

ประสบการณ์ชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีและครอบครัว

Life Experiences of Cholangiocarcinoma Patients and Their families

วรยุทธ นาคอ้าย*¹ เวณิกา โนทา² สรวงสุดา ป้องแก้ว³ อรนารถ วัฒนวงษ์⁴

Worayuth Nak-ai*¹ Wenika Nota² Soungsuda Pongkeao³ Oranard Watthanawong⁴

¹วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธรจังหวัดชลบุรี สถาบันพระบรมราชชนก ชลบุรี ประเทศไทย 20000

¹Sirindhorn College of Public Health Chonburi, Praboromrajchanok Institute, Chonburi Thailand 20000

²โรงพยาบาลเวียงสา จังหวัดน่าน ประเทศไทย 55110

²Wiangsa Hospital, Nan Province, Thailand 55110

³สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดน่าน น่าน ประเทศไทย 55000

³Nan Public Health Provincial, Nan Thailand 55000

⁴กองโรคติดต่อทั่วไป กรมควบคุมโรค นนทบุรี ประเทศไทย 11000

⁴Buaeru of Communicable Diseases, Department of Diseases Control, Nonthaburi, Thailand 11000

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงคุณภาพแนวปรากฏการณ์วิทยาอรรถปริวรรตนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการให้ความหมายและประสบการณ์เผชิญโรคมะเร็งท่อน้ำดีของผู้ป่วยและญาติเลือกผู้ให้ข้อมูลแบบเฉพาะเจาะจงจากผู้ป่วยและญาติจำนวน 9 ราย ที่ได้รับการวินิจฉัยด้วยโรคมะเร็งท่อน้ำดี เก็บข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์เชิงลึก และวิเคราะห์ข้อมูลด้วยเทคนิควิธีของ Colaizzi's ที่เน้นการตีความหมายของประสบการณ์ของบุคคลเป็นหลัก

ผลการศึกษาพบว่า (1) ก้อนในตับคือความหมายที่ผู้ป่วยและญาติเข้าใจเกี่ยวกับ โรคมะเร็งท่อน้ำดีและเนื้อร้าย คือความหมายที่บ่งบอกความรุนแรงของโรค (2) กลไกการเผชิญกับโรคในช่วงแรกคือความกลัว “ใจหาย” วิตกกังวลและหลังการเยียวยาความกังวลเริ่มผ่อนคลาย ยอมรับและปลง “ตายก็จางมันเตอะ” เกิดการปรับตัวและปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และสามารถบอกต่อได้ (3) การเยียวยาของผู้ป่วยเป็นแบบการแพทย์ผสมผสานทั้งการแพทย์แผนปัจจุบันและการแพทย์ทางเลือก (4) ครอบครัว ญาติและชุมชนมีผลต่อการเยียวยาผู้ป่วยโดยเฉพาะมิติด้านจิตใจ การให้ความหมายต่อโรคมะเร็ง การเรียนรู้ที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ป่วย จะสะท้อนวิธีการออกแบบการรักษาและการเยียวยาสำหรับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ให้สอดคล้องกับโลกทัศน์และการรับรู้ของผู้ป่วยและญาติ ตามบริบทและวัฒนธรรมสุขภาพของชุมชนอย่างเหมาะสม

คำสำคัญ: ผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดี, พฤติกรรมการเผชิญปัญหา, ประสบการณ์ชีวิต, ครอบครัวผู้ป่วยมะเร็ง

Abstract

This qualitative study in hermeneutic phenomenology was aimed to investigate described meanings and coping experiences of Cholangiocarcinoma patients and their families. Data collecting by purposive sampling of 9 key-participants who were patients diagnosed with cholangiocarcinoma and their families were conducted. Data were collected by in-depth-interview and analyzed using Colaizzi's technique focusing on interpretation of individual's experience.

Corresponding Author: *E-mail: worayuth@scpho.ac.th

วันที่รับ (received) 1 มิ.ย. 2564 วันที่แก้ไขเสร็จ (revised) 17 ต.ค. 2564 วันที่ตอบรับ (accepted) 30 ต.ค. 2564

The result showed that (1) 'Liver mass' was the given meaning of cholangiocarcinoma by patients and their families while 'malignant tumor' is the meaning of severity. (2) FACT was patients' coping mechanism. At the beginning, they were fearful or 'soul losses', and anxiety but after treatment, they were relieved and accepted their fates. Then, they had adapted and changed their behaviors. Finally, they can teach others. (3) Both modern medicine provided by health professionals, and alternative medicine provided by Thai traditional sectors were their healing choices. (4) Mental support from their families, relatives and community had impact on patients' healing, especially their minds. Giving the meaning for cancer, learning for adaptation can reflect the treatment and healing plans for health professionals that are relevant to patients and families' perspectives and perceptions as well as suitable for health cultural context in each community.

Keywords: Cholangiocarcinoma patient, Coping behaviors, Life experience, Cancer's families

บทนำ

“มะเร็ง” นอกจากเป็นโรคร้ายแรงที่บั่นทอนสุขภาพของผู้ป่วยมะเร็งยังเป็นคำพูดที่บั่นทอนจิตใจของผู้ป่วยญาติและครอบครัวอย่างมหันต์ สังคมไทยพบอุบัติการณ์และอัตราตายด้วยโรคมะเร็งเป็นอันดับต้นๆ ของสาเหตุการตายหลักในกลุ่มประชากร และเป็นสาเหตุการตายอันดับหนึ่งของประเทศไทย^{1,2} ปี พ.ศ. 2562 มีรายงานเพศชายพบมะเร็งตับและท่อน้ำดี สูงสุด 19.5 ต่อแสนประชากร ส่วนในเพศหญิงพบมะเร็งเต้านมสูงสุด 40.0 ต่อแสนประชากร พบมากสุดในช่วงอายุ 60-64 ปี ทั้งในเพศชายและหญิง³ ปี พ.ศ. 2563 พบผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดี 88.01 ต่อแสนประชากร โดยพบอัตราตาย 24.8 ต่อแสนประชากร ในปี 2563 จังหวัดขอนแก่น มีจำนวนผู้ป่วยโรคมะเร็งท่อน้ำดีที่ได้รับการผ่าตัดสูงสุด 215 รายตามแผนงานโครงการควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีของประเทศไทย⁴ จังหวัดน่าน พบข้อมูลรายงานข้อมูลผู้ป่วยโรคมะเร็งท่อน้ำดี ในปี 2561 และ 2562 ปีละ 25 ราย และ 28 รายในปี พ.ศ. 2563 โดยพบว่า ในพื้นที่อำเภอเวียงสา มีผู้ป่วยสะสม 21 ราย ปัจจัยที่สำคัญในการเกิดมะเร็งท่อน้ำดีในประเทศไทยคือการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ (Opisthorchis viverrini) ซึ่งการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับเป็นปัญหาสำคัญของภาคตะวันออกเฉียงเหนือและภาคเหนือที่พบอุบัติการณ์โรคหนองพยาธิสูงมาก คือประมาณ 5.5 ล้านคน²

อุบัติการณ์ของโรคมะเร็งในภูมิภาคต่างๆ ของประเทศไทยมีความแตกต่างกันทั้งนี้ขึ้นกับสิ่งแวดล้อม บริบททางสังคมและวัฒนธรรม พฤติกรรมและปัจจัยทางพันธุกรรม อย่างไรก็ตามปัจจัยด้านพฤติกรรมอาจจะเป็นส่วนหนึ่งที่สำคัญของโรคมะเร็งในประชากร โดยพฤติกรรมเสี่ยงสุขภาพ

ต่างๆ เช่น การสูบบุหรี่ การรับประทานอาหารที่ปรุงจากปลาน้ำจืดเกล็ดขาวในระยะเวลานาน ทั้งนี้พบว่าอุบัติการณ์ของมะเร็งปอดยังเป็นมะเร็งที่พบบ่อยที่สุดในภาคเหนือ ส่วนมะเร็งตับโดยเฉพาะมะเร็งท่อน้ำดีกำลังเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว ซึ่งอาจเป็นผลมาจากการแพร่ระบาดของพยาธิใบไม้ตับซึ่งพบมากขึ้นในภาคเหนือ³ ปัจจุบันเทคโนโลยีทางการแพทย์เจริญก้าวหน้าและมีวิวัฒนาการสำหรับการรักษาและเยียวยาอย่างต่อเนื่อง สะท้อนจากอัตราอัตรารอดชีพที่สูงขึ้น แต่ในอีกทศวรรษการรับรู้โรคมะเร็งก็ยังคงเป็นโรคร้ายแรงที่น่ากลัวเช่นเดิม ผู้ป่วยมากกว่าร้อยละ 90 มีภาวะทุกข์ทรมานทางจิตใจเมื่อรับทราบว่าเป็นมะเร็งและส่งผลกระทบต่อร่างกาย⁵ จะเห็นได้ว่าการที่ผู้ป่วยรับทราบความจริงเกี่ยวกับความเจ็บป่วยจะมีผลกระทบต่อจิตใจสังคมและจิตวิญญาณอย่างมาก โดยผู้ป่วยที่ทราบผลการวินิจฉัยว่าตนเองเป็นมะเร็ง มักจะรับรู้ว่าเป็นตัวเองกำลังเผชิญกับความทุกข์ทรมาน และความตาย

โรคมะเร็งท่อน้ำดีมักพบได้ในกลุ่มประชากรที่มีอายุมากกว่า 50 ปีขึ้นไป เพราะกระบวนการก่อมะเร็งที่บริเวณท่อน้ำดีในตับจะใช้เวลาอย่างน้อย 20-30 ปีจึงจะตรวจพบก่อนเนื้อร้าย² สอดคล้องกับยุทธศาสตร์การคัดกรองผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีที่กำหนดกลุ่มเป้าหมายในการคัดกรองในประชาชนอายุ 40 ปีขึ้นไป⁴ ดังนั้นจึงเป็นกลุ่มผู้ป่วยที่ผ่านประสบการณ์ชีวิตความเชื่อ และมีแบบแผนพฤติกรรมจนถึงระยะของการรักษาโรคการศึกษาเกี่ยวกับประสบการณ์การเจ็บป่วยในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีจึงเป็นการศึกษาประสบการณ์ชีวิตและเข้าใจธรรมชาติของชีวิต และยังเป็นศูนย์รวมจิตใจของกลุ่มญาติตามบริบททางวัฒนธรรมของสังคมภาคเหนือ ซึ่งรูปแบบการศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยาในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีในพื้นที่ภาคเหนือ

โดยเฉพาะในพื้นที่จังหวัดน่านยังไม่เคยปรากฏมาก่อน จึงเป็นโอกาสของการศึกษาเพื่อทำความเข้าใจความเป็นจริง มุมมอง และการให้ความหมาย ผ่านประสบการณ์ของผู้ป่วยและญาติ ผ่านมุมมองของคนใน (Emic view) ที่เป็นประสบการณ์ตรงที่ลึกซึ้ง⁶ โดยเชื่อว่าสิ่งที่เป็นอยู่ (being) เวลา (timing) มีความหมายในตนเอง (meaning) ที่สามารถตีความหมายได้ และเชื่อว่าเชื่อว่าบุคคลมีความสำคัญมากต่อการศึกษ โดยแต่ละคนจะมีความรู้สึกนึกคิดต่อประสบการณ์ต่างๆ ด้วยตนเอง ซึ่งเป็นประสบการณ์เฉพาะของบุคคลและเป็นการให้ความหมายตามความคิดของแต่ละคนที่อาจแตกต่างจากคนอื่นผ่านมุมมองเชิงวิพากษ์ทางสังคมศาสตร์สุขภาพ และวัฒนธรรมสุขภาพของพื้นที่อันจะเป็นประโยชน์ต่อการออกแบบรูปแบบการให้บริการ การให้ความช่วยเหลือเพื่อบรรเทาความทุกข์ของผู้ป่วยและญาติของบุคลากรสาธารณสุขต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาประสบการณ์ชีวิต และประสบการณ์การเจ็บป่วยของผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีในพื้นที่เขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลเวียงสา

คำถามการวิจัย

ผู้ป่วยและญาติมีประสบการณ์ชีวิต ประสบการณ์การเผชิญต่อโรค และการจัดการเพื่อการเยียวยาโรคมะเร็งท่อน้ำดีอย่างไร

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative research) โดยใช้ระเบียบวิธีการวิจัยเชิงปรากฏการณ์วิทยา (phenomenology) เพื่อบรรยายและอธิบายถึงประสบการณ์การเผชิญปัญหาของผู้ป่วย ตามแนวคิดทฤษฎีความเครียดและการเผชิญความเครียด⁷ เป็นปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นหลังได้รับทราบว่าตนเองเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งมีการเปลี่ยนแปลงอะไรเกิดขึ้นในชีวิตผู้ป่วย การเข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษา และการเยียวยาทั้งในมิติการแพทย์แผนปัจจุบัน และการแพทย์ทางเลือก ตามทฤษฎีระบบ (System theory) เมื่อระบบย่อย (Sub system) ร่างกายและจิตใจ และระบบใหญ่ (supra system) คือสิ่งแวดล้อม เมื่อเกิดภาวะขาดสมดุลจึงเกิดการปรับตัว⁸ ซึ่งเป็นประสบการณ์ที่สำคัญของผู้ป่วยมะเร็ง

ท่อน้ำดีที่ต้องเผชิญกับปัญหาในภาวะวิกฤตและเรียนรู้เพื่อการปรับตัวของผู้ป่วยและญาติได้อย่างสมดุล

วิธีการดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัยครั้งนี้ คือ การวิจัยเชิงคุณภาพ แนวปรากฏการณ์วิทยาอรรถปริวรรต (Hermeneutic Phenomenology)

กลุ่มผู้ให้ข้อมูล

เป็นผู้ป่วยโรคมะเร็งตับ จำนวน 3 รายและครอบครัวจำนวน 6 ราย ซึ่งมีภูมิลำเนาอยู่ในพื้นที่เขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลเวียงสา จังหวัดน่าน โดยผู้วิจัยเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive) โดยผู้ป่วยทั้ง 3 ราย มีเกณฑ์การคัดเลือกดังนี้

ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นมะเร็งท่อน้ำดี ได้รับการรักษาโรคมะเร็งท่อน้ำดีมาแล้วอย่างน้อย 1 ปี ซึ่งผู้ป่วยจะมีประสบการณ์จากการวินิจฉัย และการรักษาทั้งการแพทย์แผนปัจจุบันในสถานบริการและการแพทย์ทางเลือกในขณะที่ยังป่วยอยู่ที่บ้าน

ผู้ป่วยหรือญาติรับรู้การวินิจฉัยโรค “มะเร็ง” จากแพทย์ผู้ให้การรักษา

และมีความพร้อมทางด้านร่างกายและจิตใจในการให้สัมภาษณ์โดยประเมินจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขผู้ให้การดูแลในชุมชน ผู้ให้ข้อมูลประเมินตนเอง และญาติมีความยินดีและสมัครใจให้ผู้ศึกษาสัมภาษณ์

เครื่องมือวิจัย

เครื่องมือในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้คือ แนวคำถามกึ่งโครงสร้าง (Semi-structure interview) ที่นักวิจัยสร้างขึ้นที่ครอบคลุมตามโจทย์การวิจัย ซึ่งประกอบด้วยข้อมูลส่วนบุคคล ประวัติชีวิตและบริบทชุมชน แบบแผนพฤติกรรมกรรมการบริโภคน การเจ็บป่วยและการเยียวยา เงื่อนไขของการเจ็บป่วยและการเยียวยา และการเปลี่ยนแปลงหลังการเจ็บป่วยเพื่อให้ทราบความหมายแนวคิด การให้คุณค่าของผู้ป่วยและครอบครัว โดยตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญที่มีประสบการณ์การดำเนินงานเกี่ยวกับมะเร็งท่อน้ำดี จำนวน 3 คน ซึ่งได้แก่ แพทย์ผู้ทำการรักษาผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดี และอาจารย์พยาบาลที่มีประสบการณ์เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีจำนวน 2 ท่าน ปรับแก้ไขตามข้อเสนอแนะ และตรวจสอบความเข้าใจของภาษาที่ใช้โดยพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน และ นักวิชาการสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในพื้นที่วิจัย ก่อนนำไป

สู่การสร้างความเข้าใจสำหรับการเก็บข้อมูลวิจัยเชิงคุณภาพ ในคณะผู้วิจัย

ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ผู้วิจัย ถือเป็นเครื่องมือหลัก ในการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์ โดยมีแนวคำถาม กึ่งโครงสร้าง (Semi structure interview) ที่เอื้อให้ผู้ให้ข้อมูล สะท้อนประสบการณ์การเจ็บป่วยโดยใช้เทคนิคการทวนความ โดยทีมนักวิจัย สรุปความและสะท้อนคิด และการขอให้ผู้ป่วย และญาติให้ข้อมูลเพิ่มเติม ซึ่งแนวคำถามจะมีลักษณะยืดหยุ่น และเปิดโอกาสให้ผู้ให้ข้อมูลสามารถแสดงออกหรือเล่าเรื่องราว ประสบการณ์ชีวิต และมุมมองต่อการเจ็บป่วยอย่างอิสระ โดย ทีมผู้วิจัยใช้ภาษา “คำเมือง” เป็นภาษาหลักในการสื่อสาร ครั้งนี้เพื่อให้เกิดความเข้าใจที่ตรงกันและเกิดเป็นกันเอง ระหว่างผู้วิจัยและผู้ให้ข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูล: หลังจากได้รับการอนุมัติ จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ทีมผู้วิจัยได้นัดหมายกลุ่มอาสาสมัคร ในการวิจัย ผ่านเครือข่ายอาสาสมัครสาธารณสุขในพื้นที่เพื่อ ขอสัมภาษณ์ผู้ป่วยและญาติ หลังจากทีมวิจัยได้แนะนำตัวเอง และชี้แจงวัตถุประสงค์ของการศึกษา และได้รับความยินยอม ของกลุ่มผู้ป่วยและญาติ จึงเริ่มดำเนินการเก็บข้อมูลโดยลักษณะ การสัมภาษณ์แบบไม่เป็นทางการ ซึ่งผู้วิจัย 2 คนร่วมกัน สอบถาม ขวนคุ้ย ทวนสอบ และ สะท้อนคิดและตรวจสอบ ความเข้าใจของผู้ให้ข้อมูลไปพร้อมกันกับผู้ป่วยและญาติ (Interactive question) และขออนุญาตบันทึกเสียงระหว่างการ สนทนา พร้อมทั้งการบันทึกภาคสนาม (Field note) โดยผู้วิจัยใช้การสัมภาษณ์กลุ่มสำหรับญาติ ดำเนินการเก็บ ข้อมูล 1 ครั้ง 60 นาที การสัมภาษณ์ทั้งหมดเกิดขึ้นในบ้าน ของผู้ป่วย เพื่อเอื้ออำนวยความสะดวกต่อผู้ให้ข้อมูลและญาติ และเพื่อให้เกิดความรู้สึกเป็นส่วนตัวของผู้ให้ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลเบื้องต้น โดยการวิเคราะห์ ข้อมูลทันทีในขณะที่การสัมภาษณ์เพื่อสร้างความคำถามสืบเนื่อง หรือ คำถามรองระหว่างการสนทนา และการวิเคราะห์หลังจาก เสร็จสิ้นการสัมภาษณ์ซึ่งเป็นการสนทนาเชิงการอภิปรายแลกเปลี่ยนร่วมกันระหว่างทีมผู้วิจัย และอาสาสมัครสาธารณสุข ผู้ให้การดูแลผู้ป่วยและญาติ เปรียบเทียบกับข้อมูลที่ได้จาก Field note หลังจากนั้นนักวิจัยจะวิเคราะห์ความสมบูรณ์ ของข้อมูลจากการถอดความจากเทปบันทึกเสียงภายหลัง การสัมภาษณ์เสร็จสิ้น ในลักษณะการแกะรอยข้อมูลและ การวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อสรุปประเด็นตามแนวทางของ

Colaizzi¹⁰ สำหรับรายงานผลการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้แปล ภาษาพูดของกลุ่มตัวอย่างเป็นภาษาไทยกลางเพื่อให้ง่ายต่อ ความเข้าใจ ของผู้อ่าน

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัย ในมนุษย์ ตามหนังสืออนุมัติเลขที่ COA.NO 2020/T9 เมื่อวันที่ 22 ธันวาคม 2563 เมื่อผู้วิจัยได้ชี้แจงวัตถุประสงค์ ของการศึกษา และกลุ่มผู้มีส่วนร่วมในการศึกษายินยอมเข้าร่วม การวิจัยจะให้ลงลายมือชื่อในหนังสือแสดงเจตนายินยอม เข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยจึงดำเนินการวิจัยหากกลุ่มตัวอย่างมี ความรู้สึกไม่สะดวกใจ สามารถปฏิเสธการเข้าร่วมหรือ ถอนตัวจาก การวิจัยได้ทันที

ผลการศึกษา

ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยและครอบครัว ผู้ป่วยมะเร็ง ท่อน้ำดี จำนวน 3 ราย มีประสบการณ์ของการเจ็บป่วยด้วย โรคมะเร็งตับมาแล้ว 2-5 ปี ทั้งหมดนับถือศาสนาพุทธ มีภูมิลำเนาอยู่ในพื้นที่ตำบลกลางเวียง อำเภอเวียงสา จังหวัดน่าน ผู้ป่วย 2 รายยังคงประกอบอาชีพค้าขายอาหาร ส่วนอีก 1 รายอยู่ในวัยชราไม่สามารถประกอบอาชีพได้และ อยู่ในภาวะพึ่งพิงที่ต้องมีคนดูแล ผู้ป่วย 2 รายสำเร็จการศึกษา ระดับประถมศึกษา อีก 1 รายสำเร็จการศึกษาระดับ ปวช.

วิถีชีวิตและประสบการณ์เดิม ผู้วิจัยขอนำเสนอ ประสบการณ์ผ่านช่วงเวลาของก่อนการเกิดโรคมะเร็งของ ผู้ป่วย และครอบครัวโดยนำเสนอประเด็นเชิงพฤติกรรม ความเชื่อ โรคประจำตัว ดังนี้

กิน ต้ม สุก ก่อนการวินิจฉัย ผู้ป่วยใช้ชีวิตตามปกติ คือ มีการประกอบอาชีพตามปกติด้วยบริบทของอาชีพเป็น ปัจจัยเสริมให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมเสี่ยงมากขึ้น ผู้ป่วยรหัส CA1 ทำอาชีพเป็นพ่อค้าขายเนื้อสดที่ฆ่าและเอง ดังนั้นรูปแบบการ ใช้ชีวิตจึงผูกพันอยู่กับการทานอาหารปรุงดิบ และดื่มเครื่องดื่ม แอลกอฮอล์ร่วมกัน “อดีตอาหารที่ชอบที่สุดเป็นลาบเนื้อ ส้า เหล้าไม่เคยขาด...ดื่มไม่เยอะแต่บ่อย เหล้าชาวบ้านเรา” (CA1) ในขณะที่ผู้ป่วยรหัส CA2, CA3วิถีชีวิตในช่วงวัยแรงงาน มีอาชีพรับจ้างตามไร่เช่นเก็บข้าวโพดและรับจ้างเลื่อยไม้ ซึ่งมีจะมียุ่งและริ้นสร้างความรำคาญและรบกวนการทำงานจึง ต้องสูบบุหรี่ตามเพื่อนชวนเพื่อไล่ร้น และยุ่ง “ไปทำงานที่สวน กำนันxxxไปเก็บข้าวโพด ยุ่งมันเยอะเขาชวนสูบ” CA2

เหล้ากับพยาธิ ผู้ป่วยมีทัศนคติที่ดีกับการดื่มเหล้าพร้อมกับการกินอาหารปรุงดิบโดยสะท้อนว่าเหล้าไม่ได้มีส่วนในการฆ่าพยาธิในการทานอาหารปรุงดิบ แต่การทานอาหารปรุงดิบก่อนที่จะดื่มเหล้านั้นจะเป็นการดูดซึมเหล้าในกระเพาะอาหารในขั้นต้น เพื่อไม่ให้เหล้าที่ดื่มที่นั่นกัดกระเพาะอาหาร “มันอร่อยนะครับถ้ากินพร้อมกัน เหล้ากับลาบดิบ..เหล้าฆ่าพยาธิไม่ได้...เวลาดื่มเหล้าแล้วกินดิบลงไปมันจะเคลือบกระเพาะ..มันเหมือนมีของอยู่ในกระเพาะเวลากินเหล้าเข้าไปมันจะช่วยไม่ให้ (เหล้า) กัดกระเพาะ มันกัดเนื้อดิบแทน” CA1 ในขณะที่วัฒนธรรมอาหารของครอบครัวก็เป็นปัจจัยเสริมหนึ่งของการมีพฤติกรรมเสี่ยงสุขภาพ อีกทั้งบริบททางสังคมและกลไกของภาครัฐในปัจจุบันถือเป็นปัจจัยเอื้อให้เกิดการเข้าถึงแหล่งผลิตหรือจำหน่ายสุราในชุมชนได้มากขึ้น “เหล้าต้มซื้อในหมู่บ้านมีขายตลอด มีทุกบ้าน สรรพสามิตเขาก็สนับสนุนเสียภาษีก็ขายได้แล้ว” (อสม. CA1)

ก้อนเนื้อ ซีสต์ ผู้ป่วยไม่ได้มีอาการหรือข้อสงสัยว่าเป็นมะเร็งในระยะแรก และเป็นการตรวจพบโรคมะเร็งระหว่างกระบวนการรักษาของโรคอื่นหลังจากได้รับการวินิจฉัยโรคมะเร็งได้รับการรักษาตามแนวทางที่แพทย์ผู้รักษาวางแผนไว้โดยผู้ป่วยรหัส CA1 เริ่มต้นด้วยมีอาการปวดหลังซึ่งได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น กระดูกทับเส้นและไปรับการรักษาอย่างต่อเนื่องโดยผลจากการเอกซเรย์นั้นแพทย์พบก้อนเนื้อที่ตับ “หมอว่าน่าจะเป็นกระดูกทับเส้น ก็รักษาไปเรื่อยๆ ตลอด 3-4 ปี หลังๆ มาก็อัลตราซาวด์และ เอกซเรย์ก็เจอก้อนเนื้อหมอว่าเป็นก้อนที่ส่งไปอายุรกรรม” (ภรรยา CA1) ส่วนผู้ป่วยรหัสที่ส่งรหัส CA2 พบว่ามีก้อนเนื้ออกบริเวณหน้าอกและก้อนเนื้อเริ่มโตขึ้นเรื่อยๆ โดยไม่มีอาการเจ็บหรือปวด และหมอมาวางแผนการรักษาให้ตัดก้อนเนื้อออก “หมอว่าเป็นซีสต์ ผ่าออกแล้วหมอบอกว่าก้อนเนื้อแต่ว่าไม่ร้ายแรง มันขึ้นมาเอง ช่วงแรกมันก้อนเล็กๆ แล้วมันโตขึ้นก็ผ่าออก” (CA2, บุตรชาย CA2)

การรับรู้และการเผชิญต่อโรคมะเร็ง

เข้าอ้อน ใจหาย กังวล การเผชิญกับความจริงของโรคมะเร็งในทัศนะของผู้ป่วยและญาติ ส่วนใหญ่มีความรู้สึกว้าวุ่นกังวลกลัวมีความรุนแรง และเกิดความกลัว จากโรคมะเร็ง “หมอบอกว่าเจอก้อนมันคือเลยครึ่งใจใจคิดว่าคงจะไม่รอดแล้ว (หัวเราะ)” (CA1) “ใจหาย.... (หัวเราะ) เข้าอ้อนเลยตอนนั้นใจมันก็ห่อเหี่ยวไปหมด” (ภรรยา CA1) นอกจากนั้นผู้ป่วยยังมีความรู้สึกกังวลต่อครอบครัว “ช่วงแรกๆ เป็นห่วงก็ไหนจะลูกไหนจะเมีย” (CA1) ด้วยประสบการณ์ของผู้ป่วยและญาติ และ

เพื่อนบ้านที่มีโรคมะเร็งร่วมกับลักษณะทางกายภาพของผู้ป่วยจึงได้ข้อสรุปว่าเป็นโรคที่ร้ายแรงและผู้ป่วยคงต้องตาย “ช่วงแรกใครๆ ก็คิดว่าไม่รอดแน่พอมมาก” (CA1) “ส่วนมากเห็นเขาเป็นมาแล้วก็ไม่มีใครอยู่ได้นาน” (ภรรยา CA1)

ปลง ตายก็ช่างมัน ความรู้สึกหลังจากที่ได้รับการวางแผนการรักษาด้วยการผ่าตัดของผู้ป่วยและญาติ จะเริ่มคลายความกังวลและความกลัวลง หลังจากที่ได้ตัดสินใจผ่าตัดเนื้องอกและยอมรับสภาพที่อาจจะเกิดขึ้น “ตอนผ่าไม่ตื่นเต้น หมอว่าผ่าก็ตายไม่ผ่าก็ตาย...ตายก็ช่างมันบอกหมอไปอย่างนี้” (CA2) ผู้ป่วยเริ่มเรียนรู้กับการผ่าตัดและความกังวลเริ่มลดลงเมื่อตรวจพบก้อนเนื้ออีกในครั้งที่สองและครั้งที่สาม “หลังจากนั้นไปเจอถุงน้ำนอกปอดหมอก็ให้ไปผ่าอีกครั้งเพื่อเอามาพิสูจน์แต่ก็ไม่ใช่นะร้าย” (บุตรชาย CA2) นอกจากนี้ยังพบว่าบุคลากรสาธารณสุขที่ลงเยี่ยมบ้านและพูดคุยกันอย่างเป็นมิตร และเปิดโอกาสให้ติดต่อแบบไม่เป็นทางการเมื่อมีความกังวลใจหรือต้องการคำปรึกษาเป็นปัจจัยสนับสนุนให้คนไข้และญาติได้คลายความกังวลของอาการป่วยลงได้ “มีปัญหาก็โทรตรงหาหมอ ...เลยขอคำปรึกษาเขาเลย” (ภรรยา CA1, ลูกสะใภ้ CA3)

เส้นทางเยียวยาและทางเลือก

สู่ขวัญ ส่งเคราะห์ รดน้ำ การเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นมีการเลือกวิถีการแพทย์ทางเลือกและการแพทย์พื้นบ้านมาเพื่อการเยียวยาร่วมด้วย ซึ่งผู้ป่วยสะท้อนกระบวนการเยียวยาด้วยการแพทย์พื้นบ้านว่าเป็นส่วนสนับสนุนให้มีกำลังใจที่ดีขึ้นซึ่งรูปแบบการเยียวยาของทั้ง 3 กรณีมีลักษณะที่คล้ายกันคือการส่งเคราะห์ การรดน้ำ การทำพิธีเรียกขวัญ (บายศรีสู่ขวัญ) ตามครรลองของวัฒนธรรมท้องถิ่น “หลังผ่าตัดได้สู่ขวัญ 1 ครั้งส่งเคราะห์ รดน้ำไปทำที่วัดบ้านใหม่ เป็นการเสริมสร้างกำลังใจ” (ภรรยา CA1)(CA2) กระบวนการดังกล่าวส่งผลในมิติจิตใจของผู้ป่วยโดยผู้ป่วยสะท้อนความคิดเห็นหลังกระบวนการเยียวยาว่าทำแล้วรู้สึกมีกำลังใจมากขึ้น/รู้สึกดีขึ้น “มันก็เสริมกำลังใจขึ้นมา หลังจากรดน้ำ หลายคนบอกว่าทำให้หาย เราก็มีกำลังใจดีขึ้นมา”(CA1) (ภรรยา CA3, ลูกสะใภ้ CA3)

กัญชา มิน เบลตตลอดทั้งวัน (ขี้หนูนาขี้ตำป้อม) กัญชา เป็นตัวเลือกหนึ่งที่ผู้ป่วยและญาติเลือกเพื่อเสริมการรักษา การใช้กัญชาเพื่อการรักษามีวิธีการสองลักษณะคือการต้มใบสดดื่มในลักษณะชาใบกัญชา ซึ่งภรรยาจะเป็นผู้จัดเตรียมโดยการต้มใบกัญชาให้กับผู้ป่วย และการหยอดน้ำมันกัญชา ซึ่งผู้ป่วยให้ข้อมูลว่าผลดีของกัญชาคือทำให้ผู้ป่วยนอนหลับได้ดีและทานอาหารได้มากขึ้น “ที่มันช่วยได้มันช่วยทาน

ข้าวได้กินได้ หลับดี ถ้าหยุดแล้วหัวถึงหมอนหลับเป็นตาย” (CA1) “ดูดีแข็งแรงขึ้นมา กินข้าวได้ เดินออกกำลังกายได้ ทำให้พี่ได้เดินออกกำลังกายไปพร้อมกัน” (ภรรยา CA2)

การเปลี่ยนแปลงหลังการรักษา

“โรคที่ไม่น่ากลัว ปลง” หลังการรักษาและผู้ป่วยและญาติมีมุมมองต่อโรคมะเร็งที่เปลี่ยนแปลงไปนอกจากความวิตกกังวลในช่วงแรกของการวินิจฉัยที่เริ่มคลี่คลายลง ด้วยลักษณะของคนไข้ที่มีความแข็งแรงมากขึ้นเมื่อเทียบกับมุมมองก่อนการรักษา “ก็เป็นโรคที่ไม่น่ากลัว ผมว่านะเท่าที่ผมเป็นมาก็ไปหาหมอรักษาไปตามอาการ” (CA1) หลังภาวะวิกฤติด้านการเจ็บป่วยและการรักษาผู้ป่วยสะท้อนว่ามีความเข้าใจตนเองมีความรู้สึก “ปลง” กับชีวิตและการเจ็บป่วย “ปลง คือว่า อยู่กันไปอย่างนี้ จะตายก็แล้วไป” (CA1) (CA2)

การกินอาหารเปลี่ยนไป หลังการรักษาผู้ป่วยและญาติสะท้อนพฤติกรรมสุขภาพที่เปลี่ยนแปลงโดยเฉพาะประเด็นพฤติกรรมเสี่ยงต่อโรคเรื้อรังที่เลิกพฤติกรรมการกิน ดื่ม ซึ่งเป็นประเด็นที่ผู้ป่วยสะท้อนว่าถึงเวลาที่ต้องหยุดหรือเปลี่ยนพฤติกรรม “การกินอาหารเปลี่ยนไป ออกกำลังกายวันตอนเช้า น้ำหนักขึ้น กินข้าวอร่อย น้ำตาลคุมได้ดี รู้สึกดีขึ้น สิ่งเปลี่ยนแปลงไป หลังจากการผ่าตัด สิ่งเปลี่ยนคือไม่ดื่มเหล้า ไม่สูบบุหรี่ เปลี่ยนไปหมดเลยครับ” (CA1) เปลี่ยนรูปแบบเมนูอาหารเป็นการทานอาหารประเภทผัก และปลา มากขึ้น โดยลดการกินอาหารที่ปรุงจากเนื้อลงซึ่งรูปแบบการกินอาหารนี้ยังส่งผลไปยังสมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยด้วย “แถมจะกินเห็ดกินผัก เห็นนี้แถมจะกินตลอด เนื้อวัวควายไม่กินเลย 3-4 ปีมาแล้ว ปลานี้กินแทบทุกวันดื่มน้ำคือเนื้อ ปลา ร้า กะปิ ไม่กินเลยเมื่อก่อนกินทุกวัน ทุกมื้อ...พี่ก็กินด้วย ลูกๆ ก็เหมือนกัน” (ภรรยา CA1, ลูกสะใภ้ CA3)

ความสัมพันธ์ในครอบครัว ผลพลอยได้จากการรักษาโรคมะเร็งของกลุ่มผู้ป่วยคือ รูปแบบความสัมพันธ์ของคนในครอบครัวที่มีความเป็นปึกแผ่นมากขึ้น “หลังๆ ชีวิตครอบครัวก็ดีขึ้นตั้งแต่แกป่วย ถ้าไม่ป่วยไม่รู้จะอย่างไร (หัวเราะ)” (ภรรยา CA1) ด้วยปัจจัยสืบเนื่องจากพฤติกรรมเสี่ยงสุขภาพที่เปลี่ยนไปของผู้ป่วยส่งผลให้มีความสงบทางด้านจิตใจมากขึ้นให้ความสนใจธรรมะและทำบุญมากขึ้น “หลังๆ มาคิดได้ก็เลยปล่อยวาง ทำบุญไป พี่สาวไปทำบุญได้หนังสือธรรมะมาให้ก็อ่าน เมื่อก่อนไม่สนใจเลย วัตถุไม่เคยไปตอนนี้นั้นมาเข้าวัดบ้าง (หัวเราะ)” (CA1) ความสัมพันธ์ในครอบครัวที่ดีขึ้นสะท้อนได้จากเพื่อนบ้านที่สังเกตเห็นพฤติกรรมและความอบอุ่นใน

ครอบครัวของผู้ป่วย “เดี๋ยวนี้ก็ดีขึ้นมีความเข้าใจกันดีขึ้น มันไม่มีเหล้าก็ดีขึ้น” (ภรรยา CA, อสม. CA1)

ตกผลึกความคิด ประสบการณ์การเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งครั้งนี้ส่งผลให้เกิดการเรียนรู้ของผู้ป่วยและคนในครอบครัวทั้งในมิติของการเรียนรู้พฤติกรรมที่คิดว่าเป็นสาเหตุของการเจ็บป่วยและสามารถถ่ายทอดประสบการณ์ให้กับผู้ป่วยหรือคนในชุมชนได้ “สาเหตุการเจ็บป่วย น่าจะเพราะเหล้าและเครียดเยอะ สูบบุหรี่หนัก สามารถบอกคนอื่นได้เลย” (CA1) และ การมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ “จัดระเบียบชีวิตเวลาการทำงานการออกกำลังกาย ต้องมีเวลาให้ร่างกาย พักผ่อนและออกกำลังกายเป็นเวลา” (CA1) การเรียนรู้ที่จะเผชิญและหาทางเลือกเรื่องการรักษา การเรียนรู้ที่ปฏิเสธในขณะที่อยู่ในสังคมหรือสิ่งแวดล้อมที่เอื้อให้เกิดพฤติกรรมเสี่ยง “บางครั้งเพื่อนมาเยี่ยมหรือไปหาเพื่อนก็นั่งมองดูเขาดื่มแค้นันครับ” (CA1)

การอภิปรายผลการวิจัย

ประสบการณ์ชีวิต การศึกษาที่สะท้อนสาเหตุของการเป็นโรคมะเร็งด้วยพฤติกรรมเสี่ยงสุขภาพต่างๆ เช่น การดื่มสุรา การสูบบุหรี่ ซึ่งพบว่าการมีพฤติกรรมเสี่ยงสุขภาพมักสอดคล้องกับบริบทของการใช้ชีวิตประจำวัน หรือ การประกอบอาชีพ เช่นผู้ป่วยที่ประกอบอาชีพค้าขายเนื้อสัตว์ที่ต้องฆ่าและเอง จึงมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารปรุงดิบรวมกับการดื่มสุราเป็นประจำ ประกอบกับความเชื่อของผู้ป่วยที่สนับสนุนพฤติกรรมทานดิบ ร่วมกับการดื่มเหล้า โดยเชื่อว่าการทานดิบเป็นวิธีที่ทุกคนสามารถรับประทานได้ เนื่องจากการกินที่มีมาแต่บรรพบุรุษกินตามพ่อแม่กินแล้วยังไม่เห็นเกิดการเจ็บป่วยใดๆ ทำให้ประชาชนในพื้นที่ยังคงนิยมกินปลาดิบเนื่องจากมีรสชาติอร่อย¹¹ ในขณะที่ผู้ป่วยที่ต้องทำงานรับจ้างในไร่หรือรับจ้างเลื่อยไม้จำเป็นต้องสูบบุหรี่เพื่อการไล่หรือกำจัดยุงและริ้นไร ที่สร้างความรำคาญในช่วงปฏิบัติงาน อีกทั้งบริบททางสังคมที่เสริมให้เกิดการเข้าถึงแหล่งจำหน่ายเครื่องดื่มประเภทเหล้าขาว ได้อย่างเสรีมากขึ้นเมื่อหน่วยงานภาครัฐสนับสนุนและส่งเสริมในเชิงการผลิตและการค้าขายที่ถูกต้องตามกฎหมายจึงทำให้มีสถานที่จำหน่ายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์อย่างเพียงพอ¹²

ประสบการณ์การเผชิญโรค

การเผชิญความกังวล ความกลัว¹³ หลังจากได้รับรู้ผลการวินิจฉัยเป็นภาวะที่พบได้ในการศึกษาครั้งนี้ ความรู้สึก

ดังกล่าวเชื่อมโยงกับการรับรู้ความรุนแรงและการให้ความหมายต่อโรคมะเร็งในทิศทางของ “ความตาย” และ “ความทุกข์ทรมาน” ทั้งในตัวผู้ป่วยและครอบครัว การเผชิญต่อโรคที่แสดงออกมาด้วยความกลัวและความวิตกกังวลนั้น เมื่อใครก็ตามที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งจะมีความรู้สึกตกใจอย่างมากและรู้สึกไม่มั่นคงในชีวิตกลัวตายเพราะรู้สึกว่าความตายอยู่แค่เอื้อม¹⁴ การให้ความหมายต่อโรคมะเร็งท่อน้ำดีของกลุ่มผู้ป่วยว่าเป็นโรคที่รักษาไม่หายและท้ายที่สุดต้องรอวันตาย¹¹ การศึกษานี้ชี้ให้เห็นว่าผู้นำครอบครัวที่มีภาวะเจ็บป่วยด้วยมะเร็งจะมีความกังวลและเป็นห่วงต่อความมั่นคงของครอบครัว ด้วยประสบการณ์เดิมที่ได้พบเห็นและเรียนรู้จากผู้ป่วยมะเร็งในชุมชนที่ได้ข้อสรุปว่า ส่วนใหญ่จะเสียชีวิตโดยในสังคมไทยให้ความหมายต่อความตายเป็นเรื่องอัปมงคลเป็นลางร้ายและเป็นเรื่องที่ไม่ควรหยิบมาพูดถึง¹⁵

ประสบการณ์การเยียวยา : การแพทย์ผสมผสานกับการเยียวยา ผู้ป่วยและญาติ ไม่ได้พึ่งพากระบวนการรักษาตามแนวทางของการแพทย์แผนปัจจุบันเท่านั้น แต่ยังแสวงหาการเยียวยาด้วยแนวทางอื่นๆ ทั้งการแพทย์ทางเลือก คือการรักษาด้วยสมุนไพรเช่น งาดำ และกล้วยา ที่ผู้ป่วยมีการเรียนรู้ผลกระทบของการใช้กล้วยาและสามารถปรับขนาดการใช้ให้เหมาะสมกับสภาพร่างกายของผู้ป่วยเอง และการแพทย์พื้นบ้านด้วยรูปแบบการรักษาผ่านพิธีกรรม และความเชื่อเรื่องชะตาอายุ และการแก้กรรม ที่ผู้ป่วยให้ข้อสังเกตว่าเป็นส่วนหนึ่งที่เสริมให้มีกำลังใจที่ดีขึ้นหรือ ส่งเสริมสภาพจิตใจของผู้ป่วยและครอบครัวให้มีความเข้มแข็งมากขึ้นในการต่อสู้กับอาการทางกาย แนวทางการรักษาและการเยียวยาของผู้ป่วยและญาติสะท้อนแนวคิดของระบบการดูแลสุขภาพที่หลากหลายและมักประกอบไปด้วย การดูแลด้วยระบบการแพทย์ภาควิชาชีพ ระบบการแพทย์พื้นบ้านและ การแพทย์ภาคประชาชนที่ผสมผสานและกลมกลืนกันไปตามบริบทและวัฒนธรรมของท้องถิ่น¹⁶ การเลือกวิถีสุขภาพภายใต้ระบบคิดของวัฒนธรรมสุขภาพที่ดำรงอยู่ จึงให้เกิดความเข้าใจอย่างลึกซึ้งต่อการกระทำและการปฏิบัติตนของแต่ละบุคคลเมื่อต้องเผชิญปัญหาสุขภาพทั้งในแง่ของอารมณ์ความรู้สึกการปฏิสัมพันธ์กับบุคคลรอบข้าง และการเลือกทางออกให้แก่ปัญหาสุขภาพที่เหมาะสมกับพวกเขาตามจริตของเขา¹⁷

ประสบการณ์การเยียวยา : ความเป็นปึกแผ่นของครอบครัว สถานบันครอบครัวนับเป็นองค์ประกอบที่สำคัญในระบบการเยียวยา ในการศึกษาครั้งนี้จะเห็นได้ว่าการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโดยเฉพาะมิติด้านจิตใจได้รับการหนุนเสริม

มาจากสมาชิกในครอบครัวที่ให้ความสำคัญต่อการรักษาและการเลือกแบบแผนการรักษาที่หลากหลายวิธีเพื่อเสริมสร้างพลังใจให้กับผู้ป่วย ในการศึกษาชี้พบว่า การเจ็บป่วยไม่ได้ก่อให้เกิดผลลบต่อความมั่นคงของสถาบันครอบครัวแต่การเจ็บป่วยยังเป็นการหนุนเสริมให้สถาบันครอบครัวมีความเข้มแข็งมากขึ้นโดยเฉพาะประเด็นความเป็นปึกแผ่นในเชิงความรู้สึก (Affectual Solidarity) และความเป็นปึกแผ่นเชิงสัมพันธ์ (Associative Solidarity)¹⁸ โดยในกระบวนการเยียวยาและการรักษานั้นผู้ป่วยจะได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิดจากคนในครอบครัวซึ่งได้แก่ ภรรยา บุตร หลาน และสมาชิกอื่นๆ ในชุมชนซึ่งเป็นเงื่อนไขหนึ่งของการดูแลผู้ป่วยตามบทบาทหน้าที่ทางสังคมและตามวัฒนธรรมท้องถิ่นที่กำหนดปัจจัยทุนทางสังคมที่ให้ความสำคัญกับการมีครอบครัว¹⁹

ประสบการณ์การเรียนรู้ : ผ่านการเจ็บป่วย การปรับตัวและการเรียนรู้ของผู้ป่วยจากการเผชิญโรคระยะแรกคือมีความกลัว วิตกกังวล และเริ่มคลี่คลายลงหลังกระบวนการรักษาพยาบาลที่เห็นผลที่ดีขึ้น สะท้อนจากการบอกเล่าที่ชี้ถึงการเปลี่ยนแปลงลักษณะทางด้านกายภาพของร่างกาย ความสุขทางใจ ความสามารถที่จะดำเนินกิจกรรมในชีวิตประจำวันได้เกือบเป็นปกติ และการเรียนรู้ผ่านการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเสี่ยง ประสบการณ์และการเผชิญปัญหาของผู้ป่วยตามกระบวนการเผชิญปัญหา (cognitive appraisal) ผ่านปฏิกิริยาการตอบสนองต่อการเจ็บป่วยตั้งแต่เริ่มตรวจพบความผิดปกติ ทราบผล จนอยู่กับการเจ็บป่วยและกระบวนการเผชิญปัญหา (coping) ผ่านการจัดการกับสถานการณ์ในแต่ละระยะเวลา การจัดการด้านความคิด ความรู้สึกของตนเอง และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้น⁷ นอกจากนี้จะเห็นได้ว่าผู้ป่วยได้เรียนรู้วิธีการดูแลตนเองทั้งเรื่องอาหาร การออกกำลังกาย การยอมรับการเจ็บป่วย การพักผ่อน ปฏิบัติตามแผนการรักษา และปรับตัวให้อยู่กับสภาพที่เป็นอยู่²⁰ ในขณะเดียวกันการสื่อสารสุขภาพจากบุคลากรสุขภาพสื่อสารกับผู้ป่วยและครอบครัวสามารถลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยและครอบครัวลงได้ในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม²¹

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัย

การเผชิญปัญหาของผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีในการศึกษานี้ สามารถสรุปเป็นองค์ประกอบของตัวแปรได้ คือ FACT คือ ผู้ป่วยเผชิญความกลัวจากการรับรู้เรื่องโรคในช่วงแรก

หลังจากได้รับการรักษาความกลัวเริ่มคลี่คลายและยอมรับสภาพของการเจ็บป่วย “ปลง” และเริ่มมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และสามารถบอกต่อผู้อื่นได้โดยผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะ 3 ประเด็น ได้แก่

1. การจัดการกับความวิตกกังวลและความกลัวของผู้ป่วยและญาติ ในช่วงของการเผชิญปัญหาในระยะแรก ซึ่งนับว่ามีความรุนแรงค่อนข้างสูง ดังนั้นการดูแลจิตใจของผู้ป่วยและญาตินับเป็นประเด็นสำคัญที่บุคลากรสาธารณสุขควรให้การดูแลและสนับสนุนโดยเฉพาะการสนับสนุนด้านสุขภาพจิตของครอบครัวอย่างใกล้ชิดและต่อเนื่อง

2. แนวทางการรักษาของผู้ป่วยและญาติ คือมิติการแพทย์ผสมผสาน ดังนั้น บุคลากรทางการแพทย์จึงต้องเข้าใจวิถีวัฒนธรรมสุขภาพของชุมชน และผู้ป่วยเพื่อการบูรณาการส่งเสริมคุณภาพชีวิต และเกื้อหนุนการส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสมตามบริบทของท้องถิ่นและวัฒนธรรม

3. การให้ความสำคัญกับการเรียนรู้ของผู้ป่วยและเผยแพร่ประสบการณ์ชีวิตของผู้ป่วยซึ่งเป็นบทเรียนจากชีวิตจริงของผู้ป่วยให้กับกลุ่มเสี่ยงต่อโรค หรือการเสริมพลังให้กับผู้ป่วยที่อยู่ในกระบวนการรักษาโดยให้ผู้ป่วยและญาติเป็นต้นแบบ (Role model) จึงเป็นแนวทางหนึ่งที่จะสร้างการเรียนรู้สำหรับประชาชน และผู้ป่วยในคลินิกได้

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

การศึกษานี้พบว่าผู้ป่วยและญาติให้ความสำคัญกับการเลือกการแพทย์ทางเลือก ประเภทการแพทย์การพื้นบ้าน ร่วมกับการรักษาด้วยการแพทย์แผนปัจจุบัน ซึ่งผู้วิจัยไม่ได้ทำการศึกษาเชิงลึกในประเด็นดังกล่าว จึงควรมีการศึกษาในมิติวัฒนธรรมสุขภาพ ความเชื่อ และแบบแผนการเยียวยาในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดี ในพื้นที่ภาคเหนือและภาคอีสาน เพื่อให้เห็นมิติสังคมวัฒนธรรมการแพทย์ ที่ยังคงอยู่ในสังคม

References

1. Imsamran W, Chaiwerawatthana A, Thanasitthichai S, Loawahutanont P, Seangkrajang S, Suphaatthakorn P, et al. Cancer cited in Thailand Medical Services Profile 2011-2014 1sted. Nonthaburi: Department of Medical service. 2014. (in Thai)
2. Phoncharoen R, Banchob Sripa B., Bundhamcharoen K. The Burden of Cholangiocarcinoma Attributable to Liver Fluke Infection in Thailand. Journal of Health Systems Research. 2018; 12 (3): 490-9. (in Thai)
3. National Cancer Institute. Hospital-based cancer registry 2019. Bangkok: Newthammada Publishing. 2020. (in Thai)
4. Division of Communicable Diseases. The incidence of Cholangiocarcinoma and Liver fluke infection at Nan province. Nonthaburi: Division of Comuncable Diseases. 2020. (in Thai)
5. McGee R.F. Overview: Psychosocial aspects of cancer. In Groeneald, S.L., et al. Cancer nursing principle and practice. 3rded. Boston: Jones and Bartlett publishers. 1993.
6. Jantavanich S. Data Analysis in Qualitative research. Bangkok: Chulalongkorn University publishing. 2016. (in Thai)
7. Lazarus R, Folkman S. Stress, Appraisal and Coping. New York: Springer. 1984.
8. Khumkom S. Coping experience of patients with breast cancer. Thai Red Cross Nursing Journal. 2019; 12(1): 161-76. (in Thai)
9. Nak-ai W, Jiawiwatukul U, Temsirikulchai L, Nontapattamadul K. Community public policy process for solving cadmium contamination problems in the environment: A case study of Mae Sod District, Tak Province. Kasetsart Journal of Social Sciences. 2017; 39: 59-66.
10. Plodplueng A. Data analysis in Phenomenology. Nursing Journal of the Ministry of Public Health. 2013; 23(2): 1-10. (in Thai)
11. Pamulila S, Sangchart B, Paprom W. The self-care experience of Cholangiocarcinoma patients and Families. Journal of Science and Technology Ubon Ratchathani University. 2019; 21(1): 146-54. (in Thai)

12. Kuha P. Factors related to alcohol drinking of female undergraduate university students, Chiang Mai province. [Independent Study/ Master Degree]. Chiang Mai: Graduate School Chiang Mai University. 2015. (in Thai)
13. Thasaneesuwan S, Nilmanat Th. Psychological Distress in Patient with Cancer Undergoing Chemotherapy and Nursing Care. Songklanakarin J. Nuuse. 2019; 39(4): 110-9. (in Thai)
14. Olson M. Healing the dying. Columbia: Delma Thomson Learning. 2001.
15. Pungrasamee T. Palliative care: Caring for pain relieve the way for relieve distress. Bangkok: Pimdee. 2001. (in Thai)
16. Kleinman, A. Patients and healers in the context of culture. London: University of California. 1989.
17. Kweansungnern M, Sankatiprapa K, Pipatpen M. Applying of Critical Autoethnography to Aesthetic of Self-Care by People with Epilepsy. Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2020; 21(3): 294-305. (in Thai)
18. Bengtson V. L., Olander E. B., Haddad A. A. The “generation gap” and aging family members: Toward a conceptual model. In Gubrium J. F. (Ed.), Time, roles, and self in old age (pp. 237-263). New York, NY: Human Sciences Press. 1976.
19. Sutinyamanee V. Intergenerational family Solidarity among Hill Tribe People in Northern Thailand. [Disertation]. Bangkok: Chulalongkorn University. 2017. (in Thai)
20. Vudhironarit S., Pommala W., Satthathummarak A. Self-Care Experience of Bed-bound Elderly. Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2020; 21(3): 252-61. (in Thai)
21. Saikaew S, Tanatwanit Y, Kunsongei W. Effective Communication between Nurses and Advanced Cancer Patients. Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2020; 21(2): 93-101. (in Thai)