของครอบครัว กลุ่มตัวอย่างเป็นมารดาผู้ป่วยเด็กจำนวน 27 คน ที่ได้รับการเปลี่ยนถ่ายอวัยวะ เช่นตับ ไต และหัวใจ และการปลูกถ่ายไขกระดูก โดยมารดาได้รับการเตรียมความพร้อมก่อนที่บุตรจะได้รับการปลูกถ่าย ติดตามเก็บข้อมูลภายหลังการปลูกถ่ายฯเมื่อระยะเวลาผ่านไป 1 เดือน และ 6 เดือน พบว่าระดับความเครียดของมารดามีการเพิ่มมากขึ้น ปัญหาที่พบได้แก่ ปัญหาทางการเงิน ปัญหาภาระผู้ดูแล และครอบครัวมีความเครียดดำรงอยู่นานหลายเดือน วิธีการเผชิญความเครียดของมารดาโดยการพยายามประคับประคองชีวิตครอบครัว และทำความเข้าใจและยอมรับต่อสถานการณ์ที่ต้องรักษา

ซารอน แมนน์ และคณะ (Manne et al., 2003, pp. 1055-1068) ได้ทำการศึกษา เรื่อง อาการซึมเศร้า และวิธีการเผชิญความซึมเศร้า ของมารดาผู้ป่วยเด็กระหว่างการปลูกถ่ายไขกระดูก และภายหลังการปลูกถ่ายไขกระดูก กลุ่มตัวอย่างเป็นมารดาผู้ป่วยเด็กที่ได้ทำการปลูกถ่ายฯ จำนวน 207 คน เก็บข้อมูลได้เพียงร้อยละ 73 เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบเก็บข้อมูลส่วนบุคคล และข้อมูล ด้านการรักษาที่ได้รับ ตั้งแต่ปี ค.ศ. 1998 ถึง ค.ศ. 2002 โดยทำการเก็บข้อมูลหลังการรักษา 3 เดือน และ 6 เดือน แปลผลเป็นกราฟแสดงระดับความซึมเศร้า และศึกษาวิธีการเผชิญความซึมเศร้าของ มารดา ผลที่ได้พบว่า มารดาผู้ป่วยเด็กที่ได้รับการปลูกถ่ายไขกระดูก ใช้วิธีการยอมรับและใช้อารมณ์ขันมาช่วยเพื่อลดอาการซึมเศร้า ยังพบว่ามีการใช้เครื่องมือที่มีแอลกอฮอล์เพิ่มมากขึ้น และมีการใช้ความคิดเชิงบวกและศาสนามาช่วยเยียวยาจิตใจ ในทางกลับกันพบว่าอาการซึมเศร้าของมารดาเกิดขึ้นจากการคาดการณ์ในสิ่งที่ร้ายแรงไปก่อนล่วงหน้า

อีแวนเจีย แพททีเยอร์ (Patistea, 2005, pp. 283-296) ได้ศึกษาพฤติกรรมการเผชิญความเครียดของบิดาและมารดา ที่มีบุตรป่วยเป็นมะเร็งเม็ดเลือดขาว เพื่อศึกษาวิธีการเผชิญความเครียดที่บิดาและมารดาใช้ กลุ่มตัวอย่างเป็น มารดา จำนวน 41 คน และ บิดาจำนวน 30 คน เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสำรวจชนิดปลายเปิดและปลายปิด ที่ครอบคลุมเกี่ยวกับพฤติกรรมการเผชิญความเครียด ผลที่ได้พบว่าบิดามารดาส่วนใหญ่รู้ว่าเป็นสถานการณ์ที่ร้ายแรง กลวิธีที่ครอบครัวยุช่วยในการเผชิญปัญหา ได้แก่ การมีความหวัง ความหวังต่อการรักษา การประคับประคองสถานภาพชีวิตครอบครัว การใช้ความคิดในด้านดีที่ทำให้มีความหวัง ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างทั้งหมดมีการเผชิญความเครียดที่ดี ส่วนเพศ และสถานภาพสมรสที่แตกต่างกัน ส่งผลให้การเผชิญความเครียดแตกต่างกัน

แฮนเน่ เบอการ์ด ลาเซน และคณะ (Larsen et al., 2013, p.302-310) ได้ทำการศึกษา สภาพสังคม เศรษฐกิจ และสภาวะทางจิตใจของบิดามารดาที่มีบุตรอยู่ระหว่างการปลูกถ่ายเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดโลหิต เป็นการวิเคราะห์ผลของโปรแกรมการดูแลในเชิงคุณภาพ กลุ่มตัวอย่างเป็นบิดามารดาผู้ป่วยเด็ก จำนวน 25 คน ติดตามผลเป็นระยะเวลา 100 วันหลังการปลูกถ่ายฯ ซึ่งมีจำนวน 21 คน ที่ยังคงติดตามต่อ ผลที่ได้พบว่า ปัญหาที่เกิดขึ้นกับพ่อแม่เด็กป่วยที่ได้รับการปลูกถ่ายฯ มี 3 ด้าน ได้แก่ ปัญหาทางด้านอารมณ์และความเครียด ปัญหาการเปลี่ยนแปลงของชีวิตครอบครัวประจำวัน และปัญหาด้านการเงินและค่าใช้จ่าย การศึกษานี้เพื่อใช้เป็นแนวทางในการดูแลบิดามารดาเด็กที่ประสบกับปัญหาต่างๆ ได้แก่ ปัญหาครอบครัวที่มีผู้ดูแลเป็นบิดาหรือมารดาเพียงคนเดียว บิดามารดาที่มีการศึกษาน้อย มีรายได้น้อย มีแหล่งสนับสนุนทางสังคมน้อย มีปัญหาการเจ็บป่วยด้านร่างกายและจิตใจ และปัญหาด้านจริยธรรม พบว่ามีครอบครัวที่มีปัญหาที่รุนแรง 6 ราย แต่ละรายมีปัญหาเกิน 4 ปัญหา ซึ่งรวมทั้งด้านร่างกายและจิตใจที่ต้องได้รับการช่วยเหลือ

จากการศึกษาเกี่ยวกับสภาพจิตใจของครอบครัว บิดา มารดา ผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวหลังการปลูกถ่ายที่ได้พบเป็นการศึกษาในต่างประเทศเกือบทั้งหมด พบว่า มีการศึกษาเรื่องเกี่ยวกับคุณภาพชีวิต (quality of life) การปรับตัว(adaptation) ความเครียด ความวิตกกังวลและการเผชิญความเครียด(stress /anxiety and coping) และ post traumatic stress ของครอบครัว บิดา และมารดา หรือผู้ดูแลหลัก ส่วนใหญ่ที่พบเป็นการศึกษาในเชิงปริมาณมากกว่าคุณภาพ และเป็นการศึกษาในภาคตัดขวางในช่วงเวลาใดเวลาหนึ่งเท่านั้น และพบว่ามีการศึกษาด้านคุณภาพอยู่บ้าง แต่ยังไม่พบว่ามีการศึกษาในเชิงคุณภาพที่สามารถถ่ายทอด เรื่องราว รายละเอียด สภาพจิตใจความเป็นไปในชีวิตได้อย่างลึกซึ้งและต่อเนื่อง ของ บิดา มารดา หรือครอบครัว ผู้ดูแลหลัก ของผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวชนิดเฉียบพลันที่ได้รับการปลูกถ่ายเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดโลหิต ผู้ซึ่งมีประสบการณ์ตรงในเรื่องเหล่านี้มาก่อน ดังนั้นจึงทำให้ผู้วิจัยมีความสนใจที่จะศึกษาในเรื่องดังกล่าวนี้

