

## บทที่ 2

### เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ในการศึกษาปัญหาสุขภาพจิตของและความต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยโรคมะเร็งครั้งนี้ ผู้ศึกษาได้ศึกษา ตำรา เอกสาร บทความวิชาการและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเพื่อให้ได้เนื้อหาครอบคลุม หัวข้อดังต่อไปนี้

1. โรคมะเร็ง
  - 1.1 ความหมายของโรคมะเร็ง
  - 1.2 การแบ่งระยะของโรคมะเร็ง
  - 1.3 การรักษาโรคมะเร็ง
  - 1.4 ผลกระทบจากการป่วยและการรักษาโรคมะเร็ง
2. ปัญหาสุขภาพจิต
  - 2.1 ความหมายของปัญหาสุขภาพจิต
  - 2.2 การประเมินปัญหาสุขภาพจิต
  - 2.3 ปัญหาสุขภาพจิตของผู้ป่วยโรคมะเร็ง
3. ความต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยโรคมะเร็ง
  - 3.1 ความหมายของความต้องการ
  - 3.2 ความหมายของจิตวิญญาณ
  - 3.3 ความหมายของความต้องการด้านจิตวิญญาณ
  - 3.4 องค์ประกอบความต้องการด้านจิตวิญญาณ
  - 3.5 การประเมินความต้องการด้านจิตวิญญาณ
4. สถานการณ์การดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งของโรงพยาบาลนครพิงค์

## โรคมะเร็ง

### ความหมายของโรคมะเร็ง

โรคมะเร็งเป็นกลุ่มของโรคที่มีความผิดปกติของการเจริญเติบโตและการแพร่กระจายของเซลล์ที่ไม่สามารถควบคุมได้ กล่าวคือ เซลล์มีการแบ่งตัวเพิ่มมากขึ้นกว่าปกติ และยังสามารถแพร่กระจายไปสู่อวัยวะอื่นๆ ก่อให้เกิดการแบ่งตัวที่อวัยวะที่แพร่กระจายไปเกิดเป็นมะเร็งที่อวัยวะนั้น หากการแพร่กระจายควบคุมไม่ได้ส่งผลทำให้เสียชีวิตได้ โรคมะเร็งมีสาเหตุมาจากทั้งปัจจัยภายนอก (เช่น การสูบบุหรี่ การติดเชื้อ สารเคมีและรังสี เป็นต้น) และปัจจัยภายใน (เช่น การกลายพันธุ์ที่ได้รับการถ่ายทอดทางสอร์โอมอน ทางภูมิคุ้มกัน และการกลายพันธุ์ที่เกิดขึ้นจากการเผาผลาญอาหาร เป็นต้น) (American Cancer Society, 2014) หรือ กลุ่มของโรคที่เกิดเนื่องจากเซลล์ของร่างกายมีความผิดปกติที่ DNA หรือสารพันธุกรรม ส่งผลให้เซลล์มีการเจริญเติบโตหรือแบ่งตัวเพื่อเพิ่มจำนวนเซลล์ที่รวดเร็วมากกว่าปกติ ซึ่งอาจทำให้เกิดก้อนเนื้อผิดปกติ และในที่สุดก็จะทำให้เกิดการตายของเซลล์ในก้อนเนื้อนั้นเนื่องจากขาดเลือดไปเลี้ยง ถ้าเซลล์นั้นเกิดอยู่ในอวัยวะใดก็จะ เรียกชื่อ “มะเร็ง” ตามอวัยวะนั้น เช่น มะเร็งสมอง มะเร็งปอด มะเร็งเต้านม มะเร็งปากมดลูก มะเร็งเม็ดเลือดขาว มะเร็งต่อมน้ำเหลือง และมะเร็งผิวหนัง เป็นต้น (สถาบันมะเร็งแห่งชาติ, 2557)

### การแบ่งระยะของโรคมะเร็ง

การแบ่งระยะของโรคมะเร็งมีความสำคัญในการพยากรณ์ การวิเคราะห์ การวินิจฉัย และการวางแผนการดูแลรักษา

**ระยะความรุนแรงของโรคมะเร็ง (Cancer staging)** หมายถึง การแบ่งระยะของโรคมะเร็งโดยอาศัยลักษณะทางกายวิภาคของโรคมะเร็งแต่ละชนิด ซึ่งระบบการแบ่งระยะของโรคมะเร็งที่มีการใช้อยู่มีหลายระบบ แต่ที่นิยมใช้ทั่วไป คือ ระบบ TNM (tumor, node, metastasis) ที่จัดทำโดย The International Union for Cancer Control (UICC) และ The American Joint Committee on Cancer (AJCC) ซึ่งอาศัยหลักการแบ่งระยะทางกายวิภาคของโรคมะเร็งแต่ละชนิด ที่มีการจัดระบบของโรคแตกต่างกัน (นรินทร์ วรวิทย์, 2546) แบ่งออกเป็น 4 ระยะ คือ

ระยะที่ 1 โรคมะเร็งยังอยู่ที่อวัยวะที่เป็นโรคเท่านั้น ไม่มีการแพร่กระจายหรือลุกลามออกไปที่ไหน

ระยะที่ 2 โรคมะเร็งยังคงอยู่ที่อวัยวะที่เป็นโรค เริ่มมีขนาดโตขึ้นและมีการรบกวนหน้าที่ของอวัยวะที่เป็น และ/หรือมีการแพร่กระจายไปยังต่อมน้ำเหลืองบริเวณใกล้เคียงเล็กน้อย

ระยะที่ 3 โรคมะเร็งมีการแพร่กระจายมากขึ้น อวัยวะที่เป็นโรคถูกทำลายส่งผลให้ทำหน้าที่ผิดปกติและอวัยวะนั้นผิดปกติ ต่อมน้ำเหลืองบริเวณใกล้เคียงโตขึ้นอย่างชัดเจน

ระยะที่ 4 โรคมะเร็งมีการแพร่กระจายไปยังอวัยวะใกล้เคียง และ/หรือแพร่กระจายเข้าสู่กระแสเลือด ก่อเกิดการแพร่กระจายของมะเร็งที่อวัยวะอื่นๆ ที่อยู่ห่างจากมะเร็งต้นกำเนิด เช่น สมอง ปอด ตับ และกระดูก เป็นต้น

ระยะการดำเนินของโรคมะเร็ง (Trajectory phasing) หมายถึง ระยะต่างๆ ที่สะท้อนถึงการดำเนินของโรคมะเร็ง ตามกรอบแนวคิดการดำเนินโรคของการเจ็บป่วยเรื้อรังของ คอร์บิน และสเตราส์ (Corbin & Strauss, 1991) แบ่งเป็น 8 ระยะ คือ

1. ระยะก่อนเจ็บป่วย/เกิดโรค (Pretrajectory) หมายถึง ระยะก่อนการเจ็บป่วย/ระยะการป้องกัน ไม่มีอาการหรืออาการแสดงของโรคปรากฏ
2. ระยะเริ่มต้น/เริ่มเจ็บป่วย (Trajectory onset) หมายถึง ระยะเริ่มมีอาการและอาการแสดงของโรคปรากฏขึ้นหรือเป็นระยะของการตรวจวินิจฉัยเพื่อค้นหาสาเหตุ
3. ระยะวิกฤต (Crisis) หมายถึง ระยะที่การเจ็บป่วยคุกคามต่อชีวิตและต้องการการดูแลอย่างเร่งด่วน
4. ระยะเฉียบพลัน/รุนแรง (acute) หมายถึง ระยะที่โรคมียุทธศาสตร์หรือมีภาวะแทรกซ้อนที่จำเป็นต้องได้รับการรักษาในโรงพยาบาล
5. ระยะคงที่ (stable) หมายถึง ระยะที่ควบคุมการเจ็บป่วย/อาการของโรคได้
6. ระยะไม่คงที่ (Unstable) หมายถึง ระยะที่ไม่สามารถควบคุมการเจ็บป่วย/อาการของโรคได้ แต่ผู้ป่วยยังไม่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล
7. ระยะที่อาการเลวลง/ทรุดลง (Downward) หมายถึง พยาธิสภาพของโรคมียุทธศาสตร์ก่อนให้เกิดความพิการมากขึ้นและยากที่จะควบคุมอาการได้ ส่งผลให้ความเจ็บป่วยดำเนินไปอย่างต่อเนื่องทั้งด้านร่างกายและจิตใจ
8. ระยะใกล้ตาย (Dying) หมายถึง ช่วงระยะเวลาเพียงชั่วโมง วัน หรือสัปดาห์ก่อนที่ผู้ป่วยจะเสียชีวิต

ในปี พ.ศ. 2548 อภิรดี ลดาวัลย์ และคณะ ปรับลดระยะการดำเนินของโรคตามกรอบแนวคิดการดำเนินโรคของการเจ็บป่วยเรื้อรังของคอร์บิน และสเตราส์ ลงเหลือ 5 ระยะ เพื่อความเหมาะสมกับ ลักษณะผู้ป่วยโรคมะเร็งและเพื่อใช้ในการสำรวจอาการที่พบบ่อยในผู้ป่วยโรคมะเร็งในภาคใต้ ดังนี้

ระยะที่ 1: ระยะเริ่มต้นการดำเนินของโรค ซึ่งเป็นระยะเวลาที่มีอาการปรากฏให้เห็นเป็นครั้งแรก เป็นช่วงของการวินิจฉัยโรค ผู้ป่วยเริ่มมีอาการค้นพบและจัดการกับอาการที่เกิดขึ้น โดยมีเกณฑ์ ได้แก่ มาพบแพทย์เพื่อเข้ารับการรักษาด้วยโรคมะเร็งเป็นครั้งแรกที่แผนกผู้ป่วยนอก และ/หรือเป็นผู้ป่วยที่แพทย์นัดฟังผลตรวจ ได้แก่ การตรวจทางห้องปฏิบัติการ การตรวจชิ้นเนื้อ การเอกซเรย์ การตรวจอัลตราซาวด์ และ/หรือการตรวจคลื่นสมอง และผลที่ได้พบว่าเป็นโรคมะเร็ง

ระยะที่ 2: ระยะวิกฤตหรือเจ็บป่วยขั้นรุนแรง เป็นระยะที่อาการมีความรุนแรงขึ้น หรือเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคที่คุกคามชีวิต ต้องการการดูแลรักษา การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลหรือแม้แต่การจัดการเพื่อกลับเข้าสู่ภาวะปกติ โดยมีเกณฑ์ ได้แก่ เป็นผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ต้องเข้าพักรับการรักษาในโรงพยาบาลและต้องการการดูแลอย่างใกล้ชิด ได้แก่ ผู้ป่วยโรคมะเร็งที่เข้ารับการรักษาด้วยการผ่าตัด เคมีบำบัด รังสีรักษา หรือฮอร์โมนบำบัด ภายหลังการวินิจฉัยว่าเป็นโรคมะเร็งในครั้งแรก หรือมีภาวะฉุกเฉินอื่นๆ อันเนื่องมาจากโรคมะเร็ง รวมทั้งผู้ป่วยนอกที่มารับการรักษาด้วยการผ่าตัด เคมีบำบัด รังสีรักษา หรือฮอร์โมนบำบัด

ระยะที่ 3: ระยะคงที่ เป็นระยะที่อาการหรือการดำเนินของโรคมีการเปลี่ยนแปลงเล็กน้อย สามารถควบคุมได้ โดยมีเกณฑ์ดังนี้ คือ เป็นผู้ป่วยโรคมะเร็งที่มารับการตรวจตามแพทย์นัด (follow up)

ระยะที่ 4: ระยะที่มีการเปลี่ยนแปลง เป็นระยะเวลาที่อาการของโรคกลับกำเริบขึ้นมาอีก โดยไม่สามารถควบคุมได้ ต้องการได้รับการรักษาโดยตรงเพื่อให้เข้าสู่ภาวะที่ปกติ โดยมีเกณฑ์ ได้แก่ เป็นผู้ป่วยโรคมะเร็งที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล หรือมาตรวจตามแพทย์นัด และแพทย์พบว่ามีการลุกลามของโรคมากขึ้น (metastasis) และ/หรือมีการกลับเป็นซ้ำ (recurrence)

ระยะที่ 5: ระยะใกล้เสียชีวิต หรือระยะที่มีอาการทรุดลงเป็นระยะที่มีการดำเนินของโรคเป็นไปในทางที่เลื่อมลง ทั้งทางสภาพร่างกายและจิตใจ และมีลักษณะของอาการหรือความพิการเพิ่มขึ้น ถึงแม้ว่าจะพยายามที่จะควบคุมหรือยับยั้งอาการที่เกิดขึ้นแต่อาการก็ยังค่อยๆ ทรุดลงจนกระทั่งเสียชีวิต โดยมีเกณฑ์ ได้แก่ เป็นผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ต้องเข้าพักรับการรักษาในโรงพยาบาล หรือรักษาตัวที่บ้าน โดยแพทย์วินิจฉัยว่าอยู่ในระยะสุดท้ายของโรค (stage 4) หรือระยะใกล้เสียชีวิต (end stage) และ/หรือ non resuscitation และแพทย์ตัดสินใจให้การรักษาแบบประคับประคอง (palliative care)

ในการศึกษานี้ ใช้การแบ่งระยะของโรคมะเร็ง ทั้งแบบการแบ่งตามระยะความรุนแรงของโรคมะเร็ง และระยะการดำเนินของโรคมะเร็งตามแนวคิดของ คอรับิน และ สเตราส์ (Corbin & Strauss, 1992) ที่ อภิสิทธิ์ ลดาจารย์, วงจันทร์ เพชรพิเชษฐเชียร, และ วันธณี วิรุฬห์พานิช (2548) ปรับลดระยะการดำเนินของโรคลงเหลือ 5 ระยะเนื่องจากการแบ่งระยะของโรคมะเร็งตามระยะความรุนแรง

ของโรคมะเร็งนั้นอาศัยหลักการแบ่งระยะทางกายวิภาคของโรคมะเร็งแต่ละชนิด ถือเป็น การแบ่งระยะที่มีความเป็นสากลและได้รับการยอมรับ ส่วนการแบ่งระยะของโรคมะเร็งตามระยะการดำเนินของโรคมะเร็งนั้นอาศัยการเปลี่ยนแปลงจากธรรมชาติของโรค พยาบาลสามารถตัดสินใจทางคลินิกในการแบ่งระยะและวางแผนให้การพยาบาลได้ทันที

## การรักษาโรคมะเร็ง

การรักษาโรคมะเร็งอาจมีวัตถุประสงค์เพื่อการรักษาโรค (curative) หรือการรักษาเพื่อบรรเทาอาการ (palliative) ซึ่งทำในกรณีที่ไม่สามารถรักษาได้ เน้นที่การลดหรือบรรเทาอาการเจ็บป่วยจากมะเร็งและผลข้างเคียงของการรักษา การลดขนาดของก้อนมะเร็งเพื่อความสุขสบายและลดการกดของก้อนมะเร็งต่ออวัยวะใกล้เคียง หลักการรักษาโดยทั่วไปใช้หลายวิธีร่วมกัน แต่ละวิธีการรักษามีความเฉพาะแตกต่างกันออกไป ได้แก่ การผ่าตัด (surgery) การฉายรังสี (radiation therapy) การรักษาด้วยเคมีบำบัด (chemotherapy) การรักษาด้วยฮอร์โมน (hormonal therapy) การใช้สารชีวภาพหรือวิธีการกระตุ้นภูมิคุ้มกัน (biologic therapy or immunotherapy) หรือการใช้หลายวิธีร่วมกัน (NCCN, 2015) โดยพิจารณาการรักษาจากชนิดของเซลล์มะเร็ง ระยะและตำแหน่งของมะเร็ง ความทนทานของผู้ป่วยมะเร็งต่อวิธีการรักษาที่ได้รับ ซึ่งวิธีการรักษามะเร็งที่ใช้กันอยู่ปัจจุบัน มีดังต่อไปนี้

1. วิธีการรักษาโรคมะเร็งที่เป็นมาตรฐาน (Classical approaches) ได้แก่ (จรัส สุวรรณเวลา, 2553)

### 1.1 ศัลยกรรม (Surgery) โดยการผ่าตัดเอาก้อนมะเร็งออก

การรักษามะเร็งด้วยศัลยกรรมหรือการผ่าตัด (Surgery) เป็นวิธีการรักษาที่ดั้งเดิมและนิยมที่สุด มีเป้าหมายเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วยมะเร็งเนื่องจากไม่มีการทำลายเนื้อเยื่อ การตัดก้อนมะเร็งออกพบว่าทำให้ผลการรักษามะเร็งได้ผลดียิ่งขึ้น เป็นการรักษาที่ตัดเอาก้อนเนื้อร้ายและเนื้อเยื่อข้างเคียงโดยรอบออก (Stahl, 1997) สามารถลดการแพร่กระจายและลดความเสี่ยงในการเกิดเป็นมะเร็งในอนาคตได้ เช่น มะเร็งช่องปาก มะเร็งผิวหนัง มะเร็งปากมดลูก เป็นต้น (Pfeier, 2001) การรักษาด้วยการผ่าตัดร่วมกับการรักษาวิธีอื่นๆ ยังมีบทบาทช่วยควบคุมไม่ให้โรคลุกลามอีกด้วย (Thompson & Wells, 2006)

การผ่าตัดที่ใช้กับผู้ป่วยโรคมะเร็งนั้นแบ่งตามวัตถุประสงค์ของการผ่าตัดได้ ดังนี้

1) การผ่าตัดเพื่อการวินิจฉัย (Biopsy) เป็นการตัดหรือขลิบชิ้นเนื้อจากก้อนเนื้อออกหรืออวัยวะที่สงสัยว่าจะเป็นมะเร็ง ส่งตรวจทางพยาธิวิทยาเพื่อการพิสูจน์และการวินิจฉัยโรค วิธีนี้สามารถยืนยันได้ว่าเนื้อออกหรืออวัยวะนั้น ๆ เป็นเนื้องอกธรรมดาหรือเป็นมะเร็ง การตัดชิ้นเนื้อเพื่อพิสูจน์ดังกล่าว แบ่งออกเป็น 2 วิธี คือ

1.1) ตัดชิ้นเนื้อเพียงบางส่วน (Incisional Biopsy) วิธีนี้เลือกใช้ในกรณีที่เนื้ออกมีขนาดใหญ่มากหรือเป็นกลุ่มก้อน เพื่อนำผลพิสูจน์ดังกล่าวมาเป็นแนวทางในการวางแผนการรักษาต่อไป

1.2) ตัดเนื้ออกออกทั้งก้อน (Excisional Biopsy) ใช้ในกรณีที่ก้อนเนื้อดังกล่าวมีขนาดไม่ใหญ่มากสามารถตัดออกได้ทั้งก้อนและไม่เป็นอันตรายต่ออวัยวะข้างเคียง

2) การผ่าตัดเพื่อการรักษา ในกรณีที่ผู้ป่วยเป็นมะเร็งระยะเริ่มแรก หรือกรณีที่เนื้ออกมีขนาดใหญ่โดยหวังผลในการรักษาคือ ให้ผู้ป่วยหายขาดเมื่อได้รับการผ่าตัดก้อนมะเร็งออกไป

3) การผ่าตัดแบบการรักษาแบบประคับประคอง วิธีนี้ใช้ในกรณีที่โรคลุกลามมาก หรือกรณีที่ต้องการลดขนาดของก้อนมะเร็ง เพื่อการรักษาแบบผสมผสานกับวิธีการรักษาแบบอื่น เช่น การฉายรังสี หรือ การให้ยาเคมีบำบัด เป็นต้น สำหรับวิธีนี้สามารถเพิ่มคุณภาพชีวิตให้กับผู้ป่วยโรคมะเร็งได้ กล่าวคือ ช่วยลดความทุกข์ทรมานจากความเจ็บปวด หรือจากแผลเน่าเหม็นได้ (สถาบันมะเร็งแห่งชาติ, 2557)

1.2 รังสีรักษา (Radiation therapy) โดยการฉายรังสีเป็นการรักษาร่วมกับการผ่าตัดหรืออาจฉายรังสีก่อนหรือหลังการผ่าตัด

การรักษามะเร็งด้วยการฉายรังสี (radiation therapy) เป็นการรักษาโรคมะเร็งโดยการให้รังสีเอกซ์ หรือรังสีแกมมาฉายตรงบริเวณก้อนมะเร็ง เป็นการปล่อยรังสีจากแหล่งกำเนิดภายนอก ร่างกาย หรือรักษาโดยแหล่งกำเนิดรังสีที่สอดใส่เข้าไปในร่างกาย ซึ่งเซลล์มะเร็งหรือเซลล์ปกติบางชนิดมีความไวต่อรังสีมาก เช่น เซลล์บุผิว (epithelial cell) บริเวณผิวหนังและเยื่อเมือก เซลล์ในระบบสืบพันธุ์ (germ cell) และเซลล์ไขกระดูก เป็นต้น การรักษามะเร็งด้วยรังสีถือเป็นการรักษาเฉพาะที่หรือการรักษาแบบควบคุมคล้ายกับการรักษาโดยการผ่าตัด นอกจากการรักษาโรคมะเร็งด้วยรังสีเพียงวิธีการเดียว การรักษามะเร็งด้วยรังสีอาจใช้ร่วมกับการรักษาด้วยวิธีอื่น เช่น การรักษามะเร็งด้วยรังสีร่วมกับการรักษาด้วยเคมีบำบัด หรือการรักษาโรคมะเร็งด้วยรังสีก่อนและหลังผ่าตัด เป็นต้น เพราะเชื่อว่ารังสีรักษาสามารถยับยั้งเซลล์มะเร็งที่หลงเหลือหลังการผ่าตัดส่งเสริมการรักษาให้ได้ผลดียิ่งขึ้น (Parker, 1990) ลดภาวะเสี่ยงของการกลับเป็นซ้ำของโรคมะเร็ง (Maher, 2000)

1.3 ยาเคมีบำบัด (Chemotherapy) โดยการให้ยาเคมีก่อนการผ่าตัด และหรือหลังการผ่าตัดอาจร่วมกับรังสีรักษาหรือไม่ก็ได้

การรักษามะเร็งด้วยเคมีบำบัด (chemotherapy) เป็นการรักษาโรคมะเร็งโดยการให้ยาและเป็นการรักษาทั้งระบบ (systemic therapy) เป็นการใช้สารเคมีในการต้านมะเร็งชนิดต่างๆ (various anticancer drugs) ซึ่งในปัจจุบันมีการคิดค้นและพัฒนาสารเคมีที่ใช้รักษาโรคมะเร็งอย่างต่อเนื่อง ทำให้มีสารเคมีหรือเคมีบำบัดที่ให้เลือกรักษามากกว่า 30 ชนิด (Hansen, 1998) เคมีบำบัดหรือสารต้านมะเร็งมีฤทธิ์ในการกดและทำลายเซลล์โดยตรง (directly killing) ส่งผลต่อทั้งเซลล์มะเร็ง

และเซลล์ปกติ แต่เชื่อกันว่าทำลายเซลล์มะเร็งมากกว่าเซลล์ปกติ ส่วนฤทธิ์ที่เป็นประโยชน์ของเคมีบำบัดคือสามารถทำปฏิกิริยากับเอนไซม์บางตัวที่เกี่ยวข้องกับการสังเคราะห์และการทำหน้าที่ของสารพันธุกรรม หรือ DNA ของเซลล์ทำให้ขัดขวางหรือหยุดวงจรการเจริญเติบโตหรือแบ่งตัวในบางช่วงของเซลล์ เนื่องจากเคมีบำบัดหรือสารต้านมะเร็งมีคุณสมบัติเลือกทำลาย (selective toxicity) โดยใช้คุณสมบัติที่แตกต่างกันบางอย่างระหว่างเซลล์มะเร็งกับเซลล์ปกติ กล่าวคือ เซลล์ทั้งสองชนิดมีความแตกต่างกันในจำนวนสารเคมีบางตัวและต่างกันในอัตราการเกิดปฏิกิริยาทางเคมีของสารต่างๆ ภายในเซลล์ซึ่งเป็นหลักการที่สำคัญในการรักษาด้วยเคมีบำบัด (Parker, 1990) ส่วนการรักษาเสริม (adjuvant chemotherapy) มักใช้หลังการผ่าตัดเอาก้อนมะเร็งออก เพื่อทำลายหรือกำจัดเซลล์มะเร็งขนาดเล็กที่ยังเหลืออยู่ เป็นการป้องกันไม่ให้เซลล์มีการแบ่งตัวแพร่กระจายไปยังเซลล์ข้างเคียงและลุกลามไปยังอวัยวะอื่นๆ ของร่างกาย (Coward & Coley, 2006) ทำให้ระยะปลอดโรคนานกว่าเดิมและป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคมะเร็ง ส่งผลต่อการอยู่รอดของผู้ป่วย (อาคม เขียรศิลป์, 2545)

1.4 การรักษาด้วยฮอร์โมน (hormonal therapy) หน้าที่ของฮอร์โมนในการรักษาโรคมะเร็งคือ การยับยั้งการเจริญเติบโตของก้อนมะเร็ง โดยการขัดขวางการทำงานของฮอร์โมนที่กระตุ้นการเจริญเติบโตของก้อนมะเร็ง ส่งผลทำให้เกิดความเสื่อมของเซลล์มะเร็ง ซึ่งการรักษาด้วยฮอร์โมน มีประสิทธิภาพสูงในการรักษามะเร็งที่มีการตอบสนองต่อฮอร์โมน เช่น มะเร็งต่อมลูกหมาก หรือมะเร็งเต้านม เป็นต้น (Fenlon, 2006)

2. วิธีการรักษาโรคมะเร็งที่กำลังพัฒนาขึ้นมาใหม่ (New approaches) (พวงทอง ไกรพิบูลย์, 2552; อาคม เขียรศิลป์, 2545)

2.1 Call regulatory cytokines หรือการเปลี่ยนแปลงลักษณะของเซลล์มะเร็ง (Cancer cell phenotypic) Biological response modifier และการกระตุ้นระบบภูมิคุ้มกันของร่างกาย

2.2 Monoclonal antibodies การทำลายเซลล์มะเร็งโดยเฉพาะ

2.3 Gene therapy การเปลี่ยนแปลงหรือการกระตุ้นให้การทำงานของยีนส์ด้านเซลล์มะเร็ง

การรักษาโรคมะเร็งดังที่ได้กล่าวมาในปัจจุบันใช้หลายวิธีร่วมกันเพื่อให้การรักษาเป็นไปอย่างสมบูรณ์และตอบสนองปัญหาทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ดังนั้นระบบบริการสุขภาพสำหรับผู้ป่วยมะเร็งจึงมีหลากหลายเพื่อให้เหมาะสมและตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยมะเร็งแต่ละรายด้วยเช่นกัน

## ผลกระทบจากการป่วยและการรักษาโรคมะเร็ง

บุคคลส่วนใหญ่มีทัศนคติทางลบต่อโรคมะเร็ง เนื่องจากโรคมะเร็งเป็นโรคที่ไม่สามารถรักษาหายขาดได้ ใช้เวลาในการรักษานานกว่าโรคอื่นๆ (วันเพ็ญ บุญสวัสดิ์, 2544) แม้รักษาหายแล้วยังมีโอกาสกลับเป็นซ้ำ ค่าใช้จ่ายในการรักษาค่อนข้างสูง ดังนั้นผู้ที่ป่วยด้วยโรคมะเร็งจึงได้รับผลกระทบด้านต่างๆ ทั้งด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสังคม ด้านเศรษฐกิจ และด้านจิตวิญญาณ ดังนี้

### ผลกระทบด้านร่างกาย

ระยะแรกของการป่วยด้วยโรคมะเร็ง การดำเนินของโรคมะเร็งอาจไม่ส่งผลต่อความทุกข์ทรมานของผู้ป่วยมากนัก แต่อาการที่เกิดขึ้นเป็นผลจากการรับรู้ที่โรคมะเร็งเป็นโรคร้ายแรง และจากผลข้างเคียงของการรักษาที่มีผลต่อการทำหน้าที่ของร่างกายและจิตใจ ซึ่งอาการทางด้านร่างกายที่พบได้บ่อย คือ รู้สึกอ่อนเพลีย ไร้เรี่ยวแรง คลื่นไส้ อาเจียน ปากแห้ง ความอยากอาหารลดลง ผอมร่วง (Chou, Dodd, Abrams, & Padilla, 2007) อาการเหนื่อยล้าที่มีความสัมพันธ์กับความไม่สุขสบายด้านร่างกาย ความเจ็บปวด ความแปรปรวนของการนอนหลับ (Byar, Berger, Bakken, & Cetak, 2006) รวมถึงการทำหน้าที่ของกระบวนการคิดลดลง และเกิดอาการทางระบบประสาท (Sherwood et al., 2004) ระยะต่อมาเมื่อโรคมะเร็งมีการลุกลาม อาการของโรคมีความรุนแรงขึ้นและการรักษาที่มากขึ้นส่งผลให้ผู้ป่วยมีความรู้สึกอ่อนเพลียมาก ไร้เรี่ยวแรง มีอาการปวดมากขึ้น และง่วงซึม (McPherson, Wilson, Lobchuk, & Brajtman, 2008) ความอยากอาหารลดลง ความเหนื่อยล้าเพิ่มมากขึ้น มีการรบกวนการนอนหลับ มีการหายใจที่สั้น และเกิดความทุกข์ทรมานตามมา (Wang, Tsai, Chen, Lin, & Lin, 2008) ซึ่งหากมีความเหนื่อยล้าเกิดขึ้นและไม่ได้รับการรักษาอาจนำไปสู่การเกิดความพร่องของการทำหน้าที่ของร่างกายและการดูแลตนเองในการปฏิบัติกิจกรรมลดลง มีผลต่อคุณภาพชีวิตต่ำ (Loctkar-Flud, Groll, Tramer, & Woodend, 2004) ส่งผลให้ผู้ป่วยมักมีการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านอารมณ์ สติปัญญา รวมทั้งการทำหน้าที่ของกล้ามเนื้อที่ควบคุมกระบวนการทำหน้าที่ของร่างกายได้ลดลง ตลอดจนการมีบทบาทในสังคมลดลงผลจากการเจ็บป่วย (Olson, Krawchuk, & Quddusi, 2007) และเมื่อโรคมะเร็งมีการกลับเป็นซ้ำจนถึงการดำเนินของโรคเข้าสู่ระยะสุดท้าย ด้วยข้อจำกัดจากความพร่องของร่างกายซึ่งเกิดจากตัวโรคหรือความเสื่อมของอวัยวะต่างๆที่เพิ่มขึ้น ผู้ป่วยบางรายมีอาการคลื่นไส้ อาเจียน หายใจลำบาก คลื่นไส้ อาเจียน เบื่ออาหาร มีอาการปวดและเหนื่อยล้ามากขึ้น (Given, Given, & Kozachik, 2001; Kazanowski, 2005) จากการศึกษาของ อภิรดี ลดาธรรม และคณะ (2548) และ กิตติกร นิลมานัต, วงจันทร์ เพชรพิเชฐเชียร, วันธณี วรุฬพานิช, และ สุริย์พร กฤษเจริญ (2551) ที่ศึกษาอาการที่พบบ่อยในผู้ป่วยมะเร็ง พบว่าอาการที่พบบ่อยทุกระยะการดำเนินโรคและระยะความรุนแรงของโรค ได้แก่ อาการปวด อาการปากคอแห้ง อาการเหนื่อยล้าอ่อนเพลีย ไม่มีแรง และ เบื่อ



อาหาร สุภาพร ฟองมูล (2549) ได้ศึกษาปัญหาสุขภาพและการจัดการในผู้ที่เป็นมะเร็งเต้านม พบว่า ผู้ที่เป็นมะเร็งเต้านมมีปัญหาสุขภาพด้านร่างกายที่พบมากที่สุด คือ ผมหงอกขนร่วง คลื่นไส้ อาเจียน เบื่ออาหาร และ วิภาวดี หิตนาแคะ (2549) ศึกษากรลุ่มอาการและการจัดการกรลุ่มอาการในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ผลการศึกษาพบว่า กรลุ่มอาการที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักเกิดตามการรับรู้ของผู้ป่วย อาการทางด้านร่างกาย เช่น ปวด อึดแน่นท้อง ท้องผูก อ่อนเพลีย น้ำหนักลด และเบื่ออาหาร

### ผลกระทบด้านจิตใจ

ระยะแรกเมื่อได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคมะเร็ง ผู้ป่วยจะเกิดความรู้สึกกลัวหลายๆเรื่องตามมา เช่น กลัวจะรักษาไม่หาย กลัวความเจ็บปวด การมีรูปร่างผิดปกติหรือพิการ และกลัวความตาย ความกลัวเหล่านี้ส่งผลให้ผู้ป่วยมีอาการวิตกกังวล เครียด และนอนไม่หลับ หลังจากนั้นผู้ป่วยจะเกิดปฏิกิริยาหลายๆ อย่าง เช่น ไม่ยอมรับความจริงหรือการปฏิเสธ มีความกังวล โกรธ รู้สึกผิดและมีอารมณ์เศร้า (พวงทอง ไกรพิบูลย์, 2554; สมภพ เรื่องตระกูล, 2544) ในช่วงการรักษาผู้ป่วยมักมีอาการกลัว มีความกังวล จากผลข้างเคียงของการรักษาและการเปลี่ยนแปลงของร่างกายซึ่งทำให้สูญเสียภาพลักษณ์ เช่น การสูญเสียภาพลักษณ์จากการรักษาด้วยเคมีบำบัด (Dikken & Sitzia, 1998) เป็นต้น อีกทั้งระยะเวลาในการรักษาที่ยาวนาน ยังก่อให้เกิดความเครียดมากขึ้น ส่วนในระยะอยู่รอดภายหลังครบการรักษาจนถึงตลอดชีวิต ผู้ป่วยยังต้องเผชิญกับความไม่แน่นอนในอนาคต และมีปัญหาสุขภาพจิตได้ โดยเฉพาะปัญหาทางอารมณ์ความรู้สึกที่พบได้บ่อย คือ ความรู้สึกกลัวโรคย้อนกลับเป็นซ้ำ ความวิตกกังวล ความซึมเศร้า และความทุกข์ภายหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญ (Post Traumatic Distress) ซึ่งเป็นปัญหาทางสุขภาพจิตและจิตเวช (พวงทอง ไกรพิบูลย์, 2554; Bush, 1998) ถึงแม้การรักษาจะสิ้นสุดหรือครบตามแผนการรักษาไปแล้ว แต่ผู้ป่วยก็ยังต้องได้รับการติดตามผลไปอีกระยะหนึ่งซึ่งส่งผลให้ผู้ป่วยยังคงมีความเครียดหรือความทุกข์กับการรอคอยว่าโรคมะเร็งที่เป็นอยู่จะรักษาหายขาดหรือไม่ หรือจะกลับเป็นซ้ำอีกเมื่อใด และการรักษาที่ได้รับนั้นเพียงพอหรือไม่ (Loveys & Klaiich, 1991) เมื่อการดำเนินของโรคมะเร็งลุกลามหรือมีการกลับเป็นซ้ำอีกหลังได้รับการรักษาตามแผนการรักษาจนครบแล้ว ผู้ป่วยจะมีความรู้สึกคล้ายกับครั้งแรกที่รับทราบว่าเป็นโรคมะเร็ง คือ ตกใจ ไม่เชื่อ และวิตกกังวล แต่ความรู้สึกครั้งนี้จะรุนแรงกว่า (Bush, 1998) ผู้ป่วยจะรู้สึกกลัวและเกิดความไม่แน่นอนเกี่ยวกับชีวิตในอนาคตตนเองมากขึ้น เนื่องจากเกิดเหตุการณ์คุกคามชีวิตอีกครั้งหนึ่ง (Mahon & Caspersen, 1997) ระยะที่โรคมะเร็งลุกลามแพร่กระจายผู้ป่วยมักได้รับความทุกข์ทรมานจากความเจ็บป่วย (Swenson, 1997) และได้รับการรักษาที่มากกว่าครั้งแรก ซึ่งจะเป็นปัญหาด้านจิตใจและส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย (กนกนุช ชื่นเลิศสกุล, 2541) ยิ่งส่งผลการเกิดปัญหาสุขภาพจิตมากขึ้น โดยผู้ป่วยจะเกิดความรู้สึกสิ้นหวัง เจ็บปวด กลัวถูกทอดทิ้ง ต้องการ

ความช่วยเหลือและ นี้ก็ถึงเรื่องความตาย (Bush, 1998) หรือเกิดภาวะกลัวความตาย มีความหวงกั้ววลและความเครียดสูง เนื่องจาก โรคมะเร็งก้าวหน้ารุนแรงขึ้น (ชูชื่น ชิวพูนผล, 2541; Herschbach et al., 2004) จากการศึกษาของ อาซ, โฟซา, ดาฮล์, และ โมวี (Aass, Fossa, Dahl, & Moe, 1997) พบว่าผู้ป่วยโรคมะเร็งมีอาการวิตกกังวลร้อยละ 13 มีอาการซึมเศร้าร้อยละ 9 ผู้หญิงมีความวิตกกังวลมากกว่าผู้ชาย ผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่า 70 ปีหรือน้อยกว่า 30 ปี มีความวิตกกังวลน้อยกว่าผู้ป่วยมะเร็งคนอื่นๆ สุภาพร ฟองมูล (2549) ศึกษาปัญหาสุขภาพและการจัดการในผู้ที่เป็นมะเร็งเต้านม ผลการศึกษาพบว่าผู้ที่เป็นมะเร็งเต้านมมีปัญหาสุขภาพทางด้านจิตใจที่พบมากที่สุด ได้แก่ กลัวการแพร่กระจายของมะเร็ง กลัวการกลับเป็นซ้ำ และรู้สึกว่าจะชีวิตตนเองไม่แน่นอน ทิพมาศ ชินวงศ์ (2541) ที่ศึกษาเกี่ยวกับการรับรู้และการเผชิญปัญหาต่อการได้รับเคมีบำบัดของผู้ป่วยมะเร็งปอด พบว่าผู้ป่วยรับรู้การมีชีวิตอยู่อย่างทุกข์ทรมาน รู้สึกไม่แน่นอน และประกอบกับการรับรู้ของบุคคลทั่วไปว่าโรคมะเร็งเป็นโรคร้ายแรงใกล้เคียงความตาย ปิยาภรณ์ รัตนสุคนธ์ (2544) ศึกษาประสบการณ์ความปวดและการจัดการกับความปวดของผู้ป่วยมะเร็งอวัยวะสืบพันธุ์สตรี พบว่าผู้ป่วยรับรู้ว่ามีความทุกข์ทรมานใจกับอาการปวดจากโรคมะเร็งมาก และจากรายงานการศึกษาผลของอาการข้างเคียงในผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดโดยการศึกษาติดตามอาการข้างเคียงภายหลังสิ้นสุดการรักษาในระยะหนึ่งปีของ ไบยาร์ และคณะ (Byar et al., 2006) พบว่าผู้ป่วยยังมีอาการด้านจิตใจ คือ ไม่มีสมาธิ มีความวิตกกังวลและซึมเศร้า

#### **ผลกระทบด้านสังคม**

โรคมะเร็งเป็นโรคเรื้อรังที่ต้องเข้ารับการรักษอย่างต่อเนื่อง (จารุวรรณ มานะสุรการ, 2544) และมักก่อให้เกิดปัญหาด้านภาพลักษณ์ ด้านความสวยงามจากผลของการรักษารวมทั้งปัญหาด้านจิตใจที่เกี่ยวกับความวิตกกังวล ความซึมเศร้า การปรับตัวกับภาวะสุขภาพและวิถีชีวิตที่เปลี่ยนแปลงไป ส่งผลให้การปฏิบัติหน้าที่ตามบทบาททั้งในครอบครัวและทางสังคมลดลง ไม่สามารถมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมได้อย่างเหมาะสม มีการแสดงออกของพฤติกรรมที่เบี่ยงเบนไป เช่น โกรธง่าย น้อยใจ หงุดหงิด ทำให้เกิดผลกระทบต่อการทำงาน การเข้าสังคม และเกิดการแยกตัวจากสังคมมากขึ้น (สมจิต หนูเจริญกุล, 2552; Aksnes, Hall, Jebesen, Fossa, & Hahl, 2007; Davis et al., 1999; Lester, 2001)

#### **ผลกระทบด้านเศรษฐกิจ**

โรคมะเร็งเป็นโรคที่ใช้เวลาในการรักษาที่ยาวนาน ค่าใช้จ่ายในการรักษาค่อนข้างสูงซึ่งส่งผลต่อฐานะทางเศรษฐกิจของผู้ป่วยด้วย (วันเพ็ญ บุญสวัสดิ์, 2544) ปัจจุบันการรักษาโรคมะเร็งมีเทคโนโลยีใหม่ๆ เกิดขึ้น มีประสิทธิภาพในการรักษามากกว่าเดิมแต่ค่ารักษาที่ตามมาจำนวนมาก

เช่นกัน ทั้งยังเปิดให้บริการเฉพาะในเมืองใหญ่ๆ ทำให้ผู้ป่วยต้องเสียค่าใช้จ่ายเพิ่มจากการเดินทางมา รักษาอีกด้วย ซึ่งปัญหาด้านเศรษฐกิจมักเกิดในผู้ที่มีรายได้น้อยหรือปานกลาง เริ่มตั้งแต่การตรวจและการรักษาที่มีราคาสูง และเสียค่าใช้จ่ายเพิ่มเมื่อมีภาวะแทรกซ้อน นอกจากนี้การรักษาที่ยาวนานทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวต้องขาดรายได้ เนื่องจากการขาดงานยาวนานในระหว่างการรักษาและหลังการรักษายังไม่สามารถกลับไปทำงานได้จากการที่ร่างกายไม่แข็งแรง เกิดปัญหาการตกงานและรายได้ครอบครัวลดลงเมื่อตกงาน (กนธีร์ สังขวาลี, 2541; Ferrell, Dow, Leigh, & Gulasekaram, 1995)

### **ผลกระทบด้านจิตวิญญาณ**

จากอาการต่างๆ ที่เกิดด้านร่างกายของผู้ป่วยโรคมะเร็ง และอาการที่เกิดจากผลข้างเคียงของการรักษา ทำให้ผู้ป่วยบางรายคิดว่าการเจ็บป่วยและความทุกข์ทรมานจากโรครุนแรงเป็นการลงโทษจากเคราะห์กรรม เทพเจ้าหรือสิ่งศักดิ์สิทธิ์ และเกิดความสงสัยในโชคชะตาและการเปลี่ยนแปลงของชีวิตว่าทำไมการเจ็บป่วยถึงเกิดกับตนเอง (ทัศนีย์ ทองประทีป, 2543) มีความรู้สึกหมดหวัง และรู้สึกว่าชีวิตอยู่อย่างไร้จุดหมาย (Ferrell, 1996) ต้องอยู่กับความสูญเสีย เช่น สูญเสียโอกาส สูญเสียการทำงาน และสูญเสียจุดมุ่งหมายในชีวิต (Leigh & Clark, 2002) แนวคิดหลักด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยโรคมะเร็งจะเป็นความแข็งแกร่งภายในจิตใจ การคาดหวังและความเลื่อมใสในศาสนา โดยใช้โอกาสของความไม่แน่นอนให้เกิดความหวังขึ้น (Ferrell, 1996) ซึ่งจิตวิญญาณเป็นแกนหลักของชีวิตที่ทำหน้าที่เชื่อมการทำงานของร่างกาย จิตใจ และสังคมให้เป็นองค์รวม และเกิดความผาสุกในชีวิต (Meraviglia, 2004)

จะเห็นได้ว่าผู้ป่วยโรคมะเร็ง ได้รับผลกระทบจากโรคและอาการข้างเคียงจากการรักษาในด้านต่างๆ ทั้งด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสังคม ด้านเศรษฐกิจ และด้านจิตวิญญาณ ซึ่งผลกระทบด้านต่างๆ เหล่านี้หากส่งผลกระทบมากและยาวนาน โดยไม่ได้รับการช่วยเหลือจะส่งผลให้เกิดปัญหาสุขภาพจิตได้

### **ปัญหาสุขภาพจิต**

สุขภาพจิต มีความสำคัญอย่างยิ่งต่อการดำรงชีวิตของมนุษย์ เพราะจิตเป็นส่วนที่กำหนดและสั่งการให้ร่างกายแสดงพฤติกรรมต่างๆออกมา เมื่อจิตมีคุณภาพประสิทธิภาพที่ดีและสมบูรณ์ พฤติกรรมทุกอย่างที่แสดงออกมาย่อมเต็มไปด้วยคุณภาพประสิทธิภาพที่ดีและสมบูรณ์ด้วยเช่นกัน

### **ความหมายของปัญหาสุขภาพจิต**

ก่อนจะกล่าวถึงปัญหาสุขภาพจิต ขอกล่าวถึงความหมายของคำว่าสุขภาพจิตเป็นเบื้องต้นก่อน ดังนี้ สุขภาพจิตประกอบด้วยคำ 2 คำ คือ สุขภาพ และ จิต เมื่อนำมารวมจึงกลายเป็นคำว่า สุขภาพจิต คำว่าสุขภาพในความหมายภาษาอังกฤษมาจากคำว่า เฮลธ (Health) ที่มีรากศัพท์มาจากคำว่า โฮล

(Whole) ซึ่งแปลว่าทั้งหมด ดังนั้นคำว่าสุขภาพจึงเกิดจากความเป็นทั้งหมดไม่ใช่แยกส่วนกัน นั่นคือความเป็นหนึ่งเดียว และสมดุลสอดคล้องกันทั้งหมดของกาย จิต สังคม จิตวิญญาณ (เสถียร ยุระชัย, 2546) ส่วนสุขภาพจิต คือ ความสามารถในการคิดการตัดสินใจอย่างมีเหตุและผล และการจัดการกับการเปลี่ยนแปลง ความเครียด การบาดเจ็บอย่างรุนแรง และการสูญเสียที่เกิดขึ้นในชีวิตได้ (Hales & Hales, 2007) คือ สภาพชีวิตที่เป็นสุขอันเป็นผลจากการมีความสามารถในการจัดการกับปัญหาในการดำเนินชีวิต มีศักยภาพที่จะพัฒนาตนเองเพื่อคุณภาพชีวิตที่ดี โดยครอบคลุมถึงความดีงามภายในจิตใจ ภายใต้อาการสังคมและสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไป (อภิชัย มงคล และคณะ, 2552) หรือการที่บุคคลตระหนักรู้ถึงศักยภาพของตัวเอง สามารถจัดการกับความเครียดที่เกิดขึ้นตามปกติในชีวิตประจำวันของตัวเองได้ และสามารถทำงานอย่างมีประสิทธิภาพ ทั้งยังสามารถทำประโยชน์ให้กับสังคมหรือชุมชนได้ (WHO, 2013)

จากความหมายของสุขภาพจิตดังที่กล่าวมาข้างต้น สามารถสรุปได้ว่า สุขภาพจิต หมายถึงความสามารถของบุคคลในการปรับตัว หรือจัดการกับปัญหาและความเครียดในการดำเนินชีวิตประจำวันได้ มีสมรรถภาพในการทำงานและมีศักยภาพที่จะพัฒนาตนเองเพื่อคุณภาพชีวิตที่ดี ให้เข้ากับบุคคล สังคม และสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงได้

ลักษณะของผู้ที่มีสุขภาพจิตดี คือ ผู้ที่มีพัฒนาการด้านจิตใจอารมณ์หรือมีวุฒิภาวะทางอารมณ์เหมาะสมกับวัย สามารถปรับตัวเข้ากับบุคคลอื่นและสิ่งแวดล้อมได้ มีทัศนคติที่ดีต่อสังคม มีความสามารถในทางสร้างสรรค์และใช้ความสามารถของตนทำประโยชน์ต่อสังคมอย่างเต็มที่ (สุชา จันท์ธรม, 2544; สุวนีย์ เกี้ยวกิ่งแก้ว, 2545) สามารถปรับตัวในการดำเนินชีวิตด้านต่างๆ ได้อย่างมีความสุขตามที่ควรจะเป็น และไม่มีปัญหาที่ทำให้เกิดความทุกข์ใจ ไม่มีอาการแสดงออกถึงความไม่เป็นสุขที่แสดงออกมาทางร่างกายและจิตใจ ได้แก่ อาการทางกาย (Somatic Symptoms) อาการวิตกกังวลและการนอนไม่หลับ (Anxiety and insomnia) มีความบกพร่องทางสังคม (Social dysfunction) และมีอาการซึมเศร้าที่รุนแรง (Severe depression) (Goldberg, 1972) หรือผู้ที่มีการตอบสนองต่อสิ่งที่มีผลกระทบได้ โดยไม่ทำให้เกิดอาการใน 5 ด้านต่อไปนี้ คือ ภาวะสุขภาพจิต ด้านความรู้สึกลึกซึ้งผิดปกติทางด้านร่างกาย (somatization) ภาวะสุขภาพจิตด้านซึมเศร้า (depressive) ภาวะสุขภาพจิตด้านความวิตกกังวล (anxiety) ภาวะสุขภาพจิตด้านโรคจิต (psychoticism) และภาวะสุขภาพจิตด้านสังคม (social function) ตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรค ของ DSM-IV (สุชีรา ภัทรายุควรรตน์, เขียรชัย งามทิพย์วัฒนา, และ กนกรัตน์ □ สุขะตุงคะ, 2542)

จากความหมายและลักษณะของผู้มีสุขภาพจิตดีดังที่กล่าวมาข้างต้น สามารถสรุปได้ว่าผู้มีสุขภาพจิตดี คือ ผู้ที่สามารถปรับตัวหรือมีพัฒนาการด้านจิตใจ อารมณ์ ต่อสิ่งที่มีผลกระทบได้ สามารถ

ดำเนินชีวิตด้านต่างๆ ได้อย่างมีความสุขตามที่ควรจะเป็น และไม่มีปัญหาที่ทำให้เกิดความทุกข์ใจ ไม่มีอาการแสดงออกถึงความไม่มีความสุขที่แสดงออกมาทางร่างกายและจิตใจ ได้แก่ อาการทางกาย (Somatic Symptoms) อาการวิตกกังวลและการนอนไม่หลับ (Anxiety and insomnia) มีความบกพร่องทางสังคม (Social dysfunction) และมีอาการซึมเศร้าที่รุนแรง (Severe depression)

ส่วนปัญหาสุขภาพจิตมีผู้ศึกษาและให้ความหมายไว้ดังนี้ โกลเบิร์ก (Goldberg, 1972) กล่าวว่า การที่จะบอกได้ว่าบุคคลใดมีสุขภาพจิตปกติหรือไม่ สามารถประเมินได้จากปัญหาสำคัญ 2 ประการ ได้แก่ การที่ไม่สามารถดำเนินชีวิตด้านต่างๆ ได้อย่างปกติสุขตามที่ควรจะเป็น และการที่มีปัญหาทำให้เกิดความทุกข์ใจ ส่งผลให้แสดงออกถึงความไม่มีความสุขที่มีอาการแสดงออกมาทางร่างกายและจิตใจ ก่อให้เกิดความวิตกกังวล ความเจ็บป่วยทางกายและความบกพร่องในการปฏิบัติกิจกรรมทางสังคม

ธนา นิลชัยโกวิทย์, จักรกฤษณ์ สุขยิ่ง, และ ชัชวาลย์ ศิลปะกิจ (2539) กล่าวว่าผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิตมักแสดงอาการออกมาทางร่างกายและจิตใจ อาการแสดงออกของผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิตสามารถแบ่งออกได้ดังนี้

1. ความรู้สึกผิดปกติทางร่างกาย (Somatization) เป็นความรู้สึกผิดปกติทางร่างกาย ผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิตมักจะมีความรู้สึกว่าร่างกายของตนเองผิดปกติจากโรคทางกายอื่นๆ มักมีสาเหตุมาจากจิตใจหรือที่เรียกว่า Psychosomatic เกิดได้ทุกระบบของร่างกาย ได้แก่ ระบบผิวหนัง ระบบประสาท ระบบกล้ามเนื้อ ระบบต่อมไร้ท่อ ระบบหลอดเลือดและหัวใจ รวมถึงระบบขับถ่าย ซึ่งขึ้นอยู่กับจุดอ่อนของแต่ละบุคคล
2. ด้านความวิตกกังวลและการนอนไม่หลับ (Anxiety and Insomnia) เป็นอาการผิดปกติทางจิต เป็นสภาวะที่ไม่สบาย สับสน กระวนกระวาย อึดอัด กลัว ตื่นตระหนกต่อสถานการณ์ ประหมา เกรียด จนถึงนอนไม่หลับ
3. ด้านความซึมเศร้า (Depression) เป็นอาการผิดปกติทางจิต ที่จิตใจมีภาวะเศร้าหมอง หดู่ ท้อแท้ กังวลใจ ทุกข์ใจ ขาดความสนใจในตนเอง หมดหวัง หมดอาลัยในชีวิต ไม่อยากทำงาน มองโลกในแง่ร้าย รู้สึกผิด ชอบลงโทษตัวเอง บางครั้งมีความคิดอยากฆ่าตัวตาย
4. ด้านความบกพร่องทางสังคม (Social Dysfunction) เป็นอาการผิดปกติทางจิตที่ส่งผลไม่ อยากติดต่อกับผู้อื่น แยกตัวเองออกจากสังคม รู้สึกว่าตัวเองมีปมด้อยหรือบกพร่อง อึดอัดเมื่อต้องติดต่อกับผู้อื่น ผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิตนี้มักหลีกเลี่ยงการพบปะหรือติดต่อกับบุคคลอื่นและสังคม

สุชีรา ภัทรายุทธวรรณ์ และคณะ (2542) ได้กล่าวว่ามีปัญหาสุขภาพจิต คือ บุคคลที่ไม่สามารถดำเนินชีวิตได้อย่างมีความสุขตามที่ควรจะเป็นและมีความทุกข์ใจจากการตอบสนองต่อสิ่งที่มากระทบ ทำให้มีอาการ ทางกาย วิตกกังวล นอนไม่หลับ บกพร่องทางสังคมและมีอาการซึมเศร้า ที่รุนแรง ประกอบไปด้วย 5 ด้าน ได้แก่ ภาวะสุขภาพจิตด้านความรู้สึกผิดปกติทางด้านร่างกาย (somatization) ภาวะสุขภาพจิตด้านซึมเศร้า (depressive) ภาวะสุขภาพจิตด้านความวิตกกังวล (anxiety) ภาวะสุขภาพจิตด้านโรคจิต (psychosis) และภาวะสุขภาพจิตด้านสังคม (social function)

The Mental Health Foundation (2004) ให้คำจำกัดความคำว่า ปัญหาสุขภาพจิต ว่ามีความหมายครอบคลุมตั้งแต่ ความวิตกกังวล หวาดกลัว ภาวะซึมเศร้า โศกเศร้า ที่บุคคลเผชิญในการดำเนินชีวิต รวมถึงความสิ้นหวัง การหมดความรู้สึกที่อยากอยู่ในโลกแห่งความเป็นจริง และการฆ่าตัวตาย

จากลักษณะของผู้มีปัญหาสุขภาพจิตและคำจำกัดความของปัญหาสุขภาพจิตดังกล่าวมาข้างต้นสามารถสรุปได้ว่าปัญหาสุขภาพจิต คือ ความทุกข์ของบุคคลต่อสิ่งที่มากระทบทำให้ไม่สามารถดำเนินชีวิตด้านต่างๆได้อย่างปกติสุขตามที่ควรจะเป็น ส่งผลให้มีอาการแสดงออกมาทั้งทางร่างกายและจิตใจ ได้แก่ อาการแสดงทางกาย (Somatic Symptoms) อาการวิตกกังวลและการนอนไม่หลับ (Anxiety and insomnia) มีความบกพร่องทางสังคม (Social dysfunction) และมีอาการซึมเศร้าที่รุนแรง (Severe depression)

### การประเมินปัญหาสุขภาพจิต

จากการศึกษาข้างต้นการที่จะบอกได้ว่าบุคคลมีภาวะสุขภาพจิตที่ดี หรือมีปัญหาสุขภาพจิตนั้น ต้องอาศัยการประเมินภาวะสุขภาพจิต และจากการศึกษาเอกสารและรายงานการวิจัย พบว่า มีนักวิชาการหลายท่านที่สร้างแบบวัดภาวะสุขภาพจิตหรือแบบวัดที่ช่วยคัดกรองบุคคลที่บ่งบอกถึงภาวะสุขภาพจิตที่ดี หรือการมีปัญหาสุขภาพจิต ได้แก่

1. แบบสอบถามอาการแสดงทางจิต (Symptom Distress Checklist-90 [SCL-90]) ซึ่งดัดแปลงจากแบบทดสอบสุขภาพจิตของ เด โรเกรตีส รา โนลด์ และ ลิ โม (ละเอียด ชูประยูร, 2520) มีจำนวน 90 ข้อ เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับความผิดปกติเบื้องต้นของร่างกายและจิตใจ โดยการวัดอาการทางคลินิก 9 ด้าน ได้แก่ ความเจ็บป่วยทางกาย การย้ำคิดย้ำทำ ปัญหาการติดต่อระหว่างบุคคล ภาวะซึมเศร้า ความวิตกกังวล ความรู้สึกไม่เป็นมิตร ความกลัวอย่างไร้เหตุผล ความหวาดระแวง และมีอาการทางจิต ซึ่งประกอบด้วยคำถามสั้นๆ ที่ให้ผู้ตอบแบบสอบถามประเมินตนเองในสภาพความเป็นจริงในขณะนั้น (self-reporting scale) แบ่งระดับอาการหรือปัญหาทางจิตใจในแต่ละด้าน เป็น 5 ระดับ ตั้งแต่ไม่มีความทุกข์หรือปัญหาเกี่ยวกับอาการนั้นเลย จนถึงความเป็นทุกข์เกี่ยวกับอาการนั้นอย่างมาก

ทั้งความถี่และความรุนแรง ในปี พ.ศ.2521 ละเอียด ชูประยูร ได้ศึกษาแบบทดสอบ SCL-90 ในคนปกติและผู้มีปัญหาสุขภาพจิต จำนวน 591 คน โดยทดสอบในคนปกติจำนวน 525 คน และในผู้มีปัญหาสุขภาพจิตจำนวน 66 คน พบว่าค่าคะแนน T-Score คนปกติอยู่ที่ 40-60 คะแนน ส่วนในผู้มีปัญหาสุขภาพจิตค่าคะแนน T-Score มีค่าสูงกว่า 60 คะแนน

แบบทดสอบ SCL-90 เป็นแบบวัดสุขภาพจิตที่ได้รับการยอมรับและนำมาใช้กันมาตลอดในงานวิจัย เช่น ศึกษาปัญหาสุขภาพจิตของนักศึกษาพยาบาล (จินตนา ลีละไกรวรรณ, ศุภลักษณ์ จารุรัตน์จามร, และ กฤตยา แสวงเจริญ, 2529) ศึกษาสุขภาพจิตของลูกจ้างภายหลังประสบอันตรายจากการทำงาน กรณีลูกจ้างสูญเสียอวัยวะบางส่วน (จารุพรรณ พันธุ์ชูจิตร, 2532) จะเห็นได้ว่าแบบทดสอบ SCL-90 นี้สามารถใช้ได้กับคนปกติหรือผู้มีปัญหาสุขภาพจิต ในปี พ.ศ.2535 ทวี ท้าวคำลือ ได้ใช้แบบสอบถามนี้มาหาค่าความเชื่อมั่น โดยนำไปใช้กับพนักงานขับรถเมล์ขององค์การขนส่งมวลชน กรุงเทพมหานคร ชนิดรถธรรมดา 30 คน และผู้ป่วยจากแผนกจิตเวชศาสตร์จุฬาลงกรณ์ 30 คน ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.95

จากการศึกษาแบบทดสอบ SCL-90 พบว่ามีจำนวนข้อคำถามถึง 90 ข้อ ใช้ระยะเวลาในการตอบคำถามแบบทดสอบนาน ผู้ตอบอาจรู้สึกเบื่อ ตอบ โดยเลือกแบบสุ่ม ไม่เต็มใจตอบ อีกทั้งข้อคำถามยังแบ่งเป็น 5 ระดับ มีโอกาสที่ผู้ตอบจะเลือกระดับที่ 3 มากที่สุดเนื่องจากเป็นระดับกลาง คะแนนที่ได้ส่งผลต่อการวิเคราะห์และอภิปรายผลการศึกษาได้

2. คณิตชีวีวัดสุขภาพจิตคนไทยโดยกรมสุขภาพจิต (Thai Mental Health Indicators: TMHI) อภิชัย มงคล และคณะ (2544) เป็นแบบวัดสุขภาพจิตที่สร้างขึ้นในการประเมินสุขภาพจิตของบุคคล ซึ่ง อภิชัย มงคล และคณะ (2544) ได้พัฒนามาจากนิยามความหมายของสุขภาพจิต และองค์ประกอบของสุขภาพจิตในมุมมองของผู้มีสุขภาพจิตดีตามกรอบแนวคิดขององค์การอนามัยโลกและผู้ทรงคุณวุฒิ แบบสอบถามนี้จะครอบคลุมถึงสุขภาพจิตโดยรวม ทั้งทางด้านอารมณ์ ความคิด พฤติกรรม บุคลิกภาพ และสิ่งแวดล้อม ซึ่งเป็นปัจจัยโดยตรงที่มีผลต่อจิตใจ ซึ่งสามารถประเมินได้จากองค์ประกอบของสุขภาพจิต 4 ด้าน ได้แก่ สภาพจิตใจ สมรรถภาพของจิตใจ คุณภาพของจิตใจ และปัจจัยสนับสนุน มีข้อคำถาม 66 ข้อ จากแต่เดิมที่จัดสร้างด้วยการวิจัยจากกลุ่มประชากรในภาคอีสาน มาเป็นการทดสอบรวบรวมข้อมูลจากทุกภาคทั่วประเทศไทยปรับจำนวน และรูปแบบคำถาม จากเดิม 66 ข้อมาเป็น 54 ข้อ (Thai Mental Health Indicators: TMHI-54) เป็นแบบวัดซึ่งได้มีการจัดทำฉบับใหม่ (อภิชัย มงคล และคณะ, 2546) มี 4 องค์ประกอบ คือ 1) สภาพจิตใจ 2) สมรรถภาพของจิตใจ 3) คุณภาพของจิตใจ 4) ปัจจัยสนับสนุน มีค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือในแต่ละองค์ประกอบเท่ากับ 0.86, 0.83, 0.77 และ 0.80 ตามลำดับ นอกจากนี้ยังมีเครื่องมือวัดสุขภาพจิต ฉบับสั้น 15 ข้อ และฉบับสั้นที่สุด 7 ข้อ มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.70 และ 0.82 ตามลำดับ

จากการศึกษาแบบวัดสุขภาพจิต TMHI พบว่าเป็นแบบประเมินภาวะสุขภาพจิตทั้งด้านบวกและด้านลบ ซึ่งเมื่อนำคะแนนมารวมทั้งหมดแล้ว จะทำให้ทราบว่าบุคคลนั้นมีภาวะสุขภาพจิตเป็นอย่างไร เป็นเครื่องมือที่ถูกพัฒนาเพื่อประเมินภาวะสุขภาพจิต ซึ่งผลการประเมินได้จะเป็นค่าปกติ (norm) ของกลุ่มคนที่ทำการศึกษาคือเกณฑ์มาตรฐาน ว่าอยู่ในกลุ่มสุขภาพจิตดีกว่าคนทั่วไปเท่ากับคนทั่วไป หรือต่ำกว่าคนทั่วไป เพื่อระดับความสุขของกลุ่มคนนั้น ๆ เป็นการเฝ้าระวังภาวะสุขภาพจิตขององค์กรนั้นในอีกรูปแบบหนึ่ง แต่เป็นแบบประเมินที่ไม่สามารถบอกได้ว่าบุคคลนั้นมีปัญหาสุขภาพจิต และมีแนวโน้มที่จะเกิดความผิดปกติทางจิตเวช

3. แบบสอบถามสุขภาพจิตสำหรับคนไทย (The Thai Mental Health Questionnaire : THMQ) ซึ่งพัฒนาโดย สุชีรา ภัทรายุทธวรรณ์ และคณะ (2542) เป็นแบบสอบถามจำนวน 70 ข้อ เพื่อใช้วิเคราะห์ความผิดปกติทางจิตภายในช่วง 1 เดือนของผู้ที่จะศึกษา ซึ่งเครื่องมือนี้สร้างขึ้นตามเกณฑ์การวินิจฉัยของสมาคมจิตแพทย์อเมริกันครั้งที่ 4 (Diagnosis Criteria from the American Psychiatric Association's Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-Fourth Edition: DSM-IV) โดยแบ่งประเภทของสุขภาพจิตออกเป็น 5 ด้าน ได้แก่ สุขภาพจิตด้านความรู้สึกลึกผิดปกติทางด้านร่างกาย (somatization) สุขภาพจิตด้านซึมเศร้า (depression) สุขภาพจิตด้านความวิตกกังวล (anxiety) สุขภาพจิตด้านโรคจิต (psychosis) สุขภาพจิตด้านสังคม (social function) ข้อคำถามทั้งหมด 70 ข้อ แบบสำรวจมีความเชื่อมั่นได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (cronbach's alpha coefficient) ตามองค์ประกอบ 5 ด้านซึ่งได้แก่ สุขภาพจิตด้านความรู้สึกลึกผิดปกติทางด้านร่างกาย (somatization) สุขภาพจิตด้านซึมเศร้า (depression) สุขภาพจิตด้านความวิตกกังวล (anxiety) สุขภาพจิตด้านโรคจิต (psychosis) สุขภาพจิตด้านสังคม (social function) เท่ากับ 0.91, 0.82, 0.89, 0.93 และ 0.88 ตามลำดับ มีค่าอำนาจจำแนกระหว่างคนปกติและกลุ่มผู้มีปัญหาทางจิตเวชอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 แบบวัดเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) แบ่งเป็น 5 ระดับ โดยให้คะแนนเป็นรายข้อแบบ Likert scale ตั้งแต่ 0-4 คะแนน การแปลผลใช้ช่วงคะแนน T-score โดยมีจุดตัดที่ T-score 40-60 อยู่ในเกณฑ์ปกติ ค่าคะแนนที่มากกว่า 65 ถือว่าเป็นคะแนนที่ต่างไปจากเกณฑ์ของคนปกติ กล่าวคือมีปัญหาสุขภาพจิตในด้านนั้น ส่วนค่าคะแนนที่ 60-65 ถือว่าเป็นกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพจิตด้านนั้น

แบบสอบถามสุขภาพจิตสำหรับคนไทย THMQ เป็นแบบวัดสุขภาพจิตอีกแบบที่ได้รับการยอมรับและนำมาใช้ในงานวิจัย เช่น ผลของการฝึกอานาปานสติภาวนาต่อภาวะสุขภาพจิต (สร้อยสุดา อิมอรุณรักษ์, 2543) การศึกษาความแข็งแกร่งในชีวิต เหตุการณ์ที่สร้างความยุ่งยากใจ และสุขภาพจิตของนักศึกษามหาวิทยาลัย (พัชรินทร์ นินทจันทร์, โสภณ แสงอ่อน, และ จริยา วิทยะสุกร, 2557)



การศึกษาต้นทุนทางจิตวิทยาและสุขภาพจิตในนิสิตหอพักจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย (ชนิดิพร ชลไพโร, สุชีรา ภัทรายุทธวรรธน์, และ เขียรชัย งามทิพย์วัฒนา, 2557) เป็นต้น

จากการศึกษาแบบสอบถามสุขภาพจิตสำหรับคนไทย THMQ พบว่ามีจำนวนข้อคำถามถึง 70 ข้อ ใช้ระยะเวลาในการตอบคำถามแบบทดสอบนาน อาจทำให้ผู้ตอบอาจรู้สึกเบื่อ ไม่เต็มใจตอบ หรือตอบโดยเลือกแบบสุ่ม อีกทั้งข้อคำถามยังแบ่งเป็น 5 ระดับ มีโอกาสที่ผู้ตอบจะเลือกระดับที่ 3 มากที่สุดเนื่องจากเป็นระดับกลาง คะแนนที่ได้ส่งผลต่อการวิเคราะห์และอภิปรายผลการศึกษาได้

4. แบบสอบถามสุขภาพทั่วไป (General Health Questionnaire [GHQ]) ของ โกลด์เบิร์ก (Goldberg, 1972) แปลและปรับปรุงเป็นฉบับภาษาไทยโดย ธนา นิลชัยโกวิท และ คณะ (2545) เป็นแบบสอบถามชนิดรายงานตนเอง สำหรับคัดกรองผู้มีปัญหาสุขภาพจิตและมีแนวโน้มที่จะเกิดความผิดปกติทางจิตเวช ซึ่งแบบวัดนี้มีฐานแนวคิดเกี่ยวกับสาเหตุของการเกิดความผิดปกติทางจิตเวช หรือปัญหาสุขภาพจิตสำคัญ 2 ประการ คือ การไม่สามารถดำเนินชีวิตในด้านต่างๆ ได้อย่างปกติสุขตามที่ควรจะเป็น และการมีปัญหาที่ทำให้เกิดความทุกข์ใจโดยเน้นถึงปัญหาที่ผิดไปจากสภาวะปกติของบุคคลมากกว่าลักษณะส่วนบุคคลนั้น (Goldberg & Hiller, 1979) ครั้งแรกที่สร้างแบบสอบถามมีข้อคำถาม 140 ข้อ ที่ครอบคลุมทุกด้านของการปรับตัวและความรู้สึกเป็นทุกข์โดยครอบคลุมปัญหาใหญ่ๆ 4 ด้าน คือ ความรู้สึกไม่มีความสุข (Unhappiness) ความวิตกกังวล (Anxiety) ความบกพร่องเชิงสังคม (Social impairment) และความคิดว่ามีโรคทางกายที่มีผลจากจิตใจและอารมณ์ (Hypochondriasis) แล้วนำไปทดสอบกับผู้ที่ เป็นโรคทางจิตเวชที่มีอาการรุนแรง 100 ราย ผู้ป่วยนอกที่มีอาการปานกลาง 100 ราย และคนปกติทั่วไปซึ่งเป็นกลุ่มควบคุม 100 ราย พบว่า 47 ข้อคำถามถูกตัดออก เนื่องจากไม่สามารถจำแนกความแตกต่างระหว่างผู้เป็นโรครกับคนทั่วไปได้ นำ 93 ข้อคำถามที่เหลือมาวิเคราะห์องค์ประกอบเฉพาะและองค์ประกอบร่วมได้แบบประเมิน GHQ ฉบับแรก 60 ข้อคำถาม และพัฒนาให้สั้นลง คือ GHQ ฉบับ 30, 20 และ 12 ข้อคำถาม

ต่อมา โกลด์เบิร์ก และ ฮิลเลอร์ (Goldberg & Hiller, 1979) ต้องการแยกองค์ประกอบของอาการซึมเศร้าที่รุนแรง (Severe depression) และภาวะซึมเศร้ารุนแรง (Anxiety) จึงวิเคราะห์ GHQ-60 ใหม่ เหลือองค์ประกอบละ 7 ข้อทั้ง 4 ด้าน รวมเป็น 28 ข้อ ทุกข้อคำถามมีน้ำหนัก 0.51 ขึ้นไป แบบวัดใหม่นี้จะครอบคลุมปัญหา 4 ด้าน คือ อาการทางกาย (Somatic Symptoms) อาการวิตกกังวลและการนอนไม่หลับ (Anxiety and insomnia) ความบกพร่องทางสังคม (Social dysfunction) และอาการซึมเศร้าที่รุนแรง (Severe depression)

ซึ่ง GHQ มีผู้แปลเป็นภาษาต่างๆมากกว่า 36 ภาษา สำหรับภาษาไทยแปลและปรับปรุงเป็นฉบับภาษาไทยโดย ธนา นิลชัยโกวิท และ คณะ (2539ก) เป็นครั้งแรกและผ่านการทดสอบความเชื่อถือได้และความแม่นยำของเครื่องมือ โดยนำแบบสอบถามไปทดสอบประชาชนในเขตหนองจอก

ที่มารับบริการจากหน่วยแพทย์เคลื่อนที่จำนวน 100 ราย เปรียบเทียบกับการวินิจฉัยโรคของจิตแพทย์ตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรค ของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder III Revision:[DSM-III-R]) ผลการศึกษาพบว่าแบบสอบถาม Thai GHQ มีค่าความเชื่อถือได้และความแม่นยำอยู่ในเกณฑ์ดี ได้แก่ ความสอดคล้องภายใน (Internal consistency) ของข้อคำถามมีค่า Cronbach's alpha coefficient ตั้งแต่ 0.84 ถึง 0.94 และมีค่าความไว (Sensitivity) ตั้งแต่ร้อยละ 78.1 ถึง 85.3 และความจำเพาะ (Specificity) ตั้งแต่ร้อยละ 84.4 ถึง 89.7 Thai GHQ มีทั้งฉบับเต็มคือ Thai GHQ 60 และ ฉบับอื่น ๆ ที่พัฒนาให้สั้นลงจากฉบับเต็ม แบบคัดกรองปัญหาสุขภาพจิตของคนไทยปัจจุบัน (Thai GHQ) มีทั้งหมด 4 ฉบับ ได้แก่ Thai GHQ-60, Thai GHQ-30, Thai GHQ-28 และ Thai GHQ-12

สำหรับแบบสอบถาม Thai GHQ-28 ฉบับภาษาไทยเป็นแบบสอบถามที่ ธนา นิลชัยโกวิทย์ และคณะ (2545) แปลและปรับปรุงเป็นฉบับภาษาไทยจาก General Health Questionnaire (GHQ) ของโกลด์เบิร์ก (Goldberg, 1972) และผ่านการหาความตรงตามเนื้อหามาแล้ว มีความไวที่ร้อยละ 81.3 และความจำเพาะที่ร้อยละ 88.2 ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .90 และมีจุดตัดที่เหมาะสม คือ 5/6 ซึ่ง Thai GHQ-28 สามารถคัดกรองปัญหาสุขภาพจิตได้ดี โดยบอกได้ว่าบุคคลนั้นจะมีปัญหาสุขภาพจิตหรือไม่ แต่ไม่สามารถบอกการวินิจฉัยได้ว่าเป็นโรคทางจิตเวชชนิดใด

แบบสอบถาม Thai GHQ-28 เป็นแบบวัดสุขภาพจิตอีกแบบที่ได้รับการยอมรับและนำมาใช้ในงานวิจัย เช่น การศึกษาสุขภาพจิตของประชากรในประเทศอิหร่าน (Noobala, Yazadi, Yazamy, & Mohammad, 2004) ได้ค่าความเที่ยงของเครื่องมือ = 0.85 (Noobala et al., 1999) ญัฐิยา พรหมบุตร (2545) หาความเชื่อมั่นโดยศึกษากับผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภท โรงพยาบาลสวนปรุง ในแผนกผู้ป่วยนอกจำนวน 30 คน คำนวณโดยสูตรคูเดอร์ ริชาร์ดสัน 20 (Kuder-Richarderson-20) ค่าที่ได้ = 0.89 ธนิกันต์ เชื้อนดิน (2545) ศึกษาในผู้ป่วยที่มีภาวะความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ โรงพยาบาลแพร่ ที่แผนกผู้ป่วยนอก จำนวน 10 คน หาความเชื่อมั่นคำนวณโดยสูตรคูเดอร์ ริชาร์ดสัน 20 (Kuder-Richarderson-20) ค่าที่ได้ = 0.90 พัชญา คชศิริพงศ์ (2553) ศึกษาปัญหาสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุบ้านบางแค เป็นต้น

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้ศึกษาเลือกใช้แบบประเมิน Thai GHQ - 28 ที่แปลและปรับปรุงเป็นฉบับภาษาไทยโดย ธนา นิลชัยโกวิทย์ และ คณะ (2545) เนื่องจากเป็นแบบสอบถามที่มีองค์ประกอบของปัญหาสุขภาพจิตแต่ละด้านที่ชัดเจน ครบคลุม และผู้ตอบสามารถตอบได้ด้วยตนเองประกอบด้วยคำถามสั้นๆ และเข้าใจง่าย ที่ให้ผู้ตอบแบบสอบถามสามารถประเมินตนเองได้ ใช้เวลาในการตอบแบบสอบถามน้อย และข้อคำถามในแบบสอบถามยังแสดงให้เห็นรายละเอียดของอาการและพฤติกรรมที่แสดงถึงความผิดปกติทางจิตเวชได้ชัดเจน การให้คะแนนตามแบบ GHQ score (0-0-1-1) มี

ความสะดวกต่อการรวมคะแนน ซึ่งให้ผลไม่แตกต่างจากการให้คะแนนแบบ Likert score (0-1-2-3) ทั้งยังลดข้อผิดพลาดจากการเลือกตอบแบบเป็นกลาง (middle-users) และการเลือกตอบแบบปลายขั้ว (end-users) และการแปลผลง่าย สะดวกโดยแบบสอบถามมีคะแนนรวมเท่ากับ 28 คะแนน หากผู้ตอบแบบสอบถามมีคะแนนรวมเท่ากับหรือมากกว่า 6 แปลผลว่า มีปัญหาสุขภาพจิตและมีแนวโน้มจะเกิดความผิดปกติทางจิตเวช

### ปัญหาสุขภาพจิตของผู้ป่วยโรคมะเร็ง

บุคคลที่เจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งจะมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับโรคที่ตนเองป่วยทุกระยะของโรค ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความเครียด ซึ่งหากบุคคลมีการปรับตัวเพื่อเผชิญกับความเครียดไม่เหมาะสมส่งผลให้เกิดความรู้สึกทางลบ คือ ไม่มีความสุข แสดงออกทางอารมณ์ความรู้สึก ความคิดและพฤติกรรม ก่อให้เกิดความเครียดเรื้อรังและอาจเกิดปัญหาสุขภาพจิตตามมาได้ (อัมพร โอตระกูล, 2540) ปัญหาสุขภาพจิตของผู้ป่วยโรคมะเร็งสำหรับการวิจัยครั้งนี้ คือ ความทุกข์ของบุคคลต่อสิ่งที่มากระทบ ทำให้ไม่สามารถดำเนินชีวิตด้านต่างๆ ได้อย่างปกติสุขตามที่ควรจะเป็น ส่งผลให้มีอาการแสดงออกมา ทั้งทางร่างกายและจิตใจ ได้แก่ อาการแสดงทางกาย (Somatic Symptoms) อาการวิตกกังวลและการนอนไม่หลับ (Anxiety and insomnia) มีความบกพร่องทางสังคม (Social dysfunction) และมีอาการซึมเศร้าที่รุนแรง (Severe depression) (Goldberg, 1972) ซึ่งมีรายละเอียดของปัญหาสุขภาพจิตแต่ละด้าน ดังนี้

ปัญหาสุขภาพจิตด้านอาการแสดงทางกาย เป็นที่ทราบกันแล้วว่าสุขภาพจิต (mental health) เป็นองค์ประกอบหนึ่งของสุขภาพ (health) ซึ่งประกอบด้วยทั้งสุขภาพกาย (physical health) และสุขภาพใจหรือสุขภาพจิต (mental health) ที่มีความสัมพันธ์กัน เมื่อมีสิ่งมากระทบและส่งผลต่อร่างกายมักจะส่งผลกระทบต่อจิตใจด้วยและเมื่อมีสิ่งมากระทบต่อจิตใจก็ส่งผลกระทบต่อร่างกายด้วยเช่นกัน (แสงจันทร์ ทองมาก, 2541) การเจ็บป่วยที่ส่งผลกระทบต่อร่างกายย่อมก่อให้เกิดผลกระทบต่อจิตใจ ทำให้เกิดความเครียดต่อบุคคลนั้น ในขณะเดียวกันความเครียดและการตอบสนองต่อความเครียดของบุคคลมีผลต่อสุขภาพและความเจ็บป่วย (Lazalus & Flokman, 1984) โรคมะเร็งและลักษณะความเจ็บป่วยของโรคที่มีความรุนแรงของอาการซึ่งจะเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ ตามระยะความรุนแรงของโรค รวมทั้งภาวะแทรกซ้อนจากการรักษา ส่งผลให้ผู้ป่วยรับรู้ถึงความรุนแรงของการเจ็บป่วยและรู้สึกถึงความเลวร้ายของโรค (O'Brien, 1999) อีกทั้งการรักษาที่ยาวนานยังส่งผลกระทบต่อด้านจิตใจทำให้ผู้ป่วยรู้สึกไม่สบายใจ หวาดกลัวต่อสิ่งที่จะเกิดขึ้นในอนาคต กลัวการเปลี่ยนแปลง กลัวความตาย มีความรู้สึกสูญเสียความเป็นตัวเองเนื่องจากต้องพึ่งพา และเป็นภาระผู้อื่นทำให้ผู้ป่วยมีอาการแสดงออกทางอารมณ์ ได้แก่ เครียด วิตกกังวล ซึมเศร้า เบื่อหน่าย ท้อแท้ เป็นต้น (นิตยา โรจน์ทินกร, นันทา เล็กสวัสดิ์,

อรรถพ คุณพันธ์, และ ไพรัตน์ พุกษชาติคุณากร, 2536; วาริรัตน์ ถาน้อย, 2545; อรพรรณ ทองแดง, 2540) หากผู้ป่วยไม่สามารถปรับลดระดับอารมณ์ความเครียดให้อยู่ในระดับที่สมคูลได้ อาจก่อให้เกิดอาการทางกาย เช่น อ่อนเพลีย ใจสั่น ปวดศีรษะ ปวดท้อง เป็นต้น เนื่องจากจิตใจและร่างกายมีความสัมพันธ์กัน (แสงจันทร์ ทองมาก, 2541; อัมพร โอตระกุล, 2538)

ปัญหาสุขภาพจิตด้านอาการวิตกกังวลและการนอนไม่หลับ การที่ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยว่าป่วยด้วยโรคมะเร็ง ถือเป็นเหตุการณ์วิกฤตของชีวิตที่มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงชีวิตและการดำเนินชีวิตของผู้ป่วย (Lonvey & Klainch, 1991) โรคมะเร็งเป็นโรคที่ส่งผลกระทบต่อด้านจิตใจในทุกๆระยะของการดำเนินโรค ซึ่งหากผู้ป่วยไม่สามารถเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นได้ จะก่อให้เกิดปัญหาทางสุขภาพจิต (พรพรหม รุจิไพโรจน์, 2550) และการเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งมีความไม่แน่นอนของอาการเจ็บป่วย และการรักษาที่ยาวนานทั้งยังส่งผลกระทบต่อด้านจิตใจทำให้ผู้ป่วยรู้สึกไม่สบายใจ หวาดกลัวต่อสิ่งที่จะเกิดขึ้นในอนาคต กลัวหลายๆเรื่องตามมา เช่น กลัวจะรักษาไม่หาย กลัวความเจ็บปวด การมีรูปร่างผิดปกติหรือพิการ และกลัวความตาย ความกลัวเหล่านี้ส่งผลให้ผู้ป่วยมีอาการวิตกกังวล เครียด และนอนไม่หลับ (พวงทอง ไกรพิบูลย์, 2554; สมภพ เรื่องตระกูล, 2544) ความกลัว ความวิตกกังวล และความเครียดอาจส่งผลต่อแบบแผนการนอนหลับได้ จากการศึกษาของ ซีโอบาล (Theobald, 2004) พบว่าอาการนอนไม่หลับเป็นอาการที่พบได้ในผู้ป่วยโรคมะเร็งถึงร้อยละ 30-50 สอดคล้องกับการศึกษาของ อภิรดี ลดาจารย์ และคณะ (2548) และ กิตติกร นิลมานัต และคณะ (2549) ที่พบว่าอาการนอนไม่หลับเป็นอาการที่รบกวนการดำเนินชีวิตประจำวันผู้ป่วยมะเร็งสูงสุด 1 ใน 5 อาการอันดับแรก

ปัญหาสุขภาพจิตด้านความบกพร่องทางสังคม การเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งส่งผลให้การปฏิบัติหน้าที่ตามบทบาททั้งในครอบครัวและทางสังคมลดลง ไม่สามารถมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมได้อย่างเหมาะสม มีการแสดงออกของพฤติกรรมที่เบี่ยงเบนไป เช่น โกรธง่าย น้อยใจ หงุดหงิด และเกิดการแยกตัวจากสังคมมากขึ้น (สมจิต หนูเจริญกุล, 2552) ซึ่งในช่วงการรักษาผู้ป่วยมักมีอาการกลัว กังวลจากผลข้างเคียงจากการรักษา (พวงทอง ไกรพิบูลย์, 2554) การรักษาโรคมะเร็งโดยการผ่าตัดส่งผลให้ผู้ป่วยสูญเสียสภาพลักษณะ และเกิดความทุกข์ทรมานในการดำเนินชีวิต ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลงเนื่องจากภาพลักษณ์ที่เปลี่ยนไป ต้องพึ่งพาผู้อื่นมากขึ้น ส่วนการรักษาด้วยเคมีบำบัดผู้ป่วยอาจเกิดความกลัววิธีการรักษาและผลข้างเคียงที่ทำให้ผู้ป่วยเหนื่อยล้ามากขึ้น รวมทั้งระยะเวลาในการรักษาที่ยาวนานก่อให้เกิดความเครียดมากขึ้น (Bush, 1998) ซึ่งปัญหาภาพลักษณ์ด้านความสวยงามจากผลการรักษาของผู้ป่วย ยังเป็นปัญหาด้านจิตใจที่เกี่ยวกับความวิตกกังวล ความซึมเศร้า การปรับตัวกับภาวะสุขภาพและวิถีชีวิตที่เปลี่ยนแปลงไป ทำให้เป็นผลกระทบต่อการทำงานและ

การเข้าสังคม (Aksnes et al., 2007; Davis et al., 1999; Lester, 2001) จากการศึกษาของ กิตติกรนิลมานัต และคณะ (2549) พบว่าอาการที่รบกวนการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยมะเร็งมากที่สุด 5 อันดับแรก ได้แก่ อาการเจ็บ/ปวด เหนื่อย/ไม่มีแรง เบื่ออาหาร วิตกกังวลและนอนไม่หลับ ฟีฟัส, เบรทแมน, สไตร์ท, และ เลตัน (Phipps, Braitman, Stites, & Leighton, 2008) พบว่าผู้ป่วยมะเร็งลำไส้มีปัญหาของอาการไม่มีแรง ร้อยละ 67 ปัญหาภาพลักษณ์ในทางลบ ร้อยละ 47 และมีปัญหาด้านอารมณ์ ร้อยละ 40 ส่วน ชลिया วามะลุน และคณะ (2553) พบว่าผู้รอดชีวิตจากมะเร็ง เต้านมภายหลังสิ้นสุดการรักษา มีการเปลี่ยนแปลงด้านสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น ผลจากการเปลี่ยนแปลงของภาพลักษณ์ทำให้ขาดความมั่นใจ ทำให้บทบาทการมีส่วนร่วมทางสังคมลดลง การเข้าร่วมงานต่างๆ ในสังคมลดลง และ บยาร์ และคณะ (Byar et al., 2006) ยังพบว่าผู้ป่วยมะเร็งภายหลังสิ้นสุดการรักษาด้วยเคมีบำบัดยังมีอาการเหนื่อยล้าที่มีความสัมพันธ์กับความไม่สุขสบายด้านร่างกาย ความเจ็บปวด ความแปรปรวนของการนอนหลับอีกด้วย

ปัญหาสุขภาพจิตด้านอาการซึมเศร้าที่รุนแรง โรคมะเร็งเป็นโรคที่ส่งผลกระทบต่อด้านจิตใจในทุกระยะของการดำเนินโรค ซึ่งหากผู้ป่วยไม่สามารถเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นได้ จะก่อให้เกิดปัญหาทางสุขภาพจิต (พรพรหม รุจิไพโรจน์, 2550) และการเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งมีความไม่แน่นอนของอาการเจ็บป่วย และการรักษาที่ยาวนานทั้งยังส่งผลกระทบต่อด้านจิตใจทำให้ผู้ป่วยรู้สึกไม่สบายใจ หวาดกลัวต่อสิ่งที่จะเกิดขึ้นในอนาคต กลัวการเปลี่ยนแปลง กลัวความตาย มีความรู้สึกสูญเสียความเป็นตัวเองเนื่องจากต้องพึ่งพา และเป็นภาระผู้อื่นทำให้ผู้ป่วยมีอาการแสดงออกทางอารมณ์ ได้แก่ เครียด วิตกกังวล ซึมเศร้า เบื่อหน่าย ท้อแท้ ได้ (นิตยา โรจน์ทินกร และคณะ, 2536; วาริรัตน์ ถาน้อย, 2545; อรพรรณ ทองแดง, 2540) อีกทั้งการที่บุคคลไม่สามารถปรับลดระดับความเครียดที่เกิดจากการมีสิ่งมารบกวนในชีวิตประจำวันลงได้ และอยู่กับความเครียดเป็นระยะเวลานานอาจก่อให้เกิดอาการซึมเศร้าตามมา (Lazarus & Folkman, 1984) จากการศึกษาของ จีวรธรรม จบสุบิน (2551) ที่ศึกษาความชุกภาวะวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้า และปัจจัยที่เกี่ยวข้องในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัด ณ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัดพบความชุกของภาวะซึมเศร้ามากกว่าภาวะวิตกกังวล และปัจจัยที่มีผลต่อภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้า ได้แก่ สถานภาพสมรส อายุ ความรุนแรงจากการเจ็บป่วย อาการก่อนและหลังได้รับยาเคมีบำบัดและเหตุการณ์ความเครียดในชีวิต และ ยุพา วงษ์มุล (2551) ศึกษาภาวะซึมเศร้าและความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยโรคมะเร็งปากมดลูกที่เข้ารับการรักษาในศูนย์มะเร็งลำปาง ผลการศึกษาพบว่าภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยแต่ละระยะโรค และในผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาแต่ละวิธี มีความแตกต่างกัน แต่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายไม่แตกต่างกัน

จากที่กล่าวมาจะเห็นได้ว่า ปัญหาสุขภาพจิตของผู้ป่วยโรคมะเร็ง คือ ความทุกข์ของบุคคลต่อสิ่งที่มากระทบ ทำให้ไม่สามารถดำเนินชีวิตด้านต่างๆ ได้อย่างปกติสุขตามที่ควรจะเป็น ส่งผลให้มีอาการแสดงออกมาทั้งทางร่างกายและจิตใจ ได้แก่ อาการแสดงทางกาย (Somatic Symptoms) อาการวิตกกังวลและการนอนไม่หลับ (Anxiety and insomnia) มีความบกพร่องทางสังคม (Social dysfunction) และมีอาการซึมเศร้าที่รุนแรง (Severe depression) หากปัญหาสุขภาพจิตของผู้ป่วยโรคมะเร็งไม่ได้รับการช่วยเหลือหรือมีปัญหามากขึ้น อาจนำไปสู่การปฏิเสธการตรวจและการรักษา หรือหันไปรับการรักษาด้วยวิธีอื่นที่ไม่ใช่การแพทย์แผนปัจจุบัน เกิดความรู้สึกท้อแท้ สิ้นหวังถึงขั้นคิดสั้นฆ่าตัวตาย หรือเกิดปัญหาสุขภาพจิตและป่วยเป็นโรคทางจิตเวช เช่น โรควิตกกังวล และหรือโรคซึมเศร้าได้

### ความต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยโรคมะเร็ง

#### ความหมายของความต้องการ

ความต้องการเป็นความอยากได้ ใคร่ได้ ประสงค์จะได้อันได้ (ราชบัณฑิตยสถาน, 2546) เป็นความปรารถนา เป็นความต้องการของบุคคลที่ไม่สิ้นสุด จากการทบทวนวรรณกรรมมีผู้ศึกษาและได้ให้ความหมายของความหมายของความหมายไว้หลากหลาย ได้แก่ มาสโลว์ (Maslow, 1970) ได้ให้ความหมายความต้องการว่า หมายถึง ความปรารถนาบางสิ่งบางอย่าง บุคคลมีความต้องการตลอดเวลาไม่มีที่สิ้นสุด ความต้องการขั้นพื้นฐานของบุคคลเริ่มจากสิ่งที่จำเป็นที่สุดในการอยู่รอดของร่างกาย และต้องได้รับการตอบสนองอย่างเพียงพอก่อนจึงจะเกิดการพัฒนาความต้องการในระดับที่สูงกว่าต่อไป ซึ่ง เครเกล, มุสซิน, โกลด์ โซนิช, และ อะรารา (Kraegel, Moussean, Goldsonith, & Arara, 1974) ก็ได้ให้ความหมายความต้องการว่า หมายถึง การที่บุคคลขาดไปของบางสิ่งบางอย่าง ถ้าเกิดขึ้นบ่อยๆ เรื่อยไปจะทำให้เกิดการสูญเสีย หรือสิ้นสุดของชีวิตลง ส่วน ยูรา และ วอลส์ (Yura & Walsh, 1983) ได้กล่าวถึง ความต้องการว่า เมื่อบุคคลมีความเจ็บป่วยมีภาวะวิกฤติหรือมีความเครียดจะมีผลทำให้เกิดความต้องการ โดยเฉพาะในเวลาที่มีภาวะคุกคามชีวิต จะมีความต้องการลดสิ่งที่มาคุกคามชีวิตเพื่อให้สามารถดำรงชีวิตอยู่ได้ ซึ่ง แคสเปอร์ และ นยามาธิ (Kasper & Nyamathi, 1988) ก็ได้กล่าวถึงความต้องการว่า หมายถึงความปรารถนาของบุคคล เมื่อได้บางสิ่งบางอย่างแล้ว ทำให้ความทุกข์นั้นลดลงหรือบรรเทา ลง ส่งผลให้รู้สึกดีหรือเป็นสุขขึ้น นอกจากนี้มาร์ริเนอร์ (Marriner, 1994) ยังได้กล่าวถึงความต้องการของมนุษย์นั้นเป็นส่วนหนึ่งของจิตใจ เป็นสิ่งที่บุคคลปรารถนาเพื่อคงไว้ซึ่งความสุขสบายของตนเอง ความพยายามสนองความต้องการ คือ การแสดงถึงสิ่งที่คิดและต้องการ ส่วน เทย์เลอร์ (Taylor, 2006) กล่าวว่า ความต้องการเป็นความปรารถนาบางสิ่งบางอย่างที่มีความจำเป็นต่อการคงไว้เพื่อความสมดุลของชีวิตทั้งร่างกาย จิตวิญญาณ และจิตสังคม

จากแนวคิดและความหมายความต้องการดังกล่าวสรุปได้ว่า ความต้องการ เป็นความปรารถนา ความประสงค์ในบางสิ่งบางอย่างของบุคคล เพื่อลดความทุกข์หรือสิ่งที่มาคุกคามชีวิต เพื่อคงไว้ซึ่ง ความสมดุลของชีวิตทั้งร่างกาย จิตวิญญาณ และจิตสังคม ทำให้บุคคลสามารถดำรงชีวิตอยู่ได้ ตามปกติสุข

### **ความหมายของจิตวิญญาณ**

จากการทบทวนวรรณกรรมมีผู้ศึกษาและได้ให้ความหมายของจิตวิญญาณไว้มากมาย สามารถสรุปได้ว่า จิตวิญญาณ เป็นส่วนหนึ่งของบุคคลที่เกี่ยวข้องกับความรู้สึกที่ฝังแน่น ผูกพันลึกซึ้งติดตรึง อยู่ในส่วนลึกของจิตใจ (Coyle, 2002; Meraviglia, 2004) เป็นส่วนเฉพาะของบุคคลที่แสดงถึงความ รัก ความซื่อสัตย์และการสร้างความสมดุลในชีวิต (Labun, 1998; Potter & perry, 2005) ทำให้บุคคล สัมผัสได้ถึงความดี ความมีคุณค่าและศักดิ์ศรี (ทัศนีย์ ทองประทีป, 2545ข) ยอมรับและไว้วางใจ ตนเอง โดยมีพื้นฐานจากการมีความหมายและเป้าหมายในชีวิต การมีความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น สิ่ง อื่น พระเจ้าและสิ่งนอกเหนือตนเอง และการมีความหวัง (Highfield, 1992; Highfield & Carson, 1983) จิตวิญญาณยังเป็นแกนหลักของชีวิตที่ทำหน้าที่เชื่อมการทำงานของร่างกาย จิตใจ และสังคมให้ เป็นองค์รวม และเกิดความผาสุกในชีวิต (Meraviglia, 2004) ซึ่งการให้ความหมายของจิตวิญญาณของ แต่ละบุคคลแตกต่างกันไปขึ้นกับหลายๆปัจจัย เช่น การเลี้ยงดูในครอบครัว ความเชื่อ ค่านิยม ปรัชญา ในการดำเนินชีวิต วัฒนธรรมและการนับถือศาสนา เป็นต้น (ทัศนีย์ ทองประทีป, 2545ค; Labun, 1988)

จากแนวคิดและความหมายของจิตวิญญาณดังกล่าวสรุปได้ว่า จิตวิญญาณเป็นลักษณะ เฉพาะเจาะจงของแต่ละบุคคลที่อยู่ในส่วนลึกของจิตใจ มีความแตกต่างกันไปเกี่ยวข้องกับการเลี้ยงดู ในครอบครัว ความเชื่อ ค่านิยม ปรัชญาในการดำเนินชีวิต วัฒนธรรม การนับถือศาสนา และสิ่งยึดเหนี่ยว จิตใจ ซึ่งจิตวิญญาณทำหน้าที่เชื่อมการทำงานของร่างกาย จิตใจ และสังคมให้ เป็นองค์รวมและ การสร้างความสมดุลให้กับชีวิต

### **ความหมายของความต้องการด้านจิตวิญญาณในผู้ป่วยโรคมะเร็ง**

จากการทบทวนวรรณกรรมมีผู้ศึกษาและได้ให้ความหมายของความต้องการด้านจิตวิญญาณไว้ ดังนี้ ความต้องการด้านจิตวิญญาณ หมายถึง ความต้องการความมั่นคงทางด้านจิตใจ เป็นสิ่งที่เชื่อถือ ศรัทธาและยึดเหนี่ยวทางด้านจิตใจ เช่น การยึดมั่นในพระพุทธศาสนาหรือความเชื่อของบุคคล (Gaglione, 1984) เป็นความต้องการที่ลึกซึ้ง อยู่ในส่วนที่ลึกที่สุด (Brooke, 1987; Craven & Hirle, 2000) ใน 3 ด้าน คือ ด้านความต้องการมีความหมายและเป้าหมายในชีวิต ความต้องการมีความสัมพันธ์

กับบุคคลอื่น สิ่งอื่น สิ่งแวดล้อมและสิ่งเหนือตน ความต้องการมีความหวัง (Highfield, 1992) หรือ ความต้องการมีความหมายและเป้าหมายในชีวิต ต้องการความรัก การให้อภัย ความหวังและการสร้างสรรค์ ความรู้สึกพึงพอใจและความสะดวกสบาย (Ross, 1997) เป็นความประสงค์ ความปรารถนา ความต้องการที่กระตุ้นให้เกิดการแสวงหา หรือดำเนินวิธีการทำให้เกิดการปฏิบัติเพื่อการได้มาซึ่งการตอบสนองความต้องการ (วงรัตน์ ไสสุข, 2544) รวมถึงความปรารถนาและความคาดหวังที่มนุษย์มี เพื่อค้นหาความหมาย จุดมุ่งหมาย และคุณค่าในชีวิต (Murray, Kendall, Boyd, Worth, & Benton, 2004) เป็นความปรารถนาที่มีความจำเป็นเพื่อค้นหาความหมายในชีวิต ความมีคุณค่า ความมีชีวิตจิตใจ หลักการของชีวิต มีอุดมการณ์ ค่านิยม และมีพลังในการดำเนินชีวิต การมีทัศนคติทางบวก การได้รับความรักและการให้ความรักแก่ผู้อื่น ความศรัทธาทางศาสนาและการเตรียมพร้อมสู่ความตาย (Taylor, 2006)

จากแนวคิดและความหมายของความต้องการด้านจิตวิญญาณดังกล่าวสรุปได้ว่า ความต้องการด้านจิตวิญญาณ หมายถึง ความปรารถนาที่จะได้รับสิ่งที่มีความจำเป็นต่อชีวิต ที่มีจุดมุ่งหมายเพื่อให้ชีวิตดีขึ้น มีพลังในการดำเนินชีวิต เพื่อค้นหาความหมายในชีวิต ความมีคุณค่า ความมีชีวิตจิตใจ หลักการของชีวิต มีอุดมการณ์ ค่านิยม และมีพลังในการดำเนินชีวิต การมีทัศนคติทางบวก การได้รับความรักและการให้ความรักแก่ผู้อื่น ความศรัทธาทางศาสนาและการเตรียมพร้อมสู่ความตาย

### องค์ประกอบความต้องการด้านจิตวิญญาณ

จากการทบทวนวรรณกรรมมีผู้ศึกษาและรวบรวมองค์ประกอบด้านจิตวิญญาณไว้มากมาย ดังนี้

ไฮฟิลด์ และ คาร์สัน (Highfield & Carson, 1983) ได้แบ่งความต้องการด้านจิตวิญญาณออกเป็น 4 ด้าน คือ 1) ความต้องการมีความหมายและเป้าหมายในชีวิต 2) ความต้องการได้รับความรัก 3) ความต้องการที่จะแสดงความรักต่อผู้อื่น 4) ความต้องการความหวังและการสร้างสรรค์

ต่อมา ไฮฟิลด์ (Highfield, 1992) ได้ศึกษาและพัฒนาความต้องการด้านจิตวิญญาณเพิ่ม และได้ลดความต้องการจากเดิม 4 ด้านเหลือเพียง 3 ด้าน คือ 1) ด้านความต้องการมีความหมายและเป้าหมายในชีวิต 2) ด้านความต้องการมีความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น สิ่งอื่น สิ่งแวดล้อมและสิ่งเหนือตน 3) ด้านความต้องการมีความหวัง

โรส (Ross, 1994) ได้แบ่งความต้องการด้านจิตวิญญาณ ออกเป็น 3 ด้าน คือ 1) ความต้องการเกี่ยวกับการมีความหมาย เป้าหมายและความพึงพอใจในชีวิต ความทุกข์ทรมานและความตาย



2) ความต้องการเกี่ยวกับความหวังและการมีชีวิตอยู่ 3) ความต้องการเกี่ยวกับความเชื่อ ความศรัทธา ในตนเอง บุคคลอื่นและพระเจ้า

โนแลน และ ครอฟอร์ด (Nolan & Crawford, 1997) แบ่งความต้องการด้านจิตวิญญาณ ออกเป็น 4 ด้าน คือ 1) มีความเกี่ยวข้องกับตนเอง 2) มีความเกี่ยวข้องกับผู้อื่น 3) มีความเกี่ยวข้องกับ สิ่งนอกเหนือตัวตน 4) ความเป็นส่วนหนึ่งในกลุ่ม

เทย์เลอร์ (Taylor, 2006) แบ่งความต้องการด้านจิตวิญญาณ ออกเป็น 7 ด้าน คือ 1) ความ ต้องการมีทัศนคติเชิงบวกและต้องการมีความหวัง 2) ความต้องการเชื่อมโยงกับศาสนา สิ่งสูงสุดและ สิ่งยึดเหนี่ยวอื่น 3) ความต้องการที่จะให้และได้รับความรักจากบุคคลอื่น 4) ความต้องการทบทวน ความเชื่อ 5) ความต้องการมีความหมายและเป้าหมายในชีวิต 6) ความต้องการปฏิบัติกิจกรรมตาม ความเชื่อทางศาสนา และ 7) การเตรียมพร้อมในการเข้าสู่ความตาย

โดยในปี ค.ศ. 2006 เทย์เลอร์ (Taylor, 2006) ได้ทำการวิจัยศึกษาในผู้ป่วยมะเร็งและครอบครัว ถึงทัศนคติความต้องการด้านจิตวิญญาณว่าเป็นอย่างไร มีปัจจัยทางคลินิก และปัจจัยทางสังคม ประชากรอะไรบ้างที่เกี่ยวข้อง รวมถึงประเภทและจำนวนความต้องการด้านจิตวิญญาณ ซึ่งเทย์เลอร์ ได้ให้คำนิยามความต้องการด้านจิตวิญญาณไว้ว่า คือ ความปรารถนาที่มีความจำเป็นและความ คาดหวังที่มนุษย์มี เพื่อค้นหาความหมาย จุดมุ่งหมาย และคุณค่าในชีวิต จากนิยามนี้แสดงว่ามนุษย์ ทุกคนมีแนวทางในการเลือกที่จะเชื่อในสิ่งที่ให้ความหมาย และจุดมุ่งหมาย โดยอาจคำนึงหรือไม่ คำนึงถึงศาสนาก็ได้ มีผู้ศึกษาหลายท่านเสนอว่า ความต้องการด้านจิตวิญญาณมีระดับแตกต่างกัน ได้แก่ ความต้องการด้านจิตวิญญาณแสดงให้เห็นว่า บุคคลนั้นสัมพันธ์กับตนเอง หรือความต้องการ ด้านจิตวิญญาณภายใน ซึ่งประกอบไปด้วย ความต้องการที่มีจุดมุ่งหมาย ความหวัง และสิ่งเร้าที่ดี เป็นต้น สัมพันธ์กับผู้คนรอบข้างหรือระหว่างบุคคล ประกอบด้วยความต้องการที่จะให้อภัยและได้รับการ ให้อภัย และสิ่งแวดล้อมรอบตัว รวมถึงการได้รักและได้รับการรักจากผู้อื่น ความต้องการที่จะ เชื่อมโยงและบูชาพระเจ้า (ผู้สูงสุด) ที่ตนนับถือ ซึ่ง เทย์เลอร์ (Taylor, 2006) ได้แบ่ง ความต้องการ ด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยมะเร็งเป็น 7 ประเภท ดังนี้

1. ต้องการมีทัศนคติเชิงบวกและต้องการมีความหวัง (Need for positive and hope) ความหวัง คือ ความคาดหวังหรือเป้าหมายที่สำคัญในทางบวกของชีวิต การที่บุคคลมีความหวังสามารถทำให้ ชีวิตมีความสุข (Taylor, 2006) ซึ่งความหวัง อาจจะเป็นแรงบันดาลใจ เป็นความฝัน หรือ เป็นพลังที่ สามารถทำให้บุคคลก้าวไปสู่สิ่งที่ตนตั้งเอาไว้ (Coyle, 2002) เช่น ผู้ป่วยระยะสุดท้ายหวังว่าตนเองจะ มีอาการดีขึ้นหรือได้กลับบ้านอยู่พร้อมหน้าครอบครัวลูกหลาน เป็นต้น

2. ต้องการมีความเชื่อมโยงกับศาสนา สิ่งสูงสุดและสิ่งยึดเหนี่ยวอื่น (Need associated with relating to and ultimate other) คือ การพึ่งพาศาสนาหรือสิ่งยึดเหนี่ยวอื่น เนื่องมาจากศาสนาเป็นส่วนหนึ่งของจิตวิญญาณ (Swaney, 2001) ความต้องการด้านนี้ ประกอบด้วย ความต้องการได้รับความรัก ความไว้วางใจ และการให้อภัยที่สัมพันธ์กับสิ่งนอกเหนือตนเอง เป็นความศรัทธาในศาสนา พระเจ้า ความเชื่อที่ว่าศาสนาสามารถนำทางหรือรักษาให้หายป่วยได้ และการที่มีความรู้สึกว่ามีสิ่งศักดิ์สิทธิ์คอยควบคุมการเจ็บป่วยของตนเองอยู่ (Taylor, 2003) การพึ่งสิ่งยึดเหนี่ยวที่นอกเหนือกฎเกณฑ์ เช่น สิ่งศักดิ์สิทธิ์ที่ตนเองเคารพนับถือ ให้ช่วยคลอบคลอให้สิ่งร้ายๆกลายเป็นดี ก่อให้เกิดพลังใจในการต่อสู้กับสิ่งต่างๆ ที่มาคุกคามชีวิตด้วยความมั่นคงและมั่นใจ (แสง จันทร์งาม, 2531)

3. ต้องการที่จะให้และได้รับความรักจากผู้อื่น ( Need to give and receiving love From other person) ความรักเป็นหนึ่งในความต้องการขั้นพื้นฐานของมนุษย์ และมนุษย์จำเป็นต้องมีความสัมพันธ์กับสิ่งที่อยู่รอบตัวไม่ว่าจะเป็นบุคคลหรือสิ่งแวดล้อม (Maslow, 1970) การรักตนเองถือว่าเป็นความรักที่ยิ่งใหญ่ แต่นอกจากการรักตนเองแล้วมนุษย์ทุกคนยังต้องการเป็นผู้ให้และได้รับความรักจากผู้อื่นด้วยเช่นกัน โดยเฉพาะอย่างยิ่งการที่ได้รับความรักจากบุคคลที่รัก เช่น คนในครอบครัว เพื่อน เป็นต้น ความรักสามารถเป็นสิ่งที่ช่วยสนับสนุนและช่วยเสริมให้บุคคลมีความรู้สึกเข้มแข็งและมีความหวังที่จะเผชิญกับอาการเจ็บป่วยได้ (Taylor, 2006; Walton, 1996) ตรงข้ามกันการที่บุคคลไม่ได้รับความรัก อาจเกิดความเครียดทางจิตวิญญาณได้

4. ต้องการทบทวนความเชื่อ (Need to review beliefs) คือ การทบทวนสิ่งต่างๆที่ตนเองเชื่อ สิ่งที่เกิดขึ้นกับตนเอง หรือการทบทวนความทรงจำอดีต เช่น ผู้ป่วยที่มีเรื่องขมขื่นในใจ อาจเห็นภาพหลอนหรือฝันร้าย เมื่อทบทวนสิ่งที่เกิดขึ้นกับตนเองพบว่าภาพหลอนหรือฝันร้ายเกิดจากการทำผิดหรือบาปต่างๆ ของตนเองที่ผ่านมาในอดีต ซึ่งความผิดพลาดเหล่านั้นหากยังไม่ได้แก้ไขหรือทำความดีชดเชย จะทำให้มีความทุกข์หรือความขมขื่นในจิตใจได้มาก ดังนั้นการยกโทษ การขอโทษ จึงเป็นสิ่งที่มีความหมายต่อจิตวิญญาณ ในศาสนาพุทธใช้คำว่าขอโทษกรรมหรือให้อภัยกรรม ศาสนาคริสต์ให้มีการสารภาพบาป เป็นต้น (ทวาริณณ์ วัฒนาวัตถุ, 2551) เพื่อให้มีความความทุกข์หรือความขมขื่นในจิตใจลดลง

5. ต้องการมีความหมายและเป้าหมายในชีวิต (Creating meaning, finding purpose) คือ ความต้องการมีความหมายหรืออยู่อย่างมีคุณค่าต่อคนที่ตนรัก หรือได้ทำประโยชน์ให้กับตนเองและสังคมที่อาศัยอยู่ (ทวาริณณ์ วัฒนาวัตถุ, 2551) และภาระอันยิ่งใหญ่ของมนุษย์ คือการค้นหาความหมายในชีวิต เนื่องจากมนุษย์ต้องการเหตุผลในการมีชีวิตอยู่ การมีความหมายมีเป้าหมายในชีวิตเป็นการบรรลุเป้าหมายของชีวิต เป็นความต้องการขั้นพื้นฐานทางจิตวิญญาณของมนุษย์ เป็นตัวกำหนดสุขภาพจิต ความผาสุกและคุณภาพชีวิตที่ดี (Highfield & Carson, 1983)

6. ต้องการได้กระทำกิจกรรมตามความเชื่อทางศาสนา (Religious needs) ศาสนาเป็นข้อผูกพันระหว่างชีวิตมนุษย์กับความจริงสูงสุดที่มนุษย์เชื่อและศรัทธา ความศรัทธา คือ การยอมรับในความเชื่อของบุคคลที่มีต่อบุคคลหรือสิ่งต่างๆ ที่อาจเป็นสิ่งที่พิสูจน์ไม่ได้ อาจเป็นสิ่งที่เดียวกับด้านจิตวิญญาณ รวมถึงเป็นแนวทางในการดำรงชีวิตของบุคคล (Kozier, Erb, Berman, & Snyder, 2000) ดังนั้นความต้องการได้กระทำกิจกรรมตามความเชื่อทางศาสนา หมายถึง การที่บุคคลมีความต้องการกระทำกิจกรรมตามหลักความเชื่อในศาสนาที่ตนเองนับถือ ซึ่งศาสนาทุกศาสนามีหลักคำสอนอันเป็นแนวทางในการปฏิบัติและเป็นหลักในการดำเนินชีวิตอย่างเป็นสุขของบุคคลและเป็นแบบอย่างกฎเกณฑ์ รวมทั้งเป็นต้นกำเนิดของขนบธรรมเนียม ประเพณี ค่านิยมและวัฒนธรรมการอยู่ร่วมกันอย่างสงบสุข การได้กระทำกิจกรรมตามความเชื่อทางศาสนาจึงเป็นการส่งเสริม การพัฒนาจิตใจให้มีความสุข มีความสุข สามารถแก้ไขปัญหาชีวิตและอุปสรรคด้วยปัญญาและเหตุผล คลายความเครียดและความทุกข์ทางใจได้ (พรพรหม รุจิไพโรจน์, 2550)

7. การเตรียมพร้อมสู่ความตาย (Prepare for death) คือ การเตรียมตัวเพื่อเผชิญกับความตาย ซึ่งมีความสำคัญกับบุคคลทุกศาสนาและทุกวัฒนธรรม เช่น ศาสนาพุทธต้องมีสติหรือรู้ตัวก่อนตาย เพื่อระลึกถึงคุณความดีหรือบุญกุศลที่เคยทำมาจะได้ส่งผลให้ชีวิตหลังความตายนั้นได้เกิดในภพภูมิที่ดี ศาสนาคริสต์ให้มีการสารภาพบาปและเตรียมจิตใจให้ใสสะอาดก่อนตายหรือก่อนมีชีวิตที่เป็นอมตะในดินแดนของพระเจ้า เป็นต้น ซึ่งการเตรียมตัวเพื่อเผชิญกับความตายส่วนใหญ่กระทำในบุคคลที่เกิดการเจ็บป่วยอยู่ในระยะสุดท้ายหรือผู้ที่กำลังจะเสียชีวิต

ความต้องการด้านจิตวิญญาณในผู้ป่วยโรคมะเร็งในการศึกษาครั้งนี้ ให้ความหมายตามกรอบแนวคิดความต้องการด้านจิตวิญญาณของ เทย์เลอร์ (Taylor, 2006) คือ ความปรารถนาที่จะได้รับสิ่งที่มีความจำเป็นต่อชีวิต ที่มีจุดมุ่งหมายเพื่อทำให้ชีวิตดีขึ้น มีพลังในการดำเนินชีวิต และมีองค์ประกอบความต้องการด้านจิตวิญญาณ 7 ด้าน คือ 1) ความต้องการมีทัศนคติเชิงบวกและต้องการมีความหวัง 2) ความต้องการเชื่อมโยงกับศาสนา สิ่งสูงสุดและสิ่งยึดเหนี่ยวอื่น 3) ความต้องการที่จะให้และได้รับความรักจากบุคคลอื่น 4) ความต้องการทบทวนความเชื่อ 5) ความต้องการมีความหมายและเป้าหมายในชีวิต 6) ความต้องการปฏิบัติกิจกรรมตามความเชื่อทางศาสนา และ 7) การเตรียมพร้อมในการเข้าสู่ความตาย เนื่องจากแนวคิดของเทย์เลอร์มีความสอดคล้องกับบริบทและครอบคลุมความต้องการด้านจิตวิญญาณในผู้ป่วยโรคมะเร็งทุกระยะการดำเนินของ โรคมะเร็งที่สุด

## การประเมินความต้องการด้านจิตวิญญาณ

จากการศึกษาข้างต้นการที่จะบอกได้ว่าผู้ป่วยมะเร็งมีความต้องการด้านจิตวิญญาณด้านไหนนั้นเป็นเรื่องที่ยากจะเจาะจงได้ เนื่องจากความต้องการด้านจิตวิญญาณเป็นภาวะที่ไม่คงที่ มีความเป็นนามธรรมสูงขึ้นอยู่กับความแตกต่างของแต่ละบุคคล จากการศึกษาเอกสารและรายงานการวิจัยพบว่า มีนักวิชาการหลายท่านที่สร้างแบบประเมินความต้องการด้านจิตวิญญาณ ได้แก่

1. แบบประเมินสุขภาพด้านจิตวิญญาณ (spiritual health inventories: SHI) ของไฮฟีลด์ (Highfield, 1992) เป็นเครื่องมือที่ให้ผู้ป่วยประเมินเกี่ยวกับสุขภาพจิตวิญญาณของตนเอง 3 ด้าน ได้แก่ 1) การยอมรับตนเอง (self-acceptance) ความไว้วางใจ (trusting) โดยมีพื้นฐานมาจากการรับรู้การมีความหมายและจุดมุ่งหมายในชีวิต 2) การมีความสัมพันธ์กับคนอื่นหรือสิ่งอื่นหรือสิ่งสูงสุด (พระเจ้า) โดยเป็นสิ่งที่อยู่นอกธรรมชาติ มีความเชื่อมั่น ความรักที่ไม่มีเงื่อนไข และการให้อภัย 3) การมีความหวัง ซึ่งแบบประเมินสุขภาพด้านจิตวิญญาณนี้ ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 31 ข้อ โดยแต่ละข้อมีคะแนนแบบมาตราส่วนประมาณค่า ให้คะแนน 1-5 คะแนน ตามประสบการณ์และความรู้สึกของตนเอง คะแนนรวมที่ได้จากแบบประเมินหากมีคะแนนระดับสูง แสดงว่ามีระดับสุขภาพจิตวิญญาณสูงหมายถึง มีความผาสุกทางจิตวิญญาณ หากคะแนนที่ได้มีระดับต่ำแสดงว่ามีระดับสุขภาพจิตวิญญาณระดับต่ำ หมายถึง มีความบีบคั้นทางจิตวิญญาณ (spiritual distress) ซึ่งไฮฟีลด์ได้นำมาศึกษากับผู้ป่วยมะเร็งในมุมมองของพยาบาลและตัวผู้ป่วยเอง โดยใช้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 40 ราย จากพยาบาล ผู้ป่วยมะเร็งปอดระยะที่ 3 และระยะที่ 4 คำนวณค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่นที่ .92 จากแบบประเมินพยาบาล ส่วนจากแบบประเมินผู้ป่วยได้ค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่นที่ .89 ในปี พ.ศ.2541 สมพร รัตนพันธ์ ได้นำแบบประเมินสุขภาพด้านจิตวิญญาณนี้มาแปลเป็นภาษาไทย และดัดแปลงโดยเพิ่มแนวคำถามเป็น 34 ข้อ เพื่อใช้ในการศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะจิตวิญญาณของผู้สูงอายุในโรงพยาบาลมหाराชนครศรีธรรมราช ได้ค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่นที่ .92

2. แบบสัมภาษณ์ความต้องการด้านจิตใจของผู้ป่วยมะเร็งตามกรอบแนวคิดความต้องการทางด้านจิตวิญญาณ (Spiritual Needs) ของ ไฮฟีลด์ (Highfield, 1992) ซึ่งนำมาประยุกต์ใช้กับของนักวิชาการไทย พัฒนาโดย พรพรรณ วนวิโรตม และคณะ (2552) เพื่อใช้ศึกษาความต้องการด้านจิตใจของผู้ป่วยมะเร็งและความต้องการการสนับสนุนด้านจิตใจจากพยาบาลของผู้ป่วยมะเร็งที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยสาขาวิชารังสีรักษา ภาควิหารังสีวิทยา โรงพยาบาลศิริราช เป็นแบบสัมภาษณ์มีจำนวนข้อคำถามทั้งหมด 22 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นเชิงปริมาณ (quantitative data) และมาตรวัดข้อมูลเป็นข้อมูลแบบต่อเนื่อง (Interval scale) ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบ คือ 1) ด้านการมี

ความหมายและเป้าหมายในชีวิต มีจำนวน 7 ข้อ 2) ด้านการมีความหวังในชีวิต มีจำนวน 7 ข้อ และ 3) ด้านการมีสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น/สิ่งอื่น มีจำนวน 8 ข้อ ได้ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาตามแบบของโรวิลเนลลีและแฮมเบลตัน และจากผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน ได้ค่าความตรงของเนื้อหาเท่ากับ 0.8 ค่าความเที่ยง/ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ของแต่ละด้าน > 0.85

3. แบบประเมินความผาสุกทางจิตวิญญาณของ พอลูทเซียน และ เอลลิสัน (Paloutzian & Ellison, 1992) เป็นแบบประเมินที่แสดงถึงความเชื่อเรื่องความผาสุกทางจิตวิญญาณใน 2 ด้าน คือ ความผาสุกที่มีความสัมพันธ์กับศาสนา จำนวน 10 ข้อ และด้านความผาสุกในการดำรงชีวิตจำนวน 10 ข้อ รวม 20 ข้อ มีข้อคำถามเชิงบวก 11 ข้อ และข้อคำถามเชิงลบ 9 ข้อ โดยแต่ละข้อมีคะแนนแบบมาตราส่วนประมาณค่า 6 ระดับ คะแนนรวมที่ได้จากแบบประเมินหากมีคะแนนระดับสูงแสดงว่ามีความผาสุกทางจิตวิญญาณ หากคะแนนที่ได้มีระดับต่ำแสดงว่ามีความทุกข์ทรมานทางจิตวิญญาณ ในปี พ.ศ. 2540 ฉวีวรรณ ไพรวลัย ได้นำกรอบแนวคิดและแบบประเมินความผาสุกทางจิตวิญญาณนี้ มาดัดแปลงเพื่อศึกษาความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ป่วยเอดส์ในโรงพยาบาลบาราศนราคร และหาความเชื่อมั่นของแบบประเมินด้วยค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient)  $r = 0.90$  (ฉวีวรรณ ไพรวลัย, 2540) ต่อมาในปีพ.ศ. 2545 ธนิญา น้อยเปียง นำแบบประเมินนี้ไปศึกษาความผาสุกทางจิตวิญญาณ ในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่คลินิกผู้ป่วยศัลยกรรมทั่วไป แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ จำนวน 120 คน และนำมาหาความเชื่อมั่นของแบบประเมินด้วยสูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.84 (ธนิญา น้อยเปียง, 2545)

4. แบบสอบถามความต้องการด้านจิตวิญญาณที่สัมพันธ์กับความเจ็บป่วย (Spiritual Interests Related to Illness Tool: SPIRIT) ของ เทย์เลอร์ (Taylor, 2006) ได้พัฒนาแบบสอบถามความต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยมะเร็ง โดยสร้างเป็นแบบสอบถามทั้งของผู้ป่วยมะเร็ง ผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็ง ข้อคำถามพัฒนามาเพื่อให้ตอบเชิงคุณภาพเรื่องความต้องการด้านจิตวิญญาณ เป็นข้อคำถามที่มีมุมมองเชิงบวกเรื่องความต้องการด้านจิตวิญญาณ มีทั้งหมด 44 ข้อ คือ 1) ต้องการมีทัศนคติที่ดี 6 ข้อ 2) เรื่องความต้องการที่เชื่อมโยงศาสนา 6 ข้อ 3) การให้ความรักแก่ผู้อื่น 5 ข้อ 4) การได้รับความรักจากผู้อื่น 4 ข้อ 5) การทบทวนเรื่องความเชื่อ 5 ข้อ 6) การค้นพบสิ่งที่มีความหมาย 8 ข้อ 7) การปฏิบัติกิจกรรมตามความเชื่อทางศาสนา 6 ข้อ และ 8) การเตรียมตัวก่อนตาย 4 ข้อ โดยแต่ละข้อมีคะแนนแบบมาตราส่วนประมาณค่าแบบลิเคิร์ตสเกล 5 ระดับ (1 คะแนน คือ ไม่มีเลย จนถึง 5 คะแนน คือ ต้องการมากที่สุด) และข้อคำถามเกี่ยวกับการพยาบาลดูแลช่วยเหลือด้านจิตวิญญาณของพยาบาล จำนวน 8 ข้อ ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาของเครื่องมือค่า CVI เท่ากับ 0.88 และมีค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.76

5. แบบสอบถามความต้องการด้านจิตวิญญาณที่สัมพันธ์กับความเจ็บป่วย (SpIRIT) ของ เทย์เลอร์ (Taylor) ซึ่งแปลเป็นภาษาไทยและนำมาปรับใช้กลุ่มผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย โดย ทิวาวิณณ์ วัฒนาวัตถุ (2551) เป็นแบบสอบถามที่มีข้อความเชิงบวกเกี่ยวกับเรื่องความต้องการด้านจิตวิญญาณ มีทั้งหมด 41 ข้อ คือ 1) การมีทัศนคติเชิงบวกและความหวัง จำนวน 5 ข้อ 2) การเชื่อมโยงกับศาสนา สิ่งสูงสุดหรือหรือสิ่งยึดเหนี่ยวอื่น จำนวน 6 ข้อ 3) การให้ความรักแก่ผู้อื่นและการได้รับความรักจากผู้อื่น จำนวน 9 ข้อ 4) การทบทวนเรื่องความเชื่อ จำนวน 4 ข้อ 5) การมีความหมายและเป้าหมายในชีวิต จำนวน 8 ข้อ 6) การปฏิบัติกิจกรรมตามความเชื่อทางศาสนา จำนวน 6 ข้อ และ 7) การเตรียมพร้อมในการเข้าสู่ความตาย จำนวน 3 ข้อ ค่าคะแนนของแบบสอบถามนี้เป็นมาตรวัดประมาณค่าแบบลิเคิร์ต สเกล (1 คะแนน คือ ไม่มีเลย จนถึง 5 คะแนน คือ ต้องการมากที่สุด) แบบสอบถามนี้ได้ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน มีค่า Content Validity Index ทั้งฉบับเท่ากับ 0.88 และมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.94 ในปีพ.ศ. 2557 ชนุกร แก้วมณี พิภูล นันทชัยพันธ์ และสุดารัตน์ สิทธิสมบัติ ได้นำแบบสอบถามความต้องการด้านจิตวิญญาณฉบับนี้ไปศึกษาความต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยที่มะเร็งท่อน้ำดี จำนวน 267 คน ที่มารับการรักษาในโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี มีค่าเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.93

การศึกษาครั้งนี้ ผู้ศึกษาเลือกใช้แบบสอบถามความต้องการด้านจิตวิญญาณที่สัมพันธ์กับความเจ็บป่วย (SpIRIT) ของ เทย์เลอร์ (Taylor) ซึ่งแปลเป็นภาษาไทยและนำมาปรับใช้กลุ่มผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย โดย ทิวาวิณณ์ วัฒนาวัตถุ (2551) ซึ่งเป็นแบบสอบถามที่มีข้อความเชิงบวกเรื่องความต้องการด้านจิตวิญญาณ มีทั้งหมด 41 ข้อ คือ 1) การมีทัศนคติเชิงบวกและความหวัง จำนวน 5 ข้อ 2) การเชื่อมโยงกับศาสนา สิ่งสูงสุดหรือหรือสิ่งยึดเหนี่ยวอื่น จำนวน 6 ข้อ 3) การให้ความรักแก่ผู้อื่น และการได้รับความรักจากผู้อื่น จำนวน 9 ข้อ 4) การทบทวนเรื่องความเชื่อ จำนวน 5 ข้อ 5) การมีความหมายและเป้าหมายในชีวิต จำนวน 7 ข้อ 6) การปฏิบัติกิจกรรมตามความเชื่อทางศาสนา จำนวน 5 ข้อ และ 7) การเตรียมพร้อมในการเข้าสู่ความตาย จำนวน 4 ข้อ มีค่า Content Validity Index ทั้งฉบับเท่ากับ 0.88 ถือว่ามีความตรงตามเนื้อหาดีและมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.94 ลักษณะคำถาม ไม่เจาะจงวัฒนธรรม ความเชื่อหรือศาสนาหนึ่งศาสนาใด ทั้งยังเป็นแบบสอบถามที่พัฒนามาจากการวิจัยเชิงคุณภาพในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งโดยตรง

## สถานการณ์การดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งของโรงพยาบาลนครพิงค์

โรงพยาบาลนครพิงค์ จังหวัดเชียงใหม่เป็นโรงพยาบาลศูนย์ขนาด 800 เตียง สังกัดสำนักงาน ปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข รับผิดชอบผู้ป่วยใน 3 จังหวัดเขตภาคเหนือตอนบน ได้แก่ จังหวัดเชียงใหม่ จังหวัดลำพูน และจังหวัดแม่ฮ่องสอน รวมถึงเป็นโรงพยาบาลแม่ข่ายของ โรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดเชียงใหม่ มีผู้ป่วยโรคมะเร็งเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมีจำนวน 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) มาตรฐานการดูแลรักษาและการปฏิบัติการพยาบาลที่ใช้อยู่ในปัจจุบัน เป็นการดูแลและ ปฏิบัติการพยาบาลเช่นเดียวกับผู้ป่วยโรคอื่นๆทั่วไป ไม่มีการดูแลเฉพาะสำหรับผู้ป่วยที่ป่วยด้วย โรคมะเร็ง แพทย์ พยาบาลวิชาชีพ และทีมสุขภาพมีความหลากหลาย ซึ่งการป่วยด้วยโรคมะเร็งมี ความไม่แน่นอนของอาการเจ็บป่วยและการรักษา รวมทั้งมีความเชื่อที่ว่าโรคมะเร็งเป็นโรคที่น่ากลัว รักษาไม่หายขาด ขณะรับการรักษายังมีภาวะแทรกซ้อนเกิดขึ้น รวมถึงการรักษาก็ไม่สามารถยืนยัน ผลได้เต็มที่ แม้ว่าจะได้รับการรักษาที่ดีที่สุดก็ตาม โรคนี้อาจมีโอกาสที่จะลุกลามหรือกลับเป็นซ้ำได้อีก (Ferrell et al., 1998; Winnie et al., 2010) จากสถานการณ์ของโรคตามพยาธิสภาพที่เกิดขึ้นจริง และ จากความเชื่อและการรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งดังกล่าว น่าจะส่งผลกระทบต่อจิตใจและอารมณ์ ของผู้ป่วยโรคมะเร็งอย่างมากและอาจกระทบมากกว่าในโรคอื่นๆ ในทุกระยะของโรคมะเร็ง ซึ่ง ส่งผลทำให้เกิดปัญหาสุขภาพจิตได้ แต่ในปัจจุบันยังไม่มีการสำรวจถึงปัญหาสุขภาพจิตของผู้ป่วย โรคมะเร็งในโรงพยาบาลนครพิงค์มาก่อน มีแต่การใช้แบบคัดกรองโรคซึมเศร้า 2 คำถาม ซึ่งประเมิน ครั้งแรกที่พบผู้ป่วยเท่านั้นหากผลการประเมินครั้งแรกปกติไม่มีการประเมินซ้ำหรือเฝ้าติดตาม ส่วน ความต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยโรคมะเร็งในโรงพยาบาลนครพิงค์นั้นไม่มีการสำรวจหรือใช้ แบบสอบถามใดๆ มาก่อน จะมีแต่กิจกรรมที่ส่งเสริมด้านจิตวิญญาณอยู่บ้าง เช่น กิจกรรมการทำบุญ ตักบาตรทุกสัปดาห์แรกของทุกเดือนสำหรับผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่ หรืออนุญาตให้ญาติสามารถพาคณะ ผู้นำ ศาสนาหรือผู้ที่ผู้ป่วยเคารพนับถือมาทำพิธีทางศาสนาหรือพิธีกรรมตามความเชื่อให้ผู้ป่วยได้ข้างเตียง รวมถึงเริ่มขยายระยะเวลาในการเยี่ยมให้มีเวลานานขึ้น และอนุญาตให้สมาชิกในครอบครัวที่ต้องการ อยู่กับผู้ป่วยในระยะสุดท้ายเฝ้าไข้ได้ เป็นต้น

## กรอบแนวคิดในการศึกษา

ผู้ป่วยโรคมะเร็งมีความเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพจิต เนื่องจากโรคมะเร็งเป็นโรคที่ร้ายแรง การรักษามีความยุ่งยากสลับซับซ้อน มีผลข้างเคียงมาก ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลสูง รักษาไม่หาย หรือโรคมะเร็งบางชนิดเมื่อรักษาหายแล้วก็ยังมีโอกาสกลับเป็นซ้ำได้อีก และมีอัตราการรอดชีวิตต่ำ ดังนั้นผู้ป่วยโรคมะเร็งจึงมีแนวโน้มที่จะมีสภาพจิตใจและอารมณ์ที่ประหลาด และมีความต้องการทางด้านจิตวิญญาณที่มากกว่าปกติ ฉะนั้นหากผู้ป่วยโรคมะเร็งไม่ได้รับการสำรวจและค้นหาปัญหาสุขภาพจิตและความต้องการด้านจิตวิญญาณ เพื่อให้การช่วยเหลือดูแลอย่างรวดเร็วและถูกต้องตรงตามปัญหาและความต้องการ ก็จะทำให้ผู้ป่วยโรคมะเร็งเกิดปัญหาสุขภาพจิตที่รุนแรงขึ้นไปและอาจป่วยด้วยโรคทางจิตเวชได้

การศึกษาครั้งนี้ ผู้ศึกษาจะสำรวจปัญหาสุขภาพจิตของผู้ป่วยโรคมะเร็ง ตามกรอบแนวคิดโกลด์เบิร์ก (Goldberg, 1972) ซึ่งกล่าวว่าบุคคลใดมีสุขภาพจิตปกติหรือไม่ สามารถประเมินได้จากปัญหาสำคัญ 2 ประการ ได้แก่ การที่ไม่สามารถดำเนินชีวิตด้านต่างๆ ได้อย่างปกติสุขตามที่ควรจะเป็น และการที่มีปัญหาทำให้เกิดความทุกข์ใจ ส่งผลให้แสดงออกถึงความไม่มีความสุข ก่อให้เกิดปัญหาและแสดงอาการหรือความพร่อง 4 ด้าน คือ อาการทางกาย (Somatic Symptoms) อาการวิตกกังวลและการนอนไม่หลับ (Anxiety and insomnia) ความบกพร่องทางสังคม (Social dysfunction) และอาการซึมเศร้าที่รุนแรง (Severe depression) และสำรวจความต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยโรคมะเร็ง ตามกรอบแนวคิดความต้องการด้านจิตวิญญาณของ เทย์เลอร์ (Taylor, 2006) ซึ่งกล่าวว่าความต้องการด้านจิตวิญญาณ คือ ความปรารถนาที่จะได้รับสิ่งที่มีความจำเป็นต่อชีวิต ที่มีจุดมุ่งหมายเพื่อทำให้ชีวิตดีขึ้น มีพลังในการดำเนินชีวิต และมีองค์ประกอบความต้องการด้านจิตวิญญาณ 7 ด้าน คือ 1) ความต้องการมีทัศนคติเชิงบวกและต้องการมีความหวัง 2) ความต้องการเชื่อมโยงกับศาสนา สิ่งสูงสุดและสิ่งยึดเหนี่ยวอื่น 3) ความต้องการที่จะให้และได้รับความรักจากบุคคลอื่น 4) ความต้องการทบทวนความเชื่อ 5) ความต้องการมีความหมายและเป้าหมายในชีวิต 6) ความต้องการปฏิบัติกิจกรรมตามความเชื่อทางศาสนา และ 7) การเตรียมพร้อมในการเข้าสู่ความตาย

โดยการศึกษาครั้งนี้จะทำให้ทราบถึงปัญหาสุขภาพจิตและความต้องการด้านจิตใจของผู้ป่วยโรคมะเร็ง ซึ่งจะนำข้อมูลที่ได้จากการสำรวจมาใช้ประโยชน์สำหรับการวางแผนดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็ง เพื่อให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป