

บทความวิชาการ (Review Article)

บทบาทพยาบาลด้านจิตสังคมในการดูแลภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับการรักษาแบบประคับประคอง

ธนพร ศรีเบญจ (พย.ม.) และ จินตนา กิ่งแก้ว (พย.ม.)

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเฉลิมกาญจนา จังหวัดศรีสะเกษ ประเทศไทย

บทคัดย่อ

ภาวะซึมเศร้า (depressive disorder) หรือโรคซึมเศร้า (depression) เป็นโรคทางจิตเวชที่พบบ่อย มีลักษณะสำคัญคืออารมณ์ซึมเศร้า การสูญเสียความสุขหรือความสนใจในกิจกรรมต่าง ๆ เป็นระยะเวลานาน ซึ่งอาจนำไปสู่การทำร้ายตนเองหรือการฆ่าตัวตายได้ ภาวะดังกล่าวพบได้บ่อยในผู้ป่วยมะเร็ง ซึ่งเป็นโรคเรื้อรังที่ต้องใช้ระยะเวลาในการรักษายาวนาน โดยมีรายงานว่าผู้ป่วยมะเร็งมากกว่า ร้อยละ 50 มีภาวะซึมเศร้า ดังนั้นผู้ป่วยกลุ่มนี้จึงควรได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าอย่างเป็นระบบ เพื่อค้นหาปัจจัยเสี่ยง ระดับความรุนแรง และความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าที่รุนแรงซึ่งอาจนำไปสู่การทำร้ายตนเอง

การดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่มีภาวะซึมเศร้าถือเป็นความท้าทายสำคัญของพยาบาล โดยเฉพาะในบริบทของการดูแลแบบประคับประคอง ซึ่งผู้ป่วยมีภาวะสุขภาพที่ซับซ้อนทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม บทบาทสำคัญของพยาบาลด้านจิตสังคมประกอบด้วย การให้ความรู้และการให้คำปรึกษา การทำจิตบำบัดภายใต้สัมพันธภาพ และการสื่อสารเชิงบำบัด การจัดการสิ่งแวดล้อมเพื่อลดความวิตกกังวล ตลอดจนการสร้างเสริมพลังอำนาจและส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วย โดยอาศัยการประยุกต์ใช้แนวคิดและทฤษฎีทางจิตวิทยาให้เหมาะสมกับความเป็นปัจเจกบุคคล สถานการณ์นี้สะท้อนถึงโอกาสสำคัญในการพัฒนาสมรรถนะของพยาบาลให้มีความรู้และความเชี่ยวชาญเฉพาะด้าน โดยเฉพาะการพยาบาลด้านจิตสังคม เพื่อให้สามารถตอบสนองต่อความต้องการที่ซับซ้อนของผู้ป่วย และรองรับการเปลี่ยนแปลงของระบบบริการสุขภาพในอนาคตได้อย่างมีประสิทธิภาพ

คำสำคัญ โรคมะเร็ง ภาวะซึมเศร้า การดูแลแบบประคับประคอง การพยาบาลด้านจิตสังคม

ผู้นิพนธ์ที่รับผิดชอบ

ธนพร ศรีเบญจ

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเฉลิมกาญจนา

อำเภอเมืองศรีสะเกษ จังหวัดศรีสะเกษ ประเทศไทย

E- mail: orjintana19@gmail.com

The psychosocial role for nurses responding to depression among cancer patients during palliative treatment

Thanaphon Sribenchra (M.N.S.) and Jintana Kingkaew (M.N.S.)

Nursing Science Program in Chulermkarnchana University, Sisaket, Thailand

Abstract

Depressive disorder (or depression) is a common psychiatric condition characterized by a persistent despondent mood and a prolonged loss of pleasure or interest in daily activities. This condition may lead to self-harm or suicide. Depression is frequently found among patients diagnosed with cancer, which is a chronic disease requiring long-term treatment. It has been reported that more than 50% of cancer patients experience symptoms of depression. Therefore, cancer patients undergoing palliative treatment should receive systematic assessments to identify depression risk factors, severity levels and be evaluated if their condition may result in self-harm.

Caring for cancer patients with depression presents a significant challenge for nurses, particularly in the context of palliative care, where patients experience complex health conditions affecting their physical, psychological and social dimensions. Key psychosocial roles for nurses include providing education and counseling, conducting psychotherapy through therapeutic relationships and therapeutic communication, managing the patient's environment to reduce anxiety, and empowering patients while promoting self-care abilities to prevent the patient's condition from becoming more severe. These interventions require the appropriate application of psychological theories tailored to the individual needs of each patient. This situation reflects a significant opportunity to develop the competencies of nurses by equipping them with specialized knowledge and expertise, particularly in psychosocial nursing. These applications will enable nurses to effectively respond to the complex needs of patients and adapt to future changes in the healthcare system.

Keywords: Cancer, Depression, Palliative care, Psychosocial nursing

Corresponding author: Thanaphon Sribenchra
Faculty of Nursing, Chulermkarnchana University,
Mueang District, Sisaket Province, Thailand
E- mail: orjintana19@gmail.com

Receive: October 27, 2025 Revised: December 15, 2025 Accepted: December 17, 2025

การอ้างอิง

ธนพร ศรีปัญญา และ จินตนา กิ่งแก้ว. บทบาทพยาบาลด้านจิตสังคมในการดูแลภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับการรักษาแบบประคับประคอง. บุรพาเวชสาร. 2568; 12(2): 77-89.

Citation

Sribench T and Kingkaew J. The psychosocial role for nurses responding to depression among cancer patients during palliative treatment. Bu J Med. 2025; 12(2): 77-89.

บทนำ

ภาวะซึมเศร้า (depressive disorder) หรือ โรคซึมเศร้า (depression) เป็นโรคทางจิตเวชที่พบบ่อย เกี่ยวข้องกับอารมณ์ซึมเศร้า การสูญเสียความสุขหรือ ความสนใจในกิจกรรมต่าง ๆ เป็นเวลานาน เป็นสาเหตุ ที่นำไปสู่การฆ่าตัวตายได้¹ โดยพบว่าผู้ป่วยโรคมะเร็ง มีอุบัติการณ์ของภาวะซึมเศร้าภายในหนึ่งเดือน ประมาณร้อยละ 5 และเพิ่มขึ้นเกือบร้อยละ 9 ภายใน 12 เดือน พบอุบัติการณ์ภาวะซึมเศร้าเฉลี่ย ร้อยละ 15 ถึง 29 ซึ่งสูงกว่าประชากรทั่วไปประมาณ 3-5 เท่า และมีแนวโน้มสูงขึ้น² ในประเทศไทยพบภาวะซึมเศร้า ในผู้ป่วยมะเร็งสูงกว่าร้อยละ 50³ นอกจากปัญหาทาง ร่างกายและจิตใจแล้ว ยังพบผลกระทบทางสังคม ได้แก่ การดำเนินชีวิตประจำวัน การทำงาน การเรียน และครอบครัว และที่รุนแรง คือ การทำร้ายตนเอง ซึ่งนำไปสู่การฆ่าตัวตายได้⁴ ภาวะซึมเศร้าสามารถพบ ได้ในผู้ป่วยโรคมะเร็งทุกระยะ ตั้งแต่ได้รับการวินิจฉัย ระหว่างการรักษาไปจนถึงระยะสุดท้ายของโรค

โรคมะเร็ง เป็นภาวะที่เซลล์แบ่งตัวเจริญเติบโตผิดธรรมชาติ และลุกลามแพร่กระจายไปยัง อวัยวะต่าง ๆ ของร่างกาย ส่งผลให้อวัยวะนั้น ๆ ไม่สามารถทำหน้าที่ได้ตามปกติ และเสื่อมถอยลง จนเกิดความล้มเหลว การรักษาต้องติดตามต่อเนื่อง เป็นระยะเวลานาน เสียเวลาในการเดินทาง การคาดหวังผลการรักษา บางครั้งอาจผิดหวังเนื่องจากโรคไม่ตอบสนองต่อการรักษาทำให้ท้อถอย ปัจจุบันจึงมุ่งเน้น การรักษาควบคู่ไปกับการดูแลแบบองค์รวมตั้งแต่ระยะ เริ่มแรกของการเป็นโรค เป็นการปรับเปลี่ยนแนวคิด จากการรักษาโรคเพื่อหวังผลให้หายเพียงอย่างเดียว ไปสู่การดูแลแบบประคับประคอง เพื่อให้คุณภาพ ชีวิตดีขึ้น ลดความทุกข์ทรมาน ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ซึ่งการดูแลแบบประคับ ประคองช่วยการดูแลทั้งด้านร่างกายลดความเจ็บปวด ด้านจิตใจที่คอยสนับสนุนให้คลายความวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้าและลดการทำร้ายร่างกายและการฆ่าตัวตาย

ด้านสังคมช่วยลดค่าใช้จ่าย ลดการไปที่ห้องฉุกเฉิน ลดการกลับเข้ารับรักษาตัวในโรงพยาบาลซ้ำ ๆ ลด การเข้ารับรักษาตัวในหอผู้ป่วยวิกฤติ และด้านจิตวิญญาณ นั้นผู้ป่วยโรคมะเร็งและครอบครัวรู้สึกผ่อนคลายและ พึงพอใจในการดูแล⁵

ดังนั้นมีความจำเป็นที่ต้องเฝ้าระวังผู้ป่วย โรคมะเร็งระยะประคับประคองทุกคนที่อาจเกิดภาวะ ซึมเศร้า โดยการประเมินภาวะซึมเศร้า ความรุนแรง ของปัญหา ความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย เพื่อตัดสินใจ เลือกแนวทางหรือวิธีการดูแลรักษา การดูแลแบบ ประคับประคองด้านจิตสังคมอย่างเหมาะสม และ การส่งต่อกรณีจำเป็นต้องได้รับการช่วยเหลือจาก จิตแพทย์⁶

ในบทความนี้ ผู้นิพนธ์ได้เสนอ บทบาท พยาบาลแบบองค์รวม ด้านจิตสังคมที่เน้นการควบคุม ความเจ็บปวดทางกาย การดูแลด้านจิตอารมณ์ การให้คำปรึกษาผู้ป่วยและครอบครัวในการดูแล ภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับการรักษา แบบประคับประคองเพื่อให้เกิดแนวทางนำไปใช้สำหรับ การดูแลผู้ป่วยต่อไปได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ความหมายของภาวะซึมเศร้าหรือโรคซึมเศร้า

ภาวะซึมเศร้า ในบทความนี้หมายถึง โรคซึมเศร้าด้วย ซึ่งเป็นโรคทางจิตเวชที่พบบ่อย เกี่ยวข้องกับภาวะจิตใจที่ผิดปกติ มีการแสดงออกถึง ความแปรปรวนด้านอารมณ์ ได้แก่ อารมณ์เศร้า การสูญเสียความสุข หดหู่ ท้อแท้ หมดหวัง มอง โลกในแง่ร้าย รู้สึกตนเองไม่มีคุณค่า มีความรู้สึก ผิด ต่ำหนืดตนเอง ซึ่งความท้อแท้ หมดหวัง ส่งผลต่อ ร่างกาย เช่น เกิดความเหนื่อยล้า ด้านความคิดผู้ป่วย จะคิดเรื่องเดิม ๆ หากเป็นติดต่อกันเป็นระยะเวลานาน หลายสัปดาห์จะส่งผลกระทบต่อด้านพฤติกรรม ได้แก่ ไม่มีสมาธิ การสูญเสียความสนใจในกิจกรรมต่าง ๆ หรือจำกัดความสามารถในการดำเนินกิจกรรมสำคัญ ๆ

ในชีวิต จึงมีผลกระทบต่อการทำงาน และการดำเนินชีวิตประจำวันได้^{6,7}

อุบัติการณ์ของภาวะซึมเศร้า

สถาบันสุขภาพจิตแห่งชาติ สหรัฐอเมริกา รายงานในปี พ.ศ.2564 พบว่าผู้ใหญ่ในสหรัฐอเมริกา ที่มีอายุ 18 ปีขึ้นไปจำนวน 14.5 ล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ 5.7 ของผู้ใหญ่ในสหรัฐอเมริกาทั้งหมด เคยมีอาการซึมเศร้ารุนแรง⁸ และผู้ป่วยโรคซึมเศร้า พบว่ามีภาวะซึมเศร้าร้อยละ 15 ถึงร้อยละ 29 ซึ่งสูงกว่าประชากรทั่วไปประมาณสามถึงห้าเท่า² สอดคล้องกับการศึกษาภาวะซึมเศร้าในภูมิภาคเอเชีย เช่น ประเทศสิงคโปร์ซึ่งพบภาวะซึมเศร้าในผู้ใหญ่เฉลี่ยร้อยละ 5.8 โดยพบในผู้หญิงมากกว่าผู้ชาย⁹ สำหรับประเทศไทยพบการเจ็บป่วยด้วยโรคนี้จำนวนมากถึง 1.5 ล้านคน¹⁰ ซึ่งผู้ที่มีอาการโรคซึมเศร้ามีแนวโน้มที่จะฆ่าตัวตายได้ถึงร้อยละ 44.2 หากมีอาการรุนแรง และไม่ได้รับการบำบัดรักษาอย่างเหมาะสมอาจเกิดความคิดฆ่าตัวตายมากกว่าคนทั่วไปถึง 20 เท่า¹¹

การวินิจฉัยภาวะซึมเศร้า

การวินิจฉัยภาวะซึมเศร้า ประกอบด้วย การซักประวัติเกี่ยวกับโรคทางร่างกาย สภาวะทางจิตใจ อารมณ์ สังคม เช่น ความสัมพันธ์กับคนรอบข้าง การทำงานและการดำเนินชีวิตประจำวัน การตรวจร่างกาย รวมทั้งการสอบถามอาการและอาการแสดงต่าง ๆ ที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า

เริ่มต้นด้วยการตรวจคัดกรองภาวะซึมเศร้า โดยใช้แบบคัดกรองภาวะซึมเศร้า 2 คำถาม (PHQ-2) หากผลออกมาเป็นผลบวก หมายถึง การมีความเสี่ยงหรือแนวโน้มต่อการเป็นภาวะซึมเศร้า ควรยืนยันการวินิจฉัยด้วยคู่มือการวินิจฉัยและสถิติสำหรับความผิดปกติทางจิต ฉบับที่ 5 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-5)^{6,10,12,13} โดยต้องมีอาการในข้อ 1 หรือข้อ 2 อย่างน้อย

1 ข้อ และต้องมีอาการ 5 อาการหรือมากกว่า จาก 9 อาการ โดยเกิดพร้อมกันอย่างต่อเนื่องเป็นเวลา 2 สัปดาห์ จึงแสดงว่าอาจมีภาวะซึมเศร้า ดังนี้^{6,12,13}

1. อารมณ์เศร้าในส่วนใหญ่ของวัน
2. หดความสนใจหรือความสนใจในกิจกรรมต่าง ๆ
3. น้ำหนักลดหรือมีอาหารเบื่ออาหารหรือกินมากเกินไป
4. นอนไม่หลับหรือหลับมากเกินไป
5. มีพฤติกรรมกระวนกระวายหรือเฉื่อยชา
6. รู้สึกอ่อนเพลียหรือไม่มีแรง
7. รู้สึกไร้ค่าหรือมีความรู้สึกผิดที่ไม่เหมาะสม เช่น มักมีความคิดว่าตนเองไม่ดีพอ ไวต่อมุมมองของคนอื่นที่สรุปในทางที่เลวร้าย จนอาจทำให้มีความรู้สึกผิด
8. สมาธิและความสามารถในการคิดลดลง
9. คิดซ้ำ ๆ เกี่ยวกับความตายหรือมีความพยายามฆ่าตัวตาย

ความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า

การประเมินความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า โดยใช้อาการ ระดับความบกพร่องในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และความสามารถในการจัดการสิ่งต่าง ๆ เพื่อการดำเนินชีวิต สามารถจัดระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าออกเป็น 3 ระดับ^{14,15} ได้แก่

1. ระดับน้อย หมายถึง มีอาการเพียงเล็กน้อย เช่น เบื่อหน่ายเล็กน้อย อารมณ์หดหู่ เศร้าซึม ที่ทำให้เกิดความไม่สบายใจ แต่สามารถจัดการกับความทุกข์ได้ และมีผลทำให้เกิดความบกพร่องทางสังคมและการประกอบอาชีพเล็กน้อย ไม่มีผลกระทบต่อการดำเนินชีวิต สามารถปฏิบัติกิจกรรมประจำวันได้ตามปกติหรือใกล้เคียงปกติ¹⁰

2. ระดับปานกลาง หมายถึง จำนวนอาการและความรุนแรงของอาการและ/หรือความบกพร่องในการปฏิบัติกิจวัตรประจำหรือความสามารถใน

การดำเนินชีวิต อาการอยู่กึ่งกลางระหว่างระดับเล็กน้อยและระดับรุนแรง เช่น ซึม พุดน้อยลง การพูดจายากลำบากขึ้น เชื่องช้า คิดช้า วิดกกังวล การทำงานบกพร่องเริ่มกระทบการใช้ชีวิตประจำวัน¹⁰

3. ระดับรุนแรง หมายถึง จำนวนอาการมีความรุนแรงอย่างมาก ความรุนแรงของอาการก่อให้เกิดความทุกข์ใจอย่างรุนแรง ไม่สามารถจัดการกับอาการที่เกิดขึ้นได้ และส่งผลกระทบอย่างมากต่อการทำหน้าที่ทางสังคม การทำงาน และไม่สามารถใช้ชีวิตประจำวันได้ อาจมีความคิดหลงผิดและทำร้ายตนเองได้⁹

การประเมินระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าอย่างเอาใจใส่จะส่งผลให้พยาบาลนำข้อมูลไปใช้ในการวางแผนหรือกำหนดเป้าหมายทางการพยาบาลที่เหมาะสมกับผู้ป่วยต่อไป

แนวทางการบำบัดรักษาและการติดตามผลการบำบัดรักษาภาวะซึมเศร้า

แนวทางการบำบัดรักษาภาวะซึมเศร้า (depression) และโรคซึมเศร้า (major depressive disorder)⁶ ประกอบด้วย 3 วิธี ได้แก่ การรักษาด้วยยา การรักษาด้วยวิธีจิตบำบัด และการรักษาด้วยวิธีธรรมชาติบำบัด ดังนี้

1. การรักษาด้วยยา เป็นการให้ยาด้านเศร้า (antidepressant) เช่น serotonin, epinephrine หรือ norepinephrine เพื่อปรับสมดุลสารเคมีในสมอง ซึ่งช่วยลดอาการเศร้าได้โดยปกติแล้วจะเริ่มเห็นผลหลังจากได้รับยาไปแล้ว 1-2 สัปดาห์ การใช้ยารักษาต้องอยู่ในการดูแลของแพทย์อย่างเคร่งครัดรับประทานยาอย่างต่อเนื่องจนหายและติดตามอาการต่อไปอีก 6-12 เดือน ดังนั้น ต้องให้คำแนะนำผู้ป่วย แม้ไม่มีอาการควรต้องรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง^{14,16}

2. การรักษาด้วยวิธีจิตบำบัด เป็นการให้คำปรึกษาและรักษาทางจิตใจโดยจิตแพทย์หรือทีม ซึ่งประกอบด้วยนักจิตวิทยา มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้ป่วย

เข้าใจปัญหาและนำไปสู่การแก้ไขปัญหาได้อย่างเหมาะสม แนวทางการดูแลรักษา มี 3 รูปแบบ ได้แก่ รูปแบบการปรับความคิดและพฤติกรรม รูปแบบการปรับความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล และรูปแบบการรักษาจิตบำบัดเชิงลึกโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว¹⁷

3. การรักษาด้วยวิธีธรรมชาติบำบัด เป็นการบำบัดผสมผสานหลากหลายวิธี โดยเน้นที่การดูแลตัวเองร่วมกับการปรับพฤติกรรม วิธีทางการดำเนินชีวิตและวิธีการคิด เพื่อปรับสมดุลให้กับสมองโดยการเปลี่ยนแปลงกิจกรรมทางกายภาพ ซึ่งคำแนะนำวิธีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เช่น การออกกำลังกาย การนอนหลับพักผ่อนที่เพียงพอ และการรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ และการจัดกิจกรรมกลุ่มบำบัด โดยวิธีการเหล่านี้พบว่าสามารถสร้างความภาคภูมิใจในตนเองของผู้ป่วยที่มีอาการซึมเศร้าได้³

ภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับการรักษาแบบประคับประคอง

โรคมะเร็งเป็นโรคเรื้อรังที่ต้องใช้ระยะเวลาในการรักษายาวนาน มะเร็งบางชนิดอาจหายได้ แต่ส่วนใหญ่ต้องติดตามต่อเนื่อง เมื่อโรคดำเนินเข้าสู่ระยะสุดท้ายซึ่งไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ เนื่องจากการแพร่กระจายของโรค และการดื้อยา เป็นต้น จากการทบทวนวรรณกรรมในไทยพบว่า ผู้ป่วยที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังมากกว่า 1 ใน 3 (ร้อยละ 44.7) มีภาวะซึมเศร้า โดยมีภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อย ร้อยละ 31.4 ระดับปานกลางร้อยละ 3.5 และ ระดับรุนแรงร้อยละ 7.1 อีกทั้งยังพบว่าผู้รับบริการกลุ่มที่ได้รับผลกระทบในการดำเนินชีวิตและทุกข์ทรมานจากการเจ็บป่วยสูง มักพบว่ามีภาวะซึมเศร้าสูงกว่ากลุ่มอื่นด้วย⁴ ผู้ป่วยที่รักษามะเร็งมากกว่าร้อยละ 50 มีภาวะซึมเศร้า³ สอดคล้องกับการศึกษาถึงภาวะบีบคั้นด้านจิตใจในสตรีมะเร็งเต้านม 112 ราย พบว่า

สตรีกลุ่มนี้มีภาวะซึมเศร้าระดับปานกลางถึงมาก ร้อยละ 25.93 และได้รับยาบรรเทาอาการซึมเศร้า¹⁶ ในปัจจุบันมีการปรับเปลี่ยนทัศนคติจากมิติการดูแลโรคที่ผู้ป่วยมะเร็งยังมีความทุกข์ทรมาน ไปเป็นมิติการดูแลแบบประคับประคอง ซึ่งเป็นอีกทางเลือกหนึ่งของผู้ป่วยโรคมะเร็งที่คุกคามต่อชีวิต โดยมุ่งเน้นการดูแลคุณภาพชีวิต โดยให้การดูแลแบบองค์รวมลดความทุกข์ทรมาน ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม จิตวิญญาณของผู้ป่วยและครอบครัว

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับการรักษาแบบประคับประคอง

การศึกษาภาวะซึมเศร้า อาจเกิดได้จากหลายปัจจัยทั้งภายในและภายนอก ปัจจัยภายใน ได้แก่ ปัจจัยทางชีวภาพ ความไม่สมดุลของสารชีวเคมีในสมอง ความผิดปกติของการปรับสมดุลฮอร์โมนของต่อมไร้ท่อและพันธุกรรม รวมทั้งปัญหาทางด้านจิตใจที่ได้รับจากประสบการณ์ในชีวิต เป็นต้น ส่วนปัจจัยจากภายนอก ได้แก่ ปัจจัยทางสังคม และสิ่งแวดล้อมรอบตัว⁷ การศึกษาในประเทศไทยพบว่าโรคมะเร็งส่วนใหญ่พบในคนอายุต่ำกว่า 50 ปี ซึ่งเป็นวัยทำงาน การเจ็บป่วยมีผลต่อร่างกายโดยตรง ร่างกายจะอ่อนแอทำงานไม่ได้ตามปกติ ขาดรายได้ จากการรักษาที่ยาวนานซึ่งมีค่ารักษาพยาบาลค่อนข้างสูงต่อเนื่อง แม้จะมีสิทธิการรักษาจากภาคส่วนต่างๆ แต่ต้องจ่ายส่วนเกินจากสิทธิการรักษา รวมทั้งมีค่าใช้จ่ายอื่น ๆ เกิดขึ้นอีกหลายประการ จึงส่งผลกระทบต่อภาวะการเงินภายในครอบครัว เกิดเป็นความเครียด และส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้¹⁸

สำหรับการศึกษาในต่างประเทศ พบว่าปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคมะเร็งมีความซับซ้อน ซึ่งสัมพันธ์กับข้อมูลส่วนบุคคลด้านสังคม การดำเนินของโรค และการรักษา ซึ่งปัจจัยเสี่ยงด้านบุคคลต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคมะเร็ง ได้แก่ อายุ น้อย เพศหญิง ประวัติความผิดปกติทาง

อารมณ์ การใช้สารเสพติด หรือภาวะทางจิตเวชอื่น ๆ การสนับสนุนทางสังคมต่ำ ความภาคภูมิใจในตนเองต่ำ และการขาดความรู้สึกรู้สึกการมีคุณค่าในตนเองอีกทั้งด้านการดำเนินของโรคและและการรักษาโดยเฉพาะมะเร็งในระยะลุกลามอาจมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าได้เช่นกัน¹⁹ ซึ่งพยาบาลจำเป็นต้องประเมินปัจจัยที่เป็นสาเหตุของอาการซึมเศร้าของผู้ป่วยเพื่อเป็นประโยชน์สำหรับการเข้าใจและการดูแลต่อไป

ลักษณะอาการทางคลินิกของภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับการรักษาแบบประคับประคอง

ลักษณะทางจิตสังคมของภาวะซึมเศร้าที่พบบ่อย ได้แก่ 1) ลักษณะทั่วไปและพฤติกรรม การเคลื่อนไหว สังเกตได้จาก สีหน้าเศร้า หงอยเหงา หดหู่ เรียบเฉย ไม่ค่อยพูด ดูเฉื่อยชา 2) อารมณ์ความรู้สึก มักมีความรู้สึกที่คงอยู่นาน เช่น เศร้า เสียใจ เบื่อหน่าย 3) กระบวนการคิดและเนื้อหาความคิด มักจะคิดซ้ำ คิดลบ คิดในแง่ร้าย บางรายมีอาการทางจิต เช่น ความคิดหลงผิด ซึ่งพยาบาลจำเป็นต้องประเมินความคิดการทำร้ายตนเอง 3) การรับรู้และความรอบรู้ เช่น ความจำลดลง ไม่มีสมาธิจดจ่อ อาจมีอาการทางจิต เช่น หูแว่วหรือได้ยินเสียงสั่งให้ทำร้ายตนเอง 4) การตัดสินใจ การรับรู้ตนเอง เช่น การรู้สึกว่าตนเองทำไม่ได้ เป็นภาระ ซึ่งความคิดนี้อาจนำไปสู่การฆ่าตัวตายได้ 5) บทบาทสัมพันธภาพ ผู้ป่วยมักมีปัญหาในการทำงาน ไม่สามารถทำหน้าที่ของตนเองได้สำเร็จ หลีกเลี่ยงการมีสัมพันธภาพกับครอบครัวหรือสังคม รู้สึกตนเองไม่มีคุณค่า ทำให้แยกตัวและส่งผลต่อความสัมพันธ์ที่ดีได้¹³

ซึ่งลักษณะของภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยมะเร็ง คือ การนอนหลับมากเกินไปหรือนอนไม่หลับ การเปลี่ยนแปลงทางจิตและการเคลื่อนไหว ความเหนื่อยล้า ความรู้สึกผิดหรือไร้ค่า สมาธิหรือการรับรู้ลดลง และความคิดเรื่องความตาย หรือการฆ่าตัวตายซ้ำๆ²⁰

ดังนั้นจึงเป็นความท้าทายของพยาบาล ในพัฒนาสมรรถนะตัวเองให้เป็นผู้มีองค์ความรู้ มีทัศนคติที่ถูกต้อง ตลอดจนการทำความเข้าใจบทบาทพยาบาล เพื่อตอบสนองต่อปัญหาของผู้ป่วยกลุ่มนี้ในการประเมินปัญหาด้านจิตสังคมและวางแผนการดูแลผู้ป่วยให้เหมาะสมตามบริบทต่าง ๆ ต่อไป

การพยาบาลผู้ป่วยภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับการรักษาแบบประคับประคอง

บทบาทพยาบาลด้านจิตสังคมในการดูแลผู้ป่วยภาวะซึมเศร้า พยาบาลควรประยุกต์แนวคิด ทฤษฎีทางจิตวิทยามาใช้กับการพยาบาลอย่างเหมาะสม แนวคิด ทฤษฎีที่สามารถนำมาอธิบายภาวะซึมเศร้าที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยต่าง ๆ ด้านจิตสังคมสรุปพอเป็นสังเขป ดังนี้

1. ทฤษฎีจิตวิเคราะห์ (psychoanalytic theory) อธิบายว่าภาวะซึมเศร้า (depression) เกิดจากการสูญเสียสิ่งอันเป็นที่รักและหันความโกรธเข้าหาตนเองโดยใช้กลไกทางจิตแบบโทษตนเอง (introjection) ทำให้รู้สึกผิด (guilt) และสูญเสียความภาคภูมิใจในตนเอง (low self-esteem)

2. ทฤษฎีด้านการรู้คิด (cognitive theory) ภาวะซึมเศร้าเกิดจากการที่บุคคลมีความคิดเกี่ยวกับตนเองในทางลบ คิดโทษตนเอง ขาดเหตุผล คิดว่าตนเองไม่มีคุณค่า ไม่มีความสามารถ สิ้นหวัง ทำให้รู้สึกเศร้าหมอง ท้อแท้

3. ทฤษฎีเหตุการณ์ในชีวิตและความเครียด (life event and stress theory) เป็นการอธิบายว่า เหตุการณ์ในชีวิตมีผลอย่างมากต่อการเกิดภาวะซึมเศร้า การรักษาทางจิตรวมกับการให้ยาได้ผลดีกว่าวิธีใดวิธีหนึ่งเพียงอย่างเดียว²¹ ซึ่งการรักษาทางจิตมีหลากหลายวิธีที่พยาบาลสามารถดูแลผู้ป่วยได้

4. ทฤษฎีสัมพันธภาพระหว่างบุคคล (interpersonal theory) ซึ่งแฮร์รี สแตก ซัลลิแวน (Harry Stack Sullivan) จิตแพทย์ชาวอเมริกัน ได้

นิยามบุคลิกภาพว่าเป็นพฤติกรรมของมนุษย์ที่สามารถสังเกตได้จากการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล โดยเชื่อว่าปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลมีความสำคัญกว่าสิ่งที่อยู่ภายในใจ บุคคลที่มีสุขภาพดี คือ สิ่งมีชีวิตทางสังคมที่สามารถดำรงชีวิตอยู่โดยมีสัมพันธภาพระหว่างบุคคล แนวคิดของซัลลิแวนเป็นพื้นฐานของจิตบำบัดโดยใช้สัมพันธภาพระหว่างบุคคล (interpersonal psychotherapy: IPT) เพื่อใช้บำบัดอาการซึมเศร้า ซึ่งเชื่อว่าการบำบัดผู้รับบริการควรทำโดยการให้ความรู้และช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความเข้าใจตนเองอย่างลึกซึ้ง การช่วยเหลืออย่างมีส่วนร่วมและเครื่องมือที่สำคัญมากในการบำบัด คือ การจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อการเยียวยาทางจิต²²

บทบาทพยาบาลด้านจิตสังคมในการดูแลภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับการรักษาแบบประคับประคอง

ผู้ป่วยซึมเศร้ามีอาการแสดงทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์และพฤติกรรมซึ่งส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัวโดยรวม ผู้มีพันธได้เสนอบทบาทพยาบาลแบบองค์รวมที่ครอบคลุมทั้งด้านร่างกายและจิตสังคมในการดูแลภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับการรักษาแบบประคับประคองดังต่อไปนี้

1. การประเมินด้านร่างกายและจิตสังคมที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า

พยาบาลจำเป็นต้องประเมินด้านร่างกายและจิตสังคมที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าควบคู่กันไป ได้แก่ การซักประวัติ การประเมินด้านร่างกาย พยาธิสภาพและการดำเนินการของโรค พยาบาลจะต้องมีทักษะการสื่อสารแบบเอื้ออาทร ได้แก่ การรับฟังอย่างตั้งใจ ให้กำลังใจผู้ป่วยและญาติ การคัดกรองประเมินอาการและอาการแสดงที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าให้ครบถ้วน ซึ่งมีแนวทางการซักประวัติเกี่ยวกับอาการที่พบในผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้า ดังนี้

1.1 การชักประวัติเกี่ยวกับอาการที่พบในผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า โดยเริ่มจากคำถามกว้าง ๆ ไม่เฉพาะเจาะจง จากผู้ป่วยและครอบครัว เช่น อาการทางกาย ความเจ็บปวด ได้รับการรักษาอย่างไรบ้าง การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเริ่มมีตั้งแต่เมื่อไร ปัจจัยอะไรบ้างที่กระตุ้นการเกิดอาการซึมเศร้า หากผู้ป่วยพูดถึงความทุกข์ใจหรือปัญหาที่เกิดขึ้นจึงค่อย ๆ เชื่อมโยงและถามลงลึกกว่าผู้ป่วยมีความคิดฆ่าตัวตายหรือไม่และอย่างไร¹³

1.2 การคัดกรองโดยใช้แบบประเมินภาวะซึมเศร้า ประเทศไทยได้นำแบบประเมินภาวะซึมเศร้ามาใช้ในการคัดกรองภาวะซึมเศร้าของบุคคลได้ตามระดับของภาวะซึมเศร้า ซึ่งสามารถนำไปใช้ได้ตั้งแต่ไม่มีภาวะซึมเศร้าถึงระดับที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย โดยเริ่มต้นการคัดกรองด้วยแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้า 2 คำถาม (PHQ-2) ตามด้วยแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าด้วย 9 คำถาม (PHQ-9) ซึ่งใช้เวลาเพียงไม่กี่นาที จากนั้นใช้แบบประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย 8 คำถามตามลำดับ ถ้าคะแนนแบบคัดกรอง PHQ-9 ≥ 7 คะแนน ให้ประเมินต่อด้วยแบบประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย 8 คำถามและส่งต่อไปยังสถานพยาบาลที่มีบุคลากรทางการแพทย์ที่มีความเชี่ยวชาญด้านจิตเวชต่อไป^{3,6} ปัจจุบันมีการนำเทคโนโลยีดิจิทัลมาประยุกต์ใช้ในการประเมินร่วมด้วย โดยใช้กับวัยผู้ใหญ่ที่มีอายุ 18 ปีขึ้นไป สามารถประเมินโรคซึมเศร้าด้วยตนเองโดยใช้แบบประเมินออนไลน์คัดกรองโรคซึมเศร้า 2 คำถาม (2Q) ในแอปพลิเคชันไลน์ (LINE) ประเมิน 2 รอบ คือ เมื่อเริ่มต้นและเมื่อติดตามผล 3 เดือน²³ ส่วนในต่างประเทศ พบว่าการใช้แบบประเมินภาวะซึมเศร้าของ Beck Depression Inventory-II ในการประเมินภาวะซึมเศร้าอย่างแพร่หลาย ซึ่งแบบประเมินนี้ยังสะท้อนถึงการเปลี่ยนแปลงของการดำเนินโรคของผู้ป่วย การเปลี่ยนแปลงด้านจิตสังคมและคุณภาพชีวิตผู้ป่วยได้ด้วย²⁴

2. การพยาบาลด้านจิตสังคมในการดูแลภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับการรักษาแบบประคับประคอง

ภาวะซึมเศร้าเป็นการเจ็บป่วยทางจิตพยาบาลควรให้ความสำคัญในการดูแลด้านจิตใจในภาวะซึมเศร้าของผู้รับบริการมะเร็งอย่างยิ่ง จุดเริ่มต้นพยาบาลควรยอมรับ ให้เกียรติในความเป็นบุคคลของผู้ป่วยด้วยการแสดงท่าทีที่เป็นมิตร โดยขั้นแรกพยาบาลควรสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยและครอบครัว เป็นการสร้างสัมพันธภาพเชิงบำบัด (therapeutic relationship) เพื่อให้ผู้ป่วยได้เกิดความไว้วางใจ ในการบอกเล่าปัญหา โดยพยาบาลต้องประเมินและสอบถามความรู้สึกของผู้ป่วยเป็นระยะ สอบถามความต้องการแหล่งสนับสนุน และปัจจัยที่ส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถเผชิญกับความสูญเสียและความตาย จัดสิ่งแวดล้อมให้มีบรรยากาศเหมาะสมเพื่อให้ผู้ป่วยรู้สึกผ่อนคลายและสงบใจ⁵

ผู้นิพนธ์ขอเสนอแนะบทบาทพยาบาลด้านจิตสังคมเพื่อการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะประคับประคองที่มีภาวะซึมเศร้า ดังต่อไปนี้

1. การสร้างสัมพันธภาพและความไว้วางใจระหว่างผู้ป่วยและครอบครัว การสร้างสัมพันธภาพเป็นขั้นตอนแรกที่พยาบาลพึงปฏิบัติต่อผู้ป่วยและครอบครัวเพื่อให้เกิดความไว้วางใจตั้งแต่เริ่มต้นจนถึงสิ้นสุดการดูแล โดยพยาบาลสามารถประยุกต์ใช้แนวคิด ทฤษฎีจิตวิเคราะห์ ทฤษฎีการรู้คิด ทฤษฎีเหตุการณ์ในชีวิตและความเครียด และทฤษฎีสัมพันธภาพระหว่างบุคคลมาเป็นพื้นฐานของการปฏิบัติเพื่อสร้างความไว้วางใจ ควรตั้งคำถามอย่างค่อยเป็นค่อยไป ใช้ในกระบวนการพยาบาลตั้งแต่เริ่มประเมินปัญหา อารมณ์ ความคิด พฤติกรรมของผู้รับบริการ ด้วยการเป็นผู้ฟังที่ดี เพื่อให้ผู้ป่วยได้สำรวจความผิดหวัง ความรู้สึกสิ้นหวัง ความคิดความรู้สึก การปฏิบัติหน้าที่หรือการดำเนินชีวิต และความคาดหวังต่าง ๆ อาจใช้คำถามสั้น ๆ เช่น “ช่วงนี้

คุณมีความรู้สึกเศร้าหรือหมกมุ่นใจบ่อยแค่ไหน” อาจเชื่อมโยงสู่การประเมินความรุนแรง เช่น สอบถามระยะเวลา ความถี่ การรบกวนการใช้ชีวิตประจำวัน หรือมีความคิดทำร้ายตนเองหรือไม่ หากพบความคิดอยากตาย ถือเป็นภาวะรุนแรง ต้องประเมินหรือส่งต่อแพทย์ผู้เชี่ยวชาญต่อทันที

2. บทบาทในการให้คำปรึกษา (counseling) และให้ความรู้ (education) การให้คำปรึกษาผู้ป่วยและครอบครัวให้ตรงกับสภาพปัญหาของผู้ป่วย วิธีการจัดการกับปัญหา ทั้งนี้พยาบาลผู้ให้คำปรึกษาควรมีทักษะและประสบการณ์ในการให้คำปรึกษามาก่อนการให้คำปรึกษาอย่างมีเป้าหมาย เพื่อให้ผู้รับบริการได้สำรวจตนเองเกิดการเรียนรู้ และเข้าใจ พัฒนาทักษะการตัดสินใจ การจัดการกับปัญหาที่มีประสิทธิภาพ¹⁰

3. การทำจิตบำบัด (psychotherapy) เป็นกระบวนการที่มีเป้าหมาย คือ ช่วยให้บุคคลมองเห็นและเข้าใจปัญหาภายใต้สัมพันธภาพและการสื่อสารเชิงบำบัด โดยมุ่งเน้นความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล มุ่งแก้ไขปัญหความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลที่เป็นสาเหตุของอาการซึมเศร้า¹⁰ นอกจากนี้พยาบาลสามารถให้ผู้รับบริการระบายความรู้สึก โดยชี้ให้เห็นถึงทางเลือกที่เป็นไปได้ กระตุ้นให้ผู้รับบริการแสดงอารมณ์ความรู้สึกที่เจ็บปวดออกมาซึ่งการเปิดเผยความรู้สึกเหล่านี้ช่วยลดความรุนแรงด้านอารมณ์ความรู้สึกทำให้รู้สึกมีพลังใจมากขึ้นได้

4. การสร้างเสริมพลังอำนาจ (empowerment) เป็นบทบาทอิสระที่พยาบาลสามารถออกแบบกิจกรรมที่จัดกระทำให้สมาชิกในครอบครัวเกิดความรู้สึกว่าตนมีพลังอำนาจ มีความเข้มแข็งทางจิตใจ มีความ มุ่งมั่นในการดูแลผู้รับบริการและการดูแลตนเองอย่างถูกต้อง¹⁰

5. ส่งเสริมผู้รับบริการในการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้าที่รุนแรง ได้แก่ การออกกำลังกาย และการมีกิจกรรมสันทนาการต่างๆ หรือการได้ทำงาน

อดิเรกที่ชอบ เช่น ปลูกต้นไม้ วาดรูป ระบายสี ทำอาหาร เย็บปักถักร้อย การพูดคุยสื่อสารมีกิจกรรมร่วมกับคนอื่นเป็นต้น ซึ่งการมีกิจกรรมทางกายและการมีกิจกรรมทางสังคมจะช่วยให้เกิดการผ่อนคลายลดอาการซึมเศร้าได้อีกด้วย

6. การจัดสภาพแวดล้อมเพื่อการบำบัด โดยพยาบาลควรสร้างบรรยากาศหรือจัดสิ่งแวดล้อมในการดูแลให้ผู้ป่วยรู้สึกสงบปลอดภัย การกระตุ้นให้ผู้ป่วยมีความสนใจสิ่งแวดล้อมรอบตัว การมีปฏิสัมพันธ์กับคนอื่น ลดการแยกตัวของผู้รับบริการลงได้ รวมทั้งพยาบาลต้องให้การพยาบาลเพื่อลดความเจ็บป่วยทางกายร่วมกับการประคับประคองด้านจิตใจเสมอเพื่อให้ผู้ป่วยคลายความทุกข์ทรมานทางกาย คลายความวิตกกังวลด้วย เช่น การฝึกสมาธิ การฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อ การกดจุด เป็นต้น

7. การประสานงานกับสหวิชาชีพสุขภาพอื่น ซึ่งพยาบาลเป็นศูนย์กลางในการติดต่อประสานงานกับทีมสุขภาพและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ตามประเด็นที่เป็นปัญหาหรือสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดความทุกข์ทรมานด้านร่างกาย และมีภาวะบีบคั้นด้านจิตใจ โดยเป้าหมายที่สำคัญคือการดูแลช่วยเหลือในการจัดการอาการ (Symptom management) ที่เกิดความทุกข์ทรมานของผู้ป่วยให้บรรเทาลง

ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายที่ได้รับการรักษาแบบประคับประคองในประเทศไทยมีแนวโน้มเกิดภาวะซึมเศร้าหรือโรคซึมเศร้าได้มากขึ้น พยาบาลผู้ซึ่งทำหน้าที่ดูแลใกล้ชิดกับผู้ป่วยมากที่สุดจึงควรให้ความสำคัญกับการพัฒนาองค์ความรู้ด้านระบาดวิทยาสาเหตุ อาการ การดูแลรักษา ตลอดจนการประยุกต์ใช้กระบวนการพยาบาลให้เหมาะสมกับสภาวะและความรุนแรงของโรคซึมเศร้าที่ผู้ป่วยกำลังเผชิญอยู่ ซึ่งกิจกรรมการพยาบาลดังกล่าวข้างต้นนั้น จำเป็นต้องได้รับความร่วมมือจากหลายฝ่าย ดังนั้นพยาบาลจึงเป็นศูนย์กลางในการประสานงานร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพในการวางแผนการดูแลรักษาเพื่อ

ตอบสนองความต้องการทางร่างกาย จิตใจ และอารมณ์ที่เหมาะสม เพื่อดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าให้สามารถมองเห็น รู้จักและเข้าใจตนเอง รู้สึกมีคุณค่าในตนเองและสามารถดูแลตนเองได้เพื่อคงไว้ซึ่งคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป ดังนั้น การพยาบาลในระยะประคับประคองในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายนั้น สะท้อนให้พยาบาลต้องประสานงานกับทีมสหสาขาวิชาชีพ ได้แก่ แพทย์ พยาบาล นักบำบัด นักสังคมสงเคราะห์ เป็นต้น รวมทั้งครอบครัวผู้ดูแลผู้ป่วยด้วย ซึ่งบทบาทหลักในการดูแลเพื่อตอบสนองความต้องการทางร่างกาย จิตใจ และอารมณ์ให้บรรลุเป้าหมายนั้น พยาบาลต้องเพิ่มความรู้ และทักษะในการดูแลผู้ป่วยให้ทันสมัยอยู่เสมอ เพื่อให้งานการพยาบาลมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น²⁵

ข้อจำกัดของการพยาบาลด้านจิตสังคมกับการดูแลภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยมะเร็ง

แม้ในปัจจุบัน พยาบาลทุกคนจะให้ความสำคัญกับการดูแลทางจิตสังคมของผู้ป่วยมะเร็งกลุ่มนี้อย่างต่อเนื่อง แต่พบว่ายังมีข้อจำกัดหลายประการที่อาจส่งผลให้การดูแลอาจไม่บรรลุตามวัตถุประสงค์ของผู้ป่วยแต่ละรายโดยสมรรถนะหรือความไม่พร้อมด้านองค์ความรู้ที่เฉพาะเจาะจง เช่น ผู้ปฏิบัติงานขาดความรู้ทักษะบางประการ และข้อจำกัดด้านเวลาในการพยาบาล เป็นต้น ดังนั้น ผู้นิพนธ์เห็นว่าเป็นโอกาสพัฒนาของพยาบาลไทย ที่พยาบาลควรได้รับการส่งเสริมให้มีการจัดการโปรแกรมการฝึกอบรมความเชี่ยวชาญเฉพาะด้านการพยาบาลในมิติจิตสังคมอย่างครอบคลุม รวมถึงการศึกษาหาความรู้ ค้นหาแนวปฏิบัติเพิ่มเติม ตลอดจนการศึกษาวิจัยเพื่อพัฒนางานอยู่เสมอ เพื่อให้พยาบาลจะได้มีทักษะที่จำเป็นต่อการตอบสนองต่อปัญหาทางจิตสังคมและปัญหาทางอารมณ์ของผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าได้อย่างเหมาะสม นอกจากนี้มีข้อเสนอแนะในเชิงนโยบายของหน่วยบริการสุขภาพ มีความจำเป็นที่ต้องส่งเสริมการศึกษาวิจัยที่มุ่งสำรวจสภาวะทาง

จิตใจและภาวะทางอารมณ์ของพยาบาลผู้ดูแลผู้รับบริการด้วย เนื่องจากพยาบาลเป็นปัจจัยสำคัญด้านสิ่งแวดล้อมของผู้รับบริการที่สำคัญยิ่งที่มีผลต่อคุณภาพการดูแลผู้ป่วย ซึ่งการศึกษาในประเทศไทยที่ยังพบว่าพยาบาลที่ปฏิบัติงานในการดูแลผู้ป่วย ร้อยละ 32 เกิดความเหนื่อยล้าทางอารมณ์ในระดับสูงและส่งผลต่อประสิทธิภาพการดูแลผู้ป่วยให้ลดลงด้วย²⁶ ดังนั้นจึงสะท้อนให้เห็นว่าหากพยาบาลมีความเครียดหรือภาระอารมณ์ที่ไม่ได้รับการจัดการอย่างเหมาะสม อาจลดทอนความสามารถในการประเมินปัญหา การสื่อสารบำบัด และส่งผลเสียต่อคุณภาพการพยาบาลด้านจิตสังคมแก่ผู้ป่วยได้²⁷

สรุป

ภาวะซึมเศร้าเป็นความเจ็บป่วยทางจิตใจที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายที่ได้รับการรักษาแบบประคับประคอง ซึ่งมีสาเหตุมาจากการเจ็บป่วยทางกายที่มีอาการหลากหลายด้านร่วมกับความผิดปกติด้านความคิดและอารมณ์ ซึ่งส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัวที่ต้องเผชิญกับภาวะบีบคั้นด้านจิตใจทำให้ผู้ป่วยเกิดความเครียดวิตกกังวลและซึมเศร้าตามมาได้ บทบาทพยาบาลด้านจิตสังคมในการดูแลภาวะซึมเศร้า ในผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับการรักษาแบบประคับประคอง คือ ใช้กระบวนการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยและครอบครัวที่กำลังเผชิญกับภาวะเจ็บป่วยร้ายแรงที่คุกคามต่อการมีชีวิต โดยมีหลักการที่สำคัญในการให้คำปรึกษาให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและครอบครัว การทำจิตบำบัด การสร้างเสริมพลังอำนาจ การจัดสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมในการส่งเสริมผู้รับบริการในการดูแลตนเองให้ดีขึ้น รวมทั้งวิธีการลดความวิตกกังวลต่าง ๆ เพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้าที่รุนแรงต่อไป

บทบาทพยาบาลด้านจิตสังคมในการดูแลภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคมะเร็งโดยเฉพาะโรคมะเร็งระยะสุดท้ายที่ได้รับการรักษาแบบประคับประคอง

ยังมีข้อจำกัด จึงถือเป็นความท้าทายในการออกแบบนโยบายเชิงระบบของหน่วยบริการสุขภาพเพื่อให้เกิดประสิทธิภาพทั้งในด้านการดูแลผู้ป่วยและบุคลากรพยาบาล

References

1. World Health Organization. Depression [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2025 [accessed Sep 11, 2025]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/depression>
2. Irwin MR. Depression and insomnia in cancer: prevalence, risk factors, and effects on cancer outcomes. *Curr Psychiatry Rep*. 2013; 15: 1–13.
3. Tadsaneesuwan S, Nilmanat K. Psychological Distress in Patient with Cancer Undergoing Chemotherapy and Nursing Care. *Songklanagarind J Nurs*. 2019; 39: 110–9. (in Thai)
4. Charassang N, Mongkolthawornchai S, Butakhiew P, Boonchan S, Hanlakorn P, Arunpongpaissal S. Depression in chronic illnesses at the OPD section in Srinagarind hospital, Faculty of medicine, Khon Kaen University . *J Psychiatr Assoc Thailand*. 2012; 57: 439–46. (in Thai)
5. Department of medical services, Ministry of public health. Palliative and end-of-life care manual (for health professionals). Bangkok: The veterans organization printing office; 2020. (in Thai)
6. Fungfuang S, Fungfuang Y, Boonpradit O. Screening and primary care for depression among borderland soldiers. *QLLJ*. 2023; 19: 68–82. (in Thai)
7. Champawan T. Psychological theories of depression. *Journal of Buddhist Psychology*. 2017; 2: 1–11. (in Thai)
8. National Institute of Mental Health. Major depression [Internet]. Bethesda (MD): National Institute of Mental Health; 2025 [accessed Sep 12, 2025]. Available from: <https://www.nimh.nih.gov/health/statistics/major-depression>
9. Picco L, Subramaniam M, Abdin E, Vaingankar JA, Chong SA. Depression and its correlates in the general population of Singapore. *Singapore Med J*. 2017; 58: 649–55.
10. Phusomsri P. Major depressive disorder, serious health issue closes to us. *EAU Heritage Journal Science and Technology*. 2020; 14: 51–8. (in Thai)
11. Kongsuk T, Arunpongpaissal S, Chanthong S, Phrukkanon B, Sukhawaha S, Leejongpermpoon J. Criterion-Related Validity of the 9 Questions Depression Rating Scale revised for Thai Central Dialect. *J Psychiatr Assoc Thailand*. 2018; 63: 321–34. (in Thai)
12. Tolentino JC, Schmidt SL. DSM-5 criteria and depression severity: implications for clinical practice. *Front Psychiatry*. 2018; 9: 1–9.
13. Phumpuang W, editor. *Psychiatric nursing practice*. 1st ed. Bangkok: Run To Vision Co., Ltd.; 2022. p. 43–65. (in Thai)
14. American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. 5th ed. Washington (DC): American Psychiatric Association; 2013.

15. Chanaphan N. Patients with Major Depressive Disorder: Nurses' Role in Promoting for Patients' Self-Care. JNSCU. 2020; 32: 75–88. (in Thai)
16. de Souza BF, de Moraes JA, Inocenti A, dos Santos MA, Silva AE, Miasso AI. Women with breast cancer taking chemotherapy: depression symptoms and treatment adherence. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2014; 22: 866–73.
17. Intapun M, Upasen R. The effect of family-based interpersonal psychotherapy on depression in patients with major depressive disorder. *J Royal Thai Army Nurses*. 2018; 19: 175–83. (in Thai)
18. Choengtawee P, Sirilertrakoon S. Factors related to depressive episode among the colorectal cancer patients receiving Chemotherapy: A case study at Oncology unit, Ramathibodi Hospital. *Srinagarind Med J*. 2017; 32: 63–70. (in Thai)
19. Grassi L, Caruso R, Hammelef K, Nanni MG, Riba M. Anxiety and depression in adult cancer patients: ESMO clinical practice guideline. *ESMO Open*. 2023; 8: 1–14.
20. Smith HR. Depression in cancer patients: pathogenesis, implications and treatment. *Oncol Lett*. 2015; 9: 1509–14.
21. Khamanek S, Ruenphet K, Hiranwichayakul A, Makeh A, Saelim P. Nurses' Roles in Caring for People Experiencing Depression After COVID-19 Infection. *Journal of Nursing and Health Care*. 2022; 40: 1–9. (in Thai)
22. Charoensuk S. Concepts and theories in psychiatric and mental health nursing. In: Satyatham C, et al., editors. *Psychiatric and mental health nursing*. 4th ed. Vol. 1. Bangkok: Thana Place Co., Ltd.; 2022. p. 90–113. (in Thai)
23. Thumnan J. effects of Self-Reported Monitoring Depression of People in Community at Trakan Phuet Phon District, Ubon Ratchathani Province. *Regional Health Promotion Center 9 Journal*. 2022; 16: 659–72. (in Thai)
24. Wang YP, Gorenstein C. Assessment of depression in medical patients: a systematic review of the utility of the Beck Depression Inventory-II. *Clinics*. 2013; 68: 1274–87.
25. Pia-yu N. Palliative nursing care of lung cancer patient in the final stage: Home visit case study. *SHJ*. 2019; 28: 105–17. (in Thai)
26. Nantsupawat A, Nantsupawat R, Kunaviktikul W, Turale S, Poghosyan L. Nurse burnout, nurse-reported quality of care, and patient outcomes. *hospitals. J Nurs Scholarsh*. 2016; 48: 83–90. (in Thai)
27. Lyu XC, Jiang HJ, Lee LH, Yang CI, Sun XY. Oncology nurses' experiences of providing emotional support for cancer patients: a qualitative study. *BMC Nurs*. 2024; 23: 58.