

ระบบการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งท่อน้ำดี

Care system for patients with cholangiocarcinoma

สมปอง พะมูลิลา พย.ม.* บำเพ็ญจิต แสงชาติ พย.ค.**

Sompong Pamulila, MNS* Bumpenjit Sangchart DNS.**

บทความวิจัย

วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ

Journal of Nursing Science & Health

ปีที่ 40 ฉบับที่ 3 (กรกฎาคม-กันยายน) 2560

Volume 40 No.3 (July-September) 2017

บทคัดย่อ

การศึกษาเชิงคุณภาพนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งท่อน้ำดี เก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้ให้บริการ 58 คน และผู้รับบริการ 64 คน รวม 122 คน โดยใช้วิธีการสัมภาษณ์เชิงลึก วิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์เนื้อหา ผลการวิจัยพบว่า 1) การจัดบริการการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งท่อน้ำดี ได้แก่ การเฝ้าระวังโรค การส่งเสริมการดูแล การรักษา/การจัดการ การส่งต่อ และการดูแลต่อเนื่อง ผลลัพธ์ที่ได้ทำให้ตรวจพบโรคได้ในระยะแรก เกิดความเชื่อมโยงการดูแลของโรงพยาบาลทั้ง 3 ระดับ และพบผู้ป่วยรอการผ่าตัดนาน 2) การดูแลตนเองของผู้ป่วยและครอบครัว ประกอบด้วย การไม่กินปลาดิบ การไปตรวจคัดกรองโรค และการไม่มารับบริการต่อเนื่อง โดยมีปัญหาและความต้องการ ได้แก่ ไม่มีเงินค่าตรวจวินิจฉัยโรค ยังไม่ตระหนัก ไม่มีผู้ดูแล และการเดินทางไปรักษาไกล และ 3) เงื่อนไขในการดูแลตนเอง คือ การช่วยเหลือจากชุมชน ความเชื่อต่อโรค วัฒนธรรมการกินปลาดิบ ส่วนเงื่อนไขในการดูแลของหน่วยบริการสุขภาพคือ การมีส่วนร่วมการดูแลในชุมชน การจัดสวัสดิการช่วยเหลือ และความเชื่อต่อการรักษา ผลการศึกษานำสู่การสังเคราะห์ระบบการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งท่อน้ำดีและข้อเสนอการพัฒนาศักยภาพของบุคลากรสุขภาพ ผู้ป่วย ครอบครัวและชุมชนให้มีสมรรถนะดูแลผู้ป่วย

คำสำคัญ : ระบบการดูแล ระบบบริการสาธารณสุข มะเร็งท่อน้ำดี การวิจัยเชิงคุณภาพ

Abstract

This qualitative study aimed to explore the care system for cholangiocarcinoma patients. The data were collected from 58 service providers and 64 clients by in-depth interviews. The data were analyzed by content analysis. The findings revealed as follows. 1) Care services: These included disease surveillance, care promotion, treatment/management, referral, and continuing care. The results of these services were to the detection of the disease at the early stage. Three levels of care were linked. The patients also had to wait for the operation for a long time. 2) Self-care of patients and families: not eating raw fish, screening for disease, discontinuing care and the problems and needs, including not being afford for disease diagnose, not being aware of the disease, not having caregivers and long distance from care services were found. 3) Self-care conditions: These included community support, belief on disease and eating raw fish culture. The condition

*Doctor of Philosophy (Nursing) Student, Faculty of Nursing, Khon Kaen University

**Associate Professor, Faculty of Nursing, Khon Kaen University

of care by health care units included participation in community care, provision of welfare as well as the belief on treatment. The results of the study can be proposed for the care system synthesis for cholangiocarcinoma patients and the development of the potential in providing care for patients of health personnel, patients, families and communities.

keywords: care system, health care system, cholangiocarcinoma, qualitative research

บทนำ

โรคมะเร็งท่อน้ำดีเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญในภาคอีสานของประเทศไทย พบว่าเป็นสาเหตุการตายอันดับหนึ่งเมื่อแบ่งแยกตามรายภาค โดยในปี พ.ศ. 2555-2557 มีอัตราการตาย 34.9, 35.5 และ 35 ต่อ 100,000 คน รองลงมาคือภาคเหนือ อัตราตาย 22.9, 25.7 และ 25.2 ต่อ 100,000 คน ตามลำดับ¹ และมีอัตราการความชุกของโรคมะเร็งท่อน้ำดีเพิ่มขึ้น โดยกองสถิติกระทรวงสาธารณสุข รายงานว่าในปี พ.ศ. 2556 และ 2557 มีอัตราความชุก 91.16 และ 91.82 ต่อ 100,000 คน² สำหรับจังหวัดอุบลราชธานีมีผู้เสียชีวิตจากโรคมะเร็งท่อน้ำดีเพิ่มขึ้น โดยในปี พ.ศ. 2556 และ 2557 มีอัตราการตาย 32.99 และ 42.6 ต่อ 100,000 คน และมีความชุกของโรคที่เพิ่มขึ้นเช่นกัน โดยพบอัตราความชุก 74.10 และ 77.92 ต่อ 100,000 คน ตามลำดับ³ สะท้อนให้เห็นถึงความรุนแรงจากโรคมะเร็งท่อน้ำดีว่าเป็นปัญหาที่พบได้มากในภาคอีสาน และมีจำนวนเพิ่มขึ้น

การเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งท่อน้ำดีเป็นสถานการณ์ที่รุนแรงและคุกคามต่อชีวิตของผู้ป่วย โดยธรรมชาติของโรคมะเร็งท่อน้ำดีเป็นโรคที่อันตรายถึงตายได้อย่างรวดเร็วจากการที่มะเร็งรุกรานโดยตรงไปยังอวัยวะสำคัญต่าง ๆ ของร่างกาย ผู้ที่เป็นโรคมะเร็งท่อน้ำดีได้รับความทุกข์ทรมานจากเซลล์มะเร็งที่เพิ่มจำนวนมากขึ้น และกระจายลุกลามเร็วในที่สุดอวัยวะต่าง ๆ ของร่างกายถูกทำลาย ทำให้ผู้ป่วยมีอาการมากมาย เช่น ปวดแน่นท้อง หายใจลำบาก อ่อนเพลีย เบื่ออาหาร ท้องมาน ตัวเหลือง ตาเหลือง และคันตามร่างกาย ขึ้นอยู่กับอวัยวะที่ถูกทำลาย และในที่สุดทำให้

ผู้ป่วยต้องเสียชีวิต⁴ นอกจากนี้ยังส่งผลกระทบต่อครอบครัว โดยเฉพาะผู้ป่วยที่เป็นหัวหน้าครอบครัว เมื่อเกิดการเจ็บป่วยมักไม่สามารถหารายได้เลี้ยงครอบครัวได้ ทำให้ครอบครัวขาดรายได้และภาครัฐต้องเสียค่าใช้จ่ายด้านบริการสุขภาพเป็นจำนวนมาก⁵ รัฐบาลไทยให้ความสำคัญกับโรคมะเร็งท่อน้ำดีว่าเป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญในภาคอีสาน ซึ่งเป็นพื้นที่ที่พบความชุกของโรคสูง เนื่องจากประชาชนมักนิยมกินปลาดิบ ทำให้ติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับจึงเป็นสาเหตุของการเกิดโรคมะเร็งท่อน้ำดี จะเห็นได้ว่าในปี พ.ศ. 2527 กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดนโยบาย “อีสานไม่กินปลาดิบ” เพื่อลดความชุกของการเกิดโรค โดยให้หน่วยงานภาครัฐมีการณรงค์ให้ความรู้แก่ประชาชน แต่พบว่าอัตราความชุกจากโรคในพื้นที่ก็ยังไม่ลดลงซึ่งประชาชนยังคงมีพฤติกรรมกินปลาดิบ จนกระทั่งต่อมาในปี พ.ศ. 2555 มหาวิทยาลัยขอนแก่น สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติและกระทรวงสาธารณสุขได้ดำเนินนโยบาย “กำจัดมะเร็งท่อน้ำดีภาคตะวันออกเฉียงเหนือ” เพื่อลดอัตราป่วยตาย ผลกระทบจากโรค โดยให้หน่วยงานของภาครัฐจัดการดูแลโรคมะเร็งท่อน้ำดี และสร้างเครือข่ายดูแลในภาคอีสาน⁶ เมื่อพิจารณานโยบายที่ผ่านมาตลอด 30 ปีกว่า จะเห็นว่า มีการเปลี่ยนแปลงมาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2527-2559 ทั้งในเรื่องแนวคิดและยุทธศาสตร์ในการจัดการกับปัญหาความรุนแรงของโรคมะเร็งท่อน้ำดี เริ่มตั้งแต่การจัดบริการที่เน้นผู้รับบริการในการป้องกันและควบคุมโรค และในปัจจุบันเน้นที่การจัดบริการการดูแลโรคมะเร็งท่อน้ำดีเพื่อลดผลกระทบที่เกิดจากโรคเพื่อทำให้ผู้ป่วยเข้าถึงบริการสุขภาพได้ อีกทั้งยังมี

ความก้าวหน้าทางเทคโนโลยีด้านการตรวจวินิจฉัยสามารถค้นหากลุ่มเสี่ยงโรคในระยะแรกได้ด้วยเครื่องมือการตรวจอัลตราซาวด์ที่ทำให้สามารถรักษาให้หายขาดได้โดยการผ่าตัดระยะแรก⁷ อย่างไรก็ตามนโยบายส่วนใหญ่เกิดขึ้นมาจากการดำเนินการของภาครัฐยังขาดการทำความเข้าใจบริบทวัฒนธรรมและสิ่งแวดล้อมที่เชื่อมต่อกับปัญหาและความต้องการการดูแลของผู้ป่วยในพื้นที่ อีกทั้งการรักษาเป็นการรักษาที่มาจากหลักทฤษฎีทางการแพทย์เพียงด้านเดียวอาจไม่สามารถตอบสนองต่อความต้องการของประชาชนได้ทั้งหมด ทั้งนี้ยังมีปัจจัยเงื่อนไขอื่น ๆ อีก เช่น การดูแลตนเองของประชาชนร่วมด้วยเป็นแนวทางหนึ่งที่จะทำให้สามารถตรวจพบโรคเมะเร็งท่อน้ำดีในระยะเริ่มต้นได้

จากประสบการณ์ของผู้วิจัยในสถานบริการสุขภาพที่ให้การดูแลผู้ป่วยโรคเมะเร็งท่อน้ำดีในจังหวัดแห่งหนึ่งซึ่งเชื่อมโยงการดูแลทั้ง 3 ระดับ ได้แก่ ระดับตติยภูมิ ทติยภูมิ และปฐมภูมิ ที่มีศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยโรคเมะเร็งท่อน้ำดีในด้านการตรวจคัดกรองโรค การรักษา การส่งต่อการดูแลในสถานบริการสุขภาพแต่ละระดับ และดูแลต่อเนื่องที่บ้าน แต่ยังพบปัญหาว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่มักมารับบริการสุขภาพล่าช้าและเข้ารับการรักษาไม่ต่อเนื่องทำให้โรคลุกลามไปอย่างรวดเร็วและเกิดภาวะแทรกซ้อนมากขึ้นตามมา แสดงให้เห็นว่ายังมีปัญหาเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้โดยเฉพาะอย่างยิ่งการดูแลที่มีอยู่ยังไม่เพียงพอสำหรับการทำให้เกิดความเข้าใจภาพการดูแลที่มีได้มีเพียงมุมมองภาคส่วนใดภาคส่วนหนึ่งเท่านั้นแต่เป็นการทำความเข้าใจภาพรวมทั้งจากมุมมองของผู้ให้บริการและผู้รับบริการในการดูแลผู้ป่วยโรคเมะเร็งท่อน้ำดีที่เป็นอยู่จากปัญหาและข้อมูลการดูแลซึ่งนำดังกล่าวจึงนำมาสู่คำถามว่า การจัดบริการการดูแลผู้ป่วยโรคเมะเร็งท่อน้ำดีเป็นอย่างไร ผู้ป่วยโรคเมะเร็งท่อน้ำดีและครอบครัวมีการดูแลตนเองเป็นอย่างไร และมีเงื่อนไขใดในการดูแลผู้ป่วยโรคเมะเร็งท่อน้ำดีในปัจจุบัน

จากการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยโรคเมะเร็งท่อน้ำดีพบมีการศึกษาเกี่ยวกับประสบการณ์ของผู้ป่วยเมะเร็งตับและท่อน้ำดี ในประเทศได้หวนในการศึกษานี้พบว่าผู้ป่วยโรคเมะเร็งตับและท่อน้ำดีได้รับผลกระทบจากโรคในการดูแลตนเองและการดำเนินชีวิต⁸ สำหรับในประเทศไทยมีการศึกษาเกี่ยวกับการเผชิญปัญหาและการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเมะเร็งท่อน้ำดีระยะเริ่มแรกที่ได้รับการผ่าตัดในจังหวัดขอนแก่น พบว่าผู้ป่วยเมื่อมีอาการที่ไม่รุนแรงมากมักจะซื้อยากินเองหรือไปรักษาที่คลินิก ถ้าหากอาการไม่ดีหรือมีอาการรุนแรงมากขึ้นผู้ป่วยจึงตัดสินใจเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล⁹ และการศึกษาเกี่ยวกับปัญหาของผู้ป่วยโรคเมะเร็งท่อน้ำดีที่ได้รับยาเคมีบำบัด ในศึกษานี้พบว่าผู้ป่วยมีปัญหาทางด้านร่างกาย ได้แก่ ปวดท้อง ค้นตามตัว และผลข้างเคียงจากการได้รับยาเคมีบำบัด และปัญหาทางด้านจิตใจ เช่น วิตกกังวล และกลัวไม่หาย¹⁰ จะเห็นว่า องค์ความรู้ที่ได้จากงานวิจัยดังกล่าวยังไม่เพียงพอสำหรับการทำความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคเมะเร็งท่อน้ำดีที่ครอบคลุมประเด็นการจัดบริการการดูแลผู้ป่วยโรคเมะเร็งท่อน้ำดีและการดูแลตนเองของผู้ป่วยและครอบครัวทั้งในการเข้ามาใช้บริการในสถานบริการสุขภาพทั้ง 3 ระดับและการดูแลที่บ้าน ด้วยเหตุนี้ผู้วิจัยจึงมีความสนใจศึกษาทำความเข้าใจระบบการดูแลผู้ป่วยโรคเมะเร็งท่อน้ำดีตามมุมมองของผู้ให้บริการและผู้รับบริการ ซึ่งจะทำได้ซึ่งความรู้ที่เป็นประโยชน์อย่างยิ่งสำหรับบุคลากรสุขภาพสามารถนำไปพิจารณาและปรับใช้เป็นแนวทางในการจัดบริการการดูแลผู้ป่วยโรคเมะเร็งท่อน้ำดีเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงบริการและมีคุณภาพชีวิตที่ดีได้

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อทำความเข้าใจระบบการดูแลผู้ป่วยโรคเมะเร็งท่อน้ำดีในจังหวัดแห่งหนึ่งในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ซึ่งมีวัตถุประสงค์เฉพาะ ดังนี้

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์การจัดบริการการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งท่อน้ำดี
2. เพื่อศึกษาการดูแลตนเองเมื่อเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งท่อน้ำดีของผู้ป่วยและครอบครัว
3. เพื่อศึกษาเงื่อนไขในการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งท่อน้ำดี

วิธีการศึกษา

การวิจัยนี้ใช้ระเบียบวิธีการวิจัยเชิงคุณภาพ โดยการศึกษาในสถานบริการสุขภาพทั้ง 3 ระดับ ในจังหวัดแห่งหนึ่ง ระหว่างเดือนเมษายน-ธันวาคม 2559 โครงการวิจัยผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัย ในมนุษย์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น (เลขที่ HE593115) ผู้วิจัยขออนุญาตจากพื้นที่ศึกษา ก่อนเข้าเก็บรวบรวมข้อมูล โดยประสานงานกับผู้อำนวยการและกลุ่มการพยาบาลในสถานบริการสุขภาพทั้ง 3 ระดับ และ อสม. ในการเป็นผู้นำทางลงพื้นที่ โดยในการเก็บข้อมูลผู้วิจัยได้แนะนำตัวและชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยกับผู้ให้ข้อมูล และให้ลงนามความยินยอมเข้าร่วมวิจัยก่อนทำการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยที่ผู้ให้ข้อมูลมีอิสระในการถอนตัวจากการวิจัยได้ตลอดเวลาและไม่มีผลกระทบใด ๆ การศึกษานี้ไม่ระบุชื่อผู้ให้ข้อมูลและจะทำลายข้อมูลเมื่อสิ้นสุดการวิจัย การสัมภาษณ์แต่ละครั้งใช้เวลา 30-60 นาที เมื่อสิ้นสุดการสัมภาษณ์ผู้วิจัยจะทวนข้อมูลที่ได้อีกผู้ให้ข้อมูลเพื่อความเข้าใจที่ตรงกัน

ผู้ให้ข้อมูล การศึกษานี้เลือกผู้ให้ข้อมูลแบบเจาะจง คือ ผู้ให้บริการหรือผู้รับบริการ ซึ่งเป็นผู้ที่มีประสบการณ์ตรงหรือมีความเกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งท่อน้ำดี โดยใช้ข้อมูลจากประสบการณ์ของผู้วิจัยในการศึกษานำร่องและการศึกษาแฟ้มประวัติผู้ป่วยในสถานบริการสุขภาพทั้ง 3 ระดับ ได้แก่ ระดับตติยภูมิ ตติยภูมิ และระดับปฐมภูมิ ที่มีความแตกต่างกันของการให้บริการสุขภาพ ตลอดจนมีความยินดีเข้าร่วมวิจัยผู้ให้ข้อมูล ประกอบด้วย 1) กลุ่มผู้ให้บริการ ซึ่งเป็นผู้ที่มีประสบการณ์ตรงเกี่ยวข้องกับการ

ดูแลผู้ป่วย จำนวน 58 คน โดยเป็นผู้ที่อยู่ในสถานบริการสุขภาพตติยภูมิ 26 คน ประกอบด้วย ผู้บริหารแพทย์ หัวหน้าหอผู้ป่วยและพยาบาล เป็นผู้ที่อยู่ในสถานบริการสุขภาพตติยภูมิ 14 คน ประกอบด้วย ผู้บริหารแพทย์ หัวหน้าหอผู้ป่วยและพยาบาล และเป็นผู้ที่อยู่ในสถานบริการสุขภาพปฐมภูมิ 14 คน ประกอบด้วย ผู้อำนวยการ รพ.สต. พยาบาล นักวิชาการสาธารณสุข อสม. รองนายก อบต. อาสาสมัคร ผู้ใหญ่บ้าน และหมอพื้นบ้าน และ 2) กลุ่มผู้รับบริการ ได้แก่ ผู้ป่วยโรคมะเร็งท่อน้ำดีทุกระยะของโรคตั้งแต่ระยะที่ 1 ถึงระยะที่ 4 ตามระบบ TNM staging โดยองค์กร American joint committee on cancer จำนวน 32 คน และครอบครัวผู้ให้การดูแล คือ สมาชิกครอบครัวของผู้ป่วยโรคมะเร็งท่อน้ำดีที่ให้การดูแลผู้ป่วย ได้แก่ สามี ภรรยา พ่อแม่ และลูก จำนวน 32 คน โดยเป็นผู้ที่อยู่ในสถานบริการสุขภาพตติยภูมิ ประกอบด้วย ผู้ป่วยจำนวน 16 คน และสมาชิกในครอบครัวจำนวน 16 คน เป็นผู้ที่อยู่ในสถานบริการสุขภาพตติยภูมิ ประกอบด้วย ผู้ป่วยจำนวน 12 คน และสมาชิกในครอบครัวจำนวน 12 คน และเป็นผู้ที่อยู่ในสถานบริการสุขภาพปฐมภูมิ ประกอบด้วย ผู้ป่วยจำนวน 4 คน และสมาชิกในครอบครัวจำนวน 4 คน

เครื่องมือในการวิจัย

เครื่องมือวิจัยที่สำคัญคือ ตัวผู้วิจัย ซึ่งผ่านการศึกษาเกี่ยวกับการวิจัยเชิงคุณภาพในหลักสูตรปรัชญาดุษฎีบัณฑิต และได้ฝึกทักษะการวิจัยเชิงคุณภาพอย่างต่อเนื่องกับอาจารย์ที่ปรึกษา เช่น วิธีการกำหนดโจทย์การวิจัย เทคนิคการเก็บรวบรวมข้อมูล การวิเคราะห์และการสังเคราะห์ข้อมูล เป็นต้น เก็บรวบรวมข้อมูลจาก 2 แหล่ง ประกอบด้วย 1) ข้อมูลปฐมภูมิ เก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลที่บอกเล่าและสะท้อนความคิดผ่านประสบการณ์ของตนเอง ในการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งท่อน้ำดี โดยใช้คำถามแบบกึ่งโครงสร้างในการสัมภาษณ์ซึ่งผ่านการตรวจสอบโดย

ผู้เชี่ยวชาญด้านวิจัยเชิงคุณภาพจำนวน 3 ท่าน เช่น ท่านมีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งท่อน้ำดีอย่างไร หรือท่านดูแลตนเองอย่างไรบ้าง ก่อนและหลังมาโรงพยาบาล 2) ข้อมูลทุติยภูมิ โดยเก็บข้อมูลจากเอกสารเกี่ยวกับโครงสร้าง นโยบาย การดำเนินงานของสถานบริการสุขภาพทั้ง 3 ระดับ นอกจากนั้นยังได้รวบรวมข้อมูลเอกสารการจัดบริการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งท่อน้ำดีเกี่ยวกับการดำเนินการคัดกรอง การเยี่ยมบ้าน คู่มือสำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็งท่อน้ำดี เป็นต้น เพื่อจะช่วยให้เข้าใจเกี่ยวกับการจัดบริการการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งท่อน้ำดีมากขึ้น

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยทำการวิเคราะห์ข้อมูลตามแนวคิดการวิเคราะห์เนื้อหาไปพร้อมกับการเก็บรวบรวมข้อมูล ทำการถอดข้อมูลจากการสัมภาษณ์บันทึกเทปคำต่อคำ ตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลโดยการเปรียบเทียบการฟังเสียงบันทึกเทปซ้ำอีกครั้ง อ่านทบทวนข้อมูลหลาย ๆ ครั้งและจับประเด็นสำคัญเพื่อให้รหัสโดยใช้วิธีการวิเคราะห์แก่นสาระ โดยนำข้อมูลที่ได้มาจัดหมวดหมู่ของรหัสข้อความ ในประเด็นซ้ำกันและสร้างประเด็นหลัก วิเคราะห์และตรวจสอบความหมายโดยใช้วัตถุประสงค์ของการศึกษาเป็นแนวทางสร้างข้อสรุปประเด็นหลักและประเด็นย่อย และนำข้อค้นพบที่ได้ไปตรวจสอบกับผู้ให้ข้อมูล (member checking) จากนั้นนำไปตรวจสอบความถูกต้องในการวิเคราะห์ โดยการสะท้อนคิดกับอาจารย์ที่ปรึกษา (debriefing) เกี่ยวกับความหมายของโรค การจัดบริการการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งท่อน้ำดี การดูแลตนเองของผู้ป่วยและครอบครัว

ความน่าเชื่อถือและความเข้มงวดของการวิจัย

ผู้วิจัยใช้วิธีการตรวจสอบแบบสามเส้า¹¹ โดยทำการเก็บข้อมูลด้วยวิธีการที่หลากหลาย ได้แก่ การสังเกตแบบมีส่วนร่วม การสัมภาษณ์เจาะลึก และการศึกษาจากเอกสาร โดยทำการตรวจสอบข้อมูลกับผู้ให้

ข้อมูล และนำข้อมูลที่วิเคราะห์ได้มาสะท้อนคิดกับอาจารย์ที่ปรึกษาและการทบทวนวรรณกรรม และผู้วิจัยใช้วิธีการตรวจสอบความเข้มงวด (rigor) เพื่อสร้างความน่าเชื่อถือได้ของข้อมูล ประกอบด้วย ความเชื่อถือได้ (credibility) ผู้วิจัยได้ใช้ระยะเวลาอยู่ในสนามที่นานพอ โดยใช้ระยะเวลา 9 เดือน ตลอดจนนำข้อค้นพบที่ได้ไปตรวจสอบกับผู้ให้ข้อมูลเพื่อยืนยันข้อมูล พร้อมทั้งเพิ่มเติมข้อมูลให้มีความสมบูรณ์ ความเหมาะสมสามารถนำไปใช้ได้ (fittingness) โดยเขียนอธิบายรายละเอียดของบริบทที่ศึกษาอย่างชัดเจน เพื่อให้สถานบริการสุขภาพอื่นที่มีการจัดบริการการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งท่อน้ำดี ได้พิจารณาผลการศึกษาและความเป็นไปได้ที่จะนำไปประยุกต์ใช้ในบริบทอื่น ความสามารถในการตรวจสอบได้ (auditability) การศึกษานี้มีข้อมูลที่เพียงพอในงานวิจัยทั้งในส่วนของการถาม การวิจัย ข้อมูลดิบที่ผ่านการวิเคราะห์หรือตีความได้เข้าใจเหตุผลอย่างเป็นขั้นตอนผ่านข้อมูลที่ปรากฏ และการยืนยันความจริงอย่างเป็นกลาง (confirmability) ผู้วิจัยอธิบายข้อมูลและข้อค้นพบที่เกิดขึ้นนั้นเป็นสิ่งที่ได้รับเฉพาะจากผู้ให้ข้อมูลและเงื่อนไขที่เกิดขึ้นเท่านั้น

ผลการศึกษา

ผลการศึกษาสะท้อนให้เห็นระบบการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งท่อน้ำดี ที่ประกอบด้วย 1) สถานการณ์การจัดบริการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งท่อน้ำดี 2) การดูแลตนเองเมื่อเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งท่อน้ำดีของผู้ป่วยและครอบครัว และ 3) เงื่อนไขในการดูแล รายละเอียดดังนี้

1. สถานการณ์การจัดบริการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งท่อน้ำดี มีการให้ความหมายของโรคในมุมมองของผู้ให้บริการ แนวทางการจัดบริการการดูแลผลลัพธ์ที่ได้จากการจัดบริการ และเงื่อนไขในการจัดบริการ ดังนี้

1.1 การให้ความหมายของโรคในมุมมองของผู้ให้บริการ ผู้ให้บริการได้ให้ความหมาย 2 ลักษณะ คือ เป็นโรคที่ทุกข์ทรมาน และโรคมีโอกาสรักษาหาย ดังนี้

เป็นโรคที่ทุกข์ทรมาน ผู้ให้บริการมองว่าเป็นโรคที่ทุกข์ทรมานเนื่องจากพยาธิสภาพของโรคมะเร็งท่อน้ำดีมีการดำเนินโรคที่ลุกลามอย่างรวดเร็ว ส่งผลให้ผู้ป่วยต้องประสบกับอาการทุกข์ทรมานต่าง ๆ เช่น ปวดแน่นท้อง ตาเหลือง ตัวเหลือง และคันตามร่างกาย ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถดำเนินชีวิตได้ตามปกติ ผู้ให้บริการรับรู้ถึงความทุกข์ทรมานที่ผู้ป่วยเผชิญอยู่ ทำให้ผู้ให้บริการเกิดความรู้สึกสงสารผู้ป่วย จึงให้ความสำคัญกับการดูแลที่จะช่วยลดความทุกข์ทรมานที่เกิดขึ้น ดังที่พยาบาลได้กล่าวว่า “เป็นโรคที่ทุกข์ทรมานทั้งกายใจ มันปวด ตัวตาเหลือง คัน นำสงสาร พยาบาลเราก็ช่วยเขาเท่าที่จะทำได้ให้เขามีคุณภาพชีวิตที่ดีให้กินยาแก้ปวด ทายาแก้คัน ให้กำลังใจ”

โรคมีโอกาสรักษาหาย ผู้ให้บริการมองว่าถ้าสามารถตรวจค้นหาผู้ป่วยโรคมะเร็งท่อน้ำดีระยะแรกได้เร็วก็มีโอกาสรักษาให้หายได้ด้วยวิธีการผ่าตัด ผู้ให้บริการจึงให้ความสำคัญกับการตรวจค้นหาผู้ป่วยโรคมะเร็งท่อน้ำดีในระยะเริ่มต้น ดังที่แพทย์ได้กล่าวว่า “โรคนี้มีโอกาสรักษาหายถ้าเจอในระยะแรก รักษาให้หายขาดได้ด้วยการผ่าตัด.. ช่วงนี้มีโครงการ cascap ทำให้เจอคนไข้มากขึ้นบางคนยังไม่มีอาการแสดงของโรค”

1.2 แนวทางการจัดบริการการดูแล

ในสถานบริการสุขภาพมีแนวทางการจัดบริการการดูแล 5 ด้าน คือ 1) การเฝ้าระวังโรค เป็นการตรวจหาไข้พยาธิในอุจจาระให้กับประชาชนในพื้นที่ที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป โดยหากตรวจพบไข้พยาธิจะให้กินยาถ่ายพยาธิ พลาซิควอนเทล (praziquantel) โดยผู้ให้ข้อมูลบอกว่ายังไม่มีแนวทางการดูแลรักษาต่อเนื่องในผู้ที่ตรวจพบไข้พยาธิหรือติดเชื้อพยาธิไปไม่ดับซ้ำ และการคัดเลือก

กลุ่มเสี่ยงตามเกณฑ์เข้ารับตรวจคัดกรองโรคยังไม่ครอบคลุมและมีจำนวนโคตตาน้อย 2) การส่งเสริมการดูแล เป็นการรณรงค์ไม่กินปลาดิบ ปลาร้าต้มสุกดื่มสุรา โดยให้ความรู้ผ่านสื่อ เช่น โปสเตอร์ โทรทัศน์ และประชาสัมพันธ์ผ่านหอกระจายข่าวในหมู่บ้าน รวมถึงการให้คำแนะนำควบคุมอาหาร การใส่ยา และสังเกตภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ แต่ยังไม่พบว่าการรณรงค์ไม่มีความต่อเนื่องและยังไม่สอดคล้องกับวิถีชีวิตของคนในพื้นที่ 3) การรักษา/การจัดการ ประกอบด้วย 3.1) การวินิจฉัยโรค พบว่า ร.พ.ระดับทุติยภูมิส่วนใหญ่ยังไม่สามารถตรวจวินิจฉัยโรคมะเร็งท่อน้ำดีได้ เนื่องจากข้อจำกัดด้านอุปกรณ์ทางการแพทย์และแพทย์เชี่ยวชาญเฉพาะโรคมะเร็งท่อน้ำดีไม่เพียงพอ ทำให้ผู้ป่วยส่วนใหญ่ถูกส่งต่อเพื่อวินิจฉัยโรคที่ร.พ.ระดับตติยภูมิ โดยเฉพาะในบางพื้นที่ที่มีความห่างไกล ทำให้ต้องเดินทางไปรักษาไกลและสูญเสียเงินกับค่าใช้จ่ายในการเดินทาง ตลอดจนผู้ป่วยต้องรอคิวตรวจนานเนื่องจากมีผู้ป่วยจำนวนมาก ทำให้เกิดความล่าช้าในการตรวจวินิจฉัยโรค 3.2) ผ่าตัดรักษา เป็นวิธีการรักษาที่ใช้ในปัจจุบันเพื่อหายขาดและ/หรือบรรเทาอาการ ส่วนใหญ่ส่งต่อการรักษาผ่าตัดตับและท่อน้ำดีที่ร.พ.ระดับตติยภูมิ เนื่องจาก ร.พ.ระดับทุติยภูมิและปฐมภูมิยังขาดบุคลากรเชี่ยวชาญเฉพาะโรคและอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่ทันสมัย 3.3) เคมีบำบัด เป็นการรักษาเพื่อประคับประคองอาการ โดยส่วนใหญ่ผู้ป่วยมักถูกส่งตัวเข้ารับการรักษาในร.พ.ระดับตติยภูมิ ทำให้เกิดความแออัดและผู้ป่วยรอคิวรักษามากขึ้น ร.พ.ระดับตติยภูมิก็ได้พยายามขยายเครือข่ายการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดมายังร.พ.ระดับทุติยภูมิ เพื่อลดปัญหาการคิวการรักษาที่ร.พ.ระดับตติยภูมินาน และ 3.4) การรักษาประคับประคอง เป็นการรักษาผู้ป่วยโรคมะเร็งท่อน้ำดีระยะสุดท้าย ซึ่งผู้ป่วยส่วนใหญ่มักเกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ที่รุนแรงในขณะที่อยู่บ้าน เช่น ผู้ป่วยที่มีการใส่สายระบายในท่อน้ำดีผ่านทางผิวหนังแล้วมีการอุดตัน ทำให้มีอาการปวดรุนแรง เป็นต้น ซึ่งบุคลากรสุขภาพ

ที่รพ.สต.ควรมีความเชี่ยวชาญและมีทักษะในการดูแลผู้ป่วยโรคเมะเร็งท่อน้ำดี เพื่อป้องกันและลดความรุนแรงจากภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น 4) การส่งต่อการจัดบริการดูแลที่รพ.ระดับทุติยภูมิและปฐมภูมิ ส่วนใหญ่เป็นการรักษาแบบประคับประคองอาการเพื่อบรรเทาความทุกข์ทรมานของผู้ป่วยโรคเมะเร็งท่อน้ำดีเท่านั้น ทำให้มีการส่งต่อผู้ป่วยโรคเมะเร็งท่อน้ำดีเข้ามารับบริการตรวจวินิจฉัยและรักษาโรคเมะเร็งท่อน้ำดีที่รพ.ระดับตติยภูมิจำนวนมาก เช่น การส่งไปรักษาผ่าตัดตับและท่อน้ำดี การให้ยาเคมีบำบัด หรือรังสีรักษา เป็นต้น ซึ่งส่งผลให้รพ.ระดับตติยภูมิมีความแออัด และบุคลากรสุขภาพต้องแบกรับภาระงานในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้มากขึ้น และ 5) การดูแลต่อเนื่อง รพ.ระดับทุติยภูมิและปฐมภูมิจะส่งต่อผู้ป่วยโรคเมะเร็งท่อน้ำดีเข้ารับการตรวจและรักษาด้วยการผ่าตัดตับหรือเคมีบำบัดที่ รพ.ระดับตติยภูมิ ซึ่งหลังรักษาจะส่งผู้ป่วยกลับมาดูแลต่อเนื่องที่บ้าน โดยใช้ใบส่งต่อเป็นเครื่องมือในการสื่อสารข้อมูลการเจ็บป่วยระหว่างโรงพยาบาลทั้ง 3 ระดับ ซึ่งเอกสารการส่งต่อข้อมูลการเจ็บป่วยจะมาพร้อมกับผู้ป่วยเมื่อมาถึงบ้าน ทำให้สถานบริการสุขภาพในพื้นที่อาจไม่ได้รับข้อมูลการเจ็บป่วยที่ถูกส่งต่อมาหรือได้รับข้อมูลที่ล่าช้า ส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลล่าช้า ผู้ให้บริการมองว่าการจัดระบบส่งต่อข้อมูลการเจ็บป่วยที่เชื่อมโยงระหว่างสถานบริการสุขภาพทั้ง 3 ระดับที่สามารถเข้าถึงข้อมูลการเจ็บป่วยของบุคคลในพื้นที่ได้อย่างรวดเร็ว จะทำให้การประสานงานการดูแลมีความต่อเนื่อง ทำให้ลดภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้

1.3 ผลลัพธ์ จากการจัดบริการดูแลผู้ป่วยโรคเมะเร็งที่เป็นอยู่นำมาสู่ผลลัพธ์ที่ได้จากการจัดบริการการดูแล พบว่า 1) *พบโรคในระยะแรก* เป็นการตรวจคัดกรองค้นหาโรคเมะเร็งท่อน้ำดีด้วยการตรวจอัลตราซาวด์มีความสำคัญซึ่งเป็นช่องทางพิเศษที่จะทำให้ประชาชนในพื้นที่สามารถเข้าถึงบริการสุขภาพ โดยเฉพาะการตรวจค้นพบผู้ป่วยได้ในระยะ

แรก ส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาผ่าตัดอย่างทันท่วงที 2) *ความเชื่อมโยงดูแล ของโรงพยาบาลทั้ง 3 ระดับ* เป็นการจัดกิจกรรมทั้งเชิงรุกและเชิงรับมีความเชื่อมโยงการดูแลระหว่างสถานบริการสุขภาพทั้ง 3 ระดับ เช่น การตรวจคัดกรองโรคเมะเร็งท่อน้ำดี โดยรพ.ทุติยภูมิประสานงานกับรพ.สต.คัดเลือกกลุ่มเสี่ยงตามเกณฑ์เข้ารับการตรวจตามโควตาที่กำหนด จากนั้นกลุ่มเสี่ยงจะถูกส่งต่อเพื่อตรวจ

อัลตราซาวด์ที่รพ.ทุติยภูมิ หากวินิจฉัยว่าเป็นโรคเมะเร็งท่อน้ำดีจะถูกส่งต่อไปที่รพ.ตติยภูมิ เพื่อเข้ารับการรักษาผ่าตัดตับและท่อน้ำดีหรือให้ยาเคมีบำบัดต่อไปโดยการดูแลผู้ป่วยเมะเร็งท่อน้ำดีมีการเชื่อมโยงการดูแลระหว่างสถานบริการสุขภาพทั้ง 3 ระดับตามปัญหาสุขภาพที่เกิดขึ้นตามศักยภาพของสถานบริการแต่ละระดับเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ครอบคลุมและเหมาะสมต่อไป และ 3) *ผู้ป่วยรอการผ่าตัดนาน* พบว่า ผู้ป่วยต้องเข้าคิวรอผ่าตัดนานในสถานบริการระดับตติยภูมิเนื่องจากแพทย์ศัลยกรรมเฉพาะทางมีน้อยทำให้ผู้ป่วยรอคิววินิจฉัยนานหรือเข้ารับการรักษาช้า อาจเกิดความคับข้องใจหรือขาดหายจากระบบการรักษาได้ แม้ว่าจะมีโครงการผ่าตัดตับและท่อน้ำดีนอกเวลา แต่ก็ยังไม่เพียงพอกับความต้องการเข้ารับบริการของผู้ใช้บริการ เนื่องจากยังมีข้อจำกัดในด้านของบุคลากรสุขภาพในการดูแลรักษาที่ไม่เพียงพอ

1.4 เงื่อนไขในการจัดบริการ พบว่า

1) *ด้านงบประมาณ* เป็นเงื่อนไขสำคัญที่ผู้บริหารของโรงพยาบาลต้องให้ความสำคัญโดยจัดหางบประมาณในการจัดกิจกรรมต่าง ๆ เช่น การตรวจหาไขพยาธิ การตรวจคัดกรองโรคเมะเร็งท่อน้ำดีด้วยการตรวจอัลตราซาวด์ที่สามารถตรวจค้นพบผู้ป่วยในระยะแรกซึ่งมีค่าใช้จ่ายในการตรวจคัดกรองโรคจำนวนมาก ตลอดจนการพัฒนาบุคลากรด้านสุขภาพให้มีความเชี่ยวชาญในการดูแลโรคเมะเร็งท่อน้ำดีทั้งกลุ่มเสี่ยงและกลุ่มป่วย 2) *ด้านบุคลากรสุขภาพ* โดยการสนับสนุนด้านอัตรา

กำลังที่เพียงพอ เช่น แพทย์คัดสรรเฉพาะทาง แพทย์รังสีวินิจฉัย และพยาบาล จะช่วยลดปัญหาการรอวินิจฉัยโรคหรือรอการรักษา และลดความแออัดของโรงพยาบาลตติยภูมิ ตลอดจนพัฒนาบุคลากรสุขภาพให้มีความเชี่ยวชาญในการดูแลเฉพาะโรคเมเร็งท่อน้ำดี ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงบริการได้อย่างมีคุณภาพชีวิตที่ดี 3) **ด้านการสื่อสาร** พบว่าการส่งต่อข้อมูลการเจ็บป่วยและการรักษาของผู้ป่วยโรคเมเร็งท่อน้ำดีระหว่างสถานบริการสุขภาพแต่ละระดับมีความล่าช้า เนื่องจากส่วนใหญ่มักส่งต่อข้อมูลการเจ็บป่วยโดยการเขียนใบส่งต่อผู้ป่วยซึ่งเป็นเครื่องมือที่ใช้ในการส่งต่อข้อมูลการเจ็บป่วยระหว่างโรงพยาบาลทั้ง 3 ระดับ เอกสารการส่งต่อข้อมูลการเจ็บป่วยจะมาพร้อมกับผู้ป่วยเมื่อมาถึงบ้าน บางรายเอกสารใบส่งต่อมีการสูญหาย หรือบางรายไม่นำส่งเอกสารใบส่งต่อให้สถานบริการสุขภาพใกล้บ้าน ทำให้สถานบริการสุขภาพในพื้นที่อาจไม่ได้รับข้อมูลการเจ็บป่วยที่ถูกส่งต่อมาหรือได้รับข้อมูลล่าช้า ทำให้เกิดความไม่เข้าใจกันระหว่างผู้ให้บริการในสถานบริการสุขภาพแต่ละระดับ และผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ล่าช้าไม่ต่อเนื่อง และ 4) **ด้านสถานที่** จากปัญหาห้องผ่าตัดไม่เพียงพอส่งผลให้ผู้ป่วยรอคอยการรักษา อาจทำให้เกิดความไม่เข้าใจกันระหว่างผู้ให้บริการและผู้รับบริการได้ นอกจากนี้ในหอผู้ป่วยยังไม่มีห้องสำหรับการดูแลแบบประคับประคองที่เหมาะสม ทำให้ผู้ป่วยโรคเมเร็งท่อน้ำดีระยะสุดท้ายต้องนอนในหอผู้ป่วยรวมกับผู้ป่วยระยะอื่น ๆ ซึ่งอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่ไม่สงบ ทำให้ผู้ป่วยไม่ได้รับการดูแลที่ตอบสนองต่อความต้องการทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจและจิตวิญญาณ

2. การดูแลตนเองเมื่อเจ็บป่วยด้วยโรคเมเร็งท่อน้ำดีของผู้ป่วยและครอบครัว พบว่า การให้ความหมายของโรคในมุมมองของผู้ป่วยและครอบครัว พฤติกรรมการดูแลตนเอง ปัญหาและความต้องการดูแล มีดังนี้

2.1 การให้ความหมายของโรคในมุมมองของผู้ป่วยและครอบครัว ผู้รับบริการได้ให้ความหมาย 3 ลักษณะ คือ โรคไม่มีอาการเตือน รู้เร็วหายเร็ว และเป็นโรครักษาไม่หาย ดังนี้

โรคไม่มีอาการเตือน ผู้ให้บริการได้ให้ความหมายของโรคเมเร็งท่อน้ำดีว่าเป็นโรคที่ไม่มีอาการผิดปกติเกิดขึ้นหรือไม่มีอาการเตือนของโรคให้เห็นมาก่อน บางรายเข้ามาคัดกรองโรคเนื่องจากมีประวัติการกินปลาดิบ หรือมีญาติใกล้ชิดเสียชีวิตด้วยโรคเมเร็งท่อน้ำดี หรือได้รับคำแนะนำจาก อสม.ให้เข้ามารตรวจหาโรค หรือบางรายไม่มีอาการเตือนแต่มารับการตรวจจากอาการผิดปกติ ได้แก่ ปวดท้องเป็น ๆ หาย ๆ หรือท้องอืด ซึ่งในกรณีนี้มักจะได้รับวินิจฉัยโรคว่าเป็นเมเร็งท่อน้ำดีและโรคเข้าสู่ระยะสุดท้ายแล้ว ดังเช่น ผู้ป่วยได้กล่าวว่า “โรคนี้ไม่มีอาการให้เห็นมาก่อน ก็คือคนปกติกินได้นอนแชบ คือว่าเป็นโรคไม่มีอาการเตือนมาก่อนอยู่ดี ๆ พอมาตรวจก็เป็นระยะลุกลามแล้ว”

รู้เร็วหายเร็ว ผู้รับบริการรับรู้ว่าถ้าหากตรวจพบโรคได้เร็วจะทำให้ได้รับการรักษาที่ทันทั่วทั้ง และมีโอกาสหายขาดได้ด้วยการผ่าตัดรักษา ผู้ป่วยบางรายจึงต้องการเข้าโครงการตรวจคัดกรองโรคเมเร็งท่อน้ำดี หรือบางรายไปตรวจสุขภาพด้วยตนเองเพื่อจะได้รับการเจ็บป่วยและวางแผนการดูแลตนเองต่อไป

โรครักษาไม่หาย จะเห็นว่าความหมายดังกล่าวสัมพันธ์กับประสบการณ์ของผู้ให้ข้อมูลที่เคยพบผู้ที่เจ็บป่วยด้วยโรคเมเร็งท่อน้ำดี หรือจากการบอกเล่าของบุคคลอื่นเกี่ยวกับโรค รวมทั้งการได้รับข้อมูลจากผู้ให้บริการ หรือจากสื่อต่าง ๆ เกี่ยวกับโรค รวมทั้งจากการรับรู้ของผู้ป่วยเมื่อได้รับการรักษาไประยะหนึ่งแล้วพบว่า อาการที่ตนประสบอยู่ไม่ทุเลาลงหรือมีอาการผิดปกติอย่างอื่นเพิ่มขึ้น จึงทำให้ผู้ให้ข้อมูลรับรู้การรักษาไม่หาย ท้ายที่สุดจะต้องเผชิญกับความตายอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้แต่ไม่อาจทราบได้อย่าง

แน่ชัดว่าจะเกิดขึ้นเมื่อใด ผู้ป่วยจึงอยู่ในสภาพของผู้ที่นอนรอวันตาย จากอาการที่มีแต่ทรุดลงเรื่อย ๆ

2.2 พฤติกรรมการดูแลตนเอง จำแนกตามกลุ่มที่มีการรับรู้ต่อโรค 2 กลุ่ม คือ 1) กลุ่มผู้ที่ยังไม่เป็นโรค เป็นกลุ่มที่มีพฤติกรรมเสี่ยงคือกินปลาดิบเมื่อกินปลาดิบแล้วมัก กินยาถ่ายพยาธิเป็นประจำ และมักไม่ใส่ใจดูแลตนเอง และ 2) กลุ่มที่ป่วยเป็นโรคเมะเร็งท่อน้ำดีแล้วซึ่งจะมีพฤติกรรมดูแลที่สัมพันธ์กับความรุนแรงของอาการจากโรคที่น้อยหรือมากขึ้น คือ 1) *การไม่กินปลาดิบ* ผู้ป่วยบางส่วนรับรู้ว่าการควบคุมอาหาร โดยการไม่กินปลาดิบจะทำให้ไม่เกิดโรคเมะเร็งท่อน้ำดี ในขณะที่ผู้ป่วยบางส่วนยังรับรู้ว่าการกินปลาดิบเป็นเรื่องปกติ เนื่องจากกินมานานแล้วก็ยังไม่เจ็บป่วยทันที ทำให้ยังคงนิยมกินปลาดิบ 2) *การตรวจคัดกรองโรค* เนื่องจากอาการแสดงของโรคไม่ชัดเจน ผู้ป่วยจึงรับรู้ว่าตนเองแข็งแรง ทำให้บางส่วนละเลยการตรวจสุขภาพ หรือไม่เข้ารับการตรวจคัดกรองโรค จึงมักซื้อยากินเอง เมื่ออาการรุนแรงมากขึ้นจึงจะเข้ารับบริการสุขภาพในหน่วยบริการสุขภาพ และ 3) *ผู้ป่วยมารับบริการไม่ต่อเนื่อง* ผู้ป่วยมักไม่ไปตรวจตามนัดทำให้ได้รับการรักษาไม่ต่อเนื่องและเกิดภาวะแทรกซ้อนรุนแรงตามมา เช่น ภาวะติดเชื้อ อาการปวดท้อง และอาการเหนื่อยเพลีย

2.3 ปัญหาและความต้องการดูแล พบว่า 1) *ไม่มีเงินค่าตรวจวินิจฉัยโรค* ผู้ให้ข้อมูลที่ต้องการตรวจคัดกรองโรคเมะเร็งท่อน้ำดีด้วยการอัลตราซาวด์ต้องเสียค่าใช้จ่ายเอง ทำให้ผู้ที่รายได้น้อยไม่สามารถเข้าถึงการตรวจคัดกรองโรคได้ ยกเว้นในรายที่เข้าร่วมโครงการตรวจคัดกรองโรคเมะเร็งท่อน้ำดี แต่ก็ถูกจำกัดด้วยจำนวนโควตาที่น้อยทำให้การตรวจคัดกรองโรคไม่ทั่วถึง 2) *ยังไม่ตระหนัก* ผู้ป่วยยังขาดความตระหนักถึงการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตให้เหมาะสม ถึงแม้จะมีการณรงค์ให้ประชาชนในพื้นที่ไม่กินปลาดิบ แต่พบว่าประชาชนบางส่วนยังคงนิยมกินปลาดิบหรือส้มตำปลาดิบ 3) *ไม่มีผู้ดูแล* เมื่อผู้ป่วยต้องกลับมา

ดูแลต่อเนื่องที่บ้าน บางครอบครัวมีผู้ดูแลเพียงคนเดียวตลอด 24 ชั่วโมง ทำให้เกิดภาวะเครียด ผู้ป่วยและครอบครัวจึงมีความต้องการคนช่วยเหลือดูแลหรือต้องการกำลังใจทั้งจากบุคลากรสุขภาพ เครือญาติ และเพื่อนบ้าน และ 4) *การเดินทางไปรักษาไกล* พบว่าผู้ให้ข้อมูลในพื้นที่บางส่วนไม่สะดวกในการเข้าไปรับตรวจคัดกรองโรคหรือเข้าไปรับการรักษาต่อเนื่อง เนื่องจากไม่มีพาหนะส่วนตัวต้องเหมารถทำให้มีค่าใช้จ่ายจากการเดินทาง

3. เจื่อนไขในการดูแล พบว่ามี 2 ประเด็น คือ เจื่อนไขในการดูแลตนเองและเจื่อนไขในการดูแลโดยสถานบริการสุขภาพ ดังนี้

3.1 เจื่อนไขในการดูแลตนเอง พบว่า 1) การช่วยเหลือจากชุมชน โดยกลุ่มอาสาสมัครมีบริการรถรับ/ส่งผู้ป่วยเข้ารับการรักษาสถานบริการสุขภาพ และมีญาติพี่น้องเยี่ยมให้กำลังใจเมื่อรักษาตัวในโรงพยาบาล ตลอดจนการช่วยเหลือให้เงินค่าเดินทางไปรักษาทำให้ผู้ป่วยมีกำลังใจที่ดี 2) ความเชื่อว่าการกินปลาดิบไม่ทำให้เกิดโรค ทำให้ผู้ให้ข้อมูลในพื้นที่ยังคงนิยมกินปลาดิบที่อาจเสี่ยงต่อการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับหรือความเชื่อว่า “เป็นโรคที่รักษาไม่หาย” ทำให้บางคนตัดสินใจไม่เข้ารับตรวจคัดกรองโรคเนื่องจากกลัวตรวจแล้วพบโรค หรือการตัดสินใจมารับการรักษาล่าช้าทำให้โรคลุกลาม และ 3) วัฒนธรรมการกินปลาดิบ ผู้ให้ข้อมูลในพื้นที่มักนิยมกินปลาดิบ ซึ่งเสี่ยงต่อการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ อีกทั้งเมื่อเจ็บป่วยเล็กน้อยมักซื้อยากินเองหรือไปใช้บริการรักษาศูนย์ต่าง ๆ กระทั่งอาการเริ่มรุนแรงขึ้นจึงเข้ารับการรักษาสถานบริการสุขภาพของรัฐ ซึ่งอาจทำให้โรคลุกลามเข้าสู่ระยะสุดท้าย

3.2 เจื่อนไขในการดูแลโดยสถานบริการสุขภาพ พบว่า มีเจื่อนไขที่สนับสนุนการดูแลและเจื่อนไขที่เป็นอุปสรรค ดังนี้

1) **เจื่อนไขที่สนับสนุนการดูแล** มี 3 ประการ คือ 1) การมีส่วนร่วมการดูแลผู้ป่วยโรค

มะเร็งท่อน้ำดีกับชุมชน การดูแลจำเป็นต้องให้กลุ่มทางสังคม เช่น ผู้ป่วย ครอบครัว อสม. และกลุ่มจิตอาสาได้เข้ามามีส่วนร่วม ในการสะท้อนปัญหาและหาทางแก้ไข ปัญหาโรคมะเร็งท่อน้ำดีร่วมกัน ตลอดจนพัฒนาให้กลุ่มทางสังคมมีทักษะการดูแลเมื่อเจ็บป่วย 2) การจัดสวัสดิการความช่วยเหลือ เช่น ค่าใช้จ่ายในการตรวจคัดกรองโรค ค่ารักษา ค่าเดินทาง และค่าใช้จ่ายอื่น ๆ เพื่อให้สามารถเข้าถึงบริการสุขภาพได้ โดยในระดับชุมชน ได้แก่ องค์การบริหารส่วนตำบล แกนนำหมู่บ้าน ควรจัดสวัสดิการรถรับส่งผู้ป่วยเข้ารับการรักษ และเป็นแกนนำในการจัดหาทุนและจัดหางานที่เหมาะสมให้แก่ครอบครัว และ 3) ความตระหนักถึงอันตรายของโรค โดยการจัดณรงค์ที่ต่อเนื่องเพื่อสร้างกระแสการไม่กินปลาดิบในพื้นที่

2) เจื่อนไซที่เป็นอุปสรรค พบว่าวัฒนธรรมการกินปลาดิบ ผู้ให้ข้อมูลในพื้นที่มักนิยมการกินปลาดิบ โดยมีความเชื่อว่าความเปรี้ยวของมะนาวหรือความเปรี้ยวของมดแดงจะช่วยทำให้เนื้อปลาสุก เมื่อกินดิบแล้วยังเชื่อว่าการกินยาถ่ายพยาธิจะทำให้พยาธิได้ตลอดเวลา และความเชื่อต่อการรักษา ผู้รับบริการมีความเชื่อว่าการรักษาด้วยการผ่าตัดทำให้ผู้ป่วยโรคมะเร็งท่อน้ำดีเสียชีวิตเร็ว เนื่องจากประสบการณ์ที่เคยพบเห็นผู้ป่วยโรคมะเร็งท่อน้ำดีที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดแล้วมักเสียชีวิตเร็ว ทำให้บางรายตัดสินใจไม่เข้ารับการรักษหรือบางรายตัดสินใจเข้ามารับการรักษาช้าทำให้โรคลุกลาม

การอภิปรายผล

ผลการศึกษาได้ตอบวัตถุประสงค์หลักของการวิจัยเกี่ยวกับระบบการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งท่อน้ำดีที่ได้จากการสังเคราะห์วัตถุดิบประสงครองทั้งหมด พบว่าสถานการณ์การจัดบริการการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งท่อน้ำดีในพื้นที่ศึกษา มีแนวทางการจัดบริการการดูแล ได้แก่ การเฝ้าระวังโรค การส่งเสริมการดูแล การรักษา/การจัดการกับอาการ การส่งต่อการรักษา และการดูแล

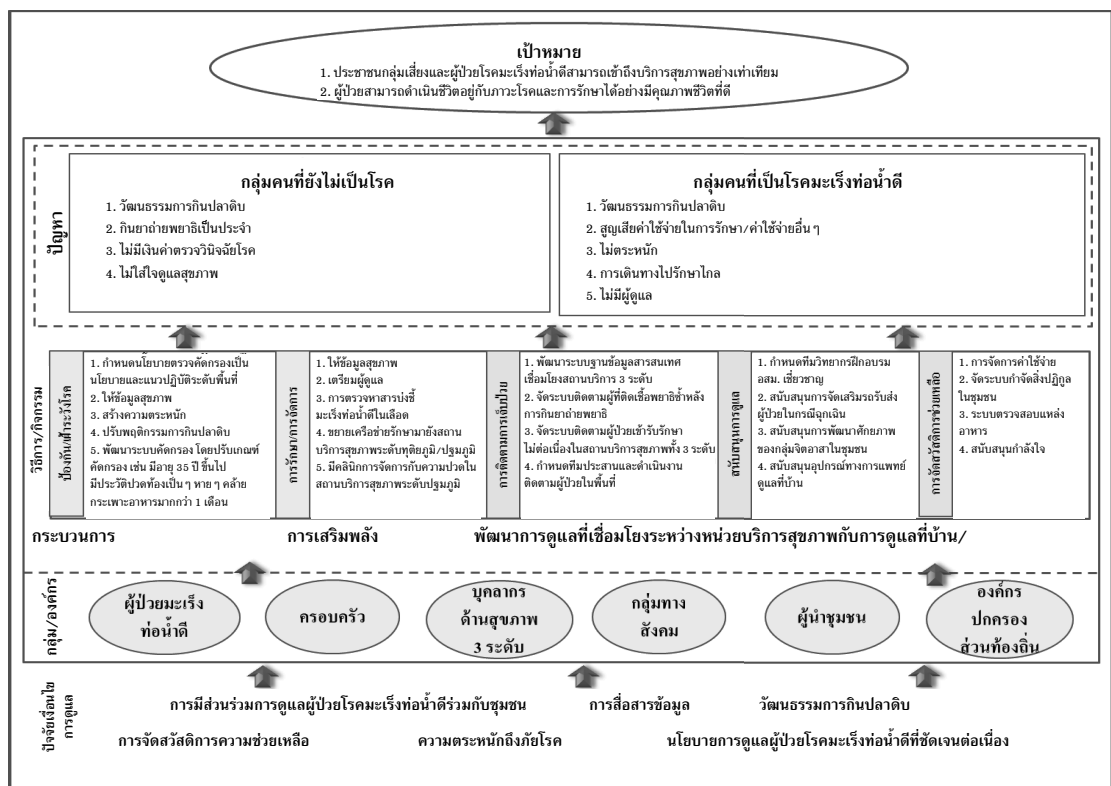
ต่อเนื่องทั้งที่โรงพยาบาลและที่บ้าน ผลลัพธ์ที่ได้ทำให้ตรวจพบโรคได้ในระยะแรก ซึ่งสามารถรักษาให้หายขาดได้ด้วยการผ่าตัดตัดและท่อน้ำดี⁵⁻⁷ โดยมีการจัดบริการการดูแลทั้งเชิงรุกและเชิงรับทำให้เกิดความเชื่อมโยงการดูแลของโรงพยาบาลทั้ง 3 ระดับ และพบผู้ป่วยรอการผ่าตัดนานเนื่องจากยังขาดแพทย์ศัลยกรรมที่เชี่ยวชาญในการผ่าตัดตัดและท่อน้ำดี¹² และพบว่าการดูแลตนเองของผู้ป่วยและครอบครัว โดยการไม่กินปลาดิบหรือการไปตรวจคัดกรองโรคมะเร็งท่อน้ำดีเพื่อที่จะได้รับการวินิจฉัยที่ทันท่วงที ซึ่งมีโอกาสรักษาหายขาดด้วยการผ่าตัด และการไม่มารับบริการต่อเนื่อง โดยพบว่ามีปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว ได้แก่ ไม่มีเงินค่าตรวจวินิจฉัยโรค หรือผู้ป่วยยังไม่ตระหนักถึงอันตรายจากโรคที่มีสาเหตุจากการกินปลาดิบ เมื่อเจ็บป่วยต้องเดินทางไปปรึกษาไกล ทำให้มีค่าใช้จ่ายในการเดินทางเข้าไปรับการรักษา หรือไม่มีผู้ดูแลในขณะรักษาตัวอยู่ที่โรงพยาบาลหรือที่บ้าน เมื่อพิจารณาการจัดบริการการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งท่อน้ำดีในการจัดการปัญหาความรุนแรงจากโรคมะเร็งท่อน้ำดีทั้งด้านการป้องกันและการควบคุมโรค ทำให้ผู้รับบริการสามารถเข้าถึงบริการตรวจคัดกรองและรักษาโรคได้¹² แต่ยังพบว่าผู้รับบริการไม่เข้ารับการตรวจคัดกรองโรคหรือมารักษาไม่ต่อเนื่อง เนื่องจากความเชื่อต่อการรักษาโรคมะเร็งท่อน้ำดีว่าเป็นโรครักษาไม่หาย สอดคล้องกับการศึกษาในประเทศ⁸⁻⁹ ในขณะที่ผู้รับบริการได้ให้ความหมายต่อโรคมะเร็งท่อน้ำดีว่าเป็นโรครมีโอกาสรักษาหาย ถ้าตรวจพบโรคได้ในระยะแรกจึงให้ความสำคัญกับการเฝ้าระวังและคัดกรองโรคมะเร็งท่อน้ำดี⁵⁻⁷ จะเห็นว่า ให้ความหมายต่อโรคในมุมมองของผู้ให้บริการและผู้รับบริการมีความแตกต่างกัน ซึ่งจำเป็นที่เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องต้องนำข้อมูลดังกล่าวไปเป็นข้อมูลพื้นฐานในการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งท่อน้ำดีให้เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ เพื่อส่งเสริมการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งท่อน้ำดีให้เกิดประโยชน์เหมาะสมเพียงพอต่อการเฝ้า

สุขภาพได้

อย่างไรก็ตาม การศึกษาวิจัยพบว่าปัจจัยเงื่อนไขในการดูแลผู้ป่วยโรคเมเร็งท่อน้ำดี ได้แก่ 1) เงื่อนไขในการดูแลตนเอง คือ การช่วยเหลือจากชุมชน ความเชื่อต่อโรค และวัฒนธรรมการกินปลาดิบ และ 2) เงื่อนไขในการดูแลของหน่วยบริการสุขภาพ คือ การมีส่วนร่วมการดูแลผู้ป่วยโรคเมเร็งท่อน้ำดีกับชุมชนและการจัดสวัสดิการช่วยเหลือผู้ป่วยโรคเมเร็งท่อน้ำดี โดยให้ภาคประชาชนในชุมชน ได้ร่วมสะท้อนปัญหาและความต้องการดูแลร่วมกันในการจัดทาสวัสดิการที่เอื้อต่อการดูแลผู้ป่วย ซึ่งผู้ป่วยและครอบครัวต้องแบกภาระอันหนักหน่วงโดยเฉพาะอย่างยิ่งค่าใช้จ่ายในการรักษา และค่าเดินทางไปรักษาไกล จึงเป็นอุปสรรคสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวไม่

สามารถเข้าถึงบริการสุขภาพได้หรือรักษาได้ไม่ต่อเนื่อง ดังนั้นจึงมีความจำเป็นต้องมีการจัดสวัสดิการเพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับการดูแลที่ตอบสนองต่อปัญหาและความต้องการ โดยทุกภาคส่วนต้องเข้ามามีส่วนในการจัดทาสวัสดิการที่เอื้อต่อการดูแลของผู้ป่วย ได้แก่ ในระดับชุมชน องค์การบริหารส่วนตำบล แคนนำหมู่บ้าน เป็นต้น

จากข้อค้นพบของการศึกษาโดยการวิเคราะห์สถานการณ์การจัดบริการดูแลผู้ป่วยโรคเมเร็งท่อน้ำดี การดูแลตนเองเมื่อเจ็บป่วยด้วยโรคเมเร็งท่อน้ำดีของผู้ป่วยและครอบครัว และปัจจัยเงื่อนไขในการดูแลสามารถสังเคราะห์เป็นระบบการดูแลผู้ป่วยโรคเมเร็งท่อน้ำดี ได้ดังนี้ (ภาพที่ 1)



ภาพที่ 1 การสังเคราะห์ระบบการดูแลผู้ป่วยโรคเมเร็งท่อน้ำดี

ผลการศึกษาได้สะท้อนให้เห็นข้อเสนอระบบการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งท่อน้ำดี ภายใต้วิธีคิด คือ ประชาชนกลุ่มเสี่ยงและผู้ป่วยสามารถเข้าถึงบริการ และมีคุณภาพชีวิตที่ดี⁶ โดยใช้กระบวนการการเสริมพลังและการพัฒนาการดูแลที่เชื่อมโยงระหว่างสถานบริการสุขภาพกับที่บ้าน มีการจัดให้บริการการดูแลครอบคลุม คือ 1) การป้องกัน/เฝ้าระวังโรค กำหนดนโยบายให้มีการตรวจคัดกรองโรคเป็นนโยบายและแนวปฏิบัติระดับพื้นที่และพัฒนาระบบการคัดกรองโรคมะเร็งท่อน้ำดีโดยการสนับสนุนงบประมาณสำหรับการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งท่อน้ำดี ตลอดจนการปรับเกณฑ์การคัดกรองโรคเพื่อให้มีความครอบคลุมประชาชนกลุ่มเสี่ยง ได้แก่ เป็นคนอีสานโดยกำเนิดอายุมากกว่าหรือเท่ากับ 35 ปีขึ้นไปหรือมีประวัติการปวดท้องเป็น ๆ หาย ๆ¹² 2) การรักษา/การจัดการโดยการพัฒนาการตรวจหาสารบ่งชี้มะเร็งท่อน้ำดีในเลือดเพื่อค้นหาผู้ป่วยในระยะเริ่มแรก ซึ่งยังไม่มีสารบ่งชี้มะเร็งท่อน้ำดีที่จำเพาะกับมะเร็งท่อน้ำดี เนื่องจากมะเร็งท่อน้ำดีที่เกิดในผู้ป่วยแต่ละคนนั้นมีความหลากหลายทั้งตำแหน่งที่เกิด (gross type) และลักษณะทางจุลกายวิภาค (histopathological type)^{5,7} ดังนั้น จึงจำเป็นต้องมีการตรวจหาสารบ่งชี้มะเร็งท่อน้ำดีใหม่ ๆ ที่มีประสิทธิภาพเพื่อช่วยวินิจฉัยมะเร็งท่อน้ำดี เช่น จากรูปแบบของโปรตีนหรือยีนที่มีการแสดงออกเด่น ๆ ในเนื้อเยื่อมะเร็งท่อน้ำดีหรือการใช้สารบ่งชี้แบบหลายชนิดร่วมกัน ซึ่งอาจช่วยเพิ่มความไวและจำเพาะต่อมะเร็งท่อน้ำดี⁵ ทั้งนี้เพื่อใช้ติดตามการรักษาอย่างมีประสิทธิภาพ ตลอดจนขยายเครือข่ายการรักษายังสถานบริการสุขภาพระดับทุติยภูมิและปฐมภูมิ 3) การติดตามการเจ็บป่วย โดยจัดให้มีระบบติดตามผู้ที่ติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับซ้ำหลังกินยาถ่ายพยาธิและจัดระบบติดตามผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาไม่ต่อเนื่อง หรือขาดหายจากระบบรักษา โดยพัฒนาระบบฐานข้อมูลสารสนเทศที่เชื่อมโยงการส่งต่อข้อมูลระหว่างสถานบริการสุขภาพทั้ง 3 ระดับและที่ชุมชน¹² เพื่อใช้เป็นช่อง

ทางในการส่งต่อการดูแล ประสานงาน และการติดตามผู้ป่วยโรคมะเร็งท่อน้ำดี 4) สนับสนุนการดูแล โดยสนับสนุนให้มีการจัดเสริมรถบริการรับส่งในกรณีฉุกเฉินในชุมชนและสนับสนุนการพัฒนาศักยภาพของกลุ่มจิตอาสาในชุมชนให้สามารถดูแลผู้ป่วยได้ และ 5) การจัดสวัสดิการความช่วยเหลือ โดยสนับสนุนให้กลุ่มทางสังคมในชุมชน ได้แก่ กลุ่มฌาปนกิจ กลุ่มจิตอาสา กองทุนหมู่บ้าน ได้ร่วมจัดสวัสดิการความช่วยเหลือที่เป็นรูปธรรมด้านการเงินและจัดสวัสดิการความช่วยเหลือต่าง ๆ ตามความจำเป็น ทั้งนี้ตามบทบาทหน้าที่ของผู้เกี่ยวข้องแต่ละคน ได้แก่ กลุ่มผู้ป่วย ครอบครัว กลุ่มทางสังคม ผู้นำชุมชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และบุคลากรสุขภาพในสถานบริการสุขภาพ โดยมีผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นทั้งในเชิงกระบวนการและเชิงตัวชี้วัดสุขภาพ และมีเงื่อนไขการดูแล คือ การมีส่วนร่วมการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งท่อน้ำดีร่วมกับชุมชน การจัดสวัสดิการความช่วยเหลือ การสื่อสารข้อมูล ความตระหนักถึงอันตรายของโรค นโยบายการดูแลโรคมะเร็งท่อน้ำดีที่ชัดเจนและต่อเนื่อง และวัฒนธรรมการกินปลาดิบ

ข้อเสนอเพื่อการพัฒนา

ผลการศึกษาให้ข้อเสนอสำคัญ คือ การพัฒนาศักยภาพของบุคลากรสุขภาพให้มีสมรรถนะในการเฝ้าระวังคัดกรองโรคสำหรับกลุ่มเสี่ยง และการดูแลที่มีความเฉพาะโรคสำหรับกลุ่มป่วย ควรเสริมสร้างความตระหนักของผู้ป่วยและครอบครัวในการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตการกินปลาดิบที่เสี่ยงต่อการเกิดโรค ควรพัฒนาศักยภาพของกลุ่มทางสังคม องค์กรชุมชน และองค์กรท้องถิ่นให้มีสมรรถนะการดูแลประชาชนกลุ่มเสี่ยงและกลุ่มป่วย และการจัดหาสวัสดิการช่วยเหลือในชุมชน และสำหรับสถานบริการสุขภาพ ควรออกแบบกลไกการเข้าถึงบริการสุขภาพสำหรับผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีและให้การดูแลตามความต้องการดูแลตามกลุ่มประชาชนกลุ่มเสี่ยงและกลุ่มป่วย

โดยการสร้างระบบฐานข้อมูลสุขภาพของประชาชน กลุ่มเสี่ยงและผู้ที่เป็นผู้ป่วยด้วยโรคมะเร็งท่อน้ำดีในพื้นที่

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณมหาวิทยาลัยขอนแก่นและมหาวิทยาลัยอุบลราชธานี ที่ส่งเสริมและสนับสนุนทุน การศึกษา

References

1. The Task Force of Health data and Information, Bureau of Policy and Strategy. Number and mortality rate per 100,000 population based on of the first 10 causes of death group (according to International Statistical Classification of Diseases: 10th Edition) 2009–2014. Thailand: Bureau of Policy and Strategy; 2015. Retrieved 15 October 2015 from <http://bps2.moph.go.th>. (in Thai)
2. Ministry of Public Health. Public Health Statistics, 2014. The report of the number of deaths from tumors of the liver and bile duct in the liver. Thailand: Ministry of Public Health; 2015. Retrieved 15 October 2015 from <http://www.moph.go.th>. (in Thai)
3. Cancer Registry Unit, Sapphasitthiprasong Hospital. Statistics of cancer patients admitted in the years 2013–2014. Ubon Ratchathani: Sapphasitthiprasong Hospital; 2014. (in Thai)
4. Bhudhisawasdi V, Khuntikeo N, Chur-in S, Pugkhem A, Talabnin C, Wongkham S. Cholangiocarcinoma: Experience of Srinagarind Hospital. Srinagarind Med J 2012; 27. (in Thai)
5. Khuntikeo N, Pugkhem A. Current Treatment of Cholangiocarcinoma. Srinagarind Med J 2012; 27(3): 340–50. (in Thai)
6. National Cancer Prevention and Control Committee, Department of Medical Services, Ministry of Public Health. National Cancer Prevention and Control Plan: 2013–2017. Bangkok: The Agricultural Co-operative Federation of Thailand Limited; 2013. (in Thai)
7. Chaiveerawattana A, Sukyothin S, Kornlak A, Kuhaprema T. Guidelines for screening, diagnosis and treatment of liver cancer and cholangiocarcinoma. 2nd edition. Bangkok: National Office of Buddhism; 2011. (in Thai)
8. Fan SY, Eiser C. Illness experience in patients with hepatocellular carcinoma: an interpretative phenomenological analysis study. Eur J Gastroenterol Hepatol 2012; 24(2): 203–8.
9. Kuchaisit C, et al. Systematic care management for enhancing the quality of life in patients with cholangiocarcinoma admitted to Srinagarind Hospital. Khon Kaen: Siriphan Offset; 2004. (in Thai)
10. Juangpanich U, Tawasee A, Kanasen S, Sukumarn S. Development of self-care agency model in cholangiocarcinoma patients receiving chemotherapy. Rama Nurs J 2004; 12(1): 49–65. (in Thai)
11. Guba EG, Lincoln YS. Fourth generation evaluation. Newbury Park, CA: Sage Publications; 1989.
12. Khuntikeo N, Yongvanit P. Conceptual framework of health policy and strategies to administer and manage cholangiocarcinoma systematically and effectively. Srinagarind Med J 2012; 27(suppl): 422–26. (in Thai)