

# บทที่ 1

## บทนำ

### ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคมะเร็งจัดเป็นปัญหาสาธารณสุขของโลก องค์การอนามัยโลก (World Health Organization [WHO], 2013) ได้รายงานว่ามีผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคมะเร็งเพิ่มขึ้นทุกปี โดยพบว่าเพิ่มขึ้นจาก 12.7 ล้านคนในปี 2008 เป็นมากกว่า 14 ล้านคนในปี 2012 และยังพบว่าเหตุการณ์เสียชีวิตที่เกิดจากมะเร็งเพิ่มจาก 7.6 ล้านคน เป็น 8.2 ล้านคน สำหรับประเทศไทยโรคมะเร็งเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ 1 ติดต่อกันตั้งแต่ปี 2549-2553 โดยมีจำนวน 52,062, 53,434, 55,403, 56,058 และ 58,076 ราย (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข, 2553) ล่าสุดในปี 2554 มีผู้เสียชีวิต 61,082 ราย เฉลี่ยชั่วโมงละเกือบ 7 ราย เป็นชาย 35,437 ราย และหญิง 25,645 ราย (คณะกรรมการจัดทำแผนการป้องกันและควบคุมโรคมะเร็งแห่งชาติ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2556) สำหรับข้อมูลของโรงพยาบาลนครพิงค์ จังหวัดเชียงใหม่ ปี พ.ศ.2555-2558 มีจำนวนผู้ป่วยโรคมะเร็งเข้ารับบริการสูงขึ้นทุกปี โดยมีจำนวน 2,972, 3,033, 3,669 และ 3,869 ราย ตามลำดับ (กลุ่มงานนโยบายและแผนงาน โรงพยาบาลนครพิงค์, 2558)

โรคมะเร็งเป็นปัญหาที่นำความทุกข์ทรมานมาสู่ทั้งผู้ป่วยและครอบครัว ครอบครัวจะเกิดภาระด้านค่าใช้จ่ายจากการรักษาพยาบาลผู้ป่วยที่ค่อนข้างสูง นักวิจัยจากมหาวิทยาลัยอ็อกซ์ฟอร์ด กล่าวว่าในปี 2552 โรคมะเร็งทำให้สหภาพยุโรป หรืออียู ต้องเสียค่าใช้จ่าย 126,000 ล้านยูโรหรือประมาณ 5.36 ล้านล้านบาท ซึ่งในขณะนั้นอียูมีสมาชิก 27 ประเทศ ผลวิจัยระบุว่า ค่าใช้จ่ายส่วนใหญ่เป็นค่าใช้จ่ายของระบบการดูแลสุขภาพ ได้แก่ค่ารักษาโรค 51,000 ล้านยูโรหรือประมาณ 2.17 ล้านล้านบาทส่วนอีกจำนวน 23,000 ล้านยูโรหรือประมาณ 1.16 ล้านล้านบาท เป็นการดูแลโดยไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายจากเพื่อนและญาติของผู้ป่วยโรคมะเร็ง และอีก 52,000 ล้านยูโรหรือประมาณ 2.21 ล้านล้านบาท เป็นค่าใช้จ่ายจากการสูญเสียผลิตภาพเนื่องจากการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร (สำนักข่าวไทย, 2552) นอกจากนี้โรคมะเร็งยังเป็นโรคที่ร้ายแรงมากที่สุดโรคหนึ่งเมื่อเปรียบเทียบกับโรคอื่นบุคคลทั่วไปรับรู้ว่ามีเมื่อเป็นโรคนี้ต้องทนทุกข์ทรมานและอยู่ใกล้ความตาย (ผ่องศรี ศรีมรกต และรุ่งนภา ภาณีรัตน์, 2540) รวมทั้งทุกข์จากลักษณะความเจ็บป่วยของโรคที่มีความรุนแรงของอาการ ซึ่งจะเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ ตามระยะความรุนแรงของโรค รวมทั้งภาวะแทรกซ้อนจากการรักษาส่งผลให้

ผู้ป่วยรับรู้ถึงความรุนแรงของการเจ็บป่วยและรู้สึกถึงความเลวร้ายของโรค (O'Brien, 1999) การป่วยด้วยโรคมะเร็งมีความไม่แน่นอนของอาการเจ็บป่วยและการรักษา รวมทั้งมีความเชื่อที่ว่าโรคมะเร็งเป็นโรคที่น่ากลัวรักษาไม่หายขาด ขณะรับการรักษายังมีภาวะแทรกซ้อนเกิดขึ้นรวมถึงการรักษาก็ไม่สามารถยืนยันผลได้เต็มที่ แม้ว่าจะได้รับการรักษาที่ดีที่สุดก็ตาม และโรคนี้ยังมีโอกาสที่จะลุกลามหรือกลับเป็นซ้ำได้อีก (Ferrell, Grant, Funk, Otis-Green, & Gracia, 1998; Winnie et al., 2010) จากสถานการณ์ของโรคตามพยาธิสภาพที่เกิดขึ้นจริง และจากความเชื่อและการรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งดังกล่าว น่าจะส่งผลกระทบต่อจิตใจและอารมณ์ของผู้ป่วยโรคมะเร็งอย่างมากและอาจกระทบมากกว่าในโรคอื่นๆ ในทุกระยะของโรคมะเร็ง ซึ่งจะทำให้เกิดปัญหาสุขภาพจิตได้

ปัญหาสุขภาพจิต หมายถึง ความทุกข์ของบุคคลต่อสิ่งที่มากระทบแล้วทำให้ไม่สามารถดำเนินชีวิตด้านต่างๆ ได้อย่างปกติสุขตามที่ควรจะเป็น ส่งผลให้มีอาการต่างๆ แสดงออกมาทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ได้แก่ อาการแสดงทางกาย (Somatic Symptoms) อาการวิตกกังวลและการนอนไม่หลับ (Anxiety and insomnia) มีความบกพร่องทางสังคม (Social dysfunction) และมีอาการซึมเศร้าที่รุนแรง (Severe depression) (Goldberg, 1972) อย่างไรก็ตาม การเกิดปัญหาสุขภาพจิตในผู้ป่วยแต่ละคนนั้นมีความแตกต่างกันไป ตามปฏิกิริยาต่อการเจ็บป่วยที่แตกต่างกันของผู้ป่วยรวมถึงความเชื่อและการรับรู้ความรุนแรงของโรค ในผู้ป่วยโรคมะเร็งก็เช่นเดียวกัน ในระยะแรกเมื่อได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น โรคมะเร็ง ผู้ป่วยจะเกิดความรู้สึกกลัว หลายๆ เรื่องตามมา เช่น กลัวจะรักษาไม่หาย กลัวความเจ็บปวด การมีรูปร่างผิดปกติหรือพิการ และกลัวความตาย ความกลัวเหล่านี้ส่งผลให้ผู้ป่วยมีอาการวิตกกังวล เครียด และนอนไม่หลับ หลังจากนั้นผู้ป่วยจะเกิดปฏิกิริยาหลายๆ อย่าง เช่น ไม่ยอมรับรู้ความจริงหรือการปฏิเสธ มีความกังวล โกรธ รู้สึกผิดและมีอารมณ์เศร้า (พวงทอง ไกรพิบูลย์, 2554; สมภพ เรื่องตระกูล, 2544) ในช่วงการรักษาผู้ป่วยมักมีอาการกลัว มีความกังวลจากผลข้างเคียงของการรักษาด้วยวิธีต่างๆ เช่น การรักษาด้วยเคมีบำบัด การรักษาด้วยรังสีรักษา เป็นต้น อีกทั้งระยะเวลาในการรักษาที่ยาวนานยังก่อให้เกิดความเครียดมากขึ้น ส่วนในระยะอยู่รอดภายหลังครบการรักษาจนถึงตลอดชีวิตผู้ป่วยยังต้องเผชิญกับความไม่แน่นอนในอนาคต และมีปัญหาสุขภาพจิตได้ โดยเฉพาะปัญหาทางอารมณ์ความรู้สึกที่พบได้บ่อย คือ ความรู้สึกกลัว โรคย้อนกลับเป็นซ้ำ ความวิตกกังวล ความซึมเศร้า และความทุกข์ภายหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญ (Post Traumatic Distress) ซึ่งเป็นปัญหาทางสุขภาพจิตและจิตเวช (พวงทอง ไกรพิบูลย์, 2554; Bush, 1998) ถึงแม้การรักษาจะสิ้นสุดหรือครบตามแผนการรักษาไปแล้ว แต่ผู้ป่วยก็ยังคงได้รับการติดตามผลไปอีกระยะหนึ่ง ซึ่งส่งผลให้ผู้ป่วยยังคงมีความเครียดหรือความทุกข์กับการรอคอยว่าโรคมะเร็งที่เป็นอยู่จะรักษาหายขาดหรือไม่ หรือจะกลับเป็นซ้ำอีกเมื่อใด และการรักษาที่ได้รับนั้นเพียงพอหรือไม่ (Loveys & Klaich, 1990) เมื่อการดำเนินของโรคมะเร็งลุกลามหรือมีการกลับเป็นซ้ำอีกหลังได้รับการรักษาตามแผนการรักษาจนครบแล้ว

ผู้ป่วยจะมีความรู้สึกคล้ายกับครั้งแรกที่รับทราบว่าตนเองเป็นโรคมะเร็ง คือ ตกใจ ไม่เชื่อ และวิตกกังวล แต่ความรู้สึกครั้งนี้จะรุนแรงกว่า (Bush, 1998) ผู้ป่วยจะรู้สึกกลัวและเกิดความไม่แน่นอนเกี่ยวกับชีวิตในอนาคตตนเองมากขึ้น เนื่องจากเกิดเหตุการณ์คุกคามชีวิตอีกครั้งหนึ่ง (Mahon & Casperson, 1997) ระยะที่โรคมะเร็งลุกลามแพร่กระจายผู้ป่วยมักได้รับความทุกข์ทรมานจากความเจ็บป่วย (Swenson, 1997) และได้รับการรักษาที่มากกว่าครั้งแรกซึ่งจะเป็นปัญหาด้านจิตใจและส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย (กนกนุช ชื่นเลิศสกุล, 2541) ยิ่งส่งผลต่อการเกิดปัญหาสุขภาพจิตมากขึ้น โดยผู้ป่วยจะเกิดความรู้สึกสิ้นหวัง เจ็บปวดกลัวถูกทอดทิ้ง ต้องการความช่วยเหลือและ นึกถึงเรื่องความตาย (Bush, 1998) หรือเกิดภาวะกลัวความตาย มีความหวงกังวลและความเครียดสูง เนื่องจากโรคมะเร็งก้าวหน้ารุนแรงขึ้น (ชูชื่น ชิวพูนผล, 2541; Herschbach et al., 2004) ซึ่งถ้าปัญหาสุขภาพจิตดังกล่าวไม่ได้รับการสำรวจหรือคัดกรองอย่างเป็นรูปธรรมที่ชัดเจนหรือเป็นข้อมูลเชิงประจักษ์ ผู้ป่วยก็ยังมีระดับของปัญหาเพิ่มมากขึ้นเพราะไม่ทราบถึงปัญหาและไม่ได้รับการดูแลแต่เนิ่นๆ จะส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกหมดกำลังใจต่อสู้กับโรคและนำไปสู่การปฏิเสธการตรวจและการรักษา หรือหันไปรับการรักษาด้วยวิธีอื่นที่ไม่ใช่การแพทย์แผนปัจจุบัน บางรายเกิดความรู้สึกท้อแท้สิ้นหวังมีความคิดหรือพยายามทำร้ายตัวเองหรือฆ่าตัวตายได้สำเร็จ ฉะนั้นถ้าหากสามารถสำรวจหรือค้นหาปัญหาสุขภาพจิตของผู้ป่วยโรคมะเร็งได้ตั้งแต่ระยะเริ่มต้น ก็จะสามารถป้องกันการเกิดปัญหาสุขภาพจิตที่รุนแรงและโรคทางจิตเวชได้

จากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับปัญหาสุขภาพจิตของผู้ป่วยโรคมะเร็งในประเทศไทยตั้งแต่ปี 2541-2556 ส่วนใหญ่ยังไม่มีการศึกษาปัญหาสุขภาพจิตแบบองค์รวมที่ประเมินปัญหาทั้งมิติทางกาย จิต และสังคมโดยตรง แต่จะศึกษาเกี่ยวกับปัญหาทางด้านจิตใจในเรื่องใดเรื่องหนึ่ง เช่น ความเครียด ความเหนื่อยล้า ความเข้มแข็งอดทน ภาวะซึมเศร้า หรือบางการศึกษาก็ศึกษาปัญหาสุขภาพโดยรวม เช่น การศึกษาเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพของผู้ป่วยโรคมะเร็งของ สุภาพร ฟองมูล (2549) ที่ศึกษาปัญหาสุขภาพและการจัดการในผู้ที่เป็นมะเร็งเต้านม ผลการศึกษาพบว่าผู้ที่เป็นมะเร็งเต้านมมีปัญหาสุขภาพด้านร่างกายที่พบมากที่สุด คือ ผมหงอกหรือขนร่วง คลื่นไส้ อาเจียนและเบื่ออาหาร ส่วนปัญหาสุขภาพทางด้านจิตใจที่พบมากที่สุด ได้แก่ กลัวการแพร่กระจายของมะเร็ง กลัวการกลับเป็นซ้ำและรู้สึกว่าชีวิตตนเองไม่แน่นอน วิภาวดี หีดนาแคะ (2549) ศึกษากลุ่มอาการและการจัดการกลุ่มอาการในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มอาการที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก เกิดตามการรับรู้ของผู้ป่วย มีทั้งอาการทางด้านร่างกาย เช่น ปวด อึดแน่นท้อง ท้องผูก อ่อนเพลีย น้ำหนักลด เบื่ออาหาร ส่วนอาการทางด้านจิตใจ เช่น วิตกกังวล กลัวซึมเศร้า บุษยรัตน์ ศิลปะวิทยาธร (2550) ศึกษาความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยและวิธีการเผชิญความเครียดของเด็กป่วยโรคมะเร็ง ผลการศึกษาพบว่าเด็กป่วยโรคมะเร็งส่วนใหญ่มีความรู้สึก

ไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยอยู่ในระดับปานกลาง และเกือบทุกรายใช้วิธีการเผชิญความเครียดโดยการคิดถึงสิ่งที่ปรารถนา เป็นต้น ส่วนการศึกษาที่เกี่ยวกับความเครียดของผู้ป่วยโรคมะเร็ง เช่น แสงรุ่งสุชจิระทวี (2551) ศึกษาความเครียด การเผชิญความเครียด ปัจจัยส่วนบุคคลและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัด ผลการศึกษาพบว่า ความเครียดที่มีผลกระทบต่อด้านจิตใจ คือ ความวิตกกังวลเกี่ยวกับอาการข้างเคียงของยาเคมีบำบัดร้อยละ 68.21 ความรู้สึกไม่แน่นอนในการรักษาร้อยละ 33.82 และความรู้สึกกลัวตายร้อยละ 5.88 การเผชิญความเครียดมีค่าคะแนนเฉลี่ย 118.58 และการศึกษาของ สุภาพร จงประกอบกิจ (2551) ที่ศึกษาความเครียดการเผชิญความเครียดและแรงสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัด ผลการศึกษาพบว่า ระดับความเครียดมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการเผชิญความเครียด และการเผชิญความเครียดมีความสัมพันธ์ทางบวกกับแรงสนับสนุนทางสังคม เป็นต้น และการศึกษาที่เกี่ยวกับความเหนื่อยล้าของผู้ป่วยโรคมะเร็ง เช่น การศึกษาของ ศิริกาญจน์ สมรรถศรีบุตร (2549) ที่ศึกษาความเหนื่อยล้าในผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาวที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดโรงพยาบาลมหารajahนครเชียงใหม่ ผลการศึกษาพบว่า คะแนนความเหนื่อยล้าในผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาวอยู่ในระดับปานกลาง และยังเป็นปัจจัยที่มีผลทั้งส่งเสริมและบรรเทาความเหนื่อยล้าในผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาว และ ปรารถนา นวัตกรรมกุล (2555) ศึกษาอาการเหนื่อยล้าในผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ผลการศึกษาพบว่า คะแนนของอาการเหนื่อยล้าอยู่ในระดับน้อยซึ่งปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับอาการเหนื่อยล้า ได้แก่ กิจกรรมทางกาย คุณภาพการนอนหลับ การสนับสนุนทางสังคม และภาวะซึมเศร้า เป็นต้น

นอกจากที่กล่าวมาแล้วยังมีการศึกษาที่เกี่ยวกับภาวะวิตกกังวล และภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคมะเร็ง เช่น การศึกษาของ ภูมรินทร์ มลารัตน์ (2550) ศึกษาคุณภาพชีวิตและภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังได้รับการผ่าตัดในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ผลการศึกษาพบว่า ภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังได้รับการผ่าตัดมีเพียงร้อยละ 7.39 จีวรรณ จบสุบิน (2551) ศึกษาความชุกภาวะวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้า และปัจจัยที่เกี่ยวข้องในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัด ณ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดพบความชุกของภาวะซึมเศร้ามากกว่าภาวะวิตกกังวล และปัจจัยที่มีผลต่อภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้า ได้แก่ สถานภาพสมรส อายุ ความรุนแรงจากการเจ็บป่วย อาการก่อนและหลังได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดและเหตุการณ์ความเครียดในชีวิต และ ชูพา วงษ์มุล (2551) ศึกษาภาวะซึมเศร้าและความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยโรคมะเร็งปากมดลูกที่เข้ารับการรักษาในศูนย์มะเร็งลำปาง ผลการศึกษาพบว่าภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยแต่ละระยะโรค และในผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาแต่ละวิธีมีความแตกต่างกัน แต่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายไม่แตกต่างกัน

จะเห็นได้ว่าทุกการศึกษาที่กล่าวมา ยังไม่พบว่ามีการศึกษาปัญหาสุขภาพจิตแบบองค์รวมที่ประเมินปัญหาทั้งมิติทางกาย จิต และสังคมโดยตรงดังที่กล่าวมาแล้วข้างต้น แต่ปัจจุบันเป็นที่ทราบกันอยู่แล้วว่าการรักษาพยาบาลเป็นบริการที่มุ่งเน้นการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวมในทุกมิติ ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ (ทัศนีย์ ทองประทีป, 2552) ดังนั้นการสำรวจหรือค้นหาปัญหาสุขภาพจิตในผู้ป่วยโรคมะเร็งจึงมีความสำคัญและจำเป็นดังที่ได้กล่าวไว้แล้ว ครั้งนี้ผู้ศึกษาจึงสนใจที่จะศึกษาปัญหาสุขภาพจิตของผู้ป่วยโรคมะเร็งโดยใช้แบบสอบถามสุขภาพทั่วไป (Thai General Health Questionnaire 28 : Thai GHQ-28) ตามกรอบแนวคิดของ โกลด์เบิร์ก (Goldberg, 1972) ซึ่งแปลและปรับปรุงเป็นฉบับภาษาไทยโดย ธนา นิลชัยโกวิทย์, จักรกฤษณ์ สุขยั้ง, และ ชัชวาลย์ ศิลปกิจ (2545) เป็นแบบสอบถามซึ่งประกอบด้วยข้อคำถามที่แสดงให้เห็นรายละเอียดของอาการและพฤติกรรมที่แสดงถึงปัญหาสุขภาพจิตหรือความผิดปกติทางจิตเวชได้ชัดเจนแบบองค์รวมและครอบคลุมปัญหา 4 ด้าน คือ อาการทางกาย (Somatic Symptoms) อาการวิตกกังวลและการนอนไม่หลับ (Anxiety and insomnia) ความบกพร่องทางสังคม (Social dysfunction) และอาการซึมเศร้าที่รุนแรง (Severe depression) และเป็นแบบสอบถามที่ผู้ตอบสามารถตอบและประเมินตนเองได้ ประกอบด้วยคำถามสั้นๆและเข้าใจง่าย ใช้เวลาในการตอบแบบสอบถามน้อย คะแนนรวมที่ได้จากการตอบแบบสอบถามหากเท่ากับหรือมากกว่า 6 แปลผลว่ามีปัญหาสุขภาพจิตและมีแนวโน้มจะเกิดความผิดปกติทางจิตเวชได้ นอกจากการสำรวจหรือค้นหาปัญหาสุขภาพจิตในผู้ป่วยโรคมะเร็งแล้ว เพื่อให้ทราบถึงมิติเกี่ยวกับสุขภาพด้านอื่นและเพื่อให้ทราบข้อมูลเกี่ยวกับการพยาบาลให้ครบทุกมิติของสุขภาพจึงมีความจำเป็นต้องศึกษาหรือสำรวจความต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยด้วย ซึ่งเป็นมิติเกี่ยวกับสุขภาพอีกด้านหนึ่งที่มีความสำคัญไม่น้อยเช่นกัน

ความต้องการด้านจิตวิญญาณ หมายถึง ความปรารถนาที่มีความจำเป็นเพื่อหาความหมาย ความมีคุณค่า ความมีชีวิตจิตใจ มีอุดมการณ์ มีหลักการของชีวิต มีค่านิยม มีพลังในการดำเนินชีวิต ซึ่งสิ่งเหล่านี้มนุษย์ทุกคนจำเป็นต้องมี (Taylor, 2006) ซึ่ง เทย์เลอร์ (Taylor, 2006) ได้แบ่งองค์ประกอบของความต้องการด้านจิตวิญญาณเป็น 7 ด้าน คือ 1) ความต้องการมีทัศนคติเชิงบวกและต้องการมีความหวัง 2) ความต้องการเชื่อมโยงกับศาสนา สิ่งสูงสุดและสิ่งยึดเหนี่ยวอื่น 3) ความต้องการที่จะให้และได้รับความรักจากบุคคลอื่น 4) ความต้องการทบทวนความเชื่อ 5) ความต้องการมีความหมายและเป้าหมายในชีวิต 6) ความต้องการปฏิบัติกิจกรรมตามความเชื่อทางศาสนา และ 7) การเตรียมพร้อมในการเข้าสู่ความตาย ซึ่งบุคคลทั่วไปจะมีความต้องการด้านจิตวิญญาณเพื่อหาความหมาย ความมีคุณค่า ความมีชีวิตจิตใจ มีอุดมการณ์ หลักการของชีวิต ค่านิยม และมีพลังในการดำเนินชีวิต เมื่อบุคคลได้รับการตอบสนองความต้องการด้านจิตวิญญาณก็จะเกิดความผาสุกทางจิตวิญญาณ (ฟาริดา อิบราฮิม, 2534; Brooke, 1987) แต่ในทางกลับกันหากไม่ได้รับการตอบสนองความต้องการด้านจิตวิญญาณ

หรือตอบสนองความต้องการไม่เพียงพอจะส่งผลทำให้เกิดความพร่องทางจิตวิญญาณ หรือความบีบคั้นทางจิตวิญญาณหรือความทุกข์ใจได้

ซึ่งความต้องการด้านจิตวิญญาณของแต่ละบุคคลนั้นจะแตกต่างกันไปขึ้นอยู่กับปัจจัยต่างๆ สำหรับในประเทศไทยจากการทบทวนเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยโรคมะเร็งนั้นยังพบค่อนข้างน้อย งานวิจัยที่พบส่วนใหญ่จะเกี่ยวข้องกับมิติหรือองค์ประกอบของความต้องการด้านจิตวิญญาณ เช่น ความหวัง และความผาสุกทางจิตวิญญาณ ดังตัวอย่าง การศึกษาของ ธนวัฒน์ ไชยป้อ (2550) ที่ศึกษาความหวังในผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาวชนิดเฉียบพลัน ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาวชนิดเฉียบพลันทั้งระยะชักนำให้โรคสงบ ระยะหลังโรคสงบ และระยะติดตามผลการรักษามีความหวังอยู่ในระดับปานกลางถึงระดับสูง ธนัญญา น้อยเปียง (2545) ศึกษาการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย การสนับสนุนทางสังคม และความผาสุกทางจิตวิญญาณในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 52.50 และ ร้อยละ 47.50 มีคะแนนความผาสุกทางจิตวิญญาณอยู่ในระดับปานกลาง และระดับสูงตามลำดับ นงเยาว์ กันทะมูล (2546) ศึกษาความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้สูงอายุโรคมะเร็งปอด ผลการศึกษาพบว่า คะแนนระดับความผาสุกทางจิตวิญญาณโดยรวมอยู่ในระดับสูง สุพิศ สงนวล (2550) ศึกษาประสิทธิภาพการเยียวยาจิตวิญญาณของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษาที่มีความผาสุกทางจิตวิญญาณ ผลการศึกษาพบว่า ผู้ให้ข้อมูลรับรู้ความหมายความผาสุกทางจิตวิญญาณมี 3 ลักษณะ คือ 1) การอยู่กับโรคได้อย่างสมดุลและมีความสุข 2) มีจิตใจที่เข้มแข็ง และ 3) มีความหวังหล่อเลี้ยงใจ พรพพรหม รุจิไพโรจน์ (2550) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความผาสุกทางจิตวิญญาณการสนับสนุนทางสังคมและการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วยกับพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ผลการศึกษาพบว่าความผาสุกทางจิตวิญญาณและการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม กล่าวคือ เมื่อรู้ว่าตนเองป่วยผู้ป่วยมีความสนใจและมีกิจกรรมทางศาสนามากขึ้นโดยนำความเชื่อทางศาสนาเป็นที่พึ่งทางใจและคาดหวังว่าช่วยให้หายจากการป่วย ส่วนการมีเป้าหมายและความพึงพอใจในชีวิตนั้น ผู้ป่วยที่มีสถานภาพสมรสต้องการมีชีวิตเพื่อเห็นความเจริญก้าวหน้าของลูกหลาน ส่วนคนโสดต้องการที่จะทดแทนพระคุณบิดา มารดาให้มากกว่าที่เคยปฏิบัติมา ชิวาวิวัฒน์ วัฒนาวัดดู (2551) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายมีความต้องการด้านจิตวิญญาณโดยรวมมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.21 คือมีความต้องการระดับน้อย ส่วนรายด้านพบว่า ด้านที่มีคะแนนสูงสุด คือ การทบทวนความเชื่อ มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.82 รองลงมา คือ การได้กระทำกิจกรรมตามความเชื่อทางศาสนา มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.66 และด้านที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด คือ การมีทัศนคติทางบวก มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 1.68 วิไลลักษณ์ ดันติตระกูล

(2552) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ผลการศึกษาพบว่าความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายอยู่ในระดับสูง มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 5.26 ส่วนรายด้านพบว่า ด้านที่มีคะแนนสูงสุด คือ ความผาสุกในสิ่งที่เป็นอย่างอยู่ มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 5.28 ส่วนด้านที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด คือ ความผาสุกในความศรัทธายึดมั่นในศาสนา มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 5.25 นั้นแสดงว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความผาสุกทางจิตวิญญาณในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย คือ การปฏิบัติที่สัมพันธ์กับกิจกรรมทางศาสนา และ ชนุกร แก้วมณี, พิภูถ นันทชัยพันธ์, และ สุदारัตน์ สิทธิสมบัติ (2557) ได้ศึกษาความต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้ที่เป็นมะเร็งท่อน้ำดี กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 55.80 มีความต้องการด้านจิตวิญญาณ โดยรวมอยู่ในระดับสูง ส่วนรายด้านพบว่า ด้านที่มีความต้องการสูง คือ ด้านการเชื่อมโยงกับศาสนาหรือสิ่งยึดเหนี่ยวอื่นร้อยละ 72.30 รองลงมา คือ ด้านการมีความหมายและเป้าหมายในชีวิต ร้อยละ 71.50 และด้านที่มีความต้องการปานกลาง คือ ด้านการปฏิบัติกิจกรรมตามความเชื่อทางศาสนา ร้อยละ 66.30 และด้านการเตรียมพร้อมในการเข้าสู่ความตาย ร้อยละ 65.90 นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างรายงานว่าสิ่งที่มีความหมายในชีวิตและทำให้ชีวิตมีคุณค่า ได้แก่ บุญกรรมที่ได้ทำมา ร้อยละ 34.10 คำสอนสั่งทางศาสนา ร้อยละ 24 และสิ่งศักดิ์สิทธิ์ ร้อยละ 17.20 ตามลำดับ

จะเห็นได้ว่าจากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา เกี่ยวกับความต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยโรคมะเร็งนั้นส่วนใหญ่มีการศึกษาเพียงบางมิติหรือบางองค์ประกอบของความต้องการด้านจิตวิญญาณและเป็นการศึกษาผลของการได้รับการตอบสนองตามความต้องการทางจิตวิญญาณ คือ ความผาสุกทางจิตวิญญาณเท่านั้น จากการทบทวนวรรณกรรมในประเทศไทยยังพบการศึกษาเกี่ยวกับความต้องการด้านจิตวิญญาณค่อนข้างน้อย ผู้ศึกษาจึงมีความสนใจศึกษาความต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยโรคมะเร็งในทุกมิติของความต้องการด้านจิตวิญญาณ โดยจะศึกษาความต้องการด้านจิตวิญญาณในผู้ป่วยโรคมะเร็ง ตามแนวคิดความต้องการด้านจิตวิญญาณของ เทย์เลอร์ (Taylor, 2006) ซึ่งมีองค์ประกอบความต้องการด้านจิตวิญญาณ 7 ด้าน คือ 1) ความต้องการมีทัศนคติเชิงบวกและต้องการมีความหวัง 2) ความต้องการเชื่อมโยงกับศาสนา สิ่งสูงสุด และสิ่งยึดเหนี่ยวอื่น 3) ความต้องการที่จะให้และได้รับความรักจากบุคคลอื่น 4) ความต้องการทบทวนความเชื่อ 5) ความต้องการมีความหมายและเป้าหมายในชีวิต 6) ความต้องการปฏิบัติกิจกรรมตามความเชื่อทางศาสนา และ 7) การเตรียมพร้อมในการเข้าสู่ความตาย เพื่อนำผลการศึกษาที่ได้มาเป็นแนวทางในการตอบสนองความต้องการด้านจิตวิญญาณทุกมิติของความต้องการด้านจิตวิญญาณในผู้ป่วยโรคมะเร็ง เพื่อให้ผู้ป่วยรู้สึกถึงความมีคุณค่า ความมีชีวิตจิตใจมากขึ้น มีพลังในการดำเนินชีวิต กล้าเผชิญกับความเจ็บป่วยและสามารถดำรงชีวิตอย่างปกติสุขได้

โรงพยาบาลนครพิงค์ จังหวัดเชียงใหม่เป็น โรงพยาบาลศูนย์ขนาด 800 เตียง สังกัดสำนักงาน ปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข รับผิดชอบผู้ป่วยใน 3 จังหวัดเขตภาคเหนือตอนบน ได้แก่ จังหวัดเชียงใหม่ จังหวัดลำพูน และจังหวัดแม่ฮ่องสอน รวมถึงเป็น โรงพยาบาลแม่ข่ายของ โรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดเชียงใหม่ มีผู้ป่วยโรคมะเร็งเข้ารับการรักษาใน โรงพยาบาลมีจำนวน เพิ่มขึ้นทุกปี ดังนี้ ปี พ.ศ.2555 จำนวน 2,972 ราย พ.ศ.2556 จำนวน 3,033 ราย พ.ศ.2557 จำนวน 3,669 ราย และ พ.ศ.2558 จำนวน 3,869 ราย (กลุ่มงานนโยบายและแผนงาน โรงพยาบาลนครพิงค์, 2558) ที่ผ่านมายังไม่มีการสำรวจปัญหาสุขภาพจิตและความต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วย โรคมะเร็งในโรงพยาบาลนครพิงค์ ผู้ศึกษาได้ทำการสุ่มประเมินบันทึกทางการแพทย์ผู้ป่วย โรคมะเร็งที่มารับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดในหอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย 1 โรงพยาบาลนครพิงค์ ใน เดือนกรกฎาคม พ.ศ.2557 จำนวน 10 ราย พบบันทึกทางการแพทย์ที่ให้ความสำคัญกับปัญหา ทางด้านสุขภาพจิตเพียง 1 รายส่วนบันทึกทางการแพทย์รายอื่นๆ มุ่งเน้นให้ความสำคัญกับอาการ ทางกายทั้งหมด และจากแบบรายงานอุบัติการณ์ในหอผู้ป่วยหนึ่งของโรงพยาบาลนครพิงค์ ปี 2556 พบอุบัติการณ์ผู้ป่วยชายมีความคิดพยายามฆ่าตัวตายภายหลังทราบผลการวินิจฉัยว่าป่วยด้วย โรคมะเร็งจำนวน 2 ราย ซึ่งถือว่าเป็นกรณีตัวอย่างที่บ่งชี้ว่าปัญหาสุขภาพจิตในผู้ป่วย โรคมะเร็ง ถูกละเลย อีกทั้งยังพบว่าไม่เคยมีการสำรวจปัญหาสุขภาพจิตและความต้องการด้านจิตวิญญาณของ ผู้ป่วยโรคมะเร็งในโรงพยาบาลนครพิงค์มาก่อน

จากข้อมูลดังกล่าวข้างต้น ผู้ศึกษาในฐานะพยาบาลเฉพาะทางการแพทย์ผู้ป่วยมะเร็งซึ่งมีบทบาท และหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งดังกล่าว และกำลังศึกษาระดับปริญญาโท สาขาการพยาบาลจิตเวช และสุขภาพจิต จึงมีความสนใจศึกษาปัญหาสุขภาพจิตของผู้ป่วย โรคมะเร็งตามกรอบแนวคิด โกลด์เบิร์ก (Goldberg, 1972) และความต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยโรคมะเร็งตามกรอบแนวคิด ของ เทย์เลอร์ (Taylor, 2006) ดังกล่าวแล้วข้างต้น เพื่อสำรวจและค้นหาปัญหาสุขภาพจิตและความ ต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยโรคมะเร็ง แล้วจะนำข้อมูลที่ได้มาใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับการ วางแผนส่งเสริมสุขภาพจิตและหาแนวทางในการป้องกันปัญหาสุขภาพจิตรวมทั้งให้การสนับสนุน ความต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยโรคมะเร็งให้ตรงกับสภาพปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย โรคมะเร็งอย่างมีประสิทธิภาพ ช่วยป้องกันการเกิดปัญหาทางสุขภาพจิตที่รุนแรงและโรคทางจิตเวช ในผู้ป่วยโรคมะเร็งได้ อันจะส่งผลให้ผู้ป่วยโรคมะเร็งมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป



## วัตถุประสงค์การศึกษา

1. เพื่อสำรวจปัญหาสุขภาพจิตของผู้ป่วยโรคมะเร็ง โรงพยาบาลนครพิงค์ จังหวัดเชียงใหม่
2. เพื่อสำรวจความต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยโรคมะเร็ง โรงพยาบาลนครพิงค์ จังหวัดเชียงใหม่

## ขอบเขตการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive research) เพื่อสำรวจปัญหาสุขภาพจิต และความต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยโรคมะเร็ง ที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลนครพิงค์ จังหวัดเชียงใหม่ โดยใช้ระยะเวลาเก็บข้อมูล 4 เดือน คือ ตั้งแต่เดือนตุลาคม พ.ศ.2558 ถึง เดือนมกราคม พ.ศ.2559

## นิยามศัพท์

**ปัญหาสุขภาพจิต** หมายถึง ความทุกข์ของบุคคลต่อสิ่งที่มากระทบ ทำให้ไม่สามารถดำเนินชีวิตด้านต่างๆ ได้อย่างปกติสุขตามที่ควรจะเป็น ส่งผลให้มีอาการแสดงออกมาทั้งทางร่างกายและจิตใจ ได้แก่ อาการแสดงทางกาย (Somatic Symptoms) อาการวิตกกังวลและการนอนไม่หลับ (Anxiety and insomnia) มีความบกพร่องทางสังคม (Social dysfunction) และมีอาการซึมเศร้าที่รุนแรง (Severe depression) ซึ่งประเมินได้ด้วยแบบสอบถามสุขภาพทั่วไป (Thai General Health Questionnaire 28: Thai GHQ-28) ซึ่งแปลและปรับปรุงเป็นฉบับภาษาไทยโดย ธนา นิลชัยโกวิทย์ และคณะ (2545) ตามแนวคิดการประเมินสุขภาพจิตของ โกลด์เบิร์ก (Goldberg, 1972)

**ความต้องการด้านจิตวิญญาณ** หมายถึง ความปรารถนาที่จะได้รับสิ่งที่มีความจำเป็นต่อชีวิต ที่มีจุดมุ่งหมายทำให้ชีวิตดีขึ้น มีพลังในการดำเนินชีวิต ซึ่งประกอบด้วย ความต้องการด้านจิตวิญญาณ 7 ด้าน คือ 1) ความต้องการมีทัศนคติเชิงบวกและต้องการมีความหวัง 2) ความต้องการเชื่อมโยงกับศาสนา สิ่งสูงสุด และสิ่งยึดเหนี่ยวอื่น 3) ความต้องการที่จะให้และได้รับความรักจากบุคคลอื่น 4) ความต้องการทบทวนความเชื่อ 5) ความต้องการมีความหมายและเป้าหมายในชีวิต 6) ความต้องการปฏิบัติกิจกรรมตามความเชื่อทางศาสนา และ 7) การเตรียมพร้อมในการเข้าสู่ความตาย ซึ่งประเมินได้ด้วยแบบสอบถามความต้องการด้านจิตวิญญาณที่สัมพันธ์กับความเจ็บป่วย (SpIRIT) ของ เทย์เลอร์ (Taylor, 2006) ที่แปลเป็นภาษาไทยโดย จิวาริณณ์ วัฒนาวัดตุ (2551)

**ผู้ป่วยโรคมะเร็ง** หมายถึง ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคของ ICD-10 ว่าเป็นโรคมะเร็งทุกระยะของ โรคมะเร็ง และมารับการรักษาที่โรงพยาบาลนครพิงค์ จังหวัดเชียงใหม่