



ความโศกเศร้าเรื้อรังและวิธีการจัดการของบิดามารดาเด็กป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด

Chronic Sorrow and Management Strategies Among Parents of Children with Cancer Receiving Chemotherapy

อัญพัชญ์	วิวัฒน์กมลชัย พย.ม.*	Aunypat	Wiwatkamonchai	M.N.S.*
ศรียพรณ	กันธะวัง พย.ด.**	Seepan	Kantawang	D.S.N.**
จุฑารัตน์	มีสุขโข พย.ด.**	Jutarat	Mesukko	Ph.D.**

บทคัดย่อ

มะเร็งในเด็กเป็นโรคที่คุกคามต่อชีวิต และเคมีบำบัดเป็นการรักษาที่ซับซ้อน มีอาการข้างเคียง และภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง ส่งผลให้บิดามารดาเกิดความรู้สึกสูญเสียบุตร ตั้งแต่ได้รับการวินิจฉัยอันอาจนำไปสู่การพัฒนาเป็นความรู้สึกโศกเศร้าเรื้อรัง วัตถุประสงค์ของการวิจัยเชิงพรรณนาคือ อธิบายความโศกเศร้าเรื้อรัง และวิธีการจัดการของบิดามารดาเด็กป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด โดยใช้ทฤษฎีความโศกเศร้าเรื้อรัง (Eakes, Burke, & Hainsworth, 1998) เป็นกรอบแนวคิดการวิจัย กลุ่มตัวอย่างคือ บิดามารดาของเด็กป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด ในหอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ และ โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก จำนวน 65 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ แบบประเมินความโศกเศร้าเรื้อรังของบิดามารดาเด็กป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด และแบบประเมินวิธีการจัดการความโศกเศร้าเรื้อรังของบิดามารดา เด็กป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ผลการวิจัยมีดังนี้

1. บิดามารดาของเด็กป่วยโรคมะเร็งส่วนมาก (ร้อยละ 93.8) เกิดความรู้สึกแตกต่างระหว่างสิ่งที่เกิดขึ้นจริงกับสิ่งที่คาดหวังในระดับมาก ซึ่งนำไปสู่ความโศกเศร้าเรื้อรังในระดับสูง และบิดามารดาทุกรายรู้สึกเศร้า โดยร้อยละ 60 ระบุว่ารู้สึกไม่ดีมาก ๆ และทุกรายรู้สึกวิตกกังวล โดยร้อยละ 64.6 ระบุว่า รู้สึกไม่ดีมาก ๆ บิดามารดาส่วนมาก ร้อยละ 96.9 รายงานว่า ลักษณะความโศกเศร้าเรื้อรังที่เกิดขึ้นมีมากขึ้นและลดลง และรู้สึกได้ถึงผลกระทบที่มีต่อชีวิตด้านอื่น ร้อยละ 92.3 และเกินครึ่ง ร้อยละ 53.8 เชื่อว่า ความรู้สึกโศกเศร้าเรื้อรังนี้จะส่งผลกระทบต่อชีวิตตลอดไป และประมาณ 1 ใน 3 ร้อยละ 35.4 รู้สึกว่าความโศกเศร้ามีมากขึ้นกว่าระยะแรก สิ่งกระตุ้นให้บิดามารดาทุกรายเกิดความรู้สึกโศกเศร้าเรื้อรังขึ้นมาอีก คือ เมื่อบุตรเกิดความเจ็บปวดทุกข์ทรมานจากการทำหัตถการ

2. วิธีการจัดการความโศกเศร้าเรื้อรังด้วยตนเอง ในด้านการกระทำด้วยตนเองพบว่า บิดามารดาส่วนใหญ่ ร้อยละ 87.7 ใช้การปฏิบัติกิจทางศาสนาในวัด/โบสถ์ โดยร้อยละ 67.7 ระบุว่าช่วยให้รู้สึกดีขึ้นบ้าง ในด้านการจัดการกับกระบวนการคิด บิดามารดาทุกรายใช้การเผชิญกับความทุกข์นั้นทุกวัน โดยร้อยละ 67.7 ระบุว่า ช่วยให้รู้สึกดีขึ้นมาก ในด้านการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น บิดามารดาส่วนมาก ร้อยละ 95.4 ใช้การพูดคุย

* พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี เชียงใหม่

* Professional Nurse, Boromrajonani college of Nursing Chiang Mai, aunypat2@hotmail.com

** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

** Assistant Professor, Faculty of Nursing, Chiang Mai University.



กับคนใกล้ชิด โดยร้อยละ 66.2 ระบุว่า ช่วยให้รู้สึกดีขึ้นบ้าง และในด้านการจัดการกับอารมณ์ บิดามารดาทุกรายให้การร้องไห้ โดยร้อยละ 66.2 ระบุว่า ช่วยให้รู้สึกดีขึ้นบ้าง

3. วิธีการจัดการความโศกเศร้าเรื้อรังโดยการช่วยเหลือจากผู้อื่น พบว่า บิดามารดาส่วนมาก ร้อยละ 95.4 ได้รับการบอกข้อมูลเรื่องโรค ผลเลือด และแผนการรักษาจากบุคลากรทางสุขภาพ โดยร้อยละ 70.8 ระบุว่า ช่วยให้รู้สึกดีขึ้นมาก และบิดามารดาส่วนมาก ร้อยละ 95.4 ระบุว่า บุคคลในครอบครัว หรือ เพื่อน แสดงความเข้าใจในสถานการณ์ที่บุตรป่วยเป็นมะเร็งและได้รับเคมีบำบัด โดยร้อยละ 47.7 ระบุว่า ช่วยให้รู้สึกดีขึ้นมาก

ผลการวิจัยทำให้ได้ความรู้เกี่ยวกับ ความโศกเศร้าเรื้อรังและวิธีการจัดการของบิดามารดาเด็กป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด ซึ่งจะเป็นแนวทางให้ผู้สนใจทำการศึกษาวิจัยต่อในเรื่อง ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความโศกเศร้าเรื้อรังและวิธีการจัดการของบิดามารดาเด็กป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด เพื่อนำไปสู่การทำวิจัยเชิงทดลอง หรือกึ่งทดลอง เกี่ยวกับวิธีการช่วยเหลือบิดามารดาในการจัดการความโศกเศร้าเรื้อรังในขั้นตอนต่อไป

คำสำคัญ: ความโศกเศร้าเรื้อรัง วิธีการจัดการ บิดามารดาเด็กป่วยโรคมะเร็ง เคมีบำบัด

Abstract

Childhood cancer is a life threatening disease, and chemotherapy is a complex treatment having severe side effects and complications. For parents of children with cancer, these constitute feeling loss of their child since cancer diagnosis and are likely to lead to the development of chronic sorrow. The purpose of this descriptive study was to describe chronic sorrow and management strategies among parents of children with cancer receiving chemotherapy. The theory of chronic sorrow (Eakes, Burke, & Hainsworth, 1998) was used as the study framework. The study sample was 65 parents of children with cancer receiving chemotherapy in the pediatric oncology units of Maharaj Nakorn Chiang Mai Hospital and Buddhachinaraj Hospital. The research instruments used in this study were the chronic sorrow assessment tool and the chronic sorrow management strategies assessment tool. Data were analyzed using descriptive statistics. The study results were as follows.

1. Most parents of children with cancer receiving chemotherapy (93.8%) reported having disparity at high level leading to develop high level of chronic sorrow. All parents reported experiencing sadness, with 60% of them reported this was very upsetting. All parents reported experiencing anxiety, with 64.6% of them reported this was very upsetting. In terms of characteristics of chronic sorrow, most parents (96.9%) reported having ups and downs with their chronic sorrow and feeling their effects on other parts of their life (92.3%). More than a half (53.8%) believed that chronic sorrow would affect the rest of their life, and about one-third (35.4%) reported feeling more chronic sorrow than early phase. The majority of the parents (86.2%) reported that their child's pain and suffer during procedures triggered their sorrow.



2. With regards to internal management, the action management method reported by most parents (87.7%) was religious practices, with 67.6% of these parents feeling that religious practices helped them cope to some degree. All parents used the cognitive management method of facing their feelings every day, with 67.7% reporting this as a very helpful in coping. Most parents (95.4%) reported an interpersonal management method of talking with significant others, with 66.2% of these parents feeling that this helped to some degree. In addition, all parents engaged in the emotional management method of crying, of which 66.2% reported that this helped to some degree.

3. With regards to external management, most parents (95.4%) reported that receiving information regarding the disease, blood test results and treatment plan from healthcare professionals, of which 70.8% reported that this helped them a lot. Also 95.4% of parents reported a management method of having their family and friends understand their situations. Of these parents, 48.7% reported that this was very helpful with coping.

The study results provide knowledge about chronic sorrow and management strategies among parents of children with cancer receiving chemotherapy. The results can be used for further studies regarding factors associated with chronic sorrow and management strategies among these parents to contribute to the experimental or quasi-experimental research on how to help parents manage chronic sorrow in the next step.

Key words: Chronic Sorrow, Management Strategies, Parents of Children with Cancer, Chemotherapy

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

มะเร็งเป็นโรคที่รุนแรง คุกคามชีวิต และเป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตในเด็ก ในสหรัฐอเมริกา มะเร็งเป็นสาเหตุอันดับสองของการเสียชีวิตในเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปี มีอุบัติการณ์ 15 ราย ต่อประชากรเด็กหนึ่งแสนคน (American Cancer Society, 2012b) ในประเทศไทย มะเร็งเป็นสาเหตุการตายอันดับห้า ในเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปี มีอุบัติการณ์ 7.9 ราย ต่อประชากรเด็กหนึ่งแสนคน (พวงทอง ไกรพิบูลย์, 2552) เคมีบำบัดเป็นวิธีการรักษาหลักที่ใช้รักษาโรคมะเร็งในเด็ก เนื่องจากสามารถออกฤทธิ์ทำลายเซลล์มะเร็งได้มากขึ้น เพิ่มอัตราการหายจากโรค ป้องกันการดื้อยา และการกลับซ้ำของโรค การรักษาด้วยเคมีบำบัดแม้จะให้ผลดี แต่มีอาการข้างเคียงมาก และมีภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง ส่งผลกระทบต่อเด็กป่วยทั้งร่างกาย จิตใจอารมณ์ สังคมสติปัญญา ผลกระทบที่เกิดขึ้นกับเด็กป่วย ก็ส่งผลต่อบิดามารดาด้วยเช่นกัน โดยเฉพาะด้านจิตใจอารมณ์ เนื่องจาก

บิดามารดาของเด็กป่วยรับรู้ว่าโรคมะเร็งมีความรุนแรง คุกคามต่อชีวิตของเด็ก ทำให้เด็กมีอายุสั้นลง และบิดามารดาไม่เคยคิดว่าบุตรจะป่วยเป็นโรคที่มอันตรายถึงชีวิต เมื่อรับทราบผลการวินิจฉัยว่าบุตรป่วยเป็นโรคมะเร็ง ก็จะรู้สึกว่าได้สูญเสียบุตรที่มีภาวะสุขภาพดี ทำให้เกิดความแตกต่างระหว่างสิ่งที่เกิดขึ้นจริง คือ บุตรป่วยเป็นโรคมะเร็งซึ่งอาจจะเสียชีวิตในเวลาต่อมา กับสิ่งที่คาดหวังไว้ คือ บุตรของตนจะมีสุขภาพแข็งแรง เติบโตเป็นผู้ใหญ่ที่มีสุขภาพดี และ มีอนาคตที่ดี จึงเกิดความรู้สึกโศกเศร้า บิดามารดาจะรู้สึกช็อก ไม่เชื่อ โกรธ วิทก กังวล กลัว รู้สึกว่าร่างกายไม่มีแรง มึนงง สับสน รู้สึกผิด รู้สึกสูญเสีย และ โศกเศร้า ความรู้สึกนี้จะคงอยู่อย่างต่อเนื่อง ตลอดระยะการเจ็บป่วยของบุตร ร่วมกับความ รู้สึกกลัวบุตรจะเสียชีวิตอยู่ตลอดเวลา โดยที่ไม่สามารถคาดเดา หรือ ทำนายระยะเวลาที่สิ้นสุดของการดูแลและการรักษาได้ (Gordon, 2009) เมื่อมีสถานการณ์ที่กระตุ้นให้บิดามารดาเกิดความรู้สึกแตกต่างขึ้นมาอีก



ได้แก่ อาการของโรคมะเร็งที่รุนแรงขึ้น ความเจ็บปวดของ
บุตรเมื่อได้รับการทำหัตถการต่าง ๆ อาการข้างเคียง และ
ภาวะแทรกซ้อนของเคมีบำบัด การกลับเป็นซ้ำของโรค
รวมทั้งระยะเวลาในการดูแลรักษาที่ยาวนาน ทำให้บิดา
มารดาเกิดความทุกข์ใจเกิดความโศกเศร้าขึ้นมาอีกเป็น
ระยะ ๆ และอาจมีความรุนแรงเพิ่มขึ้น และกลายเป็น
ความโศกเศร้าเรื้อรังในที่สุด

ความโศกเศร้าเรื้อรังของบิดามารดาเด็กป่วยโรค
มะเร็งเมื่อเกิดขึ้น จะส่งผลกระทบต่อบิดามารดาทั้งทาง
ด้านร่างกาย จิตใจอารมณ์ และสังคม โดยบิดามารดาที่
มีความโศกเศร้าเรื้อรังจะเหนื่อยล้า หดแรงแยงอาหาร
ลดลง ทำให้น้ำหนักลด นอนไม่หลับ มีความรู้สึกกลัว รู้สึก
เหงา รู้สึกว่าความมีคุณค่าในตัวเองลดลง (Eakes, 1995)
รู้สึกอ่อนแอ ไม่นั่นคง ไม่มีความสำคัญ และรู้สึกหมดหวัง
รวมทั้งเกิดความรู้สึกผิด เพราะคิดว่าเป็นความผิดของตน
ที่ดูแลบุตรได้ไม่ดีพอ จึงทำให้บุตรเกิดความเจ็บป่วย
(Bowes, Lowes, Warner, & Gregory, 2008) นอกจากนี้
บิดามารดา ยังเกิดความมึนงง สับสน วิดกกังวล เศร้า
ใจ ไม่มีสมาธิ ไม่สนใจสิ่งแวดล้อม ความนึกคิดช้าลง ทำให้
เป็นอุปสรรคต่อการรับรู้ ส่งผลให้ความสามารถในการ
ดูแลบุตรที่เจ็บป่วยลดลง ทำให้เกิดความไม่เข้าใจเมื่อได้
รับฟังการอธิบายเรื่องโรค การรักษา และการดูแลบุตร
(Eakes, 1995; Hobdell, 2004) บิดามารดาจึงมีการ
จัดการความโศกเศร้าเรื้อรังที่เกิดขึ้น ด้วยวิธีการต่าง ๆ
ทั้งการจัดการด้วยตนเอง หรือ การจัดการโดยได้รับความ
ช่วยเหลือจากผู้อื่น เพื่อให้บรรเทาความโศกเศร้าและ
สามารถให้การดูแลบุตรได้อย่างต่อเนื่อง

เอคส์, เบอร์ก, และ เฮนสวอร์ท (Eakes, Burke,
& Hainsworth, 1998) ได้พัฒนาทฤษฎีความโศกเศร้า
เรื้อรัง จากการสังเคราะห์งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความ
โศกเศร้าเรื้อรังในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ผู้ดูแลผู้ป่วย และบิดา
มารดาของเด็กที่มีความผิดปกติทางสมอง ทางร่างกาย
และเด็กที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง โดยอธิบายว่าความโศก
เศร้าเรื้อรังเป็นการตอบสนองทางจิตใจอารมณ์ของบุคคล
เมื่อประสบกับเหตุการณ์ที่ทำให้เกิดความรู้สึกสูญเสีย
(loss) ซึ่งทำให้เกิดความรู้สึกแตกต่างอย่างมาก ระหว่าง
สิ่งที่เกิดขึ้นจริงกับสิ่งที่คาดหวังไว้ (disparity) ส่งผลให้

บุคคลเกิดความรู้สึกโศกเศร้า เมื่อบุคคลนั้นต้องเผชิญกับ
ความแตกต่างนี้อย่างต่อเนื่อง ก็ทำให้เกิดความโศกเศร้า
เรื้อรัง (chronic sorrow) ความรู้สึกที่แสดงถึงความ
โศกเศร้า ได้แก่ ไม่เชื่อในสิ่งที่เกิดขึ้น โกรธ เศร้า วิดก
กังวล รู้สึกผิด รู้สึกเจ็บปวดใจ คับข้องใจ สับสน ผิดหวัง
สิ้นหวัง รู้สึกเหมือนหัวใจจะแตกสลาย และรู้สึกทุกขเกิน
ที่จะทนไหว โดยความโศกเศร้าเรื้อรังมีลักษณะ ที่เกิดขึ้น
ตลอดเวลา (pervasive) เมื่อเกิดแล้วยังคงอยู่
(permanent) เกิดขึ้นซ้ำเป็นระยะ ๆ (periodic) และ
อาจมีความรุนแรงเพิ่มขึ้น (potentially progressive)
รวมทั้งเมื่อมีเหตุการณ์ หรือ สถานการณ์ที่เข้ามากระตุ้น
(trigger events) ทำให้เกิดความรู้สึกแตกต่างระหว่างสิ่งที่
เกิดขึ้นจริงกับสิ่งที่คาดหวัง ก็จะทำให้เกิดความรู้สึก
โศกเศร้าเรื้อรังขึ้นมาอีก เป็นวงจรต่อเนื่อง โดยไม่สามารถ
คาดเดา หรือทำนายระยะสิ้นสุดได้

ความโศกเศร้าเรื้อรังเมื่อเกิดขึ้นแล้ว บุคคลจะมีวิธี
การจัดการกับความโศกเศร้าเรื้อรังโดย จัดการกับความ
โศกเศร้าเรื้อรังด้วยตนเอง (internal management
method) และจัดการความโศกเศร้าเรื้อรังโดยได้รับการ
ช่วยเหลือจากผู้อื่น (external management method)
เพื่อให้สามารถจัดการ หรือ อยู่กับความโศกเศร้าเรื้อรัง
ที่เกิดขึ้นได้ วิธีการจัดการกับความโศกเศร้าเรื้อรังด้วย
ตนเอง มีดังนี้ 1) การจัดการโดยการกระทำด้วยตนเอง
(action management method) ได้แก่ อยู่กับสิ่งที่
ตนเองสนใจ คงไว้ซึ่งกิจกรรมที่ชอบ หรือทำเป็นประจำ
พักผ่อน และค้นหาข้อมูลจากประสบการณ์ที่เคยเกิดขึ้น
2) การจัดการทางกระบวนการคิด (cognitive
management method) ได้แก่ คิดในด้านดีของชีวิต
โดยสร้างเจตคติว่าตนเองสามารถทำได้ มีสมาธิกับสิ่งที่
กำลังทำ และทำทุกอย่างให้ดีที่สุด 3) การจัดการโดยการ
มีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น (interpersonal management
method) ได้แก่ การแลกเปลี่ยนข้อมูล และประสบการณ์
กับบุคคลที่อยู่ในสถานการณ์คล้ายกัน การพูดคุยกับคน
ใกล้ชิด หรือคนที่ไวใจ และ 4) การจัดการกับอารมณ์
(emotional management method) ได้แก่ การ
ร้องไห้ การระบายความรู้สึก ส่วนวิธีการจัดการความโศก
เศร้าเรื้อรังโดยการช่วยเหลือจากผู้อื่น คือ การที่บุคลากร



ทางสุขภาพ และบุคคลในครอบครัว หรือเพื่อนของบุคคล
ที่เกิดความโศกเศร้าเรื้อรัง ปฏิบัติแล้วช่วยให้บุคคลนั้น
สามารถจัดการหรือบรรเทา ความโศกเศร้าเรื้อรังที่เกิด
ขึ้นด้วยการ ให้ความรู้กับบุคคลนั้นได้พูดระบายความรู้สึก
โดยรับฟังด้วยความเข้าใจ รับรู้สิ่งที่เกิดขึ้นด้วยความใส่ใจ
ยอมรับความรู้สึกของบุคคลโดยแสดงความเห็นใจ
สอบถามความต้องการ เสนอความช่วยเหลือ และให้
ข้อมูลที่ถูกต้องเหมาะสมกับบุคคลนั้น เพื่อให้สามารถ
ยอมรับความรู้สึกสูญเสีย และความแตกต่างระหว่างสิ่ง
ที่เกิดขึ้นจริงกับสิ่งที่คาดหวังไว้ ก็จะช่วยบรรเทาความ
รู้สึกโศกเศร้าเรื้อรังลงได้บ้าง (Eakes, Burke, &
Hainsworth, 1998) แต่หากไม่สามารถจัดการกับความ
โศกเศร้าเรื้อรังได้อย่างมีประสิทธิภาพ ความโศกเศร้า
เรื้อรังก็จะเพิ่มความรุนแรงจนอาจกลายเป็นความเจ็บ
ป่วยทางจิตเวช เช่น โรคซึมเศร้าได้ (Eakes, 1995)

ผลการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ไม่พบ
รายงานการศึกษาเกี่ยวกับ ความโศกเศร้าเรื้อรังและวิธี
การจัดการความโศกเศร้าเรื้อรังของบิดามารดาเด็กป่วย
โรคมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด แต่พบผลการศึกษาวិธีการ
จัดการความโศกเศร้าเรื้อรังของบิดามารดาเด็กป่วยโร
คมะเร็งอื่น ได้แก่ บิดามารดาเด็กป่วยโรคโลหิตจาง ชนิด
ซิกเกิลเซลล์ (Nothington, 2000) บิดามารดาเด็กป่วย
โรคลมชัก (Hobdell et al., 2007) และบิดามารดาเด็ก
ป่วยโรคเบาหวาน (Bowes et al., 2008) โดยพบว่า บิดา
มารดามีวิถีจัดการโดยพยายามควบคุมความรู้สึกโศกเศร้า
และความตึงเครียดไว้ รักษาความมีคุณค่าในตัวเองให้คง
อยู่ คิดในแง่ดี เรียนรู้การอยู่กับเด็กป่วยโดยไม่คาดหวัง
หรือ คาดเดาเกี่ยวกับโรค ผลการรักษา และค้นหาข้อมูล
ต่าง ๆ ด้วยตนเอง บอกเล่าความรู้สึกกับคนใกล้ชิด คนที่
ไวใจ หรือสมาชิกในครอบครัว เพื่อหาแนวทางปฏิบัติร่วม
กัน มีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์กับบิดามารดาของเด็ก
ป่วยรายอื่น ที่เป็นโรคเดียวกัน และปฏิบัติตามความเชื่อ
ทางศาสนาที่นับถือ (Bowes et al., 2008; Hobdell et
al., 2007) ร่วมกับการได้รับความช่วยเหลือจากพยาบาล
โดยการรับฟังด้วยความใส่ใจ แสดงการยอมรับในความ
รู้สึกโศกเศร้าโดยไม่ซ้ำเติม เสนอแนะแนวทางในการ
จัดการกับความโศกเศร้าและให้ข้อมูลเกี่ยวกับการดูแล

บุตร (Nothington, 2000) โดยพบว่า หากบิดามารดา
ได้รับการช่วยเหลือจากพยาบาลตั้งแต่เริ่มมีความโศก
เศร้า ก็จะช่วยให้สามารถจัดการกับความโศกเศร้าเรื้อรัง
ได้ดีมากขึ้น ผลการศึกษาดังกล่าว ให้นำแนวทางในการ
ศึกษาวิธีการจัดการความโศกเศร้าเรื้อรังในบิดามารดา
เด็กป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด

ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษา ความโศกเศร้า
เรื้อรังและวิธีการจัดการของบิดามารดาเด็กป่วยโร
คมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด โดยใช้ทฤษฎีความโศกเศร้าเรื้อรัง
ของ เอกส์, เบอร์ก, และ เฮนสวอร์ธ (Eakes, Burke, &
Hainsworth, 1998) เป็นกรอบทฤษฎีในการวิจัย เพื่อ
ให้ได้ความรู้เกี่ยวกับความโศกเศร้าเรื้อรังของบิดามารดา
เด็กป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด และวิธีการจัดการ
กับความโศกเศร้าเรื้อรังที่เกิดขึ้น ทั้งการจัดการด้วย
ตนเองและการจัดการโดยการช่วยเหลือจากผู้อื่น แล้วนำ
ผลการวิจัยนี้ไปใช้เป็นข้อมูลพื้นฐาน ในการศึกษาวิจัย
เกี่ยวกับ ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความโศกเศร้าเรื้อรังและวิธี
การจัดการของบิดามารดาเด็กป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับเคมี
บำบัดต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาความโศกเศร้าเรื้อรังของบิดามารดา
เด็กป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด
2. เพื่อศึกษาวิธีการจัดการความโศกเศร้าเรื้อรังด้วย
ตนเองของบิดามารดาเด็กป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด
3. เพื่อศึกษาวิธีการจัดการความโศกเศร้าเรื้อรัง
ของบิดามารดาเด็กป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด โดย
การช่วยเหลือจากผู้อื่น

คำถามที่ใช้ในการวิจัย

1. ความโศกเศร้าเรื้อรังของบิดามารดาเด็กป่วย
โรคมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัดเป็นอย่างไร มีมากน้อยเพียงใด
2. วิธีการจัดการความโศกเศร้าเรื้อรังด้วยตนเอง
ของบิดามารดาเด็กป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัดมี
อะไรบ้าง
3. วิธีการจัดการความโศกเศร้าเรื้อรังของบิดา
มารดาเด็กป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด โดยการช่วย
เหลือจากผู้อื่นมีอะไรบ้าง



กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

การศึกษาความโศกเศร้าเรื้อรังและวิธีการจัดการของบิดามารดาเด็กป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด ในครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้ทฤษฎีความโศกเศร้าเรื้อรังของ เอกส์, เบอร์เกอร์, และ เฮนสวอร์ท (Eakes, Burke, & Hainsworth, 1998) เป็นกรอบทฤษฎีการวิจัย กล่าวคือ บิดามารดาที่มีบุตรเจ็บป่วยเป็นโรคมะเร็งและได้รับเคมีบำบัด เกิดความรู้สึกสูญเสียบุตรที่มีภาวะสุขภาพดี ทำให้เกิดความรู้สึกแตกต่างระหว่าง สิ่งที่เกิดขึ้นจริง คือ บุตรป่วยเป็นโรคมะเร็ง ซึ่งเป็นโรคที่มีความรุนแรง คุกคามต่อชีวิต และอาจเสียชีวิตได้ กับสิ่งที่บิดามารดาคาดหวังไว้ว่า บุตรจะมีภาวะสุขภาพดี มีอนาคตที่ดี ส่งผลให้บิดามารดาเกิดความโศกเศร้าเรื้อรัง ซึ่งความรู้สึกที่แสดงถึงความโศกเศร้า ได้แก่ ไม่เชื่อ ในสิ่งที่เกิดขึ้น เศร้า วิตกกังวล โกรธ รู้สึกผิด สับสน ผิดหวัง สิ้นหวัง รู้สึกเหมือนหัวใจจะแตกสลาย และ รู้สึกทุกข์เกินที่จะทนไหว ความโศกเศร้าเรื้อรัง มีลักษณะที่สำคัญ คือ เป็นความรู้สึกที่เกิดขึ้นตลอดเวลา คงอยู่ถาวร เกิดซ้ำเป็นระยะ ๆ และอาจมีความรุนแรงเพิ่มขึ้น และเมื่อบุตรเกิดอาการเปลี่ยนแปลงจากความรุนแรงของโรค อาการข้างเคียง และภาวะแทรกซ้อนจากเคมีบำบัด กระตุ้นให้เกิดความแตกต่างระหว่างสิ่งที่เกิดขึ้นจริงกับสิ่งที่คาดหวัง ทำให้เกิดความรู้สึกโศกเศร้าขึ้นมาอีก เป็นวงจรต่อเนื่อง ตลอดระยะเวลาดูแลบุตร โดยที่ไม่สามารถคาดการณ์ระยะสิ้นสุดได้ บิดามารดามีวิธีการจัดการความโศกเศร้าเรื้อรังโดย 1) การจัดการด้วยตัวเอง ได้แก่ การจัดการโดยการกระทำด้วยตนเอง การจัดการกับกระบวนการคิด การจัดการโดยการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น และการจัดการกับอารมณ์ และ 2) การจัดการโดยการช่วยเหลือจากผู้อื่น คือการที่บุคลากรทางสุขภาพ บุคคลในครอบครัว และเพื่อนของบิดามารดาเด็กป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด ที่เกิดความโศกเศร้าเรื้อรัง ได้ปฏิบัติแล้วช่วยให้บิดามารดาสามารถจัดการ หรือบรรเทาความโศกเศร้าเรื้อรังที่เกิดขึ้นด้วยการ ให้ความกอดกับบิดามารดาได้พูดระบายความรู้สึก โดยรับฟังด้วยความเข้าใจ รับรู้สิ่งที่เกิดขึ้นด้วยความใส่ใจ ยอมรับความรู้สึกของกับบิดามารดาโดยแสดงความเห็นใจ สอบถามความต้องการ เสนอความช่วยเหลือ

และให้ข้อมูลที่ถูกต้องเหมาะสม เพื่อให้บิดามารดา ยอมรับความรู้สึกสูญเสียและความแตกต่างระหว่างสิ่งที่เกิดขึ้นจริงกับสิ่งที่คาดหวังไว้ ก็จะช่วยลดความรู้สึกโศกเศร้าเรื้อรังลงได้บ้าง

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาวิจัยเชิงพรรณนา (descriptive research) เพื่อศึกษาความโศกเศร้าเรื้อรังและวิธีการจัดการของบิดามารดาเด็กป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด ประชากรที่ศึกษา คือ บิดามารดาของเด็กป่วยโรคมะเร็ง ที่เด็กป่วยมีอายุต่ำกว่า 15 ปี และได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดในโรงพยาบาลตติยภูมิ กลุ่มตัวอย่าง คือ บิดามารดาของเด็กป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด ในหอผู้ป่วยกุมารเวชกรรมของโรงพยาบาลมหาสารคามเชิงใหม่ และโรงพยาบาลพุทธชินราชพิษณุโลก ตั้งแต่เดือนกันยายน ถึง ธันวาคม พ.ศ. 2556 กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 50 ของประชากร จากจำนวนประชากรเฉลี่ยต่อปีของสองโรงพยาบาลรวมได้ 130 ราย คิดเป็นกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 65 ราย แบ่งตามสัดส่วนประชากรของโรงพยาบาลมหาสารคามเชิงใหม่ ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 49 ราย และ โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก จำนวน 16 ราย โดยคัดเลือกคุณสมบัติกลุ่มตัวอย่าง คือ เป็นบิดา หรือมารดาของเด็กป่วยโรคมะเร็งที่เคยได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดอย่างน้อย 1 รอบ ของระยะชักนำให้โรคสงบ และสามารถสื่อสารภาษาไทยโดยการพูดและการฟังได้อย่างเข้าใจ

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลการวิจัย คือ 1) แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของบิดามารดา และเด็กป่วย ได้แก่ ข้อมูลทั่วไป และข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งของเด็ก 2) แบบประเมินความโศกเศร้าเรื้อรัง มีข้อคำถาม จำนวนรวม 21 ข้อ ประกอบด้วย ข้อคำถามในการประเมิน 4 ด้าน ได้แก่ ด้านความแตกต่างระหว่างสิ่งที่เกิดขึ้นจริงกับสิ่งที่คาดหวัง มีข้อคำถามจำนวน 4 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 2 ระดับ คือ ใช่ (2 คะแนน) และไม่ใช่ (1 คะแนน) การแปลผลคะแนน แบ่งเป็น 3 ระดับ คือ มาก ปานกลาง น้อย โดยใช้ค่าอันตรภาคชั้น ด้านความรู้สึกที่



แสดงถึงความโศกเศร้า จำนวน 5 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบเลือกตอบ 4 ระดับ คือ เกิดขึ้นและทำให้รู้สึกไม่ดีมาก ๆ เกิดขึ้นและทำให้รู้สึกไม่ดีบ้าง เกิดขึ้นแต่ไม่ทำให้รู้สึกไม่ดี และไม่เกิดขึ้น ด้านลักษณะของความโศกเศร้ารื้อรัง จำนวน 4 ข้อ และด้านสิ่งที่กระตุ้นให้เกิดความรู้สึกโศกเศร้ารื้อรังขึ้นมาอีก จำนวน 7 ข้อ และมีข้ออื่น ๆ ให้เลือกตอบได้แบบไม่จำกัดอีก 1 ข้อ ลักษณะข้อคำถามของทั้งสองด้านนี้ เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 2 ระดับ คือ ใช่ (2 คะแนน) และไม่ใช่ (2 คะแนน) 3) แบบประเมินวิธีการจัดการความโศกเศร้ารื้อรังของบิดามารดาเด็กป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด มีข้อคำถามรวม 26 ข้อ ประกอบด้วย วิธีการจัดการความโศกเศร้ารื้อรังด้วยตนเอง จำนวน 14 ข้อ และ วิธีการจัดการความโศกเศร้ารื้อรังโดยการช่วยเหลือจากผู้อื่น จำนวน 12 ข้อ โดยลักษณะข้อคำถามทั้ง 2 วิธี เป็นแบบเลือกตอบเป็นมาตราส่วน 4 ระดับ คือ ได้ทำและช่วยให้รู้สึกดีขึ้นมาก ได้ทำและช่วยให้รู้สึกดีขึ้นบ้าง ได้ทำแต่ไม่ช่วยอะไร และไม่ได้ทำ

แบบประเมินที่ใช้เป็นเครื่องมือนี้ ปรับมาจากแบบประเมินความโศกเศร้ารื้อรัง และวิธีการจัดการความโศกเศร้ารื้อรัง (Eakes & Burke, 2003) ที่แปลเป็นภาษาไทยด้วยวิธีแปลย้อนกลับ โดย ศรีพรรณ กันธวัง (2556) โดยผู้วิจัยปรับเนื้อหาให้เหมาะสมกับบิดามารดาเด็กป่วยโรคมะเร็ง และได้รับการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาของ 1) แบบประเมินความโศกเศร้ารื้อรัง เท่ากับ 0.91 และค่าความเชื่อมั่นโดยรวมเท่ากับ 0.82 และค่าความเชื่อมั่นรายด้านของ ความแตกต่างระหว่างสิ่งที่เกิดขึ้นจริงกับสิ่งที่คาดหวังเท่ากับ 0.84 ความรู้สึกที่แสดงถึงความโศกเศร้ารื้อรังเท่ากับ 0.70 ลักษณะของความโศกเศร้ารื้อรังเท่ากับ 0.84 และ สิ่งที่กระตุ้นให้เกิดความโศกเศร้ารื้อรังขึ้นมาอีกเท่ากับ 0.79 2) แบบประเมินวิธีการจัดการความโศกเศร้ารื้อรังได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ 0.96 และ ค่าความเชื่อมั่นโดยรวมเท่ากับ 0.86 โดยค่าความเชื่อมั่นของวิธีการจัดการความโศกเศร้ารื้อรังด้วยตนเองเท่ากับ 0.82 และค่าความเชื่อมั่นของวิธีการจัดการความโศกเศร้ารื้อรังโดยการช่วยเหลือจากผู้อื่นเท่ากับ 0.88

ภายหลังจากได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ และ คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยของโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ 2 แห่ง คือ โรงพยาบาลมหาราชนคร- เชียงใหม่ และโรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก ผู้วิจัยดำเนินการวิจัยโดยมีการพิทักษ์กลุ่มตัวอย่าง ด้วยการชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย วิธีการรวบรวมข้อมูล ขอความยินยอมเข้าร่วมวิจัย เมื่อบิดามารดาในกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมวิจัย ก็ให้ลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัยอย่างเป็นทางการลายลักษณ์อักษร และผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยเก็บข้อมูลส่วนบุคคลของเด็กป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัดบางส่วนจากแฟ้มข้อมูล และแจกแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของบิดามารดา แบบประเมินความโศกเศร้ารื้อรัง และแบบประเมินวิธีการจัดการความโศกเศร้ารื้อรังในบิดามารดาของเด็กป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด ให้บิดามารดาในกลุ่มตัวอย่างเขียนตอบคำถาม ใช้เวลาในการตอบแบบประเมินทั้งหมดประมาณ 10-15 นาที หลังจากเก็บรวบรวมข้อมูลครบ ผู้วิจัยตรวจสอบความครบถ้วนและความสมบูรณ์ของข้อมูลในแบบประเมินแต่ละชุด แล้วนำไปวิเคราะห์ด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์ โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา

ผลการวิจัย

บิดามารดาของเด็กป่วยโรคมะเร็งที่เป็นกลุ่มตัวอย่างจำนวน 65 ราย พบว่า ร้อยละ 78.5 เป็นมารดา ร้อยละ 46.1 มีอายุมากกว่า 30-40 ปี ร้อยละ 81.5 มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 53.9 และส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 96.9 ร้อยละ 26.1 และ ร้อยละ 21.5 ประกอบอาชีพเกษตรกรกรรม และรับจ้าง ตามลำดับ ร้อยละ 53.8 มีรายได้เฉลี่ยของครอบครัวน้อยกว่า 10,000 บาท ต่อ เดือน โดยร้อยละ 76.9 มีรายได้ไม่เพียงพอเมื่อบุตรเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็ง และ ร้อยละ 53.9 เป็นครอบครัวเดี่ยว ร้อยละ 73.8 มีบุตรมากกว่า 1 คน และบิดามารดาร้อยละ 76.9 เคยดูแลบุตรที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมากกว่า 10 ครั้ง

ในส่วนของเด็กป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด พบว่า ร้อยละ 61.5 เป็นเพศชาย ร้อยละ 53.9 เป็นเด็กวัย



เรียน และ ร้อยละ 87.7 ภาวะเสี่ยงสูงได้รับการวินิจฉัยเป็นมะเร็งเม็ดเลือดขาว (Leukemia) โดยร้อยละ 43.6 เป็น (high risk) และ ร้อยละ 21.5 เป็น (relapsed case) ร้อยละ 40.0 มีระยะเวลาการเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งมากกว่า 1-3 ปี ร้อยละ 63.2 กำลังได้รับเคมีบำบัดในระยะควบคุมโรคให้สงบ เด็กป่วยทุกรายได้รับยาเคมีบำบัดโดยการฉีดเข้าทางหลอดเลือดดำ และ ร้อยละ 86.2 ได้รับยาโดยฉีดเข้าทางไขสันหลัง และทุกรายได้รับเคมีบำบัด 3 ชนิดขึ้นไป ร้อยละ 92.3 มีอาการข้างเคียงของเคมีบำบัด และ ร้อยละ 87.7 มีภาวะแทรกซ้อนจากเคมีบำบัด โดยร้อยละ 46.2 มีการติดเชื้อ

ผลการวิจัยพบว่าความโศกเศร้าเรื้อรังและวิธีการจัดการของบิดามารดาเด็กป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัดมีดังนี้ บิดามารดาของเด็กป่วยโรคมะเร็งส่วนมาก ร้อยละ 93.8 เกิดความรู้สึกแตกต่างระหว่างสิ่งที่เกิดขึ้นจริงกับสิ่งที่คาดหวังไว้ในระดับมาก ซึ่งทำให้เกิดความโศกเศร้าเรื้อรังในระดับสูง ส่วนบิดามารดาที่เหลือ ร้อยละ 6.2 เกิดความแตกต่างระหว่างสิ่งที่เกิดขึ้นจริงกับสิ่งที่คาดหวังไว้ในระดับปานกลางทำให้เกิดความโศกเศร้าเรื้อรังในระดับปานกลาง ในด้านความรู้สึกที่เกิดขึ้น บิดามารดาทุกรายรู้สึกเศร้า โดยร้อยละ 60 ระบุว่า รู้สึกไม่เต็มใจ และทุกรายรู้สึกวิตกกังวล โดยร้อยละ 64.6 ระบุว่า รู้สึกไม่เต็มใจ และบิดามารดาส่วนใหญ่ ร้อยละ 78.5 ระบุว่า การที่บุตรป่วยเป็นโรคมะเร็งและได้รับเคมีบำบัดทำให้พวกเขารู้สึกทุกข์เกินที่จะรับไหว โดยร้อยละ 29.2 รู้สึกไม่เต็มใจ ๑ โดยความโศกเศร้าเรื้อรังที่เกิดขึ้นกับบิดามารดาเกือบทุกราย ร้อยละ 96.9 มีลักษณะขึ้น ๆ ลง ๆ โดยบิดามารดาส่วนมาก ร้อยละ 92.3 รู้สึกได้ถึงผลกระทบที่มีต่อชีวิตด้านอื่น และบิดามารดาเกินครึ่ง ร้อยละ 53.8 เชื่อว่าความรู้สึกโศกเศร้าเรื้อรังนี้จะส่งผลกระทบตลอดชีวิตตลอดไป และประมาณ 1 ใน 3 ร้อยละ 35.4 รู้สึกว่า ความโศกเศร้ามีมากขึ้นกว่าระยะแรก สิ่งกระตุ้นให้บิดามารดาทุกรายเกิดความรู้สึกโศกเศร้าเรื้อรังขึ้นมามาก คือ เมื่อบุตรเกิด ความเจ็บปวดทุกข์ทรมานจากการทำหัตถการ รองลงมา คือ บุตรมีภาวะแทรกซ้อนจนต้องเลื่อนการให้เคมีบำบัด ร้อยละ 86.2 และเมื่อคิดถึงทุกสิ่งที่จะต้องกระทำในตอนนี้ ร้อยละ 80.0 ตามลำดับ

วิธีการจัดการความโศกเศร้าเรื้อรังด้วยตนเองของบิดามารดา ในด้านการกระทำด้วยตนเอง พบว่า บิดามารดาส่วนใหญ่ร้อยละ 87.7 ใช้การปฏิบัติกิจทางศาสนา โดยร้อยละ 67.7 ระบุว่า ช่วยให้รู้สึกดีขึ้นบ้าง และและส่วนใหญ่ ร้อยละ 73.8 ใช้วิธีสวดมนต์ โดยร้อยละ 50.8 ระบุว่าช่วยให้รู้สึกดีขึ้นบ้าง ในด้านการจัดการกับกระบวนการคิด บิดามารดาทุกรายใช้การเผชิญกับความรูสึกนั้นทุกวัน โดยร้อยละ 67.7 ระบุว่าช่วยให้รู้สึกดีขึ้นมาก และส่วนใหญ่ ร้อยละ 93.8 ใช้วิธีการบอกตัวเองว่า “เราสามารถทำได้” โดยร้อยละ 53.8 ระบุว่า ช่วยให้รู้สึกดีขึ้นบ้าง รวมทั้งใช้วิธีการคิดในด้านดี ร้อยละ 93.8 โดยร้อยละ 53.8 ระบุว่า ช่วยให้รู้สึกดีขึ้นบ้าง ในด้านการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น บิดามารดาส่วนมาก ร้อยละ 95.4 ใช้การพูดคุยกับคนใกล้ชิด โดยร้อยละ 66.2 ระบุว่า ช่วยให้รู้สึกดีขึ้นบ้างและใช้วิธีการพูดคุยกับบิดามารดาของเด็กป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัดรายอื่น ร้อยละ 93.8 โดยร้อยละ 61.5 ระบุว่า ช่วยให้รู้สึกดีขึ้นบ้าง ในด้านการจัดการกับอารมณ์ บิดามารดาทุกรายใช้การร้องไห้ โดยร้อยละ 66.2 ระบุว่า ช่วยให้รู้สึกดีขึ้นบ้างและส่วนใหญ่ ร้อยละ 96.9 ใช้วิธีการพูดคุยระบายกับคนอื่น โดยร้อยละ 73.8 ระบุว่า ช่วยให้รู้สึกดีขึ้นบ้าง

วิธีการจัดการความโศกเศร้าเรื้อรังโดยการช่วยเหลือจากผู้อื่น ในส่วนของการช่วยเหลือจากบุคลากรทางสุขภาพ พบว่า บิดามารดาส่วนมาก ร้อยละ 95.4 ได้รับการบอกข้อมูลเรื่องโรค ผลเลือด และแผนการรักษาจากบุคลากรทางสุขภาพ โดยร้อยละ 70.8 ระบุว่า ช่วยให้รู้สึกดีขึ้นมาก และได้รับการตอบคำถามตามความเป็นจริง ร้อยละ 83.1 โดยร้อยละ 43.1 ระบุว่า ช่วยให้รู้สึกดีขึ้นมาก และได้รับอนุญาตให้ถามคำถาม ร้อยละ 81.5 โดยร้อยละ 36.9 ระบุว่า ช่วยให้รู้สึกดีขึ้นมาก ในส่วนของการช่วยเหลือจากบุคคลในครอบครัว หรือเพื่อน บิดามารดาส่วนมาก ร้อยละ 95.4 ระบุว่า บุคคลในครอบครัว หรือเพื่อน แสดงความเข้าใจในสถานการณ์ที่บุตรป่วยเป็นมะเร็งและได้รับเคมีบำบัด โดยร้อยละ 47.7 ระบุว่า ช่วยให้รู้สึกดีขึ้นมาก และได้รับการหยาบย่นความช่วยเหลือ ร้อยละ 93.9 โดยร้อยละ 67.7 ระบุว่า ช่วยให้รู้สึกดีขึ้นบ้าง และรับฟังสิ่งที่บิดามารดาพูด ร้อยละ 93.8 โดย



ร้อยละ 55.4 ช่วยให้รู้สึกดีขึ้นบ้าง และให้การดูแลใส่ใจ อารมณ์ความรู้สึก ซึ่งบุคคลในครอบครัว หรือเพื่อน ปฏิบัติเท่ากับการให้การยอมรับความรู้สึกของบิดามารดา ร้อยละ 89.2 โดยร้อยละ 63.1 ระบุว่า ช่วยให้รู้สึกดีขึ้น บ้างทั้งสองวิธี และช่วยให้บิดามารดามีความคิดไปใน ด้านดี ร้อยละ 84.6 โดยร้อยละ 56.9 ระบุว่าช่วยให้รู้สึก ดีขึ้นบ้าง

การอภิปรายผล

ผลการศึกษาเกี่ยวกับความโศกเศร้าเรื้อรังพบว่า บิดามารดาเด็กป่วยโรคมะเร็งส่วนมาก มีความรู้สึกแตกต่างระหว่างที่เกิดขึ้นจริงกับสิ่งที่คาดหวังในระดับมาก ทำให้เกิดความโศกเศร้าเรื้อรังในระดับสูง ร้อยละ 93.8 ซึ่งอธิบายได้ว่า บิดามารดารับรู้ว่ามีโรคมะเร็งที่มีความรุนแรง คุณภาพชีวิตของเด็กจะทำให้เด็กอายุสั้น การรักษา มีความซับซ้อน ผลการรักษาไม่แน่นอน และอาการข้างเคียงของเคมีบำบัดรุนแรง เมื่อบิดามารดาได้รับทราบผลการวินิจฉัยโรคว่าบุตรป่วยเป็นโรคมะเร็งและต้องได้รับเคมีบำบัด ทำให้เกิดความรู้สึกสูญเสียบุตรที่มีภาวะสุขภาพดี เกรงว่าบุตรจะเสียชีวิต และเนื่องจากบิดามารดาคาดหวังว่าบุตรจะมีภาวะสุขภาพดี มีอายุยืนยาว และมีอนาคตที่ดี จึงเกิดความรู้สึกแตกต่างระหว่างสิ่งที่เกิดขึ้นจริงกับสิ่งที่คาดหวังในระดับมาก จึงรู้สึกโศกเศร้าเรื้อรังตั้งแต่รับทราบผลการวินิจฉัยโรคและตลอดระยะเวลาการเจ็บป่วย

ผลการศึกษาความรู้สึกที่บิดามารดาแสดงถึงความโศกเศร้าเรื้อรัง พบว่า บิดามารดาทุกรายเกิดความรู้สึกเศร้า โดยร้อยละ 60 รู้สึกไม่ดีมาก ๆ และทุกรายเกิดความรู้สึกวิตกกังวล โดยร้อยละ 64.6 รู้สึกไม่ดีมาก ๆ ซึ่งอธิบายได้ว่า บิดามารดารับรู้ว่ามีโรคมะเร็งมีความร้ายแรง คุณภาพชีวิต บุตรอาจจะเสียชีวิต จึงรู้สึกเศร้าและรู้สึกวิตกกังวล ซึ่งตลอดระยะเวลาที่บุตรเจ็บป่วยและได้รับเคมีบำบัด บิดามารดาได้เห็นบุตรเกิดความทุกข์ทรมานจากโรค อาการข้างเคียง และภาวะแทรกซ้อนของเคมีบำบัด รวมทั้งเกิดความเจ็บปวดจากการได้รับการทำหัตถการต่าง ๆ ยิ่งเกิดรู้สึกเศร้าและวิตกกังวลเพิ่มขึ้น (Hoven, Anclair, Samuelsson, Kogner, & Boman,

2008) เด็กป่วยส่วนใหญ่ได้รับการวินิจฉัยเป็น Leukemia ร้อยละ 87.7 โดยร้อยละ 43.6 เป็น high risk ร้อยละ 21.5 เป็น relapsed case เด็กป่วยทุกรายได้รับเคมีบำบัด 3 ชนิด ขึ้นไป เด็กป่วยส่วนใหญ่มีอาการข้างเคียงจากเคมีบำบัด ร้อยละ 92.3 และมีภาวะแทรกซ้อนจากเคมีบำบัด ร้อยละ 87.7 โดยเฉพาะมีการติดเชื้อ ร้อยละ 46.2 ซึ่งเป็นสาเหตุที่ทำให้เด็กป่วยไม่สุขสบาย ทุกข์ทรมานเพิ่มขึ้น เพิ่มความรุนแรงของโรค และเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้เกิดการเลื่อนการให้เคมีบำบัด ส่งผลให้แผนการรักษายาวนานขึ้น เสี่ยงต่อการเสียชีวิต การดื้อยา และ มีการกลับเป็นซ้ำได้มากขึ้น (American cancer society, 2011) นอกจากนี้ การที่บุตรเจ็บปวดทุกข์ทรมานเมื่อได้รับการทำหัตถการต่าง ๆ โดยเด็กป่วยทุกรายได้รับการเจาะไขกระดูก เพื่อตรวจวินิจฉัยโรค และประเมินผลการรักษาหลังการให้เคมีบำบัดแต่ละระยะ และทุกรายได้รับการให้ยาเคมีบำบัดทางหลอดเลือดดำ และส่วนใหญ่ได้รับการให้ยาเคมีบำบัดเข้าทางไขสันหลัง (ร้อยละ 86.2) ซึ่งเป็นหัตถการที่ทำให้เด็กเกิดความเจ็บปวดเด็กป่วยมักจะร้องไห้ โดยเฉพาะเด็กเล็กจะร้องไห้เสียงดัง และดิ้น ทำให้ต้องจับ ยึดตรึงไว้ตลอดระยะเวลาที่ทำหัตถการ ยิ่งทำให้บิดามารดาเกิดความรู้สึกเศร้า และวิตกกังวลเพิ่มขึ้น

ผลการศึกษาในเรื่อง ลักษณะความโศกเศร้าเรื้อรังพบว่า บิดามารดาส่วนใหญ่รู้สึกถึงความโศกเศร้าเรื้อรังที่เกิดขึ้นมีขึ้น ๆ ลง ๆ ร้อยละ 96.9 อาจเนื่องจากการที่เด็กป่วยต้องได้รับการทำหัตถการที่ทำให้เกิดความเจ็บปวดทุกข์ทรมานดังกล่าวข้างต้น โดยเฉพาะการเจาะไขกระดูกและการเจาะไขสันหลัง รวมทั้งการที่เด็กป่วยทุกรายถูกเจาะเลือดบ่อยครั้ง และให้ยาเคมีบำบัดทางหลอดเลือดดำ ทำให้หลอดเลือดดำถูกทำลาย ต้องถูกเจาะเลือด หรือ แผลเข็มซ้ำหลายครั้ง เกิดความเจ็บปวดทุกข์ทรมาน ร้องไห้ ดิ้น หรือ ร้องเอะอะโวยวาย ยิ่งกระตุ้นให้บิดามารดาทุกรายเกิดความโศกเศร้าขึ้นมาอีก แต่ในขณะที่บุตรไม่ต้องได้รับการทำหัตถการใด ๆ หรือไม่เกิดความเจ็บปวด บิดามารดาจะรู้สึกโศกเศร้าลดลง (Kars et al., 2007) และพบว่า บิดามารดาส่วนมากรู้สึกได้ถึงผลกระทบที่เกิดจากความโศกเศร้าเรื้อรังที่มีต่อชีวิต



อยู่ตลอดเวลา ร้อยละ 92.3 เนื่องจากความรู้สึกโศกเศร้า
เรื้อรังยังคงอยู่ตลอด (pervasive) ตั้งแต่ได้รับทราบผล
การวินิจฉัยว่าบุตรป่วยเป็นมะเร็ง และตลอดระยะเวลา
ที่ดูแลบุตรที่เจ็บป่วย บิดามารดาร้อยละ 53.8 เชื่อว่า
ความรู้สึกโศกเศร้าเรื้อรังนี้จะส่งผลกระทบต่อชีวิตตลอด
ไป (permanent) อาจเนื่องจาก โรคมะเร็งเป็นโรคเรื้อรัง
ต้องใช้ระยะเวลาในการรักษานาน เด็กป่วยส่วนใหญ่มี
ระยะเวลาการเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งตั้งแต่ 1 ปี ขึ้นไป
และ พบว่า บิดามารดาทุกรายเคยดูแลบุตรขณะเข้ารับ
การรักษาในโรงพยาบาล โดยร้อยละ 76.9 เคยดูแลบุตร
มากกว่า 10 ครั้ง ทำให้บิดามารดาต้องรับผิดชอบดูแล
บุตรที่เจ็บป่วยเป็นระยะเวลานาน และ บิดามารดาส่วน
หนึ่งมีความรู้สึกที่ความโศกเศร้าเรื้อรังเหล่านี้มีมากขึ้น
กว่าระยะแรก (potentially progressive) ร้อยละ 35.4
อาจเนื่องจาก เด็กป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาว ร้อยละ 43.0
เป็นภาวะเสี่ยงสูง และ ร้อยละ 21.5 มีการกลับเป็นซ้ำ ซึ่ง
มีความรุนแรงของโรค ผลข้างเคียงและภาวะแทรกซ้อน
จากเคมีบำบัดสูง บิดามารดาเคยมีประสบการณ์เกี่ยวกับ
อาการที่รุนแรงของโรคมะเร็ง อาการข้างเคียง และภาวะ
แทรกซ้อนของเคมีบำบัด ทำให้บิดามารดาของเด็กป่วย
กลุ่มนี้ทุกรายมีรู้สึกโศกเศร้าเรื้อรังมากขึ้นกว่าระยะแรก
อาจเนื่องจาก ในช่วงแรกที่บุตรเจ็บป่วย ยังมีความหวัง
ว่าบุตรอาจหายขาดจากโรคได้ แต่พอบุตรมีการกลับเป็น
ซ้ำ ทำให้รับรู้ว่าการหายขาดมีน้อยมาก จึงเกิด
ความรู้สึกวิตกกังวลว่าบุตรจะเสียชีวิตมากขึ้น ทำให้ความ
โศกเศร้ามีความรุนแรงเพิ่มขึ้น

วิธีการจัดการความโศกเศร้าเรื้อรังด้วยตนเองของ
บิดามารดาเด็กป่วยโรคมะเร็ง ในด้านการจัดการโดย
การกระทำด้วยตนเอง พบว่า บิดามารดาส่วนใหญ่ใช้การ
ปฏิบัติกิจทางศาสนาในวัด หรือโบสถ์ ร้อยละ 87.7 โดย
ร้อยละ 67.7 ระบุว่า ช่วยให้ผู้รู้สึกดีขึ้นบ้าง อาจเนื่องมา
จากบิดามารดาส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 96.9
เมื่อได้ทราบผลการวินิจฉัยโรคว่าบุตรป่วยเป็นโรคมะเร็ง
จึงเกิดความรู้สึกวิตกกังวลว่าบุตรจะเสียชีวิต ต้องการที่
ยึดเหนี่ยวจิตใจ และมีความต้องการด้านจิตวิญญาณให้
เกิดความหวังว่าบุตรจะหายจากโรค และรอดชีวิต จึงใช้
วิธีปฏิบัติศาสนกิจตามศาสนาที่นับถือ โดยผลการศึกษา

ความต้องการของบิดามารดาที่ดูแลเด็กโรคมะเร็งที่บ้าน
ของ ปรานี จินต์สุภาวงศ์ (2548) พบว่า บิดามารดาเด็ก
โรคมะเร็งส่วนใหญ่มีความต้องการด้านจิตวิญญาณระดับ
มาก โดยร้อยละ 81.2 ต้องการมีความหวังให้บุตรหาย
และ ร้อยละ 41.2 ต้องการปฏิบัติศาสนกิจ และบิดา
มารดายังมีความเชื่อว่าการที่บุตรป่วยเป็นมะเร็งเพราะ
เป็นเวรกรรม จึงปฏิบัติศาสนกิจด้วยการเข้าวัดเพื่อทำบุญ
อุทิศส่วนกุศลให้เจ้ากรรมนายเวร เพราะเชื่อว่าจะช่วย
ทำให้บุตรอาการดีขึ้น ในด้านการจัดการกับกระบวนการ
คิด พบว่า บิดามารดาทุกรายใช้การเผชิญกับความรู้สึก
นั้นทุกวัน โดยร้อยละ 67.7 ระบุว่าช่วยให้รู้สึกดีขึ้นมาก
อาจเนื่องจาก บิดามารดาเรียนรู้จากประสบการณ์ที่เกิด
ขึ้นจากการดูแลบุตรว่า เมื่อทำใจยอมรับ และเผชิญกับ
ความรู้สึกโศกเศร้าเรื้อรังที่เกิดขึ้น จะทำให้สามารถดูแล
บุตรได้เร็วขึ้น ซึ่งผลการศึกษาการจัดการความโศกเศร้า
เรื้อรังของบิดามารดาเด็กป่วยโรคโลหิตจางชนิดซิคเกิล
เซล (Northington, 2000) พบว่า บิดามารดาใช้วิธีการ
เผชิญกับสถานการณ์ความเจ็บป่วยของบุตร และความ
รู้สึกโศกเศร้าเรื้อรังที่เกิดขึ้น โดยทำใจยอมรับและใช้การ
เรียนรู้ผ่านประสบการณ์ที่เกิดขึ้นในแต่ละครั้ง ร่วมกับใช้
วิธีการบอกตัวเองว่า “ทำในสิ่งที่ต้องทำและก้าวต่อไป”
ทำให้เกิดความรู้สึกเข้มแข็ง และสามารถผ่านเหตุการณ์
นั้นไปได้ และสอดคล้องกับผลการศึกษาความโศกเศร้า
เรื้อรังและวิธีการจัดการของบิดามารดาเด็กป่วยโรคมะเร็ง
ที่พบว่าบิดามารดาใช้วิธีเผชิญกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น
โดยเรียนรู้จากเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในแต่ละครั้ง และ
พยายามปรับมุมมอง คิดในด้านดี เพื่อให้สามารถปรับตัว
กับความรู้สึกสูญเสีย และช่วยลดความรู้สึกโศกเศร้า
เรื้อรังที่เกิดขึ้น (Hobdell et al, 2007) ในด้านการมี
ปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น พบว่า บิดามารดาส่วนใหญ่ใช้วิธีพูด
คุยกับคนใกล้ชิด ร้อยละ 96.4 โดยร้อยละ 66.2 ระบุว่า
ช่วยให้รู้สึกดีขึ้นมาก โดยพบว่าบิดามารดามีสถานภาพ
สมรสคู่ ร้อยละ 81.5 เมื่อมีความทุกข์ใจจากการที่มีบุตร
ป่วยเป็นโรคมะเร็งจึงต้องการปรึกษากับคนใกล้ชิด คือ คู่
สมรส และสมาชิกในครอบครัวที่เป็นแหล่งสนับสนุนทาง
จิตใจเพราะมีความทุกข์ใจเหมือนกัน การได้รับความรัก
ทำให้เกิดความมั่นคงในอารมณ์ และมีกำลังใจดูแลบุตร



ช่วยให้รู้สึกดีขึ้น (Han, Cho, Kim, & Kim, 2008) ในด้านการจัดการกับอารมณ์ พบว่าทุกรายใช้วิธีการร้องไห้โดยร้อยละ 66.2 ระบุว่าช่วยให้รู้สึกดีขึ้นบ้าง สอดคล้องกับผลการศึกษาความโศกเศร้าเรื้อรังของบิดามารดาของเด็กป่วยเรื้อรัง ที่ใช้การร้องไห้เพื่อระบายความรู้สึกโศกเศร้าที่เกิดขึ้น ทำให้รู้สึกสบายใจขึ้น ลดความโศกเศร้าลงได้บ้าง (Bowes et al., 2008; Eakes, 1995; Hobdell, 2007; Northington, 2000)

วิธีการจัดการความโศกเศร้าเรื้อรังโดยการช่วยเหลือโดยผู้อื่น ได้แก่ 1) บุคลากรทางสุขภาพ พบว่าบิดามารดาส่วนใหญ่ ได้รับการบอกข้อมูลเรื่องโรค ผลเลือด และแผนการรักษา ร้อยละ 95.4 โดยร้อยละ 70.8 ระบุว่าช่วยให้รู้สึกดีขึ้นมาก อาจเนื่องมาจากบิดามารดาเป็นผู้ดูแลบุตรโดยตรง ต้องมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคมะเร็ง แผนการรักษาและวิธีการดูแลบุตร ทำให้บุคลากรทางสุขภาพจึงให้ข้อมูลดังกล่าวเพื่อให้บิดามารดาสามารถดูแลบุตร และลดความวิตกกังวล ความโศกเศร้าลง สอดคล้องกับผลการศึกษาของ สุริภรณ์ สุวรรณโอสถ (2547) ที่พบว่า บิดามารดาของเด็กป่วยโรคมะเร็งได้รับการสนับสนุนด้านข้อมูลจากบุคลากรทางสุขภาพในระดับสูง ซึ่งการให้ข้อมูลที่ถูกต้องเหมาะสมกับบุคคลนั้นๆ จากบุคลากรทางสุขภาพ จะช่วยให้บิดามารดาสามารถลดบรรเทาความโศกเศร้าเรื้อรังลงได้บ้าง และ 2) การช่วยเหลือจากบุคคลในครอบครัว และเพื่อน พบว่า บิดามารดาส่วนใหญ่ ร้อยละ 95.4 ได้มีความเข้าใจในสถานการณ์ที่บุตรป่วยเป็นมะเร็งและได้รับเคมีบำบัด โดยร้อยละ 47.7 ช่วยให้รู้สึกดีขึ้นบ้าง อาจเนื่องจากการที่บิดามารดารู้สึกทุกข์ใจ โศกเศร้าจากการที่บุตรเป็นมะเร็งและได้รับเคมีบำบัด เมื่อบุคคลในครอบครัว และเพื่อน แสดงความเห็นใจ เข้าใจในสถานการณ์ที่เกิดขึ้น จึงช่วยให้ลดความโศกเศร้าลงได้บ้าง สอดคล้องกับผลการศึกษาของ สุริภรณ์ สุวรรณโอสถ (2547) ที่พบว่า บิดามารดาเด็กป่วยโรคมะเร็งได้รับการสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์จากสมาชิกในครอบครัวในระดับมาก โดยการให้ความรัก ความห่วงใย ความเห็นอกเห็นใจ และเป็นผู้รับฟังปัญหา หรือความไม่สบายใจของบิดามารดา ซึ่งทำให้บิดามารดารู้สึกสบายใจมากขึ้น

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ด้านการปฏิบัติการพยาบาล ทำให้พยาบาลเกิดความรู้ความเข้าใจในเรื่องความโศกเศร้าเรื้อรัง และวิธีการจัดการ ซึ่งจะเป็แนวทางให้พยาบาลนำไปใช้ประเมินการเกิดความโศกเศร้าเรื้อรังในบิดามารดาเด็กป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด หากเกิดขึ้นก็จะสามารถให้ความช่วยเหลือ เพื่อบรรเทาความโศกเศร้าเรื้อรังที่เกิดขึ้น

ด้านการวิจัย ผลการวิจัยสามารถนำไปใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับ ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความโศกเศร้าเรื้อรัง และวิธีการจัดการความโศกเศร้าเรื้อรังของบิดามารดาเด็กป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด เพื่อนำไปสู่การศึกษาวิธีการช่วยเหลือบิดามารดาในการจัดการความโศกเศร้าเรื้อรังต่อไป

ด้านการศึกษาพยาบาล สามารถนำไปใช้ในการเรียนการสอน เพื่อให้นักศึกษาพยาบาล มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับความโศกเศร้าเรื้อรังและวิธีการจัดการของบิดามารดาเด็กป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด

ข้อจำกัดในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เป็นเครื่องมือที่ปรับมาจาก แบบประเมินความความโศกเศร้าเรื้อรัง และ วิธีการจัดการความโศกเศร้าเรื้อรัง ที่สร้างในระยะเริ่มต้นของการพัฒนาทฤษฎี อธิบายโนทัศน์ของทฤษฎี ตามบริบทของประเทศสหรัฐอเมริกา ทำให้ยากต่อการนำไปใช้กับความเข้าใจตามบริบทของคนไทย ทำให้ยังไม่สามารถวัดระดับความโศกเศร้าเรื้อรังได้อย่างชัดเจน แต่สามารถอธิบายตามมโนทัศน์ทฤษฎีการเกิดความโศกเศร้าเรื้อรังของบิดามารดาเด็กป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัดได้

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความโศกเศร้าเรื้อรัง และวิธีการจัดการความโศกเศร้าเรื้อรังของบิดามารดาเด็กป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด

ควรมีการพัฒนาเครื่องมือ เพื่อให้สามารถวัดระดับความโศกเศร้าเรื้อรังของบิดามารดาเด็กป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัดได้อย่างชัดเจน



เอกสารอ้างอิง

- พวงทอง ไกรพิบูลย์. (2552). *มะเร็งในเด็ก*. กรุงเทพฯ ฯ: สำนักพิมพ์อมรินทร์สุขภาพ, 18.
- สุรศักดิ์ สังขทัต ณ อยุธยา และ จิตติ หาญประเสริฐพงษ์. (2552). *เนื้องอกและมะเร็งในกุมารศาสตร์*. กรุงเทพฯ: ชานเมืองการพิมพ์.
- ศรีพรรณ กันทะวัง. (2556). *แบบประเมินความโศกเศร้าเรื้อรังและวิธีการจัดการความโศกเศร้าเรื้อรัง*. เชียงใหม่ : คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
- American Cancer Society (2012b) What are the key statistics for childhood cancer? American cancer society. Retrieved March 3, 2012, Retrieved from <https://www.cancer.org/statistics.html>
- Bowes, S., Lowes, L., Warner, J., & Gregory, W. J. (2008). Chronic sorrow in parents of children with type 1 diabetes. *Journal of Advance Nursing*, 65 (5), 992-1000.
- Eakes, G.G. (1995). Chronic sorrow: The lived experience of parents of chronically mentally ill individuals. *Archives of Psychiatric Nursing*, 11, 77-84.
- Eakes, G. G., Burke, M. L., & Hainsworth, M. A. (1998). Middle range theory of chronic sorrow. *Image: Journal of Nursing Scholarship*, 30(2), 179-184.
- Gordon, J. (2009). An Evidence-Based Approach for Supporting Parents Experiencing Chronic Sorrow. *Pediatric Nursing*, 35(2).
- Han, H. R., Cho, E. J., Kim, D., & Kim, J. (2008). The Report of Coping Strategies and Psychosocial Adjustment in Korean Mothers of Children with Cancer. *Psycho-Oncology*, 10, 1002-1514.
- Hobdell, E. F. (2004). Chronic Sorrow and Depression in Parents of Children with Neural Tube Defects. *Journal of Neuroscience. Nursing*, 36(2), 82-88.
- Hobdell, E. F., Grant, M. L., Valencia, I., Mare, J., Kothare, S. V., Legido, A., & Khurana, D. S. (2007). Chronic Sorrow and Coping in Families of Children with Epilepsy. *Journal of Neuroscience Nursing*, 39(2), 76-82.
- Hoven, E., Anclair, M., Samuelsson, U., & Kogner, P., & Boman, K. K., (2008). The Influence of Pediatric Cancer Diagnosis and Illness Complication Factors on Parental Distress. *Journal Pediatric Hemato Oncology*. 30(11), 807-14.
- Lowes, L., & Lyne, P. (2000). Chronic sorrow in parents of children with newly diagnosed diabetes: A review of the literature and discussion of the implication for nursing.
- Masterson, K. M. (2010). *Chronic sorrow in mothers of adult children with cerebral palsy: an exploratory study*. Kansas State University, Manhattan, Kansas
- Norberg, A. L., Lindblad, F., Boman, K. K. (2005). Parental traumatic stress during and after paediatric cancer treatment. *Acta Oncologica*, 44, 382-388.
- Northington, L. D. (2000). Chronic Sorrow in Caregivers of School-Age. *Issues in Comprehensive Pediatric Nursing*, 23, 141-154.