

Reading Seminar

เรื่อง Death And Dying

วันอังคารที่ 18 กรกฎาคม 2548 เวลา 13.30 – 15.30 น.

นพ.พีรพล ภัทรนุธาพร ผู้นำเสนอ

ผู้ช่วยศาสตราจารย์สมบัติ ศาสตร์รุ่งภาค

Part1: Understanding and managing bereavement in palliative care

Grief คือ การตอบสนองทางอารมณ์, พฤติกรรม, สังคมและหน้าที่ต่อการสูญเสีย (ไม่จำเป็นว่าการสูญเสียจะต้องมาจากการตาย อาจเป็นจากการพลัดพราก ฯลฯ)

Bereavement คือ สภาวะที่เกิดขึ้นจากการสูญเสียใครบางคนไปเนื่องจากความตาย

Stages of grief

ไม่ได้แบ่งแบบมีขอบเขตชัดเจนแต่มีความเหลื่อมล้ำทับซ้อนกันอยู่ แบ่งได้เป็น3ระยะคือ

- 1.Shock and numbness
- 2.Acute mourning
- 3.Restitution

ภาวะที่เกิดขึ้นในผู้สูญเสีย

Mental and Emotional Disruptions – เมื่อต้องเผชิญกับภาวะสูญเสียทั้งร่างกายและจิตใจต่างก็บอบช้ำ การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับผู้สูญเสียนั้นสามารถขึ้นลงได้สามระยะตาม stages of grief ที่กล่าวข้างต้น เมื่อ ต้องสูญเสียคนใกล้ตัวไปมันไม่ใช่แค่การสูญเสียตัวตนเท่านั้น แต่มันยังหมายถึงการสูญเสียความสนิทชิดเชื้อ, มิตรภาพ, ความรู้สึกมันคงในชีวิต, รูปแบบการใช้ชีวิต และอนาคต ความรู้สึกโดดเดี่ยวจะรุนแรงมากขึ้นตามกาลเวลาก่อนที่จะค่อยๆ ลดลง สภาวะร่างกายจิตใจที่เกิดขึ้นในช่วงของการสูญเสียนี้มีได้หลายลักษณะเช่น

1.Vivid and intrusive images of the deceased - ผู้สูญเสียสามารถที่จะรู้สึกเหมือนกับเห็นภาพของผู้ที่เสียชีวิตผุดขึ้นมาได้ โดยเฉพาะเวลาต้องอยู่คนเดียว ภาพที่ผุดขึ้นมาจะพบได้ชัดเจนในกรณีที่เป็นการเสียชีวิตแบบฉับพลันหรือไม่คาดฝัน

2.intense psychological and somatic anguish - ภาวะทุกข์ทรมานทั้งทางร่างกายและจิตใจเกิดขึ้นเสมอ เช่น วิงเวียน ปั่นป่วนมวนท้อง หายใจไม่เต็มอึด ร้องไห้โดยไม่สามารถควบคุมได้ ฯลฯ

3.Reemerge in response to reminders of loss - เมื่อเวลาผ่านไปแล้วทำใจได้อาการเหล่านี้ก็ยังสามารถกลับมาเกิดขึ้นได้อีกเมื่อถึงวาระสำคัญที่สัมพันธ์กับผู้ตายเช่น วันเกิด วันครบรอบแต่งงาน ฯลฯ

4. Anger - ความรู้สึกโกรธที่แสดงออกมาในรูปแบบ เกลียด อิจฉา ไม่ยุติธรรม และจะเกิดกับคนที่เสียชีวิต, หมอ, พระเจ้า ฯลฯ

5. Guilt - ความรู้สึกผิดก็มักจะพบอยู่เสมอไม่ว่าจะเป็นรู้สึกผิดที่ตัวเองรู้สึกดีขึ้น ผิดที่ตัวเองยังดูแลผู้เสียชีวิตไม่ดีพอ ฯลฯ

6. Mental disorganization - มักเกิดในช่วง 2-3 สัปดาห์แรกของหลังการสูญเสีย อาการออกมาในลักษณะสมาธิแย่ง สับสน ซ้ำลิ้ม ไม่แจ่มใส อาการอาจค่อยๆ สดสมมากไปจนถึงรู้สึกควบคุมตัวเองไม่ได้, ลึนหวิง, ไม่มีพลังอำนาจหรือที่เรียกว่า negative latent self-images

และเมื่อความสับสนและความเจ็บปวดเหล่านี้ลดลงแล้ว ผู้สูญเสียก็จะเริ่มกลับมาใช้ชีวิตอีกครั้งเริ่มมีการปรับตัวในการทำงานใหม่ๆ ทำหน้าที่ใหม่ๆ (เช่นสามีที่สูญเสียภรรยาก็ต้องมาเรียนรู้การผลัดผ้าอ้อม, การป้อนนมหรือรีดผ้า ฯลฯ)

Coping – ผู้สูญเสียเลือกปรับตัวหลายแบบในการที่จะหลีกเลี่ยงไม่เผชิญกับความเจ็บปวด ผู้ที่ยังมีชีวิตอยู่บางคนเลือกที่จะกดเก็บความรู้สึกไว้ บางคนก็ปกปิดใจปัญหาไว้วิธีหลีกเลี่ยงนี้ก็เลือกที่จะหลีกเลี่ยงเช่นเดียวกัน บางคนก็ใช้กลไกทางจิตโดยพยายามเอาเหตุผลมาอธิบาย บ้างก็ทำตัวให้ยุ่งเพื่อที่จะได้ลืมความเจ็บปวดนั้น บ้างก็ใช้อารมณ์ขัน หนึ่งในวิธีการที่ได้ผลมากที่สุดคือความศรัทธาที่จะช่วยให้ยอมรับว่าความตายเป็นเพียงส่วนหนึ่งในแผนของชีวิต ความเชื่อและศาสนาก็เป็นสิ่งที่ช่วยให้ผู้อยู่ต่อรู้สึกว่ายังมีคนที่จะช่วยจัดการกับความเจ็บปวด, ช่วยยืนยันว่าผู้ที่ตายไปรออยู่ที่โลกหน้าและรอคอยการกลับมาอยู่ร่วมกันในสวรรค์ หนึ่งในกลไกการปรับตัวที่อยู่ในระดับล่างสุดคือการหันเข้าหายาเสพติดอธิบายได้จากการที่คนเราเมื่อสูญเสียไปก็โหยหาความรู้สึกมั่นคง ความรู้สึกอบอุ่น การหันเข้าหายาเสพติด กิจกรรมทางเพศ ฯลฯ เป็นการช่วยยชดเชยความรู้สึกนั้น ดังนั้นผู้ดูแลจึงควรเอาใจใส่เฝ้าระวังหากบุคคลใกล้ตัวมีความเสี่ยง

The continuing relationship with the Deceased – โดยทั่วไปแล้วผู้สูญเสียต้องอยู่บนทางเลือกระหว่างการยอมรับว่าอีกฝ่ายได้จากไปแล้วหรือจะสานความสัมพันธ์เสมือนว่าอีกฝ่ายยังมีชีวิตอยู่ต่อไป ผู้ที่ยังมีชีวิตอยู่หลายคนเลือกลดความเจ็บปวดจากการสูญเสียโดยใช้ชีวิตเสมือนว่าอีกฝ่ายยังคงอยู่ เช่น บางคนยังรู้สึกว้าคนที่จากไปแล้ววนเวียนอยู่คอยเฝ้าดูและคอยปกป้อง, การใช้ชีวิตร่วมกับสิ่งแวดล้อมเหมือนเดิมเป็นสัญลักษณ์ของการคงต่อความสัมพันธ์, การฝันถึงผู้ตายเป็นเรื่องปกติที่เกิดขึ้นได้ เมื่อเวลาผ่านไปความทรงจำจะกลายเป็นสิ่งสุดท้ายที่สำคัญและมีความหมายมากที่สุดในการแสดงถึงการที่ผู้สูญเสียยังคงสานต่อความสัมพันธ์กับผู้เสียชีวิต บ่อยครั้งที่ความจำมักจะถูกเลือกจำเฉพาะบางช่วงบางอย่าง โดยเฉพาะอย่างยิ่งมักเป็นภาพของผู้ที่เสียชีวิตในช่วงไม่กี่เดือนก่อนที่จากไปดังนั้นบางคนก็มีความจำเกี่ยวกับผู้เสียชีวิตที่บิดเบือนไปหรือเป็นเฉพาะช่วงสุดท้ายของชีวิตอันเนื่องจากการเจ็บป่วยที่ยาวนานและความเสื่อมถอยก่อนเสียชีวิตจนบดบังภาพความทรงจำดี ๆ ของทั้งคู่ที่เคยมีร่วมกัน ในกรณีนี้ผู้รักษาสามารถที่จะ

ช่วยได้โดยการให้ผู้สูญเสียได้มาพูดคุยเกี่ยวกับตัวผู้เสียชีวิตในช่วงเวลาก่อนที่จะเขาจะป่วยเพื่อปลดปล่อยภาพที่บิดเบือนหรือภาพฝังใจเหล่านั้นไป

Changes in function – ไม่เพียงเฉพาะแต่ความเจ็บป่วยทางจิตใจของผู้สูญเสียก็เพิ่มความเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยทางกายด้วยเช่นกัน รวมไปถึงมีความเสี่ยงเข้าหากิจกรรมที่ทำให้สุขภาพย่ำแย่ลง เช่นการใช้สารเสพติด ฯลฯ นำไปสู่ภาวะหน้าที่การงานหรือสังคมที่บกพร่องลง มีการเปลี่ยนแปลงบทบาทหน้าที่ที่ต้องรับผิดชอบ ต้องรับภาระในสิ่งที่ไม่เคยต้องทำมาก่อน ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายบทบาทเหล่านี้จะถูกคาดการณ์ไว้ก่อนล่วงหน้าและเตรียมตัวก่อนที่จะต้องสูญเสียคนใกล้ตัวไป

Changes in relationships – การเสียชีวิตของใครสักคนที่มีความหมายมักก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางพลวัตของความสัมพันธ์ในหลายๆด้าน มีได้ทั้งโกรธ,เกลียด,เห็นห่างทั้งกับคนใกล้ตัวหรือคนที่คิดว่ามีส่วนในการรับผิดชอบ หากเป็นผู้ที่มีความรู้สึกผิดและแบกรับความรู้สึกนั้นต่อก็คงจะถ่ายทอดความรู้สึกในการสูญเสียไปยังคนรอบข้าง ในกรณีของผู้ที่คิดจะเริ่มต้นชีวิตคู่ใหม่หลังการสูญเสียก็จะพบกับความรู้สึกขัดแย้งหรือสับสนที่ถูกกระตุ้นขึ้นมาโดยผู้ที่เป็นมายจะยุ่งยากซับซ้อนมากขึ้นเพราะพวกเขาจะต้องเผชิญกับการที่ตัวเองต้องอุทิศชีวิตหรือเวลาให้กับคนที่จากไป,การถูกกล่าวหาว่าไม่ซื่อสัตย์จากลูกๆ หรือความกลัวที่จะสูญเสียซ้ำขึ้นอีก

Identity – ในระยะแรกของการสูญเสียมักถาโถมด้วยความรู้สึกที่หลากหลาย ทั้งสับสน กลัดกลุ้ม ทุกข์ทรมาน การมองตัวเองก็จะเห็นภาพลักษณ์ตัวเองออกมาในลักษณะสิ้นหวัง,ไม่ดีพอ และไร้ความสามารถ บางครั้งก็ถดถอยไปเหมือนเด็ก เมื่อเวลาผ่านไปแล้วเริ่มเรียนรู้ความสามารถในการคงอยู่ด้วยตัวเอง มีศักยภาพในการรับมือกับภาวะสูญเสีย หรือค้นพบวิธีการใหม่ๆที่จะรับมือกับโลกภายนอก ความรู้สึกใหม่ๆรวมไปถึงภาพลักษณ์ใหม่ๆก็เกิดขึ้น

Anticipatory grief- เป็นคำที่ใช้บรรยาย ภาวะseparation anxietyที่เกิดขึ้นกับครอบครัวหรือเพื่อนของผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่รับรู้ถึงความตายจะต้องมาถึงและพวกเขาต้องอยู่ร่วมกับเหตุการณ์นั้น ถึงแม้ว่าจะเป็นภาระที่ต้องเห็นความตายแต่บางคนก็สามารถที่จะมาเป็นส่วนหนึ่งของทีมที่จะช่วยเหลือผู้ป่วยได้ เช่น ช่วยจัดการภาระที่ค้างค้าง(unfinished business), การกล่าวลา, การให้ความกระจ่างในสิ่งที่เข้าใจผิดหรือการเตรียมตัวและปรับตัวรับสภาพที่จะเปลี่ยนไป นอกจากนี้การเตรียมพร้อมทางด้านอารมณ์ยังจะช่วยให้ในการทำใจเมื่อสูญเสียได้ง่ายขึ้น และลดความเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยทางใจและกายหรือปฏิกิริยาทางสังคม สิ่งที่ต้องระวังคือการเกิดภาวะที่เรียกว่า premature grief นั่นคือการที่คนรอบตัวประพาดกับราวกับบุคคลนั้นได้ตายจากไปแล้ว ทั้งที่เขายังมีชีวิตอยู่

ภาวะแทรกซ้อน(Complications)

Complications of grief -Absent, delayed grief, Inhibited grief, Hypertrophic grief, Chronic grief (พบความเสี่ยงมากขึ้นในกรณีการสูญเสียลูก, ความสัมพันธ์ในเชิงพึ่งพาหรือเกาะติดกับผู้ตายและการตายที่ไม่เป็นธรรมชาติ)

High-Risk Medical and Psychiatric Complications – ผู้สูญเสียมีแนวโน้มที่จะดูแลสุขภาพตัวเองลดลง, แยกตัว อันจะส่งผลให้เกิดความเสี่ยงต่อภาวะการเจ็บป่วยทางกายหรือทำให้โรคที่เป็นอยู่แล้วอาการแย่ลง ผู้สูญเสียแต่ละคนจัดได้ว่ามีความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตสูงขึ้นเช่นกัน ความเสี่ยงนี้จะสูงในช่วงไม่กี่สัปดาห์หรือไม่กี่เดือนหลังการสูญเสีย ผู้ชายมีแนวโน้มจะเกิดมากกว่าผู้หญิงโดยเฉพาะผู้ที่อายุยังน้อย ภาวะแทรกซ้อนทางจิตเวชพบได้ตั้งแต่โรคซึมเศร้า โรควิตกกังวล ฯลฯ

การรักษา

หลักการทั่วไป

- การให้คำปรึกษากับครอบครัวหรือคนรักคนใกล้ชิดของผู้ป่วยระยะสุดท้ายเป็นสิ่งที่เป็นประโยชน์ พอๆกับการสื่อสารกับตัวผู้ป่วย รวมทั้งการเตรียมเพื่อรับกับสถานการณ์ที่จะมาถึงอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ตามแนวคิดของAnticipatory grief การให้คำปรึกษากับครอบครัวหรือคนรักเพื่อเตรียมตัวรับมือกับความตายของผู้ป่วยนั้นไม่ทำให้เกิดความรู้สึกสิ้นหวังหรือการถอดใจ แยกตัวจากผู้ป่วยก่อนกำหนดแต่อย่างใด การสื่อสารที่เป็นไปอย่างซื่อสัตย์ตรงไปตรงมาและเป็น การสื่อสารแบบเปิดที่พร้อมจะรับฟังและให้คำแนะนำหรือตอบข้อซักถามกลับจะช่วยให้ครอบครัวได้มองหาปมขัดแย้งที่ยังไม่ได้สะสาง ช่วยฟื้นฟูการสื่อสารความเข้าใจที่ผิดเพี้ยน และเตรียมตัวพร้อมรับการเปลี่ยนแปลงที่หลีกเลี่ยงไม่ได้ นอกจากนี้เป็นสิ่งสำคัญที่ต้องให้ครอบครัวหรือผู้ดูแลอย่าลืมที่จะสนใจตัวเองด้วย เพราะการละเลยสนใจตัวเองจะนำไปสู่ความเสี่ยงต่อการป่วยทั้งทางกายและใจ

- การรักษาแบบเฉพาะตัวบุคคลทั้งเรื่องยาหรือจิตบำบัดก็ต้องได้รับการรักษาให้ต่อเนื่อง โดยส่วนใหญ่แล้วgriefไม่จำเป็นที่จะต้องได้รับการดูแลรักษาโดยผู้เชี่ยวชาญเพราะครอบครัว, คนใกล้ชิด, หมอเจ้าของไข้ก็สามารถที่จะดูแลภาวะนี้ได้ โดยทั่วไปผู้เชี่ยวชาญจะมาเกี่ยวข้องในกรณีของchronic griefหรือ grief related psychiatric disorders แม้แต่ภาวะabsentหรือdelayed grief ก็ไม่ใช่ภาวะที่จำเป็นต้องได้รับการรักษา การปฏิเสธความจริงหรือการเก็บกดความรู้สึกไม่ใช่อาการป่วยมันเป็นแค่วิธีการปรับตัวของแต่ละคนเท่านั้น แพทย์หลายคนเคยชินกับความคิดที่ว่า การกดเก็บgriefเป็นความผิดปกติทั้งที่จริงแล้วพบว่าคนกลุ่มนี้มีปัญหาน้อยกว่ากลุ่มที่มีอาการมากตอนแรกด้วยซ้ำ เพราะฉะนั้นหากเห็นผู้สูญเสียมีการแสดงออกเพียงเล็กน้อยก็อย่าเพิ่งด่วนสรุปว่าผิดปกติในขณะที่เดียวกันภาวะgriefที่ยาวนานเรื้อรังจนทำให้หน้าที่ในชีวิตตกต่ำแย่ลงก็จัด

ได้ว่าไม่ใช่ภาวะที่ปกติจำเป็นต้องได้รับการช่วยเหลือหลายครั้งเป็นเรื่องของโรคซึมเศร้าที่แพทย์ไม่ได้ตระหนักถึง

การดูแลระยะสุดท้าย(hospice care)-ลักษณะสำคัญคือการดูแลแบบองค์รวม มีการจัดทีมที่หลากหลายแยกกันตามหน้าที่สำหรับดูแลผู้ที่ใกล้เสียชีวิตและครอบครัวในช่วงระยะสุดท้ายและดูแลภาวะbereavementของผู้ที่ยังมีชีวิตอยู่หลังการสูญเสีย ให้ฐานข้อมูลในด้านการศึกษาหรือชุมชน มีการประชุมร่วมกับครอบครัวและช่วยจัดการกับการสูญเสีย

จิตบำบัดกลุ่ม

จิตบำบัดรายบุคคล

การใช้ยา- สำหรับภาวะgrief เองแล้วไม่จำเป็นต้องได้รับการรักษาด้วยยาถึงแม้ว่าจะมีภาวะของความทุกข์,สิ้นหวัง ,โศกเศร้า, เศร้าโศก,หรือรู้สึกเจ็บปวดก็ตาม มีเพียงบางภาวะเท่านั้นที่จำเป็น เช่น ในผู้ที่มีปัญหาการนอนหลับ นอกจากนั้นหากพบการคงอยู่ต่อเนื่องของอาการนอนไม่หลับทั้งชนิดต้นคืน ระหว่างคืน หรือทั้งสองรูปแบบนี้พึงสงสัยว่าอาจเป็นอาการเริ่มของโรคซึมเศร้า ในผู้ป่วยที่มี grief-related anxiety disorders ที่ทุกข์ทรมานรบกวนการทำงานในชีวิตประจำวัน ควรพิจารณาใช้ยาในการรักษา หากมีโรคซึมเศราก็ต้องรักษาด้วยยาต้านเศร้าเช่นกัน

Part2:Communication with terminally ill patients and their relatives

การสื่อสารกับผู้ป่วยระยะสุดท้ายและญาติ ๆ

ผู้ป่วยที่เข้าใจว่าตัวเองได้รับข้อมูลน้อยเกินไปหรือมากเกินไปมีแนวโน้มต่อการเกิดโรคซึมเศร้าหรือโรควิตกกังวลมากกว่าคนที่รู้สึกว่าสิ่งที่ตัวเองรู้นั้นตรงกับที่ตัวเองต้องการพอดี แต่อุปสรรคคือจะทำอย่างไรให้เติมเต็มความต้องการสำหรับผู้ป่วยได้ตรงที่เขาต้องการ

ปัญหาในการสื่อสารและให้ข้อมูล

แพทย์มักประสบปัญหาเมื่อต้องบอกข่าวร้ายกับคนไข้ โดยแพทย์มีแนวโน้มที่ตั้งสมมติฐานไว้ก่อนแล้วว่าตัวเองรู้ว่าผู้ป่วยต้องการอะไร ดังนั้นหลังจากบอกข่าวร้ายก็จะตามมาด้วยการให้ข้อมูลและคำแนะนำทันทีเพื่อให้ความมั่นใจว่าจะช่วยอะไรผู้ป่วยได้บ้าง เป็นการปิดโอกาสที่จะให้ผู้ป่วยได้พูดหรือระบายความรู้สึกเกี่ยวกับตัวโรคออกมาส่งผลให้แพทย์ไม่สามารถที่จะเข้าใจความรู้สึกผู้ป่วยได้ มีการสำรวจพยาบาลที่ต้องดูแลผู้ป่วยมะเร็งทั้งเก่าและใหม่รวมไปถึงระยะสุดท้าย พบว่าพยาบาลมีความมั่นใจน้อยที่สุดเมื่อต้องคุยกับผู้ป่วยในกรณีที่มีการกำเริบซ้ำ

ของโรค นอกจากนี้เมื่อต้องสำรวจความรู้สึกกังวลของผู้ป่วยพยาบาลส่วนใหญ่จะรายงานว่าเป็นเรื่องของความปวด แต่ความกังวลเกี่ยวกับด้านอื่น ๆ เช่น ความเหนื่อยล้า,ภาวะบวม,ท้องผูก ได้รับรายงานต่ำกว่าความเป็นจริง และถ้าผู้ป่วยมีภาวะวิตกกังวลและซึมเศร้าแล้วผู้ป่วยกลุ่มนี้จะพูดถึงความวิตกกังวลกับพยาบาลน้อยลง

เหตุผลในการขาดการสื่อสาร

เหตุผลจากตัวผู้ป่วยเอง-ผู้ป่วยไม่ต้องการเปิดเผยสิ่งที่กังวลเพราะเชื่อว่าปัญหาที่เกิดขึ้นเป็นผลของโรคที่หลีกเลี่ยงไม่ได้และถึงจะบอกไปก็ไม่สามารถจะช่วยบรรเทาได้ ผู้ป่วยเองกลัวว่าจะถูกมองว่าไม่อดทนพอถ้ายอมรับว่ามีปัญหา อีกทั้งท่าทีของบุคลากรทางการแพทย์ก็มีผลในการตัดสินใจที่จะบอกหรือไม่บอกความรู้สึกและความกังวลด้วย หลายคนที่พบกับท่าทีของแพทย์ที่ดูเหมือนจะไม่สนใจในความกังวลของตัวเอง ญาติของผู้ป่วยก็เช่นกันที่ไม่กล้าจะเปิดเผยความรู้สึกของตัวเองเพราะคิดว่าความรู้สึกตัวเองสำคัญน้อยกว่าของคนไข้และตัวเองไม่มีสิทธิที่จะรบกวนคนอื่น

เหตุผลจากตัวผู้รักษา - แพทย์หรือพยาบาลมักระแวกกังวลใจในการถามผู้ป่วยโรคมะเร็งถึงความกลัวความวิตกกังวลของผู้ป่วย ในการศึกษาผู้ป่วยที่ผ่าตัดเต้านม186คน พบว่าไม่มีหมอหรือพยาบาลคนไหนที่มาถามถึงความรู้สึกต่อการสูญเสียเลย ผู้ป่วยเองก็เชื่อว่าพยาบาลจะสนใจหรืออยากรู้เฉพาะปัญหาอาการทางกายเท่านั้นเช่นเรื่องปวด หรือ การขับถ่าย นอกจากนี้บุคลากรทางการแพทย์เวลาพูดคุยกับผู้ป่วยก็มักจะหลีกเลี่ยงการลงไปที่ความรู้สึกและความกังวลของผู้ป่วย รวมทั้งมีท่าทีที่ไม่เชิญชวนให้ผู้ป่วยเปิดเผยความรู้สึกส่วนตัว สิ่งเหล่านี้จัดได้ว่าเป็นการยับยั้ง(blocking)โดยตัวบุคลากรเองและทำให้ไม่สามารถเข้าถึงผู้ป่วยได้ วิธีการเหล่านั้นเช่น

Normalization- ไม่สนใจที่จะทำความเข้าใจแต่ทำเป็นเหมือนว่าเข้าใจแล้วพร้อมกับบอกว่ามันจะดีขึ้น

ตัวอย่าง: หญิงอายุ32ปี กำลังจะเสียชีวิตจากโรคมะเร็งเต้านมถูกพาเข้าพักในโรงพยาบาลเพื่อการรักษาประคับประคองในระยะสุดท้าย ในขณะที่พยาบาลเข้ามาซักประวัติ เธอรู้สึกตึงเครียดแล้วเริ่มร้องไห้ พยาบาลจึงตอบสนองด้วยการบอกว่า “คุณคงเริ่มรู้สึกเครียด คนไข้ส่วนใหญ่ที่เข้ามาที่นี่ครั้งแรกก็เป็นแบบนี้ทั้งนั้น ฉันเชื่อว่า คุณจะดีขึ้นในไม่ช้า” การตอบสนองของพยาบาลเป็นการกันไม่ให้ผู้ป่วยเปิดเผยความกลัวต่อความตายและความกังวลเรื่องลูกและสามี นอกจากนี้ยังเพิ่มความตึงเครียดมากขึ้นและรบกวนการรักษาที่จะควบคุมอาการปวดของคนไข้

Premature reassurance- รีบให้คำแนะนำโดยไม่ได้เข้าใจปัญหาผู้ป่วย เป็นสิ่งที่แพทย์และพยาบาลส่วนใหญ่ทำด้วยความเคยชินด้วยหวังที่จะลดความเจ็บปวดของผู้ป่วย ผู้รักษามีแนวโน้ม

ที่จะรีบแก้ไขปัญหาด้วยการให้คำแนะนำหรือข้อมูลทันทีที่ทั้งที่จริงแล้วการรีบให้สิ่งเหล่านี้โดยไม่ประเมินผู้ป่วยก่อนเป็นสิ่งที่ไม่เหมาะสมและไม่เป็นประโยชน์เลย

ตัวอย่าง: หญิงสาวเป็นมะเร็งระยะสุดท้ายอธิบายว่าเธอรู้สึกกังวลที่โรคมะเร็งของเธอกำลังกลับมาและแพร่กระจายอย่างรวดเร็ว เธอเข้าใจมันหมายความว่าเธอกำลังจะตาย เธอรู้สึกตื่นตระหนกว่าเธอจะจัดการกับมันไม่ได้ แพทย์ที่ดูแลเธอในแผนกมะเร็งสุดท้ายบอกกับเธอว่า “มีโอกาสอยู่เยาะที่เดียวที่เราจะจัดการโรคมะเร็งของคุณให้มันอยู่นิ่งไม่แพร่ไปได้หลายปี” แพทย์ผู้นี้มีความตั้งใจว่าจะช่วยความรู้สึกกังวลและทำให้ผู้ป่วยดีขึ้นได้แต่ที่จริงแล้วมันเป็นการตอบที่เร็วเกินไปและไม่มีประสิทธิภาพเขายังไม่รู้เลยว่าตัวผู้ป่วยกังวลเกี่ยวกับเรื่องอะไรและมันทำให้ตัวผู้ป่วยเองยังคงตื่นตระหนกต่อไป

Switching the topic- เปลี่ยนหัวข้อเรื่องที่คุย

ตัวอย่าง: นักสังคมสงเคราะห์พบกับผู้ป่วยที่ผ่าตัดเต้านมทิ้ง เมื่อนักสังคมสงเคราะห์ถามผู้ป่วยว่ารู้สึกอย่างไร ผู้ป่วยบอกว่ารู้สึกแย่ นักสังคมสงเคราะห์จึงถามต่อว่ารู้สึกแย่หมายความว่าอย่างไร ผู้ป่วยตอบว่าเธอคงจะทนไม่ได้กับการที่ต้องสูญเสียเต้านม มันทำให้เธอรู้สึกว่ามันน่าเกลียดและสะอิดสะเอียน มันทำให้เกิดปัญหาความสัมพันธ์ระหว่างเธอกับสามี แทนที่นักสังคมสงเคราะห์จะทำความเข้าใจผู้ป่วยรายนี้ด้วยการสำรวจมากขึ้นกลับถามว่า ผู้ป่วยได้บอกลูกถึงการผ่าตัดนี้หรือยัง ถึงแม้ว่าจะมีการพูดคุยต่ออีก15-20นาที นักสังคมสงเคราะห์ก็ไม่ได้กลับไปพูดถึงเรื่องภาพลักษณ์ของผู้ป่วยที่เป็นปัญหาอีกเลย นั่นแสดงให้เห็นถึงการเปลี่ยนเรื่องของผู้รักษาได้เป็นอย่างดี

Selective attention-เลือกสนใจรับฟังเฉพาะบางเรื่อง

Avoidance – หลีกเลี่ยงที่จะคุยเรื่องความกังวลอย่างตรงไปตรงมา

สาเหตุที่บุคลากรทางการแพทย์มักหลีกเลี่ยงการถามหรือเข้าถึงความกังวลใจของผู้ป่วย

1.Fear of harming a patient – กลัวที่จะถามว่ารู้สึกอย่างไรกับการรักษาหรือการวินิจฉัย คิดว่าการถามว่าเจ็บป่วยมีผลอย่างไรจะเป็นการทำร้ายจิตใจผู้ป่วย แล้วผู้ป่วยจะยิ่งกดดันมากขึ้นในการที่ผู้รักษาไม่สามารถช่วยเหลือได้ ผู้รักษาบางคนก็คิดว่าจะเป็นการเสียเวลา

2.Lack of training – บุคลากรทางการแพทย์หลายคนยังรู้สึกว่าตัวเองขาดการเรียนรู้วิธีการเข้าใจและเข้าหาผู้ป่วยทำให้หนักใจเมื่อต้องเข้าหาผู้ป่วยและรับมือกับการสื่อสารพูดคุย เช่น การบอกกับผู้ป่วยว่าโรคนี้รักษาไม่หาย, การรับมือกับความโกรธของผู้ป่วย, การสื่อสารกับผู้ป่วยที่แยกตัวไม่รับรู้ เป็นต้น การเรียนแพทย์ส่วนใหญ่ไม่ได้บรรจุวิชาเหล่านี้ไว้ในหลักสูตรการเรียน

3.Lack of practical and emotional support - มีการสำรวจพบว่าวิธี blocking จะถูกใช้ น้อยอย่างเห็นได้ชัดหากพยาบาลรู้สึกว่าจะได้รับการสนับสนุนแนะนำจากผู้ที่เป็น supervisor จึงเป็น เรื่องสำคัญที่เดี๋ยวก่อนที่พยาบาลจะดูแลผู้ป่วยก็น่าที่จะได้รับการดูแลอารมณ์ความรู้สึกของตัวเอง ด้วยเช่นกัน

การปรับปรุงทักษะการสื่อสาร

กฎเกณฑ์สำคัญในการสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพ

1.Checking patient's awareness - ผู้ป่วยระยะสุดท้ายส่วนใหญ่พอรู้อยู่แล้วว่าตัวเองมี อาการรุนแรงเพียงไร แต่แพทย์ก็ควรที่จะสำรวจความเข้าใจของตัวผู้ป่วยเช่นกันว่าเข้าใจเกี่ยวกับการเจ็บป่วยว่าอย่างไร โดยไม่จำเป็นต้องผลักดันให้ผู้ป่วยยอมรับแต่ก็ไม่ควรจะช่วยในการปฏิเสธ ความจริง

คุณเคยคิดมาก่อนหรือไม่ว่าอาการของคุณที่เป็นอยู่นั้นเกิดจากอะไร?
มีเหตุผลอะไรที่ทำให้คุณคิดแบบนั้น?

2.Using a hierarchy of euphemisms

เริ่มต้นสำรวจเบื้องต้นก่อน

หมอ: หมอเกรงว่าดูเหมือนผลการรักษาจะไม่คืบหน้าไปกว่านี้อีก

ถ้าผู้ป่วยไม่ต้องการข้อมูลมากไปกว่านี้อาจตอบมาว่า

นาย ช.: ผมไม่อยากจะรู้รายละเอียด หมอแค่บอกว่าจะช่วยผมยังไงได้บ้างก็พอ

ส่วนใหญ่จะตอบสนองด้วยการถามกลับไปยังหมอว่า

นาย อ.: หมอหมายความว่ายังไง ที่ว่าไม่คืบหน้า

หมอ: เนื่องจากของคุณไม่ตอบสนองต่อการรักษาไปมากกว่านี้อีก

นาย อ.: มันหมายความว่าอย่างไร? เป็นสัญญาณที่บอกว่าผู้ป่วยต้องการจะได้ยินหรือรับรู้เรื่องของการรักษาต่อไปอีก

3.Pausing after bad news is confirmed or broken – หลังจากแจ้งข่าวร้ายหรือยืนยัน ในสิ่งที่ผู้ป่วยคิดว่าถูกต้องแล้ว มีความสำคัญอย่างยิ่งที่ผู้แจ้งข่าวควรจะหยุดนิ่ง เพื่อที่จะให้เวลากับผู้ป่วยเมื่อผู้ป่วยค่อยๆทำความเข้าใจและมีความรู้สึกตึงเครียด ผู้แจ้งข่าวอาจเพียงตอบสนองว่า “สิ่งที่หมอบอกไปมันทำให้คุณลำบากใจ/ตึงเครียด/ ฯลฯ” การตอบสนองแบบนี้บางคนอาจดูว่า ซ้ำซาก, ไร้ประโยชน์แต่ที่จริงแล้วมันช่วยให้ผู้ป่วยที่จะเปิดเผยหรือพูดถึงความรู้สึกออกมาโดยไม่

รู้สึกผิด และควรผู้รักษาก็ควรจะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถเปิดเผยความไม่สบายใจหรือความกังวลได้ หากเขาต้องการและให้เขาได้รับรู้ว่าเขาสามารถแสดงออกมาได้โดยชอบธรรม

4.Eliciting patient's concerns and feelings – ผู้รักษาควรสรุปและรวบรวมสิ่งที่ได้จากผู้ป่วยก่อนที่จะหาว่ายังมีความกังวลอื่นอีกหรือไม่ที่ผู้ป่วยยังไม่ได้เล่าให้ฟัง เมื่อผู้ป่วยได้แบ่งปันความรู้สึกแล้วความตึงเครียดก็จะลดลง การจำเพาะลงไปที่หัวข้อของผู้ป่วยใส่ใจสำคัญกว่าหัวข้อของทีมผู้รักษาสนใจ การทำให้ผู้ป่วยได้รับรู้ว่าเราเข้าใจความกังวลของเขาและสามารถเข้าถึงตัวผู้ป่วยเป็นเรื่องสำคัญก่อนที่จะมาหาแนวทางการช่วยเหลือ ผู้ป่วยส่วนใหญ่เองก็เข้าใจว่าตัวโรคของเขาไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ในจุดนี้ผู้รักษาสามารถที่จะช่วยให้เขาได้รับรู้ว่าเราเองก็เข้าใจด้วยการบอกในลักษณะที่ว่า “ก่อนที่จะเราจะมาพูดคุยกันเรื่องอาการป่วยของคุณ หมอคงต้องบอกก่อนว่า สิ่งหนึ่งที่หมอไม่สามารถจะทำได้คือรักษาตัวโรคนี้อันให้หายขาด ดังนั้นคุณอาจรู้สึกว่าการที่เรามาพูดคุยกันถึงเรื่องความกังวลอื่นๆของคุณเป็นสิ่งที่เสียเวลา อย่างไรก็ตามหมอแนะนำว่าอยากให้เรามาช่วยกันพิจารณาถึงสิ่งที่คุณเป็นห่วงกังวลอื่นๆว่ามีอะไรที่เราจะจัดการกับมันได้บ้างและเราจะช่วยกัน”

ตัวอย่างภาวะที่ผู้รักษามักพบบ่อยและพบว่ายากในการสื่อสารกับผู้ป่วย

1.คำถามที่ยากต่อการตอบ

“ผมจะตายหรือเปล่าหมอ”

คำถามนี้เป็นคำถามที่ผู้รักษาอาจสงสัยว่าผู้ป่วยถามเพื่อต้องการรู้ความจริงหรือผู้ป่วยต้องการจะปฏิเสธไม่ยอมรับความจริง จริง ๆ แล้วไม่มีใครตอบได้ว่าผู้ป่วยต้องการอะไร สิ่งที่คุณรักษาควรทำคือตรวจสอบความคิดหรือความต้องการของผู้ป่วยด้วยการถามกลับ เช่น

หมอจะตอบคำถามคุณแน่นอน แต่ก่อนอื่นพอจะบอกได้หรือไม่ว่าคุณถามคำถามนี้เพราะอะไร

2.การรับมือกับความไม่แน่นอน

“ฉันจะมีชีวิตต่อไปได้อีกนานเท่าไร”

ญาติผู้ป่วยเองก็อาจต้องการคำตอบเช่นกัน และอาจคำถามคล้ายๆกันว่าญาติของเขาจะอยู่ได้อีกนานเท่าไร

หมอ: ที่คุณถามว่าเขาจะอยู่นานเท่าไรนั้น หมอให้คำตอบไม่ได้และหมอเข้าใจว่าความไม่แน่นอนนี้มันทำให้คุณรู้สึกลำบากใจ

นาง ผ.:แน่นอนคะ มันเป็นเรื่องที่เลวร้ายเมื่อรู้ว่าเขาจะต้องตายอย่างแน่นอนแต่ไม่รู้ว่าจะเป็นเมื่อไหร่ คุณหมอมองคิดว่าจะเป็นก่อนคริสต์มาสหรือเปล่าคะ

หมอ: นั่นคือสิ่งที่บอกได้ยาก หมอเองก็อยากจะบอกคุณแต่หมอก็ไม่สามารถตอบได้จริงๆว่าเขาจะอยู่ได้นานเท่าไร

หลังจากนั้นให้ลองสำรวจดูว่าญาติหรือผู้ป่วยต้องการรู้เกี่ยวกับสัญญาณเตือนเมื่อผู้ป่วยอาการแย่ลงหรือไม่ โดยใช้คำถาม

หมอ: สิ่งที่หมอพอจะช่วยได้กับคำถามที่คุณถามนั้นคือ หมอสามารถที่จะบอกคุณได้ว่าอาการอย่างใดที่จะเป็นตัวบ่งบอกว่าเขากำลังทรุดลงและวิธีการรับมือกับวาระสุดท้าย ไม่ทราบว่าคุณต้องการจะให้หมอบอกสิ่งเหล่านี้หรือไม่

นาง พ.: ฉันคิดว่านั่นคงช่วยฉันได้

หมอ: เขาอาจจะเริ่มด้วยการบ่นถึงความรู้สึกหายใจลำบากและเริ่มอ่อนแรง ไม่รับประทานอาหารแล้วตามด้วยน้ำหนักลด

หลังจากนั้นผู้รักษาสามารถที่จะให้กำลังใจญาติแนะนำที่จะใช้เวลาดูแลผู้ป่วยก่อนที่เวลานั้นจะมาถึงให้ได้ประโยชน์มากที่สุด

หมอ: ตราบใดที่เขายังไม่มีอาการแบบนั้นแสดงว่าอาการเขาคงที่ ดังนั้นพยายามที่จะใช้เวลานี้กับเขาให้มากที่สุดเท่าที่คุณต้องการ มีอะไรที่คุณต้องการทำเป็นพิเศษในช่วงเวลานี้หรือไม่

3.การจัดการกับภาวะที่ญาติไม่ต้องการให้บอกความจริง- ญาติอยากให้หมอร่วมมือในการไม่บอกความจริงกับคนไข้

หมอ: คุณบอกหมอว่า คุณไม่อยากจะให้หมอบอกเขาว่าอาการของเขาไม่หายและกำลังจะตาย เพราะอะไรคุณถึงไม่อยากจะให้หมอบอกเขา

นาง พ.: ฉันกลัวว่าเขาจะรับไม่ได้และยอมแพ้ ฉันคงทนไม่ได้ถ้าเป็นเช่นนั้น

หมอ: คุณรู้จักเขามากที่สุดและสิ่งที่คุณพูดก็อาจจะถูก ยังมีเหตุผลอื่นอีกหรือไม่ที่คุณไม่อยากจะให้หมอบอกความจริงกับเขา

นาง พ.: ไม่ ฉันคิดว่าคงไม่มีแล้ว

หมอ: ดังนั้นคุณคิดว่าคุณมีเหตุผลที่ดีที่จะไม่ให้เขาจะรู้ความจริงนี้

หลังจากนั้นผู้รักษาควรตรวจสอบเพิ่มเติมถึงความรู้สึกที่เกิดขึ้น

หมอ: หมอขอถามว่าเรื่องนี้มันส่งผลอย่างไรกับคุณ

นาง พ.: มันเครียดและกดดัน ฉันฝันร้ายมาหลายคืน

หมอ: เล่าให้หมอฟังถึงฝันร้ายเหล่านั้นหน่อยสิครับ

นาง พ.: เขาดูเหมือนกำลังจะจากไป

หมอ: นั่นคือสิ่งที่กำลังจะเกิดขึ้นในไม่ช้า เรื่องที่ว่าเขากำลังจะตาย

นาง พ.: (ร้องไห้)ใช่ ฉันเครียดในเรื่องนั้น

หมอ: ฟังดูแล้วจากที่คุณเล่า สำหรับคุณมันเป็นเรื่องที่เครียดมากที่สุดทีเดียว

นาง พ.: ใช่ มันเป็นเรื่องที่เครียดมากจริงๆ ฉันกังวลว่าเขาเองก็คงเดาอยู่เหมือนกันว่าเกิดอะไรขึ้น ไม่นานมานี้เขาก็เพิ่งทักว่าฉันดูเหี่ยวกว่าปกติ

หมอ: คุณแสดงออกเมื่อเกิดความเครียดเหล่านี้ได้อย่างไร

นาง พ.: ตอนถึงจุดที่ฉันอยากจะกรีดร้อง ฉันก็จะไปลงที่เตียงๆ ฉันหงุดหงิดง่าย

หมอ: คุณพบปัญหาอะไรหรือไม่ในการที่ไม่บอกความจริงให้เขารู้

นาง พ.: ใช่ เราไม่คุยกันเหมือนที่ผ่านๆมา ฉันอยากจะแสดงออกความรักที่มากขึ้นแต่ถ้าฉันทำก็กลัวว่าเขาจะเดาได้ว่ามีอะไรผิดปกติ เขาบอกว่าช่วงนี้ฉันดูอึดอัดห่างออกไป มันเลวร้ายมาก เมื่อไหร่ก็ตามที่ฉันอยากเข้าใกล้เขาก็รู้สึกเหมือนกับมีเกราะกำบังมากันอยู่ระหว่างเราสองคน

หมอ: อืม มีอยู่ 2 เรื่องที่เราน่าจะมาพิจารณาร่วมกันว่าเราจะจัดการกับมันได้อย่างไร หนึ่งคืออารมณ์ตึงเครียดของคุณ และสอง ผลกระทบที่มีต่อคุณกับสามี

นาง พ.: ค่ะ

หมอ: คุณพอจะแนะนำหมอได้บ้างมั๊ย ว่าเราจะเริ่มทำอย่างไรกับมันดี

นาง พ.: แต่คุณคงไม่บอกสามีของฉันใช่มั๊ย

หมอ: ไม่ สิ่งที่หมอจะเข้าไปคุยกับเขาไม่เกี่ยวกับการบอกความจริง คุณต้องการเข้าไปพร้อมกันหรือไม่

นาง พ.: ใช่ ฉันต้องการ

ถึงจุดนี้ผู้รักษาควรที่จะชี้ให้ญาติได้มั่นใจว่าการที่เราจะพูดกับผู้ป่วยเพื่อจะช่วยให้ผู้ป่วยเองรู้หรือเข้าใจมากขึ้นเท่าไรแล้วว่าจะเกิดอะไรขึ้น และควรเน้นย้ำให้ชัดเจนว่าเราไม่ได้ตั้งใจที่จะไปบอกความจริงกับผู้ป่วย

หมอ: หมอขอเน้นย้ำอีกครั้งว่าการเข้าไปพูดคุยครั้งนี้ไม่ได้มีจุดมุ่งหมายที่จะบอกความจริงกับตัวเขา หมอต้องการจะสำรวจดูว่าเขาเข้าใจสถานการณ์ตอนนี้ได้อย่างไร เพราะถ้าเขาเองรู้อยู่แล้วว่ามะเร็งของเขารักษาไม่หาย เราจะได้ไม่ต้องมาปิดอีกต่อไป

นาง พ.: แต่คุณจะไม่บอกเขาก่อนใช่มั๊ย

หมอ: ไม่บอกแน่นอน หมอจะเช็คดูเท่านั้น ว่าเขารู้อะไรมาอย่างน้อยแค่ไหน

ถัดไปผู้รักษาก็ควรที่จะเลือกใช้คำถามที่เหมาะสมเพื่อให้ถึงตัวผู้ป่วย ดูว่าเขามีความเข้าใจหรือมีมุมมองต่อการเจ็บป่วยนี้อย่างไรและหากมีสิ่งใดที่ผู้ป่วยบอกเป็นนัยก็ควรสำรวจต่อ

หมอ: หมอต้องการจะคุยกับคุณดูว่าช่วงนี้คุณรู้สึกอย่างไรบ้าง

นาย อ.: ไม่ค่อยดี

หมอ: ไม่ค่อยดี?

นาย อ.: มันไม่ชัดเจนอยู่! พวกเขาไม่ให้การรักษาอะไรผมเลย ผมเองก็รู้สึกพลังงานในตัวน้อยลงทุกวัน น้ำหนักผมลดลงและผมก็หายใจลำบากขึ้น

หมอ: คุณเข้าใจว่าอย่างไร

นาย อ.:มันถึงจุดสิ้นสุดแล้วใช่หมอ

หมอ: อะไรที่ทำให้คุณคิดว่าถึงจุดสิ้นสุด

นาย อ.:ผมรู้มานานแล้วละว่าผมเป็นมะเร็ง แม้ว่าพวกเขาจะไม่บอกผมก็ตาม ตอนนั้นผมได้แต่คิดว่าผมเองคงอยู่ได้ไม่นาน

หมอ: ฟังดูเหมือนคุณรู้อยู่ก่อนแล้วว่าเกิดอะไรขึ้น

นาย อ.:ใช่ครับ แต่ผมไม่อยากให้ภรรยาต้องสับสนกังวลด้วยการพูดถึงเรื่องนี้ เธออยู่ยากพออยู่แล้วกับผมที่ต้องป่วยอยู่แบบนี้รวมไปถึงเรื่องลูกๆที่ต้องรับมือ

เมื่อผู้ป่วยมีการรับรู้ที่ถูกต้องแล้วผู้รักษาก็ควรจะยืนยันตอบรับและขออนุญาตที่จะนำเรื่องนี้ไปบอกกับญาติเพื่อที่จะแบ่งปันความรู้สึกให้กันและกัน การเข้าไปจัดการกับกรณีเช่นนี้เป็นความรู้สึกที่เจ็บปวดเพราะผู้รักษาจะเป็นเสมือนพยานที่รู้เห็นความรักของคนทั้งคู่และผลกระทบอารมณ์ที่เกิดขึ้นตามมาจากการสูญเสีย อย่างไรก็ตามก็มีความจำเป็นที่ผู้รักษาต้องเข้าไปจัดการกับการร่วมปิดบังความจริงผู้ป่วยให้เร็วที่สุดเมื่อมันเริ่มจะเป็นปัญหา มิฉะนั้นภาระที่ค้างค้ำจะถูกทิ้งไว้โดยไม่ได้จัดการ นั่นจะทำให้ตัวผู้ป่วยเองเกิดความวิตกกังวลหรือซึมเศร้าขึ้นได้และจะลดระดับความสามารถที่จะทนต่อความเจ็บป่วยทางกายเช่น ลดความสามารถที่จะทนอาการปวด ฯลฯ รวมไปถึงตัวญาติเองก็จะได้รับผลกระทบในท้ายที่สุดเมื่อผู้ป่วยจากไปโดยยังมีสิ่งที่ค้างค้ำไว้ไม่ว่าจะเป็นเรื่องของการงานหรือเรื่องของความรู้สึกก็ตาม

4.การจัดการกับภาวะปฏิเสธ-ผู้ป่วยหลายคนใช้การปฏิเสธความจริงเป็นกลไกป้องกันตัวเมื่อพบว่าความจริงเจ็บปวดเกินรับได้ วิธีนี้ไม่จำเป็นที่ผู้รักษาต้องไปคัดค้านนอกเสียจากว่ามันทำให้เกิดปัญหาที่รุนแรง ในการเข้าไปจัดการด้วยการทำทนายหรือคัดค้านการปฏิเสธนั้นผู้รักษาควรเข้าไปอย่างสุภาพและเริ่มด้วยการถามเพื่อให้ได้ข้อมูลก่อนว่าเกิดอะไรขึ้นบ้างหลังจากพบว่าเริ่มเจ็บป่วยแล้วจึงสำรวจความคิดความเชื่อว่ามีจุดไหนที่ผิด

นาย ส.:ผมเชื่อว่าผมเป็นแค่แผลในกระเพาะอาหาร ผมค่อนข้างมั่นใจ

หมอ:ค่อนข้างมั่นใจ?

แล้วสิ่งที่ผู้ป่วยตอบกลับมาก็แสดงให้เห็นว่าเขามองอาการป่วยของตัวเองอย่างไรเช่น

นาย ส.:ใช่ มันก็มีอยู่บ้างที่ผมสงสัยว่ามะเร็งมันจะกลับมาใหม่

และเมื่อผู้ป่วยลังเลที่จะเผชิญหน้ากับความจริง ผู้รักษาอาจช่วยได้ด้วยการตอบกลับว่า

หมอ: มันดูเหมือนกับว่าใจหนึ่งคุณก็อยากจะเชื่อว่ามันไม่ได้เป็นโรคร้ายแรงอะไรในขณะที่อีกใจก็กำลังคิดว่าเป็นเรื่องของมะเร็งที่มันกลับมาเป็นใหม่และไม่ตอบสนองต่อการรักษาหรือเปล่า ด้านไหนที่เป็นสิ่งที่คุณอยากให้หมอเข้าใจช่วยเหลือ

อีกตัวอย่างที่ผู้ป่วยที่เป็นมะเร็งรังไข่ปฏิเสธที่จะยอมรับและยืนยันว่าอาการที่เกิดขึ้นมาจากการตั้งครรภ์ ผู้รักษาลองใช้วิธีการทำหยาการปฏิเสธนี้ด้วยการชี้ให้เห็นความไม่เข้ากันระหว่างการรับรู้ในเหตุการณ์ครั้งนี้เทียบกับประสบการณ์ที่ผ่านมาของผู้ป่วย

หมอ: คุณบอกหมอว่าการตั้งครรภ์ครั้งนี้ต้องคุณใหญ่กว่าสองครั้งที่ผ่านมา คุณเคยสงสัยหรือเปล่าว่าเพราะอะไรถึงเป็นเช่นนั้น

นาง ส.: ฉันคิดทำนองนั้นแหละ ไม่ได้คิดอะไรมากไปกว่านั้น

หมอ: คุณแน่ใจหรือ?

นาง ส.: ใช่ ฉันมั่นใจว่าเป็นการตั้งครรภ์ธรรมดา

ถ้าในกรณีที่ล้มเหลวที่จะทำหยาการปฏิเสธความจริงผู้ป่วยให้ลองสำรวจดูว่ายังมีช่องทาง (window) อยู่อีกหรือไม่ เช่น ถามว่า “หมอเข้าใจว่าคุณคิดถึงว่าเป็นเรื่องของการติดเชื้อ กระนั้นก็ดี มีช่วงเวลาไหนหรือมีบ้างหรือไม่ที่คุณคิดว่ามันอาจไม่ใช่อย่างที่คิด” ถ้าผู้ป่วยยังยืนยันว่าไม่ ผู้รักษาก็ต้องยอมรับในสิ่งที่ผู้ป่วยเลือกเพราะความจริงมันก็อาจเจ็บปวดเกินที่ผู้ป่วยบางคนจะยอมรับได้