

รูปแบบบูรณาการการดูแลผู้ป่วยและครอบครัวแบบประคับประคอง ที่เน้นแนวคิดมิติจิตวิญญาณ : เซนต์หลุยส์โมเดล

Integrated Palliative Care Model for Patients and Families Emphasizing Concept of Spirituality: Saint Louis Model

อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย, ค.ด., Oraphun Lueboonthavatchai, Ph.D.^{1*}

นัชพร ฤทธาปัญญา, พย.ม., Nutchaporn Ritthapanya, M.N.S.²

รัตน์ชนิดาภรณ์ เหลืองธัชญาณิช, พย.บ., Ratchanidaporn Luangthichaivanich, B.N.S.³

นฤมล บุญบางยาง, พย.ม., Naruemol Boonbangyang, M.N.S.³

สิริยากร ธาราศิลป์, พย.บ., Siriyakorn Tharasilp, B.N.S.³

ลลิตา ว่องไว, พย.บ., Lalita Wongwai, B.N.S.³

ปรีดา ธารน้ำเดชา, พย.บ., Preeda Thannamdecha, B.N.S.³

อัญชลีพร สิทธิชัย, พย.บ., Unchaleeporn Sittichai, B.N.S.³

¹รองศาสตราจารย์ ดร., คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยเซนต์หลุยส์

¹Associate Professor, Ph.D., Faculty of Nursing, Saint Louis College

²อาจารย์, คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยเซนต์หลุยส์

²Lecturer, Faculty of Nursing, Saint Louis College

³พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลเซนต์หลุยส์

³Professional Nurse, Saint Louis Hospital

*Corresponding Author Email: Oraphun@slc.ac.th

Received: July 2, 2024

Revised: September 9, 2024

Accepted: October 24, 2024

บทคัดย่อ

บทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อนำเสนอรูปแบบการบูรณาการการดูแลผู้ป่วยและครอบครัวแบบประคับประคองที่เน้นแนวคิดมิติจิตวิญญาณ: เซนต์หลุยส์โมเดล ผู้เขียนได้ศึกษาเอกสารแนวคิด ทฤษฎี ที่เกี่ยวกับข้อ วิเคราะห์สังเคราะห์ และเรียบเรียง ให้เป็นขั้นตอนเพื่อการปฏิบัติ โดยใช้หลักของกระบวนการพยาบาล จากนั้นเสนอผู้ทรงคุณวุฒิ ที่เชี่ยวชาญในการดูแลแบบประคับประคองและมิติจิตวิญญาณ 15 ท่าน พิจารณาความถูกต้องสมบูรณ์ ปรับแก้และนำมาวิพากษ์ในการประชุมกลุ่มโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 10 ท่าน และปรับให้เหมาะสม เพื่อการปฏิบัติเป็น 5 ขั้นตอน คือ 1) ขั้นประเมินสภาพปัญหา เน้นการสื่อสารสร้างสัมพันธ์ภาพที่ดี สร้างความไว้วางใจ 2) ขั้นวิเคราะห์

วินิจฉัยปัญหา ใช้เทคนิคการถาม ตั้งใจรับฟังอย่างเหมาะสม จริใจ ให้ผู้ป่วยระบายปัญหาความต้องการ 3) ขึ้นวางแผน โดยการชี้แจงวัตถุประสงค์และแผนการดูแลอย่างสุภาพ เน้นการมีส่วนร่วม จนผู้รับบริการเข้าใจ ยอมรับและร่วม ในแผนปฏิบัติการ พยายามใช้คำพูดที่ชัดเจน เข้าใจง่าย 4) ขึ้นปฏิบัติการ เน้นการจัดการกับปัญหา ด้วยความสุภาพ อ่อนโยน เคารพในคุณค่าศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ ให้ผู้ป่วยระบายปัญหา ผู้ปฏิบัติตอบคำถาม และให้ข้อเสนอแนะที่ เหมาะสม เปิดโอกาสให้ทำในสิ่งที่อยากทำ เช่น ขอโทษในสิ่งที่ผู้ป่วยยังค้างคาใจ และ 5) ขึ้นประเมินผล ใช้การสังเกต พูดคุย และสอบถามผู้ป่วยและญาติ หลังจากนั้นได้นำไปใช้ปฏิบัติกับผู้ป่วยและครอบครัวจำนวน 5 ราย พบว่าบรรลุด ตามวัตถุประสงค์ ผลลัพธ์ที่ได้ ผู้ป่วยและครอบครัวยอมรับและมีสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ปฏิบัติ ระบายปัญหาและ ความต้องการชัดเจน ยอมรับการวางแผนและปฏิบัติร่วมกัน ตามข้อเสนอแนะ ผู้ป่วยกล่าวว่าตนรู้สึก สงบสบาย โล่งใจ ผ่อนคลายและพร้อมที่จะจากไป ญาติรู้สึกพึงพอใจ

คำสำคัญ: รูปแบบการบูรณาการดูแลผู้ป่วยและครอบครัวแบบประคับประคอง แนวคิดมิติจิตวิญญาณ

Abstract

This article aims to propose the model for integrating palliative care for patients and their families that emphasizes the concept of spiritual dimensions: the Saint Louis Model. The author has studied on relevant concepts, theories, and documents, then analyzed, synthesized, and complied to be practical steps by using principles of nursing process. Then, propose the practical steps to 15 experts in palliative care and spiritual dimensions, and adjusted for getting critiques in a focus group meeting with 10 experts before final adjusting to 5 practical steps. They are 1) Assessing, focus on communication to build good relationships and trust, 2) Problem analysis, use questioning techniques and attentively listen to the patients expressing their problems and needs with sincerity, 3) Planning, explain the objectives and careplan politely, emphasis on using clear words that easy to understand until the participants realize and accept to participate in the action-plan, 4) Operation, focus on dealing with problems efficiently, with politeness, gentleness, and respect for human dignity. Let the patients express their problems, and answer the questions, then give them advices appropriately, as well as give them the opportunities to do what they want such as apologizing for what they still have in minds, and 5) Evaluation, summarize based on observing, asking and talking with the patients and families. After that, it was used to practice with 5 patients and their families, and it was found that the objectives were achieved. The results were found that patients and families accepted and had good relationships with practitioners. They could explain their problems and needs clearly, and accept planning and execution together. The patients felt calm, relieved, and ready for passing away, while their families felt satisfied and accepted the situation.

Keyword: Integrated Palliative Care Model for Patients and Families, Concept of spirituality

การดูแลแบบประคับประคอง

เป็นการดูแลที่เน้นการช่วยเหลือผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าป่วยเป็นโรคที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ อยู่ในภาวะทุกข์ทรมานด้วยอาการของโรค และมีแนวโน้มว่าจะมีความรุนแรงขึ้นเรื่อย ๆ จนคุกคามถึงชีวิต หลักการดูแลแบบประคับประคอง เน้นการลดความทุกข์ทรมานจากการเจ็บปวด จากอาการของโรค ช่วยเหลือผู้ป่วยและครอบครัวให้สามารถดำรงชีวิตอยู่อย่างมีคุณภาพชีวิต ตามศักยภาพของผู้ป่วย โดยเฉพาะการปรับตัว การจัดการกับสภาวะการดำรงชีวิตได้ เมื่อเข้าสู่ระยะสุดท้ายของชีวิต ดังนั้น การดูแลแบบประคับประคอง จะต้องใช้หลักการดูแลทั้งการประคับประคอง การดูแลที่เน้นจิตสังคม และจิตวิญญาณ ดังแนวคิดดังนี้

องค์การอนามัยโลก (World Health Organization, 2012) กล่าวว่า การดูแลแบบประคับประคอง (Palliative Care) หมายถึงการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะจำกัดในการดำรงชีวิต (Life Limiting Conditions) หรือภาวะคุกคามต่อชีวิต (Life Threatening Conditions) โดยมีจุดประสงค์เพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิต และบำบัด เยียวยา และบรรเทาความทุกข์ทรมานทางกาย จิต อารมณ์ สังคม จิตวิญญาณ ตั้งแต่ระยะเริ่มต้น ของการเจ็บป่วยจนกระทั่งเสียชีวิต โดยครอบคลุมถึง ครอบครัว และผู้มีความสัมพันธ์ของผู้นั้น มี 3 ระดับได้แก่

1. การดูแลระดับพื้นฐาน (Primary Palliative Care) เป็นการผสมผสานการดูแลแบบประคับประคองกับการดูแลสุขภาพทั่วไป เน้น ทักษะพื้นฐานของบุคลากรสุขภาพทุกระดับ

2. การดูแลแบบประคับประคองทั่วไป (General Palliative Care) เป็นการดูแลโดยบุคลากรสุขภาพระดับปฐมภูมิ และบุคลากรที่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะทาง ซึ่งมีพื้นฐานการดูแลระยะท้ายของชีวิตเป็นอย่างดี

3. การดูแลแบบประคับประคองระดับเชี่ยวชาญ (Specialist Palliative Care) เป็นการดูแลผู้ป่วยที่มี

ความต้องการเฉพาะ สลับซับซ้อน และยากต่อการจัดการ ต้องอาศัยความเชี่ยวชาญเป็นพิเศษซึ่งผ่านการอบรมเฉพาะทาง

ดังนั้น การดูแลแบบประคับประคอง จึงเน้นที่การดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะจำกัดในการดำรงชีวิต อยู่ในภาวะถูกคุกคามต่อชีวิต มีจุดประสงค์ เพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตและบำบัด เยียวยาเพื่อบรรเทาความทุกข์ทรมานทางกาย จิต อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ ตั้งแต่ระยะเริ่มต้นการเจ็บป่วยจนกระทั่งถึงระยะท้ายของชีวิต ดังนั้นการดูแลจึงต้องครอบคลุมถึงทั้งตัวผู้ป่วย ครอบครัว และผู้ที่มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยด้วย ซึ่งต้องดูแลทั้งด้านจิตสังคม (Psychosocial care) หมายถึง การดูแลจิตใจ อารมณ์ความรู้สึก รวมถึงให้ความช่วยเหลือทางด้านสังคมเพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัว สามารถเผชิญกับความเจ็บป่วยในระยะสุดท้าย อย่างมีคุณภาพ และการดูแลด้านจิตวิญญาณ (Spiritual care) ซึ่งเป็นการดูแลที่ต้องค้นหาเป้าหมาย และตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยต่อสิ่งที่มีคุณค่า มีความหมายในชีวิต ความปรารถนา ความเชื่อ ความรัก การให้อภัย รวมถึงศาสนา พิธีกรรม ผู้นำด้านจิตวิญญาณ และเตรียมใจยอมรับ ประคองจิตใจไม่ให้เปราะบางในทุกขีในระยะสุดท้ายของโรคด้วย (กรมการแพทย์, 2563; นิตยา ทรัพย์วงศ์เจริญ และทิปทัศน์ ชินตาปัญญากุล, 2563) ปัจจุบันแม้ว่าวิทยาการทางการแพทย์จะมีความเจริญก้าวหน้าเพิ่มขึ้น สามารถช่วยให้ผู้ป่วยรอดชีวิตหรือยืดชีวิตออกไปเพิ่มขึ้นก็ตาม แต่ผู้ป่วยระยะสุดท้ายก็ยังมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ จากสภาพปัญหาของผู้ป่วยที่อยู่ในระยะสุดท้ายต้องเผชิญสถานการณ์ซึ่งส่งผลกระทบต่อสุขภาพทั้งด้านร่างกายและจิตใจ นอกจากต้องทนทุกข์ทรมานจากความเจ็บปวด กระวนกระวาย ส่งผลถึงภาวะเครียด ซึมเศร้า ซึ่งมีอิทธิพลต่อการรับรู้และปฏิกิริยาตอบสนองต่ออาการของแต่ละบุคคล และครอบครัว ดังนั้นการดูแลเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยทุกระยะ จนถึงระยะสุดท้าย ดังนั้นจึงเป็นสิ่งสำคัญที่จะ

ต้องช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีชีวิตอยู่กับความเป็นจริงได้อย่างมีคุณภาพ และสามารถเผชิญกับปัญหาและจากไปอย่างสงบและสมศักดิ์ศรี ก็คือการดูแลที่เน้นด้านมิติจิตวิญญาณนั่นเอง

ตามที่นิตยา ทรัพย์วงศ์เจริญ และทีปทัศน์ ชินตาปัญญากุล(2563)กล่าวว่าการดูแลแบบประคับประคองเป็นการดูแลทั้งผู้ป่วยและครอบครัวโดยเฉพาะผู้ป่วยเป็นโรคที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาด และมีแนวโน้มว่าจะมีความรุนแรงและคุกคามชีวิต ผู้ป่วยและครอบครัวต้องได้รับการดูแลแบบองค์รวม ซึ่งครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ โดยมีเป้าหมายหลักคือ บรรเทาอาการเจ็บปวดและทุกข์ทรมานจากโรค เพิ่มคุณภาพชีวิตที่ดีให้กับผู้ป่วยและครอบครัว และเสียชีวิตอย่างสงบสมศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ ตลอดจนการดูแลครอบครัวของผู้ป่วยภายหลังการจากไปของผู้ป่วย ซึ่งตรงกับ ท้องการอนามัยโลก (World Health Organization, 2005) ได้ระบุองค์ประกอบที่สำคัญของการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองว่า ประกอบด้วย การบำบัดด้วยยา การพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพจิต สังคม วัฒนธรรม และจิตวิญญาณ ให้การดูแลรักษาผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้วยหัวใจของความเป็นมนุษย์ ซึ่งมีองค์ประกอบที่สำคัญ 3 ส่วน ได้แก่ 1) การควบคุมอาการไม่สบาย (symptom control) 2) การรักษาโรค (disease management) ส่วนใหญ่เป็นบทบาทหน้าที่ของแพทย์ที่จะจัดการกับตัวโรคหรือภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น และ 3) การดูแลด้านจิตสังคม และจิตวิญญาณ (psychological and spiritual care) ซึ่งถือเป็นการดูแลที่สำคัญมาก ได้แก่ การดูแลที่เน้น บุคลิกลักษณะ อารมณ์ ความสนใจ งานอดิเรก ศาสนา ความเชื่อ ความสัมพันธ์ ส่วนการดูแลด้านจิตวิญญาณ โดยการค้นหาความหมายของชีวิต ความตาย การให้อภัย ความรัก ความเข้าใจ และความเชื่อทางศาสนา การช่วยให้ผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้รับความสุขสบาย ไม่ทุกข์ทรมาน เกิดความสงบ

หลักการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองทั่วไป

จากการสังเคราะห์เอกสารบทความทางวิชาการ และงานวิจัย ของอรพรรณ ลือบุญรัชชัย, นฤมล บุญบางยาง, และสายสมร เฉลยภิติ (2565) ได้เสนอหลักการใช้สัมพันธภาพบำบัดในการดูแลแบบประคับประคอง ซึ่งเป็นเทคนิคที่สำคัญและนำไปสู่สัมพันธภาพที่ดี เข้าถึงจิตอารมณ์ ลดความเครียดและความวิตกกังวลของผู้ป่วยและครอบครัว ได้เป็นอย่างดี เป็นการดูแลด้านจิตวิญญาณไปด้วย ประกอบด้วยหลักการ 5 ประการ ดังนี้ 1) การสร้างสัมพันธภาพที่ดีและความเชื่อมั่นในการรักษาพยาบาล ช่วยให้ผู้ป่วยไว้วางใจและมั่นใจว่าตนจะไม่ถูกทอดทิ้งให้รู้สึกหวาดกลัว เจ็บปวด หรือว่าเหงาอยู่คนเดียว 2) การบูรณาการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังพร้อม ๆ กับการรักษา ได้แก่ การสอน การให้ความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับสภาวะของโรค และการจัดการภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ อธิบายให้ผู้ป่วยและญาติทราบถึงแนวทางการรักษาพยาบาล และมีส่วนร่วมเพื่อตัดสินใจในการรักษา 3) การดูแลแบบองค์รวม เป็นการดูแลที่ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ในการดูแลช่วยเหลือมิใช่เน้น แค่การบรรเทาความปวดและอาการที่ก่อให้เกิดความไม่สบาย แต่มุ่งรวมถึงการเอาใจใส่ เข้าถึงความรู้สึก ความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว จัดให้มีประชุมปรึกษาร่วมกันระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพ ทั้งของผู้ป่วย และครอบครัว 4) การประสานความร่วมมือกับ ระบบสนับสนุนทางด้านสุขภาพและสังคม เพิ่มศักยภาพการดูแลของทีมงานในแต่ละระดับ จัดให้มีระบบการช่วยเหลือผู้ป่วยให้สามารถใช้ชีวิตได้อย่างเป็นปกติสุขได้มากที่สุดเท่าที่จะกระทำได้นจนถึงวาระสุดท้ายของชีวิต รวมถึงช่วยเหลือแก่ครอบครัวภายหลังผู้ป่วยเสียชีวิตอย่างสงบ และ 5) ใช้โอกาสในการประเมิน ความเชื่อ ศาสนา และปรัชญาชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัวที่มีอิทธิพลต่อความตายของผู้ป่วยเพื่อให้การช่วยเหลือ

ให้กำลังใจ ช่วยให้ผู้ป่วยจากไปอย่างสงบทั้งด้านร่างกาย และจิตวิญญาณ ตามแนวทางของแต่ละศาสนา

ความต้องการการดูแลด้านจิตวิญญาณ (spiritual care needs) เป็นความต้องการพื้นฐานทางจิตใจของมนุษย์ทุกคนที่แตกต่างกันไปตามภาวะโรคและการรักษา ผู้ป่วยที่อยู่ในระยะสุดท้าย มักมีความต้องการการดูแลด้านจิตวิญญาณที่ชัดเจน โดยผู้ป่วยพยายามหาสิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจอันเป็นที่หวังและกำลังใจสุดท้ายในการเผชิญต่อโรค และการดำรงชีพในขณะนั้น การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย จึงจำเป็นอย่างยิ่งที่ผู้ดูแลจะต้องเข้าถึงความรู้สึกด้านจิตใจ และจิตวิญญาณ ทั้งของผู้ป่วยและครอบครัว เมื่อรู้ว่าตนอยู่ในระยะท้าย อาการจะทรุดลงไปเรื่อย ๆ ร่างกายไม่สามารถกลับสู่สภาพเดิมได้และกำลังจะเสียชีวิตในที่สุด ย่อมต้องการการดูแลอย่างครอบคลุมมิติ กาย ใจ สังคม และจิตวิญญาณ เพื่อบรรเทาความทุกข์ทรมานของทั้งผู้ป่วยและครอบครัว และบรรลุถึงความรู้สึกด้านจิตวิญญาณจึงเป็นความรู้สึกภายในจิตใจที่เข้มแข็ง แสดงถึงการยอมรับการบรรลุเป้าหมายในชีวิต ความหวังและพึงพอใจในสิ่งที่ตนเป็นอยู่ของตนเองได้ ยอมรับความจริงและเกิดภาวะสงบและเป็นสุขได้

สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (2565) กล่าวว่า จิตวิญญาณ (Spirituality) คือ ความสุขที่เกิดจากการเชื่อมโยงตนเองกับผู้อื่น ธรรมชาติ และสิ่งเหนือธรรมชาติ มีสติ สมาธินำมาซึ่งความสงบสุข มีจิตใจสูง มีความรัก ความเมตตา ตระหนักคุณค่าของชีวิต เป็นชุมพลภายใน เป็นอุดมการณ์และวิถีในการดำรงชีวิต รับรู้ว่าตนเป็นใคร เป้าหมายชีวิตคืออะไร และปฏิบัติตนจนบรรลุถึงเป้าหมายชีวิต ดำรงชีวิตอยู่อย่างมีความหมาย โดยเน้นค่านิยมด้านจิตวิญญาณ ไว้ว่า ประกอบด้วย 1) ความซื่อสัตย์ (honesty) 2) ความเมตตากรุณา (kindness) 3) ความอ่อนน้อมถ่อมตน (humility) 4) รักโดยไม่มีเงื่อนไข และเป็นประโยชน์ต่อผู้อื่น (altruistic love) 5) เคารพผู้อื่น (respect for others)

6) ความห่วงใย (caring and concern) 7) ความเข้าใจ (empathy) 8) การใช้มุมมองเชิงบวก (positive thinking) 9) ยินดีในการช่วยเหลือผู้อื่น (appreciating the contributions of others) 10) ความสามารถในการรับรู้ตนเองและตระหนักถึงสิ่งต่าง ๆ ที่เกิด มีความเข้าใจ ความคิด อารมณ์ ความรู้สึก ของตน

โรงพยาบาลเซนต์หลุยส์ มีรูปแบบการดำเนินงาน ที่เน้นการให้บริการ ด้วยความรักและเมตตา ยึดมั่น ความเป็นเลิศด้านทางด้านศาสนาและวัฒนธรรม และ ให้บริการผู้ป่วยด้วยมิติจิตวิญญาณเป็นเวลายาวนาน จนในปี พ.ศ. 2565 โรงพยาบาลได้รับรางวัลโรงพยาบาล แห่งคุณภาพ ด้านมิติจิตวิญญาณ มิติจิตวิญญาณที่ โรงพยาบาลเซนต์หลุยส์ใช้เป็นแนวปฏิบัติ เป็นรูปแบบ การบริการที่เน้น SSURF: St. Louis model เป็นการดูแล ผู้ป่วยที่อยู่ในระยะต้องการการดูแลช่วยเหลือแบบ ประคับประคอง ซึ่งเน้นการดูแลแบบองค์รวม ครอบคลุม มิติ กาย ใจ สังคม และ จิตวิญญาณ เพื่อบรรเทาและ ความทุกข์ทรมานของผู้ป่วยและครอบครัว มุ่งให้การ ช่วยเหลือผู้ป่วยและครอบครัว ปรับตัว ปรับใจได้กับ สถานการณ์ ความเจ็บปวด การสูญเสีย ยอมรับความจริง มีเป้าหมายในชีวิต มีความหวัง และพึงพอใจในสิ่งที่ตน อยู่ของตนเองได้ เป็นความรู้สึกภายในจิตใจ ที่แสดงถึง ภาวะสงบเป็นสุข มีความเข้มแข็งในจิตใจ และเสียชีวิต อย่างสงบ สมศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ โดยใช้แนวคิด 5 ประการ จาก SSURF ตามเซนต์หลุยส์โมเดล (St. Louis model) ดังนี้

1. **Selfless** ได้แก่ ความไม่เห็นแก่ตัว เห็นแก่ผู้อื่น ไม่ตักตวงผลประโยชน์ส่วนรวมเป็นของตนเอง ลดความมีตัวตนลง และเห็นแก่ผู้อื่นมากขึ้น

2. **Sacrifice** ความพร้อมเสียสละ การแบ่งปัน ให้ความช่วยเหลือ เพื่อแม่แก่กุลด้วยจิตใจเมตตากรุณา เพื่อเป็นประโยชน์แก่ผู้อื่น และเพื่อลดข้อดัดส่วนตัวตน

3. **Understanding** (เข้าใจ และยอมรับผู้อื่น)

การเข้าร่วมรับรู้ถึงประสบการณ์ทางอารมณ์ของบุคคลอื่น โดยเน้น การรู้ถึงสภาวะภายในของบุคคล การเลียนแบบ ลักษณะที่บุคคลแสดงออก รู้สึกแบบที่ผู้ป่วยรู้สึก การนำ ตัวเราเข้าไปอยู่ในสถานการณ์ที่ผู้ป่วยเผชิญ การจินตนาการ ว่าอะไรที่ผู้ป่วยคิดและรู้สึก การจินตนาการว่าพยาบาล น่าจะคิดหรือ รู้สึกอย่างไรถ้าอยู่ในเหตุการณ์นั้น รู้สึกสะเทือนใจเมื่อเห็นหรือเป็นพยาน ในความทุกข์ของผู้ป่วย และรู้สึกร่วมกับผู้ป่วยที่ทุกข์ทรมาน

4. Respect เคารพผู้อื่น ได้แก่ การเคารพ

ในการขอความยินยอมโดยให้ข้อมูลอย่างครบถ้วนและให้อาสาสมัครตัดสินใจอย่างอิสระ ปราศจากการข่มขู่ บังคับ หรือให้สินจ้างรางวัล เคารพในความเป็นส่วนตัวของอาสาสมัคร เคารพในการเก็บรักษาความลับของข้อมูลส่วนตัวของอาสาสมัคร เคารพในความเป็นผู้อ่อนด้อยเปราะบาง

5. Forgive ให้อภัยแก่ผู้อื่น ได้แก่ การให้อภัย

บุคคลอื่นที่ทำผิดต่อเรา เป็นการแสดงความรักต่ออีกฝ่าย การให้อภัยแสดงให้เห็นถึงความเมตตา การให้อภัยทำให้ความสัมพันธ์ที่ขัดแย้งกันหรือไม่ลงรอยกันกลายเป็นความสัมพันธ์ที่ดีต่อกัน การให้อภัยส่งผลต่อผู้ให้อภัยมีสภาวะทางจิตที่ดี การให้อภัยไม่ใช่เป็นการให้อีกฝ่ายคนอื่นเท่านั้น แต่เป็นการให้อีกฝ่ายตัวเองเพื่อจะได้ไม่ต้องทุกข์ใจ การให้อภัยช่วยเพิ่มการมองเห็นคุณค่าในตัวเอง การให้อภัยเป็นสิ่งที่ผู้กระทำต้องค่อยฝึกฝน

ดังนั้น การปฏิบัติงานของพยาบาลควรเป็นไปตามรูปแบบของกระบวนการพยาบาลที่ชัดเจน เป็นขั้นตอน โดย หากผู้ปฏิบัติการพยาบาลสามารถสอดแทรกแนวคิด ที่เน้นบูรณาการด้านมิติจิตวิญญาณ ให้เห็นชัดเจนจะทำให้ผู้ปฏิบัติเข้าใจและเห็นคุณค่าทางวิชาชีพ ในการพัฒนาโปรแกรมฯ คณะผู้เขียน ดำเนินการ 4 ขั้นตอนดังนี้

ขั้นที่ 1 ศึกษารูปแบบการดูแลผู้ป่วยและครอบครัวแบบประคับประคองที่เน้นแนวคิด

มิติจิตวิญญาณ: เซนต์หลุยส์โมเดล ดำเนินการโดยใช้กระบวนการวิจัยเชิงพัฒนา เริ่มต้นจากการทบทวนเอกสาร งานวิจัยที่เกี่ยวข้องทั้งหมด นำมาวิเคราะห์สังเคราะห์ และเรียบเรียง ให้เป็นระบบ เป็นขั้นตอนสามารถนำไปปฏิบัติได้อย่างเหมาะสมตามแนวทางวิทยาศาสตร์ โดยยึดหลักของกระบวนการพยาบาล 5 ขั้นตอน คือ 1) ขั้นประเมิน 2) ขั้นวิเคราะห์วินิจฉัย 3) ขั้นวางแผน 4) ขั้นปฏิบัติการ และ 5) ขั้นประเมินผล (ดังตารางสรุป)

ขั้นที่ 2 นำแนวคิด การดูแลแบบ SSURF St.

Louis model มาเรียบเรียงบูรณาการร่วมกับแนวปฏิบัติการดูแลแบบประคับประคองขององค์การอนามัยโลก (World Health Organization, 2012) เน้นการใช้สัมพันธภาพบำบัดในการดูแลแบบประคับประคองของสรรพคุณ ลือบุญวัชชัย, นฤมล บุญบางยาง, กุลพิชญ์ เวชต์พิมล และนัซพร ฤทธาปัญญา (2566) และปฏิบัติตามขั้นตอนของการกระบวนการพยาบาล ซึ่งเป็นหลักปฏิบัติการพยาบาลที่เป็นวิธีการทางวิทยาศาสตร์ 5 ขั้นตอน ดังกล่าว

ขั้นที่ 3 นำเสนอรูปแบบฯผ่านผู้ทรงคุณวุฒิ

พิจารณาจำนวน 15 ท่าน ประกอบด้วยนักบวชที่เชี่ยวชาญด้านมิติจิตวิญญาณ 2 ท่าน แพทย์ด้านการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง 1 ท่าน ผู้นำทางการพยาบาล 3 ท่าน ผู้มีประสบการณ์ในการปฏิบัติการพยาบาลแบบประคับประคอง จำนวน 4 ท่าน อาจารย์ที่มีประสบการณ์ในการสอนและนิเทศการปฏิบัติการพยาบาลในผู้ป่วยแบบประคับประคอง จำนวน 5 ท่าน นำมาปรับปรุงแก้ไข และเรียบเรียงให้ถูกต้องเหมาะสมตามกระบวนการและขั้นตอน

ขั้นที่ 4 ทำ Focus Group โดยผู้ทรงคุณวุฒิ

จำนวน 10 ท่าน ได้นัดผู้ทรงคุณวุฒิที่มีประสบการณ์การดูแลที่เน้นมิติจิตวิญญาณ และการดูแลแบบประคับประคองจำนวน 10 ท่านเป็นพยาบาลอาวุโส 4 ท่าน

เป็นนักบวช 2 ท่าน แพทย์ด้านการดูแลผู้ป่วยแบบ ร่วมกันในการประชุมกลุ่ม วิพากษ์และให้ข้อเสนอแนะ
ประคับประคอง 1 ท่าน และอาจารย์ที่มีประสบการณ์ รูปแบบที่สังเคราะห์ขึ้น คณะเขียนปรับแก้และเรียบเรียง
ด้านการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองและมิติจิต ให้เหมาะสมเพื่อนำไปใช้ จนได้ (ดังตารางที่ 1)
วิญญาณ 3 ท่าน ร่วมกันพิจารณาเอกสารและอภิปราย

ตารางที่ 1 รูปแบบบูรณาการการดูแลผู้ป่วยและครอบครัวแบบประคับประคองตามแนวคิดมิติจิตวิญญาณ:
“เซนต์หลุยส์โมเดล” ซึ่งประกอบด้วย 5 ขั้นตอนดังนี้

ขั้นตอนการ 5 ขั้นตอน	การบูรณาการสู่การปฏิบัติ	สะท้อนมิติ จิตวิญญาณ
ขั้นตอนที่ 1. ขั้นการประเมิน สภาพปัญหา (Assessment) วัตถุประสงค์ การสร้าง สัมพันธภาพ และความไว วางใจ โดย 1.1 ประเมินความ พร้อมของผู้ป่วยและ สร้างสัมพันธภาพ เน้น เทคนิค:- -การสื่อสาร สร้าง สัมพันธภาพ การยอมรับ และประเมินสภาพปัญหา ของผู้ป่วย ครอบครัว และผู้ป่วยดูแล 1.2 ประเมินสภาพ ปัญหาและความ ต้องการของผู้ป่วยและ ครอบครัว วัตถุประสงค์ ศึกษาข้อมูลเบื้องต้น เพื่อทราบเกี่ยวกับ ประวัติ อาการของโรค สภาพของผู้ป่วย เพื่อให้ ทราบถึงสาเหตุที่แท้จริง ครอบครัว 4 มิติ คือ ร่างกาย จิตใจ สังคม และ จิตวิญญาณ	1. เน้นการสื่อสารและสร้างสัมพันธภาพ 1.1 ประเมินความพร้อมของผู้ป่วย โดย 1) สอบถามนัดหมายช่วงเวลาที่เหมาะสมในการเยี่ยมจากพยาบาลผู้ดูแล 2) ประเมินความพร้อมของผู้ป่วยด้านร่างกาย จิตใจ 3) เข้าพบผู้ป่วย ทักทาย แนะนำตัวด้วยท่าที่อ้อมแอ้ม ทักทาย สอบถามอาการ สื่อสารที่แสดงถึงความใส่ใจผู้ป่วย เช่นถามว่า “วันนี้คุณเป็นอย่างไรบ้าง?” 4) รับฟังคำตอบด้วยความใส่ใจ การแสดงถึงการยอมรับและเป็นการบอกกับ ผู้ป่วยทราบว่าสิ่งที่ผู้ป่วยกำลังพูดมีความสำคัญ ตั้งใจรับฟังข้อมูลด้วยท่าที่ สนใจสิ่งที่ผู้ป่วยเล่า เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ถูกต้องครบถ้วนอีกทั้งผู้ป่วยจะรับรู้ ว่ายังมีคนที่สนใจและรับฟังหรือความไม่สบายใจได้ตลอดเวลา 5) ยอมรับ รับฟังสิ่งที่ผู้ป่วยบอกเล่า ด้วยความสนใจ เห็นใจ และเข้าใจ ไม่ คาดหวัง หรือแสดงท่าทีที่เร่งรัด จำกัดเวลาผู้ป่วย 6) สื่อสารให้ผู้ป่วยรับรู้ถึงการเข้ามาของพยาบาล เพื่อดูแลและช่วยเหลือ 7) ชักถามข้อมูลเพิ่มเติม เพื่อให้เข้าใจปัญหาของผู้ป่วยและครอบครัว ผลลัพธ์ ผู้ป่วยมีท่าทีไว้วางใจ ไม่เครียด (สังเกตจากการแสดงออกของผู้ป่วยและ ญาติ) พยายามบอกเล่าอาการและความทุกข์ให้พยาบาลฟัง 1.2 เริ่มซักถามอาการและความต้องการโดย 1) ประเมินให้ครอบครัวอย่างเป็นองค์รวม จะช่วยให้แก้ไขปัญหา ความกังวล และความต้องการการดูแลของ ผู้ป่วย/ญาติ 2) ประเมินสุขภาพทางกายของผู้ป่วยโดยใช้เครื่องมือแบบประเมิน เช่น PPS ESAS ฯลฯ 3) สอบถามอาการทั่วไป ความต้องการ อยากให้ช่วยเหลืออะไร?? โดยใช้ กระบวนการเทคนิค ดังนี้ ใช้คำถามปลายเปิด ask-tell-ask ตั้งใจ/รับฟัง ยอมรับ สนใจ เห็นใจ ไม่คาดหวัง ไม่รีบ ไม่จำกัดเวลา ตั้งใจ ไม่ตำหนิ 4) ตั้งใจรับฟังสิ่งที่ผู้ป่วย/ญาติ พยายามบอกเล่า ไม่ตำหนิ 5) สังเกตบุคลิกภาพ ท่าทาง ปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยและคนในครอบครัว ผลลัพธ์ ได้รับรู้ความเข้าใจการดำเนินและการรักษาโรคของผู้ป่วยและญาติ หรือ เข้าใจปัญหาความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว	1. Communication - techniques - Observation - Assessment - Understanding - Respect - Sacrifice - Listening - Respect - Acceptance - Understanding Selfless Offering-self Observation Assessment Understanding Respect Assessment Offering-self Understanding Listening Observation Assessing - Listening - Respect - Observation

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ขั้นตอนการ 5 ขั้นตอน	การบูรณาการสู่การปฏิบัติ	สะท้อนมิติ จิตวิญญาณญาณ
	2. วิเคราะห์ปัญหาและความต้องการ โดยใช้เทคนิคการถาม และฟังอย่างตั้งใจ ในสิ่งที่ผู้ป่วย/ญาติเล่า โดย 1) สังเกตพฤติกรรม กริยาท่าทาง สีหน้า อวจนภาษาต่างๆ สื่อบาง (ใช้เทคนิคทวนความ เพื่อความเข้าใจที่ตรงกัน) 2) สอบถามความเข้าใจเกี่ยวกับโรค แนวทางการดูแลต่อ การวางแผน อย่างไร? เพื่อทราบถึงความเข้าใจการดำเนินและการรักษาโรคของผู้ป่วย และญาติ 3) สะท้อนสิ่งที่พยาบาลรับรู้/ความคิดเห็นว่าตรงกับอารมณ์/ความรู้สึก/ ความต้องการหรือไม่ 4) ให้เวลากับผู้ป่วย/ญาติ เพื่อให้เข้าใจตนเองถึงความต้องการและความรู้สึก ที่แท้จริง 5) ชี้แจงเกี่ยวกับการดำเนินโรค พยาธิสภาพที่เป็นจริง และเปิดโอกาสให้ผู้ป่วย/ญาติซักถาม 6) ประเมินการยอมรับของผู้ป่วย/ญาติ โดยการสังเกต การรับรู้ ความเข้าใจ และความวิตกกังวล ผลลัพธ์ ผู้ปฏิบัติได้รับรู้และเข้าใจปัญหาของผู้ป่วย/ญาติ	2. Analyzing - Asking Technique - Observation - Respect - Listening - Reflecting - Respect - Understanding - Observation - Assessment - Understanding - Selfless
3. การวางแผน (Planning) วัตถุประสงค์ แนะนำแผนการดูแล กิจกรรม และผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้น ให้ทราบล่วงหน้า	3. ชี้แจงแผนการดูแลของผู้ป่วยและญาติ โดยให้ผู้ป่วยและญาติมีส่วนร่วม 1) ชี้แจงผู้ป่วยและญาติให้เข้าใจวัตถุประสงค์ของกิจกรรมการพยาบาลก่อนลงมือปฏิบัติทุกครั้ง ด้วยคำพูดที่ชัดเจน ใช้ภาษาที่ง่าย น้าเสียงสุภาพนุ่มนวล 2) ดูแลผู้ป่วยและญาติ ดุจญาติมิตรของตน ให้เกียรติ เคารพคุณค่าศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ 3) ยอมรับในการตัดสินใจของผู้ป่วยที่ได้รับการดูแล ผลลัพธ์ ผู้ป่วยและญาติเข้าใจถึงแผนการดูแล	3. Advising techniques - Suggestion - Understanding - Selfless - Sacrifice - Understanding - Respect - Acceptance - Sacrifice

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ขั้นตอนการ 5 ขั้นตอน	การบูรณาการสู่การปฏิบัติ	สะท้อนมิติ จิตวิญญาณญาณ
4. การจัดการกับสภาพปัญหา (Implementation) วัตถุประสงค์ เพื่อให้ผู้ป่วย/ญาติมีความเข้าใจและได้รับการดูแลตามที่ได้วางแผนร่วมกัน	4. ปฏิบัติการ 1) ให้การดูแลด้วยท่าทีสุภาพ อ่อนน้อม มีบุคลิกภาพที่น่าเชื่อถือ และมีท่าทีมั่นใจ 2) เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้เล่าปัญหาอย่างอิสระและตั้งใจฟังเพื่อให้ผู้ป่วยได้ระบาย 3) ตอบคำถาม บอกหรือให้ความรู้เกี่ยวกับอาการของผู้ป่วยที่ควรรู้ เพื่อให้ผู้ป่วยคลายความวิตกกังวล 4) ให้คำแนะนำที่เป็นประโยชน์แก่ผู้ป่วยและญาติ 5) ให้การพยาบาลโดยคำนึงถึงวัฒนธรรมและเคารพต่อขนบธรรมเนียมประเพณีของผู้ป่วย 6) ขณะให้การพยาบาล ถ้าต้องเปิดเผยข้อมูลบางส่วนของผู้ป่วย ควรเปิดเท่าที่จำเป็น 7) ไม่แสดงท่าทีรังเกียจ มองผู้ป่วยด้วยความเมตตา ใช้สายตาที่เป็นมิตร 8) ให้การดูแลเท่าเทียม ไม่เลือกปฏิบัติ ไม่แบ่งแยกเชื้อชาติ ศาสนา 9) ดูแลผู้ป่วยครอบคลุมทั้ง 4 มิติ คือ ร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ 10) ดูแลจัดการอาการรบกวนต่างๆ ของผู้ป่วย 11) ดูแลร่วมกับสหสาขาวิชาชีพ 12) เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ทำในสิ่งที่อยากทำ เช่น ได้ขอโทษ สิ่งที่ได้ทำไม่ดีไว้ ทำให้รู้สึกสบายใจ โล่งใจ ผลลัพธ์ ผู้ป่วย/ญาติยอมรับและให้ความร่วมมือในการดูแลตามแผน พุดจาตี คุยดี และได้รับการใส่ใจในด้านต่างๆ (เช่น จิตใจ, spiritual เป็นต้น) และได้รับการตอบสนองความต้องการ	4. Operation - Respect - Listening - Advising - Answering - Suggestion - Selfless - Sacrifice - Respect - Suggestion - Sacrifice - Respect - Supportive Care - Holistic care - Forgive
5. การประเมินผล (Evaluation) วัตถุประสงค์ ประเมินความรู้สึกรู้สึก และความต้องการของผู้ป่วยเป็นระยะ ขณะให้การพยาบาล	5. ประเมินผล ชักถามผู้ป่วย/ญาติ 1) ถึงความพึงพอใจ และผลที่เกิดขึ้น 2) อาการและความทุกข์ทรมานปัจจุบัน 3) การปรับตัว ความเครียด และความวิตกกังวล 4) ให้ข้อเสนอแนะในการปฏิบัติที่เหมาะสมกับสถานการณ์ ผลลัพธ์ ผู้ป่วย/ญาติ รู้สึกผ่อนคลาย ทำใจยอมรับกับสถานการณ์ปัญหา	5. Evaluation - Asking & observation - Respect - Selfless - Sacrifice - Forgive

จากการนำกระบวนการนี้ไปปฏิบัติกับผู้ป่วยและครอบครัวขั้นตอนทั้ง 5 ขั้นตอนดังกล่าว พบว่าได้ผลลัพธ์ที่ดี คือ ผู้ป่วยรู้สึกสบาย ผ่อนคลาย ไร้กังวลใจ ยอมรับและพยายามพูดคุยกับพยาบาลและผู้ดูแลมากขึ้น พยายามบอกเล่าความรู้สึกวิตกกังวลไม่สบายใจที่เกิดขึ้นในขณะนั้น เช่นบอกว่า “ตนรู้ว่าการเจ็บป่วยครั้งนี้ไม่หาย แต่ก็รู้สึกเป็นกังวลว่าตนเป็นภาระให้ลูกหลานลำบาก” ซึ่งจากการได้สนทนา ซึ่งมีญาติได้ฟังอยู่ด้วยขณะนั้น ก็บอกว่า “ไม่เป็นไร อย่าคิดมาก ตนยินดีและมีความสบายใจที่ได้ทำหน้าที่ดูแลบุพการี” จากคำพูดของญาติโดยตรงส่งผลให้ผู้ป่วยรู้สึกดีขึ้น ทำให้มองเห็นภาพความอบอุ่นในครอบครัว และมองเห็นความรู้สึกอบอุ่น ผ่อนคลาย สบายใจของครอบครัว ที่เป็นความรู้สึกด้านจิตวิญญาณ เป็นบรรยากาศที่ดี ซึ่งเป็นผลจากการเริ่มต้นสัมพันธ์ภาพที่ดี เป็นไปตามขั้นตอนแรก ของการปฏิบัติในผู้ปฏิบัติเองก็บอกว่ารู้สึกดีใจที่เห็นผู้ป่วยกับญาติมีความรู้สึกที่ดีต่อกัน ตรงกับแนวคิดของ มิติจิตวิญญาณ Saint Louis Model (SSURF St.) ที่เน้น ความเข้าใจ ใส่ใจ ด้วยรัก และเมตตา

นอกจากนี้ จากการดูแลเอาใจใส่ สม่ำเสมอ ของเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติ ส่งผลให้ ญาติที่เฝ้าดูแลผู้ป่วยกล่าวว่า รู้สึกสบายใจขึ้นที่เห็นพยาบาลและบุคลากรดูแลผู้ป่วยด้วยท่าทีอ่อนโยน เข้าใจ เปิดโอกาส และติดตามอาการสม่ำเสมอ ตนรู้สึกสบายใจขึ้นมาก เมื่อเห็นผู้ป่วยลดอาการกระสับกระส่าย หวาดกลัว ยิ้มแย้มแจ่มใสขึ้น รับประทานอาหารได้ ญาติมีกำลังใจดีขึ้น สามารถออกไปปฏิบัติงานได้ตามปกติ

สรุป

การใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยและครอบครัวแบบ ประคับประคองตามแนวคิดมิติจิตวิญญาณ: เซนต์หลุยส์ โมเดล ตามกิจกรรมที่ปฏิบัติตามขั้นตอนทั้ง 5 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 ที่พบผู้ป่วยและครอบครัว แม้ผู้ปฏิบัติจะใช้เทคนิคสัมพันธ์ภาพบำบัดแล้วก็ตาม ผู้ป่วยอาจอยู่ในสภาวะที่ไม่พร้อม หรือมีอาการเจ็บปวด จากอาการของโรค อารมณ์หงุดหงิด อาจปฏิเสธการพูดคุย เหยยไม่ตอบคำถาม หรือแสดงพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมออกมา ท่านจะต้องยอมรับว่า ผู้ป่วยหรือครอบครัวกำลังอยู่ในภาวะเจ็บป่วย ท่านอาจต้องใช้ ท่าทีที่แสดงถึงการยอมรับ แสดงให้เห็นว่าท่านเข้าใจ และเห็นใจและหาจังหวะที่เหมาะสมในการเข้าพบต่อไป สิ่งสำคัญก็คือไม่แสดงพฤติกรรมต่อต้านหรือตำหนิผู้ป่วยและครอบครัว การแสดงถึงความเข้าใจ ยอมรับ และรับฟังโดยเคารพ ศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ จะส่งผลให้ผู้ป่วยรู้สึกอบอุ่นใจ มั่นใจในการระบายปัญหาที่วิตกกังวลที่อยู่ในใจออกมา ถือว่าได้เข้าถึงมิติจิตวิญญาณส่วนหนึ่ง เช่น ผู้ป่วย จะพูดเข้าไปช้ามาว่า ตนรู้แล้วว่าตนต้องจากไป เมื่อไหร่ก็ไม่รู้ แต่ก็ยังห่วงใยคนข้างหลัง คิดว่าเมื่อเราจากไปแล้ว พวกเขาจะเป็นอย่างไร ทำให้ประหม่นได้ว่า ผู้ป่วยยังมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับความรู้สึกของญาติอยู่ จากนั้นได้ดำเนินการจัดสภาพการให้ญาติได้พูดคุย ให้กำลังใจผู้ป่วย จนผู้ป่วยและญาติเข้าใจกันว่าตนได้ทำหน้าที่ดีที่สุดแล้ว ต่างก็รู้สึกดีขึ้น

ขั้นตอนที่ 2 ขั้นวิเคราะห์ปัญหา อาจใช้เทคนิคคำถามปลายเปิด ask-tell-ask โดยการรับฟัง ยอมรับ สนใจ เห็นใจ ไม่คาดหวัง ไม่เร่งรีบ ไม่จำกัดเวลา ตั้งใจรับฟังสิ่งที่ผู้ป่วย/ญาติ พยายามบอกเล่า และสังเกต บุคลิก ท่าทาง ปฏิสัมพันธ์ระหว่างคนในครอบครัวไปด้วย ทำให้ทราบเกี่ยวกับประวัติ อาการของโรค สภาพของผู้ป่วย ทราบถึงสาเหตุที่แท้จริงครอบคลุม 4 มิติ คือ ร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ จนพยาบาลสามารถวินิจฉัยปัญหาการพยาบาลได้ถูกต้อง นำไปสู่การแก้ไขปัญหา ความกังวล และความต้องการการดูแลของผู้ป่วย/ญาติ ได้เป็นอย่างดี

ขั้นตอนที่ 3 ขั้นวางแผนการวางแผนการปฏิบัติ

การดูแลช่วยเหลือ มีหลายปัญหาที่สามารถปฏิบัติการดูแลช่วยเหลือไป พร้อม ๆ กัน ตั้งแต่การพบกันตั้งแต่ครั้งแรกแล้ว แต่ก็ต้องคำนึงถึงการมีส่วนร่วมของผู้ป่วย ครอบครัว และผู้ดูแล จะนำไปสู่ความร่วมมืออย่างแท้จริงและประสบความสำเร็จ ต้องเน้นที่การชี้แจงผู้ป่วยและญาติให้เข้าใจวัตถุประสงค์ของกิจกรรมการพยาบาลก่อนลงมือปฏิบัติทุกครั้ง ด้วยคำพูดที่ชัดเจน ใช้ภาษาที่ง่าย น้ำเสียงสุภาพนุ่มนวล ดูแลผู้ป่วยและญาติ ดุจญาติมิตรของตน ให้เกียรติ เคารพคุณค่าศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ และยอมรับในการตัดสินใจของผู้ป่วยที่ได้รับการดูแล

ขั้นตอนที่ 4 ขั้นปฏิบัติ เมื่อผู้ป่วย ผู้ดูแล และครอบครัว มีความพร้อม มีความร่วมมือในการปฏิบัติด้วยความเข้าใจ ก็จะดำเนินไปสู่ผลลัพธ์ตามวัตถุประสงค์สิ่งที่เน้นระยะนี้ก็คือ ดูแลผู้ป่วยและญาติ ดุจญาติมิตรของตน ให้เกียรติ เคารพคุณค่าศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ และยอมรับในการตัดสินใจของผู้ป่วยที่ หากมีปัญหาใดเกิดขึ้นอาจใช้การประชุมกลุ่มครอบครัว (Family meeting) โดยเชิญญาติ ครอบครัว พบกับเจ้าหน้าที่และบุคลากรที่มีส่วนร่วม ประกษาหารือกันในปัญหาที่เกิดขึ้น เพื่อหาทางออกที่เหมาะสมร่วมกัน ก็จะนำไปสู่การตัดสินใจที่ถูกต้องเหมาะสมกับแต่ละครอบครัว

ขั้นตอนที่ 5 เป็นขั้นประเมินผล เมื่อกิจกรรมดำเนินมาถึงขั้นตอนนี้ อาจเกิดจากการที่ผู้ป่วยได้รับอนุญาตให้กลับไปพักฟื้นที่บ้าน ก็เป็นการเตรียมตัวผู้ป่วยก่อนกลับบ้าน โดยพยาบาลสอน ให้คำปรึกษาการใช้ชีวิตอย่างมีคุณภาพที่บ้าน ทั้งด้านร่างกายและจิตใจ หรืออาจสิ้นสุดลงด้วยการจากไปของผู้ป่วยซึ่งประกอบด้วย กิจกรรมที่ได้มีการเตรียมการไว้เป็นระยะ ๆ แล้ว ตามพิธีกรรมทางศาสนาโดยเฉพาะระยะท้าย เน้นการดูแลช่วยเหลือประคับประคอง

ความรู้สึกต่อการจากไป ของญาติ ผู้ป่วยและครอบครัวที่ต้องจากกัน

ข้อเสนอแนะการวิจัย

ข้อเสนอแนะในการนำรูปแบบไปใช้ ผู้ปฏิบัติสามารถนำรูปแบบที่เสนอไปใช้กับผู้ป่วย ครอบครัว และผู้ดูแล ทั้งในเด็ก ผู้ใหญ่ ผู้สูงอายุ ที่ต้องการการดูแลแบบประคับประคอง รวมถึงผู้ป่วยระยะท้ายโดยปรับระยะเวลาของแต่ละขั้นตอนของกิจกรรมให้เหมาะสมกับลักษณะและความต้องการของผู้ป่วยแต่ละวัย และระยะของการเจ็บป่วย อย่างไรก็ตามทักษะที่สำคัญก็คือสัมพันธภาพ การสร้างความเชื่อมั่น และความไว้วางใจของผู้รับบริการต่อผู้ดูแล และก่อนดำเนินการควรจัดกลุ่มอบรมทักษะการดูแลและแนวปฏิบัติที่ถูกต้องเหมาะสมกับผู้รับบริการแต่ละกลุ่ม สำหรับการประเมินผลสิ่งที่ควรประเมินผลลัพธ์อย่างต่อเนื่องก็คือ ใช้การสังเกตท่าทีการแสดงออก คำพูด ของผู้ป่วยและครอบครัวว่ามีความสุขสบาย พึงพอใจกับสิ่งที่ผู้ปฏิบัติกระทำ เช่น มีความไว้วางใจ ความสุขใจ ความรู้สึกอบอุ่นหรือไม่เพียงใด

กิตติกรรมประกาศ

คณะผู้เขียนขอขอบพระคุณท่านบาทหลวงเอกชัย โสรจกิจ แพทย์ และพยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองโรงพยาบาลเซนต์หลุยส์ ทุกท่านที่ได้ให้ความร่วมมือในการดำเนินการทุกขั้นตอน ตั้งแต่การประชุมกลุ่มผู้ทรงคุณวุฒิ รวมถึง รองศาสตราจารย์ ดร.จินตนา อาจสันเทียะ ผู้ช่วยอธิการบดีฝ่ายพัฒนา และ วิเทศน์สัมพันธ์ วิทยาลัยเซนต์หลุยส์ที่ได้ให้ข้อเสนอแนะที่มีคุณค่า และเป็นประโยชน์ในการนำไปใช้ต่อไป

เอกสารอ้างอิง

กรมการแพทย์ (2563). *คู่มือการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองและระยะท้าย (สำหรับบุคลากรทางการแพทย์)*. นนทบุรี: สำนักงานกิจการโรงพิมพ์ องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.

นิตยา ทรัพย์วงศ์เจริญ และทีปทัศน์ ชินตาปัญญากุล. (2563). บทบาทพยาบาลในการดูแลแบบประคับประคองในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 21(1), 27-34.

สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล. (2565). *แนวทางการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยด้วยมิติจิตวิญญาณ*. กรุงเทพฯ: สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล. (องค์การมหาชน).

อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย, นฤมล บุญบางยาง, กุลพิชญ์ เวชต์พิมล และนันทพร ฤทธาปัญญา. (2566). ผลของการใช้โปรแกรมสัมพันธภาพบำบัดร่วมกับการเสริมสร้างพลังอำนาจในการดูแลแบบประคับประคองต่อ ความเครียด ความวิตกกังวล และคุณภาพชีวิต ของผู้ป่วยและครอบครัว. *วารสารสุขภาพกับการจัดการสุขภาพ*, 9(1), 134-146.

อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย, นฤมล บุญบางยาง, และสายสมร เฉลยกิตติ. (2565). ประสพการณ์การใช้สัมพันธภาพบำบัดในการดูแลแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยและครอบครัว. *วารสารพยาบาลตำรวจ*, 14(1), 204-213

World Health Organization. (2012). *Palliative care*. Retrieved from <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>

