

ประสบการณ์การเจ็บป่วยของผู้สูงอายุโรคมะเร็งต่อมลูกหมากระยะลุกลาม



วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ปีการศึกษา 2563

ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ILLNESS EXPERIENCES OF OLDER PERSONS WITH ADVANCED PROSTATE CANCER



Miss Nuthchavapornkul Khunchompoo

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements
for the Degree of Master of Nursing Science in Nursing Science

Field of Study of Nursing Science

FACULTY OF NURSING

Chulalongkorn University

Academic Year 2020

Copyright of Chulalongkorn University

หัวข้อวิทยานิพนธ์	ประสบการณ์การเจ็บป่วยของผู้สูงอายุโรคมะเร็งต่อมลูกหมาก ระยะลุกลาม
โดย	น.ส.นุชชวพรกุล คุณชมภู
สาขาวิชา	พยาบาลศาสตร์
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก	รองศาสตราจารย์ ดร.จิราพร เกศพิชญวัฒนา

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้หัวข้อวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

.....	คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์
(รองศาสตราจารย์ ดร.วราภรณ์ ชัยวัฒน์)	
คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์	
.....	ประธานกรรมการ
(รองศาสตราจารย์ ดร.สุรีพร ธนศิลป์)	
.....	อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก
(รองศาสตราจารย์ ดร.จิราพร เกศพิชญวัฒนา)	
.....	กรรมการภายนอกมหาวิทยาลัย
(รองศาสตราจารย์ ดร.จอนณะจาง เพ็งจาด)	

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

นุชชวพรกุล คุณชมภู : ประสบการณ์การเจ็บป่วยของผู้สูงอายุโรคมะเร็งต่อมลูกหมากระยะ
 ลุกลาม. (ILLNESS EXPERIENCES OF OLDER PERSONS WITH ADVANCED PROSTATE
 CANCER) อ.ที่ปรึกษาหลัก : รศ. ดร.จิราพร เกศพิชญวัฒนา

การวิจัยครั้งนี้เป็นงานวิจัยเชิงคุณภาพ เชิงปรากฏการณ์วิทยาตามแนวคิดของ มาร์ติน ไฮเดก
 เกอร์ (Martin Hediegger) (1889-1976) ผู้ให้ข้อมูลหลักในการวิจัยคือ ผู้สูงอายุโรคมะเร็งต่อมลูกหมาก
 ระยะลุกลามที่รับการรักษาด้วยการควบคุมฮอร์โมนทั้งในรูปแบบของการผ่าตัดอวัยวะและการใช้ยาอย่าง
 น้อย 6 เดือนขึ้นไปจำนวน 13 ราย เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interview)
 และนำข้อมูลที่ได้มาถอดความแบบคำต่อคำ ทำการวิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์เนื้อหา (Content
 Analysis)

ผลการศึกษาพบว่า ประสบการณ์การเจ็บป่วยของผู้สูงอายุโรคมะเร็งต่อมลูกหมากระยะ
 ลุกลาม ประกอบด้วย

1. ความหมายของการเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งต่อมลูกหมากระยะลุกลามของผู้สูงอายุ หมายถึง
 โรคที่เหมือนจะไม่รุนแรงแต่ต้องคอยติดตามผลเลือด

2. ประสบการณ์การเจ็บป่วยของผู้สูงอายุโรคมะเร็งต่อมลูกหมากระยะลุกลาม ประกอบด้วย
 1) แรกก็ตกใจแต่ทำใจว่าใครก็เป็นได้ 2) ชีวิตที่เปลี่ยนแปลงไปภายหลังการรักษาด้วยการควบคุม
 ฮอร์โมนเพศ 3) สูญเสียสมรรถนะทางเพศ 4) สนใจดูแลตนเองมากขึ้น 5) ได้รับกำลังใจในการใช้ชีวิตอยู่
 ต่อไป 6) การยอมรับความตายที่จะเกิดขึ้น

จากผลการวิจัยครั้งนี้ ทำให้เข้าใจประสบการณ์การเจ็บป่วยของผู้สูงอายุโรคมะเร็งต่อม
 ลูกหมากระยะลุกลามมากยิ่งขึ้น และสามารถนำข้อมูลที่ได้จากการวิจัยไปเป็นข้อมูลพื้นฐานในการ
 ปฏิบัติการพยาบาลและการวิจัยต่อไป

สาขาวิชา พยาบาลศาสตร์

ปีการศึกษา 2563

ลายมือชื่อนิสิต

ลายมือชื่อ อ.ที่ปรึกษาหลัก

6077157336 : MAJOR NURSING SCIENCE

KEYWORD: ILLNESS EXPERIENCE, ADVANCE PROSTATE CANCER, OLDER PERSON, QUALITAIVE
Nuthchavapornkul Khunchompoo : ILLNESS EXPERIENCES OF OLDER PERSONS WITH
ADVANCED PROSTATE CANCER. Advisor: Assoc. Prof. JIRAPORN KESPICHAYAWATTANA, Ph.D.

The purpose of this study was to discover illness experience of older person with advanced prostate cancer. A qualitative research method of Heidegger's phenomenology was applied as a methodology of this study. The subjects providing the majority of the data were thirteen older persons with metastatic prostate cancer, who were treated Androgen deprivation Therapy (ADT) at least 6 months or more. Data were collected by in-depth interview. The interviews were tape-recorded and transcribed verbatim. The data analysis was performed by content analysis.

The research findings on the illness experience of older person with advanced prostate cancer included following:

1. The meaning of illness experience with advanced prostate cancer in the elderly was the disease that appears to be mild but needs to be monitored blood test level.
2. Illness experience of older person with advanced prostate cancer included 6 main topics of theme: 1) Feeling shocked at first but accept that anyone can get this disease. 2) Life changing after treated Androgen deprivation Therapy 3) Loss of sexual performance 4) More self-care 5) Encouragement to continue living 6) Accepting death.

This study provided better understanding of the meaning and illness experience of older person with advanced prostate cancer. Implications of the study were for nursing practices that can be used as a guideline in nursing research and develop nursing practice to be more efficient.

Field of Study: Nursing Science

Student's Signature

Academic Year: 2020

Advisor's Signature

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์นี้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี ด้วยความกรุณาและความช่วยเหลืออย่างดียิ่ง จากรองศาสตราจารย์ ดร.จิราพร เกศพิชญพัฒนา อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ที่กรุณาให้คำปรึกษา ชี้แนะแนวทางที่เป็นประโยชน์ อีกทั้งยังสละเวลาอันมีค่าในการตรวจสอบ แก้ไขข้อบกพร่องต่างๆ และยังคงคอยสนับสนุนให้กำลังใจแก่ผู้วิจัยเมื่อเกิดอุปสรรคในระหว่างการทำวิทยานิพนธ์ในครั้งนี้ ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งในความกรุณาของอาจารย์เป็นอย่างยิ่ง จึงขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้ด้วย

ขอกราบขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ดร. สุริพร ธนศิลป์ ประธานสอบวิทยานิพนธ์ และ รองศาสตราจารย์ ดร. จอนผะจง เพ็งจาด กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ที่ได้กรุณาให้ความรู้และชี้แนะแนวทางการแก้ไขวิทยานิพนธ์ รวมถึงข้อเสนอแนะต่างๆที่เป็นประโยชน์ ทำให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สมบูรณ์มากยิ่งขึ้น กราบขอบพระคุณคณาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ทุกท่าน ที่ประสิทธิ์ประสาทวิชาความรู้ ให้คำแนะนำ และประสบการณ์อันมีค่าแก่ผู้วิจัยตลอดระยะเวลาที่ศึกษาอยู่ ณ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย และขอขอบคุณเจ้าหน้าที่คณะพยาบาลศาสตร์ทุกท่านที่ช่วยอำนวยความสะดวก และช่วยเหลือทุกเรื่องที่เกี่ยวข้องกับการวิจัยตลอดระยะเวลาการศึกษา

ขอกราบขอบพระคุณ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลราชวิถี แพทย์ พยาบาล และเจ้าหน้าที่ทุกหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ที่ให้ความอนุเคราะห์และช่วยอำนวยความสะดวกในการเก็บข้อมูลการวิจัย ขอขอบพระคุณผู้สูงอายุทุกท่านที่ให้ความร่วมมือ และเสียสละเวลาอันมีค่าเพื่อบอกเล่าประสบการณ์การเจ็บป่วยของท่าน จนทำให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

ขอขอบคุณพี่ๆ เพื่อนๆ หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต แขนงการพยาบาลผู้สูงอายุ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ผู้เป็นกัลยาณมิตรอันดีที่คอยใส่ใจ ให้กำลังใจและเป็นแรงผลักดันตลอดระยะเวลาที่ได้ศึกษา ณ สถาบันแห่งนี้ ขอขอบคุณ คุณวิพาพร ขาวนวล และ คุณนพวรรณ แกมคำ รุ่นพี่ร่วมสถาบันที่เป็นแรงผลักดัน คอยให้คำปรึกษา และให้กำลังใจแก่ผู้วิจัยมาตลอดระยะเวลาการศึกษา

ในการวิจัยครั้งนี้ได้รับทุนอุดหนุนวิทยานิพนธ์จากบัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย จึงกราบขอบพระคุณอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้ด้วย ท้ายสุดนี้ ขอขอบพระคุณกำลังใจ และแรงสนับสนุนจากครอบครัวอันเป็นที่รัก กัลยาณมิตรที่ดีทุกท่าน รวมถึงผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทุกท่านที่ไม่ได้เอ่ยนาม ความดีและประโยชน์อันเกิดจากวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ ขอมอบแด่ผู้มีพระคุณทุกท่าน ขอพระเจ้าทรงโปรดประทานพรแก่ทุกท่าน

นุชชวพรกุล คุณชมภู

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....ค	ค
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....ง	ง
กิตติกรรมประกาศ.....จ	จ
สารบัญ.....ฉ	ฉ
สารบัญตาราง.....ช	ช
สารบัญภาพ.....ฌ	ฌ
บทที่ 1 บทนำ..... 1	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา..... 1	1
วัตถุประสงค์การวิจัย..... 4	4
คำถามในการวิจัย..... 4	4
แนวคิดเบื้องต้นที่ใช้ในการวิจัย..... 5	5
ขอบเขตการวิจัย..... 6	6
คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย..... 7	7
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ..... 7	7
บทที่ 2 การทบทวนวรรณกรรมและเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง..... 8	8
1. ผู้สูงอายุกับโรคมะเร็งต่อมลูกหมาก..... 9	9
2. แนวคิดเกี่ยวกับการเจ็บป่วย..... 26	26
3. การวิจัยเชิงปรากฏการณ์วิทยา..... 35	35
4. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง..... 39	39
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย..... 47	47
1. พื้นที่ในการเก็บข้อมูล (Setting)..... 47	47

2. ผู้ให้ข้อมูลและการคัดเลือกผู้ให้ข้อมูล (Participants)	47
3. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	48
4. การพิทักษ์สิทธิ์ผู้ให้ข้อมูล	50
5. การเก็บรวบรวมข้อมูล.....	51
6. การวิเคราะห์ข้อมูล.....	53
7. ความเชื่อถือได้ของงานวิจัย (Trustworthiness).....	54
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลและสรุปผลการวิจัย.....	57
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ	90
สรุปผลการวิจัย	90
อภิปรายผล	95
ข้อเสนอแนะ	106
บรรณานุกรม	108
ภาคผนวก	122
ภาคผนวก ก หนังสือรับรองการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย เอกสารรับรองโครงการวิจัย หนังสือ ชี้แจงข้อมูลสำหรับประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย หนังสือแสดงความยินยอม เข้าร่วมการวิจัย และใบรับรองการอบรม GCP online training	123
ภาคผนวก ข เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	132
ภาคผนวก ค ตารางแสดง วัน เวลา จำนวนครั้ง และสถานที่ในการสัมภาษณ์ ผู้ให้ข้อมูลแต่ละราย ตารางแสดงลักษณะทั่วไปของผู้ให้ข้อมูลจำแนกตามราย และรายละเอียดผู้ให้ข้อมูลทั้ง 13 ราย	139
ประวัติผู้เขียน	166

สารบัญตาราง

หน้า

ตารางที่ 1 ตารางแสดงระดับความเสี่ยงความรุนแรงและแผนการรักษาโรคมะเร็งต่อมลูกหมาก	15
ตารางที่ 2 ลักษณะทั่วไปของผู้ให้ข้อมูล	58
ตารางที่ 3 สรุปการรวบรวมข้อมูลของผู้ให้ข้อมูลทั้ง 13 ราย	140
ตารางที่ 4 ลักษณะทั่วไปของผู้ให้ข้อมูลจำแนกตามราย.....	141



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

สารบัญภาพ

หน้า

ภาพที่ 1	สรุปประสบการณ์การเจ็บป่วยของผู้สูงอายุโรคมะเร็งต่อมลูกหมากระยะลุกลาม	89
ภาพที่ 2	ภาพการศึกษาข้อมูลจากหนังสือของผู้ให้ข้อมูล.....	159



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

มะเร็งต่อมลูกหมากเป็นโรคมะเร็งที่ได้รับการวินิจฉัยมากที่สุดเป็นอันดับ 2 ของโลกโดยในปี 2018 มีจำนวนผู้ป่วยประมาณ 1,276,000 ราย ซึ่งคิดเป็น 7.1% ของการวินิจฉัยโรคมะเร็งทั้งหมด (Ferlay, Ervik, Lam, Colombet, Mery, Piñeros and Bray, 2018) ในประเทศไทยจากการสำรวจของสถาบันมะเร็งแห่งชาติตั้งแต่ปีพ.ศ. 2556 – 2559 พบว่าโรคมะเร็งต่อมลูกหมากเป็นโรคมะเร็งที่ติดอันดับ 1 ใน 10 ของผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่เพศชาย (สถาบันมะเร็งแห่งชาติ, 2561) โดยอุบัติการณ์ของโรคมะเร็งต่อมลูกหมากนั้นพบมากที่สุดสำหรับผู้ชายที่มีอายุ 65 ปีขึ้นไป (Yeager, 2015) ทั้งนี้การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างของประชากรในประเทศไทยซึ่งก้าวเข้าสู่สังคมสูงอายุส่งผลให้อุบัติการณ์การเกิดโรคมะเร็งต่อมลูกหมากมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น

โรคมะเร็งต่อมลูกหมากเป็นโรคมะเร็งที่ไม่มีอาการบ่งชี้ที่ชัดเจน อาการที่เกิดขึ้นจะมีความคล้ายคลึงกับอาการของโรคต่อมลูกหมากโต เช่น อาการปัสสาวะบ่อยหรือปัสสาวะไม่แรง อาการกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ เป็นต้น (สมาคมศัลยแพทย์ระบบปัสสาวะแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์, 2560) ซึ่งผู้ป่วยส่วนมากคิดว่าเป็นความเสื่อมที่เกิดขึ้นตามวัย ดังนั้นโรคมะเร็งชนิดนี้จึงมักตรวจพบในช่วงที่โรคมมีการลุกลามออกนอกต่อมลูกหมากไปยังส่วนอื่นของร่างกาย ซึ่งเป็นระยะที่มีความรุนแรงและไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ (दनัย มโนรมณ์, ชูศักดิ์ ปรพัฒนานนท์, ปฐมพร ศิริประภาศิริ, อาคม ชัยวีระวัฒน์ และ วีรุติ อิมสำราญ, 2560) เรียกมะเร็งต่อมลูกหมากในระยะนี้ว่า “มะเร็งต่อมลูกหมากระยะลุกลาม (Advanced Prostate Cancer)” (Prostate Cancer Foundation of Australia, 2014; Prostate Cancer UK, 2016) อาการที่เกิดขึ้นในระยะนี้ได้แก่ อาการปวด อาการเหนื่อยล้า อาการบวมบริเวณอุ้งเชิงกรานหรือขา เป็นต้น ซึ่งอาการจะขึ้นอยู่กับขนาดและบริเวณที่มะเร็งมีการลุกลามออกไป (Prostate Cancer UK, 2016) โดยจากการสำรวจของสถาบันมะเร็งแห่งชาติปีพ.ศ. 2560 พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโรคมะเร็งต่อมลูกหมากรายใหม่อยู่ในระยะลุกลามหรือที่ 4 ถึงร้อยละ 30.93 (สถาบันมะเร็งแห่งชาติ, 2561)

การรักษาโรคมะเร็งต่อมลูกหมากนั้นจะขึ้นกับภาวะสุขภาพและการตัดสินใจของตัวผู้ป่วยเอง (สมาคมศัลยแพทย์ระบบปัสสาวะแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์, 2560) โดยทางเลือกแรกในการรักษาโรคมะเร็งต่อมลูกหมากระยะลุกลามคือการควบคุมฮอร์โมนเพศชายที่มีบทบาทต่อการเจริญเติบโตของเซลล์มะเร็ง ซึ่งเรียกว่าการรักษาด้วยการควบคุมฮอร์โมน (Hormone Therapy) ซึ่งสามารถทำได้ 2 วิธีคือการผ่าตัดอัณฑะออกข้างใดข้างหนึ่ง หรือทั้งสองข้าง (Orchiectomy) หรือ

การใช้ยาต้านการทำงานของฮอร์โมนเพศชาย (Medical Castration) (Dunn & Kazer, 2011) โดยเป้าหมายของการรักษาในระยะนี้คือการชะลอการลุกลามของมะเร็ง และเพื่อให้ผู้ป่วยนั้นสามารถมีชีวิตที่ยืนยาวมากขึ้น โดยพบว่าอัตราการรอดชีพใน 5 ปีของผู้ป่วยโรคมะเร็งต่อมลูกหมากระยะลุกลามที่ได้รับการรักษานั้นอยู่ที่ 30% (American Cancer Society, 2017)

ผู้ป่วยโรคมะเร็งต่อมลูกหมากระยะลุกลามนั้นจะต้องเผชิญกับผลกระทบที่เกิดขึ้นทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจตั้งแต่รับทราบการวินิจฉัยจนกระทั่งภายหลังได้รับการรักษา โดยผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยมะเร็งต่อมลูกหมากระยะลุกลามส่วนมากจะมาพบแพทย์ด้วยอาการทางระบบปัสสาวะ และไมคาดว่าตนจะเจ็บป่วยด้วยโรคร้ายแรง เมื่อได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งในระยะที่รุนแรงและไม่สามารถรักษาให้หายได้ผู้ป่วยจึงเกิดการปฏิเสธ ความวิตกกังวล และรู้สึกถึงอนาคตที่ไม่แน่นอน (Jonsson, Aus, & Berterö, 2009) และเนื่องจากการรักษาโรคมะเร็งต่อมลูกหมากนั้นขึ้นอยู่กับการตัดสินใจของผู้ป่วย ดังนั้นผู้ป่วยโรคมะเร็งต่อมลูกหมากจึงต้องเผชิญกับการตัดสินใจในการเลือกการรักษาที่มีความซับซ้อนทั้งในด้านการรักษา ค่าใช้จ่าย การมีส่วนร่วมของบุคคลในครอบครัวต่อการรักษา (Christie, Sharpley, & Bitaika, 2015) ซึ่งเป็นการตัดสินใจที่ยากและส่งผลกระทบต่อทั้งชีวิตของผู้ป่วย

เนื่องจากเป้าหมายของการรักษาโรคมะเร็งต่อมลูกหมากระยะลุกลามคือการให้ผู้ป่วยสูงอายุสามารถมีชีวิตที่ยืนยาวมากขึ้น ดังนั้นผู้สูงอายุจึงต้องเผชิญกับผลข้างเคียงที่เกิดขึ้นภายหลังการเจ็บป่วยเป็นระยะเวลานานโดยผลกระทบทางด้านร่างกายได้แก่ อาการอ่อนล้า การเสื่อมสมรรถภาพทางเพศ ความรู้สึกทางเพศที่ลดลง การหดเล็กลงขององคชาติ การลดลงของกล้ามเนื้อ เป็นต้น (Auclerc et al., 2000; ดนัย มโนรมณ์ และคณะ, 2560) ซึ่งอาการเหล่านี้ส่งผลกระทบต่อการใช้ชีวิตประจำวัน และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยนอกจากนี้ผลข้างเคียงจากการรักษาที่พบมากที่สุดคืออาการอ่อนล้า ซึ่งส่งผลให้ผู้สูงอายุเกิดการพึ่งพาบุคคลอื่นเพิ่มมากขึ้น อีกทั้งยังส่งผลต่อภาพลักษณ์ความเป็นชาย ทำให้ผู้ป่วยสูญเสียความมั่นใจในตนเอง (Chambers et al., 2018) นอกจากนี้การเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งต่อมลูกหมากยังส่งผลกระทบต่อครอบครัวของผู้ป่วย โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่มีสถานภาพสมรส เนื่องจากการเสื่อมสมรรถภาพทางเพศทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถตอบสนองความต้องการทางเพศต่อภรรยาได้ (Clark, Wray, & Ashton, 2001; Navon & Morag, 2003; Ervik & Asplund, 2012) นอกจากนี้ภรรยายังเป็นบุคคลที่มีบทบาทสำคัญต่อการเลือกการรักษาและการเผชิญกับผลข้างเคียงต่างๆที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย เนื่องจากข้างเคียงของการรักษาส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดภาวะพึ่งพามากขึ้น ทำให้ความสัมพันธ์ในครอบครัวของผู้ป่วยกับภรรยาเปลี่ยนไป กลายเป็นความสัมพันธ์ของผู้ดูแล ซึ่งทำคู่สมรสเกิดความรู้สึกขาดความช่วยเหลือ และเกิดความวิตกกังวลขึ้นจากการดูแลผู้ป่วย (Kornblith et al., 1994; Northouse et al., 2007)

พร ดนัยดุขฎฎีกุล, อรพรรณ โตสิงห์ และ ภควัฒน์ ระมาตร, 2556) การศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบการวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วยมะเร็งต่อมลูกหมากแบบครบวงจรในผู้ป่วยหลังผ่าตัดมะเร็งต่อมลูกหมากโดยการให้ความรู้และคำปรึกษาตามความต้องการและสิ่งกังวลของผู้ป่วย (ผ่องพักตร์ พิทยพันธ์ และคณะ, 2557)และการศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ที่เป็นมะเร็งต่อมลูกหมาก (ลลิตา นพคุณ, รุจาธร อินทรตุล และ นัทธมน วุทธานนท์, 2563)

จากการทบทวนวรรณกรรมข้างต้นจะพบว่ามียุปัจจัยหลายด้านที่ส่งผลให้ผู้ป่วยมะเร็งต่อมลูกหมากมีคุณภาพชีวิตที่ดีภายหลังการผ่าตัดต่อมลูกหมากออกทั้งหมด แต่การศึกษาดังกล่าวเป็นการศึกษาในผู้ป่วยโรคมะเร็งต่อมลูกหมากระยะแรกที่สามารถรักษาให้หายได้ ซึ่งยังไม่ครอบคลุมถึงผู้ป่วยโรคมะเร็งต่อมลูกหมากในระยะลุกลามที่เข้ารับการรักษาด้วยการควบคุมฮอร์โมน อีกทั้งยังไม่สามารถอธิบายถึง ความรู้สึก ความคิด และมุมมองของผู้สูงอายุจากการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นทั้งจากโรค และผลข้างเคียงจากการรักษาเพื่อเป็นข้อมูลเชิงลึก หรือองค์ความรู้ในการเข้าใจถึงปัญหาและความต้องการที่แท้จริงของผู้สูงอายุโรคมะเร็งต่อมลูกหมากระยะลุกลามที่รับการรักษาด้วยการควบคุมฮอร์โมนได้

เนื่องจากศาสตร์ทางการแพทย์เป็นศาสตร์ที่มีความเกี่ยวข้องกับการดูแลชีวิตของมนุษย์ โดยเฉพาะบุคคลที่ผ่านประสบการณ์ความเจ็บป่วยและต้องเผชิญกับสภาวะที่ส่งผลต่อร่างกาย จิตใจ และสังคม ตลอดจนบุคคลรอบข้างที่มีความเกี่ยวข้องกับการประสพการณ์ของผู้ป่วยโดยไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้ (กัญญ์ฐิตา ศรีภา, 2555) ดังนั้นการศึกษาเกี่ยวกับประสบการณ์การเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งต่อมลูกหมากระยะลุกลามของผู้สูงอายุนั้น จะทำให้พยาบาลเกิดความตระหนัก และความเข้าใจถึงปัญหา ความรู้สึก และความต้องการที่แท้จริงจากการเจ็บป่วยในมุมมองของผู้สูงอายุเอง เพื่อเป็นแนวทางในการวางแผนการดูแล และการให้คำแนะนำที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งต่อมลูกหมากระยะลุกลาม และเพื่อให้ผู้สูงอายุนั้นสามารถเผชิญกับความเจ็บป่วยได้อย่างเหมาะสมและมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาประสบการณ์การเจ็บป่วยของผู้สูงอายุโรคมะเร็งต่อมลูกหมากระยะลุกลาม

คำถามในการวิจัย

ประสบการณ์การเจ็บป่วยของผู้สูงอายุโรคมะเร็งต่อมลูกหมากระยะลุกลามเป็นอย่างไร

แนวคิดเบื้องต้นที่ใช้ในการวิจัย

การศึกษาในครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยา (Phenomenological research) ตามแนวคิดของ Martin Heidegger เพื่อหาแก่นของปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นในทุกๆ ประเด็นว่ามีความหมายต่อบุคคลอย่างไร (ชาย โพรธิสตา, 2556) เพื่ออธิบายแก่นของประสบการณ์ (essence of experience) หรือความหมายแห่งประสบการณ์ชีวิตที่กลุ่มบุคคลใดบุคคลหนึ่งได้รับจากปรากฏการณ์เดียวกัน (ขจรศักดิ์ บัระพันธ์, 2554) โดยเป็นการศึกษาเชิงลึกเกี่ยวกับประสบการณ์การเจ็บป่วยของผู้สูงอายุโรคมะเร็งต่อมลูกหมาก จากประสบการณ์ ความรู้สึก ความคิดต่อการเจ็บป่วยของผู้สูงอายุเอง ทั้งนี้ผู้วิจัยไม่ได้ใช้แนวคิดทฤษฎีในการควบคุมการวิจัย แต่มีการทบทวนวรรณกรรมเพื่อเป็นแนวคิดเบื้องต้น (Preconceived Notion) ในการสร้างแนวคำถามการวิจัย

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งเป็นการเจ็บป่วยที่ไม่ได้เกิดขึ้นเพียงครั้งเดียวแล้วหายขาด โรคมะเร็งเป็นโรคที่ต้องติดตามรักษาอย่างใกล้ชิดและไม่สามารถทำให้หายขาดจากโรคได้ จึงสามารถกล่าวได้ว่าโรคมะเร็งบางชนิดนั้นเป็นการเจ็บป่วยเรื้อรัง เช่นเดียวกับการเจ็บป่วยด้วยโรคหัวใจ หรือโรคเบาหวาน (American Cancer Society, 2016) ดังนั้นเมื่อเกิดการเจ็บป่วย ผู้สูงอายุจะมีการตอบสนองที่เกิดขึ้นจากความเจ็บป่วยคือ (วิไลวรรณ ทองเจริญ, 2554) ความรู้สึกสูญเสีย (Loss) เป็นความรู้สึกที่เกิดจากการไม่ได้ตามความต้องการ เมื่อผู้สูงอายุเกิดความเจ็บป่วยจะส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความสูญเสียในด้านต่างๆ ขึ้น เช่นการสูญเสียความเป็นอยู่ที่ดี การสูญเสียความสุขสบาย การสูญเสียบทบาทหน้าที่ การสูญเสียอัตมโนทัศน์แห่งตน ซึ่งความรุนแรงและการตอบสนองต่อการสูญเสียที่เกิดขึ้นจะแตกต่างกันไปในแต่ละบุคคล โดยขึ้นกับสาเหตุของการสูญเสีย ประสบการณ์การสูญเสีย การสนับสนุนที่ได้รับ

นอกเหนือจากความรู้สึกสูญเสียแล้วยังพบว่า การเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งต่อมลูกหมากระยะลุกลามของผู้สูงอายุ จะต้องเผชิญกับผลกระทบต่างๆ ที่เกิดขึ้นจากการเจ็บป่วยตั้งแต่ก่อนการเจ็บป่วยจนกระทั่งภายหลังการรักษาจนถึงระยะสุดท้ายของชีวิต โดยผู้สูงอายุจะรู้สึกตกใจ และสับสนเมื่อรับทราบการวินิจฉัยเนื่องจากไม่คิดว่าตนจะเจ็บป่วยด้วยโรคร้ายแรง เกิดความรู้สึกปฏิเสธ ไม่เชื่อคำวินิจฉัยของแพทย์ (Krumwiede & Krumwiede, 2012; Ferrão, Bettinelli, & Portella, 2017; Chambers et al., 2018)

นอกจากนี้ผู้สูงอายุยังต้องเผชิญกับการตัดสินใจเลือกการรักษาที่มีความซับซ้อนยิ่งโดยเฉพาะในระยะที่มีการลุกลามของโรคไปยังอวัยวะอื่น ยิ่งส่งผลให้การรักษามีตัวเลือกที่ไม่มากนัก (Crawford et al., 2017) ถึงแม้ว่าการรักษาจะขึ้นอยู่กับความคิดเห็นของผู้ป่วย แต่จากการศึกษาของ Bickell et al. (2016) พบว่าผู้ป่วยโรคมะเร็งต่อมลูกหมากนั้นจะเลือกการรักษาตามคำแนะนำของแพทย์ โดยไม่ทราบถึงผลข้างเคียงที่เกิดขึ้นจากการรักษา เช่น ภาวะเสื่อมสมรรถภาพทางเพศ อาการเหนื่อยล้า ซึ่งหากผู้ป่วยทราบถึงผลกระทบดังกล่าว จะเลือกไม่รับการรักษา ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Cater et

al. (2011) ซึ่งพบว่าผู้ป่วยโรคมะเร็งต่อมลูกหมากระยะลุกลามนั้นต้องการข้อมูลที่มีความเกี่ยวข้องกับระยะของโรค การรักษาของตน ผลกระทบที่เกิดขึ้นและอนาคตภายภาคหน้าหลังจากการรักษา เพื่อเป็นส่วนช่วยในการเลือกการรักษาจากทีมสุขภาพ (King et al., 2015) ซึ่งในระยะเวลาที่ได้รับข้อมูลจากทีมสุขภาพนั้นมีเพียงเล็กน้อยจึงทำให้การเลือกการรักษาเป็นเรื่องที่สับสนสำหรับผู้ป่วย (Jones et al., 2018) นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยบางรายเลือกคุณภาพชีวิตที่ดีมากกว่าการมีชีวิตที่ยืนยาว จึงเลือกไม่รับการรักษา (Lindqvist, Widmark and Rasmussen, 2006)

ภายหลังรับการรักษาผู้สูงอายุยังต้องเผชิญกับผลข้างเคียงจากการรักษาโดยจากการศึกษาเกี่ยวกับผู้สูงอายุโรคมะเร็งต่อมลูกหมากระยะลุกลามนั้นพบว่า ผลกระทบที่เกิดขึ้นทั้งจากการรักษาและการเจ็บป่วย เช่น อาการร้อนวูบวาบ อาการเหนื่อยล้า ส่งผลให้ผู้สูงอายุเกิดการสูญเสียการทำหน้าที่ของร่างกาย สูญเสียหน้าที่การงานและรายได้ (Chambers et al., 2018) อีกทั้งผู้สูงอายุยังต้องสูญเสียบทบาทหน้าที่หัวหน้าครอบครัว และสัมพันธ์ภาพกับภรรยาอีกด้วย (Ervik and Asplund, 2012)

ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นงานวิจัยเชิงคุณภาพ เชิงปรากฏการณ์วิทยา (Phenomenological research) ตามแนวคิดของ มาร์ติน ไฮเดกเกอร์ (Martin Hediegger) (1889-1976) (Laverty, 2003) เพื่อศึกษาประสบการณ์การเจ็บป่วยของผู้สูงอายุโรคมะเร็งต่อมลูกหมากระยะลุกลาม ทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) โดยผู้ให้ข้อมูลหลัก (Participant) คือ ผู้สูงอายุโรคมะเร็งต่อมลูกหมากระยะลุกลามที่รับการรักษาด้วยการควบคุมฮอร์โมนทั้งในรูปแบบของการผ่าตัดอวัยวะหรือการใช้ยาที่อย่างน้อย 6 เดือนขึ้นไป ใช้การเก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interview) โดยใช้แนวทางสัมภาษณ์ (Interview Guideline) ซึ่งสร้างตามวัตถุประสงค์การวิจัยและจากการทบทวนวรรณกรรม ร่วมกับการบันทึกเทป การสังเกต และการจดบันทึกภาคสนาม ใช้เวลาประมาณ 30 - 45 นาทีทำการสัมภาษณ์จำนวน 1- 2 ครั้งต่อราย

คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

1. **ประสบการณ์การเจ็บป่วย** หมายถึง การรับรู้ของผู้สูงอายุที่เกิดขึ้นจากความเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งต่อมลูกหมากในระยะลุกลาม ซึ่งประสบการณ์การเจ็บป่วยจะเป็นการบอกเล่าถึงความหมายของการเจ็บป่วย ผลกระทบทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจที่เกิดขึ้นทั้งจากการเจ็บป่วยและจากการรักษา การปรับตัวกับความเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นจากการเจ็บป่วย ตามทัศนคติ ความคิด ความรู้สึก และคำบอกเล่า จากตัวของผู้สูงอายุที่เผชิญกับความเจ็บป่วยและผลกระทบที่เกิดขึ้นจากโรคมะเร็งต่อมลูกหมากระยะลุกลามโดยตรง

2. **ผู้สูงอายุโรคมะเร็งต่อมลูกหมากระยะลุกลาม** หมายถึง ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไปที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งต่อมลูกหมากระยะลุกลามหรือระยะที่ 4 และได้รับการรักษาโดยการควบคุมฮอร์โมน ทั้งในรูปแบบการให้ยา (Medical Castration) และ/หรือ การผ่าตัดอัณฑะหรือ Orchiectomy (Surgical Castration) เป็นเวลา 6 เดือนขึ้นไป

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. เพื่อให้เกิดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับความหมายและประสบการณ์การเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งต่อมลูกหมากระยะลุกลามในผู้สูงอายุ
2. เพื่อนำองค์ความรู้ที่ได้เป็นพื้นฐานสำหรับพัฒนาแนวทางการให้คำแนะนำที่มีความเหมาะสม และตรงกับความต้องการที่แท้จริงของผู้สูงอายุโรคมะเร็งต่อมลูกหมากระยะลุกลาม
3. เพื่อเป็นแนวทางในการวิจัยทางการแพทย์ที่มีความเกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุโรคมะเร็งต่อมลูกหมากระยะลุกลามต่อไป

บทที่ 2

การทบทวนวรรณกรรมและเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ในการศึกษาประสบการณ์การเจ็บป่วยของผู้สูงอายุโรคมะเร็งต่อมลูกหมากระยะลุกลามครั้งนี้เป็นวิจัยเชิงคุณภาพ โดยใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงปรากฏการณ์วิทยา โดยผู้วิจัยได้ทำการศึกษาค้นคว้า ตำรา เอกสาร วารสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องดังต่อไปนี้

1. ผู้สูงอายุกับโรคมะเร็งต่อมลูกหมาก
 - 1.1 สถานการณ์ของโรคมะเร็งต่อมลูกหมาก
 - 1.2 กายวิภาคและการเปลี่ยนแปลงของต่อมลูกหมากในวัยสูงอายุ
 - 1.3 พยาธิสภาพของโรคมะเร็งต่อมลูกหมาก
 - 1.4 การแบ่งระยะของโรคมะเร็งต่อมลูกหมาก
 - 1.5 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดมะเร็งต่อมลูกหมากในผู้สูงอายุ
 - 1.6 การตรวจและการวินิจฉัยโรคมะเร็งต่อมลูกหมาก
 - 1.7 การรักษาโรคมะเร็งต่อมลูกหมากแต่ละระยะ
 - 1.8 การรักษาโรคมะเร็งต่อมลูกหมากระยะลุกลามในผู้สูงอายุ
 - 1.9 ผลข้างเคียงจากการรักษาด้วยการควบคุมฮอร์โมน
 - 1.10 ผลกระทบจากการเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งต่อมลูกหมากระยะลุกลาม
 - 1.11 การพยาบาลผู้สูงอายุโรคมะเร็งต่อมลูกหมากระยะลุกลามที่ได้รับการรักษาด้วยการควบคุมฮอร์โมน
2. แนวคิดเกี่ยวกับการเจ็บป่วย
 - 2.1 ความหมายของการเจ็บป่วย
 - 2.2 พฤติกรรมการเจ็บป่วย
 - 2.3 วิธีความเจ็บป่วย
 - 2.4 การตอบสนองต่อความเจ็บป่วย
 - 2.5 การเจ็บป่วยของผู้สูงอายุ
3. การวิจัยเชิงปรากฏการณ์วิทยา
 - 3.1 ประวัติความเป็นมาของการศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยา
 - 3.2 การศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยาแนวคิดของ มาร์ติน ไฮเดกเกอร์ (Martin Hediegger)
 - 3.3 การวิเคราะห์ข้อมูลในงานวิจัยเชิงคุณภาพ
 - 3.4 ความเชื่อถือได้ของข้อมูล
4. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. ผู้สูงอายุกับโรคมะเร็งต่อมลูกหมาก

1.1 สถานการณ์ของโรคมะเร็งต่อมลูกหมาก

มะเร็งต่อมลูกหมากเป็นโรคมะเร็งที่ได้รับการวินิจฉัยมากที่สุดเป็นอันดับ 2 ของโลกโดยมีจำนวนผู้ป่วยประมาณ 1,276,000 รายในปี 2018 ซึ่งคิดเป็น 7.1% ของการวินิจฉัยโรคมะเร็งทั้งหมด (Ferlay, Ervik, Lam, Colombet, Mery, Piñeros and Bray, 2018) และในปี 2018 พบผู้ป่วยโรคมะเร็งต่อมลูกหมากรายใหม่ถึง 1.3 ล้านคน และมีผู้เสียชีวิตด้วยโรคมะเร็งต่อมลูกหมากถึง 359,000 รายทั่วโลก นับเป็นสาเหตุอันดับที่ 5 ของการเสียชีวิตด้วยโรคมะเร็งในผู้ชาย โรคมะเร็งต่อมลูกหมากนั้นเป็นโรคมะเร็งที่ได้รับการวินิจฉัยมากที่สุดในเพศชายของประเทศต่างๆในโลกโดยเฉพาะอย่างยิ่งในทวีปอเมริกาเหนือ ทวีปยุโรป และแอฟริกาโดยโรคมะเร็งต่อมลูกหมากนั้นเป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตด้วยโรคมะเร็งในเพศชายในทวีปเหล่านี้ (Bray, Ferlay, Soerjomataram, Siegel, Torre, & Jemal, 2018)

ในประเทศไทยจากสำรวจของสถาบันมะเร็งแห่งชาติตั้งแต่ปีพ.ศ.2556 – 2559 พบว่าโรคมะเร็งต่อมลูกหมากเป็นโรคมะเร็งที่ติดอันดับ 1 ใน 10 ของผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่เพศชาย (สถาบันมะเร็งแห่งชาติ, 2561) และในปี 2560 พบจำนวนผู้เสียชีวิตด้วยมะเร็งต่อมลูกหมากนั้นมีจำนวน 1,372 ราย หรือคิดเป็นอัตราการตาย 4.3 ต่อ 100,000 ประชากร (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข, 2561) อุบัติการณ์ของโรคมะเร็งต่อมลูกหมากนั้นพบมากที่สุด chez ผู้ชายที่มีอายุ 65 ปีขึ้นไป (Yeager, 2015) ทั้งนี้การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างของประชากรในไทยซึ่งก้าวเข้าสู่สังคมสูงอายุ ส่งผลให้อุบัติการณ์การเกิดโรคมะเร็งต่อมลูกหมากมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น

1.2 กายวิภาคและการเปลี่ยนแปลงของต่อมลูกหมากในวัยสูงอายุ

ต่อมลูกหมากเป็นอวัยวะที่อยู่ใต้กระเพาะปัสสาวะและล้อมรอบด้วยท่อทางเดินปัสสาวะที่ผ่านทางต่อมลูกหมากเรียก Prostatic urethra ต่อมลูกหมากจะมีเนื้อเยื่อหุ้มคล้ายแคปซูลและจะถูกแยกออกจากลำไส้ใหญ่ส่วนปลายหรือ rectum ด้วยเนื้อเยื่อบางๆที่เรียกว่า Denonvilliers aponeurosis (Chodk & Krupsk, 2018) โดยปกติต่อมลูกหมากมีน้ำหนักประมาณ 20 กรัม ยาว 3 เซนติเมตร การเจริญเติบโตของเซลล์ต่อมลูกหมากนั้น จะอาศัยฮอร์โมน Androgen ซึ่งมาจาก 2 ส่วนของร่างกายคือ ฮอร์โมน Testosterone ซึ่งสร้างจากเซลล์ Leydig ของอัณฑะ (Testis) คิดเป็นร้อยละ 95 ของฮอร์โมนเพศชาย และ ฮอร์โมน Adrenal androgen ซึ่งสร้างจากต่อมหมวกไต (Adrenal gland) คิดเป็นสัดส่วนร้อยละ 5 ของฮอร์โมนเพศชายที่สร้างในร่างกาย ซึ่งฮอร์โมน androgen จะถูกเปลี่ยนให้อยู่ในรูปของ Active form คือฮอร์โมน Dihydrotestosterone (DHT) โดยอาศัย Enzyme 5-alpha-reductase และฮอร์โมน DHT นี้เองที่มีบทบาทในการกระตุ้นเซลล์ต่อมลูกหมากให้มีการแบ่งตัวและมีการเจริญเติบโตต่อไป

การเปลี่ยนแปลงของต่อมลูกหมากในวัยสูงอายุจะเริ่มขึ้นเมื่อช่วงอายุประมาณ 50 ปี จากการเปลี่ยนแปลงความสมดุลของฮอร์โมน Testosterone และ ฮอร์โมนเพศหญิงที่อยู่ในเพศชาย (Female Hormone-estrogen) ที่เกิดขึ้นส่งผลให้ต่อมลูกหมากขยายตัวขึ้น (White, Xie & Ventura, 2013; Loeb et al., 2009) โดยพบว่าบริเวณ Transition zone ในต่อมลูกหมากนั้นจะมีขนาดโตมากกว่าบริเวณอื่น ซึ่งการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นส่งผลต่ออาการในระบบทางเดินปัสสาวะที่เกิดขึ้นในวัยสูงอายุ (Zhang et al., 2013) จากการที่ต่อมลูกหมากกดเบียดต่อทางเดินปัสสาวะเช่น อาการปัสสาวะไม่สุด ปัสสาวะไม่พุ่ง ปัสสาวะลำบาก ปัสสาวะเล็ด ปัสสาวะบ่อย เป็นต้น (Perkins & Etten, 2015) ซึ่งถือเป็นอาการปกติที่พบได้ในวัยสูงอายุ และการขยายตัวของต่อมลูกหมากไม่ใช่สาเหตุของโรคมะเร็งต่อมลูกหมาก (Prostate Cancer UK, 2013)

1.3 พยาธิสภาพของโรคมะเร็งต่อมลูกหมากระยะลุกลาม

โรคมะเร็งต่อมลูกหมากนั้นเกิดจากเซลล์ของต่อมลูกหมากมีความผิดปกติเกิดขึ้น กลายเป็นเซลล์มะเร็ง ซึ่งโดยปกติเซลล์ต่อมลูกหมากจะอาศัยฮอร์โมนเพศชายหรือ Androgen ในการเจริญเติบโต ดังนั้นเมื่อเซลล์มะเร็งนี้ได้รับฮอร์โมน Androgen จึงส่งผลให้อัตราการแบ่งตัวและอัตราการตายของเซลล์ต่อมลูกหมากนั้นขาดความสมดุลและเกิดการแบ่งตัวที่มีความผิดปกติและรวดเร็วขึ้น โดยเซลล์มะเร็งต่อมลูกหมากที่พบส่วนมากนั้นเป็นเซลล์มะเร็งชนิด Adenocarcinoma (95%) (Chodak, 2018) บริเวณที่พบเซลล์มะเร็งมากที่สุดคือบริเวณ Peripheral zone

ในช่วงแรกเซลล์มะเร็งที่ผิดปกติแล้วยังคงอยู่เพียงในต่อมลูกหมากปกติ เรียกว่า Carcinoma in situ แต่เมื่อเซลล์มะเร็งนี้มีการเจริญเติบโตขึ้นเรื่อยๆ และลุกลามไปรอบๆเนื้อเยื่อของต่อมลูกหมากกลายเป็นก้อนมะเร็งเกิดขึ้น จนเมื่อก้อนเนื้ออกมีการเจริญเติบโตมากพอ จะเกิดการลุกลามออกไปยังอวัยวะข้างเคียง เช่น ถุงอัณฑะหรืออัณฑะ หรือบริเวณทวารหนัก และอาจมีการลุกลามต่อไปยังกระแสเลือด และต่อมน้ำเหลือง เรียกมะเร็งต่อมลูกหมากในระยะนี้ว่า มะเร็งต่อมลูกหมากระยะลุกลาม (Crawford, Miller, Labrie, Hirano, Batuello, & Glodé, 2001)

อาการและอาการแสดงของโรคมะเร็งต่อมลูกหมาก

ผู้ป่วยโรคมะเร็งต่อมลูกหมากนั้นจะไม่มีอาการบ่งชี้ที่ชัดเจน ส่วนมากอาการที่เกิดขึ้นนั้นมักจะคล้ายคลึงหรือแทรกอยู่กับการของต่อมลูกหมากโตธรรมดา หรือต่อมลูกหมากอักเสบซึ่งผู้สูงอายุส่วนมากมักจะละเลยอาการเหล่านี้ เนื่องจากคิดว่าเป็นเรื่องธรรมดาของผู้สูงอายุดังนั้นมะเร็งชนิดนี้มักจะตรวจพบเมื่อเป็นมากหรือเมื่อเกิดการลุกลามไปสู่อวัยวะอื่นๆแล้ว (สมาคมศัลยแพทย์ระบบปัสสาวะแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์, 2559; Sotelo, Arriaga, Azhar, & Gill, 2015) อาการที่เกิดขึ้น ได้แก่

1. อาการในระบบทางเดินปัสสาวะเช่น ปัสสาวะบ่อย หรือปัสสาวะไม่แรง เกิดจากการที่ต่อมลูกหมากซึ่งอยู่ล้อมรอบท่อปัสสาวะมีขนาดโตขึ้นและไปบีบท่อปัสสาวะให้แคบลง
2. อาการปัสสาวะปนเลือด เกิดจากการที่ก้อนมะเร็งมีการลุกลามไปยังท่อปัสสาวะส่วนต่อมลูกหมาก (Prostatic Urethra) ซึ่งอาการปัสสาวะปนเลือดนั้นอาจมีความรุนแรงจนถึงการมีลิ่มเลือดออกมากับปัสสาวะได้
3. อาการกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ เกิดจากการที่ก้อนมะเร็งมีการลุกลามไปที่หูรูดท่อปัสสาวะส่วนนอก (External Urethral sphincter) ซึ่งต้องแยกออกจากการกลั้นปัสสาวะไม่ได้ที่มีปัสสาวะท้น (Over flow incontinence) ที่เกิดจากการอุดตันของมะเร็งที่มีขนาดใหญ่
- 4 ปัญหาเรื่องการแข็งตัวของอวัยวะเพศ เกิดจากการที่มะเร็งมีการลุกลามเฉพาะที่จนไปกดทับ Neurovascular bundle นอกจากนี้ผู้ป่วยอาจมีอาการ ปวดบริเวณเนื้อหุ้มหัวหน่าว หรือปวดฝีเย็บร่วมด้วย
5. อาการปวดสะโพก หลัง หน้าอก หรือขา เกิดจากการลุกลามของมะเร็งไปยังกระดูกเคลื่อนจนลุกลามไปถึงกระดูกต่างๆ จุดที่พบบ่อยคือกระดูกเชิงกรานและกระดูกสันหลังบริเวณ Lumbar Vertebra

1.4 การแบ่งระยะของโรคมะเร็งต่อมลูกหมาก

สมาคมศัลยแพทย์ระบบปัสสาวะแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์ (Thai Urological Association)(2559) ได้กำหนดระยะความรุนแรงของโรคตามระบบ TMN ไว้ดังนี้

T (Tumor): ขนาดของก้อนเนื้องอก

ระยะก้อนมะเร็งมีขนาดเฉพาะที่ (Localized disease) เป็นระยะที่ก้อนมะเร็งยังมีขนาดเล็กและยังไม่มีมีการลุกลามออกไปนอกต่อมลูกหมาก โดยแบ่งออกเป็น

T1 ก้อนมะเร็งมีขนาดเล็กและไม่สามารถตรวจได้จากการคลำทางทวารหนัก หรือการตรวจทางรังสี โดยขนาดของก้อนมะเร็งในระยะนี้จะคาดคะเนจากการตรวจระดับ PSA เท่านั้น

T2 เป็นระยะที่สามารถคลำก้อนมะเร็งได้จากการตรวจทางทวารหนัก แต่ขนาดของก้อนมะเร็งนั้นยังอยู่ภายในต่อมลูกหมาก

ระยะที่ก้อนมะเร็งมีการลุกลาม (Locally advanced disease) เป็นระยะที่ก้อนมะเร็งนั้นลุกลามออกไปนอกต่อมลูกหมากแล้วโดยแบ่งออกเป็น

T3 ก้อนมะเร็งมีการลุกลามในต่อมลูกหมากและอาจลุกลามออกไปนอกเยื่อหุ้มของต่อมลูกหมากรวมไปถึงชั้นไขมันและเยื่อหุ้มบริเวณรอบ

T4 ก้อนมะเร็งมีการลุกลามออกไปภายในอวัยวะของอุ้งเชิงกรานเช่นกระเพาะปัสสาวะ ลำไส้ใหญ่ส่วนปลาย กล้ามเนื้อบริเวณอุ้งเชิงกรานซึ่งสามารถไปยังถุงอัณฑะได้

N (Lymph nodes): การแพร่กระจายของมะเร็งไปยังต่อมน้ำเหลืองในบริเวณอุ้งเชิงกราน โดยแบ่งเป็น

N0 หมายถึง ไม่พบการแพร่กระจายของมะเร็งไปยังต่อมน้ำเหลือง

N1 หมายถึง มีการแพร่กระจายของโรคไปยังต่อมน้ำเหลืองแล้ว

M (Metastasis): การแพร่กระจายของมะเร็งไปยังอวัยวะอื่น โดยแบ่งเป็น

M0 หมายถึง ไม่พบการแพร่กระจายของมะเร็ง

M1 หมายถึง มีการแพร่กระจายของมะเร็งไปยังอวัยวะอื่น

MX หมายถึง ไม่สามารถประเมินการแพร่กระจายของมะเร็งไปยังอวัยวะอื่นได้

เนื่องจากโรคมะเร็งต่อมลูกหมากระยะลุกลาม หมายถึง ระยะมะเร็งได้มีการแพร่กระจาย ออกนอกต่อมลูกหมากไปยังอวัยวะต่างๆของร่างกายแล้ว (Prostate Cancer UK, 2016) ดังนั้นเมื่อ เปรียบเทียบกับการแบ่งระยะของโรคมะเร็งตามระบบ TMN แล้วจึงสามารถสรุปได้ว่าโรคมะเร็งต่อม ลูกหมากระยะลุกลามหมายถึงโรคมะเร็งในระยะที่ 4 (T4) และเนื่องจากการศึกษาครั้งนี้ต้องการ ศึกษาเกี่ยวกับผู้สูงอายุโรคมะเร็งต่อมลูกหมากระยะลุกลามที่รับการรักษาด้วยการควบคุมฮอร์โมน เป็นหลัก ดังนั้นผู้ป่วยโรคมะเร็งต่อมลูกหมากระยะลุกลามในการศึกษานี้จึงหมายถึงผู้ป่วยโรคมะเร็ง ต่อมลูกหมากระยะที่ 4 ที่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยการควบคุมฮอร์โมนนั่นเอง

1.5 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดมะเร็งต่อมลูกหมากในผู้สูงอายุ

1) อายุ ปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญที่สุดของการเกิดโรคมะเร็งต่อมลูกหมากคือ อายุที่เพิ่มขึ้น มีการศึกษาพบว่าอายุที่มากขึ้นจะพบอุบัติการณ์ของโรคมะเร็งต่อมลูกหมากสูงขึ้นตามไปด้วย และ อุบัติการณ์จะเพิ่มขึ้นอย่างชัดเจนในผู้ชายที่มีอายุมากกว่า 60 ปี (Mustafa, Salih, Illzam, Sharifa, & Hussain, 2016)

2) พันธุกรรม ผู้ชายที่เป็นญาติสายตรงกับผู้ที่ เป็นมะเร็งต่อมลูกหมาก (พ่อหรือพี่ชาย น้องชาย) มีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคมะเร็งต่อมลูกหมากถึงสองเท่า เมื่อเปรียบเทียบกับครอบครัวที่ ไม่มีประวัติการเป็นมะเร็งต่อมลูกหมาก (Mustafa et al., 2016)

3) เชื้อชาติ พบมะเร็งต่อมลูกหมากในคนอเมริกันผิวดำ โดยพบเป็น 2 เท่าของคน อเมริกันผิวขาว ส่วนคนชนชาติเอเชียนั้นพบได้น้อยกว่าชนชาติอเมริกาและยุโรป (Mustafa et al., 2016)

4) ฮอโรโมน androgen ซึ่งมีผลต่อการเจริญเติบโตของเซลล์ต่อมลูกหมากทั้งในภาวะต่อมลูกหมากโต และ ในก้อนมะเร็ง โดยตัวที่เป็น Active form ของฮอโรโมน androgen ที่จะมีผลต่อเซลล์ต่อมลูกหมากคือ DHT โดยคาดการณ์จากการไม่พบมะเร็งต่อมลูกหมากในชายที่ถูกตอน (Castration) ก่อนเข้าสู่วัยรุ่น หรือชายที่มีความผิดปกติของฮอโรโมน 5-alpha-reductase (สุริธร สุนทรพันธ์, 2558)

5) อาหาร การบริโภคอาหารที่มีไขมันเป็นส่วนประกอบมากจะมีผลต่อเซลล์มะเร็งต่อมลูกหมาก ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของมะเร็งต่อมลูกหมากจากระยะที่ไม่มีอาการไปสู่ระยะที่มีอาการเร็วขึ้น (สุริธร สุนทรพันธ์, 2558) ดังนั้นวัฒนธรรมการกินของคนไทยที่เปลี่ยนแปลงไปคล้ายชนชาติยุโรปส่งผลให้อุบัติการณ์การเกิดโรคมะเร็งต่อมลูกหมากเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว (दनัยพันธ์ อัครสกุล, 2560)

6) ยาและการติดเชื้อ ยาบางชนิดนั้นมีผลต่อเซลล์ต่อมลูกหมาก การใช้ยาลดระดับไขมันในเลือดเช่นยาในกลุ่ม statin สามารถลดความเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งต่อมลูกหมากได้ การติดเชื้อ หรือการอักเสบของต่อมลูกหมากก็เป็นสาเหตุของการเกิดมะเร็งต่อมลูกหมาก มีการศึกษาว่าการติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์ เช่น หนองใน ซิฟิลิส ก็สามารถเพิ่มปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งต่อมลูกหมากได้ (Mustafa et al., 2016)

1.6 การตรวจและการวินิจฉัยโรคมะเร็งต่อมลูกหมาก

การวินิจฉัยโรคมะเร็งต่อมลูกหมากนั้นสามารถทำได้โดยการซักประวัติ การตรวจร่างกาย การตรวจทางห้องปฏิบัติการ และการตรวจพิเศษอื่น ๆ ดังนี้ (Su, 2010; Zaorsky, Trabulsi, Dicker & Kelly, 2015; สายพิน เกษมกิจวัฒนา และ วาริณี เอียวสวัสดิกุล, 2554)

1) การซักประวัติ ซักประวัติเกี่ยวกับอาการและอาการแสดงของอาการอุดกั้นในระบบทางเดินปัสสาวะ การติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ ลักษณะของปัสสาวะเช่น การมีเลือดปน อาการปวดหลัง สะโพก ต้นขา อังเชิงกราน ปัจจัยเสี่ยงต่างๆ เช่น อายุ ประวัติโรคมะเร็งต่อมลูกหมาก ในครอบครัว การติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์ พฤติกรรมทางเพศ การสัมผัสสารก่อมะเร็ง การดื่มแอลกอฮอล์ สภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัย เป็นต้น

2) การตรวจร่างกาย ในกรณีที่ผู้ป่วยอยู่ในระยะต้น การตรวจร่างกายจะไม่พบความผิดปกติใดๆ แต่หากก้อนมะเร็งมีขนาดโตมากจะสามารถตรวจพบโดยการตรวจทางทวารหนัก (Digital Rectal Examination: DRE) โดยการใช้นิ้วคลำได้

3) การตรวจทางห้องปฏิบัติการ

3.1) Prostate-specific antigen (PSA) เป็นโปรตีนที่สร้างจากเซลล์ในต่อมลูกหมาก(ทั้งเซลล์ปกติและเซลล์มะเร็ง) ซึ่งทำการตรวจโดยการตรวจเลือดเพื่อหาระดับของ PSA ในเลือดซึ่งค่าปกติจะต่ำกว่า 4 ng./ml. เมื่อมะเร็งต่อมลูกหมากมีขนาดที่โตขึ้นหรือมีการลุกลามเพิ่มมากขึ้น ค่าPSA มักจะสูงมากกว่า 4 ng./ml. แต่ค่าPSAnั้นสามารถสูงขึ้นได้จากการทำหัตถการต่างๆ ทางศัลยศาสตร์ปัสสาวะ เช่นการตัดชิ้นเนื้อต่อมลูกหมาก การทำ TUR-P เป็นต้น ดังนั้นภายหลังการทำหัตถการเหล่านี้ต้องรอน้อย 6 สัปดาห์จึงจะตรวจค่า PSA ได้แน่นอน ส่วนการทำ DRE นั้นไม่มีผลต่อการตรวจค่า PSA (พิชญ มหาวงศ์ และ สุริจร สุนทรพันธ์, 2558)

3.2) การตรวจชิ้นเนื้อต่อมลูกหมาก (Prostate Needle biopsy) โดยทั่วไปจะนิยมตัดชิ้นเนื้อบริเวณ peripheral zone ซึ่งเป็นตำแหน่งที่ตรวจพบมะเร็งมากที่สุด ส่วนใหญ่จะทำการตรวจชิ้นเนื้อเมื่อพบว่ามีคามผิดปกติจากการทำ DRE หรือผลเลือด PSA ผิดปกติ (>10 ng/ml) (อภิรักษ์ สันติงามกุล, 2558)

3.3) Magnetic resonance imaging (MRI) จะช่วยในการประเมินระยะของมะเร็งต่อมลูกหมาก กรณีที่มะเร็งลุกลามไปยังอวัยวะอื่นๆ (พิชญ มหาวงศ์ และ สุริจร สุนทรพันธ์, 2558)

3.4) การตรวจ Bone scan เป็นการตรวจเพื่อประเมินการแพร่กระจายว่ามีการแพร่กระจายไปกระดูกหรือไม่ จะพิจารณาทำเมื่อมีอาการหรืออาการแสดงที่สงสัยการแพร่กระจายไปกระดูก (อภิรักษ์ สันติงามกุล, 2558)

1.7 การรักษามะเร็งต่อมลูกหมากในแต่ละระยะ

การตัดสินใจในการรักษาที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยแต่ละรายจะเกิดขึ้นภายหลังมีการตรวจประเมินเกี่ยวกับประเภทของเนื้องอก การพยากรณ์โรค ภาวะสุขภาพโดยทั่วไปอย่างละเอียด ทางเลือกในการรักษาที่มีในโรงพยาบาล และความพึงพอใจส่วนบุคคล ปัจจัยสำคัญในการเลือกวิธีการรักษาคือระยะ และความรุนแรงของโรค ซึ่งสามารถสรุปแผนการรักษาได้ดังนี้ (สมาคมศัลยแพทย์ระบบปัสสาวะแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์, 2556)

1. มะเร็งต่อมลูกหมากระยะที่ 1 หรือ 2 (T1,T2)

ในระยะนี้สามารถแบ่งกลุ่มความเสี่ยงตามขนาดของก้อนมะเร็ง ค่าคะแนนความรุนแรงของเซลล์มะเร็งต่อมลูกหมาก (Gleason score) และระดับ PSA เพื่อประเมินความรุนแรง สามารถวางแผนการรักษาได้เป็น 3 ระดับ ดังนี้

ตารางที่ 1 ตารางแสดงระดับความเสี่ยงความรุนแรงและแผนการรักษาโรคมะเร็งต่อมลูกหมาก

ระดับความเสี่ยง	ความรุนแรง	แผนการรักษา
กลุ่มความเสี่ยงต่ำ	เซลล์มะเร็งจำกัดอยู่เพียงกลีบเดียวของต่อมลูกหมาก และมี Gleason score <7 และระดับ PSA <10 ng/ml	การเฝ้าระวังเชิงรุก (active surveillance)
กลุ่มความเสี่ยงปานกลาง	เซลล์มะเร็งมีการลุกลามไปยังอีกกลีบของต่อมลูกหมาก หรือมี Gleason score =7 หรือมีระดับ PSA ตั้งแต่ 10-20 ng/ml	การผ่าตัดหรือการฉายรังสี ร่วมกับการควบคุมฮอร์โมน
กลุ่มความเสี่ยงสูง	เซลล์มะเร็งมีการลุกลามไปยังโครงสร้างที่อยู่ติดกับต่อมลูกหมาก หรือมี Gleason score >7 หรือมีระดับ PSA ตั้งแต่ >20 ng/ml	การรักษาโดยการควบคุมฮอร์โมนเพียงอย่างเดียวมักใช้กับผู้สูงอายุ หรือผู้ป่วยที่สถานะไม่เหมาะสมต่อการผ่าตัดหรือไม่ประสงค์รักษาด้วยวิธีอื่น

2. มะเร็งต่อมลูกหมากระยะที่ 3 (T3)

การรักษามาตรฐานสำหรับมะเร็งระยะนี้คือการฉายรังสี และการรักษาเสริมโดยใช้ฮอร์โมน ผู้ป่วยบางรายอาจพิจารณาใช้การผ่าตัดการฉายรังสีแนะนำให้ทำร่วมกับการรักษาเสริมโดยใช้ฮอร์โมนเป็นเวลา 2-3 ปี

3. มะเร็งต่อมลูกหมากระยะที่ 4 (T4)

จะใช้วิธีการรักษาโดยการควบคุมฮอร์โมนเป็นทางเลือกแรก ส่วนทางเลือกอื่นๆสำหรับการรักษาคือ การให้รังสีรักษาภายนอกร่วมกับการรักษาด้วยการควบคุมฮอร์โมน และการผ่าตัดเพื่อบรรเทาอาการ

มะเร็งต่อมลูกหมากที่ติดต่อการรักษาด้วยการควบคุมฮอร์โมน (Castration resistant prostate cancer: CRPC)

คือมะเร็งต่อมลูกหมากชนิดหนึ่งที่มีกลูกลามระหว่างการรักษามะเร็งต่อมลูกหมากในระยะที่ 4 มะเร็งชนิดนี้สามารถกำเริบโดยต้องการแอนโดรเจนในระดับต่ำมาก ซึ่งหมายความว่า แม้ร่างกายจะไม่ผลิตแอนโดรเจนเลย มะเร็งก็ยังสามารถโตได้ จึงเรียกมะเร็งชนิดนี้ว่า ติดต่อการรักษาด้วยการควบคุมฮอร์โมน เนื่องจากไม่ตอบสนองต่อการรักษาโดยการทำให้ฮอร์โมนอยู่ในระดับต่ำอีกต่อไป

และเป็นสิ่งจำเป็นที่ต้องตระหนักว่า มะเร็งต่อมลูกหมากที่ติดต่อการรักษาด้วยการควบคุมฮอร์โมน ไม่สามารถรักษาให้หายได้ แต่แพทย์จะพยายามรักษาเพื่อลดขนาดของมะเร็ง ซึ่งทำให้ผู้ป่วยมีโอกาสมีชีวิตอยู่ได้ยาวนานขึ้น และมีอาการน้อยลง (ปีสวาทแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์, 2556)

วิธีการรักษามะเร็งต่อมลูกหมากที่ติดต่อการรักษาด้วยการควบคุมฮอร์โมนมีหลากหลายวิธี ดังนี้

1. ฮอร์โมนกลุ่มใหม่ (New hormonal therapy) ฮอร์โมนกลุ่มใหม่ เป็นยาสำหรับมะเร็งต่อมลูกหมากที่ติดต่อการรักษาด้วยการควบคุมฮอร์โมน เมื่อการรักษาโดยใช้ฮอร์โมนมาตรฐานไม่มีประสิทธิผลอีกต่อไป ฮอร์โมนกลุ่มนี้ที่ช่วยยี่สิบที่สุดในการรักษา มะเร็งต่อมลูกหมาก คือ Abiraterone Acetate และ Enzalutamide

1.1. Abiraterone acetate ในสภาวะปกติร่างกายต้องการเอนไซม์ที่เรียกว่า CYP17 เพื่อผลิตเทสโทสเตอโรน CYP17 พบในอัณฑะ ต่อมหมวกไต และเซลล์มะเร็งต่อมลูกหมาก Abiraterone acetate จะขัดขวาง CYP17 จึงทำให้ไม่มีการผลิต Testosterone

1.2. Enzalutamide มะเร็งต่อมลูกหมากต้องการตัวรับแอนโดรเจนในการเจริญเติบโต Enzalutamide เป็นฮอร์โมนตัวใหม่ที่จะขัดขวางตัวรับแอนโดรเจน

2. เคมีบำบัด (Chemotherapy) เคมีบำบัด เป็นการรักษา มะเร็งวิธีหนึ่งที่ใช้สารเคมีในการทำลายเซลล์มะเร็ง ยาเคมีบำบัดจะถูกฉีดเข้าสู่กระแสเลือดเพื่อโจมตีเซลล์ทั่วร่างกาย โดยอาจให้เคมีบำบัดโดยตรงที่เนื้อเยื่อมะเร็งที่ใช้คือ

2.1. Docetaxel เป็นยาเคมีบำบัดที่มีการนำมาช่วยยี่สิบที่สุดในรักษา มะเร็งต่อมลูกหมาก โดยจะให้ทางหลอดเลือดดำที่โรงพยาบาล ใช้เวลาประมาณ 1 ชม. และให้ประมาณ 4-6 ครั้ง ห่างกัน 3 สัปดาห์ ระหว่างช่วงเว้นการให้ยาผู้ป่วยจะได้รับยาเสตีรอยด์เพรดนิโซโลน ซึ่งมักอยู่ในรูปยาเม็ด

2.2. Cabazitaxel หาก Docetaxel ไม่มีประสิทธิผล แพทย์อาจแนะนำให้รักษาด้วยยา Cabazitaxel

3. ภูมิคุ้มกันบำบัด (Immunotherapy) เป็นการรักษาชนิดหนึ่งที่ใช้ระบบภูมิคุ้มกันของตัวเองต่อสู้กับเซลล์มะเร็ง สำหรับยาที่ใช้เป็นภูมิคุ้มกันบำบัดในมะเร็งต่อมลูกหมาก คือ Sipuleucel-T ซึ่งยังไม่ได้รับการขึ้นทะเบียนในประเทศไทย

4. เรเดียม-223 (Radium-223) เป็นสารกัมมันตรังสีที่นำมาใช้ในการรักษา มะเร็งต่อมลูกหมากที่กระจายสู่กระดูกในระยะที่ติดต่อการรักษาด้วยการควบคุมฮอร์โมน

1.8 การรักษาโรคมะเร็งต่อมลูกหมากในระยะลุกลามในผู้สูงอายุ

การรักษามะเร็งต่อมลูกหมากในระยะลุกลามออกนอกต่อมลูกหมากตามเกณฑ์มาตรฐานของ American Urological Association (2018) คือการรักษาด้วย Androgen Deprivation Therapy

(ADT) หรือการรักษาด้วยการควบคุมฮอร์โมนเพศชาย เพื่อลดหรือยับยั้งการสร้างฮอร์โมนเพศชายที่มีบทบาทในการเจริญเติบโตของเซลล์มะเร็งซึ่งสามารถทำได้ 2 วิธีดังนี้

1) การรักษาด้วยการผ่าตัดอัณฑะ (Orchiectomy) (Surgical Castration) โดยจะเป็นการเอาส่วนของ Subscapular ที่เป็นเนื้อเยื่อในอัณฑะที่ทำหน้าที่สร้าง Androgen ออก ซึ่งการรักษาวินิจฉัยสามารถลดระดับฮอร์โมนเพศชายได้ 90-95% (Rove & Crawford, 2013)

2) การรักษาด้วยยาเพื่อทดแทนการตัดอัณฑะ (Medical Castration) ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่ต้องการเข้ารับการผ่าตัด สามารถใช้ยาเพื่อยับยั้งการผลิต Androgen โดยยานิยามใช้บ่อย มี 2 ชนิด คือ

2.1) ยา กลุ่ม Luteinizing Hormone-Releasing Hormone (LHRH) agonist ยาจะออกฤทธิ์ยับยั้งการหลั่งฮอร์โมน luteinizing ซึ่งมีบทบาทในการกระตุ้นการหลั่งฮอร์โมน Testosterone โดยยาจะจับกับตัวรับ LHRH ในต่อมใต้สมอง โดยปกติเมื่อระดับ Androgen ในร่างกายลดต่ำลง LHRH จะมีบทบาทในการกระตุ้นต่อมใต้สมองให้หลั่ง ฮอร์โมน luteinizing เพื่อกระตุ้นการสร้าง Androgen จากอัณฑะ (Schroder, 2008) การมี LHRH agonist ระดับสูงในร่างกายนั้นจะส่งผลให้ต่อมใต้สมองหยุดการหลั่งฮอร์โมน Luteinizing ซึ่งส่งผลให้ระดับของฮอร์โมน Testosterone ในร่างกายลดลง ในครั้งแรกที่ผู้ป่วยได้รับยา LHRH agonist นั้นผู้ป่วยอาจมีอาการทางระบบประสาท อาการปวดกระดูก จากการเพิ่มขึ้นของระดับ Testosterone ส่งผลให้ก้อนมะเร็งบวมขึ้น สาเหตุจากการที่ต่อมใต้สมองหลั่งฮอร์โมน Luteinizing ชั่วคราวและจึงหยุดการหลั่งฮอร์โมนไปซึ่งแพทย์อาจให้ยากกลุ่ม antiandrogen เพื่อลดอาการที่เกิดขึ้นได้ ยากลุ่ม LHRH agonist ที่ใช้ได้แก่ Goserelin Leuprolide และ Triptorelin การบริหารยาสามารถทำได้โดยการฉีดเข้าใต้ผิวหนัง (Devlin & Mudryj, 2009).

2.2) ยา กลุ่ม Luteinizing Hormone-Releasing Hormone (LHRH) antagonist ยาจะทำหน้าที่ขัดขวางการจับกันของ LHRH กับ Receptor ในต่อมใต้สมอง ส่งผลให้ต่อมใต้สมองไม่สามารถหลั่งฮอร์โมน luteinizing ได้ส่งผลให้ระดับของ Androgen ลดลงซึ่งจะแตกต่างกับ LHRH agonist เนื่องจากยา LHRH antagonist ไม่ส่งผลให้เกิดภาวะฮอร์โมน Testosterone สูงในร่างกาย จึงไม่ต้องมีการบริหารยา antiandrogen ร่วมด้วย ตัวอย่างยากกลุ่มนี้ได้แก่ Degarelix ซึ่งบริหารยาโดยการฉีดเข้าชั้นใต้ผิวหนังทุกเดือน (Crawford & Hou, 2009)

2.3) ยาด้านแอนโดรเจน (Antiandrogen) ยาจะออกฤทธิ์ยับยั้งการจับกันของ Androgen กับ Receptor ซึ่งจะส่งผลต่อการออกฤทธิ์ของฮอร์โมน Testosterone ต่อการเจริญเติบโตของเซลล์มะเร็งต่อมลูกหมาก ตัวอย่างของยากกลุ่มนี้ได้แก่ Flutamide Bicalutamide ซึ่งยาอยู่ในรูปแบบของยารับประทาน

ซึ่งภายหลังจากการได้รับการรักษาด้วยการควบคุมฮอร์โมนแล้ว ผู้ป่วยโรคมะเร็งต่อมลูกหมากจะต้องมีการติดตามการรักษาจากแพทย์ทุกๆ 3-6 เดือน โดยจะมีการตรวจร่างกายจากแพทย์ และการติดตามค่า PSA ค่าการทำงานของไต การทำงานของเม็ดเลือดแดง การทำงานของตับ แต่หากพบว่าค่า PSA เพิ่มขึ้นกว่าเดิมหรือมีอาการที่แสดงออกถึงการลุกลามที่เพิ่มมากขึ้นของมะเร็ง เช่นอาการปวด อาการต่อมน้ำเหลืองโต ซึ่งอาการเหล่านี้อาจหมายถึงการเข้าสู่ระยะที่ต้องได้รับการรักษาด้วยการควบคุมฮอร์โมน (Castration-resistant prostate cancer: CRPC) แพทย์จะพิจารณาการทำ Bone scan การตรวจเอ็กซเรย์ปอด และการทำ CT scan ตามความเหมาะสม เพื่อพิจารณาเปลี่ยนรูปแบบการรักษาต่อไป (दनัย มโนรมณ์ และคณะ, 2560)

1.9 ผลกระทบจากการรักษาด้วยการควบคุมฮอร์โมน

ในด้านของการรักษา โรคมะเร็งต่อมลูกหมากระยะลุกลามจะรักษาด้วยการควบคุมฮอร์โมนเพศชาย (Androgen Deprivation Therapy: ADT) เป็นทางเลือกแรกในการรักษา ซึ่งผลข้างเคียงที่เกิดขึ้นจากการรักษาส่งผลให้ผู้สูงอายุเกิดภาวะพึ่งพิงผู้อื่นเพิ่มมากขึ้นเรื่อยๆ ได้แก่ (Smith, 2018; Roth, Weinberger & Nelson, 2008)

1) ความผิดปกติทางเพศ เช่น ความรู้สึกทางเพศที่ลดลง (Loss of Libido) การเสื่อมสมรรถภาพทางเพศ (Erectile Dysfunction) ซึ่งเป็นผลกระทบสำคัญที่ควรแนะนำผู้สูงอายุก่อนเริ่มการรักษา

2) ภาวะกระดูกพรุนและกระดูกหัก การรักษาการควบคุมฮอร์โมนนั้นส่งผลให้เกิดการสูญเสียความหนาแน่นของมวลกระดูกเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดกระดูกหัก และการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ (Winters-Stone et al., 2017) ซึ่งสามารถพบได้ร้อยละ 20 ของผู้สูงอายุที่ได้รับการรักษาภายใน 5 ปี (Smith, Lee, Brandman, Wang, Botteman, & Pashos, 2005)

3) อาการทางระบบประสาทและกล้ามเนื้อ (Vasomotor Symptom) เช่น อาการร้อนวูบวาบ ซึ่งสามารถพบได้ถึง 80% ของผู้ที่ได้รับยากลุ่ม LHRH (Holzbeierlein, McLaughlin & Thrasher, 2004) ซึ่งเป็นอาการที่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ โดยเฉพาะการรบกวนการนอนหลับ (Khan, Lewis & Hughes, 2014)

4) การเปลี่ยนแปลงทางร่างกายและระบบการเผาผลาญของร่างกาย เนื่องจากการควบคุมฮอร์โมนส่งผลให้มวลกล้ามเนื้อและความแข็งแรงของกล้ามเนื้อลดลง (Sarcopenia) ปริมาณไขมันในร่างกายเพิ่มขึ้นโดยจะมีการสะสมของไขมันที่ชั้นผิวหนังเพิ่มมากขึ้น (Smith et al., 2002) นอกจากนี้การรักษายังส่งผลให้ความไวต่ออินซูลินของร่างกายลดลงดังนั้นผู้สูงอายุจึงมีความเสี่ยงต่อการเป็นโรคเบาหวานอีกด้วย (Alibhai et al, 2009; Tsai et al., 2015)

5) ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคทางระบบหัวใจและหลอดเลือด ได้แก่ โรคหัวใจ, โรคหลอดเลือดอุดตันจากลิ่มเลือด (หลอดเลือดดำอุดตัน, โรคลิ่มเลือดอุดตันในหลอดเลือดปอด, หลอดเลือดหัวใจอุดตัน) ไตวายเฉียบพลัน ภาวะเหนื่อยล้า (Fatigue) และภาวะโลหิตจาง

6) การเปลี่ยนแปลงภาพลักษณ์ ซึ่งเป็นผลมาจากจากการเพิ่มขึ้นของฮอร์โมนเอสโตรเจนในร่างกาย ได้แก่ ภาวะเต้านมโตในผู้ชาย (Gynecomastia) ขนาดของอวัยวะเพศลดลง (Haliloglu, Baltaci & Yaman, 2007) ปริมาณขนในร่างกายและเส้นผมลดลง และเกิดการเปลี่ยนแปลงของอารมณ์และการรับรู้ในผู้สูงอายุซึ่งเป็นผลกระทบจากการเปลี่ยนแปลงของระดับฮอร์โมน Testosterone ต่อระบบประสาท

1.10 ผลกระทบจากการเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งต่อมลูกหมากระยะลุกลาม

ผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งต่อมลูกหมากจะต้องเผชิญกับผลกระทบในด้านต่างๆที่เกิดขึ้น ทั้งผลกระทบที่เกิดจากการรักษา และอาการของโรคที่เข้าสู่ระยะลุกลามซึ่งผลกระทบที่เกิดขึ้นมีดังต่อไปนี้

1) ผลกระทบด้านร่างกาย

เมื่อโรคเข้าสู่ระยะที่มะเร็งมีการลุกลามออกไปยังอวัยวะข้างเคียง โดยอวัยวะที่พบการลุกลามมากที่สุดคือ กระดูก (Sartor & DiBiase, 2018) ซึ่งส่งผลกระทบให้เกิดอาการปวด อาการอ่อนแรงที่บริเวณขา (สมาคมศัลยแพทย์ระบบปัสสาวะแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์, 2560) อีกทั้งโรคมะเร็งต่อมลูกหมากยังทำให้ผู้สูงอายุเกิดภาวะกลั้นปัสสาวะไม่ได้ ปัสสาวะบ่อย ปัสสาวะกลางคืน ปัสสาวะไม่สุด ซึ่งอาการดังกล่าวส่งผลต่อการใช้ชีวิตประจำวันและการนอนหลับของผู้สูงอายุ อาการปัสสาวะบ่อยหรือการกลั้นปัสสาวะไม่ได้ทำให้ผู้สูงอายุต้องใส่แผ่นรองซับน้ำปัสสาวะ และในผู้สูงอายุบางรายต้องปรับการดำเนินชีวิตไปจากเดิม (Ferrão, Bettinelli, & Portella, 2017) อาการปัสสาวะกลางคืนนั้นทำให้ผู้สูงอายุต้องลุกขึ้นมาเข้าห้องน้ำในตอนกลางคืนบ่อยมากขึ้นซึ่งส่งผลให้ผู้สูงอายุเสี่ยงต่อการเกิดการพลัดตกหกล้มตามมา (Boyle, 2012)

นอกจากผลกระทบจากโรคที่เกิดขึ้นแล้ว ผลข้างเคียงที่เกิดขึ้นจากการรักษาด้วยการควบคุมฮอร์โมน เช่น อาการเหนื่อยล้า อาการร้อนวูบวาบ การเปลี่ยนแปลงของระบบเผาผลาญของร่างกาย การลดลงของมวลกล้ามเนื้อ ส่งผลให้ผู้สูงอายุสามารถช่วยเหลือตนเองได้ลดลง และเกิดภาวะพึ่งพิงเพิ่มมากขึ้น (Weinberger & Nelson, 2008) อีกทั้งผลจากการลดลงของระดับฮอร์โมนเพศชายจากการรักษา ส่งผลให้ฮอร์โมนเอสโตรเจนในร่างกายของผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น ทำให้ร่างกายของผู้สูงอายุแสดงลักษณะทางเพศหญิงออกมา (Feminization) เช่น ภาวะเต้านมโตในผู้ชาย (Gynecomastia) ขนาดของอวัยวะเพศลดลง ปริมาณขนในร่างกายและเส้นผมลดลง (Haliloglu, Baltaci & Yaman, 2007) เป็นต้น

2) ผลกระทบด้านจิตใจ

เนื่องจากผู้สูงอายุโรคมะเร็งต่อมลูกหมากระยะลุกลามนั้นต้องเผชิญกับเหตุการณ์ต่างๆตั้งแต่เริ่มการวินิจฉัย การเลือกการรักษา และผลกระทบทางร่างกายที่เกิดขึ้นจากการรักษา ซึ่งเหตุการณ์ดังกล่าวส่งผลกระทบต่อจิตใจของผู้ป่วยโรคมะเร็งต่อมลูกหมากระยะลุกลามดังต่อไปนี้

2.1) การปฏิเสธและความไม่เชื่อ: เนื่องจากโรคมะเร็งต่อมลูกหมากเป็นโรคที่ไม่มีอาการแสดงที่ชัดเจน และผู้สูงอายุส่วนมากจะมาพบแพทย์ด้วยอาการคล้ายความเสื่อมที่เกิดขึ้นตามวัย และไม่คาดคิดว่าตนจะเป็นโรคมะเร็ง เมื่อได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งต่อมลูกหมากส่งผลให้ผู้สูงอายุเกิดการปฏิเสธ และไม่เชื่อผลการวินิจฉัยของแพทย์ (Krumwiede & Krumwiede, 2012; Ferrão, Bettinelli, & Portella, 2017; Chambers et al., 2018)

2.2) ความรู้สึกโกรธ: เนื่องจากการวินิจฉัยโรคมะเร็งต่อมลูกหมากนั้นต้องอาศัยการตรวจค่า PSA และการตรวจพิเศษที่มีความซับซ้อน และใช้เวลาในการวินิจฉัยโรค ดังนั้นเมื่อได้รับการวินิจฉัยโรคมะเร็งต่อมลูกหมากที่อยู่ในระยะที่โรคมะเร็งลุกลามแล้ว ผู้ป่วยบางรายจึงรู้สึกโกรธและโทษทีมแพทย์ และการวินิจฉัยที่ใช้เวลานานจนทำให้โรคของตนเข้าสู่ระยะลุกลาม (Chambers et al., 2018) นอกจากนี้ผลกระทบจากการรักษาด้วยการควบคุมฮอร์โมนนั้นส่งผลต่อความสามารถในการทำงานของร่างกาย โดยเฉพาะความรู้สึกอ่อนล้า ทำให้การทำกิจกรรมของผู้สูงอายุมีจำกัด ผู้สูงอายุบางรายจึงต้องเลิกการทำกิจกรรมที่ตนชอบไปส่งผลให้ผู้สูงอายุรู้สึกโกรธการเจ็บป่วยที่เปลี่ยนชีวิตของตนไป (Carter et al., 2011; Eldridge, 2017)

2.3) ความรู้สึกหวาดกลัว: เนื่องจากโรคมะเร็งเป็นการเจ็บป่วยร้ายแรง อีกทั้งในบริบทสังคมเมื่อก้าวถึงโรคมะเร็งมักจะมาพร้อมคำว่าความตาย ดังนั้นเมื่อทราบว่าตนเองเป็นมะเร็งจึงทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกถึงความไม่แน่นอนในอนาคต ทั้งการลุกลามของโรค การรักษาและผลกระทบที่เกิดขึ้นในอนาคต จึงส่งผลให้ผู้สูงอายุหวาดกลัวต่ออนาคตข้างหน้า กลัวผลกระทบที่เกิดขึ้นจากการรักษา กลัวการตรวจติดตามค่า PSA เป็นต้น (Krumwiede & Krumwiede, 2012; Ervik & Asplund, 2012)

2.4) ความรู้สึกสิ้นหวัง หรือรู้สึกสูญเสีย: การรักษาโรคมะเร็งต่อมลูกหมากด้วยการควบคุมฮอร์โมนนั้นส่งผลให้ผู้ป่วยสูญเสียสมรรถภาพทางเพศ ความรู้สึกทางเพศลดลง และสูญเสียเอกลักษณ์ของความเป็นชายไป จึงส่งผลให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าร่างกายของตนไม่ใช่ของตน รู้สึกสูญเสียอำนาจและยังสูญเสียบทบาทหน้าที่ทั้งทางด้านบทบาททางเพศ และบทบาทในครอบครัวไป (Krumwiede and Krumwiede, 2012; Ferrão, Bettinelli, & Portella, 2017; Chambers et al., 2018)

2.5) ความรู้สึกวิตกกังวล: ในการรักษาโรคมะเร็งต่อมลูกหมากด้วยการควบคุมฮอร์โมนนั้น ผู้สูงอายุจะต้องมีการตรวจติดตามค่า PSA ทุก 3-6 เดือน จึงส่งผลให้ผู้สูงอายุเกิดการวิตกกังวลกับผลการตรวจ PSA กังวลกับการลุกลามของโรค (Krumwiede and Krumwiede, 2012) รวมไปถึงความรู้สึกวิตกกังวลกับอาการต่างๆ เช่นอาการบวมของอวัยวะเพศ อาการบวมที่ขา (Ervik & Asplund, 2012) นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยบางรายรู้สึกวิตกกังวลต่อผลข้างเคียงที่เกิดจากการรักษา อีกทั้งยังวิตกกังวลต่ออนาคตภายหลังจากการรับการรักษาโรคมะเร็งอีกด้วย (Ferrão, Bettinelli, & Portella, 2017; Chambers et al., 2018)

2.6) ความรู้สึกผิด ความรู้สึกอับอาย: เนื่องจากโรคมะเร็งต่อมลูกหมากนั้นส่งผลกระทบต่อภาพลักษณ์ความเป็นชายของผู้สูงอายุ โดยผู้สูงอายุจะมีลักษณะภายนอกที่คล้ายเพศหญิงเช่นหน้าอกที่ขนาดใหญ่ขึ้น มวลกล้ามเนื้อที่ลดลง (दनัย มโนรมณ์ และคณะ, 2560) จึงทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกอายกับรูปลักษณ์ของตน (Ervik & Asplund, 2012; Ferrão, Bettinelli, & Portella, 2017) นอกจากนี้การทำการกั้วจรที่ลดลงส่งผลให้ผู้สูงอายุเกิดภาวะฟุ้งเฟิงและการเป็นภาระการดูแลของภรรยา ทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกผิดที่ตนเป็นภาระต่อภรรยา (Northouse et al., 2007)

2.7) ซึมเศร้า แยกตัว: เป็นสิ่งที่เกิดขึ้นจากความรู้สึกกลัว ความรู้สึกเศร้า ความรู้สึกสูญเสีย ความรู้สึกสิ้นหวัง โดยในผู้สูงอายุโรคมะเร็งต่อมลูกหมากนั้นจะพบว่าความเจ็บป่วยเป็นสิ่งที่เปลี่ยนแปลงและส่งผลกระทบต่อทั้งชีวิตของผู้ป่วย และด้วยบริบทของสังคมจึงทำให้ผู้สูงอายุเลียงที่จะพูดถึงปัญหาของตน ส่งผลให้ผู้สูงอายุเกิดการแยกตัว (Chambers et al., 2018) นอกจากนี้ผู้สูงอายุบางรายรู้สึกว่าโรคมะเร็งนี้เป็นสิ่งใหม่ที่พวกเขาต้องเผชิญและรับมือ จึงทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกอยากตายเพื่อหนีความทุกข์ทรมานจากโรคและการรักษา (Ferrão, Bettinelli, & Portella, 2017)

3) ผลกระทบต่อครอบครัว

ในการเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งต่อมลูกหมากนั้นจากการศึกษาส่วนมากพบว่า คู่สมรสเป็นบุคคลที่มีบทบาทสำคัญต่อการเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งต่อมลูกหมากในผู้สูงอายุ (King, 2015) โดยคู่สมรสนั้นเป็นกำลังใจสำคัญและเป็นผู้ช่วยในการตัดสินใจเลือกการรักษา ซึ่งส่งผลให้คู่สมรสเกิดการปรับบทบาทความสัมพันธ์ฉันท์สามีภรรยา กลายเป็นบทบาทผู้ดูแล ส่งผลให้คู่สมรสเกิดความรู้สึกขาดความช่วยเหลือ วิตกกังวล (Kornblith, Herr, Ofman, Scher, & Holland, 1994; Northouse et al., 2007) อีกทั้งการเจ็บป่วยยังส่งผลกระทบต่อความสามารถในการทำกิจวัตร ส่งผลให้ผู้สูงอายุไม่สามารถหารายได้ ส่งผลต่อการเงินในครอบครัวอีกด้วย (Carter et al., 2011)

1.11 การพยาบาลผู้สูงอายุโรคมะเร็งต่อมลูกหมากระยะลุกลามที่รับการรักษาด้วยการควบคุมฮอร์โมน

การพยาบาลผู้สูงอายุโรคมะเร็งต่อมลูกหมากนั้นจะขึ้นอยู่กับการรักษาที่ผู้สูงอายุได้รับ โดยบทบาทของพยาบาล ในการให้การดูแลผู้สูงอายุที่ได้รับการรักษาด้วยการควบคุมฮอร์โมนนั้นคือการให้

ความรู้กับผู้สูงอายุเกี่ยวกับโรคที่ผู้สูงอายุกำลังเผชิญและวิธีการจัดการอาการและผลข้างเคียงที่เกิดขึ้นจากการรักษา เนื่องจากผู้สูงอายุส่วนมากจะรู้สึกกังวลที่จะพูดคุยเกี่ยวกับผลข้างเคียงที่เกิดขึ้นจากการรักษา กลัวและกังวลที่จะคุยกับแพทย์ผู้ให้การรักษาโดยพยาบาลเป็นผู้มีบทบาทสำคัญ (Davison, Degner & Morgan, 1995) ตั้งแต่ผู้สูงอายุได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งต่อมลูกหมากระยะลุกลาม โดยเมื่อผู้ป่วยอยู่กับภรรยาหรือบุคคลที่ผู้สูงอายุให้ความไว้วางใจ ในการช่วยตัดสินใจเลือกการรักษา ผู้สูงอายุจะได้รับข้อมูลจำนวนมากในระยะเวลาที่สั้น และในเวลานั้นผู้สูงอายุเองอาจไม่สามารถรับข้อมูลได้ทั้งหมด (Davison, Gleave, Goldenberg, Degner, Hoffart & Berkowitz, 2002)

ดังนั้นการจด หรือการเขียนถึงรายละเอียดเกี่ยวกับการรักษาด้วยการควบคุมฮอร์โมน ผลข้างเคียง และผลกระทบที่เกิดขึ้นจากการรักษา และการจัดการกับอาการข้างเคียงที่เกิดขึ้น จะช่วยให้ผู้สูงอายุได้รับทราบถึงข้อมูลที่จำเป็น เพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถตัดสินใจเลือกการรักษาที่เหมาะสมกับตนเองได้ (Boberg et al., 2003) สำหรับการรักษาโรคมะเร็งต่อมลูกหมากในระยะลุกลามนั้นมีการรักษาที่ค่อนข้างน้อย แต่ยังคงมีตัวเลือกสำหรับผู้สูงอายุในการตัดสินใจระหว่างการรับยาเพื่อควบคุมฮอร์โมนเพศชาย กับการผ่าตัดต่อมลูกหมาก ดังนั้นบทบาทของพยาบาลจึงมีหน้าที่ในชี้แจงถึงความแตกต่างของการรักษา และแหล่งประโยชน์ที่ผู้สูงอายุสามารถเข้าถึงได้ เพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถตัดสินใจเลือกการรักษาได้ (Cassileth et al., 1989)

ผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาด้วยการควบคุมฮอร์โมนนั้นจะมีปัญหาที่ต้องเผชิญที่แตกต่างกัน ดังนั้นพยาบาลจึงต้องพูดคุยถึงสิ่งที่ผู้สูงอายุกำลังเผชิญเพื่อเป็นการประเมิน และตั้งเป้าหมายร่วมกันกับผู้สูงอายุเกี่ยวกับความหวังจากการรักษาของผู้สูงอายุ ซึ่งสิ่งนี้จะเป็สิ่งที่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ระหว่างการรักษา ซึ่งการช่วยให้ผู้สูงอายุรู้ถึงความต้องการที่แท้จริงของตนเองนั้นจะเป็นสิ่งสำคัญที่ทำให้พยาบาลสามารถให้การช่วยเหลือผู้สูงอายุได้อย่างเหมาะสม (Powel & Wallace, 2002) โดยคำแนะนำสำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็งต่อมลูกหมากระยะลุกลามที่ได้รับการรักษาด้วยการควบคุมฮอร์โมนมีดังต่อไปนี้ (Cancer Council Australia, 2009)

1) ด้านการทำกิจกรรมหรือการออกกำลังกาย: เนื่องจากผลข้างเคียงที่เกิดขึ้นจากการรักษาด้วยการควบคุมฮอร์โมนคือการลดลงของมวลกล้ามเนื้อเนื่องด้งนั้นผู้สูงอายุโรคมะเร็งต่อมลูกหมากจึงต้องมีการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอเพื่อเพิ่มปริมาณของกล้ามเนื้อ โดยลักษณะการออกกำลังกายที่แนะนำสำหรับผู้สูงอายุได้แก่

1.1) การออกกำลังกายแบบแรงต้าน (Resistance exercise) หมายถึงการออกกำลังกายในระดับปานกลางถึงระดับหนักเช่น การออกกำลังกายโดยใช้ยางยืด หรือการออกกำลังกายในโรงยิม ซึ่งผลการออกกำลังกายรูปแบบนี้จะช่วยเพิ่มมวลกล้ามเนื้อ และยังช่วยให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยดีขึ้นอีกด้วย โดยการออกกำลังกายดังกล่าวสามารถลดผลข้างเคียงที่เกิดขึ้นจากการรักษาด้วยการควบคุมฮอร์โมนได้ โดยการเพิ่มความแข็งแรงของกระดูกและกล้ามเนื้อ นอกจากนี้การออก

กำลังกายยังช่วยลดอาการเหนื่อยล้า ที่ส่งผลต่อชีวิตประจำวันของผู้ป่วยได้ โดยการออกกำลังกายช่วยให้ร่างกายผู้ป่วยมีความแข็งแรง และสามารถทำกิจวัตรได้นานขึ้น

1.2) การออกกำลังกายแบบแอโรบิก (Aerobic exercise) เป็นการออกกำลังกายที่จะช่วยเพิ่มความแข็งแรงของระบบหัวใจและหลอดเลือดซึ่งจะสามารถช่วยเพิ่มความแข็งแรงของกระดูกและกล้ามเนื้ออีกทั้งยังช่วยลดปริมาณไขมันในร่างกาย ซึ่งเป็นสิ่งที่ช่วยลดอาการข้างเคียงจากการรักษาด้วยการควบคุมฮอร์โมนและยังส่งผลดีต่อการรักษาอีกด้วย โดยการออกกำลังกายรูปแบบนี้ จะช่วยให้กล้ามเนื้อหัวใจมีความแข็งแรงส่งผลให้ปริมาณเลือดที่ออกจากหัวใจเพิ่มมากขึ้น ลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดและโรคหัวใจ อีกทั้งการออกกำลังกายยังช่วยในการทำงานของอวัยวะเพศชายอีกด้วย

แต่หากผู้สูงอายุมีโรคทางกระดูกหรือมีภาวะกระดูกเปราะ กระดูกพรุน หรือมีปัญหาทางสุขภาพอื่นๆควรปรึกษากับแพทย์ก่อนเพื่อเลือกการออกกำลังกายหรือกิจกรรมที่มีความเหมาะสมกับผู้สูงอายุ

2) การรับประทานอาหาร: การรับประทานอาหารในผู้ป่วยโรคมะเร็งต่อมลูกหมากระยะลุกลามจะสามารถช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถรับมือกับการรักษา ช่วยรักษาเนื้อเยื่อที่ถูกทำลาย นอกจากนี้อาหารที่มีประโยชน์ยังช่วยสร้างระบบภูมิคุ้มกันที่ดีกับร่างกาย ลดการติดเชื้อและช่วยให้หัวใจและหลอดเลือดนั้นมีความแข็งแรงเพิ่มมากขึ้น อีกทั้งยังส่งผลดีต่อผู้สูงอายุที่มีภาวะน้ำหนักเกิน ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อมะเร็งต่อมลูกหมากอีกด้วยโดยอาหารที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุโรคมะเร็งต่อมลูกหมากได้แก่ ผัก ผลไม้ ธัญพืชโฮลเกรน ปลา พืชตระกูลถั่ว น้ำมันมะกอก โดยอาหารเหล่านี้จะช่วยเพิ่มปริมาณของสารต้านอนุมูลอิสระ ช่วยเพิ่มใยอาหาร(fiber) กรดไขมันโอเมก้า-3 ซึ่งเป็นประโยชน์ต่อผู้ป่วยโรคมะเร็งต่อมลูกหมาก นอกจากนี้ผู้ป่วยโรคมะเร็งต่อมลูกหมากควรหลีกเลี่ยงการรับประทานไขมันอิ่มตัว น้ำตาล และเกลือ รวมไปถึงงดการสูบบุหรี่และการดื่มแอลกอฮอล์ด้วย

นอกจากการรับประทานอาหารที่มีประโยชน์แล้วอาหารเสริมที่แนะนำสำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็งต่อมลูกหมากได้แก่

2.1) วิตามิน D: เนื่องจากวิตามินD ช่วยเสริมความแข็งแรงของกระดูก ช่วยเสริมสร้างภูมิคุ้มกันและช่วยในการเจริญเติบโตของเซลล์และเนื้อเยื่อได้ โดยจะพบมากใน น้ำมันปลา เช่นปลาแซลมอน ปลาทูน่า ไข่แดง ตับ และในน้ำมันตับปลา เป็นต้น

2.2) มะเขือเทศและไลโคพีน: มีการศึกษาวิจัยพบว่าผู้ที่ชอบรับประทานมะเขือเทศหรือมีระดับไลโคพีนในเลือดสูงสามารถลดความเสี่ยงในการเกิดโรคมะเร็งต่อมลูกหมากเนื่องจากเป็นสาร Anti-oxidants ที่ช่วยต่อต้านสารอนุมูลอิสระ อีกทั้งยังส่งผลดีต่อการรักษาโรคมะเร็งต่อมลูกหมากอีกด้วย (เอมอร์ ชัยประทีป, 2558)

2.3) Phyto-oestrogens: เป็นสารประกอบเคมีธรรมชาติที่พบได้ในพืชที่มีโครงสร้างและกลไกการออกฤทธิ์คล้ายเอสโตรเจน พบได้ในนมถั่วเหลือง เต้าหู้ หรือผลิตภัณฑ์จากถั่วเหลือง ซึ่งสาร Phyto-oestrogens จะช่วยลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งต่อมลูกหมากและยังช่วยลดการเพิ่มของ PSA ในกระแสเลือดอีกด้วย

3) การรักษาน้ำหนักตัวให้อยู่ในระดับปกติ: โดยการรับประทานอาหารในปริมาณที่พอดีและการมีกิจกรรมจะช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถรักษาภาวะโภชนาการที่เหมาะสมแก่ผู้สูงอายุได้ ซึ่งเป็นผลดีต่อการรักษาผู้ป่วยโรคมะเร็งต่อมลูกหมากระยะลุกลาม

4) คำแนะนำเกี่ยวกับการจัดการอาการข้างเคียงต่างที่เกิดจากการรักษา ได้แก่ (Prostate Cancer Foundation of Australia, 2016; สมาคมศัลยแพทย์ระบบปัสสาวะแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์, 2560)

4.1) อาการกลั้นปัสสาวะไม่อยู่, ปัสสาวะเล็ด (Incontinence): แนะนำการใช้อุปกรณ์รองซับหรือแผ่นรอง การสวมเสื้อผ้าที่มีสีเข้มเพื่อหลีกเลี่ยงการเห็นรอยน้ำปัสสาวะ และการเตรียมเสื้อผ้าสำรองสำหรับการเปลี่ยน

4.2) อาการเสื่อมสมรรถภาพทางเพศ (Erectile dysfunction): โดยส่วนมากแพทย์จะให้ยาเพื่อช่วยในการแข็งตัวของอวัยวะเพศ หรือการใช้ฮอร์โมนเพื่อช่วยในการแข็งตัวของอวัยวะเพศ นอกจากนี้พยาบาลอาจแนะนำพูดคุยระหว่างคูสมรสเกี่ยวกับสิ่งดีๆ และการแสดงออกถึงความรักในทางอื่น นอกจากนี้พยาบาลอาจแนะนำให้ผู้สูงอายุได้ปรึกษากับแพทย์หรือผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทาง

4.3) อาการอ่อนล้า (Fatigue): แนะนำการพักผ่อนอย่างเพียงพอโดยอาจมีการพักผ่อนระหว่างวัน วางแผนการทำกิจวัตรรวมไปถึงการจัดลำดับความสำคัญของกิจกรรมเพื่อให้ผู้สูงอายุได้ทำกิจกรรมที่มีความจำเป็นในช่วงที่ยังไม่เกิดอาการอ่อนล้า นอกจากนี้การออกกำลังกายยังสามารถช่วยลดอาการอ่อนล้าได้

4.4) อาการร้อนวูบวาบ (Hot Flush): คำแนะนำในการจัดการอาการแก่ผู้สูงอายุได้แก่ การสวมเสื้อที่ทำจากเส้นใยธรรมชาติ เช่นผ้าฝ้ายหรือผ้าลินิน ที่มีการระบายอากาศแก่ร่างกาย การดื่มน้ำมากๆ และการพกน้ำดื่มติดตัวเมื่อออกนอกบ้าน การหลีกเลี่ยงการทานอาหารรสจัด การหลีกเลี่ยงการอาบน้ำร้อน และการห่มผ้าห่มบางๆ เพื่อช่วยบรรเทาอาการที่เกิดขึ้น

นอกจากนี้การช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถรับมือกับการเจ็บป่วยและการรักษาที่เกิดขึ้น นอกจากจะเป็นการจัดการอาการที่เกิดขึ้นทางร่างกายและการปฏิบัติตัวและพยาบาลยังต้องให้การดูแลทางด้านจิตใจแก่ผู้สูงอายุเพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถเผชิญปัญหาที่เกิดขึ้นได้อย่างเหมาะสมอีกด้วย

1) การให้ผู้สูงอายุได้ระบายถึงความรู้สึกและปัญหาที่เขาเผชิญ: เนื่องจากโรคมะเร็งต่อมลูกหมากนั้นส่งผลกระทบต่อภาพลักษณ์ ผู้สูงอายุส่วนมากจึงหลีกเลี่ยงการพูดคุยถึงปัญหาที่พวกเขาได้รับ ดังนั้นพยาบาลจึงต้องเปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุได้พูดคุยระบายถึงปัญหาของพวกเขา เช่น การจัดกลุ่มช่วยเหลือเพื่อให้ผู้สูงอายุได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์กัน หรือการแนะนำให้ผู้สูงอายุได้พูดคุยกับบุคคลที่ไว้วางใจเช่น บุคคลในครอบครัวหรือภรรยา

2) การหาแหล่งประโยชน์หรือแหล่งสนับสนุนแก่ผู้สูงอายุ: เช่น ชมรม สมาคม หรือองค์กรที่สามารถให้ข้อมูลต่างๆแก่ผู้สูงอายุได้

โดยสรุปการเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งต่อมลูกหมากของผู้สูงอายุเกิดจากปัจจัยหลายๆด้าน โดยพบว่าอายุเป็นปัจจัยที่สำคัญร่วมกับพฤติกรรมทางสุขภาพของผู้สูงอายุส่งผลให้โรคมะเร็งต่อมลูกหมากเป็นโรคมะเร็งที่พบมากในผู้สูงอายุ อีกทั้งอาการแสดงของโรคมะเร็งมีความคล้ายคลึงกับความเสื่อมที่เกิดขึ้นตามวัยดังนั้นผู้สูงอายุจึงละเลยอาการที่เกิดขึ้นส่งผลให้ตรวจพบมะเร็งในระยะที่มีการลุกลามออกไปยังอวัยวะอื่นนอกต่อมลูกหมากแล้ว(Advance stage) ซึ่งอวัยวะที่พบว่ามีอาการลุกลามไปมากที่สุดคือกระดูก โดยเป้าหมายของการรักษาในระยะนี้คือการชะลอการลุกลามของโรคเพื่อให้ผู้สูงอายุมีชีวิตที่ยืนยาว ซึ่งการรักษานั้นขึ้นอยู่กับสภาพร่างกาย โรคร่วม การรู้คิดของผู้สูงอายุ และความสนใจของผู้สูงอายุเอง การตัดสินใจที่เกิดขึ้นนั้นจะส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต จิตใจ และจิตสังคมของผู้สูงอายุ โดยการรักษาลึกของมะเร็งต่อมลูกหมากระยะลุกลามคือ การควบคุมฮอร์โมนเพศชาย (Hormone therapy) ซึ่งสามารถทำได้ 2 รูปแบบ คือการผ่าตัดและการให้ยา ทั้งนี้พบว่าผลข้างเคียงที่เกิดขึ้นจากการรักษานั้นส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุมากที่สุด ซึ่งพยาบาลมีบทบาทในการให้คำแนะนำ และข้อมูลในการรักษาที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ เพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถตัดสินใจได้อย่างเหมาะสมและสามารถเผชิญกับผลข้างเคียงที่เกิดขึ้นเพื่อให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

2. แนวคิดเกี่ยวกับการเจ็บป่วย

2.1 ความหมายของการเจ็บป่วย (Illness)

Leon (1977) ให้ความหมายการเจ็บป่วยว่าหมายถึงประสบการณ์ที่เกิดขึ้นเมื่อบุคคลมีความเป็นอยู่และบทบาทที่เปลี่ยนแปลงไปจากเดิม

Jennings (1986) กล่าวว่า การเจ็บป่วย หมายถึงประสบการณ์หรือมุมมองที่ผู้ป่วยรับรู้ ซึ่งไม่สามารถพิสูจน์ได้ด้วยวิธีการทางชีวการแพทย์ แต่จะสามารถศึกษาได้จากการศึกษาทางปรากฏการณ์วิทยาเกี่ยวกับประสบการณ์ พฤติกรรมของแต่ละบุคคล

Twaddle (1994) ให้ความหมายของการเจ็บป่วยว่าหมายถึง สถานะทางสุขภาพที่ไม่พึงประสงค์ ซึ่งการรับรู้ที่เกิดขึ้นของบุคคลประกอบไปด้วย ความรู้สึกของบุคคลเช่น ความเจ็บปวด ความรู้สึกอ่อนแรง และการรับรู้ถึงสมรรถภาพ และความสามารถในการทำงานของร่างกาย

Boyd (2000) ให้ความหมายของการเจ็บป่วย ไว้ว่า ความเจ็บป่วยเป็นความรู้สึก หรือประสบการณ์ที่ไม่ดีต่อสุขภาพซึ่งมีความแตกต่างกันไปในแต่ละบุคคล ซึ่งความเจ็บป่วยอาจมาพร้อมกับโรคเพียงแต่การแสดงของความเจ็บป่วยจะมีความชัดเจนมากกว่าโรค เช่นโรคมะเร็งระยะแรกเป็นต้น

Hofman (2002) อธิบายถึงการเจ็บป่วยว่าหมายถึง ความผิดปกติทางร่างกายที่เกิดขึ้นจากการรับรู้ของบุคคล

พจนานุกรม ฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2554 ให้ความหมายของการเจ็บป่วยว่า หมายถึง ไม่สบายเพราะโรคหรือความไข้หรือเหตุอื่นที่ทำให้รู้สึกเช่นนั้น

ดังนั้นความเจ็บป่วยหมายถึง สภาวะที่มีการเปลี่ยนแปลงหน้าที่ปกติทางร่างกายและทางจิตใจ ซึ่งส่งผลให้บุคคลทำหน้าที่ได้น้อยลงกว่าปกติ เป็นประสบการณ์ ที่เกิดจากการรับรู้ของบุคคลที่บุคคลรู้สึกว่าตนเองมีสุขภาพที่ไม่ดี แต่ละบุคคลนั้นจะมีความเจ็บป่วยที่แตกต่างกันออกไป ส่งผลให้การตอบสนองที่เกิดขึ้นจากโรคนั้นมีความแตกต่างกันด้วย (Young, 2004) ซึ่งความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นจะมากหรือน้อย ขึ้นอยู่กับสิ่งที่มีผลกระทบต่อบุคคล หรือความรุนแรงของประสบการณ์ที่บุคคลพบเจอมาในอดีต ซึ่งความเจ็บป่วยนั้นอาจส่งผลให้อาการของโรค(Disease) เพิ่มมากขึ้น หรือความเจ็บป่วยอาจไม่เกี่ยวข้องกับโรค และในบางครั้งการเจ็บป่วยอาจเป็นอาการที่เกิดขึ้นก่อนเป็นโรคหรือเป็นความผิดปกติทางจิตใจก็ได้ (Cassell, 1976)

2.2 พฤติกรรมการเจ็บป่วย (Illness Behavior)

เมื่อบุคคลเริ่มรู้สึกว่าคุณเองมีอาการบางอย่างที่ผิดไปจากเดิมจะมีพฤติกรรมหลายอย่างเกิดขึ้นซึ่งพฤติกรรมเหล่านี้เรียกว่า พฤติกรรมการเจ็บป่วย โดยทางสังคมวิทยา และจิตวิทยาได้มีการแบ่งพฤติกรรมการเจ็บป่วยออกเป็น 5 ระยะดังต่อไปนี้ (Suchman, 1965)

1) ระยะปรากฏอาการ (The Symptom Experience Stage)

เป็นระยะที่เกิดการตัดสินใจว่ามีสิ่งผิดปกติเกิดขึ้นกับร่างกาย ซึ่งการตัดสินใจในระยะนี้ประกอบไปด้วยประสบการณ์อาการที่เกิดขึ้น 3 ลักษณะคือ

1.1) ประสบการณ์ทางด้านร่างกาย (Physical Experience) เป็นอาการที่แสดงถึงความผิดปกติของร่างกาย เช่น การคลื่นไส้ อาเจียน หรือการมีผื่นคัน

1.2) ลักษณะทางความคิด (Cognitive Aspects) หมายถึงความสำคัญหรือความเร่งด่วนของอาการที่เกิดขึ้นตามการรับรู้ หรือประสบการณ์อาการของแต่ละบุคคล ว่ามีอันตรายต่อชีวิตมากน้อยเพียงใด

1.3) การตอบสนองทางอารมณ์ (The Emotional Response) หมายถึงความรู้สึกที่เกิดขึ้นต่ออาการที่ปรากฏ ซึ่งเป็นการแปลความหมายของอาการตามการรับรู้และประสบการณ์อาการที่พบเจอและแปลความหมายออกมาว่าเป็นอาการของโรคร้ายแรงหรือไม่

2) ระยะตัดสินใจว่าป่วย (Assumption of the sick role)

เป็นระยะที่ผู้ป่วยยอมรับว่าคุณเองมีอาการเจ็บป่วยเกิดขึ้น และจะใช้ศักยภาพของตนเองในการหาหนทางที่จะบรรเทาอาการที่เกิดขึ้นของตน ในระยะนี้ผู้ป่วยจะปรึกษากับบุคคลที่ตนเองไว้วางใจหรือให้ความนับถือ ซึ่งเป็นบุคคลที่ผู้ป่วยเลือกแล้วโดยการกระทำดังกล่าวนั้นมีเป้าหมายอยู่ 2 ประการ

2.1) เพื่อให้เกิดความมั่นใจว่าการเจ็บป่วยของตนเองเป็นความจริง โดยการประเมินจากคนอื่น และเมื่อตนได้รับการยืนยันแล้วผู้ป่วยจะเกิดการปรับพฤติกรรมของตนตามการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น

2.2) เพื่อขอคำปรึกษาหรือข้อมูลว่าจะทำอย่างไรต่อไป ซึ่งส่วนมากคู่สมรสจะเป็นบุคคลแรก que ผู้ป่วยจะบอกถึงอาการที่เกิดขึ้น

ซึ่งบุคคลที่เป็นผู้ให้คำแนะนำเรื่องอาการป่วยมักจะทำให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยว่าให้ไปพบแพทย์ ผู้ป่วยก็จะมีแนวโน้มที่จะปฏิบัติตามคำแนะนำของบุคคลเหล่านั้น ซึ่งกระบวนการที่เกิดขึ้นทั้งหมดนั้นคือเพื่อแสวงหาการรักษาที่มีความเหมาะสมนั่นเอง

3) ระยะเข้ารับการรักษาจากแพทย์ (Medical Care Contact Stage)

เป็นระยะที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาโรค การพยากรณ์ และมีการวางแผนให้การรักษาจากแพทย์ ซึ่งในระยะนี้จะเป็นระยะที่บ่งบอกว่าบุคคลจะเข้าสู่บทบาทการเป็นผู้ป่วยหรือไม่ หากแพทย์วินิจฉัยว่าบุคคลไม่มีความเจ็บป่วย บุคคลจะกลับเข้าสู่บทบาทปกติ ซึ่งผู้ป่วยอาจจะแสวงหาแพทย์คนอื่นจนกว่าจะได้รับการวินิจฉัยว่าป่วยก็ได้ โดยในระยะนี้ผู้ป่วยจะได้รับการตรวจร่างกาย การวินิจฉัย และการให้การรักษา

4) ระยะรับบทบาทเป็นผู้ป่วย (The Dependent-Patient Role Stage)

คือระยะที่ผู้ป่วยตัดสินใจเข้ารับการรักษาและการดูแลจากแพทย์และพยาบาล รวมไปถึงการให้ความร่วมมือในการปฏิบัติตามคำแนะนำ ซึ่งในระยะนี้ผู้ป่วยอาจมองบทบาทนี้เป็นเพียงหนทางให้ตนเองหายจากโรค เนื่องจากผู้ป่วยจะต้องมีการพึ่งพาเกิดขึ้น ผู้ป่วยจะต้องสูญเสียสิทธิหลายอย่าง และยังสูญเสียความเป็นตัวของตัวเอง จึงอาจส่งผลให้ผู้ป่วยแสดงออกถึงความยากลำบากในการแสดงบทบาทของผู้ป่วย ทำให้เจ้าหน้าที่ที่ให้การดูแลนั้นมองว่าผู้ป่วยเป็นบุคคลที่มีปัญหาได้ แต่ผู้ป่วยบางรายอาจตั้งใจปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์ พยาบาลเพื่อให้ตนได้ข้อมูลต่างๆที่เกี่ยวข้องกับการเจ็บป่วยอย่างละเอียดนั่นเอง

5) ระยะพักฟื้นและระยะฟื้นฟูสภาพ (The Recovery or Rehabilitation)

เป็นระยะที่ผู้ป่วยยุติบทบาทการเป็นผู้ป่วยสู่บทบาทเดิมก่อนที่ตนจะเจ็บป่วย โดยในระยะนี้บุคคลจะเกิดการปรับบทบาทของตนเกิดขึ้น ผู้ป่วยส่วนใหญ่ในระยะนี้จะกลับบ้านและดูแลตนเองที่บ้าน ในระยะนี้ผู้ป่วยอาจต้องอาศัยผู้ดูแลในการฟื้นฟูสภาพ ซึ่งผู้ป่วยที่ไม่สามารถปรับบทบาทของตนได้นั้นอาจเรียกว่าคนแกล้งป่วย (Malingers) หรือหมายถึงบุคคลที่ต้องการอยู่ในบทบาทของผู้ป่วยตลอดเวลา ซึ่งส่วนมากผู้ป่วยโรคเรื้อรังมักจะยังต้องการอยู่ในบทบาทของการเป็นผู้ป่วย แต่แพทย์และบุคลากรทางสาธารณสุขมักจะคาดหวังให้ผู้ป่วยเรื้อรังกลับเข้าสู่บทบาทปกติมากกว่าการอยู่ในบทบาทของผู้ป่วย โดยการให้บุคคลมีกิจกรรมได้ตามปกติเช่นเดียวกับบุคคลทั่วไป แต่ต้องมีการปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์ เช่นการรับประทานยา การควบคุมอาหาร การตรวจติดตามการรักษา หรือการออกกำลังกาย เป็นต้น ดังนั้นผู้ป่วยโรคเรื้อรังจึงจะรับบทบาท 2 บทบาทไปพร้อมกันคือ บทบาทของการเป็นผู้ป่วยในการปฏิบัติตนตามคำแนะนำของแพทย์ และบทบาทปกติ จึงทำให้ผู้ป่วยบางคนมีปัญหาในการปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์ เนื่องจากไม่สามารถปรับตัวกับ 2 บทบาทพร้อมกันได้ หรือผู้ป่วยบางรายอาจปรับตัวได้เพียงระยะเวลาสั้นๆและเลิกปฏิบัติไป

2.3 วิถีความเจ็บป่วย (Illness Trajectory)

แนวคิดเกี่ยวกับวิถีความเจ็บป่วยเป็นการอธิบายถึงเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในช่วงระยะเวลาที่เกิดการเจ็บป่วย โดยสร้างขึ้นเพื่อใช้อธิบายถึงวิถีการดำเนินของโรคเรื้อรัง เพื่อให้บุคลากรทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้องสามารถให้การดูแลที่มีความเหมาะสมในแต่ละระยะของการดำเนินโรค วิถีการเจ็บป่วยนั้นมีการเปลี่ยนแปลงโดยปัจจัยด้านของพยาธิสภาพของโรค และการเปลี่ยนแปลงทางภาวะสุขภาพ แต่ถึงอย่างนั้นแม้บุคคลจะมีการเจ็บป่วยด้วยโรคเดียวกัน แต่การดำเนินของโรคนั้นจะมีความแตกต่างกันไปในแต่ละบุคคล (Jablonski, 2004) สาเหตุมาจาก 1) ประสบการณ์การได้รับผลกระทบจากการเจ็บป่วย 2) ลักษณะส่วนบุคคลของผู้ป่วย 3) ปัจจัยภายนอก 4) การได้รับการพยาบาลที่แตกต่างกัน (Corbin, 1998) โดยรูปแบบของวิถีความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นอาจถูกกำหนดหรือมีการเปลี่ยนแปลงจากการกระทำของบุคคลและครอบครัว

Corbin & Strauss (1992) ได้ทำการศึกษาและสร้างกรอบแนวคิดเกี่ยวกับวิถีความเจ็บป่วย โดยแบ่งวิถีความเจ็บป่วยออกเป็น 8 ระยะและต่อมา Corbin (2001) ได้ทำการแบ่งวิถีความเจ็บป่วยเพิ่มเป็น 9 ระยะ แม้ว่าวิถีการเจ็บป่วยของบุคคลจะมีการดำเนินไปอย่างต่อเนื่องในแต่ละระยะ แต่การเจ็บป่วยนั้นไม่ได้เป็นไปในแนวเส้นตรงกล่าวคือ สามารถย้อนกลับไปในระยะแรก หรือบางระยะอาจมีช่วงเวลาที่มีความยาวนานมากกว่าช่วงเวลาอื่นๆหรือแม้แต่การมีโรคเรื้อรังที่เพิ่มขึ้นก็ส่งผลต่อระยะการดำเนินของวิถีความเจ็บป่วยได้เช่นกัน โดยการแบ่งระยะต่างๆของวิถีความเจ็บป่วยนั้นมาจากข้อมูลพฤติกรรมสุขภาพของแต่ละบุคคล ซึ่งประกอบไปด้วยประสบการณ์ในการเข้ารับการรักษาตัวที่โรงพยาบาล การจัดการอาการที่เกิดขึ้นจากความเจ็บป่วย ความเชื่อและมุมมองเกี่ยวกับประสบการณ์การเจ็บป่วย และประสบการณ์ต่างๆในชีวิตที่เกิดขึ้น โดย Corbin (2001) ได้แบ่งระยะการเจ็บป่วยโดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1) ระยะก่อนการเจ็บป่วย (Pretrajectory) เป็นระยะเริ่มแรกของรูปแบบวิถีการเจ็บป่วยซึ่งในระยะนี้จะยังไม่มีความเจ็บป่วยเกิดขึ้นแต่ ปัจจัยทางด้านพันธุกรรม หรือพฤติกรรมในการดำเนินชีวิต ทำให้เกิดปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคเรื้อรังซึ่งเป้าหมายของการดูแลในระยะนี้คือ การป้องกันการเกิดโรคเรื้อรัง

2) ระยะเริ่มการเจ็บป่วย (Trajectory Onset) เป็นระยะที่มีการปรากฏอาการและอาการแสดงของโรค และมีการวินิจฉัยโรคจากประวัติ การตรวจทางห้องปฏิบัติการและการตรวจร่างกาย ซึ่งระยะนี้ผู้ป่วยจะเริ่มทราบถึงการเจ็บป่วยของตนและต้องเผชิญกับคำวินิจฉัยโรคจากแพทย์ โดยเป้าหมายของการจัดการในระยะนี้คือ การคาดการณ์และการวางแผนที่เหมาะสมสำหรับวิถีการเจ็บป่วยที่มีความเหมาะสม

3) ระยะเวลาที่ (Stable) เป็นระยะที่การเจ็บป่วยและอาการของโรคนั้นสามารถควบคุมได้ การดำเนินชีวิต กิจกรรมต่างๆเป็นไปได้อย่างดีของใจของความเจ็บป่วย ซึ่งการจัดการการเจ็บป่วยในระยะนี้จะมีศูนย์กลางอยู่ที่บ้าน เป้าหมายของการดูแลในระยะนี้คือการทำให้อาการเจ็บป่วยนั้นคงที่และสามารถคงกิจกรรมในชีวิตประจำวันไว้ได้

4) ระยะเวลาที่ไม่คงที่หรือระยะที่มีการเปลี่ยนแปลง (Unstable) เป็นระยะที่ไม่สามารถควบคุมอาการเจ็บป่วยไว้ได้ หรือเกิดผลกระทบจากการเจ็บป่วยขึ้น ชีวิตประจำวันและการทำกิจกรรมในแต่ละวันถูกรบกวนและมีความยากลำบากในการดำเนินชีวิตเกิดขึ้น มีการปรับเปลี่ยนรูปแบบการดูแลการเจ็บป่วยขึ้นซึ่งจะเกิดขึ้นที่บ้าน เป้าหมายของการดูแลในระยะนี้คือการทำให้อาการเจ็บป่วยกลับไปสู่ระยะคงตัว

5) ระยะเวลาวิกฤต เฉียบพลัน (Acute) เป็นระยะที่โรคมักมีการกำเริบและทรุดลงส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง บุคคลต้องเข้ารับการรักษาด่วนในโรงพยาบาล ถูกจำกัดกิจกรรมหรือในนอนพักบนเตียงเพียงอย่างเดียวเพื่อควบคุมอาการเจ็บป่วย เป้าหมายของการรักษาในระยะนี้คือการทำให้การเจ็บป่วยกลับมาอยู่ในระยะที่สามารถควบคุมได้และให้บุคคลสามารถทำกิจกรรมได้อีกครั้ง

6) ระยะเวลาฉุกเฉิน (Crisis) เป็นระยะที่บุคคลอยู่ในสภาวะที่เป็นอันตรายถึงชีวิต ซึ่งต้องการการรักษาหรือการดูแลที่เร่งด่วน โดยในระยะนี้บุคคลจะต้องยุติการทำกิจกรรมต่างในชีวิตประจำวันลง จนกว่าจะพ้นระยะวิกฤตไป โดยเป้าหมายการดูแลในระยะนี้นั้นคือการจัดการสาเหตุและอาการที่อันตรายถึงแก่ชีวิตให้ออกไป หรือการรักษาชีวิตของบุคคลไว้

7) ระยะเวลาที่กลับสู่ภาวะปกติ (Comeback) เป็นระยะที่ผู้ป่วยนั้นฟื้นสภาพกลับสู่ภาวะปกติ โดยการฟื้นสภาพนั้นจะเป็นอย่างค่อยๆเป็นค่อยๆไป ซึ่งขึ้นอยู่กับความเจ็บป่วยหรือภาวะทุพพลภาพที่เกิดขึ้นซึ่งการฟื้นสภาพนี้รวมไปถึงด้านร่างกาย ด้านจิตใจ และด้านจิตสังคม บุคคลจะเริ่มปรับตัวเพื่อกลับมาทำกิจกรรมในชีวิตประจำวัน เป้าหมายของการดูแลในระยะนี้คือการให้บุคคลได้เคลื่อนไหวและการคาดการณ์และวางแผนสำหรับวิถีความเจ็บป่วยและการดูแลที่เหมาะสม

8) ระยะเวลาอาการทรุดลง (Downward) เป็นระยะที่อาการของโรคมักดำเนินไปในทางที่แย่งลงอย่างรวดเร็ว การทำงานของร่างกายลดลงจากภาวะทุพพลภาพที่เพิ่มมากขึ้น การควบคุมอาการของโรคนั้นเป็นไปได้อย่างยากมากขึ้น ทำให้เกิดการปรับหรือจำกัดกิจกรรมในชีวิตประจำวันมากขึ้น โดยเป้าหมายของการดูแลในระยะนี้คือการปรับตัวให้เหมาะสมกับภาวะทุพพลภาพที่เกิดขึ้นตามอาการที่ทรุดลง

9) ระยะเวลาสุดท้าย (Dying) เป็นวันสุดท้ายหรืออาทิตย์สุดท้ายก่อนการเสียชีวิตของบุคคล ร่างกายจะหยุดทำหน้าที่ หรือทำกิจกรรมต่างๆโดยอาจเกิดขึ้นแบบค่อยเป็นค่อยไป หรืออาจเกิดขึ้นอย่างรวดเร็วก็ได้ บุคคลจะเกิดการปล่อยวาง ไม่สนใจในกิจกรรมต่างๆ เป้าหมายของการดูแลในระยะนี้คือการให้บุคคลเข้าสู่ภาวะสุดท้ายอย่างสงบ

เนื่องจากโรคมะเร็งต่อมลูกหมากนั้นเป็นโรคมะเร็งที่มีการดำเนินของโรคที่ช้า ผู้ป่วยโรคมะเร็งต่อมลูกหมากต้องอยู่กับความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นเป็นระยะเวลาหลายปี ดังนั้นการทำความเข้าใจถึงวิถีการดำเนินของโรค ผ่านแนวคิดวิถีความเจ็บป่วยของ Corbin (2001) จะช่วยให้ผู้ดูแล บุคลากรทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้อง สามารถประเมินผู้ป่วยและวางแผนการดูแลที่เหมาะสมแก่ผู้ป่วยโรคมะเร็งต่อมลูกหมากต่อไปได้

2.4 ปฏิกริยาการตอบสนองต่อความเจ็บป่วย

ความเจ็บป่วยนั้นเป็นสิ่งที่ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ ความเจ็บป่วยที่ไม่รุนแรงอาจไม่มีผลกระทบต่อผู้ป่วยมากนัก เพราะผู้ป่วยจะสามารถปรับตัว และสามารถตอบสนองต่อความเจ็บป่วยได้ แต่หากการเจ็บป่วยที่ผู้ป่วยต้องเผชิญนั้น มีความรุนแรงแบบเฉียบพลัน วิกฤต และเรื้อรังจะส่งผลกระทบต่อความเปลี่ยนแปลงทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจอารมณ์และพฤติกรรม ทำให้ผู้ป่วยสูญเสียภาพลักษณ์ สูญเสียอัตมโนทัศน์ และส่งผลกระทบต่อจิตใจของผู้ป่วยดังต่อไปนี้(วิไลวรรณ ทองเจริญ, 2554)

1) ความรู้สึกสูญเสีย (Loss) (Potter and Perry, 1995) เมื่อเกิดภาวะความเจ็บป่วยเกิดขึ้น ไม่ว่าจะเป็นการเจ็บป่วยแบบเฉียบพลัน แบบเรื้อรัง หรือขั้นวิกฤต มักก่อให้เกิดความรู้สึกสูญเสียแก่ผู้ป่วยและครอบครัวในด้านต่างๆทั้งด้านความเป็นอยู่ที่ดี การสูญเสียความเป็นอิสระและการพึ่งพาตนเอง สูญเสียความรู้สึกคุ้นเคยกับสภาพแวดล้อม สูญเสียความสุขสบาย สูญเสียอัตมโนทัศน์แห่งตน สูญเสียบทบาททางสังคมและบทบาทในครอบครัว ซึ่งความรุนแรงและการตอบสนองที่เกิดขึ้นจะมีความแตกต่างกันไปในแต่ละบุคคล โดยจะขึ้นอยู่กับสาเหตุของการสูญเสีย ประสบการณ์ด้านความสูญเสีย การสนับสนุนความช่วยเหลือที่ได้รับ สังคม วัฒนธรรม ศาสนา และพฤติกรรมของผู้ป่วยและครอบครัว

2) ความเศร้าโศก (Grief) เป็นสิ่งที่เกิดขึ้นเมื่อผู้ป่วยและครอบครัวเกิดความหมดหวัง ท้อแท้ขาดที่พึ่งอันว่าง โดดเดี่ยว เศร้าใจ รู้สึกผิดหวังหรือโกรธเมื่อต้องเผชิญกับความเจ็บป่วย ความสูญเสีย และเมื่อต้องเผชิญกับความตาย

เมื่อเกิดความเศร้าโศกบุคคลจะแสดงออกในการตอบสนองต่อความเศร้าโศก (Grief response) หรือกลไกในการจัดการ (Coping mechanisms) ซึ่งสามารถแบ่งออกเป็น 5 ระยะ (Kübler-Ross Grief Model) (Kübler-Ross and Kessler, 2007) ซึ่งกลไกการตอบสนองที่เกิดขึ้นนั้นไม่จำเป็นจะต้องเกิดขึ้นทุกระยะ ซึ่งมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1) ระยะเวลาปฏิเสธ (Denial) เป็นระยะที่บุคคลมีการปฏิเสธไม่ยอมรับต่อการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น เป็นกลไกการป้องกันที่เกิดจากการที่บุคคลต้องเผชิญกับความเป็นจริงที่เจ็บปวด โดยผู้ป่วยจะพยายามรวบรวมแหล่งประโยชน์ภายในและภายนอกเพื่อหลีกเลี่ยงผลกระทบที่เกิดขึ้นจากการสูญเสีย ผู้ป่วยอาจแสดงออกด้วยอาการชา การขาดความรู้สึกไปชั่วขณะ รับรู้ว่าร่างกายของตน

ไม่ใช่ของตน ไม่สามารถตั้งสติ หรือเรียงลำดับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นกับตนเองหรือบุคคลรอบข้างได้ ผู้ป่วยจะไม่ยอมรับว่าเกิดการสูญเสียขึ้น โดยจะพูดว่า “ไม่จริง เป็นไปไม่ได้” อาการที่เกิดขึ้นจะอยู่เป็นระยะเวลาสั้นๆ ซึ่งอาการจะดีขึ้นหรือแย่ลงนั้นจะขึ้นอยู่กับ การสูญเสียที่เกิดขึ้นว่ามากหรือน้อยเพียงใด

2) ภาวะโกรธ (Anger) เป็นระยะที่บุคคลแสดงความโกรธต่อความสูญเสียที่เกิดขึ้น จะกล่าวโทษต่อบุคคลที่มีความเกี่ยวข้องหรือสิ่งแวดล้อม รู้สึกว่าทำไมเหตุการณ์หรือความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นนั้นต้องเกิดกับตนเอง พยายามโทษว่าเป็นความผิดของคนใดคนหนึ่ง เช่นการโทษว่าแพทย์ตรวจผิด อาจกล่าวโทษไปถึงสิ่งที่ไม่เป็นตัวตน เช่น การโทษพระเจ้า การโทษโชคชะตา รู้สึกโกรธตนเอง ซึ่งความโกรธที่เกิดขึ้นเป็นปฏิกิริยาการตอบสนองทั่วไปของมนุษย์ที่เกิดขึ้นจากการสูญเสียตนเอง

3) ภาวะการต่อรอง (Bargaining) ในระยะนี้บุคคลจะเริ่มรู้สึกถึงความสูญเสียที่เกิดขึ้นแต่จะยังคงมองหาสิ่งต่อรองเพื่อเป็นการปลอบใจกับการสูญเสียที่เกิดขึ้นที่ยังไม่สามารถยอมรับได้ บุคคลจะพยายามหาที่ย้ำความมั่นใจต่อสิ่งที่เกิดขึ้นใหม่ เช่นการหาที่ตรวจวินิจฉัยโรคใหม่ หรือการพึ่งพาต่อรองกับสิ่งศักดิ์สิทธิ์ หรือการหาสิ่งอื่นมาทดแทนการสูญเสียที่เกิดขึ้น ซึ่งความเป็นจริงแล้วความสูญเสียที่เกิดขึ้นนั้นไม่สามารถหาอะไรมาทดแทนได้

4) ภาวะซึมเศร้า (Depression) เป็นระยะที่ผู้ป่วยจะมีพฤติกรรมแยกตัว จะแสดงความรู้สึกเสียใจต่อการสูญเสียที่เกิดขึ้น เนื่องจากรู้ว่าความสูญเสียที่เกิดขึ้นนั้นไม่สามารถเปลี่ยนแปลง หรือแก้ไขได้แล้วซึ่งเป็นความรู้สึกปกติที่เกิดขึ้นเมื่อบุคคลเข้าสู่ระยะนี้ และไม่ถือว่าเป็นความเจ็บป่วยแต่อย่างใด แต่เป็นระยะที่ต้องระมัดระวัง เนื่องจากเป็นช่วงเวลาที่มีความเสียใจซึ่งบุคคลจะกระทำการใดๆอันเป็นอันตรายต่อตนเองหรือผู้อื่นเช่นการทำร้ายตนเองหรือการทำร้ายผู้อื่น เป็นต้น

5) ภาวะยอมรับ (Acceptance) เป็นระยะที่ผู้ป่วยกลับเข้าสู่สภาพเดิม มีการยอมรับการสูญเสียและเมื่อเวลาผ่านไป ความรู้สึก อารมณ์เศร้ารวมถึงสติจะเริ่มฟื้นกลับมา ร่วมกับการได้รับทราบข้อมูลที่ทำให้ทราบว่า ใดๆความเจ็บป่วยหรือการสูญเสียที่เกิดขึ้นนั้นไม่สามารถแก้ไขได้อีก การยอมรับนั้นจะค่อยๆเกิดขึ้นในที่สุด แต่ผู้ป่วยจะสามารถกลับไปสู่ระยะซึมเศร้าได้อีกครั้งหากไม่ได้รับการประคับประคองจิตใจได้เข้มแข็งขึ้นจากสิ่งแวดล้อม บุคคลรอบข้าง หรือตัวบุคคลเองที่จะสามารถผ่านความทุกข์นั้นได้หรือไม่ด้วย

ปฏิกิริยาการตอบสนองต่อความสูญเสียของบุคคลในแต่ละระยะนั้นอาจใช้เวลาไม่เท่ากัน และอาจเกิดขึ้นโดยไม่เรียงลำดับและอาจเกิดกลับไปกลับมาในแต่ละระยะ และนอกจากนี้ยังอาจมีการเปลี่ยนแปลงทางด้านการรับรู้ ความรู้สึกพฤติกรรมเมื่อเกิดความสูญเสียขึ้น ซึ่งการตอบสนองต่อความเศร้าโศกของบุคคลในแต่ละระยะนั้นอาจมีพฤติกรรมการแสดงออกที่แตกต่างกัน ซึ่งจะขึ้นอยู่กับประสบการณ์และความรุนแรงของความสูญเสียที่บุคคลพบเจอ

ในการเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคมะเร็งต่อมลูกหมากนั้นจะพบว่าการตอบสนองในระยะปฏิเสธ(Denial) ของผู้สูงอายุโรคมะเร็งต่อมลูกหมากเมื่อได้รับการวินิจฉัยว่าเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งต่อมลูกหมากนั้น จะเกิดความรู้สึกหวาดกลัวในอนาคตข้างหน้า อีกทั้งรู้สึกว่าชีวิตในวันข้างหน้ากลายเป็นความว่างเปล่าที่พวกเขาไม่สามารถคาดเดาได้ จึงกลายเป็นการใช้ชีวิตให้ผ่านพ้นไปในแต่ละวัน (Krumwiede and Krumwiede, 2012; Ferrão, Bettinelli, & Portella, 2017; Chambers et al., 2018) ในระยะโกรธ(Anger) พบว่าผู้สูงอายุโรคมะเร็งต่อมลูกหมากบางรายจะเกิดความรู้สึกโกรธ และเสียใจจากการตรวจคัดกรองที่ใช้เวลานานและล่าช้า จนส่งผลให้โรคของตนเข้าสู่ระยะลุกลาม และทำให้ตัวเลือกในการรักษาของเขาลดลง อีกทั้งผู้สูงอายุรู้สึกว่าตนไม่ได้รับการดูแลจากบุคลากรทางสุขภาพ เมื่อเปรียบเทียบกับโรคมะเร็งอื่นๆเช่นโรคมะเร็งเต้านม (Chambers et al., 2018) ในระยะยอมรับ(Acceptance) เมื่อผู้สูงอายุที่ได้รับการวินิจฉัยและได้รับการรักษาไปในระยะหนึ่ง จะพบว่า การได้รับแรงสนับสนุนจากครอบครัว ทีมสุขภาพ และบุคคลรอบข้างเป็นสิ่งสำคัญที่ช่วยให้ผู้สูงอายุยอมรับความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นได้ (Ervik and Asplund, 2012; Krumwiede and Krumwiede, 2012) นอกจากนี้ผู้สูงอายุบางรายเลือกที่จะมองว่าความเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นจากการรักษาเป็นไปตามความเสื่อมตามวัย และคิดแต่เพียงต้องใช้ชีวิตอยู่กับสิ่งที่เกิดขึ้นและ มองการรักษาเป็นส่วนหนึ่งของชีวิต (Chambers et al., 2018) รวมไปถึงการใช้ชีวิตในแต่ละวันให้มีความสุข (Krumwiede and Krumwiede, 2012) อีกทั้งผู้สูงอายุมีการปรับตัวต่อผลกระทบที่เกิดขึ้นจากการรักษา เช่น การปรับการแสดงออกถึงความรักต่อภรรยาออกเหนือจากการมีเพศสัมพันธ์ (Hammond and Montgomery, 2018) เป็นต้น

2.5 การเจ็บป่วยของผู้สูงอายุ

เนื่องจากวัยสูงอายุเป็นวัยที่มีความเปลี่ยนแปลงทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ เมื่อเกิดการเจ็บป่วยจึงมีความซับซ้อน ซึ่งส่งผลให้เกิดการดูแลที่หลากหลายออกไปในแต่ละบุคคลซึ่งลักษณะที่เฉพาะในผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยมีดังต่อไปนี้ (สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, 2541; วิไลวรรณ ทองเจริญ, 2554)

1) กำลังสำรองที่ลดลง และความแปรปรวนของสมดุลงในร่างกาย (Reduced body reserve) โดยปกติกำลังสำรองจะลดลงจากอายุที่มากขึ้นและ เมื่อเกิดการเปลี่ยนแปลงของร่างกายทั้งจากการเจ็บป่วยและสภาพแวดล้อมที่ทำให้ร่างกายจำเป็นต้องดึงกำลังสำรองมาใช้ ดังนั้นเมื่อผู้สูงอายุ

เกิดการเจ็บป่วยจึงส่งผลให้การทำกิจวัตรประจำวันและการทำกิจกรรมต่างๆของผู้สูงอายุลดลง เพราะฉะนั้นอาการนำของผู้สูงอายุที่มีการเจ็บป่วยจะสามารถสังเกตได้จาก การทำกิจวัตรที่ลดลง อาการอ่อนเพลีย ไม่มีแรง เบื่ออาหาร อาการสับสน เป็นต้น

2) การตอบสนองต่อการเจ็บป่วยซ้ำและอาการที่ไม่เฉพาะเจาะจง (Atypical Presentation) เมื่อผู้สูงอายุมีภาวะเจ็บป่วย จะมีอาการนำและอาการแสดงของโรคที่มีความแตกต่างไปจากบุคคลวัยอื่น อีกทั้งอาการที่เป็นของโรคไม่มีความชัดเจน จึงส่งผลต่อความล่าช้าในการวินิจฉัย และเกิดความคลาดเคลื่อนในการให้การดูแลและการรักษา

3) การมีพยาธิสภาพหลายระบบ (Multiple Pathology) และมีการเจ็บป่วยเรื้อรัง (Chronic condition) ซึ่งเป็นผลมาจากการเปลี่ยนแปลงและความเสื่อมที่เกิดขึ้นตามวัยสูงอายุ ปัจจัยเสี่ยงและโรคเรื้อรังที่เป็นอยู่ รวมทั้งอาจเกิดอาการข้างเคียงจากการใช้ยา หรือการตรวจวินิจฉัยที่ผิดพลาดส่งผลให้โรคมีความรุนแรงได้ง่าย หรืออาจเกิดการเจ็บป่วยจากการกำเริบของโรคเรื้อรังที่เป็นอยู่ ซึ่งอาจกลายเป็นการเจ็บป่วยเฉียบพลัน หรือขั้นวิกฤตได้

4) การได้รับยาหลายชนิด (Polypharmacy) วัยสูงอายุเป็นวัยที่มีความเสื่อมของร่างกายกับการมีพยาธิสภาพหลายระบบ จึงทำให้ต้องได้รับยาหลายชนิดร่วมกัน ซึ่งอาจส่งผลให้เกิดอันตรายจากการใช้ยาได้ง่าย รวมไปถึงอาจเกิดปัญหาการใช้ยาไม่ถูกต้องจากความเสื่อมของการมองเห็น ปัญหาด้านความจำของผู้สูงอายุได้

5) มีการเปลี่ยนแปลงทางสังคมที่ไม่พึงประสงค์ (Social adversity) จากการเปลี่ยนแปลงทางจิตสังคมส่งผลให้เกิดความสูญเสียในชีวิตขึ้นเช่น การสูญเสียคู่ครองหรือเพื่อนจากการเสียชีวิต การเกษียณอายุการทำงาน ร่างกายที่ทรุดโทรมลง วัฒนธรรมที่เปลี่ยนแปลงไปไม่ให้ความยอมรับผู้สูงอายุ ส่งผลให้ผู้สูงอายุรู้สึกสูญเสียคุณค่า และเกิดปัญหาทางจิตตามมา

โดยสรุปวัยสูงอายุมีความเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ซึ่งความเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นส่งผลให้ผู้สูงอายุเกิดการเจ็บป่วยได้ง่ายกว่าวัยอื่นๆ นอกจากนี้การเจ็บป่วยของผู้สูงอายุเป็นการเจ็บป่วยที่มีความแตกต่างจากวัยอื่นเนื่องจากวัยสูงอายุเป็นวัยที่มีความซับซ้อนและมีลักษณะที่เฉพาะและแตกต่างกันไปในแต่ละบุคคล การทำความเข้าใจเกี่ยวกับวัยสูงอายุเมื่อเกิดการเจ็บป่วยนั้นจะทำให้พยาบาลสามารถให้การดูแลผู้สูงอายุได้อย่างเหมาะสมและครอบคลุมทุกมิติของผู้สูงอายุ

3. การวิจัยเชิงปรากฏการณ์วิทยา

ศาสตร์ทางการพยาบาลนั้นมีความเกี่ยวข้องกับการดูแลชีวิตมนุษย์ โดยเฉพาะผู้ที่ต้องผ่านประสบการณ์ความเจ็บป่วยและเผชิญกับสภาวะที่ส่งผลต่อร่างกาย จิตใจ และสังคม ตลอดจนบุคคลรอบข้างของผู้ป่วย ที่ต้องเกี่ยวข้องกับประสบการณ์ของผู้ป่วยโดยไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้ ดังนั้นการทำความเข้าใจถึงประสบการณ์การเจ็บป่วยของบุคคลนั้นจึงเป็นประโยชน์ต่อวิชาชีพพยาบาลเพื่อให้พยาบาลสามารถให้การดูแลผู้ป่วยได้ตรงตามความต้องการที่แท้จริงของผู้ป่วย (กัญญฐิตา ศรีภา, 2555) ทั้งนี้การวิจัยเชิงปรากฏการณ์วิทยาจึงเป็นแนวทางหนึ่งในการศึกษาประสบการณ์ชีวิตได้อย่างเป็นระบบ เพื่อให้ได้ข้อค้นพบหรือประเด็นที่เป็นประโยชน์ต่อไป การศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยานี้เป็นการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพประเภทหนึ่ง ซึ่งเป็นการศึกษาตามแนวคิดของตะวันตก ซึ่งมาจากภาษากรีก 2 คำ คือคำว่า Phainomenon ซึ่งหมายถึง การปรากฏขึ้น และ Logos หมายถึง การคิดหรือแนวคิด ซึ่งหมายถึงการพิจารณาแบบมีเหตุผลเพื่อให้ปรากฏความเป็นจริง (Dermot, 2000)

3.1 ประวัติความเป็นมาของการศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยา

การศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยา เป็นการศึกษาที่มีรากฐานมาจากการศึกษาทางปรัชญา ต่อมาได้มีการนำมาใช้ในการศึกษาทางสังคมศาสตร์ โดยได้มีการพัฒนามา 3 ระยะดังต่อไปนี้ (Holloway & Wheeler, 1996)

ระยะเริ่มแรก (1838-1917) บุคคลที่มีความสำคัญในระยษนี้คือ Franz Brentano โดยยุคนี้มุ่งให้ความสนใจต่อการกระทำ และทำความเข้าใจอย่างลึกซึ้งซึ่งเกี่ยวกับ คุณค่าและการรับรู้ภายในตนเองของบุคคล โดยเฉพาะแนวคิดด้านจิตใจที่มีต่อการรับรู้ในเรื่องที่ผ่านมาของบุคคล และให้ความสำคัญต่อการรับรู้ทั้งภายในและภายนอกของบุคคล นอกจากนี้ บุคคลที่มีบทบาทสำคัญอีกท่านคือ Carl Stumpf ที่ได้ทำการศึกษาปรากฏการณ์ทางวิทยาศาสตร์ โดยเน้นเรื่องระเบียบวิธีวิจัยทางวิทยาศาสตร์ ซึ่งระยะนี้ถือเป็นรากฐานสำคัญของการศึกษาแบบปรากฏการณ์วิทยาในยุคต่อมา

ระยะที่สอง บุคคลที่มีความสำคัญในระยษนี้คือ Edmund Husserl (1859-1938) และ Martin Heidegger (1889-1976) โดยแนวคิดหลักที่สำคัญในยุคนี้คือ การค้นหาความจริงที่ปรากฏโดยไม่มีอคติการลวงหน้า ผู้ที่ทำการศึกษาก็จะเป็นอิสระจากกรอบแนวคิดทฤษฎี โดยให้บุคคลเป็นผู้อธิบายเรื่องราวและประสบการณ์ต่างๆที่ตนเองได้พบเจอและสัมผัสมา

ระยะที่สาม เป็นระยะที่การศึกษาปรากฏการณ์วิทยาได้เคลื่อนไหวจากเยอรมันมาสู่ประเทศฝรั่งเศส บุคคลที่มีความสำคัญในระยษนี้คือ Gabriel Marcel (1889-1973) Jean Paul Saetre (1905-1980) และ Maurice Merleau-Ponty (1908-1961) แนวคิดหลักในระยษนี้คือการกระทำหรือการแสดงออกของบุคคลมาจากกการรับรู้การมีชีวิตอยู่ในประสบการณ์จริง และมีความสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมที่อาศัยอยู่

3.2 การศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยาตามแนวคิดของมาร์ติน ไฮเดกเกอร์ (Martin Heidegger)

มาร์ติน ไฮเดกเกอร์ (Martin Heidegger) เป็นนักปราชญ์ชาวเยอรมันที่มีชื่อเสียงในสมัยสงครามโลกครั้งที่ 2 (1988-1976) เป็นผู้นำแนวคิดการศึกษาปรากฏการณ์วิทยาของ Husserl มาพัฒนาเป็น การศึกษาปรากฏการณ์วิทยาแบบตีความ (phenomenology) โดยเปลี่ยนแปลงจากการศึกษาวิธีการได้มาซึ่งสิ่งที่เรารู้ หรือ Epistemology มาเป็น Ontology หรือการศึกษาวิธีการของสิ่งที่เป็นอย่างอยู่ในโลก และศึกษาความหมายของการเป็นบุคคลโดยเชื่อว่าสิ่งที่เป็นอย่างอยู่และเวลา มีความหมายในตัวมันเองสามารถแปลความได้และเป็นสื่อสำคัญในการแปลความ เพื่อให้เกิดความเข้าใจต่อความหมายนั้น (Holloway & Wheeler, 1996) ซึ่งมีแนวคิดที่เป็นองค์ประกอบสำคัญ 3 ประการคือ

1. บุคคล (Person) เป็นผู้ที่ให้ความหมายของปรากฏการณ์ที่เขาประสบตามความคิดและความรู้สึกของเขาเอง ซึ่งอาจมีความแตกต่างจากความหมายของบุคคลอื่นหรือความเป็นจริงตามทฤษฎี ซึ่งเป็นประสบการณ์เฉพาะและเป็นจริงของบุคคลนั้น

2. สิ่งแวดล้อม (World) เป็นกลุ่มของความสัมพันธ์ที่บุคคลมีประสบการณ์ในปัจจุบัน รวมไปถึงภูมิลำเนา อายุ การศึกษา ภาษา วัฒนธรรมและค่านิยมทางสังคม ซึ่งเป็นองค์ประกอบที่ถูกซึมซับอยู่ในตัวบุคคล โดยการเรียนรู้ตั้งแต่แรกเกิดและเชื่อว่า บุคคลไม่สามารถจากสิ่งแวดล้อมได้ ดังนั้นการศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยาจึงเป็นการหาความหมาย ความรู้สึก การรับรู้ของบุคคลต่อสิ่งนั้นๆ ซึ่งมีอิทธิพลมาจากสังคมวัฒนธรรมและภูมิลำเนาของบุคคลเอง

3. การเชื่อมโยงประสบการณ์ในชีวิต (Hermeneutic Circle) เป็นการเชื่อมโยงประสบการณ์ในอดีตที่บุคคลเคยได้รับหรือเข้าใจมาก่อน เข้ากับประสบการณ์ครั้งใหม่ นั่นคือ บุคคลเข้าใจบางสิ่งบางอย่างโดยการเปรียบเทียบกับอีกสิ่งหนึ่งที่บุคคลนั้นรู้จักหรือเคยมีประสบการณ์มาก่อน ต่อมา มีผู้ให้แนวคิดเพิ่มเติมในการศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยาเพื่อให้เข้าใจถึงประสบการณ์ของบุคคลอย่างลึกซึ้ง คือ Gadamer ได้เพิ่มเติมแนวคิดที่สำคัญอีก 2 ประการดังนี้

1) ภาษา (Language) โดยเชื่อว่าภาษาเป็นสื่อกลางที่สำคัญ ที่สามารถสื่อความหมายให้เข้าใจถึงปรากฏการณ์นั้นๆ ภาษาจึงเป็นสื่อที่จำเป็นและต้องทำความเข้าใจทั้งในรูปแบบและความหมายของภาษา

2) การเชื่อมโยงความหมาย เป็นการเชื่อมมุมมองของนักวิจัย ซึ่งหมายความว่าความรู้อะไรและสิ่งต่างๆ จากการศึกษานั้นกับผู้ที่ให้ข้อมูล เพื่อให้ให้นักวิจัยสามารถที่จะเข้าใจถึงความหมายที่บุคคลนั้นสื่อออกมา ความเข้าใจที่มีความถูกต้องและลึกซึ้งจะเกิดขึ้นเมื่อมีการทำความเข้าใจที่เชื่อมโยงกัน มีการแลกเปลี่ยนและการขยายความคิดเห็นต่อกัน จนเกิดความหมายและความเข้าใจที่ตรงกันระหว่างผู้วิจัยและผู้ให้ข้อมูล

3.3 การวิเคราะห์ข้อมูลในงานวิจัยเชิงคุณภาพ

การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปรากฏการณ์วิทยาตามแนวคิดของ Martin Heidegger จะเน้นถึงการแปลผลของข้อมูลด้วยวิธีการตีความหมาย (อัญญา ปรตเปลื่อง, 2556) ได้แก่

3.3.1 วิธีการวิเคราะห์ข้อมูลของ ไดเคิลแมน และ อัลเลน (Dielmann and Allen's method) มีแนวคิดในการวิเคราะห์ข้อมูลที่สำคัญคือ การค้นหาประเด็นที่สำคัญ (Categories and exemplars) โดยการแยกข้อความที่เหมือนกันและแตกต่างกัน ทำการตรวจสอบความเชื่อมโยงกันกลายเป็นประเด็นหลัก (Theme) ให้สัญลักษณ์ และหลังจากจำแนกประเด็นหลักจึงทำการกำหนดรูปแบบความสัมพันธ์ของประเด็นหลัก เพื่อนำเสนอผลการวิเคราะห์ต่อไป

3.3.2 วิธีการวิเคราะห์ข้อมูลของเลียวนาร์ด (Leonard's method) การวิเคราะห์ข้อมูลของ Leonard นั้นจะหาสาเหตุที่พยายามเชื่อมโยงความสัมพันธ์ของข้อมูล จะเน้นที่ประสบการณ์ และความรู้เดิมของผู้วิจัยที่มีต่อเรื่องที่จะศึกษา เนื่องจากจะทำให้ผู้วิจัยสามารถเข้าใจประสบการณ์ของบุคคลในเรื่องที่จะศึกษาได้เป็นอย่างดี

3.3.3 วิธีการวิเคราะห์ข้อมูลของเบนเนอร์ (Benner's method) จะเริ่มด้วยการอ่านบันทึกภาคสนามและเนื้อหา เพื่อทำความเข้าใจกับเรื่องราวทั้งหมด ซึ่งขั้นของการวิเคราะห์นั้น การตีความของข้อมูลจะอาศัยพื้นฐานของคำถามงานวิจัยเบื้องต้นและเค้าโครงของการศึกษา ที่มีความสอดคล้องกับข้อมูล โดยเนื้อหาที่มีความสอดคล้องกันจะถูกนำมารวมกันเป็นหมวดหมู่ โดยให้รหัสเป็นหมวดหมู่ (Categories) และนำมาพัฒนาเป็นประเด็นหลัก (Themes) ประเด็นที่เป็นข้อค้นพบนั้นสามารถใช้เป็นแบบอย่างที่ดีของปรากฏการณ์เพื่อให้ความหมายในสถานการณ์อื่นที่เกี่ยวข้องต่อไปได้

3.3.4 การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis) สามารถแบ่งออกได้เป็น 7 ขั้นตอนดังต่อไปนี้ (Faria-Schützer, Surita, Alves, Bastos, Campos, & Turato, 2021)

ขั้นตอนที่ 1 เมื่อทำการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยสัมภาษณ์เชิงลึกแล้ว ขั้นตอนนี้จะเป็นการจัดระเบียบเนื้อหาทั้งหมดเพื่อเตรียมพร้อมสำหรับการวิเคราะห์ โดยการถอดเทปการสัมภาษณ์แบบคำต่อคำ (Verbatim) เพื่อให้ได้ข้อมูลที่เป็นลายลักษณ์อักษร โดยการที่ผู้วิจัยฟังการสัมภาษณ์ในเบื้องต้นนั้นจะทำให้ผู้วิจัยรับรู้ถึงความหมายเบื้องต้น ของข้อมูล อีกทั้งยังเป็นการทำให้ผู้วิจัยมีความเข้าใจในที่ลึกซึ้งของข้อมูลที่ได้จากการสนทนาอีกด้วย ซึ่งในขั้นตอนนี้ จะแยกบันทึกภาคสนามออกจากบทสนทนาที่ได้จากการสัมภาษณ์ไว้ก่อน

ขั้นตอนที่ 2 ผู้วิจัยทำการอ่านบทสัมภาษณ์ที่ถอดความออกมาโดยยังไม่คำนึงถึงทฤษฎี หรือจุดมุ่งหมายของการวิจัย โดยจะอ่านทวนข้อมูลซ้ำๆ ทั้งหมดเพื่อให้เกิดความเข้าใจรวบยอดเกี่ยวกับประสบการณ์ที่ต้องการศึกษาตามวัตถุประสงค์การวิจัย จับประเด็นคำสนทนาให้เป็น

หมวดหมู่ ดึงข้อความหรือประโยคที่มีความสำคัญออกมา ทำการขีดเส้นใต้หรือเน้นข้อความเหล่านั้น และนำมาเขียนแยกเอาไว้

ขั้นตอนที่ 3 ผู้วิจัยทำการอ่านข้อความหรือประโยคที่แยกไว้ และทำความเข้าใจถึงความหมายที่ผู้ให้ข้อมูลหลักต้องการสื่อสาร ซึ่งขั้นตอนนี้จะทำให้ได้ข้อค้นพบที่เกิดขึ้นใหม่ หรือข้อสังเกตของเนื้อหาที่จะนำมาวิเคราะห์ ซึ่งข้อมูลที่ได้อาจมีลักษณะที่แตกต่างกัน โดยผู้วิจัยทำการรวบรวมกลุ่มคำ หรือข้อความที่สื่อสารในความหมายเดียวกัน และเน้นกลุ่มคำหรือข้อความที่อาจค้นพบในผู้ให้ข้อมูลหลักเพียงคนเดียวแต่มีความหมายที่เกี่ยวข้องกับประสบการณ์ที่ต้องการศึกษา และนำมาทำความเข้าใจในภายหลัง ทำการกำหนดความหมายของข้อมูล เพื่อนำมาใช้ในการจัดหมวดหมู่ของข้อความ

ขั้นตอนที่ 4 ขั้นตอนนี้ผู้วิจัยนำข้อความหรือประโยคที่กำหนดความหมายแล้ว มาจัดกลุ่มตามประเภทหรือมีความหมายไปในทำนองเดียวกัน โดยทำการถอดรหัสข้อความ (coding) บทสนทนาที่อ่าน และพิจารณาคำต่างๆที่ถอดรหัสออกมา แล้วจึงนำมาจัดหมวดหมู่ (Category) หรือจัดเป็นประเด็นย่อย (Sub-theme) แล้วทำการรวบรวมประเด็นย่อยที่มีเนื้อหาอยู่ในกลุ่มเดียวกันไว้ด้วยกัน เป็นประเด็นหลัก (Theme)

ขั้นตอนที่ 5 ประเด็นหลักและประเด็นย่อยที่ได้มาสร้างแผนภูมิเชื่อมโยงตามประเด็นหลัก (Theme) และประเด็นย่อยที่ค้นพบ (Sub-theme) ซึ่งผลที่ได้จะสามารถอธิบายถึงประสบการณ์ที่ต้องการศึกษา และวัตถุประสงค์ของการวิจัย และจะเป็นคำตอบสำหรับคำถามในการศึกษาวิจัย

ขั้นตอนที่ 6 ผู้วิจัยทำการคัดเลือกบทสนทนาที่ได้จากการสัมภาษณ์เชิงลึก ที่สามารถให้รายละเอียดของวัตถุประสงค์การวิจัยได้ดีที่สุด โดยการตัดบทสนทนาที่เป็นประเด็นย่อยรวมไว้ด้วยกันเป็นประเด็นหลัก พร้อมอ้างอิงหมายเลขกลุ่มสนทนา และบรรทัดที่อ้างอิงไว้ท้ายบทสนทนาที่ทำการคัดเลือกมา

ขั้นตอนที่ 7 ทำการตรวจสอบข้อสรุปความตรงของปรากฏการณ์ โดยการนำข้อสรุปของปรากฏการณ์ที่ได้ ให้ผู้ให้ข้อมูลหลักที่อยู่ในปรากฏการณ์ หรือผู้เชี่ยวชาญที่มีความรู้ในปรากฏการณ์ที่ศึกษาทำการตรวจสอบข้อค้นพบที่ได้ เพื่อให้ข้อมูลมีความถูกต้องและสมบูรณ์มากยิ่งขึ้น

ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยเลือกใช้วิธีการวิเคราะห์ข้อมูล โดยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis) เพื่อให้ได้ข้อค้นพบและข้อสรุปของการศึกษาที่มีความชัดเจนและตรงกับวัตถุประสงค์ของการศึกษา และสามารถตอบคำถามในการวิจัยได้

3.4 ความเชื่อถือได้ของข้อมูล

ความเชื่อถือได้ของข้อมูลในงานวิจัยเชิงคุณภาพนั้น ประกอบไปด้วย ความเชื่อถือได้ (Credibility) การพึ่งพาได้ (Dependability) การสืบทอดได้ (Transferability) ความสามารถในการยืนยัน (Confirmability) (Guba & Lincoln, 1994)

3.4.1 ความเชื่อถือได้ (Credibility) คือการพิจารณาจากคุณภาพของข้อมูล เช่น บริบทของของพื้นที่ในการศึกษา การคัดเลือกผู้ให้ข้อมูล และวิธีการเข้าถึงผู้ให้ข้อมูล ตลอดจนวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลที่มีความถูกต้อง เหมาะสม ข้อมูลที่ได้นั้นต้องมีความลุ่มลึก ได้จากกลุ่มประชากรที่มีความหลากหลายข้อมูลมีมากพอและมีความอึดตัว นอกจากนี้คุณภาพของการวิเคราะห์ข้อมูลจะมาจาก การได้ความหมายที่มีความชัดเจน หน่วยความหมายหรือการใช้คำนั้นมีความคมไม่กว้างหรือแคบเกินไป นอกจากนี้การตรวจสอบสามเส้าระหว่างการเก็บข้อมูล และการวิเคราะห์ข้อมูลช่วยให้ข้อค้นพบนั้นมีความน่าเชื่อถือได้

3.4.2 การพึ่งพาได้ (Dependability) หมายถึงความสม่ำเสมอและความเป็นเหตุเป็นผลของข้อมูลที่ปรากฏ ซึ่งจะเป็นความเหมือน หรือความต่างในประเด็นต่างๆ นักวิจัยนั้นต้องมีการตรวจสอบข้อมูล เพื่อให้ได้ข้อสรุปที่มีเหตุผล และข้อค้นพบที่มีความน่าเชื่อถือ

3.4.3 การสืบทอดได้ (Transferability) คือองค์ความรู้หรือข้อค้นพบจากการศึกษาวิจัยที่ได้สามารถนำไปอธิบายกับกลุ่มคน หรือบริบทอื่นได้ ซึ่งจะขึ้นอยู่กับผู้วิจัยและผู้อ่าน ที่จะทำการตัดสินใจว่างานวิจัยนั้นจะสามารถนำไปใช้ได้หรือไม่

3.4.4 ความสามารถในการยืนยัน (Confirmability) คือ ข้อมูลในการศึกษาวิจัยนั้นสามารถตรวจสอบได้ (Audit) ซึ่งผู้วิจัยนั้นจะมีการจัดเก็บข้อมูลอย่างเป็นระบบ เป็นขั้นตอน และสามารถตรวจสอบได้ทุกขั้นตอนเพื่อเป็นการยืนยันผลการศึกษาคือ

4. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

Lindqvist, Widmark, & Rasmussen (2006) ทำการศึกษาเกี่ยวกับประสบการณ์ของผลกระทบทางด้านร่างกายจากการเล่าเรื่องชายวัยสูงอายุโรคมะเร็งต่อมลูกหมากระยะลุกลามในระยะที่ต่อเนื่องการรักษาด้วยการควบคุมฮอร์โมนเพศแล้ว โดยใช้ระเบียบวิธีการวิจัยรูปแบบปรากฏการณ์วิทยาแบบตีความ ทำการสัมภาษณ์เชิงลึก ใช้ผู้ให้ข้อมูลหลักจำนวน 18 ราย โดยผลการวิจัยพบว่า ความหมายของการมีชีวิตอยู่กับผลกระทบที่เกิดขึ้นทางด้านร่างกายที่มีความเปลี่ยนแปลงไปนั้นคือการอยู่กับร่างกายที่มีการเปลี่ยนแปลงเป็นเหมือนวัฏจักร ระหว่างการเผชิญกับช่วงที่มีสุขภาพดีกับช่วงที่เกิดการเจ็บป่วย ซึ่งอาการที่เกิดขึ้นใหม่ หรือการเปลี่ยนแปลงของร่างกายที่เกิดขึ้นนั้นเป็นการแสดงถึงสภาพร่างกายหรือการดำเนินของโรคที่แยลง แต่การทำความเข้าใจกับอาการที่เกิดขึ้นและควบคุมอาการเหล่านั้นจะเป็นการช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถมีคุณภาพชีวิตที่ดีได้ นอกจากนี้ อาการปวด

และความเหนื่อยล้า นั้นเป็นปัญหาที่ผู้สูงอายุต้องเผชิญมากที่สุด ซึ่งเป็นสิ่งที่ผู้สูงอายุมองว่าเป็นสัญญาณบ่งบอกความตาย ในการฟื้นฟูสภาพการปรับตัวต่อการเจ็บป่วย และการอยู่กับการเจ็บป่วยที่เผชิญนั้นประกอบไปด้วย 2 มุมมอง คือ มุมมองเกี่ยวกับชีวิต และมุมมองจากบุคคลภายนอก

Jonsson, Aus, & Berterö (2009) ได้ทำการศึกษาเกี่ยวกับประสบการณ์ของผู้ป่วยโรคมะเร็งต่อมลูกหมากระยะลุกลาม ในช่วงระยะเวลาที่ต้องเผชิญกับการวินิจฉัยโรค รวมไปถึงอาการเหนื่อยล้าและผลข้างเคียงที่เกิดขึ้นจากการรักษาที่ส่งผลต่อชีวิตของผู้ป่วย โดยทำการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลหลักจำนวน 10 ราย โดยผลการวิจัยพบว่าผู้สูงพบว่าอาการเหนื่อยล้า นั้นไม่ได้เป็นอาการเด่นชัดภายหลังการวินิจฉัยโรค มะเร็งต่อมลูกหมากระยะลุกลาม ซึ่งประเด็นที่ได้จากการศึกษาแบ่งออกเป็น 3 ประเด็นหลัก คือ การวิตกกังวลต่อความทุกข์ทรมาน การเจ็บป่วยที่ส่งผลต่อความรู้สึก และการเจ็บป่วยที่ส่งผลต่อชีวิตของพวกเขา เนื่องจากผู้ป่วยส่วนมากไม่ได้คิดว่าตนจะเจ็บป่วยด้วยโรคร้ายแรง เมื่อได้รับการวินิจฉัย ผู้ป่วยจึงตระหนักถึงการทำให้ตนเองสามารถใช้ชีวิตอยู่กับโรคได้ อีกทั้งผู้ป่วยต้องเผชิญกับอารมณ์ที่เปลี่ยนแปลงตลอดเวลาเนื่องจากการเจ็บป่วย รวมไปถึงการเผชิญกับชีวิตที่เปลี่ยนแปลงไปอีกด้วย

Carter และคณะ (2011) ได้ทำการศึกษาความต้องการการสนับสนุนของผู้ป่วยโรคมะเร็งต่อมลูกหมากระยะลุกลาม ใช้ระเบียบวิธีการวิจัยเชิงคุณภาพ ทำการสัมภาษณ์แบบกลุ่มและสัมภาษณ์รายบุคคล โดยมีผู้ให้ข้อมูลหลักจำนวน 12 ราย โดยผู้เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยการควบคุมฮอร์โมนและ ผู้ป่วยที่อยู่ในระยะติดต่อการรักษาด้วยการควบคุมฮอร์โมน จากการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยต้องการคำแนะนำหรือข้อมูลที่มีความเฉพาะเจาะจงกับระยะของโรค และการสนับสนุนที่ช่วยให้ผู้ป่วยยังคงความสามารถของตนเองได้ เพื่อให้ผู้ป่วยยังสามารถทำในสิ่งที่พวกเขาอยากทำได้อยู่ กลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยการควบคุมฮอร์โมนและกลุ่มที่ติดต่อการรักษาด้วยการควบคุมฮอร์โมนนั้น ต่างบอกว่า ปัญหาเกี่ยวกับระบบปัสสาวะ ผลข้างเคียงจากการรักษา ความเหนื่อยล้าและความตระหนักในการทำหน้าที่ทางเพศ เป็นสิ่งที่พวกเขาต้องเผชิญและรับมือมากที่สุด นอกจากนี้ผู้ให้ข้อมูลหลักยังพูดถึงเรื่องความรู้สึกเป็นทุกข์ เกี่ยวกับการวินิจฉัยและการรักษาของพวกเขาอีกด้วย

Ervik & Asplund (2011) ได้ทำการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพเกี่ยวกับการเผชิญกับอาการที่รบกวนชีวิตประจำวันของผู้ป่วยโรคมะเร็งต่อมลูกหมากที่รับการรักษาด้วยการควบคุมฮอร์โมนในประเทศนอร์เวย์ ทำการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลหลักจำนวน 10 ราย ซึ่งมีประเด็นที่ได้จากการศึกษาทั้งหมด 5 ประเด็นหลัก ที่เป็นสิ่งสำคัญสำหรับประสบการณ์การเจ็บป่วยจากการเปลี่ยนแปลงของร่างกายที่เกิดขึ้น ประเด็นแรกคือ การรู้สึกถึงสิ่งผิดปกติในร่างกาย เช่นการปัสสาวะบ่อย การปัสสาวะเล็ด ประเด็นที่สองคือ การรู้สึกว่าร่างกายกลายเป็นสิ่งรบกวนพวกเขา จนส่งผลให้พวกเขาต้องเริ่มพึ่งพาบุคคลในครอบครัวเพิ่มมากขึ้นและส่งผลกระทบต่อภาพลักษณ์ของพวกเขา ประเด็นที่สาม คือการพูดถึงโรคมะเร็งอย่างลึกซึ้ง โดยผู้ป่วยส่วนมากจะพูดถึงปัญหาและโรคของเขากับบุคคลที่พวกเขาใกล้ชิด

เนื่องจากพวกเขามองว่าการพูดถึงการเจ็บป่วยของเขามันเป็นสิ่งที่ยากเมื่อเปรียบเทียบกับ การเจ็บป่วยของผู้หญิง

Krumwiede & Krumwiede (2012) ได้ศึกษาเกี่ยวกับประสบการณ์ชีวิตของผู้ชายกับโรคมะเร็งต่อมลูกหมาก ทำการสัมภาษณ์ผู้ป่วยจำนวน 10 ราย ใช้ระเบียบวิธีวิจัยปรากฏการณ์วิทยาแบบตีความ โดยได้ประเด็นหลัก 4 ประเด็นคือ ประเด็นของพื้นที่ในการใช้ชีวิตโดยแบ่งเป็น 2 ประเด็นย่อย คือการอยู่กับสิ่งหรือโรคที่เขาไม่รู้ โดยต้องอยู่กับความระมัดระวังในการติดตามค่า PSA ในแต่ละครั้งที่เข้ารับการตรวจติดตามผล และการอยู่ด้วยความต้องการที่จะเข้าใจและรับรู้ถึงสิ่งที่ตนเองเป็น โดยการหาข้อมูลและการรับมือกับสิ่งที่เกิดขึ้น ประเด็นหลักที่สองคือ การอยู่กับร่างกาย โดยการอยู่กับร่างกายที่ไม่แน่นอนในแต่ละวัน รวมไปถึงการรับมือและการเปลี่ยนแปลงทางด้านเพศ ประเด็นที่สามคือเวลาของการมีชีวิต โดยการเผชิญกับการรอคอยการตระหนักถึงการมีชีวิตอยู่และการมองไปยังอนาคตข้างหน้า ประเด็นหลักที่สี่ คือ การอยู่กับสิ่งอื่น หมายถึงการรู้สึกสบายใจเมื่ออยู่กับสิ่งสนับสนุนที่ผู้ป่วยไว้วางใจ

Appleton และคณะ (2014) ทำการศึกษาเกี่ยวกับการรับมือกับผลกระทบจากโรคมะเร็งต่อมลูกหมากในชีวิตประจำวันของผู้ชาย ซึ่งรวมไปถึงกลยุทธ์ในการรับมือกับการวินิจฉัย การดำเนินของโรค และการรักษาในแต่ละวัน โดยทำการสัมภาษณ์ผู้ป่วยโรคมะเร็งต่อมลูกหมากจำนวน 27 ราย โดยผู้ป่วยแต่ละคนนั้นมีความแตกต่างกันในระยะเวลาของโรคและการรักษาเพื่อทำความเข้าใจถึงเส้นทางและการดำเนินของโรค โดยผู้ให้ข้อมูล 9 รายอยู่ในระยะก่อนได้รับการรักษาด้วยการฉายรังสี ผู้ให้ข้อมูล 8 รายได้รับการฉายรังสีมาแล้วเป็นเวลา 6-8 เดือน ผู้ให้ข้อมูล 10 รายได้รับการฉายรังสีมาแล้วเป็นเวลา 12-18 เดือน โดยใช้ทฤษฎีฐานราก (Grounded Theory) ในการรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูล โดยจากการศึกษาพบประเด็นที่น่าสนใจ 4 เรื่องคือ เส้นทางสู่การวินิจฉัยโรคมะเร็งต่อมลูกหมาก การวินิจฉัยโรคมะเร็งต่อมลูกหมาก ผลกระทบของโรคมะเร็งต่อมลูกหมากและการรักษาในชีวิตประจำวัน และการอยู่กับโรคมะเร็งต่อมลูกหมาก โดยโรคมะเร็งต่อมลูกหมากจะวินิจฉัยจากการตรวจสารบ่งชี้โรคมะเร็งต่อมลูกหมากหรือ Prostate-specific antigen(PSA) การตรวจทางทวารหนักและการตรวจชิ้นเนื้อต่อมลูกหมาก ซึ่งผู้ให้ข้อมูลหลายคนไม่เข้าใจผลที่ตามมาจากระดับของ PSA ที่สูงก่อนการเข้ารับการตรวจวินิจฉัย ความเจ็บปวดจากการตรวจชิ้นเนื้อต่อมลูกหมากนั้นเป็นประสบการณ์ที่เลวร้ายที่สุดในประสบการณ์ของโรคนี้ การฉายรังสีนั้นเป็นการรักษาที่รุกรานชีวิตส่วนตัวของพวกเขาน้อยที่สุดเมื่อเทียบกับการรักษาแบบอื่นถึงแม้การเตรียมตัวในการรักษาจะมีความเครียดและความไม่สะดวกก็ตาม นอกจากนี้ผู้ให้ข้อมูลส่วนมากจะมีการจัดการกับการรักษาที่ส่งผลต่อความเป็นชายของพวกเขานี้ในระยะเวลา

Kao & Wang (2015) ได้ทำการศึกษาปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคมะเร็งต่อมลูกหมาก โดยใช้แบบประเมินคุณภาพชีวิตขององค์กรอนามัยโลก ทำการศึกษาในผู้สูงอายุ 248 ราย โดยมีผู้สูงอายุที่อยู่ในระยะลุกลาม 90 ราย โดยผลการวิจัยพบว่า ผู้ชายที่มีสถานภาพสมรสมีคะแนนในด้าน สุขภาพกาย ความสัมพันธ์ทางสังคม รวมถึงความพึงพอใจทางเพศ โอกาสในการได้รับข้อมูล และการมีกิจกรรมพักผ่อน อยู่ในระดับสูง ปัจจัยด้านรายได้สูงนั้น ความสัมพันธ์ กับ คะแนนด้านกายภาพ ด้านจิตใจ และด้านสิ่งแวดล้อมที่สูง ผู้สูงอายุที่มีการแพร่กระจายของโรคมียาค่าคะแนนด้านกายภาพที่ค่อนข้างต่ำ ดังนั้นจึงสรุปได้ว่าสถานภาพการสมรสนั้น เป็นปัจจัยสำคัญที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคมะเร็งต่อมลูกหมาก

Chamber และคณะ (2017) ได้ทำการศึกษาเชิงคุณภาพเกี่ยวกับประสบการณ์ของผู้ชายออสเตรเลียที่ได้รับการวินิจฉัยโรคมะเร็งต่อมลูกหมากระยะลุกลาม และการได้รับการสนับสนุนในการดูแล ทำการสัมภาษณ์เชิงลึกกับผู้ให้ข้อมูลหลักจำนวน 39 ราย โดยผลการศึกษาสามารถแบ่งประเด็นหลักออกได้เป็น 2 ประเด็นคือ ประสบการณ์ชีวิต และการได้รับการสนับสนุน โดยประสบการณ์ชีวิตของผู้ป่วยโรคมะเร็งต่อมลูกหมากระยะลุกลามนั้นประกอบไปด้วยความรู้สึกเสียใจต่อการวินิจฉัยที่ล่าช้าและการตัดสินใจเลือกการรักษา เนื่องจากการวินิจฉัยต้องอาศัยแพทย์ที่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะทางและการดูค่า PSA ทำให้ระยะเวลาการดำเนินของโรคนั้นลุกลามจนผู้ป่วยเหลือทางเลือกในการรักษาไม่มากนัก ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าตนเองไม่ได้รับความสนใจจากทีมสุขภาพ เกิดความหวาดกลัวต่ออนาคตที่ไม่แน่นอนข้างหน้า และผู้ป่วยยังพูดถึงประสบการณ์ของการเปลี่ยนแปลงของร่างกายและผลกระทบจากการรักษาที่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ในด้านของประเด็นเรื่องการได้รับสนับสนุนผู้ป่วยโรคมะเร็งต่อมลูกหมากนั้นบรรยายถึงการประสานการดูแล โดยการได้รับการดูแลจากทีมสุขภาพที่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะด้าน การได้พูดคุยกับผู้ป่วยโรคเดียวกัน และครอบครัวของผู้ที่สามารถเข้าใจพวกเขาได้ดีที่สุด

O'brien & Steele (2017) ทำการศึกษาเกี่ยวกับประสบการณ์ของภรรยาที่ดูแลสามีโรคมะเร็งต่อมลูกหมากที่บ้าน ทำการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลจำนวน 20 ราย โดยผู้ให้ข้อมูลหลักคือภรรยาที่เป็นผู้ดูแลหลักในการดูแลสามีที่เจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งต่อมลูกหมากระยะลุกลามที่บ้าน เก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์เชิงลึก โดยจากการศึกษาพบว่าภรรยาต้องการข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสามีของตน ถึงแม้ว่าพวกเขาจะรู้สึกถึงความไม่แน่นอนและสิ้นหวังก็ตาม แต่ถึงอย่างนั้นพวกเขาก็ยังดูแลความสุขสบายและเข้าใจถึงสิ่งที่สามีต้องเผชิญ ภรรยาบางคนสามารถที่จะรับมือกับสถานการณ์ต่างๆไปพร้อมกับสามีของเข้าได้ โดยอายุที่มากกว่าของสามี การศึกษาที่มากกว่าของสามี หรือจำนวนปีของการแต่งงาน กลายเป็นภาระที่น้อยลงเมื่อเทียบกับความต้องการการดูแลจากสามีซึ่งไม่ได้ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของภรรยา ดังนั้นการช่วยเหลือภรรยาที่เป็นผู้ดูแลในการจัดการกับความ

ต้องการข้อมูลจะช่วยให้เกิดการเปลี่ยนแปลงเชิงบวกต่อการตอบสนองของผู้ป่วยในการรับมือกับโรคมะเร็งต่อมลูกหมาก และจะเป็นการช่วยลดความเครียดในบทบาทของผู้ดูแลที่เป็นภรรยาได้

Zajdlewicz และคณะ (2017) ทำการศึกษาระยะยาวเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ (Health-Related Quality of Life) ภายหลังจากได้รับการวินิจฉัยโรคมะเร็งต่อมลูกหมากที่อยู่ในระยะลุกลามเฉพาะที่ หรือระยะลุกลาม โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการเปลี่ยนแปลงของคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในระยะเวลา 5 ปีของผู้ชายที่ได้รับการวินิจฉัยโรคมะเร็งต่อมลูกหมากในระยะลุกลามเฉพาะที่ หรือระยะลุกลาม กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยโรคมะเร็งต่อมลูกหมากระยะลุกลามเฉพาะที่หรือระยะลุกลามจำนวน 81 ราย ทำการเก็บข้อมูลโดยใช้แบบประเมินความเครียดด้วยตนเอง แบบประเมินความเครียดจากโรคมะเร็ง ความเสียใจในการตัดสินใจ แบบประเมินความพึงพอใจในชีวิต และแบบประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพเฉพาะโรค โดยทำการประเมินตั้งแต่ได้รับการวินิจฉัยเพื่อเป็นพื้นฐานและทำการประเมินซ้ำในเดือนที่ 2, 6, 12, 24, 36, 48, และ เดือนที่ 60 ของการติดตามการรักษาผลการศึกษาพบว่าอายุเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างอยู่ที่ 68.3 (SD, 7.9) ปี และค่าเฉลี่ยของจำนวนวันภายหลังจากการวินิจฉัยคือ 31.9 (SD, 50.5) วัน การรักษาที่พบมากที่สุดคือการรักษาด้วยการควบคุมฮอร์โมน (androgen deprivation therapy) (95.1%) การฉายรังสี (79%) ช่วงของความเครียดเมื่อเริ่มการวินิจฉัยอยู่ที่ 46.3% ถึง 32.6% (60เดือน) การลดลงของการทำงานของร่างกายกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพจะพบในเดือนที่ 2, 6, 12, 24, 36 และ 48 เมื่อเทียบกับข้อมูลพื้นฐาน ด้านความพึงพอใจในชีวิตพบว่าลดลงตั้งแต่เดือนที่ 6 เมื่อเทียบกับค่าพื้นฐาน และยังคงพบความกังวลเกี่ยวกับเพศสัมพันธ์นั้นอยู่ในระดับสูงตลอด 5 ปี

Hammond & Montgomery (2018) ได้ทำการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของคู่สมรสของผู้ป่วยโรคมะเร็งต่อมลูกหมากด้วยการสังเคราะห์เฉพาะการวิจัยเชิงคุณภาพ พบการศึกษาที่ผ่านเกณฑ์ทั้งหมด 13 เรื่อง เมื่อนำมาทำการวิเคราะห์และสังเคราะห์ประเด็นพบว่าสามารถแบ่งประเด็นออกเป็น 4 ประเด็นคือ ความรู้สึกทางเพศ ความรู้ ความแยกตัว และการอยู่ร่วมกัน โดยความรู้สึกทางเพศนั้นเป็นสิ่งที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของคู่สมรสในด้านของจิตใจ ความรู้สึก และด้านสังคม ซึ่งคู่สมรสส่วนมากจะต้องหาทางอื่นที่นอกเหนือจากเพศสัมพันธ์เพื่อเป็นการแสดงออกถึงความรักและรักษาความสัมพันธ์ของพวกเขาไว้ ในประเด็นด้านความรู้ นั้น ความรู้หมายถึงข้อมูลเกี่ยวกับการจัดการผลกระทบที่เกิดขึ้นจากการรักษาเพื่อให้พวกเขาสามารถมีคุณภาพชีวิตที่ดีได้ซึ่งคู่สมรสเป็นผู้มีบทบาทในการดูแลที่บ้าน และการติดต่อประสานงานกับชุมชนหรือทีมสุขภาพ ดังนั้นหากคู่สมรสมีความรู้ในเรื่องโรคและการดูแลจะสามารถช่วยให้ผู้ป่วยและคู่สมรสสามารถเผชิญกับโรคได้ ประเด็นที่สาม เรื่องของการแยกตัว คู่สมรสมีความกลัวที่จะสูญเสียฝ่ายใดฝ่ายหนึ่งไปซึ่งส่งผลให้เกิดความเครียด และความรู้สึกว่าเหว่ ประเด็นที่สี่คือการอยู่ร่วมกัน การมีคู่สมรสหรือบุคคลอยู่ข้างกายนั้นเป็นสิ่งที่ทำให้ผู้ป่วยโรคมะเร็งต่อมลูกหมากสามารถเผชิญและ

รับมือกับผลข้างเคียงได้อย่างดี ซึ่งทำให้พวกเขาเกิดมุมมองใหม่เกี่ยวกับชีวิตของเขา และชีวิตคู่ของเขาด้วย

Diver และคณะ (2018) ได้ทำการศึกษาเชิงปริมาณเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตระยะยาวและความต้องการการได้รับข้อมูลของผู้ป่วยโรคมะเร็งต่อมลูกหมาก โดยเป็นการศึกษาภาคตัดขวาง ทำการศึกษาในกลุ่มตัวอย่าง 398 ราย โดยค่าคะแนนของระดับสุขภาพและคุณภาพชีวิตอยู่ที่ 77.6 คะแนน (SD 20.7) ซึ่งแสดงให้เห็นถึงระดับของการมีสุขภาพที่ดี ผู้ที่ได้รับการรักษาด้วยฮอร์โมน มีสมรรถภาพทางร่างกายที่ต่ำเมื่อเทียบกับการรักษาแบบอื่น อาการเหนื่อยล้า (Fatigue) และอาการนอนไม่หลับ (insomnia) เป็นอาการที่พบได้บ่อยมากที่สุดที่ผู้ป่วยต้องเผชิญ ในขณะที่อายุนั้นเป็นตัวแปรส่วนบุคคลที่มีผลต่อความรุนแรงของอาการ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาโดยวิธีการเฝ้าระวังเชิงรุก (Active surveillance) เป็นผู้ที่มีคะแนนความสุขน้อยที่สุด เมื่อได้รับข้อมูลการรักษา ($p = 0.019$) เมื่อเปรียบเทียบค่าอ้างอิงของ EORTC QLQ-C30 แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยวิธีการเฝ้าระวังเชิงรุก (Active surveillance) มีคะแนนคุณภาพชีวิตที่สูง ซึ่งเป็นกลุ่มที่พยาบาลจะต้องให้ข้อมูลเพื่อให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีในระยะยาวต่อไป

พิชญาภา พิษณุ (2547) ได้ศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมทางเพศและความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรร กับพฤติกรรมทางเพศของชายสูงอายุหลังผ่าตัดต่อมลูกหมาก กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้สูงอายุชายหลังได้รับการผ่าตัดต่อมลูกหมาก ผลการวิจัยพบว่าพฤติกรรมทางเพศของชายสูงอายุหลังผ่าตัดต่อมลูกหมากโดยรวมลดลง 62.6% ภาวะสุขภาพ ภาวะหย่อนสมรรถภาพทางเพศ และความเชื่อเรื่องเพศ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมทางเพศ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ประเภทของยาที่ได้รับ และความรุนแรงของอาการผิดปกติ เกี่ยวกับการถ่ายปัสสาวะมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมทางเพศ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 อายุ ความวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้า และสัมพันธ์ภาพระหว่างคู่สมรส ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมทางเพศ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผ่องพักตร์ พิทยพันธ์ และคณะ(2557) ได้ทำการศึกษาเกี่ยวกับการศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยมะเร็งต่อมลูกหมากแบบครบวงจร ในผู้ป่วยหลังผ่าตัดมะเร็งต่อมลูกหมาก เป็นการศึกษาเชิงปฏิบัติการ ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยสัมภาษณ์เจาะลึก การประชุมสนทนากลุ่ม และการสังเกต และใช้การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพเพื่อพัฒนารูปแบบโดยใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหาและประเมินผลรูปแบบโดยเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยกลุ่มตัวอย่าง เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยกลุ่มตัวอย่าง 36 ราย ผลการวิจัยพบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการวางแผนจำหน่ายแบบครบวงจรมีค่าเฉลี่ยผลลัพธ์การปรับตัวด้านจิตใจสูงกว่าผู้ป่วยที่ได้รับการวางแผนปกติอย่างมีนัยสำคัญ ($p < 0.01$) และค่าเฉลี่ยวันนอนของกลุ่มผู้ป่วยที่คาสายสวนปัสสาวะกลับบ้านที่ได้รับการวางแผนจำหน่ายแบบครบวงจร มีค่าเฉลี่ยวันนอนลดลงอย่างมีนัยสำคัญ ($p < 0.01$)

อรรถวรรณ ปรากฏประสิทธิ์ และคณะ (2556) ได้ทำการวิจัยเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างกิจกรรมทางกาย ความรู้โรคร่วม และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อปัสสาวะไม่อยู่ภายหลังจากผ่าตัดต่อมลูกหมากออกทั้งหมด โดยกลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อปัสสาวะไม่อยู่ภายหลังจากการผ่าตัดต่อมลูกหมากออกทั้งหมดเป็นเวลา 3 เดือนขึ้นไป จำนวน 88 ราย ผลการวิจัยพบว่าคุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อปัสสาวะไม่อยู่ภายหลังจากผ่าตัดมะเร็งต่อมลูกหมากค่อนข้างสูง มีระดับการออกกำลังกายที่มีการใช้พลังงานในการมีกิจกรรมทางกายอยู่ระหว่าง 52.36-293.91 หน่วยพลังงานมาตรฐาน ชั่วโมง/สัปดาห์ ร้อยละ 58 มีความรู้เกี่ยวกับภาวะกล้ามเนื้อปัสสาวะไม่อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 69.3 มีระดับความรุนแรงของโรคร่วมในระดับน้อย และพบว่าความรู้มีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อปัสสาวะไม่อยู่ภายหลังจากผ่าตัดต่อมลูกหมากออกทั้งหมด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.22, p < .05$)

อัญพัทธ์ พุฒิศราเศรษฐ์ และคณะ (2560) ทำการศึกษาเชิงบรรยายความสัมพันธ์ระหว่างความรุนแรงของการกล้ามเนื้อปัสสาวะไม่อยู่ ความวิตกกังวลการสนับสนุนทางสังคมต่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งต่อมลูกหมากที่ผ่าตัดต่อมลูกหมากออกทั้งหมด กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยมะเร็งต่อมลูกหมากที่มารับการตรวจติดตามการรักษาหลังการผ่าตัดตั้งแต่ 3 เดือนขึ้นไป จำนวน 112 ราย ผลการวิจัยพบว่าคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งต่อมลูกหมากที่ได้รับการผ่าตัดต่อมลูกหมากออกทั้งหมดอยู่ในระดับสูงมาก ความรุนแรงของการกล้ามเนื้อปัสสาวะไม่อยู่และความวิตกกังวลมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิต อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิต อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

จากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องสามารถสรุปได้ว่า การเจ็บป่วย หมายถึงสภาวะที่มีการเปลี่ยนแปลงหน้าที่ปกติทางร่างกายและทางจิตใจ ซึ่งส่งผลให้บุคคลทำหน้าที่ได้น้อยลงกว่าปกติซึ่งเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นจากประสบการณ์การรับรู้ของแต่ละบุคคลจึงส่งผลให้ความเจ็บป่วยมีความแตกต่างกันไปในแต่ละบุคคล และเนื่องจากวัยสูงอายุเป็นวัยที่มีความเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้นทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ซึ่งความเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นส่งผลให้ผู้สูงอายุเกิดการเจ็บป่วยได้ง่ายกว่าวัยอื่นๆ นอกจากนี้การเจ็บป่วยของผู้สูงอายุเป็นการเจ็บป่วยที่มีความแตกต่างจากวัยอื่นเนื่องจากวัยสูงอายุเป็นวัยที่มีความซับซ้อน และมีลักษณะที่เฉพาะและแตกต่างกันไปในแต่ละบุคคลดังนั้นการทำความเข้าใจเกี่ยวกับประสบการณ์ความเจ็บป่วยของผู้สูงอายุจึงมีความสำคัญ

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุโรคมะเร็งต่อมลูกหมากระยะลุกลามจะพบว่าผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งต่อมลูกหมากนั้นต้องเผชิญกับความเปลี่ยนแปลงในชีวิตตั้งแต่ได้รับการวินิจฉัย เนื่องจากผู้สูงอายุไม่ได้คาดหวังว่าตนจะเจ็บป่วยร้ายแรง อีกทั้งยังต้องเผชิญกับการตัดสินใจในการเลือกการรักษาที่ส่งผลกระทบต่อชีวิต ซึ่งจากการศึกษาพบว่า การได้รับข้อมูลจากแพทย์ พยาบาล บุคลากรทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้องจะสามารถช่วยในการตัดสินใจของผู้สูงอายุได้

นอกจากนี้ประสบการณ์การเจ็บป่วยของผู้สูงอายุโรคมะเร็งต่อมลูกหมากที่ได้รับการรักษาด้วยการควบคุมฮอร์โมนต้องพบคือ การเปลี่ยนแปลงของร่างกายที่ส่งผลต่อภาพลักษณ์ และยังส่งผลต่อการใช้ชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุ จากที่ผู้สูงอายุสามารถพึ่งพาตนเองได้ต้องกลายมาเป็นผู้สูงอายุที่พึ่งพาบุคคลอื่นเพิ่มมากขึ้น อีกทั้งผู้สูงอายุยังคงต้องเผชิญกับโรคที่ยังดำเนินไปเรื่อยๆ จึงทำให้ผู้สูงอายุเกิดความกลัว ความวิตกกังวล และเนื่องจากบทบาทในสังคมที่มองว่าเพศชายเป็นเพศที่เข้มแข็งอดทน ดังนั้นผู้สูงอายุโรคมะเร็งต่อมลูกหมากจึงถูกละเลยในการให้ข้อมูลจากพยาบาล หรือบุคลากรทางการแพทย์ ซึ่งการได้รับคำแนะนำ ความเข้าใจและแรงสนับสนุนจากพยาบาลและบุคลากรทางการแพทย์นั้นมีความสำคัญต่อผู้สูงอายุและบุคคลรอบข้างเป็นอย่างมาก นอกจากนี้คู่สมรส บุคคลที่ผู้สูงอายุให้ความไว้วางใจ หรือผู้สูงอายุที่เผชิญความเจ็บป่วยรูปแบบเดียวกันนั้น เป็นบุคคลสำคัญที่ช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถเผชิญกับความเจ็บป่วยได้อย่างเหมาะสม

ดังนั้นผู้วิจัยจึงนำการศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยา(Phenomenology) มาใช้ในการศึกษาครั้งนี้ เพื่อให้ได้ข้อมูลที่เป็นจริงจากผู้ที่มีประสบการณ์โดยตรง ซึ่งผู้วิจัยได้ทำการศึกษาค้นคว้าเกี่ยวกับการศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยาตามแนวคิดของนักปราชญ์แต่ละคนและศึกษาถึงการวิเคราะห์ข้อมูลที่เหมาะสมตามแนวคิดและความเชื่อนั้นๆ ดังนั้นผู้วิจัยจึงเลือกใช้การวิจัยเชิงปรากฏการณ์วิทยาแบบตีความ (Hermeneutic Phenomenology) ตามแนวคิดของ มาร์ติน ไฮเดกเกอร์ (Martin Hediegger) ที่ศึกษาความหมายของการเป็นบุคคลโดยเชื่อว่าสิ่งที่เป็นอย่างอยู่และเวลา มีความหมายในตัวเองสามารถแปลความได้และเป็นสื่อสำคัญในการแปลความ เพื่อให้เกิดความเข้าใจต่อความหมายนั้น และการวิจัยครั้งนี้ใช้วิธีการวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) โดยเน้นที่การทำการเก็บรวบรวมข้อมูลร่วมกับการวิเคราะห์ข้อมูลและใช้การสังเกตร่วมกับการบันทึกภาคสนาม ซึ่งผู้วิจัยมองว่าวิธีการนี้มีความเหมาะสมมากที่สุดกับปัญหาการวิจัยและสามารถนำมาใช้เป็นแนวทางในการดำเนินการวิจัยในครั้งนี้

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปรากฏการณ์วิทยา (Phenomenological Research) ตามแนวคิดของ ไฮเดกเกอร์ (Heidegger) (1889-1976) (Laverty, 2003) ทำการรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview) เพื่อศึกษาข้อมูลเชิงลึกที่สะท้อนให้เห็นถึงความคิดและความรู้สึกของผู้สูงอายุต่อการเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งต่อมลูกหมากระยะลุกลาม ทำการวิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) โดยมีวิธีการดำเนินการวิจัยดังต่อไปนี้

1. พื้นที่ในการเก็บข้อมูล (Setting)

บริบทของพื้นที่ในการศึกษา (Setting) ครั้งนี้คือห้องตรวจคัดกรองทางเดินปัสสาวะ และหอผู้ป่วยคัดกรองทางเดินปัสสาวะ โรงพยาบาลราชวิถี เนื่องจากเป็นพื้นที่ที่ผู้วิจัยปฏิบัติหน้าที่เป็นพยาบาลประจำหน่วยงานมาเป็นระยะเวลา 7 ปี มีความคุ้นเคยกับพื้นที่ และสามารถเข้าถึงผู้ให้ข้อมูลได้เป็นอย่างดี อีกทั้งยังเป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิที่มีแผนกเฉพาะทางด้านคัดกรองทางเดินปัสสาวะ ที่รับการส่งต่อผู้ป่วยโรกระบบทางเดินปัสสาวะ ซึ่งรวมไปถึงโรคมะเร็งต่อมลูกหมากจากโรงพยาบาลระดับจังหวัดทั่วประเทศ โดยมีผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาโรคมะเร็งต่อมลูกหมากมากกว่า 2,000 รายต่อปี (งานเวชระเบียนและสถิติ โรงพยาบาลราชวิถี, 2561)

2. ผู้ให้ข้อมูลและการคัดเลือกผู้ให้ข้อมูล (Participants)

ผู้ให้ข้อมูลหลัก (Participants) ของการศึกษาคือ ผู้สูงอายุที่ได้รับการวินิจฉัยโรคมะเร็งต่อมลูกหมากระยะลุกลามที่เข้ารับการรักษา ห้องตรวจคัดกรองทางเดินปัสสาวะ และหอผู้ป่วยคัดกรองทางเดินปัสสาวะ โรงพยาบาลราชวิถี ทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) โดยกำหนดคุณสมบัติผู้ให้ข้อมูลหลัก (Inclusion Criteria) ดังนี้

1. เป็นผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป
2. ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งต่อมลูกหมากระยะลุกลามและได้รับการรักษาด้วยการควบคุมฮอร์โมนทั้งในรูปแบบของการให้ยา และ/หรือ การผ่าตัดอัณฑะ (Orchiectomy) อย่างน้อย 6 เดือนขึ้นไปเนื่องจากผลกระทบและการเปลี่ยนแปลงที่เกิดจากการรักษาจะปรากฏหลังจากเริ่มการรักษาไปแล้ว 6 เดือน (Paterson et al., 2015)
3. เป็นผู้ที่มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ การได้ยินปกติ
4. สามารถพูดและเข้าใจภาษาไทยได้ดี

3. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

3.1 ผู้วิจัย ในการวิจัยเชิงคุณภาพตัวผู้วิจัยถือว่ามีความสำคัญเนื่องจากเป็นทั้งเครื่องมือในการวิจัยและเป็นผู้เก็บรวบรวมข้อมูล เพื่อให้การดำเนินการวิจัยเป็นไปอย่างถูกต้องตามกระบวนการวิจัยและผลการวิจัยมีความน่าเชื่อถือ ผู้วิจัยต้องมีความพร้อมในการดำเนินการวิจัย โดยผู้วิจัยมีการเตรียมตัวเองดังนี้

3.1.1 การเตรียมความพร้อมของผู้วิจัยด้านระเบียบวิธีวิจัยเชิงคุณภาพ ผู้วิจัยได้ลงทะเบียนเรียนวิชาการวิจัยเชิงคุณภาพทางการพยาบาล (Qualitative Research in Nursing) รหัสวิชา 3600626 จากคณะพยาบาลศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ปีการศึกษา 2561 จำนวน 3 หน่วยกิต เพื่อศึกษาระเบียบวิธีวิจัยเชิงคุณภาพ อีกทั้งทำการศึกษาดูด้วยตนเองจากการอ่านตำรา เอกสาร งานวิจัย เกี่ยวกับการวิจัยเชิงคุณภาพ ร่วมกับคำแนะนำจากอาจารย์ที่ปรึกษาซึ่งเป็นผู้ที่มีความชำนาญในการวิจัยเชิงคุณภาพ เพื่อให้เข้าใจระเบียบวิธีวิจัยเชิงคุณภาพมากยิ่งขึ้น

3.1.2 การเตรียมความพร้อมด้านเนื้อหาและแนวคิดที่เกี่ยวข้อง ผู้วิจัยได้ทำการศึกษาค้นคว้า หาความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับผู้สูงอายุโรคมะเร็งต่อมลูกหมากระยะลุกลาม จากแนวคิด ทฤษฎีต่างๆ งานวิจัยทั้งในและต่างประเทศ ซึ่งหัวข้อในการทบทวนวรรณกรรม มุ่งเน้นไปในเรื่องการเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งต่อมลูกหมากระยะลุกลามของผู้สูงอายุ วิถีความเจ็บป่วย และการรับมือกับความเจ็บป่วยของผู้สูงอายุ จนกระทั่งเห็นว่าเพียงพอต่อการวางแผนดำเนินการวิจัยในขั้นตอนต่อไป นอกจากนี้ผู้วิจัยเป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานที่หอผู้ป่วยศัลยกรรมทางเดินปัสสาวะ ได้รับมอบหมายการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งต่อมลูกหมากเป็นระยะเวลา 7 ปี

3.2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

3.2.1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุ ใช้ในการบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับ อายุ ระยะเวลาการเจ็บป่วย การรักษาที่ได้รับ สถานภาพ สวัสดิการในการรักษา อาชีพ ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน

3.2.2 แบบบันทึกภาคสนาม ใช้ในการบันทึกรหัสของผู้ให้ข้อมูล รายละเอียดในการให้สัมภาษณ์ เช่น วัน เวลา สถานที่ สิ่งที่ได้จากการสังเกตผู้ให้ข้อมูลขณะทำการสัมภาษณ์ เช่น สีหน้า ท่าทาง น้ำเสียง สิ่งแวดล้อม บรรยากาศขณะทำการสัมภาษณ์ และปัญหาที่เกิดขึ้นขณะทำการสัมภาษณ์รวมถึงการแก้ไขสถานการณ์

3.2.3 เครื่องบันทึกเสียง สำหรับการบันทึกข้อมูลการให้สัมภาษณ์ในทุกครั้ง ซึ่งผู้วิจัยจะมีการตรวจสอบความพร้อมในการใช้งานอยู่เสมอก่อนทำการสัมภาษณ์

3.2.4 แบบบันทึกการถอดรหัสความ สำหรับบันทึกการถอดความการสัมภาษณ์แบบคำต่อคำ (Verbatim Transcriptions)

3.3 แนวทางการสัมภาษณ์เชิงลึก (Interview Guideline) ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview) ใช้เวลาในการสัมภาษณ์ประมาณ 40-60 นาที โดยผู้วิจัยสร้างแนวคำถามโดย การกำหนดข้อคำถามตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย เขียนแนวคำถามเป็นลักษณะคำถามปลายเปิดเป็นประเด็นต่างๆ ที่เกี่ยวกับประสบการณ์ของผู้สูงอายุโรคมะเร็งต่อมลูกหมากระยะลุกลามที่ได้รับการรักษาด้วยการควบคุมฮอร์โมนทั้งในรูปแบบของการผ่าตัด และการใช้ยา และมีความยืดหยุ่นตามการสนทนา เพื่อให้ผู้ให้ข้อมูลหลักนั้นสามารถตอบคำถามได้ตรงตามความต้องการและความรู้สึกที่แท้จริง และเพื่อให้ได้ข้อมูลเชิงลึกที่ครอบคลุมตรงประเด็นที่ต้องการศึกษา โดยมีแนวคำถามเพื่อเป็นแนวทางในการสัมภาษณ์ดังนี้

3.3.1 ขั้นเริ่มการสนทนา ผู้วิจัยแนะนำตัวผู้วิจัย กล่าวทักทายพูดคุยซักถามเรื่องทั่วไปเพื่อสร้างสัมพันธภาพ เพื่อให้ผู้ให้ข้อมูลหลักเกิดความคุ้นเคย และเกิดความไว้วางใจในการให้ข้อมูล จากนั้นเริ่มอธิบายถึงวัตถุประสงค์ เหตุผล ขั้นตอนในการสัมภาษณ์ การพิทักษ์สิทธิ์ผู้ให้ข้อมูล อย่างละเอียด ชี้แจงถึงระยะเวลาที่ใช้ในการสัมภาษณ์ คือ 40-60 นาที โดยประมาณ ใช้คำถามเปิดประเด็นกว้างๆ โดยมีแนวคำถามดังต่อไปนี้

- 1) วันนี้เป็นอย่างไรบ้างคะ
- 2) สุขภาพตอนนี้เป็นอย่างไรบ้าง
- 3) ปกติมาหาหมอบ่อยไหมคะ ... วันนี้คุณหมอให้ทำอะไรบ้าง
- 4) วันนี้เราจะมาพูดคุยเรื่องการเจ็บป่วยของคุณนะคะ พร้อมไหมคะ

3.3.2 ขั้นเข้าสู่ประเด็นการสัมภาษณ์ เป็นคำถามที่นำไปสู่การเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งต่อมลูกหมาก และเจาะลึกถึงประเด็นสำคัญกับการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ โดยมีแนวคำถามดังนี้

- 1) ช่วยเล่าถึงอาการที่มาหาหมอให้ฟังหน่อยได้ไหมคะ....
- 2) แล้วคุณหมอตระจอะไรให้บ้างคะ.... ตอนนั้นรู้สึกอย่างไรคะ
- 3) หลังจากได้รับการรักษามาจนถึงวันนี้ รู้สึกว่าร่างกายตนเองมีความเปลี่ยนแปลงอย่างไรบ้างคะ...แล้วรู้สึกอย่างไรกับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น
- 4) การเปลี่ยนแปลงที่เกิดซึ่งส่งผลต่อชีวิตอย่างไรบ้างคะ
- 5) คุณลุงมีการรับมือกับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นอย่างไรบ้างคะ

แนวคำถามรอง

- 1) เพราะเหตุใดถึงคิดอย่างนั้นคะ
- 2) ที่เล่ามา..... ช่วยอธิบายเพิ่มเติมเกี่ยวกับ.....ได้ไหมคะ
หมายความว่าอย่างไรคะ
- 3) มีอย่างอื่นที่เกิดจากการเจ็บป่วยอยากเล่าให้ฟังอีกไหมคะ

3.3.3 ขั้นตอนการสนทนา เมื่อถึงเวลาที่เหมาะสมตามที่ตกลงกันไว้ ผู้วิจัยจะเปลี่ยนการสนทนาเพื่อให้ผู้ให้ข้อมูลหลักรู้สึกผ่อนคลายขึ้นโดยการเปลี่ยนเรื่องสนทนาเป็นเรื่องทั่วไป สอบถามถึงข้อมูลที่ผู้ให้ข้อมูลหลักยังไม่กล่าวถึงและต้องการเล่าให้ผู้วิจัยฟังเพิ่มเติม โดยมีแนวคำถามดังนี้

- 1) มีอะไรที่อยากเล่าให้ฟังเพิ่มเติมไหมคะ
- 2) มีข้อซักถาม หรือมีประเด็นไหนสงสัยไหมคะ

แล้วจึงกล่าวสรุปประเด็นที่ได้จากการสัมภาษณ์เพื่อเป็นการตรวจสอบข้อมูลขั้นต้นกับผู้ให้ข้อมูล หลังจากนั้นจึงกล่าวขอบคุณผู้ให้ข้อมูล และทำการนัดหมายการสัมภาษณ์ครั้งต่อไปในกรณีที่มีข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ยังไม่ครบถ้วน รวมไปถึงการให้คำแนะนำเกี่ยวกับโรค การรักษา และการปฏิบัติตัวแก่ผู้ให้ข้อมูลในกรณีที่ผู้ให้ข้อมูลมีข้อซักถามหรือข้อสงสัย และจึงปิดการสนทนา

4. การพิทักษ์สิทธิผู้ให้ข้อมูล

ผู้วิจัยทำการพิทักษ์สิทธิผู้ให้ข้อมูลตลอดกระบวนการวิจัย โดย

1) ผู้วิจัยได้ดำเนินการขออนุมัติโครงการวิจัยจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบัน ชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย โดยผ่านการพิจารณาจริยธรรมในโครงการที่ 139.1/62 ได้รับอนุมัติวันที่ 19 สิงหาคม 2562 และได้ดำเนินการขออนุมัติโครงการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน โรงพยาบาลราชวิถี หมายเลขโครงการ 62086 ซึ่งได้รับอนุมัติตามมติที่ประชุม ครั้งที่6/2562 วันที่ 20 มิถุนายน 2562 (ตั้งภาคผนวก ก)

2) ในการคัดเลือกผู้เข้าร่วมการวิจัยผู้วิจัยจะให้พยาบาลประจำหน่วยงานสอบถามความสมัครใจจากผู้ให้ข้อมูลหลักก่อนการสัมภาษณ์ทุกครั้ง

3) เมื่อผู้ให้ข้อมูลหลักยินยอมเข้าร่วมการวิจัยผู้วิจัยจะทำการชี้แจงรายละเอียดเกี่ยวกับหัวข้อการสัมภาษณ์ วัตถุประสงค์การวิจัย ประเด็นต่างๆในการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก การขออนุญาตบันทึกเสียงในการสัมภาษณ์ ระยะเวลาที่ใช้ในการสัมภาษณ์ การขอตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล การรักษาความลับของผู้ให้ข้อมูลหลัก โดยการทำลายเทปบันทึกเสียงเมื่อสิ้นสุดโครงการวิจัย การปกปิดชื่อ-นามสกุล ของผู้ให้ข้อมูลหลัก โดยจะใช้รหัสข้อมูลแทนการใช้ข้อมูลจริง การนำข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์มาอภิปรายผล การนำเสนอและเผยแพร่ข้อมูลในภาพรวมและนำเสนอเชิงวิชาการเท่านั้น

4) เปิดโอกาสให้ผู้ให้ข้อมูลสอบถามข้อสงสัย และตัดสินใจได้อย่างอิสระ ก่อนการลงนามยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย โดยเน้นย้ำว่าผู้ให้ข้อมูลสามารถปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัยได้ โดยไม่มีผลต่อการรักษา หรือผลกระทบใดๆต่อผู้ให้ข้อมูล

5) เมื่อผู้ให้ข้อมูลหลักยินดีเข้าร่วมการวิจัยผู้วิจัยจึงจะให้ลงนามยินยอมให้ข้อมูล ขณะทำการสัมภาษณ์ ผู้ให้ข้อมูลหลักสามารถปฏิเสธการตอบคำถามที่รู้สึกไม่สะดวกใจ หรือสามารถแจ้งขอยุติการสัมภาษณ์ได้ตลอดเวลา และระหว่างการสัมภาษณ์หากผู้ให้ข้อมูลหลักรู้สึกสะเทือนใจผู้วิจัยจะหยุดการให้สัมภาษณ์ทันที และทำการปลอบโยน ให้กำลังใจผู้ให้ข้อมูลหลัก และทำการสัมภาษณ์ต่อหากผู้ให้ข้อมูลหลักยินดีที่จะให้สัมภาษณ์ต่อ โดยผู้วิจัยจะทำการเก็บใบยินยอมและข้อมูลต่างๆไว้อย่างปลอดภัย โดยระหว่างการเก็บรวบรวมข้อมูล พบว่าผู้ให้ข้อมูลหลักจำนวน 3 รายร้องไห้คือ ID01, ID04 และ ID10 ผู้ให้ข้อมูลหลักทุกรายให้ความร่วมมือเป็นอย่างดี

6) ผู้วิจัยเข้ารับการอบรมหลักสูตร GCP online Training (Computer-Based) “แนวทางการปฏิบัติการวิจัยทางคลินิกที่ดี (ICH-GCP) (ภาคผนวก ก) และผู้วิจัยยึดมั่นในจรรยาบรรณและจริยธรรมของนักวิจัยอย่างเคร่งครัด

5. การเก็บรวบรวมข้อมูล

5.1 การเข้าถึงผู้ให้ข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการประสานกับหัวหน้าแผนกห้องตรวจคัดกรองทางเดินปัสสาวะและหอผู้ป่วยคัดกรองทางเดินปัสสาวะ โรงพยาบาลราชวิถี แนะนำตนเองกับแพทย์และพยาบาลประจำแผนกสร้างสัมพันธ์ภาพและอธิบายถึงโครงการศึกษาวิจัย ผู้วิจัยดำเนินการตามขั้นตอนเพื่อให้มาซึ่งผู้ให้ข้อมูลหลัก โดยขอความร่วมมือจากแพทย์ และพยาบาล ประจำแผนกผู้ป่วยนอกระบบคัดกรองทางเดินปัสสาวะและหอผู้ป่วยคัดกรองทางเดินปัสสาวะ ในการสอบถามและขออนุญาตผู้สูงอายุและญาติ พร้อมแจ้งถึงสิทธิปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัยโดยไม่มีผลใดๆต่อการรักษา หากผู้สูงอายุและญาติมีความยินดีและเต็มใจในการเข้าร่วมการวิจัย แพทย์และพยาบาลจะเป็นผู้แนะนำผู้วิจัยแก่ผู้สูงอายุและญาติ และผู้วิจัยจึงทำการชี้แจงโครงการศึกษาวิจัยอย่างละเอียดกับผู้ให้ข้อมูลหลักต่อไป

ทั้งนี้พบว่าเนื่องจากห้องตรวจคัดกรองทางเดินปัสสาวะมีจำนวนผู้เข้ารับบริการเป็นจำนวนมาก ญาติและผู้ให้ข้อมูลมีความกังวลกับการรอรับการตรวจรักษาจากแพทย์ และการรอรับยาภายหลังการตรวจ ผู้ให้ข้อมูลหลัก จำนวน 3 รายจึงปฏิเสธการเข้าร่วมโครงการวิจัย

ในขณะที่ผู้ให้ข้อมูลที่เข้ารับการรักษาที่หอผู้ป่วยคัดกรองทางเดินปัสสาวะ ผู้วิจัยสามารถเข้าถึงผู้ให้ข้อมูลหลักได้จำนวน 15 ราย แต่สามารถเก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์แบบเจาะลึกได้จำนวน 13 ราย

เนื่องจาก ผู้ให้ข้อมูลหลัก 1 ราย ญาติยังไม่แจ้งแก่ผู้ให้ข้อมูลว่าเป็นมะเร็ง ผู้ให้ข้อมูลหลักทราบแต่เพียงว่าตนเป็นโรคต่อมลูกหมากเท่านั้น ส่วนอีก 1 รายมีปัญหาด้านการได้ยินแม้ใช้เครื่องช่วยฟัง จึงไม่อยู่ในเกณฑ์การคัดเข้าของการวิจัยในครั้งนี้

ผู้วิจัยทำการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลที่เดียวของผู้ให้ข้อมูล ซึ่งเวลาที่ทำการสัมภาษณ์เป็นช่วงเวลาที่ไม่มีมีการเข้าเยี่ยมของญาติผู้ให้ข้อมูล อีกทั้งผู้วิจัยทำการขอความร่วมมือจากพยาบาล และเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานในช่วงเวลานั้น ในการให้ความเป็นส่วนตัวในขณะที่ทำการสัมภาษณ์ และทำการกั้นม่านที่เดียวผู้ให้ข้อมูลเพื่อให้บรรยากาศในการสัมภาษณ์มีความเป็นส่วนตัวมากขึ้น

ผู้วิจัยได้ยุติการเก็บรวบรวมข้อมูลเมื่อได้เข้าถึงผู้ให้ข้อมูลจำนวนทั้งสิ้น 13 ราย เนื่องจากข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ไม่มีประเด็นเพิ่มเติม

5.2 ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล

หลังจากพยาบาลประจำหอผู้ป่วยศัลยกรรมทางเดินปัสสาวะสอบถาม ขออนุญาตผู้สูงอายุในการเก็บข้อมูล และผู้ให้ข้อมูลหลักมีความสนใจและยินยอมเข้าร่วมการวิจัยแล้ว ผู้วิจัยจึงดำเนินการเก็บข้อมูลดังนี้

1) เมื่อผู้ให้ข้อมูลหลักสนใจและยินดีเข้าร่วมโครงการวิจัย ผู้วิจัยทำการสร้างสัมพันธภาพโดยการแนะนำตนเอง อธิบายวัตถุประสงค์การวิจัย ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล การบันทึกเสียงระหว่างการสัมภาษณ์ การพิทักษ์สิทธิผู้ให้ข้อมูล และเปิดโอกาสให้ผู้ให้ข้อมูลตัดสินใจร่วมการวิจัย โดยใช้เวลาในการคิดทบทวนก่อนการตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัย แล้วจึงขอความยินยอมจากผู้ให้ข้อมูลในการเข้าร่วมการวิจัย โดยเซ็นชื่อในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย (Informed consent) ซึ่งผู้ให้ข้อมูลทั้ง 13 ราย ให้ความร่วมมือในการเก็บข้อมูล และยินยอมให้บันทึกเสียงขณะทำการให้สัมภาษณ์

2) ดำเนินการเก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์เชิงลึก ร่วมกับการสังเกต การบันทึกภาคสนาม และการบันทึกเสียง โดยขณะการสัมภาษณ์ ผู้วิจัยใช้ภาษาที่เข้าใจง่าย และให้ความสำคัญต่อข้อมูลด้านความคิด ความเชื่อ ค่านิยม แบบแผนการดำเนินชีวิตของผู้ให้ข้อมูลหลัก ซึ่งในช่วงแรกของการสนทนา ผู้ให้ข้อมูลหลักทั้ง 13 ราย ยังมีความเกร็งในการสนทนา และการเป็นผู้ถูกซักถาม แต่เมื่อการสัมภาษณ์ดำเนินมาได้สักระยะหนึ่ง ผู้ให้ข้อมูลหลักเริ่มมีความคุ้นเคยกับผู้วิจัย การสนทนาจึงมีความผ่อนคลาย และมีความราบรื่นมากขึ้น

จากการสัมภาษณ์พบว่าผู้ให้ข้อมูลจำนวน 3 ราย มีการร้องไห้ขณะทำการสัมภาษณ์คือ ID01, ID04 และ ID10 เนื่องจากผู้ให้ข้อมูลรายแรกมีความรู้สึกสะเทือนใจเมื่อคิดถึงอนาคตของตน และมีความกังวลกลัวว่าตนจะเป็นภาระของครอบครัว ส่วนผู้ให้ข้อมูล ID 04 รู้สึกเสียใจเมื่อคิดว่าตนไม่ได้ทำการตรวจคัดกรองโรคตั้งแต่วัยแรกๆ คิดแต่เพียงว่าไม่ใช่อาการผิดปกติเท่านั้น และผู้ให้ข้อมูล ID10 รู้สึกตื่นตัน เนื่องจากตนไม่เคยเล่าเรื่องความเจ็บป่วยกับใคร เมื่อได้พูดคุยกับผู้วิจัย จึงเหมือนได้ระบายความรู้สึกของตน ซึ่งผู้วิจัยได้เปลี่ยนบทบาทเป็นผู้ฟัง รับฟังปัญหาของผู้ให้ข้อมูล สัมผัสผู้ให้ข้อมูล เพื่อให้กำลังใจ และเปิดโอกาสให้ผู้ให้ข้อมูลได้ระบายความรู้สึก ปลอดภัย และให้กำลังใจผู้ให้ข้อมูล จนผู้ให้ข้อมูลดีขึ้น และมีสีหน้าคลายความกังวล ผู้วิจัยจึงได้แจ้งผู้ให้ข้อมูลว่าหากผู้ให้ข้อมูล

ต้องการยุติการสัมภาษณ์ก็สามารถทำได้ทันที แต่ผู้ให้ข้อมูลทั้ง 3 ราย ยินดีให้การสัมภาษณ์ต่อ จึงประเมินความพร้อมและความสมัครใจของผู้ให้ข้อมูล ในการสัมภาษณ์และจึงเริ่มการสัมภาษณ์ต่อไป

3) ผู้วิจัยสิ้นสุดการสัมภาษณ์เมื่อครบตามระยะเวลาที่ได้แจ้งแก่ผู้ให้ข้อมูล หรือ ผู้ให้ข้อมูลมีท่าทีเหนียวล่าจากการตอบคำถาม หรือมีพฤติกรรมที่แสดงถึงความไม่พร้อมในการให้สัมภาษณ์ต่อ เช่น มองนาฬิกาบ่อยครั้ง และเมื่อไม่มีประเด็นใหม่เกิดขึ้นในการสัมภาษณ์ หรือมีการอิ่มตัวของข้อมูล (Saturated Data) โดยก่อนสิ้นสุดการสัมภาษณ์ ผู้วิจัยกล่าวสรุปสิ่งที่ได้จากการสัมภาษณ์ให้ผู้ให้ข้อมูลฟังคร่าวๆ ทั้งนี้เพื่อทบทวนความเข้าใจของข้อมูลระหว่าผู้วิจัยและผู้ให้ข้อมูลหลัก ทำการนัดหมายการสัมภาษณ์ครั้งต่อไป และกล่าวขอบคุณผู้ให้ข้อมูลหลักที่สละเวลามาให้ข้อมูลที่เป็ประโยชน์ในวันนี้ แล้วจึงมอบของที่ระลึกแก่ผู้ให้ข้อมูลหลักทั้ง 13 ราย

จากการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลแต่ละราย ส่วนใหญ่ทำการสัมภาษณ์เพียงครั้งเดียว เนื่องจากทำการสัมภาษณ์ในขณะที่ทำการรักษาตัวในโรงพยาบาล อีกทั้งผู้ให้ข้อมูลหลักทั้ง 13 รายไม่สะดวกในการให้สัมภาษณ์ที่บ้าน หรือตอนตรวจที่ห้องตรวจศัลยกรรมทางเดินปัสสาวะ ใช้เวลาในการสัมภาษณ์ประมาณ 45-70 นาที (ดังภาคผนวก ข)

6. การวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ ใช้เทคนิคการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interview) การวิเคราะห์ข้อมูลจะทำไปพร้อมกับการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยผู้วิจัยใช้การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา (Content Analysis) เพื่อศึกษาประสบการณ์การเจ็บป่วยของผู้สูงอายุโรคมะเร็งต่อมลูกหมากระยะลุกลาม และการให้ความหมายของการเจ็บป่วยโรคมะเร็งต่อมลูกหมากระยะลุกลามของผู้สูงอายุ ตามความเข้าใจและการรับรู้ของตัวผู้สูงอายุซึ่งเป็นผู้อยู่ในปรากฏการณ์ที่ศึกษา (Faria-Schützer, et al., 2021) มีขั้นตอนดังนี้

6.1 ภายหลังกการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลหลักแต่ละราย ผู้วิจัยนำเสียงที่บันทึกมาทำการถอดความเป็นคำต่อคำ (Verbatim) นอกจากนี้ยังบันทึกน้ำเสียง สีหน้า อารมณ์ ความรู้สึกของผู้สูงอายุขณะให้สัมภาษณ์ เพื่อให้ได้ข้อมูลบทสนทนาที่เป็นตัวอักษร (Transcript) แล้วจึงนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ซึ่งมีความรู้ความชำนาญเกี่ยวกับการวิจัยเชิงคุณภาพ

6.2 นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์โดยการอ่านทบทวนซ้ำๆ (free-floating readings) เพื่อให้เกิดความเข้าใจภาพรวมของข้อมูลทั้งหมด และเพื่อให้เกิดความเข้าใจรวบยอดเกี่ยวกับเรื่องที่ต้องการศึกษาตามวัตถุประสงค์การวิจัย พยายามจับประเด็นคำสนทนาให้เป็นหมวดหมู่ และดึงข้อความหรือประโยคที่มีความสำคัญ และเกี่ยวข้องกับปรากฏการณ์ที่ต้องการศึกษาออกมา โดยการเน้นข้อความหรือขีดเส้นใต้ และเขียนแยกข้อความนั้นไว้

6.3 ทำความเข้าใจถึงประโยค หรือข้อความที่แยกไว้ ว่าผู้ให้ข้อมูลหลักต้องการสื่อสารถึงเรื่องอะไร และทำการกำหนดความหมายของข้อมูล เพื่อนำมาใช้ในการจัดหมวดหมู่ของข้อความ

6.4 นำข้อความหรือประโยคที่กำหนดความหมายแล้ว มาจัดกลุ่มตามประเภทหรือมีความหมายไปในทำนองเดียวกัน โดยทำการถอดรหัสข้อความ (coding) บทสนทนาที่อ่าน และพิจารณาคำต่างๆที่ถอดรหัสออกมา แล้วจึงนำมาจัดหมวดหมู่ (Category) หรือจัดเป็นประเด็นย่อย (Sub-theme) แล้วทำการรวบรวมประเด็นย่อยที่มีเนื้อหาอยู่ในกลุ่มเดียวกันไว้ด้วยกัน เป็นประเด็นหลัก (Theme) แล้วนำผลการถอดรหัส คำ การจัดหมวดหมู่ การจัดประเด็นย่อยและประเด็นหลัก ให้อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ตรวจสอบ และให้คำแนะนำเกี่ยวกับการถอดรหัสและการจัดหมวดหมู่อีกครั้ง

6.5 นำประเด็นหลักและประเด็นย่อยที่ได้มาสร้างแผนภูมิเชื่อมโยง ตามประเด็นหลัก (Theme) และประเด็นย่อยที่ค้นพบ (Sub-theme) เพื่อบรรยายการวิเคราะห์ข้อมูล และเพื่อการอธิบายผลการวิจัยให้มีความชัดเจนมากยิ่งขึ้น

6.6 ผู้วิจัยทำการคัดเลือกบทสนทนาที่ได้จากการสัมภาษณ์เชิงลึก ที่สามารถให้รายละเอียดของวัตถุประสงค์การวิจัยได้ดีที่สุด โดยการตัดบทสนทนาที่เป็นประเด็นย่อยรวมไว้ด้วยกันเป็นประเด็นหลัก พร้อมอ้างอิงหมายเลขกลุ่มสนทนา และบรรทัดที่อ้างอิงไว้ท้ายบทสนทนาที่ทำการคัดเลือกมา โดยใช้คอมพิวเตอร์ในการกำหนดเลขการอ้างอิง

6.7 ผู้วิจัยทำการตรวจสอบข้อสรุปความตรงของปรากฏการณ์ โดยการนำข้อสรุปของปรากฏการณ์ที่ได้ ให้ผู้ให้ข้อมูลหลักจำนวน 2 ราย ซึ่งเป็นผู้ให้ข้อมูลหลักที่สามารถสื่อสารข้อมูลที่หลากหลาย (Informative case) นั่นคือ ID 7 และ ID 9 ช่วยตรวจสอบความถูกต้องว่าข้อมูลที่ได้รับความเป็นจริงตามที่อธิบายไว้หรือไม่ (Member checking) ซึ่งผู้ให้ข้อมูลหลักทั้ง 2 รายเห็นด้วยกับข้อสรุปของผู้วิจัย นอกจากนี้ผู้วิจัยได้นำผลสรุปและแผนภาพทั้งหมดให้อาจารย์ที่ปรึกษาตรวจสอบ และให้คำแนะนำอีกครั้ง เพื่อนำมาแก้ไขและปรับปรุงให้ผลการวิจัยมีความสมบูรณ์มากขึ้น

7. ความเชื่อถือได้ของงานวิจัย (Trustworthiness)

ผู้วิจัยตรวจสอบความน่าเชื่อถือได้ของข้อมูล ตามแนวคิดของ Guba & Lincoln (1985) โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

7.1 ความเชื่อถือได้ (Credibility) เพื่อให้ข้อมูลที่ได้รับความตรง และเชื่อถือได้มากที่สุด ผู้วิจัยได้ใช้เทคนิคต่างๆดังต่อไปนี้

7.1.1 ผู้วิจัยให้อิสระแก่ผู้ให้ข้อมูลหลัก ในการตัดสินใจเข้าร่วมโครงการวิจัย หรือการถอนตัวจากโครงการวิจัย นอกจากนี้ผู้วิจัยยังทำการขออนุญาตผู้ให้ข้อมูลหลัก ทุกครั้งในการเก็บข้อมูล เช่นการจดบันทึก การบันทึกเสียงการสัมภาษณ์ รวมทั้งเน้นย้ำถึงการรักษาความลับของผู้ให้

ข้อมูลหลัก เพื่อให้ผู้ให้ข้อมูลหลักเกิดความไว้วางใจ และเปิดเผยข้อมูลต่างๆแก่ผู้วิจัยตามความเป็นจริง ผู้วิจัยมีการสร้างสัมพันธภาพ สร้างความคุ้นเคย พูดคุยด้วยความเป็นกันเองกับผู้ให้ข้อมูลหลักก่อน การเข้าสู่ประเด็นการสนทนา เพื่อให้ผู้ให้ข้อมูลหลักเกิดความไว้วางใจ ผู้วิจัยมีการกั้นม่านบริเวณที่ทำการสัมภาษณ์ เพื่อสร้างบรรยากาศให้มีความเป็นส่วนตัว และขอความร่วมมือเจ้าหน้าที่ และทีมพยาบาลในการให้ความเป็นส่วนตัวแก่ผู้วิจัยและผู้ให้ข้อมูลหลัก

7.1.2 ผู้วิจัยศึกษาข้อมูลพื้นฐานของผู้ให้ข้อมูลหลักแต่ละรายจากเวชระเบียน และจากการรับส่งข้อมูลจากทีมพยาบาลแต่ละเวร เพื่อนำมาเป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับประกอบการพูดคุย และการสัมภาษณ์ และเพื่อเป็นการทำความเข้าใจภูมิหลังของผู้ให้ข้อมูลหลักเบื้องต้น

7.1.3 เมื่อได้ข้อมูลจากการสัมภาษณ์แล้ว ผู้วิจัยทำการถอดคำสัมภาษณ์แบบคำต่อคำ (Verbatim) และมีการตรวจสอบความถูกต้องของบทสัมภาษณ์ โดยการฟังเสียงที่บันทึกซ้ำหลายๆ ครั้ง และนำข้อมูลที่บันทึกจากการสังเกตเช่น ท่าทาง สีหน้า ของผู้ให้ข้อมูลขณะการสัมภาษณ์มา ตรวจสอบว่ามีความสอดคล้องและเชื่อมโยงกับบทสัมภาษณ์หรือไม่

7.1.5 ก่อนการสิ้นสุดการสัมภาษณ์ผู้วิจัยมีการสรุปประเด็นที่ได้จากการสัมภาษณ์ แต่ละครั้งให้ผู้ให้ข้อมูลฟังเพื่อความเข้าใจที่ตรงกันระหว่างผู้ให้ข้อมูลและตัวผู้วิจัย และเปิดโอกาสให้ผู้ให้ข้อมูลปรับแก้ หรือเล่าประสบการณ์ ความรู้สึกเพิ่มเติม เพื่อให้แน่ใจว่าข้อมูลที่ได้เป็น ประสบการณ์ที่ได้จากผู้ให้ข้อมูลอย่างแท้จริง อีกทั้งผู้วิจัยได้นำสิ่งที่วิเคราะห์กลับไปให้ผู้ให้ข้อมูลหลัก จำนวน 2 รายคือ ID 7 และ ID 9 ตรวจสอบข้อสรุปของปรากฏการณ์ที่ได้ (Member checking) ว่ามีความถูกต้องและเข้ากันได้กับประสบการณ์ของผู้ให้ข้อมูลหลักหรือไม่ ซึ่งผู้ให้ข้อมูลหลักทั้ง 2 รายเห็นด้วยกับข้อสรุปของผู้วิจัย

7.1.6 ผู้วิจัยได้ทำการตรวจสอบวิเคราะห์ข้อมูลกับผู้เชี่ยวชาญ (Peer debriefing) โดยอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ซึ่งมีความเชี่ยวชาญ เกี่ยวกับการวิจัยเชิงคุณภาพ ทำการตรวจสอบ เพื่อช่วยให้ผู้วิจัยลดอคติที่มีต่อการวิจัยเพื่อให้ผลการวิจัยมีความน่าเชื่อถือยิ่งขึ้น

7.2 ความสามารถในการถ่ายโอน (Transferability) โดยการนำผลการวิจัยที่ได้ไปอ้างอิง ในปรากฏการณ์ หรือกลุ่มบุคคลที่มีลักษณะเหมือนกับผู้ให้ข้อมูลหลัก และอยู่ในลักษณะสถานการณ์ หรือมีประสบการณ์ และบริบทที่เหมือนกัน คือ ผู้สูงอายุโรคมะเร็งต่อมลูกหมากระยะลุกลามและสามารถอ้างอิงไปยังประชากรกลุ่มอื่นๆได้

7.3 ความสามารถในการพึ่งพา (Dependability) ผู้วิจัยได้ดำเนินการวิจัยอย่างเป็นระบบ มีขั้นตอนและเกณฑ์ในการคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลหลักที่ชัดเจน นำเสนอข้อมูลอย่างละเอียดถูกต้อง โดยข้อมูลที่ได้จากการศึกษา มีการตรวจสอบจากอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ซึ่งมีความเชี่ยวชาญ เกี่ยวกับการวิจัยเชิงคุณภาพเป็นอย่างดี เพื่อลดความลำเอียงที่อาจเกิดขึ้นจากการที่ผู้วิจัยเป็นผู้วิเคราะห์และตีความเพียงผู้เดียว นอกจากนี้ยังมีการเชื่อมโยงข้อมูลต่างๆที่ได้จากการสัมภาษณ์ การสังเกต และการจดบันทึกภาคสนามเพื่อให้เกิดความเข้าใจในปรากฏการณ์อย่างแท้จริง

7.4 การยืนยันผลการวิจัย (Confirmability) ผู้วิจัยทำการเขียนรายงานกระบวนการอย่างละเอียด รวมถึงการเก็บข้อมูลอย่างเป็นระบบ สามารถตรวจสอบได้ (Audit trail) ทั้งการบันทึกการสัมภาษณ์ การถอดการสัมภาษณ์แบบคำต่อคำ (Verbatim) มีการตรวจสอบความถูกต้องและครบถ้วนโดยการฟังบันทึกการสัมภาษณ์ซ้ำ และมีการอ้างคำพูดของผู้ให้ข้อมูลหลักในการนำเสนอข้อมูล มีการนำภาพสรุปของประเด็นต่างๆ มาปรึกษาและทบทวนกับอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ เป็นระยะๆ ตลอดระยะเวลาในการดำเนินการวิจัย

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลและสรุปผลการวิจัย

การศึกษาวินิจฉัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ โดยใช้ระเบียบวิธีวิจัยแบบปรากฏการณ์วิทยา (Phenomenological research) ตามแนวคิดของ มาร์ติน ไฮเดกเกอร์ (Martin Hediegger) เพื่อศึกษาถึงประสบการณ์การเจ็บป่วยของผู้สูงอายุโรคมะเร็งต่อมลูกหมากระยะลุกลาม ที่รับการรักษาด้วยการควบคุมฮอร์โมนเพศ ผู้ให้ข้อมูลหลักคือผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไปที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งต่อมลูกหมากระยะลุกลามหรือระยะที่ 4 และได้รับการรักษาโดยการควบคุมฮอร์โมน ทั้งในรูปแบบการให้ยา (Medical Castration) และการผ่าตัดอัณฑะหรือ Orchiectomy (Surgical Castration) เป็นเวลา 6 เดือนขึ้นไป ทำการคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลหลักแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) ทำการเก็บข้อมูลด้วยวิธีการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview) จำนวน 13 ราย ผลการวิจัยเสนอตามลำดับดังนี้

ส่วนที่ 1 : ข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วยลักษณะทั่วไปของผู้ให้ข้อมูล และข้อมูลการเจ็บป่วย

ส่วนที่ 2 : ความหมายของการเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งต่อมลูกหมากระยะลุกลามของผู้สูงอายุ

ส่วนที่ 3 : ประสบการณ์การเจ็บป่วยของผู้สูงอายุโรคมะเร็งต่อมลูกหมากระยะลุกลาม ประกอบด้วย 4 ประเด็นหลัก คือ 1) แรกก็ตกใจแต่ทำใจว่าใครก็เป็นอย่างนั้นได้ 2) ชีวิตที่เปลี่ยนแปลงไป ภายหลังการรักษาด้วยการควบคุมฮอร์โมนเพศ 3) สูญเสียสมรรถนะทางเพศ 4) สนใจดูแลตนเองมากขึ้น 5) ได้รับกำลังใจในการใช้ชีวิตอยู่ต่อไป 6) ยอมรับความตายที่จะเกิดขึ้น

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 : ข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วยลักษณะทั่วไปของผู้ให้ข้อมูล และข้อมูลการเจ็บป่วย

ผู้ให้ข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้คือผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไปที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งต่อมลูกหมากระยะลุกลามหรือระยะที่ 4 และได้รับการรักษาโดยการควบคุมฮอร์โมน ทั้งในรูปแบบการให้ยา (Medical Castration) และการผ่าตัดอัณฑะหรือ Orchiectomy (Surgical Castration) เป็นเวลา 6 เดือนขึ้นไป จำนวน 13 รายซึ่งสามารถจำแนกอายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ระยะเวลาการเจ็บป่วย และการรักษาที่ได้รับ ดังตาราง

ตารางที่ 2 ลักษณะทั่วไปของผู้ให้ข้อมูล

ลักษณะทั่วไป	จำนวน(ราย)
อายุ	
60-69 ปี	6
70-79 ปี	5
80 ปี ขึ้นไป	2
สถานภาพ	
คู่	12
หม้าย	1
ระดับการศึกษา	
สูงกว่าปริญญาตรี	1
ปริญญาตรี	3
มัธยมศึกษา	2
ประถมศึกษา	7
ระยะเวลาการเจ็บป่วย	
0-1 ปี	2
2-5 ปี	7
5 ปีขึ้นไป	4
การรักษาที่ได้รับ	
Medical Castration	1
Surgical Castration	11
Medical and Surgical Castration	1

ผู้ให้ข้อมูลจำนวน 13 ราย อายุระหว่าง 63-81 ปี ทุกรายนับถือศาสนาพุทธ สถานภาพคู่ จำนวน 12 ราย และสถานภาพหม้าย 1 ราย ระดับการศึกษา จบการศึกษาระดับปริญญาโท 1 ราย ปริญญาตรี 3 ราย มัธยมศึกษา 2 ราย และ ประถมศึกษา 7 ราย ระยะเวลาการเจ็บป่วยอยู่ระหว่าง 7 เดือนถึง 10 ปี ได้รับการรักษาด้วยวิธีการผ่าตัดอัณฑะ จำนวน 12 ราย รับการรักษาด้วยยา จำนวน 1 ราย และรับการรักษาทั้ง 2 รูปแบบจำนวน 1 ราย โดยสามารถสรุปเป็นตารางดังแสดงในภาคผนวก ค

ส่วนที่ 2 : ความหมายของการเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งต่อมลูกหมากระยะลุกลามของผู้สูงอายุ

ผู้สูงอายุโรคมะเร็งต่อมลูกหมากระยะลุกลาม ที่ได้รับการรักษาด้วยการควบคุมฮอร์โมน ได้ให้ความหมายของการเจ็บป่วยของตนว่า เป็นโรคที่เหมือนจะไม่รุนแรงแต่ต้องคอยติดตามผลเลือด หมายถึง ผู้ให้ข้อมูลนั้นรับรู้ว่าตนเองเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งต่อมลูกหมากที่อยู่ในระยะที่มีการลุกลามหรือระยะที่ 4 แล้ว ผู้ให้ข้อมูลนั้นมีกลไกการปรับตัวทางจิตใจที่ยอมรับว่าถึงแม้ตนจะเป็นมะเร็งแต่เป็นโรคมะเร็งที่พบได้มากในวัยสูงอายุ อีกทั้งยังคงสามารถใช้ชีวิตได้ตามปกติ และยังคงช่วยเหลือตนเองได้ แต่ถึงอย่างไรก็ตามภายหลังการรักษาด้วยการควบคุมฮอร์โมนเพศ ผู้ให้ข้อมูลนั้นยังคงต้องมาพบแพทย์ และคอยติดตามผลเลือด หรือค่า PSA เป็นระยะๆ เนื่องจากค่า PSA เป็นสิ่งที่บ่งบอกถึงความรุนแรงของโรค ดังนั้นการเปลี่ยนแปลงของ ค่า PAS จึงส่งผลต่อความรู้สึกของผู้ให้ข้อมูลหลัก เช่นเมื่อค่า PSA ลดต่ำลง ผู้ให้ข้อมูลจะรู้สึกว่าเป็นที่ตนเป็นนั้นอาจหายได้ หรือไม่รุนแรง แต่หากค่า PSA เพิ่มขึ้น ผู้ให้ข้อมูลจะรู้สึกโทษตัวเองว่าปฏิบัติตนไม่ถูกต้อง โทษว่าผลการตรวจนั้นมีการผิดพลาดหรืออาจโทษระยะเวลาในการรอคอยการตรวจพิเศษหรือการรักษาที่ใช้ระยะเวลานานจนส่งผลให้ค่า PSA เพิ่มขึ้น ดังคำกล่าวที่ว่า

“ไม่เจ็บไม่ปวดอะไร ร่างกายก็ดี ถ้าเกิดไอ้ตรงขามันไม่ปวดมันไม่เจ็บ มันยกได้เดินได้ มันคงไม่มีอะไรเท่าไรหรอก ช่วยตัวเองได้ อะไรเองเงี้ย ไปไหนมาไหนได้” (ID01 L: 259-260)

“เดินเหินอะไรได้ปกติเหมือนคนทั่วไป แต่ก็มีสี่สะดุดๆ เล็กๆ น้อยๆ แต่เรารู้ว่าระยะ 4 แต่มันไม่เหมือนผ่าตัดหนักๆ อาการไม่ร้ายแรงอะไร” (ID03 L: 66-67)

“บางคนเขาก็ว่ามันอันตรายนะ สำหรับผมผมว่ามันเฉยๆ มาก เพราะมันไม่ร้ายแรงอะไร ทั้งๆ ที่อาการ 4 แล้ว แต่มันก็ยังไม่ลามไปไหนอยู่กับที่ แล้วมันก็ดีขึ้นตลอดการรักษาด้วย” (ID03 L: 109-111)

“ตอนแรกพอบอกว่าเป็นมันก็ท้อแท้ แต่มันไม่เจ็บมันไม่ปวด เดินได้ธรรมดา ไปมาได้สบาย มันเลยรู้สึกว่ามันยังไหวอยู่” (ID05 L: 109-110)

“ไม่นะ ใช้ชีวิตเหมือนปกติเลย ขับรถได้ ทำงานได้ ตอนนั้นขับรถสองแถวเอา เรายังคิดเลยว่าเราก็คงทำงานได้เท่าคนปกติ เพียงแต่ผมจะยกของหนักไม่ได้นะ เป็นมะเร็งนี้รู้เลยว่ามันก็ลำบากหน่อย แต่มันก็ดีกว่าตอนที่เรทำอะไรไม่ได้เลย” (ID06 L: 118-120)

“รู้สึกว่ดีเยอะแล้ว แต่เราก็ไม่รู้ว่มันมาถึงขั้นไหนแล้ว หมอเขาก็ไม่ได้บอกแต่น่าจะไม่รุนแรงนะเพราะเราก็ไม่ได้มีอาการอะไร ทุกวันนี้ถ้าหายปวดหลังก็คือปกติ เหมือนคนทั่วไป” (ID10 L: 135-137)

“ดูจากอาการเราก็ไม่รุนแรงนะ ถ้าเราไม่ปวดหลังนะ เราก็เหมือนคนทั่วไปนี้แหละ แทบจะหายด้วยซ้ำ ค่าเลือดของเรามันก็ดี แค่ว่าใช้ชีวิตได้เหมือนปกติก็โอเคแล้ว” (ID13 L:116-118)

“เมื่อก่อนนั้นผมไม่รู้ว่ผมเป็นอะ พอเรารักษาด้วยการฉีดยา เค้กก็ให้ยาเม็ดมากิน พอกินมาเรื่อยๆ ค่าเลือดก็ลงมาจากห้าสิบ เหลือไม่ถึงหนึ่ง เราก็โอเค หมอเลยให้หยุดยาแล้วค่าเลือดมันก็ขึ้นมาอีกละ หมอก็คิดว่าน่าจะต้องยา หมอเลยเปลี่ยนยา มันก็ลงมาอีก พอถึงศูนย์ มันก็ขึ้นอีก” (ID02 : L74-76)

“ช่วงนั้น PSA ลงนะลงไปเรื่อยๆ จนเหลืออยู่ 3 เลย หลังตัดไขก็มีกินยาด้วย แล้วปรากฏว่ามีครั้งหลังสุด PSA ขึ้นมา 4 จุดกว่าๆ จุดนิดหน่อย” (ID07 L: 129-130)

“ก็คล่องได้เหมือนปกติเลย คุณหมอก็บอกว่า ค่าเลือดมันสูง PSA 47 และเขาก็เลยส่งไปฉายแสง แล้วหมอก็บอกว่าเราต้องตัดลูกอัณฑะออก ประมาณปี61 หลังจากนั้นเราก็อายุได้นานเลยนะ ก็แฮปปี้ดี มีค่าเลือดขึ้นนิดๆหน่อยๆ” (ID09 L: 42-44)

“ส่งผลมากเลย เพราะมันทำให้เรารู้ว่มันสูงขนาดนี้เราไม่ไหวแล้วนะ ต้องไปหาหมอแล้วนะ แต่ตอนนี้ค่าเลือดผมมันก็อยู่ที่ 250 ผมก็ไม่เป็นอะไร แต่ใจเราก็อยากให้มันหยุดนะ” (ID02 : L116-117)

“ตอนฉีดยาเมะเร็งมันไม่ขึ้น (ค่าPSA) แต่พอตัดแล้วยาอื่นมันก็หยุดหมด เพราะเขาไปกันน้ำเชื้อ แล้วพอยาอื่นไม่มีเลยไม่ได้กิน ค่าเลือดผมก็ขึ้น หมอเขาก็ไปตรวจอีกสแกนกระดูก เข้าอุโมงค์อีก แล้วผมก็ต้องไปฉายแสงอีก” (ID06 L: 145-147)

“ตอนแรกเขาจะส่งผมไปที่โรงพยาบาลมะเร็งลพบุรี แต่ผมไม่สะดวก เลยขอให้เขาส่งตัวผมมารักษาที่โรงพยาบาลราชวิถี ก็มาพบคุณหมอมโรคทางเดินปัสสาวะ ก็ทำเอ็กซเรย์คอมพิวเตอร์อีกที่ตอนนั้นรอประมาณ 2-3 เดือนกว่าจะได้คิวนะครับ แล้วก็ทำสแกนกระดูกด้วยก็ปรากฏว่าค่า PSA ก็ขึ้นมาเป็น 100 เศษๆ เพราะเราไม่มียากิน ไม่ได้ทำอะไรเลย รอผลตรวจอย่างเดียว คุณหมอนี้ก็กว่าจะทำการสแกนอะไรต่างๆมันก็ใช้เวลา กว่าจะได้คิวมันก็หลายเดือน ค่า PSA มันก็ขึ้นไปสูง 128 อะไรพวกนี้” (ID08 L: 34-52)

“ตอนแรกๆเราก็กังวลกับผลเลือดนะครับ แต่พอผมผ่าตัดไป มันก็ลงมาผมก็ค่อนข้างสบายใจขึ้นมาหน่อย อาการปัสสาวะอะไรมันก็ดีขึ้น” (ID08 L:75-77)

“ก็ไม่กังวลนะครับเพราะเขาเห็นว่าเราแข็งแรงดี ตลอดเวลาที่ผ่านมาเราก็มาหาคุณหมอตลอด ค่ามันก็ไม่ได้ขึ้นนะครับมันก็อยู่ที่0.0กว่าๆ เราก็เหมือนคนปกติทั่วไปที่ไม่เจ็บป่วย” (ID08 L: 117-119)

“พอผ่าตัดออกไปนะ มันก็ไม่หาย มันเหลืออยู่ประมาณ .5 หรืออะไรนี้แหละ ค่าเลือดนะ (PSA) ก็รักษามาเรื่อยๆ ด้วยยาที่ไม่หาย หมอเขาก็เลยตัดอวัยวะออก ตัดไปก็ไม่ถึง0 นะ มาเรื่อยๆ ร่วมกับกินยาไปด้วย มันก็อยู่ที่ .5 หรือ 1 มาอย่างนี้เรื่อย ๆ” (ID11 L:36-38)

“เขาบอกว่ามันคือค่าที่บอกแนวโน้มว่าเป็นมะเร็ง ตอนแรกก็เจาะหลายๆตัว หลังๆมาเจาะแค่ตัวเดียว เราเลยรู้ว่าถ้ามันเยอะคือไม่ดี โรคมันลาม ถ้ามันน้อยคือดีเราคุมมันอยู่” (ID12 L: 137-139)

“ผมเข้าใจว่าถ้าผมทำตามทีหมอบอก มาตรวจตลอด มาดูค่าเลือด มันก็น่าจะหายนะ อย่างวันนี้ผมมาหมอก็บอกว่าคุณค่าเลือดดีนะคุณลุง ผมก็ดีใจนะ ที่ได้ยินว่าคุณค่าเลือดมันดี ปัสสาวะผมก็ดีขึ้น ผมก็โอเคนะ” (ID13 L: 58-60)

“แรกหมอบอกว่ามา แต่ถูกเลื่อนไปรอบหนึ่งนะ เราก็รู้สึกว่ามันแย่งมันมันเหมือนค่ามะเร็งมันขึ้น การเดินมันลำบาก ก้าวขาไม่ได้มันหนักตัว ไม่คล่องแคล่วแต่พอมาหาหมอก็ดีขึ้นนะ” (ID06 L:302-304)

“ตอนนั้นผมก็คิดว่าทำไมคุณหมอต้องให้เราพัก หรือเรารอนาน บางครั้งก็คิดเหมือนกันว่าถ้ามันเร็วกว่านี้ค่าเลือดอาจจะไม่ขึ้นเร็ว แต่หมอบอกว่าสายพันธุ์ที่ผมเป็นมันรุนแรง มันโหด เพราะถ้าผมรักษามาขนาดนี้แล้วมันคงต้องหายแล้วละ ... ผมเชื่อว่าหมอบอกก็ทำให้เต็มที่แล้ว เราก็ไว้ใจเขา คุณหมอบอกก็บอกนะครีบล่ารักษามาขนาดนี้แล้ว ถ้าค่าเลือดมันได้ 70 กว่า มันก็คงมาสุดได้แค่นี้ มันก็คงทำอะไรไม่ได้แล้วคงได้แต่กินยาและรักษาตามอาการไป” (ID08 L: 213-219)

“ประมาณปีกว่าหลังผ่า มันก็ขึ้นมาเป็น 10 เป็น 15 ทางหมอก็ส่งมาทางนี้ อาจารย์หมอบอกว่าของผมนะมันผ่าไม่ได้แล้ว ใจจริงผมอยากผ่าออกนะ เพราะผมคิดว่าเปอร์เซ็นต์หายมันสูง แต่ของผมมันหนักมั้งเพราะหมอบอกว่าผมผ่าไม่ได้ ผมก็ไม่ทราบแนวทางของเขาหรอกนะ พอผ่าไม่ได้ก็ให้เป็นยาคุมฮอร์โมนแทน พอได้กินค่าPSAมันก็ลงเหลือ2-3 ก็กินไปสักปีได้ ค่าตัวก็ขึ้นเพราะยามีผลต่อตับ ก็หยุดยาอีก 3 เดือน ที่นี้ค่าPSAขึ้นใหญ่เลย 10 30 50 70 จนขึ้นเป็นร้อย” (ID09 L: 44-52)

“มีผลมากเลยละ มันวัดได้จากค่าPSAเลยนะ เราจะอยู่จะไปมันขึ้นอยู่กับตรงนี้ และที่เพื่อนๆผมเค้าเป็นมันเป็นร้อยกัน ของผมที่เราทำมามันแค่ 2-3 ประมาณนี้ไม่เกิน4 ผมก็แฮปปี้ละ เวลามัน30 40 กระโดดขึ้นมาอย่างนี้ กระโดดมากที่สุดคือ 140 ผมไม่เคยขึ้นมาขนาดนี้เลย แต่มันไม่มีอาการอะไรนะตอนนั้นก็เครียดนะ” (ID09 L: 140-143)

“คือค่าPSAมันขึ้นไปก็จริงแต่หมอบอกว่ามันไม่ได้ไปต่อมน้ำเหลืองหรืออะไร มันอยู่กับที่มันไม่ไปไหน มันก็ถือว่าแฮปปี้ดีนะ แต่ตอนที่ขึ้นนี้ใจเสียจริงๆ เพราะมันขึ้นมาเยอะเกินปกติ จาก4 มา 50 มา 100 มา 140เลย ผมก็งั้นทำไมมันขึ้นที่เยอะขนาดนี้ แต่คุณหมอบอกก็บอกนะว่ามันก็เป็นไปได้ แต่ยังดีกว่าบางคนนะ 1000กว่า 2000 หนักกว่าเรามาก” (ID09 L: 176-180)

“คราวนี้ต่อมาปวดหลัง หมอบอกให้หยุดยาที่เรากินไป ค่าPSA มันก็ขึ้นมาเป็น 15 เลยหลังจากที่เราหยุดยาไป เขาก็เลยเปลี่ยนยาอีก ในที่สุดมันก็ขึ้นมาถึง 150 นี้แหละ” (ID11 L:39-41)

“ก็ถ้าค่าเลือดเราดีนะ ก็คือเราคุมมันได้ เราก็สบายใจ แต่ถ้ามันขึ้นเนี่ยเราจะเริ่มกังวลแล้ว ว่ามะเร็งมันจะไปกระตุกเราไหม หรือเราทำอะไรผิด กินอาหารผิดหรือเปล่า หรือมีข้อผิดพลาดอะไรไปค่าเลือดมันเลยขึ้น” (ID13 L: 81-83)

ส่วนที่3 : ประสบการณ์การเจ็บป่วยของผู้สูงอายุโรคมะเร็งต่อมลูกหมากระยะลุกลาม

ผลการศึกษาประสบการณ์การเจ็บป่วยของผู้สูงอายุโรคมะเร็งต่อมลูกหมากระยะลุกลาม ที่รับการรักษาด้วยการควบคุมฮอร์โมนเพศจำนวน 13 ราย สามารถจำแนกออกเป็น 6 ประเด็นดังต่อไปนี้

ประเด็นที่ 1 แรกก็ตกใจแต่ทำใจว่าใครก็เป็นได้ หมายถึง เมื่อผู้สูงอายุรับรู้การวินิจฉัยว่าตนเป็นโรคมะเร็งระยะที่4 หรือระยะสุดท้าย ซึ่งส่งผลให้ผู้สูงอายุเกิดความเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ที่หลากหลาย ได้แก่ กลัวความตาย สับสนและเสียใจ โดยผู้ให้ข้อมูลหลักส่วนมากจะเริ่มมีอาการปัสสาวะบ่อย ปัสสาวะไม่สุด หรือที่เรียกว่า “อาการขัดเบา” และปวดขณะปัสสาวะ ซึ่งในระยะแรกผู้ให้ข้อมูลคิดว่าอาการที่เกิดขึ้นเป็นเพียงความเสื่อมที่เกิดขึ้นตามวัย และเห็นว่าใครๆในวัยนี้ก็เช่นกัน แต่ต่อมาเมื่ออาการรุนแรงขึ้นจนส่งผลต่อการใช้ชีวิตประจำวัน เช่น อาการปวดรุนแรงขึ้นจนไม่สามารถเดินได้ ปัสสาวะไม่ออกเลย ปัสสาวะถึงจนรู้สึกรำคาญ จึงมาพบแพทย์ซึ่งกลายเป็นว่าตนเป็นมะเร็งระยะสุดท้าย แต่ผู้ให้ข้อมูลบางรายกลับรู้สึกมีความหวังว่าหากตนรักษายังมีโอกาสที่จะหายจากโรคได้ และทำใจยอมรับความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น เนื่องจากโรคมะเร็งนั้นเป็นโรคที่ใครๆต่างก็เป็น ซึ่งสามารถแบ่งออกเป็น 3 ประเด็นย่อยดังนี้

1.1 แรกก็ตกใจ หมายถึง ผู้ให้ข้อมูลส่วนมากจะมาโรงพยาบาลเนื่องจากอาการที่ตนเป็นส่งผลกระทบต่อการใช้ชีวิตประจำวันเช่น อาการปวดที่เพิ่มมากขึ้น ปัสสาวะไม่ออกเลย ความสามารถในการช่วยเหลือตนเองลดลง แต่ไม่คาดคิดว่าตนจะป่วยเป็นโรคมะเร็งคิดแต่เพียงว่าเป็นอาการที่เกิดขึ้นจากความเสื่อมตามวัย ดังนั้นเมื่อแพทย์แจ้งผลการวินิจฉัย ผู้ให้ข้อมูลจึงรู้สึกตกใจ ที่ตนเจ็บป่วยเป็นโรคมะเร็งและรู้สึกเสียใจที่ตนมารับการตรวจซ้ำเกินไปดังคำกล่าวที่ว่า

“.... ตอนแรกมันก็ไม่คิดหรอก แต่หมอที่ส่งตัวบอกไว้ว่าลุงอาจจะเป็นเนื้อร้าย ก็ตกใจเหมือนกันแต่มันไม่ปวดไม่อะไรนะ ก็เลยยังไม่คิดว่าจะหนัก” (ID 05 L: 58-59)

“ผมไม่เคยตรวจเลย ทั้งๆที่เขาเคยมีตรวจฟรีให้ เราก็ไม่ตรวจพอเรามารู้ทีหลัง มันกลายเป็นว่าเราเนี่ยน้อคเลย.....ก็โกรธตัวเองเหมือนกันนะ ทั้งๆที่เขาให้ตรวจฟรี แต่เราไม่ได้ตรวจ เพราะตั้งแต่เกิดมาไม่ตรวจเลย จนอายุ60ปี” (ID03 L: 123-128)

“ตอนนั้นก็เสียใจนะที่เราการรักษาช้าไป ถ้าเรารู้เร็วกว่านี้มารักษาเร็วกว่านี้คงไม่เป็นแบบนี้” (ID 04 L: 65-66)

“ชั้นที่4แล้ว มันไม่เหมือนชั้น 1 หรือ2 นะ ที่ยังพอรักษาได้ น่าจะตรวจพบตั้งแต่แรก เพราะเราไม่สนใจตั้งแต่แรก เพราะเราไม่สนใจ คิดว่ามันไม่เป็นไรไง แล้วก็มาทำงานหนัก ยกของ ยกอะไรคนเดียว เลยไปเลย เอวไปเลย ทुरुตไปเลย” (ID04 L: 98-100)

“.... (ผู้ป่วยพูดพึมพำ).. ผมไม่รู้ใจว่าผมเป็นมะเร็งรู้แค่ว่ามันเยียวบ่อย ใครจะคิดว่ามันจะเป็น(มะเร็ง)ล่ะ” (ID04 L: 153-155)

“ก็เสียใจนะ แกรมเป็นขั้นสุดท้ายด้วย (หัวเราะแห้ง) แต่ก็นะ ทำไปได้ละ มันเป็นไปได้แล้วมันไปแล้ว มันแก้ลำบากแล้ว ปล่อยไปตามบุญตามกรรม คงเป็นเวรกรรมของเราแหละ” (ID06 L: 95-97)

“มีครั้งหนึ่งหมอเขาทักว่าให้ลองตรวจ PSA (ค่ามะเร็งต่อมลูกหมาก) ดูใหม่ เขาบอกว่าอายุเยอะ พอผลออกมา 1155 ตอนนั้นตกใจเลยหมอเขาเลยแนะนำให้มาพบหมอที่เกี่ยวกับทางเดินปัสสาวะที่XX ตอนนั้นแม้แต่หมอยังตกใจ เพราะค่าPSA มัน1155 แต่ไม่มีอาการอะไรเลยนะ ฉีได้ตามปกติ ไม่มีปวด ไม่มีอะไรเลย ผมก็งง ว่าทำไมมันขึ้นมาเยอะขนาดนี้ คือไม่มีอาการอะไรแสดงออกเลย หมอเลยตัดชิ้นเนื้อไปตรวจ ผลออกมาเขาก็บอกว่าเป็นมะเร็ง...ผมก็ไม่เชื่อนะ เพราะผมไม่มีอาการอะไร ขนาดคุณหมอยังงงเลยนะ เรียกลูกศิษย์มาดูว่า เอ๊ะ PSA สูงขนาดนี้ยังไม่มีอาการอะไร ปัสสาวะก็ยังเหมือนปกติ ไม่มีปัสสาวะเป็นเลือดหรืออะไรเลย ไม่มีเลยจริงๆ งงมากเลยตอนนั้น” (ID07 L:18-27)

“ก็... ตอนแรกก็ตกใจนะครับ เราไม่คิดว่ามันจะเป็นมะเร็ง เราคิดแค่ว่ามันเป็นแค่โรคต่อมลูกหมาก โรคคนแก่” (ID08 L: 58-59)

“ก็ผมหมายถึงว่าถ้าก่อนหน้านี้ผมมาตรวจเจอตั้งแต่ต้นๆ ตั้งแต่ระยะแรกๆ ผมคงจะรักษาได้ก่อน” (ID08 L: 233-234)

“ตอนนั้นเราก็ได้แต่คิดว่าเราไม่น่าใช้ชีวิตแบบนั้นเลย คิดในใจเลยว่าไม่นานเลย ลูกก็เล็ก เราเป็นห่วงลูกมาก แต่ความจริงเราก็มีเงินก้อนให้เขาอยู่นะ ส่วนนี้เราให้ลูกส่วนนี้เราไปเที่ยวเสเพล แต่เรารู้เลยว่าเราคิดผิดไม่น่าใช้ชีวิตแบบนั้นเลย” (ID09 L: 105-107)

“เราไม่เคยรู้เลยว่าต่อมลูกหมากโตมันเป็นอย่างไร ทั้งๆที่มันก็มีอาการเตือนมาแล้ว เราต้องอุกคิดแล้ว แต่เราก็ไม่สนใจไงเราก็ไม่รู้ว่ามันจะเป็นอย่างนี้” (ID09 L: 206-208)

1.2 สับสนและกลัวความตาย หมายถึงเมื่อผู้ให้ข้อมูลรับทราบจากแพทย์ว่าตนเป็นโรคมะเร็งต่อมลูกหมากระยะลุกลาม หรือระยะสุดท้าย ซึ่งเป็นโรคที่รุนแรงและไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ ก็เกิดความรู้สึกว่าตนต้องตายอย่างแน่นอน รู้สึกสูญเสียกำลังใจในการมีชีวิต และรู้สึกสับสนว่าอนาคตของตนจะเป็นอย่างไรต่อไป ผู้ให้ข้อมูลบางรายยังรู้สึกไม่เชื่อผลการตรวจเพราะตนเองไม่มีอาการที่ผิดปกติแต่ตรวจพบค่าPSAสูงโดยบังเอิญเท่านั้น ดังคำกล่าวที่ว่า

“จะว่าไม่กลัวตายมันก็ไม่ใช่นะ พุดไม่ถูก มันก็กลัวๆนะเลยพยายามมาหาหมอตลอด เผื่อว่าเราจะอยู่ได้นานขึ้นมากกว่านี้” (ID06 L:103-107)

“รู้สึกว่ตายแน่ๆเลย ยิ่งไงมันก็ต้องตายแน่ๆ ทำไงได้นะ ดวงมันช่วยเหลือแบบนั้น มันสับสนไปหมด” (ID06 L:109-110)

“ผมไม่ทราบสาเหตุของมันเลยจริงๆครับ ผมงงมาก โดยเฉพาะประโยคแรกที่ได้รับ ฟังจากคุณหมอมว่าผมเป็นมะเร็งต่อมลูกหมากเนี่ย ... มัน.. จิตตก ศูนย์หมด” (ID07 L:94-95)

“ใจศูนย์เลยนะ คอแห้งเดินไม่ติดพื้นเลย ใจหวิวๆเลยพอหมอบอกว่าเป็นมะเร็ง แล้วผมก็ฟันธงด้วย ไม่รอดหรอก ผมมีหนังสืออ่านอยู่ด้วยเลยคิดว่าอย่างนั้นนะ” (ID09 L: 59-62)

“โห ตอนนั้นกำลังใจเป็นศูนย์ไปแล้วครับ ตอนนั้นอยู่กับแฟน แฟนนี่ร้องไห้เลย คือเราไม่คิดไ้ว่ามันจะเป็นมะเร็ง แล้วก็ไม่ได้คิดว่ามันจะรุนแรงหรืออะไร พอหมอบอกเลยไม่ไหวเลยครับตอนนั้น ตัวผมมันไม่ได้คิด แฟนก็ไม่ได้คิด ร่างกายปกติทุกอย่าง ร่างกายแข็งแรงทุกอย่าง ได้แต่ถามตัวเองว่า เราหรือ เรานี่นะเป็นมะเร็ง?” (ID07 L: 32-35)

“ไม่รู้สิ ตอนนั้นเราก็คิดว่าถ้าเป็นล่ะแล้วยังไง แต่อาจจะไม่เป็นหรอกมั้ง รอหมอแจ้ง
ดีกว่า มันก็ลึบสนนะ แต่เราพยายามตั้งสติเอา พอหมอบอกจริงๆก็เลยพอทำใจได้ แต่มัน
ก็ช็อคนิดๆแหละนะ แต่เอาจริงๆ คนเขาก็เป็นกันนะโรคมะเร็งเนี่ย แถวบ้านก็มี” (ID13 L:
26-29)

1.3 ทำใจว่าใครก็เป็นได้ หมายถึง เมื่อรับทราบผลการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าตนเป็น
โรคมะเร็งระยะสุดท้าย แม้จะเป็นโรคที่มีความรุนแรงแต่ผู้ให้ข้อมูลนั้นมีความเข้าใจว่าโรคมะเร็งเป็น
โรคที่ใครๆต่างก็เป็นได้ เป็นเรื่องปกติในยุคปัจจุบัน อีกทั้งผู้ให้ข้อมูลยังมีความเข้าใจว่าหากได้รับการ
วินิจฉัยและได้รับการรักษาที่รวดเร็วแล้ว ก็มีโอกาสรักษาหายจากการเจ็บป่วยได้ เหมือนกับคนรอบข้าง
ของตน ดังนั้นผู้ให้ข้อมูลจึงรู้สึกเฉยๆและทำใจว่าโรคมะเร็งของตนนั้นเป็นโรคที่ใครก็เป็นได้ ดังคำ
กล่าวว่

“แถวข้างบ้านเค้าเยอะ.....เป็นกันเยอะเลย ต่อมลูกหมากเนี่ย”(ID01 L: 22,24)

“ไม่กลัว ขอให้หมอเขาดูเร็วๆ ถ้าหมอรู้เร็ว เราก็จะหายเร็ว....ต้องหายเร็วแน่นอน”
(ID01 L: 43,45)

“ก็ทำยังไงดีนี่า คนข้างบ้านเขาก็ให้ คนข้างบ้านแถวนั้นก็เป็กันเยอะเิง ถึงหมอก็
หาย” (ID01 L: 235)

“นายเขามีคนทีรู้จักทีเป็นโรคแบบนี้มาก่อน เขาก็บอกว่าโรคนี้มันไม่ ร้ายแรงหรอก
คนที่เขารักษาหายมันก็มี เราได้ฟังก็เลยเฉยๆนะ” (ID03 L:58-59”

“ตอนนั้นก็ม่กลัวนะเรารู้สึกเฉยๆเรามองว่ามันไม่ใช่เรื่องแปลก คนเขาก็เป็น
รักษาเขาก็หายกัน เราก็เลยคิดว่ามันก็เป็นได้แต่จะขึ้นไหนแค่นั้นเอง” (ID10 L: 40-41)

“ก็เฉยๆนะ ไม่ตกใจอะไร มันเป็นเรื่องธรรมดาของผู้ชาย เพราะมันก็อยู่สบาย ไม่มี
อาการอะไรเราเลยไม่ตกใจ เรายังสามารถกินเบียร์ เฮฮาได้ตามปกติ” (ID11 L: 33-34)

“ผมเลยเฉยๆตอนที่เขาบอกว่าผมเป็นมะเร็ง เพราะมันเป็นเรื่องปกติ มันเป็นสิ่งที่อยู่
ในร่างกายเราอยู่แล้ว แต่มันจะแสดงฤทธิ์เมื่อไหร่เท่านั้น” (ID12 L:54-55)

“คนเขาก็เป็นกันนะโรคมะเร็งเนี่ย แถวบ้านก็มีแต่ไม่ไข่มะเร็งนี้ แต่เป็นมะเร็งอย่างอื่น แต่คนแถวบ้านเขาให้คีโมจบไปแล้ว ตอนนี้ก็ตรวจเลือดอยู่ เขาก็พบว่าเชื้อหายไปแล้ว คือเขารักษาหายแล้ว เราเลยใจดีสู้เสียวว่าเอว่ะ เราก็มีโอกาสหายแหละ” (ID13 L:51-54)

ประเด็นที่ 2 ชีวิตที่เปลี่ยนแปลงไปภายหลังการรักษาด้วยการควบคุมฮอร์โมนเพศ
หมายถึงเมื่อผู้ให้ข้อมูลเข้ารับการรักษาด้วยการควบคุมฮอร์โมนทั้งทั้งในรูปแบบการให้ยา (Medical Castration) และการผ่าตัดอัณฑะหรือ Orchiectomy (Surgical Castration) แล้วผู้ให้ข้อมูลหลักทุกรายได้เผชิญกับผลกระทบที่เกิดจากการที่ฮอร์โมนเพศชายลดลง โดยเฉพาะอาการเหนื่อยล้า นอกจากนี้ผู้ให้ข้อมูลยังมีความเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์เกิดขึ้น เช่น หงุดหงิด และมีอารมณ์ที่แปรปรวนง่ายกว่าปกติ ซึ่งสิ่งที่เกิดขึ้นส่งผลให้ผู้ให้ข้อมูลมีการปรับการดำเนินชีวิตและความคิดเพื่อให้สามารถดำรงชีวิตอยู่กับผลที่เกิดขึ้นได้ แต่ถึงอย่างนั้นการรักษาส่งผลให้อาการที่รุนแรงก่อนมาพบแพทย์ทุเลาลง เช่น อาการปัสสาวะขัดหรือปัสสาวะไม่ออก อาการปวด จึงทำให้ผู้สูงอายุไม่ทุกข์ทรมาน ซึ่งมีประเด็นย่อย 2 ประเด็นดังนี้

2.1 ร่างกายที่เปลี่ยนแปลงไปไม่เหมือนเดิม หมายถึงภายหลังการรักษาด้วยการควบคุมฮอร์โมน ผู้ให้ข้อมูลรับรู้ว่าร่างกายของตนมีความเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้นเมื่อเทียบกับก่อนที่ตนจะเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งต่อมลูกหมากโดยพบว่าอาการที่ส่งผลให้ตนต้องมาพบแพทย์เช่น อาการปวด อาการปัสสาวะบ่อยอาการปัสสาวะไม่สุดนั้นทุเลาลง แต่ถึงอย่างนั้นผู้ให้ข้อมูลก็รู้สึกว่าร่างกายของตนอ่อนล้ามากขึ้นกว่าก่อนการเจ็บป่วยจึงส่งผลให้ความสามารถในการช่วยเหลือตนเองของผู้ให้ข้อมูลนั้นลดลง โดยสามารถแบ่งออกเป็น

2.1.1 รู้สึกว่าอาการดีขึ้น หมายถึง ภายหลังรับการรักษาด้วยการควบคุมฮอร์โมน ผู้ให้ข้อมูลพบว่าอาการตนทรมาณก่อนการเจ็บป่วยนั้นทุเลาลงเช่น อาการปวด อาการปัสสาวะไม่สุด อาการปัสสาวะบ่อย ซึ่งส่งผลให้ผู้ให้ข้อมูลหลุดพ้นจากความทรมาน และสามารถดำรงชีวิตอยู่ได้คล้ายคลึงกับคนปกติ ดังคำกล่าวที่ว่า

“เปลี่ยนไปเลยครับ ไม่หงุดหงิดง่ายเหมือนแต่ก่อน เพราะเราเดินได้ โอเคเลยครับดีขึ้น ถ้าเราเดินไม่ได้มันหงุดหงิดโหยย ...ปวดนั้นปวดนี้ เดินได้เหมือนคนปกติก็โอเคแล้ว ปวดบ้างแต่ก็ทนได้” (ID02 L:162-164)

“ผ่าตัดกลับมาดีมาก ไม่มีอาการอะไรจนจะเป็นปีนะ ไม่เหนื่อย ไม่เพลียนะ ทำไรทำงาน ทำบ้านได้ เต็มบ้านได้อะไรได้” (ID05 L: 67-69)

“... ในใจคิดว่าคงจะหายนะ ถ้าเราดีขึ้นมันก็คงจะหาย แต่ตอนนี้มันก็ดีขึ้นเยอะแล้วละ ดีกว่าตอนแรกๆ” (ID05 L: 223-224)

“โห มันหายปวดเป็นปลิดทิ้งเลย มันหายเลยนะ เหมือนขึ้นสวรรค์เลย เพราะเราปวดมานานหลายปี ทนปวดมาตลอด ไปกินยาที่โรงพยาบาลที่อนามัย ผมมียาแก้ปวดแทบทุกตัว” (ID06 L: 71-73)

“โห... มันเหมือนขึ้นสวรรค์เลยนะ มันเหมือนปลดทุกข์ปลดปล่อยเลยนะ เพราะตอนเราใส่สายสวนปัสสาวะเนี่ย เราต้องเอามันไปไหนมาไหนด้วยผมก็เอาถุงเนี่ยพับใส่กระเป๋าไว้ แล้วก็ขับรถไปไหนมาไหนด้วย ตอนนั้นผมก็ต้องดูแลแม่ด้วย แม่อายุ84 ก็ขับรถไปมา” (ID09 L: 109-111)

“... ดีขึ้นมากเลยครับ... มันไม่ปวดเท่าไร ตอนปวดมันเป็นช่วงที่ทรมาณที่สุด มันทำอะไรไม่ได้เลย แค่หายปวดก็โล่งแล้วครับ...” (ID10 L: 77-78)

“ไม่มีนะ ปัสสาวะนี้แทบจะปกติแล้วไม่ปวดไม่อะไร ถือว่าดีขึ้นเยอะ... ดีเลยแหละ สภาพร่างกายตอนนี้ก็ถือว่าดีเลยนะหลังจากรักษา ประมาณ80-90เปอร์เซ็นต์เลย” (ID10 L: 89-91)

“ดีขึ้น อย่างร่างกายเรารู้สึกเลยว่ามันสบายมากขึ้น มันโล่ง บอกไม่ถูกเหมือนกัน เมื่อก่อนมันจะปวดตึงๆ เวลาจะก้มก็ก้มไม่ได้เวลานั่งกางเกงอย่างนี้ก้มไม่ได้เลย ต้องค่อยๆใส่ทีละข้าง” (ID10 L: 121-123)

“ดีกว่าเมื่อก่อนเยอะ เมื่อก่อนกว่าเราจะฉีได้ต้องเบ่งนาน ออกมาก็นิดเดียว ตอนกลางคืนก็ตื่นทั้งคืน 4-5 ครั้งเพื่อที่จะลุกไปฉี่ ตอนนี่ก็3-4 ครั้งเหมือนปกติแล้ว แต่พอเราฉีปุ๊บ กลับมานอนมันก็นอนหลับสนิทได้ถึงเช้า มันไม่กระวนกระวาย เมื่อก่อนเวลาฉีมันก็ปวด กลับมาก็กว่าจะนอนได้ กว่าจะหลับมันก็กังวลว่าทำไมเราฉียาก มันก็ไม่หลับ แต่เดี๋ยวนี้ไม่กังวลแล้ว” (ID12 L: 167-172)

“คือลูกชายชอบบอกให้ผมกินน้ำเยอะๆ เอามาตั้งให้ พอเรากินมันก็ยังฉีบ้อย ยิ่งลำบาก คือกลางคืนเราต้องมาคอยระวัง คือกังวลว่าจะปวดฉี่ แต่พอหลังผ่ามาอาการมันก็เบา ลง คือมันยังมีฉี่กลางคืนอยู่แหละ เพียงแต่ว่ามันไม่ถี่เหมือนเมื่อก่อน เรายังได้นอนพักไม่ต้องมากังวล” (ID13 L: 62-64)

2.1.2 ร่างกายอ่อนล้าช่วยเหลือตนเองได้ลดลง หมายถึงแม้จะไม่ทราบกับอาการก่อนการเจ็บป่วย แต่ผู้ให้ข้อมูลนั้นกลับต้องเผชิญกับผลข้างเคียงของการรักษาด้วยการควบคุมฮอร์โมนเพศโดยเฉพาะความอ่อนล้า ร่วมกับความเสี่ยงที่เพิ่มขึ้นตามวัย ซึ่งส่งผลให้ผู้ให้ข้อมูลไม่สามารถทำงานหนักเท่าก่อนการเจ็บป่วย หรือแม้แต่การเดินทางที่ไม่สามารถเดินได้ไกลเท่าก่อนการเจ็บป่วย ดังนั้น ผู้ให้ข้อมูลบางรายต้องเปลี่ยนการประกอบอาชีพ การดำเนินชีวิต หรืองานอดิเรกของตน บางรายต้องหยุดทำงาน บางรายนั้นต้องลดการเข้าสังคมลง อยู่บ้านมากขึ้น แต่ถึงแม้ผู้ให้ข้อมูลจะรู้สึกเบื่อบ่อยต้องหยุดทำงาน หรือต้องอยู่แต่บ้าน ผู้ให้ข้อมูลบางรายกลับรู้สึกว่ายิ่งดีว่าการหักโหมแล้วส่งผลให้โรครุนแรงขึ้น ดังคำกล่าวที่ว่า

“เปลี่ยนไปเยอะ ก่อนเคยไปไหนมาไหนได้ เคยทำอะไรต่ออะไรได้ เข้าสวนรดต้นไม้ ต้นไม้ ก็มีชีวิตชีวา มาเรื่อยๆ ไป พอเราเป็นปุ๊บเนี่ยเรื่องอื่นๆตัดเลย เดินไปไหนก็ไปไม่ได้ ข้างก็กินไม่เต็มเม็ดเต็มหน่วย” (ID01 L:362-264)

“ร่างกายมันก็ได้เท่าเดิมแหละ แต่แค่อยากอยู่บ้านมากขึ้น อย่างไอการดูแลต้นไม้ที่เราเคยชอบ พอป่วยก็ทำได้น้อยลงไปเยอะ ดูได้แค่หน้าบ้าน จากเมื่อก่อนเคยดูแลที่สวนตั้งเยอะแยะ” (ID02 L: 145 -146)

“เดินได้ไม่ไกลเท่าเดิมแล้วละ เดินได้น้อย อย่างดีก็เดินแคในบ้าน แต่ตอนหมอนัดก็เดินนะ แต่มันก็ขี้ต๊อตั้งแต่พอเดินไหว” (ID05 L:153-154)

“ก็สองสามครั้งเราอยากลองยกของหนักดูนะ เพราะคิดว่ามันไม่เป็นอะไร ลองดูพอยกมัน ปวดร้าวไปหมดเลย มันร้าวมาก ผมเข็ด เลยระวังมากขึ้น เพราะมันไม่คุ้มเลยนะถ้าเกิดมันไปหนักนะ เลยไม่ลองอีกอู้อุ้อสำหรับรักษาหลายปี ถ้ากลับไปเหมือนเดิมอีกแยะเลย” (ID06 L:124-127)

“ก็ประมาณปีนึง หลังตัดอั้นทะไป มันทำงานไม่ไหว ก็ลาออกมาอยู่บ้าน ตอนแรกก็รู้สึกไม่ดีนะ เราเคยขับรถ หาเงินได้ทำอะไรได้ ได้เงินมาให้แฟน แต่พอเปลี่ยนมาเลี้ยงวัว.... มันก็สบายดีแต่จะให้ทำไ้ได้ เราทำไ้แค่นี้ เพราะถ้าเราเจ็บหนักก็ลำบากคนที่บ้านอีก” (ID06 L: 190-194)

“ชีวิตเปลี่ยนเยอะมาก เรียกว่าจากหน้ามือเป็นหลังมือเลยละ คือแทบไม่น่าเชื่อเลยนะ ไม่เคยคิดเลยว่าบั้นปลายเราจะต้องมานอนแบบนี้ มาอนอยู่ตรงนี้ จากที่เราไปไหนมาไหนได้ ทำงานได้ ดูแลตัวเองได้ โอ้โหแล้วต้องมารบกวนภรรยาให้มาดูแลตลอด เช็ดตัวเช็ดอ้ เช็ดอะไรต่อมิอะไร เปลี่ยนแพมเพิลให้ โอ้โหคือทุกวันเราก็จะนึ่กอยู่ตลอดนะ ว่ามันเปลี่ยนไปเยอะมาก เยอะมากจริงๆ” (ID07 L: 221-225)

“ไม่ทำแล้วครับมันทำไม่ไหว เคยทำก่อสร้างผมก็เลิกเลย ร่างกายมันไม่ไหวด้วยแล้ว ผมว่ามันอิมัตัวแล้ว ทำไปมันไม่คุ้ม ค่าแรงแพง งานถูกมันก็มีแต่เจ้ง” (ID09 L: 200-201)

“ทำไม่ได้ มันทำไม่ไหว ตั้งแต่ก่อนตัดแล้ว มันทำไม่ไหว ไม่มีแรง..... ก็.... มันก็ท้อ... (เงียบ..) มันท้อ... (เงียบ...ร้องไห้)..... ครับ...” (ID10 L: 57-58)

“ก็กวาดหน้าบ้านเล็กๆน้อยๆช่วยเขา กวาดไปนั่งไป กวาดไปนั่งไป ประมาณสัก50 กว่าเมตร เท่าที่เราไหวนะ แต่เราก็กวาดจนเสร็จนะ แต่ก่อนหน้านี้ทำได้มากกว่านี้ แต่เดี๋ยวนี มันเหนื่อยง่าย มันปวดเมื่อยหลัง ตอนเดินก็เดินไกลไม่ได้ มันขามือขาเท้า ตอนกลางคืนก็นอนไม่ค่อยสบาย เคยบอกหมอไปแล้วนะ แต่รักษาก็ไม่เห็นหาย” (ID11 L: 119-122)

“ไม่มีเลยครับ มันก็ปกติดี เพียงแต่ว่าเราไม่ได้ยืนขายทั้งวันเหมือนเมื่อก่อนเท่านั้นเอง เพราะการขายเราก็ลดลง และลูกชายก็มาช่วยด้วย แต่ก็ยังทำอะไรได้ตามปกติ เพียงแต่ทำงานน้อยลงเท่านั้นเอง” (ID12 L: 107-109)

“เราหยุดทำงานอัตโนมัติเลย เพราะแม่บ้านเขาก็ขอให้เราหยุดทำด้วย เขาไม่ให้ทำอะไรด้วย แล้วเราก็คิดว่าเรารักษาตัวเองดีกว่า เลยไม่ทำงานดีกว่า” (ID13 L: 41-42)

“เมื่อก่อนเราแข็งแรง เราออกกำลังกาย เราทำงานหนักได้ แต่พอมาป่วยทีก็เจอ 2 โรคเลย มันก็แย่ ร่างกายเราก็แย่ลง ทำงานไม่ได้ ความจริงผมชอบทำงานหนักๆนะ ไม่ชอบอยู่เฉยๆ แต่ทำไงได้เราเป็นแบบนี้เราก็ต้องอยู่ให้ได้ อย่างน้อยตอนนี้เราก็ไม่เป็นภาระใคร” (ID13 L: 98-101)

“โห ผมชอบทำนงงานหนัก ชอบทำงานนั้นนี่ไม่ชอบอยู่เฉยๆ มันน่าเบื่อ พอไม่ได้ทำ มันก็หงุดหงิดนะ มันอยากทำแต่ทำไม่ได้นี่นา ถ้าเรารักษาไปแล้วมันหายได้เราก็คงกลับไปทำงานได้แหละมั้ง คนแถวบ้านเขาให้แล้วค่าเลือดดี รักษาหายเขาก็ไปทำงาน ขับรถมั่ง ทำงานอื่นๆได้สบาย แล้วเขาก็แข็งแรงขึ้น เขาผ่าตัดแย่กว่าเราอีกเอาท่อปัสสาวะมาฉีข้างนอกแล้วก็ให้ยาเคมี เขายังหายได้เลย” (ID13 L: 123-126)

“ครับ แข็งแรงกว่าเมื่อก่อนมาก สมัยก่อนเรามาโรงพยาบาลต้องนั่งรถเข็นเอาเพราะเรายืนนานๆ เดินนานๆไม่ไหว มันเหนื่อย ขาไม่มีแรง แต่พอรักษาไปแล้วมันดีขึ้นมานะเนี่ย เราไม่ยากกลับไปนั่งรถเข็นแล้ว เราเลยพยายามดูแลตัวเองดีๆ” (ID13 L: 128-130)

2.2 หงุดหงิดง่ายขึ้น หมายถึง ภายหลังจากการรักษา ฮอริโมนในร่างกายของผู้ให้ข้อมูลเกิดการเปลี่ยนแปลงร่วมกับผลกระทบ และความเปลี่ยนแปลงต่างๆในชีวิตที่เกิดขึ้นภายหลังการเจ็บป่วย ส่งผลให้บุคลิกของผู้ให้ข้อมูลเปลี่ยนไปกลายเป็นคนหงุดหงิดง่าย และนำอารมณ์หงุดหงิดมาลงกับครอบครัว ดังคำกล่าวที่ว่า

“ก่อนป่วยมันก็ดีนะ พอเรารู้ว่าป่วยมันก็....(เสียบ)..... โรคพวกนี้มันก็หงุดหงิดง่ายนะ มันมีบางครั้งที่เราก็ต้องขอโทษลูก ขอโทษเมีย เพราะมีบางที่ที่เราใช้อารมณ์ไม่ถูกแต่แม่บ้านเขาก็พยายามใจเย็น บอกเราว่า แม่ก็อยากให้พ่อหายนะ บางที่เราก็ใช้อารมณ์หงุดหงิดมาเราก็ต้องขอโทษด้วย เพราะบางที่เราพูดแรงเกินไป เราก็รู้ตัวเราก็ขอโทษ” (ID03 L:117-121)

“ตัวผมก็ไม่ใช้คนหงุดหงิดง่ายหรอก แต่พอมารู้ว่าตัวเองเป็นมันก็หงุดหงิด ... ใช้อารมณ์กับลูกกับเมียบางที่เราก็ขอโทษเขา บอกว่าพ่อพูดแรงไปหน่อย ก็ขอโทษเขา บางที่นิดหน่อย อะไรมันไม่ได้ดั่งใจ เราก็โยนของใส่เขามั่งอะไรมั่ง แต่ลูกกับแฟนเขาก็เป็นคนใจเย็นเขาก็เลยไม่ถือ เขาก็รู้ว่าเราไม่สบาย” (ID03 L:135-138)

“ก็มีนะ เราคิดนู่นคิดนี่ คิดมากไปหมด หงุดหงิดง่าย เมื่อก่อนเราเป็นคนร่าเริง เข้าเฮเฮเฮ แต่พอป่วยมาก็ไม่ค่อยได้เจอใคร เพื่อน ๆ ก็นาน ๆ มาหาที ตอนหงุดหงิดก็ไปลงที่เมียดึง วันก่อนก็ปาวิทยุพังเลย” (ID04 L: 70-72)

“ก็ตอนนั้น.....มันเหมือนกับเราควบคุมตัวเองไม่ได้ อย่างบางครั้งอยู่ในรถ นั่งในรถอย่างนี้ละ ... ใจเรามันเหมือนกับอยากจะเปิดประตูรถลงมา เหมือนใจเรามันไม่อยู่กับตัว มันหงุดหงิดไปหมด” (ID07 L: 65-67)

“ไม่รู้เหมือนกัน มัน...อธิบายไม่ถูกนะ ก็เลยมาปรึกษาแฟนว่ามันผิดปกติ มันหงุดหงิดมันเหมือนแบบ เราอยากทำนั่นนี่ แล้วมันก็หงุดหงิดเลยกลับไปหาหมอ เล่าให้เขาฟัง หมอเขาก็บอกว่ามันเป็นอาการปกติที่คนทั่วไปเขาเป็นกันได้ แต่.. คนปกติธรรมดาส่วนมากอารมณ์เขาจะไม่ออกมาในลักษณะนี้ คือคนปกติจะเกรี้ยวกราด มีอารมณ์ไม่ดีกับครอบครัว แต่มันไม่เหมือนผมนะ ผมเลยถามว่าแล้วมันมีใครที่มีอาการเหมือนผมบ้าง หรือมียา กินอะไรที่จะช่วยเราได้ไหม หรือพอมีทางที่จะคุมมันได้ไหม แต่คุณหมอก็บอกว่าไม่มี” (ID07 L: 69-64)

“ก็มีบ้างนะครับ ที่เราอาจจะฉุนเฉียวได้ง่าย หงุดหงิดง่ายแบบไม่มีสาเหตุ หรือกับเรื่องเล็กๆน้อยๆ เวลาที่ใครมาพูดอะไรไม่ถูกหูหน่อย ก็มีหงุดหงิดใส่เขาไปบ้าง มีของชิ้นบ้างนิดหน่อย แต่พอเรารู้ตัวเราก็คุยกันขอโทษกันมันก็เข้าใจกันนะครับ มันเป็นเรื่องธรรมดาไลน์กับพินนครับ” (ID08 L: 132-135)

“ก็ไม่มีนะ เราก็เข้าใจกันอยู่ด้วยกันมันก็โอเคนะ แต่จะมีอารมณ์ที่มันฉุนเฉียวบ้าง ก็เคยมีที่ทะเลาะกันบ้างนะ เพราะอารมณ์เราเนี่ยแหละ แต่มันก็เรื่องเล็กๆน้อยๆ ไม่เป็นเรื่อง คนเรารักกันมันก็จะมีการกระทบกระทั่งกันบ้างแหละ มันก็เบียด กับโรคด้วยอะไรด้วย เรื่องเงินเอเย่เรื่องที่บ้านเอง มีก็เครียดก็เหนื่อย แต่ทะเลาะกันมันก็จบแค่นั้น หลังจากนั้นก็รักกันดีอยู่ด้วยกัน” (ID09 L: 162-166)

“มันมีบางครั้งเราก็หงุดหงิดเรื่องเล็กๆน้อยๆขึ้นมา ลงที่เขา(ภรรยา) เขาก็เข้าใจว่าเราป่วย ไม่เคยโกรธเราเลย คอยปลอบ คอยให้กำลังใจเราเสมอ” (ID13 L: 131-133)

ประเด็นที่ 3 สูญเสียสมรรถนะทางเพศ หมายถึง ผลกระทบที่สำคัญของการควบคุมฮอร์โมนเพศชายคือ การหมดความรู้สึทางเพศ ซึ่งเกิดขึ้นกับผู้ให้ข้อมูลหลักทุกราย แต่เนื่องจากผู้ให้ข้อมูลหลักและภรรยาเป็นวัยสูงอายุ จึงมองว่าเรื่องนี้ไม่ใช่เรื่องใหญ่ อีกทั้งการรักษาการเจ็บป่วยเป็นเรื่องที่สำคัญกว่าจึงเกิดการยอมรับแล้วเกิดความเข้าใจซึ่งกันและกัน นอกจากนี้ผู้ให้ข้อมูลรู้สึกถึงแม้ไม่มีสัมพันธ์ทางกายแต่ตนกลับได้รับความรัก การดูแลและความเอาใจใส่จากภรรยามากขึ้นแทนสามารถแบ่งออกเป็น 3 ประเด็นย่อย คือ

3.1 ยอมรับสภาพตามอายุที่เพิ่มขึ้น หมายถึง ภายหลังจากการรักษาด้วยการควบคุมฮอร์โมนเพศ ผู้ให้ข้อมูลหลักรับรู้ว่าคุณสมบัติความรู้สึทางเพศ ทำให้ผู้ให้ข้อมูลรู้สึกเหมือนตนเองหมดความเป็นชายแม้จะพยายามแล้วก็เหมือนตนเองเป็นชั้นที่ แต่ด้วยอายุที่มากขึ้นอีกทั้งการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น ทำให้ผู้ให้ข้อมูลสามารถยอมรับกับความเสื่อมสมรรถภาพที่เกิดขึ้นได้ ดังคำกล่าวที่ว่า

“..... ตอนนั้นมันคิดอยากจะมีอะไรนะ แต่มันไม่ได้มัน มันก็ท้อแท้ซะ ตอนแรกคิดว่ามีคนใหม่แล้วมันจะคึก.. แต่มันไม่ใช่อย่างนั้น แต่พอตัดไป มันก็ไม่มีแล้วละเป็นชั้นที่ บวชเลย” (ID04 L: 157-159)

“มันก็ไม่มีความรู้สึกแบบนั้นแล้ว ตอนแรกเราก็เสียใจนะ แต่เมื่อก่อนเราเป็นเพลย์บอย คบผู้หญิงมากแล้วและเราก็อายุมากขึ้นแล้วเรื่องแบบนั้นมันก็ไม่สำคัญอะไรแล้วละ ” (ID11 L: 52-54)

“ก็ ก่อนหน้านั้นมันก็มีบ้างนะแต่ตั้งแต่เราผ่าตัดมลูกหมาก เราก็ไม่มีละ เพราะเราไม่รู้สึกแบบนั้นแล้ว มันจะเฉยๆเลย แต่เราก็อายุเยอะแล้วปกติมันก็น้อยอยู่แล้ว แล้วคุณหมอก็แจ้งแล้วว่ามันจะไม่มีอารมณ์ทางเพศอะไรเลยนะ ผมก็บอกว่าไม่เป็นไรครับคุณหมอ ทำเลย ผมขอแค่มีชีวิตรอดก็พอ คิดแค่นั้น” (ID13 L: 51-54)

“ไม่ๆ มันไม่ไหวแล้ว มันเป็นมะเร็งเลยไม่มีอะไรกัน แต่แค่ไปอยู่ด้วยเฉยๆ” (ID04 L: 109)

“ไม่มีครับ ตอนนี้อยู่ผมก็อายุ 70 แล้ว เรื่องเซ็กส์อะไรผมไม่มีอยู่แล้วมันหายไปตั้งแต่ 50 กว่า 60 ก็ห่างไปจนไม่มีแล้ว อายุปานนี้แล้วมันไม่มีแล้วร่างกายมันไม่ไหวแล้ว” (ID12 L: 98-99)

3.2 ภรรยาที่ยอมรับเข้าใจ หมายถึง ภายหลังจากที่ผู้ให้ข้อมูลรับรู้ถึงความเสื่อมสภาพทางเพศของตน จึงมีการพูดคุยกับภรรยาของตน แต่ด้วยวัยที่เพิ่มมากขึ้น และความเจ็บป่วยของสามี จึงทำให้ภรรยาให้ความสนใจและมองว่าสัมพันธ์ทางกายนั้นไม่ใช่เรื่องใหญ่สำหรับชีวิตคู่ ดังคำกล่าวที่ว่า

“ตอนแรกก็รู้สึกไม่ดีนะครับ แต่เราก็อายุเยอะแล้ว เลยไม่ใส่ใจกับมันดีกว่า ภรรยาผมเขาก็เข้าใจนะ เขาบอกว่าเราก็อยู่กันแบบนี้เรื่องแบบนี้มันไม่ใช่เรื่องใหญ่ อายุปุ่นนี้แล้ว... ผมว่าเราเข้าใจกันดีนะครับ เขาเองก็เห็นใจผม คอยดูแลเอาใจใส่ผมทุกอย่าง อย่างที่บอก ความผูกพันมันมีมากขึ้นครับ ผมว่านั่นแหละที่สำคัญ ผมโชคดีมากครับที่มีเขา” (ID07 L:118-121)

“ก็มีคุยกับแม่บ้านอยู่นะครับ ว่ามันก็..เออ ก็มีอาการพวกนี้ แต่ด้วยอายุของเราที่ค่อนข้างมากแล้ว หกลีบเจ็ดสิบแล้วเนี่ยเรื่องแบบนี้มันก็ลดน้อยไปตามเวลาอยู่แล้วนะครับ ภรรยาเขาก็เข้าใจว่าบางทีมันก็เป็นเรื่องที่จะช่วยไม่ได้นะครับมันเกิดขึ้นแล้วและเราก็แก้ไขอะไรไม่ได้ เขาเข้าใจนะครับ” (ID08 L: 102-106)

“รู้ตัวเลย พอต่อมลูกหมากมันโตปุ๊บ เซ็กส์เสื่อมเลย ไม่มีปฏิกิริยาอะไรแล้ว มันเสื่อมไปแล้ว ภรรยาเขารู้ครับ เขาเข้าใจ ภรรยาผมเขาตัดรังไข่ไปแล้ว แล้วตัวผมก็ไปทำก็พม่าด้วยเรื่องพวกนี้เลยไม่ได้อะไรแล้วครับ พอมีลูกผมก็โอเคแล้ว” (ID09 L: 150-156)

3.3 ความรักความผูกพันที่เพิ่มขึ้น หมายถึง นอกจากความเข้าใจจากภรรยาหรือคู่ชีวิตของตนแล้ว ผู้ให้ข้อมูลหลักยังพบว่ารูปแบบของความสัมพันธ์ฉันท์สามีภรรยาภายหลังการเจ็บป่วยนั้น กลายเป็นความผูกพัน การให้การดูแลเอาใจใส่ซึ่งกันและกันมากกว่าการมีความสัมพันธ์ทางกาย เนื่องจากได้ใช้ชีวิตอยู่ร่วมกันมากขึ้นกว่าก่อนการเจ็บป่วย ดังคำกล่าวที่ว่า

“เขา(ภรรยา)ดูแลเรามากขึ้น เอาใจใส่เรามากขึ้น” (ID01 L:117)

“มันก็ดีขึ้นนะ ได้ดูแลกันมากขึ้น เมื่อก่อนตอนที่ผมดีขึ้น 4-5วันไม่ได้กลับบ้าน ไปนอนบ้านคนอื่นตลอด พอป่วยก็ได้อยู่ด้วยกันมากขึ้น อีกอย่างไม่อยากไปไหนมากขึ้นไปธุระเสร็จก็รีบกลับ” (ID02 L: 135-136)

“ก็คืนะครับ ผมได้ภรรยาดี พอเราเจ็บป่วยขึ้นมา เขาก็ดูแลเราอย่างดี” (ID 03 L:114)

“ไม่นะ ไม่มีอีกเลย แต่เขาก็ยังดูแลเรานะ แต่ก็สงสารเขาอยู่ วันๆเราก็ไม่ค่อยอะไรกัน” (ID04 L:122-123)

“หลังป่วยมั่ง .. มันไม่มีอารมณ์แบบนั้นแล้วละ ก็อยู่ๆกันไปแบบนี้แหละดูแลกันไปเราก็บป่วย เขาก็บป่วย เรื่องพวกนั้นมันเลยหมดไปแล้ว” (ID06 L:223-224)

“ครอบครัวครับ ผมบอกเลยว่า ภรรยาของผมนี่ผมพูดตรงๆเลย ผมบอกเค้าว่าเขาทำทุกอย่างเพื่อผมหมดเลย ผมยังบอกบางครั้งว่าคุณทำมากกว่าที่ผมเคยทำให้เขาอีก ภรรยาเขาก็พูดไม่ออกเหมือนกัน เหมือนมันนิ่งๆอยู่ในใจน้ำตาจะไหล...” (ID07 L:108-110)

“ภรรยาเขาทำทุกอย่าง เช็ดตัว อูจจาระก็ล้างให้ เปลี่ยนแพมเพิสให้ทุกอย่าง กินอะไร อยากรินอะไรบอกได้เลยทุกอย่างจะไปซื้อมาให้ เพราะช่วงนี้ผมกลับบ้านไปผมกินไม่ค่อยได้ เขาก็คอยดูแลอย่างดีเลย” (ID07 L:175-177)

“เมื่อก่อนก็รักกันนะ แต่พอผมป่วยผมยิ่งรักและขอบคุณเขา ผมรู้เลยว่ากับผู้หญิงคนนี้นะคือที่สุดแล้ว เขาไม่ได้ดูแลแค่ผมนะ กับพ่อกับแม่เราเขาก็ดูแลมาก่อน พาไปโรงพยาบาลคือดูแลยันพ่อแม่ครอบครัวผมเลย พอมาถึงผมก็ดูแล ผมเลยรู้สึกว่าคุณผู้หญิงแบบนี้ผมพูดตรงๆนะว่าหายาก เขาเลยเป็นกำลังใจสำคัญของผมเลยนะ เพราะเราคิดว่าเขาทำเพื่อผมถึงขนาดนี้แล้วนะ แล้วตัวผมเองจะทำอะไร มันก็ต้องสู้แหละ ขนาดเขาไม่เจ็บป่วยอะไร เขายังทำทุกอย่างเลย ดูแลมาตลอด” (ID07 L: 189-194)

ประเด็นที่ 4 สนใจดูแลตนเองมากขึ้น หมายถึงภายหลังการเผชิญกับผลข้างเคียง และความเปลี่ยนแปลงในชีวิตภายหลังการเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งต่อมลูกหมากระยะลุกลาม อีกทั้งผู้ให้ข้อมูลรับรู้ถึงความรุนแรงของโรคนั้นส่วนหนึ่งขึ้นอยู่กับ การปฏิบัติตน ผู้ให้ข้อมูลหลักจึงมีการปรับตัวในการดำรงชีวิตในหลายๆด้านเพื่อให้ตนสามารถเผชิญกับความเจ็บป่วยได้อย่างเหมาะสม และเพื่อชะลอความรุนแรงของโรค ให้ตนสามารถช่วยเหลือดูแลตนเองได้มากที่สุด เช่น การระงับการหักมุม การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมารับประทานอาหาร การเข้าฟังหลักธรรมคำสอนของศาสนาซึ่งสามารถแบ่งออกเป็น 4 ประเด็นย่อยดังต่อไปนี้

4.1 รมัดระวังเรื่องอาหารการกิน หมายถึง ภายหลังกการรักษาและการเจ็บป่วยผู้ให้ข้อมูลมีความเอาใจใส่เรื่องการรับประทานอาหารของตนมากขึ้น โดยการหลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารที่ตนเชื่อ หรือรับรู้ว่าส่งผลให้โรคของตนรุนแรงเพิ่มมากขึ้น เช่น การเลี่ยงเนื้อ อาหารหมักดอง นอกจากนี้ผู้ให้ข้อมูลบางราย เผชิญกับอาการเบื่ออาหาร จึงปรับการรับประทานอาหารให้เหมาะสมกับอาการที่ตนกำลังเผชิญอยู่ ดังคำกล่าวที่ว่า

“มันรู้สึกเหมือนจะอ้วก มันต้องใช้ผลไม้ บางทีกินข้าวไปไม่ได้มาก เพราะว่ามันกินไม่ลงใช้ไหม ก็เอาผลไม้แล้วแต่จะมีเงาะ มีองุ่น มีลิ้ม กินไปมันก็ชุ่มคอ” (ID01 L:426-427)

“ก็ไม่ค่อยมีของกินอะไรที่ติดนะ จะมีเหล้าเมื่อก่อนกินประจำแต่เลิกไปแล้ว... แล้วก็ มีพวกเนื้อหมูเนื้อไก่ เบ็ดอะไรอย่างนี้ เมื่อก่อนชอบกิน แต่หลังๆมานี้ไม่กินแล้ว มันต้องเว้นนะ มันไม่ดี ย่อยยาก กินแล้วมันอึดท้อง แต่มันไม่ได้เลิกไปเลยนะมันก็กินบ้าง แต่ไม่มาก อย่างเวลาแกลงเป็นหม้อๆ เราก็เอามันออก ปรับๆเอา” (ID04 L: 136-132)

“ไม่นะ มันก็กินได้ตามปกติ แต่เราจะเลี่ยงพวก... นี่คือการคิดเองนะ มันมีคนเคยพูด พวกคนเก่าๆ คนใหญ่ๆ บอกว่าเนื้ออย่าไปกิน หน่อไม้ ข้าวเหนียว บางอย่างเราก็เลิกไปเลยนะ พวกเนื้อ หน่อไม้ เมื่อก่อนยังกินบ้างเพราะของชอบ แต่ตอนนี้เลิกละ ข้าวเหนียวนี่พยายามเลี่ยงเอานะ แต่อย่างว่าของชอบ หากินง่ายด้วย แต่เราก็ไม่ค่อยอยากกินมากนะ แต่หน่อไม้นี่เราเลิกเลยนะ เพราะเราเคยกินแล้วมันเห็นชัดเลยนะ ลมมันขึ้นท้องเลย มันจุกแน่นออก ตีขึ้นมาหัว ปวดตื้อเลยสองข้างเลยไม่กินอีกเลย แต่พอไม่กินก็หายเลยนะ เมื่อก่อนเราเป็นบ่อย เราก็คิดว่าเอ มันเกี่ยวกับหน่อไม้ไหม มีอีกครั้งตอนขับรถ เราก็กินแกลงหน่อไม้ พอกินก็อาการออกเลย ตอนกลางคืนตอนอยู่มีนบุรีเราเคยมาโรงพยาบาลเลยนะ ด้วยเพราะกินหน่อไม้เนี่ยแหละ แต่ตอนนี้ไม่เป็นแล้ว” (ID06 L:238-247)

“ตั้งแต่เริ่มติดเชื้อ หลังตัดไขได้สักพักครับ การกินผมเปลี่ยนไปเลย มันจืดปากไปหมด กินอะไรก็ไม่อร่อย แพนก็บอกว่าไม่ได้เราต้องกินเพราะมันมียาที่ต้องกินหลังอาหาร ถ้าเราไม่กินข้าวมันก็จะทานยาไม่ได้สภาพร่างกายก็จะทรุดลง เราก็พยายามกินนะ หลักๆจะทานเป็นน้ำๆ ร้อนๆ จนทุกวันนี้ก็กินแบบนี้” (ID07 L: 180-183)

“ก็ผมจะพยายามไม่กินเนื้อเลยนะครับ เพราะผมคิดว่ามันอาจจะจะเป็นสิ่งที่มันแสดง อันนี้เห็นเค้าว่ากันมานะครับผมก็ไม่รู้ว่าจริงไม่จริงนะครับแต่ผมแค่คิดว่าถ้าเราเว้นได้เราก็กิน แต่ก็ยังกินไก่กินหมู กินปลาอยู่นะครับ พอเราอายุมากขึ้นผมก็พยายามกินเนื้อสัตว์ให้น้อยลง กินเป็นต้มกินอะไรอย่างนี้นะครับ เราก็เสี่ยงเท่าที่เราเสี่ยงได้ ญาติๆเขาก็บอกนะครับว่าให้กิน ปลา กินอะไรอย่างนี้ มันดีกับโรคแล้วมันก็ย่อยง่าย กินผักๆต้มๆเราก็พยายามทำอย่างที่เขาบอก” (ID08 L: 243-248)

“ปรับเรื่องอาหารการกิน ครับ พยายามทานอะไรเบาๆ ของหมักดอง อะไรมันๆเรา ไม่กิน เรารวดไปเลย อย่างชาหมู ของชอบเลยนะแต่เรางด เนื้ออย่าง หมูย่าง สเต็กที่โบน ของ มันๆนี่แหละงดเลย เหล้าบุหรี่ยิ่งงด เมื่อก่อนสูบบุหรี่จัด วันละ3-4ซอง เดียวนี้ก็งด” (ID09 L: 185-188)

“ไม่ค่อยได้ทานหรรอครับ มันทานไม่ลงไม่ย่อยอาหาร ส่วนมากจะกินข้าวต้มเอา แต่ก็กินไม่ได้เยอะ กินแล้วมันอืด ท้องมันอืดมาก เลยไม่ค่อยอยากกิน แต่พอมารักษา มันก็ ค่อยยังชั่วหน่อย ไม่ค่อยอืด.. มันดีขึ้น” (ID10 L: 80-82)

“ก็ตอนนี้เราพยายามลดเค็ม งดเค็มเลย เมื่อก่อนผมเป็นคนกินเค็มจัด หวานจัด มัน เลยเป็นแบบนี้ เวลาไปหาหมอก็บอกให้ลดเค็มจัด ลดรสจัด เราเลยต้องงด แล้วภรรยาเขาก็ ทำอาหารแบบตามใจเขาซะ เขาทำไม่เค็มไม่หวาน เราก็ต้องกินตามที่เขาทำ” (ID12 L: 125-128)

“ตอนที่เปื้ออาหารหรรอครับ ก็ มันจะแล้วแต่ช่วงนะ ถ้าอาหารมันไม่ถูกปากเรากิน ไม่ได้เลย มันจะคลื่นไส้ไม่ย่อยกิน ร่ายกายมันก็เลยพอมไปตามสภาพนะ แต่ถ้าเป็นอาหารที่ ถูกปาก เราก็กินได้ดี แม่บ้านเขาเลยต้องคอยหาอาหารที่มันถูกปากเราให้เรากินตลอด เขา ดินะ คอยเอาใจใส่ดูแลตลอด อยากกินอะไรก็ทำให้เรา เราก็กินขึ้นนะ แต่เรื่องอาหารนี้ เราไม่กินนะอาหารทะเล ของหมัก ของดองอะไรแบบนี้ ความจริงหมอก็บอกให้กินได้ แต่เรา กลัวกินแล้วค่าเลือดขึ้นเราไม่เสี่ยงดีกว่า” (ID13 L: 103-108)

4.2 ระวังเรื่องล้มมากขึ้น หมายถึง ภายหลังการรักษาด้วยการควบคุมฮอร์โมน ส่งผล ให้ผู้ให้ข้อมูลเกิดความอ่อนล้า ร่วมกับมวลกล้ามเนื้อที่ลดลง และการรักษานั้นส่งผลให้ผู้ให้ข้อมูลมี โอกาสเกิดโรคกระดูกพรุนมากกว่าคนในวัยเดียวกัน อีกทั้งความเสื่อมที่เกิดขึ้นตามวัย จึงทำให้การล้ม ของผู้ให้ข้อมูลหลักนั้นจะรุนแรงมากกว่าคนในวัยเดียวกัน และผู้ให้ข้อมูลจะได้รับคำแนะนำจาก

แพทย์ให้ระวังการล้ม เพราะหากล้มจะส่งผลให้เกิดการเจ็บป่วยที่รุนแรง และมีการฟุ้งพาที่เพิ่มขึ้น หรืออาจกลายเป็นคนติดเตียงได้ จึงทำให้ผู้สูงอายุกลัวการที่ตนเองล้ม และต้องใช้ชีวิตด้วยความระวังมากยิ่งขึ้น ดังคำกล่าวที่ว่า

“ก็เดินบ้าง บางวันก็นอน เดินไกลสุดก็ไกลกว่า พอเราตั้งใจในก็ไปได้นะ แต่พอลองอีกครั้งมันเหนื่อย เราจะล้ม กลัวไม่ถึงบ้านเลยไม่เดินไกล ๆ อีกละ กลัว ดินะตอนนั้นรู้ตัวก่อนว่าหน้ามีดเลยไม่เป็นไร” (ID04 L:134-136)

“เขาก็บอกว่ามันคือกระดูกพรุน เป็นแบบจุดดำแหงๆ เราก็ถึงว่าทำไมบางครั้งเวลาเราเดินกระดูกมันดังก็อกนะ เวลาเข้าห้องน้ำกระดูกมันดังก็อก หมอเขาถึงได้บอกให้ระวังอย่าไปล้ม นี่เราเดินไปล้มหลังจากนั้นมันก็ขัดไปหมด” (ID05 L: 50-52)

“ก็ต้องระวังสิ หมอเขาบอกว่าถ้าล้มมันจะยิ่งแย่ ไอ้ที่เราเป็นจะแรงมากขึ้น เราก็กังวล กลัวจะกลับไปเดินไม่ได้อีก กลัวปวด กลัวทรมาณ กลัวจะเป็นภาระให้คนอื่นอีกนี่สิ” (ID06 L:300-302)

“ก็มีเรื่องล้มนี้แหละครับ ระวังมากขึ้นเพราะผมล้มในห้องน้ำมา 2 รอบแล้ว ตอนนั้นหัวไปพาดกับโถชักโครก ตอนนั้นอาบน้ำแล้วสบู่มันหล่นเลยก้มเก็บหัวเลยทิ่มไปพาดกับชักโครกเอา แต่ตอนนั้นยังไม่ป่วยนะ ตอนหลังพอมาผ่าตัดกลับไปเลยตั้งปรับห้องน้ำให้มีที่จับ กลัวจะล้มไปอีกเพราะถ้าล้มแล้วป่วยแบบนี้ด้วยมันจะแย่ คุณหมอก็บอกให้ระวังเพราะต่อให้ผมไม่เป็นมะเร็งล้มตอนนี้กระดูกมันก็จะหักง่ายเพราะเป็นวัยสูงอายุ” (ID12 L:130135)

“เราก็ต้องระวังเรื่องล้มนะ เพราะเราเคยเจอคนที่เขาเป็นเหมือนเราตอนมาโรงพยาบาล เขาเล่าให้ฟังว่าเขาเคยไปล้มมาครั้งนึง หลังจากนั้นก็แย่เลย ค่าเลือดขึ้น เดินลำบาก เราฟังเราก็กลัวเลยต้องระวังเพราะถ้าเป็นอย่างนั้นมันจะแย่เอา” (ID13 L: 89-90)

4.3 ฟุ้งพาตนเองให้มากที่สุด หมายถึง หลังการรักษาผู้ให้ข้อมูล จากที่ตนเองเป็นผู้นำครอบครัว กลายเป็นคนที่ต้องพึ่งพาบุคคลในครอบครัวเพิ่มขึ้น จากที่เคยทำงานหนักได้ กลายเป็นตนเองทำได้แต่งานเบาๆ รายได้ที่เคยหาได้ด้วยตนเองกลายเป็นต้องอาศัยบุตรหลานช่วยจุนเจือ ส่งผลให้เกิดความรู้สึกเป็นภาระแก่คนในครอบครัว ดังนั้นผู้ให้ข้อมูลจึงปรับตัวด้วยการฟุ้งพาตนเองให้มากที่สุด ทำในสิ่งที่ตนทำได้และดูแลสุขภาพของตนไม่ให้โรคเกิดความรุนแรง เนื่องจากกลัวว่าตนจะเป็นภาระของคนในครอบครัว ดังคำกล่าวที่ว่า

“พอดีเราเจออาจารย์สอนธรรมะเราก็ไปพบท่านเลย บอกว่ามันเป็นแบบนี้มันจะต้องทำอะไร ให้เขาสอนวิธีคิดเรา ให้เราเอาไม้เท้าติดตัวไว้ พอมันเกิดอารมณ์แบบนี้ขึ้นมาก็กระแทกเลย คือกระแทกไม้เท้ากระดก เพื่อเรียกสติเรากลับมา มันก็เหมือนกับเราสงบลงมันได้ผล ท่านก็สอนเราหลายอย่างเลยนะไม่ใช่แค่เรื่องนี้อย่างเดียว มันก็มีวิธีต่างๆ เช่น “แค่นี้มันทำอะไรไม่ได้หรอก” คือสอนให้กำลังใจ หลักใหญ่ของท่านที่สอนคือกำลังใจไม่ให้ตก คุณใจให้อยู่” (ID07 L: 82-87)

“จนมาถึงการรักษา ก็อาศัยหลักพระธรรมของท่านเกี่ยวกับกำลังใจ ต้องคุณใจให้อยู่ อย่าให้ใจตก อย่าคิดต่อเติมต่อยอด โต้แย้งมันคือต้องยอมรับมัน ท่านออกแนวยอมรับด้วยเหตุผล ด้วยความเข้าใจว่าไอ้โรคนี้ที่มันเป็นมันเป็นไปโดยธรรมชาติ ทำให้เรายอมรับโรคของเรา” (ID07 L: 89-92)

“ถ้าไม่ได้ธรรมะเข้ามาช่วยนะ ความคิดอาจเตลิดไปเลยนะ อาจจะไปคิดสั้น หรือสติหลุดไปมากกว่านี้เลย เพราะเรากลัวใจกลัวอนาคตข้างหน้ามันดูมืดไปหมดเลยตอนนั้น” (ID07 L: 95-97)

“เราเป็นลูกศิษย์พระพุทธเจ้า ท่านก็บอกไว้ว่าจงพิจารณาว่าเรามีความตายเป็นเรื่องธรรมดา จงทำอะไรด้วยความไม่ประมาท เราเลยไม่กังวล ปล่อยไป” (ID08 L:195-196)

“ผมจะไปนั่งวิปัสสนาครับ ที่ปากช่อง ไปช่วงที่มีเวลา มันก็ยิ่งดีกว่าไม่ทำอะไรเลยนะ อากาศก็ดีได้ไปสวดมนต์ ฟังธรรม มันก็สบายใจดีนะ” (ID09 L: 222-223)

ประเด็นที่ 5 ได้รับกำลังใจในการใช้ชีวิตต่อไป หมายถึง เมื่อผู้ให้ข้อมูลหลักรับทราบว่าตนเป็นโรคมะเร็งต่อมลูกหมากระยะที่มีการลุกลาม และต้องมีการรักษาระยะยาวจนกระทั่งถึงวาระสุดท้ายของชีวิต ผู้ให้ข้อมูลบางรายจะรู้สึกไม่ยอมรับ ไม่ต้องการที่จะสูญเสียอวัยวะ หรือแม้แต่หลังการรักษา ผู้ให้ข้อมูลหลักต้องเผชิญกับการที่ตนต้องพึ่งพาบุคคลอื่นมากขึ้น จากบทบาทการเป็นผู้นำครอบครัว กลายเป็นคนที่ต้องพึ่งพาคนในครอบครัวมากขึ้น จึงทำให้ผู้ให้ข้อมูลรู้สึกว่ตนเองเป็นภาระของคนในครอบครัว แต่เมื่อได้รับกำลังใจจากบุคคลในครอบครัว และการดูแลเอาใจใส่จากบุคคลในครอบครัว ส่งผลให้ผู้ให้ข้อมูลรู้สึกมีกำลังใจที่จะต่อสู้ และเผชิญกับความเจ็บป่วย และใช้ชีวิตต่อไป อีกทั้งการได้พูดคุยและเปลี่ยนเรื่องราว และประสบการณ์การเจ็บป่วยจากบุคคลที่เป็นโรค

เดียวกับตนส่งผลให้ตนรู้สึกมีกำลังใจ และรู้ว่าในอนาคตตนต้องเจอกับอะไร ซึ่งมี 3 ประเด็นย่อย ดังนี้

5.1 กำลังใจจากคนในครอบครัว หมายถึง การที่ผู้ให้ข้อมูลเผชิญกับการเจ็บป่วย ตั้งแต่รับรู้การวินิจฉัย จนกระทั่งภายหลังการรักษา ผู้ให้ข้อมูลมีการพึ่งพาบุคคลในครอบครัวมากขึ้น กว่าก่อนการเจ็บป่วย เช่น การที่ภรรยาต้องเอาใจใส่ตนมากขึ้น ต้องรองรับอารมณ์ของตน และการที่ตนไม่สามารถมีเพศสัมพันธ์กับภรรยาได้ อีกทั้งบุตรหลานต้องลางานเพื่อพาตนไปโรงพยาบาล แม้ผู้ให้ข้อมูลจะพยายามพึ่งพาตนเองให้มากที่สุด ผู้ให้ข้อมูลยังคงรู้สึกว่าตนเป็นภาระแก่คนในครอบครัว ทำให้เกิดความท้อแท้ และกังวล แต่เมื่อได้รับกำลังใจและคำพูดจากคนในครอบครัวว่าอยากให้ตนมีชีวิตอยู่ด้วยกันไปนานๆ และการตอบแทนบุญคุณของลูก ความรักความเอาใจใส่ในทุกเรื่องของภรรยา ทำให้ตนมีกำลังใจ ในการดำเนินชีวิตต่อไป ดังคำกล่าวที่ว่า

“ใช่ คือความสัมพันธ์พ่อแม่ลูกนี่ไง ความสัมพันธ์เนี่ยะลึก ลูกนะไม่เคยทิ้งเลย คำที่ดูแล..... (สะอื้น).... (ร้องไห้ประมาณ 40 วินาที).....” (ID01 L: 317-318)

“อีกอย่างเรามีกำลังใจที่ดีไง ลูกเค้าเขาก็มาช่วยกันดูแล เราก็มีกำลังใจ ” (ID03 L:67-68)

“หมอบอกว่าหมอช่วยเต็มที่ ลูกสาวเขาก็บอกว่าเอาตามหมอแหละ ไม่คิดอะไรมาก อย่างคิดอะไรมากคิดว่าเราก็อายุมากแล้ว80กว่าแล้ว มันก็ปลงแล้วละ ได้กำลังใจจากลูก ลูกบอกว่าพ่อเลี้ยงลูกมา ... ตอนนี่ลูกก็เลี้ยงพ่อมั่ง มันก็เลยมีกำลังใจขึ้นมาหน่อย ” (ID05 L:104-107)

“เป็นเวรกรรมกับลูก เป็นภาระลูก ถึงเวลาเราก็ไป ตามเวลาเรานะ แต่ลูกนะ ไม่ยอมอยากให้เรารักษา แม่เขาก็บอกว่าไม่เป็นไรหรอกนะ ถึงอย่างไรเราก็เป็นครอบครัว เรามีกำลังใจ” (ID05 L: 115-117)

“ไม่มีนะ เขาบอกแค่ที่ไม่ต้องห่วงหรอก เขากลัว... เขากลัวเราตาย เราก็บอกว่าเราแก่แล้ว จะเป็นอะไรก็ให้มันเป็นไปเถอะ แต่เขาบอกว่าเขาอยากอยู่กับเราไปนานๆ ... ได้ฟังแล้วเราก็มีกำลังใจนะ” (ID05 L: 121-123)

“เขาวัวพ่อเลี้ยงมาจนใหญ่โต หนูก็เลี้ยงพ่อได้ ผมก็เลยดีใจ รู้สึกว่าเดินได้ก็เลยเบาแรง ลูกๆก็ให้กำลังใจเราก็เลยไม่คิดอะไรแล้วเฉยๆ” (ID05 L: 163-164)

“ตอนนั้นเราก็รู้สึกแย่นะ เพราะเราเคยเป็นที่พึ่งของภรรยาเรา แต่ตอนนี้เราต้องพึ่งเขาคอยให้เขาดูแลทุกอย่าง จนถึงเรื่องซบถ่าย แต่เราก็ต้องยอมรับนะ มันเป็นไปแล้ว เราก็ต้องยอมรับสภาพของเรา ภรรยาเขาก็บอกว่าจะไปคิดอะไร อยากให้เราไม่ต้องกังวล เราก็มีกำลังใจ” (ID07 L: 185-187)

“ก็มีอะไรก็รักษากันไป เขา(ภรรยา)บอกให้เราสู้นะมันเป็นอะไรก็ต้องรักษา อย่าไปทิ้ง คือสู้ไปแล้วก็รักษาตามที่คุณหมอบอก อย่าไปทิ้งอย่าไปหนี” (ID09 L: 88-89)

“ก็ผมว่ารักกันมากขึ้นนะ ... น่าจะใช้คำว่าเห็นใจกันมากกว่าน่าจะเพราะเขาเห็นเราเป็นคนสู้ ดูแลลูก2คน คือลูกนี้เป็นหัวใจเลยนะ พ่อแม่มีอะไรก็ให้ลูกหมด แล้วพอเราป่วย เราก็ยังสู้เพื่อลูกเค้าเลยคอยให้กำลังใจ” (ID09 L: 168-171)

“ผมโชคดีที่ได้ลูกดี ไม่เคยมีปัญหาคอยเป็นกำลังใจคอยดูแลเรา แต่ตัวเราก็พยายามไม่เบียดเบียนเรื่องเงินของเขา” (ID09 L: 214-216)

“ลูกสาว เขาชอบพาเรามาหาหมอบอก เขาก็คอยให้กำลังใจนะ บอกว่าอยากให้เรารักษา อยากให้เราอยู่ไปนานๆอยู่กะเค้าไปนานๆ เราเองก็กลัวว่าจะเป็นการเขาพาเราไปโรงพยาบาลแต่ละครั้งก็ต้องให้เขาหยุดงานมา แต่เขาก็บอกว่าไม่เป็นไร เขาอยากให้เรารักษาให้เต็มที่ เราก็เลยมีกำลังใจ” (ID13 L: 72-75)

5.2 กำลังใจจากบุคคลที่เจ็บป่วยด้วยโรคเดียวกัน หมายถึงเมื่อผู้ให้ข้อมูลเข้ารับการรักษาและได้พบกับบุคคลที่เจ็บป่วยด้วยโรคเดียวกัน ผู้ให้ข้อมูลได้มีการพูดคุยรับฟัง แลกเปลี่ยนประสบการณ์การเจ็บป่วยซึ่งกันและกัน โดยเฉพาะเมื่อได้เห็นว่าคุณอื่นมีความรุนแรงของโรคมมากกว่าตน มีค่าเลือดที่สูงกว่าตนแต่ยังคงใช้ชีวิตอยู่ได้คล้ายคลึงกับคนปกติ ยังสามารถเดินได้โดยไม่ต้องใช้อุปกรณ์ช่วย และมีระยะเวลาการเจ็บป่วยที่ยาวนาน ทำให้ผู้ให้ข้อมูลรู้สึกมีกำลังใจและสบายใจ นอกจากนี้การได้รับฟังการปรับตัว และผลข้างเคียงที่แตกต่างไปจากที่ตนพบทำให้ผู้ให้ข้อมูลรับรู้ว่าคุณอื่นต้องเผชิญกับอะไรและจะต้องรับมือกับอะไรบ้าง ดังคำกล่าวที่ว่า

“ก็สบายใจขึ้นนะเพราะเขาผ่านมาแล้ว พอเราเล่าให้เขาฟังเขาก็บอกว่ามันก็เรื่องปกติ เราก็สบายใจ เราก็ได้กำลังใจจากเขามากขึ้นนะ” (ID 03 L: 208-209)

“ก็ผมก็มีเพื่อนบัดดี้นะ เป็นคนที่เป็นเหมือนกันที่ผมเจอที่โรงพยาบาลเนี่ยแหละ เขาก็อยู่มาสิบกว่าปีละ ผมก็คอยถามคอยเก็บข้อมูลกับเขา เขาเป็นแบบผมเลย” (ID09 L: 74-76)

“ตอนที่เราเป็นแล้ว เราเจอกันที่โรงพยาบาล ก็มีแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกัน 4-5คน บางคนก็โชคดีนะเป็นน้อย ในกลุ่มเราเป็นเยอะกว่าเพื่อน” (ID09 L: 210-211)

” มีอ่านหนังสือที่เกี่ยวกับโรคนี้ นะครับ มันอยู่เล่มนึงเขาเขียนค่อนข้างดีเลยนะครับ มีประโยชน์มากๆ แล้วก็อ้างอิงจากหนังสือฝรั่งมาหลายเล่ม แล้วก็รวมประสบการณ์จากคนที่ป่วยมาด้วย เสียชีวิตที่มอ่านตอนป่วยนะ ถ้าได้อ่านตอนก่อนป่วยน่าจะดี คือถ้ารู้ตั้งแต่แรกว่าน่าจะหายแน่ๆ” (ID09 L: 252-255)

“ไม่ใช่มะเร็งนี่ แต่เป็นมะเร็งอย่างอื่น แต่คนแถวบ้านเขาให้คีโมจบไปแล้ว ตอนนั้นก็ตรวจเลือดอยู่ เขาก็พบว่าเชื้อหายไปแล้ว คือเขารักษาหายแล้ว เราเลยใจดีลืลือว่า เออวะเราก็มีโอกาสหายแหละ แต่อย่างว่าคนเราไม่เหมือนกัน อย่างเรามันมีโรคอื่นด้วย คือเรามีโรคกระดูก กระดูกหลังมันงอ แต่ตอนนี้ก็ยังรักษาอยู่นะ” (ID13 L: 31-34)

“มันก็ดีนะ เหมือนเรามีเพื่อนที่คุยกันรู้เรื่อง เราก็ถามเขาความเป็นอยู่มันเป็นอย่างไง เขาก็เล่าว่าเขาค่าเลือดเท่านี้ละ เป็นแบบนี้ละ บางคนค่าเลือดสูงกว่าเรา มีสายอะไรไม่รู้หลายสายดูเป็นหนักกว่าเราก็มี บางคนก็เล่าว่าเป็นมา5-6ปี ก็ยังเดินได้อะไรได้ ไม่มีอาการอะไร ใช้ชีวิตได้ตามปกติ ไปห้องไรท์ห้องนามั่ง เราฟังเราก็รู้สึกดีนะ มีกำลังใจ แต่บางคนนะเขาก็ปล่อยไปตั้งหลายปี ไปหลงเชื่อกินยาโบราณเป็นปี ก็กลับมารักษาที่มี มันก็แปลกดีนะ” (ID13 L: 142-148)

5.3 กำลั้งจากแพทย์และการรักษา หมายถึง ทุกครั้งที่แพทย์พูดคุยเอาใจใส่ อธิบายโรคแก่ผู้ให้ข้อมูล อีกทั้งความเชื่อใจแพทย์ที่รักษา ทำให้ผู้ให้ข้อมูลรู้สึกดี มีกำลังใจ นอกจากนี้ผลการรักษาที่ออกมาในทางที่ดี เช่นความทรมาณจากอาการก่อนการเจ็บป่วยที่ทุเลาลง ส่งผลให้ผู้ให้ข้อมูลมีกำลังใจและคาดหวังว่าตนจะหายจากการเจ็บป่วยได้ แต่ผู้ให้ข้อมูลบางรายรู้สึกว่าการที่แพทย์

กำหนดชีวิตด้วยการแจ้งระยะเวลาที่ตนมีชีวิต และยืนยันอย่างหนักแน่นว่าตนจะต้องเสียชีวิตในอีกไม่กี่ปีนั้น ส่งผลต่อจิตใจและความรู้สึกทั้งของผู้ให้ข้อมูลและครอบครัว ดังคำกล่าวที่ว่า

“มาตามนัดหมอทุกเดือน หมอเขาก็นัดกินยา หมอแกลงนะพูดจาดีเราฟังเราก็พลอยมีกำลังใจ” (ID06 L:78-79)

“เขาบอกว่าไอ้ลุง โรคนี้มันอยู่ได้ไม่เกิน2ปีหรอก ทั้งๆที่เขาเป็นคนผ่าตัดให้ผมเองนะ ผมฟังแล้วก็คิดว่าทำไมหมอไม่ให้กำลังใจคนไข้ ผมฟังเขาแหละแต่ก็ไม่ได้พูดอะไรนะ ฟังเขาพูด ลูกสาวผมนี่ร้องไห้เลยนะผมก็บอกลูกไปว่า อย่างร้องเลยอะไรจะเกิดก็ให้มันเกิด หมอเขาก็พูดไป แต่เราก็ไม่ว่าเขาหรอกนะ เพราะนิสัยเขาก็คงเป็นคนแบบนั้น” (ID03 L: 173-177)

“ตามหลักหมอเขาต้องพูดให้กำลังใจคนไข้ ไม่ควรพูดแบบนี้ออกมาหรอกนะ พอได้ยินมันก็ท้อเหมือนกัน แบบว่าเฮ้ ทำไมหมอเขาพูดแบบนี้มันก็ท้อๆ แต่เราก็ต้องทำใจนะ หมอเขาแกลง แต่บางคนนิสัยมันผิดพลาดไปก็มีนะ” (ID03 L: 180-182)

ประเด็นที่ 6 การยอมรับความตายที่จะเกิดขึ้น หมายถึง เมื่อรับการรักษามาเป็นระยะเวลาหนึ่งผู้ให้ข้อมูลจะเริ่มคิดถึงอนาคตในช่วงระยะสุดท้ายของชีวิต และยอมรับว่าอนาคตโรคที่ตนเป็นจะมีความรุนแรงจนถึงแก่ชีวิต โดยผู้ให้ข้อมูลคิดว่าอะไรจะเกิดก็ต้องเกิด เป็นไปตามเวรกรรมของชีวิต เป็นธรรมชาติของมนุษย์ตามหลักศาสนา นอกจากนี้ผู้ให้ข้อมูลส่วนมากจะคาดหวังแค่ขอให้ตนไม่ต้องทรมาน ต้องกลายเป็นคนที่ติดเตียงมีสายต่างๆตามร่างกาย เพราะนอกจากจะทรมานตนเองแล้วยังทรมานคนในครอบครัวอีกด้วย ซึ่งสามารถแบ่งออกเป็น 2 ประเด็นย่อยดังนี้

6.1 อะไรจะเกิดก็ต้องเกิด หมายถึงการที่ตนเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งต่อมลูกหมาก ระยะลุกลามนั้นถึงแม้อาการปัจจุบันจะยังสามารถใช้ชีวิตประจำวันได้ ช่วยเหลือตนเองได้ แต่ผู้ให้ข้อมูลส่วนมากรับรู้ได้ว่าด้วยโรคและวัยของตนจะต้องเผชิญกับความตายในอนาคตอันใกล้ ดังนั้นจึงยอมรับความตาย ยอมรับถึงสัจธรรมของชีวิต และธรรมชาติของมนุษย์ไม่ว่าจะเกิดอะไรขึ้น ดังคำกล่าวที่ว่า

“แล้วเราก็ทำใจได้ คุยกะลูกกะเมียอะไรเสร็จแล้ว เราก็ทำใจ ว่าอะไรจะเกิดก็เกิด” (ID 01 L: 241)

“เพราะว่าเราก็คิดว่าเราจะ80 แล้วนะ เราไม่เคยเข้าโรงพยาบาลเลย แต่เวรกรรมอะไร ถึงได้มาเป็นแบบนี้ แต่พอนะ คิดไปคิดไป มันก็ปลงแล้ว อยู่ไปก็เป็นเวรกรรมกับลูก เป็นภาระลูก ถึงเวลาเราก็ไป ตามเวลาเรานะ” (ID05 L:113-115)

“เอาจริงๆ... ผมก็ไม่รู้ว่าจะรักษาแล้วผลของมันจะออกมาเป็นอย่างไร อาจจะแย่กว่านี้ก็ได้นะ แต่ผมอยู่กับปัจจุบัน ก็พยายามแหละ เคยคุยกะแฟนว่า เราก็พยายามทำให้มันดีที่สุด รักษาให้ดีที่สุด ผลของมันจะออกมาเป็นอย่างไรโอเคเรายอมรับมันได้” (ID07 L: 280-283)

“แต่พอมานั่งคิดก็รู้สึกว่ามันก็เป็นธรรมดา เมื่อเป็นแล้วอะไรจะเกิดมันก็ต้องเกิด” (ID08 L:194-195)

“ก็อะไรจะเกิดก็ต้องเกิดนะ คนเราอายุป่านนี้แล้ว 64 แล้ว มันก็อยู่มานานแล้วนะ” (ID09 L: 213-214)

“ไม่ละ มันเป็นธรรมชาติ คนเรามีเกิดก็ต้องมีดับไป ตามวัยของมัน ถ้าคิดมากก็ไปใหญ่ ป่านนี้แล้วไม่คิดอะไรแล้ว ... อยากไปเร็วๆด้วยซ้ำ” (ID 11 L:179-180)

6.2 ขอแค่ไม่ทรมาณ หมายถึงถึงแม้จะยอมรับว่าความตายต้องเกิดขึ้นในอนาคตแต่ผู้ให้ข้อมูลหลักยังคงคาดหวังว่าในระยะสุดท้ายของชีวิตนั้นตนจะเสียชีวิตอย่างสงบ ไม่ทรมาณ รวมไปถึงไม่กลายเป็นภาระแก่ครอบครัว หรือทรมาณครอบครัวของตนเองในอนาคต ดังคำกล่าวที่ว่า

“ผมไม่กลัวเลยอนาคต ผมกลัวทรมาณอย่างเดียว” (ID 01 L:215)

“จะเป็นยังไงก็ได้ขออย่าให้ทรมาณเลย จะบ๊อบบี้บ๊อบบี้ก็ขอให้ไปเลย” (ID01 L:217)

“ลูกเค้าก็ต้องทำงาน เค้าก็ต้องพะว้าพะวงอีกแหละ..... ก็ขออย่างเดียวแหละ คืออย่าให้มันทรมาณเลย ให้มันวูบไปชีวิตก็คือจบกัน ไหนๆก็ไหนๆแล้ว ผมคิดอย่างนี้นะ คือเป็นนะผมไม่กลัวหรอกผมก็รู้ ก็แล้วแต่จะขึ้นไหน ชั้น3 ชั้น 4 ชั้น 5 ก็แล้วแต่ ขออย่างเดียว

พอรู้ว่ามันไม่หายปั๊บ ขอให้หมอทำอะไรก็ได้ ให้มันวูบไปเฉยๆยังไงเราก็ไม่ทรมานอยู่แล้ว
ทางบ้านก็ไม่ทรมาน” (ID01 L: 305-308)

“ชีวิตมันคือเปลี่ยนแปลงไปเลย (ร้องไห้)... แล้วพอมันนั้นเราก็ทำได้แล้วว่าเออ
ชีวิตคนเรานั้นอย่างนี้ มันก็ตายไปตามรูปตามกรรม ตามเวรตามกรรม ก็ขออย่างเดียวแหละ
สวดมนต์ขออย่างเดียว นะอย่าทรมาน เพราะทรมานมันไม่ได้อะ มันไม่ติดกับตัวเราเอง ทรมาน
เป็นเดือนเป็นปีเป็นปีๆนะ ถ้าเดือนสองเดือนไปเลยนะ มันก็จบกันไป คืออยากให้เป็นอย่าง
นั้น ไหนๆก็ไหนๆแล้ว” (ID01 L: 366-370)

“ผมก็กลัวทรมาน ทางบ้านก็กลัวทรมาน กลัวผมทรมาน ทางบ้านก็ทรมานไปด้วย
มันสองต่อสามต่อ คือเราเราตายไปแล้ว ต่อไปเขาก็ทำอะไรก็มีชีวิตดีขึ้นเรื่อยๆ เขาก็ไม่
ต้องมาพะว้าพะวงอะไรแล้วไง เราก็ไม่ต้องมาพะว้าพะวงอะไร เราก็ไปอีกทางเขาก็ไปอีกทาง
ที่นี้เขาก็ราบรื่นไปเรื่อย แต่เราไปทางนี้เราจะราบรื่นรีเปล่าเราไม่รู้ ก็ขอให้คนทางบ้าน
เขาราบรื่นดี ทำมาหากินค้าคล่อง” (ID01 L:374-378)

“ก็เฉยๆนะ แต่ก็คิดอยู่ว่าเราจะหายไหมนะ เราจะเป็นอย่างไรต่อไป ถ้าหายนะมันก็
เป็นบุญ ถ้าตายก็คงเกิดใหม่ มันก็เป็นไปตามเวลานะ คนเรานั้นก็เกิดมาต้องตายทุกคนแหละ
อยู่ที่ว่าจะตายช้าตายไวแหละ แต่เราแค่ไม่อยากทรมาน ถ้าไม่มีอาการเจ็บปวดร้องโอดโอยก็
ดีไป” (ID05 L: 125-128)

“แล้วไอ้ทรมานเนี่ยแหละไม่ชอบเลยพวกกินไม่ได้ นอนไม่หลับนะ ไม่นไหว นี่พันปวด
ก็โศกดีหน่อย นี่หายเป็นปกติทิ้งเลย คือที่เป็นยังไม่เคยคิดเท่าที่ปวดเลย” (ID06 L: 288-289)

“เพราะคิดเหมือนกันว่าใครจะดูแล เกิดติดเตียงขึ้นมาใครจะป้อนน้ำป้อนข้าว แต่
ถ้ามันถึงขนาดนั้นเราก็อยากจะไปเลยพอไปให้สบายๆไปเลย จะได้ไม่ทรมานลูกทรมานคนอื่น
เขา คิดเหมือนกันนะ” (ID05L: 164-166)

“ก็เราก็ออยากอยู่ให้นานที่สุดนะ ออยากอยู่กับหลาน เคยได้ยินว่าสัก2ปีนะ เราก็ อธิษฐานออยากให้อยู่ให้ได้นานที่สุดแหละ แต่ถ้ากรณีที่รักษาไม่ได้หรือไม่มีทางเยียวยา เราก็ ไม่ออยากทรมานนะ ตอนนั้น กลัวว่าจะติดเตียงมีสายนั้นนี้ เราไม่ออยากเป็นแบบนั้น มันจะ ทรมานทั้งเราเอง ทั้งคนที่บ้านเราเอง” (ID13 L: 67-70)

“ก็ภาระนี้ก็คือ ถ้าเกิดเรากลายเป็นผู้ป่วยติดเตียง มันก็จะลำบาก มันก็จะเป็นเรื่อง ใหญ่ กลัวอยู่อย่างเดี๋ยวนี้อแหละ คือตอนนีเราไปไหนมาไหนได้เองนะ ขึ้นรถไฟฟ้ากลับบ้านเรา ทำได้เองหมด ถ้าเราจะเสียชีวิตเราก็ออยากให้อไปแบบไม่ติดเตียงนะ ไปแบบไปเลย มันไม่ ทรมานเรานะ มันทรมานคนเป็น คนเจ็บมันไม่รู้เรื่องหรอกแต่คนดูแลต้องมาคอยหาน้ำหา ข้าวให้กิน มันลำบาก” (ID09 L: 260-264)

สรุปประสพการณ์การเจ็บป่วยของผู้สูงอายุโรคมะเร็งต่อมลูกหมากระยะลุกลาม

ผลการศึกษาปรากฏการณ์เกี่ยวกับประสพการณ์การเจ็บป่วยของผู้สูงอายุโรคมะเร็งต่อม ลูกหมากระยะลุกลามจากผู้ให้ข้อมูลทั้ง 13 ราย สามารถแบ่งออกเป็น 2 ส่วน คือความหมายของการ เจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งต่อมลูกหมากระยะลุกลาม และ ประสพการณ์การเจ็บป่วยของผู้สูงอายุ โรคมะเร็งต่อมลูกหมากระยะลุกลาม

1) ความหมายของการเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งต่อมลูกหมากระยะลุกลามของผู้สูงอายุนั้น หมายถึง เป็นโรคที่เหมือนจะไม่รุนแรงแต่ต้องคอยติดตามผลเลือด

2) ประสพการณ์การเจ็บป่วยของผู้สูงอายุโรคมะเร็งต่อมลูกหมากระยะลุกลาม เป็นความรู้สึก และสิ่งทีผู้สูงอายุซึ่งเป็นผู้ให้ข้อมูลหลักได้เผชิญตั้งแต่ระยะก่อนเริ่มการเจ็บป่วยจนถึงภายหลังการ รักษาด้วยการควบคุมฮอร์โมนเพศ รวมไปถึงการเผชิญกับผลกระทบ การปรับตัวทั้งทางด้านร่างกาย และจิตใจในการดำเนินชีวิต ซึ่งแบ่งออกเป็น 6 ประเด็นดังต่อไปนี้

ประเด็นที่ 1 แรกรู้ก็ตกใจแต่ทำใจว่าใครก็เป้นได้ ประกอบด้วย 3 ประเด็นย่อยดังนี้

- 1.1 แรกรู้ก็ตกใจ
- 1.2 สับสนและกลัวความตาย
- 1.3 ทำใจว่าใครก็เป้นได้

ประเด็นที่ 2 ชีวิตที่เปลี่ยนแปลงไปภายหลังการรักษาด้วยการควบคุมฮอร์โมนเพศ ประกอบ ไปด้วย 3 ประเด็นย่อยดังนี้

- 2.1 ร่างกายที่เปลี่ยนไปไม่เหมือนเดิม
 - 2.1.1 รู้สึกว่าอาการดีขึ้น
 - 2.1.2 ร่างกายอ่อนล้า ช่วยเหลือตนเองได้ลดลง

2.2 หงุดหงิดง่ายขึ้น

ประเด็นที่ 3 สูญเสียสมรรถนะทางเพศ ประกอบด้วย 3 ประเด็นย่อยดังนี้

3.1 การยอมรับสภาพตามอายุที่เพิ่มขึ้น

3.2 ภรรยายอมรับเข้าใจ

3.3 ความรักความผูกพันที่เพิ่มมากขึ้น

ประเด็นที่ 4 สนใจดูแลตนเองมากขึ้น ประกอบด้วย 4 ประเด็นย่อยดังนี้

4.1 ระมัดระวังเรื่องอาหารการกิน

4.2 ระวังเรื่องล้มมากขึ้น

4.3 พึ่งพาตนเองให้มากที่สุด

4.4 การทำใจให้สงบโดยใช้หลักธรรมะ

ประเด็นที่ 5 ได้รับกำลังใจในการใช้ชีวิตอยู่ต่อไป ประกอบด้วย 3 ประเด็นย่อยดังนี้

5.1 กำลังใจจากคนในครอบครัว

5.2 กำลังใจจากบุคคลที่เจ็บป่วยด้วยโรคเดียวกัน

5.3 กำลังใจจากแพทย์และการรักษา

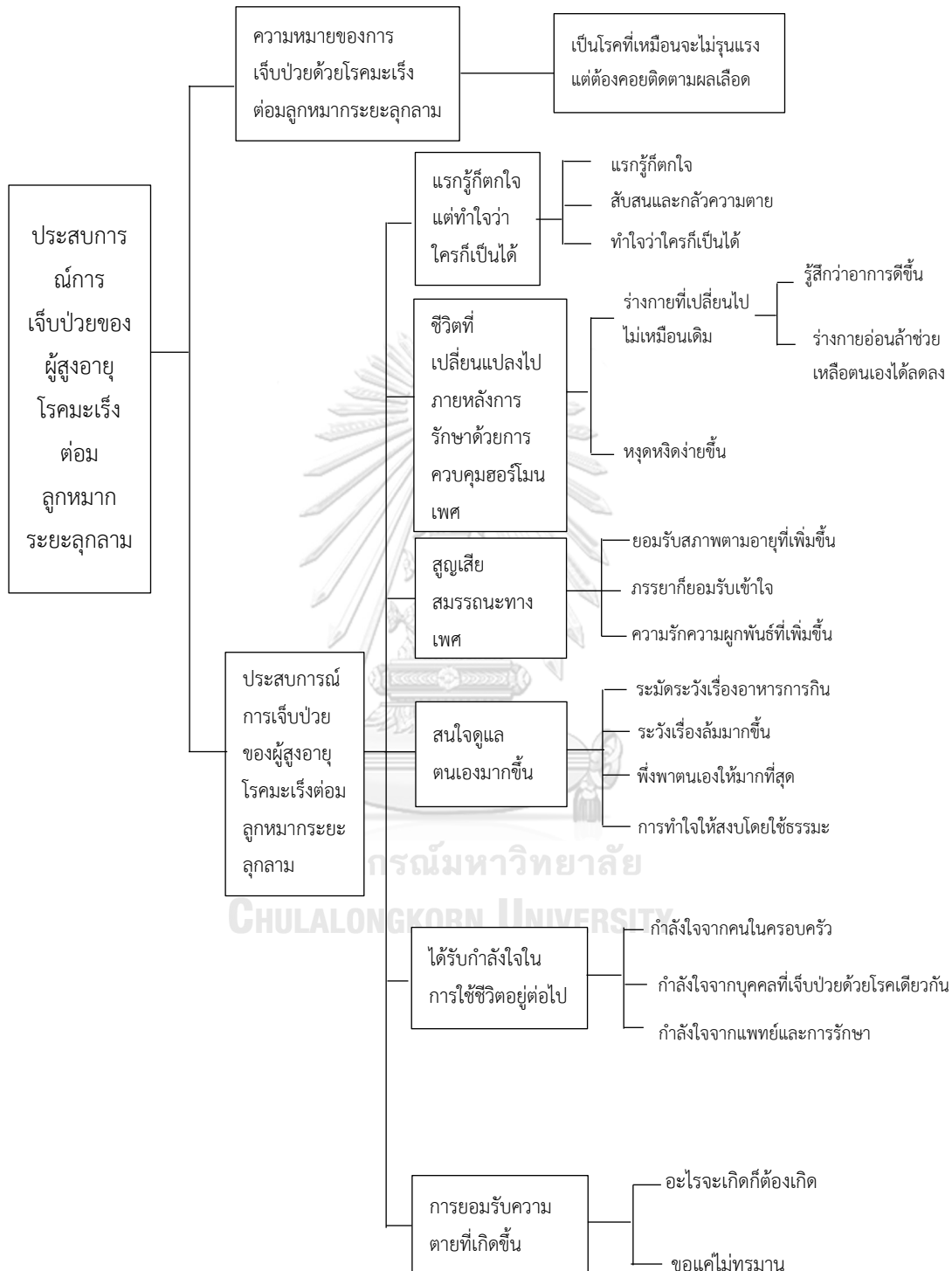
ประเด็นที่ 6 การยอมรับความตายที่เกิดขึ้น

6.1 อะไรจะเกิดก็ต้องเกิด

6.2 ขอแค่นี้ก็พอ

ซึ่งประสบการณ์การเจ็บป่วยของผู้สูงอายุโรคมะเร็งต่อมลูกหมากระยะลุกลามสามารถสรุปเป็นภาพได้ดังต่อไปนี้

ภาพที่ 1 สรุปประสบการณ์การเจ็บป่วยของผู้สูงอายุโรคมะเร็งต่อมลูกหมากระยะลุกลาม



บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสบการณ์การเจ็บป่วยของผู้สูงอายุโรคมะเร็งต่อมลูกหมากระยะยะลุกลาม โดยใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงคุณภาพ แบบปรากฏการณ์วิทยา (Phenomenological research) ตามแนวคิดของ มาร์ติน ไฮเดกเกอร์ (Martin Hediegger) (1889-1976) ทำการคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลหลักแบบเฉพาะเจาะจง โดยผู้ให้ข้อมูลหลักในการวิจัยคือ ผู้สูงอายุโรคมะเร็งต่อมลูกหมากระยะลุกลามที่รับการรักษาด้วยการควบคุมฮอร์โมน ทั้งในรูปแบบของการผ่าตัดอวัยวะ และการใช้ยา อย่างน้อย 6 เดือนขึ้นไปจำนวน 13 ราย เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interview) และการบันทึกภาคสนาม นำข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์มาถอดความแบบคำต่อคำ (Verbatim Transcription) ทำการวิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) โดยผลที่ได้จากการศึกษาสามารถนำเสนอประเด็นเกี่ยวกับประสบการณ์การเจ็บป่วยของผู้สูงอายุโรคมะเร็งต่อมลูกหมากระยะลุกลาม สามารถแบ่งออกเป็น 2 ส่วนโดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

สรุปผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ความหมายของการเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งต่อมลูกหมากระยะลุกลามของผู้สูงอายุ โดยผู้สูงอายุนั้นได้ให้ความหมายของการเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งต่อมลูกหมากระยะลุกลามนั้นหมายถึง เป็นโรคที่เหมือนจะไม่รุนแรงแต่ต้องคอยติดตามผลเลือด กล่าวคือ ผู้ให้ข้อมูลนั้นรับรู้ว่าเป็นการเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งต่อมลูกหมากที่อยู่ในระยะที่มีการลุกลาม หรือระยะที่ 4 แล้ว ผู้ให้ข้อมูลนั้นมีกลไกการปรับตัวทางจิตใจที่ยอมรับว่าถึงแม้ต้นจะเป็นมะเร็งแต่เป็นโรคมะเร็งที่พบได้มากในวัยสูงอายุ อีกทั้งยังคงสามารถใช้ชีวิตได้ตามปกติ และยังคงช่วยเหลือตนเองได้ แต่ถึงอย่างไรก็ตามภายหลังการรักษาด้วยการควบคุมฮอร์โมนเพศ ผู้ให้ข้อมูลนั้นยังคงต้องมาพบแพทย์ และคอยติดตามผลเลือด หรือค่า PSA เป็นระยะๆ เนื่องจากค่า PSA เป็นสิ่งที่บ่งบอกถึงความรุนแรงของโรค ดังนั้นการเปลี่ยนแปลงของ ค่า PAS จึงส่งผลต่อความรู้สึกของผู้ให้ข้อมูลหลักโดยตรง ทั้งทางบวกและทางลบ

ส่วนที่ 2 ประสบการณ์การเจ็บป่วยของผู้สูงอายุโรคมะเร็งต่อมลูกหมากระยะลุกลาม สามารถจำแนกออกเป็น 6 ประเด็นดังต่อไปนี้

ประเด็นที่ 1 แกรู้ก็ตกใจแต่ทำใจว่าใครก็เป็นได้ เมื่อผู้สูงอายุรับรู้การวินิจฉัยว่าตนเป็นโรคมะเร็งระยะที่ 4 หรือระยะสุดท้าย ซึ่งส่งผลให้ผู้สูงอายุเกิดความเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ที่

หลากหลาย ได้แก่ ตกใจ กลัวความตาย สับสน แต่ถึงอย่างนั้นผู้สูงอายุก็คิดว่าโรคมะเร็งนั้นเป็นโรคที่ใครต่างก็เป็น เป็นเรื่องปกติในยุคปัจจุบันจึงทำใจยอมรับการเจ็บป่วยของตนได้ซึ่งแบ่งออกเป็น

1.1 แกรู้สึกตกใจ หมายถึง ผู้สูงอายุส่วนมากจะมาโรงพยาบาลเนื่องจากอาการที่ตนเป็นส่งผลกระทบต่อการใช้ชีวิตประจำวันเช่น อาการปวดที่เพิ่มมากขึ้น ปัสสาวะไม่ออกเลย ความสามารถในการช่วยเหลือตนเองลดลง แต่ไม่คาดคิดว่าตนจะป่วยเป็นโรคมะเร็งคิดแต่เพียงว่าเป็นอาการที่เกิดขึ้นจากความเสื่อมตามวัยเท่านั้น ดังนั้นเมื่อแพทย์แจ้งผลการวินิจฉัย ผู้สูงอายุจึงรู้สึกตกใจที่ตนเจ็บป่วยเป็นโรคมะเร็งและรู้สึกเสียใจที่ตนมารับการตรวจซ้ำเกินไป

1.2 สับสนและกลัวความตาย หมายถึง เมื่อผู้สูงอายุรับทราบจากแพทย์ว่าตนเป็นโรคมะเร็งต่อมลูกหมากระยะลุกลาม ก็เกิดความรู้สึกว่าตนต้องตายอย่างแน่นอน รู้สึกสูญเสียกำลังใจในการมีชีวิต และรู้สึกสับสนว่าอนาคตของตนจะเป็นอย่างไรต่อไป ผู้สูงอายุบางรายยังรู้สึกไม่เชื่อผลการตรวจเพราะตนเองไม่มีอาการที่ผิดปกติแต่ตรวจพบค่าPSAสูงโดยบังเอิญเท่านั้น

1.3 ทำใจว่าใครก็เป็นได้ หมายถึง ผู้สูงอายุมีความเข้าใจว่าโรคมะเร็งต่อมลูกหมากนั้น แม้จะเข้าสู่ระยะไหนหากรักษาก็สามารถหายได้ อีกทั้งคนรอบข้างของผู้สูงอายุบางรายมีประสบการณ์การหายป่วยจากโรคมะเร็งคล้ายตน ถึงแม้จะเป็นโรคมะเร็งต่างชนิดกัน เมื่อได้รับการรักษาทันทีที่รู้ ผู้สูงอายุจึงไม่รู้สึกกลัวเมื่อทราบผลการวินิจฉัย

ประเด็นที่ 2 ชีวิตที่เปลี่ยนแปลงไปภายหลังการรักษาด้วยการควบคุมฮอร์โมนเพศ

หมายถึงเมื่อผู้สูงอายุเข้ารับการรักษาด้วยการควบคุมฮอร์โมนให้ข้อมูลหลักทุกรายได้เผชิญกับผลกระทบที่เกิดจากการที่ฮอร์โมนเพศชายลดลง ซึ่งสิ่งที่เกิดขึ้นส่งผลต่อการดำเนินชีวิตและสัมพันธภาพต่อผู้อื่น แต่ถึงอย่างนั้นการรักษาส่งผลให้อาการที่รุนแรงก่อนมาพบแพทย์ทุเลาลง จึงทำให้ผู้สูงอายุไม่ทุกข์ทรมาน ประกอบด้วย 2 ประเด็นย่อยดังนี้

2.1 ร่างกายที่เปลี่ยนไปไม่เหมือนเดิม หมายถึงภายหลังการรักษาด้วยการควบคุมฮอร์โมน ผู้สูงอายุรับรู้ว่าร่างกายของตนมีความเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้นเมื่อเทียบกับก่อนการเจ็บป่วย โดยสามารถแบ่งออกเป็น

2.1.1 รู้สึกว่าอาการดีขึ้น หมายถึง ภายหลังรับการรักษาด้วยการควบคุมฮอร์โมน ผู้สูงอายุพบว่าอาการที่ตนทรมานจนส่งผลให้ต้องมาพบแพทย์นั้นทุเลาลงเช่น อาการปวด อาการปัสสาวะไม่สุด อาการปัสสาวะบ่อย ซึ่งส่งผลให้ผู้สูงอายุหลุดพ้นจากความทรมานและสามารถดำรงชีวิตได้คล้ายคลึงกับคนปกติ

2.1.2 ร่างกายอ่อนล้าช่วยเหลือตนเองได้ลดลง หมายถึงแม้จะไม่ทรมานกับอาการก่อนการเจ็บป่วย แต่ผู้สูงอายุนั้นกลับต้องเผชิญกับผลข้างเคียงของการรักษาด้วยการควบคุมฮอร์โมนเพศโดยเฉพาะความอ่อนล้า ร่วมกับความเสื่อมที่เกิดขึ้นตามวัย ซึ่งส่งผลให้ผู้สูงอายุไม่สามารถทำงานหนักเท่าก่อนการเจ็บป่วยได้ ผู้สูงอายุบางรายต้องเปลี่ยนการประกอบอาชีพ บางราย

ต้องหยุดทำงาน ถึงแม้ผู้สูงอายุจะรู้สึกเบื่อบ้างก็ต้องหยุดทำงาน แต่ผู้สูงอายุรู้สึกว่าดีกว่าการหักโหมแล้ว ส่งผลให้โรครุนแรงขึ้น

2.2 หงุดหงิดง่ายขึ้น หมายถึง ภายหลังจากการรักษาฮอริโมนในร่างกายของผู้สูงอายุเกิดการเปลี่ยนแปลงร่วมกับผลกระทบ และความเปลี่ยนแปลงต่างๆที่เกิดขึ้นภายหลังการเจ็บป่วย ส่งผลให้บุคลิกของผู้สูงอายุเปลี่ยนไปกลายเป็นคนหงุดหงิดง่าย และนำอารมณ์หงุดหงิดมาลงกับครอบครัว

ประเด็นที่ 3 สูญเสียสมรรถนะทางเพศ หมายถึง ผลกระทบที่สำคัญของการควบคุมฮอริโมนเพศชายคือ การหมดความรู้สึทางเพศ ซึ่งเกิดขึ้นกับผู้ให้ข้อมูลหลักทุกราย แต่เนื่องจากวัยสูงอายุ จึงมองว่าเรื่องนี้ไม่ใช่เรื่องใหญ่ อีกทั้งการรักษาการเจ็บป่วยเป็นเรื่องที่สำคัญกว่า นอกจากนี้ผู้สูงอายุรู้สึกว่าถึงแม้ไม่มีสัมพันธ์ทางกายแต่ตนกลับได้รับความรัก การดูแลและความเอาใจใส่จากภรรยามากขึ้น แทนสามารถแบ่งออกเป็น 3 ประเด็นย่อย

3.1 ยอมรับสภาพตามอายุที่เพิ่มขึ้น หมายถึง ภายหลังจากได้รับการรักษาด้วยการควบคุมฮอริโมนเพศ ผู้สูงอายุรับรู้ว่าคุณสมบัติความรู้สึทางเพศ ทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกเหมือนตนหมดความเป็นชายแม้จะพยายามแล้วก็เหมือนตนเองเป็นชั้นที่ แต่ด้วยอายุที่มากขึ้นอีกทั้งการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น ทำให้ผู้สูงอายุสามารถยอมรับกับความเสื่อมสมรรถภาพที่เกิดขึ้นได้

3.2 ภรรยาก็ยอมรับเข้าใจ หมายถึง ภายหลังจากที่ผู้สูงอายุรับรู้ถึงความเสื่อมสมรรถภาพทางเพศของตน จึงมีการพูดคุยกับภรรยาของตน แต่ด้วยวัยที่เพิ่มมากขึ้น และความเจ็บป่วยของสามี จึงทำให้ภรรยาให้ความเข้าใจและมองว่าสัมพันธ์ทางกายนั้นไม่ใช่เรื่องใหญ่สำหรับชีวิตคู่

3.3 ความรักความผูกพันที่เพิ่มขึ้น หมายถึง นอกจากความเข้าใจจากภรรยาหรือคู่ชีวิตของตนแล้ว ผู้สูงอายุยังพบว่ารูปแบบของความสัมพันธ์ฉันท์สามีภรรยาภายหลังการเจ็บป่วยนั้น กลายเป็นความผูกพัน การให้การดูแลเอาใจใส่ซึ่งกันและกันมากกว่าการมีความสัมพันธ์ทางกาย เนื่องจากได้ใช้ชีวิตอยู่ร่วมกันมากขึ้นกว่าก่อนการเจ็บป่วย

ประเด็นที่ 4 สนใจดูแลตนเองมากขึ้น หมายถึง ภายหลังจากเผชิญกับผลข้างเคียง และความเปลี่ยนแปลงในชีวิตภายหลังการเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งต่อมลูกหมากระยะลุกลาม อีกทั้งผู้สูงอายุรับรู้ว่าคุณสมบัติของโรคนั้นส่วนหนึ่งขึ้นอยู่กับพฤติกรรมการปฏิบัติตน ผู้สูงอายุจึงมีการปรับตัวในการดำรงชีวิตในหลายๆด้านเพื่อให้ตนสามารถเผชิญกับความเจ็บป่วยได้อย่างเหมาะสม และเพื่อชะลอความรุนแรงของโรค ให้ตนสามารถช่วยเหลือดูแลตนเองได้มากที่สุด เช่น การระมัดระวังการหกล้ม การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมารับประทานอาหาร การเข้าฟังหลักสูตรคำสอนของศาสนาซึ่งสามารถแบ่งออกเป็น 3 ประเด็นย่อยดังต่อไปนี้

4.1 ระมัดระวังเรื่องอาหารการกิน หมายถึง ภายหลังจากการรักษาและการเจ็บป่วย ผู้สูงอายุมีความเอาใจใส่เรื่องการรับประทานอาหารของตนมากขึ้น โดยการหลีกเลี่ยงการรับประทานอาหาร

อาหารที่ตนเชื่อ หรือรับรู้ว่าจะส่งผลให้โรคของตนรุนแรงเพิ่มมากขึ้น เช่น การเลี้ยงเนื้อ อาหารหมักดอง นอกจากนี้ผู้ให้ข้อมูลบางราย เผลอเกี่ยวกับอาการเบื่ออาหาร จึงปรับการรับประทานอาหารให้เหมาะสมกับอาการที่ตนกำลังเผชิญอยู่

4.2 ระวังล้มมากขึ้น หมายถึง ภายหลังการรักษาด้วยการควบคุมฮอร์โมน ส่งผลให้ผู้สูงอายุเกิดความอ่อนล้า ร่วมกับมวลกล้ามเนื้อที่ลดลง และการรักษานั้นส่งผลให้ผู้สูงอายุมีโอกาสเกิดโรคกระดูกพรุนมากกว่าคนในวัยเดียวกัน อีกทั้งความเสื่อมที่เกิดขึ้นตามวัย จึงทำให้การล้มของผู้สูงอายุนั้นจะรุนแรงมากกว่าคนในวัยเดียวกัน และผู้สูงอายุจะได้รับคำแนะนำจากแพทย์ให้ระวังการล้ม เพราะหากล้มจะส่งผลให้เกิดการเจ็บป่วยที่รุนแรง และมีการพึ่งพาที่เพิ่มขึ้น หรืออาจกลายเป็นคนติดเตียงได้ จึงทำให้ผู้สูงอายุกลัวการที่ตนเองล้ม และต้องใช้ชีวิตด้วยความระวังมากยิ่งขึ้น

4.3 พึ่งพาตนเองให้มากที่สุด หมายถึง หลังการรักษาผู้ให้ข้อมูล จากที่ตนเองเป็นผู้นำครอบครัว กลายเป็นคนที่ต้องพึ่งพาคู่ในครอบครัวเพิ่มขึ้น จากที่เคยทำงานหนักได้ กลายเป็นตนเองทำได้แต่งงานเบาๆ รายได้ที่เคยหาได้ด้วยตนเองกลายเป็นต้องอาศัยบุตรหลานช่วยจนเจือ ส่งผลให้เกิดความรู้สึกเป็นภาระแก่คนในครอบครัว ดังนั้นผู้ให้ข้อมูลจึงปรับตัวด้วยการพึ่งพาตนเองให้มากที่สุด ทำในสิ่งที่ตนทำได้และดูแลสุขภาพของตนไม่ให้โรคเกิดความรุนแรง เนื่องจากกลัวว่าตนจะเป็นภาระของคนในครอบครัว

4.4 การทำให้สงบโดยใช้ธรรมะ หมายถึง เมื่อเกิดความเปลี่ยนแปลงในร่างกาย หรือเกิดความรู้สึกในเชิงลบกับการดำเนินชีวิต ผู้สูงอายุจะใช้หลักธรรมะในการจัดการกับความรู้สึก และการควบคุมอารมณ์และจิตใจของตนเองให้สงบ มีสติ เพื่อให้สามารถเผชิญกับความเจ็บป่วยได้

ประเด็นที่ 5 ได้รับกำลังใจในการใช้ชีวิตอยู่ต่อไป หมายถึง เมื่อผู้สูงอายุรับทราบว่าเป็นโรคมะเร็งต่อมลูกหมากระยะที่มีการลุกลาม และต้องมีการรักษาระยะยาวจนกระทั่งถึงวาระสุดท้ายของชีวิต ผู้สูงอายุบางรายจะรู้สึกไม่อยากรักษา ไม่ต้องการที่จะสูญเสียอวัยวะ หรือแม้แต่หลังการรักษา ผู้สูงอายุต้องเผชิญกับการที่ตนต้องพึ่งพาคู่คนอื่นมากขึ้น จากบทบาทการเป็นผู้นำครอบครัว กลายมาเป็นคนที่ต้องพึ่งพาคู่ในครอบครัวมากขึ้น จึงทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกว่าตนเองเป็นภาระของคนในครอบครัว แต่เมื่อได้รับกำลังใจจากบุคคลในครอบครัว และการดูแลเอาใจใส่จากบุคคลในครอบครัว ส่งผลให้ผู้สูงอายุรู้สึกมีกำลังใจที่จะต่อสู้ และเผชิญกับความเจ็บป่วย และใช้ชีวิตอยู่ต่อไป อีกทั้งการได้พูดคุยและเปลี่ยนเรื่องราว และประสบการณ์การเจ็บป่วยจากบุคคลที่เป็นโรคเดียวกับตนส่งผลให้ตนรู้สึกมีกำลังใจ และรู้ว่าในอนาคตตนต้องเจอกับอะไร ซึ่งมี 3 ประเด็นย่อยดังนี้

5.1 กำลังใจจากคนในครอบครัว หมายถึง การที่ผู้สูงอายุเผชิญกับการเจ็บป่วยตั้งแต่รับรู้การวินิจฉัย จนกระทั่งภายหลังการรักษา ผู้สูงอายุมีการพึ่งพาคู่ในครอบครัวมากขึ้นกว่าก่อนการเจ็บป่วย เช่น การที่ภรรยาต้องเอาใจใส่ตนมากขึ้น ต้องรองรับอารมณ์ของตน และการที่ตนไม่สามารถมีเพศสัมพันธ์กับภรรยาได้ อีกทั้งบุตรหลานต้องลางานเพื่อพาตนไปโรงพยาบาล แม้ผู้สูงอายุ

จะพยายามพึ่งพาตนเองให้มากที่สุด ผู้สูงอายุยังคงรู้สึกว่าเป็นภาระแก่คนในครอบครัว ทำให้เกิดความท้อแท้ และกังวล แต่เมื่อได้รับกำลังใจและคำพูดจากคนในครอบครัวว่าอยากให้เห็นมีชีวิตอยู่ด้วยกันไปนานๆ และการตอบแทนบุญคุณของลูก ความรักความเอาใจใส่ในทุกเรื่องของภรรยา ทำให้ตนมีกำลังใจ ในการดำเนินชีวิตต่อไป

5.2 กำลังใจจากบุคคลที่เจ็บป่วยด้วยโรคเดียวกัน หมายถึงเมื่อผู้สูงอายุเข้ารับการรักษาและได้พบกับบุคคลที่เจ็บป่วยด้วยโรคเดียวกัน ผู้สูงอายุได้มีการพูดคุยรับฟัง แลกเปลี่ยนประสบการณ์การเจ็บป่วยซึ่งกันและกัน โดยเฉพาะเมื่อได้เห็นว่าคุณอื่นมีความรุนแรงของโรครมากกว่าตน มีค่าเลือดที่สูงกว่าตนแต่ยังคงใช้ชีวิตอยู่ได้คล้ายคลึงกับคนปกติ ยังสามารถเดินได้โดยไม่ใช้อุปกรณ์ช่วย และมีระยะเวลาการเจ็บป่วยที่ยาวนาน ทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกมีกำลังใจและสบายใจ นอกจากนี้การได้รับฟังการปรับตัว และผลข้างเคียงที่แตกต่างไปจากที่ตนพบทำให้ผู้สูงอายุรับรู้ว่าคุณอื่นต้องเผชิญกับอะไรและจะต้องรับมือกับอะไรบ้าง

5.3 กำลังใจจากแพทย์และการรักษา หมายถึง ทุกครั้งที่แพทย์พูดคุยเอาใจใส่ อธิบายโรคแก่ผู้สูงอายุ อีกทั้งความเชื่อใจแพทย์ที่รักษา ทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกดี มีกำลังใจ นอกจากนี้ผลการรักษาที่ออกมาในทางที่ดี เช่นความทรमानจากอาการก่อนการเจ็บป่วยที่ทุเลาลง ผู้สูงอายุมีกำลังใจและคาดหวังว่าตนจะหายจากการเจ็บป่วยได้ แต่ผู้สูงอายุบางรายรู้สึกว่าการที่แพทย์กำหนดชีวิตด้วยการแจ้งระยะเวลาที่ตนมีชีวิต และยืนยันอย่างหนักแน่นว่าตนจะต้องเสียชีวิตในอีกไม่กี่ปีนั้นส่งผลต่อจิตใจและความรู้สึกทั้งของผู้สูงอายุและครอบครัว

ประเด็นที่ 6 การยอมรับความตายที่จะเกิดขึ้น หมายถึง เมื่อได้รับการรักษามาเป็นระยะเวลาหนึ่งผู้สูงอายุจะเริ่มคิดถึงอนาคตในช่วงระยะสุดท้ายของชีวิต และยอมรับว่าอนาคตโรคที่ตนเป็นจะมีความรุนแรงจนถึงแก่ชีวิต โดยผู้สูงอายุคิดว่าอะไรจะเกิดก็ต้องเกิด เป็นไปตามเวรกรรมของชีวิต เป็นธรรมชาติของมนุษย์ตามหลักศาสนา นอกจากนี้ผู้ให้ข้อมูลส่วนมากจะคาดหวังแค่ขอให้ตนไม่ต้องทรमान ต้องกลายเป็นคนที่ติดเตียงมีสายต่างๆตามร่างกาย เพราะนอกจากจะทรमानตนเองแล้วยังทรमानคนในครอบครัวอีกด้วย ซึ่งสามารถแบ่งออกเป็น 2 ประเด็นย่อยดังนี้

6.1 อะไรจะเกิดก็ต้องเกิด หมายถึงการที่ตนเจ็บป่วยด้วยโรคระแรงต่อมลูกหมาก ระยะลุกลามนั้นถึงแม้อาการปัจจุบันจะยังสามารถใช้ชีวิตประจำวันได้ ช่วยเหลือตนเองได้ แต่ผู้สูงอายุมากับรู้ว่าด้วยโรคและวัยของตนจะต้องเผชิญกับความตายในอนาคตอันใกล้ ดังนั้นจึงยอมรับความตาย ยอมรับถึงสังขารของชีวิต และธรรมชาติของมนุษย์ไม่ว่าจะเกิดอะไรขึ้น

6.2 ขอแค่นี้ทรमान หมายถึงถึงแม้จะยอมรับว่าความตายต้องเกิดขึ้นในอนาคตแต่ผู้สูงอายุยังคงคาดหวังว่าในระยะสุดท้ายของชีวิตนั้นตนจะเสียชีวิตอย่างสงบ ไม่ทรमान รวมไปถึงไม่กลายเป็นภาระแก่ครอบครัว หรือทรमानครอบครัวของตนเองในอนาคต

อภิปรายผล

ผลการวิจัยเชิงปรากฏการณ์วิทยาเกี่ยวกับประสบการณ์การเจ็บป่วยของผู้สูงอายุโรคมะเร็งต่อมลูกหมากระยะลุกลาม แสดงถึงเหตุการณ์และเรื่องราวที่ผู้สูงอายุเผชิญ รับรู้ และรู้สึกตั้งแต่รับรู้การเจ็บป่วยของตน ตลอดจนการเผชิญกับผลข้างเคียงจากการรักษาด้วยการควบคุมฮอร์โมนเพศชาย การดำรงชีวิต และการปรับตัวตลอดระยะเวลาในการเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งต่อมลูกหมากระยะลุกลาม ซึ่งแบ่งออกเป็น 2 ส่วนดังนี้

ส่วนที่ 1 ความหมายของการเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งต่อมลูกหมากระยะลุกลามของผู้สูงอายุ

ผู้สูงอายุโรคมะเร็งต่อมลูกหมากระยะลุกลาม ที่ได้รับการรักษาด้วยการควบคุมฮอร์โมน ได้ให้ความหมายของการเจ็บป่วยของตนว่า เป็นโรคที่เหมือนจะไม่รุนแรงแต่ต้องคอยติดตามผลเลือด โดยโรคมะเร็งต่อมลูกหมากนั้นเป็นโรคมะเร็งที่มีอัตราการรอดชีพที่สูงเมื่อเทียบกับมะเร็งชนิดอื่น โดยพบว่าผู้ป่วยโรคมะเร็งต่อมลูกหมากระยะแรกนั้น มีอัตราการรอดชีพใน 5 ปีสูงถึง 100% และ อัตราการรอดชีพนั้นจะลดลงในระยะที่โรคมะเร็งมีการแพร่กระจายเหลือ 30% (American Cancer Society, 2017) สอดคล้องกับการศึกษาของ Shao และคณะ (2012) ที่ทำการศึกษ้อัตราการรอดชีพใน 5 ปีของผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งต่อมลูกหมาก ในแถบชนบทของประเทศจีนจำนวน 1116 ราย ซึ่งพบว่าอัตราการรอดชีพโดยรวม 1, 3 และ 5 ปีเท่ากับ 93.1%, 78.0% และ 69.3% และอัตราการรอดชีพเฉพาะโรคเท่ากับ 94.6%, 81.3% และ 72.6% ตามลำดับ โดยผู้ป่วยที่เสียชีวิตจากโรคมะเร็งต่อมลูกหมากจากการศึกษาใน 5 ปีนั้น คิดเป็น 30.7% และผู้ป่วยที่ยังมีชีวิต คิดเป็น 69.3% อีกทั้งยังสอดคล้องกับการศึกษาของ Akaza และคณะในปี 2003 ที่ทำการติดตามผู้ป่วยโรคมะเร็งต่อมลูกหมากระยะลุกลามที่ได้รับการรักษาด้วยการควบคุมฮอร์โมนในประเทศญี่ปุ่นเป็นระยะเวลา 5 ปี ซึ่งพบว่าผู้ป่วย 10 รายจาก 151 รายเสียชีวิตจากโรคมะเร็งต่อมลูกหมาก และอัตราการรอดชีพโดยรวมของโรคมะเร็งต่อมลูกหมากใน 5 ปีอยู่ที่ 70%

นอกจากนี้จากการศึกษาครั้งนี้พบว่าผู้สูงอายุโรคมะเร็งต่อมลูกหมากยังคงสามารถใช้ชีวิตได้ คล้ายคลึงกับคนปกติ สามารถช่วยเหลือตนเองได้ ยังคงมีคุณภาพชีวิตที่ดี ผู้สูงอายุจึงคิดว่าโรคมะเร็งต่อมลูกหมากนั้นเป็นการเจ็บป่วยที่ไม่รุนแรง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ลลิตา นพคุณ, รุจาธร อินทรตุล และนันทมน วุฒานนท์ (2563) ที่ทำการศึกษาคูณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคมะเร็งต่อมลูกหมากที่ได้รับการรักษาที่โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่ง ซึ่งกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคมะเร็งต่อมลูกหมากระยะที่ 4 ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยโรคมะเร็งต่อมลูกหมากส่วนใหญ่ไม่มีอาการอาการของโรคที่รุนแรงจนต้องได้รับการรักษาแบบฉุกเฉิน/เร่งด่วน อีกทั้งยังสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง สามารถดำเนินชีวิตได้ใกล้เคียงกับคนปกติ ผู้ป่วยจึงยังคงมีความสุขกับชีวิตในด้านต่างๆ ส่งผลให้คะแนนคุณภาพชีวิตโดยรวม อยู่ในระดับสูง อีกทั้งยังสอดคล้องกับ

การศึกษาของ Jonsson และคณะ (2020) ที่ทำการศึกษาด้านเชิงคุณภาพเกี่ยวกับชีวิตของผู้ป่วยภายหลังได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคมะเร็งต่อมลูกหมากเป็นเวลา 2 ปี ซึ่งพบว่า กลุ่มตัวอย่างยังคงรู้สึกว่าคุณภาพชีวิตดี แม้อาการของโรค และความเสื่อมตามวัยจะส่งผลต่อการใช้ชีวิตก็ตาม

แต่ถึงอย่างนั้นผู้สูงอายุยังคงต้องติดตามค่าเลือด หรือค่า PSA ทุกๆ 3 เดือน ภายหลังจากการรักษาด้วยการควบคุมฮอร์โมน ซึ่งค่า PSA หรือ Prostate specific เป็นโปรตีนที่สร้างจากเซลล์ในต่อมลูกหมาก(ทั้งเซลล์ปกติและเซลล์มะเร็ง) ซึ่งทำการตรวจโดยการตรวจเลือดเพื่อหาระดับของ PSA ในเลือดซึ่งค่าปกติจะต่ำกว่า 4 ng./ml. เมื่อมะเร็งต่อมลูกหมากมีขนาดที่โตขึ้นหรือมีการลุกลามเพิ่มมากขึ้น ค่า PSA มักจะสูงมากกว่า 4 ng./ml. โดยผู้สูงอายุรับรู้ว่าเป็นสิ่งที่บ่งบอกถึงการลุกลามของโรคที่เพิ่มขึ้นแม้ไม่มีอาการทางกาย ที่แสดงออกถึงความผิดปกติหรือความรุนแรงของโรค ดังนั้นผู้สูงอายุจึงมีความวิตกกังวลกับค่า PSA ในทุกๆครั้งที่มาติดตามการรักษา ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Rönningås (2019) เกี่ยวกับค่า Prostate-specific antigen (PSA) และความวิตกกังวลของผู้ป่วยโรคมะเร็งต่อมลูกหมากในสวีเดน โดยทำการศึกษาระบบภาคตัดขวาง ในกลุ่มตัวอย่างจำนวน 3165 ราย ซึ่งพบว่ากลุ่มตัวอย่าง 51% มีความวิตกกังวล ซึ่งสัมพันธ์กับค่า PSA ที่เพิ่มมากขึ้น และยังสอดคล้องกับการศึกษาเชิงคุณภาพ ของ Farrington และคณะ (2020) ซึ่งศึกษาเกี่ยวกับประสบการณ์ชีวิตและการปรับตัว ของผู้ป่วยโรคมะเร็งต่อมลูกหมาก ทำการศึกษาในพื้นที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศอังกฤษ ซึ่งพบว่าผู้ป่วยโรคมะเร็งต่อมลูกหมากนั้นรู้สึกว่าตนมีชีวิตอยู่กับความไม่แน่นอนจากการที่เกิดจากโรคมะเร็งต่อมลูกหมาก และค่า PSA แม้ค่า PSA จะไม่ใช่ตัวตัดสินโรคมะเร็งต่อมลูกหมาก แต่ผู้ป่วยส่วนมากจะมีความกังวลทุกครั้งที่มาตรวจติดตามค่า PSA ในทุกๆ 3 เดือน

นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของ De Sousa และคณะในปี 2012 ซึ่งศึกษาเกี่ยวกับจิตวิทยาของผู้ป่วยโรคมะเร็งต่อมลูกหมาก ผลการศึกษาพบว่าผลการตรวจ PSA มีความเกี่ยวข้องกับความวิตกกังวลของผู้ป่วยโรคมะเร็งต่อมลูกหมาก และผลการวิจัยยังเป็นไปในทิศทางเดียวกันกับการศึกษาของ Johanes (2013) ซึ่งทำการศึกษาเกี่ยวกับความวิตกกังวลของผู้ป่วยโรคมะเร็งต่อมลูกหมากในระยะแรกกับระยะที่มีการลุกลาม โดยพบว่าคะแนนความวิตกกังวลเกี่ยวกับ PSA มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับระยะของโรคมะเร็งต่อมลูกหมาก นอกจากนี้การได้รับรู้ค่า PSA ที่สูงขึ้นยังส่งผลต่อคะแนนความวิตกกังวลของผู้ป่วยอีกด้วย

ดังนั้นจะเห็นได้ว่าระดับของ PSA เป็นสิ่งสำคัญที่ส่งผลต่อความรู้สึกและกำลังใจในการรักษาของผู้สูงอายุโรคมะเร็งต่อมลูกหมากระยะลุกลามมากกว่าอาการแสดงที่เกิดขึ้นทางร่างกาย

ส่วนที่ 2 : ประสบการณ์การเจ็บป่วยของผู้สูงอายุโรคมะเร็งต่อมลูกหมากระยะลุกลาม

ผลการศึกษาประสบการณ์การเจ็บป่วยของผู้สูงอายุโรคมะเร็งต่อมลูกหมากระยะลุกลาม ที่รับการรักษาด้วยการควบคุมฮอร์โมนเพศจำนวน 13 ราย สามารถจำแนกออกเป็น 6 ประเด็นดังต่อไปนี้

ประเด็นที่ 1 รับรู้ถึงความเจ็บป่วย

หมายถึงความคิดและความรู้สึกของผู้สูงอายุซึ่งเป็นผู้ให้ข้อมูลหลักเมื่อรับทราบการวินิจฉัยว่าตนเป็นโรคมะเร็งต่อมลูกหมากระยะลุกลาม จากผลการวิจัยพบว่าผู้สูงอายุโรคมะเร็งต่อมลูกหมากระยะลุกลาม เมื่อได้รับรู้ถึงความเจ็บป่วย และทราบผลการวินิจฉัยของตนจากแพทย์แล้ว ผู้สูงอายุจะรู้สึกกลัวความตาย เนื่องจากคิดว่าโรคมะเร็งเป็นโรคที่รุนแรงถึงแก่ชีวิต ซึ่งอารมณ์ที่เกิดขึ้นนั้นเป็นปฏิกิริยาการตอบสนองต่อความเจ็บป่วยของผู้สูงอายุ นั่นคือความรู้สึกสูญเสีย (Loss) (Potter and Perry, 1995) เมื่อเกิดภาวะความเจ็บป่วยเกิดขึ้น ไม่ว่าจะเป็นการเจ็บป่วยแบบเฉียบพลัน แบบเรื้อรัง หรือขั้นวิกฤต มักก่อให้เกิดความรู้สึกสูญเสียแก่ผู้ป่วยและครอบครัวในด้านต่างๆ ทั้งด้านความเป็นอยู่ที่ดี การสูญเสียความเป็นอิสระและการพึ่งพาตนเอง สูญเสียความรู้สึกคุ้นเคยกับสภาพแวดล้อม สูญเสียความสุขสบาย สูญเสียอัตมโนทัศน์แห่งตน สูญเสียบทบาททางสังคมและบทบาทในครอบครัว ซึ่งความรุนแรงและการตอบสนองที่เกิดขึ้นจะมีความแตกต่างกันไปในแต่ละบุคคล ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ จุฬารัตน และคณะ (2545) เกี่ยวกับประสบการณ์ของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการบอกความจริงเกี่ยวกับการเจ็บป่วยจากทีมสุขภาพ ทำการศึกษาในผู้ป่วยโรคมะเร็งที่รับรู้ว่าเป็นโรคมะเร็งใน ซึ่งผลการศึกษาพบว่าการบอกความจริงเกี่ยวกับการเจ็บป่วยว่าเป็นมะเร็งนั้น เป็นสิ่งที่บั่นทอนและความหวัง การบอกถึงผลการวินิจฉัยจึงทำให้ความหวังต่างๆ ที่เคยคิดไว้ถูกทำลายลง นอกจากนี้การบอกความจริงว่าการป่วยเป็นโรคมะเร็งนั้นเป็นการบอกสิ่งที่น่ากลัว น่าตกใจ และเป็นการบอกข่าวร้าย เนื่องจากโรคมะเร็งเป็นโรคที่จะทำให้ผู้ที่ป่วยเสียชีวิตในเวลาอันรวดเร็ว

อีกทั้งผลการวิจัยยังสอดคล้องกับการศึกษาเชิงคุณภาพของ พัชรินทร์ แก้วรัตน์ และน้ำอ้อย รักดีวงศ์ (2559) ซึ่งทำการศึกษาประสบการณ์ชีวิตของผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่ขณะรักษาด้วยเคมีบำบัด ณ โรงพยาบาลมหาวชิราลงกรณธัญบุรี ซึ่งทำการศึกษาในผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ระยะที่ 3-4 ที่เข้ารับการรักษาด้วยเคมีบำบัด โดยผู้ให้ข้อมูลหลักได้ให้ความหมายของโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ว่าหมายถึงความตาย เนื่องจากคนที่เจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งนั้นต่อให้ได้รับการรักษาก็ต้องตาย เปรียบเสมือนการไปรบที่รู้ว่าต้องแพ้แต่ก็ต้องรบ รบจนหมดแรงถึงรู้ว่าตนจะต้องตาย นอกจากนี้แล้ว ผลการศึกษายังมีความสอดคล้องกับ การศึกษาของ Voogt และคณะในปี 2005 ซึ่งได้ทำการศึกษาเกี่ยวกับผลกระทบทั้งเชิงบวกและเชิงลบของผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโรคมะเร็งระยะลุกลาม ซึ่งทำการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างจำนวน 105 รายพบว่าผู้ป่วยร้อยละ 26 มีความกลัวการแพร่กระจาย ร้อยละ 18 รู้สึกกลัวอนาคตที่ไม่แน่นอน

นอกจากนี้ผลการศึกษาพบว่าผู้ให้ข้อมูลรับรู้ว่าเป็นโรคมะเร็งเป็นโรคที่พบได้บ่อย อีกทั้งบุคคลรอบข้างยังมีคนที่เจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งและสามารถรักษาให้หายได้ ประกอบกับเทคโนโลยีที่ทันสมัย และการแพทย์ที่มีความก้าวหน้าในปัจจุบัน ยิ่งส่งผลให้ผู้ให้ข้อมูลมีความมั่นใจมากขึ้น และมองว่าการเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งต่อมลูกหมากนั้นเป็นเรื่องธรรมดา ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของจุฬารัตน และคณะ (2545) ซึ่งพบว่าผู้ให้ข้อมูลบางส่วนได้ให้ความหมายของการบอกความจริงเกี่ยวกับการเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งว่าไม่ได้เป็นเรื่องที่น่าตกใจ หรือเป็นเรื่องผิดปกติ เนื่องจากผู้ให้ข้อมูลรับรู้ว่าการเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งในปัจจุบันเป็นเรื่องธรรมดาเพราะมีคนเป็นกันจำนวนมากจึงทำให้สามารถทำได้ นอกจากนี้การที่ผู้สูงอายุรับรู้การวินิจฉัยโรคจากแพทย์ผู้เชี่ยวชาญยังสร้างความน่าเชื่อถือและทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกเฉยๆเมื่อทราบการวินิจฉัย และคิดว่าแพทย์จะรักษาอย่างดีที่สุด ซึ่งมีความสอดคล้องกับการศึกษาของ Halkett, Jiwa และ Lobb (2015) ที่ศึกษาถึงมุมมองของผู้ป่วยเกี่ยวกับบทบาทของแพทย์เมื่อทราบผลการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งระยะลุกลาม ซึ่งพบว่าผู้ป่วยคิดว่าแพทย์จะทำการรักษาและส่งต่อให้แพทย์เฉพาะทางด้านมะเร็งเป็นผู้ดูแลรักษาต่อ อีกทั้งแพทย์จะเป็นเหมือนทนายที่ช่วยเหลือและพิจารณาเลือกสิ่งที่ดีที่สุดแก่ตน

อีกทั้งจากการศึกษาในครั้งนี้พบว่าแม้ผู้สูงอายุจะมีอาการแสดงของโรคมะเร็งต่อมลูกหมากระยะแรกมาเป็นระยะเวลาสั้น เช่นอาการปัสสาวะขัด ปัสสาวะบ่อย อาการปัสสาวะไม่สุด และอาการปวดเมื่อปัสสาวะ แต่ผู้สูงอายุส่วนมากจะละเลยกับอาการเหล่านี้เนื่องจากคิดว่าเป็นอาการปกติที่เกิดขึ้นตามวัยของตน (สมาคมศัลยแพทย์ระบบปัสสาวะแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์, 2559; Sotelo et al., 2015) จึงทำให้ตรวจพบโรคมะเร็งในระยะที่มีการลุกลามของโรค ส่งผลให้ผู้สูงอายุรู้สึกตกใจ เสียใจที่ตนไม่เข้ารับการตรวจรักษาในระยะแรกของโรค อีกทั้งไม่เชื่อผลการตรวจเพราะคิดว่าตนไม่มีอาการที่รุนแรง การแสดงอาการที่รุนแรงที่เกิดขึ้นนั้นเป็นการตอบสนองของบุคคลเมื่อเผชิญกับความเศร้าโศก (Kubler-Ross and Kessler, 2007) โดยเป็นอาการที่แสดงออกในระยะของการปฏิเสธ (Denial) เป็นระยะที่บุคคลมีการปฏิเสธไม่ยอมรับต่อการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นเป็นกลไกการป้องกันที่เกิดจากการที่บุคคลต้องเผชิญกับความเป็นจริงที่เจ็บปวด ผู้ป่วยอาจแสดงออกด้วยอาการชา การขาดความรู้สึกไปชั่วขณะ รู้สึกว่าร่างกายของตนไม่ใช่ของตน ไม่สามารถตั้งสติ หรือเรียงลำดับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นกับตนเองหรือบุคคลรอบข้างได้ และระยโกรธ(Anger) เป็นระยะที่บุคคลแสดงความโกรธต่อความสูญเสียที่เกิดขึ้น จะกล่าวโทษต่อบุคคลที่มีความเกี่ยวข้องหรือสิ่งแวดล้อม รู้สึกว่าทำไมเหตุการณ์หรือความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นนั้นต้องเกิดกับตนเอง พยายามโทษว่าเป็นความผิดของคนใดคนหนึ่ง เช่นการโทษว่าแพทย์ตรวจผิด อาจกล่าวโทษไปถึงสิ่งที่ไม่มีความผิด เช่น การโทษพระเจ้า การโทษโชคชะตา รู้สึกโกรธตนเอง ซึ่งความโกรธที่เกิดขึ้นเป็นปฏิกิริยาการตอบสนองทั่วไปของมนุษย์ที่เกิดขึ้นจากการสูญเสียตนเอง โดยในที่นี้ผู้สูงอายุโกรธและกล่าวโทษตนเอง ที่ไม่สังเกตอาการผิดปกติที่เกิดขึ้นจนมารับการรักษาเสียสายเกินไป

ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Jonsson, Aus, & Berterö (2009) ซึ่งพบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยมะเร็งต่อมลูกหมากระยะลุกลามส่วนมากจะมาพบแพทย์ด้วยอาการทางระบบปัสสาวะ และไม่คิดว่าตนจะเจ็บป่วยด้วยโรคร้ายแรง เมื่อได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งในระยะที่รุนแรงและไม่สามารถรักษาให้หายได้ผู้ป่วยจึงเกิดการปฏิเสธ ความวิตกกังวล และรู้สึกถึงอนาคตที่ไม่แน่นอน อีกทั้งจากการศึกษาของ Burbridge และคณะ (2020) ซึ่งศึกษาเกี่ยวกับอาการ ประสบการณ์ และผลกระทบทางอารมณ์ ณ วินาทีที่ได้รับการวินิจฉัยโรค ของผู้ป่วยโรคมะเร็งต่อมลูกหมากระยะลุกลามซึ่งพบว่า การได้รับทราบการวินิจฉัยโรคมะเร็งต่อมลูกหมากระยะลุกลาม ส่งผลเชิงลบทางอารมณ์แก่ผู้ป่วย ได้แก่ ความรู้สึกตกใจ โดยผู้ป่วยรู้สึกช็อค กังวลถึงการลุกลามของโรค นอกจากนี้ผลการศึกษายังเป็นไปในทำนองเดียวกันกับการศึกษาของ Mosher (2013) ที่ทำการศึกษาเชิงคุณภาพเกี่ยวกับประสบการณ์การเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งเต้านมระยะแพร่กระจาย ในสหรัฐอเมริกา ซึ่งพบว่าผู้ให้ข้อมูลบางรายรู้สึกช็อค และสับสน ขณะได้รับทราบการวินิจฉัยว่าตนเป็นโรคมะเร็งเต้านมระยะลุกลาม อีกทั้งยังรู้สึกสิ้นหวัง และรู้สึกว่าตนกำลังฝืนร้ายอยู่

ประเด็นที่ 2 ชีวิตภายหลังรับการรักษาด้วยการควบคุมฮอร์โมน

หมายถึงเมื่อรับการรักษาด้วยการควบคุมฮอร์โมน ซึ่งเป็นการควบคุมฮอร์โมนเพศชาย (Androgen Deprivation Therapy: ADT) ทั้งในรูปแบบการให้ยา (Medical Castration) และการผ่าตัดอัณฑะหรือ Orchiectomy (Surgical Castration) เป็นทางเลือกแรกในการรักษา (Smith, 2018; Roth, Weinberger & Nelson, 2008) ซึ่งผลข้างเคียงที่เกิดขึ้นส่งผลให้การใช้ชีวิตของผู้สูงอายุเปลี่ยนไป ผลการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้พบว่าผู้ให้ข้อมูลทั้งหมดรู้สึกว่าการที่ส่งผลกระทบต่อการใช้ชีวิตประจำวันเช่น อาการปัสสาวะขัด ปัสสาวะบ่อย และอาการปวด ทุกเลาอง แม้จะไม่หายโดยสมบูรณ์ แต่ส่งผลให้ผู้ให้ข้อมูลสามารถพึ่งพาตนเองได้เพิ่มขึ้น ซึ่งสาเหตุเกิดจากการที่มะเร็งลดขนาดลง จากการขาดฮอร์โมนเพศชายที่เป็นตัวเร่งการเจริญเติบโตของเซลล์มะเร็ง ส่งผลให้ขนาดของต่อมลูกหมากที่เบียดต่อทางเดินปัสสาวะลดขนาดลง (พิชัย บุญยะรัตเวช และ อภิรักษ์ สันติงามกุล, 2554) แต่มะเร็งนั้นไม่ได้หายขาด เพียงแต่ลดขนาดและชะลอการเจริญเติบโตเท่านั้น ซึ่งผลที่เกิดขึ้นนั้นทำให้ความจุของกระเพาะปัสสาวะเพิ่มมากขึ้น และปริมาณน้ำปัสสาวะที่ขับออกแต่ละครั้งเพิ่มมากขึ้น ผู้สูงอายุจึงรู้สึกว่าตนปัสสาวะได้ดีขึ้น อีกทั้งก่อนมะเร็งที่กดทับเส้นประสาทลดขนาดลงอาการปวดจึงทุเลาลงจนไม่รบกวนการใช้ชีวิตประจำวัน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Gray และคณะในปี 2020 ที่ศึกษาเกี่ยวกับประสบการณ์ของผู้ป่วยในประเทศแอฟริกาใต้ที่เจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งต่อมลูกหมากระยะลุกลาม และรับการรักษาด้วยการควบคุมฮอร์โมน ซึ่งพบว่าผู้ให้ข้อมูลส่วนมากมีสุขภาพที่ดีขึ้น น้ำหนักที่เพิ่มขึ้น และระดับของ PSA ที่ลดลง อีกทั้งผู้ให้ข้อมูลบางรายรู้สึกว่าปัสสาวะของตนดีขึ้น

สามารถเดินได้แม้จะระยะสั้น อีกทั้งยังใช้ชีวิตประจำวันได้ตามปกติ ซึ่งเป็นผลกระทบเชิงบวกที่เกิดขึ้นจากการรักษา

แต่ผลกระทบจากการรักษาซึ่งพบมากที่สุดในการศึกษาครั้งนี้คืออาการอ่อนล้า ซึ่งทำให้ความสามารถในการทำกิจกรรมหรือความสามารถในการทำงานหนักลดลง สาเหตุเกิดจากการลดลงของระดับฮอร์โมนเพศชายจากการรักษา ส่งผลให้ฮอร์โมนเอสโตรเจนในร่างกายของผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น ซึ่งอาการที่พบได้แก่ อาการเหนื่อยล้า อาการร้อนวูบวาบ การเปลี่ยนแปลงของระบบเผาผลาญของร่างกาย การลดลงของมวลกล้ามเนื้อ ทำให้ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อลดลงส่งผลให้ผู้สูงอายุสามารถช่วยเหลือตนเองได้ลดลง และเกิดภาวะฟุ้งฟิงเพิ่มมากขึ้น (Weinberger & Nelson, 2008) อีกทั้งผลที่เกิดขึ้นยังทำให้ร่างกายของผู้สูงอายุแสดงลักษณะทางเพศหญิงออกมา (Feminization) เช่น ภาวะเต้านมโตในผู้ชาย (Gynecomastia) ขนาดของอวัยวะเพศลดลง ปริมาณขนในร่างกายและเส้นผมลดลง (Haliloglu, Baltaci & Yaman, 2007) เป็นต้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Taaffe และคณะ (2017) ซึ่งทำการศึกษาผู้ป่วยโรคมะเร็งต่อมลูกหมากระยะลุกลามที่ได้รับการรักษาด้วยการควบคุมฮอร์โมนเพศชายในระยะเวลา 1 ปี พบว่าในช่วง 6 เดือนแรก ผู้ป่วยยังไม่พบอาการเหนื่อยล้า แต่จะพบอาการเหนื่อยล้าที่ชัดเจนในระยะเวลา 1 ปี หลังได้รับการรักษา อีกทั้งจากการศึกษาเชิงคุณภาพเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายและเวลาที่ผ่านไปของผู้ป่วยโรคมะเร็งต่อมลูกหมาก ของ Lindqvist และคณะ ในปี 2008 ซึ่งพบว่าความสามารถในการทำกิจกรรมของผู้ให้ข้อมูลลดลงและผู้ให้ข้อมูลยังคงคิดถึงอดีตเมื่อตนยังคงมีสุขภาพดี และแข็งแรง นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของ Galvao (2018) ซึ่งศึกษาเกี่ยวกับการทำงานทางร่างกายของผู้ป่วยโรคมะเร็งต่อมลูกหมากที่มีการแพร่กระจายไปยังกระดูก พบว่าประสิทธิภาพการทำงานทางด้านร่างกายของผู้ป่วยลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

นอกจากผลทางด้านร่างกายแล้วยังพบว่าผู้ให้ข้อมูลต้องเผชิญกับสภาวะทางอารมณ์ที่เปลี่ยนแปลง มีอาการหงุดหงิดง่าย และนำอารมณ์ที่เกิดไปลงกับครอบครัว ซึ่งสาเหตุเกิดจากการลดลงของฮอร์โมนเพศชาย หรือ Androgen ซึ่งส่งผลให้ผู้ให้ข้อมูลมีสภาวะคล้ายผู้หญิงหมดประจำเดือน (दनัย มโนรมณ์ และคณะ, 2560) ผู้ให้ข้อมูลจะมีอารมณ์ที่แปรปรวน หงุดหงิดง่าย ประกอบกับการเผชิญกับเหตุการณ์ต่างๆ ตั้งแต่เริ่มการวินิจฉัย และผลกระทบทางร่างกายที่เกิดขึ้นจากการรักษา ซึ่งเหตุการณ์ดังกล่าวส่งผลกระทบต่อทางด้านจิตใจต่างๆ เช่น ความรู้สึกโกรธ จากการได้รับการวินิจฉัยโรคมะเร็งต่อมลูกหมากที่อยู่ในระยะที่โรคมะเร็งลุกลามแล้ว ผู้ป่วยบางรายจึงรู้สึกโกรธและโทษทีมแพทย์ และการวินิจฉัยที่ใช้เวลานานจนทำให้โรคของตนเข้าสู่ระยะลุกลาม (Chambers et al., 2018) นอกจากนี้ผลกระทบจากการรักษาด้วยการควบคุมฮอร์โมนนั้นส่งผลต่อความสามารถในการทำงานของร่างกาย โดยเฉพาะความรู้สึกอ่อนล้า ทำให้การทำกิจกรรมของผู้สูงอายุมีจำกัด ผู้สูงอายุบางรายจึงต้องเลิกการทำกิจกรรมที่ตนชอบไปส่งผลให้ผู้สูงอายุรู้สึกโกรธการ

เจ็บป่วยที่เปลี่ยนชีวิตของตนไป (Carter et al., 2011; Eldridge, 2017) ความรู้สึกสิ้นหวัง หรือรู้สึกสูญเสีย จากการสูญเสียสมรรถภาพทางเพศ ความรู้สึกทางเพศลดลง และสูญเสียเอกลักษณ์ของความเป็นชายไป จึงส่งผลให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าร่างกายของตนไม่ใช่ของตน รู้สึกสูญเสียอำนาจและยังสูญเสียบทบาทหน้าที่ทั้งทางด้านบทบาททางเพศ และบทบาทในครอบครัวไป (Krumwiede and Krumwiede, 2012; Ferrão, Bettinelli, & Portella, 2017; Chambers et al., 2018)

2.4 สัมพันธภาพและบทบาทที่เปลี่ยนไป

ผลการศึกษาในครั้งนี้พบว่าเนื่องจากความสามารถในการทำกิจกรรมลดลง ผู้ให้ข้อมูลหลักเกิดอาการเหนื่อยล้า ทำให้การมีกิจกรรม และการเข้าสังคมภายนอกลดลงเนื่องจากผู้ให้ข้อมูลไม่สามารถเดินระยะไกลได้ อีกทั้งไม่สามารถนั่ง หรือยืนได้นานๆ ผู้ให้ข้อมูลจึงเลือกปรับตัวโดยการอยู่แต่ในบ้าน และลดบทบาทของตนเองในสังคม และถึงแม้จะอยู่แต่บ้านผู้ให้ข้อมูลหลักก็สามารถทำได้แต่งานที่เบาๆเท่านั้น เช่นงานบ้าน และดูแลต้นไม้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Ettridge และคณะ(2018) ซึ่งทำการศึกษเกี่ยวกับความรู้สึกที่ถูกตีตราจากโรคมะเร็งต่อมลูกหมาก การแยกตัวจากสังคมและการหาแหล่งสนับสนุนของผู้ป่วย ซึ่งจากการศึกษาพบว่า ผู้ให้ข้อมูลมีความรู้สึกโดดเดี่ยวและแยกตัวออกจากสังคม ซึ่งเกิดจากการขาดแหล่งสนับสนุนทางสังคม ข้อจำกัดทางร่างกายและผลข้างเคียงซึ่งเกิดจากการรักษา โดยผู้ให้ข้อมูลบางรายกลายเป็นคนที่ไม่เข้าสังคมเหมือนแต่ก่อน เนื่องจากสุขภาพที่อ่อนแอลงและข้อจำกัดทางร่างกาย นอกจากนี้ยังสัมพันธ์กับการศึกษาของ Kelly ในปี2009 ซึ่งทำการศึกษา การเปลี่ยนแปลงและผลกระทบที่เกิดขึ้นของโรคมะเร็งต่อมลูกหมากซึ่งทำการศึกษาเชิงคุณภาพ พบว่าผู้ให้ข้อมูลนั้นรู้สึกเหมือนร่างกายเป็นร่างกายใหม่ ที่มีข้อจำกัด และมีความเปลี่ยนแปลง ทั้งในด้านการทำงานและการมีเพศสัมพันธ์

นอกจากนี้ผลการวิจัยยังมีความสอดคล้องกับการศึกษาของ Zhu (2019) ซึ่งทำการศึกษเกี่ยวกับการเล่าถึงการแยกตัวออกจากสังคมของผู้ป่วยโรคมะเร็งต่อมลูกหมาก ในสหรัฐอเมริกา ซึ่งพบว่าผู้ป่วยส่วนมากจะมีการพูดถึงการแยกตัวออกไปจากสังคม โดยพบว่าคำที่ผู้ป่วยจะพูดมากที่สุดคือ ความรู้สึกเหงา การขาดแรงสนับสนุนทางสังคมและความรู้สึกโดดเดี่ยว

ประเด็นที่ 3 สูญเสียสมรรถนะทางเพศ

ผลการวิจัยครั้งนี้พบว่าผลกระทบที่เกิดจากการรักษาโดยการควบคุมฮอร์โมนเพศชายนั้นคือ การหมดสมรรถภาพทางเพศ ซึ่งเกิดจากการลดลงของฮอร์โมน Androgenหรือฮอร์โมนเพศชาย ซึ่งมีบทบาทหน้าที่ในการกระตุ้นให้เกิดอารมณ์ทางเพศ และการแข็งตัวของอวัยวะเพศ ทำให้ความรู้สึกทางเพศลดลง (Loss of Libido) และเสื่อมสมรรถภาพทางเพศ (Erectile Dysfunction) (Smith, 2018) แต่ถึงจากการศึกษาพบว่าแม้ผู้สูงอายุจะหมดความรู้สึกทางเพศไปแล้ว แต่ด้วยวัยที่เพิ่มมากขึ้น ร่วมกับการเจ็บป่วย ผู้สูงอายุจึงมองว่าเรื่องเพศสัมพันธ์ไม่ใช่เรื่องใหญ่สำหรับตน อีกทั้ง

ความเข้าใจของภรรยาว่าสามีของตนเจ็บป่วย จึงส่งผลให้ความสัมพันธ์แปรเปลี่ยนเป็นการดูแลกัน และกันมากกว่าความสัมพันธ์ทางกาย ซึ่งจากการวิจัยยังพบว่าผู้ให้ข้อมูลส่วนมากมีความสัมพันธ์กับ ภรรยาที่แน่นแฟ้นมากขึ้นกว่าก่อนการเจ็บป่วย เนื่องจากภรรยาให้การดูแลเอาใจใส่ตนเป็นอย่างดี สอดคล้องกับการศึกษาประสบการณ์การดูแลของคู่วิดผู้ป่วยโรคจิตเภท ของ นิภาวรรณ ศรีโยหะ (2560) ซึ่งพบว่า การอยู่ร่วมกันกับสามี/ภรรยาในปัจจุบันนั้นอยู่ด้วยกันเหมือนเพื่อน เหมือนพ่อแม่ ดูแลลูก ความสัมพันธ์ทางเพศระหว่างสามีภรรยา ลดลง และภายหลังการเกิดการเจ็บป่วย ผู้ป่วยและ คู่วิดมีความรัก และความเข้าใจกันมากขึ้น ทะเลาะเบาะแว้งกันน้อยลง ต่างฝ่ายต่างปรับเปลี่ยน ตนเองให้ดีขึ้น เพื่อประคับประคองชีวิตคู่ อีกทั้งยังสอดคล้องกับการศึกษาเชิงคุณภาพของ Hanly (2014) ซึ่งศึกษาเกี่ยวกับ การปรับตัวทางจิตสังคมของผู้ป่วยโรคมะเร็งต่อมลูกหมากระยะลุกลาม ซึ่ง พบว่าการปรับตัวระหว่างสามีภรณานั้นมีการเปลี่ยนไปในทางบวก จากการทำภรรยาให้การสนับสนุน และคอยให้กำลังใจเมื่อตนเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งต่อมลูกหมาก และมีความสัมพันธ์ที่รักกันมากขึ้นแม้ ตนจะหมดความรู้สึกทางเพศไปแล้ว

ประเด็นที่ 4 สนใจดูแลตนเองมากขึ้น

ผลการวิจัยพบว่าผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งต่อมลูกหมากระยะลุกลาม ที่ได้รับการรักษา ด้วยการควบคุมฮอร์โมนนั้นถึงแม้จะสามารถดำรงชีวิตได้เหมือนคนปกติ แต่ด้วยผลกระทบที่เกิดขึ้น จากความเจ็บป่วย ประกอบกับความเสื่อมตามวัย อีกทั้งผู้สูงอายุนั้นรับรู้ว่าการปฏิบัติตัวนั้นส่งผลต่อ ความรุนแรงของโรค โดยหากตนสามารถปฏิบัติตัวได้ถูกต้องจะสามารถชะลอการลุกลามและชะลอ ความรุนแรงของโรค ผู้สูงอายุจึงหันมาใส่ใจดูแลตนเองมากขึ้นในทุกๆด้านทั้งด้านความเป็นอยู่ อาหาร การกิน และการปรับจิตใจ โดยทั้งหมดนี้เพื่อให้ตนเองสามารถดูแลตนเองและพึ่งพาตนเองได้นานที่สุด ซึ่งจากการศึกษาพบว่าผู้ให้ข้อมูลหลักต้องปรับการรับประทานอาหารเพื่อไม่ให้อาการของโรคตน กำเริบ หรือมีความรุนแรงมากขึ้นซึ่งอาการที่พบบ่อยได้แก่อาการท้องอืด คลื่นไส้ เบื่ออาหาร จาก การเปลี่ยนแปลงของฮอร์โมนในร่างกายนั่นเอง (พิชัย บุญยะรัตเวช และ อภิรักษ์ สันติงามกุล , 2554) นอกจากนี้พบว่าผู้ให้ข้อมูลส่วนมากมีความเชื่อเรื่องการไม่รับประทานเนื้อสัตว์ เนื่องจากเชื่อว่าการรับประทานเนื้อสัตว์จะส่งผลให้โรคมะเร็งมีการลุกลามได้รวดเร็วขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษา ของ ทิพย์วรรณ อรัญตร และคณะ (2560) ซึ่งทำการศึกษาเรื่อง ภาวะโภชนาการ ความเชื่อและ พฤติกรรมการบริโภคอาหาร ประเภทเนื้อสัตว์ในผู้ป่วยมะเร็ง ซึ่งผลการศึกษาพบว่า พบผู้ป่วยส่วนใหญ่มีความเชื่อว่าการรับประทานกลุ่มเนื้อสัตว์ที่ผ่านกระบวนการหมัก กลุ่มเนื้อวัว และกลุ่มอาหารที่ผ่านการแปรรูปเป็นสาเหตุของการเจริญเติบโตและการลุกลามของโรคมะเร็ง ในขณะที่ส่วนใหญ่เชื่อว่าการ รับประทานปลาทะเล ปลาน้ำจืดไม่ได้เป็นสาเหตุของการเจริญเติบโตและการลุกลามของโรคมะเร็ง นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของ พัทรี นุ่มแสง และคณะ (2560) ซึ่งทำการศึกษาเกี่ยวกับ

ประสบการณ์ชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัด ซึ่งพบว่าด้านการดูแลตนเอง เรื่องการรับประทานอาหาร ผู้ป่วยควบคุมการรับประทานอาหารประเภทโปรตีน เพิ่มการรับประทานอาหารผักและผลไม้ อีกทั้งหลีกเลี่ยงอาหารที่เคี้ยวยากและดื่มน้ำมากขึ้น เพื่อบำรุงสุขภาพของตน

นอกจากนี้จากการศึกษายังพบว่าผู้ให้ข้อมูลจะรับรู้ว่าการล้มจะส่งผลให้การเจ็บป่วยของตนรุนแรงมากขึ้น จึงทำให้ผู้ให้ข้อมูลกลัวการล้ม (Fear of fall) ซึ่งสาเหตุที่การล้มส่งผลต่อการเจ็บป่วยของผู้ให้ข้อมูลเนื่องจาก การรักษาด้วยการควบคุมฮอร์โมนนั้น ส่งผลให้ผู้สูงอายุเพศชายเกิดภาวะกระดูกพรุนได้มากกว่าคนในวัยเดียวกัน ร่วมกับการสูญเสียมวลกล้ามเนื้อ ทำให้กล้ามเนื้อสลายลง ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อลดลง (दनัย มโนรมณ์ และคณะ, 2560) ร่วมกับความเสื่อมที่เกิดขึ้นตามวัย ผู้สูงอายุโรคมะเร็งต่อมลูกหมากจึงมีความเสี่ยงต่อการเกิดการล้มได้ง่ายกว่าคนวัยเดียวกัน อีกทั้งผลกระทบที่เกิดจากการล้มจะรุนแรงกว่าเช่นกัน ดังนั้นเมื่อผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งต่อมลูกหมากเกิดการล้มจะส่งผลให้ผู้สูงอายุมีโอกาสกลายเป็นบุคคลที่มีภาวะพึ่งพิงได้ (Van Den Bergh et al., 2012) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Wallander(2019) ซึ่งทำการศึกษาเกี่ยวกับผู้ป่วยมะเร็งต่อมลูกหมากและรักษาด้วยการควบคุมฮอร์โมนมีความเสี่ยงที่จะกระดูกหักเพิ่มขึ้น ซึ่งเป็นการศึกษาจากกระดูกหักและการบาดเจ็บจากการหกล้มในกลุ่มผู้สูงอายุ (FRAILCO) จากการศึกษาที่โรคกระดูกพรุนเป็นภาวะแทรกซ้อนที่พบบ่อยของการรักษาด้วยการควบคุมฮอร์โมน (ADT) จึงทำการศึกษาในผู้สูงอายุในประเทศสวีเดนซึ่งประกอบด้วยผู้สูงอายุเกือบ 180,000 คน พบว่าผู้ที่เป็นมะเร็งต่อมลูกหมาก ซึ่งได้รับการรักษาด้วยการควบคุมฮอร์โมน ADT มีความเสี่ยงเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติต่อการเกิดโรคกระดูกพรุนในอนาคต โดยการสูญเสียมวลกระดูกนั้นเกิดขึ้นในช่วง 6-12 เดือนแรกในการรักษา

จากการศึกษาพบว่าผู้ให้ข้อมูลหลักรู้สึกกลัวการที่ตัวเองจะไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้และกลายเป็นบุคคลที่ต้องพึ่งพาคนในครอบครัว สาเหตุเกิดจากความอ่อนล้าที่เกิดขึ้นทำให้ร่างกายของผู้สูงอายุไม่สามารถทำกิจกรรมหนัก หรือแม้แต่ประกอบอาชีพได้ ผลการศึกษารังนี้สอดคล้องกับแนวคิดบทบาทเพศชายดั้งเดิม (Traditional gender roles) คือ แนวคิดเชื่อว่าหญิงชายมีบทบาทที่แตกต่างกัน ผู้ชายจะมีบทบาทความเป็นชายสูงแต่เพียงอย่างเดียว (High masculinity) ส่วนผู้หญิงจะมีบทบาทความเป็นหญิงสูงแต่เพียงอย่างเดียว (High femininity) นอกจากนี้ แนวคิดนี้ยังเชื่อว่าบทบาทหญิงชายถูกกำหนดเนื่องจากความแตกต่างทางเพศทางชีววิทยา ซึ่งแนวคิดดังกล่าวเชื่อว่า เพศชายจะต้องมีความเป็นผู้นำมีบทบาทหน้าที่ในการรับผิดชอบครอบครัว มีอำนาจในการตัดสินใจในเรื่องสำคัญของครอบครัว (พีรดา ภูมิสวัสดิ์, 2563) ดังนั้นเมื่อผู้สูงอายุที่สูญเสียบทบาทความเป็นชายไป จึงเกิดความกังวลว่าจะเป็นภาระ และสูญเสียความเป็นตัวตนของตนเองไป ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Laws (2015) ที่พบว่าชายวัยสูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งต่อมลูกหมากนั้น มีความรู้สึก กลัว สูญเสียความเป็นตัวตน แยกตัวจากผลกระทบที่เกิดจากการรักษา

โรคมะเร็งต่อมลูกหมาก เช่นการต้องออกจากงาน การที่ความสามารถในการทำงานของร่างกายลดลง อีกทั้งยังเป็นไปในทำนองเดียวกับการศึกษาของ Chambers (2013) ที่ทำการศึกษาความเครียดของคู่สามีภรรยา ที่เผชิญกับความเจ็บป่วยโรคมะเร็งต่อมลูกหมาก ซึ่งพบว่าสามีจะมีความสูญเสียความนับถือความเป็นตัวตนของตนเอง และจะมากขึ้นตามระยะเวลาที่เจ็บป่วย

นอกจากนี้จากการศึกษายังพบว่าผู้ให้ข้อมูลมีการปรับตัวด้านจิตใจเพื่อเผชิญกับความเจ็บป่วย เมื่อผู้ให้ข้อมูลหลักเกิดความกลัว สับสน วิตกกังวล จากการเผชิญความเปลี่ยนแปลงในชีวิตที่เกิดขึ้น หรือเข้าใจว่าการเจ็บป่วยของตนกำลังรุนแรงขึ้น ผู้ให้ข้อมูลจะอาศัยหลักศาสนาในการยึดเหนี่ยวจิตใจเพื่อให้จิตใจเกิดความสงบ มีสติ และควบคุมอารมณ์และความคิดเชิงลบต่อการเจ็บป่วยของตนได้ เนื่องจากการศึกษาครั้งนี้ผู้ให้ข้อมูลหลักทั้งหมดนับถือศาสนาพุทธ จึงอาศัยหลักธรรมะเป็นสิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ เยาวรัตน์ มัชฌิม (2559) เกี่ยวกับประสบการณ์การสวดมนตร์ของผู้ป่วยมะเร็ง ซึ่งพบว่าการสวดมนตร์หรือการยึดเหนี่ยวศาสนาช่วยให้ผู้ให้ข้อมูลหลักรู้สึกสงบมีสมาธิ ช่วยในการนอนหลับ และทำให้ผู้ให้ข้อมูลคิดบวกกับชีวิต ช่วยให้สามารถเผชิญกับความเจ็บป่วยได้ นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของ โสภิต ทับทิมหิน (2555) ซึ่งทำการศึกษาเกี่ยวกับผลการให้การบำบัดแบบกลุ่มตามแนวพุทธธรรมต่อภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่รับการรักษาด้วยรังสีรักษา ซึ่งทำการเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยการมีสติ ภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้า ของผู้ป่วยผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการบำบัดแบบกลุ่มตามแนวพุทธธรรมก่อนและหลังการทดลอง ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มทดลองมีระดับการมีสติสูงกว่าก่อนทดลอง และมีค่าความวิตกกังวลและความซึมเศร้าที่ต่ำลงเช่นกัน

ประเด็นที่ 5 ได้รับกำลังใจในการใช้ชีวิตอยู่ต่อไป

ในการเผชิญความเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งต่อมลูกหมากนั้นผู้สูงอายุต้องเผชิญกับผลกระทบต่างๆเช่นการเปลี่ยนแปลงของร่างกาย การเปลี่ยนแปลงบทบาทจากผู้นำกลายเป็นผู้พึ่งพา การได้รับกำลังใจจากบุคคลรอบข้างจึงเปรียบเสมือนแรงผลักดันและพลังกำลังให้ผู้สูงอายุสามารถเผชิญกับความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นได้ เนื่องจากครอบครัวคือบุคคลที่มีความใกล้ชิด และมีความผูกพันกับผู้สูงอายุมากที่สุด ดังนั้นการได้รับกำลังใจจากครอบครัวจึงเป็นสิ่งสำคัญที่ช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถเผชิญความเจ็บป่วยได้ นอกจากนี้ความเข้าใจจากครอบครัวยังช่วยลดความรู้สึกสูญเสียความเชื่อมั่นในตนเองของผู้สูงอายุซึ่งเกิดจากการปรับบทบาทมาพึ่งพาคนในครอบครัวมากขึ้น ทำให้ผู้สูงอายุมีกำลังใจที่จะมีชีวิตอยู่ต่อไป ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Chambers (2018) ซึ่งพบว่าการได้รับการสนับสนุนจากครอบครัว และความเข้าใจจากคนในครอบครัวนั้นช่วยให้ผู้ป่วยสามารถมีชีวิตอยู่ได้ อีกทั้งครอบครัวยังเป็นบุคคลสำคัญในการตัดสินใจเลือกการรักษาของผู้ป่วย นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับ

การศึกษาของ Ettridge และคณะ (2018) ซึ่งพบว่าครอบครัวคือปัจจัยสำคัญที่ช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถปรับตัวกับการเจ็บป่วยได้

เนื่องจากโรคมะเร็งต่อมลูกหมากเป็นโรคที่เกิดขึ้นในเพศชาย ซึ่งเป็นเพศที่มีบทบาทของความเป็นผู้นำ และมีความเข้มแข็ง อีกทั้งความไม่แน่นอนในอนาคต รวมไปถึงการลดบทบาทในสังคมลง ส่งผลให้ผู้สูงอายุเกิดความสับสน และแยกตัว แต่การได้พูดคุยกับคนที่เจ็บป่วยด้วยโรคเดียวกัน ที่มีอาการคล้ายคลึงกับตน ทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกมีกำลังใจ โดยเฉพาะเมื่อเห็นบุคคลที่เจ็บป่วยด้วยโรคเดียวกับตนยังคงสามารถใช้ชีวิตได้ตามปกติ และยังคงมีชีวิตอยู่ได้ยืนยาวกว่าที่ตนคิด อีกทั้งการได้ทราบอาการที่ยังไม่เกิดกับตน ส่งผลให้ผู้สูงอายุสามารถเตรียมตัวรับมือกับอนาคตข้างหน้าได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Chambers (2018) ที่พบว่าผู้ที่ชายได้คุยกับผู้ชายด้วยกัน ได้แบ่งปันประสบการณ์การเจ็บป่วยแก่กันและกัน เปรียบเสมือนการได้ระบายความรู้สึกออกมา ทำให้ผู้สูงอายุไม่รู้สึกโดดเดี่ยว อีกทั้งจากการศึกษาพบว่าคำพูดจากแพทย์เป็นสิ่งที่ส่งผลต่อจิตใจของผู้สูงอายุ การได้รับทราบว่าแพทย์ให้การรักษาและการเอาใจใส่ตนอย่างเต็มที่ส่งผลให้ผู้สูงอายุเกิดความมั่นใจ และรู้สึกมีกำลังใจในการรักษา แต่การกำหนดชีวิตหลังการวินิจฉัยก็ส่งผลในด้านลบแก่ผู้สูงอายุเช่นกัน นอกจากนี้ผลที่เกิดจากการรักษาเช่น การที่ตนสามารถพึ่งพาตนเองได้มากขึ้น หรือการมีชีวิตอยู่ได้นานกว่าที่ตนคาดไว้ ก็ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีกำลังใจในการมีชีวิตอยู่ต่อไปมากขึ้น สอดคล้องกับ Coreil & Behal (1999) ซึ่งศึกษาเกี่ยวกับ การได้รับแรงสนับสนุนของผู้ชายโรคมะเร็งต่อมลูกหมาก โดยพบว่าทีมสุขภาพนั้นเป็นส่วนหนึ่งในการช่วยสนับสนุนให้ผู้ป่วยรับการรักษามากขึ้น

ประเด็นที่ 6 การยอมรับความตายที่จะเกิดขึ้น

เมื่อผู้ให้ข้อมูลหลักเผชิญการเจ็บป่วยมาได้สักระยะหนึ่งผู้สูงอายุจะเกิดการยอมรับถึงความตายในอนาคตและ ยอมรับถึงการเจ็บป่วยที่ตนต้องเผชิญ โดยผลการศึกษาพบว่าผู้สูงอายุส่วนมากจะยอมรับสิ่งที่เกิดขึ้นกับตน ทั้งในปัจจุบันและอนาคต โดยคิดว่าเป็นเรื่องธรรมชาติทั้งในเรื่องของการเจ็บป่วย และความตายที่จะเกิดขึ้นในอนาคต ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ พัชรี นุ่มแสง และคณะ (2561) ซึ่งพบว่าผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมนั้น คิดว่าการเจ็บป่วยและผลข้างเคียงที่เกิดขึ้นจากการรักษานั้นเป็นเรื่องธรรมชาติ เป็นสิ่งที่จะต้องเกิด จึงทำให้ผู้ป่วยยอมรับการเจ็บป่วยของตนเองได้ อีกทั้งยังสอดคล้องกับการศึกษาของ จันทรนาภา กาญจนประทุม และคณะ (2559) ซึ่งศึกษาเกี่ยวกับประสบการณ์การเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวชนิดเฉียบพลันที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด โดยพบว่าการทำใจยอมรับคิดว่าอะไรจะเกิดก็ต้องเกิด ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกเฉยๆ และยอมรับถึงผลข้างเคียงและการรักษาที่เกิดขึ้นจากยาเคมีบำบัดได้

อีกทั้งผู้สูงอายุส่วนมากอยากจากโลกไปโดยไม่ทรมาน หรือจากไปอย่างสงบ อีกทั้งไม่อยากทรมานคนในครอบครัว หรือกล่าวคือไม่ต้องการเป็นภาระของครอบครัวในวาระสุดท้ายของชีวิต ซึ่งตรงกับความหมายของการ ตายดี ซึ่งจากการศึกษาของการศึกษาของวัลภา คุณทรงเกียรติ (2556) ซึ่งทำการศึกษาโดยการสัมภาษณ์ผู้ป่วยมะเร็งประเภทต่าง ๆ พบว่าการตายดีสามารถแบ่งได้เป็น 4 ลักษณะคือ การไม่มีความทุกข์ทรมานจากความเจ็บปวดและความหวั่งกังวล การยอมรับความตายของตนเองและของครอบครัว การไม่เป็นภาระของครอบครัว อีกทั้งยังสอดคล้องกับการศึกษาของ ศิริรัตน์ ปานอุทัย และคณะ (2563) ซึ่งทำการศึกษาคุณลักษณะการตายดีตามการรับรู้ของผู้ที่เกี่ยวข้องในบริบทภาคเหนือตอนบนของประเทศไทย พบว่า คุณลักษณะของการตายดีตามการรับรู้ของผู้ที่เกี่ยวข้องในบริบทภาคเหนือตอนบนของประเทศไทย ประกอบด้วย 5 คุณลักษณะ คือ ปราศจากความทุกข์ทรมานด้านร่างกาย ความสงบด้านจิตใจและจิตวิญญาณ การเตรียมตัวตาย การกำหนดสถานที่ตาย และ การได้รับการดูแลภายหลังความตาย

ข้อเสนอแนะ

การนำผลการวิจัยไปใช้

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเพื่อให้เกิดความเข้าใจถึงประสบการณ์การเจ็บป่วยของผู้สูงอายุโรคมะเร็งต่อมลูกหมากระยะลุกลามอย่างลึกซึ้ง โดยข้อมูลที่ได้เป็นข้อมูลเชิงลึกที่มีคุณค่าและมีประโยชน์อย่างยิ่งต่อการนำไปประยุกต์ใช้ในงานทางการแพทย์สำหรับผู้สูงอายุด้านต่างๆต่อไป

ด้านปฏิบัติการพยาบาล

1. จากผลการศึกษาครั้งนี้พบว่าผู้สูงอายุจะต้องใช้ชีวิตอยู่กับโรคและการเจ็บป่วยเป็นระยะเวลานาน จนกระทั่งถึงวาระสุดท้ายของชีวิต ดังนั้นสิ่งสำคัญสำหรับผู้สูงอายุคือการที่ตนมีคุณภาพชีวิตที่ดีตลอดการเจ็บป่วย ดังนั้นบทบาทของพยาบาลวิชาชีพที่ให้การดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งต่อมลูกหมากระยะลุกลามนั้นคือการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุสามารถคงคุณภาพชีวิตที่ดีของตนไว้ให้นานที่สุดโดยการให้คำแนะนำเกี่ยวกับอาการที่สามารถเกิดขึ้นและร่วมกันหาแนวทางแก้ไขหรือการปรับการดำเนินชีวิตให้มีความเหมาะสมกับผู้สูงอายุ
2. พยาบาลผู้สูงอายุควรส่งเสริมให้มีการสร้างเครือข่ายระหว่างผู้สูงอายุที่เป็นโรคมะเร็งต่อมลูกหมากด้วยกัน ทั้งทางSocial media และการพบปะสังสรรค์กันเอง เพื่อเป็นการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ และเพื่อให้ผู้สูงอายุได้ผ่อนคลาย และมีความหวังและกำลังใจในการเผชิญความเจ็บป่วยต่อไป

3. จากผลการศึกษาพบว่าผู้สูงอายุจะปรับตัวให้ยอมรับการเจ็บป่วยโดยการเข้าหาธรรมชาติ ดังนั้นการสนับสนุนให้ผู้สูงอายุได้ทำกิจกรรมทางศาสนา เช่น การฟังธรรมะ การสวดมนตร์ หรือการทำบุญใส่บาตร จะช่วยให้ผู้สูงอายุรู้สึกสงบ และมีสติ สามารถเผชิญกับปัญหาที่เกิดขึ้นได้

4. จากผลการศึกษาพบว่าเมื่อทราบผลการวินิจฉัยผู้สูงอายุบางรายจะสับสน กลัวความตาย ดังนั้นพยาบาลสูงอายุควรเป็นผู้ประสานงานกับแพทย์หรือทีมการดูแลระดับประคอง ในการให้การแนะนำและรับฟังความรู้สึกของผู้สูงอายุ เพื่อให้ผู้สูงอายุยอมรับการเจ็บป่วย และสามารถเผชิญกับการเจ็บป่วยได้

ด้านการวิจัยทางการพยาบาล

ผลการวิจัยครั้งนี้สามารถนำไปใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการศึกษาวิจัยในอนาคตเกี่ยวกับ

1. ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุโรคมะเร็งต่อมลูกหมากระยะลุกลามที่ได้รับการรักษาด้วยการควบคุมฮอร์โมน เพื่อนำไปพัฒนาโปรแกรมการให้การพยาบาลที่เหมาะสมต่อไป

2. การวิจัยเชิงปฏิบัติการเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคมะเร็งต่อมลูกหมากระยะลุกลามที่ได้รับการรักษาด้วยการควบคุมฮอร์โมน โดยให้สหสาขาวิชาชีพ ครอบครัวมีส่วนร่วมในการช่วยเหลือ และเข้าใจผู้สูงอายุ

บรรณานุกรม

ภาษาไทย

คณะกรรมการวิสามัญสวัสดิการผู้สูงอายุและการพัฒนาสังคม วุฒิสภา. (2534). *ปัญหาผู้สูงอายุและแนวทางแก้ไข*. กรุงเทพฯ: วุฒิสภา.

งานเวชระเบียนและสถิติ โรงพยาบาลราชวิถี. (2561). *รายงานสถิติประจำปีงบประมาณ 2560*. [pdf].

สืบค้นจาก <http://110.164.68.234/web2014/images/magazine/stat2560.pdf>

ชาย โปธิสิตา. (2556). *ศาสตร์และศิลป์แห่งการวิจัยเชิงคุณภาพ*. พิมพ์ครั้งที่ 6. กรุงเทพฯ: อมรินทร์พริ้นติ้ง.

ณรงค์กรรณ รอดทรัพย์. (2555). ปีตาธิปไตย: ภาพสะท้อนแห่งความไม่เสมอภาคระหว่างชายหญิงในสังคมเอเชีย. *วารสารวิชาการ มหาวิทยาลัยราชภัฏบุรีรัมย์*, 4(2). 30-46.

दनัย มโนรมณ์, ชูศักดิ์ ปริพัฒนานนท์, ปฐมพร ศิริประภาศิริ, อาคม ชัยวีระวัฒน์ และ วีรวุฒิ อิมสำราญ. (2560). *แนวทางการตรวจคัดกรอง วินิจฉัย และรักษา โรคมะเร็งต่อมลูกหมาก*.

กรุงเทพฯ: โฆสิตการพิมพ์.

दनัยพันธ์ อัครสกุล. (2560). *วิธีป้องกันและรักษา "มะเร็งต่อมลูกหมาก"*: นพ. ดนัยพันธ์ อัครสกุล. [เว็บไซต์]. สืบค้นจาก <https://mgronline.com/goodhealth/detail/960000079053>

ทิพย์วรรณ อรัญดร, อนงนาฏ เรืองดำ, พรพิศ เรืองขจร, นันทน์ภัส พรเพชรแก้ว และ ภัทรพิมพ์ สรรพวิรวงศ์. (2560). *ภาวะโภชนาการ ความเชื่อและพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารประเภทเนื้อสัตว์ในผู้ป่วยโรคมะเร็ง*. *วารสารโรคมะเร็ง*, 37(4), 127-141.

ผ่องพักตร์ พิทยพันธ์, รัชชน ศุภจินทรรัตน์, ณัฐวรรณ อนุศาสนนันท์, เยาวพร รุ่งเพ็ชรวงศ์, ดวงพร สันทัด, นพเก้า ชนะภัย, พุทธชาติ หล่อฉัตรนพคุณ, บุญเลี้ยง คำศรี และ อนุพันธ์ ต้นติวงศ์.

(2557). *การศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยมะเร็งต่อมลูกหมากแบบครบวงจร ในผู้ป่วยหลังผ่าตัดมะเร็งต่อมลูกหมาก*. *วารสารยูโร*, 35(1), 17-25.

พิชญภา พิชญะ. (2547). *ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรและพฤติกรรมทางเพศของชายสูงอายุหลังผ่าตัดต่อมลูกหมาก*. (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย)

พิชญ มหาวงศ์ และ สุริธร สุนทรพันธ์. (บรรณาธิการ). 2558. *โรคที่พบบ่อยในศัลยศาสตร์ระบบปัสสาวะ*. เชียงใหม่ : กลางเวียงการพิมพ์.

พีรดา ภูมิสวัสดิ์. (2563). *ความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับความเสมอภาคทางเพศ*. เอกสารประกอบการประชุมการประชุมเชิงปฏิบัติการพัฒนาบุคลากรศูนย์ประสานงาน ด้านความเสมอภาคระหว่างหญิงชาย

- เพชรน้อย สิงห์ช่างชัย. (2550). *หลักการและการใช้วิจัยเชิงคุณภาพสำหรับทางการพยาบาลและสุขภาพ*. สงขลา: ชานเมืองการพิมพ์.
- ภรดี นานาศิลป์. (2558). แขนความรู้การพยาบาลผู้สูงอายุ: ผู้สูงอายุคือใคร อายุ หรือ ปัจจัยใดช่วยกำหนด. *พยาบาลสาร*, 42, 156-162.
- เยาวรัตน์ มัชฌิม, วราภรณ์ คงสุวรรณ และ กิตติกร นิลมานัต. (2559). ประสบการณ์การสวดมนต์ของผู้ป่วยมะเร็ง: การศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยา. *วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์*, 36(3), 23-33.
- รศรินทร์ เกรย์, อุมาภรณ์ ภัทรวานิชย์, เฉลิมพล แจ่มจันทร์ และ เรวดี สุวรรณนพเก้า. (2556). *มนต์คำใหม่ของนิยามผู้สูงอายุ: มุมมองเชิงจิตวิทยาสังคมและสุขภาพ*. นครปฐม: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ลลิตา นพคุณ, รุจาธร อินทรตุล และนัทธมน วุฒานนท์. (2563). คุณภาพชีวิตของผู้ที่เป็นมะเร็งต่อมลูกหมาก. *ศรีนครินทร์เวชสาร* ; 35(3). 320-325.
- วัลภา คุณทรงเกียรติ. (2556). การตายดีตามการรับรู้ของผู้ป่วยมะเร็ง. *วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา*, 21(4), 25-36.
- วิไลวรรณ ทองเจริญ. (2554). ทฤษฎีความสูงอายุ ใน วิไลวรรณ ทองเจริญ. (บรรณาธิการ), *ศาสตร์และศิลป์การพยาบาลผู้สูงอายุ* (หน้า 55-70). กรุงเทพฯ : โครงการตำราคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- วิไลวรรณ ทองเจริญ. (2554). ภาวะความเจ็บป่วยและมโนทัศน์การพยาบาลผู้สูงอายุ ใน วิไลวรรณ ทองเจริญ. (บรรณาธิการ), *ศาสตร์และศิลป์การพยาบาลผู้สูงอายุ* (หน้า 24-42). กรุงเทพฯ : โครงการตำราคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ศิริรัตน์ ปานอุทัย, ชมพูนุท ศิริรัตน์ และ ทิพาพร วงศ์หงษ์กุล. (2563). คุณลักษณะการตายดีตามการรับรู้ของผู้ที่เกี่ยวข้องในบริบทภาคเหนือตอนบนของประเทศไทย. *วารสารสภากาพยาบาล*, 35(4), 35-53.
- สถาบันมะเร็งแห่งชาติ. (2558). *ทะเบียนมะเร็งระดับโรงพยาบาล พ.ศ. 2556*. กรุงเทพฯ: กองทรัพยากรพิมพ์.
- สถาบันมะเร็งแห่งชาติ. (2559). *ทะเบียนมะเร็งระดับโรงพยาบาล พ.ศ. 2557*. กรุงเทพฯ: กองทรัพยากรพิมพ์.
- สถาบันมะเร็งแห่งชาติ. (2560). *ทะเบียนมะเร็งระดับโรงพยาบาล พ.ศ. 2558*. กรุงเทพฯ: กองทรัพยากรพิมพ์.
- สถาบันมะเร็งแห่งชาติ. (2561). *ทะเบียนมะเร็งระดับโรงพยาบาล พ.ศ. 2559*. กรุงเทพฯ: กองทรัพยากรพิมพ์.

- สถิตย์พงศ์ ธนวิริยะกุล. (2556). รายงานการสังเคราะห์ข้อมูลจากเวทีวิชาการ เรื่อง มโนทัศน์ใหม่ นิยาม ผู้สูงอายุ และการขยายอายุเกษียณ. กรุงเทพฯ: มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย.
- สมาคมศิษย์แพทย์ระบบปัสสาวะแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์. (2559). *Guideline of prostate cancer*. [PDF]. สืบค้นจาก: <http://tuanet.org/wp-content/uploads/Guileline-CAP-TUA.pdf>
- สมาคมศิษย์แพทย์ระบบปัสสาวะแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์. (2560). *คู่มือผู้ป่วยโรคมะเร็งต่อมลูกหมาก* [PDF]. สืบค้นจาก: <http://tuanet.org/wp-content/uploads/Prostate-Cancer-Guide.pdf>
- สำนักงานราชบัณฑิตยสภา. (2554). *พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2544*. [เว็บบล็อก]. สืบค้นจาก <http://www.royin.go.th/dictionary/>
- สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล. (2541). *หลักสำคัญของเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ*. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- โสภิต ทับทิมหิน และ สมพร รุ่งเรืองกลกิจ. (2555). ผลการให้การบำบัดแบบกลุ่มตามแนวพุทธธรรมต่อภาวะวิตกกังวลและ ภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการรักษาด้วยรังสีรักษา. *วารสารสภาการพยาบาล*, 27(1), 109-123.
- อภิรักษ์ สันติงามกุล และ พิชัย บุญยะรัตเวช. (2554). *ต่อมลูกหมาก คู่มือซ่อมบำรุงต่อมลูกหมากฉบับชาวบ้าน โรคต่อมลูกหมากที่คุณอยากรู้ แต่ไม่มีโอกาสถามหมอ*. กรุงเทพฯ: อมรินทร์สุขภาพ.
- อภิรักษ์ สันติงามกุล และ วรพจน์ ชุณหคราลัย. (2558). *Common Urologic Problem for Medical student*. กรุงเทพฯ: ปียอนด์ เอ็นเทอร์ไพรซ์
- อรรวรรณ ปรากฏประสิทธิ์, สุพร ดนัยดุขฎีกุล, อรพรรณ โตสิงห์, ภควัฒน์ ระมาตร์. (2556). ความสัมพันธ์ระหว่างกิจกรรมทางกาย ความรู้โรคร่วม และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ภายหลังผ่าตัดต่อมลูกหมากออกทั้งหมด. *วารสารพยาบาลศาสตร์*, 31(4), 55-65.
- อัญญา พลดเปลื้อง. (2556). การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปรากฏการณ์วิทยา. *วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข*, 23(2), 1-10.
- อัญพัชร พุฒิสราเศรษฐ์, สุพร ดนัยดุขฎีกุล, อรพรรณ โตสิงห์ และ กิตติพงษ์ พิณรุโสภณ. (2560). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งต่อมลูกหมากที่ได้รับการผ่าตัดต่อมลูกหมากออกทั้งหมด. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 18(3). 100-106.
- เอี่ยมพร หลินเจริญ. (2555). เทคนิคการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ. *วารสารการวัดผลการศึกษามหาวิทยาลัยมหาสารคาม*, 17(1), 17-29.

ภาษาอังกฤษ

- Akaza, H., Homma, Y., Okada, K., Yokoyama, M., Usami, M., Hirao, Y., ... & Prostate Cancer Study Group. (2003). A prospective and randomized study of primary hormonal therapy for patients with localized or locally advanced prostate cancer unsuitable

for radical prostatectomy: results of the 5-year follow-up. *BJU international*, 91(1), 33-36.

Alibhai, S. M., Duong-Hua, M., Sutradhar, R., Fleshner, N. E., Warde, P., Cheung, A. M., and Paszat, L. F. (2009). Impact of androgen deprivation therapy on cardiovascular disease and diabetes. *Journal of clinical oncology: official journal of the American Society of Clinical Oncology*, 27(21), 3452.

American Cancer Society. (2016). *Managing Cancer as a Chronic Illness*. [Online].

Retrieved from <https://www.cancer.org/treatment/survivorship-during-and-after-treatment/when-cancer-doesnt-go-away.html>

American Urological Association. (2018). *Castration-Resistant Prostate Cancer*. [Online].

Retrieved from [https://www.auanet.org/guidelines/prostate-cancer-castration-resistant-\(2013-amended-2018\)](https://www.auanet.org/guidelines/prostate-cancer-castration-resistant-(2013-amended-2018))

Auclerc, G., Antoine, E. C., Cajfinger, F., Brunet-Pommeyrol, A., Agazia, C., and Khayat, D. (2000). Management of advanced prostate cancer. *The Oncologist*, 5(1), 36-44.

Bickell, N. A., Abramson, S., Walker, D., Sova, L., Lin, J. J., Fei, K., ... & McAlearney, A. S. (2016). Patient and clinician perspectives on treatment decision-making for African American men with prostate cancer. *Journal of Clinical Oncology*, 34(7), 186-186.

Boberg, E. W., Gustafson, D. H., Hawkins, R. P., Offord, K. P., Koch, C., Wen, K. Y., ... & Salner, A. (2003). Assessing the unmet information, support and care delivery needs of men with prostate cancer. *Patient education and counseling*, 49(3), 233-242.

Bolla, M., de Reijke, T. M., Van Tienhoven, G., Van den Bergh, A. C., Oddens, J., Poortmans, P. M., ... & Collette, L. (2009). Duration of androgen suppression in the treatment of prostate cancer. *New England Journal of Medicine*, 360(24), 2516-2527

Boyd, K. M. (2000). Disease, illness, sickness, health, healing and wholeness: exploring some elusive concepts. *Medical Humanities*, 26(1), 9-17.

Boyle, D. A. (2012). *Falls in Older Adults With Cancer: A Call to Action*. [Online].

Retrieved from <http://www.cancernetwork.com/oncology-nursing/falls-older-adults-cancer-call-action>

Burbridge, C., Randall, J. A., Lawson, J., Symonds, T., Dearden, L., Lopez-Gitlitz, A., ... & McQuarrie, K. (2020). Understanding symptomatic experience, impact, and

- emotional response in recently diagnosed metastatic castration-resistant prostate cancer: a qualitative study. *Supportive Care in Cancer*, 28(7), 3093-3101.
- Carter, N., Bryant-Lukosius, D., DiCenso, A., Blythe, J. and Neville, A. J. (2011). The supportive care needs of men with advanced prostate cancer. *Oncology Nursing Forum*, 38(2), 189-197.
- Carter, N., Bryant-Lukosius, D., DiCenso, A., Blythe, J., & Neville, A. J. (2011). The supportive care needs of men with advanced prostate cancer. *Oncology Nursing Forum*, 38(2), 189-198.
- Cassell, E. J. (1976). Illness and disease. *Hastings Center Report*, 6(2), 27-37.
- Cassileth, B. R., Seidmon, E. J., Soloway, M. S., Hait, H. I., Vogelzang, N. J., Kennealey, G. T., & Schellhammer, P. S. (1989). Patients' choice of treatment in stage D prostate cancer. *Urology*, 33(5), 57-62.
- Chambers, S. K., Hyde, M. K., Laurie, K., Legg, M., Frydenberg, M., Davis, I. D., Lowe, A. and Dunn, J. (2018). Experiences of Australian men diagnosed with advanced prostate cancer: a qualitative study. *BMJ open*, 8(2), e019917.
- Chodk, G. W. and Krupsk, T. L. (2018). *Prostate Cancer*. [Online]. Retrieved from: <https://emedicine.medscape.com/article/1967731-overview#a4>
- Christie, D. R., Sharply, C. F. and Bitsika, V. (2015). Why do patients regret their prostate cancer treatment? A systematic review of regret after treatment for localized prostate cancer. *Psychooncology*, 24(9). 1002-1011.
- Clark, J. A., Wray, N. P. and Ashton, C. M. (2001). Living with treatment decisions: regrets and quality of life among men treated for metastatic prostate cancer. *Journal of Clinical Oncology*, 19(1), 72-80.
- Corbin, J. M. (1998). The Corbin and Strauss chronic illness trajectory model: an update. *Research and Theory for Nursing Practice*, 12(1), 33.
- Corbin, J. M. (2001). Introduction and overview: Chronic illness and nursing. *Chronic Illness*. New York: Springer, 1-15.
- Coreil, J., & Behal, R. (1999). Man to man prostate cancer support groups. *Cancer Practice*, 7(3), 122-129.
- Cornford, P., Bellmunt, J., Bolla, M., Briers, E., De Santis, M., Gross, T., Henry, A. M., Joniau, S., Lam, T.B., Mason, M. D., van der Poel, H. G., van der Kwast, T. H., Rouvière, O.,

- Wiegel, T. and Mottet, N. (2017). EAU-ESTRO-SIOG guidelines on prostate cancer. Part II: treatment of relapsing, metastatic, and castration-resistant prostate cancer. *European urology*, 71(4), 630-642.
- Crawford, E. D., and Hou, A. H. (2009). The role of LHRH antagonists in the treatment of prostate cancer. *Oncology*, 23(7), 626-230.
- Crawford, E. D., Miller, G. J., Labrie, F., Hirano, D., Batuello, J., and Glodé, L. M. (2001). Prostate cancer pathology, screening, and epidemiology. *Reviews in urology*, 3 Suppl 2(Suppl 2), S2-S10.
- Crawford, E. D., Petrylak, D., & Sartor, O. (2017). Navigating the evolving therapeutic landscape in advanced prostate cancer. In *Urologic Oncology: Seminars and Original Investigations* (Vol. 35, pp. S1-S13). Elsevier.
- Davison, B. J., Degner, L. F., & Morgan, T. R. (1995). Information and decision-making preferences of men with prostate cancer. *Oncology nursing forum*, 22(9), 1401-1408.
- Davison, B. J., Gleave, M. E., Goldenberg, S. L., Degner, L. F., Hoffart, D., & Berkowitz, J. (2002). Assessing information and decision preferences of men with prostate cancer and their partners. *Cancer nursing*, 25(1), 42-49.
- De Sousa, A., Sonavane, S., & Mehta, J. (2012). Psychological aspects of prostate cancer: a clinical review. *Prostate Cancer and Prostatic Diseases*, 15(2), 120-127.
- Dermot, M. (2000). *Introduction to Phenomenology*. London: Routledge.
- Devlin, H. L. and Mudryj, M. (2009). Progression of prostate cancer: Multiple pathways to androgen independence. *Cancer Letters*, 274(2), 177-186.
- Diver, S., Avalos, G., Rogers, E. T., & Dowling, M. (2018). The long-term quality of life and information needs of prostate cancer survivors. *International Journal of Urological Nursing*, 12(1), 16-26.
- Droz, J. P., Aapro, M., Balducci, L., Boyle, H., Van den Broeck, T., Cathcart, P., Dickinson, L., Efstathiou, E., Emberton, M., Fitzpatrick, J. M., Heidenreich, A., Hughes, S., Joniau, S., Kattan, M., Mottet, N., Oudard, S., Payne, H., Saad, F. and Sugihara, T. (2014). Management of prostate cancer in older patients: updated

- recommendations of a working group of the International Society of Geriatric Oncology. *The Lancet Oncology*, 15(9), e404-e414.
- Dunn, M. W., and Kazer, M. W. (2011, November). *Prostate cancer overview*. In *Seminars in oncology nursing* (Vol. 27, No. 4, pp. 241-250). WB Saunders.
- Eisenberg, L. (1977). Disease and illness Distinctions between professional and popular ideas of sickness. *Culture, medicine and psychiatry*, 1(1), 9-23.
- Eliopoulos, C. (2010). *Gerontological Nursing* 7thed. Philadelphia: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins.
- Ervik, B., and Asplund, K. (2012). Dealing with a troublesome body: A qualitative interview study of men's experiences living with prostate cancer treated with endocrine therapy. *European Journal of Oncology Nursing*, 16(2), 103-108.
- Eton, D. T., & Lepore, S. J. (2002). Prostate cancer and health-related quality of life: a review of the literature. *Psycho-Oncology: Journal of the Psychological, Social and Behavioral Dimensions of Cancer*, 11(4), 307-326.
- Ettridge, K. A., Bowden, J. A., Chambers, S. K., Smith, D. P., Murphy, M., Evans, S. M., ... & Miller, C. L. (2018). "Prostate cancer is far more hidden...": Perceptions of stigma, social isolation and help-seeking among men with prostate cancer. *European Journal of Cancer Care*, 27(2), e12790.
- European Association of Urology. (2018). *Prostate cancer guideline*. [Online]. Retrieved from <http://uroweb.org/guideline/prostate-cancer/#1>
- Faria-Schützer, D. B. D., Surita, F. G., Alves, V. L. P., Bastos, R. A., Campos, C. J. G., & Turato, E. R. (2021). Seven steps for qualitative treatment in health research: The Clinical-Qualitative Content Analysis. *Ciência & Saúde Coletiva*, 26, 265-274.
- Farrington, A. P., Wilson, G., Limbrick, H., & Swainston, K. (2020). The lived experience of adjustment to prostate cancer. *Psychology of Men & Masculinities*, 21(3), 369.
- Ferlay, J.; Ervik, M.; Lam, F.; Colombet, M.; Mery, L.; Piñeros, M.; Bray, F. Global Cancer Observatory: Cancer Today; *International Agency for Research on Cancer: Lyon, France, 2018*; Available online: <https://gco.iarc.fr/today> (accessed on 31 May 2020).

- Galvao, D. A., Taaffe, D. R., Spry, N., Cormie, P., Joseph, D., Chambers, S. K., ... & Newton, R. U. (2018). Exercise preserves physical function in prostate cancer patients with bone metastases. *Medicine and science in sports and exercise*, 50(3), 393.'
- Gray, P. B., Meintjes, F., Moshokoa, E., & Mathabe, K. (2020). A qualitative exploration of South African men's perceived effects of Androgen Deprivation Therapy (ADT) as a treatment for advanced prostate cancer. *The Aging Male*, 1-9.
- Guba, E. G. and Lincoln, Y. S. (1989). *Fourth generation evaluation*. Newbury Park. CA and London: Sage Publications.
- Haliloglu, A., Baltaci, S., and Yaman, O. (2007). Penile length changes in men treated with androgen suppression plus radiation therapy for local or locally advanced prostate cancer. *The Journal of urology*, 177(1), 128-130.
- Halkett, G. K. B., Jiwa, M., & Lobb, E. A. (2015). Patients' perspectives on the role of their general practitioner after receiving an advanced cancer diagnosis. *European journal of cancer care*, 24(5), 662-672.
- Hammond, A. and Montgomery, K. (2018). Systematic Review and Thematic Synthesis of Quality of Life in Partners Of Patients with Prostate Cancer. *Urologic Nursing*, 38(4). 194-206
- Hanly, N., Mireskandari, S., & Juraskova, I. (2014). The struggle towards 'the New Normal': a qualitative insight into psychosexual adjustment to prostate cancer. *BMC urology*, 14(1), 1-10.
- Hofmann, B. (2002). On the triad disease, illness and sickness. *The Journal of medicine and philosophy*, 27(6), 651-673.
- Holzbeierlein, J. M., McLaughlin, M. D., & Thrasher, J. B. (2004). Complications of androgen deprivation therapy for prostate cancer. *Current opinion in urology*, 14(3), 177-183.
- Jennings, D. (1986). The confusion between disease and illness in clinical medicine. *CMAJ: Canadian Medical Association Journal*, 135(8), 865.
- Johanes, C., Monoarfa, R. A., Ismail, R. I., & Umbas, R. (2013). Anxiety level of early-and late-stage prostate cancer patients. *Prostate international*, 1(4), 177-182.
- Jones, R. A., Hollen, P. J., Wenzel, J., Weiss, G., Song, D., Sims, T., and Petroni, G. (2018). Understanding advanced prostate cancer decision making utilizing an interactive decision aid. *Cancer nursing*, 41(1), 2-10.

- Jones, R. A., Hollen, P. J., Wenzel, J., Weiss, G., Song, D., Sims, T., & Petroni, G. (2018). Understanding advanced prostate cancer decision making utilizing an interactive decision aid. *Cancer nursing*, 41(1), 2-10.
- Jonsson, A., Aus, G., & Berterö, C. (2010). Living with a prostate cancer diagnosis: a qualitative 2-year follow-up. *The Aging Male*, 13(1), 25-31.
- Jonsson, A., Aus, G., and Berterö, C. (2009). Men's experience of their life situation when diagnosed with advanced prostate cancer. *European Journal of Oncology Nursing*, 13(4), 268-273.
- Kao, Y. L. and Wang, J. D. (2015). Determinants of quality of life in prostate cancer patients: A single institute analysis. *Urological Science*, 26(4), 254-258.
- Kelly, D. (2009). Changed men: The embodied impact of prostate cancer. *Qualitative Health Research*, 19(2), 151-163.
- Kershaw, T. S., Mood, D. W., Newth, G., Ronis, D. L., Sanda, M. G., Vaishampayan, U., & Northouse, L. L. (2008). Longitudinal analysis of a model to predict quality of life in prostate cancer patients and their spouses. *Annals of Behavioral Medicine*, 36(2), 117-128.
- Khan, A., Lewis, R., and Hughes, S. (2014). Managing hot flushes in men receiving androgen deprivation therapy for prostate cancer. *Trends in Urology & Men's Health*, 5(1), 31-33.
- King, A. J. L., Evans, M., Moore, T. H. M., Paterson, C., Sharp, D., Persad, R. and Huntley, A. L. (2015). Prostate cancer and supportive care: a systematic review and qualitative synthesis of men's experiences and unmet needs. *European journal of cancer care*, 24(5), 618-634.
- Kornblith, A. B., Herr, H. W., Ofman, U. S., Scher, H. I., & Holland, J. C. (1994). Quality of life of patients with prostate cancer and their spouses. *The value of a data base in clinical care. Cancer*, 73(11), 2791-2802.
- Krumwiede, K. A., & Krumwiede, N. (2012, September). The lived experience of men diagnosed with prostate cancer. *In Oncology Nursing Forum* (Vol. 39, No. 5).
- Kübler-Ross, E., & Kessler, D. (2007). *On grief and grieving : finding the meaning of grief through the five stages of loss*. New York, NY : Scribner.

- Laverty, S. M. (2003). Hermeneutic phenomenology and phenomenology: A comparison of historical and methodological considerations. *International journal of qualitative methods*, 2(3), 21-35.
- Laws, T. A., & Esterman, A. J. (2015). The prostate cancer journey: results of an online survey of men and their partners. *Cancer Nursing*, 38(1), E1-E12.
- LiLoeb, S., Kettermann, A., Carter, H. B., Ferrucci, L., Metter, E. J., and Walsh, P. C. (2009). Prostate volume changes over time: results from the Baltimore Longitudinal Study of Aging. *The Journal of urology*, 182(4), 1458-62.
- Lindqvist, O., Rasmussen, B. H., Widmark, A., & Hydén, L. C. (2008). Time and bodily changes in advanced prostate cancer: talk about time as death approaches. *Journal of pain and symptom management*, 36(6), 648-656.
- Lindqvist, O., Widmark, A., and Rasmussen, B. H. (2006). Reclaiming wellness-living with bodily problems, as narrated by men with advanced prostate cancer. *Cancer Nursing*, 29(4), 327-337.
- Mauk, Kristen L. (2018). *Gerontological nursing : competencies for care* 4th ed. Burlington, MA: Jones & Bartlett Learning
- Mosher, C. E., Johnson, C., Dickler, M., Norton, L., Massie, M. J., & DuHamel, K. (2013). Living with metastatic breast cancer: a qualitative analysis of physical, psychological, and social sequelae. *The breast journal*, 19(3), 285-292.
- Mustafa, M., Salih, A. F., Illzam, E. M., Sharifa, A. M., Suleiman, M. and Hussain, S. S. (2016). Prostate Cancer: Pathophysiology, Diagnosis, and Prognosis. *IORS Journal of Dental and Medical Sciences*, 15(6), 4-11.
- Navon, L. and Morag, A. (2003). Advanced prostate cancer patients' relationships with their spouses following hormonal therapy. *European Journal of Oncology Nursing*, 7(2), 73-80.
- Navon, L. and Morag, A. (2003). Advanced prostate cancer patients' ways of coping with the hormonal therapy's effect on body, sexuality, and spousal ties. *Qualitative Health Research*, 13(10), 1378-1392
- Northouse, L. L., Mood, D. W., Montie, J. E., Sandler, H. M., Forman, J. D., Hussain, M., ... & Kershaw, T. (2007). Living with prostate cancer: patients' and spouses'

- psychosocial status and quality of life. *Journal of Clinical Oncology*, 25(27), 4171-4177.
- Paterson, C., Robertson, A., & Nabi, G. (2015). Exploring prostate cancer survivors' self-management behaviours and examining the mechanism effect that links coping and social support to health-related quality of life, anxiety and depression: a prospective longitudinal study. *European Journal of Oncology Nursing*, 19(2), 120-128.
- Powel, L. L. and Wallace, M. (2002). *Prostate Cancer : Nursing Assessment, Management, and Care*. New York: Springer Publishing Company.
- Prostate Cancer Foundation of Australia. (2014). *Advanced Prostate Cancer*. [Online]. Retrieved from <http://www.prostate.org.au/awareness/for-recently-diagnosed-men-and-their-families/advanced-prostate-cancer/>
- Prostate Cancer UK. (2013). *Enlarged prostate A guide to diagnosis and treatment*. [pdf]. Retrieved from: https://prostatecanceruk.org/media/41599/enlarged_prostate_booklet.pdf
- Prostate Cancer UK. (2016). *Advanced prostate cancer*. [pdf]. Retrieved from <https://prostatecanceruk.org/media/2491081/advanced-prostate-cancer-ifm.pdf>.
- Rönningås, U., Fransson, P., Holm, M., & Wennman-Larsen, A. (2019). Prostate-specific antigen (PSA) and distress: a cross-sectional nationwide survey in men with prostate cancer in Sweden. *BMC urology*, 19(1), 1-8.
- Roth, A. J., Weinberger, M. I. and Nelson, C. J. (2008). Prostate cancer: psychosocial implications and management. *Future oncology (London, England)*, 4(4), 561-8.
- Rove, K. O. and Crawford, E. D. (2013). Androgen annihilation as a new therapeutic paradigm in advanced prostate cancer. *Current Opinion in Urology*, 23(3), 208-213.
- Sartor, A. O. and DiBiase, S. J. (2018) *Bone metastases in advanced prostate cancer: Clinical manifestations and diagnosis*. [Online]. Retrieved from https://www.uptodate.com/contents/bone-metastases-in-advanced-prostate-cancer-clinical-manifestations-and-diagnosis?source=bookmarks_widget
- Saxon, S. V., Perkins, E. A., & Etten, M. J. (2015). *Physical Change and Aging, Sixth Edition : A Guide for the Helping Professions* 6th ed. New York: Springer Publishing Company.

- Saxon, S. V., Perkins, E. A., & Etten, M. J. (2015). *Physical Change and Aging, Sixth Edition : A Guide for the Helping Professions* (Vol. 6th ed). New York, NY: Springer Publishing Company
- Schröder, F. H. (2008). Progress in understanding androgen-independent prostate cancer (AIPC): A review of potential endocrine-mediated mechanisms. *European Urology*, 53(6), 1129-1137.
- Shao, Q., Ouyang, J., Fan, Y., Xie, J., Zhou, J., Wu, J., ... & Zhang, Y. (2012). Prostate cancer in the senior men from rural areas in east district of China: contemporary management and 5-year outcomes at multi-institutional collaboration. *Cancer letters*, 315(2), 170-177.
- Shenton, A. K. (2004). Strategies for ensuring trustworthiness in qualitative research projects. *Education for information*, 22(2), 63-75.
- Shore, N. D., Karsh, L., Gomella, L. G., Keane, T. E., Concepcion, R. S., and Crawford, E. D. (2015). Avoiding obsolescence in advanced prostate cancer management: a guide for urologists. *BJU international*, 115(2), 188-197.
- Smith, M. R. (2018). *Side effects of androgen deprivation therapy*. [Online]. Retrieved from https://www.uptodate.com/contents/side-effects-of-androgen-deprivation-therapy?source=bookmarks_widget
- Smith, M. R., Finkelstein, J. S., McGovern, F. J., Zietman, A. L., Fallon, M. A., Schoenfeld, D. A., and Kantoff, P. W. (2002). Changes in body composition during androgen deprivation therapy for prostate cancer. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 87(2), 599-603.
- Smith, M. R., Lee, W. C., Brandman, J., Wang, Q., Botteman, M., and Pashos, C. L. (2005). Gonadotropin-releasing hormone agonists and fracture risk: a claims-based cohort study of men with nonmetastatic prostate cancer. *J Clin Oncol*, 23(31), 7897-7903.
- Sotelo, R., Arriaga, J., Azhar, R. A., & Gill, I. S. (2015). *Prostate Cancer : A Patient's Guide*. Cham : Springer International Publishing

- Soubeyran, P., Bellera, C., Goyard, J., Heitz, D., Curé, H., Rousselot, H., ... and Kurtz, J. E. (2014). Screening for vulnerability in older cancer patients: the ONCODAGE Prospective Multicenter Cohort Study. *PloS one*, 9(12), e115060.
- Su, L.-M. (2010). *Prostate cancer*. Philadelphia, PA : Saunders/Elsevier
- Sun, M., Choueiri, T. K., Hamnvik, O. P. R., Preston, M. A., De Velasco, G., Jiang, W., ... & Trinh, Q. D. (2016). Comparison of gonadotropin-releasing hormone agonists and orchiectomy: effects of androgen-deprivation therapy. *JAMA oncology*, 2(4), 500-507..
- Taaffe, D. R., Newton, R. U., Spry, N., Joseph, D., Chambers, S. K., Gardiner, R. A., ... & Galvao, D. A. (2017). Effects of different exercise modalities on fatigue in prostate cancer patients undergoing androgen deprivation therapy: a year-long randomised controlled trial. *European Urology*, 72(2), 293-299.
- Thomé, B., Esbensen, B. A., DYKES, A. K., & Hallberg, I. R. (2004). The meaning of having to live with cancer in old age. *European Journal of Cancer Care*, 13(5), 399-408.
- Tsai, H. T., Keating, N. L., Van Den Eeden, S. K., Haque, R., Cassidy-Bushrow, A. E., Yood, M. U., ... & Potosky, A. L. (2015). Risk of diabetes among patients receiving primary androgen deprivation therapy for clinically localized prostate cancer. *The Journal of urology*, 193(6), 1956-1962.
- Twaddle, A. (1968). *Influence and illness: Definitions and definers of illness behavior among older males in Providence, Rhode Island*. Ph. D. Thesis: Brown University.
- Van Den Bergh, J. P., Van Geel, T. A., & Geusens, P. P. (2012). Osteoporosis, frailty and fracture: implications for case finding and therapy. *Nature Reviews Rheumatology*, 8(3), 163-172.
- Voogt, E., van der Heide, A., Van Leeuwen, A. F., Visser, A. P., Cleiren, M. P. H. D., Passchier, J., & Van Der Maas, P. J. (2005). Positive and negative affect after diagnosis of advanced cancer. *Psycho-Oncology: Journal of the Psychological, Social and Behavioral Dimensions of Cancer*, 14(4), 262-273.
- Wallander, M., Axelsson, K. F., Lundh, D., & Lorentzon, M. (2019). Patients with prostate cancer and androgen deprivation therapy have increased risk of fractures—a

- study from the fractures and fall injuries in the elderly cohort (FRAILCO). *Osteoporosis international*, 30(1), 115-125.
- White, C. W., Xie, J. H., and Ventura, S. (2013). Age-related changes in the innervation of the prostate gland: implications for prostate cancer initiation and progression. *Organogenesis*, 9(3), 206-215.
- Winters-Stone, K. M., Moe, E., Graff, J. N., Dieckmann, N. F., Stoyles, S., Borsch, C., ... & Beer, T. M. (2017). Falls and frailty in prostate cancer survivors: current, past, and never users of androgen deprivation therapy. *Journal of the American Geriatrics Society*, 65(7), 1414-1419.
- Yeager, J. J. (2015). *Gerontologic Nursing*. 5th ed. St. Louis, Missouri: Elsevier.
- Young, J. T. (2004). Illness behaviour: a selective review and synthesis. *Sociology of health & illness*, 26(1), 1-31.
- Zaorsky, N. G., Trabulsi, E. J., Dicker, A. P., & Kelly, W. K. (2015). *Prostate Cancer : A Multidisciplinary Approach to Diagnosis and Management*. New York: Demos Medical
- Zhang, S. J., Qian, H. N., Zhao, Y., Sun, K., Wang, H. Q., Liang, G. Q., Li, F. H. and Li, Z. (2013). Relationship between age and prostate size. *Asian journal of andrology*, 15(1), 116.
- Zhu, V. J., Lenert, L. A., Bunnell, B. E., Obeid, J. S., Jefferson, M., & Halbert, C. H. (2019). Automatically identifying social isolation from clinical narratives for patients with prostate Cancer. *BMC medical informatics and decision making*, 19(1), 1-9.



ภาคผนวก

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY





เอกสารเลขที่ 089/2562

เอกสารรับรอง

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน โรงพยาบาลราชวิถี

5 กรกฎาคม 2562

ชื่อโครงการ	ประสบการณ์การเจ็บป่วยของผู้สูงอายุโรคมะเร็งต่อมลูกหมากระยะลุกลาม (Illness experiences of older persons with advanced prostate cancer)
รหัสโครงการ	62086
ผู้วิจัยหลัก	นางสาวนุชชพรภักดิ์ คุณชมภู ตำแหน่ง นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
ผู้ร่วมวิจัย	รองศาสตราจารย์ ดร. จิราพร เกศพิชญวัฒนา ตำแหน่ง รองศาสตราจารย์
สังกัดหน่วยงาน	คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
เอกสารที่รับรอง	<ol style="list-style-type: none"> 1. โครงร่างการวิจัย ฉบับที่ 2 วันที่ 1 กรกฎาคม 2562 2. แบบบันทึกข้อมูล ฉบับที่ 1 วันที่ 15 พฤษภาคม 2562 3. เอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย ฉบับที่ 1 วันที่ 15 พฤษภาคม 2562 4. เอกสารชี้แจงข้อมูลแก่ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย ฉบับที่ 1 วันที่ 15 พฤษภาคม 2562 5. ประวัติผู้วิจัย ฉบับที่ 1 วันที่ 15 พฤษภาคม 2562

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน โรงพยาบาลราชวิถี ได้ดำเนินการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน โดยยึดหลักจริยธรรมการวิจัยตามหลักสากล

ลงนาม.....

(ศ.คลินิก นพ.วีระศักดิ์ ศรีนนภากร)

ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน

รับรองตั้งแต่วันที่ 5 กรกฎาคม 2562 ถึงวันที่ 4 กรกฎาคม 2563
อนุมัติตามมติที่ประชุม ครั้งที่ 6/2562 วันที่ 20 มิถุนายน 2562
การพิจารณา Full board review

ทั้งนี้ การรับรองนี้มีเงื่อนไขดังที่ระบุไว้ด้านหลังทุกข้อ (ดูด้านหลังของเอกสารรับรองโครงการวิจัย)



คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบัน ชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
254 อาคารจามจุรี 1 ชั้น 2 ถนนพญาไท เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330
โทรศัพท์: 0-2218-3202, 0-2218-3049 E-mail: eccu@chula.ac.th

COA No. 205/2562

ใบรับรองโครงการวิจัย

โครงการวิจัยที่ 139.1/62 : ประสบการณ์การเจ็บป่วยของผู้สูงอายุโรคมะเร็งต่อมลูกหมากระยะลุกลาม
ผู้วิจัยหลัก : นางสาวนุชชพรกุล คุณชมภู
หน่วยงาน : คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบัน ชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
ได้พิจารณา โดยใช้หลัก ของ Belmont Report 1979, Declaration of Helsinki 2013, Council for
International Organizations of Medical Sciences (CIOM) 2016, มาตรฐานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย
ในคน (มคจค.) 2556, นโยบายแห่งชาติและแนวทางปฏิบัติการวิจัยในมนุษย์ 2558 อนุมัติให้ดำเนินการศึกษาวิจัย
เรื่องดังกล่าวได้

ลงนาม.....
(รองศาสตราจารย์ นายแพทย์ปรีดา ทิศนประดิษฐ์)
ประธาน

ลงนาม.....
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นันทรี ชัยชนะวงศาโรจน์)
กรรมการและเลขานุการ

วันที่รับรอง : 13 สิงหาคม 2562

วันหมดอายุ : 12 สิงหาคม 2563

เอกสารที่คณะกรรมการรับรอง


- 1) โครงการวิจัย
- 2) เอกสารข้อมูลสำหรับผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยและหนังสือแสดงความยินยอมของผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย
- 3) ผู้วิจัย
- 4) แบบสอบถามและแนวคำถาม



ชื่อโครงการวิจัย..... 139.1/62
วันที่รับรอง..... 13 ส.ค. 2562
วันหมดอายุ..... 12 ส.ค. 2563

เงื่อนไข

1. ข้าพเจ้ารับทราบว่าเป็นการผิดจริยธรรม หากดำเนินการเก็บข้อมูลการวิจัยก่อนได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยฯ
2. หากใบรับรองโครงการวิจัยหมดอายุ การดำเนินการวิจัยต้องยุติ เมื่อต้องการต่ออายุต้องขออนุมัติใหม่ล่วงหน้าไม่ต่ำกว่า 1 เดือน พร้อมส่งรายงานความก้าวหน้าการวิจัย
3. ต้องดำเนินการวิจัยตามที่ระบุไว้ในโครงการวิจัยอย่างเคร่งครัด
4. ใช้เอกสารข้อมูลสำหรับกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย ใบยินยอมของกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย และเอกสารเชิญเข้าร่วมวิจัย (ถ้ามี) เฉพาะที่ประทับตราคณะกรรมการเท่านั้น
5. หากเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ร้ายแรงในสถานที่เก็บข้อมูลที่ขออนุมัติจากคณะกรรมการ ต้องรายงานคณะกรรมการภายใน 5 วันทำการ
6. หากมีการเปลี่ยนแปลงการดำเนินการวิจัย ให้ส่งคณะกรรมการพิจารณารับรองก่อนดำเนินการ
7. โครงการวิจัยไม่เกิน 1 ปี ส่งแบบรายงานสิ้นสุดโครงการวิจัย (AF 02-14) และบทคัดย่อผลการวิจัยภายใน 30 วัน เมื่อโครงการวิจัยเสร็จสิ้น สำหรับโครงการวิจัยที่เป็นวิทยานิพนธ์ให้ส่งบทคัดย่อผลการวิจัย ภายใน 30 วัน เมื่อโครงการวิจัยเสร็จสิ้น

	คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน โรงพยาบาลราชวิถี Research Ethics Committee Rajavithi Hospital	A12/03
	เอกสารชี้แจงข้อมูลแก่ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย (Participant Information Sheet)	เริ่มใช้ 1 เม.ย. 2562
		หน้า 1 จาก 3

เอกสารนี้อาจมีข้อความที่ท่านอ่านแล้วไม่เข้าใจ โปรดสอบถามหัวหน้าโครงการวิจัย หรือผู้แทน ให้ช่วยอธิบาย จนกว่าจะเข้าใจดี ท่านสามารถปรึกษาหารือกับญาติพี่น้อง เพื่อนสนิท แพทย์ประจำตัวของท่าน หรือผู้อื่นที่ท่านต้องการปรึกษา เพื่อช่วยในการตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัย

ชื่อโครงการวิจัย ประสบการณ์การเจ็บป่วยของผู้สูงอายุโรคมะเร็งต่อมลูกหมากระยะลุกลาม (ILLNESS EXPERIENCES OF OLDER PERSONS WITH ADVANCED PROSTATE CANCER)

ชื่อผู้วิจัย นางสาวนุชชพรกุล คุณชมภู

ตำแหน่ง นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

เบอร์โทรศัพท์มือถือ 0832636544

E-mail: themissong@gmail.com

สถานที่วิจัย โรงพยาบาลราชวิถี


หมายเลขโทรศัพท์ที่ติดต่อได้ทั้งในและนอกเวลาราชการตลอด 24 ชั่วโมง คือ 0832636544

โครงการวิจัยนี้ทำขึ้นเพื่อศึกษาประสบการณ์การเจ็บป่วยของผู้สูงอายุโรคมะเร็งต่อมลูกหมากระยะลุกลาม

หากท่านตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัยแล้ว ขอความร่วมมือจากท่านในการ ให้สัมภาษณ์เกี่ยวกับ ประสบการณ์การเจ็บป่วยจากโรคมะเร็งต่อมลูกหมากระยะลุกลาม ทั้งในด้านของผลกระทบทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจที่เกิดขึ้นทั้งจากโรคและจากการรักษา การปรับตัวกับความเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น ตามทัศนคติ ความคิด ความรู้สึกของท่าน ณ สถานที่ที่ท่านสะดวก ซึ่งท่านจะเสียเวลาในการให้สัมภาษณ์ประมาณ 30 -45 นาที ร่วมกับการบันทึกเสียง การสังเกต และการจดบันทึกสีหน้าท่าทางของท่านขณะทำการสัมภาษณ์ ซึ่งจำนวนครั้งที่สัมภาษณ์ขึ้นอยู่กับความสมบูรณ์ของข้อมูลที่ได้ ท่านอาจรู้สึกไม่สะดวกสบายบ้าง หากท่านมีข้อสงสัยใดๆที่เกี่ยวข้องกับความเสี่ยงที่อาจได้รับจากการเข้าร่วมในโครงการวิจัย สามารถสอบถามได้ที่ นางสาวนุชชพรกุล คุณชมภู นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต เบอร์โทรศัพท์มือถือ 0832636544

ท่านจะไม่ได้รับประโยชน์ใดๆจากการเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้ แต่ผลการศึกษาที่ได้จะเป็นการสร้างองค์ความรู้ที่เป็นพื้นฐานสำหรับพัฒนาแนวทางการให้คำแนะนำที่มีความเหมาะสม และตรงกับความต้องการที่แท้จริงของผู้สูงอายุโรคมะเร็งต่อมลูกหมากระยะลุกลาม อีกทั้งเป็นการสร้างความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับ ความหมายและประสบการณ์การเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งต่อมลูกหมากระยะลุกลามในผู้สูงอายุและเป็นแนวทางในการวิจัยทางการพยาบาลที่มีความเกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุโรคมะเร็งต่อมลูกหมากต่อไป

ฉบับที่ 1 วันที่ 15 พฤษภาคม 2562

	คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน โรงพยาบาลราชวิถี Research Ethics Committee Rajavithi Hospital	A12/03
	เอกสารชี้แจงข้อมูลแก่ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย (Participant Information Sheet)	เริ่มใช้ 1 เม.ย. 2562
		หน้า 2 จาก 3

ประโยชน์ที่จะได้รับการวิจัย

การศึกษานี้ อาสาสมัครอาจจะไม่ได้รับประโยชน์โดยตรง แต่เป็นการนำผลการศึกษาไปใช้ในการวางแผน ป้องกัน และเตรียมความพร้อมในการปฏิบัติงานของหน่วยงาน/ฝ่ายที่เกี่ยวข้องต่อไป

ผลข้างเคียง/ผลกระทบที่ไม่พึงประสงค์จากการวิจัย

หากท่านไม่เข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ จะไม่มีผลกระทบใดๆ ทั้งในปัจจุบันและอนาคตด้านการรักษาพยาบาลของท่าน โดยท่านสามารถปฏิเสธที่จะเข้าร่วมหรือถอนตัวจากโครงการวิจัยได้ทุกขณะโดยไม่สูญเสียประโยชน์ที่พึงได้รับ

ความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นเมื่อเข้าร่วมการวิจัย

คาดว่าไม่มีความเสี่ยงใด ๆ เนื่องจากการศึกษานี้ไม่มีการเก็บข้อมูลระบุตัวบุคคล

ค่าตอบแทนที่จะได้รับ

การวิจัยครั้งนี้ไม่มีค่าตอบแทนผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

ค่าใช้จ่ายที่ผู้เข้าร่วมการวิจัยจะต้องรับผิดชอบเองมีอะไรบ้าง


ท่านไม่ต้องรับผิดชอบค่าใช้จ่ายใด ๆ

หากมีข้อมูลเพิ่มเติมทั้งด้านประโยชน์และโทษที่เกี่ยวข้องกับการวิจัยนี้ ทั้งด้านประโยชน์และโทษที่เกี่ยวข้องกับการวิจัยนี้ ผู้วิจัยจะแจ้งให้ทราบโดยรวดเร็วไม่ปิดบัง

การรักษาความลับ

ข้อมูลส่วนตัวของท่านจะถูกเก็บรักษาไว้ ไม่เปิดเผยต่อสาธารณะ โดยข้อมูลส่วนบุคคลของท่านจะแยกจากข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์เพื่อป้องกันการระบุถึงบุคคลผู้ให้สัมภาษณ์ และข้อมูลจะถูกเก็บไว้กับผู้วิจัยเพียงผู้เดียว ผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวม ในกรณีที่ผลการวิจัยได้รับการตีพิมพ์ ชื่อที่อยู่ และข้อมูลส่วนบุคคลนั้น จะได้รับการปกปิดอยู่เสมอ โดยจะใช้เฉพาะรหัสประจำโครงการวิจัยของท่าน ยกเว้นว่าได้รับคำยินยอมไว้โดยกฎระเบียบและกฎหมายที่เกี่ยวข้องเท่านั้นจึงจะเปิดเผยข้อมูลแก่สาธารณชนได้

ผู้เข้าร่วมการวิจัยมีสิทธิถอนตัวออกจากโครงการวิจัยเมื่อใดก็ได้ โดยไม่ต้องแจ้งให้ทราบล่วงหน้า และการไม่เข้าร่วมการวิจัยหรือถอนตัวออกจากโครงการวิจัยนี้ จะไม่มีความผิดและเสียสิทธิในการรักษาใดๆ ตามมาตรฐานการรักษาปกติ

	คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน โรงพยาบาลราชวิถี Research Ethics Committee Rajavithi Hospital	A12/03
	เอกสารชี้แจงข้อมูลแก่ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย (Participant Information Sheet)	เริ่มใช้ 1 เม.ย. 2562
		หน้า 3 จาก 3

สิทธิของผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย ในฐานะที่ท่านเป็นผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย ท่านจะมีสิทธิดังต่อไปนี้

1. ท่านจะได้รับทราบถึงลักษณะและวัตถุประสงค์ของการวิจัยในครั้งนี้
2. ท่านจะได้รับการอธิบายเกี่ยวกับระเบียบวิธีการของการวิจัยทางการแพทย์ในการวิจัยครั้งนี้
3. ท่านจะได้รับการอธิบายถึงความเสี่ยงและความไม่สบายที่จะได้รับจากการวิจัย
4. ท่านจะได้รับการอธิบายถึงประโยชน์ที่ท่านอาจจะได้รับจากการวิจัย
5. ท่านจะได้รับทราบถึงประโยชน์และความเสี่ยงที่ท่านอาจได้รับ
6. ท่านจะมีโอกาสได้ซักถามเกี่ยวกับงานวิจัยหรือขั้นตอนที่เกี่ยวข้องกับงานวิจัย
7. ท่านจะได้รับทราบว่ากรยินยอมเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ท่านสามารถถอนตัวจากโครงการเมื่อไรก็ได้ โดยผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัยสามารถถอนตัวจากโครงการโดยไม่ได้รับผลกระทบใด ๆ ทั้งสิ้น
8. ท่านจะได้รับเอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัยและสำเนาเอกสารยินยอมที่มีทั้งลายเซ็นและวันที่
9. ท่านมีสิทธิในการตัดสินใจว่าจะเข้าร่วมในโครงการวิจัยหรือไม่ก็ได้ โดยปราศจากการใช้อิทธิพลบังคับข่มขู่หรือการหลอกลวง

โครงการนี้ได้รับการพิจารณารับรองจาก คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน โรงพยาบาลราชวิถี อนุมัติที่อาสาสมัครต้องการร้องเรียน หรือได้รับการปฏิบัติไม่ถูกต้องจากการเข้าร่วมโครงการวิจัย สามารถติดต่อได้ที่สำนักงานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน โรงพยาบาลราชวิถี ชั้น M อาคารเฉลิมพระเกียรติฯ โรงพยาบาลราชวิถี โทร. 0 2354 8108-37 ต่อ 2803 ในเวลาราชการ

ขอขอบคุณในการร่วมมือของท่านมา ณ ที่นี้

	คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน โรงพยาบาลราชวิถี Research Ethics Committee Rajavithi Hospital	A11.1/03
	เอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย (Informed Consent Form)	เริ่มใช้ 1 เม.ย. 2562
		หน้า 1 จาก 2

โครงการวิจัยเรื่อง ประสบการณ์การเจ็บป่วยของผู้สูงอายุโรคมะเร็งต่อมลูกหมากระยะลุกลาม
(ILLNESS EXPERIENCES OF OLDER PERSONS WITH ADVANCED PROSTATE CANCER)

วันให้คำยินยอม วันที่..... เดือน..... พ.ศ.

ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว).....

ที่อยู่.....

ได้อ่านรายละเอียดจากเอกสารข้อมูลสำหรับผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยวิจัยที่แนบมาฉบับวันที่.....
 และข้าพเจ้ายินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยโดยสมัครใจ

ข้าพเจ้าได้รับสำเนาเอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมในโครงการวิจัยที่ข้าพเจ้าได้ลงนาม และวันที่
 พร้อมด้วยเอกสารข้อมูลสำหรับผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย ทั้งนี้ก่อนที่จะลงนามในใบยินยอมให้ทำการวิจัยนี้
 ข้าพเจ้าได้รับการอธิบายจากผู้วิจัยถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ระยะเวลาของการทำวิจัย วิธีการวิจัย อันตราย
 หรืออาการที่อาจเกิดขึ้นจากการวิจัย หรือจากยาที่ใช้รวมทั้งประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการวิจัย และแนวทาง
 รักษาโดยวิธีอื่นอย่างละเอียด ข้าพเจ้ามีเวลาและโอกาสเพียงพอในการซักถามข้อสงสัยจนมีความเข้าใจอย่างดี
 แล้ว โดยผู้วิจัยได้ตอบคำถามต่างๆ ด้วยความเต็มใจ ไม่ปิดบังซ่อนเร้นจนข้าพเจ้าพอใจ

ข้าพเจ้ารับทราบจากผู้วิจัยว่าหากเกิดอันตรายใดๆ จากการวิจัยดังกล่าว ข้าพเจ้าจะได้รับการรักษาพยาบาล
 โดยไม่เสียค่าใช้จ่ายและได้รับการชดเชยจากผู้สนับสนุนงานวิจัย


ข้าพเจ้ามีสิทธิที่จะบอกเลิกเข้าร่วมในโครงการวิจัยเมื่อใดก็ได้ โดยไม่จำเป็นต้องแจ้งเหตุผล และการ
 บอกเลิกการเข้าร่วมการวิจัยนี้ จะไม่มีผลต่อการรักษาโรคหรือสิทธิอื่นๆ ที่ข้าพเจ้าจะพึงได้รับต่อไป

ผู้วิจัยรับรองว่าจะเก็บข้อมูลส่วนตัวของข้าพเจ้าเป็นความลับ และจะเปิดเผยได้เฉพาะเมื่อได้รับการ
 ยินยอมจากข้าพเจ้า บุคคลอื่นในนามของคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน อาจจะได้รับอนุญาต
 ให้เข้ามาตรวจและประมวลผลข้อมูลส่วนตัวของผู้เข้าร่วมการวิจัย ทั้งนี้จะต้องกระทำไปเพื่อวัตถุประสงค์ เพื่อ
 ตรวจสอบความถูกต้อง

ผู้วิจัยรับรองว่าจะไม่มีการเก็บข้อมูลใดๆ เพิ่มเติม หลังจากที่ข้าพเจ้าขอยกเลิกการเข้าร่วมโครงการวิจัย
 และต้องการให้ทำลายเอกสารทั้งหมดที่สามารถสืบค้นถึงตัวข้าพเจ้าได้

ข้าพเจ้าเข้าใจว่า ข้าพเจ้ามีสิทธิที่จะตรวจสอบหรือแก้ไขข้อมูลส่วนตัวของข้าพเจ้าและสามารถยกเลิก
 การให้สิทธิในการใช้ข้อมูลส่วนตัวของข้าพเจ้าได้ โดยต้องแจ้งให้ผู้วิจัยรับทราบ

ฉบับที่ 1 วันที่ 15 พฤษภาคม 2562

	คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน โรงพยาบาลราชวิถี Research Ethics Committee Rajavithi Hospital	A11.1/03
	เอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย (Informed Consent Form)	เริ่มใช้ 1 เม.ย. 2562
		หน้า 2 จาก 2

ข้าพเจ้าได้ตระหนักว่าข้อมูลในการวิจัยรวมถึงข้อมูลทางการแพทย์ของข้าพเจ้าที่ไม่มีการเปิดเผยชื่อ จะผ่านกระบวนการต่างๆ เช่น การเก็บข้อมูล การบันทึกข้อมูลในแบบบันทึกและในคอมพิวเตอร์ การตรวจสอบ การวิเคราะห์ และการรายงานข้อมูลเพื่อวัตถุประสงค์ทางวิชาการ รวมทั้งการใช้ข้อมูลทางการแพทย์ในอนาคต

ข้าพเจ้าได้อ่านข้อความข้างต้นและมีความเข้าใจดีทุกประการแล้ว ยินดีเข้าร่วมในการวิจัยด้วยความเต็มใจ จึงได้ลงนามในเอกสารแสดงความยินยอม

..... ลงนามผู้ให้ความยินยอม
 (.....) ชื่อผู้ยินยอมตัวบรรจง
 วันที่..... เดือน..... พ.ศ.

ข้าพเจ้าได้อธิบายถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการวิจัย อันตราย หรืออาการไม่พึงประสงค์หรือ ความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นจากการวิจัย รวมทั้งประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการวิจัยอย่างละเอียดให้ผู้เข้าร่วมใน โครงการวิจัยตามนามข้างต้นได้ทราบและมีความเข้าใจดีแล้ว พรอมลงนามลงในเอกสารแสดงความยินยอม ด้วยความเต็มใจ

..... ลงนามผู้ทำวิจัย
 (นางสาวนุชชพรกุล คุณชมภู)
 นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
 วันที่..... เดือน..... พ.ศ.

..... ลงนามพยาน ลงนามพยาน
 (.....) ชื่อพยาน ตัวบรรจง (.....) ชื่อพยาน ตัวบรรจง
 วันที่..... เดือน..... พ.ศ. วันที่..... เดือน..... พ.ศ.

ฉบับที่ 1 วันที่ 15 พฤษภาคม 2562



คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มร.บุศย์ 1 และ หน่วยงานทางคลินิก คณะแพทยศาสตร์

ขอแสดงความขอบคุณเพื่อแสดงว่า

นุชชวพรกุล คุณชมภู

ได้ดำเนินการอบรมหลักสูตร GCP online training (Computer-based)

“แนวทางการปฏิบัติงานการวิจัยทางคลินิกที่ดี (ICH-GCP)”

ประกาศนียบัตรฉบับนี้มีผลตั้งแต่วันที่ 27 กันยายน 2561 ถึงวันที่ 27 กันยายน 2563

(รองศาสตราจารย์ นายแพทย์ไบนอน อัครวิเศษอง)
ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มร. บุศย์ 1

(รองศาสตราจารย์ นายแพทย์สมนต์ มุ่งขวัญงษา)
รองคณบดีฝ่ายวิจัย



แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล

หมายเลข.....

ชื่อ-สกุลผู้ให้ข้อมูล.....นามสมมติ/รหัส.....

อายุ.....ปี ศาสนา.....ระดับการศึกษา.....

วัน/เดือน/ปีที่สัมภาษณ์ ครั้งที่ 1.....เวลา.....

ครั้งที่ 2.....เวลา.....

ครั้งที่ 3.....เวลา.....

สถานที่ในการสัมภาษณ์.....

ระยะเวลาในการเจ็บป่วย.....การวินิจฉัยโรค.....

การเจ็บป่วยปัจจุบัน.....

การเจ็บป่วยในอดีต.....

การรักษาที่ได้รับ.....

โรคประจำตัว.....

รายได้ครอบครัวเฉลี่ย.....บาท/เดือน () เพียงพอ () ไม่เพียงพอ

สวัสดิการในการรักษาพยาบาล.....

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

แบบบันทึกการถอดความหมายและการใส่รหัสเบื้องต้น

หมายเลข.....

การสัมภาษณ์ครั้งที่.....วันที่.....เวลาเริ่ม.....เวลาสิ้นสุด.....

สถานที่ในการสัมภาษณ์.....

ลำดับบรรทัด

ข้อความ

การถอดรหัส

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

11

12

13

14

15

16

17

18

19

20

21

22

23



แนวคำถามการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก

1. ชั้นเริ่มการสัมภาษณ์

ผู้วิจัยแนะนำตัวผู้วิจัยพูดคุยซักถามเรื่องทั่วไปเพื่อสร้างสัมพันธภาพ โดยใช้คำถามเปิดประเด็นกว้างๆ เพื่อให้ผู้ให้ข้อมูลหลักเกิดความคุ้นเคย และเกิดความไว้วางใจในการให้ข้อมูลเช่น

- 1) วันนี้เป็นอย่างไรบ้างคะ
- 2) สุขภาพตอนนี้เป็นอย่างไรบ้าง
- 3) ปกติมาหาหมอบ่อยไหมคะ ... วันนี้คุณหมอให้ทำอะไรบ้าง
- 4) วันนี้เราจะมาพูดคุยเรื่องการเจ็บป่วยของคุณนะคะ พร้อมไหมคะ

2. ชั้นเข้าสู่ประเด็นการสัมภาษณ์

ลักษณะคำถามจะไม่กำหนดตายตัว จะมีความยืดหยุ่นปรับเปลี่ยนตามสถานการณ์และข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ โดยแบ่งเป็นประเด็นต่างๆต่อไปนี้

ประเด็นการได้รับการวินิจฉัยโรคมะเร็ง

- 1) ช่วยเล่าถึงอาการที่มาหาหมอให้ฟังหน่อยได้ไหมคะ.... แล้วตอนนั้นคิดไหมคะว่าตนจะเป็นโรคมะเร็ง
- 2) แล้วคุณหมอตระวจอะไรให้บ้างคะ.... ตอนนั้นรู้สึกอย่างไรคะ
- 3) แล้วตอนที่คุณหมอบอกว่าเป็นมะเร็งรู้สึกอย่างไรคะ ช่วยเล่าความรู้สึกตอนนั้นให้ฟังหน่อยได้ไหมคะ

ประเด็นการตัดสินใจเลือกการรักษา

- 1) คุณหมอพูดถึงการรักษาอย่างไรบ้างคะ ช่วยเล่าให้ฟังหน่อยได้ไหมคะ... แล้วตอนนั้นรู้สึกอย่างไรคะ
- 2) เพราะอะไรถึงตัดสินใจเลือกการรักษาด้วยวิธีนี้คะ
- 3) ตอนนั้นมีใครให้คำแนะนำหรือข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาบ้างคะ แล้วแนะนำว่าอย่างไร

- 4) หากย้อนเวลากลับไปได้ จะยังเลือกรับการรักษาอยู่ไหมคะ ... เพราะอะไรคะ

ประเด็นด้านผลกระทบที่เกิดจากการรักษา

ด้านการเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย

- 1) หลังจากรับการรักษามาจนถึงวันนี้ รู้สึกว่าร่างกายตนเองมีความเปลี่ยนแปลงอย่างไรบ้างคะ...แล้วรู้สึกอย่างไรกับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น
- 2) การเปลี่ยนแปลงที่เกิดซึ่งส่งผลต่อชีวิตอย่างไรบ้างคะ
- 3) คุณลงมือรับมือกับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นอย่างไรบ้างคะ

ด้านผลกระทบทางจิตใจ

- 1) ตลอดระยะเวลาการเจ็บป่วยและการรักษาจนถึงปัจจุบันท่านมีความเครียดไหมคะ ช่วยเล่าให้ฟังได้ไหมคะ
- 2) ท่านจัดการกับความเครียดที่เกิดขึ้นอย่างไรคะ
- 3) ตั้งแต่เริ่มรักษาจนถึงปัจจุบันท่านคิดว่าจะมีความเปลี่ยนแปลงทางด้านอารมณ์ไหมคะ ช่วยเล่าให้ฟังได้ไหมคะ

ด้านพฤติกรรมทางเพศ

- 1) ความสัมพันธ์กับภรรยาเป็นอย่างไรบ้างคะ
- 2) ก่อนการเจ็บป่วยและหลังเจ็บป่วยความสัมพันธ์กับภรรยามีความเปลี่ยนแปลงไปไหมคะ อยากรู้ว่าช่วยเล่าให้ฟังได้ไหมคะ
- 3) ขออนุญาตสอบถามเกี่ยวกับเรื่องเพศสัมพันธ์นะคะ ก่อนการเจ็บป่วยเคยมีเพศสัมพันธ์กับภรรยาไหมคะ แล้วหลังการเจ็บป่วยมีความเปลี่ยนแปลงไหมคะ อยากรู้ว่ารับกวนเล่าให้ฟังได้ไหมคะ
- 4) นอกจากเรื่องเพศสัมพันธ์ ได้มีการแสดงถึงความรักในรูปแบบอื่นไหมคะ เล่าให้ฟังได้ไหมคะ

หมายเหตุ: เมื่อเข้าสู่การสัมภาษณ์เกี่ยวกับประเด็นด้านเพศ ผู้วิจัยจะมีการย้ำกับผู้ให้ข้อมูลหลักว่าไม่ใช่การละลาบละลั้วส่วนตัวที่จะขอถามเรื่องพฤติกรรมทางเพศ เพราะเป็นเรื่องที่สำคัญและผู้ที่คุยกับท่านก็เป็นพยาบาล ซึ่งมีความคุ้นเคยกับเรื่องนี้ดี จึงขอให้ท่านให้ข้อมูลอย่างเปิดเผยไม่ต้องเกรงใจผู้สัมภาษณ์

ด้านการใช้ชีวิตประจำวัน

- 1) ก่อนการเจ็บป่วยมีการออกกำลังกาย หรือออกกำลังกายบ้างไหมคะแล้วหลังการเจ็บป่วยมีความเปลี่ยนแปลงอย่างไรบ้างคะคะ รู้สึกอย่างไรกับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นคะ
- 2) ก่อนการเจ็บป่วยมีอาหารที่ชอบรับประทานเป็นพิเศษไหมคะ และเมื่อรู้ว่าเกิดการเจ็บป่วยแล้วการรับประทานอาหารเปลี่ยนไปไหมคะ อยากรู้ว่ารู้สึกอย่างไรกับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นคะ

ประเด็นด้านการปรับตัวและอยู่ร่วมกับการเจ็บป่วย

- 1) ในช่วงแรกของการรักษามีการจัดการหรือการปรับตัวกับอาการที่เกิดขึ้นอย่างไรบ้างคะ? แล้วช่วงนั้นรู้สึกอย่างไรคะ?
- 2) ทุกวันนี้มีการจัดการกับอาการหรือการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นอย่างไรคะ? แล้วความรู้สึกตอนนี้แตกต่างกับช่วงแรกๆไหมคะ? อยากรู้ว่าอย่างไรคะ?

แนวคำถามรอง เพื่อให้ได้ข้อมูลที่สะท้อนประสบการณ์การเจ็บป่วยเพิ่มมากขึ้นเช่น

- 1) เพราะเหตุใดถึงคิดอย่างนั้นคะ
- 2) ที่เล่ามา..... ช่วยอธิบายเพิ่มเติมเกี่ยวกับ..... ได้ไหมคะ หมายความว่าอย่างไรคะ
- 3) มีอย่างอื่นที่เกิดจากการเจ็บป่วยอยากเล่าให้ฟังอีกไหมคะ

3. ขั้นตอนการสนทนา

เมื่อถึงเวลาที่เหมาะสมตามที่ตกลงกันไว้ ผู้วิจัยจะเปลี่ยนการสนทนาเพื่อให้ผู้ให้ข้อมูลหลัก รู้สึกผ่อนคลายขึ้น เช่น

- 1) มีอะไรที่อยากเล่าให้ฟังเพิ่มเติมไหมคะ
- 2) มีข้อซักถาม หรือมีประเด็นไหนสงสัยไหมคะ

แล้วจึงกล่าวสรุปประเด็นที่ได้จากการสัมภาษณ์เพื่อเป็นการตรวจสอบข้อมูลขั้นต้นกับผู้ให้ข้อมูล หลังจากนั้นจึงกล่าวขอบคุณผู้ให้ข้อมูล และทำการนัดหมายการสัมภาษณ์ครั้งต่อไปในกรณีที่ข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ยังไม่ครบถ้วน รวมไปถึงการให้คำแนะนำเกี่ยวกับโรค การรักษา และการปฏิบัติตัวแก่ผู้ให้ข้อมูลในกรณีที่ผู้ให้ข้อมูลมีข้อซักถามหรือข้อสงสัย และจึงปิดการสนทนา

ภาคผนวก ค
ตารางแสดง วัน เวลา จำนวนครั้ง และสถานที่ในการสัมภาษณ์ ผู้ให้ข้อมูลแต่ละราย
ตารางแสดงลักษณะทั่วไปของผู้ให้ข้อมูลจำแนกตามราย
และรายละเอียดผู้ให้ข้อมูลทั้ง 13 ราย

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

ตารางที่ 3 สรุปการรวบรวมข้อมูลของผู้ให้ข้อมูลทั้ง 13 ราย

ID	จำนวนครั้ง	ระยะเวลา	สถานที่ในการสัมภาษณ์
1	1	45 นาที	หอผู้ป่วยศัลยกรรมทางเดินปัสสาวะ (สามัญ)
2	1	45 นาที	หอผู้ป่วยศัลยกรรมทางเดินปัสสาวะ (สามัญ)
3	1	55 นาที	หอผู้ป่วยศัลยกรรมทางเดินปัสสาวะ (สามัญ)
4	1	55 นาที	หอผู้ป่วยศัลยกรรมทางเดินปัสสาวะ (สามัญ)
5	1	45 นาที	หอผู้ป่วยศัลยกรรมทางเดินปัสสาวะ (สามัญ)
6	1	45 นาที	หอผู้ป่วยศัลยกรรมทางเดินปัสสาวะ (สามัญ)
7	1	50 นาที	หอผู้ป่วยศัลยกรรมทางเดินปัสสาวะ (สามัญ)
8	1	70 นาที	หอผู้ป่วยศัลยกรรมทางเดินปัสสาวะ (สามัญ)
9	1	50 นาที	หอผู้ป่วยศัลยกรรมทางเดินปัสสาวะ (สามัญ)
10	1	90 นาที	หอผู้ป่วยศัลยกรรมทางเดินปัสสาวะ (สามัญ)
11	1	70 นาที	หอผู้ป่วยศัลยกรรมทางเดินปัสสาวะ (สามัญ)
12	1	70 นาที	หอผู้ป่วยศัลยกรรมทางเดินปัสสาวะ (สามัญ)
13	1	70 นาที	หอผู้ป่วยศัลยกรรมทางเดินปัสสาวะ (สามัญ)

ตารางที่ 4 ลักษณะทั่วไปของผู้ให้ข้อมูลจำแนกตามราย

ID	อายุ(ปี)	ระดับการศึกษา	สถานภาพสมรส	ระยะเวลาการ เจ็บป่วย	การรักษาที่ได้รับ
01	66	ประถมศึกษา	คู่	3 ปี	Surgical Castration
02	77	ประถมศึกษา	คู่	4 ปี	Medical Castration
03	67	มัธยมศึกษา	คู่	3 ปี	Surgical Castration
04	73	ประถมศึกษา	คู่	5 ปี	Surgical Castration
05	81	ประถมศึกษา	คู่	3 ปี	Surgical Castration
06	74	ปริญญาตรี	คู่	9 ปี	Medical Castration Surgical Castration
07	68	ปริญญาตรี	คู่	6 ปี	Surgical Castration
08	72	ปริญญาโท	คู่	10 ปี	Surgical Castration
09	63	มัธยมศึกษา	คู่	3 ปี	Surgical Castration
10	64	ประถมศึกษา	หม้าย	7 เดือน	Surgical Castration
11	81	ปริญญาตรี	คู่	6 ปี	Surgical Castration
12	78	ประถมศึกษา	คู่	3 ปี	Surgical Castration
13	67	ประถมศึกษา	คู่	10 เดือน	Surgical Castration

รายละเอียดผู้ให้ข้อมูลทั้ง 13 ราย

รหัส ID01

อายุ 66 ปี ศาสนา พุทธ ระดับการศึกษา ประถมศึกษาปีที่ 4

วัน/เดือน/ปีที่สัมภาษณ์ 12/4/62 เวลา 10.05 – 10.50 น.

สถานที่ในการสัมภาษณ์ หอผู้ป่วยศัลยกรรมทางเดินปัสสาวะ ที่เตียงผู้ป่วยมีการกั้นม่านขณะทำการสัมภาษณ์

ระยะเวลาในการเจ็บป่วย 3 ปี

การรักษาที่ได้รับ Bilateral Orchiectomy เมื่อวันที่ 23/5/60

การเจ็บป่วยปัจจุบัน

3 ปีก่อนมาโรงพยาบาลมีอาการปัสสาวะไม่ออกไปโรงพยาบาลสามพราน ได้รับยามารับประทาน อาการไม่ดีขึ้นจึงส่งตัวไปรักษาที่โรงพยาบาลนครปฐม ทำ TUR-P with Biopsy ผลเป็น Adenocarcinoma จึงส่งตัวมารักษาที่โรงพยาบาลราชวิถี ทำการผ่าตัด Bilateral Orchiectomy เมื่อวันที่ 23/5/60 ทำ Bone Scan พบ Bone metastasis Rt. Sacroiliac Joint, Lt ischium และ Sacrum ติดตามการรักษามาตลอดพบว่าค่า PSA เพิ่มขึ้น 0.13 > 0.37 > 0.89 > 1.02 > 1.92 > 3.65 > 21.82 แพทย์จึงนัดมาให้ยาเคมีบำบัดครั้งที่ 1 ร่วมกับการฉายแสงเพื่อรักษาแบบประคับประคอง (palliative radiation)

สวัสดิการในการรักษาพยาบาล บัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า

ปัจจุบันอาศัยอยู่กับ ภรรยา บุตร และหลาน จำนวนบุตร 2 คน

สิ่งที่ได้จากการสังเกต (อาักปกริยา ท่าทาง สีหน้า สภาพแวดล้อม)

ชายไทย วัย 66 ปี นอนหลับตาอยู่บนเตียงผู้ป่วยซึ่งอยู่บริเวณมุมห้อง ท่าทางอ่อนเพลียเล็กน้อย เมื่อเข้าไปทำการสัมภาษณ์สีหน้าของคุณลุงค่อนข้างเรียบเฉยไม่ค่อยยิ้มแย้ม คุณลุงให้การสัมภาษณ์ด้วยท่านอน เมื่อซักถามคุณลุงพูดคุยด้วยเสียงที่ค่อนข้างแผ่วเบา และตอบคำถามซ้ำเล็กน้อย น้ำเสียงของคุณลุงในช่วงแรกเป็นน้ำเสียงที่เรียบเฉยแต่เมื่อทำการสัมภาษณ์สักพักใหญ่ๆ คุณลุงเริ่มมีน้ำตาไหลออกมาผู้วิจัยนำผ้าซับน้ำตาให้ คุณลุงก็ร้องไห้ออกมาสีหน้าที่เรียบเฉยเปลี่ยนเป็นสีหน้าที่มีความเศร้าความกังวลใจ น้ำเสียงเศร้า แต่ผู้ให้ข้อมูลหลักก็ยังคงตอบคำถามและพยายามคุม น้ำเสียงของตนไว้ และให้สัมภาษณ์จนจบ เมื่อสิ้นสุดการสัมภาษณ์ ผู้ให้ข้อมูลหลักมีน้ำเสียงที่สบายใจขึ้นเล็กน้อย สีหน้าที่เรียบเฉยเปลี่ยนเป็นสีหน้าที่มีความเป็นกันเองมากขึ้น

สรุป ID 01

ผู้ให้ข้อมูลเริ่มมีอาการปัสสาวะไม่ออก ร่วมกับอาการปวด ไปโรงพยาบาล รักษาด้วยยาแล้ว อาการไม่ดีขึ้นจึงส่งตัวไปโรงพยาบาลจังหวัด ในตอนแรกแพทย์แจ้งว่าตนเป็นโรคต่อมลูกหมากโต เท่านั้น ซึ่งผู้ให้ข้อมูลมองว่าคนแถวบ้านเป็นโรคนี้นักเยอะจึงไม่รู้สึกรังเกียจ และไม่คิดว่าจะเป็นมะเร็ง ต่อมาโรงพยาบาลส่งตัวมาที่โรงพยาบาลราชวิถีเนื่องจากเครื่องมือการรักษาไม่เพียงพอ และทำการตัดชิ้นเนื้อที่ต่อมลูกหมากตรวจ พบว่าเป็นโรคมะเร็งต่อมลูกหมาก เมื่อทราบผลการตรวจผู้ให้ข้อมูลหลัก รู้สึก ตกใจและกังวลเกี่ยวกับโรค แต่คนที่รู้จักบอกกับผู้ให้ข้อมูลว่าเมื่อทำการรักษาก็หาย จึงสบายใจขึ้นและคิดว่าการได้รู้ว่าเป็นโรคมะเร็งเร็วคือเรื่องดี เพราะจะได้รักษาได้เร็ว และจะหายจากการเจ็บป่วยได้เร็ว

ผู้ให้ข้อมูลเข้ารับการรักษาด้วยการตัดอวัยวะทั้ง 2 ข้าง ตามสิทธิ์การรักษา หลังจากผ่าตัด ผู้ให้ข้อมูลสามารถปัสสาวะได้ และอาการปวดทุเลาลง สามารถใช้ชีวิตได้ตามปกติ แต่ผู้ให้ข้อมูลหลัก ยังต้องมาตรวจติดตามการรักษาทุก 3 เดือน ซึ่งต้องอาศัยบุตรชายคอยพามาโรงพยาบาล ผู้ให้ข้อมูลหลักรู้สึกว่าคุณเป็นภาระให้กับลูก เพราะลูกต้องกลางานมาเพื่อมาดูแลตน หลังการผ่าตัดผู้ให้ข้อมูล ออกไปนอกบ้านลดลงเนื่องจากอ่อนเพลีย เดินได้ไม่ไกล รวมไปถึงการรับประทานอาหารลดลง ภายหลังจากผ่าตัดประมาณ 1 ปี ผู้ให้ข้อมูลหลักเริ่มมีอาการปวด และปัสสาวะไม่ออกอีก แพทย์จึงทำการใส่สายสวนปัสสาวะ และเปลี่ยนการรักษาเป็นการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดร่วมกับการฉายแสง

ในตอนแรกแพทย์ไม่ได้แจ้งถึงระยะและความรุนแรงของโรคซึ่งผู้ให้ข้อมูลก็อยากทราบ เนื่องจากจะได้เตรียมใจสำหรับอนาคต และการไม่ทราบระยะของโรคทำให้ตนรู้สึกไม่สบายใจ เมื่อสอบถามถึงอนาคตผู้ให้ข้อมูลหลักกล่าวว่า กลัวแต่ความทรमान ตอนนี้ผู้ให้ข้อมูลหลักพอใจที่ยังสามารถเดินและช่วยเหลือตนเองได้แต่ยังคงปวด จึงกังวลว่าในอนาคตตนจะต้องกลายเป็นภาระของครอบครัว ทรमानทั้งตนเองและคนในครอบครัว เมื่อกล่าวถึงประเด็นนี้ผู้ให้ข้อมูลหลักก็ร้องไห้ออกมา และบอกกับผู้วิจัยว่าเป็นเวอร์กรรมของตน และเมื่อเปลี่ยนหัวข้อสนทนาเป็นเรื่องการปรับด้านการกิน ผู้ให้ข้อมูลจึงมีท่าทีผ่อนคลายจนสิ้นสุดการสนทนา

รหัส ID 02

ชายไทย อายุ 77 ปี ส่วนสูง 162 cm น้ำหนัก 50 Kg BMI 19

ระยะเวลาในการเจ็บป่วย 4 ปี

การรักษาที่ได้รับ การใช้ยาต้านการทำงานของฮอร์โมนเพศชาย (Medical Castration)

ทำการสัมภาษณ์วันที่ 17 ก ค 2562 เวลา 11.00-11.45 น.

สถานที่ในการสัมภาษณ์ : ที่เตียงคนไข้ หอผู้ป่วยศัลยกรรมทางเดินปัสสาวะ ในขณะสัมภาษณ์ ไม่มีญาติผู้ป่วยอยู่ในบริเวณโดยรอบ เตียงที่ผู้ป่วยพักอยู่ห่างจากเคาท์เตอร์พยาบาล ขณะสัมภาษณ์มีการกั้นม่านที่เตียงคนไข้เพื่อความเป็นส่วนตัวในการสัมภาษณ์

ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน

4ปีก่อนมาโรงพยาบาลมีอาการปัสสาวะไม่ออก จึงไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลนพรัตน์วัชชิระ ตรวจเลือดพบค่า PSA สูง 31.4 ทำการตรวจชิ้นเนื้อที่ต่อมลูกหมาก (TRUS-Biopsy) พบว่าเป็น CA Prostate จึงส่งตัวมารักษาที่โรงพยาบาลราชวิถี ทำMRI พบว่ามีการลุกลามออกไปที่บริเวณเส้นเลือดโดยรอบและบริเวณต่อมน้ำเหลือง ทำBone scan พบว่ามีการลุกลามไปยังไขสันหลังส่วนT-10 แพทย์จึงพิจารณาใช้การรักษาด้วยการฉีดยา Fermagon เพื่อควบคุมฮอร์โมนร่วมกับการฉายแสงเพื่อลดความปวดและการลุกลามเฉพาะที่ โดยฉีดยาทุกๆ 1 เดือนที่ OPD เป็นเวลาต่อเนื่อง3ปี ต่อมามีอาการปวดหลังเพิ่มมากขึ้น แพทย์จึงทำ CT scan พบการลุกลามเพิ่มขึ้นร่วมกับค่าPSAที่เพิ่มขึ้น จาก 0.83 > 117.8 ภายในเวลา 1เดือน แพทย์จึงเปลี่ยนการรักษาเป็นการให้ยาเคมีบำบัด

สวัสดิการในการรักษา : กรมบัญชีกลาง

สถานภาพ : คู่ ปัจจุบันอาศัยอยู่กับภรรยา อายุ 74 ปี มีบุตรด้วยกัน 3 คน แต่ไม่ได้อยู่ด้วยกัน

อาชีพปัจจุบัน : ไม่ได้ประกอบอาชีพ ปัจจุบันรับเงินบำนาญข้าราชการ

สิ่งที่ได้จากการสังเกต

ชายไทยอายุ 77 ปี รูปร่างผอม สีหน้าเรียบเฉย ช่วยเหลือตนเองได้ เดินโดยใช้ไม้เท้าช่วยเดิน แรกพบสีหน้าเรียบเฉย ยิ้มตอบเป็นบางช่วง เมื่อพูดคุยสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลหลักเริ่มมีสีหน้าที่เป็นกันเองมากขึ้น เมื่อทำการสัมภาษณ์ไปสักระยะผู้ให้ข้อมูลหลักเริ่มมีสีหน้าและท่าทางที่เป็นกันเองมากขึ้น ขณะทำการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลมีอาการกระหายน้ำและจิบน้ำเป็นระยะๆ เมื่อใกล้สิ้นสุดการสัมภาษณ์ผู้ให้สัมภาษณ์มีสีหน้าเหม่อลอย ครุ่นคิดเป็นบางช่วง และเมื่อสิ้นสุดการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลมีสีหน้าที่ผ่อนคลายและเป็นกันเองมากกว่าก่อนการสัมภาษณ์

สรุป ID 02

ชายไทยอายุ 77 ปี ระยะเวลาการเจ็บป่วย 4 ปี เริ่มมีอาการปัสสาวะไม่ออก ปัสสาวะสะดุด ในช่วงแรกคิดว่าเป็นอาการปกติจึงไม่ได้ไปโรงพยาบาล ต่อมามีอาการปวด จึงไปโรงพยาบาลใส่สายสวนปัสสาวะแบบคาสาย แพทย์พยายามนำสายสวนปัสสาวะออกแต่ผู้ให้ข้อมูลยังคงปัสสาวะไม่

ออกและปวด จึงตัดสินใจตัดต่อมลูกหมากออกเพื่อให้ตนสามารถปัสสาวะได้และตัดชิ้นเนื้อเพื่อส่งตรวจ พร้อมเจาะเลือดดูค่า PSA จึงพบว่าตนเองเป็นโรคมะเร็ง ซึ่งผู้ให้ข้อมูลได้เตรียมใจไว้แล้ว เนื่องจากตนนำเรื่องการเจ็บป่วยไปปรึกษากับเพื่อนที่เป็นแพทย์ร่วมกับการสังเกตอาการของตนว่าตรงกับโรคมะเร็ง

ผู้ให้ข้อมูลมีความมั่นใจว่าเทคโนโลยีปัจจุบันสามารถรักษาตนให้หายได้จึงรักษาตามที่แพทย์แนะนำ โดยตอนแรกผู้ให้ข้อมูลขอให้ส่งตัวไปรักษาที่โรงพยาบาลรามา แต่เนื่องจากคิวการรักษานาน จึงเปลี่ยนมารักษาที่โรงพยาบาลราชวิถี เนื่องจากผู้ให้ข้อมูลหลักเป็นข้าราชการบำนาญจึงสามารถเลือกการรักษาได้ ซึ่งผู้ให้ข้อมูลหลักเลือกการรักษาด้วยยาเนื่องจากตนอายุมากแล้วจึงไม่อยากจะผ่าตัดอีกทั้งเคยประสบอุบัติเหตุจึงกลัวการผ่าตัด

หลังการรักษาด้วยยาอย่างต่อเนื่อง ผู้ให้ข้อมูลหลักพบว่าค่าPSA ลดลง และสามารถดำเนินชีวิตได้ตามปกติ จะมีแค่ช่วงแรกหลังฉีดยาจะมีอาการเวียนศีรษะ ไม่มีแรง พอติดตามค่าPSAมาได้ประมาณ 3 ปี พบว่าค่าPSA เริ่มเพิ่มขึ้น แต่ร่างกายไม่มีอาการผิดปกติ แพทย์จึงเปลี่ยนแผนการรักษาเป็นการให้ยาเคมีบำบัด ซึ่งภายหลังจากการรักษา ผู้ให้ข้อมูลหลักช่วยเหลือตนเองได้ลดลง มีอาการคลื่นไส้ อ่อนเพลียมากขึ้น แต่ผู้ให้ข้อมูลยังคงพยายามช่วยเหลือตนเองให้มากที่สุด

ปัจจุบันผู้ให้ข้อมูลหลักยังสามารถช่วยเหลือตนเองได้ แต่เดินได้โดยใช้ไม้เท้าในการช่วยเดิน ทำให้การออกนอกบ้านลดลง ไม่อยากไปไหนเพราะเหนื่อยง่ายขึ้น ทำให้ผู้ให้ข้อมูลหลักรู้สึกท้อ แต่ก็ยังรู้สึกว่าต้องสู้กับโรคเพราะมันเพิ่งเริ่มต้นขึ้น อีกทั้งเวลาที่มาโรงพยาบาลผู้ให้ข้อมูลหลักได้พูดคุยกับคนที่ป่วยโรคเดียวกันก็จะรู้สึกสบายใจมากขึ้น

รหัส ID 03

ชายไทย อายุ 67 ปี ส่วนสูง 170 cm น้ำหนัก 94.4 Kg BMI 32.66

ระยะเวลาในการเจ็บป่วย 3 ปี

การรักษาที่ได้รับ : การผ่าตัดอัณฑะทั้ง2ข้าง (Bilateral orchiectomy ปี 2560)

ทำการสัมภาษณ์วันที่ 21 พฤษภาคม 2563 เวลา 10.30-11.25 น.

สถานที่ในการสัมภาษณ์ : ที่เตียงคนไข้ หอผู้ป่วยศัลยกรรมทางเดินปัสสาวะ ในขณะที่สัมภาษณ์ ไม่มีญาติผู้ป่วยอยู่ในบริเวณโดยรอบ บริเวณโดยรอบไม่มีเจ้าหน้าที่พยาบาลหรือบุคลากรที่เกี่ยวข้อง เตียงของผู้ป่วยอยู่ด้านในสุดของตึกห่างจากเคาท์เตอร์พยาบาล ขณะสัมภาษณ์มีการกั้นม่านที่เตียงคนไข้ เพื่อความเป็นส่วนตัวในการสัมภาษณ์

ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน

4 ปีก่อนมาโรงพยาบาล มีอาการปัสสาวะไม่สุด ปัสสาวะนาน 3 ปีก่อนมาโรงพยาบาลผู้ป่วยมีอาการ ปวดบริเวณอัณฑะ ปวดจนเดินไม่ได้ ไปโรงพยาบาลพระนั่งเกล้า ทำCT และ Bone scan พบCA prostate with bone metastasis ทำ Bilateral orchiectomy เดือนมีนาคม ปี 60 หลังจากนั้นติดตามผลPSA มาโดยตลอด จากเดิม 900 ลงมาเป็น 400 และคงที่ แพทย์จึงRefer มาโรงพยาบาลราชวิถี แพทย์ตรวจเลือดพบค่า PSA ลดลงจาก 283 เหลือ 148 แพทย์ส่งฉายรังสี เพื่อบรรเทาอาการปวด ปัจจุบันผู้ป่วยฉายแสงครบ

สวัสดิการในการรักษา : ประกันสุขภาพถ้วนหน้า(ผู้พิการ)

สถานภาพ : คู่ มีบุตร 2 คน ปัจจุบันอาศัยอยู่กับภรรยา อายุ 60 ปี ลูกสาวคนเล็ก และหลานชาย

อาชีพปัจจุบัน : ไม่ได้ประกอบอาชีพ ปัจจุบันรับเงินผู้สูงอายุและผู้พิการ

สิ่งที่ได้จากการสังเกต

ชายไทยอายุ 67 ปี รูปร่างสมส่วน ช่วยเหลือตนเองได้ เดินได้โดยใช้ไม้เท้าบางครั้ง เมื่อผู้วิจัยเข้าไปสร้างสัมพันธ์ภาพ มีสีหน้าสงสัยและริบเร่ในช่วงแรก เมื่อสัมภาษณ์จะตอบด้วยสีหน้าเรียบเฉยปนยิ้มบางช่วง เมื่อพูดคุยสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลหลักเริ่มผ่อนคลายมากขึ้น เมื่อทำการสัมภาษณ์ไปสักระยะผู้ให้ข้อมูลหลักเริ่มมีสีหน้าและท่าทางที่เป็นกันเองมากขึ้น เมื่อพูดถึงการรักษาที่โรงพยาบาลเดิมผู้ให้ข้อมูลหลักจะมีสีหน้าและความไม่เชื่อในผู้วิจัย เมื่อผู้วิจัยยืนยันและเน้นย้ำถึงสิทธิ์ และการพิทักษ์สิทธิ์ของผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยผู้ให้ข้อมูลหลักจึงมีสีหน้าที่ผ่อนคลายและกล้าเล่าประสบการณ์การเจ็บป่วยให้ผู้ให้ข้อมูลหลักต่อ เมื่อเข้าสู่ช่วงกลางของการสัมภาษณ์ ผู้ให้ข้อมูลหลักมีสีหน้าที่เป็นกันเองมากขึ้น และเมื่อสิ้นสุดการสัมภาษณ์ ผู้ให้ข้อมูลหลักก็มีท่าทางที่ผ่อนคลายและยิ้มแย้ม

สรุป ID 03

ผู้ป่วย ชายไทยอายุ 67 ปี ระยะเวลาการเจ็บป่วย 7 ปี ทำงานเป็นพนักงานขับรถที่กระทรวงพาณิชย์ ก่อนการเจ็บป่วยมีอาการปัสสาวะนานกว่าปกติ แต่ผู้ให้ข้อมูลหลักคิดว่าเป็นอาการปกติ และไม่รุนแรงจึงไม่ได้ไปตรวจ ต่อมาเริ่มมีอาการปวด และเริ่มปวดรุนแรงจนส่งผลกระทบต่อการทำงาน จึงเข้ารับการตรวจ และพบว่าตนเป็นมะเร็งต่อมลูกหมากระยะที่ 4 แต่แพทย์แจ้งว่าไม่รุนแรง มีสิทธิ์หาย ต่างจากมะเร็งลำไส้ หรือมะเร็งชนิดอื่นๆ ตอนที่ทราบคำวินิจฉัยจากแพทย์ผู้ให้ข้อมูลหลักค่อนข้างตกใจ แต่ตัวของผู้ให้ข้อมูลหลักไม่มีอาการรุนแรง และคิดว่าไม่ใช่อาการที่หนักเมื่อเทียบกับโรคอื่น อีกทั้งเจ้านายของผู้ให้ข้อมูลหลักและ บุคคลรอบข้างที่เคยมีประสบการณ์เกี่ยวกับโรคเองก็บอกว่าสามารถรักษาได้ ผู้ให้ข้อมูลหลักจึงมีความหวังว่าสามารถรักษาให้หายได้

ผู้ให้ข้อมูลหลักรับการรักษาโดยการตัดอวัยวะทั้ง 2 ข้าง ตามสิทธิ์การรักษา โดยผู้ให้ข้อมูลหลักกล่าวว่าแพทย์ให้ทำอะไรทำไป เพื่อไม่ให้โรคลามไปที่กระดูก ภายหลังจากผ่าตัดผู้ให้ข้อมูลหลักสามารถกลับมาเดินและใช้ชีวิตได้เหมือนปกติ แต่ยังคงมีปัสสาวะสะดุดบ้าง แต่ผู้ให้ข้อมูลหลักเข้าใจว่าตนเป็นมะเร็งระยะที่ 4 และอาการที่เป็นไม่ร้ายแรง รวมไปถึงกำลังใจจากครอบครัวจึงไม่มีความกังวลอะไร

ภายหลังจากผ่าตัด 7 เดือนผู้ให้ข้อมูลหลักมีอาการปวดสะโพกจนไม่สามารถเดินได้ จึงถูกส่งตัวไปพบแพทย์กระดูกและทำการใส่เหล็กที่กระดูก ร่วมกับการฉายแสง เพราะแพทย์แจ้งว่าหากไม่ผ่าตัดจะไม่สามารถเดินได้ตลอดชีวิต ช่วงที่ไม่สามารถเดินได้ผู้ให้ข้อมูลหลักบอกว่าเป็นช่วงที่น่ารำคาญ ต้องนอนอยู่บนเตียงมีลูกสาวและภรรยาคอยดูแล ภายหลังจากผ่าตัด ผู้ให้ข้อมูลหลักสามารถเดินได้แต่ต้องใช้ไม้เท้าช่วยในบางครั้ง ซึ่งผู้ให้ข้อมูลหลักบอกว่าการเดินโดยใช้ไม้เท้ายังดีกว่าตอนที่เดินไม่ได้เลย

หลังการผ่าตัดอวัยวะ ผู้ให้ข้อมูลหลักบอกว่าตนหงุดหงิดง่ายมากกว่าแต่ก่อน อาจเพราะจากโรคมะเร็งและอาการเดินไม่ได้ จึงทำให้มีการใส่อารมณ์กับภรรยาเป็นบางครั้ง แต่ภรรยาไม่เคยโกรธคอยให้กำลังใจและให้อภัยเสมอ นอกจากนี้ลูกสาวและภรรยาคอยดูแลตนอย่างดี อีกทั้งยังได้พูดคุยกับคนที่ เป็นโรคเดียวกัน ตนจึงมีกำลังใจในการรักษา ปัจจุบันผู้ให้ข้อมูลหลักสามารถเดินได้ และใช้ชีวิตประจำวันได้ ผู้ให้ข้อมูลหลักเข้าใจว่าตนอายุมากแล้วอะไรจะเกิดก็ต้องเกิด แต่ปัจจุบันขอแค่ตนเดินได้ก็พอแล้ว

ผู้ให้ข้อมูลหลักบอกว่าตอนแรกก่อนถูกส่งตัวมา แพทย์แจ้งว่าตนจะอยู่ไม่ถึง 2 ปี ทำให้ตนรู้สึกท้อ และโกรธ ซึ่งผู้ให้ข้อมูลหลักคิดว่าแพทย์ควรพูดให้กำลังใจคนไข้มากกว่านี้ ซึ่งตอนนี้ตนสามารถมีชีวิตอยู่ได้ถึง 3-4 ปีแล้ว นอกจากนี้ตนรู้สึกโกรธตัวเองที่ไม่ยอมตรวจตั้งแต่แรก จนโรครุนแรงมากขึ้น

รหัส ID 04

ชายไทย อายุ 73 ปี ส่วนสูง 165 cm น้ำหนัก 60.2 Kg BMI 22.11

ระยะเวลาในการเจ็บป่วย 5 ปี

การรักษาที่ได้รับ : การผ่าตัดอัณฑะทั้ง2ข้าง (Bilateral orchiectomy ปี 2561)

ทำการสัมภาษณ์วันที่ 22 พฤษภาคม 2563 เวลา 19.10-20.05 น.

สถานที่ในการสัมภาษณ์ : ที่เตียงคนไข้ หอผู้ป่วยศัลยกรรมทางเดินปัสสาวะ ในขณะสัมภาษณ์ ไม่มีญาติผู้ป่วยอยู่ในบริเวณโดยรอบ บริเวณโดยรอบไม่มีเจ้าหน้าที่พยาบาลหรือบุคลากรที่เกี่ยวข้อง เพียงของผู้ป่วยอยู่บริเวณหน้าเคาท์เตอร์พยาบาล ขณะสัมภาษณ์มีการกั้นม่านที่เตียงคนไข้เพื่อความเป็นส่วนตัวในการสัมภาษณ์

ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน

5 ปีก่อนมาโรงพยาบาล มีอาการปัสสาวะบ่อย ปัสสาวะขัด ไปคลินิกแถวบ้านแพทย์วินิจฉัยว่าเป็นนิ่วทางเดินปัสสาวะ ให้อาหารรับประทาน และแนะนำให้ไปรักษาที่โรงพยาบาลรามมา พบแพทย์โรคระบบทางเดินปัสสาวะทำ CT scan พบ CA Prostate with Bone metastasis แต่เนื่องจากมีปัญหาด้านสิทธิ์การรักษาจึงส่งตัวไปรักษาที่โรงพยาบาลบางพลีตามสิทธิ์การรักษา โรงพยาบาลบางพลีจึงส่งตัวไปรักษาที่โรงพยาบาลสมุทรปราการ และส่งตัวต่อมารักษาที่โรงพยาบาลราชวิถี ทำ Bilateral orchiectomy ปี 2561 ปัจจุบัน สามารถช่วยเหลือตนเองได้ สามารถเดินได้ ซ้ำๆ ปัสสาวะได้เองแต่ค่อนข้างบ่อย ไม่มีอาการปวดตามร่างกายแล้ว

สวัสดิการในการรักษา : ประกันสุขภาพทั่วหน้า

สถานภาพ : คู่ มีบุตร 1 คน ปัจจุบันอาศัยอยู่กับภรรยา และลูกสาว

อาชีพปัจจุบัน : ไม่ได้ประกอบอาชีพ ปัจจุบันรับเงินผู้สูงอายุ

สิ่งที่ได้จากการสังเกต

ชายไทยอายุ 73 ปี รูปร่างสมส่วน ช่วยเหลือตนเองได้ ผู้วิจัยเข้าไปสัมภาษณ์ขณะที่ผู้ให้ข้อมูลหลักกำลังนอนพักอยู่บนเตียงผู้ป่วย เมื่อเริ่มการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลหลักมีสีหน้ายิ้มแย้ม แต่ขณะเล่าถึงประเด็นเริ่มการรักษาผู้ให้ข้อมูลหลักเล่าด้วยน้ำเสียงเศร้าเล็กน้อย เนื่องจากผู้ให้ข้อมูลหลักใช้ระยะเวลาหลายเดือนกว่าจะได้เริ่มการรักษาที่โรงพยาบาลราชวิถี เมื่อผู้ให้ข้อมูลหลักพูดถึงอดีตที่ไม่รับการตรวจตั้งแต่แรกก็มีสีหน้าเศร้า และเริ่มมีน้ำตาคลอ ผู้วิจัยจึงใช้เทคนิคการเจียบ พูดให้กำลังใจ และเปลี่ยนหัวข้อการสนทนา เมื่อผู้ให้ข้อมูลหลักเริ่มมีสีหน้าเศร้าอีกครั้ง ผู้วิจัยจึงพูดคุยให้กำลังใจ และยุติการสัมภาษณ์ลง

สรุป ID 04

ชายไทยอายุ 73 ปี ระยะเวลาการเจ็บป่วย 5-6 ปี เริ่มมีอาการปัสสาวะขัด ปัสสาวะบ่อย ช่วงแรกไม่ได้พบแพทย์ แต่พอเป็นบ่อยมากขึ้นจึงไปรักษาที่คลินิก ครั้งแรกแพทย์สั่งสียโรคนิวระบบทางเดินปัสสาวะ ต่อมาไปรักษาที่โรงพยาบาลรามาด้วยเงินประกัน แพทย์ตรวจพบต่อมลูกหมากโตจึงตัดชิ้นเนื้อที่ต่อมลูกหมากไปตรวจพบว่าเป็นมะเร็งต่อมลูกหมาก เมื่อทราบผลการวินิจฉัย ผู้ให้ข้อมูลหลักบอกว่ารู้สึกเฉยๆแต่คิดว่าตนต้องตาย รักชายังไงก็คงไม่หาย อีกทั้งโรคนี้นี้ต้องมีการรักษาต่อเนื่องต้องมีค่าใช้จ่ายจำนวนมาก ผู้ให้ข้อมูลหลักเห็นแก่ลูกและครอบครัว จึงเริ่มเข้าสู่ระบบบัตรทองตามสิทธิ์ ซึ่งระบบการส่งต่อใช้เวลานาน และผู้ให้ข้อมูลหลักมีอาการติดเชื้อในกระแสเลือด จึงทำให้ใช้เวลา 3-4 เดือนกว่าจะเริ่มรักษา ระหว่างรอการรักษาผู้ให้ข้อมูลหลักยังสามารถเดินและช่วยเหลือตนเองได้จึงไม่มีความกังวลอะไร แต่พอเริ่มใกล้วันผ่าตัด ผู้ให้ข้อมูลหลักเริ่มมีอาการอ่อนแรง เดินลำบาก ทำให้ต้องอาศัยความช่วยเหลือจากครอบครัว และมีค่าใช้จ่ายในการเดินทางมาโรงพยาบาลจำนวนมากว่าปกติ

ภายหลังการผ่าตัดอวัยวะทั้ง 2 ข้าง ผู้ให้ข้อมูลหลักยังคงเดินไม่ได้ ต้องอาศัยภรรยาช่วยดูแลกิจวัตรทุกอย่าง ทำให้ผู้ให้ข้อมูลหลักรู้สึกเสียใจที่ตนไม่รีบมาตรวจโรคนี้แต่เนิ่นๆ คิดแต่ว่าอาการนั้นไม่รุนแรงไม่น่ามีอะไรเท่านั้น ผู้ให้ข้อมูลหลักใช้เวลาประมาณ 3 เดือน จึงสามารถช่วยเหลือตนเองได้แต่ไม่แข็งแรงเหมือนเดิม การเดินช้าลง และมีโอกาสล้มง่ายขึ้น ส่งผลให้การเข้าสังคมของผู้ให้ข้อมูลหลักลดลง จากเดิมที่เป็นผู้ช่วยกำนัล มีการพบปะเพื่อนและเข้าสังคมบ่อย ปัจจุบันผู้ให้ข้อมูลหลัก อยู่แต่บ้านตลอด เนื่องจากเดินและนั่งนานๆไม่ได้ ผู้ให้ข้อมูลหลักกล่าวว่าบางครั้งก็อยากยิงตัวตาย เพื่อจะได้ไม่ต้องเป็นภาระครอบครัว

ผู้ให้ข้อมูลหลักยังคงเสียใจที่โรคของตนไม่สามารถรักษาให้หายได้ทำให้ตนต้องมาเป็นภาระให้ภรรยาเฝ้าคอยดูแล อีกทั้งตนยังเสียความรู้สึกด้านเพศสัมพันธ์ไปแล้ว ทำให้รู้สึกเหมือนตนเป็นชั้นที่ ปัจจุบันผู้ให้ข้อมูลหลักเลิกการดื่มเหล้า และเลี่ยงการทำงานอาหารที่ตนเชื่อว่าส่งผลต่อโรคมะเร็งเช่น เนื้อหมู ไข่ และต้องอาศัยอยู่บริเวณที่ใกล้ห้องน้ำและต้องระวังเวลาเดินเพื่อไม่ให้ล้ม

รหัส ID 05

ชายไทย อายุ 81 ปี ส่วนสูง 162 cm น้ำหนัก 51.1 Kg BMI 19.47

ระยะเวลาในการเจ็บป่วย 3 ปี

การรักษาที่ได้รับ : การผ่าตัดอัณฑะทั้ง2ข้าง (Bilateral orchiectomy ปี 2559)

ทำการสัมภาษณ์วันที่ 4 มิถุนายน 2563 เวลา 19.00 – 19.45 น.

สถานที่ในการสัมภาษณ์ : ที่เตียงคนไข้ หอผู้ป่วยศัลยกรรมทางเดินปัสสาวะ โดยเตียงผู้ป่วยอยู่ติดผนัง มีการกั้นม่านเพื่อความเป็นส่วนตัว ขณะทำการสัมภาษณ์ ไม่มีเจ้าหน้าที่หรือพยาบาลอยู่บริเวณที่ทำการสัมภาษณ์ เนื่องจากผู้วิจัยแจ้งขอความร่วมมือไว้

ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน

3 ปีก่อนมาโรงพยาบาล มีอาการปัสสาวะไม่ออก ไปโรงพยาบาลพระนั่งเกล้า ใส่สายสวนปัสสาวะ พยายามเอาสายออกแล้วไม่สามารถปัสสาวะได้ จึงส่งกล้องพบ Prostate Obstruction จึงทำ CT Scan พบมะเร็งต่อมลูกหมากจึงส่งตัวมาโรงพยาบาลราชวิถี ทำBilateral Orchiectomy ปี 2559

สวัสดิการในการรักษา : ประกันสุขภาพถ้วนหน้า(ผู้พิการ)

สถานภาพ : คู่ มีบุตรสาว 2 คน ปัจจุบันอาศัยอยู่กับภรรยาสองคน

อาชีพปัจจุบัน : ไม่ได้ประกอบอาชีพ ปัจจุบันรับเงินผู้สูงอายุและผู้พิการ

สิ่งที่ได้จากการสังเกต

ชายไทยอายุ 81 ปี รูปร่างสมส่วน ช่วยเหลือตนเองได้ เดินได้โดยใช้ไม้เท้า เมื่อเริ่มการสัมภาษณ์มีสีหน้าเรียบเฉย และครุ่นคิดเป็นบางครั้ง ในบางช่วงของการสัมภาษณ์จะมีการพูดเพิ่มทำเหมือนพูดกับตัวเอง เมื่อผู้ให้ข้อมูลหลักกล่าวถึงการเจ็บป่วยจะมีการกล่าวถึงการล้มเสมอ และเมื่อผู้ให้ข้อมูลหลักพูดถึงเรื่องการล้ม จะมีสีหน้าเศร้าลง แต่เมื่อพูดถึงครอบครัวจะมีสีหน้าที่ยิ้มแย้มมากขึ้น ช่วงแรกของการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลหลักมีอาการเกร็งเล็กน้อย แต่เมื่อสัมภาษณ์ไปสักระยะผู้ให้ข้อมูลหลัก ดูผ่อนคลาย และสามารถให้ข้อมูลได้ราบรื่นมากขึ้น

สรุป ID 05

ชายไทยอายุ 81 ปี ระยะเวลาการเจ็บป่วย 3 ปี มีอาการปัสสาวะไม่ออก แพทย์รักษาโดยการคาสายสวนปัสสาวะไว้ พยายามนำสายออกหลายรอบ ก็ยังคงมีอาการปัสสาวะไม่ออก จึงถูกส่งตัวมารักษาที่โรงพยาบาลพระจอมเกล้าเพชรบุรี ทำการตรวจCT ส่องกล้อง ตรวจชิ้นเนื้อ พบว่าตนเองเป็นเนื้อร้ายที่ต่อมลูกหมาก จึงรีบส่งตัวมาโรงพยาบาลราชวิถี โดยตอนที่แพทย์แจ้งผลการวินิจฉัย ผู้ให้ข้อมูลหลักไม่คิดว่าตนเองจะเป็นโรคมะเร็ง จึงค่อนข้างตกใจ แต่เนื่องจากอาการไม่มีอาการปวด จึงคิดว่าไม่น่ารุนแรงอะไร และเมื่อมาถึงโรงพยาบาลราชวิถีก็ได้รับการรักษาทันทีจึงสบายใจมากขึ้น

ผู้ให้ข้อมูลหลักมารับรักษาด้วยการผ่าตัดอัมพาตทั้ง2ข้างในปี 2559 ตามสิทธิ์การรักษา ร่วมกับการฉายแสง และแพทย์แจ้งว่าหากผ่าตัดมีโอกาสที่จะอยู่ได้ถึง10 ปีทำให้ผู้ให้ข้อมูลหลักและครอบครัวมีกำลังใจในการรักษา แต่ตอนแรกผู้ให้ข้อมูลหลักไม่ยอมผ่าตัดเนื่องจากกลัวตนจะเสียชีวิตโดยอวัยวะไม่ครบ32 แต่แพทย์แจ้งว่ารูปลักษณ์ภายนอกยังคงเหมือนเดิม จึงรับการรักษา และภายหลังการผ่าตัดผู้ให้ข้อมูลหลักยังคงรู้สึกว่ามีบางส่วนในร่างกายตนเองหายไป

หลังจากผ่าตัดแพทย์นัดผู้ให้ข้อมูลหลักทุกๆ 3 เดือนโดยไม่มีกรให้ยาหรือการรักษาเพิ่มเติม ผู้ให้ข้อมูลหลักสามารถใช้ชีวิตประจำวันได้ตามปกติ รวมไปถึงการทำงาน ไม่มีอาการเหนื่อย หรืออ่อนเพลีย แต่ผู้ให้ข้อมูลหลักรู้สึกถึงส่งผลกระทบต่อโรครุนแรงมากขึ้น และต้องเลื่อนการรักษามะเร็งออกไป โดยหลังจากล้ม ผู้ให้ข้อมูลหลักไม่สามารถทำงานได้เหมือนเดิม เมื่อกลับมาตรวจอีกครั้งพบว่าค่าPSA สูงขึ้น ผู้ให้ข้อมูลหลักจึงคิดว่าสาเหตุมาจากการล้ม ทำให้เกิดความท้อแท้และความกังวล คิดว่าเป็นเวรกรรมที่ทำให้ตนต้องเจ็บป่วยหนักกังวลว่าตนจะเป็นภาระลูกและภรรยา แต่ลูกสาวอยากให้คุณรักษา อยากให้ตนอยู่ด้วยไปนานๆ และได้รับกำลังใจจากภรรยาจึงมีกำลังใจมากขึ้น

ปัจจุบันผู้ให้ข้อมูลหลักเดินโดยใช้ไม้เท้าและไม่สามารถเดินไกลได้ ทำให้ไปไหนมาไหนไม่สะดวกทำให้ไม่สามารถทำงานได้ อีกทั้งครอบครัวไม่ต้องการให้ทำงานหนัก ผู้ให้ข้อมูลหลักจึงเลือกที่จะอยู่บ้านอย่างเดียว และต้องมีความระวังไม่ให้ตนเองล้มมากขึ้น ผู้ให้ข้อมูลหลักยังคงคาดหวังว่าตนจะหาย แต่หากต้องตายก็หวังแค่ว่าจะไม่ต้องเจ็บปวดทรมาน

รหัส ID 06

ชายไทย อายุ 74 ปี ส่วนสูง 170 cm น้ำหนัก 70 Kg BMI 24.22

ระยะเวลาในการเจ็บป่วย 9 ปี

การรักษาที่ได้รับ : การรักษาด้วยยา (ปี 2552)

การผ่าตัดอัณฑะทั้ง2ข้าง (Bilateral orchiectomy ปี 2560)

ทำการสัมภาษณ์วันที่ 12 มิถุนายน 2563 เวลา 18.10-18.55 น.

สถานที่ในการสัมภาษณ์ : ที่เตียงคนไข้ หอผู้ป่วยศัลยกรรมทางเดินปัสสาวะ ในขณะที่สัมภาษณ์ ไม่มีญาติผู้ป่วยอยู่ในบริเวณโดยรอบ บริเวณโดยรอบไม่มีเจ้าหน้าที่พยาบาลหรือบุคลากรที่เกี่ยวข้อง ขณะสัมภาษณ์มีการกั้นม่านที่เตียงคนไข้เพื่อความเป็นส่วนตัวในการสัมภาษณ์

ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน

10 ปีก่อนมาโรงพยาบาล มีอาการปวดหลังเป็นๆหาย ต่อมามีอาการปวดมากขึ้น ไปโรงพยาบาลชะอำ ให้อาแล้วอาการไม่ดีขึ้น จึงส่งตัวไปรักษาต่อที่โรงพยาบาลพระจอมเกล้าเพชรบุรี ทำCT Scan พบว่าเป็น CA Prostate จึงส่งตัวมารักษาต่อที่โรงพยาบาลราชวิถี ทำTRUS Biopsy พบเป็น Adenocarcinoma และมีการลุกลามไปที่กระดูก แพทย์เริ่มรักษาด้วยการฉีดยาควบคุมฮอร์โมน เนื่องจากใช้สิทธิ์การรักษาของคนไข้ในพระบรมราชูปถัมภ์ ขณะได้รับมามีอาการรบกวน และเวียนหัวบ่อย ต่อมา แพทย์เปลี่ยนการรักษาเนื่องจากปัญหาทางสิทธิ์การรักษา และผลข้างเคียงของยา จึงผ่าตัดอัณฑะ ปี 2560

สวัสดิการในการรักษา : ประกันสุขภาพทั่วหน้า(ผู้พิการ)

สถานภาพ : คู่ มีบุตร 2 คน ปัจจุบันอาศัยอยู่กับภรรยา ลูกสาวคนเล็ก และหลาน2คน

อาชีพปัจจุบัน : ไม่ได้ประกอบอาชีพ ปัจจุบันรับเงินผู้สูงอายุและผู้พิการ

สิ่งที่ได้จากการสังเกต

ชายไทยอายุ 74 ปี รูปร่างสมส่วน ช่วยเหลือตนเองได้ เมื่อผู้วิจัยเข้าไปสร้างสัมพันธภาพ ผู้ให้ข้อมูลหลักมีสีหน้ายิ้มแย้มและเป็นกันเอง ขณะเริ่มการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลหลักตอบคำถามด้วยท่าทีกระฉับกระเฉง สีหน้ายิ้มแย้ม เมื่อสอบถามถึงความรู้สึกเกี่ยวกับการเจ็บป่วย บางครั้งผู้ให้ข้อมูลหลักมีสีหน้าครุ่นคิด และเหม่อลอยเป็นบางครั้ง ขณะทำการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลหลักมีการสบตาผู้วิจัยตลอด ในบางช่วงของการสัมภาษณ์ยังมีเกร็งเมื่อต้องแสดงความคิดเห็นที่เกี่ยวข้องกับความรู้ เช่นการปฏิบัติตัวหรืออาการต่างๆ เนื่องจากกลัวตอบผิด แต่ผู้วิจัยได้แสดงท่าทีเข้าใจและไม่กล่าวโต้แย้งผู้ให้ข้อมูลหลัก ผู้ให้ข้อมูลหลักจึงมีท่าทีผ่อนคลายและสามารถให้ข้อมูลได้อย่างผ่อนคลายมากขึ้น ในบางช่วงผู้ให้ข้อมูลหลักมีการหัวเราะเมื่อกล่าวถึงการเจ็บป่วยที่ผ่านมาของตนแต่เป็นการหัวเราะในลักษณะปลงต่อชีวิตร่วมกับสีหน้าที่เศร้าลงเล็กน้อย

สรุป ID06

ชายไทยอายุ 74 ปี ระยะเวลาการเจ็บป่วย 9 ปี เริ่มแรกมีอาการปวดหลัง แต่เนื่องจากผู้ให้ข้อมูลเคยประสบอุบัติเหตุเมื่อ 10 ปีก่อนจึงคิดว่าเกิดจากการเจ็บป่วยในอดีต ต่อมาอาการปวดส่งผลให้ไม่สามารถทำงานได้จึงเลิกทำงานและไปพบหมอ ตอนแรกผู้ให้ข้อมูลหลักคิดว่าตนเป็นโรคกระดูกทับเส้นประสาทธรรมดาต่อมาทำการตรวจต่างๆ เป็นเวลา 1อาทิตย์ เริ่มอ่อนแรงมากขึ้น เดินไม่ได้ และไม่สามารถปีสวาระ หรืออุจจาระได้จึงถูกส่งตัวมารักษาที่โรงพยาบาลราชวิถี ใส่สายสวนปีสวาระ และทำการตรวจต่ออีก 1 อาทิตย์ จึงพบว่าตนเป็นโรคมะเร็งแต่ยังไม่ทราบระยะตอนที่ทราบผล ผู้ให้ข้อมูลคิดว่าเป็นผลจากการเจ็บป่วยในอดีตและความชวยของตน อีกทั้งยังไม่รู้ความรุนแรงจึงรู้สึกเฉยๆ แต่ใจเสียที่ตนไม่สามารถเดินได้ ไม่สามารถทำงานได้ และยังคงเป็นภาระของทางบ้าน

แพทย์เริ่มให้การรักษาโดยการฉายแสงเพื่อระงับความปวด ผู้ให้ข้อมูลกล่าวว่ารู้สึกเหมือนขึ้นสวรรค์เพราะอาการปวดหายไปแล้ว และรับการรักษาด้วยการฉีดยาคูมฮอร์โมนต่อ ซึ่งในระยะแรกผู้ให้ข้อมูลยังไม่สามารถเดินได้ ต้องใช้รถเข็นผู้ให้ข้อมูลรู้สึกว่าเป็นภาระแก่คนอื่น แต่ก็ดีกว่าที่ตนต้องทรมานกับการปวด อีกทั้งได้รับกำลังใจและความมั่นใจจากแพทย์ว่าตนต้องเดินได้ ผู้ให้ข้อมูลจึงมีกำลังใจในการรักษา ตอนแรกที่ยังไม่ทราบระยะของโรคผู้ให้ข้อมูลหลักคาดหวังว่าการฉายแสงจะทำให้มะเร็งฝ่อและหายไปเอง

หลังฉายแสงแพทย์แจ้งว่าผู้ให้ข้อมูลหลักเป็นโรคมะเร็งระยะสุดท้าย และสามารถอยู่ได้ 2 ปี ตอนที่ได้ฟังผู้ให้ข้อมูลรู้สึกว่าเป็นเวรกรรมของตน ตอนนั้นรู้สึกสับสนและเสียใจรู้สึกว่าตนต้องตายแน่ๆ แต่ก็ปฏิบัติตามแพทย์สั่งเพื่อจะได้มีชีวิตยืนยาวมากขึ้น

ผู้ให้ข้อมูลรักษาด้วยการฉีดยาคูมฮอร์โมนเป็นระยะเวลา 7-8 ปี ซึ่งผู้ให้ข้อมูลบอกว่าเป็นกำไรชีวิตที่ตนอยู่ได้นานขนาดนี้ทั้งๆที่เป็นระยะสุดท้าย และหลังฉีดยาผู้ให้ข้อมูลสามารถใช้ชีวิตได้ตามปกติ แต่มีข้อจำกัดในการดำเนินชีวิตเช่น การทำงานหนัก ยกของหนัก ซึ่งตอนนั้นผู้ให้ข้อมูลทำงานขับรถ 2 แถวที่บ้านซึ่งทำให้ผู้ให้ข้อมูลรู้สึกดีใจ นอกจากนี้ผู้ให้ข้อมูลมีหน้าอกโตและเจ็บซึ่งผู้ให้ข้อมูลเพียงแต่กังวลว่าจะเป็นโรคร้ายแรงเพิ่มเท่านั้นและเข้าใจดีว่าเป็นผลข้างเคียงจากยาที่ฉีด จนผู้ให้ข้อมูลมีปัญหาเรื่องสิทธิการรักษาไม่สามารถเบิกยาได้จึงรักษาด้วยการตัดอัมตะ และพบว่าค่า PSA ขึ้น จึงเข้ารับการตรวจต่างๆอีกครั้งซึ่งผู้ให้ข้อมูลเล่าว่าเป็นช่วงที่ทรมาน และเหนื่อยมาก

หลังจากตัดอัมตะได้ 1 ปี ผู้ให้ข้อมูลเริ่มอ่อนเพลียมากขึ้น เหนื่อยง่ายขึ้น และมีอาการปวดอีก จนไม่สามารถทำงานเดิมได้จึงต้องเปลี่ยนมาทำงานที่ BELOW ที่บ้าน ซึ่งผู้ให้ข้อมูลรู้สึกไม่ดีที่ต้องเปลี่ยนงานแต่ยังดีกว่าฝืนทำงานหนักจนเป็นภาระให้คนอื่นอีก

ปัจจุบันผู้ให้ข้อมูลยังเดินได้ในบ้าน และช่วยเหลือตนเองได้อยู่ และอาศัยอยู่กับภรรยา ในด้านเพศสัมพันธ์ ผู้ให้ข้อมูลเล่าว่าตนไม่มีเพศสัมพันธ์กับภรรยาแล้ว เนื่องจากไม่มีอารมณ์และต่างคนต่างเจ็บป่วยจึงได้แค่ดูแลกันไปเท่านั้น นอกจากนี้ผู้ให้ข้อมูลหลักปรับการดำเนินชีวิตในหลายด้าน เช่นด้านอาหาร ผู้ให้ข้อมูลหลักหลีกเลี่ยงอาหารที่ตนเชื่อว่าทานแล้วส่งผลต่อโรค และระวังการล้มเนื่องจากกังวลว่าหากล้มแล้วอาการแย่ลงตนจะเป็นภาระให้ครอบครัวอีก ผู้ให้ข้อมูลหลักไม่ได้บอกกับครอบครัวว่าตนเป็นโรคมะเร็งระยะที่ 4 เนื่องจากกังวลว่าคนใดครอบครัวจะไม่สบายใจ และหวังว่าบั้นปลายชีวิตของตนจะไม่ทรมาน

รหัส ID 07

ชายไทย อายุ 68 ปี

ระยะเวลาในการเจ็บป่วย 6 ปี

การรักษาที่ได้รับ : การผ่าตัดอัณฑะทั้ง2ข้าง (Bilateral orchiectomy ปี 2559)

ทำการสัมภาษณ์วันที่ 25 มิถุนายน 2563 เวลา 19.10 – 20.00 น.

สถานที่ในการสัมภาษณ์ : ที่เตียงคนไข้ หอผู้ป่วยศัลยกรรมทางเดินปัสสาวะ โดยเตียงผู้ป่วยอยู่ติดผนัง มีการกั้นม่านเพื่อความเป็นส่วนตัว ขณะทำการสัมภาษณ์ ไม่มีเจ้าหน้าที่หรือพยาบาลอยู่บริเวณที่ทำการสัมภาษณ์ เนื่องจากผู้วิจัยแจ้งขอความร่วมมือไว้

ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน

6 ปีก่อนมาโรงพยาบาล ไปตรวจเลือดที่โรงพยาบาลรามมา พบค่า PSA สูง ทำBiopsy พบว่าเป็น CA prostate ต่อมารักษาแพทย์ทางเลือก 5ปีก่อนมาโรงพยาบาล ไปรักษาที่โรงพยาบาลศิริราช ทำ Bone scan พบ Multiple Bone Metastasis แพทย์จึงรักษาด้วยการทำ Bilateral orchiectomy ปี 2559 ต่อมาไปรักษากับแพทย์ทางเลือก 2ปีก่อนมาโรงพยาบาลมีอาการปัสสาวะลำบาก จึงมาโรงพยาบาลราชวิถี แพทย์แนะนำให้ยาเคมีบำบัดแต่ผู้ป่วยกับภรรยาไม่พร้อม ต่อมามีอาการปัสสาวะเป็นเลือดบ่อยครั้ง ต้องมาห้องฉุกเฉินก่อนวันนัดตลอดร่วมกับมีอาการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ แพทย์จึงใส่สายปัสสาวะทางหน้าท้อง ต่อมาผู้ป่วยและภรรยาขอรับการรักษามาโรงพยาบาล

สวัสดิการในการรักษา : ประกันสุขภาพทั่วหน้า(ผู้พิการ)

สถานภาพ : คู่ มีบุตร1คนปัจจุบันอาศัยอยู่กับภรรยาสองคน

อาชีพปัจจุบัน : ไม่ได้ประกอบอาชีพ ปัจจุบันรับเงินผู้สูงอายุและผู้พิการ

สิ่งที่ได้จากการสังเกต

ชายไทยอายุ 68 ปี รูปร่างสมส่วน ช่วยเหลือตนเองได้บนเตียงมีสายปัสสาวะที่หน้าท้อง (Suprapubic Cystostomy) ขาทั้ง2ข้างอ่อนแรง แต่ลำตัวส่วนบนและแขนขาใช้การได้ปกติ เมื่อผู้วิจัยเข้าไปทำการสัมภาษณ์ ผู้ให้ข้อมูลหลัก มีสีหน้ายิ้มแย้ม และให้ความร่วมมือเป็นอย่างดี ในการตอบคำถามแต่ละประเด็น ผู้ให้ข้อมูลหลักจะมีการครุ่นคิด และมีความตั้งใจที่จะให้ข้อมูลในแต่ละประเด็น ตลอดการสัมภาษณ์ ผู้ให้ข้อมูลหลักจะตั้งใจฟังข้อคำถาม และจะมีการคิดก่อนการให้คำตอบตลอดการให้สัมภาษณ์

สรุป ID 07

ชายไทยอายุ 68 ปี ประสบการณ์การเจ็บป่วย 6 ปี มีโรคประจำตัวคือโรคผนังหัวใจหนา ไปติดตามการรักษาตลอด ต่อมาแพทย์แนะนำให้เจาะเลือดดูค่า PSA เนื่องจากอายุ 60 ปี พบว่าค่า PSA สูง 1155 ซึ่งขณะนั้นผู้ให้ข้อมูลรู้สึกตกใจและใจเสีย แต่เนื่องจากไม่มีอาการผิดปกติ จึงไม่เชื่อว่าตนจะเป็นมะเร็ง และหันมาปรึกษาแพทย์แผนจีนแทน ต่อมาเพื่อนของผู้ให้ข้อมูลหลักที่รู้จักโรคนี้แนะนำให้ผู้ให้ข้อมูลไปปรึกษาต่อเนื่อง ผู้ให้ข้อมูลจึงเข้ารับการรักษาด้วยการตัดอวัยวะ

ภายหลังการผ่าตัด ผู้ให้ข้อมูลรู้สึกว่าการณ์ของตนเปลี่ยนแปลง รู้สึกหงุดหงิดไม่มีสาเหตุ และใจไม่อยู่กับตัว จึงไปปรึกษาแพทย์ และแพทย์แนะนำให้พบจิตแพทย์ ผู้ให้ข้อมูลจึงเข้าใจว่าตนเป็น “บ้า” และไม่ยอมรับประทานจึงเข้าหาธรรมะในการยึดเหนี่ยวจิตใจ และทำให้ผู้ให้ข้อมูลสามารถยอมรับการเจ็บป่วยของตนเองได้ ต่อมาผู้ให้ข้อมูลมีอาการติดเชื้ในร่างกายรักษาในโรงพยาบาล 10 วัน เมื่อกลับมาร่างกายอ่อนแรงมากขึ้นต้องเดินโดยใช้ไม้ค้ำ (Walker) และกลายเป็นคนติดเตียง ซึ่งผู้ให้ข้อมูลรู้สึกตกใจเนื่องจากตนเคยเป็นที่พึ่งของภรรยา แต่กลายมาเป็นคนที่ต้องพึ่งภรรยาในทุกเรื่องทั้งการอาบน้ำ การขับถ่าย และไม่ยอมเป็นภาระ แต่เนื่องจากศึกษาธรรมะ จึงปล่อยวางและยอมรับ ในด้านของความสัมพันธ์กับภรรยา ผู้ให้ข้อมูลรู้สึกว่ารักกันมากขึ้น ถึงแม้ไม่มีเพศสัมพันธ์กัน และตนโชคที่ได้ภรรยาที่ดีคอยดูแลและเอาใจใส่ ถึงแม้บางครั้งจะกังวลว่าตนจะเป็นตัวถ่วง แต่ภรรยาก็คอยให้กำลังใจเสมอ นอกจากนี้ผู้

ปัจจุบันผู้ให้ข้อมูลปรับตัวด้านการทานอาหารเนื่องจากความอยากอาหารลดลง ทำให้ทานได้แต่อาหารอ่อนและอาหารเหลว นอกจากนี้ยังพยายามทำกิจกรรมที่สามารถทำได้เองเพราะไม่อยากให้ภรรยาต้องคอยกังวล ผู้ให้ข้อมูลหลักรู้สึกว่อนาคตไม่แน่นอนตนอาจจะอาการแย่ลงไปอีกได้ แต่ในบั้นปลายไม่ยากทรมาน

รหัส ID 08

ชายไทย อายุ 72 ปี

ระยะเวลาในการเจ็บป่วย 10 ปี

การรักษาที่ได้รับ : การผ่าตัดอัณฑะทั้ง2ข้าง (Bilateral orchiectomy ปี 2552)

ทำการสัมภาษณ์วันที่ 30 มิถุนายน 2563 เวลา 18.20 – 19.30 น.

สถานที่ในการสัมภาษณ์ : ที่เตียงคนไข้ หอผู้ป่วยศัลยกรรมทางเดินปัสสาวะ โดยเตียงผู้ป่วยอยู่ติดผนัง มีการกั้นม่านเพื่อความเป็นส่วนตัว ขณะทำการสัมภาษณ์ ไม่มีเจ้าหน้าที่หรือพยาบาลอยู่บริเวณที่ทำการสัมภาษณ์ เนื่องจากผู้วิจัยแจ้งขอความร่วมมือไว้

ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน

9 ปีก่อนมาโรงพยาบาล มีอาการปัสสาวะขัด ปัสสาวะไม่สุด ไปโรงพยาบาลสระบุรีทำการตรวจต่อมลูกหมากทางทวารหนัก พบว่าต่อมลูกหมากโต ต่อมาไปรักษาที่โรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่ง และขอส่งตัวไปทำการรักษาที่โรงพยาบาลศิริราช ทำ Bilateral Orchiectomy มาตรวจติดตามนัดสม่ำเสมอ

สวัสดิการในการรักษา : ประกันสุขภาพถ้วนหน้า(ผู้พิการ)

สถานภาพ : คู่ มีบุตร2คนปัจจุบันอาศัยอยู่กับภรรยาสองคน

อาชีพปัจจุบัน : ไม่ได้ประกอบอาชีพ ปัจจุบันรับเงินผู้สูงอายุและผู้พิการ และบุตร

สิ่งที่ได้จากการสังเกต

ชายไทยอายุ 69ปี รูปร่างสมส่วน ช่วยเหลือตนเองได้ ปัสสาวะได้เอง สีหน้ายิ้มแย้ม พูดจาคล่องแคล่ว เนื่องจากผู้ให้ข้อมูลจบระดับปริญญาโท การตอบคำถามจึงมีความฉะฉาน เมื่อสอบถามถึงข้อมูลสุขภาพ จะมีการจดบันทึกไว้ในมือถือ ระหว่างการสนทนาผู้ให้ข้อมูลมีการสบตากับผู้วิจัยเสมอ และเมื่อพูดถึงเรื่องบุตร ผู้ให้ข้อมูลจะมีท่าทีที่ภาคภูมิใจ สีหน้าสดชื่นมากขึ้น เมื่อพูดถึงเรื่องโรคผู้ให้ข้อมูลจะมีความระมัดระวังในการตอบคำถาม เช่นการคิดก่อนการตอบที่ค่อนข้างนานกว่าประเด็นอื่นๆ

สรุป ID 08

ชายไทยอายุ 72 ปี ประสบการณ์การเจ็บป่วย 10 ปี เริ่มมีอาการปัสสาวะขัด ปัสสาวะไม่สุก และปวดตอนปัสสาวะตอนแรกผู้ให้ข้อมูลคิดว่าเป็นเรื่องปกติตามวัยจึงไม่ไปรับการรักษา ต่อมาเริ่มปวดมากขึ้นจึงไปหาหมอ ตอนแรกหมอแจ้งว่าตนเป็นโรคต่อมลูกหมากโต แต่ต่อมาบอกว่าตนเป็นเนื้อร้าย ตอนแรกรู้สึกตกใจ แต่คิดว่าหากรักษาก็มีโอกาสหาย อย่างน้อยก็อยากใช้ชีวิตได้ตามปกติจึงเลือกรักษาที่โรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่งตอนแรกแพทย์แจ้งว่าต้องรับการผ่าตัดและรักษาระยะยาว ซึ่งผู้ให้ข้อมูลหลักไม่เอากรบกวณเรื่องค่าใช้จ่ายกับบุตรจึงขอรับการรักษาที่โรงพยาบาลรัฐ และรับการผ่าตัดอัมตะทั้ง 2 ข้าง หลังการตัดอัมตะผู้ให้ข้อมูลมีการตรวจติดตามค่า PSA ตลอดและจดบันทึกไว้ทุกครั้ง เป็นระยะเวลาเกือบ10ปี

ภายหลังการผ่าตัดอัมตะ ผู้ให้ข้อมูลบอกว่าร่างกายของตนเริ่มมีขนร่วงและรู้สึกตกใจในตอนแรก แต่เนื่องจากแพทย์แจ้งไว้แล้วจึงไม่กังวลมาก นอกจากนี้ ผู้ให้ข้อมูลรู้สึกว่าการต้องการทางเพศลดลง ทำให้ไม่มีเพศสัมพันธ์กับภรรยาอีก แต่ภรรยาก็เข้าใจและยอมรับได้ร่วมกับอายุที่มากแล้วทำให้ไม่ใช่เรื่องสำคัญ นอกจากการเปลี่ยนแปลงดังกล่าว ผู้ให้ข้อมูลยังรู้สึกว่าตนหงุดหงิดง่ายขึ้น แต่ทางครอบครัวก็เข้าใจว่าเป็นเพราะโรค

หลังการรักษาประมาณ10 ปี พบว่าค่าPSAเริ่มสูงขึ้น ผู้ให้ข้อมูลหลักจึงรับการตรวจพิเศษทั้งหมดใหม่เพื่อประเมินการแพร่กระจาย ซึ่งต้องทำการส่งตัวไปยังโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ผู้ให้ข้อมูลหลักจึงส่งตัวมาโรงพยาบาลราชวิถี ซึ่งต้องรอคิวตรวจพิเศษประมาณ 2-3 เดือน ผู้ให้ข้อมูลหลักจึงคิดว่าการรอคอยนั้นส่งผลให้โรคตัวเองรุนแรงขึ้น เพราะค่าPSA ขึ้นสูง ต่อมาแพทย์แจ้งว่าผู้ให้ข้อมูลหลักต้องรักษาโดยการให้ยาเคมีบำบัด ทำให้ผู้ให้ข้อมูลหลักกลัวและไปรักษาแพทย์ทางเลือก เนื่องจากคิดว่าตนไม่มีอาการรุนแรงขนาดต้องให้ยาเคมีบำบัด แต่ต่อมาก็รับการรักษาต่อเนื่อง

ปัจจุบันผู้ให้ข้อมูลยังคงช่วยเหลือตนเองได้ และรู้สึกว่าตนไม่ยอมให้ใครรู้ถึงความรุนแรงของโรคที่ตนเป็นเพราะไม่ยอมให้ใครมาคอยดูแลตน และต่างคนต่างมีสิ่งที่จะต้องทำมากกว่าการมานั่งดูแลตน ผู้ให้ข้อมูลหลักกล่าวว่าตนรู้สึกเสียใจที่ไม่มาตรวจรักษาตั้งแต่แรกๆ เพราะตนไม่มีความรู้เรื่องโรคนี้ ส่วนมากจะมีแต่การให้ความรู้โรคมะเร็งเต้านม และโรคของผู้หญิงแต่ไม่มีการเผยแพร่ความรู้เรื่องโรคนี้อำนาจให้ตนมารักษาเข้าไป

รหัส ID 09

ชายไทย อายุ 63 ปี

ระยะเวลาในการเจ็บป่วย 3 ปี

การรักษาที่ได้รับ : การผ่าตัดอัณฑะทั้ง2ข้าง (Bilateral orchiectomy ปี 2561)

ทำการสัมภาษณ์วันที่ 30 มิถุนายน 2563 เวลา 19.40 – 20.30 น.

สถานที่ในการสัมภาษณ์ : ที่เตียงคนไข้ หอผู้ป่วยศัลยกรรมทางเดินปัสสาวะ โดยเตียงผู้ป่วยอยู่ติดผนัง มีการกั้นม่านเพื่อความเป็นส่วนตัว ขณะทำการสัมภาษณ์ ไม่มีเจ้าหน้าที่หรือพยาบาลอยู่บริเวณที่ทำการสัมภาษณ์ เนื่องจากผู้วิจัยแจ้งขอความร่วมมือไว้

ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน

3 ปีก่อนมาโรงพยาบาล ปัสสาวะไม่ออก ไปโรงพยาบาลใส่สายสวนปัสสาวะและทำ Transurethral Resection of the Prostate เพื่อให้สามารถปัสสาวะได้ร่วมกับการฉายแสง และส่งชิ้นเนื้อต่อมลูกหมากตรวจ ผลเป็น CA prostate ทำ Bilateral orchiectomy ปี 2561

สวัสดิการในการรักษา : ประกันสุขภาพถ้วนหน้า

สถานภาพ : คู่ มีบุตร 3 คนปัจจุบันอาศัยอยู่กับภรรยาสองคน

อาชีพปัจจุบัน : ไม่ได้ประกอบอาชีพ ปัจจุบันรับเงินผู้สูงอายุและผู้พิการ และบุตร

สิ่งที่ได้จากการสังเกต

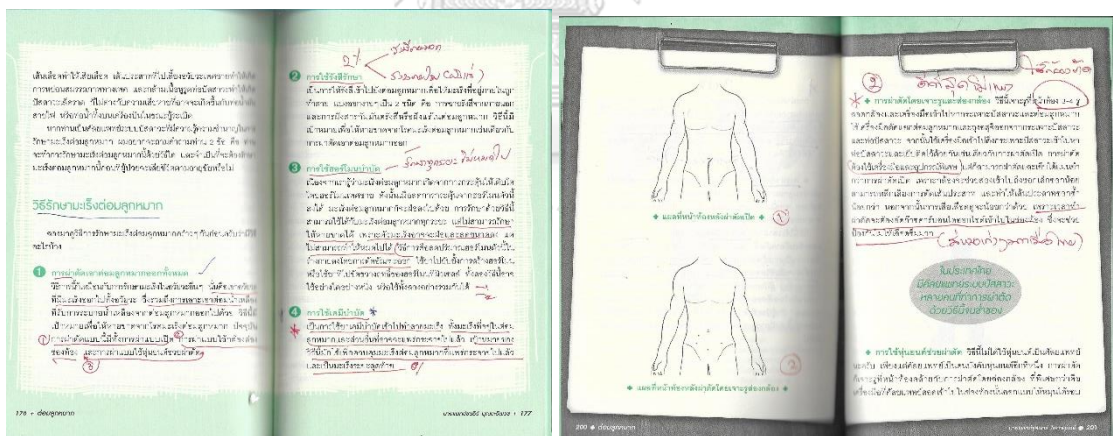
ชายไทยอายุ 62ปี รูปร่างสมส่วน ช่วยเหลือตนเองได้ ปัสสาวะได้เอง นั่งอยู่ที่เตียงของผู้ป่วย มีหนังสือธรรมะวางไว้ที่หัวเตียง เมื่อผู้วิจัยเข้าไปสร้างสัมพันธภาพ ผู้ให้ข้อมูลมีสีหน้าสดชื่น ขณะตอบคำถามมีท่าทีเกร็งและตื่นเต้นขณะทำการสัมภาษณ์เล็กน้อย เมื่อพูดคุยกุ๊กกัก ผู้ให้ข้อมูลก็มีท่าทางที่ผ่อนคลาย สีหน้ายิ้มแย้มและให้ความร่วมมือในการตอบคำถามเป็นอย่างดี เมื่อเข้าสู่ประเด็นเรื่องการเจ็บป่วยผู้ให้ข้อมูลมีสีหน้าเศร้าลงเล็กน้อยแต่ยังให้ความร่วมมือในการสัมภาษณ์ เมื่อเข้าสู่ประเด็นด้านครอบครัวผู้ให้ข้อมูลจะพูดด้วยน้ำเสียงที่ภูมิใจ เมื่อจบการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลมีท่าทางที่ผ่อนคลายและสีหน้าที่สดชื่นดี

สรุป ID 09

ชายไทย อายุ 63 ปี ประสบการณ์การเจ็บป่วย 3 ปี ผู้ให้ข้อมูลเล่าว่าสมัยที่ตนยังทำงานรู้สึก ว่าท่อปัสสาวะมีเสียงดัง ต่อมา5-6 ปีเริ่มมีปัสสาวะบ่อย เกือบ 10 ครั้ง/วันซึ่งผู้ให้ข้อมูลคิดว่าเป็นเรื่องปกติ ต่อมาเริ่มปัสสาวะไม่สุด และปัสสาวะไม่ออก จึงไปโรงพยาบาลใส่สายสวนปัสสาวะไว้ ซึ่งช่วงนั้น คิดแต่ว่าเป็นโรคต่อมลูกหมากโต เพราะตนแข็งแรง ออกกำลังกายประจำ จึงไม่คิดว่าจะเป็นโรคมะเร็ง หลังจากนั้นจึงถูกส่งตัวมาโรงพยาบาลที่มีแพทย์ทางเดินปัสสาวะ ทำการตัดต่อม, กหมากบางส่วน เพื่อให้ปัสสาวะได้และส่งผลชิ้นเนื้อตรวจ พบว่าตนเองเป็นโรคมะเร็งร่วมกับค่า PSAสูง แพทย์จึงรักษา ด้วยการตัดอัณฑะตามสิทธิ์การรักษา

ตอนที่แพทย์แจ้งว่าตนเป็นมะเร็งผู้ให้ข้อมูลรู้สึกท้อใจเสีย แต่ก็ได้ทำการอ่านหนังสือเกี่ยวกับโรคมะเร็งต่อมลูกหมากมาบ้างแล้ว จึงทำใจยอมรับ และศึกษาการรักษา อีกทั้งยังได้พูดคุยกับคนที่รักษาโรคเดียวกันที่โรงพยาบาล จึงรู้สึกสู้และรักษาตามแพทย์แนะนำ หลังการรักษาผู้ให้ข้อมูลสามารถปัสสาวะได้เอง ซึ่งผู้ให้ข้อมูลเล่าว่าการใส่สายสวนปัสสาวะเป็นเรื่องที่ทรมาน โดยเฉพาะที่ต้องเปลี่ยนทุกเดือน ดังนั้นตอนนี้จึงรู้สึกดีใจเหมือนขึ้นสวรรค์ที่ได้นำสายสวนออก นอกจากนี้ผู้ให้ข้อมูลเล่าว่าหลังการผ่าตัด ตนรู้ตัวว่าเป็นคนหงุดหงิดง่ายและจะทะเลาะกับภรรยา แต่หลังจากทะเลาะกันก็จะปรับความเข้าใจกันได้ นอกจากนี้ตนไม่มีเพศสัมพันธ์กับภรรยาเนื่องจากไม่มีอารมณ์ทางเพศ ซึ่งภรรยาเข้าใจเพราะภรรยาก็เคยตัดมดลูกและมีบุตรแล้ว จึงรู้สึกว่าการนี้ไม่ใช่เรื่องสำคัญ

ปัจจุบันผู้ให้ข้อมูล,หลักยังคงมีความกังวลหากค่าPSAขึ้นแม้ไม่มีอาการ และอาศัยธรรมชาติในการยอมรับการเจ็บป่วยของตน อีกทั้งตนไม่มีอะไรต้องห่วงแล้วอะไรจะเกิดก็ต้องเกิดอย่างน้อยตนก็โชคดีที่มีสิทธิ์การรักษาไม่ต้องกังวลเรื่องค่าใช้จ่าย และนอกจากนี้ก็พยายามปรับการใช้ชีวิตไม่ให้อาการของตนทรุดลง เช่นเลิกทำงาน และปรับการทานอาหาร เพราะไม่อยากเป็นภาระของบุตรหากตนเกิดเป็นคนติดเตียงขึ้นมา และผู้ให้ข้อมูลรู้สึกว่าเป็นเวรกรรมที่ทำให้ตนเจ็บป่วย เพราะตนสุขภาพแข็งแรงมาตลอด และครอบครัวของตนเป็นกำลังใจที่ดีที่ทำให้ตนสู้กับการรักษา



ภาพที่ 2 ภาพการศึกษาข้อมูลจากหนังสือของผู้ให้ข้อมูล

รหัส ID 10

ชายไทย อายุ 64 ปี

ระยะเวลาในการเจ็บป่วย 7 เดือน

การรักษาที่ได้รับ : การผ่าตัดอัณฑะทั้ง2ข้าง (Bilateral orchiectomy ปี 2563)

ทำการสัมภาษณ์วันที่ 1 กรกฎาคม 2563 เวลา 19.00 – 20.30 น.

สถานที่ในการสัมภาษณ์ : ที่เตียงคนไข้ หอผู้ป่วยศัลยกรรมทางเดินปัสสาวะ โดยเตียงผู้ป่วยอยู่ติดผนัง มีการกั้นม่านเพื่อความเป็นส่วนตัว ขณะทำการสัมภาษณ์ ไม่มีเจ้าหน้าที่หรือพยาบาลอยู่บริเวณที่ทำการสัมภาษณ์ เนื่องจากผู้วิจัยแจ้งขอความร่วมมือไว้

ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน

2เดือนก่อนมาโรงพยาบาล มีอาการปวดท้อง ท้องโต ร่วมกับการท้องผูก ถ่ายเป็นเลือด น้ำหนักลดลง จาก70 เป็น 65 กิโลกรัม ไปโรงพยาบาลชยันต ทำ CT scan พบ enlarge size of prostate gland, พบ mass at subdiaphragmatic space into bilat pelvic side wall and surround aorta, bilat renal, bilat iliac. แพทย์วินิจฉัย R/O retroperitoneal lymphoma with CA prostate เจาะPSA level =100 แพทย์ส่งตัวมารักษาที่โรงพยาบาลราชวิถี ทำ TRUS Biopsy ผลเป็น Adenocarcinoma แพทย์ทำผ่าตัด Bilateral Orchiectomy มกราคม 63 ปัจจุบันรับการรักษาด้วยการให้ยาเคมีบำบัด

สวัสดิการในการรักษา : ประกันสุขภาพถ้วนหน้า(ผู้พิการ)

สถานภาพ : หม้าย มีบุตร1คนปัจจุบันอาศัยอยู่กับบุตรและหลาน

อาชีพปัจจุบัน : ไม่ได้ประกอบอาชีพ ปัจจุบันรับเงินผู้สูงอายุและผู้พิการ และบุตร

สิ่งที่ได้จากการสังเกต

ชายไทยอายุ 64ปี รูปร่างอวบ ช่วยเหลือตนเองได้ ปัสสาวะได้เอง ขณะเข้าไปสร้างสัมพันธภาพผู้ให้ข้อมูลมีสีหน้ายิ้มแย้ม และให้ความร่วมมือในการตอบคำถามเป็นอย่างดี เมื่อพูดถึงประเด็นการเจ็บป่วย ผู้ให้ข้อมูลง่วงและร้องไห้ออกมา ผู้วิจัยจึงเปลี่ยนบทบาทเป็นพยาบาล เงียบละสัมผัสผู้ให้ข้อมูลเพื่อปลอบใจและเปลี่ยนประเด็นสนทนาเป็นผลหลังการรักษาที่ดีขึ้นผู้ให้ข้อมูลจึงมีสีหน้าสดชื่นมากขึ้น และให้ความร่วมมือในการสัมภาษณ์จนจบการสัมภาษณ์

สรุป ID 10

ชายไทย อายุ 64 ปี ประสบการณ์การเจ็บป่วย 7 เดือน เริ่มแรกมีอาการปัสสาวะบ่อย ปัสสาวะไม่สุด ตอนแรกคิดว่าเป็นอาการตามวัยจึงไม่ได้ไปพบแพทย์ ต่อมาเริ่มมีอาการปวด และรุนแรงมากขึ้นร่วมกับอาการถ่ายเป็นเลือด และเบื่ออาหาร อดทนประมาณ 2 เดือน จึงไปโรงพยาบาล แพทย์สงสัยอาการต่อมลูกหมาก ซึ่งผู้ให้ข้อมูลเองก็คิดว่าเป็นอาการปกติทั่วไปของคนวัยตน ต่อมาการรักษาที่โรงพยาบาลราชวิถีจึงทราบว่าตนเองเป็นมะเร็ง ซึ่งไม่ตกใจเพราะตนเองก็คิดว่าโณคนี่ใครไปก็เป็นกัน สามารถรักษาหายได้ จึงอยากรักษา ภายหลังผ่าตัดยังมีปัสสาวะบ่อยอยู่ และยังมีอาการปวดที่รุนแรง

ผู้ให้ข้อมูลเคยทำงานรับจ้างแต่เมื่อเริ่มป่วยไม่มีแรงจึงเลิกทำงานและอยู่บ้าน ซึ่งทำให้ผู้ให้ข้อมูลรู้สึกท้อ และร้องไห้ออกมา .. เมื่อสอบถามผู้ให้ข้อมูลบอกว่ารู้สึกโล่งที่ได้ระบายความรู้สึกของตนและเล่ามันออกมา นอกจากจะเลิกทำงานแล้วผู้ให้ข้อมูลยังลดการออกนอกบ้านเนื่องจากรู้สึกว่าตนไปไหนไม่ไหวแล้ว ร่างกายของตนอ่อนแอลง แต่ผู้ให้ข้อมูลก็รู้สึกว่าจะอย่างน้อยตอนนี้อาการปวดก็ไม่ทรมาณเท่าตอนก่อนการเจ็บป่วยและคิดว่าขอแค่นี้ตนก็เหมือนไม่ได้เจ็บป่วยแล้ว

รหัส ID 11

ชายไทย อายุ 81 ปี

ระยะเวลาในการเจ็บป่วย 6 ปี

การรักษาที่ได้รับ : การผ่าตัดอัณฑะทั้ง2ข้าง (Bilateral orchiectomy ปี 2557)

ทำการสัมภาษณ์วันที่ 4 กรกฎาคม 2563 เวลา 18.20 – 19.30 น.

สถานที่ในการสัมภาษณ์ : ที่เตียงคนไข้ หอผู้ป่วยศัลยกรรมทางเดินปัสสาวะ โดยเตียงผู้ป่วยอยู่ติดผนัง มีการกั้นม่านเพื่อความเป็นส่วนตัว ขณะทำการสัมภาษณ์ ไม่มีเจ้าหน้าที่หรือพยาบาลอยู่บริเวณที่ทำการสัมภาษณ์ เนื่องจากผู้วิจัยแจ้งขอความร่วมมือไว้

ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน

6 ปีก่อนมาโรงพยาบาล มีอาการปัสสาวะขัด ปัสสาวะไม่สุด ไปโรงพยาบาลทำการตัดต่อมลูกหมากออกทั้งหมด มาตรวจติดตามนัดตลอด ต่อมาค่าPSA เริ่มขึ้น แพทย์จึงรักษาด้วยการอัณฑะทั้ง2ข้าง (Bilateral orchiectomy) ปี 2557 ร่วมกับการฉายรังสีรักษา

สวัสดิการในการรักษา : ประกันสุขภาพถ้วนหน้า

สถานภาพ : คู่ มิไม่มีบุตร ปัจจุบันอาศัยอยู่กับภรรยาสองคน มีหลานช่วยดูแล

อาชีพปัจจุบัน : รับจ้างเล็กน้อย ปัจจุบันรับเงินผู้สูงอายุ

สิ่งที่ได้จากการสังเกต

ชายไทยอายุ 69ปี รูปร่างอวบ ช่วยเหลือตนเองได้ เดินโดยใช้ไม้เท้าช่วยเดิน ปัสสาวะได้เอง และยังมีปัสสาวะบ่อยจึงต้องมีการบอกปัสสาวะที่ข้างเตียง ตอนที่ผู้วิจัยเข้าไปสร้างสัมพันธภาพมีสีหน้ายิ้มแย้ม แต่ขณะสัมภาษณ์มีท่าทางเกร็ง และยังไม่กล้าตอบคำถาม แต่เมื่อผ่านไปสักระยะผู้ให้ข้อมูลก็มาทำท่าที่ผ่อนคลายมากขึ้น และให้ความร่วมมือเป็นอย่างดี ตลอดการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลมีสีหน้าที่สดชื่นและให้ความร่วมมือตลอดการสัมภาษณ์เป็นอย่างดี

สรุป ID 11

ชายไทย อายุ 82 ปี ประสบการณ์การเจ็บป่วย 6 ปี เคยเจ็บป่วยด้วยพยาธิที่ปอดและติดเชื้อในกระแสเลือดจึงมาตรวจที่โรงพยาบาลตามนัดตลอด ตอนแรกผู้ให้ข้อมูลเริ่มบ่นกับแพทย์เรื่องอาการปัสสาวะบ่อย และปัสสาวะไม่สุด แพทย์จึงทำการตรวจเลือด ซึ่งผู้ให้ข้อมูลไม่ได้สอบถามสาเหตุคิดแต่เพียงตรวจไปตามที่แพทย์แจ้ง จึงพบว่าตนอาจเป็นมะเร็ง ซึ่งขณะที่แพทย์แจ้งว่าน่าจะเป็นมะเร็ง ผู้ให้ข้อมูลรู้สึกว่าการของตนไม่รุนแรง ยังสามารถใช้ชีวิตได้ตามปกติ หากรักษาน่าจะหายได้ แต่พอรักษา ค่าเลือดเพิ่มขึ้นจึงต้องตัดอัณฑะทำให้ผู้ให้ข้อมูลเริ่มอ่อนเพลียขึ้น และเสื่อมสมรรถภาพทางเพศ แต่เนื่องจากผู้ให้ข้อมูลแต่งงานตอนอายุมากแล้ว และรู้สึกว่าอายุเยอะ จึงคิดว่าเรื่องนี้ไม่สำคัญเท่าไร

ปัจจุบันผู้ให้ข้อมูลเดินโดยใช้ไม้เท้าช่วยเดินเพราะรู้สึกว่าทรงตัวของตนไม่ดี แต่ทำงานรับจ้างเล็กน้อยๆเช่นรับจ้างกวาดบ้าน และรับเงินช่วยเหลือจากหลานที่เลี้ยงดูมา แต่ยังคงดื่มเหล้าและสูบบุหรี่ รวมไปถึงรับประทานอาหารตามที่ตนต้องการเช่นของหมักดอง เนื่องจากกลัวว่าหากตนเสียชีวิตจะทรมาณจากการอยากทานในสิ่งที่ตนไม่ได้ทาน “ไม่อยากตายอดตายอยาก” นอกจากนี้ผู้ให้ข้อมูลคิดว่าตนจะสามารถมีชีวิตได้อีกเพียงแค่2ปี เนื่องจากมีความเชื่อเรื่องร่างทรง และร่างทรงทำนายไว้ว่าตนจะอยู่ไม่เกินอายุ 84 ปี จึงไม่อยากจะตั้งข้อจำกัดการใช้ชีวิตของตน

รหัส ID 12

ชายไทย อายุ 78 ปี

ระยะเวลาในการเจ็บป่วย 3 ปี

การรักษาที่ได้รับ : การผ่าตัดอัณฑะทั้ง2ข้าง (Bilateral orchiectomy ปี 2559)

ทำการสัมภาษณ์วันที่ 5 กรกฎาคม 2563 เวลา 18.50 – 20.00 น.

สถานที่ในการสัมภาษณ์ : ที่เตียงคนไข้ หอผู้ป่วยศัลยกรรมทางเดินปัสสาวะ โดยเตียงผู้ป่วยอยู่ติดผนัง มีการกั้นม่านเพื่อความเป็นส่วนตัว ขณะทำการสัมภาษณ์ ไม่มีเจ้าหน้าที่หรือพยาบาลอยู่บริเวณที่ทำการสัมภาษณ์ เนื่องจากผู้วิจัยแจ้งขอความร่วมมือไว้

ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน

3 ปีก่อนมาโรงพยาบาล มีอาการปัสสาวะขัด ปัสสาวะออกน้อย ไปโรงพยาบาลราชวิถี ใส่สายสวนปัสสาวะและ อัลตราซาวด์ พบว่าต่อมลูกหมากโต ร่วมกับค่าPSA สูง จึงรักษาด้วยการผ่าตัดอัณฑะทั้ง2ข้าง (Bilateral orchiectomy) ปี 2559

สวัสดิการในการรักษา : ประกันสุขภาพถ้วนหน้า

สถานภาพ : คู่ บุตร 1 คน ปัจจุบันอาศัยอยู่กับภรรยาและน้องสาว

อาชีพปัจจุบัน : ไม่ได้ประกอบอาชีพ ปัจจุบันรับเงินผู้สูงอายุ

สิ่งที่ได้จากการสังเกต

ชายไทยอายุ 78 ปี รูปร่างท้วม ช่วยเหลือตนเองได้ ปัสสาวะได้เอง ตอนที่ผู้วิจัยเข้าไปสร้างสัมพันธภาพ มีสีหน้ายิ้มแย้ม ในช่วงแรกของการสัมภาษณ์มีท่าทางเกร็ง แต่เมื่อการสัมภาษณ์ผ่านไปสักระยะผู้ให้ข้อมูลตอบคำถามด้วยความคล่องแคล่ว โดยเฉพาะในประเด็นด้านการมารับการรักษาที่รวดเร็ว เมื่อจบการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลมีสีหน้ายิ้มแย้ม และเป็นกันเอง

สรุป ID012

ชายไทย อายุ 73 ปี ประสบการณ์การเจ็บป่วย 3 ปี เริ่มแรกไปโรงพยาบาลเพื่อรักษาอาการความดันโลหิตสูง และขาบวม เหนื่อย หลังรักษามีอาการปัสสาวะขัด ปัสสาวะออกน้อย ซึ่งผู้ให้ข้อมูลเล่าว่าตนมีอาการมานานแต่มีอาการรุนแรงขึ้นหลังจากการรักษาโรคความดันโลหิตสูง และปัสสาวะเริ่มไม่ออก จึงไปรักษาโรงพยาบาลราชวิถีทันทีโดยไม่รอการส่งตัว เนื่องจากมีญาติเป็นเจ้าหน้าที่ที่นั่นและคิดว่าโรคของตนต้องรักษาด้วยแพทย์เฉพาะทางโดยความรวดเร็ว เมื่อไปโรงพยาบาลแพทย์ทำการอัลตราซาวด์ให้และใส่สายสวนปัสสาวะคาไว้ประมาณ 7 วัน ร่วมกับการเจาะเลือดดูค่า PSA ในตอนแรกตนคิดแต่ว่าเป็นเพียงโรคที่เกี่ยวกับต่อมลูกหมากแต่พอแพทย์แจ้งว่าเป็นโรคมะเร็ง ก็ยังคงคิดว่ามีโอกาสรักษาให้หายได้เนื่องจากตนดูแลภรรยาที่ป่วยเป็นโรคมะเร็งอยู่จึงมีความหวังว่าจะหายได้หากรักษาตามคำแนะนำของแพทย์

ปัจจุบันผู้ให้ข้อมูลหลักรู้สึกว่าการของตนดีขึ้น ขอแค่ปัสสาวะได้คล่องก็เพียงพอเพราะต้องกังวลกับการเข้าห้องน้ำทำให้ตนพักผ่อนไม่พอ และใช้ชีวิตลำบาก และผู้ให้ข้อมูลยังคาดหวังว่าตนจะมีชีวิตอยู่ได้ถึง 100 ปี

รหัส ID 13

ชายไทย อายุ 67 ปี

ระยะเวลาในการเจ็บป่วย 10 เดือน

การรักษาที่ได้รับ : การผ่าตัดอัณฑะทั้ง2ข้าง (Bilateral orchiectomy มกราคม ปี 2553)

ทำการสัมภาษณ์วันที่ 10 กรกฎาคม 2563 เวลา 20.20 – 21.30 น.

สถานที่ในการสัมภาษณ์ : ที่เตียงคนไข้ หอผู้ป่วยศัลยกรรมทางเดินปัสสาวะ โดยเตียงผู้ป่วยอยู่ติดผนัง มีการกั้นม่านเพื่อความเป็นส่วนตัว ขณะทำการสัมภาษณ์ ไม่มีเจ้าหน้าที่หรือพยาบาลอยู่บริเวณที่ทำการสัมภาษณ์ เนื่องจากผู้วิจัยแจ้งขอความร่วมมือไว้

ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน

1 ปีก่อนมาโรงพยาบาลมีอาการปวดหลัง และปัสสาวะบ่อย ปัสสาวะไม่สุด และปวดเวลาปัสสาวะ ไปตรวจสุขภาพที่โรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่งแพทย์สงสัยโรคต่อมลูกหมาก จึงไปรักษาที่โรงพยาบาลตามสิทธิ์ ทำการผ่าตัดต่อมลูกหมากผ่านกล้อง และมาตรวจติดตามนัดตลอด พบว่าค่า PSA สูงขึ้น จึงส่งตัวมารักษาโรงพยาบาลราชวิถี แพทย์ทำการผ่าตัดอัณฑะทั้ง2ข้าง (Bilateral orchiectomy) เดือน มกราคม ปี 2553

สวัสดิการในการรักษา : ประกันสุขภาพถ้วนหน้า

สถานภาพ : คู่ บุตร 4คน ปัจจุบันอาศัยอยู่กับภรรยา และ บุตรคนที่3 และ 4 และหลาน

อาชีพปัจจุบัน : รับจ้างเล็กน้อย ปัจจุบันรับเงินผู้สูงอายุ

สิ่งที่ได้จากการสังเกต

ชายไทยอายุ 67ปี รูปร่างผอม ช่วยเหลือตนเองได้ เดินได้เอง ปัสสาวะได้เองและยังมีปัสสาวะบ่อยจึงมีกระบอกปัสสาวะข้างเตียง ขณะเข้าไปสร้างสัมพันธ์ภาพ ผู้ให้ข้อมูลหลักมีสีหน้ายิ้มแย้ม เมื่อตอนคำถามตอนแรกมีการเกร็งเล็กน้อย แต่เมื่อสัมภาษณ์ไปสักระยะ ผู้ให้ข้อมูลหลักก็พูดคุยและยิ้มแย้ม ทำให้การสัมภาษณ์เป็นไปอย่างราบรื่น

สรุป ID 13

ชายไทย อายุ 67 ปี ประสบการณ์การเจ็บป่วย 10 เดือน ผู้ให้ข้อมูลเล่าว่าตนเองมีอาการปัสสาวะบ่อย ปัสสาวะไม่สุด มาสักระยะ แต่เนื่องจากคิดว่าเป็นอาการทั่วไปจึงไม่ได้ไปตรวจ ต่อมาเริ่มปัสสาวะบ่อยขึ้น ร่วมกับปวดมากขึ้น และมาตรวจสุขภาพประจำปีจึงแจ้งแพทย์ทราบ แพทย์สงสัยโรคต่อมลูกหมากจึงให้มารักษาที่โรงพยาบาลราชวิถี เมื่อมาถึงแพทย์ตัดต่อมลูกหมากและเจาะเลือดดูค่าPSA ซึ่งผู้ให้ข้อมูลหลักเริ่มสงสัยว่าตัวเองเป็นมะเร็ง และทำให้รู้สึกกังวลและสับสน แต่เนื่องจากมีคนแถวบ้านที่ป่วยด้วยโรคมะเร็งชนิดอื่น สามารถรักษาหายได้แม้ให้ยาเคมีบำบัด ผู้ให้ข้อมูลจึงรู้สึกมีความหวังว่าจะหายหากได้รับการรักษาตามคำแนะนำแพทย์ จึงมาตรวจติดตามนัดสม่ำเสมอ และต่อมาค่าเลือด (PSA) เริ่มขึ้นแพทย์แจ้งว่าตนเป็นมะเร็งแต่ไม่บอกระยะ ซึ่งตอนนั้นตนซ้อคเล็กน้อยแต่ทำใจไว้แล้วจึงยอมรับได้

เมื่อมาโรงพยาบาลราชวิถีแพทย์ทำการผ่าตัดอวัยวะทั้ง2 ข้างภายหลังการผ่าตัดผู้ป่วยมีอาการเบื่ออาหารและอ่อนเพลีย ทำให้ไม่ค่อยมีแรง แต่ต่อมาอาการอ่อนเพลียดีขึ้นจึงทำให้สามารถใช้ชีวิตได้ตามปกติ นอกจากนี้ผู้ให้ข้อมูลไม่มีความรู้สึกทางเพศแล้วแต่เนื่องจากตนเองอายุมาแล้วและคิดว่าการรักษาสำคัญกว่าจึงสามารถยอมรับได้และภรรยาเข้าใจ ผู้ให้ข้อมูลค่อนข้างให้ความสำคัญกับค่าเลือด เนื่องจากแพทย์แจ้งว่าค่าเลือดสูงคือโรคร้ายแรง เมื่อตรวจเจอว่าค่าเลือดสูงจะโทษตนเองว่าทำอะไรผิดไปหรือเกิดความผิดพลาดในการตรวจ

ปัจจุบันผู้ให้ข้อมูลสามารถช่วยเหลือตนเองได้จึงคิดว่าโรคของตนเองไม่รุนแรง และได้รับกำลังใจที่ดีจากครอบครัวและการได้พูดคุยกับคนที่ป่วยเหมือนกันทำให้ผู้ให้ข้อมูลสบายใจ

ประวัติผู้เขียน

ชื่อ-สกุล	นางสาวนุชชวพรกุล คุณชมภู
วัน เดือน ปี เกิด	14 เมษายน 2534
สถานที่เกิด	จังหวัดกรุงเทพมหานคร
วุฒิการศึกษา	หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต จากวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพ เมื่อปีการศึกษา 2556



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY