

การดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายในชุมชน Care for Terminal-stage Cancer Patients in Community

สุมานี ศรีกำเนิด * รัชณี นามจันทร์ ** กนกพร นทีธนสมบัติ

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา ใช้วิธีวิจัยเชิงคุณภาพ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา การรับรู้สถานการณ์การเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งระยะสุดท้าย ปัญหาและความต้องการ การดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายตามการรับรู้ของผู้ป่วย ครอบครัวและบุคคลที่เกี่ยวข้องในชุมชน และศึกษาการจัดการการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ของครอบครัวและบุคคลที่เกี่ยวข้องในชุมชน ผู้ให้ข้อมูลเป็นผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย 10 ราย สมาชิกในครอบครัวซึ่งเป็นผู้ดูแลผู้ป่วย 7 ราย และบุคคลที่เกี่ยวข้องในชุมชน 22 ราย พื้นที่ที่ศึกษาคือชุมชนในเขตอำเภอบางคนที จังหวัดสมุทรสงคราม เก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์เจาะลึกและวิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการวิจัยพบว่า ผู้ให้ข้อมูลรับรู้สถานการณ์การเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งระยะสุดท้ายว่า มีแนวโน้มการเกิดโรคมามากขึ้น เกิดได้ทุกระบบ เป็นโรคที่ร้ายแรง เป็นโรคเรื้อรัง และเป็นโรคที่เกิดจากกรรมเก่า ปัญหาและความต้องการการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย มี 5 ประเด็น คือ 1) ปัญหาทางด้านผู้ป่วย ได้แก่ ความทุกข์ทรมานทางกาย มีอาการ/ภาวะแทรกซ้อน ปัญหาทางด้านจิตใจ และปัญหาทางการสื่อสาร 2) ปัญหาทางด้านผู้ดูแล คือ เครียด ไม่มีผู้ดูแลเป็นบางครั้ง และญาติขาดทักษะในการดูแล 3) ปัญหาทางด้านเศรษฐกิจ คือ มีค่าใช้จ่ายสูง ต้องหยุดงาน ขาดรายได้ และมีหนี้สิน 4) ปัญหาทางด้านระบบบริการสุขภาพ ได้แก่ ไม่ได้รับข้อมูล บริการใช้เวลานาน ขั้นตอนยุ่งยากซับซ้อน ไม่มียาแก้ปวดที่แรงพอในสถานีนามัย การส่งต่อมีข้อจำกัด เจ้าหน้าที่ไม่มีเวลา เจ้าหน้าที่ดูแลไม่ทั่วถึง เจ้าหน้าที่ขาดความชำนาญและเจ้าหน้าที่ไม่สนใจ 5) ความต้องการในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย คือ ให้มีแพทย์รักษาโรคมะเร็งอยู่ใกล้ๆ ชุมชน มีเจ้าหน้าที่มาบริการที่บ้าน ขยายขอบเขตการให้ยาแก้ปวด กำลังใจ ข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วย และเงินช่วยเหลือ สำหรับการจัดการการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายในชุมชนแบ่งได้ 3 ระดับคือ 1) ระดับบุคคลและครอบครัว คือ รักษาสุขภาพให้แข็งแรง ดูแล ด้านจิตใจ รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง แสวงหาการรักษาทางเลือกอื่นๆ การจัดการอาการต่างๆ ตามภูมิปัญญาท้องถิ่น 2) ระดับชุมชน คือ สร้างกำลังใจ ช่วยเหลือสนับสนุน และ 3) ระดับสังคม คือ จัดตั้งกองทุนช่วยเหลือ และมีแหล่งให้ยืมอุปกรณ์ทางการแพทย์

คำสำคัญ: ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ปัญหาและความต้องการ การดูแล ชุมชน

ABSTRACT

This descriptive research using qualitative method aimed to describe the perception of patients with terminal-stage cancer, their families, and related people in community on 1) situation of illness with terminal-stage cancer, 2) problems and needs of care for terminal-stage cancer patients, and 3) management of care for terminal-stage cancer patients. Key informants included ten individuals diagnosed with terminal-stage cancer, seven family caregivers and twenty-two stakeholders.

The result revealed that the situation of illness with terminal-stage cancer were viewed as 1) having high incidence, 2) occurrence in all body systems, 3) serious disease, 4) chronic disease and 5) previously karma disease. Problems and needs of care for terminal-stage cancer patients were 1) patient's problems such as physical suffering,

* พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลนากัลย จังหวัดสมุทรสงคราม

** ดร. อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ

having symptoms/complications, psychological problems and communication problems; 2) caregiver's problems such as stress, sometimes no caregiver and have no skill for care; 3) economic problems such as high expense, leave their jobs and loss income, and have a debt; 4) problems of health care system such as out of reach information, long time in service, complicated process, no strong analgesics in primary care unit, limitation of referral system, staffs have no time, uncovered care of staffs, unskillful staffs, and staffs' unconcern; and 5) needs of care for terminal-stage cancer patients were having oncologist near community, having staffs to provide care at home, extended boundary for providing analgesics, will power, information related to the illness, and financial support. Management of care for terminal-stage cancer patients was divided into three levels, 1) personal and family level, such as maintaining physical health, psychological care, continuing treatment, seeking for complementary therapy and symptoms management by local wisdom; 2) community level such as building morale, and supporting; and 3) social level such as establishing financial fund, and providing resources for borrowing medical equipments.

Keywords: terminal-stage cancer patient, problems and needs, care, community

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

มะเร็งระยะสุดท้ายเป็นสถานการณ์การเจ็บป่วยเรื้อรังอย่างหนึ่ง ซึ่งมีผู้ให้ความหมายของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายว่าเป็นผู้ป่วยที่อาการของโรคมะเร็งไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ ผู้ป่วยจะมีอาการต่างๆ ที่บ่งชี้ว่ามีชีวิตอยู่ได้ไม่นาน แต่ไม่สามารถระบุระยะเวลาว่าจะมีชีวิตอยู่นานเท่าใด มีการลุกลามหรือแพร่กระจายของโรคจนไม่สามารถควบคุมอาการได้ การรักษาเป็นเพียงการบรรเทาความเจ็บปวด หรืออาการทุกข์ทรมานของผู้ป่วย และมีการกลับเป็นซ้ำของโรคภายหลังการรักษาและไม่สามารถจะรักษาได้อีก (วรรณิ สิละกุล และนันทยา เอื้อมงคล, 2542)

ในทางระบาดวิทยา องค์การอนามัยโลกได้คาดการณ์ว่า จะมีผู้เสียชีวิตด้วยโรคมะเร็งเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ในปี ค.ศ. 2015 ประมาณ 9 ล้านคนและในปี ค.ศ. 2030 เพิ่มขึ้นเป็น 11.4 ล้านคน (WHO, 2007) สำหรับประเทศไทยนั้น พบว่าตั้งแต่ปี พ.ศ. 2542 เป็นต้นมาพบว่าสาเหตุการตายของมะเร็งทุกชนิดมีอัตราสูงเป็นอันดับหนึ่ง (สถิติสาธารณสุข, 2545; ปฏิทินสาธารณสุข, 2550) จากข้อมูลดังกล่าวแสดงถึงแนวโน้มของการเพิ่มมากขึ้นของผู้ที่ป่วยด้วยโรคมะเร็ง ผู้ป่วยโรคมะเร็งที่มารักษาแล้วไม่หายขาดและการดำเนินโรคพัฒนามาเป็นผู้ป่วยเรื้อรัง คือมะเร็งระยะสุดท้าย โดยทั่วไปผู้ป่วยมะเร็งในประเทศที่กำลังพัฒนาแล้วร้อยละ 80 เป็นผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย (สำนักพัฒนารวิชาการแพทยกรรมการแพทย์, 2547) อย่างไรก็ตามคนไทยใช้โรคมะเร็งของประเทศไทยส่วนใหญ่มาพบแพทย์ในระยะที่เป็นมากแล้ว การรักษาค่อนข้างจะยุ่งยาก ซับซ้อน มีค่าใช้จ่ายสูง และผลการหายจากโรคค่อนข้างต่ำ ซึ่งในผู้ป่วยกลุ่มนี้ในที่สุดส่วนใหญ่ก็จะอยู่ในภาวะที่ควบคุมโรคไม่ได้และจะเข้าสู่ระยะสุดท้ายของโรคมะเร็ง (ชนเดชสินธุเสก, 2549)

เนื่องจากนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขนั้น ระบบบริการไม่สามารถรองรับผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายให้อยู่ในโรงพยาบาลได้ เพราะมีเตียงจำกัด ทำให้ผู้ป่วยกลุ่มนี้มีความจำเป็นต้องถูกจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล และกลับไปดูแลแบบประคับประคองที่บ้านจนถึงวาระสุดท้าย (อุมาภรณ์ ไพศาลสุทธิเดช, 2549)

อำเภอบางคนที เป็นอำเภอหนึ่งในจังหวัดสมุทรสงครามพบว่า มีผู้ป่วยที่มาใช้บริการที่โรงพยาบาลนภลัย ซึ่งเป็นโรงพยาบาลประจำอำเภอบางคนที ในปี พ.ศ. 2551 เสียชีวิตด้วยโรคมะเร็งทุกชนิด 18 รายจากจำนวนผู้ที่เสียชีวิตทั้งหมด 51 ราย คิดเป็นร้อยละ 35.29 ของผู้ที่เสียชีวิตในโรงพยาบาลนภลัยทั้งหมด ซึ่งการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายในชุมชนนี้ พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนมีบทบาทสำคัญมาก จึงควรศึกษาการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายในชุมชนว่ามีวิธีการจัดการการดูแลกันอย่างไร

1. เพื่อศึกษา การรับรู้สถานการณ์การเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งระยะสุดท้ายของผู้ป่วย ครอบครัวและบุคคลที่เกี่ยวข้องในชุมชน
2. เพื่อศึกษาปัญหาและความต้องการการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ตามการรับรู้ของผู้ป่วย ครอบครัว และบุคคลที่เกี่ยวข้องในชุมชน
3. เพื่อศึกษาการจัดการการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายของครอบครัวและบุคคลที่เกี่ยวข้องในชุมชน

วิธีการดำเนินการวิจัย การวิจัยนี้เป็นการศึกษาการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายในชุมชน ผู้ให้ข้อมูลในการศึกษาค้นครั้งนี้ประกอบด้วยผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าป่วยด้วยโรคมะเร็งที่มีการลุกลามหรือแพร่กระจายของโรค การรักษาเป็นแบบประคับประคอง และผู้ที่ได้รับการรักษาอยู่แต่ไม่ตอบสนองต่อการรักษา อยู่ในสภาพที่รู้ตัวและสามารถ

สื่อสารได้ในครั้งแรกที่พบและอยู่ที่บ้าน ซึ่งทราบจากทะเบียนประวัติของผู้ป่วยที่มาขอใบส่งตัวเพื่อไปรับการรักษาต่อที่โรงพยาบาลศูนย์และรับการรักษาที่โรงพยาบาลนภลัย และจากผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายเองแนะนำต่อไป จำนวน 10 ราย เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย จำนวน 7 ราย บุคคลที่เกี่ยวข้องในชุมชนตามผู้ป่วยและครอบครัวอ้างถึงและมีประสบการณ์การให้การช่วยเหลือผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายและครอบครัว ได้แก่ ผู้นำศาสนา คือ บาทหลวง 1 ราย พระสงฆ์ 1 รูป ผู้นำชุมชน คือ เจ้าหน้าที่องค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) 5 ราย อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) 4 ราย เจ้าหน้าที่มูลนิธิจุฬาลงกรณ์ 5 ราย และพยาบาลในหน่วยบริการปฐมภูมิ (เจ้าหน้าที่ PCU) ที่ให้บริการในชุมชนอำเภอบางคนที่ 6 ราย เก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ตามแนวคำถามกว้างๆ ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น สถานที่เก็บข้อมูลผู้วิจัยเลือกเฉพาะเจาะจงในอำเภอบางคนที่ จังหวัดสมุทรสงคราม ซึ่งเป็นอำเภอที่ผู้วิจัยได้ปฏิบัติงานอยู่ โดยการสัมภาษณ์ในชุมชนระหว่างการสัมภาษณ์ได้ทำการบันทึกเสียงซึ่งได้รับอนุญาตจากผู้ให้ข้อมูล ข้อมูลจากการสัมภาษณ์นำมาวิเคราะห์โดยใช้การวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis) เพื่อค้นหาคำหรือข้อความที่มีความหมายคล้ายคลึงกัน จัดหมวดหมู่ของข้อมูล ดูความสัมพันธ์ของข้อมูลและตั้งชื่อหมวดหมู่ข้อมูลที่ได้เป็นประเด็น

ผลการวิจัย

ผลการวิจัยพบว่า ผู้ให้ข้อมูลรับรู้สถานการณ์การเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งระยะสุดท้ายว่า มีแนวโน้มการเกิดโรคมามากขึ้น

ตารางที่ 1 ผลที่ได้จากการวิจัย

การรับรู้เกี่ยวกับสถานการณ์โรคมะเร็งระยะสุดท้ายในชุมชน	ปัญหาและความต้องการการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย	การจัดการการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ของครอบครัวและบุคคลที่เกี่ยวข้องในชุมชน
1 โรคมะเร็งระยะสุดท้ายมีแนวโน้มการเกิดโรคมามากขึ้น 2 โรคมะเร็งระยะสุดท้ายเกิดได้ทุกระบบ 3 โรคมะเร็งระยะสุดท้ายเป็นโรคร้ายแรง 1) เป็นโรคที่หนักแล้ว 2) เป็นโรคที่อยู่ได้ไม่นาน ต้องตาย 3) เป็นโรคที่ทุกข์ทรมานน่าเวทนา 4 โรคมะเร็งระยะสุดท้ายเป็นโรคเรื้อรัง 1) เตี้ยม้วนก็เตี้ยม้วนก็ร้าย 2) มีแต่ทรุดลงกับทรงตัว 3) รักษาไม่หายขาดมีแต่บรรเทา 5 โรคมะเร็งระยะสุดท้ายเป็นโรคที่เกิดจากกรรมเก่า	1 ปัญหาทางด้านผู้ป่วย 1) ความทุกข์ทรมานทางกาย - อาการปวด - อาการเหนื่อย - อ่อนเพลียไม่มีแรง - อาการไข้ - ปัญหาการขับถ่าย - ซาผิ้อ ซาเท้า - กินอาหารไม่ได้ - คอแห้ง 2) มีอาการ/ภาวะแทรกซ้อน - เกร็ดเลือดต่ำ - ชีต - บวม - กระดูกหัก - ติดเชื้อ - การรับรู้เปลี่ยนแปลง 3) ปัญหาทางด้านจิตใจ - เครียด - หดหู่กำลังใจ - ท้อแท้ - กังวล ห่วงใย	1 ระดับบุคคลและครอบครัว 1) รักษาสุขภาพให้แข็งแรง - รับประทานอาหารให้เพียงพอ - งดของแสลง - ออกกำลังกาย - ดูแลความสะอาดร่างกาย - หลีกเลี่ยงการติดเชื้อ - เตรียมร่างกายให้แข็งแรงก่อนให้เคมีบำบัด 2) ดูแลด้านจิตใจ - ปรับความคิด - หาแหล่งยึดเหนี่ยวทางจิตใจ - คลายเครียด

ตารางที่ 1 ผลที่ได้จากการวิจัย (ต่อ)

การรับรู้เกี่ยวกับสถานการณ์โรคมะเร็งระยะสุดท้ายในชุมชน	ปัญหาและความต้องการการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย	การจัดการการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ของครอบครัวและบุคคลที่เกี่ยวข้องในชุมชน
	- หงุดหงิด - สูญเสียภาพลักษณ์ 4) ปัญหาด้านการสื่อสาร 2 ปัญหาทางด้านผู้ดูแล 1) เครียด 2) ไม่มีผู้ดูแลเป็นบางเวลา 3) ญาติขาดทักษะในการดูแล 3 ปัญหาด้านเศรษฐกิจ 1) ค่าใช้จ่ายสูง 2) ต้องหยุดงาน ขาดรายได้ 3) มีหนี้สิน 4 ปัญหาด้านระบบบริการสุขภาพ 1) ไม่ได้รับข้อมูล 2) บริการใช้เวลานาน - ขั้นตอนยุ่งยากซับซ้อน - ไม่มียาแก้ปวดที่แรงพอในสถานีนอนามัย - การส่งต่อมีข้อจำกัด - เจ้าหน้าที่ไม่มีเวลา - เจ้าหน้าที่ดูแลไม่ทั่วถึง - เจ้าหน้าที่ขาดความชำนาญ - เจ้าหน้าที่ไม่สนใจ 5 ความต้องการในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย 1) แพทย์รักษาโรคมะเร็งอยู่ใกล้ ๆ	- ตามใจผู้ป่วย - เตรียมพร้อมเมื่อความตายมาถึง - จัดการกับภาระก่อนตาย 3) รับการรักษาย่างต่อเนื่อง - ไปตรวจตามนัด - รับประทานยาหรือฉีดยาตามแพทย์สั่ง 4) แสวงหาการรักษาทางเลือกอื่น ๆ 5) การจัดการอาการต่างๆ ตามภูมิปัญญาท้องถิ่น 2 ระดับชุมชน 1) สร้างกำลังใจ - เยี่ยมเยียน. - ทำบุญ รับศีล รับพรจากพระ - การรวมกลุ่ม จัดตั้งกลุ่มในชุมชน 2) ช่วยเหลือสนับสนุน - การเดินทาง - ช่วยดูแลผู้ป่วย - เป็นธุระจัดการ - ช่วยเรื่องเงิน 3 ระดับสังคม 1) จัดตั้งกองทุนช่วยเหลือ 2) เบี้ยผู้สูงอายุ 3) กองทุนหมู่บ้าน 4) รัฐบาลช่วยเรื่องค่ารักษา 5) มีแหล่งให้ยืมอุปกรณ์ทางการแพทย์

อภิปรายผลการวิจัย

1. การรับรู้เกี่ยวกับสถานการณ์การเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งระยะสุดท้ายในชุมชน

1.1 โรคมะเร็งระยะสุดท้าย ในชุมชนนั้นมีแนวโน้มการเกิดโรคมามากขึ้น เพราะการรับรู้ของคนในชุมชนมาจากการสื่อสารจากความเจริญที่เข้ามาสู่ชุมชนในด้านต่างๆ เช่น ในเรื่องของการคมนาคม ทำให้ผู้คนในชุมชนสามารถรับรู้ข่าวสารได้มากขึ้น ไปมา

หาสู่กันได้ง่ายขึ้น อีกทั้งจากการที่มีการตรวจวินิจฉัยได้ชัดเจนมากขึ้น นอกจากนี้ ประชาชนมีอายุยืนขึ้น การเสื่อมของเซลล์และการเปลี่ยนแปลงของเซลล์จึงมีโอกาสเกิดมากขึ้น ประกอบกับโรคมะเร็งมักจะเริ่มแสดงอาการเมื่อเซลล์มะเร็งแพร่กระจายไปมากแล้ว (อาคม เขียวศิลป์, 2548) จึงทำให้พบการเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งระยะสุดท้ายเพิ่มมากขึ้น

1.2 โรคมะเร็งระยะสุดท้ายเกิดได้ทุกระบบ คือเป็นที่ใด

ก็ได้ทุกอวัยวะของร่างกาย สอดคล้องกับการที่คนในชุมชนได้รับข้อมูลมาจากการสื่อสาร ข่าวสารที่ผ่านสื่อต่างๆ ร่วมกับประสบการณ์ที่คนในชุมชนได้พบเห็นจริงจากลักษณะการเกิดของโรคเมเร็งนั้น ว่าเกิดขึ้นกับอวัยวะต่างๆ ของร่างกาย

1.3 เป็นโรคที่ร้ายแรง เป็นอันตรายถึงชีวิต ไม่มีโอกาสที่จะรักษาให้หายได้ ต้องตายเท่านั้น เมื่อเจ็บป่วยเป็นโรคนี้แล้วจะมีชีวิตอยู่ได้ไม่นาน อีกทั้งยังสร้างความเจ็บปวดทุกข์ทรมาน ทั้งทางร่างกายและจิตใจแก่ผู้ป่วยและคนใกล้ชิด ทำให้ผู้ป่วยและคนรอบข้างรู้สึกว่าการเมเร็งเป็นโรคที่น่ากลัว ซึ่งสอดคล้องกับ ทิพาพันธ์ สังฆะพงษ์ (2551) ที่กล่าวว่าคนส่วนใหญ่ที่รู้ว่าตัวเองเป็นเมเร็งจะกลัวความเปลี่ยนแปลงที่จะเกิดขึ้นซึ่งเกี่ยวข้องและมีความหมายต่อตัวเขา เช่น กลัวตกงาน กลัวร่างกายถูกตัดอวัยวะออกไป กลัวเจ็บและกลัวตาย

1.4 โรคเมเร็งระยะสุดท้ายเป็นโรคเรื้อรังเนื่องจากโรคไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ การดำเนินชีวิตของผู้ป่วยในระยะนี้ จะต้องไปอยู่ กลัษุ ระหว่างโรงพยาบาลกับบ้านตลอดเพื่อต้องติดตามดูอาการ ต้องรับยาเพื่อควบคุมอาการ ลักษณะอาการแสดงเป็นแบบเดียวกันดีเยี่ยมร้าย ผู้ป่วยบางรายอาการจะทรงตัวและอาการจะเริ่มทรุดลงไปเรื่อยๆ จนกระทั่งเสียชีวิต และเป็นภาวะการเจ็บป่วยที่ยืดเยื้อยาวนานไปตลอดชีวิตไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้แม้บรรเทาสอดคล้องกับ เทวัญ ธาณรัตน์ (2549) ที่ว่าเมเร็งเป็นโรคเรื้อรังที่เป็นปัญหาสำคัญทางด้านสาธารณสุข เป็นโรคที่คุกคามชีวิตมนุษย์เพราะต้องอาศัยการรักษาพยาบาลเป็นระยะเวลายาวนาน และมีผลข้างเคียงของการรักษาที่ค่อนข้างรุนแรง

1.5 โรคเมเร็งระยะสุดท้ายเป็นโรคที่เกิดจากกรรมเก่า ตามความเชื่อของคนในชุมชนโดยเฉพาะผู้ที่นับถือศาสนาพุทธ เชื่อกันว่าผู้ที่เจ็บป่วยด้วยโรคนี้เกิดจากกรรมที่ทำมาจึงส่งผลทำให้เกิดการเจ็บป่วยขึ้นในชาตินี้ สอดคล้องกับ ทิพาพันธ์ สังฆะพงษ์ (2551) ที่กล่าวว่าผู้ป่วยเมเร็งบางคนรู้สึกว่ามีเมเร็งเป็นผลกรรมของบางสิ่งบางอย่างที่เขาเคยทำ หรือบางคนคิดว่าตัวเองทำแต่ความดีไม่เคยทำบาปกรรม ทำไมเมเร็ง จึงเกิดขึ้นกับเขา ครอบครัวจะรู้สึกผิดและแสดงออกโดยการเปลี่ยนท่าทีการปฏิบัติต่อผู้ป่วย เพื่อพยายามจะชดเชยสิ่งที่ผ่านไปในอดีต

2. ปัญหาและความต้องการการดูแลผู้ป่วยเมเร็งระยะสุดท้าย

2.1 ปัญหาทางด้านตัวผู้ป่วยได้แก่ความทุกข์ทรมานกับอาการทางกาย การเกิดภาวะแทรกซ้อนและปัญหาทางด้านจิตใจ อาการต่างๆ ที่สร้างความทุกข์ทรมานให้กับตัวผู้ป่วย คือ อาการเจ็บปวด อาการเหนื่อย อ่อนเพลีย มีไข้ ปัญหาการขับถ่าย ขามือขาเท้า คอแห้ง รับประทานอาหารไม่ได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษา

ของโจน เอ็ม ทีโน พบว่าหนึ่งในสี่ของผู้ป่วยมีอาการรบกวน คือ ความปวดและหายใจลำบาก และยังสอดคล้องกับการศึกษาของ อภิรดี ลดาวัณ (2548) ศึกษาเรื่อง การสำรวจอาการที่พบบ่อยในผู้ป่วยเมเร็งในภาคใต้ ในปี พ.ศ. 2548 อาการที่พบบ่อย 5 อันดับแรกในระหว่างการดำเนินของโรคเมเร็งคือ 1) อาการปวด/ เจ็บ 2) ริมฝีปาก/ คอ/ น้ำลายแห้ง 3) เพลีย/ ไม่มีแรง/ เหนื่อยล้า 4) เบื่ออาหารและ 5) เบื่อหน่าย/ ท้อแท้/ ไม่มีกำลังใจ

ปัญหาทางด้านจิตใจ เพราะการเจ็บป่วยดำเนินมาอย่างเรื้อรัง ระยะเวลาการรักษายาวนาน อาการไม่ดีขึ้นทำให้ผู้ป่วยเกิดความเครียด หงุดหงิด ท้อแท้ หดหู่ใจ กังวลห่วงใย และสูญเสียภาพลักษณ์ ซึ่งใกล้เคียงกับ อุมารณ ไพศาลสุทธิเดช (2548) ที่กล่าวว่าผู้ป่วยเมเร็งที่อยู่ในระยะสุดท้าย มีอาการลุกลามของโรคจนถึงขั้นรักษาไม่หาย และไม่มีแผนการรักษาใดๆ นอกจากการดูแลแบบประคับประคอง ผู้ป่วยกลุ่มนี้มักมีความเครียดสูง วิตกกังวล สับสน เศร้าหมอง ท้อแท้ หดหู่ใจในชีวิต ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองในการทำกิจวัตรประจำวัน และมีความทุกข์ทรมานจากสภาพการเจ็บป่วย

2.2 ปัญหาด้านผู้ดูแล ผู้ดูแลบางรายต้องออกไปประกอบอาชีพทำให้บางช่วงเวลาไม่มีใครดูแล ทำให้เกิดความเครียด ผู้ดูแลบางรายต้องรับภาระหลายด้านทั้งงานนอกบ้านและงานในบ้านจึงทำให้ไม่มีเวลาที่จะดูแลผู้ป่วย สอดคล้องกับผลการศึกษาของ ทิพาพันธ์ สังฆะพงษ์ (2551) ที่พบว่าสมาชิกในครอบครัว ไม่สามารถอยู่กับผู้ป่วยตลอดเวลาได้ เพราะต้องการการผ่อนคลายและพักผ่อนบ้างเป็นบางเวลาเช่นกัน บางครั้งผู้ดูแลไม่พร้อมทั้งทางด้านทักษะและความรู้ในการแก้ปัญหาเฉพาะหน้า ผู้ป่วยและครอบครัวไม่ได้รับการเตรียมความพร้อมก่อนที่จะกลับมาอยู่ที่บ้าน เมื่อผู้ป่วยกลับมาอยู่ในชุมชนโดยที่ไม่ผ่านทางโรงพยาบาลชุมชนและยังไม่ได้รับการเยี่ยมบ้านจากพยาบาลในหน่วยบริการปฐมภูมิทำให้เกิดช่องว่างของการดูแลสุขภาพผู้ป่วยและครอบครัวจากระบบบริการสาธารณสุข ปัญหานี้สามารถแก้ไขได้โดยการติดตามเยี่ยมบ้าน และติดตามผลการส่งตัวไปรักษายังโรงพยาบาลศูนย์รวมทั้งการสร้างระบบการให้คำปรึกษาโดยมีเครือข่ายต่าง ๆ

2.3 ปัญหาทางด้านเศรษฐกิจ เนื่องจากจะต้องมีค่าใช้จ่ายต่างๆ เพิ่มขึ้นทั้งที่เป็นค่าใช้จ่ายในการเดินทาง ไปรักษา และค่าใช้จ่ายของครอบครัวเอง และยังต้องเสียบุคคลที่เป็นผู้หารายได้ไป ถ้าครอบครัวนั้นผู้ป่วยเป็นผู้หาเลี้ยงครอบครัว และยังเป็นต้องมีสมาชิกในครอบครัวคอยดูแลผู้ป่วยจนไม่สามารถออกไปประกอบอาชีพได้ ทำให้ครอบครัวขาดรายได้ บางครอบครัวมีหนี้สิน ซึ่งเป็นปัญหาที่ครอบครัวได้รับ ตรงกับการศึกษาของ วิภา วิสโล (2544) คือ ภาระหนี้ที่ญาติ ผู้ดูแลได้รับคือ สูญเสียทรัพย์สินต้องนำเงินเก็บมาใช้และขาดรายได้

2.4 ปัญหาทางด้านการบริการสุขภาพนั้น ได้แก่ ผู้ป่วยไม่ได้รับข้อมูล บริการล่าช้า ขั้นตอนของระบบบริการยุ่งยากซับซ้อน มีปัญหาในเรื่องการส่งต่อคือ ต้องส่งต่อตามเครือข่ายของโรงพยาบาลต้นสังกัดเท่านั้น ถ้าไม่ใช่โรงพยาบาลในเครือข่ายก็จะต้องเสียค่าใช้จ่ายเอง บางครั้งถ้าผู้ป่วยเริ่มต้นและรับการตรวจรักษาจากโรงพยาบาลที่ไม่ใช่เครือข่ายตามสิทธิของบัตรประกันสุขภาพ และต้องการรักษาต่อกับทางโรงพยาบาลที่เริ่มต้นตรวจรักษานั้น ผู้ป่วยจะต้องรับผิดชอบค่ารักษาเอง ซึ่งค่าใช้จ่ายในการรักษาโรคมะเร็งนั้นค่อนข้างสูงจึงทำให้ผู้ป่วยต้องหยุดการรักษาไปเพราะไม่มีค่ารักษา และถ้าต้องการกลับมารับการรักษาตามระบบการส่งต่อก็ จะทำให้การรักษาไม่ต่อเนื่องเพราะต้องเริ่มต้นตรวจและวินิจฉัยใหม่ บางครั้งผู้ป่วยรักษาตามระบบแต่ก็ไม่ได้รับการส่งต่อ เพราะการส่งต่อนั้นขึ้นอยู่กับดุลยพินิจของแพทย์ผู้ตรวจเบื้องต้น การส่งต่อผู้ป่วยไปรักษายังโรงพยาบาลในระดับทุติยภูมิหรือระดับตติยภูมินั้น จะมีการเรียกเก็บค่ารักษามายังโรงพยาบาลต้นสังกัดที่ผู้ป่วยมีสิทธิอยู่ ทำให้แพทย์ผู้ส่งต่อต้องคำนึงถึงค่าใช้จ่ายส่วนนี้ ปัญหาทางด้านการบริการสุขภาพดังกล่าว จึงเป็นผลจากปัญหาด้านการเงินของระบบการดูแลสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุข (ธนเดช ลินธุเสก, 2549) ซึ่งการจ่ายเงินของระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าจะจ่ายให้โรงพยาบาลตามรหัสโรค และจ่ายให้โรงพยาบาลตามค่าเฉลี่ยต่อหัวของประชากรในแต่ละพื้นที่ที่โรงพยาบาลนั้นๆ รับผิดชอบอยู่

2.5 ความต้องการในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ในชุมชน คือต้องการให้สถานอนามัยเพิ่มขีดความสามารถในการจ่ายยาแก้ปวดแก่ผู้ป่วย ตามแนวนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข หน่วยงานทางราชการต้องดำเนินการจัดยาแก้ปวดให้เพียงพอ และกระจายทั่วถึงในทุกส่วนของประเทศ ยามอร์ฟีนที่จะจัดหาจะต้องมีในทุกรูปแบบที่มีการใช้ในปัจจุบัน เช่น ฉีดเข้ากล้ามเนื้อ เข้าหลอดเลือด ชนิดเม็ด ชนิดน้ำ หรือชนิดแปะติดผิวหนัง ซึ่งนอกจากจะต้องเพียงพอและทั่วถึงแล้ว ทางภาครัฐจะดำเนินการให้ยามีราคาถูกด้วย (ธนเดช ลินธุเสก, 2549) แต่ในความเป็นจริงผู้ป่วยไม่ได้รับยาแก้ปวดตามนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข จากการพูดคุยกับแพทย์ประจำโรงพยาบาลชุมชนถึงสาเหตุของการไม่จ่ายยาแก้ปวดแก่ผู้ป่วย แพทย์ให้เหตุผลหลายประการเช่น กังวลเกี่ยวกับการควบคุมยาอาจทำให้มี การแพร่หลายเข้าไปในชุมชนกลายเป็นยาเสพติดไปเพราะญาติจะเป็นผู้มารับยาแทนทางโรงพยาบาลชุมชนจะไม่นำยาแก้ปวดเข้ามาใช้มากนัก เนื่องจากยาพวกนี้จะหมดอายุเร็ว และผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายที่มีปัญหาอาการปวดรุนแรงจะมีไม่กี่ราย ส่วนใหญ่จะมามีด้วยเรื่องอื่นๆ เสียมากกว่า อาจเกิดอันตรายจากการใช้ยาที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วยญาติผู้ป่วยบางรายก็ปฏิเสธที่จะรับยาแก้ปวดหลังได้รับฟังคำชี้แจง

จากแพทย์ถึงข้อดีข้อเสียของการใช้ยา เพราะกลัวผลกระทบจากการใช้ยาแก้ปวด

3. การจัดการการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายของครอบครัวและบุคคลที่เกี่ยวข้องในชุมชน

3.1 การจัดการการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายในระดับบุคคลและครอบครัว ได้แก่ การรักษาสุขภาพให้แข็งแรง การรับการรักษาอย่างต่อเนื่อง การลดความทุกข์ทรมานตามภูมิปัญญาท้องถิ่น เป็นการดูแลแบบประคับประคอง (สถาพร ลีลำนันทกิจ, 2548) การดูแลแบบประคับประคองเป็นมาตรการที่ใช้สำหรับทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัวในระหว่างช่วงเผชิญหน้ากับปัญหาต่างๆ ที่เกิดร่วมกับการป่วยไข้ที่กำลังคุกคามถึงชีวิตให้ดีขึ้น โดยการป้องกันและช่วยให้การบรรเทาสิ่งที่ก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานทั้งทางด้านร่างกาย จิตสังคม และจิตวิญญาณ (สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ, 2548)

การดูแลด้านจิตใจ สอดคล้องกับ ทศนีย์ ทองประทีป (2549) คือ การปฏิบัติตามความเชื่อ/ศาสนา (religious practice) การเตรียมตัวเพื่อเผชิญความตายนั้นมีความสำคัญต่อบุคคลในทุกวัฒนธรรม ตามความเชื่อของ ชาวพุทธ ต้องการมีสติหรือรู้ตัวก่อนตาย เพื่อจะได้ระลึกถึงคุณความดี/ กุศล หรือสวดมนต์ภาวนาเพื่อให้อจิตสงบ สภาพจิตใจที่ดีงามจะส่งผลให้ชีวิตที่จะไปเกิดใหม่นั้นได้เกิดในภพภูมิที่ดี ผู้ป่วยบางรายอาจปฏิเสธการใช้ยาแก้ปวดที่จะทำให้เกิดสติหรือระดับความรู้สึกตัวเปลี่ยนไป ชาวพุทธ ถือว่าความเจ็บปวดเป็นประสบการณ์ชีวิต ความเจ็บปวดและความทุกข์ทรมานในบางระดับ อาจทำให้เกิดกำลังใจเข้มแข็ง และเตือนสติให้ระลึกถึงคำสอนของศาสนา อาจทำให้บรรลุนิพพานได้ ในทางกลับกันความเจ็บปวดที่รุนแรงจะเป็นอุปสรรคต่อการทำสมาธิหรือการสวดมนต์ได้

การเตรียมตัวญาติให้เตรียมพร้อมรับมือกับความสูญเสียจากการศึกษาพบว่า ญาติส่วนใหญ่มีความพร้อมรับการสูญเสียเนื่องจากญาติได้รับข้อมูลถึงระยะของโรคและรับทราบความเปลี่ยนแปลงของอาการผู้ป่วยตลอดเวลา จึงพร้อมรับความสูญเสียที่เกิดขึ้นได้ ซึ่งสอดคล้องกับหลักการดูแลในเรื่อง การเชื่อมสัมพันธ์ภาพ (Cohesion) ระหว่างผู้ป่วยกับสมาชิกในครอบครัวให้บุคคลเหล่านั้นมาช่วยประคับประคองจิตใจ ลดความกังวลและยังช่วยให้ญาติปรับตัวกับความรู้สึกที่จะต้องสูญเสียบุคคลที่รักไป (Ned H. Casem. 1975 อ้างถึงใน อนุพันธ์ ต้นดวงค์, ผ่องพักตร์ พิชัยพันธ์ และสุชาย สุนทรภา. 2550)

ผลการศึกษาเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายในชุมชนพบว่ามีการใช้ยาสมุนไพร ยาหม้อ ยาต้ม ยาของศรเทพ ศรทอง ซึ่งราคายาไม่สูงมากนัก ตามความเชื่อ ความศรัทธาของคนในชุมชน มีข้อห้ามเกี่ยวกับการรับประทานอาหารที่

เป็นของแสง การจัดการกับปัญหาตามภูมิปัญญาท้องถิ่น และรับบริการจากสถานพยาบาลของแพทย์แผนปัจจุบันร่วมด้วยสะท้อนให้เห็นว่าชุมชนได้ใช้ระบบการดูแลสุขภาพทั้ง 3 ระบบตามแนวคิดของโคลน์แมน คือ 1. ระบบการดูแลสุขภาพของประชาชน (popular sector of health care) ได้แก่การจัดการกับปัญหาตามภูมิปัญญาท้องถิ่น 2. ระบบการดูแลสุขภาพภาคพื้นบ้าน (folk sector of health care) ได้แก่ การใช้ยาสมุนไพร ยาหม้อ ยาต้ม และ 3. ระบบการดูแลสุขภาพภาควิชาชีพ (professional sector of health care) ได้แก่ การรับบริการจากสถานพยาบาลของแพทย์แผนปัจจุบัน (Kleinman, 1980 อ้างถึงใน วาสนิ วิเศษฤทธิ์, 2547) อย่างไรก็ตามผลการศึกษานี้ไม่พบว่าในชุมชนนี้ มีการใช้รักษาทางเลือกอื่นๆ ที่มีรายงานว่าสามารถรักษาโรคมะเร็งได้ เช่น การใช้อาหารรักษามะเร็ง การสวนล้างลำไส้ด้วยกาแฟ การทำสมาธิ การทำโปรแกรมจิตใต้สำนึก การออกกำลังกาย การฝึกชก การอาบแสงตะวัน วารีนบำบัด การใช้วิตามินและเกลือแร่ กดจุดและฝังเข็ม เป็นต้น (ลดาวลัย อุณประเสริฐพงษ์, 2548)

3.2 ในระดับชุมชนมีการสร้างกำลังใจ โดยการไปเยี่ยมเยียนผู้ป่วยที่บ้าน มีการจัดตั้งกลุ่มหรือชมรมผู้สูงอายุที่ช่วยกันกำลังใจ มีการช่วยเหลือสนับสนุน ในเรื่องการเดินทางไปตรวจรักษา ช่วยดูแลผู้ป่วย ช่วยจัดการธุระ บางครั้งมีการช่วยเหลือเรื่องเงินทอง การดูแลในระดับสังคมมีการตั้งกองทุนช่วยเหลือ และให้ยืมอุปกรณ์ทางการแพทย์ การช่วยเหลือสนับสนุนเหล่านี้เป็นสนับสนุนทางสังคม แรงสนับสนุนทางสังคมอาจมาจากบุคคลในครอบครัว เพื่อนบ้าน เจ้าหน้าที่สาธารณสุข หรืออาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (House 1985 อ้างถึงใน สรวงศ์ภักดิ์ ดวงคำสวัสดิ์, 2539) โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ (2550) กล่าวถึงแนวทางการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในชุมชนว่า เจ้าหน้าที่ควรมีการเตรียมพร้อมมีการดูแลหลังจากความตาย มีการกระตุ้นการมีส่วนร่วมจากญาติและเพื่อนบ้าน โดยให้เจ้าหน้าที่เป็นผู้กระตุ้นให้ลูกหลานและญาติเข้ามามีส่วนร่วมในการให้กำลังใจ ดึงศักยภาพชุมชนมาใช้ และประสานงานระหว่างโรงพยาบาลกับญาติผู้ป่วย

3.3 ในระดับสังคมได้ช่วยเหลือสนับสนุนในเรื่องของอุปกรณ์ เครื่องใช้สำหรับผู้ป่วยที่บ้าน ทำให้ผู้ป่วยไม่มีปัญหาเรื่องนี้ในชุมชนอำเภอบางคนที่มีศูนย์ให้ยืมอุปกรณ์เครื่องใช้ ซึ่งได้มาจากการบริจาคของคนในชุมชนที่เคยมีสมาชิกในบ้านใช้อุปกรณ์นั้นๆ แล้วสมาชิกนั้นได้เสียชีวิตไป ญาติจึงนำมาบริจาค และอุปกรณ์เครื่องใช้บางส่วนเป็นอุปกรณ์ที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาล แล้วนำมาซ่อมแซมปรับปรุงให้ใช้งานได้ ธนเดช สิมุสเสก (2549) ได้กล่าวถึงปัญหาเรื่องนี้ว่าการให้ผู้ป่วยกลับบ้านนั้น ควรทำให้ลักษณะของบ้านคล้ายกับโรงพยาบาล เพื่อผู้ป่วยจะได้ยังคงความสะดวกสบายเช่นเดียวกัน

ข้อจำกัดของงานวิจัย

1. ผู้ป่วยบางรายยังไม่รับรู้ว่าตนเองเจ็บป่วยอยู่ในระยะสุดท้าย ดังนั้นผลการวิจัยจึงอาจไม่ใช่การรับรู้ที่แท้จริงได้ เพราะผู้วิจัยไม่สามารถที่จะถามผู้ป่วยตรงๆ ได้ว่าเขารับรู้เกี่ยวกับมะเร็งระยะสุดท้ายอย่างไร

2. ในการสัมภาษณ์ผู้ป่วยมักจะสัมภาษณ์ได้ในช่วงระยะเวลาสั้นๆ บางครั้งสัมภาษณ์ ได้เพียง 1-2 ครั้งผู้ป่วยก็เสียชีวิตแล้ว ทำให้ได้รับข้อมูลยังไม่ครอบคลุม

3. ผู้ป่วยบางรายครั้งแรกที่พบผู้ป่วยสามารถสื่อสารได้ แต่พบกันครั้งที่สองหรือครั้งที่สามผู้ป่วยอยู่ในสภาพที่พูดคุยไม่ได้จากพยาธิสภาพของโรค บางรายระดับความรู้สึกลดลงเปลี่ยนแปลง ทำให้ไม่ได้ข้อมูลที่มาจากความรู้สึกของผู้ป่วยเอง

ข้อเสนอแนะ

1. พยาบาลควรเข้าใจความทุกข์ของผู้ป่วยและครอบครัวว่าจะต้องเผชิญกับปัญหาหลายด้าน การให้ความเห็นอกเห็นใจ เข้าใจเหตุผลและสถานการณ์ พร้อมทั้งให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยและครอบครัวเป็นสิ่งที่สำคัญยิ่ง

2. การเตรียมตัวผู้ดูแล ผู้ดูแลจะต้องได้รับการเตรียมความพร้อมก่อนกลับไปดูแลผู้ป่วยในชุมชน ต้องได้รับการฝึกสอนในเรื่องของการดูแลผู้ป่วย

3. แพทย์และพยาบาลควรมีการเตรียมตัวญาติให้เตรียมพร้อมกับความสูญเสีย มีการบอกญาติให้ทราบถึงรายละเอียดของการเจ็บป่วย โดยมีการประเมินปฏิกิริยาการรับรู้เป็นระยะๆ และคอยๆ บอกให้ญาติรับทราบความเปลี่ยนแปลงของอาการผู้ป่วยตลอดเวลา เพื่อให้ครอบครัวพร้อมรับความสูญเสียที่เกิดขึ้น

4. ต้องมีการดูแลที่ต่อเนื่องจากโรงพยาบาลและชุมชน โดยมีการส่งต่อข้อมูลการดูแลระหว่างโรงพยาบาลและหน่วยบริการปฐมภูมิในการดูแลผู้ป่วยต่อในชุมชน

5. การประสานงานให้ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องได้ร่วมในการดูแล เช่น กลุ่มผู้ป่วยมะเร็งด้วยกัน เพื่อนบ้าน อสม. ผู้นำทางศาสนา กำนันผู้ใหญ่บ้าน อบต. มูลนิธิต่างๆ หน่วยงานภาครัฐและภาคเอกชน เช่นการจัดสวัสดิการต่าง การตั้งกองทุนช่วยเหลือ ผลักดันให้ชุมชนมองเห็นปัญหาและความสำคัญในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย

6. ให้ข้อมูลความรู้และส่งเสริมให้ครอบครัวได้ดูแลผู้ป่วยครบทุกด้าน รวมทั้งการสนับสนุนช่วยเหลือให้กำลังใจ รับฟังปัญหาและอุปสรรคในการจัดการการดูแลของครอบครัวและช่วยหาแนวทางแก้ไขปัญหาร่วมกัน

7. การพัฒนาศักยภาพในการจัดการการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายโดยใช้แหล่งประโยชน์ที่มีในชุมชนมาพัฒนาให้เข้มแข็ง กระบวนการพัฒนาสามารถสร้างตามเงื่อนไขและปัจจัย

ของผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้อง

8. ให้การดูแลทางด้านสุขภาพแก่ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายโดยตรง พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนต้องมีความสามารถในการดูแลโดยใช้องค์ความรู้ทางวิทยาศาสตร์ผสมผสานกับวัฒนธรรมในชุมชน ให้การดูแลโดยเคารพในการตัดสินใจของผู้ป่วยและญาติ โดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางและไม่เกิดปัญหาขัดแย้งกัน

9. การสร้างการเข้าถึงบริการสุขภาพโดยการพัฒนาระบบการจัดการเชิงรุก ระบบส่งต่อ ระบบการดูแลที่บ้านให้มีประสิทธิภาพ โดยจัดการดูแลในลักษณะผสมผสานเป็นองค์รวมทุกมิติทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ จิตวิญญาณ สังคม และเศรษฐกิจ มีการผสมผสานการดูแลทั้งระบบพื้นบ้าน ภูมิปัญญาท้องถิ่น และแพทย์แผนปัจจุบัน

ประเด็นในการท้าวใจครั้งต่อไป

1. ศึกษาการพัฒนากระบวนการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายในชุมชน
2. ศึกษาเปรียบเทียบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในโรคอื่นๆ เช่น โรคเอดส์ โรคไตวายเรื้อรัง
3. ศึกษาแนวทาง การพัฒนาระบบการดูแลต่อเนื่องของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายในชุมชน
4. ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายที่อยู่ในชุมชนเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายที่อยู่วิทยาบาล

เอกสารอ้างอิง

- โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ และคณะ. (2550). วัฒนธรรม ความตาย กับวาระสุดท้ายของชีวิต คู่มือเรียนรู้มิติสังคมของการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย. กรุงเทพมหานคร: บริษัท หนังสือดีวัน จำกัด.
- ทัศนีย์ ทองประทีป. (2549). "การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในมิติจิตวิญญาณ" ในเอกสารประกอบการบรรยายเรื่อง การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในชุมชน ที่ห้องแกรนด์ดาดบอลลูน อาคารธารทิพย์ โรงแรมเจ้าพระยาปาร์ กรุงเทพมหานคร เมื่อวันที่ 14 ธันวาคม 2549.
- ทิพาพันธ์ สังฆะพงษ์. (2551). พูดคุยกับคนไข้มะเร็ง: คุณ(ต้อง)ฟังด้วยใจ. (ออนไลน์) แหล่งที่มา: http://www.thaibmc.org/story_4.htm (7 ตุลาคม 2551)
- เทวัญ ธาณรัตน์. (2549). ทิศทางการใช้การแพทย์ผสมผสานในการดูแลผู้ป่วยมะเร็ง. (ออนไลน์) แหล่งที่มา: <http://www.dtam.moph.go.th/alternative/> (6 ตุลาคม 2551)
- ชนเดช ลินธุเสก. (2549). "มิโนทัศน์การดูแลแบบประคับประคอง" ในเอกสารประกอบการบรรยายเรื่อง การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในชุมชน ที่ห้องแกรนด์ดาดบอลลูน อาคารธารทิพย์ โรงแรมเจ้าพระยาปาร์ กรุงเทพมหานคร เมื่อวันที่ 14 ธันวาคม 2549.
- ลดาวลัย อุ้นประเสริฐพงษ์. (2549). "การผสมผสานการแพทย์ทางเลือกกับการรักษาของแพทย์แผนปัจจุบัน" ในเอกสารประกอบการบรรยายเรื่อง การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในชุมชน. ณ ห้องแกรนด์ดาดบอลลูน อาคารธารทิพย์ โรงแรมเจ้าพระยาปาร์ กรุงเทพมหานคร เมื่อวันที่ 12 ธันวาคม 2549.
- วรรณิ ลีละกุล และนันทยา เอี่ยมมงคล. (2542). การพยาบาลผู้ป่วยโรคมะเร็งบริเวณ อ่างอิงใน วสันต์ สันะสมิต และสมเกียรติ ศรีสุพรรณดิฐ (บรรณาธิการ). ตำรามะเร็งบริเวณวิทยา. กรุงเทพมหานคร : โยลิสติก พับลิชชิ่ง จำกัด.
- วาสนิ วิเศษฤทธิ์. (2547). การดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์ระยะใกล้ตาย ในชุมชนชนบทอีสาน.วิทยานิพนธ์ ปริญญาปรัชญาดุษฎีบัณฑิต ขอนแก่น: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- วิภา วิเลโส. (2544). การให้ความหมายของการเป็นญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็ง และการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในชีวิตเมื่อรับบทบาทเป็นญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็ง. วิทยานิพนธ์ พย.ม. ชลบุรี : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา.
- สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2548). การดูแลรักษาโรคผู้สูงอายุแบบสหสาขาวิชา. กรุงเทพมหานคร : ชุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทยจำกัด.
- สถาพร ลีลำนันทกิจ. (2548). การดูแลผู้ป่วยใกล้ตาย. อ้างถึงใน วันดี โคะกุลและ สิรินทร ฉันทศิริกาญจน (บรรณาธิการ). ตำราเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ. กรุงเทพมหานคร: ชุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทยจำกัด.
- สมาคมอนามัยแห่งประเทศไทย. (2550). ปฏิทินสาธารณสุข พ.ศ. 2550. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์ ห้างหุ้นส่วนสามัญนิติบุคคลสหประชาพานิชย์.
- สรงศักดิ์ ดวงคำสวัสดิ์. (2539). แรงสนับสนุนทางด้านสังคม (Social Support) . [ออนไลน์] แหล่งที่มา : <http://gotoknow.org/blog/benbenblogtheory> (6 ตุลาคม 2551)
- สำนักงานวิชาการแพทย์ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2547). แนวทางเวชปฏิบัติการตรวจติดตามมะเร็งปากมดลูกและการรักษาผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของปากมดลูก. กรุงเทพมหานคร : ชุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทยจำกัด.
- อนุพันธ์ ต้นตึงค์, ผ่องพักร์ พิชัยพันธุ์ และสุชาย สุนทรภา. (2550). การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย. กรุงเทพมหานคร : เอช. ที. พี เพรส จำกัด.
- อภิรดี ลดาวรรษ์ , วงจันทร์ เพชรพิเชฐเชียร และ วันธนี วิรุฬห์พานิช. (ตุลาคม 2548). "การสำรวจอาการที่พบบ่อยในผู้ป่วยมะเร็งในภาคใต้" สงขลานครินทร์เวชสาร 23(2) หน้า285 – 295.
- อาคม เขียรศิลป์. (2548). "Clinical Pharmacology (PHA 421)" ในเอกสารประกอบการบรรยายวิชาพยาธิสรีรวิทยาและเภสัชวิทยา. สมุทรปราการ : หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ.
- อุมาภรณ์ ไพศาลสุทธิเดช. (2549). การดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายที่บ้าน อ้างถึงใน ภัคกร ช่วยคุณูปการ (บรรณาธิการ) 1 รวบรวมองค์ความรู้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย. กรุงเทพมหานคร : สำนักงานกิจการโรงพิมพ์ องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
- World Health Organization. (2007). "Cancer: Number one Killer" Available <http://www.who.int/cancer/en/> (20 April 2007).