

Perceived Facilitators and Barriers to Symptom Management among Hematological Cancer Patients during Hospitalization*

Warunee Phligbua, RN, PhD¹, Kanaungnit Pongthavornkamol, RN, PhD¹,

Pichitra Lekdamrongkul, RN, MNS¹, Chontira Riangkam, RN, MNS¹

Abstract

Purpose: To explore hematological cancer patients' perceptions of the facilitators of and barriers to their participation in symptom management during hospitalization.

Design: Descriptive qualitative study.

Methods: Data were collected using semi-structured interviews among 50 hematological cancer patients in onco-hematology units of one tertiary care university hospital in Bangkok, Thailand. Data were analyzed by using a qualitative content analysis.

Main findings: Four categories of patients' perceptions of facilitators of and barriers to their participation in symptom management emerged from transcribed interviews: 1) patient-related factors (including patients' personalities or characteristics, symptom burden, disease and medical knowledge, and memory), 2) healthcare provider-related factors and hospitals' system (including health care providers' characteristics or behaviors, time, and workplace system), 3) patient-physician communication (including communication regarding medical terminology), and 4) information (including sufficient/insufficient information). There were similarities in the facilitators of and barriers in the perceptions of patients in an acute oncology setting.

Conclusion and recommendations: This research findings promote an understanding of patients' perceptions of facilitators of and barriers to hematological cancer patients to participate in symptom management during hospitalization. It will benefit healthcare professionals, especially physicians and nurses, as it leads to the enhancement of the facilitators and the elimination of the barriers in promoting patient participation.

Keywords: hematological cancer, patient participation, perception, symptom management

Nursing Science Journal of Thailand. 2020;38(4):77-90

Corresponding Author: Associate Professor Kanaungnit Pongthavornkamol, Faculty of Nursing, Mahidol University, Bangkok, 10700, Thailand; e-mail: kanaungnit.pon@mahidol.ac.th

** This research is part of a collaborative project between the Faculty of Nursing, Mahidol University and Deakin University, Australia; this research project was funded by the Centre for Quality and Patient Safety Research, Deakin University*

¹ Faculty of Nursing, Mahidol University, Bangkok, Thailand

Received: 22 August 2020 / Revised: 5 October 2020 / Accepted: 10 October 2020

ปัจจัยเอื้อและอุปสรรคต่อการมีส่วนร่วมในการจัดการอาการตามการรับรู้ของผู้ป่วยมะเร็งโลหิตระหว่างรับการรักษาในโรงพยาบาล*

วารุณี พลิกบัว, ปส.น.¹ คณินิจ พงศ์ถาวรกุล, PhD¹ พิจิตรา เล็กดำรงกุล, พย.ม.¹
ชลธิรา เรียงคำ, พย.ม.¹

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาการรับรู้ปัจจัยเอื้อและอุปสรรคต่อการมีส่วนร่วมในการจัดการอาการของผู้ป่วยมะเร็งระบบโลหิตระหว่างรับการรักษาในโรงพยาบาล

รูปแบบการวิจัย: การวิจัยเชิงคุณภาพ

วิธีดำเนินการวิจัย: สัมภาษณ์เชิงลึกด้วยข้อคำถามกึ่งโครงสร้างในผู้ป่วยมะเร็งโลหิตที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิของมหาวิทยาลัย ในกรุงเทพมหานคร จำนวน 50 ราย วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ผลการวิจัย: พบว่าการรับรู้ปัจจัยเอื้อและอุปสรรคต่อการมีส่วนร่วมในการจัดการอาการของผู้ป่วยมี 4 ประเด็นหลัก คือ 1) ด้านผู้ป่วย ได้แก่ บุคลิกหรือลักษณะของผู้ป่วย ความเจ็บป่วยและความรุนแรงของโรคในขณะนั้น ความรู้เกี่ยวกับโรคและการรักษา ความจำ 2) ด้านบุคลากรทางการแพทย์และระบบของโรงพยาบาล ได้แก่ เวลาและระบบการทำงานของโรงพยาบาล พฤติกรรมและลักษณะบุคลิกภาพของบุคลากรสุขภาพ 3) การสื่อสารระหว่างผู้ป่วยและแพทย์ ได้แก่ การสื่อสารด้วยภาษาที่เป็นศัพท์เฉพาะทางการแพทย์ 4) ข้อมูล ได้แก่ ข้อมูลที่ได้รับจากแพทย์และพยาบาลที่อาจจะเพียงพอหรือไม่เพียงพอ เป็นต้น จากการวิเคราะห์พบว่าปัจจัยเอื้อและอุปสรรคต่อการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมีความเหมือนกันในหลายประเด็นหลัก

สรุปและข้อเสนอแนะ: ผลการวิจัยครั้งนี้ทำให้เกิดความเข้าใจการรับรู้ของผู้ป่วยมะเร็งโลหิตเกี่ยวกับปัจจัยที่ส่งเสริม และที่เป็นอุปสรรคต่อการมีส่วนร่วมในการจัดการกับอาการขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ซึ่งจะเป็นประโยชน์สำหรับบุคลากรสุขภาพ โดยเฉพาะอย่างยิ่งแพทย์และพยาบาล นำไปสู่การพัฒนาและปรับปรุงระบบการทำงานที่จะส่งเสริมให้เกิดปัจจัยเอื้อเพิ่มขึ้น และจัดการกับปัจจัยที่เป็นอุปสรรคต่อการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยให้น้อยลง

คำสำคัญ: มะเร็งโลหิต การมีส่วนร่วมของผู้ป่วย การรับรู้ การจัดการอาการ

Nursing Science Journal of Thailand. 2020;38(4):77-90

ผู้ประสานงานการเผยแพร่: รองศาสตราจารย์คณินิจ พงศ์ถาวรกุล, คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล บางกอกน้อย กรุงเทพฯ 10700, e-mail: kanounnit.pon@mahidol.ac.th

* งานวิจัยนี้เป็นส่วนหนึ่งของโครงการศึกษานำร่องของคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ร่วมกับ Deakin University, Australia และโครงการวิจัยได้รับทุนสนับสนุนจาก The Centre for Quality and Patient Safety Research, Deakin University

¹ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

วันที่รับบทความ: 22 สิงหาคม 2563 / วันที่แก้ไขบทความเสร็จ: 5 ตุลาคม 2563 / วันที่ตอบรับบทความ: 10 ตุลาคม 2563

ความสำคัญของปัญหา

ผู้ป่วยมะเร็งโลหิตเป็นกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งที่มีจำนวนเพิ่มมากขึ้นอย่างต่อเนื่องในปัจจุบัน จัดอยู่ใน 10 อันดับแรกของโรคมะเร็งที่พบมากในคนไทย¹ เป็นโรคที่คุกคามต่อชีวิต มีกระบวนการรักษาที่ซับซ้อนตั้งแต่ระยะแรกของการวินิจฉัยและระยะของการรักษาที่ต่อเนื่อง ผลข้างเคียงของการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดที่มีมากกว่ามะเร็งระบบอื่นๆ ผู้ป่วยต้องอยู่โรงพยาบาลค่อนข้างนาน ผู้ป่วยต้องทุกข์ทรมานกับโรค อาการและผลข้างเคียงของการรักษา ทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจที่เกิดขึ้นตลอดระยะเวลาของการรักษา² การศึกษาที่ผ่านมาชี้ให้เห็นว่าการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยเป็นเครื่องชี้วัดที่แสดงถึงคุณภาพของระบบบริการสุขภาพ³ องค์การอนามัยโลก (World Health Organization: WHO) จึงให้ความสำคัญกับการส่งเสริมให้ผู้ป่วยและญาติได้มีบทบาทหรือมีส่วนร่วมในการดูแลและการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษามากขึ้น เนื่องจากการมีส่วนร่วมในการดูแลของผู้ป่วยและญาติมีความสัมพันธ์กับคุณภาพของการดูแลที่ดี ส่งผลให้อัตราการตายการติดเชื้อ การกลับเข้ารับรักษาตัวในโรงพยาบาล จำนวนวันของการนอนโรงพยาบาลลดลงอย่างมีนัยสำคัญ นอกจากนี้ยังช่วยเพิ่มความปลอดภัยของการใช้ยาในผู้ป่วย และผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการดูแลสุขภาพเพิ่มขึ้น⁴

การมีส่วนร่วมไม่ได้หมายถึงการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาเท่านั้น แต่ยังหมายถึงการมีส่วนร่วมในการดูแลตนเอง การปฏิบัติตัว และการรับประทานอาหารในระหว่างการรักษาด้วยเช่นกัน การจัดการอาการ (symptom management) จึงเป็นประเด็นที่สำคัญอีกประเด็น เนื่องจากการรับรู้อาการค่อนข้างเป็นนามธรรมและขึ้นอยู่กับแต่ละบุคคล มาจากประสบการณ์ของแต่ละบุคคลที่มีความแตกต่างกัน จำเป็นต้องให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการประเมินและจัดการด้วยตนเอง ถ้าผู้ป่วยรับรู้ตนเองว่ามีความจำกัดและไม่สามารถมีส่วนร่วมได้ อาจทำให้การรักษาไม่ได้ผลดีเท่าที่ควร⁵ ดังนั้นการมีส่วนร่วมในการจัดการอาการของผู้ป่วยจึงเป็นเรื่องสำคัญ เพราะการที่ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการประเมินอาการที่เกิดขึ้นกับตนเอง จะช่วยให้บุคลากรทางการแพทย์มีความเข้าใจและประเมินอาการที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยได้ถูกต้อง สามารถจัดการอาการที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม⁶

จากการศึกษาที่ผ่านมาในต่างประเทศ พบว่าเกือบ

ร้อยละ 80 ของผู้ป่วยมีระดับความต้องการให้แพทย์/พยาบาล หรือบุคลากรทางสุขภาพเป็นผู้ตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาให้ แต่พบว่าประมาณร้อยละ 35-65 เท่านั้นที่มีความต้องการมีส่วนร่วมในการดูแลและผู้ป่วยเป็นผู้ตัดสินใจเลือกการรักษาสุดท้ายด้วยตนเองเท่านั้น และส่วนใหญ่เป็นการศึกษาในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง เช่น โรคหอบหืด ความดันโลหิตสูง เบาหวาน เป็นต้น⁷⁻⁸ และปัจจัยที่มีผลต่อความต้องการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยในการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษา ได้แก่ ระดับการศึกษา ความรอบรู้ทางด้านสุขภาพ ข้อมูลที่ได้รับ⁹ ระยะเวลาเจ็บป่วย และความรุนแรงของความเจ็บป่วยของผู้ป่วย¹⁰ เป็นต้น แต่อย่างไรก็ตามการศึกษาเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมในการจัดการอาการของผู้ป่วยมะเร็งนั้นยังมีจำกัด ส่วนใหญ่เป็นการศึกษาการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยในการตัดสินใจในการรักษามากกว่าการที่จะมีส่วนร่วมในการจัดการอาการ^{8,11-13} และการศึกษาการรับรู้ปัจจัยเอื้อและอุปสรรคในการเข้าถึงระบบบริการสุขภาพ¹⁴ มีเพียงงานวิจัยต่างประเทศของ Cohen และ Botti⁶ และการศึกษาของ Lin และคณะ⁵ ที่ศึกษาการรับรู้ปัจจัยเอื้อและอุปสรรคต่อการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยมะเร็งในการจัดการอาการของตนเองระหว่างอยู่โรงพยาบาล ส่วนการศึกษาในประเทศไทยส่วนใหญ่เป็นการศึกษาความต้องการมีส่วนร่วมในการดูแลของผู้ป่วยมะเร็งโลหิต โดยกรณีศึกษา กันรัตน์ และคณะ¹⁵ และการศึกษาของคณิงนิง พงศ์ถาวรภมม และคณะ¹⁶ ที่พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความต้องการให้แพทย์/พยาบาล หรือบุคลากรทางสุขภาพเป็นผู้ตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาให้ทั้งหมด ทั้งนี้ อาจเนื่องจากบริบทและวัฒนธรรมของสังคมไทยที่ผู้ป่วยส่วนใหญ่มักจะปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์/พยาบาล โดยไม่ค่อยกล้าแสดงความคิดเห็นมากนัก แต่ในมุมมองของพยาบาลมองว่าสิ่งที่ส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการจัดการอาการนั้นขึ้นอยู่กับความสัมพันธ์ที่ดีกับแพทย์และพยาบาล และการที่ผู้ป่วยได้รับข้อมูลที่เพียงพอที่จะใช้เป็นข้อมูลเบื้องต้นในการมีส่วนร่วมในการจัดการอาการของตนเองด้วยเช่นกัน¹⁷ จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา ซึ่งการศึกษามีการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยในระบบสุขภาพ มักจะมุ่งเน้นไปที่บทบาทของผู้ป่วยในการตัดสินใจเลือกการรักษา¹⁸ แต่การศึกษามีการมีส่วนร่วมในการจัดการอาการตามการรับรู้ของผู้ป่วยเองระหว่างรักษาในโรงพยาบาลยังมีจำนวนจำกัด⁵⁻⁶ รวมทั้งการศึกษาที่ผ่านมา

ในบริบทของประเทศไทยเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมในการจัดการอาการของผู้ป่วยมะเร็งระหว่างรับการรักษาในโรงพยาบาลตามมุมมองและความเข้าใจของพยาบาล ไม่ได้เป็นการศึกษาตามการรับรู้ของผู้ป่วย¹⁷ ซึ่งบุคลากรทางการแพทย์อาจประเมินการรับรู้ของผู้ป่วยเกี่ยวกับความต้องการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจรักษาเกินตามความจริงว่าผู้ป่วยต้องการที่จะมีส่วนร่วมมาก แต่ความต้องการมีส่วนร่วมที่แท้จริงของผู้ป่วยนั้นมีเพียงระดับปานกลางเท่านั้น¹⁹

ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาถึงปัจจัยเอื้อและอุปสรรคต่อการมีส่วนร่วมในการจัดการอาการตามการรับรู้ของผู้ป่วยมะเร็งทางโลหิต เมื่อต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล เพื่อนำข้อมูลที่ได้เหล่านี้ไปพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วย เพื่อลดปัจจัยที่เป็นอุปสรรคต่อการมีส่วนร่วมและส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการจัดการอาการของตนเองเพิ่มมากขึ้นในบริบทของการเป็นผู้ป่วยในเพื่อนำมาใช้ในการส่งเสริมให้ผู้ป่วยและครอบครัวให้มีส่วนร่วมในการจัดการอาการที่เกิดขึ้นทั้งขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลหรือเมื่อถูกจำหน่ายกลับบ้านต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาการรับรู้ของผู้ป่วยมะเร็งโลหิตเกี่ยวกับปัจจัยเอื้อและอุปสรรคต่อการมีส่วนร่วมในการจัดการกับอาการระหว่างรับการรักษาในโรงพยาบาลแบบผู้ป่วยใน

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพเชิงพรรณนา (descriptive qualitative design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการศึกษาครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยมะเร็งโลหิตทั้งเพศชายและเพศหญิง อายุ 18 ปีขึ้นไปที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยมะเร็งโลหิตที่เข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยในของโรงพยาบาล ระหว่างเดือนพฤศจิกายน 2556 ถึงเดือนพฤษภาคม 2558 โดยเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (purposive sampling) เกณฑ์การคัดเลือก คือ ผู้ป่วยมะเร็งโลหิตที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยในมาแล้วอย่างน้อย 48 ชั่วโมง ซึ่งเป็นระยะเวลาที่ผู้ป่วยมีประสบการณ์ในการจัดการอาการที่เกิดขึ้นภายหลังเข้าการ

รักษาแบบผู้ป่วยในของโรงพยาบาล ขนาดกลุ่มตัวอย่างคำนวณตามสัดส่วนร้อยละ 10 ของจำนวนประชากรผู้ป่วยมะเร็งโลหิตที่มารับการรักษา ณ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยที่เป็นแหล่งเก็บข้อมูล การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างจำนวน 50 ราย ในการศึกษารั้งนี้มาจากการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างจากโครงการวิจัยหลักเรื่อง “Patient participation in cancer-related symptom management in acute care settings: A pilot study of international cohort comparison” โดยที่กลุ่มตัวอย่างจะถูกคัดเลือกด้วยแบบประเมิน Control Preference Scale (CPS) เพื่อประเมินความต้องการการมีส่วนร่วม 5 ระดับ เพื่อให้ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างเท่ากันทุกระดับ การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างทำอย่างต่อเนื่องจนครบ 10 รายต่อ 1 ระดับของแบบประเมิน CPS ที่มีทั้งหมด 5 ระดับ

เครื่องมือการวิจัย

1. แบบสอบถามข้อมูลผู้ป่วยผู้ป่วยมะเร็งโลหิตที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วยข้อมูล อายุ เพศ โรคประจำตัว สถานภาพสมรส ศาสนา อาชีพ ระดับการศึกษาสูงสุด การจ่ายค่ารักษาพยาบาล ระยะเวลาตั้งแต่ทราบการวินิจฉัยโรค ระยะเวลาการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และการรักษาหรือยาที่ผู้ป่วยได้รับในปัจจุบัน

2. ข้อคำถามในการสัมภาษณ์เชิงลึกกึ่งโครงสร้างที่ทีมผู้วิจัยสร้างขึ้นตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยเพื่อสอบถามการรับรู้ต่อการมีส่วนร่วมในการจัดการอาการของผู้ป่วย ประกอบด้วย ข้อคำถามปลายปิดและปลายเปิดเกี่ยวกับอาการ การรับรู้ต่อการมีส่วนร่วมในการจัดการอาการ การรับรู้ของผู้ป่วยต่อปัจจัยเอื้อและอุปสรรคต่อการมีส่วนร่วมในการจัดการกับอาการระหว่างรับการรักษาในโรงพยาบาลแบบผู้ป่วยใน

3. แบบประเมินความต้องการมีส่วนร่วมในการดูแล (The Control Prevalence Scale: CPS) สร้างโดย Degner และ Sloan²⁰ ที่มีการพัฒนาตามแนวคิดของความต้องการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเลือกรักษา คินนิงพังก์ถาวรภมร และคณะ¹⁶ แปลเป็นภาษาไทยโดยใช้กระบวนการแปล-แปลย้อนกลับ (translation-back translation process) ใช้ในการประเมินระดับความต้องการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยในการดูแล เพื่อคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้ามาในการศึกษาครั้งนี้ ซึ่งแบ่งออกเป็น 5 ระดับ ระดับ 1 (passive) หมายถึง แพทย์และพยาบาลเป็น

ผู้ตัดสินใจเกี่ยวกับดูแลการรักษาทั้งหมด โดยผู้ป่วยไม่สนใจร่วมให้ความเห็นใดๆ ทั้งสิ้น ระดับ 2 (passive-shared) หมายถึง แพทย์และพยาบาลเป็นผู้ตัดสินใจการรักษา หลังจากพิจารณาความคิดเห็นของผู้ป่วยประกอบด้วยอย่างจริงจัง ระดับ 3 (collaborative) หมายถึง ผู้ป่วย/พยาบาล/แพทย์เข้ามามีส่วนร่วมกันในการตัดสินใจเลือกการรักษาพร้อมกัน ระดับ 4 (active shared) หมายถึง ผู้ป่วยเป็นผู้ตัดสินใจสุดท้ายในการเลือกการรักษาอาการของตนเองภายหลังการพิจารณาความคิดเห็นของแพทย์/พยาบาลอย่างจริงจัง และระดับ 5 หมายถึง ผู้ป่วยเป็นผู้ตัดสินใจเลือกการรักษาสุดท้ายด้วยตนเองเท่านั้น ประเมินโดยใช้การดภาพ 5 ใบ แต่ละภาพแสดงถึงบทบาทของผู้ป่วยที่แตกต่างกันไปในกระบวนการตัดสินใจเลือกการรักษา การตอบแบบสอบถาม แบ่งเป็น 2 ส่วน คือ 1) ประเมินความต้องการมีส่วนร่วม ในการจัดการกับอาการของผู้ป่วยเองใน 5 ระดับดังกล่าว โดยเรียงจากความต้องการมีส่วนร่วมระดับมากไปหาน้อย จากที่ผู้ป่วยชอบมากที่สุด (ใส่หมายเลข 1) จนถึงข้อความที่ชอบน้อยที่สุด (ใส่หมายเลข 5) และ 2) ให้ผู้ป่วยระบุระดับของการมีส่วนร่วมในการจัดการอาการขณะรับการรักษาในโรงพยาบาลครั้งนี้ (โดยเลือกจากบทบาทที่ใกล้เคียงที่สุด จาก 1 ใน 5 ระดับดังกล่าวข้างต้น) โดยให้กลุ่มตัวอย่างเลือกเรียงลำดับการมีส่วนร่วมมากไปหาน้อย ในการศึกษา¹⁶ ค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ CPS โดยค่า Test-retest reliability เท่ากับ 1

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

การศึกษานี้เป็นส่วนหนึ่งของโครงการวิจัยหลัก *“Patient participation in cancer-related symptom management in acute care settings: A pilot study of international cohort comparison”* ซึ่งเป็นโครงการวิจัยร่วมสถาบันระหว่าง คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล กับ Deakin University ประเทศออสเตรเลีย ซึ่งได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนของคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล หมายเลขเอกสารรับรอง COA. no. Si274/2013 กระบวนการเชิญชวนกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมการวิจัย การชี้แจงรายละเอียดของการวิจัย การพิทักษ์สิทธิ์ และการขอความยินยอมเป็นไปตามมาตรฐานที่กำหนดและรับรองโดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยฯ กลุ่มตัวอย่าง

สามารถปฏิเสธหรือถอนตัวจากการร่วมการวิจัยได้ตลอดเวลา โดยไม่ส่งผลกระทบต่อการศึกษาและการพยาบาลที่จะได้รับ ข้อมูลที่ได้จะเก็บเป็นความลับและนำเสนอผลการวิจัยเป็นภาพรวมเท่านั้น

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยขอความร่วมมือสำรวจรายชื่อผู้ป่วยมะเร็งโลหิตที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล เพื่อดำเนินการคัดเลือกผู้ป่วยตามเกณฑ์ที่กำหนดและเชิญเข้าร่วมโครงการ หลังจากผู้ป่วยตอบรับเข้าร่วมโครงการแล้ว ผู้วิจัยและคณะเก็บรวบรวมข้อมูล โดยการสัมภาษณ์เชิงลึกด้วยข้อคำถามกึ่งโครงสร้างแบบปลายเปิดและปลายปิด ซึ่งจะนำไปพร้อมกับการบันทึกเทป และใช้เวลาในการสัมภาษณ์ประมาณ 45-60 นาที โดยใช้สถานที่ที่กลุ่มตัวอย่างสะดวก ซึ่งส่วนใหญ่จะเป็นมุมพักผ่อนของหอผู้ป่วยหรือห้องประชุมของหอผู้ป่วยที่ไม่มีผู้ป่วยคนอื่นอยู่ เมื่อการสัมภาษณ์เสร็จสิ้น ผู้วิจัยและคณะถอดเทปการสัมภาษณ์คำต่อคำ เพื่อนำไปวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยวิธีการเปรียบเทียบเนื้อหา (content analysis)

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยทำการวิเคราะห์ข้อมูลอย่างเป็นระบบโดยการจดบันทึก การบันทึกภาคสนาม การถอดบทสัมภาษณ์ ทุกคำและนำมาวิเคราะห์ข้อมูลทั้งในขณะการเก็บรวบรวมข้อมูลและหลังจากการเก็บรวบรวมข้อมูลได้ครบถ้วนแล้ว ลงรหัสสรุปเป็นประเด็นโดยการถอดเทปการสนทนา ระหว่างผู้วิจัยและผู้ป่วยและจดบันทึกและใช้การวิเคราะห์โดยการเปรียบเทียบเนื้อหา เพื่อจัดกลุ่มเนื้อหาข้อมูล หรือข้อความที่สัมพันธ์เชื่อมโยงกันระหว่างตัวข้อมูลเพื่อหาประเด็นหลัก (theme) ที่สะท้อนถึงการรับรู้ปัจจัยเอื้อและอุปสรรคต่อการมีส่วนร่วมในการจัดการอาการ สอดคล้องตามวัตถุประสงค์หลักของการวิจัย ผลสรุปที่ได้ผ่านการพิจารณาเห็นชอบจากสมาชิกในทีมวิจัยและผู้ทรงคุณวุฒิ 2 ท่านที่มีประสบการณ์ตรงในการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ และนำมาปรับแก้ไขสรุปผลการวิจัย

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างมีอายุอยู่ระหว่าง 18-78 ปี อายุเฉลี่ย 47.14 ปี (SD = 14.94) กลุ่มตัวอย่างมากกว่าครึ่งเป็นเพศชาย (ร้อยละ 64.0) มีสถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 62.0) ทั้งหมดนับถือศาสนาพุทธ (ร้อยละ 100) กลุ่มตัวอย่าง

ส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาสูงสุดอยู่ในระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 32.0) รองลงมาคือ ระดับปริญญาตรีหรือเทียบเท่า (ร้อยละ 28.0) กลุ่มตัวอย่างประมาณร้อยละ 32.0 ไม่ได้ประกอบอาชีพ รองลงมาคือ ธุรกิจ/ค้าขายร้อยละ 30.0 รับจ้างร้อยละ 14.0 และรับราชการ/รัฐวิสาหกิจร้อยละ 10.0 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ใช้สิทธิบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า (ร้อยละ 78.0)

กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 54.0 เป็นผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาว รองลงมาเป็นผู้ป่วยมะเร็งต่อมน้ำเหลือง ร้อยละ 34.0 และมะเร็งไขกระดูก ร้อยละ 11.8 ตามลำดับ พบว่าจำนวน 1 ใน 3 ของผู้ป่วยทั้งหมดมีโรคร่วมร้อยละ 34.0 ได้แก่ ภาวะความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 18.0) และโรคเบาหวาน (ร้อยละ 14.0)

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 76.0) เข้ารับการรักษาเพื่อรับยาเคมีบำบัด ที่เหลือร้อยละ 24.0 เป็นการรักษาแบบประคับประคองตามอาการ ส่วนใหญ่มีความต้องการมีส่วนร่วมในการดูแลระดับ 2 คือ แพทย์และพยาบาล เป็นผู้ตัดสินใจการรักษา หลังจากพิจารณาความคิดเห็นของผู้ป่วยประกอบด้วยอย่างจริงจัง รองลงมาเป็นระดับ 3 ผู้ป่วย/พยาบาล/แพทย์เข้ามามีส่วนร่วมกันในการตัดสินใจเลือกการรักษาพร้อมกัน และระดับ 1 แพทย์และพยาบาล เป็นผู้ตัดสินใจเกี่ยวกับดูแลรักษาทั้งหมดร้อยละ 34.0, 28.0 และ 24.0 ตามลำดับ

การรับรู้ของผู้ป่วยในปัจจุบันเอื้อและอุปสรรคต่อการมีส่วนร่วมในการจัดการอาการ พบว่ามีประเด็นหลักโดยรวมเหมือนกัน แต่มีประเด็นย่อยของการรับรู้ที่เป็นทั้งด้านบวกและลบ

ส่วนที่ 1 การรับรู้ของผู้ป่วยเกี่ยวกับปัจจัยเอื้อต่อการมีส่วนร่วมในการจัดการอาการขณะอยู่ในโรงพยาบาล มี 4 ประเด็นหลักและประเด็นย่อยดังนี้

1. ด้านผู้ป่วย ได้แก่

ผู้ป่วยรับรู้ปัจจัยที่เอื้อต่อการมีส่วนร่วมในการจัดการอาการ ส่วนใหญ่เป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับตัวผู้ป่วยเองที่เอื้อต่อการมีส่วนร่วมในการจัดการอาการ แบ่งเป็นประเด็นย่อยดังนี้

1.1 บุคลิกหรือลักษณะของผู้ป่วย

บุคลิกหรือลักษณะส่วนตัวของผู้ป่วย เช่น ความมั่นใจ กล้าซักถาม กล้าพูด เป็นปัจจัยส่วนบุคคลที่ทำให้ผู้ป่วยเหล่านี้ต้องการมีส่วนร่วมหรือตัดสินใจในการ

รักษาของตนเองมากขึ้น

ผู้ป่วย “มีความมั่นใจตัวเองตัวเองต้องมีความมั่นใจ กล้าพูด กล้าถาม กล้าซัก ถ้าไม่กล้ามันก็จะไม่มีอะไรเกิดขึ้นเลย” (ID57)

ผู้ป่วย “เราต้องบอกเขาก่อนว่าเรามีอาการยังไง แล้วหมอก็จะถามว่าเรารู้สึกยังไง ปวดตรงไหน แล้วหมอก็จะวินิจฉัยว่าอาการปวดเราตอนนี้เกิดขึ้นจากอะไร แล้วจะใช้อะไรในการรักษา... ตรงนี้เรามีส่วนร่วมไม่ได้ เพราะเราไม่รู้ คือไม่รู้ว่าจะอาการแบบนี้ต้องรักษาอะไร หมอรู้นมากกว่าเรา เราก็คงต้องเชื่อหมอ” (ID66)

1.2 ความเจ็บป่วยและความรุนแรงของโรค

ความเจ็บป่วยที่เป็นอยู่ทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกวุ่นวายตนเองต้องมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษา เพื่อให้หายจากโรคหรือความทุกข์ทรมานจากอาการที่มี บางรายมองว่าถ้าภาวะสุขภาพดีจะเอื้อต่อการมีส่วนร่วมหรือตัดสินใจในการรักษาได้ดีขึ้น

ผู้ป่วย “ตัวที่จะกระตุ้นให้เราเข้าไปได้ก็คือ ความเจ็บป่วยของเรา ความเจ็บป่วยทำให้เรากล้าเข้าไปหาหมอ กล้าเข้าไปคุยกับหมอ” (ID57)

ผู้ป่วย “น่าจะเป็นความพร้อมของร่างกาย...พร้อมที่จะรับรู้” (ID54)

1.3 ความรู้เกี่ยวกับโรค

ผู้ป่วยมองว่าความรู้เกี่ยวกับโรคและการรักษาที่ได้รับจากแพทย์เป็นเรื่องสำคัญ การมีความรู้จะช่วยให้สื่อสารกับบุคลากรทางด้านสุขภาพเข้าใจเพิ่มขึ้น ถ้าแสดงความคิดเห็นหรือตัดสินใจเกี่ยวกับการจัดการอาการที่เกิดขึ้นได้

ผู้ป่วย “แพทย์น่าจะให้ความรู้กับบุคลากรทั่วไป เพื่อให้ทุกคนเข้าใจถึงการรักษา...ขาดการประชาสัมพันธ์ และปลุกฝังให้คนเข้าใจ ให้เข้าใจถึงว่าโรคนี้เราสามารถรักษาได้ ต่อไปจะมีโรคอะไรที่เราทำไม่ได้บ้าง อะไรบ้าง” (ID82)

ผู้ป่วย “ถ้าเราเข้าใจโรคที่เราเป็นอยู่นี้ครบ เราก็คงกล้าถามเขามากขึ้น แต่ตอนนี้เพิ่งเป็นโรค ยังไม่ค่อยมากครับ แค่ถามว่ากินอะไรได้บ้าง เพราะจะห่วงเรื่องอาหารการกินเพราะหมอเขานั่งครับ” (ID135)

2. ด้านบุคลากรทางการแพทย์และระบบของโรงพยาบาล

ผู้ป่วยมองว่าบุคลากรที่ให้การดูแลทั้งทางด้านพฤติกรรมที่แสดงออกและระบบของโรงพยาบาล ตารางเวลา

ของการปฏิบัติงานของบุคลากร ส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้มีส่วนร่วมในการจัดการอาการที่เกิดขึ้นระหว่างอยู่โรงพยาบาล ซึ่งแบ่งเป็นประเด็นย่อย ดังนี้

2.1 พฤติกรรมและลักษณะบุคลิกภาพของบุคลากรสุขภาพ

ผู้ป่วยให้ความเห็นว่าบุคลิกภาพ พฤติกรรมและการแสดงออกของบุคลากรสุขภาพที่เข้ามาให้การดูแลทำให้เกิดสัมพันธภาพที่ดี มีความรู้สึกเป็นกันเอง ทำให้กล้าซักถามหรือกล้าพูดคุย บอกเล่าอาการ ทำให้มีส่วนร่วมในการจัดการอาการมากขึ้น

ผู้ป่วย “พยาบาลใจดี เขาพูดเขาคุยด้วย...ทำให้เรากล้าพูด” (ID89)

ผู้ป่วย “หมอกับพยาบาลก็มาดูแลใกล้ชิด สอบถาม...หมอก็ถามอยู่เรื่อย เช่ตๆ ถามว่าวันนี้เป็นอะไร ยังไง” (ID97)

ผู้ป่วย “ที่แรกหมอก็อธิบาย วันนี้เขาก็มาอธิบายนะ เขาก็ถาม 3 วันแรกนี่เป็นไรใหม่ บอกไม่เป็นไร...เขาก็อธิบาย แต่ก็ไม่ต้องกลัว แต่เราดูแลตัวเอง กินอาหารเยอะๆ ทำให้ร่างกายเราไม่อ่อนเพลีย มันก็ไม่อันตรายมาก เขาก็บอกเราอย่างนี้ เพราะว่าเราอยู่โรงพยาบาล (โรงพยาบาล)” (ID102)

2.2 เวลา

ผู้ป่วยให้ความเห็นว่าเวลาที่แพทย์ พยาบาลมีเวลาให้กับผู้ป่วยในระหว่างการตรวจรักษาหรือตรวจเยี่ยม มีเวลาเพียงพอในการซักถามประเมินอาการและให้ข้อมูล จะทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึอยากจะซักถามหรือมีส่วนร่วมตัดสินใจในการจัดการอาการมากขึ้น

ผู้ป่วย “หมอเขาจะถามทุกครั้ง เราฟัง หมอเขาจะบอกว่าจะรักษาอะไรยังไง เราถึงจะเข้าใจ แล้วจะคิดยังไง” (ID15)

ผู้ป่วย “โดยส่วนมาก หมอกับพยาบาลที่มีมาดูแล ปรึกษา ยิ่งถ้าเราป่วยเยอะ เป็นไข้มีอาการข้างเคียงอย่างเนี่ย พยาบาลจะใกล้ชิดกับเรามากเลย” (ID50)

ผู้ป่วย “คุณหมอก็บอกว่า เดี่ยวคุณหมอจะค่อยๆ อธิบายทีละขั้นไป ให้เวลา เราก็จะเข้าใจว่าจะตัดสินใจอย่างไร” (ID103)

ผู้ป่วย “เขาจะถามเรา จนกว่ามีอะไรจะถามใหม่ ผมเข้าใจว่าต้องไปดูแลคนไข้คนอื่นอีก...ถามหมดเลยครับ หมอเขาก็จะเปิดโอกาสให้พูดว่าเราต้องการอะไร ยังไงเหมาะสมไหม อะไรอย่างนี้” (ID113)

2.3 ระบบของโรงพยาบาล

ผู้ป่วยให้ความเห็นว่าระบบของโรงพยาบาลและตารางเวลาของการปฏิบัติงานของแพทย์ พยาบาล ภายในหอผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยได้มีโอกาสในการสอบถามและบอกอาการกับแพทย์หรือพยาบาล ทำให้มีส่วนร่วมในการจัดการกับอาการที่เกิดขึ้น

ผู้ป่วย “พยาบาลก็จะมีพยาบาลเวรกลางคืน มีเจ้าหน้าที่ มาตรวจเช็ก ส่วนใหญ่ก็จะสอบถามในการให้ยา ทุกครั้ง...ส่วนใหญ่พยาบาลก็จะเดินไปเดินมาอยู่แล้ว... เพราะพยาบาลก็จะเดินสำรวจคนไข้...และก็อาการอื่นๆ ที่คิดว่าจะมีผลข้างเคียงต่อคนไข้ ก็จะได้สอบถาม ถ้ามีอาการนั้นๆ ต้องดูแลตัวเองยังไง” (ID71)

ผู้ป่วย “ช่วงที่เป็นไข้กะ พยาบาลก็จะคอยมา บอกข้อมูลเป็นระยะ ว่าตอนนี้เป็นยังไงบ้าง ว่าตอนนี้จะคุณเป็นอย่างไรนะ เกิดเลือดต่ำนะ ติดเชื้ออยู่นะ จะบอกกะ หมอก็บอกกะ หมอก็บอกให้รับทราบอยู่ตลอด เราก็บอกได้บอกอาการได้สอบถาม” (ID50)

3. ด้านการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยและแพทย์

ผู้ป่วยมีความเห็นว่า การสื่อสารกับแพทย์ พยาบาล เกี่ยวกับการรักษาและอาการที่เกิดขึ้น จะสามารถมีส่วนร่วมในการจัดการอาการหรือตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษา มากขึ้น

ผู้ป่วย “ไม่ๆ ครับ เพราะทุกครั้งที่เขาจะเซตยา เขาจะแจ้งผมเสมอ ผลข้างเคียงเป็นยังไง ถ้าผมรู้สึกว่ามีผมพอรับได้ รับไหว ผมก็จะยอมรับการรักษาดูวันนี้ แต่ถ้ามีความรู้สึกว่ามันจะอะไรไปไหม ผมก็จะถาม” (ID55)

ผู้ป่วย “คือถ้าเราสามารถสื่อสารกับหมอกับพยาบาลได้ สามารถคุยถึงอาการ แล้วหมอก็บอกว่าต้องรักษาอะไร เราจะรับรู้ตลอดว่าหมอมจะรักษาเรายังไง” (ID66)

4. ด้านข้อมูลจากแพทย์และพยาบาลที่เพียงพอ

ผู้ป่วยให้ข้อมูลว่าการได้รับข้อมูลจากแพทย์ พยาบาล เป็นเรื่องที่สำคัญ เพราะทำให้เข้าใจโรค การดำเนินโรค แนวทางการรักษา รวมถึงผลข้างเคียงและอาการที่จะเกิดขึ้น ตลอดจนการดูแลตนเอง ทำให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการจัดการอาการเพิ่มขึ้น

ผู้ป่วย “ก่อนจะให้ยาให้เลือดเขาจะบอกผลข้างเคียง ก่อนอยู่แล้วคะ ว่ามันจะเกิดยังไงๆ พอให้ยาปุ๊บถ้าเราเกิดรู้สึกอย่างที่เขาบอก เราก็จะรีบบอกเขาทันที ก็เลยไม่ค่อยมีปัญหา เพราะเขาจะบอกอาการเราก่อน” (ID15)

ผู้ป่วย “หมอก็จะอธิบายสูตรยาให้เราฟังก่อน และผลข้างเคียง ผมก็จะตัดสินใจในการรับยา หลังจากนั้นคุณพยาบาลก็จะมาบอกข้ออีกทีหนึ่ง” (ID55)

ผู้ป่วย “ข้อมูลส่วนใหญ่ก็จะมีเจ้าหน้าที่พยาบาลมาอธิบายให้ฟังว่าให้ยาตัวนั้นจะมีผลกระทบบหรือผลข้างเคียงอะไร และอีกอย่าง เราก็มานั่งค้นคว้าเพิ่มเติมการอ่าน อย่างเช่น การให้ยาเคมีบำบัด มีผลข้างเคียงอะไรบ้าง เราก็อ่าน” (ID71)

ผู้ป่วย “สิ่งที่ทำให้มีส่วนร่วมได้มากขึ้น น่าจะเป็นข้อมูลมากกว่า ถ้าคุณหมอบอกไม่ละเอียด หรือว่าอะไรอย่างนี้ ก็จะไม่รู้” (ID84)

ส่วนที่ 2 การรับรู้ของผู้ป่วยเกี่ยวกับปัจจัยอุปสรรคต่อการมีส่วนร่วมในการจัดการอาการขณะอยู่ในโรงพยาบาล มี 4 ประเด็นหลัก และประเด็นย่อย ดังนี้

1. ด้านผู้ป่วย ได้แก่

ผู้ป่วยรับรู้ปัจจัยอุปสรรคต่อการมีส่วนร่วมในการจัดการอาการ ส่วนใหญ่เป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับตัวผู้ป่วยเอง ที่เป็นสิ่งที่ขัดขวางการมีส่วนร่วมในการจัดการอาการแบ่งเป็นประเด็นย่อย ดังนี้

1.1 บุคลิกหรือลักษณะของผู้ป่วย

ผู้ป่วยให้ความเห็นเกี่ยวกับลักษณะหรือบุคลิกของตัวเอง ไม่กล้าออกความคิดเห็น ไม่กล้าสอบถาม คิดว่าการที่รู้เกี่ยวกับแนวทางการรักษาจากแพทย์ พยาบาลจะทำให้กังวลเพิ่มขึ้น บางรายรู้สึกเกรงใจ ไม่อยากขอความช่วยเหลือ การใช้เวลาในการสอบถามแพทย์นานๆ อาจจะไปรบกวนเวลาของผู้ป่วยคนอื่นๆ บางรายคิดว่าการมีส่วนร่วมในการจัดการอาการไม่ได้เป็นบทบาทของตนเอง เป็นบทบาทของแพทย์ พยาบาลในการตัดสินใจ

ผู้ป่วย “ถ้าไม่กล้ามันก็จะไม่มีอะไรเกิดขึ้นเลยถามไปหมอมจะด่าไหมน้อ แล้วส่วนใหญ่คุณไข้จะเป็นอย่างนั้นทุกคน จะถามอะไรจะพูดอะไรที่เกินไปก็กลัวจะโดนว่า” (ID57)

ผู้ป่วย “อาจจะเป็นตัวเองยังไม่กล้าขอ ตัวเองเป็นยังงี้ อยู่ และขอยา ขอยาอย่างโน้นอย่างนี้ บางทีก็ไม่กล้า” (ID83)

ผู้ป่วย “เราไม่ค่อยสนใจ ปล่อยให้เขารักษาเรา...ตามใจหมอครับ” (ID107)

ผู้ป่วย “ไม่อยากจะรีบ ให้อิสระในการทำงาน ก็เราตอบคำถามให้ถูกละกัน” (ID119)

ผู้ป่วย “อุปสรรคผมว่าเป็นความกังวลของตัวเองใช้มากกว่านะ มันเหมือนว่า ถ้าอย่างตอนที่ผมเป็นเมื่อ 2 ปีที่แล้ว มีอาการอะไรเราไม่ค่อยกล้าบอกหมอ เพราะว่าเรากลัวบอกหมอไปแล้ว...จะเป็นเยอะขึ้นหรือเปล่า จะเป็นอะไรอีก” (ID100)

ผู้ป่วย “เพราะนี่เป็นคนขี้กลัวเหมือนกัน กลัวเข็ม กลัวอะไรอย่างนี้...ไม่เอาไม่อย่ากรู้ กลัว กลัวไปกังวลใจ กลัวคิดมาก” (ID103)

ผู้ป่วย “การวินิจฉัยเป็นเรื่องของคุณหมอเขา คนไข้เยอะ แคนนี่ก็พอแล้ว” (ID119)

1.2 ความเจ็บป่วยและความรุนแรงของโรค

ผู้ป่วยมองว่าความรุนแรงของโรคและอาการที่เกิดขึ้น โดยเฉพาะในช่วงระหว่างได้รับยาเคมีบำบัดแล้วผลข้างเคียงทำให้มีอาการที่แย่งลง ภาวะสุขภาพที่ไม่พร้อมจะทำให้การรับรู้หรือการตัดสินใจไม่เหมือนเวลาที่ร่างกายปกติ ทำให้เป็นอุปสรรคของการมีส่วนร่วมในการจัดการอาการที่เกิดขึ้น

ผู้ป่วย “แต่บางครั้งถ้ามีไข้ มันก็มีบางนะคะที่มันเข้ามันเข้าทุกอย่าง อย่างกรณีครั้งที่แล้วที่ว่าเวียน มึนคะ มันก็จะเข้า เข้าไปทุกอย่างคะ” (ID50)

ผู้ป่วย “น่าจะตอนอาการแย...ส่วนใหญ่ปล่อยให้หมोजัดการอยู่แล้ว” (ID58)

ผู้ป่วย “อาจจะจะเป็นอาการ อย่างแบบว่าเราไม่มีสติสัมปชัญญะพอที่จะรับรู้ ที่จะตัดสินใจ หมอก็จะคุยกับญาติ หมอจะไม่ได้ตัดสินใจโดยตรง ถ้าเป็นการผ่าหรืออะไร หมอจะต้องคุยกับญาติเรา” (ID66)

ผู้ป่วย “ผมว่าอาการป่วยมีผลต่อการมีส่วนร่วม มันไม่มีสติสตรงค์พอที่จะถามอะไรแล้ว” (ID100)

1.3 ความรู้เกี่ยวกับโรค

ผู้ป่วยคิดว่าการศึกษาความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคที่เป็นอยู่ เป็นอุปสรรคต่อการมีส่วนร่วมในการจัดการอาการ โดยมองว่าความเห็นหรือการตัดสินใจในการรักษาหรือการจัดการอาการที่เกิดขึ้นของแพทย์และพยาบาลดีกว่าตนเองและครอบครัว จึงยกการตัดสินใจในการรักษาให้เป็นหน้าที่ของแพทย์แทน

ผู้ป่วย “เพราะว่าเราไม่มีความรู้เราจะตัดสินใจเลยก็ไม่ได้...บางคนมาอธิบายก็ไปแล้ว ยังไม่ได้ทันได้ถาม” (ID18)

ผู้ป่วย “ถ้ามีส่วนร่วมก็ไม่มีนะ ต้องบอกอาการเรา

ทั้งหมด ถ้าเป็นส่วนร่วมจริงๆ นะครับ ถ้าเราเป็นโรค และอย่างอื่นเนี่ย เราจะไม่สามารถมีส่วนร่วมได้เลย ในการใช้ตัวยา การฉีด การเจาะ เพราะเราไม่ได้เรียนมาทางนี้ เราไม่มีความรู้ในทางนี้” (ID82)

ผู้ป่วย “ถ้าเราเข้าใจโรคที่เราเป็นอยู่ที่นี่ครับ เราก็จะกล้าถามเขามากขึ้น แต่ตอนนี้เพิ่งเป็นโรค ยังไม่ค่อยมากครับ แต่ถามว่ากินอะไรได้บ้าง เพราะจะห่วงเรื่องอาหารการกินเพราะหมอเขาเน้นครับ” (ID135)

1.4 ความจำ

ผู้ป่วยให้ความเห็นว่าความสามารถในการจำสิ่งที่แพทย์อธิบายเป็นอุปสรรคต่อการมีส่วนร่วม ผู้ป่วยบอกว่า เป็นปัญหาของตัวเอง บางครั้งลืม ไม่สามารถจำรายละเอียดที่แพทย์อธิบายได้ทั้งหมด

ผู้ป่วย “อธิบายมากไป จำไม่ได้ก็มีเหมือนกันนะ เพราะว่าความจำมันไม่ค่อยดีไป บางทีก็ให้แฟนเข้าไปฟังด้วย” (ID14)

ผู้ป่วย “เพราะว่าบางที ได้หน้าลืมหลับ บางทีคิดไม่ออก หมอเขาพูดอะไร ความจำมันก็นะ” (ID44)

2. ด้านบุคลากรทางการแพทย์และระบบของโรงพยาบาล

ผู้ป่วยมีความเห็นว่าบุคลากรที่ให้การดูแลทั้งทางด้านพฤติกรรมที่แสดงออกและระบบของโรงพยาบาล จำนวนผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ทำให้เวลาของการปฏิบัติงานของบุคลากรมีจำกัด เป็นอุปสรรคต่อการมีส่วนร่วมในการจัดการอาหารที่เกิดขึ้นระหว่างอยู่โรงพยาบาล ซึ่งแบ่งเป็นประเด็นย่อย ดังนี้

2.1 พฤติกรรมและลักษณะบุคลิกภาพของทีมสุขภาพ

ผู้ป่วยให้ความเห็นว่าพฤติกรรมของแพทย์และบุคลากรทางการแพทย์ที่แสดงออกขณะตรวจหรือซักถามค่อนข้างเร่งรีบหรือไม่ได้ให้ความสนใจกับผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยไม่กล้าถามหรือมีส่วนร่วมในการจัดการกับอาการของตนเองระหว่างรักษาในโรงพยาบาล

ผู้ป่วย “เขาได้ยินหรือเปล่าไม่รู้ที่เราพูด เหมือนเขาไม่สนใจอะไรอย่างนี้ เราก็ไม่ค่อยกล้าขอเขา...บางที่เขายุ่ง บางทีเรียกเขาก็เดินไปเลย” (ID83)

ผู้ป่วย “ใช่ รีบๆ ตรวจ รีบๆ พูด” “พอเราคิดตรงนี้แล้ว ส่วนใหญ่คนไข้จะไม่ค่อยถามหมอ เพราะยังหอมรับๆ ถ้าไปถาม หมอจะอารมณ์ไม่ดี” (ID57)

2.2 เวลา

ผู้ป่วยให้ความเห็นว่าอาจจะด้วยระบบของโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ จำนวนผู้ป่วยมาก ระยะเวลาในการตรวจและการเยี่ยมผู้ป่วยของแพทย์มีความจำกัด เวลาในการซักถามแพทย์หรือพยาบาลมีจำกัด ทำให้การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจหรือจัดการอาการมีน้อย

ผู้ป่วย “ส่วนใหญ่จะไม่ค่อยได้ร่วม ส่วนใหญ่คุณหมอกับพยาบาลจัดการให้ทุกอย่าง จะถามโน่นถามนี่ทำก็รีบๆ” (ID57)

ผู้ป่วย “ส่วนใหญ่มันเป็นเรื่องควมมากกว่า คนไข้เยอะอย่างนี้ผมเข้าใจนะ” (ID113)

2.3 ระบบของโรงพยาบาล

ผู้ป่วยให้ความเห็นว่าระบบการทำงานในหอผู้ป่วย จำนวนผู้ป่วยมาก ภาระงานของแพทย์และพยาบาล ทำให้เวลาของการซักถามแพทย์หรือพยาบาลไม่เอื้อต่อการมีส่วนร่วมเท่าที่ควร

ผู้ป่วย “ที่นี่เป็นโรงพยาบาลรัฐบาล คนไข้เยอะมาก คุณหมอก็ไม่ค่อยมีเวลายามว่างคอยแบบนี้หรอก ไม่คอยแล้ว เพราะคุณหมอกันไขว่หน้าเป็นร้อยๆ” (ID115)

3. ด้านการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยและแพทย์

ผู้ป่วยให้ความเห็นว่าภาษาทางการแพทย์ เข้าใจยาก เป็นอุปสรรคต่อการมีส่วนร่วมในการจัดการอาการที่เกิดขึ้น

ผู้ป่วย “ป้าเอ บี ซี ปากี่ไม่รู้ คุยบางอย่างกับคุณหมอ ยังไม่อย่างคุยกับคนอย่างนี้เลย บางทีก็มีภาษาอังกฤษเข้ามาแทรก หมอไม่อย่างคุยกับคนโบราณเข้าใจยาก เหนื่อย” (ID115)

ผู้ป่วย “คือเราก็ไม่ค่อยรู้ (ศัพท์แพทย์)...ส่วนใหญ่เขาจะเขียนเป็นหนังสือมาที่เราไม่เข้าใจ” (ID109)

4. ด้านข้อมูลจากแพทย์และพยาบาลที่ไม่เพียงพอ

ผู้ป่วยมองว่าการได้รับข้อมูลที่ไม่เพียงพอเกี่ยวกับโรค การดำเนินโรค แนวทางการรักษา ผลข้างเคียงและการดูแลตนเอง ทำให้ผู้ป่วยไม่ทราบว่ามีส่วนร่วมในการจัดการอาการที่เกิดขึ้นได้อย่างไร

ผู้ป่วย “ถ้าหมอบอกผลข้างเคียงหลังจากทำมันจะเป็นยังไง อะไรอย่างนี้เราก็คงเลือกที่จะไม่ทำ...ถ้ามันดีกว่าเราก็ทำ” (ID15)

ผู้ป่วย “เหมือนอย่างที่ผมบอกไปว่า ทำไม่ไม่อธิบาย ผมตั้งแต่ให้คีโม (เคมีบำบัด) ครั้งแรก ว่าคอร์สที่ให้มันต้องให้คีโม (เคมีบำบัด) 5 ครั้ง และสูตรที่ให้มันเป็นสูตรอะไรอย่างเงี้ย และมันจะมีผลข้างเคียงอะไร ต้องทำยังไง” (ID18)

ผู้ป่วย “อยากให้เราบอกเหมือนกันครับว่าต้องทำยังไง บางทีให้ยาตัวนี้ นม น้ำ แข็ง เยอะ ๆ นะ อม ทำไม่เขาก็ไม่บอก แทนที่จะบอกว่าให้ยาตัวนี้นะ จะทำให้ปากอึกเสบนะ นม น้ำ แข็ง ได้ อดเลยนะ จะชัดเจนกว่า อย่างตอนมีอยู่ ครั้งหนึ่ง ตอนปวดหัวแรกๆ ห้ามกินผลไม้ไม่มีเปลือกนะ เรากิ่ง ผลไม้อะไรไม่มีเปลือก ตอนนั้นคือจริงจริง ๆ ว่าผลไม้ อะไร ไม่มีเปลือก มาตอนหลังก็สงสัย สงสัยจริงๆ ผลไม้มันก็มี เปลือกหมด ผลไม้กระป๋องหรือห่อหุ้ม กิ่งๆ หมอเขา หมายความว่า ห้ามกินผลไม้ทั้งเปลือกแค่คำว่ามีกับคำว่า ทั้ง ผมก็งงแล้ว” (ID133)

การอภิปรายผล

จากการวิเคราะห์ข้อมูลของการรับรู้ปัจจัยเอื้อและอุปสรรคต่อการมีส่วนร่วมในการจัดการอาการระหว่างการ รักษาในโรงพยาบาลแบบผู้ป่วยใน พบว่ามีประเด็นหลัก 4 ประเด็นเหมือนกัน คือ ด้านผู้ป่วย ด้านบุคลากรทางการแพทย์และระบบของโรงพยาบาล ด้านการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยและแพทย์ และด้านข้อมูลจากแพทย์และพยาบาลที่เพียงพอ/ไม่เพียงพอ สามารถอภิปรายผลการวิจัยได้ดังนี้

ปัจจัยเอื้อต่อการมีส่วนร่วมในการศึกษาครั้งนี้ คือ การได้รับข้อมูลความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับโรคจากแพทย์และพยาบาล ทำให้ผู้ป่วยเข้าใจแนวทางและทางเลือกในการรักษามากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาของ Cohen และ Botti⁶ และการศึกษาของ Lin และคณะ⁵ พบว่าการได้รับข้อมูลจากแพทย์และพยาบาลสำคัญอย่างมาก ทำให้ผู้ป่วยเข้าใจการดำเนินโรคและการรักษา ส่งผลต่อการตัดสินใจหรือการมีส่วนร่วมในการดูแลตนเอง ในการจัดการอาการที่เกิดขึ้นระหว่างการรักษาได้อย่างเหมาะสม สอดคล้องกับการศึกษาของ Beaver และ Booth²¹ ที่พบว่าผู้ป่วยมะเร็งเต้านม มะเร็งระบบสืบพันธุ์ ผู้หญิง และมะเร็งลำไส้เล็ก ถ้าแพทย์หรือพยาบาลไม่ให้ข้อมูลหรือทางเลือกของการรักษากับผู้ป่วย ทำให้ความต้องการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจรักษาลดลง นอกจากนี้ ผู้ป่วยมองว่าการได้รับข้อมูลจากการสนทนาแลกเปลี่ยน ประสบการณ์กับผู้ป่วยอื่นๆ การถ่ายทอดประสบการณ์ โดยตรงจากคนที่เคยเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งที่ได้รับการรักษาแล้วอาการดีขึ้น จึงอยากให้มีการช่วยเพื่อน (peer support) ภายในหอผู้ป่วยหรือในโรงพยาบาล

ปัจจัยเอื้อด้านผู้ป่วยซึ่งเกี่ยวกับบุคลิกหรือลักษณะ

ของผู้ป่วยที่มี “ลักษณะของคนที่มีความคาดหวัง” มีความกล้าที่จะสอบถาม พยายามหาวิธีการและข้อมูลเพื่อทำความเข้าใจในการรักษา การดูแลตนเอง กล้าที่จะขอความช่วยเหลือ จะเป็นสิ่งที่ทำให้มีส่วนร่วมในการจัดการอาการของตนเองมากกว่า โดยเฉพาะลักษณะของแพทย์และพยาบาลที่ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าเป็นที่รับฟัง ให้เวลา ให้เวลากับความต้องการของผู้ป่วย ให้ซักถาม ให้ข้อมูล” จะทำให้ผู้ป่วยอยากที่จะมีส่วนร่วมในการจัดการอาการเพิ่มขึ้นเช่นกัน สอดคล้องกับการศึกษาของ Cohen และ Botti⁶ พบว่าการจัดระบบการปฏิบัติงานภายในโรงพยาบาล แพทย์และพยาบาลมีเวลาเพียงพอในการให้ผู้ป่วยมีโอกาสได้สอบถาม จะทำให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมเพิ่มมากขึ้น

ที่น่าสนใจในการศึกษาครั้งนี้พบว่า ปัจจัยด้านผู้ป่วยเกี่ยวกับความรุนแรงของอาการและความเจ็บป่วยหรือ “ความพร้อมของภาวะร่างกาย รู้สึกว่าร่างกายยังไม่พร้อม” เป็นทั้งปัจจัยเอื้อและอุปสรรคต่อการมีส่วนร่วม ถ้าสุขภาพร่างกายพร้อมจะทำให้มีส่วนร่วมในการจัดการดีขึ้น และบางรายมองว่าโรคหรือความเจ็บป่วยที่ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกทุกข์ทรมาน จะเป็นตัวกระตุ้นให้ผู้ป่วยเข้ามามีส่วนร่วมในการจัดการมากขึ้น ถ้าไม่บอกอาการกับแพทย์หรือพยาบาลถึงอาการเจ็บป่วยที่เป็นอยู่ อาจทำให้อาการที่เป็นรุนแรงมากขึ้น รวมถึงการดำเนินโรคและการพยากรณ์ของโรคไม่ดีเช่นกัน ในทางกลับกัน ประเด็นของอาการหรือความพร้อมทางด้านร่างกาย ผู้ป่วยบางรายรับรู้เป็นปัจจัยอุปสรรคของการมีส่วนร่วม โดยมองว่าถ้าอาการของตนเองแย่ สุขภาพร่างกายจะไม่พร้อมมีส่วนร่วมจัดการอาการที่เกิดขึ้น รวมถึงการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาได้ดีเท่ากับภาวะสุขภาพร่างกายดี^{2,18,22} สอดคล้องกับการศึกษาของ Ekdhah, Andersson และ Friedrichsen²³ พบว่าผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมองว่าความเจ็บป่วยที่เพิ่มขึ้นหรืออาการแย่งนั้นส่งผลต่อการรับฟังหรือการทำความเข้าใจเกี่ยวกับข้อมูลการรักษา

ปัจจัยอุปสรรคต่อการมีส่วนร่วมในการจัดการ แบ่งออกเป็น 4 ประเด็นหลัก คือ ด้านผู้ป่วย ด้านบุคลากรทางการแพทย์และระบบของโรงพยาบาล ด้านการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยและแพทย์ และด้านข้อมูลจากแพทย์และพยาบาลที่ไม่เพียงพอหรือขาดข้อมูลที่ช่วยให้อาการดีขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาหลาย

ปัจจัย^{22,24-25} เช่น การที่ผู้ป่วยไม่แน่ใจในแนวทางการรักษา ความวิตกกังวลเกี่ยวกับผลข้างเคียงของการรักษา และที่สำคัญคือการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยและแพทย์ การใช้คำศัพท์ภาษาอังกฤษทางการแพทย์ในการสื่อสาร ผู้ป่วยไม่คุ้นเคยและไม่เข้าใจ ผู้ป่วยจึงต้องการเวลาทำความเข้าใจเพิ่มขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ Lin และคณะ⁵ พบว่าการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาเป็นเรื่องที่เกินศักยภาพของผู้ป่วย แพทย์เป็นผู้ตัดสินใจน่าจะดีกว่า โดยเฉพาะผู้ป่วยสูงอายุ การได้รับข้อมูล การสื่อสารที่ใช้ภาษาทางการแพทย์ ทำให้ผู้ป่วยไม่เข้าใจและไม่สามารถสื่อสารกับแพทย์หรือมีส่วนร่วมในการตัดสินใจในการรักษาด้วยเช่นกัน²³ และสอดคล้องกับการศึกษาผู้ป่วยเรื่องร้องกลุ่มอื่นๆ เช่น ผู้ป่วยหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันมองว่าการที่ไม่มีความรู้เกี่ยวกับโรค มีผลต่อการจัดการอาการที่เกิดขึ้นเฉียบพลัน โดยเฉพาะภาวะฉุกเฉินหรือภาวะเร่งด่วน บางสถานการณ์เป็นเรื่องที่เกินขีดความสามารถของผู้ป่วยที่จะมีส่วนร่วมในการจัดการอาการได้²⁶ สอดคล้องกับการศึกษาของเค็นนิงจิง ฟงศ์ถาวรภมล และคณะ¹⁶ ที่พบว่าปัจจัยด้านอื่นๆ เช่น ระดับการศึกษา การขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและแนวทางการรักษา กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการศึกษาต่ำกว่าระดับปริญญาตรีถึงร้อยละ 70 อาจทำให้กลุ่มตัวอย่างไม่มั่นใจในการแสดงความคิดเห็นหรือการมีส่วนร่วมในการดูแล ดังนั้นภาษาที่ใช้ในการสื่อสารควรมีลักษณะที่ว่า “อธิบายในลักษณะที่เข้าใจได้”

นอกจากนี้การได้รับข้อมูลที่ไม่เพียงพอจากแพทย์พยาบาล เป็นปัจจัยอุปสรรคของการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยมากที่สุด สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา^{15-16,27} พบว่าการได้รับข้อมูลไม่เพียงพอมีความสัมพันธ์กับการที่ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการจัดการอาการน้อย ผู้ป่วยไม่สามารถปฏิบัติตามแผนการรักษาได้ อย่างไรก็ตามการได้รับข้อมูลทีละน้อยหรือเข้าใจยาก อาจเป็นด้วยภาษาที่ใช้หรือรูปแบบของการให้ข้อมูลซึ่งเป็นอุปสรรคต่อการมีส่วนร่วมในการจัดการอาการเช่นกัน^{6,23}

ระบบการปฏิบัติงานภายในหอผู้ป่วย เป็นอีกหนึ่งปัจจัยที่เป็นอุปสรรคต่อการมีส่วนร่วม โดยผู้ป่วยมองว่าแพทย์และพยาบาลมีเวลาจำกัด พยาบาลปฏิบัติงานประจำค่อนข้างมาก จึงมีโอกาสซักถามน้อย มีความเกรงใจและไม่กล้าสอบถาม รู้สึกแบบ “ต้องการเวลา แต่เกรงใจ” จึงไม่มีโอกาสในการมีส่วนร่วมในการจัดการอาการ

สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา^{15,27} พบว่าบริบทและวัฒนธรรมสังคมไทยที่ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์/พยาบาล โดยไม่ค่อยซักถามหรือโต้แย้ง ไม่กล้าแสดงความคิดเห็นหรือเรียกร้อง การมีส่วนร่วมของผู้ป่วยจึงยังเป็นบทบาทที่ค่อนข้างใหม่ ระบบของการรักษาพยาบาลในประเทศไทยยังไม่เอื้อต่อการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยเท่าที่ควร นอกจากนี้สิ่งแวดล้อมภายในหอผู้ป่วยของการศึกษาครั้งนี้ อาจจะไม่เอื้อต่อการสนทนาหรือให้คำปรึกษา ที่ต้องการความเงียบสงบในการสนทนา และมีจำนวนผู้ป่วยเข้ารับการรักษาจำนวนมาก เวลาของการตรวจรักษาหรือตรวจเยี่ยมผู้ป่วยแต่ละรายมีความจำกัดเช่นกัน

นอกจากระบบของโรงพยาบาลแล้ว ระบบของประกันสุขภาพเป็นอีกประเด็นที่ผู้ป่วยสะท้อนเกี่ยวกับสิทธิในการรักษา โดยให้ความเห็นว่าสิทธิในการรักษาของผู้ป่วยเองตามสิทธิหลักประกันสุขภาพ (30 บาท หรือสิทธิบัตรทอง) เป็นข้อจำกัดในการเลือกการรักษา ซึ่งไม่ครอบคลุมการรักษาทั้งหมด ผู้ป่วยบางรายมองว่ามีความจำกัดในการเลือกใช้ในการรักษา ความจำกัดของสิทธิการรักษาที่ไม่ครอบคลุม ผู้ป่วยสะท้อนว่า “ส่วนใหญ่ก็น่าจะเป็นเรื่องสิทธิในการรักษามากกว่า ผมใช้สิทธิบัตรทองใช้ใหม่ครับ มันอาจจะไม่ครอบคลุมทั้งหมด แต่หมอเขาก็โอเคนะครับ เขาก็จะมีทางเลือกให้เรา” (ID55) และ “มันก็มีตอนที่เขาเรียกร้องกัน สิทธิประกันสังคม สิทธิเบิกตรงอะไรอย่างนี้ สิทธิมันไม่เท่ากัน สิทธิการรักษาบางคนให้ยาดี บางคนอาจให้พารา (พาราเซตามอล) อะไรอย่างนี้” (ID129)

ผลการศึกษาครั้งนี้ สอดคล้องกับหลายการศึกษาที่ผ่านมา ซึ่งบางปัจจัยเป็นทั้งปัจจัยที่เอื้อและเป็นอุปสรรคไปด้วยกัน การให้ความสำคัญกับความต้องการมีส่วนร่วมของผู้ป่วย ลักษณะหรือพฤติกรรมของแพทย์ พยาบาลที่ปฏิบัติต่อผู้ป่วยในระหว่างการดูแล⁶ ความศรัทธาหรือความเชื่อมั่นที่มีต่อแพทย์ของผู้ป่วย²² มีสัมพันธภาพที่ดี¹⁷ มีการสื่อสารระหว่างแพทย์กับผู้ป่วยที่มีประสิทธิภาพ มีระบบสนับสนุนที่ดี มีความรู้เกี่ยวกับโรคที่เป็น²⁴ การได้รับข้อมูลที่เพียงพอ^{5-6,21,27} เป็นปัจจัยที่จะส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการจัดการอาการ รวมถึงการตัดสินใจในการรักษามากขึ้น โดยสามารถสรุปแนวทางการนำไปใช้ในการส่งเสริมปัจจัยเอื้อ/ลดปัจจัยอุปสรรคในการปฏิบัติทางคลินิก ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ประเด็นหลักที่เป็นปัจจัยเอื้อและปัจจัยอุปสรรคต่อความต้องการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยในการจัดการอาการ และแนวทางนำไปใช้ในการปฏิบัติทางคลินิก

ประเด็นหลักที่เป็นปัจจัยเอื้อและปัจจัยอุปสรรค	แนวทางนำไปใช้ในการปฏิบัติทางคลินิก
- ภาวะความเจ็บป่วย/ความรุนแรงของโรค	ควรมีการประเมินภาวะความเจ็บป่วย/ความรุนแรงของอาการของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง เพื่อเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยที่กำลังเผชิญกับอาการได้มีส่วนร่วมในการจัดการกับอาการ เป็นการสนับสนุนให้ผู้ป่วยได้เรียนรู้บทบาทของผู้ป่วยการมีส่วนร่วมในกระบวนการรักษาพยาบาลโรคของตนมากขึ้น
- ลักษณะส่วนบุคคลของผู้ป่วย	พยาบาลควรประเมินระดับความต้องการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยแต่ละราย เพื่อสามารถกระตุ้นส่งเสริมผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสมและสอดคล้องกับความต้องการมีส่วนร่วมของผู้ป่วย
- ท่าทีของบุคลากรผู้ให้บริการ	ความเป็นกันเองและสัมพันธ์ภาพที่ดีระหว่างผู้ป่วยกับบุคลากรสุขภาพ ช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยกล้าที่จะแสดงออกในการมีส่วนร่วมในการดูแล/จัดการกับอาการมากขึ้น
- เวลาของบุคลากรที่มีให้กับผู้ป่วย	เวลาของแพทย์/พยาบาลที่ให้แก่ผู้ป่วยมีน้อย จึงควรบริหารเวลาเพื่อส่งเสริมการปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยกับบุคลากรให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น (เช่น การพูดคุยเวลาระหว่าง การทำ nursing round การดูแลอนามัยส่วนบุคคล ให้ผู้ป่วย) ช่วยเพิ่มช่องทาง และโอกาสของการสร้างสัมพันธ์ภาพที่ดี ลดความเกรงใจต่อบุคลากร นำไปสู่การมีส่วนร่วมของผู้ป่วยในการดูแล/จัดการอาการได้
- การสื่อสาร/การให้ข้อมูล/ความรู้	บุคลากรทีมสุขภาพควรตระหนักให้ความสำคัญของประเด็นนี้ การสื่อสารที่ชัดเจน ตรงประเด็น ใช้ภาษาที่เข้าใจได้ง่าย ไม่คลุมเครือ ความรู้มีความถูกต้องทันสมัยและสอดคล้องเป็นไปในทางเดียวกันที่ได้รับจากทีมสุขภาพแต่ละคน เป็นปัจจัยส่งเสริมการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยในการดูแล/จัดการกับอาการระหว่างรักษาในโรงพยาบาล
- การจัดระบบของโรงพยาบาล	การเปลี่ยนแปลงการทำงานของโรงพยาบาลหรือทีมบุคลากร เช่น การจัดระบบการทำงานของพยาบาล โดยใช้ระบบการพยาบาลเจ้าของไข้ (primary nursing system) อาจช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยใกล้ชิด และมีบรรยากาศที่เอื้อต่อการอยากมีส่วนร่วมในการดูแลและจัดการกับอาการของตนเองมากขึ้น

ข้อจำกัดของการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ เลือกศึกษาเฉพาะกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งโลหิตที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิของมหาวิทยาลัย ใช้เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง และการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้ป่วยด้วยคำถามกึ่งโครงสร้างเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมในการจัดการอาการที่เกิดขึ้นเป็นอาการที่ผู้ป่วยรายงานโดยภาพรวม ไม่ได้เฉพาะเจาะจง จึงอาจมีข้อจำกัดในการนำผลการวิจัยไปใช้อ้างอิงกลุ่มประชากรผู้ป่วยมะเร็งชนิดอื่นๆ ระหว่างรับการรักษาในโรงพยาบาลได้

สรุปและข้อเสนอแนะ

การศึกษาครั้งนี้ทำให้บุคลากรทางการแพทย์ โดยเฉพาะแพทย์และพยาบาลเข้าใจถึงการรับรู้ปัจจัยที่เอื้อและอุปสรรคต่อการจัดการอาการของผู้ป่วยระหว่างรักษาในโรงพยาบาลเพิ่มมากขึ้น ทำให้มีแนวทางในการส่งเสริมให้ผู้ป่วยและครอบครัวเข้ามามีบทบาทและส่วนร่วมเพิ่มมากขึ้น ตลอดจนให้ความสำคัญกับการให้ข้อมูลและความรู้ที่จำเป็นเหมาะสมกับผู้ป่วย มีการสื่อสารที่ชัดเจนด้วยภาษาที่เข้าใจง่าย การสร้างสัมพันธ์ที่ดีกับผู้ป่วย

ตลอดจนจัดระบบของการทำงานที่จะช่วยให้มีเวลาที่จะช่วยให้เกิดความใกล้ชิดกับผู้ป่วยทำให้เกิดความไว้วางใจและอยากมีส่วนร่วมในการจัดการอาการเพิ่มมากขึ้น ซึ่งจะนำไปสู่ผลลัพธ์ของการจัดการอาการ การรักษา และคุณภาพของการดูแลที่ดีต่อไป และควรศึกษาประเด็นของการมีส่วนร่วมในการจัดการอาการกลุ่มผู้ป่วยโรคอื่นๆ หรือในบริบทของโรงพยาบาลที่แตกต่างกัน และกลุ่มตัวอย่างขนาดใหญ่

References

1. The National Cancer Institute, Department of Medical Services, Ministry of Public Health. Hospital-based cancer registry annual report 2014.[Internet]. Bangkok: Information and Technology Division, National Cancer Institute; 2016 [cited 2020 Aug 15]. Available from: http://www.nci.go.th/th/File_download/Nci%20Cancer%20Registry/HOSPITAL-BASED%202014.pdf (in Thai).
2. Ernst J, Berger S, Weißflog G, Schröder C, Körner A, Niederwieser D, et al. Patient participation in the medical decision-making process in haemato-oncology- a qualitative study. *Eur J Cancer Care*. 2013;22(5):684-90. doi: 10.1111/ecc.12077.
3. Larsson IE, Sahlsten MJM, Segesten K, Plos KAE. Patients' perceptions of nurses' behaviour that influence patient participation in nursing care: a critical incident study. *Nurs Res Pract*. 2011;2011:534060. doi: 10.1155/2011/534060.
4. World Health Organization. Exploring patient participation in reducing health-care-related safety risks [Internet]. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2013 [cited 2020 Aug 15]. Available from: <https://www.euro.who.int/en/publications/abstracts/exploring-patient-participation-in-reducing-health-care-related-safety-risks>.
5. Lin C, Cohen E, Livingston PM, Botti M. Perceptions of patient participation in symptom management: a qualitative study with cancer patients, doctors, and nurses. *J Adv Nurs*. 2019;75(2):412-22. doi: 10.1111/jan.13853.
6. Cohen E, Botti M. Cancer patients' perceptions of the barriers and facilitators to patient participation in symptom management during an episode of admission. *Cancer Nurs*. 2015;38(6):458-65. doi: 10.1097/NCC.0000000000000226.
7. Chlebowy DO, Hood S, lajoie AS. Facilitators and barriers to self-management of type 2 diabetes among urban African American adults: focus group findings. *Diabetes Educ*. 2010;36(6):897-905. doi: 10.1177/0145721710385579.
8. Chewning B, Bylund CL, Shah B, Arora NK, Gueguen JA, Makoul G. Patient preferences for shared decisions: a systematic review. *Patient Educ Couns*. 2012;86(1):9-18. doi: 10.1016/j.pec.2011.02.004.
9. Beaver K, Jones D, Susnerwala S, Craven O, Tomlinson M, Witham G, et al. Exploring the decision-making preferences of people with colorectal cancer. *Health Expect*. 2005;8(2):103-13. doi: 10.1111/j.1369-7625.2005.00320.x.
10. Tariman JD, Berry DL, Cochrane B, Doorenbos A, Schepp K. Preferred and actual participation roles during health care decision making in persons with cancer: a systematic review. *Ann Oncol*. 2010;21(6):1145-51. doi: 10.1093/annonc/mdp534.
11. Kissal A, Beşer A. Knowledge, facilitators and perceived barriers for early detection of breast cancer among elderly Turkish women. *Asian Pac J Cancer Prev*. 2011;12(4):975-84.
12. Ogedegbe G, Cassells AN, Robinson CM, DuHamel K, Tobin JN, Sox CH, et al. Perceptions of barriers and facilitators of cancer early detection among low-income minority women in community health centers. *J Natl Med Assoc*. 2005;97(2):162-70.
13. Davison BJ, Breckon E. Factors influencing treatment decision making and information preferences of prostate cancer patients on active surveillance. *Patient Educ Couns*.

- 2012;87(3):369-74. doi: 10.1016/j.pec.2011.11.009.
14. Itty TL, Hodge FS, Martinez F. Shared and unshared barriers to cancer symptom management among urban and rural American Indians. *J Rural Health*. 2014;30(2):206-13. doi: 10.1111/jrh.12045.
 15. Kanrat K, Pongthavornkamol K, Wattanakitkileart D. Factors associated with perception of quality of care in cancer patients during hospitalization. *Chulalongkorn Medical Journal*. 2016;60(5):523-34. (in Thai).
 16. Pongthavornkamol K, Lekdamrongkul P, Siritanaratkul N, Siripoon S. Relationships between patient's preference for participation in care, gender, age, symptom burden, and perceived quality of care of hematological cancer patients during hospitalization. *Journal of Nursing Science*. 2016;34(2):45-57. (in Thai).
 17. Pongthavornkamol K, Khamkon A, Phligbua W, Cohen E, Botti M. Thai oncology nurses' perceptions of patient participation in acute cancer care. *Asian Nurs Res*. 2018;12(3):209-15. doi: 10.1016/j.anr.2018.08.004.
 18. Florin J, Ehrenberg A, Ehnfors M. Patient participation in decision making in nursing. *Stud Health Technol Inform*. 2006;122:54-7.
 19. Florin J, Ehrenberg A, Ehnfors M. Patient participation in clinical decision-making in nursing: a comparative study of nurses' and patients' perceptions. *J Clin Nurs*. 2006;15(12):1498-508. doi: 10.1111/j.1365-2702.2005.01464.x.
 20. Degner LF, Sloan JA. Decision making during serious illness: what role do patients really want to play? *J Clin Epidemiol*. 1992;45(9):941-50. doi: 10.1016/0895-4356(92)90110-9.
 21. Beaver K, Booth K. Information needs and decision-making preferences: comparing findings for gynaecological, breast and colorectal cancer. *Eur J Oncol Nurs*. 2007;11(5):409-16. doi: 10.1016/j.ejon.2007.04.004.
 22. Davies L, Rhodes LA, Grossman DC, Rosenberg M-C, Stevens DP. Decision making in head and neck cancer care. *Laryngoscope*. 2010;120(12):2434-45. doi: 10.1002/lary.21036.
 23. Ekdahl AW, Andersson L, Friedrichsen M. "They do what they think is the best for me." Frail elderly patients' preferences for participation in their care during hospitalization. *Patient Educ Couns*. 2010;80(2):233-40. doi: 10.1016/j.pec.2009.10.026.
 24. Covvey JR, Kamal KM, Gorse EE, Mehta Z, Dhumal T, Heidari E, et al. Barriers and facilitators to shared decision-making in oncology: a systematic review of the literature. *Support Care Cancer*. 2019;27(5):1613-37. doi: 10.1007/s00520-019-04675-7.
 25. Paiva D, Abreu L, Azevedo A, Silva S. Patient-centered communication in type 2 diabetes: the facilitating and constraining factors in clinical encounters. *Health Serv Res*. 2019;54(3):623-35. doi: 10.1111/1475-6773.13126.
 26. Höglund AT, Winblad U, Arnetz B, Arnetz JE. Patient participation during hospitalization for myocardial infarction: perceptions among patients and personnel. *Scand J Caring Sci*. 2010;24(3):482-9. doi: 10.1111/j.1471-6712.2009.00738.x.
 27. Pongthavornkamol K, Lekdamrongkul P, Siritanaratkul N. Factors associated with hematologic cancer patients' preferences for participation in care during hospitalization. *Ramathibodi Nursing Journal*. 2017;23(2):145-59. (in Thai).