Princess of Naradhiwas University Journal

การดูแลด้านจิตวิญญาณในผู้ป่วยวิกฤตและครอบครัวในไอซียู: ประสบการณ์ทางการพยาบาล

Spiritual Care for Critically Ill Patients and Families in ICU: Nursing Experiences

จารุวรรณ บุญรัตน์ รป.ม. (Jaruwan Boonyarat, M.P.A.)[1]

สุพัตรา อุปนิสากร พย.ม. (Supattra Uppanisakorn, M.N.S.)[2]

บทคัดย่อ

จิตวิญญาณเป็นอีกมิติหนึ่งที่มีความสำคัญไม่น้อยไปกว่ามิติด้านกาย โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อบุคคลมีการเจ็บป่วยในภาวะวิกฤต จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ผู้ป่วยที่มีภาวะวิกฤตและครอบครัวที่ดูแลผู้ป่วยมีความต้องการการดูแลด้านจิตวิญญาณในระดับมาก ซึ่งพยาบาลมีบทบาทสำคัญต่อการตอบสนองและส่งเสริมการดูแลด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยและครอบครัวที่อยู่ในภาวะวิกฤต โดยอาศัยองค์ประกอบที่สำคัญมากที่สุดคือ การประเมินความต้องการด้านจิตวิญญาณ การสื่อสาร พูดคุย กับผู้ป่วยและครอบครัว การอำนวยความสะดวกแก่ครอบครัวในการทำพิธีกรรมทางศาสนา และความเชื่อ การแสดงออกถึงการยอมรับให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย มีผลลัพธ์ทางการพยาบาล เช่น สุขภาวะทางจิตวิญญาณที่ดี การกลับไปใช้ชีวิตตามปกติ คำติชมและสัมพันธภาพที่ดี ดังกรณีตัวอย่างที่ศึกษา

คำสำคัญ: การดูแลด้านจิตวิญญาณ ผู้ป่วยวิกฤตและครอบครัว ประสบการณ์ทางการพยาบาลในไอซียู

Abstract

Spirituality is one of the dimensions that is more important than the physical dimension especially when a person is in a critically ill. According to a review of literature, it was found that patients and their families needed a high level of spiritual care. Nursing plays an important role to respond and promote the spiritual care given to patients and their families in crisis. The best components to provide spiritual care are assessing the patients' spiritual needs, communicating with patients and their families, facilitating religious rituals and cultural beliefs, and respecting families' participation in care. These factors will help patients to have good spiritual health and

[1] พยาบาลชำนาญการ หัวหน้าหออภิบาลผู้ป่วยอายุรกรรม โรงพยาบาลสงขลานครินทร์

[2] พยาบาลชำนาญการ, พยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง (APN) กลุ่มผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรม โรงพยาบาลสงขลานครินทร์

have them return to normal life with good relationship with other people.

Keywords : Spiritual Care, Critically ill Patients and Families, Nursing experiences in ICU

บทนำ

ผู้ป่วยวิกฤตมีภาวะความเจ็บป่วยที่คุกคามต่อชีวิต จำเป็นต้องได้รับการรักษาด้วยวิธีการที่ซับซ้อน ใช้เครื่องมือหลายชนิดร่วมกัน เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยปลอดภัยและเกิดภาวะแทรกซ้อนน้อยที่สุด ทีมการรักษาพยาบาลจึงให้ความสำคัญมิติด้านกายเป็นหลัก แต่จิตวิญญาณเป็นอีกมิติหนึ่งที่มีความสำคัญไม่น้อยไปกว่ามิติด้านกาย (วัลภา คุณทรงเกียรติ, 2551; วรุณยุพา รอยกุลเจริญ, 2550) เพราะจิตวิญญาณเป็นแก่นหลักของชีวิต เชื่อมมิติด้านกาย จิต จิตสังคมของบุคคล อีกทั้งยังเป็นความหวัง กำลังใจ หรือเครื่องยึดเหนี่ยวจิตใจ ช่วยให้บุคคลก้าวผ่านปัญหาและอุปสรรคต่างๆ (ทัศนีย์ ทองประทีป, 2545) ความต้องการด้านจิตวิญญาณในผู้ป่วยวิกฤตและครอบครัว จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า อยู่ในระดับสูง (วงรัตน์ ใสสุข, ประณีต ส่งวัฒนา, และพัชรียา ไชยลังกา, 2545) แต่ด้วยข้อจำกัดของภาระงานและเวลาในการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤต อาจทำให้ผู้ป่วยวิกฤตและครอบครัวได้รับการตอบสนองด้านจิตวิญญาณลดลง

หอผู้ป่วยไอซียูอายุรกรรม โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งในภาคใต้ ให้บริการผู้ป่วยผู้ใหญ่ที่อยู่ในระยะวิกฤต มีภาวะความเจ็บป่วยที่รุนแรงและซับซ้อน ทั้งโรคทางด้านอายุรกรรม และโรคทางศัลยกรรม รวมถึงโรคทางด้านสูติ-นรีเวช มีบุคลากรที่ประกอบด้วยทีมแพทย์สาขาเวชบำบัดวิกฤต และทีมการพยาบาล สำหรับทีมการพยาบาลประกอบด้วย พยาบาลวิชาชีพ พนักงานช่วยทางการพยาบาล ลักษณะการมอบหมายงานของพยาบาลวิชาชีพ เป็นลักษณะพยาบาลเจ้าของไข้ สัดส่วนผู้ป่วย 1 – 2 ราย ต่อพยาบาล 1 ราย แบ่งการทำงานเป็นผลัดๆ ละ 8 ชั่วโมง จากภาวะความเจ็บป่วยที่คุกคามต่อชีวิต ส่งผลให้การทำงานของพยาบาลมุ่งเน้นการพยาบาลทางด้านกายเป็นลำดับแรกๆ สำหรับการพยาบาลด้านอื่นๆ อาจถูกลดความสำคัญลง ตามข้อจำกัดของเวลาในการปฏิบัติงาน จึงนำมาสู่การทบทวนการศึกษาที่ผ่านมา เพื่อหาวิธีการปฏิบัติที่เหมาะสม ง่ายต่อการนำมาปฏิบัติ เพื่อตอบสนองผู้ป่วยวิกฤตให้ครอบคลุมครบทั้งกาย จิต จิตวิญญาณ สอดคล้องกับวัฒนธรรมและสังคมของชาวไทยภาคใต้

ความหมายของจิตวิญญาณในผู้ป่วยวิกฤต

การพยาบาลเป็นการให้การดูแลคนครบทุกมิติ ทั้งมิติทางด้านกาย จิต สังคม และจิตวิญญาณ ซึ่งไม่อาจแยกจากกันได้ (ทัศนีย์ ทองประทีป, 2545; อาภรณ์ เชื้อประไพศิลป์, 2543) สำหรับมิติทางจิตวิญญาณเป็นสิ่งที่จับต้องได้ยาก แต่มีความเกี่ยวข้องกับวัฒนธรรมและสังคม ซึ่งเป็นสิ่งที่มีผลต่อการให้ความหมายของจิตวิญญาณ (วัลภา คุณทรงเกียรติ, 2551; อาภรณ์ เชื้อประไพศิลป์, 2543; Narayanasamy, 2004) ในสังคมและวัฒนธรรมไทย จิตวิญญาณเป็นสิ่งยึดเหนี่ยวในชีวิต อาจหมายถึง สิ่งเหนือธรรมชาติ ศาสนา สมาชิกในครอบครัว เพื่อนฝูง

สิ่งเหล่านี้ทำให้เกิดความหวัง ให้ความสำคัญกับชีวิต มีกำลังใจในการมีชีวิต มีเป้าหมายในการดำเนินชีวิต หรือทำให้เกิดความสุขในชีวิต (ทัศนีย์ ทองประทีป, 2545; ธมลวรรณ แก้วกระจก และวิภาวี คงอินทร์, 2550; วรุณยุพา รอยกุลเจริญ, 2550; วัลภา คุณทรงเกียรติ, 2551)

จากความหมายของจิตวิญญาณมีส่วนทำให้เข้าใจสุขภาวะทางจิตวิญญาณ ซึ่งหมายถึงสุขภาวะที่เกิดขึ้นเมื่อบุคคลทำความดี หรือจิตได้สัมผัสกับสิ่งที่มีคุณค่าอันสูงสุด เช่น การเข้าถึงพระรัตนตรัย หรือการเข้าถึงพระผู้เป็นเจ้า การเสียสละ การเมตตา เป็นต้น สุขภาวะทางจิตวิญญาณจะส่งผลกระทบต่อสุขภาวะทางกาย ทางจิต และทางสังคม อีกทั้งการขาดสุขภาวะทางจิตวิญญาณจะทำให้มนุษย์ขาดความสมบูรณ์ในตัวเอง และไม่พบความสุขที่แท้จริง (ทัศนีย์ ทองประทีป, 2545)

จิตวิญญาณของบุคคลได้รับอิทธิพลมาจากแนวคิดทางศาสนา (วัลภา คุณทรงเกียรติ, 2551) เช่น พุทธศาสนา อธิบายไว้ว่า มนุษย์มีวิญญาณในการรับรู้สิ่งที่เป็นจริง ไม่ติดกับวัตถุ เป็นอิสระจากความโลภ โกรธ หลง ให้ความสำคัญกับการแสวงหาและพัฒนาจิตวิญญาณเพื่อการรู้แจ้ง เห็นจริง ปฏิบัติตามคำสอนของพระพุทธเจ้าเกี่ยวกับอริยสัจสี่ และมรรคแปด นำไปสู่ความสุขอย่างแท้จริง (พินิจ รัตนกุล, 2547) ศาสนาอิสลาม อธิบายไว้ว่า ร่างกายเปรียบเสมือนพาหนะของจิตวิญญาณ ความเจ็บป่วยของมนุษย์ย่อมเป็นไปตามพระประสงค์ของพระเจ้า อาจเป็นการทดสอบจากพระเจ้าและเป็นวิธีการในการชำระล้างความบาป มนุษย์ที่ยอมรับในสิ่งเหล่านี้เขาย่อมปราศจากความทุกข์หรือความขัดแย้งในจิตใจ ในขณะที่ร่างกายมีการสูญสลายแต่จิตวิญญาณยังคงอยู่ตลอดไปและยังต้องรับผิดชอบต่อการกระทำของตนเอง และจะถูกสอบสวนในวันแห่งการพิพากษาในโลกหน้า จิตวิญญาณเป็นแก่นและสาเหตุของพฤติกรรมของมนุษย์ (ดำรงค์ แวอาลี, 2551)

สรุป จิตวิญญาณเป็นสิ่งยึดเหนี่ยวในชีวิต มีอิทธิพลมาจากศาสนา ความเชื่อ และวัฒนธรรม เมื่อบุคคลเกิดความเจ็บป่วย จำเป็นต้องได้รับการตอบสนองความต้องการด้านจิตวิญญาณเพื่อให้บุคคลมีสุขภาวะทางจิตวิญญาณ อันนำมาซึ่งสุขภาวะของบุคคลที่แท้จริง

ความต้องการด้านจิตวิญญาณในผู้ป่วยวิกฤต

ความต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยวิกฤต จากการทบทวนการศึกษาที่ผ่านมาไม่พบการศึกษาในผู้ป่วยวิกฤตโดยตรง อาจด้วยข้อจำกัดของภาวะความเจ็บป่วย จึงมีการศึกษาจากสมาชิกในครอบครัวที่มีสมาชิกเจ็บป่วยในระยะวิกฤต ส่วนใหญ่ศึกษาด้วยเครื่องมือของ มอลเตอร์ (Molter) ซึ่งประกอบด้วยความต้องการ 4 ด้าน 1) ด้านข้อมูลข่าวสาร 2) ด้านร่างกาย 3) ด้านอารมณ์ และ 4) ด้านจิตวิญญาณ (ธิติมา วทานียเวช,วันเพ็ญ เอี่ยมจ้อย, และทิพพาพร ตังอำนวย, 2541) พบว่า สมาชิกในครอบครัวมีความต้องการทั้ง 4 ด้านในระดับมาก (ธิติมา วทานียเวช,วันเพ็ญ เอี่ยมจ้อย, และทิพพาพร ตังอำนวย, 2541; สุภารัตน์ ไวยชีตา, ชื่นฤดี คงศักดิ์ตระกูล, และวิมลวัลย์ วโรฬาร, 2542) โดยมีความต้องการด้านจิตวิญญาณเกี่ยวกับการนิมนต์พระมาเยี่ยมผู้ป่วย การได้รับอนุญาตให้ทำพิธีทางศาสนาหรือความเชื่อต่างๆ และการนำวัตถุหรือสิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจไว้กับตัวผู้ป่วย (ธิติมา วทานียเวช,วันเพ็ญ เอี่ยมจ้อย, และทิพพาพร ตังอำนวย, 2541) การได้รับการดูแลจนหายจากโรค

ต้องการอยู่กับผู้ป่วยจนนาทีสุดท้าย ต้องการได้รับการแจ้งข่าวเกี่ยวกับการตายที่อาจจะเกิดขึ้น และต้องการการพูดคุยเกี่ยวกับอาการที่เปลี่ยนแปลงหรือทรุดหนักลง (สมาพร โล่สวัสดิ์กุล และวณิชา พึ่งภู, 2549) ต้องการความมั่นใจว่าผู้ป่วยจะได้รับการดูแลอย่างดีที่สุด ทุกอย่างจะเรียบร้อย ในขณะที่ญาติไม่อยู่ รู้สึกมีความหวัง ต้องการทราบการทำนายของโรค และแผนการรักษา (สุภารัตน์ ไวยชีตา, ชื่นฤดี คงศักดิ์ตระกูล, และวิมลวัลย์ วโรฟ้าร, 2542)

นอกจากนี้มีการศึกษาความต้องการด้านจิตวิญญาณของสมาชิกในครอบครัวที่มีผู้ป่วยเจ็บป่วยในระยะวิกฤตด้วยวิธีการสัมภาษณ์ตามกรอบแนวคิดของไฮฟิลด์ (Highfield อ้างถึงใน วงรัตน์ ใสสุข, ประณีต ส่งวัฒนา และพัชรียา ไชยลังกา, 2545) พบว่า มีความต้องการด้านจิตวิญญาณเกี่ยวกับการมีความหมาย เป้าหมายในชีวิต และมีความหวังในระดับสูง เช่น ให้ความสำคัญกับการไม่ทำร้ายหรือเบียดเบียนตนเองและผู้อื่น การทำความเข้าใจยอมรับธรรมชาติของชีวิต อีกทั้งมีความต้องการที่เกี่ยวข้องกับความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น สิ่งอื่น สิ่งแวดล้อม และสิ่งเหนือตนตามความศรัทธาความเชื่อในระดับปานกลาง เช่น ในลักษณะต้องการให้และรับความรัก ความไว้วางใจ การอภัยโดยไม่มีเงื่อนไขจากบุคคลอื่น ต้องการช่วยเหลือผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด การมาเยี่ยมหรือการแจ้งข่าวให้ผู้ที่มีความผูกพันกับผู้ป่วย

สรุปความต้องการด้านจิตวิญญาณในผู้ป่วยวิกฤตที่ได้จากการศึกษาในสมาชิกของครอบครัวที่มีผู้ป่วยเจ็บป่วยในระยะวิกฤตนั้น มีด้านข้อมูลข่าวสาร ด้านร่างกาย ด้านอารมณ์ ด้านจิตวิญญาณ มีความต้องการในระดับสูง ซึ่งเกี่ยวข้องกับความเชื่อ ความศรัทธา และสัมพันธภาพกับบุคคลใกล้ชิด

รูปแบบการพยาบาลเพื่อตอบสนองความต้องการด้านจิตวิญญาณในผู้ป่วยและครอบครัวที่อยู่ในระยะวิกฤต

การพยาบาลเพื่อตอบสนองความต้องการด้านจิตวิญญาณในผู้ป่วยและครอบครัวที่อยู่ในระยะวิกฤตจำเป็นต้องทำไปพร้อมๆ กัน เพราะผู้ป่วยและครอบครัวมีความผูกพันกันโดยไม่มีเงื่อนไข (ศิริอร สินธุและสมใจ พุทธาพิทักษ์ผล, 2542)

จากการศึกษารูปแบบการพยาบาลเพื่อตอบสนองความต้องการด้านจิตวิญญาณในผู้ป่วยและครอบครัวที่อยู่ในระยะวิกฤตที่ผ่านมาสามารถแบ่งได้เป็น 5 ด้าน คือ 1) การให้กำลังใจ 2) การอำนวยความสะดวกในการทำพิธีกรรมทางศาสนา และความเชื่อ 3) การสื่อสาร พูดคุย กับผู้ป่วยและครอบครัว 4) การประเมินความต้องการด้านจิตวิญญาณ และ 5) การแสดงออกถึงการยอมรับให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย (Lundberg & Kerdonfag, 2010) สอดคล้องกับการศึกษาในพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยวิกฤต 10 รายพบว่าให้การพยาบาลเพื่อตอบสนองความต้องการด้านจิตวิญญาณ 7 ลักษณะ คือ 1) ดูแล ช่วยเหลือทุกอย่างที่เป็นปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย 2) สร้างความหวัง ให้ผู้ป่วยมีความรู้สึกอยากมีชีวิตอยู่ต่อไป 3) ให้การดูแลเสมือนหรือยิ่งกว่าญาติ ทำทุกอย่างให้ผู้ป่วยมีความสุข ทำด้วยความนุ่มนวล 4) สัมผัส ถ่ายทอดความรู้สึกทางใจ ความเอื้ออาทร 5) เสริมกำลังใจจากญาติ ส่งเสริมให้ญาติใกล้ชิดมีปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วย

6) ช่วยให้สุขสงบ ให้ใกล้ชิดกับสิ่งยึดเหนี่ยวตามความต้องการของผู้ป่วย และ 7) เคารพความเป็นบุคคล ทั้งผู้ป่วยที่รู้สึกตัวและไม่รู้สึกตัว (เสาวลักษณ์ มณีรักษ์, ช่อลดา พันธุเสนา, และประณีต ส่งวัฒนา, 2547)

นอกจากนี้การส่งเสริมความมีคุณค่าในตนเอง ฝึกให้มีสติ ค้นหาและกำหนดเป้าหมายในชีวิต ลดการเกิดภาวะสูญเสียอำนาจ เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยตัดสินใจด้วยตนเอง ลดโอกาสเกิดความทุกข์ทางจิตวิญญาณและเพิ่มความสุขทางจิตวิญญาณ โดยการรับฟัง ยอมรับความคิดเห็น ให้ความเอื้ออาทร อนุญาตให้ทำตามความเชื่อ ในผู้ป่วยที่หมดหวัง ต้องรับฟังและเปิดโอกาสให้ระบายความรู้สึก สร้างบรรยากาศที่ดี ส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวและเพื่อนฝูง (ธมลวรรณ แก้วกระจกและวิภาวี คงอินทร์, 2550) อีกทั้งในผู้ป่วยและครอบครัวที่ความเชื่อว่าการเจ็บป่วยเป็นสิ่งที่เกี่ยวข้องกับเจ้ากรรมนายเวร การทำสมาธิ ฝึกจิต ขออโหสิกรรม ช่วยให้ความทุกข์ลดน้อยลง (พีระวัฒน์ อริยทรัพย์กมล, 2552)

สำหรับกิจกรรมการพยาบาลด้านจิตวิญญาณในผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้าย ได้แก่ 1) การสื่อสาร ทั้งแบบการพูดคุย และแบบไม่ต้องใช้คำพูด 2) การสวดมนต์ 3) การทำสมาธิ 4) การอ่านหนังสือธรรมะ 5) การใช้ดนตรีหรือศิลปะ และ 6) การช่วยเหลือและสนับสนุนให้มีการใช้เทคนิคผ่อนคลายอื่นๆ เช่น การนวด การสัมผัส เป็นต้น (จอนผะจง เพ็งจาด, 2546) ซึ่งการสัมผัส หรือสัมผัสบำบัด เป็นเครื่องหมายของการแสดงความเข้าใจ การดูแลเอาใจใส่ ก่อให้เกิดสัมพันธภาพที่ดีระหว่างพยาบาลและผู้ป่วย มีผลให้ร่างกายเกิดการผ่อนคลาย ลดอัตราการเต้นของหัวใจ เกิดความอบอุ่นทางด้านจิตใจ มีทัศนคติและการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ที่ดีขึ้น (ธิดารัตน์ คำบุญ, 2551)

สรุปรูปแบบการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาลเพื่อตอบสนองความต้องการด้านจิตวิญญาณในผู้ป่วยและครอบครัวที่อยู่ในระยะวิกฤต ได้ดังนี้

1. การประเมินความต้องการด้านจิตวิญญาณ โดยการสร้างสัมพันธภาพ ให้กำลังใจแก่ผู้ป่วยและครอบครัวด้วยการให้ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยและครอบครัว เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้ระบายความรู้สึก ความเชื่อ ร่วมค้นหาและกำหนดเป้าหมายในชีวิต

2. การอำนวยความสะดวกแก่ครอบครัวในการทำพิธีกรรมทางศาสนา และความเชื่อ เช่น การสวดมนต์ การทำสมาธิ การอ่านหนังสือธรรมะ เป็นต้น

3. การสื่อสาร พูดคุย กับผู้ป่วยและครอบครัว ทั้งแบบการใช้คำพูดและไม่ใช้คำพูด ระหว่างการพูดคุยใช้การสัมผัสหรือสัมผัสบำบัด ถ่ายทอดความรู้สึกทางใจ ความเอื้ออาทร ความเข้าใจ ให้กำลังใจ ซึ่งเป็นเครื่องหมายของการแสดงความเข้าใจ การดูแลเอาใจใส่ ก่อให้เกิดสัมพันธภาพที่ดีระหว่างพยาบาลและผู้ป่วย

4. การแสดงออกถึงการยอมรับให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย เคารพความเป็นบุคคลทั้งผู้ป่วยที่รู้สึกตัวและไม่รู้สึกตัว ส่งเสริมความมีคุณค่าในตนเองให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีโอกาสในการตัดสินใจด้วยตนเอง ลดการเกิดภาวะสูญเสียอำนาจ เปิดโอกาสให้ครอบครัวได้มีส่วนร่วม ช่วยเหลือและสนับสนุนให้มีการใช้เทคนิคผ่อนคลายอื่นๆ เช่น การนวด การสัมผัส การใช้ดนตรีหรือศิลปะ หรือกิจกรรมอื่นๆ ที่ผู้ป่วยต้องการและไม่ขัดต่อแผนการรักษา

ประสบการณ์การดูแลเพื่อตอบสนองความต้องการด้านจิตวิญญาณในผู้ป่วยและครอบครัวที่อยู่ในระยะวิกฤต

จากประสบการณ์การทำงานของผู้วิจัยที่ดูแลผู้ป่วยวิกฤตมานานมากกว่าสิบปี ร่วมกับการนำหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ได้กล่าวมาแล้ว พอสรุปการดูแลที่ปฏิบัติได้จริงและผลลัพธ์ได้ดังนี้

การดูแลที่ปฏิบัติได้จริง

1. การจัดสถานที่เพื่อตอบสนองความต้องการทางศาสนาความเชื่อ

1.1 ห้องพระ หอผู้ป่วยได้จัดให้มีห้องพระอยู่บริเวณหน้าหอผู้ป่วย มีขนาดกว้างประมาณ 4 ตารางเมตร สมาชิกกลุ่ม 5 ส ของหอผู้ป่วยดูแลความเรียบร้อย เปลี่ยนแจกันดอกไม้ ครอบครัวผู้ป่วยที่นับถือศาสนาพุทธใช้เป็นที่สวดมนต์ นั่งสมาธิ ปรึกษาเรื่องสำคัญกันภายในครอบครัว นอกจากนี้ผู้ป่วยที่ลุกเดินได้ใช้เป็นที่สวดมนต์ไหว้พระด้วยเช่นกัน สำหรับครอบครัวมุสลิมมีสถานที่ปฏิบัติศาสนกิจที่เป็นส่วนรวมของโรงพยาบาล

1.2 โต๊ะให้ข้อมูล หอผู้ป่วยได้จัดให้มีโต๊ะให้ข้อมูล ซึ่งอยู่บริเวณภายในหอผู้ป่วย มีฉากกั้นเป็นสัดส่วน ส่วนใหญ่เป็นการให้ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยทั้งหมดและการขอความเห็นจากครอบครัวในกิจกรรมการรักษาที่สำคัญ เช่น แผนการรักษา การใส่สายสวนต่างๆ การกู้ชีพ ผู้ที่ให้ข้อมูลประกอบด้วยทีมแพทย์ และพยาบาลที่ให้การพยาบาลผู้ป่วยรายนั้นๆ นอกจากนี้โต๊ะให้ข้อมูลเป็นแหล่งพักญาติของผู้ป่วยใหม่ที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วย บริเวณโต๊ะให้ข้อมูลญาติมีมุมหนังสือที่ประกอบด้วย หนังสือธรรมะ หนังสือสารคดี หนังสือเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ เป็นต้น

1.3 บริเวณรอเยี่ยม/ที่นั่งพักของญาติ อยู่บริเวณหน้าหอผู้ป่วย สามารถมองเห็นสิ่งแวดล้อมภายนอกโรงพยาบาลได้ ผู้ป่วยที่สามารถลุกเดินได้ จะสามารถเดินหรือนั่งรถเข็นมารับลมและแสงแดดที่บริเวณนี้ได้เช่นเดียวกัน

2. การให้ข้อมูล

การให้ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยมีหลายวิธี พอสรุปได้ดังนี้

2.1 ให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยและครอบครัวที่เข้ารับบริการใหม่ครั้งแรก มีแผ่นพับการให้ข้อมูลญาติ ซึ่งประกอบด้วยข้อมูลแนะนำสถานที่ หมายเลขโทรศัพท์ เจ้าหน้าที่ กิจกรรมที่ญาติสามารถช่วยเหลือผู้ป่วยได้ โดยมีพยาบาลเป็นผู้ให้ข้อมูลและแจกแผ่นพับดังกล่าว

2.2 การให้ข้อมูลเกี่ยวกับอาการของผู้ป่วย หอผู้ป่วยได้กำหนดเป็นมาตรฐานของหน่วยงานให้พยาบาลเจ้าของไข้ให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยและครอบครัว ที่ประกอบด้วย แผนการรักษาที่ได้รับในปัจจุบัน อาการและการเปลี่ยนแปลง โอกาสของการย้ายหอผู้ป่วย และรับฟังความต้องการของครอบครัว กำหนดให้บันทึกข้อมูลเหล่านี้ในระบบคอมพิวเตอร์ของโรงพยาบาล เพื่อให้การให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยและครอบครัวมีความต่อเนื่อง

2.3 การสอนและฝึกทักษะการออกกำลังกาย ส่งเสริมให้ครอบครัวช่วยออกกำลังกายให้กับผู้ป่วย โดยมีแผ่นพับการออกกำลังกายแจกให้กับครอบครัวด้วย

2.4 การให้ข้อมูลเกี่ยวกับการวางแผนการรักษาจากทีมแพทย์ ผู้ป่วยและครอบครัวที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยทุกรายจะได้รับข้อมูลการวางแผนการรักษาจากทีมแพทย์ แต่อาจมีบางกรณีที่มีทีมแพทย์จากหลายสาขาให้การดูแล หรือแพทย์มีภาระงานมาก พยาบาลจะเป็นผู้ประสานงานเพื่อรวบรวมแผนรักษาหลักแจ้งแก่ครอบครัว

2.5 การให้ข้อมูลทางโทรศัพท์ หอผู้ป่วยแนะนำการติดต่อทางโทรศัพท์แก่ครอบครัวที่มีจำกัดในการเดินทาง ซึ่งมีหมายเลขโทรศัพท์ของหอผู้ป่วยอยู่ในแผ่นพับการให้ข้อมูล

3. การบริหารเวลาในการดูแล

จากที่กล่าวมาแล้วว่า การทำงานของพยาบาลในหอผู้ป่วยเน้นการพยาบาลทางด้านกายเป็นลำดับแรกๆ สำหรับการพยาบาลด้านอื่นๆ อาจถูกลดความสำคัญลง ตามข้อจำกัดของเวลาในการปฏิบัติงาน จากความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว การพยาบาลที่ตอบสนองความต้องการด้านจิตวิญญาณที่กล่าวมาแล้ว เช่น กิจกรรมการรับฟังและยอมรับความคิดเห็น การช่วยผ่อนคลายด้วยเทคนิคต่างๆ เป็นต้น ต้องการพยาบาลที่มีเวลาให้กับผู้ป่วยและครอบครัวที่มากพอ ดังนั้นกิจกรรมเหล่านี้ โดยส่วนใหญ่ผู้วิจัยได้มีโอกาสดำเนินกิจกรรม บางกรณีต้องใช้เวลาเป็นหลายวัน หรือหลายชั่วโมง ในการประเมินความต้องการ และให้การพยาบาลไปพร้อมๆ กัน เทคนิคโดยส่วนใหญ่ที่ใช้คือ การฟังและเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้ระบายความรู้สึก แนวคิดความเชื่อ และความต้องการซึ่งจะได้กล่าวในกรณีตัวอย่างต่อไป

4. การเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและครอบครัวทำตามความเชื่อ

นอกจากการพยาบาลเพื่อตอบสนองความเชื่อที่ได้กล่าวมาแล้ว หอผู้ป่วยได้เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้ทำตามความเชื่อที่บริเวณเตียงของผู้ป่วย เช่น การนิมนต์พระสงฆ์ หรือผู้นำทางศาสนามาทำพิธีกรรมทางศาสนา ทั้งการทำพิธีต่ออายุ การขออโหสิกรรม การขอพรจากพระเจ้า เป็นต้น โดยเมื่อประเมินพบความต้องการดังกล่าว เจ้าหน้าที่จะอำนวยความสะดวก จัดสถานที่รอบเตียง และกั้นม่าน รวมถึงเป็นตัวแทนขออนุญาตและความร่วมมือจากผู้ป่วยและครอบครัวรายอื่น แม้บางครั้งครอบครัวต้องการให้ย้ายผู้ป่วยเข้าห้องที่เป็นสัดส่วน แต่ด้วยข้อจำกัดของความเจ็บป่วยที่อยู่ในระยะวิกฤต อาจไม่ปลอดภัยต่อการเคลื่อนย้าย

5. ทัศนคติทางบวกของผู้ปฏิบัติงาน

แม้ว่าทัศนคติของผู้ปฏิบัติงาน หากมองเชื่อมโยงแล้วไม่ใช่การพยาบาลต่อผู้ป่วยโดยตรง แต่หากทุกคนมีทัศนคติต่อการพยาบาลในมิติของจิตวิญญาณทางบวก ไม่แยกการพยาบาลเป็นมิติ แต่ให้การพยาบาลไปพร้อมๆ กันทุกมิติ ดึงเข้าสู่งานประจำได้ เชื่อได้ว่าการพยาบาลอย่างครอบคลุมทุกมิตินั้นทำได้ทุกเวลาผู้วิจัยในฐานะผู้นำทีมการพยาบาลได้กำหนดนโยบายให้มีการพยาบาลด้านจิต จิตสังคม และจิตวิญญาณอย่างน้อยผลัดละ 1 ข้อวินิจฉัย พยาบาลทุกคนตอบรับนโยบายนี้เป็นอย่างดี จนกลายเป็นความคุ้นเคยที่ต้องปฏิบัติการพยาบาลครบทุกมิติไปพร้อมๆ กับมิติอื่น นอกจากนี้ระบบการสอนงาน การถ่ายทอดความรู้ทักษะการสำรวมของพยาบาล และการเป็นตัวอย่างที่ดีของรุ่นพี่จะช่วยหล่อหลอมให้พยาบาลรุ่นน้องปฏิบัติตามได้เป็นอย่างดี



6. การขออโหสิกรรมเมื่อผู้ป่วยเสียชีวิต

กรณีผู้ป่วยเสียชีวิต พยาบาลและเจ้าหน้าที่ทุกระดับในหน่วยงานต้องกล่าวขออโหสิกรรมแก่ผู้ป่วยและครอบครัว โดยมีเงินกองกลางของหอผู้ป่วยจำนวนหนึ่ง บรรจุในซองสีขาว ตัวแทนของเจ้าหน้าที่กล่าวคำขออโหสิกรรม พร้อมทั้งมอบเงินร่วมทำบุญแก่ครอบครัว

7. กิจกรรมอื่นๆ เพื่อส่งเสริมการเยียวยาใจซึ่งกันและกัน

กิจกรรมการพยาบาลอื่นๆ ที่สามารถทำได้ในหอผู้ป่วย เช่น การจัดกิจกรรมรดน้ำขอพรในโอกาสวันสงกรานต์ ร่วมกันระหว่างพยาบาล ผู้ป่วยและครอบครัว กิจกรรมการพูดคุยระหว่างผู้ป่วยที่สามารถลุกเดินได้ กับผู้ป่วยที่ต้องนอนบนเตียงตลอดเวลา เพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์

ผลลัพธ์ทางการพยาบาลทั้งด้านผู้ป่วยและครอบครัว

การประเมินผลลัพธ์ทางการพยาบาล ซึ่งประเมินจากประสบการณ์ที่ผ่านมา ไม่ได้ศึกษาในลักษณะของการวิจัย อีกทั้งสรุปบนพื้นฐานความเชื่อที่ว่าผู้ป่วยและครอบครัวมีความผูกพันกันโดยไม่มีเงื่อนไข (ศิริอร สินธุและสมใจ พุทธาพิทักษ์ผล, 2542) จึงสรุปผลลัพธ์ทางการพยาบาลโดยรวมได้ดังนี้

1. เกิดสุขภาวะทางจิตวิญญาณที่ดี

ประเมินได้จากความพึงพอใจของผู้ป่วย จากการบอกเล่า เช่น *1) "ป้าได้ทำในสิ่งที่ต้องการ ทั้งได้ทำสังฆทานข้างเตียง ได้ไปวัดในโรงพยาบาล" 2) "ที่นี่ได้ช่วยให้ลุกมาเดินอีกครั้ง ทั้งๆ ที่ตอนแรกหมดใจ (กำลังใจ) แล้ว พยาบาลให้กำลังใจตลอดเลย" 3) "ที่นี่ช่วยให้พี่ได้ทำสิ่งสุดท้ายที่ต้องการทำให้แม่มากที่สุด คือ แม่ได้ถวายสังฆทาน ทั้งๆ ที่ลูกๆ คิดว่าคงทำไม่ได้ในโรงพยาบาล"* นอกจากนี้ผู้ป่วยหลายรายเมื่อรับการตอบสนองความต้องการด้านความเชื่อ เช่น การมีน้ำมนต์ หรือน้ำศักดิ์สิทธิ์มาวางไว้ใต้หมอน ผู้ป่วยหลับได้โดยไม่ต้องอาศัยยานอนหลับ หรือรอยยิ้ม เสียงหัวเราะของผู้ป่วย เป็นอีกผลลัพธ์หนึ่งที่สามารถบอกได้ถึงความสุขทางจิตวิญญาณ

2. การกลับไปใช้ชีวิตตามปกติ

มีหลายครอบครัวที่หัวหน้าครอบครัวเกิดความเจ็บป่วยแบบเฉียบพลันวิกฤต และเสียชีวิต จากการติดตามในกรณีศึกษาหนึ่งพบว่า หัวหน้าครอบครัวเป็นอาจารย์ในมหาวิทยาลัย เกิดเส้นเลือดในสมองแตกและเสียชีวิต ระยะแรกภรรยาซึ่งเป็นแม่บ้าน มีบุตร 2 คน อยู่ในวัยเรียน มีภาวะเศร้าโศก อยู่เฝ้าสามีตลอดเวลา และบอกว่า *"ทำใจไม่ได้ ให้ทำทุกอย่างเพื่อให้สามีฟื้นขึ้นมา"* หลังจากทีมการพยาบาลให้การดูแลด้วยเทคนิคต่างๆ ดังกล่าวข้างต้น จนสุดท้ายภรรยาสามารถกลับไปใช้ชีวิตได้ตามปกติ ให้การดูแลบุตรเป็นอย่างดี มีการติดต่อปรึกษากับผู้วิจัย ในประเด็นต่างๆ เป็นระยะ หรืออีกราย ผู้ป่วยเป็นแม่ของลูกๆ หลายคน และมีลูกชายคนสุดท้องอายุ 25 ปี ไม่ต้องทำงาน มีหน้าที่เฝ้า ดูแลผู้ป่วย เมื่อผู้ป่วยอาการทรุดหนัก ลูกชายบอกว่า *"คงอยู่ไม่ได้ถ้าขาดแม่"* และร้องไห้ฟูมฟายตลอดเวลา หลังจากผู้ป่วยเสียชีวิตแล้ว ผู้วิจัยได้ติดตามพบว่า ลูกชายสามารถกลับไปใช้ชีวิตได้ตามปกติ มีหน้าที่การงานที่เหมาะสม จนปัจจุบันมีการติดต่อสอบถามเกี่ยวกับวิธีการดูแลสุขภาพเป็นระยะ

3. คำติชม

จากผลการสำรวจความพึงพอใจของโรงพยาบาล คะแนนความพึงพอใจของหน่วยงาน 4.42 จากคะแนนเต็ม 5 ซึ่งถือว่าอยู่ในระดับสูง นอกจากนี้มีหลายรายที่ระบุข้อความในแบบประเมินดังกล่าว เช่น พยาบาลให้บริการดี เข้าใจผู้ป่วย ทำงานคล่อง ไว้ใจได้ เป็นต้น จากการบอกเล่า เช่น 1) *"ไม่เคยรู้มาก่อนว่า อยู่ในไอซียู ก็สามารถให้พระมาทำพิธีได้ ต้องขอบคุณมาก ที่ได้ทำให้แม่ เพราะเป็นสิ่งเดียวที่ยังไม่ได้ทำให้แม่" 2) "ที่นี่เค้าดี ทำอะไรบอกทุกครั้ง ให้ญาติได้รู้ ได้ทำใจว่าจะเกิดอะไรขึ้น" 3) "เอาใจใส่คนไข้ดีมาก ทำให้คนไข้ได้ทุกอย่าง" 4) "ที่นี่คนไข้เค้าสะอาด สระผมให้ก็ได้ ดีนะ สระผมนี่โล่ง สบาย" 5) "ตอนแรกก็ไม่กล้าจับ (ผู้ป่วย) หรอก พอพยาบาลสอนให้ช่วยออกกำลังกาย พอมีไหร (อะไร) ทำให้ (ผู้ป่วย) รู้สึกว่าได้ช่วยแก (ผู้ป่วย) มากขึ้น"* เป็นต้น

4. สัมพันธภาพที่ดี

ผู้ป่วยจำนวนหนึ่งที่ได้เข้ารับการรักษาพยาบาลในหอผู้ป่วย เมื่อหายจากความเจ็บป่วยแล้ว เวลามาตรวจสุขภาพมักมาเยี่ยมเจ้าหน้าที่ มานั่งพูดคุย นำอาหาร ผลไม้ หรือของเครื่องใช้มาแสดงความขอบคุณ ซึ่งเป็นกำลังใจในการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่เป็นอย่างมาก

5. การบริจาคสิ่งของและทรัพย์สิน

ผู้ป่วยและครอบครัวที่ได้รับการรักษา จนหายกลับบ้านได้ จะมีการบริจาคสิ่งของที่เป็นประโยชน์ต่อผู้ป่วยอื่น เช่น เครื่องเล่นสื่อเสียงขนาดเล็ก ที่นอนลม หรือบางรายบริจาคเป็นเงิน เป็นต้น

สรุปกิจกรรมการพยาบาลที่ได้ปฏิบัติในการดูแลด้านจิตวิญญาณในผู้ป่วยและครอบครัวในระยะวิกฤต คือ การจัดสถานที่เพื่อตอบสนองความต้องการทางศาสนาความเชื่อ การให้ข้อมูลในรูปแบบต่างๆ การบริหารเวลาในการดูแล การให้โอกาสผู้ป่วยและครอบครัวทำตามความเชื่อ ทัศนคติของผู้ปฏิบัติงาน การขออโหสิกรรมเมื่อผู้ป่วยเสียชีวิต กิจกรรมอื่นๆ เพื่อส่งเสริมการเยียวยาจิตใจซึ่งกันและกัน มีผลลัพธ์ทางการพยาบาล เช่น สุขภาวะทางจิตวิญญาณ การกลับไปใช้ชีวิตตามปกติ คำติชมและสัมพันธภาพที่ดี และการบริจาค

ตัวอย่างกรณีศึกษา ผู้ป่วยและครอบครัวที่ได้รับการดูแลด้านจิตวิญญาณ: ครอบคลุมทุกมิติของความเจ็บป่วย

กรณีศึกษาที่ 1

ผู้ป่วยหญิงไทยพุทธ อายุ 67 ปี มีโรคเดิมคือ เบาหวานที่ดื้อต่ออินซูลิน เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลในครั้งนี้ด้วยฝีที่ขาหนีบ และติดเชื้อในทางเดินปัสสาวะ แผลที่ขาหนีบลุกลามมีขนาดใหญ่มากขึ้นจนเกิดการติดเชื้อในช่องท้อง มีแผลที่ขาต้องตัดขาด้านขวา มีภาวะช็อคจากการติดเชื้อในกระแสเลือดอย่างรุนแรง หลังจากเข้ารับการรักษาในไอซียูมีอาการทรุดลงเรื่อยๆ จนไม่สามารถควบคุมการติดเชื้อได้ ไตวาย ปอดแฟบอย่างรุนแรง ต้องใช้เครื่องช่วยหายใจตลอดเวลา เลือดเป็นกรด การดูแลด้านจิตวิญญาณพอสรุปได้ดังนี้

หลังจากผู้ป่วยไม่รู้สึกตัว มีอาการทรุดลงมาก จึงได้ปรึกษาทั้งทีมแพทย์ศัลยกรรม สูติ-นรีเวช และอาจารย์เวชบำบัดวิกฤต พบว่า ระบบการทำงานของร่างกายทุกส่วนล้มเหลวหมดแล้ว ยากที่จะทำให้ฟื้นตัวได้ จึงประสานงานให้แพทย์เจ้าของไข้ได้พูดคุยกับครอบครัว ซึ่งประกอบด้วย สามี บุตรชายคนโต ระหว่างการพูดคุยบุตรชายมีสีหน้าเรียบเฉยมาก คล้ายมีความกังวลบางอย่าง ส่วนสามีบอกว่า แล้วแต่ลูกๆ ประเด็นที่ลูกต้องทบทวนจากทางเลือกทั้งหมดคือ หากหัวใจหยุดเต้นจะนวดหัวใจหรือไม่ ซึ่งทีมแพทย์มีความเห็นว่า ขณะนี้ผู้ป่วยได้รับการรักษาที่ดีที่สุด จึงขอความเห็นจากญาติเพิ่มเติมว่า จะตัดสินใจอย่างไรต่อไป ลูกชายบอกว่า ขอคุยกับน้องสาวและน้องชายก่อน หลังจากนั้นพยาบาลได้พูดคุยกับครอบครัวอีกครั้งหนึ่ง ได้ข้อมูลเพิ่มเติมว่าผู้ป่วยชอบฟังลำตัดและชอบไปวัดทำบุญ จึงแนะนำแนวทางแก่ญาติในการนิมนต์พระสงฆ์มาช่วยผู้ป่วยให้ได้ทำบุญ ครอบครัวได้ทำพิธีที่เป็นกุศลกรรมแก่ผู้ป่วย อีกทั้งพยาบาลได้ใช้สื่อเสียงเพลงลำตัดให้ผู้ป่วยฟัง นอกจากนี้ได้รับข้อมูลว่า ทางครอบครัวไม่รับประทานเนื้อหมูเพื่ออุทิศส่วนกุศลให้กับผู้ป่วย เนื่องจากญาติผู้ป่วยท่านหนึ่งได้ทำนายว่า ต้องทำด้วยวิธีนี้ จึงจะสามารถช่วยผู้ป่วยได้ วันต่อมาพยาบาลได้อำนวยความสะดวกในการทำพิธีกรรมทางศาสนา หลังจากนั้น 2 ชั่วโมง ผู้ป่วยจากครอบครัวไปอย่างสงบ ตัวแทนพยาบาลกล่าวขออโหสิกรรมและร่วมทำบุญอุทิศส่วนบุญส่วนกุศลกับครอบครัว สุดท้ายลูกๆ กล่าวขอบคุณทีมพยาบาลผ่านแบบบันทึกความพึงพอใจของโรงพยาบาลที่ให้การดูแลอย่างดีและเต็มที่ตลอดเวลา

จากกรณีศึกษานี้ใช้รูปแบบการพยาบาลเพื่อตอบสนองความต้องการด้านจิตวิญญาณ คือ การสื่อสาร พูดคุย กับครอบครัว ให้ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยที่เป็นจริงเป็นระยะ เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้ระบายความรู้สึก ร่วมค้นหาและกำหนดเป้าหมายในชีวิต แสดงออกถึงการยอมรับให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย เปิดโอกาสในการตัดสินใจต่อแผนการรักษา แสดงออกถึงความเข้าใจ ให้กำลังใจ อำนวยความสะดวกแก่ครอบครัวในการทำพิธีกรรมทางศาสนา และความเชื่อ การขออโหสิกรรมเมื่อผู้ป่วยเสียชีวิต

กรณีศึกษาที่ 2

ผู้ป่วยชายไทยพุทธ อายุ 85 ปี มีโรคร่วมหลายโรค โรคหลักคือ โรคหลอดเลือดแดงส่วนปลายตีบเข้ารับการรักษาในไอซียู ด้วยอาการปวดท้องแบบรุนแรง ได้รับการวินิจฉัยเป็นภาวะลำไส้ขาดเลือดอย่างรุนแรง หลังจากการพูดคุยปรึกษากับครอบครัวและตัวผู้ป่วยเองพบว่า กลัวความทรมาน ขอจากไปอย่างสงบ จึงปฏิเสธการผ่าตัด ปฏิเสธการใส่ท่อช่วยหายใจ พอสรุปการดูแลด้านจิตวิญญาณได้ดังนี้

ผู้ป่วยรู้สึกตัวแต่มีอาการซึมเล็กน้อย มีอาการปวดท้องมาก ได้รับยาเฟนตานิล (fentanyl) เพื่อควบคุมความปวดทุก 2 – 3 ชั่วโมง หายใจด้วยหน้ากากออกซิเจน 40 % อัตรา 6 - 8 ลิตรต่อนาที มีบุตรสาวเป็นอาจารย์พยาบาล ครู และประกอบอาชีพส่วนตัว มีบุตรชายเพียงคนเดียวเป็นทนายความ ตัวผู้ป่วยเองเป็นแพทย์ทหารที่ผ่านการสู้รบในสงครามหลายครั้ง นิสัยใจร้อน โมโหง่าย ลูกๆ กลัวและเกรงขาม มีภรรยาที่เจ็บป่วยด้วยโรคหัวใจชนิดไม่ต้องใช้ยา ระหว่างรับการรักษาในไอซียูมีบุตรสาวที่เป็นครูเฝ้าเป็นส่วนใหญ่

หลังจากผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมความปวดได้แม้จะได้รับยาทุก 1 ชั่วโมงแล้วก็ตาม ประกอบกับเริ่มมีอาการซึมมากขึ้น อาการไตวายก้าวหน้าไปมาก แต่สัญญาณชีพคงที่อยู่ในระดับปกติ พยาบาลได้ปรึกษาพูดคุยกับบุตรสาวที่เป็นอาจารย์พยาบาลพบว่า *อยากให้ผู้ป่วยสงบกว่านี้ แต่ลูกๆ และภรรยาของผู้ป่วย ยังทำใจไม่ได้ อีกทั้งตัวผู้ป่วยเอง ลูกๆ บอกว่า ยังทำใจที่จะจากครอบครัวไปไม่ได้เช่นกัน* จึงได้เสนอแนวทางที่เป็นทางเลือกแก่ครอบครัว คือการให้ผู้ป่วยอยู่ท่ามกลางครอบครัวที่รัก ร่วมกับการให้ผู้ป่วยเลือกรับยาเอง (รู้สึกตัวด้วยการพยายามลืมตา) โดยยาที่เสนอคือมอร์ฟีน (morphine) ดอร์มิคุม (dormicum) ทางญาติขอปฏิเสธการตัดสินใจเลือกยา พยาบาลจึงพูดคุยกับผู้ป่วย ซึ่งขณะนั้นมีแค่เสียงครางอือออ ญาติบอกว่าถ้าผู้ป่วยยอมรับจะส่งเสียงครางยาว ถ้าปฏิเสธจะมีเสียงครางสั้นๆ จึงสรุปว่าผู้ป่วยไม่ขอรับยาอื่นเพิ่ม แต่มีความปวดอยู่ พยาบาลจึงใช้เวลาในการพูดเพื่อเบี่ยงเบนความสนใจของผู้ป่วย ด้วยเทคนิคให้ผู้ป่วยคิดถึงความสุขที่ผ่านมา ไม่ว่าจะเป็นความสุขตอนแต่งงาน ตอนมีลูก ตอนพาหลานๆ ไปเที่ยว ตอนเห็นต้นไม้ ดอกไม้ ที่ตนเองปลูกไว้ในสวน ผลิดอกสวยงาม ผู้ป่วยเริ่มสงบลง หายใจช้าลง สีหน้าเริ่มผ่อนคลาย จึงชวนลูกๆ เช็ดหน้า เช็ดตัว นิมนต์พระพุทธรูป ดอกไม้ ธูปเทียน และชวนผู้ป่วย รวมถึงครอบครัวสวดมนต์ ลูกเริ่มพูดคุยกับผู้ป่วยมากขึ้นตามเทคนิคข้างต้นของพยาบาล หลังจากนั้นประมาณ 2 ชั่วโมง ผู้ป่วยจากไปอย่างสงบ ไม่มีแม้กระทั่งการหายใจเฮือก ลูกสาวที่เป็นพยาบาลบอกว่า *"อาจารย์กลัวการหายใจเฮือก กลัวพ่อทรมาน ที่สำคัญ อาจารย์ไม่เห็นคนตายที่จากไปสงบเท่านี้มาก่อน อาจารย์ดีใจมากที่ทุกอย่างให้พ่อเป็นคนตัดสินใจหมด แม้กระทั่งการเลือกรับชนิดของยา/เลือกรับหรือไม่รับยา อาจารย์ดีใจที่เห็นสีหน้าพ่อจากไปด้วยใบหน้าเปื้อนยิ้ม ลูกๆ ทุกคนทำหน้าที่ได้ครบถ้วนทั้งๆ ที่ตอนแรกรู้สึกผิดว่า น่าจะตัดสินใจให้พ่อผ่าตัดด้วยตัวของอาจารย์เอง"*

จากกรณีศึกษานี้ใช้รูปแบบการพยาบาลเพื่อตอบสนองความต้องการด้านจิตวิญญาณ คือการสร้างสัมพันธภาพ สื่อสาร พูดคุยให้กำลังใจแก่ผู้ป่วยและครอบครัว ให้ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยเป็นระยะ เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้ระบายความรู้สึก ความเชื่อ ร่วมค้นหาและกำหนดเป้าหมายในชีวิต แสดงออกถึงการยอมรับให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและครอบครัวตัดสินใจต่อการเลือกแผนการรักษา ระหว่างการพูดคุยใช้การสัมผัสหรือสัมผัสบำบัด แสดงความเอื้ออาทร อำนวยความสะดวกแก่ครอบครัวในการทำพิธีกรรมทางศาสนา และความเชื่อ เช่น การสวดมนต์ การทำสมาธิ เป็นต้น

สรุปและข้อเสนอแนะ

ผู้ป่วยวิกฤตและครอบครัวมีความต้องการด้านจิตวิญญาณสูง และเป็นความต้องการที่ทุกคนสามารถทำได้ด้วยตนเอง (ผู้ป่วย) หรือได้จากบุคคลที่รัก (ครอบครัว) และบุคคลรอบข้าง (พยาบาล) โดยเฉพาะอย่างยิ่งในสถานการณ์ที่คุกคามต่อชีวิตหรือในภาวะวิกฤต พยาบาลในหอผู้ป่วยวิกฤตสามารถให้การพยาบาลโดยการประเมินความต้องการด้านจิตวิญญาณ การอำนวยความสะดวกแก่ครอบครัวในการทำพิธีกรรมทางศาสนา และความเชื่อ การสื่อสาร พูดคุย กับผู้ป่วยและครอบครัว การแสดงออกถึงการยอมรับให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย

มีผลลัพธ์ทางการพยาบาล เช่น สุขภาวะทางจิตวิญญาณที่ดี การกลับไปใช้ชีวิตตามปกติ คำติชมและสัมพันธภาพที่ดี และการบริจาค นอกจากนี้การพัฒนาการพยาบาลเพื่อตอบสนองความต้องการด้านจิตวิญญาณในผู้ป่วยวิกฤตนั้น ต้องอาศัยหลายองค์ประกอบ ที่สำคัญคือ ทัศนคติของพยาบาล และเวลา หากมีองค์ประกอบดังกล่าวย่อมเป็นส่วนช่วยเติมเต็มให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับการตอบสนองความต้องการครบทุกมิติ การพยาบาลด้านจิตวิญญาณเป็นการพยาบาลที่ต้องใช้เวลา การทำให้เป็นงานประจำ จะช่วยแก้ไขเรื่องเวลาได้

อย่างไรก็ตามควรมีการติดตามผลลัพธ์ทางการพยาบาลหลังจากผู้ป่วยได้รับการตอบสนองทางด้านจิตวิญญาณในระยะวิกฤตให้มีความหลากหลายมากขึ้น เช่น ในกลุ่มผู้ป่วยผู้ใหญ่ที่มีอายุ อาชีพ หรือความเชื่อ ศาสนาที่แตกต่างกัน เพื่อเป็นข้อมูลในการนำมาพัฒนาการพยาบาลเพื่อตอบสนองความต้องการทางจิตวิญญาณของผู้ป่วยวิกฤตให้มีความเฉพาะต่อบุคคลมากขึ้นต่อไป

รายการอ้างอิง

จอนผะจง เพ็งจาด. (2546). การดูแลด้านจิตวิญญาณในผู้ป่วยระยะสุดท้าย. **วารสารพยาบาล, 52**(1), 11-15.

ดำรงค์ แวอาลี. (2551). **สุขภาพจิตในทัศนะอิสลาม.** Retrieved May 10, 2011, from http://www.timaweb.org/index.php?option=com_content&view=article&id=16:2009-01-19-08-57-36&catid=5:-2008&Itemid=19

ทัศนีย์ ทองประทีป. (2545) การพยาบาลด้านจิตวิญญาณกับกระบวนการพยาบาล. **วารสารสภาการพยาบาล, 17**(1), 1-12.

ธมลวรรณ แก้วกระจก และวิภาวี คงอินทร์. (2550). การพยาบาลด้านจิตวิญญาณ. **พยาบาลสงขลานครินทร์, 27**(1), 36-48.

ธิดารัตน์ คำบุญ. (2551). พลังสัมผัส: พลังบำบัดจากกายสื่อถึงใจ. **พยาบาลสาร, 35**(4), 77-85.

ธิติมา วทานียเวช, วันเพ็ญ เอี่ยมจ้อย และทิพพาพร ตังอำนวย. (2541). ความต้องการของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตตามการรับรู้ของตนเองและของพยาบาล. **พยาบาลสาร, 25**(1), 30-40.

พินิจ รัตนกุล. (2547). จิตวิญญาณ: มิติใหม่ของการดูแลสุขภาพ. **วารสารเกื้อการุณย์, 11**(1), 3-9.

พีระวัฒน์ อริยทรัพย์กมล. (2552). **SUPER RICHY.** พิมพ์ครั้งที่ 3. มปท.

วงรัตน์ ใสสุข, ประณีต ส่งวัฒนา และพัชรียา ไชยลังกา. (2545). ความต้องการด้านจิตวิญญาณของญาติผู้ป่วยวิกฤต. **วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์, 22**(3), 44-67.

วรุณยุพา รอยกุลเจริญ. (2550). การปฏิบัติการพยาบาล: การดูแลด้วยหัวใจของความเป็นมนุษย์. **วารสารสภาการพยาบาล, 22**(3), 5-8.

วัลภา คุณทรงเกียรติ. (2551). จิตวิญญาณในมุมมองของตะวันออกและตะวันตก. **วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา, 16**(1), 1-8.

ศิริอร สินธุ และสมใจ พุทธาพิทักษ์ผล. (2542). การพยาบาลและการดูแล : ความเหมือนที่แตกต่าง. **วารสารสภาการพยาบาล, 14**(3), 10-23.

สมาพร โล่สวัสดิ์กุล และวณิชา พึ่งภู. (2549). ความต้องการของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือดในระยะวิกฤต. **พยาบาลสาร, 33**(1), 72-83.

สุภารัตน์ ไวยชีตา, ชื่นฤดี คงศักดิ์ตระกูล และวิมลวัลย์ วโรฬาร. (2542). ความต้องการและการตอบสนองความต้องการที่ได้รับของครอบครัวผู้ป่วยภาวะวิกฤตที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยไอซียู โรงพยาบาลรามาธิบดี. **รามาธิบดีพยาบาลสาร, 5**, 186-199.

เสาวลักษณ์ มณีรักษ์, ช่อลดา พันธุเสนา และประณีต ส่งวัฒนา. (2547). ประสบการณ์ของพยาบาลในการตอบสนองความต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยวิกฤต. **พยาบาลสงขลานครินทร์; 24**(1), 31-44.

อาภรณ์ เชื้อประไพศิลป์. (2543). การพยาบาลแบบองค์รวมที่ผสมผสานภูมิปัญญาตะวันออกในภาวะวิกฤต. ใน อุไร ศรีแก้ว, ทิพมาส ชิณวงศ์, และเพลินพิศ ฐานิวัฒนานนท์ (บรรณาธิการ), **ตำราการพยาบาลผู้ป่วยภาวะวิกฤต** (หน้า 13-29). สงขลา: เอส ซี วี บิสสิเนสส์.

Lundberg, P.C., & Kerdonfag, P. (2010). Spiritual care provided by Thai nurses in intensive care units. **Journal of Clinical Nursing, 19**, 1121-1128.

Narayanasamy A. (2004). The puzzle of spirituality for nursing: a guide to practical assessment. **British Journal Nursing, 13**, 1140-1144.