



การรับรู้และการเผชิญปัญหาต่อการได้รับเคมีบำบัดของผู้ป่วยมะเร็งปอด

Perception and Coping of Lung Cancer Patients

Receiving Chemotherapy

ทิพมาส ชินวงศ์

Tippamas Chinnawong

วิทยาลัยพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่

มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

Master of Nursing Thesis in Adult Nursing

Prince of Songkla University

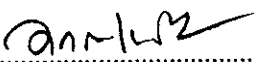
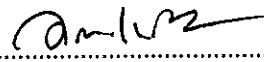
เลขที่	RC 271.C5 9163 2541 (B.R.)
Bib Key	143 716



(1)

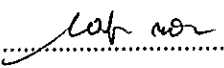
ชื่อวิทยานิพนธ์ การรับรู้และการเผชิญปัญหาต่อการได้รับเคมีบำบัดของผู้ป่วยมะเร็งปอด
ชื่อผู้เขียน นางสาวทิพมาศ ชินวงศ์
สาขาวิชา การพยาบาลผู้ใหญ่

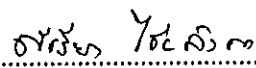
คณะกรรมการที่ปรึกษา

คณะกรรมการสอบ

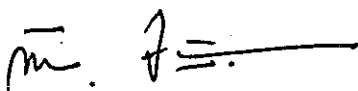
.....ประธานกรรมการ (ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อาภรณ์ เชื้อประไพศิลป์)
.....ประธานกรรมการ (ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อาภรณ์ เชื้อประไพศิลป์)

.....กรรมการ (ผู้ช่วยศาสตราจารย์ นพ.ชราคร ธรรมประสิทธิ์)
.....กรรมการ (ผู้ช่วยศาสตราจารย์ นพ.ชราคร ธรรมประสิทธิ์)

.....กรรมการ (ผู้ช่วยศาสตราจารย์ นพ.กอประชุมณ์ ดัยคานนท์)

.....กรรมการ (อาจารย์พัชรียา ไชยลังกา)

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ อนุมัติให้นำวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่ง
ของการศึกษาตามหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่


.....
(รองศาสตราจารย์ ดร.ก้าน จันทร์พรหมมา)
คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

ชื่อวิทยานิพนธ์ การรับรู้และการเผชิญปัญหาต่อการได้รับเคมีบำบัดของผู้ป่วยมะเร็งปอด
ชื่อผู้เขียน นางสาวทิพมาศ ชินวงศ์
สาขาวิชา การพยาบาลผู้ใหญ่
ปีการศึกษา 2540

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงคุณภาพแบบปรากฏการณ์วิทยาที่มีวัตถุประสงค์เพื่อบรรยายและอภิปรายการรับรู้และการเผชิญปัญหาต่อการได้รับเคมีบำบัดของผู้ป่วยมะเร็งปอด คัดเลือกผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับเคมีบำบัดที่โรงพยาบาลแห่งหนึ่งแบบเฉพาะเจาะจงจำนวน 10 ราย เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการติดตามสัมภาษณ์เจาะลึกผู้ป่วยรายละ 3-15 ครั้ง พร้อมการบันทึกเทป การสังเกต และการบันทึกภาคสนาม ระหว่างเดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2539 ถึงเดือนมกราคม พ.ศ. 2540 ทำการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพโดยใช้วิธีการของโคไลซซี่ (Colaizzi) ผลการศึกษาพบว่า การรับรู้ของผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับเคมีบำบัดเป็นการรับรู้การมีชีวิตอยู่อย่างทุกข์ทรมานและไม่แน่นอน ใน 4 ลักษณะ คือ 1) เป็นโรคไม่ธรรมดา 2) เคมีบำบัดเป็นความหวัง 3) มีชีวิตอยู่กับความทุกข์ทรมาน และ 4) มีชีวิตอยู่กับความไม่แน่นอน ผู้ป่วยได้พยายามเผชิญกับปัญหาที่เกิดขึ้นในช่วงที่ได้รับเคมีบำบัดโดยการดูแลเยียวยาตนเองตั้งแต่เริ่มเจ็บป่วยจนกระทั่งเสียชีวิตใน 5 ลักษณะ คือ 1) ประคับประคองความแข็งแรงของร่างกาย 2) ผ่อนคลายความทุกข์ใจ 3) ตั้งจิตสร้างสมบุญกุศล 4) วางแผนจัดการชีวิตและมรดก และ 5) ปรับใจสั่งเสียญาติ ผลการเผชิญปัญหาของผู้ป่วยมะเร็งปอดในช่วงที่ได้รับเคมีบำบัดมี 2 ลักษณะใหญ่ๆ คือ 1) ผู้ป่วยที่ปรับตัวได้ จะมีร่างกายแข็งแรงขึ้น สบายใจขึ้น คงความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และยอมรับความตายได้ 2) ผู้ป่วยที่ปรับตัวไม่ได้ จะมีความรู้สึกท้อแท้หมดหวัง และโทษผู้อื่น โดยมีปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเผชิญปัญหาของผู้ป่วย ได้แก่ ภาวะเศรษฐกิจ ความเข้มแข็งอดทน ความรู้สึกเกรงใจ ความไม่คุ้นเคย ความขัดแย้งทางด้านความเชื่อ เทคนิคการบอกข้อวินิจฉัย อาการของโรค อาการข้างเคียงของเคมีบำบัด การดูแลช่วยเหลือและกำลังใจ ระบบบริการพยาบาล เชื่อโรคฉายโอกาส และ อุปสรรคในฤดูฝน ในช่วงที่ได้รับเคมีบำบัดผู้ป่วยมะเร็งปอดมีความต้องการการดูแลช่วยเหลือในเรื่องต่างๆ คือ 1) ช่วยให้อาการดีขึ้นหรือหายป่วย 2) ให้แพทย์น้อยที่สุด 3) ความอบอุ่นใจ 4) ได้ปฏิบัติตามหลักศาสนา 5) การดูแลอย่างเข้าใจ 6) ระบบบริการที่เอื้ออำนวย และ 7) ให้ญาติยอมรับการสูญเสียได้ ผลการศึกษาทำให้ได้องค์ความรู้ที่สำคัญแก่วิชาชีพคือ การให้การดูแลผู้ป่วยต้องคำนึงถึงปรากฏการณ์การดูแลเยียวยาตนเองของผู้ป่วยตั้งแต่

เริ่มเจ็บป่วยจนกระทั่งเสียชีวิต เกิดความเข้าใจถึงการรับรู้และการเผชิญปัญหาของผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับเคมีบำบัด และได้แนวทางในการชี้แนะนโยบายการจัดระบบบริการพยาบาลในหอผู้ป่วยที่รับรักษาพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งเพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีการเผชิญปัญหาที่สอดคล้องกับความต้องการของผู้ป่วยอย่างแท้จริง

Thesis Title Perception and Coping of Lung Cancer Patients Receiving Chemotherapy
Author Miss Tippamas Chinnawong
Major Program Adult Nursing
Academic Year 1997

Abstract

This phenomenological study described and explained the perception and coping ability of lung cancer patients receiving chemotherapy. The participants in this study were 10 lung cancer patients receiving intravenous chemotherapy at a chest clinic and a medical ward.

Data collection took place during May 1996 - January 1997. Each participant was interviewed 3-15 times. Data collection included tape-recorded indepth-interviews, observations and compilation of field notes. Through the process of Colaizzi's interpretations and analysis method, a number of themes were identified and used to describe the phenomenon of perception and coping of lung cancer patients receiving chemotherapy.

The perception of patients receiving chemotherapy was characterized mainly by the distress and uncertainty phenomenon. This perception was described in terms of four related themes : 1) illness being complicated 2) chemotherapy provided hopefulness 3) living with discomfort and distress and 4) living with uncertainty. The coping of patients receiving chemotherapy was characterized mainly by the self-healing phenomenon. This coping was described in terms of five related themes : 1) maintaining physical wellness 2) releasing tension and distress 3) making merit 4) planning about end of life and distribution of property and 5) make amends with family and friends before dying. The outcome of coping with chemotherapy was described in terms of adaptation and maladaptation. The traits of adaptive patients included : physical wellness, harmony in mind, maintaining self-esteem, and acceptance of dying. Maladaptive patients had feeling of hopelessness, and blame others for deteriorating condition. The related factors which influence coping ability of lung cancer patients were economic status, hardiness, deference, unfamiliar situation, conflict in belief over treatment and self care, techniques of telling diagnosis, severity of diseases, severity of chemotherapy's side effects,

helping and support, nursing system and services, presence of opportunistic diseases, and difficulties related to rainy season. The needs of lung cancer patients receiving chemotherapy were 1) healthy and free from diseases 2) fewest side effect 3) harmony in mind 4) making merit 5) tender loving care 6) quality of nursing system and services, and 7) family acceptance of dying.

This essential finding, which contribute to nursing knowledge and profession is caring for the lung cancer patients receiving chemotherapy must concern of their self-healing phenomena. The understanding in perception and coping of lung cancer patients receiving chemotherapy suggests a guideline to improve the nursing system and services in the area of caring for lung cancer patients.

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงไปด้วยความช่วยเหลือจากคณาจารย์หลายท่าน โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ผศ.ดร. อาภรณ์ เชื้อประไพศิลป์ และ ผศ.นพ. ธารธร ธรรมประสิทธิ์ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ที่กรุณาให้ข้อคิดเห็น ชี้แนะแนวทางที่เป็นประโยชน์ ช่วยตรวจสอบแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆ และคอยสนับสนุนให้กำลังใจแก่ผู้วิจัยมาโดยตลอด พร้อมกันนี้ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณ ผศ.นพ. กอปรชอุณ ด้ยัคคานนท์ และอาจารย์ พัชรียา ไชยลังกา กรรมการสอบ รศ. ดร. อรัญญา เชาวลิต ดร. เหล็กพิศ ฐานิวัตตนานนท์ และดร. วันดี สุทธิรังสี อาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ ที่กรุณาให้แนวคิดและข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ต่อการวิจัยครั้งนี้

ขอขอบพระคุณคณบดีคณะแพทยศาสตร์ หัวหน้าฝ่ายบริการพยาบาลของโรงพยาบาลที่อนุญาตและอำนวยความสะดวกในการเก็บรวบรวมข้อมูล ตลอดจนหัวหน้าหน่วยโรคปอด แพทย์พยาบาล และบุคลากรประจำหน่วยโรคปอดทุกท่าน หัวหน้าหอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย 1 อายุรกรรมชาย 2 และอายุรกรรมหญิง รวมทั้งแพทย์ พยาบาล และบุคลากรที่เกี่ยวข้อง ที่ให้ความร่วมมือและอำนวยความสะดวกในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นอย่างดี ขอกราบขอบพระคุณผู้ป่วยมะเร็งรวมทั้งญาติผู้ป่วยทุกท่านที่ให้ความร่วมมืออย่างเต็มที่ คอยเป็นแรงจูงใจให้สามารถดำเนินงานได้ลุล่วงเป็นอย่างดี รวมทั้งยังเป็นแหล่งข้อมูลที่มีคุณค่ายิ่งที่ทำให้เกิดความเข้าใจโลกของผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับเคมีบำบัดอย่างลึกซึ้งมากขึ้น

ขอกราบขอบพระคุณ คุณพ่อเล็กหุ้น คุณแม่เขี่ยน พี่อำไพ พี่สุภาณูดา พี่นิรมล พี่บุปผา ชิดวงศ์ และญาติพี่น้องทุกท่านที่สนับสนุน และให้โอกาสในการศึกษาอย่างอิสระ ขอบพระคุณ ผศ.ดร. สุนุดตรา ตะบูนหงส์ คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ ผ.ศ. นवलจันทร์ รมณารักษ์ อ. จารุวรรณ มานะสุรการ และคณาจารย์ประจำภาควิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์ทุกท่าน ที่เอื้ออำนวยความสะดวกในการทำงานและคอยดูแลเอาใจใส่ คณาจารย์และบุคลากรประจำคณะพยาบาลศาสตร์ที่คอยเป็นกำลังใจ พี่อุรา มาลีและเพื่อนๆ ผู้คอยช่วยเหลืออย่างเข้าใจ เพื่อนพยาบาลศาสตรบัณฑิตรุ่น 16 ตลอดจนเพื่อนนักศึกษาปริญญาโท รวมทั้งกัลยาณมิตรที่คอยให้กำลังใจผู้วิจัยตลอดมา ท้ายที่สุดนี้ขอขอบพระคุณมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ที่กรุณาเอื้อให้ทุนบัณฑิตศึกษาประเภทผลการเรียนดีเด่น และทุนอุดหนุนส่วนหนึ่งในการศึกษาวิจัยครั้งนี้

ทิพมาส ชิดวงศ์

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อ.....	(3)
Abstract.....	(5)
กิตติกรรมประกาศ.....	(7)
สารบัญ.....	(8)
รายการตาราง.....	(10)
รายการภาพประกอบ.....	(11)
บทที่	
1 บทนำ.....	1
ปัญหา : ความเป็นมาและความสำคัญ.....	1
วัตถุประสงค์ของการวิจัย.....	5
คำถามการวิจัย.....	5
กรอบแนวคิด.....	5
นิยามศัพท์.....	6
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	6
2 เอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	7
แนวคิดเกี่ยวกับการศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยา.....	7
แนวคิดเกี่ยวกับการใช้เคมีบำบัดในผู้ป่วยมะเร็งปอด.....	16
ผลกระทบที่เกิดจากโรคมะเร็งปอดและการได้รับเคมีบำบัดต่อผู้ป่วย.....	22
การรับรู้และการเผชิญปัญหาต่อการได้รับเคมีบำบัดของผู้ป่วยมะเร็ง.....	37
3 วิธีการวิจัย.....	57
การศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยาในผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับเคมีบำบัด.....	57
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	57
สถานที่ศึกษา.....	58
สถานการณ์การรักษายาบาล.....	58
เครื่องมือในการวิจัย.....	60
จรรยาบรรณของนักวิจัย.....	62

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล.....	63
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	66
4 ผลการวิจัยและอภิปรายผล.....	69
ลักษณะของผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับเคมีบำบัด.....	69
การรับรู้หมายของความเจ็บป่วย.....	71
การรับรู้และการเผชิญปัญหาต่อการได้รับเคมีบำบัดของผู้ป่วยมะเร็งปอด.....	75
การรับรู้ของผู้ป่วยมะเร็งปอด : มีชีวิตอยู่กับความทุกข์ทรมานและไม่แน่นอน.....	79
การเผชิญปัญหาของผู้ป่วยมะเร็งปอด : การดูแลเยียวยาตนเอง.....	123
ผลลัพธ์ของการเผชิญปัญหา.....	172
ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเผชิญปัญหาของผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับเคมีบำบัด.....	181
ความต้องการการดูแลช่วยเหลือของผู้ป่วยมะเร็งปอดในช่วงที่ได้รับเคมีบำบัด.....	203
5 สรุปและข้อเสนอแนะ.....	210
สรุปการวิจัย.....	210
ข้อจำกัดของการวิจัย.....	213
ข้อเสนอแนะ.....	214
บรรณานุกรม.....	220
ภาคผนวก.....	236
ภาคผนวก ก เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล.....	237
ภาคผนวก ข แบบประเมินระดับสมรรถภาพของผู้ป่วยที่ได้รับเคมีบำบัด.....	242
ภาคผนวก ค แบบประเมินอาการข้างเคียงที่เกิดจากการได้รับเคมีบำบัด.....	243
ภาคผนวก ง ตัวอย่างแบบบันทึกสถานการณ์.....	245
ภาคผนวก จ ใบพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย.....	248
ภาคผนวก ฉ. ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยมะเร็งปอด.....	249
ภาคผนวก ช ข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยของผู้ป่วยมะเร็งปอด.....	250
ภาคผนวก ซ ตัวอย่างการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพเชิงปรากฏการณ์วิทยา.....	251
ตามวิธีการของ โค ไลซ์ซี่	
ประวัติผู้เขียน.....	256

รายการตาราง

ตาราง	หน้า
1. แสดงการรับรู้ต่อสิ่งเร้าที่มากกระทบในช่วงที่ได้รับเคมีบำบัด.....42 ของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมและมะเร็งปอด	
2. สรุปข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัด70	
3. สรุปอาการข้างเคียงของเคมีบำบัดตามการรับรู้ของผู้ป่วยมะเร็งปอด.....106	

รายการภาพประกอบ

ภาพประกอบ	หน้า
1. แสดงกระบวนการปรับตนเองของบุคคล.....	39
2. แสดงกลไกการรับรู้ของบุคคล.....	40
3. สรุปปรากฏการณ์การรับรู้และการเผชิญปัญหาต่อการได้รับเคมีบำบัด..... ของผู้ป่วยมะเร็งปอด	80

บทที่ 1

บทนำ

ปัญหา : ความเป็นมาและความสำคัญ

โรคมะเร็งกำลังเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศ มีอุบัติการณ์ของโรครเป็นอันดับที่ 3 รองลงมาจากโรคหัวใจและอุบัติเหตุ โดยมีจำนวนผู้ป่วยเพิ่มขึ้นจาก 20,385 รายในปี พ.ศ. 2532 เป็น 26,132 รายในปี พ.ศ. 2536 ในจำนวนนี้มะเร็งปอดเป็นโรคที่มีความสำคัญมากขึ้นเนื่องจากมีอุบัติการณ์ของโรที่สูงขึ้นอย่างรวดเร็วในช่วง 10 ปีที่ผ่านมา และปัจจุบันมีจำนวนผู้ป่วยใหม่สูงที่สุดในเกือบทุกภาคของประเทศ (ส่วนข้อมูลข่าวสารสาธารณสุข, 2538 : 93) นอกจากนี้ยังเป็นสาเหตุการตายที่สูงขึ้นเรื่อยๆทั้งในเพศหญิงและเพศชาย (Schmidt & Shell, 1994 : 302) โดยมีสาเหตุหลักมาจากการสูบบุหรี่หรือมลภาวะต่างๆซึ่งนับวันจะยังมีปัญหามากขึ้น

ในระยะ 5 ปีที่ผ่านมาพบว่าโรงพยาบาลที่ศึกษามีอุบัติการณ์ของผู้ป่วยเพศชายที่เป็นมะเร็งปอดสูงเป็นอันดับหนึ่งติดต่อกันมาโดยตลอด จะเห็นได้จากเฉพาะในจังหวัดสงขลามีผู้ป่วยชายสูงขึ้นจาก 50 คน (ร้อยละ 13.1) ในปี พ.ศ. 2532 เป็น 73 คน (ร้อยละ 15.6) ในปี พ.ศ. 2537 และในกลุ่มผู้ป่วยหญิงมีอุบัติการณ์สูงขึ้นเป็นอันดับที่ 3 ติดต่อกันมารองจากมะเร็งปากมดลูกและมะเร็งเต้านม ซึ่งมีจำนวนสูงขึ้นจาก 19 คน (ร้อยละ 5.7) ในปี พ.ศ. 2532 เป็น 22 คน (ร้อยละ 5.3) ในปี พ.ศ. 2537 (หัชชาและคณะ, 2532 : 16-17 ; 2537 : 15-16) และยังพบว่าในปี พ.ศ. 2538 มีจำนวนผู้ป่วยมะเร็งใหม่ที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ถึง 2,366 ราย ในจำนวนนี้เป็นผู้ป่วยมะเร็งปอดถึง 212 ราย ซึ่งเป็นอุบัติการณ์ที่สูงเป็นอันดับหนึ่งในเพศชาย (159 ราย) และเป็นอันดับ 6 ในเพศหญิง (53 ราย) (Sriplung, et al., 1995 : 8-9)

แนวทางการรักษามะเร็งปอดมีทั้งการผ่าตัด การใช้รังสีรักษาและการใช้ยาเคมีบำบัด ขึ้นอยู่กับชนิด ระยะของโรค และความพร้อมของผู้ป่วย (Held, 1995 : 38) เคมีบำบัดนั้นมึบทบาทโดยตรงในการรักษาโรคมะเร็งปอดชนิดเซลล์เล็กรวมทั้งมะเร็งปอดชนิดไม่ใช้เซลล์เล็ก โดยเฉพาะที่อยู่ในระยะแพร่กระจายหรือมีการกลับเป็นซ้ำของโรค (Schmidt & Shell, 1994 : 313) ในโรงพยาบาลที่ศึกษาพบว่าผู้ป่วยมะเร็งปอดได้รับการรักษาตามอาการแบบประคับประคองมากที่สุด (ร้อยละ 37) รองลงมาคือการรักษาด้วยการฉายรังสี (ร้อยละ 21.9) เคมีบำบัด (ร้อยละ 13.7) และการผ่าตัด

(ร้อยละ 8.2) ส่วนอื่นๆก็เป็นการรักษาหลายวิธีร่วมกัน และไม่ทราบวิธีการรักษาที่แน่นอน ซึ่งเป็นไปตามความพร้อมทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และเศรษฐกิจของผู้ป่วย (หัชชาและคณะ, 2537 : 19)

ผู้ป่วยมะเร็งปอดที่มารับการตรวจรักษามักจะเป็นผู้ป่วยที่มีอาการมากแล้ว หรืออยู่ในระยะลุกลามแล้ว เคมีบำบัดจึงมีบทบาทมากขึ้นทั้งในการรักษาโรคและช่วยบรรเทาอาการต่างๆร่วมกับการผ่าตัดหรือฉายแสง เช่น อาการไอ ไอเป็นเลือด เจ็บแน่นหน้าอก หอบเหนื่อย หรืออาการอื่นๆที่เกิดจากการแพร่กระจายของโรค ซึ่งสามารถช่วยเหลือผู้ป่วยทั้งในด้านคุณภาพชีวิตและการรอดชีวิต (Engelking, 1987 : 1438-1440) แต่ผลการรักษาผู้ป่วยมะเร็งปอดในระยะลุกลามในด้านการรอดชีวิตยังไม่ชัดเจน เพียงแต่ช่วยให้ผู้ป่วยมีชีวิตรอดยืนยาวขึ้นกว่าผู้ที่ไม่ได้รับการรักษาประมาณ 3 เดือนถึง 2 ปี (Glover & Miaskowski, 1994 : 91) ผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับเคมีบำบัดจึงเป็นกลุ่มที่ได้รับผลกระทบทั้งทางด้านกาย จิต สังคมสูงจากภาวะของโรคและการรักษาที่ไม่อาจทำนายได้ชัดเจน

ผลกระทบสำคัญจากการเจ็บป่วยเป็นมะเร็งทั่วไป ได้แก่ การมีความรู้สึกกลัวตาย กลัวการลุกลามของโรค กลัวอาการข้างเคียงของเคมีบำบัด รู้สึกวิตกกังวล ซึมเศร้า หมดหวัง (ประคอง, 2529 : 326 ; สมจิต, 2536 : 241 ; Rafferty, 1985 : 169 ; Fincannon, 1995 : 87) มีอาการไอ ไอเป็นเลือด หอบเหนื่อย เจ็บปวด อ่อนเพลีย เบื่ออาหาร มีไข้ เป็นต้น (สมจิต, 2536 : 252-253 ; Hagopain, 1993 : 759 ; Held, 1995 : 40) ส่งผลให้ความสามารถในการดูแลตนเองและผู้อื่นลดลง (Fincannon, 1995 : 87) หรืออาจรู้สึกผิด โกรธ หรือปฏิเสธความเจ็บป่วย มีอาการนอนไม่หลับ มีการเปลี่ยนแปลงบทบาทหน้าที่ และการเข้าสังคม (Nerenz et al., 1982 : 1020-1027)

ผลกระทบสำคัญจากการได้รับเคมีบำบัดโดยทั่วไป ได้แก่ มีอาการคลื่นไส้ อาเจียน เบื่ออาหาร อ่อนเพลีย คิดเชื่อง่าย ซีด เลือดออกง่าย ผม่วรง ท้องร่วง ท้องผูก ซาปลายมือปลายเท้า มีความผิดปกติของการได้ยิน เป็นต้น (สุมิตรา, 2536 : 14-16 ; Schmidt & Shell, 1994 : 331 ; Held, 1995 : 39-42) โดยที่จำนวนของอาการข้างเคียงต่างๆที่เกิดขึ้นจากการได้รับเคมีบำบัด มีความสัมพันธ์ทางบวกกับระดับความทุกข์ทรมานของผู้ป่วย (Nerenz et al., 1982 : 1020 ; Love et al., 1989 : 604) และนอกจากการสูญเสียสมรรถภาพในการทำหน้าที่ของร่างกายดังกล่าวแล้ว การได้รับเคมีบำบัดยัง ทำให้ภาพลักษณ์และความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของบุคคลเปลี่ยนแปลงไปเช่นกัน (Lev, 1992 : 595) จากปัญหาดังกล่าวทำให้ผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัดต้องใช้ความพยายามเป็นอย่างมากในการเผชิญปัญหา ซึ่งจากการศึกษาของนีเร็นซ์และคณะ (Nerenz et al., 1982 : 1020-1027) พบว่าผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัดที่ใช้ความพยายามในการเผชิญปัญหาแต่ทำไม่สำเร็จจะมีความทุกข์ทรมานในระดับสูง

การศึกษาเกี่ยวกับการรับรู้และการเผชิญปัญหาในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัดที่ผ่านมาส่วนใหญ่ เป็นแนวคิดของต่างประเทศ (Nerenz et al., 1982 ; Love et al., 1989 ; Payne, 1990 ;

Lev, 1992 ; Dodd & Dibble & Thomas, 1993 ; Manson & Manderino & Johnson, 1993 ; Rhodes et al., 1994 ; Weekes & Kagan, 1994 ; Fieler et al., 1995) ซึ่งเป็นการศึกษาถึงวิธีการเผชิญปัญหาของผู้ป่วยมะเร็งโดยทั่วไป เป็นการศึกษาในภาพรวมไม่ได้ศึกษาให้ชัดเจนถึงวิธีการที่ผู้ป่วยใช้ในการเผชิญกับแต่ละปัญหาที่เกิดขึ้น ไม่ได้ศึกษาว่าผู้ป่วยมีการเผชิญปัญหาอย่างมีประสิทธิภาพเพียงใด (Fieler et al., 1995 : 713) และยังไม่ได้ศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งปอด

ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัดมีการเผชิญปัญหาทั้งในรูปแบบของการกระทำ และการปรับอารมณ์ความรู้สึกในหลายๆวิธี ทั้งในด้านบวก เช่น คิดถึงการรักษาในทางที่ดี มีความหวัง พยายามดูแลตนเองให้ดีที่สุด และในด้านลบ เช่น มีความวิตกกังวล เก็บกด หรือรู้สึกไม่แน่นอนในชีวิต เป็นต้น (Payne, 1990 : 652-658 ; Lev, 1992 : 603 ; Fieler et al., 1995 : 713-716) และยังพบว่าผู้ป่วยที่เกิดอาการข้างเคียงหลายชนิดบางรายขอให้แพทย์ลดปริมาณยา บางรายไม่มารับการรักษาอย่างต่อเนื่อง บางรายไม่ยอมมารักษาด้วยเคมีบำบัดอีกเพราะคิดว่าเป็นวิธีที่ทำให้เกิดความทุกข์ทรมานมากและไม่ได้ผล (Nerenz et al., 1982 :1020) เลิฟและคณะ (Love et al., 1989 : 604) ยังพบอีกว่าผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด 46 เปอร์เซ็นต์ มีความคิดที่จะหยุดการรักษา และ ผู้ป่วยมะเร็ง 30 - 83 เปอร์เซ็นต์ไม่มารับเคมีบำบัดจนครบตามแผนการรักษา การตัดสินใจของผู้ป่วยเหล่านี้ น่าจะเป็นข้อมูลสนับสนุนว่าผู้ป่วยบางส่วนยังไม่สามารถเผชิญปัญหาที่เกิดจากการได้รับเคมีบำบัดได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งบิชอป (Bishop, 1994 : 329-330) กล่าวว่าผู้ป่วยมะเร็งที่มีความเครียดในระดับสูงอาจจะมีการทำงานของระบบประสาทและภูมิคุ้มกันของร่างกายผิดปกติ ส่งผลให้เซลล์มะเร็งมีการเจริญเติบโตและแพร่กระจายเร็วขึ้น จนอาจมีผลให้โรคลุกลามและผู้ป่วยมีการเสียชีวิตเร็วขึ้นได้ โดยที่ผลดังกล่าวอาจไม่สามารถนำมาอ้างอิงใช้ได้อย่างเหมาะสมกับลักษณะสังคมวัฒนธรรมของไทย

ในประเทศไทยก็ยังไม่มีการศึกษาโดยตรงถึงปรากฏการณ์กับการรับรู้และการเผชิญปัญหาของผู้ป่วยมะเร็งปอดในช่วงที่ได้รับเคมีบำบัด มีเพียงการศึกษาของสุภาณี (2536) ซึ่งเป็นการศึกษาเชิงคุณภาพเกี่ยวกับสิ่งที่ผู้ป่วยมะเร็งระบบโลหิตกั่งวลท่วงโย และวิธีการเผชิญปัญหาโดยอาศัยแนวคิดของไวส์แมน แล้วทำการสร้างรูปแบบการช่วยเหลือผู้ป่วยมะเร็งของระบบโลหิตในการเผชิญกับโรค แต่ก็ไม่ได้เน้นศึกษาเกี่ยวกับความรู้สึกนึกคิดในมุมมองของผู้ป่วยที่มีต่อการได้รับเคมีบำบัด และไม่ได้ศึกษาเกี่ยวกับผลสำเร็จของการเผชิญปัญหา ส่วนการศึกษาของ รัชณี (2535) และประทุม (2538) ก็ศึกษาเฉพาะเรื่องการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งที่มีอาการคลื่นไส้อาเจียนจากการได้รับเคมีบำบัด ทำให้ยังขาดความเข้าใจอย่างถ่องแท้เกี่ยวกับการรับรู้และการเผชิญปัญหาค่อการได้รับเคมีบำบัดตามการรับรู้ของผู้ป่วย โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งปอดที่มีจำนวนมากขึ้นเรื่อยๆ และได้รับความทุกข์ทรมานจากโรคและการรักษาที่อาจจะแตกต่างไปจากกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งระบบอื่นๆ เนื่อง

จากพยาธิศรัทธาของโรคและอาการข้างเคียงของเคมีบำบัดสูตรที่ได้รับแตกต่างกัน จึงน่าสนใจว่า การรับรู้และการเผชิญปัญหาต่อการได้รับเคมีบำบัดผู้ป่วยมะเร็งปอดเป็นอย่างไร และผู้ป่วยสามารถปรับตัวได้ดีเพียงใด เพื่อจะได้หาวิธีการที่เหมาะสมช่วยเหลือผู้ป่วยต่อไป

การที่จะสามารถช่วยเหลือให้ผู้ป่วยมะเร็งปอดมีการเผชิญกับโรคและการรักษาได้อย่างมีประสิทธิภาพ พยาบาลรวมทั้งทีมสุขภาพมีความจำเป็นต้องทำความเข้าใจว่าผู้ป่วยมีการรับรู้ต่อการได้รับเคมีบำบัดอย่างไร (Rafferty, 1985 : 171) มีความรู้สึกทุกข์ทรมานในเรื่องใดบ้างมากน้อยเพียงใด ความเจ็บป่วยหรือการรักษามีผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยอย่างไร และผู้ป่วยมีความสามารถในการเผชิญกับสิ่งที่มาคุกคามได้ดีเพียงใด (Nerenz et al., 1982 : 1023 ; Leventhal & Johnson, 1983 : 194) พฤติกรรมของมนุษย์เหล่านี้เป็นสิ่งที่ยากต่อการวัดโดยใช้เครื่องมือใดๆ (Streubert & Carpenter, 1995 : 1) โดยเฉพาะความรู้สึกนึกคิดและการเผชิญต่อปัญหาที่ซับซ้อนและมีความรุนแรงจากการรักษาด้วยเคมีบำบัด การวิจัยเชิงคุณภาพเป็นวิธีการที่เอื้ออำนวยในการศึกษาให้เกิดความเข้าใจอย่างลึกซึ้งเกี่ยวกับพฤติกรรมภายในของบุคคล (เพชรน้อย, 2534 : 5) ผู้ศึกษาจึงมีความเห็นว่าการศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยา (phenomenology study) ซึ่งเป็นกระบวนการเรียนรู้และค้นหาความหมายประสบการณ์ของบุคคล ผ่านการพูดคุยอย่างลึกซึ้งกับบุคคลที่มีชีวิตอยู่กับเหตุการณ์นั้นตามความเป็นจริง เพื่อให้เกิดความเข้าใจประสบการณ์เหล่านั้นมากขึ้น (Liehr & Marcus, 1994 : 262) เป็นวิธีการเหมาะสมที่จะนำมาทำความเข้าใจในประสบการณ์การได้รับเคมีบำบัดของผู้ป่วยมะเร็งปอดในบริบทหนึ่งๆอย่างถ่องแท้ ทำให้เกิดความเข้าใจเกี่ยวกับแบบแผนการรับรู้ต่อเคมีบำบัด ผลกระทบที่เกิดจากความเจ็บป่วยและการได้รับเคมีบำบัด วิธีการเผชิญปัญหาในช่วงที่ได้รับเคมีบำบัดและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเผชิญปัญหา รวมทั้งความต้องการการดูแลช่วยเหลือของผู้ป่วยมะเร็งปอดในช่วงที่ได้รับเคมีบำบัดมากขึ้น ซึ่งจะสามารถประยุกต์ความรู้ที่ได้ไปใช้ในการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมะเร็งปอดที่มีปัญหาคล้ายคลึงกันสามารถเผชิญปัญหาในช่วงที่ได้รับเคมีบำบัดอย่างมีประสิทธิภาพ

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อบรรยายและอภิปรายการรับรู้ต่อเคมีบำบัดและผลกระทบที่เกิดจากความเจ็บป่วยและการได้รับเคมีบำบัดของผู้ป่วยมะเร็งปอด
2. เพื่อบรรยายและอภิปรายวิธีการเผชิญปัญหาต่อความเจ็บป่วยและการได้รับเคมีบำบัดของผู้ป่วยมะเร็งปอด พร้อมทั้งปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเผชิญปัญหา
3. เพื่อบรรยายและอภิปรายความต้องการการดูแลช่วยเหลือของผู้ป่วยมะเร็งปอดในช่วงที่ได้รับเคมีบำบัด

คำถามการวิจัย

1. ผู้ป่วยมะเร็งปอดมีการรับรู้ต่อการได้รับเคมีบำบัดอย่างไร ความเจ็บป่วยและการได้รับเคมีบำบัดทำให้เกิดผลกระทบต่อผู้ป่วยมะเร็งปอดอย่างไร
2. ผู้ป่วยมะเร็งปอดมีการเผชิญปัญหาต่อความเจ็บป่วยและการได้รับเคมีบำบัดอย่างไร และมีปัจจัยอะไรบ้างที่เกี่ยวข้องกับการเผชิญปัญหาของผู้ป่วย
3. ผู้ป่วยมะเร็งปอดมีความต้องการการดูแลช่วยเหลือในช่วงที่ได้รับเคมีบำบัดอย่างไร

กรอบแนวคิด

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพแบบปรากฏการณ์วิทยา เพื่อทำความเข้าใจความหมายของการรับรู้และการเผชิญปัญหาต่อการได้รับเคมีบำบัดของผู้ป่วยมะเร็งปอดตามประสบการณ์จริงที่เกิดขึ้นในมุมมองของผู้ป่วย ดังนั้นผู้วิจัยจึงใช้ปรัชญาและระเบียบวิธีการวิจัยเชิงคุณภาพแบบปรากฏการณ์วิทยาเป็นกรอบแนวคิดของการวิจัย และใช้แนวคิดเกี่ยวกับการปรับตนเอง (self-regulation) เมื่อเผชิญกับสิ่งที่มาคุกคามจากความเจ็บป่วยหรือกิจกรรมการรักษาของลิเวินทาลและจอห์นสัน (Leventhal & Johnson, 1983) แนวคิดเกี่ยวกับการเผชิญปัญหาของลาซาลัสและโฟล์คแมน (Lazarus & Folkman, 1984) และแนวคิดไทยเรื่องสุขภาพและความเจ็บป่วยของโกมาตร (2536 : 3-36) มาเป็นแนวทางในการตั้งคำถามที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลภาคสนาม เพื่อให้ได้ข้อมูลเกี่ยวกับความรู้สึกนึกคิดต่อการได้รับเคมีบำบัด ผลกระทบที่เกิดขึ้นจากการได้รับเคมีบำบัด วิธีการเผชิญปัญหาของผู้ป่วยในช่วงที่ได้รับเคมีบำบัด รวมทั้งปัจจัยที่ส่งเสริมหรือเป็นอุปสรรคต่อ

การเผชิญปัญหา และความต้องการการดูแลช่วยเหลือของผู้ป่วยในช่วงที่ได้รับเคมีบำบัด ไม่ได้ใช้กรอบแนวคิดดังกล่าวมาควบคุมการศึกษาแต่อย่างใด

นิยามศัพท์

1. การรับรู้ต่อการได้รับเคมีบำบัดของผู้ป่วยมะเร็งปอด หมายถึงความรู้สึกนึกคิดของผู้ป่วยมะเร็งปอดที่มีต่อการรักษาด้วยเคมีบำบัดและผลกระทบที่เกิดขึ้นจากความเจ็บป่วยและการได้รับเคมีบำบัด
2. การเผชิญปัญหาต่อการได้รับเคมีบำบัดของผู้ป่วยมะเร็งปอด หมายถึงวิธีการจัดการกับอารมณ์และความรู้สึก รวมทั้งการกระทำใด ๆ ก็ตามที่ผู้ป่วยมะเร็งปอดใช้ในการป้องกัน หรือแก้ไขปัญหาดังกล่าวที่เกิดขึ้นจากความเจ็บป่วยและการได้รับเคมีบำบัด

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ได้ข้อมูลที่สำคัญซึ่งเกี่ยวกับความรู้สึก และวิธีการเผชิญปัญหาของผู้ป่วยมะเร็งปอดในช่วงที่ได้รับเคมีบำบัด
2. ได้ข้อมูลในการชี้แนะการกำหนดแนวทางเกี่ยวกับการจัดรูปแบบการบริหาร การบริการ การจัดการศึกษา และการวิจัยทางการแพทย์ที่เน้นการช่วยเหลือผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับเคมีบำบัด ให้มีการเผชิญกับโรคและการได้รับเคมีบำบัด ให้สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยอย่างแท้จริง

บทที่ 2

เอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ในการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับการรับรู้และการเผชิญปัญหาต่อการได้รับเคมีบำบัดของผู้ป่วยมะเร็งปอด ผู้วิจัยได้ทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องดังต่อไปนี้

1. แนวคิดเกี่ยวกับการศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยา
2. แนวคิดเกี่ยวกับการใช้เคมีบำบัดในผู้ป่วยมะเร็งปอด
3. ผลกระทบที่เกิดจากโรคมะเร็งและการได้รับเคมีบำบัดต่อผู้ป่วย
4. การรับรู้และการเผชิญปัญหาต่อการได้รับเคมีบำบัดของผู้ป่วยมะเร็ง

แนวคิดเกี่ยวกับการศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยา

การศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยาเป็นวิธีการศึกษาที่ใช้กันอย่างแพร่หลายในทางปรัชญา สังคมวิทยา และจิตวิทยา เป็นต้น ในทางการพยาบาลได้เริ่มมีการศึกษาทางปรากฏการณ์วิทยาเมื่อประมาณต้นศตวรรษที่ 20 นี้ นับว่ายังเป็นเรื่องใหม่สำหรับพยาบาล และนักวิจัยทางการพยาบาลส่วนใหญ่ยังเกิดความไม่แน่ใจว่ากระบวนการของการศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยาที่เหมาะสมกับการพยาบาลเป็นอย่างไร (Streubert & Carpenter, 1995 : 29) จึงได้ทบทวนเพื่อให้เกิดความเข้าใจแนวคิดเกี่ยวกับการศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยามากขึ้น

1. ประวัติความเป็นมาของการศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยา

ปรัชญาของการศึกษาทางปรากฏการณ์วิทยามีจุดเริ่มต้นทางวัฒนธรรมตะวันตก ในปลายศตวรรษที่ 19 ซึ่งมีแนวคิดที่แตกต่างจากมุมมองทางวิทยาศาสตร์ คือมุ่งเน้นการให้ความหมายและทำความเข้าใจปรากฏการณ์มากกว่าการอธิบายและทำนายเหตุการณ์ จนถึงปัจจุบันการศึกษาทางปรากฏการณ์วิทยาได้มีการพัฒนามาเป็น 3 ระยะ (Streubert & Carpenter, 1995 : 31-34) คือระยะก่อนเริ่มต้น (Preparatory phase) ในยุคนี้เป็นการเริ่มให้ความสนใจแก่การรับรู้ภายในบุคคล

ผู้ที่มีบทบาทสำคัญ คือ เบริททาโน (Brentano : 1838-1976) ระยะที่ 2 (German or Second phase) ฮุสเซอร์ล (Husserl : 1859-1938) ซึ่งเป็นบิดาของการศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยา ได้ให้ความสำคัญของสาระที่มาจากประสบการณ์ของผู้ที่อยู่ในเหตุการณ์โดยตรง ซึ่งให้ความสำคัญกับข้อมูลจากคำบอกเล่า (subjective) มากขึ้น โดยมีความเชื่อว่าในโลกของบุคคลยังมีเรื่องราวต่างๆอีกมากมายที่ไม่สามารถทำความเข้าใจด้วยการสังเกต ในเวลาต่อมาจึงมีการศึกษาที่มุ่งเน้นการทำความเข้าใจในประสบการณ์ที่มีคุณค่าของบุคคล เพราะบุคคลเป็นปรัชญาของการศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยา คือเป็นผู้ที่มีส่วนร่วมในสังคม วัฒนธรรม และบริบททางประวัติศาสตร์ของโลก ซึ่งสิ่งเหล่านี้ถือเป็นเบื้องหลังของพฤติกรรมของมนุษย์ที่จะแตกต่างกันไปตามสถานการณ์ และสิ่งที่เกิดขึ้นในอดีตก็เป็นสิ่งที่จะบ่งบอกถึงอนาคตได้เช่นเดียวกัน และระยะที่ 3 (France or Third phase) เป็นการพัฒนา ต่อเนื่องมาจากระยะที่ 2 และมีจุดเน้นคือการให้ความสำคัญกับการรับรู้ของบุคคล ซึ่งการรับรู้ก็คือความคิดในทุกๆเรื่องของบุคคล และบุคคลจะเป็นผู้ที่รู้ความเป็นตัวเองมากที่สุด (Merleau-Ponty, 1956 in Streubert & Carpenter, 1995 : 31)

เรย์ (Ray, 1985 : 81-92) ได้กล่าวว่าการพัฒนาการศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยา มี 6 ขั้นตอน โดยเริ่มจาก 1) การศึกษาในเชิงบรรยาย (descriptive phenomenology) ที่มีการกำหนดแนวคิดเบื้องต้นในการศึกษา แล้วทำการวิเคราะห์ข้อมูลแล้วอภิปรายผลการศึกษา 2) การศึกษาแบบเน้นสาระสำคัญ (essential phenomenology) เน้นการพิสูจน์ปรากฏการณ์เฉพาะทั้งทางด้านโครงสร้างและความสัมพันธ์ของปรากฏการณ์ 3) การศึกษาปรากฏการณ์ตามที่ปรากฏ (phenomenology of appearance) เป็นการเฝ้ามองเพื่อค้นหาความชัดเจนของปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นในสถานที่ที่แตกต่างกัน 4) การศึกษาโครงสร้างของปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้น (constitution phenomenology) เป็นการสำรวจปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นอย่างมีสติระมัดระวัง 5) การศึกษาส่วนย่อยของปรากฏการณ์ (reductive phenomenology) เป็นการตรวจสอบความเที่ยงตรงของผลการศึกษา และ 6) การศึกษาความหมายของปรากฏการณ์ (hermeneutic phenomenology) เป็นการแปลความและค้นหาความหมายของปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้น ซึ่งเป็นจุดเน้นของการศึกษาทางปรากฏการณ์ในปัจจุบัน และการพัฒนาดังกล่าวก็เพื่อพัฒนาวิธีการในการศึกษาศาสตร์ของความเป็นมนุษย์ รวมทั้งศาสตร์และศิลป์ในการดูแลของซึ่งเป็นหัวใจของวิชาชีพการพยาบาล จะเห็นได้ว่าการศึกษาในเชิงปรากฏการณ์วิทยาเป็นวิธีการที่เป็นพลวัตมีการเปลี่ยนแปลงตามกาลเวลา เพราะเป็นทั้งปรัชญาและวิธีการวิจัยที่ให้ความหมายของธรรมชาติที่มีการเปลี่ยนแปลงในหลายๆแง่มุม ตามเหตุการณ์จริงที่เกิดขึ้น

2. ลักษณะของการศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยา

การศึกษาทางปรากฏการณ์วิทยา เป็นวิธีการทางวิทยาศาสตร์ที่มีจุดมุ่งหมายเพื่ออธิบาย (describes) การเกิดขึ้นของปรากฏการณ์เฉพาะ และให้ความสำคัญกับประสบการณ์ชีวิตของบุคคล เป็นการศึกษาที่มุ่งเน้นการค้นหาสาระสำคัญ (essences) ของปรากฏการณ์ตามธรรมชาติ ในทุกๆ ประเด็น ว่าปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นมีความหมายอย่างไร โดยให้ความสำคัญกับการรับรู้ของบุคคล และการมีสติสะท้อนคิดพิจารณาการเกิดขึ้นของเหตุการณ์ตามธรรมชาติ การศึกษาทางปรากฏการณ์วิทยาเป็นระบบของการแปลความหมายของเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น เป็นทั้งปรัชญาและวิธีการวิจัย (Streubert & Carpenter, 1995 : 30-31) โดยนักวิจัยมีข้อตกลงเบื้องต้นว่า บุคคลเป็นผู้ที่รู้และสามารถบอกเล่าความหมายของประสบการณ์ที่เกิดขึ้นได้ (Dickson, 1995 : 425)

เป็นวิธีการที่จะพยายามค้นหาความหมายของปรากฏการณ์ที่เป็นประสบการณ์ชีวิตของมนุษย์ ผู้ให้ข้อมูลจะถูกถามให้อธิบายประสบการณ์ออกมา นักวิจัยก็นำข้อมูลที่ได้มาให้ความหมายภายใต้คำบอกเล่าของผู้ให้ข้อมูล ซึ่งไม่ต้องมีการทำนายหรือการพิสูจน์ตามการศึกษาเชิงปริมาณ (Parse & Coyne & Smith, 1985 : 5,15) มีจุดมุ่งหมายเพื่อทำความเข้าใจอย่างลึกซึ้ง โดยการบรรยาย อธิบายและสะท้อนคิดพิจารณาอย่างมีสติ เพื่อค้นหาความหมายของประสบการณ์นั้นๆ (Thaniwattananon, 1995 : 52) มักจะใช้คำถามว่าเกิดอะไรขึ้น และหมายความว่าอย่างไร (Lynch-Sauer, 1985 : 105)

วิธีการศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยาเป็นกระบวนการเรียนรู้และค้นหาความหมาย ประสบการณ์ของบุคคล ผ่านการพูดคุยอย่างลึกซึ้งกับบุคคลที่มีชีวิตอยู่กับเหตุการณ์นั้นๆ เป็นทางที่จะศึกษาความคิดของคนต่อประสบการณ์ที่เกิดขึ้น วิธีการศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยามีพื้นฐานมาจากปรัชญาที่เป็นการศึกษาประสบการณ์ร่วมตามธรรมชาติของมนุษย์ที่ไม่อาจศึกษาได้โดยวิธีการศึกษาเชิงปริมาณ มีจุดเน้นที่ต้องศึกษาประสบการณ์ของบุคคลอย่างต่อเนื่อง วันต่อวัน เช่นการศึกษาความหวังของผู้ป่วยมะเร็ง หรือความโกรธของผู้ป่วยโรคหัวใจ เพื่อให้เกิดความเข้าใจประสบการณ์ของบุคคลเหล่านั้นมากขึ้น และจะได้หาทางช่วยเหลือต่อไป (Liehr & Marcus, 1994 : 262)

การศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยาเป็นการศึกษาข้อมูลจากคำบอกเล่าของผู้ป่วยเป็นประสบการณ์ตามธรรมชาติในสังคมหนึ่งๆ โดยมีความเชื่อว่าบุคคลเป็นแหล่งเก็บสะสมข้อมูล (stock of knowledge) ประสบการณ์ของบุคคลจะบ่งบอกถึง จินตนาการ มโนภาพ ความรู้ แนวคิด คุณค่า และทัศนคติของบุคคลที่มีความหมาย การศึกษาทางปรากฏการณ์วิทยาเป็นการพยายามแปลความหมาย และอธิบายความคิดและการกระทำของมนุษย์ตามความเป็นจริง (Holstein & Gubrium,

1994 : 262-263) ซึ่งมักใช้วิธีการเก็บข้อมูลหลายวิธี เพื่อให้ได้หยั่งเข้าไปดูว่าปรากฏการณ์นั้นเป็นอย่างไร ซึ่งนักวิจัยต้องมีสติ รู้ตัวอยู่ตลอดเวลา และพยายามดูดซับข้อมูลมาให้ได้มากที่สุด (Burns & Grove, 1993 : 578)

การศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยาเป็นหนึ่งในวิธีการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพ ซึ่งมอร์ส (Morse, 1992 : 1-2) กล่าวว่าไว้ว่าการวิจัยเชิงคุณภาพมีลักษณะสำคัญ 3 อย่างที่แตกต่างจากการวิจัยเชิงปริมาณ คือ 1) การให้ความสำคัญกับมุมมองตามการรับรู้ของผู้ให้ข้อมูล (emic perspective) เป็นการเน้นที่จะค้นหาความหมายที่เฉพาะเจาะจง ที่เป็นประสบการณ์หรือการรับรู้จากมุมมองของผู้ให้ข้อมูล ไม่ใช่มุมมองของนักวิจัย ซึ่งจะประกอบไปด้วยการหาคุณค่าและความเชื่อของผู้ให้ข้อมูลที่มีต่อประสบการณ์นั้นๆ แล้วนักวิจัยก็อ้างอิงเอาข้อมูลเหล่านั้นมาสรุปเป็นแนวคิดบนพื้นฐานของข้อมูลจริง 2) เป็นการศึกษาในองค์รวม (holistic perspective) ทั้งในเรื่องของความหมายของประสบการณ์ และบริบทที่เกี่ยวข้อง ซึ่ง โนบลิตและเอนเจด (Noblit & Engel, 1992 : 43-49) กล่าวว่าลักษณะสำคัญของการศึกษาในองค์รวม คือ เป็นการสังเคราะห์แนวคิด อธิบายเปรียบเทียบ และยกตัวอย่างข้อมูลที่ค้นพบในองค์รวม ซึ่งจะต้องอาศัยทักษะ เวลา งบประมาณ พลังงาน ความมุ่งมั่น และสติปัญญาเป็นอย่างมาก

มุมมองในองค์รวมเป็นการมองบุคคลในหลายแง่มุม ทั้งความเชื่อ การดำเนินชีวิต และความสัมพันธ์กันในสังคม เป็นการค้นหาทั้งความเหมือนและความต่างของข้อมูลในแต่ละบุคคล และยังมีการนำข้อมูลที่ได้ไปเปรียบเทียบกับสิ่งที่เคยเกิดขึ้นไปแล้วด้วย นอกจากนี้ยังเป็นการมองว่าโลกมีความกว้างใหญ่ ไม่ได้เป็นส่วนๆ ทำให้ได้เกิดความเข้าใจโครงสร้างของสถานการณ์ทั้งในส่วนต้นและส่วนลึก (surface data and deep structure) เป็นความพยายามที่จะเรียนรู้และค้นหาทุกสิ่งทุกอย่าง (learn all) เพื่อที่จะได้ความเข้าใจในทุกๆอย่าง (take all) จนสามารถที่จะบอกความหมายและสาระสำคัญของปรากฏการณ์นั้นๆ ได้อย่างครบถ้วน (tell all) ทั้งในเรื่องของภาษา ความเชื่อ เหตุการณ์ การกระทำและความสัมพันธ์ทางสังคม โดยผู้ให้ข้อมูลมีส่วนร่วมในการยืนยัน และตรวจสอบความตรงของข้อมูล ซึ่งนักวิจัยจะสามารถตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลได้หลายทาง ทั้งในขั้นตอนของการเก็บรวบรวมและการวิเคราะห์ข้อมูล ซึ่งได้แก่ การใช้ผู้วิจัยหลายท่านที่มีความเชี่ยวชาญแตกต่างกันมาเก็บข้อมูลเรื่องเดียวกัน เพื่อตรวจสอบข้อค้นพบที่ได้ซึ่งกันและกัน (investigator triangulation) การใช้แนวคิดหลายแนวคิดมาใช้ในการมองความสัมพันธ์ของข้อมูลหรือเหตุการณ์นั้นๆ (theory triangulation) เพื่อนำไปสู่จุดแข็งของการวิจัย ใช้วิธีวิจัยหลายวิธีร่วมกันในการเก็บข้อมูล (methodological triangulation) เช่น การใช้ทั้งวิธีวิจัยเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพมาศึกษาในเรื่องเดียวกัน และ การเก็บข้อมูลในปรากฏการณ์เดียวกันในบุคคล เวลา และสถานที่ที่แตกต่างกัน (data triangulation) ซึ่งจะทำให้ได้ภาพของปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นอย่างเป็นองค์รวมมากขึ้น และ

3) เป็นการสะท้อนแนวคิดจากข้อมูล อย่างต่อเนื่อง (inductive and interactive process of inquiry) ซึ่งนักวิจัยจะมีกระบวนการทำงานกับข้อมูลเพื่อสังเคราะห์สิ่งที่มีความหมาย ออกมา

นอกจากนี้การศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยายังมีลักษณะของการเน้นข้อมูลมากกว่าตัวเลข มีจุดมุ่งหมายเพื่ออธิบายเหตุการณ์เฉพาะมากกว่าการตัดสินความเป็นสากลในวงกว้าง (Morse, 1992 : 2) ซึ่งคลาร์ก (Clark, 1994 : 58-59) ได้กล่าวไว้ว่าจุดเน้นและประเด็นสำคัญของการศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยา มีดังต่อไปนี้

1) การศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยามีจุดเน้นที่การปรากฏของปรากฏการณ์ตามคำบอกเล่าของผู้ให้ข้อมูล

2) การศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยาให้ความสำคัญกับองค์รวม

3) การศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยาเป็นการค้นหาความหมาย หรือการทำความเข้าใจ ประสบการณ์ แนวคิด การตัดสินใจ และความเข้าใจของบุคคล ผ่านกระบวนการหยั่งรู้ (intuition) และการสะท้อนคิดพิจารณา (reflection) อย่างมีสติ (consciousness)

4) การศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยามีความมุ่งมั่นที่จะอธิบายประสบการณ์ ซึ่งต้องบรรยายให้ตรงกับความเป็นจริงของสิ่งที่เกิดขึ้นมากที่สุด และควรอธิบายอย่างตรงไปตรงมาด้วยคำพูดของผู้ให้ข้อมูล ว่าเกิดอะไรขึ้น ซึ่งคำพูดเหล่านี้จะแสดงให้เห็นถึงมโนภาพ ความรู้สึกทั้งในทางที่ดีและไม่ดีตามความเป็นจริง ไม่ใช่เป็นการวิเคราะห์ข้อมูลตามความคิดเห็นของผู้ศึกษา

5) ในการศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยา ผู้ศึกษาต้องมีการใช้คำถามที่เหมาะสม เพื่อค้นหาความหมายของประสบการณ์ และมีการใช้ข้อมูลจากหลายแหล่ง จากความทรงจำ ประวัติในอดีต บันทึกต่างๆ รวมทั้งสิ่งที่กำลังเกิดขึ้นในปัจจุบันและกำลังดำเนิน ไปถึงอนาคต

6) ในการศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยา สามารถนำข้อมูลจากคำบอกเล่า (subjective data) และข้อมูลที่ได้จากการวัดและสังเกต (objective data) มาใช้ร่วมกันเพื่อยืนยันซึ่งกันและกัน

7) การศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยา เป็นการศึกษาค้นคว้าปรากฏการณ์ในทุกๆ ประเด็น (all points) เพราะการรับรู้ของบุคคลในทุกๆ ประเด็นจะมีความหมายและมีคุณค่า

8) ผลการศึกษาที่ได้เกิดจากการคิด การหยั่งรู้ การสะท้อนคิดพิจารณา และการตัดสินใจ เลือกข้อมูลภายใต้วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลที่ถูกต้องตามหลักการทางวิทยาศาสตร์

9) การศึกษาจะผ่านกระบวนการมองเห็น (seeing) สะท้อนคิดพิจารณา (reflecting) จนเกิดความรู้ความเข้าใจปรากฏการณ์ทั้งในระดับต้นและลึก (knowing)

นักวิจัยจึงต้องมีสติในการเก็บข้อมูล เพื่อจะได้ความหมายของปรากฏการณ์ที่ศึกษาอย่างแท้จริง ในช่วงที่พบกับผู้ให้ข้อมูลจะต้องพยายามตั้งใจฟัง คิดว่าได้ข้อมูลอะไรบ้างและมีความหมายว่าอย่างไร ต้องสังเกตความขัดแย้ง การตัดสินใจ รวมทั้งน้ำเสียงของผู้ให้ข้อมูล เพราะแม้กระทั่งเมื่อผู้ให้ข้อมูลเงียบก็อาจมีความหมาย ซึ่งต้องอาศัยการตรวจสอบข้อมูลจนแน่ใจ ก่อนที่จะทำการให้ความหมายของประสบการณ์นั้นๆ (Clark, 1994 : 59-60)

3. การศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยาทางการแพทย์พยาบาล

พยาบาลเป็นศาสตร์ของการดูแลบุคคลอย่างเป็นองค์รวม คือดูแลทั้งด้านกาย จิตและสังคม ดังนั้นเมื่อดูแลบุคคล การศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยาเป็นการค้นหาข้อมูลจากคำบอกเล่าของบุคคล โดยมีความเชื่อว่าสาระสำคัญเหล่านั้นเป็นความจริงภายใต้ประสบการณ์ของบุคคลนั้น พื้นฐานของการศึกษาคือปรัชญาแบบองค์รวม เรื่องที่ศึกษามักจะเป็นประสบการณ์ของบุคคล เช่น ความรู้สึกเป็นสุข ความกลัว การเป็นหัวหน้าพยาบาล ความหมายของความเครียดของนักศึกษาพยาบาลที่ฝึกปฏิบัติงานบนคลินิก หรือเป็นประเด็นที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ เช่น ความหมายของความเจ็บปวด คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเรื้อรัง การสูญเสียอวัยวะ เป็นต้น ซึ่งในทางการแพทย์พยาบาลสามารถศึกษาได้ทั้งในส่วนของการปฏิบัติ การศึกษา และการบริหารทางการแพทย์พยาบาล (Streubert & Carpenter, 1995 : 35)

สตรีเวเบอร์ท์และคาร์เพ็นเตอร์ (Streubert & Carpenter, 1995 : 36) กล่าวว่าระเบียบวิธีการศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยาเป็นวิธีการที่มีการแสวงหาข้อมูลอย่างเป็นระบบ อาศัยการวิพากษ์วิจารณ์อย่างเข้มข้น ทางพยาบาลมีวิธีการศึกษาหลายวิธี เช่น วิธีการของโคไลซซี่ (Colaizzi : 1978) ฟیلด์และมอส (Field & Morse : 1985) จอร์จิ (Giorgi : 1985) ไลนิงเจอร์ (Leininger : 1985) มันทอลล์และบอยด์ (Munhall & Boyd : 1993) สมิทท์ (Smith : 1989) สไปเจลเบิร์ก (Spiegelberg : 1965) สตรีเวเบอร์ท์ (Streubert : 1991) เวน มาเนน (van Manen : 1984) เป็นต้น

การศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยานั้นข้อมูลจากคำบอกเล่าของผู้ให้ข้อมูล ไม่ใช่การสรุปของนักวิจัยเอง นักวิจัยเชิงปรากฏการณ์วิทยามีความเชื่อว่าประสบการณ์ของแต่ละบุคคลเป็นส่วนหนึ่งของปัจจุบัน การศึกษาจึงอาจเป็นการให้ผู้ที่เคยมีประสบการณ์มาแล้วเล่าประสบการณ์ที่ผ่านมา เช่น การถามญาติผู้ป่วยเอดส์ที่เสียชีวิตไปแล้วว่ามีความรู้สึกอย่างไรต่อการเสียชีวิตของผู้ป่วย เป็นต้น นอกจากนี้นักวิจัยยังสามารถถามให้บุคคลย้อนนึกถึงประสบการณ์ที่ผ่านมาทั้งก่อนและหลังการเกิดเหตุการณ์นั้นๆ ได้ เพราะการศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยาเป็นการเก็บรวบรวมข้อมูลจากความทรงจำของบุคคล (remembered information) การเก็บข้อมูลอาจให้ผู้ที่มีประสบการณ์เหล่านั้นเขียนบอก

เล่าประสบการณ์และความรู้สึกทั้งหมด หรือใช้การสัมภาษณ์ โดยผู้ให้ข้อมูลจะถูกเชิญชวนให้อธิบายประสบการณ์ออกมาในบรรยากาศที่ผ่อนคลาย ในเวลาที่เหมาะสมและยืดหยุ่นได้ (Burns & Grove, 1993 : 578) พร้อมการบันทึกเทป และต้องมีการกลับไปถามข้อมูลซ้ำๆจนกว่าจะได้ข้อมูลที่ลึกซึ้งได้ ความหมายที่ชัดเจน (Liehr & Marcus, 1994 : 263)

ในการเลือกกลุ่มตัวอย่างมักใช้การเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (purposful sampling) โดยเลือกบุคคลที่สามารถถ่ายทอดประสบการณ์ได้ดีตามวัตถุประสงค์ของการศึกษา ต้องมีการสร้างสัมพันธภาพก่อนเก็บรวบรวมข้อมูล รวมทั้งการยินยอมเข้าร่วมในการวิจัยและยินยอมให้บันทึกเทป ซึ่งเป็นการยินยอมด้วยวาจาหรือเซ็นในใบพิทักษ์สิทธิ์ก็ได้ ควรมีการศึกษานำร่องก่อนการศึกษาริงเพื่อจะได้ฝึกเทคนิคและทักษะการเก็บรวบรวมข้อมูล และการถอดเทปข้อมูลจากการสัมภาษณ์จะทำให้ได้ทราบจุดบกพร่องของการศึกษา (Streubert & Carpenter, 1995 : 43) และสามารถนำไปปรับปรุงในการเก็บข้อมูลคราวต่อไป ซึ่งปัญหาที่อาจเกิดได้ เช่น การใช้คำถามไม่ชัดเจน การขาดการเจาะลึกในบางประเด็น เป็นต้น

ในส่วนบทบาทของนักวิจัย นักวิจัยเชิงปรากฏการณ์วิทยามีหน้าที่พิเศษในการแปลความของปรากฏการณ์มาอธิบายความหมายบนพื้นฐานของข้อมูลจริง ซึ่ง รินฮาร์ซ (Reinharz, 1983 in Streubert & Carpenter, 1995 : 41-42) กล่าวว่าการทำงานของนักวิจัย มี 5 ขั้นตอน ได้แก่ 1) แปลงประสบการณ์ของบุคคลมาเป็นภาษาตามคำบอกเล่าของผู้ให้ข้อมูลโดยการพูดคุยกัน ซึ่งต้องพยายามพูดคุยให้ได้ข้อมูลที่ลึกซึ้งที่สุด 2) ทำการแปลงสิ่งที่ได้จากการพูดคุยและได้เห็น มาให้ความหมาย 3) แปลงให้เห็นสาระสำคัญของประสบการณ์จากข้อมูลที่ค้นพบ เช่น คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเบาหวานคือ การไม่มีข้อจำกัดในการทำกิจวัตรประจำวัน การไม่ต้องพึ่งพาผู้อื่น และ การมีความสามารถในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนในระยะยาว เป็นต้น 4) แปลงสาระสำคัญทั้งหมดมาอธิบายให้ผู้อ่านเห็นภาพที่ครบถ้วนภายใต้ข้อมูลจริง ซึ่งในความเป็นจริงจะพบว่าความมุมมองของผู้ให้ข้อมูลจะทำให้ผู้วิจัยได้ข้อมูลบางอย่างเพิ่มขึ้นพร้อมกับที่ข้อมูลบางอย่างที่ผู้ให้ข้อมูลไม่ได้กล่าวถึงขาดหายไป และ 5) แปลงข้อมูลมาเขียนรายงานให้เห็นภาพรวมของปรากฏการณ์ทั้งหมด โดยไม่ละเลยทุกๆข้อมูลที่มีคุณค่า โดยที่นักวิจัยต้องมีคุณสมบัติที่สำคัญ คือ 1) มีความสามารถในการสื่อสารอย่างชัดเจน 2) ไม่คุกคามผู้ป่วย โดยในการพูดคุยต้องสร้างให้มีบรรยากาศที่ผ่อนคลายมากที่สุด 3) ต้องเตรียมตัวให้พร้อมเพราะเป็นบุคคลสำคัญที่จะส่งผลกระทบต่อคุณค่าของข้อมูล 4) ต้องให้ความสำคัญกับลักษณะส่วนบุคคล เช่น เพศ อายุ บุคลิกภาพ รวมทั้งน้ำเสียงและท่าทาง

การเก็บรวบรวมข้อมูลจึงมักใช้วิธีการหลายวิธี เช่น การสัมภาษณ์ด้วยคำถามปลายเปิดร่วมกับการบันทึกเทป ซึ่งจะช่วยให้เพิ่มความถูกต้องของข้อมูลที่รวบรวมได้ นอกจากนี้ยังต้องมีการบันทึก

สิ่งที่สังเกตได้ด้วย (field notes) เพื่อเอาไปใช้ในการยืนยันความตรงของข้อมูลที่ได้มาจากการสัมภาษณ์ ภายหลังการสัมภาษณ์ควรจะฟังเทปให้เร็วที่สุดเพื่อจะได้ทราบว่า ได้ข้อมูลอะไรมาบ้างแล้ว และมีประเด็นใดบ้างที่ต้องไปสัมภาษณ์เพิ่มเติมในครั้งต่อไป และเมื่อเก็บข้อมูลได้แล้ว จะต้องมีการวิเคราะห์ข้อมูลไปด้วย เริ่มตั้งแต่ในช่วงของการฟังคำบอกเล่าของผู้ให้ข้อมูล วิเคราะห์ว่าเกิดอะไรขึ้น มีความหมายเบื้องต้นว่าอย่างไร ไปทบทวนวรรณคดีดูว่าสามารถอธิบายได้ด้วยแนวคิดใดบ้าง หรืออาจใช้ประสบการณ์ที่มีอยู่ในตัวนักวิจัยเองมาวิเคราะห์ข้อมูลเหล่านี้เบื้องต้นได้เช่นกัน (Streubert & Carpenter, 1995 : 45)

นักวิจัยต้องช่วยให้ผู้ให้ข้อมูลได้เล่าประสบการณ์ออกมาอย่างอิสระ โดยไม่ใช้คำถามนำ ควรใช้คำถามปลายเปิดที่ชัดเจน เช่น เมื่อคุณได้ขึ้นคำว่าคุณภาพชีวิตคุณนึกถึงอะไร และควรใช้คำถามอื่นๆเพิ่มเติมเรื่อยๆเพื่อเจาะลึกให้ได้คำตอบที่ชัดเจน เรื่องที่ผู้ให้ข้อมูลไม่สะดวกที่จะพูดอาจให้เขาเขียนแทนก็ได้ การสัมภาษณ์เจาะลึกจะช่วยให้เราสามารถเข้าไปอยู่ในโลกของบุคคลอื่นได้ และทำให้ได้ข้อมูลที่มีคุณค่า สิ่งที่ควรคำนึงขณะทำการสัมภาษณ์ คือ คุณค่าและความถูกต้องและความซื่อสัตย์ของข้อมูล ซึ่งจะต้องเคารพและจริงใจกับผู้ให้ข้อมูล ตั้งใจฟังเพื่อติดตามข้อมูลให้ได้ครบถ้วน และไม่ใช้คำถามแทรกในขณะที่ผู้ให้ข้อมูลกำลังเล่าประสบการณ์อยู่ การเก็บรวบรวม ข้อมูลนี้จะดำเนินต่อไปจนนักวิจัยเห็นว่าข้อมูลมีความอิ่มตัวแล้ว (saturation of data) คือ ไม่มีประเด็นหรือสาระสำคัญเพิ่มขึ้น และข้อมูลที่ได้รับใหม่มีความซ้ำซ้อนกับข้อมูลในช่วงที่ผ่านมา (Streubert & Carpenter, 1995 : 43-44) นอกจากนี้มอร์ส (Morse, 1989 in Streubert & Carpenter, 1995 : 44) ยังกล่าวว่าการศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยา ถ้าเราไปสัมภาษณ์บุคคลอื่นที่มีประสบการณ์เดียวกันต่างเวลากันก็จะได้ข้อมูลเพิ่มขึ้นอีก ดังนั้นความอิ่มตัวของข้อมูลในที่นี้ หมายถึงความอิ่มตัวในกลุ่มของผู้ให้ข้อมูลกลุ่มนี้ ในเวลาเฉพาะช่วงที่เก็บข้อมูลเท่านั้น จึงมีสิ่งให้นักวิจัยเชิงปรากฏการณ์วิทยาควรศึกษาต่อไป คือ การศึกษาในมุมมองของบุคคลที่มีประสบการณ์คล้ายกัน ในหลายกลุ่ม ที่มีพื้นฐานแตกต่างกัน อายุต่างกัน และมีวัฒนธรรมที่แตกต่างกัน เพื่อที่จะได้ค้นพบสาระสำคัญของปรากฏการณ์ในภาพกว้างระหว่างแต่ละกลุ่มบุคคล

เบ็ค (Beck, 1994 :503) กล่าวว่าในทางการพยาบาลมีการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปรากฏการณ์วิทยาหลายวิธีการ เช่น เทคนิคของสไปเจลเบิร์ก (Spiegelberg : 1976) โคลไลซ์ซี (Colaizzi : 1978) จอร์จิและคณะ (Giorgi et al. : 1975) เป็นต้น ซึ่งแต่ละวิธีการจะมีรายละเอียดที่แตกต่างกัน แต่ทุกวิธีก็มุ่งที่จะสร้างคำอธิบายจากข้อมูลที่ได้มา ซึ่งมีขั้นตอนหลักๆ (Liehr & Marcus, 1994 : 264) คือ 1) อ่านข้อมูลทั้งหมดที่ได้มาจากการสัมภาษณ์ 2) ค้นหาคำพูดที่มีความหมายและแยกประเด็นสำคัญออกมา 3) เอาคำพูดที่สำคัญเหล่านั้นมาจัดกลุ่มคำที่มีความหมายคล้ายกัน 4) อธิบาย

ความหมายของกลุ่มคำเหล่านั้น 5) สร้างความหมายของข้อมูลทั้งหมด และ 6) อธิบายภาพรวมของปรากฏการณ์ภายใต้ข้อมูลจากประสบการณ์จริง

ในการวิเคราะห์ข้อมูลจะเริ่มต้นด้วยการฟังคำอธิบายของผู้ให้ข้อมูล ตามด้วยการอ่านข้อมูล และอ่านซ้ำจนเข้าใจความหมายของข้อมูลทั้งหมด หลังจากนั้นก็พยายามแยกประโยคที่สำคัญออกมา แล้วนำข้อความสำคัญเหล่านั้นมาจัดกลุ่มตั้งชื่อหลักและเชื่อมโยงความสัมพันธ์ของความหมายต่างๆ เข้าด้วยกัน มาเป็นคำอธิบายปรากฏการณ์ที่ค้นพบด้วยจินตนาการที่อิสระ (Streubert & Carpenter, 1995 : 45-46) และเนื่องจากนักวิจัยเป็นเครื่องมือที่สำคัญ ในการเก็บรวบรวมข้อมูลจะเป็นการรับฟังคำอธิบายผ่านกระบวนการสัมภาษณ์ จึงควรอ่านทบทวนข้อมูลซ้ำแล้วซ้ำเล่าก่อนจะให้ความหมายแก่ข้อมูลเหล่านั้น ประเด็นที่สำคัญคือไม่ควรด่วนสรุปข้อมูล (Streubert & Carpenter, 1995 : 37) และขั้นตอนสุดท้ายคือการรายงานผลการศึกษา จะเป็นการบอกเล่าความหมายของปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นให้ผู้อ่านรับรู้โดยใช้คำพูดของผู้ให้ข้อมูล (participant's significant phrase) เป็นสื่อกลาง (Liehr & Marcus, 1994 : 264)

คุณค่าของการศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยาอยู่ที่ความน่าเชื่อถือของข้อมูล ซึ่งได้มาจากการใช้คำถามที่เหมาะสม และควรจะเป็นข้อมูลที่บริสุทธิ์ (pure description) ไม่ได้มีการเอาประสบการณ์เดิมของผู้วิจัยใส่เข้าไป นักวิจัยต้องมีความซื่อสัตย์ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ข้อมูลใดที่ยังไม่ครบถ้วนนักวิจัยต้องกลับไปถามมาให้ครบถ้วน และต้องเอาข้อมูลที่ได้สรุปได้แล้วกลับไปถามผู้ให้ข้อมูลอีกครั้งว่าตรงกับประสบการณ์จริงที่เกิดขึ้นหรือไม่ รวมทั้งการเอาข้อมูลที่ได้อีกมาใหม่จากการกลับไปหาข้อมูลมาวิเคราะห์เพิ่มเติมให้ครอบคลุมอีกด้วย (Streubert & Carpenter, 1995 : 46)

เบค (Beck, 1994 : 254) กล่าวว่าเนื่องจากคำพูดคำหนึ่งๆของบุคคลอาจมีความหมายได้หลายอย่าง จึงควรมีการตรวจสอบความตรงและความเที่ยงของข้อมูลอย่างชัดเจน ซึ่งโคลิซซี่ (Colaizzi : 1978) จอร์จิ (Giorgi : 1975) หรือนักวิจัยท่านอื่นๆ ก็ได้กล่าวถึงขั้นตอนของการตรวจสอบความตรงและความเที่ยงของข้อมูลไว้แล้วในวิธีการวิจัยของแต่ละท่าน รวมทั้งลินคอนและกูบาส์ (Lincoln & Guba's, 1985 in Beck, 1994 : 260-262) กล่าวถึงคุณค่าของการศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยาว่าพิจารณาได้จาก 1) ความเป็นจริงของข้อมูล (truth value) คือการที่สามารถบอกความจริง บอกข้อมูลของผู้ป่วยจริงๆ 2) ความสามารถในการนำข้อมูลไปใช้ (applicability) คือความสามารถที่จะนำความรู้ที่ได้นี้ไปใช้กับผู้ให้ข้อมูลกลุ่มเดียวกันในบริบทอื่นๆได้ 3) ความคงที่ (consistency) คือการที่จะสามารถค้นพบข้อมูลในลักษณะเดียวกัน ถ้ามีการไปศึกษาซ้ำในกลุ่มผู้ป่วยเดิม หรือคล้ายกลุ่มเดิมในบริบทหรือสถานที่เดิม 4) ความเป็นกลาง (neutrality) เป็นการสร้าง

แนวคิดจากข้อมูลที่เป็นธรรมชาติ ไม่ได้เกิดจากอคติต่างๆ เช่น การพยายามจงใจให้ได้ข้อมูล การที่ผู้ให้ข้อมูลมีความร่วมมือมากเกินไป เป็นต้น

4. ข้อดีและข้อจำกัดของการศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยา

ลินช์-ซิวร์ (Lynch-Sauer, 1985 : 106) กล่าวว่าประเด็นสำคัญที่อาจเป็นทั้งจุดอ่อนและจุดแข็งของการศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยา ได้แก่ 1) มีความยากลำบากในการจำลองประสบการณ์ของมนุษย์มาอธิบายให้เห็นภาพได้อย่างชัดเจน 2) การศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยาเป็นเรื่องของความรู้สึกมากเกินไป (too subjective) 3) ถ้านักวิจัยมีอคติ หรือความลำเอียงก็จะทำให้คุณค่าของการศึกษาลดลง 4) ภาษาของการศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยาเป็นภาษาที่มีความไม่แน่นอน ไม่สามารถระบุลงไปให้ชัดเจน ทำให้มีโอกาสอธิบายความหมายของปรากฏการณ์ที่ศึกษาได้ไม่ชัดเจน นอกจากนี้สิ่งที่ค้นพบก็มีความสำคัญแค่เพียงเวลาหนึ่ง ไม่มีความจริงยั่งยืน และอาจเป็นเพียงอดีตเมื่อเวลาหนึ่งผ่านไป 5) ไม่มีขั้นตอนและวิธีการที่ชัดเจนในการศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยา 6) วิธีการศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยาเป็นประวัติศาสตร์ และ 7) ผลของการศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยาจะขึ้นอยู่กับความทรงจำและข้อมูลที่ได้รับจากคำบอกเล่า

จะเห็นได้ว่าการศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยาเป็นวิธีการวิจัยที่เอื้ออำนวยให้พยาบาลได้มีโอกาสทำความเข้าใจปรากฏการณ์ทางการพยาบาลได้ชัดเจนขึ้น มีคุณค่าที่จะนำไปใช้ทั้งในการปฏิบัติ การศึกษา การบริหารและการวิจัยทางการพยาบาล (Streubert & Carpenter, 1995 : 47) เพราะพยาบาลมีความสัมพันธ์กับผู้รับบริการ โดยตรง การศึกษาปรากฏการณ์วิทยาจึงสามารถช่วยให้พยาบาลเกิดความเข้าใจโลกของผู้รับบริการมากขึ้น ช่วยให้ได้เรียนรู้ในสิ่งที่ยังไม่รู้ โดยเฉพาะโลกของผู้ป่วยในสถานการณ์ต่างๆ (Beck, 1994 : 508) เมื่อเกิดความเข้าใจผู้ป่วยมากขึ้นจะสามารถให้การพยาบาลที่ตรงกับปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยอย่างแท้จริง

แนวคิดเกี่ยวกับการใช้เคมีบำบัดในผู้ป่วยมะเร็งปอด

ในปัจจุบันเคมีบำบัดได้ถูกนำมาใช้มากที่สุดในการรักษาโรคมะเร็ง (นรินทร, 2538 : 544) จะเห็นได้จากมีผู้ป่วยมะเร็งถึงร้อยละ 85 ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัด (Engelking, 1994 : 203-212) เนื่องจากเคมีบำบัดมีกลุ่มยาที่สามารถทำลายเซลล์มะเร็งได้ในทุกระยะที่มีการแบ่งตัวของเซลล์ และมีบทบาทในการรักษามะเร็งได้ในหลายลักษณะ เช่น ใช้รักษาเบื้องต้นก่อนที่ผู้ป่วยจะได้รับการรักษาอย่างอื่น ใช้รักษามะเร็งในระยะแพร่กระจาย หรือใช้รักษาเสริมในโรคมะเร็งหลังจากที่รักษา

ด้วยวิธีอื่นๆแล้วอาจยังมีเซลล์มะเร็งหลงเหลืออยู่ เป็นต้น (สุมิตรา, 2536 : 118-120 ; นรินทร์, 2538 : 549)

การรักษาผู้ป่วยมะเร็งปอดด้วยเคมีบำบัดในปัจจุบันมีแนวทางการรักษาเป็น 2 กลุ่มใหญ่ๆ คือ การรักษามะเร็งปอดชนิดเซลล์เล็ก และการรักษามะเร็งปอดชนิดไม่ใช่เซลล์เล็ก เนื่องจากมะเร็งปอดแต่ละชนิดมีธรรมชาติของโรคที่แตกต่างกัน ทำให้มีแผนการรักษาที่แตกต่างกันไป ดังนี้

1. มะเร็งปอดชนิดเซลล์เล็ก

มะเร็งปอดชนิดเซลล์เล็ก (small cell lung cancer : SCLC) พบได้ประมาณร้อยละ 20 ของผู้ป่วยมะเร็งปอดทั้งหมด (Held, 1995 : 37) เป็นโรคที่มีคุณสมบัติแพร่กระจายเร็ว ผู้ป่วยมักจะมาพบแพทย์เมื่อโรคมีการกระจายจากจุดเริ่มต้นแล้ว โดยปกติถ้าไม่ได้รับการรักษาผู้ป่วยที่อยู่ในระยะจำกัดจะเสียชีวิตภายใน 12-14 สัปดาห์ และผู้ป่วยที่อยู่ในระยะลุกลามจะเสียชีวิตภายใน 6 สัปดาห์ การแบ่งระยะของโรคมะเร็งปอดชนิดเซลล์เล็กจะแบ่งเป็น 2 ลักษณะใหญ่ๆ (วิไลวรรณและคณะ, 2537 : 38 ; Schmidt & Shell, 1994 : 311) คือ

1.1 ระยะจำกัดของโรค (limited stage) เป็นภาวะที่ก้อนมะเร็งจำกัดอยู่เฉพาะในบริเวณทรวงอกซีกเดียว รวมถึงต่อมน้ำเหลืองบริเวณซั้วปอด เมดิเอสติเนียมข้างเดียวกัน และต่อมน้ำเหลืองบริเวณเหนือไหปลาร้าทั้ง 2 ข้าง

1.2 ระยะแพร่กระจายของโรค (extensive stage) เป็นภาวะที่พบเซลล์มะเร็งแพร่กระจายไปนอกขอบเขตของระยะจำกัดของโรค อาจมีการแพร่กระจายของมะเร็งไปสู่ต่อมน้ำเหลืองต่างๆ ตับ กระดูก และสมอง เป็นต้น

การรักษาด้วยเคมีบำบัดเป็นวิธีการหลักในการรักษาผู้ป่วยกลุ่มนี้ ส่วนรังสีรักษาสามารถนำมาเป็นการรักษาเสริมได้ โดยหวังผลในแง่ลดการเกิดโรคใหม่ในทรวงอก หรือป้องกันการกระจายของโรคไปสู่บริเวณอื่นๆ รวมทั้งเป็นการรักษาเพื่อบรรเทาอาการ เช่น กลุ่มอาการบวมบริเวณส่วนบนของร่างกาย อาการเจ็บปวดจากการกดของก้อนมะเร็ง รวมทั้งการแพร่กระจายของโรคไปยังสมอง เป็นต้น

ยาเคมีบำบัดที่ใช้ได้ผลในการรักษามะเร็งปอดชนิดเซลล์เล็ก ในกลุ่มอัลคาเลติงเอเจน (Alkylating agent) ได้แก่ ไซโคลฟอสฟาไมด์ (Cyclophosphamide) ไอฟอสฟาไมด์ (Ifosfamide) กลุ่มยาปฏิชีวนะ (antibiotic) ได้แก่ อเดรียมัยซิน (Adriamycin) อีพิด็อกโซโรบิซิน (Epidoxorobicin) กลุ่มแอนติเมตาโบไลต์ (Antimetabolites) ได้แก่ เมทโทเรกเซท (Methotrexate) กลุ่มเพลันท์อัลคาลอยด์ (plant alkaloid) ได้แก่ วินคริสติน (Vincristine) อีโทโปไซด์ (Etoposide or VP-16-213) และกลุ่มอื่นๆ ได้แก่ ซิสพลาติน (Cisplatin) เป็นต้น (สุมิตรา, 2536 : 21-22) แต่การรักษาด้วยเคมี

บำบัดขนานเดียวทำให้มีการตอบสนองต่อการรักษาแบบสมบูรณ์น้อยมากประมาณร้อยละ 5 เท่านั้น ผลของการยืดชีวิตจึงต่ำมาก (สุมิตรา, 2536 : 21-22 ; Glover & Miaskowski, 1994 : 91-94) ซึ่งจากการศึกษาพบว่าทำให้ผู้ป่วยมีชีวิตรอดอยู่นานมากกว่าเดิมประมาณ 2-4 เดือนเท่านั้น (Schmidt & Shell, 1994 : 316)

ในปัจจุบันวิธีการรักษาที่เป็นที่ยอมรับกันทั่วไปเป็นการนำยามากกว่าหนึ่งชนิดมาใช้ร่วมกัน ซึ่งจะมีส่วนช่วยให้ผู้ป่วยมะเร็งปอดชนิดเซลล์เล็กมีอัตราการรอดชีวิตที่สูงขึ้นได้ แต่ผลการรักษาในด้านการรอดชีวิตก็ยังไม่แน่นอน (สุมิตรา, 2536 : 10-26) ผลการรอดชีวิตของผู้ป่วยในภาวะที่ก่อนมะเร็งอยู่ในระยะจำกัดมีประมาณหนึ่งปีครึ่ง และมีผู้ป่วยจำนวนน้อยมากที่สามารถรอดชีวิตภายใน 5 ปี (Held, 1995 : 39)

สูตรยาเคมีบำบัดที่นิยมใช้ในการรักษาผู้ป่วยมะเร็งปอดชนิดเซลล์เล็กในปัจจุบัน เช่น สูตร ซีอีวี (CEV : Carboplatin + Etoposide + Vincristine) สูตรวีไอที (VIP : Etoposide (VP-16) + Ifosfamide + Cisplatin) สูตรไอซีอี (ICE : Ifosfamide + Carboplatin + Etoposide) เป็นต้น (Schmidt & Shell, 1994 : 332)

สำหรับโรงพยาบาลที่ศึกษาได้มีการกำหนดแผนการรักษาผู้ป่วยมะเร็งปอดชนิดเซลล์เล็กไว้ ดังนี้ (วิไลวรรณและคณะ, 2537 : 37-50)

- 1) ใช้ยาสูตรซีอี (CE : Cisplatin + Etoposide) สำหรับผู้ป่วยที่โรคอยู่ในระยะจำกัด มีสมรรถภาพของร่างกายระดับ 0-2 อายุน้อยกว่า 70 ปี ไม่มีปัญหาการรักษาพยาบาล และไม่มีข้อจำกัดของการใช้เคมีบำบัด คือ อายุมากกว่า 70 ปี มีภาวะไตวายระยะท้าย เม็ดเลือดขาวน้อยกว่า 4,000 เซลล์/ซีซี เกร็ดเลือดน้อยกว่า 100,000 เซล/ซีซี ค่าเอนไซม์ไอที (SGOT) เอนไซม์ทีที (SGPT) มากกว่าปกติ 3 เท่า และถ้าผู้ป่วยมีปัญหาเกี่ยวกับการทำงานของไตจะใช้ยาคาร์โบพลาติน (Carboplatin) แทนซีสพลาติน (Cisplatin) หรืออาจเปลี่ยนอีโทโปไซด์ (Etoposide) เป็นชนิดกินแทน
- 2) ถ้าผู้ป่วยตอบสนองต่อการรักษาบางส่วนหรือสมบูรณ์ จะให้ยาจนครบ 6 ครั้งแล้วตามด้วยการฉายรังสีบริเวณทรวงอก
- 3) ถ้าผู้ป่วยไม่ตอบสนองต่อการรักษาหลังจากได้รับยา 2 ครั้ง เปลี่ยนมาใช้ยาสูตรไอซีอี (Ifosfamide + Cisplatin or Carboplatin + Etoposide) ถ้าตอบสนองต่อการรักษาให้ยาจนครบ 6 ครั้งแล้วตามด้วยการฉายรังสีบริเวณทรวงอก
- 4) ถ้าผู้ป่วยไม่ตอบสนองต่อการรักษาข้างต้น ให้หยุดยาและให้การรักษาด้วยการฉายรังสีอย่างเดียว
- 5) ทำการฉายรังสีบริเวณศีรษะ (prophylactic cranial radiation) แก่ผู้ป่วยที่ตอบสนองต่อการรักษาสมบูรณ์ ภายหลังจากได้รับเคมีบำบัดเสร็จสิ้นแล้ว

6) สำหรับผู้ป่วยที่อายุมากกว่า 70 ปี มีสมรรถภาพของร่างกายระดับ 0-2 ไม่มีปัญหาการรักษาพยาบาล ให้ยาอีโทโปไซด์ (Etoposide or VP-16) ชนิดกินจนครบ 6 ครั้ง และจะติดตามผลการตรวจนับเม็ดเลือดทุกสัปดาห์

7) ผู้ป่วยที่อยู่ในระยะจำกัดของโรค มีสมรรถภาพของร่างกายระดับ 3-4 มีปัญหาการรักษาพยาบาล หรือปฏิเสธการรักษาด้วยเคมีบำบัด และผู้ป่วยที่อยู่ในระยะแพร่กระจายของโรคจะทำการรักษาแบบประคับประคองร่วมกับการฉายรังสี เพื่อบรรเทาอาการปวด ช่วยลดภาวะอุดตันต่างๆ ซึ่งจะช่วยเหลือผู้ป่วยได้มากในด้านคุณภาพชีวิต

2. มะเร็งปอดชนิดไม่ใช่เซลล์เล็ก

มะเร็งปอดชนิดไม่ใช่เซลล์เล็ก (non small cell lung cancer : NSCLC) ได้แก่ ชนิดอะดีโนคาซิโนมา (adenocarcinoma) พบได้ประมาณร้อยละ 40 สแควมัสเซลล์ คาซิโนมา (squamous cell carcinoma) พบได้ประมาณร้อยละ 30 และล้าจเซลล์ คาซิโนมา (large cell carcinoma) พบได้ประมาณร้อยละ 10 ของโรคมะเร็งปอดทั้งหมด (Bunn, 1993 : 91)

การแบ่งระยะของมะเร็งปอดชนิดไม่ใช่เซลล์เล็กนั้นใช้ระบบที่ เอ็น เอ็ม (TNM system) ซึ่งพิจารณาถึงขนาดของก้อนมะเร็ง การแพร่กระจายไปยังต่อมน้ำเหลือง และการแพร่กระจายของมะเร็งไปยังอวัยวะอื่นๆ (วิไลวรรณและคณะ, 2537 : 44-45 ; Schmidt & Shell, 1994 : 310)

การรักษาผู้ป่วยกลุ่มนี้โดยมากผู้ที่อยู่ในระยะที่ 1-2 จะได้รับการผ่าตัด โดยหวังผลในแง่การหายของโรค แต่ถึงพบว่า 70 เปอร์เซ็นต์ หลังการผ่าตัด ผู้ป่วยจะมีการกลับเป็นซ้ำของโรค (Schmidt & Shell, 1994 : 312) และมีผู้ป่วยบางส่วนที่ไม่สามารถทำการผ่าตัดได้ เช่น ผู้ที่ก้อนมะเร็งอยู่ใกล้เส้นเลือดใหญ่ เป็นต้น นอกจากนี้ผู้ป่วยมะเร็งที่อยู่ในระยะ 3b ขึ้นไป ก็ไม่สามารถทำการผ่าตัดได้อีกทั้งยังพบว่าผู้ป่วยร้อยละ 46 อยู่ในระยะที่โรคแพร่กระจายแล้ว (Schmidt & Shell, 1994 : 313) ผู้ป่วยมะเร็งปอดชนิดไม่ใช่เซลล์เล็กที่อยู่ในระยะแพร่กระจายของโรคและมีการกลับเป็นซ้ำของโรคจึงจำเป็นต้องได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัด ซึ่งผู้ป่วยจะได้รับเคมีบำบัดร่วมกับการฉายรังสี หรือหลังการผ่าตัด ขึ้นอยู่กับระยะของโรคและสถานะของผู้ป่วย ซึ่งผลการรักษาผู้ป่วยระยะที่ 3-4 ในปัจจุบันทำให้ผู้ป่วยมีอัตราการรอดชีวิตสูงขึ้น ผู้ป่วยที่สามารถรอดชีวิตภายใน 5 ปี มีประมาณร้อยละ 25-40 (Bunn, 1993 : 91)

ยาเคมีบำบัดที่นิยมนำมาใช้ในการรักษาโรคมะเร็งปอดชนิดไม่ใช่เซลล์เล็กได้แก่ มิโตมัยซิน ซี (Mitomycin - c) วินดีซีน (vindesine) วินคริสติน (Vincristine) วินบลาสติน (Vinblastine) อีโทโปไซด์ (Etoposide) ซิสพลาติน (Cisplatin) คาร์โบพลาติน (Carboplatin) ไซโคลฟอสฟาไมด์ (Cyclophosphamide) ด็อกโซรูบิซิน (Doxorubicin) และบลิโอมัยซิน (Bleomycin) เป็นต้น แต่การ

ใช้ยาเดี่ยวๆทำให้ประสิทธิภาพของการรักษาลดต่ำ มีผู้ป่วยที่ตอบสนองต่อการรักษาเพียงร้อยละ 9-27 (Schmidt & Shell, 1994 : 313)

การนำยาเคมีบำบัดหลายชนิดมาใช้ร่วมกัน ทำให้ผู้ป่วยมะเร็งปอดชนิดไม่ใช้เซลล์เล็ก มีการตอบสนองต่อการรักษาได้ดีขึ้นเป็นประมาณร้อยละ 34-70 ในระยะที่ 3 และร้อยละ 22-28 ในระยะที่ 4 ผลการรักษาก็ไม่ได้ช่วยในด้านการรอดชีวิต แต่จะช่วยให้ผู้ป่วยมีชีวิตรอดนานขึ้น คือประมาณ 3-4 เดือน ช่วยลดระยะเวลาในการกลับเป็นซ้ำของโรค และช่วยในด้านคุณภาพชีวิต (Schmidt & Shell, 1994 : 314) ซึ่งยาที่นิยมใช้ในการรักษาผู้ป่วยมะเร็งปอดชนิดไม่ใช้เซลล์เล็กคือ สูตรยาที่มีซิสพลาตินเป็นหลัก (Cisplatin - based chemotherapy) ซึ่งสูตรยาที่นิยมใช้ในปัจจุบัน ได้แก่ สูตรซีเอเอ็มที (CAMP : Cyclophosphamide + Doxorubicin + Methotrexate + Procarbazine) สูตรซีเอพี (CAP : Cyclophosphamide + Doxorubicin + Cisplatin) สูตรซีบีพี (CBP : Cyclophosphamide + Bleomycin + Cisplatin) สูตรอีพี (EP : Etoposide + Cisplatin) สูตรวีบีพี (VbP : Vinblastin + Cisplatin) เป็นต้น (Schmidt & Shell, 1994 : 333)

สำหรับโรงพยาบาลที่ศึกษาได้มีการกำหนดแผนการรักษาผู้ป่วยมะเร็งปอดชนิดไม่ใช้เซลล์เล็กไว้ดังนี้ (วิไลวรรณและคณะ, 2537 : 41-50)

1) ผู้ป่วยในระยะ 1, 2 และ 3a ที่มีสมรรถภาพของร่างกายระดับ 0-2 และสามารถผ่าตัดได้ ถ้ามีการแพร่กระจายของมะเร็งไปยังต่อมน้ำเหลืองบริเวณแมดเอสทิม และไดคาร์นินา (N2) แล้วหรือไม่สามารถผ่าตัดได้สมบูรณ์ หลังผ่าตัดถ้าไม่มีปัญหาเรื่องการรักษาพยาบาล และไม่มีข้อห้ามในการให้เคมีบำบัด จะทำการฉายรังสีและตามด้วยเคมีบำบัดสูตรเอ็มวีที (MVC : Mitomycin + Vinblastin + Cisplatin) ถ้าให้เคมีบำบัดไม่ได้จะทำการฉายรังสีอย่างเดียว

2) ผู้ป่วยในระยะ 1 และ 2 ที่ไม่สามารถผ่าตัดได้ หรือปฏิเสธการผ่าตัด มีสมรรถภาพของร่างกายระดับ 0-2 และไม่มีปัญหาเรื่องการรักษาพยาบาล จะทำการฉายรังสีและตามด้วยเคมีบำบัดสูตรเอ็มวีที (MVP : Mitomycin + Vinblastin + Cisplatin) แต่ถ้ามีสมรรถภาพของร่างกายระดับ 3-4 และ/หรือ มีปัญหาเรื่องการรักษาพยาบาล จะรักษาโดยการฉายรังสี

3) ผู้ป่วยในระยะ 3a ที่ไม่สามารถผ่าตัดได้หรือปฏิเสธการผ่าตัด ระยะ 3b และระยะที่ 4 ที่มีสมรรถภาพของร่างกายระดับ 0-2 ไม่มีปัญหาเรื่องการรักษาพยาบาล และไม่มีข้อจำกัดของการใช้เคมีบำบัด จะให้ยาเคมีบำบัดสูตรเอ็มวีที (MVP : Mitomycin + Vinblastin + Cisplatin) แต่ถ้าผู้ป่วยมีปัญหาเกี่ยวกับการทำงานของไตจะใช้ยาคาร์โบพลาติน (Carboplatin) แทนซิสพลาติน (Cisplatin)

3.1) ถ้าผู้ป่วยมีสมรรถภาพของร่างกายระดับ 3-4 และ / หรือมีปัญหาเรื่องการรักษาพยาบาล จะทำการรักษาโดยการฉายรังสี

3.2) ถ้าผู้ป่วยไม่ตอบสนองต่อเคมีบำบัดหลังจากให้ยาครั้งที่ 2 จะหยุดยาและให้การรักษาโดยฉายรังสีอย่างเดิยว แต่ถ้าผู้ป่วยตอบสนองต่อเคมีบำบัดผู้ป่วยจะได้รับยาไปจนครบตามแผนการรักษา หรืออาจได้รับรังสีรักษาเป็นเวลา 10 สัปดาห์หลังจากได้รับยาไปแล้ว 2 ครั้งและกลับมารับยาเคมีบำบัดใหม่หลังเสร็จจากการฉายรังสี

3.3) ถ้าผู้ป่วยปฏิเสธการใช้รังสีรักษาจะให้การรักษาด้วยเคมีบำบัดอย่างเดิยว ถ้าผู้ป่วยไม่ตอบสนองต่อการรักษาหลังจากได้รับยาครั้งที่ 2 จะหยุดยาและให้เพียงการรักษาแบบประคับประคอง

3.4) ผู้ป่วยที่ปฏิเสธการรักษาด้วยเคมีบำบัด จะให้การรักษาแบบประคับประคอง และใช้รังสีรักษาเพื่อช่วยบรรเทาอาการปวด หรือลดปัญหาต่างๆที่เกิดจากการแพร่กระจายของมะเร็ง

4) ผู้ป่วยที่มีสมรรถภาพของร่างกายดี แต่มีปัญหาเรื่องคำรักษาพยาบาล จะให้การรักษาแบบประคับประคอง และใช้รังสีรักษาเพื่อช่วยบรรเทาอาการปวด หรือลดปัญหาต่างๆที่เกิดจากการแพร่กระจายของมะเร็ง

5) ผู้ป่วยที่มีสมรรถภาพของร่างกายไม่ดี จะให้เพียงการรักษาแบบประคับประคอง สูตรรักษามะเร็งปอดของโรงพยาบาลที่ศึกษา (วิไลวรรณและคณะ, 2537 : 46) มีดังนี้

1. การรักษามะเร็งปอดชนิดเซลล์เล็ก

1.1 ให้ ซีสพลาติน (Cisplatin) ทางหลอดเลือดดำ วันที่ 1, 2, และ 3

1.2 ให้อีโทโปไซด์ (Etoposide) ทางหลอดเลือดดำ วันที่ 1, 2, และ 3

ให้เคมีบำบัดชุดเดิมซ้ำทุก 3 สัปดาห์จนครบ 6 ครั้ง (courses) รวมเวลาประมาณ 6 เดือน

2. การรักษามะเร็งปอดชนิดไม่ใช่เซลล์เล็ก

2.1 ให้มิโตมายซิน (Mitomycin) ทางหลอดเลือดดำ วันที่ 1, 29, และ 71

2.2 ให้วินบลาสติน (Vinblastin) ทางหลอดเลือดดำ วันที่ 15, 22, และ 29

และให้ต่อไปทุก 2 สัปดาห์

2.3 ให้ซีสพลาติน (Cisplatin) ทางหลอดเลือดดำ วันที่ 1, 29, และ 71

และให้ต่อไปทุก 6 สัปดาห์ รวมเวลาประมาณ 6 เดือนครึ่ง

การเตรียมผู้ป่วยมะเร็งปอดก่อนและหลังให้เคมีบำบัด (วิไลวรรณและคณะ, 2537 : 47)

1. ให้สารน้ำให้เพียงพอก่อนให้ยา 1 วัน (hydration) ด้วยน้ำเกลือออร์มัล (0.45 NSS) 2,000 ซีซี หรือให้ผู้ป่วยดื่มน้ำมากกว่า 3,000 ซีซี

2. ให้ยานเพื่อป้องกันอาการข้างเคียงของเคมีบำบัด (premedication) ก่อนให้ยาครั้งที่ 1

2.1 พลาซิล (Plasil or Metoclopramide) 20 มก. ทางหลอดเลือดดำ

2.2 เด็กชาเมทาโซน (Dexamethasone) 10 มก. ทางหลอดเลือดดำ

2.3 เบนาดรียล (Benadryl) 2 เม็ด ทางปาก

3. ให้เคมีบำบัด

4. หลังจากให้เคมีบำบัดให้พลาซิล (Plasil or Metoclopramide) 20 มก. ทางหลอดเลือดดำ ทุก 4 ชั่วโมง 4 ครั้ง หลังจากนั้นให้ 20 มก. ทางหลอดเลือดดำ เมื่อมีอาการทุก 4-6 ชั่วโมง

5. หลังออกจากโรงพยาบาลให้ยาแก้ไอเจ็บอกกลับบ้านทุกราย และให้การรักษาพยาบาลอื่นๆ ตามสภาพของผู้ป่วย

การประเมินผลการรักษามะเร็งปอดมีเกณฑ์ ดังนี้ (วิไลวรรณและคณะ, 2537 : 45)

1. มีการตอบสนองการรักษาอย่างสมบูรณ์ (complete response) หมายถึง ขนาดของก้อนมะเร็งหายไปหมดหลังจากได้รับการรักษา

2. มีการตอบสนองการรักษาบางส่วน (partial response) หมายถึง ขนาดของก้อนมะเร็งเล็กลงมากกว่าร้อยละ 50 หลังจากได้รับการรักษา

3. ไม่มีการตอบสนองต่อการรักษา (no response) หมายถึง ขนาดของก้อนมะเร็งเล็กลงน้อยกว่าร้อยละ 50 หลังจากได้รับการรักษา

จะเห็นได้ว่าเคมีบำบัดเป็นทางเลือกที่จะช่วยให้ผู้ป่วยมะเร็งมีโอกาสรักษาโรค ลดการลุกลามของโรค ช่วยให้คุณภาพชีวิตดีขึ้น รวมทั้งยังสามารถทำให้ผู้ป่วยมะเร็ง ระยะสุดท้ายมีความสุขสบาย ได้ระยะหนึ่งก่อนจะถึงขั้นปลายของชีวิต (อาคม, 2528 : 36) จึงเป็นการรักษาวิธีหนึ่ง ที่เป็นความหวัง และช่วยให้ผู้ป่วยมะเร็งมีกำลังใจที่จะต่อสู้กับ ความเจ็บป่วยต่อไป แต่ก็เป็นการรักษาที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดความไม่แน่นอนในชีวิตได้สูงจากการที่ ไม่สามารถทำนายสภาวะของโรคและผลการรักษาได้อย่างแน่นอน

ผลกระทบที่เกิดจากโรคมะเร็งและการได้รับเคมีบำบัดต่อผู้ป่วย

ผู้ป่วยมะเร็งโดยทั่วไปที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดจะได้รับผลกระทบทางด้านร่างกาย และ จิตสังคมจากภาวะของโรคและผลข้างเคียงของยาเคมีบำบัด ผลกระทบที่สำคัญมีดังต่อไปนี้

1. ผลกระทบทางด้านร่างกาย

ผู้ป่วยมะเร็งปอดจะมีอาการและอาการแสดงที่พบบ่อย เช่น ไอเรื้อรัง ไอเป็นเลือด หอบเหนื่อย หายใจตื้นมีเสียงวี๊ด เจ็บหน้าอก น้ำหนักลด อ่อนเพลีย เบื่ออาหาร เลียงแสบ หลอดลมอักเสบ หรือปอดอักเสบที่รักษาแล้วไม่หายขาด และ/หรือมีอาการที่เกี่ยวข้องกับการแพร่กระจายของเซลล์

มะเร็ง เช่น เกิดกลุ่มอาการบวมบริเวณส่วนบนของร่างกาย บวมบริเวณหน้า คอ หน้าอก แขน นิ้ว ทำให้มีความรู้สึกมีนงง ปวดศีรษะ หอบเหนื่อย ตามองเห็นภาพไม่ชัดได้จากการที่เส้นเลือดดำใหญ่ที่นำเลือดจากบริเวณศีรษะ ทรวงอกส่วนบน และแขนกลับสู่หัวใจอุดตันจากการกดของก้อนมะเร็ง มีอาการหอบเหนื่อยจากมีน้ำอยู่ในช่องเยื่อหุ้มปอดหรือมีเซลล์มะเร็งกระจายไปตามระบบน้ำเหลือง เลี้ยงแหบจากการที่เส้นประสาทที่ไปเลี้ยงกล่องเสียงถูกกด ปวดหัว หรือมีการทำงานของระบบประสาทเปลี่ยนแปลงจากการที่มะเร็งแพร่กระจายไปยังสมอง มีอาการปวดไหล่ ปวดหลังจากการที่มีก้อนมะเร็งไปรบกวนการทำงานของระบบประสาท ปวดกระดูก หรือมีการสร้างเม็ดเลือดผิดปกติจากการที่ก้อนมะเร็งแพร่กระจายไปยังกระดูก มีอาการปวดท้อง คลื่นไส้ อาเจียน ไม่สุขสบายจากการที่มะเร็งแพร่กระจายไปยังตับ เป็นต้น (Schmidt & Shell, 1994 : 309 ; Held, 1995 : 36) และอาการของผู้ป่วยในระยะต่างๆที่มะเร็งแพร่กระจายไปมากแล้วมักจะพบว่ามีอาการหอบเหนื่อย ปวดกระดูก ตับโต ตัวเหลือง ปวดท้อง ท้องอืด มีการเปลี่ยนแปลงของระบบประสาท เป็นต้น (Glover & Miaskowski, 1994 : 90) ซึ่งอาการต่างๆเหล่านี้จะส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความไม่สุขสบาย ทุกข์ทรมานรับประทานอาหารได้ไม่เพียงพอ ช่วยเหลือตัวเองได้ลดลง พักผ่อนนอนหลับไม่เพียงพอได้ ซึ่งผู้ป่วยจะได้รับผลกระทบทางด้านร่างกายจากภาวะของโรคนาน้อยต่างกันไปตามชนิด ระยะของโรค และการดูแลรักษาสุขภาพที่ผ่านมา

นอกจากผลกระทบจากโรคแล้วผู้ป่วยมะเร็งปอดจะได้รับผลกระทบทางด้านร่างกายที่เกิดจากอาการข้างเคียงของยาเคมีบำบัดได้มากมายหลายอาการ ซึ่งผู้ป่วยแต่ละคนจะมีอาการรุนแรงของยาเคมีบำบัดได้ในหลายระดับ ตั้งแต่ไม่เกิดอาการเลยจนถึงเกิดอาการรุนแรงมากจนไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้เลย โดยสามารถวัดระดับความรุนแรงของอาการข้างเคียงที่เกิดจากเคมีบำบัดได้จากระดับความสามารถในการทำกิจกรรมของผู้ป่วย (performance status : EGO scale) (สุมิตรา, 2536 : 8 ; วิไลวรรณและคณะ, 2537 : 43) ดังรายละเอียดในภาคผนวก ข หน้า 242

ส่วนอาการข้างเคียงอื่นๆของยามักนิยมนิยามงานความรุนแรงที่เกิดขึ้นตั้งแต่ระดับ 0 ถึง 4 โดยที่ระดับ 0 คือ ไม่มีผลข้างเคียง ระดับ 1 มีผลข้างเคียงน้อย ระดับ 2 มีผลข้างเคียงปานกลาง ระดับ 3 มีผลข้างเคียงมาก และระดับ 4 มีผลข้างเคียงรุนแรง ซึ่งระบบที่นิยมใช้คือ ระบบขององค์การอนามัยโลก (WHO criteria) (นรินทร์, 2538 : 559-561) โดยที่ปัญหาในระดับ 3 และ 4 ถือว่ามีความรุนแรงที่แพทย์จะต้องปรับขนาดของยาที่จะให้ในครั้งต่อไป หรือปรับแผนการรักษาเพื่อป้องกันไม่ให้ผู้ป่วยเสียชีวิตจากพิษของยา (สุมิตรา, 2536 : 16) ซึ่งอาการข้างเคียงที่เกิดขึ้น มีผลกระทบต่อร่างกายหลายๆระบบ (สุมิตรา, 2536 : 14-16 ; สมจิต, 2536 : 252-253 ; Burke et al., 1992 : 29-32 ; Cooley et al., 1994 : 283-293 ; Otto, 1994 : 502-503 ; Schmidt & Shell, 1994 : 331 ; Sorrell, 1993 : 335-362 ; Gale & Charette, 1995 : 67-90 ; Held, 1995 : 41-42) ได้แก่

1.1 ระบบทางเดินอาหาร ทำให้เกิดอาการต่างๆ ดังนี้

1.1.1 คลื่นไส้อาเจียน เป็นอาการข้างเคียงที่พบได้มากที่สุดในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด โดยเชื่อว่าสาเหตุใหญ่เกิดจากการที่เคมีบำบัดไปกระตุ้นรีโมรีเซพเตอร์ทริกเกอร์โซน (chemoreceptor trigger zone) แล้วส่งกระแสประสาทต่อไปยังศูนย์ควบคุมการอาเจียน (Burke et al., 1992 : 60-64 ; Schmitt, 1993 : 51s-52s ; Sorrell, 1993 : 342-344)

ลักษณะของอาการคลื่นไส้อาเจียน มี 3 ลักษณะ (Sorrell, 1993 : 343) คือ

1.1.1.1 อาการคลื่นไส้อาเจียนเฉียบพลัน (acute nausea and vomiting) เป็นอาการที่เกิดขึ้นภายใน 1-2 ชั่วโมงหลังได้รับเคมีบำบัด และอาการเหล่านี้มักจะหายไปภายใน 24 ชั่วโมง

1.1.1.2 อาการคลื่นไส้อาเจียนเรื้อรัง (chronic or persistent nausea and vomiting) เป็นอาการที่เกิดขึ้นหลังได้รับยาเคมีบำบัด 24 ชั่วโมง และมีอาการได้นานถึง 5-7 วัน ประมาณร้อยละ 93 ของผู้ป่วยที่ได้รับยาซิสพลาตินจะเกิดอาการชนิดเรื้อรัง

1.1.1.3 อาการคลื่นไส้อาเจียนจากการคาดคะเน (anticipatory nausea and vomiting) เป็นอาการที่เกิดขึ้นก่อนการได้รับเคมีบำบัดเข้าสู่ร่างกาย โดยจะเกิดเมื่อเห็น ได้กลิ่น หรือ นึกถึงสิ่งที่เกี่ยวข้องกับการได้รับยาเคมีบำบัด ซึ่งสัมพันธ์กับความวิตกกังวลของผู้ป่วย และมักพบเสมอในผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับการควบคุมอาการคลื่นไส้อาเจียนอย่างไม่มีประสิทธิภาพในการรับเคมีบำบัดครั้งก่อนๆ

ยาเคมีบำบัดแต่ละชนิดจะทำให้เกิดอาการคลื่นไส้อาเจียนได้แตกต่างกัน ยาซิสพลาตินเป็นยาที่ทำให้เกิดอาการมากที่สุด ซึ่งรัชนี (2535) พบว่าผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับซิสพลาตินเกิดอาการถึงร้อยละ 93.3 และแบบแผนของการคลื่นไส้อาเจียน พบได้ตั้งแต่ไม่เกิดอาการเลย เกิดอาการเล็กน้อย เกิดอาการรุนแรงมาก แล้วลดลงอย่างรวดเร็ว เกิดอาการเริ่มจากเล็กน้อยแล้วรุนแรงขึ้นช่วงหนึ่งจากนั้นจึงลดลงและ เกิดอาการรุนแรงตลอด 3 วันหลังได้รับซิสพลาติน (รัชนี, 2535) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของประทุม (2538) โดยที่ความวิตกกังวล ความอ่อนล้า และความไม่เพียงพอของการนอนหลับ มีความสัมพันธ์กับอาการคลื่นไส้อาเจียน

นอกจากอาการคลื่นไส้อาเจียนแล้วผู้ป่วยบางคนจะมีอาการขย้อน (retching) ร่วมกับอาการคลื่นไส้โดยที่ไม่มีอาการอาเจียนก็ได้ โดยประทุม (2538) ศึกษาพบว่าผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด จะมีอาการขย้อนและคลื่นไส้มากกว่าอาการอาเจียน โดยแบบแผนของการขย้อนมี 5 แบบแผน คือ 1) ไม่เกิดอาการเลย 2) เกิดอาการเล็กน้อย 3) เกิดอาการปานกลางแล้วค่อยลดลงอย่างช้าๆ 4) เกิดอาการปานกลางในภายหลังและ 5) เกิดอาการรุนแรงตลอดเวลา

ผู้ป่วยที่มีอาการคลื่นไส้ อาเจียนรุนแรงและเรื้อรังจะมีการเบื่ออาหาร ทำให้เกิดภาวะขาดสารอาหารมีภาวะไม่สมดุลของกรดด่าง น้ำและอิเล็กโทรไลต์ ส่งผลให้ผู้ป่วยรู้สึกกลัว วิตกกังวลและไม่สามารถทนรับการรักษาต่อไปได้ (Cooley et al., 1994 : 284-286)

1.1.2 เยื่อช่องปากหรือเยื่อหุ้มหลอดอาหารอักเสบ เกิดเนื่องจากยาเคมีบำบัดมีผลต่อการแบ่งตัวของเซลล์เยื่อช่องปากและทางเดินอาหาร ทำให้การสังเคราะห์ดีเอ็นเอ (DNA) สำหรับเซลล์ใหม่ลดลง เซลล์เก่าหลุดลอกไปตามอายุแต่ไม่มีเซลล์ใหม่ทดแทนจึงเกิดเป็นแผลขึ้น ซึ่งจะพบว่าเยื่อในปากมีอาการบวมแดง แห้งแตกเป็นแผล มีอาการเจ็บปวดไม่สุขสบาย ทำให้รับประทานอาหารได้น้อยลง และมีโอกาสติดเชื้อได้ง่าย ทั้งเชื้อแบคทีเรีย เชื้อราและ ยีสต์ (Held, 1995 : 42) โดยที่อาการเยื่ออักเสบนี้ จะเกิดขึ้นภายใน 5-7 วันหลังได้รับยาเคมีบำบัด และถ้าไม่ได้รับการดูแลที่มีประสิทธิภาพอาจมีอาการอักเสบรุนแรงขึ้นจนเป็นแผลและทำให้เจ็บปวดมากถึง 2-3 สัปดาห์ (Burke et al., 1992 : 42-45) และปากของผู้ป่วยจะไวต่อความร้อนและความเย็นมากขึ้น ส่วนผู้ป่วยที่มีหลอดอาหารอักเสบจะมีอาการคอแห้ง เจ็บคอ กลืนอาหารลำบากได้ (อาคม, 2528 : 8)

1.1.3 เบื่ออาหาร เป็นอาการที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยมะเร็งและนำไปสู่ภาวะทุพโภชนาการได้ ซึ่งผู้ป่วยรับประทานอาหารได้ลดลงเนื่องจากการเปลี่ยนแปลงของการรับรสอาหาร การได้กลิ่นอาหาร จากผลของยาเคมีบำบัด ผลระยะยาวอาจทำให้ผู้ป่วยมีกล้ามเนื้อลีบเล็กและ อัลบูมินในเลือดต่ำลง และการทำงานของระบบภูมิคุ้มกันลดลง (Sorrell, 1993 : 341) และพบว่า ผู้ป่วยมะเร็งร้อยละ 59.6 จะรู้สึกไวต่อรสขมในขณะที่มีความรู้สึกต่อรสเค็มและรสหวานลดลง (Dewys & Walters, 1975 : 1888-1896)

1.1.4 ท้องเสีย เป็นอาการที่ผู้ป่วยถ่ายเหลวมากกว่า 3 ครั้งภายใน 1 วัน ซึ่งเกิดจากการหลุดลอกของเซลล์เยื่อบุลำไส้เพิ่มขึ้น และเกิดการระคายเคืองต่อเยื่อทางเดินอาหารทำให้การย่อยและดูดซึมลดลง มักเกิดอาการระหว่างหรือหลังได้รับเคมีบำบัด และจะเป็นอยู่ชั่วคราวและดีขึ้นเมื่อหมดฤทธิ์ของยา หรือเมื่อเซลล์เยื่อทางเดินอาหารเจริญขึ้นมาทดแทน ยาที่ทำให้เกิดอาการท้องเสียได้บ่อย ได้แก่ 5 - ฟลูโอโรยูราซิล เมทโททรเทร็กซ์เซท และซีสพลาติน เป็นต้น อาการท้องเสียที่รุนแรง อาจส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความไม่สุขสบายจากปวดมวนท้อง แสบบริเวณก้น มีภาวะไม่สมดุลของน้ำและอิเล็กโทรไลต์ได้ (Burke et al., 1992 : 45-53)

1.1.5 ท้องผูก เป็นอาการที่ผู้ป่วยถ่ายอุจจาระลำบาก อุจจาระแข็งกว่าปกติ ซึ่งยาเคมีบำบัดจำพวก วินคริสติน และวินบลาสติน เป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยท้องผูก ร่วมกับการที่มีกิจกรรมลดลง รับประทานอาหารมีกากได้น้อย ดื่มน้ำได้น้อย ต้องนอนพักบนเตียง หรือได้รับยาแก้ปวด อาการมักจะเกิดภายหลังรับยา 3-7 วัน โดยเป็นผลมาจากการที่ยามีผลต่อระบบประสาทที่ไปเลี้ยง

บริเวณลำไส้ ทำให้ลำไส้เคลื่อนไหวได้ลดลง (Sorrell, 1993 : 342) อาการท้องผูกอาจทำให้ผู้ป่วยรู้สึกไม่สุขสบาย เมื่ออาหารและรับประทานอาหารได้ลดลง

1.2 ระบบไขกระดูกถูกกด ภายหลังจากผู้ป่วยได้รับเคมีบำบัด 7-14 วัน จะเกิดภาวะไขกระดูกถูกกดจนทำให้มีการสร้างเม็ดเลือดขาว เม็ดเลือดแดง และเกร็ดเลือดลดลง (Held, 1995 : 41) กลุ่มยาที่มีฤทธิ์รุนแรงในการกดไขกระดูกคือ กลุ่มอัลคาลดิง เอเจ้น (alkylating agents) กลุ่มยาปฏิชีวนะ (antibiotic) และแอนติเมตาโบไลต์ (antimetabolites) ไขกระดูกจะถูกกดมากหรือน้อยขึ้นอยู่กับปริมาณยาที่ใช้ ความแข็งแรงของร่างกาย ปัญหาในการขับยาออกจากร่างกาย เป็นต้น (Sorrell, 1993 : 337-341)

เมื่อผู้ป่วยอยู่ในภาวะไขกระดูกถูกกดจะเสี่ยงต่อการติดเชื้อเมื่อมีเม็ดเลือดขาวต่ำกว่า 2,500 เซลล์ต่อลูกบาศก์มิลลิเมตร เสี่ยงต่อภาวะเลือดออกง่ายเมื่อมีเกร็ดเลือดต่ำกว่า 100,000 เซลล์ต่อลูกบาศก์มิลลิเมตร ซึ่งผู้ป่วยจะมีโอกาสเกิดเลือดออกง่ายแม้ว่าจะอยู่เฉยๆ (spontaneous bleeding) เมื่อเกร็ดเลือดต่ำกว่า 20,000 เซลล์ต่อลูกบาศก์มิลลิเมตร และผู้ป่วยจะมีภาวะซีดจนมีอาการอ่อนเพลีย หรือเหนื่อยง่ายได้ และระบบการสร้างเม็ดเลือดจะถูกสร้างใหม่ทดแทนภายหลังจากได้รับยา 2-3 สัปดาห์ (Burke et al., 1992 : 30-35) ยาเคมีบำบัดเกือบทุกชนิดมีผลในแง่ของการกดการทำงานของระบบภูมิคุ้มกัน ทำให้ภูมิคุ้มกันเสื่อมลง และผู้ป่วยมีโอกาสติดเชื้อได้ง่ายขึ้น แต่จะมีความรุนแรงมากน้อยขึ้นอยู่กับขนาดของยาที่ใช้และวิธีการใช้ยา (สุมิตรา, 2536 : 15)

1.3 เกิดปฏิกิริยาที่ผิวหนัง ผอม และขน โดยเคมีบำบัดทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของผิวหนัง คือทำให้ผิวหนังแห้งและคัน มีสีดำนวล มีความไวต่อแสงแดด อาจมีผื่น ลิว รวมทั้งมีการเปลี่ยนแปลงของสีผมหงอก และสีขนได้ และยังทำให้ผมหรือขนร่วงง่ายอีกด้วย โดยที่อาการเหล่านี้จะเกิดขึ้นภายใน 2-3 สัปดาห์ หลังได้รับยา (Held, 1995 : 41) และจะเกิดขึ้นชั่วคราวเท่านั้น ไม่เกิน 1-2 เดือนภายหลังจากหยุดยาแล้วประมาณ 1 เดือนก็จะกลับเป็นปกติ แต่ก็อาจมีลักษณะ เช่น ความนุ่มหรือสีเปลี่ยนแปลงได้บ้าง (Burke et al., 1992 : 53)

1.4 เกิดปฏิกิริยาต่อเนื้อเยื่อ ปัญหาที่พบบ่อยคือ มีการทำลายของเนื้อเยื่อบริเวณที่ฉีดยาซึ่งเป็นผลจากการไหลของยาเคมีบำบัดออกนอกเส้นเลือด ซึ่งทำให้ผู้ป่วยเกิดอาการเจ็บปวดได้มากน้อยตามระดับความรุนแรงของเนื้อเยื่อที่ถูกทำลาย และการอักเสบของหลอดเลือดดำ ยาที่มีปฏิกิริยาต่อเนื้อเยื่อรุนแรง ได้แก่ อครีนิมายซิน ไมโทมายซิน วินคริสติน และวินบลาสติน เป็นต้น ผลจากการอักเสบของเนื้อเยื่อนอกจากจะทำให้ผู้ป่วยทุกข์ทรมานจากความเจ็บปวดแล้ว ยังมีโอกาสติดเชื้อ บริเวณแผลได้ และสามารถทำให้สูญเสียหน้าที่ของแขนขานั้นได้เช่นกัน (Otto, 1994 : 506)

1.5 เกิดปฏิกิริยาภูมิแพ้ ยาเคมีบำบัดอาจทำให้ผู้ป่วยเกิดปฏิกิริยาภูมิแพ้ได้ ซึ่งอาการที่พบได้แก่ ตัวแดง มีผื่นคัน หนาวสั่น ปวดท้อง ความดันโลหิตต่ำ หายใจลำบาก เป็นต้น ซึ่งอาจทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้ (Cooley et al., 1994 : 284-286 ; Otto, 1994 : 509)

1.6 เกิดความผิดปกติของระบบสืบพันธุ์ มีรายงานถึงการเป็นหมัน การมีประจำเดือนผิดปกติ และมีความผิดปกติของระบบสืบพันธุ์ ในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด (Sorrell, 1993 : 359) โดยที่ผู้ป่วยหญิงบางรายอาจมีประจำเดือนผิดปกติ มีความสุขทางเพศลดลง และเป็นหมันได้ ทั้งแบบชั่วคราวหรือถาวร และถ้ามีการตั้งครรภ์อยู่จะมีผลให้เด็กในครรภ์ผิดปกติได้ ส่วนผู้ป่วยชายอาจมีปัญหากับความแข็งตัวของอวัยวะเพศ จำนวนหรือการเคลื่อนไหวของสเปิร์มลดลง และอาจเป็นหมันได้เช่นกัน แต่มักเป็นแบบชั่วคราว โดยอาการจะดีขึ้นภายหลังได้รับยาแล้ว 1-2 ปีขึ้นไป ยกเว้นทำให้เกิดปัญหาที่ได้อ้อย คือกลุ่มอัลคาแลติก เอเจ้น เช่น เมทโทเทริกเซท เป็นต้น (Burke et al., 1992 : 57,60 ; Cooley et al., 1994 : 291)

1.7 เกิดความผิดปกติของระบบประสาท ยาจำพวกวินคริสติน วินบลาสติน เมทโทเทริกเซท และซิสพลาติน เป็นต้น มีโอกาสทำให้ผู้ป่วยเกิดอาการกล้ามเนื้ออ่อนแรง ชาปลายมือปลายเท้า (Held, 1995 : 42) สูญเสียการทรงตัว และสูญเสียการได้ยินในช่วงคลื่นความถี่สูงได้ จากการที่เส้นประสาทสมองคู่ที่ 8 ถูกรบกวนจากซิสพลาตินในขนาดสูงๆ นอกจากนี้ยังทำให้ผู้ป่วยมีอาการซีมเศร้า มีอาการทางจิตประสาท หรือระดับความรู้สึกตัวเปลี่ยนแปลงได้ (Otto, 1994 : 503) อาการเหล่านี้อาจส่งผลกระทบต่อความสามารถในการทำกิจกรรมของผู้ป่วย และส่งผลให้เกิดความไม่สุขสบายได้ และผู้ป่วยจะมีอาการมากขึ้นถ้าได้รับยาในขนาดสูงและติดต่อกันนานๆ อาการต่างๆอาจจะดีขึ้นภายหลังหยุดรับยาประมาณ 4-7 เดือน (Cooley et al., 1994 : 286-287)

1.8 เกิดพิษต่อหัวใจ ยาดีออกโซรูบิซิน คิวโนมัซซิน และไซโคลฟอสฟาไมด์ เป็นต้น สามารถทำให้เกิดการทำลายเซลล์กล้ามเนื้อหัวใจได้ โดยผู้ป่วยอาจมีอัตราการเต้นของหัวใจเร็วขึ้น ประสิทธิภาพการบีบตัวของหัวใจลดลง เกิดภาวะหัวใจวาย หรือเยื่อหุ้มหัวใจอักเสบได้ ซึ่งจะมีผลต่อความสามารถในการทำกิจกรรมของผู้ป่วย (สุมิตรา, 2536 : 15 ; Otto, 1994 : 502)

1.9 เกิดพิษต่อปอด ยาจำพวก เมทโทเทริกเซท โปรคาร์บาไซีน สามารถทำให้เกิดผลเสียต่อปอด ทำให้เกิดปอดอักเสบได้ โดยเฉพาะยาบลิโอมัยซิน เป็นยาที่ทำให้เกิดพังผืดที่ปอด ได้อ้อยที่สุด (สุมิตรา, 2536 : 15) ซึ่งทำให้ผู้ป่วยมีอาการเหนื่อยหอบ หายใจลำบากได้ (Otto, 1994 : 503)

1.10 เกิดพิษต่อหู ยาจำพวกซิสพลาติน อาจมีผลให้ผู้ป่วยเกิดอาการวิงเวียนศีรษะ หูอื้อหรือมีการได้ยินลดลงได้ (Otto, 1994 : 503) หลังได้รับยาประมาณ 4 วัน พบมากในผู้ป่วยที่ได้รับยาอย่างรวดเร็วหรือติดต่อกันนาน มีอายุ 40ปีขึ้นไป หรือมีปัญหาการได้ยินอยู่เดิม อาการนี้มักเป็นอยู่ชั่วคราว (Cooley et al., 1994 : 287)

1.11 เกิดพิษต่อตา ยาจำพวกไซโครฟอสฟาไมด์ โคลเรมบูซิล อาจทำให้เกิดการระคายเคืองตารุนแรง น้ำตาไหลมาก ตาพร่ามัว เลือดออกในลูกตา จนกระทั่งตาบอดได้ (Cloutier, 1992 : 1251-1259)

1.12 เกิดพิษต่อไตและระบบขับถ่ายปัสสาวะ ยาจำพวกซิสพลาติน ไซโคลฟอสฟาไมด์ เมทโทเทริกเซท เป็นต้น อาจมีพิษต่อไตโดยตรง หรือทำให้เกิดการตกผลึกของกรดยูริกในท่อไตจากการที่เซลล์มะเร็งถูกทำลาย จนทำให้เกิดทางเดินปัสสาวะอักเสบ มีเลือดออกในปัสสาวะ มีโปรตีนในปัสสาวะสูงขึ้น หรือเกิดภาวะไตวายได้ โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่ได้รับยาในขนาดสูง อัตราการไหลของยาเร็วเกินไป ได้รับน้ำไม่เพียงพอ หรือมีความผิดปกติของไตและระบบขับถ่ายปัสสาวะอยู่เดิม (สมจิต, 2536 : 253 ; Cooley et al., 1994 : 286)

1.13 เกิดพิษต่อดับ ยาจำพวกเอเดรียมัยซิน แอสพาราจินส เมทโทเทริกเซท หรือ ไซโคลฟอสฟาไมด์ อาจทำให้การทำหน้าที่ของตับผิดปกติได้ โดยผู้ป่วยจะมีภาวะตาตัวเหลือง หรือเกิดภาวะตับเป็นพังผืดหรือตับแข็งได้ (สุมิตรา, 2536 : 15)

1.14 เกิดพิษต่อดับอ่อน ยาจำพวก แอล เอสพาราจินส หรือคอร์ติโคสเตียรอยด์ มีฤทธิ์ทำลายตับอ่อนในผู้ป่วยมะเร็งต่อมน้ำเหลืองได้ (สุมิตรา, 2536 : 15)

1.15 เกิดอาการข้างเคียงอื่นๆ ที่อาจพบได้จากการได้รับเคมีบำบัด ได้แก่ ความไม่สุขสบายจากมีไข้ ซึ่งอาจมีอาการติดเชื้อร่วมด้วย หรือมีไข้โดยไม่ทราบสาเหตุ ซึ่งอาจเกิดจากการที่ร่างกายมีการเผาผลาญสูงขึ้นก็ได้ ภาวะความไม่สมดุลของกรดต่าง น้ำ และ อิเล็กโทรไลต์ เช่น แคลเซียมสูงหรือต่ำ น้ำตาลในเลือดสูงหรือต่ำ กรดยูริกสูง โปตัสเซียมสูงหรือต่ำ แมกนีเซียมต่ำ โซเดียมสูงหรือต่ำ เป็นต้น ซึ่งเป็นผลมาจากการได้รับมากหรือน้อยเกินไปรวมทั้งมีการสูญเสียสารต่างๆทางอุจจาระปัสสาวะ หรือจากการคลื่นไส้ อาเจียน (Otto, 1994 : 502-503)

นอกจากนี้ผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด โดยเฉพาะกลุ่มมะเร็งระบบโลหิตทั้งชนิดเฉียบพลันและเรื้อรัง มะเร็งปอดชนิดเซลล์เล็ก หรือมะเร็งเต้านมในระยะแพร่กระจาย มีโอกาสเกิดอันตรายจากภาวะไตวายเฉียบพลันและภาวะหัวใจเต้นผิดปกติได้จากการที่เซลล์มะเร็งถูกทำลายอย่างรวดเร็วเป็นจำนวนมาก กลายเป็นกรดยูริกที่มีผลให้เกิดไตวายเฉียบพลันได้ ซึ่งถือว่าเป็นภาวะทิวเมอร์ไลซิส ซินโดรม (tumor lysis syndrome : TLS) ทำให้พบความผิดปกติที่สำคัญ 4 ประการคือ ระดับกรดยูริก โปตัสเซียม และฟอสฟอรัสในเลือดสูง และมีระดับแคลเซียมในเลือดต่ำลง ทำให้ผู้ป่วยมีอาการคลื่นไส้ อาเจียน เมื่ออาหาร ปัสสาวะออกน้อย ปวดบริเวณเอว หรือปวดตามข้อคล้ายผู้ป่วยเก๊าท์ได้ (Stucky, 1993 : 49-59) ผู้ป่วยอาจมีภาวะหัวใจเต้นผิดปกติจากภาวะโปตัสเซียมสูงได้ และอาจมีกล้ามเนื้อหัวใจตาย เป็นตะคริว หรือชักได้ จากภาวะแคลเซียมในเลือดต่ำลง ซึ่งนับเป็นภาวะวิกฤตที่อาจพบได้ในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด

นอกจากนี้ยังมีผลกระทบที่สำคัญซึ่งพบได้เสมอในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด เช่น อาการอ่อนล้า ภาวะทิวโภชนาการ และความเจ็บปวด เป็นต้น

1.16 มีอาการอ่อนล้า ผู้ป่วยมะเร็งร้อยละ 72-99 มีอาการอ่อนล้า (Skella & Lacasse, 1992 : 1537) ซึ่งเป็นอาการที่ผู้ป่วยอธิบายว่า รู้สึกอ่อนเพลีย (weakness) เหนื่อยๆ (tiredness) ไม่มีเรี่ยวแรง (lack of energy) หมดแรง (exhaustion) ร่วมกับมีอาการซึมเศร้า ไม่ตื่นตัว ง่วงนอนบ่อยๆ และไม่มีแรงจูงใจ ซึ่งมีทั้งอาการที่เกิดแบบเฉียบพลันและเรื้อรัง โดยเฉพาะในช่วงของการรักษาด้วยการฉายรังสี การผ่าตัดและการใช้เคมีบำบัด (Winningham et al., 1994 : 23-34)

ผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัดร้อยละ 80-96 มีอาการอ่อนล้า (Irvine et al., 1994 : 368) ซึ่งเป็นอาการข้างเคียงที่ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความไม่สุขสบายเป็นอย่างสูง ทำให้ความสามารถในการทำกิจกรรมลดลง และมักจะเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยขาดหายไม่มารับการรักษาจนครบตามแผนการรักษา (Nerenz et al., 1982 : 1020) โดยที่ผู้ป่วยที่มีอาการข้างเคียงจากเคมีบำบัดมากจะมีอาการอ่อนล้ามากขึ้นเช่นกัน

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับอาการอ่อนล้าในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด (Winningham et al., 1994 : 27-28) ได้แก่ 1) ปฏิกริยาทางจิตใจเมื่อรับรู้ว่าเป็นมะเร็ง ความเครียดต่อการรักษาด้วยเคมีบำบัด การเปลี่ยนแปลงของอารมณ์และการนอนหลับ เป็นต้น 2) ปัญหาทางด้านร่างกายเช่นอาการคลื่นไส้ อาเจียน ผอมแห้ง ปวดเรื้อรัง

ผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัดจะมีอาการอ่อนล้าภายหลังได้รับยา 3-4 วัน ไปจนถึง 10 วัน หลังได้รับยา และอาการจะลดลงเรื่อยๆ จนกระทั่งเป็นมากขึ้นอีกเมื่อรับยาเคมีบำบัดครั้งต่อไป ซึ่งรูปแบบของอาการอ่อนล้ายังแปรผันไปตามชนิดและตำแหน่งของโรค ระยะเวลาที่เจ็บป่วย และชนิดของเคมีบำบัดที่ได้รับอีกด้วย ซึ่งอาการอ่อนล้าส่งผลให้ผู้ป่วยมีความอยากอาหารลดลง นอนหลับได้ไม่มีประสิทธิภาพ มีผลกระทบต่อการทำกิจวัตรประจำวัน การทำงานและการประกอบอาชีพได้ นอกจากนี้ยังมีผลกระทบต่ออัตรารอดชีวิตของผู้ป่วย การมีปฏิสัมพันธ์ต่อสังคม และถ้ามีอาการรุนแรงผู้ป่วยอาจหยุดการรักษาด้วยเคมีบำบัดได้ (Skella & Lacasse, 1992 : 1537)

1.17 มีภาวะทิวโภชนาการ ผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด มีโอกาสเกิดภาวะขาดสารอาหารได้โดยตรงจากภาวะของโรค โดยเฉพาะผู้ป่วยมะเร็งปอดชนิดเซลล์เล็ก ที่มีอายุมากกว่า 65 ปีขึ้นไปและมีประวัติสูบบุหรี่จัดมาก่อน (Brown, 1993 : 466-467 ; Sarna et al., 1994 : 371) เนื่องจากผู้ป่วยมะเร็งจะมีการสลายตัวของโปรตีนเก่าในกล้ามเนื้อออกมาเป็นกรดอะมิโน ในขณะที่มีการสร้างโปรตีนใหม่ในกล้ามเนื้อลดลง โดยที่ผู้ป่วยมะเร็งจะมีความต้องการแคลอรีเพิ่มขึ้นจากปกติ ร้อยละ 50 ถ้า ผู้ป่วยรับประทานอาหารได้น้อยกว่าปกติ จะทำให้เกิดภาวะทิวโภชนาการได้ (Schmitt, 1993 :

52s) ซึ่งจากการศึกษาของเขาวลักษณะและคณะ (2533 : 23) พบว่ามีผู้ป่วยมะเร็งร้อยละ 63.5 มีปัญหา ด้านโภชนาการ

ผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัดจะรู้สึกเบื่ออาหารและรับประทานอาหารได้ลดลง เนื่องจากการมีอาการคลื่นไส้ อาเจียน เจ็บปาก เจ็บคอ กลืนอาหารลำบาก มีการรับรสเปลี่ยนไปโดยจะไวต่อรส ขมมากขึ้นและรับรสเค็มและหวานได้ลดลง ร่วมกับการมีข้อจำกัดในการทำกิจกรรมและภาวะซึมเศร้า วิตกกังวล โดยที่เมื่อผู้ป่วยมะเร็งเกิดภาวะทุพโภชนาการแล้ว จะทำให้มีความทนทานต่ออาการข้างเคียงของยาเคมีบำบัดได้ลดลง (สุมิตรา, 2537 : 62)

1.18 มีอาการเจ็บปวด ร้อยละ 70 ของผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามมีอาการเจ็บปวดร่วมด้วย (Schmitt, 1993 : 53s) โดยสาเหตุของอาการเจ็บปวดส่วนใหญ่ (ร้อยละ 78) เกิดจากตัวของโรคมะเร็งเอง เช่น มีก้อนทวมบุกรุกเข้าไปในกระดูก การที่ก้อนทวมแทรกเข้าไปในเส้นประสาท หลอดเลือดและหลอดน้ำเหลือง มีการอุดตันของก้อนทวมที่ลำไส้ ท่อน้ำดี หรือมีการอักเสบติดเชื้อการตายของเนื้อเยื่อ เป็นต้น ประมาณร้อยละ 19 เป็นความเจ็บปวดที่เกิดจากผลของการรักษาเช่น การผ่าตัด การฉายรังสีรักษา และการได้รับเคมีบำบัด ซึ่งยาเคมีบำบัดที่ทำให้เกิดความเจ็บปวดได้ ได้แก่ พวกวินคริสติน วินบลาสติน เป็นต้น (สถาพร, 2537 : 8-9) ส่วนอาการเจ็บปวดอื่นๆ ที่เกิดเนื่องจากผลของยาเคมีบำบัดได้แก่ อาการเจ็บแผลในปาก เจ็บคอ ปวดกระดูกจากการเกาะของกรดยูริก หรือเจ็บปวดจากการที่ยาเคมีบำบัดรั่วออกนอกหลอดเลือดมาทำลายเนื้อเยื่อ เป็นต้น

ในประเทศไทย วันชัยและคณะ (2535 : 64-70) ศึกษาอุบัติการณ์ความเจ็บปวดในผู้ป่วยโรคมะเร็งของโรงพยาบาลศรีนครินทร์ พบว่าโดยเฉลี่ยผู้ป่วยมะเร็งมีความเจ็บปวดปานกลางถึงรุนแรง ประมาณร้อยละ 62.2 มีผู้ป่วยถึงร้อยละ 30 ที่มีความเจ็บปวดแต่ไม่ได้รับยาและกลุ่มที่ได้รับยาก็มีจำนวนมากที่ยังได้รับยาไม่ถูกต้อง จะเห็นได้ว่ามีผู้ป่วยมะเร็งได้รับความทุกข์ทรมานจากความเจ็บปวดเป็นจำนวนมากในแต่ละปี

จากปัญหาด้านร่างกายที่กล่าวมาแล้ว จะเห็นว่าการได้รับเคมีบำบัดส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยเป็นอย่างมาก ก่อให้เกิดทั้งความไม่สุขสบาย และความทุกข์ทรมาน ทำให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารได้น้อยลง มีความสามารถในการดูแลตนเองลดลง มีการเปลี่ยนแปลงของการพักผ่อนนอนหลับ และเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนที่อันตรายถึงแก่ชีวิตได้ (Gale & Charette, 1995 : 63-90) โดยที่ผู้ป่วยจะรู้สึกทุกข์ทรมานจากปัญหาที่เกิดขึ้นได้แตกต่างกันตามความรุนแรงและระยะเวลาของอาการที่เกิดขึ้น (Love et al., 1989 : 604) โดยที่เนเรนซ์ และคณะ (Nerenz et al., 1982 : 1020-1027) พบว่า อาการข้างเคียงของยาเคมีบำบัดที่ทำให้ผู้ป่วยทุกข์ทรมานมากที่สุดคือ อาการเจ็บปวด คลื่นไส้ อาเจียน หนาวสั่น อ่อนเพลีย ไม่มีแรง อาการท้องเสีย และเบื่ออาหารเป็นต้น โดยที่อาการข้างเคียงที่เกิดเป็นเวลานาน

มีอาการรุนแรง และทำนายได้ยากว่าจะหายไปเมื่อไร เช่นอาการเจ็บปวดและอ่อนเพลีย จะเป็นอาการที่ทำให้ผู้เป็นทุกข์ทรมานได้มากที่สุดตลอดช่วงของการได้รับเคมีบำบัด

2. ผลกระทบทางด้านจิตสังคม

การเจ็บป่วยเป็นโรคมะเร็งปอดทำให้เกิดผลกระทบทางด้านจิตสังคมต่อผู้ป่วยและครอบครัวที่ซับซ้อนหลายด้าน ดังจะเห็นได้จากผู้ป่วยมากกว่าร้อยละ 90 มีภาวะทุกข์ทรมานทางจิตใจเมื่อรับทราบว่าเป็นมะเร็ง (McGee, 1993 : 438) เนื่องจากบุคคลส่วนใหญ่ให้ความหมายว่ามะเร็งเป็นโรคที่น่ากลัว ทำให้เกิดความเจ็บปวด ทุกข์ทรมาน และเป็นสัญลักษณ์ของความตาย ทำให้เกิดปฏิกิริยาทางจิตต่างๆ เช่น รู้สึกโกรธ ก้าว ปฏิเสธ ดอยหนี รู้สึกถึงความไม่แน่นอนในชีวิตจนกระทั่งหมดหวังได้ (ประคอง, 2529 : 327 ; Hagopain, 1993 : 759 ; Krause, 1991 : 241 ; Lederberg & Massie, 1994 : 2448 ; Munkres & Oberst & Hughes, 1992 : 1201 ; Rafferty, 1985 : 169 ; Rhodes et al., 1994 : 45-51)

นอกจากผลกระทบจากโรคแล้วผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัดยังได้รับผลกระทบจากอาการข้างเคียงของยาเคมีบำบัดในระดับสูงอีกด้วย ทำให้เกิดปัญหาทางด้านจิตสังคมได้ดังต่อไปนี้

2.1 มีความรู้สึกไม่แน่นอนในชีวิต เป็นความรู้สึกที่บุคคลประเมินว่าเกิดอันตรายขึ้นกับตนเอง และรู้สึกว่าตนเองไม่มีโอกาสและไม่สามารถควบคุมสถานการณ์ได้ (Mishel et al., 1991 : 36) มักเกิดขึ้นเมื่อบุคคลไม่สามารถสร้างกรอบแบบแผนความรู้ความเข้าใจในการแปลความเจ็บป่วยที่ตนประสบ ทั้งด้านความคลุมเครือของความเจ็บป่วย ความซับซ้อนของการรักษาและระบบการให้บริการ (Mishel, 1988 : 225-232 ; McGee, 1993 : 439)

เนื่องจากโรคมะเร็งเป็นโรคที่ต้องใช้เวลาในการรักษาในโรงพยาบาลนาน มีลักษณะการดำเนินโรคและวิธีการรักษาที่ไม่สามารถยืนยันผลสำเร็จได้อย่างเต็มที่ ทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกไม่แน่นอนในชีวิตได้สูงมาก และผู้ป่วยที่เกิดความรู้สึกไม่แน่นอนจะพยายามเผชิญปัญหาทั้งในรูปแบบของการกระทำและการปรับอารมณ์ ถ้ามีการเผชิญปัญหาไม่มีประสิทธิภาพก็ทำให้เกิดความรู้สึกทุกข์ทรมานได้ (McGee, 1993 : 440)

2.2 มีความรู้สึกกลัว เนื่องจากโรคมะเร็งเป็นโรคที่ไม่ทราบสาเหตุอย่างแน่ชัด วิธีการรักษาส่วนใหญ่ทำให้ผู้ป่วยเกิดความไม่สุขสบาย และทำให้ความสามารถของผู้ป่วยลดลง อีกทั้งยังต้องใช้เวลานานในการรักษาและมีความไม่แน่นอนในผลของการรักษา (Rafferty, 1985 : 169) ทำให้ผู้ป่วยมะเร็งเกิดความกลัวได้หลายลักษณะเช่น กลัวโรคที่เป็นอยู่ กลัวรักษาไม่หาย กลัวไม่สวย กลัวไม่ปลอดภัย กลัวโรงพยาบาล (บุญสมและคณะ, 2527 : 71) กลัวเจ็บปวด กลัวถูกทอดทิ้ง กลัวโดดเดี่ยว กลัวไม่ได้เข้าสังคม กลัวถูกจำกัดการเคลื่อนไหว กลัวการมีข้อจำกัดในการทำกิจกรรม กลัวว่า

จะไม่ได้รับการดูแลที่ดี (Rafferty, 1985 : 170-171) กลัวการเจาะเลือดและการทำหัตถการต่างๆ (สุภาณี, 2536 : 50-51) กลัวอาการข้างเคียงที่เกิดจากการรักษา (Lederberg & Massie, 1994 : 2450) กลัวว่าจะไม่หาย กลัวโรคจะกลับเป็นซ้ำ และกลัวตาย (Otto, 1994 : 723) เป็นต้น ถ้าผู้ป่วยที่มีความรู้สึกลัวไม่ได้รับความช่วยเหลือได้สอดคล้องกับความต้องการ จะทำให้เกิดความไม่สบายใจ และวิตกกังวลตามมาได้ (Rafferty, 1985 : 171)

2.3 มีความรู้สึกวิตกกังวล เป็นปฏิกิริยาทางจิตที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยมะเร็ง เป็นความรู้สึกไม่สบายใจ ความหวาดหวั่น กระวนกระวายใจ ที่เกิดจากมีความนึกคิดเกี่ยวกับเรื่องของอนาคตเป็นไปในทางที่ไม่ดี ทำให้มีอาการอึดอัด นอนไม่หลับ เบื่ออาหาร ใจสั่น ระบบการย่อยและขับถ่ายผิดปกติได้ (กฤษณา, 2533 : 74) ซึ่งผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด อาจมีความวิตกกังวลได้ใน 4 ระดับคือ (Clark, 1993 : 453 ; Gordon, 1991 : 239)

2.3.1 วิตกกังวลเล็กน้อย ผู้ป่วยจะมีอาการกระสับกระส่าย มักจะตั้งคำถามต่างๆและให้ความสนใจสิ่งต่างๆมากขึ้น

2.3.2 วิตกกังวลปานกลาง ผู้ป่วยจะมีอาการเกร็งของกล้ามเนื้อ หายใจเร็วขึ้น นอนไม่หลับ มักจะคิดถึงอันตรายต่างๆ ที่อาจเกิดขึ้น

2.3.3 วิตกกังวลมาก (panic) ผู้ป่วยจะหายใจเร็ว พูดเร็ว กระสับกระส่าย มีจุดสนใจแคบลง และมีความกลัวร่วมด้วย

2.3.4 วิตกกังวลล่วงหน้า ผู้ป่วยมักจะกังวลเรื่องต่างๆในอนาคตที่ยังไม่เกิดขึ้น

การศึกษาของไวส์แมนพบว่าผู้ป่วยมะเร็งมีความรู้สึกกังวลห่วงใยในเรื่องต่างๆ (สมจิต, 2536 : 247 ; แสงอรุณ, 2535 : 11-12 ; Otto, 1994 : 726) ดังต่อไปนี้

1) กังวลด้านสุขภาพ (health concerns) ผู้ป่วยมักจะกังวลเกี่ยวกับปัญหาและอาการต่างๆทางด้านร่างกาย ภาวะสุขภาพและข้อจำกัดในการทำกิจกรรมประจำวันต่างๆ ตลอดจนความกังวลเกี่ยวกับวิธีการรักษา ผลของการรักษาและค่าใช้จ่ายในการรักษา

2) กังวลเกี่ยวกับตนเอง (self-appraisal concerns) เป็นความกังวลเกี่ยวกับอัตมโนทัศน์ ภาพลักษณ์ ความสามารถและความมีคุณค่าในตนเอง เป้าหมายในชีวิต และความปลอดภัยในอนาคต โดยเฉพาะผู้ป่วยที่ได้รับเคมีบำบัดจะมีความกังวลต่ออาการข้างเคียงที่เกิดขึ้นได้มาก เช่น ผมร่วง น้ำหนักลด หรืออ่อนเพลีย

3) กังวลด้านการทำงานและการเงิน (work and financial concerns) เป็นความกังวลเกี่ยวกับสภาพการเงิน การถูกพักหรือ ออกจากงาน เพราะการรักษาต้องใช้เวลาานาน ทำให้ผู้ป่วยโดยเฉพาะเมื่ออยู่ในวัยผู้ใหญ่ หรือเป็นหัวหน้าครอบครัว จะมีความกังวลในเรื่องที่ต้องรับผิดชอบสมาชิกคนอื่น ๆ ในครอบครัวมากขึ้น

4) กังวลด้านสัมพันธ์ภาพกับครอบครัวและบุคคลใกล้ชิด (family and significant relationships) โดยเฉพาะปัญหาความสัมพันธ์ทางเพศ และการที่ต้องอยู่ห่างไกลญาติพี่น้องเมื่อมาเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

5) กังวลด้านศาสนา (religion concerns) ผู้ป่วยบางคนที่เคร่งครัดและมีความยึดมั่นในการประกอบกิจกรรมทางศาสนาอาจมีความกังวลที่ไม่ได้ปฏิบัติกิจกรรมตามปกติแต่บางคนก็อาจละเลยในเรื่องนี้

6) กังวลด้านเพื่อนและผู้ที่เกี่ยวข้อง (friend and associates) ผู้ป่วยอาจกลัวว่าเพื่อนจะรังเกียจ หรือตนเองทำให้เพื่อนร่วมงานต้องลำบากในการทำงานแทนหรือต้องมาเยี่ยมเยียน

7) กังวลด้านการรอดชีวิต (existential concerns) เป็นความกังวลเกี่ยวกับการมีชีวิตหรือความตาย ซึ่งผู้ป่วยมักจะกังวลว่าตนเองจะอยู่ได้นานเท่าใด การรักษาจะช่วยให้มีชีวิตรอดหรือไม่

นอกจากนี้ โอคอนเนอร์ วิกเกอร์ และเจอร์มิโน (O'Connor & Wicker & Germino, 1990 : 169) พบว่าผู้ป่วยมะเร็งในช่วงหลังได้รับการวินิจฉัยโรค 6 เดือนแรก มีความกังวลในเรื่องอาการทางกาย ความรู้สึกของตนเอง การจัดการกับความรู้สึก การพึ่งพาผู้อื่น การงานและการเงิน การได้รับการดูแลจากทีมสุขภาพ ข้อมูลเกี่ยวกับโรคและการรักษาที่จะได้รับ ความเชื่อและศาสนา สัมพันธภาพกับบุคคลอื่น รวมทั้งเรื่องของอนาคตและความหมายของชีวิตภายหลังการเจ็บป่วยเป็นมะเร็งซึ่งบางครั้งเป็นความกังวลที่เพิ่มเติมจากการศึกษาของ ไวส์แมนดังกล่าวข้างต้น

และจากการศึกษาของ ดอดด์ ดิบเบิล และโทมัส (Dodd & Dibble & Thomas, 1993 : 5) พบว่าผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด มีความกังวลห่วงใยเกี่ยวกับสุขภาพร่างกาย และสุขภาพจิตและอารมณ์ รวมทั้งด้านเศรษฐกิจ และการงานมากที่สุด และการศึกษาของสุภาณี (2536) พบว่าผู้ป่วยมะเร็งระบบโลหิต ซึ่งทุกรายได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัด มีความกังวลห่วงใยส่วนใหญ่คล้ายๆกันที่กล่าวมา แต่ที่มีความแตกต่างได้แก่ กลัวว่าจะทนต่ออาการข้างเคียงของยาไม่ไหว กลัวจะไม่มียารักษาหรือแพทย์ให้ยารักษาเข้าไป กังวลว่าเมื่อเจ็บป่วยไปนานๆจะไม่สามารถพึ่งพาใครได้ กังวลเรื่อง การที่ต้องเป็นภาระของผู้อื่น กังวลเกี่ยวกับเป็นอยู่ในโรงพยาบาลที่ไม่สะดวกในการช่วยเหลือตัวเอง การเดินทางมารับการรักษาและการ ติดต่อสื่อสารระหว่างแพทย์ที่มีข้อจำกัดเพราะมีทีมการรักษาหลายระดับ

2.4 มีความรู้สึกสูญเสีย เมื่อผู้ป่วยรับรู้ว่าเป็นมะเร็งอาจมีความรู้สึกได้ในหลายลักษณะ เช่น ซ็อก ไม่เชื่อ ปฏิเสธ โกรธ ต่อรอง ขอมรับ หรือหมดหวัง ซึมเศร้าได้ ซึ่งถึงเป็นกระบวนการเศร้าโศก (grief process) ที่เกิดจากการสูญเสีย ผู้ป่วยอาจมีอาการร้องไห้ เจ็บซึม หรือเก็บตัว ซึ่งขึ้นอยู่กับระยะของการปรับตัว

2.5 มีความรู้สึกปฏิเสธ เป็นปฏิกิริยาการป้องกันทางจิต ที่บุคคลใช้เพื่อหลีกเลี่ยงต่อความรู้สึกที่มาจากความ ซึ่ง เป็นวิธีที่ผู้ป่วยมะเร็งใช้มากในการควบคุมความวิตกกังวลและทุกข์ทรมานใจ (Hagopain, 1993 : 760) เพื่อความสบายใจบุคคลจะไม่พยายามพูดถึงคำว่ามะเร็ง ซึ่งจะมีผลดีต่อผู้ป่วยในระยะแรก และอาจทำให้เกิดผลเสียได้ถ้าผู้ป่วยปฏิเสธการรักษาและไม่สนใจที่จะดูแลตนเอง (Rafferty, 1985 : 177)

2.6 มีความรู้สึกไม่สามารถควบคุมตนเองได้ หมายถึงภาวะที่ผู้ป่วยมีร่างกายไม่แข็งแรง มีสภาพจิตที่ไม่ดี และไม่มีพลังทางสังคมที่จะต่อสู้กับปัญหาที่เกิดขึ้น (Lazarus & Folkman, 1984) ซึ่งมักเกิดเมื่อผู้ป่วยไม่สามารถเผชิญปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Hagopain, 1993 : 760)

2.7 มีความรู้สึกโดดเดี่ยว เป็นลักษณะของความคิด ความรู้สึก และการกระทำของผู้ป่วยที่ทุกข์ทรมานจากการที่รู้สึกไม่ได้รับความรักจากผู้อื่น มักเกิดในกลุ่มผู้ป่วยที่ขาดแรงสนับสนุนทางสังคม เป็นหม้าย และญาติไม่ค่อยมาเยี่ยม (Perry, 1990 : 294) และอาจพบได้ในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งที่กลัวจะถูกทอดทิ้ง มีข้อจำกัดในการเคลื่อนไหว ต้องพักรักษาตัวในโรงพยาบาล ไม่ได้เข้าสังคม รู้สึกอายที่ภาพลักษณ์เปลี่ยนแปลงไป โดยผู้ป่วยจะมีอาการแยกตัว ไม่ชอบเข้ากลุ่ม และรู้สึกเบื่อๆ เป็นต้น (Gordon, 1991 : 281)

2.8. มีความรู้สึกซึมเศร้า ผู้ป่วยมะเร็งที่อยู่ในโรงพยาบาลร้อยละ 17-25 มีอาการซึมเศร้า (Clark, 1993 : 454) ซึ่งมักพบในกลุ่มผู้ป่วยที่กลัวว่าจะเสียชีวิต มีการสูญเสียการทำหน้าที่ของร่างกาย มีการเปลี่ยนแปลงบทบาทและสัมพันธภาพในสังคม หรือมีอาการข้างเคียงจากยาเคมีบำบัดที่รุนแรงและยาวนาน (Nerenz et al., 1982 : 1020-1027) ซึ่งผู้ป่วยมักจะรู้สึกไร้ค่า หมดหวัง รู้สึกผิด และเศร้าใจ และมีอาการเบื่ออาหาร รับประทานอาหารได้น้อย นอนไม่หลับ ไม่มีเรี่ยวแรง ถอยหนี เก็บตัว พึ่งพาผู้อื่นมากขึ้น ไม่ตัดสินใจด้วยตัวเอง มีความสนใจเรื่องต่างๆลดลง และอาจฆ่าตัวตายได้ (Gordon, 1991 : 249)

2.9 มีความรู้สึกหมดหวัง เป็นปฏิกิริยาทางจิตที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยมะเร็งที่มองว่าตนเองไม่มีทางเลือก มีข้อจำกัดในการจัดการกับความเจ็บป่วยและการดำเนินชีวิต ไม่สามารถควบคุมตนเองและสิ่งแวดล้อมได้ (Clark, 1993 : 457) ซึ่งพบว่าผู้ป่วยจะมีอาการหุดเสียดเบาๆ ไม่แสดงอารมณ์ ไม่สนใจที่จะดูแลตนเอง ไม่อยากพูดกับใคร พูดว่าหมดหวัง มักจะนอนหลับตาเป็นส่วนใหญ่ รวมทั้งกินอาหารได้น้อยลงและนอนหลับมากขึ้น (Gordon, 1991 : 251)

2.10 มีความรู้สึกไม่สุขสบายและทุกข์ทรมาน เป็นสภาวะอารมณ์ในทางลบอันเป็นผลมาจากการที่บุคคลมีความเจ็บปวดของร่างกาย รู้สึกไม่สุขสบาย และรู้สึกทุกข์ทรมานด้านจิตวิญญาณ ซึ่งแตกต่างกันไปตามประสบการณ์ และการให้ความหมายหรือความสำคัญของเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นของแต่ละบุคคล (Benedict, 1989 : 34)

ผู้ป่วยมะเร็งจะเกิดความทุกข์ทรมาน และไม่สุขสบายทั้งด้านร่างกายและจิตวิญญาณในระดับสูงจากผลของโรคและการรักษา โดยเฉพาะจากอาการข้างเคียงของยาเคมีบำบัด ซึ่งอาการที่ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกทุกข์ทรมานในระดับสูงได้แก่ เจ็บปวด อ่อนเพลีย (Nerenz et al., 1982 : 1020) คลื่นไส้ อาเจียน เมื่ออาหาร นอนไม่หลับ ถูกจำกัดกิจกรรม รูปร่างเปลี่ยนแปลงไป แบบแผนการขับถ่ายเปลี่ยนแปลงไป และไม่มีสมาธิ เป็นต้น (Hubbard, 1995 : 505)

จากการศึกษาของเบเนดิกต์ (Benedict, 1989 : 38) พบว่าผู้ป่วยมะเร็งปอดมีความทุกข์ทรมานใน 3 ด้าน ได้แก่

2.10.1 ความทุกข์ทรมานทางด้านร่างกาย จากมีความสามารถในการทำกิจกรรมลดลง มีอาการอ่อนล้า อ่อนเพลีย เจ็บปวด ใบบ่อยๆ ผอมลง และมีปัญหาในการขับถ่าย

2.10.2 ความทุกข์ทรมานด้านจิตใจ จากการที่มีความสามารถลดลง ความวิตกกังวล กลัวไร้สมรรถภาพ กลัวโรคมะเร็งลุกลามหรือกลับเป็นซ้ำ ซึมเศร้า รู้สึกหมดพลังอำนาจ ควบคุมตนเองไม่ได้ กลัวตาย สูญเสีย รู้สึกผิด โกรธ และมีความกังวลต่อกิจกรรมการตรวจรักษาต่างๆ

2.10.3 ความทุกข์ทรมานด้านปฏิสัมพันธ์ เช่น การมีปัญหาด้านการงาน ต้องถูกออกจากงาน ไปทำงานไม่ได้ มีปัญหากับคู่ครอง มีปัญหากับแพทย์พยาบาล มีปัญหาเกี่ยวกับลูกๆ มีปัญหาด้านเศรษฐกิจการเงิน มีปัญหาเกี่ยวกับการติดต่อสื่อสาร เช่น ได้รับข้อมูลไม่เพียงพอและไม่ชัดเจน รู้สึกว่าไม่ได้รับความเต็มใจจากเจ้าหน้าที่ที่จะพูดคุยหรือซักถามปัญหา เป็นต้น

2.11 มีความรู้สึกที่ภาพลักษณ์เปลี่ยนแปลงไป ผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัดอาจรู้สึกว่าตนเองมีรูปร่างที่ไม่สวย ไม่แข็งแรง โดยเฉพาะเมื่อมีอาการอ่อนเพลีย ผอมแห้ง ผอมร่วง สีผิวหรือเล็บเปลี่ยนไป มีจุดหรือจ้ำเลือดตามตัว เป็นต้น (สมจิต, 2536 : 247) ซึ่งความรู้สึกนี้จะมีมากขึ้นอยู่กับว่าบุคคลให้ความสำคัญต่อปัญหาที่เกิดขึ้นมากน้อยเพียงใด ซึ่งผู้ป่วยวัยรุ่นหรือหนุ่มสาว อาจให้ความสำคัญกับความสวยงามของร่างกายมากกว่าวัยสูงอายุ เป็นต้น

2.12 มีความรู้สึกคุณค่าในตนเองลดลง เป็นความรู้สึกที่มักเกิดขึ้นเมื่อบุคคลมีความสามารถในการทำกิจกรรมต่างๆลดลง และต้องหันมาพึ่งพาผู้อื่นมากขึ้น (Gordon, 1991 : 257) และพบได้เสมอในผู้ป่วยมะเร็งที่เกิดอาการข้างเคียงจากการได้รับเคมีบำบัดจนไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ตามปกติ หรือเมื่อรู้สึกว่าตนเองไม่มีแรงดึงดูดทางเพศ เช่น ในผู้หญิงที่ถูกตัดเต้านม ผู้หญิงที่เป็นมะเร็งปากมดลูก หรือผู้ชายที่เป็นมะเร็งต่อมลูกหมาก เป็นต้น (Clark, 1993 : 463)

2.13 มีแบบแผนทางเพศเปลี่ยนแปลงไป ผลจากความวิตกกังวลจากการเจ็บป่วยเป็นโรคมะเร็ง ความวิตกกังวลเกี่ยวกับภาพลักษณ์ของตนเอง (Clark, 1993 : 460-465) การได้รับยาเคมีบำบัดจำพวกอัลคาเลดิง เอเจ็น (Burke et al., 1992 : 57,60) ซึ่งทำให้ผู้ป่วยมีความผิดปกติในการสร้างหรือการเคลื่อนไหวของสเปิร์ม การมีประจำเดือนผิดปกติ เกิดเป็นหมันชั่วคราวหรือถาวรได้ (Sorrell, 1993

: 359) ทำให้ผู้ป่วยมีความต้องการทางเพศลดลง หรือหลีกเลี่ยงการมีเพศสัมพันธ์จากมีความผิดปกติในการแข็งตัวของอวัยวะเพศ หรือจากขาดความมั่นใจ กลัวจะทำให้คู่ครองไม่มีความสุข เป็นต้น (Clark, 1993 : 460-465)

2.14 มีการเปลี่ยนแปลงทางด้านบทบาทหน้าที่ จากการที่ผู้ป่วยมีอาการกล้ามเนื้ออ่อนแรง อ่อนเพลีย มีความสามารถในการทำกิจกรรมลดลง (สุมิตรา, 2536 : 8) ส่งผลให้มีความพร่องในการดูแลตนเองและการประกอบอาชีพ ผู้ป่วยมะเร็งส่วนใหญ่มีความต้องการที่จะกลับไปทำงาน โดยเร็วที่สุด เพื่อลดข้อจำกัดด้านเศรษฐกิจแต่ก็ทำไม่ได้ในช่วงที่ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล หรือในช่วงที่ร่างกายอ่อนแอมาก (ระดับสมรรถภาพของร่างกาย 3-4) และเมื่อกลับบ้านแล้วมีผู้ป่วยมะเร็งร้อยละ 61-88 กลับไปทำงานตามปกติ และผู้ป่วยร้อยละ 20 ไม่กลับไปทำงานอีกเลย โดยที่ผู้ป่วยในกลุ่มมะเร็งเม็ดเลือดขาว มะเร็งต่อมน้ำเหลือง และมะเร็งปอดจะมีปัญหาที่ต้องหยุดทำงาน มากกว่ากลุ่มมะเร็งเต้านมหรือมะเร็งปากมดลูก (Berry & Catanzaro, 1992 : 41) ซึ่งผู้ป่วยมะเร็งสามารถกลับไปทำงานได้หรือไม่เกี่ยวข้องกับปัจจัยดังนี้ (Berry & Catanzaro, 1992 : 42-44)

2.14.1 ปัจจัยด้านตัวบุคคล ซึ่งเกี่ยวข้องกับอาการที่เกิดขึ้น การที่ต้องไปรับการตรวจรักษา และการลุกลามของโรค โดยที่ถ้าผู้ป่วยเป็นโรคลุกลามขึ้นทำให้เกิดความผิดปกติและผู้ป่วยจะมีความสามารถในการทำกิจกรรมต่างๆลดลง ผู้ป่วยที่มีภาวะผอมแห้งทำให้ไม่มีแรงในการทำงาน ผู้ป่วยที่เป็นมะเร็งกล่องเสียงอาจมีข้อจำกัดในการพูด ผู้ป่วยบางรายอาจมีปัญหาในการขับถ่าย ทำให้เป็นอุปสรรคต่อการทำงานได้ นอกจากนี้ผู้ป่วยที่มีอาการคลื่นไส้ อาเจียน มีอาการเจ็บปวดหรืออ่อนล้ามากภายหลังได้รับเคมีบำบัด ทำให้ต้องพักการฟ้อนมากขึ้น ต้องลาหยุดงานเป็นเวลานานและอาจต้องถูกให้ออกจากงานได้

2.14.2 ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม ผู้ป่วยอาจต้องออกจากงานไปเลยเนื่องจากรู้สึกว่าคุณแตกต่างจากผู้อื่น ถูกดูถูก ต้อเลียน ได้รับการปฏิบัติจากเพื่อนร่วมงานแตกต่างจากคนอื่น เป็นต้น นอกจากนี้อาจไม่ได้รับการจ้างงาน ถูกตัดเงินเดือน ถูกย้ายหน้าที่รับผิดชอบ ถูกตัดสิทธิ์ด้านประกันชีวิตในหน่วยงาน ทำให้ส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตและเศรษฐกิจเป็นอย่างมาก และทำให้ผู้ป่วยรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลงได้จากการที่ต้องหันไปพึ่งพาผู้อื่นเพิ่มขึ้น

นอกจากผลกระทบทางด้านลบที่เกิดจากการเจ็บป่วยเป็นโรคมะเร็งและการได้รับเคมีบำบัดแล้วผู้ป่วยมะเร็งอาจมีปฏิริยาทางบวกต่อการได้รับเคมีบำบัดได้เช่นกัน ดังการศึกษาของเพนีย์ (Payne, 1990 : 654-655) ที่พบว่า ผู้ป่วยมะเร็งบางส่วนมีทัศนคติที่ดีต่อการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด ทำให้เกิดความรู้สึกทำหาย มีความคิดในแง่ดี และพยายามทำทุกวิธีที่จะต่อสู้กับความเจ็บป่วย และผู้ป่วยบางส่วนก็ยอมรับว่าการเป็นโรคมะเร็งเป็นเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นได้ในชีวิต หันมายอมรับว่าตนเองป่วย ยอมรับการรักษาต่างๆ และสามารถดำเนินชีวิตไปในแต่ละวันอย่างมีความหวัง

จากที่กล่าวมาทั้งหมด จะเห็นได้ว่าผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัดอาจได้รับผลกระทบทั้งทางร่างกาย และจิตสังคม ทั้งจากสภาวะของโรคและการรักษาพยาบาล ที่ซับซ้อนและรุนแรง ซึ่งปัญหาทางด้านร่างกายที่สำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดความทุกข์ทรมานได้ในระดับสูง ได้แก่ อาการไอ หอบเหนื่อย คลื่นไส้ อาเจียน เบื่ออาหาร อ่อนเพลีย เจ็บปวด ความสามารถในการทำกิจกรรมลดลง เป็นต้น ส่วนปัญหาทางด้านจิตสังคมที่สำคัญได้แก่ ความรู้สึกกลัว วิตกกังวล หมดหวัง มีความไม่แน่นอนในชีวิต คุณค่าในตนเองลดลง ภาพลักษณ์เปลี่ยนแปลงไป บทบาทหน้าที่เปลี่ยนแปลงไป สิ่งเหล่านี้นับเป็นปัญหาที่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเป็นอย่างมาก ทำให้ผู้ป่วยต้องใช้ความพยายามหรือแหล่งประโยชน์มากกว่าปกติในการเผชิญกับปัญหาที่เกิดขึ้น และถ้าผู้ป่วยไม่สามารถเผชิญปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพ อาจทำให้ขาดหายไป ไม่มารับการรักษาอย่างต่อเนื่องอันจะส่งผลถึงภาวะสุขภาพโดยรวมและการรอดชีวิตได้

การรับรู้และการเผชิญปัญหาต่อการได้รับเคมีบำบัดของผู้ป่วยมะเร็ง

ผู้วิจัยได้ศึกษาแนวคิดจากทฤษฎีการปรับตนเองของบุคคล (Self-regulation theory) ของลีเวนทาลและจอห์นสัน (Leventhal & Johnson, 1983) แนวคิดไทยเกี่ยวกับสุขภาพและความเจ็บป่วย (โกมาตร, 2536) และแนวคิดเกี่ยวกับการเผชิญปัญหาของลาซาลัสและโฟร์คแมน (Lazarus & Folkman, 1984) รวมทั้งได้ทบทวนเอกสารและงานวิจัยต่างๆ มาเป็นแนวทางในการตั้งคำถามเพื่อค้นหาความหมายของปรากฏการณ์การรับรู้และการเผชิญปัญหาต่อการได้รับเคมีบำบัดของผู้ป่วยมะเร็งปอด ซึ่งมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

แนวคิดจากทฤษฎีการปรับตนเองของลีเวนทาลและจอห์นสัน (Leventhal & Johnson, 1983 : 189-262) เป็นแนวคิดที่ใช้อธิบายถึงกระบวนการเผชิญปัญหาของบุคคลเมื่อเผชิญกับสิ่งที่มาคุกคาม (threats) โดยมีความเชื่อว่าบุคคลเป็นระบบที่มีกระบวนการด้านข้อมูลที่ซับซ้อน (Massey & Pesut, 1991 : 638) เมื่อบุคคลเจ็บป่วยเขามักจะไม่ได้รับรู้เกี่ยวกับความเจ็บป่วยและการรักษา ในทางการแพทย์หรือตามเหตุผลทางวิทยาศาสตร์ แต่เขาจะรับรู้ตามอาการที่เกิดขึ้นตามประสบการณ์แต่ละบุคคล และผู้ป่วยเท่านั้นที่จะรับรู้ว่าจะเกิดอะไรขึ้นกับตน และคนรู้สึกอย่างไร ถือเป็นความรู้ความเข้าใจ (scheme) ตามการรับรู้ของผู้ป่วย ซึ่งจะมีผลต่อการแปลความหมายของความเจ็บป่วยและการรักษา ภาวะอารมณ์ และการเผชิญปัญหาของผู้ป่วย จึงมักพบเสมอว่ามีความแตกต่างกันระหว่างมุมมองของ ทีมสุขภาพ (professional perspectives) และมุมมองของผู้ป่วย (patients perspectives) ที่มีการเจ็บป่วยและการรักษา (Leventhal & Johnson, 1983 : 249-250) เมื่อทีมสุขภาพอาจไม่สามารถเข้าใจความรู้สึกของผู้ป่วยที่มีต่อความเจ็บป่วยอย่างถ่องแท้ ทำให้ไม่สามารถช่วยเหลือให้ผู้ป่วยเผชิญ

ปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพได้ โดยเฉพาะในช่วงที่ผู้ป่วยมะเร็งได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัด ซึ่งเป็นช่วงที่เกิดปัญหาซับซ้อน และส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยทั้งทางด้านกายจิตและสังคมเป็นอย่างมาก

การศึกษาของลีเวนทาลและจอห์นสัน (Leventhal & Johnson, 1983 : 189-262) ทั้งในหัตถ์ทดลองและหัตถ์ผู้ป่วย ทำให้ทราบว่านอกจากการดูแลช่วยเหลือแล้วอีกวิธีหนึ่งที่จะช่วยให้ผู้ป่วยเผชิญกับสิ่งที่มาคุกคามได้อย่างมีประสิทธิภาพ คือการให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยอย่างเหมาะสม ซึ่งลาซารัสและโฟล์คแมน (Lazarus & Folkman, 1984 : 366) กล่าวว่าข้อมูลที่มักให้แก่ผู้ป่วยมี 4 ชนิด คือ

1) ข้อมูลเกี่ยวกับความรู้เรื่องโรคและเหตุผลของการรักษา เป็นการให้ข้อมูลทางด้านวิชาการที่มุ่งเน้นการสอนให้ผู้ป่วยเกิดความรู้ความเข้าใจ ตระหนักถึงความสำคัญ และให้ความร่วมมือในการรักษา เพื่อจะช่วยลดปฏิกิริยาตอบสนองทางด้านอารมณ์ที่มีต่อสิ่งเร้าที่มาคุกคาม (Lazarus & Folkman, 1984 : 193-194)

2) ข้อมูลเกี่ยวกับรายละเอียดของขั้นตอนการตรวจรักษาที่จะได้รับ เป็นการอธิบายให้ผู้ป่วยรับทราบเกี่ยวกับขั้นตอนของเหตุการณ์ตามพื้นฐานความรู้ทางวิชาการที่ผู้ให้ข้อมูลได้เรียนมา โดยเชื่อว่าข้อมูลในลักษณะนี้จะตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยที่ต้องการทราบเกี่ยวกับสิ่งที่จะเกิดขึ้นกับตน (Padilla et al., 1981 : 376)

3) ข้อมูลเกี่ยวกับความรู้สึกที่เฉพาะเจาะจง (sensory information) หรืออาการข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้นจากการตรวจรักษา เป็นการให้ข้อมูลเกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมรอบตัวของบุคคลซึ่งรับรู้ได้โดยประสาทสัมผัสทั้ง 5 ได้แก่การมองเห็น การได้ยิน การได้กลิ่น การรับรส และการสัมผัส เพื่อเป็นแนวทางให้ ผู้ป่วยสามารถคาดการณ์เกี่ยวกับความรู้สึกที่อาจต้องประสบขณะรับการตรวจรักษาได้อย่างเหมาะสม (Leventhal & Johnson, 1983 : 202) เพื่อเป็นการลดปฏิกิริยาตอบสนองทางด้านอารมณ์ของบุคคลขณะเผชิญกับเหตุการณ์ที่มาคุกคาม นอกจากข้อมูลเกี่ยวกับความรู้สึกที่ผู้ป่วยอาจประสบโดยตรงแล้ว ควรบอกสาเหตุที่ทำให้เกิดความรู้สึกด้วย จะช่วยลดความผิดพลาดของการแปลความหมายของข้อมูลจากประสบการณ์จริงที่ได้รับ ซึ่งข้อมูลเหล่านี้จะได้นมาจากการประเมินและคำบอกเล่าของผู้ป่วยที่เคยประสบกับเหตุการณ์นั้นมาก่อน

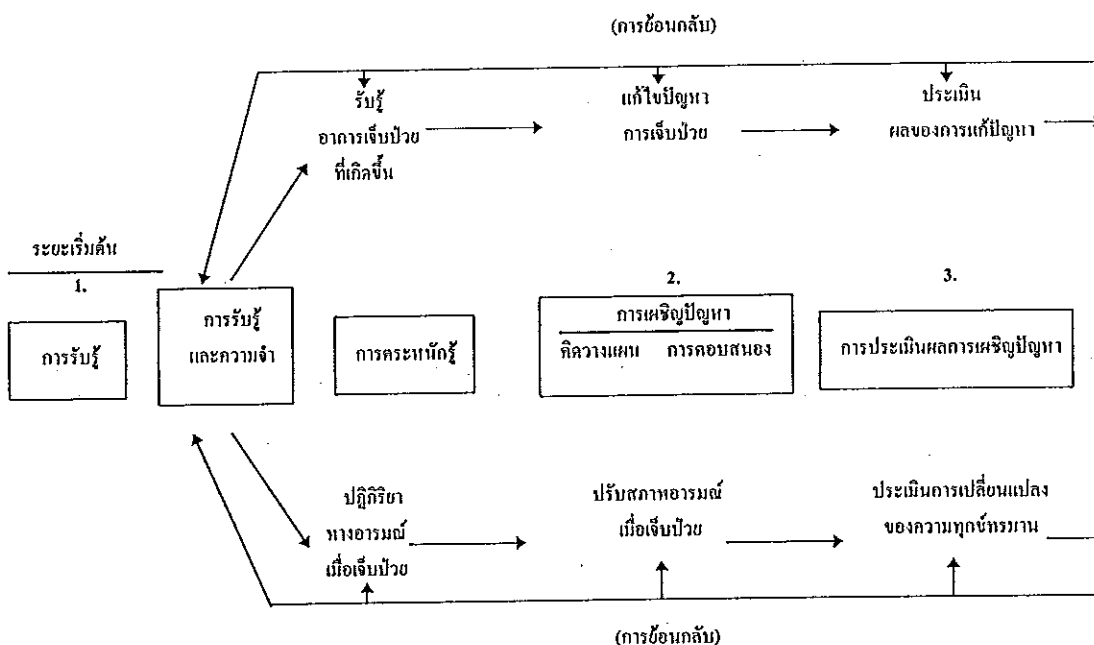
4) ข้อมูลคำแนะนำเกี่ยวกับวิธีการเผชิญความเครียดที่บุคคลสามารถนำมาใช้ในการเผชิญกับการรักษาที่ได้รับ เช่น อธิบายให้ผู้ป่วยได้ทราบว่าเมื่อใดควรจะปฏิบัติตัวอย่างไร จึงจะเหมาะสมและก่อให้เกิดผลดีกับผู้ป่วยมากที่สุด ข้อมูลนี้จะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถตัดสินใจเลือกพฤติกรรมตอบสนองต่อสิ่งที่มาคุกคามได้อย่างเหมาะสม (Leventhal & Johnson, 1983 : 245)

การที่จะสามารถช่วยเหลือให้ผู้ป่วยมีการรับรู้และการเผชิญปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพนั้น บุคลากรทีมสุขภาพมีความจำเป็นที่จะต้องทำความเข้าใจอย่างลึกซึ้งถึงความรู้สึกของผู้ป่วยที่มี

ต่อปัญหาที่เกิดขึ้น รวมทั้งวิธีการต่างๆที่ผู้ป่วยใช้ในการเผชิญปัญหาตามความรู้ ความเข้าใจในมุมมองของผู้ป่วย

ทฤษฎีการปรับตนเอง (Self - Regulation Theory) มีความเชื่อว่าบุคคลมีความ สามารถที่จะปรับตนเองในการเผชิญต่อภาวะเครียดหรือสิ่งที่มาคุกคามได้ โดยอาศัยการแปลความหมายของสถานการณ์ และพิจารณาแนวทางในการตอบสนองทั้งในด้านอารมณ์ และพฤติกรรมในการเผชิญปัญหาตามกรอบแนวคิดของแบบแผนความรู้ความเข้าใจ (scheme) อันเกิดจากการรับรู้ต่อสิ่งที่มาคุกคามนั้นๆ (Leventhal & Johnson, 1983 : 189-262)

กระบวนการปรับตนเองของบุคคลประกอบด้วย 3 กระบวนการคือ 1) การรับรู้สิ่งที่มาคุกคาม (representation stage) ตามความรู้ ความเข้าใจ หรือประสบการณ์เดิมเกี่ยวกับอาการที่เกิดขึ้น 2) การวางแผนและการเผชิญปัญหา (action planing or coping stage) เป็นการตอบสนองต่อความเจ็บป่วยที่มาคุกคามทั้งในด้านการจัดการกับปัญหาและปรับสภาพอารมณ์ 3) การเฝ้าระวังและการประเมินผล (appraisal หรือ monitoring and evaluation stage) ซึ่งเป็นการเฝ้าระวังหรือประเมินผลสำเร็จของการเผชิญปัญหาตามเกณฑ์เฉพาะที่บุคคลวางไว้ (Nerenz et al., 1982 : 1020-1021 ; Leventhal & Johnson, 1983 :189-262 ; Newbern, 1990 : 39 ; Massey & Pesut, 1991 : 628 ; Holmberg & Kane, 1995 : 289-291) ซึ่งแสดงได้ดังภาพประกอบ 1

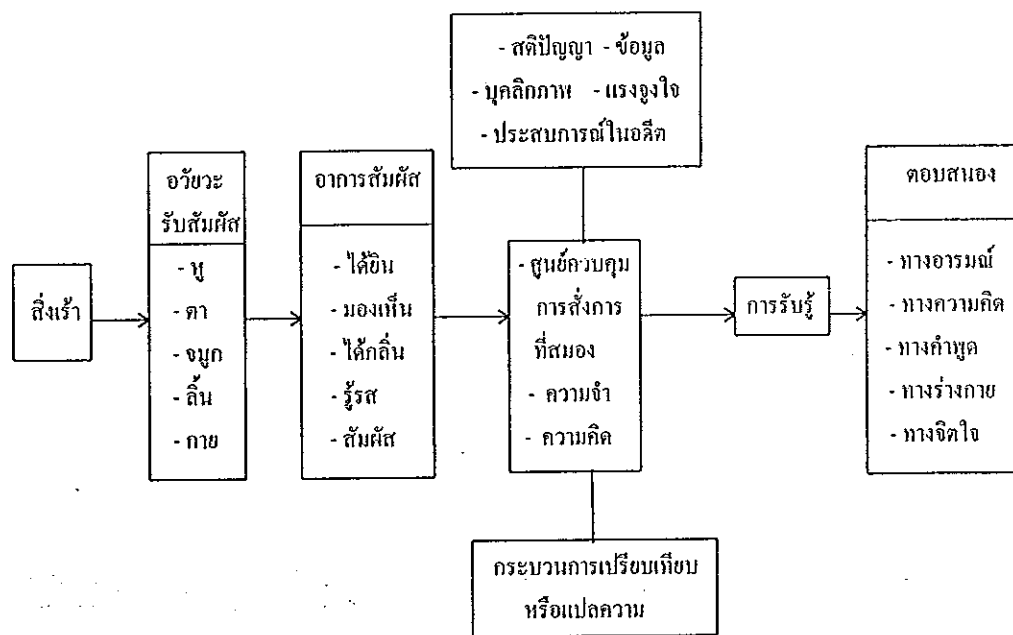


ภาพประกอบ 1 แสดงกระบวนการปรับตนเองของบุคคล (self-regulation processing model) { ดัดแปลงจากนิเรนซ์และคณะ (Nerenz et al., 1982 : 1021) }

1. กระบวนการรับรู้สิ่งที่มีคุณภาพ (representation stage)

เป็นกระบวนการภายในที่บุคคลรับรู้สิ่งเร้าทั้งทางด้านกายภาพ และด้านจิตใจที่มาสัมผัสซึ่งแตกต่างไปจากภาวะปกติ โดยอาศัยความรู้และประสบการณ์เดิมและข้อมูลที่ได้รับจากครอบครัว เพื่อน ทีมสุขภาพ หรือจากสื่อต่างๆมาช่วยในการแปลความหมาย ทำให้บุคคลตระหนักต่อความผิดปกติที่เกิดขึ้น และอาจส่งผลให้ยอมรับหรือปฏิเสธความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นได้ตามการรับรู้ของแต่ละบุคคล (Holmberg & Kane, 1995 : 289)

กลไกการรับรู้ของบุคคลเริ่มจากมีสิ่งเร้ามากระตุ้นประสาทสัมผัส คือการเห็น การได้ยิน การสัมผัส การลิ้มรส และการได้กลิ่น แล้วส่งกระแสสัมผัสผ่านประสาทไขสันหลัง ไปสู่ศูนย์ควบคุมสั่งการที่สมอง แล้วส่งไปวิเคราะห์แปลความที่สมองส่วนคอร์เท็กซ์ โดยอาศัยสติปัญญา ประสบการณ์เดิม บุคลิกภาพ แรงจูงใจ และข้อมูล เป็นตัวช่วยแปลความ ทำให้เกิดการรับรู้ แล้วตอบสนองต่อสิ่งเร้า โดยการแสดงออกทางอารมณ์ ความคิด คำพูด ร่างกายและจิตใจ (จิราภรณ์, 2532 : 98) ดังภาพประกอบ 2



ภาพประกอบ 2 แสดงกลไกการรับรู้ของบุคคล (จิราภรณ์, 2532 : 98)

ในสถานการณ์เดียวกันผู้ป่วยมะเร็งอาจรับรู้ต่อการได้รับเคมีบำบัดและตอบสนองต่อเหตุการณ์นั้นๆแตกต่างกัน ซึ่งขึ้นกับปัจจัยต่างๆ ดังนี้

1) ลักษณะของสิ่งเร้า สิ่งเร้าที่ทำให้เกิดการรับรู้ได้ดีกว่า คือ สิ่งเร้าที่ดึงดูดความสนใจของบุคคลได้โดยมีลักษณะคือ มีขนาดใหญ่ มีความเข้มสูง มีการเปลี่ยนแปลง เกิดซ้ำบ่อย และมีความแตกต่างไปจากเดิม โดยเฉพาะเมื่อเป็นสิ่งที่เราไม่คุ้นเคย (ชม, 2523 : 60)

2) การรับสัมผัส ถ้าสมรรถภาพของอวัยวะรับสัมผัส เช่น หู ตา จมูก ลิ้น ร่างกาย ผิดปกติไป ย่อมทำให้การรับสัมผัสผิดไปได้ (ชม, 2523 : 61) เช่นผู้สูงอายุอาจมีความรู้สึกเจ็บปวดน้อยกว่าวัยรุ่นเพราะประสาทรับความเจ็บปวดมีประสิทธิภาพลดลง

3) ประสบการณ์ ผู้ที่มีประสบการณ์มากกว่าจะมีความสามารถในการรับรู้เรื่องนั้นๆ ได้ดี และถูกต้องกว่าผู้ที่มีประสบการณ์น้อย เนื่องจากมีความคุ้นเคยกับเหตุการณ์นั้นๆ แล้วจึงทำให้มีการรับรู้เร็วขึ้น (จิราภรณ์, 2532 : 88) เช่นผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัดหลายๆ ครั้งจะมีความไวต่อกลิ่นอาหาร กลิ่นโรงพยาบาล หรือกลิ่นยามากกว่าการได้รับเคมีบำบัดในครั้งแรกเนื่องจากผู้ป่วยมีประสบการณ์เดิมที่ไม่ดีต่อสิ่งเหล่านี้มาตั้งแต่ครั้งแรก (Rhodes et al., 1994 : 49)

4) สติปัญญา เป็นองค์ประกอบสำคัญที่ทำให้บุคคลสามารถเข้าใจสิ่งต่างๆ ได้อย่างรวดเร็ว โดยที่ผู้ที่มีสติปัญญาสูงย่อมได้เปรียบในเรื่องการรับรู้ การเรียนรู้ได้ดีและเร็วกว่าผู้ที่มีสติปัญญาต่ำกว่า (จิราภรณ์, 2532 : 88)

5) อารมณ์ ซึ่งอารมณ์ที่ขุ่นมัว ไม่แจ่มใส อ่อนล้า จะมีผลให้บุคคลแปลความหมายสิ่งต่างๆ ผิดไปเกิดเป็นการรับรู้ที่ไม่ถูกต้องได้ (จิราภรณ์, 2532 : 89) โดยเฉพาะเมื่อผู้ป่วยมีความวิตกกังวลในระดับสูง หรือมีภาวะซึมเศร้า หมดหวัง

6) วัฒนธรรมความเชื่อของแต่ละสังคม สภาพความเป็นอยู่ของสังคมวัฒนธรรมทำให้คนแต่ละกลุ่มรับรู้ ในสิ่งต่างๆ แตกต่างกันได้ (สุชาและสุรางค์, 2518 : 181) โดยเฉพาะความเชื่อที่เกี่ยวข้องกับความเจ็บป่วย

การศึกษาของอลิและคณะ (Ali et al., 1993 : 192-203) พบว่าผู้ป่วยชาวอเมริกา ส่วนใหญ่มีการต่อสู้และมีความหวังเมื่อรับรู้ว่าเป็นมะเร็ง แต่ชาวฮิปปิตส่วนใหญ่จะมีความรู้สึกกลัว วิตกกังวล เก็บกดความรู้สึก และหันมาพึ่งพาผู้อื่นมากขึ้น เป็นต้น จะเห็นได้ว่าความเข้าใจตามการรับรู้ของผู้ป่วยที่แตกต่างกันจะมีผลต่อการเผชิญปัญหาของผู้ป่วยเช่นกัน

การศึกษาวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้ต่อการได้รับเคมีบำบัดของผู้ป่วยมะเร็ง มีดังต่อไปนี้
 รอดส์และคณะ (Rhodes et al., 1994 : 45-51) ได้ศึกษาเกี่ยวกับการรับรู้ต่อสิ่งเร้าที่มากกระทบ (sensory perception) ในผู้ป่วยมะเร็งด้านมและมะเร็งปอดที่ได้รับเคมีบำบัด โดยอาศัยแนวทฤษฎีการปรับตนเองของลีเวนทาลและจอห์นสัน (Leventhal & Johnson, 1983) ที่มีความเชื่อพื้นฐานว่าถ้าผู้ป่วยได้รับการเตรียมตัวด้านข้อมูลที่เหมาะสม (sensory information) ก่อนที่จะได้รับการดูแลรักษา จะช่วยให้ผู้ป่วยมีความรู้สึกไม่สุขสบายลดลงได้ จึงทำการศึกษาโดยให้ผู้ป่วยมะเร็งที่ได้

รับเคมีบำบัด 44 คน อธิบายถึงสิ่งที่ตนเอง รู้สึก รับรส ได้กลิ่น ได้เห็น ได้ยินและสัมผัสในช่วงก่อน ระหว่าง และหลังได้รับเคมีบำบัดในแต่ละครั้งในทุกอาการที่เกิดขึ้น โดยใช้แบบสอบถามที่กลุ่มวิจัยสร้างขึ้น ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยมีการรับรส ได้กลิ่น ได้เห็น ได้ยิน และรับสัมผัสครบทุกชนิด ดังตาราง 1

ตาราง 1 แสดงการรับรู้ต่อสิ่งเร้าที่มากกระทบในช่วงที่ได้รับเคมีบำบัดของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมและ มะเร็งปอด

การรับรู้สิ่งที่มากระทบ	คำอธิบายของผู้ป่วย
1. การรับรส (taste)	: มีอาการลิ้นชา ขมปาก รับรสลดลง โดยเฉพาะรสหวาน
2. การได้กลิ่น (smell)	: ได้กลิ่นอาหารเปลี่ยนแปลง เหมือนอาหาร มีความรู้สึกไวต่อกลิ่นต่างๆมากขึ้น เช่น กลิ่นโรงพยาบาล กลิ่นน้ำหอม กลิ่นยาเป็นต้น
3. การได้ยิน (hearing)	: ได้ยินเสียงในโรงพยาบาล เสียงในห้องนั่งเล่น ห้องยา ตลอดเวลา ภายหลังได้รับยา รู้สึกทนต่อเสียงดังได้ลดลง
4. การมองเห็น (vision)	: มองภาพแบบเบลอๆ มองไม่ชัด ภายหลังได้รับยาจะมองเห็นชัดน้อยลง
5. การรับสัมผัส (touch)	: รู้สึกเจ็บตอนที่แพทย์พยาบาลมาแทงเข็มให้ยา รู้สึกแสบร้อน ขณะที่ยากำลังไหลเข้าร่างกาย รู้สึกร้อนวูบวาบ ตัวแดงขึ้น เมื่อยาไหลเข้าสู่ร่างกาย
6. ความรู้สึกอื่นๆ (feeling)	: ก่อนได้รับเคมีบำบัด รู้สึกกลัว วิตกกังวล ไม่แน่นอนในชีวิต รู้สึกว่าตนเองไม่มีความรู้เกี่ยวกับโรคและการรักษาด้วยเคมีบำบัด รู้สึกในทางที่ดีเกี่ยวกับประสิทธิภาพของการรักษา คิดถึงว่าเป็นทางที่จะช่วยให้หายจากโรค รู้สึกกลัวว่าผมจะร่วง กลัวอาการข้างเคียงที่เกิดขึ้น ระหว่างและหลังได้รับเคมีบำบัด รู้สึกคลื่นไส้ อาเจียน อ่อนเพลีย ไม่มีแรง เมื่อยกล้ามเนื้อ เป็นต้น

โดยผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับยากลุ่มซิสฟลาติน มีการรับรู้ต่อสิ่งที่มีกระทบแตกต่างจากกลุ่มที่ได้รับยาซิสฟลาตินซีเอเอฟ (CAF : Cyclophosphamide, Doxorubicin, 5-Fluorouracil) บ้างตามคุณสมบัติของยาแต่ละตัวเช่น ผู้ป่วยที่ได้รับยาซิสฟลาตินจะรับรสขมมากกว่า ในขณะที่ผู้ป่วยที่ได้รับยาซิสฟลาตินซีเอเอฟ จะลิ้นขมมากกว่า เป็นต้น นอกจากนี้พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับเคมีบำบัดหลายๆครั้งแล้วจะไวต่อกลิ่นมากกว่าผู้ป่วยที่รับเคมีบำบัดในครั้งแรก และผู้ป่วยซึ่งเกิดการมองเห็นภาพไม่ชัดภายหลังได้รับยาซิสฟลาตินครั้งแรก จะมีการมองเห็นผิดปกติก่อน ระหว่าง และหลังการรับยาในครั้งต่อไปอีกด้วย (Rhodes et al., 1994 : 49)

มีการศึกษาทำนองเดียวกันในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งเต้านมจำนวน 20 คนที่ได้รับยา ทาม็อกซิเฟน (Tamoxifen) (Mcdaniel et al., 1995 : 215-221) ซึ่งได้รับยาอย่างน้อย 1 เดือน ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยรายงานถึงความรู้สึกต่างๆดังนี้ มีอาการร้อนวูบวาบในช่วง 3 วัน ถึง 4 สัปดาห์แรกของการได้รับยาโดยเกิดอาการไม่ถี่เท่าที่ถึงหนึ่งชั่วโมง ประมาณ 8-10 ครั้งต่อวัน ส่วนใหญ่มักเกิดอาการตอนกลางคืน นอกจากนี้ผู้ป่วยยังมีความไวต่อสิ่งที่เข้ามาสัมผัสมากขึ้น เช่นเมื่อสัมผัสกับสามี สัตว์เลี้ยง หรือเสื้อผ้าที่สวมใส่ จะรู้สึกเจ็บตึงๆบริเวณแขน นิ้ว หลัง หรือหน้าอก รู้สึกแสบไหม้บริเวณขา คาคุ่ม เต้านม และบริเวณฝีเย็บ รู้สึกขมปากเมื่อกินยา 3-5 นาที รู้สึกว่ามองเห็นไม่ชัดเหมือนปกติ มีอาการหูแว่วเกิดขึ้น ได้กลิ่นยา กลิ่นหวานๆหลังกินยา และไวต่อกลิ่นมากขึ้น ซึ่งความรู้สึกต่างๆเหล่านี้ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกท้อทรมานได้มาก และส่งผลให้หยุดรับประทานยาได้เช่นกัน

นอกจากนี้ก็ยังมีการศึกษาเกี่ยวกับความคิดและมโนภาพ (thoughts & images) ที่ผู้ป่วยมะเร็งมีต่อการได้รับเคมีบำบัด ซึ่งแมนสัน แมนดารีโน และจอห์นสัน (Manson & Manderino & Johnson, 1993 : 527-532) ได้ทำการเปรียบเทียบเกี่ยวกับความคิดและมโนภาพที่มีต่อการรักษาด้วยเคมีบำบัดทั้งในช่วงก่อน ระหว่าง และหลังได้รับเคมีบำบัดของผู้ป่วยมะเร็งทุกชนิดกลุ่มที่ได้รับเคมีบำบัดครั้งแรก และกลุ่มที่ได้รับเคมีบำบัดครั้งต่อไปกลุ่มละ 30 คน ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยมีมุมมองต่อการได้รับเคมีบำบัดในหลายลักษณะ เช่น 1) คิดถึงคำถามและสิ่งกังวลห่วงใยเกี่ยวกับการรักษาด้วยเคมีบำบัดและอาการข้างเคียงที่จะเกิดขึ้น 2) มีความหวังว่าจะเป็นวิธีการรักษาที่มีประสิทธิภาพ 3) คาดหวังถึงผลการรักษาในทางที่ไม่ดีเหมือนครั้งที่ผ่านๆมาที่มีอาการแสบมาก 4) คาดหวังถึงผลการรักษาในทางที่ดี คิดว่าครั้งที่ผ่านๆมาไม่เกิดปัญหาอะไรเกิดขึ้น ครั้งนี้น่าจะดีด้วย 5) ประเมินผลการรักษาในทางที่ดี เช่นประเมินว่าเป็นวิธีการรักษาที่ง่ายและผ่านไประวดเร็ว 6) การเบี่ยงเบนความสนใจ คิดเรื่องอื่นๆไม่สนใจยาที่กำลังได้รับอยู่ 7) มีความรู้สึกทางลบ ไม่สบายใจที่ต้องรักษาด้วยวิธีนี้ 8) รู้สึกคิดถึงอนาคต มีความไม่แน่นอนเกิดขึ้น ทำการวางแผนสำหรับอนาคต เช่น ไปเพิ่มเงิน

ประกันชีวิต 9) คิดถึงการเผชิญปัญหาในทางที่ดี โดยหวังว่าทุกอย่างจะดีขึ้น 10) คิดถึงความช่วยเหลือจากครอบครัว 11) คิดถึงความช่วยเหลือจากพระเจ้า หรืออื่นๆตามความเชื่อ 12) คิดถึงปัญหาที่เกิดขึ้นจากวิธีการรักษา เช่นกลัวเข็มฉีดยา 13) คิดถึงการรักษาในทางที่ดี เช่นคิดว่าเป็นวิธีการที่มีประโยชน์ 14) คิดถึงปัญหาทางร่างกายที่เกิดขึ้น เช่นรู้สึกหิว เจ็บป่วย ง่วงนอนตลอดเวลา 15) คิดให้การรักษาเสร็จ ลื่นเร็วๆ 16) คิดถึงการที่จะได้กลับบ้านเร็วๆ 17) คิดถึงการรักษาในทางที่ไม่ดี เช่นเป็นวิธีที่ใช้เวลานานและยุ่งยากกว่าที่คิดไว้

และพบว่าผู้ป่วยทั้ง 2 กลุ่ม ส่วนใหญ่มองว่าการรักษาด้วยเคมีบำบัดเป็นสิ่งที่มีความสำคัญกับตน และผู้ป่วยที่มารับเคมีบำบัดในครั้งต่อไป มีความรู้สึกที่ติดต่อกับเคมีบำบัดมากกว่าและมีความรู้สึกที่ไม่ดีต่อเคมีบำบัดน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับเคมีบำบัดครั้งแรก และผู้ป่วยมักมีความรู้สึกทางด้านลบต่อเคมีบำบัดในช่วงก่อนได้รับยา ซึ่งผลจากการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพพบว่าผู้ป่วยที่ได้รับเคมีบำบัดเป็นครั้งแรก มักมีข้อสงสัยที่จะถามว่าเคมีบำบัดจะทำให้เกิดผลอย่างไรกับตนเองบ้าง และจะกังวลห่วงใยต่อการได้รับเคมีบำบัด รวมทั้งมีความรู้สึกไม่แน่นอนในอนาคตเกิดขึ้น แต่ก็ยังมีความคิดต่อเคมีบำบัดและมีการเผชิญปัญหาในทางบวก ส่วนผู้ป่วยที่ได้รับเคมีบำบัดครั้งต่อไปจะมีการเผชิญปัญหาในทางบวก มีความหวัง อยากกลับบ้านเร็วๆ และประเมินผลการรักษาไปในทางที่ดี แต่มักเกิดปัญหาทางด้านร่างกายมากกว่ากลุ่มที่ได้รับเคมีบำบัดครั้งแรก การศึกษาดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยมะเร็งจะมีการรับรู้โดยเฉพาะในส่วนของความรู้สึกนึกคิดต่อการได้รับเคมีบำบัดแตกต่างกันไปตามประสบการณ์ ช่วงเวลา จำนวนครั้งของการได้รับเคมีบำบัด

เพนีย์ (Payne, 1990 : 652-658) ทำการศึกษาเชิงคุณภาพเกี่ยวกับการเผชิญปัญหาต่อการได้รับเคมีบำบัดแบบประคับประคองในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งเต้านมและมะเร็งรังไข่ พบว่าผู้ป่วยมีการประเมินตัดสินใจต่อการได้รับเคมีบำบัดใน 4 ลักษณะ คือ คิดว่าทำให้เกิดผลดีแก่ตน คิดว่าเป็นความจำเป็นที่ต้องยอมรับ ทำให้เกิดความหวัง และรู้สึกกลัวต่อการได้รับเคมีบำบัด ซึ่งผลการศึกษานี้ทำให้ทราบว่าผู้ป่วยมะเร็งอาจไม่ได้มองว่าการได้รับเคมีบำบัดเป็นความเครียดเพียงอย่างเดียว แต่อาจมองว่าเป็นความหวังหรืออื่นๆซึ่งขึ้นอยู่กับความรู้ของบุคคลนั้นๆ

วีคส์และคาแกน (Weekes & Kagan, 1994 : 666-667) ศึกษาพบว่าผู้ป่วยวัยรุ่นที่เป็นมะเร็งและได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัด รับรู้ว่าการได้รับเคมีบำบัดเป็นงานที่ต้องทำให้สำเร็จเพื่อจะมีชีวิตที่เป็นปกติ สามารถไปงานเลี้ยงนอกบ้าน ไปเดินเล่นได้โดยสะดวก แต่ก็กลัวว่าจะไม่ได้รับการดูแลที่ดีเหมือนอยู่ในโรงพยาบาลภายหลังจากได้รับยาครบตามแผนการรักษาแล้ว

จะเห็นได้ว่าผู้ป่วยมะเร็งมีการรับรู้ต่อความเจ็บป่วยและสถานการณ์การรักษาทั้งในทางบวกและทางลบ ซึ่งมีหลายปัจจัยมาเกี่ยวข้อง แต่ก็ยังไม่มีการศึกษาในที่ศึกษาอย่างเฉพาะเจาะจงในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งปอด

2. กระบวนการวางแผนและการเผชิญปัญหา (action planing or coping stage)

การวางแผนและการเผชิญปัญหาเป็นการตอบสนองต่อความเจ็บป่วยที่มาคุกคามที่เป็นไปตามความรู้ความเข้าใจต่อปัญหาที่เกิดขึ้นของแต่ละบุคคล ทั้งในด้านการจัดการกับปัญหาและการปรับสภาพอารมณ์ ซึ่งผู้ป่วยอาจมีวิธีการที่แตกต่างจากมุมมองทางด้านการแพทย์ และการรับรู้ที่ไม่เหมาะสมอาจทำให้ผู้ป่วยมารับการรักษาล่าช้า หรือ มีวิธีการแก้ปัญหาที่ไม่มีประสิทธิภาพได้ (Holmberg & Kane, 1995 : 289)

สำหรับวิธีการเผชิญกับความเครียดโดยทั่วไปนั้น ลาซาลัสและโฟล์คแมน (Lazarus & Folkman, 1984 : 141-154) ได้กล่าวไว้ว่ามี 2 ลักษณะใหญ่ๆ คือการจัดการกับปัญหาและการปรับสภาพอารมณ์ ผลจากการนำแนวคิดนี้มาทำการศึกษาวิจัยอย่างกว้างขวางในระยะต่อมาพบว่าสมจิต (2537 : 109) มีการ กล่าวถึงวิธีการเผชิญปัญหาใน 5 วิธี คือ 1) การแสวงหาข้อมูล เป็นความพยายามที่จะเรียนรู้และเข้าใจเกี่ยวกับปัญหาเพื่อหาทางแก้ไข 2) การกระทำโดยตรง เป็นการกระทำ ไม่ใช่ความนึกคิดเพื่อที่จะจัดการกับเหตุการณ์ที่ประเมินตัดสินว่าเป็นความเครียด 3) การหยุดยั้งการกระทำ ตรงข้ามกับการกระทำโดยตรง คือ ไม่ทำอะไรเลย หยุดกระทำในกิจกรรมที่คิดว่าเป็นอันตราย 4) การแสวงหาความช่วยเหลือหรือแรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลรอบข้าง และ 5) การใช้กลไกทางจิต เป็นกระบวนการความนึกคิดที่ต้องการปรับอารมณ์ให้รู้สึกดีขึ้น รวมถึงการประเมินเหตุการณ์ใหม่ การเบี่ยงเบนความสนใจ การแสวงหาความพอใจจากสิ่งอื่น รวมทั้งการใช้กลไกการป้องกันตนเอง เช่น การปฏิเสธ หรือเก็บกด เป็นต้น ซึ่งการศึกษาวิธีการเผชิญปัญหาในระยะต่อมาพบว่าผู้ป่วยมีรูปแบบการเผชิญปัญหามากมายหลายวิธีเป็นทั้งวิธีที่มีประสิทธิภาพ และไม่มีประสิทธิภาพมีแต่ก็ยังคงอยู่ในขอบเขตของ 2 ลักษณะใหญ่ๆ คือการมุ่งแก้ปัญหาด้วยการจัดการกับอารมณ์

นอกจากนี้ไวส์แมนและคณะ (Weisman & Worden, 1976-1977) ก็ได้ศึกษาเกี่ยวกับการเผชิญปัญหาต่อการเป็นมะเร็ง (coping with cancer) ทำให้ทราบว่าผู้ป่วยมะเร็งในระยะ 100 วันแรกของการเจ็บป่วยมีวิธีการเผชิญปัญหาทั้งที่มีประสิทธิภาพและไม่มีประสิทธิภาพ ซึ่ง แสงอรุณ (2535 : 11-21) และแม็คครีย์ (McCray, 1994 : 724) ได้กล่าวสรุปไว้ ดังต่อไปนี้

2.1 วิธีการเผชิญปัญหาที่มีประสิทธิภาพ

2.1.1 การแสวงหาข้อมูลเพิ่มเติมอย่างมีเหตุผล (rational inquiry) เป็นการค้นหาข้อมูลเกี่ยวกับโรค การรักษา และการปฏิบัติตน ซึ่งข้อมูลเป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถเรียนรู้ในตนเอง เกิดความรู้สึกว่าสามารถควบคุมตนเองได้ ขจัดความเข้าใจผิดและเจตคติที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคและการรักษา

2.1.2 การพูดคุยปรับทุกข์และปรึกษาหารือกับผู้อื่น (mutuality) เป็นการพูดคุยระบายความกังวลและปรึกษาผู้อื่นในการแก้ปัญหา ซึ่งอาจจะเป็นญาติหรือพยาบาล ถ้าเป็นพยาบาลจะเป็นบุคคลที่ผู้ป่วยมีความไว้วางใจและมีสัมพันธ์ภาพที่ดีต่อกัน

2.1.3 การทำให้เป็นเรื่องขบขันเพื่อปรับเปลี่ยนสถานการณ์ให้ดีขึ้น (affect reversal) เป็นการพยายามทำตัวให้สนุกสนาน โดยการหัวเราะ พุดจาตลกขบขันเพื่อให้ลืมความกังวลใจ ซึ่งได้ผลในระยะสั้นๆ

2.1.4 การหันเหความสนใจไปยังสิ่งอื่น (displacement / redirection) เช่น พยายามทำงานไม่ให้มีเวลาว่าง ไปงานเลี้ยง หรือหาวิธีใดก็ตามที่จะได้ออกจากบ้าน เป็นต้น

2.1.5 การเผชิญกับปัญหาอย่างเข้าใจในสภาพความเป็นจริง (confront) โดยจะกระทำหรือคิดสิ่งต่างๆที่เกี่ยวข้องกับความเจ็บป่วยบนพื้นฐานของความเข้าใจสภาพความเป็นจริงที่เกิดขึ้น ไม่หลีกเลี่ยง หลีกเลี่ยง หรือถอยหนี

2.1.6 การยอมรับสภาพความเจ็บป่วย แต่พยายามปรับเปลี่ยนความหมายของความเจ็บป่วยให้เป็นไปในทางที่ดี (redefine / revise) เป็นการปรับเปลี่ยนสถานการณ์ที่เลวร้ายให้ดีขึ้น ลดความรุนแรงของเหตุการณ์ลงให้อยู่ในขอบเขตที่พึงรับได้โดยหาข้ออ้างอิงหรือเหตุผลเข้าข้างตนเอง ซึ่งจะใช้ได้ผลดีเมื่อใช้ร่วมกับวิธีเผชิญหน้ากับปัญหาอย่างเข้าใจในสภาพความเป็นจริง

2.1.7 การเจรจาต่อรองหาทางเลือกที่เป็นไปได้ โดยพิจารณาว่าสิ่งใดเป็นสิ่งที่ดีที่สุด เหมาะสมที่สุดที่จะกระทำ (negotiate feasible alternatives) ผู้ป่วยตระหนักว่าความเจ็บป่วยเป็นตัวกระตุ้นให้พิจารณา ปรับเปลี่ยนการกระทำหรือวิถีชีวิตของตนเอง เช่น บางคนจะเลิกสูบบุหรี่หรือดื่มสุราเพื่อหวังให้ชีวิตยืนยาวขึ้น

2.1.8 การปฏิบัติตามแผนการรักษาของแพทย์โดยปราศจากข้อคำถาม (co-operative compliance) โดยไม่ซักถามข้อมูลเพิ่มเติมนอกเหนือจากที่แพทย์ได้อธิบายเพราะศรัทธาและเชื่อดีต่อความสามารถของแพทย์ ซึ่งการเผชิญกับปัญหาดังวิธีนี้อาจจะดีถ้าโรคของผู้ป่วยตอบสนองต่อการรักษาดี แต่ผู้ป่วยอาจจะพึ่งพาแพทย์และพยาบาลมากเกินไป

2.2 วิธีการเผชิญปัญหาที่ไม่มีประสิทธิภาพ

2.2.1 การพยายามลืมเรื่องความเจ็บป่วยที่เป็นอยู่ (suppression) เป็นการพยายามขจัดเรื่องความเจ็บป่วยให้ออกไปจากความคิด

2.2.2 การยอมจำนนต่อความเจ็บป่วย เชื่อในโชคชะตา (passive acceptance) โดยการยอมรับว่าความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นเป็นเรื่องของโชคชะตาที่หลีกเลี่ยงไม่ได้ ไม่วิตกกังวลต่อผลการรักษาเพราะคิดว่าคงสิ้นชะตาของตัวเองไม่ได้

2.2.3 การกระทำสิ่งต่างๆ โดยไม่ยั้งคิด (impulsivity) โดยการกระทำในสิ่งที่สังคมไม่ยอมรับ เป็นการกระทำที่เสี่ยงอันตรายโดยไม่คำนึงถึงผลที่ตามมา เพื่อที่จะลดความตึงเครียดและความขัดแย้งภายในจิตใจ

2.2.4 การลดความตึงเครียดโดยกระทำสิ่งที่เป็นอันตรายต่อชีวิต (life threat) เช่น การดื่มเหล้าการรับประทานยาที่เป็นอันตราย เป็นต้น

2.2.5 การถอยหนีแยกตัวไปอยู่คนเดียว (disengagement) เป็นการหลีกเลี่ยงที่จะแลกเปลี่ยนความกังวลกับผู้อื่น โดยถอยหนีแยกตัวออกจากสังคม ผู้ป่วยที่ใช้วิธีนี้หวังว่าทุกสิ่งทุกอย่างจะดีขึ้นเองโดยไม่ต้องทำอะไร

2.2.6 การตำหนิผู้อื่นหรือสิ่งอื่น (externalize / project) โดยโทษว่าบุคคลอื่นหรือสิ่งอื่นเป็นสาเหตุของการเจ็บป่วยครั้งนี้

2.2.7 การตำหนิตนเอง (moral masochism) โดยโทษว่าตนเองเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดการเจ็บป่วยครั้งนี้ หรือการเจ็บป่วยครั้งนี้เป็นการถูกลงโทษจากการที่ประพฤติในสิ่งที่ไม่ถูกต้อง

จะเห็นว่าการเผชิญปัญหาของผู้ป่วยมะเร็งมีหลายรูปแบบ ทั้งการจัดการกับปัญหาและการปรับสภาพอารมณ์ ซึ่งน่าสนใจว่าผู้ป่วยมะเร็งปอดที่มีพยาธิสภาพของโรค และได้รับยาของเคมีบำบัดบางชนิดต่างไปจากกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งชนิดอื่น จะมีการเผชิญปัญหาอย่างไร

2.3 การเผชิญปัญหาของผู้ป่วยในสังคมวัฒนธรรมไทย เนื่องจากความเชื่อเรื่องความเจ็บป่วยอาจมีผลต่อการรับรู้และการเผชิญปัญหาของผู้ป่วยในสังคมหนึ่งๆ ได้ และไม่ว่าในสังคมใดๆ ย่อมมีระบบการแพทย์แบบพหุลักษณะ คือมีระบบการแพทย์ซึ่งดำรงอยู่และมีบทบาทในการดูแลรักษาความเจ็บป่วยอยู่มากกว่า 1 ระบบ เพราะไม่มีระบบการแพทย์ใดระบบเดียวที่มีความสมบูรณ์แบบในตัวเอง ในอันที่จะตอบสนองต่อปัญหาความเจ็บป่วยและสามารถสร้างความพึงพอใจให้แก่ผู้ป่วย และผู้ที่เกี่ยวข้องในทุกมิติคือ ทั้งสามารถเชี่ยวชาญรักษาโรคต่างๆ ทุกชนิดได้อย่างมีประสิทธิภาพ สามารถให้คำตอบต่อข้อข้องใจสงสัยของมนุษย์ได้ทุกด้าน สามารถสร้างความอบอุ่นใจต่อผู้ป่วยและผู้ที่เกี่ยวข้องได้ และประชาชนสามารถเข้าถึงบริการทางการแพทย์นั้นๆ ได้อย่างทั่วถึงและเท่าเทียมกัน ดังนั้นในขณะที่ระบบการแพทย์สมัยใหม่อาจจะมีประสิทธิภาพและสามารถตอบสนองต่อปัญหาความเจ็บป่วยได้เด่นชัด โดยเฉพาะในด้านร่างกายหรือการรักษาโรค ระบบการแพทย์ดั้งเดิมนั้นก็ยังคงเป็นทางเลือกที่สอดคล้องกับความเชื่อและความต้องการด้านจิต สังคมของบุคคลอย่างแท้จริง (โกมาตร, 2536 : 10-11)

อาจจะเห็นว่าถึงแม้สังคมวัฒนธรรมไทยจะมีความเจริญก้าวหน้าทางการแพทย์ และสาธารณสุข มีผู้มารับบริการทางด้านการแพทย์แผนใหม่มากขึ้น แต่ยังคงพบว่ามีวิธีการบำบัดรักษาความเจ็บป่วยอีกหลายลักษณะ เช่น การห้ามประพุดิบบางอย่าง การห้ามรับประทานอาหารบางชนิด

การใช้เวทมนต์คาถา การบนบานต่อสิ่งศักดิ์สิทธิ์ การประกอบพิธีกรรมบางอย่าง ตลอดจนการใช้ว่านหรือสมุนไพรบางชนิด เป็นต้น (ปราโมทย์, 2529 : 1-2)

วิธีการรักษาเยียวยาเชิงพื้นบ้านต่างๆเหล่านี้ที่พบได้ในสังคมวัฒนธรรมไทย เป็นผลมาจากการที่ประเทศไทยมีวัฒนธรรมความเชื่อ และความคิดเห็นต่อความเจ็บป่วยที่สืบต่อเนื่องมาเป็นเวลาช้านาน ซึ่งอาจเรียกได้ว่าเป็นภูมิปัญญาแห่งชาติหรือภูมิปัญญาท้องถิ่น ซึ่งจากการรวบรวมของโกมาตร (2536 : 3-36) ทำให้ทราบว่าแนวคิดไทยเรื่องสุขภาพและความเจ็บป่วยเกิดจากโลกทัศน์ที่มีรากฐานจากวัฒนธรรมที่มีการผสมผสานระหว่าง ความเชื่อเรื่องผีตามลัทธิวิญญาณนิยม ความเชื่อทางพุทธศาสนาที่ว่าความเจ็บป่วย เกิดจากความไม่สมดุลของธาตุดิน น้ำ ลม และไฟ ความเชื่อทางไสยศาสตร์เป็นต้นเหตุของความเจ็บป่วย จากแนวคิดนี้จึงอาจส่งผลให้ผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด มีวิธีการเผชิญปัญหาความเชื่อที่สอดคล้องกับสังคมวัฒนธรรมที่ผู้ป่วยเหล่านั้นอาศัยอยู่ ซึ่งสุรเกียรติ (2529 : 128-129) กล่าวไว้ว่าผู้ป่วยที่เลือกใช้วิธีการรักษาทางไสยศาสตร์จะมี 2 กลุ่มใหญ่ๆ คือ

2.3.1 กลุ่มคนที่อาศัยการรักษาทางไสยศาสตร์เป็นเมืองแรกได้แก่ ประชาชนที่อยู่ในชนบทและเขตป่า ซึ่งไกลหมอไกลโรงพยาบาล และกลุ่มคนที่ย้ายไว้ในเมืองบางส่วน ซึ่งส่วนใหญ่มีฐานะยากจน ค้อยการศึกษาและมีความเชื่อทางไสยศาสตร์อย่างฝังหัว ยามเจ็บไข้ไม่อาจพึ่งพาโรงพยาบาล เป็นเมืองแรก ส่วนหนึ่งจึงหันมาพึ่งไสยศาสตร์ บางส่วนอาจพึ่งยาหม้อ หาหมอดี ต่อเมื่อไม่หายจึงคืนรนหาวิธีการรักษาแบบอื่นต่อไป

2.3.2 กลุ่มคนที่อาศัยการรักษาทางไสยศาสตร์เป็นเมืองปลาย ได้แก่

2.3.2.1 ผู้ป่วยที่เป็นโรคเรื้อรังหมดหนทางรักษา มักได้แก่คนที่อยู่ในเมือง มีชีวิตความเป็นอยู่และการศึกษาสูงกว่ากลุ่มแรก มีความเข้าใจและยอมรับวิทยาการสมัยใหม่ค่อนข้างมาก อาจเคยเปลี่ยนโรงพยาบาลมาหลายแห่งแล้ว เช่นคนไข้ที่ป่วยเป็นอัมพาต มะเร็ง ซึ่งทางการแพทย์ไม่อาจรักษาได้แล้ว

2.3.1.2 ผู้ป่วยที่กลัวการสูญเสีย หรือการที่จะได้รับความทุกข์ทรมานจากการรักษาในโรงพยาบาลเช่น คนไข้มะเร็งที่กลัวการฉายรังสี คนไข้กระดูกหักที่ต้องผ่าตัด หรือเข้าฝือกนานๆ

2.3.1.3 ผู้ป่วยที่ไม่มีเงินจ่ายค่ารักษา หรือขาดแคลนแพทย์ที่จะรักษา

2.3.1.4 ผู้ป่วยโรคจิตประเภทต่างๆ เป็นต้น

จากการศึกษาของสุภาณี (2536) ก็พบว่าผู้ป่วยมะเร็งมีการเผชิญปัญหาโดยใช้สมุนไพรและมีความคิดที่จะใช้สมุนไพรถ้าการรักษาแผนปัจจุบันไม่ได้ผล ส่วนจิโรจน์วงศ์และคณะ (Jirojwong et al., 1994 : 395-402) ก็ได้ทำการศึกษาพบว่าผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ นอกจากจะมารับการรักษากับแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านโรคมะเร็งแล้วยังมีการใช้สมุนไพร ใช้หลักของศาสนาพุทธ เช่น การปลง คิดว่าเป็นเรื่องของเวรกรรม ทำสมาธิ มีการทำ

ขวัญกับหมอที่บ้าน การใช้น้ำมันต์ เครื่องรางของขลังต่างๆ รวมทั้งการไปซื้อยาจากร้านขายยาทั่วไป ซึ่งวิธีการที่ผู้ป่วยใช้เหล่านี้เป็นผลมาจากการที่ผู้ป่วยให้ความหมายว่าโรคที่เป็นอยู่เกิดจากเลือดเสีย กรรมเก่า การทำงานหนัก มดลูกไม่ดี หรือไม่ทราบสาเหตุ ทำให้พบว่าผู้ป่วยมีการเผชิญกับการเจ็บป่วยตามความเชื่อมากมายหลายวิธี

การศึกษาวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการเผชิญปัญหาต่อการได้รับเคมีบำบัดของผู้ป่วยมะเร็ง มีดังต่อไปนี้

เพนีย์ (Payne, 1990 : 652-658) ได้ศึกษาเชิงคุณภาพเกี่ยวกับการเผชิญปัญหาต่อการได้รับเคมีบำบัดของผู้ป่วยมะเร็ง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยมะเร็งเต้านมและมะเร็งปากมดลูกในระยะลุกลาม กลุ่มละ 12 คน ซึ่งเป็นผู้ป่วยที่ได้รับเคมีบำบัดที่บ้านและที่โรงพยาบาลกลุ่มละเท่าๆกัน ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยจะมีวิธีการเผชิญปัญหาสอดคล้องกับความรู้สึที่เกิดขึ้นคือ 1) ก่อนได้รับเคมีบำบัดผู้ป่วย 8 คน มีความคิดต่อเคมีบำบัดในทางบวก พยายามต่อสู้กับโรค และมีการพูดคุยวางแผนเกี่ยวกับอนาคต 2) ผู้ป่วย 5 คน รู้สึกกลัวจะเสียชีวิต และปฏิเสธความเจ็บป่วย 3) ผู้ป่วย 8 คน จะยอมรับความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น มักจะพูดถึงช่วงชีวิตที่ผ่านมา และยังมีความหวัง สำหรับในอนาคต 4) ผู้ป่วย 3 คนรู้สึกหมดหวังจนมีความรู้สึกวิตกกังวลขั้นรุนแรง มีอาการซึมเศร้า และร้องไห้ตลอดเวลา ไม่สามารถเผชิญปัญหาได้ ต้องพึ่งพาผู้อื่น

วิธีการเผชิญปัญหาที่ผู้ป่วยใช้มีหลายวิธี ได้แก่ 1) ไม่สนใจความเจ็บป่วย 2) ปฏิเสธความเจ็บป่วย ไม่พูดถึงคำว่ามะเร็ง 3) ตระกอดอารมณ์ไม่พยายามคิดอะไร คิดว่าไม่มีประโยชน์ที่จะร้องไห้ 4) หันเหความสนใจ พยายามหางานที่ไม่ต้องใช้สมาธิทำเช่น ดูโทรทัศน์ ต่อจิ๊กซอว์ เล่นไพ่ เป็นต้น 5) เลือกวิธีการที่ไม่ทำให้เครียดเช่น ขอนัดนิชาก่อนที่จะถูกแทงเข็มเพื่อให้ยาเคมีบำบัด ไม่สนใจยาเคมีบำบัดที่กำลังได้รับ เป็นต้น 6) คิดว่าโรคที่เป็นอยู่ยังเป็นเรื่องเล็กน้อยเมื่อเทียบกับคนอื่น 7) ใช้อารมณ์ขัน พยายามหัวเราะเพื่อคลายเครียด 8) พยายามดูแลตนเองให้ดีที่สุดโดยหวังว่าทุกอย่างจะดีขึ้น 9) มีอาการซึมเศร้า มักเป็นช่วงเช้าหรือเย็น โดยเฉพาะเมื่อรับทราบว่าเป็นโรคลุกลามกว่าเดิม 10) มีความรู้สึกกลัว วิตกกังวล โดยเฉพาะเมื่อเริ่มจะได้รับยาเคมีบำบัด 11) รู้สึกโกรธตนเองที่มีความล้มเหลวในชีวิต หรือ โกรธผู้อื่น เช่น ทีมสุขภาพ ที่ไม่สามารถรักษาตนให้หายได้ 12) มีความรู้สึกไม่แน่นอนในชีวิต ไม่รู้อนาคตของผลการรักษา มักเกิดจากการขาดข้อมูล 13) การมีความรู้สึกทางบวก โดยคิดว่าความเป็นมะเร็งทำให้เกิดผลดีกับตน ทำให้ได้รับการดูแลที่ดี มีสมาชิกคอยเอาใจใส่ มีเพื่อนมาคอยช่วยเหลือ ทำให้มีกำลังใจที่จะต่อสู้มากขึ้น

ครอส (Krause, 1991 : 240-245 ; 1993 : 31-43) ได้ทำการศึกษาเชิงคุณภาพเกี่ยวกับการเผชิญปัญหาต่อการเจ็บป่วยเป็นมะเร็ง (coping with cancer) กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยมะเร็งหลายชนิด จำนวน 43 คน ทำการสัมภาษณ์อย่างไม่เป็นทางการโดยการใช้คำถามปลายเปิดร่วมกับการสังเกต

ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยร้อยละ 68 รู้สึกซึ้งเมื่อรับรู้ว่าเป็นมะเร็ง และมีการใช้กลไกการป้องกันทางจิต เช่นการปฏิเสธ ไม่พยายามเผชิญปัญหาที่เกิดขึ้น เกิดความรู้สึกโดดเดี่ยว กลัว วิตกกังวล ซึมเศร้า รู้สึกไม่แน่นอนในชีวิต แต่บางคนก็มีความหวัง ผู้ป่วยส่วนใหญ่ประสบปัญหาในเรื่องการขาดข้อมูล การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การดูแลตนเองที่บ้าน การมาตรวจตามนัดและการฟื้นฟูสภาพ วิธีการที่ผู้ป่วยใช้ในการเผชิญปัญหามี 11 วิธีคือ 1) การแสวงหาข้อมูลเกี่ยวกับโรคและการรักษา 2) การประเมินสถานการณ์ที่เกิดขึ้น 3) การประเมินว่าเป็นเหตุการณ์เล็กน้อย เคยลำบากมากกว่านี้ 4) เปรียบเทียบตนเองกับผู้ป่วยที่หมดหวังแล้วคิดว่าตนเองคงหมดโอกาสที่จะหายจากโรค 5) ปลดปล่อยอารมณ์ เช่น รู้สึกว่าต้องต่อสู้หรือร้องไห้ 6) ใช้กลไกการป้องกันทางจิต เช่น เก็บกด 7) ขอความช่วยเหลือจากบุคลากรทางสุขภาพ 8) ยึดมั่นในศาสนา 9) แสวงหาแรงสนับสนุนทางสังคม 10) สร้างความหวังว่าตนเองจะดีขึ้น 11) เปรียบเทียบตนเองกับบุคคลที่ดีขึ้นแล้วทำตามวิธีที่คนอื่นใช้ได้ผล

ฮาโกเพิน (Hagopain, 1993 : 759-763) ได้กล่าวถึงวิธีการเผชิญปัญหาของผู้ป่วยมะเร็งโดยเน้นเฉพาะวิธีการปรับสภาพความรู้สึกนึกคิด (cognitive strategies) ที่ผู้ป่วยใช้ในการปรับตัวต่อการได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็ง พบว่าผู้ป่วยใช้วิธีการปรับตัวหลายวิธี เช่น การปฏิเสธ การเปรียบเทียบตนเองกับผู้อื่นแล้วคิดว่าตนเองอาจแย่ลง การแสวงหาผู้มีอำนาจตามความเชื่อทางศาสนา เช่น พระเจ้า การประเมินคุณค่าในชีวิตที่ผ่านมา การสร้างความรู้สึกว่าสามารถควบคุมตนเองได้

ดอดด์ ดิบเบิล และ โทมัส (Dodd & Dibble & Thomus, 1993 : 2-7) ศึกษาเกี่ยวกับสิ่งที่ผู้ป่วยมะเร็งที่มารับเคมีบำบัดที่แผนกผู้ป่วยนอกกังวลหวังโย และวิธีการที่ผู้ป่วยใช้ในการเผชิญปัญหา กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยมะเร็งเต้านม พบว่าผู้ป่วยมีความกังวลหวังโยที่สำคัญในด้านร่างกาย จิตอารมณ์ เศรษฐกิจและการงาน วิธีการเผชิญปัญหาที่ผู้ป่วยใช้มากที่สุดได้แก่ 1) การกระทำเพื่อแก้ปัญหาโดยตรง 2) การแสวงหาข้อมูล 3) การแสวงหาแรงสนับสนุนทางสังคม การศึกษานี้พบว่าปัจจัยที่สามารถทำนายความกังวลหวังโยของผู้ป่วย ได้อย่างมีนัยสำคัญได้แก่ 1) ร่างกายไม่แข็งแรง ไม่สามารถทำกิจกรรมได้ตามปกติ 2) มีความสามารถในการควบคุมตนเองลดลง 3) รับรู้ว่าเป้าหมายของการรักษาคือ หายขาดจากโรค แต่ไม่มีสิ่งใดที่จะใช้ทำนายวิธีการที่ผู้ป่วยใช้ในการเผชิญปัญหาได้อย่างชัดเจน ซึ่งอาจหมายถึงไม่มีวิธีการเผชิญปัญหาใดๆที่ดีที่สุดและไม่มีวิธีการเผชิญปัญหาใดที่เฉพาะเจาะจงกับสถานการณ์ใดๆ ขึ้นอยู่กับสถานการณ์ของผู้ป่วยแต่ละคนซึ่งเป็นปัจเจกบุคคล

วีคส์และคาแกน (Weekes & Kagan, 1994 : 667-668) ทำการศึกษาเชิงคุณภาพในกลุ่มผู้ป่วยวัยรุ่น กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาวชนิดเฉียบพลัน ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยมีการเผชิญปัญหาในช่วงที่ได้รับเคมีบำบัด ดังนี้ 1) พยายามคิดถึงสิ่งต่างๆ ในทางที่ดี เช่น คิดว่าผลการ

ตรวจเลือดต้องดีขึ้น จะต้องไม่เป็นตุกลมมากขึ้นเป็นต้น มีความหวังว่าเมื่อหายแล้วจะมีอนาคตที่ดีขึ้น ขณะนี้ต้องอดทนต่อปัญหาทุกอย่างที่เกิดขึ้น และวัยรุ่นบางคนอยากนำประสบการณ์ที่ตนเองประสบไปเล่าให้เพื่อนๆ และ ผู้ป่วยใหม่รับทราบจะได้ปรับตัวได้ดีขึ้น 2) ไม่คิดถึงการรักษาที่ได้รับล่วงหน้า เมื่อต้องไปรับเคมีบำบัดก็ไปรับไม่ต้องคิดอะไรมารับเสร็จก็กลับบ้าน 3) ทำตัวไม่ให้ว่าง โดยไม่แสดงให้คนอื่นเห็นว่าตนเองอ่อนแอไม่มีแรง จะพยายามทำงานทุกอย่างเท่าที่จะทำได้ 4) แปลผลจากความเจ็บป่วยไปในทางที่ดี เช่น คิดว่าการที่ตนเองเจ็บป่วยเป็นมะเร็งเป็นสิ่งที่ดีสำหรับชีวิต ทำให้ชีวิตมีความหมายไม่เหมือนปกติ ทำให้ได้รับการดูแลเอาใจใส่จากครอบครัวและเพื่อนฝูงเป็นพิเศษ ได้ใกล้ชิดกับครอบครัวมากขึ้น ได้หลีกเลี่ยงกิจกรรมที่ทำให้เกิดอันตราย ได้ความรู้ใหม่ๆ จากแพทย์และพยาบาล ได้พบปะผู้คนมากมายทำให้มีประสบการณ์มากขึ้น 5) อาศัยปรัชญาในการดำเนินชีวิต เช่น รู้จักการรอคอย รู้สึกสงบใจเย็นขึ้น มีชีวิตอยู่กับปัจจุบัน ไม่คิดถึงอนาคตที่ไกลเกินไป เช่น วัยรุ่นคนหนึ่งบอกว่า “ถ้าเพียงแต่คอยอย่างใจเย็นๆ การรักษาต่างๆ จะช่วยให้โรคดีขึ้น” หลังจากรักษาด้วยเคมีบำบัดครบสูตรอย่างสมบูรณ์แล้ว ผู้ป่วยวัยรุ่นก็มีวิธีการปรับตัวที่น่าสนใจ เช่น มีความรู้สึกที่ตัวเองเป็นปกติสามารถทำอะไรได้เองโดยไม่ต้องอยู่ในความดูแลของพ่อแม่ รู้สึกสบายใจขึ้น ต้องการที่จะเป็นอาสาสมัครไปช่วยเหลือผู้ป่วยอื่นๆต่อไป และเลือกที่จะลืมประสบการณ์ที่ทำให้ตนเองรู้สึกเจ็บปวด คิดแต่สิ่งที่ดีๆที่ได้รับมาในช่วงที่ได้รับเคมีบำบัด

ฟิลเลอร์และคณะ (Fielier et al., 1995 : 713-716) ทำการศึกษาเชิงบรรยายเกี่ยวกับพฤติกรรมที่ผู้ป่วยมะเร็งใช้ในการป้องกันและจัดการกับอาการข้างเคียงที่เกิดจากการได้รับเคมีบำบัดกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยมะเร็งเต้านมและมะเร็งลำไส้ที่เริ่มได้รับเคมีบำบัดจำนวน 46 คน ทำการเก็บข้อมูล โดยให้ผู้ป่วยบันทึกเกี่ยวกับวิธีการที่ใช้เพื่อป้องกันและแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นในวันที่ 2 และวันที่ 5 ของการได้รับเคมีบำบัด ผลการศึกษาพบว่าวิธีการที่ผู้ป่วยใช้ในการจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นเรียงตามลำดับ ได้แก่ 1) การพยายามคิดในทางบวก 2) การควบคุมปริมาณอาหารให้สมดุล 3) ดื่มน้ำมากกว่าปกติ 4) นอนหลับหรืองีบบ่อยขึ้น 5) ดูแลความสะอาดร่างกายและปากฟันเป็นพิเศษ 6) หลีกเลี่ยงไม่เข้าใกล้คนที่เป็นหวัด 7) หลีกเลี่ยงสิ่งที่ทำให้รู้สึกเครียด 8) หมั่นคอยตรวจสอบรอยจุดจ้ำเลือดที่ผิวหนัง 9) หลีกเลี่ยงการออกกำลังกายหนัก 10) ไม่ไปที่ชุมชนแออัด 11) กินวิตามินและเกลือแร่เพิ่มขึ้น 12) หลีกเลี่ยงที่จะกระทำให้เกิดแผลหรือรอยฟกช้ำดำเขียว 13) หลีกเลี่ยงอาหารพิเศษมากเกินไป 14) ออกไปเที่ยวพักผ่อนหย่อนใจ 15) ออกกำลังกายมากขึ้น 16) วัคซีนทุกวันนี้เพื่อเช็คว่ามีไข้หรือไม่ 17) หลีกเลี่ยงห่างจากเด็กๆ

การศึกษาของฟิลเลอร์และคณะมีข้อจำกัดเนื่องจากวิธีการเผชิญปัญหาเป็นวิธีได้มาจากการวัดด้วยเครื่องมือ อาจยังมีวิธีการเผชิญปัญหาที่ผู้ป่วยใช้มากกว่านี้ที่น่าจะศึกษาได้อย่างกว้างขวางมากขึ้นถ้าใช้วิธีการศึกษาเชิงคุณภาพ และไม่ได้กล่าวถึงประสิทธิภาพของวิธีการเผชิญปัญหาแต่ละวิธี

สุภานี (2536) ได้อาศัยแนวคิดของไวส์แมน (Weisman : 1979) มาเป็นแนวทางในการศึกษา เพื่อสร้างรูปแบบในการช่วยเหลือผู้ป่วยมะเร็งระบบโลหิตในการเผชิญกับโรค พบว่าผู้ป่วยมีวิธีการเผชิญต่อสิ่งที่กังวลท่วงใยเมื่อเจ็บป่วย 12 วิธี ได้แก่ 1) เชื่อฟังและปฏิบัติตามที่แพทย์แนะนำ 2) พยายามปรับทุกข์กับบุคคลอื่น 3) แสวงหาคำแนะนำ 4) พยายามอดทนทำใจไม่คิดมากและปลงตก 5) หาคความเพลิดเพลินหรือเบี่ยงเบนความสนใจไปยังสิ่งอื่นๆ 6) ระบายทุกข์โดยการร้องไห้ 7) ใช้สมุนไพรและมีความคิดที่จะใช้สมุนไพรถ้ารักษาแผนปัจจุบันไม่ได้ผล 8) หาที่ยึดมั่นทางจิตใจเพื่อเพิ่มกำลังใจให้กับตน 9) พยายามเลือกรับประทานอาหารที่เป็นประโยชน์ 10) ปฏิเสธให้มากที่สุดเท่าที่จะทำได้ ไม่ต้องการทราบเรื่องการรักษา 11) โทษตนเอง และ 12) โทษผู้อื่น

นอกจากนี้ก็มีการศึกษาเกี่ยวกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่เกิดอาการคลื่นไส้อาเจียนจากการได้รับเคมีบำบัดของรัชนี (2535) และประทุม (2538) ซึ่งรัชนี (2535 : 78-79) ศึกษาในผู้ป่วยมะเร็งปอด พบว่าวิธีที่ผู้ป่วยใช้ได้ผลดีในการระงับอาการคลื่นไส้อาเจียน คือการดื่มน้ำจืด จิบน้ำอัดลม อมลูกอมเมนทอล คมขาคม รับประทานยาหอม เอน้ำกวคบบริเวณคอและคลื่นใจเอาไว้ นวดบริเวณต้นคอ ภาวนาพุทโธ สวดมนต์ ทำจิตใจให้ว่างสงบ เป็นต้น แต่วิธีการที่มีประสิทธิภาพสูงสุดคือ การเลือกใช้ยาระงับอาการคลื่นไส้อาเจียนเป็นอันดับแรก และวิธีการดูแลตนเองเพื่อให้ได้รับน้ำและอาหารเพียงพอในขณะที่มีปัญหาคื่นไส้อาเจียน ได้แก่ การรับประทานอาหารอ่อน อาหารแห้ง รับประทานครั้งละน้อยๆ แต่บ่อยครั้ง รับประทานอาหารเสริมบำรุงร่างกาย พยายามฝืนรับประทานอาหาร ไม่รับประทานเมื่อมีอาการ และรับประทานเมื่อรู้สึกดีขึ้น ส่วนประทุม (2538 : 78-82) ได้ศึกษาในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมพบว่า วิธีการดูแลตนเองที่ผู้ป่วยใช้เพื่อบรรเทาอาการคลื่นไส้อาเจียนที่มีประสิทธิภาพดี คือ การรับประทานอาหารเย็นหรืออาหารเย็นที่เย็นๆ รับประทานผลไม้เปรี้ยวๆ ทุยรับประทานเมื่อมีอาการ ทำใจให้สบายไม่คิดถึงยาที่ฉีด ดื่มน้ำอุ่นที่เย็นๆ ดื่มน้ำมากๆ ให้อาเจียน ไม่พะวงกับอาการที่เกิดขึ้น และวิธีการที่มีประสิทธิภาพสมควรในการดูแลตนเองให้ได้รับน้ำและอาหารอย่างเพียงพอ คือการรับประทานอาหารเหลวหรืออาหารอ่อนที่ย่อยง่าย ขนม ผลไม้ อาหารรสเปรี้ยว ฝืนใจรับประทาน หากของที่ชอบรับประทาน และวิธีที่ได้ผลดีคือการดื่มน้ำมะพร้าว ดื่มน้ำหวาน น้ำอ้อย น้ำตาลสด เป็นต้น

เนื่องจากสมจิต (2537 : 114) กล่าวว่าวิธีการเผชิญกับเหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดอย่างมีประสิทธิภาพเมื่อมีปัญหาสุขภาพก็คือการรู้จักดูแลตนเองเพื่อตอบสนองความต้องการที่เกิดขึ้นจากความเจ็บป่วย การดูแลตนเองที่มีประสิทธิภาพก็เป็นวิธีการเผชิญปัญหาที่มีประสิทธิภาพเช่นกัน

จากการศึกษาค้นคว้าจะเห็นได้ว่าผู้ป่วยมะเร็งมีการเผชิญปัญหาหลายวิธีทั้งที่เป็นการจัดการกับปัญหาและการจัดการกับความรู้สึก และยังมีผู้ป่วยบางส่วนที่ไม่สามารถเผชิญปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพ

3. กระบวนการเฝ้าระวังและประเมินผล (appraisal หรือ monitoring and evaluation stage)

เป็นการเฝ้าระวังหรือประเมินผลสำเร็จของการเผชิญปัญหาตามเกณฑ์เฉพาะที่บุคคลวางไว้ เช่น ผู้ป่วยโรคเรื้อรังอาจประเมินผลการรักษาจากการที่คงสามารถทำงานได้ เป็นต้น และถ้าผลการเผชิญปัญหาไม่เป็นไปตามความคาดหมายผู้ป่วยจะทำการประเมินสถานการณ์ใหม่และพิจารณาทางเลือกอื่น ๆ ในการแก้ปัญหาต่อไป (Holmberg & Kan, 1995 : 289)

เกี่ยวกับการประเมินประสิทธิภาพในการเผชิญปัญหาของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด นีเร็นซ์และคณะ (Nerenz et al., 1982 : 1020-1027) ได้ศึกษาเกี่ยวกับการปรับตนเองของผู้ป่วยมะเร็ง ต่อมน้ำเหลืองที่ได้รับเคมีบำบัดจำนวน 61 คน โดยอาศัยแนวคิดจากทฤษฎีการปรับตนเองของ ลีเวนทาลและจอห์นสัน (Leventhal & Johnson, 1983) ทำการสัมภาษณ์ผู้ป่วยเกี่ยวกับปัญหาหรืออาการข้างเคียงที่เกิดขึ้น ความพยายามที่จะควบคุมอาการหรือปัญหาต่างๆ และความสำเร็จในการเผชิญปัญหา ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยเกิดอาการข้างเคียงของเคมีบำบัดทุกคน อย่างน้อย คนละ 2 อาการ และเกิดอาการรวม 14 อาการ ซึ่งอาการที่ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกทุกข์ทรมานมากที่สุด คือ หนาวสั่น เจ็บปวด คลื่นไส้ อาเจียน อ่อนเพลีย ท้องเสีย และเบื่ออาหาร โดยที่ผู้ป่วยจะใช้ขนาดของก้อนและจำนวนอาการข้างเคียงที่เกิดขึ้นในการแปรผลความรุนแรงของความเจ็บป่วย ถ้าก้อนยุบลง ผู้ป่วยบางคนอาจคิดว่าตนเองหายจากความเจ็บป่วยแล้ว และพบว่าผู้ป่วยมีการเผชิญปัญหาใน 3 ลักษณะ คือ 1) กลุ่มที่ใช้ความพยายามในการเผชิญกับปัญหาที่เกิดขึ้นและเผชิญได้สำเร็จ คือช่วยให้รู้สึกดีขึ้น 2) กลุ่มที่ใช้ความพยายามแต่ทำไม่สำเร็จ 3) กลุ่มที่ไม่ได้เผชิญปัญหา และพบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ใช้ความพยายามในการเผชิญปัญหาแต่ทำไม่ได้ไม่สำเร็จ และผู้ป่วยพบว่าวิธีการที่ดีที่สุดที่ใช้ในการควบคุมอาการคลื่นไส้ อาเจียน ได้แก่ การรับประทานยา

จากการศึกษาดังกล่าวทำให้ทราบว่าถ้าผู้ป่วยไม่สามารถเผชิญปัญหาที่เกิดขึ้นจากการได้รับเคมีบำบัดได้อย่างมีประสิทธิภาพจะทำให้ผู้ป่วยเกิดความทุกข์ทรมานในระดับสูงและส่งผลให้หยุดการรักษาหรือไม่มารับการรักษาด้วยเคมีบำบัดในครั้งต่อไปได้ ซึ่งเลิฟและคณะ (Love et al., 1989 : 604-612) ทำการศึกษาพบว่าระหว่างที่ได้รับเคมีบำบัดผู้ป่วยมะเร็งร้อยละ 46 มีความคิดที่จะหยุดการรักษาด้วยวิธีนี้ ซึ่งอุปสรรคที่สำคัญคือการที่ผู้ป่วยขาดความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและการรักษาเนื่องจากมีการติดต่อสื่อสารกับทีมสุขภาพน้อยมากทำให้ไม่มีโอกาสที่จะซักถาม ถ้าปัญหาหรือความรู้สึกที่เกิดขึ้นในช่วงที่ได้รับเคมีบำบัด เมื่อนุคลากรไม่ได้รับทราบปัญหาที่แท้จริงของผู้ป่วยจึงไม่สามารถช่วยเหลือให้ผู้ป่วยเผชิญกับความเจ็บป่วยและการรักษาได้อย่างมีประสิทธิภาพ ดังกล่าว

นอกจากนี้ยังมีข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับเกณฑ์การประเมินประสิทธิภาพของการรักษาด้วยเคมีบำบัดตามการรับรู้ของผู้ป่วยอยู่บ้างดังที่ นีเร็นซ์และคณะ (Nerenz et al., 1982 : 1021) พบว่าผู้ป่วย

มะเร็งต่อมน้ำเหลืองประเภณีสรีททิภาพของการรักษาจากการที่ก้อนที่โตอยู่ยุบหรือเล็กลง ร่วมกับ การที่มีอาการปวดลดลงเป็นต้น นอกจากนี้เพนีย์ (Payne, 1990 : 657) ยังได้ข้อมูลจากการสัมภาษณ์ ผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัดว่าผู้ป่วยบางรายตัดสินใจว่าการรักษาด้วยเคมีบำบัดมีประสิทธิภาพหาก การที่มีอาการเจ็บปวด และอาการคลื่นไส้อาเจียนเกิดขึ้น ในช่วงที่ได้รับเคมีบำบัดและจะกังวลถ้าไม่ มีอาการคลื่นไส้อาเจียนเกิดขึ้น เนื่องจากคิดว่าอาการคลื่นไส้อาเจียนเป็นผลมาจากการที่ยามีปฏิกิริยา ในการทำลายเซลล์มะเร็งในร่างกายของตน เป็นต้น

ลีฟ (Lev, 1992 : 595-617) ทำการศึกษาเชิงคุณภาพเกี่ยวกับกลวิธีที่ผู้ป่วยมะเร็งใช้ในการ ปรับตัวต่อการรักษาในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งหลายชนิดที่มารับการรักษาด้วยการฉายรังสี และเคมีบำบัด กลุ่มละ 20 คน ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยอยู่ 2 กลุ่มคือ กลุ่มที่มีการเตรียมตัวที่จะมารับการรักษา (8 คน) และกลุ่มที่ไม่มีเตรียมตัวใดๆ (32 คน) โดยที่ผู้ป่วยที่มีการเตรียมตัวก่อนมารับการรับเคมี บำบัดจะเป็นผู้ที่ทัศนคติที่ดีต่อการรักษา มีความเชื่อมั่นในประสิทธิภาพของการรักษา พยายาม แสวงหาความรู้ต่างๆเกี่ยวกับโรค และการดูแลตนเอง คอยให้กำลังใจตนเอง หมั่นสวดมนต์ ฝึก เทคนิคการหายใจ การผ่อนคลาย ขอมมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเลือกวิธีการรักษาที่เหมาะสมกับตน ชอบคุยกับเพื่อนหรือกลุ่มต่างๆ และแสวงหาความรู้จากหลายๆแหล่งรวมทั้งจากสื่อหรือหนังสือ ต่างๆ ส่วนกลุ่มผู้ป่วยที่ไม่มี การเตรียมตัว มักคิดว่าตนเองไม่สามารถทำอะไรได้มากกว่านี้ มักจะ เก็บกด หรือหลีกเลี่ยง ไม่ทำอะไร ทั้งหาผู้อื่นมากขึ้นและรู้สึกทุกข์ทรมานใจมาก

การศึกษานี้ ลีฟ (Lev, 1992 : 605) ได้นำแนวคิดเกี่ยวกับการรับรู้ความสามารถในการควบคุมตนเองของบานดูรา (Bandura, 1989 cited in Lev, 1992 : 605 ; Johnson & Lauver, 1989 : 50-51) มาอธิบายว่าผู้ป่วยที่รับรู้ความสามารถในการควบคุมตนเองจะมีการดูแลตนเองที่เหมาะสมทำให้ สามารถเผชิญปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพ และผู้ป่วยที่ไม่สามารถเผชิญปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพไม่ใช่เพราะความวิตกกังวลแต่เป็นเพราะมีความคิดว่าตนเองไม่สามารถเผชิญกับสิ่งที่ มาคุกคามได้ จึงอาจกล่าวได้ว่าการรับรู้ความสามารถในการควบคุมตนเองมีผลต่อการเผชิญปัญหา ของบุคคลเช่นกัน และผู้ป่วยแต่ละคนจะสามารถเผชิญปัญหาได้สำเร็จหรือไม่ น่าจะขึ้นอยู่กับแหล่ง ประโยชน์และข้อจำกัดที่มีอยู่ ดังนี้ (Lazarus & Folkman, 1984 : 157-164 ; สมจิต, 2537 : 111-112)

3.1 แหล่งประโยชน์ในการเผชิญกับความเครียด (coping resources) วิธีการที่บุคคลใช้ในการ เผชิญกับความเครียดนั้นขึ้นอยู่กับแหล่งประโยชน์ที่มีอยู่ในบริบทนั้นๆ (context) ซึ่งได้แก่

3.1.1 ภาวะสุขภาพและพลังของบุคคล จะช่วยส่งเสริมความพยายามในการจัดการกับ เหตุการณ์นั้นๆ คนที่มีสุขภาพดี มีพลังกำลังใจ จะช่วยให้เผชิญกับความเครียดได้ดี

3.1.2 ความเชื่อถือในทางที่ดี ได้แก่ ความเชื่อถือในผลลัพธ์ที่ตามมา เชื่อว่าตนสามารถ ควบคุมผลที่ตามมาได้ และมีความหวัง จะช่วยเอื้ออำนวยในการเผชิญกับความเครียดได้ดีขึ้น

3.1.3 ทักษะในการแก้ปัญหา บุคคลที่รู้จักใช้ความคิดอย่างมีเหตุผล มีความสามารถในการแสวงหาความรู้และข้อมูลต่างๆ จะสามารถเผชิญกับความเครียดได้ดี

3.1.4 ทักษะทางด้านสังคม (social skills) ความสามารถที่จะติดต่อสร้างสัมพันธภาพกับบุคคลอื่นจะช่วยอำนวยความสะดวกในการแก้ปัญหาต่างๆที่เกิดขึ้น ตัวอย่างเช่น ผู้ป่วยที่รู้จักติดต่อขอความช่วยเหลือจากแพทย์พยาบาลจะได้รับการตอบสนองความต้องการดีกว่าผู้ป่วยที่ขาดทักษะในด้านนี้

3.1.5 แรงสนับสนุนทางสังคม ซึ่งหมายถึงการได้รับความช่วยเหลือ ประคับประคองจากบุคคลในเครือข่ายสังคม ซึ่งรวมทั้งครอบครัวในด้านต่างๆ ได้แก่ 1) การได้รับข้อมูลและคำแนะนำในการแก้ปัญหา 2) การได้รับแรงสนับสนุนทางด้านอารมณ์ซึ่งทำให้บุคคลรู้สึกว่าคุณยังมีคุณค่าและเป็นที่ยอมรับของบุคคลที่ใกล้ชิด มีคนที่เขารู้สึกไว้วางใจได้ในยามทุกข์ และ 3) การได้รับความช่วยเหลือในเรื่องวัตถุและการบริการทั้ง 3 อย่างนี้จะส่งผลให้บุคคลมีกำลังใจที่จะต่อสู้กับปัญหาและความยากลำบากที่เกิดขึ้น

3.1.6 แหล่งประโยชน์ทางด้านวัตถุ การมีทรัพย์สินเงินทองเป็นแหล่งประโยชน์ที่เอื้ออำนวยในการเผชิญกับความเครียด ช่วยให้บุคคลที่มีทางเลือกวิธีการแก้ปัญหามากขึ้น

และนิวเบอร์น (Newburn, 1990 : 41) ได้กล่าวไว้สอดคล้องกันว่า ปัจจัยที่มีผลให้ผู้ผู้ป่วยปรับตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพเมื่อเผชิญกับสิ่งที่มาคุกคาม ได้แก่การมีความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเหมาะสมต่อเหตุการณ์นั้นๆ และการได้รับการช่วยเหลือจากคนรอบข้าง โดยที่สังคมวัฒนธรรมการติดต่อสื่อสารระหว่างบุคคล และประสบการณ์ของแต่ละบุคคล จะมีผลต่อการปรับตนเองทั้งสิ้น

3.2 ข้อจำกัดของการใช้แหล่งประโยชน์ในการเผชิญความเครียด ในการเผชิญกับความเครียดนั้น บุคคลอาจมีข้อจำกัดต่างๆ ได้แก่

3.2.1 ข้อจำกัดด้านตัวบุคคล ซึ่งอาจเป็นผลมาจากพัฒนาการและประสบการณ์ อาจเป็นความเชื่อ เจตคติของบุคคลนั้น บางคนมีนิสัยเกรงใจ ไม่กล้าแสวงหาความช่วยเหลือ หรือแสวงหาแรงสนับสนุนจากบุคคลอื่น

3.2.2 ข้อจำกัดทางด้านสิ่งแวดล้อม แหล่งประโยชน์ที่มีจำกัดและต้องแข่งขันกัน

3.2.3 ระดับการคุกคาม ถ้าบุคคลตกใจกลัวมากจะรบกวนการใช้กระบวนการแก้ปัญหา และกระบวนการความคิดได้

จากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยต่างๆที่เกี่ยวข้อง จะเห็นได้ว่าผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด จะได้รับผลกระทบทั้งทางด้านร่างกาย และจิตสังคมจากโรคและการรักษาที่ซับซ้อน และรุนแรง ผู้ป่วยแต่ละคนจะรับรู้ต่อสิ่งเร้าที่สัมผัส (sensory perceptions) เมื่อได้รับเคมีบำบัดทั้งที่เกี่ยวกับการรับรส การได้กลิ่น การได้ยิน และการรับสัมผัสแตกต่างกันไปซึ่งอาจขึ้นอยู่กับชนิดและปริมาณของยาและระยะเวลา (จำนวนครั้ง) ที่ได้รับยา และผู้ป่วยก็มีความรู้สึก นึกคิดและ

ปฏิบัติการทางด้านจิตใจต่อการได้รับเคมีบำบัดแตกต่างกันไปตามการรับรู้ของแต่ละบุคคล และเมื่อผู้ป่วยรับรู้ถึงสิ่งที่มาคุกคามในช่วงที่ได้รับเคมีบำบัดก็จะมีวิธีการในการเผชิญปัญหาแตกต่างกันไป ทั้งในลักษณะของการพยายามต่อสู้อย่างมีความหวัง และมีความรู้สึกล้มเหลวและถอยหนี ซึ่งวิธีการเผชิญปัญหาที่ผู้ป่วยใช้มีมากมายหลายวิธีทั้งในรูปแบบของการมุ่งแก้ปัญหาและการจัดการกับอารมณ์ และจะมีทั้งวิธีที่ผู้ป่วยใช้ได้ผลดีและวิธีที่ใช้แล้วไม่ได้ผล ขึ้นอยู่กับปัจจัยส่งเสริมและอุปสรรคที่มีอยู่ โดยที่ผู้ป่วยจะมีเกณฑ์ในการประเมินผลสำเร็จของการรักษาด้วยเคมีบำบัดตามความรู้ความเข้าใจ (scheme) ของแต่ละบุคคลซึ่งอาจแตกต่างกันได้กับความเห็นของทีมสุขภาพ

การศึกษาเกี่ยวกับกระบวนการปรับตนเองของบุคคลดังกล่าว ยังไม่ได้มีการศึกษาในภาพรวมเชิงปรากฏการณ์วิทยา ที่เน้นทำความเข้าใจสถานการณ์ของบุคคลอย่างลึกซึ้งทั้งกระบวนการรับรู้สิ่งที่มาคุกคาม การเผชิญปัญหา และการประเมินผลการแก้ปัญหา และยังไม่มีการศึกษาอย่างเฉพาะเจาะจงในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งปอด ซึ่งได้รับผลกระทบจากโรคและเคมีบำบัดบางอย่างแตกต่างไปจากมะเร็งชนิดอื่นๆ จึงน่าสนใจที่จะทำการศึกษาดังกล่าวถึงการรับรู้และการเผชิญปัญหาของผู้ป่วยมะเร็งปอด เพื่อจะได้เข้าใจสถานการณ์ของผู้ป่วยในบริบทที่ศึกษามากขึ้น และจะได้หาทางช่วยเหลือกลุ่มผู้ป่วยที่นับวันจะมีอุบัติการณ์สูงขึ้นอย่างเหมาะสมต่อไป

บทที่ 3

วิธีการวิจัย

การศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยาในผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับเคมีบำบัด

การได้รับเคมีบำบัดเป็นปรากฏการณ์ที่สำคัญ เป็นช่วงชีวิตที่ผู้ป่วยมะเร็งได้รับผลกระทบทั้งด้านร่างกาย และจิตสังคมที่ซับซ้อนทั้งจากภาวะของโรคและการรักษา ทั้งยังมีความยากที่จะทำการศึกษาประสบการณ์การได้รับเคมีบำบัดของผู้ป่วยที่ซับซ้อนให้เกิดความเข้าใจอย่างถ่องแท้โดยการสร้างเครื่องมือวัดเชิงปริมาณ โดยเฉพาะที่เป็นเหตุการณ์ภายในที่เกี่ยวข้องกับความรู้สึกลักษณะการแก้ปัญหา และการปรับสภาพอารมณ์ของผู้ป่วยมะเร็งในช่วงที่ได้รับเคมีบำบัด ซึ่งเป็นช่วงที่ผู้ป่วยได้รับผลกระทบจากความเจ็บป่วยและอาการข้างเคียงของเคมีบำบัดที่ซับซ้อนเกี่ยวข้องกันทั้งทางด้านกาย จิต และสังคมซึ่งไม่สามารถแยกออกจากกันได้ โดยที่ผู้ป่วยแต่ละคนก็อาจเกิดปัญหาที่มีลักษณะและความรุนแรงแตกต่างกันไปตามปัจจัยและภาวะแวดล้อมที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาเชิงคุณภาพแบบปรากฏการณ์วิทยา เป็นวิธีการที่ช่วยเอื้ออำนวยให้พยาบาลทำความเข้าใจความรู้สึกลึกซึ้งนึกคิดของผู้รับบริการ เพื่อให้เกิดความเข้าใจความหมายของเหตุการณ์ต่างๆ ของบุคคลมากขึ้น เป็นการลดความเข้าใจในมุมมองที่ไม่ตรงกัน และช่วยให้สามารถจัดระบบบริการที่ตอบสนองต่อภาวะสุขภาพของผู้รับบริการได้อย่างเป็นองค์รวม ตามปรัชญาของวิชาชีพอย่างแท้จริง แต่ในปัจจุบันยังไม่มีการศึกษาประสบการณ์การได้รับเคมีบำบัดในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งปอดโดยตรง ทำให้ยังขาดมุมมองบางอย่างที่จะทำให้เกิดความเข้าใจโลกของความเจ็บป่วยเป็นมะเร็งปอดอย่างลึกซึ้ง โดยเฉพาะเกี่ยวกับความรู้สึกลึกซึ้งหรือความหมายของปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยในบริบทของสังคมวัฒนธรรมหนึ่งๆ ผู้ศึกษาจึงมีความเห็นว่ามีความเหมาะสมที่จะนำการศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยามาใช้ในการศึกษาเพื่อให้เกิดความเข้าใจอย่างลึกซึ้ง ถึงการรับรู้และการเผชิญปัญหาต่อการได้รับเคมีบำบัดของผู้ป่วยมะเร็งปอดในครั้งนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ศึกษาเป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งปอด ซึ่งเข้ารับการรักษาด้วยเคมีบำบัดในหอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย อายุรกรรมหญิง และ / หรือผู้ป่วยที่แพทย์นัดมารับยาเคมีบำบัด

ที่คลินิกโรคปอดโรงพยาบาลแห่งหนึ่ง ทำการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) จำนวน 10 ราย ตามคุณสมบัติดังนี้

1. เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นมะเร็งปอด โดยที่ผู้ป่วยอาจจะรู้หรือไม่รู้ว่าเป็นมะเร็งก็ได้
2. เป็นผู้ป่วยมะเร็งปอดที่อยู่ในช่วงของการรักษาด้วยเคมีบำบัด ซึ่งเป็นผู้ป่วยที่ได้รับเคมีบำบัดครั้งแรก หรือแพทย์นัดมารับเคมีบำบัดครั้งที่ 2 ขึ้นไปจนสิ้นสุดการรักษา
3. ทราบว่าจะได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัด
4. สามารถสื่อสารภาษาไทยเข้าใจ ได้ตอบได้ และยินดีที่จะให้ข้อมูล

สถานที่ศึกษา

สถานที่ศึกษาเป็นโรงพยาบาลสังกัดทบวงมหาวิทยาลัย ประเภท 700 เต็ม ให้บริการด้านสุขภาพแก่ประชาชนครอบคลุมพื้นที่ 14 จังหวัดในภาคใต้ ในส่วนที่เกี่ยวข้องกับโรคมะเร็งได้มีการจัดระบบบริการแก่ผู้ป่วยไว้ชัดเจน เช่น มีการทำทะเบียนมะเร็งประจำปี ซึ่งมีหน่วยมะเร็งเป็นผู้รับผิดชอบ และได้มีการจัดทำคู่มือแผนการรักษาโรคมะเร็งแต่ละชนิด (cancer protocol) ไว้เป็นแนวทางในการพิจารณาการรักษาพยาบาลอย่างชัดเจน โดยทีมผู้เชี่ยวชาญในหลายสาขาทั้งด้านการผ่าตัด การใช้รังสีรักษา การใช้เคมีบำบัด และอื่นๆ ซึ่งในแต่ละปีจะมีผู้ป่วยมะเร็งปอดมารับการรักษาเพิ่มมากขึ้นเรื่อยๆ ผู้ป่วยที่มารับการรักษาส่วนใหญ่อยู่ในระยะลุกลามหรือมีการกลับเป็นซ้ำของโรค ไม่สามารถรักษาด้วยการผ่าตัด หรือฉายรังสีเพียงอย่างเดียวอย่างใดอย่างหนึ่ง จำเป็นต้องได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดร่วมด้วย

สถานการณ์การรักษาพยาบาล

ก่อนได้รับการรักษาในครั้งแรกผู้ป่วยเหล่านี้ทุกรายและญาติสนิทจะได้รับข้อมูลจากคำบอกเล่าของแพทย์โดยย่อถึงภาวะของโรค การรักษาที่จะได้รับและผลข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้น ซึ่งผู้ป่วยก็มีสิทธิที่จะรับหรือปฏิเสธการรักษาได้ หลังจากผู้ป่วยพร้อมแพทย์ก็จะให้เคมีบำบัดตามแนวทาง (protocol) ที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยแต่ละคน และแพทย์จะนัดผู้ป่วยมารับการตรวจรักษาครั้งใหม่ในทุก 2-4 สัปดาห์ หรือขึ้นอยู่กับแผนการรักษาและสภาพของผู้ป่วย โดยที่ผู้ป่วยมะเร็งปอดชนิดเซลล์เล็กจะต้องเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาลเป็นเวลา 3-5 วันทุกครั้งที่มารับยาเคมีบำบัดเนื่องจากผู้ป่วยจะได้รับยาที่มีซีสพลาตินเป็นหลักจะต้องได้รับการดูแลเพื่อป้องกันแก้ไขภาวะแทรกซ้อนอย่าง

ไกลซีซิด ซึ่งการรักษาผู้ป่วยมะเร็งปอดชนิดเซลล์เล็กที่ศึกษาทั้งหมดเป็นการใช้ยาสูตรซีอี (Cisplatin + Etoposide) จำนวน 6 ครั้งในเวลารวม 6 เดือน ส่วนผู้ป่วยมะเร็งปอดชนิดไม่ใช้เซลล์เล็กจะเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาลเฉพาะครั้งที่ได้รับยาที่มีซีสพลาตินร่วมด้วย ในครั้งอื่นๆผู้ป่วยจะได้รับการนัดยารักษาที่ห้องนัดยาแผนกผู้ป่วยนอก เมื่อนัดยาเสร็จแล้วผู้ป่วยสามารถกลับบ้านได้เลย ซึ่งการรักษาผู้ป่วยมะเร็งปอดชนิดไม่ใช้เซลล์เล็กที่ศึกษาส่วนมากจะเป็นการใช้ยาสูตรเอ็มวีที (Mitomycin + Vinblastin + Cisplatin) ในเวลารวม 6 เดือนครั้ง อาจจะมากหรือน้อยกว่านั้นขึ้นอยู่กับความพร้อมของผู้ป่วย และในการมารับเคมีบำบัดแต่ละครั้งถ้าผู้ป่วยมีปัญหา เช่น เม็ดเลือดขาวต่ำ แพทย์มักจะให้กลับบ้านก่อนแล้วนัดผู้ป่วยมารับยาในสัปดาห์ต่อไป

ที่คลินิกโรคปอดจะมีแพทย์ 2-3 คน พยาบาล 1 คน ผู้ช่วยพยาบาล 1 คน และเจ้าหน้าที่ 1-2 คน ให้บริการผู้รับบริการโรคระบบทางเดินหายใจทุกวันพุธ ซึ่งจะมีผู้ป่วยมารับบริการวันละประมาณ 40-80 ราย ผู้ป่วยจะได้รับการชั่งน้ำหนัก วัดความดันโลหิต และซักประวัติโดยย่อ แล้วรอดูร่างกาย ซึ่งในแต่ละครั้งผู้ป่วยจะได้พบแพทย์ประมาณ 5-15 นาที ซึ่งจะเป็นการซักถามอาการสำคัญ ตรวจร่างกาย และให้การปรึกษา พร้อมให้คำแนะนำในการดูแลตนเองคร่าวๆ ซึ่งมักจะเป็นเรื่องกว้างๆ เช่น การรับประทานยา การดูแลสุขภาพ โดยไม่มีรายละเอียดเนื่องจากไม่มีเวลามากพอ และมีผู้ป่วยรอดูอยู่อีกมาก หลังจากพบแพทย์แล้วผู้ป่วยก็นำแผนการรักษามาให้พยาบาลตรวจสอบและให้คำแนะนำต่อไป ซึ่งมักจะเป็นการแนะนำเรื่องการไปซื้อยา การดูแลตนเองเรื่องอาหาร การออกกำลังกาย อาหารที่เหมาะสม สิ่งที่ต้องตรวจก่อนพบแพทย์ครั้งต่อไป รวมทั้งย้ำเน้นการมาตรวจตามนัด ซึ่งการให้ข้อมูลจะเป็นไปตามกิจวัตรไม่ได้มีรูปแบบหรือเอกสารคู่มือแต่อย่างใด ผู้ป่วยรายหนึ่งคือหญิงบอกว่า "หมอ พยาบาลใจดี แต่งานยุ่งมาก ไม่มีเวลาที่จะพูดคุย ซักถาม คิดว่าถ้าเรื่องไหนสำคัญหมอกงบอกเราเอง บางทีก็ไม่วู้จะถามอะไร" และผู้ป่วยที่จะต้องรอดูนัดยารักษาที่คลินิก มักจะได้รับใบสั่งยา ไปซื้อยามาแล้วรอแพทย์มานัดยาให้ในช่วงบ่าย หลังจากที่ตรวจผู้ป่วยอื่นๆหมดแล้ว ซึ่งกว่าจะเสร็จได้กลับบ้านก็เย็นแล้ว

ผู้ป่วยที่จะต้องเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาลเพื่อรับเคมีบำบัดจะต้องมาตรวจที่คลินิกโรคปอดก่อนทุกครั้ง หลังจากแพทย์ตรวจแล้วและพบว่าผู้ป่วยมีสถานะของร่างกายและภาวะเศรษฐกิจสังคมพร้อม พยาบาลก็จะเช็กเตียงให้ ผู้ป่วยจะต้องรอเตียงถ้ามีเตียงก็ได้เข้าพักรักษาตัวเลย แต่ถ้าไม่มีเตียงก็ต้องรอจนเย็น หรือไม่มีก็ต้องกลับไปรอเตียงที่บ้านและโทรศัพท์มาถามเตียงเป็นระยะๆ จนกว่าจะได้เข้าพักรับเคมีบำบัดในโรงพยาบาล ซึ่งผู้ป่วยบอกว่าการต้องรอเตียงทำให้มีความรู้สึกยุ่งยากมาก เพราะอยากได้รับการรักษาในเวลาที่เหมาะสม และผู้ป่วยบางรายยังกลัวว่าถ้าได้รับยาซ้ำ อาจทำให้โรคกลับมาได้

ในหอผู้ป่วยสามัญเมื่อผู้ป่วยมารับเคมีบำบัด จะมีเวลาที่ญาติเข้าเยี่ยมผู้ป่วยได้ 2 ช่วง คือ วันธรรมดาเวลา 11.00 น. - 12.00 น. และ 15.00 น. - 19.00 น. และวันหยุดเวลา 12.00 น. ถึง 19.00 น. โดยจะไม่อนุญาตให้ญาติเฝ้าตอนกลางคืน แต่จะมีการยืดหยุ่นเวลาเยี่ยมได้ตามความจำเป็น

หอผู้ป่วยมีบริเวณกว้างขวาง บรรยากาศเย็นสบาย แต่เสียงจะค่อนข้างดัง มีการจัดอาหารจากหน่วยโภชนาการใส่รถเข็นมาให้ผู้ป่วยถึงเตียงทุกราย ซึ่งจะมีกลิ่นอาหารรบกวนผู้ป่วยบ้างในช่วงเวลารับประทานอาหาร

แพทย์เจ้าของไข้มีเวลาที่ไม่แน่นอนในการมาเยี่ยมตรวจผู้ป่วย แต่ก็มีแพทย์เวร และแพทย์ประจำหน่วยมาเยี่ยมตรวจทุกเช้า รายละเอียด 3-5 นาที ซึ่งมักจะเป็นการซักถามอาการ ตรวจร่างกาย และปรึกษากันเองระหว่างแพทย์ โดยที่มีการสื่อสารกับผู้ป่วยค่อนข้างน้อย แพทย์มักบอกผู้ป่วยเพียงว่าหมอจะทำอะไรต่อไป ไม่ได้บอกว่าจะอย่างไร และผู้ป่วยต้องปฏิบัติตนอย่างไรบ้าง จากการสังเกตพบว่าผู้ป่วยมักจะรอแพทย์เจ้าของไข้เนื่องจากบอกว่าเป็นผู้ที่รู้เรื่องความเจ็บป่วยที่เป็นอยู่ดีที่สุด และตัดสินใจได้ดี เช่น ลุงอ้วนได้บอกว่า "หมองานยุ่งมาก ไม่ทันได้ถามไถ่ (อะไร) ก็ไปเสียแล้ว ก็เข้าใจว่าคนไข้มันมาก ค่อยหาจังหวะถามก็แล้วกัน"

พยาบาลจะให้การพยาบาลตามแผนการรักษา รวมทั้งให้คำแนะนำในเรื่องต่างๆ ได้แก่ การระวังไม่ให้ น้ำเกลือเลื่อนหลุดเพราะอาจจะไหลออกมาทำให้ผิวหนังไหม้ได้ ควรดื่มน้ำมากกว่า 2 ลิตรต่อวันเพื่อป้องกันพิษของยา ควรพักผ่อนให้เพียงพอเพราะอาจมีอาการอ่อนเพลียได้ และผู้ป่วยบางรายอาจมีอาการคลื่นไส้ อาเจียน ถ้ามีอาการก็ไม่ต้องกลัวหมอมียาช่วยอยู่แล้ว เป็นต้น คำแนะนำต่างๆ เหล่านี้เป็นของพยาบาลแต่ละท่านที่ดูแลผู้ป่วยในวันนั้นๆ ไม่ได้มีรูปแบบหรือวิธีการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยอย่างเป็นระบบแต่อย่างใด และในแต่ละวันหอผู้ป่วยก็มักจะรับผู้ป่วยหนักที่ใช้เครื่องช่วยหายใจไว้ดูแล 1-5 ราย ทำให้ในแต่ละเวรพยาบาลจะมีการะงานมาก การพยาบาลจึงมักเป็นไปตามแผนการรักษา ตามแนวทางของหน่วยงาน และเป็นไปตามสถานการณ์เป็นส่วนใหญ่

เครื่องมือในการวิจัย

ในการศึกษาครั้งนี้จะทำการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้วิธีการสัมภาษณ์เจาะลึกอย่างไม่เป็นทางการ การสังเกต และการจดบันทึกภาคสนาม พร้อมทั้งทำการบันทึกเทปขณะทำการสัมภาษณ์ด้วย ซึ่งจะต้องเตรียมเครื่องมือต่างๆ ให้พร้อมที่จะใช้งานตลอดเวลา ดังต่อไปนี้

1. แนวคำถามในการเก็บรวบรวมข้อมูล ซึ่งประกอบด้วย 3 ส่วน (ดังรายละเอียดในภาคผนวก ก หน้า 237) ได้แก่

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล

ส่วนที่ 2 แบบบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยและการรักษา

ส่วนที่ 3 แนวคำถามเกี่ยวกับการรับรู้และการเผชิญปัญหาต่อการได้รับเคมีบำบัด ซึ่งเป็นแนวคำถามที่ใช้ถามผู้ป่วยถึงความรู้สึกนึกคิดที่มีต่อเคมีบำบัด การรับรู้ปัญหาและผลกระทบในช่วงที่ได้รับเคมีบำบัด การเผชิญกับปัญหาที่เกิดขึ้น ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเผชิญปัญหา และความต้องการการดูแลช่วยเหลือของผู้ป่วย ที่ครอบคลุมทั้งในช่วงก่อน ระหว่าง และหลังได้รับเคมีบำบัดแต่ละครั้ง โดยที่จะสามารถขยายแนวคำถามในแต่ละข้อให้เป็นคำถามย่อยๆ เพื่อจะได้สัมภาษณ์ให้ได้ข้อมูลที่ครอบคลุมและลึกซึ้งต่อไป

2. เครื่องเทปที่มีความคุ้นเคยและสะดวกในการใช้งาน

3. อุปกรณ์การบันทึกเทป เช่น ม้วนเทปเปล่า แบตเตอรี่

4. สมุดบันทึกเล่มเล็กที่สะดวกในการพกพา เพื่อใช้ในการจดบันทึกภาคสนาม

5. กระดาษ ปากกา และแฟ้มเก็บเอกสาร เพื่อใช้ในการบันทึกรายวันถึงคำพูด สีหน้า ท่าทาง และพฤติกรรมของการเผชิญปัญหาของผู้ป่วยที่เก็บรวบรวมและสังเกตได้ โดยจัดข้อมูลต่างๆ เข้าในแฟ้มเพื่อแบ่งแยกข้อมูลเป็นประเด็นต่างๆตามวัตถุประสงค์ที่ศึกษา ได้แก่ การรับรู้ความเจ็บป่วย การรับรู้ผลกระทบจากโรคและความเจ็บป่วย การเผชิญปัญหาต่อโรคและการได้รับเคมีบำบัด ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง และความต้องการการดูแลช่วยเหลือในช่วงที่ได้รับเคมีบำบัด เพื่อให้เกิดความสะดวกในการนำข้อมูลสำคัญมาใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลในลำดับต่อไป

เนื่องจากนักวิจัยเป็นเครื่องมือที่สำคัญในการเก็บรวบรวมข้อมูล (Streubert & Carpenter, 1995 : 37) ดังนั้นผู้วิจัยจึงต้องเตรียมความพร้อมก่อนทำการเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้

1. เตรียมความรู้เกี่ยวกับการรับรู้และการเผชิญปัญหาของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด เพื่อเป็นแนวทางในการสร้างแนวคำถามให้ครอบคลุม

2. เตรียมความรู้ด้านระเบียบวิธีการวิจัยเชิงปรากฏการณ์วิทยา (phenomenology methodology) โดยทำการศึกษาปรัชญา เป้าหมาย จรรยาบรรณของนักวิจัย วิธีการรวบรวมข้อมูลและวิเคราะห์ข้อมูลต่างๆ เพื่อจะได้เข้าใจระเบียบวิธีการวิจัยอย่างลึกซึ้งมากขึ้น

3. เตรียมตัวด้านเทคนิคการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยศึกษากลยุทธ์จากตำราวารสารต่าง และปรึกษากับผู้มีประสบการณ์ รวมทั้งทำการศึกษานำร่องในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด โดยรวมทั้งผู้ป่วยมะเร็งระบบโลหิต ระบบน้ำเหลือง และมะเร็งปอด เพื่อฝึกการสัมภาษณ์แบบเจาะลึกอย่างไม่เป็นทางการ (semi-structure interviews) ร่วมกับการสังเกต (observations) และการจดบันทึกภาคสนาม (field notes) และฝึกการวิเคราะห์ข้อมูลโดยมีผู้มีประสบการณ์ และอาจารย์ที่ปรึกษาคอย ชี้แนะจนมีทักษะที่เหมาะสม ภายหลังจากการศึกษานำร่องทำให้ผู้วิจัยเกิดความเข้าใจ

กระบวนการเก็บรวบรวมข้อมูล รูปแบบการติดตามผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง และการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพมากขึ้น สามารถปรับปรุงแนวคำถามที่ใช้ในการสัมภาษณ์ผู้ป่วยได้เหมาะสมเข้าใจง่าย และที่สำคัญคือทำให้ผู้วิจัยมีความชัดเจนในการเลือกกลุ่มตัวอย่างมากขึ้น เนื่องจากได้เกิดความเข้าใจว่าผู้ป่วยแต่ละโรค และยาเคมีบำบัดแต่ละสูตรที่ผู้ป่วยได้รับทำให้เกิดปัญหาหรือผลกระทบแก่ผู้ป่วยแตกต่างกันไป ผู้วิจัยจึงตัดสินใจได้ว่าควรจะศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยเพียงกลุ่มเดียวคือกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งปอดที่นับวันจะยังมีจำนวนผู้ป่วยมากขึ้นเรื่อยๆ และผู้ป่วยเหล่านี้มักจะมาพบแพทย์เมื่อโรคลุกลามไม่สามารถผ่าตัดได้ ต้องได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดหรือรังสีรักษา โดยผู้วิจัยคาดหวังว่าจะทำให้เกิดความเข้าใจผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับเคมีบำบัดมากขึ้นและจะได้หาทางช่วยเหลือผู้ป่วยได้อย่างเฉพาะเจาะจงต่อไป

4. เข้าไปอยู่ในหอผู้ป่วยและคลินิกโรคปอดเพื่อศึกษาลักษณะของผู้ป่วยมะเร็งปอดที่มารับการรักษาด้วยเคมีบำบัด รูปแบบวิธีการดูแลรักษาผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับเคมีบำบัด พร้อมทั้งขอคำแนะนำจากทีมสุขภาพที่ดูแลรักษาผู้ป่วย เพื่อจะให้เกิดความเข้าใจปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยมากขึ้น และเป็นการสร้างสัมพันธ์ภาพกับทีมสุขภาพเพื่อความสะดวกในการเก็บข้อมูลต่อไป

5. ทำการสร้างคำถามหลักที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้และการเผชิญปัญหาต่อการได้รับเคมีบำบัดของผู้ป่วยมะเร็งปอดเพื่อเป็นแนวทางในการเก็บรวบรวมข้อมูลแล้วค่อยอาศัยความต่อเนื่องในการสนทนากับผู้ป่วย และสร้างคำถามย่อยการเจาะลึกข้อมูลที่ต้องการความกระจำเพื่อให้ได้ข้อมูลที่ครอบคลุมและอิ่มตัว (saturation) ต่อไป

จรรยาบรรณของนักวิจัย

ในการวิจัยเชิงคุณภาพนั้น ตัวผู้วิจัยเป็นเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลที่สำคัญ การที่ต้องเข้าไปคลุกคลีกับผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดตลอดกระบวนการวิจัย อาจทำให้เป็นการรบกวนความเป็นส่วนตัวของผู้ป่วยได้ ดังนั้นผู้วิจัยจึงต้องคำนึงถึงจรรยาบรรณของนักวิจัยอย่างเคร่งครัดในเรื่องการเคารพสิทธิมนุษยชน ความปลอดภัยของผู้รับบริการ การเป็นส่วนตัวและได้รับการรักษาความลับรวมทั้งการที่ผู้ป่วยจะมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเข้าร่วมหรือออกจากกรวิจัยโดยไม่เกิดผลกระทบต่อการรักษาพยาบาล (Burn & Grove, 1993 : 94-101 ; Munhall, 1993 : 395-408)

ผู้วิจัยจึงทำการพิทักษ์สิทธิของผู้ป่วยโดยการแนะนำตนเองและชี้แจงวัตถุประสงค์ของการศึกษา การขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล และให้ผู้เข้าร่วมวิจัยเซ็นใบยินยอม หรืออาจให้ผู้ป่วยยินยอมด้วยวาจา หรือให้ญาติช่วยเซ็นยินยอมได้ตามความเหมาะสม เปิดโอกาสให้ซักถามปัญหาหรือข้อสงสัยต่างๆ คำนึงถึงความพร้อมของผู้ป่วย ถามคำถามแบบเจาะลึกหลังจากที่มี

สัมพันธ์ภาพที่ดีกับผู้ป่วยแล้วและหลีกเลี่ยงการใช้คำถามที่เป็นการคุกคามต่อผู้ป่วย การรักษาความลับ และการให้สิทธิแก่ผู้ป่วยในการที่จะเข้าร่วมหรือถอนตัวจากการวิจัยในครั้งนี้ โดยการใช้ใบพิทักษ์สิทธิผู้ป่วยตามเอกสารที่เตรียมไว้ (ดูภาคผนวก จ หน้า 248) ซึ่งผู้ป่วยส่วนใหญ่มักตอบตกลงด้วยวาจา ในการเข้าไปสร้างสัมพันธ์ภาพกับผู้ป่วยครั้งแรกและดำเนินถึงจรรยาบรรณของนักวิจัยตลอดกระบวนการวิจัย

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้ศึกษาทำการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยใช้หลายวิธีร่วมกัน คือศึกษาข้อมูลผู้ป่วยจากแฟ้มประวัติและบันทึกต่างๆ ทำการสัมภาษณ์เจาะลึกอย่างไม่เป็นทางการและบันทึกเฉพาะสัมภาษณ์ สังเกตลักษณะสีหน้าท่าทาง วิธีการเผชิญปัญหา บุคคลและสิ่งแวดล้อมที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้และการเผชิญปัญหาของผู้ป่วย รวมทั้งบันทึกภาคสนามแบบย่อในข้อมูลและประเด็นสำคัญที่รวบรวมและสังเกตได้ และประเด็นที่ต้องดำเนินการต่อไป ในการเก็บรวบรวมข้อมูลมีขั้นตอนและรายละเอียดดังต่อไปนี้

1. ทำหนังสือแนะนำตัวจากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ถึงหัวหน้าหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อชี้แจงแนวทางการทำวิจัย และขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล
2. ผู้วิจัยแนะนำตัวกับฝ่ายการพยาบาล แพทย์เจ้าของไข้และบุคลากรที่เกี่ยวข้อง ณ หอผู้ป่วยอายุรกรรมและคลินิกโรคปอด
3. เลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ ซึ่งผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดส่วนใหญ่ เป็นผู้ป่วยที่แพทย์นัดมารับการตรวจรักษาที่คลินิกโรคปอดทุกวันพุธ ซึ่งจะมีทั้งผู้ที่ต้องเข้ารับยาในโรงพยาบาล และผู้ที่มาฉีดยาที่คลินิกแล้วกลับบ้าน และบางส่วนเป็นผู้ป่วยใหม่ที่ได้รับการรักษาอาการเจ็บป่วยต่างๆจนมีความพร้อมที่จะได้รับเคมีบำบัด

ใน 1-3 เดือนแรกของการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยจะทำการสำรวจรายชื่อผู้ป่วยมะเร็งปอดทุกรายที่มารับการรักษาที่คลินิกโรคปอดและในหอผู้ป่วย ศึกษาข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยของผู้ป่วยจากแฟ้มประวัติและบันทึกต่างๆ แล้วทำการคัดเลือกผู้ป่วยที่มารับการตรวจรักษาที่คลินิกโรคปอดตามเกณฑ์ที่กำหนดสัปดาห์ละประมาณ 1-3 ราย นอกจากนี้ยังพยายามคัดเลือกผู้ป่วยที่มีความหลากหลาย คือ ให้มีทั้งผู้ป่วยที่มารับเคมีบำบัดครั้งแรก มารับเคมีบำบัดครั้งที่ 2-3 และผู้ป่วยที่ใกล้จะสิ้นสุดการรับเคมีบำบัด ให้ครอบคลุมทั้งผู้ป่วยมะเร็งปอดชนิดเซลล์เล็กและชนิดไม่ใหญ่เซลล์เล็ก ให้มีทั้งผู้ป่วยเพศหญิงและเพศชาย นับถือศาสนาพุทธและอิสลาม รับเคมีบำบัดอย่างเดียวและใช้การรักษาแบบที่พื้นบ้านร่วมด้วย

ในช่วงของการเก็บข้อมูลผู้วิจัยจะเข้าไปเยี่ยมผู้ป่วยมะเร็งปอดรายใหม่ทุกราย รวมทั้งผู้ป่วยที่อยู่ในระหว่างรอผลการวินิจฉัยระยะของโรค ทั้งที่คลินิกโรคปอดและในหอผู้ป่วย เพื่อสร้างสัมพันธภาพ และรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยเบื้องต้น ในระยะเวลา 4-8 สัปดาห์แรกจึงได้กลุ่มตัวอย่างประมาณ 10-15 ราย

4. เตรียมการเก็บรวบรวมข้อมูล โดย

4.1 ศึกษาข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วย และข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยจากแฟ้มประวัติและบันทึกต่างๆของผู้ป่วย ก่อนที่จะเข้าไปสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยและญาติ

4.2 ทำการสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยและญาติจนมีบรรยากาศของความไว้วางใจ โดยการเข้าไปพูดคุยกับผู้ป่วยที่เข้ามารับการรักษาในหอผู้ป่วย หรือผู้ป่วยที่มารับการตรวจรักษาที่คลินิกโรคปอด เกี่ยวกับประวัติการเจ็บป่วยและการรักษา รวมทั้งปัญหาต่างๆที่เกิดขึ้น โดยรับฟังอย่างตั้งใจ และแสดงความสนใจที่จะรับรู้ปัญหาและความรู้สึกของผู้ป่วยอย่างจริงจัง และติดตามเยี่ยมชมตามเกี่ยวกับประสบการณ์ความเจ็บป่วยและการรักษาในประเด็นที่ผู้ป่วยให้ความสำคัญเพิ่มเติมจนเกิดความคุ้นเคย ซึ่งในการพูดคุยจะใช้ภาษาเดียวกันกับผู้ป่วยเพื่อทำให้เกิดความเป็นกันเองซึ่งพบว่าช่วยให้นำไปสู่การพูดคุยที่ลึกซึ้งได้ดีและง่ายมากขึ้น หลังจากที่มีบรรยากาศของความไว้วางใจแล้ว ผู้วิจัยทำการแนะนำตนเองตามข้อความในใบพิกัดสิทธิ์ เมื่อผู้ป่วยให้ความร่วมมือดีแล้วจึงเริ่มดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล

4.3 ชี้แจงให้ผู้ป่วยรับรู้ว่านักวิจัยไม่ใช้พยาบาลที่ปฏิบัติงานอยู่ในหน่วยงานหรือหอผู้ป่วยที่มารับการตรวจรักษา แต่เป็นนักศึกษาปริญญาโทที่กำลังศึกษาเพื่อค้นหาว่าผู้ป่วยโรคปอดที่อยู่ในช่วงที่มารับการรักษาโดยการฉายา (เคมีบำบัด) มีความรู้สึกนึกคิดต่อความเจ็บป่วยอย่างไร รู้สึกว่าเกิดปัญหาอะไรบ้างในช่วงที่มารับการรักษา และมีความรู้สึกต่อปัญหาต่างๆที่เกิดขึ้นอย่างไร เป็นต้น โดยผู้วิจัยจะไปเยี่ยมผู้ป่วยในหอผู้ป่วยทุกวันและที่คลินิกโรคปอดทุกวันพุธ และสอบถามถึงความรู้สึกนึกคิดต่างๆในแต่ละวัน เมื่อผู้ป่วยรับรู้ถึงปัญหาต่างๆก็จะถามต่อไปว่าผู้ป่วยมีการจัดการกับปัญหาเหล่านั้นอย่างไร ได้รับความช่วยเหลือจากใครแล้วบ้าง และคิดถึงความต้องการการช่วยเหลือในเรื่องอะไรอีกบ้าง อย่างไร เมื่อผู้วิจัยทราบข้อมูลที่สำคัญก็จะมึบทบาทเพิ่มเติมในการประสานงานให้พยาบาลรับทราบเพื่อจะได้ช่วยเหลือผู้ป่วยต่อไป

4.4 ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยหลังจากที่ผู้ป่วยและผู้วิจัยมีความคุ้นชินต่อกันแล้วผู้วิจัยก็ทำการสัมภาษณ์ผู้ป่วยแบบเจาะลึกอย่างไม่เป็นทางการ ร่วมกับการสังเกตสีหน้า การเผชิญปัญหาและปฏิกิริยาต่างๆของผู้ป่วย พร้อมทำการบันทึกเทปในช่วงที่ผู้ป่วยรอรับเคมีบำบัด หรือรอรับการตรวจรักษา และติดตามสัมภาษณ์อย่างต่อเนื่องทุกวันจนผู้ป่วยได้รับยาเสร็จและกลับบ้าน ซึ่งจะมีกลุ่มตัวอย่างให้ติดตามประมาณ 1-3 รายต่อสัปดาห์วนเวียนสลับกันไป มีการติดตาม

สัมภาษณ์ผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องทุกครั้งที่แพทย์นัดมารับการตรวจรักษาครั้งต่อไป ทั้งที่คลินิกโรคปอด และในหอผู้ป่วย โดยใช้คำถามย่อยๆเจาะลึกลงไปเรื่อยๆจนได้ความหมายของสิ่งที่ศึกษาชัดเจน ทั้งในเรื่องความรู้สึกนึกคิด วิธีการเผชิญปัญหา ปัจจัยส่งเสริมและอุปสรรคที่เกิดขึ้นในช่วงที่ได้รับเคมีบำบัดตามการรับรู้ของผู้ป่วย (emic view)

ในการสัมภาษณ์แต่ละครั้งจะสัมภาษณ์เมื่อผู้ป่วยมีความพร้อมในบรรยากาศเป็นส่วนตัว และใช้เวลาไม่เกิน 30-90 นาที เริ่มต้นด้วยการพูดคุยเรื่องทั่ว ๆ ไปก่อนจนกว่าบรรยากาศจะเริ่มเป็นธรรมชาติ คือผู้ป่วยไม่มีท่าที่อึดอัด ประมาณ 5-10 นาทีหรือเมื่อผู้ป่วยเล่าเรื่องต่างๆที่อยากจะเล่าหมดก็จะเริ่มสัมภาษณ์เจาะลึกในประเด็นที่ต้องการต่อไป ถ้ายังได้ข้อมูลไม่อิมตัวก็จะทำการติดตามผู้ป่วยเพื่อที่จะสัมภาษณ์เพิ่มเติมในช่วงที่ผู้ป่วยมารับการตรวจรักษาในครั้งต่อไป จนกว่าจะได้ข้อมูลที่ตอบคำถามการวิจัยได้ครบถ้วนและครอบคลุมวัตถุประสงค์ที่วางไว้

การบันทึกเทปในผู้ป่วยที่ศึกษาเป็นสิ่งที่ผู้วิจัยต้องรอจังหวะเวลาที่เหมาะสม โดยจะใช้เมื่อผู้ป่วยมีความเป็นกันเองกับผู้วิจัยแล้ว ซึ่งทราบได้จากการที่ครั้งที่ผ่านมาผู้ป่วยเริ่มเล่าข้อมูลที่ลึกซึ้งขึ้น ผู้ป่วยไม่มีท่าที่อึดอัด หรือบอกว่าจิตใจที่มาเยี่ยม ครั้งแรกที่ทำกรบันทึกเทปจะเป็นครั้งที่ 2 หรือ 3 ของการไปพบผู้ป่วย และการไปพบผู้ป่วยครั้งต่อๆมาผู้วิจัยก็ยังขออนุญาตผู้ป่วยก่อนทุกครั้ง

การบันทึกภาคสนาม (field notes) ก่อนที่จะไปพบกับผู้ป่วยผู้ศึกษาจะทำการบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยของผู้ป่วยที่ได้จากแฟ้มประวัติและบันทึกต่างๆ พร้อมทั้งสถานที่ วันที่ เวลาที่ทำการบันทึกไว้ด้วยทุกครั้ง ในช่วงที่ทำการสัมภาษณ์ผู้ป่วยจะไม่ทำการจดบันทึกเพราะจะเป็นการทำให้บรรยากาศในการพูดคุยไม่ราบรื่น แต่ทันทีที่ออกมาจากการเก็บรวบรวมข้อมูลจะทำการบันทึกสั้นๆในประเด็นสำคัญที่ค้นพบจากการพูดคุยกับผู้ป่วยรายนั้น และเพื่อป้องกันความสับสนของข้อมูลผู้ศึกษาต้องทำการบันทึกให้เสร็จก่อนที่จะไปเก็บรวบรวมข้อมูลผู้ป่วยรายอื่นๆต่อไป เพราะส่วนมากจะต้องไปพบกับผู้ป่วย 1-3 รายในแต่ละวัน

ประเด็นของการบันทึกมักจะเป็นตามลำดับว่าเกิดอะไรขึ้นกับใคร ที่ไหน เมื่อไร อย่างไร และคาดว่าทำไมถึงเป็นเช่นนั้น รวมทั้งบันทึกสีหน้า ท่าทาง ลักษณะคำพูด น้ำเสียง พฤติกรรมการเผชิญปัญหาต่างๆที่ผู้ป่วยแสดงตามความเป็นจริงโดยไม่มีเกรงกลัว ซึ่งจะช่วยให้ได้ข้อมูลเกี่ยวกับท่าทางและการสื่อสารที่ไม่ใช้คำพูดได้ครอบคลุมเพิ่มขึ้นจากการบันทึกเทป นอกจากนี้ยังบันทึกเกี่ยวกับความคิด ความรู้สึกหรือปัญหาที่เกิดขึ้นกับผู้วิจัยในขณะที่เก็บข้อมูล (personal notes)

ในช่วงของการเก็บรวบรวมข้อมูลพบว่าผู้ป่วย 3 รายไม่ได้มาตรวจรักษาในวันที่แพทย์นัดเนื่องจากไปรักษาที่แพทย์พื้นบ้าน เป็นไข้หวัดคิดว่ามาแล้วก็รับเคมีบำบัดไม่ได้ และฝนตกหนักเดินทางมาโรงพยาบาลไม่สะดวก ในกรณีนี้ผู้วิจัยจะประสานงานกับพยาบาลที่คลินิกโรคปอดเพื่อติดตามผู้ป่วย และจะรอดติดตามผู้ป่วยต่อไปจนกว่าผู้ป่วยมาตรวจรักษาอีกครั้งเพื่อให้ได้ข้อมูลที่ครบ

ถ้วนครอบคลุม รวมทั้งประเด็นที่เกี่ยวข้องกับปัญหาและอุปสรรคที่ทำให้ไม่สามารถมาตรวจตามนัด และประเด็นอื่นๆที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย โดยรวมแล้วในช่วงเวลา 8 เดือนของการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้ศึกษาได้ติดตามสัมภาษณ์ผู้ป่วยรายละเอียด 3-15 ครั้ง จึงพบว่าไม่ได้รับข้อมูลหรือประเด็นใหม่ๆเพิ่มเติม และในกรณีที่ผู้ป่วยบางรายเสียชีวิตไปแล้ว ผู้วิจัยก็จะนำประเด็นต่างๆที่ยังซักถามได้ไม่ลึกซึ้งไปหาข้อมูลให้ลึกซึ้งขึ้นในการเก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้ป่วยรายต่อไป จนได้ภาพรวมของข้อมูลทั้งหมดที่สามารถตอบคำถามการวิจัยได้อย่างครอบคลุม

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยทำการวิเคราะห์ข้อมูลทั้งในขณะที่เก็บรวบรวมข้อมูลซึ่งเป็นการวิเคราะห์ข้อมูลรายวัน และหลังจากเก็บรวบรวมข้อมูลได้ครบถ้วนแล้วซึ่งถือเป็นการวิเคราะห์ข้อมูลเมื่อสิ้นสุดการวิจัย โดยเลือกใช้วิธีการวิเคราะห์ข้อมูลของโคไลซซี่ (Colaizzi, 1978 cited in Bartjes, 1991 : 254-259 ; Beck, 1994 : 503 ; Streubert & Carpenter, 1995 : 39 ; Tuck, 1995 : 443) เนื่องจากมีขั้นตอนในการวิเคราะห์ที่ชัดเจนเข้าใจง่าย มีวิธีการที่ไม่ยุ่งยาก มีวิธีการตรวจสอบความตรงของข้อมูลโดยให้ผู้ป่วยยืนยันความถูกต้องของการให้ความหมายข้อมูลตามประสบการณ์จริงที่เกิดขึ้น และสามารถที่จะนำไปสู่การสร้างแนวคิดจากข้อมูลได้ตามวัตถุประสงค์ของการศึกษา ซึ่งวิธีการวิเคราะห์ข้อมูลมี 7 ขั้นตอน ดังต่อไปนี้

1. ทำการอ่านข้อมูลทั้งหมดที่ได้จากการบันทึกประจำวันหลายๆครั้ง เพื่อให้เกิดความเข้าใจในภาพรวมของปรากฏการณ์การได้รับเคมีบำบัดที่ศึกษา (read all the subjects descriptions) โดยภายหลังจากการเก็บรวบรวมข้อมูลในแต่ละวันผู้วิจัยก็นำข้อมูลทั้งหมดมาทำการประมวลผลข้อมูลโดยทำการถอดเทปอย่างตั้งใจ และบันทึกข้อความที่เกี่ยวข้องทั้งหมดโดยไม่ตีความลงในสมุดบันทึกประจำตัวของผู้ป่วยแต่ละราย หลังจากถอดเทปแล้วนำเอาข้อมูลที่ได้จากการถอดเทปและข้อมูลในสมุดบันทึกภาคสนามของผู้ป่วยรายนั้นๆมาอ่านทำความเข้าใจในภาพรวมของข้อมูลที่ได้

2. กลับมาอ่านข้อความอีกครั้ง แล้วทำการดึงข้อความหรือประโยคสำคัญที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้ การเผชิญปัญหา ปัจจัยส่งเสริมและอุปสรรคในการเผชิญปัญหา และความต้องการการดูแลช่วยเหลือของผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับเคมีบำบัด (extracting significant statements) โดยการขีดเส้นใต้ข้อความที่เกี่ยวข้องกับความรู้สึกรู้สึกนึกคิดของผู้ป่วยที่มีต่อความเจ็บป่วยและเคมีบำบัด วิธีการเผชิญปัญหา ผลของการเผชิญปัญหา ปัจจัยส่งเสริมและอุปสรรคในการเผชิญปัญหา รวมทั้งความต้องการการดูแลช่วยเหลือของผู้ป่วย

3. พยายามให้ความหมายในแต่ละข้อความที่ค้นพบ ภายใต้คำบอกเล่าที่แท้จริงของผู้ให้ข้อมูล (formulating meaning) ซึ่งในแต่ละประโยคอาจมีความหมายได้มากกว่า 1 ประเด็น เช่น การที่ผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับเคมีบำบัดบอกว่าได้ทำบุญตักบาตรทุกเช้า และฝากญาติซื้อผ้าอาบน้ำฝนไปถวายพระด้วย ผู้ป่วยให้ความหมายเป็น 2 ประเด็น คือ เพื่อความสบายใจ และเพื่อเป็นการทำบุญสะสมไว้ เป็นต้น หลังจากนั้นก็นำข้อความสำคัญเหล่านั้นไปแยกบันทึกไว้ในแฟ้มข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับประเด็นที่จัดไว้ คือ แฟ้มการรับรู้ แฟ้มการเผชิญปัญหาผลของการเผชิญปัญหาและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง และแฟ้มความต้องการการดูแลช่วยเหลือ

4. อ่านข้อความเดิมซ้ำ แล้วนำข้อมูลเกี่ยวกับการรับรู้และการเผชิญปัญหาต่อการได้รับเคมีบำบัด รวมทั้งปัจจัยที่เกี่ยวข้องและความต้องการของผู้ป่วยมะเร็งปอดที่แยกไว้แล้วมาจัดกลุ่มตามประเภทหรือลักษณะที่มีความหมายไปในทำนองเดียวกัน (clusters of themes) ซึ่งจะจัดได้ทั้งกลุ่มใหญ่ (themes) และกลุ่มย่อย (sub-themes) ที่อยู่ภายใต้ความหมายเดียวกันกับกลุ่มใหญ่นั้นๆ ทำให้ในแต่ละวันผู้วิจัยจะทราบว่าข้อมูลใดที่ได้มาแล้ว ข้อมูลใดที่ยังขาด ไม่ชัดเจนหรือยังไม่ครบถ้วน ก็จะทำการวางแผนและกำหนดประเด็นของผู้ป่วยแต่ละรายที่ต้องค้นหาเพิ่มเติมไว้ เพื่อที่จะกลับไปเก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้ป่วยรายนั้นๆ ในครั้งต่อไป

ซึ่งการไปพบผู้ป่วยครั้งต่อไปนั้นจะมุ่งเน้นในการค้นหาข้อมูลที่ยังไม่ลึกซึ่งครอบคลุมการรับรู้หรือความรู้สึกนึกคิดต่างๆของผู้ป่วย และค้นหาว่าผู้ป่วยมีวิธีการจัดการกับปัญหาต่างๆตามความรู้ความเข้าใจหรือประสบการณ์ที่ผ่านมา รวมทั้งประเด็นของปัจจัยส่งเสริมและอุปสรรคในการเผชิญปัญหา และความต้องการการดูแลช่วยเหลือของผู้ป่วย เมื่อผู้ศึกษาคิดว่าได้ข้อมูลในประเด็นที่ต้องการชัดเจนแล้ว โดยประเมินจากการที่ข้อมูลในประเด็นที่ศึกษามีความซ้ำซ้อนกับข้อมูลเดิม และไม่ได้รับข้อมูลใหม่เพิ่มเติมในประเด็นเหล่านั้น ถือเป็นการสิ้นสุดการเก็บรวบรวมข้อมูล แต่ในระยะนี้ผู้วิจัยก็ยังลงไปเยี่ยมผู้ป่วยที่มาทำการตรวจรักษาที่คลินิก โรคปอดทุก ๆ วันพุธอยู่เสมอ ความต่อเนื่องดังกล่าวช่วยให้ผู้วิจัยสามารถกลับไปตรวจสอบความหมายของข้อมูลที่ผู้วิจัยวิเคราะห์ได้ว่า เป็นไปตามประสบการณ์จริงของผู้ป่วยหรือไม่ รวมทั้งช่วยให้ผู้วิจัยสามารถสอบถามประเด็นต่างๆเพิ่มเติมได้โดยสะดวก

5. เขียนคำอธิบายความหมายของปรากฏการณ์การรับรู้และการเผชิญปัญหาต่อการได้รับเคมีบำบัด รวมทั้งปัจจัยที่เกี่ยวข้องและความต้องการของผู้ป่วยมะเร็งปอด ที่ค้นพบบนพื้นฐานของข้อมูลจากประสบการณ์จริงของผู้ป่วย (exhaustive description) หลังจากที่ได้รับข้อมูลในแต่ละประเด็นมากเพียงพอแล้ว

6. อธิบายโครงสร้างสำคัญทั้งหมดของปรากฏการณ์การรับรู้และการเผชิญปัญหาต่อการได้ รับเคมีบำบัดของผู้ป่วยมะเร็งปอด (essential structure) ซึ่งจะกระทำในช่วงของการวิเคราะห์ข้อมูล เมื่อใกล้สิ้นสุดการวิจัย

7. ทำการพิสูจน์ว่าข้อมูลที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นมาจากคำอธิบายของผู้ให้ข้อมูลนั้นเป็นข้อมูลที่ ตรงกับข้อมูลที่เป็นจริง (validating data) โดยนำข้อมูลที่ได้ไปให้ผู้ให้ข้อมูลทำการตรวจสอบว่ามี ความหมายตรงกับที่บอกเล่ามาหรือไม่ ถ้ายังมีประเด็นใดเพิ่มเติมก็นำข้อมูลใหม่ที่ได้อมาวิเคราะห์เพิ่ม เติมให้ได้ข้อมูลสุดท้ายที่สมบูรณ์และเป็นข้อค้นพบที่ได้จากประสบการณ์ของผู้ให้ข้อมูลอย่างแท้ จริง ดังตัวอย่างการวิเคราะห์ข้อมูลในภาคผนวก ข หน้า 251

วิธีการศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยาที่ผู้วิจัยนำมาใช้ในการศึกษาปรากฏการณ์การรับรู้และ การเผชิญปัญหาต่อการได้รับเคมีบำบัดของผู้ป่วยมะเร็งปอดในครั้งนี้ มีจุดเน้นที่การค้นหาความรู้สึก นึกคิดต่อความเจ็บป่วยและเคมีบำบัดรวมทั้งการเผชิญปัญหาของผู้ป่วยมะเร็งปอดในช่วงที่ได้รับเคมี บำบัด การเลือกกลุ่มตัวอย่างเน้นให้มีความหลากหลายครอบคลุมกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งปอดที่มารับการ รักษาในบริบทแห่งนี้ คือเป็นผู้ป่วยทั้งชนิดเซลล์เล็กและไม่ใช่เซลล์เล็ก ทั้งเพศหญิงและเพศชาย ทั้งพุทธและอิสลาม ทั้งที่มารับเคมีบำบัดครั้งแรกและกำลังอยู่ในช่วงของการรักษาด้วยเคมีบำบัด เริ่ม ดำเนินการวิจัยโดยการเตรียมตัวนักวิจัยเองให้พร้อม มีการสร้างสัมพันธภาพอย่างเหมาะสม พิทักษ์สิทธิของผู้ป่วย คำนึงถึงจรรยาบรรณของนักวิจัยตลอดกระบวนการวิจัย คำนึงถึงความหลากหลาย ความครอบคลุม ความลึกซึ้งและความอึดตัวของข้อมูล ดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลทั้งใน ระหว่างเก็บ รวบรวมข้อมูลและเมื่อสิ้นสุดการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้วิธีการ 7 ขั้นตอนของ โคไลซ์ซี่ ซึ่งนับเป็นวิธีการหนึ่งที่จะช่วยนำไปสู่การศึกษาให้บรรลุวัตถุประสงค์ของการวิจัยในครั้งนี้

บทที่ 4

ผลการวิจัยและการอภิปรายผล

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงคุณภาพแบบปรากฏการณ์วิทยา มีวัตถุประสงค์เพื่ออธิบายการรับรู้และการเผชิญปัญหาต่อการได้รับเคมีบำบัดของผู้ป่วยมะเร็งปอด ผู้ให้ข้อมูลเป็นผู้ป่วยมะเร็งปอดที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลแห่งหนึ่ง จำนวน 10 ราย ทำการติดตามสัมภาษณ์ผู้ป่วยในช่วงที่มารับเคมีบำบัดรายละ 3-15 ครั้งในระยะเวลา 2-5 เดือน ตั้งแต่เดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2539 ถึง เดือนมกราคม พ.ศ. 2540 ทำการเสนอผลการวิจัยตามลำดับ คือ ลักษณะของผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับเคมีบำบัด การรับรู้และการเผชิญปัญหาต่อการได้รับเคมีบำบัดของผู้ป่วยมะเร็งปอด พร้อมทั้งปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเผชิญปัญหา และความต้องการการดูแลช่วยเหลือในช่วงที่ผู้ป่วยมะเร็งปอดได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัด ตามความคิดเห็นในมุมมองของผู้ป่วย (emic view) ดังรายละเอียดต่อไปนี้

ลักษณะของผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับเคมีบำบัด

ผู้ป่วยมะเร็งปอดทั้งหมดที่เริ่มต้นศึกษามีจำนวน 15 ราย แต่ผู้ป่วยจำนวน 5 รายได้ขาดหายไปจากการศึกษา เนื่องจากผู้ป่วย 2 รายเป็นผู้ป่วยที่ผู้วิจัยได้ทำการสร้างสัมพันธภาพไว้ตั้งแต่ครั้งแรกที่มารับการตรวจวินิจฉัย และแพทย์ได้วางแผนการรักษาด้วยเคมีบำบัดหรือการฉายแสง แต่ผู้ป่วยมีปัญหาด้านเศรษฐกิจแพทย์จึงได้เปลี่ยนไปใช้รังสีรักษาแทน ผู้ป่วย 2 ราย ญาติได้จัดการให้ไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลอื่นเพื่อจะได้อยู่กับญาติที่นี้เองและญาติสามารถเฝ้าดูแลได้อย่างใกล้ชิดหรือโรงพยาบาลที่ญาติรู้จักกับแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ และผู้ป่วยอีก 1 รายอยู่ในช่วงที่ได้รับเคมีบำบัดครั้งสุดท้ายแล้วปฏิเสธการฉายแสงด้วยความเชื่อที่ว่าช่วยไม่ได้และเคยเห็นเพื่อนบ้านเสียชีวิตจากการฉายแสงจึงขาดหายไปจากการรักษาที่โรงพยาบาล ผู้ป่วยอยู่ไกลและผู้วิจัยไม่ได้วางแผนที่จะติดตามเยี่ยมผู้ป่วยถึงที่บ้าน เมื่อผู้ป่วยกลับมาอีกครั้งใน 3 เดือนต่อมาก็มีอาการของโรคมะเร็งลุกลามไปที่สมองไม่สามารถให้ข้อมูลได้

ผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับเคมีบำบัดที่ศึกษาจำนวน 10 รายส่วนใหญ่เป็นเพศชาย มีอายุ 50 ปีขึ้นไป สถานภาพสมรสคู่ นับถือศาสนาพุทธ จบการศึกษาระดับประถมศึกษา มีอาชีพเกษตรกรกรรมรายได้เฉลี่ยต่อเดือน 5,000-10,000 บาท เบิกค่ารักษาพยาบาลได้ มีความเพียงพอของรายจ่ายในบ้าน และมีเงินเหลือเก็บบางส่วน ดังรายละเอียดในภาคผนวก จ หน้า 249 และดังข้อสรุปในตาราง 2

ตาราง 2 สรุปข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัด

ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย มะเร็งปอดที่ได้รับการรักษา ด้วยเคมีบำบัด	จำนวน (คน)	ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย มะเร็งปอดที่ได้รับการรักษา ด้วยเคมีบำบัด	จำนวน (คน)
1. เพศ		6. อาชีพ	
ชาย	7*	รับจ้าง	1
หญิง	3	ค้าขาย	2
2. อายุ		เกษตรกรรม	5*
30-39 ปี	1	ถูกจ้างรัฐ	1
40-49 ปี	1	ข้าราชการ	1
50-59 ปี	4*	7. รายได้เฉลี่ยต่อเดือน	
60-69 ปี	4*	ไม่มีรายได้	2
3. สถานภาพสมรส		5,000 - 10,000 บาท	5*
โสด	1	10,001 - 20,000 บาท	3
คู่	9*	8. ความเพียงพอของรายได้	
4. ศาสนา		เพียงพอและเหลือเก็บ	5*
พุทธ	8*	เพียงพอ	3
อิสลาม	2	ไม่พอใช้	2
5. ระดับการศึกษา		9. วิธีจ่ายค่ารักษาพยาบาล	
ประถมศึกษา	5*	เบิกค่ารักษาได้	7*
มัธยมศึกษา	1	จ่ายค่ารักษาพยาบาล	3
ประกาศนียบัตร	3	เองทั้งหมด	
ปริญญาตรี	1		

* หมายถึงข้อมูลส่วนใหญ่

ผู้ป่วยเป็นโรคมะเร็งปอดกลุ่มไม่ใช้เซลล์เล็ก (non small cell carcinoma) 7 ราย ชนิดที่พบบ่อย ได้แก่ adenocarcinoma รองลงมา คือ squamous cell carcinoma และพบน้อยที่สุดคือ large cell carcinoma ส่วนผู้ป่วยอีก 3 รายเป็นกลุ่มมะเร็งปอดเซลล์เล็ก (small cell carcinoma) ผู้ป่วยส่วนใหญ่มารับการรักษาในช่วงที่มีการลุกลามของโรคแล้ว ซึ่งผู้ป่วย 9 รายที่อยู่ในระยะลุกลามของโรคเป็นผู้ป่วยระยะ 2a ที่มะเร็งลุกลามไปยังต่อมน้ำเหลือง 1 ราย ระยะ 3b ที่มะเร็งลุกลามไปในทรวงอก 5 ราย และระยะ 4 ที่มะเร็งกระจายไปยังอวัยวะอื่นๆ เช่น ตับ สมอง หรือกระดูกถึง 3 ราย มีผู้ป่วยเพียง 1 รายที่ลูกพามารับการตรวจรักษาเนื่องจากมีไข้ต่ำๆ ร่วมกับน้ำหนักลด ซึ่งทำให้พบโรครในระยะเริ่มแรก ซึ่งลูกของผู้ป่วยรายนี้เป็นผู้ที่มีการศึกษาและทำงานที่เกี่ยวข้องกับภาวะสุขภาพจึงทำให้ค้นพบโรคได้เร็วกว่าผู้ป่วยรายอื่นๆที่ไม่เคยคาดคิดว่าตนเองจะป่วยเป็นโรคนี

ระยะเวลาตั้งแต่เริ่มป่วยจนได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดของผู้ป่วยอยู่ในช่วง 3 เดือนถึง 1 ปี และก่อนรับยาผู้ป่วยส่วนใหญ่มีระดับสมรรถภาพของร่างกายระดับ 1-2 โดยมีข้อจำกัดในการทำกิจกรรมที่ต้องออกแรงมาก ไม่สามารถประกอบอาชีพได้ตามปกติ แต่ก็ยังสามารถช่วยเหลือตัวเองได้ และภายหลังรับยา 1-2 สัปดาห์แรกความแข็งแรงของผู้ป่วยลดลงไปจากอาการข้างเคียงของยาที่ทำให้เหม็นเบื่ออาหารและกินได้น้อย หลังจากนั้นร่างกายก็แข็งแรงขึ้นแล้วทรุดโทรมลงอีกเมื่อได้รับยารักษาเวียนสลับกันไป และจะมีอาการดีขึ้นเมื่อดูแลตนเองได้ดีและโรคตอบสนองต่อยาหรืออาจแย่ลงจากการที่มะเร็งลุกลาม

ผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ศึกษาครั้งนี้ 3 รายเป็นผู้ป่วยที่อยู่ในระยะเริ่มแรกของการได้รับเคมีบำบัด 7 ราย เป็นผู้ป่วยที่ได้เผชิญกับความทุกข์ทรมานจากอาการข้างเคียงของเคมีบำบัดระยะหนึ่งแล้ว และในช่วงของการศึกษาพบว่าผู้ป่วย 3 รายได้เสียชีวิตลงหลังจากได้รับเคมีบำบัด 1-3 เดือนเนื่องจากโรคไม่ตอบสนองต่อยา ผู้ป่วย 5 รายต้องเผชิญปัญหาจากการลุกลามของโรคในช่วงที่ได้รับเคมีบำบัด มีผู้ป่วยเพียง 2 รายที่มีอาการดีขึ้น ได้รับยาครบตามแผนการรักษาและได้รับการรักษาต่อเนื่องด้วยการฉายแสงและยังคงสามารถควบคุมโรคไว้ได้ ดังรายละเอียดในภาคผนวก ข หน้า 250

จะเห็นได้ว่าลักษณะของผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับเคมีบำบัดดังกล่าวสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านๆมาที่พบว่ามะเร็งปอดส่วนใหญ่พบในเพศชายมากกว่าเพศหญิง มักจะมีอายุมากกว่า 35 ปีขึ้นไป เป็นมะเร็งชนิดไม่ใช้เซลล์เล็กมากกว่าชนิดเซลล์เล็ก และชนิดที่พบบ่อยที่สุดคือ adenocarcinoma (Schmidt & Shell, 1994 : 306) มากกว่าร้อยละ 40 อยู่ในระยะลุกลามของโรค (Sarna & Bracht, 1997 : 23) ร้อยละ 90.6 ของผู้ป่วยมะเร็งปอดจะมารับการรักษาในระยะที่มีการแพร่กระจายของโรคไปยังกระดูก และสมองตั้งแต่ 6 เดือนแรกของการวินิจฉัย ในจำนวนผู้ป่วย 121 รายมีเพียง 5 รายที่สามารถมีชีวิตอยู่ได้นานกว่า 2-3 ปี (หวงทองและคณะ, 2531 : 106) ผู้ป่วยเหล่านี้ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้โดยการผ่าตัด หรือฉายรังสี เคมีบำบัดจึงมีบทบาทมากขึ้นในการรักษาแบบประคับประคองแก่กลุ่มผู้ป่วยมะเร็งปอดที่โรครำงถึงลุกลาม ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตดีขึ้น ช่วยยืดอายุของผู้ป่วยไปได้ประมาณ 1 ปี (สุรชาติ, 2537 : 819-820)

การรับรู้ความหมายของความเจ็บป่วย

จากสถานการณ์ที่ศึกษาพบว่าผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดไม่ได้ทราบการวินิจฉัยโรคที่แท้จริงทั้งหมด โดยพบว่าผู้ป่วยมี 2 กลุ่มใหญ่ๆ คือ 1) ผู้ป่วยที่ไม่รู้ว่าตนเองเป็นมะเร็ง และ 2) ผู้ป่วยที่รู้ว่าตนเองเป็นมะเร็ง โดยที่ผู้ป่วย 1 รายรับรู้จากลูกว่าป่วยเป็นโรคปอดอักเสบ ผู้ป่วยอีก 6 รายบอกว่าเป็นเนื้องอกในปอด และมีผู้ป่วยเพียง 3 รายที่รู้ว่าตนเองป่วยเป็นมะเร็งปอด

โดยที่ผู้ป่วย 2 รายทราบจากแพทย์ และอีก 1 รายทราบโดยตัวเองว่าเป็นเนื้อร้ายเพราะคิดว่าถ้าเป็นเนื้องอกต้องรักษาได้ด้วยเคมีบำบัด การรับรู้เกี่ยวกับโรคของผู้ป่วยดังกล่าวเกิดจากการรับรู้ด้วยตนเองจากอาการที่เป็นอยู่จากการเปรียบเทียบกับอาการของบุคคลรอบข้างที่เคยพบเห็นมา หรือรับรู้จากผู้อื่น เช่น จากแพทย์ พยาบาล หรือญาติ ซึ่งการบอกข้อมูลส่วนใหญ่จะเป็นไปตามความต้องการของญาติ และยังไม่เห็นแนวทางการบอกข้อวินิจฉัยที่แท้จริงกับผู้ป่วยทุกราย

1. ผู้ป่วยที่ไม่รู้ว่าตัวเองป่วยเป็นมะเร็ง

ผู้ป่วยที่ไม่รู้ว่าตัวเองป่วยเป็นมะเร็ง เป็นผู้ป่วยที่รับรู้ว่าคุณเองป่วยเป็นปอดช้า หรือเป็นเนื้องอกในปอด ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1.1 เป็นปอดช้า ผู้ป่วย 1 รายรับรู้จากลูกว่ามีแผลในปอดจากการที่สูบบุหรี่มานาน และป่วยเป็นปอดช้า ซึ่งลูกๆของผู้ป่วยได้ปรึกษากับแพทย์ไม่ให้บอกข้อวินิจฉัยที่แท้จริง และจะคอยบอกพยาบาลทุกครั้งที่คุณมาตรวจรักษา เพราะไม่อยากให้คุณวิตกกังวล ซึ่งญาติบอกว่า "กลัวพ่อจะรับไม่ได้" ตอนนี้ก็ดีขึ้นมาก ตั้งหน้าตั้งตาทำงานไปจะได้อะไรไม่มาแม้กังวลกับโรคอยู่" ดังที่ผู้ป่วยเล่าว่า

"ลูกบอกว่ามีแผลในปอด เป็นปอดช้า เพราะสูบบุหรี่...ผ่าตัดก็ได้ รักษาด้วยยาก็ได้..."

(แป๊ะ small call CA limited stage อายุ 62 ปี หลังรับยาสูตร CE ครั้งที่ 3 11 ก.ค. 2439)

พบว่าผู้ป่วยรายนี้มีความรู้สึกว่าอายุมากแล้วก็ต้องป่วยกันบ้าง บอกว่าไม่ได้กังวลอะไร เพียงแต่เมื่อการมาโรงพยาบาล และรู้สึกไม่สบายตัวประมาณ 1 สัปดาห์ในช่วงที่แพ้ยา ตลอดช่วงของการรับยาพบว่าผู้ป่วยมีอาการข้างเคียงของเคมีบำบัดน้อยกว่าผู้ป่วยรายอื่น มีเฉพาะอาการคลื่นไส้อาเจียนเล็กน้อย เบื่ออาหาร อ่อนเพลีย และผอมลง ซึ่งเกิดจากอาการข้างเคียงของเคมีบำบัด ผู้ศึกษามีความเห็นว่าการที่ผู้ป่วยรายนี้ไม่ได้มีความรู้สึกว่าตนเองเจ็บป่วยร้ายแรง ร่วมกับการที่โรคของผู้ป่วยอยู่ในระยะจำกัด ทำให้ผู้ป่วยมีความเบี่ยงเบนทางด้านอารมณ์น้อยกว่า ผู้ป่วยที่มีอาการป่วยรุนแรงหรือผู้ป่วยที่ทราบว่าป่วยเป็นมะเร็ง

1.2 เป็นเนื้องอกในปอด ผู้ป่วย 6 รายเคยไปรับการตรวจรักษามาหลายๆที่ บางรายเคยได้รับข้อมูลว่าเป็นน้ำท่วมปอดหรือหลอดลมอักเสบ มาที่นี้ถึงได้ทราบจากแพทย์ว่ามีก้อนในปอดหรือเป็นเนื้องอก ผู้ป่วยเชื่อว่าเป็นเนื้องอกเพราะภายหลังรักษาแล้วมีอาการดีขึ้น อาการไอเป็นเลือดหรือเสียน้ำหนักที่เคยเป็นอยู่หายไป และร่างกายแข็งแรงขึ้น ดังที่ผู้ป่วยเล่าว่า

"แรกเคี้ยว หมอบอกว่ามันเป็นเนื้องอกกัน เนื้องอกในปอด ในเชื้อหุ้มปอด... ป้าบอกว่าป้ารู้แล้วแต่ว่ารู้หืด ๆ ที่แรกที่เขามอบอกว่าเป็นน้ำท่วมปอด... ตอนนั้นก็คั่นพบแล้ว..."

(ป้าหนู adenocarcinoma stage 3b อายุ 54 ปี หลังรับยา MVP ครั้งที่ 2 16 ส.ค. 2539)

“ไปตรวจมาหลายแห่งที่อื่นเขาบอกว่าป็นหลอดลมอักเสบ เติ้งมารู้ที่นี้ว่าเป็นเนื้องอกในปอด..ตอนที่ผ่าตัดไม่ได้ ต้องรักษาด้วยยา...”

(ลุงอ้วน adenocarcinoma stage 4 อายุ 67 ปี หลังรับ MVP ครั้งแรก 29 ก.ค. 2539)

ผลการศึกษาดังกล่าวสอดคล้องกับการศึกษานุ่มมองของผู้ป่วยไทยในการแจ้งข้อมูลเกี่ยวกับโรคที่ป่วยตามความเป็นจริงของอนันต์และธนา (2540 : 219) ที่พบว่าร้อยละ 71.1 ของผู้ป่วยมะเร็งทราบว่าตนเองป่วยเป็นมะเร็ง ผู้ป่วยส่วนใหญ่ยังไม่ทราบข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยของตนเองเพียงพอ โดยรู้สึกว่าคุณแพทย์ยังให้ข้อมูลไม่เพียงพอ ซึ่งมูด (Mood, 1991 : 225) กล่าวว่าในสถานการณ์จริงมักพบเสมอว่าแพทย์ พยายามต้องต่อสู้กับความรู้สึกของตัวเองที่มักจะมีความกลัว กังวล ไม่อยากทำร้ายความรู้สึกของผู้ป่วยเมื่อต้องบอกว่าเป็นมะเร็ง หรือบางเหตุการณ์แพทย์บอกว่าคุณป่วยไม่ได้อยากจะทราบถึงเลวร้ายเหล่านี้ ยังไม่มีนโยบายชัดเจนว่าจะต้องบอกผู้ป่วย และสุภาณี (2536 : 13-14) ยังกล่าวไว้อีกว่าการที่แพทย์พยายามกังวลกับปฏิกิริยาของผู้ป่วยเมื่อรับรู้ว่าเป็นมะเร็งจึงหลีกเลี่ยงเป็นให้ข้อมูลในลักษณะของผลกระทบจากโรคแทน

2. ผู้ป่วยที่รู้ว่าตนเองเป็นมะเร็ง

ผู้ป่วย 3 รายบอกว่าตนเองเป็นมะเร็งปอด โดยมีทั้งผู้ป่วยที่รู้สึกตกใจ คิดว่ารักษาไม่หาย คิดถึงความตาย และผู้ป่วยที่ไม่ได้กังวลมาก คิดว่ารักษาได้เพราะมีอาการดีขึ้นภายหลังรักษา ผู้ป่วย 2 รายรับทราบจากแพทย์ที่ทำการรักษา แต่ไม่ได้รู้สึกกังวลมากเพราะมีเพียงอาการไอเป็นเลือดและคิดว่าคงจะหายได้ และมีอาการดีขึ้นภายหลังรักษาจึงไม่ได้คิดว่าตนเองป่วยเป็นโรคร้ายแรงแต่อย่างใด ผู้ป่วยกลุ่มนี้ส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาค่อนข้างน้อย และมีอายุมากแล้ว ดังที่ผู้ป่วยเล่าว่า

“หมอบอกว่าเป็นมะเร็ง โรคนี้เขาเป็นกันมาก บางคนเห็นอาการหนัก ของผมเท่าแต่ไอเป็นเลือด นำอียาได้..ไม่น่าอียาเป็นไรมาก นี้กะดีขึ้นแล้ว หยุดไอแล้ว...”

(ลุงปลื้ม อายุ 61 ปี squamous cell CA. Stage 2a หลังรับ MVP ครั้งที่ 2 16 พ.ค. 2539)

และผู้ป่วย 1 ราย คือ ทลี ทำงานเป็นพนักงานขับรถที่สำนักงานสาธารณสุขแห่งหนึ่ง รับรู้ด้วยตนเองว่าเป็นมะเร็งจากการประเมินความเจ็บป่วยของตนเองได้จากการที่ผ่าตัดไม่ได้และจากอาการที่เป็นอยู่ ซึ่งเป็นอาการที่ไม่ได้หายไปแม้ว่าจะได้รับการรักษามาช่วงเวลาหนึ่ง ทำให้เกิดความไม่แน่นอนในชีวิต ดังที่ทลีเล่าว่า

"พอหมอบอกว่าเป็นเนื้องอกที่ปอดนี่นะ เราก็แปลออกแล้วว่าเป็นเนื้อร้าย เราแปลออกแล้ว คือ ผ่าตัดไม่ได้ นอกจากรักษาด้วยยาเคมีเท่านั้น...พอหมอบอกว่าผ่าตัดไม่ได้นี่ผมก็รู้ไปอีกชั้นนึงหล่าวว่าอยู่ในระดับไหนแล้วผมก็ทำใจไว้แล้ว นี่ขอภาวนาอยู่ตลอดว่ามันเป็นพันหรือ (อย่างไร) ก็แล้วแต่ขออย่าให้ทรมาณก็แล้วกัน คือมันจะไปทางใดทางหนึ่งก็ให้ไปเสียเลย แต่อย่าทรมาณ...."

(หีสึ adenocarcinoma stage 3b อายุ 39 ปี รอรับ MVP ครั้งที่ 5 10 ส.ค. 3539)

จะเห็นได้ว่าผู้ป่วยบางราย เช่น ผู้ป่วยที่มีการศึกษา อยู่ในวัยผู้ใหญ่ มีความรู้หรือทำงานอยู่ในหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการรักษาพยาบาล มีความสามารถในการประเมินความเจ็บป่วยที่เป็นอยู่ได้ แม้ว่าบุคลากรหรือญาติได้ปิดบังข้อวินิจฉัยที่แท้จริงของผู้ป่วยด้วยเหตุผลใดๆ ก็ตาม

ผู้ป่วยอีก 1 ราย คือ สามีอาชีพเป็นพนักงานบัญชี และมีความต้องการข้อมูลต่างๆ ให้มากที่สุดเพื่อประกอบในการตัดสินใจรักษา ได้พยายามคะยั้นคะยอให้แพทย์บอกตรงๆว่าตนเองป่วยเป็นอะไร โดยให้เหตุผลว่าจะช่วยให้ตัดสินใจว่าจะรักษาแบบไหน ผู้ป่วยรายนี้เป็นผู้ที่ต้องการทราบทุกครั้งว่ากิจกรรมการรักษาแต่ละอย่างทำไปเพื่ออะไร และมักจะถามทุกครั้งว่าทำอะไร อย่างไร ทำไม ทำแล้วเกิดผลดีหรือผลเสียอะไรบ้าง ในช่วงแรกๆแพทย์บางรายได้หลีกเลี่ยงโดยบอกผู้ป่วยว่าเป็นโรคปอด มีเนื้องอกในปอด แต่ผู้ป่วยก็ไม่ยอมตัดสินใจรับการรักษาจนกว่าจะได้รับทราบเหตุผล ข้อดีข้อเสียของการรักษาแต่ละวิธีรวมทั้งโอกาสในการหายจากโรค แพทย์จึงบอกไปตรงๆเพื่อผู้ป่วยจะได้เลือกวิธีการรักษาที่เหมาะสมด้วยตนเอง ซึ่งอาจเป็นการผ่าตัด เคมีบำบัด และฉายแสง หลังจากที่ได้รับทราบว่าเป็นมะเร็ง ผู้ป่วยมีปฏิกิริยาต่างๆมากมาย รู้สึกตกใจ ร้องไห้ ทำลายข้าวของ แล้วยกแก้ว หลังจากเริ่มรักษาแล้วอาการไม่ดีขึ้นก็มีอาการซึมเศร้า ท้อแท้ หมดหวัง จนกระทั่งเสียชีวิตใน เดือนที่ 4 ของการรักษา ดังข้อมูลจากการบอกเล่าของพี่สาวผู้ป่วยว่า

"พอตีตอนแรกหมอบอกว่าต้องผ่าตัดใหญ่ เลยกลายเป็นเรื่องใหญ่ไป... แกขอให้หมอบอกมาเลยว่า จะหายหรือไม่หาย... หมอก็บอกไม่ได้ แต่บอกว่าคงจะไม่หาย แต่ว่ารักษาได้... ตอนแรกหมอบอกก็ไม่ยอมบอก อ้า ๆ อึ้ง ๆ... ถึงคนไข้เวลาหมอบอกให้ผ่าตัด ให้เจาะนี้ไม่กล้าตัดสินใจ จะทำหรือไม่บอกไม่ถูก เขาเลยบอกคุณหมอว่า ไหน ๆ ก็จะรักษาแล้วบอกมาตรง ๆ เลยดีกว่า ว่าจะยังงั้น จะหายมัย ถ้าไม่ไหว รับไม่ไหว ก็บอกมาตรง ๆ ถ้าบอกว่ารับไหวก็ต้องการรู้... คือถ้าหมอบอกว่าให้ทำอะไรก็จะได้ตัดสินใจได้ว่าจะทำหรือไม่ทำ... จะกายหรือไม่กาย คุณหมอก็ต้องถามคนไข้ ถ้าคนไข้ไม่อนุญาตก็ทำไม่ได้... คนไข้ต้องรู้ว่าจะทำอะไร ทำเพราะอะไร ทำไมต้องทำ ทำแล้วดีมัยหรือไม่ดี ต้องอธิบายให้เค้า เค้าจะได้ตัดสินใจ คุณหมอบอกไปตรงๆ พอรู้เข้าเลยซ็อกไปเลย ร้องไห้ โวยวาย จะฆ่าตัวตาย"

(ข้อมูลจากคำบอกเล่าของพี่สาวของสาว adenocarcinoma stage 4 อายุ 42 ปี หลังรับยา MVP ครั้งที่ 3)

ผู้ป่วยที่รับรู้ว่าเป็นมะเร็งมีความรู้สึกสอดคล้องกับที่วิลสัน (Wilson, 1990 : 37) กล่าวว่าผู้ป่วยที่รับรู้ว่าเป็นมะเร็งจะมีปฏิกิริยาช็อก ปฏิเสธ ไม่เชื่อ โกรธ กลัว เสรีา โศก มีอาการซึมเศร้า และคิดถึงความตายได้

จากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยมะเร็งปอดทั้ง 2 กลุ่มนี้มีปฏิกิริยาและความรู้สึกต่อความเจ็บป่วยแตกต่างกันตามการให้ความหมายความร้ายแรงของโรค แต่จะมีปฏิกิริยาต่อการรักษาด้วยเคมีบำบัดที่แตกต่างกันไปตามความรุนแรงของอาการข้างเคียงของเคมีบำบัดที่เกิดขึ้นและปัญหาจากความเจ็บป่วยที่ดำเนินอยู่ คือผู้ป่วยที่รับรู้ว่าเป็นมะเร็งแต่ร่างกายยังคงแข็งแรง รักษาแล้วดีขึ้นบางรายก็ไม่ได้คิดว่าตนเป็นโรคที่ร้ายแรง ผู้ป่วยที่รับรู้หรือไม่รู้ว่าเป็นมะเร็งถ้ามีอาการมากขึ้นเรื่อยๆก็จะกังวลต่อการเจ็บป่วยที่เป็นอยู่คล้ายๆกัน และผู้ป่วยที่ให้ความหมายของคำว่ามะเร็งว่าเป็นโรคร้ายแรง เมื่อทราบว่าเป็นมะเร็งจะมีความเครียดมากกว่าผู้ป่วยที่ไม่ทราบว่าเป็นมะเร็ง ปฏิกริยาต่อความเจ็บป่วยในระยะที่ ผู้ป่วยได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดยังขึ้นอยู่กับความสามารถในการปรับตัวของผู้ป่วยซึ่งมีปัจจัยต่างๆหลายประการมาเกี่ยวข้อง ดังที่กล่าวไว้ในช่วงท้ายของผลการศึกษา

การรับรู้และการเผชิญปัญหาต่อการได้รับเคมีบำบัดของผู้ป่วยมะเร็งปอด

ผลการศึกษารับรู้และการเผชิญปัญหาต่อการได้รับเคมีบำบัดของผู้ป่วยมะเร็งปอดครั้งนี้พบว่าผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับเคมีบำบัดได้รับผลกระทบโดยตรงทั้งจากความเจ็บป่วยและจากการได้รับเคมีบำบัด การรับรู้หรือความรู้สึกนึกคิดของผู้ป่วยจึงมีทั้งในส่วนของ การรับรู้ต่อโรค การรับรู้ต่อเคมีบำบัด และการรับรู้ผลกระทบที่เกิดจากความเจ็บป่วยและการได้รับเคมีบำบัด ในส่วนของการเผชิญปัญหาก็คงเช่นเดียวกันคือเป็นทั้งการเผชิญต่อความเจ็บป่วยและการเผชิญต่อการได้รับเคมีบำบัดในเวลาเดียวกัน ซึ่งพบว่าในบางประเด็นผู้วิจัยสามารถแบ่งแยกความรู้สึกนึกคิดต่อโรคออกจากความรู้สึกนึกคิดเคมีบำบัดได้ เช่น กลัวเคมีบำบัด กับ กลัวโรคลุกลาม แต่ส่วนใหญ่แล้วไม่สามารถแบ่งแยกได้ชัดเจน เช่น การมีชีวิตอยู่กับความไม่แน่นอน ซึ่งเป็นผลกระทบทั้งที่มาจากความเจ็บป่วยและการได้รับเคมีบำบัด

ผลการศึกษาในภาพรวมพบว่าผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับเคมีบำบัดมีการรับรู้การมีชีวิตอยู่อย่างทุกข์ทรมานและไม่แน่นอนใน 4 ลักษณะ คือ 1) ป่วยเป็นโรคไม่ธรรมดา 2) เคมีบำบัดเป็นความหวัง 3) มีชีวิตอยู่กับความทุกข์ทรมาน 4) มีชีวิตอยู่กับความไม่แน่นอน

1. ป่วยเป็นโรคไม่ธรรมดา ผู้ป่วยบอกว่าโรคนี้นี้เป็นโรคที่วินิจฉัยพบยาก รักษาหายยาก ร้ายแรง เรื้อรัง มีสาเหตุและจุดกำเนิดไม่แน่นอน โดยผู้ป่วยที่รับรู้ว่าเป็นมะเร็งจะมีความรู้สึกว่าตนเองเป็นโรคร้ายแรง และคิดถึงความตาย ส่วนผู้ป่วยที่รับรู้ว่าเป็นปอดอักเสบ หรือเนื้องอกจะคิดว่าตน

เองเป็นโรคที่ไม่ธรรมดาเพราะได้รับทราบจากแพทย์ว่ารักษาได้แต่หายยาก ผู้ป่วยที่มีโรครุนแรงรักษาไปแล้วอาการไม่ดีขึ้นมีแนวโน้มที่จะคิดว่าตนเองเป็นโรคร้ายแรงทั้งๆที่ไม่ได้รับการบอกกล่าวว่าเป็นมะเร็ง ส่วนผู้ป่วยที่ร่างกายยังคงแข็งแรงภายหลังได้รับการรักษาแล้วมีอาการดีขึ้นมักจะไม่ได้มีความคิดว่าตนเองเป็นโรคที่ร้ายแรง และหวังว่าจะหายได้ และจากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยที่มีการศึกษามักจะคิดถึงโรคมะเร็งเนื่องจากมีความรู้ถึงอาการของโรค หรือเคยพบเห็นผู้ป่วยลักษณะคล้ายๆกันมาก่อน

2. เคมินบำบัดเป็นความหวัง คือ เป็นวิธีการรักษาที่ช่วยให้หายได้ ดีกว่าการผ่าตัดที่ทำให้เจ็บปวดมากและนี่ภาพไปว่าการผ่าตัดปอดซึ่งเป็นอวัยวะสำคัญในการหายใจจะทำให้เป็นอันตรายได้ และดีกว่าการฉายแสงที่ทำให้แผลไหม้ ช่วยไม่ค่อยได้ ทำให้เสียชีวิตเร็วขึ้น และถ้าฉายแสงแล้วหมอพื้นบ้านจะไม่รับรักษาต่อไป เคมินบำบัดจึงเป็นความหวังที่สำคัญของผู้ป่วยมะเร็งปอด

3. มีชีวิตอยู่กับความทุกข์ทรมาน โดยที่ผู้ป่วยจะมีความทุกข์ทรมานทางด้านร่างกายที่สำคัญคือ อาการไอ ไอเป็นเลือด หอบเหนื่อย บวม เจ็บปวดจากกิจกรรมการรักษาพยาบาล การแพ้ยาแก้ไอ เจียน มีอาการข้างเคียงของเคมีบำบัดที่รุนแรง ซึ่งอาการที่ผู้ป่วยรู้สึกว่าเป็นปัญหาหรือส่งผลกระทบต่อมาก ได้แก่ อาการคลื่นไส้ อาเจียน เหน็บเนื้ออาหาร อ่อนเพลีย น้ำหนักลด และซีด และผู้ป่วยยังรับรู้ถึงความทุกข์ทรมานทางด้านจิตใจ คือ รู้สึกตกใจเมื่อเจ็บป่วย กังวลเรื่องความเจ็บป่วย ครอบครัว ค่ารักษาพยาบาลและการรักษาต่อเนื่อง กลัวตาย กลัวเจ็บปวดทรมาน กลัวอาการข้างเคียงของเคมีบำบัด โดดเคี้ยว วัหว่ว เมื่อต้องนอนแ้วเคมีบำบัดอยู่คนเดียว และยังมีความเบื่อหน่ายการรอคอยและการมาอยู่ในโรงพยาบาลที่ไม่สะดวกเหมือนที่บ้าน โดยผู้ป่วยที่อยู่ในระยะลุกลามของโรคจะมีความทุกข์ทรมานจากอาการของโรคมมากกว่าผู้ป่วยที่อยู่ในระยะจำกัดของโรค ผู้ป่วยฐานะดีที่ได้รับยาป้องกันอาการคลื่นไส้ อาเจียนจากเคมีบำบัดเป็นออนเคนสเตอโรนจะรับรู้ความทุกข์ทรมานจากอาการข้างเคียงของเคมีบำบัดน้อยกว่าผู้ป่วยที่ได้รับยาพลาซิดตามแผนการรักษาทั่วไป ผู้ป่วยที่อยู่ในวัยผู้ใหญ่ที่มีภาระหน้าที่ความรับผิดชอบทั้งในเรื่องการงานและครอบครัวและมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับอนาคตมากกว่าผู้ป่วยที่อยู่ในวัยสูงอายุที่คิดว่าแก่แล้วก็ต้องป่วยกันบ้าง ไม่ได้กลัวความตายขอเพียงอย่าให้เจ็บปวดทรมาน

4. มีชีวิตอยู่กับความไม่แน่นอน คือผู้ป่วยมีความรู้สึกไม่แน่ใจว่าจะหาย ไม่เข้าใจเรื่องการรักษาเพราะได้รับข้อมูลเกี่ยวกับแผนการรักษาที่ไม่ชัดเจน รู้สึกไม่แน่นอนเมื่อชีวิตเปลี่ยนแปลง และคิดว่าผลการรักษาไม่แน่นอน รักษาไปแล้วอาการยังไม่ดีขึ้น หรือดีขึ้นแล้วแต่ก็อาจกลับเป็นซ้ำได้อีก ซึ่งเป็นความรู้สึกของผู้ป่วยส่วนใหญ่ที่รักษาไปแล้วอาการยังไม่ดีขึ้นอย่างชัดเจน

ในช่วงที่ได้รับเคมีบำบัดพบว่าผู้ป่วยได้พยายามเผชิญกับปัญหาที่เกิดขึ้นจากความเจ็บป่วยและการได้รับเคมีบำบัดโดยการพยายามดูแลเยียวยาตนเองใน 5 ลักษณะ คือ 1) ประคับประคอง

ความแข็งแรงของร่างกาย โดยพยายามมารับการตรวจรักษาต่อเนื่อง คอยป้องกันแก้ไขอาการข้างเคียงที่เกิดขึ้น โดยเฉพาะอาการคลื่นไส้ อาเจียน เหน็บเมื่ออาหาร อ่อนเพลีย และภาวะซีด มีการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตในเรื่องการกินอยู่หลับนอน อาชีพ และการเข้าสังคม โดยทำเท่าที่จะทำได้ 2) ผ่อนคลายความทุกข์ใจ โดยพยายามเข้มแข็งอดทน ปรับเปลี่ยนความหวังตามสถานการณ์ คิดทางบวก เบี่ยงเบนความสนใจ ประเมินเปรียบเทียบสถานการณ์ว่ายังดีกว่าคนอื่น เจรจาต่อรอง ปรับเปลี่ยนภาพลักษณ์ ยึดถือปฏิบัติตามความเชื่อและหลักศาสนา ไปรักษาแบบพื้นบ้าน และพยายามปลง 3) ตั้งจิตสร้างสมบุญกุศล โดยการทำบุญ ทำทาน ทำความดี ละหมาด ไม่ละเมิดข้อห้ามทางศาสนา 4) วางแผนจัดการชีวิตและมรดก โดยการจัดแบ่งมรดก บริจาคร่างกาย และ 5) ปรับใจสั่งเสียญาติ โดยการฝากดูแลลูกหลาน ให้ทำความดี ไม่ประมาทเรื่องสุขภาพและการดำเนินชีวิต

พบว่าเมื่อเริ่มเจ็บป่วยผู้ป่วยจะมุ่งเน้นเผชิญปัญหาเพื่อการประคับประคองความแข็งแรงของร่างกาย ร่วมกับการผ่อนคลายความทุกข์ใจ วิธีการที่ผู้ป่วยใช้มากได้แก่ การพยายามอดทนต่อผู้ดูแลและหวังว่าจะดีขึ้น เมื่อได้รับการรักษาไปจนถึงระยะที่ผู้ป่วยเริ่มปรับตัวต่อความเจ็บป่วยและการรักษาได้แล้วผู้ป่วยที่สูงอายุ หรือผู้ที่มีความเชื่อทางศาสนาก็จะหันมาทำความดี พยายามสร้างสมบุญกุศลไว้เพื่อจะหายจากความเจ็บป่วยหรือเผื่อชาติหน้าจะได้ไม่ทุกข์ทรมานเหมือนในชาตินี้ หลังจากนั้นผู้ป่วยที่ยอมรับความเจ็บป่วยได้แล้วก็จะเริ่มวางแผนชีวิตและจัดการกับทรัพย์สินมรดกต่างๆ เพื่อจะได้หมดห่วง ผู้ป่วยรายที่ปรับตัวได้ดีเมื่อเข้าสู่วาระสุดท้ายของชีวิตจะรู้สถานะของตนเองและพยายามสั่งเสียลูกหลานเท่าที่ทำได้ ในทางตรงกันข้ามผู้ป่วยบางรายที่ยอมรับความตายไม่ได้ก็ยังไม่ได้คิดถึงการจัดการกับชีวิต หรือผู้ป่วยที่มีอาการของโรคเรื้อรังมากขึ้น เช่น หอบเหนื่อยมาก ยังไม่มีโอกาสได้สั่งเสีย สั่งลา

จะเห็นได้ว่าผู้ป่วยมีการปรับเปลี่ยนการดูแลเยียวยาร่างกายและจิตใจของตนเองตลอดเวลา ทั้งในรูปแบบของการแก้ปัญหาและการปรับสภาพอารมณ์ตั้งแต่เริ่มเจ็บป่วยไปจนกระทั่งเสียชีวิต ผลการเผชิญปัญหาของผู้ป่วยมะเร็งปอดในช่วงที่ได้รับเคมีบำบัดมี 2 ลักษณะใหญ่ๆ คือ ผู้ป่วยที่ปรับตัวได้ จะมีร่างกายแข็งแรงขึ้น สบายใจขึ้น คงความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และยอมรับความตาย และผู้ป่วยที่ปรับตัวไม่ได้ จะมีความรู้สึกท้อแท้หมดหวัง โทษเคมีบำบัดและโทษผู้อื่น

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเผชิญปัญหาของผู้ป่วย ได้แก่ 1) ภาวะเศรษฐกิจ โดยพบว่าผู้ป่วยที่ไม่มีปัญหาเศรษฐกิจจะมีโอกาสในการจัดการแก้ปัญหาได้ตามที่ความต้องการมากกว่าผู้ป่วยที่มีปัญหา ทำให้เป็นทั้งปัจจัยส่งเสริมและข้อจำกัดในการเผชิญปัญหา 2) ความเข้มแข็งอดทน พบว่าผู้ป่วยที่มีความเข้มแข็งอดทนจะเผชิญปัญหาได้ดี มีความหวัง ไม่ท้อแท้หมดหวังเหมือนผู้ป่วยที่อ่อนแอและไม่ต่อสู้ ซึ่งเป็นปัจจัยส่งเสริมที่สำคัญมากในการเผชิญปัญหา 3) ความรู้สึกเกรงใจ พบว่าผู้ป่วยที่ไม่ความเกรงใจทำให้ผู้ป่วยไม่กล้าซักถาม และไม่เรียกร้องสิทธิต่างๆ เป็นอย่างไรก็ได้แล้วแต่หมอ แล้ว

แต่ญาติ ทำให้ผู้ป่วยไม่ได้ใช้ความสามารถอย่างเต็มที่ในการเผชิญปัญหา 4) ความไม่คุ้นเคย พบว่าผู้ป่วยบางรายที่มีความรู้สึกไม่ค่อยชินกับการอยู่โรงพยาบาล จะนอนไม่หลับ เข้าห้องน้ำแล้วถ่ายอุจจาระไม่ออก ไม่อยากกินเพราะไม่อยากเข้าห้องน้ำบ่อย ทำให้เกิดข้อจำกัดในการเผชิญปัญหา

5) ความขัดแย้งทางด้านความเชื่อ โดยพบว่าผู้ป่วยหลายรายที่ได้รับข้อมูลจากเพื่อนบ้านถึงอาหารแสดงมากมาย และเมื่อมาที่โรงพยาบาลมีการจัดอาหารเหล่านั้นมาให้ แพทย์และพยาบาลบอกว่ากินได้ จึงเกิดความรู้สึกสับสนไม่รู้จะทำอย่างไรดี นับเป็นอุปสรรคในการบำรุงร่างกายและทำให้รู้สึกไม่สบายใจเป็นอย่างมาก 6) เทคนิคการบอกข้อวินิจฉัย พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการบอกข้อวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งที่ตรงเกินไป ในเวลาที่ไม่เหมาะสม ทำให้ยอมรับไม่ทัน รู้สึกว่าร้ายแรง และต้องตายในเร็ววันนี้ การบอกว่าเป็นเนื้องอกจะทำให้ผู้ป่วยตกใจเช่นกันแต่ยอมรับได้มากกว่าการเป็นมะเร็ง เพราะคิดว่าจะหายได้ การบอกที่ไม่เหมาะสมจึงเป็นอุปสรรคที่สำคัญต่อการเผชิญปัญหาของผู้ป่วย

7) อาการของโรค พบว่าผู้ป่วยที่มีอาการของโรครุนแรงจะมีความยากลำบากในการแก้ปัญหา และการทำจิตใจให้เข้มแข็งมากกว่าผู้ที่มิร่างกายแข็งแรง 8) อาการข้างเคียงของเคมีบำบัด พบว่าการที่ได้รับยาป้องกันอาการคลื่นไส้อาเจียนที่ผู้ป่วยรับรู้ว่าเป็นยาที่มีประสิทธิภาพน้อย (ยาฟลาซิล) หรือการที่มีความวิตกกังวลมาก จะทำให้มีอาการข้างเคียงของเคมีบำบัด คืออาการคลื่นไส้อาเจียน เหน็บเมื่ออาหาร อ่อนเพลีย น้ำหนักลด และซีด รุนแรงมากกว่าผู้ป่วยที่ได้รับยาที่มีประสิทธิภาพสูง (ออนเดนสเตรอโรน) ปรับตัวได้ดี หรือมีความวิตกกังวลน้อยกว่า 9) การดูแลช่วยเหลือและกำลังใจ พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับแรงสนับสนุนที่ต่อเนื่องจะมีกำลังใจ มีความหวัง และสามารถปรับตัวได้ดี แต่ผู้ป่วยที่มีบุคลิกภาพอ่อนแอหรือยังอยู่ในระยะยอมรับความเจ็บป่วยไม่ได้ กำลังใจและความช่วยเหลือช่วยให้ผู้ป่วยสบายใจขึ้นมาบ้าง แต่ผู้ป่วยก็ยังปรับตัวได้ยากต้องอาศัยระยะเวลาเข้าช่วย

10) ระบบบริการพยาบาล พบว่าการบริการที่รวดเร็วทันใจ เข้าใจ ใจให้เวลา รับฟังความรู้สึก และตอบสนองความต้องการ จะทำให้ผู้ป่วยรู้สึกประทับใจ เกิดความสบายใจว่าได้รับการดูแลที่ดี ช่วยให้มี ความหวัง มีแรงจูงใจในการดูแลตนเองมากขึ้น 11) เชื้อโรคฉวยโอกาส พบว่าผู้ป่วยที่อยู่ใกล้ชิดกับญาติที่เป็นหวัดก็จะติดหวัดได้ง่าย และทำให้ผู้ป่วยมีอาการไข้ที่รุนแรงจนต้องเลื่อนการรับเคมีบำบัดออกไป ส่งผลให้มีความกังวลต่อการหายของโรคมมากขึ้นและปรับสภาพอารมณ์ได้ไม่ดีเท่ากับช่วงที่ร่างกายยังแข็งแรงดี 12) อุปสรรคในฤดูฝน พบว่าผู้ป่วยที่อยู่ในชนบท จะมีปัญหาในการเดินทางมาโรงพยาบาลในฤดูฝน ทำให้ผู้ป่วยไม่ได้มาตรวจรักษาตามนัด และผู้ป่วยจะมีอาการไอ มีเสมหะ และหอบเหนื่อยได้ง่ายในฤดูฝน ทำให้ความแข็งแรงของร่างกายลดลง และการที่ต้องอยู่แต่ในบ้านเพื่อไม่ให้โดนละอองฝน ทำให้ไม่ได้ไปเดินออกกำลังกาย ต้องอยู่แต่ในบ้านทำให้หดหู่และคิดกังวลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยมากขึ้น ส่งผลให้ความอยากอาหารลดลงเช่นกัน นับเป็นอุปสรรคในการเผชิญปัญหาที่สำคัญอย่างหนึ่ง

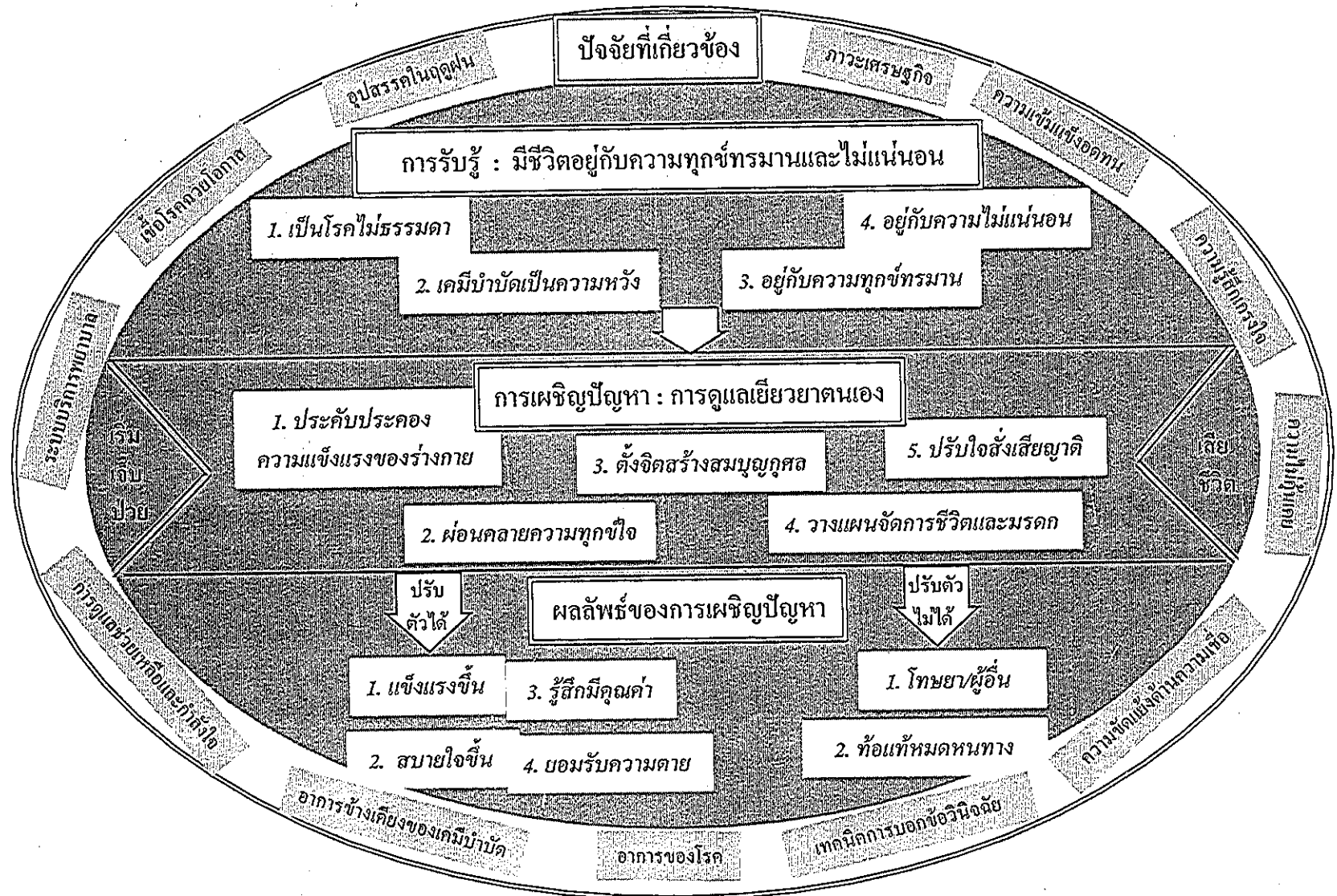
ปัจจัยที่ส่งเสริมการเผชิญปัญหาของผู้ป่วยที่สำคัญที่สุดคือ กำลังใจและการดูแลช่วยเหลือจากญาติ รองลงมา คือการได้รับการดูแลที่ดีจากแพทย์พยาบาล การมีศาสนาเป็นที่พึ่งทางใจและการได้รับยาป้องกันแก้ไขอาการข้างเคียงของเคมีบำบัดที่มีประสิทธิภาพ ส่วนอุปสรรคสำคัญในการเผชิญปัญหา ได้แก่ อาการข้างเคียงของเคมีบำบัด การบริการและสิ่งแวดล้อมในหอผู้ป่วยที่ไม่เหมาะสม การได้รับข้อมูลไม่เพียงพอ ความขัดแย้งทางความเชื่อ และความอ่อนแอของบุคคล จากภาพรวมของผลการศึกษาดังกล่าวผู้วิจัยสามารถสรุปปรากฏการณ์การรับรู้และการเผชิญปัญหาต่อการได้รับเคมีบำบัดของผู้ป่วยมะเร็งปอดได้ดังภาพประกอบ 3

ในการศึกษาครั้งนี้ยังพบว่ามุมมองของการรักษาด้วยเคมีบำบัดไม่ได้เป็นเพียงวิธีการรักษาที่ไม่ได้ผล ผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัดส่วนใหญ่มักจะเสียชีวิต อีกทั้งยังทำให้สิ้นเปลืองค่าใช้จ่ายเพียงเป็นอย่างมาก แต่ทำให้ได้มุมมองใหม่ตามการรับรู้ของผู้ป่วยว่าเคมีบำบัดเป็นความหวัง ช่วยให้ดีขึ้นได้ ทำให้อาการไอเรื้อรัง ไอเป็นเลือด เจ็บปวด หอบเหนื่อย ปวดศีรษะ เคนเซ ที่เกิดขึ้นเมื่อเริ่มเจ็บป่วยหายไปประมาณ 2-5 เดือนของการรักษา ได้มีโอกาสกลับไปดำเนินชีวิตอยู่ได้เกือบเป็นปกติ อีกระยะหนึ่ง ได้มีโอกาสเผชิญปัญหาในวิธีการต่างๆ เช่น ทำบุญทำทาน จัดการกับชีวิตและครอบครัว จนสามารถปรับตัวยอมรับกับความเจ็บป่วยและยอมรับความตายได้ นับเป็นอีกวิธีการหนึ่งที่ช่วยให้ผู้ป่วยมะเร็งปอดมีคุณภาพชีวิตดีขึ้นก่อนที่โรคนั้นจะดำเนินไปถึงวาระสุดท้ายของชีวิต ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของสุรชาติ (2537 : 819-820) ที่พบว่าเคมีบำบัดทำให้ผู้ป่วยมะเร็งปอดในระยะลุกลามที่ไม่สามารถรักษาโดยการผ่าตัดมีคุณภาพชีวิตดีกว่าการรักษาแบบประคับประคอง คือช่วยให้นอนพักอยู่โรงพยาบาลในระยะที่สั้นกว่า ผู้ป่วยสามารถกลับไปทำงานหรืออยู่บ้านได้มากกว่า และผู้ป่วยมีความทุกข์ทรมานเพราะความเจ็บปวดน้อยกว่า และยังพบว่าค่ารักษาพยาบาลด้วยเคมีบำบัดน้อยกว่าค่าใช้จ่ายในการรักษาแบบประคับประคอง

ในรายละเอียดของผลการศึกษาปรากฏการณ์การรับรู้และการเผชิญปัญหาต่อการได้รับเคมีบำบัดของผู้ป่วยมะเร็งปอด ผู้วิจัยจะนำเสนอในแต่ละส่วน คือ การรับรู้ของผู้ป่วยมะเร็งปอด การเผชิญปัญหาของผู้ป่วยมะเร็งปอด ผลลัพธ์ของการเผชิญปัญหา ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเผชิญปัญหาและความต้องการการดูแลช่วยเหลือของผู้ป่วยในช่วงที่ได้รับเคมีบำบัด ตามลำดับดังต่อไปนี้

การรับรู้ของผู้ป่วยมะเร็งปอด : มีชีวิตอยู่กับความทุกข์ทรมานและไม่แน่นอน

การรับรู้ของผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับเคมีบำบัดเป็นการรับรู้ความทุกข์ทรมานและความไม่แน่นอนทั้งจากการดำเนินของโรคและผลกระทบจากการรักษา ซึ่งผู้ป่วยมีการรับรู้ใน 4 ลักษณะ



ภาพประกอบ 3 สรุปปรากฏการณ์การรับรู้และการเผชิญปัญหาต่อการได้รับเคมีบำบัดของผู้ป่วยมะเร็งปอดพร้อมปัจจัยที่เกี่ยวข้อง

คือ 1) ป่วยเป็นโรคนั้นธรรมดา 2) เหม็นน้ำบาดเป็นความหวัง 3) มีชีวิตอยู่กับความทุกข์ทรมาน และ 4) มีชีวิตอยู่กับความไม่แน่นอน ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. ป่วยเป็นโรคนั้นธรรมดา

ผู้ป่วยมะเร็งปอดที่มารับเคมีบำบัดรับรู้ว่าเป็นโรคนั้นโรคนั้นธรรมดา คือ เป็นโรคที่วินิจฉัยได้ง่าย รักษาหายยาก เป็นโรคร้ายแรง มีสาเหตุไม่แน่นอน มองไม่เห็นว่ามีจุดกำเนิดอยู่ที่ไหน และเป็นโรคเรื้อรังที่ต้องได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง อันเป็นผลจากการให้ความหมายต่อโรคที่เป็น อาการของโรคที่ผู้ป่วยประสบอยู่ซึ่งเป็นอาการที่รักษาไม่หายขาด เป็นอาการที่ยังคงอยู่และอาจลุกลามมากขึ้น ร่วมกับการมีความยุ่งยากในการตรวจวินิจฉัยโรคและการรักษาพยาบาล ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1.1 วินิจฉัยยาก

ผู้ป่วย 3 ราย รับรู้ว่าตนเองเป็นโรคที่วินิจฉัยได้ง่ายเนื่องจากต้องไปตรวจหลายที่กว่าจะทราบว่าเป็นอะไร ผู้ป่วยบอกว่าได้พยายามแสวงหาวิธีการรักษาต่างๆหลายวิธี จากหลายๆที่ เช่น คลินิก และโรงพยาบาลทั้งของรัฐและเอกชนที่คิดว่าดีที่สุดกับภาวะเศรษฐกิจขณะนั้น แต่ก็ยังไม่สามารถค้นพบสาเหตุที่แท้จริงของโรคได้ เนื่องจากมีอาการที่ทำให้ยุ่งยากแก่การวินิจฉัย ซึ่งผู้ป่วยมักจะได้รับทราบว่าเป็นหลอดลมอักเสบ หรือบางรายในระยะแรกตรวจพบเป็นวัณโรคปอด ผู้ป่วยบางรายไม่ได้คิดว่าตนเองจะเจ็บป่วยรุนแรงไปตรวจในคลินิกกับแพทย์ทั่วไปที่ไม่มีเครื่องมือหรืออุปกรณ์ที่สามารถวินิจฉัยโรคได้อย่างแน่นอน และมีการตรวจวินิจฉัยหลายวิธีกว่าจะได้ทราบว่า เป็นอะไร ดังที่ผู้ป่วยเล่าว่า

“ตอนแรกคิดว่าเป็นหลอดลมอักเสบ มีเสมหะมาก ไอบางครั้งมีเลือดปนเล็กน้อย ก็เตาๆ ไปอย่างนั้น...พอระยะเวลาผ่านไปนานขึ้นหาหมอหลายที่ ตรวจกันจิงแล้ว ก็ยังไม่หายเลยคิดว่าไม่ธรรมดาแล้ว หมอให้เอ็กซเรย์ตรวจเสมหะ ก็ไม่แน่ใจ เลยต้องส่องกล้อง กับเจาะน้ำในปอดไปตรวจ ถึงได้รู้ว่าเป็นเนื้องอก”

(ลุงอ้วน adenocarcinoma stage 4 อายุ 67 ปี หลังรับ MVP ครั้งแรก 29 ก.ค. 2539)

“โรคนี้อ่าทำไมมันค้นพบยากจัง ของป้าหวางอู้อู (กว่าจะรู้) ไม่บายมาเกือบ 2 ปี หาหมอมาจิงแล้ว มาที่นี้ถึงได้รู้...พอรักษาตรงจุดเข้ามันกะดิขึ้น...ทำหรือละลูกให้ได้รู้ตั้งแต่แรกๆ ให้ได้รักษาเร็วหว่านี่...”

(ป้าเล็ก large cell CA stage 3b อายุ 51 ปี รอรับ MVP ครั้งที่ 3 24 ก.ค. 2539)

“รักษาภูมิแพ้มานาน หลายปีเหมือนกัน แต่รักษาที่คลินิกนะ... พอมาเป็นหนักเข้าแล้ว หมอเขาเลยเอ็กซเรย์ดู ซักปีนึงถึงรู้ว่าเป็นเนื้องอกขึ้นมา ถึงเราเลยบอกว่าไม่ใช่ไม่รักษา แต่รักษาไม่ถูกจุด... หมอเค้าว่าทำไมปล่อยไว้ให้ เป็นหนักขนาดนี้ เราก็รักษาแล้วตรวจแต่คลินิกตลอด ไม่เคยรู้ว่าจะเป็นอะไร... ตอนหลังเหนื่อยมาก...หน้าบวม เพื่อยมาก มากขึ้น ถึงได้รู้...”

(สาว adenocarcinoma stage 4 อายุ 42 ปี รอรับ VP ครั้งที่ 3 15 ต.ค. 2539)

1.2 รักษาหายยาก

ผู้ป่วยทุกรายรับรู้ว่าเป็นโรคที่รักษายากเนื่องจากได้สอบถามจากแพทย์ว่าจะรักษาหายหรือไม่ และมักจะได้รับทราบจากแพทย์ว่า "รักษาไม่หาย แต่รักษาได้" และบางรายก็ไม่ได้รับคำตอบที่ชัดเจน ซึ่งผู้ป่วยมักจะบอกว่า "หมอว่ารักษาได้ มีวิธีการรักษาที่ช่วยได้..." ร่วมกับการที่ผู้ป่วยประเมินอาการของตนเองว่ายังไม่ดีขึ้น หรือยังไม่เป็นปกติและต้องพยายามทำการรักษาต่อไป โดยมีความหวังว่าน่าจะหายได้ ดังตัวอย่างที่ผู้ป่วยเล่าว่า

"หมอเองนั้นไม่เคยพูดว่าโรคนี้รักษาได้ คือถ้าหมอบอกได้หมอกงบอกว่าโรคของคุณนี้รักษาไม่หายแล้ว แต่หมอกงไม่หวน (ไม่กล้า) บอก ผมก็ทำใจอยู่ตลอด..."

(หลี่ อายุ 39 ปี รอรับ MVP ครั้งที่ 5 10 ส.ค. 2539)

"หมอที่ - (โรงพยาบาลเอกชน) เขาเอ็กซ์เรย์ เจาะน้ำไปตรวจเขาวามีก้อนในปอดนะ ให้มารักษาที่นี่เขาว่ารักษายาก รักษาได้ แต่อาจจะหายยาก...ป้าว่าน่าจะหายได้..."

(เป่าหนู อายุ 54 ปี รอรับ MVP ครั้งที่ 2 14 ส.ค. 2539)

"หมอบอกว่ารักษาได้ 40 % ก็รู้สึกเฉยๆ คิดว่าถ้ามันรักษาไม่หาย มันก็ต้องสาย เป็นธรรมดาของชีวิต ไม่ได้ว่าจะอะไร กลัวอย่างเดียว กลัวว่าจะเจ็บปวดทรมาน แต่ก็ยังมีความหวังว่าจะหายได้ ถ้ามีวิธีการรักษา และดูแลตัวเองที่ถูกต้อง..."

(ลุงอ้วน อายุ 67 ปี หลังรับ MVP ครั้งที่ 1 29 ก.ค. 2539)

และมีผู้ป่วย 1 รายคือลุงปลื้มเคยเห็นเพื่อนบ้านที่ป่วยเป็นโรคเดียวกันไปรับการรักษาที่หมอบ้าน โดยการดัดยาสมุนไพร (ยาหม้อ) รับประทานทุกวันแล้วมีอาการดีขึ้น และบอกว่า "เคยเห็นว่าคนแถวบ้านไปปรึกษากับหมอบ้านแล้วดีขึ้น ก็คิดว่ามีหนทางที่ช่วยรักษาได้...รักษาที่บ้านกันที่โรงบาลกัน..." ซึ่งผู้ป่วยก็ได้ไปให้หมอที่บ้านจัดยามาต้มที่บ้านและรับประทานยาหม้ออย่างต่อเนื่องควบคู่กับการมารับยาที่โรงพยาบาล โดยมีความหวังว่าจะหายได้เหมือนที่เขาเล่าถึงกัน ซึ่งผู้ป่วยก็รักษาไปเรื่อยๆ ไม่ค่อยมีความตั้งใจหรือความเจ็บป่วย เหมือนผู้ป่วยที่พึ่งพาเคมีบำบัดเพียงอย่างเดียว

1.3 ร้ายแรง

ผู้ป่วย 3 ราย ให้ความหมายต่อความเจ็บป่วยว่าเป็นโรคที่ร้ายแรงจากการที่มีอาการป่วยที่รุนแรง และการที่รับรู้ว่าเป็นโรคนี้ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ ซึ่งผู้ป่วยที่มีการรับรู้ว่าเป็นโรคที่ร้ายแรง มักเป็นผู้ป่วยที่มีอาการเจ็บป่วยรุนแรง ซึ่งจะมีความรู้สึกทุกข์ทรมาน กลัวเสียชีวิต และท้อแท้หมดหวัง แต่ผู้ป่วยที่มีอาการดีขึ้นก็มักคิดว่าตนเองหายแล้ว หรือมีสิทธิหายแน่นอน ไม่ได้มองว่าเป็นโรคที่ร้ายแรง และยังเชื่อมั่นว่าเป็นเนื้องอกธรรมดาที่รักษาหายได้ ดังตัวอย่างที่ผู้ป่วยเล่าว่า

“โรคนี้เป็นโรคที่อันตราย เป็นโรคที่หนัก อาการที่ตามมามีหลายเรื่อง... หอบเหนื่อย ทำอะไรไม่รอด...”
(หลี่ อายุ 39 ปี รอรับ MVP ครั้งที่ 5 10 ต.ค. 2539)

“บังเอิญโรคที่เราเป็นมันเป็นโรคที่ร้ายแรง ความหวังมันน้อยใจ... ถ้าเราเป็นโรคธรรมดาเราก็สบายใจว่าโอกาสหายมันมี แต่นี่มันร้ายแรง 50-50 แทะละไซม์ยี้ หายขาดคงไม่มีทาง ถามหมอแล้วหมอบอกว่าโอกาสหายขาดไม่มีนะ... ก็เลยคิดว่าอย่าให้ทรมาณดีที่สุด...”
(สาว อายุ 42 ปี รอรับ MVP ครั้งที่ 3 15 ต.ค. 2539)

1.4 เรื้อรัง

ผู้ป่วย 1 รายบอกว่าโรคนี้เป็นโรคที่ต้องรักษาต่อเนื่อง ซึ่งถือว่าเป็นโรคเรื้อรัง ที่คงอยู่กับร่างกายเป็นประจำ ซึ่งต้องอาศัยเวลาในการรักษานาน ซึ่งจะต้องพยายามจัดการค่าใช้จ่ายและต้องมารับการรักษาอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้หายอยู่ได้ หรือดีขึ้นได้ ถึงไม่หายก็ไม่เป็นไร ดังที่ผู้ป่วยเล่าว่า

“โรคพวกนี้มันเป็นประจำอยู่ แล้วก็ต้องอาศัยเวลายาวนาน... จะอาศัยถูก เขาก็ช่วยไม่ได้ระยะยาว ไซม์ยี้ ทุกคนก็ยังเป็นถูกข้างกันอยู่ ถ้าเป็นญาติพี่น้องเขาก็ช่วยได้ครั้ง สองครั้ง... เลยต้องจัดการเรื่องเงินไว้รักษาตัว...”
(อาโก small call CA : extend stage อายุ 51 ปี
มารับ CE ครั้งที่ 6 ไปให้ที่โรงพยาบาลเอกชน 4 ก.ย. 2539)

1.5 ไม่แน่นอน

ผู้ป่วยส่วนใหญ่รับรู้ว่าคุณเองเป็นโรคที่ไม่แน่นอน ใน 2 ลักษณะคือ มองไม่เห็น ไม่ทราบว่าคุณจะไปที่ไหนแล้วบ้าง และเป็นโรคที่มีสาเหตุไม่แน่นอน ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1.5.1 มองไม่เห็น ผู้ป่วย 1 รายบอกว่าโรคที่เป็นอยู่เป็นโรคที่ไม่แน่นอน มองไม่เห็นว่าเป็นอยู่บริเวณใด และไม่ทราบว่าโรคมีการลุกลามไปที่ไหนแล้วหรือไม่ อย่างไร ทำให้เกิดความรู้สึกท้อแท้เป็นบางครั้งโดยเฉพาะเมื่อมีอาการแย่ลง และบอกว่ารักษาแล้วไม่ดีขึ้นทันตาเห็นเหมือนการรักษาผลที่เห็นชัดเจนว่าหาย

“เราใช้ประเภทนี้มันมองไม่เห็น.. ถ้าเขาเห็นว่ามันมีผลอยู่ตรงไหน เข้าๆ หมอก็มาทำผล เขาก็มาทำผล ถึงเวลาเขาก็มาทำ มาคิดขานมันมันแน่นอน เห็นชัด... ถึงผมนี้หม้าย คอยไม่รู้คอยไทร หมอก็ไม่ได้มาแต่เป็นเวลา เขาจะมาแลอีกทีหลังเราได้รับยา... ผลมันก็ไม่ชัด ผมก็มองไม่เห็นว่ามีดีขึ้นแค่ไหน อาการมันอยู่ข้างใน ไม่มีใครมาเข้าใจว่าเรารู้สึกไม่สบายมากแค่ไหน... โรคมันไปถึงไหนแล้วเราก็ไม่รู้...”
(หลี่ อายุ 39 ปี รอรับ MVP ครั้งที่ 5 10 ต.ค. 2539)

1.5.2 มีสาเหตุไม่แน่นอน ผู้ป่วยมะเร็งปอดส่วนใหญ่มีการรับรู้สาเหตุของความเจ็บป่วยในหลายลักษณะ เช่น การสูบบุหรี่ อาหารการกิน หรือสิ่งแวดล้อมเป็นพิษ เลือดลมไม่ดี น้ำเหลืองเสีย สูดดมสารพิษ เช่น สูบบุหรี่ สูดผงชอล์ค สูดควันไฟ หรือมีสาเหตุจากสิ่งเหนือธรรมชาติ เช่น เป็นเคราะห์กรรม หรือการถูกขง การรับรู้ดังกล่าวน่าจะเป็นผลจากการที่มะเร็งเป็นโรคที่มีสาเหตุไม่ชัดเจน ดังตัวอย่าง

"ลูกบอกว่า มีแผลในปอด เป็นปอดช้ำ คิดว่าเป็นเพราะสูบบุหรี่ สูบมากเหมือนกัน หลายสิบปี..."
(แม่ อายุ 62 ปี หลังรับยาสูตร CE ครั้งที่ 3 11 ก.ค. 2439)

"ที่รู้ว่าร่างกายเราเป็นยังไง...สุขภาพที่ไม่ดีมาตลอด เลือดลมไม่ดี เป็นลมบ่อย หอห้องเสียก็เป็นลมนอนไม่หอก็เป็นลม เป็นง่ายแต่หายเร็ว...ช่วงนี้เลยใจไม่ดี ร่างกายอ่อนแอมาก..."
(สาว อายุ 42 ปี รอรับ MVP ครั้งที่ 3 15 ส.ค. 2539)

"ผมเป็นโรคคิ้วหนักกัน เป็นขุย ๆ ที่แขนเป็นวง ๆ ที่ตีนกะเป็นแผลคัน มันน่าจะเกี่ยวกับที่น้ำเหลืองเสีย ทำให้เป็นแผลอักเสบได้ง่าย... หนนี้มันไปเป็นแผลในปอดกัน... ในปอดที่เป็นนี้น่าว่ามันจะเป็นแผลอักเสบนั้นแหละแต่มันอยู่ข้างใน..." (ลุงปลื้ม อายุ 61 ปี หลังรับ MVP ครั้งที่ 2 16 พ.ค. 2539)

"คือหมอก็เคยถามว่าสูบบุหรี่ไหม บอกว่าสูบ เหล้าไม่กิน.. สูบมากหม้าย ผมสูบเรื่อยๆ ก็ถือว่าถึงขั้นมากนั้นแหละ สูบมาก แต่ว่าเบอะ ไม่ใช่ผมสูบคนเดียวที่... คนอื่นเขาก็สูบกินลุย เขาสูบเหมือนกับผมนั่นแหละ บางคนเขาสูบมากกว่าผมแล้ว ไชร์เขาไม่เป็นนี่...นั่นแรกกว่าที่มารักษาแกอยู่ยะลา ทำงานโรงบาล ยะลาผมไม่ได้พบแกหลายวันแล้ว หลายงวดแล้วโน่นเหล้า บุหรี่ ไม่กินเลย ก็ยังเป็น...ถึงกะหมอเขาว่าเกิดจากการสะสมหลาย ๆ อย่างละนะ... อาหารการกินที่ผ่าน ๆ มาเท่านั้นแหละ 'ไม่ได้บอกว่ามันเกิดจากอะไรที่ชัดเจน ถ้าจะให้บอกว่าโรคนี้เกิดจากอะไรก็บอกไม่ได้เหมือนกัน..."
(หลี่ อายุ 39 ปี รอรับ MVP ครั้งที่ 5 10 ส.ค. 2539)

ผู้ป่วย 1 รายบอกว่าตนเองคงจะป่วยเพราะสูดควันไฟเข้าไปมาก เนื่องจากเป็นแม่ครัวประจำหมู่บ้าน หรือที่เรียกว่า "แม่งาน" ซึ่งต้องคอยปรุงอาหารเพื่อรับรองแขกที่มาในงานทุกงานในหมู่บ้าน และบริเวณใกล้เคียงมาหลายปี และ ผู้ป่วยอีกรายบอกว่า คงเป็นจากการที่ตนเองสูดผงชอล์คทุกวัน เพราะเป็นครูมากกว่า 40 ปี ดังที่ผู้ป่วยเล่าว่า

"ข้าคิดว่ามันน่าจะเป็นจากการสูดควันไฟ เพราะข้าเป็นแม่ครัวประจำหมู่บ้าน เวลาใครมีงานบุญงานไหวรเขาจะให้ข้าไปเป็นแม่งาน คอยดูแลกับข้าวไม่ให้ขาดตกบกพร่อง...ข้าทำมาหลายสิบปี อยู่แต่ในครัว คมแต่ควันไฟ... อย่างอื่นข้ากะนึกไหรไม่ออก..."

(ป้าเล็ก อายุ 51 ปี มารับ MVP ครั้งที่ 3 27 ก.ค. 2539)

“ไม่เคยคิดมาก่อนว่าจะเป็นอันนี้ เพราะไม่รู้ว่าจะเป็นได้จากสาเหตุอะไร...เท่าที่นั่งนึกๆก็อาจจะสุดผงชอร์คเข้าไปมาก...ไม่เคยคิดมาก่อนว่าจะเป็นอันนี้เพราะไม่รู้ว่าจะเป็นได้จากสาเหตุอะไร...เท่าที่นั่งนึกๆก็อาจจะสุดผงชอร์คเข้าไปมาก เพราะเป็นครูเขียนกระดานดำมากกว่า 40 ปีจนเกษียณ...จากนู๋หรือก็อาจจะมีส่วน แต่ทำไมคนอื่นที่สูบมากกว่านี้ เขาไม่เห็นป่วยแบบจุง...”

(ลุงฮ้วน อายุ 67 ปี หลังรับ MVP ครั้งที่ 1 30 ก.ค. 2539)

น่าสังเกตว่าผู้ที่สูบบุหรี่ไม่ได้คิดว่านู๋หรือเป็นสาเหตุของความเจ็บป่วย จึงยังไม่ได้เลิกแล้ว ความเจ็บป่วยและยังคิดว่าความเจ็บป่วยเป็นเรื่องไกลตัวอยู่

ผู้ป่วย 3 ราย กล่าวว่าอาการเจ็บป่วยที่ตนเองเป็นอยู่อาจมีสาเหตุมาจากสิ่งเหนือธรรมชาติ ที่อธิบายไม่ได้ เช่น เป็นเคราะห์กรรม หรือการถูกของ เพราะคิดไม่ออกว่าตนเองเจ็บป่วยจากอะไร และผู้ที่สูบบุหรี่ก็คิดไปว่าถ้าเกิดจากนู๋หรือจริงๆเพื่อนๆ ที่สูบมากกว่าตนก็น่าจะป่วยด้วย จึงหันมาคิดถึงเรื่องเคราะห์กรรม เพราะรู้สึกสับสน คิดไม่ออกและไม่แน่ใจว่าตนเองเจ็บป่วยได้อย่างไร และพยายามเชื่อเหตุผลของแพทย์สมัยใหม่มากกว่า แต่ก็ไม่กล้าขัดแย้งเพราะบอกว่าสิ่งเหนือธรรมชาติก็อาจมีจริง ดังที่ผู้ป่วยเล่าว่า

“ไม่รู้เป็นเวรกรรมไฮ้โหรของป้า ป้าดูแลแม่ที่เป็นอัมพาตมา 10 ทวาปี พอแกเสียปีกะไม่บาย...แฟนป้ากะเป็นอัมพาต... ลูกกะกะเป็นประสาท... ป้าว่าป้าทำแต่ความดีมาตลอดแล้ว ไม่รู้ไชว์ (ทำไม) ถึงได้เป็นหันนี้...”

(ป้าหนู อายุ 54 ปี หลังรับ MVP ครั้งที่ 2 16 ส.ค. 2539)

“ไม่เคยคิดว่าจะเป็นเรื่องอกในปอด... ตอนแรกเป็นภูมิแพ้รักษามาหลายปี พอเป็นหนักขึ้น (เหนื่อยง่าย หน้าบวมมาก) ถึงได้รู้ว่ามันเป็น...หมอบเค้าว่าทำไมปอดอยู่ไว้ให้เป็นหนักขนาดนี้ เรามัวแต่หาหมอที่คลินิกเค้าหาไม่เจอ... สงสัยว่าตัวเองป่วยจากอะไร...ที่พอนึกได้ก็มีที่ทำงาน หัวหน้าเค้าสูบบุหรี่จัด...ไม่รู้เพราะอันนี้หรือเปล่า...ที่คิดอยู่อย่างนี้เพราะว่า เรายังไม่เคยทำผิดคิดร้ายกับใคร แล้วทำไมต้องมาเป็นอย่างนี้ด้วย...หมอบก็ช่วยอะไรไม่ได้เวรกรรมจริงๆ...”

(สาว อายุ 42 ปี 1 เดือน หลังรับ MVP ครั้งที่ 3 มีอาการผอมแห้ง อ่อนเพลียมาก 5 ก.ย. 2539)

มีผู้ป่วย 1 รายที่ภายหลังได้รับเคมีบำบัดไป 3 ครั้ง ผู้ป่วยบอกว่ามีอาการดีขึ้น คืออาการเหนื่อยง่าย น้ำท่วมปอดหายไปแล้ว และคิดว่าน่าจะหายได้ แต่หลังจากนั้นได้ติดหวัดมาจากภรรยา เนื่องจากต้องนอนด้วยกันตลอด ทำให้มีอาการของโรคลุกลามขึ้น มีอาการเจ็บปวดในทรวงอกมาก มีไข้ เหนื่อยง่าย และอ่อนเพลียมาก ต้องได้รับการเจาะปอดใส่สายระบายน้ำในช่องอก เป็นเวลา 1 เดือน และถูกเลื่อนการรับเคมีบำบัดออกไปกว่า 2 เดือน และเมื่อได้เคมีบำบัดอีกครั้ง โรคก็ไม่ตอบสนองต่อยา แพทย์แนะนำให้ฉายแสงต่อ แต่ผู้ป่วยปฏิเสธ และหันไปรับการรักษาแบบที่ที่บ้าน

เนื่องจากในช่วงที่มีปัญหาผู้ป่วยไม่เข้าใจว่าทำไมอาการเจ็บป่วยได้เป็นรุนแรงขึ้นมาอีก และญาติผู้ป่วยได้ไปดูหมอ ได้รับคำตอบว่าถูกของ ผู้ป่วยจึงคิดว่าอาจเป็นไปได้ และเมื่อการรักษาด้วยเคมีบำบัดช่วยไม่ได้แล้วจึงไปรักษากับหมอบ้านร่วมกับมาโรงพยาบาลบ้างเพื่อรักษาตามอาการ ดังที่ผู้ป่วยเล่าว่า

“ถูกของ หลาย ๆ หมอเขาก็ว่าแบบนั้น ถึงตรงนี้แหละผมไม่เชื่อตรงนี้ไม่เชื่อว่าผมนี่ มีคนคิดถึงขนาดว่าจะมาทำให้ตายหรือ... ที่ผมใช้ชีวิตอยู่มาได้ถึง 40 ปี แล้วนี่ กับเพื่อนฝูง กับญาติพี่น้อง ผมว่าผมไม่เคยทำอะไรที่วุ่นให้เพื่อน หรือญาติพี่น้องต้องเสียน้ำตา... ถึงผมว่าใครนี่ที่ว่าจะมาทำผมถึงขนาดนี้ ผมยังไม่เชื่อ ไม่เชื่อตรงนี้... ถ้าตามหลักการก็ยังเชื่อเหมือนที่หมอทางโรงพยาบาลเขาพูดนั่นแหละ ว่าโรคนี้นี้เป็นโรคที่อันตราย เป็นโรคที่หนัก อาการที่ตามมานั่นมันหลายเรื่อง อย่างอื่นก็ไม่รู้ จะคิดไปทางไหน... ผู้หญิงก็เคยเจอที่มารักษา เยอะเหมือนกับไม่รู้มาจากอะไร ผมคิดว่าเราเคราะห์ร้ายที่ได้รับโรคนี้นี้เข้ามา เพราะที่ร้าย จากอะไรไม่ทราบเหมือนกัน ถ้าว่าโชคเรานี้ะ เราไม่น่าจะมาเป็นโรคนี้นี้... ผมก็ยังทำใจอยู่ตลอดว่าถึงหมอไม่บอกผมก็ทำใจอยู่ตลอด...” (หลี่ อายุ 39 ปี รอรับ MVP ครั้งที่ 5 10 ต.ค. 2539)

จากการที่ผู้ป่วยไม่สามารถระบุสาเหตุของโรคมะเร็งปอดได้อย่างแน่นอน ผู้ป่วยไม่ทราบว่าคุณเองป่วยเพราะอะไร หรือป่วยได้อย่างไร ผู้ป่วยส่วนใหญ่พยายามตีความสาเหตุของโรคให้เกี่ยวข้องกับเรื่องใกล้ตัว เช่น ร่างกายอ่อนแอ เลือดลมไม่ดีมาตลอด เป็นโรคผิวหนังอักเสบมาก่อนแล้ว ทำให้มีแผลในปอด หรือเกี่ยวข้องกับอาชีพการงานที่ทำอยู่ เช่น สูดควันไฟ สูดผงชอว์ก เป็นต้น หรือไม่เช่นนั้นก็คิดถึงสิ่งเหนือธรรมชาติ หรือเป็นเคราะห์กรรมที่ผ่านมา ซึ่งบิชอป (Bishop, 1994 : 349) กล่าวถึงการศึกษาของเทเลอร์และคณะที่พบว่าผู้ป่วยมะเร็งมักจะพยายามอธิบายสาเหตุเกี่ยวกับความเจ็บป่วยของตนตามเหตุผลที่คิดได้ ซึ่งอาจไม่ใช่สาเหตุที่แท้จริง เช่น ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมบอกว่าคุณเองป่วยจากการที่เคยโดนผึ้งต่อยบริเวณหน้าอกมาก่อน ซึ่งถือเป็นวิธีการเผชิญปัญหาอย่างหนึ่งที่ผู้ป่วยใช้แล้วทำให้รู้สึกสบายใจขึ้น

ผลการศึกษาที่บางส่วนสอดคล้องกับการศึกษาของเทเพินท์ (2533 อ้างใน เสาวภาและคณะ, 2539 : 82) ที่ศึกษาเกี่ยวกับแนวคิดความเจ็บป่วยและพฤติกรรมการรักษาเยียวยาแบบพื้นบ้านของประชาชนในหมู่บ้านแห่งหนึ่งในจังหวัดราชบุรี ผลการศึกษาพบว่าชาวบ้านมีแนวคิดเกี่ยวกับสาเหตุของความเจ็บป่วยว่าเกิดจาก 6 สาเหตุ คือ 1) ความอ่อนแอของร่างกาย 2) ความผิดปกติภายในร่างกาย 3) เชื้อโรค 4) ธรรมชาติ 5) สิ่งเหนือธรรมชาติ และ 6) เคราะห์กรรมหรือชะตากรรม และยังพบว่าชาวบ้านสามารถอธิบายสาเหตุของความเจ็บป่วยได้หลายสาเหตุร่วมกัน เช่น ใช้ความเชื่อด้านไสยศาสตร์ร่วมกับความเชื่อสมัยใหม่โดยไม่ได้รู้สึกว่าเป็นสิ่งที่ขัดแย้งกัน

จะเห็นได้ว่าภาพพจน์ของโรคมะเร็งปอดตามการรับรู้ของผู้ป่วยที่รู้ว่าตนเองเป็นมะเร็งเป็นโรคที่ร้ายแรง ส่งผลให้ผู้ป่วยคิดถึงความตายเหมือนกับการศึกษาที่ผ่านมาที่พบว่าบุคคลส่วนใหญ่คงให้ความหมายของโรคมะเร็งว่าเป็นโรคที่น่ากลัว ทำให้เกิดความทุกข์ทรมาน และเป็นสัญลักษณ์ของความตาย (ประคอง, 2529 : 327 ; Rafferty, 1985 : 169 ; Wilson, 1990 : 37-38 ; Munker & Oberst & Hughes, 1992 : 1201) แต่การศึกษาในครั้งนี้พบว่าการรับรู้ของผู้ป่วยเป็นการรับรู้ความเจ็บป่วยที่ไม่ธรรมดา ซึ่งอาจเป็นผลจากการที่ผู้ป่วยบางรายไม่ได้รับรู้ว่าเป็นมะเร็ง ผู้ป่วยมีอาการเจ็บป่วยที่รุนแรงไม่เท่ากัน และผู้ป่วยที่กำลังมีอาการรุนแรง อยู่ในช่วงที่ร่างกายไม่แข็งแรง และมีการถูกลามของโรคแล้วมักจะคิดว่าตนเองเป็นโรคร้ายแรง ภาพรวมของการรับรู้ในมุมมองของผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้จากการศึกษาในครั้งนี้จึงไม่ได้เป็นเพียงการรับรู้ความร้ายแรงของโรค

2. เคมมีบำบัดเป็นความหวัง

ผู้ป่วยมะเร็งปอดให้ความหมายว่าเคมีบำบัดเป็นความหวัง ถือเป็นวิธีการรักษาที่ช่วยให้หายหรือดีขึ้นได้ ช่วยให้เนื้องอกยุบได้ เป็นการรักษาที่สำคัญและจำเป็น และคิดว่าเคมีบำบัดเป็นวิธีการรักษาที่ดีกว่าการรักษาแบบอื่นคือดีกว่าผ่าตัดและฉายแสง เนื่องจากผู้ป่วยมะเร็งปอดมักได้รับข้อมูลจากแพทย์ว่า "เป็นได้ ก็รักษาได้" และผู้ป่วยหลายรายเชื่อมั่นว่ายาจะช่วยรักษาโรคให้หายได้ แต่มักไม่ทราบว่าจะช่วยได้อย่างไร บอกเพียงว่า "รู้ว่าช่วยได้ก็จิตใจแล้ว" ผู้ป่วยเพียง 1 รายที่ได้ข้อมูลมาจากแพทย์ว่า "ยาที่ได้เป็นยาที่แรง แรงขนาดที่ทำให้ก้อนเนื้องอกยุบได้" ผู้ป่วยทุกรายมีความหวังที่จะหายจากความเจ็บป่วย และบางรายบอกว่าถ้าไม่หายก็ขอให้พอสวยได้อย่าให้ทุกข์ทรมาน และพบว่าเพราะผู้ป่วยต้องการที่จะหายจากโรคนั้นจึงไม่ทอดย้อต่ออาการข้างเคียงที่เกิดขึ้น โดยที่ผู้ป่วยมักจะบอกว่า "ไม่ว่าจะเกิดอะไรขึ้นก็จะพยายามอดทน มารับการรักษาไม่ให้ขาด" ดังที่ผู้ป่วยเล่าว่า

"ก่อนให้ยาหมอเขาบอกก่อนแล้วว่า ยาแรงนะ ป่าจะแพ้ จะอ้วก จะผม่ว่งได้... ป้าคิดแต่ว่าป้าอยู่แต่หมอ หมอรักษาให้ป้าหายได้ป้าก็ทนได้... ถ้าเราไม่รักษา โรคเราก็จะเป็นมากนะ... ถึงเราต้องคิดว่าทำหรือให้มันหาย... ถ้ามันอึแน่ อีพันหรือก็ต้องทนให้ได้ มันอยากหายก็จำเป็น..."

(ป้าเล็ก อายุ 51 ปี รอดตรวจที่คลินิกโรคปอด 4 ก.ย. 2539)

"ถ้าต้องมารับยาแล้วจะต้องทนให้ได้ เพราะมันจำเป็น ป่วยแล้วจะจัดการกันไป เรืองแพ้ยามากจะค่อยปริกยาหมอแล้วอิทำหรือได้มั่ง... ต้องรักษาแหละถูกเหอ มันอยากให้หายนี่ก็ดีขึ้นมากแล้ว..."

(ลุงเพิ่ม small cell CA : extend stage อายุ 62 ปี มาตรวจหลังรับ CE ครั้งที่ 4 21 ต.ค. 2539)

จะเห็นว่าผู้ป่วยทุกรายมีการรับรู้ว่ามีน้ำหนักเป็นวิธีการรักษาที่สามารถช่วยให้หายจากความเจ็บป่วยได้ และรู้สึกดีใจที่ทราบว่าอาการเจ็บป่วยของตนสามารถรักษาได้ นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยยายังมีความรู้สึกดีใจที่ไม่ต้องผ่าตัด หรือฉายแสง แม้ว่าจะมีน้ำหนักเป็นยาที่มีอาการแทรกซ้อนมากแต่ก็เป็นความหวังสำหรับผู้ป่วย และผู้ป่วยส่วนใหญ่มีความหวังมากขึ้นเมื่อรู้ว่ามียารักษา

การศึกษาครั้งนี้พบว่าผู้ป่วยมีการรับรู้เหตุผลและปัจจัยเงื่อนไขของการรักษาด้วยเคมีบำบัดที่แตกต่างกัน เช่น เลือกรับยาดีกว่าการฉายแสง เลือกรับยาเพราะไม่อยากผ่าตัด ได้รับยาเพราะผ่าตัดไม่ได้ ได้ยาเพราะป่วยมากแล้ว และได้รับยาเพราะต้องรักษาต่อเนื่อง โดยที่ผู้ป่วยหลายรายบอกว่าได้รับข้อมูลจากแพทย์ว่า "จะให้ยารักษา" ผู้ป่วยบางรายทราบว่านอกจากการใช้ยาแล้วสามารถรักษาโรคนี้ได้ด้วยการผ่าตัด หรือฉายแสง แต่ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะบอกว่า "รับยาดีกว่าฉายแสง" เนื่องจากมีความเชื่อและทัศนคติที่ไม่ดีต่อการฉายแสง เช่นบอกว่า "จะทำให้แผลไหม้ หมอบ้านบอกว่าถ้าฉายแสงแล้วจะไม่รับรักษาให้ เพราะจะไม่ได้ผล" หรือ "หมอก็ไม่รับประกันว่าจะช่วยให้หายได้ คิดว่ารักษาไปก็ไม่ได้ผล" ดังที่ผู้ป่วยเล่าว่า

"หมอบอกจะให้ฉายแสง ผมบอกว่าให้ฉายแสงให้แล้วหนหลังนึกมาคิดที่คลินิกข้างล่างบางทีกะต้องมานอนโรงพยาบาล ไปสักเดือนแล้วค่อยว่ากันอีกที ปากก็ไม่รู้ว่ายามันช่วยได้หรือ คิดแต่ว่ามันน่าจะช่วยให้ ดีหว่ากรฉายแสงแหละ ฉายแล้วแผลไหม้ เนื้อเปื่อย..."

(ผู้ป่วย อายุ 54 ปี ก่อนรับ MVP ครั้งแรก 8 ก.ค. 2539)

"ของหมอบอกว่าดีหว่าฉายแสง เห็นคนที่ฉายแสงเขาเพลีย ผมร่วงหมด กลับไปบ้าน กะอยู่ได้ไม่นาน ตายหมด..."

(ลุงปลื้ม อายุ 61 ปี หลังรับ MVP ครั้งที่ 2 16 พ.ค. 2539)

ผู้ป่วยบางรายคิดว่าการฉายแสงจะทำให้เสียชีวิตเร็วขึ้น เนื่องจากเคยเห็นผู้ป่วยข้างเตียงที่กลับมาจากฉายแสงแล้วจะมีอาการไอ เพลีย ๆ น้ำหนักลดลง และเสียชีวิตในช่วงที่รับการฉายแสงที่โรงพยาบาล ส่วนบางรายก็บอกว่า "จะไม่ฉายแสงเด็ดขาด" เนื่องจากเคยเห็นเพื่อนผู้ป่วยข้างเตียงซึ่งเป็นมะเร็งเม็ดเลือดขาว เสียชีวิตภายหลังไปฉายแสงได้ 2 สัปดาห์ โดยที่มีอาการแข็งแรงดีในช่วงก่อนไปฉายแสง แม้ว่าผู้วิจัยจะให้ข้อมูลว่า เป็นผู้ป่วยคนละโรคกัน และผู้ป่วยได้รับยารักษา (เคมีบำบัด) ในช่วงที่ใกล้กับการฉายแสง แต่ผู้ป่วยก็ไม่รับฟัง และบอกว่า "ขนาดเขาแข็งแรงยังตาย แล้วเรารอแบบนี่ จะเป็นยังไง ไม่เอาเด็ดขาด กลับไปรักษาหมอบ้านดีกว่า..." ซึ่งความเชื่อ ทัศนคติ และประสบการณ์ที่ไม่ดีต่อการฉายแสงเหล่านี้ มีอิทธิพลเป็นอย่างมากต่อการรับการรักษาค่อยๆ ของผู้ป่วย

ผู้ป่วย 1 รายได้รับการแนะนำให้ผ่าตัด แต่ปฏิเสธเพราะกลัวการผ่าตัด คิดว่าการผ่าตัดปอด เป็นสิ่งที่อันตราย เพราะคิดว่าปอดเป็นอวัยวะที่สำคัญต่อการหายใจ คิดมโนภาพไปว่าคงจะอยู่ ลำบากถ้าปอดบางส่วนหายไป กลัวว่าจะมีอาการหายใจไม่สะดวกตามมา ดังที่ผู้ป่วยเล่าว่า

"ลูกบอกว่าเป็นโรคปอดช้า... ตอนแรกหมอจะผ่าตัด แต่ไม่เอา คิดว่ามันอันตราย ตัดปอดแล้วจะหายใจ ยังไง... ลูกบอกว่ารักษาด้วยยาก็ได้ เลยรักษาด้วยยาคือว่า..."

(แจ๊ะ อายุ 62 ปี รอรับยา CE ครั้งที่ 3 11 ก.ค. 2539)

ผู้ป่วย 2 รายทราบว่า เนื้องอกที่เป็นผ่าตัดไม่ได้ เพราะอยู่ใกล้หลอดเลือดใหญ่ หรือ อยู่ใกล้เส้น เลือดใหญ่ ดังที่ผู้ป่วยเล่าว่า

"หมอบอกหมอว่าถ้าผ่าตัดได้ก็ผ่าเลย เพราะร่างกายก็แข็งแรง หมอบอกว่าไม่ต้องผ่า มันอยู่ที่หลอดเลือด อันตราย เต็มใจให้ออกซิเจนช่วยไม่หนักก็แย เลยต้องให้ยา..."

(อาโก อายุ 51 ปี มารับยา CE ครั้งที่ 5 ไปให้ที่โรงพยาบาลเอกชน 7 ส.ค. 2539)

"หมอบอกว่าเป็นเนื้องอกระหว่างซี่ปอดกับหลอดเลือด ตอนแรกเขาว่าจะผ่าตัด หมกแล้วจั่ง ผ่าตัดปอด แล้วจะอยู่หรือ... แต่หมอว่าผ่าไม่ได้เพราะอยู่ติดกับเส้นเลือด หมออธิบายว่าระหว่างหายใจกับไม่หายใจ จะไม่หายใจมากหว่า แล้วหมอกะให้รักษากับยานี้แหละ... ให้เขารักษาเต็มทีก็แล้วกัน..."

(ลุงปลื้ม อายุ 61 ปี หลังรับ MVP ครั้งที่ 2 17 ก.ค. 2539)

ถึงแม้ผู้ป่วยจะรู้สึกดีใจที่มีทางในการรักษาโรคได้ แต่หลายรายมักคิดเสมอว่าตนเองคงป่วยหนักหรือร้ายแรงกว่าเนื้องอก เพราะถ้าป่วยน้อยกว่านี้คงจะผ่าตัดได้ ผู้ป่วยหลายรายให้ความหมายต่อการที่ไม่สามารถผ่าตัดว่าเป็นสิ่งที่ร้ายแรง

ผู้ป่วยอีก 1 รายบอกว่าการที่ตนเองได้รับการรักษาด้วยยาเพราะเจ็บป่วยมากแล้ว ถ้าเจ็บป่วยน้อยกว่านี้น่าจะรักษาได้ด้วยการผ่าตัด ดังที่ผู้ป่วยเล่าว่า

"คือพอมอบอกว่าเป็นเนื้องอกที่ปอดนี่นะ กะคือเราก็แปลออกแล้วว่าเป็นเนื้อร้าย เราก็แปลออกแล้ว คือผ่าตัดไม่ได้นอกจากรักษา ด้วยยาเคมีเท่านั้น ... พอมอบอกว่าผ่าตัดไม่ได้นี้ ผมก็รู้ไปอีกชั้นนึงแหละ ว่าอยู่ในระดับไหนแล้วผมก็ทำใจไว้แล้ว..."

(หลี่ อายุ 39 ปี รอรับ MVP ครั้งที่ 5 10 ส.ค. 2539)

ก่อนรับยาผู้ป่วยทุกรายจะบอกว่ายาอาจทำให้มีอาการแพ้ได้ แต่บางคนก็แพ้และบางคนก็ไม่แพ้ อาการที่ผู้ป่วยรับรู้ว่าจะเกิดขึ้นได้ ได้แก่ อาเจียน เมื่ออาหาร อ่อนเพลีย และผม่ว่ง ผู้ป่วยบางรายมักจะได้ข้อมูลว่า "ยามันแรง" และ "ได้ยานี้อาจแพ้ได้" แต่บางคนก็แพ้ บางคนก็ไม่แพ้ให้พยายามกินมากๆ จะมียาที่ช่วยแก้ได้" ในระยะแรกนี้ผู้ป่วยมักจะไม่วิตกกังวลต่ออาการแพ้ยา ไม่ได้กังวลเกี่ยวกับค่ารักษาพยาบาล แต่มีความรู้สึกดีใจมากกว่าที่จะได้รับการรักษา มักบอกว่าอยากให้หาย จะเกิดอะไรขึ้นก็ไม่เป็นไร ทำใจได้ออกทนได้ และรอคอยเพื่อที่จะได้รับยาเร็วๆ ดังที่ผู้ป่วยเล่าว่า

“เห็นเขาวាយแรงจัง ไม่รู้เหมือนกัน หมอเขาบอกแต่ว่ายามันแรง...แรงขนาดที่ทำให้ก้อนมันยุบหายไป...พอดีข้างบ้านเขาเป็นเนื้องอกในสมอง เขาได้ยาไป 8 วัน เห็นเขาเพลียๆ ผม่ว่งหมดกัน... หมอบอกว่าบางคนแพ้ บางคนกะไม่แพ้ ของลุงไม่รู้แพ้หมีย...แต่ลุงว่าไม่น่าจะแพ้เพราะตอนนี้แข็งแรงดี ไม่มีอาการไหน...”
(ลุงเท่ง อายุ 56 ปี ก่อนรับ MVP ครั้งแรก 17 ก.ค. 2539)

จะเห็นได้ว่าเคมีบำบัดเป็นความหวังของผู้ป่วยมะเร็งปอดที่มักจะได้รับ การรักษาเมื่อโรคลุกลามมากจนผ่าตัดไม่ได้แล้ว เป็นความหวังของผู้ป่วยที่อาจมีโอกาสหายขาดจากโรคร้ายหลังได้รับการผ่าตัด และเป็นทางเลือกที่ผู้ป่วยพอใจมากกว่าการฉายแสงที่ผู้ป่วยมีความเชื่อว่าการรักษาไม่ได้ผลและจะทำให้เสียชีวิตเร็วขึ้น ถึงแม้ว่าผู้ป่วยจะต้องทนทุกข์ทรมานเป็นอย่างมากจากอาการข้างเคียงของเคมีบำบัดหรือต้องสิ้นเปลืองค่าใช้จ่ายสูงมากจนผู้ป่วยบางรายต้องขายบ้านหรือที่ดินมาเป็นค่ารักษา แต่ผู้ป่วยก็ยอมรับการรักษาโดยมีความหวังว่าจะช่วยให้หายได้หรืออย่างน้อยก็ช่วยให้ดีขึ้นได้ ผู้ป่วยยังมีความเชื่อมั่นต่อเคมีบำบัดไปตราบเท่าที่ที่ยังสามารถควบคุมอาการของโรคได้ ทำให้อาการของโรคหายไปหรือโรคไม่ลุกลามมากขึ้น แต่ความหวังของผู้ป่วยจะค่อยๆ ลดลงเมื่อโรคไม่ตอบสนองต่อยาและอาการของโรคลุกลามขึ้น ซึ่งเมื่อถึงภavnนั้นผู้ป่วยก็จะรู้สึกว่ายาลักษาไม่ได้ การรักษาด้วยยาไม่ได้ผล และพยายามแสวงหาวิธีการรักษา หรือทางเลือกอื่นๆต่อไป เมื่อผู้ป่วยคิดว่าไม่มีทางเลือกอื่นที่ดีกว่าเคมีบำบัด ก็จะมีความรู้สึกท้อแท้ หหมดหวัง เป็นอย่างมาก

3. มีชีวิตอยู่กับความทุกข์ทรมาน

ผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับเคมีบำบัดมีการรับรู้ถึงความทุกข์ทรมานจากอาการของโรคและอาการข้างเคียงของเคมีบำบัดที่รุนแรง โดยที่เป็นความทุกข์ทรมานจากอาการหอบเหนื่อย หายใจลำบาก อาการบวม เจ็บปวด น้ำหนักลด และอ่อนเพลีย เมื่อมารับเคมีบำบัดในแต่ละครั้งก็ได้รับความเจ็บปวดจากการฉีดยาเพื่อเจาะเลือดหรือให้สารน้ำก่อนให้เคมีบำบัด มีอาการรื้อนรื้อวบจากการแพ้ยาแก้อาเจียน มีความทุกข์ทรมานจากอาการข้างเคียงของเคมีบำบัดที่รุนแรง โดยเฉพาะอาการไวต่อกลิ่นและเสียงดัง เหม็นเมื่ออาหารมาก อาเจียนมากจนหมดแรง อ่อนเพลียมาก มีไข้

และมีภาวะซึมเศร้า ทำให้ร่างกายทรุดโทรม 1-2 สัปดาห์ภายหลังจากรับยาแต่ละครั้ง ร่วมกับมีความไม่สบายใจเป็นอย่างมากจากการที่คิดไม่ถึงว่าจะเป็นโรคนี้ คิดไม่ถึงว่าจะแพ้ยารุนแรงขนาดนี้ มีความเป็นห่วงกังวลเรื่องความเจ็บป่วยของตนเอง เป็นห่วงลูกและครอบครัว ห่วงเรื่องค่าใช้จ่าย ค่ารักษาพยาบาล และการรักษาต่อเนื่อง ผู้ป่วยมีความรู้สึกกลัวตาย กลัวความเจ็บปวดทรมาน กลัวอาการข้างเคียงของเคมีบำบัด รู้สึกโดดเดี่ยวโดยเฉพาะเมื่อต้องนอนแหย่ยาจนหมดแรงอยู่คนเดียว และยังมีความรู้สึกเบื่อการรอคอยมาก กลัวว่าถ้าไม่มีเตียงก็จะไม่ได้รับยาและอาจไม่หายก็ได้ รวมทั้งเมื่อที่จะมาอยู่โรงพยาบาลที่ไม่สะดวกเหมือนที่บ้าน มีสิ่งรบกวนมาก และไม่สะดวกเพราะญาติเฝ้าไม่ได้ ดังที่ผู้ป่วยเล่าว่า

“เป็นโรคนี้ ยอมรับว่ามันทรมาน... เป็นอะไรก็เป็นไป อยากตายก็ตายไปเลย อยู่ไปก็ทรมาน ทำอะไร ก็ไม่ได้...”
(สาว อายุ 41 ปี รอรับ VP ครั้งที่ 3 15 ต.ค. 2539)

“ผมอยากอึ้งอยู่ซอหนึ่ง แต่ผมเองก็บอกไม่ได้ว่าจะรักษาไปถึงไหน... พออยู่ในภาวะหันนี้เราไม่มีความหวังเลย... ทำให้เราท้อแท้ในบางครั้ง เราคิดว่าต้องอยู่หันนี้ไปอีกนานหม้ายนิ ถึดยาแล้วแพ้ ถึดยาแล้วแพ้ อยู่หันนี้... ถึงทำให้เราคิดว่าเราอาจจะต้านทานไม่ไหว เราหยุดคิดหัว จะได้ไม่ต้องมาทรมาน...”

(หลี่ อายุ 39 ปี มาตรวจจากมีไข้ 2 สัปดาห์หลังได้ยา MVP ครั้งที่ 4 7 ต.ค. 2539)

“ไม่บายนเลย หมอเขาบอกแล้วว่าอะฮักแต่ไม่บายนที่ว่ามันแรงหว่าที่คิด ถึดยาไม่ถึง... หันนี้ไม่รู้ถึดยาแล้วจะฮักแล้วหม้าย... แต่หมอให้ยากันไว้แล้ว คงไม่พ้อ... แรกกินยังฮักอีก 2 หน... อย่างอื่นกินได้ ข้าวกินไม่ได้มันไม่ฮักเบื้อ หมินน้ำตาไหลนิ เบื้อจ้งแล้วป้า กลุ่มใจจ้งแล้วป้า มันฮักอยู่พ้อนิ กินได้แต่อย่างอื่น... แรกเข้ากินข้าวต้มได้ 2-3 คำเข้ากินข้าวสวยได้ 2-3 คำ มันฮักอยู่พ้อนิ กินได้แค่นี้แหละ ไม่บายนเลย... คิดว่าถ้ากินอย่างอื่นได้ น้าอิมพ้อนะลูกนะ...”

(ป้าหนู อายุ 54 ปี หลังรับ MVP ครั้งที่ 2 16 ต.ค. 2539)

ผู้ป่วยมีการรับรู้ความทุกข์ทรมานใน 2 ลักษณะใหญ่ๆ คือ ทรมานร่างกาย และไม่สบายใจ ดังรายละเอียดต่อไปนี้

3.1 ทรมานร่างกาย

จากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับเคมีบำบัดรับรู้ถึงความทุกข์ทรมานทางด้านร่างกาย จากภาวะต่างๆ ได้แก่ 1) ภาวะของโรค 2) ความเจ็บปวดจากกิจกรรมการรักษาพยาบาล 3) การแพ้ยาแก้อาเจียน และ 4) อาการข้างเคียงของเคมีบำบัด ซึ่งอาการสำคัญที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยส่วนใหญ่ และทำให้ผู้ป่วยรู้สึกทุกข์ทรมาน ได้แก่ คลื่นไส้ อาเจียน เหม็นเบื้ออาหาร น้ำหนักลด อ่อนเพลีย และซึมเศร้า ดังรายละเอียดต่อไปนี้

3.1.1 ภาวะของโรค ผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับเคมีบำบัดมีความรู้สึกรู้สึกทุกข์ทรมานจากการดำเนินของโรค จากอาการต่างๆ ได้แก่ อาการของระบบทางเดินหายใจ เช่น ไอเรื้อรัง ไอเป็นเลือด เจ็บแน่นหน้าอก รู้สึกร้อนๆอยู่ในอก หายใจได้ไม่ลึกเหมือนมีอะไรมาขวางอยู่ หรือเหนื่อยง่ายมากขึ้น ส่วนผู้ป่วยที่มีการลุกลามของโรคจะพบว่ามีอาการเจ็บปวดจากการที่มะเร็งลุกลามไปที่กระดูก ปวดบวมจากการที่มะเร็งลุกลามไปยังต่อมน้ำเหลือง เสียงแฮมและเป็นลมวูบย่อยจากการที่มะเร็งกดเบียดหลอดลม หรือมีอาการปวดหัว เดินเซ จากการใช้ยาแก้ปวดที่มากเกินไปยังสมอง ส่วนอาการอื่นๆที่พบบ่อย ได้แก่ มีไข้ต่ำๆ อ่อนเพลีย น้ำหนักลด และซีด ในระยะท้ายจะพบว่าผู้ป่วยบางรายจะมีอาการผอมแห้ง บางรายจะมีอาการบวมตามตัวซึ่งจะทำให้เจ็บปวดมาก ผู้ป่วยทุกรายจะมีอาการเหนื่อยหอบมาก อาการที่ผู้ป่วยทุกรายบอกว่าทำให้เกิดความทุกข์ทรมานเป็นอย่างมากในระยะท้ายคือ อาการหอบเหนื่อย เจ็บปวด และ อ่อนเพลีย

ผู้ป่วยมักมีอาการปวดที่เกิดจากมะเร็งกดเบียดบริเวณต่างๆ เช่น ปวดบวมที่ขา ปวดและแน่นในอกมาก ปวดกระดูก หรือปวดหลังจากการใช้ยาแก้ปวดที่มากเกินไปที่กระดูก ส่วนมากยังไม่ได้รับการควบคุมความเจ็บปวดอย่างมีประสิทธิภาพเพียงพอ หลายรายก็ได้รับการช่วยเหลือโดยยาแก้ปวด แต่ไม่ได้รับยาอย่างสม่ำเสมอ และต่อเนื่อง ได้รับเฉพาะช่วงที่บอกแพทย์ และพบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ที่มีปัญหาเรื่องปวดเมื่อได้ยาแล้วไม่ดีขึ้นก็มักจะอดทน เกรงใจที่จะเรียกร้องจากแพทย์หลายครั้ง และหลายรายไม่เคยได้รับทราบว่ามียาชนิดอื่น หรือวิธีการอื่นๆที่สามารถช่วยได้ จากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยเพียงรายเดียวใน 3 รายที่มีปัญหาเรื่องเจ็บปวดที่ได้รับยาแก้ปวดเป็นมอร์ฟีนชนิดน้ำซึ่งช่วยผู้ป่วยได้บ้างแต่พบว่ามีอาการท้องผูกมากภายหลังได้รับยา และอีกรายได้รับยาเทมจีสิค (Temgesic) อนุมัติลิน ซึ่งยังได้รับยาในขนาดที่ต่ำกว่าที่ควรจะเป็น การศึกษานี้สอดคล้องกับงานของซาร์นาและบริชท์ (Sarna & Brecht, 1997 : 23) ที่พบว่าผู้ป่วยมะเร็งปอดมีความทุกข์ทรมานด้านร่างกายเป็นอย่างสูงจากอาการทางระบบทางเดินหายใจ ความอ่อนล้า เจ็บปวด ซึ่งจะมีความสัมพันธ์กับระดับสมรรถภาพหรือความแข็งแรงของร่างกาย

3.1.2 เจ็บปวดจากการรักษาพยาบาล กิจกรรมการรักษาพยาบาลที่ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกทุกข์ทรมานอยู่เสมอได้แก่การเจ็บปวดจากการเจาะเลือด ซึ่งผู้ป่วยที่มารับการตรวจรักษาทุก 1-2 สัปดาห์ก็มักจะประสบกับปัญหานี้บ้างในบางครั้ง โดยที่ผู้ป่วยส่วนใหญ่มักบอกว่า "ทนได้" "ไม่เป็นไร" หรือ "ชินแล้ว" แต่ก็พบว่าผู้ป่วย 1 รายที่บอกว่าเขานี้ได้ถูกเจาะเลือดถึง 5 ครั้งติดต่อกันจนมีความรู้สึกเจ็บปวดมากในช่วงของการให้น้ำเกลือก่อนที่จะได้รับเคมีบำบัด ดังที่ผู้ป่วยเล่าว่า

"ได้ยามา 4 ครั้งแล้ว เส้นเลือดผมแข็งหมดแล้ว... นี่แรกเข้ายามาทางอิให้น้ำเกลือ แขนงไปหลายแห่ง ยังไม่ได้ แขนงจนทรุนหมดแล้ว... ผมว่าขาที่มีมือไม่ดีกันแหละ พออีกคนมาช่วยแขนงก็ได้ เจ็บเกือบตาย... พอผมร้องโอยเขาหาว่าไม่อดทน ทั้งเจ็บตัวทั้งเจ็บใจ ยิ่งเจ็บมากหว่าเดิมหลายเท่า..."

(หลี อายุ 39 ปี รอรับ MVP ครั้งที่ 5 10 ต.ค. 2539)

ซึ่งปัญหาเรื่องความเจ็บปวดที่ไม่เท่ากันนี้ เป็นความแตกต่างระหว่างบุคคลที่มีความทนทานต่อความเจ็บปวดแตกต่างกัน พร้อมกับมีสภาวะทางอารมณ์ หรือปัจจัยอื่นๆที่แตกต่างกัน เช่นทักษะในการปฏิบัติงานของผู้ให้บริการ เป็นต้น

3.1.3 ร้อนวูบวามเมื่อเหน็บแก้อาเจียน ผู้ป่วยมะเร็งปอด 3 รายมีอาการเหน็บที่ได้รับเพื่อป้องกันอาการข้างเคียงของเคมีบำบัด โดยจะเล่าถึงความรู้สึกผิดปกติที่เกิดขึ้นทันทีที่ได้รับการฉีดยาป้องกันอาการคลื่นไส้อาเจียน (ยาพลาซิด) ซึ่งผู้ป่วยเล่าว่ามีความรู้สึก แปล๊บๆ ร้อนวูบวามตามร่างกายทั่วตัว เหงื่อออกมาก และมีอาการวิงเวียนศีรษะร่วมด้วย บางรายมีอาการรุนแรง บางรายมีอาการเพียงเล็กน้อย พบว่ามีผู้ป่วย 1 รายที่มีอาการรุนแรงมากจนบอกว่าเกือบจะควบคุมตัวเองไม่ได้ และผู้ป่วยอีก 1 รายบอกว่ามีอาการขมในลำคอ ซึ่งจะกระตุ้นให้มีอาการอาเจียนอย่างรุนแรง ซึ่งอาการเหล่านี้เป็นอาการข้างเคียงของยาพลาซิดที่เกิดขึ้นได้ ผู้ป่วยเหล่านี้มักจะขอเปลี่ยนเป็นยาชนิดกินและปฏิเสธไม่รับยาชนิดฉีดอีกเลย คั้งที่ผู้ป่วยเล่าว่า

"มียาฉีดอยู่ตัวนึงพอฉีดจะมีอาการร้อนวูบวามและเหงื่อออกมาก... คิดว่าเป็นฤทธิ์ของมัน ก็ไม่ได้ทำอะไร เป็นสักเดี๋ยวกี่หาย..." (อุจฉวน อายุ 67 ปี หลังรับ MVP ครั้งแรก 5 ต.ค. 2539)

"ขานี้เนารู้สึกมีอยู่ตัวนึงที่ฉีดเข้าไปแล้วจะรู้สึกร้อนวูบวามแปล๊บๆไปตามตัว ทั้งตัวเลย เป็นประมาณ 3 นาที เหงื่อแตกกัน ขนาดผมนอนไม่สนใจมันเลยไม่ดูว่าเขามาให้แล้ว ก็ยังเกิดอาการ รู้เลยว่าได้ยาตัวนี้แล้ว พอฉีดเสร็จ ก็อ้วกเลย... ขาอาเจียนที่ขวดเล็ก ๆ นี่ก็ฉีดไม่ได้เลย... ถ้าว่าพอฉีดเข้าไปนี่มันลงในคอ ขมพอมขม ก็อาเจียนเลย ความที่มันเข้าเส้นมันไปเร็ว พอฉีดเข้าไปนี่ พอชักเข็มออกก็อาเจียนเลย... ถึงไม่เคยใช้ไปเลยยาขวดนี้ กินได้แต่ยาเม็ด..." (หลี อายุ 49 ปี รอรับยา MVP ครั้งที่ 5 11 ต.ค. 2539)

"ตอนที่ขามาฉีดยาแก้คลื่นไส้ไป 2 เข็ม มันรู้สึกแปล๊บป๊าดทั่วตัว ร้อนวูบวามเวียนหัวกันที่นี้ควบคุมตัวเองไม่ได้ เหมือนคันบ้ำ นอนไม่ได้ ผุดลุกผุดนั่ง ลงจากเตียงมั่ง กลับไปนั่งมั่งมั่วไปหมด แล้วเหงื่อจะแตกเต็มตัว เดินไปบอกพยาบาลให้เปิดพัดลมให้ แต่คนไข้เตียงข้าง ๆ เขาใช้ไม่เอาพัดลมเลยต้องปิดลงพยาบาลนอนทักก็ไปได้ตื่นนิ่งสัก 2 ชั่วโมงได้ ตื่นมามันกะหายแล้ว เป็นสักชั่วโมงหว่า ๆ ได้..."

(อุจปลื้ม อายุ 61 ปี หลังรับ MVP ครั้งที่ 2 17 พ.ค. 2539)

3.1.4 แพ้ยา (เคมีบำบัด) อย่างแรง ผู้ป่วยมะเร็งปอดมีการรับรู้อาการข้างเคียงของเคมีบำบัด ใน 3 ลักษณะ คือ ยามีอาการข้างเคียงรุนแรง ควบคุมอาการข้างเคียงไม่ได้ ยาแก้อาการข้างเคียงช่วยได้น้อย

ผู้ป่วย 8 รายเกิดอาการข้างเคียงของเคมีบำบัดที่รวดเร็วและรุนแรง โดยเฉพาะอาการคลื่นไส้ อาเจียน โดยจะเล่าว่า “ยามันแรงจัง แพ้อย่างแรง ยาเข้าไปได้ไม่ถึงครึ่งขวดกะเอากันแล้ว” โดยอาการที่เกิดขึ้นกับทุกคน ได้แก่ การเกิดอาการคลื่นไส้อาเจียนชนิดเฉียบพลัน (acute emesis) ที่รุนแรง ร่วมกับมีอาการเหม็นเมื่ออาหารเป็นอย่างมาก โดยเฉพาะในครั้งที่มีการฉีดสฟลาตินรวมอยู่ด้วย เนื่องจากซิสพลาตินเป็นยาที่อยู่ในกลุ่มที่ทำให้เกิดอาการอาเจียนที่รุนแรงมาก และยังพบอีกว่าผู้ป่วยทุกรายที่ได้รับยานี้จะมีอาการคลื่นไส้อาเจียน (Cooley et al., 1994 : 284) ส่วนผู้ป่วยที่ได้รับยาป้องกันอาการคลื่นไส้อาเจียนที่มีประสิทธิภาพสูง เช่น ออนแดนสเตอโรน (Ondasterone) หรือ โซเฟรน (Zofrane) จะมีอาการคลื่นไส้อาเจียนที่รุนแรงและยาวนานน้อยกว่าผู้ป่วยที่ได้รับยาพลาซิล (Plasil) ตามแผนการรักษา ดังที่ผู้ป่วยเล่าว่า

“หนนี้อาการหนักมาก...พอได้ยากะเริ่มเลย อาเจียนพออาเจียนแล้วของกินนี่กินไม่ได้เลย กินแต่น้ำได้ทีละๆ ข้าวนี้ไม่ได้เลย... มันไม่ให้กินนี่ พอเอามาลงมันมีอาการเหม็น อย่างเอาเข้ามาเลย... กินนี่ไม่อยากอีก มันมีกลิ่น...มันไม่ให้กลิ่น ไม่ให้กินนี่...ของมีกลิ่นนี่ทำให้กินไม่ลงตั้งแต่แรกแล้ว...”

(ลุงเพิ่ม อายุ 62 ปี หลังรับยา CE ครั้งที่ 4 วันแรก 25 ก.ค. 2539)

“ป้าแพ้มาก แพ้ทวนทุกครั้งเลย ไม่นึกว่ามันอึดถึงขนาดนั้น ยาไม่ทันหมดป้าก็เริ่มอ้วกแล้ว กะอ้วกไปเรื่อยๆ... พออ้วกไปวัน สองวันถ้าเราไม่กินไหรนมันจะไม่อ้วก แต่พอเรากินไอ้ไหรนคกห้องไป แม้แต่น้ำนี่ ก็อ้วกกลับหมด ทุกอย่างทีกินจะ อ้วกกลับหมด...”

(ป้าเล็ก อายุ 51 ปี ที่คลินิกโรปกอด 2 สัปดาห์หลังได้ยา MVP ครั้งที่ 3 21 ส.ค. 2539)

ผู้ป่วยทุกรายมีอาการข้างเคียงของเคมีบำบัด และมักจะยืนยันความรุนแรงของยา ว่าทำให้แพ้มาก คลื่นไส้อาเจียนมาก ท้องไส้ปั่นป่วน อากาศแปรปรวน ร่างกายทรุดโทรม ไม่แข็งแรง และมักเปรียบเทียบความรุนแรงของอาการที่เกิดขึ้นกับการได้รับยาครั้งที่ผ่านๆมา และมักจะเปรียบเทียบกับสิ่งใกล้ตัว ที่เคยพบเห็นมาก่อนโดยผู้ป่วยหลายรายบอกว่า “เป็นยิ่งกว่าคนแพ้ท้องอีก” หรือ “แพ้จนหมดแรงเลย” ดังที่ผู้ป่วยเล่าว่า

“ที่ผ่านมารับยาแล้วแพ้มากเหมือนกัน รับยาแล้วอ้วก เหม็นอาหาร เมื่ออาหารไปประมาณอาทิตย์นึง ช่วงนั้นนะอากาศมันแปรปรวน ได้กลิ่นของผักของทอดก็จะอ้วก...นอนๆอยู่แฟนอาบน้ำทาแป้ง ใช้น้ำหอม

กลืนก็จะลดยมา โคนจุก ทำเอาต้องตื่น จุกจะไวมาก แต่หลังจากนั้นก็หายไป พอหาย همینเมื่ออาหาร ก็ปกติ กินได้... ”

(อาโก อายุ 51 ปี มารับยา CE ครั้งที่ 5 ไปให้ที่โรงพยาบาลเอกชน 7 ต.ค. 2539)

“นอนโรงพยาบาลหนักแหม่มากถูก แหม่มากหาทุกครั้งเลย ป้าไม่แน่ใจว่ามันอึแข็งขนาดนั้น คิดว่ายังเหมือนครั้งก่อนๆ เพราะครั้งแรกป้าอยู่ 11 วัน แต่หลังให้ยาประมาณอาทิตย์นึง... ถึงครั้งที่ 2 ป้านอน รพ.อยู่ 3 วัน แต่ต้องไปให้น้ำเกลือที่รพ. ใกล้บ้าน ก็ราวๆ 10 วันเหมือนกันแหละนะ... ครั้งที่ 3 ก็แหม่มาก อ้วกมาก ยาไม่ทันหมดก็เริ่มอ้วกครั้งแรกแล้ว ก็อ้วกไปเรื่อยๆ... พออ้วกไปสักระยะหนึ่งวัน สองวัน ถ้าเราไม่กินอะไรเลยที่เราไม่อ้วก แต่พอเรากินอะไรตกท้อง ไปแม้แต่น้ำ ก็อ้วกกลับหมด ทุกอย่างที่กินจะอ้วกออกกลับหมด... ดิ้นมันซำๆกัน... มินกันไปห้องน้ำไม่ได้ มีนหัว ไม่มีแรง... พอให้ยาเสร็จก็เริ่มปวดตามตัว หมอบอกว่าอยู่ไปมันก็ตัวเอง พอลกลับไปบ้านสักระยะหนึ่งก็หาย พอเรากินโน่นกินนี่ได้ก็ดีขึ้น... ยามันแรงจริงๆนะลูกนะ...”

(ป้าเล็ก อายุ 51 ปี ที่คลินิกโรคปอด 2 สัปดาห์หลัง ได้ยา MVP ครั้งที่ 3 21 ต.ค. 2539)

ผู้ป่วย 6 รายรับรู้ว่าจะไม่สามารถควบคุมอาการข้างเคียงได้ โดยที่ผู้ป่วยมักจะบอกว่า “อาการแพ้ ไปห้ามมันไม่ได้ ต้องรอให้มันหยุดไปเอง...” หรือ “เวลาอ้วก มันกลืนไว้ไม่อยู่ จะออกกะออกมาเลย บางทีก็ไม่มีอาการเตือนมาก่อน...” เป็นต้น ซึ่งผลจากการที่ผู้ป่วยคิดแบบนี้ทำให้ผู้ป่วยบางรายไม่พยายามหาวิธีการแก้ไขปัญหา มักจะนอนรอเวลาให้อาการดีขึ้นเอง แต่ผู้ป่วยหลายรายก็พยายามเลือกอาหารที่พอจะกินได้ เพื่อจะได้ไม่อ่อนเพลียมากเกินไป ดังที่ผู้ป่วยเล่าว่า

“พอมันอ้วกกลืนเอาไว้ไม่อยู่แล้ว มันมวนทุงก่อน แล้วพาทื่น พออ้วกเสร็จหายใจเข้าออกลึก ๆ ทำให้มันโล่ง บาย หว่างหัวใจ ชื่นใจขึ้น...” (ป้าหนู อายุ 54 ปี หลังรับยา MVP ครั้งที่ 2 15 ต.ค. 2539)

“เวลามันอ้วกทำไหรไม่ได้ กลืนไม่อยู่ พอมันอ้ออก มันกะออกเลย... เริ่มมวนๆทุง (ป็นปวนในท้อง) กลืน ไล่ แล้วก็อ้วกออกมา เสร็จแล้วกะหว่างไป... อ้วกจนหมดทุง เหลือแต่น้ำลาย...”

(ลุงเพิ่ม อายุ 62 ปี รับ CE ครั้งที่ 4 วันแรก 25 ก.ค. 2539)

การที่ผู้ป่วยมีความรู้สึกว่าจะไม่สามารถควบคุมอาการข้างเคียงได้ เป็นผลมาจากการที่ผู้ป่วยมีอาการข้างเคียงที่รุนแรงทุกครั้งที่ได้รับยา

ผู้ป่วยทุกรายรับรู้ว่าจะป้องกันอาการข้างเคียงที่ได้รับช่วยไม่ได้หรือช่วยได้น้อยมากซึ่งผู้ป่วยมักจะบอกว่า “ยาแก้แพ้ช่วยไหรไม่ได้” หรือ “เขาดีดยาแก้แพ้ให้แล้วแต่มันห้ามไม่อยู่” เป็นต้น

เนื่องจากผู้ป่วยส่วนใหญ่ได้รับยาพลาซิด แก้อาการคลื่นไส้อาเจียน และผู้ป่วยบางรายก็ขอเปลี่ยนเป็นชาชนิดกินแทน เพราะแพ้ชาชนิดฉีด ทำให้พบว่าผู้ป่วยเกิดอาการคลื่นไส้อาเจียนที่รุนแรง

มาก และเมื่อกลับไปอยู่บ้านมักจะได้รับยาชนิดกิน ผู้ป่วยกินแล้วก็ยังคงมีอาการอีก จึงมีการรับรู้ออกมาในลักษณะนี้

ผู้ป่วย 2 รายบอกว่าหลังจากอาเจียนแล้วจะกินยา ช่วงนี้ยาจะช่วยได้บ้าง ซึ่งพบว่านอกจากผู้ป่วยจะกินยาตามแพทย์สั่งแล้วยังกินยาเพิ่มหลังจากมีอาเจียนแล้วด้วย ซึ่งบอกว่ากินยาหลังจากอาเจียนจะช่วยได้บ้าง แต่ก็ไม่ทราบว่านอกจากยาแล้วยังมีวิธีการอื่นใดที่จะช่วยได้อีก ดังที่ผู้ป่วยเล่าว่า

“ยามแก้อาเจียนที่หมอให้ไปช่วยไม่ค่อยได้ ถ้ามันจะอ้วกอะไรก็มาห้ามไม่ได้เวลาได้กลิ่น อาหารนี่นะ แต่หลังกินยาจะช่วยได้บ้าง...” (พี่เล็ก อายุ 51 ปี หลังรับ MVP ครั้งที่ 3 27 ก.ค. 2539)

“อ้วกตั้งแต่อยู่รพ. แล้วกลับไปอ้วกที่บ้านอีก ประมาณอาทิตย์นึง แต่มันค่อย ๆ ซาลงไปแล้วก็ดีขึ้น... ก็ปล่อยให้อ้วกไปเลย แล้วก็กินยาแก้อาเจียน...แต่ก็ช่วยได้ไม่มาก...มันยังอ้วกมาเรื่อยๆ บางทีก็มีแต่น้ำลาย...” (สาว อายุ 42 ปี คลินิกโรคปอด หลังรับ VP ครั้งที่ 2 24 ก.ค. 2539)

“วันก่อนอยู่ตึกโน่น ได้ยาตัวนี้ไป กลางคืนอ้วก ทรมาณเกือบตาย เริ่มอ้วก 3 ทุ่มไปหยุดตี 4 ในช่วงนั้นคือไม่ได้นอนเลยไม่ได้หลับเลย มันจะเวียนช่วงประมาณสักครึ่งชั่วโมง เพลียหมดเลย หมดเรี่ยวหมดแรงห้องนอนพับอยู่ตรงนั้นแหละ บางทีนอนหัวห้อยยกหัวไม่ขึ้น ถึงเวลาอ้วกนี่นะ เหนือจะออกเต็มหมด ร้อน ร้อน คำสอนนี่เอามาตั้งไว้ไม่ได้มันร้อน ไม่ต้องใส่เสื้อกันเลย... เหมือนกับว่าเราอยู่ผู้เดียวร่างกายแข็งแรงสบายไม่มีปัญหาอะไร ไปไหนมาไหนได้ ทอมารับยาน้อย 10 วัน ที่เราจะเพลียกินไม่ได้เหมือนอาหารไปหมดทุกอย่าง กินได้บ้างก็น้ำ ข้าวต้มใส่น้ำปลาไม่มาก เคยมีเพื่อน ๆ ซื้อของมาฝากแซ่บให้กิน ผมบอกเขาแล้วว่าไม่ไหว เรารู้ตัวเราดี ก็ลองกินให้เขาดู กินเข้าไปคำเดียว กระทบมันบิ๊บใส่ออกมาหมด แล้วอ้วกนี่นะไม่ใช่ครั้งเดียวกินกระตุ่นเข้าไปนิดนึงมันอ้วกอยู่เป็นชั่วโมงบิ๊บของเก่าออกมาจนได้น้ำเหลือง ๆ เขียว ๆ โน่นแหละ ถึงจะหยุดอ้วก... ทรมาณจริง ไม่สบายไปหมดไม่คุ้มกันเลย ของเก่าที่กินได้แล้วก็ออกมาหมด เพลียมากกว่าเดิมอีก...”

(หลี่ อายุ 39 ปี คลินิกโรคปอด 2 สัปดาห์หลังได้ยา MVP ครั้งที่ 4 17 ก.ค. 2539)

ในช่วงที่ได้รับเคมีบำบัดผู้ป่วยทุกรายจะมีความรู้สึกทุกข์ทรมานต่ออาการข้างเคียงที่เกิดขึ้น แต่อาจมีความรุนแรงของความรู้สึกที่ไม่เท่ากัน โดยเฉพาะเมื่อมีอาการอาเจียนที่รุนแรงใน 1-3 วันแรกของการได้รับยา ส่วนอาการที่ทำให้รู้สึกทุกข์ทรมานในระยะต่อมาก็คือ เหน็บเมื่ออาหาร และในระยะยาวคือ อ่อนเพลีย หอบเหนื่อย และเจ็บปวด ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาของนีเรนซ์และคณะ (Nerenz et al., 1982 : 1024) ที่พบว่าอาการที่ทำให้ผู้ป่วยมะเร็งต่อมน้ำเหลืองที่ได้รับเคมีบำบัดทุกข์ทรมานมากที่สุด คือ อาการคลื่นไส้ หนาวสั่น ความเจ็บปวด และอ่อนเพลีย อันเป็นผลมาจากการที่ผู้ป่วยเป็นมะเร็งชนิดที่แตกต่างกันและได้รับเคมีบำบัดสูตรที่แตกต่างกัน

ผู้ป่วย 2 รายบอกว่ารู้สึกไม่แน่ใจว่าจะทนอาการข้างเคียงได้ คิดว่าอาจทนไม่ไหว ไม่อยากรับยาในช่วงที่ร่างกายไม่พร้อม เช่น อ่อนเพลียมากจากการที่มีอาการแพ้ระยะยาวจากการได้รับยาครั้งก่อน หรือจากการมีไข้จากการติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ ดังที่ผู้ป่วยเล่าว่า

“เขาให้ยาหมดไปแรกบ่ายเริ่มแล้วถูก ออกแล้ว 3-4 วัน เหม็น อาหารนี้กินไม่ได้ กินแต่ถาดสาธิตแต่ว่ามันหยุดแล้ว เหลือแต่คลื่นไส้...วันนี้กะพอกทนได้แต่เขายังให้ยาอีก 2 วันแหละ ไม่รู้อีกทนได้หม้าย... ถ้ากินไหวไม่ได้สัก 20 วันเหมือนหนกก่อนแล้ว สาปเสียดัง...”

(ดูเพิ่มเติม อายุ 62 ปี หลังรับ CE ครั้งที่ 4 วันแรก 25 ก.ค. 2539)

“ก่อนได้ยา ถ้าร่างกายผมแข็งแรงกว่านี้ ผมไม่กลัวทรอกแพ้ยา เพราะเรารู้แล้วว่าเกิดอะไรขึ้นบ้าง...แต่นี้ร่างกายมันไม่พร้อม มันไม่แข็งแรงเหมือนครั้งก่อน ๆ ...หลังได้ยาไม่รู้จะทรุดถึงไหน...ผมบอกหมอแล้วว่าเห็นมากคงไม่ไหว...”

(หลี อายุ 39 ปี ปรอรับ MVP ครั้งที่ 5 10 ต.ค. 2539)

อาการต่างๆที่เกิดขึ้นทำให้ผู้ป่วยคิดถึงอนาคต และคาดเดาสถานการณ์ที่เกิดขึ้นกับตนเอง ภายหลังจากได้รับยาเป็น 2 ลักษณะ คือ 1) ในช่วงที่มารับยาครั้งแรกมักจะคิดว่าคงจะดีขึ้นเองเพราะหมอให้ยาช่วยอยู่แล้ว และ 2) เมื่อมารับยาครั้งหลังๆ ผู้ป่วยที่เคยมีอาการแพ้ยาที่รุนแรงมาก่อนมักจะคาดเดาได้ว่าหลังจากนี้ตนเองจะมีอาการแพ้ยาที่ยาวนานต่อเนื่องไปจนถึงที่บ้าน จะกินอะไรไม่ค่อยได้เป็นเวลานาน และร่างกายจะทรุดโทรม ที่นิ้วด้วยาก ดังที่ผู้ป่วยเล่าว่า

“พออ้วกนานๆ แล้วกินไม่ได้ ทำให้เพลีย ไม่บายตัว ร่างกายในทรุดมาก แล้วแทนที่มันจะแข็งแรงเร็วๆ มันกะที่นิ้วตัวซ้ำ มันขึ้นๆ ลงๆ...ที่นิ้วไม่ค่อยทัน กะต้องมารับยาแล้วแล้ว...”

(ดูเพิ่มเติม อายุ 62 ปี ก่อนรับยา CE ครั้งที่ 4 24 ก.ค. 2539)

จากการศึกษาพบว่าอาการข้างเคียงของเคมีบำบัดที่ทำให้ผู้ป่วยมะเร็งปอดมีความไม่สุขสบายหรือรู้สึกทุกข์ทรมาน ได้แก่ 1) ลึ้นชา 2) คลื่นไส้อาเจียน 3) วัตถุประสงค์กระตุ้น 4) ท้องเสีย 5) อ่อนเพลีย 6) มีไข้แทรกซ้อน 7) ผม่วรง เป็นต้น ส่วนอาการชาปลายมือปลายเท้า หนูอื้อ เล็บและผิวหนังมีสีคล้ำ เส้นเลือดแข็งมีสีคล้ำที่เกิดขึ้นเป็นอาการที่ผู้ป่วยให้ความสนใจน้อย โดยบอกว่าไม่เป็นไร ไม่ได้รู้สึกเจ็บ ที่ราคาญบ้าง คืออาการชา คงจะหายไปเอง และจากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยมะเร็งปอดเซลล์เล็ก และไม่ใช่ว่าเซลล์เล็กที่ได้รับเคมีบำบัดสูตร CE (Cisplatin + Etoposide) และ MVP (Mitomycin + Vinblastin + Cisplatin) จะมีการรับรู้ต่อผลกระทบที่เกิดจากการได้รับเคมีบำบัดไม่แตกต่างกันเนื่องจากยาที่ได้รับมีพิษพลาคินเป็นหลักทำให้เกิดอาการข้างเคียงที่คล้ายๆกัน อาการข้างเคียงที่เกิดขึ้นในช่วงที่ผู้ป่วยได้รับเคมีบำบัด มีดังนี้

3.1.4.1 ลิ้นชา ผู้ป่วย 2 รายมีการเปลี่ยนแปลงของการรับรสต่างๆภายหลังจากได้รับ ยา สูตร MVP ครั้งแรก โดยเล่าว่า "หลังจากยาไหลเข้าสู่ร่างกายจะมีอาการชาที่ปาก ลิ้น และลำคอ กินน้ำร้อนจัดเข้าไป ยังงงอยู่ว่ากินได้โดยไม่รู้สึกละเอียดร้อน" ส่วนอีกรายบอกว่า "เคี้ยวข้าวแล้วเป็น แป้ง" ลิ้นไม่รับรสอะไรเลย เลยไม่อยากกินไหน" ซึ่งมีอาการหลังจากที่เข้าเข้าไปในร่างกายหมดแล้ว อาการที่เกิดขึ้นเหล่านี้เป็นอาการข้างเคียงที่พบได้จากการที่เคมีบำบัดออกฤทธิ์ทำลายต่อมรับรส ต่างๆ ซึ่งยาซิสพลาตินเป็นยาที่สำคัญที่ทำให้เกิดอาการเหล่านี้ได้ (Schmidt & Shell, 1994 : 331) เช่นที่ผู้ป่วยเล่าว่า

"พอนึกเสร็จก็เอากันเลย หนแรกเลยผมมีอาการชาที่ปาก ลิ้นถึงคอ กิน น้ำร้อนมากินเข้าไปได้เลย ร้อน จังนะ ไม่รู้สึกละเอียดร้อน ปากบวมเลย ไม่รู้ทำไมกินน้ำร้อนได้ แต่น้ำเย็นกินไม่ได้ หนนั้นผมปากบวม ก็รู้แล้วว่า อย่าไปกินมันน้ำร้อนทันนั้น..."

(หญิง อายุ 49 ปี 2 สัปดาห์หลังรับ MVP ครั้งที่ 4 17 ก.ค. 2539)

"ไม่ชอบเลยนิ้บ้ำ มันอยาก ในใจนี้อยากกิน อยากกินจนตัวลั่นนิ้ แต่มันเมื่อข้าว เคี้ยวแล้วเหมือนกินแป้ง เคี้ยวเป็นแป้ง ไม่รู้รสชาติเลย ฟืนกินเหมือนอิน้ำตาไหล... พอกินเข้าไปมันกลืนไม่ลง แล้วกระตุ้นให้อ้วก หล่ำว เลยอย่ากินคี่หว่า..."

(ผู้ป่วย อายุ 54 ปี หลัง MVP ครั้งที่ 2 16 ส.ค. 2539)

3.1.4.2 คลื่นไส้อาเจียนรุนแรง พบว่าผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับเคมีบำบัดทุกรายจะมี อาการคลื่นไส้อาเจียนเกิดขึ้น และผู้ป่วย 8 รายเกิดอาการคลื่นไส้อาเจียนที่รวดเร็วและรุนแรง ยกเว้น คนที่ได้รับยาป้องกันอาการคลื่นไส้อาเจียนที่มีประสิทธิภาพสูง เช่น ออนแดนสเทอโรนหรือ โซเฟรน เนื่องจากยาซิสพลาตินเป็นยาที่อยู่ในกลุ่มที่ทำให้เกิดอาการอาเจียนที่รุนแรงมาก ซึ่งพบ อีกว่าผู้ป่วยทุกรายที่ได้รับยานี้จะมีอาการคลื่นไส้อาเจียน (Cooley et al., 1994 : 284) ดังที่ได้กล่าว มาแล้วในช่วงระหว่างรับยา และพบว่าผู้ป่วยมักจะอาเจียนที่ติดต่อกันประมาณ 2-6 ครั้งใน 24 ชั่วโมงแรกของการรับยา และมักจะอาเจียนอีกวันละประมาณ 1-4 ครั้ง ในวันต่อมา ซึ่งจะ เป็นอยู่ประมาณ 3 วัน ถึง 2-3 สัปดาห์ ดังที่ผู้ป่วยเล่าว่า

"ลุงอ้วกจัง ได้ยาหนก่อน 3 วันอ้วกอยู่ 4-5 วัน...พอหลังยามดก็เอากันเลย อ้วกทั้งคืน.. เหมือนอาหารกิน ของโรงพยาบาลยกมา ได้กลืนก็เอาแล้ว ไม่ต้องกินกันเลย...เรื่องอ้วกแล้วกินไม่ได้นี่แหละลำบากที่สุด ทำให้เพลีย ไม่บายนั้บ ร่างกายในทรุดมาก แล้วแทนที่มันจะแข็งแรงเร็วๆมันกะทันตัวชา มันขึ้นๆ ลงๆ... แล้วล้าเพลียมากที่นไม่ทัน กะไปหาหมอที่คลินิก พอดีอยู่แค่บ้าน... กะได้ยาริวิตามินไปกิน ถึงค้อยๆ ดีขึ้น...ถูกๆหาซื้อของมาให้กินนมมั้ง ผลไม่มั้งไม่เคยขาด..."

(ลุงเพิ่ม อายุ 62 ปี ก่อนรับ CE ครั้งที่ 4 24 ก.ค. 2539)

นอกจากนี้จากการสังเกตพบว่ามีผู้ป่วย 2 รายที่ภายหลังได้รับยา ยังมีอาการ คลื่นไส้ อาเจียน อยู่ตลอด กินอาหารได้น้อยมาก ทำให้มีอาการอ่อนเพลียมาก และยังมีอาการคลื่นไส้ อาเจียน มาจนถึง ช่วงที่มารับยาครั้งต่อไปอีกด้วย โดยที่ผู้ป่วยรายแรกมีอาการเหนื่อยง่าย และอ่อนเพลียมากบอกว่า หลังได้ยากินอะไรไม่ลงเลยทั้งๆที่มีความรู้สึกอยากกินมาก จากการพูดคุยพบว่าผู้ป่วยเป็นห่วงลูกที่ป่วยเป็นโรครุนแรงและมักพูดเสมอว่าถ้าตนเองไม่อยู่แล้วลูกคงจะลำบาก ส่วนอีกรายเป็นผู้ป่วยที่มีความรู้สึกห่อเหี่ยวหมดหวัง ไม่สามารถปรับตัวยอมรับกับความเจ็บป่วยได้ ซึ่งอาการที่เกิดขึ้นเป็นอาการอาเจียนแบบคาดคะเน (anticipation nausea and vomiting) ที่มักพบในผู้ป่วยที่มีความวิตกกังวลในระดับสูง มีเรื่องที่เป็นห่วงกังวลมาก และรู้สึกหมดหวัง ร่วมกับการที่ได้รับความทุกข์ทรมานในระดับสูงทั้งจากภาวะของโรคและการได้รับเคมีบำบัดในครั้งก่อนๆ (Sorrell, 1994 : 343) ซึ่งส่วนหนึ่งเป็นผลมาจากการที่ไม่ได้รับการควบคุมอาการข้างเคียงของเคมีบำบัดอย่างมีประสิทธิภาพ และจากสภาวะจิตใจของผู้ป่วยเอง

3.1.4.3 ไวต่อถึงกระตุ้น ผู้ป่วยจะกล่าวถึงการที่มีความไวต่อกลิ่น และเสียงดังมากกว่าปกติภายหลังได้รับยา โดยอาการไวต่อกลิ่นจะมีความรุนแรงมากขึ้นเมื่อมารับยาครั้งต่อไป ซึ่งคล้ายกับการศึกษาของรอดส์และคณะ (Rhodes et al., 1994 : 49) ที่พบว่าผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงของการรับรส และมีความไวต่อกลิ่น เสียงดัง รวมทั้งการรับสัมผัส ในช่วงที่ได้รับเคมีบำบัด

1) ไวต่อกลิ่น ผู้ป่วยทุกรายรับรู้ถึงสิ่งที่สามารถกระตุ้นให้เกิดอาการข้างเคียง ซึ่งจะมีผลมากในระยะ 1-2 สัปดาห์ภายหลังรับยา ซึ่งผู้ป่วยมักบอกว่า กลิ่นจะทำให้อาเจียนมากขึ้น ทั้งกลิ่นอาหารของโรงพยาบาลทุกชนิด กลิ่นอาหารที่บ้านโดยเฉพาะอาหารที่ผัด ทอด หรือใส่กะทิ กลิ่นยา หรือน้ำยาต่างๆ รวมทั้งของทุกอย่างที่มีกลิ่น เช่น แป้ง สบู่ น้ำหอม บางรายมีอาการมาก ข้าวหอมมะลิ นม หรือน้ำหวานก็กินไม่ได้ และพบว่าผู้ป่วยที่มารับเคมีบำบัดครั้งที่ 2 ขึ้นไปจะมีความไวต่อกลิ่นมากขึ้น ดังที่ผู้ป่วยเล่าว่า

“พอได้ยากะเริ่มเลย อาเจียน พออาเจียนแล้วของกินนี่กินไม่ได้เลย กินแต่น้ำได้ทีละๆ ข้าวนี้ไม่ได้เลย... มันไม่ให้กินนี่ พอเอามาถึงมันมีอาการเหม็น อย่างเอาเข้ามาเลย... กินนี่ไม่ยอมกินมัน มีกลิ่น...มันไม่ให้กลิ่น ไม่ให้กินนี่...ของมีกลิ่นนี่กินไม่ลง...”

(ลูเพิ่ม อายุ 62 ปี หลังรับ CE ครั้งที่ 4 วันแรก 25 ก.ค. 2539)

อาการไวต่อกลิ่นทำให้ผู้ป่วยทุกรายมีอาการเหม็นเบื่ออาหารเป็นอย่างมากภายหลังได้รับยาครั้งแรก และมักจะมีอาการมากขึ้นในการมารับยาครั้งต่อๆมา ทำให้เป็นอุปสรรคในการบำรุงร่างกายเป็นอย่างมาก ดังที่ผู้ป่วยเล่าว่า

“ตอนนั้นหิวนะ แต่กินไม่ได้ เหมือนเบื่อ ร่างกายมันปฏิเสธอาหารนะ ไม่เอาเลย จนกระทั่งแม่จะต้องทำ ข้าวต้มและ ๆ กินแต่น้ำข้าว หมอเค้าก็บอกว่าจะมีอาการแต่เรานึกไม่ถึง น่ากลัวนะตอนนั้น คีที่มัน ผ่านมาได้แล้ว...” (สาว อายุ 42 ปี ก่อนรับ VP ครั้งที่ 3 13 ส.ค. 2539)

ผู้ป่วยทุกรายจะบอกว่าเหม็นข้าวโรงพยาบาล แต่ได้กลิ่นลอยมาก็จะอาเจียนแล้ว ทุกรายจะ ปฏิเสธไม่รับขอมกินของโรงพยาบาล และเป็นมากกระทั่งไม่ให้เอาข้าวเข้ามาใกล้ๆ ไม่ให้เปิดภาชนะ ข้าวเดือดขาด และบ่นอยากกลับบ้านเร็วๆ เพราะการอยู่โรงพยาบาลทำให้ไม่สามารถควบคุมกลิ่น อาหารได้ ทำให้มีอาการแพ้ที่รุนแรง และยาวนานมากขึ้น บางรายมีอาการรุนแรงมากจนกินข้าว หอมมะลิไม่ได้อีกเลย ซึ่งผู้ป่วยบอกว่า “กลิ่นจะลอยมาติดจมูกทำให้คลื่นไส้ และกลิ่นไม่ลง” นอกจากนี้ยังเหม็นกลิ่นยา หรือน้ำยาต่างๆ บางรายบอกว่า “เหม็นกลิ่นยาดามินที่กลิ่นเข้าไปแล้ว และติดคอกอยู่ มันกระตุ้นให้อ้วกได้”

ในขณะนี้ ผู้ป่วยจะพยายามหลีกเลี่ยงการ ได้กลิ่นต่างๆเท่าที่จะทำได้ ผู้ป่วยหลายรายพยายาม ขอห้องพิเศษในช่วงที่มารับยา ไม่เปิดภาชนะอาหารของโรงพยาบาล บางรายก็นอนคลุมโปงตั้งแต่ได้ยิบ เสียขงรถเข็นอาหาร และผู้ป่วยทุกรายก็พยายาม เลือกร้านอาหารที่พอจะกินได้ เพื่อจะได้ไม่อ่อนแอเสีย มากเกินไป

“มีกลิ่นมากกระตุ้น กลิ่นสำคัญ สำคัญมากคิดว่าถ้าทำให้มีกลิ่นมารบกวนน้อยที่สุดนี้ อาจ จะอ้วกน้อยลง ส่วนมากมันจะอ้วกในช่วงแรก ซึ่งอาจจะเกิดจากยานั้นแหละ แต่ช่วงหลังมันเกิดจากกลิ่นที่ มากกระตุ้น คือที่นี้พอเขาเข็นรถข้าวมาที่ อ้วกแล้วทางนี้เราอ้วกแล้วงดไปเลยอาหาร งดไปเลย จังหวะให้ยานี้ข้าว หอมก็กินไม่ได้เลย ต้องกินข้าวบ้าน ๆ ข้าวธรรมดา ข้าวร้อย (ข้าวร้อยเปอร์เซ็นต์) ไหร่วันนี้ ข้าวต้มก็ กินได้อย่าให้เป็นข้าวหอม คือต้องห้ามมีกลิ่นออกมาคือเรื่องนี้ ถ้าคนที่ไม่เคยรู้เอาไว้เขาฟังบางทีเขาก็ อาจจะไม่เชื่อว่ามันเป็นไปได้...” (หตี อายุ 39 ปี ก่อนรับ MVP ครั้งที่ 5 10 ส.ค. 2539)

และในเรื่องนี้ภรรยาของผู้ป่วยได้เล่าว่า

“ถ้าว่ามีกลิ่นอะไร ทุกอย่างที่มีกลิ่นนี้แหละ แก้อาเจียนตลอดเลย กลิ่นข้าวหอม (ข้าวหอมมะลิ) น้ำหอม แป้ง สบู่ ไหรันี่ ไม่ได้เลยนี่... เขารุน (เงิน) กับข้าวมาข้างโน้น ทางนี้แก้อ้วกแล้ว อยู่ที่...(โรงพยาบาล อำเภอโกสุมพิสัย) ได้ห้องพิเศษ เรื่องข้าวนี้คุยกันได้ พอเขาเข็น มาให้ บอกเขาเลยว่าไม่ต้องเอาเข้ามาใน ห้อง เขาไม่อยากจะกินอะไร เอาไว้หน้าห้องเสีย...”

(ข้อมูลจากการพูดคุยกับภรรยาของหตี 10 ส.ค. 2539)

2) วัตถุประสงค์ ผู้ป่วยมักจะไวต่อเสียงดังที่มารบกวนการพักผ่อนนอนหลับ ซึ่งผู้ป่วยบางรายบอกว่า เสียงดังทำให้หงุดหงิด ใจง่ายมากขึ้น ดังที่ผู้ป่วยเล่าว่า

“นี่ยังมีอีกอย่างหัวรุ่งนี่ การเซ็นโคมเช็ดตัวคนไข้เสียงดังมาก กำลังหลับสบายอยู่ ก็ต้อง ตื่น ยิ่งหลังได้ยา ยิ่งไวกับเสียงดังมาก เหมือนอิโมโหจั่ง อาเจียนเสร็จ แทนที่อู่ได้หลับมั่ง ไม่ต้องนอนกันพอดี...”

(หลี่ อายุ 39 ปี ก่อนรับ MVP ครั้งที่ 5 10 ต.ค. 2539)

3.1.4.4 ท้องเสีย มีผู้ป่วยอยู่ 1 รายที่มีอาการท้องเสียเฉียบพลันในช่วงที่กำลังได้รับยา ทำให้เกิดความรู้สึกอายและเกรงใจที่พยาบาลมาช่วยเหลือเป็นอย่างมาก ดังที่ผู้ป่วยเล่าว่า

“ยานี้พอเริ่มให้ป้าก็ท้องเสีย จี๊ดที่นอนบัลลูน (อาย) พยาบาลอืออยู่แล้ว ท้องเสียกลิ่น ไม่อยู่เลย...พยาบาลเขาก็ใจดีนะบอกว่าป้าทำใจดี ๆ นะ ไม่พรี้อ...แต่ป้าเกรงใจเขาเราผู้ใหญ่ถึงอื่นไม่อยู่เขาว่าไมพรี้อ ป้านอนเฉย ๆ ทำใจดี ๆ ไม่ต้องตกใจ เขาว่าป้าเวียนหัวไปห้องน้ำเองไม่ได้ ป้าเกรงใจเขาเพราะยังไม่ถึงกับล้มหมอนนอนเสื่อเขาก็ช่วยเช็ดให้ ไหรให้...” (ป้าเล็ก อายุ 51 ปี หลังรับ MVP ครั้งที่ 3 27 ก.ย. 2539)

3.1.4.5 อ่อนเพลีย (จี๊ดร้าน) ผู้ป่วยมักจะบอกว่า “เนือยๆ ลอยๆ ไม่มีแรง” มีอาการหนาวง่ายไม่ชอบอาบน้ำ ไม่สบายตัว อ่อนเพลีย ไม่อยากออกไปไหน ซึ่งผู้ป่วยหลายรายเรียกอาการนี้ว่า “จี๊ดร้าน” มักจะนอนพักอยู่กับบ้าน นอนรอจนกว่าจะรู้สึกหิว หรือนึกอยากกิน ซึ่งเป็นผลมาจากในระยะแรกที่กลับบ้าน (3-5 วันหลังได้รับยา - 1 ถึง 2 สัปดาห์) ผู้ป่วยส่วนใหญ่มักจะมีอาการคลื่นไส้อยู่โดยเฉพาะเมื่อได้กลิ่นอาหารคั่วหรือทอด มีอาการอาเจียนบ้าง นานๆ ครั้ง ยังรู้สึกเบื่ออาหาร กินอาหารได้น้อย กินได้เฉพาะอาหารที่ไม่มีกลิ่น ข้าวต้ม นม น้ำหวาน หรือผลไม้รสเปรี้ยว

สำหรับผู้ที่มีการข้างเคียงน้อยมักจะเริ่มรู้สึกหิวประมาณ 1 สัปดาห์หลังรับยา ผู้ที่มีอาการข้างเคียงปานกลางมักเริ่มจะรู้สึกประมาณ 2 สัปดาห์หลังรับยา และผู้ที่มีอาการข้างเคียงมากมักจะเริ่มรู้สึกอยากกิน ประมาณ 3 สัปดาห์หลังรับยา โดยผู้ป่วยบอกว่าหลังรู้สึกหิวเป็นช่วงที่สามารถทนกลิ่นอาหารได้มากขึ้น ทำให้กินได้มากขึ้น อาการอ่อนเพลียก็ลดลงเรื่อยๆ จนร่างกายกลับสู่ภาวะปกติ ผู้ป่วยมักจะมีเวลาพักในอีกระยะหนึ่ง ประมาณ 1 สัปดาห์ก่อนที่จะมารับยาครั้งต่อไป แต่บางรายที่มีอาการข้างเคียงยาวนานก็บอกว่า “ยังไม่ฟื้นตัวที่ ต้องมาลดยาอีกแล้ว สา (อาจจะ) ไม่ค่อยไหว” ดังที่ผู้ป่วยเล่าว่า

“มันเพลียหลายวันแรง พอเพลียเข้าแล้ว โอ! หัวงอที่นอนหลบ กินไหร ไม่ได้ กินแต่ถูกไม้... รู้สึกว่ามันเนือยๆ (หิว) ลอยๆ เนือยแล้วแต่กินไม่ได้ เพลียไปหมด...ต้องนอนพักไม่ได้ออกไปไหน...”

(ลุงเทิ้ม อายุ 62 ปี คลินิกโรคปอด 2 สัปดาห์หลังได้รับ CE ครั้งที่ 4 21 ต.ค. 2539)

“กลับไปอยู่บ้านอีวกต่ออีก 4-5 วัน มันอีวกตอนได้กลิ่นกับข้าว น้องสาวเขาทำแกงผัด พอกลิ่นลอยมากก็เริ่มกลิ่นได้ แล้วกะเอาแกงเลย อีวกเลย... ส่วนมากมันออกมาเป็นน้ำลาย แล้วมันเหม็นอาหารไปหมด กินแต่ส้ม (ผลไม้) มังคุดนี่กินจัง... ข้าวต้มกินได้ไม่มาก กินให้พออยู่ได้ ไม่ให้มันเหม็นมาก... อยู่บ้านเหม็นมาก น้ำหนักลด 3 กิโลแล้ว เหนื่อยกัน กินไม่ได้เลย พออีวกกะไม่เอา ไหรแล้ว...”

(ป้าหนู อายุ 54 ปี คลินิกโรคปอด 2 สัปดาห์หลังได้รับ MVP ครั้งที่ 24 ก.ค. 2539)

“อีวกจันทน์นี่ เพิ่งเริ่มกินได้มั้งมา 2 วัน นี่แหละ... อาหารที่กินไม่ได้ ถ้าได้กลิ่นแล้วมันดับอ็อก (เริ่มจะอาเจียน) พอเขาทำกับข้าวกะวิ่งไปอยู่ที่อื่นเสีย...ข้าวที่กินไม่ได้เลย กินไม่ลง น้ำพริกมะขามไทรกะเปล่าแล้ว แม่กึ่งกะกินไม่ได้แล้ว ลองให้แฟนต้มยำกะกินไม่ลง..ดูว่ามันเป็นจากยานั้นแหละ แต่คิดไม่ถึงว่ามันอิแรงหันนี้...แรงหว่าที่ก่อน 2 เท่าอยู่ อาการเหลือหว่าคนแก่ที่อ็อกแล้ว... คนแก่ที่อ็อกเห็นยังพอกินได้ นี่เปล่า...ข้าวที่พอ กลิ่นเข้าหูก กะไม่เอาแล้ว...แรกเดียวคนนั้นกินไข่เป็ดทอด ถ้าเป็นวันก่อนนี่เล่นแล้วแหละ วันนี้พอทนได้ เพิ่งเริ่มกินข้าวได้มา 2 วัน... คานนี่แหละที่เพี้ยน 14 วันที่กลับบ้านเพี้ยนเสีย 12 วันราว 2 วันนี่แหละที่เริ่มฟื้นขึ้นมาสักที...พอแฉ้านานกินไปนี่ มันเพี้ยน ไม่แข็งแรง เดินกะไม่ค่อยรอด ไปไหนก็ชี้คร้านอิ ไป นอนดีหว่า.. อิเคิน อินั่งเก้าอี้กะไม่มีแรง...”

(ลุงเท่ง อายุ 62 ปี คลินิกโรคปอด 2 สัปดาห์หลังได้ยา MVP ครั้งที่ 2 18 ก.ย. 2539)

ผู้ป่วยรายหนึ่งบอกว่าช่วงป่วยกับช่วงเข้าความแข็งแรงจะไม่เท่ากัน ซึ่งอาการอ่อนเพลียจะเป็นมากในช่วงป่วยๆ ถ้าจะทำธุระก็ต้องออกไปช่วงเข้าที่ร่างกายสดชื่นแข็งแรงคืออยู่ ดังที่ผู้ป่วยเล่าว่า

“ช่วงเข้าจะแข็งแรงกว่าช่วงป่วย ช่วงเข้าจะสดชื่น จะไปไหนก็รีบไปตั้งแต่เช้าแล้วรีบกลับก่อนเที่ยง พอช่วงป่วยมันจะรู้สึกเพลียๆ ไม่แข็งแรงเท่าไร ก็อยู่บ้าน นอนพัก...”

(หลี่ อายุ 39 ปี คลินิกโรคปอด 2 สัปดาห์หลังได้ยา MVP ครั้งที่ 3 17 ก.ค. 2539)

3.1.4.6 มิใช่แทรกซ้อนได้ง่าย ผู้ป่วยรับรู้ผลกระทบจากการเจ็บป่วย ด้านร่างกายว่าความเจ็บป่วยครั้งนี้ ทำให้ร่างกายอ่อนแอ มีความแข็งแรงลดลง ด้านทานโรคไม่ได้ และทำให้มีโรคแทรกซ้อนได้ง่าย โรคแทรกซ้อนที่ทำให้ร่างกายไม่แข็งแรงที่ผู้ป่วยมักกล่าวถึงได้แก่การเป็นหวัดง่าย การที่มีอาการหนาวเย็นง่าย และการมีอาการวิงเวียนหน้ามืด

1) คิดหวัดง่าย ผู้ป่วย 1 รายมีการคิดเชื้อหวัดมาจากภรรยา ทั้งๆที่พยายามหลีกเลี่ยงแดด ฝน ฝุ่นละออง และไม่พยายามเข้าไปในที่ชุมชนแออัดแล้ว ซึ่งการคิดหวัดในครั้งนี้เป็นสิ่งที่ผู้ป่วยบอกว่า “คิดไม่ถึง” ซึ่งส่งผลกระทบต่อการรักษาต่อเนื่องของผู้ป่วยเป็นอย่างมากทำให้ผู้ป่วยต้องหยุดรับเคมีบำบัด ส่งผลให้ภาวะของโรคลุกลามมากขึ้น หลังจากที่ควบคุมโรคได้ระยะหนึ่งแล้ว ดังที่ผู้ป่วยเล่าว่า

“พอดีตอนนั้นแฟนผมเขาเป็นหวัดกัน ถึงไม่รู้อิห่ากันหรือนั้นหวัดนี้ที่ติดจากแฟน จนกระทั่งถึงเดี๋ยวนี
ยังไม่ไข้หาย เรื่องหวัดนี้ยังมีอยู่ ถูกลมสักคนก็ไม่ได้นี้ทำให้อเป็น หอลมพัดแรง ๆ นี้รู้สึกเลย รีบห่มผ้าไว้
เริ่มแย่งลงจังหวะที่เป็นหวัด...” (หลี่ อายุ 39 ปี รอรับ MVP ครั้งที่ 5 10 ส.ค. 2539)

การเป็นหวัดและมีไข้ที่รุนแรงในครั้งนีทำให้ผู้ป่วยรายหนึ่งคิดไปถึงสาเหตุว่ามาจากสิ่ง
เหนือธรรมชาติ เช่น การถูกของ ถูกทำ ซึ่งเป็นจุดเปลี่ยนที่ส่งผลให้ผู้ป่วยหันไปแสวงหาการรักษาที่
บ้าน และไม่มารับการรักษาด้วยเคมีบำบัดไปถึง 2 เดือน และหลังจากกลับมารักษาผู้ป่วยก็ได้รับการ
แนะนำให้รับการฉายรังสี ซึ่งผู้ป่วยก็ปฏิเสธ และกลับไปรับการรักษาแบบประคับประคองที่โร
พยาบาลใกล้บ้าน ร่วมกับการรักษาเชิงพื้นบ้านทุกวิธี โดยใช้สมุนไพรมากินและทาที่เจ็บปวด การ
แก้บน การทำบุญบ้าน การดูดวงชะตา การสะเดาะเคราะห์ด้วยวิธีการต่างๆมากมาย เท่าที่ญาติทุกๆ
ฝ่ายจะแสวงหาได้

2) หนาวเย็นง่าย ภายหลังรับยาผู้ป่วยหลายรายบอกว่ามีอาการไม่สบายตัว ปวด
เมื่อยตามตัว ครั่นเนื้อครั่นตัว และเย็นง่าย ต้องหลีกเลี่ยงการอาบน้ำเย็น ดังที่ผู้ป่วยเล่าว่า

“เป็นโรคนี้มันจะซัด...เย็นง่าย...” (ป้าเล็ก อายุ 51 ปี คลินิกโรคปอด3 สัปดาห์หลังรับยา MVP ครั้งที่ 3)

“กับน้ำนี่เย็นง่าย ไม่ทานอาบ เช็ดตัวยังกลัว กลัวน้ำ ต้องเช็ดตัวหรือเอาน้ำอุ่นอาบก็ยังชั่วทีด...มันเย็น
ง่าย เหมือนง่าย ความเย็นกับกลิ่นที่แทะ...นี่ถ้าไม่แพ้ ไม่เพสีย ไม่ไหรนี้ ป่าที่บายแล้วนิ บายครั้นแล้ว..”

(ลุงเท่ง อายุ 62 ปี คลินิกโรคปอด 2 สัปดาห์หลังรับยา MVP ครั้งที่ 2 18 ก.ย. 2539)

3) วิงเวียน หน้ามืด เมื่อผู้ป่วยได้รับการตรวจเลือดก่อนรับเคมีบำบัดพบว่าผู้ป่วย 4
รายมีภาวะซีด หรือเม็ดเลือดขาวต่ำ ซึ่งมักจะมีอาการ เย็นง่าย วิงเวียน หน้ามืดขณะเปลี่ยนท่า โดย
มักจะมีกับ ผู้ป่วยที่มีอาการข้างเคียงของยาที่รุนแรงและยาวนาน ดังที่ผู้ป่วยเล่าว่า

“มีอยู่อย่างหนึ่งพอนั่ง ๆ ถ้าว่าจะลุกขึ้นแล้วมันจะมึน นั่งเก้าอี้ไม่หรือ แต่นั่งพื้นนี่มันเป็น จะต้องมีของจับ
ไม่งั้นจะเบลอ ๆ และภาพเป็น 2 ภาพ 3 ภาพ... ถึงเดี๋ยวนีก็ยังอยู่ที่นั่นนั่นแหละ เจ็บในหัวบีบ ๆ ๆ เหมือนมี
อะไรคิบบอยู่ เจ็บเป็นบางช่วงเวลาก็มขย นิ่งสักพักถึงบีบ ๆ นวด ๆ ก็หาย...”

(ป้าเล็ก อายุ 51 ปี คลินิกโรคปอด 3 สัปดาห์หลังรับยา MVP ครั้งที่ 3)

ผู้ป่วยเหล่านี้มีความจำเป็นต้องมีการเลื่อนรับยาออกไป เพื่อจะได้ไปบำรุงร่างกายให้มีความ
พร้อมมากขึ้น ในการมารับยารั้งต่อไปผู้ป่วยอยากจะได้รับยาอย่างต่อเนื่อง ไม่อยากต้องเลื่อนการรับ

ยาเหมือนครั้งที่ผ่านๆมา จะพยายามบำรุงร่างกายเพื่อไม่ให้เม็ดเลือดต่ำ จะรอคอยและกังวลว่าผลเลือดดีหรือไม่ ดังที่ผู้ป่วยเล่าว่า

“รอผลเลือดอยู่เขายังไม่มาบอกที่ ไม่ทราบไหวหม้าย...”

(หลี่ อายุ 39 ปี รอรับยา MVP ครั้งที่ 5 10 ส.ค. 2539)

“ถ้าเลือดดีหมอจะให้ออนโรงพยาบาล มีบางอาทิตย์เลือดต่ำก็คิดยาไม่ได้ จะต้องเลื่อนไป
หนหน้าแล้ว”

(ป่าเล็ก อายุ 51 ปี มารับ MVP ครั้งที่ 3 23 ก.ค. 2539)

“หนนี้แสบหลายวัน อาทิตย์ก่อนมาหนหนึ่งแล้ว หมอว่าไม่แข็งแรง เม็ดเลือดต่ำ เลยไม่คิดยาให้...”
(ป่าหนู อายุ 54 ปี คลินิกโรคปอด 2 สัปดาห์หลังได้รับ MVP ครั้งที่ 2 7 ส.ค. 2539)

3.1.4.7 ผมร่ว่ง ปัญหาในระยะยาวที่พบบ่อย ได้แก่ อาการผมร่ว่ง ผู้ป่วยบางรายจะผมร่ว่งเพียงเล็กน้อย แต่ส่วนมากพบว่าผมจะร่ว่งจนบางลง และร่ว่งจนหมดศีรษะ ซึ่งผู้ป่วยมักจะบอกว่าคิดว่าปัญหาอาเจียนมาก กินไม่ได้ น่ากลัวกว่า ผมร่ว่งไม่เป็นไรเพราะงอกใหม่ได้ ดังที่ผู้ป่วยเล่าว่า

“ผมร่ว่งเยอะ ลูกบอกว่าเป็นจากยา พอรับยาเสร็จเดี๋ยวมันก็งอกใหม่ ไม่เป็นไร...”

(เง๊ะ อายุ 62 ปี รอรับ CE ครั้งที่ 5 4 ก.ย. 2539)

“ผมร่ว่งหมด มันเคยร่ว่งหมดตอนได้ยากครั้งก่อน พอผมหายไป 6 เดือน มันก็งอกมาใหม่เหมือนเดิม...
พอให้ยารอบนี้ที่ร่ว่งใหม่ งอกมาเส้นเล็กๆ ขาวๆ ก็เลยใส่หมวกไว้ไม่เป็นไร...”

(อาโก อายุ 51 ปี รอรับ CE ครั้งที่ 5 ไปให้ที่โรงพยาบาลเอกชน 7 ส.ค. 2539)

“ผมร่ว่งนี้เป็นตั้งแต่หนแรก ผมกะใส่หมวกบังไว้มั้ง อย่าให้โจ่งแข็งแรง...หลังได้ยาหนที่ 3 ก็ผมแสบนาน
แล้วขอเลื่อนให้ยา เว้นไปตั้งเดือนครึ่ง... ได้ยา (วิตามิน) ไปกินจนแข็งแรงก่อนค่อยมาคิดยาใหม่...ผมกะ
งอกใหม่ พอแลเห็นว่างอก...พอรับยาหนหลังกะหล่นหมดแล้ว...”

(ลุงเพิ่ม อายุ 62 ปี คลินิกโรคปอด 2 สัปดาห์หลังรับ CE ครั้งที่ 4 21 ส.ค. 2539)

นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยมะเร็งปอดมีอาการชาปลายมือปลายเท้า หูอื้อ เส้นเลือดที่ตีดยาเป็น
สีคล้ำ เล็บและผิวหนังเป็นมีค้ำา เส้นเลือดดำและแข็ง ในระยะหลังของการรับการรักษาด้วยเคมี
บำบัด ซึ่งเป็นอาการที่พบได้บ่อยจากการได้รับยาซิสพลาติน (Cooley et al., 1994 : 287) ดังที่ผู้ป่วย
เล่าว่า

“ที่เขาตีดา ที่เขนนี้เส้นเลือดจะมีสีดำ แรกได้ยากจะไม่แสบ ไม่เจ็บไทร ผิวกับเล็บจะมีสีเข้มหาวเคมี ยา
ที่ได้มันแรง มันจะช้า ๆ คำๆ แล้วค่อย ๆ จางลงเอง (ใช้ให้ดูบริเวณที่จางลงแล้ว)...มันไม่เจ็บกะไม่พริ้อ...”

(ป้าเล็ก อายุ 51 ปี คลินิกโรคปอด 2 สัปดาห์หลัง ได้รับ MVP ครั้งที่ 3 4 ก.ย. 2539)

“หลังได้ยานี้ ลุงรู้สึกว่ามันไม่ค่อยได้อิน... ต้องเพลงกันเสียงดังๆ สักทีดี ตามหมอบอกแล้วหมอบอกว่ามัน
เป็นจากยา หยุดยาแล้วจะดีขึ้น...” (ลุงป้อม อายุ 61 ปี รอรับ MVP ครั้งที่ 3 18 ก.ย. 2539)

“รับยาไปครั้งหลังๆ นี่มันรู้สึกว่าขาๆ ปลายมือ ปลายเท้าด้วย... เวลาหยิบจับของจะรู้สึก ยิ่งเวลาเดินถ้าถอด
รองเท้าก็จะรู้สึกมาก ลืมบอกหมอบอกทุกที แต่ก็ไม่ได้เป็นปัญหาอะไร...”

(อาโก อายุ 51 ปี รอรับ CE ครั้งที่ 5 ไปให้ที่โรงพยาบาลเอกชน 7 ต.ค. 2539)

จากการศึกษาพบว่าอาการที่ผู้ป่วยมะเร็งปอดทุกรายรับรู้ว่าเป็นปัญหามากที่สุดในระยะแรก
(หลังจากได้รับยาเข้าไปจนถึง 2-3 วันหลังรับยา) มี 5 อาการ ได้แก่ คลื่นไส้ อาเจียน เหม็นอาหาร
เมื่ออาหาร อ่อนเพลีย โดยที่อาการเหล่านี้จะสัมพันธ์กัน คือ ถ้าอาเจียน และเหม็นอาหารมาก จะทำ
ให้เบื่ออาหารมาก และถ้าเป็นอยู่นานๆ ก็จะทำให้อ่อนเพลีย ไม่แข็งแรงตามมา ระยะกลางหลัง
จากผู้ป่วยกลับบ้าน (3-5 วันหลังได้รับยาถึง 1-2 สัปดาห์) ผู้ป่วยส่วนใหญ่มักจะมีอาการคลื่นไส้อยู่
โดยเฉพาะเมื่อได้กลิ่นอาหารคั่ว หรือทอด มีอาการอาเจียนบ้างนานๆ ครั้ง ยังเบื่ออาหาร กินอาหารได้
น้อย กินได้เฉพาะอาหารที่ไม่มีกลิ่น ข้าวต้ม นม น้ำหวาน หรือผลไม้รสเปรี้ยว ผู้ป่วยมักจะมีอาการ
หนาวง่ายไม่ชอบอาบน้ำ ไม่สบายตัว อ่อนเพลีย ไม่อยากออกไปไหน ซึ่งผู้ป่วยหลายรายเรียกอาการ
นี้ว่า “ซิคส์วัน” มักจะนอนพักอยู่กับบ้าน นอนรอนจนกว่าจะรู้สึกหิว หรือนึกอยากกิน ส่วนในระยะ
หลัง (หลังจากได้รับยา 2-3 สัปดาห์ขึ้นไป) ผู้ป่วยที่มีอาการข้างเคียงระยะยาวมักจะบอกว่าตนเองฟื้น
ตัวช้า อ่อนเพลีย น้ำหนักลด ร่างกายไม่แข็งแรง ซึ่งจากการศึกษาสามารถสรุปอาการข้างเคียงของ
การได้รับเคมีบำบัดที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยมะเร็งปอด ได้ดังตาราง 3

ตาราง 3 สรุปอาการข้างเคียงของเคมีบำบัดตามการรับรู้ของผู้ป่วยมะเร็งปอด

ระยะแรก (เริ่มได้รับยา ถึง 2-3 วัน หลังรับยา)	ระยะกลาง (3 วันหลังได้รับยา ถึง 2 สัปดาห์)	ระยะหลัง (หลังรับยา 2-3 สัปดาห์ ขึ้นไป)
<ul style="list-style-type: none"> - คลื่นไส้ - อาเจียน - เหม็นอาหาร - เบื่ออาหาร - ท้องเสีย - อ่อนเพลีย - ชาลิ้น ลิ้นไม่รับรส - ไรต์อกลิ้น เสียงดัง - ไข้ต่ำๆ - ปวดเมื่อยตามตัว - หนาว เย็นง่าย 	<ul style="list-style-type: none"> - คลื่นไส้ - อาเจียน - เหม็นอาหาร - เบื่ออาหาร - ท้องเสีย - อ่อนเพลีย - ไรต์อกลิ้น - หนาว เย็นง่าย - ผม่วง - น้ำหนักลด 	<ul style="list-style-type: none"> - น้ำหนักลด (ขึ้นๆ ลงๆ) - อ่อนเพลีย (ขี้คร้าน) - หนาวมีคขณะเปลี่ยนท่า - ชีด - หนาว เย็นง่าย - วิงเวียนศีรษะ - เม็ดเลือดขาวต่ำ - ผม่วง - หูอื้อ หูตึง - ชาปลายมือปลายเท้า - เล็บมีสีคล้ำ - เส้นเลือดแข็งและ ผิวหนังมีสีคล้ำ

ซึ่งจะเห็นได้ว่าอาการในระยะเฉียบพลันที่เกิดขึ้นดังกล่าว เป็นผลมาจากอาการข้างเคียงของยาซีสพลาตินแทนทั้งสี่ ซึ่งยาชนิดนี้เป็นเคมีบำบัดที่ทำให้เกิดอาการข้างเคียงที่รุนแรงมากที่สุดชนิดหนึ่ง โดยเฉพาะทำให้เกิดอาการทางระบบทางเดินอาหาร และการทำลายระบบประสาท (Cooley et al., 1994 : 286-287) ดังที่เกิดขึ้นอย่างชัดเจนในผู้ป่วยกลุ่มนี้ นอกจากทุกข์ทรมานกายแล้วผู้ป่วยมะเร็งปอดยังรับรู้ถึงความไม่สบายใจต่อความเจ็บป่วยและอาการข้างเคียงของเคมีบำบัด

3.2 ไม่สบายใจ

ผู้ป่วยมะเร็งปอดมีความรู้สึก ตกใจ คิดไม่ถึงว่าจะเป็นโรคนี กังวลหวั่นใจ กลัว โศกเศร้า ว้าเหว และ เบื่อหน่าย ซึ่งเป็นความทุกข์ทรมานทางด้านจิตใจ ดังรายละเอียดต่อไปนี้

3.2.1 ตกใจ / คิดไม่ถึงว่าจะเป็นโรคนี เมื่อผู้ป่วยมะเร็งปอดได้รับทราบข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วย พบว่าในระยะแรกผู้ป่วยที่รู้ว่าเป็นเนื้องอกหรือมะเร็งส่วนใหญ่มีปฏิกิริยาทางจิตที่คล้ายคลึงกัน คือ รู้สึกตกใจ ไม่เชื่อว่าตนเองจะป่วย ไม่คิดว่าจะเป็นโรคนี และรู้สึกสับสน และไม่ทราบว่าตนเองป่วยจากอะไร และการที่ผู้ป่วยรับทราบว่ารักษาไม่หาย ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะคิดไปถึงความตาย ซึ่ง

ผู้ป่วยรายหนึ่งบอกว่า "ถ้ารักษาไม่หาย มันก็ตาย..." ผู้ป่วยที่รับรู้ว่าเป็นเนื้องอกมักจะมีความหวังว่าจะหายได้ ส่วนผู้ป่วยที่รับรู้ว่าเป็นมะเร็งและรักษาไม่หายมักจะมีความวิตกกังวลต่อความเจ็บป่วยที่รุนแรง กลัวรักษาไม่หาย และกลัวทุกซ์ทรมาน ผู้ป่วยบางรายมีปฏิกิริยาเศร้าโศก ร้องไห้ บางครั้งจะเก็บตัว และพบว่าผู้ป่วย 1 รายที่พยายามฆ่าตัวตาย หรือทำร้ายตัวเอง ดังที่ผู้ป่วยและญาติเล่าว่า

"ตอนที่หมอบอกว่ารักษาไม่หายมากกว่าหาย ผมใจเสียแล้ว กลุ้มใจ หหมดแรงเลย มันอยากให้หาย... ตอนนั้นเขาขีดตรวจแบบไหนผมก็ยอม เขาเอาสายยางใส่ทางหมอกผม เจ็บก็ยอม ให้เขารักษาเต็มที่ก็แล้วกัน..."

(ลุงปลื้ม อายุ 51 ปี หลังรับ MVP ครั้งที่ 2 17 พ.ค. 2539)

"ช่วงก่อนๆ แรกๆ ที่เป็น แก่เครียดหนักเลย จะฆ่าตัวตายมั้ง อะไรมั้ง จะทำร้ายตัวเอง... ที่บ้านไม่กล้านอนกันเลย ต้องเฝ้าตลอด กลัวแกจะทำร้ายตัวเอง... แกว่า รักษาไม่หายจะอยู่ไปทำไม... ตาย ๆ ไปเลยที่ห้องอะไรก็ได้ไม่ต้องทรมาน แกก็ไม่ต้องทรมาน... แล้วเรา ที่บ้านทุกคนก็ไม่อยากให้ห้องเป็นอย่างนั้น... ต้องคอยพูด คอยพูดกันทั้งน้ำมูกน้ำตาเลย... ที่บ้านทุกคนเลย ร้องไห้ บอกว่าต้องทำใจ ต้องทำใจ... แกก็รู้ว่าต้องทำใจๆ แต่ทำไม่ได้ คือว่าแกช็อค เรารู้ว่าแกตกใจล่ะ... แกก็ว่าตายไปเลยไม่ทรมานใคร ไม่ทรมานตัวเอง แต่เรื่องอะไรที่แกจะทำตัวเองล่ะ เมื่อมันรักษาหายได้... แต่ต้องใช้เวลา ใช้ความพยายาม หลายอย่าง กำลังใจ อะไร โอ๊ย! หลายอย่าง... ช่วงนั้นที่บ้านไม่รู้จะอยู่ยังไง..."

(ข้อมูลจากการพูดคุยกับญาติของสาว 15 ต.ค. 2539)

ผู้ป่วยส่วนใหญ่รู้สึกกังวลต่ออนาคต เนื่องจากเคยเห็นเพื่อนผู้ป่วยที่มารับการรักษาในช่วงเดียวกันเจ็บป่วยรุนแรงหรือเสียชีวิตไปแล้ว และเคยมีประสบการณ์มาแล้วว่าตนเองป่วยเป็นโรคที่รักษายาก ทำให้มีความกังวลอยู่ลึกๆว่าอาจมีอาการขึ้นมาได้อีก ส่งผลให้ผู้ป่วยเห็นความสำคัญของการดูแลสุขภาพและตั้งใจมารับการตรวจรักษาอย่างต่อเนื่อง ดังที่ผู้ป่วยเล่าว่า

"ผมไม่เคยคิดว่าจะหายหรือไม่หาย รู้แต่ว่าจะรักษาไปเรื่อยๆเท่าที่ยังรักษาได้ ก็เห็นว่าดีขึ้น...คุยกับอีกคนหนึ่งเค้าบอกว่าน่าจะหาย มีโอกาสหาย แต่ผมไม่ได้คิดอะไร ก็รักษาไปเรื่อยๆ...ถ้ารักษาไม่ได้ก็ไม่รู้จะทำยังไง ก็ปล่อยไป..." (อาโก อายุ 51 ปี รอรับ CB ครั้งที่ 6 ไปให้ที่โรงพยาบาลเอกชน 4 ก.ย. 2539)

พบว่าผู้ป่วยหลายรายคิดถึงความตายเป็นบางช่วง โดยเฉพาะเมื่อทราบว่ารักษาไม่หาย ผู้ป่วยที่ทราบว่ารักษาได้แต่ถ้ามีอาการรุนแรงขึ้น เช่น เป็นหวัดแล้วเจ็บแน่นในอกมาก หายใจลำบากมากขึ้น ปวดกระดูก หรือ ปวดบวมบริเวณท่อนล่างของร่างกาย ก็จะมีเรื่องให้ต้องห่วงกังวลมากขึ้น เช่น เป็นห่วงว่าถ้าตนเองไม่อยู่แล้วลูกจะลำบาก เป็นห่วงครอบครัวการงาน และกังวลเกี่ยวกับอนาคตจากการที่ไม่สามารถควบคุมอาการต่างๆได้ ภายหลังจากได้รับการรักษาแล้วรู้สึกว่ายังไม่ดีขึ้นก็คิดถึง

ความตายเช่นกัน นับเป็นช่วงที่ผู้ป่วยมีความไม่แน่นอนในชีวิตเป็นอย่างมาก (Mishel, 1988 : 225) แต่ผู้ป่วยส่วนใหญ่ก็ยังคงมีความหวัง และพยายามต่อสู้ต่อไป ดังที่ผู้ป่วยเล่าว่า

"หมอนอนนั้นไม่พูดหรือกว่ารักษาคุณให้หายขาดจนได้ ว่ารักษาคุณไม่หายนี่หมอนไม่พูดหรือ แต่หมอก็พูดไว้แล้วว่าโรคที่เป็นนี้รักษาได้ คือที่จริงแล้วนี่ ถ้าหมอบอกได้หมอก็คงบอกว่า โรคของคุณนี้รักษาไม่หายแล้ว แต่หมอกงไม่หาน (ไม่กล้า) บอกหรือ... คนเจ็บนี่นะ มันอดไม่ได้ที่จะคิด แล้วแต่ว่าจะคิดมาก คิดน้อยแต่นั่นเอง ถ้าไม่ให้คิด ให้ใจว่างนี่ยากมาก ก็มันเจ็บอยู่ไม่สบายอยู่ที่ ถ้าบาย ๆ ไม่มีใครมานั่งคิดอยู่เลย ยิ่งว่างนี่ยิ่งคิดได้มาก...คิดไปได้หลายเรื่อง ถูกมั่ง งานมั่ง ต่อไปจะเอาพันหรือ (อย่างไร) ยังคิดไม่ออก..."

(หลี่ อายุ 39 ปี โรรับ MVP ครั้งที่ 5 10 ต.ค. 2539)

เมื่อผู้ป่วยรับรู้แล้วว่าตนเองป่วยเป็นอะไร จะรับรู้ตามความเป็นจริงหรือไม่ก็ตาม ผู้ป่วยจะมีปฏิกิริยาและความรู้สึกต่อการเจ็บป่วยมากน้อยแตกต่างกันไปตามการรับรู้ความรุนแรงของความเจ็บป่วยและโอกาสในการหายจากโรค และการรับรู้ต่อความเจ็บป่วยก็จะมีอิทธิพลต่อความรู้สึกนึกคิด สภาวะอารมณ์ และปฏิกิริยาต่างๆ ของผู้ป่วย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของมังเคอร์ โอเบิสท์ และฮิวส์ (Munkers & Oberst & Hughes, 1992 : 1201) ที่พบว่าผู้ป่วยมะเร็งร้อยละ 29 มีความรู้สึก ซ้อคกลัว และไม่เชื่อ ภายหลังจากได้ทราบผลการวินิจฉัยโรค ร้อยละ 16 รู้สึกโกรธ ซึมเศร้าและหมดหวัง แต่ก็พบผู้ป่วยถึงร้อยละ 27 ที่มีความหวังว่าจะหายจากโรค ซึ่งอาจเป็นผลจากการที่ผู้ป่วยรายนั้นมีความรู้สึกเปลี่ยนแปลงไป คือเริ่มมีความหวังเกิดขึ้นเมื่อเวลาช่วงหนึ่งผ่านไป

3.2.2 กังวลหวังโย ผู้ป่วยมะเร็งปอดจะมีความรู้สึกหวาดหวั่น ไม่สบายใจ จะมีความกังวลหวังโยทั้งในเรื่องความเจ็บป่วยที่กำลังเผชิญอยู่ เป็นห่วงครอบครัวและคนข้างหลัง โดยเฉพาะเมื่อถูกยังช่วยเหลือตัวเองไม่ได้หรือถูกที่ยังไม่ได้แต่งงาน ผู้ป่วยที่เบิกค่ารักษาพยาบาลไม่ได้ หรือไม่มีญาติพี่น้องคอยช่วยเหลือในด้านการเงิน จะมีความกังวลต่อปัญหาค่ารักษาพยาบาล และผู้ป่วยที่ต้องสิ้นสุดการรักษาด้วยเคมีบำบัดหลังจากได้รับการรักษาครบตามแผนการรักษาแล้ว หรือต้องหยุดรับยาเนื่องจากร่างกายไม่พร้อมหรือมะเร็งไม่ตอบสนองต่อเคมีบำบัดมักจะมี ความกังวลต่อการรักษา ต่อเนื่อง และไม่แน่ใจว่าจะมีทางอื่นๆ ที่ช่วยรักษาให้หายได้หรือไม่

3.2.2.1 เป็นห่วงเรื่องความเจ็บป่วยของตัวเอง ผู้ป่วยมีความกังวลหวังโยในเรื่องความเจ็บป่วยที่กำลังเผชิญอยู่ เนื่องจากไม่แน่ใจว่าจะรักษาหายหรือไม่ โดยเฉพาะเมื่ออาการของโรคยังปรากฏชัดเจนอยู่ ดังที่ผู้ป่วยเล่าว่า

"ตอนนี้ป่ากังวลเกี่ยวกับตัวเองนี่แหละ ไม่รู้ว่าจะรักษาหายหม้าย..."

(เป่าหนู อายุ 54 ปี คลินิกโรคปอด 2 สัปดาห์หลังรับ MVP ครั้งแรก 24 ก.ค. 2539)

3.2.2.2 เป็นห่วงลูก / ครอบครัว ผู้ป่วยมักจะเป็นห่วงครอบครัว เป็นห่วงคนข้างหลังคิดว่าถ้าตนเองไม่อยู่แล้วลูกจะลำบาก โดยเฉพาะเมื่อลูกยังช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ หรือลูกที่ยังไม่ได้แต่งงาน ดังที่ผู้ป่วยเล่าว่า

"ลูกๆเขาเป็นห่วงสูงมาก เขาอยากให้สูงอยู่นานๆ ลูกก็เป็นห่วงเขา อยากให้เขาทำใจได้..."

(ลุงอ้วน อายุ 67 ปี กงมีอาการเหนื่อยง่าย หลังรับ MVP ครั้งแรก 7 ต.ค. 2539)

"ผมมีลูก 2 คนคนโตเรียนพยาบาลปี 1 อยู่ที่ยะลา คนเล็กอยู่ ม. 5... ตอนนี้ง่ายกายมันทรุดลงมาก เหนื่อยง่ายมากขึ้น ขนาดแปรงฟันตอนเช้ายังต้องหยุดพัก... ไม่รู้ได้อยู่ทันดูแลลูกจนเรียนจบมัธยม... ช่วงที่ไม่ขาย แฟนเขาต้องมาคอยดูแลตลอด ผมส่งสารเขาจึง ผมไม่ได้ดูแลเขาเลย..."

(หลี่ อายุ 39 ปี หลังรับ MVP ครั้งที่ 5 15 ต.ค. 2539)

3.2.2.3 กังวลเรื่องค่ารักษาพยาบาล ผู้ป่วย 3 ราย กล่าวถึงปัญหาค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล บอกว่าใช้ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลสูงมาก ถ้าเศรษฐกิจไม่อำนวยก็ลำบาก ดังที่ผู้ป่วยเล่าว่า

"ตั้งแต่ไม่สบายมา 4 เดือน ไม่ได้ทำงานเลย ไม่มีรายได้เข้ามาเลย ตอนนี้ก็ใช้เงินที่เก็บสะสมไว้..."

ถ้าหมดก็ต้องพึ่งที่บ้าน เสียหายที่ไม่ได้ทำประกันชีวิตเอาไว้..."

(สาว อายุ 41 ปี รอรับ VP ครั้งที่ 3 14 ต.ค. 2539)

"ตอนนี้ก็รับยาครั้งที่ 5 แล้ว...ผมเป็นโรคนี้นะกลัวอย่างเดียวถ้าเงินหมดก็จบไปไม่รอด...ไม่มีเงินที่ไหนเขาจะรับรักษาละ พอดีมารักษาที่นี่ก็ไม่เคยมีเตียง เลยมาเอายาที่นี่ไปให้ที่โน้น...มาเอายาที่นี่ก็เกือบหมื่นบางทีก็หมื่นเศษๆ ที่โน่นหมื่นกว่าบาท จ่ายรวมๆเดือนละ 2 หมื่นกว่า...เราบิคไม่ได้ด้วยด้วยเลยต้องจัดการขายที่ไว้เป็นค่ารักษาพยาบาล ถ้ามีเงินก็รักษาไปเรื่อยๆ แล้วแต่เขาจะเอา ยังไง..."

(อาโก อายุ 51 ปี รอรับ CE ครั้งสุดท้ายไปให้ที่โรงพยาบาลเอกชน 4 ก.ย. 2539)

3.2.2.4 กังวลเรื่องการรักษาต่อเนื่อง ผู้ป่วย 3 ราย รู้สึกกังวลเกี่ยวกับการรักษาต่อเนื่อง ซึ่งมักเกิดจากการที่ผู้ป่วยยังไม่ได้รับข้อมูลที่ชัดเจนว่าจะได้รับการรักษาหรือจะต้องทำอะไรต่อไป ส่วนผู้ป่วยที่แพทย์แนะนำให้ฉายแสงหลังต้องหยุดเคมีบำบัดเพราะโรคไม่ตอบสนองต่อยา และมีร่างกายไม่แข็งแรงก็จะมีคามกังวลเรื่องการฉายแสง และมีความคิดว่าอาจจะทำให้เสียชีวิตเร็วขึ้นเนื่องจากเคยได้ยินคำบอกเล่าต่อกันมา ดังที่ผู้ป่วยเล่าว่า

“ให้ยาเสร็จแล้วหมอนัดมาตรวจเดือนหน้าอีก แยกยังไม่ได้ออกเลยว่าต้องทำอะไรต่อมั้งแต่เห็นว่าอาจจะ
ฉายแสง...ไม่รู้จะเป็นยังไงต่อไป...”

(อาโก อายุ 51 ปีรอรับ CE ครั้งสุดท้ายไปที่โรงพยาบาลเอกชน 4 ก.ย. 2539)

“ที่จะฉายแสงก็กลัว ฟังเค้าเล่าๆมา แต่ก็ไม่จับตารู้ละนะว่ามันไม่เจ็บ แต่เรากลัว แผลจะเปื่อยมั้ง อะไร
มั้ง... เค้าบอกว่าถ้าฉายจะกินสมุนไพรอะไรนี่ไม่ได้ รักษาทางสมุนไพรไม่ได้... ไม่แน่นอนที่เขาเป็น
เหมือนที่นะเขารักษา 2 ทางให้ยาเสร็จแล้วก็รักษาสุนัขขึ้นแทนนะ แต่ต้องรักษาด้วยยาให้เสร็จ
ก่อน... เราก็คงไม่ค่อยเข้าใจ รู้แต่ว่าถ้าฉายแสงแล้วสมุนไพรจะไม่ได้ผล...มันเกี่ยวอะไรกันไม่รู้นะ ได้ยินมา
ว่าอย่างนี้...”

(สาว อายุ 42 ปี เข้าโรงพยาบาลเพราะผอมแห้ง อ่อนเพลียมาก
1 เดือนหลังรับ VP ครั้งที่ 4 7 ก.ย. 2539)

ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของสุภาณี (2536 : 50-59) ไวส์แมน (Weisman, 1979
cited in Otto, 1994 : 726) โอคอนเนอร์ วิคเคอร์ และเจอร์มีโน (O'Conner & Wicker & Germino,
1990 : 169) และดอดด์ คิบเบิล และโทมัส (Dodd & Dibble & Thomas, 1993 : 5) ที่พบว่าผู้ป่วย
มะเร็งจะมีความกังวลเกี่ยวกับสุขภาพของตนเอง กังวลด้านการงานและการเงิน รวมทั้งการรอดชีวิต

3.2.3 กลัว ผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับเคมีบำบัดจะมีความกลัวตาย กลัวเจ็บปวดทรมาน
กลัวการแพ้ยา กลัวท่อนอาหารข้างเคียงของยาไม่ไหว และผู้ป่วยหลายรายมีความกลัวโดดเดี่ยวในช่วง
ที่มารับเคมีบำบัด และผู้ที่มีอาการมากขึ้นมักจะกลัวการเสียชีวิต

3.2.3.1 กลัวตาย ในใจลึกๆผู้ป่วยที่รู้ว่าเป็นมะเร็งจะมีความรู้สึกกลัวตาย แต่ผู้ป่วย
มักจะหลีกเลี่ยง ไม่พูดถึงอย่างชัดเจน ซึ่งผู้ป่วยจะมีคำพูดและพฤติกรรมบางอย่างที่สังเกตเห็นได้ เช่น
ป้าหนูบอกว่า “นี่ถ้าป้าไม่อยู่แล้วไม่รู้ลูกจะอยู่กันหรือ” หรือสาวบอกว่า “กลางคืนนอนอยู่คนเดียวทำ
ให้คิดไปได้ต่างๆ ยิ่งเวลาเห็นคนข้างเตียงเสีย เราก็กลัว คิดว่าต่อไปคงจะเป็นเรา..” เป็นต้น

3.2.3.2 กลัวเจ็บปวดทรมาน ผู้ป่วยบางรายที่ยอมรับสัจธรรมที่ว่า เกิด แก่ เจ็บ ตาย
เป็นเรื่องธรรมดาของชีวิตที่ไม่มีใครหลีกเลี่ยงได้ มักจะบอกว่า “ไม่ได้กลัวตาย แต่กลัวความเจ็บปวด
ทรมาน” จากอาการของโรคและอาการข้างเคียงของเคมีบำบัด ดังที่ผู้ป่วยเล่าว่า

“ก่อนให้ยาหมคนเขาบอกว่าบางคนอาจมีอาการคลื่นไส้ อาเจียน เบื่ออาหาร อ่อนเพลีย ได้ ตอนนั้นคิด
ว่าจะทรมานหรือเปล่า กลัวจะทรมาน...ลุงไม่กลัวเสียชีวิต คนเราเกิดมาแล้วก็ต้องตาย... ถ้ารักษาไม่หาย
มันก็ต้องตาย... กลัวตัวเดียวคือความเจ็บปวดทรมาน เช่น หายใจไม่ได้ก็เป็นทุกข์ จะปิดเบาออกไปยัง
มันก็ปรากฏชัดอยู่...ตอนนี้ก็ทรมานเรื่องหายใจลำบากมากที่สุด...”

(ลุงอ้วน อายุ 67 ปี ยังคงหอบเหนื่อย 1 สัปดาห์หลังได้รับ MVP ครั้งแรก 29 ก.ค. 2539)

3.2.3.3 กลัวอาการข้างเคียงของเคมีบำบัด ผู้ป่วยที่มารับเคมีบำบัดครั้งที่ 2 ขึ้นไป ซึ่งเคยมีประสบการณ์ตรงจากอาการข้างเคียงของเคมีบำบัดมาแล้วจะมีความรู้สึกกลัวอาการข้างเคียงของเคมีบำบัด กลัวทนทุกข์ทรมานจากการรับยาไม่ไหว ผู้ป่วยมีความรู้สึกกลัวว่าจะมีอาการเหมือนการรับยาครั้งที่ผ่านๆมา ซึ่งมักจะได้ยินคำพูดที่ว่า “ไม่รู้พันหรือมั่ง” “ไม่รู้จะอ้วกแล้วหมี” หรือ “ไม่รู้จะแพ้หมี” ดังที่ผู้ป่วยเล่าว่า

“รับยาหนักก่อน (ครั้งแรก) ไม่บ่นอะไร หมอเขาบอกแล้วว่าอ้วก แต่ที่ไม่บ่นใจที่มันแรงกว่าที่คิด คิดไม่ถึง...หนนี้ไม่รู้คิดแล้วจะอ้วกแล้วหมี..แต่หมอมให้ยากันไว้แล้ว คงจะไม่พอ...”

(ป้าหนู อายุ 54 ปี คลินิกโรคปอด 2 สัปดาห์หลังรับ MVP ครั้งแรก 24 ก.ค. 2539)

“หนนี้ผมกลัวจัง กลัวแพ้ยา พอดีร่างกายมันไม่แข็งแรงกัน ถ้าร่างกายแข็งแรงผมไม่กลัวหรอก เพราะรู้แล้วว่าจัดการแบบไหน บำรุงสักพักกะที่นั่น หนนี้หลังได้ยาแล้วไม่รู้ร่างกายจะทรุดไปถึงไหน หมอบอกหมอมแล้วว่าถ้าแพ้มากคงไม่ไหว...” (หลี่ อายุ 39 ปี ก่อนรับ MVP ครั้งที่ 5 11 ส.ค. 2539)

ผู้ป่วยที่เคยมีอาการแพ้ยาที่รุนแรงจะมีความคิดว่าคงจะเกิดอาการแพ้ยาอีก “คิดว่าอ้วกแล้ว” หรือ “สาอ้ออ้วกมั่งแล้ว” และมักจะมีความรู้สึกกลัวว่าจะเกิดอาการแพ้ที่รุนแรงเหมือนครั้งที่ผ่านๆมา กลัวการอาเจียน กลัวทรมาน ไม่แน่ใจว่าจะสามารถทนต่ออาการที่จะเกิดขึ้นได้หรือไม่ ซึ่งจะบอกว่า “ไม่รู้อิทนได้หมี” และมีความคิดอยากจะทำให้การรักษาผ่านไปโดยเร็ว ดังที่ผู้ป่วยเล่าว่า

“วันนี้กะพอทนได้แต่เขายังให้ยาอีก 2 วันแหละ ไม่รู้อิทนได้หมี ... ถ้ากินโหรไม่ได้สัก 20 วันเหมือนหนก่อนแล้ว สาเพ็ชจ...” (ลุงเต็ม อายุ 62 ปี วันแรกของการรับ CE ครั้งที่ 3 25 ก.ค. 2539)

ซึ่งคล้ายกับที่สุภาณี (2536 : 50-51) พบว่าผู้ป่วยมะเร็งระบบโลหิตมีความกลัวว่าจะทนอาการข้างเคียงของเคมีบำบัดไม่ไหว

3.2.4 โดคเด็ว / วัแห่ว ผู้ป่วย 3 รายบอกว่าจะมีความรู้สึกกลัวความโดคเด็ว และกลัวความวัแห่ว ทุกครั้งที่ต้องมานอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาลเพื่อรับเคมีบำบัด เนื่องจากเคยมีประสบการณ์แล้วว่าอาการพักรักษาตัวในโรงพยาบาลเป็นการมารับยาตัวไม่ดีที่ทำให้มีอาการแพ้ยาอย่างรุนแรง และความรู้สึกนี้จะเกิดมากขึ้นเมื่อผู้ป่วยมีอาการอาเจียนจนหมดแรง และต้องนอนเผชิญความทุกข์ทรมานอยู่คนเดียวโดยที่ญาติไม่สามารถเฝ้าดูแลได้จากกฎระเบียบของโรงพยาบาล ดังที่ผู้ป่วยเล่าว่า

"เมื่อหน้าย่มากเลย กลัวด้วย ที่โรงพยาบาลสิ่งแวดล้อมมันไม่น่าดู หดหู แล้วกลางคืนต้องอยู่คนเดียว ด้วย...กลัวการอยู่คนเดียวตอนกลางคืน... ถ้าอยู่บ้านเรามีพ่อแม่ที่น้อง นี่ต้องมาอยู่คนเดียว รู้สึกโดดเดี่ยว ขาดที่พึ่ง กลัวไปต่างๆ นานา... อยู่ที่นี่มันเหงา...ว่าแห้วจะตาย... กลางคืนหะ เหงา โหย! คิดถึงบ้านจะตาย... เวลาไปโรงพยาบาลแล้วยอมรับเลยว่าเดี๋ยวนี้กลัว... เมื่อก่อนยังเฉยๆ เดี่ยวนี้กลัว... มาแล้วมาสัมผัสกับสิ่งสดๆ กลัวจัง... พยาบาลเขาเห็นจนชินแล้วไง ถึงเรามาเห็นแล้วบางทีก็สลดใจ สงสารเค้า...เวลาเค้าร้องคราญคราง เราก็นึกถึงตัวเอง เราก็เคยเป็นแบบนี้..."

(สาว อายุ 42 ปี รอดตรวจอาการบวมที่อ่อนล่าง 2 สัปดาห์หลังรับ VP ครั้งที่ 2)

"เวลาเราเจ็บหนักนี้ จะกลัว กลัวความว่าแห้ว คือถ้ามาอยู่โรงพยาบาลนี้ หมายถึงว่าเราอยู่คนเดียว กลางคืนเจ็บก็เจ็บอยู่คนเดียว ... คือพยาบาลอิมมาแลเราเหมือนญาติที่น้องนี่มันเป็น ไปไม่ได้...เลยกลัวตรงนั้น กลัวความว่าแห้วตรงนั้น ผมเลยตัดสินใจไม่มาโรงพยาบาลในจังหวะนั้น ไม่อยากมานอนทรมาณอยู่คนเดียว..."

(หลี่ อายุ 39 ปี หลังรับ MVP ครั้งที่ 5 12 ส.ค. 2539)

จากการศึกษาพบว่าความรู้สึกโดดเดี่ยว และไม่ได้อยู่คนเดียวทำให้ผู้ป่วยบางรายเลือกที่จะรับการรักษาเชิงฟื้นฟูที่บ้านอยู่ที่บ้านท่ามกลางความอบอุ่นของญาติพี่น้อง ไม่มารักษาตามนัดในช่วงที่มีไข้และอ่อนเพลียมาก จะยอมเข้ารักษาตัวในโรงพยาบาลเฉพาะเมื่อประเมินว่าแข็งแรงพอที่จะสามารถช่วยเหลือตัวเองได้เนื่องจากไม่อยากเผชิญความทุกข์ทรมานจากโรค ไม่อยากโดดเดี่ยวคิดว่าที่โรงพยาบาลไม่มีใครเข้าใจและคอยดูแลเอาใจใส่ตนเองได้ดีเท่ากับที่บ้าน รวมทั้งไม่อยากเผชิญกับความยากลำบากในการดูแลตัวเองอยู่ตามลำพัง แต่ผู้ป่วยส่วนใหญ่ก็พยายามอดทนและพยายามมารักษาเพราะยังมีความหวังว่ายาจะเป็นวิธีการที่ช่วยให้หายได้ ดังที่ผู้ป่วยเล่าว่า

"ที่ผมไม่ได้มาหาหมอเลย 2-3 ครั้ง ที่คิดนั้นนั่นคือจริง ๆ แล้วมันเป็นการรักษาต่อเนื่องของหมอบ้านที่ผมมาไม่ได้นี่ มันต่อเนื่องอยู่ มันติดพันอยู่... เขาไม่ได้ห้ามมาแต่เป็นการรักษาต่อเนื่อง... คือจังหวะนั้นนะ หมอนัดพอดี แล้วมันเจ็บหนักด้วยในช่วงนั้น หมอไหนที่มาแลเราถึงบ้านนะ ต้องเอาหมอนั้นไว้ก่อน ถ้าพยายามไปหาหมอนี้ไม่ไหวแล้ว ไม่ไหว...แล้วถึงอีกอย่างเราเจ็บหนักนี้ กลัว กลัวความว่าแห้ว คือถ้ามาอยู่โรงพยาบาลนี้ หมายถึงว่าถ้าอนคนเดียวกลางคืน เจ็บก็เจ็บอยู่คนเดียว... คือพยาบาลอิมมาแลเราให้เหมือนญาติที่น้องเองนี่มันเป็นไปไม่ได้... เลยกลัวตรงนั้น กลัวความว่าแห้ว ตรงนั้นผมเลยตัดสินใจไม่มาในจังหวะนั้น...พอว่าถ้าทุเลาแล้วผมมาทันทีเลย..."

(หลี่ อายุ 39 ปี หลังรับ MVP ครั้งที่ 5 12 ส.ค. 2539)

3.2.5 เมื่อหน้าย ความรู้สึกเมื่อหน้ายมักจะเกิดขึ้นเมื่อผู้ป่วยต้องมาอยู่ในสถานที่ที่ไม่คุ้นเคย หรือมีความรู้สึกไม่สะดวกสบาย และไม่ได้รับการอำนวยความสะดวกอย่างที่ใจคิดหรือคาดหวัง ซึ่งผู้ป่วยมักจะบอกว่าเมื่อการมาโรงพยาบาล และเมื่อการรอเตียง

3.2.5.1 เมื่อการมาโรงพยาบาล ผู้ป่วยส่วนใหญ่รู้สึกเมื่อการมาโรงพยาบาล ซึ่งมักจะบอกว่า ไม่อยากมานอนทุกข์ทรมาณอยู่กับการแพทย์ในที่ๆไม่สะดวก ไม่มีญาติคอยดูแลอย่างใกล้ชิดเหมือนที่บ้าน และหล่นกับการที่สิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาลที่มีแต่คนป่วยหนัก มีกลิ่นยาและอาหารที่ไม่สามารถควบคุมได้ และยังมีเสียงดังมากอีกด้วย เพราะผู้ป่วยทุกรายมีอาการไวต่อกลิ่นต่างๆมาตั้งแต่เริ่มรับยาครั้งแรก และยังมีอาการมากขึ้นในการมารับยาในครั้งต่อๆมา และบางคนก็มีความไวต่อเสียงดังมากกว่าปกติด้วย ดังที่ผู้ป่วยเล่าว่า

“เมื่อมาก กับการมาโรงพยาบาล แต่ไม่รู้จะทำยังไง...เวลามารับยาแต่ละครั้งจะเบื่อกมาก นี่เมื่อเข้านั่งกินอาหาร ก็กินไม่ลง มันรู้สึกยังไงไม่รู้ แต่ไม่ค่อยอยากจะทำ...อยู่ที่บ้านปกติเราไปไหนมาไหน ไปไหนที่สะดวกได้สบายใจ...” (อาโก อายุ 51 ปี รอรับ CE ครั้งที่ 5 ไปให้ที่โรงพยาบาลเอกชน 7 ส.ค. 2539)

“เมื่ออาหารโรงพยาบาล แล้วก็เบื่อกมาโรงพยาบาลด้วย ไม่สะดวก ไม่ชิน มาอยู่ 3 วัน เหมือน 3 ปี... อยู่โรงพยาบาลเข้าส้วมลำบาก มีน้ำเกลือติดอยู่ เลยไม่ได้ถ่ายมา 3 วันแล้ว แล้วก็ขี้เกียจกินมาก ขี้เกียจเดินไปเข้าห้องน้ำบ่อยๆ ...” (แป๊ะ อายุ 62 ปี รอรับ CE ครั้งที่ 4 4 ก.ย. 2539)

3.2.5.2 เมื่อรอเตียง เนื่องจากจำนวนเตียงที่รับผู้ป่วยมีจำนวนจำกัด และจำนวนผู้ป่วยมะเร็งที่มารับการรักษาในโรงพยาบาลก็มีมากขึ้นเรื่อยๆ ปัญหาที่ผู้ป่วยทุกรายประสบในวันที่มารับยา ก็คือการไม่มีเตียง ซึ่งผู้ป่วยมักจะต้องนั่งรอการจัดการให้เตียงว่างจนเย็นเกือบทุกครั้งที่มารับยา และมีหลายครั้งที่ผู้ป่วยต้องกลับไปรอเตียงที่บ้าน และต้องโทรศัพท์มาถามเตียงเรื่อยๆ จนกว่าจะมีเตียง ซึ่งบางครั้งผู้ป่วยอาจต้องรอถึง 2 หรือ 3 วัน ในช่วงนี้ผู้ป่วยจะมีความรู้สึกเบื่อเป็นอย่างมาก และมักจะคิดว่าการรักษาที่ล่าช้าไปเรื่อยๆอาจทำให้ผลการรักษาไม่ดีเท่าที่ควร ส่งผลให้วิตกกังวลมากขึ้นอีก ดังที่ผู้ป่วยเล่าว่า

“ที่นี่ไม่ค่อยมีเตียง ต้องรอ หลายหนแล้วที่ต้องกลับไปรอที่บ้าน แล้วต้องโทรมาถามเรื่อยๆ เบื่อกมากเลย รอไปไม่มีกำหนด... ถ้าเขาบอกว่ารอ 2 วัน 3 วัน จะได้ว่าไป... นี่เขาบอกว่าให้รอไปเรื่อยๆ ต้องติดต่อกันเรื่อยๆ มันกังวลอยู่แต่ว่าไม่รู้จะมีเตียงหม้าย แล้วก็นั่งรอไม่ได้ไปไหน เบื่อกมาก...”

(หลิ อายุ 39 ปี รอรับ MVP ครั้งที่ 5 10 ส.ค. 2539)

จากการศึกษาพบประเด็นเกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดอาการข้างเคียงของเคมีบำบัดที่นำสนใจ ดังนี้

1. ชนิดของเคมีบำบัดที่มากขึ้นทำให้เกิดอาการข้างเคียงรุนแรงขึ้น โดยพบว่าผู้ป่วยมะเร็งปอดชนิดไม่ใช้เซลล์เล็กซึ่งได้รับยาสูตรเอ็มวีที (MVP : Mitomycin + Vinblastin + Cisplatin) ภาย

ใน 6 เดือนของการรักษาผู้ป่วยจะมานอนรับยาในโรงพยาบาลเมื่อมารับรับยาเอ็มพี (MP) 1 ครั้ง เอ็มวีพี (MVP) 2 ครั้ง และวีพี (VP) 2 ครั้ง รวม 5 ครั้ง สลับกับมาฉีดวินบลาสตินที่คลินิกโรคปอด พบว่าในช่วงที่ผู้ป่วยได้รับเคมีบำบัดครบทั้ง 3 ชนิด (MVP) ผู้ป่วยมีความรุนแรงของอาการข้างเคียงของเคมีบำบัดมากกว่าครั้งที่ได้รับยา 2 ชนิด ส่วนในระยะแรกที่ผู้ป่วยที่มาฉีดยาวินบลาสตินที่คลินิกโรคปอดจะพบอาการข้างเคียงเล็กน้อย เช่น มีอาการคลื่นเนื้อครั้งตัวเพียงวันเดียวหลังกินยา พาราเซตามอลและนอนพักแล้วดีขึ้น แต่ในระยะหลังอาจพบว่าผู้ป่วยบางรายมีปัญหาเม็ดเลือดขาวต่ำ หรือซีดอันเป็นอาการข้างเคียงที่สำคัญของมิโตมัยซิน ซึ่งมักเกิดกับผู้ป่วยที่มีอาการคลื่นไส้อาเจียนที่รุนแรงและกินอาหารได้น้อยมาเป็นเวลานาน

2. ผู้ที่ได้รับยาแก้อาการคลื่นไส้อาเจียนที่มีประสิทธิภาพดี เช่น ออนแดนสเตอรอน หรือ โซเฟรน จะมีอาการข้างเคียงรุนแรงน้อยและระยะเวลาสั้นกว่าผู้ที่ได้รับยาพลาซิด ซึ่งเป็นยาหลักที่ใช้กับกลุ่มผู้ป่วยที่ศึกษา

3. ผู้ป่วยที่มีความวิตกกังวลในระดับสูง และมีเรื่องห่วงกังวลมาก มีความรู้สึกท้อแท้หมดหวัง จะมีอาการข้างเคียงรุนแรงและยาวนานกว่าผู้ที่มีความหวังและเผชิญปัญหาในทางบวก (ดังจะกล่าวในช่วงของการดูแลเยียวยาตนเอง) ซึ่งพบว่าผู้ป่วยบางรายที่มีอาการจากภาวะของโรครุนแรง เช่น เหนื่อยหอบ อ่อนเพลีย บวม มีน้ำในช่องปอด และอาการยังไม่ดีขึ้นหรือยังคงอยู่ภายหลังจากได้รับยาจะมีความวิตกกังวลมาก แต่ผู้ที่ยอมรับความเจ็บป่วยได้และพร้อมที่จะเผชิญกับความตายจะมีความวิตกกังวลน้อยกว่า

จึงกล่าวได้ว่าผู้ป่วยจะมีอาการข้างเคียงรุนแรงมากหรือน้อย อาการข้างเคียงจะคงอยู่นานหรือไม่เพียงใดขึ้นอยู่กับหลายๆปัจจัย จากการศึกษาค้นคว้าพบว่าปัจจัยสำคัญที่เกี่ยวข้องกับความรุนแรงและระยะเวลาที่เกิดอาการข้างเคียงรวมทั้งความรู้สึกทุกข์ทรมานของผู้ป่วย ได้แก่ ชนิดของเคมีบำบัด ประสิทธิภาพของยาแก้อาการข้างเคียงที่ได้รับ ความแข็งแรงลดลงจากการอาการข้างเคียงของเคมีบำบัดและการดูแลของโรค ความเป็นห่วงกังวล ความเข้มแข็งอดทนของผู้ป่วย และความสามารถในการปรับตัวของผู้ป่วยแต่ละคน

4. มีชีวิตอยู่กับความไม่แน่นอน

ผู้ป่วยมะเร็งปอดให้ความหมายของการมีชีวิตอยู่กับความไม่แน่นอนในช่วงที่ได้รับเคมีบำบัดว่ารู้สึกไม่แน่ใจว่าจะรักษาหาย ผู้ป่วยมีความต้องการที่จะหายจากโรคหรือต้องการให้มีอาการดีขึ้นแต่ภายหลังจากการรักษามีอาการข้างเคียงของเคมีบำบัดที่รุนแรงทำให้ร่างกายทรุดโทรมมาก ความแข็งแรงของร่างกายขึ้นๆลงๆ เคี้ยวแข็งแรงเคี้ยวทรุดโทรม และผลการรักษาก็ไม่แน่นอนภายหลังรักษาอาการของโรคยังคงอยู่ ไม่รู้ว่าจะสิ้นสุดการรักษาได้เมื่อไร รวมทั้งในการมารับการรักษา

แต่ละครั้งผู้ป่วยไม่มีความเข้าใจว่าจะต้องมารับการรักษาอีกกี่ครั้ง แต่ครั้งที่มารับยาจะมีอาการข้างเคียงมากน้อยเพียงใด จะเหมือนกับครั้งที่ผ่านมาก็หรือไม่ ซึ่งผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับเคมีบำบัดรับรู้ถึงการมีชีวิตอยู่กับความรู้สึกไม่แน่นอน ใน 4 ลักษณะ คือ 1) ไม่แน่ใจว่าจะหาย 2) ไม่เข้าใจเรื่องการรักษา 3) ไม่แน่นอนเมื่อชีวิตเปลี่ยนแปลง และ 4) ผลการรักษาไม่แน่นอน ดังรายละเอียดต่อไปนี้

4.1 ไม่แน่ใจว่าจะหาย

ผู้ป่วยส่วนใหญ่รู้สึกว่ายังมีความไม่แน่นอนในอนาคต เนื่องจากเคยเห็นเพื่อนผู้ป่วยที่มารับการรักษาในช่วงเดียวกันเจ็บป่วยรุนแรง หรือเสียชีวิตไปแล้ว และเกิดการเรียนรู้ด้วยตนเองมาแล้วว่าตนเองป่วยเป็นโรคที่รักษายาก ทำให้มักจะมีกังวลอยู่ตลอดเวลาว่าอาจมีอาการขึ้นมาได้อีก และไม่รู้ว่าจะหายขาดหรือไม่ ทำให้ผู้ป่วยมีความกังวลต่อการรอดชีวิต ทำให้เห็นความสำคัญของการดูแลสุขภาพ และพยายามมารับการตรวจรักษาอย่างต่อเนื่อง โดยมีความหวังว่าน่าจะดีขึ้นได้ ดังที่ผู้ป่วยเล่าว่า

“ผมไม่แน่ใจว่าจะหายหรือไม่หาย รู้แต่ว่าจะรักษาไปเรื่อยๆเท่าที่ยังรักษาได้ ก็เห็นว่าดีขึ้น...คุยกับอีกคนหนึ่งเค้าบอกว่าจะหาย มีโอกาสหาย แต่ผมไม่ได้คิดอะไร ก็รักษาไปเรื่อยๆ...ถ้ารักษาไม่ได้ก็ไม่รู้จะทำยังไง ก็ปล่อยไป...” (อาโก อายุ 51 ปี รอรับ CE ครั้งที่ 5 ไปให้ที่โรงพยาบาลเอกชน 7 ต.ค. 2539)

4.2 ไม่เข้าใจเรื่องการรักษา

ในการได้รับเคมีบำบัดครั้งแรกๆ ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะมีความรู้สึกไม่เข้าใจว่าเป็นอย่างไร รู้แต่ว่าสามารถช่วยได้ แต่ไม่ค่อยได้รับทราบว่าจะช่วยได้อย่างไร อาจเนื่องมาจากผู้ป่วยยังไม่เข้าใจสถานการณ์ที่จะเกิดขึ้น เนื่องจากเป็นประสบการณ์ใหม่ และได้รับข้อมูลที่ไม่ชัดเจนหรือข้อมูลที่ยากต่อการทำความเข้าใจ ทำให้มีความรู้สึกไม่แน่นอน ไม่รู้ว่ายาจะเป็นอย่างไร ไม่รู้จะต้องทำอะไรบ้าง ดังที่มิเชลล์ (Mishel, 1988 : 225-232) กล่าวว่าความรู้สึกไม่แน่นอนในชีวิตมักเกิดขึ้นเมื่อบุคคลไม่สามารถสร้างกรอบแบบแผนความรู้ความเข้าใจในการแปลความหมายความเจ็บป่วยที่ตนประสบอยู่ ซึ่งมีทั้งความคลุมเครือของความเจ็บป่วย ความซับซ้อนของการรักษาและระบบการให้บริการ ดังที่ผู้ป่วยเล่าว่า

“หมอเขาจะคิดยา ปากะไม่รู้ว่ายามันช่วยได้หรือไม่ มันทำให้มีอาการไอ ไหวรมั่ง... แล้วหันหน้าไม่รู้จะมามีคยาแบบไหนอีก ป้าว่ารักษาไปสักหนก่อนแล้วค่อยว่ากันอีกที...คิดแต่ว่ามันน่าจะช่วยได้ ดีหว่ากรถขาย แสงแหละ...” (ป้าหนู อายุ 54 ปี ก่อนรับ MVP ครั้งแรก 8 ต.ค. 2539)

4.3 ไม่แน่นอนเมื่อชีวิตเปลี่ยนแปลง

ผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับเคมีบำบัดมีความรู้สึกไม่แน่นอนเนื่องจากการเปลี่ยนแปลงในชีวิต ซึ่งมีทั้งการเปลี่ยนแปลงความแข็งแรงของร่างกาย ภาพลักษณ์ สัมพันธภาพทางเพศ บทบาทหน้าที่ การที่ต้องพึ่งพาผู้อื่น และไม่แน่ใจว่าจะกลับมาแข็งแรงเหมือนเดิมได้หรือไม่ จะสามารถกลับไปทำงานรับผิดชอบตัวเองและครอบครัวโดยไม่ต้องพึ่งพาผู้อื่นได้อีกหรือไม่ ซึ่งการเปลี่ยนแปลงที่ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความไม่แน่นอนในชีวิตมีดังต่อไปนี้

4.3.1 การเปลี่ยนแปลงความแข็งแรงของร่างกาย ผู้ป่วยทุกรายมักจะกล่าวถึงการที่ร่างกายมีความแข็งแรงลดลงภายหลังที่ได้รับเคมีบำบัด ซึ่งเป็นผลจากอาการคลื่นไส้ อาเจียน เหน็บเมื่ออาหารที่เกิดขึ้นภายหลังได้รับยา ทำให้ไม่ยอมรับประทานอาหารในระยะแรก และต่อมาก็รับประทานไม่ลง ทั้งๆที่รู้สึกหิว ซึ่งผู้ป่วยมักจะบอกว่า “ร่างกายปฏิเสธไม่รับอาหาร” ดังที่เคยกล่าวมาแล้วในช่วงที่กล่าวถึงอาการข้างเคียงของเคมีบำบัด และผู้ป่วยมักกล่าวถึงการที่ความแข็งแรงของร่างกายขึ้นๆ ลงๆ เดี่ยวแข็งแรงเดี๋ยวทรุดโทรมสลับกันไปตลอดช่วงของการมารับเคมีบำบัด ซึ่งผู้ป่วยบางรายบอกว่าก่อนรับยาร่างกายก็แข็งแรงดี เมื่อรับยาที่จะเบื่ออาหาร กินได้น้อย อย่างน้อย 3 วัน บางครั้งอาเจียนมากกินไม่ได้เลยถึง 2-3 สัปดาห์ ยิ่งแหย่ยาวนานมาก ก็จะยิ่งมีอาการอ่อนเพลียมาก และบางครั้งน้ำหนักลดลงถึง 3-5 กิโลกรัม ซึ่งเมื่อเริ่มกินอาหารได้แล้วก็ต้องพยายามบำรุงร่างกายอย่างเต็มที่เพื่อให้ร่างกายแข็งแรงพอที่จะทนอาการข้างเคียงของยาได้ในการมารับยาครั้งต่อไป ดังที่ผู้ป่วยเล่าว่า

“ตอนนี้ผมรู้แล้วว่า เวลารับยานี้จะมีอยู่ 2 แบบคือ ยาตัวดี กับยาตัวไม่ดี หนแรกที่ได้จะเป็นยาตัวไม่ดี หนแรกผมได้ยา มันอ้วกจัง คลื่นไส้ เหน็บอาหาร อยู่เป็นอาทิตย์ แลได้คลื่นก็ไม่ได้ กินไม่ได้เลย คียอมผอมลง น้ำหนักลดตั้ง 3-5 กิโลอยู่ แล้วค่อยมาบำรุงทีหลัง กะพอกินได้กินพักเดี๋ยวลูกอาทิตย์น้ำหนักก็เท่าเดิมได้...หนหลังที่มาก็ดีที่คลินิกแล้วกลับบ้านได้นี่ หอกลับไปบ้านบางที่มันกะมีใช้ต่างๆ ครั้นเนื้อครั้นตัวมัน กะกินยาพารา แล่วนอนพักสักวันกะดีขึ้น ไม่พ้อ ยาตัวนี้ไม่พ้อ...”

(หลี่ อายุ 39 ปี คลินิกโรคปอด มาตรวจเพราะมีไข้หลังรับ MVP ครั้งที่ 4 17 ก.ค. 2539)

“คี โมตัวนี้ คีดูนะเวลาเอาเข้าไปนะ มันจะอ้วกก็อ้วก มันจะแรงมากเลย แลแล้วพ้ออีก เวลา รับเข้าไปนะ อ้วกทุกทีเลยนะ... เหน็บอาหาร กินไม่ได้ ผอมเหลือแต่กระดูก...ตอนที่ไมรับยาไม่ผอมลงทีละ... ที่จริงถ้าไม่ให้ยาเราก็อาจจะกินได้ ให้ยาเข้าไปอาหารกินไม่ได้เลย อยากรู่งก็รู่งไม่ได้ เหน็บเบื่อไปหมดเลย ร่างกายมันก็เลยทรุดลง...”

(สาว อายุ 42 ปี ผอมแห้งอ่อนเพลียมาก 1 เดือนหลังรับ VP ครั้งที่ 3 7 ก.ย. 2539)

พบว่าผู้ป่วยหลายรายที่ถูกเลื่อนการรับเคมีบำบัดเพราะร่างกายไม่พร้อม เช่น ซีดมาก เม็ดเลือดขาวต่ำ อ่อนเพลียมาก มีไข้ ซึ่งผู้ป่วยที่เคยมีประสบการณ์เหล่านี้มักจะมีความรู้สึกไม่แน่นอนในทุกครั้งที่มารับยา ไม่แน่ใจว่าร่างกายจะมีความพร้อมที่จะรับยาหรือไม่ เพราะไม่อยากถูกเลื่อนรับยาเป็นการมาตรวจเสียเที่ยว รู้สึกกังวลว่าการได้รับยาไม่ต่อเนื่องจะส่งผลให้การรักษาไม่ได้ผลและไม่หายขาด นอกจากนี้ผู้ป่วยทุกรายยังมีความรู้สึกไม่แน่ใจว่าการรับยาแต่ครั้งนี้หรือครั้งต่อไปจะทำให้เกิดอาการข้างเคียงรุนแรงมากหรือน้อยกว่าครั้งที่ผ่านๆมา ทำให้ผู้ป่วยส่วนมากรู้สึกกลัวอาการข้างเคียงของเคมีบำบัด แต่ก็พยายามอดทนรับยาจนถึงที่สุดเพราะคิดว่าเป็นวิธีการที่ช่วยให้หายได้ดังที่ผู้ป่วยเล่าว่า

"ก่อนได้ยา ถ้าร่างกายผมแข็งแรงกว่านี้ ผมไม่กลัวหรอกแต่ยา เพราะเรารู้แล้วว่าเกิดอะไรขึ้นบ้าง... แต่ที่ร่างกายมันไม่พร้อม มันไม่แข็งแรงเหมือนครั้งก่อน ๆ ...หลังได้ยาไม่รู้จะรอดถึงไหน...ผมบอกหมอแล้วว่าแพ้มากคงไม่ไหว ผมยังอยากรับยานั้นแหละ แต่อยากให้อายุให้แพ้ให้น้อยลง จะได้ไม่ทรมาณแรง..."
(หญิง อายุ 39 ปี รับ MVP ครั้งที่ 5 11 ส.ค. 2539)

ในการมารับยาครั้งต่อไปจะพบว่าผู้ป่วยทุกรายจึงพยายามบำรุงร่างกายอย่างเต็มที่เพื่อเป็นพลังงานสำรองไว้ใช้ในเวลาที่แพ้ยา และมีความหวังว่าจะได้รับยาตามกำหนดและไม่แพ้ยามากเกินไป

4.3.2 การเปลี่ยนแปลงของภาพลักษณ์ ผู้ป่วยชายที่ผมร่วมจนหมดศีรษะมีเพียง 2 ราย บอกว่าไม่มีปัญหา สามารถใส่หมวกปกปิดได้ และไม่ได้คิดว่าเป็นปัญหา เพราะแก่แล้ว ส่วนรายอื่นๆผมร่วงเล็กน้อย และมีผู้ป่วยหญิงเพียง 1 รายที่ผมร่วงมาก ในช่วงแรกบอกว่ารู้สึกอายเพื่อนที่มาเยี่ยม อายผู้คนที่พบเห็น และพยายามปกปิดโดยการใส่หมวก ใส่เสื้อแขนยาวกับกางเกงขายาวทุกครั้งที่ออกจากบ้าน ระยะเวลาที่มีการของโรคลุกลามขึ้นก็จะกังวลเรื่องการที่ร่างกายผมแห้งไม่แข็งแรงมากกว่าเรื่องผมร่วง เมื่อผู้ป่วยปรับตัวมาระยะหนึ่งแล้วพบว่าผู้ป่วยบอกว่าทำใจได้มากขึ้น คิดเพียงขอให้รักษาได้ เรื่องความสวยความงามจึงเป็นเรื่องที่ได้ถูกกลบไป ดังที่ผู้ป่วยเล่าว่า

"ก่อนหน้านี้ก็กลัวผมร่วง ผมร่วง เดี่ยวผม เดี่ยวแห้ง... ตอนนี้อะไรก็ได้คิดอะไรแล้ว ขอเพียงให้มีทางรักษาต่อไป ตอนนี้อะไรก็ได้มากกังวลอยู่กับความสวยงามแล้วเรื่องถึงขารภายนอก จะเป็นยังไงก็เป็นไป แต่อยากให้อายุแข็งแรงกว่านี้..."

(สาว อายุ 42 ปี ผมแห้งอ่อนเพลียมาก หลังรับ VP ครั้งที่ 3 1 เดือน 7 ก.ย. 2539)

4.3.3 การเปลี่ยนแปลงสัมพันธภาพทางเพศ ผู้ป่วย 2 รายเล่าถึงการที่ต้องมีการปรับเปลี่ยนเรื่องการมีเพศสัมพันธ์กับภรรยา เนื่องจากได้ประเมินตนเองแล้วว่ามีแรงไม่พอ แต่ผู้ป่วยก็ไม่ได้คิดว่าเป็นปัญหาเพราะสามารถหัดคุยกับภรรยาได้ด้วยความเข้าใจ ดังที่ผู้ป่วยเล่าว่า

"เราคิดว่าเราไม่บายเราอย่าเพิ่งไปยุ่งเรื่องนี้ กำลังมันยังไม่พอ... กะต้องคุยกับแฟนให้เข้าใจ ผู้หญิงเขาไม่ค่อยยุ่งอยู่แล้ว..." (ลุงเท่ง อายุ 56 ปี คลินิกโรคปอด 2 สัปดาห์หลังรับ MVP ครั้งแรก 21 ต.ค. 2539)

"ใจจริงๆผมอยากมีนะ แต่มันไม่ไหว พอหยุดไปนานๆมันก็ชินชาเสีย ใ่ว่านเราอยู่กับเรื่องอื่นแล้ว เป็นความใกล้ชิด คอยดูแลช่วยเหลือ พันนั้นแทน กะไม่มีปัญหาไหน..."

(หลี่ อายุ 39 ปี หลังรับ MVP ครั้งที่ 5 15 ต.ค. 2539)

4.3.4 การเปลี่ยนแปลงบทบาทหน้าที่และภาวะเศรษฐกิจ ผู้ป่วยมะเร็งปอด 9 ราย ไม่ได้ไปทำงานภายหลังจากเจ็บป่วย เนื่องจากเหนื่อยง่าย ทำงานไม่ไหว แต่บางรายก็ยังสามารถออกไปดูแลสวนได้บ้าง ผู้ป่วยบอกว่าลูกอยากให้พักผ่อนมากกว่า และไม่คอยให้ออกไปทำงาน จึง "ออกไปดูบ้าง แต่ไม่ได้ทำ" การที่ผู้ป่วยไม่ได้ทำงานทำให้มีผลกระทบต่อภาวะเศรษฐกิจกับผู้ป่วยบางรายที่ไม่มีเงินสำรองภายในครอบครัว ดังที่ผู้ป่วยเล่าว่า

"ตั้งแต่ไม่สบายมาไม่ได้ทำงานเลย ค่าใช้จ่ายก็มาก ตอนนี้ยังดีที่มีเงินเก็บอยู่บ้าง นานๆไปคงจะลำบาก..."

(สาว อายุ 41 ปี รอรับ CE ครั้งที่ 3 15 ต.ค. 2539)

"ช่วงนี้ค่าใช้จ่ายมาก มีแต่เงินเดือนอย่างเดียวไม่ค่อยพอ ผมทำงานคนเดียวกัน แฟนเป็นแม่บ้าน ลูกๆ ก็เรียนอยู่ทั้ง 2 คน ไม่ค่อยไหวเหมือนกัน นี่ปะแกงครัว แกเลยตัดสินใจขายที่ไป 2 ห้อง แกไม่ได้อธิบายใครเลย เอาเงินมาให้ 4 แสน 7 หมื่นห้าบาทเลย กะว่าจะเก็บไว้ใช้ยามจำเป็นจริงๆ..."

(หลี่ อายุ 39 ปี หลังรับ MVP ครั้งที่ 5 ได้รับการใส่ท่อระบายน้ำในช่องอก 25 ต.ค. 2539)

จากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยเพียงรายเดียวที่ยังคงประกอบอาชีพตามปกติ คือการไปหาลูกค้าไม้ยางพารา และลูกค้าที่ดิน เพราะมีอาชีพเป็นนายหน้าที่ดินที่ไม่ต้องออกแรงในการทำงานมากนัก ดังที่ผู้ป่วยเล่าว่า

"ไม่บายแล้วถ้าไม่ได้ทำไหน เบื่อตายเลย...ไปทำงานจะได้เพลิน ๆ ไม่ต้องมากังวลอยู่กับความเจ็บไข้ที่เป็นอยู่...ลุงไปติดต่อกหาที่ หาไม้ยางทุกวัน จีรถเครื่องไปถึงจะนะโน่น ที่แรกคิดว่าไม่ไหวกลัวจะเป็นลม กลางทางเลยชวนแฟนนั่งซ้อนท้ายไปเป็นเพื่อน กะไปได้ บายดี"

(ลุงเท่ง อายุ 56 ปี คลินิกโรคปอดมาตรวจ 1 เดือนหลังรับ MVP ครั้งสุดท้าย 8 ม.ค. 2540)

4.3.5 การที่ต้องพึ่งพาผู้อื่น จากภาวะของโรคทำให้ผู้ป่วยมักจะมีอาการเหนื่อยง่าย อ่อนเพลีย ความทนในการทำกิจกรรมลดลง ส่งผลให้มักจะมีอาการกังวล และรู้สึกเกรงใจที่ต้องพึ่งพาผู้อื่น เช่น ลูก ญาติพี่น้อง เพื่อนบ้าน ทั้งในส่วนของ การดูแลช่วยเหลือที่บ้าน และการมาตรวจรักษาที่โรงพยาบาล ซึ่งพบว่าผู้ป่วยทุกรายจะมีญาติ 2-5 คนมาส่งที่โรงพยาบาล และมีญาติ 1-3 คนมาเฝ้าคอยดูแลช่วยเหลือที่โรงพยาบาล ดังที่ผู้ป่วยเล่าว่า

“ตอนที่ป่าไปอยู่บ้านน้องสาว ห้างกับที่บ้านสักกิโลหว่า ๆ อยู่กัน 4 คน เขาไม่ให้ทำอะไรเลย... วัน ๆ กะนอนพัก กินข้าว เดินออกกำลังรอบ ๆ บ้าน บางทีจะรู้สึกเกรงใจน้อง ๆ ที่เข้ามาทำให้ทุกอย่าง ป้าอยากทำอะไรบ้าง... กวาดบ้านนี่ทำได้ แต่เขาไม่ค่อยให้ทำ...”

(ป่าหนุ อายุ 54 ปี คลินิกโรคปอด 2 สัปดาห์หลังรับ MVP ครั้งที่ 2 4 ก.ย. 2539)

“ลูกคนเล็กเรียนรามอยู่ ตั้งแต่ผมไม่สบายเขาคอยพามาหาหมอบ่อยครั้ง มาเสียเวลากับผม ก็ไม่ได้ไปเรียน ดิฉันก็อยู่ ก็จบเข้าไปอีก...”

(อาโก อายุ 51 ปี รับ CE ครั้งที่ 5 ไปให้ที่โรงพยาบาลเอกชน 7 ส.ค. 2539)

เนื่องจากผู้ป่วยหลายรายอยู่ในวัยผู้ใหญ่ที่มีพัฒนาการอยู่ในช่วงที่ต้องสร้างความมั่นคงทั้งในด้านชีวิตการงานและด้านครอบครัว ทำให้เกิดผลกระทบเป็นอย่างมากต่อรายได้ของครอบครัว เพราะต้องใช้ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลที่ค่อนข้างสูง

นอกจากนี้ผู้ป่วยมักมีอาการเหนื่อยง่าย อ่อนเพลีย มีข้อจำกัดในการออกกำลังกาย ทำได้เพียงแค่ออกกำลังกายประจำวันของตนเอง มีส่วนน้อยที่สามารถไปทำงานได้บ้าง ทำให้ไม่สามารถทำงานและเข้าสังคมได้เหมือนปกติ ผู้ป่วยต้องการการพึ่งพาการสนับสนุนจาก ลูกหลาน ญาติพี่น้อง ทั้งในด้าน เงินทอง แรงงาน การบริการในขณะที่มารับการรักษา รวมทั้งข้อมูล การตัดสินใจ และ กำลังใจต่างๆ ซึ่งการที่ต้องพึ่งพาผู้อื่นก็ทำให้ผู้ป่วยรู้สึก เกรงใจ และ มีความกังวลเป็นอย่างมาก

4.4 ผลการรักษาไม่แน่นอน (ไม่มีเส้นชัย)

ผู้ป่วยบางรายรู้สึกว่าจะไม่มีความแน่นอนในผลการรักษาเนื่องจากไม่ได้รับข้อมูลที่ชัดเจนว่าหายหรือไม่ และมีอาการข้างเคียงของเคมีบำบัดที่รุนแรงจนไม่อยากอดทนรับยาต่อไป ทำให้ความหวังลดน้อยลง และรู้สึกท้อแท้เมื่อรักษาไปแล้วอาการไม่ดีขึ้น โดยที่ผู้ป่วย 1 ราย คือ หลีบบอกว่า การรักษาแบบนี้ไม่มีเส้นชัย ไม่รู้ว่าจุดหมายปลายทางของการรักษาโรคจะอยู่ที่ไหน ทำให้เกิดความรู้สึกมีความหวังน้อยลง และท้อแท้เป็นช่วงๆ และสาวบอกว่า “ช่วงที่ร่างกายไม่แข็งแรง ใครมั่งอิมานั่งบายใจอยู่ ถ้าร่างกายแข็งแรงขึ้นบ้าง จะได้รู้สึกว่ามีแรงสู้ต่อ...” ดังที่ผู้ป่วยเล่าว่า

“ผมอยากอึ้งอยู่ซึ้งหนึ่ง แต่ว่าผมเองก็บอกไม่ได้ว่าการรักษานี้มันจะไปถึงไหน ผมบอกว่าคุณคิดไปเรื่อย ๆ รักษาไปเรื่อย ๆ ผมพูดในทางที่ว่าแหละเราเชื่อว่ารักษานี้ต้องหายอยู่แล้ว มันต้องหายรักษาจนหาย เป็นได้ก็หายได้ อย่างแรก ๆ เข็มแรก ๆ ที่ฉีดนี้ผมเคยถามหมอว่า ผมจะต้องฉีดกี่เข็ม หมอบอกว่า ประมาณ 5 เข็ม พอมาฉีดเข็มที่ 4 แล้วนี่ผมถามว่าวันนั้นว่า หมอบอกว่าต้องคอยไปอีก ต้องฉีดไป เหลยก่อน 5 เข็มนี้หยุดไม่ได้ ถึงทำให้เรามีความรู้สึกว่าเราจะต้องรักษาไปตลอดชีวิตหรือ คือมันไม่มีเส้น ชัยให้เรา ไม่รู้ว่าเราจะไปถึงไหน ไม่รู้ขนาดตรงนี้ทำให้เรากังวลอยู่เหมือนกัน ถ้าเรารู้ว่าคุณต้องรักษา 10 เข็ม คือเราจะได้ออกทน พันหรือ ๆ 10 เข็มนะ เข็มที่ 5 เข็มที่ 6 เข็มที่ 7 มันจะมีความหวังว่าใกล้จะสิ้นสุดแล้ว ถึงนี้พออยู่ในภาวะที่นี้เราไม่มีความหวังเลยนี้ ถึงทำให้เรา บางทีทำให้เราท้อแท้ในบางครั้ง ถึง ยากแต่แต่ละครั้งนี่ มันทำให้เกิดอาการแพ้แบบที่ว่าเคยคุยให้ฟังนั่นแหละ ถึงคิดว่านี่เรายังอยู่แบบนี้ต่อไป อีกนานหม้ายนี้ ถึงทำให้เราความคิด ถ้าว่าหรืออื่น เราอาจจะด้านทานไม่ไหว เราหยุดตีหวานแบบว่า พอรักษาที่นี้เราทรมาณร่างกายไปรี รักษาที่ทรมาณร่างกายที่ ถ้าว่าไม่รู้ก็ครั้งแหละ ไม่รู้อีกนานแค่ไหน แหละ คืออย่างน้อย ๆ เราก็จะได้รู้จุดหมายปลายทาง...”

(หญิง อายุ 39 ปี รอคตรวจอาการไข้ 3 สัปดาห์หลังรับยา MVP ครั้งที่ 4 7 ต.ค. 2539)

ผู้ป่วยอีกรายรู้สึกว่ามีทางเลือกที่คิดที่สุด เพราะเคยมีบำบัดทำให้เกิดอาการข้างเคียงมาก ทำให้ต้องอยู่ในภาวะจำใจทน หรือจำยอม และอยากให้มีทางเลือกอื่นๆที่ช่วยรักษาโรคได้ โดยที่ไม่ต้องเผชิญกับความทุกข์ทรมานเหมือนที่เป็นอยู่ ดังที่สาวเล่าว่า

“ทำไมผมมันมีอาการข้างเคียงแล้วต้องรักษาด้วย มันไม่มีวิธีอื่นเลยหรือ มีก็โมตัวนี้ตัวเดียวหรือ...คิดดูนะ เวลาเอาเข้าไปนะ มันจะอึดก็อึด มันจะแรงมากเลย แล้วแพ้ก็แพ้ เวลารับเข้าไปนะอึดทุกที่เลยนะ... เหม็นอาหาร กินไม่ได้ ผอมเหลือแต่กระดูก... ตอนที่ไปรักษาไม่หอมลงที่ล่ะ... ที่จริงถ้าไม่ไปหาเราก็คงจะกินได้ ให้ยาเข้าไปอาหารกินไม่ได้เลย อยากบำรุงก็บำรุงไม่ได้ เหม็นเบื่อไปหมดเลย ร่างกายมันก็เลยทรุดลงๆ... ตอนที่หมอบอกว่าสุดความสามารถของผมแล้ว เลยคิดมากอีก... มันแย่มากขนาดนั้นแล้วหรือ...หมอเค้าแนะนำให้ฉายแสง ไปคุยกับหมอรังสี เค้าบอกว่าเนื้องอกมันกระจาย ทีนี้เค้าไม่มั่นใจนะว่าทำแล้วจะได้ผลมั๊ย...ทีนี้เราก็คงต้องตัดสินใจเองนะว่าจะทำหรือไม่ทำ...ฟังตามรูปการณณ์แล้ว มันหลายเบ็ดนะ ทำไปก็คงไม่ได้ผล แม้ที่ว่านั้น...เลยตัดสินใจไม่ทำดีกว่า เค้าว่าถ้าทำแล้วจะรักษาด้วยหมอบ้านไม่ได้ผล... แม้จะให้ลองรักษาหมอบ้านดูก่อน ลองดู ตัวเองก็คิดว่าจะลองดู...”

(สาว อายุ 42 ปี 1 เดือนหลังรับ VP ครั้งที่ 4 มีอาการผอมแห้ง อ่อนเพลียมาก 7 ก.ย. 2539)

พบว่าหลังจากได้รับการรักษามาระยะเวลาหนึ่งผู้ป่วยมักจะประเมินประสิทธิภาพของการรักษาได้จากอาการที่เป็นอยู่ เช่น ถ้ามีอาการดีขึ้นก็มักคิดว่ายาช่วยให้หายได้และรู้สึกดีใจที่จะได้ไม่ต้องทนทุกข์ทรมานอีก เช่นแป๊ะบอกว่า “ดีใจมากที่ครั้งนี้เป็นครั้งสุดท้ายแล้ว ถ้าต้องรักษาต่อเน่า อ้วไม่เอาแล้ว ขอตายดีกว่า มันทรมาณ...” ส่วนผู้ป่วยที่มีอาการแย่ลงก็จะรับรู้ว่ายารักษาไม่ได้ผล ซึ่ง

ในช่วงที่ศึกษาพบว่าผู้ป่วย 3 ราย มีการรับรู้ว่าการรักษาที่ผ่านมาไม่ได้ผล และได้พยายามแสวงหาวิธีการต่างๆทุกวิธีที่คิดว่าจะสามารถช่วยให้หายได้ หรืออย่างน้อยก็ช่วยให้ดีขึ้น ดังที่ผู้ป่วยเล่าว่า

“ครั้งแรกหมอไม่รับเพราะไม่ได้ผลเลย มาเริ่มยาชนิดใหม่ ครั้งที่ 2 ถึงได้ยุบบวม นับครั้งที่ 2 เป็น 1 ใหม่ ตอนนี่ก็เป็นครั้งที่ 3 ของยาสูตรนี้... ใจมันไม่ดี ไม่นั่นใจว่าจะหาย...เพราะอาการใหม่มันเกิดขึ้น มาอีก เป็นหนักด้วย...” (สาว อายุ 42 ปี รอรับ VP ครั้งที่ 3 มีอาการบวมที่ร่างกายท่อนล่าง และแน่นอึดอัดท้องมาก 13 ต.ค. 2539)

“หมอว่าให้ยาเสร็จแล้ว ไม่ต้องให้ต่อแล้ว กะเดือนนี่แหละแก่นัดมาตรวจ... ไม่รู้ไซร้ มันหยัย อึแน่นๆในอกแล้ว... อาทิตย์นี้ไอกะมีเลือดปนมากันแต่ไม่มาก...ไม่รู้เขาอิรักษาพันหรือต่ออะไร กิดว่า อึหายแสงแล้วหม้าย...” (ลุงแห่ง อายุ 56 ปี มาตรวจหลังรับ MVP ครั้งสุดท้าย 1 คือน 8 ม.ค. 2539)

การรักษาผู้ป่วยมะเร็งปอดที่มีการลุกลามของโรคแล้วด้วยเคมีบำบัด มักเป็นการรักษาแบบประคับประคองอาการมากกว่าการรักษาเพื่อให้หายจากโรค แพทย์อาจจะทำการปรับเปลี่ยนแผนการรักษาต่างๆตามสถานะของร่างกายและความพร้อมของผู้ป่วย ทำให้บางครั้งทีมสุขภาพไม่สามารถบอกผู้ป่วยได้อย่างชัดเจนว่าจะต้องรักษาไปนานเพียงใด ความไม่ชัดเจนในผลการรักษาทำให้เกิดความรู้สึกไม่แน่นอนแก่ผู้ป่วยเป็นอย่างมาก

ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับแนวคิดเกี่ยวกับความไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของมิเชลล์ ซึ่ง นิตยา (2531 : 13-15) กล่าวสรุปไว้ว่าความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยหมายถึงการที่บุคคลไม่สามารถตัดสินใจความเจ็บป่วยได้ เป็นความรู้สึกที่เกิดจากการไม่สามารถประเมิน วิเคราะห์ สถานการณ์และผลที่จะเกิดขึ้น เนื่องจากขาดแนวทางและมองไม่เห็นจุดหมายของเหตุการณ์ จึงไม่สามารถทำนายผลลัพธ์ได้ ซึ่งผู้ป่วยจะเกิดความไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยได้ 4 ด้าน คือ 1) ความคลุมเครือเกี่ยวกับความเจ็บป่วยและการรักษา 2) ความซับซ้อนของการรักษาและระบบบริการสุขภาพ 3) ความไม่สม่ำเสมอในเรื่องข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยและการรักษาที่ได้รับ และ 4) การที่ไม่สามารถทำนายผลลัพธ์ของความเจ็บป่วยและการรักษา (Mishel & Barden, 1988 : 98,127)

จะเห็นได้ว่าผลกระทบทั้งทางด้านร่างกาย ด้านจิตวิญญาณและด้านสังคมที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยมะเร็งปอดเป็นผลมาจากภาพพจน์ของโรคมะเร็งที่ผู้ป่วยคิดว่าเป็นโรคที่ไม่ธรรมดา ผลจากการดำเนินของโรคและอาการข้างเคียงของการได้รับเคมีบำบัดที่ทำให้ร่างกายมีความแข็งแรงลดลง มีความสามารถในการช่วยเหลือตัวเองลดลง ผลจากความเจ็บป่วยเรื้อรังที่ต้องใช้ค่ารักษาพยาบาล และค่าใช้จ่ายต่างๆที่เพิ่มขึ้นเป็นอย่างมาก และการที่ต้องมีการเปลี่ยนแปลงบทบาทหน้าที่ในครอบครัว อาชีพการงานและสังคมจากการที่ต้องเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาลเป็นระยะๆ อย่างต่อเนื่อง

นอกจากนี้ผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับเคมีบำบัดยังมีความรู้สึกทุกข์ทรมานใจจากการที่ความแข็งแรงของร่างกายลดลง การที่รู้สึกกังวลต่อความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น กลัวรักษาไม่หาย กลัวความทุกข์ทรมานจากอาการข้างเคียงของยา และยังรู้สึกเบื่อเมื่อต้องมาอยู่ในโรงพยาบาลที่มีสิ่งแวดล้อมไม่สะดวกสบายเหมือนที่บ้าน รู้สึกโดดเดี่ยวในช่วงที่ต้องเผชิญกับอาการข้างเคียงของเคมีบำบัดอยู่คนเดียว ความเครียดต่างๆอาจส่งผลให้มีปัญหาด้านการพักผ่อนนอนหลับ นอกจากนี้ผู้ป่วยยังมีการเปลี่ยนแปลงบทบาททางเพศเนื่องจากประเมินแล้วว่าไม่มีกำลังไม่พอ ผู้ป่วยทุกรายไม่สามารถปฏิบัติบทบาทหน้าที่ได้ ต้องมีการพึ่งพาผู้อื่นเมื่อไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้เต็มที่ และมีปัญหาเศรษฐกิจในครอบครัวโดยเฉพาะเมื่อเป็นผู้ที่หารายได้หลักของครอบครัว

ผู้ป่วยมะเร็งปอดยังมีความรู้สึกไม่แน่นอนในชีวิตเป็นอย่างมากจากการที่รับรู้ว่าโรคที่เป็นอยู่รักษาไม่หาย และไม่ทราบสถานการณ์ของการรักษาที่ชัดเจนว่าจะได้รับยากี่ครั้ง และได้รับยาไปแล้ว ทนทุกข์ทรมานแล้ว อาการจะดีขึ้นมากน้อยเพียงใด อีกทั้งผลการรักษาก็ไม่แน่นอน อาการต่างๆยังคงอยู่หรือแย่ลงไปอีก ทำให้เกิดความรู้สึกว่าไม่มีทางเลือกที่ดี และทุกข์ทรมานใจเป็นอย่างมาก แต่ผู้ป่วยก็ยังมีความหวังว่าจะดีขึ้นได้ โดยต้องพยายามเผชิญปัญหาที่เกิดขึ้นอย่างเต็มที่เพื่อให้พออยู่ได้ หรืออย่าให้เจ็บปวดทรมาน ดังจะกล่าวรายละเอียดถึงการเผชิญปัญหาในช่วงต่อไป

ผลการศึกษานี้พบว่าการรับรู้ของผู้ป่วยมะเร็งปอดในช่วงก่อนได้รับเคมีบำบัดและภายหลังได้รับยาจะเปลี่ยนแปลงไป คือในช่วงก่อนรับยา เคมีบำบัดจะเป็นความหวังของผู้ป่วยทุกรายที่จะช่วยให้หายจากความเจ็บป่วย ผู้ป่วยจะรับรู้ต่อยาในด้านที่ดี รับรู้ว่ามียาผลดีต่อตนเอง เป็นวิธีการที่ดีกว่าการผ่าตัดและการฉายแสง ยาจะช่วยให้หายจากความเจ็บป่วยได้ แต่ภายหลังได้รับยาผู้ป่วยจะรับรู้ต่อเคมีบำบัดใน 2 ลักษณะทั้งด้านที่ดีและไม่ดี โดยที่ผู้ป่วยที่มีอาการดีขึ้นภายหลังได้รับการรักษาจะรับรู้ว่ายาคือช่วยให้หายได้ แม้ว่าจะได้รับความทุกข์ทรมานจากอาการข้างเคียงของยาที่รุนแรงมากเพียงใดก็ยังคิดว่ายาจะช่วยให้อาการโรคลดลง ทำให้ผู้ป่วยมีความพยายามอดทนและตั้งใจที่จะมารับการรักษาอย่างต่อเนื่อง และผู้ป่วยที่มีอาการแย่ลงภายหลังได้รับยา จะมีความรู้สึกว่าการได้รับยาทำให้เกิดผลเสียต่างๆมากมาย ทำให้เกิดความทุกข์ทรมานและร่างกายทรุดโทรม คิดว่าถ้าไม่รับยาอาจจะสามารถบำรุงร่างกายให้แข็งแรงมากกว่าที่เป็นอยู่ รู้สึกไม่แน่นอนต่อผลการรักษา และโทษเคมีบำบัด ซึ่งคล้ายคลึงกับผลการศึกษาของเพนีย์ (Payne, 1990 : 652-658) ที่พบว่าผู้ป่วยมะเร็งเต้านมและมะเร็งรังไข่ที่ได้รับการรักษาแบบประคับประคองด้วยเคมีบำบัดมีความรู้สึกกลัวต่อการได้รับเคมีบำบัดแต่คิดว่าการได้รับเคมีบำบัดเป็นความหวัง ทำให้เกิดผลดีแก่ตนเอง และเป็นความจำเป็นที่ต้องยอมรับ และสอดคล้องกับการศึกษาของแมนสัน แมนเคอรีโน และ จอห์นสัน (Manson & Manderino & Johnson, 1993 : 527-532) บางส่วนที่พบว่าผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัดมีความหวังว่าเคมีบำบัดจะเป็นวิธีการรักษาที่มีประสิทธิภาพ ผู้ป่วยมะเร็งส่วนใหญ่มองว่าเป็นวิธีการรักษา

ที่เป็นผลดีแก่ตน แต่แมนสันและคณะพบว่าหลังจากได้รับเคมีบำบัดไประยะหนึ่งผู้ป่วยมีความรู้สึกที่ติดต่อการได้รับเคมีบำบัดมากกว่าก่อนได้รับการรักษา ซึ่งแตกต่างกับการศึกษาครั้งนี้ที่พบว่าก่อนได้รับยาผู้ป่วยมะเร็งปอดส่วนใหญ่จะมองการรักษาด้วยเคมีบำบัดในทางที่ดีกว่าภายหลังได้รับยา

ผู้วิจัยมีความเห็นว่าเนื่องมาจากการที่ก่อนได้รับเคมีบำบัดผู้ป่วยส่วนใหญ่ได้รับข้อมูลเกี่ยวกับเคมีบำบัดค่อนข้างน้อย ทราบเพียงแต่ว่าจะได้รับการรักษาด้วยยา ค่าใช้จ่ายจะสูง บางคนก็แพ้ยาได้ บางคนก็ไม่แพ้ ยังไม่ได้คิดไปว่ายาเคมีบำบัดจะทำให้เกิดอะไรขึ้นกับตนบ้าง จึงไม่ได้รู้สึกกลัวอาการข้างเคียงที่อาจจะเกิดขึ้น แต่ภายหลังได้รับเคมีบำบัดผู้ป่วยส่วนใหญ่มีอาการข้างเคียงของเคมีบำบัดรุนแรง และมีอาการแย่ลงจากการที่โรคไม่ตอบสนองต่อยาจึงเกิดความรู้สึกหมกหมองทางในภายหลัง

จะเห็นได้ว่าการรับรู้ต่อเคมีบำบัดของผู้ป่วยในช่วงก่อนรับยาเป็นผลมาจากข้อมูลที่ได้รับมาจากแพทย์ หรือนุคลากรต่างๆ จากความนึกคิด การจินตนาการ ประสบการณ์เดิมของผู้ป่วย เช่น เคยเห็นเพื่อนบ้านป่วย หรือ จากคำบอกเล่าต่อกันมา ส่วนการรับรู้ต่อเคมีบำบัดภายหลังรับยารวมทั้งเมื่อรับยาในครั้งต่อไปเป็นผลมาจากการให้ความหมายต่อประสบการณ์ตรงที่เกิดขึ้นซึ่งเป็นไปตามความรู้สึกนึกคิด และความเข้าใจของผู้ป่วย

การรับรู้ต่อโรคและการได้รับเคมีบำบัดของผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ศึกษาเป็นผลมาจากความเข้าใจต่อโรคและการรักษาตามประสบการณ์เดิม ร่วมกับการตีความจากสถานการณ์ที่พบเห็น ได้ยินได้ฟังมา หรือแปลความข้อมูลที่ได้รับจากบุคลากรต่างๆ ตามความความเข้าใจของส่วนบุคคล ซึ่งสนับสนุนแนวคิดเกี่ยวกับการปรับตนเองของจอห์นสันและลีเวลทาล (Leventhal & Johnson, 1983 : 249) ที่กล่าวว่าบุคคลอาจมีมุมมองเกี่ยวกับความเจ็บป่วยแตกต่างจากมุมมองของ บุคลากรที่มสุขภาพ เนื่องจากเขาอาจไม่ได้มองด้วยเหตุผลทางวิทยาศาสตร์ แต่จะมองตามความรู้สึก หรือความเข้าใจตามประสบการณ์ และความรู้อารมณ์ (scheme) เฉพาะของแต่ละบุคคล

การเผชิญปัญหาของผู้ป่วยมะเร็งปอด : การดูแลเยียวยาตนเอง

ปรากฏการณ์การเผชิญปัญหาของผู้ป่วยมะเร็งปอดตั้งแต่เริ่มเจ็บป่วย ได้รับเคมีบำบัดไปจนกระทั่งควบคุมโรคได้ หรือ เสียชีวิตในผู้ป่วยบางราย มี 5 ลักษณะใหญ่ๆ ได้แก่ การประคับประคองความแข็งแรงของร่างกาย ผ่อนคลายความทุกข์ใจ ตั้งจิตสร้างสมบุญกุศล วางแผนจัดการชีวิตและมรดก และปรับใจตั้งเสียญาติ ถือเป็น การดูแลเยียวยาตนเองทั้งด้านร่างกายและจิตใจที่ผู้ป่วยกระทำไปตามความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและการรักษา ซึ่งมีทั้งการแก้ไข้ปัญหาและการปรับสภาพอารมณ์ โดยอาศัยประสบการณ์เดิมที่เคยพบเห็นผู้ป่วยอื่นมาก่อน ประสบการณ์ใหม่ที่เกิดขึ้น

ในขณะที่เจ็บป่วย ความรู้หรือคำแนะนำที่ได้รับในระหว่างการรักษาพยาบาล ที่สอดคล้องไปกับพื้นฐานทางศาสนา วัฒนธรรมและความเชื่อของแต่ละบุคคล ผู้ป่วยมะเร็งปอดได้พยายามเผชิญกับปัญหาที่เกิดขึ้นโดยการผสมผสานวิธีการดูแลตนเองหลายวิธีร่วมกัน คือ การดูแลตนเองแบบดั้งเดิมที่เป็นภูมิปัญญาชาวบ้านในท้องถิ่น การรักษาแบบพื้นบ้าน การประยุกต์ใช้สมุนไพรต่างๆมาใช้ร่วมกับการรักษาด้วยเคมีบำบัดซึ่งเป็นการแพทย์แผนใหม่ ซึ่งผลการเผชิญปัญหาของผู้ป่วยมะเร็งปอดในช่วงที่ได้รับเคมีบำบัด มี 2 ลักษณะใหญ่ๆ คือ 1) ปรับตัวได้ โดยมีร่างกายแข็งแรงขึ้น สบายใจขึ้น รู้สึกมีคุณค่า และยอมรับความตาย และ 2) ปรับตัวไม่ได้ โดยมีความรู้สึกท้อแท้หมดหวัง และโทษผู้อื่น ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. ปรึกษาประคองความแข็งแรงของร่างกาย

ผู้ป่วยมะเร็งปอดจะมีความแข็งแรงของร่างกายลดลงในช่วงที่ได้รับเคมีบำบัด เนื่องจากมีอาการข้างเคียงเกิดขึ้น ผู้ป่วยจึงมีการปรึกษาประคองให้ร่างกายค่อยๆฟื้นตัว ไม่ให้ทรุดโทรมจนเกินไป โดยพยายามแก้ปัญหาต่างๆที่เกิดขึ้นในช่วงที่เจ็บป่วย ซึ่งเป็นทั้งการป้องกันไม่ให้เกิดปัญหาที่รุนแรง การแก้ปัญหาเฉพาะหน้า และการจัดการแก้ไขปัญหาต่างๆ ใน 3 ลักษณะใหญ่ๆ ได้แก่ 1) มารับการตรวจรักษาต่อเนื่อง 2) ป้องกันแก้ไขปัญหากจากการรักษา และ 3) ปรับเปลี่ยนวิถีชีวิต ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1.1 มารับการตรวจรักษาต่อเนื่อง

ผู้ป่วยส่วนมากจะให้ความสำคัญของการมาตรวจรักษาอย่างต่อเนื่อง และพยายามมาตรวจรักษาตามนัดอย่างสม่ำเสมอ โดยผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาแล้วมีอาการดีขึ้นมักคิดว่าตนเองจะหายจากโรคได้ถ้ามาตรวจรักษาตามนัด ซึ่งมักจะบอกว่า “ต้องตั้งหน้าตั้งตารักษาให้เต็มที่” ผู้ป่วยบอกว่าตั้งใจที่จะมารับการรักษาอย่างต่อเนื่องเพราะไม่อยากจะให้โรคลุกลาม หรือเห็นแล้วว่ายาช่วยให้อาการที่เกิดขึ้นเมื่อเริ่มป่วยหายไป ได้ดังที่ผู้ป่วยเล่าว่า

“ข้าตั้งใจจะรักษาต่อให้ตลอด เพราะมีคนข้างบ้านเขาเป็นโรคเลือดแล้วรับยา 2 หน อ้วกมากเขาทนไม่ได้เลย ไม่มารักษาต่อ ตอนนี่เขาเสียชีวิตไปแล้ว... ข้าเลยตั้งใจว่าจะไม่ให้ขาด...”

(เป้าหมาย อายุ 54 ปี คลินิกโรคปอด 2 สัปดาห์หลังรับ MVP ครั้งที่ 2 23 ก.ค. 2539)

แต่จากการศึกษาพบว่าผู้ป่วย 2 รายไม่ได้มาตรวจรักษาอย่างต่อเนื่อง เพราะเลือกไปรับการรักษาแบบพื้นบ้านร่วมด้วย อันเนื่องมาจากผู้ป่วย 1 รายรับรู้มาว่ายาบ้านก็รักษาได้ และไม่ทำให้เหนื่อยที่โรงพยาบาลจะช่วยรักษาเฉพาะอาการบางอย่างเช่น ไอเป็นเลือด จึงให้ความสำคัญต่อการมารับยาน้อยลงไป ซึ่งพบว่าช่วงที่ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นจะหันไปกินยาหม้ออย่างเดี๋ยวนและไม่มาตามนัด

อีกสาเหตุเป็นจากการมีความลำบากในการเดินทาง และรับทราบจากแพทย์ว่าช่วงที่เป็นหวัด หรือ ท้องเสียให้ยาไม่ได้จึงไม่มาตามนัด แต่ไปตรวจรักษาที่โรงพยาบาลใกล้บ้านแทน และผู้ป่วยก็รำลึกว่าสาเหตุที่ทำให้เจ็บป่วยหนักมากขึ้นอาจเป็นผลจากสิ่งเหนือธรรมชาติ เช่น การถูกของ จึงหันไป รักษาทางไสยศาสตร์ โหราศาสตร์ และใช้ยาบ้านร่วมด้วย วันที่แพทย์นัดตรงกับช่วงที่มีหมอพื้น บ้านมารักษาที่บ้าน รู้สึกไม่อยากมาอนทรมานอยู่ที่โรงพยาบาลคนเดียวโดยที่ญาติไม่สามารถอยู่ ใฝ่อย่างใกล้ชิดได้ตลอดเวลาเหมือนที่บ้าน จึงไม่มาตรวจตามนัด ดังที่ผู้ป่วยเล่าว่า

“ผมยังคิดว่าน่าจะหายได้ กลับไปบ้านกะตัมขานเลย คนแถวบ้านเขาแนะนำ เห็นเขาว่าหายกันหลายคน แล้ว... ใจจริงผมอยากรักษาหมอบ้านอย่างเดียว เห็นเขาหายกันหลายคน ที่เป็นโรคน้ำเหลืองเสียก็ใช้ได้ กินแล้วแผลเปื่อยหายหมด มันดีจัง นี่เขาจะว่ารักษาแผลได้เหมือนกัน แต่ผลข้างใน กินไปมันขูดขูดจะ กินไปเรื่อย ๆ เห็นกินแล้วดี นี่ถ้าถูกไม่ห้ามไว้ ไม่ขอร้องไว้ว่าให้รักษาที่โรงพยาบาล กูตั้งหน้าตั้งตาไป รักษาหมอบ้านแล้วนี่ ยาบ้านคือกินแล้วไม่ทำให้แพ้เหมือนยาโรงพยาบาล ไม่ต้องทรมานอยู่ด่าว แต่ถ้านเอาให้แน่ กะเอา 2 ทางไว้ก่อนได้บายใจกันทั้งหมด...”

(ลุงปลื้ม อายุ 61 ปี หลังรับ MVP ครั้งที่ 2 16 พ.ค. 2539)

“ช่วงนี้ฝนตก เป็นหวัดกัน แล้วกะเดินทางไม่สะดวก เลยไม่ได้มาโรงพยาบาล..คิดนัดไปหนองเง็ง เดือนนี้ พอดี เห็นหมอก่อนก่อน เขาบอกว่าถ้าเป็นหวัด หรือท้องเสีย ไม่ต้องมาโรงพยาบาล กะได้ มากะให้ยาไม่ได้ ลูกเลยไม่มาเสียพอลูกหวัดกะมาที่แหละ...”

(ลุงปลื้ม อายุ 61 ปี คลินิกโรคปอด 1 เดือนหลังรับ MVP ครั้งที่ 2 4 ก.ย. 2539)

“ที่ผมไม่ได้มาหาหมอเสีย 2-3 ครั้ง ที่ผมนัดนั้นคือจริง ๆ แล้วมันเป็นการรักษาต่อเนื่องของหมอบ้าน ที่ ผมมาไม่ได้นี่ มันต่อเนื่องอยู่ มันคิดหันอยู่... เขาไม่ได้ห้ามมาแต่เป็นการรักษาต่อเนื่อง... คือจังหวะนั้นนะ หมอนัดพอดี คือมันเจ็บหนักช่วยช่วงนั้น หมอไหนที่มาแถวเราถึงบ้านนะต้องมาหมอนั้นไว้ก่อน ถ้า พยายามไปหาหมอนี้ไม่ไหวแล้ว ไม่ไหว...แล้วถึงอีกอย่างเราเจ็บหนักก็ กลัว กลัวความวุ่นวาย...คือ ถ้า มาอยู่โรงพยาบาลนี่ หมายถึงว่าถ้าอนคนเดียวกลางคืน เจ็บก็เจ็บอยู่คนเดียว... คือพยาบาลมาแถวเราให้ เหมือนญาติที่น้องเองนี่มันเป็นไปไม่ได้... เลยกลัวตรงนั้น กลัวความวุ่นวายตรงนั้น ผมเลยตัดสินใจไม่มา ในจังหวะนั้น...พอว่าถ้าทุเลาแล้วผมมาทันทีเลย...”

(หลี่ อายุ 39 ปี หลังรับ MVP ครั้งที่ 5 12 ส.ค. 2539)

ในวันที่แพทย์นัด ผู้ป่วยและญาติมีการเตรียมตัวก่อนมาโรงพยาบาล ซึ่งส่วนใหญ่จะมีญาติ คอยดูแลและจัดการเรื่องการมาโรงพยาบาล การเตรียมเรื่องการเดินทาง เตรียมคนที่จะมาเฝ้าคอย อำนวยความสะดวกต่างๆ เตรียมอาหารที่กินได้สะดวกในระหว่างเดินทาง ซื้อผลไม้ที่ชอบมาไว้ เพื่อกินอะไรไม่ได้ ซื้อนมมาไว้เพราะคิดว่าเป็นอาหารที่ช่วยบำรุงสุขภาพ ส่วนผู้ป่วยที่มีฐานะก็มักจะ

เตรียมรังก หรือ แบรินค์มาจากบ้านเพราะคิดว่าเป็นสิ่งที่บำรุงกำลังได้ดี และมีผู้ป่วย 2 รายเตรียมของฝากแพทย์และพยาบาลเช่นกัน เพื่อขอบคุณที่ให้การดูแล และหวังว่าจะได้รับการดูแลที่ดีต่อไป

ผู้ป่วยทุกรายเตรียมค่าใช้จ่ายและค่ารักษาพยาบาลให้พร้อมอยู่เสมอ เพราะรับรู้แล้วว่าค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล รวมทั้งค่าเดินทางและการกินอยู่ที่โรงพยาบาลค่อนข้างสูงจากการที่ต้องมาโรงพยาบาลทุกเดือน ดังที่ผู้ป่วยเล่าว่า

“ผมต้องจัดการขายที่ ขายบ้านหลังใหญ่ในเมือง ไปอยู่บ้านหลังเล็กนอกเมือง แล้วเก็บเงินบางส่วนไว้เป็นค่ารักษา...ตอนนี้ก็รับยาครั้งที่ 5 แล้ว...”

(อาโก อายุ 51 ปี รอรับ CE ไปให้ที่โรงพยาบาลเอกชน 7 ต.ค. 2539)

“ป้าบอกหมอทุกคนเลยว่า รักษาป้าเลยถูกเหอ ไม่ขัดข้องไหน ป้าจะเต็มทีทุกอย่างตามใจ อีเป็นลูกหมอกคนไหนแหละ... แรกเคี้ยวขามาเก็บดั่งค์ กะจายไปเรียบร้อยแล้ว... น้องชายเอาเบี้ยค่ารักษาใส่ธนาคารไว้ให้...”

(ป้าหนู อายุ 54 ปี รอรับ MVP ครั้งที่ 2 15 ต.ค. 2539)

ผู้ป่วย 4 ราย ตั้งใจและพยายามกินอาหารที่ชอบก่อนมาโรงพยาบาล โดยที่ 1 รายจะกินอาหารที่ชอบจนอิ่มที่สุดเท่าที่จะทำได้ เพราะคิดว่า “จะต้องมาैया และกินอะไรไม่ได้ไปอีกหลายวัน” แต่ก็พบว่าผู้ป่วย 2 รายไม่กินอาหารอะไร นอกจากน้ำเพราะคิดว่า “เคี้ยวก็อ้วกออกหมด”

“ก่อนมาคิดขาลุงไม่กินไหน กินเข้าไปเคี้ยวจะอ้วกออกหมด...”

(ลุงเพิ่ม อายุ 62 ปี นั่งรอเตียงเพื่อรับ CE ครั้งที่ 4 24 ก.ค. 2539)

“หนนี้ผม เตรียมตัวอย่างดี กินยาบำรุงจนอ้วน ก่อนมารับยากินเต็มที เพราะรู้แล้วว่า ใดยาไม่ดีตัวนี้ มันทำให้มีอาการคลื่นไส้ อาเจียน เบื่ออาหาร เหม็นอาหารหล่าว...”

(หลี่ อายุ 39 ปี คลินิกโรคปอด หลังรับ MVP ครั้งที่ 4 17 ก.ค. 2539)

ผู้ป่วย 2 ราย เตรียมอาหารที่ชอบมาด้วยเพื่อจะได้กินอาหารได้บ้าง โดยป้าเล็กบอกว่ “กินของโรงพยาบาลไม่ได้เลย เหม็นไปหมด... แม้แต่เดินผ่าน โรงอาหารก็ไม่อยากเดิน ต้องเดินอ้อมเข้ามาทางหลังโรงพยาบาล... ป้าไม่รู้เป็นไหน กับอาหาร โรงพยาบาลนี้ไม่ถูกกันเลย...”

ผู้ป่วยหลายรายบอกว่าต้องบำรุงร่างกายให้แข็งแรง เม็ดเลือดจะได้ไม่ต่ำ สามารถรับยาได้ตามกำหนด และพบผู้ป่วย 1 ราย ตรวจเลือดก่อนมาโรงพยาบาลเนื่องจากเคยมีประสบการณ์ต้องเลื่อนการรับยาเพราะเม็ดเลือดต่ำ โดยบอกว่า “ต้องเดินทางมาโรงพยาบาลเสียเที่ยว เม็ดเลือดต่ำ หมอให้ยาไม่ได้ ก็มีลูกที่คอยจัดการพาไปตรวจเลือด และดูผลเลือดที่โรงพยาบาลใกล้บ้านก่อนมาโรง

พยาบาล” และลูกสาวบอกว่า “ถ้าเลือดไม่ดี จะโทรศัพท์มาเตือนวันนัด และถ้าเลือดดีถึงจะมาโรงพยาบาล” ดังที่ผู้ป่วยเล่าว่า

“ครั้งหลัง ๆ ก่อนมาโรงพยาบาลถูกจัดการให้เจาะเลือดมาจากโรงพยาบาลใกล้บ้าน จะได้รู้ก่อนว่าเข้าโรงพยาบาลได้มั้ย กลับมาแล้วให้ยาไม่ได้ต้องกลับไปอีกเดินทางหลายชั่วโมง ลำบาก กลัวเสียเที่ยว...”

(แป๊ะ อายุ 62 ปี รอรับ CE ครั้งที่ 4 4 ก.ย. 2539)

ผู้ป่วยส่วนใหญ่อยู่ต่างจังหวัดทำให้ต้องใช้เวลา 2-4 ชั่วโมงในการเดินทางมาโรงพยาบาล มีเพียง 1 รายที่บ้านอยู่ใกล้โรงพยาบาล จึงพบว่าผู้ป่วยและญาติจะเตรียมตัวออกจากบ้านตั้งแต่เช้า ซึ่งลูกปลื้มบอกว่า “ออกจากบ้านตั้งแต่ 6 โมงเช้า นั่งรถ 3 ต่อมาถึงโรงพยาบาล 8 ครั้ง ถูกออกมาส่งขึ้นรถ” และป้าเล็กบอกว่า “ถ้ามาโรงพยาบาลสายจะต้องนั่งรอนานมาก รอเจาะเลือด เอ็กซเรย์ การรอผลเลือดจะต้องใช้เวลามาก กว่าจะเสร็จก็เย็น”

ซึ่งทุกวันพุธของแต่ละสัปดาห์ จะมีผู้มารับบริการของคลินิกโรคปอดประมาณ 60 ถึง 110 คน ซึ่งนอกจากผู้ป่วยจะต้องรอผลเลือด ผลเอ็กซเรย์ และรอตรวจแล้ว ผู้ป่วยยังต้องรอญาติฯ ซึ่งแพทย์ที่ตรวจจะเป็นผู้ฉีดเคมีบำบัดให้ผู้ป่วยเองหลังจากที่ตรวจคนไข้ทั้งหมดเสร็จแล้ว ซึ่งมักจะเป็นช่วงบ่าย ผู้ป่วยส่วนมากก็จะได้กลับบ้านช่วงบ่าย ซึ่งวันที่มาญาติฯที่คลินิกผู้ป่วยหลายรายบอกว่า “กลับถึงบ้านกะมืดค่ำแล้วทุกที” ทำให้พบว่าผู้ป่วยบางรายแก้ปัญหาโดยการมาพักที่อาคารเย็นศิระ ซึ่งเป็นที่พักสำหรับผู้ป่วย และบ้านญาติใกล้ๆ โรงพยาบาล

เป็นที่น่าสังเกตว่าผู้ป่วยที่ศึกษาส่วนใหญ่พยายามมาตรวจรักษาตามนัด และไม่ค่อยกล่าวถึงความยากลำบากในการมารับการตรวจรักษาต่างๆ ที่ต้องใช้เวลามากและมีขั้นตอนในการรอตรวจรักษามากมาย จากการสอบถามผู้ป่วยทำให้ทราบว่าเป็นเพราะมีความหวังว่าจะหายจากโรค ดังนั้นแม้ว่าจะลำบากแค่ไหนก็จะทน จะพยายามมารับการรักษา

1.2 ป้องกันแก้ไขปัญหากจากการรักษา

ผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับเคมีบำบัดได้มีการป้องกันปัญหาต่างๆ ที่อาจเกิดขึ้น หรือแก้ไข ปัญหาที่เกิดขึ้นแล้วจากการได้รับเคมีบำบัด ในหลายวิธีการ ได้แก่ 1) คอยระวังไม่ให้ยารั่วไหลออกนอกเส้นเลือด 2) แก้ไขการแพ้ยาแก้ไอ 3) แก้ปัญหาเมื่อมีการอาเจียน 4) ระวังการติดเชื้อ 5) แก้ไขเรื่องซัดตามอาการ 6) ไม่ซื้อยากินเอง และ 7) หาหมอใกล้บ้าน ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1.2.1 คอยระวังไม่ให้ยารั่วไหลออกนอกเส้นเลือด ผู้ป่วยทุกรายรับรู้ว่ายาก็ได้รับอาจทำให้ผิวหนังไหม้เกรียมได้ เนื่องจากมักจะได้รับข้อมูลจากบุคลากรก่อนที่จะได้รับยาว่าถ้ามีอาการบวมหรือแสบๆเมื่อไหร่ให้รีบบอก และได้รับการฉีดพลาสเตอร์บริเวณที่ให้น้ำเกลือให้กระชับมันคง ไม่เลื่อนหลุดง่าย ช่วยจัดเสาน้ำเกลือไว้ในบริเวณที่เหมาะสมไม่ดึงรั้งในขณะที่ผู้ป่วยนอนหลับ จากการ

ศึกษาไม่พบว่าผู้ป่วยมีการรับรู้ไหลของยาออกนอกเส้นเลือดเลย ซึ่งผู้ป่วยบอกว่า "หมอบอกว่าให้รีบบอกถ้ามีปัญหา" ผู้ป่วยส่วนใหญ่ก็ระวังในเรื่องนี้มาก แต่บางรายก็ระวังมากจนไม่ได้หลับ ไม่ได้นอนเลยทั้งคืน ดังที่ผู้ป่วยรายหนึ่งเล่าว่า

"เวลาให้น้ำเกลือมันทำให้อึดใจลำบาก อาบน้ำเช็ดตัวอะไรไม่สะดวก... เราอินนอนกะหลับไม่สนิท ต้องระวังกลัวมันอิหตุดมั่ง อิรว่มั่ง อิหมี่ดมั่ง กลัวทั้งเพ...นอนกะไม่หลับ ไม่สะดวกไปทุกอย่าง..."

(ลุงเฟ่ง อายุ 56 ปี หลังรับ MVP ครั้งที่ 2 5 ก.ย. 2539)

1.2.2 แก้ไขการแพ้ยาแก้ไอเจ็บ ผู้ป่วยแต่ละคนจัดการแก้ไขปัญหาก็เกิดขึ้นซึ่งจะแตกต่างกันไปตามปัญหาของแต่ละบุคคล เช่น ลุงปลื้มแก้ปัญหาคาการแพ้ยาแก้ไอเจ็บได้สำเร็จ โดยการหายใจเข้าออกถี่ๆ การเปลี่ยนอิริยาบถ การขอให้พยาบาลช่วยเปิดพัดลมให้ และการนอนพัก ป้าเล็กเรียกพยาบาลมาช่วยเมื่อมีการถ่ายเหลวในช่วงที่ได้รับยา และ ขอโทษพยาบาลที่ทำให้ยุ่งยาก ลำบาก หลี่ และลุงปลื้มขอไม่รับยาแก้ไอเจ็บที่ทำให้ตนเองมีอาการผิดปกติ เป็นต้น

อุปสรรคที่สำคัญในการแก้ปัญหาในช่วงนี้ที่พบได้บ่อย คือความรู้สึกเกรงใจพยาบาล เช่น ลุงปลื้มบอกในช่วงที่มีอาการร้อนวูบวามว่า "ไม่กล้าขอคำชุบน้ำเย็นมาเช็ดตัว เห็นเขากำลังยุ่งๆ กันอยู่" หรือ ป้าเล็กบอกว่า "เกรงใจเขาตายใหญ่แล้ว ยังต้องขอช่วยให้เขามาเช็ดขี้เช็ดเยี่ยวให้ ตัวเองไม่ใช่ล้มหมอนนอนเสื่อ แต่มันอึดมาก หมดแรง ทำเองไม่รอด..."

การที่ผู้ป่วยมีความรู้สึกเช่นนี้ น่าจะเป็นผลจาก ผู้ป่วยในสังคมไทยมักจะมีลักษณะของการรอรับการช่วยเหลือมากกว่าการแสวงหาการช่วยเหลือ และไม่เรียกร้องความช่วยเหลือเพราะเห็นว่าสามารถจัดการแก้ปัญหาได้ด้วยตัวเอง ร่วมกับการที่มีผู้ป่วยเรื้อรังที่มีปัญหาซับซ้อนมากขึ้นทำให้พยาบาลมีภาระงานและความรับผิดชอบหนักมากขึ้น ไม่มีเวลาที่ประเมินปัญหาผู้ป่วยได้ทุกอย่าง จึงไม่สามารถตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยเท่าที่ควร

การมีอาการแพ้ยาที่รุนแรงนี้มักทำให้ผู้ป่วยรู้สึกไม่สบายใจ และมักจะใช้ความอดทน และพยายามแก้ไขปัญหไปตามความรู้ ความเชื่อตนเอง เนื่องจากไม่ทราบว่าจะนอกจากยาแล้วยังมีวิธีการใดบ้างที่จะช่วยให้ดีขึ้นได้ ซึ่งจากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่คิดว่าสิ่งที่ได้รับจากแพทย์และพยาบาลเป็นสิ่งที่ดีแล้ว ไม่ค่อยได้มีโอกาสรับรู้ว่าจะนอกจากวิธีที่ได้รับแล้วยังมีวิธีการอื่นๆอีกมากมายที่จะสามารถช่วยบรรเทาอาการข้างเคียงเหล่านี้ได้

1.2.3 แก้ปัญหาเมื่อไอเจ็บ ในการรับยาครั้งแรกผู้ป่วยจะลองกินทุกอย่างเพื่อไม่ให้มีอาการเหวี่ยงมากเกินไป แต่บอกว่าเป็นผลเสียกับตัวเองมากกว่าผลดี คือทำให้มีอาการคลื่นไส้ อาเจียนมากกว่าปกติ และรู้สึกทุกข์ทรมานมากขึ้น ในการมารับยาครั้งต่อไปผู้ป่วยจึงมีการปรับตนเองเพื่อหลีกเลี่ยงปัญหาโดยการนอนพักเอาแรง สูดหายใจเข้าออกถี่ๆ พยายามหลีกเลี่ยงกลิ่นอาหาร เลือกกิน

อาหารที่กินได้และไม่กินอาหารในช่วงที่ยังมีอาการอาเจียนรุนแรง ซึ่งทำให้ความรุนแรงและระยะเวลาของการอาเจียนลดลงได้

1.2.3.1 นอนพักเอาแรง ในช่วงแรกที่มีอาการคลื่นไส้อาเจียนมาก ผู้ป่วยมักจะนอนพักเพื่อไม่ให้เพลียมากเกินไป และรอเวลาให้อาการดีขึ้นเอง ดังที่ผู้ป่วยเล่าว่า

“ถ้าจะอ้วกก็อ้วก ทำอะไรไม่ได้... หอมันอ้วกมาก มันหมดแรง กะนอนดีทว่า จะได้ไม่เพลียแรง...”
(ลุงเพิ่ม อายุ 62 ปี หลังรับ CE ครั้งที่ 4 26 ก.ค. 2539)

1.2.3.2 สูดหายใจเข้าออกลึกๆ หลังจากที่อาเจียนแล้วผู้ป่วยจะพยายามสูดหายใจเข้าออกลึกๆ บ้วนปาก จิบน้ำ และนอนพักผ่อน และบอกว่าช่วยให้รู้สึกดีขึ้น ดังที่ผู้ป่วยเล่าว่า

“หอมันอ้วกคลื่นเอาไว้ไม่อยู่แล้ว มันมวนทูก่อน แล้วพาขึ้น... หออ้วกเสร็จหายใจเข้า ออกลึกๆ ทำให้มันโล่ง บาย หวางหัวใจ ชื่นใจขึ้น... พยายามเขาช่วยเอาน้ำอุ่นมาให้บ้วนปาก กะบายขึ้น...”
(ป้าหนู อายุ 54 ปี หลังรับ MVP ครั้งแรก 9 ก.ค. 2539)

1.2.3.3 หลีกเลี้ยงกลิ่น ผู้ป่วยทุกรายจะพยายามหลีกเลี้ยงกลิ่นต่างๆ ที่จะมากระตุ้นให้เกิดอาการคลื่นไส้อาเจียนมากขึ้น โดยจะไม่ยอมกินอาหารของโรงพยาบาล และกินเฉพาะที่ญาติจัดหาให้เท่านั้น ไม่เปิดตลาดอาหารของโรงพยาบาลบอกว่ามีกลิ่นแรงมาก จะให้เจ้าหน้าที่ยกไปเก็บเลยไม่ต้องวางไว้ที่เตียง บางรายให้ภรรยาเอาอาหารไปกินที่อื่น หรือเอาไปให้ผู้ป่วยรายอื่นแทน หรือขณะอยู่ที่บ้านผู้ป่วยมักจะไม่ว่างไปใกล้บริเวณที่ทำอาหาร บางรายบอกว่าต้องรีบวิ่งไปอยู่ให้ไกลๆ ไปให้พ้นกลิ่น โดยเฉพาะเมื่อทำอาหารประเภทผัดและทอดต่างๆ ดังที่ผู้ป่วยเล่าว่า

“ลุงอ้วกทั้งคืน... เหม็นอาหารกัน ของโรงพยาบาลพอยกมา ได้กลิ่นก็เอาแล้ว ไม่ต้องกินกันเลย... เปิดและเปิด ให้เขายกออกไปเลย...”
(ลุงเพิ่ม อายุ 62 ปี หลังรับ CE ครั้งที่ 4 25 ก.ค. 2539)

“อ้วกจังหนนี้ เติ้งเริ่มกินได้มั้งมา 2 วันนี้แหละ... อาหารนี่กินไม่ได้ ถ้าได้กลิ่นแล้วมันดับอ้อออก พอเขาทำกับข้าวกะวิ่งไปอยู่ที่อื่นเสีย... ข้าวที่กินไม่ได้เลย กินไม่ลง...”
(ลุงเท่ง อายุ 56 ปี 2 สัปดาห์หลังรับ MVP ครั้งที่ 2 18 ก.ย. 2539)

1.2.3.4 กินอาหารที่กินได้ ในระยะแรกที่ได้รับยาผู้ป่วยมักจะไม่ว่างกินอาหารใดๆ นอกจากน้ำ เพราะบอกว่าไม่อยากจะอ้วก ใช้ร่วมกับการนอนพักเพื่อไม่ให้ร่างกายอ่อนเพลียเกินไป ซึ่งก็เป็น

การแก้ไขปัญหาคือเนื่องจากช่วงที่อาเจียนจากได้รับยา เมื่ออาเจียนลดลงผู้ป่วยมักจะเลือกกินเฉพาะอาหารที่ไม่กระตุ้นให้อาเจียน คืออาหารที่กลืนไม่แรง ไม่ปรุงโดยการผัดหรือทอด ซึ่งมักเป็นผลไม้เปรี้ยว หวานๆ ดังที่ผู้ป่วยเล่าว่า

“กินเงาะ ส้ม มะม่วงที่เปรี้ยว ๆ นี่ดีพวกส้ม ๆ นี่ดีที่สุด ยิ่งเปรี้ยวยิ่งดี ... ถ้าได้กินของที่ไม่นั่น ไม่มีกลิ่นมัน ๆ ลอยมานี่ทำให้กินข้าวได้มากขึ้น...” (ลุงป้อม อายุ 61 ปี หลังรับ MVP ครั้งที่ 2 17 พ.ค. 2539)

1.2.4 ระวังการติดเชื้อ นอกจากการพยายามบำรุงร่างกายให้แข็งแรงแล้ว ผู้ป่วยมะเร็งปอดยังมีภาวะระมัดระวังในเรื่องการติดเชื้ออันเป็นผลมาจากการได้รับคำแนะนำจากแพทย์พยาบาล ซึ่งผู้ป่วยได้พยายามไม่ไปในที่ที่มีคนพลุกพล่านเพราะกลัวว่าจะติดเชื้อ หลีกเลี่ยงการตากฝน รวมทั้งการไม่ให้โดนละอองฝน และหลีกเลี่ยงฝุ่นละอองต่างๆ เพราะเชื่อว่าจะทำให้เป็นหวัดได้ง่ายซึ่งส่งผลให้ต้องเลื่อนการรับยาได้ ดังที่ผู้ป่วยเล่าว่า

“ช่วงฝนตกนี้ต้องอย่าให้ถูกลม ถูกปลายฝน...”

(ลุงเทิ้ม อายุ 62 ปี คลินิกโรคปอด รอดตรวจหลังรับ CE ครั้งที่ 4 21 ส.ค. 2539)

“กลับบ้านก็ต้องระวังไม่ให้เป็นหวัด ก้าวคิดเชื้อ 2 อาทิตย์แรก ถูกไม่ให้ออกไปไหนช่วงแรกต้องระวัง อีกอย่างคือเม็ดเลือดต่ำ ต้องกินบำรุงอย่าให้เม็ดเลือดต่ำเพราะเคยเลื่อน รับยามาครั้งนึงแล้ว...”

(แป๊ะ อายุ 62 ปี หลังรับ CE ครั้งที่ 4 6 ก.ย. 2539)

1.2.5 แก้ไขเรื่องซัดตามอาการ ผู้ป่วยมะเร็งมักจะมีภาวะซัดภายหลังได้รับเคมีบำบัดประมาณ 1-2 สัปดาห์ ซึ่งผู้ป่วยได้รับรู้ว่าตนเองซัดหรือไม่จากการตรวจเลือดในช่วงก่อนได้รับยา ผู้ป่วยส่วนใหญ่มักจะบอกว่ามีอาการหน้ามืดวิงเวียน ปวดศีรษะในขณะเปลี่ยนท่า และมีอาการหนาวเย็นง่าย โดยที่ไม่ทราบว่าเป็นอาการที่เกิดจากการที่มีภาวะซัด และพบว่าผู้ป่วยได้มีการแก้ไขปัญหาคตามอาการที่เกิดขึ้นที่น่าสนใจ โดยค่อยๆเปลี่ยนท่า บีบนวดขมับ เช็ดตัวหรืออาบน้ำอุ่น และเดินตากแดดอ่อนๆ ดังนี้

1.2.5.1 ค่อยๆเปลี่ยนท่า ผู้ป่วย 4 รายที่ปัญหาเรื่องหน้ามืดเมื่อเปลี่ยนท่า จะทำการเปลี่ยนท่าทางช้าๆ จากท่านอนมาเป็นนั่ง นั่งแล้วค่อยๆยืน และต้องยื่นนั่งๆสักครู่ โดยจับที่เกาะยึดจนกว่าจะมองเห็นได้ชัดเจน และไม่เวียนศีรษะ จึงจะเริ่มเดิน ซึ่งผู้ป่วยส่วนใหญ่บอกว่าญาติจะคอยดูแลและช่วยพยุง หรือทำราวไว้ให้จับ โดยเฉพาะในห้องน้ำ เส้นทางที่เดินบ่อยๆ หรือบริเวณที่เดินออกกำลังกาย ดังที่ผู้ป่วยเล่าว่า

“พอนิ่งของๆนานๆแล้วลุกขึ้น มันจะหน้ามืด ต้องเกาะฝาไว้ก่อน ถ้าไม่เกาะจะต้องยืนไว้แน่นอน
ให้ตาแจ่มก่อน...ค่อยเดิน...”

(ลุงเพิ่ม อายุ 62 ปี คลินิกโรคปอด 2 สัปดาห์หลังรับ CE ครั้งที่ 4 21 ต.ค. 2539)

1.2.5.2 บีบนิ้วคิ้ว ผู้ป่วย 2 รายจะบีบนิ้วบริเวณขมับเพื่อลดอาการปวดบีบใน
ศีรษะ ซึ่งเกิดจากการที่เลือดไปเลี้ยงสมองไม่พอในขณะที่เปลี่ยนท่า เมื่อมีภาวะซีด ดังที่ผู้ป่วยเล่าว่า

“เดี๋ยวนี้ก็ยังอยู่ทนนั้นแหละ เจ็บในหัวบีบๆ เหมือนมีอะไรค้ำอยู่เจ็บเป็นบางช่วงเวลากันแล้วเมย
นั่งสั๊กหักถึงบีบ ๆ นวด ๆ ที่ขมับ สั๊กหักก็ดีขึ้น...”

(ป้าเล็ก อายุ 51 ปี รอเตียงเพื่อรับ MVP ครั้งที่ 4 25 ก.ย. 2539)

1.2.5.3 เช็ดตัวหรืออาบน้ำอุ่น ภายหลังจากได้รับยาผู้ป่วยมักจะบอกว่าเย็นง่าย และมักจะ
เช็ดตัวด้วยน้ำอุ่นแทนการอาบน้ำ หลังจากนั้นเมื่อกินได้มากขึ้นรู้สึกว่าร่างกายอบอุ่นขึ้น ก็จะอาบน้ำ
อุ่น โดยเฉพาะช่วงที่มีอาการหนาวเย็นง่าย ดังที่ผู้ป่วยเล่าว่า

“ลุกขึ้นแล้วน้ำจะไม่อาบ มันเย็นลูกก็เช็ดตัวให้ น้ำอุ่น ทานแป้งกินข้าว 2-3 คำกินยา พอเริ่มกิน ไทรไค
เรคก็ขึ้นก็อาบน้ำได้ อาบน้ำอุ่น...” (ป้าเล็ก อายุ 51 ปี รอเตียงเพื่อรับ MVP ครั้งที่ 4 25 ก.ย. 2539)

1.2.5.4 เดินตากแดดอ่อนๆ ผู้ป่วย 1 รายที่มีอาการหนาวเย็นง่ายภายหลังจากได้รับเคมีบำบัด
ได้แก้ปัญหาโดยการเดินตากแดดในช่วงที่แดดอ่อนๆ ประมาณ 16-17 นาฬิกาโดยบอกว่าเพื่อให้ร่าง
กายอบอุ่นก่อนอาบน้ำ และในช่วงที่เข้านอนจะห่มผ้าห่มหนาๆ เพื่อเพิ่มความอบอุ่นให้แก่ร่างกาย
ดังที่ผู้ป่วยเล่าว่า

“อันนี้ที่รู้สึกว่ามันคิดกับแต่ก่อนอยู่อย่างนึงว่ามันไม่ค่อยร้อน พอมีฝนมเข้ามันจะเย็น ต้องห่มผ้าฝืน
ใหญ่ๆซ้อนกันสัก 2 ฝืน มันไม่สั้นแต่รู้สึกเย็น เหม็งจะไม่ค่อยออก... ราว 4 โมงถึง 5 โมงเย็นช่วงที่
แดดกล้าๆเลย ต้องออกไปเดินตากแดดให้ตัวอุ่นไว้ก่อน...”

(ลุงเพิ่ม อายุ 62 ปี คลินิกโรคปอด 2 สัปดาห์หลังรับ CE ครั้งที่ 4 21 ต.ค. 2539)

นอกจากนี้ผู้ป่วยที่มีอาการซีดอย่างมากก็พยายามการจัดการให้ลูกหลานมาบริจาคเลือดเมื่อ
แพทย์บอกว่าจำเป็นต้องได้รับเลือด และมารับเลือดตามแผนการรักษา ซึ่งผู้ป่วยบอกว่าอาการต่าง ดี
ขึ้นมากภายหลังจากได้รับเลือดไปแล้ว

1.2.6 ไม่ซื้อยากินเอง ผู้ป่วย 1 รายบอกว่าไม่กล้าซื้อยากินเอง เพราะกลัวจะมีปัญหาความไม่เข้ากันของยา และทำให้การรักษาไม่ได้ผลได้ คิดว่าถ้าซื้อยากินเองอาจจะไม่เกิดประโยชน์และเป็นโทษกับโรคที่เป็นอยู่ และคิดว่าหมอก็คือผู้ที่รู้ดีที่สุดว่ายาอะไรที่ไม่ขัดกับการรักษาที่ได้รับอยู่ ดังที่ผู้ป่วยเล่าว่า

“พอเข้าป่าจะกลับได้แล้ว เหลือแต่ไอนี้ ค่อยขอยานแก้ไอหมอบไปกิน ป้าไม่หอน (ไม่เลย) ซื้อยากินเองดูเหอ.. เดี่ยวมันขัดกับยาหมอบ...” (ป้าหนู อายุ 54 ปี หลังรับ MVP ครั้งที่ 2 16 ส.ค. 2539)

1.2.7 หาหมอใกล้บ้าน เมื่อกลับไปอยู่ที่บ้านผู้ป่วยที่มีอาการอ่อนเพลียมากจากการที่มีอาการคลื่นไส้ เหม็นเบื่ออาหาร และกินได้น้อยมาเป็นเวลานาน มักจะไปนอนรับน้ำเกลือหรือไปขอยาบำรุงต่างๆที่สถานีนามัย คลินิก หรือโรงพยาบาลใกล้บ้าน ซึ่งจะทำให้ร่างกายแข็งแรงขึ้น ก่อนที่จะมารับยาครั้งต่อไป ซึ่งผู้ป่วยบอกว่ามักจะได้รับน้ำเกลือ ร่วมกับวิตามินและยาบำรุงต่างๆ ซึ่งช่วยให้ดีขึ้นมาก และหลายรายจะไม่รอให้มีอาการมากเมื่อเห็นว่าการได้รับยาครั้งนี้ทำให้มีอาการแพ้มาก มักจะคิดวางแผนและเตรียมตัวที่จะไปรับการรักษาต่อเนื่องจากที่สถานพยาบาลใกล้บ้านต่อไป ดังที่ ผู้ป่วยเล่าว่า

“ถ้าว่ามันแพ้หลายวันกินไม่ได้ขึ้นมาหลายวัน ก็ต้องไปเข้าโรงพยาบาล ไปหาหมอใกล้บ้าน เอาน้ำเกลือ...” (หลี่ อายุ 39 ปี คลินิกโรคปอด 2 ตำบลหลังรับ MVP ครั้งที่ 4 17 ก.ค. 2539)

“รับยาครั้งที่ 2 นอนโรงบาล 2 คืน ป้าเห็นว่าไม่อ้วกเลยกลับบ้าน พอกลับบ้านถึงอ้วกมาก เลยเข้าโรงบาล - (โรงพยาบาลใกล้บ้าน) ไปให้น้ำเกลืออยู่อาทิตย์นึง พอออกมาทีดีขึ้น ๆ กินข้าวได้ นอนหลับ น้ำหนักเพิ่มขึ้นทีละนิดกัน...” (ป้าเล็ก อายุ 51 ปี รอรับ MVP ครั้งที่ 3 24 ก.ค. 2539)

“หนนน้ำถ้าต้องรับยาล่าว กะต้องทนให้ได้เพราะมันจำเป็น ป่วยแล้วกะจัดการกันไป ถ้าเห็นนานแรงกะค่อยไปหาหมอที่คลินิกเอา หรือถ้าไม่ไหวจริงๆหมอกะค่อยขอหมอเลื่อนรับยาล่าว...หนก่อนที่แพ้หลายวัน หมมมาตรวจแล้วยังพลียังเพลย เลยขอหมอหยุดก่อน หมอกะให้ยาบำรุงไปกิน ได้หยุดรับยาไปหนหนึ่งได้พักเกือบ 2 เดือนบายขึ้นครัน พอแข็งแรงดีกะนี้แหละมาล่าว...”

(ลุงเพิ่ม อายุ 62 ปี หลังรับ MVP ครั้งที่ 4 26 ก.ค. 2539)

จะเห็นได้ว่าผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับเคมีบำบัด ได้พยายามดูแลเยียวยาตนเองตามความรู้ความเข้าใจต่อปัญหาและความเจ็บป่วยที่เป็นอยู่ ทั้งการป้องกัน และแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นแล้วเพื่อคงไว้ซึ่งชีวิต และความแข็งแรงของร่างกาย

1.3 เปลี่ยนวิถีชีวิต

จากการสอบถามเกี่ยวกับการดำเนินชีวิตที่บ้าน ทำให้ทราบว่าเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้านผู้ป่วยจะมีการเผชิญปัญหาต่างๆ โดยการปรับเปลี่ยนแบบแผนการดำเนินชีวิตให้มีความเหมาะสมตามสถานะความแข็งแรงของร่างกายในเรื่องต่างๆ ได้แก่ 1) การรับประทานอาหาร 2) การออกกำลังกาย 3) การพักผ่อนนอนหลับ 4) สัมพันธภาพทางเพศ 5) การประกอบอาชีพ และ 6) การเข้าถึงสังคม ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1.3.1 เปลี่ยนการรับประทานอาหารตามสถานการณ์ ผู้ป่วยทุกรายจะมีการการประเมิน และปรับเปลี่ยนเกี่ยวกับการรับประทานอาหาร เพื่อหลีกเลี่ยงอาการแพ้ระยะยาวที่ทำให้ร่างกายอ่อนเพลียและทรุดโทรม ซึ่งจากการศึกษาสามารถสรุปวิธีการปรับตนเองของผู้ป่วยเกี่ยวกับการรับประทานอาหารตลอดช่วงของการรักษาด้วยเคมีบำบัด ดังนี้

1.3.1.1 พยายามบำรุงร่างกายก่อนมารับยา พบว่าเมื่อกลับไปที่บ้านหลังจากเริ่มกินได้แล้วผู้ป่วยทุกรายพยายามบำรุงร่างกายอย่างเต็มที่ ส่วนในวันที่มารับยาตอนเช้าก่อนที่จะมาโรงพยาบาลผู้ป่วยบางรายพยายามกินมาให้มากที่สุด แต่บางรายก็ไม่กินอะไรมาก เพราะบอกว่าเดี๋ยวก็อาเจียนออกหมด ดังที่ผู้ป่วยเล่าว่า

“ผมเตรียมตัวถูกแล้ว รู้แล้วว่าช่วงที่กินไม่ได้ มันลำบากมาก ผอมลง เหนื่อย ก่อนมารับยาตัวไม่ดีก็ต้องกินมากๆ กินให้มากที่สุดเท่าที่จะทำได้ ตอนเช้าก่อนมารพ.นี่ก็กินจืด กินตุ๋นไว้ก่อน นี่ก็ใช้ได้...”

(หญิง อายุ 39 ปี คลินิกโรคปอด 2 สัปดาห์หลังรับ MVP ครั้งที่ 4 17 ก.ค. 2539)

1.3.1.2 ไม่กินอาหารในช่วงที่กำลังได้รับยา ช่วงระหว่างรับยา ผู้ป่วยมักจะนอนพัก หลีกเลี่ยงการกินอาหารทุกชนิด เพราะกลัวว่าจะเป็นสิ่งที่กระตุ้นให้อาเจียนได้ ถ้าหิวส่วนมากผู้ป่วยจะใช้วิธีการจิบน้ำอุ่นแทน ดังที่ผู้ป่วยเล่าว่า

“หอมมันอ้วก ไม่กินดีหิว เดี่ยวออกหมด...ยังกินยังอ้วก...จิบแต่น้ำอุ่น”

(หญิงเพิ่ม อายุ 62 ปี หลังรับ CE ครั้งที่ 4 26 ก.ค. 25.9)

1.3.1.3 เปลี่ยนอาหารตามอาการภายหลังได้รับยา ช่วงหลังรับยา จะพบว่าผู้ป่วยจะมีวิธีการเผชิญปัญหาต่ออาการคลื่นไส้ อาเจียน และเหม็นเมื่ออาหารอย่างค่อยเป็นค่อยไป วิธีการที่น่าสนใจมีหลายลักษณะ ดังนี้

1) ระยะแพ้ยารุนแรง (หลังรับยา 1-3 วัน) ในระยะ 1-3 วันแรกหลังได้รับเคมีบำบัด เป็นช่วงที่ผู้ป่วยมะเร็งปอดมีอาการข้างเคียงของเคมีบำบัดที่รุนแรง ซึ่งอาการที่ส่งผล

กระทบต่อความแข็งแรงของร่างกายเป็นอย่างมาก ได้แก่ อาการคลื่นไส้ อาเจียน เหม็นเบื่ออาหาร ivotอกคลื่น อ่อนเพลีย และน้ำหนักลด ซึ่งผู้ป่วยได้มีการปรับเปลี่ยนแบบแผนการรับประทานอาหาร เพื่อให้ร่างกายแข็งแรงขึ้น ไม่อ่อนเพลียจนเกินไป โดย 1) ไม่กินอาหารในช่วงที่ยังอาเจียนรุนแรง 2) ประเมินความพร้อมเรื่องกิน และ 3) ฟิ้นกินเมื่อหยุดอาเจียน ดังนี้

1.1) ไม่กินอาหารในช่วงที่ยังอาเจียนรุนแรง ช่วงนี้เป็นช่วงที่ผู้ป่วยมีอาการคลื่นไส้ และอาเจียนมาก ผู้ป่วยมักจะนอนพักและไม่กินอะไรเลย จนกว่าจะแน่ใจว่าเริ่มหยุดอาเจียนแล้ว และบอกว่าระยะนี้ถ้ากินอะไรไปกระตุ้นก็จะอาเจียนอีกทันที จึงมักจะหลีกเลี่ยง ถ้าหิวจะใช้วิธีการจิบน้ำอุ่นแทน เช่นเดียวกับช่วงกำลังรับยา ดังที่ผู้ป่วยเล่าว่า

“วันแรกนี่ผมหลีกเลี่ยงดีกว่า ไม่อยากกินอะไรเข้าไปกระตุ้นให้อ้วก... เพราะอ้วกทีนี้ถึงก็ทรมานไปเป็นชั่วโมงๆ ลำบาก... ผมรู้แล้วว่าช่วงที่อ้วก ไม่ควรกิน เพราะยิ่งกินยิ่งอ้วกนอนพักไปเลยดีกว่า ไม่มีอะไรไปกระตุ้นมัน มันก็หยุดเร็ว และผมเตรียมตัวได้แล้ว...”

(หลี่ อายุ 39 ปี คลินิกโรคปอด 2 สัปดาห์หลังรับ MVP ครั้งที่ 4 17 ก.ค. 2539)

1.2) ประเมินความพร้อมเรื่องกิน ช่วงหลังจากหยุดอาเจียนแล้ว ถึงเมื่อเริ่มกินได้บ้าง ผู้ป่วยจะคอยดูจังหวะในการรับประทานอาหาร โดยคอยสังเกตตัวเองว่าช่วงนี้กินอะไรได้ อะไรยังกินไม่ได้ นอนรอให้มีความอยากอาหาร ไม่พยายามกินอาหารในช่วงแรกที่ได้รับยา อาจกินอาหารที่ไม่ทำให้เกิดอาการคลื่นไส้ อาเจียนบ้างพอประมาณ เช่น น้ำอุ่น ข้าวต้มขาว น้ำผลไม้ หรือผลไม้รสเปรี้ยวๆ หวานๆ เช่น ส้ม มะม่วง ฝรั่ง มังคุด เงาะ กัลยัม เป็นต้น ซึ่งผู้ป่วยหลายรายบอว่าเป็นช่วงที่ “กินผลไม้แทนข้าว” และมักจะคอยสังเกต หลีกเลี่ยง ไม่กินอาหารที่มีกลิ่น เพราะอยากให้อาการอาเจียนจากยาหยุดเร็วๆ ไม่อยากกินอาหารเข้าไปกระตุ้นให้อาเจียนอีก ดังที่ ผู้ป่วยเล่าว่า

“ต่อๆ เขา สังเกตเขา ที่มีกลิ่นไม่เอาดีกว่า ช่วงนี้ เอาไว้แต่อาหารว่าง... ผมยังต้องกะเขา ประเมินดูว่ารับอะไรได้บ้าง... ก็กินน้ำได้ ข้าวกินได้ไม่มาก ยังไม่กล้ากินอะไรที่มีกลิ่นติดคอ...”

(หลี่ อายุ 39 ปี เมื่อพนักงานเข็นรถอาหารมา บอกว่า “ไม่เอาดีกว่า” ไม่ได้เปิดดาอาหารดูบอกให้แฟนหยิบขนมปังไว้ แล้วให้รีบยกไปให้ผู้ป่วยข้างเตียง 12 ส.ค. 2539 หลังรับ MVP ครั้งที่ 5)

1.3) ฟิ้นกินเมื่อหยุดอาเจียน ช่วงที่เริ่มหยุดอาเจียนแล้ว ผู้ป่วยจะเริ่ม “เข้าน” หรือ “ฟิ้นกิน” เพื่อไม่ให้เพลียมากเกินไป ส่วนมากมักจะกินข้าวต้มขาวเปล่าๆ 2-3 คำ ไม่ใส่กับข้าว แต่บางคนก็เติมน้ำปลานิดๆ บางคนบอกว่ากินโอวัลตินได้เล็กน้อย หลายรายบอว่าช่วงนี้นะจะกินไม่ได้ เพราะจะเหม็น เกล็นติดคอ และมักจะบอว่า “ไม่กินดีกว่า” ดังที่ผู้ป่วยเล่าว่า

“ตอนที่เหมีนข้าว กินลูกเงาะไปครึ่งโล กินได้แต่ผลไม้ ฟีนกินข้าวไป 2-3 คำจะได้มีแรง ฟีนมากไม่ได้ อ้วนแล้ว... กินน้ำอุ่นได้ น้ำเย็นกะไม่อยากกิน กินเงาะ ส้ม มะม่วงที่เปรี้ยว ๆ นี้อีกพวกส้ม ๆ นี้อีกที่สุด ยิ่งเปรี้ยวยิ่งดี ถ้าได้กินของที่ไม่มั่น ไม่มีกลิ่นมัน ๆ ลอยมา นี่ทำให้กินข้าวได้มากขึ้น...”

(ลุงปลื้ม อายุ 61 ปี หลังรับ MVP ครั้งที่ 3 19 ก.ย. 2539)

“แรก ๆ กลับไปก็กินไม่ได้เหมือนกัน แต่ว่าป่าฝืนกิน กินข้าวต้มเปล่า ๆ เลยไม่ต้องใส่ไอ้โหร เมื่อ กินโหร ไม่ได้ กินข้าวเปล่า ๆ เลย แรก ๆ ก็กิน 3 ซ้อน 4 ซ้อน นาน ๆ ไปก็กินได้เอง พอเอาข้าวใส่ข้าวปากไป เอาน้ำใสถึงก็กลืนเข้าไปเลย...ช่วงที่กินไม่ได้นี่หลายวัน อาทิตย์กว่า ฝืนกินแต่ข้าวต้มเปล่า ๆ ข้าวต้มกับน้ำเลย ช่วงที่ผลไม้มันกินได้เงาะ ฝรั่ง มังคุดเป็นประจำ ยกเว้นข้าวกับกับที่มีกลิ่นมาก...”

(ป้าเล็ก อายุ 51 ปี ขณะรอเตียงเพื่อรับ MVP ครั้งที่ 4 25 ก.ย. 2539)

“กลับไปอยู่บ้านอ้วนต่ออีก 4-5 วัน มันอ้วนตอนได้กลิ่นกับข้าว น้องสาวเขาทำแกงผักคืด ทอดกลิ่นลอยมาก็เริ่มคลีนได้ แล้วกะเอากันเลย (อ้วนเลย) ส่วนมากมันออกมาเป็นน้ำลาย แล้วมันเหมีนอาหาร ไปหมด กินแต่ ส้ม (ผลไม้) มังคุดนี่กินจัง กินข้าวต้มกับ มันกินได้ไม่มาก กินให้พออยู่ได้ ไม่ให้มันเหม็นมาก...ที่บ้านพอ อ้วน เมื่ออาหารกิน กะไม่กินแหละ ไม่กินไปเลย ถ้ากินต้องเอาไอ้โหรที่เปรี้ยว ๆ จะได้กินคล่องๆคอ ข้าว กินได้ 2-3 ซ้อน ข้าวต้มกะไม่ชอบกิน พยายามแข็งกินนมเอามัน มันชอบอ้วนตอนหลังกินข้าว...”

(ป้าหนู อายุ 54 ปี คลินิกโรคปอด 2 สัปดาห์หลังรับ MVP ครั้งแรก 24 ก.ค. 2539)

2) ระยะเวลาเริ่มที่ในตัว (หลังรับยา 3 วัน ถึง 1-2 สัปดาห์) ในช่วงนี้ผู้ป่วยมักจะมีความอาการคลื่นไส้ลดลง ไม่อาเจียนแล้ว หรือยังมีบ้างหลังกินอาหารนานๆครั้ง แต่ยังมีอาการเหมีนเมื่ออาหารอยู่ ผู้ป่วยจะแก้ปัญหา โดย 1) กินผลไม้หลายๆ 2) เลือกกินของที่ชอบ และ 3) กินอาหารที่ปรุงใหม่ๆ รสไม่เลี่ยน ดังนี้

2.1) กินผลไม้หลายๆ : ผู้ป่วยบอกว่าผลไม้ที่มีรสชาติเปรี้ยวๆ หวานๆ เช่น ส้ม มังคุด มะม่วง สับปะรด เงาะ องุ่น กล้วย เป็นของที่กินได้มากที่สุดในภาวะนี้ ซึ่งช่วยให้จะทำให้ อาการคลื่นไส้ลดลงได้ และผู้ป่วยยังบอกว่าในช่วงนี้น้ำผลไม้หรือน้ำหวานเป็นอาหารที่กินได้ดี เช่น น้ำส้ม น้ำมะพร้าวอ่อน น้ำลิ้นจี่ น้ำอัลมอนด์ทุกชนิด มีผู้ป่วยเพียง 3 รายที่พยายามกินนม เพราะส่วนมากมักบอกว่าระยะนี้จะเหมีนกลิ่นนม ยังกินไม่ได้ และผู้ป่วย 2 รายที่เริ่มมีอาการเหมีนนมตั้งแต่ครั้งแรกที่ได้รับยาและหลังจากนั้นก็กินนมไม่ได้อีกเลย ดังที่ผู้ป่วยเล่าว่า

“ข้าวนี้กินไม่ได้เลย กินไม่ลง น้ำพริกมะขามโหระพุดแล้ว แม่ก็กินไม่ได้แล้ว ลองให้แฟนต้มยำกะ กินไม่ลง...กินนมมัน มังคุดผลไม้ต้องกินของเปรี้ยวๆ กินน้ำขวด สปอนเซอร์ น้ำส้ม น้ำพริก ผลไม้ที่กินมาก กินผลไม้ กินเงาะ ส้ม มะม่วงที่เปรี้ยว ๆ นี้อีกพวกส้ม ๆ นี้อีกที่สุด ยิ่งเปรี้ยวยิ่งดี ผลไม้ที่กระป๋องพวกลิ้นจี่ ลำไย มีอะไรที่กระป๋องอยู่ กินแทนข้าว...”

(ลุงเท่ง อายุ 56 ปี คลินิกโรคปอด 2 สัปดาห์หลังรับ MVP ครั้งที่ 2 18 ก.ย. 2539)

2.2) เลือกกินของที่ชอบ : ผู้ป่วยมักจะบอกให้ลูกหลานจัดทำ หรือไปหาซื้ออาหารที่ชอบมาให้กิน โดยจะเปลี่ยนแปลงรายการไปตามความรู้สึกอยากกินที่เกิดขึ้นในแต่ละวัน วิธีนี้จะทำให้ผู้ป่วยกินอาหารได้มากกว่าปกติและบำรุงร่างกายได้เร็วขึ้น ซึ่งอาหารที่ผู้ป่วยบอกว่าช่วยได้ดีในภาวะนี้ได้แก่ 1) อาหารพื้นบ้าน เช่น ข้าวต้ม ขนมหุ้น ต้มยำ ยำมะม่วง แกงเลียง แกงจืด ตำลึง หรือแกงจืดผักพื้นบ้าน ผักข้างรั้วต่างๆ เป็นสิ่งที่ผู้ป่วยพื้นบ้านทางภาคใต้ทุกรายนี้บอกอยากกิน ช่วยให้กินอาหารได้มากขึ้น เพราะมีรสชาติไม่เลี่ยน มีรสเปรี้ยวๆหวานๆเหมาะสมกับผู้ป่วยในระยะนี้ และยังจัดหาได้ง่าย เพราะมีขายอยู่ทั่วไปอีกด้วย หรือ 2) อาหารตามสมัยนิยม เช่น ผู้ป่วยรายหนึ่งบอกว่า “ต้องไปกินข้าวต้มก๊วย หรือสุกี้ก็ก่อนกลับบ้านให้ได้ เริ่มนี้ก็อยากแล้ว...” เป็นต้น ซึ่งก็เป็นอาหารยอดนิยมในปัจจุบันที่ผู้ป่วยบอกว่าทำให้กินอาหารได้และกินแล้วได้กินผักมากๆด้วย ดังที่ผู้ป่วยเล่าว่า

“อยู่บ้านชอบกินขนมหุ้น ข้าวต้ม กินผักมาก ๆ ผักตำลึง ทำแกงเลียง แกงจืดผักในสวนมีทุกอย่าง... ไม่ต้องซื้อ...” (ป้าเล็ก อายุ 51 ปี คลินิกโรคปอด 2 สัปดาห์หลังรับ MVP ครั้งที่ 3 21 ต.ค. 2539)

“ช่วงที่เมื่อ ๆ ที่บ้าน กะกินแกงเลียงยอดผัก น้ำซุบ (น้ำพริก) แกงทงปลา ไข่ไทรหันนี้แหละ ทำให้พอเป็นแรงขึ้นมั่ง...” (ลุงปลื้ม อายุ 61 ปี หลังรับ MVP ครั้งที่ 2 17 พ.ค. 2539)

2.3) กินอาหารที่ปรุงใหม่ ๆ รสไม่เลี่ยน : อาหารร้อนๆ ที่ปรุงสุกใหม่ๆ เช่น แกงเลียง แกงส้ม ไก่ต้มตะไคร้ กุ้งแห้งตำน้ำพริก น้ำพริกมะขาม ซึ่งเป็นอาหารที่ไม่เลี่ยน และมีรสค่อนข้างเปรี้ยว เป็นอาหารที่ผู้ป่วยบอกว่าจะทำให้กินอาหารได้มากขึ้นในระยะนี้ ดังที่ผู้ป่วยเล่าว่า

“กับข้าวส่วนมากทำง่าย ๆ ให้มีรสส้ม ๆ ไม่ต้องใส่อะไรมากมายพอกินเข้าไปมันจะมีความรู้สึกชุ่มคอ...” (หลี่ อายุ 39 ปี หลังรับ MVP ครั้งที่ 5 12 ต.ค. 2539)

วันมานี้แฟนทำไก่ต้มโคร (ตะไคร้) กะกินได้มั้งไม่มาก...ที่กินได้อยู่กะกินข้าวกับสารกึ่ง (กุ้งแห้ง) ตำ ต้องเอาของใหม่ๆนะจะหอมหอย หอติญาดิ ผ่ากมาให้โลนึ่ง กะพอ ได้กิน...พวกของทอดๆ มันๆ ยังไม่ได้ คื้อกินแห้งๆ หรือไข่ไทรส้มๆ...” (ลุงเท่ง อายุ 56 ปี 2 สัปดาห์หลังรับ MVP ครั้งที่ 2 18 ก.ย. 2539)

3) ระยะบำรุงสุขภาพ (หลังรับยา 1-2 สัปดาห์ ถึงมารับยาครั้งต่อไป) หลังจากเริ่มรู้สึกอยากอาหารผู้ป่วยจะเริ่มกินได้ดีขึ้น ผู้ป่วยส่วนใหญ่จึงพยายามกินอาหารที่มีประโยชน์ เพื่อบำรุงร่างกายให้แข็งแรงพร้อมที่จะมารับยาในครั้งต่อไป จะได้ไม่เกิดภาวะซีดหรือเม็ดเลือดต่ำจนต้องเลื่อนการรับยา โดยพยายามกินอาหารบำรุงร่างกาย และกินอาหารที่ได้รับคำแนะนำว่าดี

3.1) กินอาหารบำรุงร่างกาย ในระยะนี้ผู้ป่วยพยายามบำรุงร่างกายอย่างเต็มที่ โดยทั้งผู้ป่วยและญาติจะพยายามจัดหาอาหารที่ดีที่สุดเท่าที่ฐานะจะเอื้ออำนวยมาปรุงเพื่อเป็นการบำรุงสุขภาพอยู่เสมอ เช่น กุ้งแม่น้ำ ปลากระพงทะเล ผักกวางมวี่ง โสม ชุปไก่ รังนก ปลิงทะเล กระเพาะปลา ถิ่นจี้กระป๋อง นมสดตราหมี นม ข้าวโอ๊ต และอื่น ๆ ดังที่ผู้ป่วยเล่าว่า

“ครั้งก่อนเมื่อเดือนธันวาคม เลื่อนให้ย้ายออกมาอีกอาทิตย์นึง กลับไปบ้าน กินๆ อาทิตย์นึง ก็กลับมาตรวจ เม็ดเลือดขึ้นเลย...เป็น 4 พันเลย...ก็กินโสม รังนก ต้มชุปไก่... นี่ถ้ากลับบ้านต้องกินอาหารให้เหอกินเยอะ ๆ ลูกสะใภ้ทำปลิงทะเลให้ กินวันละ 5 ตัว กินทุกวัน บำรุงกำลัง...”

(แป๊ะ อายุ 62 ปี รอรับ CE ครั้งที่ 3 12 ก.ค. 2539)

“นมนี้ต้องกินประจำยังกินได้วันละ 2 ป๋อง พอเรากินข้าวไปได้ พอเรา...ร่างกายมันรับได้แล้วนี่ ถึงเราก็กิน ผักแกงเลียง แกงจืด น้ำพริก แกงส้ม แกงโหร กินผักทุกวัน ผลไม้ก็ไม่ขาด ให้พอกลับเข้าที่แล้วก็กินได้...”

(ปานเล็ก อายุ 51 ปี คลินิกโรคปอด 2 สัปดาห์หลังรับ MVP ครั้งที่ 3 4 ก.ย. 2539)

“ข้าวโอ๊ตของป้าคง ส่วนมากถ้าอยู่บ้านนะกลางคืนก็ต้องกินแก้วหนึ่งหลังจากที่นอนหลับไปแล้ว ตื่นมา สักตี 1 ตี 2 นี่รู้สึกวาท้องมันว่าง ก็กินเพิ่มไปสักแก้ว...ช่วงป่วย ประมาณบ่าย 3 ก็สักแก้วแล้ว...”

(หลิ อายุ 39 ปี หลังรับ MVP ครั้งที่ 5 12 ส.ค. 2539)

“กินข้าวบางทีเมื่อละ 2 จานอยู่ กะกินแม่กุ้ง ปลากระพง กินของดีๆ ingsั้น ต้องเลือกตัวที่อ้วนๆ หมอมๆ ไม่เอา ปลาพงนี้ต้องเอาที่ธรรมชาติ ที่เลี้ยงไม่เอา สั่งเข้ามา...กินรังนกกัน กินไป 5-6 โหลได้แล้ว ช่วยบำรุงกำลัง... ของหวานจะเป็นทุเรียน กินประจำ ญาติเขาบอกว่าดี พอกินข้าวเสร็จแล้วก็กินเรียนต่อ กินจนอิ่ม บางที 2-3 เม็ด บางทีกินทั้งลูก กินได้ทุกมือ ทำให้ถ่ายคล่อง... เรียนนี้ต้องเอาที่หล่นจากต้น อย่างเอาที่บ่มกินแล้ว จืดๆ... ผลไม้ช่วงนี้กินถิ่นจี้กระป๋องมาก แล้วกะกินผลไม้สดทุกอย่าง...”

(ลุงเท่ง อายุ 56 ปี 3 สัปดาห์หลังรับ MVP ครั้งที่ 3 21 ส.ค. 2539)

3.2) กินอาหารที่ได้รับคำแนะนำว่าดี ผู้ป่วยพยายามกินอาหารที่ได้รับคำแนะนำว่าดี เช่น ไข่ขาว น้ำเต้าหู้ ทุเรียน กระเทียม เห็ดหลินจือ เป็นต้น โดยมีความหวังว่าจะทำให้ร่างกายแข็งแรง และเป็นผลดีต่อโรค ดังที่ผู้ป่วยเล่าว่า

“พยาบาลชั้นนี้นะ เขาก็มาแนะนำเรื่องอาหาร แนะนำให้กินไข่ขาว บอกว่ากินไอ้โน่นคินะ ไอ้โน่นคินะ เขามาแนะนำ ให้กินไข่ นะ น้ำเต้าหู้นี่เมื่อก่อนไม่ค่อยกิน พอรู้ว่าดีก็กิน กะว่ากลับไปทำเองดีกว่า จะได้ของแท้ๆ...”

(สาว อายุ 42 ปี 1 เดือนหลังรับ VP ครั้งที่ 3 มีอาการผอมแห้งมาก 7 ก.ย. 2539)

“ช่วงนี้กินกระเทียมมาก ที่บ้านแฟนเขาปลูกกระเทียมส่งร้านขายเครื่องแกง เขาทำน้ำพริกมะขามให้กิน ผักให้สุกใส่กระเทียมไปเป็นกำเลย ใส่มากๆแล้วมันจะหอมน่ากิน หมอที่ผ่าตัดและเขาบอกว่ามันดีกับโรค ทำให้แข็งแรง ผมกะไม่รู้เหมือนกัน รู้แต่ว่าทำให้อิน ข้าวได้เพิ่มเป็น 2 เท่าเลย...”

(ลุงเพิ่ง อายุ 56 ปี คลินิกโรคปอด 3 สัปดาห์หลังรับ MVP ครั้งแรก 21 ต.ค. 2539)

“บางทีก็กินน้ำต้มเห็ดหลังจืดถูกสาวต้มมาให้แบบเข้มข้น เราก็เอามาละลายกับน้ำร้อนดื่มทุกวัน แต่ลุงว่าถ้าบ่อยๆก็ไม่น่าจะช่วยอะไรมาก ไม่รู้ตอนนี้เขาวัยกันไปถึงไหนแล้ว...”

(ลุงฮ้วน อายุ 67 ปี หลังรับ MVP ครั้งแรก 5 ต.ค. 2539)

1.3.1.4 เลือกกินของแสดง ในช่วงที่เจ็บป่วยและได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัด ผู้ป่วยมักจะได้รับคำแนะนำต่างๆ มากมายทั้งจากลูกหลานญาติพี่น้อง เพื่อนบ้าน หมอบ้าน รวมทั้งบุคลากรทางการแพทย์ต่างๆ ปัญหาที่ผู้ป่วยส่วนมากประสบคือ การได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับข้อห้ามต่างๆ ซึ่งมักเกี่ยวข้องกับเรื่องอาหารการกิน ทั้งที่มีผลดีและไม่ดีต่อโรคมามากมาย ปัญหาสำคัญที่ผู้ป่วยบอกเล่า คือการได้รับคำแนะนำที่ขัดแย้งกัน เช่น หลีบอกว่า “อาหารและผลไม้มันทุกชนิด ถ้าจะเชื่อคนที่บอกจริงๆแล้ว คิดว่าคงไม่มีอะไรเหลือไว้ให้กินเลย รวมๆกันแล้วทุกอย่างถูกห้ามกินหมด...” และผู้ป่วยรายหนึ่งบอกว่า “หมอบ้านนี้มากเรื่อง” ผู้ป่วยส่วนใหญ่เลยต้องเลือกเชื่อเฉพาะบางอย่างที่น่าจะเป็นไปได้ แต่ก็ไม่มีผู้ป่วยรายใดที่ไม่เชื่อเรื่องเหล่านี้เลย ทุกรายจะมีการปฏิบัติตามความเชื่อไม่มากนักน้อย เพื่อความสบายใจ ดังที่ผู้ป่วยเล่าว่า

“ถึงวันนั้นน้องเจ้าหน้าที่ข้างล่าง เขามายอกผมว่าเนื้อนี้ให้หยุดกินได้แล้ว เป็นโรคที่มันไม่ดี ให้ไปกินปลาแทน ผมก็เริ่มสับสนอีกแล้ว ผมว่าแกงเครื่องอะไรสักอย่างตอนเขาบอกผมก็เลย ๆ ไม่พูดอะไร ถึงเจ้าหน้าที่ก็มีหลายแบบจะให้ผมเอาพันหรือละทีนี้ เหมือนผมอยู่ที่ก่อนเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลหรือที่สาธารณสุขที่ผมทำงานนี่เหมือนว่าใน 100 คนนี่ไม่เหมือนกันสักคนหนึ่ง... ที่มาแนะนำนั้นไอ้โน่นกินได้ ไอ้นี้กินได้ ทอดกินไหม ไอ้โน่นกินไม่ได้ ไอ้นี้กินไม่ได้... บางคนบอกว่าทุเรียนนี่กินไม่ได้ บางคนว่าต้องกินให้มาก กินไปเลย ถึงทำให้เราสับสน สับสนไปหมด (เน้นเสียงมาก) อิงหมอบ้านกับชาวบ้านนี่ห้ามไปหมดทุกอย่าง... ไม่รู้ไอ้อาหรือแล้ว ไม่เชื่อกะไม่ได้...”

(หลี่ อายุ 39 ปี รอดรอดเนื่องจากมีไข้ 2 สัปดาห์หลังรับ MVP ครั้งที่ 4 7 ต.ค. 2539)

จากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยมีการเผชิญต่อความสับสนในการเลือกอาหารการกิน ซึ่งโดยปกติผู้ป่วยจะพยายามหลีกเลี่ยงการกินอาหารตามความเชื่ออยู่แล้ว เช่น ไม่กินน้ำมะพร้าวอ่อนเพราะทำให้ฤทธิ์ยาเจือจางลง แต่ก็ต้องตัดสินใจฝ่าฝืนข้อห้ามบางอย่างด้วยเพื่อจะได้สามารถจัดหาอาหารได้สะดวกยิ่งขึ้น ซึ่งผู้ป่วยบอกว่าอาศัยเหตุผลดังนี้

- 1) เลือกกินของที่มีคุณค่าทางอาหาร
- 2) คิดว่าในความเป็นจริงคงไม่มีข้อห้ามอะไรมาก เพราะเห็นที่โรงพยาบาลเขาให้กินทุกอย่าง ไม่เห็นมีข้อห้ามอะไร นอกจากสิ่งที่มีสารพิษหรือคิดว่าเชื้อโรค เชื้อรา
- 3) คอยสังเกต และประเมินอาการต่างๆ ว่ามีอาการที่เป็นผลจากการฝ่าฝืนข้อห้ามเกิดขึ้นบ้างหรือไม่ ถ้ามีอาการผิดปกติก็ค่อยงดสิ่งนั้น แต่ถ้าไม่มีปัญหาอะไร ก็กินต่อไป
- 4) ตกลงกันภายในครอบครัวเกี่ยวกับชนิดของอาหารที่กิน จากการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยรายหนึ่งบอกว่าต้องแอบกินอาหารที่มีคนทักว่าเป็นอาหารแสลง ซึ่งจะรู้กันภายในครอบครัว เมื่อมีคนมาเยี่ยมก็จะเอาอาหารเหล่านั้นแอบเก็บไว้ก่อน จะเอาออกมากินเฉพาะเมื่อไม่มีคนอื่นเท่านั้น ซึ่งทำให้ผู้ป่วยมีความสุขในการกินมากขึ้น และมีโอกาสได้บำรุงร่างกายจนแข็งแรงมีความพร้อมที่จะมารับยาครั้งต่อไป ดังที่ผู้ป่วยเล่าว่า

“ผมก็คิดว่าอะไรที่มีคุณค่าก็กิน พอกินไปแล้วนั้นพยายามสังเกตอาการ ว่าดูจากสภาพของกินอยู่ที่นั่นหรือกินไปแล้วนั้นทำให้เกิดความผิดปกติไหม เช่นว่า ถ้าทำให้ไอเราก็อ่ากินเสียแหละ ถ้าทำให้เราเวียนหัวนี่เราก็ก้าว คราวหลังเราก็อ่ากินเสียแหละ ก็ใช้วิธีนี้แหละส่วนมาก เหมือนอาหารโรงพยาบาลนี่ ทำเหมือนกันหมด เขาไม่ใช่ได้คำนึงที่ละว่าใครเป็นโรคอะไร ก็เห็นกันอยู่ ก็คงไม่มีข้อห้ามอะไร...”

(หลี่ อายุ 39 ปี รอดตรวจเนื่องจากมีไข้ 2 สัปดาห์หลังรับ MVP ครั้งที่ 4 7 ส.ค. 2539)

แต่ข้อห้ามต่างๆ เหล่านี้ก็ยังมีผลให้ผู้ป่วยมีความไม่แน่ใจ และไม่สบายใจทุกครั้งที่ยืนเข้าไป เหมือนกับคำพูดที่ว่า “ไม่เชื่อก็อย่าลบหลู่” เหตุผลที่สำคัญที่สุดคือ กลัวว่าจะแสดงกับโรค ทำให้โรคลุกลามและรักษาไม่หาย ดังที่ผู้ป่วยเล่าว่า

“พูดถึงความเชื่อนี้แปลก ยิ่งคนเราอาการมันต่างกัน เหมือนบางคนอาหารทะเลกินได้ บางคนกินไม่ได้ ถึงคนที่กินไม่ได้บอกเราว่าอย่ากินมันคงไม่ใช่ แต่ว่าเวลาเราไม่บายอยู่ที่นั่นมันทำให้เราเขว ตั้งเลขนี่มา ล่าว่าสิ่งที่กินนี่มันจริงหม้าย จริงหรือไม่จริงนะ... พอเขาบอกว่าถ้ากินเข้าไปมันจะมีอาการที่นั่น ๆ ถึงทำให้รบกวนเรา พอเวลาเราเจ็บเข้าแล้ว ไม่บายอยู่แล้ว ช่วงนี้พอเขาบอกว่า คุณอย่ากินนั่นแล้วจะหายนี่เราก็ต้องปฏิบัติ เพราะเราต้องการหายนี่ เราก็ค้นหาอยู่แล้วว่าทำหรือให้หายหรือว่าดีขึ้น...”

(หลี่ อายุ 39 ปี รอดตรวจเนื่องจากมีไข้ 2 สัปดาห์หลังรับ MVP ครั้งที่ 4 7 ส.ค. 2539)

และบางครั้งก็เป็นเรื่องที่ยอมรับได้ยากว่าทำไมบางคนจึงมีอาการต่างๆตามข้อห้ามขึ้นมา ซึ่งน่าจะเป็นผลมาจากความสัมพันธ์ระหว่างกายกายจิตที่เหนียวแน่น ใต้นั้นเอง ดังที่หลี่เล่าว่า

“เหมือนผลไม้ที่บางคนห้ามทุกชนิดเลย ส้มนี่มังคุดนี่เขาก็ห้าม เมื่อวานกินมังคุดไป 2 ลูก กับส้มไป 1/2 ผล กลางคืนมันแน่นหน้าอกขึ้นมาชั่วคราว ผมยังไม่กล้าคิดไปพันนั้นเหมือนมังคุดนี้เชื่อว่าช่วงที่ไหย่าไปแล้วทำให้เกิดปฏิกิริยาอะไรสักอย่าง ทำให้แน่นหน้าอก แล้วผมก็เป็นกัน...”

(หลี่ อายุ 39 ปี รอดตรวจเนื่องจากมีไข้ 2 สัปดาห์หลังรับ MVP ครั้งที่ 4 7 ต.ค. 2539)

1.3.1.5 ไม่กินของมีสารพิษ ผู้ป่วย 3 รายบอกว่าพยายามหลีกเลี่ยงอาหารที่เชื่อว่ามีสารพิษ เช่น ไม่ซื้อผักตามท้องตลาด หันมาปลูกผักกินเอง กินเฉพาะผักริมรั้วที่มีอยู่ หรือซื้อผักปลอดสารพิษมากิน ไม่ซื้อเนื้อหมูที่ไม่แน่ใจมากินเพราะเห็นว่าข้างบ้านเลี้ยงหมูแล้วฉีดสารเร่งการเจริญเติบโตมาก คิดว่าอาจมีผลให้เนื้องอกโตเร็วขึ้นได้ ส่วนผู้ที่แพ้อาหารมักจะงดกินอาหารที่ทำให้เกิดอาการแพ้ต่างๆ เช่น ไม่กินไก่ และอาหารทะเล ไม่กินเนื้อวัวเพราะย่อยยาก ไม่กินเครื่องในสัตว์ทุกชนิด เพราะทำให้ปวดข้อ เป็นต้น ดังที่ผู้ป่วยเล่าว่า

“เนื้อวัว ไก่นี้ไม่กิน เพราะกินแล้วมันทำให้เนื้ออาหารสังเกตว่ามันทำให้แน่นท้อง ไม่อยากข้าว... เครื่องในสัตว์ทุกชนิด ไม่ว่าเครื่องในไก่หรือ วัว (ผู้ป่วยมีภรรยาเป็นอิสลามเลยไม่กินหมูมานานแล้ว) เพราะกินเข้าไปแล้วหนักๆ ซากๆ รู้สึกว่าทำให้ซ้ออ่อนๆ เทลี่ยๆ ละไม่กินเลย ทอหุดของพันนั้นหมด กะบายขึ้นแข็งแรงขึ้นมาก... กินได้ กลับบาย...”

(ลุงเท่ง อายุ 56 ปี คลินิกโรคปอด 3 สัปดาห์หลังรับ MVP ครั้งแรก 21 ต.ค. 2539)

“ช่วงที่ป่วยนี้ไม่กินอาหารทะเล เนื้อวัว เนื้อไก่ นี่ไม่กิน...อาหารทะเลกินแล้วมันจะแน่นหน้าอก งดไปเลย... เนื้อนี้เขาวัวมันแสดงกับโรค ทำให้เนื้อเปื่อย... โรคของลุงนี่มันจะเป็นแผลนั้นแหละแต่เป็นแผลข้างใน ถ้ากินของแหลงเข้าไปเคี้ยวมันจะเปื่อยลูกกลม เลยกินแต่หมูกับปลาน้ำจืด แล้วกะผัก ผลไม้...”

(ลุงปลื้ม อายุ 61 ปี หลังรับ MVP ครั้งที่ 2 17 พ.ค. 2539)

“ผักที่เขาขายที่ดอยทั้งเพ กินไม่หรรยกัน...เนื้อวัวนี่ไม่ชอบกิน ไก่กินมั่ง หมูแหละที่ไม่อยากกิน แถวบ้านเขาเลี้ยงแล้วฉีดยากระตุ้นให้มันมีเนื้อแดงมาก ๆ ... ไม่กล้ากิน เคี้ยวนี้ไฮ้ไหร ๆ กะมีสารพิษทั้งเพ ถ้าอิกินหมู กะไปซื้อเจ้าที่เขาไม่ฉีดยา...”

(ป้าหนู อายุ 54 ปี คลินิกโรคปอด 2 สัปดาห์หลังรับ MVP ครั้งที่ 2 16 ต.ค. 2539)

1.3.1.6 เปลี่ยนรายการอาหารทุกวัน ผู้ป่วย 3 รายบอกว่าได้พยายามจัดอาหารหมุนเวียน เปลี่ยนรายการอาหารเรื่อยๆ เพื่อจะได้ ไม่เบื่ออาหาร ดังที่ผู้ป่วยเล่าว่า

“คือในแต่ละมื้อที่ผมกินนี้ส่วนมากมันจะมีปลามั่ง มีผักมั่ง มีเนื้อมั่ง กินไข่เจียวก็มี ปลาเค็มมั่ง บางทีก็น้ำพริก ช่วยให้มีรสชาติ... เพราะตอนเราบาย ๆ นี่เราอยู่ได้กับน้ำพริกหรอก...”

(หลี่ อายุ 39 ปี รอดตรวจเนื่องจากมีไข้ 2 สัปดาห์หลังรับ MVP ครั้งที่ 4 7 ต.ค. 2539)

1.3.1.7 กินน้อยๆ แต่บ่อยครั้ง ผู้ป่วย 7 รายมีการปรับเปลี่ยนจำนวนอาหารที่รับประทาน และเวลาในการรับประทานอาหาร โดยแบ่งให้เหลือครั้งละน้อยๆ แต่เพิ่มจำนวนมื้อเป็น 4-6 มื้อ พยายามกินอาหารมื้อหลักให้เพียงพอ และจัดอาหารเสริมระหว่างมื้อ เช่นนมสด ขนมน้ำหวาน หรือผลไม้ต่างๆ และไม่กินอาหารมื้อเย็นมากเกินไปเพราะจะทำให้หิ้อึดนอนไม่หลับ ผู้ป่วยบางรายบอกว่า มื้อเย็นจะกินแค่พอลืมเมื่อหลับแล้วมักจะตื่นมากินนม น้ำหวาน หรือขนมอีกครั้งประมาณ 5 มื้อ แล้วก็หลับต่อถึงเช้าอย่างสบาย และหลายรายบอกว่ามื้อที่กินอาหารได้มากที่สุดคือมื้อเที่ยง ผู้ป่วยที่มีฐานะปานกลางมักจะใช้นมเป็นอาหารหลักในการบำรุงร่างกาย และจากการสังเกตพบว่าผู้ป่วยที่กินนมสดวันละ 2 กระป๋องทุกวันมักจะไม่ค่อยมีปัญหาเม็ดเลือดต่ำในช่วงที่มารักษา แต่ส่วนใหญ่พบว่า ช่วงที่ผู้ป่วยมีอาการแพ้ยามากจะทำให้กินนมได้น้อย จึงควรจัดอาหารอื่นๆทดแทนร่วมด้วย แต่ถ้ากินนมได้ดี นม น้ำเต้าหู้ และผลไม้ จะเป็นอาหารเสริมที่มีประโยชน์มาก และมีราคาที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยซึ่งส่วนใหญ่มีฐานะปานกลาง ดังที่ผู้ป่วยเล่าว่า

“ตอนเช้ากินไม่ค่อยได้ บางทีก่อนลูกไปโรงเรียนเราจะเจาะนมให้ป้อนนึ่งก่อน... พออยู่สักพักก็กินข้าว ตอนเที่ยงกินได้ลูกกินได้ตั้ง 2 งานบางที...พอตอนเย็นกินได้สักงาน ตอนเย็นกินมากไม่ได้ เวลานอนมันจะอึด หายใจไม่ค่อยคล่อง กะเลยกินตอนเที่ยงนี้ให้มาก อยากอากินสักเท่าไรก็กินไปโดยมื่อเที่ยง กลางคืนตื่นมากก็กินขนมแห้ง ๆ กับน้ำร้อน แต่ต้องกินป่าพอดึนแล้วมันต้องหิว เตรียมขนมไว้... ไม่กินนมแล้วเพราะหิวค้ำกินป้อนนึ่งแล้ว... กินเสร็จก็นอนสักพักก็หลับบาย...”

(ป่าเล็ก อายุ 7 ปี คลินิกโรคปอด 2 สัปดาห์หลังรับ MVP ครั้งที่ 3 4 ก.ย. 2539)

1.3.1.8 เดินก่อนกิน ผู้ป่วย 2 รายมีการเดินออกกำลังกายก่อนกินอาหาร โดยเฉพาะมือเข้า ซึ่งบอกว่าช่วยให้กินข้าวได้ร่อยขึ้น และกินได้มากขึ้น ดังที่ผู้ป่วยเล่าว่า

“เช้าๆลูกคนเล็กกะพาเดินเล่นในทุ่งนา ในสวนหน้าบ้านทุกวันเดินได้เป็นกิโล... เดินเล่นสักพักก็หอบมากินข้าว...”

(ป่าเล็ก อายุ 7 ปี คลินิกโรคปอด 2 สัปดาห์หลังรับ MVP ครั้งที่ 3 4 ก.ย. 2539)

“เช้าๆวันไหนที่ไปไหว ผมกับแฟนจะออกไปที่สนามกีฬา เดินได้สัก 1-2 กิโล มันสดชื่นดี วันไหนเหนื่อยขึ้นมากก็หยุดพัก ไม่ไปหักโหม ก็ทำให้กินข้าวได้ร่อยขึ้น... หลังได้ยาพอหยุดอาเจียนแล้วผมกินได้มาก บางทีมากกว่าปกติอีก กลายเป็นน้ำหนักขึ้น แทนที่จะลด...”

(อาโก อายุ 51 ปี รอรับ CE ครั้งที่ 5 ไปให้ที่โรงพยาบาลเอกชน 7 ต.ค. 2539)

1.3.1.9 กินน้ำมากๆ ผู้ป่วยทุกรายได้รับคำแนะนำให้ดื่มน้ำมากๆ โดยเฉพาะน้ำอุ่น และพบว่าผู้ป่วยพยายามดื่มน้ำแต่ดื่มน้ำได้ไม่มากนัก และผู้ป่วยหลายรายดื่มน้ำอัดลม หรือน้ำผลไม้แทน ในช่วงที่ดื่มน้ำเปล่าได้น้อย ดังที่ผู้ป่วยเล่าว่า

“กินน้ำอุ่นได้ น้ำเย็นกะไม่อยากกิน กินน้ำอุ่นจนชินแล้ว...”

(อุบลรัตน์ อายุ 61 ปี รอรับ MVP ครั้งที่ 3 18 ก.ย. 2539)

“เขาเอาน้ำอุ่นมาให้ป้ากิน กินน้ำอุ่นจนคิดแล้ว ถ้ายังแต่น้ำเย็นกินได้ไม่มาก...ป้าดื่มน้ำอุ่นแล้ว กินแล้วโล่ง
ชุ่มคอ ที่บ้านต้มใส่ดื่กไว้ตลอด พออีกินกะกดมาผสมกับน้ำเย็นอุ่นพอดี...”

(ป้าหนู อายุ 54 ปี หลังรับ MVP ครั้งที่ 1 8 ก.ค. 2539)

“ที่บ้านกินน้ำได้ไม่มาก ได้ไม่เท่ากับที่หมอกะ อาศัยว่ากินน้ำผลไม้บ้าง น้ำขวดมั่ง... น้ำขวดนี้ส่วนมากกิน
วันหนึ่ง 2 ขวด ขวดเล็กกะ เป็นแฟนตัว น้ำหวานๆ น้ำแดง น้ำเขียวพวกนี้...”

(อุงเพิ่ม อายุ 62 ปี รอดตรวจ 2 สัปดาห์หลังรับ CE ครั้งที่ 4 21 ส.ค. 2539)

วิธีการปรับเปลี่ยนการรับประทานอาหารดังกล่าวเป็นวิธีการที่ผู้ป่วยปฏิบัติได้สอดคล้องกับ
ภูมิปัญญาของตนเองและของท้องถิ่น โดยมีความหวังว่าจะสามารถบำรุงร่างกายให้แข็งแรงพร้อมที่
จะต่อสู้โดยมีความหวังว่าจะหายจากความเจ็บป่วยได้ ซึ่งพินิตนาฏ (2539 : 33-35) ได้กล่าวถึง
ภูมิปัญญาชาวบ้านภาคใต้ด้านโภชนาการหรือการกินไว้ว่ามีทั้งส่วนที่ห้องกันทั่วทั้งภาคและส่วนที่
แตกต่างกันไปในถิ่นย่อย ชาวใต้ส่วนใหญ่ชอบอาหารรสจัด คือเปรี้ยวจัด เผ็ดจัด กับข้าวแต่ละมื้อ
ส่วนมากจะไม่ขาดประเภทที่มีรสเผ็ดและประเภทที่มีน้ำแกง ถ้ากับข้าวชนิดใดที่มีครบทั้ง 2 รสก็จะ
เป็นที่นิยมอย่างกว้างขวาง อาหารที่นิยมจึงได้แก่ แกงส้ม แกงไตปลา ถั่ววันไหนไม่มีแกงก็จะมี
น้ำพริกเข้ามาแทนที่ และเนื่องจากภาคใต้อุดมไปด้วยพืชผักนานาชนิด ผักสดจึงเป็นส่วนประกอบ
อาหารทุกมื้อที่จะขาดเสียไม่ได้ เช่น ถั่วฝักยาว ถูกระเทียม สะตอ ซึ่งเรียกว่าผักเหนาะ และพินิตนาฏ
(2539 : 32,37 ; 38,41) ได้กล่าวอีกว่าชาวใต้มีความเชื่อว่าอาหารประเภทโปรตีน น้ำตาลและไขมัน
เป็นอาหารแสดงโรค เมื่อป่วยไข้อาหารที่จัดไว้โดยมั่นใจว่าไม่แสดงกับโรคคือ ข้าวต้มผสมเกลือ ซึ่ง
เรียกกันว่า ข้าวเปียก และอาหารพื้นเมืองของภาคใต้ที่นิยมกันอย่างกว้างขวาง ได้แก่ ข้าวยา แกง พุง
ปลา บูด ผลไม้ที่นิยมกัน ได้แก่ ทุเรียน มังคุด ลางสาด เป็นต้น เมื่อเจ็บป่วยชาวภาคใต้มักมีความ
เชื่อเรื่องอาหารในหลายลักษณะ แต่ส่วนมากมักจะงดผลไม้แทบทุกชนิด และปลาที่มันมาก นอกจากนี้
นี่ยังมีการใช้สมุนไพรและยากลางบ้านที่แตกต่างกันไปในแต่ละท้องถิ่น

1.3.2 ปรับเปลี่ยนการออกกำลังกาย ผู้ป่วย 4 ราย มีการเดินออกกำลังกายตอนเช้าหรือวิ่ง
เหยาะๆ โดยบอกว่าพยายามทำเท่าที่ทำได้ ทำให้ร่างกายสดชื่น และมีความอยากอาหารเพิ่มขึ้น ช่วง

ที่ยังเดินไม่ไหวก็ออกกำลังกล้ามเนื้อแทน ซึ่งสถานที่ที่ใช้นักจะขึ้นอยู่กับสภาพแวดล้อมที่ผู้ป่วยอาศัยอยู่ ทั้งในทุ่งนา บริเวณบ้าน หรือในสนามกีฬา ดังที่ผู้ป่วยเล่าว่า

“ก็ต้องพยายามออกกำลังขยับแขนขยับขา กระดิกปลายเท้ามั่งเท่าที่ทำได้ จะได้ไม่เมื่อยมาก เพราะนอนทั้งวันลุกไปไหนก็ไม่ไหว...” (ลุงอ้วน อายุ 67 ปี หลังรับ MVP ครั้งแรก 7 ต.ค. 2539)

“เข้าๆลุกคนเด็กกะพาเดินเล่นในทุ่งนา ในสวนหน้าบ้านทุกวันเดินได้เป็นกิโล... เดินเล่นสักพักก็หอบมากกินข้าว...” (ป้าเล็ก อายุ 51 ปี คลินิกโรคปอด 2 สัปดาห์หลังรับ MVP ครั้งที่ 3 4 ก.ย. 2539)

“ออกกำลังกายทุกวัน ไปเดินที่สนามกีฬาทุกเช้า เดินได้เป็นกิโล แต่ต้องคอยดูว่าเดินไหวไหม วันไหนเริ่มเดินแล้วไอบาก จะต้องรีบหยุดพัก เพราะจะทำให้มีอาการหอบเหนื่อยได้...” (อาโก อายุ 51 ปี รอรับ CE ครั้งที่ 5 ไปให้ที่โรงพยาบาลเอกชน 7 ต.ค. 2539)

1.3.3 ปรับเปลี่ยนการพักผ่อนนอนหลับ ในระยะแรกที่ยังมีอาการอ่อนเพลียมากจากการมีอาการแพ้ยา ผู้ป่วยมักจะนอนพักผ่อนเป็นส่วนใหญ่ และมักจะบอกว่า “ช่วงนี้ ชี้อารมณ์ ไม่อยากลุกไปไหน ไม่อยากทำอะไร เอาแต่นอนทั้งวัน” แต่เมื่อกินอาหารได้มากขึ้นเริ่มมีแรงมากขึ้น อาการอ่อนเพลียต่างๆลดลง จะพบว่ายังมีทั้งผู้ป่วยที่ต้องนอนพัก หรือจิบในตอนกลางวันและผู้ที่ไม่ยอมนอนกลางวัน ซึ่งเป็นความแตกต่างระหว่างบุคคล ที่ผู้ป่วยได้ประเมินแล้วว่าสิ่งที่ปฏิบัตินั้นมีเหมาะสมกับสภาวะของตน แต่ส่วนมากมักจะเห็นความจำเป็นของการพักผ่อนและเข้านอนเร็วขึ้นเพื่อจะได้แข็งแรงเร็วๆ แต่กลับหลีกเลี่ยงการนอนพักช่วงบ่ายเพราะกลัวจะนอนไม่หลับในช่วงกลางวัน และไม่นอนมากจนเกินไปเพราะจะยิ่งทำให้อ่อนเพลียหรือจี้เกียจมากกว่าเดิม ดังที่ผู้ป่วยเล่าว่า

“ข้าว 2 มุมไม่ทันจบบางทีป้าก็หลับ ถ้าว่าจะหลับก็หลับ ไปเลยอย่าตื่น ถ้าตื่นมันจะไม่หลับง่าย ดี 11 ตื่นมาครั้งหนึ่งเข้าห้องน้ำแล้วนอนต่อ...ราวตี 12 ก็หลับ พอตี 3 ป้าตื่นแล้วจะไม่หลับเลย กินนอนแปลพลิกไปพลิกมาจนเช้า...ตื่นมาไม่เพลีย พอกลางวันป้าก็นอนอีกช่วงกินข้าวเข้าถึงกินยาที่หมอให้ไป พอกินยาเสร็จถึงมันจะรู้สึกหนาว ๆ ป้าก็นอนไปเลย ตามใจจะหลับปาด ได้สัก 2 ชม.ก็ตื่น ช่วงบ่ายไม่ได้นอน...กลัวกลางคืนไม่หลับ...”

(ป้าเล็ก อายุ 51 ปี คลินิกโรคปอด 2 สัปดาห์หลังรับ MVP ครั้งที่ 3 4 ก.ย. 2539)

“กลางวันผมกลับไม่ได้นอน ไม่อยากนอน กลัว เพราะถ้านอนแล้วกลางคืนจะไม่หลับ...กลางคืน 3 มุมก็ง่วงแล้ว 6-7 โมงเช้าก็ตื่น...ผมเคยแล้ว ไข้โหว นอนพลิกจนสว่าง แขนงมาก... เขามบอกว่าให้พักตอนกลางวันบ้าง แต่ผมไม่นอนดีกว่า ...คือที่ไม่ค่อยได้อยู่บ้าน ไปนั่งคุยที่สมาคม ออกแต่เช้า กลับก็ เย็น...”

(อาโก อายุ 51 ปี รอรับ CE ครั้งที่ 5 ไปให้ที่โรงพยาบาลเอกชน 7 ต.ค. 2539)

1.3.4 ปรับเปลี่ยนสัมพันธภาพทางเพศ ผู้ป่วยชาย 2 รายกล่าวถึงการหลีกเลี่ยงและงดเว้นการมีเพศสัมพันธ์ โดยการพูดคุยและทำความเข้าใจกับภรรยา และแสดงความรักต่อกันด้วยการสัมผัส เช่น นั้งจับมือกันไว้ตลอดเวลาที่มาเยี่ยม การได้ดูแลช่วยเหลือกันอย่างใกล้ชิด และมีความเอาใจใส่และซื่อสัตย์ต่อกัน ดังที่ผู้ป่วยเล่าว่า

“งคไปเลย... ใจจริง ๆ นี้ผมมีนะแต่พอเราหยุดนานนะทำให้มันชินชาไปเสีย... ทำให้ว่าเราอยู่กับเรื่องอื่นแล้ว... เป็นความใกล้ชิด อยู่กันไม่ได้คิดในเรื่องนั้นแล้ว ไม่ถือว่าเป็นปัญหาแล้วตอนนี้... ผมก็เคยคุยกับแฟนพูดตรง ๆ เลยนะ แฟนผมว่าเขาไม่มีปัญหาเลยในเรื่องนี้... โดยปกติแล้วเขาก็ไม่ใช่ว่ามีมากมาย ไหร ไม่ใช่... ถ้าไม่มีโอกาสเขาก็ทำใจได้ ขึ้นอยู่กับที่เรารอก... ถ้าเรามีกำลังก็เอา ถ้าไม่มีก็ไม่ต้อง... ใจเขาก็ไม่ใช่ว่าเขาคนนั้นแล้วอยู่ไม่ได้ ไม่มีปัญหาเลยของแฟนไม่มีปัญหา... ของผมอยู่พื้นที่ก็ไม่มีปัญหาอยู่แล้ว... ที่ได้รับอยู่ตลอดเขาก็ใกล้ชิด คอยดูแล ช่วยทุกอย่างมันก็พอแล้ว เพียงพอแล้ว...”

(หลี อายุ 39 ปี ได้รับการใส่ท่อระบายน้ำในช่องอก หลังรับ MVP ครั้งที่ 5 15 ส.ค. 2539)

“เรื่องพวกนี้ (เพศสัมพันธ์) เรียบร้อย ของลุงเรียบร้อยดี...แบบว่าเรารู้ตัวว่าเราไม่ขายเราอย่าไปยุ่ง หยุดไปเลย แบบว่าถ้าเราทำอะไรได้แต่ว่าเราหยุดดีหว่า...คือ หนึ่งกำลังเรานี้ไม่พอ คนเราต้องรู้ตัวเอง ของนี้มันใช้แรงไปหมดเลย ทุกเส้นทุกสาย หมด หมดแรงเลย...คิดว่า ประเมินแล้วว่าเรายังไม่ไหว...ต้องรู้ตัวเอง เหมือนกับว่าเห็นโน้นก็กิน เห็นนี้ก็กิน ท้องเราๆน่าจะรู้ว่ารับได้แค่ไหน...ต้องรู้ไว้ไม่ว่าผู้หญิงหรือผู้ชาย ถ้าฝืนร่างกายมันจะทรุด จะโหม...” (ลุงเท่ง อายุ 5 ปี 2 สัปดาห์หลังรับ MVP ครั้งแรก 21 ส.ค. 2539)

1.3.5 ปรับเปลี่ยนการประกอบอาชีพ ผู้ป่วยยังมีความต้องการที่จะทำงาน เช่น ดูแลสวนในช่วงที่รู้สึกแข็งแรงขึ้นแล้ว เพื่อความสบายใจว่ายังแข็งแรง ยังสามารถทำงานได้ แต่ส่วนมากญาติมักจะห้ามไม่อยากให้ออกไปไหน แต่ผู้ป่วยบอกว่าออกไปแล้วทำให้สดชื่น สบายใจขึ้นมาก หรือบางรายถึงแม้จะทำงานไม่ไหวก็ขอให้ได้มีโอกาสไปเซ็นชื่อทำงาน ซึ่งช่วยให้รู้สึกเป็นห่วงงานลดลงบ้าง ดังที่ผู้ป่วยเล่าว่า

“ลูกๆเขาว่าไม่ให้ทำอะไรแล้ว ให้พักผ่อนอยู่กับบ้านเถยๆ แต่มันอยู่ไม่ได้ พอแข็งแรงขึ้นแล้วจะอยู่เถยๆไม่ได้ ซื้รถเครื่องออกไปดูแลสวนมั่ง ไปซื้รถที่เขยเล่นมั่ง...”

(ลุงเทิ้ม อายุ 62 ปี คลินิกโรคปอด 2 สัปดาห์หลังรับ CE ครั้งที่ 4 21 ส.ค. 2539)

“ตอนนี้ผมแข็งแรงขึ้น แรกใช้หนัก 45.5 กิโล ตอนนี้ 53 กิโลแล้วทำงานได้ ไปดูแลสวนได้ตากหญ้าได้ แต่ไม่ทำงานหนักมาก ส่วนมากไปฉุมนไปดูแลสวนมากหว่า ข้างเขาทำหมดแล้ว...”

(ลุงปลื้ม อายุ 61 ปี หลังรับ MVP ครั้งที่ 2 17 พ.ค. 2539)

1.3.6 **ปรับเปลี่ยนการเข้าสังคม** ในช่วงที่ผู้ป่วยไม่อ่อนเพลียเกินไป ผู้ป่วยมักจะออกนอกบ้าน หรือเข้าสังคมไปพบปะเพื่อนฝูง เพื่อความเพลิดเพลิน บอกว่าจะได้ไม่หมกมุ่นกังวลอยู่กับความเจ็บป่วย มักจะออกนอกบ้านไปเดินเล่น คุยกับเพื่อนบ้าน ซึ่งผู้ป่วยรายหนึ่งบอกว่า “การจะออกข้างนอกต้องรีบออกไปในตอนเช้าหลังจากตื่นและกินข้าวเรียบร้อยแล้ว เพราะร่างกายยังแข็งแรงคืออยู่” เนื่องจากช่วงที่ผู้ป่วยได้สังเกตว่าช่วงเช้าจะสดชื่นแข็งแรงดี แต่จะเริ่มมีอาการอ่อนเพลียในช่วงบ่ายๆ ดังที่ผู้ป่วยเล่าว่า

“อยู่บ้านผมก็ไม่ได้คิดว่าป่วยอะไร ซีมอเตอร์ไซค์ไปนั่งคุยกับเพื่อนๆ ที่สมาคมทุกวัน...
เพลียนๆดี ไม่ต้องมาคิดอยู่ว่าป่วย ไม่ป่วย...”

(อาโก อายุ 51 ปี รอรับ CE ครั้งที่ 5 ไปให้ที่โรงพยาบาลเอกชน 7 ต.ค. 2539)

“ไปไหนไปนี่ตลอดมันจะได้ลืมๆเสีย คิดว่าไม่ป่วยเสีย...จะไปเที่ยวจะได้เพลินๆ...ถ้าไม่ไปไหนเมื่อตายเลย...”

(ลุงเท่ง อายุ 56 ปี คลินิกโรคปอด 3 สัปดาห์หลังรับ MVP ครั้งแรก 21 ต.ค. 2539)

“เวลาไปไหนนี่นะต้องรีบกลับ ตั้งแต่ไม่บายมานี่นะ ความรู้สึกต่อตัวเองช่วงเช้ากับบ่ายมันไม่เหมือนกันนะ ช่วงเช้าจะแข็งแรงกว่าช่วงบ่าย ช่วงเช้าจะสดชื่น จะไปไหนก็รีบไปตั้งแต่เช้าแล้วรีบกลับก่อนเที่ยง หอช่วงบ่ายมันจะรู้สึกเพลียๆ ไม่แข็งแรงเท่าไรก็อยู่บ้าน นอนพักดีหว่า...”

(หลี่ อายุ 39 ปี 2 สัปดาห์หลังรับ MVP ครั้งที่ 4 17 ก.ค. 2539)

การปรับระดับประคองความแข็งแรงของร่างกายเป็นการที่ผู้ป่วยมะเร็งปอดพยายามดูแลตัวเอง เพื่อให้อาการเจ็บป่วยและอาการข้างเคียงของเคมีบำบัดลดลง ให้มีร่างกายที่แข็งแรงขึ้น ซึ่งผู้ป่วยก็ทำได้ในระยะเวลาหนึ่ง หลังจากนั้นก็เข้าสู่กระบวนการดูแลของโรคอันเป็นไปตามธรรมชาติของมะเร็งปอด

2. ผ่อนคลายความทุกข์ใจ

การผ่อนคลายความทุกข์ใจเป็นการเผชิญปัญหาโดยการปรับสภาพอารมณ์ที่ผู้ป่วยมะเร็งปอดใช้เพื่อให้มีความสบายใจขึ้นท่ามกลางการมีชีวิตอยู่กับความทุกข์ทรมานและความไม่แน่นอน ซึ่งผู้ป่วยที่มีการเผชิญปัญหาได้ดีมักจะทำใจได้ง่ายขึ้น และบอกว่าสบายใจขึ้นบ้าง และรู้สึกว่าตนเองยังมีคุณค่าสำหรับลูกหลานอยู่ ส่วนผู้ที่เผชิญปัญหาได้น้อยก็จะมีความรู้สึกท้อแท้หมดหวัง หมกมุ่นทาง และโทษผู้อื่น ซึ่งวิธีการผ่อนคลายความทุกข์ใจที่ผู้ป่วยมะเร็งปอดใช้ได้ผลดีมีหลายวิธี ได้แก่

- 1) พยายามเข้มแข็งอดทน
- 2) ปรับเปลี่ยนความหวังตามสถานการณ์
- 3) มองความเจ็บป่วยและการรักษาในทางที่ดี
- 4) เบี่ยงเบนความสนใจ
- 5) ประเมินเปรียบเทียบกับสถานการณ์
- 6) เจรจาต่อรอง

7) ปรับเปลี่ยนภาพลักษณ์ 8) ยึดถือปฏิบัติตามความเชื่อและหลักศาสนา 9) ไปปรึกษากับแพทย์พื้นบ้าน และ 10) ใช้การปลง ดังรายละเอียดต่อไปนี้

2.1 พยายามเข้มแข็งอดทน

หลังจากผ่านพ้นปฏิกิริยาตกใจ ไม่คิดว่าตนเองจะเจ็บป่วยมาแล้ว ผู้ป่วยมะเร็งปอด 9 ราย สามารถปรับเปลี่ยนความรู้สึกมาเป็นการพยายามปรับใจสู้กับปัญหาที่เกิดขึ้น มองการรักษาในแง่ดี โดยคิดว่าถึงแม้ว่าจะทำให้มีอาการข้างเคียงที่รุนแรงแต่สามารถช่วยให้อาการดีขึ้น หรือหายจากโรคได้ก็อดทนได้ และมีความหวังว่าจะดีขึ้นถ้าได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง และพยายามอดทนต่อปัญหาต่างๆที่เกิดขึ้น แม้ว่าบางครั้งจะต่อฝืนความรู้สึกแต่เมื่ออยากจะหายจากโรครักพยายามอดทนจนถึงที่สุด

ผู้ป่วยที่อยู่ในช่วงของการมารับยาครั้งแรกๆ ส่วนใหญ่บอกว่าต้อง “เตรียมใจ” หรือ “ทำใจเสียๆ ไว้ เพราะคิดว่าอาจจะแพ้ยาได้อีก” โดยจะมีการเผชิญกับการรับยาใน 2 ลักษณะคือ ยอมรับและคิดสู้ หรือ จำใจทน อยู่ในภาวะจำยอม ถึงแม้ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะคิดถึงความไม่แน่นอนของโรคและการรักษา แต่มักมีความคิดในทางบวก โดยบอกว่า “ไม่กลัว” “เตรียมใจ ทำใจไว้แล้ว” หรือ “ต้องใจแข็งไว้ อย่าไปแพ้มัน” และมีความหวังว่าจะหาย หรืออย่างน้อยก็มีอาการดีขึ้น ดังที่ผู้ป่วยเล่าว่า

“ ก่อนมาจากบ้านก็ เตรียมใจมากันว่า ต้องเจอปัญหาแล้ว...เหมือนกับว่า เราอยู่ยู่ดีๆ ร่างกายแข็งแรงสบายไม่มีปัญหาอะไร ไปไหนมาไหนได้... พอมารับยาที่ อย่างน้อย 10 วัน ที่เราจะเสียชีวิตไม่ได้ เหมือนอาหารไปหมดทุกอย่าง...” (หลี่ อายุ 39 ปี 2 สัปดาห์หลังรับ MVP ครั้งที่ 4 17 ก.ค. 2539)

“คิดว่าถ้าจะอ้วกกะอ้วก ไม่อ้วกกะไม่อ้วก สู้กับมันสักหืด ทำใจสบาย ๆ หมอเขาให้ยากันไว้ แล้ว คงไม่หรือ... คิดว่าอึเป็นเหมือนหนกก่อนโน้น อ้วกจนมืออ่อนดินอ่อนหมด เสียกลิ่นบ้านเกรงใจเขาอิดาย เขาหลับกันอยู่เราก็อ้วกเสียงดัง.... ถ้าได้อยู่ห้องพิเศษกะดี... ก่อนให้ยามหมอเขาบอกก่อนแล้วว่ายาแรงนะป้า ป้าจะอ้วก จะแพ้ ผมจะร่วงได้...ป้าคิดแต่ว่าป้าอยู่แค่มอ หมอรักษาให้ป้าหายได้ป้าก็ทนได้...ถ้าเราไม่รักษา โรคเราก็จะเป็นมากนะ...ถึงเราต้องคิดว่าทำหรือให้มันหาย...ถึงหมอมจะบอกว่าป้าเหอฮานี้มันแรง ผมจะร่วง จะกินข้าวไม่ได้ ป้าจะแพ้สัก 4-5 วัน ป้าจะทนได้หมี๊ย...ป้าว่าทนได้ รักษาป้าเลย ป้าทนได้ ป้าทำใจได้...ให้รักษาไปเลย...” (ป้าหนู อายุ 54 ปี รับ MVP ครั้งแรก 8 ก.ย. 2539)

ผู้ป่วยที่มารับยาครั้งที่ 2 ขึ้นไปซึ่งเคยได้รับความทุกข์ทรมานเป็นอย่างมากจากอาการข้างเคียงของเคมีบำบัด มักจะอยู่ในภาวะจำยอม และบอกว่า “จำใจต้องทน” โดยมีความหวังว่าจะมีโอกาสหายจากโรค โดยเฉพาะเมื่ออาการที่เกิดขึ้นในช่วงที่เริ่มเจ็บป่วยหายแล้ว หรือดีขึ้นมากแล้ว ดังที่ป้าเล็กบอกว่า “พ้นหรือก็ต้องรักษา ถ้าจะอ้วกก็อ้วก นี่กะดีขึ้นมากแล้ว” ดังที่ผู้ป่วยเล่าว่า

“ได้ยาแล้วแพ้ทันที แพ้แล้วหาย หายแล้วแพ้ บางทีแพ้มากบางทีแพ้บ่อยสลับกันอยู่แบบนี้แหละ... อย่างยาที่คิดที่คลินิกข้างล่างนี่ไม่แพ้หรือ กลับบ้านแล้วครั่นเนื้อครั่นตัวสักวัน นอนพัก กินยาพาราเซตามอล ยาที่ต้องนอนโรงพยาบาลนี่แหละแพ้มากทุกที...แต่ปีก็ทนได้ เพราะมันทำให้ดีขึ้นมาก...”

(ป้าเล็ก อายุ 51 ปี รอรับ MVP ครั้งที่ 4 25 ก.ย. 2539)

“หนที่ 3 นี่อึดมาก เพลียอยู่โรงตั้ง 6-7 วันถึงจะได้กลับบ้านลงกลับไปอึดที่บ้านอีก กินไหมไม่ได้ตั้ง 20 วัน พออึดแล้วกินไม่ได้ ทำให้เพลีย ไม่เบาตัว ร่างกายมันทรุด แล้วแทนที่มันจะแข็งแรงเร็วว่ามันกะพืดตัวช้า มันขึ้นๆ ลงๆ... มารับยาหนนี้กะกลัวที่คๆจะอึดแล้ว แต่ก็ต้องอดทน เพราะมันจำเป็น ช่วยให้อึดขึ้นลุยแล้ว...แต่ว่าอยากจะให้หมอช่วยให้อึดหน่อยหาว่านี่ซักหึล...แต่ถ้าพันหรือกะจะทนให้ได้...”

(ลุงเพิ่ม อายุ 62 ปี รอรับ CE ครั้งที่ 4 24 ก.ค. 2539)

ผู้ป่วยพยายามใช้ความเข้มแข็งของจิตใจในการต่อสู้กับอาการข้างเคียงของยา โดยบอกว่าการที่จะแพ้หรือไม่แพ้ขึ้นอยู่กับจิตใจด้วย ถ้าจิตใจเข้มแข็งจะช่วยได้มาก ดังที่ผู้ป่วยเล่าว่า

“เรื่องแพ้ยานี้มันเป็นที่เป็นที่ใจเรากัน...พยายามแหละ ต้องพยายามกลืนไว้...กดกลืนไว้...กดไว้ไม่ได้กะปล่อยออกมาซักที กะหว่างไปด่า... แล้วกะอย่าไปคิดถึงมัน นั่งแลหน้า แลขวาให้เพลินๆไป...”

(ลุงเท่ง อายุ 56 ปี หลังรับ MVP ครั้งที่ 2 5 ก.ย. 2539)

“พูดถึงอารมณ์นี่ก็สำคัญ ถ้าเราอารมณ์ไม่ดีนี่ทุกอย่างก็ไปตามกันไปหมด ถึงถ้าจิตใจเราสู้แต่ร่างกายเราไม่สู้ ไม่รู้จะทำหรือ... ถ้าใจเรารู้สึก อยากรู้อีก น้ำนี้ สู้สิ แต่ร่างกายเรานั้นไม่สู้มันก็ไม่ไปไม่รอด...คือว่าทั้งร่างกายและจิตใจนี่มันต้องพร้อมกันถ้าไม่พร้อมกัน มันก็ไปไม่ได้...ยกตัวอย่างว่าถ้าเราบาย ๆ ร่างกายเราแข็งแรงนิ พอใจซี้คร้านนี่เราก็มองไม่ไปหา นอนดีหว่า...”

(หลี่ อายุ 39 ปี หลังรับ MVP ครั้งที่ 5 15 ต.ค. 2539)

จะเห็นว่าถึงแม้ว่าผู้ป่วยจะมีความเชื่อว่าสถานะของร่างกายและจิตใจมีความสัมพันธ์กันแต่ผู้ป่วยก็คิดว่าถ้าร่างกายดีขึ้นจิตใจก็จะสบายไปด้วย แต่ถ้าร่างกายอ่อนแอ จะทำให้จิตใจเข้มแข็ง นั้นทำได้ยากมากหรือทำไม่ได้เลย ซึ่งถ้าผู้ป่วยมีความคิดเช่นนี้ก็จะเป็อุปสรรคต่อการเผชิญปัญหาโดยการเอาชนะโรคด้วยหัวใจสู้ ผู้ป่วยจึงควรได้มีโอกาสรับรู้แนวคิดที่ว่าบุคคลสามารถเป็นสุขได้ในขณะที่เจ็บป่วย และควรจะได้มีโอกาสฝึกฝนวิธีการต่างๆเพื่อให้มีจิตใจที่เข้มแข็งพอที่จะทำให้มีความเจ็บป่วยแค่เพียงร่างกายแต่จิตใจยังคงเข้มแข็งและต่อสู้ได้ตามศักยภาพของแต่ละบุคคล

การที่ผู้ป่วยพยายามต่อสู้กับความเจ็บป่วยด้วยความอดทน นับว่าผู้ป่วยมีบุคลิกภาพที่เข้มแข็ง (hardiness) ซึ่งโภคาษา ได้กล่าวไว้ว่าความเข้มแข็งอดทนเป็นลักษณะบุคลิกภาพของบุคคลที่มีความรู้สึกว่าตนเองต้องต่อสู้ มีความรู้สึกรู้ทำ ทาย และคิดว่าตนเองจะสามารถควบคุมสถานการณ์

ความเครียดที่เกิดขึ้นได้ ทำให้บุคคลคงความมีคุณค่าในตนเอง และมีความสามารถในการปรับตัว ได้ดีขึ้น (Kobasa, 1979 : 1-11 ; Lambert & Lambert, 1987 : 92-95 ; Jalowiec & Dudas, 1991 : 814)

1.2 ปรับเปลี่ยนความหวังตามสถานการณ์

ตลอดช่วงของการรักษาผู้ป่วยที่พยายามเผชิญปัญหาต่อความเจ็บป่วยมักจะมีการปรับเปลี่ยนความหวังให้มีความเป็นไปได้อยู่ตลอดเวลา ซึ่งจะเป็นแรงจูงใจให้ผู้ป่วยพยายามแสวงหาวิธีการเผชิญปัญหาอื่นๆ ต่อไป ในแต่ละครั้งของการมารับการรักษาผู้ป่วยจะมีความหวังแตกต่างกันไป โดยที่สาวบอกว่า "ยังหวังว่าจะดีขึ้นได้ ไม่งั้นก็ไม่มารักษาแล้ว" ความหวังของผู้ป่วยจะปรับเปลี่ยนไปตามสถานการณ์เกี่ยวกับความเจ็บป่วยที่ผู้ป่วยประเมินได้ เช่น ในระยะแรกเมื่อรู้ว่าเจ็บป่วยผู้ป่วยมักจะหวังว่าน่าจะหายได้ และเมื่อได้รับการรักษามาแล้วระยะหนึ่งสามารถกลับเข้าสู่สังคมได้ก็หวังอยากให้เป็นเช่นนั้นตลอดไป ส่วนป่วยที่กำลังมีอาการเจ็บป่วยที่รุนแรง มักจะบอกว่า ถึงจะทำงานไม่ไหวอย่างน้อยก็ขอให้ไปเซ็นชื่อได้ หรือขอยกยให้เจ็บปวดทรมาน ผู้ป่วย 3 รายที่ยังมีอาการดีขึ้นในระยะแรกของการรับเคมีบำบัดจะมีความรู้สึกจิตใจที่ไม่ต้องมารับความทุกข์ทรมานเหมือนช่วงที่ผ่านมา และคิดหวังอยากมีร่างกายที่แข็งแรงตลอดไป ในช่วงที่ศึกษาพบว่า ผู้ป่วยส่วนมากยังไม่คาดหวังว่าจะกลับไปทำงานได้ หวังเพียงแต่ให้ช่วยเหลือตัวเองได้สามารถดำเนินชีวิตได้ตามปกติ เข้าไปพบปะสังสรรค์กับเพื่อนฝูงในสังคมได้ ดังที่ผู้ป่วยเล่าว่า

"หมอบอกว่ารักษาได้ 40 % แต่ลุงยังมีความหวังว่าจะหายได้ถ้ามีวิธีการรักษาที่เหมาะสม คือเราต้องดูแลตัวเองอย่างถูกต้องด้วย... อย่างเรื่องกินนี่ต้องพยายามกินให้ได้มากๆ ไม่อยากกินก็ต้องกิน... คิดว่าเหมือนกินยา ยามเห็นเรากิน ข้าวมีประโยชน์ยิ่งกว่ายา ช่วยให้หายจากโรคได้ ดีกว่ายาก็ถึงจะเบื่อก็ต้องพยายามกิน... แล้วก็ต้องทำใจให้ได้ คนเรากิดมาแล้วก็ต้องตาย พยายามทำความคิดเอาไว้ ตายไปแล้วความคิดเท่านั้นที่จะยังคงอยู่... ถ้าเราปฏิบัติตัวถูก ลุงว่ามันก็น่าจะหายได้นะลูก..."

(ลุงอ้วน อายุ 67 ปี หลังรับ MVP ครั้งแรก 6 ส.ค. 2539)

"ผมรักษาไปเรื่อยๆ นี่ก็ดีขึ้นมากแล้ว คุยกับอีกคนเค้าบอกว่าน่าจะหายได้ มีโอกาสหาย ผมไม่ได้คิดว่าหายหรือไม่หาย ก็รักษาไปเรื่อยๆ ขอให้ได้ออกไปนั่งพูดคุยกับเพื่อนที่สมาคมได้ทุกวันก็พอแล้ว..."

(อาโก อายุ 51 ปี มารับ CB ครั้งสุดท้ายไปให้ที่โรงพยาบาลเอกชน 4 ก.ย. 2539)

"เหมือนที่เขาว่าถ้าจะทรมาณนั้นนะ ถ้าทรมาณนี้ไม่ใช่ผมคนเดียวที่ทรมาณนั้น ลูก เมีย ญาติพี่น้องก็ทรมาณ... ตอนนี่ไม่ใช่ขอให้ไปเร็ว ๆ ไม่ใช่แค่การขอไม่ให้ทรมาณ ก็อยากให้มีน้อยที่สุด ถึงแม้ว่ามันไม่หายร้อยเปอร์เซ็นต์ก็ให้พอว่าพออยู่ได้... ให้พอช่วยเหลือตัวเองได้ก็พอแล้ว... เรื่องที่จะไปต่อสู้กับโรครายนอกนี่ ก็ปลงแล้ว ไม่ได้คิดแล้ว อย่างน้อยก็ไปเซ็นชื่อที่ทำงานแล้วก็ไปนั่ง ไปให้ได้ทุกวัน..."

(หลี่ อายุ 39 ปี หลังรับ MVP ครั้งที่ 5 25 ส.ค. 2539)

ซึ่ง บราวน์ (Brown, 1989 : 97-105) กล่าวว่า ความหวังเป็นกระบวนการของความรู้สึก ความคิดและการกระทำที่เปลี่ยนแปลงได้ได้ในแต่ละเวลา บุคคลผู้ที่มีความหวังจะมีแรงจูงใจในการกระทำสิ่งต่างๆ ให้สำเร็จ ความหวังเป็นแรงผลักดันให้บุคคลกระทำสิ่งต่างๆ เพื่อให้มีสุขภาพดีขึ้น และมีเลสเตอร์และเพาเวอร์ (Miller & Power, 1988 : 6-10) กล่าวว่าความหวังเป็นสิ่งที่สำคัญที่สุดของการมีชีวิตอยู่ของผู้ป่วยมะเร็ง เพราะความหวังก่อให้เกิดการปรับตัวด้านสรีรภาพและจิตใจ คือความหวังกระตุ้นให้ระบบลิมฟิซที่สมองส่งสัญญาณการรับรู้ไปที่ไฮโปทาลามัสทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงด้านสรีรภาพใน 2 ทาง คือ กระตุ้นให้ต่อมพิทูอิทารีมีการผลิตฮอร์โมนที่สมดุลส่งผลให้จำนวนเซลล์ผิดปกติลดลง และกระตุ้นการทำงานของระบบภูมิคุ้มกันให้มีการสร้างภูมิคุ้มกันเพิ่มขึ้น ซึ่งไซมอนตันและคณะ (Simonton et al., 1994) กล่าวว่าอาจมีผลให้การเจริญเติบโตของเซลล์มะเร็งลดลงได้ และความหวังเป็นแรงจูงใจสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยมะเร็งพยายามที่จะต่อสู้กับความเจ็บป่วย (Jalowiec & Dulas, 1991 : 815) ผู้ป่วยที่มีการปรับเปลี่ยนความหวังให้เหมาะสมกับสภาพความเจ็บป่วยที่เป็นอยู่ จะมีความรู้สึกยอมรับความเจ็บป่วยได้ ไม่วิตกกังวลจนเกินไป และสามารถยอมรับความตายได้ในที่สุด

2.3. มองความเจ็บป่วยและการรักษาในทางที่ดี

ผู้ป่วยจะมีการเพิ่มกำลังใจให้ตนเองโดยการพยายามคิดถึงเรื่องราวต่างๆ ที่เกิดขึ้นในช่วงที่เจ็บป่วยในแง่ที่ดี ซึ่งผู้ป่วยบอกว่าช่วยให้รู้สึกสบายใจได้บ้าง เช่น การพยายามมองเหตุการณ์ในทางที่ดี มีความคิดว่าคงไม่เป็นไร เช่น ดีที่หมอกันพบว่า เป็นโรอะไร ดีที่แพทย์ไม่นาน หรืออยู่โรงพยาบาลไม่นาน ดีที่ป่วยมานานแล้วยังไม่พอมแห่งเหมือนที่คนอื่นคิด ดีที่ยังมีชีวิตอยู่ ทั้งๆ ที่คนอื่นที่อายุน้อยกว่า หรือคนที่ไม่ได้ป่วยก็ยังมีเสียชีวิตไปก่อนหน้านี้มากมาย ดังที่ผู้ป่วยเล่าว่า

“โชคดีที่รู้ว่าเป็นไอ้โหร... ได้รักษาถูก ไม่งั้นบ้านนี้ไม่รู้ทันหรือแล้ว...”

(ป่าเล็ก อายุ 51 ปี หลังรับ MVP ครั้งที่ 3 27 ก.ค. 2539)

“ตอนแรกญาติจะพาจะไปรักษาที่กรุงเทพ ถูกชายว่าที่นี่ก็สะดวก ดุงดุงก็ว่าที่ไหนก็ได้ คนเราถ้าไม่ถึงที่ตายก็ไม่ตาย... รักษาที่ไหนก็เหมือนกัน ไม่ถึงคราวก็ไม่ตาย... มันธรรมดาคนเรานี่ต้องยอมรับว่าสิ่งไหนที่มันเกิดขึ้น ไม่ว่าเด็ก เต่า หรือพันหรือ หลีกเลี้ยงไม่ได้... ตอนนี้ดุงไม่บาย คนที่บายกะเบอะตายไปก่อนดุงแล้ว... คนที่บายเด็กๆ กะตาย ถึงเราจะไปคิด ไอ้โหรให้มาก มันเป็นเรื่องธรรมดา...”

(ลุงเท่ง อายุ 56 ปี คลินิกโรคปอด 2 สัปดาห์หลังรับ MVP ครั้งแรก 21 ส.ค. 2539)

“คิดว่าไม่น่าจะเป็นไอ้โหรมาก เห็นหนก่อนมันเป็นไม่นาน ตอนนี่กะโล่งไปแล้ว เป็นไม่มากเท่าไร คืออ้วกแล้วหายเร็ว ตอนนี่ (6-7 ชม หลังรับยา) ยังเห็นอาหาร คลื่นไส้สุดๆ แต่ไม่อ้วกแล้วพลีไม่มากแล้ว อยู่ไม่นานก็ได้กลับบ้าน...”

(ลุงปลื้ม อายุ 61 ปี หลังรับ MVP ครั้งที่ 2 16 พ.ค. 2539)

"ที่เขามาเยี่ยมนี้เขาดีใจกัน ก็บอกเขาว่าผมโชคดีมากที่ได้น้องนักศึกษา (ผู้วิจัย) ช่วยดูแล เขาคิดว่าที่ผมใช้มาเดือนนึงแล้ว คงจะไม่รอด คงจะหอมแก้มหนึ่งคึกกระดุก... พอมาเห็นสภาพพื้นที่เขาดีใจกันบอกไม่ถูกนี่..." (หลี่ อายุ 39 ปี ใส ท่อระบายน้ำในช่องอกหลังรับ MVP ครั้งที่ 5 25 ส.ค. 2539)

และผู้ป่วยหลายได้เรียนรู้ความยากลำบากในช่วงที่เจ็บป่วย บอกว่าสามารถนำไปเป็นบทเรียนในการอบรมสั่งสอนลูกหลานได้อย่างเต็มปากเต็มคำ ได้มีโอกาสเข้าถึงสัจธรรมของชีวิต บอกว่าทำให้ตนเองเข้าใจชีวิตมากขึ้น คิดว่าช่วงที่ผ่านมาไม่ได้มีการเตรียมการที่จะเผชิญความเจ็บป่วยเลย ใช้ชีวิตอย่างสนุกสนานมาตลอด และไม่เคยมืดคิดว่าความเจ็บป่วยเป็นเรื่องใกล้ตัวที่อาจจะเกิดขึ้นเมื่อไรก็ได้ เกิดความรู้สึกว่าถ้ายื้อเวลาได้จะเป็นคนที่เตรียมพร้อม ใช้ชีวิตอย่างไม่ประมาท และจะทำความดีให้มากกว่าที่ผ่านมา ดังที่ผู้ป่วยเล่าว่า

"เมื่อก่อนไม่เคยเป็นไข้ไม่รู้เลย ว่าเค้าใจเสาะ แค่นี้ก็ไม่ทน... พอเป็นเองซะแล้วก็จะรู้จริงๆ...นี่ตั้งแต่ไม่สบายมาได้ทำงานเลย ไม่มีรายได้เข้ามาเลย...ประกันชีวิตก็ไม่ได้ทำไว้ เสียหายที่ผ่านมาใช้ชีวิตประมาทเกินไป...ไม่ได้เตรียมตัวเตรียมใจไว้เลย..."

(สาว อายุ 42 ปี รอตรวจเนื่องจากบวมท่อนล่างมาก เดือนหลังรับ VP ครั้งที่ 2 14 ส.ค. 2539)

"พอไม่บายแล้วได้คิดใครหลายอย่าง ทำให้นึกได้ว่า เมื่อก่อนเราปล่อยตัวเองตามสบาย นึกไม่ถึงหลายเรื่อง... ไม่ค่อยได้ทำความดี พอไม่บายถึงคิดได้ ต้องปรับใหม่หมด ปรับอาหารการกิน เลือกกินที่มีประโยชน์ หลีกเลี่ยงอาหารมีพิษ กินผักปลอดสารพิษ แพงกะไม่หรือ ต้องลงทุนกันทีดี จะได้แข็งแรง เทียวเตร่ไหนเลิกหมด หันมาทำมาหากินดีหว่า ตอนนี่กะสอนลูกสอนหลานได้เต็มปากเต็มคำแล้ว สอนได้หลายเรื่อง ให้ขยันทำมาหากิน ต่อไปจะได้เอาตัวรอดได้... ไม่บายขึ้นมาจะ ได้มีเงินรักษา ไม่ลำบากแรง..." (ลุงเท่ง อายุ 56 ปี มาตรวจตามนัด 1 เดือนหลังรับ MVP ครั้งสุดท้าย 8 ม.ค. 2539)

"ผมนอนโรงพยาบาลเป็นเดือน ได้เห็นการทำงานของพยาบาลหลายแบบ ลูกผมก็กำลังเรียนพยาบาลอยู่ด้วย ตอนนี้อยู่ปี 1 เวลาเขามาเยี่ยม ผมสอนเขาได้เลยว่าพยาบาลแบบไหนที่ดีก็ทำแล้วให้คนไข้บายใจ ตัวอย่างมันมีหลายแบบ เห็นอยู่ทุกวันก็ได้เลือกที่ดีๆ ไปสอนลูกหลาน..."

(หลี่ อายุ 39 ปี ใส ท่อระบายน้ำในช่องอกหลังรับ MVP ครั้งที่ 5 28 ส.ค. 2539)

"เงินทองเป็นของนอกกายจริง ๆ นี่ปะดักสินใจขายดินไป 2 ไร่ ห้อง ได้มา สีแสนเจ็ด (น้ำตาไหล) ตั้งใจจะเก็บไว้ให้ถึงที่สุด ถ้าไม่จำเป็นก็ไม่ต้องใช้..."

(หลี่ อายุ 39 ปี ใส ท่อระบายน้ำในช่องอกหลังรับ MVP ครั้งที่ 5 28 ส.ค. 2539)

ผู้ป่วย 3 รายมีความรู้สึกเห็นคุณค่าของตนเองเมื่อเจ็บป่วย รู้สึกว่าได้รับความช่วยเหลือ ดูแลเอาใจใส่จากลูกหลาน ญาติพี่น้องอย่างคาดไม่ถึงในทุกๆเรื่อง รวมทั้งการเป็นที่พึ่งทางใจเมื่อมีปัญหา ซึ่งการที่ผู้ป่วยยังรู้สึกมีคุณค่าในยามที่เจ็บป่วย และยังมีที่พึ่งทางใจอยู่เสมอส่งผลให้ผู้ป่วยมีความรู้สึกเป็นสุขได้แม้จะอยู่ท่ามกลางความทุกข์ทรมานจากโรคและการรักษา ซึ่งการที่ผู้ป่วยยังรู้สึกว่าตนเองยังมีคุณค่าถือเป็นสิ่งหนึ่งที่บ่งบอกถึงประสิทธิภาพในเผชิญปัญหาได้ (Zeidner & Saklofske, 1996 : 508)

นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยพยายามคิดทางบวกต่อการได้รับการบริการที่ดีในช่วงที่มารับการตรวจรักษา โดยผู้ป่วย 1 รายได้ช่วยแก้ภาพพจน์ให้แก่โรงพยาบาล เพราะรู้สึกว่าตลอดระยะเวลาที่มารับการรักษาได้รับการดูแลเอาใจใส่เป็นอย่างดี จนทำให้อาการเจ็บป่วยดีขึ้นมาก ผู้ป่วยรายนี้บอกว่าปกติมีเพื่อนบ้านมากมายที่มีความรู้สึกกลัวโรงพยาบาล ไม่กล้ามารักษาที่นี่ เนื่องจากเคยได้ยินมาว่าใครมารักษาที่นี่ต้องตาย มารักษาแล้วจะเป็นหนูทดลอง หรือเห็นว่าคนข้างบ้านเสียชีวิตหลังจากมารับการรักษาที่นี่เพียงไม่ถึงสัปดาห์ หลายรายเลือกที่นี่เป็นที่สุดท้ายหลังจากไปรักษาที่อื่นมามาก ดังที่ผู้ป่วยเล่าว่า

“ตั้งแต่รักษามาที่นี่หมอและพยาบาลดีมาก หลบไปบอกลูกหลานที่น้องทุกคน ที่เขารู้ว่าเป็นโรงฆ่าสัตว์ มันไม่จริง ป้าว่าป้าประสบมาเอง หมอเขาดีทุกคน... คือคนข้างบ้านเขาเป็นมะเร็งในเม็ดเลือดมาอยู่ 9 วัน เขาก็ตาย..เขาว่า ว่าแล้วอย่าไป ไปก็ตาย ที่นี่เหมือนโรงฆ่าสัตว์ บอกเขาว่าไม่ใช่คือ คนที่ไปถึงอยู่ไม่กี่วันตาย หมายความว่าคนนั้นหนักไปแล้ว ถ้าเราไปแต่เนิ่น ๆ เรารักษาตามที่แพทย์สั่ง เราจะไม่อันตรายแพทย์และพยาบาลที่นี่เขาดีทุกคน แม้แต่คนที่ทำความสะอาดนี้เราขอช่วยใครเขาก็ทำให้ เขาดี ประทับใจอย่างแรง เลย...” (ป้าเล็ก อายุ 51 ปี คลินิกโรคปอด 2 สัปดาห์หลังรับ MVP ครั้งที่ 5 11 ธ.ค. 2539)

ซึ่งการมองปัญหาในทางบวกช่วยลดความตึงเครียด และช่วยให้ผู้ป่วยสามารถเผชิญปัญหาได้มีประสิทธิภาพมากขึ้น (Jalowiec & Dudas, 1991 : 811)

2.4 เบี่ยงเบนความสนใจ

จากการสังเกตพบว่าผู้ป่วยจะมีพฤติกรรมที่ไม่สนใจต่อยาที่กำลังได้รับ ผู้ป่วยที่ได้รับยาครั้งแรกมักจะนอนอ่านหนังสือพิมพ์ หรือ ดูโทรทัศน์ โดยบอกว่า “ทำอะไรให้เพลินๆ อย่าไปสนใจมัน” ในช่วงที่ได้รับยาครั้งหลังๆ มักพบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่จะนอนพัก หลับตา และไม่ได้ไปสนใจกับยาที่ได้รับอยู่ และมักคิดในแง่ที่ดีว่า “ต้องทำใจให้สบาย ทุกอย่างถ้าใจแข็งไว้ก็จะดีเอง” และผู้ป่วยหลายรายคิดอยากให้ยาหมดเร็วๆ จะได้กลับบ้านเร็วๆ ดังที่ผู้ป่วยเล่าว่า

“ผมไม่ค่อยสนใจ เวลาคิดว่าไม่ค่อยไปสนใจมันมาก...”

(หลี่ อายุ 39 ปี ใส หลังรับ MVP ครั้งที่ 5 12 ธ.ค. 2539)

“เรื่องแพ้ยານี้มันเป็นที่จิตใจเรากัน...พยายามแหละ ต้องพยายามกลืนไว้...กดกลืนไว้...กดไม่ได้กะปล่อยออกมาซักที กะหว่าง ปลาย...แล้วกะอย่าไปคิดถึงมัน นั่งแลหนั่ง แลข่าว ให้เพลินๆ ไป...”

(ลุงห่ง อายุ 56 ปี หลังรับ MVP ครั้งที่ 2 5 ก.ย. 2539)

ภายหลังได้รับยาผู้ป่วยหลายรายมีการเบี่ยงเบนความรู้สึก หลายรายปฏิเสธการเจ็บป่วย คิดว่าไม่เป็นอะไรมาก หรือดีขึ้นมากแล้ว บางรายยังบอกอีกบอกว่าจะอย่าไปคิดกังวลกับอาการ หรือความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น ห่าอะไรทำให้เพลินๆ คิดว่ามัวแต่กังวล และพยายามทำตัวไม่ให้ว่าง เช่น ดูโทรทัศน์ ออกไปเที่ยว ไปพูดคุยกับเพื่อนๆ ที่สมาคม ดังที่ผู้ป่วยเล่าว่า

“มันอยู่บ้านเฉยๆ ไม่ได้ พอดีแข็งแรงขึ้นแล้วจะอยู่เฉยๆ ไม่ได้ ซี่รถเครื่องออกไปแสดสวนมั่ง ไปซื้อรถเที่ยวเล่นมั่ง...”

(ลุงเพิ่ม อายุ 62 ปี รอรับ CE ครั้งที่ 4 24 ก.ค. 2539)

“อยู่บ้านไม่คิดไหน ไม่เที่ยวกังวลอยู่กับความไข้...ไม่คิดไหนมาก...คิดว่าถ้าเราถึงที่มันกะไป เราอยู่ทำใจให้มันได้...ให้ลืมไปเสีย เราอย่าไปคิด...นี่แบบว่าเพลินไปของอื่น เราต้องคิดว่าวันนี้คิดต่อที่ ติดต่อยาวไว้ตรงไหน ก็แปลง...คิดแต่เรื่องงาน จัดการโน่นนี่เสร็จหมดไปวันหนึ่ง...กะอาบน้ำนอน... โดยมากนี่คนมันจะกลัวเกินขนาด คนเราถ้ากลัวนี่ จะหล่น (ล้ม) ง่าย...”

(ลุงห่ง อายุ 56 ปี คลินิกโรคปอด 2 สัปดาห์หลังรับ MVP ครั้งแรก 21 ส.ค. 2539)

“ผมไม่เคยคิดว่าจะหายหรือไม่หาย รู้แต่ว่าจะรักษาไปเรื่อยๆเท่าที่ยังรักษาได้ ก็เห็นว่าดีขึ้น...คุยกับอีกคนหนึ่งเค้าบอกว่าจะหาย มีโอกาสหาย แต่ผมไม่ได้คิดอะไร ก็รักษาไปเรื่อยๆ...อยู่บ้านผมก็ไม่ได้คิดว่าป่วยอะไร ซึ่มอเตอร์ไซค์ไปนั่งคุยกับเพื่อนๆ ที่สมาคมทุกวัน...ถ้ารักษาไม่ได้ก็ไม่รู้จะทำยังไง ก็ปล่อยไป...”

(อาโก อายุ 51 ปี รอรับ CE ครั้งที่ 5 ไปให้ที่โรงพยาบาลเอกชน 7 ส.ค. 2539)

2.5 คอยประเมินเปรียบเทียบสถานการณ์

ตลอดเวลาของการรักษาด้วยเคมีบำบัด ผู้ป่วยจะมีการประเมินสถานการณ์ที่เกี่ยวข้องกับความสำเร็จของการเผชิญปัญหาต่อการได้รับเคมีบำบัด ซึ่งบอกว่าจะเริ่มดีขึ้นเมื่อเริ่มมีอาการอยากกินอาหาร เริ่มจะทนต่อกลิ่นต่างๆ ได้ และอาการอ่อนเพลียลดลง และจะประเมินความสำเร็จของการรักษาด้วย ซึ่งจะพบว่าผู้ป่วยประเมินผลการรักษาของตนเองเป็น 4 ลักษณะคือ ไม่ได้ผล เริ่มจะดีขึ้น ดีขึ้น หรือ หายแล้ว และมักจะเปรียบเทียบผลการรักษากับการรักษาครั้งที่ผ่านมา รวมทั้งเปรียบเทียบตนเองกับผู้ป่วยอื่นๆ ทั้งที่ป่วยเป็นโรคเดียวกัน และเจ็บป่วยโรคอื่นๆ ที่เคยพบเห็นมา หรือมารับการรักษาในช่วงเดียวกัน ซึ่งนับเป็นช่วงที่ผู้ป่วยพยายามทำความเข้าใจกับความเจ็บป่วยและการรักษาว่าขณะนี้อยู่ในสถานะใด ซึ่งช่วยในการวางแผนว่าจะต้องแก้ปัญหาอย่างไรต่อไป

2.5.1 ประเมินการที่ในตัวยหลังรับเคมีบำบัด ผู้ป่วยจะรู้สึกดีใจและรับรู้ว่าตนเองเริ่มมีอาการดีขึ้นจากการอาการต่างๆ คือ มีความรู้สึกอยากกินอาหาร รู้สึกทนกลิ่นต่างๆได้มากขึ้น และรู้สึกอ่อนเพลีย (จี้คร้าน) ลดลง

2.5.1.1 มีความรู้สึกอยากกินอาหาร หลังจากเหมีนเปื้ออาหารมาระยะหนึ่ง ผู้ป่วยจะเริ่มมีความรู้สึกหิว บางรายบอกว่าท้องร้อง โดยเฉพาะเวลากลางคืน นึกอยากกินอาหารที่ชอบ จะเริ่มกินได้ ช่วงแรกๆอาจต้องเลือกกินเฉพาะที่ชอบก่อน ระยะเวลาหลังจะกินได้มากขึ้นและจะเริ่มพยายามกินอาหารทุกอย่างที่มีประโยชน์ เพื่อบำรุงสุขภาพ ดังที่ผู้ป่วยเล่าว่า

“หลบไปอยู่บ้านอาทิตย์หา ๆ เพิ่งเริ่มกินข้าวได้มา 3-4 วันนี่แหละ มันเริ่มรู้สึกอยากกินแต่ยังไม่เต็มที่ยังมีเหมีนอยู่บ้าง ยังเบื่อหืด ๆ เหมือนคนแพ้ท้องนั่นแหละ อยากกินส้ม (ผลไม้) มากหา...น้ำกะไม่อยากกิน...”
(ป่วย อายุ 54 ปี คลินิกโรคปอด 2 สัปดาห์หลังรับ MVP ครั้งแรก 24 ก.ค. 2539)

“ไม่อยากให้มีปัญหาเรื่องอ้วก ก็เลยได้แต่นอน ทั้งวันไม่ต้องทำอะไร นอนรอเวลาที่มันจะรู้สึกอยาก คือพอถึงจุดหนึ่งนะ มันจะเริ่มอยาก อยากกินไปหมด อยากข้าวต้ม แกงส้ม อยากๆ ๆ ตอนนี้แหละจะกินได้ทุกอย่าง น้ำหนักที่ลดไป 3-4 กิโลตอนที่เรากินไม่ได้ ช่วงเวลามันประมาณ 10-14 วัน ที่กินไม่ได้ พอเรากินได้ขึ้นมา จะกินๆ ๆ ภายในเวลา 1 อาทิตย์ ก็ทำน้ำหนักได้มากกว่าที่ลดลงอีก ขึ้นมา 4-5 กิโลได้เลย ตรงนี้แหละ พอได้ยากครั้งหลังๆ ก็เลยนอนรอว่านึกอยากกินขึ้นมาวันไหน วันนั้นแหละแสดงว่าดีแล้ว...”
(หลี่ อายุ 39 ปี รอรับ MVP ครั้งที่ 5 10 ส.ค. 2539)

2.5.1.2 รู้สึกทนกลิ่นต่างๆได้มากขึ้น โดยเฉพาะกลิ่นอาหาร ทำให้สามารถกินได้มากขึ้น และสามารถบำรุงร่างกายได้เต็มที่ไม่มีอุปสรรคจากความเหมีนเปื้ออาหารเหมือนในช่วงที่ผ่านมา

“2-3 วันมานี้มันเริ่มทนกลิ่นได้มากขึ้น แทนทำไก่ต้มโคร (ตะโล้ว) ให้ กะกินได้มั้ง ไม่มาก...ที่กินได้อยู่กะกินข้าวกับสารกึ่ง (กุ้งแห้ง) ตำ ต้องเอาของใหม่ๆนะจะหอมหรือ พอดีญาติฝาก มาให้โลนึ่ง กะพอได้กิน...พวกของทอดๆ มันๆ ยังไม่ได้ ต้องกินแห้งๆ หรือไอ้โรที่ส้มๆ...”
(ลุงเท่ง อายุ 62 ปี หลังรับ MVP ครั้งที่ 2 18 ก.ย. 2539)

2.5.1.3 รู้สึกอ่อนเพลีย (จี้คร้าน) ลดลง หลังรับยาผู้ป่วย 2 รายบอกว่าสิ่งที่บอกได้ว่ามีอาการดีขึ้นหรือแข็งแรงขึ้นหลังจากมีไข้หรือหลังจากอาการข้างเคียงของยาลดลงแล้ว คือการที่อ่อนเพลียลดลง ยากลุกไปทำโน่นทำนี่ ไม่ใช่เอาแต่นอนเหมือนช่วงที่เพลียมาก ซึ่งผู้ป่วยมักจะใช้คำว่า “จี้คร้าน” เมื่อกล่าวถึงอาการอ่อนเพลีย และมักจะบอกว่า เมื่อตัวจี้คร้านหายไป แสดงว่าดีขึ้นแล้ว ดังที่ผู้ป่วยเล่าว่า

“คือจากความที่เราใช้เนื้อมะ ไม่สบายในร่างกาย บางทีเรารู้สึกว่าบอกไม่ได้ว่ามันเป็นพิษหรือ แต่ว่าพอตัวนั้นหายไปมันก็จะหายไปนั้น... นี่ยกตัวอย่างว่าจะลุกขึ้น จะลุกขึ้นไปห้องน้ำก็ขึ้นร้าน... มันเป็นเรื่องรู้สึกทางใจนี้ ไม่ใช่ถึงขั้นว่าไปไม่รอด... จริง ๆ แล้วเดินไปได้ แต่ ขึ้นร้านไป แต่ว่าถ้าว่ามันหายใช้ขึ้นมาที่ตัวก็ขึ้นร้านมันจะหมดไป... คือมันจะรู้ว่า พอเข้าไปห้องน้ำก็ไปได้ทันที เหมือนที่เราไม่หายนี้ อีไปห้องน้ำก็ขึ้นร้านไม่ไป ทำที่เตียงดีกว่า...” (หลักฐานอายุ 39 ปี ครอบ MVP ครั้งที่ 5 10 ต.ค. 2539)

2.5.2 เปรียบเทียบกับการรักษาครั้งที่ผ่านๆ มา ป่วยจะมีการเปรียบเทียบผลการรักษาปัจจุบันกับผลการรักษาที่ผ่านๆ มาโดยการประเมินผลการรักษาจากอาการที่เป็นอยู่ ซึ่งภายหลังจากได้รับยาครั้งแรก ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะยังไม่เห็นการเปลี่ยนแปลงที่ชัดเจนได้ มักจะบอกว่า “เพิ่งได้รักษา ยังใหม่อยู่” และมีการรอคอยอย่างมีความหวังว่าอาการจะดีขึ้นในการมารับยา ครั้งต่อไป หลังจากที่ได้รับการรักษาไป 2-3 เดือน คือ ได้รับยา 2-3 ครั้ง จะมีทั้งผู้ป่วยที่มีอาการดีขึ้นแล้ว และยังไม่ดีขึ้น ซึ่งการที่ผู้ป่วยจะบอกว่ามีอาการดีขึ้นหรือไม่มักจะประเมินจากอาการเจ็บป่วยทางกายที่คงอยู่หรือหมดไปแล้ว โดยจะพบใน 4 ลักษณะ คือ

2.5.2.1 ถ้าอาการที่เกิดขึ้นในระยะแรกที่เจ็บป่วยยังคงอยู่ ผู้ป่วยมักคิดว่า “การรักษาไม่ได้ผล” ต้องพยายามรักษาต่อไป มีหลายรายที่หันไปใช้วิธีการรักษาพื้นบ้านร่วมด้วย และมี 1 รายที่ได้รับการเปลี่ยนยาสูตรใหม่ ระยะนี้ผู้ป่วยมักจะมีอาการกังวล กลัวว่าจะรักษาไม่หาย คิดถึงความตาย บางรายก็หมดหวัง แต่บางรายก็ยอมรับความตายได้

2.5.2.2 ถ้าอาการที่เกิดขึ้นในระยะแรกที่เจ็บป่วยดีขึ้นบ้างแต่หลายอาการยังคงอยู่ ผู้ป่วยมักคิดว่า “การรักษาเริ่มจะได้ผล” ต้องพยายามรักษาต่อไป และหลายรายหันไปใช้วิธีการรักษาพื้นบ้านร่วมด้วย เพื่อว่าจะได้หายเร็วขึ้น ผู้ป่วยบางรายก็ยังมีหวัง บางรายก็เป็นห่วงกังวลมาก และเริ่มท้อแท้

2.5.2.3 ถ้าอาการที่เกิดขึ้นในระยะแรกที่เจ็บป่วยหายไป เช่น ไอลดลง ไม่มีไอเป็นเลือดแล้ว แน่นหน้าอกลดลง ไม่ต้องถูกเจาะปอดแล้ว เดินได้ไกลขึ้น ไม่หอบเหนื่อยแล้ว หายจากอาการเสียงแหบ เดินเซ ปวดศีรษะ หรือบวมลดลงแล้ว แสดงว่า “ดีขึ้น เหมือนยกภูเขาออกจากอก” ผู้ป่วยมีกำลังใจที่จะมารับการรักษาต่อไป และตั้งใจจะไปตามแพทย์นัดตลอด จะอดทนจนถึงที่สุด แม้ว่าจะได้รับความทุกข์ทรมานอย่างมากจากอาการข้างเคียงของเคมีบำบัดก็ตาม

2.5.2.4 ถ้าอาการที่เกิดขึ้นในระยะแรกที่เจ็บป่วยหายไป สามารถไปไหนมาไหนได้ และทำงานที่ไม่หนักมากได้ เช่น ไปดูแลสวน ผู้ป่วยมักจะคิดว่า “หายแล้ว” ซึ่งพบว่าผู้ป่วยบางรายที่คิดว่าหายแล้วก็จะเริ่มหยุดการรักษา จากการศึกษาพบว่าผู้ป่วย 1 รายคือลุงปลื้มที่หยุดมารับการรักษาไปประมาณ 2 เดือนและกลับมารับการรักษาใหม่เพราะมีอาการไอและเหนื่อยง่ายขึ้นมาอีก ก่อนหายไปผู้ป่วยรายนี้ยืนยันว่าตนเองหายแล้วเพราะอาการไอเป็นเลือดที่เป็นอยู่หายไปแล้ว บอกว่าครั้งนี้ที่

เป็นปัญหาเป็นเพราะมีโรคแทรกซ้อนใหม่ขึ้นมา ผู้ป่วยมีความเชื่อว่าโรคที่เป็นนี้ทำให้เกิดโรคแทรกซ้อนได้ง่าย โดยบอกว่าเคยเห็นเพื่อนบ้านหลายรายตายไปเพราะโรคแทรกซ้อน ส่วนผู้ป่วยอื่นๆที่มีความเข้าใจในภาวะของโรคก็พยายามมารับการรักษาอย่างต่อเนื่อง โดยหวังว่าจะได้มีชีวิตที่ยืนยาวต่อไป

นอกจากนี้ผู้ป่วยส่วนใหญ่ยังเปรียบเทียบอาการต่างๆกับอาการเคยเกิดขึ้นในการรักษาครั้งที่ผ่านๆมา และจะรู้สึกดีใจที่มีอาการน้อยกว่าเดิม คิดว่าเป็นเพราะร่างกายเริ่มเคยชินกับยาแล้ว หรือเป็นเพราะรู้แล้วว่าต้องปฏิบัติตนอย่างไร ทำให้แก้ปัญหาได้ดีขึ้น แต่ถ้ามีอาการมากกว่าครั้งก่อนผู้ป่วยมักจะกังวล คิดว่าโรคอาจลุกลามมากขึ้น ซึ่งพบว่าผู้ป่วยมักจะปลอบใจตัวเอง และหวังว่าหลังจากได้พักฟื้นแล้วก็จะดีขึ้น และมักจะพยายามหาวิธีการบำรุงรักษาสุขภาพเพื่อให้ร่างกายแข็งแรงขึ้น แต่ก็พบว่าผู้ป่วยบางรายก็ปรับตัวไม่ได้ มีความรู้สึกท้อแท้ที่ตนเองไม่แข็งแรง สูญเสียภาพลักษณ์ที่ผอมแห้ง และผมร่วงมาก และรู้สึกหมดหวังที่ตั้งแต่รักษามาถึงตอนนี้อาการยังไม่ดีขึ้น

2.5.3 เปรียบเทียบตนเองกับผู้ป่วยอื่น ผู้ป่วยมักมีการเปรียบเทียบกับการรักษาของผู้ป่วยอื่นๆ และมักจะดีใจที่ตนเองยังมีอาการดีและแข็งแรงเหมือนกับเพื่อนผู้ป่วยคนอื่นๆ หรือแข็งแรงกว่าผู้ป่วยอีกหลายคน ซึ่งบราวน์ (Brown, 1989 : 97-105) กล่าวว่าทางหนึ่งที่ทำให้ผู้ป่วยมีความหวังคือเมื่อผู้ป่วยยังรู้สึกว่าตนเองยังดีกว่าคนอื่นๆ แต่ในขณะที่เดียวกันพบว่าผู้ป่วยมักจะรู้สึกกลัว และกังวลว่าจะมีอาการรุนแรงและเสียชีวิต เหมือนเพื่อนผู้ป่วยที่มารับการรักษาพร้อมกันแต่เสียชีวิตไปแล้ว ซึ่งพบว่าผู้ป่วยมักมีการเปรียบเทียบตนเองกับผู้ป่วยทั้งที่เป็นโรคนิคมเดียวกัน และโรคอื่นๆ แต่ให้ความหมายและความรุนแรงของโรคและการรักษาไปในลักษณะเดียวกัน เช่น เปรียบเทียบและคิดว่าตนเองอาจมีอาการเหมือนกับเพื่อนบ้านที่ป่วยเป็นโรคเลือด หรือเนื้องอกในสมอง ที่ได้รับยาแล้วมีอาการผอมแห้ง ผอมแห้งมาก จนเสียชีวิต ดังที่ผู้ป่วยเล่าว่า

“เห็นคนไข้ที่หนักกว่าเราแล้ว คิดว่าอนาคตเราก็อาจจะแบบนี้ก็ได้...ข้างหน้าใครจะไปรู้ เหนอ... ตอนนี้เราอาจจะยังไม่เป็นอะไรมาก แต่อนาคตใครจะไปรู้เหนอ... ถ้าไม่ดีขึ้น เจอสภาพแบบนี้แล้วแน่...”

(สาว อายุ 42 ปี รอรับ VP ครั้งที่ 3 14 ส.ค. 2539)

“ที่เบอะข้างหลังเรานี้ เติงสุด โนน แกมรักษาอยู่ แกเป็นโรครู้สึกจะคล้าย ๆ ผมอยู่เหมือนกันพอเข็มที่ 6 นั้น หมอบอกว่าคุณปลอดภัยแล้ว แต่ต่อมาผมเห็นแกนอนอยู่ ผมตกใจเหมือนกันว่า มันเป็นอย่างไรขึ้นมา หล่าว คือว่าเข็มที่ 6 ที่แกถึคนั้นแหละพอมานถึเข็มที่ 7 นะหมอกก็ถ่ายเช็ท ถ่ายเอ็กซ์เรย์แล้ว ไพรแล้ว ถามแก แกว่ามันหนักแล้ว หมอบอกว่าคุณ ไม่ต้องถึคยาแล้วปกติแล้ว... อีก 2 เดือนค่อยมาพบหมอกอีกครั้ง... นี้ไม่รู้ถึ 2 เดือนหม้าย เห็นแกมานอนอยู่แล้วถ่าว ผมตกใจเลยเห็นแกแรกว (เมื่อวาน) ว่าไชรวิ๊วะ (ทำไม)... ผมจำแกได้มารักษาพร้อมกัน ถึคยาถึค ไพรพร้อมกัน จากเริ่มต้นรักษาปีหนึ่งพอดิแกวว่า ใช้เวลา

ปีหนึ่ง...เมื่อก่อนแกก็กินยาต้มยาไทรอยู่กัน ถึงพอมานเห็นสภาพแถมก็ว่าไม่เบาเหมือนกัน เพราะเห็นคน มาเขียนมาไทรแกก็ยกขึ้นไม่ค่อยรอด แขนอนอยู่พันนั้นตลอดตั้งแต่เช้า...ผมก็ใจไม่ดีเหมือนกัน...”

(หนี่ อายุ 39 ปี รอรับ MVP ครั้งที่ 5 10 ส.ค. 2539)

2.6 เจรจาต่อรอง

ผู้ป่วยหลายรายมีการเจรจากับแพทย์และพยาบาลเพื่อให้ได้รับการบริการที่ตรงกับปัญหา และความต้องการของตน จากการศึกษาพบว่าก่อนการรับยาผู้ป่วยมักจะต่อรองขอยาแก้ไอเจียนชนิด ใหม่ ขอไม่ใช่ยาแก้ไอเจียนที่ทำให้แพ้ ขอหยุดรับยาชั่วคราวเมื่อแพ้ยามากจนทนไม่ไหว ขอยา รักษาชนิดใหม่เมื่อการรักษาสูตรเดิมไม่ได้ผล ขอกลับไปรักษาที่โรงพยาบาลใกล้บ้าน หรือโรงพยาบาลเอกชนเพื่อความสะดวกเรื่องการเดินทาง ขอไม่เอาอาหารของโรงพยาบาลขอห้องพิเศษเพื่อการหลีกเลี่ยงกลิ่นต่างๆ และขอให้มีญาติเฝ้าเพื่อช่วยเหลือและเป็นกำลังใจ

2.6.1 ขอรับยาไปให้ที่โรงพยาบาลใกล้บ้าน ผู้ป่วย 3 รายขอรับยาไปให้ที่โรงพยาบาลใกล้บ้าน เพื่อความสะดวกในการเฝ้าของญาติ หรือการจัดการเรื่องอาหารการกินต่างๆ และบอกว่า สามารถขอห้องพิเศษได้แน่นอน ซึ่งช่วยให้ควบคุมกลิ่นได้ดีขึ้น ไม่ต้องนอนโดดเดี่ยวอยู่คนเดียว เพราะญาติมีโอกาสได้เฝ้าดูแลอย่างใกล้ชิด โดยเฉพาะในช่วงที่มีอาการแพ้ยามาก ทำให้เกิดความ สะดวกและอบอุ่นใจมากขึ้น ดังที่ผู้ป่วยเล่าว่า

“ต่อไปถ้าต้องให้ยาตัวนี้แล้ว จะไปปรึกษาหมอที่โรงบาลที่บ้าน ถ้าหมอเขารับปาก เราจะขอหมอที่เฝ้า ยาไปให้ที่โน่น... จะได้สะดวกหว่า ขอห้องพิเศษกะง่าย...”

(หนี่ อายุ 39 ปี ได้รับการใส่ท่อระบายทรวงอก หลังรับ MVP ครั้งที่ 5 25 ส.ค.2539)

“ผมต้องมาตรวจและเบิกยาที่นี่แล้วขอหมอไปนอนให้ยาที่โน่น (รพ.เอกชน) เพราะที่นี่ไม่เคยมี เติง...เคยต้องกลับไปรอเตียงที่บ้าน เดินทางลำบาก เลยตัดสินใจไปรับยาที่โน่น จะได้แน่นอน ไม่ต้อง รอ...”

(ฮาโก อายุ 51 ปี รอรับ CE ครั้งที่ 5 ไปให้ที่โรงพยาบาลเอกชน 7 ส.ค. 2539)

พบว่าผู้ป่วยบางรายพยายามวางแผนเพื่อให้มีความสะดวกสบายมากที่สุด มีความทุกข์ ทรมานน้อยที่สุดจากการรับเคมีบำบัด โดยจะเตรียมเงินไว้และเจรจาท่อนองให้แพทย์ช่วยจัดการให้ สามารถเบิกยาไปให้ที่โรงพยาบาลใกล้บ้านได้อย่างต่อเนื่อง หลังจากที่ผู้ป่วยเคยได้รับยาไปให้ที่โรง พยาบาลใกล้บ้าน 2 ครั้งแล้วมีความรู้สึกว่ารับยาที่บ้านสะดวกกว่าในหลายๆเรื่อง เช่น สามารถขอ ห้องพิเศษได้ทุกครั้ง ทำให้ควบคุมกลิ่นต่างๆ ได้ดีขึ้น และญาติได้มีโอกาสเฝ้าอย่างใกล้ชิดตลอด เวลา ดังที่ผู้ป่วยเล่าว่า

“มันมีปัญหาอยู่ข้อหนึ่งถ้าเราซื้อยาไปให้ที่บ้านนี้ เขาจะให้จ่ายเงินสด ถ้าจ่ายเงินสดยาตัวนี้เกือบ 5 พัน เคยจ่ายไปแล้ว 2 ครั้ง คือต้องมีเบี่ย 5 พัน (ประมาณ 4,600 บาท) มันมีปัญหาตรงนั้นอยู่นิดหนึ่ง ถ้าว่าเราหาเงินไม่ทันไหนพินั้นแหละ บางทีไม่รู้จะทำหรือ ผมคิดว่าเราแก้ปัญหาด้วยการหาเงินมาสัก 4-5 พัน จากญาติพี่น้อง ยิ่งดีกว่าต้องมานอนที่โรงพยาบาล...”

(หลี่ อายุ 39 ปี รอรับ MVP ครั้งที่ 5 10 ต.ค.2539)

2.6.2 ขอเลื่อนรับยา ในช่วงที่ร่างกายยังไม่แข็งแรง จากการที่มีอาการแพ้ยารุนแรงและยาวนาน จากการได้รับยาก่อน มีผู้ป่วย 1 รายคิดว่าคงจะทนกับการแพ้ยาไม่ไหว จึงได้ขอให้แพทย์เลื่อนวันที่จะให้ยาออกไป และขอยาและวิตามินต่างๆกลับไปบำรุงร่างกายให้แข็งแรงกว่านี้ ดังที่ผู้ป่วยเล่าว่า

“หนหน้าถ้าต้องรับยาล่าช้าจะต้องทนให้ได้เพราะมันจำเป็น ป่วยแล้วจะจัดการกันไป ถ้า แพ้นานแรงจะค่อยไปหาหมอที่คลินิกเอา หรือถ้าไม่ไหวจริงๆผมจะค่อยขอหมอเลื่อนรับยาล่าช้า... หนก่อนที่แพ้หลายวันผมมาตรวจแล้ว ยังเพี้ยจิงเหลย เลยขอหมอ หมอจะให้ยาบำรุงไปกิน ได้หยุดรับยาไปหนหนึ่ง ได้พักเกือบ 2 เดือนบายขึ้นครัน ...”

(ลุงเพิ่ม อายุ 62 ปี หลังรับ CE ครั้งที่ 4 26 ก.ค. 2539)

2.6.3 ขอตีโมตัวใหม่ มีผู้ป่วย 1 ราย ที่บอกว่าขอให้แพทย์พิจารณาเคมีบำบัดชนิดใหม่ที่ช่วยให้รักษาโรคได้หลังจากที่ใช้ยาสูตรเดิมไม่ได้ผล และ 2 รายที่ถามแพทย์ว่ามียาชนิดใหม่ที่ทำให้แพ้ น้อยลงบ้างหรือไม่ เนื่องจากไม่อยากจะทนทุกข์ทรมานจากการแพ้ยา ดังที่ผู้ป่วยเล่าว่า

“ครั้งแรกหมอไม่นับเพราะไม่ได้ผล เลยขอให้หมอช่วยรักษาให้เต็มที่ หมอเลยเริ่มให้ตีโมตัวใหม่ ให้ครั้งที่ 2 ถึงได้ยุบบวม นับครั้งที่ 2 เป็น 1 ใหม่ ตอนนี่ก็เป็นครั้งที่ 3 ของยาสูตรนี้ ก็ดีขึ้นบ้าง...”

(สาว อายุ 42 ปี หลังรับ VP ครั้งที่ 3 13 ต.ค. 2539)

“ดูถามหมอมว่ามียาที่ทำให้แพ้ น้อยกว่านี้มั้งหม้าย ให้ช่วยกัน... ทนไม่ไหวแล้ว แพ้มากพินนี้ ไม่พินกันพอดี...”

(ลุงเพิ่ม อายุ 62 ปี วันที่ 2 หลังรับ CE ครั้งที่ 4 24 ก.ค. 2539)

2.6.4 ขอเปลี่ยนยาแก้แพ้ มีผู้ป่วย 2 ราย ไม่ขอฉีดยาทำให้เพื่อป้องกันอาการคลื่นไส้ อาเจียน ที่ฉีดแล้วทำให้มีอาการร้อนวูบวาบ ขมคอ คลื่นไส้ ได้ขอให้แพทย์เปลี่ยนเป็นยาชนิดอื่นแทน ซึ่งมักจะได้รับยาชนิดกินแทน ดังที่ผู้ป่วยเล่าว่า

“บอกหมอมว่าไม่เอาแล้วยากันรอก (อาเจียน) ที่ฉีดนั้น เอายามีคตีหว่า ขนาดฉีด 2 เข็มแล้วยังรอกเหลย ร้อนหงุดหงิด กัน เหมือนอิคุมสติไม่ค่อยได้ หนก่อนได้กินยามีคพอสูได้ มันกะอ้วกเหมือนเดิม

ธรรมดาแน่นแหละพอ ยาเข้าไปแล้ว มันต้องอึดอยู่แล้ว เอายากินแล้วบายตัวหว่า ไม่ต้องร้อน เท่าแต่ อึด..." (ลุงป้อม อายุ 61 ปี หลังรับ MVP ครั้งที่ 2 17 ก.ค. 2539)

2.6.5 ขอยาแก้แพ้ที่ดี

ผู้ป่วยทุกรายอยากให้ตนเองมีอาการแพ้ น้อยกว่าครั้งที่ผ่านๆมา แต่ในจำนวนผู้ป่วย 9 รายที่มีอาการข้างเคียงของยาที่รุนแรง พบว่ามีเพียง 3 รายที่ขอให้แพทย์พิจารณายาแก้แพ้ที่อื่นที่มีประสิทธิภาพมากกว่าที่ผ่านๆมา โดยบอกว่า "กลัวร่างกายจะทนไม่ไหว" โดยเฉพาะในช่วงที่ร่างกายไม่แข็งแรงจากภาวะของโรค หรือจากการที่มีอาการแพ้ที่ยาวนาน ดังที่ผู้ป่วยเล่าว่า

"ก่อนได้ยา ถ้าร่างกายผมแข็งแรงกว่านี้ ผมไม่กลัวหรอกแพ้ยา เพราะเรารู้แล้วว่าเกิดอะไรขึ้นบ้าง... แต่ที่ร่างกายมันไม่พร้อม มันไม่แข็งแรงเหมือนครั้งก่อน ๆ ...หลังได้ยาไม่รู้จะทรุดถึงไหน...ผมบอกหมอแล้วว่าเห็นมากคงไม่ไหว... เขาเลยเปลี่ยนยาแก้แพ้ตัวใหม่ให้แล้ว..."

(หลี่ อายุ 39 ปี รอรับ MVP ครั้งที่ 5 10 ส.ค.2539)

2.6.6 ขอห้องพิเศษ ผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับเคมีบำบัดส่วนใหญ่มักเบื่อกำรักษาได้ และมีปัญหาคำรักษาพยาบาลค่อนข้างน้อย ทำให้ทุกรายมีการจองห้องพิเศษไว้ เพื่อความสะดวกสบายในการมารับยา สามารถหลีกเลี่ยงสิ่งกระตุ้นต่างๆได้ดีกว่า และญาติสามารถคอยดูแลได้อย่างใกล้ชิด ดังที่ผู้ป่วยเล่าว่า

"น้องสาวไปจองห้องพิเศษไว้แล้ว ถ้าได้อยู่ห้องพิเศษกะดี..."

(เป่าหนู อายุ 54 ปี มารับ MVP ครั้งที่ 2 16 ส.ค. 2539)

"อยากได้ห้องพิเศษจัง ขอเขาไว้แล้ว... ก่อนรับยาไม่แข็งแรง หลังรับยาไม่รู้เป็นพันหรือ ที่นี้กลิ่นแรงนอนกะไม่หลับ..."

(หลี่ อายุ 39 ปี รอรับ MVP ครั้งที่ 5 10 ส.ค.2539)

2.6.7 ขอให้ญาติเฝ้า ผู้ป่วยมักจะทราบแล้วว่าสถานพยาบาลที่มารับการรักษาไม่อนุญาตให้ญาติเฝ้าในช่วงกลางคืน ให้เยี่ยมได้ตามเวลา และมีการยืดหยุ่นเวลาเยี่ยมได้บ้าง แต่ก็มีผู้ป่วย 2 รายที่ขอให้ญาติเฝ้าในช่วงที่ร่างกายไม่แข็งแรง ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้เต็มที่ โดยสาวบอกว่า "เพื่อความอบอุ่นใจ" หรือหลี่บอกว่า "ถ้าร่างกายแข็งแรงคือผมก็ไม่ขอเขาหรอก"

2.6.8 ขอไม่รับอาหารของโรงพยาบาล ช่วงที่อยู่โรงพยาบาลผู้ป่วยทุกรายที่ศึกษาไม่กินอาหารที่โรงพยาบาลจัดให้ จะกินเพียงน้ำอุ่น ผลไม้และอาหารที่ญาติเตรียมมาให้ โดยบอกว่าอาหารของ

โรงพยาบาลมีกลิ่นเฉพาะที่ทำให้เกิดอาการคลื่นไส้ และกระตุ้นให้อาเจียนตั้งแต่ได้รับยาครั้งแรก และยังมีอาการรุนแรงขึ้นในการมารับยาครั้งต่อๆมา ดังที่ผู้ป่วยเล่าว่า

“ของโรงพยาบาลผมกินไม่ได้เลย ให้เขายกถาดไปเลย กลิ่นมันแรง กินไม่ลง...วันหลังผมบอกเขาว่าไม่เอาแล้วของโรงพยาบาลเสียของเปล่าๆ... นี่ที่กินได้อยู่กะเป็นของที่แฟนกับญาติช่วยกันหามาให้กิน กะพอกินได้มัน...”
(หลี่ อายุ 39 ปี รอรับ MVP ครั้งที่ 5 10 ต.ค.2539)

2.6.9 ขอกลับบ้านเร็วๆ เมื่อได้รับยาเสร็จผู้ป่วยมักขอให้แพทย์อนุญาตให้กลับบ้านโดยเร็วที่สุดเท่าที่จะทำ ซึ่งผู้ป่วยทุกรายให้เหตุผลว่าเพื่อหลีกเลี่ยงกลิ่น ทำให้มีความสะดวกในการเลือกอาหารที่ชอบรับประทาน เป็นสถานที่ที่สามารถทำทุกอย่างได้อย่างสะดวก เพราะเป็นบ้านของตัวเอง มีญาติพี่น้อง เพื่อนบ้านมาเยี่ยมเยียน และคอยช่วยเหลือมากมาย ทำให้อบอุ่นใจ ไม่รู้สึกโดดเดี่ยว ไม่คุ้นเคย เหมือนอยู่โรงพยาบาล ดังที่ผู้ป่วยเล่าว่า

“ขอหมอกลับบ้านเร็วๆ พอกลับไปบ้านได้เลือกกิน เหมือนโรงบาลนี้เขาทำไรมาเราก็ต้องกินนั้น ถ้ากินไม่ได้เราก็ไม่กินไปเลยถ้าที่บ้าน ของนี้เรากินไม่ได้ลูก กินไม่ได้ลูกเขาก็ไปหาใหม่มาให้ ทำให้เรากินได้มัน 2-3 คำ...ถ้าอ้วกมาก ๆ กินไม่ได้เลยพอกลับไปบ้านนี่กินได้ ที่บ้านได้ออกไปเดินในทุ่งนา ในสวน ไปเดินสักพักก็หลบมากินข้าวได้...อยู่โรงพยาบาลอยู่แต่ในห้อง ทำให้ไม่อยากใคร...”
(ป้าเล็ก อายุ 51 ปี หลังรับ MVP ครั้งที่ 3 27 ก.ค. 2539)

และบอกว่าที่โรงพยาบาลไม่สามารถควบคุมกลิ่นต่างๆได้ ไม่สามารถเลือกกินอาหารที่ชอบได้เลย โดยเฉพาะในรายที่เป็นผู้ป่วยอิสลาม ซึ่งพบว่าที่โรงพยาบาลมีร้านอาหารอิสลามขายอยู่เพียงร้านเดียว นอกจากนี้ยังบอกว่ามีเสียงดังมาก ไม่เหมือนที่บ้าน ไม่สะดวกมาอยู่แล้วทำให้ห้องผูก ถ้ายังไม่ออก ต้องมาอยู่คนเดียวทำให้รู้สึกหงา โดดเดี่ยว ทำให้คิดมาก และหมกมุ่นอยู่กับความเจ็บป่วยมากขึ้น ดังที่ผู้ป่วยเล่าว่า

“ถ้าไม่มีอะไร จะขอหมอกลับบ้านเลย ถ้าให้ได้อยู่ที่นี่ ผมจะทรุดทวนเค็มล่าวพระอาหารกินไม่ได้เลยนี้... คืออยู่ที่บ้านอย่างน้อย ๆ นี้ เราจะป้องกันได้ในเรื่องของกลิ่นคาวอาหาร แทนที่จะว่าเราอาเจียน 10 ครั้ง คือ มันอาจจะเหลือ 2 ครั้ง ถึงสภาพพื้นที่ถ้าเราอาเจียนมากนี้ ไม่ไหว... ถ้ากลับไปอยู่บ้านเราจะได้นำร่างกายได้ดีกว่า อาหารการกินก็จัดหาสะดวก... อีกล่างนี่กลิ่นที่มารบกวนนี้เราควบคุมได้ ไม่ให้มันกลิ่นมากกระตุ้นให้อ้วก คงกินได้เร็วขึ้น... ถ้าอยู่โรงพยาบาลผมไม่รู้จะนำร่องหรือ ของโรงบาลก็กินไม่ได้ ยิ่งได้ยั้งกินอะไรไม่ได้เลย เหมือนไปหมด...” (หลี่ อายุ 39 ปี หลังรับ MVP ครั้งที่ 5 12 ต.ค. 2539)

“เมื่อหน้าย่มากเลย กลัวด้วย ที่โรงพยาบาลสิ่งแวดล้อมมันไม่น่าดู หลงๆ แล้วกลางคืนต้องอยู่คนเดียวด้วย... กลัวการอยู่คนเดียวตอนกลางคืน ถ้าอยู่บ้านเรามีพ่อแม่ที่น้อง นี่ต้องมาอยู่คนเดียว...รู้สึกโดดเดี่ยวขาดที่พึ่ง...คิดไปต่างๆ นานา...กลัว... ถ้ายังไม่ให้ยายยังบอกหมอละว่าขอลากลับบ้านก่อน อยู่ที่นี่มันเหงา...ว่าแห้วจะตาย... กลางคืนหน่ะ เหงา โอ๊ย! คิดถึงบ้านจะตาย... เวลามาโรงพยาบาลแล้วยอมรับเลยว่าเดี๋ยวนี้กลัว...เมื่อก่อนยังเฉยๆ เดี่ยวนี้กลัว... มาแล้วมาสัมผัสกับสิ่งแปลกๆ แบบนี้ กลัว...”

(สาว อายุ 42 ปี รอรับ VP ครั้งที่ 3 13 ต.ค. 2539)

2.6.10 ขอยากลับบ้าน

ผู้ป่วยมักจะขอยาที่จำเป็น เช่น ยาแก้ไอ เจ็บ แก้วไอ วิตามิน และยาบำรุงร่างกายต่างๆ กลับไปใช้ที่บ้าน และรู้สึกพอใจ สบายใจที่ได้รับยากลับบ้าน ดังที่ผู้ป่วยเล่าว่า

“ขอเข้าป่าจะกลับได้แล้ว เหลือแต่ไอนี้ ค่อยขอยาแก้ไอหมอบไปกิน ป่าไม่หอม (ไม่เคย) ซื่อยากินเองถูกเทอ.. เดี่ยวมันซัดกับยาหมอบ...” (ป่าหนู อายุ 54 ปี รอกลับบ้านหลังรับ MVP ครั้งที่ 2 18 ต.ค. 2539)

2.7 ปรับปรุงสภาพลักษณะ

ผู้ป่วยชายที่มีปัญหาผมร่วงมาก 3 รายมักจะสวมหมวกในช่วงที่ออกจากบ้าน เข้าสังคมต่างๆ หรือมาตรวจรักษา เพื่อเป็นการเสริมสภาพลักษณะ เพิ่มความมั่นใจในตนเองขณะเจ็บป่วย ในผู้ป่วยหญิงที่ยังอยู่ในวัยผู้ใหญ่จะช่วยหลีกเลี่ยงสายตาของผู้คนรอบข้างที่จะมาทำให้รู้สึกเสีร่าหมอง มักจะใส่ผมปลอม ใส่เสื้อแขนยาวและกางเกงขายาวเมื่อต้องออกจากบ้าน ซึ่งผู้ป่วยชายจะมีความรู้สึกต่อความสวยงามน้อยกว่าผู้ป่วยหญิง และพบว่าผู้ป่วยที่เป็นผู้สูงอายุมักจะบอกว่าแก่แล้ว ไม่เป็นไร ดังที่ผู้ป่วยเล่าว่า

“ผมร่วงนี้เป็นตั้งแต่หนแรก ผมกะใส่หมวกบังไว้มั้ง อย่าให้โจ่งแจ่งแรง...หลังได้ยาหนที่ผมแพ้นาน แล้วขอเลื่อนให้ยา เว้นไปตั้งเดือนครึ่ง... ผมกะงอกใหม่ พอแลเห็นว่างอก...พอรับยาหนหลังกะหล่นหมดแล้วไม่พริ้อ...” (ลุงเพิ่ม อายุ 62 ปี คลินิกโรคปอดหลังรับ CE ครั้งที่ 5 21 ต.ค. 2539)

“ผมร่วงหมด มันเคยร่วงหมดตอนได้ยาครั้งก่อน พอผมหายไป 6 เดือน (หยุดรักษาไปเพราะเงินหมด) มันก็งอกมาใหม่เหมือนเดิม...พอให้ยารอบนี้ก็ร่วงใหม่ งอกมาสั้นเล็กๆ ขาวๆ ก็เลยใส่หมวกไว้ ไม่เป็นไร...” (อาโก อายุ 51 ปี คลินิกโรคปอด 2 สัปดาห์หลังรับ CE ครั้งที่ 4 24 ก.ค. 2539)

นอกจากนี้ยังพบว่าปัญหาเล็บหรือเส้นเลือดมีสีดำ ซาตามปลายมือปลายเท้า หรือหูอื้อ เป็นสิ่งที่ผู้ป่วยไม่ค่อยกังวลและไม่ได้พยายามแก้ปัญหาแต่อย่างใด เนื่องจากบอกว่าเป็นสิ่งที่ไม่เจ็บปวดไม่รุนแรง ผู้ป่วยคิดว่าไม่ต้องทำอะไร นานๆ ไปคงดีขึ้นเอง

2.8 ยึดถือปฏิบัติตามความเชื่อและหลักศาสนา

ในช่วงที่เจ็บป่วยผู้ป่วยมักจะยึดถือปฏิบัติใน 2 เรื่องใหญ่ๆ คือ การพยายามหลีกเลี่ยงของแสดงเพื่อให้มีโอกาสหายจากโรค ซึ่งข้อห้ามที่เด่นชัดที่ผู้ป่วยทุกรายกล่าวถึงคือเรื่องอาหารการกิน และการยึดถือปฏิบัติตามความเชื่อทางศาสนา เพื่อความสบายใจ รู้สึกมีที่พึ่งทางใจ ดังรายละเอียดต่อไปนี้

2.8.1 หลีกเลี่ยงของแสดง ผู้ป่วยทุกรายปฏิบัติตามความเชื่อพื้นบ้าน โดยการหลีกเลี่ยงของแสดง เพื่อเพิ่มความมั่นใจในการต่อสู้กับความเจ็บป่วย โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อการหายจากโรค ซึ่งในแต่ละท้องที่จะมีความเชื่อต่างๆที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพมากมาย ซึ่งความเชื่อต่างๆ เหล่านี้ นับเป็นภูมิปัญญาชาวบ้านที่มีการนับถือปฏิบัติสืบทอดกันต่อๆมา ดังที่ผู้ป่วยเล่าว่า

“คนไข้แบบผมนี้เป็นกันมาก แถว ๆ บ้านยังตั้ง 2-3 คน ยังอยู่คนนึงแกกินทุกอย่างกินของ แผลงไปกินอาหารไม่ได้อยู่เท่าแต่บ้าน ไปไหนไม่รอด ที่ตายไปแล้วกะหลายคน..”

(ลุงปลื้ม อายุ 61 ปี คลินิกโรคปอด 2 สัปดาห์หลังรับ MVP ครั้งที่ 2 4 ก.ย.2539)

พบว่าในแต่ละท้องที่ ที่มีเชื้อชาติ ศาสนา ระดับการศึกษาและลักษณะสังคมเมืองหรือชนบทที่แตกต่างกันจะมีความเชื่อในเรื่องข้อห้ามและข้อควรปฏิบัติทั้งที่เหมือน คล้ายคลึง หรือแตกต่างกัน ดังเช่น บางคนจะไม่กินน้ำมะพร้าวในช่วงที่ได้รับเคมีบำบัดเพราะจะทำให้ยาเจือจาง หรือ บางคนไม่กินเนื้อวัว หรือไก่ บอกว่าจะแสดงต่อโรค ทำให้แผลเปื่อย หรือโรคลุกลาม ดังที่ผู้ป่วยเล่าว่า

“น้ำพรวานี้หมอบ้านเข่าทำไห้ขาดรางมั่งไหร่มั่ง เคี้ยววิไม่หาย ลุงเลยไม่กิน หมอคนที่เขาเข้าใจเรื่องสมุนไพรแถวบ้าน เขาแนะนำว่าเป็นโรคนี้อย่ากิน... ถึงไอ้นี้แหละ หมออยากถามทีดึ่งว่าเขาแนะนำว่าเนื้อนี้ เนื้อวัวนี้ หมอบ้านว่าแผลง (แสดง) กินไม่ได้ หมอกะไม่กินไปเลย แต่เนื้อเอนผมกินทุกอย่าง ผมไม่กล้าถามหมอ...” (ลุงเทิ้ม อายุ 62 ปี คลินิกโรคปอด 2 สัปดาห์หลังรับ CE ครั้งที่ 5 21 ส.ค. 2539)

“ช่วงที่ป่วยนี้ไม่กินอาหารทะเล เนื้อวัว เนื้อไก่ นี้ไม่กิน...อาหารทะเลกินแล้วมันจะแน่นหน้าอก งดไปเลยลุง...เนื้อนี้เข่าว่ามันแสดงกับโรคของลุงนี้ มันกะเป็นแผลนั่นแหละแต่เป็นแผลข้างใน ถ้ากินของแผลงเข้าไปเคี้ยวมันจะเปื่อยลุกลาม เลยกินแต่หมูกับปลาน้ำจืด แล้วกะพัก ผลไม้...”

(ลุงปลื้ม อายุ 61 ปี รอรับ MVP ครั้งที่ 3 18 ก.ย. 2539)

จะเห็นได้ว่าความเชื่อเกี่ยวกับอาหารแสดงเป็นความเชื่อที่มีอยู่ในทุกสังคมวัฒนธรรม ซึ่งถือเป็นแบบแผนการปฏิบัติเฉพาะในวัฒนธรรมหนึ่งๆ ข้อห้ามต่างๆเป็นสิ่งที่จะต้องทำตามอย่างเคร่งครัด และเชื่อว่าถ้าผู้ใดขัดขึ้นก็ต้องประสบเคราะห์กรรม หรือเกิดการอัปโชค อันเป็นผลมาจาก

อำนาจลึกลับ (ทิพย์ญาณและคณะ, 2539 : 14) อาจเป็นผลมาจากการที่สังคมนั้นมีความเชื่อว่่าถึงเหนือธรรมชาติ เป็นสาเหตุหนึ่งของความเจ็บป่วย

2.8.2 การยึดถือปฏิบัติตามหลักศาสนา ผู้ป่วยมะเร็งที่ศึกษามีการทำบุญ ตักบาตร ให้ทาน ไปวัด สวดมนต์ ไหว้พระ นั่งสมาธิ สวดอ้อนวอนพระเจ้าเพื่อความสบายใจ โดยที่พบว่าผู้ป่วยที่นับถือศาสนาพุทธและอิสลามจะมีการปฏิบัติตามความเชื่อที่สอดคล้องกับศาสนาของตน แต่ก็เป็นไปในทางเดียวกัน คือ การไม่ทำความชั่ว ทำแต่ความดี และทำจิตใจให้บริสุทธิ์ เพื่อจะได้หายป่วยหรือมีความสบายใจขึ้น

ผู้ป่วยที่นับถือศาสนาพุทธจะมีการสวดมนต์ ไหว้พระก่อนนอน ขอพรพระเจ้าให้หายเร็วๆ ทำสมาธิให้จิตใจสงบ 15-30 นาทีก่อนนอน ช่วยให้ออนหลับได้ดีขึ้น ทำบุญตักบาตรตอนเช้า และไปวัดในวันสำคัญทางศาสนา หรือถ้าไปเองไม่ไหวมักจะฝากเงินทำบุญหรือซื้อของฝากไปทำบุญ ดังที่ผู้ป่วยเล่าว่า

“ก่อนนอนกะสวดมนต์มั่ง ทำประจำอยู่แล้ว... กะไม่ได้ขอใคร ไหว้พระให้ใจสงบ บายใจ... บางคืนนั่งง่วงๆ กะไม่ทำ ไม่ได้เคร่งครัดใคร แต่ส่วนมากจะทำ ได้หลับบาย...”

(ลูกเพิ่ม อายุ 62 ปี รอรับยา ครั้งที่ 5 21 ต.ค. 2539)

“ที่บ้านก่อนนอนผมกะสวดมนต์ไหว้พระ นั่งสมาธิภาวนาทุกคืน ทำเหมือนตอนที่บวช คือนั่งกะครึ่งชั่วโมง บางทีกะชั่วโมงหนึ่งทำให้สบายใจ ความคิดไม่ฟุ้งซ่านหลับดี ทำแล้วกะนอนหลับดีขึ้น....”

(ลูกปลื้ม อายุ 61 ปี หลังรับ MVP ครั้งที่ 2 19 ก.ย. 2539)

ส่วนผู้ที่นับถือศาสนาอิสลามจะทำละหมาดวันละ 5 ครั้งตามเวลา หรือถ้าถูกทำไม่ไหวจะนอนสวดขอพรจากพระเจ้าเพื่อให้หายจากความเจ็บป่วย ดังที่ผู้ป่วยเล่าว่า

“ส่วนมากอยู่บ้าน ว่าง ๆ ก็สวดมนต์ สวดโหระ ฟั่นนั่นแหละ ขอพรจากพระเจ้าโหระฟั่นนั่น ทำละหมาด แต่เวลาเจ็บหนักก็ไม่ได้ทำหรอกครับ ถ้าวันไหนที่ว่่าร่างกายเราไหว เราก็ทำ ถ้าได้ทำบายใจขึ้นมาก คือเราพยายามทำในสิ่งที่ศาสนาเขาบังคับ ศาสนาเขาให้ดูว่าวันนี้เราทำได้แค่ไหน แต่ในแต่ละวันเราก็ทำให้ดีที่สุด ได้ทำตามหลักศาสนาที่ได้แล้ว คือมันไม่เชิงสมาธิเท่าไร เพียงแต่นั่งสงบแล้วคิดถึงหลักคำสอน.... คือนั่นตอนนอนอยู่ มีอีกคนข้างๆเตียงอาการหนักมาก เขาช่วยกันจ้ง... ผมก็นอนสวดมนต์แข่งกับเขา ไม่รู้ว่าใครออกไปก่อน... ตอนนั้นผมใช้จ้งกัน ผมยอมรับว่าผมกลัวตอนกลางคืนที่อยู่คนเดียว ทำให้คิดอะไร ได้หลายเรื่อง... สวดมนต์แล้วกะบายใจขึ้น...”

(หลี่ อายุ 39 ปี หลังรับ MVP ครั้งที่ 5 15 ต.ค. 2539)

นอกจากนี้ผู้ป่วยส่วนมากยังได้นำหลักคำสอนของศาสนามาเป็นแนวทางปฏิบัติ และใช้เป็นสิ่งที่ตั้งใจในยามเจ็บป่วย เพื่อให้จิตใจสุข สงบขึ้น เช่น แนวคิดที่ว่าสังขารเป็นของไม่เที่ยง เกิดแก่ เจ็บตายเป็นเรื่องธรรมชาติที่เราหลีกเลี่ยงไม่ได้ คนเราถ้าไม่ถึงที่ตายก็ไม่ตาย เงินทองทรัพย์สินสมบัติ เป็นของนอกกาย ตายไปแล้วก็เอาไปไม่ได้ ความคิดเท่านั้นที่จะยังคงอยู่และติดตัวไป การพยายามใจเย็นๆ คิดว่าทุกอย่างต้องมีการรอคอย จะเอาอะไรให้ได้อย่างรวดเร็วทันใจคงเป็นไปได้ไม่ได้ ความคิดเหล่านี้ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกปลงได้มากขึ้น และสบายใจขึ้น ซึ่งผู้ป่วยส่วนใหญ่ได้นำหลักศาสนาใช้ใน ชีวิตประจำวันหลังจากที่เริ่มเจ็บป่วยแล้ว และนำมาใช้มากในยามที่มีความรู้สึกวิตกกังวล ท้อแท้ หมดหวัง หรือได้รับความทุกข์ทรมานต่างๆ โดยที่ผู้ป่วยบางราย เช่น หลี ขอมรับว่าก่อนหน้านี้ยังให้ความสำคัญกับเรื่องเหล่านี้น้อยมาก และผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่ได้เตรียมใจไว้ยอมรับกับความ เจ็บป่วย และการเสียชีวิตมาก่อน ดังที่ผู้ป่วยเล่าว่า

“เราต้องคิดว่าคนเราเกิดมาแล้วต้องตายแน่ ต้องตายแน่ลูก...ไม่ว่าเราอิตายทอดใด ต้องตายแน่ ไม่มีใครสักคนที่จะเหลือ ให้นึกว่าแม่ของเจ้าแผ่นดิน สมเด็จพระเจ้าอยู่หัวยังยึดไว้ไม่ได้ เขาขอสัก 20 30 หรือเป็นร้อยล้าน กะซื้อไว้ไม่ได้...มันทุกคนถูกเหอพันนี้...ไม่ต้องคิดมากพยายามทำใจให้ได้ อย่าไปฝันธรรมชาติ... นี่วานขึ้นพอกินไหมไม่ได้แล้วนะ นึกว่าถึงคราวแล้วสา แต่ไม่ตกใจนะทำใจให้สงบ นึกถึงคำพระ พอนอน กะว่าพุทโธๆ เป็นภาษาอิสลาม กะเป็นความหมายเดียวกันแหละกับของพุทธ...คิดไว้เสมอว่าถ้าไม่ถึง คราวกะไม่ตาย...ตรงนี้ช่วยได้มาก...แบบว่าเหมือนสุนทรภู่แต่งไว้แต่แรกว่าไม่ถึงที่ตายไม่วายชีวาว่าท ไม่วิตมาถูกฆ่าไม่อาสัญถึงที่ตายก็วายชีวาวัน จะอาสัญนอนในมุ้งก็ถึงตาย...”

(จุ่งแห่ง อายุ 56 ปี คลินิกโรคปอด 3 สัปดาห์หลังรับ MVP ครั้งแรก 21 ส.ค. 2539)

“คนเรานั้นนะ ถ้าไม่ถึงที่ตาย ก็ไม่ตาย ถึงที่ ก็ไป ... มีคนนึงนะหมอบอกว่าเหลืออีก 20-30% แต่พอเอาเข้าจริง ๆ ตอนนี้อยู่เลย ปรี๊ดเลยซัด เป็นน้องของเพื่อน ที่สุดของคนเราก็คงนี่แหละนะ ไม่เร็วก็ช้า ... พยายามที่นี้ยังพูดเลย พยายามก็ยังเป็นเลย มันฝันอะไรไม่ได้ ไม่ว่าใครเวลาจะตายก็เหมือนกันทั้งนั้นแหละ...” (สาว อายุ 42 ปี 1 เดือน หลังรับ VP ครั้งที่ 3 มีอาการผอมแห้งอ่อนเพลียมาก 7 ก.ย. 2539)

“เหมือนเราได้คุยอยู่ในเรื่องของศาสนา หลักคำสอนที่นั่นแหละ มันก็เหมือน ๆ กับศาสนาพุทธ เกิดแก่ เจ็บตายมันเป็นเรื่องที่เราหลีกเลี่ยงไม่ได้อยู่แล้ว มีเจ็บมันก็หายได้ บางทีมีเจ็บมันก็ตายได้ ต้องยอมรับ ตรงนี้ ต้องเตรียมใจเอาไว้บ้าง... ถึงวันก่อนที่หมอว่าจะใส่สายลงในสายขางนี้ แต่เขาหาไม่พบมีการคิด พลาด ผมรู้สึกไม่ดีเลยที่ต้องรอ เขาจะใส่สายเข้าไปเคลือบปอด คงต้องรอเป็นหุ้งนี่เน...แต่มาถึงตอนนี้ แล้วผมรู้สึกว่ามันรอได้...รู้สึก เกย ๆ ทำใจได้แล้วว่าการที่จะรีบร้อนทำอะไร อยากรักษาเร็ว ๆ ก็จะทำให้ มันเสร็จเร็ว ๆ นี่ฝันไป... มันไม่ได้ตั้งใจ ต้องมีการรอคอย ในที่สุดพอถึงเวลามันก็เป็นไปเอง... ไม่ต้องคิดอะไรมาก ออกทนได้แล้ว รอได้แล้ว ไม่หงุดหงิดแล้ว...”

“ตั้งหน้าตั้งตารักกันไป ไม่ต้องไปคิดอะไรมาก ถ้าเราคิดไม่ได้ล่ะก็แย่... ก็มีความสุขไปตามประสาคนไข้ ถือว่าพระเจ้าทดสอบอยู่ อยู่สบายมานานแล้ว ถูกพระเจ้าทดสอบมั่ง... เวลาอยู่สบายนะไม่ได้คิดถึงเรื่องพันนี้หรอก สนุกสนานแฮฮาถูกเดียว... คนที่ยังสบายอยู่นะ คิดว่าความดีนี้ อีทำเมื่อใดก็ได้... เหมือนตอนที่อายุ 40 นะ ก็คิดว่าค่อยทำตอนอายุ 50 ปีก็ได้... เขาหาว่าไม่ว่าพรั่งนี้คุณอาจเจ็บไข้ไม่สบาย ไม่มีโอกาสทำ... ผมก็อยู่แบบนี้แหละที่ก่อน ตอนนั้นผมเจอพรรคพวกผมก็บอกเขา ว่าความดีนี้ทำไปเลยนะ ไม่ต้องคอย คือคนเราถ้าว่ามีหลักศาสนาอยู่ ก็เหมือนมีที่พึ่ง... ทุกคนมีความคิดที่จะทำ แต่ไม่ได้ลงมือทำ... ความดีนี้ไม่ทำ ความชั่วคั้นทำได้...เหมือนพิธี ละหมาดนั้นเราบอกว่าไม่มีเวลา จริงๆทำ 5 นาทีก็เสร็จ... ผมก็บอกกับพรรคพวกว่า อย่าหวั่นใจอีกเลย...” (หลี่ อายุ 39 ปี รอรับ MVP ครั้งที่ 5 10 ส.ค. 2539)

การศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาความต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคมะเร็งของบุปผา (2536) ที่พบว่าศาสนาเป็นสิ่งที่มีความหมายกับชีวิตของผู้สูงอายุกลุ่มนี้มากที่สุด เป็นสิ่งที่ให้ความหวังและกำลังใจมากที่สุด ในฐานะสิ่งศักดิ์สิทธิ์อยากให้อภัยช่วยคุ้มครองและเป็นกำลังใจให้หายจากความเจ็บป่วย ให้จิตใจสงบ ลดความทุกข์ทรมานต่างๆลงได้ แม้กระทั่งในภาวะที่ต้องพบกับความตายยังต้องการศาสนาเพื่อให้จิตใจสงบไม่ทรมานทรมาย และพบว่าจุดมุ่งหมายของผู้ป่วยมะเร็ง รองลงมาจากการต้องการที่จะหายจากโรคและการมีสุขภาพดี คือการปฏิบัติตามความเชื่อทางศาสนา และพบว่าผู้ป่วยหลายรายได้ใช้ประโยชน์ของสมาธิเพื่อให้จิตใจสงบ ซึ่งแสง (2434) กล่าวว่า มีบ่อยครั้งที่มนุษย์รู้สึกว่ามีอะไรไม่ได้ หรือรู้สึกว่ามีหนทางที่พึ่ง มนุษย์ก็จะพึ่งสิ่งที่สามารถทำงานได้เหนือกฎเกณฑ์ของธรรมชาติ สิ่งนั้นก็คือสิ่งศักดิ์สิทธิ์ชนิดต่างๆ ซึ่งศาสนาสามารถตอบสนองความต้องการของมนุษย์ในเรื่องนี้ได้

จะเห็นว่าผู้ป่วยมะเร็งรอดได้เห็นความสำคัญของศาสนาสอดคล้องกับที่พระอาจารย์เปี่ยม (2535 : 19-20) ได้กล่าวถึงประโยชน์ของศาสนาไว้ว่าไม่ว่าศาสนาใดจุดมุ่งหมายก็คืออยากให้คนที่นับถือนั้นได้มีความสุขความเจริญในชีวิต พุทธศาสนาสอนให้คนประพฤติปฏิบัติดี ไม่ให้กระทำความชั่ว กระทำบาป เพื่อจะได้ไม่มีทุกข์ไม่เดือดร้อน และสิ่งที่ควรปฏิบัติได้แก่ การทำบุญทำทาน การกุศล รักษาศีล เจริญภาวนา โดยที่การทำบุญเป็นการพัฒนาตนเอง การรักษาศีลเป็นการทำให้ตนเองมีศีลธรรม ไม่ประสพความเดือดเนื้อร้อนใจ การทำสมาธิ จิตใจที่สงบก็ทำให้มีความสุข ประโยชน์ของศาสนามีมากน้อยต่างกันแล้วแต่ใครจะปฏิบัติได้มากได้น้อย ผู้ที่ปฏิบัติได้บ้างก็ยังดี ทุกข์มาก ผู้ที่ปฏิบัติได้ปานกลางก็มีสุขบ้างทุกข์บ้าง ผู้ที่ปฏิบัติแต่คุณงามความดีก็มีความสุขมาก

ส่วนศาสนาอิสลามซึ่งมีความเชื่อว่า ศรัทธาจะเป็นกำลังสำคัญของชีวิต ซึ่งผู้ที่นับถือศาสนาอิสลามต้องมีศรัทธาอย่างน้อย 6 ประการคือ 1) ศรัทธาในพระเจ้าเป็นเจ้า โดยมุสลิมต้องมอบความไว้วางใจและมีความหวังในพระเจ้าโดยสิ้นเชิง ทุกขณะจิต ยอมรับปฏิบัติตนตามคำสั่งสอนของพระเจ้า และหลีกเลี่ยงคำสั่งห้ามของพระเจ้าทุกประการ 2) ศรัทธาในบรรดามลาอิกะฮ์ว่าเป็น

ผู้ที่คอยบันทึกความความดีความชั่วของมนุษย์อยู่ตลอดเวลา 3) ศรัทธาในคัมภีร์ของพระเจ้าเป็นเจ้า ซึ่งคัมภีร์อัล-กุรอานเป็นคัมภีร์เล่มสุดท้ายที่สมบูรณ์ที่สุด 4) ศรัทธาในบรรดาศาสนทูตว่าศาสดามูฮัมหมัด เป็นศาสดาคณสุดท้าย 5) ศรัทธาในวันพิพากษา โดยเชื่อว่าโลกนี้เป็นโลกแห่งการทดลอง โลกแห่งการทดสอบ โลกที่ไม่จริงยั่งยืน จะต้องมีการเปลี่ยนแปลง และวันที่โลกสลายคนที่ทำดีจะได้รับรางวัล ได้เข้าสู่สวรรค์ของพระเจ้า ส่วนคนที่ทำชั่วจะถูกโยนเข้าไปในนรก จะถูกลงโทษอย่างสาสมกับความชั่ว และ 6) ศรัทธาในกฎกำหนดสภาวะการณ์ ข้อห้ามและข้อใช้ต่างๆ เช่น การไม่รับประทานและไม่ได้เนื้อสุกร ไม่ดื่มสุรา และสิ่งมีนเมา เป็นต้น ดังจะเห็นว่าผู้ป่วย ทั้งที่นับถือศาสนาพุทธและอิสลามได้หันมายึดถือหลักคำสอนเหล่านี้อย่างเคร่งครัดมากขึ้นเมื่อเจ็บป่วย

2.9 ไปรักษาแบบพื้นบ้าน

จากการศึกษาพบว่าผู้ป่วย 2 รายไปรักษาแบบพื้นบ้านในช่วงที่กำลังได้รับยา โดยการกินยาหม้อ ใช้สมุนไพรต่างๆมาทาบริเวณที่เจ็บปวด โดยเชื่อว่าจะช่วยให้หายจากโรค หรือช่วยให้อาการต่างๆดีขึ้นได้ นอกจากนี้ผู้ป่วยยังรับรู้ว่าเป็นวิธีที่สะดวกประหยัด เลือกลงได้ง่าย มีให้เลือกมากมาย และที่สำคัญคือ ไม่มีอาการข้างเคียงที่ทำให้ทุกข์ทรมานเหมือนยาของโรงพยาบาล ซึ่งผู้ป่วยมักจะเลือกไปชุกกลางบ้านตามอาการที่เป็นอยู่ และจะมีการเปลี่ยนแปลงสูตรยาใหม่ๆ ตามคำที่บอกต่อกันมาในแต่ละช่วงเวลา ซึ่งผู้ป่วยและญาติมักจะช่วยแสวงหายาสูตรที่ดีที่สุดในขณะที่นั้นๆ

ในระยะแรกผู้ป่วยที่อยู่ในสังคมเมืองหรือมีภูมิลานที่มีความรู้คอยช่วยจัดการเรื่องการตรวจรักษาอยู่มักจะฝากความหวังไว้กับการรักษาแผนใหม่ ส่วนผู้ที่คิดว่าต้องรักษาหลายทางร่วมกันจึงจะหายมักจะเป็นผู้ป่วยที่อยู่ในชนบท หรือในสังคมและสิ่งแวดล้อมที่มีการรักษาเชิงพื้นบ้านกันอย่างแพร่หลาย มักจะเลือกรับการรักษาพื้นบ้านร่วมด้วยตั้งแต่ช่วงแรกของการรักษา แต่พบว่าทางเลือกสุดท้ายของผู้ป่วยทุกรายภายหลังที่รับรู้ว่าการรักษาไม่ได้ผลจะเป็นการรักษาเชิงพื้นบ้าน โดยที่ทั้งผู้ป่วยและญาติจะพยายามแสวงหาวิธีการต่างๆ ทุกวิถีทางที่คิดว่าจะช่วยได้ อันได้แก่ การใช้สมุนไพร การกินยาหม้อหลาย ๆ สูตร และเปลี่ยนไปเรื่อยๆ ตามคำเล่าลือว่าที่ไหนดี การดูดวงชะตา การประกอบพิธีกรรมทางไสยศาสตร์ เป็นต้น แต่ผู้ป่วยบอกว่ายังต้องหาหมอเพื่อให้ช่วยรักษาอาการต่างๆที่เกิดขึ้น ดังที่ผู้ป่วยเล่าว่า

“ในเมื่อเรารักษาจนถึงที่สุดแล้ว ถ้ามันช่วยไม่ได้ก็ไม่รู้จะทำยังไงแล้ว ที่เค้าไปรักษาบางรายก็ทวด บางรายก็ดีขึ้น ต้องกลับมาตรงนี้อีกอยู่แล้วแหละ เพราะโรคนี้มันไม่ใช่ว่ามันจะหายทีเดียว ถือว่ารักษา 2 หมอไปเลย หมอหลวงกับหมอบ้าน ... หมอหลวงก็ในแง่ที่ว่าเราอัดอัดขึ้นมาเป็นบางครั้งบางคราว... ตัวเองก็ไม่รู้ หรือกว่าอนาคตมันจะดีขึ้นหรือไม่ เราไม่รู้ แต่เรารักษาเท่าที่เรารักษาได้ เท่าที่ร่างกายเราจะรับได้... ตอนนี้อย่าสนใจอะไรแล้วนะ เคยไปเลย ถึงที่สุดของมันแล้ว...มันห่อแท้ไปเลย...”

(สาว อายุ 42 ปี 1 เดือนหลังรับ VP ครั้งที่ 4 มีอาการผอมแห้ง อ่อนเพลียมาก 7 ก.ย. 2539)

"ผมยังคิดว่าน่าจะหายได้ กลับไปบ้านกะตัมขาลัย คนแถวบ้านเขาแนะนำ ที่จริงมันมีหลายแห่งที่นครที่ตรง แต่ของผมต้มที่ชะอวด เห็นเขาว่าหายกันหลายคนแล้ว...ซื้อยาจีนกิโลหนึ่ง น้ำผึ้งทรายกิโลหนึ่ง แล้วกะคางคกตัวหนึ่ง เอาคัมมันออกเสียก่อน เตรียมเองแล้วเอาไปให้หมอดัม เขาทำพิธีสวดกัน... ต้มมา 4 หม้อแล้ว กินทุกวัน กินแทนน้ำ กินได้มากเท่าที่กินได้ น้ำมันสีแดง รสหวานเฝื่อน ๆ กินแล้วรู้สึกว่ามีแรง เพราะเขาใส่น้ำผึ้งทราย ต้มยาที่นี้เขาไม่เรียกเงิน แล้วแต่ศรัทธา ดุงให้เขาไปหม้อละ 3 พัน ดุงว่ามันหืดเดียว ถ้าเทียบกับรักษาที่โรงพยาบาล หมดไปเป็นหมื่น ๆ ที่ตีมาตอนนี้ ผมว่า 2 อย่างนี้แหละ ช่วยกัน... ใจจริงผมอยากรักษาหมอบ้านอย่างเดียว เห็นเขาหายกันหลายคน ที่เป็นโรคน้ำเหลืองเสียก็ใช้ได้ กินแล้วแผลเปื่อยหายหมด มันดีจัง นี่เขาจะว่ารักษาแผลได้เหมือนกัน แต่แผลข้างใน กินให้มันยุบดุงจะกินไปเรื่อย ๆ เห็นกินแล้วดี มันน่าจะหายนะดุง นี่ถ้าดุงไม่ห้ามไว้ ไม่ขอร้องไว้ว่าให้รักษาที่โรงพยาบาลกัน ดุงตั้งหน้าตั้งตาไปรักษาหมอบ้านแล้วนี่...ยาบ้านดีอีกอย่างคือกินแล้วไม่ทำให้แพ้เหมือนยาโรงพยาบาล ไม่ต้องทรมานอยู่ด่าว แต่ถ้าเอาให้แน่ กะเอา 2 ทางไว้ก่อน ใ้บាយใจกันทั้งหมด..."

(ลุงปลื้ม อายุ 61 ปี หลังรับ MVP ครั้งที่ 2 17 ก.ค. 2539)

มีผู้ป่วย 2 รายที่ตั้งใจมากในการรักษาเชิงพื้นบ้าน บางรายก็ลองดูเพื่อว่าจะดีขึ้น แต่ก็มีบางรายที่เชื่อมั่นในการรักษาแผนใหม่ และปฏิเสธการรักษาเชิงพื้นบ้านทุกชนิดมาตั้งแต่เริ่มป่วย แต่ส่วนใหญ่ก็จะหันมาเลือกใช้วิธีการนี้ในวาระสุดท้ายที่วิธีการอื่นๆช่วยไม่ได้แล้ว

ผู้ป่วย 1 ใน 2 รายนี้มีการรักษาด้วยไสยศาสตร์ หรือโหราศาสตร์ การดูดวงชะตา ร่วมด้วย ซึ่งเป็นวิธีการที่ช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกว่ายังมีทางออกอื่นๆในการรักษาโรค ไม่รู้สึกหมดหนทาง ข้อมูลจากหมอบ้านมักบอกว่าเป็นช่วงที่มีเคราะห์ เป็นการถูกของ หรือถูกทำจากศัตรู เกี่ยวกับเรื่องผู้หญิงหรือขัดผลประโยชน์ เป็นต้น ต้องมีการหาหมอบ้านมาทำพิธีต่างๆเพื่อป้องกันเจ้ากรรมนายเวร หรือขับไล่ภูติผีปีศาจต่างๆ ตามความเชื่อของแต่ละบุคคล เช่น การทำผ้ายันต์มาติดหน้าบ้าน การเอาข้าวสาร หรือตะปูที่ปลุกเสกมาโรยรอบบ้าน การขุดเอาสิ่งที่ไม่ดีออกไปจากบริเวณบ้าน ดังที่ผู้ป่วยเล่าว่า

"เริ่มหาหมอบ้าน ตอนที่เรารเริ่มมีเจ็บในอก หามาติด ๆ กันเลย... ตอนที่ไข้ตอนไหนที่หนักคือว่ามันเป็นเรื่องปกติจากการแพ้ยาหรือกร ถึงพอมานะเจ็บนั้น ทำให้คิดหลาย ๆ อย่าง... ยาต้มกับยาทานี่หมอกคนเดียวกันถึงพอมารั้งหลังนั้นบิยาคัมอีกหมอบหนึ่งแล้ว ก็อยู่ที่นั่นแหละ... ถึงหมอที่เขาแลแล้วนี่ มันจะออกไปในรายที่ ถูกของถูกทำ ออกในรายนั้นหมด... คือเขาก็ไม่ได้บอกตรงนี้ มีอยู่หมอบหนึ่งบอกว่าคิดขัดในเรื่องเงินทอง ถึงผมพยายามทบทวนทบทวนแล้วหาไม่เจอว่าผมขัดแย้งเรื่องเงินทองกับใคร มีอยู่หมอบหนึ่งแหละ ตอนแรก ตอนที่หลังจากให้ยาแล้วมีไข้ แกมาถึงแกก็แล บอกว่าผมโดนทำเหมือนกันแต่ว่าผู้หญิงทำ เขาทำในลักษณะที่ว่าเขาจะเอาเรานั้น..."

ถึงผมก็วิเคราะห์ตัวเองแลแล้วว่าไม่มีผู้หญิงคนไหนที่ชอบผมถึงขนาดคิดทำผมหรือกร รายการนี้ก็ตัดไปเลย... เรื่องเงินทองก็ไม่น่าจะใช่ หลายเรื่องแหละหมอบ้านนี้หลายเรื่องที่ต้องทำมาจากหมอบ้านก็

มี มาจากชาวบ้านก็มี ในความรู้สึกผมยังไม่เห็นชัด ไม่เห็นการเปลี่ยนแปลง หมอที่รื้อบ่อนี้ก็คิดว่าอาจจะช่วยได้ เพราะจังหวะนั้นมันซ้อนกัน มันซ้อนกันหลาย ๆ เรื่อง... จังหวะที่เขาพบไขมันในบ่อหลังกินยาแก้ปวดประมาณ 20 นาที ก็อาการปวดแรง ๆ ก็ลดลงมาก มาอยู่ในระดับที่ปวดคือ ๆ ไม่มาก ปวดเรื่อย ๆ มาจนถึงตอนนี้... คือเขาก็มีประการณ มีประวัติที่เคยรักษาหายมาหลายรายแล้ว เราก็มีความเชื่ออยู่ว่าเขาสามารถทำได้... เวลาหมอบ้านมาช่วยนี่ คือในใจจริงอยู่แล้วนี่ มันแบ่งรับแบ่งสู้กันอยู่มัน 50-50 คือบางที่คิดว่ามันเป็นไปได้ ถึงอีกอย่างที่เราคิดอีกทีทีแล้ว ทั้งหมดมันเป็นเรื่องของความเชื่อ ความสบายใจ ก็คิดทั้ง 2 ด้าน 50-50...

ผมใช้การสังเกตว่าถ้าได้ผลก็วัน 2 วันนี้ก็รู้แล้ว ส่วนมากคนที่ได้ผลจริง ๆ นี่ หลังจากทำไปประมาณ 1/2 ชั่วโมง นี่ก็จะมีอาการแล้ว จะบอกอาการเลย ยกตัวอย่างที่ผมเจ็บวันก่อนนี่ ที่เจ็บหนักนั่นคือหมอนั้นมาถึง แก่ท่าหมาก กิน ๆ แล้วถึงมาพ่น ประมาณ 15 นาที ความเจ็บทั้งหมดนี้หายปลิดเลยหายหมด มันจะเป็นผลพบนั่นแหละหมอบ้าน ในลักษณะนั้นคือเราจะรักษาต่อได้ คือถ้าวันหนึ่งแล้ว คินนิงแล้วยังไม่มีการเปลี่ยนแปลงนี่ ก็หมดแล้วหยุดแค่นั้น เอาหมอนอื่นแล้ว..."

(หลี่ อายุ 39 ปี หลังรับ MVP ครั้งที่ 5 12 ส.ค. 2539)

และพบว่าขณะรับการรักษาพื้นบ้าน ผู้ป่วยมักจะไม่ทิ้งการรักษาแผนใหม่ และพบว่าผู้ป่วยที่ทำการรักษาทั้ง 2 อย่างร่วมกัน จะมีความหวังเพิ่มขึ้นเช่นกัน และพบว่าผู้ป่วยจะคอยประเมินว่ายาที่กินอยู่ หรือวิธีการที่ใช้อยู่รักษาได้ผลหรือไม่ โดยบอกว่าถ้าเห็นผลควรจะดีขึ้นภายใน 2-3 วัน ถ้าเกินกว่านี้แสดงว่าไม่ได้ผล และจะแสวงหาวิธีการอื่นๆ ต่อไป ร่วมกับการมารับการรักษาที่โรงพยาบาล จะเห็นได้ว่าสิ่งเหล่านี้มีผลต่อความหวังของผู้ป่วยเป็นอย่างมาก ตราบใดที่ผู้ป่วยยังมีสิ่งเหล่านี้ยึดเหนี่ยวอยู่ ผู้ป่วยย่อมจะยังไม่สิ้นหวังแม้ว่ามุมมองของทีมสุขภาพจะมองว่าเป็นสิ่งที่ขัดแย้งกับการรักษาแผนใหม่หรือไม่ก็ตาม

การรักษาเขี้ยวขาดตนเองแบบพื้นบ้านของผู้ป่วยมะเร็งปอดน่าจะเป็นผลมาจากการที่ผู้ป่วยมะเร็งมีความเชื่อเกี่ยวกับสาเหตุของความเจ็บป่วยที่เกี่ยวข้องกับความไม่สมดุลของธาตุสี่ ผลของกรรม หรือ สิ่งเหนือธรรมชาติ ร่วมกับการมีความเชื่อและศรัทธาตามหลักของศาสนา ซึ่งโกลอมบ์ (Golomb, 1985 อ้างใน เสาวภาและคณะ 2539, 16-17) ได้ศึกษาพบว่าชาวไทยพุทธและไทยมุสลิมมีความเชื่อเกี่ยวกับการรักษาโรคที่คล้ายคลึงกัน คือเชื่อว่าโรคร้ายไข้เจ็บเกิดจากการกระทำของอำนาจเหนือธรรมชาติ และเชื่อว่ามนุษย์สามารถใช้วิธีการควบคุมอำนาจนอกเหนือธรรมชาติที่มาทำให้เจ็บป่วยได้ และพบว่าการรักษาแบบพื้นบ้านในภาคใต้ มี 3 รูปแบบคือ 1) การรักษาด้วยหมอสุมไพโร โดยเชื่อว่าพื้นฐานการเกิดโรคเกี่ยวข้องกับธาตุ 4 เมื่อธาตุ 4 อันได้แก่ ดิน น้ำ ลม ไฟ สมดุล ร่างกายจะแข็งแรง แจ่มใส วิญญาณที่ชั่วร้ายก็เข้าสิงไม่ได้ 2) รักษาด้วยนักจิตบำบัด ส่วนใหญ่เป็นพระสงฆ์ มีความเชื่อว่าความเจ็บป่วยต้องการการบำบัดทางจิตใจโดยการพูดคุย และใช้เครื่องรางของขลัง เวทย์มนต์ เป็นการให้กำลังใจแก่ผู้ป่วย 3) รักษาด้วยหมอไสยศาสตร์ โดยมีพื้นฐานความเชื่อว่า วิญญาณ

เทพเจ้า ภูติผี ทำให้ร่างกายเสียสมดุลและเกิดความเจ็บป่วย เสาวภาและคณะ (2539 : 17) กล่าวว่า พฤติกรรมการรักษาโรคของคนไทยส่วนใหญ่ชอบรักษาโรคจากแหล่งต่างๆที่เขามีความหวังและเชื่อถือไปพร้อมๆกันเพราะเชื่อว่าการเจ็บป่วยเกิดจากหลายสาเหตุ การรักษาจึงผสมผสานหลายๆอย่างเข้าด้วยกัน ซึ่งจะแตกต่างกันไปตามวัฒนธรรมท้องถิ่นดังจะเห็นได้ชัดเจนจากการศึกษาในครั้งนี้ และผลการรวบรวมข้อมูลการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับการแพทย์แผนไทยและการแพทย์พื้นบ้านในประเทศไทยของเสวภาและคณะ (2539 : 10) ยังพบว่าผลการศึกษาส่วนใหญ่ให้คำตอบแล้วว่าการแพทย์พื้นบ้านยังมีบทบาทสำคัญในการดูแลสุขภาพของประชาชน จึงควรมีการทำวิจัยที่แสวงหาแนวทางในการพัฒนานำส่วนดีของแพทย์พื้นบ้านมาประยุกต์ใช้เพื่อประโยชน์ทางการแพทย์และสาธารณสุขต่อไป

2.10 การปลง

นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วย 2 รายพยายามปลงกับความทุกข์ทรมานใจที่เกิดขึ้นกับชีวิต โดยการพยายามทำใจยอมรับหรือยอมจำนนกับสภาพที่เป็นอยู่เพื่อลดความตึงเครียดต่างๆ แก้ปัญหาทำที่ทำได้ คิดว่าจะอะไรจะเกิดก็เกิด ซึ่งพบว่าการที่ผู้ป่วยสามารถปลงตกในบางเรื่องแล้วพยายามฝืนทำในสิ่งที่ประโยชน์กับตนเอง เช่น พยายามกินเท่าที่จะกินได้ โดยคิดว่า “อาหารก็คือยาที่ดีที่สุด ไม่อยากกินก็ต้องกิน ยาที่ขมเรายังฝืนกินเลย...” การปลงได้ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกมีความสุขเพิ่มขึ้นกว่าช่วงที่มีความหวังที่เป็นไปไม่ได้ เช่น หวังว่าจะหายจากโรคแต่อาการยิ่งแย่ลง ดังที่ผู้ป่วยเล่าว่า

“ญาติพี่น้องที่คอยดูแลเราอย่างดี ค่ะยื่นคะยอให้กิน ทำให้เราทุกอย่าง...อีกอย่างเราก็มานั่งคิดทบทวนดูว่า เอ๊ะ! ถ้ามันแต่ไม่ยอมรับ ก็ไม่มีอะไรดีขึ้น เลยต้องฝืนบ้าง ฝืนกินมันเลยดีขึ้น...เพราะถึงขั้นที่ร่างกายมันไม่ไหวแล้ว ถ้าเราไม่ไหวแล้ว ไม่ไหว มันก็ไม่ไหวละ...”

(สาว อายุ 42 ปี 1 เดือนหลังรับ VP ครั้งที่ 4 มีอาการสมองแห้ง อ่อนเพลียมาก 7 ก.ย. 2539)

การปลงหรือการปล่อยวางที่ผู้ป่วยนำมาใช้เพื่อให้รู้สึกสบายใจขึ้นก็เป็นการกระทำที่เป็นผลมาจากการที่ผู้ป่วยให้ความหมายของความเจ็บป่วยว่าเป็นเรื่องของกรรมไม่อาจจะฝืนชะตาได้ สิ่งที่ทำได้คือต้องปล่อยวาง ผู้ป่วยพยายามคิดว่าทุกสิ่งทุกอย่างไม่เที่ยงแท้แน่นอน เป็นอนัตตา ไม่มีตัวตน เกิดขึ้นแล้วก็ดับไป (พระอาจารย์เป็ลเยี่ยม, 2535 : 35) ก็ทำให้สบายใจขึ้นบ้าง

3. ตั้งจิตสร้างสมบุญกุศล

ผู้ป่วยมะเร็งปอดที่รับรู้ว่าคุณเองเจ็บป่วยรุนแรง เป็นโรคร้ายแรง มักจะมีการนำหลักของศาสนามาใช้อย่างเคร่งครัดมากกว่าก่อนป่วยโดยหวังให้เกิดประโยชน์ ใน 2 ส่วนใหญ่ๆ คือ 1) เพื่อให้สบายใจขึ้น ดังที่ได้กล่าวมาแล้วในช่วงการยึดถือปฏิบัติตามหลักศาสนา และ 2) เพื่อเป็นการทำ

บุญ และสะสมบุญกุศลไว้ใช้ในโลกรนี้และโลกหน้า โดยที่ผู้ปวยที่นับถือศาสนาพุทธมักจะมี ความเชื่อเรื่องบุญกรรม กฎแห่งกรรม ทำดีได้ดีทำชั่วได้ชั่ว การเจ็บป่วยเป็นเรื่องของการที่มีบุญไม่พอ หรือเป็นวิบากกรรมแต่ชาติปางก่อน จึงต้องพยายามทำความดี ทำบุญ ทำทาน สะสมบุญบารมีไว้เพื่อเป็นการแก้วิบากกรรม ซึ่งผู้ปวยมีความเชื่อว่านอกจากช่วยให้สบายใจขึ้นแล้วยังอาจส่งผลให้แข็งแรงขึ้น หรือหายจากโรคได้ และอาจจะต้องเสียชีวิตไปถ้ามีบุญไม่พอ บุญที่สะสมไว้จะได้ส่งผลให้ ได้ไปเกิดในภพชาติที่ดี มีสุขภาพดี ไม่ลำบากเหมือนที่เป็นอยู่ ซึ่งวิธีการทำบุญทำทานที่ผู้ปวยปฏิบัติส่วนมากจะเป็นเรื่องของการทำบุญ ตักบาตร ทำสังฆทาน การให้ทาน การบริจาคสิ่งของต่างๆ โดยที่ผู้ปวยจะพยายามสะสมบุญ และหมั่นทำความดีมากขึ้น เกรงครั้นเกินกว่าปกติ เพราะผู้ปวยบางรายยอมรับว่าเมื่อก่อนไม่ได้สนใจสิ่งเหล่านี้เลย หันมาคิดถึงในช่วงที่ป่วยหนักแล้ว และยังพบว่ามีผู้ปวย 1 รายคือลุงอ้วน ขอทำการบริจาคร่างกายในช่วงที่มารับเคมีบำบัดโดยบอกว่า “เพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุด เพราะถ้าตายไปแล้ว ความดีเท่านั้นที่จะยังคงอยู่”

ส่วนผู้ปวยอิสลามก็มีความเชื่อว่าถ้าทำตามหลักศาสนาอย่างครบถ้วน โดยเฉพาะการทำละหมาดครบตามเวลา การไม่ละเมิดข้อห้ามต่างๆ จะทำให้สามารถอธิษฐานขอพรจากพระเจ้าให้แข็งแรงขึ้นได้ จะได้มีโอกาสไปพบพระเจ้าภายหลังจากเสียชีวิต ซึ่งเป็นจุดหมายสูงสุดของผู้ที่นับถือศาสนาอิสลามทุกคน ดังรายละเอียดที่ได้กล่าวไปแล้วในช่วงการขีดยึดถือปฏิบัติตามหลักศาสนา ซึ่งผู้ปวยเล่าว่า

“อยู่โรงพยาบาลไม่ได้สวดมนต์ แต่ก่อนนอนกะนึกในใจ ขอให้หายเร็ว ๆ ที่บ้านกะทำบุญ ทำไทรตลอดคืนเช้าตักบาตรทุกวันบายใจ แต่ไม่ได้ไปวัดแล้ว เกรงใจคนที่หาไปแต่กะซื้อผ้ารับน้ำฝน ผ่ากนึ่งไปทำบุญแล้ว...กะได้ทำบุญเล็กๆ เอาไว้...” (ป้าหนู อายุ 54 ปี หลังรับ MVP ครั้งที่ 2 17 ส.ค. 2539)

“เกิดแก่เจ็บตายเป็นธรรมชาติของชีวิต เมื่อชาติดิน น้ำ ลม ไฟ แยกสลายออกจากกัน ความดีเท่านั้นที่คงเหลืออยู่ และพยายามทำความดีให้มากที่สุดเท่าที่จะทำได้...”

(ลุงอ้วน อายุ 67 ปี หลังรับ MVP ครั้งที่ 2 มีอาการหอบเหนื่อย 25 ส.ค.2539)

“ใช้หลักศาสนา ขอพรจากพระเจ้า พอมีแรงก็พยายามทำละหมาดทำแล้วสบายใจขึ้นมาก ช่วยได้มาก มันสบายใจ สงบสุข พยายามจะทำให้ตลอดขึ้นกับเหตุการณ์ เวลาป่วยก็เว้น ขอให้เรามีความสุขสบาย ให้โรครักษั้เจ็บเราออกไปจากร่างกาย เพื่อร่างกายจะได้สมบูรณ์ เราจะได้ทำงาน ทำสิ่งที่ศาสนาใช้ ได้เต็มที เต็มความสามารถ ตอนนี่เราก็อึดเต็มที่ไม่ได้ เพราะไม่สบายอยู่ เรามีนาน 10 ไร่ 20 ไร่ มีสวนนี่ ช่วยไทรเราไม่ได้เลย เวลาเราเจ็บ ไข้ มันทำให้เราไม่มีค่า ทำให้เรามีความรู้สึกว่าต้องขอพรให้เราหายจากความเจ็บป่วย หายแล้วจะได้ทำตามหลักที่พระเจ้าวางไว้...”

(หลิ อายุ 39 ปี 12 ส.ค. 2539 หลังรับ MVP ครั้งที่ 5)

ผู้ป่วยส่วนมากจะยึดคำสอนของศาสนาเป็นที่ยึดเหนี่ยว และจะยึดถือศาสนาที่พึ่งทางใจในบางช่วงที่นึกได้ และพยายามทำความดีเท่าที่จะทำได้ ซึ่งชาวพุทธจะกระทำด้วยความเชื่อที่ว่าเพื่อชาติหน้าจะได้เกิดมามีชีวิตอยู่อย่างมีความสุข มีสุขภาพดี ไม่ต้องมาเจ็บป่วยทุกข์ทรมานเหมือนในชาตินี้ ส่วนชาวมุสลิมก็จะทำละหมาดเพื่อสร้างสมบุญบารมีให้ได้ไปพบกับพระเจ้าซึ่งเป็นการศรัทธาของผู้ที่นับถือศาสนาอิสลาม

4. วางแผนชีวิตและมรดก

ผู้ป่วยที่รับรู้สภาพความเจ็บป่วยของตนเองว่าอยู่ในระยะที่ป่วยมากแล้ว และประเมินแล้วว่าตนเองคงจะไม่ไหว จะมีการวางแผนเกี่ยวกับชีวิตและมรดก โดยเฉพาะเรื่องของทรัพย์สิน ที่ดิน มรดกต่างๆ รวมทั้งการจัดการกับวาระที่เหลืออยู่ของชีวิต ซึ่งจากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยมะเร็งปอดมีการจัดการใน 2 ลักษณะ คือ การบริจาคร่างกาย และ การจัดแบ่งมรดก ดังรายละเอียดต่อไปนี้

4.1 บริจาคร่างกาย

ผู้ป่วย 1 รายได้บริจาคร่างกายในช่วงที่มีอาการหายใจลำบาก อ่อนเพลียมาก ช่วยเหลือตัวเองไม่ไหว โดยบอกว่าเพื่อประโยชน์แก่การศึกษา และเชื่อว่าคนเราเมื่อตายไปแล้วความดีเท่านั้นที่ยังคงอยู่ตลอดไป และอีกเหตุผลหนึ่งผู้ป่วยบอกว่า “ลูกๆ หลายคน ทำงานกันทั้งนั้น ว่างานมาหลายๆ ราชการจะเสียหาย คิดแล้วว่าวิธีนี้จะดีไม่เป็นภาระทำให้ลูกๆลำบาก ลูกก็บอกเขาว่าให้จัดการอย่างเรียบง่ายที่สุด” ดังที่ผู้ป่วยเล่าว่า

“ลูกไม่กังวลเรื่องเสียชีวิต กังวลตัวเดียวคือความเจ็บปวดทรมาน... หมอจะทำอะไรก็ได้ คิดอีกอย่างหนึ่งว่าเพื่อการศึกษาด้วย...ลูกช่วยเอาแบบฟอร์มการบริจาคร่างกายมาให้ด้วยนะ ลูกตั้งใจไว้แล้ว...” (หลังจากที่ผู้ป่วยเสียชีวิตก็ได้ทำการบริจาคศพไว้เพื่อการศึกษาซึ่งลูกสาวบอกว่า “พ่อมีวิญญูณของความเป็นครูอยู่ตลอดเวลา การศึกษานี้แหละคือความสุขที่สุดของคุณพ่อ...”

(ลุงฮ้วน อายุ 67 ปี มีอาการหอบเหนื่อย นอนราบไม่ได้ หลังรับ MVP ครั้งที่ 2 25 ต.ค. 2539)

4.2 จัดแบ่งมรดก

พบว่าผู้ป่วย 3 รายที่อยู่ในระยะถูกถามของโรคและยอมรับความเจ็บป่วยได้แล้วจะมีการเตรียมการสำหรับอนาคตโดยการจัดการเรื่องมรดกให้เรียบร้อย ซึ่งผู้ป่วยมักจะบอกว่า “เพื่อลูกหลานที่อยู่ข้างหลังจะได้ไม่ลำบาก...” ดังที่ผู้ป่วยเล่าว่า

“ป่าจัดการมรดกไว้แล้ว ยกที่ 10 ไร่ให้น้องชาย... อาทิตย์หน้าจะไปทำโอนยกบ้านให้ ลูกชาย จัดการไปหลายอย่างแล้ว...จะได้หมดห่วง ลูกจะได้สบาย...ป่าก็มีบุญอยู่แค่นี้แหละ...”

(ป่าหนู อายุ 54 ปี มีอาการหอบเหนื่อย อ่อนเพลียมากในเดือนที่ 3 ของการรับเคมีบำบัด 18 ก.ค. 2539)

แต่พบว่าผู้ป่วยที่ยังยอมรับความเจ็บป่วยไม่ได้มักจะยังไม่มีความคิดและการเตรียมตัวในเรื่องเหล่านี้ การได้มีโอกาสวางแผนจัดการชีวิตและมรดกสำหรับวาระสุดท้ายของชีวิต เป็นสิ่งที่ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกหวั่นไหว เกิดความสบายใจขึ้น และเป็นสิ่งที่บ่งบอกได้ว่า บุคคลผู้นั้นสามารถประเมินสถานการณ์ความเจ็บป่วยของตนเองได้ และสามารถยอมรับการสูญเสียที่จะเกิดขึ้นได้

5. ปรับใจสั่งเสียญาติ

ในการศึกษาครั้งนี้พบว่าผู้ป่วยมะเร็งระยะปอด 3 ราย เสียชีวิตไปในช่วงที่ได้รับเคมีบำบัด โดยเสียชีวิตที่โรงพยาบาล 1 ราย และเสียชีวิตหลังจากกลับบ้านไป 2 ราย รายแรกได้ไปเสียชีวิตท่ามกลางญาติพี่น้องที่โรงพยาบาลเอกชนใกล้บ้าน ส่วนอีกรายได้ไปรับการรักษาด้วยหมอพื้นบ้านที่สำนักแห่งหนึ่งแต่อาการทรุดลงเรื่อยๆ ก่อนเสียชีวิตผู้ป่วยมีอาการหอบเหนื่อยมาก ญาติได้รับพามาโรงพยาบาลและเสียชีวิตที่หน่วยฉุกเฉิน ซึ่งมีผู้ป่วยเพียง 2 รายที่ได้มีโอกาสสั่งเสียญาติในวาระสุดท้าย ส่วนผู้ป่วยอีกรายที่ยังยอมรับความเจ็บป่วยที่ลุกลามมากขึ้นไม่ได้คงพยายามแสวงหาวิธีการรักษาจนกระทั่งเสียชีวิต ไม่ได้มีโอกาสสั่งลาญาติ

การสั่งเสียญาติของผู้ป่วยมักเป็นการขอให้ญาติช่วยดูแลลูกหลานให้เต็มที่ ให้รักและเอ็นดูเหมือนลูกของตนเอง ขอให้ลูกหลานหันมาสนใจเรื่องสุขภาพ รวมทั้งขอให้เลิกสูบบุหรี่จะได้ไม่เจ็บป่วยรุนแรง ขอให้หันมาทำความดีมากๆจะได้มีคนช่วยเหลือไม่ลำบาก ขอให้ลูกๆไม่เศร้าโศกมากเกินไป โดยให้ยอมรับสังขรณ์ของชีวิตที่ว่าเกิดแก่เจ็บตายเป็นของธรรมดา ดังที่ผู้ป่วยเล่าว่า

“ป้าบอกญาติไว้ทุกคนเลยว่าถ้าป้าไม่อยู่ขอฝากลูกชายกัน... ให้ช่วยดูแลเอ็นดูให้เหมือนลูกเหมือนหลาน พอดีเขาเป็นลูกคนเดียว เป็นประสาภกัน แล้วไม่ค่อยยอมกินยา... กลัวเขาจะลำบาก ปกติเขาจะไม่สนิทกับใคร ไม่เคยลำบาก...”

(ป้าหนู อายุ 54 ปี มาตรวจที่คลินิก โรคปอดด้วยอาการเหนื่อยง่ายหลังรับ MVP ครั้งที่ 2 4 ก.ย. 2539)

“แกว่าแก่แล้ว สั่งเสียไว้ทุกเรื่องแล้ว... ญาติ ๆ พยายามทำใจกันอยู่ มีญาติมาคอยสอนคำพระให้สวดมนต์กัน... ญาติ ๆ ก็ไปทำบุญกัน... ทำสังฆทานกัน..แกลงจะได้สงบ... อยู่เฝ้าแก่กันครบหมด ญาติ ๆ เพื่อน ๆ มาเยี่ยมกันจิง...” (ข้อมูลจากคำบอกเล่าของน้องสาวของป้าหนู 4 ก.ย. 2539)

“ช่วงนี้ลุงได้สอนลูกหลานเต็มปากเต็มคำเลยว่าให้ขยันทำงาน เก็บเงินไว้มั่ง... เพื่อไม่บายจะได้ไม่ลำบาก ค่าใช้จ่ายมันมาก ถ้าไม่เก็บไว้มั่งจะไม่รู้เอาไปรักษาตัว ...”

(ลุงเท่ง อายุ 56 ปี คลินิกโรคปอดตรวจหลังรับ MVP ครั้งแรก 21 ส.ค. 2539)

“ตอนไม่บายนี้อีกคนมาเยี่ยมกันจัง ของฝากนี่เต็มไปหมด กินไม่ทัน... บางคนก็ให้ต่างค์ เขาว่าเอาไว้ซื้อของที่ชอบกิน ... ป้าว่าเป็นเพราะเราช่วยเขาไว้มาก ตอนที่แม่ครัว มีงานที่โหนช่วยเขาเต็มที่จนเสร็จงาน นี่แหละถูกผลของการทำความดี... ป้าพยายามสอนลูกๆทุกคนว่าอยากให้มีเงินไม่พริ้ว ขอให้ขยันให้พยายามทำความดีมากๆ ต่อไปจะได้ไม่ลำบาก ดูอย่างป้านี้แหละ...”

(ป้าเล็ก อายุ 51 ปี คลินิกโรคปอด รอตราชหลังรับ MVP ครั้งที่ 5 11 ธ.ค. 2539)

“คนที่บายนี้อยู่ ชอบคิดว่าความดีนี่อิทำทอใดกะได้... ช่วงนี้ผมกะคอยบอกเพื่อนๆ เดือนสติให้เขาทำความดีในทุกๆวัน อย่าลืมหัดวันประกันพรุ่งอีกเลย...เพราะบางทีอาจจะสายเกินไป อยากทำให้เต็มที่แต่ไม่มีโอกาส ไม่มีแรงทำ เหมือนผมตอนนี้...”

(หลี่ อายุ 39 ปี หลังรับ MVP ครั้งที่ 5 รอใส่ท่อระบายน้ำในช่องอก 15 ส.ค. 2539)

“ลุงบอกลูกสาวว่าไม่ต้องเป็นห่วงพ่อมากเกินไป ให้ทำงานไปให้เต็มที่ ทำหน้าที่ที่รับผิดชอบให้ดีที่สุด ต้องยอมรับให้ได้ว่า เกิด แก่ เจ็บ ตาย เป็นธรรมดาของชีวิต...”

(ลุงอ้วน มีอาการเหนื่อย นอนราบไม่ได้ หลังรับ MVP ครั้งที่ 2 25 ส.ค. 2539)

จากการศึกษาครั้งนี้พบว่าผู้ป่วยที่อยู่ในวัยสูงอายุ มีความสำเร็จครบครัน หน้าที่การงาน และชีวิต จะมีการยอมรับความตายได้ดีกว่าผู้ป่วยที่อยู่ในวัยผู้ใหญ่ที่ยังคงมีภาระความรับผิดชอบรอบด้าน ไม่ได้มีการเตรียมใจเพื่อไว้สำหรับความเจ็บป่วยมาก่อน มักจะไม่สามารถทำใจให้ปล่อยวางกับปัญหาเหล่านั้นได้

ผลลัพธ์ของการเผชิญปัญหา

ผลลัพธ์ของการเผชิญปัญหาของผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับเคมีบำบัด จะมีทั้งผู้ป่วยที่ปรับตัวได้และปรับตัวไม่ได้ ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. ปรับตัวได้

ผู้ป่วยที่ปรับตัวได้จะมีความหวังและมีการเผชิญปัญหาทางบวกดังที่ได้กล่าวมาแล้วในเรื่องของการพยายามเยียวยาตนเอง ซึ่งพบว่าผู้ป่วยที่ปรับตัวได้ดีจะมีลักษณะดังนี้ 1) มีร่างกายแข็งแรงขึ้น อันเป็นผลจากการที่ผู้ป่วยสามารถแก้ไขปัญหากจากความเจ็บป่วย และข้างเคียงของเคมีบำบัดได้ดีขึ้น 2) มีความรู้สึกสบายใจขึ้น 3) รู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และ 4) ยอมรับความตายได้ ดังนี้

1.1 ร่างกายแข็งแรงขึ้น ภายหลังได้รับเคมีบำบัดครั้งที่ 2 ขึ้นไป ผู้ป่วยมะเร็งปอดจะมีความเข้าใจสถานการณ์ของการรักษามากขึ้น ผู้ป่วยส่วนใหญ่สามารถแก้ไขปัญหากจากความเจ็บป่วยและอาการ

ข้างเคียงของเคมีบำบัดได้ดีขึ้น ผลเหล่านี้ร่วมกับการที่โรคมะเร็งตอบสนองต่อยา ทำให้ผู้ป่วย
 รู้ว่าตนเองแข็งแรงขึ้น คือพ้นจากอาการข้างเคียงของเคมีบำบัดเร็วขึ้น ความรุนแรงของอาการข้าง
 เคียงของเคมีบำบัดน้อยลง และมีอาการดีขึ้นภายหลังรับการรักษา ดังที่ผู้ป่วยเล่าว่า

“หลังรับยา ดูกะเห็นไม่นาน เบื่ออาหารอยู่ 4-5 วัน หลังจากนั้นกินได้ดี... พยายามกินอาหารบำรุงเต็มที่
 ซื่อแต่ของดีๆ มากิน กะแข็งแรงขึ้นเรื่อยๆ น้ำหนักกะเพิ่มขึ้นกัน...”

(ลุงแห่ง อายุ 56 ปี คลินิกโรคปอด 2 สัปดาห์หลังรับ MVP ครั้งที่ 2 4 ก.ย. 2539)

“รับยาหนักแรกลองกินทุกอย่าง อ้วนออกหมด หนักหลังนี้รู้แล้ว ว่ากินไอ้ไหน ได้มัน แค่น้ำ กินข้าวต้มใส่
 น้ำปลาให้พอมิแรงกะพอแล้ว... พอเริ่มท้องร้อง หิวข้าว นี่แหละถึงค่อยกินให้เต็มที่ ทำให้หลังนี้แพ้ยา
 น้อยลง... ได้ยาหนักแรกแพ้อาทิตย์ห้า วันที่ 2 แพ้ 5-6 วัน วันที่ 3 แพ้แค่ 3 วันเอง กะบำรุงได้เต็มที่ มัน
 ไม่เพลียงแรง น้ำหนักกะไม่ลดมาก คือมันแข็งแรงขึ้น...”

(หลี่ อายุ 39 ปี รอดตรวจอาการ ใช้ 2 สัปดาห์ หลังรับ MVP ครั้งที่ 4 17 ก.ค. 2539)

1.2 มีความรู้สึกสบายใจขึ้น

ในช่วงที่ผู้ป่วยสามารถดูแลเยียวยาตนเองโดยการจัดการกับปัญหาหรือการปรับสภาพ
 อารมณ์ดังที่ได้กล่าวมาแล้วในส่วนของการดูแลเยียวยาตนเอง ร่วมกับได้รับการดูแลให้มีระยะเวลา
 และความรุนแรงของการเกิดอาการข้างเคียงของเคมีบำบัดลดลงจนมีอาการดีขึ้นภายหลังได้รับการ
 รักษา ส่งผลให้ผู้ป่วยมีความสบายใจขึ้น ดังที่ผู้ป่วยเล่าว่า

“ช่วงที่ไม่บายใจ ถ้าได้ทำอะไรได้ ให้อธิษฐานขอพรจากพระเจ้านี้ มันกะบายใจขึ้นบ้าง ความคิดฟุ้งซ่าน
 ไหวระกลดลงไปบ้าง...”

(หลี่ อายุ 39 ปี หลังรับ MVP ครั้งที่ 5 15 ส.ค. 2539)

“ได้ไปไม่นานมานี้ให้เพลินๆ ไม่ต้องมานั่งกังวลอยู่กับความเจ็บไข้ กะบายใจขึ้นมาก”

(ลุงแห่ง อายุ 56 ปี คลินิกโรคปอดตรวจ 1 เดือนหลังรับ MVP ครั้งสุดท้าย 8 ม.ค. 2540)

“มาถึงตอนนี้แล้ว ทางไหนที่คิดว่าช่วยได้ เอาทั้งนั้นแหละ... กะไปหาหมอบ้านกัน ที่ไหนที่เขาบอกว่าดี
 ปะกะไปรับเขามา บางทีกะเหมารถกันไป เพื่อว่าจะดีขึ้น... เราก็ไม่หมดหวังเสียทีเดียว อย่างยาที่หมอ
 บ้านทำให้มันทานี่ทาแล้วดีขึ้น ช่วยให้อาการเจ็บในอกลดลง อันนี้ช่วยได้ ใช้แล้วดีขึ้นกะบายใจ...”

(หลี่ อายุ 39 ปี หลังรับ MVP ครั้งที่ 5 12 ส.ค. 2539)

1.3 คงความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง

ผู้ป่วยมะเร็งปอดมีความรู้สึกว่าคุณค่าในตนเองในช่วงที่สามารถปรับตัวยอมรับ
 กับความเจ็บป่วยได้ โดยที่ผู้ป่วย 3 รายได้กล่าวถึงความภาคภูมิใจที่ตนเองสามารถสร้างครอบครัว

ได้จนถึงตอนนี้ การที่ได้เป็นบุคคลสำคัญในครอบครัวเมื่อเจ็บป่วย เนื่องจากการดูแลเอาใจใส่อย่างเต็มที่จากสามีและลูกๆ และผู้ป่วยที่ได้บริจาคร่างกายให้แก่โรงพยาบาลก็มีความภาคภูมิใจว่า ได้ทำประโยชน์สูงสุดในวาระสุดท้ายของชีวิต ดังที่ผู้ป่วยเล่าว่า

“ผู้ป่วยใจที่มีลูกดีทุกคน เขารักแม่่มาก แฟนกะตึ้มมาก ไม่เคยทำให้ไม่สบาย ช่วงที่ไม่สบายเขาช่วยกันดูแล เอาใจใส่เต็มที่ เขาให้ความสำคัญกับป้าเป็นอันดับหนึ่ง ไม่ว่าใครจะยุ่งอะไร แต่ไม่เคยละเลยแม่ จนป้าบายขึ้นมาถึงตอนนี้ได้นี่คือใจแล้ว ตอนที่ขอให้ได้ดูแลความเจริญของลูกหลานไปเรื่อยๆ...”

(ป้าเล็ก อายุ 51 ปี รอคกรว 2 สัปดาห์หลังรับ MVP ครั้งที่ 3 4 ก.ย. 2539)

“เรารับผิดชอบครอบครัว กับลูกเมียนี้ เป็นอันดับหนึ่งอยู่แล้ว ไม่เคยขาดตกบกพร่อง แฟนเขาก็ประทับใจในเรื่องนี้ เขาก็คอยดูแลเอาใจใส่อย่างดีมากตลอด... อีกอย่างหนึ่งนะผมอยู่สมฐานะ ไม่ฟุ่มเฟือย มีเท่าไรก็จัดสรรเอา สร้างฐานะมาได้จนถึงตอนนี้ มีส่วนผลไม้ ส่วนขาง ก็ภูมิใจมากแล้ว ...”

(หลี่ อายุ 39 ปี หลังรับ MVP ครั้งที่ 5 12 ส.ค. 2539)

1.4 ยอมรับความตาย

ในวาระสุดท้ายผู้ป่วยที่มีเตรียมใจไว้พร้อม รับรู้ว่าคุณภาพความเจ็บป่วยของตนอยู่ในขั้นใด ได้มีโอกาสจัดการกับชีวิตที่เหลืออยู่นั้นไม่มีเรื่องที่ต้องเป็นห่วงกังวลมากแล้ว มักจะยอมรับความตายได้ ดังจะเห็นได้ในผู้ป่วย 1 ราย ที่เล่าว่า

“ตอนนี้เหนื่อย ทำให้มีปัญหาอื่นๆตามมา หายใจไม่สะดวก สูดเข้าไปลึกๆไม่ได้ ช่วงเหนื่อยนี้จะหายใจสั้นๆ... กินก็ไม่สะดวก นอนก็ลำบาก นอนไม่ได้ ต้องนั่งฟุบ ทำให้เกิดความรู้สึกเหนื่อยหน่าย... จะปิดเป่าให้สั้นไปมันก็ยังอยู่... พยายามคิดว่าสังขารเป็นของไม่เที่ยง จะไปก็ขออย่าให้ทรมานมากนักแล้วกัน ถ้าไม่ไหวแล้วขอช่วยหายใจก็คงไม่เอา ลุงบอกหมอแล้ว ขอไปอย่างสงบดีกว่า... ลุงไม่ต้องเป็นห่วงอะไรมาก ลูกๆก็โต ทำงาน มีครอบครัวมันคงกันหมดแล้ว ...”

(ลุงอ้วน อายุ 67 ปี ห้องพิเศษ หลังรับ MVP ครั้งที่ 2 มีอาการเหนื่อยมาก 25 ส.ค. 2539)

การปรับตัวได้ของผู้ป่วยมะเร็งปอดดังกล่าวสอดคล้องกับซิดเนอร์ และซาลอฟสกี (Zeidner & Saklofske, 1996 : 508) บางส่วนที่ได้กล่าวถึงความสำเร็จของการเผชิญปัญหาโดยรวมว่าจะสามารถประเมินได้จาก 1) การแก้ความขัดแย้งหรือสถานการณ์ความเครียดทั้งหมดไปได้ 2) ปัญหาทางด้านร่างกายลดลงหรือการทำงานของระบบชีวเคมีในร่างกาย เช่น ค่าซีพีเจร การหายใจระดับความดันโลหิต เป็นปกติ 3) ความทุกข์ทรมานทางใจลดลง ควบคุมอารมณ์หรือความกังวลต่างๆได้ 4) สามารถทำหน้าที่ทางสังคมได้ตามปกติ ตามบรรทัดฐานของสังคม 5) กลับไปมีชีวิต

ในสิ่งแวดล้อมเดิมได้ตามปกติ 6) ตนเองและบุคคลรอบข้างที่เกี่ยวข้องมีความสุข 7) งดความมีคุณค่าในตนเอง และ 8) รับรู้ถึงความสำเร็จในการเผชิญปัญหา

2. ปรับตัวไม่ได้

ผู้ป่วยที่ปรับตัวไม่ได้มักเป็นผู้ป่วยที่รักษามาช่วงหนึ่งแล้วไม่ดีขึ้น มีการถูกลามของโรคที่ผู้ป่วยประเมินจากอาการที่เคยหายไปแล้วกลับมาเป็นใหม่หรือมีความรุนแรงมากขึ้น และมีอาการแทรกซ้อนต่างๆ เกิดขึ้น เช่น หอบเหนื่อยมาก บวม เจ็บปวด แขนขาไม่มีแรง ปวดศีรษะมาก อ่อนเพลีย และผอมแห้งมาก ซึ่งอาการที่ผู้ป่วยบอกว่าทำให้เกิดความทุกข์ทรมานเป็นอย่างสูงในวาระสุดท้ายได้แก่ อาการหอบเหนื่อย เจ็บปวด และอ่อนเพลีย ในช่วงนี้ผู้ป่วยมักจะยอมรับแล้วว่าตนเป็นโรคที่รักษาไม่หาย ทำให้คิดถึงความตาย ซึ่งพบว่าผู้ป่วยที่ปรับตัวไม่ได้จะมีความรู้สึกนึกคิดใน 2 ลักษณะใหญ่ๆ คือ ท้อแท้หมดหวัง และคิดโทษยาและผู้อื่น ดังนี้

2.1 ท้อแท้ หมดหวัง

มีผู้ป่วย 1 ราย คือ สามีเป็นตัวแทนของผู้ป่วยที่มีความสามารถในการปรับตัวต่อการเจ็บป่วยเป็นมะเร็งได้น้อยมาก คือ เมื่อรู้ว่าเป็นมะเร็งก็รู้สึก ตกใจ ช็อค ปฏิเสธ รู้สึกท้อแท้หมดหวัง คิดเพียงแต่ว่าโรคที่เป็นไม่มีทางรักษา รักษาไม่ได้ และมักจะคิดถึงความตาย มีพฤติกรรมแยกตัวอยู่คนเดียว ร้องไห้เอะอะ โวยวาย ทำลายข้าวของ คิดฆ่าตัวตาย และทำร้ายตัวเองหลายครั้ง ไม่ยอมรับประทานอาหาร ปฏิเสธวิธีการรักษาอื่นๆ ทั้งหมดที่ญาติๆ เพื่อนฝูง หรือคนรู้จักแนะนำ เช่น การทำสมาธิ การกินยาหม้อ หรือใช้สมุนไพรต่างๆ เป็นคนที่มีความเชื่อมั่นว่าเคมีบำบัดเท่านั้นที่ช่วยได้ เมื่อรักษาแล้วอาการไม่ดีขึ้น ก็ยังหมดหวังลงทุกวัน ในระยะท้ายเมื่อทราบว่าไม่มียาที่จะช่วยได้อีก ก็ปฏิเสธการฉายแสง แล้วไปรักษาเชิงพื้นบ้าน จนกระทั่งเสียชีวิต ดังที่ผู้ป่วยเล่าว่า

“บังเอิญโรคที่เราเป็นมันเป็นโรคที่ร้ายแรง ความหวังมันน้อยไป คนมักจะคิดแบบนี้ จริงมัย...ถ้าเราเป็นโรครธรรมดา เราก็สบายใจว่าโอกาสหายมันมีแต่ที่มันร้ายแรง 50-50 แทะละ ไซม์มัย...หายขาดคงไม่มีทางตามหมอมอบอกว่าโอกาสหายขาดไม่มีนะ...ก็เลยคิดว่าอย่าให้ทรมานดีที่สุด...ยอมรับว่ามันทรมาน จะเป็นอะไร ก็เป็นไป อยากตายก็ตายไปเลยอยู่ไปก็ทรมานขึ้นเรื่อยๆ...ก็รักษาไม่หาย จะอยู่ไปทำไม ตายๆ ไปเลย... ที่น้องอะไรก็ไม่ต้องทรมาน ตัวเองก็ไม่ต้องทรมาน นี่นะบอกตรงๆ นะ พ่อแม่หรือภรรยาของร้องไห้ครั้งแรกๆ คิดไม่ดีไว้เยอะ พ่อแม่เค้าขอเรื่องไว้... สำหรับตัวเองนี่บอกตรงๆ ว่าเราสิ้นหวังแล้ว คิดไม่ดีไว้เยอะ แต่ไม่กล้าตัดสินใจทำอะไร... สงสารพ่อแม่ เค้าดูแลเราเต็มที่ เทใจ เทเยี่ยวให้เราปรนนิบัติเราทุกอย่าง... พ่อ แม่ ที่สาว พี่น้องดีทุกๆ คนเลย ดูแลเราเต็มที่เลย เค้าหวังว่าเราจะหายนะ... แต่เราเองเราไม่ค่อยหวังแล้ว พูดตรงๆ...”

(สามี อายุ 42 ปี 1 เดือนหลังรับ VP ครั้งที่ 3 มีอาการผอมแห้ง อ่อนเพลียมาก 7 ก.ย. 2539)

ภายหลังจากที่สาวได้รับยาเคมีบำบัดแล้ว โรคไม่ตอบสนองต่อยา แพทย์จึงแนะนำให้รับการรักษาต่อด้วยการฉายแสง ทำให้ผู้ป่วยมีความคิดว่าไม่มีวิธีการหรือทางเลือกที่สามารถช่วยรักษาให้หายได้อีกแล้ว คิดถึงความตาย เกิดความรู้สึกท้อแท้ หมดหวัง และหมดหนทางช่วยเหลือเป็นอย่างมาก เมื่อความหวังของผู้ป่วยลดลง ก็จะมีความรู้สึกหมดหนทางช่วยเหลือตามมา ดังที่ผู้ป่วยเล่าว่า

“หมอบอกว่าสุดความสามารถแก่แล้ว ตอนที่ หมอเค็บบอกว่า “สุดความสามารถ” เรารู้สึกหมดแรงเลย หมดหวัง ปลงแล้ว ตอนนี่ความรู้สึกมันถึงที่สุดแล้วละ ปลงแล้ว ขอมรับแล้ว อะไรจะเกิดก็เกิด ...ตอนที่ ไม่สนใจอะไรแล้วนะ เทยไปเลย ถึงที่สุดของมันแล้ว มันท้อแท้ไปเลย...”

(สาว อายุ 42 ปี 1 เดือนหลังรับ VP ครั้งที่ 3 มีอาการหมดเหง้า อ่อนเพลียมาก 7 ก.ย. 2539)

จะเห็นได้ว่าการรักษาที่ไม่ได้ผลทำให้ผู้ป่วยมีความรู้สึกไม่แน่นอน ลับสน ซึมเศร้า รู้สึกท้อแท้ และหมดหวังเป็นอย่างมาก หลายครั้งที่มีความรู้สึกหมดหนทางช่วยเหลือ คิดว่า “ทำไม่ถึงไม่มีทางที่รักษาได้” แต่ผู้ป่วยก็ยังพยายามแสวงหาวิธีการที่คิดว่าจะสามารถช่วยให้ดีขึ้นได้ และพยายามปรับลดความหวังลงมา ซึ่งในภาวะนี้ผู้ป่วยมักจะบอกว่า “ถึงแม้ไม่ได้ช่วยให้หาย อย่างน้อยที่สุด ก็อย่าให้มีความเจ็บปวดทรมาน”

สาวยังบอกว่ามีบางครั้งที่มีความรู้สึกไม่อยากควบคุมตัวเอง เนื่องจากมีความครุ่นคิดกังวลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยของตนเองจนไม่มีทางออก บางครั้งทำให้อยากจะทำอะไรตามใจตนเองได้ ซึ่งอาจจะเห็นได้จากกรณีที่ผู้ป่วยมีพฤติกรรมเอาแต่ใจตนเอง ร้องไห้ เอะอะไว้วาย หรือทำลายข้าวของ ดังที่สาวเล่าว่า

“บางครั้งยอมรับว่าไม่ไหวเหมือนกัน ใจมันไม่ปกติ ไม่อยากควบคุมตัวเอง... ที่บ้านจะร้องครวญคราง โอดโอย ไม่อยากคนเลย ร้องไว้วาย... อยากทำอะไรก็ทำ บางทีก็เขวี้ยงข้าวของทั้งบ้านเลย ถามแม่ดูละ... ที่โรงบาลต้องพยายามเก็บเอาไว้ แต่บางทีก็ไม่ไหว ไม่ได้ตั้งใจแล้วจะหงุดหงิด โมโหเหมือนกัน...”

(สาว อายุ 42 ปี รอรับ VP ครั้งที่ 3 มีอาการบวมท่อนล่าง 15 ส.ค. 2539)

และสาวก็มีความวิตกกังวลอย่างต่อเนื่องจนมีอาการซึมเศร้าเป็นบางครั้ง และจะมีความกังวลหมกมุ่นอยู่กับอาการและความผิดปกติของร่างกายที่เกิดขึ้น ร่วมกับมีอาการเบื่ออาหาร และนอนไม่หลับ ซึ่งจะพบได้ในช่วงที่ผู้ป่วยยอมรับความเจ็บป่วยและการสูญเสียที่เกิดขึ้นไม่ได้ ดังที่สาวบอกว่า

“รู้สึกว่ายอดนี้มันสั้นนะ คินนั้นซั๊กติ 1 ตี 2 นะ มันสั้นทั้งตัวเลย สั้นเหมือนกับเจ้าเข้เลย เป็นอะไรไม่รู้ เป็นลั๊กทักใหญ่ ๆ แล้วมันหายไป แต่ยังไม่หายขาดนะ เป็นประมาณชั่วโงงหนึ่งได้ ...ตอนนี้จะรู้สึกว่ามีอะไรต่าง ๆ อยู่ในอกแน่น ๆ ตื้อ ๆ ไปหมด คิดว่าคงมีน้ำอยู่ข้างในอีก...”

(สาว อายุ 42 ปี 1 เดือนหลังรับ VP ครั้งที่ 3 มีอาการผอมแห้ง อ่อนเพลียมาก 7 ก.ย. 2539)

2.2 คิดโทษผู้อื่น / โทษยา

ผู้ป่วย 2 รายที่เคยมีอาการดีขึ้นจากการรักษาครั้งก่อนๆ มักจะคิดว่าคงจะดีขึ้นเรื่อยๆ และคิดว่ามีโอกาสที่จะหายจากโรคได้ แต่เมื่อได้รับการรักษาครั้งต่อๆ มาแล้วอาการยังไม่ดีขึ้น ก็มักจะไม่ใช่ใจว่าเป็นจากภาวะของมะเร็งที่ไม่ตอบสนองต่อการรักษา อาจเนื่องจากยังไม่ได้รับข้อมูลเกี่ยวกับผลการรักษา หรือสาเหตุอื่นๆ ทำให้ผู้ป่วยพยายามค้นหาสาเหตุว่าเกิดจากอะไร ซึ่งพบว่าผู้ป่วย 1 รายคิดถึงเหตุการณ์ในอดีตที่ผ่านมา และคิดโทษผู้อื่นว่าทำให้เกิดความผิดพลาดทำให้ผลการรักษาไม่ดีเท่าที่ควรจะเป็น ซึ่งส่งผลให้ผู้ป่วยมีความกังวลใจมากขึ้น โดยที่การโทษผู้อื่นเป็นวิธีการเผชิญปัญหาที่อาจจะทำให้ผู้ป่วยสบายใจขึ้น แต่ก็เป็วิธีการที่ไม่ได้ช่วยส่งเสริมความสามารถในเผชิญปัญหาของผู้ป่วย (Jalowiec & Dudas, 1991 : 811) ดังที่ผู้ป่วยเล่าว่า

“ผมเคยรับยาจากนี้ไปให้ทางโน้น (โรงพยาบาลใกล้บ้าน) 2 ครั้งแล้ว... ครั้งแรกที่ให้ที่โน้นจะดี พอครั้งที่ 2 นี้ทางโน้นหมอเขาไม่รับผิดชอบถึงเขาให้ยาบาลมาลึด ถึงยาตัวนี้มีอาจารย์นี้ กำชับว่าต้องแพทย์เท่านั้นที่เป็นผู้คิด... ถึงผมนะยังคิดใจอยู่จนถึงตอนนี้ว่าหลังจากให้ยาครั้งนั้นมา ไซร้ผมถึงไม่ปกติ... ผมกลัวว่าเขาจะให้ผิดพลาดหรือพันหรือไม่รู้ ผมยังมีความรู้สึกนะในใจ แฟนผมก็ยังคิดพันนั้นแหละ... ตัวยาที่ผมสั่งไปคือชุดเดิมหมด แต่ว่าตอนที่ให้ที่นั่นแหละไม่ทราบว่าเขาให้ครบตามจำนวนหม้ายหรือพันหรือ ผมก็ไม่เข้าใจ เราไม่แน่ใจตรงนั้นว่าเขาเอาอะไรไปผสมกับอะไรมั้งนี้เราไม่แน่ใจ...”

(หลี่ อายุ 39 ปี รอรับ MVP ครั้งที่ 5 10 ส.ค. 2539)

นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยอีก 1 รายที่ปรับตัวกับความเจ็บป่วยไม่ได้ จะไม่สามารถเผชิญปัญหาได้ ยอมรับต่อความสูญเสียในชีวิตไม่ได้ หันไปโทษเคมีบำบัด และมีอาการซึมเศร้า และหมดหวังจนกระทั่งเสียชีวิต ดังที่ผู้ป่วยเล่าว่า

“ตั้งแต่ได้รับยามา ทำให้เหนื่อยมาก กินอะไรไม่ได้ ถ้าไม่ได้ยา คงจะกินได้ บำรุงร่างกายได้ ไม่ผอมแห้งจนเหลือแต่กระดูก จนขนาดนี้... ทำไมยามันมีอาการข้างเคียงแล้วต้องรักษาด้วย มันไม่มีวิธีอื่นเลยหรือ มีสิโม่ตัวนี้ตัวเดียวเธอ ... คิดดูนะเวลาเอาเข้าไปนะ มันจะอ้วกก็อ้วก มันจะแรงมากเลย แล้วแก้ก็ เวลาเข้าไปนะอ้วกทุกทีเลยนะ... เหม็นอาหาร กินไม่ได้ ผอมเหลือแต่กระดูก... ตอนที่รับยาไม่ผอมลงทีละ... ที่จริงถ้าไม่ให้ยารักก็อาจจะกินได้ ให้ยาเข้าไปอาหารกินไม่ได้เลย อยากบำรุงก็บำรุงไม่ได้ เหม็นเมื่อไปหมดเลย ร่างกายมันก็เลยทรุดลง ๆ... ที่คิดอยู่อย่างนี้แหละว่า เราก็กินไม่เคยทำผิดคิดร้ายกับใคร แล้ว

ทำไมต้องมาเป็นแบบนี้ด้วย...หมอกี่ช่วยอะไรไม่ได้... เราเองก็ไม่รู้ว่าตัดสินใจถูกหรือเปล่า หมอบอกว่า
 สุดความสามารถแก่แล้ว เลยจะมาทางนี้ (หาหมอบ้าน)...ไม่รู้เหมือนกัน ก็ในเมื่อหมอทางนี้บอกว่าไม่มียา
 ให้เราแล้ว ก็เหมือนกับเค้าไม่รักษาเราแล้ว ฉายแสงเค้าก็ไม่รับประกัน..."

(สาว อายุ 42 ปี 1 เดือนหลังรับ VP ครั้งที่ 3 มีอาการผอมแห้ง อ่อนเพลียมาก 7 ก.ย. 2539)

ในภาพรวมของการศึกษาพบว่าผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการเคมีบำบัดมี 2 ลักษณะใหญ่ๆ คือ
 1) มีความหวัง และ 2) ท้อแท้หมดหวัง ซึ่งพบว่าผู้ป่วย 9 รายมีการเปลี่ยนแปลงของความรู้สึกตกใจ
 ไม่คิดว่าตนเองจะป่วยมาเป็นการยอมรับความเจ็บป่วย มีความหวังที่จะหายจากโรค และพยายาม
 ต่อสู้กับความเจ็บป่วย แต่ผู้ป่วยเหล่านี้ก็มีความรู้สึกกลัวตาย และท้อแท้หมดหวังเป็นบางครั้ง เช่น
 เมื่อมีอาการแพ้ยามาก หรือ เมื่อความแข็งแรงของร่างกายลดลง และมีความรู้สึกดีขึ้นอีกเนื่องจาก
 สามารถ ปรับตัวยอมรับสภาพความเจ็บป่วยได้เมื่อเวลาหนึ่งผ่านไป ร่วมกับการที่ผู้ป่วยมีการปรับ
 เปลี่ยนความหวังจากหวังว่าจะหายจาก โรคมมาเป็นขอให้อายุยืนหรือขออย่าให้ทุกข์ทรมานก็พอ
 มี ผู้ป่วย 1 รายที่ไม่สามารถปรับตัวกับความเจ็บป่วยได้ มีความรู้สึกท้อแท้หมดหวังเมื่อรับทราบว่าเป็น
 มะเร็ง คิดว่าอยู่ไปก็ทรมาน พยายามฆ่าตัวตายหลายครั้ง และหวังว่าเคมีบำบัดจะช่วยทำให้หายได้
 เมื่อได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดแล้วไม่ดีขึ้นผู้ป่วยก็ท้อแท้และรู้สึกหมดหนทางช่วยเหลือ มีความคิด
 โทษเคมีบำบัดว่าทำให้ผอมแห้งและอาการแย่ลงกว่าที่ควรจะเป็น มีพฤติกรรมที่พึ่งพาผู้อื่น พึ่งพา
 ญาติพี่น้องตลอดเวลา และเสียชีวิตในเดือนที่ 4 ของการรักษา ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของเพนีย์
 (Payne, 1990 : 655) บางส่วนที่พบว่าผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกและมะเร็งเต้านม 24 รายที่ได้รับการ
 รักษาแบบประคับประคองด้วยเคมีบำบัดในระยะสุดท้าย 8 ราย พยายามต่อสู้ กับโรคอย่างมีความ
 หวัง 5 รายยอมรับความเจ็บป่วยได้ และหวังว่าจะดีขึ้น 8 รายมีความรู้สึกกลัวตาย มักจะเก็บกด และ
 ปฏิเสธว่าไม่ได้เป็นอะไร ส่วนอีก 3 รายมีความรู้สึกท้อแท้หมดหวัง ซึมเศร้า และต้องพึ่งพาผู้อื่นมาก
 ขึ้น เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาในครั้งนี้มีจำนวนน้อยและเป็นการศึกษาให้เข้าใจถึงความหมาย
 ของปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้น ไม่ได้มุ่งหวังที่จะสร้างทฤษฎีผู้ศึกษาจึงไม่ได้แบ่งแยกกลุ่มผู้ป่วยได้อย่าง
 ชัดเจนเหมือนการศึกษาของเพนีย์ที่ใช้วิธีการศึกษาแบบสร้างทฤษฎีจากข้อมูล (Grounded Theory)

จากผลการศึกษาดังกล่าวพบว่าผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดมีการเผชิญ
 ปัญหาโดยการจัดการแก้ไขปัญหาและการปรับสภาพอารมณ์ควบคู่กัน ไปอย่างต่อเนื่องและมีการ
 ปรับเปลี่ยนวิธีการเผชิญปัญหาไปตามสถานการณ์ ซึ่งสอดคล้องกับความรู้ความเข้าใจของผู้ป่วยที่มี
 ต่อความเจ็บป่วยและการรักษาซึ่งสอดคล้องกับทฤษฎีการปรับตนเองของบุคคลที่ตีเวลาทาลและ
 จอห์นสัน (Leventhal & Johnson, 1983) กล่าวไว้

วิธีการเผชิญปัญหาที่ผู้ป่วยมะเร็งปอดใช้มากที่สุดได้แก่ การพยายามอดทนต่อสู้อย่างมีความหวัง
 ว่าจะหายจากความเจ็บป่วยหรืออย่างน้อยก็ขออย่าให้มีความทุกข์ทรมาน แม้ว่าผู้ป่วยจะได้รับความ

ทุกข์ทรมานจากอาการข้างเคียงของเคมีบำบัดเป็นอย่างมากและเกิดซ้ำแล้วซ้ำอีกก็ตามพยายามอดทนมารับการตรวจรักษาอย่างต่อเนื่อง ผู้ป่วยได้พยายามจัดการแก้ไขปัญหาต่างๆที่เกิดขึ้นในช่วงของการได้รับเคมีบำบัด มีการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตต่างๆ และพยายามดูแลรักษาเยียวขาดตนเองทั้งด้านร่างกายและจิตใจ การเผชิญปัญหาที่ผู้ป่วยเลือกใช้ช่วยให้ปัญหาหลายอย่างที่เกิดขึ้นลดลง หรือหมดไปได้ ช่วยให้ผู้ป่วยมีความสบายใจมากขึ้น สามารถมีชีวิตรอยู่กับความเจ็บป่วยได้อย่างมีความสุขตามอัตภาพ และคงความมีคุณค่าในตนเองอยู่ได้ แต่ก็ยังพบว่าผู้ป่วยบางส่วนที่มีความรู้สึกท้อแท้หมดหวัง ไม่สามารถเผชิญปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ผลการศึกษานี้มีทั้งส่วนที่สอดคล้องกับหลายการศึกษาที่ผ่านมา โดยพบว่าผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดมีการเผชิญปัญหาสอดคล้องกับวิธีการเผชิญปัญหาตามแนวคิดของลาซาลัสและโฟร์คแมน ที่สมจิต (253 :109-111) กล่าวสรุปไว้ 5 วิธี คือ การแสวงหาข้อมูล การกระทำโดยตรง การหยุดยั้งการกระทำ การแสวงหาความช่วยเหลือ และการใช้กลไกทางจิต แต่วิธีการเผชิญปัญหาที่ผู้ป่วยมะเร็งปอดใช้มากมี 3 วิธี คือ 1) การกระทำโดยตรงเพื่อแก้ปัญหา เช่น การพยายามมาตรวจรักษา การพยายามบำรุงร่างกาย การสูดหายใจเข้าออกลึกๆภายหลังการอาเจียน 2) การหยุดกระทำในสิ่งที่มีผลเสียกับตนเอง เช่น การไม่รับประทานอาหารในช่วงที่ยังมีอาการคลื่นไส้ อาเจียน และ 3) การใช้กลไกทางจิตต่างๆ เช่น การเบี่ยงเบนไม่สนใจที่กำลังได้รับ การมีความหวังว่าจะดีขึ้น ส่วนการแสวงหาข้อมูลของผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นการแสวงหาข้อมูลทั้งในเชิงที่ในบ้านและเชิงวิชาการสมัยใหม่ ซึ่งผู้ป่วยจะยอมรับหลายวิธีร่วมกันเพื่อให้มีทางเลือกในการดูแลตัวเอง ผลดีที่เกิดขึ้นเด่นชัดคือทำให้ผู้ป่วยไม่เกิดความรู้สึกหมดหนทางช่วยเหลือ ส่วนการแสวงหาแรงบันดาลใจสนับสนุนทางสังคมจะใช้น้อยเนื่องจากได้รับจากญาติที่น้องเป็นอย่างดีอยู่แล้ว แต่ก็ยังมีความคาดหวังที่จะได้รับเพิ่มจากทีมสุขภาพ ซึ่งให้การดูแลที่ระดับหนึ่ง แต่ยังไม่ให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรคและการดูแลตนเอง และวิธีการเผชิญปัญหาค่อนข้างน้อย

ผู้ป่วยมีการแสวงหาข้อมูลจากบุคคลากรทีมสุขภาพค่อนข้างน้อยอาจเนื่องมาจากผู้ป่วยส่วนใหญ่ได้รับทราบข้อมูลเกี่ยวกับโรคและการรักษาค่อนข้างน้อย จากการที่แพทย์พยาบาลมีภาระงานมาก แพทย์มีเวลาน้อยในการมาเยี่ยมตรวจผู้ป่วยแต่ละครั้ง จึงสามารถให้ข้อมูลผู้ป่วยได้เฉพาะสิ่งที่สำคัญว่าเกิดอะไรขึ้นและจะรักษาอย่างไร โดยไม่ได้พูดคุยในรายละเอียด และไม่ได้มีการกำหนดรูปแบบหรือแนวทางที่ชัดเจนในการให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับเคมีบำบัด ทำให้ผู้ป่วยไม่มีความเข้าใจความซับซ้อนของโรคและการได้รับเคมีบำบัด ไม่ทราบว่าสิ่งที่ตนเองควรรู้คืออะไร ร่วมกับการที่ผู้ป่วยส่วนใหญ่ความเกรงใจหรือไม่กล้าซักถาม อันเป็นลักษณะสำคัญของผู้ป่วยส่วนใหญ่ที่ศึกษา ก็คือผู้ป่วยบางรายก็คิดว่าถ้ามีปัญหาก็มีเรื่องที่สำคัญจะหาโอกาสถามหมอเอง ถ้ามีเรื่องสำคัญหมอมองจะบอก ถ้าหมอไม่บอกแสดงว่าไม่มีอะไรมาก ส่วนการที่ผู้ป่วยไม่ได้พยายามแสวงหา

การสนับสนุนทางสังคมน่าจะเป็นเพราะผู้ป่วยทุกรายได้รับการดูแลช่วยเหลือเอาใจใส่เป็นอย่างดีจากญาติพี่น้องและเพื่อนบ้านอยู่แล้ว อันเป็นลักษณะของสังคมไทยที่ยังคงเป็นสังคมที่มีการช่วยเหลือพึ่งพาซึ่งกันและกัน

วิธีการที่ผู้ป่วยมะเร็งปอดใช้เพื่อเผชิญกับความเจ็บป่วยและการได้รับเคมีบำบัด ถือเป็น การรักษาเยียวยาตนเอง ที่สอดคล้องกับแนวคิดการดูแลสุขภาพของตนเองในภาวะเบี่ยงเบนของสุขภาพ ซึ่งเอ็ดมุนด์ (2533 : 74) กล่าวว่าไว้ว่ามีทั้งพฤติกรรมการรักษาเยียวยาในระดับครอบครัว ซึ่งมักเป็นการหาซื้อยากินเอง หรือ การเช็ดตัว และนอนพัก เป็นต้น ในระดับเครือข่าย ซึ่งมักเป็นไปตามการตัดสินใจของผู้อาวุโส ที่ปฏิบัติตามกันมา เช่น การใช้ยากลางบ้าน การใช้สมุนไพร การเป่า และในระดับชุมชน ที่เป็นผลมาจากความสัมพันธ์ในชุมชนที่มีการเกื้อกูลกันสูง พฤติกรรมการรักษาเยียวยาจะเป็นการรักษาตนเองโดยใช้หมอนพื้นบ้าน ยาสมุนไพร การเป่า ตลอดจนการให้หมอดูทำนายว่าจะหายจากความเจ็บป่วยหรือไม่

จากการศึกษาพบว่าวิธีการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งปอดหลายๆวิธีเป็นวิธีที่ไม่ให้ยา ซึ่งทิมพ์วัลย์และคณะ (2530 อ้างในทวีทอง, 2533 : 23) กล่าวว่าการรักษาตนเองโดยไม่ให้ยาเป็นการทำนุบำรุงสุขภาพที่มีความสำคัญยิ่ง และประชากรไม่น้อยในประเทศกำลังพัฒนามรักษาตนเองโดยไม่ให้ยา ผลการศึกษารูปแบบการดูแลสุขภาพตนเองเมื่อเจ็บป่วยของประชาชนในอำเภอหนึ่งของจังหวัดนครราชสีมา พบว่าผู้ป่วยมีการรักษาตนเองโดยการใช้ยาแผนปัจจุบันเป็นอันดับ 1 และรองลงมาตามลำดับ คือการปฏิบัติตัวโดยไม่ให้ยา การใช้ยาสมุนไพร การไม่ปฏิบัติสิ่งใดเลย การรักษาแบบพื้นบ้านและพิธีกรรมทางไสยศาสตร์ และการปฐมพยาบาล ผลการศึกษาในครั้งนี้ได้ช่วยสะท้อนภาพหรือปรากฏการณ์ที่เป็นจริงเกี่ยวกับการดูแลตนเองของประชาชนที่เจ็บป่วยได้ชัดเจนมากขึ้น ซึ่งจะได้นำข้อมูลที่เหล่านี้ไปเป็นพื้นฐานในการปรับปรุงการให้บริการทางสุขภาพที่สอดคล้องกับความสามารถในการดูแลเยียวยาของผู้ป่วยมากขึ้น

นอกจากนี้ในช่วงที่ผู้วิจัยทำการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้มีโอกาสพูดคุยกับผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ผ่านประสบการณ์การรักษาทั้ง 3 ชนิดมาแล้ว คือการผ่าตัด ฉายแสง และเคมีบำบัด จำนวน 3 รายซึ่งเป็นผู้ป่วยที่มาตรวจตามนัดภายหลังสิ้นสุดการรักษาแล้ว ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ พบว่าผู้ป่วยมีการรับรู้ หรือความคิดเห็นต่อการรักษาที่แตกต่างกัน คือ ผู้ป่วย 2 รายที่ยังคงแข็งแรงภายหลังสิ้นสุดการรักษาด้วยการฉายแสงบอกว่า “ช่วงที่ได้รับเคมีบำบัดเป็นช่วงที่แย่ที่สุด โชคดีมากที่ผ่านมาได้ดีแล้ว...” หรือ ผู้ป่วยอีกรายที่มีอาการอ่อนเพลียมากในช่วงที่ฉายแสงบอกว่า “ช่วงฉายแสงลำบาก ฉายแล้วไม่สบายตัวเลย เมื่อไปหมด เพลียมาก” เป็นต้น ทำให้ไม่สามารถสรุปได้ชัดเจนว่าวิธีการรักษาแบบใดที่ทำให้ผู้ป่วยมีความรู้สึกทุกข์ทรมานที่สุด โดยอาจขึ้นอยู่กับสภาวะของร่างกาย และการให้ความหมายต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น ในช่วงเวลานั้นๆ

ผู้ป่วยในกลุ่มตัวอย่างเองก็มีการรับรู้ที่แตกต่างกันไป เช่น ช่วงที่รับยาแป๊ะบอกว่า “ดีใจมากที่ครั้งนี้เป็นครั้งสุดท้ายแล้ว ถ้าต้องรับยาต่อมา อ้าวไม่เอาแล้ว ขอตายดีกว่า มันทรมาณมานาน... همین เบื่ออาหาร พอเริ่มจะเข้าที่ก็มาอีก” แต่ในช่วงที่มาฉายแสงแป๊ะบอกว่า “ดีที่ไม่ต้องนอนโรงพยาบาล อยู่ที่บ้านฉายเสร็จไปไหนมาไหนได้บ้าง” ลุงเต่งบอกว่า “ไม่บายมาตั้งแต่วันที่ 5 มกรา 39 นี้กะปีหว่าแล้ว... มาหาหมอเดือนละครั้ง สองครั้งก็ไม่พื่อ ธรรมดาของคนป่วย...หนก่อนผ่าตัดแล้วกะฉายแสงไปหนหนึ่งแล้ว 30 หว่าวัน ช่วงที่ฉายแสงเขาฉีดเส้นไว้อยาให้ถูกน้ำ...ช่วงนั้นมันกะคอแห้ง เบื่ออาหาร มั่ง คิวเป็นสีดำๆแห้งๆกะหายหมดแล้ว อย่างอื่นกะไม่มีไหร... ที่ผ่านมาผ่าตัดลำบากหว่าเพื่อน เจ็บอิดาย นี่ยังรู้สึกเสียวๆอยู่ในแผลเหลว... รับยานี้มันกะจั้นๆลงๆ ดีมั่งไม่ดีมั่ง แต่กะยังมีช่วงที่ได้พักบายๆมั่ง พอทนไหว...ฉายแสงกะไม่พื่อ เท่าแต่คอแห้ง เบื่ออาหารมั่ง ไม่เป็น ไหรมาก”

การศึกษาในครั้งนี้ทำให้ผู้วิจัยคิดว่า ไม่มีวิธีการใดที่ดีที่สุดในการรักษาผู้ป่วยมะเร็ง แต่วิธีการใดก็ตามที่ผู้ป่วยได้ตัดสินใจเลือกอย่างมั่นใจว่าดีแล้ว เหมาะสมแล้วกับสถานะของตน คิดว่าวิธีที่เลือกจะช่วยให้ดีขึ้น หรือช่วยให้หายได้ ทำให้ผู้ป่วยมีความหวัง ไม่เกิดความรู้สึกลมดหนทางช่วยเหลือนั้นแหละคือสิ่งที่ดีที่สุดสำหรับผู้ป่วยนั้นๆ เพราะจะช่วยให้ผู้ป่วยมีความรู้สึกว่าได้ควบคุมตัวเอง ได้เลือกในสิ่งที่เหมาะสมกับความเชื่อ ศาสนา และวัฒนธรรมของตน ได้ทำในสิ่งที่ตัวเองเลือก และได้ใช้ชีวิตอยู่อย่างคุ้มค่าที่สุดในช่วงชีวิตที่เหลืออยู่ ในโอกาสต่อไปที่มสุขภาพจึงควรมีบทบาทเพิ่มขึ้นในการเป็นผู้ที่เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้รับทราบข้อมูลเกี่ยวกับทางเลือกต่างๆในการเผชิญปัญหา เช่น การประยุกต์ภูมิปัญญาท้องถิ่นเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ การนำหลักศาสนาและความเชื่อต่างๆที่เป็นที่พึ่งทางใจแก่ผู้ป่วย มาใช้ร่วมกับการรักษาพยาบาลที่เป็นวิวัฒนาการแบบใหม่ รวมทั้งการดูแลและคอยอำนวยความสะดวกให้ผู้ป่วยได้มีโอกาสตัดสินใจเลือกทางเลือกที่เหมาะสมกับตนได้อย่างเปิดเผย ได้ปฏิบัติตามความเชื่อ ซึ่งเป็นวิธีการหนึ่งที่ส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถเผชิญต่อโรคและการรักษาที่สอดคล้องกับพื้นฐานความรู้และ

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเผชิญปัญหาของผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับเคมีบำบัด

ในการเผชิญปัญหาของผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับเคมีบำบัดมีทั้งปัจจัยส่งเสริมและอุปสรรคในการเผชิญปัญหา ปัจจัยดังกล่าว ได้แก่ 1) ภาวะเศรษฐกิจ 2) ความเข้มแข็งอดทน 3) ความรู้สึกเกรงใจ 4) ความไม่คุ้นเคย 5) ความขัดแย้งด้านความเชื่อ 6) เทคนิคการบอกข้อวินิจฉัย 7) อาการของโรค 8) อาการข้างเคียงของเคมีบำบัด 9) การดูแลช่วยเหลือและกำลังใจ 10) ระบบบริการพยาบาล 11) เชื้อโรคฉวยโอกาส และ 12) อุปสรรคในฤดูฝน ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. ภาวะเศรษฐกิจ

ผู้ป่วยที่มีฐานะดีจะสามารถแสวงหาสิ่งอำนวยความสะดวกในการเผชิญปัญหาได้โดยสะดวก และไม่กังวลอยู่กับเรื่องค่ารักษาพยาบาล ค่าใช้จ่ายต่างๆ และ อนาคตของครอบครัว ซึ่ง สมจิต (2537 : 111) และลาซาลัสและโฟร์คแมน (Lazarus & Folkman, 1984 : 164) กล่าวว่าทรัพย์สินเงินทอง เป็นแหล่งประโยชน์ที่เอื้ออำนวยให้บุคคลสามารถเผชิญปัญหาได้ดีขึ้น ดังที่ผู้ป่วยเล่าว่า

"ไม่ขายแล้วต้องพยายามบำรุง หางของที่ดีกิน มันหอย มันถูกใจ ทำให้กินได้มากขึ้น... เมื่อข้าวจะหาอย่างอื่นกิน อยากกินไทรกะไปหามา แพงเท่าไรก็ไม่พ้อ... ดึงถึงได้บำรุงร่างกายมาได้แข็งแรง... ไม่ทรุดแรงเวลามาที่คยา..."

(หญิงแห่ง อายุ 56 ปี คลินิกโรคปอด รอดตรวจตามนัดหลังรับ MVP ครั้งแรก 21 ส.ค. 2539)

"มาที่นี่ไม่ค่อยมีเตียงว่าง ไม่อยากรอ ถ้าต้องกลับไปรอที่บ้านก็ลำบากหลายเรื่อง เลยต้องเบิกยาที่นี่ไปให้ที่โรงพยาบาลเอกชน สะดวกขึ้น... ตอนนี่ยังมีตังค์ก็พออยู่ได้ ไม่จั้นก็คงลำบาก ต้องรักษานานด้วย..."

(อาโก อายุ 51 ปี รอรับ MVP ครั้งที่ 5 ไปให้ที่โรงพยาบาลเอกชน 7 ส.ค. 2539)

และผู้ป่วยยังรับรู้ว่าการปัญหาเศรษฐกิจก็เป็นอุปสรรคในการเผชิญปัญหาเพราะการรักษาด้วยเคมีบำบัดต้องใช้ค่าใช้จ่ายสูง ซึ่งผู้ป่วยมะเร็งปอดต้องจ่ายค่ารักษาพยาบาลถึงเดือนละประมาณ 8,000 ถึง 15,000 บาท ทำให้ผู้ป่วยบางรายรับรู้ว่าคุณเองไม่มีโอกาสเลือกทางเลือกในการรับการรักษาที่ดีที่สุด เช่น หรือไม่สามารไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลเอกชนที่ได้ยู่ห้องพักสบาย และเป็นส่วนตัว และไม่สามารถได้รับยาป้องกันอาการคลื่นไส้อาเจียนที่มีราคาแพง เช่น โซเฟรนได้ ดังที่ผู้ป่วยเล่าว่า

"วันนั้นก็ซื้อยามดไป สี่พันหกร้อย ถึงยาตัวที่ฉีดข้างล่างนี้ประมาณพันนึง พอได้ยาสลักกันก็เดือน ละประมาณ 8 พัน นี้อย่ารวมค่าใช้จ่ายอื่นนะ บางทีเงินที่เราเอาไปเบิกก็ออกมาทัน บางทีก็มาไม่ทัน... นี้ขนาดเบิกได้ก็ยังมีปัญหาหลาย... ที่จริงถ้ามีเงินมากหวานี้อย่าเคยคิดว่าขอเบิกยาที่นี่ไปให้ที่โรงบาลเอกชน ไม่นานอนทรมานอยู่แบบนี้หรอก..."

(หลี่ อายุ 39 ปี คลินิกโรคปอด รอดตรวจติดตามเรื่องมีไข้ 2 สัปดาห์หลังรับ MVP ครั้งที่ 4 17 ก.ค. 2539)

"ค่ารักษานี้มันแพงมาก จนผมต้องหยุดรักษาไปพักหนึ่ง เนื่องจากมันกลับมาเป็นใหม่ ปล่อยไว้ไม่ได้ เลยตัดสินใจขายบ้านหลังใหญ่ในเมืองมาซื้อบ้านหลังเล็กนอกเมือง กะได้เงินเก็บก้อนนึง ถึงได้รักษาเต็มที่..."

(อาโก อายุ 51 ปี รอรับ CE ครั้งที่ 5 ไปให้ที่โรงพยาบาลเอกชน 7 ส.ค. 2539)

2. ความเข้มแข็งอดทน

ผู้ป่วยบอกว่าต้องพยายามเข้มแข็งอดทน ไม่ท้อแท้เสียก่อน เพื่อจะได้ดีขึ้น ซึ่งช่วยให้ผู้ป่วยสามารถแก้ปัญหาต่างๆรวมทั้งจัดการกับอาการข้างเคียงของเคมีบำบัดได้ดีขึ้น ดังที่ผู้ป่วยเล่าว่า

"มารับยาถึงมันก็เห็นหรือกะต้องทน มันอยากอภัยกะต้องอดทนแหละลูก..."

(ลุงเพิ่ม อายุ 62 ปี รอดตรวจเพื่อรับ CE ครั้งที่ 5 21 ส.ค. 2539)

"เรื่องแพ้ยาที่มันเป็นที่จิตใจเรากัน...พยายามแหละ ต้องพยายามกลืนไว้...กดกลืนไว้... กดไม่ได้กะปล่อยออกมาซักที กะหว่างไปตัว...แล้วกะอย่าไปคิดถึงมัน นั่งเล่นนั่ง แลข่าวไทร ให้เพลินๆไป..."

(ลุงท่ง อายุ 56 ปี หลังรับ MVP ครั้งที่ 2 5 ก.ย. 2539)

ซึ่งโคบายาและคณะ (Kobasa et al., 1981 : 368) กล่าวว่าความเข้มแข็งอดทนเป็นบุคลิกภาพที่มีการหล่อหลอมมาตลอดช่วงของการดำเนินชีวิต จะเป็นพลังภายในที่เป็นแรงจูงใจให้บุคคลมองปัญหาอุปสรรคที่ผ่านเข้ามาในชีวิตอย่างท้าทาย มีความหวังและกำลังใจ อดทนและพยายามที่จะต่อสู้ เกิดแรงผลักดันให้พยายามแสวงหาวิธีการเผชิญปัญหาอยู่ตลอดเวลา ทำให้ไม่เกิดภาวะหมดหนทางช่วยเหลือ

ในทางตรงกันข้ามความท้อแท้อ่อนแอก็เป็นอุปสรรคในการเผชิญปัญหาเป็นอย่างมาก ดังจะเห็นจากผู้ป่วย 1 รายที่มีพฤติกรรมไม่ไว้วางใจใครนอกจากญาติพี่น้อง ต้องพึ่งพาผู้อื่น และผู้ป่วยมีความรู้สึกท้อถอย หมดหวัง ปฏิเสธ ไม่ต่อสู้ และโทษผู้อื่น ซึ่งบิชอป (Bishop, 1994 : 327) ถือว่าเป็นผู้ที่มีบุคลิกภาพแบบซี (type c behavior) ซึ่งเป็นบุคลิกภาพที่มีความเกี่ยวข้องกับการเป็นมะเร็ง ดังที่ผู้ป่วยเล่าว่า

"ที่นี้ที่รู้ว่าร่างกายเราเป็นยังไง สุขภาพที่ไม่ดี เลือดลมที่ไม่ดี ที่เป็นลมบ่อยนะ พอท้องเสียก็เป็นลม นอนไม่พอก็เป็นลม เป็นคนที่เป็นลมง่าย แต่เป็นเร็วหายเร็ว กินยาลมก็หายแล้ว บางทีรู้ตัวเลขนะ... ตอนที่หมอเค้าบอกว่า สุดความสามารถ ทำให้รู้สึกหมดแรงเลย หมดหวัง ปลงแล้ว ตอนที่ความรู้สึกมันถึงที่สุดแล้วละ ปลงแล้ว ขอมรับแล้ว อะไรจะเกิดก็เกิด... ในเมื่อเรารักษาจนถึงที่สุดแล้ว ถ้ามันช่วยไม่ได้ก็ไม่รู้จะทำยังไงแล้ว ...ตัวเองก็ไม่รู้หรือกว่าอนาคตมันจะดีหรือ ไม่ดี เราไม่รู้ แต่เรารักษาเท่าที่เรารักษาได้เท่าที่ร่างกายเราจะรับได้... ตอนนี้ไม่สนใจอะไรแล้วนะ เกลยไปเลย ถึงที่สุดของมันแล้ว...มันท้อแท้ไปเลย..."

(สาว อายุ 41 ปี รอดรับ VP ครั้งที่ 3 15 ส.ค. 2539)

3. ความรู้สึกเกรงใจ

ผู้ป่วยบางรายมีความรู้สึกเกรงใจ รู้สึกว่าตนเองเป็นภาระให้ผู้อื่น จากการที่ต้องพึ่งพาผู้อื่นเมื่อเจ็บป่วย ทำให้เกิดความไม่สบายใจ บางครั้งก็ท้อแท้ ไม่อยากจะมีชีวิตอยู่ให้เป็นภาระของผู้อื่น

หมคกำลังใจ ทำให้ไม่พยายามที่จะต่อสู้กับความเจ็บป่วยอีกต่อไป และยิ่งพบว่าความเกรงใจทำให้ผู้ป่วยไม่กล้าซักถาม ไม่เรียกร่องสิทธิของตนเอง และไม่ได้แสวงหาแหล่งประโยชน์ที่มีอยู่มาใช้ให้เกิดประโยชน์ ในการเผชิญปัญหาอย่างเต็มที่ ดังที่ผู้ป่วยเล่าว่า

“ตอนที่มีอาการร้อนวูบวาบ หลังได้ยาแก้อาเจียน ลุงว่าถ้าได้เบ็ดคัดมหรือเช็ดตัวกับผ้าเย็นๆ ก็น่าจะดี แต่ไม่ได้ขอ เห็นพยาบาลเขายุ่ง ๆ เกรงใจเขา เยนอนพักคี่หว่า...”

(ลุงปลื้ม อายุ 61 ปี หลังรับ MVP ครั้งที่ 2 17 พ.ค. 2539)

“ตอนนี้ป่าไปอยู่บ้านน้องสาว ห่างกับที่บ้านสักกิโลหว่า ๆ อยู่กัน 4 คน เขาไม่ให้ทำไอ้ไหรเลย... วันๆ กะนอนพัก กินข้าว เดินออกกำลังรอบๆบ้าน บางทีจะรู้สึกเกรงใจน้องๆที่เข้ามาทำให้ทุกอย่าง ป้าอยากทำเองบ้าง...กวาดบ้านนี้ทำได้แต่เขาไม่ค่อยให้ทำ...”

(ป้าหนู อายุ 54 ปี 2 สัปดาห์หลังรับ MVP ครั้งที่ 2 4 ก.ย. 2539)

“เรารู้สึกว่าเป็นภาระอย่างมากเลย รู้สึกมาตลอด รู้สึกเยอะค้ำว... ตัวเองยังรำคาญตัวเองเลย แล้วเค้าจะไม่รำคาญเราหรอ... รำคาญที่เราช่วยตัวเองไม่ได้ เจ็บออกออก แอคแอค... แล้วเราต้องเป็นภาระให้เค้า เทชีเทชียวให้เรา เช็ดเนื้อเช็ดตัวให้เรา เลยคิดมาก...”

(สาว อายุ 41 ปี คลินิกโรคปอด มาตรวจเพราะอ่อนเพลียมาก หลังรับ VP ครั้งที่ 3 21 ส.ค. 2539)

4. ความไม่คุ้นเคย

ผู้ป่วยรู้สึกไม่คุ้นเคยกับการอยู่โรงพยาบาล ทำให้กินไม่ได้ นอนไม่หลับ ท้องผูกเพราะไม่ชินกับห้องน้ำของโรงพยาบาล และมีความไม่สะดวกในช่วงที่ได้รับน้ำเกลืออยู่ ดังที่ผู้ป่วยเล่าว่า

“เบื่ออาหาร โรงพยาบาล แล้วก็เบื่อมาโรงพยาบาลด้วย ไม่สะดวก ไม่ชิน มาอยู่ 3 วัน เหมือน 3 ปี อยู่โรงพยาบาลเข้าส้วมลำบาก มีน้ำเกลือติดอยู่ เลยไม่ได้ถ่ายมา 3 วันแล้ว แล้วก็ขี้เกียจกินมาก ขี้เกียจเดินไปเข้าห้องน้ำบ่อย ๆ ...”

(แป๊ะ อายุ 62 ปี รับ CE ครั้งที่ 4 ก.ย. 2539)

“เวลาให้น้ำเกลือมันทำไอ้ไหรลำบาก อามน้ำเช็ดตัวไหรไม่สะดวก...เราอินอนกะหลับไม่สนิทต้องระวังกลัวมันอิหตุคั้ง อิหมีคั้ง กลัวทั้งเพ...นอนกะไม่หลับ ไม่สะดวกไปทุกอย่าง...”

(ลุงเพ่ง อายุ 56 ปี หลังรับ MVP ครั้งที่ 2 5 ก.ย. 2539)

“ป่าเบื่อน้ำเกลือ มีน้ำเกลือแล้วเบื่อ เดินไปไหนมาไหน ไม่สะดวก ไปห้องน้ำไม่สะดวก ไปหยิบน้ำอุ่นไม่สะดวก...”

(ป้าหนู อายุ 54 ปี หลังรับ MVP ครั้งที่ 2 16 ส.ค. 2539)

5. ความขัดแย้งด้านความเชื่อ

ผู้ป่วยบอกว่าการเจ็บป่วยเป็นโรคนี้อาจมีข้อห้ามในการดูแลตัวเองทุกอย่าง ซึ่งมากเกินไป โดยเฉพาะเรื่องอาหารการกิน ทำให้เกิดความรู้สึกสับสน และไม่มีความแน่นอนในการตัดสินใจ ดังที่ผู้ป่วยเล่าว่า

"คนที่มาเยี่ยมมีเยอะ คนพวกนี้แหละที่คอยทักเรื่องกินห้ามกิน โน่น ห้ามกินนี่ สรุปแล้วห้ามไปหมดทุกอย่าง... ที่บ้านเขาเข้าใจ ผมก็เวลากินไร พอกินถึงคอยสังเกตว่ามันเกิดอะไรขึ้น บางอย่างก็ทำให้มีความรู้สึกเหมือนกัน... คือถ้าสิ่งไหนที่เขาพูดกันมาก ๆ นี่ พอเรากินไปแล้วเราก็คงอยู่ตลอด ไม่แน่ใจเลย... อย่างเงาะนี่เขาบอกว่าอย่ากินนะ พอเรากินเข้าไปนี่ มันทำให้เรารู้สึกว่า กินแล้วมันจะพันหรือมั้ง... จะกังวลเลยไม่รู้จะเอาพันหรือ..."

(หลี่ อายุ 39 ปี หลังรับ MVP ครั้งที่ 5 12 ส.ค. 2539)

"ถึงไอ้นี้แหละ ผมอยากถามทีหนึ่งว่าเขาแนะนำว่าเนื้อนี่ เนื้อวัวนี่ หมอบ้านว่าแห้ง (แสดง) กินไม่ได้ ผมกะไม่กินไปเลย แต่เนื้ออื่นผมกินทุกอย่าง ผมไม่กล้าถามหมอ..."

(ลุงเพิ่ม อายุ 62 ปี คลินิกโรคปอด รอรับ CE ครั้งที่ 5 21 ส.ค. 2539)

6. เทคนิคในการบอกข้อวินิจฉัย

เทคนิคในการบอกข้อวินิจฉัยทั้งการบอกความจริงและไม่บอกความจริงมีผลต่อปฏิกริยาทางจิตของผู้ป่วยเป็นแตกต่างกันไป ผู้ป่วย 2 รายรับรู้ปัญหาจากการได้รับการบอกการวินิจฉัยโรคที่ไม่เหมาะสม คือ การใช้คำพูดที่พูดตรงเกินไป ทำให้รู้สึกยอมรับไม่ได้ เกิดความวิตกกังวลมาก คิดถึงความตาย คิดว่าป่วยเป็นโรคที่รักษาไม่หาย และต้องตายในเร็วๆนี้ แต่ผู้ป่วยที่ไม่ได้รับข้อมูลโดยตรงก็มีความรู้สึกสงสัย ไม่แน่ใจในความเจ็บป่วยตลอดเวลา โดยเฉพาะเมื่อรักษาไปแล้วยังไม่ดีขึ้น และมีอาการรุนแรงขึ้น เช่นที่ผู้ป่วยเล่าว่า

"นี่มันมีหมอบอกคนนึง แกพูดนี่มาวันแรกทีผลออกมาแล้ว แกมาพูดนี่ผมยังเสียใจจนถึงตอนนี้เลย... แกมาพูดว่าชีวิตคุณสั้นเกินไป แกพูดแบบนี้เลย... คือถ้าให้มันคิดว่านี่น่าจะได้ จนว่าบัดนี้ผมพบแกนะ ผมยังรู้สึกไม่ดี ผมยังมีความรู้สึกว่ามันน่าพูดกับผมเท่านั้น.. เขาพูดทำให้เราจบเลย... ทำให้เราคิดว่าเราจะต้องตายในวันนี้ ทอซ่า (พุงนี้)... คือทั้งที่รู้ว่าเราก็คงต้องตายนั่นแหละทุกคนใช้หน้าย คนเรามาเกิดมาไม่ค้าทำหรือต้องตายทุกคน แต่วิธีการพูดของเขาทั้ง ๆ ที่พูดนี่มันนั่นแหละ แต่ฟังแล้วน้ำหน้กมันหนัก..."

(หลี่ อายุ 39 ปี หลังรับ MVP ครั้งที่ 5 12 ส.ค. 2539)

"หมอบเข้านั้นฉันว่า หมกหนทางแล้ว แล้วการพูดจาของแก พูดตรงมาก ทำให้รับไม่ทันเลย... คนเรามัน เหมือนเครื่องจักร ถ้ามีน้ำมันหล่อลื่นมันก็เดินได้ดี มีน้ำมันก็เดินได้ นี่เหมือนน้ำมันเหือดแห้ง... ขนาด ให้อาไมได้แล้ว แล้วกายแสงละ... คงพัน ตายไปเลย..."

(สาว อายุ 41 ปี 1 เดือนหลังรับ VP ครั้งที่ 3 มีอาการหอมเหงื่ออ่อนเพลียมาก 7 ก.ย. 2539)

และพบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการบอกข้อวินิจฉัยโรคด้วยเทคนิคที่เหมาะสม โดยการค่อยๆบอก ด้วยท่าทีที่เข้าใจ เป็นกันเอง เหมือนเล่านิทานให้ฟัง จะไม่ถูกทำร้ายจิตใจ และค่อยๆ ยอมรับความเจ็บป่วยได้ดีขึ้น เมื่อเวลาหนึ่งผ่านไป ดังที่ผู้ป่วยเล่าว่า

"หมอบใหญ่นี้แกมาเล่านิทานก่อน... แกพูดว่าหลังจากเอาโน่นไปตรวจแล้ว เาหนีไปตรวจแล้วนะ ไม่พบ นั้น ไม่พบนี้... ถึงตอนสุดท้ายก็เอาขึ้นเนื้อ ไปตรวจ ถึงได้รู้ว่าปอดของเรานี้ไม่ปกติแล้ว มันมีแผล แต่ไม่ ต้องตกใจ รักษาได้ แผลงพันนี้จำเป็นขึ้นมเราก็รักษา... แกพูดว่าอย่าตกใจ ไหรนะ ทำให้เรารับได้ ทำใจ ได้ดีสิหา..."

(หลี่ อายุ 39 ปี หลังรับ MVP ครั้งที่ 5 12 ส.ค. 2539)

7. อาการของโรค

การที่ผู้ป่วยมีร่างกายไม่แข็งแรงจากภาวะของโรค โดยเฉพาะอาการหอมมาก อ่อนเพลีย หอบเหนื่อย เจ็บปวด หรือมีอาการที่เกิดจากการลุกลามของโรคเพิ่มขึ้น เช่น บวม แขนขาอ่อนแรง เป็นต้น ซึ่งภาวะที่ร่างกายไม่แข็งแรงจะทำให้บุคคลมีความวิตกกังวลต่ออาการที่เกิดขึ้น และเกิดความเครียด กลัวอาการลุกลาม กลัวรักษาไม่หาย และมักจะคิดถึงถึงความตาย นับเป็นช่วงที่ผู้ป่วยได้รับความทุกข์ทรมานในระดับสูง ต้องใช้ความพยายามและแรงสนับสนุนเป็นอย่างมากในการเผชิญปัญหา ดังที่ผู้ป่วยเล่าว่า

"ตรงนี้มีมันดีขึ้นแล้ว แต่อันใหม่ (อาการบวมของร่างกายที่อ่อนล้า) มันเกิดได้ยังไง... ก็เครียดมาก อยากรู้เร็วๆ... อยากรู้ให้หมอบมาตรวจเร็วๆ จะได้รับรักษาต่อ... ช่วงที่รอกคอยมันจะหงุดหงิดมาก... คราวที่แล้วคืนะ ครั้งหลังนี้แหละ แย่.. ช่วงนี้ถ้ามีแรงนะ น่าจะดี ช่วงก่อนๆนะแรงดี แต่มาที่ขี้วนี้ไม่มีแรงเลย... ตั้งแต่เจ็บตรงนี้แหละไม่คิดเลย กินก็ไม่ได้... ตั้งแต่ปวดท้องนี้กินไม่ได้เลย (ผู้ป่วยบวมมากตั้งแต่เอวลงมาถึงเท้า ขยับแล้วจะปวดมาก แล้วก็แน่นท้องมาก กินอะไรไม่ได้ นอกจากที่เป็นน้ำๆ เช่น รังนก นมสด น้ำเต้าหู้) ตอนนี้นั่งก็เจ็บก้น นอนก็เจ็บหลัง ไม่ไหวเลย อ่อนแอเหลือเกิน..."

(สาว อายุ 41 ปี รอคตรวจก่อนรับVP ครั้งที่ 3 13 ส.ค. 2539)

และการที่ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นภายหลังจากได้รับการรักษา แม้จะเป็นช่วงระยะเวลาสั้นหรือยาวก็ตาม ทำให้ผู้ป่วยมีความหวัง มีกำลังใจในการพยายามดูแลรักษาตัวเองต่อไป ดังที่ผู้ป่วยเล่าว่า

"ตอนนี้มันดีขึ้นมา เหมือนเดิมเลย... นี่ก็รักษาได้ผลมาก ป้ายอมอ้วกไทรี่ยอม... ก่อนหน้านี้ป้ายมีแต่
หนังกับดุก หอมมาก นี่อ้วนขึ้นจิงแล้ว..."

(ป่าเล็ก อายุ 51 ปี คลินิกโรคปอด รอดตรวจหลังรับ MVP ครั้งที่ 3 4 ก.ย. 2539)

"นี่ก็มารับยาครั้งที่ 3 ดีขึ้นนะ คือทุกวันนี้ น้ำในปอดมันลดลง เมื่อก่อนต้องเจาะน้ำในปอดบ่อย เดี่ยวนี้
เดือนนึงก็ไม่ต้องเจาะ... ก็ดีใจ ได้ตั้งหน้าตั้งตารักษาต่อ..."

(สาว อายุ 41 ปี รอรับ VP ครั้งที่ 3 13 ส.ค. 2539)

"ของผมนี่บวมขึ้นมา สิ่งของมันเป็นนั่นลดไปหลายหนาน (อย่าง) แล้ว... ไอเป็นเลือด ร้อนง่าย เย็นง่าย
เที่ยวเจ็บ ตามเส้น ตามข้อ ตอนนี้น้มนหายแล้ว ที่หอบกะหายแล้ว เหลือแต่ไอทีดๆ... ไม่นั่นในอกแล้วกัน
เหมือน ยกภูเขาออกจากอก... สาเหลือ สัก 20 เปอร์เซ็นต์ได้แล้วนี่... กะต้องพยายามรักษาต่อ ยามหือ
กะกิน ที่นี่กะมา... ช่วยกัน 2 ทาง 3 ทาง ให้มันหายนี่..."

(ลุงป้อม อายุ 61 ปี หลังรับ MVP ครั้งที่ 2 17 พ.ค. 2539)

8. อาการข้างเคียงของเคมีบำบัด

การที่ผู้ป่วยมีอาการข้างเคียงของเคมีบำบัดที่รุนแรง โดยเฉพาะอาการอ่อนเพลีย อาเจียน มาก
กินไม่ได้ เหม็นอาหารมาก ทำให้ผู้ป่วยไม่มีเรี่ยวแรงหรือกำลังที่จะดูแลตัวเอง ทำให้ต้องการความ
ช่วยเหลือมากขึ้น ซึ่งเป็นช่วงที่ผู้ป่วยมีความยากลำบากในการเผชิญปัญหาเป็นอย่างมาก และมี
ความคิดที่จะหยุดมารับการรักษาด้วยยา ดังที่ผู้ป่วยเล่าว่า

"เขาให้ยาหมดไปแรกป้ายเริ่มแล้วดุก ออกแล้ว 3-4 วัน เหม็นกิน อาหารนี่กินไม่ได้ กินแต่กลางสาดแต่ว่า
นี่มันหยุดแล้ว เหลือแต่คลื่นไส้... วันนี้กะพอกันได้แต่เขายังให้ยาอีก 2 วัน เผลอ ไม่รู้กินได้หม้าย ... ถ้า
กินไทรี่ไม่ได้สัก 20 วันเหมือนหนก่อนแล้ว ไม่ว่าว..."

(ลุงพ้อม อายุ 62 ปี หลังรับ MVP ครั้งที่ 4 25 ก.ค. 2539)

"ถึงยาติดแต่ละครั้งนี่ มันทำให้เกิดอาการแหม่มากถึงคิดว่านี่เรายังอยู่แบบนี้ต่อไปอีกนานหม้ายนี่ ก็ดยา
แล้วแพ้ ๆ ถึงทำให้เรามีความคิด ถ้าว่าพรื่อนั้น เราอาจจะต้านทานไม่ว่าว เราหยุดดีหวานิแบบว่าพรรับ
ยาที่นี้เราทรมาณร่างกายไปที่ รับยาที่ทรมาณร่างกายที่ ถ้าว่าไม่รู้ก็ครั้งเหลย ไม่รู้อีกนานแค่ไหนเหลย
คืออย่างน้อย ๆ เราก็จะได้รู้จุดหมายปลายทาง..."

(หลี่ อายุ 39 ปี คลินิกโรคปอด มีไข้ 2 สัปดาห์หลังรับ MVP ครั้งที่ 4 7 ส.ค. 2539)

9. การดูแลช่วยเหลือและกำลังใจ

ผู้ป่วยรับรู้ว่าการได้รับการดูแลช่วยเหลือและกำลังใจ ทั้งจากคู่ครอง ลูกหลาน ญาติพี่น้อง ลูกสะใภ้ พระ เพื่อนบ้าน ผู้ป่วยข้างเตียง และบุคลากรที่มรสุขภาพต่างๆ ทั้งในด้านกำลังใจ การช่วยเหลือด้านเศรษฐกิจการเงิน ข้อมูลข่าวสาร และการบริการต่างๆ ช่วยให้ผู้ป่วยมีความรู้สึกอบอุ่นใจ เป็นพลังให้ผู้ป่วยมีความพยายามที่จะต่อสู้ต่อไป ซึ่งลาซาลัสและโวลค์แมน (Lazarus & Folkman, 1984 : 164) กล่าวว่า การได้รับความช่วยเหลือประคับประคองจากบุคคลในเครือข่ายสังคม จะช่วยให้บุคคลมีกำลังใจที่จะต่อสู้กับปัญหาและความยากลำบากมากขึ้น แรงสนับสนุนที่สำคัญเหล่านี้ได้แก่

9.1 ได้รับกำลังใจและการดูแลเอาใจใส่เป็นอย่างดี โดยการให้กำลังใจ พูดยกย่อง อยู่เป็นเพื่อน มาเฝ้าที่โรงพยาบาล และมาเยี่ยมเยียนสม่ำเสมอ ด้วยท่าทีที่เอาใจใส่ ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยมีกำลังใจมากขึ้น และผลจากการที่มีญาติมาเยี่ยมก็เป็นการเบี่ยงเบนความรู้สึกให้ผู้ป่วยลืมความทุกข์ทรมานจากความเจ็บป่วยได้เช่นเดียวกัน ดังที่ผู้ป่วยเล่าว่า

“เวลาลูกๆหรือญาติๆมาเยี่ยมกันมากๆ พร้อมๆกัน จะลืมความทุกข์ทรมานไปชั่วขณะ เรา รู้สึกเหมือนเราปกติ มันลืมเหนื่อย ลืมไปเลย ลืมเหมือนกับไม่ป่วย... พูดยกย่องไปเพลินๆ พอเขากลับไปก็พยายามสงบใจว่าเขามาแล้วเขาก็ต้องกลับ เขาไม่ได้ทอดทิ้ง ไม่เคยคิดว่าเขาจะทอดทิ้ง... คิดว่าทุกคนมีหน้าที่ ก็เป็นธรรมดาอย่างหนึ่ง...”
(ลุงอ้วน อายุ 67 ปี หลังรับ MVP ครั้งที่ 2 18 ส.ค. 2539)

“ญาติๆ เพื่อน ๆ ที่เขาว่าไม่บายเขามาเยี่ยมกันจังเสีย... มากันทุกวัน ของกินนี่เต็มไปหมด กินไม่ทันเลย ป้าดีใจจัง ไม่นึกว่าอิมมากันมากพอนั้น... กะพยายามกิน เขาตั้งใจซื้อมาฝากแล้ว...”
(ป้าเล็ก หลังรับ MVP ครั้งที่ 3 18 ก.ย. 2539)

9.2 ได้รับการช่วยเหลือด้านเศรษฐกิจและสิ่งของต่างๆ โดยการช่วยเหลือในเรื่องค่าใช้จ่ายในชีวิตประจำวัน การเดินทาง หรือค่ารักษาพยาบาล และผู้ป่วยยังบอกว่าเพื่อนบ้านที่ดีต่อกันหลายรายก็คอยให้ความช่วยเหลือ ให้เงินเล็กๆ น้อยๆ ไว้ใช้จ่ายในชีวิตประจำวัน และมักจะซื้อของใช้ที่จำเป็นหรืออาหารที่มีประโยชน์มาฝากขณะที่มาเยี่ยม ดังที่ผู้ป่วยเล่าว่า

“ญาติ ๆ ก็ปรึกษากันแล้ว เรื่องค่ารักษาไม่มีปัญหา น้องชายช่วยจัดการ ตั้งใจจะรักษาเต็มที่...”
(ป้าหนู อายุ 54 ปี รอรับ MVP ครั้งแรก 8 ก.ค. 2539)

“ปะตัดสินใจขายดินไป 2 ไร่ ได้มา สี่แสนเจ็ด เขาไม่ได้บอกใครอยู่ๆก็เอามาให้...(หยิบสมุดบัญชีธนาคารมาให้ดูแล้วน้ำตาไหล ก้มหน้าเล็กน้อย เอามือปาดน้ำตา นั่งนิ่งครู่หนึ่งแล้วเล่าต่อ) ตั้งใจจะเก็บไว้ให้ถึงที่สุด ถ้าไม่จำเป็นก็ไม่ต้องใช้... เงินทองเป็นของนอกกายจริง ๆ...”

(หลี่ อายุ 39 ปี คาต่อระบายน้ำในช่องอก หลังรับ MVP ครั้งที่ 5 25 ส.ค. 2539)

“หนแรกปีมาตรวจอยู่พักพื้นหลายวันจนน้ำหนักขึ้นจาก 38 มาเป็น 40 โล หมอถึงเริ่มให้ยา ช่วงนั้นก็พยายามกิน... เพราะคนเรารักชีวิตนะลูกนะ กินไม่ได้ก็ต้องกิน...ญาติมาเยี่ยม ซื้อของมาฝากมากป้าก็กินไปเรื่อย...” (ป้าเล็ก อายุ 51 ปี คลินิกโรคปอด รอดตรวจหลังรับ MVP ครั้งที่ 3 4 ก.ย. 2539)

9.3 ได้รับการช่วยเหลือและบริการต่างๆ โดยการช่วยพามารับการตรวจรักษา จัดหาพาหนะในการเดินทาง อำนวยความสะดวกในขั้นตอนต่างๆของการตรวจรักษา เช่น พาไปเจาะเลือด เอ็กซเรย์ ช่วยเหลืองานบ้านต่างๆ จัดหาหรือทำอาหารที่มีประโยชน์ในการบำรุงสุขภาพ ช่วยกระตุ้นและหาวิธีให้กินอาหารได้มากขึ้น จัดบรรยากาศให้เหมาะสมแก่การพักผ่อน พาเดินออกกำลังกาย ช่วยคอยดูแลและเฝ้าระวังเพื่อป้องกันการติดเชื้อ และอุบัติเหตุต่างๆ พาไปทำบุญที่วัด จัดเตรียมของดีกบาตรให้ การช่วยแสวงหาวิธีการรักษาอื่นๆ เช่น หาสมุนไพรที่ดังๆและคิดว่าดี หาหมอบ้านที่มีชื่อเสียง ส่วนพ่อแม่ผู้ปกครองของผู้ป่วยมักจะแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตามหลักศาสนา และการทำความดีตามความเชื่อ และหลักศาสนา ดังที่ผู้ป่วยเล่าว่า

“ลูกๆซื้อของมาให้กิน นมมั้ง ผลไม้มั้ง ไม่เคยขาด... ป้า (แฟนผู้ป่วย) กะทำกับข้าวให้ กิน ที่บ้านไม่มีปัญหาไหน...” (ลุงเพิ่ม อายุ 62 ปี ก่อนรับ CE ครั้งที่ 4 24 ก.ค. 2539)

“มาหาหมอสะดวกทุกอย่าง มานอนกับลูกก่อน (ผู้ป่วยมีลูกชายเป็นลูกจ้างอยู่ที่โรงพยาบาล) แล้วลูกกะช่วยจัดการให้ทุกอย่าง...มาถึงกะไปเจาะเลือด เอ็กซเรย์ แล้วกะมารอดตรวจ...”

(ลุงเพ่ง อายุ 56 ปี คลินิกโรคปอด 2 สัปดาห์หลังรับ MVP ครั้งแรก 21 ส.ค. 2539)

“เวลามาตรวจทุกครั้ง น้องชายขับรถมาส่ง แฟนจะมาด้วยทุกครั้ง... หมอคุยกับหมกับแฟนตั้งแต่แรก แล้วว่าต้องช่วยกันดูแล ให้กำลังใจ... เขากะช่วยดูแลกันอย่างดี....”

(หลี่ อายุ 39 ปี คลินิกโรคปอด มีไข้ 2 สัปดาห์หลังรับ MVP ครั้งที่ 4 17 ก.ค. 2539)

“เวลาไปเดินออกกำลังกาย ลูกๆเขาจะไปเป็นเพื่อน ไปคอยดูแลอยู่แคๆ ถ้าว่าป้าไม่ไหวก็เอารถไปรับหลบ เขาคอยระวังอยู่ตลอดเวลา...”

(ป้าเล็ก อายุ 51 ปี คลินิกโรคปอด รอดตรวจหลังรับ MVP ครั้งที่ 3 4 ก.ย. 2539)

“วันก่อนที่ว่าหยุดมาโรงบาลก็มีเรื่องนี้เป็นเรื่องหนึ่ง ที่ว่าคนโน้นก็ว่าหมอบ้านดี คนนี้ก็ว่าหมอบ้านดี ถึงปะนั้นแกเป็นคนี่ช่วยไปหาหมอมารักษาให้ หมอที่ไหนดีปะไปพามาหมด...พ่อ-แม่ ๆ นี้ช่วยทุกเรื่องไม่ว่าจะเป็นเรื่องของเงินทอง เรื่องของให้กำลังใจ...คือคนเราพอเจ็บไข้ขึ้นมาถ้าคนที่ยังไม่มีแฟนนี้ หมายถึงว่าพ่อแม่เท่านั้นแหละ... คนอื่นนี่มาแลเรา ไหรเรา ยังไม่ทำให้เราชื่นใจเหมือนกับพ่อแม่ที่มาข้างมาจับเรา มาไหรเรา คอยถามทุกข์สุขจะเอา ไหรจะกินไหร... แต่พอมิตรรอบครัว ก็เป็นแฟน เพราะแฟนช่วยเราได้ทุกอย่างไม่ว่าเราจะซึ่เราจะเขี้ยว ไม่ว่าจะเอาไอ้ไหร แฟนทำให้เราได้ทุกอย่าง อย่างเต็มที...”

ถูกไม่ได้ช่วยไรมาก ให้เขาเรียนหนังสือไป... พ่อแม่อยู่คนละบ้านกันแต่พอเจ็บไขหนัก ๆ ก็มากินอยู่
รวมกันที่บ้าน... บางทีผมก็ไปอยู่ที่บ้านพ่อแม่ บางทีเขาก็มาอยู่บ้านผม มาช่วยเหลือกันทุกอย่าง... เพราะ
ถ้าอยู่กันเองบางทีแฟนเขาก็เอาไม่ทัน กลางคืนไม่ได้นอนหลับพักผ่อนได้เต็มที่ พ่อแม่มาอยู่ก็ได้ลับ
เปลี่ยนกันพักผ่อนได้หลับมั่ง... 'ได้รับตรงที่มีรู้สึกดีมากทำให้เรามีกำลังใจ พ่อแม่แฟนเขาก็เดือนอยู่
ตลอดเวลาวาให้อดทน ให้ต่อสู้ให้วันนี้...'

(หลิว อายุ 39 ปี คลินิกโรคปอด มีไข้ 2 สัปดาห์หลังรับ MVP ครั้งที่ 4 17 ก.ค. 2539)

บางครั้งเพื่อนบ้านจะมาเป็นเพื่อนขณะผู้ป่วยมาตรวจรักษา ช่วยกันจัดหาพาหนะในการเดิน
ทาง บางรายช่วยขับรถพามาโรงพยาบาล การช่วยแสวงหาและคอยแนะนำวิธีการรักษาอื่นๆ เช่น หา
สมุนไพรที่ดังๆ และคิดว่าดี ช่วยหาหมอบ้านที่มีชื่อเสียงซึ่งเป็นทั้งผลดีและผลเสียต่อผู้ป่วย รวมทั้ง
แนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวต่างๆ ทั้งในเรื่องที่ควรละเว้น และควรปฏิบัติ ดังที่ผู้ป่วยบอกว่า

"วันนี้คนข้างบ้านเขามากัน มาเป็นเพื่อนกัน เขาช่วยขับรถมาให้ เขากับข้าวมาร่วมกันในรถ ดี ดยาเสร็จ
ก็กลับ สะดวกหวานั่งรถมาเอง ..."

(เป่าหนู อายุ 54 ปี คลินิกโรคปอด 3 สัปดาห์หลังรับ MVP ครั้งแรก 28 ก.ค. 2539)

"เพื่อนที่เขาชอบไปวัดเขาให้หนังสือพระ วิธีกาสมาธิมานะ เขาว่าช่วยได้ แต่เราว่าทำยาก...เลยไม่ทำ
เลย..."

(สาว อายุ 41 ปี รอรับ VP ครั้งที่ 3 15 ส.ค. 2539)

ผู้ป่วยหลายรายได้รับความช่วยเหลือ และความเห็นอกเห็นใจจากผู้ป่วยโรคเดียวกัน หรือ
ผู้ป่วยข้างเตียง ซึ่งผู้ป่วยบอกว่าทำให้อบอุ่นใจ เหมือนเป็นญาติๆ กัน... ดังที่ผู้ป่วยบอกว่า

"ลูกสาวโน่นเขาอยู่บ้านเดียวกัน เพิ่งมารู้จักกันที่นี้ คอยช่วยเหลือ เอาน้ำอุ่นมาให้ข้าวกินน้ำอุ่นจะดี ถ้ายัง
แต่น้ำเย็นกินได้ไม่มาก...มานั่งแหงนกันแหมลีน ๆ คี..."

(เป่าหนู อายุ 54 ปี หลังรับ MVP ครั้งที่ 2 16 ส.ค. 2539)

"เมื่อก็คุยกับอีกคนหนึ่งที่ผมๆ วันก่อนที่เคยมาให้ยาพร้อมกัน แรกก็บอกว่ามีสิทธิ์หาย... ใจผมก็บอกไม่
รู้ว่าจะหายไม่หายไม่รู้ ก็รักษาไป..."

(อาโก อายุ 51 ปี รอรับ CE ครั้งที่ 6 ไปให้ที่โรงพยาบาลเอกชน 4 ก.ย. 2539)

นอกจากนี้ยังพบว่าพระ หรือผู้นำทางศาสนาในหมู่บ้านจะคอยช่วยเหลือ สนับสนุน และแนะนำ
เกี่ยวกับการปฏิบัติตามหลักศาสนา โดยเฉพาะการละเว้นความชั่ว การทำความดี และการทำจิตใจ
ให้สงบใส ดังที่ผู้ป่วยเล่าว่า

“ป้าไม่ยอมมาตั้งปีหว่า ไปรักษามาหลายแห่งแล้ว แต่กะไม่รู้ว่าเป็นไอ้ไหน... ตอนนั้นพอรู้แล้วป้าตกใจ นึกว่าอิตายแล้วสา... นั่งเฉยๆ ในห้อง ในครัว อยู่คนเดียว ไมกินไมไร กินไม่ลง ไม่หลงกับใคร คิดแต่ว่า อิตาย... ลุงมั่ง ลูกๆมั่ง ช่วยดูแลช่วยพูดกะยังทันนั้นแหละพอตีมีพระที่วัดแถวบ้าน เป็นพระที่ดี มีคน นับถือ มาก กะรู้จักกัน แก่ได้ข่าวแล้ววะมาเยี่ยม มาพูดไทรหลายอย่าง ที่ป้ายังจำได้อยู่หลาย... กะแก ว่าคนเรา เกิดแก่เจ็บตายเป็นธรรมดา ตายไปกะเอาไทรไปไม่ได้ เหลืออยู่แต่ความดี ควรจะทำเพราะอาจ จะทำให้ แทนที่จะตายวันนี้มันตายช้าลง... ถ้าอยู่ไมกินไมไรแทนที่จะอยู่ได้หลาย อาจตายวันนี้ พรุ่งนี้ จริงๆ ก็ได้ ป้าคิดได้กะเริ่มสู้ตั้งแต่วันนั้นแหละ ตอนนีंप้าดีใจจังที่รู้แล้วได้รักษาจนมายมาถึงตอนนี้...”

(ป้าเล็ก อายุ 51 ปี คลินิกโรคปอด รอดตรวจหลังรับ MVP ครั้งที่ 2 7 ต.ค. 2539)

9.4 การได้รับข้อมูลและคำแนะนำ

ผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับเคมีบำบัดยังได้รับข้อมูล คำแนะนำต่างๆ จากทีมสุขภาพ ซึ่งเป็น การให้ทางเลือกในการตัดสินใจ ให้ข้อมูลว่าต้องทำอะไรบ้าง ต้องทำอะไรต่อไปการรับฟัง ผู้ป่วยบาง รายบอกว่าได้รับคำแนะนำที่ดี และปฏิบัติได้ง่ายในเรื่องที่ไม่เคยทราบมาก่อน เช่น การกินไข่ขาว เพื่อเพิ่มโปรตีนในเลือด ดังที่ผู้ป่วยเล่าว่า

“พยาบาลชั้นนี้เขาให้คำแนะนำดี เขาว่าให้กินไข่ขาวมากๆ น้ำเต้าหู้กะดี เอาไว้เพิ่มโปรตีนในเลือด นี้กะ เหน็งรู้ รักษามาตั้งนานแล้ว เหน็งรู้...” (สาว อายุ 41 ปี อ่อนเพลียมาก หลังรับ VP ครั้งที่ 3 7 ต.ค. 2539)

“นพทย์พยาบาลทำหน้าที่ดีมากอยู่แล้ว... ส่วนลูกๆก็คิดว่าเขาไม่มีเวลามาพูดเรื่องลูกๆที่ต้องใช้เวลา เขามี เวลาแค่พูดซักถามซัก 2-3 คำ...เข้าใจว่าทุกคนก็มีความรู้ดีแต่มีข้อจำกัดเรื่องเวลา...ถ้ามีปัญหาอะไร กะอะไร ออกก็ค่อยหาจังหวะถามตนเอง...หมอบ่ต้องร้ายยาว...”

(ลุงอ้วน อายุ 67 ปี ห้องพิเศษ หลังรับ MVP ครั้งแรก 29 ก.ค. 2539)

“ขานี้พอเริ่มให้ป้าก็ห้องเสีย ชีร์คที่นอน... กลั้นไม่อยู่เลย...พยาบาลเขาก็ใจดีนะบอกว่าป้าทำใจดี ๆ นะ ไม่ หรือ... เขาว่าไมหรือ ป่านอนเฉย ๆ ทำใจดี ๆ ไม่ต้องตกใจ เขาว่าป้าเวียนหัวไปห้องน้ำเองไม่ได้ เขาก็ช่วย เช็ดให้ ไทรให้... ตั้งแต่รักษามาที่หมอบ่และพยาบาลดีมาก หลบไปบอกลูกหลานที่น้องทุกคน ที่เขาวานี้เป็น โรงฆ่าสัตว์ มันไม่จริง ป้าว่าป้าประสบมาเอง หมอบ่เขาดีทุกคน แม้แต่คนที่ทำความสะอาอนี้เราขอช่วย ไทรเขาก็ทำให้ เขาดีประทับใจอย่างแรงเลย...”

(ป้าเล็ก อายุ 51 ปี คลินิกโรคปอด รอดตรวจหลังรับ MVP ครั้งที่ 5 11 ต.ค. 2539)

9.5 การได้รับความยืดหยุ่นในการพยาบาล

ผู้ป่วยบางรายบอกว่ารู้สึกดีใจที่ได้รับ ความยืดหยุ่นและการเปิดโอกาสให้ต่อรองตาม โอกาสจากพยาบาล เช่น ขอหยุดพักจากการแทงน้ำเกลือชั่วคราวเมื่อได้รับการแทงหลายๆครั้งแล้ว ทำให้รู้สึกว่าจะได้รับความเข้าใจและรู้สึกสบายใจขึ้นมาก ดังที่ผู้ป่วยเล่าว่า

“ช่วงนี้ผมก็เล็ก ๆ พยาบาลไว้เวรละคน 2 คนที่พอใช้ได้ หนหลัง ๆ เขาก็มาถามว่าจะเอาหันหรือ... ต่อรองได้ขอเวลาได้ แต่ไม่ใช่ว่าขอให้หันไป ไม่ใช่คือมัน กะดึขึ้น ไม่หงุดหงิดแรง...”

(หลี อายุ 39 ปี หลังรับ MVP ครั้งที่ 5 25 ต.ค. 2539)

นอกจากนี้จากการศึกษายังพบว่าผู้ป่วยได้รับผลดีทางอ้อมจากวิธีการวิจัยเชิงคุณภาพ ซึ่งเป็นผลจากการไปเยี่ยมเยียนผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง สม่ำเสมอ การเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ระบายความรู้สึกอย่างอิสระ โดยไม่ได้ความเคียดแค้นของผู้วิจัย การรับฟังในทุกๆเรื่องอย่างตั้งใจ มีท่าทีที่ยอมรับ เข้าใจ เห็นอกเห็นใจและเอื้ออาทรต่อกัน ให้ความสำคัญในบางโอกาสเพื่อเป็นทางเลือกในการตัดสินใจของผู้ป่วยและญาติหลังจากที่ได้รับทราบว่าคุณภาพไม่สามารถแก้ปัญหานั้นๆได้ ให้ความช่วยเหลือตามโอกาสในช่วงที่ผู้ป่วยมีปัญหา โดยเฉพาะหลังจากพูดคุยในประเด็นนั้นๆ ได้ชัดเจนแล้วซึ่งมักจะเป็นบทบาทด้านการอำนวยความสะดวก และการประสานงานกับทีมสุขภาพให้รับทราบปัญหาเพื่อจะได้ช่วยเหลือผู้ป่วยต่อไป ซึ่งผู้ป่วยบอกว่า “ทำให้มีความสบายใจขึ้นมาก” “รู้สึกอุ่นใจที่มาเยี่ยม” “ดีใจที่มีคนเข้าใจ” หรือ “แค่มาพูดคุยก็ช่วยได้มาก” ดังที่ผู้ป่วยเล่าว่า

“ผมดีใจจังที่ลูก (ผู้วิจัย) มาเยี่ยมแล้ว คุณกับลูกแล้วสบายใจ อุ่นใจทุกทีที่ลูกมาเยี่ยม...”

(ลุงปลื้ม อายุ 61 ปี หลังรับ MVP ครั้งที่ 3 18 ก.ย. 2539)

“ที่ลูก (ผู้วิจัย) มาคุยกับคนไข้ที่ ดูเห็นว่าดีมาก ถ้าเรียนแต่ทฤษฎีอย่างเดียว มันไม่ได้... นี้ลูกได้มาคุยได้ มาเห็นคนไข้ ได้เข้าใจจริงๆ... ลูกกะบายใจเวลาลูกมาคุย...”

(ลุงเท่ง อายุ 56 ปี คลินิกโรคปอด 2 สัปดาห์หลังรับ MVP ครั้งที่ 2 18 ก.ย. 2539)

“แฟนยังถามว่าแรกมาน้อง (ผู้วิจัย) เขาขึ้นมาหาน้ำ ผมดีใจจัง อย่างน้อยๆนี่ก็มีคนรับฟังเรา รับฟัง ความคิดเห็นเรา เราไม่บายอยู่ที่นี่ถ้าบอบซ้ำใจ มันก็ยิ่งแย่ คุณมาคุยที่นั่นผมบายใจขึ้น ผมบายใจขึ้นมากเลย ทำให้ผมลืมเรื่องที่ผมคิดไม่ดี ไม่ดีที่เกิดขึ้นกับผม ผมลืมหมดลืมผมไม่คิดเสียนี้ แต่ถ้าว่าผมนอนอยู่คนเดียวนี่ไม่มีใครมาคอยพูดคุยนี้ มันยิ่งเพิ่ม ยิ่งเพิ่มความคิดขึ้น... ถ้าไม่มีคนมาคุยวันนี้ ผมก็ยังไม่ลืมที่เรื่องนี่คือมันยังติดอยู่ แต่ทอมานั่งคุยกัน ตอนที่ผมก็คิด ได้ว่ามันเป็นเรื่องธรรมดา มันเป็นหน้าที่ของเขา เขาก็ต้องที่มันก็หมดกันไป ไม่คิดใจแล้วได้พูดเสร็จก็โล่งไปแล้ว...”

(หลี อายุ 39 ปี หลังรับ MVP ครั้งที่ 5 25 ต.ค. 2539)

ซึ่งคิดถึงและคณะ (Keeling et al., 1996 : 77-78) กล่าวว่าแรงสนับสนุนทางสังคมส่งผลให้ภาวะสุขภาพของบุคคลเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้น ทั้งทางตรง คือทำให้ภาวะเครียดลดลง อารมณ์ดีขึ้น การทำงานของระบบประสาทและภูมิคุ้มกันดีขึ้น มีกำลังใจมากขึ้น รู้สึกมีคุณค่ามากขึ้น และรู้สึกปลอดภัย และทางอ้อม คือทำให้บุคคลมองผลกระทบจากความเจ็บป่วยรุนแรงลดลง มีความมั่นใจในการเผชิญปัญหามากขึ้น สามารถเผชิญปัญหาในทางที่ดี และปรับตัวได้ดีขึ้น คริสนาซามี่ (Krishnasamy, 1996 : 759-760) ได้กล่าวว่าแรงสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยมะเร็งประกอบด้วย

- 1) การสนับสนุนทางด้านอารมณ์ เป็นการแสดงออก ถึงความรู้สึกห่วงใย แสดงความรักและยอมรับในคุณค่าของบุคคล แสดงออกว่าเข้าใจในความรู้สึกที่เขาเป็นอยู่ รวมทั้งการกระตุ้นและเปิดโอกาสให้บุคคลได้แสดงออกมาซึ่งความเชื่อและความรู้สึกอย่างอิสระ
- 2) การตอบสนองทางด้านข้อมูล ข่าวสาร ซึ่งเป็นการให้ข้อมูล คำแนะนำ การชี้แนะแนวทาง หรือทักษะในการแก้ปัญหาต่างๆ และ
- 3) การสนับสนุนด้านเครื่องมือ เป็นการให้ความช่วยเหลือต่างๆ รวมทั้งด้านการเงิน ของขวัญ สิ่งของและการบริการ โดยแหล่งสนับสนุนที่สำคัญได้แก่ คู่ครอง คนรัก พี่น้อง เพื่อนฝูง เพื่อนบ้าน เครือข่ายทางสังคม ทีมสุขภาพ รวมทั้งผู้เชี่ยวชาญต่างๆ และการศึกษารั้วนี้ยังพบว่าพระสงฆ์ก็เป็นแหล่งสนับสนุนที่สำคัญสำหรับผู้ป่วยมะเร็งเช่นกัน

ในทางตรงกันข้ามผู้ป่วยก็มีการรับรู้การได้รับการดูแลที่ไม่เข้าถึงจิตใจ ไม่มีความเข้าใจ ไม่ตรงกับความต้องการ ไม่รวดเร็วทันใจ มีทักษะที่ไม่ชำนาญ ไม่ถามก่อนว่าพร้อมหรือไม่ หรือต้องการอะไร มักจะออกคำสั่งให้ปฏิบัติ ไม่ยอมรับฟัง ไม่เปิดโอกาสให้พูดบอกเล่า ซักถาม หรือต่อรอง ไม่ได้รับการจัดการเมื่อขอรับยาไปให้ที่โรงพยาบาลใกล้บ้าน มีการปฏิบัติกิจกรรมการรักษาพยาบาลที่ไม่ยืดหยุ่น เช่น มาวัดความดันโลหิต หรือปลูกให้เชื้อตัวในช่วงที่กำลังหลับอยู่ การพยายามให้น้ำเกลือ โดยต้องแทงเข็มหลายครั้งติดต่อกัน ไม่เว้นช่วงให้หยุดพักบ้าง เป็นต้น ทำให้ ผู้ป่วยรู้สึกถูกละเลย ถูกคุกคาม ไม่มีใครเข้าใจ ไม่มีที่พึ่ง ขาดคนที่เข้าใจ ไม่มีใครมาดูแลเอาใจใส่ได้เหมือนญาติของตน ความไม่ประทับใจที่เกิดขึ้นส่งผลให้เกิดพฤติกรรมความไม่ร่วมมือ ต่อต้าน หรือต่อต้าน ได้เช่นกัน ดังที่ผู้ป่วยเล่าว่า

“พยาบาลบางคนก็ดีดี เข้าใจคนไข้... บางคนก็ร้ายอยู่ พูดไม่ค่อยดี...เขาว่าที่ไม่อดทน เรียกร้อง เรื่องมาก ปกติที่ไม่กินของโรงพยาบาล มันเบื่อ... ถามหน่อยเหอะว่า ใคร ไม่อยากกิน เมื่อก่อนไม่เคยเป็น ใช้นี้ไม่รู้เลย ว่าคำใจเสาะ แค่นี้ก็ไม่ทน พอเป็นเองตั้งแต่แล้วก็จะรู้จริงๆ... คนเป็นกับคนไม่เป็น มันไม่เหมือนกัน คนไม่เป็นอะไรก็ได้ พูดได้ทั้งนั้น ถ้าเป็นขึ้นมา ไม่รู้จะทำได้หรือเปล่า...คนที่ไม่เข้าใจนะ เค้จะคิดแต่จะทำไม่อย่างนั้น ทำไม่อย่างนี้ ทำไม่กินไม่ได้หรอก ไม่น่าเป็นไปไม่ได้...แต่มันเป็นไปได้จริงๆ...เขาไม่เป็นอย่างเขาเลยไม่เข้าใจ...”

(สาว อายุ 41 ปี รอรับ VP ครั้งที่ 3 15 ส.ค. 2539)

"โอ๊ย เสียความรู้สึกเลยแรกเข้า ถูกเขาจิ้มหลายครั้งเขาไปล่ามหาเส้นที่คืนกันแล้ว รู้สึกเขาจะมีอารมณ์ เพราะว่ามันจิ้มไม่ได้ เขาว่าผมออกแอดมิ่งไทม์มันเข่าเราล่ามออก ถึงอารมณ์เสียเลย ถึงเห็นว่ามันจำเป็นให้เสร็จๆ ไป... ผมก็ยอม ถ้าหมอนไม่ขึ้นมาแรกเข้าผมอาจจะแดงก็ได้ เพราะผมทนไม่ได้แล้วมันเจ็บเหลือเกิน... ในความเป็นคนไข้กับคนรักษาที่คำพูดนี้เป็นส่วนหนึ่งกัน เขาว่าผมไม่อดทน ผมเจ็บผมไข้ ผมมาตรวจนี้ผมเจ็บหนักอยู่แล้ว พอมีเรื่องเจ็บใจนี้ มันทำให้ทั้งคู่ได้เหมือนกัน คือเราก็อายยาม แต่เราบอกว่าเจ็บนี้ เขาไม่ได้รับฟังเลยสรุปไปแล้วว่าเราไม่อดทน ทำให้เรามีความรู้สึกว่าเจ็บที่ใจนี้ มันเพิ่มความรู้สึกเจ็บขึ้นอีก..." (เหลี อายุ 39 ปี ครอบ MVP ครั้งที่ 5 10 ต.ค. 2539)

"ที่โรงพยาบาลมันไม่สะดวก จะนอน จะวิ่ง หักให้เต็มก็ไม่ได้... เพราะพอถึงเวลาคนหนึ่งมาวัดไข้ คนหนึ่งมาวัดความดัน บางทีนอนพอเริ่มหลับเขามาวัดไข้ พอวัดไข้เสร็จเราเริ่มจะหลับใหม่เขามาวัดความดันแล้วหว่าว หันเลยไม่ได้นอน... ถ้าคิดว่าจะหักก่อนนี้ ไม่ต้องมาที่นี่ ไม่ได้หักก่อนเลยนี่ คือ คนวัดความดันกับคนวัดไข้มันคนละคนกันมาคนละทีกัน มาไม่พร้อมกัน ถ้ามาพร้อมกันก็โอเคแหละมันเสร็จทีเดียวก็ได้... น่าจะทำพร้อมกันให้เสร็จทีเดียวเราจะได้หลับต่อ ทุก 4 ชม ก็ไม่พอรึ นี่มาไม่พร้อมกัน ผ่านไปสัก 1 หรือ 1/2 ชม ถึงมาหว่าว ห่างกันมาก ถึงจังหวะนั้นแหละเป็นจังหวะที่เราเคลิ้ม ๆ พอตีรอบตี 2 นี้แหละเป็นปัญหามาก ก็หงุดหงิด... เราอยู่ที่นี่ช่วงกลางคืนเราขอช่วยใครไม่ได้เลย... คือเราไม่กล้าเรียกนี่ เกรงใจเขาไม่เหมือนกับญาติเรา แฟนเรา เราเรียกได้ตลอดเวลา ตลอดเวลา... คือจังหวะที่เราอาเจียนนี้ เราเอาน้ำมาบ้วนปากมั่ง ไทม์มึงก็เอามาไม่ถึง ต้องกระเสือกกระสน เอาน้ำได้นั้นแหละลำบากมาก ถ้าอยู่บ้านจะสะดวกมาก มีน้ำอุ่นน้ำตาเขาก็เช็ดให้ นี่เราเอามันไม่รอดนั้น..." (เหลี อายุ 39 ปี หลังรับ MVP ครั้งที่ 5 12 ต.ค. 2539)

"มารักษา มันจำเป็นต้องเดินทางไกล แต่บางคนเขาอายุพาไปติดที่โรงพยาบาลข้างบ้าน ลูกกะนี้ก็ว่า อีอาแบบนั้นกัน วันนั้นແທงกับหมอนแล้วเห็นเขาทย ๆ ผมกะไม่ແທงเลย ว่าอิค่อยແທงใหม่สักทีแล้ว..." (ลุงปลื้ม อายุ 61 ปี คลินิกโรคปอด 2 สัปดาห์ หลังรับ MVP ครั้งที่ 2 4 ก.ย. 2539)

ผู้ป่วย 1 รายบอกเล่าถึงปัญหาการได้ข้อมูลจากแพทย์หรือพยาบาลที่ไม่ชัดเจน หรือขัดแย้งกัน ทำให้เกิดความรู้สึกสับสน ไม่รู้ว่าควรจะเลือกปฏิบัติอย่างไร ซึ่งพบว่าผู้ป่วยยังไม่มีความรู้และความเข้าใจต่อโรค การรักษา และวิธีการดูแลตัวเองในขณะที่เจ็บป่วยอย่างถ่องแท้ หรือยังมีความรู้และความเข้าใจไม่เพียงพอ เนื่องจากเป็นการเผชิญกับสิ่งใหม่ที่มีความยุ่งยากซับซ้อน ซึ่งผู้ป่วยไม่เคยมีประสบการณ์มาก่อน ทำให้ในบางโอกาสผู้ป่วยอาจป่วยไม่ได้รับทางเลือกที่ดีที่สุดที่ส่งเสริมการเผชิญปัญหา เช่น ผู้ป่วยบางรายไม่ทราบว่ามียาป้องกันอาการคลื่นไส้อาเจียนที่ดีกว่าที่ได้รับอยู่ ไม่ทราบว่าการปวดศีรษะเมื่อเปลี่ยนท่าทางเป็นอาการหนึ่งที่เป็นผลมาจากภาวะซีด หรือไม่ทราบว่าจะมีวิธีการที่ไม่ต้องใช้ยาซึ่งสามารถใช้ในการแก้ปัญหาที่เกิดจากอาการข้างเคียงของเคมีบำบัดได้ เช่น การหายใจเข้าออกลึกๆ การฟังเพลง หรือ การทำสมาธิ ดังที่ผู้ป่วยเล่าว่า

"ข้อมูลที่ได้ไม่ค่อยชัดเจน บอกว่าจะส่องกล้องนะ พบว่ามีเนื้องอก จะให้ยารักษา อาจจะทำให้มีอาการคลื่นไส้ อาเจียน มึนแต่มียาช่วย ช่วงนี้ต้องกินมาก ๆ นะ... บอกกว้าง ๆ ว่าทำอะไรไม่มีรายละเอียดมาก เพราะหมอมีการะหน้าที่มาก เขาต้องไปดูแลคนไข้คนอื่นอีก..."

(ลุงอ้วน อายุ 67 ปี หลังรับ MVP ครั้งแรก 29 ก.ค. 2539)

นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยยังได้รับคำแนะนำจากเพื่อน หรือเพื่อนบ้านที่ไม่ชัดเจน ไม่เหมาะสม ขัดแย้งกับความเชื่อ และปฏิบัติได้ยาก ทำให้ผู้ป่วยเห็นว่าเป็นเรื่องที่ยุ่งยาก เช่น เรื่องอาหารการกิน การทำใจไม่ให้คิดมาก หรือ การฝึกสมาธิ ดังที่ผู้ป่วยเล่าว่า

"สมาธิที่แหละคือไม่เป็น อยากเป็นแต่ไม่เป็น... อันนี้แหละไม่เป็น ไม่เป็น (เน้นเสียงมาก) บอกไม่เป็น อยากแต่ไม่เป็น... เพื่อนคนที่เคยฝึกเค้าเอาหนังสือมาให้บอกทำให้มัน แล้วก็นึก อะไรละ สัมมาอรัง นึกถึงดวงแก้ว... เค้าพูดแบบนี้ เค้าก็ว่ามันยาก ไม่รู้จะทำยังไง ขอมรับว่ามันธรรมดา เป็นอะไรก็เข้าไป อยากตายก็ตาย ไปเลย อยู่ไปก็ธรรมดาไป ถ้าไม่ธรรมดาเนะ ทุกอย่างก็ทำได้หมด..."

(สาว อายุ 41 ปี รอรับ VP ครั้งที่ 3 15 ส.ค. 2539)

"ป่าเคยลองกินยาบ้านครั้งหนึ่ง ยาถูกกลอนของญาติ แก่เป็นญาติสนิท ตึกกันจังนี่... ที่จริงดูกว่ายา กินนี่ไม่รู้มันใส่ไหม... หมอบ้านจะไปรู้ไหมเท่าหมอลวง... ป่าเห็นว่าแกพูดสำเภามาให้ลองลองแล... กินเข้าไปแล้วเจ็บหนักไปทั้งตัวเลย เป็นอาทิตย์. ป่าเกือบตาย... เลิกกินเด็ดขาดไม่ว่ายี่ห้อไหน... ดูกว่าแล้วไม่เชื่อ..."

(ป่าเล็ก อายุ 51 ปี คลินิกโรคปอด หลังรับ MVP ครั้งที่ 5 11 ธ.ค. 2539)

นอกจากนี้ผู้ป่วย 2 รายบอกว่าได้รับฟังคำพูดที่สะเทือนใจจากเพื่อนบ้านที่มาเยี่ยมเยียน ซึ่งทำให้รู้สึกไม่สบายใจเป็น กังวลใจเป็นอย่างมาก ดังที่ผู้ป่วยเล่าว่า

"วันนั้นมีญาติห่าง ๆ มาเยี่ยม แกว่าเอาเบียร์ไปซื้อของหรรษา ที่อยากกิน กินเสียนะ ภูคิดว่ามีอะไรรอดแล้ว... ป่าเสียใจจัง..."

(ป่าเล็ก อายุ 51 ปี คลินิกโรคปอด หลังรับ MVP ครั้งที่ 5 11 ธ.ค. 2539)

"ถึงมีเพื่อนหลายคนที่คมไม่ให้เขาพูดนั้น ถึงบางคนพูด ในรายที่ว่า นี่ถ้าคุณรู้ว่าคุณเป็นโรคนี้นะ คุณต้องตายหรือ คุณรับได้ไหม... ถึงผมบอกว่าย่าพูด คือเรื่องอะไรที่เกิด พอถึงเวลาแล้วมันก็เกิดเองของมัน... คนเรารับได้หรือไม่ได้มันก็เป็นอีกเรื่องหนึ่งนะ. ให้ถึงเวลาก่อน ถ้าไม่ถึงเวลาก็คงพูดอะไรไม่ได้หรอกปล่อย ๆ ไปตะ... ถ้าพูดว่าทนได้ แต่พอรู้ขึ้นมาเกิดช็อคขึ้นมาก็เป็นได้ ถ้าว่าเราทนไม่ได้ พอรู้แล้วมันเป็นเรื่องปกติขึ้นมาเราทนได้ละ..."

(หลี่ อายุ 39 ปี หลังรับ MVP ครั้งที่ 5 12 ส.ค. 2539)

ผลจากการได้รับการดูแลที่ไม่ตรงกับใจของผู้ป่วย และการที่ผู้ป่วยยังมีความรู้สึกเกรงใจ แพทย์พยาบาลเป็นอย่างมาก เมื่อต้องขอความช่วยเหลือต่างๆ และรู้สึกว่าไม่มีใครจะมาดูแลตนเองได้ อย่างเต็มที่เหมือนญาติพี่น้อง ความรู้สึกนี้อาจเป็นผลมาจากการที่มีช่องว่างระหว่างผู้ให้บริการและ ผู้รับบริการดังที่เบญจา (3537 : 69-76) กล่าวว่าเกิดจาก 1) ความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับคนไข้ เป็น ผลจากแบบแผนความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับคนไข้ ที่มีลักษณะ Active-Passive ซึ่งเปรียบได้กับ ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ใหญ่กับเด็กที่ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ พุดไม่ได้ และแพทย์รวมทั้งทีมสุขภาพ พยายามช่วยเหลือ ผู้ป่วยทุกวิถีทางโดยไม่ได้พะวงว่าคนไข้มีความคิด ความเชื่ออย่างไร คนไข้เอง ไม่สามารถทำอะไรเองได้ 2) ความแตกต่างในองค์ความรู้ของแพทย์และคนไข้โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ความเชื่อเกี่ยวกับสาเหตุการเกิดโรค และวิธีการรักษาพยาบาล ในขณะที่แพทย์มีความรู้ทางด้านวิทยาศาสตร์การแพทย์ คนไข้ก็มีความรู้เกี่ยวกับความเชื่อที่พื้นบ้าน ซึ่งอาจแตกต่างกันโดยสิ้นเชิง เช่น คน ไข้โรคคอกอคิดว่าตนเองป่วยจากการที่เคยไปขโมยของผู้อื่น ในขณะที่ทางวิทยาศาสตร์การแพทย์ แจงว่าเกิดจากการขาดธาตุไอโอดีน เป็นต้น 3) ความแตกต่างกันในเรื่องของสถานภาพและบทบาท ของแพทย์กับคนไข้ โดยเฉพาะในสังคมไทย แพทย์พยาบาลจะมีสถานภาพทางสังคมสูงกว่าผู้ป่วยใน บทบาทด้านการรักษาพยาบาล โดยเฉพาะเมื่อคนไข้เข้าสู่กระบวนการของการตรวจรักษา ซึ่ง ดูเหมือนว่าแพทย์เป็นผู้กระทำ คนไข้เป็นผู้ปฏิบัติตามและไม่มีหน้าที่ถามคำถาม การที่คนไข้ไม่กล้า ถาม อาจกลัวหมอว่าโง่ หรือเกรงใจ ไม่กล้ารบกวนเวลาหมอ เป็นต้น ซึ่งเรียกปรากฏการณ์นี้ว่าเป็น ความห่างทางสังคม (social distance) ผลเหล่านี้ทำให้ทีมสุขภาพไม่ได้สนใจและยอมรับฟังความคิด เห็นของคนไข้ ทำให้ไม่สามารถเข้าใจปัญหาการเจ็บป่วยที่แท้จริงจากคนไข้ 4) การใช้ศัพท์ทาง แพทย์ที่คนไข้ไม่เข้าใจ 5) ปัญหาจากแพทย์มีเวลาพูดคุยกับคนไข้แต่ละคนน้อยมาก ทำให้ไม่ สามารถเข้าใจปัญหาการเจ็บป่วยของคนไข้ได้อย่างแท้จริง

ผู้วิจัยมีความเห็นว่าปัจจัยส่งเสริมการเผชิญปัญหาของผู้ป่วยมะเร็งส่วนมากเป็นปัจจัยที่ทำให้ผู้ป่วยมะเร็งมีความหวังและกำลังใจที่จะต่อสู้กับความเจ็บป่วย ซึ่งปัจจัยที่ผู้ป่วยมะเร็งปอดรับรู้ว่ามี ส่วนช่วยในการปรับตัว จะมีความคล้ายคลึงกับผลการศึกษาของบัลลาร์ดและคณะ (Ballard et al., 1997 : 899) ที่พบว่าความหวังของผู้ป่วยที่เพิ่งได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งไม่แตกต่างกันกับความหวังของผู้ป่วยที่มีการกลับเป็นซ้ำของโรค ซึ่งความหวังหรือปัจจัยเหล่านั้นได้แก่ การได้รับการดูแล เป็นอย่างดีจากครอบครัว และบุคคลภายนอกครอบครัว การมีความศรัทธาและความเชื่อ การที่ ลักษณะภายนอกดูดี และการได้รับการดูแลที่ดีจากบุคลากรทีมสุขภาพ นอกจากนี้โพสท์ไวท์และคณะ (Post-White et al., 1996 : 1571) ยังพบว่าแหล่งความหวังที่สำคัญของผู้ป่วยมะเร็ง คือ ความ ศรัทธา ครอบครัว เพื่อน และอนาคต และสิ่งที่เป็นความหวังของผู้ป่วยมะเร็งคือ การมีบุคคลอยู่ใกล้

ชีวิต การให้เวลาในการพูดคุย การให้ข้อมูลข่าวสาร การให้ความเคารพและเชื่อสัตย์ต่อกัน และการแนะนำแหล่งช่วยเหลือหรือทางออกอื่นๆ เพื่อให้รู้สึกว่ามีทางที่จะช่วยเหลือ

10. ระบบบริการพยาบาล

การศึกษาครั้งนี้พบว่าผู้ป่วยมีการรับรู้อุปสรรคในการเผชิญปัญหาที่เกิดจากระบบบริการพยาบาลไม่เหมาะสม ได้แก่ สถานพยาบาลอยู่ไกล เตี้ยงไม่เพียงพอ ห้องพิเศษไม่เพียงพอ หอผู้ป่วยมีสิ่งรบกวนมาก ยากแก่อาเจียนไม่มีประสิทธิภาพ อาหารไม่ถูกใจ น้ำอุ่นไม่เพียงพอ และ ญาติเฝ้าไม่ได้ ดังรายละเอียดต่อไปนี้

10.1 สถานพยาบาลอยู่ไกล

การที่มีสถานพยาบาลเพียงไม่กี่แห่งที่ให้บริการในการรักษาโรคมะเร็งโดยตรง ทำให้ผู้ป่วยที่อยู่ต่างจังหวัดต้องเดินทางไกลเพื่อมารับการรักษา และบางรายประสบปัญหาจากการเดินทาง เช่น มีการเดินทางหลายขั้นตอน อ่อนเพลียจากการนั่งรถนานๆ เส้นทางเป็นถนนดินแดง เป็นหลุมเป็นบ่อ ทำให้เดินทางไม่สะดวก โดยเฉพาะในหน้าฝน และการเดินทางไกลทำให้ต้องสิ้นเปลืองค่าใช้จ่ายมากขึ้นจากค่ารถโดยสาร รวมทั้งค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยและญาติระหว่างที่เข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาล เช่นที่ผู้ป่วยเล่าว่า

“เวลามาหาหมอปั่นรถนี่เหนื่อยจัง พอลกลับกลับบ้านมันเพลีย ต้องนอนพัก 2-3 วัน หวางอึหายเพลีย ถ้ายังบ้านญาติอยู่แถว ๆ นี้่น่าอึดี้ เคยคิดกันเล่น ๆ ว่าถ้าหาเช่าบ้านข้างๆ โรงบาลอยู่ได้กะอิม่าอยู่แล้วนี่...”

(ข้าพหนู อายุ 54 ปี คลินิกโรคปอด 2 สัปดาห์หลังรับ MVP ครั้งที่ 2 4 ก.ย. 2539)

10.2 เตี้ยงไม่เพียงพอ

การมีข้อจำกัดเรื่องเตียงที่จะรับผู้ป่วยไว้รักษาในโรงพยาบาล เนื่องจากมีผู้ป่วยทั้งเฉียบพลันและเรื้อรังมารับบริการเป็นจำนวนมาก ประมาณ 1,000 รายในแต่ละวัน อัตราการครองเตียงของหอผู้ป่วยอายุรกรรมเป็น 90-100 เปอร์เซ็นต์เสมอ และผู้ป่วยจะมีความหลากหลายมาก ทำให้พบว่ามีปัญหาที่พบบ่อยมากสำหรับผู้ป่วย รวมทั้งผู้ป่วยมะเร็งปอด คือการที่ไม่มีเตียง ในวันที่ต้องได้รับการเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาล ทำให้ผู้ป่วยเกิดความเครียดมาก ผิดหวัง หมดเร็วแรง ที่ไม่ได้รับยาคตามนัด บอกว่าต้องเดินทางเสียเที่ยว กลับไปรอเตียงที่บ้านอย่างหงุดหงิดและไม่มีความสุข ต้องโทรศัพท์มาถามเตียงหลายๆ ครั้ง บางครั้งต้องรอคอยถึง 3-4 วัน โดยไม่กล้าออกไปไหน และไม่ได้ทำอะไร ต้องเสียค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้นจากการจ่ายค่าโทรศัพท์ และค่าเดินทางหลายเที่ยว และที่สำคัญคือผู้ป่วยจะกังวลว่า “แทนที่จะได้รับยานแต่ต้องเลื่อนออกไป” ซึ่งผู้ป่วยคิดว่าจะทำให้ควบคุมโรคไม่ได้ ทำให้หายช้า หรือทำให้การรักษายุ่งยากขึ้นก็ได้ ดังที่ผู้ป่วยเล่าว่า

“ผมต้องมาตรวจและเบิกษาที่นี่แล้วไปนอนให้ที่โน้น (รพ.เอกชน) เพราะที่นี่ไม่เคยมีเตียง... เคยต้องกลับไปรอเตียงที่บ้าน เดินทางลำบาก เลยตัดสินใจไปรับยาที่โน้น จะได้แน่นอน ไม่ต้องรอ... จะมารักษาที่นี่ก็ไม่เคยมีเตียง เคยมาเอายาที่นี่ไปให้ที่โน้น (รพ.เอกชน)...”

(อาโก อายุ 51 ปี รอรับ CE ครั้งที่ 5 ไปให้ที่โรงพยาบาลเอกชน 7 ส.ค. 2539)

“ถ้าผมมีเงินนี่นะ ผมจะไม่มาทรมานอยู่ที่นี่หรอก คิดแล้ววันนั้นผมต้องโทรศัพท์ถึง 2 ครั้ง 3 ครั้ง... โทรมาเช็คเรื่องเตียงนี้ ครั้งแรกโทรมาไม่มี โทรมาใหม่รอบ 2 ก็ยังไม่เรียบร้อย ต้องถือูโทรศัพท์รอให้เรื่องเรียบร้อยนานมาก เขาต้องเช็คหลายขั้นตอน ถึงเขาบอกว่าให้มาถึงก่อน 4 โมงแล้ว ไปอิมรตเพื่อนแรงมาจนถึง 4 โมงพอดีใช้เวลาชั่วโมงเดียว... โชคดีที่มีรถเพื่อน ถึงตอนนั้นฝนตกกันหนัก ตอนนั้น ผมขอเขาว่ามาวันศุกร์ได้ไหม เขาว่าไม่ได้ต้องคืนเตียง ก็ต้องรีบมาคืนแล้วไปหมด...”

คือที่นั่นมีปัญหาคือว่า หนึ่งเตียงมันไม่ได้ตามวันที่จองไว้ สองเตียงรวม ห้องรวมมีปัญหาหนักทั้ง 2 อย่างนี้ เลยน่าจะสะดวกถ้าได้ให้ยาใกล้บ้าน แต่มันมีปัญหาอยู่ข้อหนึ่งถ้าเราชื้อยาไปจริง ๆ นี้เขาจะให้จ่ายเงินสด ถ้าจ่ายเงินสดยาตัวนี้เกือบ 5 พัน เคยจ่ายไปแล้ว 2 ครั้ง ก็ต้องยังเบี่ย 5 พัน จริงๆประมาณ 4 พัน 6 มันมีปัญหาตรงนั้นอยู่ที่คิดหนึ่งถ้าเราหาเงินไม่ทันโทรพันนั้นแหละ บางทีไม่รู้จะทำหรือ ถ้าไม่เอ็ดมิต (Admit) มันก็ต้องจ่ายเงินสด พอต้องเอ็ดมิตมันไม่มีเตียง ประมาณเดือนนึงผมคิดว่าเราแก้ปัญหาด้วยการหาเงินมาสัก 4-5 พัน จากญาติที่น้อง ยังคิดว่าต้องมานอนทรมานอยู่โรงบาล...”

(หลี่ อายุ 39 ปี รอรับ MVP ครั้งที่ 5 10 ส.ค. 2539)

10.3 ห้องพิเศษไม่เพียงพอ

การที่มีห้องพิเศษบริการไม่เพียงพอทำให้เกิดปัญหาหรืออุปสรรคต่อผู้ป่วยที่มีความสามารถในการเลือกใช้บริการ ในหลายๆเรื่อง เช่น การพักผ่อนนอนหลับ การหลีกเลี่ยงกลิ่นอาหาร และการได้รับความอบอุ่นและกำลังใจจากการที่ญาติได้มีโอกาสเฝ้าอย่างใกล้ชิด ดังที่ผู้ป่วยเล่าว่า

“ได้ยาตัวนี้ที่ผมอยากได้ห้องพิเศษ แต่ก็ไม่ได้ เพราะห้องพิเศษมันจะมีกลิ่นอาหารน้อย นี่เป็นห้องรวม พอรตเงินอาหารมันก็พุ่งไปทั้งหมดแล้ว คนข้าง ๆ เขาก็รำคาญเรา เราทำให้เขารำคาญเวลาอ้วก ไหร่นี้...”

(หลี่ อายุ 39 ปี รอรับ MVP ครั้งที่ 5 10 ส.ค. 2539)

10.4 หอผู้ป่วยมีสิ่งรบกวนมาก

การที่สิ่งแวดล้อมในหอผู้ป่วยไม่เหมาะสมกับภาวะของผู้ป่วย เช่น มีกลิ่นน้ำยาที่รุนแรง กลิ่นอาหารลอยมาแต่ไกล ควบคุมไม่ได้ เสียงดังมาก โดยเฉพาะจากการเดินกะละมังเช็ดตัวในตอนเช้ามีดขณะที่กำลังหลับสบายอยู่ เสียงการพูดคุยของบุคลากร หรือเสียงผู้ป่วยข้างเตียงร้องโอดครวญป่วยหนัก หรือเสียชีวิต ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกเบื่อหน่าย หดหู่ โดดเดี่ยวและทรมานใจเป็นอย่างมาก เช่น ที่ผู้ป่วยเล่าว่า

“ที่บ้านก็มีเหมือนกัน แต่ไม่หนักเหมือนที่นี้ของพวกทอดๆ ผัดๆ มันจะทำให้เหม็นไปหมดกลิ่นไส้กัน... แต่ที่โรงพยาบาลนี่กลิ่นทุกอย่างเลย กลิ่นยาที่เราเดินเข้าไปนี่เรออออกมาก็มีผล กลิ่นอาหารนี่หนักจัง คือเรื่องกลิ่นนี่มันมีปัญหาตอนให้ยาด้าไม่ให้ยาด้ามันก็ไม่มีปัญหาอะไร... เรื่องแสงก็ไม่มีปัญหา แต่เสียงดังนี่แหละมันจะรบกวน... กลางคืนดังมาก พยาบาลนี่เดินดังจัง โป๊ก ๆ ๆ อีกอย่างกะเขาคุยกันเสียงดังจับกลุ่มกันคุย คุยเรื่องอะไรไม่ทราบ... ก่อนเที่ยงคืน เสียงมันชัดเพราะกลางคืนมันเงียบ... นี่ยังมีอีกอย่างหัวรุ่งนี่ การเซ็นโคมเช็ดตัวคนไข้เสียงดังมาก กำลังหลับสบายอยู่ ก็ต้องตื่น เขาทำเหมือนกับว่าในโลกนี้ประเทศนี้มีแต่เขา เขาม่าจะคิดถึงคนไข้มัน...” (หลี่ อายุ 39 ปี รอร์รับ MVP ครั้งที่ 5 10 ส.ค. 2539)

“เมื่อหน้ามากเลย กลัวด้วย ที่โรงพยาบาลสิ่งแวดล้อมมันไม่น่าดู หดหู แล้วกลางคืนต้องอยู่คนเดียวด้วย... กลัวการอยู่คนเดียวตอนกลางคืน ถ้าอยู่บ้านเรามีพ่อแม่ที่น้อง นี่ต้องมาอยู่คนเดียว... รู้สึกโดดเดี่ยวขาดที่พึ่ง... คิดไปต่างๆ นานา กลัว... ถ้ารักษาแล้วดีขึ้นเราก็ไม่กังวลหรอก... นี่เหมือนคนขึ้นบันได เดินไปไม่ถึง ต้องหยุดเดินหรือถอยหลัง... เราไม่รู้ เลยสงสัยว่ามันเป็นจากอะไร... อยู่ที่นี่เหงา... ว่าจะจะตาย... กลางคืนหนะ เหงา ไอ้ย! คิดถึงบ้านจะตาย... เวลาไปโรงพยาบาลแล้วยอมรับเลยว่าเดี๋ยวนี้กลัว... ..เมื่อก่อนยังเฉย ๆ เดี่ยวนี้กลัว... มาแล้วมาสัมผัสกับสิ่งสดๆ แบบนี้ กลัวจัง... เรามาเห็นแล้วบางทีก็สลดใจสงสารเค้า... เวลาตำร้องคราญคราง เราก็นึกถึงตัวเอง เราก็คเคยเป็นแบบนี้... เห็นคนไข้ที่หนักกว่าเราแล้วคิดว่าอนาคตเราก็คงจะเป็นแบบนี้ก็ได้... ข้างหน้าใครจะไปรู้เธอ... ตอนนี้เราอาจจะยังไม่เป็นอะไรมากแต่อนาคตใครจะไปรู้เธอ ถ้ามันไม่ดีขึ้น... เจอสภาพแบบนี้แล้วแย่...”

(สาว อายุ 41 ปี รอร์รับ VP ครั้งที่ 3 15 ส.ค. 2539)

10.5 ยาแก้ไอไม่มีประสิทธิภาพ

การที่ผู้ป่วยทุกรายไม่มีโอกาสได้รับยาแก้ไอที่ประสิทธิภาพสูง คงได้รับยาพลาซิดตามแผนการรักษาปกติ ทำให้ผู้ป่วยได้รับความทุกข์ทรมานจากอาการข้างเคียงของเคมีบำบัดที่รุนแรงและยาวนานกว่าการได้รับยาแก้ไอที่ประสิทธิภาพสูง เช่น ได้รับยาแอนโดรอสเตอโรน หรือ โซเฟรน เป็นต้น ร่วมกับการการปฏิบัติสุขภาพแก่แพ้จากการที่มีอาการแพ้ยาแก้ไอที่ส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับความทุกข์ทรมานจากอาการข้างเคียงของเคมีบำบัดที่รุนแรงมากกว่าปกติ ทำให้ผู้ป่วยต้องอดทนเป็นอย่างมาก ซึ่งอาจเป็นสิ่งที่ทำให้ผู้ป่วยคิดที่จะหยุดการรักษา หรือไม่มารับการรักษาต่อเนื่องได้ ดังที่ผู้ป่วยเล่าว่า

“บอกหมอว่าไม่เอาแล้วยากันราก็ดีคืนนั้น เาขาเมื่อดีหว่า ขนาดฉีด 2 เข็มแล้วยังรอก(ยาแก้ไอ) เผลอร้อนหงุดหงิดกัน เหมือนอึดุมสติไม่ค่อยได้ หนักก่อนได้กินยาเม็ดพอสู้ได้ มันกะรอกเหมือนเดิม... ธรรมดานั้นแหละ พอเข้าไปแล้ว มันต้องรอกอยู่แล้ว... เาขากินแล้วบายตัวหว่า ไม่ต้องร้อนเท่าแต่ฮัก...”

(ลูกปลื้ม อายุ 61 ปี รอร์รับ MVP ครั้งที่ 3 18 ก.ย. 2539)

10.6 อาหารไม่ถูกใจ

การที่ไม่มีอาหารให้เลือก และจัดอาหารไม่เหมาะสมกับสภาวะของผู้ป่วย โดยเฉพาะช่วงที่มีอาการเหม็นเบื่ออาหารมาก ผู้ป่วยบอกว่า "เวลาป่วยแทนที่อาหารจะมีรสชาติเปรี้ยว ๆ หวาน ๆ อาหารที่จัดมามากจะเป็นอาหารมันๆ ทอดๆ กินไม่ลง..." ซึ่งผู้ป่วยส่วนมากไม่ยอมกินอาหารโรงพยาบาลเลย ทำให้สูญเสียทรัพยากรและเศรษฐกิจโดยไม่จำเป็น ดังที่ผู้ป่วยเล่าว่า

"กินข้าวไม่อร่อยเสียแล้ว...กับข้าวมันๆกินไม่ค่อยได้ ไข่ต้ม ผัดเปรี้ยวหวานกุ้ง เขาทำดีแต่เราไม่ถูกปาก...อยากได้แกงส้มปลา น้ำพริก ต้องเอามาเอง หาซื้อร้านที่อร่อยๆมา...คนทำกับข้าวนี้ไม่ค่อยเข้าใจ คนป่วย คนป่วยนี้ส่วนมากมันจะขมปาก ต้องออกเปรี้ยวๆถึงจะกินได้ เปรี้ยวๆหวานๆ...ที่มันออกมันๆ ทำให้ไม่อยากกิน ทำให้เบื่อไปเลย..."

(ลุงแห่ง อายุ 56 ปี หลังรับ MVP ครั้งที่ 2 5 ก.ย. 2539)

10.7 น้ำอุ่นไม่เพียงพอ

ผู้ป่วยส่วนมากมักจะกินน้ำอุ่น จะคิดเป็นนิสัย และมักจะบ่นเรื่องน้ำอุ่นหมดเป็นประจำ และดื่มในภาชนะที่เล็กเกินไป ไม่เพียงพอกับผู้ป่วยจำนวนมาก ซึ่งส่งผลให้ ผู้ป่วยกินน้ำได้น้อย ไม่เพียงพอต่อความจำเป็นของร่างกาย โดยเฉพาะในช่วงที่ได้รับยาซึ่งต้องได้รับน้ำให้เพียงพอในการป้องกันผลข้างเคียงของยา เช่น ซีสพลาติน ที่มีพิษต่อไตในระดับสูง ดังที่ผู้ป่วยเล่าว่า

"ป่าคิน้ำอุ่นแล้ว กินแล้วโล่ง ชุ่มคอ... ที่นี้บางทีน้ำไม่ดื่มที่ บางทีดื่มแล้วหมดไม่สะดวกเลย กินน้ำได้ไม่มาก..."

(ป้าหนู อายุ 54 ปี หลังรับ MVP ครั้งแรก 8 ก.ค. 2539)

10.8 ญาติเฝ้าไม่ได้

การที่ไม่เปิดโอกาสให้ญาติเฝ้าผู้ป่วยที่พักในหอผู้ป่วยสามัญ รวมทั้งไม่ยืดหยุ่นให้ญาติเฝ้าเมื่อมีเหตุจำเป็น ทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกโดดเดี่ยว ว่าเหว่ วิตกกังวลในเรื่องต่างๆมากมาย โดยเฉพาะเมื่อต้องนอนนพักรักษาตัวอยู่คนเดียว โดยเฉพาะเวลากลางคืนในช่วงที่ผู้ป่วยมี อาการข้างเคียงของเคมีบำบัดมาก และถ้ามีผู้ป่วยข้างเคียงที่มีอาการหนัก จะยิ่งทำให้ผู้ป่วยมีความรู้สึกกลัวมากขึ้น ซึ่งส่งผลให้ผู้ป่วยมีความยากลำบากในการเผชิญปัญหา และยิ่งลำบากมากขึ้นถ้าร่างกายไม่แข็งแรง อ่อนเพลีย อาเจียนจนหมดแรง กำลั้งมีไข้ หอบเหนื่อย หรือ เจ็บปวด ดังที่ผู้ป่วยเล่าว่า

"เวลาเราเจ็บหนักนี้ กลัว กลัวความว่าเหว่ คือถ้ามาอยู่โรงพยาบาลนี้ หมายถึงว่าถ้านอนคนเดียวกลางคืน เจ็บก็เจ็บอยู่คนเดียว... คือพยาบาลอิมมาแลเราให้เหมือนญาติที่นั่นเองนี่มันเป็นไปได้... เลยกลัวตรง นั้น กลัวความว่าเหว่ตรงนั้น ผมเลยตัดสินใจไม่มาหาหมอในจังหวะนั้น...พอว่าถ้าดูแลแล้วผมมาทันที เลย..."

เหมือนในช่วงนี้แหละแข็งแรงขึ้น รู้สึกว่าถ้าอยู่คนเดียวก็ไม่พร้อมันพอทานได้...แต่ในช่วงก่อนนี่นะ ที่ไม่
มาตรวจนะ อยู่ไม่ได้คนเดียวอยู่ไม่ได้เลย... คือถึงแม้ว่าช่วยเหลืออะไรไม่ได้เลยนี้ แต่ว่าเขาอยู่ใกล้ เรากับ
กำลังใจ อยู่ใกล้เราตลอด เราจับเขาต้องเราอยู่ตลอด... ถ้าเขาให้ญาติอยู่ด้วยนี่ มา จะมา... คือมันจะได้ไม่
ต้องอยู่คนเดียวและมีคนคอยช่วยเหลือเรา คือกลัวกลัวความวุ่นวาย กลัว กลัวจริง ๆ ผม หันนั้นแหละ!
เพราะผมปกติแล้วตอนอยู่ บาย ๆ นี่ คือนอนคนเดียวก็นอนไม่ได้อยู่แล้ว มีอะไรต้องนอนอยู่ในห้องเดียว
กันตลอด ที่นี่เปล่านอนไม่ได้ ถึงพอยังไม่บายนะมันยิ่งเพิ่มตัวนี้แหละ (ความวุ่นวาย) เพิ่มขึ้น..."

(หลี่ อายุ 39 ปี หลังรับ MVP ครั้งที่ 5 12 ส.ค. 2539)

นอกจากปัญหาการได้รับการดูแลอย่างไม่เข้าใจกันแล้ว เบญจา (2537 : 71) ยังได้พูดถึง
ปัญหาของการรักษาพยาบาลทางด้านเทคนิคและการบริหารจัดการก็เป็นปัญหาที่พบได้บ่อย เช่น ไม่
มีห้อง ไม่มีเตียงให้คนไข้ ไม่มีแพทย์ผู้เชี่ยวชาญในเรื่องนั้นๆ ค่ารักษาพยาบาลแพงเกินไปจนเกินขีด
ความสามารถของคนไข้

11. เชื้อโรคถวยโอกาส

เมื่อกลับไปอยู่ที่บ้านผู้ป่วยจะพยายามหลีกเลี่ยงการเข้าไปอยู่ในที่ที่มีคนพลุกพล่านเพราะได้
รับคำแนะนำจากแพทย์พยาบาลว่าการรักษาด้วยยาอาจจะทำให้ติดเชื้อได้ ซึ่งสิ่งที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดการ
ติดเชื้อที่สำคัญ คือ เชื้อหวัดจากคนรอบข้าง ซึ่งผู้ป่วยรายหนึ่งมีการติดเชื้อหวัดจากภรรยาที่คอยดูแลอย่าง
ใกล้ชิดตลอดเวลา และบอกว่า "นี่ก็ไม่ถึง และหลีกเลี่ยงยาก" ผลจากการติดเชื้อในครั้งนี้ทำให้ผู้
ป่วยมีการอักเสบติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจ มีอาการแน่นหน้าอกมาก อ่อนเพลีย เหนื่อยง่ายมาก
ขึ้นอีกทั้งๆที่ได้รักษาจนควบคุมโรคได้ และมีอาการดีขึ้นมากแล้ว ดังที่ผู้ป่วยเล่าว่า

"เริ่มแยลงวังหะที่เป็นหวัด มันไข้ตัวร้อนก่อนถึงประมาณ 4-5 วัน ช่วงไข้ก็ต้องคลุกคลีกับแฟน มีอะไร
ก็แฟนต้องเอามาให้แฟนต้องมาบีบมาโหม มาอยู่แต่ ๆ... ถึงพอหลังจากนั้นประมาณอาทิตย์นึง เราก็คิด
หวัดด้วย พอเริ่มเป็นหวัด ประมาณสัปดาห์ก็มีการเจ็บในอก ... ผมรู้ว่าหมอเขาคำชับหนักคำชับหนัก
หนาว่าพยายามหลีกเลี่ยงคนไข้ที่เป็นหวัด อย่าไปที่ชุมชนแออัดมาก ๆ แต่พอกับแฟนนี่เราไม่รู้จะหลีกเลี่ยงหรือ
ไม่มันก็ไม่มีการช่วย นึกไม่ถึงกัน หวัดนี่มันติดโดยอัตโนมัติเลยนะ ..."

(หลี่ อายุ 39 ปี หลังรับ MVP ครั้งที่ 5 12 ส.ค. 2539)

12. อุปสรรคในฤดูฝน

เกี่ยวกับฤดูกาล ผู้ป่วยมะเร็งปอดมักจะไม่ชอบหน้าฝน เพราะจำทำให้มีอาการไอ หอบ
เหนื่อย และเป็นหวัดง่ายกว่าปกติ และผู้ป่วยบางรายบอกว่ามีความยุ่งยาก และลำบากในการเดินทาง
มารับการรักษา และพบว่าผู้ป่วยรายหนึ่งถึงกับไม่มารับการรักษาในวันที่แพทย์นัดเพราะเดินทาง
ไม่สะดวก และกลัวเป็นหวัดจากการโดนละอองฝน ดังที่ผู้ป่วยเล่าว่า

"ป่าไม่ขายตัวเอง อาทิตย์ก่อนที่ฝนตก มันหนู่ ไม่สดชื่นเลย... ป่าไม่กล้าไปไหน กลัวเป็นหวัด... ไม่ได้เดินออกกำลังกายกัน มันเหงิๆ ครั้นเนื้อครั้นตัว กินไหรไม่ลง ไม่อยากอาหารเสียกัน... เป็นโรคนี้มันไม่ถูกกันเลยนี่นะกับหน้าฝน..."

(เปานเล็ก อายุ 51 ปี คลินิกโรคปอด 2 สัปดาห์หลังรับ MVP ครั้งที่ 5 11 ธ.ค. 2539)

"ช่วงนี้ฝนตก เป็นหวัดกัน แล้วกะเดินทางไม่สะดวก เลยไม่ได้มาโรงพยาบาล..คิดนัดไปไหนหนึ่ง เดือนนึงพอดี เห็นหมอคนก่อน เขาบอกว่าถ้าเป็นหวัด หรือท้องเสีย ไม่ต้องมาโรงพยาบาลกะได้ มากะให้ยาไม่ได้ รุงเลยไม่มาเสียพอลหายหวัดกะมานี้แหละ..."

(ลุงปลื้ม อายุ 61 ปี คลินิกโรคปอด 2 สัปดาห์หลังรับ MVP ครั้งที่ 2 4 ก.ย. 2539)

จะเห็นว่าในช่วงที่ผู้ป่วยมะเร็งปอดได้รับเคมีบำบัดจะมีทั้งผู้ป่วยที่เผชิญปัญหาสำเร็จและไม่สำเร็จ ซึ่งขึ้นอยู่กับหลายปัจจัยดังกล่าว และผลการศึกษาบางส่วนสอดคล้องกับที่พิชัยรัตน์ (2538 : 15-16) ได้ทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมและการเผชิญปัญหาของบุคคลที่มีการเผชิญปัญหาที่มีความแตกต่างกันในแต่ละบุคคลคือมีทั้งที่สามารถเผชิญปัญหาสำเร็จและไม่สำเร็จ ซึ่งขึ้นอยู่กับปัจจัยทั้งจากภายนอกและภายในตัวบุคคล ได้แก่ 1) ลักษณะความเครียดของสถานการณ์ที่เกิดขึ้น ซึ่งขึ้นอยู่กับระยะเวลาและความรุนแรงของเหตุการณ์ 2) ประสบการณ์ในอดีต ซึ่งมีผลต่อการเลือกใช้วิธีการเผชิญปัญหา และความทนทานต่อความเครียด 3) อายุ ซึ่งอายุที่เพิ่มขึ้นอาจทำให้มีประสบการณ์ในการจัดการกับความเครียดได้ดีแต่ก็ไม่แน่นอนเสมอไป เช่น ผู้สูงอายุที่ต้องพึ่งพาผู้อื่นอาจทำให้ไม่สามารถเผชิญปัญหาได้ตามความต้องการ 4) ระดับการศึกษา ผู้ที่มีระดับการศึกษาที่ดีกว่าจะมีความสามารถเลือกปัจจัยที่มาส่งเสริมความสามารถในการเผชิญปัญหาได้อย่างเหมาะสม 5) ทักษะในการแก้ปัญหา เป็นความสามารถเฉพาะบุคคลในการนำประสบการณ์ สถิติ ปัญหา และความรู้มาใช้ในเลือกทางเลือกเพื่อการแก้ปัญหาได้อย่างเหมาะสม 6) ทักษะทางสังคม เป็นความสามารถในการติดต่อสื่อสารกับผู้อื่นเพื่อบอกปัญหาและความต้องการ รวมทั้งขอความช่วยเหลือต่างๆ ได้อย่างเหมาะสม 7) ภาวะสุขภาพและพลังงาน ผู้ที่มีความแข็งแรงจะมีพลังงานมากพอที่จะจัดการกับปัญหาต่างๆ ได้ดี 8) ค่านิยมและความเชื่อ เป็นสิ่งที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมในการเผชิญปัญหา เช่นความเชื่อมั่นในพระเจ้าทำให้บุคคลรู้สึกมีความหวังและมีกำลังใจที่จะต่อสู้ต่อไป 9) การสนับสนุนทางสังคม การได้รับความช่วยเหลือและกำลังใจต่างๆ จะทำให้ผู้ป่วยรู้สึกอบอุ่นใจ และสามารถเผชิญปัญหาได้ดียิ่งขึ้น 10) แหล่งประ โยชน์ทางวัตถุ เช่น เงินทอง สิ่งของ ส่งผลให้บุคคลมีทางเลือกในการเผชิญปัญหาได้มากขึ้น

นอกจากผลการศึกษาบางส่วนยังสอดคล้องกับงานของจาโลวีกและดูดาส (Jalowiec & DuDas, 1991 : 810-817) ที่ได้กล่าวถึงปัจจัยส่งเสริมและอุปสรรคที่มีต่อการเผชิญปัญหาของผู้ป่วยมะเร็งไว้ว่าปัจจัยส่งเสริมการเผชิญปัญหาของผู้ป่วยที่สำคัญ ได้แก่ 1) แรงสนับสนุนทางสังคม

2) การรับรู้ความสามารถในการควบคุมตนเอง 3) ความเข้มแข็งอดทน 4) อารมณ์ขัน 5) การประเมินสถานการณ์ในทางบวก 6) การมีความหวัง 7) การเปรียบเทียบตนเองกับผู้อื่นในทางบวก คือยังดีกว่าคนอื่น 8) การมีศาสนาเป็นที่พึ่ง 9) การมีความรู้สึกถึงคุณค่าในตนเอง 10) ความสามารถในการแสวงหาข้อมูล 11) ความสามารถในการติดต่อสื่อสารกับผู้อื่นได้อย่างมีประสิทธิภาพ 12) ทักษะทางสังคม 13) ความสามารถในการแก้ปัญหา และอุปสรรคในการเผชิญปัญหา ได้แก่ 1) การไม่ยอมรับความจริง 2) การหลีกเลี่ยง ไม่กล้าเผชิญหน้า 3) ความรู้สึกหมดหนทางช่วยเหลือ 4) ความรู้สึกหมดพลังอำนาจ 5) ความรู้สึกหมดหวัง 6) ความซึมเศร้า 7) ความรู้สึกผิด 8) ความรู้สึกไม่มีคุณค่า 9) ความรู้สึกโดดเดี่ยว 10) ความโกรธ 11) การโทษผู้อื่น 12) การไม่ให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาล

ความต้องการการดูแลช่วยเหลือของผู้ป่วยมะเร็งปอดในช่วงที่ได้รับเคมีบำบัด

ในบริบทที่ศึกษาพบว่าผู้ป่วยมะเร็งปอดมีความต้องการการดูแลช่วยเหลือในหลายๆด้าน ทั้งจากคู่ครอง ลูกหลานญาติพี่น้อง เพื่อนบ้าน ผู้ป่วยข้างเตียง บุคลากรทีมสุขภาพ พระ ศาสนา และสิ่งเหนือธรรมชาติ เพื่อให้สามารถเผชิญปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น ซึ่งเป็นความต้องการทั้งทางด้านกายจิตวิญญาณและสังคม ได้แก่ 1) อาการดีขึ้นหรือหายป่วย 2) แห้ยาน้อยที่สุด 3) ความอบอุ่นใจ 4) ได้ปฏิบัติตามหลักศาสนา 5) การดูแลอย่างเข้าใจ 6) ระบบบริการที่เอื้ออำนวย และ 7) ญาติยอมรับการสูญเสียได้ ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. อาการดีขึ้นหรือหายป่วย

ผู้ป่วยทุกรายมีความต้องการที่จะหายจากความเจ็บป่วย ให้มีอาการดีขึ้น หรืออย่างน้อยก็มีวิธีการที่ช่วยเหลือให้พออยู่ได้ อย่าให้ทรมาน เช่นที่ผู้ป่วยเล่าว่า

“ดูอยากหาย คิดว่า หาย หาย น่าจะหายได้ เพราะมันเบาขึ้นเรื่อยๆ... ขอให้หมอช่วยให้เต็มที่กันแหละนะ...”
(หญิงแห่ง อายุ 56 ปี ก่อนรับ MVP ครั้งแรก 17 ก.ค. 2539)

“หมอดามว่าลำบากมัย ป่าวว่าเตรียมเบี้ยไว้เป็นแสนไว้รักษาตัว...ขอให้หมอทำให้เต็มที่ ให้หาย...ให้พออยู่ได้...ขอรักษาให้เต็มที่...”
(ป้าหนู อายุ 54 ปี มารับ MVP ครั้งที่ 2 13 ส.ค. 2539)

โดยที่ผู้ป่วยรายหนึ่งบอกว่าอยากให้ดีขึ้นเพื่อจะได้อยู่ดูแลความสำเร็จของลูกหลานอีกกระยะหนึ่ง ซึ่งจะพยายามมารับการรักษาอย่างเต็มที่ เช่นที่ผู้ป่วยเล่าว่า

“ตอนนี้ป้าตั้งใจมารักษา แห้ยาพันหรือก็จะมาให้หมด... เพราะดีขึ้นกว่าแต่ก่อนมาก ลูก บอกว่าขอให้แม่ได้อยู่เป็นร่มโพธิ์ร่มไทรให้ลูกหลานไปเรื่อยๆ ป้าก็คิดว่าอย่าให้เป็นอะไรเสียก่อน...อยากอยู่แต่ความสำราญ ของลูกหลานไปเรื่อยๆ...”

(ป้าเล็ก อายุ 51 ปี คลินิก โรคปอด หลังรับ MVP ครั้งที่ 5 11 ธ.ค. 2539)

2. แห้ยาน้อยที่สุด

ผู้ป่วยต้องการให้แพทย์พยาบาลช่วยหาวิธีการควบคุมให้อาการข้างเคียงจากการได้รับยาลดลง หรือเกิดน้อยที่สุดเท่าที่จะทำได้ ร่วมกับความต้องการยาที่ช่วยป้องกันอาการข้างเคียงที่มีประสิทธิภาพ เช่นที่ผู้ป่วยเล่าว่า

“ลุงรู้สึกว่ามันดิ้นรนดิ้นรนให้ยาต่อ มันต้องฝืนใจทำสักทีละครั้ง...แต่มันต้องทำนั่นแหละ เพราะเห็นผลมาแล้ว ถ้ามันเจ็บมาก กะค่อยให้หมอช่วยหาวิธีการให้เห็นน้อยลง...”

(ลุง เต็ม อายุ 62 ปี คลินิก โรคปอด 1 เดือนหลังรับ CE ครั้งที่ 4 21 ธ.ค. 2539)

3. ความอบอุ่นใจ

ผู้ป่วยมีความต้องการการดูแลช่วยเหลือและการอยู่เป็นเพื่อนเมื่ออ่อนเพลียมากหรือไม่สามารถดูแลตัวเองได้ ต้องการให้ญาติเฝ้าไข้ได้โดยเฉพาะเมื่อร่างกายไม่แข็งแรง เพื่อความอบอุ่นใจ และมีผู้ที่คอยดูแลช่วยเหลืออย่างใกล้ชิด ซึ่งผู้ป่วยบอกว่าญาติเป็นผู้ที่ให้ความอบอุ่นได้ดีที่สุด เช่นที่ผู้ป่วยเล่าว่า

“ขอให้ญาติเฝ้าไข้พิเศษซักคนนี่ คนเดียวสิ (เสียงหนักแน่น) เลขบอกว่าถ้าเป็นไปได้อยากอยู่ห้องพิเศษเพราะโหดนะ แต่ว่าห้องพิเศษนี่ของแต่ละครั้งนะกว่าจะถึงคิว คิวมาก รอบนี้มาผมไม่ไปจองเลย เพราะรอบที่แล้วมาผมมานอนอยู่ 9 วัน เพิ่งมาได้ห้องเอาวันที่ 8 ผมเลยไม่เอา เพราะอิหลบบ้านแล้ว ถ้าว่ารักษาทั่วไปนี่โอเคนะ นอนห้องรวมนี่ไม่มีปัญหาโหด แต่ว่าถ้าช่วงให้ยาที่ ช่วงนี้นะเป็นช่วงที่ว้าเราหนักมาแล้ว อยู่คนเดียว ไม่ไหว...”

“ถ้าเขาให้ญาติอยู่ด้วยนี่ มา มา... คือมันจะได้ไม่ต้องอยู่คนเดียวและมีคนคอยช่วยเหลือเรา คือกลัวกลัวความว้าเหว่ กลัว...กลัวจริง ๆ ผม หนักนั่นแหละ! เพราะผมปกติแล้วนอนอยู่ บาย ๆ นี่ ก็นอนคนเดียวก็นอนไม่ได้อยู่แล้ว มีอะไรต้องนอนอยู่ในมุ้งเดี๋ยวกันตลอด ที่นี่เปล่านอนไม่ได้ ถึงพอยังไม่บายนะมันยิ่งเพิ่มตัวนี้แหละ (ความว้าเหว่) เพิ่มขึ้น...” (หลี่ อายุ 39 ปี หลังรับ MVP ครั้งที่ 5 12 ธ.ค. 2539)

4. ได้ปฏิบัติตามหลักศาสนา

ผู้ป่วยทุกรายได้มีการปฏิบัติตามหลักของศาสนาเมื่อเจ็บป่วย ซึ่งทำให้สบายใจขึ้นซึ่ง ฟิชริงและคณะ (Fehring, 1997 : 663) ศึกษาพบว่าความเชื่อทางศาสนา และสงบทางด้านจิตวิญญาณ มีความสัมพันธ์กับความหวังและความรู้สึกมีความสุขของผู้ป่วยสูงอายุที่กำลังเผชิญกับ โรคมะเร็ง โดยพบว่าผู้ป่วยที่นับถือศาสนาอิสลาม 1 รายที่ มีความต้องการที่จะให้มีร่างกายแข็งแรงขึ้น เพื่อให้สามารถปฏิบัติตามคำสอนของศาสนาได้อย่างเต็มที่ เป็นการขอโอกาสชำระบาปที่ในช่วงหนุ่มสาว ไม่ได้สนใจที่จะปฏิบัติตามคำสอนของพระเจ้า ซึ่งผู้ป่วยมีความหวังว่าจะได้สะสมบุญให้มากพอที่จะได้ไปพบพระเจ้าในโลกหน้า ส่วนผู้ป่วยรายอื่นๆก็พยายามปฏิบัติตามหลักศาสนาอยู่แล้วเพื่อความสบายใจและสร้างสมบุญกุศล เช่นที่ผู้ป่วยเล่าว่า

"ผมนอนภาวนาทุกคืน ขอให้ แข็งแรงขึ้น จะได้มีแรงทำตามทีศาสนาสอนไว้... ตอนหนุ่มๆ ผมไม่ได้สนใจเรื่องนี้เลย ตอนที่ถูกพระเจ้าทดสอบแล้ว ก็ต้องพยายามทำความดีให้มาก ที่สุด..."

(หลี่ อายุ 39 ปี ได้รับการใส่ท่อระบายน้ำในทรวงอกหลังรับ MVP ครั้งที่ 5 25 ต.ค. 2539)

5. การดูแลอย่างเข้าใจ

ผู้ป่วยทุกรายมีความต้องการการดูแลอย่างเข้าใจ คือการเห็นอกเห็นใจ การใช้เวลาและความสนใจ ขยันแวะมาพูดคุย ชักถามทุกข์สุข ด้วยท่าทีที่เป็นมิตรและเข้าใจ และมีความต้องการการรักษาพยาบาลที่รวดเร็วทันใจ ข้อมูลและเหตุผลในการรักษาพยาบาล และต้องการเบี่ยงเบนความสนใจ ออกจากความเจ็บป่วย ดังรายละเอียดต่อไปนี้

5.1 ความรวดเร็วทันใจ

ผู้ป่วยมะเร็งปอดมีความต้องการการตรวจรักษาที่รวดเร็วทันใจ โดยเฉพาะเมื่อมีปัญหาเร่งด่วน เช่น มีความผิดปกติจากการลุกลามของโรคเกิดขึ้นมาใหม่ภายหลังได้รับยา ดังที่ผู้ป่วยเล่าว่า

"ส่วนมากคนไข้มีปัญหา ก็พยายามเข้าใจ เขางานยุ่งมาก แต่คนไข้เราก็ต้องสงสารเขาด้วยเพราะเขาลำบาก แต่ส่วนใหญ่ที่นี้ดีกว่าที่อื่นเยอะ ส่วนใหญ่จะดี...ถ้าพยาบาลมาพูดคุยดี ๆ บางทีก็ทำให้สบายใจดีกว่าเยอะ สบายใจขึ้นบ้าง... ตรงนี้มันดีขึ้นแล้ว แต่อันใหม่มันเกิดได้ยังไง... ก็เครียดมาก อยากรู้เร็ว... อยากให้หมอมารวดเร็ว ๆ จะได้รับรักษาต่อ... ช่วงที่รอคอยมันจะหงุดหงิดมาก... ทำไม่ถึงอดคร่ำครวญซ้ำ บวมจะแย่อยู่อแล้ว... แล้วเมื่อไหร่จะรู้ว่าเป็นจากอะไร... คิดวันหยุดอีก ต้องรอ ไปอีก 3 วัน แล้วไม่แยหรือ ต้องรักษาไม่ใช่หรือ..."

(สาว อายุ 41 ปี รอตรวจอาการบวมก่อนได้รับ VP ครั้งที่ 3 13 ต.ค. 2539)

5.2 ข้อมูลเหตุผลและในการรักษาพยาบาล

ผู้ป่วยทุกรายมีความต้องการข้อมูล รวมทั้งเหตุผลในการรักษาพยาบาล เพื่อจะได้เข้าใจเกี่ยวกับโรค การรักษา ระยะเวลาของการรักษาด้วยยา สามารถวางแผนการดำเนินชีวิต การเตรียมตัวเตรียมใจ การจัดการเพื่อการดูแลตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ สามารถตัดสินใจเลือกในสิ่งที่ทำให้เกิดผลประโยชน์สูงสุดแก่ตนเอง และมีความหวังมากขึ้น ดังที่ผู้ป่วยเล่าว่า

“อยากได้เหตุผล ถ้าเราเข้าใจแล้วจะยอมรับได้ เช่น ทำไมถึงอุตสาหกรรมเราไปเร่งเขาไม่ได้ ถ้าเจ้าหน้าที่ไม่พร้อมก็ต้องรอไป ถ้ายังไม่ให้ยาอีกบอกหมอเลยว่าขอกลับบ้าน ก่อน อยู่ที่นี่มันเหงา...วันหนึ่งจะตาย... กลางคืนหวั่นๆ เหงา ไอ้ย คิดถึงบ้านจะตาย...”

(สาว อายุ 41 ปี รอคตรวจอาการบวมก่อนได้รับ VP ครั้งที่ 3 13 ส.ค. 2539)

“หมอบอกอีรู้อยู่ซัอนึง แต่ว่าหมอบอกก็บอกไม่ได้ว่าการรักษาที่มันจะไปถึงไหน หมอบอกว่าคิดไปเรื่อยๆ รักษาไปเรื่อยๆ... หมอบอกในทางที่ว่าหลอดเรารู้ว่าการรักษาที่ต้องหายอยู่แล้ว มันต้องหายรักษาจนหาย เป็นไปได้ก็หายได้... อย่างแรก ๆ เข็มแรก ๆ ที่ฉีด นี่ผมเคยถามหมอบอกว่า ผมจะต้องฉีดกี่เข็ม หมอบอกว่าประมาณ 5 เข็ม พอมาฉีดเข็มที่ 4 แล้วนี่ ผมถามว่าวันนี้ หมอบอกว่าต้องคอยไปอีก ต้องฉีดไปหลายก่อน 5 เข็มที่หยุดไม่ได้... ถึงทำให้เรามีความรู้สึกรู้ว่าเราจะต้องรักษาไปตลอดชีวิตเธอ คือมันไม่มีเส้นชัยให้เรา ไม่รู้ว่าเราจะไปถึงไหน ไม่รู้อนาคต... ถึงยาฉีดแต่ละครั้งนี่ มันทำให้เกิดอาการแพ้แบบที่ว่าเคยคุยให้ฟังนั่นแหละ ถึงคิดว่านี่เรายังอยู่แบบนี้ต่อไปอีกนานหม้ายนิ ถึดยาแล้วแพ้ ๆ... ถึงทำให้เรามีความคิด ถ้าว่าหรือนั้น เราอาจจะต้านทานไม่ไหว เราหยุดตีหวานิ... แบบว่าพอรับยาที่นี้เราทรมาณร่างกายไปที่รับยาที่ทรมาณร่างกายที่ ถ้าว่าไม่รู้ก็ครั้งหนึ่งเลย ไม่รู้อีกนานแค่ไหนเลย คืออย่างน้อย ๆ เราก็จะได้รู้จุดหมายปลายทาง...”

(หลี่ อายุ 39 ปี คลินิกโรคปอด รอคตรวจติดตามเรื่องไข้ หลังรับ MVP ครั้งที่ 4 7 ส.ค. 2539)

5.3 โอกาสในการซักถามและต่อรอง

ผู้ป่วยมีความต้องการ โอกาสในการซักถามเมื่อมีปัญหา หรือต่อรองในเรื่องต่างๆขณะที่ยังไม่มีความพร้อมดังที่กล่าวมาแล้วในเรื่องเจรจาต่อรอง แต่ก็พบว่าผู้ป่วยบางรายไม่ได้ต้องการอะไรที่ยังยากจากบุคลากรเนื่องจากเกิดความเข้าใจว่าแพทย์พยาบาลรู้ดีว่าควรทำอะไร แต่มีงานยุ่งจึงไม่มีเวลาที่จะให้ข้อมูลอย่างละเอียด และคิดว่าถ้ามีอะไรสงสัยก็คอยหาโอกาสถามเอง ดังที่ผู้ป่วยเล่าว่า

“แพทย์พยาบาลทำหน้าที่ดีมากอยู่แล้ว...คิดว่าเขามีเวลาแค่พูดซักถามซัก 2-3 คำ...เข้าใจว่าทุกคนก็มีความรู้ดีแต่มีข้อจำกัดเรื่องเวลา...ทำให้ได้ข้อมูลที่ได้ไม่ค่อยชัดเจน เขาต้องไปดูแลคนไข้คนอื่นอีก... ถ้ามีปัญหา นึกอะไรออกก็คอยหาจังหวะถามหมอบอกเองดีกว่า...”

(ลุงอ้วน อายุ 67 ปี หลังรับ MVP ครั้งแรก 31 ส.ค. 2539)

5.4 การใช้อารมณ์ขันมาเบี่ยงเบนความเจ็บป่วย

ผู้ป่วย 1 รายมีความต้องการให้บุคลากรที่มสุขภาพมีการใช้อารมณ์ขันมาเบี่ยงเบนความสนใจ ไม่ใช่พูดคุยแต่เรื่องของความเจ็บป่วย เพื่อจะได้มีการผ่อนคลายบ้าง ดังที่ผู้ป่วยเล่าว่า

"ผมว่าหมอกับพยาบาลเขาน่าจะคุยกับคนไข้เรื่องอื่น (อื่นๆ) มั่งนะ แทนที่จะถามแต่เรื่องเจ็บป่วย หมอมากะถามว่าเป็นไงมั่ง พยาบาลจะถามว่ากินได้นมม่าย นอนหลับมม่าย บาง ที่มันทำให้เราอยู่แต่เรื่องของความเจ็บไข้... น่าจะเอาเรื่องตลกๆมาแทรกกันมั่ง เหมือนเวลานั่งหลงกับน้องเตี้ยงั้น (ผู้ป่วยข้างเตียง เป็นมะเร็งเม็ดเลือดขาวที่ได้รับเคมีบำบัดและฉายแสง) หมุกนิ ใค้ นั่งหัวเราะ เทลีนๆ บายใจดี..." (หลี่ อายุ 39 ปี ได้รับการใส่ท่อระบายทรวงอก หลังรับ MVP ครั้งที่ 5 25 ต.ค. 2539)

5.5 ให้ออกกลับบ้านเร็วๆ

ผู้ป่วย 2 รายมีความต้องการกลับบ้านเร็วๆ เพื่อจะได้บำรุงร่างกายได้สะดวกขึ้น ส่วนผู้ป่วยที่เหลือบอกว่าแล้วแต่แพทย์ และต้องรอให้ปลอดภัยก่อน ดังที่ผู้ป่วยเล่าว่า

"เขาจะให้ยาก็ไม่ง... อยากได้ยารวดๆ จะได้กลับบ้านเร็วๆ..."

(แป๊ะ อายุ 62 ปี หลังรับ CE ครั้งที่ 4 5 ก.ย. 2539)

"ถ้าให้ยาอยู่ที่นี้ ผมจะทรุดทวดเค็มทวดเพราะอาหารกินไม่ได้เลยนิ คือถ้ากินไม่ได้ หลังจากให้ยาไปสักวันนี้ ผมจะขออนุญาตกลับบ้าน กลับไปพักก่อนที่บ้าน คืออยู่ที่บ้านอย่างนี้อย่างนี้ เราจะป้องกันได้ในเรื่องของการกินอาหาร แทนที่จะว่าเราอาเจียน 10 ครั้ง คือ มันอาจจะเหลือ 2 ครั้ง ถึงสภาพนั้นถ้าเราอาเจียนมากนี่ไม่ไหว..."

(หลี่ อายุ 39 ปี รอรับ MVP ครั้งที่ 5 10 ต.ค. 2539)

6. ระบบบริการที่เอื้ออำนวย

ผู้ป่วยหลายรายมีความต้องการได้รับการบริการที่ดี ซึ่งได้แก่การดูแลเป็นพิเศษ การรักษากับแพทย์ที่มีความเชี่ยวชาญหรือมีชื่อเสียง การได้รับการดูแลรักษาอย่างเต็มที่ ได้รับยาที่ดีที่สุด ได้พักรักษาตัวในห้องพิเศษ ได้กินอาหารที่มีคุณค่า เช่นที่ผู้ป่วยเล่าว่า

"ป้ารักษาที่โรงพยาบาลนี้แหละ เตรียมเงินไว้แล้ว ให้หมอใหญ่รักษาให้เต็มที่ เขาว่ามียารักษาได้ ก็จิตใจแล้ว..."

(ป้าหนู อายุ 54 ปี รอรับ MVP ครั้งแรก 8 ก.ค. 2539)

"อยากได้ห้องพิเศษ ถ้าไม่มีก็อยากให้มีใครสักคนมาเฝ้าได้เหมือนแรกคืนนี้ น้ำเกลือหลุด ทอรู้ห้องผู้ช่วยเดินผ่านผมก็บอกเขา น้ำเกลือมันใส่ไม่เข้าแล้ว เลือดมันตันแล้วเขามาถึงก็แยงผมเข้าไป แล้วก็ยก แทนที่

จะบอกหมอ (พยาบาล) โน่นให้ ไปอยู่ไหนหมด หมอก็แฉไม่เห็น กว่าจะได้แก้ไขตั้งนานนี้..."
(หลี่ อายุ 39 ปี หลังรับ MVP ครั้งที่ 5 13 ต.ค. 2539)

7. ญาติยอมรับการสูญเสียได้

ผู้ป่วย 1 รายมีความคิดอยากให้อุบัติทำใจยอมรับความสูญเสียที่จะเกิดขึ้นได้ โดยให้เข้าใจหลักธรรมชาติเกี่ยวกับเรื่องเกิด แก่ เจ็บ ตาย ไม่ต้องมาเดือดร้อนกังวลจนเกินไป ดังที่ผู้ป่วยบอกว่า

"ไม่อยากให้ลูกคิดขอร้องให้พ่ออยู่นานๆ อยากให้ลูกไม่ต้องมาเป็นห่วงพ่อมาก...อย่ายึดติด ให้คิดว่ากรรมของใครก็ของคนนั้น คนอื่นช่วยไม่ได้ ถึงเวลาที่ร่วงโรย ขอให้ถือเป็นเรื่องธรรมชาติ...ที่ผ่านมามูลๆก็ทำให้ลุงสบายใจมาตลอด ทุกคนมีงานทำที่ดี มีครอบครัวที่มีความมั่นคงแล้ว...ขออย่าให้พวกเขากังวลมาก ป้า (ภรรยา) ก็เหมือนกันเป็นยิ่งกว่าคนป่วยอีก เขาเป็นห่วงลุงมาก...ญาติๆเขาทำใจไม่ได้ อยากให้ลุงหาย ไม่อยากให้จากไป... เขากังวลยิ่งกว่าเรา ไม่อยากให้เขากังวล... อยากให้เขาทำใจได้..."

(ลุงอ้วน อายุ 67 ปี หลังรับ MVP ครั้งที่ 2 25 ต.ค. 2539)

จากการศึกษาครั้งนี้พบว่าผู้ป่วยมีความต้องการการดูแลช่วยเหลือจากบุคลากรเป็นส่วนใหญ่ เป็นผลมาจากปัญหาทางระบบบริการสุขภาพ และความรู้ความสามารถของทีมสุขภาพ ผู้ป่วยมีความต้องการจากญาติน้อยมากเนื่องจากผู้ป่วยส่วนมากบอกว่าได้รับการดูแลและแรงสนับสนุนจากภรรยาสามี ลูก หลาน และญาติพี่น้องที่ค้ำคองอยู่แล้ว ซึ่งนับว่าจุดเด่นของสังคมไทยคือมีระบบเครือญาติที่คอยให้ความช่วยเหลือซึ่งพาท่อกัน มีผลัดเปลี่ยนกันดูแลอย่างเต็มที่เมื่อเจ็บป่วย และการศึกษานี้บางส่วนมีความสอดคล้องกับการศึกษาความต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคมะเร็งของบุปผา (2536) ที่พบว่าสิ่งที่เป็นความต้องการสูงสุดของผู้ป่วยตามลำดับจากน้อยไปหามาก ได้แก่ 1) การหายจากโรคและการมีสุขภาพดี 2) การปฏิบัติตามความเชื่อทางศาสนา ได้แก่ การบริจาคนาน การสะสมบุญบารมีทั้งชาตินี้และชาติหน้า และการบรรลุจุดมุ่งหมายสูงสุดของศาสนา 3) การมีชีวิตอยู่เพื่อดูความเจริญเติบโตของลูกหลานไปเรื่อยๆ 4) การปฏิบัติหน้าที่ในทุกบทบาท 5) การตายอย่างสงบ 6) การสร้างสาธารณประโยชน์ 7) การได้เห็นลูกบวชก่อนตาย ซึ่งข้อที่ 4-7 ผู้ป่วยมะเร็งปอดไม่ได้กล่าวถึงในการศึกษาครั้งนี้

ส่วนโพสท์ไวท์และคณะ (Post-White et al., 1996 : 1571) ยังพบว่าความหวังของผู้ป่วยมะเร็งที่มีการกลับเป็นซ้ำของโรค คือ การมีชีวิตอยู่อย่างมีความหมาย การมีความสัมพันธ์อันดีกับผู้อื่น การได้ใช้ความสามารถของตนเอง การมีชีวิตอยู่กับปัจจุบัน และ ความหวังว่าจะรอดชีวิต ซึ่งความหวังเหล่านี้ตรงกับความต้องการของผู้ป่วยมะเร็งปอดเช่นกัน อลิและคณะ (Ali et al., 1993 : 193) ได้ศึกษาพบว่าความต้องการที่ผู้ป่วยมะเร็งชาวอเมริกามักไม่ได้รับการตอบสนอง คือ ความต้องการข้อมูลข่าวสาร การช่วยแก้ไขปัญหามาจากอาการข้างเคียงของยา และการสนับสนุนทางด้านจิตใจ

ส่วนความต้องการที่ผู้ป่วยมะเร็งชาวอียิปต์ไม่ได้รับการตอบสนอง คือ การไม่ต้องพึ่งพาผู้อื่น ช่วยให้ มีอาการดีขึ้น และได้รับข้อมูลข่าวสาร ซึ่งคล้ายกับการศึกษาในครั้งนี้ ซิลเวียร่า และวินสตีด-ฟราย (Silveira & Winstead-Fry, 1997 :74) ยังได้ศึกษาพบว่าผู้ป่วยมะเร็งมีความต้องการใน 3 ลักษณะคือ 1) ความต้องการการดูแลส่วนบุคคล ซึ่งได้แก่ การได้รับการดูแลตามแผนการรักษา การได้รับคำ อธิบายเหตุผลของการรักษาเพื่อลดความวิตกกังวล การได้รับการรักษาตรงเวลา การได้รับการดูแล ทางด้านร่างกายที่ดี 2) ความต้องการมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพ ซึ่งได้แก่ การได้รับข้อมูลที่จำเป็น เกี่ยวกับโรคและการรักษาอย่างซื่อสัตย์ การได้รับข้อมูลในภาษาที่เข้าใจง่าย การได้รับรู้ว่าจะเมื่อไรควรจะมาพบแพทย์ 3) ความต้องการการมีปฏิสัมพันธ์ต่อกัน ซึ่งได้แก่ การได้รับการดูแลอย่าง เคารพในความเป็นบุคคล การดูแลจากผู้ที่ใจดีและร่าเริง การเป็นมิตรกับเพื่อนฝูงหรือญาติที่มาเยี่ยม การยินดีที่จะรับฟัง และการมีความสามารถในการบริหารจัดการได้ดี การศึกษาดังกล่าวเป็นการ ศึกษาเชิงปริมาณในสังคมวัฒนธรรมตะวันตก ซึ่งจะเห็นได้ว่าความต้องการของผู้ป่วยสังคมตะวันตก บางอย่างมีความแตกต่างกันกับสังคมไทย และวิธีการศึกษาที่แตกต่างกันอาจทำให้ได้มุมมองใน ความต้องการของบุคคลที่แตกต่างกันไปเช่นกัน ดังที่รีนฮาร์ซ (Reinharz, 1983 cited in Streubert & Carpenter, 1995 : 42) กล่าวว่าการศึกษาเชิงคุณภาพจะทำให้ได้ข้อมูลบางอย่างมากขึ้นและได้ข้อมูล บางอย่างน้อยลงคือข้อมูลที่ผู้ให้ข้อมูล ไม่ได้นึกถึงจะขาดหายไป

ผลการศึกษาในครั้งนี้เป็นการสรุปสาระสำคัญของความรู้ที่นักคิดต่อความเจ็บป่วยและเคมีบำบัดรวมทั้งวิธีการเผชิญปัญหาของผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับเคมีบำบัดจากประสบการณ์ที่แท้จริง ตามมุมมองของผู้ป่วย ซึ่งเป็นประสบการณ์ที่มีคุณค่าและเป็นสาระที่จำเป็นอย่างยิ่งที่จะนำไปเป็น พื้นฐานในการพัฒนาศาสตร์ของการดูแลเยียวผู้ป่วยบริการในวิชาชีพพยาบาลและวิชาชีพที่เกี่ยวข้องต่อไป

บทที่ 5

สรุปและข้อเสนอแนะ

สรุปการวิจัย

การศึกษาเชิงคุณภาพแบบปรากฏการณ์วิทยาเรื่องการรับรู้และการเผชิญปัญหาต่อการได้รับเคมีบำบัดของผู้ป่วยมะเร็งปอดนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อบรรยายและอภิปรายการรับรู้ต่อเคมีบำบัดและผลกระทบที่เกิดจากความเจ็บป่วยและการได้รับเคมีบำบัดของผู้ป่วยมะเร็งปอด การเผชิญกับปัญหาที่เกิดขึ้นในช่วงที่ได้รับเคมีบำบัด พร้อมทั้งปัจจัยส่งเสริมและอุปสรรคในการเผชิญปัญหา และความต้องการการดูแลช่วยเหลือที่ผู้ป่วยต้องการในช่วงที่ได้รับเคมีบำบัด ทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงจากผู้ป่วยที่มารับเคมีบำบัดที่โรงพยาบาลแห่งหนึ่งจำนวน 10 ราย เก็บรวบรวมข้อมูลโดยศึกษาติดตามสัมภาษณ์ผู้ป่วยตั้งแต่เดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2539 ถึงเดือนมกราคม พ.ศ. 2540 เริ่มต้นด้วยการสร้างสัมพันธภาพจนผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจ แล้วทำการสัมภาษณ์แบบเจาะลึกถึงลักษณะสัมภาษณ์ ทำการบันทึกเทป และบันทึกภาคสนามรายวันทันทีที่สัมภาษณ์ผู้ป่วยเสร็จสิ้น ซึ่งการใช้วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลหลายวิธีร่วมกัน ช่วยให้ได้ข้อมูลจากหลายแหล่งซึ่งถือเป็นการตรวจสอบ 3 เสาค้ำยันระเบียบวิธีการวิจัย

หลังเก็บรวบรวมข้อมูล ทำการวิเคราะห์ข้อมูลรายวันจนพบว่าไม่มีข้อมูลใหม่เพิ่มเติมแล้วจึงทำการวิเคราะห์ข้อมูลทั้งหมด โดยใช้วิธีการของโคไลซซี่ (Colaizzi) ซึ่งเป็นการสร้างแนวคิดจากคำบอกเล่าของผู้ป่วย หลังจากได้ภาพของปรากฏการณ์การรับรู้และการเผชิญปัญหาต่อการได้รับเคมีบำบัดแล้วนำไปให้ผู้เชี่ยวชาญด้านการวิจัยเชิงคุณภาพตรวจสอบในขั้นสุดท้าย เพื่อให้งานวิจัยมีความน่าเชื่อถือมากยิ่งขึ้น ซึ่งในช่วงนี้จะต้องมีการปรับแก้ไขแนวคิด และวิธีการการนำเสนอผลการศึกษามากกว่าจะได้แนวคิดที่ชัดเจนที่มีพื้นฐานมาจากประสบการณ์ของผู้ให้ข้อมูลอย่างแท้จริง ซึ่งผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้

1. การรับรู้ของผู้ป่วยมะเร็งปอดในช่วงที่ได้รับเคมีบำบัดเป็นการรับรู้ความทุกข์ทรมานและความไม่แน่นอนในชีวิตใน 4 ลักษณะ คือ 1) ป่วยเป็นโรคร้าย 2) เคมีบำบัดเป็นความหวัง 3) มีชีวิตอยู่กับความทุกข์ทรมาน และ 4) มีชีวิตอยู่กับความไม่แน่นอน ดังนี้

1.1 ป่วยเป็นโรคร้าย ผู้ป่วยรับรู้ว่าโรคนี้นิฉัยพบยาก รักษาได้ยาก ร้ายแรง มีสาเหตุไม่แน่นอน ไม่รู้จุดกำเนิด และมองไม่เห็นว่าคุณภาพไปอยู่ที่ไหนแล้วหรือไม่ และเป็นโรคเรื้อรังที่ต้องมาได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง

1.2 เคมีบำบัดเป็นความหวัง คือช่วยให้หาย ดีกว่าการผ่าตัดและฉายแสง และถึงแม้จะต้องสิ้นเปลืองค่าใช้จ่ายสูงและมีอาการแพ้ยาที่รุนแรง ถ้าช่วยให้หายหรือดีขึ้นได้ก็จะพยายามอดทนมารับการรักษา

1.3 มีชีวิตอยู่กับความทุกข์ทรมาน จากภาวะของโรค กิจกรรมการรักษาพยาบาล และอาการข้างเคียงจากเคมีบำบัดที่รุนแรงและเกิดกับผู้ป่วยส่วนใหญ่ ได้แก่ คลื่นไส้ อาเจียน เหน็ดเมื่ออาหาร อ่อนเพลีย น้ำหนักลด และซัด ทำให้ผู้ป่วยมีความไม่สุขสบายและทุกข์ทรมานร่างกายเป็นอย่างมาก นอกจากนี้ผู้ป่วยยังมีความรู้สึกทุกข์ทรมานใจในระดับสูง เพราะตกใจ คิดไม่ถึงว่าจะเป็นโรคนี มีความเป็นห่วงกังวลเรื่องความเจ็บป่วย ครอบครัว ค่ารักษาพยาบาล การรักษาต่อเนื่อง กลัวอาการข้างเคียงของเคมีบำบัด กลัวเสียชีวิต กลัวเจ็บปวดทรมาน รู้สึกโดดเดี่ยวและวิวน่าหวู่เมื่อต้องทนทรมานอยู่คนเดียวในช่วงที่ญาติเฝ้าไม่ได้ เบื่อหน่ายเมื่อต้องรอเตียง รอดตรวจ หรือรอรับเคมีบำบัด เมื่อการมานอนที่โรงพยาบาลที่มีกลิ่นรบกวนมาก และไม่สะดวกสบายเหมือนที่บ้าน

1.4 มีชีวิตอยู่กับความไม่แน่นอนจากความเจ็บป่วย จากความไม่แน่ใจว่าจะรักษาหายหรือไม่ไม่เข้าใจสถานการณ์ของการรักษา การที่ความแข็งแรงของร่างกายขึ้นๆลงๆ คือ ความแข็งแรงของร่างกายลดลง อ่อนเพลีย น้ำหนักลดทุกครั้งที่ได้รับเคมีบำบัด และเมื่อได้พยายามบำรุงร่างกายจนแข็งแรงขึ้นแล้วก็กลับมาทรุดโทรมลงอีกเมื่อได้รับยา เป็นเช่นนี้ซ้ำแล้วซ้ำเล่า นอกจากนี้ ผู้ป่วยยังมีการเปลี่ยนแปลงในชีวิตทั้งด้านร่างกาย ภาพลักษณ์ สัมพันธภาพทางเพศ บทบาทหน้าที่ การเข้าสังคม และการพึ่งพาผู้อื่น รวมทั้งการที่ผลการรักษามักจะไม่แน่นอน ไม่มีเส้นชัย รักษาไปแล้วอาการไม่ดีขึ้น และมีการดำเนินของโรคไปจนถึงวาระสุดท้ายของชีวิต

2. การเผชิญปัญหาที่เกิดขึ้นในช่วงที่ได้รับเคมีบำบัดเป็นการดูแลเยียวยาตนเองตั้งแต่เริ่มเจ็บป่วยไปจนกระทั่งวาระสุดท้ายของชีวิตใน 5 ลักษณะ คือ 1) ควบคุมระครองความแข็งแรงของร่างกาย 2) ผ่อนคลายความทุกข์ใจ 3) ตั้งจิตสร้างสมบุญกุศล 4) วางแผนจัดการชีวิตและมรดก และ 5) ปรับใจสั่งเสียญาติ คั้งนี้

2.1 ควบคุมระครองความแข็งแรงของร่างกาย โดยการพยายามมารับการตรวจรักษาอย่างต่อเนื่อง คอยป้องกันแก้ไขปัญหาจากการรักษาและอาการข้างเคียงของเคมีบำบัดที่เกิดขึ้น เช่น คอยระมัดระวังไม่ให้ย่ำรั้วไหลออกนอกหลอดเลือด แก้ไขการแพ้ยาแก้ อาเจียน แก้ไขอาการข้างเคียงของเคมีบำบัด เช่น แก้ปัญหาเมื่ออาเจียนโดยการนอนพัก สูดหายใจเข้าออกถี่ๆ หลีกเลียงกลิ่นและเลือกกินอาหารที่กินได้ และไปหาหมอใกล้บ้าน คอยระวังการติดเชื้อ แก้ไขอาการหน้ามืดหน้าเวียนง่าย ปวดศีรษะขณะเปลี่ยนท่าจากภาวะซัด ไม่ซื้อยากินเอง และมีการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิต เรื่องการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การพักผ่อนนอนหลับ สัมพันธภาพทางเพศ การประกอบอาชีพ และการเข้าสังคม

2.2 ผ่อนคลายความทุกข์ใจ โดยพยายามเข้มแข็งอดทน ปรับเปลี่ยนความหวังตามสถานการณ์มองความเจ็บป่วยและการรักษาในทางที่ดี เบี่ยงเบนความสนใจ ประเมินเปรียบเทียบสถานการณ์ เจรจาต่อรอง ปรับเปลี่ยนภาพลักษณ์ ยึดถือปฏิบัติตามความเชื่อและศาสนา เช่น หลีกเลี่ยงของแสลง อธิษฐาน สวดมนต์ ทำสมาธิ การไปรักษากับหมอพื้นบ้าน และพยายามปลง

2.3 ตั้งจิตสร้างสมบุญกุศล โดยผู้ป่วยจะมีการทำบุญ ทำทาน ทำความดีให้มากที่สุดเพื่อให้หายจากโรค และเป็นการสะสมความดีเพื่อจะได้เกิดในชาติภพที่ดี ซึ่งเป็นไปตามความเชื่อทางศาสนา คือความเชื่อเรื่องโลกหน้าของศาสนาพุทธ และความเชื่อเรื่องพระเจ้าของศาสนาอิสลาม

2.4 วางแผนจัดการชีวิตและมรดก โดยผู้ป่วยที่ยอมรับว่าตนเองเจ็บป่วยรุนแรง มักจะมีการจัดแบ่งมรดกไว้ให้ลูกหลาน และผู้ป่วยบางรายจะมีการบริจาร่างกายเพื่อประโยชน์สูงสุดต่อส่วนรวม

2.5 ปรับใจสั่งเสียญาติ โดยการฝากให้ญาติแลผู้ที่เกี่ยวข้องช่วยดูแลลูกหลานอย่างเอ็นดู สั่งสอนให้ทำความดี ไม่ประมาทเรื่องสุขภาพและการดำเนินชีวิต ให้ยอมรับสัจธรรมของชีวิตคิดว่าเกิดแก่เจ็บตายเป็นของธรรมดา

ซึ่งผลการเผชิญปัญหาของผู้ป่วยมะเร็งปอดในช่วงที่ได้รับเคมีบำบัดมี 2 ลักษณะใหญ่ๆ คือ ผู้ป่วยที่ปรับตัวได้ จะมีร่างกายแข็งแรงขึ้น สบายใจขึ้น คงความรู้สึกมีคุณค่า และยอมรับความตายได้ ส่วนผู้ป่วยปรับตัวไม่ได้ จะมีความรู้สึกท้อแท้หมดหวัง โทษเคมีบำบัดและโทษผู้อื่น

โดยพบว่าในระยะแรกที่เจ็บป่วยผู้ป่วยจะพยายามประคับประคองความแข็งแรงของร่างกาย และหาวิธีผ่อนคลายให้สบายใจ เมื่อปรับตัวกับโรคได้ระยะหนึ่งแล้วจึงมุ่งการทำบุญสร้างสมบุญกุศลมากขึ้น และผู้ป่วยที่มีสามารถปรับตัวกับความเจ็บป่วยได้ดีจะมีการวางแผนชีวิตและมรดก และหาโอกาสสั่งเสียลูกหลานก่อนที่จะเจ็บป่วยรุนแรง

3. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเผชิญปัญหาของผู้ป่วย มีทั้งปัจจัยส่งเสริมและอุปสรรคต่อการเผชิญปัญหา ซึ่งได้แก่ 1) ภาวะเศรษฐกิจ 2) ความเข้มแข็งอดทน 3) ความรู้สึกเกรงใจ 4) ความไม่คุ้นเคย 5) ความขัดแย้งด้านความเชื่อ 6) เทคนิคการบอกข้อวินิจฉัย 7) อาการของโรค 8) อาการข้างเคียงของเคมีบำบัด 9) การดูแลช่วยเหลือและกำลังใจ ทั้งจากญาติ เพื่อนบ้าน เพื่อนร่วมงาน พระผู้ช่วยข้างเตียง และบุคลากรทางสุขภาพ 10) ระบบบริการพยาบาล เช่น มีเตียงรับผู้ป่วยและห้องพิเศษไม่เพียงพอ หอผู้ป่วยมีกลิ่นรบกวนมากทำให้เหม็นเมื่ออาหาร และคลื่นไส้อาเจียนนานขึ้น มีเสียงดังรบกวนการพักผ่อนนอนหลับ อาหารไม่เหมาะสม น้ำอุ่นไม่เพียงพอ ญาติเฝ้าไม่ได้ 11) เชื่อโรคฉวยโอกาส และ 12) อุปสรรคในฤดูฝน ที่ทำให้ผู้ป่วยมีปัญหาเรื่องหอบเหนื่อย หายใจลำบากรุนแรงขึ้น อีกทั้งยังทำให้มีความยากลำบากในการเดินทางมาโรงพยาบาล

4. ความต้องการของผู้ป่วยมะเร็งปอดในช่วงได้รับรับเคมีบำบัด เป็นความต้องการการตอบสนองทางด้านร่างกายจิตวิญญาณและสังคม ซึ่งได้แก่ 1) ต้องการได้รับการช่วยเหลือให้หายป่วยหรือมีอาการดีขึ้น จะได้อยู่ดูแลความสำเร็จของลูกหลาน 2) ช่วยให้อารมณ์ดีจากภาวะของโรคและอาการข้างเคียงของยาน้อยที่สุด 3) ต้องการความอบอุ่นใจ เช่น ให้ญาติเฝ้าในวันช่วงที่มีอาการแพ้ยาเคมีบำบัดมาก 4) ได้มีโอกาสปฏิบัติตามความเชื่อทางสังคมและศาสนา 5) ต้องการการดูแลอย่างเข้าใจ คือ ผู้ให้บริการมีท่าทีเอาใจใส่ ให้บริการอย่างรวดเร็วทันใจ ได้รับยาที่ดี โดยเฉพาะเคมีบำบัด ยาแก้แพ้ หรือยาบำรุงร่างกาย ได้รับคำแนะนำและเหตุผลในการรักษาพยาบาลที่เข้าใจง่าย มีโอกาสในการซักถามต่อรอง ได้รับการเบี่ยงเบนความสนใจจากความเจ็บป่วย และได้กลับบ้านเร็วๆ 6) ต้องการระบบบริการที่เอื้ออำนวย คือ มีเตียงเพียงพอ มีห้องพิเศษพร้อม มีการจัดอาหารให้อย่างเหมาะสม คือ มีรสเปรี้ยวๆหวานๆ ไม่เลี่ยน ไม่ปรุงด้วยสารพัดหรือทอด มีน้ำอุ่นเพียงพอ มีกลิ่นและเสียงดังรบกวนน้อยที่สุด และ 7) ต้องการให้ญาติยอมรับสังขรณ์ของชีวิตเกี่ยวกับความไม่เที่ยงแท้ของสังขาร โดยจะเห็นว่าผู้ป่วยมะเร็งปอดมีความต้องการความดูแลช่วยเหลือจากบุคลากรทีมสุขภาพมากกว่าจากญาติพี่น้อง อันเป็นผลจากการที่ผู้ป่วยได้รับการดูแลช่วยเหลือจากญาติพี่น้องเพื่อนบ้านอย่างใกล้ชิดเป็นอยู่อย่างคืออยู่แล้ว

ผลการศึกษาดังกล่าวทำให้เกิดความเข้าใจลักษณะการรับรู้และการเผชิญปัญหาของผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับเคมีบำบัดมากขึ้น ความเข้าใจดังกล่าวจะนำไปสู่การจัดระบบบริการแก่ผู้ป่วยมะเร็งปอดในหอผู้ป่วยที่รับผู้ป่วยมะเร็งไว้ในความดูแล โดยการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีการเผชิญปัญหาที่สอดคล้องกับความต้องการของผู้ป่วยอย่างแท้จริง ตั้งแต่เริ่มเจ็บป่วยไปจนกระทั่งเสียชีวิต

ข้อจำกัดของการวิจัย

การศึกษานี้มีข้อจำกัดของการดำเนินการวิจัย ดังนี้

1. การเลือกกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาได้เลือกผู้ป่วยตามลักษณะที่กำหนด แต่พบว่าในสถานการณ์จริงผู้ป่วยมะเร็งปอดไม่ได้ทราบข้อวินิจฉัยที่แท้จริงของตนเองทั้งหมด ในการสอบถามเกี่ยวกับการรับรู้ต่อโรคและการได้รับเคมีบำบัดจึงพบว่า ผู้ป่วยมีการรับรู้แตกต่างกัน และระดับความรู้ลึกของ ผู้ป่วยแต่ละรายก็ไม่เท่ากัน การรับรู้ของผู้ป่วยจากการศึกษานี้จึงไม่ได้เป็นการรับรู้ความเจ็บป่วยเป็นมะเร็ง แต่เป็นการรับรู้โดยรวมของผู้ป่วยโรคปอดที่รับรู้ว่าเป็นโรคปอดอักเสบ เป็นโรคเนื้องอกปอด หรือเป็นมะเร็งปอด ดังจะเห็นว่าผู้ป่วยไม่ได้รับรู้ว่ามะเร็งปอดเป็นโรคที่ร้ายแรงเหมือนการศึกษาที่ผ่านมา

2. กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษามีระยะของโรคแตกต่างกัน และอยู่ในช่วงของการรับเคมีบำบัดที่แตกต่างกัน คือมีทั้งผู้ป่วยที่ได้รับเคมีบำบัดครั้งแรก ผู้ป่วยที่ได้รับมาก่อน และผู้ป่วยที่ได้รับยาในระยะท้ายที่มีการรักษาอื่นๆต่อเนื่อง ขอบเขตของปรากฏการณ์ที่ศึกษาจึงกว้างออกไป คือครอบคลุมทั้งกลุ่ม ผู้ป่วยที่เริ่มรับรู้ความเจ็บป่วย เริ่มได้รับเคมีบำบัด รับเคมีบำบัดจนเสร็จสิ้น แสวงหารักษาต่อเนื่อง และเสียชีวิต ผลจากการที่ผู้ป่วยมะเร็งปอดมีความหลากหลายนี้ทำให้มีจุดอ่อน คือได้ข้อมูลของผู้ป่วยแต่ละคนที่ลึกซึ้งและเด่นชัดไม่เท่ากัน เช่น ผู้ป่วยที่เริ่มได้รับเคมีบำบัดจะได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการรับรู้ต่อโรคและการได้รับเคมีบำบัดรวมทั้งการเผชิญปัญหาต่างๆที่เกิดขึ้นมากกว่า ข้อมูลเรื่องรักษาต่อเนื่องหรือการเตรียมตัวในวาระสุดท้ายของชีวิต ผู้ป่วยที่ต้องรับการรักษาต่อเนื่อง ภายหลังได้รับเคมีบำบัดตามแผนการรักษาเสร็จสิ้นจะบอกเล่าข้อมูลเกี่ยวกับการวางแผนอนาคต และการรับรู้และการเผชิญปัญหาต่อการได้รับเคมีบำบัดที่ผ่านมาจนถึงปัจจุบัน ส่วนข้อมูลเกี่ยวกับการเผชิญกับวาระสุดท้ายของชีวิต มักจะได้จากผู้ป่วยที่กำลังอยู่ในภavnั้นเพราะไม่สามารถไปตามกับ ผู้ป่วยที่ไม่ทราบว่าตนเองเป็นมะเร็งหรือผู้ป่วยที่ยังมีความเชื่อมั่นว่าตนเองจะหายป่วยได้ นอกจากนี้ผู้ป่วยที่ได้รับเคมีบำบัดที่อยู่ในวาระสุดท้ายก็มักจะมีอาการหอบเหนื่อยมากจนไม่สามารถพูดคุยได้ ข้อมูลบางอย่างก็ต้องถามจากญาติ การศึกษาในปรากฏการณ์ที่กว้างมากเช่นนี้ทำให้ได้ข้อมูลบางประเด็นที่ไม่ละเอียดลึกซึ้งไม่เพียงพอ โดยเฉพาะการเผชิญกับวาระสุดท้ายของชีวิตในช่วงที่ได้รับเคมีบำบัด แต่ก็มีผลดีคือทำให้เกิดความเข้าใจปรากฏการณ์ของผู้ป่วยในภาพรวม

ข้อเสนอแนะ

จากผลการศึกษาดังกล่าวผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะเพื่อนำข้อมูลดังกล่าวไปใช้ประโยชน์ในด้านการบริหารและบริการพยาบาล การศึกษาพยาบาล และการวิจัยทางการพยาบาล ดังนี้

1. ด้านการบริหารและบริการพยาบาล

1.1 การจัดระบบบริการแก่ผู้ป่วยมะเร็ง: ควรเน้นการจัดระบบบริการที่อำนวยความสะดวกและการจัดสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสมโดยควรจัดแยกจากหอผู้ป่วยรวมมาจัดในรูปแบบของหอผู้ป่วยมะเร็งเพื่อจะสามารถจัดสิ่งแวดล้อมในหอผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม ให้มีระบบป้องกันหรือจำกัดกลิ่นรบกวนต่างๆ การจัดหอผู้ป่วยแยกเป็นห้องส่วนตัวเพื่อให้มีบรรยากาศที่เงียบสงบเหมาะแก่การพักผ่อนนอนหลับ มีการเปิดโอกาสให้ญาติได้เฝ้าดูแลช่วยเหลือทั้งกลางวันและกลางคืน โดยเฉพาะในวันที่ผู้ป่วยได้รับยา มีการจัดสถานที่เฉพาะไว้รับประทานอาหาร มีรายการอาหารให้เลือกตามความต้องการของผู้ป่วย การแนะนำญาติเรื่องการจัดการอาหารที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วย รวมทั้งมีการจัดสิ่งอำนวยความสะดวกอื่นๆอย่างเพียงพอ เช่น น้ำอุ่น เป็นต้น

1.2 การบอกข้อวินิจฉัยแก่ผู้ป่วยมะเร็งควรมีรูปแบบและวิธีการที่เหมาะสม ซึ่งควรจะเป็น การให้การปรึกษาซึ่งจะต้องทำงานกันเป็นทีมระหว่างแพทย์ พยาบาล ผู้ป่วยและญาติ การบอกข้อ วินิจฉัยอาจจะเป็นไปได้ทั้งการบอกความจริงว่าเป็นมะเร็ง หรือการบอกข้อมูลใกล้เคียง เช่น เป็นเนื้อ ออก หรือปอดซ้ำ ขึ้นอยู่กับความต้องการของผู้ป่วย ของญาติ หรือสภาวะของผู้ป่วยขณะนั้น ซึ่งทีม สุขภาพควรจะทำการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับแนวทางที่เหมาะสมในการบอกข้อวินิจฉัยโรคแก่ผู้ป่วยมะเร็ง และครอบครัว เพราะการบอกข้อวินิจฉัยที่เหมาะสมจะช่วยให้ผู้ป่วยยอมรับความเจ็บป่วยได้ดีขึ้น มีปฏิริยาทางอารมณ์ต่อความเจ็บป่วยในขอบเขต ไม่นานจนเกินไป และมีส่วนในช่วยให้ผู้ป่วย ปรับใจมาต่อสู้กับโรค และมีการเผชิญปัญหาในทางบวกอย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น

1.3 การวางแผนการรักษาพยาบาลแก่ผู้ป่วยมะเร็งควรมีการผสมผสานแนวคิดการแพทย์ แผนใหม่ การแพทย์แผนไทย การรักษาแบบพื้นบ้าน การประยุกต์ความเชื่อทางศาสนาและ วัฒนธรรมท้องถิ่นมาใช้ในการส่งเสริมการเผชิญปัญหาของผู้ป่วยตั้งแต่เริ่มเจ็บป่วยจนกระทั่งวาระ สุดท้ายของชีวิต เนื่องจากเคมีบำบัดเป็นความหวังของผู้ป่วยและช่วยให้ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีอาการดี ขึ้นได้ในช่วงระยะเวลาหนึ่งของการรักษา แต่ในระยะหลังมักพบว่าโรคมะเร็งจะไม่ตอบสนองต่อ เคมีบำบัด ยกเว้นผู้ป่วยที่มารักษาแต่เริ่มแรก เมื่อโรคลุกลามผู้ป่วยมักจะปฏิเสธการฉายแสงเนื่อง จากกลัวเป็นแผลไหม้ และการมีความเชื่อว่าการฉายแสงจะทำให้เสียชีวิตเร็วขึ้น ในขณะที่ปัจจุบัน ยังไม่มีวิธีการรักษาที่ดีที่สุดสำหรับผู้ป่วยมะเร็งปอด แต่สิ่งที่ผู้ป่วยเชื่อมั่นว่าดีและช่วยเขาได้คือสิ่งที่ เป็นความหวังที่ดีที่สุดสำหรับผู้ป่วย ผู้ป่วยมะเร็งทุกคนจึงมีสิทธิที่จะรับรู้ทางเลือกอื่น ๆ ที่มีอยู่ สามารถตัดสินใจเลือกอย่างอิสระและเปิดเผยที่จะนำวิธีการดูแลเยียวยาตนเองต่าง ๆ มาใช้ร่วมกับวิธี การทางการแพทย์แผนใหม่ ไม่ใช่ต้องคอยปิดบัง ดังที่ผู้ป่วยบอกผู้วิจัยว่า “อย่าบอกหมออะ ว่ากินยา หม้ออยู่ เดี่ยวหมอแจะไม่รักษา” หรือ “ว่าจะไม่ฉายแสงต่อ จะไปรักษาที่วัด ไม่รู้ หมอจะว่าอย่าง ไร...” ทีมสุขภาพจึงควรมีทางเลือกอื่น ๆ ที่สามารถนำมาประยุกต์ใช้ในการช่วยเหลือผู้ป่วยมะเร็ง ปอดร่วมกับการรักษาด้วยการผ่าตัด เคมีบำบัด หรือการฉายแสง การเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและครอบ ครัวมีโอกาสเลือกทางเลือกในการเผชิญปัญหาต่อความเจ็บป่วยและการรักษาที่เหมาะสม สอดคล้อง กับสังคมวัฒนธรรมความเชื่อของเขาเองอย่างเปิดกว้างและยอมรับทั้งเหตุผลของกันและกัน โดย ผู้ป่วยและครอบครัวควรจะได้รับข้อมูลที่จำเป็นเกี่ยวกับข้อดีข้อเสียของการรักษาวิธีต่างๆ เพื่อจะได้ เลือกทางเลือกได้อย่างเหมาะสม และเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ปฏิบัติดูแลเยียวยาตนเองร่วมกับการ รับการรักษาที่โรงพยาบาล โดยบุคลากรควรมีส่วนร่วมในการชี้แนะการเลือกวิธีการดูแลเยียวยาที่มี ประโยชน์ ปลอดภัย ไม่เป็นอันตรายต่อผู้ป่วย เช่น การรักษาแบบพื้นบ้าน การใช้สมุนไพรที่เหมาะสม การทำพิธีสะเดาะเคราะห์ต่างๆ พิธีทำขวัญ ทำสังฆทาน ทำบุญ ทำทาน ตักบาตร การแก้บน หรืออื่นๆ เพราะจากการศึกษาจะเห็นว่าความเชื่อ ความหวัง และความศรัทธามีบทบาทสำคัญในการ

เผชิญปัญหาของผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกสบายใจขึ้น ความรู้สึกท้อแท้หมดหวังทุกข์ทรมานลดลง ไม่เกิดความรู้สึกหมกหมองทางช่วยเหลือ ซึ่งส่งผลให้ผู้ป่วยค่อยๆยอมรับการสูญเสียได้อย่างราบรื่นมากขึ้นในวาระสุดท้ายของชีวิต

1.4 การช่วยเหลือผู้ป่วยมะเร็งในการเผชิญกับโรคและการรักษาควรมีการแนะนำและสนับสนุนให้ผู้ป่วยมีการผ่อนคลายความเครียดอย่างจริงจัง โดยมีแนวทางปฏิบัติที่เหมาะสมและปฏิบัติได้ง่าย ซึ่งควรเป็นวิธีการที่สอดคล้องกับวัฒนธรรมความเชื่อของผู้ป่วย เช่น การสวดมนต์ ทำสมาธิ อธิษฐานขอพรจากพระเจ้า เป็นต้น ซึ่งต้องประเมินและแนะนำให้สอดคล้องกับศาสนา ความเชื่อ และความสนใจของผู้ป่วย และสนับสนุนให้ผู้ป่วยมีที่พึ่งทางใจโดยการยึดถือปฏิบัติตามคำสอนของศาสนา เช่น การทำความดี ทำบุญ ทำทาน การมีสติ การยอมรับสัจธรรมของชีวิตที่ว่าเกิดแก่เจ็บตาย เป็นของธรรมดา ความดีเท่านั้นที่ยังคงอยู่ คนเราถ้าไม่ถึงที่ตายก็ไม่ตาย เป็นต้น

การนำหลักคำสอนของศาสนา มาประยุกต์ และผสมผสานใช้ในการให้การพยาบาลที่ทำให้มีขั้นตอนและวิธีการที่ง่ายต่อการปฏิบัติ โดยเฉพาะแนวคิดเรื่อง การทำความดี เช่น การพยายามดูแลตัวเองอย่างเต็มที่ ดังที่ผู้ป่วยรายหนึ่งบอกว่า “ต้องพยายามกิน เพราะอยากหาย แม้ต้องฝืนก็ต้องทำ เพราะเป็นวิธีการที่ดี อาหารคือยาที่ดีที่สุด” การไม่ทำความชั่ว เช่น พยายามหลีกเลี่ยงสิ่งที่ไม่ก่อให้เกิดประโยชน์ ต่างๆ เช่น การที่ผู้ให้ข้อมูลเล่าว่า “ไม่ซื้อผักในตลาดกินเลย คิดยามากอติตาย ปูดกินเองดีหว่า หมูกะไม่กล้ากิน แดวข้างบ้าน เขาคิดยาแรงให้เนื้อแดงมากๆ...” รวมทั้ง การฝึกทำสมาธิ หรือเทคนิคการผ่อนคลายอื่นๆ เพื่อช่วยในการตัดความวิตกกังวลต่างๆ เพราะถ้าผู้ป่วยสามารถทำได้ ก็จะผลให้การทำงานของระบบประสาท และระบบภูมิคุ้มกันทำงานที่จะส่งผลให้ร่างกายสามารถยับยั้งการเกิดใหม่และการลุกลามของเซลล์มะเร็งได้ ซึ่งสามารถอธิบายได้ในเรื่องความสัมพันธ์ระหว่าง กาย จิต ระบบประสาท และระบบภูมิคุ้มกัน (psychoneuro-immunology) (Bishop, 1994 : 298-302) และสามารถยืนยันคำพูดที่ว่า “จิตเป็นนาย กายเป็นบ่าว” ซึ่งเป็นวิธีหนึ่งในการเอาชนะโรคร้ายด้วยหัวใจผู้ได้ที่เหมาะสมกับสังคมไทย

1.5 ในช่วงของการรักษาด้วยเคมีบำบัดผู้ป่วยควรได้รับการเตรียมความรู้เกี่ยวกับวิธีการดูแลเยียวยาตนเองเพื่อป้องกันและแก้ไขปัญหที่อาจเกิดจากโรคและการได้รับเคมีบำบัด โดยเน้นการจัดการแก้ไขปัญหारेื่องการคลื่นไส้ อาเจียน การเหม็นเบื่ออาหาร อ่อนเพลีย หนาวเย็นง่าย เม็ดเลือดขาวต่ำ และภาวะซึมเศร้า เป็นต้น รวมทั้งวิธีการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิต โดยการปรับแบบแผนการรับประทานอาหารให้เหมาะสม แนะนำอาหารที่มีประโยชน์และมีรสชาติที่เหมาะสม คือ ไม่เลี่ยน ไม่ปรุงรูดด้วยการผัดหรือทอดในระยะแรกที่ยังไม่มีความอยากอาหาร และการพยายามบำรุงร่างกายอย่างเต็มที่หลังจากที่เริ่มกินได้เพื่อให้ร่างกายแข็งแรงพร้อมที่จะรับเคมีบำบัดต่อไป โดยการนำ

วิธีการเผชิญปัญหาจากการศึกษาครั้งนี้ที่ผู้ป่วยมะเร็งปอดใช้ได้ผลดี ไปแนะนำผู้ป่วยอื่นๆที่มีปัญหาคล้ายคลึงกันต่อไป

1.6 ผู้ป่วยมะเร็งปอดควรได้รับยาป้องกันและแก้ไขอาการข้างเคียงที่มีประสิทธิภาพสูง ร่วมกับการได้รับยาบำรุงร่างกายจำพวกวิตามินต่างๆอย่างเพียงพอ เพราะอาการข้างเคียงของเคมีบำบัดที่เกิดขึ้นอย่างรุนแรงและเป็นปัญหาที่ทำให้ผู้ป่วยมะเร็งปอด มีความไม่สุขสบายและรู้สึกทุกข์ทรมานเป็นอย่างสูง คือ อาการคลื่นไส้ อาเจียน รับประทานอาหารได้น้อย อ่อนเพลียมาก ซีดและร่างกายทรุดโทรม ซึ่งควรตระหนักถึงปัญหาให้มากขึ้น และพยายามช่วยเหลือให้ผู้ป่วยมีปัญหาเหล่านี้ น้อยที่สุดเนื่องจากผู้ป่วยบอกว่าแพทย์ควรจะให้ยาที่ดีเพื่อช่วยควบคุมอาการข้างเคียงต่างๆและควรจะให้ยาที่ช่วยทำให้ร่างกายแข็งแรงเร็วขึ้น เพราะบางครั้งมีอาการเหนื่อยมากจนเกินที่จะจัดการแก้ไขด้วยตัวเอง ซึ่งเห็นได้จากการที่ผู้ป่วยหลายรายมีความรู้สึกกลัวอาการข้างเคียงของเคมีบำบัดและคิดจะหยุดมารับการรักษา

1.7 การจัดระบบบริการแก่ผู้ป่วยมะเร็งควรมีการประเมินปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัวอย่างต่อเนื่องตั้งแต่หออผู้ป่วยนอก หออผู้ป่วยใน และที่บ้าน มีการวางแผนให้ผู้ป่วยกลับบ้านอย่างมีระบบ มีระบบส่งต่อที่มีเครือข่ายของหน่วยงานสาธารณสุขในระดับจังหวัด อำเภอ และชุมชนมารับผิดชอบในการให้บริการแก่ผู้ป่วยอย่างชัดเจน โดยเฉพาะการช่วยเหลือผู้ป่วยและครอบครัวที่ไม่สามารถจัดการกับปัญหาได้เองเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน เช่น ปัญหาเรื่องอาเจียน อ่อนเพลียมาก หรือมีไข้ มีระบบการดูแลที่บ้านและการประสานงานกับสถานบริการในท้องถิ่นของผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการบริการที่ใกล้บ้านมากที่สุด อันเป็นผลมาจากการที่แนวโน้มของผู้ป่วยมะเร็งปอดมีมากขึ้นเรื่อยๆ ในขณะที่จำนวนเตียงที่รับผู้ป่วยไว้รักษาในโรงพยาบาลมีจำนวนจำกัด ผู้ป่วยจำเป็นต้องมีความสามารถในการกลับไปดูแลเยียวยาตนเองที่บ้านเร็วขึ้น ซึ่งเป็นสิ่งที่ตรงกับความต้องการของผู้ป่วยเช่นกัน

1.8 ในช่วงที่อยู่ในภาวะการดูแลของโรค ผู้ป่วยมะเร็งปอดควรได้รับการดูแลแบบประคับประคองให้มีความสุขสบายมากที่สุดและทุกข์ทรมานน้อยที่สุด ควรได้มีโอกาสเตรียมความพร้อมสำหรับวาระสุดท้ายของชีวิตร่วมกับครอบครัว ซึ่งเป็นช่วงที่ผู้ป่วยควรจะได้รับความปลอดภัยจากญาติพี่น้องอย่างใกล้ชิด ได้มีโอกาสได้วางแผนชีวิตและมรดก มีโอกาสตั้งเสียญาติ มีโอกาสปฏิบัติตามความเชื่อทางศาสนา รวมทั้งได้รับการดูแลในระยะใกล้ตายอย่างสงบ ในสถานที่ที่เงียบสงบและเป็นส่วนตัว ซึ่งควรจัดเป็นสถานบริการผู้ป่วยมะเร็งในระยะสุดท้ายที่มีการประยุกต์วัฒนธรรมความเชื่อแบบไทยมา และการนำหลักศาสนามาใช้ในการดูแลผู้ป่วยอย่างเหมาะสม

1.9 เนื่องจากพบว่าผู้ป่วยมะเร็ง 9 ใน 10 รายมารับการรักษาในระยะที่โรคลุกลามแล้ว รัฐจึงควรมีการจัดระบบป้องกันและคัดกรองโรคมะเร็งปอดอย่างต่อเนื่องและเหมาะสมเพื่อลดอุบัติ

การณ้ของโรคและป้องกันการสูญเสียทางด้านเศรษฐกิจและสังคมของประเทศจากการที่ผู้ป่วยมะเร็งปอดมีการเสียชีวิตไปอย่างรวดเร็ว โดยควรจัดระบบบริการการตรวจสุขภาพประจำปีให้กับประชาชนที่มีอายุ 35 ปีขึ้นไป ร่วมกับการจัดระบบการเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารเพื่อให้ประชาชนมีความรู้เบื้องต้นในการตรวจสอบความเบี่ยงเบนทางสุขภาพของตนเอง โดยเฉพาะอาการและความผิดปกติของโรคมะเร็งปอด การรณรงค์ให้ความรู้แก่ประชาชนทางสื่อต่างๆ เพื่อกระตุ้นให้มีการมารับการตรวจรักษาแต่เนิ่นๆ

1.10 เนื่องจากในการศึกษาครั้งนี้พบว่าผู้ป่วยมะเร็งปอด 2 ใน 7 รายที่สูบบุหรี่ไม่ได้คิดว่าบุหรี่เป็นสาเหตุให้ตนเองเจ็บป่วย และพบว่ามะเร็งปอดยังมีแนวโน้มสูงขึ้นเรื่อยๆ และบุหรี่เป็นสาเหตุสำคัญของการเจ็บป่วยเป็นมะเร็งปอด แนวทางหนึ่งที่จะควบคุมพฤติกรรมการสูบบุหรี่ได้ ควรเป็นการผลิตสื่อโฆษณาที่ช่วยแก้ไขความเข้าใจผิดของประชาชนที่ว่า “บุหรี่ไม่น่าจะเป็นสาเหตุของการเป็นมะเร็งปอด เนื่องจากเห็นคนที่สูบบุหรี่มากกว่าตนยังไม่เป็นอะไร” ร่วมกับมาตรการอื่นๆที่ภาครัฐและเอกชนร่วมกันดำเนินการอยู่แล้ว

2. การจัดการศึกษาพยาบาลในประเด็นเกี่ยวกับการส่งเสริมความสามารถในการเผชิญปัญหาต่อโรคและการได้รับเคมีบำบัดของผู้ป่วยมะเร็งปอดควรมีการสอดแทรกเนื้อหาในเรื่องของการเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและครอบครัวรับทราบว่ามีแนวทางในการดูแลเยียวยาตนเองเมื่อเจ็บป่วยมีหลายวิธีซึ่งวิธีการที่เหมาะสมกับสังคมวัฒนธรรมไทย ได้แก่ การสวดมนต์ไหว้พระ ทำสมาธิ ทำบุญทำทาน ทำความดี สวดอ้อนวอนพระเจ้า ทำละหมาด การยึดถือปฏิบัติตามความเชื่อ วัฒนธรรม และศาสนา การรักษาทางการแพทย์แผนไทย การนวด การใช้สมุนไพร การรักษาแบบพื้นบ้าน รวมทั้งการประกอบพิธีทางไสยศาสตร์ หรือ โหราศาสตร์ที่ทำให้เกิดความสบายใจ และไม่เป็นผลเสียต่อสุขภาพ ร่วมกับการรักษาทางการแพทย์แผนใหม่ ซึ่งผู้ป่วยและครอบครัวสามารถเลือกปฏิบัติได้ตามความสนใจ และความเชื่อถือในสิ่งเหล่านั้น

3. ด้านการวิจัย ควรมีการดำเนินการศึกษาวิจัยอย่างต่อเนื่องในประเด็นต่างๆ ดังนี้

3.1 ควรมีการนำความรู้เกี่ยวกับการดูแลเยียวยาตนเองที่ผู้ป่วยมะเร็งปอดปฏิบัติได้ผล ไปประยุกต์ใช้ในการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมะเร็งปอดมีการเผชิญปัญหาต่อโรคและการรักษาได้อย่างมีประสิทธิภาพ ในรูปแบบของการวิจัยเชิงปฏิบัติการอย่างมีส่วนร่วม ซึ่งกิจกรรมการพยาบาลส่วนหนึ่งควรจะเป็นการพัฒนาความรู้ที่ได้ไปสร้างเป็น “คู่มือการดูแลเยียวยาตนเองเมื่อได้รับเคมีบำบัดสำหรับชาวบ้าน” ที่บอกถึงสิ่งที่ผู้ป่วยควรทราบเกี่ยวกับโรค ปัญหาที่พบบ่อย และวิธีการแก้ไขปัญหาที่ปฏิบัติได้ง่าย สอดคล้องกับวัฒนธรรมความเชื่อของผู้ป่วย โดยใช้ภาษาที่เข้าใจง่าย หรือใช้ภาษาท้องถิ่น ในรูปแบบที่อ่านได้ง่าย และดึงดูดความสนใจ ร่วมกับการให้การปรึกษา หรือ

ใช้องค์ความรู้ทางการพยาบาลอื่นๆที่ส่งเสริมการเผชิญปัญหาของผู้ป่วยที่เหมาะสมกับบริบทที่ศึกษาต่อไป

3.2 ทีมสุขภาพควรทำการศึกษาวิจัยเพื่อพัฒนาระบบบริการ ระบบส่งต่อ และระบบการดูแลสุขภาพที่บ้าน ระบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งในวาระสุดท้าย เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยมะเร็งปอดสามารถเผชิญกับโรค การรักษาด้วยเคมีบำบัด และการเสียชีวิตอย่างเหมาะสมต่อไป

3.3 ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการให้บริการทางสุขภาพจำเป็นจะต้องศึกษาวิจัยเพื่อหาความรู้เกี่ยวกับการดูแลเยี่ยวขาของบุคคลในแต่ละวัฒนธรรมให้มากขึ้น ซึ่งจะทำให้เกิดความเข้าใจภาวะสุขภาพและการดูแลตนเองตามธรรมชาติของบุคคลในสังคมมากขึ้น และสามารถประยุกต์ใช้ภูมิปัญญาต่างๆมาใช้ในการรักษาพยาบาลเพื่อให้สอดคล้องกับวัฒนธรรมความเชื่อของผู้ป่วยอย่างแท้จริง

3.4 ควรทำการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพในกลุ่มผู้รับบริการอื่น ๆ ต่อไป เพราะเป็นวิธีการหนึ่งที่จะช่วยเพิ่มเติมองค์ความรู้หรือศาสตร์ทางการพยาบาล ทำให้เกิดความเข้าใจปัญหาและการดำเนินชีวิตอยู่กับสถานการณ์ต่างๆของบุคคลได้ลึกซึ้งอย่างเป็นองค์รวมมากขึ้น ส่งผลให้มีทิศทางที่จะดำเนินการช่วยเหลือบุคคลได้สอดคล้องกับปัญหา ความต้องการ รวมทั้งวัฒนธรรมความเชื่อมากขึ้น และนอกจากนี้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงคุณภาพที่ต้องมีการสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องจนเกิดความไว้วางใจต่อกัน จนผู้ป่วยกล้าที่จะบอกเล่าความรู้สึกหรือปัญหาต่างๆอย่างเปิดเผย และการติดตามเยี่ยมเยียนผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง มีการรับฟังความรู้สึกของผู้ป่วยอย่างเข้าใจได้ส่งผลดีต่อผู้ป่วยเป็นอย่างมากคือ ทำให้ผู้ป่วยได้ระบายความรู้สึกต่างๆอย่างเปิดเผยและต่อเนื่องซึ่งทำให้ลดความตึงเครียดลงได้มาก และการไปเยี่ยมเยียนสม่ำเสมอทำให้ผู้ป่วยรู้สึกอบอุ่นใจ ดังที่ผู้ป่วยรายหนึ่งจะบอกว่า "ไม่ต้องช่วยอะไรหรอก แค่มานุเคราะห์ เยี่ยมเยียนก็ทำให้สบายใจขึ้นมาก..." ผลดีทางอ้อมจากการวิจัยที่ผู้ป่วยได้มีโอกาสระบายความรู้สึกนึกคิด ทำให้เกิดความเข้าใจปรากฏการณ์ทางสุขภาพของบุคคลได้ลึกซึ้งมากขึ้น นับเป็นคุณค่าที่สำคัญยิ่งของการวิจัยเชิงคุณภาพที่ควรแก่การสนับสนุนส่งเสริมให้มีการศึกษาอย่างแพร่หลายต่อไป

บรรณานุกรม

- กฤษณา ศรีวรรณวัฑฒ์. (2533). ลักษณะทางจิตใจของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม. วารสารโรคมะเร็ง, 16, 73-74.
- โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์. (2536). แนวคิดไทยเรื่องเจ็บไข้ได้ป่วย. ใน เสรี พงศ์พิศ. ภูมิปัญญาชาวบ้านกับการพัฒนาชนบท เล่ม 2. (หน้า 3-63). กรุงเทพฯ : บริษัทอัมรินทร์พริ้นติ้งกรุ๊ป.
- จิราภรณ์ ตั้งกิตติภรณ์. (2532). จิตวิทยาเบื้องต้น. คณะวิทยาการจัดการ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- ชม ภูมิภาค. (2523). จิตวิทยาการเรียนการสอน. (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ : บริษัทสำนักพิมพ์ไทยวัฒนาพานิช จำกัด.
- ทิพย์ภา เชษฐไชวาลิตและคณะ. (2539). รายการการวิจัยเรื่อง พฤติกรรมของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเชิงพื้นที่บ้านในเขตภาคใต้ของประเทศไทย. มปท. มปป.
- นรินทร์ วรุตติ. (2538). มะเร็งวิทยา. ใน วิทยา ศรีมาดา. ตำราอายุรศาสตร์ เล่ม 2. (หน้า 520-602). กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์ยูนิดีพับลิเคชั่น.
- นิตยา โรจน์ทินกร. (2536). ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยและพฤติกรรมการปรับตัวในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษา. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- เบญจา ยอดดำเนิน-แอ็ดติง. (2536). มานุษยวิทยาการแพทย์กับปัญหาทางการแพทย์และสาธารณสุข. สังคมศาสตร์การแพทย์, 17(1-2), 68-76.

- บุญสม ชัยมงคลและคณะ. (2527). ความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับเคมีบำบัด. เชียงใหม่ : ดารารัตน์
การพิมพ์.
- บุปผา ซอบโซ่. (2536). ความต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคมะเร็ง. วิทยานิพนธ์
พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- ประคอง อินทรสมบัติ. (2529). ปฏิกิริยาตอบสนองทางด้านจิตใจของผู้ป่วยมะเร็ง : บทบาทของ
พยาบาลในการช่วยเหลือ. วารสารพยาบาล, 35(4), 326-355.
- ประทุม สร้อยวงค์. (2538). แบบแผนการเกิดอาการคลื่นไส้อาเจียน ปัสสาวะที่เกี่ยวข้อ และการดูแล
ตนเองของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ปราโมทย์ ประสาทกุล. (2529). บทแนะนำ. ใน เบญจา ยอดคำนิน-แอ็ดติงส์และคณะ. ทฤษฎีและ
การศึกษาทางสังคมวิทยา มานุษยวิทยาทางการแพทย์. (หน้า 1-6). กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์ยูนิดี
พับลิเคชั่น.
- พนิตนาฎ ลักณาโฆษิต. (2539). ภูมิปัญญาชาวบ้านภาคใต้ในด้านโภชนาการและการใช้สมุนไพร
ยากกลางบ้าน (ตอนที่ 1). สารกรุงชิง, 10(4), 32-35.
- พนิตนาฎ ลักณาโฆษิต. (2539). ภูมิปัญญาชาวบ้านภาคใต้ในด้านโภชนาการและการใช้สมุนไพร
ยากกลางบ้าน (ตอนที่ 2). สารกรุงชิง, 10(5), 32-37.
- พนิตนาฎ วิสุทธิธรรม. (2539). ภูมิปัญญาชาวบ้านภาคใต้ในด้านโภชนาการและการใช้สมุนไพร
ยากกลางบ้าน (ตอนที่ 3). สารกรุงชิง, 10(6), 38-41.
- พนิตนาฎ วิสุทธิธรรม. (2539). ภูมิปัญญาชาวบ้านภาคใต้ในด้านโภชนาการและการใช้สมุนไพร
ยากกลางบ้าน (ตอนที่ 4). สารกรุงชิง, 11 (1), 37-40.

- พระอาจารย์เปลี่ยน ปริญญาปทีโป. (2535). สนทนา ถามตอบ ปัญหาธรรม. วัดอรุณวิเวก (บ้านปง) ต.อินทนิล อ.แม่แตง จ.เชียงใหม่. กรุงเทพฯ : ห้างหุ้นส่วนจำกัดพิมพ์บลิซซิ่ง.
- พวงทอง ไกรพิบูลย์และคณะ. (2531). ลักษณะการดำเนินโรคของมะเร็งปอดระยะที่ 3. วารสารโรคมะเร็ง, 14(3), 106-114.
- พิมพ์วัลย์ ปริดาสวัสดิ์ และคณะ. (2533). พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของชาวชนบท : กรณีศึกษาหมู่บ้านในภาคอีสาน. ใน ลือชัย ศรีเงินยวงและทวีทอง หงษ์วิวัฒน์. ยุทธศาสตร์เพื่อการดูแลสุขภาพตนเอง. (หน้า 156-206). ศูนย์ศึกษานโยบายสาธารณสุข คณะสังคมศาสตร์ และมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- เพชรน้อย สิงห์ช่างชัย. (2534). "4R" ข้อพิจารณาสำหรับการวิจัยเชิงคุณภาพทางการแพทย์. วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์, 11(1), 59-62.
- เขวาลักษณ์ ชาญศิลป์และคณะ. (2533). รายงานการศึกษาภาวะโภชนาการในผู้ป่วยมะเร็ง. วารสารโรคมะเร็ง, 16(1), 23-26.
- รัชณี นามจันทร์. (2535). ความวิตกกังวล ความพร้อมในการดูแลตนเอง และแบบแผนการเกิดอาการคลื่นไส้อาเจียนในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (พยาบาลศาสตร์). บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- วันชัย วัฒนศัพท์และคณะ. (2535). อุบัติการณ์ความปวดในผู้ป่วยมะเร็ง. วารสารโรคมะเร็ง, 18(2), 67-40.
- วิไลวรรณ วิริยะไชโยและคณะ. (2537). Protocol for management of lung cancer. ใน คณะกรรมการรักษาโรคมะเร็ง. แผนการรักษาโรคมะเร็ง โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ พ.ศ. 2537. (หน้า 37-50). สงขลา : หน่วยมะเร็ง คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- สถาพร ดีลำนันทกิจ. (2537). แผนการรักษาและบำบัดเพื่อบรรเทาความปวดในผู้ป่วยมะเร็งก่อนส่งคลินิกมะเร็งปวด. (พิมพ์ครั้งที่ 2) กรุงเทพฯ : คลินิกมะเร็งปวด สถาบันมะเร็งแห่งชาติ.

- สมจิต หนูเจริญกุล. (2536). การพยาบาลผู้ป่วยโรคมะเร็ง. ใน พรศรี กิดชอบ และคณะ. มะเร็งวิทยา. (หน้า 241-267). กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สมจิต หนูเจริญกุล. (2537). ความเครียดกับการดูแลตนเอง ใน สมจิต หนูเจริญกุล. การดูแลตนเอง : ศาสตร์และศิลป์ทางการพยาบาล. พิมพ์ครั้งที่ 3. (หน้า 92-120). กรุงเทพฯ : ห้างหุ้นส่วนจำกัด วี.เจ. พรินติ้ง.
- สุชา จันทร์เอม และ สุรางค์ จันทร์เอม. (2518). จิตวิทยาการศึกษา. กรุงเทพฯ : แพร่วิทยา.
- สุภางค์ จันทวนิช. (2537). วิธีการวิจัยเชิงคุณภาพ. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุภาณี กาญจนจारी. (2536). รูปแบบการช่วยเหลือผู้ป่วยมะเร็งระบบโลหิตในการเผชิญกับโรค. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (พยาบาลศาสตร์) บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สุภาณี กาญจนจारी. (2536). ความยากลำบากในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ไม่ทราบการวินิจฉัยโรคของตนเอง. วารสารสมาคมศิษย์เก่าพยาบาลรามธิบดี, 13(1), 11-17.
- สุมิตรา ทองประเสริฐ. (2536). การรักษาโรคมะเร็งด้วยยาเคมีบำบัด. เชียงใหม่ : ห้างหุ้นส่วนจำกัดธนบรรณการพิมพ์.
- สุมิตรา ทองประเสริฐ. (2537). ภาวะฉุกเฉินและปัญหาที่พบได้บ่อยในโรคมะเร็ง. เชียงใหม่ : ห้างหุ้นส่วนจำกัดธนบรรณการพิมพ์.
- สุรเกียรติ อาชานานุภาพ. (2529). ไสยศาสตร์กับการรักษาพยาบาล. ใน เมธญา ยอดดำเนิน-แอ็ดติงจ์ และคณะ. ทฤษฎีและการศึกษาทางสังคมวิทยา มานุษยวิทยาทางการแพทย์. (หน้า 127-134). กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์ยูนิต์ ฟิลิเคชั่น.
- สุรชาติ จักรภีร์ศิริสุข. (2537). การรักษาโรคมะเร็งปอดจากมุมมองของ Medical oncologist. คลินิก, 10(12), 818-820.

แสง จันทร์งาม. (2534). ศาสนศาสตร์. กรุงเทพฯ : ไทยวัฒนาพานิช.

แสงอรุณ สุขเกษม. (2535). แบบแผนการเผชิญปัญหาในผู้ป่วยมะเร็งของไวส์แมนกับการประยุกต์ในการพยาบาล. วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์, 12(2), 11-21.

ส่วนข้อมูลข่าวสารสาธารณสุข สำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2538). สถิติสาธารณสุข พ.ศ.2536 กระทรวงสาธารณสุข. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.

เสาวภา พรศิริพงษ์และคณะ. (2539). สถานภาพและทิศทางการวิจัยการแพทย์แผนไทย : กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.

หัชชา ศรีปลั่งและคณะ. (2532). สถิติโรคมะเร็งประชากรของจังหวัดสงขลาทะเบียนมะเร็ง จังหวัดสงขลา พ.ศ. 2532. ทะเบียนมะเร็ง หน่วยมะเร็ง โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ คณะแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.

หัชชา ศรีปลั่งและคณะ. (2537). สถิติโรคมะเร็งประชากรของจังหวัดสงขลาทะเบียนมะเร็ง จังหวัดสงขลา พ.ศ. 2537. ทะเบียนมะเร็ง หน่วยมะเร็ง โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ คณะแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.

อนันต์ ธนาประเสริฐภรณ์และธนา นิลชัยโกวิทย์. (2540). มุมมองของผู้ป่วยไทยในการแจ้งข้อมูลเกี่ยวกับโรคที่ป่วยตามความเป็นจริง. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย, 42(4), 212-219.

อาคม เชียรศิลป์. (2528). หลักการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคมะเร็งด้วยวิธีของเคมีบำบัด. วารสารโรคมะเร็ง, 11(1), 36-40.

อาภรณ์ เชื้อประไพศิลป์. (2536). การวิจัยเชิงคุณภาพทางการพยาบาล. วารสารพยาบาล, 42(1), 16-31.

- เอี่ยมพร ทองกระจาย. (2533). การดูแลสุขภาพตนเอง : แนวคิด นโยบาย และยุทธวิธีเพื่อการพัฒนา
 สาธารณสุข. ใน ยุทธศาสตร์เพื่อการดูแลสุขภาพตนเอง. ลือชัย ศรีเงินวงและทวีทอง
 หงษ์วิวัฒน์. (หน้า 42-92). ศูนย์ศึกษานโยบายสาธารณสุข คณะสังคมศาสตร์และ
 มนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- Ali, N. S. et al. (1993). A comparison of american and egyptian cancer patients attitudes and
 unmet needs. Cancer Nursing, 16(3), 193-203.
- Ballard, A. et al. (1997). A comparison of the level of hope in patients with newly diagnosed and
 recurrent Cancer, Oncology Nursing Forum, 24(50), 899-904.
- Bartjes, A. (1991). Phenomenology in clinical practice. in Gray, G. & Pratt, R. Towards a
 discipline of nursing. (pp. 247-264). New York : Churchill Livingstone.
- Beck, C. T. (1994). Phenomenology : it's use in nursing research. International Journal of
 Nursing Study, 31(6), 499-510.
- Benedict, S. (1989). The suffering associated with lung cancer, Cancer Nursing. 12(1), 34-
 40.
- Berry, D. L. & Catanzaro, M. (1992). Persons with cancer and their return to the workplace,
Cancer Nursing. 15(1), 40-46.
- Bishop, G. D. (1994). Health psychology : integrating mind and body. Boston : Allyn and Bacon.
- Brown, P. (1989). The concept of hope : implication for care of the critically ill. Critical Care
 Nurse, 9(5), 97-105.
- Brown, J. K. (1993). Gender, age, usual weight, and tobacco use as predictors of weight loss in
 patients with lung cancer. Oncology Nursing Forum, 20(3), 466-472.

- Bunn, P. A. (1993). Innovation in multimodality therapy for lung cancer. Chest, 103(1), 1s-74s.
- Burke, M. B. et al. (1992). Chemotherapy care plan : design for nursing care. Boston : Jones and Bartlett Publishers.
- Burns, N. & Grove, S. K. (1993). The practice of nursing research : conduct, critique and utilization. Philadelphia : W. B. Saunders Company.
- Clark, J. (1993). Psychosocial responses of the patient. In Groenwald, S. L. et al. Cancer Nursing Principle and Practice. (3d ed). (pp. 449-467). Boston : Jones and Bartlett Publishers.
- Clark, M. (1994). Phenomenological research methods. Thousand Oaks : Sage Publication.
- Cloutier, A. O. (1992). Ocular side effects of chemotherapy : nursing management. Oncology Nursing Forum, 19(8), 1251-1259.
- Cooley, M. E. et al. (1994). Cisplatin : a clinical review. Cancer Nursing, 17(4), 283-293.
- Dewys, W. D. & Walters, K. (1975). Abnormalities of taste sensation in cancer patients. Cancer, 36, 1888-1896.
- Dickson, G. L. (1995). Philosophical orientation of qualitative research. in Talbot, L. A. Principle and Practice of Nursing Research. (pp. 411-436). St. Louis : Mosby.
- Dodd, M. J. & Dibble, S. L. & Thomas, M. L. (1993, February). Predictures of concerns and coping strategies of cancer chemotherapy outpatient. Appled Health and Nursing Research, 6(1), 2-7.

- Engelking, C. (1987, November). Lung cancer : chemotherapy. American Journal of nursing, 87(11), 1438-1440.
- Engelking, C. (1994). New approaches : inovations in cancer prevention diagnosis, treatment, and support. Oncology Nursing Forum, 21(1), 62-71.
- Fehring, R. J. & Miller, J. F. & Shaw, C. (1997, May). Spiritual well-being, religiosity, hope, depression, and other mood states in elderly people coping with cancer. Oncology Nursing Forum, 24(4), 663-671.
- Field, P. A. & Morse, J. M. (1985). Nursing research : the application of qualitative approaches. Maryland : Aspen Publishers, Inc.
- Fieler, V. K. et al. (1995). Patients' use of prevention behaviors in managing side effects related to chemotherapy. Oncology Nursing Forum, 22(4), 713-716.
- Fincannon, J. L. (1995). Analysis of psychiatric referrals and interventions in an oncology population. Oncology Nursing Forum, 22(1), 87-92.
- Gale, D. & Charette, J. (1995). Oncology nursing care plans. Texas : Skidmore-Roth Publishing Inc.
- Glover, J. & Miaskowski, C. (1994). Small cell lung cancer : pathophysiologic mechanisms and nursing implication. Oncology Nursing Forum, 21(1), 87-95.
- Gordon, M. (1991). Manual of nursing diagnosis : 1991-1992. St.Louis : Mosby Year Book.
- Hagopain, G. A. (1993). Cognitive strategies used in adapting to a cancer diagnosis. Oncology Nursing Forum, 20(5), 759-763.

- Held, J. L. (1995, October). Caring for a patient with lung cancer. Nursing, 34-45
- Holmberg, S. K. & Kane, C. F. (1995). Severe psychiatric disorder and physical health risks. Clinical Nurse Specialist, 9(6), 287-292.
- Holstein, J. A. & Gubrium, J. F. (1994). Phenomenology, ethnomethodology and interpretive practice. in Denzen, N. K. & Lincon, Y. S. Handbook of Qualitative Research. (pp. 262-272). Thousand Oaks : Sage Publications.
- Hubbard, S. M. (1995). Nursing research the basis for practice. Oncology Nursing Forum, 22(3), 505-514.
- Irvine, D. et al. (1994). The prevalence and correlated of fatigue in patients receiving treatment with chemotherapy and radiotherapy. Cancer Nursing, 17(5), 367-378.
- Jolowiec, A. & Dudas, S. (1991). Atteration in patient coping. in Baird, S. B. & McCorkle, R. & Grant, M. Cancer Nursing. A Comprehensive Textbook. (pp. 806-820). Philadelphia : W. B. Saunders Company.
- Jirojwong, S. et al. (1994). Perception of illness and the use of health care givers among cervical cancer patients at Songkla Nakarind Hospital, Cancer Nursing, 17(5), 395-402.
- Johnson, J.E. & Lauver, D.R. (1989). Alternative explanations of coping with stressful experiences associated with physical illness. Advanced in Nursing Science, 11(2), 39-52.
- Keeling, D. I. et al. (1996). Social support : some pragmatic implications for health care professionals. Journal of Advanced Nursing, 23, 76-81.
- Knafl, K. A. & Gallo, A. (1995). Triangulation in nursing research. in Talbot, L. A. Principle and practice of nursing research. (pp. 492-509). St. Louis : Mosby.

- Kobasa, S. C. (1979). Stressful life events, personality and health : An inquiry into hardiness. Journal of Personality and Social Psychology, 37, 1-11.
- Kobasa, S. C. et al. (1981). Personality and constitution as mediators in the stress-illness relationship. Journal of Health and Social Behavior, 22, 368-378.
- Krause, K. (1991). Contracting cancer and coping with it : patients experiences. Cancer Nursing, 14(5), 240-245.
- Krause, K. (1993). Coping with cancer. Western Journal of Nursing Research, 15(1), 31-43.
- Krishnasamy, M. (1996). Social support and the patients with cancer : a consideration of the literature. Journal of Advanced Nursing, 23 : 757-762.
- Lambert, C. E. & Lambert, V. A. (1987). Hardiness : it's development and relevance to nursing. Image : Journal of Nursing Scholarship, 19, 92-95.
- Lazarus, R. S. & Folkman, S. (1984). Stress appraisal and coping. New York : Springer Publishing Company.
- Lederberg, M. S. & Massie, M. J. (1993). Psychosocial and ethical issues in the care of cancer patients. In Devita, V. T. et al. Cancer : Principles and Practice of Oncology. volume 2. (4th ed). (pp. 30-31). Philadelphia : J. B. Lippincott Company.
- Leininger, M. (1985). Qualitative Research Methods in Nursing. Orlando : Grune & Stratton, Inc.
- Lev, E. L. (1992). Patients' strategies for adapting to cancer treatment. Western Journal of Nursing Research, 14(5), 595-617.

- Leventhal, H. & Johnson, J. E. (1983). Laboratory and field experimentation development of a theory of self-regulation. in Wooldrige, P. J. et al. (ed). Behavioral Science & Nursing Theory. (pp. 189-262). St. Louis : The C. V. Mosby Company.
- Liehr, P. R. & Marcus, M. T. (1994). Qualitative approaches to research. In LoBiondo-Wood, G & Haber, J. Nursing Research : Methods, Critical Appraisal, and Utilization. (3d ed). (pp. 253-285). St. Louis : Mosby.
- Love, R. R. et al. (1989). Side effect and emotional distress during cancer chemotherapy. Cancer. 63 , 604-612.
- Lynch-Sauer, J. (1985). Using a phenomenological research method to study nursing phenomena. in Leininger, M. Qualitative Research Methods in Nursing. (pp. 93-107). Orlando : Grune & Stratton, Inc.
- Manson, H. & Manderino, M. A. & Johnson, M. H. (1993). Chemotherapy : thoughts and images of patients with cancer. Oncology Nursing Forum, 20(3), 527-532.
- Massey, J. A. & Pesut, D. J. (1991). Self regulation strategies of adult. Western Journal of Nursing Research, 13(5), 627-634.
- McCray, N. D. (1994). Psychosocial issues. In Otto, S. E. Oncology Nursing, (2d ed.). (pp. 720-736). St. Louis : Mosby.
- McDaniel, R. W. et al. (1995). Sensory perceptions of woman receiving tamoxifen for breast cancer. Cancer Nursing, 18(3), 215-221.
- McGee, R. F. (1993). Overview : psychosocial aspects of cancer. in Groenwald, S. L. et al. Cancer Nursing Principle and Practice. (3rd ed). (pp. 437-448). Boston : Jones and Bartlett Publishers.

- Miller, J. F. & Power, M. (1988). Development of an instrument to measure hope. Nursing Research, 37(1), 6-10.
- Mishel, M. H. (1988, Winter). Uncertainty in illness, Image : Journal of Nursing Scholarship. 20, 225-232.
- Mishel, M. H. & Barden, C. J. (1988). Finding meaning : antecedents of uncertainty in illness. Nursing Research, 37(2), 98-127.
- Mishel, M. H. et al. (1991). Uncertainty in illness theory : a replication of the mediating effects of mastery and coping. Nursing Research, 40(4), 236-240.
- Mood, D. W. (1991). The diagnosis of cancer : a life transition. In Baird, S. B. & McCorkle, R & Grant, M. Cancer Nursing : A comprehensive textbook. (pp. 219-234). Philadelphia : W. B. Saunders Company.
- Morse, J. M. (1992). Qualitative health research. Newbury Park : Sage Publications.
- Munhall, P. L. (1993). Ethical considerations in qualitative research. in Nursing research : A qualitative perspective. (2d ed). (pp. 395-408). Munhall, P. L. & Boyd, C. O. New York : National League for Nursing Press.
- Munkeres, A. & Oberst, M. T. & Hughes, S. H. (1992). Appraisal of illness, symptom distress, self care burden, and mood states in patients receiving chemotherapy for initial and recurrent cancer, Oncology Nursing Forum. 19(8), 1201-1209.
- Nerenz, D. R. et al. (1982). Factor contributing to emotional distress during cancer chemotherapy. Cancer, 50, 1020-1027.

- Newbern, V. B. (1990). Application of self-regulation theory to the year of denouement for an insulin-dependent diabetic. Holistic Nursing Practice, 5(1), 36-44.
- Noblit, G. W. & Engel, J. D. (1992). The holistic injunction : an ideal and a moral imperative for qualitative research. in . Morse, J. M. Qualitative Health Research. (pp. 43-49). Newbury Park : Sage Publications.
- Nwoga, I. A. (1994). Tradition healers and perceptions of the causes and treatment of cancer. Cancer Nursing, 17(6), 470-478.
- O'Connor, A. P. & Wicker, C. A. & Germino, B. B. (1990). Understanding the cancer patient's search for meaning. Cancer Nursing, 13(3) : 167-175.
- Otto, S. E. (1994). Oncology nursing. (2d ed.). St. Louis : Mosby.
- Padilla, G.V. et al. (1981, December). Distress reduction and the effect of preparatory teaching films and patient control. Research in Nursing and Health, 4 : 375-387.
- Parse, R. R. & Coyne, A. B. & Smith, M. J. (1985). Nursing research : qualitative methods. Maryland : Brady Communications Company.
- Payne, S. A. (1990). Coping with palliative chemotherapy. Journal of Advanced Nursing, 15 : 652-658.
- Perry, G. R. (1990). Loneliness and coping among tertiary level adult cancer patients in the home. Cancer Nursing, 13(5), 293-302.
- Post-White, J. et al. (1996). Hope, spirituality, sense of coherence, and quality of life in patients with cancer. Oncology Nursing Forum, 23(10), 1571-1579.

- Ray, M. A. (1985). A philosophical method to study nursing phenomena. In Leininger, M. Qualitative Research Methods in Nursing. (pp. 81-92). Orlando : Grune & Stratton, Inc.
- Rafferty, J. P. (1985). The psychosocial adjustment problems of the cancer patient. in Higby, D. J. (ed). The Cancer Patient and Support Care. (pp. 169-182). Boston : Martinus Nijhoff Publishers.
- Rhodes, V. A. et al. (1994). Sensory perception of selected antineoplastic chemotherapy protocols. Cancer Nursing, 17(1), 45-51.
- Sarna, L. et al. (1994). Weight change and lung cancer : relationships with symptom distress, functional status, and smoking. Research in Nursing and Health, 17, 371-379.
- Sarna, L. & Brecht, M. L. (1997). Dimensions of symptom distress in women with advanced lung cancer : a factor analysis. Heart & Lung, 26(1), 23-30.
- Schmidt, S. P. & Shell, J. A. (1994). Lung cancer. in Otto, S. E. Oncology Nursing. (2d ed.). (pp. 302-339). St. Louis : Mosby.
- Schmitt, R. (1993). Quality of life issues in lung cancer. Chest, 103(1), 51s-55s.
- Silverira, J. M. & Winstead-Fry, P. (1997). The needs of patients with cancer and their caregivers in rural areas. Oncology Nursing Forum, 24(1), 71-76
- Simonton, O. C. et al. (1994). The Healing Journey. New York : Bantam Books.
- Skella, K. A. & Lacasse, C. (1992). Patients education for fatigue. Oncology Nursing Forum, 19(10), 1537-1541.

- Sorrell, D. C. (1993). Chemoterapy : toxicity management. in Groenwald, S. L. et al. Cancer Nursing Principle and Practice. (3d ed.). (pp. 331-365). Boston : Jones and Bartlett Publishers.
- Sriplung, H. et al. (1995). Tumor registry cancer unit. Songklanagarind Hospital : statistic report 1995. Songkhla : Songklanagarind Hospital, Faculty of Medicine, Prince of Songkla University, Songkhla Thailand.
- Streubert, H. J. & Carpenter, D. R. (1995). Qualitative research in nursing : advancing the humanistic imperative. Philadelphia : J. B. Lippincott Company.
- Stucky, L. A. (1993). Acute tumorlysis syndrome : assessment and nursing implications. Oncology Nursing Forum, 20(1), 49-57.
- Thaniwattananon, P. (1995). The experiences of Nurses in Providing Care for Patients with AIDS in Thailand : A Phenomenological Approach. A thesis submitted for the degree of doctor of philosophy of the University of New England, Armidale Australia.
- Tuck, I. (1995). Qualitative designs. in Talbot, L. A. Principle and Practice of Nursing Research. (pp. 437-462). St. Louis : Mosby.
- Weekes, D. P. & Kagan, S. H. (1994). Adolescents completing cancer therapy : meaning, perception, and coping. Oncology Nursing Forum, 21(4), 663-670.
- Weisman, A. D. & Worden, J. W. (1976-1977). The existential plight in cancer : Significance of the first 100 days International Journal of Psychiatry in Medicine, 7(1), 1-15.
- Wilson, J. S. (1990). Adjusting to the diagnosis of cancer : the healthiest way of being ill. Home Health Care Nurse, 7(6), 37-38.

Winningham, M. L. et al. (1994). Fatigue and the cancer experience : the state of knowledge.

Oncology Nursing Forum, 21(1), 23-34.

Zeidner, M. & Saklofske, D. (1996). Adaptive and maladaptive coping. In Zeidner, M. & Endler,

N. S. Handbook of coping : Theory, Research, Applications. (pp. 505-531). New York :

John Wiley & Sons, Inc.

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก
เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยใช้เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล 1 ชุด ซึ่งประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล

ผู้วิจัยจะใช้เก็บข้อมูลส่วนบุคคลโดยการบันทึกจากบันทึกรายงานผู้ป่วยร่วมกับการสัมภาษณ์ผู้ป่วยในระยะแรกก่อนการได้รับเคมีบำบัด ซึ่งมีข้อคำถามเกี่ยวกับ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ศาสนา ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ปัญหาเรื่องค่าใช้จ่ายและวิธีการจ่ายค่ารักษาพยาบาล

ส่วนที่ 2 แบบบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยและการรักษา

ผู้วิจัยจะใช้เก็บข้อมูลจากบันทึกรายงานผู้ป่วยร่วมกับการสัมภาษณ์ ซึ่งมีข้อคำถามเกี่ยวกับ ชนิดของมะเร็ง ระยะเวลาที่เจ็บป่วย ระยะของโรค วิธีการรักษาพยาบาลที่เคยได้รับ จำนวนครั้งของการได้รับเคมีบำบัด ชนิดของเคมีบำบัดที่ได้รับ สภาพของร่างกายก่อนได้รับเคมีบำบัด (EGOG Scale) การรับรู้ต่อความเจ็บป่วย อาการข้างเคียงที่เกิดจากการได้รับเคมีบำบัด การป้องกันและรักษาภาวะแทรกซ้อนที่ได้รับ

ส่วนที่ 3 แนวคำถามเกี่ยวกับการรับรู้และการเผชิญปัญหาต่อการได้รับเคมีบำบัด
ซึ่งประกอบด้วยแนวคำถาม 3 ส่วนย่อยคือ

- 3.1 เป็นคำถามที่ใช้สัมภาษณ์ผู้ป่วยในช่วงก่อนได้รับเคมีบำบัด
- 3.2 เป็นคำถามที่ใช้สัมภาษณ์ผู้ป่วยในช่วงที่ได้รับเคมีบำบัด
- 3.3 เป็นคำถามที่ใช้สัมภาษณ์ผู้ป่วยภายหลังจากที่ได้รับเคมีบำบัดเสร็จสิ้นแล้ว

ภาคผนวก ก (ต่อ)
แบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วย

ผู้ป่วยคนที่.....นามสมมุติ.....HN.....
วันที่บันทึก.....เดือน.....พ.ศ.....

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล

1. เพศ ชาย หญิง
2. อายุ.....ปี
3. สถานภาพสมรส
 โสด คู่ หม้าย/หย่า/แยก
4. ศาสนา
 พุทธ คริสต์ อิสลาม อื่นๆ ระบุ.....
5. ระดับการศึกษา
 ประถมศึกษา มัธยมศึกษา ประกาศนียบัตร / อาชีวศึกษา / อนุปริญญา
 ปริญญาตรี ปริญญาโท ปริญญาเอก
6. อาชีพ
 เกษตรกรรม รับจ้าง ค้าขาย
 ข้าราชการ รัฐวิสาหกิจ อื่นๆ ระบุ.....
7. รายได้เฉลี่ยต่อเดือนในปัจจุบัน.....บาท
8. ปัญหาเรื่องค่าใช้จ่ายในช่วงที่เจ็บป่วย
 มี อย่างไร.....
.....
 ไม่มี อย่างไร.....
.....
9. วิธีการจ่ายค่ารักษาพยาบาล
 เบิกค่ารักษา มีประกันสังคม มีประกันชีวิต/อุบัติเหตุ
 จ่ายค่ารักษาพยาบาลเองทั้งหมด ประกันสังคมสงเคราะห์ อื่นๆ ระบุ.....

ส่วนที่ 2 แบบบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยและการรักษา

1. ชนิดของโรคมะเร็ง.....
2. ระยะเวลาที่เจ็บป่วย.....
3. ระยะของโรค.....
4. วิธีการรักษาพยาบาลที่เคยใช้หรือได้รับ.....
.....
.....
5. มารับเคมีบำบัดครั้งที่.....
6. ชนิด (สูตร) ของเคมีบำบัดที่ได้รับ.....
.....
.....
7. สภาพของร่างกายก่อนได้รับเคมีบำบัด (EGOG scale) ดูตามภาคผนวก ข.....
8. การรับรู้ต่อความเจ็บป่วย (ท่านรู้สึกอย่างไรต่อความเจ็บป่วยที่เป็นอยู่).....
.....
.....
9. อาการข้างเคียงที่เกิดจากการได้รับเคมีบำบัด : บันทึกในแบบประเมินภาคผนวก ค.....
.....
.....
10. วิธีการป้องกันหรือรักษาภาวะแทรกซ้อนที่ใช้หรือได้รับ : บันทึกในแบบประเมินภาคผนวก ค..
.....
.....
.....

ส่วนที่ 3 แนวคำถามเกี่ยวกับการรับรู้และการเผชิญปัญหาต่อการได้รับเคมีบำบัด

ซึ่งประกอบด้วยแนวคำถาม 3 ส่วนย่อยคือ

3.1 แนวคำถามที่ใช้ถามผู้ป่วยในช่วงก่อนได้รับเคมีบำบัด

1. ท่านมีความรู้สึกอย่างไรบ้างต่อการมารับรักษาครั้งนี้ (ขอให้เล่าความรู้สึกทั้งหมดโดยละเอียด)
2. ท่านมีการเตรียมตัวในการมารับยาในครั้งนี้อย่างไรหรือไม่ อย่างไร
3. ท่านคิดว่าโรคที่เป็นอยู่สามารถรักษาให้หายได้หรือไม่ ท่านคาดหวังต่อผลการรักษาในครั้งนี้อย่างไร
4. ขณะนี้ท่านมีปัญหา หรือเป็นห่วงกังวลในเรื่องใดบ้าง อย่างไร
5. ท่านคิดว่าการได้รับยาจะทำให้เกิดผลกระทบอย่างไรกับตัวท่านบ้าง และท่านรู้สึกอย่างไร
6. ท่านทำการแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นอย่างไร และ วิธีการเหล่านั้นใช้ได้ผลหรือไม่ ทราบได้จากอะไร
7. ท่านใช้วิธีการใดบ้างเพื่อให้รู้สึกสบายใจขึ้น และรู้สึกดีขึ้นเพียงใด
8. ปัจจัยส่งเสริมและอุปสรรคในการแก้ปัญหาในช่วงนี้มีอะไรบ้าง (อะไรบ้างที่ช่วยให้ท่านแก้ปัญหาต่างๆ ได้ และอะไรบ้างที่ทำให้ท่านเกิดความยากลำบากในการแก้ปัญหา)
9. ท่านมีความต้องการการดูแลช่วยเหลือในเรื่องใด จากใครบ้าง และอย่างไร

3.2 คำถามที่ใช้ถามผู้ป่วยในช่วงที่ได้รับเคมีบำบัด

1. ขณะได้รับยาท่านมีความรู้สึกอย่างไรบ้าง และรู้สึกรุนแรงมากน้อยเพียงใด (ขอให้เล่าความรู้สึกทั้งหมดโดยละเอียด)
2. ท่านมีวิธีการแก้ปัญหาหรือควบคุมอาการต่างๆที่เกิดขึ้นอย่างไร และควบคุมได้หรือไม่
3. ท่านใช้วิธีการใดบ้างเพื่อให้รู้สึกสบายใจขึ้น และรู้สึกดีขึ้นเพียงใด
4. ปัจจัยส่งเสริมและอุปสรรคในการแก้ปัญหาในช่วงนี้มีอะไรบ้าง (อะไรบ้างที่ช่วยให้ท่านแก้ปัญหาต่างๆ ได้ และอะไรบ้างที่ทำให้ท่านเกิดความยากลำบากในการแก้ปัญหา)
5. ท่านมีความต้องการการดูแลช่วยเหลือในเรื่องใด จากใครบ้าง และอย่างไร

3.3 เป็นคำถามที่ใช้ถามผู้ป่วยภายหลังได้รับเคมีบำบัดเสร็จสิ้นแล้ว

1. ขณะนี้ท่านมีปัญหาหรืออาการอะไรบ้าง และมีความรู้สึกอย่างไร (ขอให้เล่าความรู้สึกทั้งหมดโดยละเอียด)
2. ท่านมีความคิดเห็นอย่างไรต่อการรักษาด้วยยา (เคมีบำบัด)
(การรักษาในครั้งนี้อย่างไรเหมือนหรือแตกต่างจากครั้งก่อนๆอย่างไร (ถามเฉพาะผู้ป่วยที่ได้รับเคมีบำบัดมากกว่า 1 ครั้งขึ้นไป) และผลการรักษาเป็นไปตามที่คิดไว้หรือไม่ทราบได้จากอะไร
3. ปัจจัยส่งเสริมและอุปสรรคในการแก้ปัญหาในช่วงนี้มีอะไรบ้าง (อะไรบ้างที่ช่วยให้ท่านแก้ปัญหาต่างๆได้ และอะไรบ้างที่ทำให้ท่านเกิดความยากลำบากในการแก้ปัญหา)
4. ท่านคิดว่าสิ่งสำคัญที่สุดที่ทำให้ท่านแก้ปัญหาต่างๆได้ดีในช่วงที่ได้รับยา คืออะไร
5. ก่อนกลับบ้านท่านมีความต้องการการดูแลช่วยเหลือในเรื่องอะไร จากใครบ้าง และอย่างไร

ภาคผนวก ข
แบบประเมินระดับสมรรถภาพของผู้ป่วยที่ได้รับเคมีบำบัด
(Performance Status : EGOG Scale)

ระดับ	ตัวชี้วัด
0	ไม่มีข้อจำกัด สามารถทำงานทุกชนิดได้ตามปกติ
1	มีข้อจำกัดเล็กน้อย ยังสามารถทำงานเบาๆได้
2	ไม่สามารถทำงานได้ แต่ยังทำกิจวัตรประจำวันได้
3	มีข้อจำกัดในการทำกิจวัตรประจำวัน ต้องใช้รถเข็นหรือนอนพักมากๆ
4	ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้เลย ต้องพึ่งพาผู้อื่นทุกอย่าง

ภาคผนวก ค

แบบประเมินอาการข้างเคียงที่เกิดจากการได้รับเคมีบำบัด

ชื่อผู้ป่วย.....วันที่.....
 ได้รับยาครั้งที่วันที่ได้รับยาครั้งสุดท้าย.....

อาการข้างเคียง	บรรยายลักษณะ	
	มี	ไม่มี
		(ความรุนแรง ระยะเวลาที่เป็น ยาและการช่วยเหลือที่ได้รับ การแก้ปัญหาของผู้ป่วย)
1. คลื่นไส้		
2. อาเจียน		
3. เบื่ออาหาร		
4. อ่อนเพลีย		
5. มีไข้		
6. ชีต		
7. เลือดออก		
8. ท้องผูก		
9. ท้องเสีย		
10. ผม่วง		
11. เจ็บปวด		
12. บวม		
13. ชาปลายมือ ปลายเท้า		
14. ผิวหนังเปลี่ยนแปลง		
15. หูอื้อ/การได้ยินลดลง		
16. ปัสสาวะผิดปกติ		
17. ปฏิกริยาภูมิแพ้		

อาการข้างเคียง	มี	ไม่มี	บรรยายลักษณะ (ความรุนแรง ระยะเวลาที่เป็น ขาและการช่วยเหลือ ที่ได้รับ การแก้ปัญหาของผู้ป่วย)
18. ปัญหาอื่น ๆ			

หมายเหตุ : ระยะเวลาที่เกิดอาการข้างเคียง ระบุเป็น

- 1) น้อยกว่า 24 ชม. 2) 2-3 วัน 3) 4-7 วัน 4) > 1 สัปดาห์ขึ้นไป

ภาคผนวก ง
ตัวอย่างแบบบันทึกสถานการณ์ (Field notes)

ผู้ป่วยคนที่.....นามสมมติ.....สัมภาษณ์ครั้งที่..... วันที่.....เวลา.....
สถานที่และบรรยากาศ.....
.....
.....

1. แบบบันทึกของผู้วิจัย (personal notes)

1.1 เหตุการณ์ที่เกิดขึ้น (ใคร อะไร ที่ไหน เมื่อไร อย่างไร ทำไม)

คำหลัก (keywords)	บรรยายเหตุการณ์โดยไม่ต้องตีความ

1.2 ปฏิกริยาที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยเป็นอย่างไร.....
.....
.....

1.3 ผู้วิจัยคิดหรือรู้สึกอย่างไรในขณะนี้.....
.....
.....

2. แบบบันทึกหลักการ แนวคิด และทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับเหตุการณ์ (theoretical notes)

2.1 หลักการ แนวคิด และทฤษฎีที่นำมาใช้อธิบายเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น ได้แก่.....

.....

.....

.....

.....

.....

2.2 สมมติฐานชั่วคราวเกี่ยวกับ

2.2.1 การรับรู้ต่อการได้รับเคมีบำบัด (ก่อน ระหว่าง หรือหลัง ได้รับยา).....

.....

.....

2.2.2 การเผชิญปัญหาต่อการได้รับเคมีบำบัด (ก่อน ระหว่าง หรือหลัง ได้รับยา).....

.....

.....

2.2.3 ปัญหาและอุปสรรคที่เกี่ยวข้อง.....

.....

.....

2.3 แผนงานที่จะทำในวันต่อไป.....

.....

.....

.....

3. แบบบันทึกเกี่ยวกับระเบียบวิธีวิจัย (methodological notes)

3.1 วิธีการที่ผู้วิจัยใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่.....

.....

.....

.....

3.2 เทคนิคหรือวิธีการที่ทำให้ได้ข้อมูลลึกซึ้ง ครบถ้วน ได้แก่.....

.....

.....

.....

3.3 ปัญหาและอุปสรรคที่ทำให้ไม่ได้รับข้อมูลที่ต้องการ ได้แก่.....

.....

.....

.....

3.4 แนวทางแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น.....

.....

.....

.....

.....

.....

ภาคผนวก จ
ใบพินัยกรรมของผู้ป่วย

ดิฉันชื่อ นางสาวทิพมาศ ชินวงศ์ เป็นนักศึกษาปริญญาโท สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ ของ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ มีความสนใจที่จะรับทราบว่าท่าน มีความรู้สึกอย่างไรต่อการได้รับการรักษาด้วยยา (เคมีบำบัด) และท่านมีวิธีแก้ปัญหามิฉะนั้นในช่วงที่ได้รับยาอย่างไร เพื่อเป็นแนวทางในการช่วยเหลือผู้ป่วยที่ได้รับยาเหมือนกับท่าน ให้มีความสบายใจขึ้นในช่วงที่มารับการรักษา และสามารถแก้ปัญหาค้างๆที่เกิดขึ้นได้อย่างเหมาะสมต่อไป

ดิฉันจะมาเยี่ยมเยียนท่านทุกวัน ตั้งแต่ท่านเข้ารับการรักษาจนกระทั่งกลับบ้าน โดยจะทำการสัมภาษณ์ท่านและให้ท่านเล่าความรู้สึกต่างๆ โดยละเอียดเกี่ยวกับปัญหาที่เกิดขึ้นในช่วงที่ได้รับยา และวิธีการแก้ไขปัญหาค้างๆ ที่ท่านใช้แก้ปัญหามิฉะนั้นหรือทำให้เกิดความสบายใจ โดยจะพูดคุยกันเรื่อยๆ ในขณะที่ท่านมีความพร้อม และดิฉันจะหลีกเลี่ยงการใช้คำถามที่ ทำให้ ท่านลำบากใจที่จะตอบ ขณะพูดคุยดิฉันขออนุญาตฉบับที่ข้อมูลที่สำคัญพร้อมกับบันทึกเทป คำบอกเล่าของท่านไว้ด้วยเพื่อให้ได้ข้อมูลที่ครบถ้วน

ในการพูดคุยแต่ละครั้งจะใช้เวลาประมาณ 30-90 นาที โดยรวมแล้วดิฉันจะมาพูดคุย กับท่านอย่างน้อย 3-5 ครั้ง ซึ่งท่านสามารถนัด เวลา และสถานที่ที่จะพูดคุยได้อย่างสะดวก และท่านยังสามารถที่จะปฏิเสธการให้ข้อมูลต่างๆ หรือขอออกจากกรเข้าร่วมวิจัย ในครั้งนี้ ได้ถ้าเกิดความไม่สะดวกใดๆก็ตาม โดยไม่มีผลใดๆต่อการรักษาพยาบาลของท่าน

ข้อมูลที่ได้ทั้งหมด ดิฉันสัญญาว่าจะเก็บไว้เป็นความลับ โดยจะนำไปใช้ประโยชน์เฉพาะในการวิจัยในครั้งนี้เท่านั้น ถ้าจำเป็นต้องอ้างถึงผู้ให้ข้อมูล ผู้วิจัยจะใช้ชื่อเป็นนามสมมติ และจะทำลายข้อมูลทั้งหมดภายหลังเสร็จสิ้นการศึกษา

ในขณะที่ดิฉันมาพูดคุยเยี่ยมเยียนท่าน หากท่านมีข้อสงสัยหรือมีปัญหาใดๆก็ตาม ขอให้บอกหรือซักถามโดยไม่ต้องเกรงใจ เพื่อดิฉันจะได้หาทางช่วยเหลือหรือให้การพยาบาล ท่านได้ตามความเหมาะสม หวังว่าท่านคงให้ความร่วมมือในการศึกษาครั้งนี้

ลงชื่อ (.....)
(.....)

ผู้ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

ลงชื่อ (.....)
(นางสาวทิพมาศ ชินวงศ์)

นักวิจัย

วันที่.....เวลา.....

ภาคผนวก ก
ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยมะเร็งปอด

ตารางแสดงลักษณะทั่วไปของกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัด (n=10)

ลำดับที่	ชื่อ สมมติ	เพศ	อายุ (ปี)	สถาน ภาพ สมรส	ศาส นา	ระดับ การ ศึกษา	อาชีพ	รายได้ของคน เอง/ครอบครัว (บาทต่อเดือน)	ความ เพียงพอของ รายได้	วิธีจ่าย ค่ารักษา พยาบาล
1	ลุง ปลื้ม	ชาย	61	คู่	พุทธ	ป.3	ทำสวน ยางพารา	6,000/ 10,000	พอใช้+ เหลือเก็บ	เบิกได้
2	ป้าหนู	หญิง	54	คู่	พุทธ	ป.3	แม่บ้าน	-/ 10,000	พอใช้+ เหลือเก็บ	น้องชาย ช่วยทั้งหมด
3	แป๊ะ	ชาย	62	คู่	พุทธ	ป.6	ค้าขาย วัสดุ ก่อสร้าง	15,000/ 30,000	พอใช้+ เหลือเก็บ	เบิกได้
4	หลี่	ชาย	39	คู่	อิส ลาม	ปวช.	ถูกจ้างรัฐ (สสจ.)	10,000/ 10,000	พอใช้	เบิกได้
5	ลุงเริง	ชาย	56	คู่	อิส ลาม	ป.6	นายหน้า ค้าที่ดิน และไม้ ยางพารา	10,000/ 15,000	พอใช้+เหลือ เก็บ	เบิกได้
6	ป้าเล็ก	หญิง	51	คู่	พุทธ	ป.6	แม่บ้าน	-/ 5,000	พอใช้	เบิกได้
7	ลุง เพิ่ม	ชาย	62	คู่	พุทธ	ป.3	ทำสวน ยางพารา	6,000/ 6,000	พอใช้	เบิกได้
8	สาว	หญิง	42	โสด	พุทธ	ปวส. บัญชี	พนักงาน บัญชี	-/ 10,000	เริ่มขาด แคลน	ใช้เงินที่เก็บ สะสมไว้
9	ลุง อ้วน	ชาย	67	คู่	พุทธ	ปริญญา ตรี	ครู	16,000/ 16,000	พอใช้+ เหลือเก็บ	เบิกได้
10	อาโก	ชาย	51	คู่	พุทธ	ปวส.	ค้าขาย	-/ 5,000	เริ่มขาด แคลน	ใช้เงินที่ได้จาก การขายบ้าน และที่ดิน

ภาคผนวก ข

ข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยของผู้ป่วยมะเร็งปอด

ตารางแสดงข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยของผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัด

ชื่อ (สมมติ)	ชนิดของโรค	ระยะเวลาที่เริ่มป่วย-เริ่มรักษา	อาการที่มาโรงพยาบาล	ระยะของโรค	การรักษาพยาบาล	มารยาทครั้งที่	สูตรของยา (regimen)	สถานะของร่างกายก่อนรักษา	ระยะเวลาที่อยู่ที่. ในแต่ละครั้ง	ประวัติการรักษา การเปลี่ยนแปลง หรือหยุด รักษา
ลุงป้อม	NSCLC (squa.)	3 เดือน	-ไอเป็นเลือด -เหนื่อยง่าย	2a	-หมอพื้นบ้าน (ยายมือ) -รพ.รัฐ.	2-3	MVP	1	3 วัน	-กินยาแก้ปวด -มาดูแลรักษาเป็นช่วงๆ -8 เดือนรับยั้ง 3 ครั้ง 3 เดือนต่อมาโรคกลับมาไปที่สมอง
พี่หนู	NSCLC (ade.)	4 เดือน	-หอบเหนื่อยมาก	3b	-รพ.รัฐ.	1-2	MVP	2	3-4 วัน	-เสียชีวิตหลังได้รับยาครั้งที่ 2
แป๊ะ	SCLC	2 เดือน	-ไอค้ำ -อาเจียน -น้ำหนักลดลง	limited	-รพ.รัฐ.	2-6	CE	1	4 วัน	-รับยาครบใน 6 เดือนแล้ว ขาดแสงคอ มาตรวจตามขอ อาการดีขึ้น
นที	NSCLC (ade.)	1 เดือน	-เหนื่อยหอบมาก	3b	-รพ.รัฐ. -หมอพื้นบ้าน (ไสยศาสตร์, ยายมือ)	4-หยุด	MVP	2-3	3-31 วัน (หลังรับยาครั้งที่ 5 ต้องใส่ ICD เพื่อระบายน้ำในทรวงอก)	-รับยาได้ 5 ครั้งใน 8 เดือน เมื่อโรคกลับมา ปฏิเสธฉายแสง ไปรักษาที่บ้าน
ลุงหง	NSCLC (ade.)	3 เดือน	-ไอ -แสบๆ ในอก	3b	-รพ.รัฐ. รับยาต่อจากแม่คิด +ฉายแสง	1-5	MVP	1	2-3 วัน	-หลังรับยาครบตามสูตร ใน 6 เดือน มีอาการ ไอ เป็นเลือดอีก
พี่เล็ก	NSCLC (large cell)	1 ปี 6 เดือน	-เสียงแหบ -น้ำหนักลดลง	3b	-รพ.รัฐ.	3-5	MVP	2	3-5 วัน	รับยาครบแล้ว มาตรวจ ตามนัดตลอด โรคกลับมา มากขึ้น
ลุงเทิ้ม	SCLC	4 เดือน	-ปวดหัว -คลื่นไส้	extended	-รพ.รัฐ. -คลินิก	4-กิน VP-16	CE	1-2	4-5 วัน	ขอเลื่อนรับยาครั้งที่ 4 ไป 1 เดือน มารับยาต่อได้ เป็น VP-16 กิน 3 เดือนต่อมาโรคกลับมา ไปที่สมอง
สาว	NSCLC (ade.)	3 เดือน	-เหนื่อย -น้ำหนักน้อย	4	-รพ.รัฐ.	3-หยุด	MVP ↓ VP	2-3	5-15 วัน	รับ MVP แต่มีอาการ ไม่ดีขึ้น จึงได้รับยั้ง VP โรคกลับมาต้องหยุดยา ปฏิเสธฉายแสงไปรักษาที่ หมอที่บ้าน
ลุงช้วน	NSCLC (squa.)	3 เดือน	-เหนื่อย -แสบในอก	4	-รพ.รัฐ.	1-2	MVP	2-4	45 วัน (อยู่จนเสียชีวิต)	หลังรับยา 2 ครั้ง มีอาการของโรคมากขึ้นจน เสียชีวิต
อาใจ	SCLC	1 ปี	-เหนื่อย -ไอเป็นเลือด	extended	-รพ.รัฐ. -รพ.เอกชน	5-6	CE	1	3-4 วัน	รับยั้งบิงเดเซอร์ ร่วมด้วย รับการฉายแสง ต่อมีอาการดีขึ้น

ภาคผนวก ข

ตัวอย่างการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพแบบปรากฏการณ์วิทยาตามวิธีการของโลไลซ์ซี

(Colaizzi, 1978 cited in Beck, 1994 : 503 ; Bartjes, 1991 : 254-258 ; Streubert & Carpenter, 1995 : 39)

<p>ขั้นตอนที่ 1 : อ่านทำความเข้าใจภาพรวมของข้อมูลทั้งหมดที่ได้รับบรรยายไว้โดยไม่ตีความ (read all the subjects descriptions)</p>	<p>ขั้นตอนที่ 2 : ค้นหาประโยคที่มีความหมายเกี่ยวข้องกับเรื่องที่ศึกษา (extracting significant statements)</p>	<p>ขั้นตอนที่ 3 : ตีความหรือให้ความหมายประโยคเหล่านั้น (formulating meaning)</p>	<p>ขั้นตอนที่ 4 : จัดกลุ่มคำที่มีความหมายในกลุ่มเดียวกันมาตั้งชื่อหลัก (clusters of themes)</p>
<p>ป้าหนู : <u>คิดขา ป้ากะไม่รู้ว่าจะมันช่วยได้หรือ มันทำให้มีอาการไอไหร่มั้ง...แล้วหนหน้าไม่รู้จะมาคิดขาแบบไหนอีก</u> <u>ป้าว่ารักษาไปสักหนก่อนแล้วล่อว่ากันอีกที่...คิดแต่ว่ามันน่าจะช่วยได้ คีหาวการลายแสงแหละ...</u></p> <p>อาโก : <u>ผมไม่แน่ใจว่าจะหายหรือไม่หาย รู้แต่ว่าจะรักษาไปเรื่อยๆเท่าที่ยังรักษาได้ ก็เห็นว่าดีขึ้น...คุยกับอีกคน</u> <u>หนึ่งเค้าบอกว่าน่าจะหาย มีโอกาสหาย แต่ผมไม่ได้คิดอะไร ก็รักษาไปเรื่อยๆ...ถ้ารักษาไม่ได้ก็ไม่รู้จะทำยังไง ก็ปล่อยไป...</u></p> <p>สาว : <u>คีโมตัวนี้ คิดดูนะเวลาเอาเข้าไปนะ มันจะอ๊วกก็อ๊วก มันจะแรงมากเลย แล้วพื่ออีก เวลา รับเข้าไปนะ</u> <u>อ๊วกทุกทีเลยนะ... เหม็นอาหาร กิน ไม่ได้ ผอมเหลือแต่กระดูก...ตอนที่ไม่มีรับยาไม่ผอมลงทีละ.. ที่จริง ถ้าไม่ให้</u></p>	<p>- ป้ากะไม่รู้ว่าจะมันช่วยได้หรือ มันทำให้มีอาการไอไหร่มั้ง... แล้วหนหน้าไม่รู้จะมาคิดขาแบบไหนอีก</p> <p>- ผมไม่แน่ใจว่าจะหายหรือไม่หาย รู้แต่ว่าจะรักษาไปเรื่อยๆเท่าที่ยังรักษาได้</p> <p>- ยาตัวนี้ คิดดูนะเวลาเอาเข้าไปนะ มันจะอ๊วกก็อ๊วก มันจะแรงมากเลย แล้วพื่ออีก เวลา รับเข้าไปนะอ๊วกทุกทีเลยนะ...เหม็นอาหาร กิน ไม่ได้ ผอมเหลือแต่กระดูก...ตอนที่ไม่มีรับยา ไม่ผอมลงทีละ</p>	<p>- ผู้ป่วยไม่เข้าใจเรื่องการรักษา</p> <p>- ผู้ป่วยรู้สึกไม่แน่นอน ไม่แน่ใจว่าจะหายหรือไม่</p> <p>- ผู้ป่วยรู้สึกว่าชีวิตมีการเปลี่ยนแปลง ทุกครั้งที่ได้รับยา ทำให้ไม่สามารถคาดเดาอนาคตได้ว่าจะดีขึ้นหรือแย่ลง</p>	<p>* ไม่เข้าใจเรื่องการรักษา</p> <p>* ไม่แน่ใจว่าจะหาย</p> <p>* ไม่แน่นอนเมื่อชีวิตเปลี่ยนแปลง</p>

<p>ขั้นตอนที่ 1 : อ่านทำความเข้าใจภาพรวมของข้อมูลทั้งหมดที่ได้รับบรรยายไว้โดยไม่ตีความ (read all the subjects descriptions)</p>	<p>ขั้นตอนที่ 2 : ค้นหาประโยคที่มีความหมายเกี่ยวข้องกับเรื่องที่ศึกษา (extracting significant statements)</p>	<p>ขั้นตอนที่ 3 : ตีความหรือให้ความหมายประโยคเหล่านั้น (formulating meaning)</p>	<p>ขั้นตอนที่ 4 : จัดกลุ่มคำที่มีความหมายในกลุ่มเดียวกันมาตั้งชื่อหลัก (clusters of themes)</p>
<p>สาว (ต่อ) : ยาราก็อาจจะกินได้ ให้ยาเข้าไปอาหารกินไม่ได้เลย ออกกำลังกายบ้างไม่ได้ เหมือนเมื่อไปหมดเลยร่างกายมันก็เลยทรุดลงๆ...</p> <p>หลี : ผมอยากอ็รู้อยู่ข้อหนึ่ง แต่ว่าผมเองกะบอกไม่ได้ว่าการรักษานี้มันจะไปถึงไหน...</p> <p>หมอบอกว่าคิดไปเรื่อยๆ รักษาไปเรื่อยๆ หมอพูดในทางที่ว่าหลอกเราสา... ว่าการรักษานี้ต้องหายอยู่แล้ว มันต้องหาย รักษาจนหาย เป็น ได้ก็หายได้... อย่างแรกๆ เข็มแรกที่ฉีดนี้ ผมเคยถามหมอบอกว่า ผมจะต้องฉีดกี่เข็ม หมอบอกว่าประมาณ 5 เข็ม พอมาฉีดครั้งที่ 4 แล้วนี้ ผมถามแล้ววันนั้นว่า หมอบอกว่าต้องคอยไปอีก ต้องฉีดไปหลายก่อน 5 เข็มนี้หยุดไม่ได้... ถึงทำให้เรามีความรู้สึกว่าเราต้องรักษาไปตลอดชีวิตเธอ... คือมันไม่มีเส้นชัยให้เรา ไม่รู้ว่าเราจะไปถึงไหน ไม่รู้อนาคต... ตรงนี้ทำให้เรากังวลอยู่ ถ้าเรารู้ว่าคุณต้องรักษา 10 เข็ม</p>	<ul style="list-style-type: none"> - หมอเองกะบอกไม่ได้ว่าการรักษานี้มันจะไปถึงไหน... - หมอบอกว่าคิดไปเรื่อยๆ รักษาไปเรื่อยๆ หมอพูดในทางที่ว่าหลอกเราสา ว่าการรักษานี้ต้องหายอยู่แล้ว... - ผมเคยถามหมอบอกว่า ผมจะต้องฉีดกี่เข็ม หมอบอกว่าประมาณ 5 เข็ม พอมาฉีดครั้งที่ 4 แล้วนี้ ผมถามแล้ววันนั้นว่า หมอบอกว่าต้องคอยไปอีก ต้องฉีดไปหลายก่อน 5 เข็มนี้หยุดไม่ได้... ถึงทำให้เรามีความรู้สึกว่าเราต้องรักษาไปตลอดชีวิตเธอ... คือมันไม่มีเส้นชัยให้เรา ไม่รู้ว่าเราจะไปถึงไหน ไม่รู้อนาคต... 	<ul style="list-style-type: none"> - ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกไม่แน่นอนในการรักษา - ผู้ป่วยเกิดความสงสัยว่าแพทย์ไม่บอกความจริงและมีความคิดว่าการรักษาไม่หาย - ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกไม่แน่นอนในอนาคต (ไม่มีเส้นชัย) 	<p>* ผลการรักษาไม่แน่นอน</p>

<p>ขั้นตอนที่ 1 : อ่านทำความเข้าใจภาพรวมของข้อมูลทั้งหมดที่ได้รับบรรยายไว้โดยไม่ตีความ (read all the subjects descriptions)</p>	<p>ขั้นตอนที่ 2 : ค้นหาประโยคที่มีความหมายเกี่ยวข้องกับเรื่องที่ศึกษา (extracting significant statements)</p>	<p>ขั้นตอนที่ 3 : ตีความหรือให้ความหมายประโยคเหล่านั้น (formulating meaning)</p>	<p>ขั้นตอนที่ 4 : จัดกลุ่มคำที่มีความหมายในกลุ่มเดียวกันมาตั้งชื่อหลัก (clusters of themes)</p>
<p>หลี (ต่อ) : คือเราจะได้ออกทน ว่าพันหรืออะจะ 10 เข็มนะ เข็มที่ 5 เข็มที่ 6 เข็มที่ 7 มันจะมีความหวังว่าใกล้จะสิ้นสุดแล้ว...</p> <p><u>ถึงนี้พออยู่ในภาวะพันนี้ เราไม่มีความหวังเลยนี้... ถึงทำให้เราท้อแท้ในบางครั้ง...</u></p> <p>คิดขาแต่ละครั้งนี่ มันทำให้เกิดอาการแสบมาก ถึงคิดว่าถ้าเรายังอยู่พันนี้เลย เราอาจต้านทานไม่ไหว... เราหยุดคิดหวานนี้... <u>แบบว่าพอรับยาที่เราทราบร่างกายไปที่ รับยาที่ทราบนี้ ถ้าว่ายังไม่รู้อีกก็ครั้งหนึ่ง ไม่รู้อีกนานแค่ไหนเลย ... คืออย่างน้อยเราน่าจะได้รู้จุดหมายปลายทาง... ..</u></p> <p>หมายเหตุ : เป็นเพียงข้อมูลบางส่วนเท่านั้น</p>	<p>- พออยู่ในภาวะพันนี้ เราไม่มีความหวังเลยนี้... ถึงทำให้เรา...บางที่ทำให้เราท้อแท้ในบางครั้ง...</p> <p>- แบบว่าพอรับยาที่เราทราบร่างกายไปที่ รับยาที่ทราบนี้ ถ้าว่าไม่รู้อีกก็ครั้งหนึ่ง ไม่รู้อีกนานแค่ไหนเลย... คืออย่างน้อยเราน่าจะได้รู้จุดหมายปลายทาง...</p>	<p>- บางครั้งความรู้สึกไม่แน่นอนทำให้ผู้ป่วยเกิดความท้อแท้ โดยเฉพาะเมื่อมีอาการข้างเคียงของเคมีบำบัดที่รุนแรง</p> <p>- อาการข้างเคียงที่รุนแรงเป็นปัจจัยส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกไม่แน่นอน</p>	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;"> <p>มีชีวิตอยู่กับความไม่แน่นอน</p> </div>

ขั้นตอนที่ 5 เขียนคำอธิบายความหมายทั้งหมดของชื่อหลักที่ตั้งไว้ให้ครอบคลุมและชัดเจน (exhaustive descriptions) ดังตัวอย่าง

1. ไม่แน่ใจว่าจะหาย ผู้ป่วยส่วนใหญ่รู้สึกว่าจะยังไม่แน่นอนในอนาคต เนื่องจากเคยเห็นเพื่อนผู้ป่วยที่มารับการรักษาในช่วงเดียวกันเจ็บป่วยรุนแรง หรือเสียชีวิตไปแล้ว และเกิดการเรียนรู้ด้วยตนเองมาแล้วว่าตนเองป่วยเป็นโรคที่รักษายาก ทำให้มักจะมีความกังวลอยู่ลึกๆว่าอาจมีอาการขึ้นมาได้อีก และไม่รู้ว่าจะหายขาดหรือไม่ ทำให้ผู้ป่วยมีความกังวลต่อการรอดชีวิต ทำให้เห็นความสำคัญของการดูแลสุขภาพ และพยายามมารับการตรวจรักษาอย่างต่อเนื่อง โดยมีความหวังว่าน่าจะดีขึ้นได้

2. ไม่เข้าใจเรื่องการรักษา ในการได้รับเคมีบำบัดครั้งแรกๆ ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะมีความรู้สึกไม่เข้าใจว่ายาเป็นอย่างไร รู้แต่จะสามารถช่วยได้ แต่ไม่ค่อยได้รับทราบว่าจะช่วยได้อย่างไร อาจเนื่องมาจากผู้ป่วยยังไม่เข้าใจสถานการณ์ที่จะเกิดขึ้น เนื่องจากเป็นประสบการณ์ใหม่ และได้รับข้อมูลที่ไมชัดเจนหรือข้อมูลที่ยากต่อการทำความเข้าใจ ทำให้มีความรู้สึกไม่แน่นอน ไม่รู้ว่ายาจะเป็นอย่างไร ไม่รู้จะต้องทำอะไรบ้าง

3. ไม่แน่นอนเมื่อชีวิตเปลี่ยนแปลง ผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับเคมีบำบัดมีความรู้สึกไม่แน่นอนเนื่องจากการเปลี่ยนแปลงในชีวิต ซึ่งมีทั้งการเปลี่ยนแปลงความแข็งแรงของร่างกาย ภาพลักษณ์ สัมพันธภาพทางเพศ บทบาทหน้าที่ การที่ต้องพึ่งพาผู้อื่น และไม่แน่ใจว่าจะกลับมาแข็งแรงเหมือนเดิมได้หรือไม่ จะสามารถกลับไปทำงานรับผิดชอบตัวเองและครอบครัวโดยไม่ต้องพึ่งพาผู้อื่นได้อีกหรือไม่

4. ผลการรักษาไม่แน่นอน (ไม่มีเส้นชัย) ผู้ป่วยมีความรู้สึกไม่แน่นอนในระยะเวลาของการรักษาว่าจะสิ้นสุดเมื่อไร รวมทั้งผลของการรักษาที่ไม่อาจทำนายได้ชัดเจนว่าจะหายหรือไม่ บอกว่ายังไม่เห็นเส้นชัย ไม่รู้ว่าจุดหมายปลายทางของการรักษาอยู่ที่ไหน เนื่องจากมีความคลุมเครือในข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาที่ได้รับ และมีอาการข้างเคียงของเคมีบำบัดที่รุนแรงจนไม่อยากจะอดทนรับยาต่อไป

ขั้นตอนที่ 6 เขียนข้อสรุปจากการเชื่อมโยงข้อมูลที่ได้ทั้งหมดให้ครอบคลุมและชัดเจน (essential structure) ดังตัวอย่าง

มีชีวิตอยู่กับความไม่แน่นอน

ผู้ป่วยมะเร็งปอดให้ความหมายของการมีชีวิตอยู่กับความไม่แน่นอนในช่วงที่ได้รับเคมีบำบัด ใน 4 ลักษณะ คือ ไม่แน่ใจว่าจะหาย ไม่เข้าใจเรื่องการรักษา ไม่แน่นอนเมื่อชีวิตเปลี่ยนแปลง

แปลง และผลการรักษาไม่แน่นอน อันเป็นผลจากการที่ผู้ป่วยมีความต้องการที่จะหายจากโรคหรือ ต้องการให้มีอาการดีขึ้นแต่ไม่แน่ใจว่าจะรักษาหายหรือไม่ เพราะภายหลังรับการรักษามีอาการข้างเคียงของเคมีบำบัดที่รุนแรงทำให้ร่างกายทรุดโทรมมาก ความแข็งแรงของร่างกายขึ้นๆ ลงๆ เดี่ยวแข็งแรงเดี่ยวทรุดโทรม และผลการรักษาก็ไม่แน่นอนภายหลังรักษาอาการของโรคงงอยู่ไม่รู้ว่าจะสิ้นสุดการรักษาได้เมื่อไร รวมทั้งในการมารับการรักษาแต่ละครั้งผู้ป่วยไม่มีความเข้าใจว่า จะต้องมารับการรักษาอีกกี่ครั้ง แต่ครั้งที่มารับยาจะมีอาการข้างเคียงมากน้อยเพียงใด จะเหมือนกับครั้งที่ผ่านมามากหรือไม่

ขั้นตอนที่ 7 นำข้อสรุปที่ได้ไปตรวจสอบความตรงกับความหมายของผู้ให้ข้อมูล (validating data) และนำประเด็นที่ได้เพิ่มเติมมาวิเคราะห์ให้ครอบคลุมในขั้นตอนสุดท้าย

ดังตัวอย่างในภาพรวมของผลการศึกษา