บทบาทพยาบาลในการสื่อสารกับผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองและครอบครัวเพื่อการเยียวยา

นันท์ธิดา เชื้อมโนชาญ, พย.ม.[*]

จุฬาพร ยาพรม, ปร.ด.[**]

Received: June 11, 2024

Revised: September 16, 2024

Accepted: September 22, 2024

บทคัดย่อ

การสื่อสารกับผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองและครอบครัวเพื่อการเยียวยา มีความสำคัญอย่างยิ่งในการเพิ่มคุณภาพการดูแลและเสริมสร้างความผาสุกทั้งทางกายและใจของผู้ป่วยและครอบครัว บทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่ออธิบายบทบาทของพยาบาลในการสื่อสารกับผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองและครอบครัวเพื่อการเยียวยา โดยมุ่งเน้นการดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้องตามมาตรฐานและจรรยาบรรณวิชาชีพ เนื้อหาครอบคลุมแนวคิดการดูแลแบบองค์รวมทั้งด้านร่างกายและจิตใจ รวมถึงการประยุกต์ใช้กระบวนการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วย ประกอบด้วย การประเมินข้อมูลผู้ป่วยอย่างครอบคลุม การกำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล การวางแผน การปฏิบัติการพยาบาลและการประเมินผลที่เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย นอกจากนี้ยังอธิบายถึงทักษะการสื่อสารที่จำเป็น เช่น การฟังอย่างลึกซึ้ง การสะท้อนความรู้สึก การใช้ความเงียบ การใช้คำถาม การทวนซ้ำ และการสัมผัส ซึ่งพยาบาลจะสามารถนำความรู้ดังกล่าวไปประยุกต์ใช้ในการให้การดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองร่วมถึงญาติและครอบครัว จะช่วยให้เกิดส่งเสริมการดูแลผู้ป่วยที่มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้นต่อไป

คำสำคัญ: การดูแลแบบประคับประคอง การสื่อสาร การเยียวยา บทบาทพยาบาล

[*] อาจารย์พยาบาล ภาควิชาการบริหารการพยาบาลและพื้นฐานวิชาชีพ คณะพยาบาลศาสตร์เกื้อการุณย์ มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช

[**] อาจารย์พยาบาล ภาควิชาการบริหารการพยาบาลและพื้นฐานวิชาชีพ คณะพยาบาลศาสตร์เกื้อการุณย์ มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช; ผู้ให้การติดต่อหลัก: E-mail: chulaporn@nmu.ac.th

The Nurse's Role in Communicating with Palliative Care Patients and their Families for Healing

Nunthida Chuamanochan, M.S.N.[*]
Chulaporn Yaprom, Ph.D.[**]

Abstract

Communication with palliative care patients and their families for healing is essential to improve the quality of care while promoting the physical and mental well-being of patients and families. This article aims to explain the role of nurses in communicating with palliative care patients and their families for healing, focusing on providing patients with proper care according to professional standards and ethics. The content covers holistic physical and mental care and the application of nursing processes in patient care, including comprehensive patient information assessment, diagnosis, nursing planning, implementation, and evaluation appropriate to each patient. It also describes essential communication skills, such as deep listening, reflection of feelings, silent technique, questioning, restarting, and touching, that nurses can apply to care for palliative care patients, including their relatives and families, promoting more effective patient care.

Keywords: Palliative care, Communication, Healing, Nurse's role

[*] Lecturer in Department of Nursing Administration and Professional, Kuakarun Faculty of Nursing, Navamindradhiraj University

[**] Lecturer in Department of Nursing Administration and Professional, Kuakarun Faculty of Nursing, Navamindradhiraj University; Corresponding Author E-mail: chulaporn@nmu.ac.th

บทนำ

การสื่อสารมีความสำคัญในการดำเนินชีวิตประจำวัน และเป็นความจำเป็นพื้นฐานอย่างหนึ่งที่มีผลต่อความเป็นสังคม การมีความสามารถในการสื่อสารจะส่งผลให้สามารถสื่อสารและสร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่นได้อย่างมีประสิทธิภาพ สำหรับในด้านการพยาบาลจะเห็นได้ว่าการสื่อสารจะมีส่วนร่วมอยู่ในทุกกิจกรรมการพยาบาล ดังนั้นการสื่อสารจึงเป็นเครื่องมือสำคัญอย่างหนึ่งของการพยาบาลเพื่อให้การปฏิบัติการพยาบาลอย่างมีคุณภาพ (ราตรี ฉิมฉลอง, 2564) โดยเฉพาะอย่างยิ่งการสื่อสารกับผู้ป่วยหรือญาติเพื่อให้มีความเข้าใจและสามารถก้าวผ่านความรู้สึกเสียใจ กังวล นับเป็นสิ่งสำคัญ อีกทั้งยังต้องอาศัยความร่วมมือจากญาติผู้ป่วย เพื่อน และทีมรักษาพยาบาล ดังนั้นการสื่อสารจึงควรมีความชัดเจน และเป็นการสื่อสารแบบสองทาง (two-way communication) โดยมีความเห็นร่วมระหว่างผู้ดูแล ผู้ป่วยและครอบครัว รวมไปถึงการสื่อสารนั้นควรเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและครอบครัว (ในกรณีที่ผู้ป่วยอนุญาต) มีส่วนร่วมในการตัดสินใจ โดยยึดหลักจริยธรรมทางการแพทย์และเคารพสิทธิของผู้ป่วย (ปทมพร อภัยจิตต์, 2563)

การดูแลแบบประคับประคอง (palliative care) คือการดูแลผู้ป่วยและครอบครัว ในผู้ป่วยที่มีโรคที่คุกคามต่อชีวิต หรือโรคที่จำกัดอายุขัยของผู้ป่วย โดยมีหลักการคือการยอมรับในเวลาที่เหลืออยู่ โดยไม่ยืดหรือเร่งเวลาที่เหลือ แต่ดูแลให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีที่สุดในเวลาที่เหลืออยู่ ซึ่งต้องดูแลทั้งด้านการจัดการอาการไม่สุขสบาย ด้านจิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ และช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับข้อมูลที่ตรงกับความเป็นจริง รวมถึงทางเลือกต่าง ๆ การตัดสินใจ การช่วยกันวางแผนชีวิตข้างหน้า ซึ่งทั้งหมดนี้จำเป็นที่จะต้องอาศัยการสื่อสารที่มีคุณภาพ และเป็นการเยียวยาผู้ป่วยและครอบครัว ทำให้ได้ทำความเข้าใจซึ่งกันและกันมากขึ้น รวมถึงได้ร่วมกันเตรียมตัวในช่วงเวลาที่เหลืออยู่ท่ามกลางครอบครัวที่เข้าใจกันมากที่สุด (เยาวรัตน์ มัชฌิม, 2565)

การสื่อสารที่มีคุณภาพเป็นปัจจัยสำคัญในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง ซึ่งเป็นการดูแลแบบองค์รวม ครอบคลุมทั้งร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม ขนบธรรมเนียมประเพณี วัฒนธรรม และจิตวิญญาณ นอกจากความรู้ ทักษะการประเมิน การจัดการความปวดและอาการไม่สุขสบายต่าง ๆ ทักษะในการปฏิบัติทางคลินิก ดังนั้นสมรรถนะที่สำคัญในการดูแลแบบประคับประคองคือความสามารถในการดูแลด้วยความกรุณาหรืออย่างเข้าอกเข้าใจ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้ป่วยพ้นจากความไม่สุขสบายหรือความทุกข์ทรมาน (compassion) และการดูแลที่เข้าใจหรือตอบสนองตรงตามความต้องการนั้นได้ (รุ้งนภา ผาณิตรัตน์, 2558)

อย่างไรก็ตามการสื่อสารไม่เพียงแต่เป็นปัจจัยเกื้อหนุนในการดูแลแบบประคับประคอง หากขาดทักษะการสื่อสาร ก็จะส่งกระทบต่อคุณภาพการดูแลแบบประคับประคอง ซึ่งการสื่อสารนั้นสร้างจากสัมพันธภาพที่มีความไว้วางใจ โดยมีเป้าหมายช่วยให้ผู้ป่วยตอบสนองความต้องการของตนเองโดยมีพยาบาลเป็นผู้ช่วยเหลือเน้นความคิด ประสบการณ์ และความรู้สึกของผู้ป่วย เพื่อช่วยเหลือทางจิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณแก่ผู้ป่วยและครอบครัว ลดความเครียดและผ่อนคลายความวิตกกังวล โดยส่งเสริมให้ผู้ป่วยและครอบครัวสื่อสารความคิดและความรู้สึกที่ตึงเครียด (distress) รู้จักตนเอง ยอมรับตนเอง ยอมรับข้อจำกัด ตระหนักรู้ถึงศักยภาพความเป็นจริง รับรู้ปัญหาและพัฒนาวิธีการแก้ปัญหาใหม่ จนเกิดการเปลี่ยนแปลง

โดยมีความสมดุลของร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ (สมรทิพย์ วิภาวนิช, 2564) จากการศึกษาและทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา (ราตรี ฉิมฉลอง, 2564; อกนิษฐ์ กมลวัชรพันธุ์, 2567) พบว่ามีการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับแนวปฏิบัติการพยาบาลในการสื่อสารกับครอบครัวผู้ป่วยวิกฤติระยะท้าย การศึกษาแนวทางการดูแลผู้ป่วยตามหลักเกณฑ์การดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง และการสื่อสารกับผู้ป่วยระยะสุดท้าย ซึ่งจะเห็นได้ว่าการศึกษาวิจัยและเอกสารวิชาการจะเน้นเรื่องการสื่อสารกับผู้ป่วยระยะสุดท้าย ซึ่งการดูแลแบบประคับประคองนั้นพยาบาลควรดูแลทั้งผู้ป่วยและครอบครัว และไม่เพียงแต่สื่อสารเพื่อให้ข้อมูลเท่านั้น พยาบาลควรมีความรู้และทักษะในการสื่อสารเพื่อการเยียวยาทั้งผู้ป่วยและครอบครัวที่ได้รับความทุกข์ทรมานได้ผ่อนคลายความรู้สึกต่าง ๆ ที่มี จึงจะเรียกได้ว่าเป็นการดูแลแบบองค์รวมที่แท้จริง

ความหมายและความสำคัญของการสื่อสาร

การสื่อสาร (communication) หมายถึง กระบวนการถ่ายทอดและแลกเปลี่ยนข่าวสาร (message) รวมถึงความรู้สึก นึกคิด ทัศนคติ ตลอดจนประสบการณ์จากผู้ส่งสาร (source) ไปยังผู้รับสาร (receiver) ผ่านช่องทางหรือสื่อ (channel) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อทำความเข้าใจร่วมกัน ดังนั้นการสื่อสารคือวิธีการที่ทำให้มนุษย์เกิดความเข้าใจซึ่งกันและกัน การสื่อสารที่ดีจะเป็นสะพานที่เชื่อมต่อหัวใจของมนุษย์ให้ก้าวเดินไปสู่ความเข้าใจซึ่งกันและกัน ทั้งเรื่องราวชีวิต อารมณ์ ความรู้สึก ที่ส่งผ่านการรับรู้ การเห็น การฟัง การสัมผัส และกระบวนการสื่อสารที่เกิดขึ้น ทำให้เกิดการเรียนรู้ซึ่งกันและกันมากขึ้น เกิดความไว้วางใจและซื่อสัตย์ในการแบ่งปันความคิดและความรู้สึกต่อเหตุการณ์ด้วยการยอมรับความแตกต่างระหว่างบุคคล (Rapoport, 1990)

ส่วนการสื่อสารเพื่อการเยียวยา (healing communication) เป็นการสื่อสารที่เน้นเป้าหมาย (goal-directed) การส่งเสริมสุขภาพและความผาสุก โดยใช้กระบวนการสื่อสารร่วมกับทักษะการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ เพื่อให้ข้อมูลใหม่ แก้ไขข้อมูลที่ไม่ถูกต้อง ส่งเสริมความเข้าใจเกี่ยวกับการตอบสนองของผู้ป่วยที่มีปัญหาต่าง ๆ รวมถึงปัญหาด้านสุขภาพ เพื่อเรียนรู้และเข้าใจปัญหา ตรวจสอบทางเลือกและการตัดสินใจ เพื่อเพิ่มพลังความเข้มแข็งและการส่งเสริมความผาสุก (เบญจวรรณ นันทชัย และกอปรกมล ศรีภิรมย์, 2563)

ระบบการดูแลแบบประคับประคองในประเทศไทยยังมีการดูแลเฉพาะในบางพื้นที่ ยังไม่บูรณาการในระบบบริการสุขภาพทั้งหมด นั่นหมายความว่า ยังมีข้อจำกัดในการให้การดูแลแบบประคับประคอง การสนับสนุนงบประมาณ การจัดการอาการรบกวนต่าง ๆ และยังขาดการฝึกอบรมบุคลากรที่ให้การดูแลแบบประคับประคองอย่างจริงจัง ซึ่งส่งผลให้การเข้าถึงผู้ป่วยและครอบครัวที่ต้องได้รับการดูแลแบบประคับประคองนั้นน้อยลงไปด้วย ดังนั้นความรู้และทักษะด้านการสื่อสารของพยาบาลจะช่วยเป็นตัวกลางในการสร้างสัมพันธภาพ สร้างความเข้าใจ การยอมรับในเรื่องการดูแลแบบประคับประคองกับผู้ป่วยและครอบครัวได้มากยิ่งขึ้น

แนวคิดพื้นฐานของการสื่อสารเพื่อการเยียวยา (Arnold & Boggs, 2019; รุ้งนภา ผาณิตรัตน์, 2558)

1. การสื่อสารด้วยวาจาและท่าทางของบุคคล มีความหมายเฉพาะตัว ดังนั้นพยาบาลควรระวังการตีความตามแนวคิดของตนเอง หากพยาบาลไม่เข้าใจความหมายที่แท้จริง ควรถามเพื่อความเข้าใจที่ตรงกัน

2. แบบแผนการรับและส่งสารเป็นวิธีเฉพาะตัว ซึ่งเกิดจากการเรียนรู้ประสบการณ์ ค่านิยม มุมมองและอื่น ๆ พยาบาลควรเข้าใจความแตกต่างระหว่างบุคคล ยอมรับในตัวบุคคล อย่างไม่มีเงื่อนไข และเคารพในการเป็นบุคคลของผู้ป่วย

3. ประสบการณ์และความคาดหวังของผู้ป่วยและครอบครัว มีผลต่อการรับรู้ การแปลความหมายและการรับ-ส่งสาร

4. ความสามารถในการเข้าใจสิ่งที่นามธรรม (สิ่งที่ไม่สามารถรับรู้ได้ด้วยตา หู จมูก ลิ้น และสัมผัส ความไม่มีรูป ความไม่มีตัวตน การจับต้องไม่ได้) ของแต่ละบุคคลไม่เท่ากัน

ผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง มีความจำเป็นที่ผู้ป่วยจะต้องปรับตัวต่อความเจ็บป่วย การปรับตัวที่ผิดปกติอาจนำมาซึ่งความวิตกกังวลหรืออารมณ์เศร้า การรักษาด้วยยาเป็นการรักษาบรรเทาอาการเบื้องต้นให้ทุเลาลง แต่การรักษาที่ป้องกันไม่ให้เกิดภาวะปรับตัวต่อความเจ็บป่วยที่ผิดปกตินั้น จึงมีความสำคัญซึ่งสิ่งจำเป็นพื้นฐานในการสื่อสารกับผู้ป่วยในการดูแลแบบประคับประคองคือการใช้กระบวนการสื่อสารตามหลัก PSU model ประกอบด้วย 1) การแขวนความคิดที่เข้ามาในจิตใจ (dialogue and suspension of assumption) 2) การเข้าใจโลกและมุมมองของผู้ป่วย (tune in) 3) การมองโลกด้วยสายตาของผู้ป่วย (see the world with the patient's eyes) 4) การเล่าเรื่องที่สร้างความหมายของตัวตนหรือเรื่องราวที่สัมพันธ์กับเวลา (narrative process) 5) การเชื่อมและแลกเปลี่ยนอารมณ์ซึ่งกันและกันอย่างแท้จริง ระหว่างผู้ฟังและผู้ป่วย (empathy) โดยมีสิ่งที่ต้องคำนึงถึงเพิ่มเติมคือ

1. บริบทของสิ่งแวดล้อม ผู้ป่วยควรอยู่ในสถานที่มีความเป็นส่วนตัว และอยู่ในท่าที่สุขสบาย

2. การสร้างความสัมพันธ์ ควรแนะนำตนเอง บอกจุดประสงค์ของบทสนทนา และให้ผู้ป่วยนำไปหนึ่งก้าว ร่วมกับเปิดโอกาสให้ญาติของผู้ป่วยได้ร่วมรับฟังด้วย (ถ้าผู้ป่วยอนุญาต)

3. ภาษากาย หรือการสัมผัส การใช้ภาษากายที่เหมาะสม เช่น การแสดงท่าทีรับฟัง พยักหน้าหรือคำพูดตอบรับ จะช่วยส่งเสริมบรรยากาศในการสนทนาให้เกิดความไว้วางใจ

4. การใช้คำถาม การเปิดบทสนทนา ควรมีลักษณะคำถามที่ช่วยกระตุ้นให้ผู้ป่วยร่วมสนทนา ได้แก่ "ช่วยเล่าเพิ่มเติมอีกสักนิด...จะได้ไหม" หรือการหยุดนิ่ง รอฟังเมื่อผู้ป่วยตกอยู่ในภาวะเงียบ (silence or pause) โดยไม่ขัดจังหวะ การใช้คำถามที่แสดงความใส่ใจ เห็นใจในช่วงเวลาที่เหมาะสม หรือการสะท้อนปฏิกิริยาทางอารมณ์ที่สังเกตเห็น จะทำให้ผู้ป่วยรับรู้ท่าทีที่รับฟังและเข้าใจอารมณ์ของตนเองได้มากขึ้น (จารุรินทร์ ปิตานุพงศ์, 2564)

การสื่อสารในผู้ป่วยและครอบครัวที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองเพื่อการเยียวยา (therapeutic/ supportive dialogue หรือ healing communication)

สิ่งสำคัญในการสื่อสารที่บำบัดจิตใจผู้ป่วยและครอบครัวระยะประคับประคองคือการสื่อสารเพื่อการเยียวยา (healing communication) โดยทำให้ผู้ป่วยเกิดอารมณ์ที่มาจากปฏิกิริยาทางจิตใจในเชิงบวก ซึ่งการสื่อสารเพื่อการเยียวยามีวัตถุประสงค์ ดังนี้

1. มีแนวทางในการปรับตัว (coping) ต่อความเจ็บป่วยได้ดีขึ้น
2. มองเห็นจุดแข็ง (strength) ของตนเอง
3. มีการเห็นคุณค่าในตนเอง (self-esteem) ที่แข็งแรง (Branden, 2021)
4. สามารถพูดคุยถึงสิ่งที่ปรารถนา (wish) ในชีวิต หรือสิ่งที่กังวลใจ รวมถึงความตายได้
5. มีความรู้สึกว่าตนเองควบคุมสถานการณ์ได้ (sense of control) หรือมีความสามารถในการดูแลตนเอง (self-care agency) (สุพัตรา สิงห์อุตสาหะชัย และคณะ, 2565)

ดังนั้นเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยเข้าใจในความรู้สึกของตนเอง ปลดล็อคความคิดและความรู้สึก รวมถึงตอบสนองความต้องการของตนเองแบบองค์รวม โดยกระบวนการสนทนาที่ดีจะทำให้เกิดการรักษาเยียวยาจิตใจของผู้ป่วยและครอบครัว ซึ่งมีลักษณะเฉพาะ ประกอบด้วย 1) การเล่าเรื่อง (narrative interview) 2) ค้นหาความหมายของชีวิตในส่วนบุคคล (individual meaning-centered interview: IMCI) และ 3) ค้นหาทางออกของชีวิต (solution focused interview: SFI) ซึ่งในกระบวนการสื่อสารจะผ่านการควบคุมจิตใต้สำนึกของการฟัง และค้นหาเนื้อหาจากเรื่องเล่า (narrative story) ที่มีความหมายของชีวิต (meaning of life) จนค้นพบทางออก (solution) จะทำให้พยาบาลและทีมรักษาพยาบาล เข้าถึงประสบการณ์ชีวิตของผู้ป่วยและญาติได้อย่างแท้จริง ซึ่งความจริงเหล่านี้จะช่วยเยียวยา (healing) จิตใจของผู้ป่วยและครอบครัวได้ นอกจากเรื่องเล่า (narrative) เกี่ยวกับชีวิตแล้วนั้น การเข้าใจเรื่องความหมายของชีวิต (meaning of life) ที่ดำรงอยู่ของผู้ป่วยก็มีความสำคัญอย่างมากเช่นกัน จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าการเข้าใจความหมายของจิตวิญญาณและการดำรงอยู่ของชีวิตที่เหลืออยู่กับความเจ็บป่วยของผู้ป่วยนั้นมีความสำคัญในการปรับตัวการต่อสู้กับโรคในระยะสุดท้ายของผู้ป่วย (Riklikiene et al., 2020; Scherer et al., 2021)

การเล่าเรื่อง (narrative interview) เป็นวิถีคิดอย่างหนึ่งของมนุษย์ กระบวนการเล่าเรื่องจะถูกใช้อย่างเป็นธรรมชาติโดยไม่รู้ตัว และเป็นกระบวนการรับรู้ของมนุษย์ที่ใช้สร้างความหมายต่อเหตุการณ์ที่ผ่านเข้ามาในชีวิต โดยเลือกเอาเหตุการณ์ต่าง ๆ ที่สัมพันธ์และสอดคล้องกัน มาเรียบเรียงเป็นเรื่องราวที่ต่อเนื่อง ซึ่งกระบวนการเล่าเรื่องจะต้องเลือกพื้นเรื่องเพียงหนึ่งเดียวมาเขียนหรือเป็นกรอบ ร่วมกับเลือกเหตุการณ์ต่าง ๆ ที่สอดคล้องและต่อเนื่อง เพื่อนำมายึดเป็นพื้นที่ทางจิตใจที่สามารถทำให้มนุษย์ดำเนินชีวิตอย่างมีความหวัง และมีเป้าหมายไปสู่อนาคต โดยตัดพื้นเรื่องและเหตุการณ์ที่ไม่สอดคล้องกับกรอบเรื่องเล่านั้นออกไป สำหรับผู้ที่เจ็บป่วยหรือผู้ป่วยระยะประคับประคอง เมื่อรับรู้ว่าตนเองป่วยเป็นโรคร้ายที่รักษาไม่หาย โรคร้ายนั้นจะมีความหมายเป็นเหตุการณ์ใหม่ที่เกิดขึ้นมาในชีวิตที่ไม่มีความสอดคล้องกับกรอบเรื่องเล่าชีวิตเดิม ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถดำรงตนหรือดำเนินชีวิตต่อไปได้อย่างมีความหวัง หมดเป้าหมายที่มุ่งไปสู่อนาคต และเกิดความทุกข์จากความเจ็บป่วย

การค้นหาความหมายของชีวิตในส่วนบุคคล (individual meaning-centered interview: IMCI) มนุษย์ คือการดำรงตนโดยมีชีวิตอยู่อย่างมีความหมาย ดังนั้นเมื่อมีความเจ็บป่วยหรือความเครียด มนุษย์ต้องการที่จะจัดสมดุลชีวิตใหม่ เพื่อให้ชีวิตที่เหลืออยู่นั้นดำรงต่อไปได้ โดยมีความหมายแบบเดิม หรือสร้างความหมายใหม่ การสื่อสารนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อค้นหาเรื่องราวหรือพื้นเรื่องที่มีความหมายกับชีวิต ซึ่งเป็นอัตลักษณ์เฉพาะตัวของผู้ป่วยแต่ละคน (Fraguell-Hernando et al., 2020) การสื่อสารด้วยการค้นหาความหมายของชีวิตในส่วนบุคคลนั้นมีเป้าหมายสำคัญคือ 1) ช่วยให้ผู้ป่วยมีประสบการณ์และสร้างสรรค์ความหมายชีวิต ถึงแม้จะต้องเผชิญกับโรคที่ร้ายแรงรักษาไม่หาย 2) ช่วยให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการค้นพบเชื่อมต่อความหมายของโรคที่คงประสบการณ์การมีชีวิตที่มีความหมายได้อย่างต่อเนื่องตลอดระยะเวลาของการเจ็บป่วย 3) ช่วยให้ผู้ป่วยค้นพบและเข้าใจศักยภาพของความหมายชีวิตของตนเองตั้งแต่ได้รับการวินิจฉัยโรค 4) ช่วยให้ผู้ป่วยส่งเสริมความเข้าใจในด้านความคิด จิตใจ อารมณ์ที่ส่งผลต่อความเจ็บป่วย การรักษา และบุคคลรอบข้าง (Dietrich et al., 2021)

การค้นหาทางออกของชีวิต (solution focused interview: SFI) เป็นการสื่อสารเพื่อหาทางออก ซึ่งได้รับการพัฒนาขึ้นมาตั้งแต่ในปีพ.ศ. 2523 ที่ประเทศสหรัฐอเมริกา โดย De Shazer et al. (2021) เป็นคนเสนอต้นแบบการทำจิตบำบัดผู้ป่วยที่เน้นเรื่องกระบวนการสร้างทางออกของปัญหา (solution-building) มากกว่ามุ่งเน้นการแก้ปัญหา (problem-solving) หรือหาสาเหตุของปัญหา จะช่วยทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถคิดหาทางออกให้กับชีวิตที่เหมาะสมกับศักยภาพของตนเอง การสื่อสารเพื่อค้นหาทางออกของชีวิตมีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ค้นหาศักยภาพภายในที่เป็นปัจจุบัน (current resources) กลไกทางจิต (coping mechanism) ใช้ในการจัดการปัญหาและเป็นจุดแข็งของผู้ป่วย 2) ประเมินความหวังในอนาคต (future hope) รวมทั้งโอกาสที่จะไปถึงเป้าหมายนั้น ๆ 3) ทำให้ผู้ป่วยมีแรงจูงใจ (motivation) ในการค้นหาข้อสรุปที่เป็นทางออกที่มีโอกาสทำได้สำเร็จสูงตามศักยภาพของผู้ป่วยและครอบครัวหรือจุดแข็งที่มีและท้ายสุดปัญหานั้นจะเบาบางลง

ทักษะการสื่อสารในผู้ป่วยและครอบครัวที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองเพื่อการเยียวยา (Arnold & Boggs, 2019)

1. การฟังอย่างลึกซึ้ง (deep or compassionate listening skill) เป็นการฟังด้วยความรักและเมตตาอย่างไม่มีเงื่อนไข ให้ผู้ป่วยได้แสดงความรู้สึกต่าง ๆ เช่น โกรธ กลัว กังวล สับสน ท้อใจ ทำให้สัมผัสได้ถึงอารมณ์ ความรู้สึกและความต้องการ ช่วยให้ผู้ป่วยได้ปลดปล่อยความทุกข์ เป็นการเยียวยาจิตใจ เพราะความรู้สึกที่หลั่งไหลออกมาได้รับการโอบอุ้ม ดูแล ให้เกียรติ เป็นเหมือนกระจกเงา ช่วยสะท้อนให้เห็นความคิด ความรู้สึกและปัญหาของตัวเองอย่างชัดเจน มีสติ มองปัญหาอย่างถ่องแท้ เริ่มเห็นทางออกของปัญหา โดยผู้ฟังจะฟังอย่างไม่ตัดสินว่าความคิดนั้นถูกหรือผิด รับฟังอย่างเปิดใจ สงบ ไม่โต้แย้ง หรือพูดขัดจังหวะ แม้ว่าคำพูดของอีกฝ่ายจะเต็มไปด้วยความขัดแย้ง อารมณ์และเข้าใจผิด

ตัวอย่างเช่น

ผู้ป่วย: อายุ 72 ปี มีอาการปวดบริเวณก้อนที่เต้านม มาพบแพทย์ตามนัด พยาบาลสังเกตเห็นสีหน้าผู้ป่วยเศร้า

พยาบาล: คุณ...ปวดตรงไหนหรือเปล่าคะ

ผู้ป่วย: ปวดอยู่บ้างเหมือนกัน

พยาบาล: ไหวไหมคะคุณ... *เงียบ...ฟัง*

ผู้ป่วย: ก้มหน้า เงียบ

พยาบาล: (*เงียบ...สังเกตว่าผู้ป่วยตัวสั่น)* ผู้ป่วยปวดทนไม่ไหว (สะท้อนความรู้สึก)

ผู้ป่วย: เงยหน้า น้ำตาคลอ...ไม่มีใครสนใจหรือรู้หรอกว่าเจ็บปวดแค่ไหน

พยาบาล: ... *เงียบ...รับฟัง*

ผู้ป่วย: ร้องไห้...ไม่มีใครสนใจ อยากนอนพักที่บ้าน แต่ลูก ๆ ก็คะยั้นคะยอให้มารักษา อายุเยอะแล้ว ร่างกายก็ไม่ไหว ก็คงอยู่ได้อีกไม่นานหรอก (ผู้ป่วยระบายความเจ็บปวดที่อยู่ภายใน)

2. การสะท้อน (reflection) เป็นทักษะที่แสดงถึงความเข้าใจที่มีต่อผู้ป่วย รวมทั้งทำให้ผู้ป่วยตระหนักถึงความคิด หรือคำพูดของตนเองและยอมรับตนเอง โดยที่ไม่ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกกดดัน ทักษะนี้สามารถใช้ได้ทันทีที่ผู้ป่วยแสดงความรู้สึกนั้นออกมา การจะสะท้อนความรู้สึกได้นั้น พยาบาลจะต้องรวบรวมความคิดและความรู้สึกของผู้ป่วย แล้วสะท้อนออกมาเป็นคำพูด ความไว้วางใจในการพยาบาลเป็นผลลัพธ์ที่สะท้อนความรู้สึกที่มีประสิทธิภาพ

ตัวอย่างเช่น

ผู้ป่วย: กดกริ่งบ่อยทุก 10 นาที

พยาบาล: (เดินเข้าไปที่เตียง)...คุณ...อยากให้พยาบาลช่วยอะไรคะ

ผู้ป่วย: ส่ายหน้า

พยาบาล: *ไม่อยากให้ช่วยอะไร (เป็นการแปลพฤติกรรมของผู้ป่วยเพื่อตรวจสอบการสื่อสารของผู้ป่วย)*

ผู้ป่วย: จับแขนพยาบาล

พยาบาล: *อยากให้อยู่เป็นเพื่อนด้วย (สะท้อนเนื้อหา)*

ผู้ป่วย: พยักหน้า

พยาบาล: *กลัว...(สะท้อนความรู้สึก)*

ผู้ป่วย: พยักหน้า

3. การใช้ความเงียบ (silent technique) เป็นการปล่อยให้การสื่อสารเป็นแบบไม่ใช้คำพูดในระยะเวลาหนึ่ง อาจเป็นนาทีหรือหลายนาที ซึ่งการใช้ความเงียบแบ่งออกเป็น การใช้ความเงียบทางบวกและการใช้ความเงียบทางลบ

3.1 การเงียบทางบวก เป็นการเงียบเพื่อให้เวลาผู้ป่วยในการคิดทบทวน อาจเป็นสัญญาณของความเจ็บปวด หรือพักจากความรู้สึกเหนื่อยล้า หรือเป็นการรอรับการตอบสนองของพยาบาล ซึ่งเป็นสัญญาณบอกความก้าวหน้าในการช่วยเหลือ

3.2 การเงียบทางลบ เป็นการเงียบที่บอกถึงสัญญาณความกลัว ความไม่เข้าใจในบทบาท การไม่พร้อมพูดคุย อึดอัด อาย ไม่อยากพูดเรื่องส่วนตัว หรือแสดงความไม่พอใจ โดยพยาบาลอาจใช้วิธีการเริ่มสร้างสัมพันธภาพ ตกลงเรื่องการรักษาความลับ และใช้ทักษะการสะท้อนความรู้สึกเพื่อให้ผู้ป่วยยอมรับในความคิดหรือความรู้สึกของตนเอง

ตัวอย่างเช่น

พยาบาล: สวัสดีค่ะคุณ...วันนี้เป็นอย่างไรบ้างคะ

ผู้ป่วย: สวัสดีค่ะคุณพยาบาล วันนี้รู้สึกดีขึ้น การได้คุยกันเหมือนได้ระบายค่ะ มันอึดอัด ไม่รู้จะพูดกับใครได้

พยาบาล: ไม่รู้จะพูดกับใคร

ผู้ป่วย: มันท้อแท้ มีแต่เรื่องราวแย่ ๆ รักษาไม่หายสักที (เสียงสั่น น้ำตาคลอ)

พยาบาล: *เงียบ...จนผู้ป่วยเริ่มระบายต่อ (เป็นการใช้ความเงียบทางบวก)*

ผู้ป่วย: (เสียงสั่น น้ำตาคลอ) พยายามรักษาทุกทางแต่ก็ไม่ดีขึ้น บางครั้งดีแล้วก็กลับไปแย่อีก สร้างความเดือดร้อนให้ลูก ๆ ต้องมาคอยรับ-ส่ง เงินทองก็ไม่ค่อยจะมี รู้สึกว่าเราทำให้เค้าลำบาก ถ้าไม่มีเราเค้าคงจะเหนื่อยน้อยลง

4. การใช้คำถาม (questioning) เป็นทักษะที่มีจุดมุ่งหมายเพื่อให้ได้ข้อมูลที่เฉพาะเจาะจง ใช้ในการเข้าใจปัญหา สถานการณ์ชีวิต เป็นการเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้บอกถึงความรู้สึกและเรื่องราวต่าง ๆ ที่ทำให้รบกวนใจ รวมทั้งให้โอกาสผู้ป่วยได้ใช้เวลาในการคิดทบทวน ทำความเข้าใจปัญหา และสาเหตุของตนเอง เพื่อทำความเข้าใจให้ตรงกัน หรือเป็นการตรวจสอบประเด็นที่สำคัญ โดยพยาบาลอาจชี้นำการสนทนาต่อในเชิงสร้างสรรค์ ซึ่งอาจใช้คำถามปิดที่ถามเพื่อต้องการคำตอบสั้นๆ เช่น ใช่/ไม่ใช่ และคำถามเปิด เช่น อย่างไร เพราะอะไร

ข้อควรระวังในการใช้คำถาม

1. ไม่ควรถามเพราะความอยากรู้ในเรื่องราวส่วนตัวของผู้ป่วย

2. ควรหลีกเลี่ยงคำถามที่ขึ้นต้นว่า “ทำไม” “มีปัญหาอะไร” เพราะจะทำให้ผู้ป่วยรู้สึกผิด ส่งผลกระทบต่อสัมพันธภาพ

ตัวอย่างเช่น

“คุณ...พอจะเล่าเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นให้ฟังได้ไหมคะ”

“คุณรู้สึกอย่างไรกับ...”

“มีอะไรที่ทำให้คุณ...”

5. การทวนซ้ำ (restarting) เป็นการทวนซ้ำในสิ่งที่ผู้ป่วยบอกโดยใช้คำน้อยลง เป็นการตรวจสอบว่าทำความเข้าใจตรงกัน รวมถึงทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าพยาบาลรับฟัง ใส่ใจ ติดตามเรื่องราว ผู้ป่วยจะรู้สึกเป็นที่ยอมรับ อบอุ่น และไว้วางใจ

สิ่งที่ควรหลีกเลี่ยงในการทวนซ้ำ

1. ใช้ความคิดเห็นส่วนตัว
2. การพูดต่อหรือขยายความ

ตัวอย่างเช่น

ผู้ป่วย: ร้องไห้... อยากกลับบ้าน อยากกลับไปนอนที่บ้าน แต่ลูก ๆ ก็ไม่ยอม บอกให้มานอนที่โรงพยาบาลแทน อายุเยอะแล้ว ไม่ไหวแล้ว ก็คงอยู่ได้อีกไม่นานหรอก มันไม่ไหวแล้ว

พยาบาล: *คุณ...รู้สึกว่าคุณไม่ไหวแล้ว (ทวนซ้ำสั้น ๆ)*

ผู้ป่วย: ใช่ รู้ตัวดีว่าเป็นยังไง อยากอยู่บ้าน จะเป็นอะไรก็เป็นที่บ้านแล้วกัน พอแล้ว ไม่อยากตายที่โรงพยาบาล

พยาบาล: *ไม่อยากตายที่โรงพยาบาล (ทวนซ้ำสั้น ๆ)*

ผู้ป่วย: (พยักหน้า) ใช่

6. การสัมผัส (touch) เป็นการสื่อสารถึงความรู้สึกในรูปแบบอวัจนภาษา เป็นการแสดงความเห็นใจ ห่วงใย ให้กำลังใจ การประคับประคองและความเมตตา ใช้ในการสื่อความรู้สึกในกรณีที่พยาบาลไม่สามารถใช้ถ้อยคำสื่อสารได้เหมาะสม

ข้อควรระวังในการสัมผัส

1. ควรคำนึงถึงความเหมาะสมกับบุคคลหรือสถานการณ์
2. ควรคำนึงถึง วัย เพศ วัฒนธรรม ความชอบ และอื่น ๆ

ตัวอย่างเช่น

ญาติผู้ป่วย: นั่งร้องไห้อยู่มุมห้อง

พยาบาล: คุณ...มีอะไรให้พยาบาลช่วยไหมคะ

ญาติผู้ป่วย: คุณแม่ไม่ยอมรักษาอะไรเลย จะขอตายอย่างเดียว พยายามอธิบายหลายครั้งก็ไม่ยอมฟัง ทุกคนที่บ้านก็บอกว่าเราบังคับคุณแม่ ไม่มีใครเข้าใจเลย

พยาบาล: *(ลากเก้าอี้มานั่งข้าง ๆ เตียง) พยาบาลนั่งเป็นเพื่อนนะคะ (จับมือ) (สัมผัส)*

ญาติผู้ป่วย: (เริ่มสงบลง) คุณพยาบาลเข้าใจใช่ไหมคะว่ารู้สึกอย่างไร

จะเห็นได้ว่าการสื่อสารตามบทบาทหน้าที่ของพยาบาลนั้นจะเป็นการสื่อสารด้านการให้ความรู้ ให้คำแนะนำ หรือเพื่อการประเมินอาการผู้ป่วย เป็นต้น แต่การสื่อสารในผู้ป่วยแบบประคับประคองและครอบครัวนั้นจะเป็นการสื่อสารเพื่อการเยียวยา เนื่องจากผู้ป่วยและครอบครัวเป็นบุคคลที่กำลังมีความอ่อนไหวทางอารมณ์ ดังนั้นการสื่อสารใด ๆ ที่เกิดขึ้นในช่วงเวลานี้จะมีผลต่อสุขภาวะโดยรวมในระยะสั้นและระยะยาวของผู้ป่วยและครอบครัว รวมถึงบุคลากรทางการแพทย์ด้วย สิ่งสำคัญคือ การสื่อสารนั้นเกิดขึ้นใน

ทุกกิจกรรมที่กระทำแก่ผู้ป่วยและครอบครัว ซึ่งพยาบาลจะต้องดูแลทั้งความคิด ความรู้สึก และอารมณ์ของผู้ป่วยและครอบครัว ระมัดระวังการแสดงออกทั้งวัจนภาษาและอวัจนภาษา โดยพยาบาลควรใช้ทั้งทักษะการรับฟังอย่างตั้งใจ เข้าใจ เลือกใช้ภาษา และวิธีการสื่อสารที่เหมาะสม รวมถึงการมีทัศนคติที่ดีต่อในเรื่องราวของผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อบรรเทาความทุกข์ต่าง ๆ การสื่อสารที่ดีจะช่วยเสริมประสิทธิภาพกับคุณภาพชีวิตของผุ้ป่วยและครอบครัว อีกทั้งยังเป็นการหล่อเลี้ยงความสัมพันธ์ระหว่างทีมรักษาพยาบาลกับผู้ป่วยซึ่งเป็นศูนย์กลาง

บทบาทพยาบาลในการสื่อสารกับผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองและครอบครัว เพื่อการเยียวยาโดยใช้กระบวนการทางการพยาบาล

การพยาบาลเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัวไม่ใช่สูตรสำเร็จที่ต้องปฏิบัติกับผู้ป่วยทุกราย พยาบาลต้องประเมินปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยและญาติเป็นรายบุคคล หาแนวทางที่ชัดเจนในแต่ละสภาวการณ์ เนื่องจากผู้ป่วยแต่ละคนมีความแตกต่างกัน ตามชุมชนท้องถิ่น วัฒนธรรม ความเชื่อ ไม่ทอดทิ้งผู้ป่วยแม้ผู้ป่วยจะเป็นผู้ที่หมดหวังไม่สามารถรักษาให้ดีขึ้น แต่ผู้ป่วยต้องการความรัก ความอบอุ่นและการเอาใจใส่จากญาติและจากแพทย์ พยาบาลเหมือนผู้ป่วยอื่น ๆ ควรเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้พูดคุย ระบายความรู้สึกที่เป็นความรักและความผูกพันต่อสิ่งต่าง ๆ ความสุขที่ได้เล่าให้ใครสักคนได้รับรู้ บางเรื่องไม่สามารถพูดให้สมาชิกครอบครัวฟังได้ พยาบาลจึงควรทำหน้าที่เป็นคนกลางในการรับรู้ความรู้สึกดังกล่าว การสัมผัสทางกายเป็นครั้งคราวก็เป็นสื่อถึงความรักและความห่วงใยที่ดีวิธีหนึ่ง ผู้ป่วยใกล้เสียชีวิตบางรายไม่สามารถสื่อสารด้วยคำพูดได้ พยาบาลจึงควรตระหนักในบทบาทดังกล่าวเพื่อจะเป็นสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับญาติและเป็นการเยียวยาความรู้สึกทั้งสองฝ่าย ทั้งนี้การใช้กระบวนการพยาบาลเข้ามาเป็นกรอบในการสื่อสารกับผู้ป่วยและญาติจะช่วยให้พยาบาลเข้าใจบทบาทและสื่อสารได้มีประสิทธิภาพมากขึ้น

ขอยกตัวอย่างการใช้กระบวนการพยาบาลซึ่งประกอบด้วย 5 ขั้นตอน มาปรับใช้กับรูปการสื่อสารเพื่อการเยียวยา โดยใช้กระบวนการพยาบาล ตั้งแต่ขั้นตอนที่ 1 การประเมิน (assessment) ขั้นตอนที่ 2 การวินิจฉัยการพยาบาล (nursing diagnosis) ขั้นตอนที่ 3 การวางแผนการพยาบาล (planning) ขั้นตอนที่ 4 การนำแผนไปปฏิบัติ (implementation) และขั้นตอนที่ 5 การประเมินผล (evaluation) โดยขออธิบายรายละเอียดในแต่ละขั้นตอนดังต่อไปนี้

ขั้นตอนที่ 1 การประเมิน (assessment) เป็นการสื่อสาร/มีปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยและญาติ ในการพยายามที่จะรับรู้ปัญหา โดยการรวบรวมข้อมูลต่าง ๆ ซึ่งได้จากการพูดคุย การสังเกต เพื่อนำมาแปลข้อมูล ตีความ และตรวจสอบความถูกต้องของการรับรู้ ความรู้สึกของผู้ป่วยและญาติ

1.1 เริ่มต้นด้วยการสร้างสัมพันธภาพ เพื่อให้เกิดความไว้วางใจ ช่วยเหลือเพื่อให้ผู้ป่วยและญาติมีโอกาสได้พบกับแพทย์เจ้าของไข้โดยตรง โดยใช้จริยธรรมในการสื่อสารกับผู้ป่วย การพูดความจริงที่เกี่ยวข้องกับการวินิจฉัยโรคและการรักษาด้วยความเห็นใจ และเคารพในการตัดสินใจของผู้ป่วยเสมอ (ทัศนีย์ ทองประทีป, 2558)

1.2 ประเมินการรับรู้และความเข้าใจของผู้ป่วยและญาติ พร้อมทั้งสังเกตพฤติกรรมและอารมณ์ของผู้ป่วยและญาติที่มีต่อสถานการณ์นั้น ๆ ในการประเมินอาจใช้แบบประเมินเพื่อการสื่อสารกับทีมดูแล หรือเพื่อติดตามประเมินผลการดูแลอย่างต่อเนื่อง เช่น การใช้แบบประเมินเพื่อการสื่อสาร หรือใช้แบบประเมินติดตามอาการ เพื่อสื่อสารให้ทีมดูแลผู้ป่วยประคับประคองทราบถึงสภาพของผู้ป่วยเพื่อใช้ในการวางแผนการดูแล

1.3 ค้นหาสาเหตุของปัญหา/สิ่งที่มากระทบ หรือความต้องการของผู้ป่วยและญาติ โดยสังเกตความสอดคล้องของภาษาพูดและภาษาท่าทาง เช่น สีหน้าและน้ำเสียง

1.4 เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้ระบายความรู้สึก ระบุความเชื่อของตนเอง ปัญหาที่เผชิญอยู่ ประเด็นสำคัญคือการรับฟังเพื่อค้นหาสิ่งสำคัญที่สุดของชีวิตผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อที่จะช่วยให้ได้รับการคลี่คลายปมในใจ หรือสิ่งที่ยังติดค้างคาใจ (สุรีย์ ลี้มงคล, 2558)

1.5 พิจารณาอย่างรอบคอบ ละเอียดถี่ถ้วน เกี่ยวกับอาการของผู้ป่วยที่มีความไม่แน่นอนหรือเปลี่ยนแปลงเร็ว หรืออาการไม่พึงประสงค์ที่เกิดจากการรักษา พยาบาลควรคำนึงทั้งในด้านหลักวิชาทางการแพทย์และการพยาบาล จรรยาบรรณของผู้ประกอบวิชาชีพ สิทธิผู้ป่วยและกฎหมาย ซึ่งอย่างไรก็ตามสิ่งที่สำคัญที่สุดคือการมีข้อมูลความต้องการของผู้ป่วยและญาติ และควรให้ผู้ป่วยและญาติได้มีส่วนร่วมในการตัดสินใจ

ขั้นตอนที่ 2 การวินิจฉัยการพยาบาล (nursing diagnosis) เป็นการนำข้อมูลที่ได้จากการสังเกต การพูดคุย ซักประวัติ ตรวจร่างกาย และอื่น ๆ มาวิเคราะห์เพื่อค้นหาความต้องการของทั้งผู้ป่วยและครอบครัวอย่างเป็นองค์รวม และนำไปสู่การวางแผนการพยาบาลในขั้นตอนต่อไป (อรนันท์ หาญยุทธ, 2565)

2.1 การวินิจฉัยการพยาบาลที่เน้นปัญหา เช่น “ไม่สามารถเผชิญปัญหาได้อย่างเหมาะสมเนื่องจากสภาพความเจ็บป่วยและไม่เข้าใจเกี่ยวกับโรคและแผนการรักษา” “ความสัมพันธ์ในครอบครัวเสื่อมลงเนื่องจากขาดประสิทธิภาพในการสื่อสาร”

2.2 การวินิจฉัยการพยาบาลที่เกี่ยวกับความเสี่ยง เช่น “เสี่ยงต่อการเกิดการมีสัมพันธภาพในครอบครัวไม่เหมาะสม เนื่องจากไม่สามารถสื่อสารความต้องการได้”

2.3 การวินิจฉัยการพยาบาลที่ส่งเสริมสุขภาพดี เช่น “มีความพร้อมสำหรับการเผชิญปัญหาการเจ็บป่วยเพิ่มขึ้น เนื่องจากรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่าและได้รับการสนับสนุนจากครอบครัว”

2.4 การวินิจฉัยการพยาบาลกลุ่มอาการ เช่น “กลุ่มอาการเครียด จากการเปลี่ยนแปลงแบบแผนการดำเนินชีวิต”

ขั้นตอนที่ 3 การวางแผนการพยาบาล (planning) เป็นการจัดทำแผนการพยาบาลกำหนดกิจกรรมการพยาบาลให้สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยและญาติ จะเป็นการสื่อสารที่มีเป้าหมายและมีส่วนร่วมของผู้ป่วยและญาติในการตัดสินใจในการดูแล

3.1 การดูแลเพื่อความสุขสบายตามความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว และสนับสนุนครอบครัวในการดูแลอย่างเป็นองค์รวม

3.2 การดูแลอย่างต่อเนื่องตลอดจนวางแผนการจำหน่ายเพื่อให้ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยที่บ้านได้

3.3 เพิ่มประสิทธิภาพในการสื่อสาร และสัมพันธภาพในครอบครัว

ขั้นตอนที่ 4 การนำแผนไปปฏิบัติ (implementation) เป็นการนำแผนการพยาบาลที่วางไว้มาปฏิบัติจริงเพื่อให้บรรลุเป้าหมายตามความต้องการของผู้ป่วยและญาติ ซึ่งเป็นการสื่อสารที่มีความต่อเนื่องในการปฏิบัติพยาบาล

4.1 ทำหน้าที่เป็นสื่อกลางในการให้ข้อมูลแก่แพทย์ ผู้ป่วยและญาติ หรือในทีมสหสาขาวิชาชีพในการสื่อสารข้อมูลที่เป็นประโยชน์ เพื่อวางแผนการดูแลร่วมกัน อีกทั้งยังทำให้ญาติหรือสมาชิกในครอบครัวรู้สึกมีส่วนร่วมในการดูแลอย่างเท่าเทียม มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และมีช่องทางในการสื่อสาร

4.2 เตรียมจิตใจและอยู่เป็นเพื่อนผู้ป่วยและญาติ ในยามที่เผชิญความยากลำบากในการตัดสินใจและเผชิญกับการสูญเสีย

4.3 รับฟังและตอบรับ หรือเสนอตัวช่วยเหลือเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยและญาติ

4.4 เป็นที่ปรึกษาให้แก่ผู้ป่วยและครอบครัว เกี่ยวกับอาการที่มีการเปลี่ยนแปลง ปัญหาที่เกิดขึ้น การปรับตัวต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น

4.5 ประสานงานส่งต่อข้อมูลเพื่อการดูแลอย่างต่อเนื่อง

4.6 ส่งเสริมให้ผู้ป่วยและครอบครัวรับรู้ตนเองตามความเป็นจริง และเข้าใจตนเองอย่างถูกต้อง ร่วมกันวางแผนในสิ่งที่สามารถปฏิบัติได้ตามความเหมาะสม

4.7 ยอมรับในการตัดสินใจของครอบครัว และเสริมพลังบวกในการดูแล

ขั้นตอนที่ 5 การประเมินผล (evaluation) เป็นการประเมินและพิจารณาว่ากระบวนการทั้งหมดที่พยาบาลดำเนินการมานั้นบรรลุตามตามเป้าหมายหรือความต้องการที่วางแผนร่วมกับผู้ป่วยและญาติไว้หรือไม่ เป็นการตรวจสอบพฤติกรรม การรับรู้ ความรู้สึก การตอบสนองของผู้ป่วยและญาติ รวมถึงประเมินการสื่อสารของพยาบาลว่ามีคุณภาพหรือไม่ อย่างไร หากไม่เป็นไปตามที่วางแผนไว้ พยาบาลควรกลับมาตรวจสอบข้อผิดพลาดในแผนการพยาบาล เพื่อปรับแผนการพยาบาลให้เหมาะสมต่อไป

อีกทั้งพยาบาลควรใช้ดุลยพินิจในการตัดสินเกี่ยวกับการบรรลุผลตามเป้าหมาย พิจารณาประสิทธิภาพในการแก้ปัญหา และสรุปสถานะของปัญหาที่เกิดขึ้น โดยอาจสรุปว่าการแก้ไขปัญหายังไม่บรรลุผล จึงต้องมีการดำเนินการต่อหรือต้องมีการปรับปรุงแผนการพยาบาล หรือหากบรรลุผลแล้วอาจยุติแผนการพยาบาล ทั้งนี้พยาบาลต้องประเมินผลด้วยความรอบคอบทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณของทั้งผู้ป่วยและญาติต่อไป

ตารางที่ 1

แสดงตัวอย่างโดยใช้กระบวนการพยาบาล สำหรับการสื่อสารกับผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง

N: ข้อวินิจฉัยการพยาบาล (nursing diagnosis)	**A: การประเมิน (assessment)**
- หมดความภาคภูมิในในตนเอง เนื่องจากต้องพึ่งพาผู้อื่น	- ผู้ป่วยอายุ 81 ปี มักพูดว่า “แก่แล้ว เดี๋ยวก็ตาย จะได้ไม่เป็นภาระของลูก” ขณะพูดมีสีหน้าศร้า และแยกตัว
	I: การนำแผนไปปฏิบัติ (implementation)
P: การวางแผนการพยาบาล/วัตถุประสงค์ (planning) - ส่งเสริมให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่าเป็นที่รักของครอบครัว	- ประเมินความรู้สึก การแสดงออกของผู้ป่วยทั้งคำพูดและพฤติกรรม - รับฟังในสิ่งที่ผู้ป่วยพูดอย่างตั้งใจ - แจ้งผู้ป่วยทุกครั้งเมื่อมีการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล - ดูแลสื่อสารกับผู้ป่วยด้วยคำพูดที่สุภาพ นุ่มนวล อ่อนโยน ไม่แสดงท่าทีรังเกียจหรือรีบร้อน - สื่อสารโดยไม่ตำหนิผู้ป่วย เมื่อผู้ป่วยทำผิด มีอารมณ์โกรธหรืออ่อนไหวกับสถานการณ์ต่าง ๆ - ดูแลให้กำลังใจผู้ป่วย สื่อสารเกี่ยวกับเรื่องที่ดี ให้ผู้ป่วยเห็นถึงความภาคภูมิใจของตนเอง เช่น คุณ...เก่งมากเลยนะคะ สามารถดูแลครอบครัวได้อย่างดี - ดูแลรับฟังและเป็นที่ปรึกษาให้แก่ผู้ป่วยและครอบครัวเมื่อเกิดปัญหา - ช่วยเหลือดูแลประสานงานส่งต่อข้อมูลต่าง ๆ - เปิดโอกาสให้ครอบครัวเข้าใจผู้ป่วยมากขึ้น มีส่วนร่วมในการดูแล และเสริมพลังบวกในการดูแล
	E: การประเมินผล (Evaluation)
	- ผู้ป่วยมีอาการเศร้าบางครั้ง เมื่อญาติและพยาบาลให้กำลังใจผู้ป่วยมีสีหน้าดีขึ้น พูดคุยกับเพื่อนข้างเตียงมากขึ้น

บทบาทของพยาบาลในการสื่อสารกับผู้ป่วยและครอบครัวที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองมีความสำคัญอย่างมาก เนื่องจากผู้ป่วยเหล่านี้มักมีความต้องการแบบองค์รวมที่ต้องครอบคลุมการดูแลทั้งด้านร่างกาย ใจ อารมณ์ จิตวิญญาณ และสังคม สิ่งสำคัญในการสื่อสารที่จะบำบัดจิตใจผู้ป่วยและครอบครัวในระยะการดูแลแบบประคับประคองคือการสื่อสารเพื่อการเยียวยา (healing communication) ซึ่งหลักสำคัญที่สุด พยาบาลต้องกระตุ้นให้ผู้ป่วยเข้าใจในความรู้สึกของตนเอง ปลดล็อคความคิดและความรู้สึกรวมถึงตอบสนองความต้องการของตนเองแบบองค์รวม โดยพยาบาลต้องอาศัยกระบวนการสนทนาที่ดีจะทำให้เกิดการรักษาเยียวยาจิตใจของผู้ป่วยและครอบครัว ซึ่งมีลักษณะเฉพาะประกอบด้วย การเล่าเรื่อง การค้นหาความหมายของชีวิตในส่วนบุคคล และค้นหาทางออกของชีวิต ซึ่งในกระบวนการสื่อสารจะผ่านการควบคุมจิตใต้สำนึกของการฟังและค้นหาเนื้อหาจากเรื่องเล่าที่มีความหมายของชีวิตจนค้นพบทางออก จึงจะทำให้

พยาบาลเข้าถึงประสบการณ์ชีวิตของผู้ป่วยและญาติได้อย่างแท้จริง ซึ่งความจริงเหล่านี้จะช่วยเยียวยา (healing) จิตใจของผู้ป่วยและครอบครัวได้เป็นอย่างดี ทักษะที่จำเป็นสำหรับพยาบาลที่จะต้องพัฒนาไปสู่การสื่อสารเพื่อการเยียวยาอย่างแท้จริงประกอบไปด้วย การฟังอย่างลึกซึ้ง ซึ่งเป็นการฟังด้วยความรักและเมตตาอย่างไม่มีเงื่อนไข การสะท้อนความความคิดความรู้สึก การใช้ความเงียบ การใช้คำถาม การทวนซ้ำและการสัมผัส ซึ่งเป็นการแสดงความเข้าใจ ห่วงใย และให้กำลังใจผู้ป่วย อีกทั้งการใช้กระบวนการพยาบาล ซึ่งประกอบไปด้วย การประเมิน การวินิจฉัยการพยาบาล การวางแผนการพยาบาล การนำแผนไปปฏิบัติและการประเมินผล มาประยุกต์ใช้ในการวางแผนให้การดูแลผู้ป่วยและครอบครัวที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองจะเป็นกุญแจดอกสำคัญที่ช่วยไขปัญหาของผู้ป่วย ทำให้พยาบาลเข้าอกเข้าใจผู้ป่วยและครอบครัวมากยิ่งขึ้น ดังนั้นการสื่อสารเพื่อการเยียวยา ซึ่งเป็นการสื่อสารที่เน้นมีเป้าหมายเป็นการส่งเสริมสุขภาพและความผาสุก โดยใช้กระบวนการสื่อสารร่วมกับทักษะการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ เพื่อให้ข้อมูลใหม่ แก้ไขข้อมูลที่ไม่ถูกต้อง อีกทั้งยังส่งเสริมความเข้าใจเกี่ยวกับการตอบสนองของผู้ป่วยที่มีปัญหาต่าง ๆ รวมถึงปัญหาด้านสุขภาพช่วยให้เรียนรู้และเข้าใจปัญหา ตรวจสอบทางเลือกและการตัดสินใจช่วยเพิ่มพลังความเข้มแข็งและการส่งเสริมความผาสุก ซึ่งการสื่อสารดังกล่าวจะช่วยให้การดูแลเป็นไปอย่างเหมาะสมและตอบสนองต่อความต้องการของผู้ป่วยได้ดีที่สุดต่อไป

ข้อเสนอแนะ

พยาบาลจึงจำเป็นต้องมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการสื่อสารเพื่อการเยียวยาอย่างลึกซึ้ง ในด้านการปฏิบัติการพยาบาลนั้น พยาบาลควรพัฒนาทักษะการสื่อสารที่จำเป็นอยู่เสมอและต้องมีจิตที่เมตตาต่อผู้ป่วย ทำการพยาบาลด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์อย่างแท้จริง นอกจากนี้ในด้านการศึกษาพยาบาลควรมีระบบการเรียนการสอนที่เกี่ยวข้องกับการสื่อสารเพื่อการเยียวยาสำหรับผู้ป่วยที่ต้องได้รับการดูแลแบบประคับประคอง มีการจัดการฝึกอบรมทักษะการสื่อสารที่เน้นการฟังอย่างตั้งใจและการใช้ภาษาที่ผู้ป่วยเข้าใจง่าย เป็นต้น และมีการฝึกอบรมพัฒนาอย่างต่อเนื่อง ส่วนด้านการวิจัยควรพัฒนาศึกษาประเด็นการสื่อสารเพื่อการเยียวยาเกิดผลงานวิชาการให้มีคุณภาพเกิดองค์ความรู้ใหม่ ๆ ที่จะเป็นประโยชน์ในการดูแลแบบประคับประคองได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น และช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัวให้ดียิ่งขึ้นต่อไป

เอกสารอ้างอิง

จารุรินทร์ ปิตานุพงศ์. (2564). การสื่อสารประเด็นเฉพาะด้านในการดูแลแบบประคับประคอง ใน ลักษมี ชาญเวชช์, ประถมาภรณ์ จันทร์ทอง, กิติพล นาควิโรจน์, และปิยพร ทิสยากร (บ.ก.), *การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง เล่ม 2* (น. 527-537). สมาคมบริบาลผู้ป่วยระยะท้าย.

เบญจวรรณ นันทชัย, และกอปรกมล ศรีภิรมย์. (2563). รูปแบบการสื่อสารระหว่างผู้ปฏิบัติการทางสุขภาพกับผู้ป่วยระยะสุดท้ายในบริบทประเทศไทยและต่างประเทศ. *วารสารราชภัฏสุราษฎร์ธานี*, *7*(1), 233-260.

ปทมพร อภัยจิตต์. (2563). การสื่อสารในผู้ป่วยระยะท้ายและครอบครัว. ใน วิโรจน์ ไววานิชกิจ, และปทมพร อภัยจิตต์ (บ.ก.), *หลักการพยาบาลผู้สูงอายุ เล่ม 4: การพยาบาลผู้ป่วยแบบประคับประคอง* (น. 21-28). สำนักพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ทัศนีย์ ทองประทีป. (2558). จริยธรรมในการดูแลแบบประคับประคอง. ใน ประคอง อินทรสมบัติ, และสายพิณ เกษมกิจวัฒนา (บ.ก.). *คู่มือพัฒนาทักษะสำหรับพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย* (น. 49-52). สภาการพยาบาลและสมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทย.

เยาวรัตน์ มัชฌิม. (2565). *การดูแลแบบประคับประคอง: ประยุกต์ความรู้สู่การปฏิบัติ* (พิมพ์ครั้งที่ 2). โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

ราตรี ฉิมฉลอง. (2564). เทคนิคการสื่อสารในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายสำหรับพยาบาล. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี, 4(*1), 1-14.

รุ้งนภา ผาณิตรัตน์. (2558). การสื่อสารเพื่อการเยียวยา ใน ประคอง อินทรสมบัติ, และสายพิณ เกษมกิจวัฒนา (บ.ก.), *คู่มือพัฒนาทักษะสำหรับพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย* (น.19-46). สภาการพยาบาลและสมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทย.

สมรทิพย์ วิภาวนิช. (2564). บทบาทพยาบาลจิตเวชในการสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด. *วารสารศูนย์อนามัยที่ 9*, *15*(38), 732-743.

สุพัตรา สิงห์อุตสาหะชัย, วริยา วชิราวัธน์, และภาวนา กีรติยุตวงศ์. (2565). ผลของการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ต่อความรู้ความสามารถในการดูแลตนเองความพึงพอใจต่อการพยาบาลและผลลัพธ์ทางคลินิกของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่รักษาด้วยเครื่องไตเทียม. *วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา*, *16*(2), 39-52.

สุรีย์ ลี้มงคล. (2558). บทบาทของพยาบาลในการดูแลแบบประคับประคอง ใน ประคอง อินทรสมบัติ, และสายพิณ เกษมกิจวัฒนา (บ.ก.), *คู่มือพัฒนาทักษะสำหรับพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย* (น. 70-77). สภาการพยาบาลและสมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทย.

อกนิษฐ์ กมลวัชรพันธุ์. (2567). *การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลในการสื่อสารกับครอบครัวผู้ป่วยวิกฤติระยะท้ายเพื่อการดูแลแบบประคับประคอง หอผู้ป่วยไอซียู โรงพยาบาลเซกา จังหวัดบึงกาฬ.* กระทรวงสาธารณสุข. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบึงกาฬ. https://bkpho.moph.go.th/ssjweb/bkresearch/index.php?fn=detail&sid=263

อรนันท์ หาญยุทธ. (2565). *กระบวนการพยาบาล: ทฤษฎีสู่การปฏิบัติ*. ธนอรุณการพิมพ์.

Arnold, E. C., & Boggs, K. U. (2019). *Interpersonal relationships e-book: Professional communication skills for nurses*. Elsevier Health Sciences.

Branden, N. (2021). *The power of self-esteem*. Health Communications, Inc.

De Shazer, S., Dolan, Y., Korman, H., Trepper, T., McCollum, E., & Berg, I. K. (2021). *More than miracles: The state of the art of solution-focused brief therapy*. Routledge.

Dietrich, N., Estradé, A., & Cruzado, J. A. (2021). Efficacy of Meaning-Centered Psychotherapy in adult patients with advanced cancer: A systematic review and meta-analysis. *Psicooncologia*, *18*(2), 227-244.

Fraguell-Hernando, C., Limonero, J. T., & Gil, F. (2020). Psychological intervention in patients with advanced cancer at home through individual meaning-centered psychotherapy-palliative care: A pilot study. *Supportive Care in Cancer*, 28, 4803-4811. https://doi.org/10.1007/s00520-020-05322-2

Rapoport, A. (1990). *The meaning of the built environment: A nonverbal communication approach*. University of Arizona Press.

Riklikien, O., Tomkevičiute, J., Spirgiene, L., Valiuliene, Ž., & Büssing, A. (2020). Spiritual needs and their association with indicators of quality of life among non-terminally ill cancer patients: Cross-sectional survey. *European Journal of Oncology Nursing*, *44*, 101681. https://doi.org/10.1016/j.ejon.2019.101681

Scherer, J. S., Milazzo, K. C., Hebert, P. L., Engelberg, R. A., Lavallee, D. C., Vig, E. K., Tamura, M. K., Roberts, G., Curtis, J. R., & O'Hare, A. M. (2021). Association between self-reported importance of religious or spiritual beliefs and end-of-life care preferences among people receiving dialysis. *JAMA Network Open*, *4*(8), e2119355. https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2021.19355