

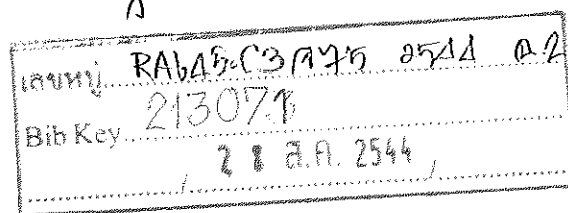
ประสบการณ์ของผู้ป่วยมะเร็งในการได้รับการบอกความจริงเกี่ยวกับความเจ็บป่วย  
จากทีมสุขภาพ

**Experiences of Cancer Patients in being Told the Truth about their Illnesses  
from the Health Team**



จุฬาวรรณ สุระกุล

Chulawan Surakul



วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่  
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

Master of Nursing Science Thesis in Adult Nursing

Prince of Songkla University

2544











1) receiving concern and encouragement from friends, and 2) it is good not being AIDS. The negative impacts were: 1) inability to eat/sleep, 2) lifestyle changes, and 3) trying to find the way for recovery. Six ways to face problems were: 1) seeking and finding treatment information from many sources, 2) building up physical strength and willpower to get rid of cancer, 3) resignation, 4) relying on their merit or good deeds, 5) believing in their doctor, and 6) keeping it a secret, being afraid of being hated.

Informants' needs for being told the truth were: 1) being told by their doctor, 2) hard telling for their own diagnosis, 3) needing to know all information, 4) being immediately told the truth, 5) being told in the presence of a third person, 6) only the patient being told, 7) their family being told instead, and 8) being told anywhere, anytime.

These results provide a deep understanding of experiences of cancer patients in being told the truth about their illnesses from the health team. They also provide guidelines for the health team in telling the truth to cancer patients, and in providing help for patients based on their values and needs.

## กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จสมบูรณ์ด้วยดีก็เพราะได้รับความอนุเคราะห์จากรองศาสตราจารย์ ดร. อรัญญา เขาวลิต รองศาสตราจารย์ ช่อลดา พันธุเสนา และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วันดี สุทธิรัมย์ ซึ่งเป็นอาจารย์ที่ปรึกษา และควบคุมวิทยานิพนธ์ ที่ได้กรุณาถ่ายทอดความรู้ ความคิด และจิตวิญญาณ ของการทำวิทยานิพนธ์ที่ลึกซึ้งอย่างยิ่ง รวมถึงการเป็นแบบอย่างที่ดีของความ เป็นครูในเรื่องของความมุ่งมั่น มานะพากเพียร ความเข้มแข็ง อดทนไม่ย่อท้อต่อปัญหาและ อุปสรรค ซึ่งเป็นประ โยชน์แก่ผู้วิจัยเป็นอย่างมาก จึงขอกราบขอบพระคุณอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

ขอขอบคุณ คณะกรรมการสอบโครงร่างวิทยานิพนธ์และผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่กรุณาให้ ความอนุเคราะห์ตรวจสอบความตรง และความครอบคลุมของเนื้อหา ตลอดจนตรวจสอบความตรง ของเครื่องมือวิจัย เพื่อให้ได้มาซึ่งแนวคำถามที่ชัดเจน และครอบคลุมในประเด็นที่ทำการศึกษา รวมทั้งขอกราบขอบพระคุณคณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ทุกท่าน สำหรับข้อเสนอแนะ และ แง่คิดในมุมมองต่างๆ เพื่อให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น

ขอขอบคุณบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ที่ได้สนับสนุนทุนวิจัยบางส่วน และให้บริการ อำนวยความสะดวกในด้านต่างๆ

ขอขอบคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาล หัวหน้าหอผู้ป่วยบุคลากรทางการแพทย์ ผู้ให้ ข้อมูลและญาติผู้ให้ข้อมูล และเหนือสิ่งอื่นใด ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้รับแรงใจจากคุณดวงใจ นิยม หัวหน้าฝ่ายการพยาบาลโรงพยาบาลสงขลา คุณธีราพร วิชชุรัมย์ หัวหน้าห้องผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลสงขลา ที่ได้สนับสนุน ช่วยเหลือให้ข้อคิด ให้ขวัญและกำลังใจ จนทำให้ผู้ศึกษาได้ ประสบความสำเร็จตามสิ่งที่มุ่งหมาย จึงขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูง

สุดท้ายนี้ขอกราบขอบพระคุณ คุณพ่อ คุณแม่ พี่สาว พี่ชาย ที่ปลูกฝังความเป็นคนดีสร้าง พลังใจให้มานะ พากเพียร ตลอดจนครูบาอาจารย์ทุกท่าน ที่ประสิทธิ์ประสาทวิชา ความรักและ ความซื่อสัตย์ต่อวิชาชีพ รวมทั้งขอขอบคุณพี่ๆ น้องๆ และเพื่อนๆ พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต และ กัลยาณมิตรทุกท่านที่ไม่ได้เอ่ยนาม ณ ที่นี้ ที่มีแต่ความรักความห่วงใย และเป็นกำลังใจให้แก่กัน เสมอมา

จุฬาวรรณ สุระกุล

## สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อ .....	(3)
Abstract .....	(5)
กิตติกรรมประกาศ.....	(7)
สารบัญ .....	(8)
รายการตาราง .....	(10)
รายการภาพประกอบ .....	(11)
บทที่	
1 บทนำ.....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา .....	1
วัตถุประสงค์การวิจัย .....	4
คำถามการวิจัย .....	4
กรอบแนวคิดและทฤษฎี .....	4
นิยามศัพท์ .....	5
ความสำคัญของการวิจัย .....	5
2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง .....	6
แนวคิดเกี่ยวกับโรคมะเร็ง .....	6
แนวคิดเกี่ยวกับการบอกความจริง .....	12
ทฤษฎีและหลักจริยศาสตร์ที่เกี่ยวข้องกับการบอกความจริง.....	27
ประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมในการบอกความจริง .....	30
ผล/ผลกระทบของการได้รับการบอกความจริงเกี่ยวกับความเจ็บป่วยและ การเผชิญปัญหาของผู้ป่วยมะเร็ง .....	31
ความต้องการของผู้ป่วยมะเร็งเกี่ยวกับการได้รับการบอกความจริงจาก ทีมสุขภาพ .....	35
แนวคิดเกี่ยวกับการศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยา .....	39

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
3 วิธีดำเนินการวิจัย .....	44
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง .....	44
การเก็บรวบรวมข้อมูล .....	44
เครื่องมือในการวิจัย .....	44
การสร้างและการควบคุมคุณภาพของเครื่องมือ .....	45
วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล .....	46
การวิเคราะห์ข้อมูล .....	50
4 ผลการวิจัยและการอภิปรายผล .....	52
ผลการวิจัย .....	52
ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ให้ข้อมูล .....	52
ประสบการณ์ของผู้ป่วยมะเร็งในการได้รับการบอกความจริงเกี่ยวกับ ความเจ็บป่วยจากทีมสุขภาพ .....	66
การอภิปรายผล .....	97
5 สรุปผลการวิจัย และข้อเสนอแนะ .....	125
สรุปผลการวิจัย .....	125
ปัญหาและอุปสรรค .....	130
ข้อเสนอแนะ .....	130
ประสบการณ์ที่ได้เรียนรู้ .....	133
บรรณานุกรม .....	135
ภาคผนวก .....	148
ภาคผนวก ก แบบบันทึกและแบบสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูล .....	149
ภาคผนวก ข การพิทักษ์สิทธิของผู้ให้ข้อมูลในการเข้าร่วมงานวิจัย .....	151
ภาคผนวก ค รายงานผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงของเครื่องมือวิจัย .....	152
ภาคผนวก ง ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ให้ข้อมูล .....	153
ประวัติผู้เขียน .....	154

## รายการตาราง

ตาราง	หน้า
1 ลักษณะของกลุ่มผู้ให้ข้อมูลจำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล.....	53
2 ลักษณะของกลุ่มผู้ให้ข้อมูลจำแนกตามข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วย .....	55
3. ความหมายของโรคมะเร็ง การได้รับความรู้และแหล่งที่มาของความรู้ตามการรับรู้ ของผู้ให้ข้อมูล.....	58

## รายการภาพประกอบ

ภาพประกอบ	หน้า
1 แสดงประสบการณ์ของผู้ป่วยมะเร็งในการได้รับการบอกความจริงเกี่ยวกับความเจ็บป่วยจากทีมสุขภาพ.....	129

## บทที่ 1

### บทนำ

#### ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ผู้ป่วยทุกคนมีสิทธิที่จะได้รับการบอกความจริงเกี่ยวกับความเจ็บป่วยของตนตามคำประกาศสิทธิของผู้ป่วย ซึ่งประกาศ ณ วันที่ 16 เดือนเมษายน 2541 ซึ่งได้บ่งบอกไว้อย่างชัดเจนว่าผู้ป่วยที่ขอรับบริการด้านสุขภาพ มีสิทธิที่จะได้รับทราบข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลของตน (สภาการพยาบาล, 2541) ซึ่งเชื่อกันว่าการรับทราบความจริงจะทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้และเข้าใจเกี่ยวกับโรค และสิ่งที่ตนต้องประสบ เข้าใจเหตุการณ์ได้ถูกต้อง ทำให้ผู้ป่วยได้รู้อนาคตของตนเองและไม่เกิดความกังวลกับสิ่งที่ไม่รู้และไม่แน่ใจ (รัตนานา, 2541) ลดความวิตกกังวลกระวนกระวายใจ (Crockford, Holloway & Walker, 1993) ในการหาคำตอบว่าตนเองป่วยเป็นอะไร หนักมากน้อยเพียงใด เนื่องจากการปล่อยให้ผู้ป่วยวิตกกังวล สงสัยต่อความรู้ทางการแพทย์ของตนถือว่าเป็นการทำร้ายจิตใจของผู้ป่วย แม้ว่าการรับรู้ความจริงเกี่ยวกับความเจ็บป่วยด้วยโรคที่ร้ายแรง จะก่อให้เกิดความเจ็บปวดและความทุกข์ทรมานแสนสาหัสทางด้านจิตใจแก่บุคคลที่ยังปรับตัวไม่ได้ จนอาจทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนทางด้านร่างกาย และจิตใจเพิ่มเติมจากความเจ็บป่วยเดิมที่มีอยู่แล้วก็ตาม (พเยาว์, 2538) แต่ผู้ป่วยก็จะสามารถใช้สิทธิในการตัดสินใจเลือกแนวทางการรักษาได้ถูกต้อง และมีประสิทธิภาพ (กัลยาณี, 2543; มัญชุษา, 2541; สมจิต, 2537; Williamson & Livingston, 1992) นอกจากนี้ยังทำให้ผู้ป่วยรู้ว่าควรจะต้องปฏิบัติตัวอย่างไร มีการวางแผนชีวิตของตนเอง เตรียมการสำหรับครอบครัว และเตรียมใช้ชีวิตส่วนที่เหลือของตนอย่างที่เหมาะสม การไม่ได้รับข้อมูลที่เป็นจริงทำให้ผู้ป่วยเกิดความกังวลกับสิ่งที่ไม่รู้และไม่แน่ใจ ไม่สามารถตัดสินใจเลือกแนวทางการรักษาที่ถูกต้องและมีประสิทธิภาพได้ ไม่สามารถปฏิบัติตัวให้เหมาะสมกับโรค ปรับตัวต่อโรคไม่รู้วิธีสูญเสียพลังอำนาจและความเคารพนับถือในความเป็นบุคคลของตนเอง (Williamson & Livingston, 1992)

อย่างไรก็ตามการบอกความจริงแก่ผู้ป่วยเป็นประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมประเด็นหนึ่ง ที่พบได้บ่อยในการปฏิบัติการพยาบาลแต่ละวัน เนื่องจากการบอกความจริงก่อให้เกิดทั้งผลดี และผลเสียต่อผู้ป่วยที่ได้รับการบอกความจริง โดยเฉพาะในการดูแลผู้ป่วยมะเร็ง เนื่องจากมะเร็งเป็นสาเหตุที่ทำให้ผู้คนต้องเสียชีวิตเพิ่มมากขึ้น (Beare & Myers, 1994) และจากการรับรู้ของบุคคลทั่วไปว่า มะเร็งเป็นโรคที่อันตรายร้ายแรงใกล้เคียงกับความตายต้องประสบกับความทุกข์ทรมาน



(ผ่องศรี, 2541) รวมถึงเป็นโรคที่หมคนทางรักษาให้หายขาดได้ (Krause, 1991; Munkres, Oberst & Hugles, 1992; Rhodes, McDaniel, Hanson, Markway & Johnson, 1994) ผู้ป่วยที่ได้รับทราบการวินิจฉัยว่าเป็นโรคมะเร็ง มักจะมีปฏิกิริยาการตอบสนองรุนแรงกว่าการได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคอื่น (McGee, 1990) โดยพบว่าปฏิกิริยาการตอบสนองหลายรูปแบบแตกต่างกันไป เช่น ตกใจกลัว หมดหวัง หมดกำลังใจ โกรธ คับข้องใจ ซึมเศร้า แยกตัว ปฏิเสธ อดทน หรือเผชิญหน้าสู้โรค (สมจิต, จารุวรรณ และวรชัย, 2540; McGee, 1990) จากปฏิกิริยาตอบสนองต่อโรคมะเร็งที่แตกต่างกันไปของผู้ป่วยทำให้เกิดข้อโต้แย้งขึ้นว่า ควรจะบอกความจริงให้ผู้ป่วยมะเร็งรับทราบหรือไม่ เนื่องจากการบอกความจริงให้ผู้ป่วยทราบแม้ว่าจะเป็นการเคารพสิทธิผู้ป่วย และทำให้ผู้ป่วยสามารถเลือกแนวทางในการรักษาได้ถูกต้องและมีประสิทธิภาพ แต่ถ้าผู้ป่วยไม่สามารถทำใจยอมรับความจริงเกี่ยวกับความเจ็บป่วยได้ก็อาจทำให้ผู้ป่วยสูญเสียความหวัง หมดกำลังใจในการต่อสู้ เป็นการทำร้ายผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยมีอาการทรุดหนักลงได้ (Aiken & Catalano, 1994; Beare & Myers, 1994; Gillan, 1994) สำหรับการไม่บอกความจริงให้ผู้ป่วยทราบ แม้ว่าจะไม่เป็นการทำร้ายจิตใจผู้ป่วยโดยการบอกข่าวร้าย แต่ก็เกิดผลเสียต่อผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถเลือกแนวทางในการรักษาที่ถูกต้องได้ ไม่สามารถปฏิบัติตัวได้เหมาะสมกับโรคที่เป็นอยู่และเป็นการละเมิดสิทธิของผู้ป่วยในการได้รับข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยที่เป็นจริง ตามคำประกาศสิทธิของผู้ป่วยจึงทำให้การบอกความจริงเป็นประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมที่พบได้บ่อย

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่าแพทย์ซึ่งเป็นบุคคลสำคัญในการบอกข้อวินิจฉัยโรคแก่ผู้ป่วย ก็ยังมีความคิดเห็นในเรื่องการบอกความจริงแก่ผู้ป่วยมะเร็งแตกต่างกันไป แพทย์บางคนมีความเห็นว่า ควรบอกความจริงแก่ผู้ป่วยมะเร็งในทุกเรื่อง แต่แพทย์บางคนมีความเห็นว่า การบอกความจริงแก่ผู้ป่วยมะเร็งในบางกรณีไม่ได้ให้ประโยชน์แก่ผู้ป่วยเลย ยังเป็นการทำร้ายผู้ป่วยอีกด้วย ทำให้ผู้ป่วยสูญเสียความหวัง (Asai, 1995) เพราะผู้ป่วยมะเร็งส่วนมากเมื่อรู้ความจริงเกี่ยวกับอาการของตนก็มักจะเสียกำลังใจ เป็นผลให้อาการของโรคทรุดลง (สมจิต, 2537; สมจิต และคณะ, 2540; สันต์, 2528) แพทย์บางกลุ่มมีความเห็นว่าแม้การพูดความจริงอาจเป็นผลร้ายแก่ผู้ป่วย แต่แพทย์ก็ไม่ควรปิดบังความจริงและไม่มีสิทธิที่จะหลอกลวงผู้ป่วยเป็นอันขาด เพราะการปฏิบัติงานของแพทย์นั้น จะต้องคำนึงถึงความรู้สึกเชื่อถือ ไว้วางใจและความมั่นใจที่ผู้ป่วยมีต่อแพทย์ ถ้าหากผู้ป่วยทราบว่าแพทย์ที่ตนเชื่อถือไว้วางใจ ปิดบังหรือหลอกลวงเกี่ยวกับอาการเจ็บป่วย ก็จะทำให้ความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์และผู้ป่วยหมดไป ทำให้เกิดอุปสรรคในการรักษา แพทย์กลุ่มนี้เชื่อว่าผู้ป่วยจำนวนไม่น้อยที่ยอมรับสภาพความจริง มีกำลังใจเข้มแข็งยิ่งขึ้นและพร้อมที่จะให้ความร่วมมือกับแพทย์ในการรักษาต่อไป จากการศึกษาของสวิต (2527) เกี่ยวกับทัศนคติของแพทย์ที่มีต่อการบอกข้อมูลทั่วไปและการบอกความจริงแก่ผู้ป่วยในการรักษาพยาบาลพบว่าแพทย์จำนวนเกินครึ่ง (ร้อยละ 58) ไม่เห็นด้วยกับการบอกความจริงแก่ผู้ป่วยมะเร็งทุกราย

ส่วนแพทย์อีกเกือบครึ่ง (ร้อยละ 41) มีความคิดเห็นว่าควรบอกความจริงแก่ผู้ป่วยมะเร็งทุกราย และจากการศึกษาของจากรูรณ (2538) เกี่ยวกับปฏิกิริยาการตอบสนองต่อโรคและการปรับตัวในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ร้อยละ 80 ได้รับการบอกความจริงเกี่ยวกับการวินิจฉัยโรคจากแพทย์ ในรูปแบบการบอกตรง ๆ

อย่างไรก็ตามการบอกความจริงแก่ผู้ป่วยมะเร็ง ไม่ได้ขึ้นอยู่กับความคิดเห็นของแพทย์แต่ละคนเท่านั้น ความต้องการและความรู้สึกในการรับทราบความจริงเกี่ยวกับความเจ็บป่วยของผู้ป่วยก็เป็นสิ่งหนึ่งที่ต้องคำนึงถึง ซึ่งผู้ป่วยมะเร็งแต่ละคนมีความต้องการในการรับทราบความจริงเกี่ยวกับความเจ็บป่วยแตกต่างกัน ผู้ป่วยบางรายต้องการให้แพทย์และพยาบาลบอกความจริงทั้งหมด (whole truth) หรือบอกความจริงแต่เพียงบางส่วน (partial truth) หรือไม่ต้องการให้บอกเลย เนื่องจากไม่กล้าที่จะยอมรับความจริง จากการศึกษาของธีระ (2523) ในผู้ป่วยที่ได้รับการบอกให้ทราบว่าป็นมะเร็งตั้งแต่เริ่มแรกและผู้ป่วยที่ได้รับการปิดบังมาแล้วมาทราบความจริงภายหลัง จะได้รับคำตอบว่าอยากทราบความจริงตั้งแต่แรก ร้อยละ 90 และจากการศึกษาของ มีริดิทท์ และคณะ (Meredith et al., 1996) ถึงความต้องการข้อมูลของผู้ป่วยมะเร็งจำนวน 250 คน ในประเทศสกอตแลนด์ตะวันตก พบว่าผู้ป่วยมะเร็งร้อยละ 96 ต้องการทราบผลการวินิจฉัยโรคตามความเป็นจริง และผู้ป่วยทั้งหมดต้องการทราบแผนการรักษาที่เปลี่ยนแปลงไป นอกจากนี้บุคลากรที่มสุขภาพต้องคำนึงถึงผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นได้หลังการบอกความจริง ซึ่งขึ้นอยู่กับประสบการณ์และความต้องการของผู้ป่วยในการรับทราบความจริงเกี่ยวกับความเจ็บป่วยจากทีมสุขภาพที่แตกต่างกันไป ซึ่งสิ่งเหล่านี้จะต้องใช้ประกอบเป็นแนวทางในการตัดสินใจว่าจะบอกหรือไม่บอกความจริงให้ผู้ป่วยทราบ

สำหรับในประเทศไทย จากการทบทวนงานวิจัยย้อนหลัง 12 ปี (ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2530-พ.ศ. 2541) โดยศึกษาจากเอกสารการรวบรวมบทคัดย่อวิทยานิพนธ์ของมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ มหาวิทยาลัยมหิดล จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ และค้นหาจากฐานข้อมูล POPLINE CD-ROM ยังไม่พบรายงานการวิจัยที่เน้นถึงประสบการณ์ของผู้ป่วยมะเร็งในการได้รับการบอกความจริงเกี่ยวกับความเจ็บป่วยจากทีมสุขภาพ รายงานการวิจัยที่พบจะเป็นการศึกษาเชิงปริมาณในด้านความต้องการของผู้ป่วยมะเร็งในการรับทราบความจริงเกี่ยวกับผลการวินิจฉัย แผนการรักษาและการพยากรณ์โรค ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะทำการศึกษาประสบการณ์ของผู้ป่วยมะเร็งในการได้รับการบอกความจริงเกี่ยวกับความเจ็บป่วยจากทีมสุขภาพ เพื่อเป็นแนวทางในการบอกความจริงแก่ผู้ป่วยมะเร็งของทีมสุขภาพตามความต้องการของผู้ป่วย ก่อให้ผู้ป่วยมะเร็งเกิดความพึงพอใจ มีเจตคติต่อโรคมะเร็งในทางบวก สามารถมีชีวิตอยู่ร่วมกับความเจ็บป่วยได้อย่างมีคุณภาพ

## วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อบรรยายและอธิบายถึงประสบการณ์ของผู้ป่วยมะเร็งในการได้รับการบอกความจริงเกี่ยวกับความเจ็บป่วยจากทีมสุขภาพ

## คำถามการวิจัย

### คำถามหลัก

ประสบการณ์ของผู้ป่วยมะเร็ง ในการได้รับการบอกความจริงเกี่ยวกับความเจ็บป่วยจากทีมสุขภาพเป็นอย่างไร

### คำถามรอง

1. ผู้ป่วยให้ความหมายของการบอกความจริง เกี่ยวกับความเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งอย่างไร
2. ผู้ป่วยรับรู้ว่า ทีมสุขภาพมีวิธีหรือรูปแบบในการบอกความจริงเกี่ยวกับความเจ็บป่วยของตนอย่างไร
3. ผู้ป่วยมีความคิดเห็นอย่างไรต่อวิธีการบอกความจริงเกี่ยวกับความเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งของทีมสุขภาพ
4. ความรู้สึกของผู้ป่วยมะเร็งเมื่อได้รับการบอกความจริงเกี่ยวกับความเจ็บป่วยจากทีมสุขภาพ เป็นอย่างไร
5. ผู้ป่วยรับรู้ว่า การได้รับทราบความจริงเกี่ยวกับความเจ็บป่วยจากทีมสุขภาพก่อให้เกิดผล/ผลกระทบต่อดังต่อไปนี้หรือไม่
6. ผู้ป่วยมะเร็งมีวิธีการเผชิญปัญหาที่เกิดขึ้น จากการได้รับการบอกความจริงอย่างไร
7. ความต้องการของผู้ป่วยมะเร็ง เกี่ยวกับการได้รับการบอกความจริงจากทีมสุขภาพมีอะไรบ้าง

## กรอบแนวคิดและทฤษฎี

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบเชิงปรากฏการณ์วิทยา (phenomenology) ใช้ทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องในการอธิบาย อันได้แก่ แนวคิดเกี่ยวกับมะเร็งในบริบทของสังคมไทย หลักจริยธรรมเกี่ยวกับการบอกความจริงและงานวิจัยเกี่ยวกับการบอกความจริง รวมทั้งความต้องการ

ข้อมูลโดยธรรมชาติของมนุษย์ และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความต้องการข้อมูลของผู้ป่วย ใช้อธิบาย  
สำหรับการทำความเข้าใจ ปรัชญาการณที่เกิดขึ้น

### นิยามศัพท์

ผู้ป่วยมะเร็ง หมายถึง ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคมะเร็ง ระบุว่าตนเป็นโรคมะเร็ง และมีประสบการณ์ ในการได้รับการบอกความจริงเกี่ยวกับความเจ็บป่วยจากทีมสุขภาพ

การได้รับการบอกความจริง หมายถึง การที่ผู้ป่วยมะเร็งระบุว่าตนได้รับข้อมูลที่เป็นความจริงเกี่ยวกับความเจ็บป่วยของตนจากทีมสุขภาพ

ทีมสุขภาพ หมายถึง แพทย์ พยาบาล หรือนุรคสาครด้านสุขภาพของโรงพยาบาล ซึ่งมีหน้าที่เกี่ยวข้องในการบอกความจริงเกี่ยวกับความเจ็บป่วยแก่ผู้ป่วย

### ความสำคัญของการวิจัย

1. เป็นแนวทางสำหรับทีมสุขภาพ ในการตัดสินใจบอกความจริงเกี่ยวกับความเจ็บป่วยแก่ผู้ป่วยมะเร็ง
2. เพื่อให้การพยาบาลได้สอดคล้องกับความต้องการ ในการรับทราบความจริงเกี่ยวกับความเจ็บป่วย
3. เพื่อหาแนวทางช่วยเหลือผู้ป่วยมะเร็ง ภายหลังได้รับทราบความจริงให้สอดคล้องกับความต้องการของผู้ป่วย
4. เป็นแนวทางในการสอนนักศึกษาพยาบาล เกี่ยวกับการให้ข้อมูลที่เป็นข่าวร้ายแก่ผู้ป่วยมะเร็ง

## บทที่ 2

### เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ เป็นการศึกษาเกี่ยวกับประสบการณ์ของผู้ป่วยมะเร็งในการได้รับการบอกความจริงเกี่ยวกับความเจ็บป่วยจากทีมสุขภาพ ผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องดังนี้

1. แนวคิดเกี่ยวกับโรคมะเร็ง
2. แนวคิดเกี่ยวกับการบอกความจริง
3. ทฤษฎีและหลักจริยศาสตร์ที่เกี่ยวข้องกับการบอกความจริง
4. ประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมในการบอกความจริง
5. ผลกระทบของการได้รับการบอกความจริงเกี่ยวกับความเจ็บป่วยและการเผชิญปัญหาของผู้ป่วยมะเร็ง
6. ความต้องการของผู้ป่วยมะเร็งเกี่ยวกับการได้รับการบอกความจริงจากทีมสุขภาพ
7. แนวคิดเกี่ยวกับการศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยา

#### แนวคิดเกี่ยวกับโรคมะเร็ง

โรคมะเร็ง (cancer) หมายถึง โรคที่เกิดจากการเจริญเติบโตผิดปกติของกลุ่มเซลล์บางส่วนของร่างกาย (สิริฤกษ์, 2542; Carignan, 1993) เป็นเนื้องอกที่ไม่อยู่กับที่ มีการเจริญเติบโตอย่างรวดเร็ว สามารถลุกลามและแพร่กระจายไปยังเนื้อเยื่ออื่นๆ หรืออวัยวะข้างเคียง และในที่สุดอาจแพร่กระจายออกไปยังบริเวณที่ห่างไกลออกไปจากก้อนมะเร็งเดิม (primary tumor) (ฤทัยวรรณ, 2541; Carignan, 1993) จะส่งผลกระทบต่อระบบกายวิภาค โดยจะไปเบียดเบียนที่อยู่ของอวัยวะเดิม และมีผลต่อระบบสรีรวิทยา โดยจะไปทำให้ระบบการทำงานต่างๆ ของร่างกาย ไม่สามารถดำเนินการไปอย่างปกติจนก่อให้เกิดพยาธิสภาพขึ้น หรืออีกนัยหนึ่งมะเร็งก็คือเนื้องอกที่เป็นเนื้อร้ายนั่นเอง (อุปมา, 2541)

มะเร็งมีคุณลักษณะ 4 ข้อ คือ

1. มีจุดกำเนิดจากการเปลี่ยนแปลงพันธุกรรมในเซลล์ 1 เซลล์ ซึ่งต่อมาได้เพิ่มจำนวนขึ้น จนกลายเป็นกลุ่มของก้อนมะเร็ง (a clone of malignant cells) (เรวัต และวรชัย, 2538) โดยมีลักษณะเป็นเนื้อเส้นใยและเนื้อยึดต่อกัน เกิดการเปลี่ยนแปลงรูปร่างที่ผิดปกติ (Kumar, Cotran & Robbins, 1992)

2. มีการแบ่งตัวเพิ่มจำนวนโดยไม่สามารถควบคุมได้ (cellular proliferation) (สิริฤกษ์, 2542) อยู่ นอกเหนือกลไกการควบคุมปกติ ทำให้สามารถแบ่งตัวเพิ่มจำนวนอย่างไม่สิ้นสุด
3. มีการแทรกตัวเข้าไปในเนื้อเยื่อปกติ (invasion หรือ infiltration) (สิริฤกษ์, 2542) จะไม่มีขอบเขตที่ชัดเจนระหว่างบริเวณที่ปกติและเนื้อมะเร็ง (นิธิและสุพิศ, ม.ป.ป.)
4. สามารถแพร่กระจายไปยังส่วนอื่นๆ ของร่างกายในบริเวณที่ห่างไกลได้ โดยผ่านเข้าไปถึงระบบเลือดและต่อมน้ำเหลือง (Porth, 1990)

### กลไกการเกิดโรคมะเร็ง

ในภาวะปกติ เซลล์ของร่างกายมีการแบ่งตัวเพิ่มจำนวน เปลี่ยนรูปร่างและจัดเรียงตัวเพื่อร่วมกันทำงานเป็นอวัยวะ การแบ่งตัวตามปกติของเซลล์นั้นเกิดขึ้นในขณะที่เป็นตัวอ่อนในครรภ์และกำลังอยู่ในระหว่างการเจริญเติบโต เมื่อร่างกายเติบโตเต็มที่แล้วเซลล์ส่วนใหญ่จะหยุดแบ่งตัว และการแบ่งตัวของเซลล์จะเกิดขึ้นเพื่อทดแทนเซลล์ที่ตายไปเท่านั้น การควบคุมการแบ่งตัวของเซลล์ เป็นระบบที่ค่อนข้างซับซ้อนและมีประสิทธิภาพสูง ต้องใช้ยีนจำนวนมากช่วยทำงาน ยีนกลุ่มนี้เรียกว่า oncogene และ anti-oncogene (สิริฤกษ์, 2542) หรือเรียกว่า ยีนก่อมะเร็ง (oncogene) และยีนต้านมะเร็ง (tumour suppressor gene) (อุปมา, 2541) เมื่อร่างกายได้รับหรือสัมผัสกับสารก่อมะเร็ง (carcinogen) ซึ่งหมายถึง สารหรือสิ่งๆ ที่เข้าไปในร่างกายทางใดทางหนึ่งแล้วทำให้เกิดมะเร็ง (ไมตรี และศิริวรรณ, 2527) ในรูปแบบต่างๆ หรือมีเหตุอันใดทำให้ยีนทั้งสองดังกล่าวทำงานผิดปกติคือ ยีนก่อมะเร็งทำหน้าที่ชักนำเซลล์ปกติให้กลายเป็นเซลล์มะเร็ง จากเซลล์มะเร็งเพียงหนึ่งเซลล์ สามารถแบ่งตัวเจริญเติบโตเป็นก้อนเนื้อเยื่อกลายเป็นมะเร็งในที่สุด

### สาเหตุของการเกิดโรคมะเร็ง

สาเหตุที่แท้จริงของการเกิดโรคมะเร็ง ยังไม่สามารถพิสูจน์ได้ชัดเจน และไม่เป็นที่ยืนยัน แต่จากการศึกษาวิจัยพบว่า มะเร็งมิได้เกิดจากสาเหตุใดสาเหตุหนึ่งเพียงอย่างเดียว (Beare & Myers, 1994) แต่เกิดจากหลายสาเหตุ (multifactorial) ร่วมกัน (อุปมา, 2541) และภาวะที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการเกิดโรคมะเร็งที่อวัยวะหนึ่งอวัยวะใดก็อาจแตกต่างกัน ปัจจัยที่เป็นสาเหตุของการเกิดโรคมะเร็งแบ่งออกเป็น ปัจจัยภายในร่างกาย และปัจจัยภายนอกในร่างกาย

1. ปัจจัยภายในร่างกาย (endogeneous factors) ประกอบด้วยระบบภูมิคุ้มกัน เชื้อชาติ เพศ อายุ กรรมพันธุ์ และความผิดปกติต่างๆ เช่น กรณีเป็นไฟ หรือปานดำ ก็มีโอกาสจะกลายเป็นมะเร็งได้ (กระช่างวงศ์, 2532)

2. ปัจจัยภายนอกร่างกาย (exogenous factors) ประกอบด้วยสารกายภาพ สารเคมี ไวรัส สารพิษที่ปนมากับอาหาร พยาธิ ภาวะขาดสารอาหาร และตัวแปรอื่นๆ เช่น ภาวะจิตใจ รูปแบบการดำรงชีวิต (เรวัต และวรชัย, 2538; อุปมา, 2541)

#### อาการและอาการแสดง

การปรากฏอาการของโรคมะเร็งในระยะแรกไม่ค่อยแสดงอาการแน่ชัด ในระยะที่เพิ่งจะเริ่มเป็นจริงๆ อาจจะไม่มีอาการอะไรเลย ส่วนใหญ่จะพบเมื่อโรคเป็นมากขึ้น ในระยะลุกลามแล้ว เช่น (กระจ่างวงศ์, 2532)

1. ก้อนไปกดอวัยวะต่างๆ
2. มีการขัดขวางในการนำอาหาร ไปเลี้ยงเนื้อเยื่อบริเวณนั้นๆ
3. เกิดการอุดตันของหลอดเลือด หลอดท่อน้ำเหลือง
4. อวัยวะรวมกับก้อนเนื้องอกเปลี่ยนรูปร่างไป
5. อวัยวะต่างๆ ทำหน้าที่ไม่ได้ตามปกติ
6. การเผาผลาญในร่างกายไม่เป็นไปตามปกติ
7. ก้อนเนื้องอก จะแย่งอาหารที่นำไปเลี้ยงร่างกาย
8. มีการเปลี่ยนแปลงในภูมิคุ้มกันต้านทานของร่างกาย ทำให้มีการอักเสบเกิดขึ้น
9. เลือดออก ทำให้ร่างกายสูญเสียโลหิต

อาการแสดงที่เห็นได้ชัด คือ

1. ซีด (anemia) เนื่องจากเสียโลหิตจากบริเวณแผลมะเร็งหรือมีการทำลายของหลอดเลือดอันเกิดจากการติดเชื้อ มีการทำลายของไขกระดูก ทำให้มีซีพอร์เต็นเร็ว หายใจเร็ว ความดันลดต่ำลง เนื่องจากร่างกายขาดออกซิเจน

2. มีการติดเชื้อในบริเวณผิวของเนื้องอก ทำให้มีไข้ เบื่ออาหาร อ่อนเพลีย จำนวนเม็ดโลหิตขาวเพิ่มขึ้น E.S.R. เพิ่มขึ้น

3. เกิดน้ำในช่องต่างๆ ของร่างกาย เช่น ท้องมาน น้ำในช่องท้อง

4. อาการเจ็บปวด

5. กลุ่มอาการของการเจ็บป่วยเป็นมะเร็งระยะเวลานานๆ หรือเรื้อรัง ได้แก่ อ่อนเพลีย ไม่มีแรง น้ำหนักตัวลดลง เบื่ออาหาร ซึมเศร้าอย่างรุนแรง เจ็บปวด ภาวะเป็นกรดเป็นพิษขึ้นในร่างกายและโลหิตเป็นพิษ เป็นต้น

#### ระยะของโรคมะเร็ง

การแบ่งระยะของโรคมะเร็งเป็นการประเมินการดำเนินของโรคว่าเป็นมะเร็ง รุนแรงเพียงใด และลุกลามไปถึงที่ใด ซึ่งจะมีความสำคัญในการพยากรณ์โรค การวางแผนการรักษา การ

วิเคราะห์ และวินิจฉัยโรค รวมถึงการได้ประโยชน์ในการศึกษาเปรียบเทียบอัตราการอยู่รอด การแบ่งระยะของโรคมะเร็ง ซึ่งอยู่บนพื้นฐานของขนาดเนื้องอก การขยายขอบเขตการแพร่กระจายไปยังต่อมน้ำเหลืองและการแพร่กระจายไปสู่อวัยวะอื่นๆ (Kumar, Cotran & Robbins, 1992)

Stage I มะเร็งมีขนาดเล็กยังจำกัดอยู่ในเฉพาะบริเวณที่เริ่มเป็น สามารถผ่าตัดได้ดี ไม่มีการกระจายไปยังต่อมน้ำเหลือง มีโอกาสหาย ร้อยละ 70-90

Stage II มะเร็งมีขนาดใหญ่ขึ้น ลุกลามถึงเนื้อเยื่อข้างเคียง หรือ ลุกลามผ่านอวัยวะที่เป็นโพรงเช่น ต่อมน้ำเหลือง ทำการผ่าตัดได้ แต่อาจเอาเซลล์มะเร็งออกไม่หมด มีโอกาสหาย ร้อยละ 25-50

Stage III มะเร็งมีขนาดใหญ่มากขึ้น ลุกลามสู่อวัยวะข้างเคียง กระจายสู่ต่อมน้ำเหลือง ถ้าทำการผ่าตัดไม่สามารถเอาเซลล์ออกหมด มีโอกาสหาย ร้อยละ 5-20

Stage IV มะเร็งแพร่กระจายไปยังอวัยวะอื่นๆ ที่ห่างออกไป ซึ่งจะทำการผ่าตัดไม่ได้ โอกาสหายน้อยกว่า ร้อยละ 5

#### ผลกระทบของโรคมะเร็ง

โรคมะเร็งเป็นโรคที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ ต้องใช้เวลาในการรักษานานกว่าโรคอื่นๆ ร่วมกับคนส่วนใหญ่ยังมีความเชื่อที่ไม่ถูกต้อง และมีเจตคติไม่ดีต่อโรคมะเร็ง (สมจิต, 2537) ดังนั้นผู้ที่ป่วยเป็นมะเร็ง จะเกิดผลกระทบทั้งทางด้านร่างกาย ด้านจิตใจ และสังคม ดังนี้ (สมจิต, 2536)

1. ด้านร่างกาย ผู้ป่วยส่วนใหญ่บอกรู้สึกเกี่ยวกับปัญหาและอาการต่างๆ ทางด้านร่างกาย ภาวะสุขภาพและข้อจำกัดในการกระทำกิจวัตรประจำวันต่างๆ ปัญหาและผลกระทบที่พบได้บ่อยได้แก่ อาการปวด อ่อนเพลีย เป็นต้น

2. ด้านจิตใจ ผู้ป่วยมะเร็งมักเกิดความกังวลในด้านต่างๆ ดังนี้ คือ

2.1 กังวลเกี่ยวกับวิธีการรักษา ผลของการรักษาและค่าใช้จ่ายในการรักษา

2.2 กังวลเกี่ยวกับอัตรานอนทัศน์ ได้แก่ ภาพลักษณ์ (body image) ความสามารถและความมีคุณค่าในตนเอง โดยเฉพาะผู้ป่วยที่ได้เคมีรักษา จะมีอาการข้างเคียงเกิดขึ้นมาก ทั้งผมร่วง น้ำหนักลด ร่างกายอ่อนเพลีย

2.3 กังวลด้านการทำงานและการเงินเพราะต้องรักษาเป็นเวลานาน ในผู้ป่วยที่เป็นหัวหน้าครอบครัว แม้จะได้รับการช่วยเหลือจากสังคมสงเคราะห์ เรื่องค่ารักษาพยาบาล ผู้ป่วยก็ยังมีรู้สึกกังวลเนื่องจากยังต้องรับผิดชอบสมาชิกคนอื่นๆ ในครอบครัว

2.4 กังวลเกี่ยวกับครอบครัวและบุคคลใกล้ชิด ผู้ป่วยที่ต้องจากบ้านมารับการรักษาในโรงพยาบาลใหญ่ๆ รู้สึกว่าตนเองอยู่ห่างไกลญาติพี่น้องเหมือนถูกทอดทิ้ง



2.5 กังวลว่าตนเองจะอยู่ได้นานเท่าใด การรักษาจะทำให้มีชีวิตรอดหรือไม่ ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีความหวัง บางรายหวังที่จะหาย บางรายหวังให้ชีวิตยืนยาวขึ้น แต่บางรายหวังเพียงไม่ทุกข์ทรมานจากโรค การสะเดาะเคราะห์ต่อชะตา ทำบุญและทำสมาธิ เป็นสิ่งที่ผู้ป่วยและญาติมักจะกระทำ นอกเหนือไปจากการรับการรักษาจากแพทย์ เนื่องจากให้ผลทางด้านจิตใจทำให้ผู้ป่วยเชื่อมั่นในผลการรักษามากขึ้น

3. ด้านจิตวิญญาณ (spirituality) เมื่อมีอาการเจ็บป่วยบุคคลมักมีความต้องการทางด้านจิตวิญญาณมาก เพื่อเป็นความหวังและกำลังใจ เป็นเครื่องยึดเหนี่ยวของจิตใจ เพื่อให้บุคคลสามารถก้าวผ่านปัญหา อุปสรรค ความลำบากและความยุ่งยากในชีวิตได้ (ทศนีย์, 2543; Ross, 1997) ในขณะที่เจ็บป่วยจิตวิญญาณจะช่วยให้บุคคลมีความหวังและสามารถปรับตัวได้ต่อการเจ็บป่วย (Meraviglia, 1999) ซึ่งการเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็ง มีผลกระทบต่อด้านจิตวิญญาณ ดังนี้

3.1 ผู้ป่วยบางรายอาจโกรธ เพราะคิดว่าความเจ็บป่วยและความทุกข์ทรมานจากโรคเป็นการถูกลงโทษจากเคราะห์กรรม พระเจ้าหรือสิ่งศักดิ์สิทธิ์ ทำให้รู้สึกท้อแท้ สิ้นหวังหมดกำลังใจ เสื่อมศรัทธาจากศาสนาหรือสิ่งที่นับถือ (ทศนีย์, 2543; นุบผา, 2536)

3.2 จากความเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็ง ทำให้ร่างกายไม่แข็งแรงหรือต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ทำให้ไม่สามารถปฏิบัติศาสนกิจได้ดั้งเดิม

3.3 ผู้ป่วยบางรายขณะอยู่โรงพยาบาลอาจได้รับการปฏิบัติที่ขัดต่อความเชื่อหรือค่านิยม เช่น ผู้ป่วยบางรายมีความเชื่อเรื่องทิศทางหรือตำแหน่งการวางเตียง แต่บุคลากรทีมสุขภาพต้องการโยกย้ายเตียงเพื่อเหตุผลในการรักษาและการดูแลอย่างใกล้ชิด (ทศนีย์, 2543) ทำให้เกิดผลกระทบต่อด้านจิตวิญญาณได้

3.4 สำหรับผู้ป่วยบางราย เครื่องยึดเหนี่ยวของจิตใจ จะเป็นบุคคล เช่น บิดา-มารดา ญาติพี่น้อง เพื่อน แต่บุคคลเหล่านี้อาจจะไม่ได้เข้าพบผู้ป่วยในเวลา que ผู้ป่วยต้องการเนื่องจากกฎระเบียบการเยี่ยมของโรงพยาบาล

3.5 เมื่อถึงวาระสุดท้ายของชีวิต ผู้ป่วยต้องการตายอย่างสงบ ปราศจากความเจ็บปวดและทุกข์ทรมาน ประารถนาจะตายท่ามกลางคนที่ตนรัก แต่ผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่ได้รับการตอบสนองตามความต้องการ ไม่ได้รับอนุญาตให้กลับไปตายอย่างสงบที่บ้าน บุคลากรทีมสุขภาพมักจะพยายามทำการกู้ฟื้นคืนชีพให้ผู้ป่วย

4. ด้านสังคม ผู้ป่วยกลัวว่าเพื่อนจะรังเกียจ และรู้สึกเป็นภาระต่อเพื่อนและผู้ร่วมงานที่ต้องทำงานแทนหรือมาเยี่ยมเยียน รวมถึงการพบปะสังสรรค์กับเพื่อนฝูงหรือญาติพี่น้องจะลดลง เนื่องจากรู้สึกสูญเสียภาพลักษณ์ หรือมีอาการอ่อนเพลีย ต้องการพักผ่อนมากขึ้นกว่าเดิม เป็นต้น

### การเผชิญปัญหาของผู้ป่วยมะเร็ง

การเผชิญปัญหาเป็นกระบวนการประกอบด้วย การรับรู้ การประเมิน การปรับเปลี่ยนแก้ไข และการกระทำกิจกรรมที่มีจุดมุ่งหมายเพื่อบรรเทาหรือแก้ไขปัญหา ซึ่งมีความเฉพาะเจาะจงในแต่ละบุคคลและแต่ละวิธี ไม่มีวิธีเผชิญปัญหาใดที่ใช้ได้ดีในทุกปัญหา แต่อาจมีบางวิธีที่ใช้ได้ดีกว่าวิธีอื่นๆ วิธีเผชิญปัญหาในผู้ป่วยมะเร็งที่ไวส์แมน (Weisman, 1979) รวบรวมไว้ มี 15 วิธีดังนี้

1. การแสวงหาข้อมูล (rational inquiry) เป็นการค้นหาข้อมูลอย่างมีเหตุผลเกี่ยวกับผลการวินิจฉัยโรค การดำเนินของโรค การรักษา การปฏิบัติตัวและอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับขอบเขตของความเป็นจริง ไม่ได้เป็นการพยายามหาเหตุผลเข้าข้างตัวเอง ซึ่งวิธีเผชิญปัญหาแบบนี้จะแตกต่างกันไปขึ้นกับแบบแผนการดำเนินชีวิตของแต่ละบุคคล
2. การพูดคุยปรับทุกข์ (mutuality) เป็นการพูดคุยกับผู้อื่นเกี่ยวกับสิ่งที่ตนกังวล เพื่อให้ผู้อื่นมีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหา และยังช่วยลดความตึงเครียดในใจออกมาทางคำพูด นอกจากนี้ยังก่อให้เกิดความไว้วางใจผู้อื่นด้วย
3. การใช้ความขบขัน เพื่อปรับเปลี่ยนสถานการณ์ให้ดีขึ้น (affect reversal) โดยพยายามทำตัวให้สนุกสนานด้วยการหัวเราะ พุดจาตลกขบขัน หรืออาจพูดติดตลกแบบเยาะเย้ยตนเอง
4. การเก็บกด (suppression) เป็นการพยายามลืมเรื่องความเจ็บป่วยที่เป็นอยู่ โดยจัดออกไปให้พ้นจากความนึกคิด บางคนอาจใช้การพูดถึงความเจ็บป่วยของผู้อื่น โดยเลี่ยงการพูดถึงเรื่องของตน
5. การทำสิ่งอื่นทดแทนเพื่อหันเหความสนใจ (displacement or redirection) เช่น ทำงานไม่ให้มีเวลาว่าง เป็นอาสาสมัคร ไปงานเลี้ยง หรืออ่านหนังสือ ฟังเพลงอยู่กับบ้าน เป็นต้น
6. การหันหน้าเผชิญปัญหา (confront) โดยการกระทำหรือคิดถึงสิ่งต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับความเจ็บป่วยบนพื้นฐานของความเข้าใจในสภาพความเป็นจริงที่เกิดขึ้นโดยไม่หลีกเลี่ยง ปฏิเสธ หรือหุนหันพลันแล่น
7. การมองหาข้อดีจากความเจ็บป่วย (redefine or revise) เป็นการยอมรับสภาพความเจ็บป่วยโดยการพยายามมองหาข้อดี เพื่อปรับเปลี่ยนสถานการณ์ที่เลวร้ายให้ดีขึ้น หรือลดความรุนแรงลง โดยการหาข้ออ้างหรือหาเหตุผลเข้าข้างตนเอง วิธีนี้มักจะประสบผลสำเร็จ เมื่อใช้ร่วมกับการหันหน้าเผชิญปัญหา
8. การยอมจำนนต่อโชคชะตา (passive acceptance) โดยยอมรับว่าความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นเป็นเรื่องของโชคชะตาที่หลีกเลี่ยงไม่ได้ จะนิ่งเฉยไม่แสดงปฏิกิริยาสะทกสะท้านต่อผลของการรักษาเพราะคิดว่าคงฝืนชะตาของตนเองไม่ได้

9. การกระทำโดยขาดความยั้งคิด (impulsivity) โดยกระทำในสิ่งที่สังคมไม่ยอมรับ หรือเสี่ยงอันตรายโดยไม่คำนึงถึงผลที่ตามมา เพื่อที่จะลดความตึงเครียดและความขัดแย้งภายในจิตใจ

10. การใคร่ครวญหาทางเลือกที่เหมาะสมอื่นๆ (negotiate feasible alternatives) เพื่อหาวิธีการแก้ปัญหาที่ดีที่สุด

11. กระทำสิ่งที่เป็นอันตรายต่อชีวิต (life threat) เช่น คืมเหล้า สูบบุหรี่ หรือรับประทานยาอันตราย เป็นต้น ฯลฯ

12. การแยกตัว (disengagement) เป็นการหลีกเลี่ยงที่จะแลกเปลี่ยนความกังวลกับผู้อื่น มีหลายรูปแบบ ได้แก่ พวกที่ชอบสันโดษ พวกที่ถดถอยซึ่งแยกตัวไปเพื่อคิดเรื่องต่างๆ พวกชอบท่องเที่ยว หรือพวกชอบฝันกลางวัน ผู้ที่ใช้วิธีนี้จะหวังว่าทุกสิ่งทุกอย่างคงดีขึ้นเองโดยไม่ต้องทำอะไร

13. การตำหนิผู้อื่นหรือสิ่งอื่น (externalize or projection) เป็นการโทษบุคคลอื่นหรือสิ่งอื่นว่าเป็นสาเหตุของการเจ็บป่วยครั้งนี้ โดยมองว่ามะเร็งเป็นโชคร้ายของตนเอง และปกป้องตนเองจากความโชคร้ายที่เกิดขึ้น โดยโทษผู้อื่นหรือสิ่งอื่น

14. การปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์ (cooperative compliance) เป็นการยอมทำตามที่แพทย์แนะนำโดยไม่ซักถามข้อมูลเพิ่มเติม ทั้งนี้เนื่องจากมีความศรัทธาและเชื่อวิธีการรักษาของแพทย์

15. การตำหนิตนเอง (moral masochism) เป็นการโทษว่าตนเองเป็นสาเหตุให้เกิดความเจ็บป่วยครั้งนี้ หรือเป็นการถูกลงโทษจากการประพฤตินในสิ่งที่ไม่ถูกต้อง

ปัจจัยที่ทำให้บุคคลมีวิธีเผชิญปัญหาแตกต่างกันคือ ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อาการและอาการแสดงของโรค บุคลิกภาพ เชาวนย์ปัญญา ความสนใจ ความสำเร็จ หรือความล้มเหลวในอดีต และปัจจัยด้านสังคม

### แนวคิดเกี่ยวกับการบอกความจริง

#### ความหมายของการบอกความจริง

การบอกความจริง (truth telling) หมายถึง การให้ข้อมูลที่เป็นจริง และไม่โกหกหรือหลอกลวงผู้อื่น หรือทำให้ผู้อื่นเข้าใจผิด (มัญชุภา, 2541; Aiken & Catalano, 1994; Fry, 1994) และเป็นกระบวนการของการแสดงความรับผิดชอบในการพยาบาล การติดต่อสื่อสารที่ซื่อตรง โดยอยู่บนพื้นฐานการตัดสินใจเชิงจริยธรรม (Williamson & Livingston, 1992)

### วัตถุประสงค์ของการบอกความจริง

การบอกความจริงเป็นรากฐานสำคัญในการดำรงไว้ซึ่งการปฏิบัติตามหลักจริยธรรมและศีลธรรม (Tschudin, 1992) เป็นการแสดงถึงการเคารพในความเป็นบุคคล (Fry, 1994; Williamson & Livingston, 1992) ซึ่งบุคลากรที่มีสุขภาพได้มีการเรียนรู้ว่าการบอกความจริงเป็นสิ่งสำคัญมากสำหรับผู้ป่วยในกระบวนการดูแลสุขภาพ (Beare & Myers, 1994) ทำให้ผู้ป่วยสามารถตัดสินใจเลือกแนวทางในการรักษาได้ถูกต้อง และมีประสิทธิภาพ (กัลยาณี, 2543; มัญญา, 2541; สมจิต, 2537; Williamson & Livingston, 1992) แพทย์สามารถให้การรักษาพยาบาลได้อย่างเต็มที่ (Asai, 1995) และการบอกความจริงยังสามารถช่วยให้ผู้ป่วยปรับตัวต่อโรคได้ดีขึ้น (Williamson & Livingston, 1992) นอกจากนี้รัตนา (2541) ได้ระบุว่าการบอกความจริงแก่ผู้ป่วยเป็นสิ่งที่พึงกระทำเนื่องจาก (1) ผู้ป่วยมีสิทธิที่จะรับรู้และอาจส่งผลถึงการดูแลรักษาผู้ป่วย (2) การบอกความจริง ทำให้ผู้ป่วยได้รู้ขนาดของตนเองและไม่เกิดความกังวลกับสิ่งที่ไม่รู้และไม่แน่ใจ (3) การบอกความจริง เป็นการเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ระบายความรู้สึกส่วนตัวออกมาและได้พูดคุยในเรื่องราวต่างๆ ที่อยากจะพูด (4) ทำให้ผู้ป่วยมีโอกาสทบทวนเรื่องราวต่างๆ ที่ผ่านมาในชีวิตและจัดการวางแผนชีวิตโดยเฉพาะผู้ป่วยที่อยู่ในวาระสุดท้ายของชีวิต และ (5) เป็นการสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างแพทย์และผู้ป่วย

### ทัศนคติของที่มีสุขภาพต่อการบอกความจริง

การบอกความจริงเกี่ยวกับความเจ็บป่วยแก่ผู้ป่วยมะเร็งเป็นสิ่งที่เหมาะสมหรือไม่นั้น ยังเป็นประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมที่พบได้บ่อยในการปฏิบัติกรพยาบาลแต่ละวัน ซึ่งมีการโต้เถียงกันอย่างกว้างขวาง และยังหาข้อยุติไม่ได้ เนื่องจากบุคลากรที่มีสุขภาพโดยเฉพาะแพทย์มีความคิดเห็นที่แตกต่างกัน แพทย์บางท่านมีความเห็นว่าไม่ควรบอกความจริงเกี่ยวกับความเจ็บป่วยให้ผู้ป่วยมะเร็งทราบเนื่องจากกลัวว่าเมื่อบอกความจริงไปแล้ว ผู้ป่วยจะยอมรับความจริงไม่ได้ ทำให้มีผลเสียต่อการรักษาพยาบาล บางรายอาการทรุดหนักลง จะเห็นได้จากการศึกษาของโอเค็น (Oken, 1961 cited by Williamson & Livingston, 1992) เกี่ยวกับการบอกความจริงในการวินิจฉัยโรคผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายของแพทย์ โดยศึกษาจากแพทย์จำนวน 219 คน พบว่าแพทย์ส่วนใหญ่ ร้อยละ 90 ไม่บอกความจริงแก่ผู้ป่วย สอดคล้องกับการศึกษาของโนแวกและคณะ (Novack et al., 1989) ซึ่งทำการศึกษาดังทัศนคติของแพทย์ในการหลอกลวงผู้ป่วย โดยศึกษาจากแพทย์จำนวน 109 คน พบว่าแพทย์ร้อยละ 87 เห็นด้วยกับการไม่บอกความจริงให้ผู้ป่วยทราบ และต้องหลอกลวงผู้ป่วยในบางโอกาส และสอดคล้องกับการศึกษาของ มิสทาคิดู, โลออสซี, วลาโซส และพาพาคิมิเทรีย (Mystakidou, Liossi, Vlachos & Papadimitriou, 1996) ซึ่งสำรวจเกี่ยวกับทัศนคติของแพทย์ประเทศกรีก ในการบอกความจริงเกี่ยวกับการวินิจฉัยโรคให้ผู้ป่วยมะเร็งทราบ โดยสำรวจจาก

แพทย์ผู้ชำนาญในการรักษาโรคมะเร็ง แพทย์ผู้เชี่ยวชาญในการรักษาโรคด้วยรังสี และแพทย์ผู้เชี่ยวชาญการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย จำนวน 228 คน พบว่าแพทย์ส่วนใหญ่ยังคงไม่บอกความจริงเกี่ยวกับการวินิจฉัยโรคให้ผู้ป่วยทราบ สอดคล้องกับการศึกษาของสวิต (2527) เกี่ยวกับทัศนคติของแพทย์ที่มีต่อการบอกข้อมูลทั่วไป และการบอกความจริงเกี่ยวกับความร้ายแรงของโรค อาการของโรคที่ไม่อาจรักษาให้หายขาดได้ รวมถึงการต้องสูญเสียอวัยวะบางส่วน ในผู้ป่วยโรคมะเร็ง โรคหัวใจ วัณโรค และโรคเบาหวาน พบว่าแพทย์ร้อยละ 58 ไม่เห็นด้วยต่อการบอกความจริงแก่ผู้ป่วยทุกราย โดยให้เหตุผลว่าผู้ป่วยบางรายไม่พร้อมที่จะรับฟังความจริง ถ้าบอกความจริงไปแล้วอาจเป็นผลเสียต่อการรักษาพยาบาล และการบอกความจริงหรือไม่เป็นสิทธิของแพทย์เอง ที่จะเป็นผู้พิจารณาตัดสินใจ และจากการศึกษาของทิพมาศ (2541) เกี่ยวกับการรับรู้และการเผชิญปัญหาต่อการได้รับเคมีบำบัดของผู้ป่วยมะเร็งปอดพบว่ากลุ่มตัวอย่าง 10 คน รับรู้ว่าตนเองเป็นมะเร็งปอด เพียง 3 คน อีก 7 คน รับรู้ว่าเป็นโรคปอดอักเสบและเป็นเนื้องอกในปอด เนื่องจากแพทย์ทำตามความต้องการของญาติที่ไม่ต้องการให้ผู้ป่วยรับทราบความจริง

แต่ก็มีแพทย์อีกหลายท่านที่มีความเห็นแตกต่างออกไปว่า ควรบอกความจริงเกี่ยวกับความเจ็บป่วยให้ผู้ป่วยมะเร็งทราบเพื่อผู้ป่วยจะได้มีข้อมูลในการตัดสินใจเกี่ยวกับการเลือกวิธีการรักษาที่ถูกต้อง ได้วางแผนการดำเนินชีวิตในอนาคตและเป็นสิทธิของผู้ป่วยที่จะรับทราบความจริงเกี่ยวกับอาการเจ็บป่วยของตนเอง จากการศึกษาของโนแวกและคณะ (Novack et al., 1979) เกี่ยวกับความคิดเห็นของแพทย์ จำนวน 278 คน ในการบอกผลการวินิจฉัยโรคกับผู้ป่วยมะเร็ง พบว่าแพทย์ ร้อยละ 97 ต้องการที่จะบอกผลการวินิจฉัยโรคให้ผู้ป่วยทราบ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของจาร์วธรรม (2538) ซึ่งทำการศึกษาเกี่ยวกับปฏิบัติการตอบสนองต่อโรคและการปรับตัวในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม พบว่ากลุ่มตัวอย่าง 40 ราย ได้รับการบอกข้อมูลวินิจฉัยตามความจริง 39 ราย มีเพียง 1 ราย ที่ไม่ได้รับการบอกความจริงเกี่ยวกับผลการวินิจฉัยโรคจากทีมสุขภาพ แต่ทราบว่าเป็นมะเร็ง เนื่องจากมีความรู้จากอาการคลำได้ก้อน และต้องรักษาด้วยเคมีบำบัด เป็นอาการของโรคมะเร็ง และการศึกษาของอนันต์ และธนา (2540) ในการสำรวจเจตคติของแพทย์ต่อการแจ้งข้อมูลเกี่ยวกับผลการวินิจฉัยโรค การดำเนินโรคของโรคร้ายแรง เช่น มะเร็ง ตามความเป็นจริง ศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นแพทย์ จำนวน 146 คน พบว่าร้อยละ 70.4 มีความคิดเห็นว่าควรแจ้งข้อมูลแก่ผู้ป่วยโรคมะเร็งตามความเป็นจริง แต่ในกรณีที่เป็นผู้ป่วยมะเร็งในระยะสุดท้าย แพทย์ร้อยละ 56.1 คิดว่าควรจะบอกความจริง และร้อยละ 94.3 มีความเห็นว่า ควรบอกความจริงเกี่ยวกับโรคมะเร็งต่อญาติผู้ป่วยด้วย

ทอมเซิน, วูล์ฟ, มาติน และซิงเกอร์ (Thomsen, Wulff, Martin & Singer, 1993) ได้สำรวจทัศนคติของแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านระบบทางเดินอาหารในประเทศแถบยุโรป จำนวน 260 คน เกี่ยวกับการบอกความจริงถึงผลการวินิจฉัยโรคและการพยากรณ์โรค แก่ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้

พบว่าความคิดเห็นของแพทย์มีความแตกต่างกัน แพทย์ในยุโรปใต้และยุโรปตะวันออก มีความเห็น  
ว่าไม่ควรบอกผลการวินิจฉัยโรคให้ผู้ป่วยทราบ แม้ว่าผู้ป่วยจะร้องขอต้องการให้แพทย์บอก  
ความจริงก็ตาม แต่ควรจะบอกความจริงทั้งหมดแก่คู่ชีวิตของผู้ป่วยแทน แต่แพทย์ในยุโรปเหนือ  
มีความเห็นว่า ควรบอกความจริงเกี่ยวกับผลการวินิจฉัยโรคให้ผู้ป่วยมะเร็งและคู่ชีวิตทราบ แต่ก็มี  
แพทย์บางท่านที่ขอความเห็นชอบจากผู้ป่วย ก่อนที่จะบอกคู่ชีวิตของผู้ป่วย สะท้อนให้เห็นว่าแม้  
จะเป็นเป็นแพทย์ ซึ่งอยู่ในแถบยุโรปด้วยกัน มีความเชื่อและวัฒนธรรมที่คล้ายคลึงกัน ก็ยังมี  
ทัศนคติในการบอกความจริงเกี่ยวกับความเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งที่แตกต่างกัน แพทย์ในยุโรป  
เหนือมีความคิดเห็นว่าการบอกความจริงให้ผู้ป่วยทราบ เป็นสิ่งที่ดีที่สุดสำหรับผู้ป่วย เพราะผู้ป่วย  
จะได้ทราบว่าตนป่วยเป็นอะไร การดำเนินของโรคเป็นอย่างไร จะได้เลือกแนวทางการรักษาและ  
ปฏิบัติตัวได้ถูกต้อง และเป็นการขจัดความรู้สึกขัดแย้งที่แพทย์รับรู้ว่าการปกปิดความจริงเป็นการ  
ละเมิดสิทธิผู้ป่วย ส่วนแพทย์ในยุโรปใต้และยุโรปตะวันออก ตัดสินใจไม่บอกความจริงกับผู้ป่วย  
มะเร็ง เกรงว่าการบอกความจริงให้ผู้ป่วยทราบ อาจเกิดผลเสียมากกว่าผลดี หากผู้ป่วยไม่สามารถ  
ทำใจยอมรับการเจ็บป่วยในครั้งนี้ได้ คิดว่าการปกปิดความจริงเป็นการกระทำที่ก่อให้เกิดผลดีต่อ  
ผู้ป่วยมากที่สุด ซึ่งแพทย์ในยุโรปใต้และยุโรปตะวันออกใช้เกณฑ์การตัดสินใจบนการให้คุณค่า  
(value) ของตนเอง เป็นการตัดสินใจแทนผู้ป่วย โดยไม่ได้พิจารณาถึงความต้องการของผู้ป่วยว่า  
จริงๆ แล้วผู้ป่วยมีความต้องการในการได้รับการบอกความจริงมากน้อยเพียงใด

จะเห็นได้ว่าทัศนคติในการบอกความจริงเกี่ยวกับความเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งของ  
แพทย์แต่ละคนยังคงมีความแตกต่างกัน และไม่สามารถหาข้อยุติได้ว่า ทัศนคติของแพทย์กลุ่มใดถูก  
หรือผิด เพราะต้องพิจารณาถึงความต้องการของผู้ป่วยรวมถึงกระบวนการและรูปแบบในการบอก  
ความจริงที่ใช้กับผู้ป่วยแต่ละรายว่าเหมาะสมหรือไม่ อย่างไร

#### กระบวนการและรูปแบบในการบอกความจริง

การบอกความจริง ซึ่งเป็นข่าวร้ายให้ผู้ป่วยทราบนั้น ย่อมก่อให้เกิดความลำบากใจใน  
การปฏิบัติงาน เพราะไม่มีใครต้องการที่จะเป็นผู้รับภาระในการบอกข่าวร้าย ในระยะเวลา 20 ปีที่  
ผ่านมา พฤติกรรมของบุคลากรที่มีสุขภาพยังมีความกลัวเกี่ยวกับการบอกความจริงถึงความเจ็บป่วย  
ในโรคที่รักษาไม่หาย และเกี่ยวข้องกับความตายให้ผู้ป่วยทราบ ด้วยเหตุผลนานับประการ  
(Capom, 1993) การตัดสินใจว่าจะบอกความจริงหรือไม่ จัดเป็นการตัดสินใจเชิงจริยธรรมประการ  
หนึ่งที่ต้องอาศัยเกณฑ์การตัดสินใจมาช่วย ซึ่งจะทำให้บุคลากรที่มีสุขภาพปฏิบัติงานได้ดีขึ้น ความ  
รู้สึกลำบากใจที่จะต้องเป็นผู้บอกข่าวร้ายลดน้อยลง และเกิดผลดีกับผู้ป่วยมากกว่าผลเสีย ซึ่งมีผู้  
เสนอเกณฑ์การตัดสินใจเชิงจริยธรรมไว้มากมาย แต่มีขั้นตอนซึ่งคล้ายคลึงกันจึงขอนำเสนอเกณฑ์

การตัดสินใจเชิงจริยธรรมของไอเคนและคาทาลาโน (Aiken & Catalano, 1994) และแชลลี (Chally, 1997)

ไอเคน และคาทาลาโน (Aiken & Catalano, 1994) ได้เสนอแนวทางในการตัดสินใจเชิงจริยธรรมไว้ 5 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การเก็บวิเคราะห์และแปลผลข้อมูล (collect, analyze, and interpret the data) เก็บข้อมูลให้มากที่สุดเท่าที่จะทำได้ในประเด็นปัญหาทางจริยธรรมที่ต้องการการตัดสินใจ สิ่งสำคัญที่ต้องทราบคือ ความต้องการ ความปรารถนาของผู้ป่วย และครอบครัวในการรับทราบความจริง และประเด็นปัญหาที่เกิดขึ้นทั้งปัญหาทางกาย หรือทางอารมณ์ ในการตัดสินใจว่าจะบอกหรือไม่บอกความจริงกับผู้ป่วยมะเร็งเช่นกันต้องมีการวิเคราะห์ว่า ผู้ป่วยต้องการที่จะรับทราบความจริงหรือไม่ หากต้องการข้อมูลด้านใดบ้าง เพราะผู้ป่วยบางรายมิได้ต้องการข้อมูลทั้งหมด วิเคราะห์ความเห็นชอบของครอบครัว ภูมิหลัง และบุคลิกภาพของผู้ป่วยในการเผชิญปัญหาที่ผ่านๆ มา (Asai, 1995; Beare & Myers, 1994; Leydon et al., 2000; Peteet et al., 1991; Williamson & Livingstion, 1992)

ขั้นตอนที่ 2 ระบุประเด็นปัญหาทางจริยธรรม (state the dilemma) หลังจากทีรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูลต่างๆ แล้ว บุคลากรที่มสุขภาพต้องระบุประเด็นปัญหาทางจริยธรรมให้ชัดเจน ประเด็นปัญหาจริยธรรมส่วนใหญ่สามารถระบุให้เหลือเพียง 1 ถึง 2 ประเด็น ซึ่งจะต้องครอบคลุมประเด็นปัญหาที่เกิดขึ้น มักจะเป็นคำถามที่เกี่ยวข้องกับประเด็นจริยธรรมที่ทำให้เกิดความขัดแย้งในเรื่องสิทธิมนุษยชน หรือหลักการพื้นฐานด้านจริยธรรม ในการตัดสินใจว่าจะบอกหรือไม่บอกความจริงกับผู้ป่วยมะเร็งจะต้องพิจารณาถึงปัญหาที่เกิดขึ้นให้ชัดเจนว่าปัญหาจริงๆ คืออะไร เป็นปัญหาที่เกิดขึ้นจากตัวผู้ป่วยเอง หรือเกิดขึ้นจากญาติ เพราะจากงานวิจัยและบทความต่างๆ มากมายจะพบว่า การที่ผู้ป่วยจะได้รับทราบความจริงหรือไม่ขึ้นอยู่กับความต้องการของญาติหรือความคิดเห็นของทีมสุขภาพ ซึ่งจะแตกต่างจากความต้องการของผู้ป่วย การระบุประเด็นปัญหาที่เกิดขึ้นจะต้องคำนึงถึงสิทธิของผู้ป่วย และจริยธรรมในการดูแลผู้ป่วยด้วย

ขั้นตอนที่ 3 พิจารณาทางเลือกที่จะปฏิบัติ (consider the choices of action) หลังจากทีพิจารณาสถานการณ์ที่เป็นไปได้อย่างชัดเจนแล้ว ในขั้นแรกช่วยกันคิดหาแนวทางในการปฏิบัติโดยไม่ต้องจัดลำดับความสำคัญ จากนั้นจึงจัดลำดับและพิจารณารายละเอียดความแตกต่างของแต่ละวิธีซึ่งทางเลือกในการปฏิบัติสำหรับพยาบาล มีดังนี้

- 1) ช่วยผู้ป่วยอย่างเต็มความสามารถ แม้ว่าจะขัดแย้งกับความต้องการของแพทย์
- 2) ไม่ให้การช่วยเหลือใดๆ เลย
- 3) หลีกเลี่ยงการเผชิญกับสถานการณ์นั้น โดยไปทำอย่างอื่นแทน

- 4) รายงานปัญหาให้ผู้ตรวจการ (supervisor) ทราบ
- 5) อธิบายข้อสงสัยของผู้ป่วยอย่างชัดเจนด้วยความเต็มใจ
- 6) พுகับแพทย์อย่างตรงไปตรงมาถึงปัญหาของผู้ป่วย

ในการตัดสินใจว่าจะบอกหรือไม่บอกความจริงกับผู้ป่วยมะเร็งจะต้องพิจารณาว่าควรปฏิบัติอย่างไร หากบอกความจริง ควรจะบอกอย่างไร บอกทั้งหมดโดยไม่ปิดบัง (whole truth) หรือบอกเพียงบางส่วน (partial truth) หากไม่บอกความจริงจะต้องคิดหาวิธีว่าจะพุกกับผู้ป่วยอย่างไร หาวิธีหลีกเลี่ยงอย่างไรหากผู้ป่วยต้องการทราบความจริง หรือจะหลอกลวงผู้ป่วย (deception) เพื่อความสบายใจของผู้ป่วย

ขั้นตอนที่ 4 วิเคราะห์ผลดีผลเสียของทางเลือก (analyze the advantages and disadvantages of each course of action) การวิเคราะห์ผลดีผลเสียของแต่ละทางเลือก จะสามารถลดความเป็นไปได้ของแต่ละแนวทาง และช่วยเพิ่มน้ำหนักของทางเลือกโดยหลัก จริยศาสตร์ และจรรยาบรรณวิชาชีพจะเป็นสิ่งสำคัญในการช่วยชี้แนะแนวทางในการตัดสินใจเชิงจริยธรรม ในขั้นตอนนี้บุคลากรทีมสุขภาพซึ่งดูแลผู้ป่วยมะเร็งจะต้องวิเคราะห์ถึงแนวทาง ที่จะบอกหรือไม่บอกความจริงที่ได้เลือกไว้ว่าหากเราใช้วิธีนั้นๆ จะเกิดผลเสียหรือผลดีอย่างไร ต่อผู้ป่วยมะเร็ง

ขั้นตอนที่ 5 ขั้นการตัดสินใจ (make the decision) เป็นขั้นตอนสุดท้ายที่จะตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติ เป็นขั้นตอนที่ยากที่สุด เพราะโดยธรรมชาติของปัญหาความขัดแย้งทางจริยธรรม นั้นจะมีทางเลือกที่แตกต่างหลายทาง และไม่มีใครชอบที่จะเป็นผู้ตัดสินใจ แต่สิ่งที่ดีที่สุดคือ การยึดหลักการตัดสินใจเชิงจริยธรรมในการแก้ปัญหา และถือความต้องการของผู้ป่วยเป็นตัวแปรสำคัญในการปฏิบัติหน้าที่ตามวิชาชีพ ในขั้นตอนนี้บุคลากรทีมสุขภาพ ซึ่งดูแลผู้ป่วยมะเร็ง จะต้องตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติ ซึ่งได้พิจารณาตามลำดับขั้นว่าวิธีใดจึงก่อประโยชน์ให้ผู้ป่วยได้มากที่สุด และตรงกับความต้องการของผู้ป่วย ไม่ละเมิดสิทธิผู้ป่วย

ส่วนแชลลี (Chally, 1997) ได้เสนอแนวทางในการตัดสินใจเมื่อเกิดประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมไว้ 6 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 วิเคราะห์ประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมที่เกิดขึ้นให้ชัดเจน (clarify the ethical dilemma) จะต้องวิเคราะห์ให้เกิดความกระจ่างชัดว่าประเด็นขัดแย้งที่แท้จริงคืออะไร ใครคือเจ้าของปัญหาที่เกิดขึ้น และต้องเป็นผู้ตัดสินใจประเด็นปัญหาทางจริยธรรมที่เกิดขึ้น ใครได้รับผลกระทบบ้าง มีข้อขัดแย้งในคุณค่าอะไรบ้าง และมีองค์ประกอบเกี่ยวกับเวลาเข้ามามีส่วนร่วมด้วยหรือไม่ ในการวิเคราะห์ขั้นตอนนี้ ต้องใช้หลักทางจริยธรรมเข้ามาวิเคราะห์สถานการณ์ สำหรับการตัดสินใจว่าจะบอกหรือไม่บอกความจริงกับผู้ป่วยมะเร็งในขั้นตอนนี้ จะต้องวิเคราะห์



ให้ชัดเจนว่าปัญหาที่แท้จริงคืออะไร เป็นปัญหาของผู้ป่วยมะเร็งเองหรือเป็นปัญหาของญาติ ปัญหาที่เกิดขึ้นส่งผลกระทบต่อใครบ้าง ใครมีส่วนเกี่ยวข้องบ้าง

ขั้นตอนที่ 2 เก็บรวบรวมข้อมูล (gather additional data) หลังจากวิเคราะห์ประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมให้ชัดเจนได้แล้ว ต้องรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมที่ต้องตัดสินใจให้ได้มากที่สุด และอย่างรีบด่วน เนื่องจากประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมบางประเด็นจะต้องได้รับการแก้ไขโดยเร็ว ต้องแน่ใจว่าการอธิบายถึงสถานการณ์นั้นๆ จะต้องทันสมัยถูกต้องตามกฎหมาย เพราะว่าการพิจารณาจะมีการคาบเกี่ยวกันระหว่างหลักจริยธรรมและกฎหมาย ในการตัดสินใจบอกหรือไม่บอกความจริงแก่ผู้ป่วยมะเร็งเช่นกัน จะต้องรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับปัญหาที่เกิดขึ้นให้ได้มากที่สุด เพื่อใช้ประกอบในการตัดสินใจ เลือกแนวทางที่ถูกต้อง

ขั้นตอนที่ 3 ค้นหาทางเลือกที่เหมาะสม (identify options) ทางเลือกในการแก้ไขประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมมีหลายทางเลือก แต่จะต้องระดมความคิดของหลายๆ ฝ่ายว่าทางเลือกใดที่เป็นวิธีที่ดีและเหมาะสมที่สุด ในการตัดสินใจบอกหรือไม่บอกความจริงแก่ผู้ป่วยมะเร็ง จะต้องร่วมกันปรึกษาหารือระหว่างบุคลากรทีมสุขภาพและญาติผู้ป่วย ว่ามีทางเลือกใดบ้างที่จะสามารถปฏิบัติได้แต่ละวิธีมีข้อดี ข้อเสียอย่างไร

ขั้นตอนที่ 4 ตัดสินใจเลือกแนวทางที่จะปฏิบัติ (make a decision) ในขั้นตอนนี้จะต้องคิดให้รอบคอบว่าจะต้องเลือกทางเลือกใด กำหนัดถึงผลกระทบที่อาจจะเกิดขึ้นได้ การใช้หลักจริยธรรมจะทำให้สามารถตัดสินใจได้ว่าควรปฏิบัติตามทางเลือกใดจึงจะเกิดผลดีที่สุด เมื่อต้องเผชิญกับประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรม จะต้องมีการตัดสินใจเลือกปฏิบัติเพียงทางเลือกใดทางเลือกหนึ่ง บุคลากรทีมสุขภาพจะต้องรับภาระหน้าที่ในการตัดสินใจเลือกแนวทางที่จะปฏิบัติ ในการตัดสินใจว่าจะบอกหรือไม่บอกความจริงกับผู้ป่วยมะเร็ง จะต้องเลือกวิธีที่ไม่เกิดผลกระทบต่อผู้ป่วยมะเร็ง หรือเกิดผลกระทบน้อยที่สุด จะต้องคำนึงถึงสิทธิของผู้ป่วย และหลักจริยธรรมประกอบในการตัดสินใจ

ขั้นตอนที่ 5 ปฏิบัติตามทางเลือกที่ได้เลือกไว้ (act) เป็นการลงมือปฏิบัติตามทางเลือกที่ได้ตัดสินใจเลือกไว้ เพื่อขจัดประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมที่เกิดขึ้น โดยต้องได้รับความร่วมมือจากหลายๆ ฝ่ายที่เกี่ยวข้อง ในการตัดสินใจที่จะบอกหรือไม่บอกความจริงกับผู้ป่วยมะเร็ง ในขั้นตอนนี้เป็นขั้นตอนที่จะต้องลงมือปฏิบัติตามที่ได้เลือกไว้ ซึ่งจะต้องได้รับความร่วมมือจากบุคลากรทีมสุขภาพหลายๆ ฝ่าย และจากญาติผู้ป่วย

ขั้นตอนที่ 6 ประเมินผล (evaluate) จะต้องมีการประเมินผลลัพธ์หลังจากที่ได้ปฏิบัติตามทางเลือกที่ตัดสินใจเลือกไว้ ว่าผลลัพธ์ที่ออกมาเป็นอย่างไร และต้องประเมินถึงผลกระทบที่อาจจะเกิดขึ้นในอนาคตด้วย หากการปฏิบัติตามทางเลือกบรรลุเป้าหมายที่วางไว้ ประเด็นขัดแย้ง

ทางจริยธรรมจะหมดไป ถ้าประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมยังคงอยู่ จะต้องวิเคราะห์ใหม่ว่า ทำไมประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมจึงขจัดออกไปไม่สำเร็จ สิ่งสำคัญอีกอย่างหนึ่งคือ พิจารณาว่าหากปฏิบัติตามทางเลือกอื่นที่แตกต่างออกไป ผลลัพธ์ที่ออกมาจะดีกว่านี้หรือไม่จะต้องวิเคราะห์ด้วยความสุขุมรอบคอบ ในผู้ป่วยมะเร็งเพื่อได้ตัดสินใจและปฏิบัติตามทางเลือกที่คิดว่าดีที่สุดแล้ว จะต้องติดตามดูปฏิกิริยาของผู้ป่วยว่าเป็นอย่างไร เกิดผลกระทบอะไรบ้างหรือไม่ หากผลลัพธ์ที่ออกมายังไม่เป็นที่พึงพอใจ หรือยังไม่สามารถแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นได้ จะต้องวิเคราะห์ว่าเป็นเพราะสาเหตุใด อาจจะพิจารณาปฏิบัติตามทางเลือกอื่นที่แตกต่างออกไปอีก เพื่อจะได้ผลลัพธ์ที่น่าพึงพอใจ

ขั้นตอนการตัดสินใจเชิงจริยธรรมของไอเคน และคาทาลาโน (Aiken & Catalano, 1994) มีทั้งส่วนที่เหมือนและแตกต่างกันกับขั้นตอนการตัดสินใจเชิงจริยธรรมของแชลลี่ (Chally, 1997) คือ 5 ขั้นตอนของไอเคนและคาทาลาโน (Aiken & Catalano, 1994) จะเหมือนกับ 5 ขั้นตอนแรกของแชลลี่ (Chally, 1997) เพียงแต่ขั้นตอนการปฏิบัติอาจจะสลับซ้อนกัน คือ มีการเก็บรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับประเด็นปัญหาที่เกิดขึ้น แล้วนำมาวิเคราะห์เพื่อระบุประเด็นปัญหาที่เกิดขึ้นให้ชัดเจน แล้วพิจารณาค้นหาทางเลือกที่เหมาะสม ว่ามีผลดีผลเสียอย่างไรในแต่ละทางเลือก จึงตัดสินใจเลือกแนวทางที่จะปฏิบัติ ซึ่งพิจารณาแล้วว่าก่อให้เกิดประโยชน์แก่ผู้ป่วยมากที่สุด แล้วลงมือปฏิบัติ แชลลี่ (Chally, 1997) มีขั้นตอนที่ต่างออกไปจาก ขั้นตอนของไอเคน และคาทาลาโน (Aiken & Catalano, 1994) คือหลังจากลงมือปฏิบัติ แชลลี่ (Chally, 1997) ได้เสนอให้มีการติดตามประเมินผลว่าผลลัพธ์ที่ออกมาเป็นอย่างไร และประเมินถึงผลกระทบที่อาจจะเกิดขึ้นในอนาคตด้วย หากการปฏิบัติตามทางเลือกไม่บรรลุเป้าหมายที่วางไว้ จะต้องวิเคราะห์หาสาเหตุและพิจารณาปฏิบัติตามทางเลือกอื่นที่แตกต่างออกไป เพื่อให้บรรลุเป้าหมายที่วางไว้ ซึ่งขั้นตอนการประเมินผลมีความสำคัญมาก ดังที่ได้กล่าวไว้ ดังนั้นขั้นตอนที่จะใช้ในการตัดสินใจเชิงจริยธรรมจึงควรมีขั้นตอนติดตามประเมินผลด้วยทุกครั้ง

จะเห็นได้ว่าเกณฑ์ในการตัดสินใจที่จะบอกความจริงแก่ผู้ป่วยหรือไม่นั้น ต้องใช้ความละเอียดรอบคอบ พิจารณาประกอบกันหลายๆ ด้าน ซึ่งมุ่งเน้นให้เกิดผลกระทบต่อผู้ป่วยน้อยที่สุด ดังนั้นสิ่งที่สำคัญอีกอย่างหนึ่งก็คือ ทางเลือกในการบอกความจริง (options for truth) แก่ผู้ป่วย ซึ่งวิลเลียมสันและลิฟวิงส์ตัน (Williamson & Livingston, 1992) ได้เสนอทางเลือกในการบอกความจริง (options for truth telling) ไว้ 4 ทางเลือก ดังนี้

### 1. การบอกความจริงทั้งหมด (whole truth)

มีจุดประสงค์เพื่อบอกความจริงโดยไม่ปิดบังผู้ป่วย (veracity) ความจริงทั้งหมด อาจอยู่เหนือการร้องขอของผู้ป่วย ผู้ป่วยมีสิทธิที่จะรู้ความจริงโดยไม่ถูกหลอกลวง การเลือกวิธีการบอกความจริงทั้งหมด จะกระทำเมื่อผู้ป่วย ครอบครัว พยาบาล และแพทย์ ให้คุณค่า (value)

ในการบอกความจริงตรงกันและผู้ป่วยร้องขอต้องการทราบความจริง ในการบอกความจริงกับผู้ป่วยจำเป็นจะต้องพิจารณาว่าใครเป็นบุคคลที่เหมาะสมที่สุดที่จะเป็นคนบอกความจริงกับผู้ป่วย โดยพิจารณาคูสมบัตินของผู้ที่จะบอก คือ เป็นผู้ที่มีสัมพันธภาพอันดีกับผู้ป่วยและครอบครัว เป็นผู้ที่มีความเห็นสอดคล้องกับผู้ป่วยและครอบครัว ว่าผู้ป่วยควรจะรับรู้ความจริง เป็นผู้มีความรู้ในเรื่องโรคที่ผู้ป่วยและทราบถึงอาการเจ็บป่วยของผู้ป่วยที่กำลังดำเนินอยู่ดีที่สุดในการสื่อสาร มีความเข้าใจเกี่ยวกับคุณค่าและความเชื่อ มีทักษะในการให้คำปรึกษา และมีเวลา (Williamson & Livingston, 1992) จากการศึกษาของอนันต์ และธนา (2540) พบว่าร้อยละ 70.4 ของแพทย์คิดว่าควรแจ้งผลการวินิจฉัยโรค และการดำเนินโรค ตามความเป็นจริงทั้งหมด และร้อยละ 56.1 คิดว่าจะบอกความจริงทั้งหมด แม้ว่าจะเป็นมะเร็งในระยะสุดท้าย

ในหลายๆ สถานการณ์ เมื่อมีการบอกความจริงทั้งหมด ผลที่เกิดขึ้นโดยตรงในทันทีทันใดก็คือ ความไม่สบายใจ ความรู้สึกว่สิ่งที่เกิดขึ้นมีความรุนแรงรู้สึกว่ถูกบีบคั้น ทีมสุขภาพจะต้องให้การดูแลอย่างใกล้ชิด ให้ความมั่นใจกับผู้ป่วยและครอบครัวว่ เขาจะไม่ถูกทอดทิ้ง ทีมสุขภาพจะต้องประเมินคุณค่า และความสามารถในการรับรู้ความจริงของผู้ป่วย พิจารณาถึงข้อดีข้อเสีย และประโยชน์ที่ผู้ป่วยได้รับว่ามีมากน้อยแค่ไหน ดังนี้

#### ข้อดี

1. เป็นการเคารพสิทธิของผู้ป่วยในการรับรู้ความจริง (veracity) และความเป็นอิสระภาพในการทำตามความปรารถนาของตนเอง (autonomy)
2. สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและบุคลากรทีมสุขภาพดำเนินไปในทางที่ดี
3. ลดความคับข้องใจ (frustration) ในข้อสงสัย ของผู้ป่วย
4. การได้รับข้อมูลที่ถูกต้องจะช่วยให้การตัดสินใจที่ถูกต้อง และช่วยให้ผู้ป่วยปรับตัวได้ดีขึ้น (Williamson & Livingston, 1992)
5. เมื่อผู้ป่วยทราบความจริงสามารถปฏิบัติตัวได้ถูกต้อง จากการศึกษาของคูเพิลอมากิ และลอรี (Kuuppelomaki & Lauri, 1998) เกี่ยวกับประเด็นปัญหาทางจริยธรรมในการดูแลผู้ป่วยมะเร็ง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยมะเร็ง 32 คน พยาบาล 13 คน และแพทย์ 13 คน พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ (ร้อยละ 62) เมื่อรับทราบความจริงถึงผลการวินิจฉัยและเข้าใจข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วย อย่างแจ่มแจ้ง ทำให้การดูแลรักษาตัวเองดีขึ้น อาการของโรครก็ดีขึ้น
6. ได้รับความร่วมมือจากผู้ป่วยดีขึ้น
7. สามารถวางแผนการดำเนินชีวิตในอนาคตต่อไปได้
8. การพูดความจริง ทำให้ผู้ป่วยเกิดความเชื่อถือ ในบุคลากรทีมสุขภาพอย่างมาก (Williamson & Livingston, 1992)

### ข้อเสีย

1. ผู้ป่วยบางรายทำใจยอมรับไม่ได้เมื่อทราบความจริง เกิดอาการช็อคหรือทำให้อาการทรุดหนักลง จากการศึกษาของคูเพิลโลมาคิและลอรี (Kuuppelomaki & Lauri, 1998) พบว่าผู้ป่วยหนึ่งในสามเมื่อรับรู้ผลการวินิจฉัย และโรคอยู่ในระยะแพร่กระจาย ทำให้อาการทรุดลงเนื่องจากรู้สึกท้อแท้ และมีผู้ป่วยร้อยละ 66.7 มีอาการช็อคเมื่อรับทราบความจริง

### 2. การบอกความจริงบางส่วน (partial truth)

การบอกความจริงบางส่วนเป็นทางเลือกที่เหมาะสม สำหรับผู้ป่วยที่ใช้วิธีการเผชิญปัญหาโดยการปฏิเสธกับสถานการณ์ความเจ็บป่วยที่รุนแรง โดยการรับข้อมูลแต่น้อย หากปฏิเสธการรักษาของแพทย์แต่ยังคงร้องขอข้อมูลจากแพทย์ บุคคลผู้ทำหน้าที่บอกความจริงอาจรอคอยจนกระทั่งผู้ป่วยแสดงท่าทีว่าต้องการข้อมูลมากขึ้นจึงทำการบอกข้อมูลบางส่วน แต่ต้องประเมินถึงความเสี่ยงและข้อดี ข้อเสีย ที่อาจเกิดขึ้นได้ดังนี้

#### ข้อดี

1. ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจในทีมสุขภาพ ว่าเป็นผู้มีความรู้เกี่ยวกับโรคที่เขาเป็นอยู่ สามารถให้ความกระจ่างในเรื่องที่ตนอยากรู้ได้
2. สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและบุคลากรทีมสุขภาพ เป็นไปในทางที่ดี
3. ลดความคับข้องใจ (frustration) ในข้อสงสัยของผู้ป่วย
4. ผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาลดีขึ้น อะคาบายาชิ, ไค, นากิมูระ และโอคาซากิ (Akabayashi, Kai, Takemura, & Okazaki, 1999) ได้ทำการศึกษาเกี่ยวกับวิธีการบอกความจริงถึงผลการวินิจฉัยโรคและการพยากรณ์โรคในผู้ป่วยมะเร็งระยะแพร่กระจาย ซึ่งไม่มีความหวัง ในประเทศญี่ปุ่น ซึ่งได้ทำการศึกษาในปี 1996 กลุ่มตัวอย่างเป็นแพทย์ที่มีอายุน้อย 74 คน พบว่าแพทย์ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 60) จะบอกความจริงผู้ป่วยเกี่ยวกับการพยากรณ์โรคแต่ในส่วนตัว เพื่อคงไว้ซึ่งความหวังของผู้ป่วยและมีผลดีต่อการยินยอมรักษาตามที่แพทย์แนะนำ

#### ข้อเสีย

1. หากเรื่อง que ผู้ป่วยต้องการทราบความจริง เป็นเรื่องร้ายแรง ผู้ป่วยไม่สามารถทำใจยอมรับได้ อาจมีผลกระทบต่อสภาพจิตใจ และการดำเนินของโรคได้
2. จากการได้รับความจริงเพียงบางส่วน บางครั้งทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถตัดสินใจในการเลือกวิธีการรักษา และการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องได้

### 3. การหลอกลวง (deception)

การหลอกลวงเป็นการพูดที่ไม่ตรงกับความจริง การให้ข้อมูลข่าวสารที่ทำให้เกิดความเข้าใจผิด รวมถึงกิริยาที่แสดงออกถึงการปิดบัง (Williamson & Livingston, 1992; Erlen,

1995) การหลอกลวงในสถานที่ยุทธศาสตร์สุขภาพ มีหลายรูปแบบ เช่น การพูดขยายความให้เกินความเป็นจริง การรักษาโดยการให้ยาหลอก วิดเลียมสัน และลิฟวิงส์ตัน (Williamson & Livingston, 1992) ได้กล่าวว่า การหลอกลวงเป็นเงื่อนไขที่พบได้น้อยว่าเป็นทางเลือกที่เหมาะสม ใช้เมื่อการบอกความจริงแล้ว จะมีผลเสียต่อภาวะสุขภาพของผู้ป่วย หรือผู้หนึ่งผู้ใด สอดคล้องกับความคิดเห็นของเอิร์ล (Erlen, 1995) ที่เชื่อว่าการหลอกลวงเป็นทางเลือกหนึ่งที่จะใช้ในการส่งเสริมให้ผู้ป่วยอยู่อย่างมีความสุข เช่นเดียวกับความคิดเห็นแบร์และมายเออร์ส (Beare & Myers, 1994) บอกว่าการหลอกลวงจะก่อให้เกิดความเครียดน้อยที่สุด เพราะจะทำให้ผู้ป่วยมีความหวัง โนแวนด์ และคณะ (Novack et al., 1989) ได้ศึกษาถึงทัศนคติของแพทย์ในการหลอกลวงผู้ป่วย โดยศึกษาจากแพทย์จำนวน 109 คน พบว่าแพทย์ร้อยละ 87 เห็นด้วยกับการหลอกลวงผู้ป่วยบอกว่าเป็นอยู่กับโอกาสและสถานการณ์ที่เกิดขึ้นและจากการศึกษาของ ทอมเซนและคณะ (Thomsen et al., 1993) พบว่าบางครั้ง เมื่อแพทย์จะต้องบอกถึงผลการวินิจฉัยโรคและการพยากรณ์โรครกับผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ หากแพทย์พบว่าโรครอยู่ในระยะแพร่กระจาย แพทย์ก็จะเสริมแต่งคำพูดในการบอกให้ผู้ป่วยรู้สึกดี มีความหวัง สอดคล้องกับการศึกษาของ อะคาบายาชิ และคณะ (Akabayashi et al., 1999) ที่พบว่า แพทย์จะบอกถึงการพยากรณ์โรครในแง่ที่ดีเกินความเป็นจริงเพื่อคงไว้ซึ่งความหวังของผู้ป่วยและบางครั้งจะทำนายระยะเวลาที่ต้องเสียชีวิตให้เร็วขึ้นกว่าความเป็นจริง เพราะเชื่อว่าผู้ป่วยที่ทราบว่าคุณต้องเสียชีวิตภายในระยะเวลาอันสั้น จะให้ความร่วมมือและยินยอมทำตามแผนการรักษาของแพทย์ด้วยดี เพื่อต้องการให้มีชีวิตที่ยืนยาวขึ้น และเมื่อผู้ป่วยสามารถมีชีวิตที่นานเกินการทำนายของแพทย์ ผู้ป่วยและครอบครัวก็จะมี ความหวังมีความสุข ซึ่งส่งผลดีต่อภาวะสุขภาพของผู้ป่วย รวมทั้งมีความรู้สึกที่ดีต่อแพทย์ ว่าแพทย์มีความพยายามที่จะรักษาชีวิตของผู้ป่วยไว้ บุคลากรทีมสุขภาพจะต้องใช้ความระมัดระวังเป็นอย่างมาก และคิดให้รอบคอบ ในการจะใช้วิธีการหลอกลวง เพราะถ้าหากผู้ป่วยทราบความจริงจะทำให้เกิดข้อเสียมากมาย ข้อดีและข้อเสียของการหลอกลวง มีดังนี้

#### ข้อดี

1. ทำให้ผู้ป่วยมีความหวัง เกิดความสุข (Beare & Myers, 1994; Erlen, 1995)
2. ความเครียดของผู้ป่วยลดน้อยลง ลดความเสี่ยงต่อการสูญเสียความหวัง ทำให้อาการทรุดหนักลง หรือพยายามฆ่าตัวตาย (Beare & Myers, 1994)

#### ข้อเสีย

1. ความเชื่อถือที่ผู้ป่วยมีต่อบุคลากรทีมสุขภาพลดลง
2. สัมพันธภาพระหว่างบุคลากรทีมสุขภาพและผู้ป่วยเป็นไปในด้านลบ ส่งผล

กระทบต่อระบบการดูแลสุขภาพ

3. บุคลากรที่มรสุขภพจะรู้สึกคุณค่าในตัวเองลดลง

4. เกิดความวิตกกังวลเกี่ยวกับสิ่งที่จะเกิดขึ้นตามมา

#### 4. การประวงเวลาการบอกความจริง (truth delay)

เป็นการยัดเวลาในการบอกความจริงออกไป นำมาใช้เมื่อบุคลากรที่มรสุขภพ ประเมินได้ว่า ผู้ป่วยขาดคุณสมบัติในการรับฟังความจริงหลายส่วน การประวงเวลาการบอกความจริง ทำให้บุคลากรที่มรสุขภพมีเวลาสำหรับการประเมินสภาวะของผู้ป่วย การวางแผนในการบอกความจริง การหาข้อมูลในการสนับสนุนในการบอกความจริงแก่ผู้ป่วย และทำการแก้ไข สิ่งที่ขาดหายให้ถูกต้องครบถ้วนขึ้น นอกจากนี้การประวงเวลาการบอกความจริง ยังเป็นการให้ เวลาในการเตรียมคำตอบสำหรับบุคลากรที่มรสุขภพ ที่ขาดความเชื่อมั่นในตัวเองที่จะพูดความจริง ถึงอย่างไรการประวงเวลาการบอกความจริงก็ยังมีทั้งข้อดีและข้อเสีย ดังนี้

##### ข้อดี

1. ผู้ป่วยได้รับการเตรียมพร้อมจากบุคลากรที่มรสุขภพ ก่อนรับทราบความจริง เกี่ยวกับความเจ็บป่วย
2. มีการปรึกษากันในทีมมรสุขภพ ถึงประเด็นปัญหาที่เกี่ยวกับการบอกความจริง ให้ผู้ป่วยทราบ มีการวิเคราะห์หาข้อผิดพลาดแล้วแก้ไขให้ถูกต้อง ก่อนบอกความจริงกับผู้ป่วย ทำให้โอกาสที่จะเกิดข้อผิดพลาดน้อยลง

##### ข้อเสีย

1. การที่ผู้ป่วยไม่รู้ความจริงและต้องรอ อาจเพิ่มความวิตกกังวลให้กับผู้ป่วย ทำให้เกิดความรู้สึกถูกละเลย
2. สัมพันธภาพระหว่างบุคลากรที่มรสุขภพ และผู้ป่วยเป็นไปในด้านลบ ส่งผล กระทบต่อระบบการดูแลมรสุขภพ

ดังนั้นการที่จะเลือกบอกความจริงโดยวิธีไหนนั้น จะต้องประเมินสถานการณ์ที่เกี่ยวข้อง โดยเฉพาะตัวผู้ป่วย ว่าคุณค่า (value) ของผู้ป่วยเป็นอย่างไร มีความพร้อมและความต้องการ ในการรับทราบความจริงเกี่ยวกับความเจ็บป่วยเพียงไร ซึ่งแตกต่างกันไปตามปัจจัยพื้นฐานของ ผู้ป่วยแต่ละคน

นอกจากนี้ไวส์แมน (Weisman, 1979) ได้กล่าวว่า ความทุกข์ทรมานจากการรู้ว่าเป็น มะเร็งขึ้นอยู่กักรูปแบบการบอกความจริงว่าเขาได้รับการบอกอย่างไร ซึ่งไวส์แมนได้เสนอ รูปแบบ การบอกความจริงเกี่ยวกับความเจ็บป่วยไว้ 3 แบบ ได้แก่

1. การบอกตรงๆ (hard tell) เป็นการบอกการวินิจฉัยโดยไม่คำนึงถึงความรู้สึกของผู้ป่วย ไม่เลือกเวลา สถานที่ในการบอก และไม่มีเวลาที่จะให้ผู้ป่วยได้ซักถามหรือระบาย ความรู้สึก พีรืท และคณะ (Petecet et al., 1991) ได้ศึกษาถึงข้อคิดเห็นของผู้ป่วยในการบอกผลการ

วินิจฉัยโรคของแพทย์ โดยสัมภาษณ์ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็ง 32 คน ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยทุกคนได้รับการบอกผลการวินิจฉัยโรคจากแพทย์ โดยผู้ป่วยร้อยละ 84 ได้รับการบอกกับตัวผู้ป่วยเองโดยตรง ที่เหลือได้รับการบอกทางโทรศัพท์ แพทย์ใช้เวลาเพียง 2-3 นาทีในการพูดคุยกับผู้ป่วยบางคนถึงผลการวินิจฉัยโรคว่าเป็นมะเร็ง ผู้ป่วยร้อยละ 25 แพทย์ได้บอกผลการวินิจฉัยขณะที่ผู้ป่วยอยู่ที่บ้าน ที่ทำงาน หรือในสถานที่ต่างๆ ที่ไม่มีความเป็นส่วนตัว ในปี 1998 คูเพโลมาคิ และลอรี (Kuuppelomaki & Lauri, 1998) ได้ศึกษาถึงปัญหาทางจริยธรรมในการดูแลผู้ป่วยมะเร็ง โดยการสัมภาษณ์ผู้ป่วยมะเร็ง 32 คน จากการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยทั้งหมดได้รับการบอกข้อวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งจากแพทย์ ผู้ป่วยบางคนได้รับการบอกจากแพทย์โดยตรง บางคนได้รับการบอกทางโทรศัพท์ บางคนได้รับการบอกทางจดหมาย ผู้ป่วยที่ได้รับการบอกจากแพทย์โดยตรง แพทย์จะบอกขณะขึ้นตรวจเยี่ยมอาการตามปกติ โดยวิธีการบอกต่างๆ แบบขวานผ่าซาก บอกด้วยเสียงอั้นดั่งและท่าทีที่เฉยเมย ทำให้ผู้ป่วยอื่นๆ รับรู้ด้วย โดยไม่คำนึงถึงความรู้สึกของผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยบางคนรู้สึกไม่พอใจ สอดคล้องกับการศึกษาของ จารูวรรณ (2538) พบว่าผู้ป่วยที่รับทราบผลการวินิจฉัยโรคจากการบอกของแพทย์ ร้อยละ 80 ได้รับการบอกตรงๆ ว่าเป็นมะเร็ง และบอกถึงวิธีการรักษา

2. การบอกอย่างนุ่มนวล (soft tell) เป็นการบอกอย่างมีศิลปะในการพูดเลือกข้อมูล และเวลาที่จะบอกเพื่อให้ผู้ป่วยมีเวลาในการปรับตัว เป็นการบอกโดยคำนึงถึงความหวังของผู้ป่วย บอกด้วยความเห็นอกเห็นใจ ทำให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจ จากการศึกษาของจารูวรรณ (2538) พบว่ามีผู้ป่วยส่วนน้อยเท่านั้นที่รับรู้ได้รับการบอกอย่างนุ่มนวล ได้รับทราบถึงรายละเอียดต่างๆ ของการรักษา ผลข้างเคียงจากการรักษา รู้สึกว่าตนเองได้รับความเห็นใจ

3. การไม่บอกผลการวินิจฉัยโรค (no tell) เป็นการเลี่ยงคำพูดเป็นอย่างอื่นโดยไม่บอกความจริง จากการศึกษาของทิพมาส (2541) พบว่ากลุ่มตัวอย่าง ซึ่งเป็นผู้ป่วยมะเร็งปอด 10 คน ระบุว่าตนเองเป็นมะเร็งปอดเพียง 3 คน อีก 7 คน ระบุว่าปอดเป็นโรคริดสีดวง และเป็นเนื้องอกในปอด ซึ่งส่วนหนึ่งได้รับการบอกจากแพทย์ หรือพยาบาล ตามความต้องการของญาติที่ต้องการให้พูดเลี่ยงเป็นอย่างอื่นโดยไม่บอกความจริงว่าเป็นโรคมะเร็งปอด

ไพรัช (2528) มีความเห็นว่า การไม่บอกผลการวินิจฉัยแก่ผู้ป่วย มีข้อดีคือ ทำให้ผู้ป่วยมีกำลังใจดี สบายใจ ร่วมมือในการรักษาแต่ก็มีข้อเสียคือ ถ้าทราบความจริงโดยบังเอิญจะเกิดความรู้สึกแค้นใจ แพทย์ เกิดช่องว่างระหว่างแพทย์กับผู้ป่วยมากขึ้น อาจหนีไปรักษาโรคโดยวิธีอื่นหรือไม่ให้ความร่วมมือในการรักษา และเสียประโยชน์ในการวางแผนอนาคต นอกจากนี้ในระยะหลังผู้ป่วยอยากทราบว่าตนเป็นอะไรมากขึ้น ก็จะถามอยู่ตลอดเวลา อาจทำให้แพทย์หงุดหงิดและหลีกเลี่ยงการเยี่ยมผู้ป่วย

ในการบอกความจริงเกี่ยวกับความเจ็บป่วยต่อผู้ป่วยมะเร็งพบว่า รูปแบบในการบอกมีส่วนสำคัญมาก เพราะอาจมีผลต่อปฏิกิริยาตอบสนองต่อโรคมะเร็ง รูปแบบในการบอกความจริงจะต้องเลือกให้เหมาะสมกับกาลเทศะ เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละคนคือ บอกโดยสนใจความรู้สึกของผู้ป่วย จะดีกว่าการบอกในรูปแบบที่ไม่กล้าพูด พูดอ้อมๆ จนผู้ป่วยไม่เข้าใจหรือการพูดโดยไม่สนใจความรู้สึกของผู้ป่วยเลย รูปแบบการบอกที่เป็นอุดมคติคือ การบอกแบบเปิดเผยความจริงโดยคงไว้ซึ่งความหวังของผู้ป่วย บอกด้วยความเห็นอกเห็นใจ ซึ่งการเปิดเผยความจริงนั้นทำให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจ และความไว้วางใจในผู้ที่ผู้ป่วยติดต่อด้วยเป็นจุดเริ่มต้นที่สำคัญเพื่อให้ผู้ป่วยมีการเผชิญปัญหาที่ดี นอกจากนี้ควรเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยซักถาม และได้รับข้อมูลเพียงพอ ซึ่งช่วงเวลานี้เป็นเวลาที่เหมาะสมอย่างยิ่งในการสร้างความไว้วางใจ ความศรัทธา และความเชื่อมั่นในบุคลากรทีมสุขภาพ (Martin, 1982)

ในการที่จะบอกความจริง ซึ่งเป็นข่าวร้ายให้ผู้ป่วยทราบ นอกจากสิ่งที่ได้กล่าวมาแล้วคือ แนวทางในการตัดสินใจบอกความจริง ทางเลือกในการบอกความจริงและรูปแบบในการบอกความจริง ก็ยังมีส่วนอื่นๆ ที่ต้องคำนึงถึง เช่น การเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยในการรับรู้ความจริง การแสดงการตอบรับต่อความรู้สึกของผู้ป่วยและการช่วยผู้ป่วยวางแผนในอนาคตต่อไป หลังรับรู้ความจริง ซึ่งสามารถจัดขั้นตอนในการบอกความจริง ซึ่งเป็นข่าวร้ายให้ผู้ป่วยทราบได้ 6 ขั้นตอน ดังนี้ (รัตนว, 2541)

ขั้นที่ 1 เตรียมความพร้อม การเริ่มต้นบอกข่าวร้ายควรหาสถานที่ที่เป็นส่วนตัวให้ทั้งแพทย์และผู้ป่วยได้นั่งสบายๆ ถ้าผู้ป่วยต้องนอนอยู่ที่เตียงในตึกผู้ป่วย การใช้ม่านกั้นอาจจะทำให้รู้สึกเป็นส่วนตัวได้ โดยทั่วไปผู้ป่วยต้องการให้แพทย์บอกข่าวร้ายกับเขาเป็นการส่วนตัวในห้องเล็กๆ มากกว่าที่จะแจ้งในห้องที่พลุกพล่านมีคนเดินไปมา เช่น ในห้องตรวจโรคผู้ป่วยนอก การบอกข่าวร้ายไม่ควรบอกทางโทรศัพท์ ควรได้พบปะกับผู้ป่วยด้วยตนเองในการบอก เพราะอาจบอกข่าวผิดคน และอีกฝ่ายหนึ่งอาจอยู่ในสถานที่ที่ไม่เหมาะสมหรือไม่มีความเป็นส่วนตัวเพียงพอ อีกทั้งอาจไม่มีใครปลอบหรือให้กำลังใจผู้ได้รับข่าวร้ายนั้น ซึ่งถือว่าไม่ควรกระทำ ยกเว้นกรณีจำเป็นจริงๆ การที่มีคนอยู่กับผู้ป่วยด้วยไม่ว่าจะเป็นญาติ หรือผู้มาเยี่ยมก็ตาม ควรสอบถามผู้ป่วยก่อนว่าจะพูดเกี่ยวกับเรื่องการเจ็บป่วยของผู้ป่วย ต้องการให้มีผู้อื่นอยู่ด้วยหรือไม่

ขั้นที่ 2 ประเมินดูว่าผู้ป่วยทราบมากน้อยเพียงใดเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของตนเอง ส่วนนี้เป็นการหาข้อมูลที่ผู้ป่วยรับรู้หรือคาดเดาเองว่าตนเป็นอะไรและการเจ็บป่วยนี้มีผลต่ออนาคตอย่างไร ซึ่งต้องใช้ทักษะในการฟังอย่างมาก ผู้ป่วยบางคนอาจจะไม่ได้รับการบอกเล่าอะไรเลยหรือบางคนอาจจะตอบในสิ่งที่ไม่ตรงกับความจริงที่เป็น ควรยอมรับในสิ่งที่ผู้ป่วยพูดออกมาก่อนอย่าเพิ่งหาเหตุผลอะไรมาขัดผู้ป่วยว่าสิ่งที่เขาบอกมานั้นไม่ตรงกับความจริง เพราะนั่นอาจจะเป็น



ส่วนหนึ่งของการที่ยังรับไม่ได้ว่าตนป่วย (denial) ของผู้ป่วยก็ได้หรืออาจจะเป็นไปได้ที่ผู้ป่วย แกล้งบอกไม่ตรงความจริง เพื่อจะได้พิสูจน์ว่าแพทย์จะบอกตรงกับที่ตนรู้มาจากแหล่งอื่นๆ หรือไม่

ขั้นที่ 3 ประเมินดูว่าผู้ป่วยต้องการทราบอะไรบ้าง ช่วงนี้เป็นช่วงที่สำคัญที่สุดในการ แจ้งข่าวร้าย ผู้ป่วยต้องการทราบข้อมูลหรือไม่ ต้องการทราบมากน้อยเท่าไร เพื่อแพทย์จะได้ ทราบว่าควรให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยมากน้อยเพียงไร ถ้าผู้ป่วยยังไม่ต้องการทราบ อย่าเพิ่งรีบหยุดการ สนทนาทันที ควรพูดเพื่อเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้มีโอกาสถามได้เสมอ ผู้ป่วยบางรายไม่ต้องการ ทราบการวินิจฉัยโรค แต่ต้องการทราบเพียงแค่ว่าแพทย์จะทำอะไรกับตัวเขา หรือจะเกิดอะไรขึ้นกับ เขาบ้างในระหว่างนี้ ซึ่งเท่านั้นก็เพียงพอสำหรับแพทย์ที่จะให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยและดูแลรักษาติดต่อ โดยไม่จำเป็นต้องให้ผู้ป่วยทราบถึงการวินิจฉัยเสมอไป

ขั้นที่ 4 การให้ข้อมูล การพูดในขั้นตอนนี้จะขึ้นอยู่กับโรค การรักษาที่ให้ความสนใจ ของผู้ป่วย ข้อมูลที่ผู้ป่วยต้องการทราบหรือไม่ต้องการทราบ และปฏิกิริยาของผู้ป่วย เมื่อได้ ประเมินผู้ป่วยแล้ว ในบางครั้งอาจจะต้องให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยทีละน้อย หรือให้ข้อมูลเพียงบางส่วน (partial truth) ในกรณีที่ผู้ป่วยรับทราบข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยมาบ้างแล้ว บุคลากรทีมสุขภาพ ก็อาจจะบอกความจริงทั้งหมด (whole truth) ให้ผู้ป่วยทราบแต่ใช้รูปแบบการบอกอย่างนุ่มนวล (soft tell) มีศิลปะในการพูด

ขั้นที่ 5 แสดงการตอบรับความรู้สึกของผู้ป่วย หลังจากผู้ป่วยได้รับการบอกความจริง เกี่ยวกับความเจ็บป่วยที่เป็นข่าวร้าย ผู้ป่วยอาจจะมีปฏิกิริยา เช่น ร้องไห้ ตกใจ ซ็อก ปฏิเสธ ไม่ยอมรับ บุคลากรทีมสุขภาพควรจะแสดงการตอบรับต่อความรู้สึกของผู้ป่วย โดยการอยู่ใกล้ๆ ไม่ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกถูกทอดทิ้ง แสดงความเข้าใจและเห็นใจผู้ป่วย สัมผัสผู้ป่วย เพื่อแสดงถึงความ เข้าใจและให้กำลังใจ ไม่ควรจะบอกผู้ป่วยว่า “อย่าโศกเศร้าเสียใจไปเลย” เพราะผู้ป่วยกำลังอยู่ใน วิถีแห่งการสูญเสีย เสียในทุกๆ อย่าง ถ้าปล่อยให้เขาได้ระบายความรู้สึกเศร้าสลดออกมาให้ฟัง จนหมด ผู้ป่วยจะยอมรับสถานการณ์ต่างๆ เหล่านี้ได้ดีขึ้น

ขั้นที่ 6 ช่วยผู้ป่วยวางแผนในอนาคตต่อไป หลังจากที่ได้รับทราบความรู้สึกของผู้ป่วย และทำความเข้าใจกับที่มาของความรู้สึกนั้นๆ อาจช่วยผู้ป่วยวางแผนอนาคตต่อไปในเรื่องการดูแล รักษาในโรคที่เป็นอยู่ ไม่ให้ผู้ป่วยเกิดความทุกข์ทรมาน รวมไปถึงเรื่องชีวิตส่วนตัวของผู้ป่วย เช่น การทำพินัยกรรม หากคนช่วยให้กำลังใจและประคับประคองจิตใจแก่ผู้ป่วย ก่อนจบการ สนทนาควรเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ซักถาม ซึ่งผู้ป่วยส่วนใหญ่มักจะนึกคำถามไม่ออกในช่วงเวลาที่ เพิ่งรับทราบข่าวร้ายใหม่ๆ ควรเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยถามได้ในครั้งต่อไป

หากบุคลากรในทีมสุขภาพประสบปัญหาในการบอกความจริงเกี่ยวกับความ เจ็บป่วย ให้ผู้ป่วยมะเร็งทราบ และได้ใช้ขั้นตอนทั้ง 6 ขั้นตอนทีกล่ามาในการบอกความจริง ก็จะสามาร

ปฏิบัติหน้าที่ในการบอกความจริงได้อย่างเหมาะสมกับสถานการณ์ และมีประสิทธิภาพ ก่อให้เกิดผลกระทบต่อผู้ป่วยมะเร็งน้อยที่สุด แต่เกิดประโยชน์สูงสุด

ทฤษฎีและหลักจริยศาสตร์ที่เกี่ยวข้องกับการบอกความจริง

ทฤษฎีจริยศาสตร์ที่เกี่ยวข้องกับการบอกความจริง

ทฤษฎีทางจริยศาสตร์มีหลายทฤษฎี ซึ่งได้ถูกอธิบายไว้โดยนักปรัชญาหลายๆ ท่าน แต่พบว่าที่นิยมใช้ในปัจจุบันมี 2 ทฤษฎี คือ ทฤษฎีประโยชน์นิยม และหน้าที่นิยม (Chally, 1997) เป็นทฤษฎีที่นำมาใช้ประกอบในการตัดสินใจเมื่อเกิดประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรม เพื่อความถูกต้อง และเหมาะสม (มัณฑุภา, 2541)

1. ทฤษฎีประโยชน์นิยม (Utilitarianism theory) ทฤษฎีนี้ถือว่าผลของการกระทำที่ก่อให้เกิดประโยชน์แก่คนจำนวนมากที่สุดเท่าที่จะกระทำได้ เป็นการกระทำที่ถูกต้อง (ฟาริดา, 2541; มัณฑุภา, 2541; Beare & Myers, 1994; Chally, 1997) ในทางตรงข้ามผลของการกระทำที่ก่อให้เกิดโทษแก่คนจำนวนมาก จะเป็นการกระทำที่ไม่ถูกต้อง (มัณฑุภา, 2541) นักปรัชญาผู้ซึ่งมีบทบาทในการพัฒนาทฤษฎีประโยชน์นิยมที่รู้จักกันดีคือ เจอฮิมี่ แบนทัม (Jeremy Bentham) และจอห์น สจวร์ต มิลล์ (John Stuart Mill) (Beare & Myers, 1994; Chally, 1997)

มิลล์ เห็นด้วยกับหลักการของกลุ่มประโยชน์นิยม โดยยึดหลักว่าการกระทำที่ถูกต้องจะต้องยึด “หลักมหสุข” (greatest happiness principle) ในการตัดสินใจการกระทำ ใจความสำคัญมีอยู่ว่า ในการตัดสินใจการกระทำให้อธิบายประโยชน์สุขจำนวนมากที่เกิดแก่คนจำนวนมากเป็นเครื่องชี้บอกถึงความถูกต้องความผิด โดยดูผลที่เกิดจากการกระทำ (Chally, 1997)

ทฤษฎีนี้เห็นว่าผลประโยชน์ย่อมอยู่เหนือหลักการ (สิวลี, 2542; Aiken & Catalano, 1994) โดยเน้นการกระทำสิ่งที่ดีเพื่อความสุขคนส่วนใหญ่ แต่อย่างไรก็ตามความสุขของแต่ละคนในกลุ่มใหญ่ก็ต้องมีความเท่าเทียมกันด้วย ข้อดีของทฤษฎีนี้คือ สามารถนำไปประยุกต์ใช้ได้ง่าย เพราะสร้างจากความต้องการความสุขของคน ซึ่งเหมาะสมกับสังคมที่ต้องการหลักหนักกฎเกณฑ์ สังคมที่อิสระ เช่น สังคมตะวันตก ซึ่งเชื่อในจริยธรรมและพฤติกรรม ปรัชญา ตัวอย่างเช่น ทฤษฎีนี้เห็นด้วยกับการบอกความจริง แต่ถ้การบอกความจริงไม่เกิดประโยชน์ และไม่เกิดความสุขแก่คนจำนวนมาก ดังนั้นการโกหกอาจทำให้มีความสุขมากกว่าการบอกความจริง แต่อย่างไรก็ตามในการเห็นประโยชน์ของคนส่วนมากก็ยังคงคำนึงถึงประโยชน์ของคนส่วนน้อยประกอบกันไปด้วยเสมอ (Aiken & Catalano, 1994)

2. ทฤษฎีหน้าที่นิยม (deontological theory) เป็นทฤษฎีจริยศาสตร์ที่มุ่งเน้นว่าการกระทำนั้นจะถูกหรือผิด ขึ้นอยู่กับกฎที่แน่นอนตายตัว รูปแบบของการกระทำจะต้องเป็นไปตามหลักการ การกระทำอย่างใดอย่างหนึ่งที่ถือว่าผิดย่อมผิดเสมอ เป็นสิ่งที่คงที่ตายตัวไม่เปลี่ยนแปลง (สิวลี, 2542; Aiken & Catalano, 1994; Davis & Aroskar, 1991) นักปรัชญาซึ่งเป็นที่รู้จักกันดีในทฤษฎีนี้ ได้แก่ อิมมานูเอล ค้านท์ (Immanuel Kant) (มัธยฐาน, 2541)

ค้านท์เชื่อว่า คุณค่าทางจริยธรรม คือ ดี ชั่ว ถูก ผิด เป็นสิ่งที่มีอยู่จริงเป็นอิสระจากจิตของมนุษย์ เป็นสิ่งที่คงที่ตายตัวไม่เปลี่ยนแปลง ค้านท์จึงถือว่าเกณฑ์ตัดสินจริยธรรมย่อมมีได้เพียงเกณฑ์เดียว เช่น การพูดเท็จเป็นสิ่งที่ผิด ไม่ว่าจะเป็นการพูดเท็จด้วยเหตุผลใดๆ การพูดเท็จก็เป็นสิ่งที่ผิดเสมอ (สิวลี, 2542) กรณีพยาบาลพูดเท็จเพื่อให้ผู้ป่วยสบายใจ ก็ถือว่าเป็นการกระทำที่ไม่ถูกต้องเช่นกัน

จะเห็นได้ว่าทฤษฎีจริยศาสตร์ทั้ง 2 ทฤษฎียังมีจุดอ่อน ทฤษฎีประโยชน์นิยมมุ่งเน้นที่ประโยชน์ส่วนรวม โดยการนำผลที่เกิดขึ้นมาหักลบกันระหว่างประโยชน์สุขและความทุกข์เมื่อพิจารณาหักลบดูแล้วหากผลที่ได้ก่อให้เกิดความสุขมากกว่าก็ถือว่าถูกต้อง แต่ถ้าโทษมากกว่าก็ถือว่าเป็นสิ่งผิด (สิวลี, 2542) ทำให้ดูเหมือนไม่สนใจมนุษยธรรมของคนส่วนน้อย (กาญจนา, 2543) ส่วนทฤษฎีหน้าที่นิยมมีลักษณะค่อนข้างตายตัว ปฏิบัติตามกฎเกณฑ์อย่างเคร่งครัด ทำให้ยากต่อการนำไปใช้ในการปฏิบัติงานจริงในบางสถานการณ์ จึงควรพิจารณาใช้ทฤษฎีจริยศาสตร์ทั้ง 2 ทฤษฎี ผสมผสานกันในการปฏิบัติกรพยาบาลให้เหมาะสมกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้น

หลักจริยศาสตร์ที่เกี่ยวข้องกับการบอกความจริง

หลักจริยศาสตร์ที่นำมาใช้เป็นแนวปฏิบัติในการบอกความจริงเกี่ยวกับความเจ็บป่วยในผู้ป่วยโรคมะเร็ง ซึ่งได้พัฒนามาจากทฤษฎีทางจริยศาสตร์ทั้ง 2 ทฤษฎี ที่สำคัญมีดังนี้

1. การทำประโยชน์เกื้อกูล/การไม่ทำอันตราย (beneficence/nonmaleficence) หมายถึง การกระทำในสิ่งที่ดีเป็นประโยชน์แก่ผู้ป่วยและหลีกเลี่ยงการกระทำที่จะก่อให้เกิดอันตรายแก่ผู้ป่วย (Aiken & Catalano, 1994; Beare & Myers, 1994; Chally, 1997; Fry, 1994) ซึ่งบทบาทของพยาบาลที่อยู่บนพื้นฐานของหลักจริยธรรมข้อนี้คือ การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกัน การควบคุมโรค และการฟื้นฟูสภาพแก่ผู้ป่วย (Chally, 1997; Davis & Aroskar, 1991) หลักจริยธรรมข้อนี้มักจะเป็นสิ่งที่พยาบาลส่วนใหญ่คำนึงถึงเป็นอันดับแรกเมื่อต้องตกเข้าสู่สถานการณ์ที่ต้องมีการตัดสินใจเชิงจริยธรรม (วงจันทร์ และอรุณญา, 2539; Chally, 1997) เช่นเดียวกับการตัดสินใจบอกความจริงเกี่ยวกับความเจ็บป่วยแก่ผู้ป่วยมะเร็ง จะต้องคำนึงถึงสิ่งที่เกิดขึ้นว่าจะต้องเป็นประโยชน์ต่อผู้ป่วย และลดความเสี่ยงที่จะทำให้เกิดอันตราย

2. การเคารพความเป็นอิสระ (autonomy) หมายถึง อิสระภาพหรือความเป็นไท ในที่นี้หมายถึง การที่บุคคลมีอิสระในการทำตามความปรารถนาของตนเองและเป็นตัวของตัวเอง คือ

ตัวเองเป็นต้นเหตุของพฤติกรรมของตน (วงจันทร์ และอรัญญา, 2539) บุคลากรทีมสุขภาพจะต้องให้ความเคารพในสิทธิ ศักดิ์ศรีและคุณค่าในตัวผู้ป่วยนั่นเอง (Black & Matassaria – Jacobs, 1993; Groenwald, Frogge, Goodman & Yarbrow, 1993) จากจริยธรรมข้อนี้ประเด็นที่ทำให้เกิดข้อขัดแย้งมากประเด็นหนึ่งก็คือ การละเมิดสิทธิของผู้ป่วยในการบอกความจริงเกี่ยวกับความเจ็บป่วยในผู้ป่วยมะเร็ง ซึ่งวิลเลียมสัน และลิฟวิงส์ตัน (Williamson & Livingston, 1992) ได้กล่าวว่า การบอกความจริงเป็นสิ่งที่ผู้ป่วยต้องการและเป็นการแสดงถึงความเคารพในศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ของผู้ป่วย

3. การบอกความจริง (veracity / truthfulness) หมายถึง การพูดความจริงและไม่โกหกหรือหลอกลวง บุคคลมีสิทธิที่จะได้รับการบอกความจริงโดยไม่มีกรโกหกหรือหลอกลวง การบอกความจริงเป็นการแสดงถึงการเคารพความเป็นบุคคล พยาบาลมีหน้าที่ที่จะต้องบอกความจริงเพราะการไม่บอกความจริงจะทำให้ผู้ป่วยเกิดความไม่ไว้วางใจในตัวพยาบาล และอาจส่งผลถึงสัมพันธภาพในระยะยาว (Fry, 1994) มีหลายๆ ครั้ง ที่บุคลากรทีมสุขภาพไม่บอกความจริงที่เป็นข่าวร้ายให้ผู้ป่วยทราบ เพื่อป้องกันไม่ทำให้ผู้ป่วยเกิดความไม่สบายใจ และหลีกเลี่ยงการที่จะตอบคำถามตามความเป็นจริง แต่การกระทำที่กล่าวมาไม่ใช่เหตุผลที่เพียงพอในการหลีกเลี่ยงการบอกความจริงเกี่ยวกับผลการวินิจฉัยโรค แผนการรักษา หรือการพยากรณ์โรคตามความเป็นจริง เนื่องจากผู้ป่วยมีสิทธิที่จะรับรู้ข้อมูลตามความเป็นจริง (Aiken & Catalano, 1994)

4. ความซื่อสัตย์ (fidelity) หมายถึง การรักษาสัญญา และการปกปิดความลับ รวมทั้งการรักษาความเป็นส่วนตัวของผู้ป่วย ถือเป็นหน้าที่ของบุคลากรทีมสุขภาพ ที่จะต้องมีความซื่อสัตย์และรักษาคำมั่นสัญญากับผู้ป่วย ซึ่งจะส่งผลให้เกิดความไว้วางใจในสัมพันธภาพ (Ellis & Hartley, 1998) การที่บุคลากรทีมสุขภาพไม่บอกความจริงเกี่ยวกับความเจ็บป่วยให้ผู้ป่วยทราบ หรือพยายามหลีกเลี่ยงการตอบคำถามผู้ป่วยตามความเป็นจริง ถือว่าผิดหลักจริยธรรมข้อนี้เช่นกัน

5. ความยุติธรรมหรือความเสมอภาค (justice) หมายถึง การได้รับความเสมอภาคในการดูแลรักษาจากบุคลากรทีมสุขภาพอย่างเท่าเทียมกัน (Beauchamp & Childless, 1989 cited by Chally, 1997; Groenwald, Frogge, Goodman & Yarbrow, 1993) นอกจากนี้วงจันทร์ และอรัญญา (2539) กล่าวว่า ความหมายที่แท้จริงของความยุติธรรมนี้จะต้องอยู่บนพื้นฐานที่ว่า “สิ่งที่เท่ากันต้องได้รับการปฏิบัติที่เหมือนกัน และสิ่งที่ต่างกันก็ต้องได้รับการปฏิบัติที่ต่างกัน” หลักจริยธรรมข้อนี้อาจไม่ทำให้เกิดข้อขัดแย้งมากนักในการบอกความจริงแก่ผู้ป่วยมะเร็ง แต่ก็มีความช่วยให้เห็นได้ เช่น ผู้ป่วยมะเร็งที่เป็นบุคลากรทีมสุขภาพ จะได้รับการบอกความจริงถึงผลการวินิจฉัยโรคและแผนการรักษา โดยไม่อึดออด และได้รับข้อมูลละเอียดเมื่อเทียบกับผู้ป่วยรายอื่นๆ ที่อยู่ในสภาพและความต้องการที่ใกล้เคียงกัน อาจเนื่องจากแพทย์/พยาบาลผู้บอกความจริงคิดว่าผู้ป่วยมะเร็งที่เป็นบุคลากรทีมสุขภาพ เป็นผู้มีความรู้ มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งมาก่อน ย่อม

มีความเข้าใจ และสามารถทำใจยอมรับความจริง พร้อมทั้งเผชิญปัญหาได้ดีกว่าผู้ป่วยมะเร็งทั่วไป แสดงให้เห็นว่าอาจมีความไม่ยุติธรรมเกิดขึ้นในการบอกความจริงเกี่ยวกับความเจ็บป่วยในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งเกิดขึ้นไม่ว่าด้วยเหตุผลใดๆ ก็ตาม

#### ประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมในการบอกความจริง

การบอกความจริงเกี่ยวกับความเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็ง เป็นประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมเนื่องจากการบอกความจริงก่อให้เกิดผลดีและผลเสียแก่ผู้ป่วย (กาญจนา, 2543) บุคลากรทีมสุขภาพมีหน้าที่บอกข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับความเจ็บป่วยให้ผู้ป่วยรับทราบตามความเป็นจริง และเป็นสิ่งที่ผู้ป่วยพึงจะได้รับตามสิทธิของผู้ป่วย (มัณฑุภา, 2541; Aiken & Catalano, 1994; Capron, 1993) ความจริงจะทำให้ผู้ป่วยสามารถเลือกแนวทางการรักษาได้ถูกต้องและมีประสิทธิภาพ (กัลยาณี, 2543; มัณฑุภา, 2541; สมจิต, 2537; Williamson & Livingstion, 1992) ในขณะเดียวกันการบอกความจริงเกี่ยวกับความเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งอาจก่อให้เกิดผลเสียต่อผู้ป่วยได้ หากผู้ป่วยไม่สามารถทำใจยอมรับความจริงเกี่ยวกับการเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งได้ อาจทำให้สูญเสียความหวัง หมกมุ่นใจต่อสู้อโรคร้าย การบอกความจริงกลับเป็นการทำร้ายผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยมีอาการทรุดหนักลงได้ (Aiken & Catalano, 1994; Beare & Myers, 1994; Gillan, 1994) เนื่องจากความจริงเกี่ยวกับความเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็ง มักจะเป็นความจริงที่ก่อให้เกิดความเจ็บปวด ความทุกข์ทรมาน เนื่องจากบุคคลส่วนใหญ่จะมีทัศนคติต่อโรคมะเร็งในด้านลบ มักจะนึกถึงความตาย ความเจ็บปวด การสูญเสีย (สมจิต และคณะ, 2540; อุปมา, 2541; McGee, 1993; Wilson, 1990) หากไม่บอกความจริงให้ผู้ป่วยทราบ แม้ว่าจะไม่เป็นการทำร้ายจิตใจผู้ป่วยโดยการบอกข่าวร้าย แต่ก็เกิดผลเสียต่อผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถเลือกแนวทางการรักษาที่ถูกต้องได้ ไม่สามารถปฏิบัติตัวได้เหมาะสมกับโรคที่เป็นอยู่ เป็นการละเมิดสิทธิของผู้ป่วยในการได้รับข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยที่เป็นจริง

ประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมเกี่ยวกับการบอกความจริงกับผู้ป่วยมะเร็งมิได้เป็นความขัดแย้งที่เกิดขึ้นระหว่างผู้ป่วยมะเร็งกับบุคลากรทีมสุขภาพเท่านั้น แต่รวมถึงความคิดเห็น ความเชื่อที่แตกต่างกันของบุคคลหลายๆ ฝ่าย ได้แก่ ตัวผู้ป่วยเอง บุคคลในครอบครัว บุคลากรทีมสุขภาพ หรือนโยบายของหน่วยงาน ในสถานการณ์ดังกล่าวบุคลากรทีมสุขภาพจะต้องพิจารณาตัดสินใจเลือกกระทำให้เหมาะสม (Wlody, 1990) การบอกความจริงต้องถือประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นต่อผู้ป่วยเป็นสำคัญ (Beare & Myers, 1994) ให้ความเคารพในสิทธิของผู้ป่วย และความต้องการของผู้ป่วยเป็นสำคัญ (Caporn, 1993)

แชลลี (Chally, 1997) กล่าวว่า ประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมเกิดขึ้นได้บ่อยครั้งในการปฏิบัติกรพยาบาล ซึ่งคาดว่าเกิดขึ้นเนื่องจากบุคลากรที่มสุขภาพให้ความสำคัญกับการมุ่งแก้ไข ปัญหาเพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยให้รอดชีวิตพ้นจากความตาย เป็นอันดับแรก โดยลืมนึกถึงความต้องการ ของผู้ป่วยและญาติหรือสิทธิกฎเกณฑ์ต่างๆ ทำให้เกิดความขัดแย้งระหว่างผู้ป่วย บุคคลใน ครอบครัว และบุคลากรที่มสุขภาพหรือข้อขัดแย้งของหน่วยงาน ตัวอย่างเช่น ในสถานการณ์ซึ่ง ครอบครัวเชื่อว่า การไม่บอกความจริงเกี่ยวกับการพยากรณ์โรคให้ผู้ป่วยมะเร็งทราบเป็นสิ่งที่ดีที่สุด แต่พยาบาลเชื่อว่าผู้ป่วยควรจะได้รับการบอกความจริง (Beare & Myers, 1994) เพื่อการปฏิบัติตัวที่ ถูกต้อง และเป็นสิทธิของผู้ป่วยที่จะได้รับทราบความจริง ก่อให้เกิดประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรม ขึ้น รัตนนา (2541) ได้กล่าวถึงสาเหตุที่แพทย์ไม่ยอมบอกความจริงแก่ผู้ป่วยเนื่องจาก (1) เกรงว่า การบอกความจริงอาจทำให้ผู้ป่วยไม่สบายใจ หือใจ หรือเสียใจมาก (2) เกรงว่าอาจจะถูกตำหนิ ว่าให้การรักษาผิดพลาด ให้การรักษาไม่ดีพอ หรือไม่เชี่ยวชาญพอที่จะรักษาผู้ป่วย (3) เกิดความ ไม่มั่นใจ ไม่รู้ว่าจะต้องพูดหรือมีท่าทีอย่างไร เพราะไม่เคยเรียนรู้มาก่อน (4) กลัวที่จะต้องเผชิญ กับปฏิกิริยาของผู้ป่วย เช่น ถ้าผู้ป่วยร้องไห้ โกรธ หรือตำหนิบุคลากรที่มสุขภาพ แพทย์ไม่รู้ว่า จะต้องตอบสนองผู้ป่วยอย่างไร

จะเห็นได้ว่าการบอกความจริงก่อให้เกิดทั้งผลดีและผลเสียต่อผู้ป่วยที่ได้รับรู้ความจริง การบอกความจริงจึงเป็นประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมที่สร้างความลำบากใจให้แก่ผู้ปฏิบัติในทีม สุขภาพมากประเด็นหนึ่ง (กาญจนา, 2543)

**ผลกระทบของการได้รับการบอกความจริงเกี่ยวกับความเจ็บป่วยและการเผชิญปัญหาของผู้ป่วย มะเร็ง**

**ผลกระทบของการได้รับการบอกความจริงเกี่ยวกับความเจ็บป่วยในผู้ป่วยมะเร็ง**

ผู้ป่วยที่ได้รับทราบความจริง ถึงผลการวินิจฉัยโรคว่าเป็นโรคมะเร็ง จะมีผลกระทบต่อ จิตสังคัมและร่างกายของผู้ป่วยเป็นอย่างมาก เนื่องจากบุคคลทั่วไปมักจะให้ความหมายของคำว่า มะเร็ง ว่าเป็นโรคร้ายแรง เป็นโรคที่น่ากลัว ทำให้เกิดความเจ็บปวด ทุกข์ทรมาน และเป็น สัญลักษณ์ของความตาย (Krause, 1991; Lederberg & Massie, 1993; Munkres, Oberst & Hughes, 1992; Rhodes et al., 1994) ผลกระทบที่สำคัญมีดังนี้

### 1. ผลกระทบทางจิตสังคัม

สตროมเบิร์ก (Stromborg, 1989) และวิลเลียม (William, 1989) ได้กล่าวว่าผู้ป่วยที่ ทราบผลการวินิจฉัยว่าตนเองเป็น โรคมะเร็ง มักจะรับรู้ว่าตนเองกำลังเผชิญกับความทุกข์ทรมาน

และความตาย ทำให้มีการตอบสนองทางด้านอารมณ์เกิดความรู้สึกช็อก กลัว วิตกกังวล สับสน ซึมเศร้า และสิ้นหวัง

1.1 มีความรู้สึกช็อก เมื่อผู้ป่วยรับทราบความจริง ถึงผลการวินิจฉัยโรคว่าเป็นมะเร็ง ทำให้ผู้ป่วยมีความรู้สึกช็อก เนื่องจาก บุคคลส่วนใหญ่มีทัศนคติต่อโรคมะเร็งในด้านลบ รับรู้ว่าเป็นโรคที่รักษาไม่หาย เป็นสิ่งคุกคามชีวิต เป็นสัญลักษณ์ของความตาย กรอส (Krause, 1993) ได้ทำการศึกษาเชิงคุณภาพ เกี่ยวกับการเผชิญปัญหาต่อการเจ็บป่วยเป็นมะเร็ง ในกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยมะเร็งหลายชนิด จำนวน 43 คน ผลการศึกษาพบว่าร้อยละ 68 รู้สึกช็อกเมื่อรับรู้ว่าเป็นมะเร็ง และมีการใช้กลไกการป้องกันทางจิต เช่น การปฏิเสธ ไม่พยายามเผชิญปัญหาที่เกิดขึ้น เกิดความรู้สึกโดดเดี่ยว กลัว วิตกกังวล ซึมเศร้า รู้สึกไม่แน่นอนในชีวิต แต่บางคนก็มีความหวัง สอดคล้องกับการศึกษาของคูเพิลอมากิและลอรี่ (Kuuppelomaki & Lauri, 1998) พบว่าผู้ป่วยมะเร็ง ร้อยละ 67 เมื่อทราบถึงผลการวินิจฉัยโรค ทำให้มีอาการช็อกอย่างรุนแรง ไม่สามารถทำอะไรได้ในสภาวะนั้น

1.2 มีความรู้สึกกลัว เนื่องจากโรคมะเร็งเป็นโรคที่ไม่ทราบสาเหตุอย่างแน่ชัด ประชาชนทั่วไปรับรู้ว่ามีมะเร็งเป็นโรคที่อันตรายร้ายแรงใกล้เคียงกับความตาย (ผ่องศรี, 2541) ทำให้กลัวในโรคที่เป็นอยู่ กลัวรักษาไม่หาย กลัวโรคกลับเป็นซ้ำ และกลัวตาย (Otto, 1994) เป็นต้น

1.3 มีความรู้สึกวิตกกังวล เป็นความรู้สึกที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยมะเร็ง เป็นความรู้สึกไม่สบายใจ หวาดหวั่น กระวนกระวายใจ ที่เกิดจากมีความนึกคิดเกี่ยวกับเรื่องของอนาคตไปในทางที่ไม่ดี ได้แก่ กังวลด้านสุขภาพ (health, concerns) กังวลเกี่ยวกับตนเอง (self-appraisal concerns) กังวลด้านงานและการเงิน (work and financial concerns) กังวลด้านสัมพันธภาพกับครอบครัวและบุคคลใกล้ชิด (family and significant relationships concerns) กังวลด้านศาสนา (religion concerns) กังวลด้านเพื่อนและผู้ที่เกี่ยวข้อง (friend and associate concerns) และกังวลด้านการรอดชีวิต (existential concerns) (ดวงกมล, 2540; แสงอรุณ, 2535; Otto, 1994) โอคอนเนอร์ วิกเกอร์ และเจอร์มิโน (O'Connor, Wicker & Germino, 1990) พบว่าผู้ป่วยมะเร็ง ในช่วงหลังจากได้รับการวินิจฉัย 6 เดือนแรก มีความกังวลในเรื่องอาการทางกาย ความรู้สึกของตนเอง การจัดการกับความรู้สึก การพึ่งพาผู้อื่น การงานและการเงิน การได้รับการดูแลจากทีมสุขภาพ ข้อมูลเกี่ยวกับโรคและการรักษาที่จะได้รับ ความเชื่อและศาสนา สัมพันธภาพกับบุคคลอื่น รวมทั้งเรื่องของอนาคตและความหมายของชีวิตภายหลังการเจ็บป่วยเป็นมะเร็ง ซึ่งใกล้เคียงกับผลการศึกษาของสุภาณี (2536) พบว่า สิ่งที่ผู้ป่วยมะเร็งระบบโลหิตมีความกังวลและห่วงใย 9 ด้าน ได้แก่ ด้านการรักษาและผลของการรักษาการเงิน การรอดชีวิต ครอบครัว ความเป็นอยู่ในโรงพยาบาล การงาน ภาพลักษณ์ การเดินทาง และการติดต่อสื่อสารระหว่างแพทย์

1.4 ความรู้สึกสับสน เกิดเนื่องจากบุคคลประเมินว่า เกิดอันตรายขึ้นกับตนเอง และรู้สึกว่าตนเองไม่สามารถควบคุมสถานการณ์ได้ ไม่สามารถที่จะตัดสินใจเลือกวิธีการรักษาที่ดีที่สุดได้ ไม่มีความรู้เรื่องโรค และการปฏิบัติตัวที่ดีพอ รู้สึกมีความไม่แน่นอนในชีวิต จากการศึกษาของ อารี (2541) เกี่ยวกับการรับรู้ภาวะสุขภาพ และพฤติกรรมการเผชิญปัญหาของผู้ป่วยมะเร็งหลอดอาหารภายหลังการรักษา พบว่า เมื่อทราบผลของการได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งหลอดอาหาร ร้อยละ 42 รู้สึกสับสน

1.5 ความรู้สึกซึมเศร้า เกิดเนื่องจากผู้ป่วยกลัวว่าจะเสียชีวิต พลัดพรากจากบุคคลอันเป็นที่รัก จากการศึกษาของอารี (2541) พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับทราบถึงผลการวินิจฉัยโรคร้อยละ 30 รู้สึกเศร้า และหดหู่

1.6 มีความรู้สึกหมดหวัง เป็นปฏิกิริยาทางจิตที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยมะเร็งที่มองว่าตนเองไม่มีทางเลือก มีข้อจำกัดในการจัดการกับความเจ็บป่วยและการดำเนินชีวิต ไม่สามารถควบคุมตนเองและสิ่งแวดล้อมได้ (Clark, 1993)

## 2. ผลกระทบด้านจิตวิญญาณ (spirituality)

การได้รับการบอกความจริงเกี่ยวกับความเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็ง ทำให้เกิดผลกระทบด้านจิตวิญญาณต่อผู้ป่วยคือ

2.1 ผู้ป่วยบางรายเมื่อทราบความจริงว่าเป็นโรคมะเร็งอาจโกรธ เพราะคิดว่าความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นเป็นการถูกลงโทษจากเคราะห์กรรม พระเจ้าหรือสิ่งศักดิ์สิทธิ์ ทำให้รู้สึกท้อแท้สิ้นหวัง หมกดำลังใจ เลื่อมศรัทธาจากศาสนาหรือสิ่งที่นับถือ (ทัศนีย์, 2543; บุษผา, 2536)

2.2 กลัวถูกรังเกียจแล้วโดนทอดทิ้ง เนื่องจากรับรู้ว่าเป็นผู้ป่วยโรคมะเร็งเป็นผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ต้องใช้เวลาในการรักษานานและผลสุดท้ายก็ต้องตาย

2.3 กลัวการพลัดพรากจากบุคคลอันเป็นที่รักก่อนเวลาอันสมควร เนื่องจากโรคมะเร็งเป็นโรคที่ใกล้ชิดกับความตาย

2.4 กลัวว่าไม่สามารถปฏิบัติตามกิจกรรมทางศาสนาได้ตามปกติ เนื่องจากรับรู้ว่าการเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็ง และจากอาการข้างเคียงของการรักษา ทำให้ร่างกายอ่อนเพลีย ไร้เรี่ยวแรง ทำให้การเดินทางไม่สะดวก

## 3. ผลกระทบทางด้านร่างกาย

แมคกี (McGee, 1993) ได้กล่าวว่า ผู้ป่วยมากกว่าร้อยละ 90 มีภาวะทุกข์ทรมานทางจิตใจเมื่อรับทราบว่า เป็นมะเร็งและส่งผลกระทบต่อร่างกาย เนื่องจากร่างกายและจิตใจมีความสัมพันธ์กัน ทำให้รับประทานอาหารไม่ได้ เมื่ออาหาร น้ำหนักลด นอกจากนี้ยังมีอาการนอนไม่หลับ ใจสั่น ระบบย่อยและขับถ่ายผิดปกติได้ (กฤษณา, 2533)



จะเห็นได้ว่าการที่ผู้ป่วยมะเร็งรับทราบความจริงเกี่ยวกับความเจ็บป่วย จะมีผลกระทบต่อจิตสังคมและจิตวิญญาณอย่างมาก แล้วส่งผลกระทบต่อร่างกายด้วย ดังนั้นทีมสุขภาพจึงควรคำนึงถึงความต้องการของผู้ป่วยมะเร็งในการรับทราบความจริงเกี่ยวกับความเจ็บป่วย โดยการสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วย แล้วหาข้อมูลเกี่ยวกับความต้องการในการรับทราบความจริง ทักษะที่มีต่อโรคมะเร็ง และบุคลิกภาพของผู้ป่วยในรายนั้นๆ ก่อนจะบอกความจริง

### การเผชิญปัญหาของผู้ป่วยมะเร็งเมื่อได้รับการบอกความจริงเกี่ยวกับความเจ็บป่วย

ผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับทราบความจริงเกี่ยวกับความเจ็บป่วย จะมีวิธีการเผชิญปัญหาที่แตกต่างกัน ดังนี้

1. ปฏิเสธหรือไม่ยอมรับ เนื่องจากการยอมรับข่าวร้ายที่ไม่ได้คาดคิดเป็นเรื่องยาก เพราะฉะนั้นการไม่เชื่อเรื่องที่แพทย์บอกจึงเป็นปฏิกิริยาที่พบได้บ่อยมาก ผู้ป่วยอาจจะปฏิเสธการวินิจฉัย หรือการตรวจต่างๆ ว่าไม่เป็นความจริง การปฏิเสธความจริงเป็นกระบวนการทางจิตใจอย่างหนึ่ง ซึ่งจะช่วยป้องกันความรู้สึกของผู้ป่วยไม่ให้สะเทือนใจมากในช่วงระยะเวลาหนึ่ง (รัตนา, 2541) สอดคล้องกับการศึกษาของครอส (Krause, 1993) พบว่าผู้ป่วยมะเร็งเมื่อรับรู้ผลการวินิจฉัยโรคจะมีการใช้กลไกการป้องกันทางจิตหลายๆ อย่าง เช่น การปฏิเสธ ไม่พยายามเผชิญกับปัญหาที่เกิดขึ้น

2. โกรธ ตำหนิแพทย์ ญาติ เจ้าหน้าที่อื่นๆ หรือแม้กระทั่งตัวเอง อาจจะตำหนิแพทย์ว่ารักษาไม่ดี ตำหนิพยาบาลหรือเจ้าหน้าที่อื่นๆ ในเรื่องบริการไม่ดี ซึ่งอาจจะเป็นต้นเหตุของการฟ้องคดีต่อแพทย์หรือเจ้าหน้าที่ หรือบางคนอาจตำหนิตัวเองว่าไม่ดูแลตัวเองให้ดี จึงเป็นโรคร้าย (รัตนา, 2541)

3. การแสวงหาข้อมูล ผู้ป่วยที่ได้รับการบอกความจริงเกี่ยวกับความเจ็บป่วยว่าเป็นโรคมะเร็ง หรือในรายที่แพทย์บอกว่าสงสัยว่าอาจเป็นมะเร็ง และต้องได้รับการตรวจเพิ่มเติม ในระยะนี้ผู้ป่วยอาจมีคำถามต่างๆ มากมาย ซึ่งคำถามหรือข้อสงสัยที่อาจพบได้เสมอคือ จะเกิดอะไรขึ้นกับตนเองบ้าง และสิ่งนั้นจะมีผลต่อชีวิตของตนอย่างไร (สมจิต, 2536) สอดคล้องกับการศึกษาของเดอเดียเรียน (Derdarian, 1987) พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการบอกความจริงถึงผลการวินิจฉัยโรคว่าเป็นมะเร็ง ร้อยละ 87 ต้องการข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาและร้อยละ 90 ต้องการข้อมูลเกี่ยวกับการพยากรณ์โรค เช่นเดียวกับการศึกษาของทิพมาส (2541) พบว่าผู้ป่วยที่รับทราบว่าตนเองป่วยเป็นมะเร็งส่วนหนึ่งต้องการข้อมูลต่างๆ ให้มากที่สุด เพื่อใช้ประกอบในการตัดสินใจรักษา

4. การพูดคุยปรึกษาหารือกับผู้อื่น เป็นวิธีการเผชิญปัญหาที่ผู้ป่วยคนไทยใช้มากที่สุดวิธีหนึ่ง (สมจิต และประคอง, 2531) เป็นการพูดคุยระบายความกังวลและปรึกษาผู้อื่น

ในการแก้ปัญหา ซึ่งอาจเป็นญาติหรือพยาบาล ถ้าเป็นพยาบาลมักจะเป็นบุคคลที่ผู้ป่วยมีความไว้วางใจ และมีสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน (สมจิต, 2536)

5. การยอมรับสภาพความเจ็บป่วย แต่พยายามปรับเปลี่ยนความหมายของความเจ็บป่วยให้เป็นไปในทางที่ดี เป็นการปรับเปลี่ยนสถานการณ์ที่เลวร้ายให้ดีขึ้น ลดความรุนแรงของเหตุการณ์ลงให้อยู่ในขอบเขตที่พึงรับได้ (สมจิต, 2536)

6. การยอมรับงานต่อโชคชะตา โดยยอมรับว่าความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นเป็นเรื่องของโชคชะตาที่หลีกเลี่ยงไม่ได้ จะนิ่งเฉยไม่แสดงปฏิกิริยาสะทกสะท้านต่อความจริงที่ได้รับทราบเพราะคิดว่าคงฝืนชะตาตนเองไม่ได้ (Weisman, 1979)

7. การปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา การขอพร และความคุ้มครองจากสิ่งศักดิ์สิทธิ์ หรือสิ่ง que ผู้ป่วยยึดเหนี่ยวในชีวิต เป็นวิธีการที่ผู้ป่วยคนไทยใช้กันมาก (นิตยา, 2534) และช่วยให้ผู้ป่วยมีกำลังใจที่จะต่อสู้กับโรคได้มากทำให้ลดความวิตกกังวล

8. การแยกตัว เป็นการหลีกเลี่ยงที่จะแลกเปลี่ยนความกังวลกับผู้อื่น มีหลายรูปแบบ ได้แก่ พวกที่ชอบสันโดษ พวกที่ถดถอย ซึ่งแยกตัวไปเพื่อคิดเรื่องต่างๆ หรือพวกชอบฝันกลางวันเพื่อหวังว่าทุกสิ่งทุกอย่างคงดีขึ้นเอง โดยไม่ต้องทำอะไร (Weisman, 1979)

ผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับทราบความจริงเกี่ยวกับความเจ็บป่วย แต่ละคนจะใช้วิธีการเผชิญปัญหาที่แตกต่างกันไป ขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายๆ อย่าง เช่น อุบัติสยโดยส่วนตัวของผู้ป่วย ทักษะคติที่มีต่อโรคมะเร็ง อาการและอาการแสดงของโรค เป็นต้น รวมทั้งปัจจัยทางด้านสังคม

**ความต้องการของผู้ป่วยมะเร็งเกี่ยวกับการได้รับการบอกความจริงจากทีมสุขภาพ**

จากการศึกษาทบทวนงานวิจัย ตลอดจนวรรณคดีที่เกี่ยวข้องทั้งต่างประเทศและในประเทศไทย และจากประสบการณ์ของผู้ศึกษาที่ได้มีโอกาสให้การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็ง ทำให้ตระหนักถึงความต้องการของผู้ป่วยมะเร็งในการบอกความจริงจากทีมสุขภาพ ผู้ป่วยต้องการรู้สภาพที่เป็นจริงของตน เพื่อให้เป็นข้อมูลในการวางแผนชีวิตบั้นปลาย และวางแผนครอบครัวด้วยตนเอง และที่สำคัญก็คือ นำข้อมูลที่ได้ไปใช้ในกระบวนการตัดสินใจเลือกวิถีรักษาที่เหมาะสม และปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองเพื่อที่จะสามารถมีชีวิตอยู่ร่วมกับความเจ็บป่วยได้อย่างมีคุณภาพชีวิต

จากการศึกษาจะพบได้ว่าผู้ป่วยมะเร็งที่เพิ่งรับทราบผลการวินิจฉัย จะมีความต้องการที่เหมือนกัน คือ ต้องการทราบผลการวินิจฉัยโรค การพยากรณ์โรค และข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาเพื่อที่จะสามารถปฏิบัติตนได้ถูกต้อง สามารถวางแผนการดำเนินชีวิตในอนาคตต่อไปได้ และต้องการให้เป็นการบอกที่ให้ความหวัง ให้ความเห็นอกเห็นใจ บอกในสถานที่ๆ เป็นส่วนตัว มี

บุคคลซึ่งผู้ป่วยคิดว่าสามารถให้ความช่วยเหลือเขาได้อยู่ด้วย จากการศึกษาของธีระ (2523) เกี่ยวกับความต้องการทราบความจริงถึงผลการวินิจฉัยโรค ของผู้ป่วยมะเร็งที่ต้องใช้เคมีบำบัด 700 ราย พบว่าผู้ป่วยที่แพทย์บอกผลการวินิจฉัยโรคว่าเป็นมะเร็งตั้งแต่แรก และในรายที่ปิดบังมาตั้งแต่แรก แล้วมาทราบความจริงภายหลัง เมื่อถามว่าต้องการทราบความจริงหรือไม่ จะได้รับคำตอบว่าอยากทราบความจริงตั้งแต่แรกร้อยละ 90 ด้วยเหตุผลที่คล้ายคลึงกันคือ ต้องการวางแผนชีวิตนั้นปลาย และวางแผนครอบครัวด้วยตนเอง สอดคล้องกับการศึกษาของอีเลี่ยนและดีน (Elaine & Dean, 1985) เกี่ยวกับความต้องการทราบผลการวินิจฉัยโรคของผู้ป่วยมะเร็ง พบว่าผู้ป่วยร้อยละ 83 ต้องให้ทีมสุขภาพบอกถึงผลการวินิจฉัยโรคของเขา มีเพียงส่วนน้อยคือร้อยละ 4 ไม่ต้องการทราบผลการวินิจฉัย เช่นเดียวกับผลการศึกษาของเซล และคณะ (Sell et al., 1993) ในการสัมภาษณ์ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคมะเร็งปอด ถึงความต้องการในการรับทราบผลการวินิจฉัย พบว่าผู้ป่วยร้อยละ 92 ต้องการให้บอกผลการวินิจฉัยตามความเป็นจริงเช่นเดียวกับการศึกษาของเดอเดียเรียน (Derdarian, 1987) ซึ่งศึกษาความต้องการข้อมูลของผู้ป่วยที่เพิ่งได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็ง จำนวน 60 คน พบว่าผู้ป่วยร้อยละ 80 ต้องการข้อมูลเกี่ยวกับการวินิจฉัยโรคร้อยละ 87 ต้องการข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาและร้อยละ 90 ต้องการข้อมูลเกี่ยวกับการพยากรณ์โรค

จะเห็นได้ว่าผู้ป่วยให้ความสำคัญในข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาและการพยากรณ์โรคมามากกว่าข้อมูลเกี่ยวกับผลการวินิจฉัยโรค ซึ่งเป็นสิ่งที่ผู้ป่วยจะต้องประสบหลังจากรับทราบความจริงว่าป่วยเป็นโรคมะเร็ง ซึ่งใกล้เคียงกับผลการศึกษาของ ซาร์ดเดล และทรีเออไวเลอร์ (Sardell & Trierweiler, 1993) เกี่ยวกับการเปิดเผยข้อวินิจฉัยว่าเป็นโรคมะเร็งและวิธีการบอกที่ทำให้ผู้ป่วยมีความหวัง ซึ่งได้สัมภาษณ์ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็ง 10 คน พบว่าผู้ป่วยต้องการทราบผลการวินิจฉัยและวิธีการบอกการวินิจฉัยมีผลต่อความหวังของผู้ป่วย โดยจะต้องบอกด้วยความนุ่มนวล และให้ข้อมูลเกี่ยวกับการวินิจฉัยโรคและแผนการรักษาในปริมาณที่พอเหมาะ แต่ได้ใจความครอบคลุมในส่วนที่สำคัญ โดยศึกษาจากบุคลิกภาพ ความพร้อมในการรับรู้ของผู้ป่วยแต่ละคน และใช้จิตวิทยาช่วยให้ผู้ป่วยปรับตัวยอมรับขั้นตอนการรักษาจัดให้ผู้ป่วยได้สนทนากับกลุ่มผู้ป่วยมะเร็ง ซึ่งมีประสบการณ์ได้รับการบอกการวินิจฉัยโรคและมีวิธีการปรับตัวทำให้เกิดมีความหวัง สอดคล้องกับผลการศึกษาของ เมรีดิธ และคณะ (Meredith et al, 1996) ได้ทำการศึกษาถึงความต้องการข้อมูลของผู้ป่วยมะเร็งในประเทศสกอตแลนด์ตะวันตก โดยส่งแบบสอบถามให้ผู้ป่วยมะเร็ง (ไม่ได้บอกว่าเป็นมะเร็งอะไร) 269 คน ได้รับแบบสอบถามตอบกลับ 250 คน ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยมะเร็งร้อยละ 96 ต้องการทราบผลการวินิจฉัยโรคว่าเป็นมะเร็ง ผู้ป่วยทั้งหมดต้องการทราบแผนการรักษาที่เปลี่ยนแปลงไป และอาการข้างเคียงของผลการรักษา ร้อยละ 91 ต้องการทราบเมื่อมีการเปลี่ยนแปลงแผนการดูแลรักษา ร้อยละ 60 ต้องการให้แพทย์ ซึ่งทำการรักษาเป็นผู้บอกผลการวินิจฉัย นอกจากนี้ยังมีความต้องการทราบถึงข้อมูลที่ใช้ในการรักษา

แผนการรักษาทั้งหมด เช่นเดียวกับการศึกษาของทิพมาส (2541) พบว่าผู้ป่วยมะเร็งส่วนหนึ่งต้องการข้อมูลต่างๆ ให้มากที่สุด เพื่อใช้ประกอบในการตัดสินใจรักษา ได้พยายามกระตุ้นคะยให้แพทย์บอกตรงๆ ว่า ตนป่วยเป็นอะไร โดยให้เหตุผลว่าจะช่วยให้ตัดสินใจได้ว่าควรจะรักษาแบบไหน แต่ต่างจากผลการศึกษาของเลย์ดอน และคณะ (Leydon et al., 2000) ในด้านความต้องการทราบการพยากรณ์โรค ซึ่งได้ทำการศึกษาเกี่ยวกับความต้องการข้อมูล และพฤติกรรมการแสวงหาข้อมูลของผู้ป่วยมะเร็ง โดยศึกษาในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการวินิจฉัยภายใน 6 เดือน และกำลังมีอาการเจ็บป่วย จำนวน 17 คน ผู้ป่วยไม่ต้องการทราบระดับความรุนแรงของโรค และไม่ต้องการทราบการพยากรณ์โรคในอนาคต เนื่องจากความเศร้าที่ผู้ป่วยมีต่อแพทย์ผู้ทำการรักษา ทำให้ผู้ป่วยไม่คิดที่จะแสวงหาข้อมูล ข่าวสารที่จะเกิดขึ้นกับตัวเขาในอนาคตข้างหน้า ต้องการทราบเพียงข้อมูลพื้นฐานทั่วไปว่าป่วยเป็นโรคอะไร และต้องรักษาอย่างไร

ส่วนพีธีท และคณะ (Peteet et al., 1991) ได้ศึกษารูปแบบที่ผู้ป่วยต้องการในการบอกผลการวินิจฉัยโรค โดยสัมภาษณ์ผู้ป่วยมะเร็ง 32 คน ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยต้องการให้แพทย์บอกข้อมูลต่างๆ บอกอย่างมีความหวัง โดยการให้ความหวังว่า สามารถที่จะรักษาให้หายได้ หรือสามารถรักษาให้คืนสู่สภาพเดิมได้ ซึ่งสิ่งที่ผู้ป่วยได้รับแม้ว่าจะไม่ตรงตามที่ต้องการ แต่ผู้ป่วยก็รู้สึกพึงพอใจนั้นคือ แพทย์ไม่ได้รับปากว่าจะสามารถรักษาให้หายขาดได้ แต่บอกว่าจะพยายามรักษาให้ดีที่สุด และจะรักษาทุกวิถีทาง นอกจากนี้ผู้ป่วยยังต้องการให้แพทย์ให้ความเห็นนอกเหนือไปบอกขณะมีบุคคลซึ่งผู้ป่วยคิดว่าสามารถให้ความช่วยเหลือเขาได้ อยู่ด้วย และบอกในสถานที่ซึ่งมีความเป็นส่วนตัวสอดคล้องกับการศึกษาของคูเพิลอมากิ และลอรี (Kuuppelomaki & Lauri, 1998) พบว่าผู้ป่วยคาดหวังให้แพทย์เรียกผู้ป่วยออกไปที่ระเียงเพื่อมีความเป็นส่วนตัวในการบอกผลการวินิจฉัยซึ่งเป็นข่าวร้าย บอกอย่างเงียบๆ ไม่ต้องการให้ผู้อื่นรู้ และต้องการให้แพทย์ให้ความสำคัญในถ้อยคำที่จะใช้ในการบอกความจริง เพื่อไม่ให้เป็นการทำร้ายผู้ป่วย เช่นเดียวกับการศึกษาของจาร์วอร์ธ (2538) พบว่าผู้ป่วยต้องการให้แพทย์บอกการวินิจฉัยตามความเป็นจริงแต่ต้องการให้ค่อยๆ บอก เพื่อจะได้มีเวลาทำใจจะรับทราบการวินิจฉัยโรค ต้องการให้แพทย์ให้เวลากับผู้ป่วยในช่วงที่บอกการวินิจฉัย เพื่อผู้ป่วยจะได้มีโอกาสระบาย ความกลัว ความกังวล มีโอกาสถามรายละเอียด หรือข้อสงสัยต่างๆ เกี่ยวกับการวินิจฉัยโรคของตน ชักถามการรักษาและการปฏิบัติตนที่ถูกต้อง ต้องการให้บอกด้วยความเห็นอกเห็นใจ บอกถึงความหวังในการรักษาของตน ผู้ป่วยต้องการให้คำนึงถึงสถานที่ในการบอกด้วย บอกในสถานที่ที่มิดชิด เช่น ในห้องตรวจ ไม่ต้องการให้บอกที่เตียงผู้ป่วยในหอผู้ป่วย และต้องการให้คู่ชีวิต ลูก ญาติ หรือเพื่อนอยู่ด้วย ขณะที่รับทราบความจริงเกี่ยวกับผลการวินิจฉัย เพราะจะได้มีกำลังใจ มีคนปลอบใจและช่วยฟังรายละเอียดในการรักษา

ส่วนผู้ป่วยมะเร็งที่ทราบความจริงถึงผลการวินิจฉัยโรคแล้ว และได้ผ่านระยะของการเปลี่ยนแปลงสภาพทางด้านจิตสังคมในระยะที่ 1 มาแล้ว หรือผู้ป่วยที่รับรู้ถึงภาวะคุกคามจากโรคมะเร็ง เริ่มวางแผนปรับรูปแบบการดำเนินชีวิตประจำวัน ผู้ป่วยสามารถปรับตัวได้ เริ่มรู้จักเป็นตัวของตัวเอง (autonomy) อีกครั้ง สิ่งที่ต้องการทราบต่อไปก็คือ การพยากรณ์โรค แผนการรักษาตามความเป็นจริงและการให้การดูแล ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยรู้สึกมีความสุข คงไว้ซึ่งความเป็นบุคคล เช่น การศึกษาของลองแมนและคณะ (Longman et al., 1992) ได้ศึกษาถึงความต้องการการดูแลของผู้ป่วยมะเร็งที่พักรักษาตัวที่บ้าน จำนวน 30 คน และผู้ให้การดูแลจำนวน 29 คน พบว่าผู้ป่วยและผู้ให้การดูแลมีความต้องการการช่วยเหลือที่เจาะจง และต้องการการดูแลคงไว้ซึ่งความเป็นบุคคลให้มากที่สุด ต้องการให้มีผู้รับฟัง และให้รายละเอียดเกี่ยวกับสถานะของผู้ป่วยอย่างชัดเจน และอธิบายให้เข้าใจถึงอาการที่เกิดขึ้นและการรักษาจนเข้าใจและให้การดูแลให้ผู้ป่วยรู้สึกมีความสุข และจากการศึกษาของอนันต์ และธนา (2540) เกี่ยวกับเจตคติของผู้ป่วยไทยต่อการที่แพทย์แจ้งผลการวินิจฉัยและการดำเนินโรคของโรคที่ร้ายแรงตามความเป็นจริง โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยมะเร็ง 45 คน และผู้ป่วยด้วยโรคอื่นๆ 75 คน พบว่า ผู้ป่วยทั้งหมดต้องการทราบการพยากรณ์โรคของตนเอง

ผู้ป่วยมะเร็งกลุ่มที่ได้รับรังสีรักษาส่วนใหญ่ จะมีการแสวงหาข้อมูลที่จะช่วยให้เกิดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค การใช้รังสีรักษา ผลข้างเคียงของรังสี ตลอดจนรายละเอียดเกี่ยวกับลักษณะของเครื่องฉายรังสี และระยะเวลาที่ต้องอยู่ในห้องฉายรังสีแต่ละครั้ง เพราะการใช้รังสีรักษาเป็นสิ่งที่ผู้ป่วยไม่เคยประสบมาก่อน ขาดความรู้เรื่องรังสีรักษา มีความกลัวในการรักษาด้วยรังสีกลัวผลข้างเคียงของรังสี มีความรู้สึกถึงความไม่แน่นอนในชีวิต อิสเรล และมูด (Isreal & Mood, 1982) ศึกษาเกี่ยวกับการแสวงหาข้อมูลของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษา โดยการรวบรวมข้อมูลจากประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยพบว่า ผู้ป่วยกลุ่มนี้มีการแสวงหาข้อมูลทั้งในเรื่องโรค การรักษา ผลข้างเคียงของรังสี ตลอดจนรายละเอียดเกี่ยวกับลักษณะของเครื่องฉายรังสี และระยะเวลาที่ต้องอยู่ในห้องฉายรังสีแต่ละครั้ง สอดคล้องกับการศึกษาของดอดด์ และอาห์เมด (Dodd & Ahmed, 1987) ศึกษาการแสวงหาข้อมูลของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษา โดยแบ่งเป็น 2 ช่วง คือ ระยะเริ่มต้น และระยะสิ้นสุดการรักษาโดยศึกษาในผู้ป่วย จำนวน 60 ราย พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ จำนวน 38 ราย มีการแสวงหาข้อมูลที่จะช่วยให้เกิดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค รวมทั้งสิ่งที่ต้องประสบต่อไป

จากการศึกษาวรรณกรรมที่ผ่านมาพอจะสรุปได้ว่า ผู้ป่วยมะเร็งส่วนใหญ่ต้องการรับทราบความจริงเกี่ยวกับผลการวินิจฉัยโรค การพยากรณ์โรค วิธีการรักษา ผลข้างเคียงของการรักษา เหตุผลในการเปลี่ยนแปลงการรักษาแต่ละครั้ง ต้องการทราบชื่อยาที่ใช้ในการรักษา และต้องการให้แพทย์ผู้ทำการรักษาเป็นผู้บอกความจริงเกี่ยวกับความเจ็บป่วย โดยจะต้องบอกด้วย

ความนุ่มนวล ให้ความเห็นอกเห็นใจผู้ป่วย ใช้จิตวิทยาในการบอกเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวยอมรับสิ่งที่ประสบ และเกิดความหวัง บอกขณะมีบุคคลซึ่งผู้ป่วยคิดว่าสามารถให้ความช่วยเหลือเขาได้อยู่ด้วยและบอกในสถานที่ซึ่งมีความเป็นส่วนตัว แต่จะพบได้ว่าในการปฏิบัติจริงผู้ป่วยส่วนใหญ่ยังคงถูกปิดบังความจริงเกี่ยวกับความเจ็บป่วยของตน เนื่องจากเป็นความต้องการของญาติหรือทัศนคติของบุคลากรที่มีต่อโรคมะเร็งในแง่ลบ ส่วนในบางรายที่ได้รับการบอกความจริงก็จะได้รับการบอกความจริงแบบขวานผ่าซาก และให้เวลากับผู้ป่วยน้อย ทำให้ผู้ป่วยไม่ได้รับการตอบสนองตามที่คาดหวังไว้

### แนวคิดเกี่ยวกับการศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยา

การศึกษาทางปรากฏการณ์วิทยา เป็นวิธีการทางวิทยาศาสตร์ที่มีจุดมุ่งหมายเพื่ออธิบาย (describes) การเกิดขึ้นของปรากฏการณ์เฉพาะ และให้ความสำคัญกับประสบการณ์ชีวิตของบุคคลเป็นการศึกษาที่มุ่งเน้นการค้นหารสชาติสำคัญ (essences) ของปรากฏการณ์ตามธรรมชาติในทุกๆ ประเด็น ว่าปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นมีความหมายอย่างไร โดยให้ความสำคัญกับการรับรู้ของบุคคลและการมีสติสะท้อนคิดพิจารณาการเกิดขึ้นของเหตุการณ์ตามธรรมชาติ การศึกษาทางปรากฏการณ์วิทยาเป็นระบบของการแปลความหมายของเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น เป็นทั้งปรัชญาและวิธีการวิจัย (Streubert & Carpenter, 1995) โดยนักวิจัยมีข้อตกลงเบื้องต้นว่า บุคคลเป็นผู้ที่รู้และสามารถบอกเล่าความหมายของประสบการณ์ที่เกิดขึ้นได้ (Dickson, 1995)

เป็นวิธีการที่จะพยายามค้นหาความหมายของปรากฏการณ์ที่เป็นประสบการณ์ชีวิตของมนุษย์ ผู้ให้ข้อมูลจะถูกถามให้อธิบายประสบการณ์ออกมา นักวิจัยก็นำข้อมูลที่ได้มาให้ความหมายภายใต้คำบอกเล่าของผู้ให้ข้อมูล ซึ่งไม่ต้องการการทำนายหรือการพิสูจน์ตามการศึกษาเชิงปริมาณ (Parse, Coyne & Smith, 1985) มีจุดมุ่งหมายเพื่อทำความเข้าใจอย่างลึกซึ้ง โดยการบรรยายอธิบายและสะท้อนคิดพิจารณาอย่างมีสติ เพื่อค้นหาความหมายของประสบการณ์นั้นๆ (Thaniwattananon, 1995) มักจะใช้คำถามว่าเกิดอะไรขึ้น และหมายความว่าอย่างไร (Lynch-Sauer, 1985)

การศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยา เป็นการศึกษาข้อมูลจากคำบอกเล่าของผู้ป่วย เป็นประสบการณ์ตามธรรมชาติในสังคมหนึ่งๆ โดยมีความเชื่อว่าบุคคลเป็นแหล่งเก็บสะสมข้อมูล (stock of knowledge) ประสบการณ์ของบุคคลจะบ่งบอกถึง จินตนาการ มโนภาพ ความรู้ แนวคิด คุณค่า และทัศนคติของบุคคลที่มีความหมาย การศึกษาทางปรากฏการณ์วิทยาเป็นการพยายามแปลความหมาย และอธิบายความคิดและการกระทำของมนุษย์ตามความเป็นจริง (Holstein & Gubrium, 1994) ซึ่งมักใช้วิธีการเก็บข้อมูลหลายวิธี เพื่อให้ได้หยั่งเข้าไปดูว่าปรากฏการณ์นั้น

เป็นอย่างไร ซึ่งนักวิจัยต้องมีสติ รู้ตัวอยู่ตลอดเวลา และพยายามดูดซับข้อมูลมาให้ได้มากที่สุด (Burns & Grove, 1993) เป้าหมายของรูปแบบวิจัยนี้ เพื่อที่จะบรรยายและอธิบายความสำคัญหรือโครงสร้าง (essence or structure) ทั้งหมดของประสบการณ์ชีวิต รวมทั้งการให้ความหมายเฉพาะบุคคลในประสบการณ์ที่เขามีส่วนร่วม ซึ่งบลูเมนสไตล (Blumensteil, 1973 cited by Omery, 1983) สรุปว่า วิจัยเชิงปรากฏการณ์วิทยาเป็นกลวิธีการค้นคว้าในการให้ความหมายกับสิ่งหนึ่งอย่างชัดเจน และค้นให้ได้ว่าเขาหมายถึงอะไร สอดคล้องกับแวน มานเนิน (van Manen) อธิบายปรากฏการณ์วิทยาว่า เป็นการศึกษาปรากฏการณ์ชีวิตของมนุษย์ เพื่อทำความเข้าใจอย่างลึกซึ้งโดยใช้สติในการสะท้อนคิดพิจารณาเพื่อค้นหาความหมายของประสบการณ์นั้นๆ (van Manen, 1990 cited by Thaniwattananon, 1995) ต่อมา การศึกษาปรากฏการณ์วิทยาได้มีการพัฒนาโดยนักปรัชญา ไฮเดกเกอร์ (Heidegger, 1962 cited by Koch, 1995; Leonard, 1994) ซึ่งเป็นลูกศิษย์ของฮันส์เริร์ด ใช้แนวคิดปรากฏการณ์วิทยา เพื่อทำความเข้าใจ (hermeneutic phenomenology) ในปรากฏการณ์ภายใต้การศึกษาและแปลความหมายการมีชีวิตอยู่ของมนุษย์ เพื่อวิเคราะห์โครงสร้างของประสบการณ์นั้น โดยเน้นที่สังคม วัฒนธรรม ภูมิหลัง และเนื้อหาสาระต่างๆ ที่ไม่สามารถแยกออกจากกันได้ (Dreyfus, 1991 & Plager, 1994 cited by Thaniwattananon, 1995) เป็นความพยายามที่จะดึงเอาประสบการณ์ที่ซ่อนอยู่ภายในออกมาให้ปรากฏภายนอก (Sorrell & Redmond, 1995) โดยมองในลักษณะว่า ความหมายของการเป็นบุคคลคืออะไร (what does it mean to be a person) ซึ่งมีแนวคิดที่สำคัญเกี่ยวกับบุคคลดังนี้

1. บุคคลมีสิ่งแวดล้อม (the person as having a world) ในความหมายของไฮเดกเกอร์ “สิ่งแวดล้อม” (world) แตกต่างจากความหมายทั่วไปที่ว่า เป็นธรรมชาติหรือสิ่งต่างๆ ในโลกโดยหมายถึงกลุ่มของความสัมพันธ์การปฏิบัติและภาษา ที่หล่อหลอมมาจากวัฒนธรรมซึ่งติดตัวมาแต่กำเนิด ดังนั้น สิ่งแวดล้อมของบุคคลจึงถูกกำหนดโดยภาษา วัฒนธรรม ประวัติ ตามความมุ่งหมายและค่านิยมของบุคคลนั้น (Leonard, 1994) หรือกล่าวได้ว่าบุคคลและสิ่งแวดล้อมเป็นส่วนประกอบซึ่งกันและกัน (co-constituted) (Annells, 1996)

2. บุคคลเป็นสิ่งมีชีวิตที่ให้คุณค่าและความสำคัญแก่สิ่งต่างๆ (the person as a being for whom things have significance and value) บุคคลไม่เพียงมีสิ่งแวดล้อมเท่านั้น แต่ยังมี การให้คุณค่าและให้ความสำคัญกับสิ่งเหล่านั้น ซึ่งตั้งอยู่บนพื้นฐานของวัฒนธรรม ภาษาและสถานการณ์ของแต่ละบุคคล ดังนั้นการทำความเข้าใจบุคคลได้นั้นต้องศึกษาในบริบทที่เขาเป็นอยู่ (Leonard, 1994) ซึ่งบุคคลมีการเชื่อมโยงประสบการณ์ในอดีตกับพฤติกรรมที่ปฏิบัติในปัจจุบัน และส่งผลต่อความคิดหรือพฤติกรรมในอนาคต (hermeneutic circle) (Palmer, 1969 cited by Thaniwattananon, 1995) ตัวอย่างเช่น บุคคลจะเข้าใจคำว่า หอบเหนื่อย ได้โดยการเอามาสัมพันธ์

กับประสบการณ์เดิมที่เคยเห็นคนชอบเหนียวมาก่อน หรือจากประสบการณ์ตรงของตนเองที่เคยชอบเหนียว

3. บุคคลมีการให้ความหมายต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่งโดยตัวของเขาเอง (self-interpreting) ซึ่งการให้ความหมายของบุคคลไม่ใช่เพียงแค่เกิดจากจิตสำนึกเท่านั้น แต่ถูกรวมเข้าไปกับภูมิหลังที่เกี่ยวข้องและมีความสำคัญต่อเขารวมทั้งการพูดภาษา ประเพณีและวัฒนธรรมที่สืบทอดต่อกันมา (Benner, 1985 cited by Thaniwattananon, 1995; Leonard, 1994)

4. บุคคลเป็นหน่วยรวม (the person as embodied) บุคคลไม่ใช่มีแต่เพียงกายภายนอก (body) เท่านั้น แต่ยังมีส่วนอื่นที่อยู่เบื้องหลังการปฏิบัติตามปกติที่บุคคลนั้นแสดงออกมา นั่นคือศักยภาพ ในการแลกเปลี่ยนกับสิ่งอื่น การรวบรวมสิ่งต่างๆ เข้าด้วยกัน (embodied) และการรับรู้ (perception) (Benner, 1985 cited by Leonard, 1994) โดยบุคคลจะรวมตัวเข้ากับสิ่งแวดล้อมและให้ความสนใจในสิ่งแวดล้อมที่มีความหมายต่อเขา (Leonard, 1994)

5. บุคคลอยู่ในมิติของเวลา (the person in time) ไฮเดิเกอร์มองว่าการศึกษาปรากฏการณ์วิทยา คำหนึ่งถึงบุคคลที่เป็นอยู่ในเวลานั้น (being-in-time) ซึ่งอธิบายด้วยคำว่า มิติของเวลา (temporality) เป็นองค์ประกอบของการมีชีวิตอยู่ มิติของเวลาถูกกำหนดมาจากสิ่งที่เกิดขึ้นในอดีต และมีผลต่อความรู้สึกนึกคิดในอนาคต หรือเป็นสิ่งที่บุคคลนั้นได้ให้ความสนใจและตระหนักใน ความสำคัญของสิ่งที่เกิดขึ้นในอดีต และความคาดหวังที่จะให้เกิดขึ้นในอนาคต (Leonard, 1994)

นอกจากนี้องค์ประกอบที่สำคัญ ที่จะให้ผู้วิจัยทำความเข้าใจกับสิ่งที่บุคคลให้ความหมายของประสบการณ์ทั้งหมดอย่างลึกซึ้งได้ จำต้องอาศัยการสื่อสารที่จะทำให้ได้ข้อมูลนั้นมาตรงกับที่บุคคลต้องการจะสื่อ ดังนั้นตัวกลางสำคัญที่จะสื่อให้เข้าใจตรงกันได้ทั้งสองฝ่าย ก็คือ ภาษา (language) โดยนักปรัชญาการ์คาเมอร์ (Gadamer, 1975 cited by Annells, 1996) ซึ่งเป็นผู้ร่วมงานและศิษย์ของไฮเดิเกอร์กล่าวถึงภาษาว่า มีความสำคัญโดยเป็นสื่อในการบอกความหมายของประสบการณ์นั้นๆ ทำให้เข้าใจความเป็นบุคคลมากขึ้น นอกจากนี้การที่ผู้วิจัยจะเกิดความเข้าใจเกี่ยวกับผู้ให้ข้อมูลได้ก็ต่อเมื่อความเข้าใจของผู้วิจัย และผู้ให้ข้อมูลเชื่อมต่อกันในบริบทของผู้ให้ข้อมูลนั้น เรียกว่า การหล่อหลอมความเข้าใจ (fusion of horizon) เกิดขึ้นได้จากการที่ผู้วิจัยทำความเข้าใจในสิ่งที่กำลังค้นหา โดยไม่พยายามตีความตามความคิดของตนเอง แต่จะซักถามผู้ให้ข้อมูล จนเกิดความเข้าใจตรงกันระหว่างผู้วิจัยและผู้ให้ข้อมูล

การศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยาเป็นหนึ่งในวิธีการศึกษาเชิงคุณภาพ ซึ่งมอร์ส (Morse, 1992) กล่าวไว้ว่าการวิจัยเชิงคุณภาพมีลักษณะสำคัญ 3 อย่างที่แตกต่างจากการวิจัยเชิงปริมาณ คือ 1) การให้ความสำคัญกับมุมมองตามการรับรู้ของผู้ให้ข้อมูล (emic perspective) เป็นการเน้นที่จะค้นหาความหมายที่เฉพาะเจาะจง ที่เป็นประสบการณ์หรือการรับรู้จากมุมมองของผู้ให้ข้อมูลไม่ใช่ มุมมองของนักวิจัย ซึ่งจะประกอบไปด้วยการหาคุณค่าและความเชื่อของผู้ให้ข้อมูลที่มีต่อประสบ



การณั้่นๆ แล้วนักวิจัยก็อ้างอิงเอาข้อมูลเหล่านั้น มาสรุปเป็นแนวคิดบนพื้นฐานของข้อมูลจริง

2) เป็นการศึกษาในองค์รวม (holistic perspective) ทั้งในเรื่องของความหมายของประสบการณ์ และบริบทที่เกี่ยวข้อง ซึ่งโนบลิตและเอนเจล (Noblit & Engel, 1992) กล่าวว่าลักษณะสำคัญของการศึกษาในองค์รวม จะต้องอาศัยทักษะ เวลา งบประมาณ พลังงาน ความมุ่งมั่น และสติปัญญา เป็นอย่างมาก และ 3) เป็นการสะท้อนแนวคิดจากข้อมูลอย่างต่อเนื่อง (inductive and interactive process of inquiry) ซึ่งนักวิจัยจะมีกระบวนการทำงานกับข้อมูล เพื่อสังเคราะห์สิ่งที่มีความหมายออกมา นอกจากนี้การศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยายังมีลักษณะของการเน้นข้อมูลมากกว่าตัวเลข มีจุดมุ่งหมายเพื่ออธิบายเหตุการณ์เฉพาะมากกว่าการตัดสินความเป็นสากลในวงกว้างคลาร์ก (Clark, 1994) ได้กล่าวไว้ว่าจุดเน้นและประเด็นสำคัญของการศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยา มีดังต่อไปนี้

1. การศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยามีจุดเน้นที่การปรากฏ ของปรากฏการณ์ตามคำบอกเล่าของผู้ให้ข้อมูล
2. การศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยาให้ความสำคัญกับองค์รวม
3. การศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยาเป็นการค้นหาความหมาย หรือการทำความเข้าใจ ประสบการณ์แนวคิด การตัดสินใจ และความเข้าใจของบุคคล ผ่านกระบวนการหยั่งรู้ (intuition) และการสะท้อนคิดพิจารณา (reflection) อย่างมีสติ (consciousness)
4. การศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยามีความมุ่งมั่นที่จะอธิบายประสบการณ์ ซึ่งต้องบรรยายให้ตรงกับความเป็นจริงของสิ่งที่เกิดขึ้นมากที่สุด และควรอธิบายอย่างตรงไปตรงมาด้วย คำพูดของผู้ให้ข้อมูลว่าเกิดอะไรขึ้น ซึ่งคำพูดเหล่านี้จะแสดงให้เห็นถึงมโนภาพ ความรู้สึกทั้งในทางที่ดีและไม่ดีตรงความเป็นจริงไม่ใช่เป็นการวิเคราะห์ข้อมูลตามความคิดเห็นของผู้ศึกษา
5. ในการศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยา ผู้ศึกษาต้องมีการใช้คำถามที่เหมาะสม เพื่อค้นหาความหมายของประสบการณ์ และมีการใช้ข้อมูลจากแหล่ง จากความทรงจำ ประวัติในอดีต บันทึกร่างต่างๆ รวมทั้งสิ่งที่กำลังเกิดขึ้นในปัจจุบันและกำลังดำเนิน ไปในอนาคต
6. ในการศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยาสามารถนำข้อมูลจากคำบอกเล่า (subjective data) และข้อมูลที่ได้จากการวัดและสังเกต (objective data) มาใช้ร่วมกันเพื่อยืนยันซึ่งกันและกัน
7. การศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยา เป็นการศึกษาค้นคว้าปรากฏการณ์ในทุกๆ ประเด็น จะมีความหมายและมีคุณค่า
8. ผลการศึกษาที่เกิดจากความคิด การหยั่งรู้ การสะท้อนคิดพิจารณา และการตัดสินใจเลือกข้อมูลภายใต้วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลที่ต้องตามหลักการทางวิทยาศาสตร์
9. การศึกษาจะผ่านกระบวนการมองเห็น (seeing) สะท้อนคิดพิจารณา (reflecting) จนเกิดความรู้ความเข้าใจปรากฏการณ์ทั้งในระดับต้นและลึก (knowing)

การศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยาในปัจจุบันมีแนวคิดเป็นแบบเฮอรัลมีนิวติกส์ของ ไฮเดกเกอร์ (hermeneutic or heideggerian phenomenology) ซึ่งเกิเนลอส (Geanellos, 1998) อธิบายไว้ว่า ปรากฏการณ์วิทยาแบบเฮอรัลมีนิวติกส์เป็นทั้งปรัชญาที่จะทำความเข้าใจและเป็น ศาสตร์แห่งการให้ความหมาย ซึ่งมี 2 แนวคิด คือ แนวคิดเกี่ยวกับการสืบเสาะแสวงหาธรรมชาติ ของความเข้าใจ ซึ่งเป็นผลงานของกาดามอร์ (Gadamer) ไฮเดกเกอร์ (Heidegger) และริเคียว (Ricoeur) และแนวคิดเกี่ยวกับการให้ความหมายของบริบท ซึ่งเป็นผลงานของเชียมมาเชอร์ (Schleiermacher) กาดามอร์ (Gadamer) และริเคียว (Ricoeur)

จะเห็นได้ว่าการศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยาเป็นวิธีการวิจัยที่เอื้ออำนวยให้พยาบาลได้มี โอกาสทำความเข้าใจปรากฏการณ์ทางการพยาบาลได้ชัดเจนขึ้น มีคุณค่าที่จะนำไปใช้ทั้งในการ ปฏิบัติ การศึกษา การบริหารและการวิจัยทางการพยาบาล (Streubert & Carpenter, 1995) เพราะ พยาบาลมีความสัมพันธ์กับผู้รับบริการโดยตรง การศึกษาปรากฏการณ์วิทยาจึงสามารถช่วยให้ พยาบาลเกิดความเข้าใจโลกของผู้รับบริการมากขึ้น ช่วยให้ได้เรียนรู้ในสิ่งที่ยังไม่รู้ โดยเฉพาะโรค ของผู้ป่วยในสถานการณ์หนึ่งๆ (Beck, 1994) เมื่อเกิดความเข้าใจผู้ป่วยมากขึ้นจะสามารถให้การ พยาบาลที่ตรงกับปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยอย่างแท้จริง

จากแนวคิดของวิธีการวิจัยเชิงคุณภาพแบบวิธีการศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยา ผู้วิจัยมี ความคิดว่ามีความเหมาะสมกับเรื่องที่ต้องการศึกษาเป็นอย่างยิ่งเพราะวิธีการวิจัยเชิงคุณภาพ สามารถแสวงหาความรู้ เพื่อที่จะนำมาอธิบายวัตถุประสงค์ของการศึกษาได้อย่างครอบคลุมและ ลึกซึ้ง ตามมุมมองที่เกิดขึ้นจริง โดยเฉพาะเรื่อง “ประสบการณ์ของผู้ป่วยมะเร็งในการได้รับการ บอกรับความจริงเกี่ยวกับความเจ็บป่วยจากทีมสุขภาพ” จะทำให้ทราบถึงการให้ความหมายของการ บอกรับความจริงเกี่ยวกับความเจ็บป่วย จากทีมสุขภาพของผู้ป่วย ความรู้ลึกของผู้ป่วยมะเร็งต่อการ ได้รับทราบความจริงเกี่ยวกับความเจ็บป่วยจากทีมสุขภาพ การรับรู้ของผู้ป่วยต่อการบอกรับความจริง เกี่ยวกับความเจ็บป่วยของตนจากทีมสุขภาพ ผลกระทบที่เกิดขึ้นจากการได้รับทราบความจริง การ เผชิญปัญหาจากการได้รับการบอกรับความจริง ความต้องการ และความคาดหวังของผู้ป่วยมะเร็ง เกี่ยวกับการบอกรับความจริงจากทีมสุขภาพ ซึ่งสิ่งเหล่านี้ไม่มีใครทราบได้ดีไปกว่าตัวของผู้ป่วยเอง

### บทที่ 3

#### วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ (qualitative research) โดยใช้ระเบียบวิธีการวิจัยเชิงปรากฏการณ์วิทยา แบบเฮร์มีนิวติกซ์ (hermeneutic phenomenology) เพื่อบรรยายและอธิบายประสบการณ์ของผู้ป่วยมะเร็งในการได้รับการบอกความจริงเกี่ยวกับความเจ็บป่วยจากทีมสุขภาพ

#### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร เป็นผู้ป่วยมะเร็งในภาคใต้ ทั้งที่กำลังรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาล และจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลแล้ว และมีประสบการณ์ในการได้รับการบอกความจริงจากทีมสุขภาพ

กลุ่มตัวอย่าง เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคมะเร็ง และเคยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลของจังหวัดในภาคใต้ มีประสบการณ์ในการได้รับการบอกความจริงจากทีมสุขภาพ ทั้งที่กำลังรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาลและจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลแล้ว คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนด จำนวน 10 ราย คือ

1. รู้ว่าตนเองป่วยเป็นโรคมะเร็ง อย่างน้อย 1 เดือน สามารถจำและเล่าถึงเหตุการณ์ต่างๆ ขณะได้รับการบอกความจริงจากทีมสุขภาพได้
2. ไม่มีปัญหาการได้ยิน การมองเห็น การสื่อภาษาไทยได้เข้าใจ
3. ยินดีให้ความร่วมมือในการเข้าร่วมการวิจัย
4. ได้รับการบอกข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยจากทีมสุขภาพ
5. ขณะสัมภาษณ์ไม่มีความทุกข์ทรมานความเจ็บปวดจากอาการของโรค โดยการสอบถามจากพยาบาล และญาติผู้ให้การดูแลผู้ป่วย และสังเกตจากสีหน้าท่าทางของผู้ป่วย

#### การเก็บรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือในการวิจัย (research instrument)

เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลครั้งนี้ประกอบด้วย

1. แนวคำถามในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 3 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพ สมรส จำนวนบุตร ศาสนา ระดับการศึกษา ลักษณะงานอาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน และความเพียงพอของรายได้ขณะเจ็บป่วย

ส่วนที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วย ประกอบด้วยผลการวินิจฉัยโรค ระยะเวลาที่รับทราบว่าเป็นมะเร็ง ระยะของโรค อาการสำคัญที่มาโรงพยาบาล อาการเจ็บป่วยในปัจจุบัน และการรักษาที่ได้รับขณะเจ็บป่วย

ส่วนที่ 3 แบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับประสบการณ์ของผู้ป่วยมะเร็งในการได้รับการบอกความจริงเกี่ยวกับความเจ็บป่วยจากทีมสุขภาพ ซึ่งเป็นแนวคำถามที่ถามผู้ป่วยถึงการให้ความหมายของผู้ป่วยต่อการบอกความจริงเกี่ยวกับความเจ็บป่วยจากทีมสุขภาพ วิธีหรือรูปแบบการบอกความจริงของทีมสุขภาพตามการรับรู้ของผู้ป่วยมะเร็ง ความคิดเห็นต่อวิธีการบอกความจริงของทีมสุขภาพ ความรู้สึกของผู้ป่วยเมื่อได้รับการบอกความจริงจากทีมสุขภาพ ผล/ผลกระทบต่อผู้ป่วยมะเร็งในการรับทราบความจริง การเผชิญปัญหาของผู้ป่วยมะเร็งเมื่อรับทราบความจริง และความต้องการของผู้ป่วยมะเร็งต่อการได้รับการบอกความจริงจากทีมสุขภาพ

2. เครื่องเทพ
3. อุปกรณ์การบันทึกเทป เช่น ม้วนเทปเปล่า แบตเตอรี่
4. สมุดบันทึก

การสร้างและการควบคุมคุณภาพของเครื่องมือ

เครื่องมือทั้ง 3 ส่วน ผู้วิจัยได้มีขั้นตอนดำเนินการสร้างและควบคุมคุณภาพเครื่องมือ ดังนี้

1. ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการได้รับการบอกความจริงเกี่ยวกับความเจ็บป่วยของผู้ป่วยมะเร็ง สร้างเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยผู้วิจัยสร้างจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับ โรคมะเร็ง แนวคิดเกี่ยวกับการบอกความจริง ทฤษฎีและหลักจริยศาสตร์ที่เกี่ยวข้องกับการบอกความจริง ประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมในการบอกความจริง ผลกระทบ การเผชิญปัญหา และความต้องการของผู้ป่วยมะเร็งเกี่ยวกับการได้รับการบอกความจริงจากทีมสุขภาพ
2. พูดคุยกับผู้ที่มีคุณสมบัติเหมือนกลุ่มตัวอย่าง เพื่อหาข้อมูลในการสร้างแนวคำถาม
3. สร้างแนวคำถามเกี่ยวกับประสบการณ์ของผู้ป่วยมะเร็ง ในการได้รับการบอกความจริงเกี่ยวกับความเจ็บป่วยจากทีมสุขภาพ
4. นำแนวคำถามที่สร้างขึ้นให้อาจารย์ที่ปรึกษาตรวจสอบ เพื่อให้แนวคำถามมีความเหมาะสมและครอบคลุมประเด็นที่ทำการศึกษา
5. นำแนวคำถามไปทดลองใช้โดยการศึกษานำร่อง (pilot study) ผู้ให้ข้อมูลที่มีคุณสมบัติตามที่กำหนดไว้จำนวน 2 ราย
6. นำแนวคำถามส่งให้อาจารย์ที่ปรึกษาตรวจสอบความเหมาะสมอีกครั้ง

7. ส่งแนวคำถามที่ผ่านการตรวจสอบจากอาจารย์ที่ปรึกษาแล้ว ให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ซึ่งประกอบด้วยอาจารย์ผู้เชี่ยวชาญด้านโรคมะเร็ง 1 ท่าน อาจารย์ผู้เชี่ยวชาญด้านจริยธรรม 1 ท่าน อาจารย์ผู้เชี่ยวชาญด้านการวิจัยเชิงคุณภาพ 1 ท่าน เพื่อตรวจสอบความเหมาะสมของแนวคำถาม และความครอบคลุมในประเด็นที่ทำการศึกษา

8. ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ได้รับการตรวจสอบ และข้อเสนอแนะไปปรับปรุงแก้ไขอีกครั้ง ก่อนนำไปใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลจริง

### วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล (data collection)

ผู้วิจัยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก ซึ่งมีขั้นตอนในการเก็บรวบรวมข้อมูลดังนี้

#### 1. ขั้นตอนเตรียมการ

1.1 การเตรียมตัวของผู้วิจัย เป็นขั้นตอนที่จำเป็น และมีความสำคัญในการวิจัยเชิงคุณภาพ โดยผู้วิจัยได้เตรียมตัวด้านต่างๆ ดังนี้

1.1.1 เตรียมผู้วิจัยด้านความรู้ แนวคิดเกี่ยวกับโรคมะเร็ง แนวคิดเกี่ยวกับการบอกความจริง ทฤษฎีและหลักจริยศาสตร์ที่เกี่ยวข้องกับการบอกความจริง ประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมในการบอกความจริง ผลกระทบของการได้รับการบอกความจริงเกี่ยวกับความเจ็บป่วย และการเผชิญปัญหาของผู้ป่วยมะเร็ง ความต้องการของผู้ป่วยมะเร็งในการได้รับการบอกความจริง จากทีมสุขภาพ

1.1.2 เตรียมความรู้ด้านระเบียบวิธีการวิจัยเชิงปรากฏการณ์วิทยา โดยการศึกษารัชญา เป้าหมาย จรรยาบรรณของนักวิจัย เพื่อจะได้เข้าใจระเบียบวิธีการวิจัยอย่างลึกซึ้งอย่างถ่องแท้ อันจะนำไปสู่การศึกษาที่ถูกต้อง และครอบคลุมปรากฏการณ์ให้มากที่สุด

1.1.3 เตรียมความรู้ด้านต่างๆ เกี่ยวกับเทคนิคการเก็บรวบรวมข้อมูล อาทิ การเตรียมตัวทำงานภาคสนาม การสังเกต การสัมภาษณ์ ตลอดจนเทคนิคการตรวจสอบและวิเคราะห์ข้อมูลรวมทั้งวิธีการเขียนรายงาน เพื่อจะได้มาซึ่งข้อมูลที่ครอบคลุมและลึกซึ้ง รวมทั้งเข้าใจเกี่ยวกับประสบการณ์ของผู้ป่วยได้ชัดเจนยิ่งขึ้น

1.1.4 การเตรียมความรู้เกี่ยวกับสถานที่ศึกษา โดยการศึกษารายละเอียดเกี่ยวกับลักษณะการให้บริการ กฎระเบียบต่างๆ ของหอผู้ป่วย เพื่อใช้เป็นแนวทางในการวางแผนเก็บรวบรวมข้อมูล

1.2 ทำหนังสือแนะนำตัวจากคณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ถึงหัวหน้าหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อชี้แจงแนวทางการทำวิจัย และขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล พร้อมทั้งติดตามผลการอนุมัติในการเก็บรวบรวมข้อมูลจากหน่วยงาน

1.3 ติดต่oprะสานงานกับหัวหน้าหอหรือหัวหน้างานที่มีผู้ป่วยมะเร็ง เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการศึกษาและการทำวิจัย

1.4 การศึกษานำร่อง ผู้วิจัยได้ทำการศึกษานำร่องโดยการศึกษาในผู้ป่วยมะเร็งที่มีประสบการณ์ในการได้รับการบอกความจริงเกี่ยวกับความเจ็บป่วยจากทีมสุขภาพ จำนวน 2 ราย เพื่อทดลองใช้และปรับปรุงเครื่องมือก่อนที่จะนำไปใช้เก็บรวบรวมข้อมูลจริง และเพื่อฝึกทักษะของเทคนิคต่างๆ ในการเก็บรวบรวมข้อมูล และการวิเคราะห์ข้อมูลตลอดจนเพื่อศึกษาความเป็นไปได้ในการศึกษาวิจัย

1.5 เลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ ซึ่งเป็นผู้ป่วยมะเร็งที่มีประสบการณ์ในการได้รับการบอกความจริงเกี่ยวกับความเจ็บป่วย จากทีมสุขภาพ

## 2. ขั้นตอนการ

2.1 การสร้างสัมพันธภาพ ผู้วิจัยได้ดำเนินการสร้างสัมพันธภาพกับเจ้าหน้าที่ของหอผู้ป่วยที่ทำการเก็บข้อมูล ตลอดจนสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยดังนี้

2.1.1 ผู้วิจัยสร้างสัมพันธภาพกับหัวหน้าหอผู้ป่วย พยาบาลและเจ้าหน้าที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วย โดยแนะนำตัวพร้อมกับอธิบายวัตถุประสงค์ของการศึกษาวิจัย ตลอดจนขั้นตอนการเก็บข้อมูล

2.1.2 ศึกษาข้อมูลพื้นฐานของผู้ให้ข้อมูลและข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยจากเพิ่มประวัติและบันทึกต่างๆ ของผู้ให้ข้อมูล ก่อนที่จะเข้าไปสร้างสัมพันธภาพกับผู้ให้ข้อมูลและญาติ

2.1.3 ผู้วิจัยทำการสร้างสัมพันธภาพกับผู้ให้ข้อมูลและญาติ จนมีบรรยากาศของความไว้วางใจ

2.2 เมื่อผู้ให้ข้อมูลยินยอมเข้าร่วมวิจัย ผู้วิจัยคำนึงถึงจรรยาบรรณของนักวิจัย และการพิทักษ์สิทธิผู้ให้ข้อมูลดังนี้ บอกให้ผู้ให้ข้อมูลทราบเกี่ยวกับเกณฑ์การเลือกกลุ่มตัวอย่างในการทำการศึกษาวิจัย วัตถุประสงค์ของการทำวิจัย วิธีการเก็บข้อมูลซึ่งใช้การสัมภาษณ์ บันทึกเทปร่วมกับการจดบันทึกในขณะที่สัมภาษณ์ด้วย ในการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลแต่ละครั้ง ผู้วิจัยและผู้ให้ข้อมูลจะทำการนัดหมาย วัน เวลา ตามที่ผู้ให้ข้อมูลสะดวกและมีความพร้อมที่จะให้ข้อมูล ซึ่งการเก็บข้อมูลครั้งนี้หากยังได้ข้อมูลที่ไม่เพียงพอ ผู้วิจัยต้องทำการสัมภาษณ์ต่อเนื่อง ไปถึงที่บ้าน ข้อมูลต่างๆ ที่ได้จากการสัมภาษณ์จะถือเป็นความลับและไม่เปิดเผยชื่อผู้ให้ข้อมูลที่ถูกสัมภาษณ์ให้

ผู้อื่นทราบ และผู้ให้ข้อมูลสามารถปฏิเสธหรือออกจากกรวิจัยได้ตลอดเวลา โดยไม่มีผลกระทบใดๆ ต่อผู้ให้ข้อมูล (ภาคผนวก ข.)

## 2.3 คำเนิการเก็บรวบรวมข้อมูล ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยใช้เทคนิคดังนี้

2.3.1 การสัมภาษณ์ (interviews) ร่วมกับการบันทึกเทป และมีกรสังเกตขณะสัมภาษณ์ไปด้วย ผู้วิจัยให้ความสนใจเกี่ยวกับการให้ความหมายของปรากฏการณ์ต่างๆ ที่ซ่อนเร้น รายละเอียดหรือข้อปลีกย่อยต่างๆ ในประเด็นที่ทำการศึกษา ในการสัมภาษณ์แต่ละครั้งจะสัมภาษณ์เมื่อผู้ให้ข้อมูลมีความพร้อมในบรรยากาศที่เป็นส่วนตัวและใช้เวลาไม่เกิน 50-90 นาที เริ่มต้นด้วยการพูดคุยเรื่องทั่วๆ ไปก่อน จนกว่าบรรยากาศจะเริ่มเป็นธรรมชาติ คือ ผู้ให้ข้อมูลไม่มีที่ทำอึดอัด ประมาณ 5-10 นาที แล้วจึงเริ่มสัมภาษณ์เจาะลึก (in-depth interview) ในประเด็นที่ต้องการร่วมกับการตะล่อมกล่อมเกลา (probes) โดยใช้คำถามปลายเปิดให้ผู้ให้ข้อมูลได้เล่าถึงประสบการณ์ต่างๆ และความรู้สึกต่างๆ ผู้วิจัยมีการถามต่อเนื่องจากคำตอบเดิมที่ผู้ให้ข้อมูลเล่าเพื่อเจาะลึกและสืบค้นในประเด็นที่ต้องการ จนได้รับความหมายของสิ่งที่ศึกษาชัดเจนตามการรับรู้ของผู้ให้ข้อมูล (emic view) โดยผู้วิจัยจะต้องมีสติและคิดอยู่ตลอดเวลาว่า ต้องการจะถามอะไร

การที่จะให้ผู้ให้ข้อมูลได้ระบายความรู้สึกนึกคิดต่างๆ ผู้วิจัยได้ใช้วิธีการสัมภาษณ์ตามแนวคำถาม ที่สร้างขึ้นโดยผ่านการผสมผสานกับเทคนิคการฟัง การสะท้อน การกล่าวซ้ำ และการเงียบ เพื่อที่จะได้มาซึ่งข้อมูลที่ครอบคลุมในระหว่างการเก็บข้อมูลผู้วิจัยไม่ได้ชี้แนะหรือแสดงความคิดเห็นในเรื่องต่างๆ โดยเป็นเพียงผู้กระตุ้นผู้ให้ข้อมูลแสดงออกถึงความคิดและความรู้สึกอย่างเป็นอิสระ ขณะสัมภาษณ์ก็ได้ใช้การสังเกตพฤติกรรม สีหน้าท่าทางของผู้ให้ข้อมูลร่วมด้วย พร้อมกับมีการบันทึกเทปเพื่อช่วยให้ผู้วิจัยสามารถบันทึกคำตอบของผู้ให้ข้อมูลได้ทั้งหมดและถูกต้อง ซึ่งทำให้ได้ข้อมูลที่สมบูรณ์ยิ่งขึ้น ก่อนบันทึกเทปผู้วิจัยได้ขออนุญาตผู้ให้ข้อมูล ให้ความยินยอมก่อนทุกครั้งจึงจะทำการบันทึกข้อมูล จนกว่าจะได้ข้อมูลที่ตอบคำถามการวิจัยได้ครบถ้วนและครอบคลุมวัตถุประสงค์ที่วางไว้ การนัดผู้ให้ข้อมูลเพื่อสัมภาษณ์ครั้งต่อไป ต้องขึ้นอยู่กับความสมัครใจและความยินยอมของผู้ให้ข้อมูลด้วยทุกครั้ง ทำเช่นนี้ไปจนได้ข้อมูลที่มีความอิ่มตัว (saturation of data) ซึ่งพิจารณาจากข้อมูลที่ได้มีความซ้ำๆ กัน หรือไม่มีข้อมูลใหม่ๆ เพิ่มขึ้นจากเดิม และได้ข้อมูลครบถ้วนสมบูรณ์ที่สุด

ในกรณีผู้ให้ข้อมูลซึ่งเป็นผู้ป่วยมะเร็งเกิดภาวะวิกฤตทางด้านจิตใจ ผู้วิจัยได้เตรียมการช่วยเหลือดังนี้

1) หยุดการสัมภาษณ์และเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยระบาย หรือแสดงออกถึงความรู้สึกได้อย่างเต็มที่ โดยรับฟังด้วยความตั้งใจและแสดงความเห็นใจ เปิดโอกาสให้ร้องไห้ถ้าผู้ป่วยต้องการ

- 2) แสดงความเข้าใจ ให้กำลังใจ โดยการขยับเข้าไปใกล้ผู้ป่วยขึ้นกระดากหรือ  
ผ้าเช็ดหน้าให้ผู้ป่วย สัมผัสผู้ป่วยโดยการแตะไหล่หรือจับมือ อยู่กับผู้ป่วยสักครู่จนผู้ป่วยรู้สึกดีขึ้น
- 3) ช่วยผู้ป่วยในการตัดสินใจ เลือกรักษาหรือเผชิญปัญหาโดยไม่ต่อต้านหรือ  
ห้ามผู้ป่วยถ้าเขาทำในสิ่งที่ผู้วิจัยพิจารณาเห็นแล้วว่าไม่เกิดอันตราย
- 4) พิจารณาส่งต่อถ้าผู้ป่วยต้องการแหล่งประ โยชน์อื่นๆ ที่ผู้วิจัย ไม่สามารถจัด  
หาให้ได้

2.3.2 การจดบันทึภาคสนาม (field notes) ผู้วิจัยใช้เพื่อบันทึกเหตุการณ์และ  
ช่วงเวลาในขณะสัมภาษณ์ รวมทั้งจดบันทึกสีหน้า ท่าทาง ลักษณะการพูด น้ำเสียง พฤติกรรมที่  
แสดงตามความเป็นจริงโดยไม่ตีความ ซึ่งจะช่วยให้ได้ข้อมูลเกี่ยวกับพฤติกรรม ภาษา ท่าทาง ที่  
ไม่ใช่คำพูด นอกจากนี้ยังบันทึกเกี่ยวกับความคิด ความรู้สึกหรือปัญหาที่เกิดขึ้นกับผู้วิจัยขณะที่  
เก็บรวบรวมข้อมูล (personal notes) เพื่อให้ข้อมูลมีความน่าเชื่อถือมากขึ้น และเป็นการควบคุม  
ความลำเอียงที่อาจจะเกิดขึ้นได้จากผู้วิจัย

2.4 การแปลผลข้อมูลรายวัน หลังจากเก็บรวบรวมข้อมูลในแต่ละวัน ผู้วิจัยทำการ  
แปลผลข้อมูลรายวันโดย

2.4.1 นำข้อมูลที่ได้มาบันทึกให้เป็นระเบียบทุกวัน โดยนำมาถอดเทปเป็น  
ข้อความเชิงบรรยาย เพื่อบันทึกเหตุการณ์ทั้งหมดที่เกิดขึ้นขณะสัมภาษณ์

2.4.2 อ่านข้อความจากการถอดเทป เพื่อเลือกข้อความที่เป็นคำบรรยายของผู้ให้  
ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับประเด็นที่ศึกษา และทำการตรวจข้อความที่ยังไม่ชัดเจนและครบถ้วน เพื่อที่จะ  
นำข้อความนั้นไปสัมภาษณ์ในครั้งต่อไป

2.5 การตรวจสอบข้อมูลรายวัน ภายหลังจากผู้วิจัยได้ข้อมูลจากการสังเกตและ  
สัมภาษณ์ รวมทั้งจดบันทึกภาคสนามในแต่ละวัน ตามประเด็นที่ต้องการศึกษาวิจัย ผู้วิจัยได้นำผล  
การแปลผลข้อมูลรายวันไปตรวจสอบความถูกต้อง (validation) โดยย้อนกลับไปถามผู้ให้ข้อมูล เพื่อ  
ให้ยืนยันว่าข้อสรุปนั้นมีความถูกต้องและเป็นจริง

2.6 การตรวจสอบข้อมูลเมื่อสิ้นสุดการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยนำข้อมูลที่เป็นข้อ  
สรุปเบื้องต้น (preliminary) หรือการแปลความเบื้องต้น ให้ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบ (expert  
validation) เพื่อดูความครอบคลุม ความลึกซึ้ง และความอึดตัวของข้อมูลในประเด็นที่ทำการศึกษา  
และนำข้อสรุปเบื้องต้นกลับไปให้ผู้ให้ข้อมูลแต่ละรายอ่าน หรือผู้วิจัยอ่านทบทวนให้ผู้ให้ข้อมูล  
แต่ละรายฟังเพื่อยืนยัน และตรวจสอบความถูกต้องของข้อสรุปเป็นครั้งสุดท้าย ทำเช่นนี้กับผู้ป่วย  
ทุกรายที่ทำการศึกษา



## การวิเคราะห์ข้อมูล (data analysis)

ผู้วิจัยทำการวิเคราะห์ข้อมูลทั้งในขณะที่เก็บรวบรวมข้อมูล ซึ่งเป็นกรวิเคราะห์ข้อมูลรายวัน และหลังจากที่เก็บรวบรวมข้อมูลได้ครบถ้วนแล้ว ซึ่งถือเป็นการวิเคราะห์ข้อมูลเมื่อสิ้นสุดการวิจัย โดยเลือกประยุกต์ใช้วิธีการวิเคราะห์ข้อมูลของ โคลไอซซี่ (Colaizzi, 1978 cited in Beck, 1994) ซึ่งเป็นวิธีการที่ได้รับการยอมรับและใช้กันอย่างแพร่หลายในงานวิจัยทางการแพทย์แบบปรากฏการณ์วิทยา นอกจากนี้ยังมีความสอดคล้องกับปรัชญาของการศึกษาปรากฏการณ์วิทยาแบบเฮร์มันิวติคส์ โดยเชื่อว่า ผู้ให้ข้อมูลเป็นผู้ให้ความหมายด้วยตนเอง ทั้งนี้เพราะในการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยวิธีนี้ได้มีการตรวจสอบข้อมูลกับผู้ให้ข้อมูลอย่างต่อเนื่องซึ่งมีขั้นตอนดังต่อไปนี้

1. ทำการอ่านข้อมูลทั้งหมดที่ได้จากการบันทึกประจำวันหลายๆ ครั้ง (read all the subjects description) เพื่อให้เกิดความเข้าใจในภาพรวมของปรากฏการณ์ได้รับการบอกความจริงเกี่ยวกับความเจ็บป่วย โดยภายหลังจากการเก็บรวบรวมข้อมูลในแต่ละวัน ผู้วิจัยก็ได้นำข้อมูลโดยทำการถอดเทปอย่างตั้งใจ และบันทึกข้อความที่เกี่ยวข้องทั้งหมด โดยไม่ตีความลงในสมุดบันทึกประจำวันของผู้ป่วยแต่ละราย หลังจากถอดเทปแล้วนำเอาข้อมูลที่ได้จากการถอดเทป และข้อมูลในสมุดบันทึกภาคสนามของผู้ป่วยนั้นๆ มาอ่านทำความเข้าใจในภาพรวมของข้อมูลที่ได้และปรากฏการณ์ที่สำคัญ (acquired or feeling for theme)

2. กลับมาอ่านข้อความอีกครั้ง แล้วทำการดึงข้อความ หรือประโยคสำคัญที่เกี่ยวข้อง (extracting significant phrases or statements) กับการให้ความหมาย วิธีหรือรูปแบบในการบอกความจริงของที่มีสุขภาพ ความคิดเห็นต่อวิธีการบอกความจริงของที่มีสุขภาพ ความรู้สึก ผลกระทบ การเผชิญปัญหา และความต้องการในการได้รับการบอกความจริงเกี่ยวกับความเจ็บป่วยจากที่มีสุขภาพ โดยการขีดเส้นใต้ข้อความที่เกี่ยวข้องกับความรูสึกนึกคิดข้างต้น

3. พยายามให้ความหมายในแต่ละข้อความที่ค้นพบ ภายใต้อำนาจที่แท้จริงของผู้ให้ข้อมูล (formulating meaning) ซึ่งในแต่ละประโยค อาจมีความหมายได้มากกว่าหนึ่งประเด็น หลังจากนั้นก็นำข้อความสำคัญเหล่านั้นไปแยกบันทึกไว้ในแฟ้มข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับประเด็นที่จัดไว้คือ แฟ้มประสบการณ์ในการได้รับการบอกความจริงเกี่ยวกับความเจ็บป่วยจากที่มีสุขภาพ ในแง่การให้ความหมาย วิธีหรือรูปแบบในการบอกความจริงของที่มีสุขภาพ ความคิดเห็นต่อวิธีการบอกความจริงของที่มีสุขภาพ ความรู้สึก ผลกระทบ การเผชิญปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยมะเร็ง ในการบอกความจริงเกี่ยวกับความเจ็บป่วยจากที่มีสุขภาพนั้นเป็นอย่างไร

4. อ่านข้อความเดิมซ้ำแล้วนำข้อมูลเกี่ยวกับประเด็นที่ศึกษา จัดกลุ่มตามประเภทหรือลักษณะที่มีความหมายไปในทำนองเดียวกัน (clusters of themes) ซึ่งจัดได้ทั้งกลุ่มใหญ่ (themes) และกลุ่มย่อย (sub-themes) ที่อยู่ภายใต้ความหมายเดียวกันกับกลุ่มใหญ่ๆ ทำให้ในแต่ละวันผู้วิจัย

ทราบว่ามีข้อมูลใดที่ได้มาแล้ว ข้อมูลใดที่ยังขาด ไม่ชัดเจนหรือยังไม่ครบถ้วนหรือได้วางแผนและกำหนดประเด็นของผู้ให้ข้อมูลแต่ละรายที่ต้องค้นหาเพิ่มเติมไว้ สำหรับการเก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้ให้ข้อมูลรายนั้นๆ ในครั้งต่อไป

ซึ่งการไปพบผู้ให้ข้อมูลครั้งต่อไปนั้นมุ่งเน้นในการค้นหาข้อมูลที่ยังไม่ลึกซึ่งครอบคลุมการรับรู้หรือความรู้สึกนึกคิดต่างๆ ของผู้ให้ข้อมูล เมื่อได้ข้อมูลในประเด็นที่ต้องการชัดเจนแล้ว โดยประเมินจากการที่ข้อมูลในประเด็นที่ศึกษามีความซ้ำซ้อนกับข้อมูลเดิม และไม่ได้รับข้อมูลใหม่เพิ่มเติมในประเด็นเหล่านั้น ถือเป็นการสิ้นสุดการเก็บรวบรวมข้อมูล

5. เขียนคำอธิบายความหมายของประสบการณ์ของผู้ป่วยมะเร็ง ในการได้รับการบอกความจริงเกี่ยวกับความเจ็บป่วยจากทีมสุขภาพที่ค้นพบบนพื้นฐานของข้อมูลจากประสบการณ์จริงของผู้ให้ข้อมูล (exhaustive description) หลังจากที่ได้รับข้อมูลในแต่ละประเด็นมากเพียงพอแล้ว และตัดข้อมูลส่วนที่ไม่เกี่ยวข้องทิ้งไป

6. อธิบายโครงสร้างสำคัญทั้งหมดของปรากฏการณ์ของผู้ป่วยมะเร็ง ในการได้รับการบอกความจริงเกี่ยวกับความเจ็บป่วยจากทีมสุขภาพ (essential structure) ซึ่งได้กระทำในช่วงของการวิเคราะห์ข้อมูลเมื่อใกล้สิ้นสุดการวิจัย โดยการนำรายละเอียดของปรากฏการณ์ที่เขียนอธิบายไว้ อย่างชัดเจนมารวมกัน

7. ทำการพิสูจน์ว่า ข้อสรุปที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นมาจากคำอธิบายของผู้ให้ข้อมูลนั้น เป็นข้อสรุปที่ตรงกับข้อมูลที่เป็นจริง (validating data) โดยนำข้อสรุปที่ได้ไปให้ผู้ให้ข้อมูลทำการตรวจสอบ

วิธีการศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยา ที่ผู้วิจัยนำมาใช้ในการศึกษาปรากฏการณ์ของผู้ป่วยมะเร็งในการได้รับการบอกความจริงเกี่ยวกับความเจ็บป่วยจากทีมสุขภาพ มีจุดเน้นที่การค้นหาการให้ความหมาย วิธีหรือรูปแบบการบอกความจริงของทีมสุขภาพ ความคิดเห็นต่อวิธีการบอกความจริงของทีมสุขภาพ ความรู้สึก ผลกระทบ การเผชิญปัญหา และความต้องการของผู้ป่วยมะเร็งเกี่ยวกับการบอกความจริงว่าเป็นอย่างไร การเลือกผู้ให้ข้อมูลเน้นให้มีความหลากหลาย ครอบคลุมกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งที่มีประสบการณ์ได้รับการบอกความจริงเกี่ยวกับความเจ็บป่วยจากทีมสุขภาพ เริ่มดำเนินการวิจัยโดยเตรียมตัวนักวิจัยเองให้พร้อม สร้างสัมพันธภาพอย่างเหมาะสม พิทักษ์สิทธิของผู้ให้ข้อมูล กำเนียงถึงจรรยาบรรณของนักวิจัยตลอดกระบวนการวิจัย กำเนียงถึง ความลึกซึ้ง และความอึดตัวของข้อมูล ดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลทั้งในระหว่างเก็บรวบรวมข้อมูล และเมื่อสิ้นสุดการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยใช้วิธีการ 7 ขั้นตอน ที่ประยุกต์จากขั้นตอนของโคโลซซี่ ซึ่งนับเป็นวิธีการหนึ่งที่จะช่วยนำไปสู่การศึกษาให้บรรลุวัตถุประสงค์ของการวิจัยในครั้งนี้

## บทที่ 4

### ผลการวิจัยและการอภิปรายผล

การศึกษาประสบการณ์ของผู้ป่วยมะเร็งในการได้รับการบอกความจริงเกี่ยวกับความเจ็บป่วยจากทีมสุขภาพในครั้งนี้ ใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงปรากฏการณ์วิทยาแบบเฮอรัมนิวติกซ์ (hermeneutic phenomenology) โดยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้ให้ข้อมูลที่เจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็ง จำนวน 10 ราย นำผลข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์และนำเสนอผลการวิจัยเป็น 2 ส่วนคือ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

ส่วนที่ 2 ประสบการณ์ของผู้ป่วยมะเร็งในการได้รับการบอกความจริงเกี่ยวกับความเจ็บป่วยจากทีมสุขภาพ โดยมีประเด็นย่อยดังนี้

- 2.1 ความหมายของการได้รับการบอกความจริงเกี่ยวกับความเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็ง
- 2.2 วิธีหรือรูปแบบในการบอกความจริงของทีมสุขภาพเกี่ยวกับความเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็ง
- 2.3 ความคิดเห็นต่อวิธีการบอกความจริงเกี่ยวกับความเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็ง
- 2.4 ความรู้สึกเมื่อได้รับการบอกความจริงเกี่ยวกับความเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็ง
- 2.5 ผล/ผลกระทบของการได้รับการบอกความจริงเกี่ยวกับความเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็ง
- 2.6 การเผชิญปัญหา เมื่อได้รับทราบความจริงเกี่ยวกับความเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็ง
- 2.7 ความต้องการในการได้รับการบอกความจริงเกี่ยวกับความเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็ง

#### ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ให้ข้อมูล

กลุ่มผู้ให้ข้อมูลทั้งหมดมีจำนวน 10 ราย มีข้อมูลส่วนบุคคลจากการวิเคราะห์ดังแสดงในตารางต่อไปนี้

ตาราง 1 ลักษณะของกลุ่มผู้ให้ข้อมูล จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล

	ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (คน)
เพศ	ชาย	5
	หญิง	5
อายุ	21 – 30 ปี	2
	31 – 40 ปี	1
	41 – 50 ปี	2
	51 – 60 ปี	3
	61 – 70 ปี	2
ศาสนา	พุทธ	8
	อิสลาม	2
สถานภาพสมรส	โสด	3
	คู่	5
	หย่า	1
	หม้าย	1
จำนวนบุตร	ไม่มีบุตร	5
	1 – 5 คน	3
	6 – 10 คน	2
ระดับการศึกษา	ประถมศึกษา	6
	มัธยมต้นหรือเทียบเท่า	1
	มัธยมปลายหรือเทียบเท่า	1
	อนุปริญญาหรือเทียบเท่า	1
	ปริญญาตรีหรือเทียบเท่า	1

ตาราง 1 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (คน)
ลักษณะงานอาชีพ	
ประมง	1
รับจ้าง	5
ค้าขาย	1
รับราชการ	1
งานบ้าน/ไม่ได้ทำงาน	2
รายได้เฉลี่ยของผู้ป่วยต่อเดือน	
ไม่มีรายได้	2
1,000 – 5,000 บาท	5
5,001 – 10,000 บาท	2
มากกว่า 10,000 บาท	1
ความเพียงพอของรายได้ขณะเจ็บป่วย	
เพียงพอ	2
ไม่เพียงพอ	8

จากตาราง 1 แสดงให้เห็นว่า ผู้ให้ข้อมูลมีจำนวนทั้งสิ้น 10 ราย เป็นเพศชายและเพศหญิง กลุ่มละ 5 ราย ผู้ให้ข้อมูล จำนวน 3 ราย มีอายุอยู่ในช่วง 51-60 ปี และมีอายุ 21-30 ปี 41-50 ปี และ 61-70 ปี อย่างละ 2 ราย นับถือศาสนาพุทธ 8 ราย นับถือศาสนาอิสลาม 2 ราย มีสถานภาพสมรสมากที่สุดคือ 5 ราย รองลงมาคือเป็นโสด จำนวน 3 ราย ผู้ให้ข้อมูล จำนวน 5 ราย ไม่มีบุตร รองลงมาคือ 3 ราย มีบุตร 1-5 คน จบการศึกษาในระดับชั้นประถมศึกษามากที่สุด จำนวน 6 ราย มีอาชีพรับจ้างมากที่สุด จำนวน 5 ราย รองลงมาไม่ได้ประกอบอาชีพ จำนวน 2 ราย ผู้ให้ข้อมูล 5 รายมีรายได้อยู่ระหว่าง 1,000-5,000 บาท/เดือน มีเพียง 1 รายเท่านั้นที่มีรายได้เกิน 10,000 บาท/เดือน เมื่อมีอาการเจ็บป่วยรายได้ของผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่ไม่เพียงพอ ซึ่งมีจำนวน ถึง 8 ราย

ตาราง 2 ลักษณะของกลุ่มผู้ให้ข้อมูล จำแนกตามข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วย

ข้อมูลของกลุ่มผู้ให้ข้อมูล	จำนวน (คน)
การวินิจฉัยโรค	
มะเร็งลำไส้	2
มะเร็งเม็ดเลือดขาว	2
มะเร็งเต้านม	1
มะเร็งกล่องเสียง	1
มะเร็งตับ	1
มะเร็งท่อน้ำดี	1
มะเร็งปากมดลูก	1
มะเร็งรังไข่	1
ระยะของโรค (ตามการวินิจฉัยของแพทย์)	
ระยะที่ 2	5
ระยะที่ 3	4
ระยะที่ 4	1
ระยะเวลาที่รับทราบว่าเป็นมะเร็ง	
1 – 5 เดือน	6
6 – 10 เดือน	3
มากกว่า 10 เดือน	1
ความรุนแรงของโรคมะเร็งตามการรับรู้ของผู้ให้ข้อมูล	
ไม่รุนแรง	4
ปานกลาง	3
รุนแรง	3

ตาราง 2 (ต่อ)

ข้อมูลของกลุ่มผู้ให้ข้อมูล	จำนวน (คน)
<b>อาการสำคัญที่มาโรงพยาบาล*</b>	
มีอาการปวดท้อง/กระตุก	4
เบื่ออาหาร อ่อนเพลีย	3
กล้ำพบก้อน	2
ซีด	1
ตาและตัวเหลือง	1
แน่นอึดอัดในท้อง หายใจลำบาก	1
อาเจียน ถ่ายเหลว	1
เสียงแห้ง ไอออกเลือด	1
ท้องผูก	1
กินช่องคลอด ตกขาว	1
<b>ความคิดเห็นต่ออาการที่พบก่อนทราบความจริงเกี่ยวกับผลการวินิจฉัยโรค</b>	
เป็นมะเร็ง	1
เป็นเนื้องอกธรรมดา	1
เป็นไส้ติ่งหรือนิว	1
ไม่ทราบว่าเป็นโรคอะไรและไม่ได้นึกถึงโรคมะเร็ง	7
<b>ความคิดเห็นต่อความรุนแรงของอาการที่เกิดขึ้นก่อนทราบผลการวินิจฉัยโรค</b>	
ไม่รุนแรง	10
<b>อาการ/ภาวะสุขภาพในปัจจุบัน*</b>	
มีอาการปวดหลัง/ท้อง/เข้า	4
อ่อนเพลีย รับประทานอาหารได้น้อย	2
รู้สึกเหมือนมีเข็มแทงบริเวณรักแร้ข้างซ้ายบ่อยครั้ง	1
แน่นอึดอัดในท้อง	1
ปวดแผลผ่าตัด	1
มีจ้ำเลือดทั่วตัว	1
ไม่มีอาการผิดปกติ	1

## ตาราง 2 (ต่อ)

ข้อมูลของกลุ่มผู้ให้ข้อมูล	จำนวน (คน)
วิธีจ่ายค่ารักษาพยาบาล	
เบิกต้นสังกัด	3
บัตรสุขภาพ	3
บัตรสงเคราะห์	2
บัตรผู้สูงอายุ	1
จ่ายเงินเอง	1

\* หมายเหตุ ผู้ให้ข้อมูลสามารถตอบได้มากกว่า 1 ข้อ

จากตาราง 2 ผู้ให้ข้อมูลได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคมะเร็งลำไส้ และมะเร็งเม็ดเลือดขาว จำนวนกลุ่มละ 2 ราย ผู้ให้ข้อมูลเป็นมะเร็งระยะที่ 2 จำนวน 5 ราย อยู่ในระยะที่ 3 จำนวน 4 ราย มีเพียง 1 ราย ที่อยู่ในระยะที่ 4 มีจำนวน 6 ราย ระบุว่า เป็นโรคมะเร็งนาน 1-5 เดือน รองลงมา 3 ราย ระบุว่า เป็นมานาน 6-10 เดือน ผู้ให้ข้อมูลที่ระบุว่าอาการไม่รุนแรง มีจำนวน 4 ราย ระบุว่า อาการปานกลาง และอาการรุนแรง มีจำนวนเท่ากันคือกลุ่มละ 3 ราย อาการสำคัญที่มาโรงพยาบาล เป็นอาการปวดท้อง/กระตุก มากที่สุด 4 ราย รองลงมามีอาการเบื่ออาหารและอ่อนเพลีย จำนวน 3 ราย สำหรับความคิดเห็นของผู้ให้ข้อมูลต่ออาการที่พบก่อนทราบความจริงเกี่ยวกับผลการวินิจฉัยโรค พบว่าผู้ให้ข้อมูล 7 ราย ไม่ทราบว่าเป็นโรคอะไรและไม่ได้นึกถึงโรคมะเร็ง มีเพียง 1 ราย เท่านั้นที่คิดว่าเป็นโรคมะเร็ง และทั้ง 10 ราย คิดว่าอาการของตนไม่รุนแรง ปัจจุบันผู้ให้ข้อมูลมีอาการปวดหลัง/ท้อง/เข้า มากที่สุด 4 ราย รองลงมามีอาการอ่อนเพลีย รับประทานอาหารได้น้อย จำนวน 2 ราย จ่ายค่ารักษาพยาบาล โดยการเบิกต้นสังกัด และใช้บัตรสุขภาพมากที่สุด กลุ่มละ 3 รายเท่ากัน รองลงมาใช้บัตรสงเคราะห์ จำนวน 2 ราย



ตาราง 3 ความหมายของโรคมะเร็ง การได้รับความรู้และแหล่งที่มาของความรู้ตามการรับรู้ของผู้ให้ข้อมูล

	ข้อมูลเกี่ยวกับโรคมะเร็ง	จำนวน (คน)
ความหมาย*		
	เป็นโรคที่เป็นแล้วต้องตาย	8
	เป็นโรคที่มีการขยายของเซลล์ผิดปกติ	2
	เป็นโรคที่สามารถรักษาให้หายได้	2
	เป็นโรคน่ารังเกียจ	1
	เป็นโรคที่มีอาการเน่าเหม็น	1
	เป็นโรคร้ายที่รักษาไม่หายขาด แต่รักษาให้อาการคงที่ได้	1
ความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็ง		
	ได้รับ	10
แหล่งที่มาของความรู้*		
	โทรทัศน์	6
	หนังสือ	6
	ผู้ป่วยมะเร็ง	5
	เจ้าหน้าที่ที่มสุขภาพ	1
	การประชุมวิชาการ	1
	ขณะศึกษาระดับปริญญาตรี	1

\* หมายเหตุ ผู้ให้ข้อมูลสามารถตอบได้มากกว่า 1 ข้อ

จากตาราง 3 ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่จำนวน 8 ราย ได้ให้ความหมายของโรคมะเร็งว่าเป็นโรคที่เป็นแล้วต้องตาย รองลงมาให้ความหมายว่าเป็นโรคที่มีการขยายของเซลล์ผิดปกติ และเป็นโรคที่สามารถรักษาให้หายได้ มีจำนวนเท่ากันกลุ่มละ 2 ราย ผู้ให้ข้อมูลทั้ง 10 ราย เคยได้รับความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็ง ซึ่งแหล่งที่มาของความรู้มาจากการดูโทรทัศน์ และจากการอ่านหนังสือมากที่สุดกลุ่มละ 6 ราย เท่ากัน รองลงมาเป็นการพูดคุยกับผู้ป่วยมะเร็งจำนวน 5 ราย

### ลักษณะของผู้ให้ข้อมูลแต่ละราย

ในการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลเป็นรายบุคคล ได้ใช้นามสมมติเพศชายว่า ลุงชิต น้ารินทร์ พี่นนท์ น้องชาติ และน้องเอก ส่วนเพศหญิงใช้นามสมมติว่า ป้าจันทร์ น้ากียะ พี่เฟื่อง พี่พิมพ์ และน้องแก้ว สามารถสรุปลักษณะผู้ให้ข้อมูลตลอดจนวิธีการได้รับการบอกความจริง และปฏิกิริยาตอบสนองของผู้ให้ข้อมูล แต่ละรายได้ดังนี้

น้องแก้ว พยาบาลสาวโสด วัย 33 ปี นับถือศาสนาพุทธ นิสัยร่าเริง มีเพื่อนฝูงมากมาย พักอาศัยอยู่กับเพื่อนๆ ณ บ้านพักซึ่งทางหน่วยงานจัดไว้ให้ เป็นผู้สนใจดูแลสุขภาพของตัวเองเป็นอย่างดี ออกกำลังกายเป็นประจำทุกวัน มีอาชีพเสริมเป็นครูสอนแอร์โรบิค และทำงานที่คลินิกเอกชน มีรายได้เฉลี่ยเดือนละ 16,000 บาท เพียงพอต่อการใช้จ่าย และไม่มีปัญหาค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล เนื่องจากสามารถเบิกค่ารักษาพยาบาลได้ทั้งหมด น้องแก้วเล่าให้ฟังว่าเมื่อ 8 เดือนก่อน ขณะใส่เสื้อชั้นในมือไปชนที่ฐานด้านม้านั่งพบว่ามึนงงๆ ได้ไปรับการตรวจจากแพทย์ที่คลินิก แพทย์บอกว่าเป็นเนื้องอกธรรมดา ให้ยามารับประทานนาน 6 เดือน แต่น้องแก้วรู้สึกวก่อน โดษนั้นจึงไปพบแพทย์อีกครั้ง หลังจากตรวจแพทย์บอกว่าเป็นก้อนเนื้องอกธรรมดาจะเอาออกหรือไม่ก็ได้ น้องแก้วจึงตัดสินใจให้แพทย์ผ่าตัดเอาก้อนเนื้องอกออก หลังทำการผ่าตัดแพทย์ได้บอกน้องแก้วว่าก้อนเนื้อมึนงงๆผิดปกติ แพทย์ได้ส่งชิ้นเนื้อตรวจ และน้องแก้วเป็นผู้ไปรับผลการตรวจชิ้นเนื้อด้วยตัวเอง ทำให้น้องแก้วรับรู้ว่าคุณเองเป็นมะเร็ง แพทย์ได้บอกให้น้องแก้วรักษาโดยการผ่าตัดด้านมึงทั้งเต้า แต่ไม่ได้อธิบายรายละเอียดถึงสิ่งที่จะเกิดขึ้นหลังผ่าตัดไม่ได้แนะนำการรักษาด้วยวิธีอื่นๆ และต้องการคำตอบจากน้องแก้วว่าต้องการผ่าตัดหรือไม่ในวันนั้น ทำให้น้องแก้วรู้สึกว่าคุณบีบคั้น เพราะน้องแก้วไม่ต้องการตัดด้านมึงทั้งเต้า แต่ต้องการทราบข้อมูลในการรักษาด้วยวิธีอื่นๆ

น้องแก้วบอกว่าหลังรับทราบความจริงว่าเป็นมะเร็ง รู้สึกเครียด สับสน ไม่รู้ว่าควรจะรักษาอย่างไรดี เพราะไม่เคยคิดมาก่อนว่าตนเองจะเป็นโรคมะเร็งด้านมึง น้องแก้วได้เลือกวิธีการรักษา โดยการผ่าตัดเอาเฉพาะก้อนมะเร็งออก และทำเคมีบำบัด พร้อมทั้งปรับเปลี่ยนแบบแผนการรับประทานอาหารเป็นรับประทานอาหารมังสวิรัตร่วมกับการรับประทานสมุนไพร แม้ว่าการได้รับทราบความจริงว่าเป็นโรคมะเร็งจะเป็นข่าวร้าย แต่น้องแก้วบอกว่ามีข้อดีเช่นกัน เพราะทำให้รู้ว่ามึนงงๆที่จริงใจห่วงใยอีกมาก เพื่อนๆ ที่พักอาศัยอยู่ด้วยกัน และเพื่อนร่วมงานได้ให้ความเห็นอกเห็นใจ ให้กำลังใจ คอยถามไถ่ทุกข์สุข และหาข้อมูลในการรักษามาให้มากมาย ทำอาหารที่คิดว่ามีผลดีต่อการรักษาโรคมะเร็งมาให้น้องแก้วรับประทานทุกวัน คนใกล้ชิดที่เลิกกันไปก็กลับมาพูดคุยให้กำลังใจ ทำให้น้องแก้วรู้สึกไม่ถูกทอดทิ้งมีกำลังใจต่อสู้โรคร้าย ปัจจุบันน้องแก้วมีสุขภาพจิตที่ดี ยอมรับได้ว่าตนเองต้องอยู่กับโรคมะเร็ง สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ตามปกติ แต่มีอาการรู้สึกเหมือนมีเข็มแทงบริเวณรักแร้ข้างซ้ายบ่อยครั้ง และปวดหลังเพิ่มขึ้น

พินนท์ หนุ่มใหญ่ วัย 50 ปี นับถือศาสนาพุทธ ประกอบอาชีพรับเหมาก่อสร้าง พักอาศัยอยู่กับมารดา มีนิสัยเก็บขี้นมชอมอยู่คนเดียว เมื่อมีความเครียดจะระบายโดยการดื่มเหล้า หย่าขาดจากภรรยาหลายปี ไม่มีบุตร จบการศึกษาชั้นประถมศึกษาปีที่ 7 มีรายได้เฉลี่ยเดือนละ 5,000 บาท เพียงพอต่อการใช้จ่าย แต่เมื่อมีอาการเจ็บป่วย ต้องหยุดทำงาน ประกอบกับในระยะแรกพินนท์ยังไม่มีบัตรสุขภาพ ทำให้มีปัญหาค่าใช้จ่ายมาก ต่อมาได้รับบัตรสุขภาพทำให้ปัญหา ค่าใช้จ่ายด้านค่ารักษาพยาบาลลดลง ส่วนปัญหาค่าใช้จ่ายในชีวิตประจำวันต้องหนีบีมจากญาติๆ พินนท์เล่าว่า เมื่อ 7 เดือนก่อนมีอาการปวด จุกแน่น คลำได้ก้อนบริเวณท้องข้างขวา จึงไปพบแพทย์ ที่คลินิกแพทย์บอกว่าหากไม่เป็นฝีในท้องก็เป็นเนื้องอก ให้ยากกลับไปรับประทานที่บ้าน 1 สัปดาห์ แต่อาการไม่ดีขึ้น จึงไปพบแพทย์ที่คลินิกอีกครั้ง แพทย์ได้ทำหนังสือส่งตัวเข้ารับการรักษาใน โรงพยาบาลประจำจังหวัด 3 วันต่อมาหลังจากดูฟิล์มเอ็กซเรย์แพทย์ได้บอกพินนท์ว่า มีเนื้อร้ายที่ ลำไส้ต้องรักษาโดยการผ่าตัด และให้เคมีบำบัด แม้ว่าแพทย์จะใช้คำว่าเนื้อร้าย แต่พินนท์ก็รับรู้ว่าจะหมายถึงมะเร็งนั่นเอง

พินนท์บอกว่าช่วงที่หมอไม่บอกความจริงเกี่ยวกับผลการวินิจฉัยโรคให้รับทราบรู้สึก เครียด กังวล อึดอัดอยู่ข้างใน และทำให้คิดมาก เนื่องจากมีญาติเป็นโรคมะเร็งลำไส้ถึง 3 คน จึงเกิดความสงสัยว่าจะจะเป็นเหมือนที่ๆ น้องๆ ที่เป็นมะเร็งลำไส้หรือไม่ ควรทำตัวอย่างไร รักษา แบบไหน แต่เมื่อรับทราบความจริงก็รู้สึกโล่ง เพราะจะได้ปฏิบัติตัวได้ถูกต้อง และทำใจยอมรับ สิ่งที่เกิดขึ้น พินนท์พยายามสร้างกำลังใจให้ตัวเองโดยการดูแลแบบอย่างผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ที่มีสุขภาพ แข็งแรง และสามารถมีชีวิตอยู่ได้นานเกินสิบปี ปัจจุบันหลังผ่าตัด 6 เดือน อาการทั่วไปปกติ สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ เริ่มรับประทานอาหารได้มากขึ้น ขับถ่ายอุจจาระทาง โคลอสโตมี (colostomy) มารับเคมีบำบัดเดือนละ 1 ครั้ง

น้องชาติ หนุ่มโสด วัย 23 ปี นับถือศาสนาพุทธ พักอาศัยอยู่กับบิดา-มารดา จบการศึกษา ชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 2 มีอาชีพขับรถรับจ้าง รายได้เฉลี่ยเดือนละ 8,000 บาท เพียงพอต่อการใช้จ่าย เมื่อเจ็บป่วยต้องหยุดงานเนื่องจากต้องเข้าอนรับการรักษาในโรงพยาบาล ทำให้มีปัญหาเรื่อง ค่าใช้จ่ายส่วนตัว แต่ก็ได้รับการช่วยเหลือจากบิดา-มารดา ส่วนค่ารักษาพยาบาลสามารถเบิกได้ เนื่องจากมีบัตรสุขภาพ น้องชาติเล่าว่า เมื่อ 4 เดือนก่อน มีอาการปวดท้องข้างขวา อาเจียนและ ถ่ายเหลวร่วมด้วย ไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลประจำจังหวัด แพทย์บอกว่าเป็นโรค ดับอักเสบให้ยากกลับไปรับประทานที่บ้าน และนัดตรวจเป็นระยะๆ นาน 2 เดือน แต่อาการไม่ดีขึ้น จึงได้เปลี่ยนไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลศูนย์แห่งหนึ่ง จากผลการตรวจแพทย์ได้บอกความจริง เกี่ยวกับผลการวินิจฉัยโรคให้น้องชาติทราบว่า น้องชาติเป็นโรคมะเร็งลำไส้ และบอกว่าพบได้น้อย มากในผู้ป่วยที่มีอายุน้อย ในผู้ป่วยมะเร็ง 100 คน จะพบเพียง 3 คน หลังรับทราบความจริง

น้องชาติบอกว่าคนนั้นอึ้งไปเลย เพราะรู้สึกว่าคุณช่างโศคร้ายเหลือเกินที่เป็นหนึ่งในสามคนที่แพทย์บอกว่าพบได้น้อย น้องชาติบอกว่าแม้การบอกความจริงของแพทย์จะเป็นการบั่นทอนความหวังที่จะทำงานหาเงินเลี้ยงดูพ่อแม่ให้สุขสบาย เนื่องจากเชื่อว่าร่างกายคงไม่แข็งแรงเหมือนเดิม แต่น้องชาติก็รู้สึกพึงพอใจต่อวิธีการบอกความจริงของแพทย์ เพราะแพทย์ได้บอกความจริงว่าเป็นโรคอะไร เมื่อผลการตรวจชี้ชัด และมีการพูดปลอบใจ อธิบายวิธีการรักษา พร้อมทั้งให้ความเชื่อมั่นว่าแพทย์จะดูแลรักษาอย่างเต็มความสามารถ ปัจจุบันน้องชาติได้รับการผ่าตัดลำไส้ที่บางส่วน ขับถ่ายอุจจาระทางโคลอสโตมี (colostomy) รับประทานอาหารได้น้อย มีอาการอ่อนเพลีย มีความวิตกกังวลเกี่ยวกับน้ำหนักตัวที่ลดลง เพราะกลัวว่าเมื่อน้ำหนักตัวลดลงจะทำให้ความแข็งแรงของร่างกายลดลงไปด้วย ส่วนความอบอุ่นทางด้านจิตใจนั้นน้องชาติได้รับอย่างเต็มที่ เพราะมีแฟนสาวและมารดาคอยเฝ้าดูแลอย่างใกล้ชิดตลอดเวลา และแพทย์ได้ส่งตัวไปรับการรักษาต่อที่โรงพยาบาลอีกแห่งหนึ่งเพื่อทำการฉายแสง

ป้าจันทร์ หญิงสูงอายุ วัย 62 ปี นับถือศาสนาพุทธ ใช้ชีวิตคู่ มีบุตร 5 คน จบการศึกษาชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 อาชีพประมง รายได้เฉลี่ยเดือนละ 5,000 บาท เพียงพอต่อการใช้จ่าย เมื่อเจ็บป่วยต้องหยุดงานทำให้มีปัญหาเรื่องค่าใช้จ่ายในชีวิตประจำวันแต่ก็ได้รับการช่วยเหลือจากลูกๆ ส่วนค่ารักษาพยาบาลนั้นไม่มีปัญหาเนื่องจากมีบัตรผู้สูงอายุ ป้าจันทร์เล่าให้ฟังว่า 5 เดือนก่อน มีอาการ เมื่ออาหาร อ่อนเพลีย มีไข้หนาวสั่น เป็นๆ หายๆ ไปรับการรักษาจากแพทย์ที่คลินิก แพทย์ไม่ได้บอกว่าป่วยเป็นโรคอะไรเพียงแต่ให้ยามารับประทาน อาการไม่ทุเลา ลูกๆ จึงพามารับการตรวจรักษาที่โรงพยาบาลประจำจังหวัดหลังการตรวจแพทย์รับไว้รักษาในโรงพยาบาล โดยบอกผู้ป่วยและลูกๆ ว่าเป็นเนื้องอกในท่อน้ำดี ต้องได้รับการผ่าตัด หลังผ่าตัดแพทย์ได้บอกความจริงให้ลูกๆ ป้าจันทร์ทราบ ผลการตรวจชิ้นเนื้อเป็นมะเร็งแต่ไม่ได้บอกความจริงให้ป้าจันทร์ทราบ ลูกๆ เมื่อรับทราบความจริงว่าป้าจันทร์ป่วยเป็นมะเร็งก็รู้สึกตกใจ และกลัวว่าหากป้าจันทร์ทราบความจริงจะทำให้ยอมรับไม่ได้ จึงไม่ได้บอกความจริงให้ป้าจันทร์ทราบ พยายามเอาอกเอาใจให้การดูแลอย่างใกล้ชิด เมื่อป้าจันทร์อาการดีขึ้น แพทย์จึงได้บอกความจริงเกี่ยวกับผลการวินิจฉัยให้ทราบและบอกว่าอาการดีขึ้นแล้ว ป้าจันทร์บอกว่าเมื่อรับทราบความจริงว่าเป็นมะเร็งท่อน้ำดี รู้สึกตกใจเพียงเล็กน้อยแม้จะรับรู้ว่ามะเร็งเป็นโรคร้าย ไม่สามารถรักษาให้หายขาด และคนที่เป็นมะเร็งจะมีชีวิตอยู่ได้ไม่นาน เนื่องจากเชื่อในความสามารถของแพทย์ว่าสามารถรักษาตนให้มีชีวิตยืนยาวได้ ประกอบกับป้าจันทร์รับรู้ว่าหลังผ่าตัดอาการของตนดีขึ้นเรื่อยๆ

ปัจจุบันหลังผ่าตัด 2 เดือน ป้าจันทร์ยังคงรับการรักษาในโรงพยาบาลได้รับเคมีบำบัดครั้งที่ 1 มีอาการอ่อนเพลียเล็กน้อย ออกกำลังกายด้วยการเดินและยกแขน ขาบนเตียงทุกวัน มี

ลูกสาวและลูกสะใภ้ผลัดเปลี่ยนมาเฝ้าดูแลตลอดเวลา ป้าจันทร์มีสุขภาพจิตที่ดีรับรู้ว่าอาการเจ็บป่วยของตนดีขึ้นตามลำดับทำให้มีกำลังใจในการต่อสู้โรคร้าย

พี่เฟื่อง หญิงหม้าย วัย 53 ปี นับถือศาสนาพุทธ ไม่มีบุตร จบการศึกษาชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 ทำงานในตำแหน่งแม่บ้านของโรงเรียนเอกชนแห่งหนึ่ง พักอาศัยอยู่ที่บ้านพักซึ่งทางเจ้าของโรงเรียนได้จัดไว้ให้ มีรายได้เดือนละ 5,000 บาท เพียงพอต่อการใช้จ่าย เมื่อเจ็บป่วยครั้งก่อนๆ แม้ว่าจะต้องหยุดงานแต่ยังคงได้รับเงินเดือนตามปกติ และมีบัตรสุขภาพในการรักษาพยาบาล พี่เฟื่องจึงไม่มีปัญหาด้านค่าใช้จ่าย แต่การเจ็บป่วยครั้งนี้พี่เฟื่องไม่ได้ถูกส่งตัวตามขั้นตอนของบัตรสุขภาพ จึงต้องเสียค่าใช้จ่ายเอง ทำให้มีปัญหาค่าใช้จ่าย พี่เฟื่องเล่าให้ฟังว่า เมื่อ 9 เดือนก่อนมีอาการแน่นท้อง หายใจไม่สะดวก จึงไปรับการตรวจรักษาจากแพทย์ที่คลินิก แพทย์บอกว่าเป็นเนื้องอกในมดลูกกับเนื้องอกที่รังไข่ต้องได้รับการผ่าตัด หลังผ่าตัดแพทย์ได้เรียกญาติๆ ของพี่เฟื่องไปพบเพื่อบอกว่าผลการตรวจชิ้นเนื้อเป็นมะเร็งรังไข่ แพทย์ต้องการให้ญาติเป็นผู้บอกความจริงให้พี่เฟื่องทราบ แต่ญาติต้องการให้แพทย์เป็นผู้บอกความจริงให้พี่เฟื่องทราบเอง และเชื่อว่าพี่เฟื่องจะยอมรับความจริงที่แพทย์บอกได้ทุกอย่างเพราะพี่เฟื่องเป็นคนเข้มแข็ง แพทย์จึงได้บอกความจริงให้พี่เฟื่องทราบว่าป็นมะเร็งที่รังไข่

พี่เฟื่องบอกว่าหลังทราบความจริงก็ไม่ได้ตกใจ เพราะคิดว่าลูกก็ไม่มี สามีก็เสียชีวิตแล้ว หากเป็นอะไรไปก็ไม่ต้องเป็นห่วงใคร ขณะที่แพทย์บอกความจริงพี่เฟื่องบอกว่าไม่ต้องการให้ญาติอยู่รับรู้ด้วย เพราะไม่ต้องการให้คนอื่นมาเป็นทุกข์เพราะตน พี่เฟื่องได้ทำบุญเพิ่มมากขึ้น หวังให้ผลบุญช่วยให้หายจากโรคร้าย และแสวงหาข้อมูลการรักษาจากผู้ป่วยอื่น ปัจจุบันหลังผ่าตัด 9 เดือนมีอาการท้องอืด แน่นอึดอัดได้ไปรับการรักษาจากโรงพยาบาลอีกแห่งหนึ่ง แพทย์บอกว่ารักษาไปก็ไม่มียะโรดิขึ้น ทำให้พี่เฟื่องรู้สึกเป็นทุกข์ที่ไม่ได้รับการรักษาจากแพทย์ จึงกลับมารักษาที่โรงพยาบาลประจำจังหวัด และได้รับการเจาะเอาน้ำในช่องท้องออก ทำให้พี่เฟื่องรู้สึกสบายขึ้น และมีความรู้สึกที่ดีว่าตนได้รับการเอาใจใส่ดูแลจากแพทย์

น้ำรินทร์ หนุ่มใหญ่ วัย 54 ปี นับถือศาสนาพุทธ มีภรรยาอยู่ชีวิตคอยให้กำลังใจ และดูแลอย่างใกล้ชิดตลอดระยะเวลาที่เจ็บป่วย มีบุตร 4 คน จบการศึกษาชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 มีอาชีพรับจ้างทั่วไป มีรายได้เฉลี่ยเดือนละ 3,000 บาท และบุตรเป็นผู้ดูแลค่าใช้จ่ายบางส่วนทำให้ไม่มีปัญหาเรื่องค่าใช้จ่าย เมื่อเจ็บป่วยแม้ว่าจะเบิกค่ารักษาพยาบาลได้ทั้งหมด แต่ต้องหยุดงานทำให้ขาดรายได้ จึงมีปัญหาเรื่องค่าใช้จ่ายในชีวิตประจำวัน น้ำรินทร์เล่าให้ฟังว่า เมื่อ 4 เดือนก่อนมีอาการจุกแน่น บริเวณชายโครงด้านขวา ท้องผูก ถ่ายลำบาก ได้ไปรับการตรวจรักษาจากแพทย์ที่คลินิก แพทย์บอกว่าเป็นเนื้องอกในตับให้ยากลับมารับประทาน อาการทุเลาลงน้ำรินทร์จึงไม่ได้

กลับไปพบแพทย์อีก ต่อมาเมื่ออาการเจ็บชายโครงด้านขวา และถ่ายลำบากเหมือนเดิม จึงเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลประจำจังหวัด แพทย์ได้บอกความจริงให้ภรรยา น้ำรินทร์ทราบว่า น้ำรินทร์เป็นโรคมะเร็งตับ แต่ไม่ได้บอกความจริงต่อ น้ำรินทร์บอกเพียงว่าเป็นเนื้องอกในตับ ภรรยาของน้ำรินทร์เมื่อรับทราบความจริงถึงผลการวินิจฉัยโรครู้สึกมีความวิตกกังวล กลัวว่าน้ำรินทร์จะมีอันตรายถึงชีวิต แต่ไม่กล้าบอกความจริงให้น้ำรินทร์ทราบเกรงว่าหากน้ำรินทร์ทราบความจริงว่าเป็นโรคร้ายจะทำให้ใจยอมรับไม่ได้ พยายามปฏิบัติตัวตามปกติไม่ให้น้ำรินทร์เกิดความสงสัย เมื่ออาการทุเลาลงแพทย์จึงอนุญาตให้กลับบ้านได้ แต่น้ำรินทร์มีความสงสัยว่าตนเองคงไม่ได้เป็นเนื้องอกธรรมดา คิดว่าน่าจะเป็นมะเร็งตับเพราะสังเกตจากกิจรรมทำทางของหมอนที่มีอาการอ้าอึ้ง เมื่อน้ำรินทร์ถามว่าตนเองเป็นโรคอะไร น้ำรินทร์จึงมารับการตรวจรักษาจากโรงพยาบาลอีกแห่งหนึ่ง และได้รับการบอกความจริงจากแพทย์ว่าเป็นมะเร็งตับ

น้ำรินทร์บอกว่าเมื่อรับทราบความจริงไม่รู้สึกละใจเพราะเป็นไปตามที่คิดไว้ และรู้สึกพึงพอใจที่แพทย์ได้บอกความจริงให้ทราบตรงๆ ว่าเป็นมะเร็งตับ เพราะจะได้รักษาให้ถูกต้องและทันเวลา การรับทราบความจริงไม่ได้ทำให้เกิดปัญหาอะไรต่อน้ำรินทร์ ปัจจุบันน้ำรินทร์ยังคงมีอาการปวดชายโครงด้านขวา และรู้สึกแน่นอึดอัดในท้องทำให้รับประทานอาหารได้น้อย กำลังอยู่ในระหว่างการรักษาด้วยเคมีบำบัด

พิกิยะ หญิงอิสลาม วัย 59 ปี สถานภาพสมรสคู่ มีบุตร 7 คน จบการศึกษาระดับประถมศึกษาปีที่ 4 อาชีพรับจ้างถอนต้นกล้า รายได้เดือนละ 2,000 บาท ไม่เพียงพอต่อการใช้จ่าย ต้องขอเงินจากบุตร ซึ่งบุตรก็มีฐานะยากจนให้การช่วยเหลือได้เป็นบางครั้ง พิกิยะต้องหยิบยืมเงินจากเพื่อนบ้านบ่อยครั้ง เมื่อเจ็บป่วยไม่ได้ทำงานทำให้ขาดรายได้ไม่มีเงินใช้จ่าย มีญาติผู้ป่วยและผู้ป่วยเตียงใกล้เคียงให้เงินใช้จ่ายเป็นบางครั้ง ในการรักษาพยาบาลได้ใช้บัตรสงเคราะห์ พิกิยะเล่าให้ฟังว่าเมื่อ 2 เดือนก่อน ได้มารับการตรวจรักษาที่โรงพยาบาลประจำจังหวัด เนื่องจากอาการของโรคเบาหวานและมีอาการคันช่องคลอด หลังการตรวจแพทย์ได้บอกตรงๆ ว่าเป็นมะเร็งปากมดลูก ต้องได้รับการผ่าตัด พิกิยะไม่ได้มีอาการตกใจหรือมีปฏิกิริยาใดๆ เมื่อได้รับการบอกความจริง แต่คิดว่าดีที่แพทย์บอกตรงๆ เพราะจะได้ตัดสินใจได้ถูกต้องและทันเหตุการณ์ว่าควรรักษาอย่างไร และมีความเชื่อว่าทุกสิ่งทุกอย่างพระเจ้าเป็นผู้กำหนด เมื่อพระเจ้าให้เป็นมะเร็งปากมดลูกก็ต้องเป็นและกลับคิดว่าเป็นผลดีกับคนที่ เป็นมะเร็งปากมดลูกแล้วต้องผ่าตัดมดลูกทิ้ง เพราะจะได้ทำลายหมากเพิ่มขึ้นเนื่องจากไม่มีประจำเดือน และตนเป็นคนที่มีฐานะยากจนไม่มีเงินซื้อของทำบุญต้องอาศัยการทำละหมาดให้พระเจ้าเห็นใจ ส่วนลูกๆ เมื่อรู้ว่า พิกิยะเป็นมะเร็งปากมดลูกก็ไม่เคยแสดงความเอาใจใส่หรือถามถึงอาการเจ็บป่วย ทำให้พิกิยะรู้สึกน้อยใจมาก ส่วนสามีก็ไม่ได้ให้การเอาใจใส่ดูแล และไม่รับผิดชอบครอบครัวเท่าที่ควร

ปัจจุบันหลังผ่าตัด 5 วัน พี่ก็ยังสามารถนอนรับการรักษาอยู่ในโรงพยาบาลสามารถช่วยเหลือตนเองได้ มีอาการปวดแผลผ่าตัดพอทน มีความเชื่อว่าอาการเจ็บป่วยของตัวนั้นรุนแรงแต่ยอมรับได้เพราะเชื่อว่าเป็นไปตามคำบัญชาของพระเจ้า

ลุงชิต ชายสูงอายุ วัย 68 ปี สถานภาพสมรส คู่ นับถือศาสนาพุทธ จบการศึกษาชั้นประถมศึกษาปีที่ 3 อาชีพค้าขาย รายได้เฉลี่ยเดือนละ 6,000 บาท เพียงพอต่อการใช้จ่ายเมื่อเจ็บป่วยต้องหยุดงานก็ไม่มีผลกระทบต่อค่าใช้จ่าย เนื่องจากสามารถเบิกค่ารักษาพยาบาลได้ทั้งหมด และมีลูกๆ คอยดูแล ลุงชิตเล่าว่า เมื่อ 2 ปีก่อน มีอาการเสียงแห้ง ไอออกเลือด ได้ไปรับการรักษาจากแพทย์ในโรงพยาบาลประจำจังหวัด ซึ่งแพทย์บอกว่ามีสาเหตุมาจากลุงชิตสูบบุหรี่มากแต่ไม่ได้บอกว่าเป็นอะไร ลุงชิตต้องเข้ารับการรักษาเป็นระยะๆ 8 เดือนก่อน อาการเจ็บป่วยรุนแรงขึ้น ลุงชิตได้เข้ารับการรักษาอีกครั้ง ในครั้งแรกแพทย์ยังไม่บอกความจริงให้ทราบ ลุงชิตได้ขอร้องแพทย์ให้บอกความจริงถึงผลการวินิจฉัยโรคให้ทราบ เพื่อตนจะได้หายกังวลและได้รับการรักษาให้ถูกต้อง แพทย์จึงได้บอกความจริงให้ทราบ ว่าลุงชิตเป็นมะเร็งกล่องเสียง ลุงชิตเล่าว่าเมื่อรับทราบความจริงว่าเป็นมะเร็งกล่องเสียงก็รู้สึกเสียวๆ เพราะคิดว่าอะไรจะเกิดมันก็ต้องเกิดและเชื่อว่ามะเร็งรักษาได้หากปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์ ลุงชิตได้เข้ารับการผ่าตัดกล่องเสียง และเจาะคอแล้วถูกส่งตัวไปรับการรักษาต่อที่โรงพยาบาลอีกแห่งหนึ่ง การรับทราบความจริงว่าเป็นโรคมะเร็งไม่ได้ก่อให้เกิดผลกระทบใดๆ ต่อลุงชิต กลับรู้สึกดี เพราะจะได้ปฏิบัติตัวได้ถูกต้อง ลุงชิตได้แสวงหาการรักษาเพิ่มเติม โดยการหาข้อมูลจากหนังสือและผู้ป่วยมะเร็งอื่นๆ ออกกำลังกายเพื่อสร้างภูมิคุ้มกัน

ปัจจุบันลุงชิตมีร่างกายที่แข็งแรง มีสุขภาพจิตที่ดี ยังคงหายใจทางเทรคีโอสโตมี (tracheostomy) แต่สามารถพูดออกเสียงได้เมื่อปิดเทรคีโอสโตมี (tracheostomy) ไม่มีอาการผิดปกติใดๆ ลุงชิตได้พูดให้ฟังด้วยสีหน้าที่ภูมิใจว่าลุงชิตรู้สึกว่าการเจ็บป่วยดีขึ้น เพราะได้ปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์ ไม่เหมือนเพื่อนๆ ที่ป่วยเป็นมะเร็งเหมือนกัน ได้เสียชีวิตไปหลายคนแล้ว เพราะเขาไม่ปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์

น้องเอก หนุ่มโสด วัย 22 ปี ซึ่งมีอายุน้อยที่สุดในกลุ่มผู้ให้สัมภาษณ์ นับถือศาสนาพุทธ จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาปีที่ 6 ไม่ได้ทำงาน อาศัยอยู่กับบิดา-มารดา ซึ่งเป็นผู้รับผิดชอบค่าใช้จ่ายต่างๆ ของน้องเอก ใช้บัตรสงเคราะห์ในการรักษาพยาบาล ค่าใช้จ่ายขณะเจ็บป่วยไม่เพียงพอ เนื่องจากมีบางส่วนที่ต้องจ่ายเงินเอง น้องเอกเล่าให้ฟังว่า เมื่อ 2 ปีก่อน ไม่สบายมีอาการปวดกระดูก อ่อนเพลียไม่มีแรง ไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลประจำจังหวัด แพทย์บอกว่าเป็นโรคกระดูก บางครั้งก็บอกว่าเป็นหวัด อาการเป็นๆ หายๆ จึงมารับการรักษาที่โรงพยาบาลอีก

แห่งหนึ่ง จากผลการตรวจแพทย์พบว่าน้องเอกเป็นโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว แพทย์บอกความจริงให้บิดา-มารดาของน้องเอกทราบและให้บิดา-มารดาของน้องเอกเป็นผู้บอกความจริงให้น้องเอกทราบแล้วแพทย์เป็นผู้ยืนยันความจริงอีกครั้ง น้องเอกบอกว่าครั้งแรกที่ทราบว่า เป็นมะเร็งเม็ดเลือดขาวรู้สึกตกใจ ร้องไห้ กลัวว่าจะเสียชีวิต เพราะรับรู้ว่าโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวจะรักษาไม่หาย และตนเป็นลูกคนเดียว หากเสียชีวิตไปเป็นห่วงบิดา-มารดา จะขาดผู้ดูแล มีความวิตกกังวลถึงค่าใช้จ่ายต่างๆ ในการรักษาพยาบาล เนื่องจากน้องเอกยังไม่มีรายได้ การได้รับรู้ความจริงว่าเป็นมะเร็งเม็ดเลือดขาว ทำให้ความหวังของน้องเอกที่จะเล่าเรียนหนังสือดับวูบไป เพราะร่างกายคงไม่แข็งแรงพอที่จะไปโรงเรียน และคิดว่าต่อไปจะทำงานไม่ได้ เพราะไม่สามารถที่จะอยู่ในสถานที่ที่แออัดหรือที่ชุมชนได้ น้องเอกบอกว่าได้มีความหวังอีกครั้งเมื่อแพทย์บอกว่าจะหายภายใน 3-4 ปี น้องเอกได้รับการรักษาโดยใช้เคมีบำบัด และการฉายแสง

ปัจจุบันน้องเอกบอกว่ารู้สึกว่าร่างกายแข็งแรงขึ้นกว่าครั้งแรกที่รับรู้ความจริง สามารถออกกำลังกายหรือเล่นกีฬากับเพื่อนๆ ได้ แต่ต้องระวังการเกิดอุบัติเหตุ ซึ่งทำให้น้องเอกมีกำลังใจที่จะต่อสู้โรคร้ายต่อไป

พี่พิมพ์ หญิงอิสลาม วัย 41 ปี จบการศึกษาระดับ ปวช. ไม่ได้ประกอบอาชีพ พักอยู่กับสามีและลูกๆ 2 คน ลูกสาวคนโตทำงานรับจ้าง ลูกชายคนเล็กอยู่ในวัยเรียน ค่าใช้จ่ายต่างๆ สามีเป็นผู้ดูแลรับผิดชอบ บางครั้งก็ไม่เพียงพอต่อการใช้จ่ายประจำเดือน ขณะเจ็บป่วยใช้บัตรสุขภาพแต่มีค่าใช้จ่ายอื่นๆ เพิ่มขึ้น เช่น ค่าเดินทาง ค่าใช้จ่ายของบุตรสาว ซึ่งต้องหยุดงานมาเฝ้าดูแล ทำให้มีปัญหาเรื่องค่าใช้จ่าย พี่พิมพ์เล่าว่า เมื่อ 4 เดือนก่อน มีอาการอ่อนเพลีย ปวดศีรษะบ่อยครั้งสังเกตเห็นว่าตนเองมีอาการชืด จึงไปพบแพทย์ที่คลินิก แพทย์ให้ยามารับประทาน โดยไม่ได้บอกว่าเป็นโรคอะไร อาการไม่ดีขึ้น จึงเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลประจำจังหวัด หลังจากนั้นนอนรักษาตัวระยะหนึ่ง แพทย์ได้ส่งตัวมารับการรักษาต่อที่โรงพยาบาลอีกแห่งหนึ่ง โดยไม่ได้บอกว่าเป็นโรคอะไร เมื่อเข้ารับการรักษาครั้งแรกแพทย์บอกว่าเป็นโรคเกล็ดเลือดต่ำ ซึ่งพี่พิมพ์บอกว่าตนเองก็ไม่เข้าใจว่าโรคเกล็ดเลือดต่ำคือโรคอะไร แต่ไม่กล้าถามแพทย์ ในการรักษาครั้งต่อมาแพทย์จึงได้บอกความจริงให้ทราบว่า เป็นโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว ซึ่งพี่พิมพ์ก็ยังไม่เข้าใจว่าโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวเป็นอย่างไร แต่ก็รู้สึกตกใจเมื่อได้ยินคำว่า “มะเร็ง” เพราะรับรู้ว่ามะเร็งเป็นโรคที่ร้ายแรง รักษาไม่หาย กลัวว่าจะเสียชีวิต ทำให้มีอาการเครียด นอนไม่หลับ รับประทานอาหารได้น้อยลง แต่ก็ทำใจยอมรับได้ว่าตนต้องอยู่กับโรคมะเร็ง เพราะไม่รู้จะหลบหนีไปไหน พี่พิมพ์ได้ใช้สมุนไพรรักษาร่วมกับการใช้ยาแผนปัจจุบัน พี่พิมพ์บอกว่ารู้สึกท้อแท้มากไม่อยากสู้ต่อไปเมื่อครั้งได้รับยาเคมีบำบัด เพราะรู้สึกทุกข์ทรมานมาก แต่ก็ได้กำลังใจจากลูกๆ และน้องชาย ทำให้มีกำลังใจต่อสู้โรคร้าย



ปัจจุบันพี่พิมพ์ยังคงมาพบแพทย์ตามแพทย์นัดทุกครั้ง พี่พิมพ์บอกว่ารู้สึกอาการดีขึ้นหลังได้รับเคมีบำบัด แต่ยังคงมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวกลัวว่าจะปฏิบัติตัวไม่ถูกต้อง ทำให้มีชีวิตไม่ยืนยาว

ส่วนที่ 2 ประสพการณ์ของผู้ป่วยมะเร็งในการได้รับการบอกความจริงเกี่ยวกับความเจ็บป่วยจากทีมสุขภาพ

### 1. ความหมายของการได้รับการบอกความจริงเกี่ยวกับความเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็ง

จากปัญหาหรือเหตุการณ์ต่างๆ ที่ผู้ให้ข้อมูลได้ประสบในขณะที่ได้รับการบอกความจริงเกี่ยวกับความเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็ง ทำให้ผู้ให้ข้อมูลได้ถ่ายทอดความหมายของการได้รับการบอกความจริงออกมามีทั้งด้านบวกและด้านลบ ใน 5 ลักษณะ คือ (1) เป็นเรื่องธรรมดา ไม่ใช่เรื่องเลวร้าย (2) เป็นการบอกถึงสิ่งไม่พึงประสงค์ (3) เป็นสิ่งบันเทิงใจ/ทำลายความหวัง (4) เป็นสิ่งชี้แนวทางการรักษา และ (5) เป็นสิ่งขจัดความกังวล/ความอึดอัด ดังรายละเอียดต่อไปนี้

#### 1.1 เป็นเรื่องธรรมดา ไม่ใช่เรื่องเลวร้าย

ผู้ให้ข้อมูล 4 ใน 10 ราย ได้ให้ความหมายของการบอกความจริงเกี่ยวกับความเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งว่าไม่ได้เป็นเรื่องที่น่าตกใจ หรือเป็นเรื่องผิดปกติ เนื่องจากผู้ให้ข้อมูล 3 ราย มีความคิดเห็นว่าการเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งในปัจจุบันเป็นเรื่องธรรมดา เพราะมีคนเป็นกันจำนวนมาก จึงทำให้ทำใจได้ดังกล่าวที่ว่า

“ผมไม่ได้คิดอะไรตอนที่หมอบอกเป็นมะเร็งดับ คิดว่ามันเป็นเรื่องธรรมดา เพื่อนเขาก็เป็นกันมากมายเต็มบ้านเต็มเมือง เราก็มียโอกาสเป็นได้เหมือนกัน”

(น้ำรินทร์)

“การบอกของหมอว่าเราเป็นมะเร็งนั้นแหรอ มันก็เปรียบเหมือนการบอกถึงอาการเจ็บป่วยปกติทั่วไป... ดุงเป็นคนชอบนั่งสมาธิ จิตใจดุงเลยสงบ...ตอนหมอบอก ดุงไม่ได้คิดอะไร...คนที่ใจอ่อน อาจจะโน่น คิดนี่ คิดว่าตาย แต่ดุงไม่ได้คิดอย่างนั้น ดุงทำใจได้”

(ดุงซิด)

ส่วนผู้ป่วยอีกรายก็มองเห็นว่า การบอกความจริงไม่ใช่สิ่งเลวร้ายใดๆ แต่กลับเป็นการดีเสียอีกที่ทำให้ปฏิบัติกิจทางศาสนาได้มากขึ้น ดังกล่าวที่ว่า

“หมะไม่ได้นึกว่าที่เขาบอกว่าเป็นมะเร็งแล้วต้องตัดมดลูกเป็นเรื่องเลวร้าย เพราะถ้าอัลเลาะห์อยากให้ตายก็ตายไปเลย นี่อัลเลาะห์ให้เป็นมะเร็งแล้วให้ตัดมดลูกก็ต้องตัด... หมะก็เลยว่ดีเหมือนกัน... เพราะตอนนี้หมะกำลังทำละหมาด หมะจะได้ละหมาดบ่อยๆ...”

(น้ำกียะ)

## 1.2 เป็นการบอกถึงสิ่งไม่พึงประสงค์

ผู้ให้ข้อมูล 3 ใน 10 ราย ได้ให้ความหมายในการได้รับการบอกความจริงว่าเป็นการบอกถึงสิ่งไม่พึงประสงค์ ใน 2 ลักษณะ คือ (1) เป็นการบอกถึงสิ่งที่น่าตกใจ น่ากลัว และ (2) เป็นการบอกข่าวร้าย ดังนี้

### 1.2.1 เป็นการบอกถึงสิ่งที่น่าตกใจ น่ากลัว

ผู้ให้ข้อมูล 2 ราย อธิบายว่า โรคมะเร็งเป็นโรคร้ายแรง ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ โรคมะเร็งมักจะทำให้ผู้ที่เสียชีวิตในเวลาอันรวดเร็ว เมื่อพูดถึงคำว่ามะเร็งใครๆ ก็กลัว ดังนั้นการได้รับทราบความจริงว่าเป็นโรคมะเร็งจึงเป็นการบอกถึงสิ่งที่น่าตกใจ น่ากลัว ดังคำกล่าวที่ว่า

“การที่หมอบอกว่าเป็นมะเร็ง มันเป็นการบอกถึงสิ่งที่น่าตกใจ บอกถึงสิ่งที่น่ากลัว... ใครๆ ก็กลัวถ้ารู้ว่ามันเป็นโรคนี้นี่ มันเป็นโรคร้าย โรคนี้นั้นแล้วมันแก้ไม่ตก [รักษายาก รักษาไม่หายขาด] อยู่ได้ไม่นาน”

(เป่าจันทร์)

“พี่ว่าการบอกความจริงของหมอ เป็นการบอกถึงสิ่งที่น่าตกใจ น่ากลัว เพราะคำว่ามะเร็งใครๆ ก็กลัว ใครๆ ไม่อยากจะพบจะเจอ... มันเป็นโรคที่ร้ายแรง รักษาไม่หาย พอเราได้ยินคำๆ นั้นเราก็ตกใจ”

(พีพิมพ์)

### 1.2.2 เป็นการบอกข่าวร้าย

ผู้ให้ข้อมูล 1 ราย อธิบายว่าเนื่องจากมะเร็งเป็นโรคร้าย เป็นแล้วต้องเสียชีวิต ดังนั้นการบอกความจริงว่าเป็นโรคมะเร็ง จึงเป็นการบอกข่าวร้าย ดังคำบอกเล่าที่ว่า

“เป็นการบอกข่าวร้าย เพราะโรคนี้นั้นใครๆ ก็คิดว่ามันเป็นโรคร้าย เป็นแล้วต้องตาย ใครๆ ก็ไม่อยากเป็น... พอแก้วรู้ความจริงว่าเป็นมะเร็ง แก้วก็อุทานในใจว่านี่เราเป็นมะเร็งหรือ... มันเป็นการบอกข่าวร้ายนะ”

(น้องแก้ว)

## 1.3 เป็นสิ่งบั่นทอน/ทำลายความหวัง

ผู้ให้ข้อมูล 2 ใน 10 ราย อธิบายว่า มะเร็งเป็นโรคร้าย จะทำให้ร่างกายอ่อนแอไม่แข็งแรง ทำให้ไม่สามารถเรียนหนังสือและทำงานได้ตามปกติ การบอกถึงผลการวินิจฉัยจึงทำให้ความหวังต่างๆ ที่เคยคิดไว้ถูกทำลายลง ดังคำกล่าวที่ว่า

“การบอกของหมอ เหมือนสิ่งที่มาทำให้ความหวังของเราที่หวังไว้ว่า จะดูแลหาเลี้ยงพ่อแม่ มันลดลง เพราะเราคงไม่แข็งแรงเหมือนเดิม แต่ไม่ถึงกับหมดหวังนะ พอหมอบอกวิธีรักษา เราก็รู้ว่าไม่เป็นไร เรายังพอทำงานไหว เพราะเราทำงานเกี่ยวกับขับรถมันไม่หนักอะไร เป็นงานเบาๆ เรายังคงทำได้”

(น้องชาติ)

“การที่พ่อ-แม่ มาบอกความจริงให้ผมรู้ว่าผมเป็นมะเร็ง ตามที่หมอให้มาบอก มันเหมือนสิ่งที่มาทำให้ความหวังที่จะเล่าเรียนมันดับวูบไป... เพราะเราคงไม่แข็งแรงพอที่จะไปโรงเรียน ได้เรียนหนังสือจนจบตามที่หวังไว้”

(น้องเอก)

#### 1.4 เป็นสิ่งชี้แนวทางการรักษา

ผู้ให้ข้อมูล 2 ใน 10 ราย อธิบายว่า การได้รับการบอกความจริงทำให้ได้รู้ว่าตนเป็นโรคอะไร สถานะร่างกายเป็นอย่างไร ได้รู้ถึงแนวทางการรักษาโรคที่เป็นอยู่อย่างถูกต้อง รู้ว่าควรปฏิบัติตัวอย่างไร ดังคำกล่าวที่ว่า

“แก้วว่า การที่หมอบอกความจริง เราจะได้รู้ว่าเราเป็นอะไร เราอยู่ในภาวะอย่างไร เราจะได้รับการดูแลอย่างใด ไม่ใช่เที่ยวปีศาๆ บังๆ เรา.. เรื่องอะไรจะไม่บอกคนไข้ ไม่บอกเขา เขาก็ไม่รู้ว่าเป็นอะไร ไข้ไหม จะรักษาถูกหรือถ้าไม่รู้ ตัวเขารู้เขาจะได้ไปหาแนวทางรักษาตัวให้ถูก ไม่ใช่อยู่ๆ ญาติรู้ความจริงแล้วมาบอกว่าต้องกินโน่นกินนี่ ในเมื่อเราว่าเราไม่เป็นอะไร เราจะกินทำไม ทำไมต้องเอาโน่นเอานี้ มาให้เรากิน”

(น้องแก้ว)

“ดูว่ารู้ความจริงดี ได้รู้ว่าเราเป็นอะไร ควรปฏิบัติตัวอย่างไร ถ้าหมอบอก เราก็ไม่รู้ว่าเป็นอะไร เราก็กังวล...กังวลว่าต้องปฏิบัติตัวอย่างไร เรากลัวว่าเราทำตัวไม่ถูก เรารู้แล้วเราได้ปฏิบัติตัวถูก ได้ทำตามตามที่หมอบอก”

(ลุงซิค)

#### 1.5 เป็นสิ่งขัดความกังวล/ความอึดอัด

ผู้ให้ข้อมูล 1 ใน 10 ราย อธิบายว่า ช่วงที่หมอไม่ได้บอกความจริงให้รู้ว่าเป็นโรคอะไร คนรู้สึกเครียด และกังวลมาก ฝ่าคิดอยู่ตลอดเวลาว่าเป็นโรคอะไร ต้องปฏิบัติตัวอย่างไร และเป็นโรคที่รักษาหายหรือไม่ที่สำคัญอีกอย่างก็คือ สงสัยว่าจะเป็นมะเร็งถ้าได้เหมือนกับญาติๆ หรือ

ไม่ ความสงสัยต่างๆ ทำให้ผู้ให้ข้อมูลรู้สึกอึดอัดมาก แต่เมื่อได้รู้ความจริงก็รู้สึกโล่ง ความอึดอัดต่างๆ หายไปหมด แม้ว่าจะได้รับการบอกความจริงว่าเป็นโรคมะเร็ง ผู้ให้ข้อมูลบอกว่า ความกังวล ความสงสัย ในการไม่รู้ความจริง เป็นสิ่งที่ทำให้เกิดความทุกข์ทรมานมากกว่าการรับรู้ความจริง ดังคำกล่าวที่ว่า

“การบอกความจริงของหมอเป็นสิ่งที่ทำให้เราโล่งใจ... ช่วงที่หมอไม่บอกรู้สึกเครียดตอนที่ไม่รู้มันกังวลมันอึดอัดอยู่ข้างในทำให้คิดมาก ไม่รู้ว่าจะต้องทำอะไร ต้องรักษาแบบไหน รักษาหายมั้ย มันเกิดความสงสัยกังวลว่าจะเป็นอย่างนั้นๆ นื่องๆ ที่เขาเป็นมะเร็งลำไส้ ก้นหรือเปล่า พอหมอบอกความจริงทำให้สิ่งที่อึดอัดกังวลอยู่หายไปหมด กลายเป็นความโล่งเข้ามาแทน จะได้ตั้งใจทำใจยอมรับ... การไม่รู้ความจริงในสิ่งที่เกิดขึ้นกับตัวเรา ทำให้เราเกิดความอึดอัดกังวลอย่างมาก มากกว่าการรู้ความจริงว่าเป็นมะเร็งเสียอีก”

(พินนท)

## 2. วิธีหรือรูปแบบในการบอกความจริงของทีมสุขภาพเกี่ยวกับความเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็ง

ผู้ให้ข้อมูลทั้ง 10 ราย ได้รับการบอกความจริงเกี่ยวกับความเจ็บป่วยในครั้งแรกโดยแพทย์ ผู้ให้ข้อมูลจำนวน 7 ราย ได้รับการบอกความจริงขณะที่แพทย์ขึ้นตรวจอาการประจำวัน อีก 3 รายได้รับการบอกความจริงที่ห้องตรวจโรค ผู้ให้ข้อมูลได้รับการบอกความจริงขณะที่อยู่คนเดียวและขณะที่มีญาติอยู่ด้วยเท่ากันคือกลุ่มละ 5 ราย ในการบอกความจริงเกี่ยวกับความเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งของทีมสุขภาพ ที่ผู้ให้ข้อมูลได้ประสบมานั้น พบว่าทีมสุขภาพบอกความจริงใน 2 ประเด็น คือ บอกในเรื่องการวินิจฉัยโรค และวิธีการรักษา โดยใช้วิธีการบอกต่างๆ กันไป

2.1 ในการบอกในเรื่องการวินิจฉัยโรค ผู้ให้ข้อมูลได้สะท้อนถึงวิธีการบอกของทีมสุขภาพออกมาใน 4 ลักษณะ คือ (1) บอกเมื่อพร้อมที่จะรับรู้ (2) บอกความจริงผ่านผู้อื่น (3) บอกตรงๆทันที ที่หมอมั่นใจ และ (4) บอกว่าเป็นเนื้อร้าย แทนคำว่า มะเร็ง ดังนี้

### 2.1.1 บอกเมื่อพร้อมที่จะรับรู้

ผู้ให้ข้อมูล 4 ใน 10 ราย อธิบายว่า หลังจากแพทย์ตรวจรู้ความจริงว่าผู้ให้ข้อมูลเป็นโรคมะเร็ง แพทย์ไม่ได้บอกความจริงให้ทราบทันที แต่กลับไปบอกความจริงให้ญาติเป็นผู้รับทราบก่อน หรือเลี่ยงโดยการบอกอาการที่เกิดขึ้นแทน เนื่องจากกลัวว่าผู้ให้ข้อมูลจะยอมรับความเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งไม่ได้ แล้วจึงมาบอกผลการวินิจฉัยที่แท้จริงว่าเป็นโรคมะเร็งให้ทราบภายหลังจากที่ประเมินดูแล้วว่าผู้ป่วยคงจะยอมรับความจริงได้ ดังคำกล่าวที่ว่า

“ตอนแรกหมอไม่บอกที่ หมอเรียกญาติ ๆ ที่ 3 คนให้ออกไปคุยกันที่อื่น ญาติที่เขาเล่าให้ฟังทีหลังว่า หมอบอกให้หลานมาบอกที่ว่าเป็นมะเร็งที่รังไข่ หลานที่เขาบอกหมอว่าให้หมอมายบอกเอง คนไข้รับได้ คนไข้เป็นคนใจแข็ง เขาได้รับได้ทั้งนั้นไม่ว่าหมอมอบอกอะไร หมอก็เลยมาบอกว่าที่เป็นมะเร็งรังไข่”

(พี่เจี๊อง)

“เริ่มแรกหมอไม่กล้าบอก หมอบอกว่ายังไม่รู้ว่าเป็นอะไร มาตรวจครั้งหลังหมอก็ไม่บอกอีก หมอคงกลัวว่าลุงรับไม่ได้ ลุงบอกว่าถึงเป็นมะเร็งลุงก็รับได้ หมอไม่ต้องเป็นห่วง ให้บอกตามความเป็นจริง...หมอก็เลยบอกว่าเป็นมะเร็ง...บอกตรง ๆ เลยว่าเป็นมะเร็ง”

(ลุงซิด)

“หมอเขาก็บอก แต่ไม่ได้บอกตรงๆ นะ เขาบอกว่าเป็นโรคเกล็ดเลือดต่ำ ที่ก็ไม่เข้าใจว่าเกล็ดเลือดต่ำมันคืออะไร ใครถามที่ว่าเป็นอะไรก็บอกว่าเป็นโรคเกล็ดเลือดต่ำ... ที่ไม่ได้ถามหมอมารั้งหลังๆ หมอเขาเข้ามาถามว่าที่คุณมาคุณรู้มั๊ยว่าคุณเป็นอะไร ที่บอกว่าไม่รู้ หมอบอกว่าคุณเป็นมะเร็งเม็ดเลือดขาว”

(พี่พิมพ์)

“ลูกสาวถามหมอว่าเนื้อที่เอาไปตรวจเป็นเนื้อดี หรือเนื้อร้าย ตอนแรกหมอเขาไม่ได้บอก ลูกสาวป้าเขาถามหมอเอง หมอบอกว่าเป็นเนื้อร้าย เป็นมะเร็งบอกกับลูกสาวแต่ไม่บอกป้า หมอบอกลูกสาวป้าว่ามีโอกาสหาย บางคนหายขาดไปเลย... แต่ทีหลังเขาก็มาบอกป้าว่าป้าเป็นมะเร็ง บอกหลังผ่าตัดแล้ว 1 เดือน อาการดีขึ้นแล้ว”

(ป้าจันทร์)

### 2.1.2 บอกความจริงผ่านผู้อื่น

ผู้ให้ข้อมูล 2 ใน 10 ราย อธิบายว่าแพทย์ไม่บอกความจริงให้ทราบด้วยตัวแพทย์เองในครั้งแรก ผู้ให้ข้อมูลรายแรกบอกว่ารับรู้ความจริงว่าเป็นโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวจากการบอกของบิดา-มารดา หลังจากที่แพทย์เรียกบิดา-มารดาไปพูดคุยด้วย หลังจากนั้นแพทย์จึงได้มาบอกความจริงให้ฟังอีกครั้ง ผู้ให้ข้อมูลรายที่สองบอกว่า แพทย์ไม่ได้บอกความจริงให้ทราบโดยตรงแต่พูดคุยตัวอย่างให้ผู้ป่วยเตียงตรงข้ามฟังว่า ผู้ให้ข้อมูลก็เป็นมะเร็งได้ผ่าตัดแล้วและอาการดีขึ้น ทำให้ผู้ให้ข้อมูลรับรู้ว่าเป็นมะเร็ง ดังคำกล่าวที่ว่า

“เขาบอกกับพ่อ-แม่ เขาไม่บอกผมเองในครั้งแรก แล้วให้พ่อ-แม่มาบอกผม...  
หลังจากนั้นเขาก็มาบอกตอนมาตรวจ ว่าผมเป็น โรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวต้องรักษายังไง”

(น้องเอก)

“หมอไม่ได้พูดกับป้าตรงๆ ตอนนั้นป้านั่งอยู่บนเตียง หมอเขามาตรวจคนไข้ที่  
เตียงตรงข้ามกับป้าเขาเป็นมะเร็งลำไส้ แต่ไม่ยอมผ่า หมอบอกคนไข้เตียงนั้นว่า คุณป้าคนนั้นซิ [ซึ่งมา  
ที่ป้าจันทร์] เขาเป็นมะเร็งเหมือนกันเขาผ่าตอนนี้เขาสบายแล้ว ป้าก็เลยรู้ว่าป้าเป็นมะเร็ง”

(ป้าจันทร์)

### 2.1.3 บอกตรงๆ ทันที ที่หมอมั่นใจ

ผู้ให้ข้อมูล 2 ใน 10 ราย ได้รับการบอกความจริงทันที ที่แพทย์มั่นใจ ผู้ให้  
ข้อมูลรายแรกแพทย์ได้บอกความจริงให้ทราบ เมื่อผลการตรวจชิ้นเนื้อยืนยันชัดเจนว่าเป็นมะเร็ง  
ส่วนผู้ให้ข้อมูลอีกรายแพทย์ได้บอกความจริงทันทีที่ตรวจพบและแพทย์มั่นใจ โดยไม่ต้องรอผล  
การตรวจชิ้นเนื้อ ดังคำกล่าวที่ว่า

“ครั้งแรกผมมาตรวจหมอไม่พบสาเหตุว่าเป็นอะไร ตอนหลังถึงพบหมอบอกว่า  
ไม่เป็นเนื้องอก ก็เป็นมะเร็ง ต้องทำใจนะเป็นโรครายนี้... ขอเอาเนื้อเยื่อไปตรวจอีกที... ให้นอน  
รออยู่หลายวัน... พอผลการตรวจเนื้อเยื่อออกมา ก็บอกว่าเป็นมะเร็ง”

(น้องชาติ)

“หะมาหาหมอ มาตรวจเบาหวานตามที่หมอนัด แต่มีอาการคันช่องคลอด และ  
ตกขาว หะคิดว่าคงเป็นมาจากเบาหวาน หมอเขาบอกว่า ต้องตรวจภายใน พอตรวจเสร็จหมอบอกว่า  
บอกว่าเป็นมะเร็งในมดลูก... เขาบอกตอนที่ตรวจภายใน เลยไม่ได้รอผลการตรวจชิ้นเนื้อ”

(น้ำกึยะ)

### 2.1.4 บอกว่าเป็นเนื้อร้าย แทนคำว่ามะเร็ง

ผู้ให้ข้อมูล 2 ใน 10 ราย อธิบายว่า แพทย์ได้บอกความจริงถึงผลการ  
วินิจฉัยโรคให้ทราบ โดยใช้คำว่าเนื้อร้ายแทนคำว่ามะเร็ง เพื่อต้องการให้ผู้ให้ข้อมูลรับรู้ความจริง  
ซึ่งเป็นข่าวร้าย แต่ลดความรุนแรงของการกระทบกระเทือนจิตใจผู้ป่วย โดยใช้คำว่าเนื้อร้าย แต่ผู้ให้  
ข้อมูลทั้งสองก็รับรู้ว่าเป็นเนื้อร้ายที่แพทย์กล่าวถึงก็คือมะเร็ง ดังคำกล่าวที่ว่า

“หมอบอกว่าเป็นเนื้อร้ายที่ลำไส้ต้องผ่าตัด หมอไม่พูดว่าเป็นมะเร็ง บอกแต่ว่าเป็น  
เนื้อร้าย หมอคงไม่กล้าบอก แต่ผมก็รู้ว่าเป็นมะเร็ง ส่วนมากเวลาพูดว่าเป็นเนื้อร้ายเขาก็หมายถึง

มะเร็ง หนังสือเขาก็บอกว่าเนื้อร้ายก็คือมะเร็ง ก็หนังสือที่พยาบาลเขาเอามาให้อ่านก่อนผ่าตัดเกี่ยวกับยาที่ต้องฉีด เขาก็เขียนบอกว่าเป็นยารักษาโรคมะเร็ง... คำว่าเนื้อร้ายก็เหมือนๆ กัน หมายถึงมะเร็งทั้งนั้น แต่หมอพูดให้สุภาพ ให้เบาๆ สักนิด เลยใช้คำว่าเนื้อร้าย หมอเขาคงไม่อยากบอกคนไข้ ทีเดียบบบบตรงๆ ค่อยๆ บอกให้คนไข้ทำใจ”

(พินนัท)

“เขา [หมอ] ถามว่าหมอที่โรงพยาบาลประจำจังหวัดบอกว่าเป็นอะไร ผมก็บอกว่าเขาว่าเป็นเนื้องอกในตับ หมอที่นี่เขาก็เลยบอกว่าเป็นเนื้องอกในตับนั่นแหละ แต่เป็นเนื้อไม่ดี... เขาบอกว่าเป็นเนื้อร้าย เขาไม่ใช้คำว่ามะเร็ง แต่ผมก็เข้าใจว่าคำว่าเนื้อร้ายก็คือมะเร็ง”

(น้ำรินทร์)

2.2 สำหรับการบอกเกี่ยวกับวิธีการรักษาเป็นการบอกภายหลังจากที่ผู้ให้ข้อมูลรับทราบผลการวินิจฉัยโรคแล้ว โดยผู้ให้ข้อมูลได้สะท้อนสิ่งที่แพทย์บอกออกมาใน 2 ลักษณะ คือ (1) การรักษาเพียงหนึ่งเดียว และ (2) ให้ทางเลือกในการรักษา ดังนี้

### 2.2.1 การรักษาเพียงหนึ่งเดียว

ผู้ให้ข้อมูล 9 ใน 10 ราย อธิบายว่า แพทย์ได้บอกถึงวิธีการรักษาโรคมะเร็งว่าต้องรักษาอย่างไร และได้รักษาตามวิธีที่ได้บอกไว้โดยไม่ได้เสนอทางเลือก ให้ผู้ให้ข้อมูลได้เลือก แม้ว่าผู้ให้ข้อมูลบางรายได้ร้องขอทางเลือกในการรักษา ดังคำกล่าวที่ว่า

“หมอบอกว่าผมรู้ตั้งนานแล้วว่าคุณเป็นมะเร็ง แก [หมอ] บอกว่าผ่าตัดเลย คุณบอกผมมาเลย ผมจะได้นัดห้องผ่าตัด แก้วถามว่ามีวิธีรักษาอย่างอื่นอีกมั๊ย หมอไม่ให้ทางเลือก แก้วเลย บอกแต่ว่าตัดเลย ตัดทิ้งเลย ตัดทิ้งหมด... ไม่ได้อธิบาย ว่ามีหลายวิธีแล้วแต่เราจะเลือกไม่อธิบายเราเลยไม่ให้ทางเลือกเราเลย”

(น้องแก้ว)

“หมอบอกว่าเป็นเนื้อร้ายที่ลำไส้ต้องตัดเอาไส้ทิ้งบางส่วน แล้วดึงไส้ขึ้นมาถ่ายทางหน้าท้อง ทีหลังเอาไส้กลับไปในท้องได้เหมือนเดิม ถ่ายได้ปกติ ต้องฉีดยาด้วย ทุกเดือนๆ ละครั้งๆ ละ 5 วัน นาน 12 เดือน... เรื่องยาหมอบอกแล้วว่ามันมีน่ะ มา... พยาบาลเขาเอาน้ำหนังสือมาให้อ่านก่อนผ่าตัดเกี่ยวกับยาที่ต้องฉีด ว่าหลังฉีดยามีอาการยังไง.. หมอไม่ได้บอกถึงวิธีการรักษาอย่างอื่น”

(พินนัท)

“หมอบอกว่าเป็นมะเร็งเม็ดเลือดขาวต้องให้คีโม...หมอและพยาบาลอธิบายเรื่อง  
แต่คีโมว่าจะมีอาการคลื่นไส้ อาเจียน ผมร่วง ต่อมามีการฉายแสง เขา [หมอและพยาบาล] อธิบาย  
ว่ามีผมร่วงด้วยแต่พอหยุดฉายแสงผมก็จะขึ้น แต่ขึ้นช้ากว่าคนปกติ”

(น้องเอก)

“หมอบอกว่าเป็นเนื้อร้าย หมอเขาบอกว่าต้องตัดมดลูก เขาว่าหมจะต้องตัดนะ  
ตัดมดลูกทิ้งไปเลย...ไม่ได้บอกถึงวิธีการรักษาอื่น ๆ บอกแต่ว่าต้องตัดทิ้ง”

(น้ำก๊ยะ)

### 2.2.2 ให้ทางเลือกในการรักษา

ผู้ให้ข้อมูล 1 ราย ได้อธิบายว่า แพทย์ได้บอกถึงวิธีการรักษาว่าต้องฉายรังสี  
ซึ่งผู้ป่วยไม่ต้องการให้ใช้วิธีการฉายรังสี แพทย์ก็ได้ให้ทางเลือกใหม่โดยการให้เคมีบำบัด ซึ่งผู้ให้  
ข้อมูลได้เลือกให้ใช้เคมีบำบัด และแพทย์ก็ได้รักษาให้ตามวิธีที่ผู้ให้ข้อมูลต้องการ ดังคำกล่าวที่ว่า

“หมอบอกว่าต้องฉายรังสี ผมก็บอกว่ารังสีผมไม่อยากจะใช้ หมอบอกว่าถ้าอย่างนั้น ก็  
เจาะเอาเลือดเสียออก แล้วฉีดยาเข้าไขกระดูกกับเข้าได้รั้งแล้ว ผมก็เลือกให้ใช้วิธีฉีดยา เขาก็ทำให้ตามที่  
เราต้องการ”

(น้ำรินทร์)

## 3. ความคิดเห็นต่อวิธีการบอกความจริงเกี่ยวกับความเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็ง

จากเหตุการณ์ที่ผู้ให้ข้อมูลได้ประสบต่อวิธีการบอกความจริงเกี่ยวกับความเจ็บป่วย  
ด้วยโรคมะเร็งของทีมนุภาพ ทำให้ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่มีความคิดเห็นว่าทีมนุภาพได้ใช้วิธีการ  
บอกความจริงได้เหมาะสม ซึ่งสะท้อนออกมาเป็นความคิดเห็นใน 3 ลักษณะ คือ (1) วิธีของหมอ  
เหมาะสม (2) เห็นด้วยกับการบอกตรงๆ จะได้ไม่สายเกินแก้ และ (3) เหมือนถูกบีบบังคับให้ทำ  
ตามที่หมอบอก

### 3.1 วิธีการของหมอเหมาะสม

ผู้ให้ข้อมูล 5 ใน 10 ราย มีความคิดเห็นว่าวิธีการบอกความจริงของแพทย์นั้น  
เหมาะสม เพราะในการบอกความจริงซึ่งเป็นเรื่องที่ร้ายแรง แพทย์ได้บอกความจริง โดยการคำนึงถึง  
จิตใจผู้ให้ข้อมูล โดยการเลี่ยงใช้คำว่าเนื้อร้าย เพื่อลดการกระทบกระเทือนจิตใจผู้ให้ข้อมูล หรือ  
บอกว่ายังไม่แน่ใจว่าเป็นมะเร็งหรือเนื้องอกธรรมดา ทั้งๆ ที่แพทย์รู้แล้วว่าเป็นมะเร็ง ให้รอฟังผลการ  
ตรวจชิ้นเนื้อเพื่อเป็นการให้เวลาผู้ให้ข้อมูลได้ทำใจในการยอมรับโรคร้าย แพทย์บางท่านก็ใช้คำพูด



ที่นุ่มนวล ก่อๆ พูดคุยไปบอกความจริงไป พร้อมทั้งจับมือผู้ให้ข้อมูลขณะพูดเป็นการแสดงความเห็นอกเห็นใจ ช่วยบรรเทาความตื่นตกใจที่ได้รับข่าวร้ายและรู้สึกอบอุ่น ดังคำกล่าวที่ว่า

“การที่หมอเขาบอกว่าป็นเนื้อร้ายแทนที่จะบอกว่าเป็นมะเร็ง ก็เหมาะสมดี ทั้งๆ ที่เรารู้ว่าคำว่าเนื้อร้ายก็คือมะเร็ง แต่ฟังแล้วทำให้เราไม่ตกใจเกินไป ทำให้คิดว่ามันไม่ร้ายแรงเกิน มันเบาๆ ลงสัณนิคิด หมอเขาไม่ยอมบอกตรงๆ เขาค่อยๆ บอกให้คนไข้ทำใจ”

(พินนท)

“ผมว่าวิธีบอกของแก [หมอ] เหมาะสมดี... แกพูดดี แกพูดในเชิงปลอบใจคนไข้ แกว่าดีวนะ พี่พาไปตรวจก่อนว่ามันเป็นมะเร็งหรือเนื้อดี ถ้าเป็นเนื้อดีไม่มีปัญหาอะไรเลย ตัดออกก็เหมือนเดิม แกว่ารอสัก 7 วันรอผลเนื้อเยื่อ... ซึ่งผมว่าเป็นวิธีปลอบใจของแก แกคงรู้ตั้งแต่แรกว่าเราเป็นมะเร็ง แต่แกยังไม่บอกเราเสียทีเดียว แกให้เวลาคนไข้ได้ทำใจ... ของผมหมอบอกแล้วว่าแกเต็มที่แล้ว”

(น้องชาติ)

“วิธีที่หมอบอกที่พี่ว่าดี พี่ว่าเขาไม่ต้องการให้คนไข้ปรับตัวไม่ทันเขาพูดไปคุยไป เพื่อให้คนไข้รับได้ ปรับตัวได้ เขาแสดงความเห็นใจเราด้วย... หมอเขามาถึงก็มาจับมือที่ แล้วแกค่อยๆ พูด พูดนี้ๆ แกบอกว่าผ่าตัดแล้วนะเอาออกหมดแล้วนะ ขูดหมดแล้วนะ แต่มีเชื้อมะเร็งให้ไปโรงพยาบาลระดับมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งเพื่อไปรับยา แกบอกว่ารักษาได้แต่ให้รักษาแต่เนิ่นๆ”

(พี่เพ็ญ)

ผู้ให้ข้อมูลอีกรายบอกว่าวิธีการของแพทย์เหมาะสมที่ให้บิดา-มารดาเป็นผู้บอกความจริง ว่าตนเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว เพราะบิดา-มารดาจะได้ช่วยปลอบใจ ให้กำลังใจขณะที่บอกความจริง ดังคำกล่าวที่ว่า

“ดีครับ...คือที่ตอนแรกเขา [หมอ] ไม่ต้องบอกเราด้วยตัวเองเขาบอกพ่อ-แม่เราก่อน แล้วให้พ่อ-แม่มาบอกเราก่อนที่ พ่อ-แม่จะได้ปลอบเราด้วย...ถ้าหมอมานบอกเรตั้งแต่แรก เราอาจช็อคได้ เพราะเราตกใจ”

(น้องเอก)

นอกจากนี้ยังมีผู้ให้ข้อมูลอีก 1 ราย บอกว่าวิธีการของแพทย์นั้นเหมาะสม ที่แพทย์บอกความจริงให้รับทราบว่าเป็นโรคมะเร็งท่อน้ำดี หลังจากผ่าตัดเสร็จเรียบร้อยแล้วและอาการดีขึ้น

แล้ว เพราะจะทำให้ความกลัวโรคมะเร็งซึ่งรับรู้ว่าเป็นโรคร้ายแรงรักษาไม่หายนั้นลดน้อยลง ดังคำกล่าวที่ว่า

“หมอเขามายบอกตอนที่ผ่าตัดเสร็จแล้ว อาการดีขึ้นแล้ว ก็เหมาะสมดีทำให้เราไม่ค่อยตกใจ ถึงจะเป็นโรคร้ายแรงแบบมะเร็ง ถ้าเขายกก่อนผ่าตัดเราก็ต้องคิดหนักกว่าเราเป็นโรคนี้อะไรจะผ่าตัดดีหรือไม่ดี ผ่าตัดแล้วจะดีขึ้นหรือทรุดหนักลง ทำให้เราเครียดในการตัดสินใจได้เหมือนกัน แต่นี่อาการดีขึ้นแล้วหมอดึงมายบอกความจริง ป้าว่าเหมาะสมดีนะทำให้เครียดน้อยลง”

(ป้าจันทร์)

### 3.2 เห็นด้วยกับการบอกตรงๆ จะได้ไม่สายเกินแก้

ผู้ให้ข้อมูล 5 ใน 10 ราย บอกว่าเห็นด้วยที่แพทย์ได้บอกความจริง ถึงผลการวินิจฉัยโรคให้ทราบตรงๆ ว่าเป็นมะเร็ง เพราะได้รู้ว่าเจ็บป่วยด้วยโรคอะไร จะได้หาแนวทางการรักษาและปฏิบัติตัวได้ถูกต้องตั้งแต่แรกเริ่ม ซึ่งจะก่อให้เกิดผลดีต่อการรักษา ดังคำกล่าวที่ว่า

“ผมเห็นด้วยกับวิธีบอกของเขา ที่เขา [หมอ] บอกผมตรงๆ เพราะผมต้องการรู้ว่าผมเป็นอะไร...ผมว่าดีที่หมอที่นี้เขายกบอกผมตรงๆ ว่าเป็นมะเร็งในตับ ผมจะได้รักษาถูก ได้รักษาเสียแต่เนิ่นๆ ถ้าเขาไม่บอกเราตรงๆ มัวแต่อำอึ้ง อาจทำให้เรารักษาตัวช้าไป ทำให้เกิดผลเสียได้”

(น้ารินทร์)

“เห็นด้วยค่ะที่หมอบอกออกมาตรงๆ ว่าเป็นมะเร็งต้องผ่าตัด เพราะเราจะตัดสินใจได้ทันเหตุการณ์ ว่าเป็นโรคมะเร็งนะเราต้องผ่าตัดถ้าหมอมอบอกเราตรงๆ ว่าเป็นมะเร็ง เราอาจจะตัดสินใจอีกอย่างก็ได้ [ไม่ยอมผ่าตัด] ...คิดว่าเหมาะสมแล้วที่หมอบอกแบบนี้”

(น้าก๊วย)

“เห็นด้วยที่หมอบอกตรงๆ ว่าผมเป็นมะเร็งที่ลำไส้ ผมว่าถึงจะปิดบัง มันก็ต้องรู้สักวัน บอกตรงๆ จะได้รู้ จะได้รักษา ไม่ช้าเกินแก้ไข... ถ้าหมอบอกอ้อมๆ ช่วงที่ไม่รู้ความจริงเราก็อาจจะชะล่าใจ ไม่ได้รักษาไม่ได้ทำตัวให้ถูกต้อง อาการก็จะแย่ลงกว่าเดิม”

(พี่นนท์)

### 3.3 เหมือนถูกบีบบังคับให้ทำตามหมอบอก

ผู้ให้ข้อมูล 1 ราย อธิบายว่า แพทย์ได้บอกความจริงให้รับทราบว่าเป็นโรคมะเร็งเต้านมและบอกว่าต้องผ่าตัดเต้านมทั้งข้างซ้ายโดยไม่ได้บอกว่าการผ่าตัดเต้านมทั้งข้างซ้ายแล้วจะมีวิธีอื่นอีกหรือไม่ เมื่อผู้ให้ข้อมูลต้องการทราบถึงวิธีการรักษาอื่นๆ แพทย์ก็ไม่ได้อธิบาย

ให้ฟัง กลับย้ำว่าต้องผ่าตัดทั้งทั้งเค้า และต้องการคำตอบจากผู้ให้ข้อมูลวันนั้นเลยว่า จะผ่าตัดหรือไม่ ผู้ให้ข้อมูลกำลังเกิดความสับสนว่าควรจะรักษาอย่างไร และต้องการหาข้อมูลเพิ่มเติมเมื่อแพทย์ต้องการคำตอบในวันนั้นจึงมีความคิดเห็นว่าถูกบีบบังคับให้ทำตามที่หมอบอก ดังคำกล่าวที่ว่า

“การบอกของหมอไม่ได้ให้ทางเลือกเราเลย เขาบอกแต่ว่าต้องทำ [ทำผ่าตัดเต้านม ทั้งทั้งเค้า] แต่ไม่อธิบายว่ามีหลายวิธีแล้วแต่เราจะเลือก ไม่อธิบายเราเลย ไม่ให้ทางเลือกเราเลย... แถบบอกว่าผ่าตัดเลย คุณบอกผมมาเลย ผมจะได้นัดห้องผ่าตัด วันจันทร์หน้าผ่าเลย [อีก 3 วัน] แก้วกำลังสับสนว่าจะรักษาวิธีไหนดี จะทำกับหมอคนไหนดี... แก้วถามว่ามีวิธีรักษาอย่างอื่นอีกมั้ย หมอไม่ให้ทางเลือกแก้วเลย บอกแต่ว่าตัดทิ้งเลย ตัดทั้งหมด หมอพูดกับแก้วว่า ผมไม่ใช่หมอบอกใหม่ที่ยอยากจะเจอ อยากจะทำ ผมจบมานานแล้ว พบมามากแล้ว คุณจะไม่ทำก็เรื่องของ คุณ ถ้าคุณไม่บอกผมวันนี้ก็ไม่มีเวลาให้คุณแล้ว เขาพยายามบีบเราให้เราตอบในวันนั้น ถ้าพุงนี้ไม่มาตอบ อีกก็คือไม่ต้องมาทำกับแกแล้ว (พูดเสียงดัง หงุดหงิด)... เหมือนครูพูดกับเด็กนักเรียน ว่าเด็กเป็นอะไร และต้องทำตามที่ครูบอกนะ โดยไม่ได้ให้เราเลือกเลย”

(น้องแก้ว)

#### 4. ความรู้สึกเมื่อได้รับการบอกความจริงเกี่ยวกับความเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็ง

จากปัญหาหรือเหตุการณ์ต่างๆ ที่ผู้ให้ข้อมูลได้ประสบในขณะที่ได้รับการบอกความจริงเกี่ยวกับความเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็ง ทำให้ผู้ให้ข้อมูลเกิดความรู้สึกต่างๆ มากมาย จำแนกได้ 5 ลักษณะ คือ (1) ไม่ตกใจเมื่อรับรู้ ผู้ความจริง (2) ตกใจกลัว เพราะความตายอยู่ใกล้ตัว (3) ทำไม่ถึงต้องเป็นเรา (4) เครียด สับสน กังวลใจ ทำอย่างไรให้หายจากโรคร้าย และ (5) เป็นห่วงพ่อแม่ ต่อไปใครจะดูแล คังรายละเอียดต่อไปนี้

##### 4.1 ไม่ตกใจเมื่อรับรู้ ผู้ความจริง

ผู้ให้ข้อมูล 6 ใน 10 ราย ได้สะท้อนความรู้สึกออกมาว่าไม่ตกใจ เมื่อได้รับทราบความจริงเกี่ยวกับการเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็ง ใน 5 ลักษณะ คือ (1) ไม่ตกใจ หากเป็นอะไรไปไม่มีใครต้องเป็นห่วง (2) ไม่ตกใจ เพราะเป็นไปตามที่คิดไว้ (3) ไม่ตกใจ เพราะเชื่อว่าเป็นไปตามความประสงค์ของพระเจ้า (4) ถึงจะตกใจไป ก็ทำอะไรไม่ได้ และ (5) รู้ความจริงเมื่ออาการดีขึ้นแล้ว จึงไม่ค่อยตกใจ คังนี้

##### 4.1.1 ไม่ตกใจ หากเป็นอะไรไปไม่มีใครต้องเป็นห่วง

ผู้ให้ข้อมูล 2 ราย อธิบายว่า ไม่ตกใจเมื่อได้รับทราบความจริงแม้ว่าจะ เป็นโรคมะเร็งแล้วต้องเสียชีวิต เนื่องจากผู้ให้ข้อมูลรายแรกเป็นหญิงหม้าย อยู่ตัวคนเดียว ไม่มีลูก จึงไม่มีใครให้ต้องเป็นห่วง ส่วนผู้ให้ข้อมูลรายที่สอง มีลูก 7 คน ลูกๆ ทั้งเจ็ดมีงานทำ มีครอบครัว

ที่มันคง มีความสุขสบาย จึงไม่มีอะไรที่จะต้องเป็นห่วงหากต้องเสียชีวิตจากโรคร้าย ดังคำกล่าวที่ว่า

“เฉย ๆ พี่ไม่ตกใจ พี่ทำใจได้ พี่ที่พี่ทำใจได้พี่คิดว่าลูกก็ไม่มี แฟนก็เสียแล้ว ถ้าเราเป็นอะไรไป ก็ไม่ต้องเป็นห่วงใคร”

(พี่เพ็ญ)

“ตอนที่หมอบอกว่าเป็นมะเร็งไม่รู้สึกละไร เฉย ๆ ...ลุงไม่ตกใจอะไร ลุงไม่เครียด เพราะลุงไม่เป็นห่วงอะไรแล้ว ลูกลุง 7 คน เขาก็ออกเรือนกันหมดแล้ว เขาสบายๆ กันแล้ว”

(ลุงซิด)

#### 4.1.2 ไม่ตกใจ เพราะเป็นไปตามที่คิดไว้

ผู้ให้ข้อมูล 1 ราย อธิบายว่าสงสัยในท่าทีของแพทย์ ที่มีอาการอ้าอึ้ง เมื่อถูกถามผลการวินิจฉัยโรคและไม่บอกว่าเป็นโรคละไร ทำให้คิดสงสัยว่าอาจจะเป็นโรคมะเร็ง เมื่อมารับการตรวจอีกโรงพยาบาลหนึ่ง และได้รับการบอกความจริงให้รู้ว่าเป็น โรคมะเร็งจึง ไม่ตกใจ ดังคำกล่าวที่ว่า

“เฉยๆ ไม่ตกใจครับเพราะผมสงสัยอยู่แล้ว... ผมถามหมอที่โรงพยาบาลที่ไม่รักษาครั้งแรกว่าผมเป็นอะไร หมอเขาทำท่าอ้าๆ อึ้งๆ ไม่บอกผม ทำให้ผมสงสัยในท่าทีของหมอ ผมก็เลยนึกสงสัยว่าผมน่าจะเป็นมะเร็งหมอละเลยไม่กล้าบอก พอมาตรวจที่นี่ เขาบอกว่าเป็นมะเร็ง ผมเลยไม่ตกใจ”

(น้ำรินทร์)

#### 4.1.3 ไม่ตกใจ เพราะเชื่อว่าเป็นไปตามความประสงค์ของพระเจ้า

ผู้ให้ข้อมูล 1 ราย อธิบายว่า คนอิสลาม มักจะมีความเชื่อในพระเจ้า เชื่อว่าทุกสิ่งทุกอย่างที่เกิดขึ้นเป็นเพราะพระเจ้านั้นบันดาลให้เกิดขึ้น และยินดีที่จะยอมรับสิ่งต่างๆ ที่เกิดขึ้น การเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งก็เช่นกัน ดังคำกล่าวที่ว่า

“...ธรรมดาอะ ไม่ตกใจ เพราะหมะเป็นคนอิสลาม หมะเชื่อในอัลเลาะห์ ถ้าอัลเลาะห์ให้เป็นก็ต้องเป็น ถ้าอัลเลาะห์ให้ตายก็ต้องตาย ถ้าอัลเลาะห์ให้ตัดก็ต้องตัด”

(น้ำกียะ)

#### 4.1.4 ถึงจะตกใจไป ก็ทำอะไรไม่ได้

ผู้ให้ข้อมูล 1 ราย ระบุว่า มะเร็งเป็นโรคที่รักษาไม่หาย ไม่ว่าจะรักษาอย่างไร แม้จะตกใจไปก็ไม่มีอะไรดีขึ้น จึงทำใจยอมรับและคิดว่าอยู่เฉยๆ จะดีกว่า ดังคำกล่าวที่ว่า “วันแรกที่อยู่ ผมทำใจเลย ทำใจยอมรับว่าเป็นมะเร็งรักษาไม่หาย ต้องรักษาตามแพทย์แนะนำ... ก็ไม่รู้จะทำยังไง จะทำอะไรได้ก็เมื่อเป็นแล้วก็ต้องทำใจ ผมไม่รู้จะตกใจไปทำไมก็อยู่เฉยๆ [ขณะพูดสีหน้าเรียบเฉย]”

(พินิต)

#### 4.1.5 รู้ความจริงเมื่ออาการดีขึ้นแล้ว จึงไม่ค่อยตกใจ

ผู้ให้ข้อมูล 1 ราย อธิบายว่า แม้ว่าจะรับรู้ว่ามะเร็งเป็นโรคที่ร้ายแรง รักษาไม่หาย แต่ขณะที่ได้รับทราบความจริงเป็นช่วงที่ผ่าตัดเสร็จแล้ว ผู้ให้ข้อมูลรับรู้ว่าเอามะเร็งออกไปจากตัวแล้ว อาการเจ็บป่วยดีขึ้นมากและได้รับคำยืนยันจากแพทย์ว่าอาการดีขึ้น จึงรู้สึกตกใจเพียงเล็กน้อย ดังคำกล่าวที่ว่า

“ตอนที่หมอบอกตกใจเล็กน้อย เพราะโรคมะเร็งเป็นโรคที่รักษาไม่หาย แต่นี่ผ่าตัดเสร็จเรียบร้อยแล้ว อาการดีขึ้นแล้ว หมอก็บอกว่าดีแล้ว ป้าเองป้าก็รู้สึกว่าอาการป้าดีขึ้นก็เลยไม่ค่อยตกใจ [ขณะพูดใบหน้ายิ้มละไม]... แต่ถ้าไม่ผ่าตัดที่ก็น่าตกใจเหมือนกันนะ เพราะไม่รู้ว่าผ่าตัดแล้วจะได้ผลหรือว่าจะทำให้ทรุดหนักกว่าเดิม [แสดงท่าทีเคร่งเครียดขณะพูด]”

(ป้าจันทร์)

### 4.2 ตกใจกลัว เพราะความตายอยู่ใกล้ตัว

ผู้ให้ข้อมูล 4 ใน 10 ราย ได้อธิบายความรู้สึกที่ได้รับการบอกความจริงเกี่ยวกับความเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งว่า มะเร็งเป็นโรคร้าย อยู่ใกล้ชีวิตความตาย ใน 2 ลักษณะคือ (1) ตกใจกลัวตาย และ (2) ไม่กลัวตาย แต่ก็คิดถึงความตาย ดังนี้

#### 4.2.1 ตกใจ กลัวตาย

เนื่องจากผู้ให้ข้อมูล 3 ราย ระบุว่าโรคมะเร็งเป็นโรคที่ไม่สามารถรักษาให้หายได้ จึงกลัวว่าจะเสียชีวิต ดังคำกล่าวที่ว่า

“ที่ตกใจ เพราะไม่เคยพบ ไม่เคยได้ยิน ไม่เคยรู้จักมาก่อน ว่ามีโรคแบบนี้ที่เกิดมาตั้ง 40 ปีแล้ว... พี่ไม่รู้วามะเร็งเม็ดเลือดขาว เป็นยังไง แต่พอได้ยินคำว่ามะเร็งก็ตกใจกลัวอยู่แล้วสำหรับคำๆ นั้น... คิดว่าถึงจะรักษาไปก็รักษาไม่หาย คิดกลัวว่าเราอาจจะต้องตายที่เป็นห่วงลูก กลัวจะไม่มีใครดูแล ถ้าเราต้องตาย [ขณะพูดสีหน้าเศร้าหมอง]”

(พี่พิมพ์)

“...ตกใจ ร้องไห้ เพราะผมรู้ว่าโรคนี้อาจจะรักษาไม่หาย กลัวจะเสียชีวิต...เราเป็นห่วงพ่อแม่ ว่าพ่อแม่จะอยู่กับใคร ถ้าผมเป็นอะไรไป เพราะผมเป็นลูกคนเดียว”

(น้องเอก)

“กลัวเหมือนกัน ใจไม่ค่อยดี... โรคนี้อันตราย เขาพูดว่าอยู่ได้ไม่นาน [ขณะพูดร้องไห้]...มะเร็งรักษาไม่หาย แก้ไม่ตก [รักษายาก รักษาไม่หายขาด]”

(ป้าจันทร์)

#### 4.2.2 ไม่กลัวตาย แต่ก็คิดถึงความตาย

ผู้ให้ข้อมูล 1 ราย อธิบายว่า ไม่ได้คิดว่าตนเองจะต้องเสียชีวิต ไม่ได้กังวลกับความตาย แต่ก็รับรู้ว่าคนเป็นโรคมะเร็งต้องเสียชีวิตเร็วกว่าคนทั่วไป ทำให้เป็นห่วงมารดา เพราะตนเป็นคนที่อยู่ดูแลมารดา ดังคำกล่าวที่ว่า

“ความรู้สึกกลัวตายไม่มีเพราะกลัวไม่คิดถึงขนาดนั้น...คิดแต่ว่าจะเลือกทำผ่าตัดที่ไหน ทำกับใคร ทำยังไง...แต่กังวลบ้าง ตรงเป็นห่วงคนข้างหลัง ถ้าเราตายไปเราเป็นห่วงแม่ แก้วเป็นคนรับผิดชอบดูแลแม่เอง คนอื่นเขาแต่งงานแยกออกไปหมดแล้ว ถ้าแก้วเป็นอะไรไป แก้วเป็นห่วงแม่จะไม่มีใครดูแล”

(น้องแก้ว)

#### 4.3 ทำไม่ถึงต้องเป็นเรา

ผู้ให้ข้อมูล 2 ใน 10 ราย ได้ให้ความหมายตรงกัน โดยผู้ให้ข้อมูลรายหนึ่ง อธิบายว่า รู้สึกเป็นผู้โชคร้ายเพราะเป็นโรคมะเร็งมาได้ตั้งแต่อายุน้อยๆ (23 ปี) ซึ่งแพทย์บอกว่าจะพบได้น้อยมาก ส่วนผู้ป่วยอีกรายอธิบายว่า ตนเองเป็นคนที่มีสุขภาพแข็งแรงมาโดยตลอดทำงานไม่เคยลาป่วย จึงรู้สึกว่ามันน่าที่จะต้องเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็ง ซึ่งเป็นโรคร้ายแรง ดังคำกล่าวที่ว่า

“หมอบอกว่าตั้งแต่เป็นหมอมมา ทำงานมาก็หลายปีแล้ว พบน้องเป็นคนไข้ที่ 3 ที่เป็นโรคนี้อายุยังน้อย ส่วนมากเป็นวัยกลางคนถึงคนสูงอายุ ทำให้เราอึ้งไปเลยว่าใน 100 คน เขาพบแค่ 3 คน แล้วนี่เราเป็น 1 ใน 3 คนนั้น หมอว่าหมอบพบผมเป็นคนไข้ที่ 3 ผมรู้สึก...ไอ้หยาขวยจิ้ง [เน้นเสียงหนัก] คิดดู 100 คน เป็น 3 คน ผมอึ้งไปเลย [ขณะพูดส่ายหน้าไป-มา พร้อมถอนหายใจแรง]”

(น้องชาติ)

“ตอนที่หมอบอกว่าที่เป็นมะเร็ง พี่ก็นิ่งไปประเดี๋ยวหนึ่ง พี่คิดว่าพี่ไม่น่าจะเป็นโรคมะเร็ง เพราะร่างกายที่แข็งแรง ภูมิคุ้มกันที่ดีพี่ไม่น่าจะเป็น ทำงานที่โรงเรียนเทอมหนึ่งเพื่อน ๆ เขาหยุดกันคนละครั้งสองครั้ง ครั้งละ 3-4 วัน แต่พี่ไม่เคยหยุดเลย ไม่เคยไม่สบายเหมือนกับเพื่อนเขาเลย”

(พี่เฟื่อง)

#### 4.4 เครียด สับสน กังวลใจ จะทำอย่างไรให้หายจากโรคร้าย

ผู้ให้ข้อมูล 2 ใน 10 ราย อธิบายว่า เมื่อรับทราบความจริงว่าเป็นโรคมะเร็ง รู้สึกเครียด สับสน กังวลใจ จะทำอย่างไรให้หายจากโรคร้าย เนื่องจากผู้ให้ข้อมูลรายหนึ่งมีความมั่นใจมาก ว่าก่อนเนื้องอกที่เต้านมเป็นก้อนเนื้อธรรมดา เพราะผลการตรวจที่ผ่านมาไม่ได้บอกว่าเป็นมะเร็ง แต่เมื่อหลังผ่าตัด ผลปรากฏว่าเป็นมะเร็ง เป็นสิ่งที่เหนือความคาดหมาย ไม่เคยคิดมาก่อน จึงไม่มีการเตรียมว่าหากเป็นโรคมะเร็งควรจะรักษาอย่างไร จึงเป็นสาเหตุทำให้เกิดความรู้สึกเครียดและสับสน ดังคำกล่าวที่ว่า

“พอรู้ว่าเป็นมะเร็งแก้วก็เครียดว่าจะต้องรักษาอย่างไร ทำอย่างไร ให้มันออกไปให้ห่างๆ จากตัวเรา แก้วรู้สึกสับสนว่าเราจะทำไงดี รักษาอย่างไร เพราะตอนไปผ่าแก้วไม่คิดเลยว่า เป็นมะเร็ง เรามั่นใจว่าเราไม่เป็นมะเร็งแน่ๆ เพราะผลอุลตราซาวด์ไม่เป็น และแก้วไม่มีอาการเจ็บเลย ทำงานได้ สอนแอร์โรบิคได้ทุกวันไม่เจ็บเต้านม”

(น้องแก้ว)

ส่วนผู้ให้ข้อมูลอีกรายรับรู้ว่ามะเร็งเป็นโรคที่รักษาไม่หาย จึงทำให้มีความกังวลว่าแพทย์จะรักษาด้วยวิธีไหน และวิธีที่แพทย์ใช้จะทำให้หายจากโรคมะเร็งหรือไม่ ดังคำกล่าวที่ว่า

“มีกังวลและเครียดเหมือนกัน... เรากังวลว่า ‘ไม่รู้ว่าจะรักษาแบบไหนรักษาแล้วจะหายไหม เพราะที่ผมรู้โรคนี้อักษาไม่หาย กังวลถึงค่าใช้จ่ายต่างๆ ในการรักษาเพราะผมยังไม่ได้ทำงาน พ่อแม่ก็เบิกให้ไม่ได้แล้ว เพราะผมอายุ 22 ปีแล้ว”

(น้องเอก)

#### 4.5 เป็นห่วงพ่อ-แม่ ต่อไปใครจะดูแล

ผู้ให้ข้อมูล 1 ใน 10 ราย อธิบายว่า เนื่องจากผู้ให้ข้อมูล เป็นคนที่อยู่กับบิดา-มารดา เป็นคนหาเงินเลี้ยงดูบิดา-มารดา มีความคิดที่จะให้บิดา-มารดาหยุดทำงาน เพราะบิดา-มารดาแก่แล้ว ตนจะเป็นผู้ทำงานหาเงินเลี้ยงครอบครัวเอง เมื่อรู้ความจริงเกี่ยวกับความเจ็บป่วย

ด้วยโรคมะเร็ง จึงเกรงว่าร่างกายจะไม่แข็งแรงไม่สามารถทำงานเลี้ยงดูบิดา-มารดาได้ ดังคำกล่าวที่ว่า

“รู้สึกใจเสีย [พูดเสียงเบา สีหน้าสลด เอามือลูบหน้า]... ใจเสียว่า พี่ๆ คนอื่นเขามีครอบครัวกันหมดแล้ว เขาแก่ๆ กันหมดแล้วด้วย เราเป็นตัวหลักของครอบครัว ในบ้านตอนนี้มีผม พี่ชาย แต่แก่แล้ว มีพ่อ มีแม่ เราเลยใจเสียว่าเราไม่แข็งแรงแล้ว เราทำงานเลี้ยงครอบครัวไม่ได้ ผมอยากจะอยู่ให้ร่างกายแข็งแรง ได้ทำงานเลี้ยงพ่อแม่ นี่พ่อแม่แก่แล้ว ต้องทำสวนอยู่อีก ผมไม่ต้องการให้พ่อแม่ทำสวนแล้ว ต้องการให้เกออยู่สบายๆ พ่อผมไม่สบาย หาเงินไม่ได้แก่ก็ ต้องทำงานหาเงินเพื่อดูแลต่ออีก”

(น้องชาติ)

#### 5. ผล /ผลกระทบของการได้รับการบอกความจริงเกี่ยวกับความเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็ง

จากความหมายและความรู้สึกต่อการได้รับการบอกความจริงเกี่ยวกับความเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็ง รวมถึงความคิดเห็นต่อวิธีการบอกความจริงของทีมสุขภาพที่ผู้ให้ข้อมูลได้อธิบายไว้ ก่อให้เกิดผล/ผลกระทบของการได้รับการบอกความจริงใน 2 ลักษณะ คือ ด้านบวก และด้านลบ ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

5.1 ด้านบวก จากเหตุการณ์ต่างๆ ที่ได้ประสบมาก่อให้เกิดผลดีต่อผู้ให้ข้อมูลใน 2 ลักษณะ คือ (1) ได้รับความหวังใจ กำลังใจจากเพื่อนฝูง และ (2) โลงใจไม่ใช่เอดส์ ดังนี้

##### 5.1.1 ได้รับความหวังใจ กำลังใจจากเพื่อนฝูง

ผู้ให้ข้อมูล 1 ราย อธิบายว่า หลังจากที่ได้รับทราบความจริงว่าเป็นมะเร็งเต้านมและคนรอบข้างก็ได้รับทราบความจริงข้อนี้ด้วย ทำให้มีเพื่อนผลัดเปลี่ยนกันมาคุย คอยถามไถ่ทุกข์สุข แม้แต่กับเพื่อนที่รู้สึกว่ามีสัมพันธภาพที่ไม่ดีต่อกันก็เข้ามาพูดคุย แสดงความเห็นอกเห็นใจ ทำให้รู้ว่ามีคนเป็นห่วงอีกมาก ทำให้มีกำลังใจ รู้สึกว่าไม่ถูกทอดทิ้ง ดังคำกล่าวที่ว่า

“มีคนบอกหลายคนแล้วว่าหลังจากรู้ว่าเป็นมะเร็ง ดูหน้าตาสดใสกว่าตอนที่ยังไม่รู้สงสัยเมื่อก่อนทำงานมากพักผ่อนน้อย และมีเรื่องเครียดหลายเรื่อง เรื่องที่ทำงานบ้าง เรื่องแฟนบ้างมันหลายเรื่อง... รู้ว่าเป็นมะเร็งก็ดีเหมือนกันนะ มีเพื่อนมาคุยตลอด แฟนที่เราเลิกกันแล้วเขาก็เข้ามาคุยให้กำลังใจ ทำให้เรามีกำลังใจ เพื่อนที่ทำงานก็เข้ามาถามไถ่ เพื่อนบางคนเราว่าเขาคงไม่ชอบเรา เพราะเขาไม่เคยมาคุยกับเรา แต่พอเราไม่สบายเขาก็เข้ามาถาม มาให้กำลังใจ ทำให้เรารู้ว่ามีคนจริงใจกับเรา เรามีความรู้สึกว่ามีคนเป็นห่วงเรา... รู้สึกไม่ถูกทอดทิ้ง”

(น้องแก้ว)



### 5.1.2 โลงใจไม่ใช่เฮดส์

ผู้ให้ข้อมูล 1 ราย อธิบายว่า ในครั้งแรกที่มีอาการเจ็บป่วยทำให้เกิดความกังวลกลัวว่าจะเป็นโรคเอดส์ เนื่องจากรับรู้ว่าเป็นโรคเอดส์มีอาการท้องเสีย อาเจียนซึ่งตรงกับอาการที่เกิดขึ้น เมื่อรับทราบความจริงว่าเป็นมะเร็งก็รู้สึกโล่งใจแม้ว่ามะเร็งจะเป็นโรคร้ายแต่โรคเอดส์เป็นโรคที่ร้ายแรงกว่า ดังคำกล่าวที่ว่า

“ผมต้องการให้หมอบอก... เราไม่ต้องกังวลมากว่าเป็นโรคอะไร เราเจ็บท้องมากเลย เรากลัวว่าจะเป็นโรคเอดส์ เพราะที่ผมอ่านหนังสือ มันมีอาการใกล้เคียงโรคเอดส์หลายอย่าง มีอาการท้องเสีย อาเจียน ผมเป็นคนชอบอ่านหนังสือ ทำให้เราคิดไปหลายโรค... ผมว่าให้บอกเลยดีกว่าเราจะได้สบายใจ แม้ว่าจะเป็นมะเร็ง เพราะโรคมันพอเริ่มเป็น เราจะได้รักษา”

(น้องชาติ)

5.2 ด้านลบ จากเหตุการณ์ต่างๆ ที่ได้ประสบมาในการได้รับการบอกความจริงเกี่ยวกับความเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งก่อให้เกิดปัญหาต่อผู้ให้ข้อมูลใน 3 ลักษณะ คือ (1) กินไม่ได้ นอนไม่หลับ (2) การดำเนินชีวิตเปลี่ยนไปจากเดิม และ (3) ลับสน กังวลใจ จะทำอย่างไรให้หายจากโรค ดังนี้

#### 5.2.1 กินไม่ได้ นอนไม่หลับ

ผู้ให้ข้อมูล 3 ใน 10 ราย อธิบายว่า เมื่อรับทราบความจริงว่าเป็นโรคมะเร็งทำให้เกิดความรู้สึกเครียด กังวล คิดมากกลัวรักษาไม่หาย หากต้องเสียชีวิตก็นึกเป็นห่วงคนข้างหลัง ทำให้กินไม่ได้ นอนไม่หลับ ดังคำกล่าวที่ว่า

“เครียด นอนไม่หลับ กินไม่ได้ พอรู้ว่าเป็นมะเร็ง คิดมากกลัวรักษาไม่หาย ถ้าเป็นอะไรไปเป็นห่วงคนข้างหลัง เป็นห่วงลูกกลัวไม่มีคนดูแลลูก น้ำหนักลด”

(พี่พิมพ์)

“เครียด กินข้าวไม่ลง ไม่อยากจะกินเลย นอนไม่หลับตอนรู้แรกๆ ว่าเราเป็นมะเร็งแต่คิดเรื่องมะเร็ง น้ำหนักลด”

(น้องเอก)

“ตอนนี้เริ่มกินได้ รู้สึกหิว ตอนรู้ว่าเป็นเนื้อร้ายใหม่ๆ กินไม่ได้เลยไม่รู้ทำไมมันไม่หิว”

(พี่นนท์)

### 5.2.2 การดำเนินชีวิตเปลี่ยนไปจากเดิม

ผู้ให้ข้อมูล 2 ใน 10 รายได้กล่าวถึงปัญหาที่เกิดขึ้นหลังได้รับทราบความจริงว่าเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็ง ทำให้การดำเนินชีวิตเปลี่ยนไปจากเดิม ใน 2 ลักษณะคือ (1) ไม่กล้าไปไหน เพราะกลัวอาการจะกำเริบ และ (2) ไม่กล้าทำงานหนัก ดังนี้

#### 1) ไม่กล้าไปไหน เพราะกลัวอาการจะกำเริบ

ผู้ให้ข้อมูล 1 ราย อธิบายว่า หลังจากรับทราบว่า เป็นโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวซึ่งรับรู้ว่าเป็นโรคที่ร้ายแรง อาจเสียชีวิตได้ ภูมิคุ้มกันของร่างกายต่ำลงต้องดูแลตนเอง ระมัดระวัง ไม่อยู่ในสถานที่ที่อากาศถ่ายเทไม่สะดวก ทำให้ไม่กล้าที่จะไปดูหนังหรือเดินเที่ยวศูนย์การค้าอย่างที่เคยปฏิบัติ เพราะกลัวว่าอาการจะทรุดหนักลง ดังกล่าวไว้ว่า

“จะไม่ไปไหนก็ไม่ได้ไป ไม่กล้าไป เช่น ไปเที่ยวห้างๆ ไปดูหนัง กลัวว่าอาการจะกำเริบ... เพราะเป็นโรคนี้อาจจะไปสถานที่ๆ แออัดก็ไม่ได้จะทำให้อาการเราแย่ลง”

(น้องเอก)

#### 2) ไม่กล้าทำงานหนัก

ผู้ให้ข้อมูล 1 ราย อธิบายว่า หลังจากรับทราบความจริงว่าเป็นโรคมะเร็งลำไส้ทำให้คิดที่จะเปลี่ยนแปลงการทำงาน ไม่กล้าทำงานที่เคยทำอยู่เพราะเป็นงานก่อสร้างซึ่งเป็นงานหนักเกรงว่าร่างกายจะไม่แข็งแรงเหมือนเดิม ดังกล่าวไว้ว่า

“หลังจากทราบว่า เป็นเนื้อร้าย ทำงานหนักไม่ได้... ยังไม่ได้ทดลองทำ แต่ผมว่าทำไม่ได้หรอกเพราะร่างกายเราย่อมไม่แข็งแรงเหมือนเดิม... หายป่วยแล้วคงรับเหมาเหมือนเดิมแต่ทำงานที่เบา ๆ หนัก ๆ ไม่เอา เช่น ทำพวกติดประตุน้ำต่าง”

(พี่นนท์)

### 5.2.3 สับสน กังวลใจ จะทำอย่างไรให้หายจากโรค

ผู้ให้ข้อมูล 1 ราย อธิบายว่า เมื่อรับทราบความจริงว่าเป็นมะเร็งเต้านมทำให้เกิดความสับสนว่าควรจะทำอย่างไรให้หายจากโรค จึงจะรักษาด้วยวิธีไหนจึงจะได้ผลดีที่สุด ควรจะรักษากับแพทย์ที่โรงพยาบาลใดจึงจะหายจากโรคร้าย ดังกล่าวไว้ว่า

“แกวก็เครียดว่าจะต้องรักษาอย่างไร ทำอย่างไรให้มันออกไปให้พ้นๆ จากตัวเรา... แก้วสับสนมากไม่รู้ว่าจะรักษาแบบไหน วิธีไหนดี ซึ่งการรักษาจะมีหลายวิธี... ถ้าจะผ่า ผ่าที่ไหนดีที่โรงพยาบาลที่ตรวจหรือจะไปกรุงเทพดี ทำกับหมอคนไหนดี”

(น้องแก้ว)

ผู้ให้ข้อมูลจำนวน 6 ใน 10 รายกล่าวว่า หลังได้รับทราบความจริงเกี่ยวกับความเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็ง ยังคงดำเนินชีวิตประจำวันต่างๆ ได้ตามปกติ ดังคำกล่าวที่ว่า

หลังทราบความจริง กิจวัตรทุกอย่างยังเหมือนเดิม

“หลังทราบว่าเป็นมะเร็งก็ไม่เกิดปัญหาอะไร... พี่ก็ยังมาทำงานเหมือนเดิม... ใครไปไหนที่ไปนั้น เจ้าของโรงเรียนเขาดี เขาชวนไปเที่ยวโน่นที่นั่น พี่ก็ไปกับเขา พวกครูๆ ว่าไม่กลัวตาย เสนาะ [หัวเราะเงินๆ]... ด้านจิตใจ ไม่มีปัญหาอะไร พี่ไม่เครียด พี่ยังทำอะไรได้เหมือนเดิม ยังคงนอนหลับ กินอาหารได้ตามปกติ”

(พี่เฟื่อง)

“ไม่... ตั้งใจแล้วว่าถ้าอัลเลาะห์อยากให้ตายก็ตายไปเลย ไม่กังวลอะไร... ไม่คิดอะไรมาก ไม่เครียดแล้วแต่อัลเลาะห์... ทำงานปกติเหมือนทุกวัน ไม่มีอะไรเปลี่ยนแปลง”

(น้าก๊วย)

“ไม่มี ไม่รู้จะเกิดปัญหาอะไร เหมือนเดิม... หลับดี... ป้าว่าหลังจากป้าออกจากโรงพยาบาลสัก 3 เดือน ร่างกายคงแข็งแรงทำงานได้เหมือนเดิม”

(ป้าจันทร์)

“... ยังทำงานได้เหมือนเดิม ยังขายน้ำชาได้เหมือนเดิม ยังช่วยเหลือตัวเองได้เหมือนเดิม”

(ลุงซิด)

## 6. การเผชิญปัญหาเมื่อได้รับทราบความจริงเกี่ยวกับความเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็ง

เมื่อผู้ให้ข้อมูลได้รับทราบความจริงเกี่ยวกับความเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็ง ก่อให้เกิดผลกระทบต่างๆ ขึ้นมากมาย ซึ่งเป็นสิ่งที่ผู้ให้ข้อมูลเองก็ไม่พึงประสงค์ แต่หลีกเลี่ยงไม่ได้ ดังนั้นผู้ให้ข้อมูลจึงพยายามหาวิธีเพื่อบรรเทาหรือแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นใน 6 วิธี คือ (1) สรรหาการรักษา จากทุกที่ (2) เสริมสร้างพลังกาย พลังใจ เพื่อพิชิตภัยโรคมะเร็ง (3) ปลงกับชีวิต (4) หวังพึ่งผลบุญ และสิ่งศักดิ์สิทธิ์ (5) เชื่อมมั่นในตัวแพทย์ ว่าสามารถรักษาให้หายขาดได้ และ (6) ปกปิดไม่ให้ใครรู้เกรงจะเป็นที่รังเกียจ ดังรายละเอียดต่อไปนี้

### 6.1 สรรหาการรักษาจากทุกที่

ผู้ให้ข้อมูลทั้ง 10 ราย ได้เผชิญปัญหาโดยการสรรหาการรักษาจากทุกที่ ใน 2 ลักษณะ คือ (1) ใช้สมุนไพรรักษา และ (2) แสวงหาข้อมูลจากตำรา พร้อมทั้งศึกษาจากผู้อื่น ดังนี้

### 6.1.1 ใช้สมุนไพรรักษา

ผู้ให้ข้อมูล 7 ราย ได้แสวงหาสมุนไพรหลากหลายชนิดที่คิดว่ามีสรรพคุณในการรักษาโรคมะเร็งมารับประทานควบคู่กับการรักษาแผนปัจจุบัน ผู้ให้ข้อมูลบางรายบอกว่าหลังจากใช้สมุนไพรรู้สึกดี ร่างกายแข็งแรงขึ้น บางรายบอกว่าลองรับประทานสมุนไพรไปเรื่อยๆ เพราะคิดว่าจะต้องเจอกับสมุนไพรที่รักษาโรคมะเร็งได้ผลเข้าสักวัน ดังคำกล่าวที่ว่า

“มีญาติไปหาสมุนไพรไทยมาจากวัด เป็นพวกต้นไม้เล็กๆ รากไม้ ผสมกับเอามาต้มกิน เขาว่าดีมีลูกผู้ที่เป็นเหมือนผมกินอยู่ด้วย ร่างกายเขาแข็งแรงดี”

(พินนท)

“กินสมุนไพร กินหญ้าทวดดาใส่น้ำผึ้งรวง... พี่ชายเป็นอาจารย์อยู่ที่กรุงเทพฯ เขาส่งสูตรมาให้...กินแล้วก็ดี รู้สึกว่าเราสบายตัว แต่บอกไม่ถูกว่าดียังไง”

(พีพิมพ์)

“ก่อนมานี้ผมก็กินยาบ้าน ยาสมุนไพร แต่บอกไม่ถูกว่าเป็นสมุนไพรอะไรบ้าง ยาหมอบ้านไหนเขาว่าดีก็ไปหามาต้มกิน บางครั้งลูกเขยเอามาให้ บางครั้งเพื่อนบ้านเอามาให้ ลองกินหลายๆ อย่างกินคู่กับยาหมอที่โรงพยาบาล ผมว่ามันต้องได้ผลเข้าสักอย่าง”

(น้ำรินทร์)

### 6.1.2 แสวงหาข้อมูลจากตำรา พร้อมทั้งศึกษาจากผู้อื่น

ผู้ให้ข้อมูล 4 ราย ได้พยายามหาความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็ง และการรักษา โดยการหาหนังสือเกี่ยวกับโรคมะเร็งมาอ่าน พุดคุยปรึกษากับเพื่อนๆ ศึกษาจากผู้ป่วยมะเร็งว่าเขาได้รักษาด้วยวิธีใด ปฏิบัติตัวอย่างไรจึงมีอาการดีขึ้น ดังคำกล่าวที่ว่า

“แก้วอ่านหนังสือเกี่ยวกับโรคมะเร็งเยอะแยะ... มีบอกถึงอาการของมะเร็ง มีการรักษา การดูแลหลังผ่าตัดด้วย แก้วอ่านหมด... ไปหาข้อมูลคุยกับเพื่อนๆ พี่ๆ ที่ห้อง คุยกับพี่ที่เขาเป็นมะเร็งด้านมมาก่อนเรา ตอนที่พี่ตาล [นามสมมติ] เขาเป็นเรารู้เลยไปคุยปรึกษาว่าจะรักษาวิธีไหนดี ถ้าจะผ่าตัดที่ไหนดี... คุยกับพี่กาน [นามสมมติ] ซึ่งเคยผ่าตัดมะเร็งด้านมที่เขาก็ช่วยติดต่อเพื่อนให้ติดต่ออาจารย์หมอที่สถาบันมะเร็งไว้ให้”

(น้องแก้ว)

“หาหนังสือมาอ่านเกี่ยวกับโรคมะเร็งว่าเป็นยังไง รักษาอย่างไร ไปคุยกับคนที่เขาเป็นมะเร็งด้วย ว่ามีอาการอย่างไร รักษาแบบไหน”

(ลุงซิด)

“ที่โรงเรียนที่มีครูผู้ชายคนหนึ่งเป็นมะเร็งถูกตัดลำไส้ ตอนที่ไปผ่าตัดหมดหวังแล้ว เพราะกว่าจะรู้ก็อาการหนัก หลังผ่าตัดอาการดี ดูแข็งแรง... พี่ไปคุยกับเขา ไปถามเขาว่าทำอย่างไร อาการดีขึ้น เขามบอกว่าเขากินเห็ดหลินจือ น้ำผึ้งรวง และสมุนไพรที่เป็นรากไม้... พี่เอาเห็ดหลินจือมาต้มกินแบบชาจีน กินน้ำผึ้งรวงผสมกับน้ำร้อน กินแล้วดีน้ำหนักเพิ่ม”

(พี่เจ็อง)

## 6.2 เสริมสร้างร่างกาย พลังใจ เพื่อพิชิตภัยโรคมะเร็ง

ผู้ให้ข้อมูล 7 ใน 10 ราย ได้ใช้วิธีการเผชิญปัญหาโดยการเสริมสร้าง พลังกาย พลังใจ เพื่อพิชิตภัยโรคมะเร็งใน 3 ลักษณะ คือ (1) ออกกำลังกาย และกินอาหารดีๆ เพื่อระงับการลุกลามของ โรคร้าย (2) เสริมสร้างกำลังใจ และ (3) ทำสมาธิ พิชิตโรคร้าย ดังนี้

### 6.2.1 ออกกำลังกาย และกินอาหารดีๆ เพื่อระงับการลุกลามของโรคร้าย

ผู้ให้ข้อมูล 5 ราย ได้เผชิญปัญหาโดยการออกกำลังกาย ขุดดินปลูกผัก เดินออกกำลังกาย หรือเล่นกีฬา เพื่อต้องการให้ร่างกายแข็งแรง และมีภูมิต้านทานโรค ดังคำกล่าวที่ว่า

“ลุงอยู่บ้านลุงออกกำลังกาย...เพื่อให้มีภูมิต้านทานโรค หวังว่าภูมิต้านทานจะทำให้โรคมะเร็งไม่ลุกลาม ลุงออกกำลังกายโดยการขุดดิน ปลูกผัก”

(ลุงซิด)

“... ก็เดินออกกำลังกายให้มันแข็งแรง บางครั้งก็นั่งยกมียอกแขน บนเตียง ทำเองไม่ต้องให้ลูกช่วย จะได้มีภูมิต้านทานโรค”

(ป้าจันทร์)

“ออกกำลังกาย เดินตอนเย็น ๆ บางครั้งก็ตีแบตมินตัน เพื่อให้ร่างกายมีภูมิต้านทานจะได้แข็งแรง ไม่อ่อนแอหายเร็วๆ”

(น้องเอก)

นอกจากจะใช้วิธีการออกกำลังกายให้เกิดภูมิคุ้มกันโรคแล้ว ผู้ให้ข้อมูลบางรายยังใช้วิธีการเผชิญปัญหาโดยการเลือกรับประทานอาหารร่วมด้วย โดยผู้ให้ข้อมูล 3 ราย พยายามเลือกรับประทานอาหารที่คิดว่าจะไม่มีผลต่อการขยายของเซลล์มะเร็ง เช่น ไม่รับประทานเนื้อสัตว์ บางรายยกเว้นเนื้อปลา รับประทานอาหารที่ทำจากผัก หรือพวกสมุนไพร ซึ่งอาหารบางชนิดเป็นอาหารที่ไม่ชอบต้องฝืนใจกิน ดังคำกล่าวที่ว่า

“หลังจากรู้ว่าเป็นมะเร็งกินมังสวิรัตตลอด ไม่กินเนื้อสัตว์เลย ไม่ว่าจะปลาหรืออะไร ไม่กินสักอย่าง กลัวว่ากินแล้วจะไปกระตุ้นให้เซลล์มะเร็งเพิ่มขึ้น อะไรที่แก้วไม่ชอบกิน แก้วก็ต้องฝืนกิน น้ำเต้าหู้ไม่ชอบเลยไม่เคยกินเลยในชีวิตก็ต้องกิน เต้าหู้จริงๆ แล้วก็ฝืนกิน น้ำพริกเผ็ดมีเห็ดเหี่ยว [ลากเสียงยาว] แก้วก็ต้องกิน เพื่อนๆ ว่าแก้วกินไปได้ยังไง แก้วบอกว่ากินได้ทั้งนั้นตอนนี้ ไม่ว่าจะใครเอาอะไรมาให้กิน กินได้ทั้งนั้น ถ้าทำให้อาการดีขึ้น”

(น้องแก้ว)

“หลังรู้ความจริงว่าเป็นเนื้อร้าย ดูแลเรื่องอาหาร ไม่ค่อยกินพวกเนื้อ กินผัก กินปลา เพราะเป็นอาหารที่ย่อยง่าย และเขาว่าดีถ้ากินผักกินปลา”

(พี่นนท์)

“ต้องดูแลตัวเอง อาหารการกินก็ต้องกินที่ปรุงสุก ไม่กินผักสด ไม่กินผลไม้ที่เปลือก...กินพริกเผ็ด ต้มกินน้ำ กินมา 5-6 เดือนแล้ว แม่เขาไปคุยกับคนจีน เขาก็แนะนำมา”

(น้องเอก)

#### 6.2.2 เสริมสร้างกำลังใจ

ผู้ให้ข้อมูล 1 ราย ได้ใช้วิธีการเผชิญปัญหา โดยการพูดคุยกับผู้ป่วยมะเร็งที่มีอาการเหมือนตน แต่มีสุขภาพร่างกายที่แข็งแรงสามารถมีชีวิตอยู่ได้นานกว่าสิบปี เพื่อเสริมสร้างกำลังใจให้ตนเองว่าตนเองก็คงมีชีวิตอยู่ได้นานเช่นกัน ดังคำกล่าวที่ว่า

“มะเร็งเป็นโรคที่รักษาให้หายขาดไม่ได้ แต่รักษาแบบระงับได้ มีบางคนเป็นเหมือนผมเป็นมาสิบกว่าปีแล้ว แต่อันทีวันดี ผมไปคุยกับเขา เพื่อความสบายใจของผม ว่าเขาเป็นเหมือนผมแต่เขาก็สามารถอยู่ได้”

(พี่นนท์)

### 6.2.3 ทำสมาธิ พิชิตโรคร้าย

ผู้ให้ข้อมูล 1 ราย เสนอปัญหาโดยการทำสมาธิ เพื่อช่วยให้จิตใจสงบ และเชื่อว่าจะเป็นผลดีต่อโรคมะเร็ง ดังคำกล่าวที่ว่า

“ที่ทำสมาธิด้วย มาทำขณะที่อยู่โรงพยาบาล โรงพยาบาลเขาสอนให้ทำก่อนนอน หายใจเข้า-ออก...ช่วยให้จิตใจสงบ แล้วจะมีผลดีต่อโรคมะเร็ง”

(พี่เพ็ญ)

### 6.3 ปลงกับชีวิต

ผู้ให้ข้อมูล 6 ใน 10 ราย ใช้วิธีการเผชิญปัญหาโดยการปลงกับชีวิต ใน 2 ลักษณะคือ (1) ถึงอย่างไร มันก็ยังมีอยู่คู่กายเรา และ (2) เกิดมาแล้วต้องตาย ดังนี้

#### 6.3.1 ถึงอย่างไร มันก็ยังมีอยู่คู่กายเรา

ผู้ให้ข้อมูล 3 ราย ใช้วิธีการเผชิญปัญหาโดยคิดว่า ไม่ว่าจะทำอะไร จะอยู่ที่ไหน มะเร็งก็ยังคงอยู่ในตัว ไม่สามารถกำจัดหรือหลีกเลี่ยงให้พ้นได้ จึงยอมรับเสียดีกว่าว่า มะเร็งต้องอยู่คู่กับตน ดังคำกล่าวที่ว่า

“รับได้ เพราะไม่รู้จะหลบหนีไปไหน จะหนียังไงก็ไม่พ้น มันอยู่ในตัวเราแล้ว เราก็รับเสียเลย ได้ตั้งหน้ารักษา”

(พี่พิมพ์)

“ทำใจยอมรับอยู่แล้ว เพราะเราหนีไม่พ้น ไม่ว่าเขาจะบอกความจริง หรือไม่ บอกมะเร็งก็ยังคงอยู่ในตัวเรานั้นแหละ ทำใจยอมรับเสียเลยดีกว่า ทำใจให้สบายๆ ถึงเวลามันก็ไปเอง [ตาย] หละคนเรา”

(พี่นนท์)

“ผมรับได้เลย ก็ไม่รู้จะว่ายังไงเป็นขึ้นมาแล้ว จะหนีไปไหนได้ เราจะหนีพ้นเธอ... ผมนึกว่าโรคร้ายมันมากับเราแล้วก็ต้องรักษา ถ้ารักษาไม่หายก็ตายเท่านั้น”

(นารีรินทร์)

นอกจากนี้ยังมีผู้ให้ข้อมูลอีกหนึ่งราย ใช้วิธีการเผชิญปัญหาโดยคิดว่า โรคมะเร็ง เป็นโรคที่รักษาไม่หาย ไม่ว่าเราจะไปทุกข์กับมันยังไงก็ไม่มียาอะไรดีขึ้น มะเร็งก็ยังคงอยู่ในตัว จึงทำใจยอมรับว่าชีวิตนี้ ต้องอยู่ร่วมกับมะเร็ง เพราะถ้ารับได้จะได้ไม่ทุกข์ ดังคำกล่าวที่ว่า

“เรื่องมะเร็งก็เหมือนกันที่แก้วรับได้ เพราะแก้วคิดว่าถึงจะทำยังไง รักษาอย่างไร มันก็ไม่หาย ไม่หมด ไปจากตัวเรา มันอยู่ในตัวเรา ถึงเราจะทุกข์ จะโศกอย่างไร มันก็ยังอยู่ทุกข์ ไปก็แค่นั้น ก็เลยคิดว่ายอมรับมันเสียดีกว่า ว่ามันอยู่ในตัวเรา เราจะได้ไม่ทุกข์”

(น้องแก้ว)

### 6.3.2 เกิดมาแล้วต้องตาย

ผู้ให้ข้อมูล 3 ราย ใช้วิธีการเผชิญปัญหาโดยการคิดว่าคนเราเกิดมาแล้ว ต้องตายจะเป็นโรคมะเร็งหรือไม่ก็ต้องตายเหมือนกัน หากเตรียมตัวรับความตายไว้ก็จะทำให้ไม่เกิดความทุกข์เมื่อคิดถึงความตาย ดังคำกล่าวที่ว่า

“พี่ยอมรับได้ พี่คิดว่าคนเราเกิดมาแล้วต้องตาย ไม่ว่าจะเป็นอย่างหรือไม่เป็นโรคนี้น มันก็ต้องตาย เพียงแต่ไม่รู้ว่าจะตายเมื่อไหร่”

(พี่เฟื่อง)

“แก้วคิดว่าคนเราเกิดมาแล้วต้องตาย ต้องเตรียมตัวรับความตายไว้เสมอเราก็ไม่ทุกข์”

(น้องแก้ว)

“ลุงคิดว่าอะไรจะเกิดมันก็ต้องเกิด... มันเป็นเรื่องกรรมของเราเอง เราจึงต้องมาเจ็บป่วยแบบนี้... จุดจบคนเราก็คือความตายลุงทำได้”

(ลุงชิต)

## 6.4 หวังพึ่งผลบุญและสิ่งศักดิ์สิทธิ์

ผู้ให้ข้อมูล 5 ใน 10 ราย ได้ใช้วิธีการเผชิญปัญหาโดยการหวังพึ่งสิ่งศักดิ์สิทธิ์ ใน 2 ลักษณะ คือ (1) ทำบุญหวังผลให้หายจากโรคร้าย และ (2) อ้อนวอน สิ่งศักดิ์สิทธิ์เพื่อให้มีชีวิตรอด ดังนี้

### 6.4.1 ทำบุญหวังผลให้หายจากโรคร้าย

ผู้ให้ข้อมูล 3 ราย ได้ใช้วิธีการเผชิญปัญหาโดยการทำบุญเพิ่มมากขึ้น และหวังให้ผลบุญช่วยคลอบันดาลให้หายจากโรคร้าย ดังคำกล่าวที่ว่า

“ทำบุญ... เพื่อว่าชาติก่อนเราทำกรรมไว้ เราทำบุญเพื่อให้ผลกรรมที่ตามมาหมดๆ ไป จะได้อาการดีขึ้น”

(เป่าจันทร์)



“ทำบุญ เมื่อก่อนก็ทำอยู่ แต่พอรู้ว่าเป็นมะเร็งก็ทำบุญมากขึ้น อธิษฐานว่าให้ผลบุญที่เราทำช่วยให้เราหายจากโรคร้ายไข้เจ็บที่เป็นขอให้โรคมะเร็งหาย เราสบายใจด้วยเวลาได้ทำบุญ”

(น้องเอก)

“...เมื่อก่อนไม่ค่อยได้ไปทำบุญเท่าไร พอรู้ว่าเป็นมะเร็งก็ไปทำบุญบ่อยขึ้น... เพื่ออธิษฐานว่าให้ผลบุญที่ช่วยให้โรคร้ายไข้เจ็บหาย อธิษฐานบอกว่าถ้าคนยังอยู่ก็ยังสามารถไปอีก”

(พี่เฟื่อง)

#### 6.4.2 อ่อนนวลถึงศักดิ์สิทธิ์ เพื่อให้มีชีวิตรอด

ผู้ให้ข้อมูล 2 ราย ได้ใช้วิธีการเผชิญปัญหาโดยการอธิษฐานหวังให้สิ่งศักดิ์สิทธิ์ที่เคารพนับถือ ช่วยขจัดปัดเป่าให้หายจากโรคร้าย ดังคำกล่าวที่ว่า

“ทำละหมาดเพิ่มขึ้น หวังให้สบายใจ และหวังว่าสภาพหน้าอัลเลาะห์จะได้เห็นใจช่วยให้โรคมันหมดไป”

(น้ำเกียะ)

“อธิษฐานขอให้สิ่งศักดิ์สิทธิ์ช่วยให้หายป่วยจาก โรคมะเร็ง...เป็นที่พึ่งทางใจอย่างหนึ่ง ทำให้เรามีความหวังว่าอาการจะดีขึ้น”

(ลุงชิต)

#### 6.5 เชื่อมั่นในตัวแพทย์ ว่าสามารถรักษาให้หายได้

ผู้ให้ข้อมูล 4 ใน 10 ราย ใช้วิธีการเผชิญปัญหาโดยให้ความเชื่อถือในความสามารถของแพทย์ ว่าแพทย์สามารถรักษาให้อาการของคนดีขึ้น หรืออาจจะหายได้ หากได้ปฏิบัติตามที่แพทย์แนะนำ ดังคำกล่าวที่ว่า

“มะเร็งเป็นโรคร้ายแรง แต่ก็มีโอกาสหาย ถ้าเราปฏิบัติตามที่หมอสั่ง...คนที่เขาเป็นพร้อมลุงเขาตายไปหมดแล้ว...เพราะเขาไม่เชื่อ ไม่ทำตามหมอ ของลุงมาหาหมอตลอดทุกนัด ปฏิบัติเคร่งครัด”

(ลุงชิต)

“ผมรับได้เพราะหมอมาบอกผมว่าจะหายภายใน 3-4 ปี ทำให้ผมมีความหวังว่าผมอาจจะหาย ถ้าผมหายแล้ว ผมอาจจะเรียนต่อได้ และหลังจากรักษาผมรู้สึกว่าการผมดีขึ้น... ผมเชื่อว่าหมอเขาสามารถรักษาผมให้หายได้”

(น้องเอก)

“ทำใจมาตั้งแต่บ้านแล้วว่าถ้ามาโรงพยาบาล ก็ไม่ต้องคิดอะไร มาแล้วก็ต้องมีสักสิ่งหมอต้งตรวจพบอะไรสักอย่าง แล้วหมอก็ต้องรักษาอาการก็จะดีขึ้น หมอเขามีความสามารถ เขารู้ว่าจะรักษาอย่างไร ตอนนี้อย่างไรรักษาได้ผลนะ ป้าอาการดีขึ้นมาก”

(ป้าจันทร์)

“ผมคิดว่าเราพอเริ่มเป็นเองคงไม่เป็นไร อาจจะตัดไส้แล้วใส่ของเทียมก็ได้ ผมเป็นคนชอบอ่านหนังสือ ผมคิดว่าเป็นเพียงโรคมะเร็ง มีคนเขารักษาหายกันเยอะแยะ ไม้อันตรายมาก นอกจากคนที่เป็นมานานไม่ยอมรักษา หรือรักษาไม่เต็มทีจึงทำให้เสียชีวิตได้... ของผมหมอบอกแล้วว่า รักษาให้เต็มความสามารถเลย”

(น้องชาติ)

#### 6.6 ปกปิดไม่ให้ใครรู้ เกรงจะเป็นที่รังเกียจ

ผู้ให้ข้อมูล 2 ใน 10 ราย เสนอปัญหาโดยการปกปิดไม่ต้องการให้ใครทราบว่า เป็นมะเร็ง เพราะรับรู้ว่ามีมะเร็งเป็นโรคที่มีการคิดเขื่อง่าย เป็นแล้วต้องตาย เป็นโรคน่ารังเกียจ กลัวว่าผู้อื่นจะรังเกียจ ดังคำกล่าวที่ว่า

“ปกติไม่ค่อยมีใครรู้ว่าแก้วเป็นมะเร็ง แก้วไม่ค่อยบอกใคร ไม่ต้องการให้รู้มากว่าเราเป็น ไม่อยากบอกให้ใครรู้... เพราะโรคนี้นันต้องตาย เป็นโรคร้ายแรงน่ารังเกียจ [เน้นเสียงหนัก] ใครก็ไม่อยากเป็น”

(น้องแก้ว)

“ไม่อยากพบเพื่อน ไม่อยากให้เขารู้ว่าเราเป็นอะไร...กลัวเพื่อนจะรังเกียจ เพราะเป็นโรคมะเร็งทำให้เราเป็นคนทีคิดเขื่อง่าย เพื่อนคงจะรังเกียจ”

(น้องเอก)

## 7. ความต้องการในการได้รับการบอกความจริงเกี่ยวกับความเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็ง

จากวิธีการบอกความจริงของแพทย์เกี่ยวกับความเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็ง ทำให้ผู้ให้ข้อมูลเกิดความรู้สึกต่างๆ มากมาย ส่งผลให้ผู้ให้ข้อมูลเกิดความต้องการที่หลากหลายใน 8 ลักษณะ คือ (1) หมอเป็นผู้รู้ดี จึงควรมีหน้าที่บอกความจริง (2) ควรบอกตรงๆ ว่าเป็นอะไร (3) ต้องการให้บอกข้อมูลทั้งหมด (4) รู้แล้วบอกเลย (5) บอกขณะที่มีผู้อื่นอยู่ด้วย (6) บอกเฉพาะตนเท่านั้น (7) บอกครอบครัวแทนตนเอง และ (8) บอกที่ไหนอย่างไรก็ได้ ดังรายละเอียดต่อไปนี้

### 7.1 หมอเป็นผู้รู้ดี จึงควรมีหน้าที่บอกความจริง

ผู้ให้ข้อมูลทั้ง 10 ราย มีความต้องการตรงกันว่าผู้ที่บอกความจริงเกี่ยวกับความเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งควรจะเป็นแพทย์ เนื่องจากแพทย์เป็นผู้ตรวจคนแรกและเป็นผู้ตรวจพบที่ผู้ให้ข้อมูลเป็นโรคร้าย แพทย์เป็นผู้เชี่ยวชาญเป็นผู้มีความรู้ในขณะที่บอกความจริงแพทย์อาจจะให้แนวทางในการรักษาได้ดีกว่าผู้อื่น ส่วนพยาบาลหรือเจ้าหน้าที่ที่มสุขภาพอื่นๆ ต้องได้รับฟังการอธิบายจากแพทย์ก่อนจึงจะทราบความจริง ดังนั้นการได้รับทราบความจริงจากแพทย์จะดีที่สุด ดังคำกล่าวที่ว่า

“ผู้ที่ตรวจเรานั้นแหละเป็นคนบอก [หมายถึงหมอ] เพราะเขาเป็นคนเข้ามาตรวจเราเอง เขารู้รายละเอียดมากกว่า แต่พยาบาลที่รู้ว่าป็นต้องรับฟังจากการบรรยายของหมอก็ที่ เราได้ฟังจากหมอเองเลยมันจะดี”

(น้องชาติ)

“แกว่าหมอนั้นแหละควรบอก เป็นคนที่สามารถให้ทางเลือกเราได้ดีที่สุด... หมออยู่ตรงนั้น หมอน่าจะให้ทางเลือกให้แนวคิดอะไรได้มากกว่า รู้ดีกว่า หมอควรจะเป็นคนบอกเอง”

(น้องแก้ว)

“พี่ว่าหมอควรเป็นคนบอก หมอแน่นอนกว่า หมอเขาเป็นคนรักษาเรา เขารู้เรื่องเรามากกว่าคนอื่น เขาได้เห็นในขณะที่ผ่าตัดเรา เขารู้เหตุการณ์ทุกระยะ”

(พี่เฟื่อง)

“หมอควรเป็นคนบอกดีกว่าคนอื่น เพราะหมอเขาเป็นคนตรวจเขารู้ก่อนใคร คนอื่นๆ เช่น พยาบาล รู้ทีหลังหมอ หมอต้องบอกพยาบาล พยาบาลจึงจะรู้”

(พี่นันท)

## 7.2 ควรบอกตรงๆ ว่าเป็นอะไร

ผู้ให้ข้อมูล 8 ใน 10 ราย ต้องการให้บอกความจริงตรงๆ ว่าเป็นโรคมะเร็ง โดยไม่ต้องอ้อมค้อม เพราะการบอกอย่างอ้อมค้อมทำให้รู้สึกกังวล เครียด ต่อการไม่รู้แน่ชัดว่าเป็นโรคอะไร เมื่อได้รับการบอกความจริงว่าเป็นโรคมะเร็ง ทำให้คลายความกังวล ได้ทำใจว่าเป็นโรคร้าย และจะได้เลือกแนวทางการรักษาที่ถูกต้อง หากไม่ทราบความจริงก็จะไม่สามารถเลือกแนวทางการรักษาที่ถูกต้องได้ ดังคำกล่าวที่ว่า

“ที่ว่าบอกดีกว่า เราได้รู้ว่าเป็นไอนั้น [มะเร็ง] แน่นอน...ที่อยากให้ออกตรงๆ มาเลย ที่รับได้เสมอ ถ้าค่อย ๆ บอกทีละอย่างมันกังวล ให้บอกมาเลย เราจะได้ทำใจเสียเลยที่เราเป็นไอนั้น... ที่อยากให้ออกให้หมดเลยเราจะได้รับการรักษา”

(พี่เฟื่อง)

“ของลุง ลุงอยากให้ออกเลย...ให้บอกตามความเป็นจริง...จะได้รู้ว่าเป็นอะไร ควรรักษาอย่างไร...ถ้าหมอไม่บอก เราก็ไม่รู้ว่าเป็นอะไร เราก็กังวล”

(ลุงซิค)

“บอกตรงๆ ดีกว่าบอกอ้อมๆ ซ้ำๆ ทำให้สงสัย กังวล ช่วงที่หมอไม่บอกรู้สึกเครียด พอหมอบอกความจริงรู้สึกโล่ง หายกังวล เพราะเราจะรู้ตัวถูก... ถ้าเราไม่รู้ว่าเป็นอะไร เราก็ทำตัวไม่ถูก ไม่รู้ว่าต้องรักษาแบบไหน”

(พี่นนท์)

## 7.3 ต้องการให้บอกข้อมูลทั้งหมด

ผู้ให้ข้อมูล 5 ใน 10 ราย ต้องการให้บอกข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยทั้งหมด เช่น ต้องการให้บอกว่าป่วยเป็นโรคอะไร มีอาการแสดงอย่างไร มีอาการรุนแรงหรือไม่ รักษาหายหรือไม่หาย วิธีการรักษาอะไรบ้าง ต้องปฏิบัติตัวอย่างไร การดำเนินของโรคต่อไปจะเป็นอย่างไร ดังคำกล่าวที่ว่า

“ที่ต้องการให้บอกว่าเป็นอะไร มีอาการอย่างไร ต้องรักษาแบบไหน รุนแรงมั้ย ที่อยากให้ออกให้หมดเลยเราจะได้รับการรักษา”

(พี่เฟื่อง)

“อยากให้ออกว่าเป็นอะไร รักษาอย่างไร ต้องทำด้วยใจ รักษาหายหรือไม่หาย มีอะไรก็บอกให้หมด... มีอีกอย่างหนึ่งที่ผมตั้งใจว่าจะถามหมอหลักที่ ว่าที่ผมเป็นอยู่จะสามารถรักษาให้หายขาดมั้ย ถ้าได้ฝากกลับได้มั้ย”

(พินนัท)

“ต้องการให้ออกวิธีรักษาว่ามีวิธีไหนบ้าง แล้วให้เราเลือกเอง และหากต้องรักษาด้วยการผ่าตัด อยากให้หมอบอกด้วยว่าจะมีโอกาสแค่ไหน ถ้ามีโอกาสห้าสิบห้าสิบก็ไม่ต้องทำให้ผม ผมจะกลับไปรักษาหมอบ้าน”

(น้ำรินทร์)

“แก้วถามหมอมว่าวิธีการรักษาอย่างอื่นอีกมั๊ย หมอไม่ให้ทางเลือกแก้วเลย บอกแต่ว่าตัดเลย ตัดทิ้งเลย... เราต้องการให้หมอบอกแนวทางการรักษาหลายๆ วิธีให้เราเลือก”

(น้องแก้ว)

#### 7.4 รู้แล้วบอกเลย

ผู้ให้ข้อมูล 1 ราย ต้องการให้ออกความจริงเกี่ยวกับความเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งที่ห้องตรวจทันทีที่ตรวจรู้ จะมีใครอยู่ด้วยหรือไม่ก็ไม่เป็นไร ดังคำกล่าวที่ว่า

“อยากให้ออกที่ห้องตรวจ บอกตอนที่หมอตรวจพบเลย ใครจะได้ยินก็ไม่เป็นไร... ไม่ต้องมีใครอยู่ด้วยก็ได้ เราค่อยบอกเอง แต่ถ้าอยู่ด้วยก็ไม่เป็นไร”

(พีพิมพ์)

#### 7.5 บอกขณะที่มีผู้อื่นอยู่ด้วย

ผู้ให้ข้อมูล 6 ใน 10 ราย ต้องการให้ออกความจริงในขณะที่มีลูกๆ ญาติๆ หรือมีเพื่อนอยู่ด้วย เพื่อต้องการให้รับรู้ความจริงจากแพทย์โดยตรง และช่วยปลอบใจ ให้กำลังใจ เพราะขณะนั้นผู้ให้ข้อมูลอาจจะรู้สึกตกใจ ทำใจยอมรับความจริงไม่ได้ บุคคลที่อยู่ด้วยอาจจะช่วยถามรายละเอียดเกี่ยวกับอาการเจ็บป่วย การรักษาต่างๆ และเป็นที่ปรึกษาว่าควรจะรักษาอย่างไร ดังคำกล่าวที่ว่า

“บอกที่ไหนก็ได้ หมะว่าบอกได้ทุกที่...อยากให้ออกอยู่ด้วย ให้เขารู้ว่าหมะเป็นอะไร อยากให้เขาได้ยินจากปากหมอเอง ไม่ใช่หมะพูดออกมาลอยๆ ให้เขาช่วยตัดสินใจด้วย เมื่อหมอบอกว่าต้องผ่าตัด นี่ก็ถามเขาว่าหมะต้องผ่าตัดเขาว่าไง ให้ผ่าไหม เขาก็บอกว่าให้ผ่า”

(น้ำเกียะ)

“อยากให้ออกที่เตียง...ต้องการให้พ่อ-แม่อยู่ด้วย พ่อ-แม่จะได้รู้ด้วยกันกับเรา ตอนที่หมอบอก เพื่อให้เขาได้ปลอบ ได้ช่วยตัดสินใจในการรักษา”

(น้องเอก)

“ตรงนั้นน่าจะดี ถ้ามีเพื่อนหรือญาติที่เราสนิทอยู่ด้วย... เพราะเขาอาจจะเข้าใจในสิ่งที่เรากำลังประสบ น่าจะช่วยปลอบใจให้กำลังใจเราได้ เพราะตอนนั้นเราอาจจะหมดแรงที่จะต่อสู้ช่วยให้เรามีกำลังใจขึ้นมา ถ้ายังเป็นคนที่รู้เรื่องอยู่ในวงการนี้ด้วย [วงการสุขภาพ] ก็จะได้ช่วยเหลือถามหมอมว่ามันเป็นอย่างไร ต้องรักษาอย่างไร รักษาอย่างนี้ได้มั้ย ช่วงนั้นคนไข้อาจจะซ้อค รับอะไรได้ไม่มาก”

(น้องแก้ว)

#### 7.6 บอกเฉพาะตนเท่านั้น

ผู้ให้ข้อมูล 2 ใน 10 ราย ต้องการให้แพทย์บอกความจริงให้รู้ ในที่ที่เป็นส่วนตัว ผู้ให้ข้อมูลรายหนึ่ง ให้เหตุผลว่าไม่ต้องการให้ญาติอยู่รับรู้ความจริงเกี่ยวกับความเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็ง เพราะกลัวว่าญาติจะเกิดความเครียด ความไม่สบายใจเมื่อรับทราบความจริง ต้องการให้แพทย์บอกความจริงกับตนเพียงผู้เดียว ส่วนผู้ให้ข้อมูลอีกรายรับรู้ว่ามีมะเร็งเป็นโรครที่น่ารังเกียจ จึงกลัวว่าในขณะที่แพทย์บอกความจริงเกี่ยวกับความเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งจะมีผู้คนที่อยู่บริเวณนั้นได้ยิน ซึ่งผู้ให้ข้อมูลรู้สึกไม่ดีหากมีคนหันมามอง ดังกล่าวไว้ว่า

“ถ้าตามความต้องการของพี่ คุณหมอควรเรียกพี่ไปบอกที่ที่เป็นส่วนตัวสักนิด อย่าให้คนอื่น [ญาติฯ] ได้ยิน... ให้บอกกับพี่ตัวต่อตัวให้พี่ได้รับรู้คนเดียว ไม่ว่าจะเป็นอย่างใ้ที่อยาก จะรู้คนเดียว ไม่ต้องการให้กระทบกระเทือนถึงคนอื่น เพราะถ้าคนอื่นเขารู้เขาก็จะไม่สบายใจกับเราด้วย”

(พี่เฟื่อง)

“แก้วว่าพอมอทำเสร็จรู้แล้วว่าเป็นมะเร็ง หมอน่าจะเรียกแก้วไปบอกส่วนตัว ไม่ใช่พูดเสียงดังคนอื่นเขาก็มอง เพราะตอนนั้น ภาวะนั้น บางคนเขาก็รับไม่ได้ว่าเป็นโรคนี้อ... อยากให้หมอมหาไปพูดในที่ที่เป็นส่วนตัวสักนิด ไม่เปิดเผยมาก”

(น้องแก้ว)

### 7.7 บอกครอบครัวแทนตนเอง

ผู้ให้ข้อมูล 1 ราย ต้องการให้บอกความจริงเกี่ยวกับความเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็ง ให้ลูกหลานรับทราบแทนการบอกผู้ให้ข้อมูล เพราะรู้สึกไม่สบายใจเมื่อต้องรับทราบความจริงว่าเป็นโรคมะเร็ง เนื่องจากรับรู้ว่าเป็นโรคที่จะมีชีวิตอยู่ได้ไม่นาน ดังคำกล่าวที่ว่า

“ป้าว่าไม่บอกดีกว่า... เพราะกลัวเหมือนกัน ใจคอไม่ค่อยดี เขาพูดกันว่าคนที่ เป็นโรคนี้อยู่ได้ไม่นาน มันหนักใจ ถ้าไม่บอกก็สบายใจ ว่าเราไม่เป็นโรคนี้อ... ควรบอกลูกหลาน แทน”

(ป้าจันทร์)

### 7.8 บอกที่ไหนอย่างไรก็ได้

ผู้ให้ข้อมูล 2 ใน 10 ราย กล่าวว่า จะได้รับการบอกความจริงที่ไหน บอกขณะ ที่มีใครอยู่ด้วยหรืออยู่คนเดียวก็ไม่ต่างกัน เพราะความจริงเกี่ยวกับความเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งก็ยังคงเดิม หากญาติไม่ได้รับทราบความจริงพร้อมผู้ให้ข้อมูล ในที่สุดญาติก็ต้องได้รับทราบความจริง เข้าสักวัน ดังคำกล่าวที่ว่า

“ผมทำใจว่าเป็นขึ้นมาแล้ว จะทำไถ่ได้ มันต้องรักษา จะบอกที่ไหนก็เหมือนกัน... ผมว่าไม่จำเป็นเลย จะมีใครก็ได้ ไม่มีใครก็ได้ หมอเขาก็บอกอยู่แล้วในความคิดผม ยังไงๆ มันก็ เป็นมาแล้ว จะมีใครอยู่หรือไม่อยู่มันก็เป็นนั่นแหละ ญาติๆ เราถ้าไม่อยู่ไม่รู้ตอนนั้นพร้อมเรา สักวันหนึ่งเขาก็ต้องรู้”

(น้องชาติ)

“บอกตรงไหนก็ได้เหมือนกันทั้งนั้น... บอกขณะอยู่คนเดียวก็ได้ เพราะกับญาติ หมอเขาก็บอกอยู่แล้ว”

(พี่นนท์)

## การอภิปรายผล

### 1. ความหมายของการได้รับการบอกความจริงเกี่ยวกับความเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็ง

ผู้ให้ข้อมูลบอกความหมายของการได้รับการบอกความจริงเกี่ยวกับความเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็ง ใน 5 ลักษณะ คือ (1) เป็นเรื่องธรรมดา ไม่ใช่เรื่องเลวร้าย (2) เป็นการบอกถึงสิ่งไม่พึงประสงค์ (3) เป็นสิ่งบั่นทอน/ทำลายความหวัง (4) เป็นสิ่งชี้แนวทางการรักษา และ (5) เป็นสิ่งขัดขวางกังวล/ความอึดอัด

การให้ความหมายในลักษณะของ “เป็นเรื่องธรรมดา ไม่ใช่เรื่องเลวร้าย” เป็นการแสดงให้เห็นถึงทัศนคติที่เปลี่ยนแปลงไปในปัจจุบัน เนื่องจากผู้ให้ข้อมูลกลุ่มหนึ่งรับรู้ว่าปัจจุบันมีผู้ป่วยโรคมะเร็งเพิ่มมากขึ้น ดังนั้นการได้รับการบอกความจริงว่าเป็นโรคมะเร็งจึงเป็นเรื่องธรรมดาที่สามารถจะเกิดขึ้นได้ ประกอบกับปัจจุบันวิทยาการทางการแพทย์ก้าวหน้าขึ้น ทำให้ผู้ให้ข้อมูลมีความเชื่อว่าโรคมะเร็งสามารถรักษาให้หายได้ มิได้น่ากลัวอย่างที่คิด หากได้รับการตรวจวินิจฉัยพบภาวะการเป็นโรครตั้งแต่ระยะแรกเริ่มและได้รับการรักษาอย่างถูกวิธีแล้ว มีโอกาสที่จะหายขาดจากโรคได้ (อุปมา, 2541) ซึ่งมีโอกาสหายถึงร้อยละ 70-90 (Kumar, Cotran & Robbins, 1992) ดังที่การศึกษาของสิริวรรณ (2542) พบว่าผู้ให้ข้อมูลซึ่งเป็นผู้ป่วยมะเร็ง 4 ใน 11 ราย ได้ให้ความหมายต่อโรคมะเร็งว่าเป็นโรคที่สามารถรักษาได้ มีทัศนคติต่อโรคในด้านบวก เชื่อมั่นในการรักษาของแพทย์ว่าสามารถรักษาให้หายได้ เนื่องจากปัจจุบันวิทยาการทางการแพทย์เจริญขึ้นมาก ดังนั้นการบอกความจริงให้รับทราบว่าเป็นโรคมะเร็ง จึงไม่ใช่สิ่งเลวร้ายสำหรับผู้ให้ข้อมูลกลุ่มนี้

ส่วนความหมาย “เป็นการบอกถึงสิ่งไม่พึงประสงค์” ผู้ให้ข้อมูลได้ให้ความหมายไว้ใน 2 ลักษณะคือ (1) เป็นการบอกถึงสิ่งที่น่าตกใจ น่ากลัว และ (2) เป็นการบอกข่าวร้าย เนื่องจากผู้ให้ข้อมูลกลุ่มนี้รับรู้ว่ามะเร็งเป็นโรคร้ายแรง ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ เป็นแล้วต้องเสียชีวิตในเวลาอันรวดเร็ว และจากประสบการณ์ของผู้ป่วย เห็นเพื่อนบ้านที่เจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งต้องเสียชีวิตลงเกือบทุกราย ดังนั้นคำว่ามะเร็งจึงเป็นคำที่น่าสะพรึงกลัว การที่ได้รับการบอกความจริงว่าเป็นโรคมะเร็งจึง “เป็นการบอกถึงสิ่งที่น่าตกใจ น่ากลัว” และ “เป็นการบอกข่าวร้าย” ที่ทุกคนไม่ต้องการให้เกิดขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของจันทิรา (2543) เกี่ยวกับการรับรู้สุขภาพและการดูแลตนเองตามทางเลือกในผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาว ผู้ให้ข้อมูล 8 ใน 10 ราย ให้ความหมายต่อโรคมะเร็งว่าเป็นโรคร้ายแรง เป็นอันตรายเป็นแล้วต้องตาย ไม่มีทางรักษา เช่นเดียวกับการศึกษาของสิริวรรณ (2542) ที่พบว่ากลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นผู้ป่วยมะเร็ง 6 ใน 11 ราย ให้ความหมายว่าโรคมะเร็งเป็นโรคร้ายแรง ทรมาณ น่ากลัว รักษาไม่หาย เป็นแล้วต้องตายทุกคน ดังนั้นการได้รับการบอกความจริงว่าเป็นโรคมะเร็ง จึงเป็นสิ่งที่น่าตกใจ น่ากลัว เป็นการบอกข่าวร้าย ที่ไม่พึงประสงค์



ส่วนความหมาย “เป็นลึกลับ/ท้อแท้/ความหวัง” เป็นความหมายที่ผู้ให้ข้อมูลให้ไว้เนื่องจากการบอกความจริงนั้น เป็นการบอกถึงการเป็นโรคมะเร็ง ซึ่งผู้ให้ข้อมูลรับรู้ว่าจะมีผลทำให้ร่างกายมีอาการอ่อนเพลีย มีอาการปวดทุกข์ทรมาน ต้องหยุดงานเพื่อเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ทำให้ความหวังของผู้ให้ข้อมูลที่คิดว่าน่าจะทำงานหนัก เพื่อได้เงินมากๆ มาเลี้ยงดูบิดา-มารดา ให้บิดา-มารดาหยุดทำงานเนื่องจากมีอายุมากแล้ว ถูกบั่นทอนลง เพราะเมื่อเป็นโรคมะเร็งร่างกายคงไม่แข็งแรงเหมือนเดิม คงไม่สามารถทำงานหนักได้เช่นเดียวกับการศึกษาของ อังศุมา (2534) เกี่ยวกับการแสวงหาข้อมูล ความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกคนด้านสุขภาพ และการควบคุมตนเอง ในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษา พบว่าภาวะการเจ็บป่วยทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถปฏิบัติตามบทบาทหน้าที่ของตนได้เหมือนเดิม ประกอบกับผลข้างเคียงจากการรักษา ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถทำงานได้ หรือต้องลดปริมาณงานลง ส่วนผู้ให้ข้อมูลอีกรายให้ความหมายของการได้รับการบอกความจริงว่าเป็นสิ่งทำลายความหวัง เพราะการบอกความจริงนั้นเป็นการบอกถึงการเป็นโรคมะเร็ง ซึ่งมีผลทำให้ร่างกายมีอาการอ่อนเพลีย โดยเฉพาะการเป็นโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว ผู้ให้ข้อมูลรับรู้ว่าโรคร้ายนี้อันตรายมาก และต้องเข้ารับการรักษาจากโรงพยาบาลที่มีเครื่องมือทันสมัย ซึ่งอยู่อีกจังหวัดหนึ่งอย่างต่อเนื่อง ซึ่งผู้ให้ข้อมูลคาดว่าจะต้องทำให้ตนขาดเรียนบ่อย จนอาจจะต้องออกจากโรงเรียน นั่นก็หมายถึงความหวังที่จะได้เล่าเรียนหนังสือจนจบ แล้วได้ทำงานตามที่หวังได้ ถูกทำลายลง ผู้ให้ข้อมูลได้เล่าให้ฟังว่าหลังจากเข้ารับการรักษาด้วยอาการของโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวได้ระยะหนึ่งก็ต้องลาออกจากโรงเรียนเนื่องจากร่างกายไม่แข็งแรง

ส่วนความหมาย “เป็นสิ่งที่แนวทางการรักษา” ผู้ให้ข้อมูล มีความคิดเห็นว่า การบอกความจริงเกี่ยวกับความเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งจากทีมสุขภาพ ทำให้รู้ว่าสภาวะร่างกายเป็นอย่างไร รู้ว่าควรรักษาอย่างไร ควรปฏิบัติตัวอย่างไร จึงจะมีผลดีต่อโรค หากไม่ทราบความจริงทำให้ละเลยการรักษา ปฏิบัติตัวไม่ถูกต้อง สอดคล้องกับการศึกษาของจรรุวรรณ (2538) เกี่ยวกับปฏิกริยาการตอบสนองต่อโรคและการปรับตัวในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม พบว่าผู้ให้ข้อมูลร้อยละ 95 ต้องการให้แพทย์บอกความจริงเกี่ยวกับผลการวินิจฉัยโรคของตน โดยให้เหตุผลว่าเมื่อได้รับทราบความจริงว่าเป็นโรคอะไร จะได้ทราบว่าต้องรักษาอย่างไร และสามารถปฏิบัติตัวได้ถูกต้อง เพื่อให้การรักษาจะได้ผลดี และสามารถวางแผนการดำเนินชีวิตในอนาคตต่อไปได้

ส่วนความหมาย “เป็นสิ่งที่ขัดขวาง/ความอึดอัด” เนื่องจากในช่วงที่ไม่ได้รับการบอกความจริงให้รู้ว่าเป็นโรคอะไร ผู้ให้ข้อมูลรู้สึกเครียดและกังวลมากเผื่อคิดอยู่ตลอดเวลาว่าเป็นโรคอะไร ต้องปฏิบัติตัวอย่างไร ประกอบกับผู้ให้ข้อมูลมีญาติที่เป็นโรคมะเร็งลำไส้ถึง 3 คน จึงมีความสงสัยว่าจะเป็นมะเร็งลำไส้หรือไม่ ความสงสัยต่างๆ ทำให้ผู้ให้ข้อมูลรู้สึกอึดอัดมาก ดังที่ สมจิต (2536) กล่าวว่า การรอคอยเพื่อการวินิจฉัยโรคที่แน่นอน ก่อให้เกิดความเครียด และความวิตกกังวลสำหรับผู้ป่วยบางคนเป็นอย่างมาก แต่เมื่อได้รู้ความจริงก็รู้สึกโล่ง ความอึดอัดต่างๆ หาย

ไปหมด แม้ว่าจะได้รับการบอกความจริงว่าเป็นโรคมะเร็ง เพราะการบอกความจริง ทำให้ผู้ป่วยได้  
รู้อนาคตของตนเอง ไม่เกิดความวิตกกังวลกับสิ่งไม่รู้ ไม่แน่ใจ (รัตนนา, 2541)

## 2. วิธีหรือรูปแบบในการบอกความจริงของที่มีสุขภาพเกี่ยวกับความเจ็บป่วยด้วยโรค มะเร็ง

ในการบอกความจริงเกี่ยวกับความเจ็บป่วยด้วย โรคมะเร็งของที่มีสุขภาพ ที่ผู้ให้ข้อมูล  
ได้ประสบมานั้น พบว่าที่มีสุขภาพบอกความจริงใน 2 ประเด็นคือ บอกในเรื่องการวินิจฉัยโรค และ  
วิธีการรักษา

ในการบอกในเรื่องการวินิจฉัยโรค ผู้ให้ข้อมูลได้สะท้อนถึงวิธีการบอกของที่มีสุขภาพ  
ออกมาใน 4 ลักษณะ คือ (1) บอกเมื่อพร้อมที่จะรับรู้ (2) บอกความจริงผ่านผู้อื่น (3) บอกตรงๆ  
ทันที ที่หมอมั่นใจ และ (4) บอกว่าเป็นเนื้อร้าย แทนคำว่ามะเร็ง ซึ่งอภิปรายได้ดังนี้

ผู้ให้ข้อมูลรับรู้ว่า “บอกเมื่อพร้อมที่จะรับรู้” เนื่องจากเมื่อแพทย์ทราบผลการตรวจที่  
แน่ชัดแล้ว แพทย์ไม่ได้บอกให้ผู้ให้ข้อมูลทราบในทันที แต่กลับบอกว่ายังไม่ทราบว่าเป็นโรคอะไร  
แม้ว่าจะมารับการรักษาหลายครั้ง แพทย์ก็ยังคงบอกว่าไม่ทราบว่าเป็นโรคอะไร ต่อเมื่อผู้ให้ข้อมูล  
ร้องขอให้บอกความจริงว่าตนเป็นโรคอะไร และยืนยันว่าสามารถยอมรับได้ แม้จะเป็นโรคร้าย เมื่อ  
แพทย์พิจารณาเห็นว่าผู้ป่วยพร้อมที่จะรับรู้ความจริง แพทย์จึงได้บอกความจริง จากการศึกษาของ  
สิวลี (2527) เกี่ยวกับทัศนคติของแพทย์ที่มีต่อการบอกข้อมูลทั่วไป และการบอกความจริงเกี่ยวกับ  
ความร้ายแรงของโรค อาการของโรคที่ไม่อาจรักษาให้หายขาดได้ รวมถึงการสูญเสียอวัยวะ  
บางส่วน ในผู้ป่วยโรคมะเร็ง โรคหัวใจ วัณโรค และโรคเบาหวาน พบว่าแพทย์ร้อยละ 58 ไม่เห็น  
ด้วยต่อการบอกความจริงแก่ผู้ป่วยทุกราย โดยให้เหตุผลว่าผู้ป่วยบางรายไม่พร้อมที่จะรับฟัง  
ความจริง ถ้าบอกความจริงไปแล้วอาจเป็นผลเสียต่อการรักษาพยาบาล นั้นหมายถึงแพทย์จะบอก  
ความจริงให้ผู้ป่วยรับทราบ เมื่อพิจารณาแล้วว่าผู้ป่วยพร้อมที่จะรับรู้ความจริง การบอกความจริงจะ  
ก่อให้เกิดผลดีมากกว่าผลเสีย สอดคล้องกับการศึกษาของอนันต์ และธนา (2540) ในการสำรวจ  
เจตคติของแพทย์ จำนวน 146 ราย ในการแจ้งข้อมูลเกี่ยวกับผลการวินิจฉัยโรค และการดำเนินโรค  
ของโรคร้ายแรง เช่น โรคมะเร็ง ตามความเป็นจริง พบว่าแพทย์ ร้อยละ 70.4 มีความคิดเห็นว่าควร  
แจ้งข้อมูลแก่ผู้ป่วยโรคมะเร็งตามความเป็นจริง ส่วนผู้ป่วยอีกราย แพทย์ได้บอกอาการแสดงของ  
โรคว่าเป็นโรคแก่เลือดเลือกตำแหน่งการบอกชื่อโรค เช่นเดียวกับผู้ให้ข้อมูลอีก 2 ราย แพทย์บอก  
ความจริงกับญาติๆ แต่ไม่บอกให้ผู้ให้ข้อมูลทราบ จากการศึกษาของแพทย์อาจเนื่องมาจากแพทย์  
ต้องการประวิงเวลาการบอกความจริง (truth delay) เพื่อต้องการให้ผู้ให้ข้อมูลได้มีเวลาในการทำใจ  
ปรับตัว ในขณะที่เดียวกันบุคลากรที่มีสุขภาพได้มีเวลาในการประเมิน (Williamson & Livingston,  
1992) ผู้ให้ข้อมูลที่มีความพร้อมในการที่จะรับทราบความจริงเพียงใด เพราะการบอกความจริง

อาจทำอันตรายผู้ให้ข้อมูลได้ (Martin, 1993) เนื่องจากเมื่อเอ่ยคำว่า “มะเร็ง” ผู้คนส่วนใหญ่มักจะนึกถึงความตาย ความทุกข์ทรมาน (สมจิต, 2536; Asai, 1995) ก่อนจะบอกความจริงควรประเมินถึงบุคลิกภาพของผู้ให้ข้อมูล แรงสนับสนุนทางสังคม ความเห็นชอบของครอบครัว ภูมิหลัง ความต้องการข้อมูลว่ามีมากน้อยเพียงใด การบอกความจริงจะก่อให้เกิดผลดีผลเสียอย่างไร และสัมพันธภาพความไว้วางใจระหว่างผู้ป่วยกับทีมสุขภาพ (Asai, 1995; Beare & Myers, 1994; Leydon et al., 2000; Peteet et al., 1991; Williamson & Livingston, 1992) นอกจากนี้ต้องพิจารณาว่าผู้ป่วยต้องการให้บอกเมื่อใด บอกที่ไหน บอกอย่างไร และควรใช้จิตวิทยาในการบอกด้วย เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยปรับตัวยอมรับขั้นตอนการรักษาได้ดีขึ้น (Sardell & Trierweiler, 1993) ในกรณีนี้หลังจากแพทย์ได้พิจารณาในสิ่งต่างๆ ที่ได้กล่าวมาแล้ว และคิดว่าผู้ให้ข้อมูลทั้ง 4 ราย สามารถยอมรับความจริงได้ และการบอกความจริงก่อให้เกิดประโยชน์มากกว่าโทษจึงได้ตัดสินใจบอกความจริงในเวลาต่อมา

ส่วนการบอกความจริงด้วยวิธี “บอกความจริง ผ่านผู้อื่น” นั้น แพทย์ไม่ได้เป็นผู้บอกความจริงให้ทราบด้วยตัวแพทย์เองในครั้งแรก แพทย์ได้ใช้สื่ออื่นในการบอกความจริง ผู้ให้ข้อมูลรายแรกรับรู้ความจริงว่าเป็นโรคมะเร็งเลือดขาวจากการบอกของบิดา-มารดา หลังจากที่แพทย์เรียกบิดา-มารดาไปพูดคุยด้วย ซึ่งบิดา-มารดาเป็นแรงสนับสนุนทางสังคมที่สำคัญที่สุดของบุตร ซึ่งยังอยู่ในวัยเรียน ประกอบกับเป็นลูกคนเดียวของครอบครัว ดังนั้นความใกล้ชิดสนิทสนมระหว่างผู้ให้ข้อมูลกับบิดา-มารดาย่อมมีมากกว่าผู้ให้ข้อมูลกับทีมสุขภาพ การจะบอกข้อมูลซึ่งเป็นข่าวร้าย จึงควรที่จะให้บิดา-มารดาเป็นผู้บอก และจะได้ช่วยปลอบใจ ให้กำลังใจ ให้คำปรึกษาว่าจะทำอะไรต่อไป ส่วนผู้ให้ข้อมูลรายที่สอง แพทย์ได้บอกผ่านผู้ป่วยอื่น โดยการบอกยกตัวอย่างให้ผู้ป่วยเพียงตรงข้ามฟังว่า ผู้ให้ข้อมูลเป็นมะเร็งได้ผ่าตัดแล้วและอาการดีขึ้นแล้ว ซึ่งลักษณะการพูดของแพทย์เป็นการพูดบอกอาการเจ็บป่วยโดยทั่วไป ทำให้ลดความรุนแรงของโรคที่จะกระทบจิตใจผู้ป่วยลงได้ ระดับหนึ่ง ส่วนผู้ป่วยอีกรายรับรู้ว่าเป็นมะเร็งจากการอ่านผลการวินิจฉัยโรคในใบส่งชิ้นเนื้อตรวจ และจากการไปรับผลการตรวจชิ้นเนื้อด้วยตัวเอง จะเห็นได้ว่าผู้ให้ข้อมูลรายนี้ แพทย์ได้อนุญาตให้ไปส่ง-รับผลการตรวจชิ้นเนื้อด้วยตัวเอง ซึ่งผู้ให้ข้อมูลยอมรับทราบผลการตรวจชิ้นเนื้อก่อนแพทย์ อาจเนื่องจากผู้ให้ข้อมูลมีอาชีพเป็นพยาบาล แพทย์จึงประเมินว่า ผู้ให้ข้อมูลยอมรับความจริงเกี่ยวกับความเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งได้ เพราะจากพื้นฐานการศึกษาลักษณะของอาชีพ ย่อมเผชิญปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพ หลังจากใช้สื่ออื่นบอกความจริง แพทย์ก็ได้บอกความจริงด้วยตัวแพทย์เองอีกครั้ง ซึ่งคอร์ทแอนตินี-เฟอร์เร็นโด และคณะ (Costantini-Ferrando et al., 1998) ได้เสนอแนะว่าวิธีการบอกความจริงเกี่ยวกับการพยากรณ์โรคให้ผู้ป่วยมะเร็งทราบวิธีที่ดีที่สุด อาจไม่ใช่วิธีที่แพทย์บอกความจริงกับผู้ป่วยโดยตรง สำหรับผู้ป่วยบางคนวิธีที่ดีที่สุดคือการบอกผ่านครอบครัวของผู้ป่วย หรือผ่านกลุ่มช่วยเหลือ (support groups)

ส่วนการบอกความจริงด้วยวิธี “บอกตรงๆ ทันที ที่หมอมั่นใจ” นั้น แพทย์ได้บอกความจริงให้ทราบทันทีหลังจากผลการตรวจชิ้นเนื้อชี้ชัด แต่บางรายที่มีอาการแสดงชัดเจนและแพทย์มั่นใจ แพทย์ได้บอกทันทีเมื่อตรวจเสร็จ ในการบอกลักษณะนี้อาจเนื่องจากแพทย์มีความมั่นใจในการประเมินผู้ให้ข้อมูลในช่วงระยะเวลาที่ได้พูดคุยกันขณะตรวจว่าสามารถรับความจริงได้ และเล็งเห็นว่า การบอกตรงๆ จะทำให้ผู้ให้ข้อมูลได้รับทราบความจริง และเข้าใจต่อโรคที่เป็นอยู่ได้ง่าย เป็นผลดีต่อการตัดสินใจรับการรักษาแต่เนิ่นๆ สามารถเลือกวิธีการรักษาได้ถูกต้อง จึงได้บอกความจริงทันที และบอกตรงๆ (hard tell) ว่าเป็นมะเร็ง สอดคล้องกับการศึกษาของจาวูรรม (2538) ที่พบว่า ผู้ให้ข้อมูลร้อยละ 80 ได้รับการบอกผลการวินิจฉัยโรคในรูปแบบการบอกตรงๆ (hard tell) และสอดคล้องกับการศึกษาของคูเพิลอมากิ และลอริ (Kuuppelomaki & Lauri, 1998) เกี่ยวกับปัญหาทางจริยธรรมในการดูแลผู้ป่วยมะเร็ง จากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยมะเร็ง 32 ราย พบว่าผู้ป่วยทั้งหมดได้รับการบอกความจริงจากแพทย์ ผู้ป่วยบางรายได้รับการบอกตรงๆ แบบขวานผ่าซาก (hard tell) ซึ่งทำให้ผู้ป่วยเกิดความไม่พึงพอใจ

ส่วนการบอกความจริงด้วยวิธี “บอกว่าเป็นเนื้อร้ายแทนคำว่ามะเร็ง” นั้นแพทย์ได้บอกความจริงถึงผลการวินิจฉัยโรคให้ผู้ให้ข้อมูลทราบ โดยการใช้คำว่าเนื้อร้ายแทนคำว่ามะเร็ง ทั้งนี้เนื่องจากการที่ผู้ป่วยได้รับข้อมูลหรือทราบว่าตนเองเป็นมะเร็งอาจทำให้เกิดอาการช็อคได้ แพทย์จึงใช้คำว่าเนื้อร้ายซึ่งเป็นการบอกความจริงบางส่วน (partial truth) เพื่อลดความรุนแรงของการกระทบกระเทือนจิตใจของผู้ให้ข้อมูล จากการศึกษาของทิพมาส (2541) เกี่ยวกับการรับรู้และการเผชิญปัญหาต่อจะได้รับเคมีบำบัดของผู้ป่วยมะเร็งปอด พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการบอกผลการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งที่ตรงเกินไป ในเวลาที่ไม่เหมาะสมทำให้ยอมรับไม่ทัน รู้สึกว่าร้ายแรงและต้องตายในเร็วๆ นี้ การบอกที่ไม่เหมาะสม จะเป็นอุปสรรคที่สำคัญต่อการเผชิญปัญหาของผู้ป่วย ดังนั้นในบางสถานการณ์จึงควรเลี่ยงใช้คำอื่น เพื่อให้เวลาผู้ป่วยได้ทำใจยอมรับในสิ่งที่เกิดขึ้น

สำหรับการบอกเกี่ยวกับวิธีการรักษา ผู้ให้ข้อมูลได้สะท้อนออกมา ใน 2 ลักษณะ คือ (1) การรักษามีเพียงหนึ่งเดียว และ (2) ให้ทางเลือกในการรักษา ซึ่งอภิปรายได้ดังนี้

“การรักษามีเพียงหนึ่งเดียว” ผู้ให้ข้อมูลแต่ละรายได้รับการบอกถึงวิธีการรักษาจากแพทย์ ว่าควรรักษาอย่างไร และได้รักษาตามวิธีที่ได้บอกไว้ โดยแพทย์ไม่ได้บอกถึงวิธีการรักษาอื่นๆ ให้ผู้ให้ข้อมูลเลือก แม้ว่าผู้ให้ข้อมูลบางรายได้ร้องขอทางเลือกในการรักษา ซึ่งอาจเป็นเพราะแพทย์มีความเห็นว่าวิธีที่เสนอให้ผู้ให้ข้อมูลนั้นเป็นวิธีที่ดีที่สุดและเหมาะสมที่สุดแล้ว แต่แพทย์ไม่ได้บอกเหตุผลให้ผู้ป่วยทราบ แสดงถึงการตัดสินใจเลือกวิธีการรักษาบนคุณค่าของแพทย์ ซึ่งแพทย์คิดว่าวิธีการรักษาที่ตนได้เสนอไปนั้น เป็นสิ่งที่ก่อให้เกิดประโยชน์สูงสุด (beneficence) แก่ผู้ให้ข้อมูล ซึ่งหลักจริยธรรมข้อนี้มักจะเป็นสิ่งที่บุคลากรทีมสุขภาพส่วนใหญ่คำนึงถึงเป็นอันดับแรกเมื่อต้องตกอยู่ในสถานการณ์ที่ต้องมีการตัดสินใจ (วงจันทร์ และอรุณญา, 2539; Chally, 1997) โดยทีม

คำนี้ว่าสิ่งที่ดีสำหรับผู้ป่วยคนหนึ่งไม่จำเป็นต้องดีสำหรับผู้ป่วยอีกคนหนึ่ง ประกอบกับสังคมไทยให้การยอมรับนับถือในตัวแพทย์ว่าแพทย์เป็นผู้มีความสามารถ มีความรู้ในการรักษาโรค ผู้คนส่วนใหญ่จึงคิดว่าวิธีที่แพทย์ได้ตัดสินใจใช้ในการรักษาเป็นวิธีที่ดีที่สุดและเหมาะสมแล้ว จึงมอบหน้าที่ในการเลือกวิธีการรักษาให้กับแพทย์ และมีความเกรงใจแพทย์ตามนิสัยของคนไทยที่มักจะเกรงใจบุคลากรที่มียศตำแหน่ง ไม่กล้าถาม ไม่กล้าโต้แย้ง แพทย์ว่าอย่างไรก็ปฏิบัติตาม จนบางครั้งแพทย์เกิดความเคยชินว่าผู้ป่วยต้องทำตามทีบอก จึงไม่ได้ให้ทางเลือกหรืออธิบายเหตุผลว่าทำไมจึงต้องใช้วิธีการรักษาดังกล่าว ส่วนผู้ป่วยอีกรายบอกว่าแพทย์ได้ “ให้ทางเลือกในการรักษา” โดยครั้งแรกแพทย์ได้บอกถึงวิธีการรักษา ว่าต้องฉายแสง แต่ผู้ให้ข้อมูลไม่ต้องการให้ใช้วิธีการฉายแสง เนื่องจากรับรู้จากเพื่อนบ้านที่เป็นมะเร็งว่า การฉายแสงจะทำให้เกิดผลเสียมากกว่าผลดี แพทย์จึงให้ทางเลือกใหม่โดยเสนอวิธีการใช้เคมีบำบัด แล้วแพทย์ก็ได้รักษาตามวิธีที่ผู้ให้ข้อมูลต้องการ ทำให้ผู้ให้ข้อมูลรู้สึกพึงพอใจ สอดคล้องกับการศึกษาของทิพมาศ (2541) ที่พบว่าทีมสุขภาพได้ให้ข้อมูลซึ่งเป็นทางเลือกในการตัดสินใจในการปฏิบัติตัวจะทำให้ผู้ป่วยรู้สึกพึงพอใจมาก

### 3. ความคิดเห็นต่อวิธีการบอกความจริงเกี่ยวกับความเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็ง

จากวิธีการบอกความจริงที่ผู้ให้ข้อมูลได้ประสบส่วนใหญ่มีความพึงพอใจ ซึ่งสะท้อนออกมาเป็นความคิดเห็นใน 3 ลักษณะ คือ (1) วิธีการของหมอเหมาะสม (2) เห็นด้วยกับการบอกตรงๆ จะได้ไม่สายเกินแก้ (3) เหมือนถูกบีบบังคับให้ทำตามทีหมอบอก ซึ่งอภิปรายได้ดังนี้

ผู้ให้ข้อมูลมีความคิดเห็นว่าเป็น “วิธีการของหมอเหมาะสม” เนื่องจากผู้ให้ข้อมูลรับรู้ว่าแพทย์รู้ความจริงว่าผู้ให้ข้อมูลเป็นมะเร็งตั้งแต่การตรวจครั้งแรก แต่แพทย์ยังคงไม่ยืนยันว่าเป็นมะเร็ง บอกให้รอผลการตรวจชิ้นเนื้ออีกครั้งว่าเป็นมะเร็งหรือเนื้องอกธรรมดา ผู้ให้ข้อมูลรับรู้ว่าที่แพทย์ปฏิบัติเช่นนั้น เพื่อต้องการปลอบใจว่าอาจจะไม่เป็นเนื้อร้ายตามที่คิด และต้องการให้เวลาในการทำใจยอมรับโรคร้าย ส่วนผู้ให้ข้อมูลอีกรายรู้สึกพึงพอใจในกิริยาของแพทย์ ซึ่งขณะที่บอกความจริงได้เข้ามาจับมือผู้ให้ข้อมูล การสัมผัสเป็นวิธีการหนึ่งของการติดต่อสื่อสาร เพื่อเชื่อมโยงความรู้สึกระหว่างบุคคลเป็นองค์ประกอบสำคัญในการสร้างสัมพันธภาพ และลดช่องว่างระหว่างบุคคลในบางสถานการณ์ การสัมผัสเป็นการแสดงความรู้สึกที่มีประสิทธิภาพมากกว่าการใช้คำพูด เมื่อมีการสัมผัสร่วมกับการใช้คำพูดจะมีประสิทธิภาพ และให้ความหมายที่ลึกซึ้งมากกว่าการติดต่อโดยใช้คำพูดแต่เพียงอย่างเดียว (Hein, 1980) การสัมผัสขณะพูดคุย จะทำให้มีการสื่อความหมายถึงความเห็นอกเห็นใจ และเข้าใจผู้ป่วยได้มาก (ชอลดา, 2536) พร้อมทั้งใช้น้ำเสียงที่นุ่มนวล ก่ออๆ พูดไป คุยไป เป็นการแสดงความเห็นใจ (soft tell) และช่วยให้ผู้ให้ข้อมูลปรับตัว ยอมรับสิ่งที่เกิดขึ้นได้ ซึ่งผู้ให้ข้อมูลรายนี้เป็นมะเร็งรังไข่ระยะที่ 4 จากบทความของเคนนีย์ (Kennedy, 1998) ซึ่งศึกษาเกี่ยวกับการบอกข้อมูลให้ผู้ป่วยมะเร็งรู้เกี่ยวกับการแพร่กระจายของโรค ได้กล่าวว่า ผู้ป่วยกับ

โรคมะเร็งที่ไม่สามารถรักษาให้หายได้ และอยู่ในระยะสุดท้ายซึ่งมีแต่ความไม่แน่นอนในการรักษา แพทย์ไม่สามารถจะวางเป้าหมายในการรักษาที่ชัดเจนไว้ได้ ดังนั้นบทบาทของแพทย์ที่สำคัญ คือ การแสดงความเห็นออกเห็นใจต่อผู้ป่วย และการรักษาอย่างประคับประคอง และจากการศึกษาของ ซาร์เดล และทริเออไวเลอร์ (Sardell & Trierweiler, 1993) เกี่ยวกับการเปิดเผยข้อวินิจฉัยว่าเป็น โรคมะเร็งและวิธีการบอกที่ทำให้ผู้ป่วยมีความหวัง พบว่าผู้ป่วยต้องการให้บอกความจริงด้วยความ นุ่มนวล และต้องใช้จิตวิทยาในการบอกเพื่อช่วยในการปรับตัวของผู้ป่วย และจากการศึกษาของ พีธีท และคณะ (Peteet et al., 1991) รูปแบบที่ผู้ป่วยมะเร็งต้องการในการบอกผลการวินิจฉัยโรค พบว่า ผู้ป่วยมะเร็งต้องการให้แพทย์ แสดงความเห็นออกเห็นใจในขณะที่บอกข้อมูลต่างๆ

ผู้ให้ข้อมูลอีกรายคิดว่าวิธีของแพทย์นั้นเหมาะสมที่เปิดโอกาสให้บิดา-มารดาเป็นผู้บอกความจริงให้ทราบว่า เป็นโรคมะเร็งเมื่อก่อนแล้วในครั้งแรกแทนที่จะเป็นแพทย์ เนื่องจาก บิดา-มารดาเป็นบุคคลใกล้ชิดตัวมากที่สุด บุตรซึ่งยังอยู่ในวัยเรียน ย่อมเห็นบิดา-มารดาเป็นบุคคลที่ สำคัญที่สุด ประกอบกับผู้ให้ข้อมูลรายนี้เป็นบุตรคนเดียวจึงมีความสนิทสนมกับบิดา-มารดา มาก ดังนั้นบิดา-มารดาจึงเป็นแรงสนับสนุนทางสังคมที่สำคัญสำหรับผู้ป่วยรายนี้ ประกอบกับบิดา-มารดาเป็นผู้มีความรู้ (รับราชการ) มีทัศนคติต่อโรคมะเร็งที่เป็นกลาง ยอมรับว่ามะเร็งเป็นโรคที่ ร้ายแรงอาจทำให้เสียชีวิตได้ แต่ปัจจุบันวิทยาการทางการแพทย์ก้าวหน้าไปมาก มะเร็งบางอย่าง สามารถรักษาให้หายหรือยับยั้งได้ จากการที่บิดา-มารดา มีความเชื่อหรือเจตคติที่เป็นกลางทำให้ ถ่ายทอดความรู้สึก ความหวังโย มาสู่ผู้ให้ข้อมูลในทางที่ดี ทำให้ผู้ให้ข้อมูลมีกำลังใจ รู้สึกอบอุ่น แต่หากญาติหรือมิตรบางคน มีความเชื่อ หรือเจตคติไม่คิดต่อโรคมะเร็ง อาจถ่ายทอดความรู้สึกความ หวังโยทำให้ผู้ป่วยกังวลมากขึ้น (สมจิต, 2536)

ผู้ให้ข้อมูลอีกรายเป็นผู้ที่มีทัศนคติต่อโรคมะเร็งในด้านลบ และไม่ต้องการให้แพทย์ บอกความจริงกับตนเอง แต่เพื่อประโยชน์ในการรักษาและการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง แพทย์จึงจำเป็นต้องบอกความจริงแต่บอกเมื่อผู้ให้ข้อมูลมีอาการดีขึ้น (หลังผ่าตัด 1 เดือน) สามารถช่วยเหลือตัวเอง ได้ทำให้ตกใจเพียงเล็กน้อย ผู้ให้ข้อมูลซึ่งคิดว่าวิธีการบอกความจริงของแพทย์เหมาะสม การได้รับ การวินิจฉัยว่าเป็นโรคมะเร็งมีผลกระทบต่อจิตใจ และอารมณ์ของผู้ป่วยเป็นอย่างมาก (สมจิต, 2536) แต่การบอกความจริงให้รู้เมื่ออาการดีขึ้นแล้วทำให้ผู้ให้ข้อมูลมีกำลังใจ ประกอบกับได้รับคำ ยืนยันจากแพทย์ว่าดีขึ้นแล้ว และตัวผู้ให้ข้อมูลเองก็รู้สึกที่ดีขึ้น ทำให้ผู้ให้ข้อมูลคลายความตกใจ ไปมาก เพราะผู้ป่วยส่วนใหญ่จะให้ความศรัทธา ความเชื่อในแพทย์มาก ดังเช่นการศึกษาของสุภาณี (2536) พบว่า สิ่งเสริมสร้างขวัญและกำลังใจผู้ป่วยคือ ความเชื่อมั่นว่าแพทย์รักษาได้ การได้รับ ข้อมูลจากแพทย์ว่าการรักษาได้ผลดี และรู้สึกว่าตนเองอาการดีขึ้น

ผู้ให้ข้อมูลมีความคิดเห็นว่า “เห็นด้วยกับการบอกตรงๆ จะได้ไม่สายเกินแก้” ผู้ให้ ข้อมูลเห็นด้วยที่แพทย์ได้บอกความจริงถึงผลการวินิจฉัยโรคให้ทราบตรงๆ ว่าเป็นมะเร็ง เพราะจะ

ได้หาแนวทางการรักษาและปฏิบัติตัวได้ถูกต้องตั้งแต่แรกเริ่มซึ่งจะก่อให้เกิดผลดีต่อการรักษา หากแพทย์ไม่บอกตรงๆ มัวแต่อำอึ้ง ค่อยๆ บอกหรือปิดบังในระยะแรก ช่วงที่ความจริงยังไม่กระจ่างชัด ทำให้ปฏิบัติตัวไม่ถูกต้องอาการอาจจะแย่งกว่าเดิม เพราะรับรู้ว่ามะเร็งเป็นโรคร้ายมีการแพร่กระจายอย่างรวดเร็ว จากการศึกษาของธีระ (2523) เกี่ยวกับความต้องการทราบความจริงถึงผลการวินิจฉัยโรคของผู้ป่วยมะเร็งที่ต้องใช้เคมีบำบัด 700 ราย พบว่าผู้ป่วยที่แพทย์บอกผลการวินิจฉัยโรคว่าเป็นมะเร็งตั้งแต่แรก และในรายที่ปิดบังแล้วมาทราบความจริงภายหลัง เมื่อถามว่าต้องการทราบความจริงหรือไม่ จะได้รับคำตอบว่าต้องการทราบความจริงตั้งแต่แรกร้อยละ 90 ด้วยเหตุผลที่คล้ายคลึงกันคือ ต้องการวางแผนชีวิตในปัจจุบัน

ส่วนอีกความคิดเห็นเป็นความคิดเห็นที่ผู้ให้ข้อมูลมีต่อวิธีการบอกความจริงถึงวิธีการรักษาของทีมสุขภาพว่า “เหมือนถูกบีบบังคับให้ทำตามที่เขาบอก” ผู้ให้ข้อมูลได้รับการบอกวิธีการรักษาจากแพทย์ว่าต้องผ่าตัดเต้านมทั้งข้างเดียว โดยที่แพทย์ไม่ได้บอกถึงทางเลือกในการรักษา เมื่อผู้ให้ข้อมูลร้องขอที่จะทราบถึงวิธีการรักษาอื่นๆ เพื่อหลีกเลี่ยงการตัดเต้านมทั้งข้างเดียว ไม่ได้ให้โอกาสที่จะเลือกรักษาด้วยวิธีอื่นๆ และต้องการคำตอบจากผู้ให้ข้อมูลวันนั้นเลยว่า จะผ่าตัดหรือไม่ ผู้ให้ข้อมูลกำลังเกิดความสับสนในการได้รับการบอกความจริงเกี่ยวกับการวินิจฉัยโรคและการรักษา ว่าควรรักษาอย่างไรและต้องการหาข้อมูลเพิ่มเติมเมื่อแพทย์ต้องการคำตอบในวันนั้น จึงรู้สึกว่าการบีบบังคับ เพราะผู้ให้ข้อมูลไม่ต้องการที่จะตัดเต้านมทั้งข้างเดียว เนื่องจากจะเป็นการสูญเสียอวัยวะที่สำคัญทำให้รู้สึกสูญเสียความเป็นเพศหญิง อาจเป็นปฏิกิริยาตอบสนองของการรับรู้ว่าต้องสูญเสียในระยะแรก ซึ่งผู้ให้ข้อมูลยังทำใจยอมรับไม่ได้ที่จะต้องสูญเสียเต้านม โดยเฉพาะเมื่อการสูญเสียนั้นเกิดขึ้นโดยกะทันหัน ไม่ได้มีการเตรียมตัวเตรียมใจมาก่อน (Bowly, 1961 cite by Bower, 1980) และเพื่อที่จะป้องกัน ตนเองให้พ้นจากสภาวะดังกล่าว ผู้ให้ข้อมูลจึงต้องการทางเลือกในการรักษาด้วยวิธีอื่นๆ สอดคล้องกับการศึกษาของเลย์ดอน และคณะ (Leydon et al., 2000) เกี่ยวกับความต้องการข้อมูล และพฤติกรรมการแสวงหาข้อมูลของผู้ป่วยมะเร็งที่พบว่า ความต้องการประการหนึ่งก็คือทางเลือกในการรักษา ประกอบกับผู้ให้ข้อมูลยังเป็นโรค เต้านมซึ่งเป็นสิ่งที่รักและมีคุณค่ามากสิ่งหนึ่ง และรู้สึกว่า เป็นสิ่งที่ เป็นเสน่ห์ของตน จึงรู้สึกสูญเสียภาพลักษณ์ทางเพศ หากต้องตัดเต้านมทั้งข้างเดียว ทำให้เกิดการสูญเสียความรู้สึกที่ดีต่อตนเอง ความภูมิใจ และความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลง มีผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตและบทบาทในสังคมอย่างมาก สอดคล้องกับการศึกษาของสุนีย์ และนันทา (2540) ในเรื่องความวิตกกังวลของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเต้านมทั้งข้างเดียว พบว่าการผ่าตัดเต้านมทั้งข้างเดียวเป็นสภาวะที่ทำให้ผู้ป่วยทุกคนต้องสูญเสียความเป็นเพศหญิง มีการเปลี่ยนแปลงภาพลักษณ์ ทำให้กระทบแผนการดำเนินชีวิต และบทบาทของตนเอง ในสังคมเปลี่ยนแปลงไป

นอกจากนี้ยังพบว่า จริยธรรมอย่างหนึ่งที่แพทย์พึงมีต่อผู้ป่วยก็คือ การเคารพในสิทธิผู้ป่วยที่จะต้องได้ข้อมูลที่จำเป็นเพื่อประกอบการตัดสินใจดังบทความ “ความจำเป็นในจริยธรรมของแพทย์ต่อผู้ป่วย” ในนิตยสารอเมริกันวันนี้ ได้กล่าวถึงจริยธรรมต่อการให้ทางเลือกกับผู้ป่วย แม้ว่าการรักษาของแพทย์ที่นิยมปฏิบัติโดยทั่วไปเป็นการรักษาตามทฤษฎี หรือแนวทางที่ได้ศึกษาโดยคำนึงถึงความปลอดภัยและประสิทธิผลอันสูงสุดที่จะเกิดขึ้นต่อผู้ป่วย แต่อย่างไรก็ตามต้องคำนึงถึงการให้ทางเลือกอื่นๆ กับผู้ป่วยด้วย และให้ผู้ป่วยเป็นผู้เลือกเอง แม้ว่าทั้ง 2 วิธีจะมีจุดมุ่งหมายเดียวกันคือเป็นการป้องกันและรักษาอาการเจ็บป่วย แต่หลักสำคัญสิ่งแรกที่ต้องพิจารณา คือสิทธิของผู้ป่วยที่จะต้องได้รับข้อมูล และเป็นความต้องการของผู้ป่วยด้วย เพื่อจะได้ใช้ประกอบในการตัดสินใจเลือกแนวทางการรักษาที่ดีที่สุด (“Physicians’ ethical”, 2000)

#### 4. ความรู้สึกเมื่อได้รับการบอกความจริงเกี่ยวกับความเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็ง

จากเหตุการณ์ต่างๆ ที่ผู้ให้ข้อมูลได้ประสบในขณะที่ได้รับการบอกความจริงเกี่ยวกับความเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งจากทีมสุขภาพ ทำให้ผู้ให้ข้อมูลสะท้อนความรู้สึกออกมาใน 5 ลักษณะ คือ (1) ไม่ตกใจเมื่อรับรู้ ผู้ความจริง (2) ตกใจกลัว เพราะความตายอยู่ใกล้ตัว (3) ทำไม่ถึงต้องเป็นเรา (4) เครียด สับสน กังวลใจ ทำอย่างไรให้หายจากโรคร้าย และ(5) เป็นห่วงพ่อ-แม่ต่อไปใครจะดูแล ซึ่งอภิปรายได้ดังนี้

ความรู้สึก “ไม่ตกใจเมื่อรับรู้ ผู้ความจริง” ผู้ให้ข้อมูลได้สะท้อนออกมาใน 5 ลักษณะ คือ (1) ไม่ตกใจ หากเป็นอะไรไปไม่มีใครต้องเป็นห่วง (2) ไม่ตกใจ เพราะเป็นไปตามที่คิดไว้ (3) ไม่ตกใจ เพราะเชื่อว่าเป็นไปตามความประสงค์ของพระเจ้า (4) ถึงจะตกใจไป ก็ทำอะไรไม่ได้ และ (5) รู้ความจริงเมื่ออาการดีขึ้นแล้ว จึงไม่ค่อยตกใจ ผู้ให้ข้อมูลเป็นหญิงหม้ายอยู่ตัวคนเดียวไม่มีลูก เมื่อรับทราบความจริงว่าเป็นโรคมะเร็งจึง “ไม่ตกใจ หากเป็นอะไรไปไม่มีใครต้องเป็นห่วง” แม้จะรับรู้ว่าโรคมะเร็งอาจทำให้เสียชีวิต เพราะเป็นมะเร็งในระยะที่ 4 แต่คิดว่าหากตายไปก็สิ้นสุดลงเท่านั้น ไม่มีลูกที่ต้องได้รับความลำบากเพราะไม่มีแม่คอยเลี้ยงดู ไม่มีสามีที่ต้องขาดภรรยาคอยดูแล ส่วนผู้ให้ข้อมูลอีกราย แม้ว่าจะมีครอบครัวมีบุตรถึง 7 คน แต่ก็รู้สึกตกใจเมื่อรับทราบความจริง เพราะลูกๆ ทั้ง 7 คนแต่งงานมีครอบครัวหมดแล้ว และมีหน้าที่การงานที่สามารถจะเลี้ยงดูครอบครัวได้อย่างสบาย ไม่ขึ้นสน ครอบครัวยู่ด้วยกันอย่างมีความสุข แม้ว่าลูกๆ จะอยู่ต่างจังหวัดก็ได้หัดเปลี่ยนกันมาเยี่ยมเยียนบ่อยครั้ง ส่งเงินมาให้ผู้ให้ข้อมูลและภรรยาใช้จ่ายทุกเดือน หากต้องเสียชีวิตจากโรคร้ายก็ไม่ต้องเป็นห่วงลูกๆ ส่วนภรรยาก็คงได้รับการดูแลจากลูกๆ เป็นอย่างดี สอดคล้องกับที่ชูชัน (2541) ได้กล่าวไว้ว่าผู้ป่วยที่อยู่ในวัยสูงอายุไม่มีภาระหน้าที่รับผิดชอบต่อ



ครอบครัว เป็นวัยที่ได้ประสบความสำเร็จตามที่คาดหวังไว้คือส่งบุตรเรียนจบ และมีงานทำทุกคน บุคคลเหล่านี้ส่วนใหญ่มีการดำเนินชีวิตอย่างสงบ จึงไม่รู้ลึกว่าการเจ็บป่วย ทำให้ชีวิตล้มเหลว ขอมรับสภาพการเจ็บป่วยและความตายได้

ความรู้สึก “ไม่ตกใจ เพราะเป็นไปตามที่คิดไว้” เกิดขึ้นเนื่องจากผู้ให้ข้อมูลสงสัยในท่าทีของแพทย์เมื่อถามถึงผลการวินิจฉัยโรคว่าเป็นโรคอะไร แพทย์ก็มีท่าทีอึ้งๆ พูดบายเบี่ยงไม่บอกว่าเป็นโรคอะไร แต่กลับเรียกรรยาผู้ให้ข้อมูลออกไปพูดคุยด้วย ในที่ๆ ผู้ให้ข้อมูลไม่สามารถได้ยินข้อความที่พูดคุยกัน ทำให้ผู้ให้ข้อมูลคิดสงสัยว่าตนเองคงเป็นโรคร้ายที่แพทย์มักจะไม่นกล้าบอกให้ผู้ป่วยทราบ นั่นก็คือ โรคมะเร็ง เพื่อให้ข้อสงสัยนั้นหมดไป ผู้ให้ข้อมูลจึงเข้ารับการตรวจจากโรงพยาบาลอีกแห่ง เมื่อได้รับการบอกความจริงว่าเป็นโรคมะเร็ง จึงไม่ได้ตกใจ เพราะเป็นไปตามที่คิดไว้ มีผู้ป่วยจำนวนมากที่รับรู้ว่าเป็นมะเร็งจริงๆ ที่บุคลากรทีมสุขภาพไม่ได้บอกความจริงให้ทราบ โดยผู้ป่วยอาจจะรับรู้ว่าเป็นมะเร็งจากผู้ป่วยที่มีอาการแสดงคล้ายกัน จากสื่อต่างๆ จากท่าทีของผู้คนรอบข้างที่เปลี่ยนแปลงไปไม่ว่าญาติหรือแพทย์ อาจจะมีการพูดจาซุบซิบกัน พยายามหลบเลี่ยงไม่พูดถึงเรื่องการเจ็บป่วย (รัตนา, 2541) เนื่องจากมีผู้ที่ป่วยเป็นโรคมะเร็งเพิ่มขึ้นทุกๆ ปี และมีอัตราการตายสูง นับเป็นอันดับหนึ่งของสาเหตุการเสียชีวิตทางการแพทย์ จึงถือว่ามีมะเร็งเป็นโรคที่เป็นปัญหาทางสาธารณสุขของประเทศ ในทางปฏิบัติความตระหนักในการป้องกันหรือหลีกเลี่ยงการได้รับหรือสัมผัสกับปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็ง ยังไม่ได้รับการใส่ใจหรือถือปฏิบัติอย่างจริงจังเท่าที่ควร อีกทั้งเมื่อพบว่าเป็นโรคมะเร็งแล้ว ผู้ป่วยมักไม่เร่งรีบมารับการรักษา อาจเนื่องจากยังตรวจไม่พบว่าเป็นมะเร็ง หรือรู้ว่าเป็นมะเร็งแต่ด้วยความรู้เท่าไม่ถึงการณ์ไปรับการรักษาที่ผิดวิธี ผู้ป่วยมักมาพบแพทย์เมื่อภาวะของโรคลุกลามไปยังอวัยวะใกล้เคียงแพร่กระจายไปแล้ว ทำให้ยากต่อการควบคุมภาวะของโรคและไม่สามารถรักษาให้หายได้ (อุปมา, 2541) ดังนั้นจะเห็นได้ว่าในปัจจุบันจะมีการประชาสัมพันธ์เกี่ยวกับโรคมะเร็งตามสื่อต่างๆ มากมาย มีการให้ข้อมูล ให้ความรู้ เกี่ยวกับการปฏิบัติตนเพื่อให้พ้นภัยโรคมะเร็ง การเฝ้าสังเกตอาการผิดปกติที่เกิดขึ้น เพื่อได้รับการตรวจวินิจฉัยพบภาวะการเป็นโรคมะเร็งตั้งแต่วัยแรก แล้วได้รับการรักษาอย่างถูกต้อง ซึ่งมีโอกาสที่จะหายขาดจากโรคได้ร้อยละ 70-90 (Kumar, Cotran & Robbins, 1992) ในปัจจุบันบุคคลส่วนใหญ่จึงรู้จักโรคมะเร็ง รับรู้ถึงอาการและอาการแสดง ไม่ว่าจะบุคลากรทีมสุขภาพหรือครอบครัวจะปกปิดความจริงอย่างไร ผู้ป่วยก็ยังรับรู้ได้ว่าตนเป็นโรคมะเร็ง

ผู้ให้ข้อมูลรายหนึ่งนับถือศาสนาอิสลาม เมื่อรับทราบความจริงว่าเป็นโรคมะเร็งก็ “ไม่ตกใจ เพราะเชื่อว่าเป็นไปตามความประสงค์ของพระเจ้า” เชื่อว่าทุกสิ่งทุกอย่างที่เกิดขึ้นเป็นเพราะพระเจ้าบันดาลให้เกิดขึ้น ศาสนาอิสลาม สอนให้เชื่อในพระเจ้า ขอมรับในสิ่งที่พระเจ้าประทานมา ขอมรับในการเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็ง ดังที่วันทิวา (2540) ได้กล่าวไว้ว่าผู้ที่นับถือศาสนาอิสลาม หากต้องตายก็เชื่อว่าพระเจ้าต้องการให้ตาย เพราะความตายคือ จุดหมายปลายทางของการเดินทาง

จากชีวิตนี้สู่ชีวิตใหม่ ความตายเป็นสิ่งที่ทำให้มนุษย์มีความสมบูรณ์ เมื่อวาระของความตายมาถึงอย่างแน่ชัดการปฏิเสธความตายเป็นสิ่งไม่ควรทำ เพราะนอกจากจะไม่เกิดประโยชน์อะไรแล้วยังเป็นการเสียเวลาไร้เหตุผล และยังเป็นการยืดเวลาของความทุกข์ทรมานต่อไป ดังนั้นจึงไม่ตกใจแม้จะเป็นโรคที่ร้ายแรงและต้องเสียชีวิต ผู้ให้ข้อมูลรายนี้มีความเชื่ออำนาจภายนอกตนสูง (external locus of control) รับรู้ว่าการเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งขึ้นอยู่กับพระเจ้าซึ่งเป็นอิทธิพลของอำนาจภายนอกที่ตนไม่สามารถควบคุมได้ ซอลดา (2536) กล่าวว่าความเชื่อของบุคคลที่มีอิทธิพลต่อความคิดความเชื่อในสิ่งศักดิ์สิทธิ์หรือพระเจ้าผู้เป็นเจ้าของ ทำให้สามารถควบคุมหรือเอาชนะต่อสิ่งที่คุกคามบางอย่างได้ และจากการศึกษาของอังคุมา (2534) พบว่าผู้ป่วยมะเร็ง ซึ่งนับถือศาสนาอิสลามมีความเชื่อว่า พระเจ้าหรืออัลเลาะห์เป็นผู้สร้างและกำหนดชะตาชีวิตของชาวอิสลามทุกคน การเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งจึงเสมือนพระเจ้ากำหนดมา และการที่จะหายจากโรคหรือไม่ก็เป็นสิ่งที่พระเจ้าเป็นผู้บงการ ซึ่งผู้วิจัยได้วิเคราะห์ว่าผู้ที่นับถือศาสนาอิสลาม มีความเชื่ออำนาจภายนอกตนสูง

ส่วนผู้ให้ข้อมูลอีก 2 ราย ให้เหตุผลที่ต่างออกไปว่า “ถึงจะตกใจไปก็ทำอะไรไม่ได้” ผู้ให้ข้อมูลรายนี้ทำใจยอมรับความจริงได้โดยไม่มีอาการตกใจต่างๆ ที่รับรู้ว่ามะเร็งเป็นโรคที่รักษาไม่หาย และบอกว่าถึงจะตกใจไปก็ไม่ทำอะไรดีขึ้น อาจเกิดจากประสบการณ์ความคุ้นเคยของผู้ป่วยที่ได้อยู่ใกล้ชิดกับญาติๆ ที่ป่วยเป็นมะเร็งลำไส้เหมือนตนถึง 3 คน ซึ่งประสบการณ์ทำให้ผู้ให้ข้อมูลเข้าใจและยอมรับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นได้ และปัจจุบันญาติๆ ทั้ง 3 คน ยังคงมีสุขภาพที่แข็งแรงสามารถช่วยเหลือตัวเองได้ดี ซึ่งญาติหนึ่งในสามคนนั้นเป็นมะเร็งมานานประมาณ 10 ปี ผู้ให้ข้อมูลจึงรับรู้ว่าหากปฏิบัติตัวตามแพทย์แนะนำก็สามารถมีชีวิตได้ยืนยาวเช่นกัน ส่วนผู้ให้ข้อมูลอีกราย “รู้ความจริงเมื่ออาการดีขึ้น จึงไม่ค่อยตกใจ” เพราะช่วงที่รับทราบความจริงเป็นช่วงหลังการผ่าตัดผู้ป่วยมีอาการดีขึ้น สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ แม้จะรับรู้ว่าผู้ป่วยมะเร็งจะมีชีวิตไม่ยืนยาว แต่ผู้ให้ข้อมูลก็ตกใจเพียงเล็กน้อย เมื่อรับทราบความจริง เพราะรับรู้ว่าแพทย์ได้ผ่าตัดเอามะเร็งออกไปจากตัวแล้ว และเชื่อในความสามารถของแพทย์ว่าสามารถจะรักษาให้ตนมีชีวิตยืนยาวได้ ซึ่งผู้ป่วยรายนี้เป็นผู้สูงอายุที่มีการศึกษาน้อย สอดคล้องกับการศึกษาของ ทิพมาส (2541) พบว่าผู้ป่วยมะเร็งปอดที่รับทราบความจริงถึงผลการวินิจฉัยโรคบางรายไม่ได้รู้สึกกังวลมาก ไม่ได้คิดว่าป่วยเป็นโรคร้ายแรง คิดว่ารักษาได้เพราะมีอาการดีขึ้นภายหลังรักษา

ส่วนความรู้สึกรู้สึก “ตกใจกลัว เพราะความตายอยู่ใกล้ตัว” สะท้อนออกมาใน 2 ลักษณะคือ (1) ตกใจ กลัวตาย และ (2) ไม่กลัวตาย แต่ก็คิดถึงความตาย เนื่องจากผู้ให้ข้อมูลรับรู้ว่ามะเร็งเป็นโรคร้าย ไม่สามารถรักษาให้หายได้ ต้องใช้เวลาในการรักษานาน อัตราการตายสูง และจากประสบการณ์ที่เห็นเพื่อนบ้านที่ป่วยเป็นโรคมะเร็งมักจะเสียชีวิตในเวลาอันรวดเร็ว “จึงตกใจกลัวตาย” สอดคล้องกับการศึกษาของสิริวรรณ (2542) ซึ่งพบว่ากลุ่มผู้ให้ข้อมูลที่เป็นผู้ป่วยมะเร็ง 9 ใน 11 ราย เมื่อได้รับทราบความจริงจากแพทย์ว่าเป็นโรคมะเร็ง ผู้ให้ข้อมูลรู้สึก ไม่คาดคิด กลัวตาย

กลัวเจ็บ เนื่องจากมีการรับรู้ต่อโรคในทางลบจากญาติพี่น้อง สอดคล้องกับการศึกษาของสิริลักษณ์ (2541) ที่พบว่าผู้ให้ข้อมูล 9 ใน 11 ราย เมื่อรับทราบว่าเป็นโรคมะเร็งรู้สึกกลัวตาย เพราะรับรู้ว่ามีผู้ป่วยมะเร็งเสียชีวิตเร็ว มีผู้รอดชีวิตน้อยหรือไม่มีเลย สอดคล้องกับการศึกษาของกนกนุช (2541) เกี่ยวกับประสบการณ์ชีวิตของสตรีไทยที่ป่วยเป็นมะเร็งเต้านม พบว่าผู้ให้ข้อมูลส่วนหนึ่งตกใจจนงง ต่อการได้รับการบอกความจริงว่าเป็นโรคมะเร็งเต้านม และกลัวว่าตนเองจะต้องตาย คงไม่มีทางรอด สอดคล้องกับการศึกษาของสุภาณี (2536) เกี่ยวกับรูปแบบการช่วยเหลือผู้ป่วยมะเร็งระบบโลหิตในการเผชิญโรค พบว่าผู้ให้ข้อมูล 13 ใน 20 ราย มีความกังวลเกี่ยวกับการรอดชีวิต เนื่องจากรับรู้ว่าเป็นโรคที่รักษาไม่หาย เป็นแล้วต้องตาย และสอดคล้องกับที่วิลสัน (Wilson, 1990) กล่าวว่าผู้ป่วยที่รับรู้ว่าเป็นมะเร็งจะมีปฏิกิริยา ซ็อก ปฏิเสธ ไม่เชื่อ โกรธ เศร้า โศก ซึมเศร้า และคิดถึงความตายได้

ผู้ให้ข้อมูลบางรายแม้บอกว่า “ไม่กลัวตาย แต่ก็คิดถึงความตาย” เนื่องจากยังมีภาระหน้าที่ที่ต้องรับผิดชอบ ต้องเลี้ยงดูบิดา-มารดา ดังนั้นจึงกังวลว่าหากต้องตายไป จะไม่มีใครดูแลบุคคลเหล่านั้น อาจเนื่องจากเป็นลักษณะสังคมครอบครัวไทย ยึดถือและผูกพันกับครอบครัวมาก คนไทยโดยมากจะมีความรักครอบครัวสูง ลูกหลานจะมีหน้าที่เลี้ยงดูบิดา-มารดา เพื่อทดแทนบุญคุณที่ได้เลี้ยงดูมาซึ่งเป็นสิ่งที่ทดแทนไม่หมด (ไพฑูรย์, 2542) จากการศึกษาของมาลินี (2535) เกี่ยวกับทัศนคติต่อค่านิยมเกี่ยวกับครอบครัวในสังคมไทย โดยสัมภาษณ์ประชาชน 677 ราย พบว่าประชาชนมีความคิดเห็นว่าการดูแลบิดา-มารดาเมื่อยามชรา เป็นหน้าที่และความรับผิดชอบของลูกร้อยละ 99.6 จากการศึกษาของจันทิรา (2543) พบว่าผู้ให้ข้อมูลบางรายเมื่อรับทราบความจริงว่าป่วยเป็นโรคมะเร็ง แม้ว่าจะสามารถปรับตัวยอมรับในความเจ็บป่วยครั้งนี้ได้ บอกว่ารู้สึกเฉยๆ ไม่กลัวตาย เพราะคิดว่าความตายเป็นเรื่องธรรมดา แต่ก็ยังคิดถึงความตายจึงขอพรพระเจ้าให้หายจากโรค ถ้าไม่หายก็ขอให้อยู่ให้นานที่สุด เพราะลูกๆ ยังเล็กอยู่

ความรู้สึก “ทำไมถึงต้องเป็นเรา” เกิดเนื่องจากผู้ให้ข้อมูลเป็นโรคมะเร็งลำไส้ขณะอายุ 23 ปี และได้รับการบอกจากแพทย์ว่าโรคมะเร็งส่วนใหญ่จะพบในผู้ป่วยวัยกลางคนกับผู้สูงอายุ ในคนที่อายุน้อยๆ จะพบว่าเป็นมะเร็งลำไส้เล็กน้อยมากใน 100 คน พบ 3 คน ตั้งแต่จบเป็นแพทย์มาหลายปี พบผู้ให้ข้อมูลเป็นคนที่ 3 ที่เป็นโรคมะเร็งลำไส้ที่มีอายุน้อย ทำให้ผู้ให้ข้อมูลคิดว่าทำไมถึงต้องเป็นคนด้วยที่ต้องเป็นหนึ่งในผู้โชคร้ายนั้น ส่วนผู้ให้ข้อมูลอีกรายรับรู้ว่าคุณภาพดีมาตลอดไม่เคยเจ็บป่วยจนต้องลางาน ออกกำลังกายทุกเช้า น่าจะมีภูมิคุ้มกันโรคที่ดี ไม่น่าจะเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็ง สอดคล้องกับการศึกษาของสิริลักษณ์ (2541) ที่พบว่าผู้ให้ข้อมูลทุกรายไม่เคยคิดว่าตนเองจะเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งเนื่องจากผู้ป่วยส่วนใหญ่มีสุขภาพดี และมีการดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคเช่นเลือกรับประทานอาหารที่ไม่มีไขมันสูง จากความเชื่อของบุคคลทั่วไป คิดว่าสาเหตุหนึ่งของการเกิดโรคมะเร็ง คือระบบภูมิคุ้มกันที่อ่อนแอลงหรือเกิดความบกพร่องในการทำหน้าที่

จึงปล่อยให้เซลล์มะเร็งซึ่งเป็นสิ่งแปลกปลอมเจริญเติบโตอย่างอิสระจนกลายเป็นก้อนมะเร็ง (อุปมา, 2541; Carignan, 1993) ประกอบกับการรับรู้ความจริงว่าเป็นโรคมะเร็งทำให้สูญเสียความมั่นใจและความปลอดภัยในชีวิต เป็นสิ่งที่ผู้ให้ข้อมูลไม่เคยคาดคิดมาก่อนจึงรู้สึกที่ว่า “ทำไมถึงต้องเป็นเรา” ซึ่งเป็นระยะของการปฏิเสธไม่ยอมรับความจริงเมื่อได้ทราบข่าวร้าย

ความรู้สึก “เครียด สับสน กังวลใจ ทำอย่างไรให้หายจากโรคร้าย” ความรู้สึกนี้เกิดขึ้นเนื่องจากผู้ให้ข้อมูลมีความมั่นใจมากกว่าก่อนเนื่องจากที่ด้านมเป็นก้อนเนื้อธรรมดา เพราะเมื่อพบว่ามีก้อนได้รับไปรับการตรวจรักษาทันที ผลการตรวจจากอูดตราชาวดีไม่ได้บอกว่าเป็นมะเร็ง และได้รับคำยืนยันจากแพทย์ว่าเป็นก้อนเนื้อธรรมดา ประกอบกับไม่มีอาการผิดปกติใดๆ จึงมีความมั่นใจมากกว่าเป็นก้อนเนื้อธรรมดา เมื่อผ่าตัดออกก็คงหมดปัญหา แต่หลังผ่าตัดผลปรากฏออกมาว่าเป็นมะเร็ง จึงเป็นสิ่งที่เหนือความคาดหมาย ไม่เคยคิดมาก่อนว่าหากเป็นก้อนเนื้อร้าย จะต้องรักษาอย่างไรจึงจะได้ผลดี จึงเป็นสาเหตุให้เกิดความเครียด สับสน กังวล ว่าควรจะทำอย่างไรจึงจะได้ผลดี หายจากโรคร้าย เช่นเดียวกับผู้ให้ข้อมูลอีกราย ซึ่งเป็นมะเร็งเม็ดเลือดขาว จากการไปรับการตรวจรักษาหลายครั้ง แพทย์ได้วินิจฉัยว่าเป็นโรคอื่นๆ ซึ่งไม่เคยกล่าวถึงโรคมะเร็ง เมื่อถูกส่งตัวมารับการรักษาอีก โรงพยาบาลหนึ่งจึงได้รับทราบความจริงว่าเป็นโรคมะเร็ง ทำให้เกิดความกังวลว่าแพทย์จะรักษาด้วยวิธีใด และวิธีที่แพทย์ใช้จะทำให้หายจากโรคมะเร็งหรือไม่ เพราะรับรู้ที่โรคมะเร็งรักษาไม่หาย รู้สึกขาดความเชื่อมั่นว่าก้อนมะเร็งจะตอบสนองต่อการรักษาหรือไม่ (Weisman, 1979) สอดคล้องกับการศึกษาของสุภาณี (2536) ซึ่งพบว่าผู้ให้ข้อมูลทุกรายเมื่อรับทราบความจริงว่าเป็นโรคมะเร็งจะมีความวิตกกังวลด้านการรักษาและผลของการรักษา กังวลเกี่ยวกับการกระทำของทีมสุขภาพเกรงว่าจะให้การรักษาช้าหรือไม่มียารักษา และความไม่แน่นอนในผลของการรักษา

อีกทั้งความรู้สึกหนึ่งคือ “เป็นห่วงพ่อ-แม่ ต่อไปใครจะดูแล” เนื่องจากผู้ให้ข้อมูลมีหน้าที่หาเงินเลี้ยงดูบิดา-มารดา ซึ่งมีอายุมากแล้ว แต่เมื่อได้รับการบอกความจริงว่าเป็นโรคมะเร็งจึงเกรงว่าร่างกายจะไม่แข็งแรงไม่สามารถทำงานเลี้ยงดูบิดา-มารดาได้ และตนต้องเข้ารับการรักษาเป็นระยะๆ ต้องหยุดงาน ซึ่งเป็นงานรับจ้างทำให้ไม่มีรายได้ หากตนไม่แข็งแรงตลอดไปจะมีใครดูแลบิดา-มารดา เพราะลูกคนอื่นๆ มีครอบครัวแยกออกไปหมดแล้ว ฐานะทางการเงินก็พอกินพอใช้ อายุก็มากแล้วเช่นกันคิดว่าคงไม่สามารถเลี้ยงดูบิดา-มารดาได้ สอดคล้องกับการศึกษาของสุภาณี (2536) ที่พบว่าผู้ให้ข้อมูล 13 ใน 20 ราย เมื่อรับทราบความจริงว่าเป็นโรคมะเร็ง จะมีความรู้สึกกังวลเกี่ยวกับครอบครัว เป็นห่วงลูก ห่วงบิดา-มารดา ที่ตนเองร่างกายไม่แข็งแรงไม่สามารถทำหน้าที่ดูแลได้ เนื่องจากสังคมไทยได้ปลูกฝังค่านิยมของความกตัญญูกตเวที ความสำนึกในหน้าที่และความรับผิดชอบในบทบาทของผู้เป็นลูกไว้ชัดเจนว่า ลูกมีหน้าที่เลี้ยงดูบิดา-มารดาที่แก่เฒ่า เพื่อทดแทนบุญคุณบิดา-มารดาที่ได้เลี้ยงดูตนมา ดังนั้นเมื่อร่างกายไม่แข็งแรงไม่สามารถทำงานหาเงิน

เลี้ยงดูบิดา-มารดาได้ ทำให้เป็นห่วงว่าหากบิดา-มารดาแก่ชราลงกว่านี้ไม่สามารถทำงานได้เอง จะมีใครเป็นผู้ดูแลคอยหาเงินเลี้ยงดูบิดา-มารดา

## 5. ผล/ผลกระทบของการได้รับการบอกความจริงเกี่ยวกับความเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็ง

จากความหมายและความรู้สึกต่อการได้รับการบอกความจริงเกี่ยวกับความเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็ง รวมถึงความคิดเห็นต่อวิธีการบอกความจริงของทีมสุขภาพที่ผู้ให้ข้อมูลได้อธิบายไว้ ก่อให้เกิดผล/ผลกระทบของการได้รับการบอกความจริงใน 2 ลักษณะ คือ ด้านบวก และด้านลบ

5.1 ด้านบวก จากเหตุการณ์ต่างๆ ที่ได้ประสบมาก่อนให้เกิดผลดีต่อผู้ให้ข้อมูล ใน 2 ลักษณะ คือ (1) ได้รับความหวังใจ กำลังใจจากเพื่อนฝูง และ (2) โลงใจไม่ใช่เอดส์ ซึ่งอภิปรายได้ดังนี้

ผลจากการได้รับทราบว่าเป็นมะเร็งทำให้ “ได้รับความหวังใจ กำลังใจจากเพื่อนฝูง” จากบุคคลรอบข้าง เพื่อนๆ และผู้ร่วมงานแวะเวียนผลัดเปลี่ยนกันมาพูดคุย กอดถามไถ่ทุกข์สุข ให้กำลังใจ หาหนังสือเกี่ยวกับโรคมะเร็งด้านมและการรักษามาให้อ่าน ทำอาหารที่คิดว่ามีผลดีต่อการรักษาโรคมะเร็งมาให้รับประทาน แม้แต่เพื่อนร่วมงานที่รู้สึกว่ามีสัมพันธภาพที่ไม่ดีต่อกันก็เข้ามาพูดคุย แสดงความเห็นอกเห็นใจ และคนใกล้ตัวที่เลิกกันไป ก็เข้ามาพูดคุย แสดงความเป็นห่วง ให้กำลังใจ ทำให้รู้ว่ามีคนเป็นห่วงอีกมาก สภาพสังคมที่ผู้ให้ข้อมูลอยู่อาศัย มีลักษณะเป็นสังคมชนบทไทยมีการทำกิจกรรมร่วมกัน มีการช่วยเหลือเอื้อเฟื้อเผื่อแผ่ซึ่งกันและกัน เมื่อผู้ให้ข้อมูลป่วยเป็นโรคมะเร็ง เพื่อนๆ จึงให้การเอาใจใส่ดูแล แสดงความเอื้ออาทร เห็นอกเห็นใจ ทำให้ผู้ให้ข้อมูลรับรู้ถึงความรักความเอาใจใส่จากเพื่อนๆ เป็นแรงสนับสนุนทางสังคมด้านหนึ่งที่ทำให้ผู้ให้ข้อมูลมีพลังในการดำรงชีวิตอยู่ รู้สึกว่าตนเองได้รับการยอมรับ ความมีคุณค่าของตนเองยังคงอยู่ ซึ่งเป็นการได้รับการตอบสนองด้านความต้องการขั้นพื้นฐานของมนุษย์ทางสังคม ทำให้มีกำลังใจ รู้สึกว่าไม่ถูกทอดทิ้ง เพราะผู้ให้ข้อมูลรับรู้ว่ามีมะเร็งเป็นโรคน่ารังเกียจ ไม่ต้องการให้ใครรู้ เกรงจะเป็นที่รังเกียจของเพื่อนๆ สอดคล้องกับการศึกษาของอารี (2541) ซึ่งพบว่ากลุ่มตัวอย่างร้อยละ 65 กลัวถูกทอดทิ้ง รู้สึกตนเองน่ารังเกียจ และรู้สึกอายที่เป็นโรคมะเร็ง เมื่อเพื่อนๆ รับทราบความจริงว่าผู้ให้ข้อมูลเป็นมะเร็ง นอกจากจะไม่แสดงอาการรังเกียจกลับแสดงความหวังใจ ให้ความใกล้ชิดมากกว่าเดิม จึงทำให้มีความรู้สึก ด้านบวกต่อการได้รับทราบความจริง

ผลดีของการรับรู้ว่าเป็นมะเร็งอีกประการก็คือ “โลงใจไม่ใช่เอดส์” เนื่องจากผู้ให้ข้อมูลมีความกังวลเกี่ยวกับอาการเจ็บป่วยของตน เกรงว่าจะเป็นโรคเอดส์เนื่องจากได้อ่านหนังสือและรู้ว่าโรคเอดส์มีอาการท้องเสีย อาเจียน ซึ่งตรงกับอาการที่เกิดขึ้น ประกอบกับผู้ให้ข้อมูลอยู่ในวัยหนุ่ม มีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเป็นโรคเอดส์ รับรู้ว่าโรคเอดส์เป็นแล้วไม่มีทางรักษา อาการทุกข์ทรมาน ถูกปฏิเสธจากสังคม เนื่องจากถูกมองว่าเกิดจากพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม (จงกลลักษณ์,

2539) ซึ่งพฤติกรรมเหล่านี้สามารถควบคุมหรือป้องกันได้หากมีความตั้งใจ แต่มะเร็งไม่ได้เกิดจากพฤติกรรมดังกล่าว มะเร็งเป็นโรคที่เกิดจากเชื้อโรควางชนิด การเปลี่ยนแปลงทางพันธุกรรมระบบภูมิคุ้มของร่างกาย รวมถึงสิ่งแวดล้อมต่างๆ (นรินทร์, 2541; Carignan, 1993) ซึ่งยากต่อการควบคุมหรือป้องกัน ผู้ป่วยโรคมะเร็งจะได้รับความเห็นอกเห็นใจจากสังคม จึงรู้สึกโล่งใจเมื่อรับทราบความจริงว่าเป็นโรคมะเร็ง และเชื่อว่ามะเร็งถ้าได้สามารถรักษาให้หายได้ โดยการผ่าตัดส่วนที่เป็นมะเร็งทิ้งไป จึงไม่น่ากลัวเหมือนโรคเอดส์

5.2 ด้านลบ จากเหตุการณ์ต่างๆ ที่ได้ประสบมาในการได้รับการบอกความจริงเกี่ยวกับความเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งก่อให้เกิดปัญหาต่อผู้ให้ข้อมูลใน 3 ลักษณะคือ (1) กินไม่ได้ นอนไม่หลับ (2) การดำเนินชีวิตเปลี่ยนไปจากเดิม และ (3) ลับสน กังวลใจ จะทำอย่างไรให้หายจากโรค ซึ่งอภิปรายได้ดังนี้

ผู้ให้ข้อมูลเมื่อได้รับทราบความจริงทำให้ “กินไม่ได้ นอนไม่หลับ” เนื่องจากเกิดความเครียดที่ต้องเป็นโรคร้าย โรคที่รักษาไม่หาย เป็นแล้วต้องตาย ทำให้เฝ้าคิดวนเวียนไปมาว่าจะรักษาอย่างไร รักษาโดยวิธีไหนจึงจะรอดชีวิตแต่ไม่มีความมั่นใจในการรักษาแต่ละวิธี นอกจากจะคิดถึงตัวเองแล้ว ยังเป็นห่วงคนข้างหลัง กลัวว่าหากเสียชีวิตไปแล้วใครจะดูแลลูก ใครจะดูแลบิดา-มารดา ผลของความเครียด ความกังวลต่างๆ ทำให้กินไม่ได้ นอนไม่หลับ สอดคล้องกับผลการศึกษาของซูซึน (2541) เกี่ยวกับอิทธิพลของภาวะสุขภาพของผู้ป่วย ความเข้มแข็งในการมองโลกของญาติผู้ดูแล และความรู้สึกเป็นภาระในการดูแลต่อการปรับตัวของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม พบว่าผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามมีความรู้สึกที่ชีวิตไม่สนุกสนานมากที่สุด รองลงมา เป็นความรู้สึกเบื่ออาหารและนอนไม่หลับ จากการศึกษาของแฟรงค์-สตรอมบอร์ก และไรท์ (Frank-Stromborg & Wright, 1984) เกี่ยวกับการรับรู้ของผู้ป่วยต่อการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกายและจิตสังคม เมื่อได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งในผู้ป่วยจำนวน 340 คน พบว่าผู้ให้ข้อมูลเกิดความเครียดก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงคือ น้ำหนักตัวลดลง และนอนไม่หลับ ซึ่งเป็นปฏิกิริยาที่อาจเกิดจากความผิดปกติ ทั้งทางร่างกายและทางจิตใจ ผู้ป่วยที่ได้รับทราบว่าตนเองเป็นโรคมะเร็งมักจะเกิดคำถาม หรือข้อสงสัยต่างๆ มากมายเช่น จะเกิดอะไรขึ้นกับตนเองบ้าง สิ่งเหล่านั้นจะมีผลต่อชีวิตของตนอย่างไร (สมจิต, 2536) จะรู้สึกถูกกดดันทางจิตใจ เพราะขาดความมั่นใจว่าการรักษาจะได้ผลหรือไม่ทำให้เกิดความอึดอัด ความเครียด ความวิตกกังวล ส่งผลให้ผู้ป่วยเบื่ออาหาร กินไม่ได้ นอนไม่หลับ (กฤษณา, 2533; Clark, 1993)

ส่วนผู้ให้ข้อมูลบางรายเมื่อรับทราบความจริงมีผลทำให้ “การดำเนินชีวิตเปลี่ยนไปจากเดิม” ใน 2 ลักษณะ คือ (1) ไม่กล้าไปไหน เพราะกลัวอาการจะกำเริบ และ (2) ไม่กล้าทำงานหนัก ผู้ให้ข้อมูลรายหนึ่งกำลังเป็นนักศึกษาของสถาบันแห่งหนึ่ง หลังจากรับทราบว่าเป็นโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว “ไม่กล้าไปไหน เพราะกลัวอาการจะกำเริบ” ก็ได้หยุดเรียนเนื่องจากรับรู้ว่ามีมะเร็ง

เมื่อเกิดความเครียดเป็นโรคร้ายแรง ภูมิคุ้มกันของร่างกายต่ำลงเสี่ยงต่อการติดเชื้อ (Otto, 1994) อาจทำให้เสียชีวิตได้ ต้องดูแลตัวเองอย่างดี ระวังมะเร็งไม่อยู่ในสถานที่ที่อากาศถ่ายเทไม่สะดวก ไม่อยู่ในเขตชุมชน ต้องพักผ่อนมากๆ ทำให้ผู้ให้ข้อมูลเลือกที่จะพักผ่อนอยู่กับบ้าน ไม่กล้าที่จะไปเรียนหนังสือ ไม่กล้าที่จะไปดูหนังหรือไปเดินเที่ยวศูนย์การค้าอย่างที่เคยปฏิบัติ เพราะกลัวว่าอาการจะทรุดหนักลงกว่าเดิม ส่วนผู้ให้ข้อมูลอีกรายคิดที่จะเปลี่ยนงานหลังจากรับทราบความจริงว่าป่วยเป็นโรคมะเร็งเนื่องจากงานที่ทำเป็นงานก่อสร้าง ซึ่งเป็นงานหนักเกรงว่าต่อไปร่างกายจะไม่แข็งแรงเหมือนเดิม จึงคิดวางแผนที่จะทำงานที่ใช้กำลังน้อยลง “ไม่กล้าทำงานหนัก” เหมือนเดิมและเกรงว่าการทำงานหนักในขณะที่ร่างกายอ่อนแอ อาจจะทำให้อาการของโรคมะเร็งรุนแรงขึ้น ซึ่งเป็นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เพื่อความอยู่รอด โดยธรรมชาติของโรคมะเร็งเป็นโรคที่ควบคุมยาก การรักษายังไม่มีวิธีที่ยืนยันได้ว่าได้ผลร้อยเปอร์เซ็นต์ มะเร็งมีพยาธิสภาพที่จะแพร่กระจายอย่างรวดเร็ว ผู้ป่วยต้องเผชิญกับความทุกข์ทรมานทั้งจากอาการของโรคมะเร็ง และผลข้างเคียง จากการรักษา ทำให้มีอาการต่างๆ มากมายเช่น อ่อนเพลีย คลื่นไส้อาเจียน ความเจ็บปวดซึ่งเป็นปัญหาที่พบบ่อยในผู้ป่วยมะเร็ง การเคลื่อนไหวเชิงช้าลง (สมจิต, 2536, 2537) ประกอบกับอาการทางด้านจิตใจ ทำให้รู้สึกหมดเรี่ยวแรง ต้องการนอนพัก ซึ่งผลกระทบจากความเจ็บป่วยและผลข้างเคียงจากการรักษา ดังที่กล่าวมาส่งผลให้ความสามารถในการดูแลตนเอง และความสามารถในการทำงานลดลง

ส่วนผู้ให้ข้อมูลที่เกิดปัญหา “สับสน กังวลใจ จะทำอย่างไรให้หายจากโรค” เนื่องจากไม่เคยคาดคิดมาก่อนว่าจะเป็นมะเร็งเต้านม และผู้ให้ข้อมูลยังเป็นสาวโสด เมื่อรับทราบความจริง จึงทำให้กลัวว่าจะต้องถูกตัดเต้านมทิ้งทั้งตัว ตามที่แพทย์แนะนำ ซึ่งเป็นการสูญเสียภาพลักษณ์ ความเป็นหญิง เนื่องจากค่านิยมของผู้หญิงต้องมีหน้าอก (เต้านม) เพราะเป็นสัญลักษณ์ของเพศหญิง สอดคล้องกับการศึกษาของสิริลักษณ์ (2541) พบว่าผู้ป่วยมะเร็งเต้านม 8 ใน 11 ราย กังวลสูญเสียภาพลักษณ์ รู้สึกเสียใจ กลัวว่าภาพลักษณ์ของตนเองไม่เหมือนเดิม ผู้ให้ข้อมูลรายนี้ได้ปฏิเสธการผ่าตัดเต้านมทิ้ง ทำให้เกิดความสับสน กังวลใจ ว่าควรจะทำอย่างไรให้โรคมะเร็งหายไปจากตัว โดยที่ไม่ต้องตัดเต้านมทิ้ง สอดคล้องกับการศึกษาของสิริลักษณ์ (2541) ที่พบว่าผู้ป่วยมะเร็ง 2 ใน 11 ราย ปฏิเสธการผ่าตัดเพราะรู้สึกสับสน กังวลใจ กลัวการสูญเสียเต้านม ประกอบกับผู้ให้ข้อมูล ประกอบอาชีพช่วยการทำงานนอกบ้าน ซึ่งจำเป็นต้องพบกับผู้คนมากมายในสังคม หากผู้ให้ข้อมูลต้องสูญเสียเต้านมไป ย่อมทำให้ผู้ให้ข้อมูลขาดความมั่นใจ ความเชื่อมั่นต่อภาพลักษณ์ของตนเอง ในการที่จะปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น ขอมมีผลให้เกิดความเครียด และความกดดันทางด้านอารมณ์เป็นอย่างมาก

ส่วนผู้ให้ข้อมูลอีกกลุ่มหลังรับทราบความจริงว่าเป็นโรคมะเร็ง ยังคงดำเนินชีวิตประจำวันตามปกติ “หลังทราบความจริงทุกสิ่งยังเหมือนเดิม” เนื่องจากผู้ให้ข้อมูลกลุ่มนี้มีทัศนคติต่อโรคมะเร็งในด้านบวก ซึ่งจาวรณ (2538) กล่าวว่าทัศนคติต่อโรคจะมีผลกระทบต่อจิตสังคม

ดังนั้นผู้ป่วยมะเร็งที่มีทัศนคติต่อโรคมะเร็งในด้านบวกย่อมมีความหวังว่าสามารถจะรักษาให้หายได้ การมีความหวังทำให้ผู้ป่วยสามารถเผชิญกับปัญหาและปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นได้ (ฟาริดา, 2539) ส่วนวิลโลกซ์ (2534) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้เกี่ยวกับโรคกับการปรับตัวของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม โดยศึกษาในผู้ป่วยหลังการผ่าตัดเต้านมจำนวน 100 ราย พบว่าผู้ป่วยที่มีการรับรู้หรือทัศนคติเกี่ยวกับโรคของตนในทางที่ดีหรือทางบวก จะสามารถปรับตัวได้อย่างเหมาะสม และร่างกายผู้ให้ข้อมูลยังคงแข็งแรงสามารถทำงาน หรือปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ได้ตามปกติ ทำให้ความมีคุณค่าความภาคภูมิใจในตนเองยังคงอยู่จึงไม่รู้สึว่าการเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งก่อให้เกิดผลกระทบใดๆ ประกอบกับผู้ให้ข้อมูลกลุ่มนี้มีแรงสนับสนุนทางสังคมที่ดี ได้รับความรัก ความห่วงใย การดูแลจากครอบครัว และผู้คนรอบข้างด้วยดี

นอกจากนี้จรรยาวัตร (2531) ได้กล่าวว่า แรงสนับสนุนทางสังคมที่ดีทำให้นुकคลิก อารมณ์ที่มั่นคง ช่วยลดภาวะวิกฤตโดยเป็นตัวช่วยลดตัวกระตุ้นที่ทำให้เกิดความเครียด สามารถเผชิญและตอบสนองต่อความเจ็บป่วยได้ในระยะเวลาที่รวดเร็วขึ้น สามารถปกป้องการคุกคามของความเจ็บป่วย ทำให้ความวิตกกังวลลดลง ผู้ให้ข้อมูลจึงยอมรับความเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งได้ง่าย แม้ว่าผู้ให้ข้อมูลกลุ่มนี้จะปฏิบัติตามกิจวัตรประจำวันได้ตามปกติ แต่ก็ได้แสวงหาข้อมูลวิธีการรักษา และใช้วิธีการต่างๆ เพื่อระงับการคุกคามของโรคต้องการให้ชีวิตมีความมั่นคง ปลอดภัย

#### 6. การเผชิญปัญหา เมื่อได้รับทราบความจริงเกี่ยวกับความเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็ง

เมื่อผู้ให้ข้อมูลได้รับทราบความจริงเกี่ยวกับความเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็ง ก่อให้เกิดปัญหาต่างๆ ขึ้นมากมาย ดังนั้นผู้ให้ข้อมูลจึงพยายามหาวิธีเพื่อบรรเทาหรือแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นใน 6 วิธี คือ (1) สรรหาการรักษา จากทุกที่ (2) เสริมสร้างพลังกาย พลังใจ เพื่อพิชิตภัยโรคมะเร็ง (3) ปลงกับชีวิต (4) หวังพึ่งผลบุญและสิ่งศักดิ์สิทธิ์ (5) เชื่อมมั่นในตัวแพทย์ว่าสามารถรักษาให้หายขาดได้ และ (6) ปกปิดไม่ให้ใครรู้ เกรงจะเป็นที่รังเกียจ ซึ่งอธิบายได้ดังนี้

วิธีการเผชิญปัญหาที่ผู้ให้ข้อมูลทุกรายใช้ขณะเกิดปัญหาเมื่อได้รับการบอกความจริงก็คือ “สรรหาการรักษาจากทุกที่” ผู้ให้ข้อมูลทุกรายพยายามหาวิธีการรักษาต่างๆ เพื่อให้หายจากโรคร้าย หากรักษาไม่หายก็ขอให้โรคร้ายไม่ลุกลามแพร่กระจายต่อไป ซึ่งสามารถแยกได้เป็น 2 วิธี คือ (1) ใช้สมุนไพรรักษา และ (2) แสวงหาข้อมูลจากตำรา พร้อมทั้งศึกษาจากผู้อื่น

สำหรับการ “ใช้สมุนไพรรักษา” ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่แสวงหาสมุนไพรหลากหลายชนิดที่คิดว่ามีสรรพคุณในการรักษาโรคมะเร็งมารับประทานเป็นการรักษาขั้นต้นก่อนที่จะไปรับการรักษาจากแพทย์แผนปัจจุบัน บางรายใช้รักษาควบคู่กับการรักษาแผนปัจจุบัน เป็นความเชื่อที่ถ่ายทอดต่อกันมาว่าสมุนไพรมีแต่ประโยชน์ไม่ก่อให้เกิดโทษ และเป็นวิธีที่ง่าย ผู้ให้ข้อมูลบางรายได้รับคำแนะนำจากผู้ป่วยมะเร็งที่มีประสบการณ์ตรงในการใช้สมุนไพรแล้วรู้สึกว่าได้ผลดี จึงเกิด



ความเชื่อถือ จากการศึกษาของกาญจนา, เขวรัตน์ และพัชรี (2542) โดยสัมภาษณ์ผู้ป่วยมะเร็ง 226 ราย พบว่าแรงจูงใจในการใช้สมุนไพรได้จากบุคคลแนะนำร้อยละ 89.9 จากการศึกษาของสิริวรรณ (2542) พบว่าผู้ให้ข้อมูลซึ่งเป็นผู้ป่วยมะเร็ง 7 ใน 11 ราย เมื่อรับรู้ความจริงว่าเป็นมะเร็ง ก่อนที่จะมาพบแพทย์เพื่อรับการรักษา ผู้ให้ข้อมูลจะรักษาตนเองขึ้นต้นก่อนด้วยการใช้สมุนไพรตามความเชื่อเก่าๆ ที่มีอยู่ และเป็นวิธีที่ง่าย ไม่ทรมาน ค่าใช้จ่ายน้อย ปัจจุบันสมุนไพรไทยกำลังได้รับการสนับสนุนให้เข้ามามีบทบาทในการรักษาโรคต่างๆ สมุนไพรไทยบางชนิดเป็นพืชซึ่งหาง่ายผู้ให้ข้อมูลใช้รับประทานเป็นอาหารในชีวิตประจำวันอยู่แล้ว เชื่อว่าไม่เกิดผลเสียหากจะทดลองใช้ ประกอบกับการแพทย์แผนปัจจุบันยังไม่สามารถแก้ปัญหาให้กับผู้ป่วยมะเร็งได้อย่างชัดเจน ผู้ป่วยมะเร็งยังคงอยู่กับความไม่แน่นอนของผลการรักษา ดังนั้นจึงแสวงหาการรักษาจากสมุนไพรเข้าร่วมด้วย และอีกสาเหตุหนึ่งก็คือในสังคมไทย งานวิจัยหลายเรื่องยืนยันว่าหมอพื้นบ้าน ยังคงมีบทบาทในการรักษาความเจ็บป่วยในชุมชนอยู่ เป็นที่ยอมรับศรัทธาจากชุมชน (ชัยชนะ, ลือชัย และรุจิณาด, 2535) สอดคล้องกับการศึกษาของจันทิรา (2543) ที่พบว่าผู้ให้ข้อมูลซึ่งป่วยเป็นมะเร็งเม็ดเลือดขาว 5 ใน 10 ราย ได้ใช้สมุนไพรไทยเป็นการรักษาแบบผสมผสาน เช่น บอระเพ็ด หญ้าเทวดา น้ำมะนาว เพราะเชื่อคำแนะนำของหมอพื้นบ้านและหลังรับประทานก็รู้สึกว่าการดีขึ้น จากการศึกษาของกาญจนา และคณะ (2542) พบว่าผู้ป่วยมะเร็งต้องการให้สถานบริการของรัฐใช้สมุนไพร ร้อยละ 65.5

สำหรับการ “แสวงหาข้อมูลจากตำรา พร้อมทั้งศึกษาจากผู้อื่น” เป็นการแสวงหาความรู้เกี่ยวกับอาการแสดง การดำเนินของโรคมะเร็ง วิธีการรักษา และการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง โดยการอ่านจากเอกสาร หนังสือเกี่ยวกับโรคมะเร็ง พูดคุยปรึกษากับเพื่อนๆ หรือผู้ที่มีความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็ง เช่น บุคลากรที่มสุขภาพ เพื่อเป็นการปรับทุกข์ ระบายความกังวล เพื่อให้ผู้อื่นมีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหา และยังช่วยลดความตึงเครียดในใจออกมาทางคำพูด (Weisman, 1979) สอดคล้องกับการศึกษาของสุภาณี (2536) ที่พบว่าผู้ให้ข้อมูลซึ่งเป็นผู้ป่วยมะเร็งระบบโลหิต ใช้วิธีการเผชิญปัญหาโดยการพูดคุยปรับทุกข์ หรือกับบุคคลอื่นมากที่สุด รองลงมาเป็นการแสวงหาคำแนะนำ เพราะผู้ให้ข้อมูลได้ระบายในสิ่งที่กังวล ความรู้สึกทุกข์ ความกลัว ความวิตกกังวล ได้คำตอบในสิ่งที่สงสัยหรือไม่เข้าใจ และได้แนวทางในการแก้ปัญหา สอดคล้องกับการศึกษาของดอดด์ และอาเหมด (Dodd & Ahmed, 1987) เกี่ยวกับการแสวงหาข้อมูลของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรังสีรักษา พบว่าผู้ป่วยร้อยละ 63 มีการแสวงหาข้อมูลที่จะช่วยให้เกิดความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค และสิ่งที่ต้องประสบ นอกจากนี้ผู้ให้ข้อมูลยังได้พูดคุยกับผู้ป่วยมะเร็งอื่นๆ ที่มีประสบการณ์ในการดูแลตัวเองและได้ผลดี มีร่างกายที่แข็งแรง เพื่อจะได้ใช้เป็นแบบอย่างในการดูแลตัวเอง ซึ่งสมจิต (2536) ได้กล่าวไว้ว่าข้อมูลเป็นปัจจัยสำคัญที่จะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถเรียนรู้ในการดูแลตนเอง เกิดความรู้สึกรู้ว่าสามารถควบคุมตนเองได้ขจัดความเข้าใจผิดและเจตคติที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคและ

การรักษา นอกจากนี้ลาซารัสและโฟล์คแมน (Lazarus & Folkman, 1984) ได้กล่าวว่า การแสวงหาข้อมูลเป็นทักษะในการแก้ปัญหา เป็นความสามารถเฉพาะบุคคล ซึ่งอาจจะนำเอาประสบการณ์สติปัญญา และความรู้มาใช้ในการแก้ปัญหา เช่น ความสามารถในการค้นหาข้อมูลที่เป็นประโยชน์ การหาทางเลือกที่เหมาะสม

วิธีการเผชิญปัญหาโดยการ “เสริมสร้างพลังกาย พลังใจ เพื่อพิชิตภัยโรคมะเร็ง” เป็นการเสริมสร้างความแข็งแรงของร่างกาย และความเข้มแข็งของจิตใจใน 2 วิธีคือ (1) ออกกำลังกาย และกินอาหารดีๆ เพื่อระงับการลุกลามของโรค (2) เสริมสร้างกำลังใจ และ (3) ทำสมาธิ พิชิตโรคร้าย ผู้ให้ข้อมูลกลุ่มนี้ได้ “ออกกำลังกาย และกินอาหารดีๆ เพื่อระงับการลุกลามของโรค” โดยพยายามเสริมสร้างความแข็งแรงของร่างกายด้วยการออกกำลังกายเล่นกีฬา เดิน หรือทำงานที่ต้องใช้แรงเพราะคิดว่าเป็นการออกกำลังกายชนิดหนึ่ง เช่น ขุดดิน ปลูกผัก ผู้ให้ข้อมูลเชื่อว่าเมื่อร่างกายแข็งแรงก็จะมีภูมิคุ้มกันโรคที่ดี ทำให้โรคมะเร็งไม่ลุกลาม หรืออาจจะถูกทำลาย ส่วนผู้ให้ข้อมูลอีกกลุ่มหลังจากรับทราบความจริงว่าเป็นโรคมะเร็ง พยายามที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมารับประทานอาหารในหลายๆ ลักษณะที่จะทำให้เกิดผลดีต่อโรคมะเร็งเนื่องจากได้รับคำแนะนำจากทีมสุขภาพ หรือรับรู้อาหารต่างๆ ซึ่งปัจจุบันได้มีสื่อที่ให้ความรู้เกี่ยวกับอาหารที่ผู้ป่วยมะเร็งควรบริโภคอย่างแพร่หลายโดยการงดอาหารประเภทเนื้อสัตว์ยกเว้นปลา พยายามเลือกรับประทานอาหารที่ทำมาจากผัก แม้ว่าอาหารบางชนิดเป็นอาหารที่มีรสชาติไม่ชวนรับประทาน หรือเป็นสิ่งที่ไม่ชอบ ก็ต้องฝืนกินเพื่อยับยั้งการเจริญเติบโตของมะเร็ง อาหารที่จะรับประทานทุกอย่างต้องสะอาด เพราะป้องกันการติดเชื้อเนื่องจากผู้ป่วยมะเร็งมีภูมิต้านทานต่ำ จากการศึกษาของสุภาณี (2536) ที่พบว่าผู้ให้ข้อมูล 7 ใน 10 ราย ได้ใช้วิธีการเผชิญปัญหา โดยการเลือกรับประทานอาหารที่สะอาดและมีประโยชน์ต่อร่างกาย เพื่อให้ร่างกายแข็งแรงสามารถต่อสู้กับโรคได้ จากสถิติสุขภาพของโลกปัจจุบัน ได้แสดงให้เห็นอย่างต่อเนื่องว่าประชาชนส่วนใหญ่ที่บริโภคเนื้อสัตว์จะเกิดโรคหัวใจและโรคมะเร็งมาก ในขณะที่กลุ่มที่รับประทานอาหารมังสวิรัตในประเทศต่างๆ มีอุบัติการณ์ที่เกิดโรคหัวใจและโรคมะเร็งน้อยมาก (Ludington, 1995 อ้างตาม วิมลรัตน์, 2543) ผู้ป่วยมะเร็งส่วนใหญ่จึงพยายามที่จะรับประทานอาหารประเภทเนื้อสัตว์ แต่ก็มักยกเว้นปลาเพราะปลาจัดเป็นอาหารเนื้อสัตว์ที่ดี มีกรดไขมันที่จำเป็น ช่วยลดการสังเคราะห์ไตรกลีเซอไรด์ และ โคลเลสเตอรอลในเลือด (วิมลรัตน์, 2543)

ปัจจุบันได้มีการใช้แนวธรรมชาติบำบัด โดยการควบคุมพฤติกรรมบริโภคให้อยู่ในลักษณะสมดุล รับประทานอาหารที่เป็นธรรมชาติ หรืออาหารคงรูปเดิมที่ยังไม่ได้ผ่านกระบวนการตัดแปดปรุงรสจากการปรุงแต่ง ลดการรับประทานอาหารประเภทเนื้อสัตว์และไขมันจากสัตว์ รับประทานผลิตภัณฑ์จากสัตว์และนม น้อยมากหรือ ไม่มีเลย แต่เพิ่มการรับประทานอาหารที่มีกากใยและธัญญาพืชจากเมล็ดและถั่วต่างๆ โดยเชื่อว่าการมีสุขภาพดีเป็นองค์เอกภพระหว่างมวลสาร

กับพลังงานที่ประกอบขึ้นมาเป็นร่างกายและจิตใจ และมีส่วนสัมพันธ์กับภาวะแวดล้อม เมื่อไหร่ที่สมดุลนี้ถูกรบกวนเราก็จะเจ็บไข้ไม่สบาย (วิลลิตน์, 2543) ซึ่งเชื่อว่าการเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งก็เป็นการที่สมดุลของร่างกายถูกรบกวนด้วยการบริโภคอาหารที่ไม่ถูกสัดส่วน ดังนั้นผู้ให้ข้อมูลจึงพยายามเลือกรับประทานอาหารให้เหมาะสมและได้ขนาด ดังที่สรจักร (2542) กล่าวว่า การรับประทานอาหารให้เหมาะสมและได้ขนาดจะทำให้สารเคมีในอาหารออกฤทธิ์เป็นยาได้ เช่นเดียวกับลือชา (2535) มีความเห็นว่า โรคมะเร็งเกิดจากหลายสาเหตุ แต่การกินอาหารไม่ถูกต้องเป็นสาเหตุที่สำคัญสาเหตุหนึ่ง ดังนั้นการกินอาหารให้ถูกต้องเหมาะสม จึงมีส่วนสำคัญต่อการป้องกันโรคมะเร็งหลายชนิด ควรหลีกเลี่ยงอาหารที่มีไขมันมาก อาหารหมักดองหรืออาหารกระป๋อง อาหารประเภทย่างเผาจนไหม้เกรียม อาหารที่มีเชื้อรา เช่น ถั่วลิสง พริกแห้ง อาหารที่ใส่สีและสารเคมี ควรรับประทานอาหารที่ให้เส้นใยอาหารเป็นประจำ เช่น ผัก ผลไม้ อูปมา (2541) ได้กล่าวว่ามีผู้ประมาณการว่า โรคมะเร็งที่เกิดในเพศชาย และเพศหญิง มีสาเหตุจากอาหารที่รับประทานถึงร้อยละ 40 และ 60 ตามลำดับ

แต่ก็มีแพทย์บางท่านมีความเห็นที่แตกต่างออกไปว่า อาหารไม่สามารถรักษามะเร็งให้หายได้ เพราะว่าจะขณะนี้ยังไม่มีข้อมูลทางวิทยาศาสตร์ หรือทางการแพทย์ที่จะยืนยันว่า อาหารสามารถรักษามะเร็งให้หายได้ แต่เป็นที่ยอมรับว่าอาหารที่ถูกส่วนจะมีส่วนช่วยให้การรักษาโรคมะเร็งได้ผลมากขึ้น เพราะว่าเซลล์มะเร็งต้องการอาหารเท่ากับหรืออาจมากกว่าเซลล์ปกติ โดยเฉพาะเมื่อได้รับการรักษาด้วยยาฆ่ามะเร็ง (เคมีบำบัด) ซึ่งไม่ได้ทำลายเซลล์มะเร็งเท่านั้น แต่จะทำลายเซลล์ปกติด้วย ดังนั้นร่างกายผู้ป่วยจึงมีความจำเป็นต้องได้อาหารที่ถูกส่วน ที่มีประโยชน์เพื่อเสริมสร้างการฟื้นตัวของเซลล์ปกติ รวมทั้งเสริมสร้างภูมิคุ้มกันให้กับร่างกายด้วย นอกจากนั้นยังมีรายงานว่า การรักษาด้วยอาหารนี้มีผลทางด้านจิตใจกับผู้ป่วยด้วย (อาคม, 2532) นอกจากจะเสริมสร้างความแข็งแรงด้านร่างกายแล้ว ผู้ให้ข้อมูลยังได้ “เสริมสร้างกำลังใจ” โดยการพูดคุยกับผู้ป่วย โรคมะเร็งที่มีร่างกายแข็งแรงสามารถมีชีวิตอยู่ได้นานกว่าสิบปี เพื่อเสริมสร้างกำลังใจให้กับตนเองว่าคงมีชีวิตอยู่ได้นานเช่นกัน ดังที่สุภาณี (2536) กล่าวว่า การพูดคุยกับผู้ป่วยโรคเดียวกันช่วยทำให้ผู้ป่วยไม่รู้สึกรู้สีกแตกต่างจากคนอื่น ทำให้ยอมรับสภาพร่างกาย และความเจ็บป่วยได้ดีขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของทิพมาส (2541) ที่พบว่ากลุ่มผู้ให้ข้อมูลเมื่อเริ่มรับรู้ความจริงว่าเป็นโรคมะเร็งจะมุ่งเน้นเผชิญปัญหาเพื่อการประคับประคองความแข็งแรงของร่างกาย ร่วมกับการผ่อนคลายความทุกข์ใจ ซึ่งมานพ (2542) กล่าวว่า คนเรานั้นประกอบไปด้วยร่างกายและจิตใจ หรือเรียกสั้นๆ ว่า กายกับจิต ซึ่งเป็นของคู่กันมาตลอด จะแยกออกจากกันไม่ได้เลย ทั้งคู่จะส่งเสริมซึ่งกันและกันอยู่เสมอ ไม่เคยมีร่างกายที่สมบูรณ์อยู่ในจิตใจที่ห่อเหี่ยว และไม่มึจิตใจที่รื่นเริงอยู่ในร่างกายที่ทรุดโทรม ดังนั้นจะควรมีการเสริมสร้างทั้งร่างกายและพลังจิตไปพร้อมๆ กัน เมื่อมองในภาพรวมกายและจิตไม่มีอะไรสำคัญกว่ากัน แต่แต่ละส่วนมีหน้าที่ความรับผิดชอบที่เป็นของตนเอง

เฉพาะ จิตก็ทำหน้าที่หลักของจิตแล้วส่งต่อให้กาย กายก็ทำหน้าที่หลักของกายแล้วส่งต่อให้จิต ทั้งสองต้องทำงานประสานกันจึงเกิดประโยชน์สูงสุด การดูแลสุขภาพจึงต้องให้ความสำคัญกับทั้งคู่

ส่วนผู้ให้ข้อมูลอีก 1 รายได้เผชิญปัญหาโดยการ “ทำสมาธิ พิชิตโรคร้าย” ผู้ให้ข้อมูล เลือกริธีการทำสมาธิ เพราะรับรู้ว่าทำสมาธิแล้วจิตใจสงบ ไม่คิดมาก และได้รับการสอนจาก บุคลากรทีมสุขภาพว่าการทำสมาธิเป็นการรักษาโรคมะเร็งอีกทางหนึ่ง สอดคล้องกับการศึกษา ของวรวรรณ (2534) เกี่ยวกับความสามารถในการดูแลตนเองกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปาก มดลูก ขณะได้รับรังสีรักษาและภายหลังได้รับรังสีรักษา พบว่าผู้ให้ข้อมูลได้ดูแลตนเองเพื่อให้หาย จากความเจ็บป่วยควบคู่กับรังสีรักษาวิธีหนึ่งคือ การทำสมาธิ เป็นวิธีที่เกี่ยวข้องกับมิติด้านจิต วิญญาณ ซึ่งผู้ให้ข้อมูลใช้ต่อสู้เอาชนะปัญหาที่เกิดจากการรับรู้ว่าโรคมะเร็ง เช่น เกิดความกลัว ความเครียด ความวิตกกังวล เป็นการเผชิญปัญหาโดยใช้กิจกรรมทางศาสนา การทำสมาธิเป็นการ ทำให้ร่างกายอยู่ในภาวะปลอดโปร่ง อิศระจากความรู้สึกวิตกกังวล และการดึงตัวของกล้ามเนื้อ ลดความเครียดของจิตใจด้วยการผ่อนคลาย เป็นความรู้สึกในทางบวกที่บุคคลสามารถรับรู้ได้ถึง การผ่อนคลาย สร้างความสงบทั้งร่างกายและจิตใจ เป็นผลมาจากความสามารถในการควบคุม ตนเอง (self-regulation) โดยอาศัยภาวะที่ร่างกายเกิดความสมดุลที่เป็นองค์รวมของกาย จิต และ จิตวิญญาณ (Dossey, 1995) นำไปสู่การทำงานร่วมกันตามแนวคิดจิต ประสาท และภูมิคุ้มกัน (psychoneuroimmunology) ซึ่งมีผลต่อการรักษา (healing) เนื่องจากเมื่อจิตอยู่ภาวะผ่อนคลาย จะมี ผลต่อปฏิกิริยาและการทำงานของประสาทอัตโนมัติซิมพาเทติกลดลง แต่เพิ่มการทำงานของระบบ พาราซิมพาเทติกให้มากขึ้น เกิดการเปลี่ยนแปลงของฮอร์โมนจากต่อมใต้สมอง อัตราการเต้นของ หัวใจ อัตราการหายใจ การเผาผลาญ และความดัน ความดันโลหิตลดลง การไหลเวียนของโลหิต ส่วนปลายเพิ่มขึ้น เกิดผลดีต่อระบบภูมิคุ้มกัน ทำให้ประสิทธิภาพการทำงานของต่อมน้ำเหลือง ม้าม ไชกระดูก ตับ และต่อมธัยมัส ซึ่งจะเพิ่มกลไกการป้องกันของตัวบุคคลดีขึ้น สามารถขบได้ สิ่งแปลกปลอมที่เข้าสู่ร่างกายโดยผ่านเซลล์ของระบบภูมิคุ้มกัน จำพวกที่มีหน้าที่ในการทำลาย เชื้อโรค หรือเซลล์มะเร็ง เช่น lymphocyte, macrophage และ natural killer cell (Biondi et al., 1994) การทำสมาธิมีผลต่อกำลังใจ ทำให้ใจสงบได้อย่างดีที่สุด เป็นการสร้างกำลังใจให้กับตนเอง เป็น ประโยชน์ต่อการรักษา เพราะเมื่อจิตสงบ สมองส่วนไฮโปทาลามัส (hypothalamus) จะสั่งให้เซลล์ เม็ดเลือดขาวแข็งแรงขึ้น จนสามารถกำจัดเซลล์มะเร็งไปในที่สุด (ลลิตา, 2541)

วิธีการเผชิญปัญหาโดย “ปลงกับชีวิต” ผู้ให้ข้อมูล 6 ใน 10 ราย ใช้วิธีการปลง ใน 2 ลักษณะ คือ (1) ถึงอย่างไรมันก็ยังอยู่คู่กายเรา และ (2) เกิดมาแล้วต้องตาย วิธีการเผชิญปัญหาโดย ยอมรับว่า “ถึงอย่างไรมันก็ยังอยู่คู่กายเรา” เป็นการยอมรับว่าเมื่อเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งแล้ว ไม่ สามารถจะหลบหลีกหรือหนีไปไหนได้ เพราะอย่างไรมะเร็งก็ต้องอยู่ในตัวผู้ให้ข้อมูล ดังที่ผู้ให้

ข้อมูลบอกว่า “จะหนีไปไหนก็ไม่พ้น เพราะมันอยู่ในตัวเรา” ถึงแม้ว่าทีมสุขภาพจะบอกหรือไม่บอกความจริง มะเร็งก็ยังคงอยู่จึงทำใจยอมรับเพื่อจะได้ไม่ทุกข์และเตรียมตัวรักษาอย่างเต็มที่ นอกจากนี้ยังคิดว่า “ทุกข์ไปก็ไร้ประโยชน์ เพราะรักษาอย่างไรก็ไม่หาย” มะเร็งเป็นโรคที่รักษาไม่หาย ไม่ว่าจะทุกข์กับมันยังไงก็ไม่มียาอะไรดีขึ้น มะเร็งก็ยังคงอยู่ในตัว จึงทำใจยอมรับว่าชีวิตนี้ต้องอยู่ร่วมกับมะเร็ง เพราะถ้ารับได้จะได้อะไรไม่เป็นทุกข์ สอดคล้องกับการศึกษาของ โอคอนเนอร์, วิกเกอร์ และเจอร์มิโน (O’ Connor, Wicker & Germino, 1990) เกี่ยวกับการทำความเข้าใจในการให้ความสำคัญของผู้ป่วยมะเร็ง พบว่าผู้ให้ข้อมูลใช้วิธีการเผชิญปัญหาโดยคิดว่าต้องเรียนรู้การอยู่ร่วมกับมะเร็งมากที่สุดซึ่งเป็นการยอมรับว่ามะเร็งไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ มะเร็งจะอยู่ในตัวผู้ป่วยตลอดไป ส่วนผู้ป่วยบางรายรับรู้ว่าการเจ็บป่วยของตนไม่สามารถแก้ไขได้ จึงคิดว่าเป็นเพราะกรรมเก่าหรือเป็นเพราะพระเจ้ากำหนดมา ชาวไทยส่วนใหญ่มีความเชื่อเรื่องโชคละตา ทำให้ยอมรับการเปลี่ยนแปลงต่างๆ ที่เกิดขึ้น ยอมรับผลแห่งกรรมตามคำสอนในพุทธศาสนา และคิดว่าคนเรา “เกิดมาแล้วก็ต้องตาย” ไม่ว่าจะเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งหรือไม่ก็ต้องตายเหมือนกัน สอดคล้องกับการศึกษาของกนกนุช (2541) ที่พบว่าผู้ให้ข้อมูลกลุ่มหนึ่งได้เผชิญปัญหาเมื่อได้รับการบอกความจริงว่าเป็นโรคมะเร็งโดยการคิดปลง โดยการคิดพิจารณาสังขารของชีวิตว่าการเจ็บป่วยและความตายเป็นเรื่องธรรมชาติ ไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้ ทุกคนเกิดมาก็ต้องตาย และจากการศึกษาของบุบผา (2536) พบว่ากลุ่มผู้ให้ข้อมูลซึ่งเป็นผู้ป่วยมะเร็งที่มีความรู้สึกตกใจเสียใจ เมื่อได้รับการบอกความจริงว่าเป็นโรคมะเร็ง แต่มีเพียงส่วนน้อยร้อยละ 14.67 ได้พยายามปลงทำใจยอมรับว่าเป็นเรื่องธรรมดาของโลก มีเกิด แก่ เจ็บและตาย

วิธีการเผชิญปัญหาโดย “หวังพึ่งผลบุญและสิ่งศักดิ์สิทธิ์” เนื่องจากผู้ให้ข้อมูลรับรู้ว่าเป็นโรคมะเร็งเป็นโรคที่ไม่อาจรักษาให้หายได้อย่างสิ้นเชิงด้วยการรักษาวิธีใดๆ ก็อาจจะเสียชีวิต จึงต้องพึ่งพาอำนาจบารมีของสิ่งศักดิ์สิทธิ์ที่ผู้ให้ข้อมูลเคารพนับถือเพื่อปกป้องรักษาให้รอดพ้นจากความตายและหายจากโรคร้ายที่ประสบอยู่ (ภัทรพร, 2543) ความศรัทธา ความเชื่อเป็นสิ่งที่เหนือธรรมชาติ เป็นแหล่งของความหวังเฉพาะบุคคล โดยอยู่บนความเชื่อของแต่ละบุคคล ความเชื่อความศรัทธาในสิ่งหนึ่งสิ่งใดทำให้บุคคลมีเครื่องยึดเหนี่ยวจิตใจ และมีพลังในการจัดการกับปัญหาหรือเหตุการณ์ที่มาคุกคามได้ ผู้ให้ข้อมูลได้หวังพึ่งสิ่งศักดิ์สิทธิ์ใน 2 วิธี คือ (1) ทำบุญหวังผลให้หายจากโรคร้าย และ (2) อ้อนวอนสิ่งศักดิ์สิทธิ์เพื่อให้มีชีวิตรอด

ผู้ให้ข้อมูลได้ใช้วิธี “ทำบุญหวังผลให้หายจากโรคร้าย” เพราะคิดว่าการเจ็บป่วยครั้งนี้ อาจมีสาเหตุมาจากผลกรรมที่ไม่ดีที่เคยกระทำไว้ในอดีต จึงได้ทำบุญตบล้างให้ผลกรรมเก่าหมดไป สอดคล้องกับการศึกษาของบุบผา (2536) เกี่ยวกับความต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคมะเร็ง กลุ่มผู้ให้ข้อมูลเป็นผู้ป่วยมะเร็งสูงอายุจำนวน 75 คน พบว่ากลุ่มผู้ให้ข้อมูลเชื่อว่า

การเจ็บป่วยเกิดจากกรรมเก่ามากที่สุด ร้อยละ 33.33 หากไม่มีกรรมเก่าก็หวังให้ผลบุญที่ได้กระทำ  
 คลบันดาลให้หายจากโรคร้าย สอดคล้องกับการศึกษาของจันทิรา (2543) ที่พบว่าผู้ให้ข้อมูลซึ่งเป็น  
 ผู้ป่วยมะเร็ง 7 ใน 10 ราย ได้ทำบุญอุทิศส่วนกุศล ให้เจ้ากรรมนายเวร เพราะเชื่อว่าโรคมะเร็งเกิด  
 จากกรรมไม่ดีที่ได้กระทำไว้ และบุญจะช่วยคุ้มครองให้หายจากโรคร้าย มีชีวิตรอด สอดคล้อง  
 กับการศึกษาของทิพมาส (2541) ที่พบว่ากลุ่มผู้ให้ข้อมูลที่เริ่มปรับตัวต่อความเจ็บป่วยได้ จะเริ่มทำ  
 ความดี พยายามสร้างสมบุญกุศลไว้ เพื่อว่าจะหายจากความเจ็บป่วย พลังกรรมเป็นชายโยที่ซับซ้อน  
 มากักสานเป็นชะตาชีวิต ยากที่ชีวิตใดในโลกจะหลบเลี่ยงได้ กรรมเก่าที่ทำไปแล้วไม่อาจ  
 เปลี่ยนแปลงได้ เมื่อต้องเผชิญผลกรรมเลวอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ ต้องยอมรับความจริงว่าเราสร้างเหตุ  
 ที่ไม่ดีไว้ แต่สามารถทำให้กรรมนั้นบรรเทาลงได้ ด้วยการสร้างบุญกุศล (หวัง ชื่อ ไฉ่, 2539) อีกวิธี  
 หนึ่งที่ผู้ให้ข้อมูลใช้ก็คือ “อ้อนวอนสิ่งศักดิ์สิทธิ์เพื่อมีชีวิตรอด” เพราะเชื่อว่าสิ่งศักดิ์สิทธิ์เป็น  
 สิ่งเหนือธรรมชาติ เป็นสิ่งเก่งกล้า มีความสามารถเหนือกฎเกณฑ์ธรรมชาติ สามารถที่จะคลบันดาล  
 สิ่งต่างๆ ได้ สอดคล้องกับการศึกษาของบุบผา (2536) ที่พบว่ากลุ่มผู้ให้ข้อมูลซึ่งเป็นมะเร็ง จะเผชิญ  
 ปัญหาโดยการอ้อนวอนสิ่งศักดิ์สิทธิ์มากที่สุด ร้อยละ 98.57 เพื่อเป็นกำลังใจและให้ความหวังกับ  
 ตัวเอง ความหวังเป็นสิ่งสำคัญที่สุดต่อการมีชีวิตอยู่ของผู้ป่วยมะเร็ง (Herth, 1989; Miller & Power,  
 1988)

วิธีการเผชิญปัญหาโดย “เชื่อมั่นในตัวแพทย์ ว่าสามารถรักษาให้หายขาดได้” ผู้ให้  
 ข้อมูลให้ความเชื่อถือในความสามารถของแพทย์ ว่าแพทย์เป็นผู้มีความรู้ความสามารถที่จะทำให้  
 ตนหายป่วยจากโรคร้าย ซึ่งสังคมไทยผู้ป่วยจะให้ความศรัทธาและเชื่อมั่นในความสามารถของ  
 แพทย์ มองเห็นว่าแพทย์เป็นแหล่งเกื้อหนุนทางสังคมที่สำคัญมาก ประกอบกับผู้ให้ข้อมูลรับรู้  
 หลังจากได้รับการรักษามีอาการดีขึ้น ผู้ให้ข้อมูลรายหนึ่งบอกว่าเพื่อนๆ ที่เป็นมะเร็งที่รู้จักได้เสียชีวิต  
 ทั้งหมดแล้ว เพราะเขาไม่ปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์ ส่วนผู้ให้ข้อมูลปฏิบัติตามคำแนะนำ  
 อย่างเคร่งครัด จึงยังคงมีชีวิตอยู่ได้ สอดคล้องกับการศึกษาของสุภาณี (2536) ที่พบว่าวิธีการเผชิญ  
 ปัญหาที่ผู้ให้ข้อมูลใช้มากที่สุด คือการเชื่อฟังและปฏิบัติตามที่แพทย์แนะนำ เนื่องจากศรัทธาและ  
 เชื่อมั่นในความสามารถของแพทย์ ซึ่งตรงกับวิธีการเผชิญปัญหาของไวส์แมน (Weisman, 1976) ที่  
 กล่าวไว้ว่า ผู้ป่วยจะยอมทำตามที่แพทย์แนะนำโดยไม่ซักถามข้อมูลเพิ่มเติม เนื่องจากมีความศรัทธา  
 และเชื่อวิธีการรักษาของแพทย์ว่าจะสามารถรักษาอาการเจ็บป่วยของตนให้ดีขึ้น ซึ่งเป็นความหวัง  
 ประการหนึ่ง

วิธีการเผชิญปัญหาโดย “ปกปิดไม่ให้ใครรู้ เกรงจะเป็นที่รังเกียจ” ผู้ให้ข้อมูลรับรู้  
 มะเร็งเป็นโรคที่มีการคิดเชื่อง่าย เป็นแล้วต้องตาย เป็นโรคน่ารังเกียจ เกรงจะเป็นที่รังเกียจของ  
 เพื่อนๆ และผู้คนรอบข้าง จึงพยายามปกปิดไม่ให้ใครรู้ความจริงนอกจากญาติๆ เนื่องจากผู้ให้ข้อมูล  
 อยู่ในระหว่างการปฏิเสธไม่สามารถยอมรับความจริงที่เกิดขึ้นได้ และต้องการที่จะป้องกันตนเองจาก

ถึงกระทบภายนอก ซึ่งอาจเป็นคำพูดการปฏิบัติที่ทำให้สายความหวังของตนจากผู้ที่มีเจตคติต่อโรคมะเร็งในทางลบ สอดคล้องกับการศึกษาของกนกนุช (2541) ที่ศึกษาว่ากลุ่มผู้ให้ข้อมูลส่วนหนึ่งต้องการปกปิดความจริงไม่ให้ใครรู้ว่าตนเป็นโรคมะเร็ง เนื่องจากกลัวถูกรังเกียจเพราะเป็นโรคที่รักษาไม่หาย เป็นแล้วต้องตาย และเกรงว่าเขาเหล่านั้นจะพูดให้เสียกำลังใจ โดยบอกว่าตนเป็นโรคมะเร็งต้องตาย รักษาไม่หาย เช่นเดียวกับการศึกษาของอารี (2541) ที่พบว่ากลุ่มตัวอย่างร้อยละ 65 ขึ้นไป กลัวถูกทอดทิ้ง รู้สึกตนเองน่ารังเกียจและรู้สึกอายที่เป็นโรคมะเร็ง และอาจเป็นเพราะอยู่ในระยะแรกของการรับรู้ความจริงว่าเป็นโรคมะเร็งยังมีการปรับตัวไม่ดีนักจึงปกปิดไม่ให้ใครรู้ นอกจากนี้ผ่องศรี (2536) ยังศึกษาพบว่าผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูก แม้แต่ญาติพี่น้องก็ไม่ต้องการให้รับทราบความจริงว่าตนเองป่วยเป็นมะเร็ง เพราะกลัวว่าญาติจะไม่เข้าใจ แล้วจะรังเกียจ

จากการเผชิญปัญหาของผู้ให้ข้อมูลที่กล่าวมาทั้ง 6 วิธี จะเห็นได้ว่ามี 2 เป้าหมายตามที่ลาซารัส และโฟล์คแมน (Lazarus & Folkman, 1984) ได้กล่าวไว้คือ (1) เพื่อมุ่งแก้ปัญหา (problem-focused coping) เป็นกระบวนการการแก้ไขปัญหาที่จะจัดการกับสถานการณ์โดยมุ่งที่ต้นเหตุของปัญหาเผชิญกับเหตุการณ์ที่เป็นภาวะเครียดตามสภาพความเป็นจริง และหาหนทางแก้ไขปัญหาได้แก่ วิธีการเผชิญปัญหาซึ่งผู้ให้ข้อมูลทั้ง 10 ราย ใช้คือ “สรรหาการรักษา จากทุกที่” และเป้าหมายที่ (2) เพื่อมุ่งจัดการกับอารมณ์ (emotion-focused coping) เป็นการทำบุคคลพยายามที่จะจัดการกับอารมณ์และความรู้สึกต่างๆ ที่เกิดขึ้นในสถานการณ์ที่ประเมินว่ามีภาวะเครียด โดยไม่ได้มุ่งแก้ไขที่ปัญหาหรือสาเหตุ เป็นการทำให้รู้สึกว่ายอันตรายจากสถานการณ์นั้นลดลง แต่ความจริงแล้วอันตรายนั้นไม่ได้ลดลงและสถานการณ์นั้นยังคงอยู่ ได้แก่วิธีการเผชิญปัญหาของผู้ให้ข้อมูลใน 4 วิธี คือ (2.1) ปลงกับชีวิต (2.2) หวังพึ่งผลบุญและสิ่งศักดิ์สิทธิ์ (2.3) เชื่อมมั่นในตัวแพทย์ว่าสามารถรักษาให้หายขาดได้ และ (2.4) ปกปิดไม่ให้ใครรู้ เกรงจะเป็นที่รังเกียจ นอกจากนี้ยังมีอีก 1 วิธีที่ผู้ให้ข้อมูลใช้ทั้ง 2 เป้าหมายรวมกันคือ “เสริมสร้างพลังกาย พลังใจ เพื่อพิชิตภัยโรคมะเร็ง” ผู้ให้ข้อมูลทั้ง 10 ราย ใช้วิธีการเผชิญปัญหามากกว่า 1 วิธี ซึ่งตรงกับคำกล่าวของลาซารัส และโฟล์คแมน (Lazarus & Folkman, 1984) ที่กล่าวว่า ผู้ป่วยอาจใช้วิธีการเผชิญปัญหามากกว่า 1 วิธีในเวลาเดียวกัน

## 7. ความต้องการในการได้รับการบอกความจริงเกี่ยวกับความเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็ง

จากวิธีการบอกความจริงของแพทย์เกี่ยวกับความเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็ง ทำให้ผู้ให้ข้อมูลเกิดความรู้สึกต่างๆ มากมาย โดยเฉพาะความรู้สึกด้านลบก่อให้เกิดปัญหาต่างๆ ตามมา ส่งผลให้ผู้ให้ข้อมูลเกิดความต้องการที่หลากหลายใน 8 ลักษณะคือ (1) หอมเป็นผู้รู้ดี จึงควรมีหน้าที่บอกความจริง (2) ควรบอกตรงๆ ว่าเป็นอะไร (3) ต้องการให้บอกข้อมูลทั้งหมด (4) รู้แล้วบอกเลย

(5) บอกขณะที่ผู้อื่นอยู่ด้วย (6) บอกเฉพาะตนเท่านั้น (7) บอกครอบครัวแทนตนเอง และ (8) บอกที่ไหนอย่างไรก็ได้ ซึ่งสามารถอภิปรายได้ดังนี้

ความต้องการที่ผู้ให้ข้อมูลทั้ง 10 ราย ต้องการตรงกันมากที่สุดคือ “หมอมเป็นผู้รู้ดี จึงควรมีหน้าที่บอกความจริง” ต้องการให้แพทย์เป็นผู้บอกความจริงเกี่ยวกับความเจ็บป่วยด้วยโรค มะเร็ง เนื่องจากมีความศรัทธาในตัวแพทย์ว่าเป็นผู้มีความรู้ ความชำนาญเป็นผู้ตรวจหรือผ่าตัดผู้ให้ ข้อมูลเอง ดังนั้นแพทย์ย่อมรู้รายละเอียดเกี่ยวกับผู้ให้ข้อมูลดีกว่าบุคลากรทีมสุขภาพคนอื่นๆ ซึ่ง บุคลากรทีมสุขภาพคนอื่นๆ จะรู้ความจริงก็ต่อเมื่อแพทย์ได้อธิบายให้ฟัง การได้รับทราบความจริง จากแพทย์จึงดีที่สุด และขณะบอกความจริงแพทย์อาจจะให้แนวทางการรักษาได้ดีกว่าผู้อื่น บุคลากรที่มีหน้าที่โดยตรงในการบอกข้อวินิจฉัยโรคก็คือ แพทย์ (พิกุลทิพย์ และปราณี, 2539; วิฑูรย์, 2532) สอดคล้องกับการศึกษาของมิริดิทท์ และคณะ (Meredith et al., 1996) ซึ่งได้ทำ การศึกษาถึงความต้องการข้อมูลของผู้ป่วยมะเร็งในประเทศสกอตแลนด์ตะวันตก จำนวน 250 ราย พบว่าผู้ให้ข้อมูลร้อยละ 60 ต้องการให้แพทย์ซึ่งทำการรักษาเป็นผู้บอกผลการวินิจฉัยโรค ซึ่งในการ ปฏิบัติจริงบุคลากรทีมสุขภาพผู้ที่ยกผลการวินิจฉัยโรคส่วนใหญ่จะเป็นแพทย์ จากการศึกษาของ พีริทท์ และคณะ (Peteet et al., 1991) พบว่าผู้ให้ข้อมูลทั้งหมดซึ่งเป็นผู้ป่วยมะเร็ง 32 ราย ได้รับการ บอกผลการวินิจฉัยโรคว่าเป็นโรคมะเร็งโดยแพทย์

ความต้องการต่อมา คือ “ควรบอกตรงๆ ให้รู้ว่าเป็นอะไร” และ “ต้องการให้บอกข้อมูล ทั้งหมด” ผู้ให้ข้อมูลต้องการให้บอกความจริงและบอกตรงๆ ว่าเป็นโรคมะเร็ง โดยไม่ต้องอ้อมค้อม หรือปิดบัง เพราะการบอกอย่างอ้อมค้อมทำให้รู้สึกเครียด กังวล ต่อการไม่รู้แน่ชัดว่าป่วยเป็นโรค อะไร เมื่อได้รับทราบความจริงทำให้คลายกังวลในข้อสงสัยที่เกิดขึ้น จะได้ทำใจยอมรับโรคร้าย สามารถเลือกแนวทางการรักษา และปฏิบัติตัวได้ถูกต้อง การรับทราบความจริงจะทำให้ผู้ป่วยเกิด ความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับโรค รวมทั้งสิ่งที่ตนต้องประสบ เข้าใจเหตุการณ์ได้ถูกต้อง ทำให้ ผู้ป่วยได้รู้อนาคตตนเองและไม่เกิดความกังวลกับสิ่งที่ไม่รู้และไม่แน่ชัด (รัตนาน, 2541) การได้รับ ทราบความจริงทำให้สามารถตัดสินใจเลือกแนวทางในการรักษาได้ถูกต้อง และมีประสิทธิภาพ (กัลยาณี, 2543; มัญญา, 2541; สมจิต, 2537; Williamson & Livingston, 1992) ผู้ให้ข้อมูลกลุ่มนี้ เป็นบุคคลที่มีความเชื่ออำนาจภายในตน เชื่อว่าเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นเป็นผลจากการกระทำหรือความ สามารถของตนเอง จึงมีความกระตือรือร้นที่จะแสวงหาข้อมูล ต้องการข้อมูลทุกอย่าง การได้รับ ข้อมูลทำให้มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับสิ่งที่จะเกิดขึ้นกับตนเองเป็นแหล่งพลัง (power) อย่างหนึ่ง ที่ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกที่ตนเองสามารถจัดการกับชีวิตได้สามารถควบคุมตนเองได้ (Miller, 1992) สอดคล้องกับการศึกษาของทิพมาส (2541) ที่พบว่าผู้ให้ข้อมูลซึ่งเป็นผู้ป่วยมะเร็งต้องการให้แพทย์ บอกความจริงตรงๆ ว่าตนป่วยเป็นโรคอะไร และต้องการทราบข้อมูลต่างๆ ให้มากที่สุด เพื่อใช้ ประกอบในการตัดสินใจรักษาว่าควรรักษาด้วยวิธีใด และการศึกษาของเดอเดียเรียน (Derdarian,



1987) เกี่ยวกับความต้องการข้อมูลของผู้ป่วยที่เพิ่งได้รับการวินิจฉัยโรคว่าเป็นมะเร็ง จำนวน 60 ราย พบว่ากลุ่มผู้ให้ข้อมูลร้อยละ 80 ต้องการข้อมูลเกี่ยวกับการวินิจฉัยโรค ร้อยละ 87 ต้องการข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาและร้อยละ 90 ต้องการข้อมูลเกี่ยวกับการพยากรณ์โรค จะเห็นได้ว่าผู้ป่วยให้ความสำคัญในข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาและการพยากรณ์โรค มากกว่าข้อมูลเกี่ยวกับผลการวินิจฉัยโรค ซึ่งเป็นสิ่งที่ผู้ป่วยต้องประสบหลังรับทราบความจริงว่าป่วยเป็นโรคมะเร็ง แต่แตกต่างจากการศึกษาของมีเรดิทท์ และคณะ (Meredith et al., 1996) ซึ่งยังคงให้ความสำคัญต่อผลการวินิจฉัยโรคเป็นอันดับหนึ่ง ส่วนข้อมูลด้านอื่นๆ ก็ยังคงมีความต้องการเช่นกัน แต่ให้ความสำคัญรองลงมา คือ ร้อยละ 96 ต้องการทราบผลการวินิจฉัยโรค ร้อยละ 91 ต้องการทราบเมื่อมีการเปลี่ยนแปลงแผนการดูแลรักษา นอกจากนี้ยังมีความต้องการทราบถึงอาการข้างเคียงของผลการรักษา รวมถึงชื่อยาที่ใช้ในการรักษา และแผนการรักษาทั้งหมด ซึ่งใกล้เคียงกับการศึกษาของเลย์ดอน และคณะ (Leydon et al., 2000) ที่พบว่าผู้ให้ข้อมูลซึ่งเป็นผู้ป่วยมะเร็ง ต้องการทราบข้อมูลพื้นฐานทั่วไป คือต้องการทราบถึงผลการวินิจฉัยโรค การรักษา และอาการข้างเคียงของการรักษา และทางเลือกในการรักษา แต่ไม่ต้องการทราบข้อมูลเกี่ยวกับทุกสิ่งทุกอย่างตลอดเวลา ไม่ต้องการทราบว่าอนาคตจะเป็นอย่างไร โรคอยู่ในระยะใด

ส่วนความต้องการ “รู้แล้วบอกเลย” เป็นความต้องการที่จะทราบความจริงในทันทีที่แพทย์ตรวจรู้ แม้ว่าจะเป็นการบอกที่ห้องตรวจ จะมีใครหรือไม่ก็ไม่สำคัญ ที่สำคัญคือต้องการทราบความจริงทันที เนื่องจากผู้ป่วยรายนี้มีความรู้สึกกังวลในขณะที่แพทย์ไม่ได้บอกความจริงให้ทราบซึ่งในขั้นแรกแพทย์ได้บอกเฉพาะอาการแสดงของโรคว่าเป็นโรคเกล็ดเลือดต่ำ (ผู้ให้ข้อมูลเป็นโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว) ซึ่งผู้ให้ข้อมูลไม่เข้าใจว่าเป็นโรคอะไร จึงเกิดความสงสัยกังวลอยู่ตลอดเวลา แต่ไม่กล้าถามแพทย์ ซึ่งเป็นลักษณะนิสัยของคนไทยที่มักมีความเกรงใจผู้อื่น โดยเฉพาะเจ้าหน้าที่ที่มียศตำแหน่ง ผู้ป่วยคิดว่าการมารับการรักษา หรือการสอบถามข้อมูลเป็นการรบกวนการทำงานของเจ้าหน้าที่ที่มียศตำแหน่ง จึงไม่กล้าเรียกร้องในสิทธิที่ตนควรจะได้รับบริการ นอกเหนือจากทางโรงพยาบาลจะจัดบริการให้ ผู้ให้ข้อมูลบอกว่ารู้สึกอับอายที่ตัวเองก็รู้ว่าตัวเองป่วยเป็นโรคอะไร ร้ายแรงเพียงใด เมื่อมีเพื่อนมาเยี่ยมและถามว่าป่วยเป็นโรคอะไร ก็ต้องบอกว่าเป็นโรคเกล็ดเลือดต่ำต่างๆ ที่ไม่เข้าใจว่าโรคเกล็ดเลือดต่ำคือโรคอะไร และไม่สามารถอธิบายต่อได้ว่าเป็นโรคอย่างไร จึงต้องการให้แพทย์บอกความจริงทันทีที่รู้ว่าตนป่วยเป็นโรคมะเร็ง มิใช่ต้องมารับการรักษาหลายครั้ง จึงจะบอกความจริงว่าเป็นโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวตามที่ตนได้ประสบมา ประกอบกับผู้ให้ข้อมูลรายนี้มีบุคลิกลักษณะ เป็นผู้ยอมรับสภาพความเป็นจริงที่เกิดขึ้น เมื่อเกิดปัญหาขึ้นจะหันหน้าเผชิญปัญหา จึงต้องการรับทราบความจริงทันทีที่แพทย์ตรวจพบว่าป่วยเป็นโรคมะเร็ง

นอกจากนี้ผู้ให้ข้อมูลยังต้องการให้ “บอกขณะที่มีผู้อื่นอยู่ด้วย” ต้องการให้บอกความจริงขณะที่มีลูกๆ ญาติๆ หรือมีเพื่อนอยู่ด้วย เพื่อต้องการให้รับรู้ความจริงจากแพทย์โดยตรงเพื่อจะ

ได้รับความเห็นอกเห็นใจ และช่วยปลอบใจ ให้กำลังใจ เพราะขณะนั้นผู้ให้ข้อมูลอาจจะรู้สึกตกใจ ทำใจยอมรับความจริงไม่ได้ การรับรู้ในขณะนั้นอาจจะไม่ดี บุคคลที่อยู่ด้วยจะได้รับฟังข้อมูลต่างๆ จากแพทย์แทนผู้ให้ข้อมูล ช่วยถามรายละเอียดเกี่ยวกับอาการเจ็บป่วยการรักษาต่างๆ รวมถึงให้คำปรึกษาต่างๆ ซึ่งเป็นความต้องการพึ่งพาผู้อื่นตามปกติ (normal dependency) ในสถานการณ์ที่ต้องรับรู้ความจริงว่าตนป่วยเป็นโรคมะเร็ง ซึ่งรับรู้ว่าเป็นโรคที่ร้ายแรง คุณคามชีวิต ซึ่งเขาวัดถัก และลัดดา (2541) กล่าวว่าเป็นเรื่องปกติที่มนุษย์ทุกคนมีความต้องการที่จะพึ่งพาผู้อื่น แต่การพึ่งพานั้นต้องไม่ทำให้เกิดปัญหาในการดำเนินชีวิตประจำวัน ต้องเหมาะสมกับวัยและสถานการณ์ สอดคล้องกับการศึกษาของจากรูรณ (2538) ซึ่งพบว่าผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่ต้องการให้มีชีวิต ลูกญาติหรือเพื่อนอยู่ด้วยขณะที่ได้รับการบอกความจริงเกี่ยวกับผลการวินิจฉัยโรค เพราะจะได้มีกำลังใจ มีคนปลอบใจ และช่วงที่รับทราบผลการวินิจฉัยนั้น การรับรู้ต่างๆ ไม่ดีเท่าที่ควรจึงต้องการให้ผู้ให้ข้อมูลที่อยู่ด้วยช่วยฟังรายละเอียดในการรักษา การปฏิบัติตนต่างๆ ที่ถูกต้องและสอดคล้องกับการศึกษาของพีธีท และคณะ (Peteet et al., 1991) ที่พบว่าผู้ให้ข้อมูลซึ่งเป็นผู้ป่วยมะเร็งต้องการให้บอกความจริงขณะมีบุคคลซึ่งผู้ให้ข้อมูล คิดว่าสามารถให้ความช่วยเหลือตนได้อยู่ด้วยและบอกในสถานที่ที่เป็นส่วนตัว

ผู้ให้ข้อมูลบางรายต้องการให้ “บอกเฉพาะตนเท่านั้น” ไม่ต้องการให้บอกให้ญาติทราบ เพราะเกรงว่าญาติจะเกิดความเครียด ความไม่สบายใจเมื่อรับทราบความจริงว่า ตนป่วยเป็นโรคมะเร็ง เนื่องจากความผูกพันต่อบุคคลในครอบครัว ความรัก ความห่วงใย ความเอื้ออาทร จึงไม่ต้องการให้ใครมาเจ็บปวดด้วย ส่วนผู้ให้ข้อมูลอีกรายรับรู้ว่ามีมะเร็งเป็นโรคน่ารังเกียจ จึงกลัวว่าขณะแพทย์บอกความจริงจะมีผู้คนที่อยู่บริเวณนั้นได้ยิน และใช้สายตาที่แสดงความรังเกียจมองมาที่ตน จึงต้องการให้บอกเฉพาะตนและบอกในที่ที่เป็นส่วนตัวพอสมควร สอดคล้องกับการศึกษาของคูเพโลมาคิ และลอร์ (Kuuppelomaki & Lauri, 1998) ที่พบว่าผู้ให้ข้อมูลซึ่งเป็นผู้ป่วยมะเร็งคาดหวังให้แพทย์เรียกออกไปที่ระเบียงเพื่อมีความเป็นส่วนตัวในการบอกผลการวินิจฉัย ซึ่งเป็นข่าวร้ายต้องการให้บอกอย่างเงียบๆ ไม่ต้องการให้ผู้อื่นรู้ นอกจากนี้ยังมีผู้ให้ข้อมูล 1 ราย ต้องการให้ “บอกครอบครัวแทนตนเอง” เนื่องจากรับรู้ว่ามีมะเร็งเป็นโรคที่ร้ายแรง เป็นโรคที่รักษาไม่หาย ทำให้มีชีวิตไม่ยืนยาว จึงเป็นเรื่องที่น่ากลัวน่าตกใจ ผู้ให้ข้อมูลจึงไม่ต้องการรับทราบความจริง ประกอบกับมีอาการไม่สบายในร่างกายอยู่แล้วไม่ต้องการจะเพิ่มความไม่สบายใจเข้ามาอีก แต่ให้บอกลูกหลานแทน เพื่อให้ลูกหลานเป็นผู้รับทราบข้อมูลต่างๆ จากแพทย์ และช่วยดูแลตนตามคำแนะนำแพทย์ จะเห็นได้ว่าผู้ให้ข้อมูลรายนี้มีบุคลิกภาพแบบหลีกเลี่ยงปัญหา พึ่งพาผู้อื่น ไม่กล้าเผชิญความจริง ดังคำตอบที่ผู้ให้ข้อมูลได้ตอบผู้วิจัยหลังจากผู้วิจัยถามว่า “หากป้าไม่ทราบความจริงว่าป่วยเป็นโรคอะไร ป้าจะปฏิบัติตัวถูกหรือคะ” ผู้ให้ข้อมูลตอบว่า “ถึงป้าไม่รู้ความจริงก็ไม่เป็นไร เพราะถึงอย่างไรหมอเขาก็ต้องรักษาป้าอยู่แล้ว หมอเขาก็ต้องบอกลูกๆ ป้าว่าควรดูแลป้าอย่างไร

แล้วลูกก็ต้องมาบอกป้าอีกที ป้าก็ทำตามที่เขาบอก... ก็ไม่จำเป็นที่จะต้องมาบอกความจริงกับป้าว่า ป้าเป็นโรคอะไร” บุตรสาวของผู้ให้ข้อมูลรายนี้บอกว่าผู้ให้ข้อมูลไม่ต้องการทราบผลการวินิจฉัยโรค ต้องการทราบเพียงแต่แพทย์จะทำอะไรกับตัวผู้ให้ข้อมูลบ้าง หรือจะเกิดอะไรขึ้นกับตนบ้างในระหว่างนี้ ซึ่งเท่านั้นก็เพียงพอ สอดคล้องกับการศึกษาของอีเลียน และดีน (Elaine & Dean, 1985) เกี่ยวกับความต้องการทราบผลการวินิจฉัยโรคของผู้ป่วยมะเร็ง พบว่ามีผู้ให้ข้อมูลเพียงส่วนน้อยร้อยละ 4 ไม่ต้องการทราบผลการวินิจฉัย ซึ่งแตกต่างกับการศึกษาของคอสแตนตินี-เฟอร์เรานโด และคณะ (Costantini-Ferrando et al., 1998) ที่พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่ต้องการได้รับการบอกความจริง แต่มีผู้ป่วยเพียงร้อยละ 20 ที่ต้องการรับทราบความจริงเกี่ยวกับการพยากรณ์โรค และเหตุผลในการเลือกใช้วิธีการรักษานั้นๆ ซึ่งอะไซ (Asai, 1995) กล่าวว่ากรณีที่แพทย์ได้บอกความจริงถึงผลการวินิจฉัยโรค และเกี่ยวกับความเจ็บป่วยด้านอื่นๆ ของโรคมะเร็งโดยที่ผู้ป่วยไม่ต้องการรับทราบความจริง อาจจะทำให้ผู้ป่วยเกิดความเครียด และเป็นการทำอันตรายผู้ป่วยได้

ส่วนผู้ให้ข้อมูลอีกกลุ่ม ไม่ได้ให้ความสำคัญต่อวิธีการบอกความจริงว่าจะบอกอย่างไร บอกที่ไหน จะมีใครอยู่ด้วยหรือไม่ก็ได้ขณะบอกความจริง โดยให้เหตุผลว่าไม่ว่าจะบอกที่ไหนบอกอย่างไร ความจริงเกี่ยวกับความเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งก็ยังคงเดิม หากญาติไม่ได้รับทราบความจริงพร้อมผู้ให้ข้อมูล ญาติก็คงจะได้รับการบอกความจริงในภายหลัง ดังนั้นจะ “บอกที่ไหนอย่างไรก็ได้” เนื่องจากผู้ให้ข้อมูลกลุ่มนี้ยอมรับความจริงต่อการเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งได้ จึงพร้อมเสมอที่จะได้รับทราบความจริง และคิดว่าเป็นหน้าที่ของแพทย์ที่จะต้องพิจารณาว่า ควรบอกความจริงให้ผู้ป่วยทราบอย่างไร ที่ไหน และเมื่อไหร่ จึงจะเหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย ประกอบกับผู้ให้ข้อมูลกลุ่มนี้ให้ความสนใจในวิธีที่แพทย์จะใช้รักษาตนมากกว่าว่าจะสามารถช่วยให้ตนมีชีวิตยืนยาวต่อไปได้หรือไม่ จะสามารถรักษาโรคมะเร็งให้หายได้หรือไม่ มากกว่าที่จะสนใจถึงวิธีการบอกของแพทย์

## บทที่ 5

### สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ

#### สรุปผลการวิจัย

การศึกษานี้ เป็นการศึกษาเกี่ยวกับประสบการณ์ของผู้ป่วยมะเร็งในการได้รับการบอกความจริงเกี่ยวกับความเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งจากทีมสุขภาพ โดยใช้ระเบียบวิธีการวิจัยเชิงปรากฏการณ์วิทยาแบบเฮอรัมนิวติกซ์ เพื่อบรรยายและอธิบาย ประสบการณ์ของผู้ป่วยมะเร็งในการได้รับการบอกความจริงเกี่ยวกับความเจ็บป่วยจากทีมสุขภาพ โดยเลือกผู้ให้ข้อมูลแบบเจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้ว่าเคยได้รับการบอกความจริงเกี่ยวกับความเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งจากทีมสุขภาพ จำนวน 10 ราย ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นระยะเวลาทั้งสิ้น 5 เดือน โดยเก็บข้อมูลในช่วงเดือนตุลาคม พ.ศ. 2543 ถึงเดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2544 ในโรงพยาบาลของรัฐ 3 แห่งในภาคใต้ เก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์แบบเจาะลึกจนข้อมูลมีความอิ่มตัว ข้อมูลต่างๆ ที่ได้นำมาวิเคราะห์เพื่อหาประเด็นหลัก (themes) เกี่ยวกับความหมายของการได้รับการบอกความจริงเกี่ยวกับความเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็ง วิธีหรือรูปแบบในการบอกความจริงของทีมสุขภาพเกี่ยวกับความเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็ง ความคิดเห็นต่อวิธีการบอกความจริงเกี่ยวกับความเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็ง ความรู้สึกเมื่อได้รับการบอกความจริงเกี่ยวกับความเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็ง ผล/ผลกระทบของการได้รับการบอกความจริงเกี่ยวกับความเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็ง การเผชิญปัญหาเมื่อได้รับทราบความจริงเกี่ยวกับความเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็ง และความต้องการในการได้รับการบอกความจริงเกี่ยวกับความเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็ง ซึ่งผลการวิจัยมีดังนี้คือ

ความหมายของการได้รับการบอกความจริงเกี่ยวกับความเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็ง

ผู้ให้ข้อมูลให้ความหมายของการได้รับการบอกความจริงเกี่ยวกับความเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งไว้ 5 ลักษณะ คือ

1. เป็นเรื่องธรรมดา ไม่ใช่เรื่องเลวร้าย
2. เป็นการบอกถึงสิ่งไม่พึงประสงค์
  - 2.1 เป็นการบอกถึงสิ่งที่น่าตกใจ น่ากลัว
  - 2.2 เป็นการบอกข่าวร้าย
3. เป็นสิ่งบั่นทอน / ทำลายความหวัง

4. เป็นสิ่งชี้แนวทางการรักษา
5. เป็นสิ่งขจัดความกังวล / ความอึดอัด

วิธีหรือรูปแบบในการบอกความจริงของที่มีสุขภาพเกี่ยวกับความเจ็บป่วยด้วยโรค

มะเร็ง

ผู้ให้ข้อมูลได้รับการบอกความจริงจากที่มีสุขภาพใน 2 ประเด็น คือ (1) บอกในเรื่องการวินิจฉัยโรค และ (2) บอกวิธีการรักษา ดังนี้

1. บอกในเรื่องการวินิจฉัยโรคโดยมีวิธีการบอก ใน 4 ลักษณะคือ
  - 1.1 บอกเมื่อพร้อมที่จะรับรู้
  - 1.2 บอกความจริงผ่านผู้อื่น
  - 1.3 บอกตรงๆ ทันที ที่หมอมั่นใจ
  - 1.4 บอกว่าเป็นเนื้อร้ายแทนคำว่ามะเร็ง
2. บอกวิธีการรักษาใน 2 ลักษณะ คือ
  - 2.1 การรักษามีเพียงหนึ่งเดียว
  - 2.2 ให้ทางเลือกในการรักษา

ความคิดเห็นต่อวิธีการบอกความจริงเกี่ยวกับความเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็ง

ผู้ให้ข้อมูลมีความคิดเห็นต่อวิธีการบอกความจริง ใน 3 ลักษณะ คือ

1. วิธีของหมอเหมาะสม
2. เห็นด้วยกับการบอกตรงๆ จะได้ไม่สายเกินแก้
3. เหมือนถูกบีบบังคับให้ทำตามที่หมอบอก

ความรู้สึกเมื่อได้รับการบอกความจริงเกี่ยวกับความเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็ง

เมื่อได้รับการบอกความจริงเกี่ยวกับความเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็ง ผู้ให้ข้อมูลมีความรู้สึก

5 ลักษณะ คือ

1. ไม่ตกใจเมื่อรับรู้ ผู้ความจริง
  - 1.1 ไม่ตกใจ หากเป็นอะไรไปไม่มีใครต้องเป็นห่วง
  - 1.2 ไม่ตกใจ เพราะเป็นไปตามที่คิดไว้
  - 1.3 ไม่ตกใจ เพราะเชื่อว่าเป็นไปตามความประสงค์ของพระเจ้า
  - 1.4 ถึงจะตกใจไป ก็ทำอะไรไม่ได้
  - 1.5 รู้ความจริงเมื่ออาการดีขึ้นแล้ว จึงไม่ค่อยตกใจ

2. ตกใจกลัว เพราะความตายอยู่ใกล้ตัว
  - 2.1 ตกใจ กลัวตาย
  - 2.2 ไม่กลัวตาย แต่ก็คิดถึงความตาย
3. ทำไมถึงต้องเป็นเรา
4. เครียด สับสน กังวลใจ ทำอย่างไรให้หายจากโรคร้าย
5. เป็นห่วงพ่อ-แม่ ต่อไปใครจะดูแล

ผล/ผลกระทบของการได้รับการบอกความจริงเกี่ยวกับความเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็ง  
 การได้รับการบอกความจริงเกี่ยวกับความเจ็บป่วยด้วย โรคมะเร็ง ก่อให้เกิดผล/ผล  
 กระทบต่อผู้ให้ข้อมูล ใน 2 ด้าน คือ ด้านบวก และด้านลบ ดังนี้

ด้านบวก จากการได้รับการบอกความจริงก่อให้เกิดผลดีต่อผู้ให้ข้อมูลใน 2 ลักษณะ คือ

1. ได้รับความหวังใจ กำลังใจจากเพื่อนฝูง
2. โล่งใจไม่ใช่ขอคส์

ด้านลบ จากการได้รับการบอกความจริงก่อให้เกิดปัญหาต่อผู้ให้ข้อมูลใน 3 ลักษณะ

คือ

1. กินไม่ได้ นอนไม่หลับ
2. การดำเนินชีวิตเปลี่ยนไปจากเดิม
  - 2.1 ไม่กล้าไปไหน เพราะกลัวอาการจะกำเริบ
  - 2.2 ไม่กล้าทำงานหนัก
3. สับสน กังวลใจ จะทำอย่างไรให้หายจากโรค

การเผชิญปัญหาเมื่อได้รับทราบความจริงเกี่ยวกับความเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็ง  
 ผู้ให้ข้อมูลได้ใช้วิธีในการเผชิญปัญหาที่เกิดขึ้นใน 6 ลักษณะ คือ

1. สรรหาการรักษาจากทุกที่
  - 1.1 ใช้สมุนไพรรักษา
  - 1.2 แสวงหาข้อมูลจากตำรา พร้อมทั้งศึกษาจากผู้อื่น
2. เสริมสร้างพลังกาย พลังใจ เพื่อพิชิตภัย โรคมะเร็ง
  - 2.1 ออกกำลังกายและกินอาหารดีๆ เพื่อระงับการลุกลามของ โรค
  - 2.2 เสริมสร้างกำลังใจ
  - 2.3 ทำสมาธิ พิชิตโรคร้าย

3. ปลงกับชีวิต
  - 3.1 ถึงอย่างไรมันก็ยังอยู่คู่กายเรา
  - 3.2 เกิดมาแล้วต้องตาย
4. หวังพึ่งผลบุญและสิ่งศักดิ์สิทธิ์
  - 4.1 ทำบุญหวังผลให้หายจากโรคร้าย
  - 4.2 อ้อนวอนสิ่งศักดิ์สิทธิ์เพื่อให้มีชีวิตรอด
5. เชื่อมั่นในตัวแพทย์ ว่าสามารถรักษาให้หายขาดได้
6. ปกปิดไม่ให้ใครรู้ เกรงจะเป็นที่รังเกียจ

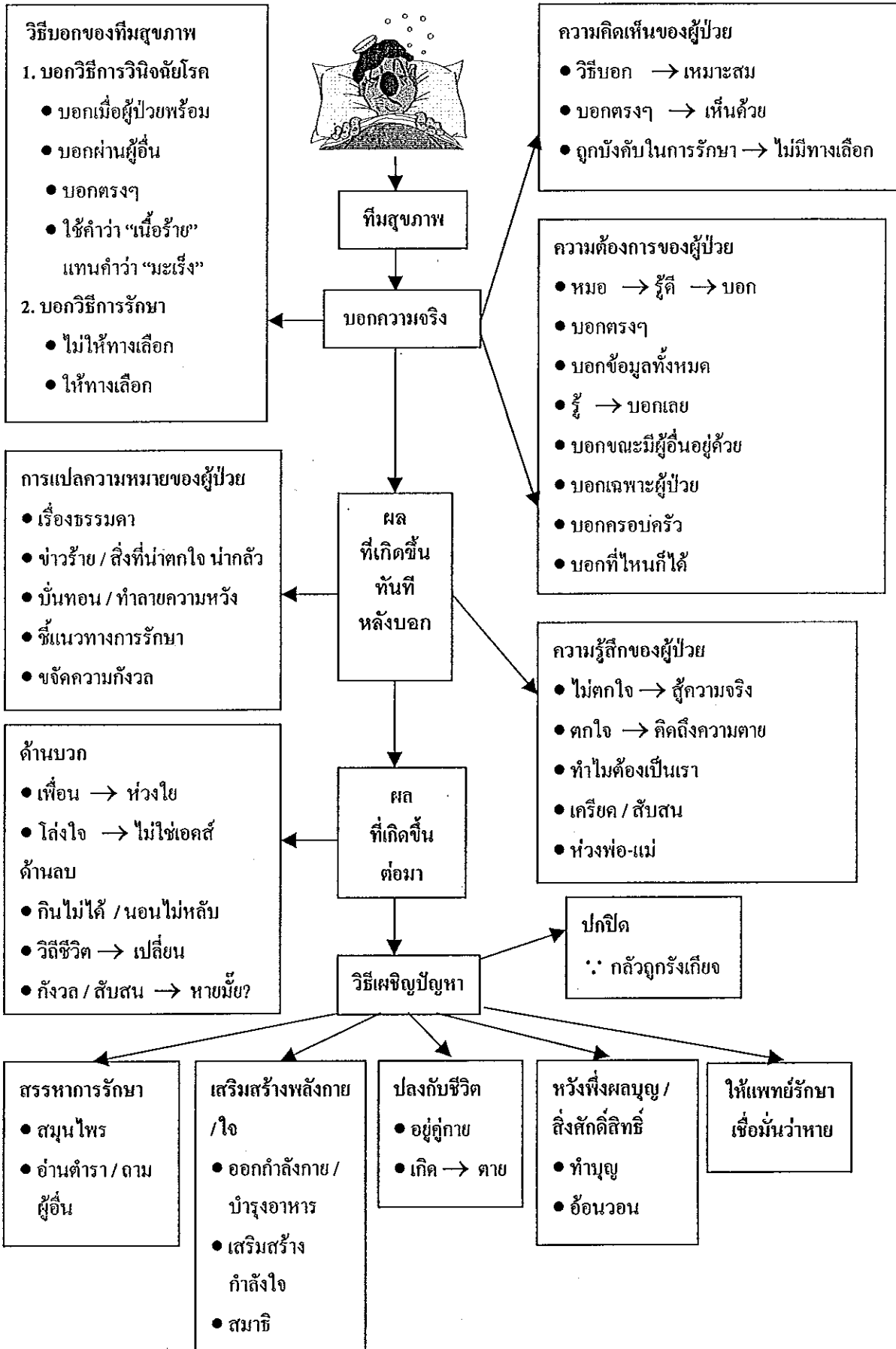
ความต้องการในการได้รับการบอกความจริงเกี่ยวกับความเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็ง  
 ผู้ให้ข้อมูลมีความต้องการได้รับการบอกความจริงเกี่ยวกับความเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็ง

ใน 8 ลักษณะ คือ

1. หอมเป็นผู้รู้ดีจึงควรมีหน้าที่บอกความจริง
2. ควรบอกตรงๆ ให้รู้ว่าเป็นอะไร
3. ต้องการให้บอกข้อมูลทั้งหมด
4. รู้แล้วบอกเลย
5. บอกขณะที่มีผู้อื่นอยู่ด้วย
6. บอกเฉพาะคนเท่านั้น
7. บอกครอบครัวแทนตนเอง
8. บอกที่ไหนอย่างไรก็ได้

จากผลการศึกษาประสบการณ์ของผู้ป่วยมะเร็งในการได้รับการบอกความจริงเกี่ยวกับ  
 ความเจ็บป่วยจากทีมสุขภาพ สามารถสรุปให้เห็นภาพรวมของปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นได้ดังนี้  
 (ภาพประกอบ 1)

ผู้ป่วย



ภาพประกอบ 1 แสดงประสบการณ์ของผู้ป่วยมะเร็งในการได้รับการบอกความจริงเกี่ยวกับความเจ็บป่วยจากทีมสุขภาพ



## ปัญหาและอุปสรรค

1. กลุ่มผู้ให้ข้อมูลที่ให้สัมภาษณ์ในการวิจัยครั้งนี้ เป็นผู้ป่วยมะเร็งที่สามารถยอมรับความจริงเกี่ยวกับความเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งได้ หรือไม่สามารถยอมรับความจริงได้เพียงระยะสั้นๆ ในครั้งแรกที่รับทราบความจริง ต่อมาก็ยอมรับความจริงได้ แต่ผู้ป่วยมะเร็งที่ไม่สามารถยอมรับความจริงได้และมีปฏิกิริยาต่อการรับรู้ความจริงรุนแรง ผู้วิจัยไม่สามารถที่จะขอสัมภาษณ์ถึงประสบการณ์ที่ได้รับหรือความรู้สึกที่เกิดขึ้นได้ เนื่องจากผู้ป่วยไม่ต้องการให้มีคนรู้เพิ่มขึ้นว่าตนเป็นโรคมะเร็งแม้ว่าจะใช้นามสมมติ ประกอบกับผู้ป่วยจะเกิดความเครียด รู้สึกถูกตอกย้ำเมื่อต้องพูดถึงความเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็ง ทำให้กระทบกระเทือนจิตใจจึงไม่ต้องการให้สัมภาษณ์ ทำให้การวิจัยครั้งนี้ขาดข้อมูลในส่วนของผู้ป่วยมะเร็งที่ไม่สามารถยอมรับความจริงได้

2. ญาติผู้ป่วยมะเร็งบางรายที่มีทัศนคติต่อโรคมะเร็งในด้านลบ ไม่ต้องการให้ผู้วิจัยสัมภาษณ์ผู้ป่วยมะเร็งซึ่งเป็นญาติของตน เนื่องจากกลัวว่าการพูดคุยเกี่ยวกับประสบการณ์ที่ได้รับการบอกความจริงจะทำให้กระทบกระเทือนจิตใจผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยอาการทรุดหนักลง ผู้วิจัยจึงไม่สามารถนำผู้ป่วยรายนั้นๆ เข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้ได้ ต้องค้นหาผู้ให้ข้อมูลรายใหม่

## ข้อเสนอแนะ

จากผลการศึกษเกี่ยวกับประสบการณ์ของผู้ป่วยมะเร็งในการได้รับการบอกความจริงเกี่ยวกับความเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งจากทีมสุขภาพ สามารถนำไปใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาคุณภาพการบริการการพยาบาลใน 4 ด้านคือ (1) ด้านการปฏิบัติการพยาบาล (2) ด้านบริหารการพยาบาล (3) ด้านการศึกษา และ (4) ด้านการวิจัยทางการพยาบาล โดยมีรายละเอียดดังนี้

### 1. ด้านปฏิบัติการพยาบาล

1.1 จากงานวิจัยพบว่า ผู้ให้ข้อมูลมีความต้องการในการบอกความจริงเกี่ยวกับความเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งที่หลากหลายลักษณะ บุคลากรทีมสุขภาพควรจะมีการสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยก่อน แล้วพิจารณาว่าผู้ป่วยแต่ละรายมีบุคลิกภาพ และความต้องการเป็นอย่างไร เพื่อจะได้หาแนวทางในการบอกความจริงให้เหมาะสมกับผู้ป่วยรายนั้นๆ เพราะการบอกความจริงเกี่ยวกับความเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งที่เหมาะสม จะทำให้ผู้ป่วยยอมรับความเจ็บป่วยได้ดีขึ้น ซึ่งจะมีผลต่อความรู้สึก และการเผชิญปัญหาของผู้ป่วย

1.2 ควรมีการเตรียมความพร้อมของผู้ที่จะทำหน้าที่บอกความจริง ผู้ที่จะทำหน้าที่บอกความจริงต้องรู้จักผู้ป่วยเป็นอย่างดี เป็นผู้ให้การดูแลผู้ป่วย มีความรู้ความเข้าใจในโรคมะเร็ง เป็นผู้ที่ได้เรียนรู้และฝึกฝนวิธีการบอกความจริง ซึ่งเป็นข่าวร้าย

1.3 แพทย์ควรทำหน้าที่เป็นผู้บอกความจริงถึงผลการวินิจฉัยโรคให้ผู้ป่วยมะเร็งทราบ เนื่องจากผู้ป่วยให้ความเชื่อถือในความสามารถของแพทย์มากกว่าบุคลากรทีมสุขภาพท่านอื่นๆ และมีความเห็นว่าแพทย์เป็นผู้ตรวจผู้ป่วยเอง จึงรู้ดีกว่าผู้อื่น แพทย์จึงควรเป็นผู้บอกความจริง

1.4 แม้ว่าคนที่ควรจะทำหน้าที่บอกความจริงให้ผู้ป่วยทราบ คือ แพทย์ แต่บุคลากรทีมสุขภาพท่านอื่นๆ โดยเฉพาะพยาบาลก็ควรมีความรู้เกี่ยวกับวิธีการบอกความจริง หรือวิธีที่หลีกเลี่ยงโดยใช้การสื่อสารที่เหมาะสม หากผู้ป่วยถามความจริงก่อนเวลาที่แพทย์มีความเห็นว่าจะบอก เพราะพยาบาลเป็นผู้ที่อยู่ใกล้ชิดผู้ป่วยมากกว่าบุคลากรทีมสุขภาพท่านอื่นๆ บ่อยครั้งที่ผู้ป่วยไม่กล้าถามความจริงกับแพทย์ด้วยเหตุผลต่างๆ แต่มักจะถามพยาบาลแทน

1.5 การบอกความจริงควรปฏิบัติเป็นทีม หลังจากบอกความจริงให้ผู้ป่วยทราบ ควรมีการส่งเวรบอกต่อ ให้มีการดูแลสังเกตปฏิกิริยาของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง หากมีภาวะวิกฤตเกิดขึ้นกับผู้ป่วยจะได้ให้การช่วยเหลือได้ทัน หรือมีส่วนช่วยเหลือผู้ป่วยในการเผชิญปัญหาที่เกิดขึ้นหลังจากได้รับการบอกความจริง แต่การบอกความจริงของบุคลากรทีมสุขภาพที่ปฏิบัติอยู่ส่วนใหญ่จะไม่มีใครติดตามให้การดูแลผู้ป่วยหลังได้รับการบอกความจริง

1.6 ควรมีแบบแผนที่ชัดเจนให้บุคลากรทีมสุขภาพในการบอกความจริงแก่ผู้ป่วย มะเร็งว่าควรปฏิบัติอย่างไร และบุคลากรทีมสุขภาพท่านใดควรปฏิบัติในขั้นตอนไหน เพื่อจะได้เป็นมาตรฐานในการปฏิบัติเป็นแนวเดียวกัน

1.7 จากการศึกษาจะพบว่าผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่ใช้วิธีการรักษาแบบผสมผสาน โดยใช้สมุนไพรเข้าร่วมรักษา บุคลากรทีมสุขภาพควรตระหนักเห็นถึงความสำคัญข้อนี้ ควรให้ความรู้เกี่ยวกับการใช้สมุนไพรบอกถึงข้อดีและข้อเสียที่อาจเกิดขึ้นได้ ไม่แสดงท่าทีตำหนิผู้ป่วยที่ใช้สมุนไพรร่วมในการรักษา

1.8 ควรจัดให้มีเครือข่ายสำหรับผู้ป่วยมะเร็งในลักษณะของกลุ่มช่วยเหลือตนเอง (self help group) เพื่อเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้พูดคุยปรึกษา มี การแลกเปลี่ยนข้อมูลหรือประสบการณ์ในการเผชิญปัญหา การให้การช่วยเหลือ และการสร้างกำลังใจซึ่งกันและกัน

## 2. ด้านบริหารการพยาบาล

จากการวิจัยพบว่าผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่ต้องการให้บุคลากรทีมสุขภาพบอกความจริงเกี่ยวกับความเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็ง และพึงพอใจต่อท่าทีของแพทย์ที่ได้แสดงความเห็นอกเห็นใจ ใช้ถ้อยคำที่นุ่มนวลในขณะที่บอกความจริง และให้เวลาในการปรับตัวในการยอมรับความจริง ดังนั้นจึงควรจัดให้มีการอบรมหรือให้ความรู้แก่บุคลากรทีมสุขภาพเกี่ยวกับการบอกความจริงด้วยท่าทีที่เหมาะสม รู้จักใช้จิตวิทยาเข้าร่วม ในขณะเดียวกันก็ฝึกการให้คำปรึกษา การประคับประคองจิตใจผู้ป่วยมะเร็งในขณะที่ได้รับการบอกความจริง และการเตรียมรับสถานการณ์ หากผู้ป่วยมะเร็งเกิดภาวะวิกฤตทางด้านจิตใจ ขณะได้รับการบอกความจริง

### 3. ด้านการศึกษาพยาบาล

3.1 จากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยมะเร็งทุกรายต้องการให้แพทย์เป็นผู้บอกความจริง เนื่องจากมีความเชื่อถือในความสามารถของแพทย์ คิดว่าแพทย์เป็นผู้รู้อาการของตนดีที่สุด ส่วนพยาบาลต้องได้รับการอธิบายจากแพทย์ก่อนจึงรู้ความจริง ในด้านการศึกษาควรปลูกฝังให้นักศึกษาพยาบาลเข้าใจบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบของตนเองอย่างแท้จริง ว่าเรื่องใดที่พยาบาลสามารถบอกความจริงแก่ผู้ป่วยมะเร็งได้อย่างอิสระ หรือเรื่องใดเป็นบทบาทที่ต้องตัดสินใจร่วมกับแพทย์ เพราะหากพยาบาลเข้าใจบทบาทที่แท้จริงของตนเองแล้ว จะทำให้มีความมั่นใจในการบอกความจริงกับผู้ป่วย ซึ่งผู้ป่วยจะสัมผัสรู้ได้จากกิริยาท่าทางของพยาบาลขณะบอกความจริง ทำให้ผู้ป่วยเกิดความเชื่อมั่นศรัทธาในวิชาชีพพยาบาลมากยิ่งขึ้น

3.2 ควรจัดให้นักศึกษาพยาบาลฝึกทักษะในการบอกความจริงเกี่ยวกับความเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็ง การให้คำปรึกษา และการประทับประคองจิตใจผู้ป่วยมะเร็งในขณะที่ได้รับการบอกความจริง พร้อมทั้งการเตรียมรับสถานการณ์หากผู้ป่วยมะเร็งเกิดภาวะวิกฤตทางด้านจิตใจ ขณะได้รับการบอกความจริง หรือหลังจากได้รับทราบความจริง

3.3 นักศึกษาพยาบาลควรเรียนรู้ ถึงผลการวิจัยในครั้งนี้เพื่อเป็นแนวทางในการเตรียมความพร้อมในการให้การดูแลผู้ป่วยมะเร็งเกี่ยวกับการบอกความจริงซึ่งเป็นข่าวร้าย

### 4. ด้านการวิจัยทางการพยาบาล

4.1 ควรทำการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับประสบการณ์ของผู้ป่วยมะเร็งในการได้รับการบอกความจริงเกี่ยวกับความเจ็บป่วยจากทีมสุขภาพ ในผู้ป่วยโรคมะเร็งแต่ละชนิดว่ามีความเหมือนหรือแตกต่างกันอย่างไร

4.2 ผลการวิจัยที่ได้ในครั้งนี้ ยังไม่สามารถนำไปใช้เป็นแบบแผนที่ชัดเจนได้ว่าควรปฏิบัติเกี่ยวกับการบอกความจริงให้ผู้ป่วยมะเร็งทราบโดยวิธีใด เนื่องจากการการศึกษารั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงคุณภาพ กลุ่มตัวอย่างมีจำนวนน้อย ไม่สามารถนำมาใช้เป็นตัวแทนกลุ่มประชากรได้ ควรนำข้อมูลที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้ไปพัฒนาในการสร้างเครื่องมือเชิงปริมาณเพื่อศึกษาถึงความรู้สึก ปัญหา การเผชิญปัญหา และความต้องการของผู้ป่วยมะเร็งในการ ได้รับการบอกความจริงเกี่ยวกับความเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็ง โดยกลุ่มผู้ให้ข้อมูลจะมีขนาดใหญ่ขึ้น เพื่อให้เกิดการนำผลการวิจัยไปใช้ได้อย่างกว้างขวาง

4.3 ผลการวิจัยครั้งนี้เป็นแนวทางในการศึกษาเชิงปริมาณเกี่ยวกับตัวแปรที่สำคัญในการบอกความจริงให้ผู้ป่วยมะเร็งทราบ เช่น บุคลิกภาพส่วนบุคคล การศึกษา อายุ อาชีพ ฐานะ เป็นต้น

4.4 ความเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งมิได้มีผลกระทบต่อตัวผู้ป่วยเพียงลำพังเท่านั้น แต่ยังส่งผลกระทบต่อครอบครัว ญาติพี่น้อง จึงควรศึกษาถึงความต้องการของบุคคลกลุ่มดังกล่าวในการบอกความจริงเกี่ยวกับความเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งให้ผู้ป่วยรับทราบ และการเผชิญปัญหาของกลุ่มบุคคลดังกล่าวเมื่อรับทราบความจริงว่ามีญาติที่เจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็ง รวมถึงการเผชิญปัญหาของครอบครัว ญาติพี่น้องในวิธีต่างๆ ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยอย่างไร เพื่อจะได้เป็นแนวทางในการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่เหมาะสมต่อไป

### ประสบการณ์ที่ได้เรียนรู้

จากการศึกษาในครั้งนี้ทำให้เกิดความเข้าใจเกี่ยวกับประสบการณ์ของผู้ป่วยมะเร็งในการได้รับการบอกความจริงเกี่ยวกับความเจ็บป่วยจากทีมสุขภาพ ถือได้ว่าเป็นประสบการณ์ที่มีคุณค่ายิ่งแก่ผู้วิจัย สามารถนำประสบการณ์ที่ได้มาพัฒนาตนเอง ในการบอกความจริงเกี่ยวกับความเจ็บป่วยในการดูแลผู้ป่วยมะเร็ง ซึ่งผู้วิจัยได้เกิดการเรียนรู้ดังนี้

1. เข้าใจประสบการณ์ของผู้ป่วยมะเร็งในการได้รับการบอกความจริงเกี่ยวกับความเจ็บป่วยจากทีมสุขภาพ ซึ่งได้รับจากคำบอกเล่าของผู้ป่วยมะเร็งที่มีประสบการณ์ตรง ทำให้เข้าใจถึงประสบการณ์ในการได้รับการบอกความจริงที่เกิดขึ้นกับผู้ให้ข้อมูลแต่ละราย การให้ความหมายวิธีการบอกความจริงของทีมสุขภาพตามการรับรู้ของผู้ให้ข้อมูล ความคิดเห็นของผู้ให้ข้อมูลต่อวิธีการบอกความจริงของทีมสุขภาพ ความรู้สึก ผล/ผลกระทบจากการได้รับการบอกความจริง และการเผชิญปัญหาเมื่อได้รับทราบความจริงเกี่ยวกับความเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็ง รวมถึงความต้องการของผู้ป่วยมะเร็งในการได้รับการบอกความจริงเกี่ยวกับความเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็ง ซึ่งผู้วิจัยสามารถนำมาพัฒนาตนเองในการบอกความจริงเกี่ยวกับความเจ็บป่วยในการดูแลผู้ป่วยมะเร็ง

2. จากการศึกษาทำให้ตระหนักถึงความสำคัญของสัมพันธภาพที่ดีต่อกันระหว่างบุคลากรทีมสุขภาพและผู้ป่วยมะเร็ง ซึ่งจะช่วยให้เข้าใจถึงบุคลิกภาพ และความต้องการของผู้ป่วยมะเร็งแต่ละรายอย่างแท้จริง เป็นแนวทางในการบอกความจริงเกี่ยวกับความเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งอย่างเหมาะสม เพื่อประโยชน์สูงสุดต่อผู้ป่วย ซึ่งผู้ศึกษาได้พัฒนาการสร้างสัมพันธภาพกับผู้ให้ข้อมูล จนเกิดความไว้วางใจ ผู้ให้ข้อมูลมีความยินดีที่จะพูดคุยบอกข้อมูลต่างๆ ออกมาโดยไม่ปิดบัง และได้รับความไว้วางใจ ขอคำปรึกษาในเรื่องส่วนตัวด้านอื่นๆ ซึ่งได้ให้คำปรึกษาตามความเหมาะสม

3. ทำให้มีประสบการณ์จริงในการทำวิจัยเชิงคุณภาพแบบปรากฏการณ์วิทยา ทำให้เกิดความเข้าใจลึกซึ้งยิ่งขึ้น

4. จากการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลที่เป็นมะเร็งหลากหลายชนิด และอยู่ในระยะที่แตกต่างกัน ทำให้ทราบว่าไม่ว่าจะเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งชนิดใด อยู่ในระยะไหน เพื่อเอ่ยถึงคำว่า “มะเร็ง” ผู้ให้ข้อมูลทุกรายก็จะคิดถึงความตายเหมือนกัน

5. การทำวิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลงได้ ผู้ศึกษาต้องใช้ความอดทนความสามารถในการใช้พลังกาย พลังใจ สติปัญญา และกำลังทรัพย์ รวมถึงแรงสนับสนุนอย่างมากจากหลายๆ แหล่งเป็นแรงสนับสนุน พร้อมทั้งการเสียสละอันมีค่าของผู้ให้ข้อมูลแต่ละราย และแหล่งช่วยเหลือทางสติปัญญา ที่สำคัญทำให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลงได้ด้วยดีคือ การชี้แนะแนวคิดอันมีคุณค่ายิ่งจากอาจารย์ที่ปรึกษา จนทำให้ผู้ศึกษาสามารถฟันฝ่าปัญหาและอุปสรรคต่างๆ มาได้ด้วยดี นำไปสู่ความภาคภูมิใจในความสำเร็จที่ได้รับแก่ผู้วิจัย ซึ่งสามารถนำไปใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาคุณภาพการบริการที่ดีแก่ผู้ป่วยต่อไป

## บรรณานุกรม

กนกนุช ชื่นเลิศสกุล. (2541). ประสบการณ์ชีวิตของสตรีไทยที่ป่วยเป็นมะเร็งเต้านม. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรดุษฎีบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพมหานคร.

กระจ่างวงศ์ ศิริวัฒนา. (2532). เนื้ออก ใน กระจ่างวงศ์ ศิริวัฒนา และพรทิพย์ โรจนสุนันท์, พยาธิสรีรวิทยาสำหรับพยาบาล. (หน้า 119-141). กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

กาญจนา ศิริเจริญวงศ์, เขวรัตน์ อินทอง และพัชรี เจริญพร. (2542). การศึกษาการใช้สมุนไพรของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยโรคมะเร็ง. วารสารพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยบูรพา, 7 (1), 1-8.

กัลยาณี เกื้อก่อพรม. (2543). สิทธิผู้ป่วยตามการรับรู้ของพยาบาลและแพทย์ในภาคใต้ของประเทศไทย. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.

กาญจดา รักชาติ. (2543). ประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมจากประสบการณ์ของพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยหนัก. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.

กฤษณา ศรีวรรณวัชต์. (2533). ลักษณะทางจิตใจของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม. วารสารโรคมะเร็ง, 16, 73-74.

จกมลลักษณ์ จันทระศัพท์. (2539). ผลของการสอนเรื่องโรคเอดส์ต่อความเชื่อและพฤติกรรมเสี่ยงในการได้รับเชื้อเอชไอวี (HIV) ของนักเรียนพลตำรวจโรงเรียนตำรวจภูธร 5 ลำปาง. วิทยานิพนธ์สาขารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.

จริยาวัตร คมพยัคฆ์. (2531). แรงสนับสนุนทางสังคม: มโนทัศน์และการนำไปใช้. วารสารพยาบาลศาสตร์, 6(2), 96-106.

จันทิรา จิตต์วิบูลย์. (2543). การรับรู้สุขภาพและการดูแลตนเองตามทางเลือกในการรักษาของผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาว. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.

จารุวรรณ กฤตย์ประชา. (2538). ปฏิกริยาตอบสนองต่อโรคและการปรับตัวในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพมหานคร.

��ชนาฏ ฤ นกร และคณะ. (2538). บทบาทของพยาบาลแบบองค์รวมที่มีต่อผู้ป่วยระยะสุดท้าย และความต้องการการพยาบาลของผู้ป่วยระยะสุดท้าย. วิทยาลัยพยาบาลสภากาชาดไทย, 20(3), 331-340.

��ชนะ สุวรรณเวช, ลือชัย ศรีเงินยวง และรุจินาด อรรถสัจจ. (2535). สักยภาพหอผู้ป่วยกับการสาธารณสุขมูลฐาน: ภาพรวม. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.

ชูชื่น ชีวพูนผล. (2541). อิทธิพลของภาวะสุขภาพของผู้ป่วย ความเข้มแข็งในการมองโลกของผู้ดูแล และความรู้สึกเป็นภาระในการดูแลต่อการปรับตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรดุษฎีบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพมหานคร.

ช้อลดา พันธุเสนา. (2536). การพยาบาลจิตสังคมในผู้ป่วยภาวะวิกฤตตามแบบแผนสุขภาพ. กรุงเทพมหานคร: อมรินทร์พริ้นติ้งกรุ๊ป จำกัด.

ดวงกมล วัตราคุดส์. (2540). ทฤษฎีไวส์แมน การเผชิญกับโรคในผู้ป่วยมะเร็ง: กรณีศึกษา. วิทยาลัยพยาบาลสภากาชาดไทย, 22(3), 193-201.

ทัศนีย์ ทองประทีป. (2543). กิจกรรมพยาบาลด้านจิตวิญญาณ. วารสารสภาการพยาบาล, 15(3), 55-64.

ทิพมาศ ชิดวงศ์. (2541). การรับรู้และการเผชิญปัญหาต่อการได้รับเคมีบำบัดของผู้ป่วยมะเร็งปอด. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.

ธีระ ลืมศิลา. (2523). ควรบอกความจริงต่อผู้ป่วยที่เป็นโรคมะเร็งหรือไม่. วารสารโรคมะเร็ง, 6(4), 243-245.

นรินทร์ วรุตติ. (2541). Cancer biology. ใน วิทยา ศรีคามา (บรรณาธิการ), ตำราอายุรศาสตร์ 2. (พิมพ์ครั้งที่ 3, หน้า 47-69). กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์ยูนิตีส์ พับลิเคชั่น.

นิตยา ตากวิริยะนันท์. (2534). ความสามารถในการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็ง บริเวณศีรษะและคอ ขณะได้รับรังสีรักษา และภายหลังได้รับรังสีรักษาครบ. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพมหานคร.

นิตยา โรจน์ทินกร. (2536). ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยและพฤติกรรมการปรับตัวในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษา. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์และสัลยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.

นิธิ จงจิตรนนท์ และสุพิศ จึงพานิชย์. (ม.ป.ป.). หลักรักษาพยาบาลทั่วไป  
คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.

บุบผา ขอบใช้. (2536). ความต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรค  
มะเร็ง. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ มหาวิทยาลัย  
สงขลานครินทร์, สงขลา.

ปีทมา กุปตจิต. (2533). ความสัมพันธ์ระหว่างภาพลักษณ์ สัมพันธภาพในกลุ่มรสบกับ  
พฤติกรรมการเผชิญภาวะเครียด ในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ภายหลังได้รับการตัดเต้านม. วิทยานิพนธ์  
วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพมหานคร.

ผ่องศรี ศรีมรกต. (2536). ผลของการให้คำปรึกษาแบบประคับประคองต่อการรับรู้  
ภาวะความเจ็บป่วย ระดับความรู้สึกมีคุณค่าแห่งตน และขวัญกำลังใจ ในผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูก  
ที่ได้รับรังสีรักษา. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพมหานคร.

ผ่องศรี ศรีมรกต. (2541). ความวิตกกังวลในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษา. พยาบาล  
สาร, 25(3), 59-69.

ผ่องศรี ศรีมรกต และรุ่งนภา ผาณิตรัตน์. (2540). การรับรู้ภาวะความเจ็บป่วยใน  
ผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษา. วารสารพยาบาลศาสตร์, 15(4), 61-71.

เพยาวี เกษตรสมบูรณ์. (2538). การพยาบาลผู้รับบริการในภาวะใกล้ตายและตาย.  
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.

พีไลรัตน์ ทองอุไร. (2542). ภาวะจิตสังคมในผู้ป่วยเรื้อรัง. วารสารพยาบาล  
สงขลานครินทร์, 19(2), 38-48.

พิกุลทิพย์ หงษ์เหิร และปราณี จาติเกตุ. (2539). กฎหมายวิชาชีพพยาบาล.  
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.

เพ็ญจันทร์ ถิ่นย่อง. (2536). ความสัมพันธ์ระหว่างความหวังกับคุณภาพชีวิตของ  
ผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษา. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาล  
ผู้ใหญ่ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.

ไพฑูริย์ สีนลรัตน์. (2542). การเปลี่ยนแปลงทางสังคม: ผลกระทบต่อค่านิยมและ  
การศึกษาไทย ใน ไพฑูริย์ สีนลรัตน์ (บรรณาธิการ), ความรู้คู่คุณธรรม รวมบทความเกี่ยวกับ  
คุณธรรมจริยธรรมและการศึกษา. (พิมพ์ครั้งที่ 2, หน้า 33-66). กรุงเทพมหานคร: จุฬาลงกรณ์  
มหาวิทยาลัย.

ไพรัช เทพมงคล. (2528). โรคมะเร็งสำหรับแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปและนักศึกษา  
แพทย์. กรุงเทพมหานคร: อักษรเจริญทัศน์.



ฟาริดา อิบราฮิม. (2539). ผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีกและการดูแล. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์สามเจริญพานิชย์.

ฟาริดา อิบราฮิม. (บรรณาธิการ). (2541). นิเทศวิชาชีพและจริยศาสตร์สำหรับพยาบาล. (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพมหานคร: สามเจริญพานิชย์ (กรุงเทพ) จำกัด.

ภัทรพร จันทร์ประดิษฐ์. (2543). ประสบการณ์ของผู้ป่วยในการได้รับเครื่องช่วยหายใจ. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ มหาวิทยาลัย สงขลานครินทร์, สงขลา.

มัณฑุภา ว่องวีระ. (2541). จริยธรรมกับการพยาบาล. สงขลา: ชานเมืองการพิมพ์.

มานพ ประภายานนท์. (2542). พลังธรรมชาติเสริมสร้างสุขภาพ. กรุงเทพมหานคร: มาสเตอร์พรินต์.

มาลินี วงษ์สิทธิ์. (2535). ทศนคติต่อค่านิยมเกี่ยวกับครอบครัวในสังคมไทย: รายงานผลการวิจัย. จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, กรุงเทพมหานคร. อัดสำเนา.

ไมตรี สุทธิจิตต์ และศิริวรรณ สุทธิจิตต์. (2527) อาหารและมะเร็ง. เชียงใหม่: โรงพิมพ์พระสิงห์การพิมพ์.

เยาวลักษณ์ มหาสิทธิวัฒน์ และลัดดา แสนสีหา. (2541). การช่วยเหลือผู้มีปัญหาทางจิตสังคม ใน ญวีวรรณ สัตยบรรณ (บรรณาธิการ), การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต. (หน้า 31-44). นนทบุรี: ยุทธินทร์การพิมพ์ จำกัด.

รัตนา สายพานิชย์. (2541). การสื่อสารกับผู้ป่วย และญาติที่เผชิญความตาย. กรุงเทพมหานคร: วิวัฒนาการพิมพ์.

เรวัต พันธุ์เชียร และวรชัย รัตนธรร. (2538). Tumor biology ใน วรชัย รัตนธรร (บรรณาธิการ), ตำราการรักษาโรคมะเร็ง. (หน้า 1-18). กรุงเทพมหานคร: บริษัทโกลิสติกพับลิชชิ่ง จำกัด.

ลลิตา ธีระสิริ. (2541). มะเร็งรักษาด้วยตนเองตามแนวธรรมชาติบำบัด. (พิมพ์ครั้งที่ 4). กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์รวมธรรม.

ลือชา วรรัตน์. (2535). คู่มือแนะนำการกินอาหารของคนไทย. ม.ป.ท. จุลสาร.

ฤทัยวรรณ โต้ะทอง. (2541). Cancer metastasis. ใน วรชัย รัตนธรร, ตำราการรักษาโรคมะเร็ง 2. กรุงเทพมหานคร: บริษัทโกลิสติกพับลิชชิ่ง จำกัด.

รวรรณ เหนือคลอง. (2534). ความสามารถในการดูแลตนเองกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูก ขณะได้รับรังสีรักษาและภายหลังได้รับรังสีรักษา. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตร์ มหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพมหานคร.

วงจันทร์ เพชรพิเชษฐเชียร และอรัญญา เชาวลิต. (2539). การดูแลผู้ป่วยที่มีความเจ็บปวด: ประเด็นจริยธรรมที่พยาบาลต้องตระหนัก. วารสารพยาบาล, 45(2), 9-17.

วันทิวา วัฒนะไชย. (2540). การสื่อสารบอกความจริงเกี่ยวกับภาวะใกล้ตายตามการรับรู้ และการปฏิบัติงานของพยาบาลในหออภิบาลผู้ป่วยหนัก. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัย สาขาวิชาการพยาบาลสาธารณสุข มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพมหานคร.

วิฑูรย์ อึ้งประพันธ์. (2532). นิติเวชศาสตร์. (พิมพ์ครั้งที่ 5). กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยรามคำแหง.

วิไลลักษณ์ จันทร์พวง. (2534). ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้เกี่ยวกับโรค การสนับสนุนจากคู่สมรสกับการปรับตัวของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพมหานคร.

วิมลรัตน์ จงเจริญ. (2543). โภชนบำบัดสำหรับพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง. สงขลา: โรงพิมพ์ชานเมือง.

สมจิต หนูเจริญกุล. (2536). การพยาบาลผู้ป่วยโรคมะเร็ง ใน พรศรี คิดชอบ, วิบูล สัจกุล, นพดล วรอุไร และสาวิตรี เมาทีกุลไพโรจน์ (บรรณาธิการ), มะเร็งวิทยา. (หน้า 241-267). กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์จุฬาลักษณ์มหาวิทยาลัย.

สมจิต หนูเจริญกุล. (2537). การพยาบาลผู้ป่วยโรคมะเร็ง. ใน สมจิต หนูเจริญกุล. (บรรณาธิการ), การพยาบาลทางอายุรศาสตร์. (เล่ม 1, พิมพ์ครั้งที่ 11, หน้า 254-279). กรุงเทพมหานคร: วี.เจ. พรินติ้ง.

สมจิต หนูเจริญกุล. (2540). การดูแลตนเอง: ศาสตร์และศิลป์ทางการพยาบาล. (พิมพ์ครั้งที่ 5). กรุงเทพมหานคร: ห้างหุ้นส่วนจำกัด วี.เจ. พรินติ้ง.

สมจิต หนูเจริญกุล, จารุวรรณ กฤตย์ประชา และวรชัย รัตนธรรช. (2540). ทักษะคติต่อโรคมะเร็ง ปฏิบัติการตอบสนองต่อโรคและการปรับตัวในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม. ราชบัณฑิตยสถานสาร, 3(1), 34-45.

สมจิต หนูเจริญกุล และประครอง อินทรสมบัติ. (2531) ความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการดูแลตนเอง การเผชิญกับโรค ความเชื่ออำนาจในการควบคุมตนเองด้านสุขภาพของผู้ป่วยมะเร็งที่รับรังสีรักษา. วารสารพยาบาล, 37, 222 – 237.

สรจักร ศิริบริรักษ์. (2542). พลังมหัศจรรย์ในอาหาร. กรุงเทพมหานคร: เบรียวพรินติ้ง.

สภาการพยาบาล. (2541). สารความรู้จากสภาการพยาบาล. วารสารสภาการพยาบาล, 13(2), 32.

สันต์ หัตถิรัตน์. (2528). จิตวิทยาในผู้ป่วยโรคมะเร็ง. แพทย์สภาสาร, 14(9), 401-408.

สิริลักษณ์ จันทน์มะ. (2541). การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วย มะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัด. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาล ผู้ใหญ่ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.

สิริวรรณ เดียวสุรินทร์. (2542). การพัฒนารูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยมะเร็ง สี่ระยะและคอ. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลอนามัยชุมชน มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.

สิริฤกษ์ ทรงศิริวิไล. (2542). วิทยานิพนธ์คัมภีร์ของเนื้องอก ใน สุทธิพันธ์ สารสมบัติ (บรรณาธิการ), อิมมูโนวิทยา. (พิมพ์ครั้งที่ 4, หน้า 239-267). กรุงเทพมหานคร: พีทีเอส ไชออนซ์ เทคโนโลยี จำกัด.

สิวลี ศิริไล. (2527). ทักษะของแพทย์ที่มีต่อการบอกข้อมูลทั่วไปและการบอกความจริงแก่ผู้ป่วยในการรักษาพยาบาล: รายงานผลการวิจัย มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพมหานคร. อุดสำเนา.

สิวลี ศิริไล. (2542). จริยศาสตร์สำหรับพยาบาล. (พิมพ์ครั้งที่ 7). กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

สุนีย์ จันทน์มหาเสถียร และนันทา เล็กสวัสดิ์. (2540). ความวิตกกังวลของผู้หญิงที่ได้รับการผ่าตัดเต้านมทั้ง. พยาบาลสาร, 24(3), 39-47.

สุภาณี กาญจนจारी. (2536). รูปแบบการช่วยเหลือผู้ป่วยมะเร็งของระบบโลหิตในการเผชิญกับโรค. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพมหานคร.

แสงอรุณ สุขเกษม. (2535). แบบแผนการเผชิญปัญหาในผู้ป่วยมะเร็งของไวส์แมนกับการประยุกต์ในการพยาบาล. วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์, 12(2), 11-21.

หวัง ชื้อ ไฉ่. (2539). กินเจเว็นกรรม. ม.ป.ท.

อนันต์ ธนาประเสริฐกรณ์ และธนา นิลชัยโกวิทย์. (2540). เจตคติของแพทย์ไทยในการแจ้งข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยตามความเป็นจริง. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย, 42(4), 220 - 225.

อนันต์ ธนาประเสริฐกรณ์ และธนา นิลชัยโกวิทย์. (2540). มุมมองของผู้ป่วยไทยในการแจ้งข้อมูลเกี่ยวกับโรคที่ป่วยตามความเป็นจริง. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย, 42(4), 212 - 219.

อังศุมา วิทย์วีรศักดิ์. (2534). การแสวงหาข้อมูล ความเชื่ออำนาจภายในภายนอกคน ด้านสุขภาพและการควบคุมตนเองในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรังสีวิทยา. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพมหานคร.

อาคม เขียรศิลป์. (2532). คู่มือที่สถาบันมะเร็งแห่งชาติ. กรุงเทพฯ: กราฟฟิค. จุลสาร.

อารี น้อยบ้านค่าน. (2541). การรับรู้ภาวะสุขภาพ และพฤติกรรมการเผชิญปัญหาของผู้ป่วยมะเร็งหลอดอาหารภายหลังการรักษา. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.

อุปมา เลี้ยงสว่างวงศ์. (2541) โรคมะเร็ง. วารสารวิจัยวิทยาศาสตร์การแพทย์, 12(1), 43 – 54.

Aiken, T.D., & Catalano, J.T. (1994). *Legal, ethical, and political issues in nursing*. Philadelphia: F.A. Davis Company.

Akabayashi, A., Kai, I., Takemura, H., & Okazaki, H. (1999). Truth telling in the case of a pessimistic diagnosis in Japan. *The Lancet*, 354(9), 1263.

Anderson, J. (1988). Facing up to mastectomy. *Nursing Times*, 84(3), 36-39.

Annells, M. (1996). Hermeneutic phenomenology: Philosophical perspective and current use in nursing research. *Journal of Advanced Nursing*, 23, 705-713.

Asai, A. (1995). Should physicians tell patients the truth. *The Western Journal of Medicine*, 163(1), 36-39.

Bartjes, A. (1991). Phenomenology in clinical practice In G. Gray & R. Pratt (Eds.), *Towards a discipline of nursing*. (pp. 247-264). New York: Churchill Livingstone.

Beare, P.G., & Myers, J.L. (1994). *Principles and practice of adult health nursing*. (2 nd ed). St. Louis: Mosby.

Beck, C.T. (1994). Phenomenology: It's use in nursing research. *International Journal of Nursing Study*, 31(6), 499-510.

Benedict, S. (1989). The suffering associated with lung cancer, *Cancer Nursing*, 12(1), 34-40.

Biondi, M., et al. (1994). Psychoneuroimmunology: The interplay between the brain and the immune system In C.E. Lewis, C. Sullivan & I. Barraclough (Eds.), **The Psychoimmunology of cancer: Mind and body in the fight for survival.** (pp. 3-120).

New York: Oxford University.

Black, J.M., & Mastassarini-Jacobs, E. (1993). **Lukman and Sorensen medical surgical nursing: A psychophysiologic approach.** (4 th ed.). Philadelphia: W.B. Saunders Company.

Bower, F.L. (1980). **Nursing and the concept of loss.** New York: A Wiley medical publication. John Wiley and sons.

Burns, N., & Grove, S.K. (1993). **The practice of nursing research: Conduct, critique and utilization.** (2 nd ed.). Philadelphia: W.B. Saunders Company

Caporn, A.M. (1993). At law: Duty, truth, and whole human beings. **Hastings Center Report, 23(4),** 13-14.

Carignan, J.R. (1993). Cancer biology: Carcinogenesis, on cogenes, and epidemiology In S. Rosenthal, J.R. Carignan & B.D. Smith (Eds.), **Medical care of the cancer patient.** (2 nd ed., pp. 1-11). London: Philadelphia.

Chally, P.S. (1997). Nursing ethics. In K. K. Chitty (Ed.), **Profession nursing: Concept and challenges.** (2 nd ed., pp. 397 – 420). Philadelphia: W.B. Saunders Company.

Clark, J. (1993). Psychosocial response of the patient. In S.L. Groenwald, et al. **Cancer Nursing Principle and Practice** (3 rd ed. , pp. 449-467). Boston: Jones and Bartlett Publishers.

Clark, M. (1994). Phenomenological research methods. Thousand. Oaks: Sage Publication.

Costantini-Ferrando, M.F., et al. (1998). Communicating with patients about advanced cancer. **Journal of the American Medical Association, 280(16):** 1403.

Crockford, E.A., Holloway, J.M., & Waker, J.M. (1993). Nurses' perceptions of patients' feelings about breast surgery. **Journal of Advanced Nursing, 18,** 1710-1718.

Davis, A.J., & Aroskar, M.A. (1991). **Ethical dilemmas and nursing practice.** (3 rd ed.). Norwalk: Appleton & Lange.

Derdiarian, A. (1987). Informational needs of recently diagnosed cancer patients: Part II. Method and description. **Cancer Nursing, 10(3),** 156-163.

Dickson, G.L. (1995). Philosophical orientation of qualitative research. In L.A. Talbot (Ed.), **Principle and practice of nursing research**. (pp. 411-436). St Louis: Mosby.

Dodd, M.J., & Ahmed, N. (1987). Preference for type of information in cancer patients receiving radiation therapy. **Cancer Nursing**, 10(5), 244-251.

Dossey, B.M. (Ed.). (1995). **Holistic nursing: A handbook for practice**. Maryland: Aspen Publishers. Inc.

Elian, M., & Dean, G. (1985). To tell or not to tell the diagnosis of multiple sclerosis. **Lancet**, 2, 27-32.

Ellis, J.R., & Hartley, C.I. (1998). **Nursing in today's world: Challenges, issue and trends**. (6 th ed.). Philadelphia: Lippincott.

Erlen, A.J. (1995). Should the nurse participate in planned deception? **Orthopaedic Nursing**, 14(2), 62-66.

Frank-Stromborg, M. (1989). Reaction to the diagnosis of cancer questionnaire: Development and psychometric evaluation. **Nursing Research**, 38(6), 364-369.

Frank-Stromborg, M., & Wright, P. (1984). Ambulatory cancer patients' perception of the physical and psychosocial changes in their lives since the diagnosis of cancer. **Cancer Nursing**, 7(2), 117-139.

Fry, S. (1994). **Ethics in nursing practice: A guide to ethical decision making**. Geneva: International Council of Nurses.

Geanellos, R. (1998). Hermeneutic philosophy. Part I: Implications of its use as methodology in interpretive nursing research. **Nursing Inquiry**, 5(2), 154-163.

Gillan, J. (1994). The right to know: The nurse's role in informing patients. **Nursing Times**, 90(35), 46-47.

Groenwald, S.L., Frogge, H.M., Goodman, M., & Yarbrow, C.H. (1993). **Comprehensive cancer nursing review**. Boston: Bartlett.

Hein, E.C. (1980). **Communication in nursing practice**. Boston: Little Brown Co.

Herth, K.A. (1989). The relationship between level of hope and level of coping response and other variables. **Oncology Nursing Forum**, 16(1), 67-72.

Holstein, J.A., & Gubrium, J.F. (1994). Phenomenology, ethnomethodology and interpretive practice. In N.K. Denzin & Y.S. Lincoln (Eds.), **Handbook of qualitative research**. (pp. 262-272). Thousand Oaks: Sage Publications.

Isreal, M.J., & Mood, D.W. (1982). The media presentation for patients receiving radiation therapy. **Cancer Nursing**, 5, 58-59.

Kennedy, B.J. (1998). Communicating with patients about advanced cancer. **Journal of the American Medical Association**, 280(16), 1403-1404.

Koch, T. (1995). Interpretive approaches in nursing research: The influence of Husserl and Heidegger. **Journal of Advanced Nursing**, 21, 827-836.

Krause, K. (1991). Contracting cancer and coping with it: Patients' experiences. **Cancer Nursing**, 14(5), 240-245.

Krause, K. (1993). Coping with cancer. **Western Journal of Nursing Research**, 15(1), 31-43.

Kumar, V., Cotran, R., & Robbins, S.L. (1992). **Basic pathology**. (5th ed.). Philadelphia: W.B. Saunders Company.

Kuuppelomaki, M., & Lauri, S. (1998). Ethical dilemmas in the care of patients with incurable cancer. **Nursing Ethics**, 5(4), 283-293.

Lazarus, R., & Folkman, S. (1984). **Stress, appraisal and coping process**. New York: Springer Publisher.

Lederberg, M.S., & Massie, M.J. (1993). Psychosocial and ethical issues in the care of cancer patients. In V.T. Devita, S. Hellman & S.A. Rosenberg (Eds.), **Cancer: Principles and practice of oncology volume 2** (4th ed., pp. 2448-2464). Philadelphia: J.B. Lippincott Company.

Leonard, V.M. (1994). A Heideggerian phenomenological perspective on the concept of person. In P. Benner (Ed.), **Interpretive phenomenology**. (pp. 43-63). Thousand Oaks: Sage Publications.

Leydon, G.M., et al. (2000). Cancer patients' information need and information seeking behaviour: In depth interview study. **British Medical Journal**, 320(7239), 909-913.

Longman, A.J., Atwood, J.R., Sherman, J.B., Benedict, J., & Shang, T.C. (1992). Care needs of home-based cancer patients and their caregivers. **Cancer Nursing**, 15(3), 182-190.

Loveys, B.J., & Klaich, K.L. (1991). Breast cancer: Demands of illness. *Oncology Nursing Forum*, 18(1), 75-80.

Lynch-Sauer, J. (1985). Using a phenomenological research method to study nursing phenomena. In M. Leininger (Ed.), *Qualitative research methods in nursing*. (pp. 93-107). Orlando: Grune & Stratton, Inc.

Martin, J. (1993). Lying to patients: Can it ever be justified? *Nursing Standard*, 17(18), 29-31.

Martin, L.R. (1982). Overview of the psychosocial aspects of cancer. In J. Cohen, J.W. Cullen & L.R. Martin (Eds.), *Psychosocial aspects of cancer*. (pp. 1-8). New York: Raven Press.

Meraviglia, M.G. (1999). Critical analysis of spirituality and its empirical indicators: Prayer and meaning in life. *Journal of Holistic Nursing*, 17, 18-33.

Meredith, C., et al. (1996). Information needs of cancer patients in west Scotland: Cross sectional survey of patient's views. *British Medical Journal*, 313(7059), 724-726.

McGee, R.F. (1993). Overview: Psychosocial aspects of cancer. In S.L. Groeneald, et al. *Cancer nursing principle and practice*. (3 rd ed., pp. 437-448). Boston: Jones and Bartlett Publishers.

Miller, J.F. (1992). *Coping with chronic illness: Overcoming powerlessness*. (2 nd ed.). Philadelphia: F.A. Davis Company.

Miller, J.F., & Power, M. (1988). Development of an instrument to measure hops. *Nursing Research*, 37(1), 6-10.

Morse, J.M. (1992). *Qualitative Health Research*. Newbury Park: Sage Publication.

Munkres, A., Oberst, M.T., & Hughes, S.H. (1992). Appraisal of illness, symptom distress self-care burden, and mood states in patients receiving chemotherapy for initial and recurrent cancer, *Oncology Nursing Forum*, 19(8), 1201-1209.

Mystakidou, K., Liossi, C., Vlachos, L., & Papadimitriou, J. (1996). Disclosure of diagnostic information to cancer patients in Greece. (CD-ROM) *Palliative – Medicine*, 10(3), 195-200.



Nobit, G.W., & Engel, J.D. (1992). The holistic injunction: An ideal and a moral imperative for qualitative research. In J.M. Morse, (Ed.), **Qualitative Health Research**. (pp. 43-49). Newbury Park: Sage Publications.

Novack, D.H., et al. (1979). Changes in physicians' attitudes toward telling the cancer patient. **Journal of the American Medical Association**, 241(9), 897-900.

Novack, D.H., et al. (1989). Physicians' attitude toward using deception to resolve difficult ethical problems. **Journal of the American Medical Association**, 26(20), 2980-2985.

O'Connor, A.P., Wicker, C.A., & Germino, B.B. (1990). Understanding the cancer patient's search for meaning. **Cancer Nursing**, 13(3), 167-175.

Omery, A. (1983). Phenomenology: A methods for nursing research. **Advances in Nursing Science**, 5(2), 49-63.

Otto, S.E. (1994). **Oncology nursing**. (2 nd ed.). St. Louis: Mosby.

Parse, R.R., Coyne, A.B., & Smith, M.J., (1985). **Nursing research: Qualitative methods**. Maryland: Brady Communications Company.

Peteet, J.R., Abrams, H.E., Ross, D.M., & Stearns, N.M. (1991). Presenting a diagnosis of cancer: Patients' views. **The Journal of Family Practice**, 32(6), 577-581.

Physicians' ethical obligations to patients. (2000). **USA Today**, 128(2657), 3.

Porth, C.M. (1990). **Pathophysiology: Concepts of altered health states**. (3 rd ed.). Philadelphia: J.B. Lippincott Company.

Reid-Ponte, P. (1992). Distress in cancer patients and primary nurses' empathy skills. **Cancer Nursing**, 15(4), 283-292.

Ross, L.A. (1997). Elderly patients' perceptions of their spiritual needs and care: A pilot study. **Journal of Advanced Nursing**, 26, 710-715.

Rhodes, V.A. McDaniel, R.W., Hanson, B., Markway, E., & Johnson, M. (1994). Sensory perception patients on selected antineoplastic chemotherapy protocols. **Cancer Nursing**, 17(1), 45-51.

Sardell, A.N., & Trierweiler, S.J. (1993). Disclosing the cancer diagnosis: Procedures that influence patient hopefulness. **Cancer**, 72(10), 3355-3365.

Sell, L., et al. (1993). Communicating the diagnosis of lung cancer. **Respiratory Medicine**, 87, 61-63.

Sorrell, J.M., & Redmond, G.M. (1995). Interviews in qualitative nursing research: Differing approaches for ethnographic and phenomenological studies. *Journal of Advanced Nursing*, 21, 1117-1122.

Streubert, H.J., & Carpenter, D.R., (1995). *Qualitative research in nursing: Advancing the humanistic imperative*. Philadelphia: J.B. Lippincott Company.

Stromborg, M.F. (1989). Reaction to the diagnosis of cancer questionnaire: Development and psychometric evaluation. *Cancer Nursing*, 38, 364-369.

Thanivattananon, P. (1995). *The experiences of nurses in providing care for patients AIDS in Thailand: A phenomenological approach*. a thesis submitted for the degree of doctor of philosophy of the University of New England, Armidale.

Thomsen, O.O., Wulff, H.R., Martin, A., & Singer, P.A. (1993). What do gastroenterologists in Europe tell cancer patients? *The Lancet*, 341(20), 473-476.

Tschudin, V. (1992). *Ethics in nursing: The caring relationship* (2 nd rev. ed.). London: Butterworth – Heinemann Ltd.

Weisman, A.D. (1979). *Coping with cancer*. New York: Mc. Graw-Hill Company.

William, W. (1989). Coping with cancer. *Nursing Time*, 85(28), 35-38.

Williams, S. (1990). Motivating self-care: A nursing approach. *Holistic Nursing Practice*, 4(2), 13-21.

Williamson, C.B., & Livingston, D.J. (1992). Truth Telling In G.M. Bulechek & J.C. McCloskey, *Nursing intervention: Essential nursing treatments*. (pp.151-167). Philadelphia: W.B. Saunders Company.

Wilson, J.S. (1990). Adjusting to the diagnosis of cancer: The healthiest way of being ill. *Home Health Care Nurse*, 7(6), 37-38.

Wlody, G.S. (1990). Ethical issues in critical care: A nursing model. *Dimensions of Critical Care Nursing*, 9(4), 224-230.

ภาคผนวก

## ภาคผนวก ก.

## แบบบันทึกและแบบสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูล

## ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

ผู้ให้ข้อมูลคนที่.....นามสมมติ.....วันที่สัมภาษณ์.....

เพศ

 ชาย       หญิง

อายุ.....ปี

สถานภาพสมรส

 โสด       คู่       หม้าย / หย่า / แยก

จำนวนบุตร

 ไม่มี       มี.....คน

ศาสนา

 พุทธ     คริสต์     อิสลาม     อื่น ๆ ระบุ.....

ระดับการศึกษา

<input type="checkbox"/> ไม่ได้รับการศึกษา	<input type="checkbox"/> ประถมศึกษาหรือต่ำกว่า
<input type="checkbox"/> มัธยมศึกษาหรือเทียบเท่า	<input type="checkbox"/> มัธยมปลายหรือเทียบเท่า
<input type="checkbox"/> อนุปริญญาหรือเทียบเท่า	<input type="checkbox"/> ปริญญาตรีหรือเทียบเท่า
<input type="checkbox"/> สูงกว่าปริญญาตรี	

ลักษณะงานอาชีพ

<input type="checkbox"/> เกษตรกรรม	<input type="checkbox"/> รับจ้าง
<input type="checkbox"/> ค้าขาย	<input type="checkbox"/> ข้าราชการ
<input type="checkbox"/> รัฐวิสาหกิจ	<input type="checkbox"/> อื่น ๆ ระบุ.....

รายได้ของผู้ป่วยเฉลี่ยต่อเดือนในปัจจุบัน.....บาท

ความเพียงพอของรายได้ขณะเจ็บป่วย     เพียงพอ       ไม่เพียงพอ

ท่านทราบหรือไม่ว่าโรคมะเร็งคืออะไร อย่างไร.....

.....

.....

ท่านเคยได้รับความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งหรือไม่ (ถ้าเคยได้รับ ได้รับจากใคร แหล่งใด อย่างไร)

.....

## ส่วนที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วย

การวินิจฉัยโรค.....  
 ระยะเวลาที่รับทราบว่าเป็นมะเร็ง.....เดือน  
 ระยะของโรค (ตามการวินิจฉัยของแพทย์).....  
 ความรุนแรงของโรคมะเร็ง ตามการรับรู้ของผู้ให้ข้อมูล .....  
 อาการสำคัญที่มาโรงพยาบาล.....  
 ก่อนมาตรวจท่านคิดว่าเป็นโรคอะไร มีความรุนแรงอย่างไร.....  
 อาการ/ภาวะสุขภาพในปัจจุบัน.....  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....  
 วิธีการจ่ายค่ารักษาพยาบาล.....

## ส่วนที่ 3 แบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับประสบการณ์ของผู้ป่วยมะเร็ง ในการได้รับการบอกความจริง เกี่ยวกับความเจ็บป่วยจากทีมสุขภาพ

1. ท่านให้ความหมายอย่างไรเกี่ยวกับการได้รับการบอกความจริง เกี่ยวกับความเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งจากทีมสุขภาพ (นึกถึง / เปรียบเหมือนอะไร)
2. ใครเป็นผู้บอกความจริงเกี่ยวกับความเจ็บป่วยของท่าน บอกอะไรบ้าง บอกอย่างไร บอกเมื่อใด
3. ท่านมีความคิดเห็นอย่างไรต่อวิธีการบอกความจริงที่ท่านได้ประสบมา
4. เมื่อท่านได้รับทราบความจริงเกี่ยวกับความเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็ง ท่านรู้สึกอย่างไร
5. การได้รับทราบความจริงเกี่ยวกับความเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็ง ทำให้เกิดผล/ผลกระทบต่อท่านอย่างไร
6. ท่านทำอย่างไรเมื่อมีปัญหาเกิดขึ้น จากการได้รับทราบความจริงเกี่ยวกับความเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็ง
7. ท่านต้องการให้แพทย์ พยาบาล หรือเจ้าหน้าที่ ที่บอกความจริงเกี่ยวกับความเจ็บป่วยของท่านบอกอย่างไร หรือไม่บอกอย่างไร

## ภาคผนวก ข.

## การพิทักษ์สิทธิผู้ให้ข้อมูลในการเข้าร่วมงานวิจัย

สวัสดีค่ะ ดิฉันนางสาว จุฬาวรรณ สุระกุล นักศึกษาพยาบาล หลักสูตรพยาบาล-ศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ มีความสนใจศึกษาเกี่ยวกับประสบการณ์ของผู้ป่วยมะเร็งในการได้รับการบอกความจริงเกี่ยวกับความเจ็บป่วยจากทีมสุขภาพ โดยจะทำการศึกษาเกี่ยวกับการให้ความหมายของการบอกความจริงเกี่ยวกับความเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็ง ผู้ป่วยรับรู้ว่าทีมสุขภาพมีวิธีหรือรูปแบบในการบอกความจริงเกี่ยวกับความเจ็บป่วยของตนอย่างไร ความคิดเห็นของผู้ป่วยต่อวิธีการบอกความจริงที่ได้ประสบมา ความรู้สึกของผู้ป่วยมะเร็งเมื่อได้รับทราบความจริงเกี่ยวกับความเจ็บป่วย ผล/ผลกระทบจากการรับทราบความจริงตามการรับรู้ของผู้ป่วย วิธีการเผชิญปัญหาของผู้ป่วยมะเร็งหลังรับทราบความจริง ความต้องการของผู้ป่วยมะเร็งเกี่ยวกับการบอกความจริงจากทีมสุขภาพ ซึ่งผลการศึกษาคั้งนี้จะเป็นประโยชน์ต่อการให้การดูแลผู้ป่วยมะเร็งในโอกาสต่อไป

ในฐานะที่ท่าน เป็นผู้มีประสบการณ์โดยตรงในการได้รับการบอกความจริงเกี่ยวกับความเจ็บป่วยจากทีมสุขภาพ จึงใคร่ขอความร่วมมือจากท่านในการให้ข้อมูลต่างๆ โดยวิธีการพูดคุย สัมภาษณ์ ร่วมกับการบันทึกเทป ซึ่งวันและเวลาในการสัมภาษณ์จะขึ้นอยู่กับความพร้อมและความสมัครใจของท่าน โดยจะทำเช่นนี้จนกว่าจะได้ข้อมูลที่เพียงพอ ข้อมูลหรือคำสัมภาษณ์ต่างๆ จะเก็บไว้เป็นความลับ และจะไม่มีผลกระทบต่อการรักษาแต่ประการใด หากผู้วิจัยต้องการจะนำเสนอข้อมูลต่างๆ เพื่อเป็นประโยชน์ในการศึกษา ผู้วิจัยจะใช้นามสมมติแทน หากท่านไม่พร้อมหรือไม่ต้องการเข้าร่วมวิจัยก็สามารถปฏิเสธได้ทุกเวลา

ในโอกาสนี้ผู้วิจัยขอขอบคุณท่านในการให้ความร่วมมือเป็นอย่างดี

นางสาว จุฬาวรรณ สุระกุล



## ภาคผนวก ง.

## ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ให้ข้อมูล

นามสมมติ	เพศ	อายุ (ปี)	ศาสนา	สถานภาพสมรส	จำนวนบุตร (คน)	ระดับการศึกษา	อาชีพ	รายได้/เดือน (บาท)	ความเพียงพอของรายได้ขณะเจ็บป่วย	การวินิจฉัยโรค	ระยะของโรค	ระยะเวลาที่ทราบว่าเป็นมะเร็ง (เดือน)
น้องแก้ว	หญิง	33	พุทธ	โสด	-	ปริญญาตรี	รับราชการ	16,000	พอ	CA Breast	2	3
น้องชาติ	ชาย	23	พุทธ	โสด	-	ม.ศ. 2	รับจ้าง	8,000	ไม่พอ	CA Rectum	3	2
ป้าจันทร์	หญิง	62	พุทธ	คู่	5	ป. 4	ประมง	5,000	ไม่พอ	CA Distal common bile duct	3	1
ลุงชิด	ชาย	68	พุทธ	คู่	7	ป. 3	ค้าขาย	6,000	เพียงพอ	CA Glottis	2	8
พี่เฟื่อง	หญิง	53	พุทธ	หม้าย	-	ป. 4	รับจ้าง	5,000	ไม่เพียงพอ	CA Ovary	4	9
น้ำกียะ	หญิง	59	อิสลาม	คู่	7	ป. 4	รับจ้าง	2,000	ไม่เพียงพอ	CA Cervix	2	2
น้องเอก	ชาย	22	พุทธ	โสด	-	ม. 6	-	-	ไม่เพียงพอ	Leukemia	2	24
น้ารินทร์	ชาย	54	พุทธ	คู่	4	ป. 4	รับจ้าง	3,000	ไม่เพียงพอ	Hepatocellular Carcinoma	3	4
พี่พิมพ์	หญิง	41	อิสลาม	คู่	2	ปวช.	-	-	ไม่เพียงพอ	Leukemia	3	4
พี่นนท์	ชาย	50	พุทธ	หย่า	-	ป. 7	รับจ้าง	5,000	ไม่เพียงพอ	CA Rectum	2	7



## ประวัติผู้เขียน

ชื่อ นางสาวจุฬารรณ สุระกุล

วัน เดือน ปีเกิด 17 มกราคม 2506

## วุฒิการศึกษา

วุฒิ	ชื่อสถาบัน	ปีที่สำเร็จการศึกษา
ประกาศนียบัตรพยาบาลศาสตร์ และผดุงครรภ์ชั้นสูง	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สงขลา	พ.ศ. 2529
พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่	มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์	พ.ศ. 2544

## ตำแหน่งและสถานที่ทำงาน

พยาบาลวิชาชีพ ระดับ 7 ห้องผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลสงขลา