

บทที่ 2

การทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายในชุมชน เพื่อนำข้อมูลมาเป็นพื้นฐานในการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ผู้วิจัยศึกษาทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องตามลำดับดังนี้

- 2.1 องค์ความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งระยะสุดท้าย
- 2.2 ปัญหาและความต้องการการดูแลของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย
- 2.3 ระบบการดูแลสุขภาพสำหรับผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย
- 2.4 การดูแลแบบประคับประคอง
- 2.5 ครอบครัว ผู้ดูแล และการดูแลของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย
- 2.6 บริบทอำเภอบางคนที จังหวัดสมุทรสงคราม

2.1 องค์ความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งระยะสุดท้าย

มะเร็งเป็นโรคเรื้อรังชนิดหนึ่งซึ่งเป็นปัญหาสุขภาพของประชากรทั่วโลก เนื่องจากก่อให้เกิดความสูญเสียและความทุกข์ทรมานจากโรคเป็นอย่างมาก โรคมะเร็งมักไม่มีอาการแสดงในระยะเริ่มแรก เมื่อโรคดำเนินเข้าสู่ระยะลุกลามหรือระยะสุดท้ายจึงเกิดอาการและอาการแสดงให้ทราบ ดังจะได้กล่าวถึงรายละเอียดเกี่ยวกับพยาธิสรีรวิทยา อาการและอาการแสดง การวินิจฉัย การรักษา โรคมะเร็ง และโรคมะเร็งระยะสุดท้ายโดยสังเขปดังนี้

2.1.1 พยาธิสรีรวิทยาของมะเร็ง

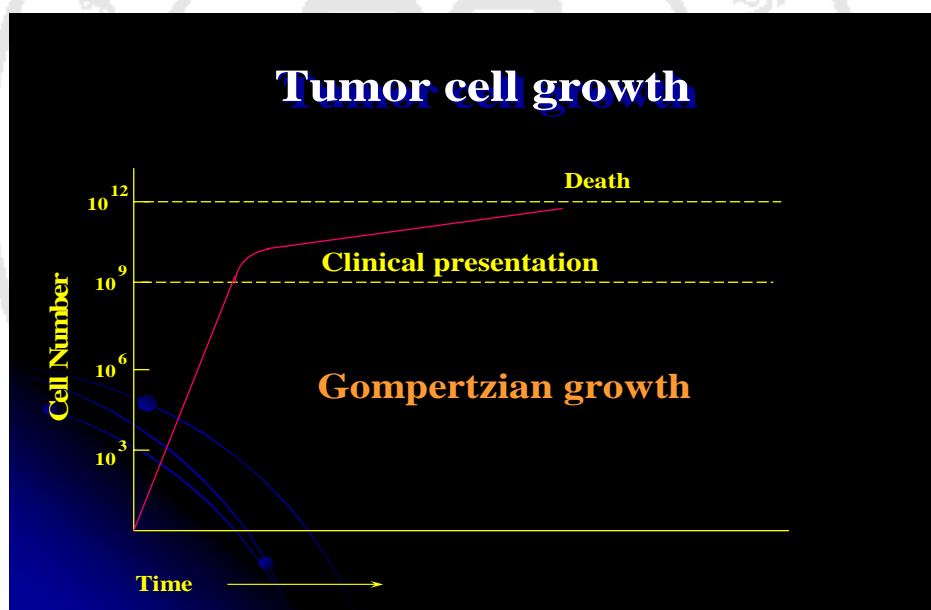
มะเร็งเป็นกลุ่มของโรคที่เกิดเนื่องจากเซลล์ของร่างกายมีการเปลี่ยนแปลง เริ่มต้นจากการเปลี่ยนแปลงในระดับพันธุกรรมที่โครโมโซมทั้งโครงสร้างและจำนวน เกิดความผิดปกติที่ DNA มีการกระตุ้นยีนมะเร็ง (oncogenes) และมีการยับยั้งการทำหน้าที่ของยีนต้านมะเร็ง (tumor suppressor) ซึ่งยีนภายในเซลล์หลายชิ้นตอน คือ ยีนในกลุ่มที่สร้างโปรตีนสื่อสารเรียกว่ายีน ras ยีนนี้จะสร้างโปรตีน ras ซึ่งจะทำงานบนผนังเซลล์เมมเบรน คอยรับสัญญาณจาก growth factor ภายนอกเซลล์ โปรตีน ras จะจับกับ messenger protein แล้วอยู่ในสภาพ active สามารถส่งสัญญาณไปยังเอนไซม์อื่นได้ และสามารถจับกับโปรตีนได้หลายตัว เช่นจับกับ phosphoinositide 3 kinase ซึ่งส่งผลต่อโครงสร้างของเซลล์ โดยปกติเซลล์มะเร็งมีการแบ่งตัวเพิ่มจำนวนเซลล์

มากขึ้นเรื่อย ๆ โดยไม่แสดงอาการออกมา จนกระทั่งจำนวนเซลล์มะเร็งในร่างกายมีมากถึง 10^9 จึงแสดงอาการออกมา (ดังภาพที่ 2.1) ทำให้การตอบสนองต่อการรักษาไม่ดี การดำเนินโรคเข้าสู่ระยะสุดท้ายในที่สุด (อาคม เขียรศิลป์, 2548)

จากพยาธิสภาพดังกล่าว ทำให้เซลล์มีการเจริญเติบโต และมีการแบ่งตัวเพื่อเพิ่มจำนวนเซลล์อย่างรวดเร็ว และมากกว่าปกติ (มธุรส พงษ์ลิขิตมงคล, 2542) จึงทำให้เกิดเป็นก้อนมะเร็งมีการแพร่กระจายและทำลายเนื้อเยื่อของอวัยวะต่าง ๆ มีการแย่งอาหารและออกซิเจนจากเซลล์ปกติ เกิดการเปลี่ยนแปลงทางระบบการเผาผลาญของร่างกาย ทำให้ผู้ป่วยมีอาการและอาการแสดงทางคลินิกออกมา ซึ่งผู้ป่วยส่วนใหญ่จะมาพบแพทย์ก็เมื่อมีอาการลุกลามแล้ว

ภาพที่ 2.1

ความสัมพันธ์ของจำนวนเซลล์มะเร็งกับอาการแสดงของโรคมะเร็ง



ที่มา : อาคม เขียรศิลป์, 2548

2.1.2 อาการและอาการแสดง

ในระยะที่เริ่มแรกจะไม่มีอาการหรืออาการแสดง ผู้ป่วยมักจะมาพบแพทย์ในระยะที่โรคเป็นเฉพาะที่หรือโรคมมีการแพร่กระจาย ซึ่งจะมีอาการแสดงดังนี้

อาการปวดเกิดขึ้นจากเซลล์มะเร็งเจริญเติบโตไปกดเส้นประสาทและเนื้อเยื่อบริเวณรอบและอวัยวะข้างเคียง ทำให้เกิดอาการปวดร่วมกับสูญเสียความรู้สึกของร่างกาย

ซึ่งจากการเสียเลือดส่วนหนึ่งไปหล่อเลี้ยงเซลล์มะเร็งอย่างรวดเร็ว และมีเลือดออกจากเซลล์มะเร็ง มีการยับยั้งการทำงานของ thrombospondin ร่างกายปรับตัวทำให้มีเส้นเลือดมาเลี้ยงบริเวณที่เป็นมะเร็งมากขึ้น เมื่อมะเร็งไปกดทับหลอดเลือดทำให้ผนังหลอดเลือดตาย ฝักขาดหรือทะลุ ทำให้มีเลือดออก

การติดเชื้อและการขาดเลือด เกิดจากเซลล์มะเร็งเจริญเติบโตอย่างรวดเร็ว ต้องการอาหารมาเลี้ยงมากขึ้น แต่มีเลือดมาเลี้ยงตามปกติทำให้เกิดการขาดเลือดมาเลี้ยง ทำให้เกิดการเน่าตายของเนื้อเยื่อ เกิดการติดเชื้อตามมา และเกิดกลิ่นเหม็นจากการเน่าตายของเนื้อเยื่อและการติดเชื้อ นอกจากนี้ มะเร็งยังมีผลทำให้สรีรวิทยาและเมตาโบลิซึมของร่างกายผิดปกติเกือบทุกระบบ โดยที่เซลล์มะเร็งจะปล่อยพิษให้ซึมซาบไปทั่วร่างกาย ทำให้มีอาการอ่อนเพลีย เบื่ออาหาร ชูบซิด และในระยะสุดท้ายจะพอมแห่ง

2.1.3 การวินิจฉัยโรค

การวินิจฉัยโรคมะเร็ง ประกอบด้วย

1. การซักประวัติ ประวัติการเจ็บป่วยทั้งในปัจจุบันและอดีตรวมทั้งการรักษา ประวัติการเป็นมะเร็งของบุคคลในครอบครัว อาชีพ และประวัติการติดของเสพติดทั้งหลาย เช่น สุรา บุหรี่ เป็นต้น
2. การตรวจร่างกาย ทั้งเฉพาะตรงบริเวณที่เป็นมะเร็ง รวมทั้งต่อน้ำเหลืองบริเวณใกล้เคียง และการตรวจร่างกายโดยทั่ว ๆ ไป เพื่อค้นหาหามะเร็งทุติยภูมิโดยวิธีการตรวจธรรมดา การถ่ายภาพรังสี การใช้กล้องส่องตรวจ เป็นต้น
3. การตรวจทางห้องปฏิบัติการ รวมทั้งการตรวจโดยวิธีเซลล์วิทยา เพื่อสนับสนุนการวินิจฉัยมะเร็งปฐมภูมิ และค้นหาหามะเร็งทุติยภูมิ
4. การตรวจด้วยวิธีพิเศษ เช่น การฉีดสารทึบแสงและถ่ายภาพรังสีการตรวจด้วยเครื่องคอมพิวเตอร์
5. การตัดชิ้นเนื้อ รวมทั้งการทำผ่าตัดเพื่อเอาชิ้นเนื้อมาตรวจทางพยาธิวิทยา

การแบ่งระยะของมะเร็ง มีหลายลักษณะทั้งจากการตรวจทางคลินิก การตรวจพบในขณะที่ผ่าตัด จากพยาธิสภาพของชิ้นเนื้อที่ได้จากการผ่าตัด การแบ่งระยะของมะเร็ง เพื่อให้ทราบว่าการดำเนินและการลุกลามของมะเร็งไปมากน้อยอย่างไร ระบบที่นิยมใช้ในการแบ่งระยะคือ ระบบ TNM staging system โดย T ย่อมาจาก tumor แบ่งตามขนาดของก้อน N ย่อมาจาก lymph node หมายถึง การลุกลามของมะเร็งไปต่อมน้ำเหลือง M ย่อมาจาก metastasis หมายถึงการลุกลามแพร่กระจายไปไกลของมะเร็ง โดยทั่วไปแบ่งมะเร็งออกเป็น 4 ระยะ (ปรีชา รอดปรีชา และ ยุพาวรรณ ศรีสวัสดิ์. 2541) คือ

ระยะที่ 1 ระยะที่เซลล์มะเร็งอยู่เฉพาะบริเวณที่กำเนิดภายในอวัยวะหรือเนื้อเยื่อนั้น ยังไม่มีการลุกลาม T_0-T_2, N_0, M_0

ระยะที่ 2 ระยะที่เซลล์มะเร็งลุกลามเข้าสู่เนื้อเยื่อใกล้เคียง T_1-T_3, N_0, M_0

ระยะที่ 3 ระยะที่เซลล์มะเร็งแพร่กระจายสู่ต่อมน้ำเหลือง T_1-T_4, N_1-N_3, M_0

ระยะที่ 4 ระยะที่เซลล์มะเร็งแพร่กระจายสู่อวัยวะอื่น T_1-T_4, N_1-N_3, M_1

การแพร่กระจายของเซลล์มะเร็ง เป็นการแพร่กระจายของเซลล์ไปยังส่วนอื่นของร่างกายที่ห่างไกลออกไป และไปติดกับก้อนมะเร็งเดิม มีได้หลายทางดังนี้ 1) ทางตรง (direct spread) แพร่กระจายและลุกลามโดยตรงไปยังเนื้อเยื่อใกล้เคียง 2) ทางหลอดน้ำเหลือง (lymphatic system) แพร่กระจายจากท่อน้ำเหลืองไปยังต่อมน้ำเหลืองข้าง ๆ ก้อนมะเร็งก่อน แล้วจึงแพร่กระจายไปยังต่อมน้ำเหลืองอื่น ๆ 3) ทางกระแสเลือด (blood system) เซลล์มะเร็งจะแพร่กระจายเข้ากระแสเลือดผ่านหลอดเลือดฝอยหรือหลอดเลือดดำ แล้วไปสู่อวัยวะต่าง ๆ และ 4) ทางช่องต่าง ๆ (cavity spread) เซลล์มะเร็งจะแพร่กระจายตามเยื่อช่องหัวใจ ช่องปอด และช่องท้อง (นรินทร์ วรวิทย์. 2541)

2.1.4 การรักษา

ความมุ่งหมายของการรักษาโรคมะเร็ง มีจุดมุ่งหมายของการรักษา 2 ประการ (วิกิพีเดีย สารานุกรมเสรี. 2550) คือ

1. การรักษาเพื่อมุ่งหวังให้โรคหายขาด การรักษาจะอยู่ในวงจำกัดที่โรคมะเร็งยังอยู่ในระยะเพิ่งเริ่มเป็นเท่านั้น จะต้องอาศัยผู้เชี่ยวชาญ โดยเฉพาะอาศัยเครื่องมือและเทคนิคของการรักษาอย่างละเอียดและแม่นยำ

2. การรักษาเพื่อบรรเทาอาการชั่วคราว สำหรับผู้ป่วยที่อยู่ในระยะที่เป็นมากแล้ว การรักษาไม่ได้มุ่งหวังที่จะทำให้โรคหายขาด แต่เพื่อทำให้ผู้ป่วยสบายขึ้นชั่วคราว หรือทุเลาจากอาการต่าง ๆ เท่านั้นซึ่งอาจจะยืดอายุผู้ป่วยออกไปอีกเล็กน้อย การรักษาแบบนี้มีหลายวิธีแต่ยึดหลักของการรักษาโดยใช้วิธีการ เครื่องมือที่ง่ายและสะดวกที่สุด และใช้เวลาสั้นที่สุด ทั้งนี้เพื่อให้สิ้นเปลืองและเกิดผลแทรกซ้อนจากการรักษา

วิธีการรักษาโรคมะเร็ง ในปัจจุบันมีใช้กันอยู่ 6 วิธี (วิกิพีเดีย สารานุกรมเสรี. 2550) คือ

1. การผ่าตัด เป็นวิธีการรักษาที่ได้ทั้งการมุ่งหวังให้โรคหายขาด ในกรณีที่โรคยังเป็นน้อย และเพื่อเป็นการบรรเทาอาการชั่วคราวในกรณีที่โรคเป็นมากแล้ว วิธีการผ่าตัดอาจจะตัดเอาเฉพาะก้อนมะเร็งออกเท่านั้น หรือเอาต่อมน้ำเหลืองและเนื้อเยื่อที่ติดบริเวณใกล้เคียงออกไปด้วย

2. รังสีรักษา เป็นวิธีการรักษาที่ใช้ได้ทั้งการมุ่งหวังให้โรคหายขาดและเพื่อการบรรเทาอาการชั่วคราว และการรักษาด้วยรังสีเพื่อบรรเทาอาการ จะสะดวกสบายมากกว่าการผ่าตัด

3. การใช้สารเคมีบำบัด การรักษาในรูปของการใช้ยารักษามะเร็งกำลังเป็นที่สนใจและมีบทบาทสำคัญ ในปัจจุบันนี้มีมะเร็งหลายชนิดที่อาจรักษาให้หายขาดด้วยยา แต่ส่วนใหญ่จะใช้เฉพาะในรายที่เป็นมากแล้ว เพื่อเป็นการรักษาเพื่อบรรเทาอาการเท่านั้น การใช้ยารักษามะเร็งอาจจะแบ่งได้ตามวิธีใช้ คือ

3.1 การใช้ยาเฉพาะที่ เช่น ในรูปของการใช้ทา การฉีดเข้าไขสันหลัง

3.2 การใช้ยาให้ซึมซาบทั่วร่างกาย เช่น ในรูปของการใช้รับประทาน การใช้ฉีดยาเข้าหลอดเลือด หรืออาจจะแบ่งตามรูปแบบการรักษา คือใช้เป็นการรักษาหลัก คือใช้ยา (ชนิดเดียวหรือหลายชนิดก็ได้) รักษาเพียงวิธีเดียว และ/หรือใช้ร่วมกับการรักษาวิธีอื่น เพื่อหวังผลการรักษามากขึ้น เช่น การให้ยารักษามะเร็ง ภายหลังจากการผ่าตัด เพื่อหวังในการป้องกันการแพร่กระจาย

4. การใช้การรักษาทั้ง 3 วิธีกล่าวมาแล้วร่วมกัน ในปัจจุบันนี้การรักษาโรคมะเร็งได้ก้าวผ่านการรักษาตามอาการ และการรักษาเพื่อบรรเทาเข้ามาสู่การรักษาเพื่อมุ่งหวังให้โรคหายขาดมากขึ้น แต่เดิมการรักษา มักจะกระทำโดยแพทย์เฉพาะทางฝ่ายเดียว เมื่อการรักษาล้มเหลวจากวิธีใดวิธีหนึ่งแล้ว จึงเปลี่ยนมาเป็นอีกวิธีหนึ่ง ทำให้ผลการรักษาไม่ดีเท่าที่ควร ในปัจจุบันนี้จึงนิยมใช้วิธีการรักษาหลาย ๆ วิธีร่วมกัน โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผลการรักษาดีขึ้น หรือสะดวกขึ้น

5. การรักษาโดยการเสริมภูมิคุ้มกัน โดยอาศัยหลักที่ว่า การกระตุ้นให้ร่างกายสามารถจะค้นหาแอนติเจนจากเซลล์มะเร็งได้ หรือการกระตุ้นให้ร่างกายมีการสร้างภูมิคุ้มกันเพิ่มขึ้นจะโดยทางตรงหรือทางอ้อมก็ตาม และจะให้มะเร็งที่กำลังเป็นอยู่ในบุคคลผู้นั้นมีการฝ่อตัวลง หรือหยุดการเจริญเติบโต หรือโตช้าลง

6. การรักษาทางด้านจิตวิทยา มีความสำคัญและจำเป็นสำหรับผู้ป่วยมะเร็งมาก เพราะว่าเป็นเพียงแต่รู้ว่าตนเองเป็นมะเร็งเท่านั้น ผู้ป่วยก็จะหมดกำลังใจเสียแล้ว ผู้ป่วยมะเร็งในประเทศไทยส่วนใหญ่ก่อนจะมารับการรักษาที่ถูกต้องนั้น มักจะหมดแล้วทั้งกำลังกาย กำลังใจ และกำลังทรัพย์ และโดยเฉพาะในระยะสุดท้ายของโรค นอกจากผู้ป่วยจะมีอาการไม่สบาย เจ็บปวดทางกายแล้วผู้ป่วยยังมีความรู้สึกอ้างว้าง รู้สึกว่าถูกทอดทิ้ง หรือเป็นที่รังเกียจแม้แต่กับญาติสนิท ฉะนั้นการให้การรักษาในด้านจิตวิทยาและการกระทำใด ๆ ก็ตามที่ทำให้ผู้ป่วยมีจิตใจสบายขึ้น ก็จะเป็นประโยชน์แก่ผู้ป่วยเป็นอย่างมาก ผู้ป่วยอาจจะมีชีวิตยืนยาวขึ้นอีกเล็กน้อย โดยมีความสุขพอสมควร แม้ว่าจะจะเป็นความสุข ความพอใจเล็ก ๆ น้อย ๆ ในช่วงสุดท้ายของชีวิตก็ตาม

นอกจากการรักษาดังกล่าวแล้ว ยังมีการรักษาทางเลือกอื่น ๆ อีก ซึ่งเรียกว่า alternative medicine เช่น การใช้อาหารรักษามะเร็ง การสวนล้างลำไส้ด้วยกาแฟ การทำสมาธิ การทำโปรแกรมจิตใต้สำนึก การออกกำลังกาย การฝึกชี่กง การอบแสงตะวัน วารีบำบัด การใช้วิตามินและเกลือแร่ และ การบำบัดอาการอื่น ๆ วิธีการนี้เป็นการใช้ธรรมชาติบำบัดในการรักษา

อาการที่อาจจะเป็นอยู่ เช่น อาการปวด อาจใช้วิธีกดจุด ฝังเข็ม หรือกายภาพบำบัด (ลดาวัลย์ อุ๋นประเสริฐพงษ์, 2548)

2.1.5 โรคมะเร็งระยะสุดท้าย

2.1.5.1 ความหมายของโรคมะเร็งระยะสุดท้าย

ได้มีผู้ให้คำนิยามผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย (terminal stage) (วรรณิ ลิละกุล และ นันทยา เอื้อมงคล, 2542) ว่าหมายถึง

1. ผู้ป่วยที่มีอาการของโรคมะเร็งไม่สามารถรักษาให้หายขาด ผู้ป่วยจะมีอาการต่าง ๆ ที่บ่งชี้ว่ามีชีวิตอยู่ได้ไม่นาน แต่ไม่สามารถจำกัดระยะเวลาว่าจะมีชีวิตอยู่นานเท่าใด
2. ผู้ป่วยที่มีการลุกลามหรือแพร่กระจายของโรคจนไม่สามารถควบคุมอาการได้ การรักษาเป็นเพียงการบรรเทาอาการเจ็บปวด หรืออาการทุกข์ทรมานของผู้ป่วย
3. ผู้ป่วยที่มีการกลับเป็นซ้ำของโรคภายหลังการรักษาและไม่สามารถจะให้การรักษาได้อีก

สำหรับผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายแพทย์อาจจะวินิจฉัยจาก อาการ-อาการแสดงทางคลินิกของโรคมะเร็ง การตรวจทางพยาธิวิทยา หรือเซลล์วิทยา หรือ การตรวจหาระยะของมะเร็ง หรือ อาจจะทำทั้งสามส่วนประกอบกัน ซึ่งผู้ป่วยในระยะนี้ไม่สามารถรักษาให้หายได้ หรือไม่สามารถรับการรักษาแบบ aggressive treatment ได้ เพียงแค่ให้การรักษาแบบประคับประคอง (palliative care) เท่านั้น ส่วนใหญ่ผู้ป่วยจะมีปัญหาทั้งทางร่างกาย(physical problems) ปัญหาทางด้านจิตสังคม จิตวิญญาณ (psycho-social, spiritual problems)

2.1.5.2 ปฏิกริยาตอบสนองของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย

ในทางปฏิบัติเป็นการยากที่จะบอกว่า ผู้ป่วยจะเข้าสู่ระยะสุดท้ายของชีวิตเมื่อใด แต่โดยทั่วไปจะเริ่มเมื่อแพทย์ที่ดูแลมีความเห็นว่า การรักษาโรคมะเร็งโดยตรงได้สิ้นสุดลงหรือหมดหวังไปแล้ว ไม่มีการรักษาที่เฉพาะเจาะจง ผู้ป่วยจะมีความรู้สึกท้อแท้ สิ้นหวัง หวาดกลัว วิตกกังวล ต้องทนต่อความทุกข์ทรมานทั้งทางร่างกายและจิตใจ ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย พบว่าประมาณ ร้อยละ 47 มักมีอาการทางจิตเวช (อานนท์ วิทยานนท์, 2542) โดยแสดงออกด้วยอาการ ซึมเศร้า วิตกกังวล สับสน ปฏิกริยาตอบสนองของผู้ป่วยตาม grieving process (นพพร ทองธรรมชาติ, บังอร คำลี และ อภิญา เพียรพิจารณ์, 2540) มีดังนี้

1. ระยะปฏิเสธและแยกตัว (stage of denial and isolation) ผู้ป่วยบางรายไม่ยอมเชื่อว่าเขาจะตาย และแสดงพฤติกรรมที่แสดงว่าไม่ยอมรับข่าวร้าย เช่น การไม่พูดถึงเรื่องความเจ็บป่วย

2. ระยะโกรธ (stage of anger) ผู้ป่วยจะโกรธโดยไม่มีสาเหตุ ไม่มีเหตุผล ไม่รู้ว่าโกรธอะไร ผู้ป่วยจะมีอาการเกรี้ยวกราด หงุดหงิด เรียกร้องความสนใจ ไม่ยอมร่วมมือในการรักษาพยาบาล

3. ระยะต่อรอง (stage of bargaining) ผู้ป่วยเริ่มยอมรับความจริงได้ว่าตนเป็นโรคที่รักษาไม่ได้จะต้องตาย ผู้ป่วยอาจจะขอให้แพทย์หาวิธีการรักษา ทั้งวิธีเก่าและวิธีใหม่เพื่อยืดเวลาการตายของเขาและเธอออกไป เพื่อพบหรืออยู่กับบุคคลที่เขารักและกังวลถึง หรือเพื่อปฏิบัติภารกิจที่ยังทำไม่สำเร็จ

4. ระยะซึมเศร้า (stage of depression) ภาวะซึมเศร้าอาจเกิดเนื่องจากสภาพร่างกายของผู้ป่วยทรุดลงมากมีอาการไม่สุขสบายต่าง ๆ ทำให้ผู้ป่วยตระหนักได้ว่าเขาจะต้องตายในไม่ช้า ทำให้รู้สึกหวาดกลัวการสูญเสีย ผู้ป่วยมักจะนอนซึมเฉย ๆ ไม่พูด อาจพบผู้ป่วยนอนร้องให้อยู่คนเดียว

5. ระยะยอมรับความจริง (stage of acceptance) เป็นระยะสุดท้ายที่ผู้ป่วยยอมรับความจริงว่าความตายหลีกเลี่ยงไม่ได้ ผู้ป่วยสามารถพูดถึงความตายได้อย่างสงบ สามารถวางแผนการของชีวิตต่อไปได้ เช่น เขียนพินัยกรรม แบ่งมรดก แบ่งหน้าที่ในธุรกิจ สำหรับผู้ที่มีความศรัทธาแรงกล้าในศาสนาที่ตนเองนับถือ ก็จะเข้าใจถึงคำอธิบายตามความเชื่อในศาสนา นั้น ๆ และจะยอมรับอย่างสงบ

2.1.5.3 อาการของโรคมะเร็งระยะสุดท้าย

โรคมะเร็งในระยะนี้ไม่สามารถควบคุมการเจริญเติบโตและการแพร่กระจายของเซลล์ที่ผิดปกติได้ ทำให้มีการรุกรานและทำลายเนื้อเยื่อของอวัยวะต่าง ๆ ในร่างกาย ส่งผลกระทบต่อการทำงานที่ในระบบต่าง ๆ ของร่างกาย ผู้ป่วยมักจะมีอาการหายใจเหนื่อย เจ็บปวด เบื่ออาหาร รับประทานอาหารได้น้อยลง จะคั่งมีน้ำน้อยลง ผู้ป่วยจะเกิดอาการริมฝีปากแห้ง คอแห้ง จากการที่ร่างกายเสื่อมสภาพลง การรับสัมผัสและการสื่อสารประสาทจึงลดลง การไหลเวียนเลือดส่วนปลายน้อยลง ทำให้ผิวหนังแขนขามีลักษณะเป็นจ้ำ ๆ สีออกม่วงแดง ผู้ป่วยหลายรายอาจมีอาการเพื่อประสาทหลอน เห็นผี เห็นภาพเก่า ๆ เห็นญาติที่เสียชีวิตไปแล้ว เห็นความผิดบาปในอดีตซึ่งอาจเกิดจากผลข้างเคียงของยา หรือจากความผิดปกติในการทำงานของสารสื่อประสาทในสมอง (ดาร์รงค์ แวอาลี. 2549) จากรายงานของ St. christopher's Hospice ในสหราชอาณาจักร ได้รายงานถึงอาการที่พบในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายที่รับไว้ดูแลจำนวน 722 ราย มีอาการก่อให้เกิดความทุกข์ที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยโรคมะเร็ง 4 อันดับแรกคือ อาการหมดเรี่ยวแรง พบร้อยละ 91 อาการเบื่ออาหาร พบร้อยละ 76 อาการปวด พบร้อยละ 62 และอาการหายใจลำบากพบร้อยละ 51

(สถาพร ลีถำนทกิจ. 2548) อาการต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น ทำให้ผู้ป่วยต้องเผชิญกับความทุกข์ทรมานตลอดระยะเวลาการดำเนินของโรคมะเร็ง

2.1.5.4 การรักษาโรคมะเร็งระยะสุดท้าย

เมื่อการดำเนินโรคลุกลามเข้าสู่ระยะสุดท้าย การรักษาในระยะนี้เป็นการรักษาเพื่อควบคุมอาการ มิได้มุ่งหวังที่จะทำให้โรคหายขาด แต่เพื่อให้ผู้ป่วยสบายขึ้นชั่วคราวหรือทุเลาจากอาการต่าง ๆ เท่านั้น ซึ่งอาจจะยืดอายุผู้ป่วยออกไปอีกเล็กน้อย การรักษาแบบนี้มีหลายวิธี แต่ยึดหลักของการรักษาโดยใช้ เครื่องมือที่ง่ายและสะดวกที่สุด และใช้เวลาสั้นที่สุด ทั้งนี้เพื่อมิให้สิ้นเปลืองและเกิดผลแทรกซ้อนจากการรักษา แพทย์โดยทั่วไปมักจะพิจารณาให้การดูแลแบบประคับประคองเมื่อผู้ป่วยใกล้จะเสียชีวิต (สถาพร ลีถำนทกิจ. 2548)

สรุป องค์ความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งทำให้เข้าใจถึงการดำเนินโรคตั้งแต่ระยะเริ่มต้นจนถึงระยะสุดท้าย ทราบถึงความแตกต่างของมะเร็งทั่วไปและมะเร็งระยะสุดท้าย และช่วยให้ผู้วิจัยมีแนวทางในการค้นหาผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายและเข้าใจสภาพจิตใจ อารมณ์ของผู้ป่วยสามารถใช้เป็นข้อมูลเพื่อเข้าถึงผู้ป่วยและค้นหาความรู้สึกที่แท้จริงของผู้ป่วยตามสถานการณ์ และศึกษาถึงปัญหาและวิธีการจัดการกับปัญหาของผู้ป่วยและครอบครัวได้

2.2 ปัญหาและความต้องการการดูแลของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย

ภาวะการเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งระยะสุดท้ายนั้นส่งผลกระทบต่อมากมาย เพราะโรคมะเร็งเป็นกลุ่มโรคเรื้อรัง มีการดำเนินของโรคยาวนาน มีอาการต่าง ๆ ที่ก่อให้เกิดความทุกข์ทรมาน ความไม่สบาย ปัญหาและความต้องการการดูแลของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายจึงมีทั้งด้านร่างกาย จิตใจ จิตสังคม และจิตวิญญาณ

2.2.1 ปัญหาของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย

ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายมักจะต้องเผชิญกับอาการที่ก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานทางกายและความทุกข์ทางใจ อุมารณณ์ ไพศาลสุทธิเดช (2549) ได้สรุปปัญหาผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายไว้ 4 ประการ คือ 1) ปัญหาทางด้านร่างกาย 2) ปัญหาทางด้านจิตสังคม จิตวิญญาณ 3) ปัญหาทางด้านความพร้อมในการดูแลตนเอง และ 4) ปัญหาด้านเศรษฐกิจ

2.2.1.1 ปัญหาทางด้านร่างกาย

พบว่า อาการทางด้านร่างกายที่เกิดจากการเปลี่ยนแปลงทางด้านพยาธิสรีระก่อให้เกิดความทุกข์ที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้าย อภิรดี ลดาวรรษ และคณะ (2548) ได้

ทำการศึกษาเรื่อง การสำรวจอาการที่พบบ่อยในผู้ป่วยมะเร็งในภาคใต้ในปี พ.ศ. 2548 โดยการสำรวจจากการตอบแบบสอบถามพบว่าอาการที่พบบ่อย 5 อันดับแรกในระหว่างการดำเนินของโรคมะเร็งคือ 1) อาการปวด/เจ็บ 2) ริมฝีปาก/คอ/ น้ำลายแห้ง 3) เพลีย/ ไม่มีแรง/ เหนื่อยล้า 4) เบื่ออาหาร และ 5) เบื่อหน่าย/ ท้อแท้/ ไม่มีกำลังใจ

จุดสำคัญที่เกี่ยวกับอาการในระยะสุดท้ายและในวันใกล้สุดท้ายของชีวิตของผู้ป่วยที่รวบรวมไว้ พบว่าผู้ป่วยโรคมะเร็งโดยมากมีอาการที่ก่อให้เกิดความทุกข์ พร้อมกันหลายอาการ อาการที่พบโดยมากเป็นอาการที่รุนแรงและก่อให้เกิดความทุกข์ทรมาน กลุ่มอาการที่เกิดขึ้นบอกถึงความหลากหลายของสาเหตุ ตั้งแต่ชนิดของโรคมะเร็งที่ป่วยรวมถึงบริเวณของร่างกายที่เชื้อมะเร็งเข้าไปซ่องแหวะ ตัวอย่างเช่น อาการหายใจลำบากพบได้เสมอในผู้ป่วยมะเร็งปอด อาการคลื่นไส้และอาเจียนพบได้มากในผู้ป่วยโรคมะเร็งหลอดอาหาร กระเพาะอาหารลำไส้ และบริเวณอวัยวะสืบพันธุ์สตรี อาการคลื่นลำบากพบได้มากในผู้ป่วยโรคมะเร็งบริเวณศีรษะ ลำคอ และหลอดอาหาร ความปวดพบได้มากในรายที่มีการกระจายของเชื้อมะเร็งมาที่กระดูก โดยจากโรคมะเร็งชนิดใดก็ได้ หรือจากมะเร็งของกระดูกโดยตรง หรือมีสาเหตุมาจากมะเร็งต้นเหตุ เช่น ปอด อวัยวะสืบพันธุ์สตรี และมะเร็งต่อมลูกหมาก เป็นต้น

อาการที่เป็นอยู่บางอาการก็ทรุดลง หรือเคยเป็นและหายดีแล้วอาจกลับมาเป็นอีก รวมถึงการมีอาการชนิดใหม่เกิดขึ้น เมื่อโรคมะเร็งลุกลามมากขึ้น เช่น จากรายงานการศึกษาถึงความปวดในผู้ป่วยโรคมะเร็งรายงานหนึ่งพบว่า มีผู้ป่วยร้อยละ 22 มีความปวดรุนแรงขึ้นหลังจากที่เคยควบคุมได้ หรือผู้ป่วยมากกว่าร้อยละ 30 เกิดมีความปวดในบริเวณใหม่ของร่างกายในช่วงระยะ 48 ชั่วโมงสุดท้ายของชีวิต (สถาพร ลีลานั้นทกิจ, 2548)

อาการปวดเป็นปัญหาที่ทำให้ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายได้รับความทุกข์ทรมานมาก สมพร ชินโนรส, พรจันทร์ สัยละมัย และสถาพร ลีลานั้นทกิจ(2541) ได้ศึกษาเกี่ยวกับความปวดในผู้ป่วยมะเร็งพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความปวด จำนวนตำแหน่งที่ปวดพบมากที่สุดตั้งแต่ 1 ตำแหน่ง จนถึงทั้งตัว จนไม่สามารถระบุได้ว่าตำแหน่งใด ลักษณะความปวดที่พบมากที่สุดคือ ปวดจี้ด รูปแบบความปวดที่พบมากที่สุดคือ ปวดไม่สม่ำเสมอ ความปวดรบกวนการดำเนินชีวิตโดยรวมในระดับมาก (Teno et. Al. 2004, สมพร ชินโนรส และคณะ. 2541)

2.2.1.2 ปัญหาทางด้านจิตสังคม จิตวิญญาณ

พบว่าผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายมักมีอาการณ์แปรปรวน จิตใจว้าวุ่น หวาดกลัว กลัวถูกทอดทิ้ง กลัวหายใจไม่ออก กลัวหลับไม่ตื่น กลัวการตายและผลของความตาย กลัวการพลัดพรากจากคนที่รัก มีความผูกพันห่วงใยในทรัพย์สินสมบัติ ฯลฯ (อุมาภรณ์ ไพศาลสุทธิเดช. 2549)

2.2.1.3 ปัญหาทางด้านความพร้อมใจในการดูแลตนเอง

เนื่องจากสภาพความเจ็บป่วยของผู้ป่วย ทำให้การดูแลช่วยเหลือตนเองทำได้น้อยหรือไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ เกิดผลกระทบทำให้ผู้ป่วย เกิดความเครียด ความวิตกกังวล กลัวเป็นภาระต่อครอบครัว สูญเสียความมีคุณค่าในตนเอง (อุมาภรณ์ ไพศาลสุทธิเดช. 2549) สิริมาศ ปิยะวัฒน์พงษ์ (2548) ได้กล่าวถึงคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายในระยะที่สามารถพึ่งตนเองได้คือ สามารถดำรงไว้ซึ่งการดำเนินชีวิตให้เหมือนปกติเท่าที่จะเป็นไปได้และในระยะที่ต้องพึ่งพาผู้อื่นคือสามารถควบคุมอาการได้และมีความสามารถด้านปัญญาและต้องการได้รับการดูแลจากผู้ใกล้ชิดด้วยความจริงใจ ไม่มีเงื่อนไข

2.2.1.4 ปัญหาด้านเศรษฐกิจ

ผู้ป่วยไม่สามารถประกอบอาชีพได้ เนื่องจากความเจ็บป่วยทำให้สูญเสียรายได้ และยังต้องเพิ่มรายจ่ายในการรักษาพยาบาลและค่าใช้จ่ายในแต่ละวัน นอกจากนี้ถ้าผู้ป่วยมีภาระที่ต้องรับผิดชอบค่าใช้จ่ายบุตรและสมาชิกภายในครอบครัว จนมีผลกระทบต่อผู้ป่วยและครอบครัวทั้งทางตรงและทางอ้อม (อุมาภรณ์ ไพศาลสุทธิเดช. 2549)

2.2.2 ความต้องการการดูแลของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย

ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งในระยะสุดท้ายนั้น ดูเสมือนว่าความตายจะอยู่ไม่ห่างไกลเท่าไรนัก แม้ว่าจะไม่มีใครบอกได้แน่นอนว่าเมื่อไรผู้ป่วยจะถึงแก่ความตาย แต่ก็พอจะสังเกตได้ว่า ระยะนี้การดำเนินของโรคจะเร็วกว่าปกติ ไม่ตอบสนองต่อการรักษาในทุก ๆ อย่างที่ได้รับ และสุขภาพโดยรวมเสื่อมลงอย่างรวดเร็ว มีการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านสภาพร่างกายทั่วไป การทำงานของอวัยวะต่าง ๆ และสภาพจิตใจ มีการศึกษาความคิดและความรู้สึกของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายขณะอยู่ในโรงพยาบาล พบว่า สิ่ง que ผู้ป่วยต้องการหลัก ๆ มี 4 ประการ คือ การควบคุมความปวด การดำเนินชีวิตแบบปกติ การมีความหวังว่าสภาพร่างกายจะดีขึ้น และการมีครอบครัวอยู่ใกล้ชิด (Tanaka et al. 1999) ผู้ป่วยและครอบครัวอาจคำนึงหรือพูดถึงความตายเพิ่มขึ้น (ปริยา รอดปรีชาและยุพาวรรณ ศรีสวัสดิ์. 2541)

แม้ว่าคนส่วนใหญ่มีความเข้าใจว่าความตายคือธรรมชาติของชีวิตไม่มีใครหนีพ้น แต่ทุกคนมักปฏิเสธความตาย และคิดอย่างเข้าข้างตนเองว่า ความตายเป็นเรื่องที่อยู่ไกลตัว ในคนที่เชื่อว่ายังมีชีวิตเบื้องหลังความตายอาจมีการเตรียมตัวล่วงหน้า จึงอาจมีความกลัวน้อยกว่าคนที่ไม่เชื่อเรื่องชีวิตหลังความตาย คนส่วนใหญ่มองว่าการตายทำให้พลัดพรากจากสิ่งที่รักและผูกพัน จึงพยายามแสวงหาวิธีการที่หลากหลายเพื่อช่วยให้มีความหวังว่าจะมีชีวิตยืนยาวออกไป

ผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ใกล้จะเสียชีวิตจึงมีอารมณ์ที่เปลี่ยนแปลงง่าย พฤติกรรมก่อนตายในแต่ละคน นั้นแตกต่างกันขึ้นอยู่กับอายุ สภาพร่างกายขณะเจ็บป่วย ระดับความรู้สึกตัว ความสามารถในการคิด อารมณ์ การเผชิญปัญหา แหล่งสนับสนุนทางด้านจิตใจ ศาสนา และความเชื่อ (ทัศนีย์ ทองประทีป, 2549)

ผู้ป่วยระยะสุดท้ายนอกจากจะมีความต้องการทางด้านร่างกายแล้ว ยังมีความต้องการในส่วนที่เป็นนามธรรม คือ จิตใจ/อารมณ์ และจิตวิญญาณ ในทางปฏิบัติแล้วความต้องการทางด้านจิตวิญญาณแยกต่างหากกับความต้องการทางด้านจิตใจ เพราะความต้องการดังกล่าว แสดงออกด้วยอารมณ์และพฤติกรรมเช่นเดียวกัน การพยาบาลด้านจิตวิญญาณจึงไม่สามารถแยกออกจากการพยาบาลด้านอื่น ๆ ได้ เพราะจะปฏิบัติพร้อมกับการดูแลผู้ป่วยด้านร่างกาย ด้านจิตใจและด้านสังคม เป้าหมายสำคัญในการพยาบาลด้านจิตวิญญาณแก่ผู้ป่วยระยะสุดท้ายนั้น คือเพื่อให้ผู้ป่วยมีความสุขสงบ ยอมรับการตายได้ มีโอกาสบอกลาหรืออโหสิกรรมแก่ญาติมิตร และได้ประกอบพิธีกรรมหรือปฏิบัติตามหลักศาสนาที่ตนเองนับถือ ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยมีกำลังใจ และมีความหวังว่าจะได้ไปเกิดในสุคติภูมิ หรือไปสู่แดนของพระเจ้า(ทัศนีย์ ทองประทีป, 2549)

ทัศนีย์ ทองประทีป (2549) ได้สรุปความต้องการทางด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยระยะสุดท้ายไว้ 5 ประเด็นคือ

1. ความรักและความผูกพัน (love and connectedness) ความรักที่ยิ่งใหญ่ที่สุด คือ การรักตนเอง การจะเข้าใจจิตวิญญาณคนอื่นได้จะต้องเข้าใจว่าบุคคลนั้นมีความรัก ยอมรับ และให้คุณค่าแก่ตนเอง ความรู้สึกดังกล่าวจะช่วยให้บุคคลพึ่งตนเอง มีความพยายามที่จะดิ้นรนต่อสู้เพื่อให้ความเป็นตัวตนดำรงอยู่ เมื่อมีการเจ็บป่วย ความรักจะช่วยให้บุคคลได้สติ คิดได้ว่าจะเยียวยาตนเองอย่างไร

2. การค้นหาความหมายของชีวิตและการเจ็บป่วย (meaning of life and illness) ทุกคนต้องการมีความหมายหรืออยู่อย่างมีคุณค่าต่อบุคคลที่ตนรัก หรือทำประโยชน์ให้ตนเองและสังคมที่ตนดำรงอยู่ ความเชื่ออาทร ความรักและความผูกพันของบุคคลในครอบครัวหรือมิตรสหาย เป็นกำลังใจสำคัญในการดำเนินชีวิต โดยเฉพาะในยามเจ็บป่วยของบุคคล การเจ็บป่วยด้วยโรคร้ายแรงและรักษาไม่หาย โดยเฉพาะโรคมะเร็งระยะสุดท้าย อวัยวะสำคัญในร่างกายทำงานล้มเหลว ล้วนเป็นวิกฤติที่ต้องอาศัยความเข้มแข็งของจิตใจ และความต้องการความรักและกำลังใจจากคนรักและญาติมิตร เพื่อให้สามารถฟันฝ่าความทุกข์ทรมานนี้และตายอย่างสงบ สมศักดิ์ศรีแห่งการเป็นมนุษย์ ผู้ป่วยที่มีจิตวิญญาณที่เข้มแข็ง สนใจศาสนา หรือมีปรัชญาในการดำเนินชีวิต จึงมักใช้วิกฤตินี้เพื่อค้นหาความหมายของชีวิตและการเจ็บป่วย และค้นหาคำตอบว่าจะใช้เวลาที่เหลือของชีวิตนี้อย่างไรจึงจะมีความหมายมากที่สุด

3. การขอโทษหรือการให้อภัย (forgiveness) บุคคลเมื่อเกิดการเจ็บป่วยและอยู่ในระยะสุดท้ายมักมีอาการอ่อนเพลียง่าย มีกิจกรรมได้อย่างจำกัดหรือถูกจำกัดการเคลื่อนไหวจากการรักษา จึงทำให้มีเวลากับตนเองมากขึ้นในการพิจารณาประสบการณ์ชีวิตที่ผ่านมา ทั้งเรื่องราวที่เป็นความสุขและความทุกข์ ความผิดพลาดที่เป็นความขัดแย้งระหว่างบุคคลและยังคงเก็บไว้ในความทรงจำโดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้ป่วยที่คิดว่าตนเองไม่มีโอกาสจะได้แก้ตัวหรือทำความดีชดเชย เพราะเวลาในชีวิตเหลือน้อยเต็มที่จะทำให้มีความทุกข์หรือขมขื่นจิตใจได้มาก การทบทวนความทรงจำในอดีต การยกโทษ การขอโทษล้วนมีความหมายต่อจิตวิญญาณของผู้กำลังเสียชีวิต ในวัฒนธรรมไทยจะใช้คำว่าให้อภัยหรือขอโทษหรืออโหสิกรรมต่อกัน

4. การปฏิบัติตามความเชื่อ/ศาสนา (religious practice) การเตรียมตัวเพื่อเผชิญความตายนั้นมีความสำคัญต่อบุคคลในทุกวัฒนธรรม ตามความเชื่อของชาวพุทธต้องการมีสติหรือรู้ตัวก่อนตายเพื่อจะได้รำลึกถึงคุณความดี สิ่งที่เป็นกุศล หรือสวคมนต์ภาวนาเพื่อให้จิตสงบสภาพจิตใจที่ดีงามจะส่งผลให้ชีวิตที่จะไปเกิดใหม่ในภพภูมิที่ดี ผู้ป่วยบางรายอาจปฏิเสธการใส่ยาแก้ปวดที่จะทำให้ขาดสติหรือระดับความรู้สึกตัวเปลี่ยนไป ชาวพุทธถือว่าความเจ็บปวดเป็นประสบการณ์ชีวิต ความเจ็บปวดและความทุกข์ทรมานในบางระดับอาจทำให้เกิดกำลังเข้มแข็งและเตือนสติให้ระลึกถึงคำสอนของศาสนา อาจทำให้บรรลุนิพพานได้ ในทางกลับกันความเจ็บปวดที่รุนแรงจะเป็นอุปสรรคต่อการทำสมาธิหรือการสวดมนต์ได้

5. ความหวัง (hope) ความหวังเป็นความคาดหวังหรือเป้าหมายที่สำคัญในทางบวกของชีวิต การมีความหวังทำให้ชีวิตมีความสุข ความหวังอาจเป็นความฝันหรือแรงบันดาลใจหรือเป็นพลังที่ทำให้บุคคลมีความพยายามที่จะก้าวไปสู่ความคาดหวังนั้น โดยเฉพาะผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายอาจมีความหวังหลายอย่าง บางรายมีความคาดหวังเกินความเป็นจริง การให้ข้อมูลที่ตรงตามความเป็นจริงและไปในทิศทางเดียวกันของเจ้าหน้าที่มีความสำคัญมาก ร่วมกับการประคับประคองทางจิตใจ และให้กำลังใจจะช่วยให้ผู้ป่วยและญาติยอมรับความจริงได้ในที่สุด และมีการวางแผนชีวิตที่เหลือได้อย่างสมเหตุสมผล

สำหรับปัญหาและความต้องการของครอบครัวผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้าย บำเพ็ญพงศ์เพชรดิศ และกรรณิกา ภาวะไพบุลย์ (2549) ได้ศึกษาการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่บ้าน พบว่าความต้องการรูปแบบการให้บริการสุขภาพคือ ความมั่นใจและสร้างกำลังใจ การช่วยเหลือทางด้านกฎหมายในการทำนิติกรรม การเพิ่มศักยภาพในการดูแลตนเองเมื่อเจ็บป่วย และการช่วยเหลือครอบครัวเมื่อจากไป

จากการทบทวนวรรณกรรมในด้านปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายทำให้ผู้วิจัยเข้าใจถึงสาเหตุที่ก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานกับผู้ป่วยว่ามีปัญหาหลายด้าน ทั้งทางด้านความทุกข์ทรมานทางกาย ปัญหาทางด้านจิตสังคม และจิตวิญญาณ ปัญหาในการช่วยเหลือ

ตนเอง อาจทำให้ผู้ป่วยมีสภาพอารมณ์ที่เปลี่ยนแปลงได้ตลอด ความต้องการของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายนอกจากจะมีความต้องการทางด้านร่างกายแล้ว ยังมีความต้องการทางด้านจิตใจ/อารมณ์ และจิตวิญญาณ ความรู้เกี่ยวกับปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ทำให้ผู้วิจัยมีความเข้าใจในสถานการณ์ที่ศึกษามากขึ้น ผู้วิจัยสามารถใช้เป็นแนวทางในการสัมภาษณ์ และเพิ่มความไวของผู้วิจัยต่อข้อมูลในระหว่างการสัมภาษณ์และการวิเคราะห์ข้อมูล นอกจากนั้นผู้วิจัยยังสามารถใช้ในการสร้างและปรับคำถามในการสัมภาษณ์ให้เหมาะสม เพื่อหลีกเลี่ยงการกระทบต่อสภาพจิตใจของผู้ป่วยได้อย่างยืดหยุ่นตามสถานการณ์

2.3 ระบบการดูแลสุขภาพสำหรับผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย

การดูแลสุขภาพเกิดขึ้นได้หลายระดับ ขึ้นอยู่กับการตีความเรื่องความเจ็บป่วยและการดูแลด้วยเหตุที่ว่าไม่มีระบบการแพทย์ระบบใดระบบเดียวที่จะมีความสมบูรณ์แบบในตัวเอง ในอันที่จะสนองต่อความเจ็บป่วยและสามารถสร้างความพึงพอใจให้แก่ผู้ป่วยและผู้เกี่ยวข้องในทุกมิติ ในที่นี้จะขอกกล่าวถึงแนวคิดเกี่ยวกับระบบการดูแลสุขภาพของไคลน์แมน นโยบายการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายของกระทรวงสาธารณสุข การพัฒนาบุคลากรและการสนับสนุนงานดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย การให้บริการของศูนย์มะเร็ง โรงพยาบาลทั่วไปและระบบการดูแลผู้ป่วยที่บ้านในปัจจุบัน และการให้การบริการพยาบาลแก่ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย

2.3.1 ระบบการดูแลสุขภาพตามแนวคิดของไคลน์แมน (Kleinman)

ไคลน์แมน (Kleinman, 1980) มองว่าระบบการดูแลสุขภาพเปรียบเสมือนระบบวัฒนธรรมของสังคมหรือชุมชนนั้น ๆ (health care system as a cultural system) ระบบการดูแลสุขภาพของสังคมหนึ่ง ๆ ประกอบไปด้วยระบบย่อย 3 ระบบได้แก่

1. ระบบการดูแลสุขภาพของประชาชน (popular sector of health care) ประกอบไปด้วยผู้ป่วย ครอบครัว เครือข่ายทางสังคมและชุมชน โดยผู้ป่วยและเครือข่ายทางสังคมจะตีความสาเหตุของอาการ การรับรู้เกี่ยวกับความรุนแรงของอาการ และเป็นผู้ตัดสินใจเลือกวิธีการหรือแหล่งรักษาเยียวยา การจัดการดูแลดังกล่าวได้รับการถ่ายทอดมาจากระบบการดูแลสุขภาพพื้นบ้านและระบบการดูแลสุขภาพภาควิชาชีพ โดยมีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้จากประสบการณ์ในอดีต จากการแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารอย่างต่อเนื่องและถ่ายทอดไปยังบุคคลอื่น ๆ ในระบบนี้

2. ระบบการดูแลสุขภาพภาคพื้นบ้าน (folk sector of health care) หมายถึง การปฏิบัติการทางการแพทย์ที่ไม่ใช่รูปแบบของวิชาชีพ ไม่มีการจัดองค์กร เป็นการปฏิบัติ

ทางการแพทย์ที่เกิดขึ้นจากวัฒนธรรมท้องถิ่น เช่น หมอผี หมอไสยศาสตร์ หมอแผนโบราณ และพิธีกรรมต่าง ๆ

3. ระบบการดูแลสุขภาพภาควิชาชีพ (professional sector of health care) หมายถึง การปฏิบัติทางการแพทย์ที่เป็นรูปแบบของวิชาชีพ มีการจัดองค์กรที่เป็นทางการซับซ้อน ในลักษณะระบบราชการ มีการปฏิบัติทางการแพทย์ในลักษณะที่มีวิทยาการทางการแพทย์ชั้นสูง แบบการแพทย์ตะวันตก (Kleinman, 1980 อ้างถึงใน วาสิณี วิเศษฤทธิ์, 2547)

ในประเทศไทยระบบการดูแลทางด้านสุขภาพของผู้ป่วยมะเร็งโดยเฉพาะในชุมชนชนบท สามารถพบเห็นการดูแลทางด้านสุขภาพได้ทั้ง 3 ระบบ คือ ระบบการดูแลสุขภาพของประชาชนคือ มีการดูแลรักษาตามองค์ความรู้ที่มีในชุมชนเช่นการใช้สมุนไพร ระบบการดูแลสุขภาพภาคพื้นบ้าน ยังมีให้เห็นอยู่เช่นการทรงเจ้า หรือใช้หมอผีเพื่อรักษาโรคตามความเชื่อและวัฒนธรรมท้องถิ่น และระบบการดูแลสุขภาพภาควิชาชีพ เช่นตามหน่วยงานของรัฐ ได้แก่ การบริการสุขภาพของโรงพยาบาลต่าง ๆ ซึ่งเป็นที่ยอมรับมากที่สุด

2.3.2 แนวนโยบายการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายของกระทรวงสาธารณสุข

โรคมะเร็งเป็นปัญหาสำคัญของการสาธารณสุขไทยและเป็นสาเหตุการตายอันดับที่ 1 เมื่อเปรียบเทียบกับโรคอื่นทั้งหมด ก่อปัญหาสำคัญต่อเศรษฐกิจของชาติเพราะเป็นโรคที่มีค่าใช้จ่ายสูง ต้องใช้แพทย์ที่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะทาง ต้องใช้ยาเคมีบำบัดที่มีราคาแพง และเครื่องมือที่มีเทคโนโลยีสูง ซึ่งทางทฤษฎีแล้วโรคมะเร็งในระยะแรกสามารถทำการรักษาให้หายได้โดยมีผลแทรกซ้อนน้อย และสามารถกลับไปทำงานและดำรงชีวิตในสังคมอย่างปกติ อย่างไรก็ตาม คนไข้โรคมะเร็งของไทยส่วนใหญ่มาพบแพทย์ในระยะที่เป็นมากแล้ว การรักษาก่อนข้างจะยุ่งยาก ซับซ้อน มีค่าใช้จ่ายสูง และผลการหายจากโรคก่อนข้างต่ำ ซึ่งในคนไข้กลุ่มนี้ในที่สุดส่วนใหญ่ก็จะอยู่ในภาวะที่ควบคุมโรคไม่ได้ และจะเข้าสู่ระยะสุดท้ายของโรคมะเร็ง (ชนเดช สินธุเสก, 2549)

ในกรณีที่หมดการรักษาด้วยวิธีพิเศษใด ๆ แล้วนั้น รัฐบาลได้กำหนดแผนการควบคุม และป้องกันโรคมะเร็ง โดยให้ความสำคัญกับการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย และถือเป็นแนวทางปฏิบัติหลักประการหนึ่งซึ่งประกอบด้วย แนวทางด้านกำลังคน สถานที่ในการรักษา ยาแก้ปวดที่ครอบคลุมทุกระดับการปวด และทุกชนิดของยา ตลอดจนการวางระบบการให้บริการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย โดยสรุปได้ว่ามีแผนที่จะมีศูนย์รับผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายทุกจังหวัด โรงพยาบาลทุกระดับจะต้องมีเตียงรับผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายในจำนวนที่เหมาะสม โดยให้การรักษาเพียงตามอาการ เพื่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยในระยะท้ายของชีวิต ในกรณีที่ต้องรักษาตามอาการทางรังสีรักษา ก็ได้มีนโยบายให้ศูนย์มะเร็งภูมิภาคทั้ง 7 ศูนย์ทำหน้าที่ให้บริการนี้

ในการกำหนดบุคลากรและเครื่องมืออื่น สรุปลงได้ว่าแพทย์ประจำหน่วยดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายนี้มีคุณสมบัติเพียงแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปได้ และมีทีมพยาบาลที่มีทักษะการดูแลทางจิตใจและให้คำปรึกษา ในส่วนของวัสดุครุภัณฑ์ ไม่จำเป็นต้องมีเครื่องมือพิเศษใด ๆ อย่างไรก็ตาม การจัดเตรียมและจัดหายาแก้ปวดเป็นแนวนโยบายของแผนนี้ ทางราชการจะต้องดำเนินการจัดหาแก้ปวดให้เพียงพอ และกระจายทั่วถึงในทุกส่วนของประเทศ เพราะผู้ป่วยกลุ่มนี้จะต้องกลับบ้านและไปรับยาจากโรงพยาบาลใกล้บ้าน ยามอร์ฟินที่จะจัดหาจะต้องมีในทุกรูปแบบที่มีใช้ในปัจจุบัน เช่นชนิดฉีด ชนิดน้ำ ชนิดเม็ดหรือชนิดติดแปะผิวหนัง ซึ่งนอกจากจะเพียงพอและทั่วถึงแล้ว ทางภาครัฐดำเนินการให้ยามีราคาถูกลงด้วยเพราะผู้ป่วยเหล่านี้จำเป็นต้องใช้เพื่อลดอาการปวดได้ จึงจะเป็นการเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย (ชนเดช สิ้นธุเสก, 2549)

2.3.3 การพัฒนาบุคลากรและการสนับสนุนงานดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย

ในด้านของบุคลากรนี้ ทางราชการให้ความสำคัญในการวางแผนการจัดอบรมเพื่อจะได้มีทีมงานที่เข้าใจในหลักการของการให้การดูแลรักษาและพยาบาล โดยไม่เน้นการรักษาที่เฉพาะการรักษาที่ยูกยากซับซ้อนและมีราคา เพียงแต่ต้องให้การดูแลที่ถูกต้องเหมาะสม และมีคุณภาพของชีวิตที่ดีจนถึงวาระสุดท้ายของชีวิต โดยคำนึงถึงจิตใจเป็นสำคัญ

จากแผนบุคลากรจะพบว่าในการดูแลคนไข้กลุ่มนี้ไม่ต้องใช้แพทย์เฉพาะทาง แต่อย่างน้อยเป็นเพียงแพทย์เวชปฏิบัติที่มีความตั้งใจและสนใจดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย มีความสามารถในการแก้ไขปัญหาที่ทำให้ผู้ป่วยทรมาน และการใช้ยาระงับปวด โดยในส่วนรวมของกรมการแพทย์ได้มีการพัฒนาโดยการจัดอบรมสัมมนา ประชุมวิชาการ และจัดการดูงานทางด้านนี้ในต่างประเทศ โดยในปัจจุบันนี้ ผู้อำนวยการศูนย์มะเร็งทุกศูนย์ได้เคยศึกษาดูงานต่างประเทศมาแล้ว ทำให้ทุกท่านเข้าใจหลักการและวิธีการในการดูแลคนไข้ระยะสุดท้าย ซึ่งจะมีผลทำให้การบริการนี้มีความก้าวหน้าในการรักษาที่เหมาะสมต่อไปในอนาคต ในส่วนของพยาบาลได้มีการพัฒนาโดยสม่ำเสมอ พยาบาลหลายท่านได้เดินทางไปดูงานและปฏิบัติงานในศูนย์ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายในต่างประเทศ และได้นำประสบการณ์ต่าง ๆ มาประยุกต์ใช้ในประเทศไทย จนเกิดผลดีและเป็นรูปแบบสำหรับโรงพยาบาลอื่น ๆ (ชนเดช สิ้นธุเสก, 2549)

ในปัจจุบันกรมการแพทย์กำลังมีการศึกษารูปแบบและความเหมาะสม ในการมีทีมปลอบขวัญญาติผู้ป่วย ทีมช่วยเหลือเด็ก และทีมประสานงานอาสาสมัคร โดยจากการสรุปผลปฏิบัติงานจะทำให้ได้รูปแบบที่สมบูรณ์และเหมาะสมสำหรับการพัฒนาบุคลากรของไทยต่อไป ในส่วนของทีมประสานงานอาสาสมัครนั้น ได้มีการฝึกอบรมอาสาสมัครที่มีจิตใจอยากช่วยเหลือ

ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย โดยฝึกอบรมทางด้านการพูดคุย การเป็นเพื่อนและการช่วยเหลือ เล็ก ๆ น้อย ๆ แก่ผู้ป่วย ซึ่งมีผลต่อจิตใจของผู้ป่วยเหล่านี้ เป็นการลดภาระของแพทย์และญาติผู้ป่วยโดยปริยาย (ชนเดช สิ้นธุเสก. 2549)

2.3.4 การให้บริการของศูนย์มะเร็ง โรงพยาบาลทั่วไป และระบบการดูแลผู้ป่วยที่บ้านในปัจจุบัน

ทางกรมการแพทย์กำหนดให้ศูนย์มะเร็งทุกศูนย์มีหน้าที่ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย โดยจำนวนเตียงที่แตกต่างกันตามความจำเป็นและตามจำนวนสถิติผู้ป่วย โดยที่ศูนย์มะเร็งจะต้องเป็นศูนย์ที่คอยรับส่งผู้ป่วยระยะสุดท้ายต่อจากโรงพยาบาลศูนย์หรือโรงพยาบาลทั่วไปที่ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายอยู่ แต่ในบางระยะมีข้อบ่งชี้ในการให้การฉายรังสีตามอาการ การให้เคมีบำบัดตามอาการ หรือการให้สารกัมมันตรังสีตามอาการ เพื่อเป็นการเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย และเมื่อให้บริการแล้วก็จะส่งผู้ป่วยกลับไปรับการรักษาตามอาการยังโรงพยาบาลใกล้บ้าน หรือให้กลับบ้านของตนเอง เพื่อให้เสียชีวิตอย่างสงบท่ามกลางครอบครัวของตนเอง (ชนเดช สิ้นธุเสก. 2549)

ในโรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลศูนย์นั้น ได้มีนโยบายกำหนดให้มีหน่วยดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายทุกแห่ง โดยมีระบบการส่งต่อ คือส่งกลับไปโรงพยาบาลชุมชนหรือกลับบ้านนั้น จะมีพยาบาลคอยรับดูแลต่อเมื่อผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาลแล้ว พยาบาลจะศึกษาประวัติผู้ป่วยก่อนกลับบ้าน แล้วตามไปเยี่ยมบ้านตามความจำเป็นของผู้ป่วยโดยกำหนดความถี่ของการเยี่ยมเองอย่างไรก็ตาม ถ้าผู้ป่วยที่บ้านมีปัญหามากขึ้น เช่น ปวดมากขึ้น น้ำในช่องท้องมากขึ้น หายใจเหนื่อย และจำเป็นต้องได้รับการดูแลจากแพทย์ พยาบาลกลุ่มนี้จะนำผู้ป่วยเข้าโรงพยาบาลหรือรับการดูแลที่เหมาะสม เพื่อให้ผู้ป่วยลดความทรมานจากอาการเหล่านี้ต่อไป ในส่วนของการดูแลผู้ป่วยที่บ้านนั้น ทีมงานนอกจากเป็นพยาบาลแล้ว บางครั้งก็จะมีแพทย์ และนักสังคมสงเคราะห์ตามไปด้วย เพื่อพิจารณาปัญหาในทุกส่วนแก่ผู้ป่วยในคราวเดียวกันอันเป็นการทำให้การบริการสมบูรณ์ และเป็นประโยชน์สูงสุดแก่ผู้ป่วยรายนั้น (ชนเดช สิ้นธุเสก. 2549)

ในการจัดระบบการให้บริการนั้น มีการจัดให้มีแพทย์สำหรับดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย มีพยาบาลเยี่ยมบ้าน พยาบาลหอผู้ป่วยระยะสุดท้าย เจ้าหน้าที่สังคมสงเคราะห์ ทีมช่วยปลอบขวัญญาติผู้ป่วย ทีมช่วยเหลือเด็ก และทีมประสานงานอาสาสมัคร

การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในโรงพยาบาลควรจะต้องมีแพทย์เพิ่มมากขึ้นเพื่อดูแลผู้ป่วยในหอผู้ป่วยได้ และสามารถที่จะตามไปเยี่ยมบ้านผู้ป่วยได้เป็นครั้งคราว เพื่อให้การรักษาที่บ้านโดยผู้ป่วยไม่ต้องมาโรงพยาบาลอย่างยากลำบาก ในส่วนของพยาบาลเยี่ยมบ้านผู้ป่วยนั้น จะต้องเป็นพยาบาลที่มีความรู้และทักษะในการตรวจหาความผิดปกติของผู้ป่วยที่บ้าน สามารถให้

การพยาบาลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง และสามารถสอนและแนะนำวิธีปฏิบัติที่ถูกต้องแก่ผู้ป่วยและญาติ ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยมีความเป็นอยู่ที่ดีขึ้น ไม่ปวด และสามารถอยู่ได้อย่างสบายกายและสบายใจ ส่วนพยาบาลที่ห่อผู้ป่วยนั้นจะต้องมีความรู้ความสามารถในการดูแลให้การพยาบาลระหว่างอยู่โรงพยาบาลเป็นอย่างดี และให้ความรู้อย่างพอเพียงแก่ผู้ป่วยและญาติสำหรับการดูแลตนเองที่บ้านได้ในทุกปัญหา ในส่วนของทีมงานสังคมสงเคราะห์ นั้นจะต้องช่วยในการแก้ไขปัญหาทางเศรษฐกิจของผู้ป่วยเพื่อเป็นการลดภาระทางสังคมแก่ผู้ป่วย เป็นการลดความวิตกกังวลและทำให้ผู้ป่วยมีความสบายใจขึ้น ในส่วนของทีมปลอบขวัญญาติผู้ป่วยและทีมดูแลเด็กนั้นจะมีหน้าที่ในการดูแลญาติและช่วยเหลือทางจิตใจไม่ให้เศร้าซึมจากสถานการณ์นั้น หรือความสูญเสียที่เกิดขึ้น ในส่วนเด็กนั้นทีมจะต้องดูแลเรื่องการเรียนหนังสือและปัญหาทางจิตใจต่าง ๆ จะต้องแก้ไขปัญหาเหล่านี้ให้เร็วที่สุด เพื่อให้เด็กจะได้มีชีวิตในสังคมได้อย่างปกติโดยเร็ว ในส่วนของทีมประสานอาสาสมัครนั้นในต่างประเทศเป็นทีมที่สำคัญและจะช่วยทำให้โรงพยาบาลได้อาสาสมัครมาช่วยงานเกี่ยวกับผู้ป่วย ส่วนผู้ป่วยก็จะได้ประโยชน์จากทีมที่มาช่วยเหลือ มาคุยให้กำลังใจและเป็นเพื่อนอันจะทำให้ผู้ป่วยมีความสุขใจมากขึ้น และจะเป็นการเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย

การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่บ้าน ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ตามระบบนั้นจะได้รับการดูแลที่ห่อผู้ป่วยจนหมดปัญหาทางการแพทย์ต่าง ๆ แล้ว และญาติมีความสามารถในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน หลังจากนั้นผู้ป่วยจะได้รับอนุญาตให้กลับบ้าน โดยมีพยาบาลตามไปดูแลที่บ้านเป็นระยะ ๆ ตามปัญหาของผู้ป่วย ซึ่งจะทำงานร่วมกับทีมสังคมสงเคราะห์ ทีมปลอบขวัญญาติ ทีมช่วยเหลือเด็กและอาสาสมัคร อย่างไรก็ตาม ในกรณีระหว่างที่ผู้ป่วยอยู่บ้านแล้วมีปัญหาขึ้นและจำเป็นต้องได้รับการรักษาจากแพทย์ ทางโรงพยาบาลจะนำตัวผู้ป่วยกลับมาได้รับการรักษาต่อไป และเมื่อกลับบ้านได้ก็จะอนุญาตให้กลับบ้าน โดยพยายามแนะนำญาติและผู้ป่วยให้ดูแลกันเองที่บ้าน และพยายามให้เสียชีวิตที่บ้านท่ามกลางญาติพี่น้องและผู้เป็นที่รัก ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยมีความสุขได้จนวาระสุดท้ายของชีวิต (ธนเดช ลินฐเสก, 2549)

2.3.5 การบริการพยาบาลแก่ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย

สมจิต หนูเจริญกุล (2548) ได้เสนอแนวคิดเกี่ยวกับการปฏิรูประบบสุขภาพ และระบบการพยาบาลของประเทศไทยตามนโยบายหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เพื่อให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพได้อย่างเท่าเทียม ทัวถึง ได้รับบริการที่มีคุณภาพและราคาเป็นธรรม โดยมีเป้าหมายสูงสุดคือ ให้ประชาชนมีสุขภาพที่ดี คือ มีร่างกายแข็งแรง จิตใจสงบ อยู่ในครอบครัวที่อบอุ่น และชุมชนที่เข้มแข็ง ช่วยเหลือเกื้อกูลซึ่งกันและกัน เมื่อเจ็บป่วยทุกคนได้รับ

การรักษาพยาบาลที่มีคุณภาพ และระยะสุดท้ายของชีวิตได้รับการช่วยเหลือให้ตายอย่างสงบและสมศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ ระบบสุขภาพเน้นการดูแลแบบองค์รวมในลักษณะของสหสาขาวิชาชีพและการมีส่วนร่วมของประชาชน

สำหรับการดูแลในชุมชน พยาบาลในหน่วยระดับปฐมภูมิ (primary care unit) มีบทบาทมากที่สุด การดูแลระดับนี้เป็นการดูแลสุขภาพขั้นพื้นฐานที่จัดให้กับประชาชนทุกคนในทุกภาวะสุขภาพอย่างเป็นองค์รวมและต่อเนื่อง ตั้งแต่มีสุขภาพดี ภาวะเสี่ยง ภาวะเจ็บป่วย และระยะสุดท้ายของชีวิต โดยครอบคลุมการสร้างสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาโรคเบื้องต้น การฟื้นฟูสภาพ การจัดการการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังในชุมชน การดูแลแบบประคับประคอง รวมทั้งการประสานงานเชื่อมโยงกับหน่วยงานบริการอื่น ๆ และการส่งต่อผู้ป่วยไปรับบริการที่เหมาะสม โดยการพัฒนาศักยภาพของประชาชนและครอบครัวในการดูแลสุขภาพตนเอง การใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่น และการมีส่วนร่วมของชุมชน

2.3.5.1 แนวทางการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย

เมื่อการป่วยไข้เข้าสู่ระยะสุดท้าย การบำบัดรักษาเพื่อให้หายขาดไม่มีหนทางที่เป็นไปได้ ซึ่งในช่วงเวลานี้พบว่าพยาบาลมีบทบาทสำคัญมาก เนื่องจากว่าในทีมงานดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย พยาบาลเป็นผู้ที่สามารถช่วยเหลือคำจูงใจให้ผู้ป่วยกลุ่มนี้สามารถใช้ชีวิตอย่างปกติสุขได้มากที่สุดเท่าที่จะทำได้ นายแพทย์ เนด เฮช คาเซม (Ned H. Casem. 1975 อ้างถึงใน อนุพันธ์ ดันดิวงส์, ผ่องพัทตร์ พิทยพันธุ์ และสุชาย สุนทรภา. 2550) ได้กล่าวถึงหลักการพื้นฐานที่สำคัญในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายคือ

1. Competence หมายถึง มีความสามารถในการดูแลเกี่ยวกับโรคที่เป็นอยู่ สามารถจัดการกับอาการที่มักพบบ่อยในผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้ เช่น อาการปวด คลื่นไส้ อาเจียนและสามารถอธิบายให้ผู้ป่วยและญาติเข้าใจแนวทางการดูแลและการรักษาได้
2. Concern หมายถึง มีความห่วงใย ผูกพัน เอาใจเขามาใส่ใจเรา ซึ่งไม่ได้แสดงออกมาด้วยคำพูดอย่างเดียว แต่แววตาและการแสดงออกหรือการดูแลต่าง ๆ แสดงถึงความเอาใจใส่ในตัวผู้ป่วยจนผู้ป่วยรับรู้ได้
3. Comfort หมายถึง ให้ผู้ป่วยได้รับความสะดวกสบายทั้งทางร่างกาย สังคม จิตใจ
4. Communication หมายถึง เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้พูดคุยเน้นการสื่อสารสองทางเป็นผู้รับฟังที่ดี มีการพูดคุยกับผู้ป่วยอย่างเปิดเผยถึงขั้นตอนและวิธีการต่าง ๆ ในชีวิตที่ผู้ป่วยยังไม่ได้ทำ อาจเป็นผู้ประสานให้ผู้ป่วยทั้งในเรื่อง ครอบครัว การงาน
5. Children and relatives หมายถึง การนำญาติ และบุตรหลานของผู้ป่วยมาเยี่ยมให้กำลังใจ โดยหาช่วงเวลาที่เหมาะสมช่วยให้ผู้ป่วยปล่อยวางสิ่งต่าง ๆ

6. Cohesion หมายถึง การเชื่อมสัมพันธ์ภาพระหว่างผู้ป่วยกับสมาชิกในครอบครัว ให้บุคคลเหล่านี้มาช่วยประคับประคองจิตใจ ลดความกังวล และยังช่วยให้ญาติปรับตัวกับความรูสึกที่จะต้องสูญเสียบุคคลที่รักไป

7. Cheerfulness หมายถึง การมีอารมณ์ที่เหมาะสมกับสถานการณ์ ให้การปลอบใจเพื่อให้เกิดความชื่นบาน อาจช่วยให้ผู้ป่วยยิ้มแย้มแจ่มใส มีจิตใจที่สบายขึ้น

8. Consistency หมายถึง การดูแลผู้ป่วยจะต้องมีความสม่ำเสมอและต่อเนื่อง เพราะผู้ป่วยเหล่านี้มีความกลัวว่าจะถูกทอดทิ้ง การเยี่ยมอย่างสม่ำเสมอจะช่วยให้ผู้ป่วยลดความกลัว ความวิตกกังวลได้มาก

9. Calmness of mind and temper หมายถึง การจัดหาสิ่งที่ทำให้ผู้ป่วยใกล้ตายเกิดความสงบทั้งทางด้านจิตใจและอารมณ์ โดยเฉพาะการที่สามารถใช้ชีวิตช่วงสุดท้ายกับคนใกล้ชิดหรือบุคคลที่เป็นที่รัก เพื่อให้การจากกันเป็นไปอย่างราบรื่น และมีความสุข (Ned H. Casem, 1975 อ้างถึงใน อนุพันธ์ ดันติวงศ์, ผ่องพัทตร์ พิทยพันธ์ และสุชาย สุนทรภา. 2550)

2.3.5.2 แนวทางการให้บริการพยาบาลแก่ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย

การให้บริการพยาบาลแก่ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย มุ่งเน้นการให้ความช่วยเหลือทั้งผู้ป่วยที่รับการดูแลรักษาในสถานบริการสุขภาพ ในเครือข่าย และในชุมชน แนวทางการดำเนินงานในระยะนี้ (สำนักการพยาบาล กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. 2548) มีดังนี้

1. พัฒนาแนวทางปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย โดยมีประเด็นที่สำคัญดังนี้

1.1 การประเมินอาการ ความสามารถในการควบคุมอาการ และความทุกข์ทรมานของผู้ป่วย

1.2 การประเมิน ความต้องการทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณของผู้ป่วยและครอบครัว

1.3 การประสานความร่วมมือกับสหสาขาวิชาชีพในสถานบริการสุขภาพ หรือแหล่งประโยชน์ที่เกี่ยวข้องในการตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ

1.4 การให้ความช่วยเหลือ จัดการแก้ไข/ลด/บรรเทาอาการทุกข์ทรมาน ด้วยความเข้าใจ เข้าใจ โดยไม่ต้องรอให้ผู้ป่วยและญาติร้องขอ ให้เวลารับฟัง และช่วยให้ผู้ป่วยและญาติสามารถปรับตัว เพื่อรับกับวาระสุดท้ายของผู้ป่วยด้วยความเข้าใจ

1.5 การเฝ้าระวัง และประเมินผลการจัดการช่วยเหลือ บรรเทาอาการอย่างต่อเนื่อง

1.6 การช่วยเหลือให้ผู้ป่วยและครอบครัววางแผน และจัดสิ่งแวดล้อมให้มีความสงบ โดยให้ความสำคัญกับความเชื่อ ความศรัทธา และสิ่งที่ยุติเหินยวด้านจิตใจ

2. พัฒนาทักษะ ความสามารถของบุคลากรในประเด็นต่อไปนี้

2.1 การประเมินอาการ และความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัวในวาระสุดท้าย

2.2 ทักษะการปฏิบัติตามแนวทางปฏิบัติในเรื่อง การดูแลผู้ป่วยที่มีความเจ็บปวด อาการคลื่นไส้ อาเจียน และอาการทุกข์ทรมานต่าง ๆ ผู้ป่วยที่มีปัญหาาระบบทางเดินอาหาร ทางเดินหายใจ ทางเดินปัสสาวะ ปัญหาด้านจิตใจ เป็นต้น (สำนักการพยาบาล กรมการแพทย์. 2548)

มีการพัฒนารูปแบบการช่วยเหลือผู้ป่วยมะเร็งต่าง ๆ หลายรูปแบบดังเช่น การพัฒนารูปแบบการช่วยเหลือผู้ป่วยมะเร็งในการเผชิญกับโรค (สมจิต หนูเจริญกุล และคณะ. 2538) พบว่ารูปแบบการช่วยเหลือผู้ป่วยในการเผชิญกับโรคที่ใช้ได้ผลดีกับผู้ป่วยมะเร็งเม็ดโลหิตขาว คือรูปแบบการปรับชดเชย (compensatory model) ซึ่งเป็นรูปแบบที่เน้นให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการต่อสู้กับโรค สำหรับวิธีการเผชิญกับสิ่งที่กังวลห้วงไยนั้นจะเห็นว่า ผู้ป่วยใช้ทั้งวิธีแก้ปัญหาและวิธีคลายทุกข์ และวิธีการที่ใช้บ่อยมาก คือ เชื่อฟังและปฏิบัติตามที่แพทย์พยาบาลแนะนำ พุดคุยปรับทุกข์หารือกับบุคคลอื่น แสวงหาคำแนะนำและพยายามทำใจไม่คิดมากและปลงตก แน่นชี่ แคนนาท (Nancy Canaert. 2004) ได้ศึกษาการดูแลแบบประคับประคอง มีแนวคิดที่มุ่งที่บุคคลเป็นศูนย์กลาง โดยมี 2 ยุทธศาสตร์ คือ สร้างระยะของชีวิตโดยการหันเหความสนใจจากการเจ็บป่วยทางกายให้มองความเจ็บป่วยเป็นองค์ประกอบของชีวิต และสร้างความเต็มเต็มในจุดมุ่งหมายที่เป็นไปได้ของชีวิต คือ ผู้ป่วยสามารถมีความสุขได้ สมจิต หนูเจริญกุล, แม้นมมา จิระจรัส และวรชัย รัตนธรร (2541) ทำการศึกษาเรื่องรูปแบบการพัฒนาศักยภาพในการดูแลตนเองในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับการรักษาแบบผู้ป่วยนอก ผลการวิจัยพบว่าการพยาบาลผู้ป่วยเฉพาะกรณี (case management) เป็นรูปแบบที่ใช้ได้เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยในขณะรับการรักษา ช่วยให้ผู้ดูแลเข้าใจถึงความกังวลห้วงไยของผู้ป่วย วิธีการดูแลตนเองของผู้ป่วย ตลอดจนการปฏิบัติกรพยาบาลในการให้การดูแลผู้ป่วยมะเร็งแม้ต้องเผชิญกับความตาย

อุบล จ้วงพานิช และคณะ (2549) ได้ศึกษารูปแบบการส่งเสริมการดูแลตนเองในผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดี พบว่า ผู้ป่วยทุกรายมีปัญหาทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และจิตวิญญาณ รูปแบบการส่งเสริมการดูแลตนเองมี 8 รูปแบบ คือ 1) การให้ความรู้เรื่องโรคและการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดี 2) การให้คำปรึกษาทั้งที่โรงพยาบาลและที่บ้าน 3) การให้กำลังใจและจัดให้เข้ากลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน 4) การจัดสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสม 5) การส่งเสริมให้มีเจตคติที่ดีต่อโรคและการรักษา 6) ให้กำลังใจและความเชื่อมั่นอย่างต่อเนื่อง 7) การช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวหาแหล่งประโยชน์ และ 8) เป็นสื่อกลางระหว่างผู้ป่วยและทีมการดูแล

จาร์ก ลัมภเวช และคณะ (2549) ได้ศึกษาความพร้อมของญาติในการยอมรับวาระสุดท้าย และช่วยเหลือผู้ป่วยในการเผชิญกับความตายอย่างสงบ และจากไปอย่างสงบ สมศักดิ์ศรีของความ เป็นมนุษย์ และเพื่อตอบสนองความต้องการที่สำคัญของผู้ป่วยในวาระสุดท้าย พบว่า ญาติมี

ความพึงพอใจที่มีการอำนวยความสะดวกให้กับผู้ป่วยและญาติในการประกอบพิธีกรรมทางศาสนา และ ช่วยให้บุคลากรได้ตระหนักและเข้าใจถึงความสำคัญในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งวาระสุดท้ายมากยิ่งขึ้น การร่วมวางแผนในการดูแลผู้ป่วยและช่วยเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยและญาติ ในการที่จะเผชิญต่อความสูญเสียที่จะเกิดขึ้น นำทางผู้ป่วยในช่วงจุดสุดท้ายของชีวิต นอกจากนี้จะช่วยให้ผู้ป่วยจากไปอย่างสงบและสมศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์แล้ว ยังช่วยลดความทุกข์โศกของญาติ และ ส่งผลให้เกิดคุณค่าทางจิตใจของบุคลากร ที่จะให้การบริการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งในวาระสุดท้ายต่อไป

2.3.6 ปัญหาที่พบในการให้บริการสุขภาพแก่ผู้ป่วยระยะสุดท้าย

จากแผนงานที่เตรียมการสำหรับผู้ป่วยระยะสุดท้ายเหล่านี้ นั้น ไม่สามารถทำได้หรือทำงานประสบความสำเร็จได้ทั้งหมดเพราะมีปัญหาและอุปสรรค (ชนเดช สันธูเสก, 2549) ดังต่อไปนี้

1. ข้อจำกัดทางการเงิน

ในการทำงานดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายให้สมบูรณ์นั้น ต้องมีเงินมาดำเนินการทั้งในระหว่างที่ผู้ป่วยอยู่โรงพยาบาล การสอนญาติให้ดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ตลอดจนค่าใช้จ่ายในการไปดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ซึ่งค่าใช้จ่ายเหล่านี้เป็นค่าใช้จ่ายที่มีปัญหาทั้งสิ้น เพราะไม่สามารถจะเก็บจากผู้จ่ายเงินแทนผู้ป่วยได้ การจ่ายเงินของหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า จะจ่ายให้โรงพยาบาลตามรหัสโรคเท่านั้น ดังนั้นรายได้ที่โรงพยาบาลได้รับจึงไม่รวมค่าใช้จ่ายในการสอนญาติ การอบรมอาสาสมัคร หรือค่าใช้จ่ายในการเยี่ยมบ้าน ทำให้โรงพยาบาลต้องหาเงินมาใช้สำหรับค่าใช้จ่ายเหล่านี้ และทำให้ประสบปัญหามีผลกระทบต่อการรักษาเป็นบางครั้ง

2. การขาดแคลนบุคลากร

การมีแพทย์และพยาบาล หรือนักสังคมสงเคราะห์ไปเยี่ยมผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่บ้านนั้น จะต้องมีกรวางแผนและดำเนินการ โดยสม่ำเสมอ แต่เนื่องจากการจำกัดบุคลากรทางการแพทย์ ทำให้มีความขาดแคลนเกิดขึ้น การไปเยี่ยมบ้านผู้ป่วยอาจไม่ได้คุณภาพเท่าที่ควร ความถี่ในการเยี่ยมไม่เหมาะสม ทำให้ไม่สามารถช่วยแก้ไขปัญหาแก่ผู้ป่วยมากนัก นอกจากนี้ทีมยังมีประสบการณ์น้อย ยังต้องเรียนรู้เพื่อกำหนดวิธีปฏิบัติเองซึ่งอาจต้องให้เวลานานในการกำหนดงานให้เข้ากับมาตรฐานสังคมไทยและขนบธรรมเนียมประเพณี

3. อุปกรณ์เครื่องใช้สำหรับผู้ป่วยที่บ้าน

การให้ผู้ป่วยกลับบ้านนั้น ควรทำให้ลักษณะของบ้านคล้ายกับโรงพยาบาลเพื่อผู้ป่วยจะได้ยังคงความสะดวกสบายเช่นเดียวกัน แต่จากกฎระเบียบของราชการทำให้ไม่สามารถนำอุปกรณ์บางอย่างเช่น ไม้เท้า รถเข็น ฯลฯ ไปใช้ที่บ้านได้ ทำให้ผู้ป่วยต้องลำบากมากขึ้นเมื่อต้องกลับบ้าน อย่างไรก็ตามของบริจาคและเงินของมูลนิธิสามารถช่วยแก้ปัญหานี้ได้ในระดับหนึ่งและเป็นการส่งเสริมคุณภาพชีวิตและผู้ป่วยด้วย

4. การบริหารจัดการ

การมีทีมงานดูแลผู้ป่วยที่บ้านนี้ ยังไม่มีการยอมรับในระดับส่วนกลาง แต่ได้มีการจัดระบบ เช่นนี้เป็นการภายในโรงพยาบาลต่าง ๆ เพื่อประโยชน์ของคนไข้ถ้าระบบนี้ได้รับการจัดตั้งแล้วมีแผนการดำเนินงานที่สมบูรณ์ ก็จะทำให้หมดปัญหาเรื่องการที่จะได้บุคลากร เงิน ค่าใช้จ่าย และวัสดุอุปกรณ์ต่าง ๆ ซึ่งจะทำให้บริการแก่ผู้ป่วยได้ดีและกว้างขวางยิ่งขึ้น อันจะเกิดประโยชน์ต่อผู้ป่วย ญาติ และประเทศชาติโดยรวม (ชนเดช สันธุเสก. 2549)

ดังนั้นแนวนโยบายการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายของกระทรวงสาธารณสุขนั้นให้ความสำคัญแก่ผู้ป่วยกลุ่มนี้มาก แต่ในความเป็นจริงอาจมีปัญหาและอุปสรรคอีกมากมายที่นโยบายนั้นไม่สามารถนำไปปฏิบัติได้ จึงเป็นประเด็นให้ผู้วิจัยต้องการศึกษาสถานการณ์การดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายตามความเป็นจริงและเปรียบเทียบกับแนวนโยบายที่มีอยู่ว่ามีความแตกต่างกันหรือไม่ และใช้เป็นแนวทางศึกษาถึงปัญหาว่ามีสิ่งใดที่บริการที่มีในชุมชนนั้นแตกต่างไปจากแนวนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขที่วางแผนไว้ เพื่อเป็นการหาแนวทางพัฒนาระบบบริการการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายในชุมชนให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

2.4 การดูแลแบบประคับประคอง

การดูแลแบบประคับประคอง (palliative care) ส่วนใหญ่เป็นการจัดทำเพื่อให้บริการช่วยเหลือแก่ผู้ป่วยที่มีปัญหาหนักหนาบางประการ รวมถึงผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้ายที่ไม่สามารถจะรักษาให้หายขาดได้ รูปแบบการดูแลแบบประคับประคองนี้สามารถดำเนินการหรือจัดให้เกิดขึ้นได้ทั้งที่บ้าน สถานดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย (hospice) สถานพยาบาลที่รับผู้ป่วยไว้ดูแลแบบไม่เป็นการเฉพาะ (nursing home) หรือในโรงพยาบาลทั่วไป มีคำหลายคำที่ใช้เรียกการดูแลแบบประคับประคอง เช่น palliative care, terminal care, supportive care, symptomatic care, และ hospice care (สมเกียรติ ศรีสุพรรณดิฐ และสัญชัย บัลลังก์โพธิ์. 2542)

ในปี พ.ศ. 2533 องค์การอนามัยโลกได้ให้คำจำกัดความของ palliative care โดยหมายถึง การดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม โดยที่โรคของผู้ป่วยไม่สามารถที่จะรักษาให้หายได้ การดูแลหมายถึง การควบคุมความเจ็บปวดและอาการที่ก่อให้เกิดความทรมานแก่ผู้ป่วย รวมทั้งภาวะปัญหาของจิตใจ (psychological) จิตวิญญาณ (spiritual) และสังคม (social) โดยมุ่งหวังให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีทั้งผู้ป่วยและครอบครัว (นพดล โสภารัตนาไพศาล. 2548)

จุดมุ่งหมายของการดูแลแบบประคับประคอง คือ การดูแลในรูปแบบที่ช่วยให้เกิดการบรรเทาอาการต่าง ๆ ที่ก่อให้เกิดความทุกข์ทรมาน ความไม่สบาย โดยเฉพาะความปวด ให้ได้รับความสุขสบาย โดยให้ได้รับการดูแลที่ตอบสนองทั้งด้านร่างกาย จิตใจ จิตสังคม และ

จิตวิญญาณของผู้ป่วยจนกระทั่งเสียชีวิต โดยมีศักดิ์ศรี และมีความหวังที่เป็นจริงโดยไม่ใช้หวังลม ๆ แล้ง ๆ (false hope) การดูแลในรูปแบบนี้แม้จะใช้ปฏิบัติกับผู้ป่วยในทุกระยะของการป่วยไข้ แต่จะเน้นให้การดูแลในรูปแบบนี้ เมื่อโรคที่ป่วยไข้อยู่ที่ การบำบัดให้หายขาดไม่อาจกระทำได้อีกต่อไป การบำบัดรูปแบบนี้คือ การทำให้ความปวดที่เป็นอยู่บรรเทาเบาบางลง ลดความทุกข์ทรมานจากอาการต่าง ๆ ซึ่งรวมถึงสภาวะต่าง ๆ ที่เกิดทั้งทางร่างกายจิตใจ อารมณ์ สังคม รวมถึงปัญหาทางด้านจิตวิญญาณที่เกิดขึ้นพร้อมกับการป่วยไข้ในระยะท้าย ๆ ให้มีชีวิตช่วงสุดท้ายอย่างมีคุณภาพ นอกจากนี้ยังให้ความสำคัญอย่างยิ่งแก่ครอบครัวผู้ป่วย โดยมีการเตรียมความพร้อมของญาติเพื่อหวังผลว่าจะสามารถช่วยให้ผู้ป่วยเผชิญสู่ธรรมชาติของความตายด้วยจิตใจที่สงบ และจากไปอย่างสมศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ (สถาพร ลีลา นันทกิจ. 2548)

การดูแลในรูปแบบประคับประคองนี้อาจเริ่มตั้งแต่ในระยะแรกของโรคโดยให้ร่วมกับวิธีการรักษาโรคมะเร็งโดยมีหลักการคือ (สมเกียรติ ศรีสุพรรณดิฐ และสัญญาชัย บัลดังก์โพธิ์. 2542)

1. แสดงให้เห็นว่าชีวิต และการตายเป็นเรื่องธรรมดา
2. ไม่มีการเร่ง หรือยืดการตายออกไป
3. บรรเทาอาการเจ็บปวด และภาวะทุกข์ทรมาน
4. การดูแลรักษา รวมไปถึงภาวะจิตใจ และจิตวิญญาณของผู้ป่วย
5. ให้การสนับสนุนเพื่อให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีจนวาระสุดท้าย
6. ให้การสนับสนุนเพื่อช่วยครอบครัวในระหว่างเจ็บป่วย และภาวะทุกข์โศกเนื่องจาก

การมรณกรรมของผู้ป่วย

ถ้ายึดหลักของคำจำกัดความขององค์การอนามัยโลกในการดูแลแบบประคับประคองดังที่กล่าวมาแล้ว ก็คงจะช่วยให้การพิจารณาของแพทย์ในการดูแลรักษาได้มองกว้างขึ้น ระยะเวลาของการดูแลแบบประคับประคองนั้นไม่แน่นอน อาจจะเป็นวันหรือในผู้ป่วยบางรายอาจมีชีวิตร่วมกับมะเร็งเป็นปีก็ได้ แพทย์โดยทั่วไปมักจะพิจารณาให้การดูแลแบบประคับประคองเมื่อผู้ป่วยใกล้จะเสียชีวิต ซึ่งเป็นระยะเวลาที่สั้นไม่สามารถเตรียมและให้สิ่งที่ดีที่สุดได้ (สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. 2548)

การดูแลแบบประคับประคองนั้น ผู้ดูแลจะต้องมีทักษะหรือความรู้พื้นฐานที่จำเป็นคือสามารถประเมินความต้องการทางจิตสังคมจิตวิญญาณของผู้ที่มีประสบการณ์ใกล้ตาย ความคาดหวัง ภาระ ความสูญเสีย คุณค่า และต้องตอบสนองต่อสิ่งเหล่านั้นอย่างมีประสิทธิภาพ ฉะนั้น จึงต้องมีการศึกษาค้นคว้าในตัวผู้ป่วยอย่างพิถีพิถัน จะช่วยให้ความทุกข์ทรมานจากอาการของผู้ป่วยระยะสุดท้ายดีขึ้น

การตัดสินใจระดับของการรักษาที่จะให้กับผู้ป่วยมะเร็งที่ไม่มีทางรักษาให้หายขาดได้นี้สมควรที่จะให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วมในการตัดสินใจด้วย ในอนาคตการดูแลแบบ

ประทับใจประทับใจ คอรัที่จจะม่งหวังให้ผู้ป่วยใช้ชีวิตในระยะสุดท้ายอย่างมีคุณค่า ปราศจากความทุกข์ทรมาน เสียชีวิตอย่างสงบ ปราศจากเครื่องช่วยชีวิตจากเทคโนโลยีทันสมัย ซึ่งทำให้บุคคลไม่มีศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ ผู้ป่วยระยะสุดท้ายควรจะได้รับเตรียมพร้อม และจากไปท่ามกลางบุคคลอันเป็นที่รัก หรือความเชื่อของแต่ละบุคคล โดยครอบครัวสามารถรับความสูญเสียได้ (สมเกียรติ ศรีสุพรรณดิฐ และสัญญาชัย บัลดังก์โพธิ์. 2549)

2.5 ครอบครัวผู้ดูแลและการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย

เมื่อผู้ป่วยรับทราบหรือสมาชิกได้รับรู้ ว่าผู้ป่วยป่วยด้วยโรคมะเร็ง จนกระทั่งสภาพของโรคดำเนินมาจนถึงระยะสุดท้าย จนผู้ป่วยไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ ไม่สามารถที่จะทำงานได้และไม่สามารถที่จะดูแลตนเองและครอบครัวได้ ทั้งยังต้องการความช่วยเหลืออีก ครอบครัวจึงเป็นแหล่งช่วยเหลือและมีบทบาทในการจัดการการดูแล การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายนี้ครอบครัวไม่สามารถจัดการเพียงลำพังได้ทั้งหมด จากข้อจำกัดและเงื่อนไขบางประการ ดังจะได้กล่าวถึงการศึกษาเกี่ยวกับครอบครัว ได้แก่ ความหมายของครอบครัว ลักษณะครอบครัวและบทบาทของครอบครัวเมื่อสมาชิกเจ็บป่วย ซึ่งนำไปสู่ การจัดการของครอบครัวเมื่อมีสมาชิกในครอบครัวป่วยเป็นมะเร็งระยะสุดท้าย เพื่อให้สามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างดี ดังนี้ (รุจา ภูโพนุลย์. 2534)

2.5.1 ความหมายของครอบครัว

ความหมายของครอบครัวมีมากมายหลายแบบ ซึ่งขึ้นอยู่กับมุมมองของแต่ละคน เกตินี สราญฤทธิชัย (2542) ได้สรุปความหมายของครอบครัวไว้ 5 ประการดังนี้

1. ความหมายของครอบครัวที่เป็นบุคคล/กลุ่มคน/หน่วยของบุคคล ครอบครัวหมายถึงกลุ่มของบุคคลที่มีความสัมพันธ์กัน สมาชิกในครอบครัวอาจมีความสัมพันธ์กันโดยการสืบสายโลหิต การเป็นเครือญาติ การแต่งงาน การนำมาเลี้ยง การเป็นบุตรบุญธรรม การเกี่ยวข้องกันทางกฎหมายหรือเกี่ยวข้องกันทางเศรษฐกิจ เป็นต้น สมาชิกในครอบครัวอยู่ใกล้กัน อาจอยู่บ้านหลังเดียวกันหรือไม่ก็ได้ ครอบครัวอาจมีเด็กที่ต้องให้การดูแลหรือไม่ก็ได้ สมาชิกในครอบครัวจะมีปฏิสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน มีความใกล้ชิดกันในด้านอารมณ์มีข้อผูกพันต่อกัน มีการปฏิบัติหน้าที่ภายในครอบครัว เช่น การเลี้ยงดูสั่งสอนบุตร ถ่ายทอดค่านิยมขนบธรรมเนียม ประเพณี วัฒนธรรมแก่บุตรหลานของตนเอง เป็นต้น

2. ความหมายของครอบครัวที่เป็นหน่วย/กลุ่มหรือสถาบันทางสังคม ครอบครัวหมายถึงกลุ่มทางสังคมที่มีความสัมพันธ์ต่อกันอาจโดยการแต่งงาน การสืบสายโลหิต การนำมาเลี้ยง

การเป็นเครือข่าย มีความสัมพันธ์กันทางเศรษฐกิจใกล้เคียงกันในความหมายของกลุ่มของบุคคล และพบว่า มีเพิ่มเติมในส่วนของความสัมพันธ์ทางเพศต่อกันระหว่างเพศหญิงและเพศชาย ครอบครัวมีความรับผิดชอบ มีการปฏิบัติหน้าที่ของตนเอง เช่น การผลิตผู้สืบสกุล การอบรมสั่งสอน การเลี้ยงดูบุตรอันเป็นหน้าที่รับผิดชอบต่อสังคมด้วย ถือเป็นกลุ่มทางสังคมที่มีความยั่งยืน มีลักษณะเฉพาะและมีความสำคัญที่สุดต่อการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในสังคม

3. ความหมายของครอบครัวที่เป็นระบบ ครอบครัวเป็นระบบที่ประกอบไปด้วยกลุ่มบุคคลที่มีความสัมพันธ์เกี่ยวข้องกัน อาจโดยการสืบสายโลหิต การเป็นเครือญาติ การแต่งงาน หรือการนำมาเลี้ยง กลุ่มบุคคลที่เป็นสมาชิกในครอบครัวจะมีปฏิสัมพันธ์ มีความผูกพันใกล้ชิดกันทางอารมณ์ต่อกัน มีความเกี่ยวข้องกันทางใดทางหนึ่งตามสถานภาพทางสังคมในครอบครัว จากการเป็นเครือญาติ ทำให้มองเห็นว่าครอบครัวมีโครงสร้างและหน้าที่ของตนเอง ครอบครัวมีการดำเนินเข้าสู่ระยะต่าง ๆ ของวงจรชีวิตครอบครัว แหล่งสนับสนุน รวมทั้งตัวกระตุ้นความเครียดเป็นสิ่งที่ผลกระทบต่อระบบครอบครัวด้วย

4. ความหมายของครอบครัวที่เป็นเครือข่ายของบุคคล หมายถึง เครือข่ายของกลุ่มบุคคลที่มีความสัมพันธ์กัน มีการปฏิบัติหน้าที่ต่อกันภายในครอบครัวเป็นผู้ที่ทราบว่าตนเองเป็นสมาชิกของครอบครัว และช่วยกันสร้างอนาคตของครอบครัว

5. ความหมายของครอบครัวที่เป็นที่อยู่อาศัย ในความหมายของครอบครัวที่หมายถึงบ้านได้เน้นถึงครอบครัวที่เป็นสถานที่ที่มีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของคน อันส่งผลต่อพฤติกรรมของสมาชิกคนอื่นในสถานที่นั้นตลอดเวลา

สำหรับมุมมองของผู้ให้บริการด้านสุขภาพ ครอบครัว คือ กลุ่มผู้รับบริการที่มีความหมายทั้งที่เป็นรูปธรรมและนามธรรมที่ไม่สามารถกำหนดขอบเขตของการดูแลได้ในทันทีที่พบผู้รับบริการ ในความหมายที่เป็นรูปธรรมนั้น แต่ละครอบครัวจะประกอบไปด้วยสมาชิกที่มีความแตกต่างกันในจำนวน ส่วนลักษณะของสมาชิกเองก็ยังมีทั้งความเหมือนและความต่างเชิงโครงสร้าง หน้าที่และพัฒนาการอยู่ภายในครอบครัวเดียวกัน ส่วนในความหมายที่เป็นนามธรรม คำว่า “ครอบครัว” มักจะมีภาพที่ทำให้เกิดความรู้สึกโน้มเอียงไปว่า เป็นประชากรกลุ่มที่มีภาวะสุขภาพปกติที่ควรมุ่งเน้นการส่งเสริม และการป้องกันโรคให้บรรลุสุขภาพที่ประสงค์ (วนิดา คุรงค์ฤทธิชัย . 2549)

2.5.2 ลักษณะของครอบครัว

ในบริบทของแต่ละสังคม มีผลให้ลักษณะของครอบครัวมีความแตกต่างกัน เช่น ลักษณะครอบครัวแบบตะวันตก ครอบครัวไทย ครอบครัวจีน เป็นต้น ซึ่งครอบครัวไทยในอดีตเป็นครอบครัวชาย สมชิกในครอบครัวอยู่รวมกัน รวมปู่ ย่า ตา ยาย จนถึงรุ่นหลานรุ่นเหลน แต่

ปัจจุบันครอบครัวไทยมีลักษณะที่เป็นครอบครัวเดี่ยวมากขึ้นกว่าสมัยก่อน การครองคู่ตามกฎหมายนั้น อนุญาตให้สามีหรือภรรยาถูกต้องตามกฎหมายได้เพียงคนเดียว สำหรับการสืบนามสกุลส่วนใหญ่ภรรยาและบุตรจะใช้นามสกุลของสามี แต่ในกรณีที่สามีต้องการเปลี่ยนแปลงมาใช้นามสกุลของภรรยา กฎหมายก็อนุญาตให้ปฏิบัติได้ (รุจา ภูไพบูลย์. 2534)

อำนาจในการปกครองของครอบครัวไทย จะขึ้นอยู่กับภาวะผู้นำในการหารายได้เลี้ยงครอบครัว ซึ่งส่วนใหญ่ฝ่ายชายเป็นผู้นำในการหาเลี้ยงครอบครัว ในกรณีที่คู่สามีภรรยามีส่วนหาเลี้ยงครอบครัวร่วมกัน จะมีลักษณะอำนาจการปกครองครอบครัวแบบประชาธิปไตย คือ ทุกคนมีส่วนในการตัดสินใจในการดำเนินการต่าง ๆ ในครอบครัว การตั้งที่อยู่อาศัยของครอบครัวไทยในชนบทนั้น พบว่าเปลี่ยนจากการอาศัยกับครอบครัวฝ่ายหญิงมาเป็น การที่คู่สมรสใหม่แยกครอบครัวออกมาอยู่ตามลำพังมากขึ้น แต่ยังมีบางส่วนที่อาศัยร่วมกันกับครอบครัวฝ่ายหญิงหรือฝ่ายชาย ซึ่งจะเห็นได้ว่าพลวัตของการเปลี่ยนแปลงลักษณะสถาบันครอบครัวที่มีอยู่อย่างต่อเนื่องตามเงื่อนไขทางสังคม วัฒนธรรมและเศรษฐกิจ (รุจา ภูไพบูลย์. 2534)

ปัจจุบันครอบครัวไทยมีสถาบันทางสังคมหรือเรียกว่าสถาบันที่สองรองรับภาระบางอย่างมากขึ้นกว่าในอดีต ทำให้ครอบครัวมีหน้าที่ทางสังคมหลายอย่างลดลง สถาบันดังกล่าวได้แก่สถาบัน โรงเรียนและสถานศึกษา สถาบันธุรกิจการค้า ชมรมและสโมสรต่าง ๆ ทั้งนี้ยังผลให้ความสัมพันธ์ของสมาชิกในครอบครัวมีความผูกพันลดลง นอกจากนั้น ถ้าพิจารณาครอบครัวไทยตามลักษณะสังคมไทย จะพบว่าครอบครัวไทยมีความเข้มทางสายโลหิตทำให้ความผูกพันในระบบเครือญาติยังคงอยู่ในสังคม และครอบครัวไทยส่งผลให้เกิดค่านิยมในการเคารพนับถือญาติผู้ใหญ่ ซึ่งรวมญาติอันเกิดจากการสมรสด้วย (รุจา ภูไพบูลย์. 2534)

2.5.3 บทบาทของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายที่บ้าน

การที่เกิดปัญหาสุขภาพแก่สมาชิกคนใดคนหนึ่งในครอบครัว ก็จะมีผลกระทบต่อระบบครอบครัวและสุขภาพของสมาชิกคนอื่นในครอบครัวด้วย นั่นหมายถึงภาระและปัญหาต่าง ๆ ที่ครอบครัวจะต้องแก้ไขให้คืนสู่สภาพเดิม การทำหน้าที่ของครอบครัวในการดูแลรักษาเป็นความรับผิดชอบของครอบครัวโดยตรง เพราะเมื่อบุคคลในครอบครัวเจ็บป่วย ความห่วงใยที่มีความผูกพันอยู่ในครอบครัว จะทำให้ครอบครัวตื่นตัวที่จะทำหน้าที่อย่างเต็มที่ วิธีการรักษาดูแลก็ขึ้นอยู่กับความเชื่อและประสบการณ์ที่ผ่านมา ระบบการดูแลรักษาที่นำไปใช้ จะมีเกณฑ์การตัดสินใจด้วยตนเองว่าเป็นระบบที่มีประสิทธิภาพและปลอดภัย ครอบครัวแต่ละครอบครัวจะมีรูปแบบในการจัดการกับโรคแตกต่างกันไปตามวัฒนธรรม ชนชั้น และคุณสมบัติส่วนตัวของผู้ป่วย (มัลลิกา มัติโก. 2530)

สุธิสา เต็มทับ, สุกศิริ หิรัญชุนหะ และ กิตติกร นิลมานันต์ (2547) ทำการศึกษาเกี่ยวกับการรับรู้ของสมาชิกในครอบครัวที่เป็นผู้ดูแลหลักต่อภาระการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายที่พักรักษาตัวในโรงพยาบาล ผลการศึกษาในครั้งนี้พบว่าผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายรับรู้

การตัดสินใจเรื่องการรักษาเป็นภาระมากทั้งด้านความยากลำบากและปริมาณเวลาที่ใช้ เนื่องจากกิจกรรมการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาเป็นประเด็นที่เกี่ยวข้องกับชีวิตของผู้ป่วยโดยตรง ซึ่งผลที่ตามมาจากการตัดสินใจอาจเป็นไปได้ทั้งด้านดีและเสียและอาจนำไปสู่ความขัดแย้งระหว่างสมาชิกในครอบครัวในอนาคต กิจกรรมที่ผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย รับรู้คือ ประเด็นการตัดสินใจในเรื่องการใส่ท่อช่วยหายใจก่อให้เกิดความเครียด และรู้สึกว่าเป็นภาระที่หนักหน่วงที่สุดของผู้ดูแลหลัก รองลงมา คือ การตัดสินใจเรื่องการปฏิบัติกรูชีวิต การตัดสินใจเรื่องเลือกสถานที่ให้ผู้ป่วยเสียชีวิต และการตัดสินใจในการทำหัตถการตามลำดับ ปัจจัยที่ทำให้ผู้ดูแลหลักรู้สึกเป็นภาระด้านการตัดสินใจในการรักษาแบ่งได้เป็น 4 ประการ คือ การต้องตัดสินใจหลายคน การต้องเป็นผู้ตัดสินใจหลัก ความไม่แน่ใจในสิ่งที่ได้ตัดสินใจไปแล้ว การได้รับข้อมูลที่ช่วยตัดสินใจไม่เพียงพอ และการดูแลและการจัดการกับอาการเมื่อผู้ป่วยมีอาการปวดและหอบเหนื่อย การดูแลกิจวัตรประจำวัน โดยพบว่ากิจกรรมที่ผู้ดูแลให้ข้อมูลว่าเป็นภาระการดูแลมากที่สุด คือ การดูแลให้ผู้ป่วยรับประทานอาหาร ความหมายของการดูแลที่สะท้อนมาจากผู้ดูแลมี 3 ลักษณะ คือ (1) การช่วยเหลือเพื่อให้ผู้ป่วยดีขึ้น (2) ดูแลใจ ร่วมกับดูแล ใจ และ (3) การเสริมสร้างกำลังใจให้ต่อสู้ชีวิตโดยการให้ความหมายดังกล่าวจะเปลี่ยนแปลงตามสภาวะการณ์ของการดูแล และเป็นความหมายในทางบวกกับตนเองมากกว่าทางลบ

ฟีฟส์ (Phipps, 2004) ได้ศึกษาในเรื่องความพึงพอใจของผู้ดูแลในครอบครัวต่อการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย พบว่า ผู้ดูแลในครอบครัวของผู้ป่วยที่ตายที่บ้าน จะตอบสนองความคิดของผู้ป่วยว่าที่บ้านสงบกว่า โดยเคารพในจิตวิญญาณและความเชื่อของผู้ป่วยมากกว่าผู้ดูแลในครอบครัวของผู้ป่วยที่ตายในสถานที่ที่ไม่ใช่บ้าน ผู้ดูแลผู้เสียชีวิตใส่ใจเรื่องค่าใช้จ่ายน้อยกว่าในเรื่องของการดูแล และไม่ค่อยพอใจในเรื่องของการปลอบใจของเจ้าหน้าที่ และการศึกษาพบว่า แม้ว่าการตายที่บ้านจะมีการเตรียมตัวตายอย่างสงบและเป็นสุข และได้รับการดูแลในด้านความรู้สึกจากผู้ดูแลในช่วงเวลาสุดท้ายของชีวิตก่อนจากไป แต่จะห่างไกลการดูแลจากบุคลากรสุขภาพ

สรุปแนวคิดเกี่ยวกับครอบครัวดังกล่าว ช่วยทำความเข้าใจในเชิงโครงสร้างความสัมพันธ์หน้าที่ทางสังคมและรูปแบบของครอบครัวในสังคมปัจจุบันที่มีความหลากหลายมีการเปลี่ยนแปลงและมีหลายมิติมากขึ้น และยังช่วยให้ผู้วิจัยมีแนวทางในการค้นหา การเรียนรู้ พฤติกรรมและบทบาทของสมาชิกในครอบครัว เมื่อมีบุคคลในครอบครัวป่วยเป็นโรคมะเร็งในระยะสุดท้ายว่าครอบครัวมีการเรียนรู้ มีวิถีคิด มีวิธีการจัดการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย จนเสียชีวิตและหลังจากเสียชีวิตอย่างไร จากการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่า ครอบครัวของผู้ป่วยระยะสุดท้ายซึ่งเป็นโรคเรื้อรังนั้นต้องรับภาระเกี่ยวกับการดูแลค่อนข้างมาก และตัวผู้ป่วยเองมักจะพอใจในการที่จะเสียชีวิตที่บ้าน ฉะนั้นการดูแลช่วยเหลือเพื่อบรรเทาความทุกข์ทรมาน

สภาพทางภูมิศาสตร์ โดยทั่วไปเป็นที่ราบลุ่มริมแม่น้ำโดยตลอด พื้นดินอุดมสมบูรณ์ ดินเป็นดินเหนียวปนทราย นอกจากนี้ยังมีลำคลองใหญ่น้อยมากมาย แยกจากแม่น้ำแม่กลอง กระจายอยู่ทั่วทุกพื้นที่ แม่น้ำสำคัญที่ไหลผ่านคือแม่น้ำแม่กลอง ไหลมาจากจังหวัดกาญจนบุรีผ่าน จังหวัดราชบุรี อำเภอบางคนทีและอำเภออัมพวา ไหลลงสู่อ่าวไทยที่บริเวณปากแม่น้ำแม่กลอง ในเขตอำเภอเมืองสมุทรสงคราม มี 3 ฤดู ฤดูหนาวอากาศไม่หนาวจัดและฤดูร้อนไม่ร้อนจัด จนเกินไป อุณหภูมิเฉลี่ยทั้งปีประมาณ 28 องศาเซลเซียส การคมนาคมสะดวก รวดเร็ว ระยะทาง ห่างจากตัวอำเภอบางคนที 1 กิโลเมตร และห่างจากอำเภอเมือง 11 กิโลเมตร ใช้เวลาเดินทาง ประมาณ 15 นาที โดยรถส่วนตัว และประมาณ 45 นาที ด้วยรถโดยสารประจำทางสาย ราชบุรี-บางนกแขวก การเดินทางในหมู่บ้านแต่ละหมู่บ้านใช้เวลาสั้น การคมนาคมสะดวก สามารถเดินทางเข้าไปเยี่ยมครอบครัวของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายได้สะดวก เขตการปกครอง แบ่งเป็น 13 ตำบล 92 หมู่บ้าน เทศบาล 2 แห่ง อบต. 9 แห่ง (ตามทะเบียนราษฎร ณ วันที่ 1 กรกฎาคม 2550)

สภาพทางสังคม ในอำเภอบางคนที มีวัดจำนวน 24 วัด วัดคริสต์ 2 แห่ง ธารคารจำนวน 2 แห่ง สาธารณสุขอำเภอบางคนที การศึกษานอกโรงเรียนประจำอำเภอ เกษตรอำเภอ พัฒนาชุมชน อำเภอ สถานีตำรวจ เทศบาลตำบลกระดังงา ที่ว่าการอำเภอ การไฟฟ้า และที่ทำการไปรษณีย์ อำเภอบางคนที มีการรวมกลุ่มและทำกิจกรรมกลุ่มผู้สูงอายุในสถานีนามัยเดือนละครั้ง ทุกสถานีนามัย ชมรมสร้างสุขภาพ 30 กลุ่ม กระจายทั่วอำเภอ กลุ่มแอโรบิกจัดกิจกรรม การออกกำลังกายแบบแอโรบิก กลุ่มจักรยานรักษสุขภาพจัดกิจกรรมออกกำลังกายด้วยรถจักรยาน และกลุ่มอื่น ๆ จัดกิจกรรมออกกำลังกายด้วยไม้พลอง เปตอง ตรีศกรื้อ ฟุตบอล ซิงก เป็นต้น

สภาพทางเศรษฐกิจ พื้นที่ส่วนใหญ่เหมาะแก่การเกษตรกรรม ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพ ทำสวนไม้ผล (มะพร้าว ลิ้นจี่ ส้มโอ มะม่วง ฯลฯ) การประมง การอุตสาหกรรม บางส่วนมีอาชีพ ข้าราชการ การพาณิชย์และ อาชีพรับจ้างทั่วไป

แหล่งที่พึ่งด้านสุขภาพ ในอำเภอบางคนทีจะมีโรงพยาบาลระดับชุมชน 1 แห่งคือ โรงพยาบาลนภดล มีสถานีนามัย 13 แห่ง และมีหน่วยบริการปฐมภูมิที่จัดเป็นทางการโดยแบ่ง พื้นที่เป็นโซน 3 โซน สถานีนามัยประมาณ 4 แห่ง จะรวมขึ้นกับหน่วยบริการปฐมภูมิ 1 แห่ง ดังภาพที่ 2.2

นอกจากนี้ ในพื้นที่ยังมีร้านยา คลินิกเอกชน การแพทย์พื้นบ้าน การแพทย์ทางเลือก ฯลฯ และความนิยมของชุมชนในการใช้บริการดังกล่าวถ้าอาการไม่รุนแรงมากมักจะใช้บริการจากคลินิก เอกชนหรือซื้อยารับประทานเอง บางส่วนมักใช้การแพทย์ทางเลือกร่วมกับการรักษาทางการแพทย์แผนปัจจุบัน โดยมีร้านขายยาแผนปัจจุบัน จำนวน 4 แห่ง ร้านขายยาแผนโบราณ จำนวน 6 แห่ง

นวดแผนไทย 47 แห่งและมูลนิธิจุฬามณี 1 แห่ง มีแหล่งให้บริการทางด้านยาต้มยาสมุนไพร จากบริเวณจังหวัดใกล้เคียงเช่นจังหวัดราชบุรี หรือเพชรบุรี เป็นต้น(สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ บางคนที. 2550)

หน่วยบริการปฐมภูมิมีการให้บริการรักษาพยาบาลขั้นพื้นฐานโดยพยาบาลวิชาชีพ เป็นลักษณะการออกหน่วยเคลื่อนที่และการพยาบาลในชุมชน การเยี่ยมบ้าน เพื่อให้การดูแลรักษา กลุ่มผู้ป่วยเรื้อรัง โรคความดันโลหิตสูง เบาหวาน โรคมะเร็งและโรคต่าง ที่แพทย์ลงความเห็นว่ามีอาการคงที่ ไม่มีภาวะแทรกซ้อน สามารถควบคุมโรคได้ ตามขอบเขตที่แพทย์กำหนดให้และหากพบความผิดปกติเกินกว่านั้นให้ส่งต่อกลับเข้ารับรักษาในโรงพยาบาลเพื่อพบแพทย์ และมีหลักการดูแลอย่างเป็นองค์รวม ครอบคลุมทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ดูแลทั้งครอบครัวและดูแลอย่างต่อเนื่อง เน้นที่การพัฒนาศักยภาพการดูแลตนเองของครอบครัว และชุมชน โดยการให้ความรู้ ส่งเสริม สนับสนุนการเรียนรู้ด้วยตนเองร่วมกับทีมสุขภาพทุกระดับ ในชุมชน

นอกจากนี้ยังมี มูลนิธิจุฬามณีซึ่งเป็นหน่วยงานเอกชน มีหน้าที่ให้บริการหลักคือรับส่งผู้ป่วยฉุกเฉิน และยังให้บริการในการดูแลผู้ป่วยด้านอื่น ๆ อีก เช่น ไปรับยา หรือไปซื้อยาให้ผู้ป่วย ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่สามารถไปรับยาเองได้ ให้บริการการทำแผลที่บ้าน หรือช่วยให้ออกซิเจน โดยเจ้าหน้าที่ของมูลนิธิจะผ่านการอบรมเกี่ยวกับการปฐมพยาบาลเบื้องต้นจากโรงพยาบาลนภลัย และเจ้าหน้าที่ของมูลนิธิบางคนเรียนจบหลักสูตรเวชกรฉุกเฉิน สามารถดูแลผู้ป่วยเบื้องต้นได้

สรุปโรคมะเร็งเป็นโรคที่เกิดจากความผิดปกติระดับเซลล์ ระยะเริ่มแรกมักไม่มีอาการ แสดงให้เห็น ผู้ป่วยมักจะมาพบแพทย์ในระยะที่มีการแพร่กระจายเนื่องจากมีอาการแสดงออกมา เช่น อาการปวด อาการซีด ผอมแห้ง ได้รับการวินิจฉัยจากการซักประวัติ การตรวจร่างกาย การตรวจทางห้องปฏิบัติการ และการตรวจด้วยวิธีพิเศษ และเมื่อตรวจพบว่าโรคมะเร็งได้ดำเนินมาสู่ระยะสุดท้ายแล้ว ซึ่งหมายถึงโรคนั้นไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ มีอาการทรุดลงจนไม่สามารถควบคุมอาการได้ การรักษาจึงเป็นเพียงการรักษาแบบประคับประคอง โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อบรรเทาอาการต่าง ๆ ที่ก่อให้เกิดความทุกข์ทรมาน ให้ได้รับความสุขสบายและได้รับการดูแลอย่างองค์รวม ซึ่งนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขได้ให้ความสำคัญในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย แต่ผู้ป่วยระยะนี้ไม่จำเป็นต้องได้รับการรักษาเฉพาะ ดังนั้นการให้การดูแลส่วนใหญ่จึงเน้นการดูแลในชุมชน แต่ยังมีปัญหาต่าง ๆ มากมายเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายในชุมชน เช่นปัญหาข้อจำกัดทางการเงิน การบริหารจัดการการขาดแคลนบุคลากร และ อุปกรณ์เครื่องใช้สำหรับผู้ป่วยที่บ้าน

ดังนั้นครอบครัวจึงมีส่วนสำคัญในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ แต่ครอบครัวก็ยังพบกับปัญหาและอุปสรรคหลาย ๆ ด้าน ทำให้ไม่สามารถจัดการกับปัญหาบางส่วนได้และต้องการความช่วยเหลือสนับสนุนจากชุมชน และบุคลากรทางสุขภาพ สำหรับอำเภอบางคนที่ จังหวัดสมุทรสงคราม เป็นอำเภอหนึ่งที่มีสถิติผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายสูงขึ้น ในชุมชนมีแหล่งประโยชน์ทางด้านสุขภาพมากมาย ที่สามารถจะพัฒนาและให้การช่วยเหลือผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายและครอบครัวให้มีชีวิตอยู่ในชุมชนได้อย่างมีคุณภาพ

