

บทความวิชาการ (Academic article)

เทคนิคการสื่อสารในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายสำหรับพยาบาล Nurses' Communication Techniques for Handling with Patients in Palliative Care

ราตรี นิมฉลอง^{1*}

Ratree Chimchalong^{1*}

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: chimchalong@gmail.com, โทรศัพท์ 081-6332948)

(Received: November 4, 2020; Revised: February 5, 2021; Accepted: April 9, 2021)

บทคัดย่อ

การสื่อสารกับผู้ป่วยระยะสุดท้ายเป็นสมรรถนะหนึ่งของพยาบาลซึ่งมีความสำคัญต่อการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง การสื่อสารที่ดีเป็นเครื่องมือที่สำคัญที่จะช่วยให้การดูแลรักษาผู้ป่วยระยะสุดท้ายมีประสิทธิภาพมากขึ้น เนื่องจากการสื่อสารระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วยจะทำให้ได้มาซึ่งข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วย ตลอดจนความรู้สึนึกคิดต่อความเจ็บป่วยอันจะสามารถช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถปรับตัวต่อภาวะความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น และสามารถปฏิบัติตัวได้เหมาะสมกับโรคเพื่อลดความทุกข์ทรมาน รวมถึงเพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีที่สุดของผู้ป่วยเท่าที่ตนเองปรารถนาและสามารถทำได้ ในด้านหนึ่งการสื่อสารถือเป็นบทบาทอิสระที่พยาบาลสามารถทำได้ แต่ในอีกด้านหนึ่งการสื่อสารที่ขาดประสิทธิภาพ ก็อาจเป็นอุปสรรคหนึ่งในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้

บทความนี้ จึงให้แนวทางสำหรับพยาบาลในการพูดคุยกับผู้ป่วยระยะสุดท้ายและครอบครัว โดยใช้เทคนิคการสื่อสารในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายว่า ควรต้องดำเนินการอย่างไรจึงจะเป็นวิธีการที่ดีที่สุดและเป็นประโยชน์ที่สุดต่อการดูแลผู้ป่วย

คำสำคัญ: เทคนิคการสื่อสาร, ผู้ป่วยระยะสุดท้าย, พยาบาล

Abstract

Communicating with end-of-life care patients is one of the significant competencies of nurses in palliative care since good communication is an important tool for efficient treatment. In this regard, the nurse-patient communication can effectively bring about information about the illness along with the patients' feeling toward their own physical

¹ พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลศิริราช คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล

Registered Nurse, Siriraj Hospital, Faculty of Medicine Siriraj Hospital, Mahidol University

conditions that help patients and their families adapt to the existing illnesses and to be able to behave appropriately with the disease in order to reduce suffering in order to provide the best quality of life of the patients as possible as they need. On one hand, communicating with patients is an independent role that nurses can do. On the other hand, ineffective communication can become an obstacle to hospice care.

The purpose of this article, thus, is to provide nurses with guidelines for talking to end-of-life patients and their families by using communication techniques in order to know how to effectively and beneficially handle with late-stage patients.

Keywords: Communication techniques, Palliative care, Nurses

บทนำ

ผู้ป่วยระยะสุดท้าย (end of life) หมายถึง ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าสภาพการเจ็บป่วยเป็นระยะลุกลามเรื้อรังซึ่งไม่มีวันรักษาให้หายขาดได้ อยู่ในช่วงใกล้เสียชีวิต มีระยะเวลาในการใช้ชีวิตที่เหลืออยู่ไม่เกิน 6 เดือน หรือน้อยกว่านั้น (Hui et al., 2014) ทัวโลกมีผู้ป่วยระยะสุดท้ายในแต่ละปีประมาณ 40 ล้านคน และมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นอย่างรวดเร็ว โดยมีสาเหตุจากการป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Noncommunicable diseases: NCDs) ที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ ตลอดจนแนวโน้มจำนวนผู้สูงอายุที่เพิ่มมากขึ้น ทำให้ความต้องการการดูแลแบบประคับประคอง (palliative care) หรือการดูแลในระยะสุดท้ายของชีวิต (end of life care) มีมากขึ้น อย่างไรก็ตาม มีผู้ป่วยระยะสุดท้ายเพียง 14% เท่านั้น ที่ได้รับการดูแลโดยให้การป้องกันและบรรเทาอาการ ตลอดจนความทุกข์ทรมานด้านต่างๆ ที่อาจจะเกิดขึ้น เน้นการดูแลองค์รวม ครอบคลุมทุกมิติของสุขภาพทั้งร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ โดยมีเป้าหมายหลักคือ การลดความทรมานของผู้ป่วย เพิ่มคุณภาพชีวิตของทั้งผู้ป่วยและครอบครัว ตลอดจนทำให้ผู้ป่วยได้เสียชีวิตอย่างสงบหรือตายดี สมศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ (พรพิมล จันทร์คุณาภาส และคณะ, 2561)

การดูแลผู้ป่วยในระยะสุดท้ายมีความตึงเครียดทั้งผู้ป่วยและครอบครัว เนื่องจากปัญหาที่ซับซ้อนทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ร่วมกับการดำเนินโรคที่ทรุดลงอย่างรวดเร็ว ก่อให้เกิดความทุกข์ทรมาน ความวิตกกังวล รู้สึกท้อแท้ ความเครียดจากโรคที่คุกคาม หรือการเป็นภาระ รู้สึกถึงความไม่แน่นอนของชีวิต กลัวการพลัดพรากจากคนรักและการเสียชีวิต (วรวิธิตา จารุจินดา, 2561) ผู้ป่วยและครอบครัวจึงต้องการการดูแล ข้อมูล ความช่วยเหลือและการสนับสนุนในการเผชิญปัญหาที่เกิดขึ้นจากพยาบาลซึ่งเป็นผู้ที่มีความใกล้ชิดกับผู้ป่วยและครอบครัวมากที่สุด เพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัวอย่างเหมาะสม พยาบาลจำเป็นต้องมีการสื่อสารที่ดีทั้งในการประเมินปัญหาของผู้ป่วย ช่วยให้ผู้ป่วยรับทราบข้อมูล เข้าใจในแนวทางการรักษาครอบคลุมทั้งด้านเนื้อหาและความรู้สึก การสื่อสารเชิงวิชาชีพระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วยและครอบครัวที่ดี ทำให้ยอมรับกับอาการที่เกิดขึ้นและสามารถปรับตัวได้ รวมถึง

ช่วยคลี่คลายความทุกข์ ซึ่งการดูแลและให้การพยาบาลทั้งหมดนี้ จำเป็นต้องอาศัยการสื่อสารที่ดีและมีประสิทธิภาพโดยพยาบาลที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วย ที่มีความรู้และทักษะการสื่อสารที่ดี

การสื่อสารที่ขาดประสิทธิภาพ ส่งผลให้เกิดความบกพร่องหรือความผิดพลาดในการรักษาพยาบาล เกิดความไม่ไว้วางใจระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วย/ครอบครัว และอาจขัดขวางการมีส่วนร่วมตัดสินใจเลือกแนวทางการรักษาของผู้ป่วยด้วย ทำให้ผู้ป่วยขาดโอกาสในการวางแผนดูแลล่วงหน้า ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถเตรียมตัวเผชิญกับภาวะการเจ็บป่วยหรือการเสียชีวิตที่จะเกิดขึ้นได้ ผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการวางแผนล่วงหน้ามักมีความเสี่ยงที่จะได้รับการรักษาที่ไม่มีประโยชน์และยื้อชีวิต เสียค่าใช้จ่ายจำนวนมากแต่ผู้ป่วยไม่ได้มีคุณภาพชีวิตที่ดี อีกทั้ง อาจมีการฟ้องร้องเป็นคดีความ ปัญหาเหล่านี้ ส่วนหนึ่งเกิดจากความไม่รู้คือ ขาดสมรรถนะในการสื่อสารกับผู้ป่วยระยะสุดท้าย ทำให้รู้สึกลำบากใจ ขาดความมั่นใจ ไม่รู้ว่าควรจะสื่อสารอย่างไร ใช้เทคนิควิธีการใดที่ดีที่สุด และเกิดประโยชน์ในการดูแลผู้ป่วย (โรจนศักดิ์ ทองคำเจริญ, 2563; วราภรณ์ คงสุวรรณ, กิตติกร นิลมานัต, และเยาวรัตน์ มัชฌิม, 2557; ปทิตตา นิกะวัน, ขนิษฐา หาญประสิทธิ์คำ, และธิดาภรณ์ จันทร์ดา, 2559; อัญชลี ช. คูวอล, และตติยา ทุมเสน, 2561; สุรภา สายแก้ว, ยุพิน ถนอมวิชัย, และวัลภา คุณทรงเกียรติ, 2563) บทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่ออธิบายหลักการ เทคนิคการสื่อสารที่เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ตลอดจนแนวทางการประยุกต์การสื่อสารระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วยระยะสุดท้าย รวมทั้งครอบครัวของผู้ป่วย

การสื่อสารกับผู้ป่วยระยะสุดท้าย (communication with end-of-life patients)

สมรรถนะด้านการสื่อสารเชิงวิชาชีพเป็นสิ่งจำเป็นที่พยาบาลจะนำไปใช้ในทุกๆ มิติของการปฏิบัติการพยาบาล (Fakhr-Movahedi, Salsali, Negarandeh, & Rahnavard, 2011) การสื่อสารเชิงวิชาชีพเป็นเครื่องมือและเป็นสมรรถนะหนึ่งสำหรับพยาบาล ที่มีความสำคัญต่อการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายและครอบครัว พยาบาลใช้การสื่อสารเชิงวิชาชีพในการสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด ซึ่งเป็นกระบวนการที่พยาบาลมีปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วยและครอบครัว โดยใช้ตนเองเป็นสื่อในการบำบัดผ่านการสื่อสาร ควบคู่กับการใช้ทักษะการสื่อสารเพื่อช่วยเหลือ หรือทำให้การดูแลรักษาผู้ป่วยระยะสุดท้ายมีคุณภาพชีวิตที่ดี โดยอาศัยทักษะสำคัญทั้งความรู้เฉพาะทางวิชาชีพการพยาบาล และการสื่อสารระหว่างบุคคล (อัญชลี ช. คูวอล, และตติยา ทุมเสน, 2561; สุรภา สายแก้ว และคณะ, 2563) เพื่อให้ได้มาซึ่งข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วย ความรู้สึกนึกคิดต่อความเจ็บป่วย อันจะนำไปสู่การวางแผนการพยาบาลและการปฏิบัติการพยาบาล เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวปรับตัวต่อภาวะความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นได้เหมาะสมกับโรค ลดความทุกข์ทรมาน และมีคุณภาพชีวิตที่ดีที่สุดตามปรารถนาและเป็นไปได้

การศึกษาที่ผ่านมาพบว่า พยาบาลมีสมรรถนะในการสื่อสารกับผู้ป่วยระยะสุดท้ายค่อนข้างต่ำ มีความลำบากใจ อึดอัด กังวลใจ และขาดความมั่นใจในการสื่อสารกับผู้ป่วยระยะสุดท้าย เกินกว่าหากพูดออกไปอาจกระทบกระเทือนความรู้สึก สร้างความไม่สบายใจ หรือทำให้ผู้ป่วยมีอาการทรุดลงกว่าเดิม เนื่องจากขาดการเรียนรู้และฝึกทักษะ อีกทั้งสมรรถนะในการสื่อสารกับผู้ป่วยระยะสุดท้ายขึ้นอยู่กับอายุ ประสบการณ์ และการได้รับการฝึกอบรม เป็นต้น (โรจนศักดิ์ ทองคำเจริญ, 2563; สุรภา สายแก้ว และ

คณะ, 2563) เนื้อหาที่จะกล่าวต่อไปนี้เป็นหลักการสื่อสาร เทคนิคการสื่อสาร และการสื่อสารกับผู้ป่วยระยะสุดท้าย โดยผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง เพื่อเป็นแนวทางในการนำไปประยุกต์ใช้ในการสื่อสารกับผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อคุณภาพการพยาบาล และคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วยและครอบครัว

หลักการสื่อสารกับผู้ป่วยระยะสุดท้าย

จากความสำคัญของการสื่อสารกับผู้ป่วยระยะสุดท้ายข้างต้น ผู้เขียนจึงได้รวบรวมหลักการสื่อสารกับผู้ป่วยระยะสุดท้าย โดยจำแนกออกเป็น 3 ระยะ ได้แก่ การเตรียมการสื่อสาร ระยะดำเนินการสื่อสาร และระยะหลังการสื่อสาร โดยมีรายละเอียด ดังนี้

1. ระยะการเตรียมการสื่อสาร เป็นขั้นตอนสำคัญที่ต้องมีการวางแผนเพื่อเตรียมความพร้อมทั้งสำหรับตัวพยาบาลผู้สื่อสาร การเตรียมสถานที่ สิ่งแวดล้อม และเวลาในการสื่อสาร และการเตรียมผู้ป่วยและครอบครัว ดังนี้

1.1 การเตรียมตัวสำหรับพยาบาลผู้สื่อสาร ได้แก่

- มีทัศนคติ/เจตคติที่ดีเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ตลอดจนใช้การสื่อสารเพื่อบ่มขวัญการเยียวยาตั้งแต่แรก ทัศนคติ/เจตคติที่ดีต่อความตาย จะก่อให้เกิดพฤติกรรมกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ดี ส่งผลให้เกิดผลลัพธ์การดูแลที่ดี หลักการพื้นฐานที่พยาบาลควรมี ได้แก่ 1) มีความรู้และความรู้สึกที่ดีเกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคอง มีความเชื่อ/ศรัทธาว่าทุกสิ่งจะผ่านไปได้ มีความเคารพและยอมรับความคิดและการตัดสินใจของผู้ป่วย มีการเปิดพื้นที่ให้ผู้ป่วยได้สื่อสาร ให้ผู้ป่วยตัดสินใจด้วยตนเอง ไม่เร่งรัด ด่วนสรุปและกระโจนสู่เป้าหมาย 2) เข้าใจการอยู่กับความเป็นปัจจุบันของผู้ป่วย ให้ความเท่าเทียม ยอมรับในสิ่งที่ผู้ป่วยเป็น และความสามารถในการประเมินตนเองได้ 3) เข้าใจถึงความรู้สึก อารมณ์และความคิดของผู้ป่วยมีความแตกต่างกัน ยอมรับได้ทั้งด้านบวกและด้านลบที่ผู้ป่วยเป็น โดยไม่มีอคติ ไม่ลำเอียง รักษาความลับและไม่มีอคติต่อครอบครัวผู้ป่วย มีความจริงใจ และสนใจต่อความทุกข์และปัญหาของผู้ป่วยอย่างจริงจัง ความเข้าใจนี้ จะทำให้พยาบาลยอมรับ พร้อมจะใช้เวลาและเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและครอบครัวค่อยๆ เปลี่ยนแปลงตนเอง โดยมีความเชื่อว่าทุกคนมีศักยภาพในตัวเองที่จะต่อสู้แก้ปัญหา แต่ในภาวะที่เกิดความรู้สึกวิตกกังวลกับความเจ็บป่วยท้อแท้สิ้นหวัง ทำให้ไม่สามารถนำศักยภาพมาใช้ได้ พยาบาลควรจะช่วยกระตุ้นให้ศักยภาพที่ดีนั้นถูกนำออกมาใช้ (นุชนาถ ศรีสุวรรณ, เยาวรัตน์ มัชฌิม, และกิตติกร นิลมานัต, 2557; วินัดดา ปิยะศิลป์ และวันดี นิงสานนท์, 2557; กองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ, 2562)

- เตรียมความรู้และทักษะการสื่อสาร พยาบาลที่จะเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยและครอบครัว หรือเป็นผู้ให้คำปรึกษา ควรมีการเตรียมตัวเองให้พร้อม ให้มีความรู้เกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคอง การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย และมีการฝึกทักษะหรือใช้เทคนิคในการสื่อสาร แสวงหาความรู้อย่างต่อเนื่องเพื่อให้ตนเองมีความมั่นใจ มีความพร้อม มีความสามารถในการสื่อสารจนทำให้สร้างความน่าเชื่อถือให้กับตนเอง การฝึกสื่อสารบ่อยๆ จะทำให้เกิดการสั่งสมประสบการณ์ เกิดทักษะ การมีความรู้ ความเข้าใจในเรื่องที่จะสื่อสารจะทำให้การสื่อสารมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น โดยมีขั้นตอนในการเตรียมการสื่อสารที่สำคัญ (von Gunten, Ferris, & Emanuel, 2000; วินัดดา ปิยะศิลป์ และวันดี นิงสานนท์, 2557)

ได้แก่ 1) เตรียมหัวข้อและวัตถุประสงค์ที่จะพูดคุยกับผู้ป่วยและครอบครัว 2) ประเมินว่าผู้ป่วยและครอบครัวทราบอะไรบ้าง รู้สึกอย่างไร และอยากให้ช่วยเหลือในเรื่องใด 3) มีประเด็นใดอีกบ้าง ที่ผู้ป่วยและครอบครัวจำเป็นต้องทราบเพื่อใช้ในการตัดสินใจวางแผนการดูแลหรือใช้ในการแก้ปัญหาในช่วงระยะสุดท้ายของชีวิต 4) ให้ความรู้และแลกเปลี่ยนข้อมูลซึ่งกันและกันเพื่อตอบสนองความต้องการ ความรู้สึก และอารมณ์ของผู้ป่วยและครอบครัว 5) ค้นหาและกำหนดเป้าหมายในการดูแลรักษาร่วมกัน ทั้งความคาดหวัง/ ความหวัง คุณค่า ความเชื่อ และความกลัวของผู้ป่วยและครอบครัว 6) วางแผนการดูแล/ การจัดการกับความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว และ 7) ติดตามประเมินผลของการดูแลอย่างต่อเนื่อง

- เตรียมข้อมูลของผู้ป่วย พยาบาลควรทบทวนทำความเข้าใจกับข้อมูลของผู้ป่วยที่เกี่ยวข้องกับความเจ็บป่วยจากข้อมูลที่บันทึกไว้ เช่น เวชระเบียน ใบส่งปรึกษา เป็นต้น ก่อนเริ่มการสื่อสาร เพื่อเตรียมหัวข้อและวัตถุประสงค์ที่จะพูดคุยกับผู้ป่วยและครอบครัว

- เตรียมฝึกฝนทักษะการสื่อสารกับผู้ป่วยอยู่เสมอ หากมีปัญหาเรื่องการสื่อสารกับผู้ป่วยหรือรู้สึกไม่มั่นใจ พยาบาลควรพูดคุยกับคนอื่นๆ ในทีมที่ดูแลเพื่อหาวิธีการแก้ปัญหาร่วมกัน และพยายามฝึกฝนทักษะการสื่อสารกับผู้ป่วยอยู่เสมอ (Shannon, Long-Sutehall, & Coombs, 2011; วินิตดา ปิยะศิลป์ และวันดี นิงสานนท์, 2557; กองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ, 2562)

1.2 การเตรียมสถานที่ สิ่งแวดล้อม และเวลาในการสื่อสาร สถานที่ที่จะสื่อสารได้เหมาะสมนั้น ควรเป็นที่มีความเป็นส่วนตัว เงียบ สงบ ไม่มีเสียงรบกวน มีแสงสว่าง ควรจัดที่นั่งที่สบายไว้ให้ เพราะผู้ป่วยหลายท่านอาจมีปัญหาลำบากทำให้ยืนนานไม่ได้ ซึ่งถ้าต้องยืนนานๆ ย่อมเป็นอุปสรรคต่อการรับฟังการสนทนาต่อเนื่อง นอกจากนี้พยาบาลต้องไม่อยู่ในเวลาที่เร่งรีบหรือมีธุระในช่วงเวลาที่จะพูดคุยกับผู้ป่วย พยายามอย่าให้มีอะไรมารบกวนขณะพูดคุย เช่น โทรศัพท์ เป็นต้น เว้นระยะห่างระหว่างพยาบาลและผู้ป่วยไม่ใกล้และไม่ไกลจนเกินไป พยายามอย่าให้มีสิ่งกีดขวางระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วย และถ้าเป็นไปได้ควรนั่งคุยกับผู้ป่วย ท่านั่งในการบำบัดที่มีประสิทธิภาพคือ พยาบาลกับผู้ป่วยและครอบครัวควรนั่งเยื้องกันเล็กน้อยซึ่งเป็นการทำที่ผ่อนคลายและมองเห็นคู่สนทนาได้ชัดเจน (กิตติพล นาควิโรจน์, 2559; โรจนศักดิ์ ทองคำเจริญ, 2563)

1.3 การเตรียมผู้ป่วยและครอบครัว ได้แก่ 1) การสร้างสัมพันธภาพ พยาบาลควรสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยและครอบครัว โดยแสดงออกถึงการยอมรับและให้เกียรติ แนะนำตัวเอง และทักทายด้วยท่าทีที่เป็นมิตร เพื่อแสดงให้เห็นว่าพยาบาลรู้จักและเห็นความสำคัญ ทำให้เกิดความคุ้นเคยและความไว้วางใจ รวมทั้งแสดงถึงความพร้อมในการเสนอตัวช่วยเหลือ รักในเพื่อนมนุษย์ (love) ห่วงใย (care) และเอาใจใส่ (concern) แสดงออกซึ่งความเคารพในคุณค่าของบุคคล ยอมรับผู้ป่วยเรียกชื่อผู้ป่วยได้ถูกต้อง ให้ความสำคัญในการอธิบายสิ่งต่างๆ ด้วยความเต็มใจ รับฟังปัญหาที่ผู้ป่วยระบาย 2) การแสดงความจริงใจ ซื่อตรง เปิดเผย ตรงไปตรงมา ให้เกียรติ เคารพความคิดเห็น ยอมรับความรู้สึก ให้ความสำคัญกับตนเอง และเชื่อถือในคำพูดได้ จะส่งผลต่อคุณภาพการรักษามาก ดังนั้น การสร้างความสัมพันธ์ที่ดีตั้งแต่แรกพบจึงมีความสำคัญ เนื่องจากสัมพันธภาพที่ดี ทำให้เกิดความไว้วางใจ (trust)

(Caswell, Pollock, Harwood, & Porock, 2015; วินัดดา ปิยะศิลป์ และวันดี นิงสานนท์, 2557; กิตติพล นาควิโรจน์, 2559)

2. ระยะดำเนินการสื่อสาร มีขั้นตอนตามลำดับ ดังนี้

2.1 การทักทาย เป็นการแสดงออกถึงความเคารพกับผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อให้การยอมรับและเกิดความผ่อนคลายพร้อมที่จะพูดคุยต่อไป ในช่วงการทักทายนั้น พยาบาลควรแนะนำตัวเองก่อนว่าชื่ออะไร และมีตำแหน่งอะไร มีหน้าที่อะไร เพื่อให้ผู้ป่วยทราบข้อมูล จากนั้นพูดคุยเรื่องทั่วๆ ไปก่อน เพื่อเปิดบทหรือเริ่มต้นการสนทนา ตลอดจนการแสดงออกถึงการจำผู้ป่วยได้ ทำให้รู้สึกว่ายพยาบาลให้ความสำคัญและยอมรับในตัวผู้ป่วย เช่น การเรียกชื่อได้ถูกต้อง “สวัสดีค่ะ คุณ....” “เมื่อวานคุณเล่าว่า คุณ.....นอนไม่หลับมา 2-3 วันแล้ว” เป็นต้น (กิตติพล นาควิโรจน์, 2559)

2.2 ประเมินความพร้อมของผู้ป่วยและครอบครัว ในบางครั้งผู้ป่วยอาจเพลียหรือเหนื่อยเกินไป ซึ่งไม่เหมาะสมที่จะพูดคุยในเวลานั้นๆ โดยถามว่า “วันนี้คุณ....พร้อมและอยากจะพูดคุยกับทีมหรือเปล่าคะ” “วันนี้คุณไหวไหมคะ หรือจะพักก่อนดี” (Shannon et al., 2011; กิตติพล นาควิโรจน์, 2559) รวมทั้งการประเมินความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว โดยประเมินว่าได้ข้อมูลอะไรมาบ้าง รู้สึกอย่างไร ต้องการ และอยากให้ช่วยเหลือในเรื่องใด ควรให้ข้อมูลเท่าที่ผู้ป่วยและครอบครัวต้องการทราบในปริมาณที่เหมาะสม นอกจากนี้ ต้องระวังเรื่องการให้ข้อมูล พยายามอย่าใช้ภาษาที่เป็นศัพท์ทางการแพทย์ แต่ถ้าจำเป็นต้องใช้ ควรอธิบายให้ผู้ป่วยฟังด้วยภาษาที่เข้าใจได้ง่าย ใช้คำพูดน่าเพื่อกระตุ้นให้ผู้ป่วยและครอบครัวพูดและแสดงออกว่าพยาบาลกำลังฟังหรือสนใจในสิ่งที่ผู้ป่วยพูด เช่น “ค่ะ” “แล้วอย่างใดต่อคะ” เป็นต้น บอกถึงสิ่งที่สังเกตเห็นเกี่ยวกับผู้ป่วยเพื่อแสดงถึงความใส่ใจ สนใจและช่วยให้ผู้ป่วยได้สำรวจตัวเอง เช่น “ท่าทางคุณดูเครียดๆ” และถามถึงสิ่งที่ผู้ป่วยและครอบครัวรับรู้มาเพื่อให้พยาบาลเข้าใจผู้ป่วยและครอบครัว มีการทวนซ้ำและสะท้อนเนื้อหาในสิ่งที่ผู้ป่วยพูดเพื่อให้ผู้ป่วยได้ทบทวนทำความเข้าใจในสิ่งที่ผู้ป่วยพูดอีกครั้ง ทั้งยังเป็นการกระตุ้นให้ผู้ป่วยได้เล่าเรื่องราวต่อไป เช่น ผู้ป่วยพูดว่า “ฉันอยากให้ลูกๆ สนใจใส่ใจฉันบ้าง” พยาบาลควรพูดว่า “คุณน้อยใจและรู้สึกว่าลูกๆไม่สนใจคุณ” เป็นต้น (Shannon et al., 2011; Caswell et al., 2015; วินัดดา ปิยะศิลป์ และวันดี นิงสานนท์, 2557; กองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ, 2562)

2.3 ให้ข้อมูลใกล้เคียงกับความเป็นจริงมากที่สุด จริงอยู่ที่ความหวังของผู้ป่วย เป็นสิ่งที่มีค่า แต่การโกหกผู้ป่วยจะทำให้ผู้ป่วยขาดความเชื่อใจแก่ทีมที่ดูแล ให้ความรู้เรื่องโรค การพยากรณ์โรค ชัดจำกัดในการรักษาโรค และแนวทางในการรักษาโรค ให้เทคนิคการดูแลที่ทำให้การดูแลง่ายขึ้น ข้อมูลที่ให้ควรมีประโยชน์ร่วมกับการใช้เทคนิคการตั้งคำถามเพื่อดึงความสนใจก่อนให้ข้อมูล เช่น “คุณ....พอจะทราบไหมคะว่า เวลาเหนื่อยหอบ เราสามารถป้องกันได้” (von Gunten et al., 2000; Shannon et al., 2011; Caswell et al., 2015; ปาณิสรา บุญยรัตกลิน, 2562; กองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ, 2562) พยาบาลควรให้ข้อมูลในประเด็นที่ผู้ป่วยและครอบครัวจำเป็นต้องทราบเพื่อใช้ในการตัดสินใจวางแผนการดูแลหรือใช้ในการแก้ปัญหาในช่วงระยะสุดท้ายของชีวิต ให้ความรู้และแลกเปลี่ยนข้อมูลซึ่งกันและกันเพื่อตอบสนองความต้องการ ความรู้สึกและอารมณ์ของผู้ป่วยและ

ครอบครัว สนับสนุนวางแผนหรือเลือกพฤติกรรมที่เหมาะสมกับเหตุการณ์ โดยพยาบาลวางแผนร่วมกับผู้ป่วย เช่น “คราวต่อไปถ้าคุณมีอาการเหนื่อยหอบอีก คุณจะอย่างไรคะ”

2.4 ตรวจสอบว่าเราเข้าใจตรงกับผู้ป่วยเป็นระยะๆ โดยการทวนความ/คำพูด เพื่อให้สามารถตอบสนองความต้องการและให้ความช่วยเหลือได้ตรงกับที่ผู้ป่วยต้องการและเป็นการยืนยันว่าสิ่งที่พยาบาลเข้าใจกับสิ่งที่ผู้ป่วยเข้าใจตรงกันและรับฟังผู้ป่วยโดยไม่ตัดสินไปเอง เช่น “เท่าที่คุณ...เล่ามา พยาบาลเข้าใจว่าคุณคงรู้สึก....กับเรื่องนี้มาก” เป็นต้น แต่ไม่ควรปฏิบัติบ่อยเกินไป เพราะจะทำให้ผู้ป่วยรู้สึกอึดอัดและรู้สึกว่าถูกตรวจสอบตลอดเวลา (กิตติพล นาควิโรจน์, 2559; กองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ, 2562)

2.5 ยอมรับการเปลี่ยนแปลงอารมณ์ของผู้ป่วย เป็นเรื่องปกติที่เมื่อเวลาเราพูดคุยกับผู้ป่วยเกี่ยวกับตัวโรคนั้น ผู้ป่วยอาจโกรธ เสียใจ ผิดหวัง หรือไม่เชื่อในสิ่งพยาบาลอธิบาย ซึ่งเกิดขึ้นได้เมื่อคนเราต้องเผชิญหน้ากับข่าวร้าย ดังนั้น ต้องเข้าใจธรรมชาติของอารมณ์ที่เกิดขึ้น และฝึกการจัดการกับอารมณ์ของผู้ป่วยอย่างเหมาะสม อีกทั้ง เป็นเรื่องปกติที่ได้พูดคุยกับผู้ป่วยแล้ว ดูเหมือนผู้ป่วยยอมรับกับโรคได้ดี แต่พอคุยกับผู้ป่วยในครั้งต่อมาแล้วไม่ยอมรับก็เป็นได้ ให้อย่างน้อยๆ ถามผู้ป่วยว่าเกิดอะไรขึ้น มีอะไรที่ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกอึดอัดหรือไม่สบายใจ รวมทั้งต้องหาปัจจัยอื่นๆ เช่น ประเมินว่าผู้ป่วยมีภาวะสับสน (delirium) ร่วมด้วยหรือไม่ เป็นต้น การยอมรับอาจแสดงออกด้วยท่าทาง น้ำเสียง หรือคำพูด เช่น การพยักหน้า การฟังไม่โต้แย้งหรือคัดค้าน เป็นต้น (von Gunten et al., 2000; กองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ, 2562)

2.6 ใช้กระบวนการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยและครอบครัว กระบวนการพยาบาลเป็นเครื่องมือสำคัญที่ใช้ในการประเมินการประเมิน (assessment) การวินิจฉัยปัญหา (diagnosis) การวางแผน (planning) การปฏิบัติ (implementation) และการประเมินผล (evaluation)

2.7 การสรุปความ เมื่อสิ้นสุดการสนทนา พยาบาลควรมีการสรุปเนื้อหาจากการสื่อสารด้วยคำพูดสั้นๆ เพื่อให้ได้ใจความทั้งหมด หรือสรุปประเด็นการสนทนา เช่น “คุณเล่าว่า.....” “วันนี้เราได้พูดคุยกันถึงเรื่อง....” เป็นต้น

3. ระยะเวลาหลังการสื่อสาร เป็นการบันทึกประเด็นสำคัญในการสนทนา ช่วยส่งต่อผลการสนทนาให้ผู้ที่มีส่วนสำคัญในการดูแลทราบข้อมูลที่ตรงกัน เป็นวิธีหนึ่งของการบอกกล่าวกันในทีมผู้ดูแล ทำให้การดูแลผู้ป่วยและครอบครัวมีความต่อเนื่อง (วินัดดา ปิยะศิลป์ และวันดี นิงสานนท์, 2557)

เทคนิคการสื่อสารกับผู้ป่วยระยะสุดท้าย

การให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยหรือครอบครัวอย่างมีประสิทธิภาพ ต้องใช้ทักษะในการสื่อสารมากกว่าการสนทนาทั่วไป การให้ข้อมูลนั้นจำเป็นต้องตอบสนองในสิ่งที่รู้อยู่แล้วและข้อมูลที่ต้องการอย่างแท้จริง เครื่องมือการสื่อสารที่จะทำให้การกิจนั้บรรลุได้อย่างมีประสิทธิภาพ ได้แก่

1. ใช้คำพูดที่ขึ้นต้น “ฉัน” มากกว่า “เธอ” (I-You message) ประโยคที่ขึ้นต้นด้วย “เธอ” หรือ “คุณ” นั้น เรียกว่า You-message มักแฝงความรู้สึกด้านลบ คุณค่า และตำหนิ ควรใช้ประโยคที่ขึ้นต้นด้วย “ฉัน” หรือ “ดิฉัน” หรือ “ผม” (I-message) ซึ่งสร้างความรู้สึกนุ่มนวลกว่า เช่น

ประโยคเปรียบเทียบ เมื่อสื่อสารเพื่อให้ได้ผลตามที่ต้องการ “ฉันอยากให้คุณยาให้ครบ” (I-message) กับ “ทำไมคุณไม่กินยาให้ครบ” (You-message) และในประโยคอื่นๆ เช่น “ฉันเสียใจที่เธอทำเช่นนั้น” กับ “เธอทำอย่างนั้นไม่ดี” วิธีฝึก You & I-message ให้ลองนึกว่าจะพูดอะไรเป็น You หรือ I-message ถ้าพบว่าเป็น You-message ให้เปลี่ยนคำพูดใหม่ให้เป็น I-message แทน (วินัดดา ปิยะศิลป์ และวันดี นิงสานนท์, 2557; กองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ, 2562)

2. ประเมินผู้ป่วยและครอบครัวแบบ ถาม-บอก-ถาม (Ask-Tell-Ask) เทคนิคนี้ช่วยในการค้นหาสิ่งที่อยู่ในใจของผู้ป่วยและครอบครัว สร้างความสัมพันธ์และความคุ้นเคย เพื่อแสดงว่าพยาบาลยินดีที่จะรับฟังด้วยคำพูดที่ใช้อธิบายปัญหาสุขภาพ รวมถึงทราบประเด็นของข้อมูลสุขภาพที่ผู้ป่วยอาจเข้าใจไม่ถูกต้อง ตั้งคำถามโดยใช้คำถามปลายเปิด “อะไร” หรือ “อย่างไร” หลีกเลี่ยงคำถาม “ทำไม” เพราะทำให้รู้สึกถูกตำหนิ หรือถูกค้นหาความผิด คำถามปลายเปิดช่วยในการประเมินปัญหา ความต้องการ ความรู้สึกและความคิดได้ดีกว่า ผู้ป่วยบางคนรู้สึกอายในการถามคำถาม หรือไม่ชอบถาม การถามเพื่อกระตุ้น ช่วยให้ผู้ป่วยเกิดคำถามและมีส่วนร่วมมากขึ้น โดยพยาบาลควรหยุดพูดทุกครั้งในประเด็นสำคัญ เพื่อให้ผู้ป่วยพิจารณาว่าต้องการจะถามอะไร และตอบสิ่งที่ผู้ป่วยและครอบครัวอยากรู้ในจังหวะที่เหมาะสม จะทำให้การสนทนาตอบสนองความต้องการที่เฉพาะตัวของผู้ป่วยและครอบครัว อีกทั้งยังควรแสดงออกถึงการเคารพและให้ความสำคัญกับตัวตนของผู้ป่วยและครอบครัว เทคนิค Ask-Tell-Ask มีขั้นตอนตามลำดับ ดังนี้ (Shannon et al., 2011; กองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ, 2562)

2.1 ถาม (ask) โดยใช้คำถามปลายเปิด เพื่อถามให้ผู้ป่วยระบุถึงปัญหาสุขภาพของตนเอง หลีกเลี่ยงคำถามที่สามารถตอบว่า “ใช่” หรือ “ไม่ใช่” โดยใช้โทนเสียงที่เหมาะสม รับฟังด้วยความรู้สึกเอาใจใส่ดูแล และใช้เวลาในการถามตอบ เช่น “ช่วยเล่าให้ฟังหน่อยสิคะว่า คุณรู้สึกอย่างไร เมื่อสัปดาห์ที่ผ่านมา”

2.2 บอก (tell) เพื่อแลกเปลี่ยนข้อมูลที่ถูกต้องในเวลาที่เหมาะสม ให้ข้อมูลที่จำเป็นและสอดคล้องกับพื้นฐานความรู้เดิม ไม่ควรเกิน 3 ประเด็นในแต่ละครั้ง ใช้ภาษาที่เรียบง่ายต่อการเข้าใจ หลีกเลี่ยงการใช้ศัพท์ทางการแพทย์ สั้นและกระชับ ใช้ภาพหรือแผนภาพแสดงขั้นตอน หรือการสาธิตตามความเหมาะสม

2.3 ถาม (ask) เพื่อตรวจสอบความเข้าใจ เพื่อให้ข้อมูลได้ตรงตามประเด็นที่เกี่ยวข้องกับการสนทนาและผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการสนทนา เช่น “คุณมีคำถามอะไรบ้างคะ” รวมทั้งบอก (tell) กับผู้ป่วยว่า พยาบาลต้องการตรวจสอบว่า อธิบายได้ดีพอหรือยัง โดยขอให้ผู้ป่วยอธิบายความเข้าใจด้วยคำพูดของผู้ป่วยเอง

2.4 ทำซ้ำตามขั้นตอน โดยกระตุ้นให้ผู้ป่วยถามคำถาม เช่น “คุณมีอะไรจะบอกเพิ่มเติมไหมคะ”

3. การฟังอย่างตั้งใจ (deep listening) เป็นทักษะที่สำคัญลำดับแรกของผู้ป่วยและครอบครัวต้องการอย่างมาก การฟังที่ดีคือ ฟังอย่างตั้งใจและไม่ตัดสิน ใส่ใจทั้งคำพูด สีหน้า ท่าทาง และการแสดงออก โดยฟังทั้งเนื้อความและความรู้สึกจนเข้าใจในสิ่งที่ผู้ป่วยเป็น เพื่อให้พยาบาลเข้าใจเรื่องราว

ความคิด และความรู้สึกของผู้ป่วยเกี่ยวกับโรค หลายครั้งการนั่งฟังเฉยๆ เป็นเวลา 5-10 นาที อาจได้คำตอบโดยไม่ต้องเริ่มถามอะไรเลย การฟังเป็นการสร้างความสัมพันธ์ที่ดี เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้ระบายความทุกข์และความอัดอั้น โดยเฉพาะในการสนทนาครั้งแรก ควรให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีโอกาสได้เล่าอย่างเต็มที่และใช้ภาษาภายในระหว่างการฟัง เช่น สบตา พยักหน้าเป็นระยะๆ เพื่อสื่อสารว่ากำลังรับฟังด้วยความตั้งใจ ใช้การสัมผัสที่เหมาะสมและถูกกาลเทศะ ใช้ทั้งภาษาท่าทางและคำพูด น้ำเสียงนุ่มนวล (Caswell et al., 2015; วินัดดา ปิยะศิลป์ และวันดี นิงสานนท์, 2557; กิตติพล นาควิโรจน์, 2559; ปาณิสรา บุญยรัตกลิน, 2562; โรจนศักดิ์ ทองคำเจริญ, 2563)

4. การสะท้อนความรู้สึก (reflection) ในระหว่างที่สื่อสาร พยาบาลควรพูดสะท้อนความรู้สึกเพื่อเป็นการแจ้งให้ผู้ป่วยและครอบครัวทราบว่าพยาบาลเข้าใจในความคิด เรื่องราว หรือความรู้สึกที่ผู้ป่วยและครอบครัวแสดงออกมาทั้งท่าทางหรือคำพูด รวมทั้งใช้เป็นเทคนิคในการให้ข้อมูลย้อนกลับอย่างชัดเจนด้วยภาษาพูด หากสามารถสะท้อนอารมณ์ของผู้ป่วยหรือครอบครัวได้อย่างถูกต้องเหมาะสม จะทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าพยาบาลรับรู้เข้าใจเรื่องราวที่ผู้ป่วยกำลังเผชิญอย่างแท้จริง และเกิดความรู้สึกไว้วางใจและเปิดใจบอกข้อมูลและเรื่องราวมากขึ้น เช่น “ที่คุณ.....เล่ามา พยาบาลเข้าใจว่า.....” หรือ “ถ้าพยาบาลเข้าใจไม่ผิดคุณรู้สึก...” (กิตติพล นาควิโรจน์, 2559; ปาณิสรา บุญยรัตกลิน, 2562; โรจนศักดิ์ ทองคำเจริญ, 2563)

5. แสดงออกถึงความเห็นอกเห็นใจ (empathy) การแสดงออกถึงความเข้าใจ หรือรู้สึกเชื่อมโยง พยายามเข้าใจอารมณ์ความรู้สึกของผู้ป่วยและครอบครัวที่ประสบกับความทุกข์ทรมาน “การเข้าถึงความรู้สึก ” โดยที่ไม่ได้นำความรู้สึก/ค่านิยมของพยาบาลเข้าไปเกี่ยวข้อง “เอาใจเขามาใส่ใจเรา” มีการให้ความช่วยเหลือโดยความรักและปรารถนาดีกับผู้ป่วย ผู้ป่วยมักบอกว่าไม่ชอบให้ใครมาสงสาร (sympathy) แต่รู้สึกดีเมื่อได้รับความเห็นอกเห็นใจ (empathy) ซึ่งเครื่องมือสำคัญในเรื่องนี้คือ ความไวในการรับรู้ความรู้สึกของผู้ป่วย (วินัดดา ปิยะศิลป์ และวันดี นิงสานนท์, 2557; โรจนศักดิ์ ทองคำเจริญ, 2563)

6. การใช้ความเงียบ การที่ผู้ป่วยนั่ง/ เงียบไป มักจะหมายถึง ผู้ป่วยกำลังคิดอะไรอยู่ ผู้ป่วยอาจกำลังลำดับความคิด หรือกำลังรวบรวมสติของการสื่อสาร หรือความกล้าที่จะเล่าเรื่องราว หรือความรู้สึกต่างๆ โดยเฉพาะเรื่องที่ผู้ป่วยทุกขใจออกมา ดังนั้น อย่าเพิ่งรีบถาม ให้เวลาปล่อยให้ผู้ป่วยคิดซักพัก การใช้ทักษะการเงียบในจังหวะที่เหมาะสม ช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวรู้สึกผ่อนคลาย ไม่รู้สึกถูกรังรัด ช่วยให้ผู้ป่วยได้คิดทบทวนเพื่อที่จะพูดระบายความคิด ระหว่างนั้นพยาบาลควรนั่งอยู่ข้างๆ อาจใช้การสัมผัส เช่น แตะที่ไหล่ผู้ป่วยเบาๆ เป็นต้น แล้วค่อยถามผู้ป่วยว่า “พยาบาล สังเกตเห็นคุณ...นั่งไปซักพัก คุณจะบอกได้ไหมว่า กำลังคิดอะไรอยู่” เป็นต้น (กิตติพล นาควิโรจน์, 2559; กองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ, 2562)

7. อย่างกล้าที่จะแสดงความรู้สึกของตัวเองออกมา เพราะการแสดงความรู้สึกเป็นการสื่อว่ามีความจริงใจในการพูดคุยกับผู้ป่วย เช่น “พยาบาลเองก็รู้สึกอึดอัดใจที่จะพูดเรื่องนี้เหมือนกัน” (กิตติพล นาควิโรจน์, 2559)

8. ระมัดระวังการให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยเร็วเกินไป พยาบาลมักความเคยชินกับการรีบให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วย ทั้งๆ ที่ยังไม่เข้าใจเรื่องราวที่เกิดขึ้นอย่างดีพอ ผู้ป่วยก็อาจเคยใช้วิธีที่เรา กำลังจะ

แนะนำแล้วก็ได้ ดังนั้น ก่อนจะให้คำแนะนำควรจะถามผู้ป่วยก่อนว่าที่ผ่านมาผู้ป่วยใช้วิธีการแก้ปัญหาอย่างไรบ้างและได้ผลเป็นอย่างไร สุดท้ายหากจำเป็นต้องให้คำแนะนำ ควรเลี่ยงคำพูด เช่น “หากพยาบาลเป็นคุณ พยาบาลจะ...” เพราะผู้ป่วยอาจจะตอบกลับมาว่า “ก็พยาบาลไม่ได้เป็นแบบฉัน/ผม” ซึ่งทำให้การสนทนาอาจจะต้องจบลงทันที คำพูดที่น่าจะดีกว่าคือ “คุณเคยลองแก้ปัญหาด้วย... บ้างหรือยัง” หรือ “จากที่พยาบาลเคยดูแลคุณเข้ามา บางคนใช้วิธี... คุณคิดว่าเป็นอย่างไร” (วินัดดา ปิยะศิลป์ และวันดี นิงสานนท์, 2557)

การสื่อสารกับผู้ป่วยระยะสุดท้าย โดยผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (patient-centered care)

วิธีการสื่อสารมีหลากหลาย ขึ้นอยู่กับบริบทและช่วงเวลาที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยและญาติ อย่างไรก็ตามการทำความเข้าใจมุมมองการดูแลโดยให้ผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (patient-centered care) ซึ่งมีองค์ประกอบที่สำคัญ คือ ให้ความสำคัญต่อการทำความเข้าใจบริบท และความต้องการที่แท้จริงของผู้ป่วย และปรับเปลี่ยนแผนการรักษาให้เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย ผ่านการมองโลกด้วยสายตาของผู้ป่วยเอง กระบวนการดูแลผู้ป่วยโดยให้ผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ประกอบด้วยองค์ประกอบที่สำคัญคือ ค้นหาโรคและความเจ็บป่วย เข้าใจชีวิตบุคคล หาแนวทางร่วมในการรักษา สร้างเสริมสุขภาพและความสัมพันธ์ที่ดี และตั้งอยู่บนพื้นฐานความเป็นจริง โดยดูแลทั้งโรค (disease) และความเจ็บป่วย (illness) ไปด้วยกัน ซึ่งเป็นการดูแลรักษาเฉพาะรายมีข้อดีคือ เพิ่มความพึงพอใจของผู้ป่วย และความร่วมมือในการรักษา ลดความวิตกกังวล ลดอาการต่างๆ มีความยืดหยุ่นต่อการดูแลผู้ป่วยแต่ละราย โดยเฉพาะความเจ็บป่วย (illness) หมายถึง ประสบการณ์ของผู้ป่วยทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และพฤติกรรมที่เกิดจากโรคหรือการเปลี่ยนแปลงต่างๆ ในชีวิต เป็นความเป็นจริงเฉพาะของแต่ละบุคคล หลากหลาย และซับซ้อน สามารถอธิบายได้แตกต่างกันไปตามแต่พื้นฐานและประสบการณ์ชีวิต การทำความเข้าใจโรคและความเจ็บป่วย (Stewart et al., 2013; Santana et al., 2018) การดูแลที่ยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง มีองค์ประกอบที่สำคัญคือ การสื่อสารที่ครอบคลุมถึงการให้ข้อมูล การแสดงถึงความห่วงใย ความเข้าใจ การเสริมพลัง และการไวต่อความต้องการของผู้ป่วย (Constand, MacDermid, Bello-Has & Law, 2014) โดยมีเทคนิคที่เกี่ยวข้องและสามารถนำมาประยุกต์ใช้ในการสื่อสารกับผู้ป่วยระยะสุดท้าย ดังนี้

1. เทคนิค IFFE (Idea-Feeling-Function-Expectation) เป็นเทคนิคการค้นหาความเจ็บป่วย เป็นการทำความเข้าใจผลกระทบของโรคต่อตัวบุคคลใน 4 ประเด็น (กุลณภา บุญมากุล, 2558) ดังนี้

- I = idea (ความคิดความเข้าใจเกี่ยวกับโรค) การประเมินความคิดความเข้าใจเกี่ยวกับโรคที่เกิดขึ้น โดยพิจารณาที่มาและความถูกต้องของความคิดความเข้าใจเกี่ยวกับโรค รวมถึงความเหมาะสมของการเชื่อมโยงความคิดดังกล่าวกับสิ่งต่างๆ ของผู้ป่วยร่วมด้วย ดังตัวอย่างต่อไปนี้

“วันนี้ไม่สบายมาหาหมอ เป็นอะไรมาคะ” “คุณคิดว่าอะไรเป็นสาเหตุของการเจ็บป่วยนี้” “คุณคิดว่ามีอะไรเกิดขึ้นกับคุณในขณะนี้” “อาการปวดในความคิดของคุณ หมายถึงอะไร”

- F = feeling (ความรู้สึกต่อตัวโรค) การประเมินความรู้สึกของผู้ป่วยต่อความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น โดยพิจารณาที่มาและความเหมาะสมของความรู้สึกที่เกิดขึ้นต่อความเจ็บป่วยร่วมด้วย ดังตัวอย่างต่อไปนี้

“เมื่อคุณหมอบอกว่าเป็นโรค...นี่ แล้วรู้สึกอย่างไรคะ” “ขณะนี้คุณกังวลหรือกลัวสิ่งใดหรือไม่คะ” “อะไรที่ทำให้ให้คุณวิตกกังวลมากที่สุดขณะนี้” “คนเราก็มีความรู้สึกต่างๆ เข้ามามากมายเวลาว่ามีการเจ็บป่วย แล้วคุณล่ะ”

- F = function (ผลกระทบของการเป็นโรคต่อการดำเนินชีวิต) การประเมินผลกระทบต่องานของผู้ป่วย ทั้งในด้านการดำเนินชีวิตประจำวัน การทำงาน ครอบครัว และสังคม ที่เกิดขึ้นจากความเจ็บป่วย จะช่วยให้ทราบถึงระดับความรุนแรงของความเจ็บป่วย และความเร่งด่วนในการให้ความช่วยเหลือแก่ผู้ป่วย ดังตัวอย่างต่อไปนี้

“เมื่อเป็นโรค...นี่แล้ว ส่งผลกระทบอะไรบ้างต่อการดำเนินชีวิตคะ” “ความสามารถในการดำเนินชีวิตและการช่วยเหลือตนเองเป็นอย่างไรคะ” “สิ่งที่เกิดขึ้น ทำให้คุณต้องเปลี่ยนรูปแบบการดำเนินชีวิตหรือไม่คะ”

- E = expectation (ความคาดหวังต่อตัวโรค ว่าจะโรคดำเนินไปอย่างไร) การประเมินความคาดหวังของผู้ป่วยที่มีต่อการรักษาจากแพทย์ และต่อการดำเนินไปของโรค โดยพิจารณาที่มาและความเหมาะสมของความคาดหวังที่เกิดขึ้นร่วมด้วย เช่น ผู้ป่วยโรคมะเร็งคาดหวังว่าการรักษาจะทำให้ตนเองหายจากโรค เพราะกังวลว่าบุตรของตนเองจะไม่มีผู้ดูแล หากตนเองต้องเสียชีวิตไป เป็นต้น ดังตัวอย่างต่อไปนี้

“เมื่อเป็นโรคนี้ คาดหวังอย่างไรคะต่อโรคที่เป็น” “ต้องการให้คุณหมอและทีมผู้ดูแลช่วยเหลืออย่างไรคะ” “คุณคาดหวังอะไร ในการมารักษาครั้งนี้” “คุณคาดหวังว่าหลังจากนี้ ความเจ็บป่วยของคุณจะเป็นอย่างไร”

ตัวอย่างการสื่อสารระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วยระยะสุดท้ายโดยการใช้เทคนิค IFFE

พยาบาล: “คุณป้าคิดว่าโรคที่เป็นตอนนี้เป็นอย่างไบ้างคะ”

ผู้ป่วย: “คิดว่าโรคที่เป็นอยู่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ มีอาการเรื้อรัง” (idea)

พยาบาล: “เมื่อคุณหมอบอกว่าเป็นโรคนี้แล้วคุณป้ารู้สึกอย่างไรคะ”

ผู้ป่วย: “ป้าก็รู้สึกว่าการเจ็บป่วยที่เป็นอยู่น่ารำคาญเล็กน้อย แต่ก็ไม่ได้คิดว่าเป็นภาระของครอบครัว ไม่ได้รู้สึกกังวลต่อแต่ รู้สึกเหงาเพราะสามีไม่ค่อยอยู่บ้าน ลูกชาย ลูกสะใภ้ทำงานนอกบ้าน กลับมาช่วงเย็นต้องทำขนมขาย ป้าต้องอยู่บ้านคนเดียวเหมือนไม่ค่อยได้คุยกับใครเลย” (feeling)

พยาบาล: “เมื่อเป็นโรคนี้ความสามารถในการดำเนินชีวิตและการช่วยเหลือตนเองของคุณป้าเป็นอย่างไรคะ”

ผู้ป่วย: “ตอนนี้ป้าก็ช่วยเหลือตัวเองได้นะ ทำกิจวัตรประจำวันต่างๆ ได้ด้วยตนเองไม่ต้องมีคนช่วย กินข้าวเองได้ อาบน้ำแต่งตัว เองได้ นอนหลับได้ดี ทุกวันนี้ก็ยังออกกำลังกายได้ เดินหน้าบ้านตอนเช้าทุกเช้า (function)”

พยาบาล: “คุณป้าคาดหวังอะไรในการมารักษาครั้งนี้คะ”

ผู้ป่วย: “ป้าไม่คาดหวังว่าโรคที่เป็นอยู่จะต้องหายไป แต่ก็พยายามดูแลตนเอง โดยการออกกำลังกาย เพื่อให้สุขภาพดีบ้าง ทำสุดขอแค่ไม่ทุกข์ทรมานจากโรค ไปแบบสงบๆ” (expectation)

2. เทคนิค BATHE เป็นเทคนิคสำหรับการค้นหาความรู้ ความเข้าใจในตัวตน หรือความคิดของผู้ป่วย และเป็นการสร้างความเข้าใจสิ่งที่ผู้ป่วยต้องการจริงๆ เน้นการใช้คำถามปลายเปิด เพื่อให้ผู้ป่วยมีโอกาสได้พูดในสิ่งที่ผู้ป่วยต้องการจะสื่อสารและเปิดโอกาสให้พยาบาลได้รับรู้ข้อมูลต่างๆ ที่แสดงให้เห็นความรู้ ความเข้าใจ ทักษะ และบริบทที่แสดงถึงวิถีชีวิตของผู้ป่วยอย่างแท้จริง และทักษะในการฟัง เพื่อเก็บรวบรวมข้อเท็จจริง ทักษะที่ซ่อนอยู่ รวมถึงสัมผัสถึงอารมณ์ ความรู้สึกของผู้ป่วย เพื่อนำมาใช้เป็นข้อมูลสะท้อนกลับ

และเสริมการให้ความรู้ เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เหมาะสมกับตัวผู้ป่วย เทคนิค BATHE สามารถทำได้โดยใช้คำถามเพื่อสำรวจข้อมูล ตามลำดับดังนี้ (โรจนศักดิ์ ทองคำเจริญ, 2563; Stewart et al., 2013; Thomas et al., 2019; Chengappa et al., 2020)

- B = background (ภูมิหลัง/บริบท) คำพูดที่ใช้ ได้แก่ “ตอนนี้ชีวิตเป็นอย่างไรบ้าง มีปัญหาอะไรอย่างไร เล่าให้ฟังหน่อยได้ไหม”

- A = affect (ความรู้สึกขณะนี้) คำพูดที่ใช้ ได้แก่ “รู้สึกอย่างไรกับเหตุการณ์นี้ในขณะนี้” “รู้สึกอย่างไรกับเรื่องที่เล่ามา อยากให้คุณเล่าให้พยาบาลฟังว่ารู้สึกอย่างไร”

- T = trouble (ปัญหาที่สำคัญที่สุด) คำพูดที่ใช้ ได้แก่ “ปัญหาอะไรที่สำคัญที่สุดในตอนนี้” “ในมุมมองคนไข้/ญาติ คิดว่าปัญหาสำคัญมีอะไรบ้าง” “ดูเหมือนจะมีหลายเรื่องที่กำลังกังวล อยากให้ช่วยเรียงลำดับว่าอะไรสำคัญที่สุด”

- H = handling (การจัดการกับปัญหา) คำพูดที่ใช้ ได้แก่ “ตอนนี้วางแผนจะจัดการอย่างไรกับปัญหานี้” “ที่ผ่านมา คุณแก้ปัญหาอย่างไร เกิดผลอย่างไร”

- E = empathy (แสดงความเข้าใจและเห็นอกเห็นใจ และช่วยเหลือทางเลือก) ตัวอย่างคำพูดที่ใช้ ได้แก่ “คงทำให้คุณไม่สบายใจสักช่วงระยะหนึ่ง ต่อไปน่าจะคลี่คลาย” “อย่างไรก็ตามลอง.....” “ขอบคุณที่เล่าให้ฟัง” “เรื่องนี้เป็นเรื่องที่ไม่ง่ายที่ใครจะแก้ไขได้...เป็นกำลังใจให้” “มีอะไรที่พยาบาลพอจะช่วยได้ไหม”

ตัวอย่างการสื่อสารระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วยระยะสุดท้ายโดยการใช้เทคนิค BATHE

พยาบาล: “คุณป้าคะตอนนี้ ชีวิตเป็นอย่างไรบ้าง มีปัญหาอะไรอย่างไร เล่าให้พยาบาลฟังหน่อยได้ไหมคะ” (background)

ผู้ป่วย: “ป้าเป็นมะเร็ง ปารู้ว่าโรคนี้อันตราย ไม่หาย หมอบอกป้า ป้าไม่กลัวตาย แต่ป้าอยากรู้ว่าจะมีเวลาเหลืออีกเท่าไร จะอยู่ได้นานแค่ไหน อาการต่อไปจะเป็นอย่างไร จะได้เตรียมตัว ”

พยาบาล: “ที่คุณป้าถามเรื่องนี้เพราะอะไรคะ กำลังนึกถึงเรื่องอะไรอยู่ แล้วตอนนี้คุณป้ารู้สึกอย่างไร” (affect)

ผู้ป่วย: “ป้าแค่กลัวว่าจะอยู่ไม่ทันเห็นลูกรับปริญญา อยากได้เห็นและได้ถ่ายรูปคู่กับลูกในวันที่เขาประสบความสำเร็จ และก็กลัวว่าพอโรคเป็นมาๆมันจะทรมาณ ป้ากลัวทรมาณ ถ้าจะไปขอไปแบบสบายๆ ”

พยาบาล: “ดูเหมือนจะมีหลายเรื่องที่คุณป้ากังวล เรื่องไหนที่คุณป้ากังวลมากที่สุดในตอนนี้คะ” (trouble)

ผู้ป่วย: “ป้ากลัวอยู่ไม่ถึงวันที่ลูกรับปริญญา อยากได้ถ่ายรูปกับลูก”

พยาบาล: “แล้วคุณป้าวางแผนไว้อย่างไรคะ” (handling)

ผู้ป่วย: “ป้าก็จะดูแลตัวเองอย่างดี เพื่อให้ร่างกายแข็งแรงออกจากโรงพยาบาลได้ไวๆ แต่ก็กลัวว่าจะอยู่ไม่ทัน ป้าเลยคิดว่าถ้าออกจากโรงพยาบาลครั้งนี้จะให้ลูกไปเช่าชุดแล้วไปถ่ายรูปด้วยกันก่อนทำได้ไหม”

พยาบาล: “ขอบคุณที่คุณป้าเล่าเรื่องนี้ให้พยาบาลฟัง พยาบาลคิดว่าแผนที่คุณป้าวางไว้ว่าจะถ่ายรูปก่อนวันรับปริญญาจริงเป็นความคิดที่ดี ซึ่งสามารถทำได้เลยทันทีโดยไม่ต้องรอให้คุณป้าออกจากโรงพยาบาลแล้วค่อยทำ คุณป้ามีอะไรให้พยาบาลพอช่วยได้บ้างบอกได้เลยนะคะ พยาบาลยินดีช่วยคุณป้าอย่างเต็มที่” (empathy)

3. เทคนิคพรสามประการ (3 wishes) เป็นเทคนิคที่นำมาใช้กับผู้ป่วยที่อาจมีเวลาเหลืออยู่จำกัด ช่วยสานฝันบางอย่างของผู้ป่วยให้เป็นจริง โดยใช้คำถามปลายเปิดในการถาม เพื่อให้ทราบ

ความปรารถนา ความต้องการของผู้ป่วย หรือสิ่งที่ยังค้างคา (unfinished business) ยังทำไม่เสร็จ และอยากทำให้เสร็จสิ้นก่อนที่ตัวเองจะจากไป คนเรามีสิ่งที่ต้องการในแต่ละช่วงของชีวิตไม่เหมือนกัน เทคนิคพรสามประการเป็นเหมือนทางลัดให้เข้าใจความต้องการของผู้ป่วยในระยะเวลาอันสั้น นอกจากนี้ พรสามประการที่ผู้ป่วยพูดออกมายังช่วยให้พยาบาลเชื่อมโยงบทสนทนาไปสู่สิ่งต่างๆ ที่สำคัญในชีวิตผู้ป่วย และสื่อสารสิ่งสำคัญเหล่านั้นไปยังครอบครัวได้ ตลอดจนเป็นการคำนึงถึงศักดิ์ศรีของผู้ป่วยที่กำลังจะตาย ตลอดจนการเสริมสร้างความสัมพันธ์ที่มีความหมายระหว่างผู้ป่วยและครอบครัว (ดาริน จตุรภัทรพร, 2562; Vanstone et al., 2020) โดยใช้คำถาม “ถ้าให้ขอพรได้ 3 ข้อ ... (ระบุชื่อผู้ป่วย/ คำสรรพนามแทนตัวผู้ป่วย) อยากขออะไร” เช่น

พยาบาล: “คุณป้าคะ ถ้าให้คุณป้าขอพรได้ 3 ข้อ อยากขออะไรคะ”

ผู้ป่วย: “ข้อที่ 1 ป้าอยากกลับบ้านที่ต่างจังหวัดบ้านเกิดของป้า มีญาติๆ อยู่ที่นั่น ข้อที่ 2 อยากไปทำงานบวชหลาน ข้อที่ 3 ขอให้จากไปอย่างสงบ ไม่ทุกข์ทรมาน”

การประยุกต์ใช้/ ข้อเสนอแนะการนำไปใช้

1. ด้านการบริการพยาบาล ควรนำเทคนิคต่างๆ ที่ใช้ในการสื่อสารกับผู้ป่วยระยะสุดท้าย เช่น เทคนิค IFFE เทคนิค BATHE และเทคนิคพรสามประการ นำมาพัฒนาเป็นแบบประเมินในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ใช้เป็นเครื่องมือในการสื่อสาร เพื่อให้มีกรอบในการพูดคุยสื่อสารกับผู้ป่วยและครอบครัวที่ชัดเจนเป็นไปในแนวทางเดียวกัน และสามารถนำข้อมูลที่ได้จากแบบประเมินมาใช้ในการวางแผนการพยาบาล ใช้ในการดูแลต่อเนื่อง ติดตามและประเมินผลการให้การปฏิบัติการพยาบาล รวมถึงการส่งต่อข้อมูลระหว่างกันในห้องสหภาพได้ (ดาริน จตุรภัทรพร, 2562; โรจนศักดิ์ ทองคำเจริญ, 2563)

2. ด้านการศึกษา ควรมีการสอดแทรกเนื้อหาเกี่ยวกับการสื่อสาร เทคนิคการสื่อสารในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายเข้าไปในหลักสูตรการเรียนการสอนในระดับนักศึกษา และจัดให้มีหลักสูตรอบรมระยะสั้นหรือระยะยาว ในรูปแบบการอบรมเชิงปฏิบัติการสำหรับพยาบาลวิชาชีพที่ให้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย และมีโปรแกรมฝึกอบรมเพื่อเพิ่มพูนความรู้ทักษะสำหรับพยาบาลจบใหม่ (residency program) หรือจัดทำบทเรียนออนไลน์เพื่อพัฒนาสมรรถนะการสื่อสารด้วยการใช้เทคนิคต่างๆ ใช้สถานการณ์ทางคลินิก และการแสดงบทบาทสมมติจากสถานการณ์ที่ใกล้เคียงกับสถานการณ์จริง จะส่งผลให้พยาบาลวิชาชีพมีสมรรถนะ มีทักษะในการสื่อสารเพิ่มขึ้นและมีความมั่นใจที่จะสื่อสาร (สุรภา สายแก้ว, ยุพิน ถนัดวณิชย์, และวัลภา คุณทรงเกียรติ, 2563; อัญชลี ช. คูวอล, และตติยา ทุมเสน, 2561)

3. ด้านการวิจัย ควรมีการศึกษาเพิ่มเติมเกี่ยวกับปัจจัยหรืออิทธิพลที่มีความสัมพันธ์กับการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย หรือประสบการณ์ของพยาบาลในการสื่อสารกับผู้ป่วยระยะสุดท้าย และรูปแบบการสื่อสารของพยาบาลกับผู้ป่วยระยะสุดท้าย เพื่อนำข้อมูลที่ได้มาพัฒนางานประจำที่ให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น (สุรภา สายแก้ว และคณะ, 2563)

สรุป

การสื่อสารถือเป็นบทบาทอิสระที่พยาบาลสามารถทำได้ เป็นการแสดงออกถึงคุณค่าและความสำคัญของวิชาชีพการพยาบาลให้เป็นที่ประจักษ์ การสื่อสารในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายเป็นการสื่อสารเพื่อการบำบัดทางด้านจิตใจ มุ่งเพื่อการเยียวยาผู้ป่วยระยะสุดท้าย ทักษะการสื่อสาร คือ สิ่งที่ถูกที่สุดที่พยาบาลทุกคนสามารถทำได้ และมีมูลค่ามากที่สุดในเวลาเดียวกัน การสื่อสารที่ดีมีความสำคัญมาก เพราะจะทำให้ได้มาซึ่งข้อมูลที่น่ามาใช่วางแผนการดูแล ส่งผลให้เกิดผลลัพธ์ในการดูแลที่ดี ช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถปรับตัวต่อภาวะความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นและสามารถปฏิบัติตัวได้เหมาะสมกับโรค เพื่อลดความทุกข์ทรมานและเพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีที่สุดของผู้ป่วยเท่าที่ตนเองปรารถนาและสามารถทำได้

หลักการสื่อสารกับผู้ป่วยระยะสุดท้าย จำแนกออกเป็น 3 ระยะ ได้แก่ ระยะการเตรียมการสื่อสาร ระยะดำเนินการสื่อสาร และระยะหลังการสื่อสาร ซึ่งในทุกๆระยะสิ่งสำคัญคือการสื่อสารโดยเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง เครื่องมือที่ถูกนำมาใช้ในการสื่อสารในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายคือการฟังอย่างตั้งใจ การสะท้อนความรู้สึก การใช้ความเงียบ การใช้คำถามปลายเปิด แบบ I-You message และ Ask-Tell-Ask ร่วมกับการใช้เทคนิคในการสื่อสารคือ เทคนิค IFFE เทคนิค BATHE และเทคนิคพรสามประการ (3 wishes) จะส่งผลให้การดูแลผู้ป่วยในระยะสุดท้ายของชีวิตประสบความสำเร็จ

นอกจากนี้ยังสามารถนำเรื่องเทคนิคการสื่อสารกับผู้ป่วยระยะสุดท้ายนำไปประยุกต์ใช้ได้ในด้าน การบริการพยาบาล ด้านการศึกษา และด้านการวิจัย เพื่อผลลัพธ์ทางการพยาบาลที่ดีและพัฒนาการสื่อสารให้มีประสิทธิภาพ

เอกสารอ้างอิง

- กองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. (2562). *เครื่องมือสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพในสถานบริการสุขภาพ*. นนทบุรี: กองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข.
- กิตติพล นาควิโรจน์. (2559). *คู่มือการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายและครอบครัว*. กรุงเทพฯ: ปิยอนด์ เอ็นเทอร์ไพรซ์.
- กุลนภา บุญมากุล. (2558). ผลของการใช้โปรแกรมการเยี่ยมบ้านในการบำบัดทางการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งในระยะสุดท้ายของชีวิตที่โรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่ง สังกัดกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข (ปริญญาณิพนธ์ ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต). มหาวิทยาลัยคริสเตียน, กรุงเทพฯ.
- ดาริน จตุรภัทรพร. (2562). *ดูแลด้วยหัวใจ จากไปด้วยความรัก*. กรุงเทพฯ: SOOK Publishing.
- นุชนาถ ศรีสุวรรณ, เยาวรัตน์ มัชฌิม, และกิตติกร นิลมานัต. (2557). สมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพในการสื่อสารกับผู้ป่วย. *วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์*, 34(3), 109-124.
- ปัทมิตา นิกะวัน, ขนิษฐา หาญประสิทธิ์คำ, และจิราภรณ์ จันทรดา. (2559). สมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพในการสื่อสารกับผู้ป่วย. *วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์*, 27(1), 128-141.
- ปาณิสรา บุญยรัตกลิน. (2562). การสื่อสารกับครอบครัวของผู้ป่วยในหอผู้ป่วยวิกฤต: บทบาทพยาบาล. *วารสารพยาบาลสภาวิชาชีพไทย*, 12(2), 90-99.

- พรพิมล จันทรคุณภาส, ไพทิพย์ เหลืองเรืองรอง, นุชน้อย ประภาโส, วิภา เตังอภิชาติ, รัชนก สิทธิโชติวงศ์, วรรณญา จวนสง, ...วารสารณัฏฐา. (2561). แนวทางการบริหารจัดการระบบยาในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง (Palliative Care) ของหน่วยงานในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. นนทบุรี: กลุ่มงานพัฒนาระบบสนับสนุนบริการ กองบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข.
- โรจนศักดิ์ ทองคำเจริญ. (2563). ล้อมวงสนทนา: ศิลปะการสื่อสารสำหรับบุคลากรสุขภาพ เพื่อการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายและญาติ. กรุงเทพฯ: สามลดา.
- วารสารณัฏฐา คณสุวรรณ, กิตติกร นิลมานันต์, และเยาวรัตน์ มัชฌิม. (2557). อุปสรรคในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตใกล้ตายที่ห้องฉุกเฉิน. *วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์*, 34(3), 97-107.
- วริทธิ์ตา จารุจินดา. (2561). การลดความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายด้วยหลักพุทธจิตวิทยา. *วารสารพุทธจิตวิทยา*, 3(1), 1-12.
- วินัดดา ปิยะศิลป์, และวันดี นิงสานนท์ (บ.ก.). (2557). *Best practice in communication* (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: ราชวิทยาลัยกุมารแพทย์แห่งประเทศไทย.
- สุรภา สายแก้ว, ยุพิน ถนัดนิชัย, และวัลภา คุณทรงเกียรติ. (2563). การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพระหว่างพยาบาลและผู้ป่วยโรคมะเร็งในระยะลุกลาม. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 21(2), 93-101.
- อัญชลี ช. ดาวอล, และตติยา ทุมเสน. (2561). ทักษะการสื่อสารเพื่อการบำบัดสำหรับพยาบาล. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 19(พิเศษ), 25-33.
- Caswell, G., Pollock, K., Harwood, R., & Porock, D. (2015). Communication between family carers and health professionals about end-of-life care for older people in the acute hospital setting: A qualitative study. *BMC Palliative Care*, 14(1), 1-14. doi: 10.1186/s12904-015-0032-0.
- Chengappa, N., Honest, P. C. R., David, K., Pricilla, R. A., Rahman, S. M., & Rebecca, G. (2020). Effect of BATHE interview technique on patient satisfaction in an ambulatory family medicine centre in South India. *Family Medicine and Community Health*, 8(4): 326-327. doi: 10.1136/fmch-2020-000327.
- Constand, M. K., MacDermid, J. C., Dal Bello-Haas, V., & Law, M. (2014). Scoping review of patient-centered care approaches in healthcare. *BMC Health Services Research*, 14(1), 1-9.
- Fakhr-Movahedi, A., Salsali, M., Negarandeh, R., & Rahnavard, Z. (2011). Exploring contextual factors of the nurse-patient relationship: A qualitative study. *Koomesh*, 13(1), 23-34.

- Hui, D., Nooruddin, Z., Didwaniya, N., Dev, R., De La Cruz, M., Kim, S. H., Kwon, J. H., Hutchins, R., Liem, C., & Bruera, E. (2014). Concepts and definitions for "actively dying," "end of life," "terminally ill," "terminal care," and "transition of care": A systematic review. *Journal of Pain and Symptom Management*, 47(1), 77-89.
- Santana, M. J., Manalili, K., Jolley, R. J., Zelinsky, S., Quan, H., & Lu, M. (2018). How to practice person-centred care: A conceptual framework. *Health Expectations*, 21(2), 429–440.
- Shannon, S. E., Long-Sutehall, T., & Coombs, M. (2011). Conversations in end-of-life care: Communication tools for critical care practitioners. *Nursing in Critical Care*, 16(3), 124-130. doi: 10.1111/j.1478-5153.2011.00456.
- Stewart, M., Brown, J. B., Weston, W., McWhinney, I. R., McWilliam, C. L., & Freeman, T. (2013). *Patient-centered medicine: Transforming the clinical method*. Florida: Chemical Rubber.
- Thomas, C., Cramer, H., Jackson, S., Kessler, D., Metcalfe, C., Record, C., & Barnes, K. R. (2019). Acceptability of the BATHE technique amongst GPs and frequently attending patients in primary care: A nested qualitative study. *BMC Family Practice*, 20, 121. Retrieved from <https://doi.org/10.1186/s12875-019-1011-y>.
- Vanstone, M., Neville, T. H., Swinton, M. E., Sadik, M., Clarke, F. J., LeBlanc, A., ... & Cook, D. J. (2020). Expanding the 3 wishes project for compassionate end-of-life care: A qualitative evaluation of local adaptations. *BMC Palliative Care*, 19(1), 1-9.
- von Gunten, C. F., Ferris, F. D., & Emanuel, L. L. (2000). Ensuring competency in end-of-life care: Communication and relational skills. *The Journal of the American Medical Association*, 284(23), 3051-3057. doi: 10.1001/jama.284.23.3051.