



## การดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายที่มีภาวะเศร้าโศก

กิตติกร นิลมานัต\*

กฤษณา สังขมณีจินดา\*\*

### บทคัดย่อ

ภาวะเศร้าโศก เป็นปรากฏการณ์ที่สามารถพบได้ในผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย พยาบาลจะต้องมีความรู้และความเข้าใจถึงภาวะเศร้าโศกและปฏิกิริยาที่เกิดขึ้น รวมทั้งทราบถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะเศร้าโศก การดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายที่มีภาวะเศร้าโศกนั้น ประกอบด้วย การประเมินการรับรู้และความต้องการของผู้ป่วย การจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อการเยียวยา การส่งเสริมความหวัง การสนับสนุนทางอารมณ์และจิตใจ และการดูแลความสุขสบายด้านร่างกาย การช่วยเหลือผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายที่มีภาวะเศร้าโศกจะช่วยให้ผู้ป่วยได้ใช้เวลาที่เหลืออยู่อย่างมีความหมายและมีการเตรียมตัวสำหรับการจากไปอย่างความสงบ

**คำสำคัญ:** การดูแล; ผู้ป่วย; มะเร็งระยะท้าย; ภาวะเศร้าโศก

\* คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, e-mail: kittikon.n@psu.ac.th

\*\* คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสุราษฎร์ธานี



## Caring for Grieving Patients with Terminal Cancer

---

Kittikorn Nilmanat\*

Kritsana Sungkamuneejinda\*\*

### Abstract

Grief is a common phenomenon found in patients with terminal cancer. Nurses should have a knowledge and understanding of grief processes and human reactions to grief, as well as factors related to grief. Care for terminal cancer patients experiencing grief includes assessing patients' perceptions and needs, creating a healing environment, fostering hope, providing emotional and psychological support, and promoting physical comfort. Such care aims to help patients to spend their limited time meaningfully and to prepare for a peaceful departure.

**Keywords:** care; patient; terminal cancer; grief

---

\* Faculty of Nursing, Prince of Songkla University, e-mail: kittikon.n@psu.ac.th

\*\*Faculty of Nursing, Suratthani Rajabhat University



## ความเป็นมาและความสำคัญ

ภาวะเศร้าโศกเป็นปรากฏการณ์ที่สามารถพบได้ในผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย เป็นสภาพจิตใจและอารมณ์ที่มีการตอบสนองต่อการสูญเสียที่ผู้ป่วยต้องเผชิญระหว่างการเจ็บป่วยระยะท้าย ผู้ป่วยแต่ละรายจะมีการแสดงออกของภาวะเศร้าโศกแตกต่างกันขึ้นกับหลายปัจจัย ทั้งปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยทางสังคม ถ้าหากอยู่ในภาวะเศร้าโศกนานๆ จะทำให้ผู้ป่วยมีภาวะซึมเศร้ารู้สึกหมดหนทาง มีภาวะสิ้นหวัง มีการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์หรือพฤติกรรมอื่นร่วมด้วย ดังนั้นการประเมินผู้ป่วยเพื่อวางแผนและให้การพยาบาลผู้ป่วยในภาวะเศร้าโศกจะช่วยลดความเสี่ยงที่จะส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดภาวะซึมเศร้า บทความนี้นำเสนอแนวคิดภาวะเศร้าโศก และภาวะเศร้าโศกในผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามและระยะท้าย รวมทั้งแนวทางการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามและระยะท้ายที่มีภาวะเศร้าโศก

## แนวคิดภาวะเศร้าโศก

ภาวะเศร้าโศก เป็นปฏิกิริยาตอบสนองตามปกติที่เกิดขึ้นเมื่อมีการสูญเสีย ซึ่งอาจจะเป็นการสูญเสียที่เกิดขึ้นแล้ว หรือคาดว่าจะเกิดในอนาคต ภาวะเศร้าโศกเป็นประสบการณ์ที่มนุษย์ไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้ในชีวิต ภาวะเศร้าโศกช่วยให้เกิดการตระหนักรู้หรือยอมรับความจริง ซึ่งนำไปสู่การปรับตัวและจัดระบบใหม่ให้สามารถกลับมาดำเนินชีวิตได้ตามปกติโดยปราศจากสิ่งที่ได้สูญเสียไป การสูญเสียมีมากมายหลายประเภท ตั้งแต่การสูญเสียอวัยวะ เพื่อน สัตว์เลี้ยง สิ่งของ บทบาทหน้าที่ที่งานการสูญเสียสุขภาพ จากภาวะการเจ็บป่วยที่ร้ายแรงเรื้อรัง คุณค่าต่อชีวิต หรืออยู่ในภาวะใกล้ตาย บุคคลจะมีปฏิกิริยาตอบสนองต่อการสูญเสียและแสดงออกถึงภาวะเศร้าโศกแตกต่างกัน โดยภาวะเศร้าโศกที่เกิดจากการสูญเสียสิ่งที่มีความสำคัญเชิงสัญลักษณ์ บุคคลจะมีปฏิกิริยาทางอารมณ์ที่รุนแรง และเกิดการเปลี่ยนแปลงมุมมองเกี่ยวกับตัวเอง โลกรอบตัวและอนาคต<sup>2</sup> โดยเฉพาะการสูญเสียหรือพลัดพรากจากบุคคลอันเป็นที่รัก นับว่าเป็นการสูญเสียที่สำคัญและยิ่งใหญ่ที่สุด

เมื่อมีสูญเสียสิ่งใดสิ่งหนึ่งในชีวิต บุคคลจะปฏิกิริยาตอบสนองภาวะเศร้าโศก (grief reaction) โดยมีการแสดงออก ใน 5 มิติ<sup>2-4</sup> ได้แก่

1. ด้านอารมณ์ (emotional dimension) แสดงออกในลักษณะความเศร้าใจ โกรธ รู้สึกผิด วิตกกังวล กลัว ละเอียด ปลดปล่อย อิจฉา สิ้นหวังและหมดพลังอำนาจ
  2. ด้านการรู้คิด (cognitive dimension) บุคคลจะมีความคิดหมกมุ่นอยู่กับสิ่งเดิมที่ตนเองยึดติด ไม่มีสมาธิ พันเพื่อน ไร้อารมณ์ จุนงง สับสน ครุ่นคิดเกี่ยวกับความตาย รู้สึกเหมือนคนที่เสียชีวิตอยู่ใกล้ๆ และพยายามหาความหมายของการสูญเสียที่เกิดขึ้น
  3. ด้านร่างกาย (physical dimension) ประกอบด้วยอาการปวดศีรษะ ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ ไม่สามารถทนกับเสียงรบกวนได้ รู้สึกตึงเครียด ความอยากอาหารและการนอนผิดปกติ นอกจากนี้อาจจะมีอาการอื่น ๆ รวมด้วยลดการทำหน้าที่ของระบบภูมิคุ้มกันและมีระดับฮอร์โมนคอร์ติซอลสูงกว่าปกติเมื่อเทียบกับผู้ที่ไม่มีการสูญเสีย นอกจากนี้อาจจะเสี่ยงต่อการรับประทานอาหารและยา รวมทั้งการออกกำลังกาย
  4. ด้านพฤติกรรม (behavioral dimension) บุคคลอาจจะแสดงออกในลักษณะของการร้องไห้บ่อย อยู่ไม่นิ่ง มีพฤติกรรมความเจ็บป่วยมากขึ้น เช่น ไปพบแพทย์บ่อยขึ้น โดยอาจจะเล่าถึงการถอนตัวออกจากสังคม การดื่มสุรามากขึ้น หลีกเลี่ยงสิ่งที่จะทำให้ระลึกถึงการสูญเสียมีกิจกรรมทางกายมากขึ้น และพยายามจะคงไว้ซึ่งการเชื่อมต่อกับผู้ตายโดยการไปเยี่ยมหลุมศพบ่อย ๆ
  5. ด้านการดำรงอยู่ (existential dimension) ผลกระทบของการสูญเสีย เช่น การสูญเสียคนรัก อาจจะเป็นสิ่งชักนำให้บุคคลค้นหาความหมายเกี่ยวกับความตาย หรือการตั้งคำถามเกี่ยวกับความเชื่อและคุณค่าทางจิตวิญญาณ ซึ่งส่งผลให้บุคคลทบทวนความเชื่อหลักของชีวิตอีกครั้ง
- จะเห็นได้ว่า การแสดงออกถึงปฏิกิริยาตอบสนองภาวะเศร้าโศกมีลักษณะใกล้เคียงกับภาวะซึมเศร้า เช่น สูญเสียความอยากอาหาร นอนไม่หลับ มีอารมณ์เศร้าใจ ร้องไห้ เป็นต้น อย่างไรก็ตาม ภาวะเศร้าโศกมีความ



แตกต่างจากภาวะซึมเศร้า ซึ่งการแยกระหว่างภาวะทั้งสองมีความสำคัญ เนื่องจากมีการจัดการที่ต่างกันอย่างชัดเจน<sup>5</sup> โดยผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะเศร้าโศกมีอาการเศร้าใจเกี่ยวกับความตายขึ้น ๆ ลง ๆ มีความกังวลที่เฉพาะเกี่ยวกับกระบวนการตายและบุคคลที่อยู่ข้างหลัง แต่ยังสามารถหาความสุขใจในกิจกรรมที่ชอบได้ รวมทั้งยังคงร่วมกิจกรรมกับคนที่รัก ขณะที่หากผู้ป่วยระยะท้ายที่มีภาวะซึมเศร้าอาการเศร้าใจจะคงอยู่ตลอดเวลา มีความคิดเกี่ยวกับการฆ่าตัวตายหรือความปรารถนาที่จะตาย มีเรื่องที่มีความวิตกกังวลที่ไม่ชัดเจน ไม่มีความรู้สึกยินดี ยินร้าย สิ้นหวัง และถอนตัวออกจากสังคม<sup>6</sup> นอกจากนี้ การแสดงออกด้านารรู้คิดของภาวะซึมเศร้าที่แตกต่างจากภาวะเศร้าโศก ได้แก่ การสูญเสียความสุขใจ สิ้นหวัง ไร้ค่า สูญเสียการนับถือตนเอง รวมทั้งความปรารถนาที่จะตายและความกังวลใจทุกซักลตลอดเวลาเป็นลักษณะที่สำคัญที่บอกถึงภาวะซึมเศร้า<sup>5</sup>

ภาวะเศร้าโศกเป็นกระบวนการที่มีการเปลี่ยนแปลงที่มีความเป็นปัจเจก โดยกระบวนการของภาวะเศร้าโศกสะท้อนถึงความพยายามของบุคคลในการปรับตัวกับการสูญเสียที่เกิดขึ้น ที่ผ่านมามีนักทฤษฎีชาวตะวันตกหลายท่านแบ่งกระบวนการภาวะเศร้าโศกเป็นระยะต่าง ๆ แตกต่างกันไป เช่น ทฤษฎีปฏิบัติการตอบสนองต่อความเศร้าโศกของคูลเบอร์รอส ทฤษฎีการยึดติดของบาวล์บี เป็นต้น<sup>3</sup> อย่างไรก็ตามแนวคิดภาวะเศร้าโศกได้รับการวิจารณ์ว่า การแบ่งระยะเป็นการเน้นถึงการมองหาแบบแผนและความเหมือนของพฤติกรรมมนุษย์และระยะของภาวะเศร้าโศกจะดำเนินต่อเนื่องเป็นเส้นตรง (linear process) จากระยะหนึ่งสู่อีกระยะหนึ่งตามลำดับ ทั้งนี้ข้อดีของการอธิบายเป็นระยะตามลำดับเหล่านี้จะช่วยช่วยให้ผู้ที่อยู่ในภาวะสูญเสียและเศร้าโศกรู้สึกสบายใจขึ้นเมื่อรู้ว่าประสบการณ์ที่เกิดขึ้นกับตนเองมีความคล้ายคลึงกับบุคคลอื่นที่สูญเสียเช่นกัน แต่มีข้อจำกัดคือแบบแผนพฤติกรรมในแต่ละระยะเหล่านี้ ไม่ได้สะท้อนถึงความเป็นปัจเจกบุคคล<sup>7</sup>

ในความเป็นจริงแล้วระยะของภาวะเศร้าโศกจะมีการเปลี่ยนแปลงกลับไปกลับมาซึ่งขึ้นอยู่กับประสบการณ์

ในอดีตที่ผ่านมาหรือการปรับตัวของแต่ละบุคคล ผ่านจากระยะหนึ่งสู่อีกระยะหนึ่งโดยไม่ต้องเป็นลำดับขั้นตอน ทั้งนี้ภาวะเศร้าโศกเป็นกระบวนการที่ซับซ้อน ปฏิกริยาตอบสนองภาวะเศร้าโศกของแต่ละบุคคลจะมีความแตกต่างกันทั้งนี้ขึ้นกับหลายปัจจัย<sup>2</sup> แบ่งเป็นปัจจัยภายใน เช่น เพศ อายุ บุคลิกภาพส่วนบุคคล ลักษณะของสัมพันธภาพ เรื่องราวชีวิตที่ผ่านมา บริบททางสังคมและวัฒนธรรม รวมทั้งระดับเชิงสัญลักษณ์ของสิ่งที่สูญเสีย ปัจจัยภายนอก เช่น บริบทของภาวะใกล้ตาย การสนับสนุนทางสังคม พื้นฐานทางศาสนาและวัฒนธรรมสถานะทางเศรษฐกิจ พิธีกรรมเกี่ยวกับภาวะใกล้ตายและการตาย ดังนั้นการกำหนดรูปแบบลำดับขั้นของกระบวนการภาวะเศร้าโศกอาจทำให้บุคลากรสุขภาพด่วนตัดสินพฤติกรรมที่สังเกตได้ของผู้ป่วย รวมทั้งทฤษฎีหรือรูปแบบภาวะเศร้าโศกที่พัฒนาขึ้นส่วนใหญ่มาจากประเทศทางตะวันตกอาจจะไม่เหมาะสมในการนำมาอธิบายปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นประเทศที่มีวัฒนธรรมที่ต่างกันไป<sup>7</sup>

บัคกลาสส์<sup>7</sup> ได้นำเสนอรูปแบบกระบวนการคู่ของภาวะเศร้าโศก (dual process model of grief) โดยกล่าวว่ากระบวนการคู่ของภาวะเศร้าโศกเป็นการบูรณาการรูปแบบภาวะเศร้าโศกแบบดั้งเดิมเข้ากับแนวคิดใหม่ อธิบายถึงวิธีการที่บุคคลที่อยู่ในภาวะสูญเสียเผชิญกับความตายและการเปลี่ยนแปลงของชีวิตที่เป็นผลจากความตาย โดยบุคคลจะจัดการกับปัจจัยที่เกี่ยวกับการสูญเสียและการฟื้นฟูไปพร้อมกัน ปัจจัยด้านการสูญเสียจะเกี่ยวพันโดยตรงกับประสบการณ์ความตายที่ประกอบด้วย การหมกมุ่นเกี่ยวกับความตาย การครุ่นคิดและคิดถึงผู้ที่จากไปเช่นการไปเยี่ยมหลุมศพ หรือฟังดนตรีที่กระตุ้นให้รู้สึกเศร้าใจ ขณะที่ปัจจัยด้านการฟื้นฟูจะสัมพันธ์กับการเปลี่ยนวิถีชีวิต การจัดการกับชีวิตประจำวัน การสร้างบทบาทและสัมพันธภาพใหม่ที่เป็นผลจากความตาย ผู้ที่สูญเสียจะย้ายกลับไปกลับมา ระหว่างด้านการสูญเสียและด้านการฟื้นฟูสภาพกระบวนการคู่นี้มีความยืดหยุ่นและละเอียดอ่อนทางวัฒนธรรมมากกว่า โดยทั่วไปภาวะเศร้าโศกที่เป็นปกติ (normal grief) จะมีการดำเนินของอาการในระยะแรก



บุคคลจะรู้สึกเบื่ออาหารนอนไม่หลับ หรืออาจทำให้การปฏิบัติหน้าที่ที่กิจวัตรตามปกติลดลงบ้างจากเดิม ใช้เวลา 2-3 สัปดาห์ แล้วดีขึ้นเองในเวลา 2-4 เดือน โดยส่วนใหญ่มักจะไม่เกิน 6 เดือน แล้วเข้าสู่ระยะสุดท้าย คือระยะกลับคืนสู่ปกติ บุคคลจะสามารถกลับมาดำเนินชีวิตได้ตามปกติอีกครั้งภายใน 1 ปี<sup>4</sup> ซึ่งถ้าบุคคลไม่สามารถฟื้นคืนจากภาวะเศร้าโศกได้ภายใน 1 ปี จะกลายเป็นภาวะเศร้าโศกซับซ้อน (complicated grief) และต้องการการบำบัดรักษาโดยผู้เชี่ยวชาญ

### ภาวะเศร้าโศกในผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามและระยะท้าย

ภาวะเศร้าโศก เป็นปรากฏการณ์ที่สามารถพบได้ ภาวะความเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งระยะลุกลามและระยะท้าย ผู้ป่วยมะเร็งต้องเผชิญกับการสูญเสียหลายสิ่งในชีวิต ทั้งจากตัวโรคและผลข้างเคียงจากการรักษา การลุกลามของมะเร็ง อาจส่งผลให้การทำหน้าที่ของอวัยวะที่สำคัญ ผิดปกติหรือเสียหายที่ เช่น การมองเห็น การอ่อนแรงของแขนขา เป็นต้น นอกจากนี้การเข้าออกโรงพยาบาลเป็นระยะๆ เพื่อรับและติดตามการรักษาโรคและบรรเทาอาการกำเริบของอาการ ทำให้ผู้ป่วยต้องลางาน หรือออกจากงาน ทำให้สูญเสียบทบาทหน้าที่ทางสังคม รวมทั้งผลข้างเคียงจากการรักษา เช่น การได้รับเคมีบำบัด หรือฉายแสง ทำให้มีอาการผมร่วง ผู้ป่วยอาจรู้สึกสูญเสียภาพลักษณ์ ขณะเดียวอาการอ่อนล้า หรืออ่อนเพลีย ซึ่งเป็นหนึ่งในอาการที่พบบ่อยในผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามและระยะท้าย ทำให้ผู้ป่วยพึ่งพาศูนย์บุคคลอื่นมากขึ้น รู้สึกเป็นภาระของครอบครัว ผู้ป่วยรู้สึกสูญเสียบทบาทหน้าที่ในครอบครัว<sup>8</sup> เมื่อการดำเนินของโรคเข้าสู่ระยะที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ และเข้าสู่ระยะท้ายหรือระยะใกล้ตาย ผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายคาดการณ์ถึงการสูญเสียที่จะเกิดขึ้นจากการต้องพراقจากบุคคลและสิ่งอันเป็นที่รัก และรู้สึกสูญเสียความหวัง ความหมายและเป้าหมายในชีวิต สถานการณ์การสูญเสียเหล่านี้นำไปสู่ภาวะเศร้าโศกในผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามและระยะท้ายได้<sup>8-9</sup> โดยพบว่าภาวะสิ้นหวังในผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม

มีความสัมพันธ์กับภาวะเศร้าโศกที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยที่เตรียมตัวสำหรับความตายที่ใกล้เข้ามา (preparatory grief)<sup>10</sup>

มีปัจจัยหลายประการที่มีความสัมพันธ์กับภาวะเศร้าโศกในผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม โดยพบว่า ผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามที่มีอายุน้อย<sup>11-12</sup> เพศหญิง มีประวัติการผ่าตัด และการได้รับยาาระงับปวดโอปิออยด์ที่มีฤทธิ์แรง (strong opioids)<sup>11</sup> ทำหน้าที่ของตนเองได้น้อย (poor performance status)<sup>11-12</sup> จะมีภาวะเศร้าโศกในระดับสูง นอกจากนี้พบว่า การเปิดใจยอมรับในสถานการณ์ที่เกิดขึ้นเป็นปัจจัยหนึ่งที่สามารถทำนายว่าจะเกิดภาวะเศร้าโศกขึ้น (anticipatory grief) กล่าวคือ ผู้ป่วยที่มีการเปิดใจยอมรับสูงต่อสถานการณ์จะมีภาวะเศร้าโศกในระดับต่ำ<sup>13</sup>

### การดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายที่มีภาวะเศร้าโศก

แม้ว่าภาวะเศร้าโศกเป็นกระบวนการปกติที่จะเกิดขึ้นและสามารถกลับสู่ภาวะปกติได้ การได้รับการสนับสนุนและช่วยเหลือจากบุคลากรสุขภาพ โดยเฉพาะพยาบาลที่เกี่ยวข้อง พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยให้ผ่านช่วงเวลายากลำบากนี้เพื่อให้ผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายสามารถยอมรับและปรับตัวกับการสูญเสียที่เกิดขึ้นได้ รวมทั้งใช้เวลาที่เหลืออยู่อย่างมีคุณค่า และมีความหมายในจนวาระสุดท้ายของชีวิต และจากไปอย่างสงบ

การดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายที่มีภาวะเศร้าโศกประกอบด้วย

การประเมินการรับรู้และความต้องการ การประเมินเป็นขั้นตอนแรกของกระบวนการพยาบาลที่จะช่วยให้พยาบาลทราบถึงการรับรู้ คุณค่า ความเชื่อ และความต้องการของผู้ป่วยภายใต้สถานการณ์การสูญเสียที่เกิดขึ้น ทักษะที่สำคัญสำหรับการประเมินการรับรู้และความต้องการคือ การสนทนาอย่างเอื้ออาทร ซึ่งประกอบด้วย การรับฟังอย่างตั้งใจ การสัมผัส และการอยู่กับผู้ป่วย<sup>14</sup> พยาบาลจะต้องมีความละเอียดอ่อนในการ



ตั้งคำถามที่สะท้อนถึงความใส่ใจในความรู้สึกที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย รวมทั้งการสังเกตปฏิกิริยา การแสดงออก หรือพฤติกรรมของผู้ป่วย นอกจากนี้พยาบาลควรแสดงออกถึงการยอมรับ และเคารพในความคิดเห็น คุณค่าและความเชื่อของผู้ป่วย จะต้องไม่ด่วนตัดสินผู้ป่วยด้วยทัศนคติ คุณค่า ความเชื่อของพยาบาล ด้วยท่าทีเอื้ออาทรของพยาบาลจะช่วยให้ผู้ป่วยรับรู้ถึงการได้รับความเคารพ คุณค่าและศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ ช่วยลดความรู้สึกสูญเสียคุณค่าในตัวเองของผู้ป่วย จึงกล่าวได้ว่าการตั้งคำถามคือการประเมิน ขณะที่การรับฟังอย่างตั้งใจคือการเยียวยาและดูแล นอกจากนี้พยาบาลจะต้องประเมินและคำนึงถึงปัจจัยที่อาจจะมีผลต่อการปฏิบัติภารกิจเพื่อให้อาการดีขึ้นและดูแล นอกจากนี้พยาบาลจะต้องประเมินและคำนึงถึงปัจจัยที่อาจจะมีผลต่อการปฏิบัติภารกิจเพื่อให้อาการดีขึ้นและดูแล

**การจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อการเยียวยา** ผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายมีภาวะเศร้าโศกจากการต้องพลัดพรากจากบุคคลอันที่รักและครอบครัว การจัดสิ่งแวดล้อมที่สร้างความรู้สึกปลอดภัยและอบอุ่น เช่น การจัดสิ่งแวดล้อมให้สงบ มีเวลาให้ผู้ป่วยได้อยู่กับตัวเองและครอบครัว โดยอาจใช้ดนตรีบำบัดเข้ามาเพื่อสร้างบรรยากาศของการเยียวยาร่วมด้วยทั้งนี้ต้องขึ้นกับความต้องการของผู้ป่วย รวมทั้งการสร้างบรรยากาศที่ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกไม่ถูกตัดสิน (non judgment environment) เช่น การเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้แสดงออกของภาวะเศร้าโศก และยอมรับว่าการแสดงออกนั้นเป็นเรื่องปกติที่จะเกิดขึ้นได้เป็นต้น<sup>15</sup> กิจกรรมเหล่านี้ช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้เข้าใจถึงสถานการณ์ที่เกิดขึ้น คิดหาวิธีการในการรับมือกับการสูญเสียที่กำลังจะเกิดขึ้น ทบทวนเรื่องราวในชีวิตที่ผ่านมา ทบทวนบทบาทของตนเองและครอบครัว รวมทั้งวางแผนเป้าหมายและความหวังที่เป็นจริงภายใต้เงื่อนไขของการมีชีวิตอยู่ในเวลาที่จำกัด สิ่งเหล่านี้จะเป็นการเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้เติบโตทางจิตวิญญาณและเยียวยาสัมพันธ์ภาพกับครอบครัวอีกครั้งในช่วงท้ายของชีวิต<sup>16</sup>

**การส่งเสริมความหวัง** แม้ว่าผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายรู้สึกหมดหวังในการรักษาให้หายจากโรค แต่พยาบาลสามารถช่วยส่งเสริมความหวังที่เป็นไปได้ในมิติอื่นๆ แก่ผู้ป่วย เช่น ความหวังถึงการได้รับการควบคุมอาการและ

การดูแลที่ดี ความหวังที่จะได้พบกับบุคคลอันเป็นที่รัก ความหวังที่จะได้เห็นดอกไม้บาน รับประทานอาหารกับคนในครอบครัว เป็นต้น ความหวังเป็นภาวะทางจิตใจ ความคิดของบุคคลถึงอนาคตในแง่บวกและเป็นพลังที่จะทำให้บุคคลมีชีวิตอยู่ต่อไปอย่างมีความหมาย กิจกรรมการพยาบาลที่สามารถช่วยส่งเสริมความหวัง ประกอบด้วย การช่วยเหลือควบคุมอาการทางกายและส่งเสริมความสุขสบาย การให้ข้อมูลและวางแผนเป้าหมายที่สามารถบรรลุได้ การให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแล เป็นต้น<sup>16</sup> นอกจากนี้มีการศึกษาพบว่า การใช้แหล่งสนับสนุนทางสังคมมีผลต่อการส่งเสริมความหวังในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะลุกลามที่ได้รับเคมีบำบัด<sup>17</sup>

**การสนับสนุนทางอารมณ์และจิตใจ** โดยการสอบถามความรู้สึกและความต้องการผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอ เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ระบายความรู้สึก ผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายที่มีภาวะเศร้าโศกอาจจะเปรยหรือตั้งคำถามเกี่ยวกับภาวะเจ็บป่วยระยะท้ายในลักษณะ “ทำไมลุงต้องเป็นมะเร็งด้วย” คำถามเหล่านี้บางครั้งไม่ได้ต้องการคำตอบจากบุคลากรสุขภาพ สิ่งที่สามารถช่วยเหลือผู้ป่วยได้คือการรับฟังและอาจสะท้อนกลับถึงสิ่งที่ผู้ป่วยคิดในลักษณะ “ฟังดูเหมือนคุณลุงกำลังโกรธกับสิ่งที่เกิดขึ้น” เพื่อให้ผู้ป่วยได้มีเวลาในการใคร่ครวญเกี่ยวกับความคิดและความรู้สึกของตัวเอง รวมทั้งพยาบาลต้องยอมรับถึงแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ป่วยด้วยความเข้าใจและเห็นอกเห็นใจ และบอกให้ผู้ป่วยทราบว่าแสดงออกเหล่านั้นเป็นสิ่งปกติสำหรับการตอบสนองต่อการสูญเสีย “หนูเข้าใจในความรู้สึกเสียใจของคุณป้าดี การแสดงออกทางอารมณ์เหล่านี้ต่อภาวะความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นในขณะนี้ เป็นเรื่องปกติที่พบได้สำหรับผู้ป่วยส่วนใหญ่” นอกจากนี้อาจจะใช้วิธีการทบทวนชีวิต โดยให้ผู้ป่วยได้บอกเล่าถึงความสำเร็จที่ผ่านมา เหตุการณ์สำคัญๆ ในชีวิต<sup>18</sup> กิจกรรมเหล่านี้จะช่วยให้ผู้ป่วยค้นพบความหมายและเป้าหมายในชีวิตอีกครั้งผ่านการเล่าเรื่องราวในชีวิต<sup>14,18-19</sup>

**การดูแลความสุขสบายด้านร่างกาย** ผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายที่มีภาวะเศร้าโศก อาจมีอาการทางกายเช่น ปวดศีรษะ ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ หรือความอยากอาหารลดลง



พยาบาลควรเอาใจใส่ สอบถามอาการจากผู้ป่วยเป็นระยะ ๆ รวมทั้งให้การพยาบาลเพื่อส่งเสริมความสุขสบายทางด้านร่างกาย และประสานงานกับแพทย์ผู้รักษาเพื่อบำบัดอาการที่เกิดขึ้น

นอกจากนี้ ปัจจุบันได้มีการพัฒนาโปรแกรมเพื่อช่วยบำบัดภาวะเศร้าโศกในผู้ป่วยระยะท้าย เช่น การใช้ดนตรีบำบัด (music therapy) จินตภาพบำบัด (guided imaginary) จิตบำบัดแบบเรื่องเล่า (narrative therapy) การบำบัดโดยการหาความหมาย (meaning centered psychotherapy) โปรแกรมการใช้สติในการลดความเครียด (mindfulness-based stress reduction intervention)<sup>18</sup> อย่างไรก็ตาม การนำการบำบัดเหล่านี้มาใช้ พยาบาลจะต้องผ่านการฝึกฝนและ/หรือได้รับวุฒิบัตรเฉพาะสำหรับการบำบัดเหล่านี้

## สรุป

ภาวะเศร้าโศกเป็นปรากฏการณ์ที่เป็นธรรมชาติเมื่อบุคคลต้องเผชิญกับการสูญเสียที่เกิดขึ้นหรืออาจจะเกิดขึ้น ผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายจะพบกับการสูญเสียหลายอย่างในชีวิต พยาบาลจำเป็นต้องเข้าใจถึงกระบวนการภาวะเศร้าโศกและการแสดงออกที่เกิดขึ้น รวมทั้งคำนึงถึงปัจจัยที่อาจส่งผลให้ภาวะเศร้าโศกมีความรุนแรงและเปลี่ยนแปลงเป็นภาวะซึมเศร้าได้ การดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายที่มีภาวะเศร้าโศกเป็นการพยาบาลองค์รวม เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยมะเร็งค้นพบความหมายและหวังใหม่ในชีวิต สามารถปรับตัวกับภาวะเจ็บป่วยระยะท้าย และใช้เวลาที่มีอยู่อย่างมีคุณค่า และเตรียมพร้อมสำหรับการจากไปอย่างสงบ

## References

1. Auimsawadikul W. A concept analysis of grief. *Journal Nursing STU*. 2547;1(1):37-51.(in Thai)
2. Love AW. Progress in understanding grief, complicated grief, and caring for the bereaved. *Contemporary Nurse*. 2007;27(1):73-83.
3. Kongsuwan K, Kongtong S. Grief. in: Nilmanat K, Kongsuwan K, editors. *Common phenomena at the end of life and caring*. Songkhla: Neopoint. (1995); 2559.:86-105.(in Thai)
4. Corless IB. Bereavement. In: Ferrell BR, Coyle N, editors. *Oxford textbook of palliative nursing*. 3<sup>rd</sup> ed. New York: Oxford University Press; 2010. p. 597-611.
5. Periyakoil VS. Differentiating grief and depression in patients who are seriously ill. *Am Fam Physician*. 2012;86(3):233-7.
6. Preparatory Grief Elder care: A resource for interprofessional providers [Internet]. The University of Arizona. 2015 [cited 19 July 2017]. Available from: [www.aging.arizona.edu](http://www.aging.arizona.edu).
7. Buglass E. Grief and bereavement theories. *Nurs Stand*. 2010;24(41):44-7.
8. Hottensen D. Anticipatory grief in patients with cancer. *Clin J Oncol Nurs*. 2010;14(1):106-7.
9. Cheng JOY, Lo RSK, Chan FMY, Kwan BHF, Woo J. An exploration of anticipatory grief in advanced cancer patients. *Psychooncology* 2010;19(7):693-700.
10. Mystakidou K, Tsilika E, Parpa E, Athanasouli P, Galanos A, Anna P, et al. Illness-related hopelessness in advanced cancer: influence of anxiety, depression, and preparatory grief. *Arch Psychiatr Nurs*. 2009;23(2):138-47.
11. Mystakidou K, Tsilika E, Parpa E, Katsouda E, Sakkas P, Galanos A, et al. Demographic and clinical predictors of preparatory grief in a sample of advanced cancer patients. *Psycho oncology*. 2006;15(9):828-33.



12. Tsilikaa E, Mystakidou K, Parpaa E, Galanosa A, Sakkasb P, Vlahos L. The influence of cancer impact on patients' preparatory grief. *Psychol Health*. 2009;24(2):135-48.
13. Davis EL, Deane FP, Lyons GCB, Barclay GD. Is higher acceptance associated with less anticipatory grief among patients in palliative care. *J Pain Symptom Manage*. 2017;54(1):120-5.
14. Kilmanat K. The end of life care. Songkhla: Chanmuang Press.; 2556.(in Thai)
15. Douglas HA. Promoting meaning-making to help our patients grieve: an exemplar for genetic counselors and other health care professionals. *J Genet Counsel*. 2014;23(5):695-700.
16. Nilmanat K. Hope in the context of end of life care. In: Nilmanat N, Kongsuwan W, editors. Common phenomena at the end of life and caring. Songkhla: Neopoint.(1995); 2559:47-64.(in Thai)
17. Sungkamuneejinda K, Nilmanat K, Kitrungrrote L. Impact of a Hope-Building Supportive Programme on Chemotherapy-Treated Advanced Breast Cancer Patients. *Thai Journal of Nursing Council*. 2556;28(3):32-42.(in Thai)
18. Cheng JOY, Lo RSK, Woo J. Anticipatory grief therapy for older persons nearing the end of life. *Aging Health*. 2013;9(1):103-14.
19. Boontommo K, Boonyawng S, Akwarangkoon S. The effect of the counseling with palliative care conditions of loss and grief in terminal lung-cancer patients. *Songklanagarind Journal of Nursing* ,33, 17-28.