บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาทัศนคติต่อการบอกความจริงเกี่ยวกับการวินิจฉัยโรคและทัศนคติต่อการบอกความจริงเกี่ยวกับการพยากรณ์โรคของผู้ป่วยมะเร็ง ผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องและนำเสนอครอบคลุมหัวข้อดังต่อไปนี้

1. โรคมะเร็ง
2. ทัศนคติต่อการบอกความจริงเกี่ยวกับการวินิจฉัยโรคและการพยากรณ์โรค
   - 2.1 การบอกความจริงเกี่ยวกับการวินิจฉัยโรคและการพยากรณ์โรค
   - 2.2 แนวคิดทัศนคติ
   - 2.3 ทัศนคติต่อการบอกความจริงเกี่ยวกับการวินิจฉัยโรค
   - 2.4 ทัศนคติต่อการบอกความจริงเกี่ยวกับการพยากรณ์โรค
   - 2.5 การประเมินทัศนคติต่อการบอกความจริงเกี่ยวกับการวินิจฉัยโรคและการพยากรณ์โรค

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved

โรคมะเร็ง

ความหมายของโรคมะเร็ง

โรคมะเร็ง หมายถึง โรคที่เกิดจากการเปลี่ยนแปลงในยีน (gene) ทำให้มีการถ่ายทอดทางพันธุกรรม โดยยีนต้านมะเร็ง (tumor suppressor genes) ซึ่งยีนต้านมะเร็งนี้จะทำหน้าที่ในการสั่งให้เซลล์แบ่งตัวช้าลง ซ่อมแซมสารพันธุกรรม (deoxy-ribonucleic acid [DNA]) ที่ผิดปกติ และออกคำสั่งให้เซลล์จะตาย (apotosis) การทำหน้าที่ของยีนต้านมะเร็งที่ผิดปกติจะทำให้เกิดการเจริญเติบโตของเซลล์ที่ไม่สามารถควบคุมได้ จึงเป็นสาเหตุของการเกิดมะเร็ง (Gerpen, 2008) มะเร็งทำให้เกิดการเจริญเติบโตที่ผิดปกติของเนื้อเยื่อในร่างกายอย่างรวดเร็วและไม่สามารถควบคุมได้ มีการลุกลามและแพร่กระจายไปยังเนื้อเยื่อโดยรอบ หรืออวัยวะข้างเคียง จนในที่สุดอาจแพร่กระจายออกไปยังอวัยวะอื่นที่อยู่บริเวณที่ห่างไกลออกจากก้อนมะเร็งเดิม (primary tumor) (National Cancer Institute [NCI], 2013)

พยาธิสภาพของโรคมะเร็ง

เซลล์ร่างกายมีการควบคุมการเจริญเติบโต (proliferative growth) และการซ่อมแซมเนื้อเยื่อตามปกติ การทำหน้าที่ของยีนต้านมะเร็งที่ผิดปกติร่วมกับการได้รับปัจจัยกระตุ้นจากทางพันธุกรรม ฮอร์โมน หรือสิ่งแวดล้อม ที่เกิดจากการได้รับสารเคมี รังสี ไวรัส แบคทีเรีย ปรสิต หรือ ภูมิคุ้มกันของร่างกายที่มีความบกพร่อง ก่อให้เกิดความผิดปกติในกระบวนการควบคุมการเจริญเติบโตและการซ่อมแซมเนื้อเยื่อตามปกติของร่างกาย เซลล์ร่างกายจึงไม่ตอบสนองต่อการควบคุมการเจริญเติบโต จนกระทั่งเซลล์มีการเจริญเติบโตเพิ่มจำนวนมากขึ้นในอัตราที่สูงกว่าปกติ จากเซลล์ปกติเป็นเซลล์มะเร็ง (cancer cell) บริเวณที่มีการเพิ่มจำนวนเซลล์อย่างผิดปกติจะมีขนาดใหญ่ขึ้นเป็นก้อน ณ ตำแหน่งที่เป็นจุดกำหนดของการแบ่งตัวเพิ่มจำนวนเซลล์ เรียกว่า ตำแหน่งเนื้องอกปฐมภูมิ (primary tumor site) ต่อมาเซลล์มะเร็งจะมีการแพร่กระจายโดยการขยายขนาดไปตามเนื้อเยื่อโดยตรง (direct extension) หรือ การแพร่กระจายอย่างรวดเร็วในอวัยวะที่ใกล้เคียง (local invasion) และมีการแพร่กระจายในอวัยวะที่อยู่บริเวณที่ไกลออกจากตำแหน่งเดิม (metastasis) โดยการแตกตัวของเนื้องอกปฐมภูมิผ่านทางระบบน้ำเหลืองและระบบเลือด ซึ่งบริเวณที่เกิดการแบ่งตัวจากการแพร่กระจายเป็นก้อน เรียกว่า ตำแหน่งมะเร็งทุติยภูมิ (secondary or metastatic site) ทำให้เซลล์มะเร็งแพร่กระจายไปยังตำแหน่งของอวัยวะอื่นๆ ของร่างกายในที่สุด (Gerpen, 2008)

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved

การแบ่งระยะของโรคมะเร็ง

การแบ่งระยะของโรคมะเร็ง (cancer staging) สามารถแบ่งระยะของโรคมะเร็งด้วยวิธีการที่หลากหลาย วิธีที่เป็นมาตรฐานสากลมี ดังนี้

1. การแบ่งระยะของโรคมะเร็งตาม TMN system (the American Joint Committee on Cancer [AJCC], 2010) พิจารณาจาก 3 องค์ประกอบ คือ ขนาดของก้อนมะเร็งต้นกำเนิด (primary tumor) การแพร่ของเซลล์มะเร็งไปยังต่อมน้ำเหลือง (lymph node) และ การมีการแพร่กระจายของเซลล์มะเร็งไปยังอวัยวะอื่นๆ (metastatic disease) ซึ่ง TMN system ใช้แบ่งระยะของมะเร็งส่วนใหญ่หลายชนิด ยกเว้น มะเร็งของระบบเลือดและไขกระดูก เนื่องจากไม่สามารถระบุได้อย่างชัดเจนในขนาดของก้อนมะเร็งต้นกำเนิด

2. การแบ่งระยะของโรคมะเร็งตาม A typical stage grouping เป็นการแบ่งระยะที่มีพื้นฐานมาจาก TMN system โดยแบ่งเป็น 4 ระยะ ดังนี้ (NCI, 2013)

ระยะที่ 1 (stage I) มะเร็งอยู่เฉพาะบริเวณที่เริ่มเป็น ก้อนมีขนาดเล็ก ไม่มีการกระจายไปยังต่อมน้ำเหลือง ผู้ป่วยมีโอกาสในการรอดชีวิตสูง

ระยะที่ 2 (stage II) มะเร็งจากบริเวณที่เริ่มเป็น เริ่มมีการลุกลามเนื้อเยื่อข้างเคียง และต่อมน้ำเหลือง ก้อนมีขนาดใหญ่ขึ้น ผู้ป่วยมีโอกาสรอดชีวิต

ระยะที่ 3 (stage III) มะเร็งลุกลามจากบริเวณที่เริ่มเป็นสู่อวัยวะข้างเคียง กระจายสู่ต่อมน้ำเหลือง ก้อนมีขนาดใหญ่มากขึ้น ผู้ป่วยมีโอกาสในการรอดชีวิต

ระยะที่ 4 (stage IV) มะเร็งแพร่กระจายไปยังอวัยวะอื่นๆ ที่ห่างออกไปจากบริเวณที่เริ่มเป็น ผู้ป่วยมีโอกาสในการรอดชีวิตน้อย

นอกจากนี้ องค์การอนามัยโลก (WHO, 2008) แบ่งกลุ่มระยะของโรคมะเร็ง เพื่อช่วยในการวางแผน การป้องกัน และการค้นหาในระยะแรกเริ่ม ตลอดจนการรักษา และการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยมะเร็งตามแนวทางขององค์การอนามัยโลก แบ่งออกเป็น 2 ระยะ คือ

1. มะเร็งระยะแรก (early cancer) หมายความถึง มะเร็งระยะที่ 1 และ 2 เป็นมะเร็งที่อยู่จำกัดเฉพาะบริเวณที่เริ่มเป็น หรือเนื้อเยื่อข้างเคียง ผู้ป่วยมีโอกาสในการรอดชีวิตสูง

2. มะเร็งระยะลุกลาม (advanced cancer) หมายความถึง มะเร็งระยะที่ 3 และ 4 เป็นมะเร็งที่มีการแพร่กระจายลุกลามสู่อวัยวะข้างเคียง และอวัยวะอื่น ๆในร่างกาย ผู้ป่วยมีโอกาสในการรอดชีวิตน้อย

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved

การวินิจฉัยโรคมะเร็ง

การวินิจฉัยโรคมะเร็ง (cancer diagnosis) หมายถึง ขั้นตอนทางการแพทย์ในการค้นหาชนิดของเนื้อเยื่อที่เกิดมะเร็ง บริเวณต้นกำเนิดของตำแหน่งมะเร็ง การขยายขอบเขตของเนื้อเยื่อมะเร็งและเนื้อเยื่อที่อาจเกิดมะเร็งขึ้นในอนาคต (Griffin-Brown, 2000) การวินิจฉัยโรคมะเร็งอาศัยการซักประวัติและตรวจร่างกายตามอาการและอาการแสดงของโรคมะเร็งในเบื้องต้นโดยแพทย์ และทำการวินิจฉัยโดยนำเทคโนโลยีการฉายภาพและยืนยันการวินิจฉัยด้วยการตรวจทางพยาธิวิทยาโดยทีมบุคลากรที่เชี่ยวชาญเฉพาะทาง ข้อมูลของการวินิจฉัยโรคจะประกอบไปด้วย ข้อมูลทั่วไปของโรค เกี่ยวกับชนิดของมะเร็ง ตำแหน่งที่เกิดมะเร็ง และสถานการณ์ของโรคมะเร็ง (ชัชปวิตร เกตุพุก, 2546)

การวินิจฉัยโรคมะเร็งมีวัตถุประสงค์เพื่อตรวจหามะเร็งในระยะเริ่มแรก (early detection) ให้เร็วที่สุด การตรวจหามะเร็งในระยะเริ่มแรกเป็นตัวบ่งชี้ถึงโอกาสในการรักษา สามารถเพิ่มระยะเวลาในการรอดชีวิต และวางแผนการรักษาโรคมะเร็งต่อไป (NCI, 2013) ในวงการแพทย์ปัจจุบันการวินิจฉัยโรคมีความสำคัญสำหรับผู้ป่วยมะเร็งตามแนวคิดการดูแลแบบประคับประคอง (palliative care) โดยผู้ป่วยจะรับทราบข้อมูลการเจ็บป่วยของตนเองตามสิทธิที่พึงจะได้รับ และทำให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการรักษา โดยการให้ความยินยอมด้วยความเข้าใจอย่างถ่องแท้ (informed consent) เกี่ยวกับวิธีการบำบัดรักษา และร่วมวางแผนการดูแลตนเองอย่างเหมาะสม (สถาพร ลีลานันทกิจ, 2555)

การวินิจฉัยโรคมะเร็ง ประกอบด้วย เทคนิคและขั้นตอนหลายหลายที่ใช้เพื่อตรวจสอบและยืนยันว่าเป็นมะเร็ง ปัจจุบันมีการตรวจเพื่อวินิจฉัยโรคมะเร็งหลายวิธีการ ดังนี้ (NCI, 2013)

1. การตรวจร่างกาย (physical exams) ผลการตรวจร่างกายที่บ่งชี้ว่าผู้ป่วยเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็ง คือ พบก้อนเนื้องอกที่มีขนาดใหญ่ตามตำแหน่งในร่างกาย และ มีก้อนบริเวณต่อมน้ำเหลืองหรืออวัยวะอื่นๆ แสดงให้เห็นว่ามีความผิดปกติเกิดขึ้นในร่างกาย แต่ทั้งนี้จำเป็นต้องตรวจวินิจฉัยด้วยวิธีการอื่นร่วมด้วย

2. การตรวจทางห้องปฏิบัติการ (laboratory tests) โดยการตรวจทางโลหิตวิทยา ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการที่ใช้ในการวินิจฉัยโรคมะเร็งที่สำคัญ คือ tumor marker ซึ่งเป็นโปรตีนที่หลั่งจากการตอบสนองของเซลล์มะเร็ง อย่างไรก็ตามการวินิจฉัยด้วย tumor marker เพียงวิธีเดียวไม่สามารถชี้เฉพาะถึงชนิดของมะเร็งได้ ต้องอาศัยวิธีการวินิจฉัยอื่นๆ ร่วมด้วย

3. การตรวจพิเศษโดยการใช้เทคโนโลยีการฉายภาพ (imaging studies) ทำให้เห็นภาพแสดงตำแหน่ง ขนาด และการแพร่กระจายของมะเร็งในร่างกาย เช่น การถ่ายภาพเอ็กซ์เรย์ (X-rays)

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved

การเอ็กซเรย์คอมพิวเตอร์ (computer tomography scan) การฉายภาพโดยอาศัยคลื่นสนามแม่เหล็กไฟฟ้า (magnetic resonance imaging) การตรวจเอ็กซเรย์ด้วยโพสิตรอน (positron emission tomography scan) เป็นต้น

4. การตรวจทางพยาธิวิทยา (pathology report) เป็นการนำเนื้อเยื่อของอวัยวะที่สงสัยว่าเป็นมะเร็ง โดยการเจาะดูดด้วยเข็มขนาดเล็ก (fine needle aspiration) หรือการตัดชิ้นเนื้อ (biopsy) เพื่อนำไปตรวจพิสูจน์เนื้อเยื่อ ผลการตรวจจะแสดงรายละเอียด ชนิดของมะเร็ง ลักษณะการเจริญเติบโต และลักษณะของการแพร่กระจาย ซึ่งผลทางพยาธิวิทยาที่ได้จะเป็นข้อมูลที่สำคัญในการวินิจฉัยบ่งชี้ว่าเป็นมะเร็ง

ปัจจัยที่มีผลต่อการวินิจฉัยโรคมะเร็งในปัจจุบัน ประกอบด้วย (Griffin-Brown, 2000)

1. อาการและอาการแสดง (signs and symptoms) เช่น น้ำหนักลด ปวดเรื้อรัง มีไข้อ่อนเพลีย เป็นต้น อาการดังกล่าวที่แสดงออกมักจะเป็นอาการและอาการแสดงที่สงสัยได้ว่ามีการเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็ง

2. สภาพและความพร้อมทางด้านร่างกาย (clinical status and ability to tolerate procedure) ในผู้ป่วยที่อายุมาก มีการศึกษาต่ำ และเศรษฐานะต่ำ พบว่า หากตรวจวินิจฉัยโรคมักจะเป็นมะเร็งในระยะท้าย เนื่องจากในกลุ่มผู้ป่วยดังกล่าวมักละเลยการสังเกตอาการของตนเอง จึงทำให้ไม่ได้รับการวินิจฉัยในระยะเริ่มแรก

3. ลักษณะทางชีวภาพของบุคคล (biological characteristics) ผู้ที่มีประวัติทางพันธุกรรมที่เกี่ยวข้องกับผู้ที่เป็นมะเร็ง มีโอกาสในการพบเซลล์มะเร็งมากกว่าผู้ที่ไม่ความเกี่ยวข้องกับผู้ที่เป็นมะเร็ง

4. อุปกรณ์การตรวจวินิจฉัย (diagnostic equipment) ปัจจุบันเทคโนโลยีทางการแพทย์มีการพัฒนาอย่างก้าวหน้าและทันสมัย ส่งผลสามารถวินิจฉัยโรคมะเร็งได้อย่างรวดเร็ว ถูกต้องและทำให้ผลการวินิจฉัยนั้นเกิดความผิดพลาดน้อยที่สุด

5. ผู้จ่ายค่าการตรวจวินิจฉัยโดยบุคคลที่สาม (third-party payer of diagnostic procedure) ระบบประกันสุขภาพที่กำหนดรูปแบบการจ่ายค่ารักษาพยาบาลแบบล่วงหน้ากรณีที่ครอบคลุมการตรวจวินิจฉัยโรค จะทำให้ผู้ป่วยเข้าถึงระบบการตรวจวินิจฉัยโรคในระยะเริ่มแรก

การวินิจฉัยโรคมะเร็งเป็นขั้นตอนที่ซับซ้อนและก่อให้เกิดความวิตกกังวลแก่ผู้ป่วย จึงมีความจำเป็นต้องวินิจฉัยด้วยความถูกต้อง และอาศัยทีมบุคลากรที่เกี่ยวข้องทุกฝ่ายทั้ง แพทย์ พยาบาล ผู้เชี่ยวชาญมะเร็งวิทยา นักพยาธิวิทยา และนักเทคนิคการแพทย์ การวินิจฉัยโรคมะเร็ง

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved

อย่างถูกต้องจะช่วยในการวางแผนการรักษาโดยทีมบุคลากรสุขภาพที่เกี่ยวข้อง ทำให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาอย่างถูกต้องและมีประสิทธิภาพ ส่งผลต่อความก้าวหน้าของโรคและการพยากรณ์โรคในอนาคต

การพยากรณ์โรคมะเร็ง

การพยากรณ์โรคมะเร็ง (cancer prognosis) เป็น การทำนายและคาดการณ์เกี่ยวกับการดำเนินของโรค โอกาสในการรักษาให้สำเร็จ โอกาสการหายจากโรค และอาการเจ็บป่วยที่จะเกิดขึ้นในอนาคต (Tattersall, 2010) การพยากรณ์โรคเป็นขั้นตอนทางการแพทย์ที่มีความเกี่ยวข้องกับการวินิจฉัยโรคโดยเกิดขึ้นภายหลังจากแพทย์ทำการวินิจฉัยโรคแก่ผู้ป่วย การพยากรณ์โรคโดยแพทย์เป็นการประเมินอาการผู้ป่วยตามสถานการณ์การเจ็บป่วยที่เป็นจริงและเกิดขึ้นตลอดระยะเวลาการรักษา

การพยากรณ์โรคจะพยากรณ์ออกมาเป็นข้อมูลที่ประกอบด้วย 5 องค์ประกอบ (the 5Ds of prognostication) ดังนี้ (Fries & Ehrlich, 1981; Tattersall, 2010)

1. ความก้าวหน้าของโรคหรือการกลับมาเป็นโรคซ้ำ (disease progression/recurrence) เป็นข้อมูลการพยากรณ์ที่แสดงถึงการตอบสนองต่อการรักษาของผู้ป่วยตลอดระยะเวลาการรักษา โดยจะมีความแตกต่างกันสำหรับการพยากรณ์โรคในการเจ็บป่วยด้วยมะเร็งระยะเริ่มแรกและระยะท้าย ซึ่งการเจ็บป่วยในระยะท้ายจะเกี่ยวข้องกับข้อมูลของระยะลุกลามที่ไม่สามารถรักษาให้หายได้

2. ระยะเวลาในการเสียชีวิต (death time) ประกอบด้วย ข้อมูลการทำนายระยะเวลาในการมีชีวิตอยู่ของผู้ป่วยในอนาคตและการคาดคะเนโอกาสในการรอดชีวิตของผู้ป่วย โดยแพทย์จะแจ้งผลของระยะเวลาที่เหลืออยู่ของผู้ป่วยเปรียบเทียบกับผู้ที่เป็นมะเร็งชนิดเดียวกันและระยะเดียวกัน ซึ่งแพทย์จะให้ข้อมูลระยะเวลาที่ผู้ป่วยสามารถมีชีวิตที่สั้นที่สุดเป็นจำนวนเดือนถึงระยะเวลาที่ผู้ป่วยสามารถมีชีวิตยาวนานที่สุดเป็นปี อย่างไรก็ตามในทางปฏิบัติการทำนายหรือคาดคะเนระยะเวลาในการมีชีวิตอยู่ แพทย์มักแจ้งระยะเวลาการพยากรณ์โรคตามสถิติทางการแพทย์ที่ดีที่สุดและอย่างร้ายที่สุดให้แก่ผู้ป่วย

3. ความไม่สุขสบายหรือความพร่องที่จะเกิดขึ้น (discomfort/disability) อาการและอาการแสดงสามารถทำนายถึงการพยากรณ์โรคที่ไม่ดี คือ เบื่ออาหาร (anorexia) น้ำหนักลด (weight loss) ภาวะปากแห้ง (xerostomia) กลืนลำบาก (dysphagia) และหายใจลำบาก (dypnea)

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved

4. ผลกระทบจากรักษาด้วยยา (drug toxicity) ผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามมักจะมีปัญหาที่สำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยทุกข์ทรมาน คือ อาการปวด ผู้ป่วยมะเร็งจึงจำเป็นต้องได้รับการบรรเทาอาการทุกข์ทรมานด้วยยาแก้ปวดชนิดรุนแรง คือ มอร์ฟีน (morphine) ข้อมูลผลข้างเคียงที่เกิดขึ้นจากการใช้ยาจึงเป็นข้อมูลที่สำคัญที่แพทย์ต้องให้ร่วมกับการพยากรณ์โรค

5. ค่าใช้จ่ายในการรักษา (dollars/costs of health care) ในการดูแลทางการแพทย์ตามปกติที่มีวัตถุประสงค์เพื่อยื้อชีวิตและทำการรักษาอย่างเต็มที่อาจต้องมีค่าใช้จ่ายในการรักษาที่มากกว่าการดูแลแบบประคับประคองที่เน้นการเตรียมผู้ป่วยรับมือกับสถานการณ์ความเจ็บป่วยด้วยตนเองร่วมกับครอบครัว ในทางปฏิบัติขณะแพทย์ให้ข้อมูลการเกี่ยวกับการพยากรณ์โรคข้างต้นมักจะให้ข้อมูลค่าใช้จ่ายในการรักษาร่วมด้วย

ในวงการแพทย์ปัจจุบันการพยากรณ์โรคมีความสำคัญสำหรับผู้ป่วยมะเร็งตามแนวคิดการดูแลแบบประคับประคอง ดังนี้ (Glare et al., 2010)

1. ผู้ป่วยและญาติจะทราบข้อมูลการทำนายการดำเนินของโรคตามสิทธิที่พึงจะได้รับ
2. ผู้ป่วยและญาติสามารถร่วมกันกำหนดเป้าหมาย และ ความคาดหวังในการดูแลของแพทย์จากโรคที่ผู้ป่วยประสบ
3. ผู้ป่วยมีการตัดสินใจในการวางแผนการดำเนินชีวิตกับการเจ็บป่วย
4. ผู้ป่วยได้รับการดูแลแบบประคับประคองจากทีมสุขภาพ
5. แพทย์สามารถตัดสินใจในการดูแลและรักษาผู้ป่วยโดยอยู่บนพื้นฐานของหลักการดูแลแบบประคับประคอง

การพยากรณ์โรคมะเร็งในปัจจุบัน พิจารณาปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ดังนี้ (Glare et al., 2010; Kim et al., 2014)

1. ลักษณะส่วนบุคคล (demographics) ประกอบด้วย อายุ เพศ และ สถานะภาพสมรส เป็นปัจจัยที่แพทย์นำมาพิจารณาการพยากรณ์โรค โดยเปรียบเทียบกับสถิติของผู้ป่วยที่ผ่านมา
2. ลักษณะก้อนเนื้องอก (tumor-associated factor) ประกอบด้วย ตำแหน่งของก้อนมะเร็ง ผลทางพยาธิวิทยา และระยะของมะเร็ง กรณีที่ผู้ป่วยเจ็บป่วยด้วยมะเร็งระยะเริ่มแรกและระยะลุกลามจะมีความแตกต่างอย่างชัดเจน เนื่องจากพยาธิสภาพของโรค และการได้รับรักษาที่แตกต่างกัน ผู้ป่วยที่เจ็บป่วยด้วยมะเร็งระยะเริ่มแรกหากได้รับการรักษาอย่างรวดเร็วและตอบสนองต่อการรักษา การพยากรณ์โรคของผู้ป่วยรายนี้จะดี และมีโอกาสในการรอดชีวิตเพิ่มมากขึ้น ในทางตรงกันข้ามผู้ป่วยที่เจ็บป่วยด้วยมะเร็งระยะลุกลามโดยพยาธิสภาพของโรคที่รุนแรง และอาการ

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved

แสดงของโรคที่ปรากฏออกมาชัดเจนส่งผลต่อสภาพร่างกายและจิตใจของผู้ป่วย โอกาสในการหายจะมีน้อยกว่าพบในระยะแรกเริ่ม

3. ความสามารถของร่างกายในการทำหน้าที่ต่าง ๆ (functional status) เป็นตัวแปรที่สำคัญทางคลินิกที่สามารถทำนายการดำเนินของโรคมะเร็ง และพัฒนาเป็นเครื่องมือที่คำนวณความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้ป่วยได้ เช่น

3.1 Karnofsky Performance Status (KPS) เป็นเครื่องมือประเมินสภาวะของผู้ป่วยแบ่งตามความสามารถในการดูแลตัวเองของผู้ป่วย โดย KPS มีค่าตั้งแต่ 100 - 0 ค่า KPS = 100 คือ ภาวะสุขภาพที่ปกติ ไม่มีโรค และ KPS = 0 คือ ภาวะสุขภาพที่บ่งบอกว่าผู้ป่วยตาย แสดงว่า KPS ที่มีค่าน้อยแสดงถึงการพยากรณ์โรคไม่ดี

3.2 Palliative Performance Scale (PPS) เป็นเครื่องมือสำหรับประเมินผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลรักษาแบบประคับประคอง โดยดัดแปลงมาจาก KPS ใช้เกณฑ์วัดจากความสามารถ 5 ด้าน คือ ความสามารถในการเคลื่อนไหว การปฏิบัติกิจกรรมและการดำเนินโรค การดูแลตนเอง การกินอาหาร และความรู้สึกตัว มีค่าตั้งแต่ 0-100 % ซึ่ง PPS ที่มีค่าน้อยแสดงถึงการพยากรณ์โรคที่ไม่ดีโดย PPS ที่มีค่า 0 – 30 % บ่งบอกว่า ผู้ป่วยเจ็บป่วยในระยะท้าย

3.3 The Eastern Cooperative Oncology Group-Performance Status (ECOG-PS) เป็นเครื่องมือการประเมินภาวะสุขภาพที่ประเมินง่ายกว่า KPS โดยมีคะแนนตั้งแต่ 0-5 ค่า ECOG-PS = 0 คือภาวะสุขภาพที่ปกติ ไม่มีโรค และ ECOG-PS = 5 คือ ภาวะสุขภาพที่บ่งบอกว่าผู้ป่วยตาย โดย ECOG-PS ที่มีค่ามากแสดงถึงการพยากรณ์โรคไม่ดี

4. อาการและอาการแสดง (symptoms) อาการที่พบที่สามารถทำนายการรอดชีวิตของผู้ป่วย คือ เบื่ออาหาร เหนื่อยล้า น้ำหนักลด ความคิดบกพร่อง หายใจลำบาก กลืนลำบาก ซึมเศร้า และปวด โดยผู้ป่วยที่มีอาการและอาการแสดงดังกล่าวมักมีการพยากรณ์โรคที่ไม่ดี

5. ความผาสุกทางจิต (psychological well-being) ผู้ป่วยมะเร็งที่มีจิตใจเข้มแข็ง ไม่ท้อแท้ (fighting spirit) ปรับตัวต่อปัญหาที่เกิดขึ้น เชื่อมั่นในการรักษา และมองโลกในแง่บวก จะมีชีวิตกับโรคมะเร็งอย่างยาวนาน ผู้ป่วยลักษณะดังกล่าวจะมีการพยากรณ์โรคที่ดี

การพยากรณ์โรคของผู้ป่วยมะเร็งเป็นขั้นตอนที่ซับซ้อนและและก่อให้เกิดความวิตกกังวลแก่ผู้ป่วย จึงมีความจำเป็นที่จะต้องพยากรณ์โดยอาศัยการพิจารณาด้วยความระมัดระวัง อันจะช่วยให้เกิดการวางแผนและดูแลผู้ป่วยเป็นไปอย่างถูกต้องและเหมาะสม

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved

การวินิจฉัยโรคและการพยากรณ์โรคมะเร็งดังที่กล่าวมาจะเห็นได้ว่า เป็นขั้นตอนทางการแพทย์ที่มีความเกี่ยวข้องกัน การวินิจฉัยโรคจะเกิดขึ้นหลังจากทราบผลการตรวจเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับรู้สถานการณ์การเจ็บป่วยของตน และทีมสุขภาพได้มีการวางแผนร่วมกับผู้ป่วยในการดูแลรักษา จากนั้นจะทำการประเมินผลการรักษาพร้อมทั้งคาดการณ์เกี่ยวกับการดำเนินของโรคเพื่อปรับเปลี่ยนแนวทางการรักษาตามสถานการณ์การเจ็บป่วยที่เป็นจริงของผู้ป่วย การคาดการณ์เกี่ยวกับการดำเนินของโรคเป็นการพยากรณ์โรคแก่ผู้ป่วยตลอดระยะเวลาการเจ็บป่วย โดยแพทย์เป็นผู้ที่มีบทบาทและหน้าที่โดยตรงในการให้ข้อมูลการวินิจฉัยโรคและการพยากรณ์โรคแก่ผู้ป่วยผ่านกระบวนการบอกความจริงเกี่ยวกับการวินิจฉัยโรคและการพยากรณ์โรค

ทัศนคติต่อการบอกความจริงเกี่ยวกับการวินิจฉัยโรคและการพยากรณ์โรค

การบอกความจริงเกี่ยวกับการวินิจฉัยโรคและการพยากรณ์โรค

การบอกความจริงเกี่ยวกับการวินิจฉัยโรคและการพยากรณ์โรค หมายถึง การให้ข้อมูลที่เป็นความจริง ถูกต้อง ไม่โกหก หลอกลวง หรือทำให้เข้าใจผิด (Fry & Johnstone, 2002; Pergert & Lutzen, 2012) โดยให้ข้อมูลการเจ็บป่วย ผลการตรวจโรค ทางเลือกในการดูแลรักษา รวมถึง การทำนายเกี่ยวกับการดำเนินของโรค และอาการที่จะเกิดขึ้นกับผู้ป่วยในอนาคต (ชัชปวิตร เกตุพุก, 2546; Tattersall, 2010) ซึ่งอาศัยขั้นตอนของการสื่อสารที่ซื่อสัตย์ และตั้งอยู่บนพื้นฐานของการตัดสินใจเชิงจริยธรรม (Williamson & Livingston, 1992)

แนวคิดเกี่ยวกับการบอกความจริง

การบอกความจริงได้รับความสนใจในระบบสุขภาพ เริ่มจากการกำหนดสิทธิมนุษยชน (human right) โดยองค์การสหประชาชาติได้ประกาศปฏิญญาสากล ว่าด้วยสิทธิมนุษยชนเพื่อส่งเสริมการเคารพสิทธิเสรีภาพของประชาชน ในปี ค.ศ. 1948 เพื่อให้มนุษย์มีสิทธิในการดำรงชีวิต สิทธิที่จะมีเสรีภาพ สิทธิที่จะมีความมั่นคงแห่งตน และสิทธิเสรีภาพขั้นพื้นฐาน ที่มนุษย์เกิดมาพึงได้รับ โดยเท่าเทียมกัน ไม่มีการเลือกปฏิบัติทางเพศ เชื้อชาติ ศาสนา และภาษา (ปฏิญญาสากลว่าด้วยสิทธิมนุษยชน, 2551) แม้ว่าทุกประเทศทั่วโลกจะยึดหลักปฏิญญาสากลดังกล่าวที่เหมือนกัน แต่อาจมีความแตกต่างกันในแต่ละบริบททางด้านกฎหมาย เศรษฐกิจ การเมือง สังคม และวัฒนธรรม ซึ่งคุณค่าของความเป็นมนุษย์ไม่ว่าชาติใด ภาษาใด มนุษย์ปกติหรือเจ็บป่วยย่อมต้องการสิทธิเสรีภาพเช่นกัน (วิฑูรย์ อึ้งประพันธ์, 2537) จากปฏิญญาสากลว่าด้วยสิทธิมนุษยชนซึ่งระบุ

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved

สิทธิด้านสุขภาพอนามัยไว้ด้วย ทำให้เกิดข้อเรียกร้องสิทธิที่ผู้ป่วยควรจะมี เริ่มจากประเทศแถบตะวันตก โดยสมาคมโรงพยาบาลแห่งสหรัฐอเมริกา (The American Hospital Association [AHA]) ได้ประกาศสิทธิบัตรของผู้ป่วยใน ค.ศ. 1973 ต่อมาแนวคิดสิทธิของผู้ป่วยจึงเป็นที่แพร่หลายในประเทศต่าง ๆ ทั่วโลก รวมถึงประเทศไทย

ในระยะแรกหลังจากการรับรองปฏิญญาสากลว่าด้วยสิทธิมนุษยชน ยังไม่มีการประกาศสิทธิผู้ป่วยโดยตรงในประเทศไทย แต่หลังจากการประกาศรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2540 ที่มีสาระคุ้มครองเกี่ยวกับการได้รับการบริการรักษาดูแลด้านสุขภาพ ทำให้ภาครัฐและภาคประชาชนเกิดการตื่นตัวในเรื่องสิทธิมากขึ้นทั้งทางด้านผู้ให้บริการและผู้รับบริการ จนกระทั่งในวันที่ 16 เมษายน พ.ศ. 2541 องค์กรวิชาชีพแพทย์ พยาบาล ทันตแพทย์ และเภสัชกร ได้ประกาศสิทธิผู้ป่วย เพื่อมุ่งหวังให้เกิดความสัมพันธ์ระหว่างผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพกับผู้ป่วยให้อยู่บนพื้นฐานของความเข้าใจอันดี เป็นที่ไว้วางใจซึ่งกันและกัน ให้บริการด้านสุขภาพโดยมุ่งเน้นคุณภาพการดูแลและเคารพสิทธิของผู้ป่วยเป็นสำคัญ (สุกัญญา ประจุศิลป, 2546; สภาการพยาบาล, 2555)

สาระสำคัญตามคำประกาศสิทธิของผู้ป่วย โดยการรับรองร่วมกันของแพทยสภา สภาการพยาบาล สภาเภสัชกรรม ทันตแพทยสภา และคณะกรรมการควบคุมการประกอบโรคศิลปะ มีทั้งหมด 10 ประการ (สภาการพยาบาล, 2555) คำประกาศสิทธิผู้ป่วยประการที่ 3 ระบุว่า “ผู้ป่วยมีสิทธิที่จะได้รับทราบข้อมูลอย่างเพียงพอและเข้าใจชัดเจนจากผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพ เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถเลือกตัดสินใจในการยินยอมหรือไม่ยินยอมให้ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพปฏิบัติต่อตน” แสดงให้เห็นว่า ผู้ป่วยทุกคนมีสิทธิที่จะรู้ หรือได้รับข้อมูลข่าวสารที่เพียงพอเกี่ยวกับการที่ตนจะได้รับ ก่อนที่จะตัดสินใจให้ความยินยอมต่อผู้ประกอบวิชาชีพ

นอกจากนี้ คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (2550) บัญญัติเรื่อง การให้ความยินยอมของผู้ป่วยในการรักษาทางการแพทย์ ตามมาตรา 8 พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 ที่ระบุว่า

> *“ในการบริการสาธารณสุข บุคลากรด้านสาธารณสุขต้องแจ้งข้อมูลด้านสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการ ให้ผู้รับบริการทราบอย่างเพียงพอที่ผู้รับบริการจะใช้ประกอบการตัดสินใจในการรับหรือไม่รับบริการใด และในกรณีที่ผู้รับบริการปฏิเสธไม่รับบริการใด จะให้บริการนั้นมิได้”*

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved

จึงถือเป็นข้อกำหนด ให้แพทย์หรือบุคลากรด้านสาธารณสุขมีหน้าที่แจ้งข้อมูลที่เพียงพอในการตัดสินใจรับบริการด้านสาธารณสุขของผู้ป่วย การบอกกล่าวให้ผู้ป่วยได้ทราบและสามารถตัดสินใจได้ เป็นการรับรองสิทธิพื้นฐานของผู้ป่วยสองประการ คือ สิทธิที่จะรู้ (right to know) และสิทธิในการตัดสินใจ (right of self-determination) (แสวง บุญเฉลิมวิภาส และไพศาล ลิ้มสถิตย์, 2554)

สิทธิผู้ป่วยในการรับรู้ข้อมูลด้านสุขภาพที่เกี่ยวข้องอย่างเพียงพอเพื่อนำไปสู่การตัดสินใจในการรักษา ทำให้เกิดรูปแบบในการบอกความจริงเกี่ยวกับการเจ็บป่วย 3 แบบ ได้แก่ (Weisman, 1979)

1. การบอกตรงๆ (hard tell) เป็นการบอกความจริงโดยไม่คำนึงถึงความรู้สึกของผู้ป่วย โดยไม่เลือกเวลาและสถานที่ในการบอก ทำให้ผู้ป่วยไม่ได้รับการเปิดโอกาสซักถามหรือระบายความรู้สึก

2. การบอกอย่างนุ่มนวล (soft tell) เป็นการบอกความจริงอย่างมีศิลปะในการพูด บอกด้วยความเห็นอกเห็นใจ เลือกข้อมูล และ เวลาที่จะบอก เพื่อให้ผู้ป่วยมีเวลาในการปรับตัว เป็นการบอกโดยคำนึงถึงความหวังของผู้ป่วย

3. การไม่บอก (no tell) เป็นการเลี่ยงคำพูดเป็นความหมายอื่นโดยไม่บอกความจริงของการเจ็บป่วย

รูปแบบในการบอกความจริงเกี่ยวกับการเจ็บป่วยตามอุดมคติ คือ การบอกอย่างนุ่มนวลให้ผู้ป่วยได้รับข้อมูลอย่างเพียงพอร่วมกับการเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยซักถาม และระบายความรู้สึก เนื่องจาก ข้อมูลในการสื่อสารการบอกความจริงเกี่ยวกับข้อมูลการเจ็บป่วยเป็นเรื่องละเอียดอ่อนต่อผู้ป่วย การสนใจและใส่ใจต่ออารมณ์ความรู้สึกของผู้ป่วยจึงเป็นสิ่งที่สำคัญและจำเป็นในการบอกความจริง

ข้อมูลดังกล่าวข้างต้นแสดงให้เห็นว่า บุคลากรทางด้านสุขภาพควรคำนึงถึงสิทธิของผู้ป่วยในการรับรู้ข้อมูลด้านสุขภาพที่เกี่ยวข้อง เพื่อประโยชน์ในการตัดสินใจในการรักษาของผู้ป่วย โดยเฉพาะในการรับรู้ข้อมูลการวินิจฉัยโรคและการพยากรณ์โรคที่จะมีผลกระทบต่อผู้ป่วยและครอบครัวเป็นอย่างมาก ทีมบุคลากรทางด้านสุขภาพปัจจุบันจึงต้องมีการพัฒนากลยุทธ์ในการบอกความจริงให้มีประสิทธิภาพสามารถตอบสนองต่อผลที่จะตามมาจากการบอกความจริง

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved

กลยุทธ์ของการบอกความจริงเกี่ยวกับการวินิจฉัยโรคและการพยากรณ์โรค

กลยุทธ์ในการบอกความจริงทำให้การสื่อสารเกี่ยวกับการวินิจฉัยโรคและการพยากรณ์โรคมีประสิทธิภาพ เกิดความมั่นใจในการสื่อสาร สามารถจัดการกับพฤติกรรม อารมณ์ต่างๆให้ผู้ป่วยและครอบครัวคลายความกลัว ความเครียด ความวิตกกังวล เกิดการยอมรับและปรับตัวเผชิญกับโรคและความเจ็บป่วยของตนได้ (กิตติกร นิลมานัต, 2555)แม้ว่าการบอกความจริงเป็นหน้าที่โดยตรงของแพทย์ในการให้ข้อมูลการเจ็บป่วยที่เป็นความจริงแก่ผู้ป่วย แต่พยาบาลมีส่วนในการเข้าไปเกี่ยวข้องกับกระบวนการบอกความจริงที่เกิดขึ้น พยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยมีโอกาสที่จะพบกับสถานการณ์ที่ต้องยืนยันผลของการบอกความจริง ตอบสนองต่อการเปลี่ยนแปลงทางด้านต่างๆ ของผู้ป่วยและครอบครัวทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ โดยให้ข้อมูลการเจ็บป่วยและทางเลือกในการรักษาในส่วนที่ผู้ป่วยและครอบครัวไม่เข้าใจ สนับสนุนทางด้านอารมณ์ และส่งเสริมการปรับตัวแก่ผู้ป่วยและครอบครัว จากบทบาทของพยาบาลดังกล่าวทำให้พยาบาลเป็นส่วนหนึ่งที่สำคัญของกลยุทธ์ในการบอกความจริง (Huang et al., 2014)

ในปัจจุบันกลยุทธ์ในการบอกความจริงมีหลากหลาย กลยุทธ์ที่ใช้ได้ผลดีและเป็นที่นิยมในการสื่อสารการบอกความจริงเกี่ยวกับการวินิจฉัยโรคและการพยากรณ์โรค คือ กลยุทธ์การแจ้งข่าวร้ายตามขั้นตอน ABCDE ของราโบว์และแมคฟี่ (Rabow & McPhee's ABCDE mnemonic) (Rabow & McPhee, 1999) และกลยุทธ์ในการสื่อสารตามแนวทางสไปคส์ 6 ขั้นตอน (SPIKES-Six-Step Protocol) ของเบลและคณะ (Baile et al., 2000) โดยมีรายละเอียดในแต่ละกลยุทธ์ ดังนี้

1. กลยุทธ์การแจ้งข่าวร้ายตามขั้นตอน ABCDE ของราโบว์และแมคฟี่ (Rabow & McPhee's ABCDE mnemonic) (Rabow & McPhee, 1999) มีวัตถุประสงค์เพื่อให้แพทย์แจ้งข่าวร้ายแก่ผู้ป่วยอย่างมีขั้นตอน ผู้ป่วยสามารถผ่านพ้นช่วงเวลาที่ยากลำบากและค้นพบทางออกในการดำเนินชีวิตต่อไป โดยการค้นหาวิธีการเพื่อให้ผู้ป่วยมีชีวิตอยู่ มีโอกาสในการได้รับการรักษา และอยู่ร่วมกับสังคมได้เหมือนบุคคลปกติ มี 5 ขั้นตอน ดังนี้

1.1) การเตรียมความพร้อม (A- advance preparation) เป็นการเตรียมความพร้อมของแพทย์ ทีมบุคลากรที่เกี่ยวข้องรวมถึงพยาบาล ผู้ป่วย และ ญาติ โดยแพทย์ต้องฝึกฝนการแจ้งข่าวร้ายให้กับผู้ป่วย ทีมบุคลากรที่เกี่ยวข้องเตรียมให้การช่วยเหลือสนับสนุนแก่ผู้ป่วยและครอบครัว และผู้ป่วยต้องได้รับการประเมินการรับรู้และความต้องการในการรับข้อมูลจากแพทย์ รวมถึงการเตรียมเวลาและสถานที่ที่เหมาะสม

1.2) การสร้างบรรยากาศในการเยียวยาและสร้างสัมพันธภาพที่ดี (B- build a therapeutic environment/relationship) โดยการพูดคุยทักทายด้วยท่าทางเป็นมิตร สบตา สัมผัสมือ

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved

และแขนของผู้ป่วยเพื่อแสดงความห่วงใย และสร้างบรรยากาศในการเยียวยาโดยการจัดสถานที่ที่เป็นส่วนตัวและไม่ถูกรบกวน

1.3) การสื่อสารที่ดี (C- communicate well) ในการบอกข่าวร้ายแก่ผู้ป่วย ควรพูดความจริงอย่างตรงไปตรงมา ไม่ใช้คำแทนหรือคำเหมือนในคำว่า มะเร็ง (cancer) และ ความตาย (death) พร้อมกับเลือกใช้วิธีการสัมผัสอย่างสมเหตุสมผล และสอบถามย้ำความเข้าใจในข้อมูลที่ได้รับจากผู้ป่วย

1.4) การรับมือกับปฏิกิริยาของผู้ป่วยและครอบครัว (D- deal with patient and family reactions) การประเมินปฏิกิริยาของผู้ป่วยและครอบครัวหลังได้รับการบอกข่าวร้าย ประเมินจากปฏิกิริยาทางสรีรวิทยา กลไกการป้องกันตัวเองทางจิตของผู้ป่วย และการตอบสนองทางอารมณ์ มีการรับฟังอย่างตั้งใจ เพื่อค้นหาความรู้สึกของผู้ป่วย รวมถึงการแสดงออกถึงความเข้าใจความรู้สึกของผู้ป่วย

1.5) การสนับสนุนและสะท้อนความรู้สึก (E- reflect back emotions) โดยการทำหน้าที่เป็นตัวแทนของผู้ป่วย ประเมินผลกระทบที่ผู้ป่วยได้รับจากข้อมูลข่าวร้าย ค้นหาความต้องการของผู้ป่วย พร้อมทั้งวางแผนระยะสั้นในการดูแลผู้ป่วยโดยเร่งด่วน ประเมินการฆ่าตัวตายและส่งต่อให้กับทีมบุคลากรที่เกี่ยวข้องอื่นอย่างเหมาะสม

2. กลยุทธ์ในการสื่อสารตามแนวทางสไปคส์ 6 ขั้นตอน (SPIKES-Six-Step Protocol) ของเบลและคณะ (Baile et all., 2000) มีวัตถุประสงค์หลัก เพื่อรวบรวมข้อมูลจากผู้ป่วย ให้ข้อมูลที่เกี่ยวข้อง ส่งเสริมสนับสนุนผู้ป่วย และการให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการวางแผนการดูแลรักษาโรคของตน มี 6 ขั้นตอน ดังนี้

2.1) เตรียมความพร้อมก่อนการสนทนา (S- setting up) เป็นการวางแผนในการบอกข้อมูลทั้งเนื้อหาและลำดับของการบอก วิธีการสื่อสารกับผู้ป่วย วิธีในการเผชิญปฏิกิริยาทางอารมณ์ การตอบสนองต่อคำถามของผู้ป่วย การสร้างปฏิสัมพันธ์ที่ดี การเตรียมความพร้อมของสถานที่ และการจัดสรรเวลาที่เหมาะสม

2.2) ประเมินการรับรู้ของผู้ป่วย (P- perception) โดยการสำรวจความรู้สึกและความคาดหวังของผู้ป่วย ทำให้ทราบความพร้อมและเป็นการเตรียมผู้ป่วยก่อนการบอกความจริง

2.3) ประเมินว่าผู้ป่วยต้องการทราบข้อมูลอะไร (I- invitation) ทำให้ทราบว่าผู้ป่วยต้องการรับทราบข้อมูลหรือไม่ ผู้ป่วยต้องการทราบข้อมูลอะไรและมากน้อยเพียงใด

2.4) ให้ความรู้ (K- knowledge) ควรให้ข้อมูลความรู้ในสิ่งที่ผู้ป่วยต้องการทราบหรือกังวลใจก่อนเป็นอันดับแรก หลังจากนั้นให้ความรู้ในระดับความเข้าใจและระดับการศึกษาของ

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved

ผู้ป่วยและครอบครัว หลีกเลี่ยงการให้ข้อมูลที่ทำให้ผู้ป่วยหมดหวัง และให้ข้อมูลทีละน้อยตามความเหมาะสมร่วมกับการประเมินความเข้าใจและปฏิกิริยาของผู้ป่วยเป็นระยะ

2.5) สนใจความรู้สึกของผู้ป่วย (E- emotion) โดยการสังเกตการณ์แสดงออกทางอารมณ์ของผู้ป่วย ระบุอารมณ์ที่ผู้แสดงออก ระบุเหตุผลที่ผู้ป่วยแสดงอารมณ์นั้นออกมา ให้เวลากับผู้ป่วยและตอบสนองต่อการแสดงออกทางอารมณ์ตามปฏิกิริยาของผู้ป่วย

2.6) สรุปวิธีเผชิญปัญหาและวางแผนในอนาคต (S- strategy and Summary) ทบทวนข้อมูลในการสนทนาเพื่อนำมาวางแผนในอนาคตร่วมกับผู้ป่วย โดยให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ ซึ่งก่อนตัดสินใจวางแผนต้องประเมินความต้องการและความพร้อมของผู้ป่วยที่จะพูดคุยวางแผนร่วมกัน รวมทั้งประเมินซ้ำเป็นระยะ เพื่อการดูแลที่ต่อเนื่อง

การบอกความจริงในเรื่องที่ไวต่อความรู้สึกของผู้ป่วยต้องใช้ความละเอียดรอบคอบ พิจารณาประกอบกันหลายด้าน เพื่อมุ่งเน้นให้เกิดผลกระทบต่อผู้ป่วยน้อยที่สุด วิลเลียมสันและลีฟวิงสตัน (Williamson & Livingston, 1992) เสนอแนะทางเลือกในการบอกความจริง (options for truth) แก่ผู้ป่วย 4 ทางเลือก คือ

1. บอกความจริงทั้งหมด (whole truth) เป็นการบอกข้อมูลทั้งหมดตามความเป็นจริงโดยไม่ปิดบัง โดยเคารพสิทธิของผู้ป่วยในการรับรู้ความจริงและความเป็นอิสระในการทำตามความปรารถนาของตนเอง ซึ่งผู้ป่วย ครอบครัว แพทย์ และพยาบาลจะต้องมีความเห็นตรงกันเกี่ยวกับการบอกความจริงทั้งหมด โดยเฉพาะผู้ป่วยต้องมีความต้องการทราบความจริง

2. บอกความจริงบางส่วน (partial truth) เป็นการบอกข้อมูลเพียงบางส่วน โดยบอกข้อมูลทีละน้อย เพื่อให้ผู้ป่วยปรับตัวยอมรับกับความเจ็บป่วย จนกว่าผู้ป่วยจะแสดงความต้องการอยากทราบข้อมูลเพิ่มขึ้น

3. การหลอกลวง (deception) เป็นการบอกข้อมูลที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดความเข้าใจผิด บอกสิ่งที่ไม่ใช่ความจริงแก่ผู้ป่วย ซึ่งวิธีการให้ข้อมูลลักษณะนี้ใช้ในกรณีที่การบอกความจริงมีผลกระทบต่อภาวะสุขภาพของผู้ป่วย แต่อาจส่งผลกระทบต่อการรักษาหากผู้ป่วยรับทราบความจริงในภายหลัง ทำให้เกิดความไม่ไว้วางใจในทีมสุขภาพ

4. การชะลอความจริง (truth delay) เป็นการยืดระยะเวลาในการบอกความจริง ช่วยให้ทีมสุขภาพมีเวลาในการเตรียมคำตอบสำหรับการบอกความจริง แต่วิธีนี้จะทำให้ผู้ป่วยรอคอยด้วยความวิตกกังวล

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved

การเลือกบอกความจริงในแต่ละทางเลือกจะส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดการตอบสนองต่อการบอกความจริงที่แตกต่างกัน จากการศึกษาของ เฟรดริชเซน ลินด์ฮอล์ม และ มิลเบิร์ก (Friedrichsen, Lindholm, & Milberg, 2011) ที่ศึกษาประสบการณ์การได้รับการบอกความจริงเกี่ยวกับการพยากรณ์โรคในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย พบว่า การตอบสนองต่อความจริงเกี่ยวกับการพยากรณ์โรค สามารถจำแนกออกเป็น 3 รูปแบบ ดังนี้

1. เผชิญความจริงเพื่อการจัดการกับตนเอง (facing the truth to take action) เป็นการใช้กลยุทธ์การปรับตัวจากการได้รับการบอกความจริงทั้งหมด (whole truth) ผู้ป่วยจะไม่มีข้อสงสัยว่าจะเกิดเหตุการณ์อะไรขึ้นอีกในอนาคตเกี่ยวกับอาการ การวางแผนดูแลจากแพทย์ และเวลาที่เหลืออยู่ในการเข้าสู่ระยะสุดท้ายของชีวิต เพื่อการวางแผนการในการดำเนินชีวิตสำหรับตนเองและครอบครัว

2. เผชิญความจริงบางส่วนเพื่อคงความหวังในการใช้ชีวิต (facing parts of the truth to maintain hope) เป็นการตอบสนองหลังจากที่ผู้ป่วยได้รับการบอกความจริงบางส่วน (partial truth) ทั้งนี้เกิดจากความต้องการของผู้ป่วยที่ไม่ต้องการความจริงทั้งหมด ซึ่งผู้ป่วยจะได้รับความจริงเกี่ยวกับการพยากรณ์โรคเกี่ยวกับผลการส่งตรวจที่เป็นไปตามความคาดหวัง โดยไม่ทราบรายละเอียดเกี่ยวกับระยะเวลาอันจำกัดในการมีชีวิต หรืออาการของโรคที่จะเกิดขึ้นก่อนที่จะเข้าสู่ระยะสุดท้ายของชีวิต เพื่อที่จะใช้ชีวิตอยู่อย่างมีความสุขโดยไม่รับรู้ถึงสิ่งที่คุกคามต่อตนเอง

3. ลังเลใจในการตัดสินใจระหว่างการเผชิญความจริงและการหลีกเลี่ยงความจริง (hovering between facing and avoiding the truth) เป็นการตอบสนองจากการได้รับการบอกความจริงตามความปรารถนาของผู้ป่วย (desire truth) ซึ่งเคยมีประสบการณ์การได้รับข้อมูลความจริงที่ไม่พึงประสงค์มาก่อน ผู้ป่วยจะเกิดความรู้สึกทั้งอยากรู้และไม่อยากรู้ในเวลาเดียวกัน จะมีการพิจารณาข้อดีและข้อเสียของข้อมูลก่อนตัดสินใจ ต้องการรับฟังข้อมูลความเจ็บป่วยที่เป็นผลทางบวก แต่เลือกปฏิเสธข้อมูลที่เป็นผลทางลบ

ในการเลือกให้ข้อมูลข่าวสารแก่ผู้ป่วยในแต่ละวิธีจำเป็นต้องอาศัยการรวบรวมข้อมูลต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง ประเมินสถานการณ์ที่เกี่ยวข้องและความพร้อมของผู้ป่วยในความต้องการรับทราบความจริงเกี่ยวกับการวินิจฉัยโรคและการพยากรณ์โรค นอกจากนี้ยังต้องคำนึงถึงผลกระทบที่จะเกิดตามมาหลังจากการบอกความจริงเกี่ยวกับการวินิจฉัยและการพยากรณ์โรค

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved

ผลกระทบของการบอกความจริงเกี่ยวกับการวินิจฉัยและการพยากรณ์โรค

การได้รับข้อมูลการวินิจฉัยโรคมะเร็ง การให้การรักษา ผลจากการรักษาที่ไม่สามารถวางแผนคาดการณ์ และการพยากรณ์โรค ล้วนส่งผลกระทบต่อผู้ที่เป็นมะเร็ง (Collis, 2006) ผลกระทบจากการได้รับการบอกความจริงเกี่ยวกับการวินิจฉัยและการพยากรณ์โรค สามารถจำแนกได้ ดังนี้

ผลกระทบด้านร่างกาย

การรับรู้ผลการวินิจฉัยโรคมะเร็งส่งผลให้เกิดความเครียดสูง ผู้ป่วยจะแสดงออกทางกายด้วยอาการคลื่นคิด นอนไม่หลับ มีอาการเบื่ออาหาร รับประทานอาหารลดลง อ่อนเพลีย ไร้เรี่ยวแรง น้ำหนักลด (Seo, 2000) ไม่ใส่ใจสภาพร่างกายทั่วไป ซึ่งกระทบต่อการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันทั่วไป (Lally et al., 2012) ส่วนการบอกความจริงเกี่ยวกับการพยากรณ์โรค ทำให้ผู้ป่วยเหนื่อยล้า ปวดเพิ่มขึ้น คลื่นไส้และอาเจียน นอกจากนี้ยังมีอาการหายใจลำบาก นอนไม่หลับ เบื่ออาหาร และถ่ายเหลว ซึ่งอาการที่เกิดขึ้นมีความสัมพันธ์กับอาการของการเจ็บป่วยในระยะลุกลาม ทำให้ความสามารถในการทำหน้าที่ (physical function) และความสามารถในการคิดวิเคราะห์ (cognitive function) ลดลง (Lee et al., 2011)

ผลกระทบด้านจิตใจ

ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโรคมะเร็งจะรับรู้ถึงภาวะวิกฤติในชีวิต เกิดปฏิกิริยาตอบสนองทางอารมณ์มากมายที่เกิดขึ้น ทั้ง ตกใจ ประหลาดใจ เศร้าใจ เสียใจ กังวลใจ กลัว และวิตกกังวล มักจะแสดงออกด้วยการร้องไห้ ผู้ป่วยจะให้ความหมายของการวินิจฉัยโรคมะเร็งภายในจิตใจตนเอง ว่าคือ ความโชคร้าย (bad luck) และ ความตาย (death) (พงศกร เล็งดี และคณะ, 2552; Lally et al., 2012) ผู้ป่วยมีความกลัวต่อการดำเนินไปของโรค รับรู้ถึงความไม่แน่นอนในชีวิต (จิตชญา บุญนันท์และ ปรางทิพย์ ฉายพุทธ, 2552) เกิดความรู้สึกทุกข์ทรมานทางจิตใจและกลัวที่จะเสียชีวิตอย่างรุนแรง (Valizadeh et al., 2012) การวินิจฉัยโรคทำให้ผู้ป่วยสูญเสียการควบคุม (sense of control) ท้อแท้ รู้สึกถึงความไม่เหมาะสม และขุ่นเคืองใจ (Wicks & Michell, 2010) ส่วนการบอกความจริงเกี่ยวกับการพยากรณ์โรค ทำให้ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลและเศร้าใจมากขึ้น และอาจถึงขั้นรุนแรงในผู้ป่วยบางราย ซึ่งเป็นผลกระทบต่อการทำหน้าที่ทางด้านอารมณ์ (emotional function) (Lee at al., 2011) อย่างไรก็ตามการบอกความจริงเกี่ยวกับการวินิจฉัยโรคทำให้ผู้ป่วยบางรายรู้สึก

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved

โล่งใจ และพอใจที่ได้รับทราบข้อมูลการเจ็บป่วยของตน (พงศกร เล็งดี และคณะ, 2552) ผลกระทบทางจิตใจและความรู้สึก จะแสดงออกภายในระยะเวลาเป็นชั่วโมงหรือเป็นวันถึงหลายวันจนถึงระยะเวลาหนึ่งที่ผู้ป่วยมีความคิดในการจัดการภาวะวิกฤติที่เกิดขึ้น และ ใช้กลยุทธ์ภายในตนเองปรับจิตใจและอารมณ์ความรู้สึกให้ดีขึ้น (Lally et al., 2012) การบอกความจริงช่วยให้ผู้ป่วยสามารถเผชิญปัญหาหรือปรับตัวต่อสถานการณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นและสามารถดำรงชีวิตอยู่กับโรคมะเร็งได้อย่างมีความสุข (Wicks & Michell, 2010)

ผลกระทบด้านสังคม

ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโรคมะเร็งจะรู้สึกผิดที่ไม่ได้ทำตามบทบาทหน้าที่ และเป็นภาระให้กับคนในครอบครัว (Chio et al., 2007) ผู้ป่วยมีความรู้สึกเหมือนตนเองอยู่ในโลกที่แตกต่างจากเดิม และพยายามที่จะเรียนรู้ โดยอาศัยระยะเวลาในการปรับตัวเพื่อเป็นส่วนหนึ่งของโลกใบใหม่ (Lally et al., 2012) ส่วนปฏิกิริยาที่เกิดขึ้นเมื่อคนในครอบครัวเจ็บป่วยด้วยโรคร้ายแรง คือ สมาชิกในครอบครัวจะกังวล เงียบงันและพยายามรักษาบรรยากาศภายในครอบครัวไม่ให้หดหู่เพื่อป้องกันไม่ให้ผู้ป่วยสะเทือนใจ ทำให้เกิดความคลุมเครือและกระอักกระอ่วนภายในครอบครัว เรียกภาวะดังกล่าวว่า conspiracy of silence (พงศกร เล็งดี และคณะ, 2552) ในกรณีที่ผู้ป่วยเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งเต้านมและมะเร็งทางระบบอวัยวะสืบพันธ์ ผู้ป่วยจะรู้สึกสูญเสียการทำหน้าที่ภรรยา และสูญเสียความเป็นผู้หญิง ส่งผลต่อความสัมพันธ์ระหว่างคู่สมรส (Cleary & Hegarty, 2011; Lally et al., 2012) การเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งทำให้ผู้ป่วยต้องพักรักษาตัวที่โรงพยาบาล ผู้ป่วยรู้สึกเหมือนถูกติดกับในช่วงเวลาที่อยู่ในโรงพยาบาล ผู้ป่วยมีความต้องการที่จะพูดคุยสื่อสารกับบุคคลในครอบครัวเกี่ยวกับอาการของตนเอง แต่ก็กังวลที่จะต้องพูดคุยเรื่องความรู้สึกต่อการเจ็บป่วยและความตายที่จะมาถึง (Doumit & Abu-Saad, 2008) อย่างไรก็ตามพบว่า การบอกความจริงเกี่ยวกับการพยากรณ์โรค ทำให้ผู้ป่วยมีบทบาทในการเตรียมตัวเองและครอบครัวสำหรับอนาคต สายสัมพันธ์ในครอบครัวมีความเข้มแข็งขึ้น และร่วมกันวางแผนเตรียมครอบครัวในช่วงระยะเวลาที่ผู้ป่วยมีชีวิตเหลืออยู่ (Lee et al., 2011)

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved

ผลกระทบด้านจิตวิญญาณ

การบอกความจริงเกี่ยวกับการวินิจฉัยโรคและการพยากรณ์โรคทำให้ผู้ป่วยมีความรู้สึกหมดหวัง สูญเสียพลังอำนาจในจิตใจ รู้สึกผิด โทษตัวเอง รู้สึกถึงความไม่มั่นคงในชีวิต ให้ความหมายของการมีชีวิตในทางลบ และมีความคิดอยากตาย (Chio et al., 2007) แต่ในผู้ป่วยที่รับทราบการบอกความจริงเกี่ยวกับการวินิจฉัยโรคและการพยากรณ์โรคบางรายเข้าหาสิ่งยึดเหนี่ยวภายในจิตใจ มีการสวดอธิษฐาน ทุ่มเทและอุทิศตนให้กับศาสนา สิ่งศักดิ์สิทธิ์ หรือสิ่งเหนือธรรมชาติมากขึ้น (Chio et al., 2007; Lally et.al., 2012) จากการศึกษาประสบการณ์ของผู้ป่วยที่ได้รับทราบผลการวินิจฉัยโรค พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่พยายามปรับจิตใจให้คิดบวก และค้นหาสิ่งยึดเหนี่ยวภายในจิตใจ โดยการสวดอธิษฐาน การทุ่มเท และอุทิศตนให้กับศาสนายิ่งขึ้น (Lally et al., 2012) และในผู้ป่วยที่รับทราบการพยากรณ์โรคมีกลยุทธ์ในการปรับตัวต่อความจริงที่ได้รับ ด้วยการสร้างความหวัง เพื่อรับมือกับความเจ็บป่วยและการเตรียมตัวเองเข้าสู่ระยะสุดท้ายของชีวิต (Herth & Cutcliffe, 2002)

ปัญหาเกี่ยวกับการบอกความจริงเกี่ยวกับการวินิจฉัยโรคและการพยากรณ์โรคแก่ผู้ป่วยมะเร็งในทางปฏิบัติ พบว่า ญาติผู้ป่วยขอร้องแพทย์ไม่ให้บอกความจริงแก่ผู้ป่วย โดยการช่วยปกปิดความจริง หรือให้แพทย์บอกความจริงเพียงบางส่วนกับผู้ป่วย (Cherny et al., 2011; Nwankwo & Ezeome, 2011; Wang, Peng, Guo & Su, 2013; Yamamoto et al., 2011) การไม่บอกความจริงทำให้ผู้ป่วยเกิดความสงสัย จึงค้นหาข้อมูลการเจ็บป่วย และรับรู้ถึงการเจ็บป่วยมะเร็งด้วยตนเอง โดยขาดโอกาสการรับฟังข้อมูล ตลอดจนคำอธิบายที่ถูกต้องและเป็นประโยชน์ (Helft, Hlubocky & Daugherty, 2003; Valizadeh et al., 2012; Wang et al., 2011) การให้ความสำคัญกับความรู้สึกของผู้ป่วยจากทั้งญาติและบุคลากรทางสุขภาพที่เกี่ยวข้อง ทำให้บุคลากรด้านสุขภาพ โดยเฉพาะแพทย์และพยาบาลต้องเผชิญกับสถานการณ์ที่ยากลำบากที่จะบอกความจริงกับผู้ป่วย เนื่องจากมีทั้งประโยชน์และโทษ จึงถือว่าสถานการณ์ดังกล่าวเป็นประเด็นข้อขัดแย้งทางจริยธรรมกับทางปฏิบัติ (clinical-ethical dilemma) ที่เกิดขึ้นได้เสมอ (Guven, 2010; Shahidi, 2010; Tieying et al., 2011)

จริยธรรมของการบอกความจริงเกี่ยวกับการวินิจฉัยโรคและการพยากรณ์โรค

จริยธรรมทางการแพทย์ของการบอกความจริงเกี่ยวกับการวินิจฉัยโรคและการพยากรณ์โรค อาศัยหลักการพื้นฐานทางการแพทย์ 4 ประการ ดังนี้

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved

1) การเคารพความเป็นบุคคล/เอกสิทธิ์ของผู้ป่วย (autonomy) เป็นการยอมรับสิทธิในความเป็นบุคคล ต่อมุมมอง ทางเลือก การตัดสินใจ และการปฏิบัติตามความประสงค์ของผู้ป่วย เนื่องจากผู้ป่วยเป็นบุคคลที่มีสิทธิ์จะได้รับข้อมูลอย่างถูกต้องตามกฎหมาย แพทย์จึงจำเป็นต้องสอบถามความต้องการของผู้ป่วย หากผู้ป่วยไม่ต้องการทราบข้อมูลนั้นผู้ป่วยควรมอบหมายให้บุคคลอื่นเป็นผู้รับผลการวินิจฉัย แต่หากผู้ป่วยต้องการทราบข้อมูล แพทย์จำเป็นต้องสอบถามเกี่ยวกับรายละเอียดของข้อมูลที่ผู้ป่วยต้องการ (Glass & Cluxton, 2004)

2) ความซื่อสัตย์ (fidelity) การบอกความจริงเกี่ยวกับข้อมูลการเจ็บป่วยให้ผู้ป่วยรับทราบถือเป็นการแสดงความซื่อสัตย์ที่มีต่อผู้ป่วยโดยการรักษาคำมั่นสัญญาต่อกัน เกิดความไว้วางใจในสัมพันธภาพระหว่างแพทย์และผู้ป่วย การที่แพทย์มักจะปรึกษากับสมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยก่อนที่จะบอกความจริงเกี่ยวกับการวินิจฉัยโรคและการพยากรณ์โรคแก่ผู้ป่วย ถือเป็นกรณีของการไม่ซื่อสัตย์ต่อการปกปิดความลับ และรักษาข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยด้วยเช่นเดียวกัน (Tieying et al., 2011)

3) การทำประโยชน์/การไม่ทำอันตราย (non-maleficence) เป็นหน้าที่ที่พึงกระทำสิ่งที่ดีและเป็นประโยชน์ หลีกเลี่ยงการทำอันตรายแก่ผู้ป่วย โดยในการรับทราบความจริงเกี่ยวกับการวินิจฉัยโรคและพยากรณ์โรค ทำให้ผู้ป่วยตระหนักถึงอาการเจ็บป่วยที่ร้ายแรง ซึ่งจะเป็นแรงกระตุ้นในการรับผิดชอบต่อการดูแลตัวเอง ผู้ป่วยจะตัดสินใจวางแผนดูแลตัวเองอย่างเต็มที่ โดยร่วมวางแผนการรักษา และกำหนดเป้าหมายทางสุขภาพด้วยตัวเอง การหลีกเลี่ยงการบอกความจริงต่อผู้ป่วยและครอบครัวโดยไม่ได้ให้ข้อมูลที่ถูกต้องและครบถ้วน จะทำให้ยากต่อการตัดสินใจต่อการรักษา นอกจากนี้ ผู้ป่วยจะรู้สึกท้อแท้จากการที่ผลการรักษาไม่เป็นไปตามที่คาดหวังไว้ และไม่มีโอกาสที่จะดูแลตัวเองจากการเจ็บป่วย ขาดโอกาสในการดำเนินชีวิต และเตรียมตัวก่อนที่จะเสียชีวิต (Glass & Cluxton, 2004) แต่ในอีกมุมมองหนึ่งการบอกความจริงเกี่ยวกับการวินิจฉัยโรคและการพยากรณ์โรค อาจเป็นการทำอันตรายกับผู้ป่วยในด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และ จิตวิญญาณ (Collis, 2006)

4) ความยุติธรรมหรือความเสมอภาค (justice) การให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยไม่ครบถ้วน เป็นสิ่งที่ไม่ยุติธรรมต่อผู้ป่วย ซึ่งส่งผลต่อการตัดสินใจในการรักษา นำไปสู่การรักษาที่ผู้ป่วยไม่ได้เลือกด้วยตนเอง และการไม่เปิดเผยข้อมูลอย่างถูกต้องและครบถ้วนทำให้ขาดแหล่งช่วยเหลือแก่ผู้ป่วยในด้านร่างกาย อารมณ์ และเศรษฐกิจ (Glass & Cluxton, 2004)

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved

แพทย์พยายามค้นหาความสมดุลในประเด็นข้อขัดแย้งทางจริยธรรมกับทางปฏิบัติ ระหว่างการเคารพในความเป็นบุคคลของผู้ป่วยและการไม่ทำอันตรายต่อผู้ป่วย ในสถานการณ์ดังกล่าวไม่มีข้อกำหนดและกฎเกณฑ์ที่ตายตัว แพทย์ต้องพิจารณาถึงพื้นฐานบริบทสังคม วัฒนธรรม ธรรมเนียมปฏิบัติ ระบบการบริการสุขภาพที่แตกต่างกันของแต่ละประเทศ และบุคคลที่เกี่ยวข้องทั้งทีมแพทย์พยาบาล ผู้ป่วยและญาติผู้ป่วย ทั้งนี้ สิ่งที่สำคัญที่สุดในการพิจารณาตัดสินใจในการบอกความจริงเกี่ยวกับการวินิจฉัยโรคและการพยากรณ์โรค คือ ผู้ป่วย ทัศนคติของผู้ที่เป็นมะเร็งต่อการบอกความจริงเกี่ยวกับการวินิจฉัยและการพยากรณ์โรคจะช่วยให้การตัดสินใจเชิงจริยธรรม และนำไปสู่การตัดสินใจในทางปฏิบัติอย่างแท้จริง

แนวคิดของทัศนคติ

คำว่า ทัศนคติ (attitude) ปรากฏในนิยามของจิตวิทยาสังคมศาสตร์ (social psychology) ในช่วงปี ค.ศ. 1918 (Allport, 1935) จิตวิทยาสังคมถูกนิยามว่าเป็นศาสตร์ที่ศึกษาเกี่ยวกับทัศนคติของบุคคล ที่ประกอบด้วยองค์ประกอบด้านจิตวิทยาและสังคมวิทยา โดยนิยามนี้ถูกใช้ในช่วงระยะเวลาหนึ่ง (Thomas & Znaniecki, 1918) ต่อมาทัศนคติถูกนำมากล่าวถึงในแนวคิดที่ให้ความหมายทางด้านจิตใจ และทำให้เกิดการตอบสนองในรูปแบบของการกระทำ

การนิยามความหมายของทัศนคติมีผู้นิยามไว้หลากหลาย โดย ออลพอต (Allport,1935) ซึ่งเป็นนักจิตวิทยาสาขาลักษณะส่วนบุคคล (personality psychology) ได้ให้ความหมายว่า ทัศนคติหมายถึง สภาวะความพร้อมทางด้านจิตใจ ที่เกิดขึ้นจากประสบการณ์ ทำให้กำหนดทิศทางการตอบสนองของบุคคลต่อสถานการณ์หรือสิ่งต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง ต่อมาไทรแอนดิส (Triandis, 1971) นักจิตวิทยาสาขาวัฒนธรรมผสมผสาน (cross cultural psychology) ตีความจากนิยามทัศนคติของออลพอต ซึ่งกล่าวถึง ทัศนคติว่า เป็น ความรู้สึก ความเชื่อและความคิดเห็นที่มีต่อสถานการณ์แวดล้อมหลังจากได้รับประสบการณ์นั้นๆมาแล้ว ซึ่งจูงใจให้แสดงพฤติกรรมออกมาต่อสิ่งต่างๆ นอกจากนี้ กู๊ด (Good, 1973) นักการศึกษาด้านคุณธรรม ได้ให้ความหมายทัศนคติเพิ่มเติมว่า ทัศนคติเป็นความโน้มเอียงของปฏิกิริยาที่จะแสดงออกในลักษณะที่อาจเป็นการยอมรับหรือปฏิเสธต่อบุคคล สิ่งของ หรือสถานการณ์บางอย่าง จากแนวคิดทัศนคติดังกล่าวข้างต้น มีการนำแนวคิดไปใช้ในการอธิบายพฤติกรรมของมนุษย์ในรูปแบบของทัศนคติที่แตกต่างและหลากหลาย

ผู้วิจัยสรุปความหมายของทัศนคติว่า ทัศนคติ คือ ความเข้าใจ ความรู้สึก และความคิดเห็นที่เกิดจากประสบการณ์หรือการเรียนรู้ของบุคคลต่อเรื่องใดเรื่องหนึ่ง และตอบสนองเป็นพฤติกรรมการแสดงออกต่อสิ่งที่มากระตุ้น ตามแนวคิดความหมายทัศนคติของไทรแอนดิส (Triandis, 1971)

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved

ไทรแอนดิส (Triandis, 1971) อธิบายความสำคัญของทัศนคติหลายประการ ดังนี้

1. ทัศนคติช่วยให้บุคคลเข้าใจสิ่งต่าง ๆ ผ่านการจัดหมวดหมู่ แยกแยะ และทำให้ง่ายต่อการเข้าใจในสิ่งที่ซับซ้อนรอบตัว

2. ทัศนคติทำให้แปลความหมายของความเข้าใจสิ่งต่าง ๆ รอบตัวด้วยการตีค่า เป็นคุณหรือโทษ ถูกหรือผิด บวกหรือลบเสมอ

3. ทัศนคติช่วยปรับสิ่งแวดล้อมรอบตัวให้ง่ายต่อการใช้ชีวิตอยู่ โดยการทำให้เกิดความเชื่อต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นรอบตัว และสามารถตัดสินสิ่งที่เกิดขึ้นได้ด้วยทัศนคติ

4. ทัศนคติทำให้บุคคลใช้ชีวิตในสังคม โดยบุคคลที่มีทัศนคติตรงกัน มีความรู้สึก ความคิด ความเชื่อที่คล้ายคลึงกันถือเป็นกลุ่มสังคมเดียวกัน

5. ทัศนคติทำให้เกิดการตอบสนองต่อเหตุการณ์รอบตัวได้หลายทาง กล่าวคือ ทัศนคติทำให้เกิดการตอบสนองทางการรับรู้ที่สะท้อนด้วยการแสดงออกถึงความเข้าใจ การตอบสนองทางความรู้สึกที่สะท้อนด้วยการแสดงออกถึงความพึงพอใจ และ การตอบสนองทางพฤติกรรมที่แสดงออกมาเป็นการกระทำ

ทัศนคติ ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบ (Triandis, 1971) ดังนี้

1. องค์ประกอบด้านความเข้าใจ (cognitive component) เป็นการรับรู้หรือการตรวจสอบการรับรู้ของบุคคล จากความคิด (idea) และความเชื่อ (belief) ซึ่งบุคคลจะรับรู้และวินิจฉัยข้อมูลต่าง ๆ ที่ได้รับหรือเคยมีประสบการณ์ ทำการวิเคราะห์ จัดหมวดหมู่ เพื่อสรุปรวมเป็นความคิดและความเข้าใจต่อสิ่งนั้นๆ

2. องค์ประกอบด้านอารมณ์ความรู้สึก (affective component) เป็นการตอบสนองที่ถูกเร้าจาก ความเข้าใจ ความคิด ความเชื่อและประสบการณ์ ซึ่งบุคคลจะแสดงออกมาเป็นอารมณ์ความรู้สึกในทางบวกหรือทางลบ ทั้งความรู้สึกพึงพอใจ ไม่พึงพอใจ ชอบ ไม่ชอบ ต้องการ ไม่ต้องการต่อสิ่งนั้นๆ

3. องค์ประกอบด้านพฤติกรรมปฏิบัติ (behavioral component) เป็นความพร้อมหรือแนวโน้มในการปฏิบัติ (action tendencies) ที่บุคคลจะกระทำหรือปฏิบัติ ซึ่งเป็นผลสืบเนื่องมาจากความเข้าใจ ความคิด ความเชื่อและประสบการณ์ที่บุคคลมีต่อสิ่งนั้นๆ

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved

การประเมินทัศนคติ

ทัศนคติเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นภายในตัวบุคคล การประเมินจำต้องอาศัยวิธีการที่หลากหลาย หากจำแนกตามคุณสมบัติของการประเมิน สามารถแบ่งได้เป็น 2 วิธีการ ดังนี้ (ศิริวรรณ เสรีรัตน์, 2548)

1. ประเมินโดยวิธีทางอัตนัย (subjective evaluation) เป็นการประเมินทัศนคติจากตัวของบุคคล บุคคลจะเป็นผู้แสดงออกถึงทัศนคติต่อสิ่งนั้นๆ โดยไม่ต้องผ่านกระบวนการหรือขั้นตอนการตีความหรือแปลความหมาย ประกอบด้วย

1.1 การสัมภาษณ์ (interview) เป็นวิธีการที่อาศัยการโต้ตอบทางวาจา โดยต้องมีการพูดคุยกันอย่างมีจุดหมาย ผู้สัมภาษณ์ต้องเตรียมรายการคำถามไว้อย่างดีและมีวัตถุประสงค์ สามารถนำมาใช้ได้ดีสำหรับการประเมินทัศนคติเกี่ยวกับความรู้สึกสนใจ ที่เป็นข้อมูลทางด้านอารมณ์ความรู้สึก และประเมินความรู้ ความคิดเห็นต่างๆ ที่เป็นข้อมูลทางด้านความเข้าใจ ข้อดีของการสัมภาษณ์ คือ สามารถใช้ได้กับบุคคลทุกประเภท ทุกระดับการศึกษา และสามารถยืดหยุ่นได้ ข้อเสียของการสัมภาษณ์ คือ การสัมภาษณ์จะขึ้นอยู่กับประสบการณ์ ความรอบรู้และความชำนาญของผู้สัมภาษณ์ จำต้องใช้เวลา แรงงานและค่าใช้จ่ายจำนวนมาก อีกทั้งอาจเกิดความลำเอียงเนื่องจากผู้ถูกสัมภาษณ์มีความเกรงกลัวหรือเกรงใจ จึงไม่กล้าตอบสิ่งที่เป็นความคิดเห็นที่แท้จริง

1.2 การใช้แบบสอบถาม (questionnaire) หรือการรายงานตนเอง (self report) เป็นวิธีที่ให้ผู้ตอบแบบสอบถามแสดงความคิดเห็นของตนเองออกมาตามสิ่งเร้า (แบบสอบถาม/แบบรายงานตนเอง) โดยแสดงความรู้สึกอย่างตรงไปตรงมา แบบสอบถามที่เป็นที่นิยมส่วนใหญ่ จะใช้มาตรวัดทัศนคติแบบลิเคิร์ท (Likert scale) แบบเทอร์สโตน (Therstone scale) แบบออสกูด (Osgood scale) และแบบกัตต์แมน (Gutman scale) ข้อดีของแบบสอบถามหรือแบบรายงานตนเอง คือ สามารถรวบรวมข้อมูลได้จำนวนมากในเวลาที่จำกัด และผู้ตอบแบบสอบถามมีอิสระในการตอบ ข้อเสีย คือ หากคำถามในแบบสอบถามไม่กระจ่าง ผู้ตอบแบบสอบถามอาจมีการคาดเดา หรือการรอรับแบบสอบถามคืน ผู้ตอบสอบสอบถามอาจเกรงใจ ทำให้ผลการประเมินมีโอกาสคาดเคลื่อนได้

2. ประเมินโดยวิธีทางปรนัย (objective evaluation) เป็นวิธีการที่มาจากการแปลความหรือตีความของผู้ประเมิน ประกอบด้วย

2.1 การสังเกต (observation) เป็นวิธีการที่ต้องอาศัยประสารทสัมผัสหลายอย่างโดยเฉพาะอย่างยิ่ง ประสาทสัมผัสทางตาและหู โดยต้องกำหนดจุดมุ่งหมายในการสังเกตไว้ให้แน่นอน นิยามสิ่งที่ต้องสังเกตให้ชัดเจน กระทำอย่างมีระบบ และบันทึกผลในทันที การสังเกต

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved

ใช้ได้ดีกับการศึกษาคุณลักษณะและพฤติกรรมของบุคคล การสังเกตช่วยทำให้ได้ข้อมูลที่ถูกต้องเป็นจริงได้มากจากการเก็บข้อมูลจากแหล่งปฐมภูมิ ข้อเสียของการสังเกต คือ ผลที่ได้อาจมีความคลาดเคลื่อน อันเนื่องจากผู้สังเกตอาจมีอคติในการสังเกตและบันทึก และผู้ถูกสังเกตที่รับรู้ว่าตนเองถูกเฝ้าดูพฤติกรรมอาจทำให้แสดงออกโดยไม่เป็นไปตามปกติ

2.3 การวัดทางสรีรภาพ (physiological) เป็นวิธีการประเมินที่ต้องอาศัยเครื่องมือไฟฟ้า หรือเครื่องมือทางการแพทย์ ในการสังเกตการณ์เปลี่ยนแปลงสภาพของร่างกาย ซึ่งจะแสดงออกโดยการตอบสนองทางสรีรวิทยาของระบบประสาทซิมพาเทติก (sympathetic nervous system) ได้แก่ การขยายตัวของรูม่านตา ปฏิกิริยาของกล้ามเนื้อบนใบหน้า อัตราการเต้นของหัวใจที่เพิ่มขึ้น นำมาประเมินทัศนคติด้านอารมณ์ความรู้สึก เช่น อาการดีใจ เสียใจ พอใจ ไม่พอใจ เป็นต้น

2.3 การใช้เทคนิคจินตนาการ (projective technical) เป็นวิธีการวัดทัศนคติทางอ้อมที่จะต้องมีสถานการณ์ที่หลากหลายนำมาเร้าผู้ตอบ โดยให้ผู้ตอบจินตนาการออกมาแล้วมีการตีความหมาย ซึ่งการใช้เทคนิคจินตนาการนี้ ผู้นำไปใช้จะต้องมีความรู้ทางด้านจิตวิเคราะห์ วิธีการนี้จึงมีข้อจำกัด

ทัศนคติ เกิดจากประสบการณ์และการเรียนรู้ของบุคคล ทำให้เกิดการตีความต่อสิ่งนั้นๆ ออกเป็นความเข้าใจ ความรู้สึก และแนวโน้มในการปฏิบัติพฤติกรรมใดๆ การทำความเข้าใจถึงทัศนคติต่อการบอกความจริงเกี่ยวกับการวินิจฉัยโรคและการพยากรณ์โรคของผู้ที่เป็นมะเร็ง อาจทำให้บุคลากรทางสุขภาพรับทราบความเข้าใจ ความรู้สึก และแนวโน้มในการกระทำพฤติกรรมทางสุขภาพของผู้ที่เป็นมะเร็งได้

ทัศนคติต่อการบอกความจริงเกี่ยวกับการวินิจฉัยโรค

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved

จากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ไม่พบผู้นิยามความหมายของทัศนคติต่อการบอกความจริงเกี่ยวกับการวินิจฉัยโรคไว้อย่างชัดเจน ผู้วิจัยจึงให้ความหมายของทัศนคติต่อการบอกความจริงเกี่ยวกับการวินิจฉัยโรคตามแนวคิดทัศนคติของไทรแอนดีส (Triandis, 1971) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการบอกความจริงเกี่ยวกับการวินิจฉัยโรค โดยทัศนคติต่อการบอกความจริงเกี่ยวกับการวินิจฉัยโรค หมายถึง ความเข้าใจ ความรู้สึก และความคิดเห็นของผู้ที่เป็นมะเร็งต่อการให้ข้อมูลที่เป็นความจริงในขั้นตอนการบอกผลการวินิจฉัยโรค รูปแบบและวิธีการวินิจฉัยโรคจากแพทย์ ที่ประกอบด้วยองค์ประกอบ 3 ด้านได้แก่ ด้านความเข้าใจ ด้านอารมณ์ และ ด้านพฤติกรรมปฏิบัติ

องค์ประกอบของทัศนคติต่อการบอกความจริงเกี่ยวกับการวินิจฉัยโรคตามแนวคิดของไทรแอนดีส (Triandis, 1971) มีรายละเอียดในแต่ละองค์ประกอบ ดังนี้

1. องค์ประกอบด้านความเข้าใจ (cognitive component) เป็นการรับรู้ของผู้ที่เป็นมะเร็งต่อการให้ข้อมูลที่เป็นความจริงในขั้นตอนการบอกผลการวินิจฉัยโรค รูปแบบและวิธีการวินิจฉัยโรคจากแพทย์ จากการรับรู้ข้อมูลต่างๆที่เคยได้รับและเคยมีประสบการณ์มาทำการวิเคราะห์จัดหมวดหมู่และสรุปรวมเป็นความเข้าใจต่อการบอกความจริงเกี่ยวกับการวินิจฉัยโรค

2. องค์ประกอบด้านอารมณ์ความรู้สึก (affective component) เป็นการตอบสนองของผู้ที่เป็นมะเร็งต่อการให้ข้อมูลที่เป็นความจริงในขั้นตอนการบอกผลการวินิจฉัยโรค รูปแบบและวิธีการวินิจฉัยโรคจากแพทย์ตามความเข้าใจ ความคิด และประสบการณ์ ซึ่งผู้ที่เป็นมะเร็งจะแสดงออกเป็นอารมณ์ความรู้สึกที่พึงพอใจหรือไม่พอใจ ชอบหรือไม่ชอบ ต้องการหรือไม่ต้องการต่อการบอกความจริงเกี่ยวกับการวินิจฉัยโรค

3. องค์ประกอบด้านพฤติกรรมปฏิบัติ (behavioral component) เป็นความพร้อมหรือแนวโน้มในการปฏิบัติของผู้ที่เป็นมะเร็งต่อการให้ข้อมูลที่เป็นความจริงในขั้นตอนการบอกผลการวินิจฉัยโรค รูปแบบและวิธีการวินิจฉัยโรคจากแพทย์ ผ่านความเข้าใจและความรู้สึก ทำให้แสดงออกเป็นการกระทำหรือการปฏิบัติต่อการบอกความจริงเกี่ยวกับการวินิจฉัยโรค

ปัจจัยที่มีผลต่อทัศนคติในการบอกความจริงเกี่ยวกับการวินิจฉัยโรคของผู้ที่เป็นมะเร็ง แบ่งออกเป็น 2 ปัจจัย ดังนี้

1. ปัจจัยภายในตัวบุคคลของผู้ป่วย ประกอบด้วย

1.1 เพศ พบว่า เพศเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับทัศนคติในการบอกความจริงเกี่ยวกับการวินิจฉัยโรค โดยผู้ที่เป็นมะเร็งเพศหญิงมีทัศนคติต่อการการบอกความจริงในการวินิจฉัยโรคมะเร็ง ว่าควรได้รับการบอกความจริงร่วมกับการดูแลใส่ใจและส่งเสริมด้านอารมณ์สังคม และจิตวิญญาณมากกว่าผู้ป่วยมะเร็งเพศชาย (Chiu et al., 2006; Fujimori & Uchitomi, 2009) และผู้ที่เป็นมะเร็งเพศหญิงมีความต้องการให้ครอบครัวรับทราบการเจ็บป่วยของตน (Al-Amri, 2010)

1.2 อายุ ผู้ป่วยที่อายุน้อยมีทัศนคติในเรื่องความต้องการการบอกความจริงในการวินิจฉัยโรคร่วมกับการสนับสนุนด้านอารมณ์มากกว่าผู้ป่วยที่มีอายุมาก (Chiu et al., 2006; Fujimori & Uchitomi, 2009; Seo et al., 2000)

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved

1.3 ระดับการศึกษา ผู้ป่วยที่มีระดับการศึกษาสูงจะมีความต้องการข้อมูลการบอกความจริงในการวินิจฉัยโรคมากเพื่อต้องการตัดสินใจวางแผนการรักษาตนเองต่อไป (Fujimori & Uchitomi, 2009)

1.4 สภาพจิตใจ ผู้ป่วยที่มีความเครียดและความวิตกกังวลสูง จะมีความต้องการรับทราบรายละเอียดของข้อมูลการวินิจฉัยโรคร่วมกับการสนับสนุนทางด้านอารมณ์ รวมถึงผู้ป่วยที่มีจิตใจที่ไม่ยอมแพ้ (fighting spirit) จะมีความต้องการรับทราบความจริงเกี่ยวกับการวินิจฉัยโรคมะเร็ง (Fujimori & Uchitomi, 2009)

1.5 สิ่งยึดเหนี่ยวด้านจิตวิญญาณ ผู้ป่วยที่นับถือศาสนา หรือ สิ่งยึดเหนี่ยวจิตวิญญาณมีทัศนคติที่ดีต่อการบอกความจริงเกี่ยวกับการวินิจฉัยโรคมากกว่าผู้ป่วยที่ไม่มีสิ่งยึดเหนี่ยวจิตวิญญาณ กล่าวคือ ผู้ป่วยที่นับถือศาสนา หรือ สิ่งยึดเหนี่ยวจิตวิญญาณมีความต้องการรับทราบข้อมูลการวินิจฉัยโรคมะเร็งแม้ว่าเป็นการวินิจฉัยว่าเริ่มเจ็บป่วยด้วยมะเร็งในระยะแรกก็ตาม (Jiang et al., 2006; 2007)

2. ปัจจัยภายนอกตัวบุคคลของผู้ป่วย เป็นสิ่งที่ผู้ป่วยรับรู้ผ่านประสบการณ์ในชีวิต ได้รับการถ่ายทอดจากสิ่งแวดล้อมรอบตัว ประกอบด้วย

2.1 ลักษณะข้อมูลการเจ็บป่วย

2.1.1 การรับรู้การเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็ง ผู้ป่วยที่รับรู้การเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งมีทัศนคติที่ดีต่อการบอกความจริงเกี่ยวกับการวินิจฉัยโรค โดยมีความต้องการรับทราบผลการวินิจฉัยโรค (Jawaid et al., 2010) การรับรู้ถึงการเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งมีผลกระทบทางลบต่อผู้ป่วยจึงพบว่าการศึกษาถึงทัศนคติของผู้ป่วยจำต้องศึกษาในผู้ป่วยมะเร็งที่รับทราบผลการวินิจฉัยโรคมะเร็ง

2.1.2 ระยะของมะเร็ง การเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งด้วยความรุนแรงของโรคที่แตกต่างกันมีผลต่อทัศนคติต่อการบอกความจริงเกี่ยวกับการวินิจฉัยโรคว่ามีการเจ็บป่วยด้วยมะเร็งระยะแรก หรือมะเร็งระยะท้าย พบว่า ผู้ที่เป็นมะเร็งในระยะแรกมีความต้องการรับทราบผลการวินิจฉัยโรคมากกว่าผู้ที่เป็นมะเร็งในระยะท้าย (Jiang et al., 2007; Perera et al., 2013)

2.2 ลักษณะครอบครัวและสังคม ในสังคมที่สถาบันครอบครัวเข้มแข็ง สมาชิกในครอบครัวจะคอยปกป้องผู้ป่วยจากอันตรายต่างๆ มีผลต่อทัศนคติของผู้ป่วยต่อการบอกความจริงเกี่ยวกับการวินิจฉัยโรคมะเร็งว่าเป็นโรคที่ส่งผลต่อจิตใจของผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยมีทัศนคติที่ดีต่อการบอกความจริงในการวินิจฉัยโรคมะเร็ง (Perera et al., 2013)

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved

2.3 ลักษณะทางวัฒนธรรม ทัศนคติในการบอกความจริงเกี่ยวกับการวินิจฉัยโรคของผู้ที่เป็นมะเร็งในประเทศตะวันตก พบว่า ผู้ป่วยเข้าใจถึงสิทธิของตนเองในเรื่องการเคารพความเป็นบุคคล (Hoff et al., 2007; Wood et al., 2009) และเห็นว่าการรับทราบความจริงเกี่ยวกับการวินิจฉัยโรคมะเร็งเป็นสิ่งที่สำคัญ ผู้ป่วยจำต้องได้รับการบอกความจริงเกี่ยวกับการวินิจฉัยโรคจากแพทย์ (Al-Amri, 2010; Erer et al., 2008; Jawaid et al., 2010) ในประเทศตะวันออก พบว่าผู้ที่เป็นมะเร็งมีทัศนคติที่ดีต่อการบอกความจริงเกี่ยวกับการวินิจฉัยโรคแม้ว่าจะถูกคัดค้านการบอกความจริงเกี่ยวกับการวินิจฉัยโรคจากสมาชิกในครอบครัวและแพทย์ก็ตาม (Jiang et al., 2007; Perera et al., 2013; Seo et al., 2000)

2.4 ลักษณะของระบบการบริการทางการแพทย์ ในระบบการแพทย์แบบตะวันออกมักให้ความสำคัญกับความคิดเห็นของสมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยมากกกว่าตัวผู้ป่วย (Jiang et al., 2007; Tieying et al., 2011) การให้บริการทางการแพทย์โดยแพทย์ที่คำนึงถึงความเป็นบุคคลของผู้ป่วย และเคารพความคิดเห็นของผู้ป่วย จะทำให้ผู้ป่วยมีความเชื่อมั่นแพทย์ว่าจะได้รับการบอกความจริงเกี่ยวกับการวินิจฉัยโรคด้วยความซื้อสัตย์ (Chiu et al., 2006) ความคิดเห็นของแพทย์เป็นอีกปัจจัยที่มีผลต่อทัศนคติของผู้ป่วย เนื่องจากแพทย์เป็นบุคคลที่ผู้ป่วยและครอบครัวเห็นว่ามีความรู้ และความเชี่ยวชาญในเรื่องโรคและการรักษาผู้ป่วยมากที่สุด จึงเป็นผู้ที่เหมาะสมที่สุดในการบอกความจริงเกี่ยวกับการวินิจฉัยโรค (Chiu et al., 2006; Fujimori & Uchitomi, 2009)

ทัศนคติต่อการบอกความจริงเกี่ยวกับการวินิจฉัยโรคของของผู้ที่เป็นมะเร็ง

ทัศนคติในการบอกความจริงเกี่ยวกับการวินิจฉัยโรคมีความแตกต่างกันในแต่ละบุคคลที่อยู่ภายใต้บริบทที่แตกต่างกันของแต่ละประเทศ พบว่า ทัศนคติต่อการบอกความจริงเกี่ยวกับการวินิจฉัยโรคแตกต่างกันระหว่างผู้ที่เป็นมะเร็งในประเทศตะวันตกและตะวันออก ทัศนคติต่อการบอกความจริงเกี่ยวกับการวินิจฉัยโรคในผู้ที่เป็นมะเร็งในประเทศแถบตะวันตก พบว่า ร้อยละ 76.20 - 98.00 ของผู้ที่เป็นมะเร็งมีทัศนคติต่อการบอกความจริงเกี่ยวกับการวินิจฉัยโรค ว่าผู้ป่วยควรต้องได้รับทราบความจริงเกี่ยวกับการวินิจฉัยของตน (Al-Amri, 2010; Erer et al., 2008; Jawaid et al., 2010) การบอกความจริงถือเป็นธรรมเนียมปฏิบัติในการแพทย์ตะวันตกเนื่องจากแพทย์ตะวันตกให้ความเคารพต่อความเป็นบุคคลของผู้ป่วย และผู้ป่วยรับรู้สิทธิของตนในข้อนี้เป็นอย่างดี (Hoff et al., 2007; Wood et al., 2009) ส่วนทัศนคติของผู้ที่เป็นมะเร็งต่อการบอกความจริงเกี่ยวกับการวินิจฉัยโรค ในประเทศแถบเอเชีย พบว่า ร้อยละ 86.00 - 93.60 ของผู้ป่วยมะเร็งมีทัศนคติต่อการบอกความจริงเกี่ยวกับการวินิจฉัยโรค ว่าผู้ป่วยควรต้องได้รับรู้ความจริงเกี่ยวกับการวินิจฉัยโรค (Jiang et al., 2007; Perera et al., 2013; Seo et al., 2000) แต่ในทางปฏิบัติพบเพียง ร้อยละ 44.30 -

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved

77.00 ของแพทย์ที่บอกความจริงเกี่ยวกับการวินิจฉัยโรคแก่ผู้ป่วยมะเร็ง (Seo et al., 2000; Yamamoto et al., 2011) ในระบบการแพทย์แบบตะวันออกมักให้ความสำคัญกับความคิดเห็นของสมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยมากกว่าตัวผู้ป่วย (Jiang et al., 2007; Tieying et al., 2011) แพทย์มักจะปรึกษากับสมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยก่อนที่จะบอกความจริงเกี่ยวกับการวินิจฉัยโรค (Seo et al., 2000) สมาชิกในครอบครัวส่วนใหญ่มีความเห็นว่าควรปกปิดผลการวินิจฉัยมะเร็งเป็นความลับจากผู้ป่วย และแพทย์ส่วนใหญ่ปฏิบัติตามความต้องการของสมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วย (Wang et al., 2013; Yamamoto et al., 2011)

หากพิจารณาการศึกษาทัศนคติต่อการบอกความจริงเกี่ยวกับการวินิจฉัยโรคในผู้ที่เป็นมะเร็งตามแนวคิดทัศนคติของไทรแอนดิส (Triandis, 1971) ที่ประกอบด้วยทัศนคติด้านความเข้าใจ ทัศนคติด้านอารมณ์ความรู้สึก และทัศนคติด้านพฤติกรรมปฏิบัติ จากการทบทวนวรรณกรรมสามารถอธิบายทัศนคติต่อการบอกความจริงเกี่ยวกับการวินิจฉัยโรคในผู้ที่เป็นมะเร็ง ดังนี้

ทัศนคติด้านความเข้าใจต่อการบอกความจริงเกี่ยวกับการวินิจฉัยโรคในผู้ที่เป็นมะเร็ง จะเป็นการแสดงออกในการรับรู้ต่อการให้ข้อมูลที่เป็นความจริงในขั้นตอนการบอกผลการวินิจฉัยโรครูปแบบและวิธีการวินิจฉัยโรคจากแพทย์ พบว่า ผู้ป่วยเข้าใจว่าการที่ผู้ป่วยได้รับทราบการวินิจฉัยโรคจากแพทย์ผู้รักษาเป็นสิทธิในการรับทราบข้อมูลการเจ็บป่วยและสิทธิในการตัดสินใจวางแผนการรักษา แสดงถึงการให้ความเคารพในความเป็นบุคคลของผู้ป่วย จากผลการศึกษาของอีเรอร์ และคณะ (Erer et al., 2008) ที่ศึกษามุมมองต่อสิทธิผู้ป่วยในประเด็นการบอกความจริงเกี่ยวกับข้อมูลการเจ็บป่วยและความเป็นบุคคลของผู้ป่วยมะเร็ง ในประเทศตุรกี พบว่าผู้ป่วยเห็นด้วยกับการบอกความจริงในการแจ้งผลการวินิจฉัยโรคจากแพทย์ เพราะการรับทราบผลการวินิจฉัยโรคเป็นสิทธิของผู้ป่วย โดยบุคคลที่เหมาะสมในการให้ข้อมูลผลการวินิจฉัยและทางเลือกในการรักษาแก่ผู้ป่วยคือแพทย์ หลังจากการรับทราบข้อมูลการวินิจฉัยโรคแล้วผู้ป่วยมีสิทธิในการตัดสินใจวางแผนการรักษาของตนเอง ผลการศึกษาดังกล่าวคล้ายคลึงกับผลการศึกษาของเจียงและคณะ (Jiang et al., 2007) ที่ศึกษาความแตกต่างระหว่างทัศนคติของผู้ป่วยมะเร็งและสมาชิกในครอบครัวต่อการบอกความจริงเกี่ยวกับการวินิจฉัยโรคมะเร็งระยะแรกและระยะสุดท้าย ในประเทศจีน พบว่าผู้ป่วยมะเร็งระยะแรกและระยะสุดท้ายส่วนใหญ่มีความคิดเห็นว่า การรับทราบผลการวินิจฉัยจากแพทย์เป็นเรื่องที่มีความจำเป็น เนื่องจากทำให้ผู้ป่วยร่วมวางแผนการรักษากับแพทย์และการรับทราบผลการวินิจฉัยโรคถือเป็นสิทธิที่สำคัญของตนเอง นอกจากนี้ในการศึกษาของจาเว็ด และคณะ (Jawaid et al., 2010) ที่ศึกษาทัศนคติต่อการบอกความจริงเกี่ยวกับการวินิจฉัยโรค ในประเทศปากีสถาน ผู้ป่วยไม่เห็นด้วยในกรณีที่แพทย์บอกผลการวินิจฉัยของตนเองให้ครอบครัวรับทราบก่อนบอกให้กับผู้ป่วย

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved

ทัศนคติด้านอารมณ์ความรู้สึกต่อการบอกความจริงเกี่ยวกับการวินิจฉัยโรคในผู้ที่เป็นมะเร็ง เป็นการแสดงออกด้วยความรู้สึกหรือการแสดงความคิดเห็นที่บ่งบอกถึงความพอใจหรือไม่พอใจต่อการให้ข้อมูลที่เป็นความจริงในขั้นตอนการบอกผลการวินิจฉัยโรค รูปแบบและวิธีการวินิจฉัยโรคจากแพทย์ พบว่า ผู้ป่วยมีความพึงพอใจในการรับทราบผลการวินิจฉัยโรคด้วยตนเองจากแพทย์ (Chiu et al., 2006; Jawaid et al., 2010; Perera et al., 2013; Seo et al., 2000) และผู้ป่วยแสดงความต้องการด้านลักษณะข้อมูลการวินิจฉัย และลักษณะการบอกความจริง โดยผลการศึกษาของชิ่วและคณะ (Chiu et al., 2006) ที่ศึกษาความต้องการของผู้ป่วยมะเร็งชาวเอเชียต่อการแจ้งข่าวร้ายเกี่ยวกับการวินิจฉัยโรค ในประเทศสิงคโปร์ พบว่าผู้ป่วยพอใจต่อการที่จะได้รับการบอกความจริงเกี่ยวกับผลการตรวจ แนวทางการรักษา และผลการรักษาโดยผู้ป่วยระบุลักษณะการบอกความจริงว่ามีความต้องการรับการบอกความจริงอย่างตรงไปตรงมาและแพทย์ควรให้ความสนใจกับผู้ป่วยอย่างเต็มที่ นอกจากนี้อัล-อัมริ (Al-Amri, 2010) ที่ศึกษาทัศนคติต่อการบอกความจริงข้อมูลเกี่ยวกับโรคมะเร็ง ในผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็ง ประเทศซาอุดิอาราเบีย พบว่า ผู้ป่วยมีความต้องการรับทราบข้อมูลการเจ็บป่วยที่เป็นความจริงทุกอย่าง โดยผู้ป่วยจะไม่ยินยอมให้แพทย์รักษาและไม่ยอมรับผลที่จะเกิดขึ้นตามมาหากไม่ได้รับทราบความจริงเกี่ยวกับการวินิจฉัยโรค

ทัศนคติด้านพฤติกรรมปฏิบัติต่อการบอกความจริงเกี่ยวกับการวินิจฉัยโรคในผู้ที่เป็นมะเร็ง เป็นแนวโน้มในการจะกระทำหรือจะปฏิบัติต่อการบอกความจริงต่อการให้ข้อมูลที่เป็นความจริงในขั้นตอนการบอกผลการวินิจฉัยโรค รูปแบบและวิธีการวินิจฉัยโรคจากแพทย์ พบทัศนคติด้านพฤติกรรมปฏิบัติจากการศึกษาของ อัล-อัมริ (Al-Amri, 2010) โดยผู้ป่วยจะไม่ยอมรับการรักษาจากแพทย์หากไม่รับทราบความจริงเกี่ยวกับการวินิจฉัยโรค และ จากการศึกษาของจาเว็ดและคณะ (Jawaid et al., 2010) ที่ผู้ป่วยจะให้ความสนใจในข้อมูลทางเลือกในการรักษาและให้ความสำคัญที่จะมีส่วนร่วมตัดสินใจในการรักษาของตนเองหลังจากรับทราบการบอกผลการวินิจฉัยโรค

การทบทวนวรรณกรรมการศึกษาทัศนคติต่อการบอกความจริงเกี่ยวกับการวินิจฉัยโรคที่ผ่านมา หากพิจารณากรอบแนวคิดที่ใช้ศึกษาตามแนวคิดทัศนคติของไทรแอนดิส (Triandis, 1971) ที่ประกอบด้วย ด้านความเข้าใจ (cognitive component) ด้านอารมณ์ความรู้สึก (affective component) และด้านพฤติกรรมปฏิบัติ (behavioral component) ถือว่า การศึกษาที่ผ่านมายังประเมินไม่ครอบคลุมองค์ประกอบของทัศนคติทั้งสามด้าน อย่างไรก็ตามการศึกษาทัศนคติต่อการบอกความจริงเกี่ยวกับการวินิจฉัยโรคระหว่างประเทศแถบตะวันตกและตะวันออกมีความแตกต่างกันอย่างชัดเจน ในประเทศตะวันตก ผู้ที่เป็นมะเร็งรับรู้สิทธิในการได้รับการบอกความจริงเกี่ยวกับการวินิจฉัยโรคจากแพทย์ โดยไม่จำเป็นต้องขอความคิดเห็นจากสมาชิกในครอบครัวในการตัดสินใจรับข้อมูลการวินิจฉัยและการตัดสินใจในการรักษา ซึ่งมีความแตกต่างจากทัศนคติต่อการบอกความ

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved

จริงเกี่ยวกับการวินิจฉัยโรคของผู้ป่วย ในประเทศตะวันออก ที่สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยมักคัดค้านการบอกความจริงเกี่ยวกับการวินิจฉัยโรค แต่ผู้ป่วยมีความต้องการรับทราบผลการวินิจฉัยโรคของตนเอง เนื่องจากรับรู้สิทธิและรับรู้ผลทางบวกจากการรับทราบผลการวินิจฉัยโรค การทำความเข้าใจถึงทัศนคติของผู้ป่วยต่อการให้ข้อมูลที่เป็นความจริงในขั้นตอนการบอกผลการวินิจฉัยโรครูปแบบและวิธีการวินิจฉัยโรคจากแพทย์ในประเทศแถบตะวันออกจึงเป็นที่ท้าทายสำหรับทีมบุคคลากรทางการแพทย์ตะวันออก รวมทั้งทีมบุคลากรทางการแพทย์ไทยเช่นกัน

การศึกษาสถานการณ์การรับรู้ข้อมูลของผู้ป่วยมะเร็งในประเทศไทย พบว่า ผู้ป่วยมะเร็งร้อยละ 36.80 - 62.03 รายงานว่าตนไม่รับทราบข้อมูลการวินิจฉัยโรคอย่างชัดเจนและเพียงพอ (ปราณี ช่วงไกล, 2546; Phungrassami et al.,2003) จตุรภัทรพร และเคอร์เชน (Jaturapatpron & Kirshen, 2008) ได้รายงานการศึกษาทัศนคติของคนไทยที่มีสุขภาพแข็งแรงและไม่ได้ป่วยเป็นมะเร็งต่อการบอกความจริงเกี่ยวกับการวินิจฉัยโรคมะเร็ง พบว่า ร้อยละ 62.50 ของกลุ่มตัวอย่างมีทัศนคติต่อการบอกความจริงว่า ตนมีความประสงค์ที่จะทราบความจริงหากตนเองเป็นโรคมะเร็ง และ จะยอมรับฟังการวินิจฉัยโรคด้วยตนเองโดยไม่แจ้งให้ญาติรับทราบการวินิจฉัยโรค การศึกษาดังกล่าวเป็นการศึกษาที่ไม่เฉพาะเจาะจงในผู้ป่วยมะเร็งจึงยังไม่สามารถสะท้อนทัศนคติของผู้ที่เป็นโรคมะเร็งต่อการบอกความจริงเกี่ยวกับการวินิจฉัยโรคอย่างแท้จริง

นอกจากนี้พงศกร เล็งดี และคณะ (2552) ทำการศึกษามุมมองของผู้ที่เป็นมะเร็งต่อการได้รับแจ้งวินิจฉัยโรค ในผู้ที่เป็นมะเร็ง โดยวิธีสัมภาษณ์เชิงลึก สังเกตการณ์ สนทนากลุ่ม และบันทึกภาคสนาม พบว่า ผู้ป่วยมีความต้องการอยากรู้ให้แน่ใจว่าตนเจ็บป่วยด้วยโรคอะไรและมีการเตรียมการรับมือกับผลการวินิจฉัยที่ได้รับก่อนที่จะรับทราบการวินิจฉัยจากแพทย์ และมีความคิดเห็นต่อกระบวนการบอกความจริง ที่เห็นว่า การที่แพทย์ต้องแจ้งผลการวินิจฉัยโรคเป็นสิ่งที่เหมาะสม และมีความคาดหวังว่าแพทย์จะมีกลยุทธ์ในการบอกความจริงในการวินิจฉัยโรคมะเร็งกับผู้ป่วยแต่ละราย การศึกษาดังกล่าวแม้ว่าจะเป็นการศึกษาที่เกี่ยวกับการบอกความจริงเกี่ยวกับการวินิจฉัยโรคมะเร็ง แต่ศึกษาเฉพาะด้านความต้องการของผู้ป่วย ซึ่งหากพิจารณาตามกรอบแนวคิดที่จะใช้ศึกษาในวิจัยฉบับนี้ ถือว่ายังไม่สามารถสะท้อนองค์ประกอบทั้งสามด้านของทัศนคติของผู้ที่เป็นมะเร็งต่อการบอกความจริงเกี่ยวกับการวินิจฉัยโรค

การทำความเข้าใจถึงทัศนคติของผู้ที่เป็นมะเร็งต่อการบอกความจริงเกี่ยวกับการวินิจฉัยโรคทำให้บุคลากรทางสุขภาพรับทราบความเข้าใจ ความรู้สึก และแนวโน้มในการกระทำพฤติกรรมทางสุขภาพต่อการบอกความจริงเกี่ยวกับการวินิจฉัยโรคของผู้ที่เป็นมะเร็ง เพื่อให้เกิดการตอบสนองความต้องการและความคิดเห็นที่แท้จริงของผู้ป่วย การทำความเข้าใจทัศนคติของผู้ที่เป็น

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved

มะเร็งต่อการบอกความจริงเกี่ยวกับการวินิจฉัยโรคจึงเป็นเรื่องที่จำเป็น เช่นเดียวกับการทำความเข้าใจถึงทัศนคติต่อการบอกความจริงเกี่ยวกับการพยากรณ์โรค

ทัศนคติต่อการบอกความจริงเกี่ยวกับการพยากรณ์โรค

จากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ไม่พบผู้นิยามความหมายของทัศนคติต่อการบอกความจริงเกี่ยวกับการพยากรณ์โรคไว้อย่างชัดเจน ผู้วิจัยจึงให้ความหมายของทัศนคติต่อการบอกความจริงเกี่ยวกับการพยากรณ์โรคตามแนวคิดทัศนคติของไทรแอนดีส (Triandis, 1971) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการบอกความจริงเกี่ยวกับการพยากรณ์โรค โดยทัศนคติต่อการบอกความจริงเกี่ยวกับการพยากรณ์โรค หมายถึง ความเข้าใจ ความรู้สึก และความคิดเห็นของผู้ที่เป็นมะเร็งต่อการให้ข้อมูลที่เป็นความจริงในขั้นตอนการทำนายการดำเนินของโรค รูปแบบและวิธีการในการพยากรณ์โรคจากแพทย์ที่ประกอบด้วยองค์ประกอบ 3 ด้านได้แก่ ด้านความเข้าใจ ด้านอารมณ์ความรู้สึก และด้านพฤติกรรมปฏิบัติ

องค์ประกอบของทัศนคติต่อการบอกความจริงเกี่ยวกับการพยากรณ์โรคตามแนวคิดของไทรแอนดีส (Triandis, 1971) มีรายละเอียดในแต่ละองค์ประกอบ ดังนี้

1. องค์ประกอบด้านความเข้าใจ (cognitive component) เป็นการรับรู้ของผู้ที่เป็นมะเร็งต่อการให้ข้อมูลที่เป็นความจริงในขั้นตอนการทำนายการดำเนินของโรค รูปแบบและวิธีการในการพยากรณ์โรคจากแพทย์ จากการรับรู้ข้อมูลต่างๆที่เคยได้รับและเคยมีประสบการณ์มาทำการวิเคราะห์ จัดหมวดหมู่และสรุปรวมเป็นความเข้าใจต่อการบอกความจริงเกี่ยวกับการพยากรณ์โรค

2. องค์ประกอบด้านอารมณ์ความรู้สึก (affective component) เป็นการตอบสนองของผู้ที่เป็นมะเร็งต่อการให้ข้อมูลที่เป็นความจริงในขั้นตอนการทำนายการดำเนินของโรค รูปแบบและวิธีการในการพยากรณ์โรคจากแพทย์ตามความเข้าใจ ความคิด และประสบการณ์ ซึ่งผู้ที่เป็นมะเร็งจะแสดงออกเป็นอารมณ์ความรู้สึกที่พึงพอใจหรือไม่พอใจ ชอบหรือไม่ชอบ ต้องการหรือไม่ต้องการต่อการบอกความจริงเกี่ยวกับการพยากรณ์โรค

3. องค์ประกอบด้านพฤติกรรมปฏิบัติ (behavioral component) เป็นความพร้อมหรือแนวโน้มในการปฏิบัติที่ของผู้ที่เป็นมะเร็งต่อการให้ข้อมูลที่เป็นความจริงในขั้นตอนการทำนายการดำเนินของโรค รูปแบบและวิธีการในการพยากรณ์โรคจากแพทย์ ผ่านความเข้าใจและความรู้สึก ทำให้แสดงออกเป็นการกระทำหรือการปฏิบัติต่อการบอกความจริงเกี่ยวกับการพยากรณ์โรค

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved

ปัจจัยที่มีผลต่อทัศนคติในการบอกความจริงเกี่ยวกับการพยากรณ์โรคของผู้ที่เป็นมะเร็ง แบ่งออกเป็น 2 ปัจจัย ดังนี้

1. ปัจจัยภายในตัวบุคคลของผู้ป่วย ประกอบด้วย

1.1 เพศ ผู้ป่วยเพศชายมีทัศนคติที่ดีต่อการบอกความจริงเกี่ยวกับการพยากรณ์โรคมากกว่าเพศหญิง กล่าวคือ ผู้ป่วยเพศชายมีความต้องการรับทราบข้อมูลการพยากรณ์โรคมะเร็งแม้ว่าจะเจ็บป่วยด้วยมะเร็งในระยะสุดท้าย (Jiang et al., 2007) ในขณะที่ผู้ที่เป็นมะเร็งเพศหญิงมีทัศนคติต่อการบอกความจริงในการพยากรณ์โรคว่าควรบอกความจริงร่วมกับการดูแลใส่ใจด้านอารมณ์ (Fujimori & Uchitomi, 2009)

1.2 อายุ ผู้ป่วยที่อายุน้อยมีทัศนคติในเรื่องความต้องการการบอกการพยากรณ์โรคว่าผู้ป่วยควรได้รับการบอกความจริงเมื่อผู้ป่วยเข้าสู่การเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งระยะท้าย การให้ข้อมูลความจริงควรคำนึงถึงความสมดุลระหว่างการพยากรณ์ด้วยความซื่อสัตย์และการคงไว้ซึ่งความหวังของผู้ป่วยร่วมกับการสนับสนุนด้านอารมณ์ (Fujimori & Uchitomi, 2009; Yun et al., 2010)

1.3 ระดับการศึกษา ผู้ป่วยที่มีระดับการศึกษาสูงจะมีความต้องการข้อมูลการบอกความจริงในการพยากรณ์โรคมาก โดยการให้ข้อมูลความจริงควรคำนึงถึงความสมดุลระหว่างการพยากรณ์ด้วยความซื่อสัตย์และการคงไว้ซึ่งความหวังของผู้ป่วย (Fujimori & Uchitomi, 2009; Lagard et al., 2008)

1.4 การประกอบอาชีพ ผู้ป่วยที่ได้รับรายได้จากการประกอบอาชีพมีความต้องการรับทราบข้อมูลการพยากรณ์โรค แม้ว่าจะเป็นการพยากรณ์ที่บ่งบอกว่าจะเข้าสู่ระยะท้ายของชีวิตมากกว่าผู้ป่วยที่ว่างงานหรือไม่มีรายได้ขณะที่เจ็บป่วย (Fujimori et al., 2007; Yun et al., 2010)

1.5 สภาพจิตใจ ผู้ป่วยที่มีระดับความซึมเศร้าและความวิตกกังวลสูง จะมีความต้องการรับทราบข้อมูลการพยากรณ์อัตราการรอดชีวิต และ ระยะเวลาการรอดชีวิตในกรณีที่ไม่ได้รับการรักษามากกว่าผู้ป่วยที่มีระดับความซึมเศร้าและความวิตกกังวลต่ำ (Hagerty et al., 2004)

2. ปัจจัยภายนอกตัวบุคคลของผู้ป่วย เป็นสิ่งที่ผู้ป่วยรับรู้ผ่านประสบการณ์ในชีวิต ได้รับการถ่ายทอดจากสิ่งแวดล้อมรอบตัว ประกอบด้วย

2.1 ลักษณะข้อมูลการเจ็บป่วย ข้อมูลในการพยากรณ์โรคมีผลต่อทัศนคติในการบอกความจริงเกี่ยวกับการพยากรณ์โรค โดยผู้ป่วยต้องการรับทราบข้อมูลอาการและผลข้างเคียงที่ผิดปกติที่อาจเกิดขึ้นเพื่อเป็นข้อมูลในการตัดสินใจรักษา และผู้ป่วยต้องการรับทราบข้อมูลระยะเวลารอดชีวิตในเชิงบวก ได้แก่ โอกาสในการมีชีวิตอยู่ในระยะเวลา 5 ปี และระยะเวลาเฉลี่ย

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved

ในการมีชีวิตอยู่ ส่วนข้อมูลการทำนายระยะเวลาการรอดชีวิตหากผู้ป่วยไม่รับการรักษาจะเป็นข้อมูลในเชิงลบ ทำให้ผู้ป่วยไม่ต้องการรับทราบข้อมูลการพยากรณ์โรคลักษณะนี้ (Hagerty et al., 2004; Lagard et al., 2008) อย่างไรก็ตาม แม้ว่าข้อมูลเกี่ยวกับการพยากรณ์โรคอาจส่งผลกระทบทางลบต่อผู้ป่วยทางด้านจิตใจ แต่พบว่า ผู้ป่วยมีความเห็นว่า ข้อมูลการพยากรณ์โรคมีความสำคัญเป็นอย่างมาก ผู้ป่วยจึงต้องการรับทราบข้อมูลดังกล่าวไม่ว่าจะเป็นข้อมูลการพยากรณ์ในทางที่ดีหรือร้าย (Doumit & Abu-Saad, 2008; Parker et al., 2007)

2.2 ลักษณะการเจ็บป่วย การเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งที่มีความรุนแรงของการเจ็บป่วยแตกต่างกันมีผลต่อทัศนคติต่อการบอกความจริงเกี่ยวกับการพยากรณ์โรค โดยผู้ป่วยที่เจ็บป่วยด้วยมะเร็งระยะแรกต้องการให้แพทย์บอกความจริงอย่างทันทีที่ตนเข้าสู่การเจ็บป่วยระยะท้ายมากกว่าผู้ป่วยที่เจ็บป่วยด้วยมะเร็งในระยะท้าย (Yun et al., 2004)

2.3 ลักษณะครอบครัวและสังคม ในผู้ป่วยที่สมาชิกในครอบครัวที่เคารพในความเป็นบุคคลของผู้ป่วยในการรับทราบความจริงเกี่ยวกับการเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็ง ผู้ป่วยจะมีความต้องการที่จะรับทราบผลการทำนายระยะเวลาที่เหลืออยู่ของผู้ป่วยมะเร็งและให้สมาชิกในครอบครัวรับทราบข้อมูลดังกล่าวร่วมด้วย (Fujimori & Uchitomi, 2009) นอกจากนี้ผู้ป่วยที่มีสถานภาพสมรสแต่งงานมีความต้องการการพยากรณ์ระยะเวลาการมีชีวิตอยู่มากกว่าผู้ป่วยที่มีสถานภาพสมรสโสด (Fujimori et al., 2007; Lagard et al., 2008)

2.4 ลักษณะทางวัฒนธรรม ผู้ป่วยที่อยู่ในวัฒนธรรมการแพทย์แบบตะวันตกมีทัศนคติต่อการบอกความจริงเกี่ยวกับการพยากรณ์โรค ว่ามีความต้องการในการรับฟังและพูดคุยเรื่องการคาดคะเนระยะเวลาในการมีชีวิตอยู่มากกว่าผู้ป่วยที่อยู่ในวัฒนธรรมทางการแพทย์แบบตะวันออก (Fujimori & Uchitomi, 2009) ผู้ป่วยตะวันตกเห็นว่าข้อมูลเกี่ยวกับการพยากรณ์โรคมีความสำคัญเป็นอย่างมาก ผู้ป่วยจึงต้องการรับทราบข้อมูลแม้ว่าข้อมูลการพยากรณ์จะเป็นไปในทางที่ดีหรือร้าย (Parker et al., 2007)

2.5 ลักษณะของระบบการบริการทางการแพทย์ การให้บริการทางการแพทย์ที่แพทย์เป็นผู้ที่ตัดสินใจหรือชี้นำการรักษาโดยไม่รับฟังความคิดเห็นและความต้องการของผู้ป่วยเป็นสาเหตุทำให้ผู้ป่วยมีทัศนคติที่ไม่ดีต่อการบอกความจริงเกี่ยวกับการพยากรณ์โรค โดยผู้ป่วยไม่ต้องการให้แพทย์สอบถามตนเองเกี่ยวกับความคิดเห็นต่อการบอกความจริงเกี่ยวกับการพยากรณ์โรคของตน (Yun et al., 2004) นอกจากนี้แพทย์ที่มีประสบการณ์สูงสามารถตอบคำถามที่ผู้ป่วยสงสัยอย่างซื่อสัตย์ และให้ข้อมูลความจริงกับผู้ป่วยทำให้ผู้ป่วยมีทัศนคติที่ดีต่อการบอกความจริงเกี่ยวกับการพยากรณ์โรค (Fujimori & Uchitomi, 2009)

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved

ทัศนคติต่อการบอกความจริงเกี่ยวกับการพยากรณ์โรคของผู้ที่เป็นมะเร็ง

ทัศนคติในการบอกความจริงเกี่ยวกับการพยากรณ์โรคมีความแตกต่างกันในแต่ละตัวบุคคลที่อยู่ภายใต้บริบทที่แตกต่างกันของแต่ละประเทศ พบว่า ทัศนคติต่อการบอกความจริงเกี่ยวกับการพยากรณ์โรคมีความแตกต่างกันระหว่างผู้ที่เป็นมะเร็งในประเทศตะวันตกและตะวันออก ทัศนคติต่อการบอกความจริงเกี่ยวกับการพยากรณ์โรค ในประเทศแถบตะวันตก พบว่า ร้อยละ 92.00 - 98.00 ของผู้ที่เป็นมะเร็งมีทัศนคติต่อการบอกความจริงเกี่ยวกับการพยากรณ์โรคว่า ต้องการรับทราบการพยากรณ์โรคของตน (Al-Amri, 2010; Fumis et al., 2011; Hagerty et al., 2005) ผู้ป่วยเห็นว่าข้อมูลเกี่ยวกับการพยากรณ์โรคมีความสำคัญเป็นอย่างมาก และต้องการรับทราบข้อมูลมากเท่าที่จะมากได้ไม่ว่าข้อมูลนั้นจะเป็นข้อมูลการพยากรณ์ในทางที่ดีหรือร้าย (Parker et al., 2007) ส่วนทัศนคติต่อการบอกความจริงเกี่ยวกับการพยากรณ์โรคของผู้ที่เป็นมะเร็งในประเทศแถบเอเชีย พบว่า ร้อยละ 45.90 - 77.40 ของผู้ที่เป็นมะเร็งมีทัศนคติที่ดีต่อการบอกความจริงเกี่ยวกับการพยากรณ์โรค (Perera et al., 2013; Tang et al., 2006) ในวัฒนธรรมทางตะวันออกสมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยมักขอร้องแพทย์ไม่ให้บอกความจริงเกี่ยวกับการพยากรณ์โรคแก่ผู้ป่วย โดยการให้แพทย์ช่วยปกปิดความจริง หรือบอกความจริงเพียงบางส่วน (Wang et al., 2013; Yamamoto et al., 2011)

หากพิจารณาการศึกษาทัศนคติต่อการบอกความจริงเกี่ยวกับการพยากรณ์โรคในผู้ที่เป็นมะเร็งตามแนวคิดทัศนคติของไทรแอนดิส (Triandis, 1971) ที่ประกอบด้วยทัศนคติด้านความเข้าใจ ด้านอารมณ์ความรู้สึก และด้านพฤติกรรมปฏิบัติ จากการทบทวนวรรณกรรมสามารถอธิบายทัศนคติต่อการบอกความจริงเกี่ยวกับการพยากรณ์โรคในผู้ที่เป็นมะเร็ง ดังนี้

ทัศนคติด้านความเข้าใจต่อการบอกความจริงเกี่ยวกับการพยากรณ์โรคในผู้ที่เป็นมะเร็ง เป็นการแสดงออกของการรับรู้ต่อการให้ข้อมูลที่เป็นความจริงในขั้นตอนการทำนายการดำเนินของโรครูปแบบและวิธีการในการพยากรณ์โรคจากแพทย์ พบว่า ผู้ป่วยเข้าใจว่าการที่ผู้ป่วยได้รับทราบการพยากรณ์โรค เป็นสิทธิในการรับรู้ข้อมูลการเจ็บป่วย แสดงถึงการให้ความเคารพในความเป็นบุคคลของผู้ป่วย และการรับทราบการพยากรณ์โรคส่งผลดีต่อผู้ป่วย จากผลการศึกษาของอัล-อัมริ (Al-Amri, 2010) ที่ศึกษาทัศนคติต่อการบอกความจริงข้อมูลเกี่ยวกับโรคมะเร็ง ประเทศซาอุดิอาราเบีย โดยกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยเห็นว่าแพทย์ควรเคารพในความต้องการในการรับทราบความจริงเกี่ยวกับการพยากรณ์โรคของผู้ป่วยมากกว่าความต้องการของสมาชิกในครอบครัว ส่วนการศึกษาของแฮเกอที และคณะ(Hagerty et al., 2005) ที่ศึกษาความต้องการการบอกความจริงเกี่ยวกับการพยากรณ์โรคในผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม ในประเทศออสเตรเลีย พบว่า ผู้ป่วยได้แสดงทัศนคติด้านความเข้าใจต่อการบอกความจริงเกี่ยวกับการพยากรณ์โรคว่าการบอกความจริงเกี่ยวกับการพยากรณ์โรค

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved

เป็นการเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยสอบถามและแสดงถึงการเคารพต่อความเป็นบุคคลของผู้ป่วย และการศึกษาของฟูมิสและคณะ (Fumis et al., 2011) ที่ศึกษาทัศนคติต่อการบอกความจริงเกี่ยวกับการพยากรณ์โรคของแพทย์ ผู้ป่วย และครอบครัว ในประเทศบราซิล เห็นว่า เมื่อผู้ป่วยเข้าสู่ระยะสุดท้ายของชีวิตการรับทราบการพยากรณ์โรคจากแพทย์ไม่ทำให้มีความกังวล หรือเครียดมากขึ้น และข้อมูลการรับรู้การพยากรณ์โรคจะเป็นประโยชน์ ช่วยให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ดังนั้น ผู้ป่วยจึงควรจะได้รับการบอกความจริงหากการดำเนินของโรคเข้าสู่ระยะท้าย

ทัศนคติด้านอารมณ์ความรู้สึกต่อการบอกความจริงเกี่ยวกับการพยากรณ์โรคในผู้ที่เป็นมะเร็ง เป็นการแสดงออกด้วยความรู้สึกหรือการแสดงความคิดเห็นที่บ่งบอกถึงความพอใจหรือไม่พอใจต่อการให้ข้อมูลที่เป็นความจริงในขั้นตอนการทำนายการดำเนินของโรค รูปแบบและวิธีการในการพยากรณ์โรคจากแพทย์ พบว่า ผู้ป่วยมีความพึงพอใจต่อการรับทราบการบอกความจริงเกี่ยวกับการพยากรณ์โรค และแสดงความต้องการด้านข้อมูล และด้านการสื่อสาร โดยความต้องการด้านข้อมูล พบในผลการศึกษาของ ชิ่วและคณะ (Chiu et al., 2006) ที่ศึกษาทัศนคติของผู้ป่วยมะเร็งชาวเอเชียต่อการบอกความจริงเกี่ยวกับการวินิจฉัยโรคและการพยากรณ์โรคในประเทศสิงคโปร์ ผู้ป่วยพึงพอใจที่จะได้รับความจริงเกี่ยวกับผลการตรวจ แนวทางการรักษาที่ดีที่สุด ผลการรักษา และการพยากรณ์โรค โดยผู้ป่วยมีความต้องการให้แพทย์บอกความจริงกับผู้ป่วยอย่างตรงไปตรงมา และให้ความสนใจกับผู้ป่วยอย่างเต็มที่ ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกมั่นใจในสมรรถนะและทักษะของแพทย์ เป็นไปในทางเดียวกันกับการศึกษาของ เพเรร่า และคณะ (Perera et al., 2013) ที่ศึกษาทัศนคติของผู้ป่วยมะเร็งต่อการบอกผลการวินิจฉัยโรคและการพยากรณ์โรคมะเร็ง ในประเทศศรีลังกา โดยผู้ป่วยแสดงออกว่าต้องการพูดคุยเกี่ยวกับการดำเนินโรค การพยากรณ์โรคและความตายที่จะมาถึง รวมถึง ถ๋าง และคณะ (Tang et al., 2006) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ของความรู้ ประสบการณ์ และความพึงพอใจต่อการบอกความจริงเกี่ยวกับการวินิจฉัยโรคและการพยากรณ์โรคในผู้ป่วยมะเร็งและสมาชิกในครอบครัว ประเทศไต้หวัน พบว่า ผู้ป่วยต้องการรับทราบข้อมูลการพยากรณ์มากกว่าสมาชิกในครอบครัว โดยผู้ป่วยมีความต้องการให้แพทย์บอกข้อมูลทุกอย่างที่เกี่ยวข้องกับการเจ็บป่วยแก่ตัวผู้ป่วย สำหรับความพึงพอใจในด้านการสื่อสารการบอกความจริงเกี่ยวกับการพยากรณ์กับผู้ป่วย พบว่า ผู้ป่วยต้องการให้แพทย์บอกข้อมูลการพยากรณ์โรคให้กับผู้ป่วยก่อนบอกให้กับสมาชิกในครอบครัว (Alifrangis et al., 2011; Hagerty et al., 2005; Tang et al., 2006) นอกจากนี้มีข้อเสนอแนะที่น่าสนใจในการศึกษาของลาการ์ดและคณะ (Lagarde et al., 2008) ที่ทำการศึกษาความพึงพอใจต่อการบอกความจริงเกี่ยวกับการพยากรณ์โรคของผู้ป่วยมะเร็งหลอดอาหารในระยะรักษา ประเทศเนเธอร์แลนด์ พบว่า ผู้ป่วยต้องการให้แพทย์สอบถามความต้องการ

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved

ในการรับทราบความจริงในการพยากรณ์โรคก่อนบอกความจริงแก่ผู้ป่วย รวมถึงมีความต้องการให้แพทย์บอกความจริงแก่ผู้ป่วยเป็นรายบุคคล

ทัศนคติด้านพฤติกรรมปฏิบัติต่อการบอกความจริงเกี่ยวกับการพยากรณ์โรคในผู้ที่เป็นมะเร็ง เป็นแนวโน้มในการจะกระทำหรือจะปฏิบัติต่อการให้ข้อมูลที่เป็นความจริงในขั้นตอนการทำนายการดำเนินของโรค รูปแบบและวิธีการในการพยากรณ์โรคจากแพทย์ พบทัศนคติด้านพฤติกรรมปฏิบัติจากการศึกษาของแอลลิฟรานจิสและคณะ (Alifrangis et al., 2011) ที่ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีความสนใจในการบอกความจริงเกี่ยวกับการพยากรณ์โรคแสดงออกด้วยการสอบถามการพยากรณ์โรคจากแพทย์ และมีการค้นหาการทำนายการดำเนินของโรคจากการค้นคว้าทางอินเตอร์เน็ต

การทบทวนวรรณกรรมการศึกษาทัศนคติต่อการบอกความจริงเกี่ยวกับการพยากรณ์โรคที่ผ่านมา หากพิจารณากรอบแนวคิดที่ใช้ศึกษาตามแนวคิดทัศนคติของไทรแอนดิส (Triandis, 1971) ที่ประกอบด้วย ด้านความเข้าใจ (cognitive component) ด้านอารมณ์ความรู้สึก (affective component) และด้านพฤติกรรมปฏิบัติ (behavioral component) ถือว่า การศึกษาที่ผ่านมายังประเมินไม่ครอบคลุมองค์ประกอบของทัศนคติทั้งสามด้าน อย่างไรก็ตามการศึกษาทัศนคติต่อการบอกความจริงเกี่ยวกับการพยากรณ์โรคระหว่างประเทศตะวันตกและตะวันออกมีความแตกต่างกัน ในประเทศตะวันตก ผู้ป่วยมะเร็งเห็นความสำคัญของสิทธิความเป็นบุคคลในการได้รับการบอกความจริงเกี่ยวกับการพยากรณ์โรคจากแพทย์ ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีทัศนคติว่าแพทย์ควรบอกความจริงเกี่ยวกับการดำเนินโรคและการพยากรณ์โรคแก่ตนเอง ซึ่งมีความแตกต่างทัศนคติต่อการบอกความจริงเกี่ยวกับการพยากรณ์โรคของผู้ป่วย จากประเทศตะวันออก โดยการศึกษาส่วนใหญ่จะเปรียบเทียบทัศนคติของผู้ป่วยและครอบครัว แม้ว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ต้องการรับทราบผลการพยากรณ์โรคของตนเอง และเชื่อว่าแพทย์ควรบอกผลการพยากรณ์โรค แต่ทัศนคติของครอบครัวยังเป็นเหตุผลที่สำคัญอีกประการหนึ่งที่แพทย์ตะวันออกให้ความสำคัญ ซึ่งการคำนึงทัศนคติของผู้ป่วยต่อการบอกความจริงเกี่ยวกับการพยากรณ์โรค อาจทำให้แพทย์ตะวันออกมีการเปลี่ยนแปลงแนวคิดในการบอกความจริงเกี่ยวกับการพยากรณ์โรคแก่ผู้ป่วยมะเร็ง รวมทั้งทีมบุคลากรทางการแพทย์ไทยเช่นกัน

การศึกษามุมมองของผู้ป่วยมะเร็งต่อการรับรู้การพยากรณ์โรค ที่อยู่ในการศึกษามุมมองของผู้ป่วยมะเร็งต่อการได้รับแจ้งการวินิจฉัยโรค ในประเทศไทย ของพงศกร เล็งดี และคณะ (2552) พบว่า ผู้ป่วยมีความเห็นต่อกรณีที่การพยากรณ์โรคไม่ดี แพทย์ควรละเว้นการบอกความจริงเกี่ยวกับการพยากรณ์โรค เพื่อเป็นกำลังใจให้กับผู้ป่วยในการต่อสู้กับความเจ็บป่วยต่อไป ส่วนในมุมมองของแพทย์ต่อการพยากรณ์โรคมะเร็งยังไม่พบรายงานการวิจัย พบเพียงการศึกษาของสิทธิ สมบัติ และคณะ (Sittisombut et al., 2009) ที่ศึกษาทัศนคติของแพทย์ต่อการบอกความจริงเกี่ยวกับ

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved

การพยากรณ์โรคในผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ไม่ได้เฉพาะเจาะจงว่าเป็นการพยากรณ์โรคในผู้ป่วยมะเร็ง พบว่า แพทย์มักให้ข้อมูลการพยากรณ์โรคแก่สมาชิกในครอบครัวมากกว่าให้กับผู้ป่วยโดยตรง โดยแพทย์จะขอความคิดเห็นเกี่ยวกับการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาในระยะสุดท้ายกับสมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วย และสมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยจะตัดสินใจในการรักษาแทนผู้ป่วย

การทบทวนการศึกษาทัศนคติของผู้ที่เป็นมะเร็งต่อการบอกความจริงเกี่ยวกับการพยากรณ์โรคในประเทศไทยยังไม่พบรายงานการวิจัย พบเพียงการศึกษาเกี่ยวกับทัศนคติต่อการบอกความจริงเกี่ยวกับการวินิจฉัยโรคที่ไม่เฉพาะเจาะจงในผู้ป่วยมะเร็ง ซึ่งไม่ครอบคลุมต่อการบอกความจริงเกี่ยวกับการพยากรณ์โรค จึงไม่สามารถบอกรายละเอียดที่เฉพาะเจาะจงเกี่ยวกับทัศนคติของผู้ป่วยมะเร็งต่อการบอกความจริงเกี่ยวกับการพยากรณ์โรค

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า การศึกษาทัศนคติต่อการบอกความจริงเกี่ยวกับการวินิจฉัยโรคและการพยากรณ์โรคในประเทศไทยยังมีข้อจำกัด อีกทั้งการใช้ผลการศึกษาที่ศึกษาในต่างประเทศซึ่งมีความแตกต่างจากบริบททางสังคมและวัฒนธรรมไทย ทำให้อาจไม่สามารถอธิบายทัศนคติของผู้ที่เป็นมะเร็งในไทยได้ ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาทัศนคติต่อการบอกความจริงเกี่ยวกับการวินิจฉัยโรคและการพยากรณ์โรคของผู้ที่เป็นมะเร็ง

การประเมินทัศนคติต่อการบอกความจริงเกี่ยวกับการวินิจฉัยโรคและการพยากรณ์โรค

จากการทบทวนวรรณกรรม พบการประเมินทัศนคติต่อการบอกความจริงเกี่ยวกับการวินิจฉัยโรคและการพยากรณ์โรค ดังนี้

ซีโอและคณะ (Seo et al., 2000) ทำการศึกษาทัศนคติและการรับรู้ของผู้ป่วยมะเร็ง แพทย์และพยาบาลต่อการบอกความจริงเกี่ยวกับการวินิจฉัยโรคแก่ผู้ป่วยมะเร็ง ในประเทศญี่ปุ่น สร้างแบบสอบถามที่ประกอบด้วยข้อคำถาม 2 ข้อ ให้กลุ่มตัวอย่างเขียนตอบ โดยสอบถามว่า กลุ่มตัวอย่างต้องการทราบข้อมูลและรายละเอียดทุกอย่างเกี่ยวกับโรคหรือไม่ พร้อมเหตุผล และใครคือบุคคลที่กลุ่มตัวอย่างต้องการให้รับทราบผลการวินิจฉัยโรค แปลผลทัศนคติเป็นความถี่ และร้อยละ

ยุนและคณะ (Yun et al., 2004) ศึกษาทัศนคติของผู้ที่เป็นโรคมะเร็งและสมาชิกในครอบครัวต่อการบอกความจริงเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของผู้ป่วยระยะท้าย ในประเทศเกาหลี สร้างแบบสอบถามที่ประกอบด้วย ข้อคำถามให้กลุ่มตัวอย่างเลือกตอบ โดยสอบถามความคิดเห็นว่า ผู้ป่วยควรได้รับการบอกการพยากรณ์โรคหรือไม่ บุคคลที่ควรทำหน้าที่บอกความจริงการพยากรณ์โรค ระยะเวลาในการบอกการพยากรณ์โรคควรได้รับการบอกทันทีหลังการวินิจฉัยโรคหรือค่อยๆบอกระหว่าง

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved

การรักษาและข้อคำถามในประเด็นการดูแลระยะท้าย (สถานที่ในการดูแลและสถานที่สุดท้ายก่อนเสียชีวิต) แปลผลเป็นความถี่และร้อยละ

เจียงและคณะ (Jiang et al., 2007) ทำการศึกษาทัศนคติของผู้ป่วยมะเร็งและสมาชิกในครอบครัวต่อการบอกความจริงเกี่ยวกับการวินิจฉัยโรคในการเจ็บป่วยด้วยมะเร็งในระยะที่แตกต่างกัน ทำการศึกษาที่ประเทศจีน สร้างแบบสอบถามที่ประกอบด้วยคำถาม 4 ข้อให้กลุ่มตัวอย่างเลือกตอบ โดยสอบถามความคิดเห็นต่อการบอกความจริงเกี่ยวกับการวินิจฉัยว่า ควรบอกความจริงแก่ผู้ที่เจ็บป่วยหรือไม่ ใครที่ควรทำหน้าที่บอกความจริง เมื่อไหร่ที่ควรบอกความจริง และ สถานที่ที่ควรบอกความจริง แปลผลทัศนคติเป็นความถี่ และร้อยละ

อัล-อัมริ (Al-Amri, 2010) ทำการศึกษาทัศนคติของผู้ที่เป็นมะเร็งต่อการบอกความจริงเกี่ยวกับข้อมูลโรคมะเร็งในประเทศซาอุดิอาราเบีย สร้างแบบสอบถามจากการทบทวนวรรณกรรม ประกอบด้วยข้อคำถาม 9 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็น 2 คำตอบให้เลือก (ใช่- ไม่ใช่) สอบถามเกี่ยวกับความต้องการรับทราบข้อมูลการเจ็บป่วยของตนเอง ปริมาณข้อมูลที่ต้องการ บุคคลที่ผู้ป่วยต้องการให้ได้รับทราบข้อมูลการเจ็บป่วยของตน (ครอบครัว หรือ เพื่อน) ผู้ป่วยเห็นด้วยหรือไม่หากตนได้รับการรักษาโดยไม่บอกเกี่ยวกับโรคที่เจ็บป่วยและผลข้างเคียงจากการรักษา ผู้ป่วยต้องการรับทราบผลข้างเคียงจากการรักษาและต้องการรับทราบการพยากรณ์โรคหรือไม่ แปลผลทัศนคติเป็นความถี่และร้อยละ

เพเรร่าและคณะ (Perera et al., 2013) ทำการศึกษาทัศนคติของแพทย์ ผู้ที่เป็นมะเร็งและสมาชิกในครอบครัวเกี่ยวกับการบอกความจริงเกี่ยวกับการวินิจฉัยโรค ในประเทศศรีลังกา สอบถามทัศนคติโดยแบบสอบถามเกี่ยวกับความต้องการการรับทราบการวินิจฉัยโรคโดยบอกตามตรงตามชื่อโรคว่าเป็น “โรคมะเร็ง” บุคคลที่ต้องการให้เป็นผู้บอกความจริงเกี่ยวกับการเจ็บป่วยแก่ผู้ป่วย (แพทย์ หรือ สมาชิกในครอบครัว) ระยะเวลาที่ต้องการในการรับทราบผลการวินิจฉัยโรค ความต้องการในการพูดคุยเกี่ยวกับการพยากรณ์โรคและวิธีการในการรักษา และความต้องการพูดคุยเกี่ยวกับความตาย แปลผลทัศนคติเป็นความถี่และร้อยละ

มอทลากและคณะ (Motlagh et al., 2014) ทำการศึกษาทัศนคติของผู้ที่เป็นมะเร็งต่อการบอกความจริงเกี่ยวกับการวินิจฉัยโรค และความชอบในการตัดสินใจในทางคลินิก ทำการศึกษาที่ประเทศอิหร่าน สร้างแบบสอบถามเกี่ยวกับการรับทราบข้อมูลการเจ็บป่วย ความต้องการในการรับทราบข้อมูลของการพยากรณ์โรค การได้รับการบอกชื่อการเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็ง บุคคลที่บอกข้อมูลการวินิจฉัยโรค และบุคคลที่ต้องการเพื่อตัดสินใจในการรักษาทางคลินิก แปลผลทัศนคติและความชอบในการตัดสินใจเป็นความถี่ และร้อยละ

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved

นอกจากนี้ยังพบการศึกษาความพึงพอใจ ความชอบ หรือความต้องการของผู้ที่เป็นมะเร็งต่อการบอกความจริงเกี่ยวกับการวินิจฉัยโรคและการพยากรณ์โรค ซึ่งหากพิจารณาตามทัศนคติด้านอารมณ์ความรู้สึกซึ่งเป็นหนึ่งในองค์ประกอบของทัศนคติตามแนวคิดทัศนคติของไทรแอนดีส (Triandis,1971) ที่เป็นการตอบสนองของผู้ที่เป็นมะเร็ง โดยแสดงออกเป็นความพึงพอใจหรือไม่พอใจ ชอบหรือไม่ชอบ ต้องการหรือไม่ต้องการต่อการบอกความจริงเกี่ยวกับการวินิจฉัยโรคและการพยากรณ์โรค โดยพบการประเมิน ดังนี้

การศึกษาความชอบต่อการบอกความจริงเกี่ยวกับการพยากรณ์โรคหลังจากการผ่าตัดหลอดอาหารของผู้ที่เป็นมะเร็งหลอดอาหาร ในประเทศเนเธอร์แลนด์ ของลาการ์ดและคณะ (Lagarde et al., 2008) สร้างแบบสอบถามโดยการทบทวนทางวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วยข้อคำถามต่อประเด็นการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย เกี่ยวกับข้อมูล รูปแบบ และวิธีการบอกความจริงเกี่ยวกับการพยากรณ์โรค แปลผลเป็นความถี่และร้อยละ

การศึกษาความต้องการต่อการสื่อสารข่าวร้ายโรคมะเร็งของผู้ที่เป็นมะเร็งชาวเอเชีย ในประเทศสิงคโปร์ ของชิ่วและคณะ (Chiu et al., 2006) พัฒนาจากแบบสอบถามความต้องการการสื่อสารข่าวร้ายของผู้ป่วย (the Measure of Patients' Preferences [MMP]) ของปาร์คเกอร์และคณะ (Parker et al., 2001) โดยมีแนวคิดจากปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยและแพทย์ แบ่งออกเป็น 3 หมวด คือ ด้านข้อมูล (content) เป็นความต้องการในการให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรค การรักษาและการพยากรณ์โรค การสนับสนุน (support) เป็นความต้องการให้มีการสนับสนุนด้านอารมณ์และแหล่งประโยชน์อื่นๆ และการเอื้ออำนวย (facilitation) เป็นความต้องการด้านการแสดงออกอื่นๆ มีจำนวนข้อคำถาม 32 ข้อความ แบ่งคะแนนออกเป็น 5 ระดับตามมาตราวัดแบบลิเคิร์ท (Likert scale) ได้แก่ ไม่สำคัญที่สุด สามารถเป็นทางเลือก สำคัญ สำคัญที่สุด และจำเป็นมากที่สุด

โดยแบบสอบถามความต้องการการสื่อสารข่าวร้ายของผู้ป่วย (MMP) ของปาร์คเกอร์และคณะ (Parker et al., 2001) เป็นที่ยอมรับและถูกแปลกลับเป็นภาษาอื่นๆ ซึ่งนอกจากการแปลเป็นภาษาจีนกลางโดยชิ่วและคณะ (Chiu et al., 2006) แล้ว ยังพบการแปลกลับเป็นภาษาญี่ปุ่น โดยฟูจิโมริและคณะ (Fujimori et al., 2007) และภาษาไทย โดยจิตต์ชญา บุญนันท์ และ ปรางทิพย์ ฉายพุทธ (2554)

จากการศึกษาเกี่ยวกับทัศนคติต่อการบอกความจริงเกี่ยวกับการวินิจฉัยโรคและการพยากรณ์โรคที่ผ่านมา ผู้วิจัยสรุปการประเมินทัศนคติครอบคลุมประเด็น ต่อไปนี้

1. ผู้ป่วยควรได้รับการบอกการวินิจฉัยโรคและการพยากรณ์โรคหรือไม่
2. รูปแบบและวิธีการบอกความจริงเกี่ยวกับการวินิจฉัยโรคและการพยากรณ์โรค

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved

2.1 ข้อมูลการบอกความจริงเกี่ยวกับการวินิจฉัยโรคและการพยากรณ์โรคมีอะไรบ้าง

2.2 ใครควรเป็นผู้บอกความจริงเกี่ยวกับการวินิจฉัยโรคและการพยากรณ์โรค

2.3 เมื่อไหร่ที่ควรบอกความจริงเกี่ยวกับการวินิจฉัยโรคและการพยากรณ์โรค

2.4 การความจริงเกี่ยวกับการวินิจฉัยโรคและการพยากรณ์โรคควรบอกอย่างไร

2.5 บุคคลใกล้ชิดที่ต้องการให้รับทราบผลการวินิจฉัยโรคและการพยากรณ์โรค

การประเมินทัศนคติต่อการบอกความจริงเกี่ยวกับการวินิจฉัยโรคและการพยากรณ์โรคของผู้ที่เป็นมะเร็งในแต่ละการศึกษาที่ผ่านมาไม่พบการประเมินที่ครอบคลุมประเด็นที่ผู้วิจัยสรุปมาข้างต้น ผู้วิจัยจึงสร้างแบบประเมินทัศนคติต่อการบอกความจริงเกี่ยวกับการวินิจฉัยโรคและการพยากรณ์โรคขึ้นตามแนวคิดของไทรแอนดีส (Triandis, 1971) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง โดยมีลักษณะเป็นแบบสอบถามทัศนคติต่อการบอกความจริงเกี่ยวกับการวินิจฉัยโรคและแบบสอบถามทัศนคติต่อการบอกความจริงเกี่ยวกับการพยากรณ์โรค ประกอบด้วยข้อคำถามทัศนคติจำนวน 3 ด้าน คือ 1) ด้านความเข้าใจ 2) ด้านอารมณ์ความรู้สึก 3) ด้านพฤติกรรมปฏิบัติ แต่ละข้อคำถามให้กลุ่มตัวอย่างเลือกตอบ โดยแบ่งคะแนนออกเป็น 5 ระดับตามมาตราวัดแบบลิเคิร์ท (Likert scale) มีรายละเอียดของแบบสอบถามดังนี้

1. แบบสอบถามทัศนคติต่อการบอกความจริงเกี่ยวกับการวินิจฉัยโรค ประกอบด้วย

1.1 คำถามด้านความเข้าใจ ประเมินด้วย ข้อคำถามเพื่อให้มีการแสดงความคิดเห็นที่บ่งบอกถึงความเข้าใจต่อการให้ข้อมูลที่เป็นความจริงในขั้นตอนการบอกผลการวินิจฉัยโรค รูปแบบและวิธีการวินิจฉัยโรคจากแพทย์

1.2 คำถามด้านอารมณ์ความรู้สึก ประเมินด้วย ข้อคำถามเพื่อให้มีการแสดงความคิดเห็นที่บ่งบอกถึงความรู้สึกพอใจหรือไม่พอใจต่อการให้ข้อมูลที่เป็นความจริงในขั้นตอนการบอกผลการวินิจฉัยโรค รูปแบบและวิธีการวินิจฉัยโรคจากแพทย์

1.3 คำถามด้านพฤติกรรมปฏิบัติ ประเมินด้วย ข้อคำถามเพื่อให้มีการแสดงความคิดเห็นที่บ่งบอกถึงการกระทำที่จะปฏิบัติต่อการให้ข้อมูลที่เป็นความจริงในขั้นตอนการบอกผลการวินิจฉัยโรค รูปแบบและวิธีการวินิจฉัยโรคจากแพทย์

2. แบบสอบถามทัศนคติต่อการบอกความจริงเกี่ยวกับการพยากรณ์โรค

2.1 คำถามด้านความเข้าใจ ประเมินด้วย ข้อคำถามเพื่อให้มีการแสดงความคิดเห็นที่บ่งบอกถึงความเข้าใจต่อการให้ข้อมูลที่เป็นความจริงในขั้นตอนการทำนายการดำเนินของโรค รูปแบบและวิธีการในการพยากรณ์โรคจากแพทย์

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved

2.2 คำถามด้านอารมณ์ความรู้สึก ประเมินด้วย ข้อคำถามเพื่อให้มีการแสดงความคิดเห็นที่บ่งบอกถึงความรู้สึกพอใจหรือไม่พอใจต่อการให้ข้อมูลที่เป็นความจริงในขั้นตอนการทำนายการดำเนินของโรค รูปแบบและวิธีการในการพยากรณ์โรคจากแพทย์

2.3 คำถามด้านพฤติกรรมปฏิบัติ ประเมินด้วย ข้อคำถามเพื่อให้มีการแสดงความคิดเห็นที่บ่งบอกถึงการกระทำที่จะปฏิบัติต่อการให้ข้อมูลที่เป็นความจริงในขั้นตอนการทำนายการดำเนินของโรค รูปแบบและวิธีการในการพยากรณ์โรคจากแพทย์

กรอบแนวคิดสำหรับการวิจัย

การศึกษาเชิงพรรณนาครั้งนี้ เพื่ออธิบายทัศนคติต่อการบอกความจริงเกี่ยวกับการวินิจฉัยโรค และทัศนคติต่อการบอกความจริงเกี่ยวกับการพยากรณ์โรคของผู้ที่เป็นมะเร็ง ผู้วิจัยใช้แนวคิดทัศนคติตามแนวคิดของไทรแอนดีส (Triandis, 1971) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการบอกความจริงเกี่ยวกับการวินิจฉัยโรคและการพยากรณ์โรคในผู้ที่เป็นมะเร็ง โดยทัศนคติต่อการบอกความจริงเกี่ยวกับการวินิจฉัยโรค เป็น ความเข้าใจ ความรู้สึก และความคิดเห็นของผู้ที่เป็นมะเร็งต่อการให้ข้อมูลที่เป็นความจริงในขั้นตอนการบอกผลการวินิจฉัยโรค รูปแบบและวิธีการวินิจฉัยโรคจากแพทย์ และทัศนคติต่อการบอกความจริงเกี่ยวกับการพยากรณ์โรค เป็นความเข้าใจ ความรู้สึก และความคิดเห็นของผู้ที่เป็นมะเร็งต่อการให้ข้อมูลที่เป็นความจริงในขั้นตอนการทำนายการดำเนินของโรค รูปแบบและวิธีการในการพยากรณ์โรคจากแพทย์ ประกอบด้วยองค์ประกอบ 3 ด้านได้แก่ ด้านความเข้าใจ ด้านอารมณ์ความรู้สึก และ ด้านพฤติกรรมปฏิบัติ

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved