

ผู้ป่วย บุคคลสำคัญ...ที่ต้องเข้าใจ

พนมทวน ชูแสงทอง, พ.บ.*

ผู้ป่วย.... เป็นบุคคลที่ถือว่า สำคัญที่สุด สำหรับ การเป็นแพทย์ ยิ่งท่ามกลางกระแสการพัฒนาระบบ คุณภาพโรงพยาบาลเป็นประเด็นที่ได้รับการสนใจ อย่างกว้างขวาง การดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวมเป็นเรื่อง หนึ่งที่มีความสำคัญเป็นอย่างยิ่ง โดยเน้นการดูแล ผู้ป่วยทั้งทางร่างกายจิตใจ สังคม หรือแม้แต่จิตวิญญาณ นอกจากนี้ปัญหาการร้องเรียนระหว่างแพทย์และผู้ป่วย ที่ทวีจำนวนสูงขึ้น พบว่า ปัญหาหลักปัญหานึงคือ “การขาดความเข้าใจและการสื่อสารในระหว่างกัน นั้นเอง” บทความนี้จะพยายามมุ่งเน้นที่จะช่วยให้แพทย์นั้น เข้าใจในตัวผู้ป่วยมากขึ้น รวมทั้งมีการสื่อสารที่ดี ระหว่างกันมากขึ้น

ปฏิกิริยาทางจิตใจที่ตอบสนองต่อภาวะเจ็บป่วย (Psychological response to illness)

เมื่อคนปกติแข็งแรงดีเฉกเช่นพวกเราทุกคน อยู่ มาปรากฏวันร้ายคืนร้าย มีอาการเจ็บป่วยเกิดขึ้นกับ

ร่างกายของเรา ไม่ว่าจะเป็นระดับเล็กน้อย (เช่น ไข้หวัด ท้องเสีย) ระดับปานกลาง (เช่น แขนหัก ไข้ดั่งอักเสบ ซึ่งเป็นโรคที่รักษาให้หายได้) หรือระดับร้ายแรง (เช่น เจอก้อนเนื้อประหลาดๆ ที่เรียกว่า มะเร็งอยู่ในตัว หรือ ภูมิคุ้มกันที่เคยแข็งแรงดันอ่อนแอลง กลายเป็นโรคที่ เรียกว่าเอดส์ตลอดจนโรคที่กลายเป็นภาวะพิการหรือ เรื้อรังไปตลอดชีวิต) สภาพจิตใจและอารมณ์ย่อมมีการ เปลี่ยนแปลงแน่นอน ซึ่งส่งผลกระทบต่อพฤติกรรม การ แสดงออกของผู้ที่ป่วย ดังนั้นหนทางที่ดีคือ การที่ แพทย์สามารถทราบก่อนว่า ปฏิกิริยาทางจิตใจที่ตอบ สอนต่อภาวะเจ็บป่วย (ของผู้ป่วยที่เรากำลังเผชิญนั้น) เป็นอย่างไร เพื่อที่จะเข้าใจผู้ที่ประสบปัญหาดังกล่าว สามารถรับรู้ถึงความรู้สึก อารมณ์ของผู้ป่วย และวางแผนช่วยเหลือได้อย่างถูกต้องเหมาะสม

ปฏิกิริยาทางจิตใจที่ตอบสนองต่อภาวะเจ็บป่วย (psychological response to illness) ขึ้นอยู่กับหลาย

* ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล กรุงเทพมหานคร 10300

ปัจจัย เช่น สาเหตุของการป่วย ระยะเวลา ครอบครัว ญาติพี่น้อง กำลังใจสภาพแวดล้อม ประเพณีวัฒนธรรม ประสบการณ์ที่เคยพบหรือเคยเห็น จากนั้นจะมีการประมวลปัจจัยต่าง ๆ ออกมา ซึ่งประกอบด้วย 3 แนวทาง คือ

1. Personal meanings & perceptions

หมายถึง การรับรู้หรือการแปลความหมายของสิ่งที่มากระทบ เช่น ความเจ็บป่วย การรักษา ผลที่ได้ผลข้างเคียง ในแต่ละบุคคล ก็มีการรับรู้หรือแปลผลที่แตกต่างกันออกไป โดยขึ้นกับข้อมูลที่ตนเองได้รับ ประสบการณ์ สังคม ความทรงจำ และเชาว์ปัญญา สิ่งต่าง ๆ เหล่านี้จะมาประมวลกันในตัวของผู้ป่วยแล้วนำมาประเมินความเจ็บป่วยทางร่างกายที่ตนเองได้รับ ซึ่งปรากฏได้ 5 ลักษณะดังนี้

1.1 ถูกคาม (Threat)

เมื่อเกิดการรับรู้ว่ามีคามผิดปกติเกิดขึ้นในชีวิต โดยเฉพาะอย่างยิ่งในด้านลบ เราจะรู้สึกทันทีว่า สิ่งที่มากระทบนี้เป็นภาวะที่ถูกคามต่อชีวิตของตน โดยแปลผลว่าระดับที่ถูกคามมากน้อยเพียงใดนั้นแตกต่างกันในแต่ละบุคคล ส่งผลให้เกิดการตอบสนองทางอารมณ์ในลักษณะต่าง ๆ เช่น กลัว กังวล หวาดหวั่น เศร้า รวมทั้งมีการตอบสนองทางร่างกาย (physiological response) ซึ่งเกิดขึ้นจากระบบประสาทอัตโนมัติด้วย เช่น ใจสั่น หัวใจเต้นเร็ว มือเท้าเย็น

ตัวอย่าง : สมรศรี อายุ 26 ปี เพิ่งแต่งงานได้ 1 ปี มีอาการเลือดออกทางช่องคลอดเป็น ๆ หาย ๆ เป็นมา 6 เดือน ได้มาตรวจที่โรงพยาบาล แพทย์แจ้งให้ทราบว่าสมรศรีเป็นมะเร็งที่ปากมดลูกและมีการแพร่กระจายไปยังมดลูกแล้ว สมรศรีรับทราบข้อมูลด้วยความตกใจ รู้สึกตนเองถูกคุกคามอย่างมาก เครียด กังวล กลัวที่จะตาย ท้อแท้ เศร้า

1.2 สูญเสีย (Loss) แสดงออกได้ใน 2 ลักษณะ

Concrete loss เป็นการสูญเสียที่เห็นได้ชัดเจน

จากความเจ็บป่วยทางร่างกาย อาจเป็นการสูญเสียส่วนใดส่วนหนึ่งของร่างกายไป (เช่น ต้องตัดแขนหรือขา) หรือสูญเสียหน้าที่การทำงานของอวัยวะใดอวัยวะหนึ่ง (เช่น แขนขาอ่อนแรง หูไม่ได้ยิน)

Symbolic loss เป็นการสูญเสียที่เห็นได้ไม่ชัดเจน เป็นการสูญเสียทางด้านจิตใจ ความรู้สึก ความภูมิใจในตนเอง ความมั่นคงในชีวิต ทำให้ไม่สามารถตอบสนองต่อความต้องการทางร่างกายและจิตใจของตนเองได้ ส่งผลกระทบในด้านต่าง ๆ เช่น การเงิน ครอบครัว สังคม

ตัวอย่าง : กรณีสมรศรี แพทย์แนะนำให้เธอทำการผ่าตัดเอามดลูกและรังไข่ออก สิ่งที่เป็น concrete loss ได้แก่มดลูกและรังไข่ (อันที่ถูกตัดทิ้งไปนั้นแหละ) ส่วน symbolic loss นั้น สมรศรีสูญเสียความเชื่อมั่นและคุณค่าในตนเอง รู้สึกว่าเธอได้สูญเสียความเป็นภรรยาที่ดีและการเป็นแม่ไปเสียแล้ว เพราะเธอไม่อาจให้กำเนิดบุตรแก่สามีได้

1.3 ได้รับความพอใจหรือผ่อนคลาย (Gain or relief)

ส่วนใหญ่พบในผู้ที่มีปัญหาทางจิตเวชอยู่ก่อนแล้ว เช่น ปัญหาบุคลิกภาพ โดยปัญหาดังกล่าวอาจแสดงให้เห็นหรือไม่ปรากฏในระยะก่อนที่จะป่วยก็ได้ แบ่งเป็น

Primary gain ในกลุ่มนี้เป็นผู้ที่มี unconscious conflict มีแนวโน้มที่ต้องการจะลงโทษตนเองหรือต้องการพึ่งพาผู้อื่นเป็นพื้นฐานเดิมอยู่แล้ว เช่น dependence personality, depressive disorder เมื่อมีปัญหาเจ็บป่วยทางร่างกายเกิดขึ้นเป็นการตอบสนองต่อความต้องการของตนเองด้วย รู้สึกลึก ๆ ว่าตนเองได้รับการเอาใจใส่ดูแลจากบุคคลอื่น (dependence) หรือสิ่งนี้เป็นการลงโทษเป็นข้อบกพร่องของตนเองอยู่แล้ว (depressive)

Secondary gain เป็นผลประโยชน์ที่ได้รับภายหลังจากการเจ็บป่วย เช่น ได้หยุดงาน ได้รับการยกเว้น

ในด้านต่าง ๆ มีคนมาคอยดูแลเอาใจใส่ โดยผู้ป่วยได้รับการยอมรับทางสังคมและไม่ถูกตำหนิหรือลงโทษอีกด้วย

1.4 ท้าทาย (Challenge)

ผู้ป่วยมองความเจ็บป่วยตามความเป็นจริงของชีวิตยอมรับว่าเป็นสิ่งที่มนุษย์ทุกคนต้องพบและเกิดขึ้นได้เสมอ มีกำลังใจและพยายามต่อสู้เพื่อเอาชนะความเจ็บป่วยของตนเอง พยายามร่วมมือกับทีมผู้รักษาในการต่อสู้กับโรค มีเหตุมีผล พร้อมรับฟังและปฏิบัติตามคำแนะนำที่เกิดประโยชน์ การประเมินในลักษณะนี้จึงเป็นแบบที่ดีก่อให้เกิดประโยชน์แก่ตัวผู้ป่วยอย่างมาก ซึ่งทีมผู้รักษาทุกคนอยากให้ผู้ป่วยรู้สึกแบบนี้

1.5 ไม่เห็นความสำคัญ (Insignificance)

ผู้ป่วยจะแสดงออกมาเสมือนว่า ตนเองไม่ได้ป่วย ไม่ตระหนักและเห็นความสำคัญของความเจ็บป่วยนั้นว่ามีผลกระทบต่อตนเองอย่างไร เป็นการใช้กลไกทางจิตป้องกันตนเองชนิดปฏิเสธรุนแรง (severe denial) มักพบในพวกที่มีปัญหาหระดับเขาวัวปัญญาต่ำ ขาดความรู้ หรือพวกที่มีอาการป่วยทางจิตใจอยู่เดิม การประเมินแบบนี้ส่งผลเสียเป็นอย่างมากเพราะผู้ป่วยจะไม่ให้ความร่วมมือในการรักษา

2. Affect response

หมายถึง การตอบสนองทางอารมณ์ที่เกิดขึ้นของผู้ป่วยต่อสิ่งที่มากระทบ เช่น กลัว กังวล เศร้า โกรธ เสียใจ ท้อแท้ โดยอาจเกิดอารมณ์เด่นชัดเพียงชนิดเดียวหรือหลายลักษณะสลับกันไปก็ได้

ตัวอย่าง : สมศักดิ์ อายุ 40 ปี มีอาการถ่ายเป็นมูกปนเลือดเป็นมา 4 เดือน อาการระยะหลังเป็นบ่อยและรุนแรงขึ้น น้ำหนักลดลงมาก มาตรวจที่โรงพยาบาล แพทย์ตรวจพบว่า เป็นมะเร็งที่ลำไส้ใหญ่ส่วนปลาย จึงแจ้งผลให้สมศักดิ์ทราบ ระยะแรกที่สมศักดิ์ทราบก็ตกใจมาก ไม่อยากเชื่อว่าเกิดขึ้นจริงกับตนเอง จากนั้นมีความรู้สึกและอารมณ์หลากหลาย ทั้งโกรธที่เกิด

เหตุการณ์เช่นนี้กับตนเอง โกรธเพื่อนร่วมงานที่ชอบมาชวนไปเที่ยวดึก ๆ กินแต่ของไม่มีประโยชน์ โกรธภรรยาที่ไม่เตือนให้ดูแลตนเอง กลัวว่า ตนเองจะตาย กลัวไม่มีใครเลี้ยงดูลูก กลัวว่าตนเองจะเจ็บและทรมานกว่าจะตายเสียใจมาก รู้สึกท้อแท้ไม่อยากทำอะไรอีกเพราะเดี๋ยวก็ตายแล้ว

3. Coping mechanism

สำหรับในส่วนสุดท้ายนี้เป็นความพยายามที่ผู้ป่วยจะจัดการกับปัญหาที่มากระทบโดยใช้ปัจจัยทุกอย่างที่มีทั้งภายในและภายนอกร่างกายมาช่วยในการแก้ปัญหา โดยแสดงออกมาเป็นพฤติกรรมการแสดงออกเพื่อตอบสนองต่อปัญหา (coping behaviors) ซึ่งมีนักวิชาการได้จำแนกลักษณะพฤติกรรมดังกล่าวไว้ ดังนี้

Lipowski ได้จำแนกเป็น 3 ลักษณะ คือ

1. การยอมแพ้ (Capitulation)

เป็นลักษณะที่ผู้ป่วยยอมรับการเจ็บป่วยนั้น ในรูปแบบการยอมแพ้และปล่อยไปตามยถากรรม ไม่คิดต่อสู้อีก

2. การหลีกเลี่ยง (Avoidance)

ผู้ป่วยพยายามอ้างเหตุผลต่าง ๆ เพื่อลดความวิตกกังวลของตนเอง ทำให้ไม่ต้องเผชิญกับความเป็นจริงที่ต้องรับรู้ เช่น อ้างกับตนเองว่า ตนยังแข็งแรง ยังไม่เป็นอะไรมาก โรคยังไม่ลุกลาม

3. การยอมรับและต่อสู้ (Tackling)

ผู้ป่วยยอมรับการเจ็บป่วยว่าเกิดขึ้นกับตนเองแล้ว แต่ไม่ยอมแพ้พยายามต่อสู้หาทางรักษา มีกำลังใจที่จะเผชิญกับปัญหาอย่างเข้มแข็ง

Lazarus ได้จำแนกเป็น 2 ลักษณะ คือ

1. Problem-focus coping

ผู้ป่วยพยายามหาทางแก้ไขปัญหามุ่งเน้นที่สาเหตุ วิเคราะห์ และหาแนวทางแก้ไขที่เป็นไปได้และพยายามปฏิบัติตามแนวทางนั้น ซึ่งจัดเป็นวิธีการแก้ไขที่ดี

2. Emotional-focus coping

ผู้ป่วยแก้ไข้ปัญหาโดยมุ่งเน้นอารมณ์ เพื่อลดความรู้สึกไม่สบายใจ หรือความทุกข์ใจของตนเอง ซึ่งเป็นผลมาจากการตอบสนองต่อความเจ็บป่วยที่ได้รับ ซึ่งจัดเป็นวิธีแก้ไข้ปัญหาเพียงชั่วคราวเท่านั้น

จากมุมมองทั้ง 3 ประการข้างต้น มีผลต่อพฤติกรรมของผู้ป่วยเป็นอย่างมาก ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยในทุกด้าน เช่น การรักษา ความร่วมมือ การตอบสนองต่อการรักษา การพยากรณ์โรค รวมทั้งผลของการรักษา หากสามารถกระตุ้นและส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถมีปฏิริยาทางจิตใจในเชิงบวก ก็จะส่งผลดีต่อการรักษาเป็นอย่างยิ่ง

กลไกการตอบสนองทางชีว-จิตใจ-สังคม ต่อผู้ป่วยเรื้อรัง (Bio-Psycho-Social mechanism to chronic illness)

ในกรณีที่ผู้ป่วยป่วยเป็นระยะเวลานานเกินกว่า 6 เดือน ซึ่งจัดว่า เป็นภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง (chronic illness) จะพบว่า มีกลไกการตอบสนองเกิดขึ้นกับผู้ป่วยได้ใน 3 ลักษณะ คือ

1. Psycho-physiological mechanism

เมื่อผู้ป่วยมีความเครียดเกิดขึ้น ความเครียดดังกล่าวจะผ่านไปทางระบบประสาท (neural mechanism) ไปกระตุ้นให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยา (physiological change) ก่อให้เกิดภาวะเจ็บป่วยทางร่างกายที่เป็นผลจากจิตใจ (psychological factors affecting physical conditions) เช่น peptic ulcer, tension headache โดยบางครั้งผู้ป่วยอาจไม่ได้ตระหนักว่าอาการเจ็บป่วยเหล่านี้มีสาเหตุมาจากความเครียดเอง

2. Operant mechanism

เป็นภาวะที่ถูกกระตุ้นโดย socio-environment factors เนื่องจากสังคมจะแยกผู้ป่วยออกจากสังคมเดิม เช่น ไม่ต้องรับผิดชอบต่อครอบครัว งาน หรือปัญหาต่าง ๆ สังคมมองผู้ป่วยอยู่ในสถานะผู้เจ็บป่วย (sick

role) ซึ่งจะได้รับ secondary gain เมื่อเกิดพฤติกรรม การตอบสนองดังกล่าวเรื่อย ๆ กลายเป็น series of rewarding response ทำให้เกิดพฤติกรรมการเจ็บป่วย ขึ้นบ่อย ๆ โดยอาจไม่สัมพันธ์กับการดำเนินโรคที่แท้จริง แต่เกิดจากกลไกการเรียนรู้ เรียกว่า operating conditioning ภายหลังเมื่อเวลาผ่านไประยะหนึ่ง ครอบครัวและสังคมสามารถปรับตัวให้เกิดความสมดุลทางจิตใจกับความเจ็บป่วยของผู้ป่วยได้ เริ่มต้นเคยและยอมรับอาการต่าง ๆ โดยมองว่าอาการป่วยเป็นภาวะปกติ มองไม่เห็นความรุนแรงของความเจ็บป่วยหรืออาการต่าง ๆ ที่ผู้ป่วยระบายให้ฟังอีก บางครั้งอาจแสดงท่าทีไม่สนใจซึ่งอาจเกิดขึ้นในทีมผู้รักษาด้วย การตอบสนองดังกล่าวจะมีผลทำให้ผู้ป่วยรู้สึกท้อแท้ หดหู่ ก่ำใจ มีภาวะ de-conditioning คือ เกิดการกระตุ้นให้เกิดความไวต่ออาการเจ็บป่วยต่าง ๆ และความสามารถในการทนต่ออาการป่วยจะลดลง อาการเจ็บป่วยจะดูรุนแรงและบ่อยครั้งขึ้น ส่งผลต่อการดำเนินชีวิตและกิจกรรมต่าง ๆ และทำให้ทีมผู้รักษาหรือญาติผู้ป่วยยากต่อการประเมินภาวะโรคที่ชัดเจน

3. Psychiatric co-morbidity

ในบางรายผู้ป่วยอาจมีอาการทางจิตใจเกิดขึ้นร่วมด้วย โดยเกิดก่อนที่จะมีอาการป่วยหรือหลังจากที่มีอาการป่วยทางร่างกายแล้วก็ได้ ต้องพิจารณาให้ดีว่าอะไรเป็นสาเหตุของอะไร หรือเป็นภาวะที่เกิดร่วมกัน เป็นผลซึ่งกันและกัน ภาวะทางจิตเวชที่พบร่วมด้วยบ่อย ๆ เช่น anxiety disorder, depressive disorder, somatoform disorder

การดูแลผู้ป่วย (Management)

การดูแลรักษาต้องประกอบด้วย

ด้านร่างกาย ให้การรักษาตามสาเหตุของการเจ็บป่วย รวมทั้งต้องคำนึงถึงการรักษาเพื่อบรรเทาความทุกข์ทรมานจากความเจ็บป่วยของผู้ป่วยด้วย

ด้านจิตใจ และสังคม ทีมผู้รักษาจะต้องพยายามเข้าใจผู้ป่วย รวมทั้งแนะนำให้มีความรู้แก่ครอบครัวหรือบุคคลสำคัญของผู้ป่วยเพื่อให้เข้าใจถึงสภาพความเปลี่ยนแปลงทั้งทางร่างกายและจิตใจของผู้ป่วยว่าเป็นอย่างไร จะได้ช่วยให้กำลังใจและปฏิบัติต่อผู้ป่วยอย่างถูกต้อง มีการปรับสภาพแวดล้อมให้เหมาะสมกับภาวะของผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับความสุขตามสมควร และยังคงมีบทบาทของตนเองในครอบครัว เช่นเดิม ไม่ควรดูแลผู้ป่วยแบบเรื้อรังในลักษณะที่พึ่งพาตนเองได้น้อย แต่ควรให้ผู้ป่วยสามารถทำหน้าที่หรืองานบางอย่างได้ตามกำลังและสภาพ รวมทั้งมีส่วนร่วมในการคิดแก้ไขปัญหาต่าง ๆ ในครอบครัวหรือหน้าที่การงาน ซึ่งสิ่งเหล่านี้จะช่วยให้ผู้ป่วยมีความภูมิใจในตนเองรู้สึกว่าคุณค่า ลดความรู้สึกที่เป็นภาระและปมด้อยลง ทำให้พร้อมที่จะต่อสู้กับความเจ็บป่วยอย่างเข้มแข็ง

สำหรับทีมผู้รักษานั้น มีหลักในการดูแลดังนี้

1. ต้องไม่คิดว่า อาการเจ็บป่วยดังกล่าวเป็นจากจิตใจ แต่ควรซักถามและตรวจผู้ป่วยโดยคำนึงถึงว่าเป็นจากอาการเจ็บป่วยทางร่างกายเป็นหลัก เพื่อนำมาประเมินและให้การรักษาที่เหมาะสม ทันทั่วถึงและยังเป็นการแสดงถึงความกระตือรือร้นในการที่จะช่วยเหลือผู้ป่วยอีกด้วย

2. ให้ความมั่นใจแก่ผู้ป่วยว่าจะได้รับการดูแลรักษาอย่างดีต่อไป แม้ว่าขณะทำการรักษาอาการไม่ดีขึ้นเพราะสิ่งที่ผู้ป่วยกลัวมากที่สุดคือ การถูกทอดทิ้ง

3. ก่อนให้การรักษาใด ๆ แก่ผู้ป่วยเช่น ผ่าตัด ควรสอบถามความคิดเห็นและพูดคุยกับผู้ป่วยรวมทั้งให้ผู้ป่วยและญาติมีส่วนร่วมในการตัดสินใจร่วมวางแผนการรักษา

4. พยายามให้ความรู้ความเข้าใจในโรคและภาวะที่ผู้ป่วยกำลังประสบอย่างชัดเจนแก่ผู้ป่วยและ

ญาติ เพื่อลดความวิตกกังวลความสับสน เนื่องมาจากความไม่รู้

5. กระตุ้นให้ผู้ป่วยมีปฏิกิริยาการตอบสนองทางจิตใจที่เหมาะสมมีพฤติกรรมตอบสนองต่อความเจ็บป่วยที่ถูกต้อง

6. ให้ความรู้และทักษะในการจัดการกับตนเองเมื่อมีความเครียดหรือพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมเกิดขึ้น เช่น biofeedback, relaxation technique

ประเด็นต่าง ๆ ดังกล่าวข้างต้น ไม่ยากต่อการเข้าใจ โดยสามารถเปรียบเทียบกับตัวของเราเองได้ว่าเวลาที่เราก่อเจ็บป่วยนั้นเป็นอย่างไร มีความต้องการอย่างไร ขอเพียงมีความตั้งใจที่จะช่วยเหลือผู้ป่วยเท่านั้น ในที่สุดเมื่อเข้าใจในความรู้สึกและพฤติกรรมของผู้ป่วย พร้อมทั้งสามารถให้การรักษาในแนวทางที่เหมาะสม ก็เป็นที่เชื่อได้ว่า ผู้ป่วยจะได้รับความพึงพอใจและการดูแลรักษาที่ดีอย่างแน่นอน

การสื่อสาร หนทางเชื่อมใจระหว่าง ผู้ป่วย....ผู้รักษา

สำหรับกลวิธีในการดูแลผู้ป่วยนอกจากหลักการดังกล่าวข้างต้นแล้ว อีกประเด็นหนึ่งที่ได้รับการกล่าวถึงบ่อยครั้งได้แก่ การสื่อสาร

การสื่อสาร (Communication) เป็นกระบวนการส่งรับ และแลกเปลี่ยนข่าวสาร ข้อเท็จจริง ความคิดเห็น และท่าทีต่าง ๆ หลายคน ผ่านช่องทางหรือวิธีในการสื่อสารต่าง ๆ ทั้งวัจนภาษาและอวัจนภาษา ตลอดจนภาษาทางวัฒนธรรมและสังคมต่าง ๆ เช่น ภาษาดนตรี ภาษาศิลปะ นอกจากนั้นข่าวสารยังแฝงด้วยอารมณ์ความรู้สึก พฤติกรรม เจตคติ ค่านิยม ซึ่งหากผู้ส่งสารสามารถส่งข่าวสารได้ถูกต้อง ตรงช่องทางที่ผู้รับสารเปิดไว้ ก็เกิดพฤติกรรมของผู้รับสารได้ตรงตามความต้องการของผู้ส่งสาร

องค์ประกอบของการสื่อสาร

1. ผู้ส่งสาร (Sender) หมายถึง ผู้ที่ทำหน้าที่ใน

การส่งข้อมูลข่าวสารไปสู่ผู้รับสาร

2. ผู้รับสาร (Receiver) หมายถึง ผู้ที่รับข้อมูลข่าวสารที่ถูกส่งมาผ่านทางช่องทางหรือวิธีการในการติดต่อสื่อสารต่างๆ ซึ่งอาจมีเพียงคนเดียวหรือหลายคน

3. ข่าวสาร (Message) หมายถึง ข้อมูลข่าวสารที่ผู้ส่งสารต้องการส่งไปสู่ผู้รับสาร โดยข้อมูลข่าวสารดังกล่าวอาจแฝงไว้ด้วยองค์ประกอบอื่นๆ เช่น อารมณ์ ค่านิยม ความรู้สึก ทศนคติ

4. ช่องทางหรือวิธีการในการสื่อสาร (Channel / transmit) หมายถึง ช่องทางหรือวิธีการต่าง ๆ ที่นำมาใช้ในการสื่อสาร เช่น ภาษาพูด ภาษาเขียน ภาษาท่าทาง หนังสือพิมพ์ จดหมาย โทรศัพท์ โทรทัศน์

5. ผลของการติดต่อสื่อสาร (Response) หมายถึง ปฏิกริยาที่ตอบสนองของผู้รับสารเมื่อได้รับข่าวสารผ่านช่องทางในการสื่อสาร โดยอาจปรากฏในลักษณะต่างๆ เช่น พฤติกรรม การแสดงออก อารมณ์ ความคิด

แบบจำลองของการสื่อสาร

แบบจำลองการสื่อสารในที่นี้ขอนำเสนอแบบจำลองการสื่อสารของ ฮาโรลด์ ดี ลาสเวลล์ (Laswell, 1940) ซึ่งเป็นรูปแบบที่เข้าใจง่าย มีลักษณะดังนี้

ประเภทของการสื่อสาร

สามารถแบ่งได้เป็นหลายประเภท โดยขึ้นอยู่กับหลักเกณฑ์ในการพิจารณา ดังนี้

1. พิจารณาตามลักษณะของการสื่อสาร

1.1 ลักษณะการสื่อสารแบบวจนภาษา (Verbal communication) เป็นการสื่อสารที่ใช้ภาษาพูดเป็นตัวหลัก

1.2 ลักษณะการสื่อสารแบบอวจนภาษา (Non-verbal communication) เป็นการสื่อสารโดยใช้ภาษาอื่น ๆ แทนภาษาพูด เช่น ภาษาท่าทาง น้ำเสียง

2. ลักษณะทิศทางการสื่อสาร

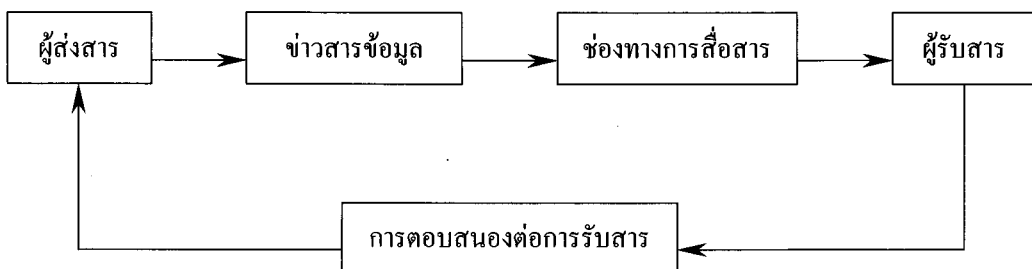
2.1 สื่อสารทางเดียว (One-way communication) เป็นการสื่อสารโดยผู้ส่งสารส่งให้ผู้รับสารฝ่ายเดียวเท่านั้น ไม่มีการรับฟังหรือเปลี่ยนแปลงบทบาทจากผู้ส่งสารเป็นผู้รับสาร

2.2 สื่อสารสองทาง (Two-way communication) เป็นการสื่อสารโดยทั้งผู้ส่งสารและผู้รับสารนั้นมีการสลับสับเปลี่ยนบทบาทกัน มีการแลกเปลี่ยนตัวข้อมูลข่าวสารระหว่างกัน เป็นการสื่อสารที่ดี และควรส่งเสริมให้เกิดขึ้น

3. ตามระดับการไหลของการสื่อสาร

3.1 แนวตั้ง (Vertical communication) เป็นการสื่อสารจากระดับบนลงสู่ระดับล่าง เช่น ผู้บังคับบัญชาสั่งงานให้แก่ผู้ใต้บังคับบัญชา หรือจากระดับล่างขึ้นสู่ระดับบน เช่น ลูกน้องรายงานผลการดำเนินงานให้เจ้านายทราบ

3.2 แนวราบ (Horizontal communication) เป็นการสื่อสารในระดับเดียวกัน เช่น การสนทนาในระหว่างเพื่อน ผู้ร่วมงาน



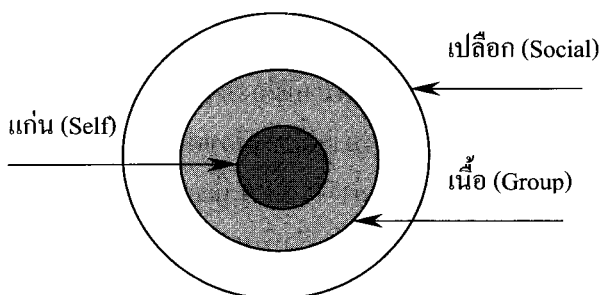
กฎแห่งการสื่อสาร

กฎแห่งการสื่อสาร โดย Keith Davis มีความเห็นว่า ผู้ส่งสารมีความประสงค์ที่คาดหวังไว้ 5 ประการในการส่งข้อมูลข่าวสารให้แก่ผู้รับสาร ได้แก่

1. รับสารนั้นได้ (Receive)
2. เข้าใจในตัวสารนั้น (Understand)
3. การยอมรับ (Accept)
4. เกิดการปฏิบัติ (Action)
5. มีปฏิกิริยาตอบกลับ (Provide feedback)

การสื่อสารระหว่างบุคคล

ในความสัมพันธ์ของคนเรานั้น โดยปกติสามารถแบ่งระดับความสัมพันธ์ได้เป็น 3 ระดับ ดังนี้



เมื่อคนเราพบกันในตอนแรก เรายังไม่รู้จักรับรู้ ไม่มีการสื่อสารกัน ต่อเมื่อเริ่มมีการทักทายแนะนำตัว หรือพูดคุยกันในเรื่องต้นจุดเป็นการสื่อสารความสัมพันธ์ในระดับเปลือกหรือเชิงสังคม (social) หลังจากนั้นมีการพูดคุยกันมากขึ้น มีความคิดเห็นความพึงพอใจในระหว่างกัน ร่วมทำกิจกรรมด้วยกันเป็นครั้งคราว จัดเป็นการสื่อสารในระดับเนื้อหรือเป็นกลุ่ม (group) เป็นเพื่อนกันนั่นเอง เมื่อความสัมพันธ์ดำเนินต่อไป มีความสนิทสนมมากขึ้น มีการปรึกษาหารือหรือขอความช่วยเหลือในประเด็นปัญหาต่าง ๆ ตลอดจนอาจตัดสินใจแต่งงานหรือใช้ชีวิตร่วมกัน ซึ่งจัดเป็นการพัฒนาความ

สัมพันธ์สู่ระดับแก่น (self) หรือความเป็นเพื่อนสนิท คู่ชีวิต นั่นเอง

หลักการสื่อสารสำหรับบุคลากรทางการแพทย์

เนื่องจากบุคลากรทางการแพทย์ต้องทำหน้าที่ในการติดต่อสื่อสารกับผู้ป่วยและญาติ ตลอดจนทีมงาน ซึ่งบุคคลเหล่านี้มีภาวะตึงเครียดทางจิตใจอยู่แล้ว กล่าวคือ ผู้ป่วยมีความเครียดจากทั้งสภาพความเจ็บป่วยทางร่างกายและปฏิกิริยาทางจิตใจที่เกิดจากอาการป่วย ญาติมีความเครียดจากความห่วงใย กังวลในตัวผู้ป่วย การปฏิบัติตนและการดูแลผู้ป่วย ตลอดจนความรุนแรงของโรคและความคาดหวังต่อผลการรักษา ส่วนทีมผู้รักษาเองก็มีความเครียดจากการที่ต้องให้การดูแลรักษา การปรับตัวกับความคาดหวังของ ผู้ป่วยและญาติ เพื่อให้เกิดความเข้าใจระหว่างบุคลากรทางการแพทย์กับผู้ป่วยและญาติ ตลอดจนบุคลากร ผู้ร่วมงาน จึงควรคำนึงถึงประเด็นต่าง ๆ ดังนี้

1. เป้าหมายหลักเพื่อประโยชน์ของผู้รับบริการเป็นสำคัญ

ต้องมีความเข้าใจในผู้ป่วย ให้การรักษาโดยคำนึงถึง การรักษาที่ตัว “บุคคล” ไม่ใช่ การรักษาที่ตัว “โรค” พยายามรับฟังและเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติมีส่วนร่วมในการตัดสินใจในวิธีการดูแลรักษา

2. สร้างความสัมพันธ์ที่ดีเป็นกันเอง เป็นมิตร

พร้อมให้ความช่วยเหลือ และเห็นใจผู้ป่วยอย่างจริงใจ ใช้เวลาแก่ผู้ป่วยและญาติในการระบายความรู้สึก ตลอดจนซักถามประเด็นที่สงสัย เช่น

“ผมสังเกตว่า วันนี้คุณลุงดูไม่ค่อยสบายใจ กังวลเรื่องอะไรหรือครับ พอดีให้ผมฟังได้ไหม หรือถ้ายังสงสัยอะไรก็ถามตรง ๆ นะครับผมพร้อมให้ความช่วยเหลือ”

3. ใช้คำพูดในเชิงสร้างสรรค์เพื่อให้กำลังใจ

ก่อให้เกิดความรู้สึกที่ดีในการสื่อสารต่อกัน เป็น

เสมือนการให้เกียรติแก่ผู้ป่วยและญาติ ไม่ควรพูดในเชิงตำหนิในการกระทำต่าง ๆ ของผู้ป่วยและญาติ หากกระทำการที่ไม่เหมาะสม ควรพยายามอธิบายให้เข้าใจถึงการปฏิบัติที่ถูกต้อง เช่น

“เอ! ป้านี้ พูดไม่รู้ฟัง ฟังภาษาไทยไม่แตกฉาน หรือไง บอกว่า ห้ามไม่ให้ขยับตัวเดี๋ยวแผลเปิด อยากเย็บอีกรอบหรือ เจ็บครั้งเดียวไม่พอหรือไงนะ”

แต่ควรบอกผู้ป่วยว่า

“คุณป้าครับ ตอนนี้อย่าเพิ่งขยับนะครับ คงรำคาญบ้างที่ต้องนอนนิ่ง ๆ แต่ถ้าขยับตัวผมเกรงว่า แผลที่เย็บไว้จะเปิดอีกครับคุณป้าอดทนสักกวันนะครับ สองสามวันเท่านั้นครับ”

4. ใช้ภาษาที่ง่ายต่อความเข้าใจ

อย่าใช้ภาษาทางการแพทย์ ที่คนธรรมดาฟังไม่รู้เรื่อง เช่น

“ป้าคนนี้เป็นติเอนะรักษามานานแล้ว ให้ฉีดอินซูลินก็ไมยอม ต้องเตรียมเข้าโออาร์ไปทำดีโปรทกินี่เลย” ป้าฟังตาปริบ ๆ ไม่รู้เรื่องเลยว่า คินี่ชะตากรรมจะเป็นอย่างไรหนอ

5. สร้างสัมพันธภาพที่ดีด้วยการไต่ถามทุกข์สุขทั้งผู้ป่วยญาติและเพื่อนร่วมงาน

เป็นการลงทุนที่น้อยมากแต่เห็นผลอย่างดี เมื่อเจอบุคคลเหล่านี้แล้วทักทายเขาบ้าง เช่น

“สวัสดีครับ วันนี้ดูเป็นอย่างไรบ้าง ดูสีหน้าแจ่มใสขึ้นนะครับ เมื่อคืนคงจะหลับได้”

“คงเหนื่อยนะครับ กว่าจะเดินทางจากที่ทำงานมาถึงโรงพยาบาล”

“ผมขอบคุณจริง ๆ ที่ให้ความร่วมมือกับทางเราอย่างเต็มที่”

6. การรักษาความลับ

ถือเป็นจรรยาบรรณ และเป็นสิ่งที่ต้องคำนึงเป็นอย่างยิ่งเพราะไม่เพียงแต่เป็นเรื่องของสิทธิผู้ป่วยเท่านั้น แต่ยังเป็นเรื่องที่ส่งผลกระทบต่อสภาพจิตใจและ

การดำเนินชีวิตผู้ป่วยด้วย ซึ่งบางครั้งเราอาจกระทำโดยไม่เจตนาหรือไม่ทันคิดก็ตาม ดังนั้นต้องเตือนตนเองในประเด็นนี้อยู่เสมอ ๆ

7. การประสานความร่วมมือ

ในการดูแลรักษาผู้ป่วยดังที่กล่าวแล้วว่า ต้องคำนึงถึงผู้ป่วยเป็นหลัก หากมีปัญหาในการดูแลรักษาใด ๆ ที่เราไม่มั่นใจ หรือประเมินว่าส่งต่อให้ผู้ที่มีความเชี่ยวชาญชำนาญจะเกิดประโยชน์กว่าก็ควรรีบดำเนินการทันที อย่ามัวกังวลถึงศักดิ์ศรีหรือทิวทัศน์ของตนเอง

จะเห็นว่าการสื่อสารนั้น สามารถให้ผลเชิงบวกหรือลบก็ได้ ขึ้นอยู่กับปัจจัยต่าง ๆ ดังข้างต้น แต่สิ่งสำคัญที่สุดในการสื่อสารคือ ความตั้งใจและปรารถนาดี การมีสติไตร่ตรองก่อนทำการสื่อสาร

ผู้ป่วยภาวะใกล้ตาย (Death and dying patient)

มนุษย์ทุกคนเกิดมาก็ต้องตายแน่นอน แต่จะมีใครบ้างที่จะรู้ความหมายที่แท้จริงของความตาย ภาวะหลังการตายจะเป็นอย่างไร ทั้ง ๆ ที่เราหนีความตายไปไม่พ้น ความตายก็ยังเป็นสิ่งที่หวาดกลัวในความรู้สึกของมนุษย์ ซึ่งความรู้สึกหวาดกลัวเหล่านี้เองทำให้เกิดปฏิกิริยาหรือพฤติกรรมหลายอย่างที่เราแสดงออกเมื่อเผชิญกับความตายหรือรับรู้ว่าคุณเองใกล้ตาย บางรายสามารถจัดการกับความรู้สึกหรือพฤติกรรมเหล่านี้ได้ด้วยตนเอง แต่ในบางรายจำเป็นต้องอาศัยบุคคลรอบข้างไม่ว่าจะเป็น แพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่สาธารณสุข หรือแม้แต่ญาติ ให้ความช่วยเหลือ และให้คำแนะนำให้ผู้ป่วยผ่านพ้นภาวะเหล่านี้ไปได้และเผชิญกับความตายอย่างสงบ

แพทย์ซึ่งเป็นบุคคลที่ต้องรับผิดชอบโดยตรงต่อผู้ป่วย บางครั้งไม่ได้เรียนรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยภาวะใกล้ตาย จึงรู้สึกไม่สบายใจเมื่อผู้ป่วยที่ตนดูแลรักษาอยู่นั้นกำลังจะเสียชีวิต จึงมีปฏิกิริยาต่อผู้ป่วยแตกต่างกัน

ออกไป เช่น บางรายดูแลผู้ป่วยมากเกินไป หรือบางรายอาจไม่เข้าไปดูแลผู้ป่วยเลย บางรายอาจจะมีปฏิกิริยาโกรธตอบผู้ป่วย เป็นต้น

บางครั้งแพทย์เองเป็นผู้ที่ไม่ค่อยจะยอมบอกความจริงเรื่องที่ผู้ป่วยกำลังจะเสียชีวิตแก่ผู้ป่วย ทั้งที่ผู้ป่วยเองอยากจะพูดคุยเรื่องนี้กับแพทย์ มีการศึกษาวิจัยพบว่าผู้ป่วยร้อยละ 80 อยากรู้ว่าตนเองจะเป็นอย่างไร แต่แพทย์เพียงร้อยละ 20 เท่านั้นที่พร้อมบอกความจริงกับผู้ป่วย

สาเหตุที่แพทย์ไม่ค่อยบอกความจริงแก่ผู้ป่วยเนื่องจาก

1. กลัวว่าจะทำให้ผู้ป่วยไม่สบายใจ ท้อใจ หรือเสียใจมาก

2. กลัวจะถูกตำหนิว่าให้การรักษาไม่ดี หรือไม่เชี่ยวชาญพอที่จะรักษาผู้ป่วย

3. กลัวที่จะต้องเผชิญกับปฏิกิริยาของผู้ป่วยเกิดความไม่มั่นใจ ไม่รู้ว่าจะต้องตอบสนองผู้ป่วยอย่างไร

ฉะนั้นในการให้คำปรึกษาแนะนำผู้ป่วยเหล่านี้ สิ่งสำคัญอย่างหนึ่งคือ แพทย์ต้องทราบปฏิกิริยาทางจิตใจต่างๆ ที่อาจพบในผู้ป่วยใกล้ตาย หรือทราบข่าวว่าตนเองเป็นโรคร้ายแรงที่จะต้องตาย การศึกษาวิจัยถึงภาวะจิตใจของผู้ใกล้ตาย โดย Elisabeth Kubler Ross ในปี 1960 ศึกษาในผู้ป่วยใกล้ตาย 200 ราย ได้สรุปปฏิกิริยาทางจิตจิตใจออกเป็น 5 ขั้นตอน ซึ่งแต่ละขั้นตอนอาจคาบเกี่ยวกันหรือข้ามขั้นตอนกลับไปมาได้

ปฏิกิริยาทางจิตใจของผู้ป่วยใกล้ตาย

1. ตกใจ และปฏิเสธความจริง (Shock & denial)
2. โกรธ (Anger)
3. ต้อรอง (Bargaining)
4. ซึมเศร้า (Depression)
5. ยอมรับ (Acceptance)

ตกใจ และปฏิเสธความจริง

เมื่อผู้ป่วยทราบว่าเป็นโรคร้ายแรงและกำลัง

จะตาย ปฏิกิริยาที่ผู้ป่วยส่วนใหญ่แสดงออกมาคือตกใจ หรือ ช็อค ซึ่งผู้ป่วยอาจแสดงออกได้หลายอย่าง เช่น เป็นลม สั่นศีรษะ คิดหรือพูดอะไรไม่ถูก อาจจะนั่งเงียบ ๆ ไปเลยก็ได้

เมื่อความรู้สึกนี้หายไป ผู้ป่วยมักปฏิเสธหรือไม่ยอมรับความจริง อาจพูดว่า “ไม่หรอกฉันไม่ได้ป่วยเป็นโรคนี” “เป็นไปไม่ได้หรือหมอ” ปฏิกิริยาการปฏิเสธความจริงจะมากหรือน้อยขึ้นอยู่กับว่าผู้ป่วยได้รับการบอกอย่างไร จากใคร ได้รับการเตรียมตัวมาก่อนหรือไม่ ผู้ป่วยบางรายอาจแสดงความสงสัยในผลการตรวจหรือมองหาความผิดพลาดที่อาจเกิดขึ้น บางรายอาจย้ายไปรักษาที่อื่นเพื่อที่จะยืนยันว่าเราไม่ได้ป่วยเมื่อเวลาผ่านไป ความรู้สึกเหล่านี้จะลดลง มีผู้ป่วยบางรายที่ยังคงมีความรู้สึกนี้จนกระทั่งเสียชีวิต

เมื่อพบว่าผู้ป่วยปฏิเสธการเจ็บป่วย ผู้ให้การปรึกษาควรยอมรับในวิธีการแก้ปัญหาของผู้ป่วย ยอมรับปฏิกิริยาที่ผู้ป่วยแสดงออกมา ควรมีการเยี่ยมเยียนผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอดูแลและให้การปรึกษาแนะนำผู้ป่วยในฐานะคนคนหนึ่งที่เราอาจช่วยเหลือได้ไม่ใช่ในฐานะของคนใกล้ตาย ไม่ควรขัดเยียดให้ผู้ป่วยยอมรับความจริง

โกรธ

หลังจากเวลาผ่านไป ผู้ป่วยอาจแสดงความโกรธ อาจถามว่า “ทำไมต้องเป็นฉัน” ซึ่งความรู้สึกโกรธ อาจมีตั้งแต่โกรธตนเอง โกรธแพทย์ผู้รักษา พยาบาล เจ้าหน้าที่ที่ดูแล หรือญาติ การแสดงความโกรธของผู้ป่วยแต่ละคนจะต่างกัน ไปขึ้นกับอาชีพ บุคลิกภาพ ประสบการณ์ในอดีต บางครั้งจะพบว่าผู้ป่วยชอบดูทีวี อ่านข่าวที่เต็มไปด้วยความรุนแรง การฆาตกรรม หรือสงคราม โดยปฏิกิริยาที่แสดงออกมักทำให้ผู้ที่อยู่รอบข้างมีอาการโกรธตอบ ยิ่งทำให้ผู้ป่วยโกรธรุนแรงมากขึ้น ญาติ ๆ ไม่อยากมาเยี่ยม แพทย์ พยาบาล ไม่ค่อยมาดูแล และผู้ป่วยก็จะโกรธ ที่ไม่ได้รับความสนใจ

เมื่อพบผู้ป่วยแสดงอารมณ์โกรธ ต้องประเมินหาสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยโกรธ ว่ามาจากปัจจัยจากตัวผู้ป่วย แพทย์พยาบาล หรือญาติ ควรให้ผู้ป่วยได้ระบายความรู้สึกออกมา รับฟัง และเข้าใจความรู้สึกของผู้ป่วย นอกจากนี้ความต้องการที่ผู้ป่วยไม่ได้รับการตอบสนองอาจเป็นสาเหตุให้เกิดอารมณ์โกรธได้ อาการปวดนอนไม่หลับ ควรได้รับการจัดการให้เหมาะสมในทันที

ต่อรอง

อาจพบในช่วงสั้น ๆ ที่ผู้ป่วยต้องการทำอะไรอย่างหนึ่ง เพื่อให้ได้ตามที่ตนเองหวัง ผู้ป่วยอาจต้องการที่จะมีชีวิตยืนยาวเพื่อจะทำอะไรบางอย่าง เช่น อยู่จนถึงวันครบรอบวันเกิดหรือ ผู้ป่วยอาจต้องการหายจากโรคโดยการทำความดี บนบานสิ่งศักดิ์สิทธิ์ต่าง ๆ สวดมนต์อธิษฐาน ซึ่งการต่อรองจะแตกต่างกันไปตามความเชื่อ ศาสนา ทีมผู้รักษาไม่ควรรีบปฏิเสธ ควรสังเกตให้ชัดเจนก่อน และปรับการต่อรองดังกล่าวตามความเหมาะสมโดยคำนึงถึงจิตใจผู้ป่วยเป็นหลัก

ซึมเศร้า

ภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยขั้นสุดท้ายแบ่งได้เป็น 2 อย่าง

1. *Reactive depression* คือ ภาวะซึมเศร้าที่เกิดตามมาหลังการเจ็บป่วยเช่น อารมณ์เศร้าที่เกิดจากการสูญเสียความมั่นใจในตัวเอง สูญเสียภาพลักษณ์ของตนเอง (body image) การจัดการคือ จัดการกับความคิดของผู้ป่วย อธิบายการรักษา ให้ความช่วยเหลือทางเศรษฐกิจและสังคม

2. *Preparatory depression* เป็นอารมณ์เศร้าจากการสูญเสีย พลัดพรากจากสิ่งที่รักและคนรอบ ๆ ข้าง การจัดการคือ มุ่งที่จะส่งเสริมให้ผู้ป่วยยอมรับ ควรให้ผู้ป่วยแสดงความรู้สึกสูญเสียเพื่อนำไปสู่การยอมรับ ไม่ควรห้ามที่จะมีการเศร้าโศก

ยอมรับ

ผู้ป่วยจะมีความสงบและยอมรับ ไม่สนใจใน

โลกภายนอกมากนัก ผู้ป่วยต้องการความสงบ ฉะนั้นการสื่อสารแบบ non-verbal จะมีมากขึ้น ในขั้นตอนนี้ เรา ต้องแยกผู้ป่วยที่ยอมรับความตายอย่างสงบ ออกจากผู้ป่วยที่หมดหวังท้อแท้ เพราะผู้ป่วยที่ท้อแท้เราจะกระตุ้นให้ผู้ป่วยต่อสู้ แต่ในผู้ป่วยที่สงบแล้ว ถ้าเรากระตุ้นเพื่อให้เขาต่อสู้ก็จะกลับเป็นผลเสียเพราะการต่อสู้ยิ่งมากเท่าไร เขาก็จะปฏิเสธความจริงเท่านั้น จะทำให้การตายอย่างสงบเป็นไปได้ยาก

เมื่อพบผู้ป่วยอยู่ในขั้นตอนนี้ สิ่งสำคัญคือควรให้ความสนใจกับญาติที่อาจแสดงปฏิกิริยาต่าง ๆ ต่อตัวผู้ป่วย พยายามทำให้เขาเข้าใจตัวผู้ป่วย และปฏิบัติอย่างเหมาะสม

กระบวนการในการดูแลผู้ป่วย

1. การบอกข่าวร้าย

เนื่องจากปฏิกิริยาต่าง ๆ เกิดขึ้นได้เสมอเมื่อมีข่าวเกี่ยวกับการวินิจฉัย ฉะนั้นเมื่อมีการวินิจฉัยเกิดขึ้นจึงเป็นเวลาที่เหมาะสมที่จะให้ข้อมูลต่อผู้ป่วย ในการบอกข้อมูลนั้นควรบอกความจริงต่อผู้ป่วย เป็นการสร้างความเชื่อถือของผู้ป่วยต่อผู้ดูแลด้วย

ในการเริ่มต้นบอกข้อมูลควรนั่งลงพูดคุยกับผู้ป่วยในที่ส่วนตัว คู่สมรสและครอบครัวสามารถที่จะร่วมปรึกษาและหาแนวทางการรักษาด้วย ในการบอกผลการตรวจต่าง ๆ ถ้าผลการตรวจไม่ดี ผู้ดูแลควร

1. ฟีกซ้อมคำพูด เพื่อให้มั่นใจไม่ตื่นเต้น บอกข่าวได้อย่างสงบ

2. ใช้ประโยคสั้น ๆ ใช้คำพูดธรรมดาไม่ควรใช้ศัพท์แพทย์

3. คิดประโยคที่จะให้กำลังใจและกระตุ้นให้มีการสนทนาเพิ่มเติม

4. ให้ความมั่นใจต่อผู้ป่วยว่าเราจะยังคงให้ความใส่ใจและดูแลผู้ป่วยอยู่

เมื่อพูดจบแพทย์ควรนั่งอยู่กับผู้ป่วยระยะหนึ่ง

เพื่อทำความเข้าใจของผู้ป่วยเป็นอย่างไร และเป็นการเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยซักถาม

2. การดูแลผู้ป่วย

ผู้ดูแลผู้ป่วยที่กำลังจะตายมักมีความลำบากใจในการดูแลผู้ป่วย อาจไม่แน่ใจว่าจะช่วยอะไร ทำอย่างไร ผู้ป่วยจึงจะมีความสุขในชีวิตที่เหลืออยู่จากการสำรวจผู้ป่วยใกล้ตายพบว่า มีหลัก 8 ข้อ ซึ่งจำเป็นในการดูแลผู้ป่วยเหล่านี้

1. Competence

ผู้รักษาควรมีความสามารถในการช่วยเหลือดูแลผู้ป่วย ให้ผู้ป่วยได้รับความสบาย การให้ความมั่นใจ ปลอบใจว่า สามารถควบคุมอาการป่วยอย่างได้ผล วิธีการทางการแพทย์ที่ทำอย่างถูกต้องและนุ่มนวล สิ่งเหล่านี้จะทำให้ผู้ป่วยมีความสบายใจ มั่นใจมากขึ้น

2. Concern หรือ compassion

Compassion มาจากคำลาติน “Com” หมายถึง with, passio มาจาก “pati” หมายถึง to suffer ฉะนั้น Compassion จึงหมายถึง to suffer with another person มีคนกล่าวไว้ว่า ความรู้สึกสงสาร เห็นใจ เป็นสิ่งที่มีค่าต่อผู้ป่วยเหล่านี้ ซึ่งอาจแสดงออกด้วยคำพูดเห็นอกเห็นใจ หรือท่าทางที่แสดงความเห็นใจ เข้าใจความรู้สึกของผู้ป่วย เช่น แตะมือ ไหล่ การสัมผัสเบา ๆ

3. Comfort

การดูแลผู้ป่วยขั้นสุดท้ายมักมีรายละเอียดมาก บางสิ่งอาจถูกมองข้ามไป โดยปัญหาที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยใกล้ตาย ได้แก่

- อาการปวด
- คลื่นไส้ อาเจียน
- สะอึก
- เบื่ออาหาร
- ท้องผูก ท้องเสีย
- ปัญหาการกลืน ปัญหาภายในช่องปาก
- อาการทางจิตทางเดินหายใจ เช่น ไอ หายใจไม่เต็ม

- อาการทางระบบทางเดินปัสสาวะ
- ปัญหาด้านผิวหนัง เช่น คัน แผลกดทับต่าง ๆ

4. Communication

การสื่อสารกับผู้ป่วยเป็นสิ่งสำคัญในการดูแลและเข้าใจความรู้สึกของผู้ป่วย การฟังเป็นสิ่งจำเป็นสิ่งแรกที่ทำให้เรารู้ว่าผู้ป่วยรู้สึกอย่างไร คิดอย่างไร ผู้ดูแลควรเลือกที่จะถามผู้ป่วยว่าเพราะอะไร อย่างไร มากกว่าที่จะด่วนสรุปเอาเอง นอกจากการฟังแล้วการพูดคุยเป็นสิ่งจำเป็น ฉะนั้นควรเรียนรู้เกี่ยวกับข้อมูลที่สำคัญของผู้ป่วย เช่น ครอบครัว งาน เพื่อพูดคุยกับผู้ป่วยให้ง่ายขึ้น รวมถึงความรู้สึกที่ดีขึ้น ให้พูดคุยกับผู้ป่วยเสมือนคนคนหนึ่งมากกว่าคนที่กำลังจะตาย ส่วนการแนะนำให้ทำใจ กลับทำให้ผู้ป่วยรู้สึกแย่ลง ซึ่งเป็นจุดที่ควรระมัดระวัง

5. Children

การพูดคุยถึงเด็ก ๆ หรือการให้เด็ก ๆ มาเยี่ยมผู้ป่วย จะช่วยให้ผู้ป่วยมีชีวิตชีวา เข้มแข็งขึ้น ซึ่งในข้อนี้บางรายงานกล่าวว่าไม่ได้มีความสำคัญเด่นชัดในความจำเป็นต่อการดูแลผู้ป่วย

6. ครอบครัว (Family cohesion and integration)

สมาชิกในครอบครัวและผู้ป่วย ควรมีโอกาสได้พูดคุยถึงความรู้สึก การให้กำลังใจ หลีกเลี่ยงการที่ผู้ป่วยรู้สึกว่าตนเป็นภาระของผู้อื่น

7. Cheerfulness

ผู้ป่วยที่กำลังจะตาย ไม่ต้องการเห็นญาติหรือผู้ที่ดูแลมีสีหน้าเคร่งเครียดหรือเศร้าโศก ทว่าการมีสีหน้าแจ่มใส และมีอารมณ์ขันอย่างเหมาะสมของญาติและผู้ดูแล จะทำให้บรรยากาศดีขึ้น แต่สิ่งที่ต้องระวังคือการเสแสร้งแกล้งทำจะกระทบความรู้สึกของผู้ป่วย จะยังทำให้ผู้ป่วยรู้สึกท้อแท้และโดดเดี่ยว

8. Consistency & perseverance

ความรู้สึกโดดเดี่ยวเป็นสิ่งที่ผู้ป่วยใกล้ตายมักจะกลัว ผู้ดูแลควรไปเยี่ยมผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอ ในช่วงนี้

คุณภาพของเวลาไม่ได้มีความสำคัญมากไปกว่าจำนวนของการเยี่ยม การเยี่ยมในเวลาสั้น ๆ จะดีกว่าไม่มาเลย และผู้ป่วยบางคนอาจไม่สามารถทนต่อการเยี่ยมนาน ๆ ได้

ในการดูแลให้คำปรึกษาแนะนำผู้ป่วยใกล้ตาย ผู้ให้การปรึกษาควรมีการเตรียมตัวดังนี้

1. ให้ผู้ป่วยรับรู้ว่าคุณพร้อมจะช่วยเหลือ ดูแล และพร้อมให้การรักษาต่อผู้ป่วย
2. ตอบสนองต่อผู้ป่วยอย่างเหมาะสม เช่น รับฟัง ได้ตอบในเรื่องที่ผู้ป่วยต้องการ เช่น การพูดคุยถึงเรื่องราวในอดีต
3. เตรียมพร้อมยอมรับความรู้สึกต่าง ๆ ที่อาจจะเกิดขึ้นในการดูแลผู้ป่วย เช่น ยอมรับที่จะมีความรู้สึกผิด เสียความมั่นใจ

นอกจากดูแลผู้ป่วยแล้ว การสื่อสารกับญาติก็มีความสำคัญเช่นกัน โดยทั่วไปจะใช้หลักการแจ้งข่าวร้ายเหมือนกับที่แจ้งแก่ผู้ป่วย การช่วยให้ญาติได้พูดถึงความรู้สึกที่ต้องสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก มีส่วนช่วยญาติได้อย่างมาก แพทย์สามารถช่วยเหลือผู้ป่วยและญาติของผู้ป่วยใกล้ตายได้โดยการ สร้างความมั่นใจให้

แก่เขาเหล่านั้น ด้วยการบอกว่าจะทำทุกสิ่งให้เท่าที่สามารถทำได้ และหมั่นเขียนเขียนอาการของผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอ

รับรองว่า ถ้าทีมผู้รักษาสานำแนวความคิดต่าง ๆ ดังกล่าวมาประยุกต์ใช้ในการดำเนินงานแล้วล่ะก็ การเข้าใจผู้ป่วยก็ไม่ใช่ว่าเรื่องยากอีกต่อไป

บรรณานุกรม

1. Buckman R, Kason Y. How to break bad news: a guide for health care professionals. Toronto: Papermac; 1992.
2. Dubovsky SL, Weissberg MP. Clinical psychiatry in primary care. 3rd ed. Baltimore: Williams & Wilkins; 1986.
3. American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 4th ed—Text Revision.
4. Sadock BJ, Sadock VA. Comprehensive Textbook of Psychiatry. 7th ed. Baltimore: Williams & Wilkins; 2000.
5. Spitzer RL. DSM-IV Case book. Washington DC: American Psychiatric Press Inc.; 1996.
6. กรมสุขภาพจิต. เอกสารประกอบการอบรมเรื่อง “การให้คำปรึกษาแนะนำ”
7. นิจวรรณ อึ้งรังสีโสภณ. วิกฤติ ชนะได้ด้วยการให้การปรึกษา, 2001.