



## ความรู้ที่ทรงอำนาจของผู้ให้บริการด้านสุขภาพ: ทางเลือกและสิทธิของผู้ป่วยตามการรับรู้ของสตรีอีสานที่ป่วยด้วยมะเร็งเต้านม

เยาวลักษณ์ โพธิ์ดารา ค.ม.\*

เพ็ญศิริ ดำรงภคภากร PhD\*\*  
ชมพูนุช พุ่มพิจ พย.บ.\*\*

อนันตศักดิ์ พันธุ์พุม พย.บ.\*\*  
สงกรานต์ นกบุญ วท.ม.\*\*

### บทคัดย่อ

การศึกษาเชิงคุณภาพแบบปรากฏการณ์วิทยา มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสบการณ์ของสตรีอีสานที่ป่วยด้วยมะเร็งเต้านมต่อการได้รับบริการด้านสุขภาพในเรื่องสิทธิและทางเลือกในการรักษาตามการรับรู้ของสตรีที่ป่วยด้วยมะเร็งเต้านม ผู้ให้ข้อมูลเป็นสตรีอีสานที่ป่วยด้วยมะเร็งเต้านม 18 ราย เก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก วิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์แก่นสาระ การศึกษาโดยใช้ความรู้ที่ทรงอำนาจ เป็นกรอบแนวคิดทำให้มีข้อค้นพบ 4 ประเด็นคือ 1) สิทธิที่หายไป เป็นประสบการณ์เกี่ยวกับการไม่ได้รับการบอกกล่าวข้อมูลการรักษาจากบุคลากรสุขภาพตามสิทธิที่ควรจะได้รับ 2) ทางเลือกหรือจำต้องเลือก แสดงถึงการไม่ได้รับทางเลือกในการรักษาจากบุคลากรสุขภาพ 3) อำนาจทางความรู้สิทธิที่หายไป เป็นประสบการณ์ต่ออำนาจทางความรู้ของผู้ให้บริการด้านสุขภาพที่ส่งผลให้สตรีที่เป็นผู้ให้ข้อมูลเชื่อและปฏิบัติตามในสิ่งที่ผู้ให้บริการบอกกล่าวจนทำให้สิทธิและหรือทางเลือกในการได้รับการดูแลรักษานั้นหายไป และ 4) เสียงร้องเพื่อป้องกันสิทธิ เป็นเสียงสะท้อนจากสตรีผู้ให้ข้อมูลเพื่อเรียกร้องสิทธิและทางเลือกในการรักษาจากผู้ให้บริการด้านสุขภาพ ผลจากการศึกษาครั้งนี้ทำให้ทราบถึงประสบการณ์ตรงของสตรีอีสานที่ป่วยด้วยมะเร็งเต้านมเกี่ยวกับการได้รับบริการสุขภาพ ที่ถูกลิดรอนสิทธิและทางเลือกในการรักษาจากอำนาจทางความรู้ของผู้ให้บริการด้านสุขภาพ ข้อมูลเหล่านี้อาจมีประโยชน์ต่อการหารูปแบบที่เหมาะสมในการพิทักษ์สิทธิและการเสนอทางเลือกในการรักษาที่เหมาะสมตามบริบทของแต่ละสังคมวัฒนธรรม เพื่อพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมต่อไป

**คำสำคัญ:** อำนาจทางความรู้ สิทธิ ทางเลือก มะเร็งเต้านม การดูแลสุขภาพ

### ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

มะเร็งเต้านมเป็นปัญหาสุขภาพสำคัญของทุกประเทศทั่วโลก<sup>1,2</sup> และมีอุบัติการณ์เพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ ปัจจุบันเรายังไม่สามารถระบุสาเหตุที่แท้จริงของมะเร็งเต้านมได้แน่ชัด ความรู้ที่ได้จากการศึกษาวิจัยระบุได้เพียงว่ามีปัจจัยบางอย่าง เช่น พันธุกรรมและการได้รับฮอร์โมนเอสโตรเจน เป็นปัจจัยเสี่ยงของการเกิดมะเร็งดังกล่าว<sup>3</sup> ในปี ค.ศ. 2010 ได้มีผู้ประมาณการณ์ว่ามีผู้ป่วยมะเร็งเต้านมรายใหม่ที่เป็นเพศหญิงนั้นสูงถึง 1,600,000 คน<sup>4</sup> ซึ่งความรุนแรงของปัญหา

ดังกล่าวมีความคล้ายคลึงกันในทุกภูมิภาคของโลกรวมถึงประเทศไทยที่พบว่ามะเร็งเต้านมเป็นสาเหตุการตายที่สำคัญและเป็นมะเร็งที่พบเป็นอันดับหนึ่งในเพศหญิงคือพบสูงถึงร้อยละ 37.5 ของการป่วยด้วยโรคมะเร็งทั้งหมด<sup>5</sup>

ปัจจุบันการตรวจวินิจฉัยและรักษามะเร็งเต้านมนั้นต้องอาศัยเทคโนโลยีทางการแพทย์สมัยใหม่มาเกี่ยวข้องเป็นส่วนใหญ่ ดังจะเห็นตัวอย่างได้จากสถิติที่พบว่าสตรีไทยที่ป่วยด้วยมะเร็งเต้านมเกือบร้อยละ 80 นั้นต้องรับการรักษาด้วยการผ่าตัดร่วมกับการรักษาอื่นๆ

\*ผู้ช่วยศาสตราจารย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครพนม มหาวิทยาลัยนครพนม

\*\*อาจารย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครพนม มหาวิทยาลัยนครพนม



อาทิ การให้เคมีบำบัด การฉายรังสีรักษาและการให้ฮอร์โมน<sup>5,6</sup> ซึ่งล้วนเป็นวิธีที่ต้องอาศัยความรู้ความเชี่ยวชาญเฉพาะด้านจากบุคลากรสุขภาพที่เกี่ยวข้อง เช่น แพทย์และพยาบาลเป็นปัจจัยสำคัญประกอบการตัดสินใจเลือกวิธีการรักษาสำหรับผู้ป่วยแต่ละราย จากที่กล่าวมาจึงเห็นได้ว่าการรักษาที่จำเป็นต้องอาศัยบุคลากรที่มีความรู้ความเชี่ยวชาญเฉพาะนั้น อาจนำมาซึ่งโอกาสในการละเมิดสิทธิและละเลยการให้ข้อมูลในการตัดสินใจเลือกแนวทางการรักษาที่เหมาะสมแก่ผู้ป่วยตามมาเพราะบุคลากรด้านสุขภาพมักจะได้รับการยอมรับจากสังคมว่าเป็นผู้ที่อยู่ในชนชั้นทางสังคมที่มีความเหนือกว่า (Superiority) ผู้ป่วยและบุคคลอื่นๆ เนื่องจากเป็นผู้ที่มีความรู้ในศาสตร์ด้านสุขภาพหรือศาสตร์ด้านการแพทย์มากกว่า ดังนั้นการตัดสินใจหรือการกระทำการบางอย่างโดยหนึ่งที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพหรือด้านการแพทย์จึงมักได้รับการยอมรับว่าเป็นการตัดสินใจหรือการกระทำการที่ “ถูกต้อง” (Legitimate) “มีความสำคัญ” (Consequential) “มีแบบแผน” (Official) และ “มีคุณค่า” (Worthy) เป็นการตัดสินใจหรือการกระทำการของผู้ที่สังคมให้การยอมรับว่าเป็นผู้มีความรู้ที่ทรงอำนาจ (Authoritative knowledge)<sup>7</sup> ซึ่งสังคมให้น้ำหนักกว่าเป็นความรู้ที่ “เหนือกว่า” ความรู้ใดๆ ในสังคมนั้นๆ ประเด็นดังกล่าวนี้เป็นสิ่งที่บุคลากรสุขภาพทุกคนควรต้องตระหนักเนื่องจากผู้ป่วยทุกคนคือบุคคลที่มีสิทธิความเป็นมนุษย์เท่าเทียมกัน สมควรได้รับการคุ้มครองและปกป้องสิทธิให้เป็นไปตามหลักสิทธิมนุษยชน มีสิทธิที่จะตัดสินใจในกิจการส่วนตัวต่างๆ ด้วยตนเอง ดังจะเห็นได้จากองค์กรด้านสุขภาพระดับโลกได้ให้ความสำคัญกับสิทธิในการเข้าถึงบริการสุขภาพที่เท่าเทียมกันของทุกคน<sup>8</sup> เฉกเช่นเดียวกันกับองค์กรในประเทศอาทิ แพทยสภาและสภาการพยาบาลที่ได้ประกาศให้ผู้ป่วยทุกคนมีสิทธิพื้นฐานในการได้รับบริการด้านสุขภาพตามที่บัญญัติไว้ในรัฐธรรมนูญโดยไม่มีการเลือกปฏิบัติ มีสิทธิที่จะรับทราบข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลของตนอย่างครบถ้วนจนมีความเข้าใจชัดเจนและสามารถเลือกตัดสินใจในการยินยอมหรือไม่ยินยอมให้ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพปฏิบัติอย่างใดอย่างหนึ่งต่อตนได้<sup>9,10</sup>

จากการศึกษางานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับสตรีที่ป่วยด้วยมะเร็งเต้านมโดยเฉพาะในบริบทของประเทศไทยนั้น ผู้วิจัยพบว่ายังมีการศึกษาเกี่ยวกับเรื่องสิทธิและทางเลือกในการรักษาของผู้ป่วยอยู่น้อย และเมื่อศึกษาลงไป ในรายละเอียดก็พบว่า ที่ผ่านมายังไม่มีผู้ใดทำการศึกษาประเด็นดังกล่าวในสตรีอีสานซึ่งเป็นสตรีที่มีบริบททางสังคมวัฒนธรรมที่จำเพาะและแตกต่างจากสตรีในภูมิภาคอื่นของประเทศ ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจทำการศึกษาเกี่ยวกับทางเลือกและสิทธิของสตรีอีสานที่ป่วยด้วยมะเร็งเต้านมตามประสบการณ์ที่เกิดขึ้นจริงจากการได้รับบริการจากบุคลากรด้านสุขภาพ โดยมีความรู้ที่ทรงอำนาจ เป็นกรอบแนวคิดในการศึกษา ภายใต้การใช้วิธีการเชิงคุณภาพแบบปรากฏการณ์วิทยา (Phenomenological approach) ซึ่งเชื่อว่าเป็นวิธีที่ช่วยให้เข้าใจว่ามนุษย์ทำความเข้าใจกับประสบการณ์ของตนต่อปรากฏการณ์และการเปลี่ยนผ่านปรากฏการณ์นั้นไปสู่ความตระหนัก รู้ลึกและตัดสินใจปรากฏการณ์นั้นอย่างไร<sup>11,12,13</sup> การศึกษาในแบบดังกล่าวจึงสามารถให้ข้อมูลในประเด็นที่สนใจได้ละเอียดและลึกซึ้งมากยิ่งขึ้น<sup>11</sup> เช่นเดียวกับผู้วิจัยที่เชื่อว่าระเบียบวิธีดังกล่าวจะช่วยให้ผู้วิจัยเข้าใจประสบการณ์ของสตรีอีสานที่ป่วยด้วยมะเร็งเต้านมที่มีต่อบริการที่ได้รับจากบุคลากรด้านสุขภาพในเรื่องทางเลือกและสิทธิในการดูแลรักษาโรคของตนเองได้อย่างลึกซึ้ง ถูกต้องและครอบคลุมมากขึ้น

### วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาประสบการณ์ของสตรีอีสานที่ป่วยด้วยมะเร็งเต้านมต่อสิทธิที่ได้รับ
2. เพื่อศึกษาประสบการณ์ของสตรีอีสานที่ป่วยด้วยมะเร็งเต้านมต่อทางเลือกในการรักษาที่ได้รับ
3. เพื่ออธิบายความต้องการในสิทธิและทางเลือกของสตรีอีสานที่ป่วยด้วยมะเร็งเต้านม

### วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยเชิงคุณภาพเพื่อศึกษาประสบการณ์และความต้องการของสตรีอีสานที่ป่วยด้วยมะเร็งเต้านมที่มีต่อทางเลือกและสิทธิของสตรีอีสานที่ป่วยด้วยโรคมะเร็งเต้านมในพื้นที่จังหวัดนครพนมและสกลนคร



**ผู้ให้ข้อมูล** ผู้วิจัยเลือกผู้ให้ข้อมูลแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling)<sup>11</sup> โดยเลือกผู้ที่เป็นสตรีอีสานได้รับการวินิจฉัยว่าป่วยด้วยโรคมะเร็งเต้านมที่มีอายุตั้งแต่ 20 ปีขึ้นไปอาศัยอยู่ในพื้นที่จังหวัดสกลนครและนครพนม และได้เข้ารับการตรวจวินิจฉัยและรักษาด้วยการผ่าตัดเต้านมในโรงพยาบาลของรัฐที่ตั้งอยู่ในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย จำนวน 4 แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลศูนย์หนึ่งแห่ง โรงพยาบาลมะเร็งสองแห่งและโรงพยาบาลทั่วไปหนึ่งแห่ง ซึ่งมีผู้ให้ข้อมูลจำนวนทั้งสิ้น 18 คน อายุระหว่าง 40-80 ปี ประกอบอาชีพเกษตรกร รับจ้างทั่วไปหรือเป็นแม่บ้าน มีรายได้ต่ำกว่า 5000 บาทต่อเดือนและส่วนใหญ่มีการศึกษาสูงสุดในระดับประถมศึกษา มีผู้ให้ข้อมูลเพียงรายเดียวที่จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาปีที่ 3

**เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย** ประกอบด้วย ผู้วิจัยซึ่งเป็นเครื่องมือหลักในการวิจัยและเครื่องมือในการรวบรวมข้อมูลคือแนวคำถามในการสัมภาษณ์เชิงลึก (Interview Guide) ที่สร้างขึ้นเองตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยครอบคลุมประสบการณ์เกี่ยวกับทางเลือกและสิทธิในการรักษาของสตรีที่ป่วยด้วยมะเร็งเต้านม

**ความน่าเชื่อถือของข้อมูล (Trustworthiness)** การวิจัยครั้งนี้มีการควบคุมคุณภาพและความน่าเชื่อถือของงานหลายประการด้วยกัน ได้แก่ 1) การเตรียมความพร้อมของผู้วิจัยในด้านการวิจัยเชิงคุณภาพและวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับประเด็นที่ศึกษาทั้งจากตำราและการอบรมเชิงปฏิบัติการ 2) การสร้างแนวคำถามในการสัมภาษณ์ผ่านการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องเพื่อความถูกต้องและครอบคลุมวัตถุประสงค์งานวิจัย 3) การเก็บข้อมูลในประเด็นเดียวกันจากผู้ให้ข้อมูลหลายคนในเวลาที่แตกต่างกัน (Data Triangulation) 4) การตรวจสอบและยืนยันข้อมูลย้อนกลับกับผู้ให้ข้อมูลโดยการนำข้อมูลที่ได้ออกจากการถอดเทปในประเด็นที่ไม่มั่นใจว่าเข้าใจถูกต้องหรือไม่ส่งกลับไปให้ผู้ให้ข้อมูลตรวจสอบหรือโทรศัพท์ซักถามอีกครั้งจนเข้าใจชัดเจน 5) การวิเคราะห์ข้อมูลโดยคณะผู้วิจัยจำนวน 5 คน (Investigator Triangulation) และที่ปรึกษางานวิจัยเพื่อยืนยันความถูกต้องของข้อมูลที่ได้ และป้องกันความลำเอียงที่อาจเกิดขึ้น

**การเก็บรวบรวมข้อมูล** ผู้วิจัยเก็บข้อมูลด้วยตนเอง ในช่วงเดือนกุมภาพันธ์-พฤษภาคม 2556 ภายหลังโครงการวิจัยได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์มหาวิทยาลัยนครพนม ดังนี้ 1) เลือกพื้นที่ในเขตจังหวัดสกลนครและนครพนมจำนวน 11 อำเภอซึ่งเป็นพื้นที่ที่มีผู้ให้ข้อมูลมีคุณสมบัติตรงตามวัตถุประสงค์งานวิจัยและผู้วิจัยสามารถเดินทางไปเก็บข้อมูลได้สะดวกเนื่องจากต้องเดินทางไปเก็บข้อมูลหลายครั้ง 2) ติดต่อเครือข่ายของผู้วิจัยในโรงพยาบาลเพื่อให้เป็นผู้ประสานเบื้องต้น (Gate Keeper) กับผู้ให้ข้อมูล ภายหลังผู้ให้ข้อมูลแสดงความสนใจเข้าร่วมโครงการผ่านเครือข่ายผู้วิจัยแล้ว ผู้วิจัยทำการชี้แจงวัตถุประสงค์ และวิธีการวิจัยให้ผู้ให้ข้อมูลทราบทางโทรศัพท์ เมื่อผู้ให้ข้อมูลยินยอมที่จะให้ข้อมูลจึงทำการนัดหมายวัน เวลา และสถานที่ในการสัมภาษณ์ตามความสะดวกของผู้ให้ข้อมูล ซึ่งส่วนใหญ่จะเป็นที่บ้านของผู้ให้ข้อมูลเอง 3) เข้าไปในพื้นที่ สร้างสัมพันธภาพ ชี้แจงวัตถุประสงค์ วิธีการวิจัยตลอดจนการปกป้องสิทธิให้ผู้ให้ข้อมูลทราบโดยละเอียดอีกครั้ง 4) สัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลเป็นรายบุคคลโดยใช้เทคนิคการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก (In-depth interview) นานครั้งละ 1 ถึง 2 ชั่วโมง 5) ถอดเทปคำต่อคำ (Verbatim) ออกมาเป็นตัวอักษร (Transcript) แล้วตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล ซึ่งการเก็บและตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลนั้นดำเนินไปพร้อมๆ กับการวิเคราะห์ข้อมูลเบื้องต้นก่อนจะทำการสัมภาษณ์ครั้งต่อไปจนได้ข้อมูลที่อิ่มตัว (Data Saturation)<sup>11</sup> จึงยุติการสัมภาษณ์

**การวิเคราะห์ข้อมูล** วิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์แก่นสาระ (Thematic Analysis)<sup>11,14</sup> ด้วยการอ่านข้อมูลที่ได้อย่างละเอียดหลายๆ ครั้ง เพื่อทำความเข้าใจกับข้อมูลอย่างลึกซึ้ง แล้วดึงข้อความหรือประโยคสำคัญที่เกี่ยวข้องกับวัตถุประสงค์การวิจัยมาให้รหัสข้อมูลที่สละบรรทัด (Coding) แล้วนำมาจัดเป็นหมวดหมู่ (Category) และเรียงร้อยเข้าด้วยกันจนเป็นประเด็นหลัก (Theme)



## ผลการวิจัย

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยและได้ข้อค้นพบที่สำคัญ 4 ประเด็นดังต่อไปนี้

1) **สิทธิที่หายไป** ผู้ให้ข้อมูลไม่ได้รับการบอกกล่าวเกี่ยวกับข้อมูลการรักษาจากบุคลากรสุขภาพตามสิทธิที่ควรจะได้รับ จากการเข้ารับการรักษา ผู้ให้ข้อมูลเห็นว่าสิทธิของตนถูกละเมิด ดังจะเห็นได้จากข้อมูลที่ผ่านมาการสะท้อนตามประสบการณ์และการรับรู้ที่มองว่าสิทธิตนเองหายไปในช่วงตอนต่างๆ ของการรับบริการ อาทิ ในช่วงขั้นตอนการตรวจคัดกรองโรคนี้พบว่า ผู้รับบริการส่วนใหญ่คล้ายกับก่อนที่เต้านมโดยบังเอิญไม่ได้ค้นพบโดยมีวิธีการตรวจที่ชัดเจน ทั้งๆ ที่ระบบสุขภาพมีนโยบายให้ผู้ให้บริการด้านสุขภาพ เช่น แพทย์และพยาบาลให้ความรู้และสอนให้สตรีทั่วไปได้มีความรู้และทักษะในการตรวจมะเร็งเต้านมด้วยตนเองได้ แต่ผลการวิจัยกลับไม่ได้เป็นเช่นนั้น ดังตัวอย่างคำกล่าวของสตรีวัย 50 ปี เรียนจบชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3 ที่ว่า “เม่าเหล้า มือไปโดน สงสัยก็คล้ายๆ” ซึ่งคำบอกเล่าแสดงให้เห็นว่า ผู้ให้ข้อมูลไม่ได้ตั้งใจที่จะคลำเต้านมของตนเองตามการณรงค์การตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมด้วยตนเอง พอคลำเจอก่อนผู้ให้ข้อมูลจะปรึกษาคนใกล้ตัวก่อนเพื่อขอคำปรึกษา ดังคำบอกเล่าที่ว่า “คลำเห็นก้อนโทร (โทรศัพท์) บอกพี่สาวมาดู” “เจอก้อนคุยกับลูกสาว ไม่บอกใคร” ซึ่งคำบอกเล่าที่แสดงถึงความไม่รู้ การเข้าใจถึงสิทธิเบื้องต้นนี้คล้ายคลึงกันกับคำบอกเล่าของวัยกลางคน มีอาชีพรับจ้างทั่วไปอาศัยอยู่กับพี่สาวที่ว่า “ไม่เคยรู้มาก่อน ไม่มีใครเคยมาสอน (ให้ตรวจเต้านม) นะ” “เพราะครั้งแรกก็เป็นเพียงก้อนเล็กๆ ก็ได้คิดว่ามันจะโตขึ้น คิดเพียงว่าเวลาผ่านไป มันก็จะหลุดออกและหายไป” จากคำบอกเล่าพอจะเห็นได้ว่าสิทธิเบื้องต้นในการได้รับข้อมูลที่จำเป็นด้านสุขภาพของผู้รับบริการด้านสุขภาพยังไม่ทั่วถึง การเข้าถึงผู้รับบริการของบุคลากรสุขภาพยังไม่ครอบคลุม นอกจากนี้ในรายที่ได้รับการวินิจฉัยว่าป่วยด้วยมะเร็งเต้านมแล้ว ผู้ให้ข้อมูลยังถูกลิดรอนสิทธิอีกหลายประการโดยเฉพาะสิทธิที่จะรับรู้เกี่ยวกับโรคแนวทางในการรักษา และการตัดสินใจเลือกการรักษา

ที่เหมาะสมกับตนเอง ดังตัวอย่างของคำบอกเล่าของต้อย สตรีวัย 58 ปี เรียนจบชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 มีอาชีพทำนา ทำสวนที่เล่าว่า “ (หมอ) ไม่ได้พูด (ว่ามีทางเลือกหรือวิธีการรักษาแบบไหนบ้าง) พูดแต่ว่าผ่าวันไหนพร้อมวันไหน” “หมอบอกแค่ให้เอา (ก้อนและเต้านม) ออกไปเลย” และเสียงสะท้อนจากแก้ว สตรีวัยกลางคนอาชีพทำนา มีความรู้เพียงชั้นประถมศึกษาที่เล่าว่า “ตัดเต้านมไปแล้วแต่หมอบอกว่าเป็นอะไร” “ตอนนั้นเค้าก็ไม่ได้บอกเลย” “รู้ว่าโดนตัดเต้านมออกหลังจากผ่าตัดเสร็จแล้ว”

2) **ทางเลือกหรือจำต้องเลือก** ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่ได้สะท้อนประสบการณ์ว่าตนไม่ได้รับทางเลือกในการรักษาจากบุคลากรด้านสุขภาพ การให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรคและการรักษาที่ได้รับนั้นไม่ได้เป็นไปในลักษณะของการให้ทางเลือก แต่เป็นไปในลักษณะของการบอกให้ปฏิบัติตามสิ่งที่บุคลากรสุขภาพ ซึ่งส่วนใหญ่คือแพทย์เจ้าของไข้ตัดสินใจ ดังตัวอย่างของคำบอกเล่าของหญิงหม้ายวัย 64 ปี เรียนจบเพียงชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 อาศัยอยู่กับลูกหลานที่ว่า “หมอบอกว่าขึ้นเนื้อที่ส่งตรวจเป็นเนื้อร้าย ต้องทำการผ่าตัด” “เขา (หมอ) ว่าเป็นมะเร็งก็ให้ผ่าตัดออกเลย” และสตรีวัย 42 ปี เรียนจบชั้นประถมศึกษาประกอบอาชีพทำนาทำสวนที่เล่าว่า “เขา (หมอ) บอกให้มาผ่าวันที่เท่านี้เท่านี้ เขาก็นัดไป ไม่ถาม” เช่นเดียวกันกับสตรีอีสานที่เรียนหนังสือแค่ชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 ที่บอกว่า “พอรู้หมอก็ให้ผ่าตัดออก นัดมาอีก 1 สัปดาห์ก็ผ่าเลย ตัดออกหมดเลย” และสตรีวัย 50 ปีที่ว่า “หมอบอกเอาออกเลยนะ” “เขาไม่บอกอะไรอีกเลย บอกแค่ว่า เอาออกให้หมดเลยนะ” ซึ่งสอดคล้องกับคำพูดของทองสตรีที่ได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดเต้านมไปหนึ่งข้างเล่าว่า “เขาว่าเป็นมะเร็งก็ให้ผ่าตัดออกเลย”

3) **อำนาจทางความรู้สู่สิทธิที่หายไป** ผู้ให้ข้อมูลได้ให้ประสบการณ์ในลักษณะการยอมจำนนต่ออำนาจทางความรู้ของผู้ให้บริการด้านสุขภาพในฐานะที่ได้รับการยอมรับในบริบทของสังคมว่าเป็นความรู้ที่ได้รับการยอมรับว่ามีความ “เหนือกว่า” โดยไม่มีการต่อรองหรือคัดค้านแต่ประการใด ในทางตรงกันข้ามกลับพร้อมที่จะเชื่อและปฏิบัติตามในสิ่งที่ผู้ให้บริการทางด้าน



สุขภาพบอกกล่าว จนทำให้สิทธิในการรับรู้ข้อมูล หรือ ทางเลือกในการดูแลรักษานั้นหายไป ดังคำบอกกล่าว ของแม่บ้านวัยกลางคนมีความรู้ชั้นประถมศึกษาที่ว่า “คุณหมอเค้าก็บอก ถ้าไม่ผ่านมันก็ไม่หาย” “ก็คุณหมอ เค้ารู้มาก เค้ารู้จัก” “ทำตามที่คุณหมอ” ซึ่งคล้ายคลึง กับคำบอกเล่าที่ว่า “ผ้าก็ผ่าจะได้หาย อยากหายก็ต้อง ทำตามหมอบอก” “ก็มันเป็นแล้วจะทำอะไรได้ ก็ ต้องรักษากันไป ทำตามคุณหมอบอก” และคำบอกเล่า ของสตรีวัยกลางคนและสตรีอีสาน ที่เรียนหนังสือแค่ ชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 ที่ว่า “คุณหมอเขารู้มาก เขารู้จัก เรารู้น้อย อยากหายต้องทำตาม” (ทอง) “หมอบอกให้ ทำอะไรก็ทำ เพราะเขารู้มากกว่าเรา เขาเก่ง” (ป้าวันดี)

4) เสี่ยงร้องเพื่อป้องสิทธิ ผลการศึกษา สะท้อนให้เห็นความต้องการของผู้ให้ข้อมูลที่จะได้รับ สิทธิและทางเลือกในการรักษาที่เกี่ยวข้องกับโรคที่ตน เป็นอยู่ อาทิ ต้องการรับรู้ว่าวิธีในการรักษามีอะไรบ้าง และมีขั้นตอนอย่างไร ตลอดจนต้องการเลือกวิธีการรักษา ที่เหมาะสมด้วยตนเอง ดังคำบอกเล่าของแม่บ้านวัยกลาง คน เรียนจบชั้นประถมศึกษา ดำรงชีวิตจากเงินเดือนของ สามีที่เป็นผู้ใหญ่บ้านที่ว่า “ถ้าสมมุติย้อนเวลาได้มีคนมา บอกว่าวิธีการรักษามีอยู่ 1 วิธี 2 วิธี 3 วิธี เช่น วิธีแรก อาจจะให้เคมีบำบัดแล้วก็ตัดแต่ก้อน ฉายรังสีรักษาก่อน ตัดแต่ก้อน เราก็อยากได้แบบนั้นมากกว่า” และ คำบอกเล่าของแม่บ้านวัยกลางคนอีกคนที่กล่าวว่า “สมมุติจะว่าถ้าย้อนเวลาได้อยากให้เค้าบอกไหมว่า มะเร็งเต้านมมีวิธีการรักษาอยู่หลายวิธีนะวิธีที่ 1 อาจจะ ผ่าตัด วิธีที่ 2 อาจจะทำแบบนั้นแบบนี้อะอยากให้เค้าบอก อยากเลือกเองอยากรู้” เจกเช่นเดียวกันกับคำพูดที่เล่าว่า “เขาตัดสินใจให้เลยว่า การรักษาคือการผ่าตัดนะ” “หมอบอกเขาออกเลยนะ” “เขาไม่ได้บอกอะไรเลย บอกแค่เขาออกให้หมดเลยนะ” และป้าวันดีที่บอกว่า “ถ้า ย้อนเวลากลับไปได้เราเสียดายนะอยากให้หมอบอกว่ามี วิธีการรักษาอะไรบ้างเราจะได้เลือกได้บ้าง” ซึ่งคล้ายคลึง กับคำพูดของสตรีวัย 55 ปีที่บอกว่า “ตอนนั้นที่ไปรักษา เขาไม่ได้บอกอะไรเลยน่าจะให้เลือกก่อน ไม่รู้อะไรเลย”

## การอภิปรายผล

จากผลการศึกษา ผู้วิจัยใช้แนวคิดเกี่ยวกับ ความรู้ที่ทรงอำนาจ<sup>7</sup> เป็นกรอบในการอภิปรายผล การวิจัยครั้งนี้ ในประเด็นของการศึกษาประสบการณ์ของ สตรีอีสานที่ป่วยด้วยมะเร็งเต้านมต่อสิทธิที่ได้รับนั้น พบว่า ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่ไม่ทราบวิธีการตรวจเต้านมด้วย ตนเองสะท้อนให้เห็นว่าการเข้าถึงบริการทางด้านสุขภาพ ของผู้ให้ข้อมูลยังไม่ดีพอ และในส่วนของ การตรวจรักษา มะเร็งเต้านมนั้น ผู้ให้ข้อมูลถูกละเมิดสิทธิโดยเฉพาะ อย่างยิ่งสิทธิในการได้รับการบอกกล่าวข้อมูลที่จำเป็น เกี่ยวกับการดูแลรักษา ซึ่งผลการศึกษาดังกล่าวนี้ ส่วนหนึ่งน่าจะเกิดจากการที่ผู้ให้ข้อมูลในงานวิจัยครั้งนี้ เป็นสตรีอีสานที่อาศัยอยู่ในชนบท ประกอบอาชีพ เกษตรกรรม ฐานะยากจน และส่วนใหญ่เรียนจบเพียง ชั้นประถมศึกษาเท่านั้น จึงทำให้โอกาสในการเข้าถึง บริการสุขภาพหรือสิทธิต่าง ๆ มีน้อย สอดคล้องกับ ผลการศึกษาอื่น ๆ ที่พบว่าผู้ที่มีสถานภาพทางสังคม เช่น การศึกษา ฐานะด้านการเงินต่ำ หรือผู้ด้อยโอกาสอื่น ๆ มักจะเป็นผู้ที่มีพลังหรืออำนาจในตัวเองต่ำ (Powerless) จึงมีโอกาเข้าถึงบริการสุขภาพได้น้อยกว่าบุคคลอื่น ๆ ที่ มีสถานภาพทางสังคมที่สูงกว่า ไม่ว่าจะเป็นไปในรูปแบบ ของการไร้อำนาจต่อรอง ถูกละเลยหรือละเมิดสิทธิ ก็ตาม<sup>15,16,17</sup> ส่วนในการศึกษาประสบการณ์ของสตรี อีสานที่ป่วยด้วยมะเร็งเต้านมต่อทางเลือกในการรักษา นั้นผลการศึกษาพบว่าผู้ให้ข้อมูลไม่ได้รับทางเลือก ใน การรักษาที่เหมาะสม บุคลากรสุขภาพไม่ได้ให้ทางเลือก แต่เป็นการบอกให้ปฏิบัติตามสิ่งที่บุคลากรได้เลือกให้ แล้วโดยไม่ได้เปิดโอกาสให้ผู้ให้ข้อมูลได้มีส่วนร่วมใน การตัดสินใจเลือกวิธีการรักษาพร้อมกับแพทย์เจ้าของไข้ แต่อย่างใด ในขณะที่การให้ทางเลือกในการรักษาได้ รับการยอมรับว่าเป็นสิ่งที่มีความสำคัญมากในการดูแล รักษาผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านม เพราะถือเป็นสิ่งที่ช่วย ส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัว เผชิญกับภาวะเจ็บป่วย และปัจจัยที่คุกคามต่อชีวิตได้ดี<sup>18</sup> ผลจากการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยกลับพบข้อมูลที่ตอกย้ำผลการศึกษาในงาน วิจัยอื่น ๆ ที่พบว่าผู้ป่วยมะเร็งในประเทศไทยนั้น ยังไม่ได้รับทางเลือกหรือมีส่วนในการตัดสินใจเลือก



แนวทางในการดูแลรักษาตนเองจากภาวะการเจ็บป่วยที่เป็นอยู่เท่าใดนัก ดังจะเห็นได้จากตัวอย่างงานวิจัยของ จุฬารรรณ สุรกุล, อรัญญา เชาวลิติ, ซอลดา พันธุเสนา และวันดี สุทธิรังสี<sup>18</sup> ที่ศึกษาประสบการณ์ของผู้ป่วย มะเร็งและพบว่าผู้ให้ข้อมูลรู้สึกกลัวกับว่าถูกบังคับให้ทำตามแพทย์บอก เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นอาจจะพออธิบายได้จากการที่สังคมไทยให้ความสำคัญ ยกย่องและชื่นชมบุคลากรด้านสุขภาพ เช่น แพทย์และพยาบาล ว่าเป็นผู้ที่มีความเชี่ยวชาญเกี่ยวกับศาสตร์ทางด้านสุขภาพ ดังนั้นคำบอกเล่าของบุคลากรด้านสุขภาพเหล่านั้นในความรู้สึกของผู้รับบริการจึงเป็นคำบอกเล่าที่เป็นความรู้ที่ทรงอำนาจ<sup>7</sup> ที่ผู้รับบริการด้านสุขภาพพร้อมจะเชื่อและปฏิบัติตามจนบางครั้งทำให้สิทธิในการรับรู้ข้อมูลหรือทางเลือกในการดูแลรักษานั้นหายไป โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ผู้ให้บริการสุขภาพในงานวิจัยนี้เป็นผู้ให้บริการที่ทำงานอยู่ในโรงพยาบาลที่สังคมรับรู้ว่ามีแพทย์ พยาบาล ที่มีความเชี่ยวชาญเกี่ยวกับโรคมะเร็งโดยตรงจึงน่าจะเป็นไปได้ว่าผู้รับบริการด้านสุขภาพยังมีความเชื่อมั่นในตัวผู้บุคลากรมากขึ้นและยอมรับว่าสิ่งที่ได้รับการบอกกล่าวให้ปฏิบัติเป็นสิ่งที่ถูกต้อง เป็นความรู้ที่ทรงอำนาจเหนือความรู้ใด ๆ ผู้ให้ข้อมูลซึ่งเป็นสตรีอีสานที่มีสถานะทางสังคมต่ำกว่าจึงไม่สามารถต่อรองกับอำนาจทางความรู้ดังกล่าวได้ แม้ในบางครั้งที่การใช้ความรู้นั้นอาจจะไม่ได้ถูกต้องเสมอไปก็ตาม<sup>7,19</sup> สำหรับผลการศึกษาในประเด็นความต้องการในสิทธิและทางเลือกของสตรีอีสานที่ป่วยด้วยมะเร็งเต้านมนั้น แม้จะพบว่าผู้ให้ข้อมูลจะไม่ได้มีส่วนร่วมในการตัดสินใจเลือกวิธีการรักษาสำหรับตนเองก็ตาม หากแต่ที่จริงแล้วถ้าเป็นไปได้เขาเหล่านั้นก็ปรารถนาเลือกเช่นเดียวกับบุคคลทั่วไปที่จะได้รับสิทธิในการรับรู้ข้อมูลด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคและทางเลือกในการดูแลรักษาตนเองจากผู้ให้บริการด้านสุขภาพซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของการสนับสนุนทางสังคมอันจะช่วยให้สตรีที่ป่วยด้วยมะเร็งเต้านมสามารถเผชิญและแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นได้ดี ส่งผลดีต่อการเยียวยารักษาได้<sup>20</sup> โดยการให้ข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลรักษานั้น บุคลากรสามารถให้ได้ตลอดเวลา ทั้งในขั้นตอนของการตรวจวินิจฉัย การรักษา และระยะหลังรักษา<sup>21</sup>

## ข้อเสนอแนะ

1. สถาบันการศึกษาควรจัดการเรียนการสอนให้นักศึกษาตระหนักถึงสิทธิของผู้ป่วย ยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง เสนอทางเลือกเพื่อการรักษาพยาบาลเหมาะสมกับบริบทของผู้ป่วยแต่ละคน ตลอดจนปลูกฝังให้นักศึกษามีความเข้าใจบริบทวัฒนธรรมที่มีความหลากหลายและแตกต่างของผู้รับบริการ
2. บุคลากรควรตระหนักถึงข้อค้นพบนี้และควรให้ความเคารพในสิทธิและเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยและการรักษาให้แก่ผู้ป่วยทราบมากขึ้น พร้อมทั้งเสนอทางเลือกและส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเลือกแนวทางการรักษาให้เหมาะสมโดยการมีนโยบายและรูปแบบในการบอกเล่าความจริงและทางเลือกในการรักษาแก่ผู้ป่วยที่ชัดเจนเพราะจะช่วยให้ผู้ป่วยได้คิดและตัดสินใจเกี่ยวกับทางเลือกในการรักษา<sup>22</sup> การให้ข้อมูลที่ถูกต้องชัดเจนจะช่วยให้ผู้ป่วยคลายความวิตกกังวลและความกลัวลงได้
3. ควรมีการศึกษาเพื่อหารูปแบบในการพิทักษ์สิทธิและทางเลือกในการรักษาในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม และทำการศึกษาในพื้นที่ที่กว้างขึ้น เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ครอบคลุมเป็นประโยชน์มากขึ้น

## References

1. Globocan. Estimating the world cancer burden. International Journal of Cancer 2000; 9(2): 153-156.
2. American Cancer Society. Cancer Facts & Figures. American Cancer Society, Inc., Atlanta, GA; 2013.
3. American Cancer Society. Cancer Facts & Figures. [database on the Internet]. 2012 [cited 2014 Aug 1]. Available from: <http://www.cancer.org/acs/groups/content/@epidemiologysurveillance/documents/document/acspc-031941.pdf>
4. Forouzanfar MH, Foreman KJ, Delossantos AM, et al. Breast and cervical cancer in 187 countries between 1980 and 2010: a systematic analysis. Lancet 2011; 378: 1461-84.



5. National Cancer Institute. Hospital Based Cancer Registry. [database on the Internet]. 2011. [cited 2014 Aug 1]. Available from: [http://www.nci.go.th/th/File\\_download/Nci%20Cancer%20Registry/Hospitalbase2011.pdf](http://www.nci.go.th/th/File_download/Nci%20Cancer%20Registry/Hospitalbase2011.pdf)
6. National Cancer Institute. Ministry of Public Health. Hospital-based cancer registry [database on the Internet]. 2006 [cited 2014 Jan 26]. Available from: [http://www.nci.go.th/th/File\\_download/Nci%20Cancer%20Registry/Hospitalbase2011.pdf](http://www.nci.go.th/th/File_download/Nci%20Cancer%20Registry/Hospitalbase2011.pdf)
7. Jordan, Brigitte. "Authoritative Knowledge and its Construction." *Childbirth and Authoritative Knowledge: Cross-Cultural Perspectives*. Eds. R. Davis-Floyd and C. Sargent. Berkeley: University of California Press, 1997; 55–80.
8. Vulpiani P, Comelles JM, Dongen van E., editors. *Health for All, all in Health. European Experiences on Health Care for Migrants*. Cidis/Alisei: Perugia; 2000.
9. Scheppers E, van Dongen E, Dekker J, Geertzen J, Dekker J. Potential barriers to the use of health services among ethnic minorities: a review. *Family Practice*. 2006; 23: 325–348.
10. Thailand Nursing and Midwifery Council. Patient Right Act. [database on the Internet]. 1998. [cited 2014 Aug 1]. Available from: <http://www.tnc.or.th/law/page-5.html>
11. Liamputtong P. *Qualitative Research Methods*. 4<sup>th</sup> ed. Oxford University press, UK; 2013.
12. Patton MQ. *Qualitative Research & Evaluation Methods*. 3<sup>rd</sup> ed. CA: Sage, USA; 2011.
13. Carpenter C. Phenomenology and rehabilitation research. In P. Liamputtong (ed.), *Research methods in health: Foundations for evidence-based practice*, 2<sup>nd</sup> ed. Melbourne: Oxford University Press, UK; 2013.
14. Braun V, Clarke V. Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*. 2006; 3: 77–101.
15. Cheung P, Spears G. Illness aetiology constructs, health status and use of health services among Cambodians in New Zealand. *Aust N Z J Psychiatry*. 1995; 29: 257–265.
16. Smith GD, Chaturvedi N, Harding S, Nazroo J, Williams R. Ethnic inequalities in health: a review of UK epidemiological evidence. *Crit Public Health*. 2000; 10: 376–407.
17. Jirojwong S, Manderson L. Physical health and preventive health behaviors among Thai women in Brisbane, Australia. *Health Care Women Int*. 2002; 23: 197–206.
18. Surakul J, Chaowalit A, Phantusena C, Suttharangsee W. Experiences of cancer patients in being told the truth about their illnesses. *Songklanagarind Medical Journal* 2011; 20(4): 241–249.
19. Institute for Patient- and Family-Centered Care website. Institute for Patient- and Family-Centered Care. [database on the Internet]. [cited 2014 May 28]. Available from: <http://www.ipfcc.org>
20. Bloom J, Stewart SL, Johnston M, Bank P, Fobair P. Sources of support and the physical and mental well-being of young women with breast cancer. *SocSci Med*. 2001; 53(11): 1513–1524.
21. Grace J, Yoo, Ellen G, Levine, Caryn Aviv, Cheryl Ewing, Alfred Au. Older women, breast cancer, and social support. *Support Care Cancer*. 2010; 18: 1521–1530.
22. Trang H, Ruisungnoen W. Experiences of Vietnamese Women with Breast Cancer. *Journal of nurses' association of Thailand, North-Eastern Division* 2012; 30(4): 30–39.
23. Beaver K, Witham G. Information needs of the informal carers of women treated for breast cancer. *European Journal of Oncology Nursing*. 2007; 11: 16–25.
24. Padilla GV, Grant MM. Quality of life as a cancer nursing outcome variable. *Adv Nurs Science*; 1985; 8 (1): 45–60.



## Health Care Providers' Authoritative Knowledge: Patients' Choices and Rights Perceived by Isan Women Living with Breast Cancer

Yoawaluk Pothidara M.Ed.\*

Phensiri Dumrongpakapakorn PhD\*\*

Anantasak Panput B.N.S.\*\*

Chomphoonuch Phoomphij B.N.S.\*\*

Songkran Nakbun M.Sc.\*\*

### Abstract

The objective of this phenomenological study was to describe the lived experiences regarding health care service received from health care providers (HCPs), in particular, rights and choices, among Isan women living with breast cancer. The participants of the study were composed of 18 Isan women living with breast cancer. The method of data collection was an in-depth interview. The data obtained were then analyzed using thematic analysis. Utilizing the concept of authoritative knowledge, we could identify four major themes: 1) the participants lost their rights as the HCPs failed to provide the necessary information to them; 2) the participants were given no choices, indicating a lack of treatment options offered by the HCPs; 3) authoritative knowledge led to losing rights indicated that knowledge of the HCPs greatly affected the participants' adherence to any HCPs' recommendations; and, 4) calling for rights and protections tended to reflect the participants' demand to assert their rights and choices from the HCPs. The results suggest that real experiences of Isan women living with breast cancer with respect to the provided health care service in their rights and choices of available treatments are likely to be diminished or eliminated due to authoritative knowledge of the HCPs. This study is of certain contributions to adopt culturally-appropriate guidelines in protecting the rights and preferences of care for breast cancer patients.

**Keywords:** authoritative knowledge, patient choices and rights, breast cancer, healthcare service

---

\*Assistant Professor, Nakhon Phanom University

\*\*Lecturer, Nakhon Phanom University