

แนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาวิธีการสื่อสารระหว่างบุคคล เพื่อผ่อนคลายความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายของผู้ป่วยโรคเอดส์ โดยใช้แนวคิดการให้การปรึกษา และการใช้ทักษะการให้การปรึกษา สัมภาษณ์ผู้ป่วยโรคเอดส์ ผู้วิจัยได้กำหนดขอบเขตของการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาครั้งนี้คือ

1. แนวคิดเกี่ยวกับการให้การปรึกษา
2. การให้การปรึกษาผู้ป่วยระยะสุดท้าย
3. นานาทศนะเกี่ยวกับความตาย
4. ความวิตกกังวล
5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

แนวคิดเกี่ยวกับการให้การปรึกษา

การให้การปรึกษาคือ สัมพันธภาพระหว่างบุคคลสองคน ซึ่งดำเนินไปเพื่อช่วยเหลือฝ่ายหนึ่งที่กำลังประสบปัญหา ให้สามารถแก้ไขปัญหาและพัฒนาตนเองให้เป็นบุคคลที่สมบูรณ์มากยิ่งขึ้น ในกรณีให้การปรึกษา บทบาทของผู้ให้การปรึกษาเป็นการเอื้ออำนวยให้ผู้รับการปรึกษา ใช้ศักยภาพและความสามารถของตนเองอย่างมีประสิทธิภาพ กระบวนการของการให้การปรึกษาสรุปได้เป็น 5 ขั้นตอน คือ ขั้นตอนที่หนึ่ง เป็นการสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ให้การปรึกษาและผู้รับการปรึกษา ขั้นตอนที่สอง ผู้ให้การปรึกษาจะช่วยให้ผู้รับการปรึกษาได้สำรวจตนเองและปัจจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้เขาได้เห็นสาเหตุของปัญหา ขั้นตอนที่สาม ผู้รับการปรึกษาจะเกิดความชัดเจนในตนเองและเข้าใจถึงปัญหานั้น

ประการที่กำลังเผชิญอยู่ เห็นสิ่งที่เป็นสาเหตุ และความต้องการต่าง ๆ ซึ่งจะต้องพัฒนาต่อไป ขั้นตอนที่ดี เป็นการวางแผนแก้ปัญหา โดยผู้ให้การปรึกษาจะช่วยให้ผู้รับการปรึกษาพิจารณาหาทางออก หรือวิธีแก้ไขปัญหาของตนเองและตัดสินใจ เลือกสิ่งที่จะต้องปฏิบัติต่อไป ในขั้นตอนสุดท้าย เป็นการสรุปและยุติการปรึกษา เพื่อย้ำถึงความรู้ความเข้าใจที่เกิดขึ้นระหว่างการปรึกษา และให้ผู้รับการปรึกษาได้มีแรงจูงใจและกำลังใจที่จะพัฒนาตนเองต่อไป

ขั้นตอนของกระบวนการให้การปรึกษา

ขั้นตอนที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพและตกลงบริการ

ผู้ที่มารับการปรึกษาจะต้องเข้ามามีส่วนร่วมในกระบวนการให้การปรึกษา ซึ่งการมีส่วนร่วมนั้นหมายความว่า จะต้องเข้าใจถึงกระบวนการ มีความพร้อมในด้านจิตใจ มีความต้องการที่จะเปลี่ยนแปลงและพัฒนาตนเอง ผู้ให้การปรึกษาไม่สามารถบังคับผู้รับการปรึกษาให้เข้ามามีส่วนร่วมโดยไม่สมัครใจที่จะรับความช่วยเหลือ บทบาทของผู้ให้การปรึกษาในขั้นตอนนี้จึงเป็นการเอื้ออำนวยให้บุคคลที่มาพบค่อย ๆ รู้สึกสมัครใจอย่างเต็มที่ และเกิดความตั้งใจที่จะมีส่วนร่วมในกระบวนการ ผู้ให้การปรึกษาคควรจะเจียมแสดงความเป็นมิตร ให้ความอบอุ่น ใส่ใจด้วยท่าทางกิริยาและใช้คำพูดที่ให้กำลังใจแก่ผู้รับการปรึกษา

ในเวลาเดียวกัน ผู้ให้การปรึกษาจะต้องตั้งใจอยู่ในบทบาทของตนเองแสดง ความสนใจและใส่ใจต่อความต้องการของผู้รับการปรึกษา และพยายามส่งเสริมสัมพันธภาพที่ดีระหว่างกัน สิ่งที่ควรปฏิบัติคือ

1. การต้อนรับอย่างจริงใจและอบอุ่น
2. การแสดงท่าทางเป็นมิตร
3. สื่อความตั้งใจที่จะช่วยเหลือ
4. รับฟังสิ่งที่ผู้รับการปรึกษาเล่า
5. สังเกตสิ่งที่ผู้รับการปรึกษาแสดงออกทั้งคำพูดและกิริยาท่าทาง
6. สังเกตสิ่งที่ผู้รับการปรึกษายังไม่พร้อมที่จะเล่า

7. ยอมรับผู้รับการปรึกษาโดยไม่มีเงื่อนไข
8. ถามคำถามที่เอื้อให้ผู้รับการปรึกษาสามารถเล่าเรื่องของตนเอง

ขั้นตอนที่ 2 การสำรวจและทำความเข้าใจปัญหา

การที่คนเราจะแก้ปัญหของตนเองได้ ก็ต้องเข้าใจในสิ่งที่ เป็นปัญหาอย่างชัดเจน บทบาทของผู้ให้การปรึกษาคือช่วยให้ผู้รับการปรึกษาเกิดความเข้าใจในปัญหา โดยผู้ให้การปรึกษาจะต้องปฏิบัติตน เหมือนเป็นผู้ร่วมการเดินทางของผู้รับการปรึกษาในช่วงระยะหนึ่ง เพื่อช่วยให้เขาสามารถพิจารณาตนเอง มองประสบการณ์ที่ผ่านมาและความรู้สึกต่าง ๆ ทำให้เข้าใจถึงสิ่งที่ เป็นเหตุหรือเป็นผล บทบาทของผู้ให้การปรึกษาไม่ได้อยู่ที่การวินิจฉัยปัญหามาหาชนิดของผู้รับการปรึกษา หรือวิเคราะห์สติปัญญา บุคลิก และนิสัยของเขา แต่อยู่ที่การเอื้ออำนวยให้ผู้รับการปรึกษาใช้ความพยายาม ในการพิจารณาชีวิตและปัญหาที่เกิดขึ้น ผู้ให้การปรึกษาไม่ควรรับให้คำแนะนำหรือแก้ปัญหาแทน จะต้องเป็นผู้ที่ไวต่อความรู้สึกของผู้ที่มาปรึกษา และสามารถรับรู้ได้ในระดับที่ลึกกว่าที่เขาเล่าออกมา โดยการสังเกตพฤติกรรมต่าง ๆ ของเขา บางครั้งผู้รับการปรึกษาอาจจะมองไม่เห็นสิ่งที่ เป็นสาเหตุของปัญหา หรืออาจจะสับสน เนื่องจากเขาอยู่ใกล้กับสิ่งที่ เป็นปัญหามากเกินไป จึงจำเป็นที่จะต้องมียุคคลที่สามารถไว้วางใจ ช่วยสะท้อนถึงความรู้สึกของเขา และอธิบายให้เขาเข้าใจอย่างกระจ่างมากขึ้น ในขั้นตอนนี้มีประเด็นสำคัญ ๆ ที่ผู้ให้การปรึกษาควรคำนึงถึงดังนี้

การระบายถึงสิ่งที่ เป็นปัญหาเป็นการบำบัด ผู้ที่แสวงหาความช่วยเหลือนั้น เขามีความต้องการเล็ก ๆ ที่จะบอกเล่าถึงสิ่งที่ทำให้เขาวิตกกังวล ยิ่งให้โอกาสเขาได้พูดในระหว่างการปรึกษา เขาก็จะยิ่งรู้สึกดีขึ้น เขาต้องการใช้เวลาเพื่อระบายสิ่งต่าง ๆ ที่อยู่ในใจของเขา การให้โอกาสผู้รับการปรึกษาเล่าถึงปัญหาจะช่วยให้เกิดความเข้าใจมากขึ้น บางครั้งคนเราก็มีบางสิ่งบางอย่างอยู่ในใจ แต่ถ้าได้มีโอกาสพูดคุยกับผู้อื่นก็จะได้เห็นแง่มุมต่าง ๆ อย่างชัดเจนขึ้น การเล่านี้ช่วยให้เกิดการตระหนักรู้ (insight) ในสิ่งที่เราไม่สามารถเข้าใจได้จากการคิดวิเคราะห์โดยลำพัง การเล่าเรื่องของตนเองจะช่วยให้ค่อย ๆ เห็นและเข้าใจถึงปัญหานั้น ๆ

การโทษผู้อื่น บางครั้งผู้ที่มารับปรึกษาอาจจะโทษผู้อื่นที่ทำให้เกิดปัญหาขึ้นในชีวิตของตนเอง และใช้เวลาพูดในทำนองกล่าวหาผู้อื่นมากกว่าจะเข้าใจว่าตนเองเป็นสาเหตุของปัญหานั้น บ่อยครั้งที่จำเป็นต้องให้เขาได้ผ่านความคิดเช่นนี้มาจนกระทั่งสุดท้ายได้เข้าใจถึงสิ่งที่เกิดขึ้นอย่างแท้จริง

ปัญหาส่วนใหญ่เกี่ยวข้องกับเรื่องสัมพันธภาพ การขัดแย้งระหว่างมนุษย์เป็นปัญหาที่แก้ไขยากที่สุด สิ่งสำคัญในการรับฟังปัญหา คือ การที่จะไม่เข้าข้างฝ่ายใด แม้ว่าผู้รับการปรึกษาจะเป็นฝ่ายที่มีความผิดบ้าง (ซึ่งโดยทั่วไปแล้วเมื่อมีความขัดแย้งก็จะต้องเกี่ยวข้องกับทั้งสองฝ่าย) เขาจะต้องใช้เวลาส่วนหนึ่งจนกระทั่งมองเห็นและยอมรับตนเอง โดยเฉพาะในส่วนที่เขาต้องรับผิดชอบ ในขั้นตอนนี้ผู้ให้การปรึกษาควรปฏิบัติ ดังนี้

1. รับฟังและอดทน
2. ยอมรับและไม่ตัดสิน
3. ตั้งคำถามที่เหมาะสมและเลือกใช้ในเวลาอันสมควร
4. เน้นที่ความรู้สึกของผู้รับการปรึกษา
5. วางตนเป็นกลาง พยายามมองสภาพความเป็นจริง

ขั้นตอนที่ 3 การกำหนดปัญหา

ในระหว่างที่ผู้รับการปรึกษาพิจารณาปัญหาและความรู้สึกของตนเอง เขาจะค่อย ๆ เข้าใจว่าสาเหตุของปัญหานั้นอยู่ที่ไหน และเริ่มมองเห็นว่าตนเองต้องการเป็นคนแบบไหน สามารถยอมรับในส่วนที่ตนเองจะต้องรับผิดชอบ มองเห็นพฤติกรรมที่เป็นต้นเหตุของปัญหา และเข้าใจว่าการแก้ปัญหานั้นขึ้นอยู่กับตัวเขาเอง และเกิดแรงจูงใจที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่เป็นสาเหตุส่วนหนึ่งของปัญหา

โดยปกติแล้วการที่จะเข้าใจถึงปัญหาของตนเองนั้น ไม่ใช่เรื่องที่จะเกิดขึ้นโดยทันที แต่เป็นกระบวนการที่อาศัยระยะเวลา มักจะเริ่มต้นในขั้นที่ 2 ของกระบวนการให้การปรึกษา และพัฒนาขึ้นจนกระทั่งเกิดความเข้าใจอย่างชัดเจนในสิ่งที่ เป็นปัญหา แม้ว่าในบางครั้งก็อาจเป็นไปได้ที่จะเกิดความเข้าใจขึ้นมาในทันทีเหมือนแสงสว่างวูบขึ้นในใจ แต่

โดยทั่วไปแล้ว ก็มักจะเป็นเรื่องอาศัยเวลาและค่อย ๆ เกิดขึ้นตามลำดับ ในบางกรณีก็อาจจะต้องมีการปรึกษาหลาย ๆ ครั้ง จึงจะเกิดความเข้าใจในปัญหาของตนเองอย่างเต็มที่ และก็มีหลายกรณีที่สามารถเกิดความเข้าใจขึ้นมา ในจังหวะหรือสถานการณ์ที่คาดไม่ถึงนอกช่วงเวลาของการปรึกษา

การสรุปสิ่งที่ผู้รับการปรึกษาได้เข้าใจจะช่วยให้เกิดพลังขึ้นในใจเขา เป็นการส่งเสริมและช่วยให้เขาสามารถเข้าสู่ขั้นตอนที่ 4 เพื่อวางแผนแก้ปัญหา และการสรุปความเข้าใจในปัญหา ทั้งยังเป็นการแสดงการร่วมรับรู้และเข้าใจของผู้ให้การปรึกษาที่ได้ผลบทบาทของผู้ให้การปรึกษามีดังนี้

1. สรุปสิ่งที่ผู้รับการปรึกษาได้เล่าและ ได้เข้าใจสิ่งที่เป็นปัญหา
2. ช่วยให้ผู้รับการปรึกษาเข้าใจว่า การแก้ปัญหานั้นขึ้นอยู่กับตัวเขาเอง
3. ให้กำลังใจที่จะยอมรับบางสิ่งบางอย่างที่อาจทำให้เขารู้สึกเจ็บปวดหรือเสียใจ
4. ช่วยให้ผู้รับการปรึกษา ได้ตั้งเป้าหมายที่เหมาะสมและเป็นไปได้

ขั้นตอนที่ 4 การวางแผนและกำหนดวิธีแก้ไขปัญหา

ในขั้นตอนนี้ ผู้รับการปรึกษาจะต้องกำหนดเป้าหมายและวัตถุประสงค์ที่ต้องการกำหนดทางเลือกและกลวิธีต่าง ๆ และเรียนรู้ที่จะเลือกและตัดสินใจ บทบาทของผู้ให้การปรึกษาคือ ให้โอกาสผู้รับการปรึกษาเพื่อพิจารณาข้อดีและข้อเสียของแต่ละวิธีการและเลือก (กำหนด) วิธีการที่จะทำให้บรรลุถึงวัตถุประสงค์ที่ต้องการ โดยผู้ให้การปรึกษาอาจจะให้ข้อมูลหรือข้อเสนอแนะ แต่จะต้องมั่นใจว่าการตัดสินใจและการเลือกวิธีการต่าง ๆ นั้นเป็นทางเลือกของผู้รับการปรึกษาเองในขั้นตอนนี้มีประเด็นที่ควรคำนึงถึงต่อไปนี้

หาทางเลือกไว้หลาย ๆ ทาง บ่อยครั้งที่ผู้ให้การปรึกษาอาจจะเสนอทางเลือกที่ผู้รับการปรึกษาอาจจะนึกไม่ถึง เพราะในการแก้ปัญหาอาจจะมีวิธีการมากมายเกินกว่าที่ผู้รับการปรึกษาจะนึกได้ทั้งหมด

พิจารณาเปรียบเทียบข้อดีและข้อเสียของทางเลือก การพิจารณาข้อดีและข้อเสียของทางเลือกต่าง ๆ นั้นเป็นเรื่องที่ค่อนข้างยุ่งยาก และใช้เวลานานพอสมควร ผู้ให้การปรึกษาจะต้องช่วยให้ผู้รับการปรึกษาได้เริ่มคิดและพิจารณาว่า เขามีปฏิกิริยาต่อทางเลือกต่าง ๆ อย่างไรบ้าง ผู้รับการปรึกษาบางคนอาจจะคิดเองได้ แต่บางคนก็อาจจะต้องการความช่วยเหลือเพื่อให้เห็นชัดเจนขึ้น

การคัดเลือกวิธีแก้ปัญหา ผู้ให้การปรึกษาจะต้องระมัดระวังที่จะไม่ทำให้ผู้รับการปรึกษาด่วนตัดสินใจทั้งทางเลือกใดไป แต่ถ้าทางเลือกใดพิจารณาแล้วไม่เหมาะสมก็ควรตัดออกไปโดยไม่ต้องเสียเวลา โดยทั่วไปแล้วถ้าทางเลือกนั้นน้อยก็อาจทำให้การพิจารณาและการเลือกเป็นไปได้ง่ายขึ้น

การตัดสินใจ ในระหว่างที่ผู้ให้การปรึกษารับฟังและสังเกตพฤติกรรมของผู้รับการปรึกษา คงจะได้เห็นบางสิ่งบางอย่างที่ช่วยให้รู้ว่าวิธีการ หรือทางเลือกใดที่เหมาะสมกับผู้รับการปรึกษา อาศัยการสังเกตเหล่านี้และความเข้าใจในปัญหาของผู้รับการปรึกษาคงสามารถช่วยให้มีการตัดสินใจที่ดีที่สุด สถานการณ์นั้น ๆ แต่ควรจะคำนึงอยู่เสมอว่า การตัดสินใจควรเป็นเรื่องของผู้รับการปรึกษา ไม่ใช่ผู้ให้การปรึกษา และไม่ควรรีบร้อนให้มีการตัดสินใจ

ทักษะต่าง ๆ ที่ให้ผู้การปรึกษาควรมีดังต่อไปนี้

1. การให้ข้อมูล
2. การเสนอ
3. การสรุป
4. การให้กำลังใจ

ขั้นตอนที่ 5 การสิ้นสุดการให้การปรึกษา

ในการให้การปรึกษา ซึ่งอาจเป็นการปรึกษาเพียงครั้งเดียวหรือการปรึกษาหลาย ๆ ครั้งอย่างต่อเนื่อง และผู้รับการปรึกษาสามารถค้นหาวิธีการแก้ปัญหาและพัฒนาความมั่นใจที่จะเลือกวิธีที่ดีที่สุดและตัดสินใจปฏิบัติ ปัญหาของผู้รับการปรึกษาก็คลี่คลาย และ

มักจะมองเห็นคุณค่าของตนเองมากขึ้น ถึงจุดที่ผู้รับการปรึกษามีความตั้งใจที่จะลงมือปฏิบัติ ตาม ที่ได้ตัดสินใจ

ผู้ให้การปรึกษาเป็นผู้ตัดสินใจยุติการปรึกษาแต่ละครั้ง หรือในครั้งสุดท้าย โดยมี ขั้นตอนปฏิบัติดังนี้

1. ให้สัญญาให้ผู้รับการปรึกษารู้ว่าใกล้จะหมดเวลาของการปรึกษาแล้ว
2. ให้ผู้รับการปรึกษาทบทวนการตัดสินใจของตนเอง และสรุปสิ่งที่ได้เข้าใจ ในระหว่างการปรึกษา ซึ่งจะช่วยเสริมแรงให้ผู้รับการปรึกษารับไปปฏิบัติต่อไป บางครั้ง ผู้ให้การปรึกษาอาจจะช่วยสรุปให้ ทักษะที่ใช้คือ การทวนซ้ำและการสรุป
3. ส่งเสริมการเห็นคุณค่าในตนเอง ไม่ว่าผู้รับการปรึกษาจะสามารถแก้ไข ปัญหาได้ เรียบร้อยหรือไม่ก็ตาม หรือบางครั้งอาจจะใช้เวลาไปหลายชั่วโมง หรือการ ปรึกษายังไม่ถึงจุดที่จะตัดสินใจแต่ถึง เวลาที่ต้องยุติการปรึกษา ผู้ให้การปรึกษาจะต้องช่วย ให้การยุติการปรึกษาเป็นไปด้วยความสบายใจทั้งสองฝ่าย และช่วยให้ผู้รับการปรึกษามี ความรู้สึกดีขึ้น การชมเชยผู้รับการปรึกษาเมื่อเขาพยายามสำรวจตนเองและทำความเข้าใจ ในสิ่งที่ เป็นปัญหา จะทำให้เขารู้สึกดี ๆ กับตัวเอง ทักษะที่ใช้คือการให้กำลังใจและการ มองโลกในแง่ดี
4. พิจารณาวิธีนำไปปฏิบัติ บางครั้งผู้ให้การปรึกษาอาจจะเสนอวิธีต่าง ๆ เพื่อให้ผู้รับการปรึกษานำไปปฏิบัติ ซึ่งควรจะเสนอสิ่งเล็ก ๆ น้อย ๆ ไม่ควรเสนอสิ่งที่หนัก เกินไป ทักษะที่ใช้คือ การให้กำลังใจ และเสริมความมั่นใจในตนเอง
5. การนัดหมายครั้งต่อไป ผู้ให้การปรึกษาควรให้โอกาสผู้รับการปรึกษาเลือก ว่าจะมาพบครั้งต่อไปหรือไม่ บางครั้งการพูดคุยกันเพียงครั้งเดียวก็ช่วยแก้ปัญหาได้ บาง ครั้งอาจจะต้องมีการนัดต่อ ในกรณีนี้จะต้องมีการตกลงกันอย่างชัดเจนถึงวันและ เวลาที่จะ พบ ในกรณีที่ผู้รับการปรึกษาไม่ต้องการพบต่อผู้ให้การปรึกษาจะต้องให้เขารู้ว่ายินดีเสมอที่ จะให้ความช่วยเหลือถ้าต้องการการปรึกษา ทักษะที่ใช้คือการยอมรับ และการให้กำลังใจ

แนวคิดการให้คำปรึกษากับผู้ป่วยในระยะสุดท้าย

Aiken (1991, 228) อธิบายถึงการให้การให้การปรึกษาเกี่ยวกับความตายในผู้ป่วย คือ การที่ผู้ให้การปรึกษาช่วยให้ผู้ป่วยเอาชนะความรู้สึกเสียใจ สิ้นหวัง แก้ไขปัญหาความขัดแย้งระหว่างบุคคล (โดยเฉพาะบุคคลในครอบครัว) ตระหนักถึงความหมายและคุณค่าในชีวิตอย่างแท้จริง

Johen A. (1993, 5001-505) กล่าวถึงการให้การปรึกษาว่า เป็นส่วนหนึ่งในการพยาบาล การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย เพราะผู้ป่วยจะมีความรู้สึกเศร้าและล้มเหลว การเรียนรู้เห็นอกเห็นใจ จะทำให้ผู้ป่วยมองว่า การเจ็บป่วยและการตายเป็นความล้มเหลวของบุคคล เพราะความตายก็คือความล้มเหลวของมนุษย์ในการมีชีวิตอยู่นั่นเอง

การให้คำปรึกษากับผู้ป่วยในระยะสุดท้ายที่ Danial McDitrick (1981-1982) วิเคราะห์จากแนวคิดต่าง ๆ ที่มีผู้เขียนไว้ ซึ่งแบ่งตาม Dastembausa & Alsenberg ดังนี้

1. Overcoming

1.1 Psychanalytic โดย Elssler และ Norton

วิธีนี้มีแนวคิดว่า ภาวะใกล้ตายนั้น พลังงาน libido ในผู้ป่วยกำลังทำลายตัวเองตามสัญชาตญาณแห่งความตาย ดังนั้นจึงต้องเสริมพลังงาน libido จาก Counsellor

กรณีผู้ป่วยไม่รู้ว่าตัวเองกำลังจะตาย หน้าที่ Counsellor คือ แสดงความใส่ใจ ทำให้ผู้ป่วยไว้วางใจ อบอุ่นใจ หลีกเลียงการทำให้เกิดความเศร้าโศกสิ้นหวัง สนับสนุนความคิดผู้ป่วยที่จะมีชีวิตอยู่ต่อไป

กรณีผู้ป่วยรู้ว่าตัวเองกำลังจะตาย หน้าที่ Counselor คือ ช่วยให้ผู้ป่วยค้นหา identity โดย Counselor จะอยู่เป็นเพื่อนกับผู้ป่วย และช่วยผู้ป่วยต่อสู้กับความรู้สึกที่สูญเสียและกระตุ้นให้ผู้ป่วยมี transference กับ counsellor

1.2 Crisis โดย Pattison

วิธีนี้มีแนวคิดว่าการตายเป็นภาวะวิกฤติ เป็นการคุกคามชีวิต ทำให้เกิดความวิตกกังวลมาก มีลักษณะที่แตกต่างในแต่ละขั้นตอน เช่น ความกลัวที่ไม่รู้จัก ความอ้างว้าง สูญเสียครอบครัว และเพื่อนสูญเสียร่างกาย สูญเสียการควบคุมตัวเอง สูญเสียเอกลักษณ์

Counsellor ช่วยเหลือผู้ป่วยโดยให้การสนับสนุนและใส่ใจ ให้ผู้ป่วยเผชิญหน้ากับความจริง โดยเชื่อมโยงปัญหาที่เกิดขึ้นในแต่ละช่วงกับการยอมรับความตาย โดยที่ผู้ป่วยยังคงมีศักดิ์ศรีและมีคุณค่า

1.3 Loneliness and isolation โดย Schdenberg

วิธีนี้มีแนวคิดว่า ผู้ป่วยระยะสุดท้ายมีความรู้สึกโดดเดี่ยว อ้างว้าง แยกตัวออกจากผู้อื่น Counsellor ช่วยเหลือผู้ป่วยโดยให้การสนับสนุนด้านจิตใจ ให้ผู้ป่วยได้ระบายความรู้สึกต่าง ๆ เช่น โกรธ กลัว รู้สึกผิด ละลายใจ ซึมเศร้า เป็นต้น และให้ผู้ป่วยรู้สึกผ่อนคลาย ช่วยให้ผู้ป่วยมีมุมมองชีวิตใหม่อย่างมีความหมาย

2. Participating

2.1 Patient-centered โดย Feignberg

วิธีนี้จะแตกต่างวิธีอื่นโดยให้ผู้ป่วยเป็นผู้ตัดสินใจว่า อยากรจะคุยกับ Counsellor ด้วยเรื่องอะไร และเมื่อไรอยากจะพูดคุย โดย Counsellor มีความสัมพันธ์ที่อบอุ่น เห็นอกเห็นใจ จริงใจ เคารพในคุณค่าและเป้าหมายของวิธีนี้คือ ให้ผู้ป่วยพัฒนาตนเองให้มากที่สุด หลุดพ้นจากความไม่สบายใจต่าง ๆ นอกจากนี้วิธีนี้ยังไม่ให้ความสำคัญกับครอบครัวผู้ป่วย เพราะเชื่อว่าผู้ป่วยจะรู้สึกสบายใจที่จะพูดคุยกับ Counsellor มากกว่า โดยไม่มีบุคคลในครอบครัวเข้ามาเกี่ยวข้อง

2.2 Self-actualization โดย Bower Jackson,

Knight & Leshan

วิธีนี้มีแนวคิดว่าการตายเป็นส่วนหนึ่งของวงจรชีวิต การช่วยเหลือผู้ป่วยระยะสุดท้ายควรเน้นให้เขาได้พัฒนา self-awarenes โดย Counsellor เป็นผู้ชี้แนะ กระตุ้นให้ผู้ป่วยเรียนรู้การมีชีวิตอย่างสมบูรณ์ มองชีวิตอย่างมีความหมาย

มีประสบการณ์ธรรมชาติภายในตัวเอง ตระหนักรู้ถึงศักยภาพของตนเอง เข้าใจตนเอง มีชีวิตในระยะสุดท้ายอย่างมีความหมาย บรรลุ self-actualization โดยปล่อยให้ร่างกายเป็นไปตามธรรมชาติ โดยเป็นการให้คำปรึกษาที่มีการจำกัดเวลา ซึ่งจะทำให้มีประสิทธิผลมากกว่า เพราะเวลาที่จำกัดจะกระตุ้นให้ทั้ง Counsellor และผู้ป่วย กระตือรือร้นที่จะรับผิดชอบหน้าที่ของตนเอง

3. Fearing

3.1 LSD ของ Fesser

วิธีนี้มีแนวคิดที่ว่า ผู้ป่วยในระยะสุดท้ายจะมีความกลัวความตายที่จะมาถึง กลัวเจ็บปวด ฯลฯ Counsellor ช่วยผู้ป่วยค้นหาเอกลักษณ์ของตัวเองที่นอกเหนือจากร่างกายและ Ego ของตนเองคล้ายกับแนวคิดของเซน Counsellor ช่วยให้ผู้ป่วยยอมรับความตายและยินดีต่อสมมุติฐานใหม่ที่เกิดขึ้น และมีการใช้ยา LSD เข้าร่วมด้วย จึงไม่เป็นที่ยอมรับของนักจิตวิทยาทั่วไป

3.2 Insight ของ Roseenthal

วิธีนี้มีแนวคิดที่ว่า ปัญหาแรกของผู้ป่วยระยะสุดท้ายคือกลัวความตาย และ Counsellor ควรจะสนใจกับความรู้สึกผิดของผู้ป่วย โดย Counsellor สร้างสัมพันธภาพที่ดี พยายามสำรวจปัญหาและวิถีชีวิตผู้ป่วยในอดีต ใช้วิธี clarification และ interpretation เพื่อให้ผู้ป่วยเกิด insight ลดความรู้สึกผิดและจะทำให้ความกลัวตายลดลง และผู้ป่วยรู้สึกผ่อนคลาย วิธีนี้มีข้อจำกัดที่สนใจแต่การลดความกลัว โดยลดความรู้สึกผิดลง

4. Sorrowing

Kastenbaum และ Aisenberg ใช้คำว่า เสียใจ แทนคำว่า ซึมเศร้า เพราะไม่อยากซ้ำกับอาการทางคลินิกแบบเดิม และพบว่าผู้ป่วยระยะสุดท้ายมีความกังวลใจ และซึมเศร้ามากกว่าผู้ป่วยปกติ และอาจไม่กังวลใจ แต่จะเสียใจ

แนวคิดนี้พัฒนาโดย Goldstein และ Malitz มีแนวคิดที่ว่า ความเศร้าโศกเกี่ยวข้องกับการสูญเสียหน้าที่ของร่างกาย แยกจากคนรัก ฯลฯ โดย Counsellor

สร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วย โดยให้ผู้ป่วยเป็นฝ่ายพูดถึงความตาย แต่ไม่ได้ระบุถึงรายละเอียดของวิธีนี้ไว้

5. แนวคิดอื่น ๆ เช่น Stage Theory โดย Kuber-Ross

ซึ่งได้จากการสัมภาษณ์และสังเกตผู้ป่วยระยะสุดท้ายประมาณ 400 คน พบว่าจะมีระยะต่าง ๆ 5 ชั้น (รายละเอียดในหน้า 29) ได้แก่การปฏิเสธ, โกรธ, ต้อรอง, ซึมเศร้า และยอมรับ ซึ่งเปรียบเทียบกับระยะของ Kastenbaum และ Aisenberg ได้โดย

1. Overcoming สามารถสัมพันธ์กับขั้นปฏิเสธและโกรธของ Kuber-Ross ซึ่งกล่าวไว้ในวิธี Psychoanalytic และ crisis
2. การต้อรองในขั้นสามของ Kuber-Ross เหมือนกับ Fearing เพราะในระยะต้อรองผู้ป่วยมีความกลัวตาย
3. ระยะซึมเศร้าและยอมรับของ Kuber-Ross สัมพันธ์กับระยะ Sorrowing & Participating

จากแนวคิดที่กล่าวถึงสามารถสรุปได้เป็น 2 กลุ่ม คือ (Daniel McKittrick, 1981-1982)

1. แนวคิดที่มองว่าความตายเป็นปรากฏการณ์ที่ไม่ดี นำกลัว ได้แก่ แนวคิดในกลุ่ม Overcoming โดย Counsellor ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถผ่านความรู้สึกดังกล่าวได้ โดยให้เกิดการตระหนักรู้ได้รับการสนับสนุนและให้กำลังใจ รวมทั้งจัดการกับอารมณ์ไม่พึงพอใจต่าง ๆ
2. แนวคิดที่มองว่าความตายเป็นส่วนหนึ่งของชีวิต จึงทำงานโดยผสมผสานระหว่างขั้นตอนของการตาย (dying process) กับขบวนการของชีวิต (living process) โดย Counsellor มีบทบาทดังนี้

- 2.1 ช่วยให้ผู้ป่วยเผชิญหน้ากับความตายอย่างสงบและมีศักดิ์ศรี
- 2.2 ช่วยให้ผู้ป่วยเปลี่ยนจากความสนใจในตนเอง มาสัมพันธ์กับโลกภายนอก โดยเชื่อมโยงเอกลักษณ์ (identity) กับกระบวนการของชีวิต (living process)
- 2.3 กระตุ้นให้ผู้ป่วยใช้พลังงานที่มีเหลืออยู่ให้เกิด self-actualization
- 2.4 ช่วยให้ผู้ป่วยผ่านระยะต่าง ๆ ตามธรรมชาติจนกระทั่งยอมรับความตาย

น่านทัศน์เกี่ยวกับความตาย

Leming & Dickinson (1990, 8-9) รวบรวมความหมายของความตายดังนี้
 United Nations (1953) ความตายคือการจากไปของชีวิตหลังจากที่เกิดมา
 Leon Kass (1971) ความตายคือ การผ่านจากการมีชีวิตอยู่ไปสู่การตาย
 Ramsey (1970) ความตาย คือ การหยุดเต้นของหัวใจและการหายใจ

Jung (1935 อ้างใน Hinton 1974, 44) ความตาย คือ การหยุดอย่างไม่มีความหมายไม่ประสบความสำเร็จ รู้สึกแปลกแยกจากสัญชาตญาณ

พิภพ เพ็ชรอินทร์ (2524, 36-37) ความตายทางศาสนาพุทธ คือ การพรากออกไปและอันตรธานไปแห่งสัตว์ทั้งหลาย จากสัตว์นิยายใดนิกายหนึ่ง ความพิเนาศ ความไม่ปรากฏ การทำงานกาลกิรยาของสัตว์ทั้งหลาย ความแตกทำลายไปแห่งชั้นทั้งหลาย การละทิ้งไปซึ่งร่างกายนี้เรียกว่า ความตายหรือมรณะ

มรณะหรือความตายนี้ มีการเคลื่อนจากภาพเป็นลักษณะ มีหน้าที่ทำให้พรากจากภพ มีการย้ายคติที่ เกิดเป็นผล (มีชราเป็นเหตุให้เกิด) มรณะเป็นที่สุดของชาตะหรือเกิด เป็นกฎเกณฑ์ธรรมดาที่ไม่มีใครเลี่ยงได้ ชีวิตก็เป็นไปอย่างนั้น ใครอยากเกิดก็ต้องยอมกับความตาย จะไม่ยอมรับเงื่อนไขไม่ได้ ความตายมาถึงเมื่อใด ความเกิดก็เริ่มต้นเมื่อนั้น

Shneeldman (1973 อ้างใน Aiken 1991, 193) สอดตามความคิดเห็น
กับการให้ความหมายของความตาย พบว่า

- 35% ความตายคือ จุดจบชีวิต
- 13% ความตายคือ การเริ่มต้นชีวิตใหม่หลังความตาย, เป็นระยะผ่านไปสู่การเกิดใหม่
- 12% ความตายคือ การเชื่อมต่อของวิญญาณกับจักรวาล
- 9% ความตายคือ การนอนหลับที่ไม่ตื่น การพักผ่อนความสงบสุข
- 17% ความตายคือ วาระสุดท้ายของชีวิตเหลือแต่วิญญาณ
- 14% อื่น ๆ

แนวคิดเกี่ยวกับปฏิกิริยาและพัฒนาการทางอารมณ์ของผู้ป่วยใกล้ตาย

รสพร ประทุมวัน (2524, 22-30), นิภา บวดีเกียรติคุณ (2529, 28-29), Aiken (1991-208-213))

1. แนวคิดของ Kubler-Ross (1969)

Kubler-Ross สนใจศึกษาเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยใกล้ตายและครอบครัว ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยเหล่านี้จะเกิดปฏิกิริยาต่าง ๆ และมีพัฒนาการทางอารมณ์ที่คล้ายคลึงกัน โดยสังเกตได้เป็น 5 ระยะ คือ ระยะปฏิเสธและแยกตัว (Denial and Isolation) ระยะโกรธ (Anger) ระยะต่อรอง (Bargaining) ระยะซึมเศร้า (Depression) และระยะยอมรับ (Acceptance)

1.1 ระยะปฏิเสธและแยกตัว (Denial and Isolation)

การเผชิญต่อการรับรู้หรือทราบว่าตนเองจะต้องตายในเบื้องต้น คือ ซ็อก ตกใจอย่างรุนแรง และไม่เชื่อ ซึ่งผู้ที่อยู่ใกล้ชีวิตจะสังเกตจากปฏิกิริยาของผู้ป่วยทางคำพูด เช่น "มันเป็นไปได้ที่ฉันจะต้องตาย" หรือ "ไม่เชื่อ ไม่จริง โททก" เป็นต้น

การแสดงออกเช่นนี้ของผู้ป่วย เป็นกลไกในการป้องกันตัวหรือแก้ตัวต่อตนเอง (ไม่ใช่ต่อผู้อื่น) กลไกนี้จะเกิดขึ้นตามธรรมชาติ และเพื่อทำให้ความกลัวตายของตนเองน้อยลง ในระยะนี้ผู้ป่วยจะไม่ยอมพูดเกี่ยวกับอาการของโรคที่ร้ายแรง ความเจ็บปวดและความรู้สึกของเขากับครอบครัว ญาติ และเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง ผู้ป่วยระยะนี้จะปฏิเสธความจริงที่ว่า เขากำลังจะตายไปได้อีกสักหนึ่ง อาจทำให้ผู้ป่วยเมื่อได้รับทราบข่าวจะช็อกกลับบ้านทันที แล้วก็พยายามโน้มน้าวคนอื่นหลายคนเพื่อต้องการพิสูจน์ว่า ตนเองกำลังป่วยเป็นโรคที่รักษาหายได้ ไม่ใช่เป็นโรคที่หมดหวัง Kuber-Ross เรียกกลไกในการปรับตัวของผู้ป่วยว่า "Shopping around" ซึ่งเป็นพฤติกรรมปกติของผู้ป่วยประเภทนี้ ถ้าการปฏิเสธกับความตายของตนไม่เป็นผล ผู้ป่วยจะพยายามจัดการกับความตาย โดยแสดงออกในรูปแบบต่าง ๆ เช่น ไม่ทำตามหรือขัดขืนคำแนะนำของแพทย์ หรือพยาบาลในการปฏิบัติงาน

โดยทั่วไปการปฏิเสธความตายจะเป็นการตอบสนองชั่วคราวและต่อมาจะยอมรับที่ละน้อยจากการศึกษาของ Kuber-Ross พบว่าผู้ป่วย 3 ใน 200 ราย เท่านั้นที่ปฏิเสธไม่ยอมรับความจริงจนกระทั่งนาทีสุดท้าย

ผู้ป่วยเมื่อมีผู้บอกให้ทราบว่าตนจะต้องตายแน่ มักจะแสดงพฤติกรรมเงี้ยวขี้นและพยายามแยกตัวเองจากสิ่งแวดล้อม เนื่องจากไม่อยากเผชิญหน้ากับผู้ที่รู้ภาวะสภาพของตน ซึ่งเป็นการปฏิเสธแบบปกป้องตนเอง ไม่ให้ได้ยินหรือได้รับการยืนยันว่าตนต้องตายแน่ ในระยะนี้ถ้าผู้ป่วยไม่ได้รับการช่วยเหลือ จะเข้าสู่ระยะที่ 2 คือ เกิดความโกรธ

1.2 ระยะโกรธ (Anger)

เป็นปฏิกิริยาตามธรรมชาติของมนุษย์ เมื่อไม่สามารถปฏิเสธต่อไปได้อีก ความรู้สึกโกรธนี้ทำให้ผู้ป่วยมีคำถามอยู่ตลอดเวลาว่า "ทำไมต้องเป็นฉัน" "ทำไมคนอื่นไม่เป็น" ซึ่งไม่มีใครสามารถจะตอบคำถามนี้ได้ ในระยะนี้ผู้ป่วยจะจะมีอารมณ์หงุดหงิด โกรธง่าย ใครทำอะไรให้ก็ไม่ถูกใจ มีแต่คำตำหนิติเตียน ไม่พอใจต่อทุก ๆ คน และสิ่งแวดล้อม โดยเฉพาะผู้ที่อยู่ใกล้ชิดที่มักจะพบเสมอคือ ครอบครัวผู้ป่วย แพทย์ โรงพยาบาล ซึ่งผู้ที่อยู่ใกล้ชิดผู้ป่วยจะต้องเข้าใจความรู้สึกของผู้ป่วยในระยะนี้ เพราะแท่ที่จริงแล้วผู้ป่วยไม่ได้โกรธผู้ที่อยู่รอบข้าง แต่โกรธที่ตัวเขากำลังจะสูญเสียทุกสิ่งทุกอย่าง

ในชีวิต ดังนั้นการให้ความนับถือ ความเข้าใจ ความสนใจของผู้ที่อยู่ใกล้ชิดผู้ป่วย จะช่วยให้เขารู้สึกว่าตนเองมีค่า ความโกรธก็อาจจะลดลงได้

ลักษณะความโกรธของผู้ป่วย บางกรณีจะมีการแสดงออกในรูปของการเรียกร้องความสนใจจากแพทย์ พยาบาล และญาติพี่น้อง ต่อไปผู้ป่วยจะเข้าสู่ระยะต่อรอง

1.3 ระยะต่อรอง (Bargaining)

ในระยะนี้มีระยะเวลาสั้น ถ้าไม่สิ่งเกิดอย่างถั่ววันมักมองไม่เห็น กลไกนี้อย่างชัดเจน ซึ่งมีลักษณะการต่อรองของผู้ป่วยออกมาในรูปของคำพูดต่อไปนี้ "ฉันยังไม่อยากตาย" หรือ "ฉันยังตายตอนนี้ไม่ได้เพราะลูยังไม่ได้" การต่อรองจึงเป็นความพยายามของผู้ป่วยที่ต้องการเลื่อนกำหนดการตายให้ยาวนานออกไป อย่างไรก็ตามผู้ป่วยในระยะนี้ไม่กล่าวต่อรองซ้ำอีก การต่อรองของผู้ป่วยมักจะเป็นการต่อรองกับสิ่งศักดิ์สิทธิ์ การอธิษฐานหรือการวิงวอนต่อสิ่งศักดิ์สิทธิ์ทั้งหลายที่ตนเชื่อ ในบางกรณีผู้ป่วยได้รับการส่งเสริมสนับสนุนจากญาติหรือครอบครัว ช่วยจัดพิธี "ต่ออายุ" ทางไสยศาสตร์ขึ้น ทำให้ทั้งผู้ป่วยและญาติเกิดความหวังขึ้นมาได้บ้าง

ระยะของการต่อรองนี้ เป็นระยะที่สุภาพดีขึ้น ผู้ป่วยควบคุมอารมณ์ได้มากกว่าระยะปฏิเสธ และโกรธ คนไข้จะประนีประนอม กินยาโดยไม่มีอาการจู้จี้ พุดคุยกับผู้อื่นได้

1.4 ระยะซึมเศร้า (Depression)

หลังจากได้รับการรักษา แต่อาการของโรคทวีความรุนแรงขึ้น ผู้ป่วยอ่อนเพลียมากขึ้น ผอมลงเรื่อย ๆ หรืออาจจะมีอาการเจ็บปวดร่วมด้วย จึงทำให้ผู้ป่วยปฏิเสธ เลิกโกรธ เลิกต่อรอง แต่จะมีความรู้สึกเหมือนชีวิตของตนได้สูญเสียบหมดทุกสิ่งทุกอย่างแล้ว ก็จะเกิดความรู้สึกท้อเหี่ยวและซึมเศร้าขึ้นมาแทน ไม่พูดหรือพูดน้อยลง รับประทานอาหารได้น้อย ชอบอยู่เงียบ ๆ คนเดียว นอนไม่หลับ ตาเหม่อลอย นอนร้องไห้หรือเศร้าโศก อยู่อย่างเงียบ ๆ และอาจจะรู้สึกผิดและละอาย ถ้าผู้ป่วยต้องได้รับการ

รักษาเป็นเวลานาน หรือต้องอยู่ในโรงพยาบาลนาน อาจมีความลำบากด้านการเงินที่จะนำมาเป็นค่ารักษาพยาบาล โดยอาจจะต้องขายทรัพย์สินของมีค่า จะยิ่งทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าคุณมีความคิดในการที่เป็นสาเหตุให้เกิดการสูญเสียทุกสิ่งทุกอย่างไป ยิ่งจะทำให้ผู้ป่วยซึมเศร้ามากขึ้น Kuber-Ross กล่าวว่า ถ้าผู้ป่วยได้รับการช่วยเหลือให้แสดงออกเกี่ยวกับความเศร้าโศกของเขา และมีการติดต่อสื่อสารกับผู้อื่น ผู้ป่วยจะสามารถยอมรับความตายที่ใกล้เข้ามา และมีการพัฒนาความรู้สึกสงบ และเป็นสุข เกี่ยวกับความตายของเขา

1.5 ระยะเวลายอมรับ (Acceptance)

เป็นระยะที่ผู้ป่วยยอมรับความสูญเสียตนเอง ในการยอมรับโดยความเข้าใจในธรรมชาติแห่งชีวิต ยอมรับสภาพของตนเองได้ ระยะนี้ผู้ป่วยจะเหนื่อยและอ่อนเพลีย บางคนจะบอกว่าเขาพร้อมที่จะตายแล้ว ผู้ป่วยจะไม่มีความหวังใจ ใดๆ อีก การดิ้นรนต่าง ๆ จะสิ้นสุดลง เป็นระยะที่ต้องการจะพักผ่อนเป็นครั้งสุดท้าย คล้าย ๆ กับการเริ่มต้นของชีวิต ซึ่งมนุษย์มีความต้องการทางร่างกายเป็นพื้นฐาน และต้องการคนเพียงคนเดียวที่จะให้การดูแลหนุนน้อมด้วยความรักและอ่อนโยน ให้ความเป็นเพื่อนและอยู่กับเขาได้ตลอดเวลาโดยไม่จำเป็นต้องพูด เมื่อผู้ป่วยกำลังจะตายได้พบกับความสุขและยอมรับแล้ว ความสนใจต่อโลกภายนอกและปัญหาต่าง ๆ จะหมดไป ผู้ป่วยมักต้องการอยู่เงียบ ๆ ต้องการคนเยี่ยมน้อยลง และในระยะเวลานั้น ๆ และไม่อยู่ในอารมณ์ที่จะพูดคุย ดูทีวี หรือฟังวิทยุ การติดต่อสื่อสารกับผู้ป่วยระยะนี้จะใช้สายตาและกิริยาท่าทางมากกว่าคำพูด คนไข้อาจหวนระลึกถึงชีวิตในอดีต ประสบการณ์ที่มีความหมายและมีคุณค่า ความเจ็บปวดครั้งเก่าอาจมีขึ้นมาได้ และอาจมีการกล่าวอำลาครั้งสุดท้าย

แต่ก็มีผู้ป่วยบางรายไม่ยอมรับความตาย และมีชีวิตอยู่ด้วยความหวังจนกระทั่งเสียชีวิต ผู้ป่วยแต่ละคนจะมีลักษณะเฉพาะตามที่เขาเลือกเผชิญกับความตาย ซึ่งผู้ป่วยด้วยโรคที่รักษาไม่หายจะต้องตายนี้ ไม่ใช่ที่ทุกคนจะผ่านขั้นตอนดังกล่าวทุกราย ในรายที่ปรับตัวไม่ได้หรือปรับตัวได้ยากมาก ทำให้จิตใจอ่อนแอลงอย่างรวดเร็ว ซึ่งจะก่อให้เกิดผลกระทบทางร่างกาย ทำให้อาการทรุดหนักลงอย่างรวดเร็ว ผู้ป่วยก็อาจถึง

แก่กรรมเร็วขึ้น หรือบางคนอาจเริ่มต้นจากระยะที่ 1 ปฏิเสธและแยกตัวมาสู่ระยะการยอมรับได้ บางคนยังโกรธต่อทุกคนและทุกสิ่ง บางคนตายขณะที่ยังคงซึ่มเศร้าก็ได้

จากแนวคิดของ Kubler-Ross นั้น ลักษณะทางภาวะอารมณ์ของผู้ป่วยใกล้ตายจะเกี่ยวข้องกับกลุ่มของการตอบสนองทางอารมณ์ที่แตกต่างกัน ดังแสดงให้เห็นดังแผนภาพต่อไปนี้



รูปแบบภาวะทางอารมณ์ของผู้ป่วยใกล้ตาย (ที่มา Long, 1979)

จากภาพแสดงให้เห็นว่า แต่ละระยะเป็นอารมณ์ที่แตกต่างกันและคาบเกี่ยวกัน ระยะเวลาของแต่ละระยะ ก็แตกต่างกันออกไปตามระดับการปรับตัวของผู้ป่วยแต่ละบุคคลรวมทั้งอิทธิพลจากแพทย์ พยาบาล ญาติ และบุคคลอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องจะมีส่วนเอื้ออำนวยหรือเป็นอุปสรรคต่อการยอมรับ และการปรับตัวของผู้ป่วย รูปแบบของการแสดงทางอารมณ์ของผู้ป่วยจะมีหลายแบบแตกต่างกัน ซึ่งผู้ป่วยส่วนใหญ่ดูเหมือนว่าจะปฏิเสธเกี่ยวกับความตาย ตั้งแต่ระยะแรกจนถึงวาระสุดท้ายของชีวิต การมีชีวิตอยู่โดยปราศจากความหวังเกี่ยวกับอนาคต เป็นสิ่งที่ยากต่อการยอมรับ (Hinton, 1967) ผู้ป่วยบางรายอาจมองว่าเป็นการสิ้นสุดของความเจ็บปวดและความทุกข์ทรมาน

2. แนวคิดของ Rawlings

Rawlings แบ่งระยะของการตายออกเป็น 5 ระยะ โดยในแต่ละระยะผู้ป่วยใกล้ตายจะมีปฏิกิริยาแตกต่างกัน Kuber-Ross ยอมรับแนวคิดของ Rawlings ว่าเป็นไปได้แต่ไม่จำเป็นว่าผู้ป่วยใกล้ตายทุกคน ต้องเป็นไปตามขั้นตอนเหล่านี้ คือ ระยะปฏิเสธ (Rejection) ระยะตอบโต้ (Reaction) ระยะยอมรับ (Recognition) ระยะถดถอย (Regression) และระยะหยุดพัก (Resignation) ดังนี้

2.1 ระยะปฏิเสธ (Rejection) ในระยะแรกของความตายผู้ป่วยส่วนใหญ่เกือบทุกคนจะปฏิเสธ เมื่อรับทราบจากแพทย์ว่าเป็นโรคที่ต้องเสียชีวิต โดยอาจจะกล่าวว่า "คุณบอกผู้ป่วยผิดคน" หรือ "ไม่ใช่ฉัน"

2.2 ระยะตอบโต้ (Reaction) ในระยะที่สองผู้ป่วยเปลี่ยนความคิดจาก "ไม่ใช่ฉัน" เป็น "ทำไมต้องเป็นฉัน" ผู้ป่วยโกรธต่อทุก ๆ คน และมักจะคิดว่าทำไมสิ่งเหล่านี้ต้องมาเกิดขึ้นกับเขา

2.3 ระยะยอมรับ (Recognition) ในระยะนี้จะมีการยอมรับว่าสิ่งศักดิ์สิทธิ์มีจริง ๆ ทั้ง ๆ ที่ก่อนหน้านี้ผู้ป่วยไม่เชื่อเกี่ยวกับเรื่องเหล่านี้ โดยผู้ป่วยจะต่อรองให้สิ่งศักดิ์สิทธิ์ช่วยเหลือ ผู้ป่วยไม่สามารถปฏิเสธความเจ็บปวดจากโรคได้อีกต่อไป เริ่มยอมรับสภาวะการเจ็บป่วยของตนเอง

2.4 ระยะถดถอย (Regression) ในระยะนี้จะนำความรู้สำนึกผิดหมดหวังมาสู่ผู้ป่วย ในที่สุดผู้ป่วยเริ่มตระหนักแล้วว่า ไม่มีทางที่จะหลีกเลี่ยงความตายได้ ผู้ป่วยจะมีอาการซึมเศร้าซึ่งเป็นผลของการตอบสนองต่อการสูญเสียคุณค่าในตนเอง และภาพลักษณ์ของตนเอง ผู้ป่วยจะมีความรู้สึกที่ตนเองไร้ค่า ทำให้ผู้ป่วยเกิดการยอมแพ้และสูญเสียความหวังต่อการมีชีวิตอยู่ ผู้ป่วยบางรายอาจคิดฆ่าตัวตายในระยะนี้

2.5 ระยะหยุดพัก (Resignation) ผู้ป่วยใกล้ตายจะยอมรับการพยากรณ์โรคและหยุดคิดนรนเกี่ยวกับชีวิตของเขา ในบางครั้งอาจไร้อารมณ์ (Apathy) หรือถอยหนี (Withdrawal) ถ้าผู้ป่วยยังมีภาวะซึมเศร้าและสูญเสียความหวัง

จะเห็นว่าแนวคิดของ Rawlings คล้ายกับแนวคิดของ Kubler-Ross มาก คือในระยะแรกผู้ป่วยทราบว่าตนเองเป็นโรคที่ต้องเสียชีวิต จะไม่เชื่อ และปฏิเสธความจริง ต่อมาจะมีปฏิกิริยาตอบโต้โดยโกรธต่อทุก ๆ คน เมื่อเวลาผ่านไประยะหนึ่ง หากผู้ป่วยไม่สามารถปฏิเสธต่อไปได้ ผู้ป่วยจะเริ่มยอมรับและต่อรองกับสิ่งศักดิ์สิทธิ์เกิดความรู้สึกหมดหวัง ซึมเศร้า หยุดต่อสู้ดิ้นรน ยอมรับการพยากรณ์โรค Rawlings ให้ข้อสังเกตว่า ผู้ป่วยใกล้ตายไม่จำเป็นจะต้องผ่านระยะต่าง ๆ เช่นนี้ทุกคน และปฏิกิริยาของผู้ป่วยอาจไม่เรียงตามระยะเหล่านี้ก็ได้ ถ้าผู้ดูแลให้การดูแลผู้ป่วยใกล้ตายเข้าใจปฏิกิริยาของผู้ป่วยในแต่ละระยะจะทำให้สามารถช่วยเหลือประคับประคอง ภาวะทางอารมณ์ของผู้ป่วยให้ผ่านระยะต่าง ๆ ไปได้ด้วยดี และใช้ชีวิตในระยะสุดท้ายอย่างมีคุณค่า จนกระทั่งเสียชีวิตอย่างสงบ

3. แนวคิดของ Weisman

Weisman (quoted in Kaplan and Saddock, 1985) ศึกษาเกี่ยวกับผู้ป่วยใกล้ตาย และแบ่งระยะของผู้ป่วยใกล้ตายออกเป็น 4 ระยะคือ ระยะของการมีชีวิตด้วยความทุกข์ (Existential Plight) ระยะสงบและระยะพัก (Mitigation and accommodation) ระยะเสื่อมและระยะถดถอยในขั้นปลายของชีวิต (Decline and deterioration) และระยะก่อนสุดท้ายและระยะสุดท้าย (Preterminally and terminally) ดังนี้คือ

3.1 ระยะของการมีชีวิตด้วยความทุกข์ เริ่มเมื่อผู้ป่วยทราบการวินิจฉัย
สิ้นสุดลง เมื่อได้รับการรักษาครบถ้วน อาจใช้เวลาเพียงสั้น ๆ ก่อนเข้าสู่ระยะพักที่
ผู้ป่วยอาจจะมีอาการช็อค เมื่อทราบว่าตนเองกำลังจะตาย และจะต้องตายในที่สุด
หรืออาจรู้สึกประหลาดใจ มักจะถามว่า "นี่หมายถึงอะไร" หรือ "จะต้องทำอะไรบ้าง"

3.2 ระยะสงบและระยะพัก เริ่มเมื่อผู้ป่วยเข้าสู่ระยะที่ผู้ป่วยจะไม่มีอาการ
รักษาใด ๆ บางรายกลับไปทำงานได้ แต่เสี่ยงต่อการกลับเป็นซ้ำและอาจมีอาการกำเริบ
ของโรคบางรายมีปัญหาที่เกิดจากความเจ็บป่วยที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับด้านการเงิน สมาชิก
ครอบครัวสถานภาพในสังคม ศาสนา และภาวะยกย่องนับถือ

3.3 ระยะเสื่อมและระยะถดถอยในขั้นปลายชีวิต มีอาการของโรคกำ
เริบชัดเจนจำเป็นต้องรับการรักษาอีกครั้ง ผู้ป่วยบางรายประหลาดใจ แต่บางรายอาจ
ยอมรับความเจ็บป่วยครั้งนี้ได้ อาการเสื่อมด้านจิตใจมีมากกว่าด้านร่างกาย ผู้ป่วยเริ่ม
คิดถึงอนาคตคิดถึงความตายของตนเอง ระยะนี้ส่วนใหญ่ต้องพึ่งพาอาศัยผู้อื่นในการแก้ปัญหา
แต่ยังมีความหวังและไม่ปฏิเสธความจริง บางรายอาจเตรียมแผนการสำหรับความตายของ
ตนเอง

3.4 ระยะก่อนสุดท้ายและระยะสุดท้าย เกิดต่อจากรยะเสื่อม อาจจะเป็น
แบบเฉียบพลันหรือค่อยเป็นค่อยไปก็ได้ ซึ่งบ่งชี้ว่าโรคไม่สนองตอบต่อแผนการรักษา
แผนการรักษาจะถูกเปลี่ยนไปแบบวันต่อวัน ซึ่งไม่อาจทำนายได้ว่าความตายจริง ๆ จะเกิด
ขึ้นเมื่อใด อาจพบได้ 3-4 วันก่อนตาย ทั้งผู้ป่วยและญาติผู้ป่วยจะเสียชีวิตมาก

จากแนวคิดของ Weisman เมื่อผู้ป่วยทราบการวินิจฉัย อาจมีอาการช็อค เมื่อ
ทราบว่าตนเองกำลังจะตาย เมื่อรับการรักษาไปได้ระยะหนึ่ง ผู้ป่วยอาจมีอาการดีขึ้นและ
กลับไปทำงานได้ ต่อมาเมื่ออาการของโรคเป็นมากขึ้น ผู้ป่วยต้องเข้ารับการรักษาอีกครั้ง
หนึ่ง ผู้ป่วยเริ่มคิดถึงความตายของตนเอง เมื่อการรักษาผ่านไปอาการทรุดลงเรื่อย ๆ
เข้าสู่ระยะสุดท้ายของชีวิต ผู้ป่วยและครอบครัวจะเสียชีวิตมาก ซึ่งในแต่ละระยะนั้นผู้ป่วย
และครอบครัวต้องการระดับประคองช่วยเหลือให้มีการปรับตัว และการใช้กลไกการ
ปรับตัวที่มีประสิทธิภาพ เพื่อให้ผ่านระยะของการตายไปได้โดยไม่เกิดปัญหา

นอกจากนี้ Weisman พบว่า การตอบสนองทางอารมณ์ของผู้ป่วยใกล้ตาย เป็นอารมณ์ที่คาบเกี่ยวกันและเกี่ยวข้องกับความวิตกกังวล ไม่สามารถแบ่งแยกแต่ละระยะ ได้อย่างแน่ชัด โดยแบ่งกระบวนการตาย (Dying Process) ออกเป็น 3 ระยะคือ ระยะวิกฤติ (Acute crisis phase) ระยะเรื้อรัง (Chronic living-dying process) และระยะสุดท้าย (Terminal phase) ดังนี้คือ

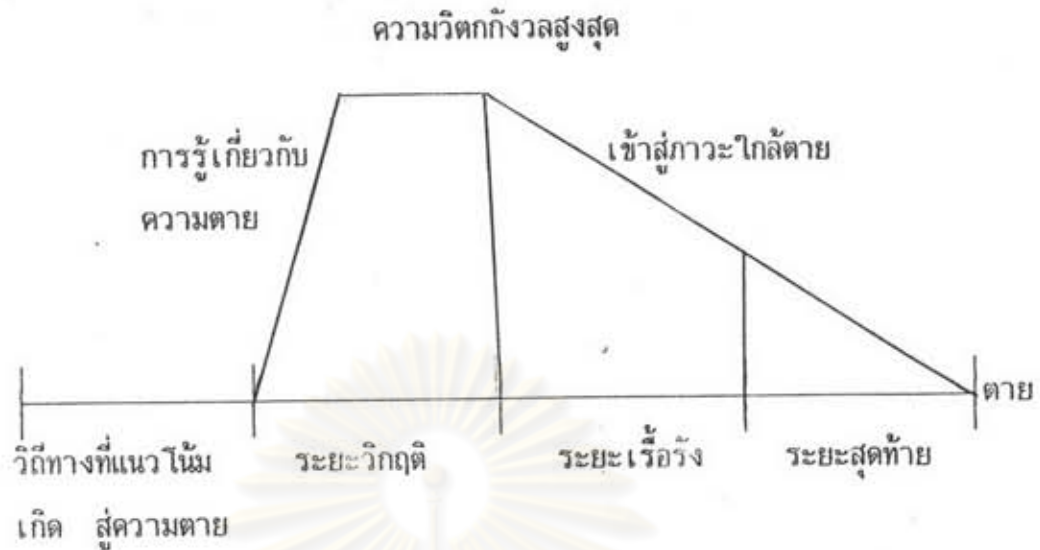
1. ระยะวิกฤติ ผู้ป่วยเริ่มรู้สึกว่าการของเขายู่ในระยะสุดท้าย ซึ่งระยะนี้ ผู้ป่วยจะเข้าสู่ภาวะวิกฤติ มีระดับความวิตกกังวลสูง มีอาการโกรธ ปฏิเสธและต่อรอง หรือความวิตกกังวลจะเด่นชัดขึ้นในระยะนี้

2. ระยะเรื้อรัง เป็นระยะที่ผู้ป่วยปรับความคิดในเรื่องความเจ็บป่วย ความวิตกกังวลเริ่มลดน้อยลง ระยะนี้ผู้ป่วยจะประสบกับความรู้สึกหลายอย่าง ซึ่งเกี่ยวข้องกับ ความกลัวเกี่ยวกับสิ่งที่ไม่รู้ กลัวต่อความว่าเหว่ และมีความเศร้าโศกที่จะต้องสูญเสีย เพื่อนหรือร่างกาย การควบคุมตนเองและเอกลักษณ์ของตนเอง

3. ระยะสุดท้าย จะเริ่มต้นเมื่อผู้ป่วยมีพฤติกรรมถอยหนีจากบุคคล วัตถุ และเหตุการณ์เกี่ยวกับโลกภายนอก แม้ว่าผู้ป่วยอาจจะมีประสบการณ์เกี่ยวกับภาวะหลากหลายทางอารมณ์ การตอบสนองอย่างใดอย่างหนึ่งอาจจะเด่นชัดขึ้นในระยะใดระยะหนึ่ง

จะพบว่าภาวะวิตกกังวลจะเห็นได้ชัดเจนที่สุดในระยะวิกฤติ ภาวะเศร้าโศก (Grief) จะเป็นลักษณะที่เห็นได้ชัดเจนที่สุดในระยะเรื้อรัง และพฤติกรรมถอยหนีจะเห็นได้ชัดเจนในระยะสุดท้าย ความวิตกกังวลในแต่ละระยะสามารถแสดงให้เห็น ดังแผนภาพต่อไปนี้คือ

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



จากภาพแสดงให้เห็นว่า เมื่อผู้ป่วยรับรู้เกี่ยวกับการวินิจฉัยโรคซึ่งอยู่ในระยะวิกฤติผู้ป่วยจะมีระดับความวิตกกังวลสูงสุด ต่อมาเมื่อผู้ป่วยเริ่มมีการปรับความคิดเกี่ยวกับภาวะความเจ็บป่วยของตนเองได้ ระดับความวิตกกังวลจะค่อย ๆ ลดลงและเริ่มเข้าสู่ระยะเรื้อรัง ระดับความวิตกกังวลจะลดลงเรื่อย ๆ จนเข้าสู่ระยะสุดท้าย และจนกระทั่งผู้ป่วยเสียชีวิต การทำความเข้าใจถึงภาวะวิตกกังวลในแต่ละระยะ จะช่วยให้ผู้ดูแลสามารถวางแผนการช่วยเหลือผู้ป่วยใกล้ตายได้ดีขึ้น โดยเฉพาะในระยะวิกฤติ ซึ่งเป็นช่วงที่ผู้ป่วยมีระดับความวิตกกังวลสูงสุด เป็นปัญหาเร่งด่วนที่ผู้ดูแลควรคำนึงถึง เพื่อช่วยเหลือให้ผู้ป่วยลดความทุกข์ทรมานจากปัญหาทางอารมณ์ และสามารถใช้ชีวิตในระยะสุดท้ายได้อย่างมีคุณค่าจนกระทั่งเสียชีวิต

4. อื่น ๆ

แนวคิดของ Pattison

Pattison กล่าวว่า มีอารมณ์หลายอย่างที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยใกล้ตาย เช่น กลัวสิ่งที่ไม่รู้จักว่าเหว่เสียใจ เจ็บปวดทรมาน สูญเสียร่างกาย สูญเสียการควบคุมตัวเอง

สูญเสียเอกลักษณ์ เขาจึงแบ่งภาวะอารมณ์ที่เกิดในผู้ป่วยใกล้ตายเป็น 3 ระยะคือ

1. Acute phase เป็นปฏิกิริยาทางอารมณ์ที่เกิดขึ้นเหมือน Kubler-Ross กล่าวคือ ปฏิเสธ โกรธ ต่อรอง วิตกกังวลและกลัว การกลัวจะมีสูงสุดและลดลง โดยใช้กลไกการป้องกันตนเอง

2. Chronic living-dying phase ระยะนี้ความวิตกกังวลลดลง มีคำถามเกิดขึ้นมากมายในระยะนี้ เช่น อะไรจะเกิดขึ้นกับร่างกายของฉัน ตัวฉันและครอบครัว เพื่อน ขณะที่ฉันกำลังจะตายและหลังจากนั้น ฉันควรวางแผนอนาคตอย่างไร ระยะนี้บุคคลยอมรับความตายอย่างภาคภูมิใจ

3. Terminal ผู้ป่วยยังต้องมีชีวิตอยู่ แต่รู้ความจริงว่าจะต้องตาย การทำงานของร่างกายลดน้อยลง ต้องการความสบายและเอาใจใส่ เริ่มมีปฏิกิริยาทางสังคมและอารมณ์ครั้งสุดท้ายก่อนจากไป

จะเห็นว่าการแบ่งระยะใกล้ตายออกเป็นแต่ละระดับนี้ ไม่ได้แตกต่างกันอย่างสิ้นเชิงในกลุ่มนักคิดต่าง ๆ การแบ่งออกเป็นในแต่ละระดับทำให้มีประโยชน์ต่อการให้การดูแลผู้ป่วยมากยิ่งขึ้น ซึ่งแนวคิดต่าง ๆ ดังกล่าวจะอิงแนวคิดของ Kubler-Ross เป็นหลัก และผู้วิจัยจะนำแนวคิดดังกล่าวมาวิเคราะห์ในบทต่อไป

ความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตาย

โรเจอร์ (Roger, 1951) กล่าวว่า ความวิตกกังวล หมายถึง สภาวะความไม่สมดุลทางจิตใจ ได้แก่ ความรู้สึกอึดอัด ไม่สบายใจ หวาดหวั่น ไม่แน่ใจและหวาดกลัว ต่อสิ่งที่มาคุกคามตนโดยหาสาเหตุได้ไม่ชัดเจน ภาวะดังกล่าวเกิดจาก ความไม่กลมกลืนระหว่างตนตามการรับรู้กับประสบการณ์ หรือความจริงที่เกิดขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับ เบคและโกรเซน (Beck, 1972, 349 : Groen, 1975, 733) ที่ให้ข้อสังเกตว่า ตัวเหตุการณ์เองไม่ได้ก่อให้เกิดความวิตกโดยตรง แต่การรับรู้ของบุคคลต่อเหตุการณ์นั้น ทำให้เกิดความวิตกกังวลด้วย หากบุคคลรับรู้ความกดดันมาก ก็จะมี ความวิตกกังวลได้ง่ายกว่าบุคคลที่รับรู้ความกดดันน้อย

ฟรอยด์ (Sigmund Freud, 1978, 25) กล่าวว่า ความวิตกกังวลคือ ประสบการณ์ความไม่สบายส่วนบุคคล มีลักษณะหวาดหวั่น ตึงเครียดโดยไม่มีสาเหตุแน่ชัด เกี่ยวข้องกับการรับรู้ ภาพพจน์ของตนเอง และการทำงานของจิตไร้สำนึก

ฉวีวรรณ สุตะบุตร (2524, 75) กล่าวว่า ความวิตกกังวล เป็นสภาวะที่บุคคล รู้สึกไม่สบายใจ เป็นทุกข์ ความคับข้องใจ หรือการที่ต้องเผชิญกับประสบการณ์ใหม่ ๆ ทำให้รู้สึกหวาดหวั่นไม่แน่ใจ

จากแนวคิดที่กล่าวมาทั้งหมดดังกล่าว สรุปได้ว่า ความวิตกกังวล หมายถึง ปฏิกริยาการตอบสนองของจิตใจและร่างกาย มีลักษณะของความไม่สบาย หวั่นไหว ไม่ปลอดภัย เนื่องจาก การรับรู้ว่า ความสมดุลง่ทางชีวภาพและภาพพจน์ของตนถูกคุกคามซึ่ง สิ่งคุกคามนั้นอาจเป็นจริงหรือเพียงคาดคะเนเท่านั้น (ดวงกลม พึ่งประเสริฐ 2534, 15)

Hinton (1974: 21,80) กล่าวว่า ความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตาย เป็นสิ่งปกติเพราะความกลัวตายเป็นส่วนหนึ่งของสัญชาตญาณของมนุษย์ ความวิตกกังวลของผู้ป่วยใกล้ตายจะขึ้น ๆ ลง ๆ อาจมากขึ้นหรือลดลงขณะอาการกำเริบ บางคนมีความกังวลเพิ่มขึ้นในสัปดาห์สุดท้าย

Leming & Dickinson (1990: 76,79,82-83) กล่าวว่า ความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายขึ้นกับ

1. ความตายของตนเอง
2. ความตายของคนอื่นที่มีความสำคัญ
3. ขั้นตอนใกล้ตาย
4. สถานภาพของผู้ป่วยใกล้ตาย

ในวัยหนุ่มสาว (Young adulthood) มองว่าการตายเป็นเรื่องที่เกิดขึ้นได้ หลีกเลี่ยงไม่ได้ เกิดขึ้นได้ทุกขณะ แต่ไม่ค่อยคิดถึงความตายของตนเอง วัยนี้จะปฏิเสธการตกเตือนเกี่ยวกับความตาย เพราะเป็นอิสระ มีความหวังความไม่ผันเตรียมพร้อมกับความสำเร็จในอนาคต เพื่อตนเอง ครอบครัวและสังคม เมื่อรู้ว่าต้องเผชิญกับความตายจะรู้สึกโกรธ สิ้นหวัง ตึงเครียด ท้อแท้ กังวลเรื่องความเจ็บปวดไม่มีศักดิ์ศรี ต้องจากบุคคลที่รัก ยังไม่บรรลุเป้าหมายที่หวังไว้

ในวัยกลางคน (Middle aged adulthood) วัยนี้เริ่มตระหนักถึงความตายจากการที่มีสุขภาพไม่ดี พ่อหรือแม่เสียชีวิต สูญเสียเพื่อนสนิท มีการเปลี่ยนแปลงของรูปร่างทำให้ย้อนมองอดีต ประสบการณ์ที่มีคุณค่า มีความหมายในชีวิต วัยนี้จะกังวลเรื่องความเจ็บปวดขณะใกล้ตาย การสูญเสียเอกลักษณ์ การจากคนรัก เช่น คู่ครอง ลูก และอื่น ๆ ทำให้รู้สึกไม่ยุติธรรมและโกรธ

ในวัยสูงอายุ (Older adulthood) เป็นวัยที่วิตกกังวลเกี่ยวกับความตายน้อยกว่าหนุ่มสาว เพราะมีเพื่อน ญาติตายบ่อย รู้ว่าอนาคตเหลือไม่มาก รู้สึกมีคุณค่าลดลง บางคนยังไม่บรรลุเป้าหมาย การตายที่สถานพยาบาลจะน่ากลัวกว่าในบ้าน คนที่อยู่คนเดียวจะกลัวตายมากกว่าคนที่อยู่กับครอบครัว คนสูงอายุอยากตายที่บ้านมากกว่า เพราะกลัวโดดเดี่ยวและเหงา

นอกจากนี้ ความกลัวตายก็เป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้เกิดความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตาย ซึ่งความกลัวตายนี้มีผู้ ได้แสดงความคิดเห็นดังนี้คือ

Becker (1973) กล่าวว่า ความกลัวตายเป็นปฏิกิริยาธรรมชาติพื้นฐานของทุกคน

Despelder & Strickland (1983) กล่าวว่า มนุษย์ส่วนใหญ่กลัวความตายน้อยกว่าความกลัวขั้นตอนที่ใกล้ตาย เพราะเจ็บปวด อ้างว้าง ท่ามกลางเครื่องมือที่ซับซ้อนซึ่งส่งเสียงครางเบา ๆ ในห้องเพื่อช่วยชีวิตคนไข้

Hinton (1974, 23, 28, 74) ถ้าการตายเป็นการทรมานจะยิ่งกระตุ้นให้กลัวความเจ็บปวดเป็นสิ่งที่คนส่วนใหญ่กลัว ถ้าถามเขาว่าอยากตายอย่างไร ส่วนใหญ่หวังว่าจะตายอย่างรวดเร็วอย่างสงบสุข 90% ที่สัมภาษณ์ต้องการตายเร็วและไม่ทรมานเหมือนกับการนอนหลับ บางคนอาจต้องการกล่าวอำลา

การหายใจลำบากเนื่องจากปอดหรือหัวใจทำงานไม่ดี เป็นสิ่งที่ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกน่ากลัวมาก ความกลัวที่สูงที่สุดคือกลัวตาย เพราะหมายถึงการพลัดพราก การอ้างว้าง การถูกลงโทษ การยุ่งยาก

Benton (1978, 186) กล่าวถึงสิ่งที่ผู้ป่วยกลัวมากที่สุดสิ่งหนึ่งคือกลัวตายตามลำพัง แต่การดูแลในโรงพยาบาลมีขั้นตอนการปราศจากเชื้อ ทำให้คนไข้และครอบครัวรู้สึกกลัวและโดดเดี่ยวอ้างว้าง ไม่ว่าจะจากเหตุการณ์จริงหรือจากการจินตนาการ

Leming & Dickinson (1990, 131) กล่าวถึงความกลัวตายโดยละเอียด 8 ข้อที่สัมพันธ์กับตัวเองและผู้อื่นคือ

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ความกลัวของตนเองความกลัวของผู้อื่นที่มีต่อผู้ป่วยขั้นตอนขณะใกล้ตาย (dying process)

- | | |
|---|---|
| 1. กลัวการพึ่งพา | กลัวภาระเรื่องการเงิน |
| 2. กลัวความเจ็บปวดขณะใกล้ตาย | กลัวผลของความเจ็บปวดมีต่อผู้ป่วย |
| 3. กลัวไม่มีศักดิ์ศรีขณะใกล้ตาย, | กลัวไม่สามารถจัดการปัญหาทางกายของผู้ป่วย |
| 4. กลัวโดดเดี่ยว ถูกรังเกียจ ถูกทอดทิ้ง | กลัวไม่สามารถจัดการปัญหาทางอารมณ์ของผู้ป่วย |
| 5. กลัวจากบุคคลที่เป็นที่รัก | กลัวสูญเสียคนที่เป็นที่รัก |

สภาพของการใกล้ตาย (state of being dead)

- | | |
|--------------------------------------|--|
| 6. ในเรื่องเกี่ยวกับชีวิตหลังความตาย | |
| กลัวสภาพที่ไม่รู้จัก | กลัวการตัดสินใจของผู้ป่วย เช่น เขากำลังคิดอะไร |
| กลัวคำทำนาย | กลัววิญญาณ ผี |
| กลัวโลกแห่งวิญญาณ | กลัวไม่เห็นผู้ป่วยนั้นอีก |
| 7. ความกลัวเกี่ยวกับจุดจบชีวิต | |
| กลัวว่าจะไม่บรรลุเป้าหมาย | กลัวการสิ้นสุดความสัมพันธ์ |
| กลัวจุดจบของร่างกายและภาพลักษณ์ | รู้สึกผิดที่ไม่ได้ทำเพื่อผู้ป่วยมากพอ |
| กลัวการสิ้นสุดความสัมพันธ์ทางสังคม | กลัวสิ่งที่เกี่ยวข้องกับความตาย, กลัวศพ |
| 8. ความกลัวเกี่ยวกับร่างกาย | |
| กลัวการเสื่อมสลายของร่างกาย | กลัวการเข้าไบรเวเนสุสาน |
| กลัวการถูกฝังหรือเผา | กลัวไม่รู้วิธีปฏิบัติตัวในสถานการณ์ที่เกี่ยวข้อง |
| กลัวถูกปฏิบัติอย่างไม่มีศักดิ์ศรี | กลัวความตาย |

ภาวะอารมณ์ความรู้สึกอื่น ๆ ของผู้ป่วยเกี่ยวกับความตาย

การปฏิเสธ

Hinton (1974, 90,100) กล่าวว่า ผู้ป่วยใกล้ตายอาจจะอิจฉาคนรอบข้างซึ่งมีสุขภาพดี ไม่พอใจกับความแข็งแรงของพวกเขา ไม่พอใจที่ร่างกายตนเองอ่อนแอลงเรื่อย ๆ ไม่พอใจกับการสูญเสียการควบคุมตนเอง เขาโกรธที่ร่างกายแย่ง โทษผู้อื่น ไม่พอใจแพทย์ พยาบาล บางคนไม่ยอมรับ ไม่ยอมรับว่าตนเองกำลังจะตาย คิดว่า "ฉันปกติดี" "ฉันจะเอาชนะ" ถึงแม้ว่าคนอื่นจะรู้ว่าเขากำลังจะตาย แต่เขาเชื่อว่าเขาคิดถูกคนอื่นคิดผิด

ความซึมเศร้าและโดดเดี่ยว

ความซึมเศร้าพบได้บ่อยโดยดูจากการขาดความสนใจสิ่งต่าง ๆ อารมณ์ขุ่นมัว Hinton (1974,85) กล่าวว่า ภายใน 2 อาทิตย์ กว่าครึ่งของผู้ป่วยจะมีอาการซึมเศร้า 1/4 จะซึมเศร้าไม่มีความสุข บางคนรู้ว่าถึงวาระสุดท้าย หรืออยากตายเพราะการมีชีวิตอยู่น่าสังเวช เช่น ทุกข์ทรมาน ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ ความซึมเศร้าเพิ่มขึ้นเมื่อความเจ็บป่วยนานขึ้นและถ้าไม่สบายกาย ความรักและความเป็นเพื่อนระหว่างผู้ป่วยและคนใกล้ชิด มีผลต่อความรู้สึกของผู้ป่วย ถ้าผู้ป่วยใกล้ตายไม่ได้รับการผูกพันเอาใจใส่ เขาจะรู้สึกไม่เป็นสุข มีความซึมเศร้ารู้สึกโดดเดี่ยวและเสียใจ

Aiken (1991,215) กล่าวถึงความเศร้าของความตายเกิดขึ้นเมื่อผู้ป่วยตายตามลำพัง ในบรรยากาศที่ไม่อบอุ่น เช่น ตามโรงพยาบาลทั่วไป ในสมัยก่อนคนตายที่บ้านแต่สมัยปัจจุบัน 2/3 ตายที่โรงพยาบาล เพื่อประโยชน์ในการช่วยชีวิตคนใช้มากกว่าคุณภาพชีวิต

Hinton (1974,88) การรู้สึกโดดเดี่ยว สืบเนื่องจากพฤติกรรมคนอื่น เช่น เสียงกระซิบ การเสแสร้งว่าเรใจ การสนทนาที่ตะกุกตะกัก การหลีกเลี่ยงไม่ยุ่งเกี่ยวกับเป็นสิ่งที่โหดร้าย เพราะผู้ป่วยที่ถูกแยกบางคนต้องพึ่งพาผู้อื่น เขาจะทุกข์ใจมากถ้าญาติไม่สามารถเยี่ยมได้ เขาอาจมีชีวิตอยู่เพื่อคอยคนมาเยี่ยม

แต่บางคนอาจจะอยากอยู่คนเดียว เพราะเจ็บปวดมาก หรือไม่อยากจะกล่าวอำลา ซึ่งหมายถึงการพลัดพราก ผู้ป่วยใกล้ตายคนหนึ่งจัดการทุกอย่างกับครอบครัวเรียบร้อยแต่จะอารมณ์เสียถ้าภรรยาจะมาเยี่ยม ขณะที่บางคนไม่รู้สึกรู้สึกราวไร เพราะไม่มีอะไรเหลืออีกต่อไป

การยอมรับ

Hinton (1974, 41, 93, 104) การยอมรับความตายขึ้นกับผู้ป่วยว่ามีความเข้าใจกฎเกณฑ์ธรรมชาติหรือไม่ แต่คนอายุไม่มากมักจะยอมรับว่าความตายเป็นสิ่งที่หลีกเลี่ยงไม่ได้ยากกว่า ผู้ป่วยที่เผชิญหน้ากับความตาย ถ้าเขายอมรับความตายจะตายเร็วขึ้นถ้าเขายอมรับโดยสิ้นเชิงเขาจะไม่ทุกข์ใจมาก

การยอมรับความตายเป็นสิ่งที่เหมาะสม พบความสงบสุข เมื่อไม่มีทางหลีกเลี่ยงได้ การเลิกการต่อสู้ดิ้นรน ไม่ใช่การล้มเหลวของบุคคล

Saunders (อ้างใน Hinton 1974, 96) กล่าวว่าเธอรู้ว่าผู้ป่วยรู้ความจริงที่ละเอียดที่ละน้อยว่าจะตายโดยไม่ต้องถาม หรือไม่ต้องมีใครบอก เขายอมรับมันโดยเงียบ ๆ และบางคนอาจดีใจ แต่บางคนไม่ต้องการพูดถึงอีก

การพูดคุยเรื่องความตายกับผู้ป่วย

ความวิตกกังวลและความอารมณ์ความรู้สึกต่าง ๆ เกี่ยวกับความตายดังที่กล่าวมาแล้วนั้น บทบาทของผู้ให้การปรึกษา ในการช่วยผ่อนคลายความวิตกกังวลต่อความตายของผู้ป่วยโรคเอดส์ Green & McCeaner (1989, 215-216) กล่าวว่า ถ้ามีความเป็นไปได้ว่า ผู้ป่วยโรคเอดส์จะมีชีวิตอยู่ไม่นาน ในโรคทั่วไปการตอบคำถามว่า ฉันจะตายไหม? ถ้าตอบว่า "ไม่" ผู้ป่วยอาจจะมียาวนานกว่าที่คิดไว้ก็ได้ แต่สำหรับผู้ป่วยโรคเอดส์ ทั้งผู้ป่วยและผู้ให้การปรึกษาว่าผู้ป่วยจะตายในไม่ช้า การพูดคุยเรื่อง

ความตายจึงเป็นสิ่งสำคัญ ผู้ให้การปรึกษาควรตอบคำถามอย่างตรงไปตรงมาและจริงจังตามความเป็นไปได้ที่จะเกิดขึ้น เช่น ถ้าผู้ป่วยถามว่า "ฉันจะตายไหม" ผู้ให้การปรึกษาอาจจะตอบว่า "ฉันไม่รู้ ไม่มีใครรู้ มันเป็นไปได้ที่คุณอาจจะตายด้วยโรคเอดส์ หรืออาจจะไม่ตายเพราะ....." การประเมินความเป็นไปได้ดูจากประสิทธิภาพของการรักษาในปัจจุบัน อาการของผู้ป่วย ประวัติผู้ป่วย ถ้าผู้ป่วยเคยเป็นโรคติดเชื้อแทรกซ้อนบ่อยครั้งจะมีโอกาสน้อยกว่าผู้ป่วยที่เพิ่งเป็นครั้งเดียว

ในผู้ป่วยที่เห็นชัดว่าป่วยหนักมาก ไม่สนองตอบการรักษา ถ้าผู้ป่วยถามว่า "ฉันกำลังจะตายใช่ไหม?" คำตอบเดียวที่ควรจะเป็นคือ "ฉันคิดว่าคงเป็นเช่นนั้น" ถ้าผู้ป่วยไม่ถามและไม่ต้องการรู้ความจริงว่าเขาใกล้ตายด้วยคำพูดใด ๆ เขาควรจะรู้ว่าเขาป่วยหนัก และควรรหาทางให้เขายอมรับความจริงที่เกิดขึ้น เพื่อให้เขาสามารถจัดการกับเรื่องต่าง ๆ ให้เรียบร้อยก่อนที่เขาจะจากไป การพูดคุยเรื่องความตาย ผู้ให้การปรึกษาควรทำตามความต้องการของผู้ป่วย เช่น ถ้าผู้ป่วยพูดเรื่องความตายหรือสิ่งเสียเรื่องต่าง ๆ ผู้ให้การปรึกษาควรจะพูดคุยอย่างเป็นธรรมชาติ โดยไม่ต้องหลีกเลี่ยงเรื่องดังกล่าว ให้ผู้ป่วยได้มีโอกาสได้แสดงความคิด ระบายความรู้สึกเกี่ยวกับการจากไปของตนเองอย่างเต็มที่

การช่วยเหลือผู้ป่วยระยะสุดท้าย เน้นการใช้ชีวิตแต่ละวันอย่างสดชื่น และสงบผ่อนคลายเท่าที่จะทำได้ (Aiken, 1991, 228) ผู้ให้การปรึกษาอาจใช้ทักษะต่าง ๆ เช่น การยอมรับฟังโดยปราศจากเงื่อนไข การใส่ใจ การฟัง การสะท้อนความรู้สึก การทบทวนชีวิตที่ผ่านมา ซึ่งวัตถุประสงค์ของการช่วยเหลือคือ ให้ผู้ป่วยเอาชนะความรู้สึกเสียใจ สิ้นหวัง แก้ไขปัญหาความขัดแย้งระหว่างบุคคล โดยเฉพาะในครอบครัว และตระหนักถึงความหมายและคุณค่าของชีวิต

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

McKittrick (1981, 165-187) ได้สรุปถึงวิธีการให้การปรึกษากับผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่ที่กำลังจะตาย วิธีที่เข้าถึงความเข้มแข็งและอ่อนแอของผู้ป่วย ความแตกต่างในการให้การปรึกษาวิธีต่าง ๆ ผสมผสานกับการทำงานกับผู้ป่วย ขั้นตอนที่เกี่ยวข้องกับความตาย ได้แก่ overcoming, participating, fearing และ sorrowing

Linn, Linnbs, Harris (1982, 49) วิจัยเพื่อหาประสิทธิภาพของการทำงานกับผู้ป่วยมะเร็งในระยะสุดท้าย โดยประเมินการเปลี่ยนแปลงในคุณภาพชีวิต ประสิทธิภาพการทำงานของร่างกายและการมีชีวิตอยู่ต่อไป โดยมีกลุ่มตัวอย่าง 120 คน ซึ่งสุ่มอย่างอิสระเป็นกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม กลุ่มทดลองได้รับการให้การปรึกษาเป็นประจำ ผู้ป่วยถูกประเมินก่อนการทดลองและหลังการทดลอง 1,3,6,9 เดือนตามลำดับเกี่ยวกับคุณภาพชีวิต ประสิทธิภาพการทำงานของร่างกาย พบว่ากลุ่มทดลองมีคุณภาพชีวิตดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ เมื่อเทียบกับกลุ่มควบคุมภายใน 3 เดือน

Linn Bs & Linn MW (1981, 689-692) วิจัยในผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้าย 120 คน ที่สุ่มอย่างอิสระ มีกลุ่มควบคุมที่ได้รับการให้การปรึกษาและกลุ่มทดลอง โดยมีการประเมินก่อนทดลองและหลังทดลอง 1,3,6,9,12 เดือน ในด้านคุณภาพชีวิต เช่น ความรู้สึกแปลกแยก ซึมเศร้า การควบคุมตัวเอง ความพึงพอใจในชีวิต ความภาคภูมิใจในตนเอง ร่วมกับประสิทธิภาพการทำงานของร่างกายและการมีชีวิตอยู่ต่อไป พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการให้การปรึกษา จะมีการเปลี่ยนแปลงอย่างมีนัยสำคัญเมื่อเทียบกับกลุ่มควบคุมภายใน 3 เดือน

Franekel (1990, 10-14) กล่าวถึงงานวิจัยที่นักจิตวิทยาผู้ดูแลผู้ป่วยเอดส์ในระยะสุดท้าย ซึ่งเสียชีวิต 150 คนในระยะ 18 เดือน พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่ปฏิเสธว่าตนเองมีเชื้อเอดส์ ให้ความหมายที่แตกต่างระหว่างการมีเชื้อเอดส์กับการมีเลือดบวก

ผู้ป่วยจำนวนมากมีอาการผื่นวายุสับสน บุคลิกภาพแปรปรวน และหวาดกลัวมาก ในงานวิจัยนี้เขียนถึงประสบการณ์การทำงานกับผู้ป่วย มีตัวอย่างผู้ป่วยที่แสดงความรู้สึกเกี่ยวกับความตายของตนเองและผู้อื่น มีการแปลผลโดยใช้หลักจิตวิเคราะห์ มีการเปลี่ยนวิธีคิดเกี่ยวกับความตาย มีการมองโลกในแง่ดี มีคุณค่าในวิถึชีวิตที่มีความหมาย เผชิญหน้ากับความเบื่อหน่าย ค้นหาสิ่งที่มีอยู่ให้มากขึ้น คนไข้บางคนสามารถเข้าใจตนเองและมีชีวิตยาวนานขึ้น

Hintze, Templer and Cappelletty (1993) ได้ทำการสำรวจความซึมเศร้าและความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตาย ในผู้ป่วยชายที่ติดเชื้อเอดส์ 94 คน ในแคลิฟอร์เนียตอนใต้ โดยใช้แบบทดสอบ Death Depression Scale, Death Anxiety Scale, Beck Depression Inventory, State-Trait Anxiety Scale พบว่าคะแนนความซึมเศร้าและความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตาย มีความสัมพันธ์กับ ความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นในปัจจุบัน (state anxiety) ความวิตกกังวลซึ่งเป็นลักษณะของบุคคล (trait anxiety)

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย