

ประสบการณ์การดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคมะเร็งท่อน้ำดีและครอบครัว The self-care Experience of Cholangiocarcinoma Patients and Families

สมปอง พะมูลิลา^{1*} บำเพ็ญจิต แสงชาติ² และวรรษมน ปาพร³
Sompong Pamulila^{1*} Bumpenchit Sangchart² and Wassamon Paprom³

¹ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี

¹ Faculty of Nursing, Ubon Ratchathani University

² คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

² Faculty of Nursing, Khonkean University

³ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครพนม มหาวิทยาลัยนครพนม

³ Boromarajonani College of Nursing Nakhon Phanom, Nakhonphanom University

*E-mail: pamulila19@gmail.com

Received: Sep 19, 2018

Revised: Oct 10, 2018

Accepted: Nov 28, 2018

บทคัดย่อ

การศึกษาเชิงคุณภาพนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสบการณ์การดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคมะเร็งท่อน้ำดีและครอบครัวในจังหวัดแห่งหนึ่งในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย เก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีและครอบครัว 64 คน โดยใช้วิธีการสัมภาษณ์เชิงลึก และวิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์เนื้อหา ผลการวิจัยพบว่า 1) การให้ความหมายต่อโรคในมุมมองของผู้ป่วย ได้แก่ “ไม่มีอาการเตือน” “รักษาไม่หาย” และ “เป็นโรคเวรกรรม” และการให้ความหมายต่อโรคในมุมมองของครอบครัว ได้แก่ “เป็นโรคที่ทุกข์ทรมาน” และ “เป็นโรคที่รอความตาย” 2) พฤติกรรมการดูแลตนเอง ได้แก่ การกินปลาดิบ การกินยาถ่ายพยาธิประจำ ซ้อมยา กินเอง และการดูแลตนเองไม่ต่อเนื่อง 3) ปัญหาและความต้องการดูแล ประกอบด้วย วัฒนธรรมการกินปลาดิบ ยังไม่ตระหนัก ไม่มีผู้ดูแล หนี้สิน และการเดินทางไปรักษาไกล และ 4) ปัจจัยเงื่อนไขในการดูแลผู้ป่วย คือ การช่วยเหลือจากชุมชน ความเชื่อต่อโรค และ วัฒนธรรมการกินปลาดิบ ผลการศึกษาให้ข้อเสนอแนะเสริมสร้างความตระหนักของผู้ป่วยและครอบครัวในการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตไม่กินปลาดิบที่เสี่ยงต่อการเกิดโรค และข้อเสนอแนะสำหรับบุคลากรสุขภาพให้มีสมรรถนะในการเฝ้าระวังคัดกรองโรค และให้การดูแลตามความต้องการดูแลที่มีความเฉพาะโรคสำหรับกลุ่มผู้ป่วย

คำสำคัญ: การดูแลตนเอง ผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดี ครอบครัว การวิจัยเชิงคุณภาพ

ABSTRACT

This qualitative study aimed to explore the self-care experience of cholangiocarcinoma (CHCA) patients and families in one province in the Northeast, Thailand. The data were collected from 64 patients with CHCA and their families by in-depth interviews. The data were analyzed by content analysis. The findings revealed as follows. 1) The meanings of the disease based on the views of the patients were that “no warning signs”, “cannot be cured” and “fateful disease”. Based on the family’s views, it included “suffering disease” and “a disease causing death”. 2) The self-care behaviors included eating raw fish, taking anthelmintic drugs, buy drug themselves and discontinued care. 3) The problems and the needs of care were eating raw fish culture, not being aware of the disease, not having caregivers, debts and long distance for receiving care. 4) Patient care factors included community support, belief on disease and eating raw fish culture. The results of the study proposed for that the awareness of the patients and families to change their lifestyle of eating raw fish which was the cause of disease should be enhanced. The recommendations for health personnel were that they should have the ability to screen the disease and to provide care based on the specific care needs for the disease of the patients.

Keywords: Self-care, Cholangiocarcinoma patients, Families, Qualitative research

บทนำ

โรคกระเร็งท่อน้ำดีเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ และเป็นสาเหตุการตายอันดับหนึ่งในภาคอีสานของประเทศไทย ข้อมูลสถิติในปี พ.ศ. 2555-2558 มีผู้เสียชีวิตจากโรคกระเร็งท่อน้ำดีทั้งประเทศ พบอัตราตาย 22.3, 22.5, 23.9 และ 23.6 ต่อประชากรแสนคน ตามลำดับ เมื่อแบ่งจำนวนผู้เสียชีวิตแยกเป็นรายภาคพบว่าภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีผู้เสียชีวิตด้วยโรคกระเร็งท่อน้ำดีมากที่สุด มีอัตราตาย 34.9, 34.9, 35.5 และ 35.1 ต่อประชากรแสนคน รองลงมาคือภาคเหนือ มีอัตราตาย 22.4, 22.9, 25.7 และ 25.2 ต่อประชากรแสนคน ตามลำดับ [1] สำหรับสถิติโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์จังหวัดอุบลราชธานีมีผู้เสียชีวิตจากโรคกระเร็งท่อน้ำดีที่เพิ่มขึ้นเช่นกัน ในปี พ.ศ. 2557 และ 2558 พบมีอัตราตาย 42.6 และ 42.9 ต่อประชากรแสนคน [2] ข้อมูลดังกล่าวแสดงถึงขนาดและความรุนแรงของปัญหาโรคกระเร็งท่อน้ำดีในภาคอีสานที่มีผู้เสียชีวิตเพิ่มขึ้น

โรคกระเร็งท่อน้ำดีจัดเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย ซึ่งพบว่าเป็นสาเหตุการตายอันดับหนึ่งเมื่อแบ่งแยกตามรายภาค โดยในปี พ.ศ. 2554-2557 มีอัตราตาย 34.9, 34.9, 35.5 และ 35 ต่อประชากรแสนคน รองลงมาคือภาคเหนือ อัตราตาย 22.4, 22.9, 25.7 และ 25.2 ต่อประชากรแสนคน ตามลำดับ [1] จังหวัดอุบลราชธานีก็มีผู้เสียชีวิตจากโรคกระเร็งท่อน้ำดีที่เพิ่มขึ้น โดยในปี พ.ศ. 2556 และ 2557 มีอัตราตาย 32.99 และ 42.6 ต่อประชากรแสนคน [2] สะท้อนให้เห็นถึงความรุนแรงจากโรคกระเร็งท่อน้ำดีเป็นปัญหาสุขภาพที่พบได้มากในภาคอีสาน

การเจ็บป่วยด้วยโรคกระเร็งท่อน้ำดีเป็นสถานการณ์ที่รุนแรงและคุกคามต่อชีวิตของผู้ป่วย โดยธรรมชาติของโรคกระเร็งท่อน้ำดีเป็นโรคที่อันตรายถึงตายได้อย่างรวดเร็วจากการที่มะเร็งลุกลามโดยตรงไปยังอวัยวะสำคัญต่าง ๆ ของร่างกาย ผู้ที่เป็นโรคกระเร็งท่อน้ำดีจึงได้รับความทุกข์ทรมานจากเซลล์มะเร็งที่เพิ่มจำนวนมากขึ้น และมีความสามารถในการกระจายและลุกลามไปตามส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย ในที่สุดอวัยวะต่าง ๆ ของร่างกายถูกทำลาย ทำให้ผู้ที่เป็นโรคกระเร็งท่อน้ำดีมีอาการมากมายขึ้นอยู่กับอวัยวะที่ถูกทำลาย และในที่สุดทำให้ผู้ป่วยต้องเสียชีวิต [3] นอกจากผลกระทบที่มีต่อตัวผู้ที่เจ็บป่วยเองแล้วยังส่งผลกระทบต่อครอบครัว โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีบทบาทเป็นผู้หารายได้เมื่อเกิดการเจ็บป่วยจึงไม่สามารถหารายได้เลี้ยงครอบครัวได้ทำให้ครอบครัวขาดรายได้ และโรงพยาบาลของรัฐที่ต้องเสียค่าใช้จ่ายด้านบริการสุขภาพเป็นจำนวนมาก [4]

สำหรับประเทศไทยให้ความสำคัญว่าโรคกระเร็งท่อน้ำดีเป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญในภาคอีสานซึ่งเป็นพื้นที่ที่พบความชุกของโรคกระเร็งท่อน้ำดีสูง เนื่องจากประชาชนส่วนใหญ่นิยมกินปลาดิบทำให้ติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับที่เป็นสาเหตุของการเกิดโรคกระเร็งท่อน้ำดี โดยในปี พ.ศ. 2527 ได้กำหนดนโยบาย “อีสานไม่กินปลาดิบ” เพื่อลดความชุกของการเกิด

โรคกระเร็งท่อน้ำดี โดยมีการรณรงค์ให้ความรู้แก่ประชาชน แต่พบว่าอัตราความชุกจากโรคในพื้นที่ภาคอีสานก็ยังไม่ลดลง โดยเฉพาะประชาชนยังคงมีพฤติกรรมกินปลาดิบ จนมาถึงในปี พ.ศ. 2555 ได้ดำเนินนโยบาย “กำจัดมะเร็งท่อน้ำดี ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ” เพื่อลดอัตราป่วย ตาย ผลกระทบจากโรค โดยให้หน่วยงานของภาครัฐในการจัดการดูแลโรคกระเร็งท่อน้ำดี และสร้างเครือข่ายดูแลโรคกระเร็งท่อน้ำดีในภาคอีสาน [5] จะเห็นว่า นโยบายที่ผ่านมานั้นได้มีการเปลี่ยนแปลงมาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2527-2560 ตลอดกว่า 31 ปี ทั้งในเรื่องแนวคิดและยุทธศาสตร์ในการจัดการกับปัญหาความรุนแรงของโรคกระเร็งท่อน้ำดีเริ่มตั้งแต่การจัดบริการที่เน้นผู้รับบริการในการป้องกันและควบคุมโรค และในปัจจุบันนั้นที่ผู้ให้บริการในการจัดบริการการดูแลผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีเพื่อลดผลกระทบที่เกิดจากโรคที่ทำให้ผู้ป่วยเข้าถึงบริการสุขภาพได้ โดยมีความก้าวหน้าเทคโนโลยีทางการแพทย์ด้านการตรวจวินิจฉัยสามารถค้นหาความเสี่ยงโรคกระเร็งท่อน้ำดีในระยะเริ่มต้นได้ด้วยเครื่องมือการตรวจอัลตราซาวด์ที่ทำให้สามารถรักษาให้หายขาดได้โดยการผ่าตัดระยะเริ่มต้น [6] อย่างไรก็ตาม นโยบายส่วนใหญ่เกิดขึ้นมาจากการดำเนินของภาครัฐ ยังขาดการทำความเข้าใจบริบทวัฒนธรรมและสิ่งแวดล้อมที่เชื่อมต่อกับปัญหาและความต้องการดูแลของผู้ป่วยโรคกระเร็งท่อน้ำดีในพื้นที่ อีกทั้งเทคโนโลยีทางการแพทย์ที่มาจากแนวคิดทางการแพทย์เพียงด้านเดียวอาจไม่สามารถตอบสนองต่อความต้องการของประชาชนได้ทั้งหมด ทั้งนี้ยังขึ้นอยู่กับการดูแลตนเองของประชาชนร่วมด้วยจึงจะทำให้สามารถตรวจพบโรคกระเร็งท่อน้ำดีในระยะเริ่มแรกได้

การดูแลตนเองของประชาชนเป็นแนวคิดที่ยอมรับกันอย่างกว้างขวางว่ามีความสำคัญในระบบบริการสาธารณสุข เนื่องจากบุคคลซึ่งเป็นผู้ที่รับผิดชอบต่อสุขภาพของตนเอง ไม่ว่าภาวะสุขภาพดีหรือภาวะเจ็บป่วย บุคคลย่อมมีสิทธิและรับผิดชอบในฐานะที่เป็นเจ้าของตนเองในการดูแลตนเอง และแสวงหาความช่วยเหลือ [7], [8] จากรายงานวิจัยของสุนัน ปันเจริญ ได้ศึกษาแบบแผนการรักษาพยาบาลและการดูแลตนเองแบบผสมผสานของผู้ป่วยโรคกระเร็งท่อน้ำดีที่ได้รับการผ่าตัดพบว่าผู้ป่วยมีการดูแลตนเองแบบผสมผสานโดยใช้หลายระบบไปพร้อม ๆ กัน ทั้งการรักษาแพทย์ปัจจุบัน ได้แก่ การผ่าตัด การระบายท่อน้ำดี และการรักษาแพทย์พื้นบ้าน ได้แก่ พิธีกรรมสะเดาะเคราะห์และการใช้ยาสมุนไพร [9] จะเห็นได้ว่า มีการนำวิธีการต่าง ๆ มาใช้ในการดูแลตนเอง มีการแสวงหาความช่วยเหลือ โดยเมื่อมีอาการที่มารุนแรงมากมักจะซื้อยามารักษาหรือรักษาในคลินิก หากการดูแลไม่ประสบผลสำเร็จและมีอาการรุนแรงมากขึ้นผู้ป่วยจะตัดสินใจเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ซึ่งการดูแลตนเองของผู้ป่วยเกิดจากการรับรู้ความรุนแรงของอาการที่เกิดขึ้น [10] อีกทั้งยังพบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดใส่สายท่อน้ำดีจะได้รับคำแนะนำในการทำความสะอาดสายท่อน้ำดีโดยการเข้ารับบริการที่สถานพยาบาลใกล้บ้านอย่างน้อยสัปดาห์ละ 1-2 ครั้ง เพื่อ

ป้องกันการติดเชื้อ แต่ยังพบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่ปฏิบัติตามคำแนะนำทำให้สายท่อระบายน้ำติดตันและมีการติดเชื้อบ่อยครั้ง ซึ่งอาจเป็นสาเหตุที่ทำให้เสียชีวิตได้อย่างรวดเร็ว [11] แสดงให้เห็นว่า การดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเมะเร็งท่อน้ำดีมีหลากหลายขึ้นอยู่กับการรับรู้ของตนเอง อาจส่งผลต่อสุขภาพของผู้ป่วยทั้งทางบวกและลบ ดังนั้นจึงจำเป็นต้องทำความเข้าใจการดูแลตนเองของผู้ป่วยและครอบครัวที่จะช่วยเพิ่มความเข้าใจการดูแลตนเองของประชาชนซึ่งเป็นส่วนสำคัญส่วนหนึ่งในระบบบริการสาธารณสุข

การอยู่ร่วมกันของคนในสังคมหนึ่ง ๆ จะมีระบบการดูแลสุขภาพ ประกอบด้วย ระบบการดูแลสุขภาพภาควิชาชีพ ภาคพื้นบ้าน และภาคประชาชน ซึ่งระบบการดูแลสุขภาพทั้ง 3 ส่วนต่างก็มีวิธีการอธิบายและแก้ไขปัญหาความเจ็บป่วยที่เฉพาะและแตกต่างกัน แต่มีการแลกเปลี่ยนผสมผสานกันและสัมพันธ์กันโดยการถ่ายทอดผ่านกระบวนการอบรมขัดเกลาทางสังคม ทำให้พฤติกรรมในการดูแลต่อความเจ็บป่วยมีความหลากหลายกลายเป็นการดูแลตามกลุ่มของตน [12] โดยระบบการดูแลสุขภาพไม่ได้มีการจัดการกับความเจ็บป่วยด้วยการพึ่งระบบการดูแลสุขภาพด้านใดด้านหนึ่งอย่างเดียว แต่กระบวนการดูแลสุขภาพโรคแต่ละครั้งมีความสัมพันธ์และเกี่ยวข้องกัน ทั้งตัวผู้ป่วย ครอบครัว เครือข่ายสังคมและชุมชน โดยภาคส่วนเหล่านี้จะดูแลกันด้วยวิธีการหลากหลาย ซึ่งมีพฤติกรรมในการดูแลที่ได้จากประสบการณ์การเรียนรู้เกี่ยวกับความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นร่วมกัน ผสมผสานจากทั้งการดูแลสุขภาพภาควิชาชีพและภาคพื้นบ้าน ซึ่งระบบการดูแลสุขภาพประชาชนเป็นส่วนการดูแลตนเองของประชาชนนั่นเองและเป็นข้อเท็จจริงที่ดำรงอยู่ในสังคม ดังนั้นแนวคิดการดูแลสุขภาพของผู้รับบริการกับแนวคิดทางการแพทย์จึงอาจแตกต่างกันด้วยเหตุนี้จึงต้องมีความเข้าใจการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเมะเร็งท่อน้ำดีและครอบครัว จึงจะสามารถส่งเสริมและสนับสนุนการดูแลผู้ป่วยโรคเมะเร็งท่อน้ำดีให้เกิดประโยชน์เหมาะสมเพียงพอต่อการเกื้อกูลสุขภาพได้

จากประสบการณ์ของผู้วิจัยในสถานบริการสุขภาพที่ให้การดูแลผู้ป่วยโรคเมะเร็งท่อน้ำดีในจังหวัดแห่งหนึ่งในภาคอีสานทั้ง 3 ระดับ ได้แก่ ระดับตติยภูมิ ทติยภูมิ และปฐมภูมิ ที่มีศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยโรคเมะเร็งท่อน้ำดีในด้านการตรวจคัดกรองโรค การรักษา และส่งต่อดูแลในสถานบริการสุขภาพแต่ละระดับ แต่ยังพบผู้ป่วยส่วนใหญ่ยังมารับบริการสุขภาพที่ล่าช้าที่อาจทำให้โรคมีการลุกลามมากขึ้น และเข้ามารับบริการสุขภาพที่ไม่ต่อเนื่อง แสดงให้เห็นช่องว่างของความรู้ที่ยังขาดความเข้าใจความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเมะเร็งท่อน้ำดีและครอบครัวยังคงมีปัญหาดังกล่าว การจะพัฒนาความสามารถของผู้ป่วยและครอบครัวจำเป็นต้องเข้าใจปัจจัยพื้นฐาน เช่น ความเชื่อ วัฒนธรรม ปัญหาและความต้องการการดูแลของผู้ป่วยโรคเมะเร็งท่อน้ำดี และปัจจัยเงื่อนไขที่เกี่ยวข้องกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเมะเร็งท่อน้ำดีและครอบครัว โดยศึกษาประสบการณ์การเจ็บป่วยของผู้ป่วยกลุ่มนี้

อย่างไรก็ตาม การดูแลผู้ที่เจ็บป่วยด้วยโรคเมะเร็งท่อน้ำดีที่เป็นอยู่นั้นไม่ได้มีการจัดการกับความเจ็บป่วยด้วยการพึ่งการดูแลสุขภาพภาควิชาชีพเพียงอย่างเดียว แต่ยังมีการดูแลสุขภาพตนเองของประชาชน ได้แก่ ผู้ป่วย ครอบครัว ชุมชน และการรักษาแบบพื้นบ้านร่วมด้วย ซึ่งแต่ละฝ่ายอาจมีมุมมองแนวคิด ค่านิยม และประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยเมะเร็งท่อน้ำดีที่หลากหลายทั้งที่เหมือนและแตกต่างกัน ซึ่งยังต้องการองค์ความรู้ที่ทำให้เกิดความเข้าใจการดูแลตนเองในมุมมองของผู้ป่วยและครอบครัว ซึ่งจะทำให้ได้ข้อความรู้ที่น่าจะเป็นประโยชน์อย่างยิ่งสำหรับบุคลากรสุขภาพที่สามารถนำไปพิจารณาและปรับเพื่อใช้เป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยโรคเมะเร็งท่อน้ำดีในสถานบริการสุขภาพและที่บ้าน ด้วยเหตุนี้ผู้วิจัยจึงมีความสนใจศึกษาทำความเข้าใจประสบการณ์การดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเมะเร็งท่อน้ำดีและครอบครัว

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาประสบการณ์การดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเมะเร็งท่อน้ำดีและครอบครัวในจังหวัดแห่งหนึ่งในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย

คำถามการวิจัย

- ประสบการณ์การดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเมะเร็งท่อน้ำดีและครอบครัวเป็นอย่างไร
- ผู้ป่วยโรคเมะเร็งท่อน้ำดีและครอบครัวให้ความหมายเกี่ยวกับโรคเมะเร็งท่อน้ำดีอย่างไร
- พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเมะเร็งท่อน้ำดีเป็นอย่างไร
- ปัญหาและความต้องการในการดูแลของผู้ป่วยโรคเมะเร็งท่อน้ำดีและครอบครัวเป็นอย่างไร

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้ใช้ระเบียบวิธีการวิจัยเชิงคุณภาพ โดยใช้วิธี Phenomenology method ทำการศึกษาในจังหวัดแห่งหนึ่งในภาคอีสาน ระหว่างเดือนเมษายน-ธันวาคม 2559 โครงการวิจัยผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น (เลขที่ HE593115) ผู้วิจัยขออนุญาตจากพื้นที่ศึกษาที่เข้าเก็บรวบรวมข้อมูล โดยประสานงานกับผู้อำนวยการและกลุ่มการพยาบาลในสถานบริการสุขภาพทั้ง 3 ระดับ ได้แก่ ระดับตติยภูมิ ทติยภูมิ และปฐมภูมิ และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการเป็นผู้นำทางลงพื้นที่ ผู้วิจัยได้แนะนำตัวและชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยกับผู้ให้ข้อมูล และให้ลงนามความยินยอมเข้าร่วมวิจัยก่อนทำการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยผู้ให้ข้อมูลรับทราบว่ามีอิสระในการถอนตัวจากการวิจัยได้ตลอดเวลาและไม่มีผลกระทบใด ๆ การศึกษานี้ไม่ระบุชื่อผู้ให้ข้อมูลและจะทาลายข้อมูลเมื่อสิ้นสุดการวิจัย ผู้วิจัยได้นัดหมายวันและเวลาในการสัมภาษณ์ล่วงหน้าทุกครั้งเพื่อไม่ให้เกิดผลกระทบในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ให้

ข้อมูล การสัมภาษณ์แต่ละครั้งใช้เวลา 30-60 นาที และยืดหยุ่นได้ตามสภาพร่างกายและอารมณ์ของผู้ให้ข้อมูล การสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลแต่ละรายจะทำการสัมภาษณ์จนกระทั่งได้ข้อมูลที่อิ่มตัวแล้วจึงหยุดการสัมภาษณ์ เมื่อสิ้นสุดการสัมภาษณ์ผู้วิจัยจะทวนข้อมูลที่ได้กับผู้ให้ข้อมูลเพื่อความเข้าใจที่ตรงกัน

ผู้ให้ข้อมูล เลือกผู้ให้ข้อมูลแบบเจาะจง คือ ผู้ป่วยโรคมะเร็งท่อน้ำดีหรือครอบครัว ซึ่งเป็นผู้ที่มีประสบการณ์ตรงหรือมีความเกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งท่อน้ำดี มีความยินดีเข้าร่วมวิจัย ได้แก่ ผู้ป่วยโรคมะเร็งท่อน้ำดีทุกระยะของโรค ตั้งแต่ระยะที่ 1 ถึงระยะที่ 4 ตามระบบ TNM staging โดยองค์กร American joint committee on cancer จำนวน 32 คน และครอบครัวผู้ให้การดูแล คือ สมาชิกครอบครัวของผู้ป่วยโรคมะเร็งท่อน้ำดีที่ให้การดูแลผู้ป่วย ได้แก่ สามี ภรรยา บิดา มารดา และบุตร จำนวน 32 คน โดยเป็นผู้ที่อยู่ในสถานบริการสุขภาพตติยภูมิ ประกอบด้วย ผู้ป่วย จำนวน 16 คน และสมาชิกในครอบครัว จำนวน 16 คน เป็นผู้ที่อยู่ในสถานบริการสุขภาพทุติยภูมิ ประกอบด้วย ผู้ป่วย จำนวน 12 คน และสมาชิกในครอบครัว จำนวน 12 คน และเป็นผู้ที่อยู่ในสถานบริการสุขภาพปฐมภูมิ ประกอบด้วย ผู้ป่วย จำนวน 4 คน และสมาชิกในครอบครัว จำนวน 4 คน

เครื่องมือในการวิจัย

เครื่องมือวิจัยที่สำคัญคือ ผู้วิจัย ซึ่งผ่านการศึกษาเกี่ยวกับการวิจัยเชิงคุณภาพโดยได้ฝึกทักษะการวิจัยเชิงคุณภาพอย่างต่อเนื่องกับผู้เชี่ยวชาญวิจัยเชิงคุณภาพ เช่น วิธีการกำหนดโจทย์การวิจัย เทคนิคการเก็บรวบรวมข้อมูล การวิเคราะห์และการสังเคราะห์ข้อมูล เป็นต้น เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลที่บอกเล่าและสะท้อนความคิดผ่านประสบการณ์ในการดูแลตนเองผู้ป่วยโรคมะเร็งท่อน้ำดี โดยใช้คำถามแบบกึ่งโครงสร้างที่ผ่านการตรวจสอบโดยผู้เชี่ยวชาญด้านการวิจัยเชิงคุณภาพ จำนวน 3 ท่าน ตัวอย่างคำถาม เช่น ท่านมีประสบการณ์ในการดูแลตนเองอย่างไร ก่อนไปโรงพยาบาลท่านดูแลตนเองอย่างไรบ้าง หลังออกจากโรงพยาบาลแล้วท่านดูแลตนเองอย่างไร เป็นต้น ตัวอย่างคำถามสำหรับผู้ดูแลในครอบครัว เช่น ท่านให้ความหมายต่อโรคมะเร็งท่อน้ำดีอย่างไร ท่านให้การดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งท่อน้ำดีอย่างไร เป็นต้น เพื่อประกอบการทำความเข้าใจเกี่ยวกับสถานการณ์การดูแลตนเองผู้ป่วยโรคมะเร็งท่อน้ำดีมากขึ้น

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลตามแนวคิดการวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis) ไปพร้อมกับการเก็บรวบรวมข้อมูล ถอดข้อมูลจากเทปบันทึกการสัมภาษณ์คำต่อคำ ตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลโดยการฟังเสียงบันทึกเทปซ้ำ และนำไปตรวจสอบกับผู้ให้ข้อมูล (member checking) โดยการนำข้อมูลที่ได้ออกจากการสัมภาษณ์มาตรวจสอบข้อมูลกับผู้ให้ข้อมูลและผู้ดูแลในครอบครัว ถ้าพบประเด็นที่สงสัยผู้วิจัยจะซักถาม

เพิ่มเติมเพื่อความเข้าใจตรงกันจนกระทั่งได้ข้อมูลที่อิ่มตัว จากนั้นอ่านทบทวนข้อมูลหลาย ๆ ครั้งและจับประเด็นสำคัญเพื่อให้รหัส วิเคราะห์แก่นสาระ โดยนำข้อมูลที่ได้อาจจัดหมวดหมู่ของรหัสข้อความในประเด็นซ้ำกันและสร้างประเด็นหลัก วิเคราะห์และตรวจสอบความหมายโดยใช้วัตถุประสงค์ของการศึกษาเป็นแนวทางสร้างข้อสรุปประเด็นหลักและประเด็นย่อย และนำข้อค้นพบที่ได้ไปตรวจสอบกับผู้ให้ข้อมูลอีกครั้ง จากนั้นนำข้อค้นพบไปตรวจสอบความถูกต้องในการวิเคราะห์ โดยการสะท้อนคิดกับผู้เชี่ยวชาญด้านการวิจัยเชิงคุณภาพ (peer debriefing) เกี่ยวกับความหมายของโรค ปัญหาและความต้องการ การดูแลตนเองของผู้ป่วยและครอบครัว และในการนำเสนอผลการวิจัยจะใช้คำพูดของผู้ให้ข้อมูลเพื่อยืนยันความจริงและชัดเจนในทุกประเด็นของการวิเคราะห์และรายงานผลการวิจัย

ความน่าเชื่อถือและความเข้มงวดของการวิจัย

ผู้วิจัยใช้วิธีการตรวจสอบแบบสามเส้า (triangulation) โดยทำการเก็บข้อมูลด้วยวิธีการที่หลากหลาย ได้แก่ การสัมภาษณ์เจาะลึก การสังเกตแบบมีส่วนร่วม และการศึกษาจากเอกสาร มีการตรวจสอบข้อมูลกับผู้ให้ข้อมูล และนำข้อมูลที่วิเคราะห์ได้มาสะท้อนคิดกับผู้เชี่ยวชาญงานวิจัยเชิงคุณภาพและการทบทวนวรรณกรรม และผู้วิจัยใช้วิธีการตรวจสอบความเข้มงวด (rigor) เพื่อสร้างความน่าเชื่อถือได้ของข้อมูล [13] ประกอบด้วย ความเชื่อถือได้ (credibility) ผู้วิจัยได้ใช้ระยะเวลาอยู่ในสนามที่นานพอ โดยใช้ระยะเวลา 9 เดือนตลอดจนนำข้อค้นพบที่ได้ไปตรวจสอบกับผู้ให้ข้อมูลเพื่อยืนยันข้อมูล พร้อมทั้งเพิ่มเติมข้อมูลให้มีความสมบูรณ์ ความเหมาะสมสามารถนำไปใช้ได้ (fittingness) โดยเขียนอธิบายรายละเอียดของบริบทที่ศึกษาอย่างชัดเจน เพื่อให้สถานบริการสุขภาพอื่นที่มีการจัดบริการการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งท่อน้ำดี ได้พิจารณาผลการศึกษาและความเป็นไปได้ที่จะนำไปประยุกต์ใช้ในบริบทอื่น ความสามารถในการตรวจสอบได้ (auditability) การศึกษานี้มีข้อมูลที่เพียงพอ จากการตั้งคำถามการวิจัย มีข้อมูลดิบที่ผ่านการวิเคราะห์หรือตีความได้อย่างเป็นเหตุเป็นผล และการยืนยันความจริงอย่างเป็นกลาง (confirmability) ข้อมูลและข้อค้นพบที่ได้เป็นสิ่งที่ได้รับมาจากผู้ให้ข้อมูลและเงื่อนไขที่เกิดขึ้นในการศึกษานี้เท่านั้น

ผลการศึกษาและอภิปรายผล

ผลการวิจัยที่สะท้อนให้เห็นประสบการณ์การดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคมะเร็งท่อน้ำดีและครอบครัว ที่ประกอบด้วย 1) การให้ความหมายต่อโรคในมุมมองของผู้ป่วยและครอบครัว 2) พฤติกรรมการดูแลตนเอง 3) ปัญหาและความต้องการในการดูแล และ 4) เงื่อนไขในการดูแลตนเอง มีดังนี้

1. การให้ความหมายต่อโรคในมุมมองของผู้ป่วยและครอบครัว

1.1) ผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีได้ให้ความหมาย 3 ลักษณะ ได้แก่

ไม่มีอาการเตือน

ผู้ป่วยได้ให้ความหมายต่อโรคมะเร็งท่อน้ำดีว่าเป็นโรค “ไม่มีอาการเตือน” โดยผู้ป่วยบางส่วนให้ทัศนะว่า เป็นโรคที่ไม่มีอาการผิดปกติเกิดขึ้นหรือไม่มีอาการเตือนของโรคให้เห็นมาก่อน โดยรับรู้จากอาการที่ตนประสบอยู่ บางรายเข้ามาคัดกรองโรคเนื่องจากตนเองมีประวัติกินปลาดิบ พ่อแม่เสียชีวิตด้วยโรคมะเร็งท่อน้ำดี หรือได้รับคำแนะนำจากอสม.เข้ามาตรวจหาโรค หรือบางรายไม่มีอาการเตือนทำให้ผู้ป่วยบางรายเข้ามารับการรักษาแล้วได้รับวินิจฉัยโรคเมื่อโรคเข้าสู่ระยะสุดท้าย

“เป็นโรคที่ไม่มีอาการเตือนเลย แม้กินปลาดิบตลอด พ่อแม่ตายเป็นโรคปีเดียวนี้ละ ลูกสาวใหญ่เป็น อสม.บอกว่าแม่เป็นผู้เสี่ยงโรคทะเลได้เข้ามาตรวจคัดกรองโรค ก็เลยเจอโรคหมอจึงส่งต่อมาผ่าตัด” (ผู้ป่วยคนที่ 1)

“โรคนี้เป็นโรคที่ไม่มีอาการให้เห็นมาก่อน กระจิริดคนปกติกินได้นอนแชบ (นอนหลับดี) คือว่าเป็นโรคที่ไม่มีอาการเตือนมาก่อนอยู่ดี ๆ กระจิริดแล้วระยะสามระยะท้ายแล้ว” (ผู้ป่วยคนที่ 2)

รักษาไม่หาย

ผู้ป่วยได้ให้ความหมายต่อโรคมะเร็งท่อน้ำดีว่า “รักษาไม่หาย” ทั้งที่มาจากตามประสบการณ์ในการได้พบเห็นผู้ที่เจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งท่อน้ำดี จากการบอกเล่าของบุคคลอื่นเกี่ยวกับโรคมะเร็งท่อน้ำดี รวมทั้งการรับข้อมูลจากผู้ให้บริการหรือจากสื่อต่าง ๆ เกี่ยวกับโรคมะเร็งท่อน้ำดี จากการรับรู้ของผู้ที่เจ็บป่วยเมื่อได้รับการรักษาไประยะหนึ่งแล้วพบว่า อาการที่ตนประสบอยู่ไม่ทุเลาลง หรือมีอาการรุนแรงลุกลามไปตบมากขึ้น หรือมีอาการผิดปกติอย่างอื่นเพิ่มขึ้น จึงทำให้ผู้ที่เจ็บป่วยรับรู้ว่า รักษาไม่หาย จากการรับรู้ดังกล่าว ท้ายที่สุดตนเองจะต้องเผชิญความตายอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ที่ไม่ทราบแน่ชัดว่า จะเกิดขึ้นเมื่อใด ผู้ป่วยจึงอยู่ในสภาพของผู้ที่นอนรอวันตายจากอาการที่มีแต่ทรุดลงเรื่อย ๆ เหลือง แนนท้อง ทานอาหารไม่ได้

“เป็นโรคร้ายแรงที่สุดกว่ามะเร็งอื่น บั้วได้ (รักษาไม่หาย) ทุกทางนะครับ มันบ่มีคนรอดเลย ทุกคนกะให้กำลังใจว่าเดียวกะหาย อยากสู้อยู่แต่มันกะฮู้ (รู้) ตนเองอยู่ว่าเป็นแนวไค (อย่างไร) อาการมันกะเหลือง แนนท้องหลายขึ้นกินข้าวได้คำสองคำ รอมือตายอย่างเดียว” (ผู้ป่วยคนที่ 3)

เป็นโรคเวรกรรม

ผู้ที่เจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งท่อน้ำดีบางส่วนที่ให้ความหมายต่อภาวะเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งท่อน้ำดีว่า “เป็นโรคเวรกรรม” ทั้งนี้เนื่องจากการที่ผู้ป่วยประสบกับความทุกข์ทรมานจากอาการต่าง ๆ เช่น ความปวด ภาวะน้ำเกิน จึงทำให้ผู้ที่เจ็บป่วยคิดว่า สิ่งที่ตนประสบอยู่นั้นเป็นผลมาจากกรรมเก่า

ในอดีตที่ต้องมารับผลกระทบขานี้จากการรับรู้ดังกล่าวทำให้ผู้ป่วยจึงต้องทำใจและรู้สึกสบายใจ

“ตอนฮู้ (รู้) ว่าเป็นโรคที่แรกกะฮ้องให้ (ร้องไห้) แล้วแต่กะคิดว่าเป็นเวรเป็นกรรมของเฮา (เรา) เอง มันเลยเจ็บปวดทรมาน ท้องกะไค (ท้องโต) คือแดงโม สดแล้วแต่ลิเป็นไป ต้องอยู่กับโรคนี้ให้ได้ คิดแบบนี้กะสบายใจอยู่” (ผู้ป่วยคนที่ 4)

1.2) ผู้ดูแลในครอบครัวได้ให้ความหมายต่อโรคมะเร็งท่อน้ำดีมี 2 ลักษณะ ได้แก่

เป็นโรคที่ทุกข์ทรมาน

ผู้ดูแลในครอบครัวมองว่าการเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งท่อน้ำดีเป็น “โรคที่ทุกข์ทรมาน” เนื่องจากอาการของโรคมะเร็งท่อน้ำดีมีการลุกลาม จึงก่อให้เกิดอาการที่รุนแรงตามมา ผู้ป่วยเหล่านี้จึงต้องประสบกับอาการต่าง ๆ เช่น ปวด แน่นท้อง เหลือง คัน เป็นต้น อาการเหล่านี้ได้สร้างความทุกข์ทรมานให้แก่ผู้ป่วยทำให้ไม่สามารถดำเนินชีวิตได้ตามปกติ จากการที่ครอบครัวผู้ดูแลได้ให้การดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งท่อน้ำดี ได้เห็นและรับรู้ถึงความทุกข์ทรมานที่ผู้ป่วยเผชิญอยู่ ทำให้เกิดความรู้สึกสงสารผู้ป่วยโรคมะเร็งท่อน้ำดี ดังนั้นครอบครัวจึงให้ความสำคัญกับการดูแลที่จะช่วยลดความทุกข์ทรมานที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย

“โรคที่พ่อเป็นมันคือโรคที่ทุกข์ทรมานมาก ร้องโอดครวญ มันแน่นในท้อง ตัวตาเหลือง เพราะว่าโรคมันรุนแรงอย่าได้เจอได้พบอีกเลย ป๋อยากให้พ่อทุกข์ทรมาน ยาแก้ปวดอะไรก็ให้เขาไปเลยไม่ต้องคิดว่าจะเกิดผลข้างเคียงของยาอะไรมากนักหนูว่า บางครั้งผู้ป่วยก็ต้องการกำลังใจจากลูกจากหลานมาเผื่ออยากให้เราสบายใจมีกำลังใจ หมอเพิ่นก็พ่อนปรนให้ลูกให้หลานเข้าเยี่ยมได้เพื่อให้ผู้ป่วยเขามีกำลังใจ มีแรงใจ” (ผู้ดูแลคนที่ 1)

เป็นโรคที่รอความตาย

ผู้ดูแลในครอบครัวมีการให้ความหมายต่อโรคมะเร็งท่อน้ำดีว่า “เป็นโรคที่รอความตาย” โดยบุคคลที่รับรู้การวินิจฉัยว่าเป็นโรคมะเร็งท่อน้ำดีมักมีการให้ความหมายต่อโรคว่าเป็นโรคที่รักษาอย่างไรก็ไม่หาย รักษายาก ตายเร็ว บุคคลที่เจ็บป่วยด้วยโรคนี้นี้มักจะรอความตาย โดยครอบครัวผู้ดูแลจะมีการคาดการณ์ระยะเวลาเอง จากประสบการณ์ในการได้พบเห็นผู้ที่เจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งท่อน้ำดี จากการบอกเล่าของบุคคลอื่นและบางกรณียังรับรู้จากอาการที่ผู้ป่วยประสบอยู่ โดยเฉพาะเมื่ออาการของโรคเป็นมาเรื่อยๆจนทำให้ครอบครัวผู้ดูแลรับรู้มากยิ่งขึ้น จึงนำมาซึ่งปฏิกิริยาตอบสนองทางด้านจิตใจที่หลากหลายของผู้ป่วยทั้งความรู้สึกเครียด สิ้นหวัง ท้อแท้ ทำใจยอมรับ ต้องสู้ และอดทน

“โรคแนวนี้รอมือตายอย่างเดียว ถ้า (หาก) ว่าหายกะคือจะเป็นไปไม่ได้ รักษายากแสม อยู่ได้ก็ไม่เกินสองถึงสามเดือนมันบ่มีคนหายเลย กะเครียดหลาย กะย่านเพิ่นตายเนาะนอนกะบ่หลับมันท้อ มันบ่มีหวังสิรักษาให้หายได้เลย” (ผู้ดูแลคนที่ 2)

2. พฤติกรรมการดูแลตนเอง

พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคมะเร็งท่อน้ำดีและครอบครัว พบว่ามี 4 ประเด็นคือ การกินปลาดิบ การกินยาถ่ายพยาธิประจำ ซื้อยากินเอง และการดูแลตนเองไม่ต่อเนื่อง ดังนี้

การกินปลาดิบ ผู้ป่วยและครอบครัวบางส่วนมองว่าการเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งท่อน้ำดีเป็นเรื่องไกลตัว และการกินดิบเป็นเรื่องปกติที่ทุกคนสามารถรับประทานได้ เนื่องจากเป็นการกินที่มีมาตั้งแต่บรรพบุรุษกินตามพ่อแม่กินแล้วก็ยังไม่เห็นเกิดการเจ็บป่วยใด ๆ ทำให้ประชาชนในพื้นที่ยังคงนิยมกินปลาดิบ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการนิยมกินปลาปลาดิบ และส้มตำปลาร้าดิบ เนื่องจากมีรสชาติอร่อย ถูกปากคนในพื้นที่ แม้ว่าจะเริ่มมีการเจ็บป่วยเกิดขึ้นแล้ว แต่ผู้ป่วยยังคงรับประทานอาหารดิบ

“โรงพยาบาลก็เคยได้ยินเขาณรงค์อยู่ แต่กะยังกินปลาปลาดิบอยู่ กะคิดว่าบ่เป็นหยั่ง พ่อแม่เพิ่นพากินกะหยั่งบ่เป็นหยั่ง ชุมชนบ้านเฮากินคือกัน กินมาแต่พ่อแม่แม่แล้ว มันแซบ (อร่อย) ถูกปาก” (ผู้ดูแลคนที่ 9)

“ตอนป่วยแล้วหนิกะบ่ได้กินปลาปลาดิบแล้ว แต่กะบางเทื่อ (บางครั้ง) เห็นเขากินส้มตำมันกะกินนำเขายู แต่กะบ่หลาย ส้มตำเฮาตัวเองกะใส่ปลาร้าดิบในไหแหละ เขามั่นใจว่าสะอาด เพราะเฮาเอ็ดเอง” (ผู้ป่วยที่ 6)

การกินยาถ่ายพยาธิประจำ ผู้ป่วยและครอบครัวที่ศึกษานิยมกินปลาดิบ มีการดูแลตนเองโดยการกินยาถ่ายพยาธิเป็นประจำทั้งก่อนเจ็บป่วยและขณะที่มีการเจ็บป่วย โดยเชื่อว่าการกินยาถ่ายพยาธิจะทำให้พยาธิได้ทุกชนิด รวมถึงพยาธิใบไม้ตับซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญของการเกิดโรคมะเร็งท่อน้ำดี

“กินดิบอยู่ แต่กะกินบ่บ่อย บ่ได้กินทุกวัน กินอาทิตย์ละครั้งสองครั้ง เป็นปลาปลา รู้ว่ากินแล้วจะติดเชื้อพยาธิ แต่กะไปซื้อยามาถ่ายพยาธิมากินอยู่เรื่อย ฆ่าได้หมดก็คือสิบเป็นโรคหrok” (ผู้ดูแลคนที่ 10)

“ตอนฮู้ว่าป่วยใหม่ ๆ กะยังซื้อยาถ่ายพยาธิมากินคือเก่ายู กะคิดว่าบ่แม่นโรคมะเร็งคือหมอเพิ่นว่าดอก กะบ่พ้าว (ไม่รีบ) ไปรักษา เฮากะรักษาเอง ท้องมันอืดกะกินยาถ่ายพยาธิ” (ผู้ป่วยคนที่ 12)

ซื้อยากินเอง ส่วนมากมักมีอาการแสดงของโรคไม่ชัดเจน ผู้ป่วยและครอบครัวจึงมองว่าตนเองมีสภาพร่างกายที่แข็งแรงยังสามารถทำงานได้ตามปกติ ทำให้บางส่วนละเลยการตรวจสุขภาพประจำปี บางรายอาจมีอาการแสดงเล็กน้อยจนไม่เป็นที่สังเกตอาการปวดแน่นท้องคล้ายกระเพาะอาหาร ซึ่งส่วนใหญ่มักซื้อยากินเอง หรือหากไม่ดีขึ้นจะรักษาที่คลินิกหรือกินสมุนไพร และหากอาการรุนแรงมากขึ้นจึงจะเข้ารับบริการสุขภาพในหน่วยบริการสุขภาพของรัฐ

“ตอนฮู้ว่าเพิ่นป่วย ไม้รู้ว่ายาหยั่งศิริรักษาหยะ กะซื้อมาให้เพิ่นกินหมด ทั้งรากไม้ ยาต้มยาหม้อ ยาจีนกะหยั่งซื้อมาให้กิน กะอยากให้เพิ่นดีแหละ” (ผู้ดูแลคนที่ 22)

“ตอนมันเจ็บท้องที่แรก กะคิดว่าเจ้าของเป็นโรคกระเพาะอาหาร กะบ่เคยไปตรวจร่างกายเลย เพราะว่าร่างกายเฮาแข็งแรง ยังเอ็ดเวียก (ทำงาน) ได้คือเก่า คั้น (ถ้า) มีอาการขึ้นมาแทนกะสิซื้อยากินเอง ไปเอายามกับหมอยาพื้นบ้านแทน ไปขอยาแก้อืดกระเพาะอาหารอยู่ รพสต. แทน” (ผู้ป่วยคนที่ 20)

การดูแลตนเองไม่ต่อเนื่อง ผู้ป่วยมักเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง เช่น ภาวะติดเชื้อ อาการปวด แน่นอึดท้อง และอาการเหนื่อยเพลียจนถึงขั้นต้องนำส่งโรงพยาบาลบ่อยครั้ง ในการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยในกลุ่มนี้มีพฤติกรรมไม่สนใจดูแลตนเอง โดยการไม่ไปตรวจตามนัด ทำให้ได้รับการรักษาที่ไม่ต่อเนื่อง ส่งผลให้โรคลุกลามและเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง บางครอบครัวไม่นำผู้ป่วยเข้ารับการรักษาที่ต่อเนื่อง เพราะไม่อยากจะให้ผู้ป่วยทุกข์ทรมานจากการรักษา

“ผู้ป่วยเพิ่นไปยากมายาก (เดินทางลำบาก) ยากนำขึ้นรถรถรถ ท้องกะไค้ (ท้องโต) ไปเข้ายา (เคมีบำบัด) มาแต่ละเทื่อ (แต่ละครั้ง) กลับมาบ้านนอนซมเป็นอาทิตย์ กะคิดว่าเพิ่นอาจสิบถึกกับยา บางเทื่อ (ครั้ง) กะเลยบ่ไปตามนัดหมอ” (ผู้ดูแลคนที่ 18)

“โรงพยาบาลอยู่ไกลนะ ค่าใช้จ่ายกะสิหลายแทนยากนำคนสิพาไปหาหมออีก บ่ยากให้ลูกให้หลานขาดงาน บางครั้งกะบ่ได้ไปตามหมอเพิ่นนัดตรวจ คั้นขาดนัดโดนแทนอาการกะสิแยงเลย กะสิม่ใช่ แน่นอึดท้องแยง กินหยั่งกะบ่ได้เมื่อยหลาย” (ผู้ป่วยคนที่ 17)

ปัญหาและความต้องการในการดูแล

ในการศึกษานี้ พบ ปัญหาและความต้องการในการดูแลตนเองของผู้ป่วยและครอบครัว มีดังนี้

วัฒนธรรมการกินปลาดิบ ผู้ป่วยและครอบครัวมักนิยมกินปลาปลาดิบทั้งกินภายในครอบครัวและช่วงที่มีเทศกาลงานบุญต่าง ๆ ซึ่งพฤติกรรมการกินปลาดิบดังกล่าวเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญที่ทำให้ติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ และอาจนำมาสู่การเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งท่อน้ำดีได้ นอกจากนี้ยังพบว่า “วัฒนธรรมการดูแลสุขภาพ” ของประชาชนในพื้นที่เป็นปัจจัยเงื่อนไขที่อาจส่งผลให้ผู้ป่วยโรคมะเร็งท่อน้ำดีมีอาการดีขึ้นหรือทรุดลงได้ บางรายแม้มีการเจ็บป่วยเกิดขึ้นแต่ก็ยังรับประทานอาหารดิบเช่นเดิม

“พ่อแม่ เพิ่นพากินปลาปลาดิบ เฮากะกินตามเพิ่น แต่ว่าคนไข้หนิ ตอนนีเพิ่นป่วยกะบ่ได้กินปลาปลาดิบแล้ว แต่ว่าปลาแดดดิบหนิยังกินยูบางเทื่อ เพิ่นกินหยั่งกะบ่แซบ กะให้เพิ่นกินแนวเพิ่นมักแหละ” (ผู้ดูแลคนที่ 13)

“กินแนวหมอเพิ่นแนะนำ กะกินบ่แซบ กินได้คำสองคำกะอิม กินบ่ได้กะบ่มีแรง กะเลยกินแนวยากินกินแหละ แนวอันดิบ ๆ บางคิดอยากกะกินยู โดน ๆ กินเทื่อ (นาน ๆ กินครั้ง)” (ผู้ป่วยคนที่ 13)

ยังไม่ตระหนัก

ผู้ป่วยและครอบครัวยังไม่ตระหนักในการดูแลตนเอง เมื่อมีการเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งท่อน้ำดี แม้ว่าจะได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวที่เหมาะสมจากบุคลากรทีมสุขภาพ แต่บางรายยังคงมีพฤติกรรมการกินดื่บเหมือนเดิม และขาดการรักษาที่ต่อเนื่อง จึงทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนรุนแรง ส่งผลให้ผู้ป่วยเสียชีวิตอย่างรวดเร็ว

“เพื่อนไปเข้ายามาที่โอได๋ เมื่อยตลอด เบ่งคือลืบดีขึ้น กะเลยบ่พาเพื่อนไปตามนัด แต่กะเกือบบ่รอด เพราะเพื่อนติดเชื้อ ดีแต่ว่าเหมาโรคพาไปโรงพยาบาลทัน” (ผู้ดูแลคนที่ 20)

“หมอบ่เห็นกะแนะนำให้งดกินของดิบ แต่มันกะอดบ่ได้ เห็นหมู่เพื่อนกินแซว ๆ กะกินน้ำ กินบ่หลาย กะกินพอหายอยากห็นละ” (ผู้ป่วยคนที่ 17)

ไม่มีผู้ดูแล

การติดตามเยี่ยมผู้ป่วยและครอบครัวบางส่วนหลังจำหน่ายกลับบ้าน ในการศึกษาพื้นที่พบว่า ไม่มีผู้ดูแลหรือบางครอบครัวมีคนดูแลเพียงคนเดียว ทำให้มีผลกระทบต่องานและหน้าที่ของสมาชิกในครอบครัว บางครอบครัวต้องขาดงานขาดรายได้ เนื่องจากต้องให้การดูแลผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดี นอกจากนี้ยังส่งผลกระทบต่อจิตใจของสมาชิกในครอบครัวเกิดภาวะเครียด บางครอบครัวไม่มีใครมาเปลี่ยนเวรอาจเป็นเพราะลูกหลานไปทำงานที่อื่นหรือก็ไม่มีเวลาช่วยดูแล ดังนั้น ผู้ดูแลหลักบางครอบครัวก็จะอยู่เฝ้าติดขอบ 24 ชั่วโมง ก็จะเครียดกดดัน เคร่งเครียดไม่มีที่พึ่งเป็นปัญหาด้านสังคม ซึ่งก่อให้เกิดปัญหาสุขภาพตามมา

“มันบ่ดีขึ้นหายก็บ่หายแล้ว มีแต่ลิไปหนีจาก (ตาย) แล้วก็ไม่มีใครช่วยดูแล ก็มีแต่แม่กับหลานอยู่บ้าน ลูกเต้าก็ไปทำงานที่กรุงเทพหมด ลางมาเบ่งก็ยาก แล้วหลานก็มาเข้าโรงเรียนอีก ยามเจ็บยามปวดสิพาไปหาหมอบ่กล้าบอก หอบกันไปหอบกันมา ถ้าได้นอนโรงพยาบาลก็ปล่อยผู้ป่วยอยู่คนเดียวบ่ได้ สงสารผู้ป่วย แม่ยากหลายลูก(ผู้วิจัย) มันบ่มีที่พึ่งเลย เคร่งเครียด” (ผู้ดูแลคนที่ 15)

หนี้สิน

การเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งท่อน้ำดี ส่งผลให้ผู้ป่วยขาดงานและขาดรายได้ เนื่องจากภาวะเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นทำให้ไม่สามารถไปทำงานตามปกติได้ ครอบครัวต้องแบกรับค่าใช้จ่ายในการรักษา หรือค่าใช้จ่ายเดินทางไปรักษาเป็นจำนวนมาก ทำให้บางครอบครัวเกิดปัญหาหนี้สินเนื่องจากการกู้ยืมเงินจากสถาบันการเงินของรัฐหรือกู้เงินนอกระบบ

“ลางหลายมือแล้ว บ่มีใ้ดูแลเพื่อน...บางครั้งเกิดเจ็บป่วยฉุกเฉิน บ่มีเงินพาไปหาหมอ ก็เลยกู้ยืมเงินนอกระบบนี้แหละ กู้เงินจากในระบบกะหลายหมื่นแล้ว ตอนนี้จะหนี้เต็มบ้านอยู่” (ผู้ดูแลคนที่ 17)

การเดินทางไปรักษาไกล

ผู้ป่วยและครอบครัวมองว่าระยะทางของการเดินทางเข้ารับการตรวจและรักษาโรคมะเร็งท่อน้ำดี ทำให้ประชาชนไม่สะดวกในการเข้ารับการรักษาค่าใช้จ่ายที่ต่อเนื่อง ทั้งนี้เนื่องจากไม่มีรถส่วนตัวต้องเหมารถเข้ารับการรักษาค่าใช้จ่ายสูงเสียเงิน จากสถานการณ์ดังกล่าวอาจทำให้กลุ่มเสี่ยงได้รับการวินิจฉัยโรคและรักษาที่ล่าช้า หรือผู้ป่วยโรคมะเร็งท่อน้ำดีต้องเผชิญกับภาวะโรคที่มีการลุกลามรุนแรงมากขึ้นได้

“หมอนัดให้ยาต่ออยู่โรงพยาบาล ไปเองกะยาก ทางมันไกล เฮาบ่มีรถส่วนตัวกะต้องเหมารถไป เงินเหมารถกะบ่มี บางครั้งกะไปตามเพื่อนบ่อยู่ บางครั้งกะบ่ค่อยได้ไปตามนัด” (ผู้ป่วยคนที่ 22)

3. ปัจจัยเงื่อนไขในการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งท่อน้ำดี จากการวิเคราะห์พบว่าปัจจัยเงื่อนไขในการดูแลผู้ป่วย 3 ประเด็นคือ การช่วยเหลือของชุมชน ความเชื่อต่อโรค และวัฒนธรรมการกินปลาดิบ ดังนี้

1) การช่วยเหลือของชุมชน โดยกลุ่มอาสาสมัครสุขภาพบริการรับ/ส่งผู้ป่วยเข้ารับการรักษานในสถานบริการสุขภาพ และมีญาติพี่น้องเยี่ยมให้กำลังใจเมื่อรักษาตัวในโรงพยาบาล ตลอดจนการช่วยเหลือให้เงินค่าเดินทางไปรักษาทำให้ผู้ป่วยมีกำลังใจที่ดี

2) ความเชื่อต่อโรค ความเชื่อว่าการรับประทานปลาดิบไม่ทำให้เกิดโรค ทำให้ประชาชนในพื้นที่ส่วนหนึ่งยังคงนิยมรับประทานปลาดิบ ซึ่งเป็นสาเหตุของการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ หรือความเชื่อ “เป็นโรคที่รักษาไม่หาย” ทำให้ผู้รับบริการบางคนตัดสินใจไม่เข้ารับตรวจคัดกรองโรคเนื่องจากกลัวตรวจแล้วพบโรค หรือตัดสินใจมารับการรักษาล่าช้าทำให้โรคลุกลาม

3) วัฒนธรรมการกินปลาดิบ ประชาชนในพื้นที่ส่วนหนึ่งยังนิยมรับประทานปลาดิบ เช่น ลาบปลาก้อยปลาดิบ ซึ่งเสี่ยงต่อการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ อีกทั้งเมื่อเจ็บป่วยเล็กน้อยมักซื้อยารับประทานเองหรือไปใช้บริการรักษาคคลินิกต่าง ๆ จนกระทั่งอาการเริ่มรุนแรงขึ้นจึงเข้ารับการรักษานในสถานบริการสุขภาพของรัฐ ซึ่งมักพบว่าโรคลุกลามเข้าสู่ระยะสุดท้าย

การอภิปรายผล

ผลการศึกษตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยเกี่ยวกับสถานการณ์การดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคมะเร็งท่อน้ำดีและครอบครัวในพื้นที่ศึกษาพบว่า การให้ความหมายต่อโรคในมุมมองของผู้ป่วยโรคมะเร็งท่อน้ำดีและครอบครัวมองว่าเป็นโรคที่ทุกข์ทรมาน เป็นโรคเรื้อรัง เป็นโรคที่ไม่มีการเตือน มีลักษณะอาการคล้ายโรคกระเพาะอาหาร ท้องอืดเป็น ๆ หาย ๆ หรือถ้ามีอาการก็มึนงงจนไม่เป็นที่สนใจของผู้ป่วย สอดคล้องกับรายงานของณรงค์ ชันดีแก้ว พบว่า ผู้ป่วยมักมาพบแพทย์เมื่อมีอาการหรือการดำเนินของโรคอยู่ในระยะลุกลามแล้ว เนื่องจากในระยะเริ่มแรกอาการแสดงของโรคมักไม่เด่นชัด [14] การตรวจคัดกรองค้นหากลุ่มเสี่ยงโรคมะเร็งท่อน้ำดีในระยะ

เริ่มต้นจึงนับว่ามีสำคัญ จะเห็นว่า มีความก้าวหน้าเทคโนโลยี ทางด้านการตรวจวินิจฉัยสามารถค้นหากลุ่มเสี่ยงโรคมะเร็งท่อน้ำดีในระยะเริ่มต้นได้ด้วยเครื่องมือการตรวจอัลตราซาวด์ที่ทำให้สามารถรักษาให้หายขาดได้โดยการผ่าตัดระยะเริ่มต้น [6] อย่างไรก็ตามยังมีข้อจำกัดในด้านการให้บริการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งท่อน้ำดีเฉพาะสถานบริการสุขภาพบางแห่ง ไม่ครอบคลุมทุกพื้นที่ ดังนั้น ควรมีการสนับสนุนให้สถานบริการสุขภาพทุกระดับสามารถให้บริการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งท่อน้ำดีได้ทุกพื้นที่ เพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตที่ดีของประชาชน

นอกจากนี้ยังพบว่าความเชื่อต่อการรักษาโรคมะเร็งท่อน้ำดีว่าเป็นโรคที่รักษาไม่หาย เป็นโรคที่รอความตาย สอดคล้องกับการวิจัยของซูกรี คูชัยสิทธิ์พบว่า ผู้ป่วยรับรู้โรคมะเร็งท่อน้ำดีเป็นแล้วตาย รักษาไม่หาย มักจะเสียชีวิตภายในระยะเวลา 3-6 เดือน [15] ในขณะที่บุคลากรด้านสุขภาพได้ให้ความหมายต่อโรคมะเร็งท่อน้ำดีว่าเป็นโรคมีโอกาสรักษาหาย ถ้าตรวจพบโรคได้ในระยะแรกจึงให้ความสำคัญกับการเฝ้าระวังและคัดกรองโรคมะเร็งท่อน้ำดี [6] เช่นเดียวกับการวิจัยของวัชรพงศ์ พุทธิสวัสดิ์ศึกษาประสบการณ์ด้าน ศัลยศาสตร์ พบว่าอัตราการรอดชีวิตของผู้ป่วยโรคมะเร็งท่อน้ำดีภายในระยะเวลาแรกที่ได้รับการผ่าตัดเอามะเร็งออกหมด มีอัตราการรอดชีวิตในระยะ 5 ปี ร้อยละ 35.7 [16] จะเห็นว่าการให้ความหมายต่อโรคในมุมมองของผู้ป่วยโรคมะเร็งท่อน้ำดี และผู้ให้บริการมีความแตกต่างกัน ซึ่งจำเป็นที่เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องต้องนำข้อมูลดังกล่าวไปเป็นข้อมูลพื้นฐานในการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งท่อน้ำดีให้เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ เพื่อส่งเสริมการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งท่อน้ำดีให้เกิดประโยชน์เหมาะสมเพียงพอต่อการเกื้อกูลสุขภาพได้

จากการรับรู้ การให้ความหมายต่อโรคมะเร็งท่อน้ำดีดังกล่าว นำสู่การมีพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยและครอบครัว ได้แก่ การกินปลาดิบ การกินยาถ่ายพยาธิประจำ ซ้อมยากินเอง และการดูแลตนเองไม่ต่อเนื่อง โดยพบว่าผู้ป่วยและครอบครัวมีปัญหาและความต้องการในการดูแล ได้แก่ วัฒนธรรมการกินปลาดิบ ยังไม่ตระหนัก ไม่มีผู้ดูแล หนี้สิน และการเดินทางไปรักษาไกล แม้ว่าสถานบริการสุขภาพทุกระดับของภาครัฐจะมีแนวทางการจัดบริการการดูแลโรคมะเร็งท่อน้ำดี เริ่มตั้งแต่การเฝ้าระวังป้องกันโรคโดยการรณรงค์ให้ความรู้ มีการส่งเสริมการดูแลในทุกกลุ่มวัย เมื่อเจ็บป่วยก็จะได้รับการรักษาทั้งแบบหายขาดด้วยการผ่าตัด หรือรักษาแบบประคับประคองตามอาการ และมีการส่งต่อการรักษาจนกระทั่งการดูแลต่อเนื่องที่โรงพยาบาลและที่บ้าน [3], [5] เพื่อลดอัตราป่วย ตาย ผลกระทบจากโรคมะเร็งท่อน้ำดีแล้ว แต่ไม่สามารถบรรลุวัตถุประสงค์ได้ เนื่องจากนโยบายระดับชาติและระดับพื้นที่ขาดความเป็นเอกภาพในด้านการหนุนเสริมการปรับเปลี่ยนค่านิยม วัฒนธรรม และสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อวิถีชีวิต [17] จะเห็นว่า ประชาชนในพื้นที่อีสานยังมีพฤติกรรมค่านิยมรับประทานปลาดิบอย่างต่อเนื่อง เนื่องจากมีวัฒนธรรมการรับประทานปลาดิบที่สืบทอดกันมาจากรุ่นสู่รุ่น [18]

ตลอดจนประชาชนบางส่วนยังมีความเชื่อว่าการมียาพร่า ชีวออนเทรล ทำให้ไม่ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและยังคงนิยมรับประทานปลาดิบ [17] ซึ่งจากการวิเคราะห์พบปัจจัยเงื่อนไขในการดูแลผู้ป่วย 3 ประเด็นคือ การช่วยเหลือของชุมชน ความเชื่อต่อโรค และวัฒนธรรมการกินปลาดิบ สอดคล้องกับการศึกษาของสมปอง พะมุลิลลา [5] พบว่าเงื่อนไขการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคมะเร็งท่อน้ำดี คือ วัฒนธรรมการรับประทานปลาดิบ นอกจากนี้ประชาชนส่วนใหญ่ไม่ได้รับการตรวจคัดกรองโรค เนื่องจากไม่ได้รับข้อมูลการประชาสัมพันธ์หรือบางส่วนไม่ตระหนักในการตรวจคัดกรองโรค ทำให้ตรวจพบโรคมะเร็งท่อน้ำดีระยะสุดท้าย ตลอดจนโรงพยาบาลระดับทุติยภูมิยังมีข้อจำกัดด้านอุปกรณ์ทางการแพทย์และแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะโรคมะเร็งท่อน้ำดีไม่เพียงพอ ผู้ป่วยส่วนใหญ่จึงถูกส่งต่อเพื่อวินิจฉัยและรักษาโรคมะเร็งท่อน้ำดีในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิที่มีระยะทางห่างไกลจากอำเภอต่าง ๆ ทำให้ประชาชนเสียค่าใช้จ่ายในการเดินทางและค่าครองชีพ ในระหว่างที่รักษาตัวในโรงพยาบาลจำนวนมาก ดังนั้น บุคลากรด้านสุขภาพหรือเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องต้องนำข้อมูลดังกล่าวข้างต้นเหล่านี้ไปเป็นพื้นฐานในการวางแผนในการให้ความรู้และวางแผนการจัดกิจกรรมดำเนินการให้เหมาะสมกับปัญหาและความต้องการดูแลของผู้ป่วยโรคมะเร็งท่อน้ำดี ครอบครัวผู้ดูแล และสอดคล้องกับบริบทของพื้นที่ในลำดับต่อไป

ข้อเสนอเพื่อการพัฒนา

ผลการศึกษาให้ข้อเสนอสำคัญ คือ ควรเสริมสร้างความตระหนักของผู้ป่วยและครอบครัวในการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตการรับประทานปลาดิบที่เสี่ยงต่อการเกิดโรค ควรพัฒนาศักยภาพของบุคลากรสุขภาพให้มีสมรรถนะในการเฝ้าระวังคัดกรองโรคสำหรับกลุ่มเสี่ยง และการดูแลที่มีความเฉพาะโรคสำหรับกลุ่มป่วย ควรพัฒนาศักยภาพของกลุ่มทางสังคม องค์กร ชุมชน และองค์กรท้องถิ่นให้มีสมรรถนะการดูแลประชาชนกลุ่มเสี่ยงและกลุ่มป่วย และการจัดหาสวัสดิการช่วยเหลือในชุมชนและสำหรับสถานบริการสุขภาพ ควรออกแบบกลไกการเข้าถึงบริการสุขภาพสำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็งท่อน้ำดีและให้การดูแลตามความต้องการดูแลตามกลุ่มประชาชนกลุ่มเสี่ยงและกลุ่มป่วย โดยการสร้างระบบฐานข้อมูลสุขภาพของประชาชนกลุ่มเสี่ยงและผู้เจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งท่อน้ำดีในพื้นที่

เขตสุขภาพที่10 หรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ควรนำประเด็นจากการศึกษาในครั้งนี้ส่งเสริมให้ความรู้เรื่องโรคมะเร็งท่อน้ำดีที่ประชาชนยังเข้าใจไม่ถูกต้อง อีกทั้งยังมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งท่อน้ำดีไปใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการวางแผนการดำเนินงาน เพื่อจัดกิจกรรมให้เหมาะสมตามบริบทของพื้นที่ ตลอดจนการสร้างระบบการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งท่อน้ำดีในบริบทพื้นที่อย่างมีประสิทธิภาพ

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณมหาวิทยาลัยขอนแก่นและมหาวิทยาลัยอุบลราชธานี ที่ส่งเสริมและสนับสนุนทุนการศึกษา

Reference

- [1] Ministry of Public Health. **Public Health Statistics. 2016.** The report of the number of deaths from tumors of the liver and bile duct in the liver. Thailand: Ministry of Public Health; 2014. <http://www.moph.go.th>. Accessed 15 May 2017 (in Thai)
- [2] Cancer Registry Unit, Sapphasitthiprasong Hospital. 2015. **Statistics of cancer patients admitted in the years 2014-2015.** Ubon Ratchathani: Sapphasitthiprasong Hospital. (in Thai)
- [3] Khuntikeo, N. 2005. Current Concept in Management of Cholangiocarcinoma. **Srinagarind Medical Jurnal.** 20(3): 143-49. (in Thai)
- [4] Pamulila, S. and Bumpenchit, S. 2017. Care system for patients with cholangiocarcinoma. **Journal of Nursing Science and Health.** 40(3): 83-95. (in Thai)
- [5] Khon Kaen University, National Health Security Office and Ministry of Public Health. 2012. **Strategies to reduce liver fluke and eliminate cholangiocarcinoma of Isan people.** Khon Kaen: Faculty of Medicine, Khon Kaen University. (in Thai)
- [6] Chaiveerawattana, A. and et al. 2011. **Guidelines for screening, diagnosis and treatment of liver cancer and cholangiocarcinoma.** (2nd ed.). Bangkok: National Office of Buddhism. (in Thai)
- [7] Orem, D.E. 1995. **Nursing: Concepts of practice.** (5thed.). Louis: Mosby Year Book.
- [8] Mullin, V.I. 1980. Implementing the Self-Care Concept in The Acute Care Setting. **Nursing Clinics of North America.** 15(1): 177-190.
- [9] Klangchamnan, T. 2014. **Factors Influencing Self-Care Behaviors of Cholangiocarcinoma Patients after Percutaneous Transhepatic Biliary Drainage.** Master of Nursing Science Thesis in Adult Nursing, Graduate School, Khon Kaen University. (in Thai)
- [10] Pincharoen, S. and Kongtalin, O. 2003. **The research report of the study of medical treatment plan and integrated self-care of cholangiocarcinoma patients in Khon Kaen.** Research Funding for New Researchers, Annual Budget 2003. Khon Kaen University.
- [11] Bumpenchit, S. 1997. **Culture of self-care among persons with HIV infection and AIDS: a study in the Northeast, Thailand.** Doctor of Nursing Science. Graduate School, Mahidol University. (in Thai)
- [12] Kleinman, A. 1980. **Patients and healers in the context of culture.** London: University of California.
- [13] Guba, E.G. and Lincoln, YS. 1989. **Fourth generation evaluation.** Newbury Park, CA: Sage Publications.
- [14] Khuntikeo N. and Pugkhem A. 2012. Current Treatment of Cholangiocarcinoma. **Srinagarind Medical Jurnal.** 27(3): 340-50. (in Thai)
- [15] Kuchaisit, C. and et al. 2004. **Systematic care management for enhancing the quality of life in patients with cholangiocarcinoma admitted to Srinagarind Hospital.** Khon Kaen: Siriphan Offset. (in Thai)
- [16] Bhudhisawasdi, V. and et al. 2012. Cholangiocarcinoma: Experience of Srinagarind Hospital. **Srinagarind Med Jurnal.** 27. (in Thai)
- [17] Viriyavipart, C., Thaewongiew, K. and Klangburum. 2015. Knowledge, perception and behavior about flood consumption related to the prevention of Opisthorchiasis among people in Upper Northeastern Thailand in 2013. **Disease Control Journal.** 41(1): 77-86. (in Thai)
- [18] Khuntikeo, N. and Yongvanit, P. 2012. Conceptual framework of health policy and strategies to administer and manage cholangiocarcinoma systematically and effectively. **Srinagarind Medical Journal.** 27(suppl): 422-26. (in Thai)