

การดูแลสุขภาพจิตของผู้รอดชีวิตจากโรคมะเร็ง วัยผู้ใหญ่ในชุมชน

Mental health care of adult cancer survivor in the community

สุจิรา ฟุ้งเฟื่อง* วีรวัฒน์ ทางธรรม*
ผ่องพรรณ ภาโว* ทรงเสลา นาถจามนง*
Sujira Foongfaung* Weerawat Thangthum*
Phongphan Phawo* Songsalao Natjumnong*

Received : 15 May 2020 / Revised : 3 June 2020 / Accepted : 20 June 2020



บทคัดย่อ

โรคมะเร็งเป็นโรคเรื้อรังที่เป็นสาเหตุหลักของการเสียชีวิต ในปัจจุบันการรักษานำเทคโนโลยีทางการแพทย์ที่ทันสมัย และการรักษาแบบผสมผสานทำให้การรักษามีประสิทธิภาพมากขึ้น จึงทำให้มีจำนวนผู้รอดชีวิตจากโรคมะเร็งเพิ่มมากขึ้นเช่นเดียวกัน โดยเฉพาะในช่วง 5 ปีแรกหลังครบการรักษานี้ ซึ่งเป็นช่วงเวลาที่พบว่าโรคมะเร็งมีความก้าวหน้าหรือมีการกลับซ้ำของโรคมะเร็งได้บ่อย ซึ่งส่งผลให้เกิดอาการปวด อาการอ่อนล้าที่ส่งผลกระทบต่อด้านจิตใจ ทั้งความเครียด ความวิตกกังวล และภาวะซึมเศร้า และความกลัวการกลับซ้ำของโรคมะเร็ง ดังนั้นการดูแลสุขภาพจิตของผู้รอดชีวิตจากโรคมะเร็งในชุมชนจึงมีความสำคัญ

บทความนี้จึงมีวัตถุประสงค์ เพื่อนำเสนอการดูแลสุขภาพจิตของผู้รอดชีวิตจากโรคมะเร็งวัยผู้ใหญ่ในชุมชน ประกอบด้วย ความสำคัญของการดูแลสุขภาพจิตของผู้รอดชีวิตจากโรคมะเร็ง การประเมินหรือคัดกรองสุขภาพจิตวัยผู้ใหญ่ แนวทางการดูแลด้านสุขภาพจิตของผู้รอดชีวิตจากโรคมะเร็ง และบทบาทของทีมสุขภาพในการดูแลสุขภาพจิตในชุมชน การเชื่อมโยงข้อมูลการดูแลของผู้ป่วยทั้งการรักษาด้านร่างกาย และทางด้านจิตใจระหว่างโรงพยาบาล/สถาบันที่ให้การดูแลรักษาโรคมะเร็ง และบุคลากรทีมสุขภาพในชุมชน เพื่อช่วยให้เข้าใจองค์ประกอบการดูแลสุขภาพจิตของผู้รอดชีวิตจากโรคมะเร็งในชุมชน ซึ่งจะช่วยให้เกิดแนวคิด และพัฒนาการดูแลสุขภาพจิตของผู้รอดชีวิตจากโรคมะเร็งในชุมชนต่อไป

คำสำคัญ: วัยผู้ใหญ่ / ผู้รอดชีวิตจากโรคมะเร็ง / ชุมชน / การดูแลสุขภาพจิต

*อาจารย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จังหวัดนนทบุรี สถาบันบรมราชชนก

* Instructor at Borommarajonani College of Nursing, Changwat Nonthaburi,
Praboromrajchanok Institute, Thailand

Abstract

Cancer is a chronic illness that is the leading cause of death. Nowadays, the use of advanced technologies and combination therapies could provide effective treatments for patients which increases the number of cancer survivors especially during the first five years after completing therapy; during this period, the progression and recurrence of disease frequently occur; patients might have pain, fatigue and physiological impact such as stress, anxiety, depression and fear of cancer recurrence. Thus, the mental health care of cancer survivors in community is important for patients in this group.

The purpose of this article was to demonstrate the mental health care of cancer survivors in community. The information includes the importance of mental health care of cancer survivors, the mental health assessment and screening of adults, practice guidelines for the mental health care of cancer survivors, the role of the healthcare team and information linkage including physical treatment and psychological between health care team in hospital/institute and community. The information help to increase understanding multiple dimensions of mental health care that can be used to develop health care plan for cancer survivors in community.

Keywords: adult / cancer survivor /community / mental health care



บทนำ

ในปี พ.ศ. 2557 กรมสุขภาพจิตได้พัฒนาและสนับสนุนให้เกิดระบบการดูแลช่วยเหลือด้านสังคมจิตใจ (psychosocial care) ในโรงพยาบาลชุมชน โดยมุ่งเน้นการจัดบริการดูแลช่วยเหลือทางสังคมจิตใจที่มีคุณภาพ ทั้ง 4 ด้าน คือ ด้านบุคลากร ด้านบริการเชิงรุกและรับ ด้านบูรณาการและด้านส่งเสริมสุขภาพจิต และป้องกันปัญหาสุขภาพจิต ในประเด็นปัญหาครอบครัว สุรา ยาเสพติด ความรุนแรง และโรคเรื้อรัง (สำนักส่งเสริมและพัฒนาสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2559) ซึ่งโรคมะเร็งเป็นโรคเรื้อรัง และเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ 1 ในปี พ.ศ. 2557- 2561 พบอัตราการตาย 107.3-120.3 คน ต่อแสนประชากร (วิรุฒิม อิมสำราญ และคณะ; กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2562) แม้ว่าอัตราการตายของโรคมะเร็งจะสูงขึ้น ขณะเดียวกันก็พบว่าอัตราการรอดชีวิต และอัตราการหายขาดจากโรคมะเร็งบางชนิดสูงขึ้นเช่นเดียวกัน จากรายงานที่ผ่านพบว่า ในปี พ.ศ. 2553-2543 อัตราการรอดชีวิตที่ 5 ปี ในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมอยู่ที่ร้อยละ 59.1 และในปี พ.ศ. 2558-2554 เพิ่มขึ้นอยู่ที่ร้อยละ 65.5 (องอาจ โสมอินทร์ สมสุดา โสมอินทร์ และกฤติกา สุวรรณรุ่งเรือง, 2558; สมิทธิ สร้อยมาตี, 2560) เนื่องจากในปัจจุบันมีการศึกษาค้นคว้าเทคโนโลยีทางการแพทย์ การรักษาโรคมะเร็งด้วยวิธีการใหม่ และการรักษาแบบผสมผสาน ทำให้การรักษามีประสิทธิภาพมากขึ้น จึงทำให้มีจำนวนผู้รอดชีวิตจากโรคมะเร็งเพิ่มมากขึ้น แต่เนื่องจากโรคมะเร็งเป็นโรคเรื้อรังที่แม้ว่าจะรักษาครบตามแผนการรักษา แต่ยังคงพบปัญหาทางกายจากภาวะแทรกซ้อนของการรักษาโรคมะเร็ง เช่น ต่อม่าน้ำเหลืองบวม อ่อนล้า และอาการปวด และปัญหาด้านจิตสังคม เช่น การเปลี่ยนแปลงภาพลักษณ์ ความกลัวการกลับซ้ำของโรคมะเร็ง และในช่วงเวลาที่โรคมะเร็งกำเริบหรือมีการกลับซ้ำของโรคมะเร็ง (cancer recurrence or progression) ซึ่งมักเกิดในระยะสิ้นสุดการรักษาใหม่ๆ จนกระทั่ง 5 ปีแรกหลังสิ้นสุดการรักษา เป็นต้น (Recklitis & Syrjala, 2017; Jones, Howell, & Grunfeld, 2018; เบนญูพร บรรณสาร และลินจง โปธิบาล, 2559) อีกทั้งปัญหาทางร่างกายอาจส่งผลกระทบต่อด้านจิตใจ เกิดความสิ้นหวัง (hopelessness) ความเครียด (stress) ความวิตกกังวล (anxiety) และภาวะซึมเศร้า (depression) เป็นปัญหาที่ส่งผลกระทบต่อทั้งในด้านการดำเนินชีวิต และคุณภาพชีวิตของผู้รอดชีวิตจากโรคมะเร็ง (Grassi, Spiegel, & Riba, 2017; เบนญูพร บรรณสาร และลินจง โปธิบาล, 2561) อีกทั้งเมื่อภาวะโรคเข้าสู่ระยะลุกลามหรือแพร่กระจาย มักส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยในทุกมิติทำให้มีความยุ่งยากซับซ้อนในการให้ความช่วยเหลือดูแลผู้รอดชีวิตจากโรคมะเร็งที่จะกลับไปอยู่ที่บ้านหรือในชุมชน

ดังนั้นจากข้อมูลข้างต้นชี้ให้เห็นว่า การดูแลสุขภาพจิตของผู้รอดชีวิตจากมะเร็งในชุมชนมีความสำคัญ โดยเฉพาะภายหลังการรักษาโรคมะเร็ง ที่ต้องกลับไปใช้ชีวิตกับครอบครัว สังคม และชุมชน จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า การค้นหา และรักษาปัญหาสุขภาพจิตของผู้รอดชีวิตจากโรคมะเร็งได้ในระยะแรก และการส่งต่อข้อมูลจะช่วยให้ผลลัพธ์การดูแลด้านสุขภาพจิต



และสัมพันธ์ภาพของผู้รอดชีวิตจากโรคมะเร็งกับที่มสุขภาพดีขึ้น (Grassi, Spiegel, & Riba, 2017) บทความนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อนำเสนอการดูแลสุขภาพจิตของผู้รอดชีวิตจากโรคมะเร็งวัยผู้ใหญ่ในชุมชน ประกอบด้วย ความสำคัญของการดูแลสุขภาพจิตของผู้รอดชีวิตจากโรคมะเร็ง การประเมินหรือคัดกรองสุขภาพจิตวัยผู้ใหญ่ แนวทางการดูแลด้านสุขภาพจิตของผู้รอดชีวิตจากโรคมะเร็ง และบทบาทของที่มสุขภาพในการดูแลสุขภาพจิตในชุมชน การเชื่อมโยงข้อมูลการดูแลของผู้ป่วยทั้งการรักษาด้านร่างกาย และทางด้านจิตใจระหว่างโรงพยาบาล/สถาบันที่ให้การดูแลรักษาโรคมะเร็งและบุคลากรที่มสุขภาพในชุมชน เพื่อช่วยให้เข้าใจองค์ประกอบการดูแลสุขภาพจิตของผู้รอดชีวิตจากโรคมะเร็งในชุมชน ซึ่งจะช่วยให้เกิดแนวคิด และพัฒนาการดูแลสุขภาพจิตของผู้รอดชีวิตจากโรคมะเร็งในชุมชนต่อไป

ความสำคัญของการดูแลสุขภาพจิตของผู้รอดชีวิตจากโรคมะเร็งวัยผู้ใหญ่ในชุมชน

การดูแลสุขภาพจิตของผู้รอดชีวิตจากโรคมะเร็งวัยผู้ใหญ่ในชุมชนมีความสำคัญ เนื่องจากในปัจจุบันมีการศึกษาค้นคว้าเทคโนโลยีทางการแพทย์ การรักษาโรคมะเร็งด้วยวิธีการใหม่ และการรักษาแบบผสมผสาน ทำให้การรักษามีประสิทธิภาพมากขึ้น จึงทำให้มีจำนวนผู้รอดชีวิตจากโรคมะเร็งเพิ่มมากขึ้น โดยเฉพาะในช่วง 5 ปีแรกหลังครบการรักษา ซึ่งเป็นช่วงเวลาพบว่าโรคมะเร็งก้าวหน้าหรือมีการกลับซ้ำของโรคมะเร็งได้บ่อย ซึ่งส่งผลให้เกิดอาการปวด อาการอ่อนล้าที่ส่งผลกระทบต่อด้านจิตใจ (Recklitis & Syrjala, 2017; Jones, Howell, & Grunfeld, 2018) ซึ่งการดูแลสุขภาพจิตของผู้รอดชีวิตจากโรคมะเร็งจะดูแลตั้งแต่ในระยะติดตามรอยโรคจนถึงระยะท้ายของชีวิต มีจุดมุ่งหมายให้บุคคลเกิดความสมดุลสามารถเผชิญกับความเครียดของชีวิต รับมือกับเหตุการณ์ในชีวิตที่ไม่พึงประสงค์ รวมถึงสามารถปรับตัวเข้ากับสังคมและสิ่งแวดล้อมได้อย่างมีความสุขหรือสภาพชีวิตที่เป็นสุข ซึ่งการดูแลสุขภาพจิตเป็นกลยุทธ์ของการพัฒนาชุมชนที่สำคัญที่จัดให้มีการเข้าถึงการบริการด้านการดูแลสุขภาพจิตอย่างมีคุณภาพ โดยเน้นการมีส่วนร่วมของสมาชิก ครอบครัว และชุมชน รวมถึงการให้ความสำคัญกับการดูแลสุขภาพทางด้านทางร่างกายและอาการ สภาวะทางสังคม และสภาวะทางจิตวิญญาณควบคู่กันไปด้วย และควรมีการติดตามฟื้นฟูสมรรถภาพทางสังคมจิตใจอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะในช่วง 5 ปีแรกหลังครบการรักษาโรคมะเร็ง (Turnbull Macdonald, Baldassarre, Brown, Hatton-Bauer, Li, Green, et al., 2012; Denlinger, Carlson, Are, Baker, Davis, Edge, et al., 2014; อมราพร สุรการ และณัฐวดี อรินทร์, 2557)

การประเมินหรือคัดกรองสุขภาพจิตวัยผู้ใหญ่ในชุมชน

ในประเทศไทยเครื่องมือที่นำมาใช้ในการประเมินหรือคัดกรองสุขภาพจิตมีหลากหลาย มีการนำมาใช้และทดสอบคุณภาพของเครื่องมือทั้งความเที่ยงตรง และความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุขกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2015) โดยได้รวบรวม



แนวทางการใช้เครื่องมือด้านสุขภาพจิตสำหรับบุคลากรสาธารณสุขในโรงพยาบาลชุมชน (คลินิกโรคเรื้อรัง) เพื่อให้บุคลากรสาธารณสุขในโรงพยาบาลชุมชนใช้เป็นแนวทางประเมินปัญหาสุขภาพจิต ประกอบด้วย 1) แบบประเมินความเครียด (ST-5) 2) แบบคัดกรองโรคซึมเศร้า 2 คำถาม (2Q) และ 3) แบบคัดกรองโรคซึมเศร้า 9 คำถาม (9Q) ซึ่งได้นำมาใช้ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง รวมทั้งใช้เป็นแนวทางการให้ความช่วยเหลือเบื้องต้น เพื่อป้องกันการเกิดปัญหาสุขภาพจิตลดภาวะแทรกซ้อนและอัตราการเสียชีวิตจากการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง และแบบประเมินที่มีการพัฒนาต่อจากแบบประเมินความเครียด (ST- 5) ของโรงพยาบาลสวนปรุง คือ แบบประเมินความเครียด (SS T- 20) (สุวัฒน์ มหัตนรินทร์กุล, วนิดา พุ่มไพศาลชัย และพิมพ์มาศ ตาปัญญา, 2540) ซึ่งรายละเอียดของแบบประเมิน มีดังนี้

1) แบบประเมินความเครียด (ST- 5)

แบบประเมินความเครียด (ST- 5) พัฒนาโดย อรวรรณ ศิลปกิจ (อรวรรณ ศิลปกิจ, 2551) เป็นแบบวัดความเครียด 5 ข้อ เพื่อประเมินอาการหรือความรู้สึกที่เกิดขึ้นในระยะ 4-2 สัปดาห์ มีข้อคำถามคือ 1) มีปัญหาการนอน นอนไม่หลับหรือนอนมาก 2) มีสมาธิน้อยลง 3) หงุดหงิด/กระวนกระวาย/ว้าวุ่นใจ 4) รู้สึกเบื่อ เซ็ง และ 5) ไม่อยากพบปะผู้คน โดยแบ่งการประเมินเป็น 4 ระดับ คือ แทบไม่มี หมายถึง ไม่มีอาการหรือเกิดอาการเพียง 1 ครั้ง (0 คะแนน) เป็นครั้งคราว หมายถึง มีอาการมากกว่า 1 ครั้ง แต่ไม่บ่อย (1 คะแนน) บ่อยครั้ง หมายถึง มีอาการเกิดขึ้นเกือบทุกวัน (2 คะแนน) และเป็นประจำ หมายถึง มีอาการเกิดขึ้นทุกวัน (3 คะแนน) ซึ่งนำผลที่ได้มาคิดเป็นคะแนนรวมระหว่าง 15-0 คะแนน มีจุดตัดคะแนนที่ <4 เพื่อจำแนกภาวะเครียดออกเป็น 3 กลุ่ม คือ กลุ่มที่ไม่มีความเครียด (<4 คะแนน) สงสัยว่ามีปัญหาความเครียด (7-5 คะแนน) และน่าจะป่วยด้วยความเครียด (≥ 8 คะแนน) ซึ่งผลการประเมิน พบว่า คำถามเพียงข้อเดียวเกี่ยวกับความเครียดในระดับสูงหรือรุนแรงได้ผลสอดคล้องกับการประเมินด้วย SST- 20 การแปลผล คือ 4-0 คะแนน หมายถึง ไม่มีความเครียดในระดับที่ก่อให้เกิดปัญหากับตัวเอง ยังสามารถจัดการกับความเครียดที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวันได้ และปรับตัวกับสถานการณ์ต่างๆ ได้อย่างเหมาะสม 7-5 คะแนน หมายถึง สงสัยว่ามีปัญหาความเครียดหรือมีเรื่องไม่สบายใจและยังไม่ได้คลี่คลาย 8 คะแนนขึ้นไปหมายถึง มีความเครียดสูงในระดับที่อาจส่งผลกระทบต่อร่างกาย เช่น ปวดหัว นอนไม่หลับ ฯลฯ ต้องได้รับคำปรึกษาจากบุคลากรสาธารณสุข เพื่อค้นหาสาเหตุที่ทำให้เกิดความเครียดและหาแนวทางแก้ไข และคัดกรองโรคซึมเศร้าด้วยแบบคัดกรองโรคซึมเศร้า 2 คำถาม (2Q) ซึ่งมีผู้นำไปใช้ในผู้ป่วยมะเร็งอุ้งเชิงกรานขณะได้รับรังสีรักษา โดยวิธีหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficients) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .80 (วิจิตรา นุชอยู่, คณินิจ พงศ์ถาวรกมล, อรวรรณ ศรียุกตศุท และจิราพร เสตรกรณกุล, 2559)

2) แบบประเมินความเครียด (SPST- 20)

แบบประเมินความเครียดสวนปรุง (SPST- 20) พัฒนาโดย สุวัฒน์ มหัตนรินทร์กุลและคณะ



(สุวัฒน์ มหัตถนิรันดร์กุล, วนิดา พุ่มไพศาลชัย และพิมพ์มาศ ตาปัญญา, 2540) แบบสอบถามประกอบด้วยคำถาม 20 ข้อ ซึ่งถามเกี่ยวกับอาการพฤติกรรม หรือความรู้สึกในระยะเวลา 2 เดือนที่ผ่านมา คะแนนรวมไม่เกิน 100 คะแนน โดยผลรวมที่ได้ แบ่งออกเป็น 5 ระดับ ดังนี้ 24 คะแนน 0-23 เครียดน้อย คะแนน 24-41 เครียดปานกลาง คะแนน 42-45 เครียดมาก คะแนน 46-61 เครียดสูง คะแนน 62 ขึ้นไป เครียดรุนแรง โดยมีจุดตัดที่คะแนน = 17

3) แบบคัดกรองโรคซึมเศร้า 2 คำถาม (2Q)

แบบคัดกรองโรคซึมเศร้า 2 คำถาม (2Q) พัฒนาโดย สุวรรณ อรุณพงศ์ไพศาล และคณะ (Arunpongpaisal, Kongsuk, Maneethorn, Maneethorn, Wannasawek, Leejongpermpoon, et al., 2009) เป็นแบบคัดกรองค้นหาผู้ที่มีแนวโน้มหรือเสี่ยงต่อการป่วยด้วยโรคซึมเศร้า ซึ่งได้มีการนำไปใช้ในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า เพื่อประเมินภาวะซึมเศร้าในช่วง 2 สัปดาห์ โดยคำตอบมี 2 แบบ คือ มีและไม่มีถ้าคำตอบมีในข้อใดข้อหนึ่ง หรือทั้ง 2 ข้อ หมายถึง เป็นผู้มีความเสี่ยงหรือมีแนวโน้มที่ป่วยเป็นโรคซึมเศร้า จึงจำเป็นต้องประเมินอีกครั้งด้วยแบบประเมินที่มีความจำเพาะสูง แบบคัดกรองโรคซึมเศร้า 2 คำถาม (2Q) ถ้าตอบคำถามข้อใดข้อหนึ่งว่า “ใช่”

4) แบบคัดกรองโรคซึมเศร้า 9 คำถาม (9Q)

แบบประเมิน 9Q พัฒนาโดย ธรณินทร์ กองสุข และคณะ (ธรณินทร์ กองสุข, สุวรรณ อรุณพงศ์ไพศาล, ศุภชัย จันทรทอง, เบญจมาศ พฤกษ์กานนท์, สุพัตรา สุขาวท และ จินตนา ลีจิงเพิ่มพูน, 2561) ประกอบด้วยคำถามเกี่ยวกับอาการของโรคซึมเศร้า 9 ข้อ ให้เลือกตอบ 4 ตัวเลือก คือ ไม่มีอาการเลยให้ค่าคะแนน เท่ากับ 0 เป็นบางวันให้ค่าคะแนน เท่ากับ 1 เป็นบ่อยให้ค่าคะแนน เท่ากับ 2 และเป็นทุกวัน ให้ค่าคะแนน เท่ากับ 3 มีค่าคะแนนรวมสูงสุด 27 คะแนน จุดตัดของคะแนนคือ ตั้งแต่ 7 ขึ้นไป คุณสมบัติของแบบประเมิน 9Q มีค่า receiver operating characteristic area เท่ากับ .928 (95%CI = .893, .964) มีค่าความไวร้อยละ 75.68 ค่าความจำเพาะร้อยละ 93.37 ค่าความน่าจะเป็นโรคซึมเศร้าเมื่อผลทดสอบเป็นบวก (positive likelihood ratio: LR+) 11.41 เท่า ซึ่งแบบประเมินนี้มีการพัฒนาเพื่อใช้ในภาคต่างๆ ของประเทศไทย โดยใช้ตามภาษาท้องถิ่น ได้แก่ ภาษาอีสาน ภาษากลาง และภาษาไทย ทำให้สามารถนำไปใช้ได้แพร่หลายมากขึ้น

5) แบบประเมินความวิตกกังวลและอาการซึมเศร้า

แบบวัดอาการวิตกกังวลและอาการซึมเศร้า Hospital Anxiety and Depression Scale ฉบับภาษาไทย (Thai HADS) แปรจากฉบับภาษาอังกฤษของ Zigmond และ Snaith โดย ธนา นิลชัยโกวิท และคณะ (ธนา นิลชัยโกวิท, มาโนช หล่อตระกูล และอุมาภรณ์ ไพศาลสุทธิเดช, 2539) เป็นแบบสอบถามที่ให้ผู้ป่วยตอบด้วยตนเอง ประกอบด้วยข้อคำถาม 14 ข้อ แบ่งเป็นคำถามสำหรับวัดอาการวิตกกังวล 7 ข้อ ซึ่งเป็นข้อที่เป็นเลขคี่ทั้งหมด และสำหรับอาการวัดอาการซึมเศร้าอีก 7 ข้อ ซึ่งเป็นข้อที่เป็นเลขคู่ทั้งหมด การให้คะแนนคำตอบแต่ละข้อเป็นแบบลิเคิร์ต (Likert scale) 4 ระดับ แต่ละข้อมีคะแนน 0-3 มีพิสัยของคะแนนแต่ละส่วนตั้งแต่ 0-21 โดยแบ่งเป็นช่วงของคะแนน



เป็น 3 ระดับ คือ 0-7 คะแนน หมายถึง ไม่มีภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้า 8-10 คะแนน หมายถึง ถือว่ามีภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าแต่ยังไม่ถือเป็นความผิดปกติทางจิตเวชที่ชัดเจน (doubtful cases) 11-21 คะแนน หมายถึง มีภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าที่ถือว่าเป็นความผิดปกติทางจิตเวช (cases) ได้ทำการศึกษาความเชื่อถือได้และความแม่นยำของแบบประเมินในผู้ป่วยโรคมะเร็งในโรงพยาบาล ซึ่งแสดงให้เห็นว่า สามารถนำมาใช้เป็นแบบคัดกรองอาการวิตกกังวลและอาการซึมเศร้าของผู้ป่วยไทยในโรงพยาบาล โดยเฉพาะในผู้ป่วยโรคมะเร็งได้ เนื่องจากเป็นเครื่องมือที่สั้น กะทัดรัด และมีค่าความแม่นยำและความเชื่อถือได้อยู่ในเกณฑ์ดี

ซึ่งเครื่องมือข้างต้น สามารถนำไปใช้ในการคัดกรองหรือประเมินสุขภาพจิตผู้รอดชีวิตจากโรคมะเร็งวัยผู้ใหญ่ในชุมชนได้ เนื่องจากมีความกระชับ สามารถประเมินได้ด้วยตนเอง หรือบุคลากรที่มีสุขภาพในการดูแลสุขภาพจิตในชุมชนสามารถนำไปใช้ได้ง่าย และมีค่าความแม่นยำและความเชื่อถือได้อยู่ในเกณฑ์ดี ดังแสดงในตารางที่ 1



ตารางที่ 1 เครื่องมือในการประเมินหรือคัดกรองสุขภาพจิตวัยผู้ใหญ่ในชุมชน

	จำนวน ข้อ	เวลาที่ใช้ (นาที)	ความน่าเชื่อถือ		
			ความไว (sensitivity)	ความจำเพาะ (specificity)	ค่าความเชื่อมั่น (α)
1. แบบประเมิน ความเครียด (ST-5)	5	1-2	-	-	.08
2. แบบประเมิน ความเครียด (SPST-20)	20	5-10	70.40	64.60	.86
3. แบบคัดกรองโรคซึม เศร้า 2 คำถาม (2Q)	2	<1	96.50	85.10	
4. แบบคัดกรองโรคซึม เศร้า 9 คำถาม (9Q)	9	3-5	75.68	93.37	-
5. แบบประเมินความวิตก กังวล และอาการซึม เศร้า (Thai HADS)	14	3-5	85.74-100	86.00-91.30	-

แนวทางการดูแลด้านสุขภาพจิตของผู้รอดชีวิตจากโรคมะเร็ง

แนวทางในการดำเนินงานสุขภาพจิตยึดหลักของการป้องกัน ส่งเสริมและฟื้นฟู แบ่งเป็น 3 ระดับ คือ การป้องกันระดับปฐมภูมิ (primary prevention) การป้องกันระดับทุติยภูมิ (secondary

วารสารคุณภาพชีวิตกับกฎหมาย

ปีที่ 16 ฉบับที่ 1 (มกราคม - มิถุนายน 2563)

prevention) และ การป้องกันระดับตติยภูมิ (tertiary prevention) มีรายละเอียดดังนี้ 1) การป้องกันระดับปฐมภูมิ คือ การป้องกันไม่ให้เกิดโรคจิต ซึ่งได้แก่ การส่งเสริมสุขภาพจิตในกลุ่มคนปกติ เช่น การให้ความรู้ในชุมชนในโรงเรียน การเผยแพร่ข่าวสารต่างๆ เป็นต้น 2) การป้องกันระดับทุติยภูมิ คือ การป้องกันไม่ให้โรคลุกลาม หรือลดภาวะการเกิดโรคทางจิต ได้แก่ การตรวจคัดกรองอาการทางจิต การวินิจฉัยและการบำบัดทางจิต การให้คำปรึกษาคบครัวปัญหาทางด้านจิตใจ และ 3) การป้องกันระดับตติยภูมิ คือ การทำให้บุคคลที่มีความเจ็บป่วยทางจิตฟื้นกลับคืนสู่สภาวะปกติสามารถอยู่ในชุมชนได้ มีการติดตามผลการรักษาของผู้ป่วย เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดเป็นซ้ำอีก (อมราพร สุรการ และณัฐวุฒิ อรินทร์, 2557) การดูแลด้านสุขภาพจิตในผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ครอบคลุม ควรมีที่การดูแลผู้ป่วยตั้งแต่เริ่มได้รับการวินิจฉัยโรคมะเร็งจนถึงในช่วงระยะสุดท้ายของชีวิต ประกอบด้วย 6 ช่วงเวลา คือ 1) ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคมะเร็ง 2) เริ่มการรักษาโรคมะเร็ง 3) ติดตามติดตามหลังครบการรักษา 4) ในช่วงเป็นผู้รอดชีวิตจากโรคมะเร็งและมีการติดตามความก้าวหน้าหรือการกลับซ้ำของโรค 5) ติดตามผลการรักษาโรคในระยะยาว และ 6) การดูแลระยะสุดท้ายของชีวิตซึ่งมิติของการดูแลจะมีความซับซ้อน และมีปฏิสัมพันธ์กันของสภาวะต่างๆ ประกอบด้วย 1) สภาวะทางร่างกายและอาการ เช่น การทำหน้าที่ของร่างกาย อาการปวด อาการอ่อนล้า การนอนหลับ เป็นต้น 2) สภาวะทางจิตใจ เช่น ความเครียด ความวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้า ความกลัวการกลับซ้ำของโรคมะเร็ง การทำหน้าที่ด้านการรู้คิด เป็นต้น 3) สภาวะทางสังคม เช่น ความทุกข์ของครอบครัว สัมพันธภาพและบทบาทการทำหน้าที่ การแยกตัว การประกอบอาชีพ เป็นต้น และ 4) สภาวะทางจิตวิญญาณ เช่น ความหมายของชีวิต ความหวัง ความรู้สึกไม่แน่นอน กำลังใจ เป็นต้น โดยเฉพาะสภาวะทางร่างกายและอาการที่มีความก้าวหน้าหรือการกลับซ้ำของโรค โดยประเด็นในการดูแลจะครอบคลุมในเรื่อง 1) การอำนวยความสะดวกในการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพระหว่างผู้ป่วย ครอบครัวและทีมสุขภาพ 2) ประเมินหรือคัดกรองสุขภาพจิตผู้ป่วย 3) วางแผนและให้การดูแลการตามแผน ได้แก่ ดูแลผู้ป่วยที่มีความต้องการดูแลด้านสุขภาพจิตและสังคม ประสานความร่วมมือกันระหว่างแพทย์ผู้ให้การรักษาและทีมการดูแลด้านสุขภาพจิต ช่วยเหลือและสนับสนุนผู้ป่วยและครอบครัวในการจัดการการเจ็บป่วยและสุขภาพ และ 4) ติดตามประเมินผลการดูแลและมีการปรับแผนการดูแลอย่างเป็นระบบ (Grant, Economou, Ferrell, & Bhatia, 2007; Department of Health, Western Australia, 2008; Turnbull, et al., 2012)

ดังนั้นสรุปได้ว่า การดูแลสุขภาพจิตผู้รอดชีวิตจากโรคมะเร็งในชุมชน คือ การดูแลในช่วงเป็นผู้รอดชีวิตจากโรคมะเร็งทั้งในช่วงติดตามหลังครบการรักษา โดยในกลุ่มผู้ที่มีความก้าวหน้าหรือการกลับซ้ำของโรคควรให้การดูแลและติดตามอย่างต่อเนื่อง ร่วมกับครอบครัว โดยใช้แนวทางในการดำเนินงานสุขภาพจิตที่เน้นการป้องกันในระดับทุติยภูมิ และการป้องกันระดับตติยภูมิ ซึ่งประเด็นในการดูแลจะครอบคลุมในเรื่อง การอำนวยความสะดวกในการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพระหว่างผู้ป่วย ครอบครัวและทีมสุขภาพ การประเมินหรือคัดกรองสุขภาพจิตผู้ป่วย วางแผนและให้การดูแลผู้ป่วยที่มีความต้องการดูแลด้านสุขภาพจิตและสังคม ประสานความร่วมมือกันระหว่างแพทย์ผู้ให้การรักษาในสถาบัน/



โรงพยาบาลที่รักษาโรคมะเร็งและทีมการดูแลด้านสุขภาพจิตในชุมชน ช่วยเหลือและสนับสนุนผู้ป่วย ครอบครัวในการจัดการการเจ็บป่วยและสุขภาพ และติดตามประเมินผลการดูแลและมีการปรับแผนการดูแลอย่างต่อเนื่อง และควรให้ความสำคัญกับการดูแลสภาวะด้านทางร่างกายและอาการ สภาวะทางสังคม และสภาวะทางจิตวิญญาณควบคู่กันไปด้วย

บทบาทของทีมสุขภาพในการดูแลสุขภาพจิตในชุมชน

ในปี พ.ศ. 2557 กรมสุขภาพจิตได้พัฒนาและสนับสนุนให้เกิดระบบการดูแลช่วยเหลือด้านสังคมจิตใจ ในโรงพยาบาลชุมชน โดยมุ่งเน้นการจัดบริการดูแลช่วยเหลือทางสังคมจิตใจที่มีคุณภาพ ทั้ง 4 ด้าน คือ ด้านบุคลากร ด้านบริการเชิงรุกและรับ ด้านบูรณาการ และด้านส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันปัญหาสุขภาพจิต ในประเด็นปัญหาครอบครัว สุรา ยาเสพติด ความรุนแรงและโรคเรื้อรัง โดยพบว่า มีโรงพยาบาลชุมชนร้อยละ 94.76 (723 แห่ง) ที่มีการจัดบริการดูแลช่วยเหลือทางสังคมจิตใจ และให้คำปรึกษาทุกกลุ่มวัย และในปี พ.ศ. 2558 มีโรงพยาบาลชุมชนร้อยละ 94.25 (705 แห่ง) มีองค์ประกอบในศูนย์ให้คำปรึกษา (psychosocial clinic) ครบทั้ง 3 ด้าน คือ บุคลากร บริการ และบูรณาการ (กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2562) ซึ่งการจัดระบบการดูแลจะเน้นการจัดการบริการสุขภาพในชุมชน เพื่อให้ประชาชนสามารถได้รับการสุขภาพที่มีคุณภาพแบบบูรณาการอย่างต่อเนื่องและเป็นองค์รวม ฝ้าระวัง (surveillance) ในกลุ่มปกติกลุ่มเสี่ยง กลุ่มป่วย โดยเครือข่ายทีมสุขภาพในการดูแลสุขภาพจิตในชุมชน ประกอบด้วย บุคลากรหลักดังนี้ 1) แพทย์ในโรงพยาบาลชุมชน มีบทบาทหัวหน้าทีมสุขภาพจิตชุมชน ตรวจ วินิจฉัย และสั่งการรักษาผู้ป่วยในระยะเริ่มแรก และประชุมร่วมกับบุคลากรในทีมสุขภาพจิตทั้งหมด เพื่อวางแผนให้การรักษาพยาบาล 2) พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) มีบทบาทในการคัดกรองประเมินภาวะสุขภาพ วิเคราะห์ปัญหา และภาวะเสี่ยงของประชาชนและผู้ป่วยในชุมชน และให้บริการพยาบาลผู้ป่วยที่บ้าน (home nursing care) ให้คำปรึกษาเบื้องต้นร่วมวางแผน และดำเนินการจัดการป้องกันโรค ส่งเสริมและฟื้นฟูสุขภาพ ประสานงานกับทีมสหสาขาวิชาชีพ และประสานงานส่งต่อการรักษา พยาบาลในชุมชน 3) พยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิตในชุมชน มีบทบาทเป็นผู้บริหารการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเป็นรายกรณี (case manager) ร่วมจัดการดูแลแบบองค์รวมกับผู้ป่วยทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ เป็นส่วนหนึ่งในทีมสหวิชาชีพในการจัดบริการอย่างครอบคลุม (comprehensive) การดูแลแบบองค์รวม (holistic care) รวมทั้งการช่วยเหลือผู้ป่วยในภาวะวิกฤตการดูแลสุขภาพจิตที่บ้าน และให้การดูแลผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลอย่างต่อเนื่องในชุมชน (ป้องพล ชุชนะโชติ, 2560) 4) นักจิตวิทยาคลินิก มีบทบาทในการประเมินสุขภาพจิตและการบำบัดรักษาผู้ที่เจ็บป่วยทางจิต พัฒนาและสนับสนุนการดำเนินการสุขภาพจิตให้กับเครือข่าย สอน และให้ความรู้ทางสุขภาพจิต พัฒนาองค์ความรู้ทางด้านสุขภาพจิต และร่วมทำงานเชิงรุกในชุมชน (ทศา ชัยวรรณวรรต และ สุจิตรา กฤตยารวรรณ, 2561) 5) นักอาชีวบำบัด และนันทนาการบำบัด มี



วารสารคุณภาพชีวิตกับกฎหมาย

ปีที่ 16 ฉบับที่ 1 (มกราคม - มิถุนายน 2563)

บทบาทในการฟื้นฟู สมรรถภาพ ให้เข้ากลุ่มอาชีพบำบัดและการฝึกฝนอาชีพ จัดกิจกรรมให้ผู้ป่วยเกิดความสนุก สนานเพลิดเพลิน และผ่อนคลายความตึงเครียด ฝึกทักษะในการสร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่น และ 6) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เชี่ยวชาญสาขาสุขภาพจิตชุมชน ซึ่งถือเป็นกำลังที่สำคัญที่ทำงานใกล้ชิดกับบุคลากรสาธารณสุขในหน่วยบริการปฐมภูมิในพื้นที่ และยังคงมีความใกล้ชิดกับคนในชุมชน มีบทบาทในการช่วยคัดกรองสุขภาพจิต ดูแลและให้คำปรึกษาเบื้องต้นด้วยหลักการ 3 ส. คือ สอดส่อง มองหา (look) ใส่ใจรับฟัง (listen) ให้คำปรึกษาเบื้องต้น และส่งต่อเชื่อมโยง (link) เพื่อช่วยให้ได้รับการรักษาหรือดูแลอย่างต่อเนื่อง (นันทวดี วรวิสุต, 2561) ซึ่งการดูแลด้านสุขภาพจิตของผู้รอดชีวิตจากโรคมะเร็งด้วยผู้ใหญ่ในชุมชนจะประสบความสำเร็จ ควรมีการดำเนินงานที่อาศัยความร่วมมือจากบุคลากรทีมสุขภาพจิตในชุมชน และการประสานข้อมูลการประเมินและดูแลจากโรงพยาบาล/สถาบันที่ให้การดูแลรักษาโรคมะเร็งของผู้รอดชีวิตจากโรคมะเร็ง เพื่อให้ข้อมูลการดูแลมีความต่อเนื่อง เนื่องจากหลังการรักษาโรคมะเร็งกลับมาอยู่ในชุมชน อาจมีการเปลี่ยนแปลงของโรค เช่น มีความก้าวหน้าหรือการกลับซ้ำของโรคมะเร็งที่ต้องกลับมารักษาต่อในสถานพยาบาลอีกครั้ง จากข้อมูลข้างต้น สามารถนำมาประยุกต์ใช้เป็นบทบาทของทีมสุขภาพในการดูแลสุขภาพจิตผู้รอดชีวิตจากโรคมะเร็งในชุมชนได้ ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 บทบาทของทีมสุขภาพในการดูแลสุขภาพจิตผู้รอดชีวิตจากโรคมะเร็งในชุมชน

	อสม.	พยาบาล วิชาชีพ รพ.สต.	พยาบาลจิตเวชและ สุขภาพจิตในชุมชน/ รพ., สถาบันที่ให้การ รักษาโรคมะเร็ง	นักอาชีว บำบัด/ นันทนาการ บำบัด	นัก จิตวิทยา คลินิก	แพทย์ใน ชุมชน/รพ., สถาบัน ที่ให้การ รักษาโรค มะเร็ง
การคัดกรอง ประเมิน ให้คำปรึกษา เบื้องต้น	•	•				
การประเมินที่ เฉพาะและ ครอบคลุม เพื่อนำ สู่การวินิจฉัย			•		•	•
ให้การรักษาใน ระยะเริ่มแรก						•



	อสม.	พยาบาล วิชาชีพ รพ.สต.	พยาบาลจิตเวชและ สุขภาพจิตในชุมชน/ รพ., สถาบันที่ให้การ รักษาโรคมะเร็ง	นักอาชีว บำบัด/ นันทนาการ บำบัด	นัก จิตวิทยา คลินิก	แพทย์ใน ชุมชน/รพ., สถาบัน ที่ให้การ รักษาโรค มะเร็ง
ให้ความรู้ การดูแลแบบ องค์รวม ร่วมกับ ทีมสหวิชาชีพใน การจัดบริการ อย่างครอบคลุม			•		•	•
ส่งต่อการดูแล สุขภาพจิต		•	•			
สนับสนุนให้ความ รู้/เสริมวิธีการช่วย ผ่อนคลาย			•	•		
วางแผนดูแลผู้ ป่วยที่ต้องการการ ดูแลอย่างต่อเนื่อง ในชุมชน			•		•	แพทย์ใน ชุมชน
ให้บริการพยาบาล ผู้ป่วยที่บ้าน		•	•			
สอนและให้ความ รู้ทางสุขภาพจิต พัฒนาองค์ความรู้ ทางด้านสุขภาพจิต			•		•	•
ติดตามและ ส่งต่อข้อมูลผู้ป่วย อย่างต่อเนื่อง	•	•	•	•	•	•



สรุปผล

การดำเนินการในด้านการดูแลสุขภาพจิตของผู้รอดชีวิตจากโรคมะเร็งในชุมชน การเชื่อมโยงข้อมูลด้านการประเมิน และดูแลสุขภาพจิตของบุคลากรทีมสุขภาพจิตในชุมชน และโรงพยาบาล/สถาบันที่ให้การดูแลรักษาโรคมะเร็งถือว่าเป็นส่วนหนึ่งในการระบบการดูแลที่จำเป็น และมีความสำคัญ เนื่องจากในผู้รอดชีวิตจากโรคมะเร็งแต่ละคน อาจมีความหลากหลายในประเด็น ปัญหา ทั้งจากตัวโรค ระยะของโรค และภาวะแทรกซ้อนหลังการรักษา ซึ่งอาจทำให้ความต้องการ ในการดูแลแตกต่างกัน รวมถึงให้ความสำคัญกับการดูแลภาวะด้านทางร่างกายและอาการ สภาวะทางสังคม และสภาวะทางจิตวิญญาณควบคู่กันไปด้วย และควรมีการติดตามฟื้นฟูสมรรถภาพทาง สังคมจิตใจ อย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะในช่วง 5 ปีแรกหลังครบการรักษาโรคมะเร็ง ที่มักพบว่ามี ความก้าวหน้าหรือการกลับซ้ำของโรคมะเร็ง จึงควรให้การดูแลและติดตามเป็นระยะอย่างต่อเนื่อง ร่วมกับครอบครัว โดยใช้แนวทางในการดำเนินงานสุขภาพจิตที่เน้นการป้องกันในระดับทุติยภูมิ และ การป้องกันระดับตติยภูมิ ซึ่งประเด็นในการดูแลจะครอบคลุมในเรื่อง การอำนวยความสะดวกในการ สื่อสารที่มีประสิทธิภาพระหว่างผู้ป่วย ครอบครัวและทีมสุขภาพ การประเมินหรือคัดกรองสุขภาพจิต ผู้ป่วย วางแผนและให้การดูแลผู้ป่วยที่มีความต้องการดูแลด้านสุขภาพจิตและสังคม ประสานความ ร่วมมือกันระหว่างแพทย์ผู้ให้การรักษาในสถาบัน/โรงพยาบาลที่รักษาโรคมะเร็งและทีมการดูแลด้าน สุขภาพจิตในชุมชน ช่วยเหลือและสนับสนุนผู้ป่วย ครอบครัวในการจัดการการเจ็บป่วยและสุขภาพจิต

บรรณานุกรม

กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2015). **แนวทางการใช้เครื่องมือด้านสุขภาพจิต สำหรับบุคลากรสาธารณสุขในโรงพยาบาลชุมชน(คลินิกโรคเรื้อรัง) ฉบับปรับปรุง** [ออนไลน์]. [สืบค้นเมื่อ 5 พฤศจิกายน 2562]. จาก: http://en-voccc.ddc.moph.go.th/uploads/%E0%B8%9B%E0%B8%A3%E0%B8%B0%E0%B8%8A%E0%B8%B8%E0%B8%A1/20-21_11_61/C_1.pdf.

กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2562). **แผนพัฒนาสุขภาพจิตแห่งชาติ ฉบับที่ 1 (พ.ศ. 2561 - 2580)** [ออนไลน์]. [สืบค้นเมื่อ 15 พฤศจิกายน 2562]. Available จาก: [http://www.stopcorruption.moph.go.th/application/editors/userfiles/files/แผนพัฒนาสุขภาพจิตแห่งชาติ%20ฉบับที่%201%20\(พ_ศ_%202561-2580\).pdf](http://www.stopcorruption.moph.go.th/application/editors/userfiles/files/แผนพัฒนาสุขภาพจิตแห่งชาติ%20ฉบับที่%201%20(พ_ศ_%202561-2580).pdf).

กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2562). **สถิติสาธารณสุข พ.ศ. 2561**. [ออนไลน์]. [สืบค้นเมื่อ 5 พฤศจิกายน 2562]. จาก: http://bps.moph.go.th/new_bps/sites/default/files/statistic%2061.pdf.



- ทศา ชัยวรรณวรรต และ สุจิตรา กฤติยวรรณ. (2561). พยาบาลกับการดำเนินงานด้านสุขภาพจิต และจิตเวชชุมชน. **วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต**, 33(1), 1-12.
- ธนา นิลชัยโกวิทย์, มาโนช หล่อตระกูล และอุมาภรณ์ ไพศาลสุทธิเดช. (2539). การพัฒนาแบบสอบถาม Hospital Anxiety and Depression Scale ฉบับภาษาไทยในผู้ป่วยโรคมะเร็ง. **วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย**, 41(1), 18-30.
- ธณินทร์ กองสุข, สุวรรณ อรุณพงศ์ไพศาล, ศุภชัย จันทร์ทอง, เบญจมาศ พงษ์กานนท์, สุพัตรา สุขาวท และ จินตนา ลีจิ่งเพิ่มพูน. (2561). ความเที่ยงตรงตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคซึมเศร้า ของแบบประเมินอาการซึมเศร้า 9 คำถามฉบับปรับปรุงภาษากลาง. **วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย**, 63(4), 321-334.
- นันทาวดี วรรณสุวัส. (2561). **คู่มือความรู้สำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเชี่ยวชาญ สาขาสุขภาพจิตชุมชน**. ขอนแก่น: โรงพิมพ์พระธรรมขันธ์.
- เบญญพร บรรณสาร และลินจง โปธิบาล. (2559). ความกลัวการกลับเป็นมะเร็งซ้ำ. **วารสารสภาการพยาบาล**, 31(3), 16-25.
- เบญญพร บรรณสาร และลินจง โปธิบาล. (2561). ความสิ้นหวังของผู้รอดชีวิตจากมะเร็ง. **วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต**, 32(2), 1-12.
- ปองพล ชูชนะโชติ. (2560). รูปแบบการดูแลจิตใจของทีมหมอครอบครัวและบทบาทนักจิตวิทยาคลินิก. **วารสารจิตวิทยาคลินิก**, 49(1), 16-30.
- วิจิตรา นุชอยู่, คณินิจ พงศ์ถาวรภมม, อรวมน ศรียุคตศุทธ และจิราพร เสตกรณกุล. (2559). อิทธิพลของความเครียด สถานภาพทางการเงิน การรับรู้ความรุนแรงของอาการ และการรับรู้อุปสรรคต่อพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพในผู้ป่วยมะเร็งอุ้งเชิงกรานขณะได้รับรังสีรักษา. **วารสารพยาบาลศาสตร์**, 34(1), 53-65.
- วีรวุฒิ อิ่มสำราญ, อติศัย ภัตตาตั้ง, พงศธร ศุภอรรรถกร, อาคม ชัยวีระวัฒน์, เกรียงไกร นามไธสง, เมธี วงศ์เสนา, และคณะ. (2561). **สถิติโรคมะเร็งในประเทศไทย ฉบับที่ 9 พ.ศ. 2556-2558 (Cancer in Thailand Vol. IX, 2013-2015)**. กรุงเทพฯ: นิเวศธรรมดาการพิมพ์.
- สมิทธิ สร้อยมาตี. (2560). อัตราการรอดชีพและปัจจัยพยากรณ์โรคของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมในโรงพยาบาลวชิระภูเก็ต. **วารสารโรคมะเร็ง**, 37(2), 62-71.
- สุวัฒน์ มหัตนรินทร์กุล, วนิดา พุ่มไพศาลชัย และพิมพ์มาศ ตาปัญญา. (2540). การสร้างแบบวัดความเครียดสวนปรง. **วารสารสวนปรง**, 13(3): 1-20.
- สำนักส่งเสริมและพัฒนาสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2559). **แนวปฏิบัติการดูแลทางสังคมจิตใจใน Psychosocial Clinic และคลินิกต่างๆ ของโรงพยาบาลชุมชน (ฉบับทดลองใช้)** [ออนไลน์]. [สืบค้นเมื่อ 5 พฤศจิกายน 2562]. จาก: https://www.chiangmaihealth.go.th/cmpho_web/document/161026147747057724.pdf.



วารสารคุณภาพชีวิตกับกฎหมาย
ปีที่ 16 ฉบับที่ 1 (มกราคม - มิถุนายน 2563)

- องอาจ โสมอินทร์ สมสุดา โสมอินทร์ และกฤติกา สุวรรณรุ่งเรือง. (2558). มะเร็งเต้านมในโรงพยาบาล ศรีนครินทร์ (พ.ศ. 2543-2553). *ศรีนครินทร์เวชสาร*, 30(2), 91-87.
- อมราพร สุรการ และณัฐวุฒิ อรินทร์. (2557). การดูแลสุขภาพจิต: การมีส่วนร่วมของชุมชน. *วารสารมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ (สาขาวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี)*, 6(12), 176-184.
- อรวรรณ ศิลปกิจ. (2551). แบบวัดความเครียดฉบับศรีธัญญา. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 16(3), 177-185.
- Arunpongpaisal, S., Kongsuk, T., Maneethorn, N., Maneethorn, B., Wannasawek, K., Leejongpermpoon, J., et al. (2009). Development and validity of two-question screening test for depressive disorders in Northeastern Thai community. *Asian Journal of Psychiatry*, 2, 149-152.
- Denlinger, C.S., Carlson, R.W., Are, M., Baker, K.S., Davis, E., Edge, S.B., et al. (2014). Survivorship: introduction and definition clinical practice guidelines in oncology. *Journal of the National Comprehensive Cancer Network*, 12, 34-45.
- Department of Health, Western Australia. (2008). *Psycho-oncology model of care* [Online]. Retrieved December 8 2019, from: <https://ww2.health.wa.gov.au/~media/Files/Corporate/general%20documents/Health%20Networks/WA%20Cancer%20and%20Palliative%20Care/Cancer/Psycho-Oncology-Model-of-Care.pdf>.
- Grant, M., Economou, D., Ferrell, B., & Bhatia, S. (2007). Preparing professional staff to care for cancer survivors. *Journal of Cancer Survivorship*, 1, 98-106.
- Grassi, L., Spiegel, D., & Riba, M. (2017). Advancing psychosocial care in cancer patients. *F1000Research*, 6, 2083.
- Jones, J., Howell, D., & Grunfeld, E. (2018). Cancer survivorship: a local and global issue in cancer control. *Lancet Global Health*, 6, S19.
- Mitchell, A.J. (2013). Screening for cancer-related distress: when is implementation successful and when is it unsuccessful? *Acta Oncologica*, 52, 216-224.
- Recklitis, C.J., & Syrjala, K.L. (2017). Provision of integrated psychosocial services for cancer survivors post-treatment. *Lancet Oncology*, 18, e39-e50.
- Turnbull Macdonald, G.C., Baldassarre, F., Brown, P., Hatton-Bauer, J., Li, M., Green, E., et al. (2012). Psychosocial care for cancer: a framework to guide practice, and actionable recommendations for Ontario. *Current Oncology*, 19, 209-216.

