บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาความต้องการของผู้ป่วยมะเร็งในการได้รับการบอกความจริงเกี่ยวกับความเจ็บป่วยจากทีมสุขภาพ ผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

แนวคิดเกี่ยวกับมะเร็ง

แนวคิดเกี่ยวกับการบอกความจริง

หลักการทางจริยศาสตร์ที่เกี่ยวข้องกับการบอกความจริง

ผลกระทบจากการบอกความจริง

การเผชิญปัญหาในผู้ป่วยมะเร็งภายหลังได้รับการบอกความจริง

ความต้องการของผู้ป่วยมะเร็งในการได้รับการบอกความจริง

- ความต้องการเกี่ยวกับประเภทของข้อมูล
- ความต้องการเกี่ยวกับผู้บอกความจริง
- ความต้องการเกี่ยวกับวิธีการบอกความจริง
- ความต้องการเกี่ยวกับสถานที่และเวลาในการบอกความจริง

ความต้องการความช่วยเหลือภายหลังได้รับการบอกความจริง

- ความต้องการความช่วยเหลือด้านร่างกาย
- ความต้องการความช่วยเหลือด้านจิตสังคม
- ความต้องการความช่วยเหลือด้านจิตวิญญาณ
- ความต้องการความช่วยเหลือด้านเศรษฐกิจ

แนวคิดเกี่ยวกับโรคมะเร็ง

ความหมาย

โรคมะเร็ง (cancer) หมายถึง โรคของเนื้องอกหรืออาจใช้คำว่าเนื้อร้ายแทนคำว่ามะเร็ง (อุปมา, 2541) ที่เกิดความผิดปกติทางยีนหรือโครโมโซมที่มีการเปลี่ยนแปลงทางลักษณะเซลล์อย่างจำเพาะ คือเซลล์แบ่งตัวและเพิ่มจำนวนมากขึ้น เจริญเติบโตเร็วรุกล้ำ (invasion) เป็นเนื้องอกที่ไม่อยู่กับที่ ไม่อยู่ในอำนาจการควบคุมตามปกติและมีโทษต่อร่างกาย (มธุรส, 2542) สามารถลุกลามไปยังอวัยวะใกล้เคียงและกระจาย (metastasis) ไปยังเนื้อเยื่อและตำแหน่งของ

อวัยวะอื่นๆซึ่งห่างไกลจากก้อนมะเร็งเดิม (สฤกพรรณ และวสันต์, 2542; Carignan, 1993) ลักษณะการโตของก้อนมะเร็งจะมีส่วนยื่นเข้าไปในเนื้อเยื่อปกติโดยรอบเหมือนปู (สัญลักษณ์ของมะเร็งหรือเครื่องหมายขององค์กรต่างๆ จึงมักจะใช้รูปปู) มะเร็งเกิดได้กับทุกอวัยวะของร่างกาย มะเร็งระยะแรกจะยังไม่มีอาการต่อมามีการแบ่งตัวเพิ่มมากขึ้นจนกลายเป็นก้อนเนื้อใหญ่เมื่อก้อนโตขึ้นแทรกเข้าไปในเส้นประสาท หลอดเลือด หลอดน้ำเหลือง ก็จะกดเส้นประสาท และรากประสาท (Bonica, 2001) จนเกิดอาการปวด และอาการอื่นๆตามมา เกิดผลกระทบต่อระบบกายวิภาคทำให้ระบบต่างๆภายในร่างกายไม่สามารถทำงานได้ตามปกติ ทำให้ร่างกายทรุดโทรมจนถึงแก่ชีวิต

อุบัติการณ์

โรคมะเร็งเป็นปัญหาสาธารณสุขที่เพิ่มสูงขึ้นทุกปีตลอดระยะเวลา 20 ปีที่ผ่านมาและเป็นสาเหตุการตายที่สำคัญของคนไทย พบว่าเป็นสาเหตุการตาย 1 ใน 3 อันดับแรกของประเทศไทย และนับวันจะพบอุบัติการณ์ของการเกิดโรคมะเร็งเพิ่มมากขึ้นเรื่อยๆ ดังเช่นสถิติการตายในปี พ.ศ. 2540-2545 เป็นต้นมามีอัตราการตายด้วยโรคมะเร็งเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่องคือ ร้อยละ 43.4, 48.7, 58.6, 63.9 และ 68.46 ตามลำดับ (สถิติสาธารณสุข, 2546) และในปี พ.ศ. 2546 พบว่าโรคมะเร็งเป็นสาเหตุการตายที่สำคัญอันดับ 2 ของคนไทยทั้งชายและหญิงทุกกลุ่มอายุ (จันทร์เพ็ญ, 2546)

ผลกระทบ

มะเร็งเป็นโรคที่น่ากลัวผู้ป่วยต้องเผชิญกับปัญหาต่างๆหลายด้านตลอดระยะเวลาของการเจ็บป่วย ผู้ป่วยมะเร็งส่วนใหญ่มักจะรู้สึกสิ้นหวังและท้อแท้ (Clark, 1993) ต้องประสบกับความทุกข์ทรมานเพราะพยาธิสภาพของโรคที่เกิดขึ้นทำให้ บั่นทอนการดำรงชีวิตที่เป็นปกติสุข ต้องเจ็บปวดจากพยาธิสภาพของโรคและความไม่แน่นอนของโรค ไม่สามารถหวังผลในการรักษา สูญเสียค่าใช้จ่ายมากกว่าผู้ป่วยทั่วไปและใช้เวลาในการรักษานานมากกว่าโรคอื่นๆ (ประคอง, ขนิษฐา และวรชัย (2539) มองโรคมะเร็งว่าเป็นโรคที่น่ากลัว จะมีชีวิตสั้นและเสียชีวิตในเวลาอันรวดเร็ว จากอาการของโรคมะเร็งส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยอย่างมาก ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ บทบาททางสังคม สัมพันธภาพในครอบครัว และฐานะทางเศรษฐกิจ (Parzuchowski, 1994)

ผลกระทบทางด้านร่างกาย จากลักษณะพยาธิสภาพและการดำเนินโรค ผู้ป่วยมะเร็งส่วนมากจะมีอาการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย (Carignan, 1993) มีอาการเจ็บปวด

ร้อยละ 60-90 โดยเฉพาะผู้ป่วยมะเร็งในระยะลุกลามจะมีอาการเจ็บปวดในระดับปานกลางถึงรุนแรง เป็นความเจ็บปวดที่รุนแรงเรื้อรังและไม่สามารถขจัดความเจ็บปวดให้หายไปได้โดยเด็ดขาด โดยมีสาเหตุมาจากตัวของโรคมะเร็งเองที่มีก้อนไป บุกรุก กดเบียด หรืออุดตันต่ออวัยวะหรือเส้นประสาทที่มีผลต่อการทำหน้าที่ของอวัยวะไม่เป็นไปตามปกติ ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันต่างๆลดลง และพบว่าผู้ป่วยมะเร็งมีความปวดมาจากการบำบัดรักษา ร้อยละ 20-30 (สถาพร, 2539) การศึกษาเฟอร์เรล, แกรนท์, ฟังค์ โอทิส-กรีน และการ์เซีย (Ferrel, Grant, Funk, Otis-Green, & Garcia, 1997) ซึ่งศึกษาคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมพบว่าความเจ็บปวดเป็นปัญหาใหญ่ที่เกี่ยวข้องกับความผาสุกทางกายเช่น ความเจ็บปวดจากการผ่าตัด เคมีบำบัด นอกจากนี้ยังมีอาการทางกายอื่นๆเช่น ความเหนื่อยล้า คลื่นไส้อาเจียน สูญเสียการได้ยิน น้ำหนักลด สอดคล้องกับการศึกษาของพอร์ทีนอย และคณะ (Portenoy et al., 1994) ซึ่งศึกษาในผู้ป่วยมะเร็งรังไข่พบว่าความเจ็บปวดในระดับปานกลางจนถึงระดับรุนแรงจะขัดขวางการทำหน้าที่ต่างๆของร่างกาย เช่น การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ขณะเดียวกันการศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษาพบว่าผู้ป่วยมะเร็งมีความทุกข์ทรมานจากอาการของโรค ทำให้รับประทานอาหารไม่ได้/น้ำหนักลด อ่อนเพลีย/เดินไม่ไหว (แสงอรุณ, 2534) จึงมักจะพบเห็นผู้ป่วยมะเร็งมีอาการอ่อนเพลีย น้ำหนักตัวลด ไม่มีแรง หรือพบอาการคลื่นไส้อาเจียนในผู้ป่วยที่มีอาการของโรคในระยะสุดท้าย อาการดังกล่าวล้วนส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเพราะต้องพึ่งพาผู้อื่น ไม่สามารถควบคุมโรคได้ ซึ่งการเกิดปัญหาทางด้านร่างกายจะยิ่งส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความรู้สึกไม่สุขสบาย (พิไลรัตน์, 2542)

ผลกระทบทางด้านจิตใจ ผู้ที่เจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งซึ่งเป็นโรคเรื้อรัง ใช้เวลาในการรักษานาน ไม่สามารถหวังผลของการรักษาได้ ก่อให้เกิดความรู้สึกไม่แน่นอนในชีวิต รู้สึกหมดหวังและนึกถึงความตาย (Ferell, 1995) ซึมเศร้า วิตกกังวลซึ่งเป็นอาการที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยมะเร็ง (ธนา และสิวลี, 2542) ผลกระทบทางจิตใจที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยจะแตกต่างกันตั้งแต่ระยะเริ่มได้รับการวินิจฉัยจนถึงระยะสุดท้ายของชีวิต (ธนิญา, 2545) ในขณะเดียวกันผู้ป่วยต้องเผชิญกับปัญหาต่างๆหลายด้านตลอดระยะเวลาของการเจ็บป่วย ทั้งจากอาการของโรคโดยตรง ผลข้างเคียงจากการรักษา (ธนา และสิวลี, 2542) ผู้ป่วยมะเร็งมีความรู้สึกทุกข์ทรมานจะมากหรือน้อยขึ้นกับปัญหาตามความถี่และความรุนแรงของโรค และระยะเวลาของอาการที่เกิดขึ้น โดยเฉพาะความวิตกกังวลต่างๆเกี่ยวกับความเจ็บป่วย กังวลเกี่ยวกับการรอดชีวิต (แสงอรุณ, 2535; Otto, 1994) การรักษาต้องรักษาในโรงพยาบาลใหญ่ๆ ห่างไกลญาติพี่น้องทำให้รู้สึกเหมือนถูกทอดทิ้ง

ความกลัวต่างๆที่เกิดขึ้นจากการต้องเข้ารับการรักษาพยาบาล การพลัดพรากจากครอบครัว สูญเสียการพึ่งพาตนเอง กลัวความเจ็บปวดทุกข์ทรมานจากโรค ก่อให้เกิดความรู้สึกซึมเศร้า (Brooks, 1979 อ้างตาม วริยา, 2538)

ผลกระทบทางด้านจิตวิญญาณ บุคคลที่อยู่ในภาวะวิกฤต เช่น ในภาวะเจ็บป่วย ภาวะเครียด โดยเฉพาะโรคมะเร็งซึ่งเป็นโรคที่ไม่สามารถหวังผลในการรักษาได้ การรับรู้ความเจ็บป่วยที่มีความรุนแรงส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดภาวะบีบคั้นทางด้านจิตวิญญาณ (Burnard, 1987) และมีความผาสุกทางจิตวิญญาณลดน้อยลง ผู้ป่วยจะแสดงออกถึงความต้องการด้านจิตวิญญาณอย่างชัดเจน (ธนิญา, 2545) ต้องการสิ่งยึดเหนี่ยวทางจิตใจ ที่พึ่งทางใจ (ทัศนีย์, 2543) ผลกระทบของความเจ็บป่วยต่อความต้องการทางด้านจิตวิญญาณ ทำให้เกิดความหวาดหวั่นในการรักษา มีความวิตกกังวลจากความไม่แน่นอนในชีวิต ความทุกข์ทรมานที่เกิดขึ้นส่งผลให้ผู้ป่วยเสื่อมศรัทธาจากศาสนาหรือสิ่งที่นับถือ (ทัศนีย์, 2543; บุบผา, 2536) ผู้ป่วยบางรายมีความเชื่อในสิ่งที่เหนือธรรมชาติแต่ไม่สามารถกระทำในสิ่งที่ตนเองต้องการได้ย่อมส่งผลกระทบต่อความต้องการด้านจิตวิญญาณ ซึ่งผลกระทบที่เกิดขึ้นจะมีความสัมพันธ์กับอาการทางกาย ระยะเวลา และความรุนแรงของโรค (บุบผา, 2536)

ผลกระทบทางด้านสังคมและเศรษฐกิจ การเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งซึ่งเป็นโรคเรื้อรังและต้องใช้เวลาในการรักษานาน ร่วมกับพยาธิสภาพของโรคที่รุนแรงตามระยะเวลา ส่งผลให้ผู้ป่วยมีสุขภาพอ่อนแอลง ทำงานหนักไม่ได้ ส่งผลกระทบต่อหน้าที่การงาน และบทบาททางสังคมต้องปรับเปลี่ยนหรือถูกโยกย้ายหน้าที่โดยไม่สมัครใจ (Fredette, 1995) รวมทั้งผลข้างเคียงจากการรักษาทำให้ภาพลักษณ์เปลี่ยนแปลง มีผลต่อการเข้าสังคมและการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น (Freedman, 1994) และมีผลกระทบโดยตรงต่อภาวะเศรษฐกิจ และบุคคลในครอบครัว โดยเฉพาะผู้ที่มีหน้าที่ในการหาเลี้ยงครอบครัว ต้องรับผิดชอบผู้ที่อยู่ในความดูแล บางครั้งต้องทำงานทั้งๆที่ไม่มีแรง บางรายสามีหรือภรรยาต้องทำงานคนเดียว รายได้ในครอบครัวลดลง (แสงอรุณ, อังศุมา และอาภรณ์, 2539) แต่ค่าใช้จ่ายเพิ่มมากขึ้น ตั้งแต่ได้รับการวินิจฉัยโรค เช่น ค่าตรวจค่าตัดชิ้นเนื้อ ค่าใช้จ่ายในการรักษา เช่น รังสีรักษา เคมีบำบัด ตลอดจนค่าใช้จ่ายในการนัดมาตรวจเพื่อติดตามผลการรักษา เพราะปัญหาทางการเงินเป็นปัญหาที่มีความสำคัญมากที่สุดอย่างหนึ่งสำหรับผู้ป่วยและครอบครัว ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของเฟอร์เรล, แกรนท์, ฟุงค์, โอทิส-กรีน และการ์เซีย (Ferrel, Grant, Funk, Otis-Green, & Garcia, 1997) กล่าวว่าค่ารักษาพยาบาลเป็น

สาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยมะเร็งมีความซึมเศร้า นอกจากนี้พบว่าผู้ป่วยมะเร็งมักแสวงหาการรักษาการแพทย์ทางเลือกและการเยียวยารักษาด้วยตนเองมากขึ้นนอกเหนือจากการรักษาทางการแพทย์แผนปัจจุบัน เช่น การใช้สมุนไพร ความเชื่อทางไสยศาสตร์ (กนกนุช, 2541) สอดคล้องกับการศึกษาของโกซุม, ทีเซล และคอค (Gozum, Tezel, & Koc, 2003) พบว่าผู้ป่วยมะเร็งในประเทศตุรกีตะวันออกร้อยละ 41.1 จะใช้บริการสุขภาพทางเลือกร่วมกับการรักษาทางการแพทย์หลังจากรับรู้ผลการวินิจฉัยโรคมะเร็ง สอดคล้องกับการศึกษาของพอลเทียล และคณะ (Paltiel et al., 2001) ซึ่งศึกษาเกี่ยวกับการเลือกรักษาอย่างอื่นร่วมกับการรักษาของแพทย์ พบว่าผู้ป่วยมะเร็งร้อยละ 51.2 ใช้บริการสุขภาพทางเลือกร่วมด้วยอย่างน้อย 1 อย่างตั้งแต่เริ่มรับทราบผลการวินิจฉัยโรค

แนวคิดเกี่ยวกับการบอกความจริง

ความหมาย

การบอกความจริง (truth telling) หมายถึงการให้ข้อมูลที่เป็นความจริง ไม่ปิดบังไม่โกหกหลอกลวง (Fry, 1994) ตั้งอยู่บนพื้นฐานด้านจริยธรรม และแสดงถึงความรับผิดชอบในกระบวนการรักษาพยาบาล และการติดต่อสื่อสารที่ซื่อตรงโดยอยู่บนพื้นฐานของการตัดสินใจเชิงจริยธรรม (Williamson & Livingston, 1992)

วัตถุประสงค์ของการบอกความจริง

การบอกความจริงเป็นพื้นฐานที่สำคัญในการปฏิบัติตามหลักจริยธรรมและศีลธรรม (Tschudine, 1992) การบอกข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยและข้อมูลอื่นๆตามความจริง เป็นสิ่งที่สำคัญมากในกระบวนการดูแลสุขภาพ แสดงถึงการเคารพในความเป็นบุคคล (Williamson & Livingston, 1992) เป็นการให้ข้อมูลที่ทำให้ผู้ป่วยสามารถตัดสินใจเลือกแนวทางในการรักษาได้ถูกต้องและมีประสิทธิภาพ (มัญชุภา, 2541; สมจิต, 2537; Williamson & Livingston, 1992) ทำให้ผู้ป่วยเกิดความเข้าใจ คลายความวิตกกังวล ให้ความร่วมมือในการรักษา ก่อให้เกิดสัมพันธภาพที่ดีระหว่างแพทย์กับผู้ป่วย ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวเผชิญความเครียด และสิ่งที่มาคุกคามได้อย่างมีประสิทธิภาพ ช่วยลดความวิตกกังวล ความรู้สึกไม่แน่นอน สามารถเข้าใจเหตุการณ์ได้ถูกต้อง และเพื่อคงไว้ซึ่งความไว้วางใจ ความซื่อสัตย์ต่อกันระหว่างแพทย์กับผู้ป่วย (รัตนา, 2541) ทำให้ผู้ป่วยได้รู้อนาคต ได้รู้ความจริงที่เกิดขึ้นกับตนเอง จะได้เตรียมตัวเตรียมใจปฏิบัติหน้าที่และจัดการวางแผนชีวิตต่างๆให้เสร็จสิ้น และเตรียมพร้อมต่อการจากไปอย่าง

สมศักดิ์ศรีของมนุษย์โดยเฉพาะผู้ป่วยที่อยู่ในวาระสุดท้ายของชีวิต การบอกความจริงเป็นการเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ระบายความรู้สึกส่วนตัวและสิ่งที่อยากพูดออกมา สอดคล้องกับข้อมูลจากการศึกษาแพทย์ 146 ราย ในโรงพยาบาลรามาธิบดีพบว่าแพทย์ส่วนใหญ่ร้อยละ 70.1 คิดว่าควรบอกการวินิจฉัยโรคมะเร็งแก่ผู้ป่วย และร้อยละ 43.9 ไม่แน่ใจหรือคิดว่าไม่ควรบอกการพยากรณ์โรคต่อผู้ป่วยระยะสุดท้าย (อนันต์ และธนา, 2540) การบอกข้อมูลที่เป็นจริงแก่ผู้ป่วยเป็นสิ่งที่จำเป็นและถือว่าเป็นหน้าที่ของแพทย์ เพราะเป็นบุคคลที่มีความรู้เกี่ยวกับโรคและข้อมูลของผู้ป่วย (วิฑูรย์, 2537)

การบอกความจริงก่อให้เกิดทั้งผลดีและผลเสียต่อผู้ป่วยและครอบครัว สำหรับผลดีจากการบอกความจริงสามารถระบุได้ดังนี้ (กัลยาณี, 2543; รัตนา, 2541; สมจิต, 2537; Williamson & Livingston, 1992) 1) ช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวเข้าใจเหตุการณ์ได้อย่างถูกต้องตรงกับความจริง ยอมรับความจริง ยินยอมต่อการรักษาที่แพทย์กำหนด 2) ทำให้ไม่เสียเวลาและจัดการวางแผนอนาคต 3) มีเจตคติและการรักษาที่ดีขึ้น มีความหวัง 4) ลดความวิตกกังวล ความรู้สึกไม่แน่นอน 5) ช่วยในการปรับตัวเตรียมพร้อมต่อการเผชิญปัญหา เผชิญกับความเจ็บป่วย 6) ช่วยให้เรียนรู้และพัฒนาศักยภาพตนเอง 7) จัดระบบการดูแลตนเองได้ต่อเนื่อง อยู่กับความเจ็บป่วยได้อย่างมีคุณภาพ และ 8) เกิดสัมพันธภาพที่ดีระหว่างแพทย์กับผู้ป่วย

สำหรับผลเสียของการบอกความจริงประกอบด้วย 1) อาจจะเสียกำลังใจทำให้อาการทรุดหนักลง 2) ก่อให้เกิดความกลัว ความวิตกกังวลกับสิ่งที่จะเกิดขึ้น (จุฬาวรรณ, 2544) 3) ผู้ป่วยอาจปฏิเสธการรักษา 4) รู้สึกหมดหวัง/หมดกำลังใจ/ท้อแท้ อารมณ์ซึมเศร้า 5) หนีไปรักษาในทางที่ผิด และอาจมีพฤติกรรมการทำลายตัวเองและสังคมของผู้ป่วย (จุฑามาศ, 2542)

กระบวนการในการบอกความจริง

การบอกความจริงให้ผู้ป่วยทราบจำเป็นจะต้องมีการวิเคราะห์ถึงความเสี่ยงและประโยชน์ที่เกิดจากผลของการบอกความจริง การบอกความจริงจะทำให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจ เกิดสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน ช่วยให้แพทย์ พยาบาล และผู้ป่วยเลือกวิธีการบอกความจริงที่ดีที่สุด นอกจากนี้ยังต้องพิจารณาถึงผลดีผลเสีย ปัจจัยที่เกี่ยวข้องทั้งหมดในการบอกความจริง จะช่วยให้ผู้ป่วยได้รับวิธีการบอกความจริงที่ดี ซึ่งรูปแบบการบอกความจริงเป็นความสัมพันธ์ขั้นพื้นฐานระหว่างแพทย์ พยาบาล กับผู้ป่วย เป็นแนวทางให้แพทย์ พยาบาลใช้ในการตัดสินใจที่จะบอกความจริงให้กับผู้ป่วยทราบ ซึ่งในทุกสถานการณ์จะต้องพิจารณาถึงผู้ป่วย ครอบครัว คุณค่า และความต้องการรู้ความจริงของผู้ป่วย รูปแบบการบอกความจริงที่วิลเลียมสัน และลีฟวิงตัน (Williamson & Livingston, 1992) เสนอไว้มี 3 ขั้นตอน คือ 1) การประเมินคุณค่าของผู้ป่วย

2) การประเมิน วุฒิภาวะ อายุ และผลกระทบที่จะเกิดจากการบอกความจริง และ 3) ประเมินการเผชิญปัญหา ดังรายละเอียดต่อไปนี้

ขั้นการประเมินสภาพ เป็นการเตรียมพร้อมผู้ป่วยที่ทีมสุขภาพนำมาประกอบในการตัดสินใจว่าจะบอกหรือไม่บอกความจริงให้ผู้ป่วยทราบโดยมีขั้นตอนการประเมินสภาพดังนี้

(1) การประเมินคุณค่าของผู้ป่วย ความต้องการมีส่วนร่วมในการดูแลตนเอง ตลอดจนภูมิหลัง วัฒนธรรม ความเชื่อที่มีอิทธิพลเกี่ยวกับสุขภาพและการเจ็บป่วย ความวิตกกังวลต่อการทราบความจริงเกี่ยวกับการวินิจฉัย การรักษามากน้อยเพียงใด ในขณะที่บอกความจริง ผู้ป่วยต้องการอยู่คนเดียว หรือต้องการให้มีใครอยู่ด้วย และมีความต้องการรู้ข้อมูลความจริงมากน้อยเพียงใด

(2) การประเมิน วุฒิภาวะ อายุ และผลกระทบที่จะเกิดจากการบอกความจริง รวมทั้งสภาพจิตใจ ความสามารถในการตัดสินใจ ความเข้าใจในข้อมูลที่บอก การแสดงออกที่สมเหตุสมผล รวมทั้งประเมินการรับรู้ของผู้ป่วยด้านการเขียน การอ่าน และความสามารถในการทบทวนข้อมูลที่ง่ายๆ ระดับความวิตกกังวลของผู้ป่วยที่เกี่ยวกับสุขภาพ อะไรที่ผู้ป่วยกังวล อะไรที่ผู้ป่วยต้องการรู้จริงๆ ผู้ป่วยคาดหวังว่าอะไรจะเกิดขึ้น และต้องการข้อมูลอะไร

(3) ประเมินการเผชิญปัญหา และการปรับตัว ที่ผู้ป่วยใช้ในการเจ็บป่วย การนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาล เหตุการณ์ยากลำบากที่ผ่านมา ตลอดจนสภาพจิตใจ ระดับความวิตกกังวล ความเศร้าโศก การปฏิเสธ การปรับตัวกับเหตุการณ์ต่างๆที่ผ่านมา

จากการรวบรวมข้อมูลต่างๆที่เกี่ยวกับผู้ป่วย ครอบครัว แพทย์ และเหตุการณ์ที่เกี่ยวข้อง พยาบาลต้องนำมาวิเคราะห์ และประยุกต์ใช้กับหลักการทางด้านจริยธรรม ในการเลือกวิธีการให้ข้อมูลข่าวสารแก่ผู้ป่วยที่เหมาะสมมี 4 วิธี คือ (Williamson & Livingston, 1992)

(1) การบอกความจริงทั้งหมด (whole truth) ให้บอกข้อมูลทั้งหมดตามความเป็นจริงโดยไม่ปิดบัง การบอกความจริงทั้งหมดนั้นจะต้องมีความเห็นตรงกันระหว่างผู้ป่วย ครอบครัว พยาบาล แพทย์ และผู้ป่วยต้องการทราบความจริง ซึ่งสิ่งที่ต้องคำนึงถึงเป็นอย่างยิ่งคือ ภูมิหลังของผู้ป่วยในการเผชิญปัญหาที่ผ่านๆมา (Asai, 1995; Hassan, 1998) ผู้ที่เป็นคนบอกต้องเป็นผู้ที่มีความรู้เกี่ยวกับโรคของผู้ป่วย มีทักษะในการสื่อสาร มีสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วยและครอบครัว มีความเข้าใจเกี่ยวกับคุณค่า ความเชื่อ มีทักษะในการให้คำปรึกษา และต้องมีเวลาให้กับผู้ป่วย

(2) การบอกความจริงบางส่วน (partial truth) การบอกความจริงบางส่วนให้ผู้ป่วยทราบเป็นทางเลือกที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยที่ใช้วิธีการเผชิญปัญหาในรูปแบบการปฏิเสธกับ

สถานการณ์ความเจ็บป่วยที่รุนแรง โดยการรับข้อมูลแต่น้อยค่อยๆบอกข้อมูลแต่ละส่วน เพื่อให้ผู้ป่วยปรับตัวยอมรับความเจ็บป่วย ผู้บอกจะรอจนกว่าผู้ป่วยแสดงความต้องการอยากทราบข้อมูลเพิ่มขึ้น สุดท้ายผู้ป่วยก็จะได้รับความจริงทั้งหมด การบอกความจริงควรบอกเฉพาะบางเรื่องแก่ผู้ป่วยโดยการประเมินข้อดี ข้อเสียที่จะเกิดขึ้น

(3) การหลอกลวง (deception) เป็นการให้ข้อมูลที่ทำให้ผู้รับเกิดความเข้าใจผิด พูดไม่ตรงกับความจริง ซึ่งจะใช้ในสถานการณ์ที่การบอกความจริงจะมีผลกระทบต่อภาวะสุขภาพของผู้ป่วยหรือของผู้อื่น บุคลากรทีมสุขภาพจะต้องใช้ความระมัดระวังอย่างมากในการใช้วิธีการหลอกลวงเพราะผลที่ตามมาหากผู้ป่วยรับทราบความจริงจะก่อให้เกิดความไม่ไว้วางใจในทีมสุขภาพ อาจมีผลกระทบต่อผลการรักษา

(4) การชลอความจริง (truth delay) เป็นการยืดเวลาในการบอกความจริง ซึ่งจะต้องมีการประสานงานกับทีมสุขภาพก่อนจะบอกกับผู้ป่วย รวมทั้งร่วมกันศึกษาประเด็นปัญหาทางจริยธรรมเกี่ยวกับคำถามของผู้ป่วยที่ขอรับทราบความจริง วิธีนี้ช่วยให้ทีมสุขภาพมีเวลาในการเตรียมคำตอบให้พร้อมและเกิดความเชื่อมั่นในการบอกความจริง อย่างไรก็ตามการชลอความจริงอาจจะทำให้ผู้ป่วยเกิดความวิตกกังวลได้จากการรอคอย

การเลือกทางเลือกในการบอกความจริงวิธีใดที่เหมาะสมนั้นจะต้องประเมินสถานการณ์ที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วย และตัวผู้ป่วยว่ามีความพร้อม มีความต้องการในการรับทราบความจริงมากน้อยเพียงใดร่วมด้วย

ขั้นลงมือปฏิบัติ การให้ข้อมูลความจริงเกี่ยวกับความเจ็บป่วยแก่ผู้ป่วยมะเร็งนั้นจำเป็นจะต้องเริ่มจากการเตรียมข้อมูล ทราบความต้องการของผู้ป่วยและญาติที่จะรับรู้ความจริง มีทักษะในการสื่อสาร เวลาที่เหมาะสม รับฟัง และเข้าใจปฏิกิริยาผู้ป่วย ใช้ภาษาที่เข้าใจง่าย กระทัดรัด เหมาะสมกับผู้ป่วย เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ซักถาม สื่อสารให้ผู้ป่วยรู้ว่าพร้อมที่จะให้การช่วยเหลือ ห่วงใย อนาทร เข้าใจ และเห็นใจในความทุกข์และความไม่สบายใจ เพราะการสนใจเอาใจใส่อย่างต่อเนื่องเป็นหัวใจที่สำคัญที่แพทย์และพยาบาลจะต้องระลึกไว้เสมอ การมีสัมพันธภาพที่ดีต่อกันจะทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวเกิดความศรัทธา วางใจ กล้าปรึกษา กล้าระบายความรู้สึก (ประคอง, 2529) เมื่อให้ข้อมูลไปแล้วผู้ป่วยไม่เข้าใจจะต้องให้ข้อมูลซ้ำ จะช่วยให้รับรู้ปฏิกิริยาการตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย ช่วยให้ผู้ป่วยมีความหวังอยู่บนพื้นฐานของความจริงว่ายังมีวิธีการรักษา ให้กำลังใจให้ผู้ป่วยพร้อมกับเป็นที่ปรึกษาให้ระบายความทุกข์

โดยเฉพาะในช่วงที่มีอารมณ์เศร้า การบอกความจริงให้ทราบอาจจะทำให้ผู้ป่วยมีจิตใจหดหู่ซึมเศร้ามากขึ้นจึงควรมีการเตรียมการบอกความจริงที่เหมาะสม

เช่นเดียวกับก้องเกียรติ (2545) ได้เสนอแนะแนวทางปฏิบัติในการบอกความจริงที่มีประสิทธิภาพ ไว้ดังนี้

(1) แพทย์ควรจะอยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยให้มากที่สุดเท่าที่จะทำได้ โดยพิจารณาความเหมาะสม

(2) หลีกเลี่ยงการสนทนากับผู้ป่วยในขณะอ่านแฟ้มประวัติ

(3) แพทย์ผู้ที่บอกข่าวร้ายควรจะ “นั่ง” เพื่อเป็นการแสดงถึงความสนใจ และเอาใจใส่อย่างใกล้ชิดของแพทย์ที่มีต่อผู้ป่วย และทำให้ความสนใจของผู้ป่วยมีต่อแพทย์มากขึ้นกว่าการยืนสนทนากัน แพทย์ควรนั่งให้ระดับสายตาตรงกับระดับสายตาของผู้ป่วย

(4) ถามความต้องการของผู้ป่วยว่าจะให้ใครอยู่ด้วยหรือไม่ เพื่อเป็นกำลังใจ หรือไต่ถามเพิ่มเติม

(5) ควรเตรียมกระดาษเช็ดหน้าไว้ใกล้ๆหากผู้ป่วยเสียใจหรือร้องไห้ซึ่งเป็นสิ่งที่แสดงให้เห็นว่ามีความเห็นอกเห็นใจผู้ป่วยและอนุญาตให้ผู้ปวยแสดงอารมณ์ที่เกิดขึ้นได้

(6) แพทย์ควรทำตัวตามสบายและไม่เร่งรีบในการสนทนา

(7) แพทย์ควรประสานสายตากับผู้ป่วยตลอดเวลาระหว่างการสนทนา โดยเฉพาะเวลาที่ผู้ป่วยพูด หากการสนทนานั้นตึงเครียด หรือผู้ป่วยร้องไห้ ก็อาจมองไปทางอื่นชั่วครู่

(8) การเริ่มการสัมภาษณ์ / สนทนา (commencing the interview) ควรเริ่มจากการแนะนำตัวของแพทย์และบอกจุดประสงค์ของการสนทนาครั้งนี้ กล่าวสวัสดีก่อนการทักทายญาติเพื่อแสดงถึงความสำคัญของผู้ป่วย

(9) ควรแจ้งข้อมูลให้ทราบอย่างช้าๆ ครั้งละ 1-2 ประโยค หยุดให้ผู้ป่วยซักถามหรือทำความเข้าใจแล้วจึงพูดต่อ

(10) ไม่ควรปิดกั้น หรือตัดความหวังของผู้ป่วย แม้จะเป็นได้ยากตามทัศนะของแพทย์ แต่ควรให้การสนับสนุนผู้ป่วยตามสมควรและป้องกันการเข้าใจผิด ไม่สร้างความหวังจนเกินจริง

จะเห็นว่าจากแนวทางดังกล่าว ทีมสุขภาพสามารถนำมาเป็นแนวทางในการปฏิบัติในการบอกความจริงให้ผู้ป่วยทราบเมื่อเกิดปัญหาในการบอกความจริงได้อย่างเหมาะสมกับสถานการณ์และเกิดประโยชน์สูงสุดกับผู้ป่วยมีผลกระทบต่อผู้ป่วยน้อยที่สุด

ขั้นการประเมินผล เป็นขั้นตอนสุดท้ายในการบอกความจริง ซึ่งความสำเร็จจากการตัดสินใจบอกความจริงที่เหมาะสม สามารถประเมินได้จาก 1) ผู้ป่วยมีความผาสุกจากการบอกความจริง 2) ลดความไม่สุขสบาย ความกังวลของผู้ป่วย 3) ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการดูแลตนเองมากขึ้น 4) ผู้ป่วยสามารถวางแผน และตั้งเป้าหมายในระยะสั้น-ระยะยาว มีบทบาทในการเข้าสังคมมากขึ้น 5) ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการตัดสินใจในกระบวนการบอกความจริง และ 6) ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการรักษาที่ตนเองมีสิทธิ์เลือก

หลักการทางจริยศาสตร์ที่เกี่ยวข้องกับการบอกความจริง

หลักการทางจริยศาสตร์ที่เกี่ยวกับการบอกความจริงที่สำคัญมีดังนี้

การทำประโยชน์เกื้อกูล/การไม่ทำอันตราย (beneficence/nonmaleficence) เป็นการกระทำในสิ่งที่ดีและเป็นประโยชน์แก่ผู้ป่วยและหลีกเลี่ยงการทำอันตรายแก่ผู้ป่วย (Fry, 1994) คำนึงถึงประโยชน์ที่จะเกิดกับผู้ป่วยเป็นสำคัญ นำกลวิธีในการเปิดเผยข้อมูลที่ไม่ทำอันตรายไม่ก่อให้เกิดผลร้ายแก่ผู้ป่วยมาใช้ การบอกนั้นต้องเกิดประโยชน์อย่างแน่นอน ในกรณีที่ผู้ป่วยมีความพร้อมในการรับทราบความจริงจะช่วยให้ผู้ป่วยแสวงหาการรักษาที่เหมาะสม จัดการและวางแผนการดำเนินชีวิต เตรียมตัวเตรียมใจในการเผชิญกับปัญหาที่จะเกิดขึ้น สามารถลดความวิตกกังวล ความเครียด ฉะนั้นการบอกความจริงให้ผู้ป่วยรับทราบและเป็นประโยชน์ต่อผู้ป่วยจึงสอดคล้องกับหลักจริยธรรมข้อนี้

การเคารพเอกสิทธิ์ของผู้ป่วย (autonomy) หมายถึงบุคคลมีอิสระในการทำตามความพอใจของตนเอง ต้องการได้รับความเคารพในความเป็นมนุษย์ซึ่งเป็นลักษณะของตนเอง (ทิพาพันธ์, จินตนา, วิมลรัตน์ และนงเยาว์, 2538) การเคารพการตัดสินใจของผู้ป่วยอย่างอิสระปราศจากการจูงใจ การขู่เข็ญหรือบังคับ การเคารพความเป็นบุคคลของผู้ป่วยแสดงออกถึงการให้ความสำคัญกับบุคคลนั้น ให้ความเคารพในสิทธิและความต้องการของผู้ป่วย การบอกความจริงตามที่ผู้ป่วยต้องการถือว่าเป็นการเคารพเอกสิทธิ์ของผู้ป่วย เนื่องจากผู้ป่วยต้องอาศัยข้อมูลที่เป็นจริงในการตัดสินใจที่สอดคล้องกับความต้องการของตนเอง

การบอกความจริง (veracity/truthfulness) บุคคลมีสิทธิรับรู้ข้อมูลโดยไม่ต้องร้องขอ เพราะเป็นสิทธิของผู้ป่วยและเป็นการพิทักษ์คุณค่าความเป็นมนุษย์ และก่อให้เกิดความไว้วางใจที่

มีผลต่อสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน เพราะความจริงเป็นสิ่งที่มนุษย์ทุกคนอยากรู้จึงมีการแสวงหาความจริง (ลออ, 2534) การไม่รู้ก่อให้เกิดความวิตกกังวลมีผลเสียต่อสุขภาพ แต่การบอกความจริงต้องคำนึงถึงประโยชน์ที่จะเกิดกับผู้ป่วยให้มากที่สุด (Beare & Myers, 1994) ในความเป็นจริงพบว่าผู้ป่วยจะถูกละเมิดสิทธิความเป็นบุคคลในเรื่องการบอกความจริงเกี่ยวกับความเจ็บป่วยด้วยโรคที่ร้ายแรง อันเนื่องมาจากแพทย์ พยาบาล หรือญาติตัดสินใจแทนผู้ป่วย ไม่ต้องการให้ผู้ป่วยรู้ความจริง (จารุวรรณ, 2538) ซึ่งเป็นประเด็นขัดแย้งที่ทีมสุขภาพพบมากในการปฏิบัติทางการพยาบาล (สิวลี, 2542)

ความซื่อสัตย์ (fidelity) การบอกความจริงให้ผู้ป่วยรับทราบถือเป็นความซื่อสัตย์ที่มีต่อผู้ป่วย ความซื่อสัตย์เป็นการรักษาคำมั่นสัญญาต่อกันทำให้เกิดความไว้วางใจในสัมพันธภาพต่อกัน แต่การไม่บอกความจริงให้ผู้ป่วยทราบเป็นการไม่ซื่อสัตย์ต่อผู้ป่วย และยังผิดต่อจริยธรรมด้วย

ความยุติธรรมหรือความเสมอภาค (justice) การบอกความจริงแสดงถึงความยุติธรรมหรือความเสมอภาคในการดูแลรักษาที่ได้รับจากทีมสุขภาพ การบอกความจริงถือเป็นการเคารพสิทธิในการตัดสินใจและทางเลือกในการรักษาทางการแพทย์ของผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาของตนเอง

ผลกระทบจากการบอกความจริง

การบอกความจริงที่เป็นข่าวร้ายแก่ผู้ป่วยมะเร็งเป็นความเครียดและเป็นภาวะวิกฤตทางจิตใจที่ไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้ (Baile & Beale, 2001) ก่อให้เกิดความรู้สึกกลัว วิตกกังวล ท้อแท้ หมดหวัง ซึมเศร้า เกิดความไม่แน่นอนในชีวิต (จารุวรรณ, 2538) เกิดความเจ็บปวด และทุกข์ทรมานทั้งทางด้านร่างกาย จิตสังคม อารมณ์ และมีผลกระทบต่อบทบาททางสังคม สัมพันธภาพในครอบครัว และฐานะทางเศรษฐกิจ (Parzuchowski, 1994) รวมทั้งด้านจิตวิญญาณ ซึ่งก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อนทางร่างกายและจิตใจเพิ่มเติมจากความเจ็บป่วยที่มีอยู่แล้ว ผู้ป่วยอาจมีปฏิกิริยาที่รุนแรงต่อข่าวร้าย ไม่ยอมรับความจริงหรือผู้ป่วยมีอาการทรุดลงภายหลังรับทราบข่าวร้าย (สันต์, 2542) ผลกระทบที่เกิดขึ้นมีดังนี้

ผลกระทบทางด้านร่างกาย การรับรู้ผลการวินิจฉัยโรคมะเร็งส่งผลให้เกิดความเครียด วิตกกังวล ที่แสดงออกกับร่างกายทำให้นอนไม่หลับ ครุ่นคิด เศร้าโศก เสียใจ รับประทานอาหารไม่ได้ เบื่ออาหาร น้ำหนักลด อ่อนเพลีย ไม่มีแรง ช่วยเหลือตัวเองได้น้อยลง (Lovers & Katherine, 1991) สอดคล้องกับการศึกษาของจุฬาวรรณ (2544) พบว่าผู้ป่วยมะเร็งภายหลังได้รับการบอกความจริงจะกินไม่ได้ นอนไม่หลับ

ผลกระทบทางด้านจิตสังคม โรคมะเร็งเป็นโรคที่บุคคลทั่วไปรับรู้ว่าหมายถึงความตาย เป็นโรคที่เจ็บป่วยร้ายแรง หมดหนทางในการรักษาให้หายขาด ใช้เวลาในการรักษานาน มีความรู้สึกไม่แน่นอนในอนาคต กลัวการเสียชีวิต (Ferrell et al., 1995; Krause, 1991; McGee, 1993) ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งเกือบทุกรายมีปัญหาทางด้านจิตใจ ทางอารมณ์ (ชนิตา และคณะ, 2537; Cowley, Kostic, & Cappello, 1990) จากการที่บุคคลทั่วไปรับรู้ถึงโรคมะเร็งในทางลบ ทำให้เกิดความวิตกกังวลที่ส่งผลให้ผู้ป่วยมีความทุกข์ทรมาน เกิดความรู้สึกหวั่นวิตก ท้อแท้ ซึมเศร้า รับรู้ความเจ็บป่วยอย่างหมดหวัง สูญเสียความมั่นใจในตนเอง รู้สึกว่าการเป็นโรคมะเร็งเป็นสถานการณ์ที่เลวร้าย (จารุวรรณ, 2538; ผ่องศรี, 2539; ลัพณา, 2541; อารี, 2541; Lederberg & Massie, 1993) สอดคล้องกับการศึกษาของนอร์ทัช (Northouse, 1989) พบว่าผู้ป่วยมะเร็งเต้านมร้อยละ 83 มีความเครียดมากที่สุดคือการรับรู้ผลการวินิจฉัยโรคก่อนการผ่าตัด ผู้ป่วยมะเร็งจะเกิดความรู้สึกหวั่นกลัวไปสารพัด กลัวไม่สวย กลัวไม่ปลอดภัย กลัวโรงพยาบาล กลัวความเจ็บปวด กลัวการถูกทอดทิ้ง กลัวโดดเดี่ยว กลัวไม่ได้เข้าสังคม กลัวการมีข้อจำกัดในการทำกิจกรรม กลัวว่าจะไม่ได้ รับการดูแลที่ดี กลัวอาการข้างเคียงจากการรักษา กลัวเกิดโรคซ้ำ (Otto, 1994) สอดคล้องกับการศึกษาของไวส์แมน (Weisman, 1979) พบว่าผู้ป่วยมะเร็งในระยะ 3 เดือนแรกมีอารมณ์ทุกข์มากที่สุดร้อยละ 70 เกิดปฏิกิริยาทางจิตต่างๆ เช่น โกรธ ปฏิเสธ ไม่ยอมรับถอยหนี และอาจทำให้มีความรู้สึกหมดหวังได้ บรู๊ค (Brooks, 1979 อ้างตาม วริยา, 2538) ได้ให้ข้อคิดว่าทัศนคติของคนส่วนใหญ่ที่มีต่อโรคมะเร็งมีความกลัวในเรื่องต่อไปนี้

(1) กลัวความเจ็บป่วยซึ่งต้องเข้ารับการรักษา

(2) กลัวการพลัดพรากจากครอบครัว รวมถึงการสูญเสียความสามารถในการพึ่งพาตนเอง ขาดการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่นในสังคมและกลัวความตาย กลัวไม่ได้รับการดูแลที่ดี

(3) กลัวความเจ็บปวดทุกข์ทรมานจากโรค กลัวเป็นที่รังเกียจของสังคม กลัวความพิการ การไร้ความสามารถและไร้พลัง

ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโรคมะเร็งใน 3 เดือนแรก จะมีความวิตกกังวลในทุกๆด้าน (สุภาณี, 2536) จากการศึกษาของไวส์แมน (Weisman, 1979) พบว่าผู้ป่วยมะเร็งมีความรู้สึกกังวลเกี่ยวกับเรื่องต่างๆ ซึ่งแสงอรุณ (2535) ได้สรุปการศึกษาของไวส์แมน (Weisman, 1979) ไว้ดังนี้

(1) กังวลด้านสุขภาพ (health concerns) ผู้ป่วยมักจะกังวลเกี่ยวกับสุขภาพปัญหาและอาการต่างๆ การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน วิธีการรักษา ผลการรักษาและค่าใช้จ่ายในการรักษา

(2) กังวลเกี่ยวกับตนเอง (self-appraisal concerns) เป็นความกังวลเกี่ยวกับภาพลักษณ์อัตมโนทัศน์ ความสามารถ ความมีคุณค่าในตนเอง มีเป้าหมายในชีวิต ความปลอดภัยในอนาคต

(3) กังวลด้านการเงิน การงาน (work and financial concerns) เป็นความกังวลเกี่ยวกับสภาพทางการเงิน การทำงานเพราะโรคมะเร็งเป็นโรคที่ต้องใช้เวลาในการรักษานานย่อมมีผลกระทบต่อหน้าที่การงานและความเป็นอยู่ในครอบครัวโดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีหน้าที่เป็นผู้หาเลี้ยงครอบครัว ต้องรับผิดชอบสมาชิกในครอบครัว

(4) กังวลด้านสัมพันธภาพกับครอบครัวและบุคคลใกล้ชิด (family and significant relationships) โดยเฉพาะผู้ป่วยที่ต้องจากบ้านมารักษาในโรงพยาบาล ต้องห่างไกลจากญาติพี่น้องและเพื่อนใกล้ชิด

(5) กังวลด้านศาสนา (religion concern) โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีความเคร่งครัดและยึดมั่นในการประกอบกิจกรรมทางศาสนา อาจมีความกังวลได้

(6) กังวลด้านเพื่อนและผู้ที่เกี่ยวข้อง (friend and associates) ผู้ป่วยอาจกังวลกลัวว่าเพื่อนจะรังเกียจและลำบากที่ต้องมาทำงานแทนตน หรือต้องเสียเวลาในการมาเยี่ยม

(7) กังวลด้านการรอดชีวิต (existential concerns) เป็นความกังวลเกี่ยวกับการมีชีวิตหรือความตาย การรักษาช่วยให้ตนเองรอดตาย สามารถมีชีวิตอยู่ได้นานแค่ไหน

นอกจากนี้ยังมีความกังวลเกี่ยวกับอาการทางกาย กังวลเกี่ยวกับการเดินทางมารับการรักษาและมีข้อจำกัดในการติดต่อสื่อสารกับแพทย์ และทีมการรักษา รวมทั้งความวิตกกังวลที่เกิดจากความไม่เชื่อถือต่อการรักษาพยาบาลและบุคลากรในทีมสุขภาพ (ช่อลดา, 2536)

บุคคลใดก็ตามเมื่อได้รับการบอกความจริงว่าเป็นโรคมะเร็งซึ่งเป็นข่าวร้าย เป็นโรคที่บุคคลทั่วไปรับรู้ว่าเป็นโรคที่อันตรายร้ายแรง ใกล้เคียงกับความตายและเมื่อเป็นโรคนี้แล้วมักต้องประสบกับความทุกข์ทรมาน (ผ่องศรี และรุ้งนภา, 2540) รับรู้ว่าความตายกำลังมาเยือน (ลัพณา, 2541) ส่งผลให้เกิดความรู้สึกทุกข์ทรมาน เกิดความกลัวไปสารพัด กลัวตาย กลัวรักษาไม่หาย กลัวความไม่แน่นอนของการรักษา จากความกลัวต่างๆทำให้ผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงกระบวนการ

ทางจิต (psychological process) ซึ่งเป็นปฏิกิริยาของบุคคลที่พบเห็นได้บ่อย เมื่อต้องเผชิญกับสิ่งที่มาคุกคาม จะแสดงปฏิกิริยาตอบสนองทางอารมณ์ออกมา (วริยา, 2538; Krause, 1991) คูเบอร์-รอส (Kubler-Ross, 1971 อ้างตามอุบล, 2544) ได้แบ่งปฏิกิริยาตอบสนองทางอารมณ์ 5 ระยะ ดังนี้

ระยะช็อก ปฏิเสธและแยกตัว (stage of denial and isolation) เมื่อผู้ป่วยทราบผลการวินิจฉัยว่าเป็นโรคมะเร็ง ผู้ป่วยจะเกิดความรู้สึกตกใจกลัว วิตกกังวล มีความไม่แน่นอนในชีวิต ซึมเศร้า หมดหวัง เนื่องจากเตรียมตัวไม่ทัน ช็อกและไม่เชื่อ เมื่อรวบรวมสติได้จะปฏิเสธ ไม่ยอมรับความจริง ผู้ป่วยจะคิดว่าเรื่องเช่นนี้จะต้องไม่เกิดขึ้นกับตนและไม่ใช่ความจริง ผู้ป่วยบางคนจะแสวงหาแพทย์เพื่อตรวจรักษาไปเรื่อยๆเพื่อให้แน่ใจ และผู้ป่วยจะค่อยๆยอมรับแต่ผู้ป่วยบางคนก็จะอยู่ในระยะนี้ไปจนนาทีสุดท้ายของชีวิต เมื่อยอมรับในสิ่งที่เกิดขึ้นได้แล้วจะปฏิเสธและแยกตัวจากสังคม เพราะการรับรู้ว่าโรคมะเร็งเป็นสิ่งคุกคามต่อชีวิต เป็นสัญลักษณ์ของความตาย จากการศึกษาของคูพพิโลมากิ และลอรี (Kuuppelomaki & Lauri, 1998) พบว่าผู้ป่วยมะเร็งเมื่อทราบผลการวินิจฉัยโรคจะมีอาการช็อกอย่างรุนแรงร้อยละ 67 สอดคล้องกับการศึกษาของครอส (Krause, 1993) ซึ่งพบว่าผู้ป่วยมะเร็งร้อยละ 68 รู้สึกช็อกเมื่อรับรู้ว่าเป็นโรคมะเร็ง และสอดคล้องกับการศึกษาของบูตอว์ และคณะ (Butow et al., 1996) ซึ่งพบว่าผู้ป่วยมะเร็งเต้านม และทางเดินอาหารร้อยละ 54 รู้สึกช็อกเมื่อรับรู้ว่าเป็นโรคมะเร็ง เช่นเดียวกับการศึกษาของโอรูค และเจอร์มิโน (O'Rourke & Germino, 1998) พบว่าผู้ป่วยมะเร็งต่อมลูกหมากบางรายจะรู้สึกช็อกเมื่อได้รับการบอกผลวินิจฉัยโรค

ระยะโกรธ (stage of anger) หลังจากระยะแรกผ่านไป เมื่อไม่สามารถปฏิเสธต่อไปได้แล้ว ผู้ป่วยจะมีความรู้สึกโกรธตนเอง อารมณ์เสียง่าย หงุดหงิด ไม่ถูกใจคนรอบข้าง อาจจะตำหนิตนเองว่าดูแลตัวเองไม่ดี ผู้ป่วยจะโกรธตนเองที่กำลังจะสูญเสียทุกสิ่งทุกอย่างในชีวิต

ระยะต่อรอง (stage of bargaining) เมื่อไม่สามารถปฏิเสธได้แล้วผู้ป่วยเริ่มยอมรับได้มากขึ้น แต่ยังต่อรองด้วยการแสดงความหวังเพื่อยืดชีวิต การต่อรองมักจะออกมาในรูปของความเชื่อ ศาสนาและค่านิยม เช่น การเข้าวัดทำบุญ

ระยะซึมเศร้า (stage of depression) เป็นช่วงเวลาที่ผู้ป่วยรู้ว่าไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้ จึงพยายามต่อรองด้วยความหวัง เพื่อที่จะยืดชีวิตต่อไปอีกระยะหนึ่ง เกิดความรู้สึกเสียใจอย่างรุนแรง ชอบอยู่เงียบๆ แยกตัวเอง พูดน้อยลง ไม่พูดคุยกับใคร ร้องไห้เศร้าโศก ท้อแท้ ตาเหม่อลอย นอนไม่หลับ ผู้ป่วยซึมเศร้า อาจคิดฆ่าตัวตาย

ระยะยอมรับ (stage of acceptance) เป็นช่วงเวลาที่บุคคลยอมรับการสูญเสีย เข้าใจความจริง เผชิญกับความจริงที่เกิดขึ้นได้ ยอมรับความจริงด้วยความสงบ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของบูตอว์ และคณะ (Butow et al., 1996) ซึ่งพบว่าผู้ป่วยมะเร็งเต้านม และทางเดินอาหาร ร้อยละ 40 ยอมรับการเจ็บป่วย

ปฏิกิริยาทั้ง 5 ระยะนี้อาจเกิดขึ้นหรือหายไปแล้วเกิดขึ้นใหม่ได้อีก นอกจากนี้ยังแสดงออกทางพฤติกรรมที่สังเกตให้เห็นได้ คือ เครียด วิตกกังวล กลัว หรือหวาดระแวง โดยไม่มีเหตุผล (ธนา และสิวลี, 2542)

ผลกระทบทางด้านจิตวิญญาณ ผู้ป่วยที่ได้รับการบอกความจริงเกี่ยวกับผลการวินิจฉัยโรคมะเร็ง เป็นภาวะที่บุคคลทั่วไปรับรู้ว่าหมายถึงความตาย เป็นภาวะวิกฤตที่ผู้ป่วยต้องเผชิญโดยไม่ได้คาดคิดมาก่อน ก่อให้เกิดความท้อแท้ หมดหวัง ไร้เรี่ยวแรง ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงต่อการดำเนินชีวิตของผู้ป่วย ผลกระทบทางจิตวิญญาณจะเกิดขึ้นกับผู้ป่วยตั้งแต่ได้รับการวินิจฉัยโรคจนถึงระยะสุดท้ายของการเจ็บป่วยเนื่องจากเป็นภาวะคุกคามชีวิต (Landmark, Strandmark, & Wahl, 2001) ผู้ป่วยมะเร็งบางรายอาจมีความโกรธและเสื่อมความศรัทธาในศาสนาที่ตนนับถือ (ทัศนีย์, 2543; บุบผา, 2536)

จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการบอกความจริง เกิดผลกระทบทั้งทางด้านร่างกาย จิตสังคม จิตวิญญาณ และเศรษฐกิจ การได้รับการบอกความจริงจะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถเผชิญปัญหาหรือปรับตัวต่อสถานการณ์ต่างๆที่เกิดขึ้น และสามารถดำรงชีวิตอยู่กับโรคมะเร็งได้อย่างมีความสุข (กัลยาณี, 2543; มัญชุภา, 2541; สมจิต, 2537; Wiliamson & Livingston, 1992)

การเผชิญปัญหาของผู้ป่วยมะเร็งภายหลังได้รับการบอกความจริง

ไวส์แมนและวอร์เด็น (Wiesman & Worden, 1976, อ้างตาม แสงอรุณ, 2535) ได้ศึกษาเกี่ยวกับการเผชิญปัญหาต่อการเป็นมะเร็ง (coping with cancer) ทำให้ทราบว่าผู้ป่วยมะเร็งในระยะ 100 วันแรกของการเจ็บป่วยมีวิธีการเผชิญปัญหาทั้งที่มีประสิทธิภาพและไม่มีประสิทธิภาพ ดังนี้

การเผชิญปัญหาที่มีประสิทธิภาพ

การแสวงหาข้อมูล (rational inquiry) เป็นการค้นหาข้อมูลอย่างมีเหตุผลเกี่ยวกับผลการวินิจฉัยโรค การดำเนินของโรค การรักษา การปฏิบัติตัว และอื่นๆที่เกี่ยวข้องภายในขอบเขตของความเป็นจริง ซึ่งข้อมูลเป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถเรียนรู้ในการดูแลตนเอง เกิดความรู้สึกว่าสามารถควบคุมตนเองได้ ขจัดความเข้าใจผิดและเจตคติที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคและการรักษา ไม่ได้เป็นการพยายามหาเหตุผลเข้าข้างตัวเอง ซึ่งวิธีการเผชิญปัญหานี้แบบนี้จะแตกต่างกันขึ้นกับแบบแผนการดำเนินชีวิตของแต่ละบุคคล

การพูดคุยปรับทุกข์ (mutuality) เป็นการพูดคุยกับผู้อื่นเกี่ยวกับสิ่งที่ตนกังวล เพื่อให้ผู้อื่นมีส่วนร่วมในการแก้ปัญหา และยังช่วยลดความตึงเครียดในใจออกมาทางคำพูด ซึ่งอาจจะเป็นญาติหรือพยาบาล ถ้าเป็นพยาบาลจะเป็นบุคคลที่ผู้ป่วยมีความไว้วางใจและมีสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน

การใช้ความขบขัน เพื่อปรับเปลี่ยนสถานการณ์ให้ดีขึ้น (affect reversal) โดยการพยายามทำตัวให้สนุกสนานด้วยการหัวเราะ พูดจาตลกขบขัน หรืออาจพูดติดตลกแบบเยาะเย้ยตัวเองเพื่อให้ลืมความกังวลใจ ซึ่งได้ผลในระยะสั้น

การปฏิบัติตามแผนการรักษาของแพทย์โดยปราศจากข้อคำถาม (co-operative compliance) เป็นการยอมทำตามที่แพทย์แนะนำโดยไม่ซักถามข้อมูลเพิ่มเติม ทั้งนี้เนื่องมาจากมีความศรัทธาและเชื่อถือในความสามารถและวิธีการรักษาของแพทย์ ซึ่งการเผชิญปัญหาวิธีนี้อาจจะดีถ้าโรคของผู้ป่วยตอบสนองต่อการรักษาดี แต่ผู้ป่วยอาจจะพึ่งพาแพทย์และพยาบาลมากเกินไป

การหันเหความสนใจไปยังสิ่งอื่น (displacement/redirection) เช่น พยายามทำงานไม่ให้มีเวลาว่าง ไปงานเลี้ยงหรือหาวิธีใดก็ตามที่จะได้ออกจากบ้าน เป็นต้น

การเผชิญกับปัญหาอย่างเข้าใจในสภาพความเป็นจริง (confront) โดยจะกระทำหรือคิดสิ่งต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับความเจ็บป่วยบนพื้นฐานของความเข้าใจสภาพความเป็นจริงที่เกิดขึ้น ไม่หลีกหนี เฉยชา หรือถอยหนี

การยอมรับสภาพความเจ็บป่วย พยายามปรับเปลี่ยนความหมายของความเจ็บป่วยให้เป็นไปในทางที่ดี (redefine/revise) เป็นการปรับเปลี่ยนสถานการณ์ที่เลวร้ายให้ดีขึ้น ลดความรุนแรงของเหตุการณ์ลงให้อยู่ในขอบเขตที่พึงรับได้โดยหาข้ออ้างอิงหรือเหตุผลเข้าข้างตนเอง ซึ่งจะใช้ได้ผลดีเมื่อใช้ร่วมกับวิธีเผชิญหน้ากับปัญหาอย่างเข้าใจในสภาพความเป็นจริง

การเจรจาต่อรองหาทางเลือกที่เป็นไปได้ โดยพิจารณาว่าสิ่งใดเป็นสิ่งที่ดีที่สุด เหมาะสมที่สุดที่จะกระทำ (negotiate feasible alternatives) ผู้ป่วยตระหนักว่าความเจ็บป่วยเป็นตัวกระตุ้นให้พิจารณาปรับเปลี่ยนการกระทำหรือวิถีชีวิตของตนเอง เช่น บางคนจะเลิกสูบบุหรี่หรือดื่มสุราเพื่อหวังให้มีชีวิตยืนยาวขึ้น

การเผชิญปัญหาที่ไม่มีประสิทธิภาพ

การพยายามลืมเรื่องความเจ็บป่วยที่เป็นอยู่ (suppression) เป็นการพยายามขจัดเรื่องความเจ็บป่วยให้ออกไปจากความนึกคิด

การยอมจำนนต่อความเจ็บป่วย เชื่อในโชคชะตา (passive acceptance) โดยการยอมรับว่าความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นเป็นเรื่องของโชคชะตาที่หลีกเลี่ยงไม่ได้ ไม่วิตกกังวลต่อผลการรักษา เพราะคิดว่าคงฝืนชะตาของตัวเองไม่ได้

การกระทำสิ่งต่าง ๆ โดยไม่ยั้งคิด (impulsivity) โดยการกระทำในสิ่งที่สังคมไม่ยอมรับ เป็นการกระทำที่เสี่ยงอันตรายโดยไม่คำนึงถึงผลที่ตามมา เพื่อที่จะลดความตึงเครียดและความขัดแย้งภายในจิตใจ

การลดความตึงเครียดโดยกระทำในสิ่งที่เป็นอันตรายต่อชีวิต (life threat) เช่น การดื่มเหล้า การรับประทานยาที่เป็นอันตราย เป็นต้น

การถอยหนีแยกตัวไปอยู่คนเดียว (disengagement) เป็นการหลีกเลี่ยงที่จะแลกเปลี่ยนความกังวลกับผู้อื่น โดยถอยหนีแยกตัวออกจากสังคม ผู้ป่วยที่ใช้วิธีนี้หวังว่าทุกสิ่งทุกอย่างจะดีขึ้นเองโดยไม่ต้องทำอะไร

การตำหนิผู้อื่นหรือสิ่งอื่น (externalize/project) โดยโทษว่าบุคคลอื่นหรือสิ่งอื่นเป็นสาเหตุของการเจ็บป่วยครั้งนี้

การตำหนิตนเอง (moral masochism) โดยโทษว่าตนเองเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดการเจ็บป่วยครั้งนี้ หรือการเจ็บป่วยครั้งนี้เป็นการถูกลงโทษจากการที่ประพฤติในสิ่งที่ไม่ถูกต้อง

นอกเหนือจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยใช้วิธีการเผชิญกับโรคด้วยวิธีอื่นๆอีก เช่น การรักษาทางไสยศาสตร์ สมุนไพรไทย จีน การเลือกรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ อดทน ทำใจ (สุภาณี, 2536)

ความต้องการของผู้ป่วยมะเร็งในการได้รับการบอกความจริงเกี่ยวกับความเจ็บป่วย

ความต้องการเป็นเรื่องของความรู้สึกภายในและเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับการดำรงชีวิต เป็นความปรารถนาที่เกิดขึ้นภายในบุคคลเมื่อขาดสมดุล (สุชา, 2538) บุคคลต้องการรู้ความจริงซึ่งเป็นคุณสมบัติที่สำคัญอย่างหนึ่งของมนุษย์ (ลออ, 2534) เป็นสิ่งที่เกิดขึ้นตามธรรมชาติที่มีอยู่ในบุคคลทุกคนทั้งในภาวะปกติและเจ็บป่วย จากความต้องการรู้ความจริงทำให้มนุษย์มีความสงสัยและต้องการคำตอบเพื่อให้ได้มาซึ่งความต้องการรู้ความจริง (เกศรินทร์, 2544) การรู้ความจริงช่วยลดความไม่สุขสบายทั้งทางด้านร่างกายและจิตสังคม ทำให้บุคคลสามารถทำหน้าที่ของตนได้อย่างดีที่สุดและเกิดความสุขในชีวิต (จุฑารัตน์, 2542) เมื่อความต้องการได้รับการตอบสนอง จะนำไปสู่ความรู้สึกเชื่อมั่นในตนเอง รู้สึกมีคุณค่า มีความสามารถ มีความนิยมชมชื่น มีความพึงพอใจ และมีความมานะพยายาม สร้างความเข้มแข็งอดทนให้กับผู้ป่วยให้อยู่ในสังคมอย่างปกติและมีประสิทธิภาพ การไม่ได้รับการตอบสนองความต้องการทำให้รู้สึกด้อย เกิดภาวะเครียด ซึ่งอาจแสดงออกในรูปของความวิตกกังวล ความห่วงใย ความเศร้าเสียใจ ความว้าเหว่ ผิดหวัง หรือการไม่สมปรารถนาก็จะทำให้เกิดความไม่มั่นใจ ท้อแท้ และส่งผลให้เกิดความสิ้นหวัง (อุบลวรรณ, 2541) การไม่ได้รับความจริงเกี่ยวกับข้อมูลต่างๆส่งผลให้ผู้ป่วยไม่ให้ความร่วมมือในการรักษา รักษาไม่ถูกวิธี ไม่สามารถวางแผนการดำเนินชีวิตที่เหมาะสม จากการศึกษาทบทวนวรรณกรรมพบว่าผู้ป่วยมะเร็งมีความต้องการต่อการบอกความจริงเกี่ยวกับความเจ็บป่วยในเรื่องประเภทของข้อมูล ผู้บอกความจริง วิธีการบอกความจริง สถานที่และเวลาในการบอกความจริง (จารุวรรณ, 2538; จุฑามาศ, 2542; สมจิต, 2536; Derderian, 1987a) ซึ่งแต่ละข้อสามารถอธิบายรายละเอียดได้ดังนี้

1) ความต้องการเกี่ยวกับประเภทของข้อมูล เมื่ออยู่ในภาวะเจ็บป่วยผู้ป่วยทุกคนมีความต้องการข้อมูลให้มากที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ไม่ว่าจะเป็นเรื่องดีหรือเรื่องร้าย (Followfield, Ford & Lewis, 1994) ผู้ป่วยต้องการข้อมูลเกี่ยวกับโรค สาเหตุ อาการ การดำเนินของโรค การวินิจฉัยและการรักษา ภาวะแทรกซ้อนของการรักษา การปฏิบัติตัวขณะที่เป็นโรค การเรียนรู้วิธีการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่องเมื่อกลับบ้าน ข้อมูลเกี่ยวกับค่ารักษาพยาบาล และแหล่งช่วยเหลือที่เป็นประโยชน์ในการดูแล (จารุวรรณ, 2538; จุฑามาศ, 2539; Brandt, 1991; Graydon et al., 1997) ผู้ป่วยมะเร็งจะต้องการรับรู้ข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยเพื่อนำมาประกอบการตัดสินใจเลือกแนวทางการรักษาพยาบาลที่มีประสิทธิภาพ (ทิพมาส, 2541; อังศุมา, 2537) สอดคล้องกับ

การศึกษาของแบรนท์ (Brandt, 1991) พบว่าผู้ป่วยมะเร็งร้อยละ 86.4 ต้องการข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยมากที่สุด และร้อยละ 40.9 ต้องการข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลและการรักษาของแพทย์ การได้ข้อมูลที่เพียงพอช่วยให้ผู้ป่วยคลายความวิตกกังวล ช่วยให้เตรียมตัว เตรียมใจที่จะเผชิญกับสิ่งที่คาดการณ์ว่าอะไรจะเกิดขึ้น ทำให้รู้สึกว่ายังพอมีหนทางในการควบคุมโรคและการดำเนินชีวิตต่อไปได้ ช่วยให้สามารถเผชิญกับความเครียดมีกำลังใจ และจัดการกับอารมณ์ได้ดี สอดคล้องกับฟอลโลฟิล, ฟอร์ด และ เลวิส (Followfield, Ford, & Lewis, 1994) กล่าวว่าการขาดข้อมูลจะเพิ่มความรู้สึกไม่แน่นอน ความวิตกกังวล ความทุกข์ทรมาน จากการศึกษาของเดวิดสัน เดกเนอร์ และมอร์แกน (Davison, Degner, & Morgan, 1995) ซึ่งศึกษาในผู้ป่วยมะเร็งต่อมลูกหมากที่เพิ่งได้รับการวินิจฉัยโรคพบว่าผู้ป่วยมีความต้องการข้อมูล 3 กลุ่มใหญ่ๆด้วยกัน คือ 1) ข้อมูลเกี่ยวกับการรักษา 2) ข้อมูลเกี่ยวกับระยะของโรค และ 3) ข้อมูลเกี่ยวกับชนิดของการรักษา

ประเภทของข้อมูลที่ต้องการจะแตกต่างกันตามระยะเวลา (Luker, Beaver, Leinster, & Owens, 1996) โดยเฉพาะผู้ป่วยที่เพิ่งได้รับการวินิจฉัยโรคเป็นสถานการณ์ที่เป็นความเครียดอย่างยิ่งดังการศึกษาของแบรนด์ (Brandt, 1991) ซึ่งศึกษาในผู้ป่วยมะเร็งต่อมลูกหมากจำนวน 22 ราย พบว่าข้อมูลที่ต้องการขึ้นกับระยะที่เกิดขึ้นนั้นๆ เช่น ผู้ป่วยที่จะได้รับการรักษาใน 24 ชั่วโมง ข้อมูลที่ผู้ป่วยต้องการมากคือ ข้อมูลเกี่ยวกับการรักษา ข้อจำกัดในขณะได้รับการรักษา ประสิทธิภาพของการรักษา แต่หลังจากได้รับการรักษาครบถ้วนไปแล้ว 24 ชั่วโมง พบว่าข้อมูลที่ผู้ป่วยต้องการจะเปลี่ยนไป คือ ต้องการข้อมูลเกี่ยวกับผลข้างเคียงจากการรักษา และการจัดการกับผลข้างเคียงนั้น

จะเห็นว่าประเภทของข้อมูลเป็นปัจจัยสำคัญ เป็นส่วนหนึ่งที่สำคัญของการสนับสนุนทางสังคม (Rose, 1999) ข้อมูลจะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถเรียนรู้การดูแลตนเอง เกิดความรู้สึกว่าสามารถควบคุมตนเองได้ (สมจิต, 2537; อังศุมา, 2534) ผู้ป่วยที่มีความสามารถควบคุมตนเองสูงจะมีแนวโน้มความต้องการข้อมูลสูงด้วย (สุรีย์พร, สมจิต และพวงทอง, 2535) ผู้ป่วยทุกคนจึงต้องการคำอธิบายทุกอย่างเกี่ยวกับการเจ็บป่วยและการรักษาพยาบาลที่เกี่ยวกับตัวเอง และผู้ป่วยมีสิทธิที่จะได้รับทราบข้อมูลอย่างเพียงพอชัดเจนจากผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพตามที่ต้องการอย่างละเอียด (กัลยาณี, 2543; จินตา, 2543)

ข้อมูลที่ผู้ป่วยต้องการจะมีประสิทธิภาพ เมื่อทีมสุขภาพและผู้ป่วยมีความเห็นตรงกันว่าข้อมูลอะไรบ้างที่ผู้ป่วยจำเป็นต้องรู้ แต่ถ้ามีความเห็นไม่ตรงกันข้อมูลนั้นก็ไม่มีความหมาย การไม่ได้รับข้อมูลที่สมบูรณ์ หรือรู้ไม่ชัดเจนในโรครวมทั้งลักษณะของโรคหรือเหตุผลทางการแพทย์ จึงเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดการทำนายเหตุการณ์จากการรับรู้อย่างผิดๆ (Beland & Passos, 1981

อ้างตาม จินตนา และดุษฎี, 2540) ซึ่งซ่อลดา (2536) ได้กล่าวว่าข้อมูลที่ตรงกับความต้องการและเพียงพอเหมาะสมกับสถานการณ์ จะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถคาดการณ์ถึงเหตุการณ์ที่จะเผชิญได้ล่วงหน้าตรงกับความจริง การเข้าใจเกี่ยวกับโรค การพยากรณ์โรค ทางเลือกในการรักษา ปรับตัวได้ดีกับความเจ็บป่วย ไม่มีความเครียดกับการแสวงหาข้อมูลเพิ่ม และความวิตกกังวลลดลงส่งผลต่อความร่วมมือในการรักษาพยาบาล จากการศึกษาของ ชนุตรา, สุพรรณี และวราภรณ์ (2539) พบว่าผู้ป่วยที่มีความต้องการข้อมูลมากแต่ได้รับข้อมูลน้อยไม่เพียงพอกับความต้องการจะยิ่งมีความวิตกกังวลมากขึ้น เช่นเดียวกับการบอกข้อมูลที่ผู้ป่วยไม่ต้องการ ข้อมูลก็จะไม่เกิดประโยชน์แต่อาจทำให้ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลมากขึ้น (Miller & Mangan, 1983 อ้างตาม สุรีย์พร, สมจิต และพวงทอง, 2535) จากการศึกษาของสุรีย์พร, สมจิต และพวงทอง (2535) ซึ่งศึกษาในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษา จำนวน 70 ราย พบว่าความวิตกกังวลมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการได้รับข้อมูล และความสามารถในการควบคุมตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความต้องการข้อมูลด้วยเช่นกัน นอกจากนี้วิธีการให้ข้อมูลก็เป็นตัวแปรหนึ่งที่มีความสำคัญ ผู้ป่วยจะต้องการข้อมูลจากบุคคลมากกว่าข้อมูลการอ่านจากเอกสาร เนื่องจากสามารถซักถามและให้ข้อมูลที่เป็นกำลังใจได้มากกว่า (อังศุมา และแสงอรุณ, 2537; Bilodeau & Degner, 1996; Hinds, Streater, & Moods, 1995) ดังเช่นการศึกษาของฮินส์, เสตียร์เตอร์ และมูดส์ (Hinds, Steater, & Mood, 1995) ซึ่งศึกษาวิธีการให้ข้อมูลที่ผู้ป่วยชอบ โดยศึกษาในผู้ป่วยมะเร็งก่อนได้รับรังสีรักษาและได้รับรังสีรักษาครบจำนวน 83 ราย พบว่าผู้ป่วยมะเร็งชอบวิธีการให้ข้อมูลจากการพูดคุยมากที่สุดโดยเฉพาะการพูดคุยกับแพทย์ เช่นเดียวกับการศึกษาของบิโลดัว และเดกเนอร์ (Bilodeau & Degner, 1996) ซึ่งศึกษาในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมพบว่าผู้ป่วยต้องการข้อมูลจากบุคคลโดยเฉพาะแพทย์ พยาบาล เพื่อน และผู้ใกล้ชิดมากกว่าข้อมูลจากหนังสือ

แม้ว่าการบอกข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยแก่ผู้รับบริการจะเป็นสิ่งสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดความเข้าใจ คลายความวิตกกังวล ทำให้ได้รับความร่วมมือดีขึ้น (ชัชปวิตร, 2546) แต่ก็พบว่าผู้ป่วยยังได้รับข้อมูลไม่ตรงกับความต้องการ ดังเช่นการศึกษาของขนิษฐา (2534) พบว่าผู้ป่วยได้รับข้อมูลไม่ตรงกับที่ตนต้องการ และตรงกับการศึกษาของ ชาล์มเมอร์ ลูเกอร์ ไลน์สเตอร์ เอลลิส และบูธ (Chalmers, Luker, Leinter, Ellis, & Booth, 2001) พบว่าผู้ป่วยมะเร็งเต้านมส่วนมากได้รับข้อมูลไม่เพียงพอกับความต้องการ นอกจากนี้มีการศึกษาของอนันต์ และธนา (2540) เกี่ยวกับมุมมองของผู้ป่วยไทยในการแจ้งข้อมูลเกี่ยวกับโรคที่ป่วยตามความเป็นจริงในผู้ป่วยมะเร็งและโรคอื่นในแผนก อายุรกรรม ศัลยกรรม นรีเวชกรรม จำนวน 120 คน พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่ทราบข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของตนเองอย่างเพียงพอ โดยผู้ป่วยครึ่งหนึ่งมีความรู้สึกว่าแพทย์ยังให้

ข้อมูลไม่เพียงพอในขณะที่ผู้ป่วยเปิดกว้างต่อการรับรู้ข้อมูล จากการศึกษาวรรณกรรมพบว่าผู้ป่วยมะเร็งมีความต้องการข้อมูล ดังนี้

1.1 **ผลการวินิจฉัยโรค** ในภาวะเจ็บป่วยผู้ป่วยทุกคนจะมีความต้องการอยากรู้ว่าตนเองป่วยเป็นโรคอะไร ซึ่งเป็นความต้องการด้านจิตสังคม (ธารทิพย์, 2544) จึงต้องการให้แพทย์บอกผลการวินิจฉัยโรคอย่างตรงไปตรงมาไม่ว่าเรื่องดีหรือเรื่องร้าย (ก้องเกียรติ, 2545) สอดคล้องกับวิฑูรย์ (2537) กล่าวว่าแพทย์จะต้องบอกผลการวินิจฉัยโรคให้ผู้ป่วยทราบ การศึกษาของอจาจ, ไซฮ์ และอับดุลลา (Ajaj, Singh, & Abdulla, 2001) เกี่ยวกับการบอกผลการวินิจฉัยโรคมะเร็งในผู้สูงอายุพบว่าผู้ป่วยต้องการให้บอกผลการวินิจฉัยโรคมะเร็งร้อยละ 88 เช่นเดียวกับการศึกษาของมีรีดิทธิ์ และคณะ (Meredith et al., 1996) พบว่าผู้ป่วยร้อยละ 96 ต้องการรู้ผลการวินิจฉัยโรคถ้าเป็นมะเร็ง สอดคล้องกับการศึกษาของเดอเดียเรียน (Derdiarian, 1987a) ซึ่งศึกษาในผู้ป่วยมะเร็ง 60 คน พบว่าผู้ป่วยต้องการรู้ผลการวินิจฉัยโรคร้อยละ 80 เช่นเดียวกับการศึกษาของเซลล์และคณะ (Sell et al., 1993) พบว่าผู้ป่วยมะเร็งต้องการให้บอกผลการวินิจฉัยโรคตามความเป็นจริงร้อยละ 92 จากการศึกษาของสุกัญญา, วัลยา และสุชาติ (2536) พบว่าผู้ป่วยมีความคาดหวังต่อการได้รับการบอกผลการวินิจฉัยโรค

1.2 **การพยากรณ์โรค** ผู้ที่ได้รับทราบการวินิจฉัยว่าเป็นโรคมะเร็งมีความรู้สึกเหมือนความความตายกำลังรออยู่ข้างหน้า (Odling, Norberg, & Danieison, 2002) มีความไม่แน่นอนในชีวิต ความไม่แน่นอนจากผลการรักษา ทำให้อยากทราบว่าตนเองจะมีชีวิตอยู่ได้นานเพียงใด ผู้ป่วยบางรายจึงให้ความสำคัญกับข้อมูลการพยากรณ์โรคมากกว่าข้อมูลจากผลการวินิจฉัยโรค (จุฬาวรรณ, 2544) ต้องการรู้การพยากรณ์โรคเพื่อเตรียมพร้อมต่อการตาย (Landmark, Strandmark, & Wahl, 2001) ต้องการข้อมูลเกี่ยวกับการอยู่รอด (Luker, Beaver, Leinster, & Owens, 1996) จะช่วยให้ผู้ป่วยเตรียมใจที่จะเผชิญกับปัญหาที่เกิดขึ้นได้อย่างมีประสิทธิภาพ ช่วยลดความวิตกกังวล จากการศึกษาของอนันต์ และธนา (2540) ซึ่งศึกษาในผู้ป่วยที่เป็นโรคมะเร็งและโรคอื่นๆจำนวน 120 คน พบว่าผู้ป่วยร้อยละ 81.5 มีความต้องการอยากรู้การพยากรณ์โรคไม่ว่าจะเป็นเรื่องดีหรือเรื่องร้าย ตรงกับการศึกษาของเดอเดียเรียน (Derdiarian, 1987a) พบว่าผู้ป่วยมะเร็งมีความต้องการข้อมูลการพยากรณ์โรคร้อยละ 90 มีการศึกษาในประเทศตะวันตกที่แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยมะเร็งมีความต้องการข้อมูลเกี่ยวกับการพยากรณ์โรคเพื่อจัดการกับปัญหาทางด้านร่างกายและความทุกข์ทรมานด้านจิตสังคม (Fukui, 2002)

1.3 **วิธีการรักษา เหตุผลของการรักษา ระยะเวลาและผลลัพธ์ของการรักษา** เป็นจุดมุ่งหมายที่สำคัญอย่างหนึ่งที่ผู้ป่วยต้องการทราบ ผู้ป่วยส่วนใหญ่มักต้องการทราบแผนการ

รักษาตามความเป็นจริง และบุคคลเหล่านี้ยังต้องการข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาใหม่ๆ ความก้าวหน้าของการรักษา และต้องการข้อมูลที่สัมพันธ์กับการรักษา (Echlin & Ree, 2002) เช่นเดียวกับการศึกษาของสุกัญญา, วัลยา และสุชาติ (2536) พบว่าผู้ป่วยมีความคาดหวังว่าจะได้รับรู้แผนการรักษาพยาบาลที่ได้รับร้อยละ 96 และรับรู้ผลการตรวจเป็นระยะๆจากเจ้าหน้าที่ทีมสุขภาพร้อยละ 97.6 สอดคล้องกับการศึกษาของมีรีดิทธ์ และคณะ (Meredith et al., 1996) พบว่าผู้ป่วยร้อยละ 91 ต้องการทราบเมื่อมีการเปลี่ยนแปลงแผนการดูแลรักษาจะทำให้มีความรู้ ความเข้าใจ คลายความวิตกกังวล ทำให้สามารถปฏิบัติตัวได้สอดคล้องกับแนวทางในการรักษาดีขึ้น แต่มีการศึกษาที่พบว่าผู้ป่วยได้รับข้อมูลไม่เพียงพอ ดังเช่นการศึกษาของเลียร์แมน (Lierman, 1984 อ้างตาม จุฑารัตน์, 2542) พบว่าผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเพื่อรับการผ่าตัด เต้านมมีความเครียดเพิ่มขึ้น เนื่องจากได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลไม่เพียงพอ ไม่สามารถคาดหวังได้ในผลลัพธ์ของการผ่าตัดเต้านม สอดคล้องกับผลการศึกษาของคูพพิโลมากิ และลอรี (Kuuppelomaki & Lauri, 1998) พบว่าแพทย์และพยาบาลพูดกับผู้ป่วยเกี่ยวกับการรักษาน้อยมาก

ในระยะเริ่มการวินิจฉัยโรคผู้ป่วยจะต้องการข้อมูลเกี่ยวกับแผนการรักษาพยาบาลที่จะได้รับ ดังเช่นการศึกษาของลาเวอรี และคลาร์ค (Lavery & Clarke, 1999) พบว่าผู้ป่วยมะเร็งต่อมลูกหมากหลังจากได้รับการวินิจฉัยโรคใหม่ๆจะต้องการข้อมูลเกี่ยวกับแผนการรักษามากที่สุด ระยะต่อมาจะมีความต้องการข้อมูลเกี่ยวกับวิธีการรักษา โอกาสที่จะหายจากโรค ซึ่งจากการศึกษาของแบรนด์ (Brandt, 1991) ในผู้ป่วยมะเร็งต่อมลูกหมากจำนวน 22 คน พบว่าผู้ป่วยต้องการข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาขึ้นกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้นเช่น ผู้ป่วยที่จะได้รับการรักษาใน 24 ชั่วโมง ต้องการข้อมูลเกี่ยวกับการรักษา ข้อจำกัดในขณะได้รับการรักษา และประสิทธิภาพของการรักษา การศึกษาของเลดอน และคณะ (Leydon et al., 2000) ซึ่งศึกษาเกี่ยวกับความต้องการข้อมูลและพฤติกรรมการค้นหาข้อมูลในผู้ป่วยมะเร็ง พบว่าผู้ป่วยมะเร็งทุกคนจะต้องการข้อมูลเกี่ยวกับทางเลือกในการรักษา เช่นเดียวกับการศึกษาของบิโลดัว และเดกเนอร์ (Bilodeau & Degner, 1996) ผู้ป่วยมะเร็งร้อยละ 37 ต้องการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจรักษา

1.4 ผลข้างเคียงของการรักษา ภาวะแทรกซ้อนของการรักษา สอดคล้องกับการศึกษาของเฮแมน และรอสเนอร์ (Hayman & Rosner, 1996) ซึ่งศึกษาเกี่ยวกับประสบการณ์การเป็นโรคมะเร็งและผลกระทบของโรคมะเร็งกับความสัมพันธ์ของคู่สมรส ในผู้ป่วยมะเร็งต่อมลูกหมากและคู่สมรส จำนวน 20 คู่ พบว่าข้อมูลที่ต้องการหลังจากได้รับการรักษาครบถ้วนไปแล้ว 24 ชั่วโมง ข้อมูลที่ผู้ป่วยต้องการจะเปลี่ยนไปเป็นข้อมูลเกี่ยวกับผลข้างเคียงจากการรักษา

การจัดการผลข้างเคียง และการกลับเป็นซ้ำของโรคที่อาจจะเกิดขึ้น เช่นเดียวกับการศึกษาของโอรุค และเจอร์มิโน (O'Rourke & Germino, 1998) ซึ่งศึกษาในผู้ป่วยมะเร็งต่อมลูกหมากและคู่สมรส พบว่าผู้ป่วยและคู่สมรสต้องการข้อมูลเกี่ยวกับผลข้างเคียงจากการรักษา

1.5 **การปฏิบัติตัว/การดูแลตนเอง** จากการศึกษาของภัสพร, กาญจนา และกาญจนี (2543) ซึ่งศึกษาคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษาพบว่าผู้ป่วยมะเร็งร้อยละ 38.9 ต้องการข้อมูลมากที่สุดคือ การให้คำแนะนำในการปฏิบัติตัว ส่วนงานวิจัยของบลิส และจอส์นสัน (Bliss & Johnson, 1995) ซึ่งศึกษาในผู้ป่วยมะเร็ง 65 ราย พบว่าผู้ป่วยมีความต้องการข้อมูลเกี่ยวกับการ ดูแลตนเองและการฟื้นสู่ภาวะปกติ

1.6 **การเกิดโรค/สาเหตุของโรค หรือรายละเอียดของโรค** ผู้ป่วยมะเร็งที่เพิ่งได้รับการวินิจฉัยโรคมีความต้องการข้อมูลเกี่ยวกับโรคมากที่สุด เพื่อที่จะสามารถควบคุมโรคได้ (Brandt, 1991; Derdierian, 1987a; Graydon et al., 1997) สอดคล้องกับสมจิต (2537) กล่าวว่าข้อมูลที่ผู้ป่วยต้องการรองลงมาจากข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวคือ ข้อมูลที่ช่วยให้เกิดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค สอดคล้องกับการศึกษาของโอรุค และเจอร์มิโน (O'Rourke & Germino, 1998) ซึ่งศึกษาในผู้ป่วยมะเร็งต่อมลูกหมากและคู่สมรสพบว่าผู้ป่วยและคู่สมรสต้องการข้อมูลเกี่ยวกับโรค และทางเลือกในการรักษา เช่นเดียวกับการศึกษาของ อิคลิน และรี (Echlin & Ree, 2002) ซึ่งศึกษาในผู้ป่วยมะเร็งต่อมลูกหมากและคู่สมรสพบว่าจะแสวงหาข้อมูลเกี่ยวกับโรค จากการศึกษาของสมาน (2539) พบว่าผู้ป่วยได้รับข้อมูลเกี่ยวกับสาเหตุของโรค ความรุนแรงของโรคในระดับต่ำมาก

2. **ความต้องการเกี่ยวกับผู้บอกความจริง**

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่าผู้บอกความจริงที่ผู้ป่วยมะเร็งต้องการมีคุณสมบัติดังนี้

2.1 **มีความรู้เกี่ยวกับโรค และความเจ็บป่วย** โดยผู้บอกต้องมีความรู้เกี่ยวกับเรื่องราวที่จะบอกอย่างเพียงพอ เช่น ความรุนแรงของโรค ระยะของโรค รู้แนวทางในการรักษาเป็นอย่างดี (Williamson & Livingston, 1992) เช่นเดียวกับวิฑูรย์ (2537) กล่าวว่าผู้ที่ให้ข้อมูลควรเป็นผู้ที่รู้จริงเกี่ยวกับโรคและข้อมูลของผู้ป่วย และแพทย์ควรมีหน้าที่ในการบอกผลการวินิจฉัยโรค สอดคล้องกับการศึกษาของจุฬาวรรณ (2544) พบว่าผู้ป่วยมะเร็งต้องการให้แพทย์เป็นผู้บอกความจริงร้อยละ 80 เพราะเชื่อว่าแพทย์เป็นผู้ที่มีความรู้เรื่องโรคดี เช่นเดียวกับผลการศึกษาของธารทิพย์ (2544) พบว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์มีความเห็นว่าแพทย์หรือพยาบาลเป็นผู้ที่รู้จริงควรเป็นผู้บอกผลการวินิจฉัยโรค สอดคล้องกับการศึกษาของอังศุมา และแสงอรุณ (2537) พบว่า

ผู้ป่วยจะแสวงหาข้อมูลจากแพทย์มากที่สุดเพราะมีความเชื่อว่าแพทย์เป็นผู้ที่รู้เกี่ยวกับโรคมากที่สุด การบอกกล่าวข้อมูลการวินิจฉัยโรคแก่ผู้ป่วยจึงเป็นหน้าที่ของแพทย์ (ลัพณา, 2541; Sheila & McLean, 1998; Sullivan & Menapace, 2001) และจากการศึกษาของมีรีดิทธ์ และคณะ (Meredith et al., 1996) พบว่าผู้ป่วยร้อยละ 60 ต้องการให้แพทย์เป็นผู้บอกผลการวินิจฉัยโรค เช่นเดียวกับการศึกษาของโนวัค และคณะ (Novack et al., 1979) พบว่าผู้ป่วยต้องการให้แพทย์ผู้รักษาเป็นผู้บอกผลการวินิจฉัยโรคให้ทราบ ในประเทศคูเวตมีการศึกษาของกาเซ็ม และคณะ (Qasem et al., 2002) พบว่าแพทย์บอกผลการวินิจฉัยโรคให้ผู้ป่วยรับรู้อย่างสมบูรณ์มากที่สุด ร้อยละ 67 สอดคล้องกับการศึกษาของเชาวลิต, สุทธรังษี, และตากวิริยะนันท์ (Chaowalit, Suttharangsee, & Takviriyanun, 1999) ซึ่งศึกษาประเด็นปัญหาทางจริยธรรมที่นักศึกษาพยาบาล ปี 3 ปี 4 ที่ประสบขณะปฏิบัติการพยาบาล พบว่านักศึกษาเหล่านี้มีความเห็นว่าแพทย์ควรรับผิดชอบบอกความจริงผู้ป่วย สอดคล้องกับแนวทางปฏิบัติในปัจจุบันแพทย์จะเป็นผู้ตัดสินใจบอกความจริงเกี่ยวกับผลการวินิจฉัยโรค การรักษา ความรุนแรงของโรค การรักษาที่อาจเสี่ยงต่อชีวิต การพยากรณ์โรค (จุฬาวรรณ, 2544)

2.2 **มีทักษะในการให้คำปรึกษา** ผู้บอกความจริงควรมีทักษะในการให้คำปรึกษาการแก้ไขปัญหาต่างๆที่เกิดขึ้น ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถวางแผนว่าจะทำอย่างไรต่อไป เพราะผู้ป่วยที่ได้รับคำปรึกษาแบบประคับประคอง มีระดับความรู้สึกมีคุณค่าแห่งตน มีขวัญและกำลังใจ มีพฤติกรรมกระตือรือร้น ให้ความร่วมมือและเอาใจใส่ในการดูแลตนเอง มองเห็นแนวทางในการแก้ปัญหาเพื่อการดำรงชีวิตอยู่กับมะเร็งได้ดี มีสภาวะสมดุลด้านจิตใจ มีความสุขและพึงพอใจในชีวิตมากขึ้น (ผ่องศรี, ทัศนา, กอบกุล และวัจนินทร์, 2537)

2.3 **มีทักษะในการสื่อสาร** ผู้บอกความจริงควรเป็นผู้ที่สามารถสื่อสารให้ผู้ป่วยรู้ว่าพร้อมที่จะให้การช่วยเหลือ เข้าใจ และเห็นใจในความทุกข์ และความไม่สุขสบาย รู้จักใช้คำพูดภาษาพูดที่สามารถบอกความจริงให้ผู้ป่วยรับรู้ได้โดยไม่ทำลายความหวังของผู้ป่วยและมีการสื่อสารด้วยท่าทีที่แสดงความเห็นอกเห็นใจเป็นการปลอบโยนที่เป็นธรรมชาติและก่อให้เกิดกำลังใจ (ธนา และสิวลี, 2542)

2.4 **มีความใกล้ชิดกับผู้ป่วยและครอบครัว** ผู้ป่วยต้องการผู้บอกความจริงที่แสดงความเป็นกันเอง เห็นอกเห็นใจ เสมือนผู้ป่วยเป็นญาติของตน มีกิริยาท่าทาง และสายตาที่แสดงออกจริงใจ จริงจัง มีเมตตา เป็นที่วางใจ และใจเย็นพอที่จะรับฟังปัญหาข้อข้องใจทั้งเรื่องส่วนตัวและด้านวิชาการเกี่ยวกับความเจ็บ ความไม่สบายของผู้ป่วย และเป็นผู้ที่ผู้ป่วยศรัทธาไว้เนื้อเชื่อใจ (ก้องเกียรติ, 2545)

2.5 มีเวลาให้กับผู้ป่วย การให้เวลากับผู้ป่วยจะช่วยให้ผู้ป่วยมีโอกาสระบายความกลัว ความกังวล และเป็นการเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยหรือญาติมีโอกาสถามรายละเอียด หรือข้อสงสัยต่างๆเพิ่มเติมเกี่ยวกับการวินิจฉัยโรค ซักถามการรักษาและการปฏิบัติตนที่ถูกต้อง (จุฬาวรรณ, 2544) แพทย์ผู้รักษาควรมีเวลาที่เพียงพอที่จะทำให้ผู้ป่วยมีโอกาสเข้าใจถึงข้อมูลที่ได้รับ (วิทยา, 2543) เช่นเดียวกับจุฑามาศ (2542) กล่าวว่าแพทย์ต้องแสดงให้ผู้ป่วยเห็นว่ามีเวลามากพอในการพูดคุยด้วย สอดคล้องกับธนา และสิวลี (2542) กล่าวว่าผู้รักษาควรให้เวลาผู้ป่วยซักถาม และทำความเข้าใจผู้ป่วยเพื่อจะได้ให้การดูแลได้ถูกต้อง

3. **ความต้องการเกี่ยวกับวิธีการบอกความจริง**

ผู้ป่วยมะเร็งมีความต้องการเกี่ยวกับวิธีการบอกความจริง สรุปได้ ดังนี้

3.1 การใช้ภาษา/คำพูด/ท่าที/ท่าทาง/ที่นุ่มนวลอ่อนโยนขณะบอกความจริง ผู้ป่วยต้องการให้บอกความจริงโดยใช้ภาษาพูดที่เข้าใจง่ายความหมายชัดเจน (ภัทรพิมพ์, 2543) ถูกต้องตรงไปตรงมาตามความเป็นจริง ไม่เยิ่นเย้อ พูดไม่เร็วเพื่อจะได้เข้าใจและปฏิบัติได้ถูกต้อง หลีกเลี่ยงคำที่ผู้ป่วยไม่เข้าใจ เนื่องจากการพูดศัพท์ทางการแพทย์ส่วนใหญ่จะทำให้ผู้ป่วยไม่เข้าใจ ทำให้ผู้ป่วยสับสน ก่อให้เกิดความเครียด ความวิตกกังวล (Anderson, 1988) บอกความจริงโดยรู้จักใช้ถ้อยคำหรือพูดแต่ในสิ่งที่จะให้กำลังใจช่วยให้ต่อสู้กับโรค (รัตนา, 2541) ไวส์แมน (Weisman, 1979) กล่าวว่าหลักสำคัญในการบอกผลการวินิจฉัยโรคแก่ผู้ป่วย คือต้องรู้จักการใช้คำพูด เช่นเดียวกับธนา และสิวลี (2542) กล่าวว่าการบอกความจริงให้ผู้ป่วยทราบควรหลีกเลี่ยงการบอกที่จะทำให้ผู้ป่วยนอนไม่หลับ หรือเพิ่มความเจ็บปวด และไม่ควรเริ่มต้นด้วยคำว่าเสียใจหรือขออภัย สอดคล้องกับการศึกษาของ ซาร์เดล และเทรียไวล์เลอร์ (Sardell & Trierweiler, 1993) ซึ่งศึกษาในผู้ป่วยมะเร็งพบว่าผู้ป่วยต้องการให้บอกอย่างนุ่มนวล แต่จากการศึกษาของจารุวรรณ (2538) พบว่าผู้ป่วยมะเร็งส่วนน้อยที่รับรู้ว่าได้รับการบอกความจริงอย่างนุ่มนวล เช่นเดียวกับการศึกษาของจุฬาวรรณ (2544) พบว่าผู้ป่วยมะเร็งได้รับการบอกความจริงแบบขวานผ่าซาก

3.2 บอกตรง ๆไม่อ้อมค้อม ผู้ป่วยส่วนใหญ่มักต้องการคำวินิจฉัยที่ชัดเจน ไม่ว่าจะเป็นเรื่องดีหรือเรื่องร้าย และมุ่งหวังให้แพทย์บอกความจริงอย่างตรงไปตรงมา (ก้องเกียรติ, 2545) ดังเช่นการศึกษาของจุฬาวรรณ (2544) พบว่าผู้ป่วยมะเร็งร้อยละ 80 ต้องการให้แพทย์บอกตรงๆ ว่าเป็นโรคมะเร็ง

3.3 บอกอ้อม ๆ/ใช้คำอื่นแทน การรับรู้ผลการวินิจฉัยโรคมะเร็งเกิดภาวะวิกฤตต่อจิตใจ โดยเฉพาะผู้ป่วยที่ทำใจยอมรับไม่ได้ ย่อมต้องการให้แพทย์บอกโดยใช้คำอื่นแทนคำว่ามะเร็ง เช่นเดียวกับธนา และสิวลี (2542) กล่าวว่าผู้ป่วยที่พอจะมีความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งจะมี

ความกลัวที่จะได้รับคำตอบว่าเป็นโรคมะเร็ง ในผู้ป่วยที่รู้จักโรคมะเร็งไม่ควรบอกให้ผู้ป่วยทราบ อาจจะเลี่ยงคำพูด เช่น บอกว่าเป็นเนื้องอกที่จำเป็นจะต้องรักษา ถ้าทิ้งไว้จะกลายเป็นมะเร็งบอกว่าเป็นเนื้องอกแทนการบอกว่าเป็นมะเร็ง สอดคล้องกับการศึกษาของเดอเดียเรียน (Derdiarian, 1987a) พบว่าผู้ป่วยมะเร็งกลุ่มที่มีอายุ 56-70 ปี ให้หลีกเลี่ยงคำว่ามะเร็ง เช่นเดียวกับการบอกความจริงเกี่ยวกับโรคที่ไม่ดีในประเทศญี่ปุ่นพบว่าแพทย์จะบอกอย่างให้ความหวังเพื่อให้ผู้ป่วยร่วมมือในการรักษา (Akabayashi, Kai, Takemura, & Okazaki, 1999)

3.4 บอกผ่านผู้อื่น ผู้ป่วยจะรู้สึกไม่สบายใจเมื่อต้องรับรู้ความจริงว่าเป็นโรคมะเร็งจะมีชีวิตอยู่ได้ไม่นาน (จุฬาวรรณ, 2544) สอดคล้องกับการศึกษาของเอ็พเล็น (Eplen, 1995) พบว่าแพทย์จะบอกความจริงกับสามีก่อนบอกผู้ป่วย สอดคล้องกับการศึกษาของกราสสิ และคณะ (Grassi et al., 2000) ซึ่งศึกษาทัศนคติของแพทย์และปัญหาในการบอกความจริงแก่ผู้ป่วยมะเร็งพบว่าแพทย์ส่วนใหญ่จะบอกญาติหรือบุคคลที่มีความใกล้ชิดกับผู้ป่วยก่อนจะบอกผู้ป่วย และจากการศึกษาเจตคติของแพทย์ไทยในการแจ้งข้อมูลตามความเป็นจริงเกี่ยวกับโรคมะเร็งพบว่าแพทย์คิดว่าควรบอกความจริงให้ญาติผู้ป่วยทราบร้อยละ 93 เช่นเดียวกับการศึกษาในประเทศญี่ปุ่นพบว่าแพทย์จะบอกญาติเกี่ยวกับการวินิจฉัยโรคที่ไม่ดีค่อนข้างมากถึงมาก (Akabayashi, Kai, Takemura, & Okazaki, 1999)

3.5 บอกเฉพาะตนเอง ผู้ป่วยบางรายต้องการให้บอกความจริงเกี่ยวกับผลการวินิจฉัยโรคเฉพาะกับตนเอง เพราะไม่ต้องการให้บุคคลที่ตนเองรักรับรู้ เป็นห่วง ไม่สบายใจ (จุฬาวรรณ, 2544; Bonadona et al., 2002) ดังเช่นการศึกษาของพีทีธ, อัมบรัม, รอสส์, และสตีล (Peteet, Abrams, Ross, & Strearns, 1991) ซึ่งศึกษาในผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคมะเร็งพบว่า ผู้ป่วยร้อยละ 84 ได้รับการบอกจากแพทย์โดยตรง สอดคล้องกับการศึกษาในประเทศญี่ปุ่นพบว่าผู้ป่วยร้อยละ 60 แพทย์จะบอกกับผู้ป่วยโดยตรงเกี่ยวการวินิจฉัยโรคที่ค่อนข้างดีเป็นส่วนมาก (Akabayashi, Kai, Takemura, & Okazaki, 1999)

4. ความต้องการเกี่ยวกับสถานที่และเวลาในการบอก

ผู้ป่วยมะเร็งมีความต้องการด้านสถานที่และเวลาในการบอกความจริงสรุปได้ดังนี้

4.1 สถานที่ที่เป็นส่วนตัว บุคคลส่วนใหญ่ยังมีทัศนคติในด้านลบต่อการเป็นโรคมะเร็งคิดว่ามะเร็งเป็นโรคที่น่ารังเกียจจึงไม่ต้องการให้ผู้อื่นได้ยิน และไม่ต้องการให้ผู้อื่นเห็นตนเองอยู่ในภาวะที่เสียใจ เช่น ร้องไห้ (ถนอม, 2544) ผู้ป่วยต้องการให้แพทย์บอกในสถานที่ที่เป็นส่วนตัวมิดชิด ไม่มีใครได้ยิน ทีมสุขภาพควรจัดสถานที่และบรรยากาศแวดล้อม (spatial arrangements) ให้สงบ และมีความเป็นส่วนตัวให้มากที่สุด เพื่อให้ผู้ป่วยรู้สึกเป็นส่วนตัว เช่น

ปิดม่านที่อยู่รอบเตียง ปิดประตูห้องตรวจ (ก้องเกียรติ, 2545) จากการศึกษาของพีทีธ อัมบรัม, รอสส์, และสตีล (Peteet, Abrams, Ross, & Strearns, 1991) พบว่าผู้ป่วย 3 ใน 4 ส่วน ได้รับการบอกความจริงจากแพทย์ในสถานที่ซึ่งเป็นส่วนตัว แต่มีการศึกษาที่พบว่าผู้ป่วยได้รับการบอกความจริงที่เป็นข่าวร้ายในสถานที่ที่ไม่เป็นส่วนตัว ดังเช่นการศึกษาของคูพพิโลมากิและลอรี (Kuupelomaki & Lauri, 1998) พบว่าผู้ป่วยส่วนมากได้รับการบอกความจริงเกี่ยวกับผลการวินิจฉัยโรคมะเร็งในหอผู้ป่วยขณะที่แพทย์ขึ้นมาตรวจเยี่ยมอาการ

4.2 บอกความจริงขณะที่มีผู้อื่น/ญาติอยู่ด้วย การบอกความจริงที่เป็นข่าวร้าย ดังเช่นโรคมะเร็งถือเป็นภาวะวิกฤตทางจิตใจ (psychological crisis) ก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานท้อแท้ สิ้นหวัง (ผ่องศรี, 2539) ผู้ป่วยต้องการคนดูแลเอาใจใส่สม่ำเสมอ ต้องการให้บอกในขณะที่มีผู้อื่นอยู่ด้วยเพื่อให้กำลังใจ ปลอบใจให้รู้สึกผ่อนคลาย ต้องการให้ญาติช่วยซักถามปัญหาต่างๆ จากแพทย์แทนตนเองเพราะในขณะที่ผู้ป่วยได้รับการบอกความจริงจะอยู่ในภาวะตกใจ สับสน คิดคำถามไม่ออก ผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่า 60 ปี ร้อยละ 94 ต้องการให้ญาติรู้ผลการวินิจฉัยโรค (Sullivan, Menapace, & White, 2001) สอดคล้องกับการศึกษาของจารุวรรณ (2538) พบว่าผู้ป่วยต้องการให้มีบุคคลอื่น คือสามี บุตร หรือญาติและเพื่อนอยู่ด้วยในขณะที่แพทย์บอกความจริง และเป็นคนที่คุ้นเคยไว้วางใจ ผู้ป่วยรู้สึกว่าสามารถแสดงออกได้ บุคคลที่ผู้ป่วยต้องการมากที่สุดคือ สมาชิกในครอบครัว ซึ่งมีอิทธิพลต่อการลดความวิตกกังวลและซึมเศร้า ต้องการให้มีคู่ชีวิต ลูก ญาติ หรือเพื่อนอยู่ด้วย จะได้มีกำลังใจ มีคนคอยปลอบใจ ช่วยฟังและช่วยซักถาม สอดคล้องกับผลการศึกษาของพีทีธ, อัมบรัม, รอสส์, และสตีล (Peteet, Abrams, Ross, & Strearns, 1991) พบว่าแพทย์จะบอกผลการวินิจฉัยโรคให้ผู้ป่วยกับญาติทราบพร้อมๆกัน ร้อยละ 34

4.3 บอกความจริงเมื่อผู้ป่วยพร้อม ผู้ป่วยต้องการให้บอกความจริงที่เป็นข่าวร้ายเมื่อตนพร้อมที่จะรับฟังความจริง การบอกความจริงในลักษณะนี้เป็นการบอกที่ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่ากระทบกระเทือนใจน้อย (ถนอม, 2544)

ความต้องการความช่วยเหลือภายหลังได้รับการบอกความจริง

ภายหลังได้รับการบอกผลการวินิจฉัยโรคมะเร็งให้ทราบ ผู้ป่วยจะรู้สึกตกใจกลัว เครียด วิตกกังวล ส่งผลให้ผู้ป่วยต้องการความช่วยเหลือที่จะได้รับคำแนะนำหรือความช่วยเหลือจากครอบครัว บุคคลที่ใกล้ชิดและบุคลากรทางการแพทย์ ที่มีความรู้ความเข้าใจ ผู้ป่วยในฐานะปัจเจกบุคคลอย่างต่อเนื่อง (Weisman, 1979) ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยโรคมะเร็งจะมีความวิตกกังวลมากกว่าผู้ป่วยเรื้อรังประเภทอื่นๆ ไม่ว่าผู้ป่วยจะมี อายุ เพศ สถานภาพสมรส หรือมีเศรษฐานะ และ

ระดับการศึกษาเช่นใดก็ตามจะมีความทุกข์ทรมานจากความวิตกกังวล คล้ายคลึงกัน (กนกรัตน์, 2525 อ้างตาม ผ่องศรี, 2539) ความทุกข์ทรมานที่ได้รับจากการรับรู้ผลการวินิจฉัยโรคมักควบคู่ไปกับการรับรู้ถึงความตาย เกิดความไม่แน่นอนในชีวิตของตนเอง (กนกนุช, 2541) ในภาวะเจ็บป่วย บุคคลจะมีความทุกข์ต้องการให้ผู้อื่นช่วยเหลือ ถ้าไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ (สิริวรรณ, 2542) ผู้ป่วยมะเร็งจึงมีความต้องการความช่วยเหลือในด้านต่างๆ ดังนี้

ความต้องการความช่วยเหลือด้านร่างกาย เนื่องจากในภาวะเจ็บป่วยและจากพยาธิสภาพของโรคมะเร็งที่มีอาการรุนแรงตามระยะเวลา ผลข้างเคียงจากการรักษา ส่งผลให้ผู้ป่วยมีร่างกายเปลี่ยนแปลงในทางเสื่อมลง ความสามารถของร่างกายลดลง ผู้ป่วยจึงต้องการความช่วยเหลือและการดูแลจากผู้อื่นเพื่อบรรเทาอาการของโรค อาการไม่สุขสบายต่างๆ เช่น บรรเทาความเจ็บปวด อาการนอนไม่หลับ อาการคลื่นไส้อาเจียน การทำกิจวัตรประจำวันที่ไม่สามารถทำได้เอง ยิ่งร่างกายมีข้อจำกัดจากการเจ็บป่วยมากเท่าใด ผู้ป่วยจะยิ่งต้องการการดูแลช่วยเหลือในการทำกิจกรรมต่างๆมากขึ้น (Stoller & Pogliesi, 1991) สอดคล้องกับการศึกษาของ สเตทซ์ (Stetz, 1987) พบว่าผู้ป่วยมะเร็งต้องการการดูแลด้านร่างกายและต้องการการดูแลเมื่อมีอาการเปลี่ยนแปลง สอดคล้องกับการศึกษาของแบลงค์ และคณะ (Blank et al., 1989) ซึ่งศึกษาความต้องการของผู้ป่วยมะเร็งพบว่าผู้ป่วยต้องการความช่วยเหลือเกี่ยวกับปัญหาที่เกิดจากข้อจำกัดด้านร่างกาย

ความต้องการความช่วยเหลือด้านจิตสังคม ความต้องการทางจิตสังคมเป็นความต้องการความสมดุลทางจิตใจ (ลออ, 2534) ผู้ป่วยมะเร็งมีความต้องการความมั่นคงทางจิตใจ การยอมรับ และสนับสนุนให้กำลังใจ ให้ความสนใจ ให้ความสำคัญ รับฟังปัญหาเมื่อผู้ป่วยต้องการระบายความรู้สึก ความคับข้องใจของตนเองแก่ผู้อื่น (วัชรี, 2543) ผู้ป่วยที่รับทราบผลการวินิจฉัยโรคมะเร็งเป็นภาวะวิกฤต ภาวะจิตอารมณ์มักอ่อนแอโดยเฉพาะในระยะแรกผู้ป่วยต้องปรับตัวอย่างมากต่อการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น ทำให้ผู้ป่วยต้องการความเข้าใจ การยอมรับและเห็นอกเห็นใจมากกว่าปกติ (บุญวดี, 2539) ผู้ป่วยจะต้องการความช่วยเหลือสนับสนุนในด้านการประคับประคองทางด้านอารมณ์ จิตใจ ต้องการการพูดปลอบประโลมปลอบโยน เพื่อให้กำลังใจได้มีโอกาสระบายความรู้สึกเพื่อช่วยผ่อนคลาย และสบายใจ เสริมสร้างกำลังใจให้ผ่านภาวะวิกฤต ทำให้เกิดความรู้สึกมั่นคงในชีวิตมากขึ้น (ผ่องศรี, 2539) ความต้องการด้านอารมณ์เป็นความต้องการขั้นพื้นฐานทางด้านอารมณ์ของมนุษย์ทุกคน (ซ่อลดา, 2536) สอดคล้องกับคอร์เนย์,

เอฟเวอร์เรตต์, โฮเวลล์ และคราวเตอร์ (Corney, Everett, Howells, & Crowther, 1992) กล่าวว่า ผู้ป่วยมะเร็งทางนรีเวชจะต้องการการสนับสนุนทางอารมณ์พอๆกับความต้องการทางด้านร่างกาย สอดคล้องกับการศึกษาของบูตอว์ และคณะ (Butow et al., 1996) พบว่าผู้ป่วยมะเร็งต้องการแรงสนับสนุนทางอารมณ์มากในช่วงที่ได้รับการบอกผลการวินิจฉัยโรค และสอดคล้องกับสมบัติ, ยุพิน, ดวงฤดี และทิพาพร (2543) กล่าวไว้ว่าในยามมีทุกข์เจ็บป่วยผู้ป่วยจะต้องการการปลอบโยนอย่างมาก ช่วยให้มีพลังในการต่อสู้ต่อไป สอดคล้องกับวัฒนา และอำไพ (2543) กล่าวว่าสิ่งที่ผู้ป่วยมะเร็งอยากได้มากที่สุดขณะอยู่ในห้องผ่าตัดคือ กำลังใจ การสัมผัส น้ำเสียงที่รื่นหู และความเอื้ออาทร สอดคล้องกับการศึกษาของชนิตา, เมรีย์, สุนทรี และอุมาภรณ์ (2537) พบว่าผู้ป่วยมะเร็งต้องการการช่วยเหลือด้านจิตใจร้อยละ 47

ความต้องการความช่วยเหลือด้านจิตวิญญาณ ความทุกข์ทรมานจากการรู้ผลการวินิจฉัยโรคมักควบคู่ไปกับการรับรู้ถึงความตาย ความรู้สึกว่าจะต้องตายย่อมกระทบกระเทือนใจ ก่อให้เกิดความกดดันทางอารมณ์ ร้องไห้ กลัว มีอารมณ์เศร้าอย่างท่วมท้น (ฟาริดา, 2541) การรับรู้ผลการวินิจฉัยโรคมะเร็งทำให้ผู้ป่วยเกิดความทุกข์ ต้องเผชิญกับความรู้สึกไม่แน่นอน ถูกคุกคามชีวิตที่ไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้ ผู้ป่วยจะแสดงออกถึงความต้องการความช่วยเหลือด้านจิตวิญญาณเหมือนกับต้องการการเยียวยาทางด้านร่างกาย (วงรัตน์, 2544) สอดคล้องกับการศึกษาของภัสพร, กาญจนา และกาญจนี (2543) ซึ่งศึกษาในผู้ป่วยมะเร็งพบว่าผู้ป่วยต้องการสิ่งยึดเหนี่ยวทางจิตใจร้อยละ 77.5 เช่นเดียวกับการศึกษาของบุบผา (2536) ซึ่งศึกษาความต้องการด้านจิตวิญญาณในผู้ป่วยสูงอายุที่เป็นมะเร็งพบว่าผู้ป่วยมะเร็งรับรู้ว่าศาสนาเป็นจุดมุ่งหวัง เป็นความหวังกำลังใจในฐานะสิ่งศักดิ์สิทธิ์ ส่วนลูกหลาน คู่สมรส เป็นกลุ่มบุคคลที่ช่วยตอบสนองความต้องการทางด้านจิตวิญญาณ คอยช่วยเหลือในการประกอบพิธี ผู้ป่วยบางรายจึงแสวงหาวิธีการต่างๆที่นอกเหนือจากการรักษาของแพทย์ (สมจิต, 2536) เช่นการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา ความเชื่อที่เป็นสิ่งยึดเหนี่ยวทางจิตใจ ตลอดจนสถานที่ศักดิ์สิทธิ์ที่ผู้ป่วยให้ความเคารพนับถือ เช่น สิ่งของที่สำคัญซึ่งเป็นสิ่งที่มีความหมาย มีความผูกพันต่อผู้ป่วย สอดคล้องกับการศึกษาของเพ็ญจันทร์ (2536) พบว่าความหวังเป็นปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษา เช่นเดียวกับการศึกษาของละเอียด (2535) พบว่าความหวังมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเผชิญความเครียด สอดคล้องกับคำกล่าวของสุรเกียรติ (2529) ที่ว่าผู้ป่วยที่มีความต้องการทางด้านจิตวิญญาณมากส่วนใหญ่จะเป็นกลุ่มบุคคลที่หมดหวังในการรักษาทางการแพทย์ เช่น โรคมะเร็ง โรคเรื้อรังซึ่งจะเลือกรักษาทางไสยศาสตร์ สอดคล้องกับการศึกษาของ

เมอราวิเกลีย (Meraviglia, 2002) ซึ่งพบว่าผู้ป่วยมะเร็งที่มีปัญหาสุขภาพมากจะยิ่งมีความต้องการด้านจิตวิญญาณมาก แสดงว่าความเจ็บป่วยทางกายทำให้บุคคลเกิดความทุกข์ทางจิตวิญญาณ เมื่อระดับความเจ็บป่วยรุนแรงมากขึ้นบุคคลจะพึ่งพาผู้อื่น ส่งผลให้เกิดความทุกข์ทางจิตวิญญาณจะยิ่งมีผลกระทบต่อภาวะทางจิตวิญญาณมากขึ้นส่งผลให้ผู้ป่วยต้องการความช่วยเหลือทางด้านจิตวิญญาณมากขึ้นเช่นกัน

ความต้องการความช่วยเหลือด้านเศรษฐกิจ เป็นความต้องการช่วยเหลือสนับสนุนด้านการเงินและค่าใช้จ่ายต่างๆในการรักษาพยาบาล ตลอดจนสวัสดิการหรือการลดหย่อนต่างๆ แหล่งช่วยเหลือทางด้านการเงิน รวมทั้งการช่วยเหลือด้านสิ่งของ แรงงาน เนื่องจากโรคมะเร็งเป็นโรคเรื้อรังที่ต้องใช้เวลาในการรักษานาน และการรักษาจะรักษาในโรงพยาบาลใหญ่หรือโรงพยาบาลศูนย์ ผู้ป่วยต้องเสียค่าใช้จ่ายเพิ่มมากขึ้น เช่น ค่าอาหาร ค่าเดินทางในการมารับการรักษาอย่างต่อเนื่อง ซึ่งไม่สามารถระบุได้ว่าเป็นระยะเวลานานเท่าใด ในขณะที่ร่างกายอ่อนแอลงตามการดำเนินของโรค ผู้ป่วยไม่สามารถทำงานได้ตามปกติ ส่งผลให้ผู้ป่วยต้องการความช่วยเหลือด้านเศรษฐกิจ สอดคล้องกับการศึกษาของภัสพร, กาญจนา และกาญจนี (2543) พบว่าผู้ป่วยมะเร็งร้อยละ 25 ต้องการความช่วยเหลือด้านค่ารักษาพยาบาล