

การ Support ทางจิตใจสำหรับผู้ป่วยเป็นมะเร็ง อาจารย์บุญญา ฅ.นคร รพ.สวนสราญรมย์

1. ทักษะที่ผู้ให้บริการผู้ป่วยมะเร็งต้องมี
 - 1.1. ทักษะการฟัง อย่างตั้งใจ อย่างเห็นอกเห็นใจ
 - 1.2. การทวนความ เช่น เมื่อผู้ป่วยว่า นอนไม่หลับ มันคิดเรื่องอะไรหรือที่ทำให้นอนไม่หลับ
 - 1.3. ทักษะการสื่อสาร
2. ระยะเวลาของผู้ป่วย เมื่อได้รับทราบว่าเป็นมะเร็ง มี 4 ระยะคือ
 - 2.1. ระยะเวลาก่อนการรักษา จะประกอบด้วย 5 ระยะคือ
 - 2.1.1. ระยะปฏิเสธ คือไม่ยอมรับ ซึมเศร้า แยกตัว ท้อแท้ ว่าทำไมต้องเป็นการรับ การช่วยเหลือคือ รับฟังด้วยความเห็นอกเห็นใจ ให้ความช่วยเหลือ ระวังคำพูดที่จะไม่ทำให้คนไข้
 - 2.1.2. ระยะโกรธ เนื่องจากแปลความรู้สึก กังวล เป็นอารมณ์โกรธ ชุนเฉียวเนื่องจากความวิตกกังวล ช่วยเหลือคือให้เขาระบาย และเห็นอกเห็นใจ ไม่ถือสากับการกระทำที่ทำกับเรา
 - 2.1.3. การต่อรอง จะถามว่า ให้การวินิจฉัยถูกต้องหรือไม่ การช่วยเหลือ คือ รับฟัง และสามารถทำอะไรได้ ต้องทำตามกำลังที่เราจะให้
 - 2.1.4. ระยะซึมเศร้า เจ็บขมไม่พูดไม่จา หรือไม่ติดต่อกับคนอื่น แยกตัว การช่วยเหลือ การพูดคุย การนั่งเป็นเพื่อน แม้จะไม่ได้พูด ไม่ไปเพิ่มวิตกกังวล
 - 2.1.5. ระยะยอมรับ อาการโกรธเคือง เศร้าโศกอยู่แต่น้อยลง บางคนต้องการพักผ่อน โดยระยะที่ 4 และ 5 อาจจะสลับกันไปมาหลายรอบ ก่อนจะถึงระยะการยอมรับที่แท้จริง
 - 2.2. ระยะการรักษา เมื่อยอมรับ ก็จะสงบ การรักษาจะมีอะไรและเป็นอย่างไร ต้องให้ความรู้เกี่ยวกับการรักษา
 - 2.3. ระยะติดตามการรักษา จะดีขึ้นหลังจากการรักษาโดยเฉพาะ Chemo เมื่อสิ้นสุดการรักษาจะดีขึ้น และจะอยู่กับมะเร็งได้เหมือนส่วหนึ่งของร่างกาย และจะมองหาสิ่งอื่นๆที่จะเสริมสร้างกำลังใจ เช่นยาหม้อ ยาต้ม และข้อมูลใหม่ๆ เพื่อ support และหากิจกรรมที่ผู้ป่วยชื่นชอบ
 - 2.4. ระยะสุดท้าย กลับมาท้อแท้ ก้าวตาย และอยากจะทำเรื่องหรือฝากฝัง เช่น พิณยกรรม การดูคนไข้ต้องดูรวมไปถึงญาติด้วย ผู้ให้การรักษาบางคนก็เครียดไปตามคนไข้ด้วย ผู้ให้การรักษาต้องมีสติ ไม่เครียดตาม และเมื่อเครียดก็ต้องไม่ทำให้คนไข้เครียดตามไปด้วย (Sympathy มีความรู้สึกและ In ไปกับเขาด้วย & Empathy รับรู้ความรู้สึก เห็นอกเห็นใจ แต่ไม่ in กับเรื่องราวของผู้ป่วยมากเกินไป)
3. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปรับตัวของผู้ป่วย ปัจจัยของผู้ป่วย ขึ้นกับ EQ ของผู้ป่วยว่าสามารถที่จะควบคุมตัวเองและทำใจได้มากขนาดไหน และสภาพแวดล้อม ค่านิยม ประเพณี และการสนับสนุนจากครอบครัว
4. การช่วยเหลือด้านจิตใจ
 - 4.1. ต้องบอกความจริงในระยะเวลาที่เหมาะสม
 - 4.2. ให้ความรู้เกี่ยวกับโรค และวิธีการรักษา
 - 4.3. ยอมรับผู้ป่วย และไม่ถือสาพฤติกรรมที่แสดงออก
 - 4.4. เห็นอกเห็นใจ และปลอบใจ ต้องวิเคราะห์ว่าผู้ป่วยต้องการหรือไม่ บางคนต้องการ บางคนไม่ต้องการ
 - 4.5. สนใจฟังและให้ข้อมูล และให้คำแนะนำอย่างกระตือรือร้น
 - 4.6. มีกิจกรรมต่างๆ เพื่อ support ทางจิตใจ เช่น การทำบุญ
 - 4.7. ให้การรักษาตามอาการ

การบริหารจัดการมะเร็งเต้านมเชิงระบบในเครือข่าย

นพ.ธีรชัย ทรงเกียรติกวิน

1. มะเร็ง ที่สำคัญ มีอยู่ 3 เรื่องหลักคือ
 - 1.1. มะเร็งเต้านม
 - 1.2. มะเร็งปากมดลูก
 - 1.3. มะเร็งลำไส้
2. 3 ใน 7 ยุทธศาสตร์ ที่สำคัญในการดำเนินการเกี่ยวกับมะเร็ง คือ
 - 2.1. การส่งเสริมสุขภาพ เพื่อลดปัจจัยเสี่ยง และเพิ่มปัจจัยเสริมสร้าง ต่อการเกิดมะเร็ง
 - 2.2. การคัดกรอง วิธีการคัดกรองง่าย และคัดกรองแล้วสามารถที่จะให้การรักษาได้
 - 2.3. การวิจัย
3. เป้าหมายการดำเนินการ
 - 3.1. ลดจำนวน Late Stage หรือเพิ่ม Early Stage
 - 3.2. การทำทะเบียนมะเร็ง Cancer Registry.
 - 3.3. การเชื่อมโยงเครือข่าย
 - 3.4. การทำ palliative care จะทำอย่างไร ที่จะ monitor ได้ทั้งหมด
4. สิ่งที่จะทำ และสิ่งที่จะตามมา
 - 4.1. BIRAD 3 ต้อง repeat Mammogram ทุก 6 เดือน ระบบจากรับไหวหรือไม่
 - 4.2. BIRAD 4 ต้อง biopsy จะไปทำที่ไหน ระบบจะรองรับไหวหรือ Waiting time จะเป็นเท่าไร
 - 4.3. การพัฒนาการให้คะแนนความเสี่ยง (เหมือนการให้คะแนน Gail score) เพื่อหากกลุ่มเสี่ยงมาก และเฝ้าระวังอย่างใกล้ชิดมากขึ้น
5. การนำแนวทางของมะเร็งเต้านม ไปประยุกต์ใช้สำหรับมะเร็งลำไส้ใหญ่ คือ การทำ occult blood เพื่อ Screening Ca colon เพื่อทดแทน colono scope เพื่อค้นหาCa colon เพราะคงเป็นไปได้ยากที่จะทำ Colono scope ได้อย่างครอบคลุม

การดูแลรักษาผู้ป่วยมะเร็งและการส่งต่อ นพ.สมชาย ทัศสิทธิ์ชัย

1. National Cancer control program 2013- 2017 ซึ่งสามารถนำไปใช้เป็น service plan แบ่งเป็น 7 ยุทธศาสตร์ และให้ 12 เขตบริการสุขภาพ มีอย่างน้อย 1 ร.พ. ในเขตที่สามารถรองรับมะเร็งได้อย่างเบ็ดเสร็จภายในเขตโดยไม่ต้อง refer ข้ามเขต
2. รพ.สต./รพช. คือต้นน้ำในการดูแลมะเร็งเต้านม รพ.สต.ควรมีบทบาทเกี่ยวกับมะเร็งชนิดต่างๆ ดังนี้
 - 2.1. รพ.สต.เป็นผู้เปลี่ยนความเชื่อ ผิดๆ 4 ข้อ ให้กับประชาชน (ไม่ควรพูดเรื่องมะเร็งเต้านม มะเร็งไม่มีเหตุบอกเหตุมาก่อน เราไม่สามารถทำอะไรกับมะเร็งได้ และคำรักษามะเร็งแพงมากจนเราสู้ไม่ไหว)
 - 2.2. การคัดกรอง โดยใช้ CBE ซึ่งมีข้อมูลจากอินเดีย พบว่าถ้าทำ CBE จะสามารถคัดกรองมะเร็งได้มากขึ้น
 - 2.3. เป็น Case manager โดย
 - 2.3.1. ทำการคัดกรอง กลุ่มเสี่ยง
 - 2.3.2. ถ้าพบสิ่งผิดปกติ ควรมีระบบบันทึก และทำการส่งต่อ
 - 2.3.3. ติดตามผลการส่งต่อ (โดยไปเยี่ยมบ้าน) และทำการบันทึกผลการวินิจฉัยและส่งต่อโดยข้อมูลมีพร้อมที่ รพ.สต.
 - 2.3.4. รายงาน
 - 2.3.5. การจัดเก็บข้อมูลเกี่ยวกับมะเร็งเต้านม
3. รพช.นอกจากจะมีบทบาทในข้อ 2 แล้ว อาจจะมีบทบาทในการ รับคนไข้มะเร็งที่ รพช/รพท.ให้การรักษาย่าง Intensive แล้ว เมื่อหมด critical Period ส่งกลับไปให้ รพ.ช.ดูแลต่อไป เช่น สถาบันมะเร็งเมื่อก่อน LOS (length of stay) 10 วัน หลังจาก Refer เหลือ LOS = 4 วัน
4. ปัญหาในการดำเนินการ และโอกาสพัฒนา
 - 4.1. การ Staging TNM staging ในแต่ละมะเร็งมีรายละเอียดแตกต่างกัน แม้จะแบ่งหยาบๆ เป็น Local และ Metas ก็ยังมีมากถึงร้อยละ 50 ที่ไม่ทราบ staging ซึ่งสามารถใช้สูตรการ estimate ได้
 - 4.2. การเข้าถึงบริการและลดระยะเวลารอคอย ควรกำหนดเป้าหมายในการดูแล เช่นที่สถาบันมะเร็ง มีข้อมูลดังนี้
 - 4.2.1. ระยะเวลาเฉลี่ย ตั้งแต่วินิจฉัยถึงผ่าตัด ใช้เวลา 13 วัน
 - 4.2.2. หลังผ่าตัดควรได้ chemo ภายใน 30 วัน
 - 4.2.3. เมื่อ chemo แล้วทำการฉายแสงให้แล้วเสร็จภายใน 6 สัปดาห์ (ทำจริง 2 สัปดาห์)
