ศูนย์การุณรักษ์ โรงพยาบาลศรีนครินทร์
อาคารสมเด็จพระศรีนครินทราบรมราชชนนี อนุสรณ์ ชั้น 18
คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น 40002
www.karunruk.com e-mail: palliativecare@kku.ac.th
Tel. 043-366656-7 Fax: 043-366657

Module 6 Psychosocial, Spiritual, & Bereavement Care

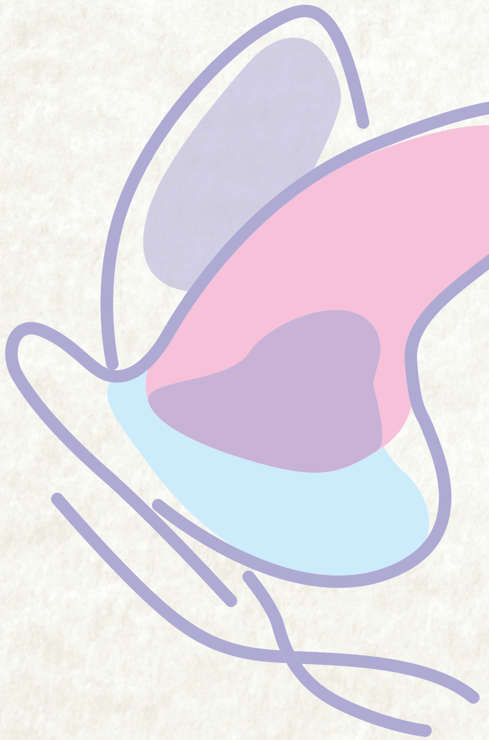
สุธีรา พิมพ์รส

Training of the Trainers

in Palliative Care

Module 6

Psychosocial, Spiritual, & Bereavement Care



สุธีรา พิมพ์รส

ศูนย์การุณรักษ์ โรงพยาบาลศรีนครินทร์
อาคารสมเด็จพระศรีนครินทราบรมราชชนนี อนุสรณ์ ชั้น 18
คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น 40002
www.karunruk.com e-mail: palliativecare@kku.ac.th
Tel. 043-366656-7 Fax: 043-366657

Module 6 Psychosocial, Spiritual, & Bereavement Care

สุธีรา พิมพ์รส

Training of the Trainers
in Palliative Care

Module 6
Psychosocial, Spiritual, & Bereavement Care

สุธีรา พิมพ์รส

ศูนย์การุณรักษ์
Karunruk Palliative Care Center

สสส.
สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ

Training of the Trainers

in Palliative Care

Module 6
Psychosocial, Spiritual, & Bereavement Care

สุธีรา พิมพ์รส

ศูนย์การุณรักษ์
Karunruk Palliative Care Center

Training of the Trainers
in Palliative Care

Module 6
Psychosocial, Spiritual, & Bereavement Care

สุธีรา พิมพ์รส

Training of the Trainers in Palliative Care

บรรณาธิการ รศ.พญ.ศรีเวียง ไพโรจน์กุล ผศ.นภา หลิมรัตน์

ออกแบบปก อลงกรณ์ สุนทร

ออกแบบรูปเล่ม วรรณนิสา ลาภทวี

พิมพ์ที่ โรงพิมพ์คลังนานาวิทยา โทร. 043-328589-91

พิมพ์ครั้งที่ 1 กุมภาพันธ์ 2560 (จำนวน 1,000 เล่ม)

จัดทำและเผยแพร่โดย

ศูนย์การุณรักษ์ โรงพยาบาลศรีนครินทร์

คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

โทรศัพท์ 043-366656

(สงวนลิขสิทธิ์ตามพระราชบัญญัติลิขสิทธิ์ พ.ศ. 2537)

คำนำ

ปัจจุบันนี้โรคที่เป็นภาวะคุกคามต่อระบบสุขภาพของทั่วโลกรวมถึงประเทศไทยคือโรคเรื้อรัง ได้แก่ โรคมะเร็ง ไตวาย หัวใจวาย โรคปอดเรื้อรัง เป็นต้น โรคดังกล่าวต้องการการรักษาอย่างยาวนาน และเมื่อโรคเข้าสู่ระยะท้ายผู้ป่วยจะทุกข์ทรมานจากตัวโรค และครอบครัวต้องรับภาระอย่างหนักหน่วง ซึ่งจำเป็นต้องได้รับการรักษาแบบประคับประคอง นอกจากนี้ประชากรทั่วโลกรวมทั้งประเทศไทยมีอายุขัยเฉลี่ยเพิ่มขึ้น เนื่องจากวิทยาการทางการแพทย์ที่ดีขึ้น มีการค้นพบการรักษาและยาที่สามารถรักษาหรือป้องกันโรคต่าง ๆ ที่มีประสิทธิภาพมากขึ้น ส่งผลให้ประเทศทั่วโลกก้าวเข้าสู่ “สังคมผู้สูงอายุ” ผู้สูงอายุมักมีโรคประจำตัวเกิดขึ้นเป็นเงาตามตัวด้วย เพราะฉะนั้นผู้สูงอายุจำนวนมากมิได้มีสุขภาพดีแต่มักป่วยด้วยโรคเรื้อรังและจำนวนมากเมื่อถึงระยะเวลาหนึ่งก็ล้วนต้องการการดูแลแบบประคับประคอง ในขณะที่มีข้อจำกัดคือจำนวนบุคลากรทางการแพทย์ที่มีความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองมีจำนวนน้อย ดังนั้นการเพิ่มจำนวนบุคลากรทางการแพทย์ให้มีความรู้และทักษะในการให้การดูแลแบบประคับประคองจึงมีความสำคัญอย่างยิ่ง เพราะจะส่งผลให้ผู้ป่วยที่ต้องการการบริการดังกล่าวสามารถได้รับการบริการเป็นอย่างดี

ชุดรายวิชาที่จัดทำขึ้นนี้ต้องการตอบสนองต่อความจำเป็นเร่งด่วนดังกล่าวข้างต้น โดยชุดรายวิชานี้ใช้เป็นสื่อประกอบการอบรม “Training of the Trainers (TOT) in Palliative Care” ชุดรายวิชานี้ประกอบด้วยชุดรายวิชาย่อย 9 เรื่องซึ่งเป็นเนื้อหาโดยตรงเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง โดยมีสื่อการสอนพร้อมใช้คือ PowerPoint presentation ซึ่งผู้เข้ารับการอบรมสามารถเลือกเนื้อหาเพื่อนำไปสอนให้เหมาะสมกับผู้เรียนและบริบท นอกจากนี้ยังมีรายวิชาย่อยเรื่องพื้นฐานการสอน เพื่อให้ผู้เข้ารับการอบรมได้ศึกษาเพื่อเป็นแนวทางในการสอน

คณะผู้จัดทำหวังเป็นอย่างยิ่งว่าชุดรายวิชานี้จะเป็นประโยชน์ต่อผู้เข้ารับการอบรมและสามารถนำไปใช้เป็นแนวทางและสื่อในการสอนได้เป็นอย่างดี เพื่อเพิ่มศักยภาพของทีมสุขภาพในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง ส่งผลให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีที่สุดเท่าที่เป็นไปได้ และสามารถจากไปอย่างไม่ทุกข์ทรมานในวาระสุดท้าย

(แพทย์หญิงศรีเวียง ไพโรจน์กุล)

กุมภาพันธ์ 2560

ผู้นิพนธ์และรวบรวม

นางสุธีรา พิมพ์รส

การศึกษา

- พยาบาลศาสตรบัณฑิต มหาวิทยาลัยขอนแก่น
- ประกาศนียบัตรการพยาบาลเฉพาะทาง สาขาการพยาบาลผู้ป่วยเด็กโรคเรื้อรัง คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล (ศิริราชพยาบาล)
- ประกาศนียบัตร BASIC CERTIFICATE COURSE IN PALLIATIVE CARE NURSING (BCCPN)

การทำงาน/ตำแหน่ง

- ศูนย์การุณรักษ์ โรงพยาบาลศรีนครินทร์
- ตำแหน่งพยาบาลชำนาญการพิเศษ

สารบัญ

Module 6 Psychosocial, Spiritual, & Bereavement Care........1
ภาพรวมรายวิชา........1
สาระสำคัญ........1
วัตถุประสงค์........1
ขอบเขตรายวิชา........2
แผนการสอนเรื่อง “Psychosocial, Spiritual, & Bereavement Care”........3
Key Reference........49
เครื่องมือคัดกรองสำหรับวัดระดับความทุกข์ (Distress Thermometer)........50
เอกสารประกอบ Module 6: การดูแลมิติจิตสังคม จิตวิญญาณ และการดูแลความเศร้าโศก........51
ในผู้ป่วยระยะท้าย (Psychosocial & Spiritual Care & Bereavement Care in Palliative Care)
Module 6 Psychosocial, Spiritual and Bereavement Care Case Exercise........62
Module 6 Psychosocial, Spiritual, and Bereavement Care ข้อสอบ........64

Module 6
Psychosocial, Spiritual, & Bereavement Care

ภาพรวมรายวิชา

รายวิชานี้นี้มุ่งเน้นเนื้อหา ความหมายของ psychosocial spiritual care และ bereavement care รวมถึงความสำคัญของการให้การดูแลผู้ป่วยระยะท้ายในมิติจิตใจ จิตสังคมและจิตวิญญาณรวมทั้งการดูแลความเศร้าโศก และอธิบายแนวทางการให้การดูแลเพื่อให้ผู้เรียนลงสู่การปฏิบัติ

สาระสำคัญ

การดูแลผู้ป่วยระยะท้ายเป็นการดูแลแบบองค์รวมเป็น holistic approach ทั้งร่างกาย จิตใจ จิตสังคมและจิตวิญญาณ มิติสำคัญขององค์รวมที่ถือว่าเป็นส่วนเติมเต็มให้งานการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายมีความสมบูรณ์และมีความสำคัญต่อคุณภาพชีวิตและการเผชิญกับความตายในระยะท้าย ถ้าหากผู้ป่วยได้รับการประเมินอย่างถี่ถ้วนและสามารถค้นหาปัญหาและความต้องการด้านจิตใจ จิตสังคม จิตวิญญาณรวมทั้งความเศร้าโศก การให้การดูแลเพื่อตอบสนองความต้องการและปัญหาจะช่วยเยียวยาผู้ป่วยและครอบครัวให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีและนำไปสู่การตายดีได้

วัตถุประสงค์

เมื่อจบบทเรียนแล้วผู้เข้ารับการอบรมสามารถ

1. อธิบายความหมาย psychosocial spiritual care และ bereavement care ในผู้ป่วยระยะท้ายได้อย่างถูกต้อง
2. อธิบายวิธีการประเมิน ด้านต่าง ๆ ได้อย่างถูกต้องและครบถ้วน
3. อธิบายวิธีการและแนวทางการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายด้านมิติจิตใจ จิตสังคมและจิตวิญญาณรวมทั้งการดูแล bereavement care ได้อย่างถูกต้องและครบถ้วน
4. อธิบายความสำคัญของการดูแล psychosocial spiritual care และ bereavement care ในผู้ป่วยระยะท้ายได้อย่างถูกต้อง

Module 6
Psychosocial, Spiritual, & Bereavement Care

ขอบเขตรายวิชา

1. บทนำ
   ความเป็นมาและความสำคัญ
2. ประเด็นด้านจิตสังคมในผู้ป่วย
   คำนิยามของการดูแลด้านจิตสังคม
   การประเมิน
   ปัจจัยที่ทำให้เกิดปัญหาด้านจิตสังคม
   การให้การดูแลด้านจิตสังคม
   ความสำคัญของการให้การดูแลด้านจิตสังคม
3. ประเด็นด้านจิตวิญญาณ
   คำนิยามของจิตวิญญาณ
   หลักการประเมินจิตวิญญาณในผู้ป่วยระยะท้าย
   การให้การดูแลจิตวิญญาณในผู้ป่วยระยะท้าย
   ความสำคัญของการดูแลจิตวิญญาณในผู้ป่วยระยะท้าย
4. ประเด็นความเศร้าโศก (Bereavement care)
   คำนิยาม: loss, bereavement, grief, and mourning
   หลักการการประเมินความเศร้าโศก (grief assessment)
   หลักการการให้การดูแลความเศร้าโศก (grief intervention)
   ความสำคัญของการดูแลความเศร้าโศกในผู้ป่วยระยะท้าย

Module 6
Psychosocial, Spiritual, & Bereavement Care

รายวิชา Psychosocial, Spiritual, & Bereavement Care
ผู้เรียน แพทย์/พยาบาลที่มีพื้นฐานเกี่ยวกับการดูแลประคับประคองระดับต้น
ผู้สอน แพทย์/พยาบาลที่ผ่านการอบรมหลักสูตรระยะกลาง (BCCPM & BCCPN)
เวลาสอน 1 ชั่วโมง
วัตถุประสงค์ เมื่อสิ้นสุดการเรียนการสอน ผู้เรียนสามารถ

1. อธิบายความหมาย psychosocial, spiritual care และ bereavement care ในผู้ป่วยระยะท้าย
2. อธิบายวิธีการประเมิน ด้านต่าง ๆ
3. อธิบายวิธีการและแนวทางการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายด้านมิติจิตใจ จิตสังคมและจิตวิญญาณ รวมทั้งการดูแล bereavement care

Objective	Content	Teacher role	Learning experience	Evaluation	Time
อธิบายความหมาย 1. Psychosocial Care 2. การประเมิน 3. การดูแล	การดูแลด้านจิตใจจิตสังคม หมายถึง การดูแล จิตใจ อารมณ์ ความภูมิใจในตนเอง (self esteem) การปรับตัวต่อการเจ็บป่วยการทำหน้าที่ในสังคม (social functioning) และความสัมพันธ์ ประสบการณ์การสูญเสียและการเผชิญหน้าต่อความตาย มีการประเมิน 2 ประเด็นที่ครอบคลุม 1. ประเด็นด้านสังคม (social issues) 2. ประเด็นด้านจิตใจ (psychological issues) 1. การดูแลผู้ป่วยและครอบครัวด้านจิตใจ 2. การช่วยเหลือด้านสังคม	- สอน/บรรยาย โดยใช้ PowerPoint presentation และเน้น interactive lecture โดยสร้างบรรยากาศการเรียนรู้แบบถามตอบในขณะบรรยาย - มีตัวอย่างกรณีศึกษาให้ได้เรียนรู้	- ผู้เรียนแลกเปลี่ยนประสบการณ์ที่เคยดูแลผู้ป่วยผ่านการเล่าเรื่อง	- ตอบคำถามช่วงบรรยาย - ตอบคำถาม - ข้อสอบ MCQ เพื่อวัดผลสัมฤทธิ์การศึกษาในตอนท้ายการฝึกอบรม	20 นาที

Objective	Content	Teacher role	Learning experience	Evaluation	Time
อธิบายความหมาย 1. จิตวิญญาณและการดูแลด้านจิตวิญญาณ 2. การประเมินด้านจิตวิญญาณในผู้ป่วยระยะท้าย 3. การดูแลในมิติจิตวิญญาณ	จิตวิญญาณ หมายถึง จิตชั้นสูงจิตที่ลดความเห็นแก่ตัว จิตที่เห็นแก่ผู้อื่น จิตที่เข้าถึงสิ่งสูงสุดและการดูแลด้านจิตวิญญาณหมายถึงช่วยให้ผู้ป่วยสุขสบายทั้งกายและใจ เคารพความเป็นบุคคลและในสิ่งที่ผู้ป่วยเชื่อ ช่วยให้ผู้ป่วยเตรียมพร้อมสำหรับการจากไป เติมเต็มชีวิต (fulfill life) มีเครื่องมือประเมินจิตวิญญาณ ในผู้ป่วยระยะท้าย 1. “FICA” 2. “HOPE” การช่วยให้ผู้ป่วยได้ทำในสิ่ง ที่มีความหมายและเป็นเป้าหมาย สูงสุดในชีวิต ค้นหาความหมายในการเจ็บป่วยความหมายของชีวิตมาเป็นสิ่งเยียวยาตัวผู้ป่วยระยะท้าย	- สอน/บรรยาย โดยใช้ PowerPoint presentation และเน้น interactive lecture โดยสร้างบรรยากาศการเรียนรู้แบบถามตอบในขณะบรรยาย - มีตัวอย่างกรณีศึกษาให้ได้เรียนรู้	- ผู้เรียนแลกเปลี่ยนประสบการณ์ที่เคยดูแลผู้ป่วยผ่านการเล่าเรื่อง	- ตอบคำถามช่วงบรรยาย - ตอบคำถาม -ข้อสอบ MCQ เพื่อวัดผลสัมฤทธิ์การศึกษาในตอนท้ายการฝึกอบรม	20 นาที

Objective	Content	Teacher role	Learning experience	Evaluation	Time
อธิบายความหมาย 1. Grief & loss Bereavement & mourning 2. การประเมินความเศร้าโศก 3. การดูแลความเศร้าโศกในผู้สูญเสีย	Loss : การสูญเสีย สูญเสียคนรัก สูญเสียของรัก สูญเสียหน้าที่การงาน บทบาท สัมพันธภาพ Grief : เป็นปฏิกิริยาปกติที่ตอบสนองเมื่อมีการสูญเสีย เป็นอารมณ์ที่เจ็บปวดเมื่อสูญเสียสิ่งของหรือคนที่รัก Mourning : หมายถึงกระบวนการซึ่งแสดงออกตามมิติทางสังคมและวัฒนธรรมเมื่อมีการสูญเสีย Bereavement : เป็นภาวะที่ต้องถูกพรากจาก คนที่รักไปด้วยความตาย 1. ประเมินชนิดของความเศร้าโศก ปฏิกิริยาต่อความเศร้า 2. ปัจจัยที่มีผลต่อกระบวนการความเศร้าโศก 3. สุขภาพโดยทั่วไปของผู้สูญเสีย 1. เก็บความทรงจำ 2. เขียนบันทึกถึงผู้ตาย 3. ส่งการ์ดแสดงความเสียใจ ฯลฯ	- สอน/บรรยายโดยใช้ PowerPoint presentation และเน้น interactive lecture โดยสร้างบรรยากาศการเรียนรู้แบบถามตอบในขณะบรรยาย - มีตัวอย่างกรณีศึกษาให้ได้เรียนรู้	- ผู้เรียนแลกเปลี่ยนประสบการณ์ที่เคยดูแลผู้ป่วยผ่านการเล่าเรื่อง	- ตอบคำถามช่วงบรรยาย - ตอบคำถาม - ข้อสอบ MCQ เพื่อวัดผลสัมฤทธิ์การศึกษาในตอนท้ายการฝึกอบรม	20 นาที

Module 6

Psychosocial, Spiritual care & Bereavement care

สุธีรา พิมพ์รส
ศูนย์การุณรักษ์ โรงพยาบาลศรีนครินทร์
คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

การดูแลผู้ป่วยระยะท้ายเป็นการดูแลแบบองค์รวมเป็น Holistic approach ทั้งร่างกาย จิตใจ จิตสังคม และจิตวิญญาณ มิติสำคัญขององค์รวมที่ถือว่าเป็นส่วนเติมเต็มให้งานการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายมีความสมบูรณ์ และขาดไม่ได้เลยในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้คือมิติทางด้านจิตสังคม จิตวิญญาณ นอกจากนี้การดูแลความเศร้าโศกของทั้งผู้ป่วยและครอบครัว หรือ bereavement care ก็มีความสำคัญเช่นเดียวกัน

Scope

1. ความหมาย (definition)
2. การประเมิน (assessment)
3. การประคับประคองและการให้การดูแล (support & intervention)
4. ความสำคัญของการให้การดูแลด้านจิตใจ จิตสังคม จิตวิญญาณและการดูแลความเศร้าโศกในผู้ป่วยระยะท้าย

สำหรับ module 6 นี้จะครอบคลุมเนื้อหา

1. ความหมาย (definition)
2. การประเมิน (assessment)
3. การประคับประคองและการให้การดูแล (support & intervention)

ด้านจิตใจ จิตสังคม จิตวิญญาณรวมถึงการดูแลความทุกข์โศกและสิ่งที่จะได้เรียนรู้ในวันนี้คือความสำคัญของการให้การดูแลด้านจิตใจจิตสังคม จิตวิญญาณและการดูแลความเศร้าโศกในผู้ป่วยระยะท้าย ทำไมจึงมีความสำคัญ สำคัญอย่างไร

Objectives

ผู้เข้ารับการอบรมสามารถ

1. อธิบายความหมาย psychosocial, spiritual care และ bereavement care ในผู้ป่วยระยะท้าย
2. อธิบายวิธีการประเมิน ด้านต่าง ๆ
3. อธิบายวิธีการและแนวทางการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายด้านมิติจิตใจ จิตสังคมและจิตวิญญาณรวมทั้งการดูแล bereavement care
4. อธิบายความสำคัญของการดูแล

ศูนย์การุณรักษ์ Karunruk Palliative Care Center

วัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้เรียน

1. เข้าใจความหมาย psychosocial , spiritual care และ bereavement care ในผู้ป่วยระยะท้าย
2. ทราบวิธีการประเมิน ด้านจิตใจ จิตสังคม จิตวิญญาณในผู้ป่วยระยะท้าย รวมถึง ประเมินความเศร้าโศก
3. ทราบวิธีการและแนวทางการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายด้านมิติจิตใจ จิตสังคมและจิตวิญญาณรวมทั้งการดูแล ความเศร้าโศก
4. เข้าใจความสำคัญของการดูแล

วัตถุประสงค์หลักคือสามารถนำสู่การปฏิบัติได้พร้อมทั้งให้การดูแลผู้ป่วยระยะท้ายและครอบครัวได้อย่างมั่นใจ

Psychosocial Care Definitions

- จิตใจ อารมณ์
- ความภูมิใจในตนเอง (self esteem)
- การปรับตัวต่อการเจ็บป่วย
- การทำหน้าที่ในสังคม (social functioning)และความสัมพันธ์
- ประสบการณ์การสูญเสียและการเผชิญหน้าต่อความตาย

The National Council for Hospice and Specialist Palliative Care Services ,1997

The National Council for Hospice and Specialist Palliative Care Services ,1997 ได้ให้ความหมายของ psychosocial care ไว้ดังนี้

Psychosocial care ครอบคลุมถึงการดูแล

- จิตใจ อารมณ์
- ความภูมิใจในตนเอง
- การปรับตัวต่อการเจ็บป่วย
- การทำหน้าที่ในสังคม และความสัมพันธ์กับผู้คนรอบข้าง
- ประสบการณ์การสูญเสียในอดีต(experience of loss) และการเผชิญหน้าต่อความตายในขณะนี้

ของทั้งผู้ป่วยและครอบครัวและหมายรวมถึงตระหนักและเข้าใจอย่างลึกซึ้งถึงความเจ็บป่วยและการปรับตัวต่อสภาวะความเจ็บป่วย

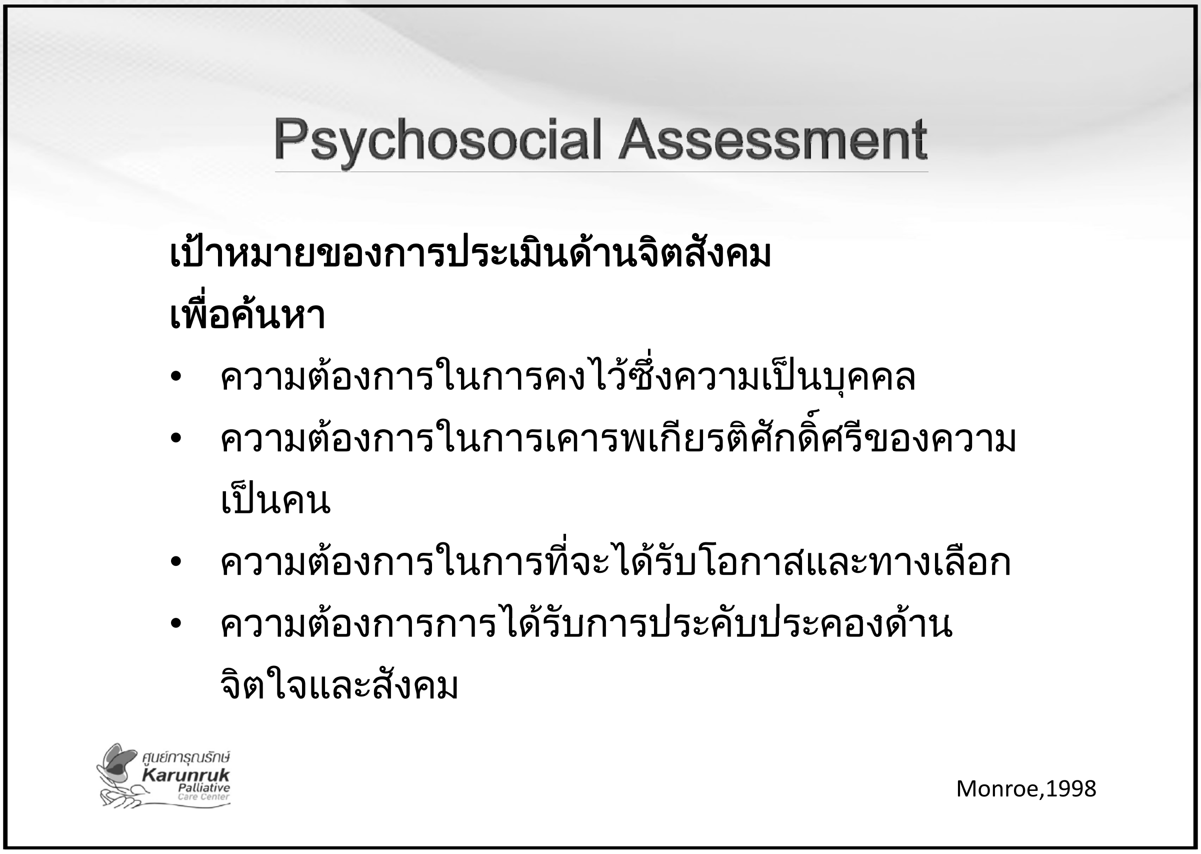
Psychosocial issue in Palliative Care

"The quality of life for patients and the manner of their dying is sometimes more influenced by psychosocial factors than by physical status"

ศูนย์การุณรักษ์ Karunruk Palliative Care Center

Irene Tanchel,2003

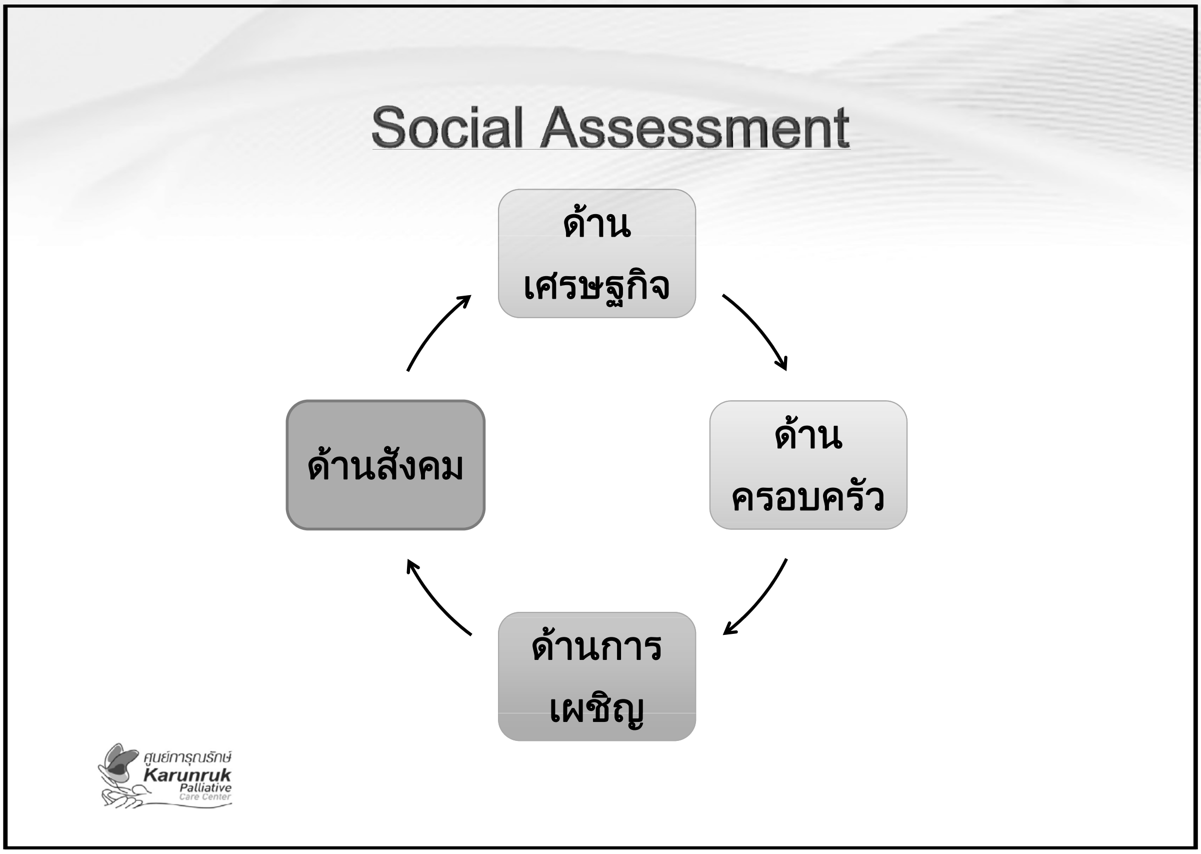
คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยระยะท้ายและรูปแบบของการตายของพวกเขา จะเป็นอย่างไร บางครั้งขึ้นอยู่กับปัจจัยด้านจิตสังคมมากกว่าด้านร่างกาย แต่อย่างไรก็ตาม บางครั้งทั้งสองอย่างต้องมาคู่กัน ปัจจัยทางด้านความทุกข์ทรมานด้านร่างกายก็มีความสำคัญต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยระยะท้ายเช่นเดียวกัน



เป้าหมายของการประเมินด้านจิตสังคม

เพื่อค้นหา

- ความต้องการในการคงไว้ซึ่งความเป็นบุคคล
- ความต้องการในการเคารพเกียรติศักดิ์ศรีของความเป็นคน
- ความต้องการในการที่จะได้รับโอกาสและทางเลือก
- ความต้องการการได้รับการประคับประคองด้านจิตใจและสังคม



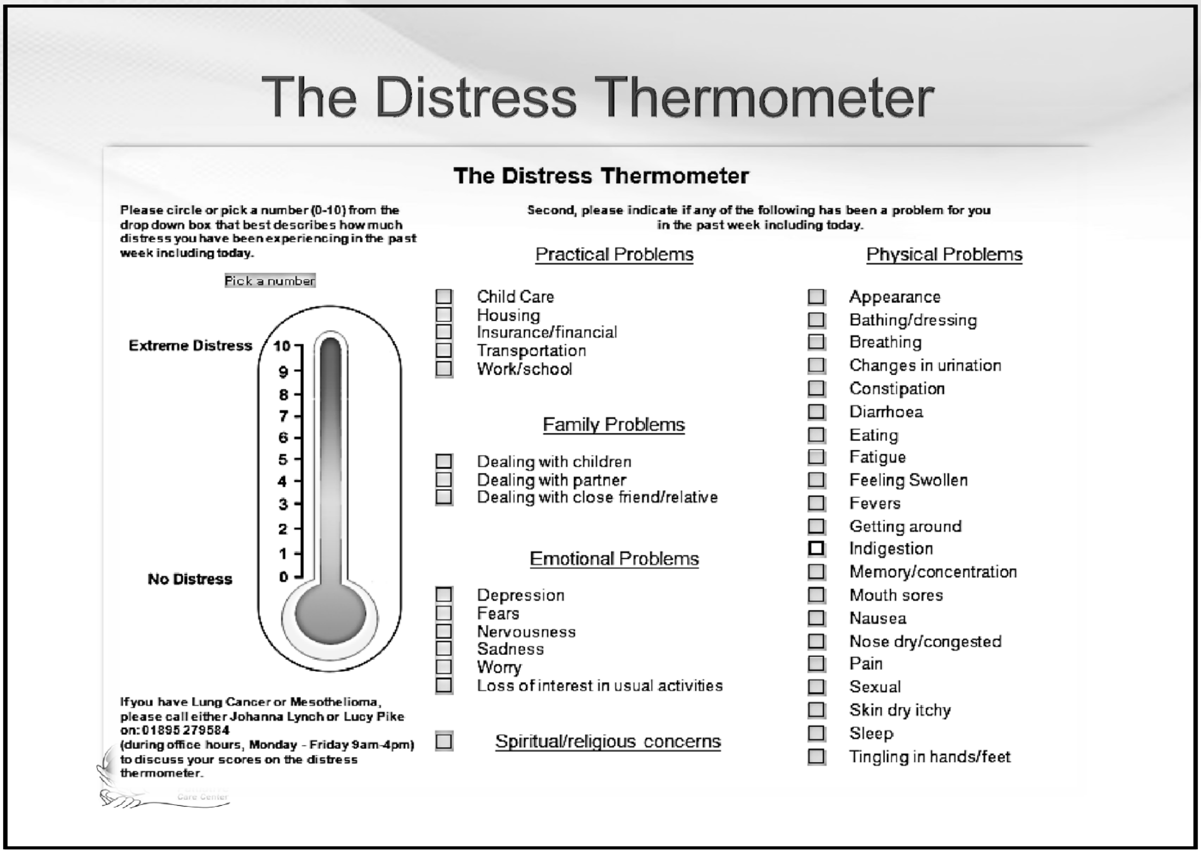
การประเมิน psychosocial มีการประเมิน 2 ประเด็นที่ครอบคลุม

1. ประเด็นด้านสังคม (social issues)
2. ประเด็นด้านจิตใจ (psychological issues)

   ในสไลค์นี้เราจะพูดถึงประเด็นด้านสังคม (social issues)

   การประเมินด้านสังคมควรจะคลอบคลุมด้านครอบครัว สังคม เศรษฐกิจและการเผชิญของผู้ป่วยและครอบครัว โดยเราจะค้นหาปัญหาและความต้องการโดยซักถามว่า

- ใครอยู่ในครอบครัวบ้าง ผู้ดูแลหลักคือใคร family tree จะช่วยให้เราเห็นภาพใหญ่ของครอบครัว
- การเปลี่ยนแปลงบทบาทในครอบครัวมีผลกระทบกับผู้ป่วยอย่างไร ยกตัวอย่างผู้ป่วยเคยทำหน้าที่หลัก เป็นผู้นำครอบครัว เป็นส่วนสำคัญในการหารายได้ เมื่อต้องป่วยในระยะท้าย มีการเปลี่ยนแปลงในครอบครัวและกระทบอย่างไร
- แหล่งสนับสนุนทางสังคม/ปัญหาด้านเศรษฐกิจ เป็นการค้นหาแหล่งช่วยเหลือและการจัดการในครอบครัว
- ผลกระทบที่มีต่อการเจ็บป่วยครั้งนี้ กระทบกับใครบ้าง อย่างไร
- ด้านสังคม ประวัติการทำงาน /การศึกษา ความสามารถและทักษะ ส่วนบุคคล/ ความสนใจพิเศษ
- กำลังใจ ความสามารถในการปรับตัว /วิธีการปรับตัว โดยธรรมชาติของผู้ป่วยหรือวิถีการปรับตัว การเผชิญในอดีตเป็นอย่างไร และขณะนี้เขาเผชิญอย่างไร เน้น individual coping strategies
- การรับรู้และความเข้าใจต่อโรคและการพยากรณ์โรค ผู้ป่วยและครอบครัวทราบความจริงเกี่ยวกับตัวโรคและการพยากรณ์โรคในระยะสุดท้ายหรือไม่



เครื่องมือที่ใช้ประเมินด้านจิตใจ

เป็นเครื่องมือเปรียบเหมือนการวัดอุณหภูมิของอารมณ์ทุกข์ (distress) พัฒนาโดย National Cancer Control Network (NCCN) ของอเมริกา ในปี พ.ศ.2514 เดิมใช้วัดในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งและ NCCN ได้แนะนำให้แพทย์ที่รักษาผู้ป่วยมะเร็ง ควรต้องประเมิน significant part of routine care แต่ปัจจุบันได้มีการวิจัยและนำมาใช้เป็นเครื่องมือในการประเมินปัญหาสุขภาพจิตในผู้ป่วยระยะท้าย พบว่าสามารถคัดกรองผู้ป่วยระยะท้ายที่มีปัญหาสุขภาพจิตได้ผลดีพอกับเครื่องมือที่มีจำนวนข้อละเอียด แต่สะดวกในการใช้มากกว่า เครื่องมือนี้ใช้ในการประเมินความทุกข์โดยรวมของผู้ป่วยในช่วงสัปดาห์ที่ผ่านมา ว่าทุกข์ใจมากน้อยเพียงเทียบเป็นคะแนนระหว่าง 0-10 และถามถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้องในหัวข้อต่างๆ ดังนี้ ได้แก่ ปัญหาการใช้ชีวิต (practical problem) ปัญหาครอบครัว(family problem) ปัญหาทางด้านอารมณ์ (emotional problem) ปัญหาทางจิตวิญญาณ (spiritual problem) ปัญหาทางกาย(physical problem) ส่วนการแปลผล

0- 4 คะแนน ระดับความทุกข์ที่สามารถควบคุมได้แต่อย่างไรก็ตามอาจจะมองหาแหล่งสนับสนุนไว้

5- 7 คะแนน ระดับความทุกข์ปานกลางที่อาจมีผลกระทบต่อชีวิต ทีมสุขภาพอาจต้องตระหนักและมองหาแหล่งสนับสนุนที่เป็นประโยชน์

8-10 คะแนน คะแนนบ่งชี้ถึงความทุกข์ อยู่ในระดับสูง ซึ่งอาจจะมีความยากลำบากในการเผชิญอาจต้องหาวิธีการเผชิญปัญหาหรือผ่อนคลาย ออกกำลังกาย หรือมองหาแหล่งสนับสนุนที่ดี

(มีฉบับแปลเป็นภาษาไทย อ้างถึงโรงพยาบาลจุฬาภรณ์)

Factor Influencing Psychological Morbidity

1. ด้านร่างกาย
2. ด้านจิตสังคมและครอบครัว
3. ด้านการรักษา

ศูนย์การุณรักษ์ Karunruk Palliative Care Center

Ian Anderson Program in End-of-Life Care ,University of Toronto,2000

ปัจจัยที่ก่อให้เกิดปัญหาด้านจิตใจในผู้ป่วยระยะท้ายมี 4 ด้านหลักที่สำคัญ

1. ด้านร่างกาย (physical issues)
    - Pain และ symptom อื่นๆ ไม่ได้รับการจัดการ
    - ร่างกายมีการเปลี่ยนแปลงรูปลักษณ์ เช่น มีแผล ซูบผอมไม่น่ามอง
    - อวัยวะสูญเสียหน้าที่
2. ด้านจิตสังคมและครอบครัว (psychosocial and family issues)
    - ตกงาน
    - ตำแหน่งหน้าที่ทางสังคมที่เปลี่ยนไป
    - บทบาทในครอบครัวเปลี่ยนไป
    - รู้สึกถูกแยกจาก
    - รู้สึกว่าเป็นภาระให้กับครอบครัวและผู้ดูแล
    - ปัญหาทางเศรษฐกิจ
    - ภารกิจที่อยากทำยังไม่สำเร็จเสร็จสิ้นทำให้ไม่พร้อมที่จะจากไป
3. ด้านการรักษา(treatment issues)
    - การวินิจฉัยล่าช้า
    - ความล้มเหลวในการรักษา
    - ผลข้างเคียงจากการรักษา
    - การรักษาที่ไม่ก่อประโยชน์

Psychological Interventions

ดูแลผู้ป่วยและครอบครัว

1. จัดการอาการให้สุขสบาย
2. ประคับประคองอารมณ์ เช่น anxiety anger
3. การให้ข้อมูล
4. การใช้เทคนิคผ่อนคลาย (guided imagery)
5. จิตบำบัด (psychological therapy)
6. เทคนิคการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม (behavior and cognitive therapy)

ศูนย์การุณรักษ์ Karunruk Palliative Care Center

Psychosocial issues in Palliative Care Oxford ,2003

การดูแลผู้ป่วยและครอบครัวด้านจิตสังคม

1. จัดการอาการให้สุขสบาย(support to relieve symptoms) ถ้าผู้ป่วยสุขสบายปัญหาทางด้านจิตสังคมก็จะลดลง
2. ประคับประคองอารมณ์ เช่น anxiety anger รับรู้อารมณ์ที่เกิดขึ้น คาดการณ์ว่าอารมณ์เหล่านี้เกิดขึ้นได้ เป็น normal reaction ดีที่สุดในบทบาทของเราพยายามค้นหาว่า เกิดจากอะไรแล้วช่วยจัดการถ้าเป็นไปได้
3. การให้ข้อมูล(education therapies) สำคัญมากต่อการวางแผนของผู้ป่วยและครอบครัว การที่ไม่ทราบข้อมูลที่ตรงจริง อาจทำให้เกิดความหวังที่ไม่ตรงจริง ไม่มีการวางแผนการตาย
4. การใช้เทคนิคผ่อนคลาย (guided imagery) เป็นการช่วยเบี่ยงเบนความสนใจ ขึ้นอยู่กับความถนัดบางคนอาจใช้วิธีฝึกสมาธิ หรือ อ่านหนังสือ ฟังเพลง เป็นต้น
5. จิตบำบัด (psychological therapy) ใช้ได้ดีและมีการใช้มากขึ้นในบริบทของคนไทยยังมีน้อยแต่ถ้าเราสามารถดึงนักจิตวิทยาหรือจิตแพทย์เข้ามาช่วยได้จะเป็นสิ่งที่ดีมากและการใช้เทคนิคการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม (behavior and cognitive therapy) ในกรณีที่เป็นผู้ป่วยที่มีปัญหาด้านจิตใจจิตสังคมที่ซับซ้อน อาจต้องใช้วิธีนี้

Social Interventions

1. ให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ แหล่งช่วยเหลือด้านเศรษฐกิจ
2. ช่วยเหลือผู้ป่วย ครอบครัวในการเผชิญ
3. ประสานทีมสหสาขาวิชาชีพ เช่น นักสังคมสงเคราะห์ ครูฝึกอาชีพ เข้ามาช่วยเหลือ
4. การเสริมสร้างพลังอำนาจ (empowerment) เช่น กลุ่มสนับสนุนเพื่อนช่วยเพื่อน (self help group)

ศูนย์การุณรักษ์ Karunruk Palliative Care Center

Psychosocial issues in Palliative Care Oxford ,2003

การช่วยเหลือด้านสังคม

1. ให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์แหล่งช่วยเหลือด้านเศรษฐกิจ
2. ช่วยเหลือผู้ป่วย ครอบครัวในการเผชิญ
3. ประสานทีมสหสาขาวิชาชีพ เช่น นักสังคมสงเคราะห์ ครูฝึกอาชีพ เข้ามาช่วยเหลือ
4. การเสริมสร้างพลังอำนาจ (empowerment) เช่น กลุ่มสนับสนุนเพื่อนช่วยเพื่อน (self help group)

Key Point

1. ค้นหาแหล่งสนับสนุนทั้งภายในและภายนอก
2. ช่วยส่งเสริมความเข้มแข็งเดิมของผู้ป่วยและครอบครัว
3. ให้ข้อมูล
4. ช่วยเหลือเกี่ยวกับการตัดสินใจทางการแพทย์
5. การทำงานเป็นทีม
6. ช่วยชี้นำ
7. แหล่งสนับสนุน

ศูนย์การุณรักษ์ Karunruk Palliative Care Center

Hospice Palliative Care Program , Fraserhealth

กุญแจสำคัญในการดูแลด้านจิตสังคมในผู้ป่วยระยะท้าย

1. ค้นหาแหล่งสนับสนุนทั้งภายในและภายนอก
2. ช่วยส่งเสริมความเข้มแข็งภายใน ค้นหาต้นทุนเดิม และแนะนำวิธีการใหม่
3. ให้ข้อมูล การบอกความจริง การสื่อสารที่ตรงจริง
4. ช่วยเหลือเกี่ยวกับการตัดสินใจทางการแพทย์ เช่นการให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ หรือการรักษาบางอย่างที่ไม่ก่อประโยชน์
5. ประสานทีมสหสาขาวิชาชีพ

“good palliative care and therefore good psychosocial care depends upon effective teamwork”

6. ช่วยชี้นำ
7. เป็นแหล่งสนับสนุน เช่น การจัดหาสิ่งอำนวยความสะดวกต่างๆ ทรัพยากรต่างๆ อุปกรณ์การแพทย์ ในผู้ป่วยที่มีปัญหาด้านเศรษฐกิจช่วยเหลือค่ารถ ค่าเดินทาง ค่าใช้จ่ายรายเดือน

Why is Psychosocial Care So important

1. เวลาที่เรา approach ผู้ป่วยเราจะเน้น patient-and-family-centered
2. Value added

ศูนย์การุณรักษ์ Karunruk Palliative Care Center

ทำไมการดูแลด้านจิตสังคมจึงมีความสำคัญในการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย

เพราะเวลาที่เราเข้าถึงการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายเราได้ให้การดูแลโดยเน้นผู้ป่วยและครอบครัวเป็นศูนย์กลาง ตามหลักการของ การดูแลด้านจิตสังคม และการ approach ในรูปแบบนี้ทำให้การดูแลผู้ป่วยระยะท้ายมีความสมบูรณ์ ได้มองเห็นภาพที่ชัดเจนและความอ่อนโยนประณีตในการ ดูแลผู้ป่วยระยะท้ายทำให้ มองว่างานนี้เป็นงานที่มีคุณค่าและ นี่คือภาพของการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแนวใหม่ modern palliative care

จิตวิญญาณ (Spirituality)

จิตชั้นสูงจิตที่ลดความเห็นแก่ตัว จิตที่เห็นแก่ผู้อื่น จิตที่เข้าถึงสิ่งสูงสุด

ศ.นพ.ประเวศ วะสี

ความเชื่อ ความคิด ศาสนา ค่านิยม วัฒนธรรม อารมณ์ ความรู้สึกนึกคิดเกี่ยวกับใจ เป็นขุมพลังในการดำเนินชีวิต

จิตวิญญาณ คือ เป้าหมายสูงสุดของชีวิต

บุปผา ชอบใช้,2546

ศูนย์การุณรักษ์ Karunruk Palliative Care Center

จิตวิญญาณ :

มีผู้ให้ความหมายของจิตวิญญาณไว้ดังนี้

1. ศ.นพ.ประเวศ วะสี ได้ให้ความหมายของจิตวิญญาณหมายถึง จิตชั้นสูง จิตที่ลดความเห็นแก่ตัว จิตที่เห็นแก่ผู้อื่น จิตที่เข้าถึงสิ่งสูงสุด
2. บุปผา ชอบใช้ ได้ให้ความหมายของจิตวิญญาณว่าคือ ความเชื่อ ความคิด ศาสนา ค่านิยม วัฒนธรรม อารมณ์ ความรู้สึกนึกคิดเกี่ยวกับใจ เป็นขุมพลังในการดำเนินชีวิต คุณลักษณะสำคัญที่แตกต่างของจิตวิญญาณคือเป็นเป้าหมายเป็นสิ่งสูงสุดของชีวิต

จิตวิญญาณ (Spirituality)

จิตวิญญาณคืออะไร?

1. อยู่ที่ความหมายของแต่ละบุคคล
2. ประสบการณ์ของการหาความหมายของชีวิตตัวเรา เกี่ยวข้องกับใครอย่างไร เรามีชีวิตอยู่อย่างไรที่ผ่าน มา เรามาทำอะไรตรงนี้ (spiritual history)

ศูนย์การุณรักษ์ Karunruk Palliative Care Center

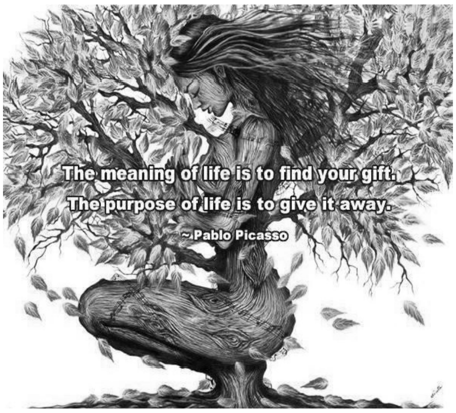
แท้จริงแล้วความหมาย ของจิตวิญญาณ

1. อยู่ที่ความหมายของแต่ละบุคคล
2. ประสบการณ์ของการหาความหมายของชีวิตตัวเราเกี่ยวข้องกับใครอย่างไร เรามีชีวิตอยู่อย่างไรที่ผ่าน มา เรามาทำอะไรตรงนี้ (spiritual history)

   ทุกคนต่างก็มีประวัติศาสตร์ด้านจิตวิญญาณของตัวเองที่อาจจะเหมือนหรือแตกต่างจากคนอื่น

Spirituality is Meaning & Purpose

- งาน
- สัมพันธภาพ
- งานอดิเรก
- ศิลปะ ดนตรี การเต้นรำ



Christina M. Puchalski , 1996

จิตวิญญาณเกี่ยวข้องกับผู้ป่วยระยะท้ายอย่างไร

ในผู้ป่วยระยะท้ายมักจะมีคำถามกับตัวเอง คุณค่าความหมายและเป้าหมายของชีวิตของพวกเขาคืออะไร.........?????

ความเจ็บป่วยเป็นสาเหตุทำให้ทุกข์ทรมานทางใจเป็นที่สุด บางครั้งความทุกข์ทรมานใจนั้นเกิดจากที่ไม่สามารถค้นหาความหมายของชีวิตได้และบ่อยครั้งจากประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายผู้ป่วยหลายคนที่มีวิธีการเผชิญกับความทุกข์ทรมานด้วยการ ค้นหาความหมายในการเจ็บป่วย ค้นหาความหมายของชีวิตมาเป็นสิ่งเยียวยาตัวเอง ผู้คนแต่ละคนมีความแตกต่างในการที่จะมองหาสิ่งที่มีคุณค่าและมีความหมายในชีวิตให้กับตัวเอง และเป้าหมายในชีวิตของแต่ละคนก็มีความแตกต่าง บางคนให้ความหมายกับงาน งานคือชีวิต แต่บางคนให้ความหมายกับสัมพันธภาพ กับเพื่อน กับครอบครัว คนรักบางคนทำงานอดิเรกที่ตัวเองรักแล้วมีความสุข บางคนมีศิลปะ ดนตรี การเต้นรำ เป็นชีวิต และจิตวิญญาณ

Spirituality is Meaning & Purpose

- การเขียนสะท้อนเรื่องราว (reflective writing)
- กีฬา
- การมีสิ่งยึดเหนี่ยวความเชื่อ ศาสนาวัฒนธรรม
- การนับถือเทวดา หรือพระเจ้า

ศูนย์การุณรักษ์ Karunruk Palliative Care Center

Christina M. Puchalski , 1996

คุณค่าความหมายของบางคนคือการเขียน เขียนบันทึก เขียนเรื่องราวถ่ายทอด เขียนนิยาย เรื่องเล่า เขียนกลอน บางคน เล่นกีฬาเพื่อความสุขของชีวิต การมีศาสนาการเข้าวัดทำบุญถ้าเป็นชาวพุทธ การทำบุญเป็นการสะสมบารมี คริสต์ เข้าโบสถ์ ทำความดี รักผู้อื่น ชาวมุสลิม มีการปฏิบัติศาสนกิจ เพื่อเป็นสิ่งที่มีคุณค่าทางจิตใจ การนับถือเทวดา การนับถือพระเจ้า สิ่งเหล่านี้ คือคุณค่าความหมายที่แต่ละคนเลือกทำให้ตัวเองซึ่งแตกต่างกันในแต่ละคน

จิตวิญญาณ (Spirituality)

1. อะไรคือสิ่งที่มีความหมายและเป็นเป้าหมาย สูงสุดในชีวิตเราขณะนี้
2. เราอยากให้คนจดจำอะไรเกี่ยวกับตัวเราบ้างเมื่อเราไม่อยู่ในโลกนี้แล้ว
3. หากวันหนึ่งเราต้องตายอยากตายแบบไหน

ถามผู้ฟัง……ร่วมแชร์

ศูนย์การุณรักษ์ Karunruk Palliative Care Center

อยากจะชวนผู้ฟังร่วมแลกเปลี่ยน

อยากทราบว่าแต่ละท่านมีอะไรที่เป็นคุณค่า ความหมายเป้าหมายในชีวิตตัวเอง
ร่วมกันแชร์ทีละคน ตามความสมัครใจ

1. อะไรคือสิ่งที่มีความหมายและเป็นเป้าหมาย สูงสุดในชีวิตเราขณะนี้
2. เราอยากให้คนจดจำอะไรเกี่ยวกับตัวเราบ้างเมื่อเราไม่อยู่ในโลกนี้แล้ว
3. หากวันหนึ่งเราต้องตายอยากตายแบบไหน

เครื่องมือที่ใช้ประเมินจิตวิญญาณ

"FICA"

F = Faith and belief

I = Importance

C = Community

A = Address in care

ศูนย์การุณรักษ์ Karunruk Palliative Care Center

Christina M. Puchalski ,1996

การประเมินจิตวิญญาณ

มีเครื่องมือที่พัฒนาโดยแพทย์ Dr. Puchalski และทีม

เป็นเครื่องมือที่ช่วยให้สามารถค้นหา spiritual history ของแต่ละคน ประเมินค้นหาความเชื่อและศรัทธา มีแนวคำถามคือ

F : Faith and belief) ประเมินความเชื่อและความศรัทธา ตัวอย่างคำถาม

1. สิ่งที่ช่วยให้ท่านเผชิญกับความเครียดและโรค คืออะไร?
2. อะไรที่มีความหมายต่อชีวิตของท่าน ?
3. คุณมีความเชื่อหรือมีที่พึ่งทางใจคืออะไร ที่จะช่วยเยียวยาให้ผ่านช่วงเวลาที่ยากลำบากไปได้

I : Importance ประเมินสิ่งสำคัญในความเชื่อของบุคคล (Importance)

1. ใครคือคนที่ให้กำลังใจท่าน?
2. ใครคือคนสำคัญที่สุดในชีวิต?
3. เมื่อเกิดปัญหา ท่านมีสิ่งยึดเหนี่ยวอะไรบ้าง?
4. ความเจ็บป่วยของท่านมีผลต่อการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนาหรือไม่?
5. ความเชื่อของท่านมีผลต่อการดูแลสุขภาพหรือความเจ็บป่วยหรือไม่?

C : Community ประเมินการมีส่วนร่วมในชุมชน (Community)

1. ท่านมีส่วนร่วมในการประกอบพิธีทางศาสนาของชุมชนหรือไม่?
2. องค์กรศาสนาหรือชุมชนมีบทบาทสำคัญในชีวิตของท่านหรือไม่?

3. องค์กรศาสนาหรือชุมชนมีส่วนช่วยเหลือท่านอย่างไร?

A : Address in care ประเมินความต้องการการช่วยเหลือจากพยาบาลหรือบุคคลอื่น (Address in care)

1. ขณะที่ท่านเจ็บป่วยท่านต้องการใครมาช่วยดูแล?
2. มีอะไรบ้างที่ทำให้ท่านรู้สึกมีความสุขและสบายใจ?
3. ท่านต้องการให้ทีมสุขภาพปฏิบัติต่อท่านอย่างไร?

เครื่องมือที่ใช้ประเมินจิตวิญญาณ

"HOPE"

H : source of hope

ที่พึ่งทางใจ แหล่งความหวัง

– การได้รับการจัดการอาการที่ดี
– ความสุขสบาย
– ความรักและสัมพันธภาพ
– ความกล้าหาญเข้มแข็ง
– ได้ให้อภัย
– เติมเต็มฝัน

ศูนย์การุณรักษ์ Karunruk Palliative Care Center

The American Academy of Family Physicians, 2001

"HOPE" เป็นอีกหนึ่งเครื่องมือที่เลือกใช้ประเมินค้นหา spiritual history

H : source of hope

ที่พึ่งทางใจ แหล่งความหวังและแหล่งความหวังของคนเราได้แก่

- การได้รับการจัดการอาการที่ดี
- ความสุขสบาย
- ความรักและ สัมพันธภาพ
- ความกล้าหาญ เข้มแข็ง
- ได้ให้อภัย
- เติมเต็มฝัน

และในผู้ป่วยระยะท้ายถ้าเราสามารถค้นหาได้ จะได้ช่วยเติมเต็มและช่วยเพิ่มพลังใจที่เข้มแข็ง (internal strengths) ให้กับผู้ป่วยระยะท้ายและครอบครัวได้เป็นอย่างดี

เครื่องมือที่ใช้ประเมินจิตวิญญาณ

O : Organized religion

P : Personal spiritual practices

E : Effect on medical care and end of life issue

ศูนย์การุณรักษ์ Karunruk Palliative Care Center

The American Academy of Family Physicians, 2001

O : Organized religion การนับถือศาสนา คุณนับถือศาสนา อะไร สิ่งนั้นช่วยอะไรคุณได้บ้าง

P : Personal spiritual practices การปฏิบัติทางศาสนา คุณปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนาแบบไหนที่คิดว่ามีประโยชน์กับตัวเองมากที่สุด สวดมนต์ นั่งสมาธิ การเดินทาง การอยู่กับธรรมชาติ

E : Effect on medical care and end of life issue ผลกระทบจากความเจ็บป่วยทำให้ไม่ได้ทำกิจกรรมทางศาสนาหรือไม่

ความผาสุกทางจิตวิญญาณ
Spiritual Well-being

หมายถึง : สภาวะที่บุคคลมีความสมบูรณ์พร้อมทั้ง ร่างกาย จิตใจ มีความสุขในการมีชีวิตอยู่ตลอดเวลา พึงพอใจในธรรมชาติความจริงของชีวิต สามารถดำเนินชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างดี พอใจในศาสนาที่ตนนับถือ

เมื่อความต้องการด้านจิตวิญญาณได้รับการตอบสนองจะเกิดความผาสุกด้านจิตวิญญาณ

ศูนย์การุณรักษ์ Karunruk Palliative Care Center

ความผาสุกด้านจิตวิญญาณหมายถึง สภาวะที่บุคคลมีความสมบูรณ์พร้อมทั้ง ร่างกาย จิตใจ มีความสุขในการมีชีวิตอยู่ตลอดเวลา พึงพอใจในธรรมชาติความจริงของชีวิต สามารถดำเนินชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างดี พอใจในศาสนาที่ตนนับถือ และเมื่อใดที่ความต้องการด้านจิตวิญญาณได้รับการตอบสนองผู้ป่วยจะมีความผาสุกทางด้านจิตวิญญาณและทำให้ผู้ป่วยมีความหวังมีพลังใจที่เข้มแข็ง (internal strength)

Spiritual Distress

1. ปราศจากเป้าหมายและความหมายในชีวิต
2. รู้สึกสิ้นหวัง หมดหวัง
3. รู้สึกผิด
4. โกรธทุกคนที่เกี่ยวข้อง
5. ทุกข์ทรมานจิตใจ
6. ขาดความไว้วางใจ
7. เศร้าโศก สูญเสีย
8. ขาดความรัก
9. อ้างว้าง โดดเดี่ยว
10. กลัว

ศูนย์การุณรักษ์ Karunruk Palliative Care Center

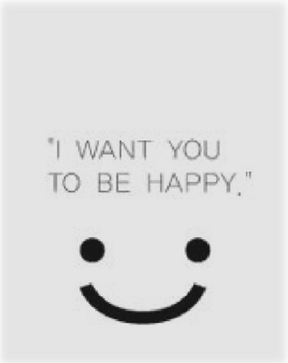
Christina M. Puchalski , 1996

ในทางตรงกันข้ามเมื่อใดที่ความต้องการด้านจิตวิญญาณไม่ได้รับการตอบสนองก็เป็นสาเหตุทำให้เกิดความทุกข์ทางจิตวิญญาณและความทุกข์ทางจิตวิญญาณของผู้ป่วยระยะท้ายที่พบจากประสบการณ์การทำงานมักจะแสดงออกให้เห็นและเราสามารถประเมินได้และควรรีบให้การช่วยเหลือเร่งด่วน

1. ปราศจากเป้าหมายและความหมายในชีวิต
2. รู้สึกสิ้นหวัง หมดหวัง
3. รู้สึกผิดที่ยังไม่ได้ทำในสิ่งที่ตั้งใจ
4. โกรธทุกคนที่เกี่ยวข้องโกรธเทวดาฟ้าดิน
5. ทุกข์ทรมานจิตใจ
6. ขาดความไว้วางใจ
7. เศร้าโศก สูญเสีย
8. ขาดความรัก
9. อ้างว้าง โดดเดี่ยวไม่มีคนมาดูแลมองไปทางไหนก็ไม่เห็นใคร
10. กลัวตาย กลัวทุกข์ทรมานก่อนตาย

"Spiritual Strengths May Help Patients Cope"

- ค้นหาความหวัง ความหมายและเป้าหมายชีวิต ท่ามกลางความเจ็บป่วยและความ suffering
- ค้นหาความสุขในชีวิต
- ค้นหาความสามารถที่จะทำให้ตัวเองสดชื่น สบาย



ศูนย์การุณรักษ์ Karunruk Palliative Care Center

Christina M. Puchalski , 1996

จิตวิญญาณบางครั้งช่วยให้ผู้ป่วยระยะท้ายค้นหาความหวัง ความหมายและเป้าหมายในชีวิต ท่ามกลางความหมดหวังสิ้นหวังจากการเจ็บป่วยและรู้ว่าตัวเองจะมีเวลาบนโลกนี้อีกไม่นานคนทุกคนจริงๆแล้ว ความทุกข์ทรมานไม่ได้ทำร้ายเขา แต่การที่เขาอยู่โดยปราศจากความหมายในชีวิตและขาดเป้าหมายในชีวิตต่างหากที่ทำให้เขายิ่งทุกข์ทรมาน

ยกเคสตัวอย่างในบริบทหรือประสบการณ์ที่พบเล่าประกอบ..................................

Spiritual Need

- ความต้องการค้นหาความหมายและเป้าหมายของชีวิต
- ความต้องการความรัก
- ความต้องการความหวัง
- ความต้องการการให้อภัย
- ความต้องการมีที่พึ่งทางใจ ศาสนา สิ่งศักดิ์สิทธิ์

ศูนย์การุณรักษ์ Karunruk Palliative Care Center

ทัศนีย์ ทองประทีป, 2552

การดูแลจิตวิญญาณบางครั้งเราอาจต้องคนหาความต้องการด้านจิตวิญญาณเมื่อเราทราบความต้องการของแต่ละคนในแต่ละด้านแล้ว ในบทบาทของทีมคือ จัดทำให้ เท่าที่จะสามารถทำได้ ในภารกิจตอบสนองความต้องการด้านจิตวิญญาณ“doing for” จากประสบการณ์การทำงานที่ได้ดูแลผู้ป่วยระยะท้ายไม่ว่าจะเป็นเด็กหรือผู้ใหญ่ความต้องการในแต่ละด้านบางครั้งมีความสัมพันธ์กันการตอบสนองความต้องการเพียงหนึ่งด้านมีผลต่อความต้องการด้านอื่นได้ด้วย ยกตัวอย่างเช่น การตอบสนองด้านการให้อภัยมีผลต่อความหมายของชีวิตตลอดชีวิตและได้ปลดเปลื้องสิ่งที่ค้างคามาตลอดทำให้ผู้จากไปนอนตายตาหลับ เป็นต้น

Spiritual Care is…

- ฟังเสียงหัวใจผู้ป่วยดูแลด้วยความรัก ความเมตตา
- ช่วยให้ผู้ป่วยสุขสบายทั้งกายและใจ
- เคารพความเป็นบุคคลและในสิ่งที่ผู้ป่วยเชื่อ
- ช่วยให้ผู้ป่วยเตรียมพร้อมสำหรับการจากไป
- เติมเต็มชีวิต (fulfill life)
- ตัวเราคือผู้เยียวยาผู้ป่วย (therapeutic use of self)

ศูนย์การุณรักษ์ Karunruk Palliative Care Center

การดูแลจิตวิญญาณคือ

- รับฟัง ความรู้สึกกลัว ความหวัง ความฝัน และ คุณค่าความหมายของ ผู้ป่วย
- เห็นคุณค่าใน จิตวิญญาณ ปัญหาหรือความทุกข์และความเจ็บปวดด้านจิตวิญญาณ ของผู้ป่วยแต่ละคน
- รับรู้มองหาแหล่งสนับสนุนที่ทำให้ผู้ป่วยมีความเข้มแข็งภายใน
- ช่วยให้เขาเตรียมพร้อมสำหรับการจากไปเช่น อยากจากไปท่ามกลางคนที่รัก หรือคนพิเศษ กอดสัตว์เลี้ยงก่อนจากไป “go to the wilderness with someone”
- การใช้ตัวเราความเป็นตัวเรา ความอ่อนโยน นุ่มนวล ความเมตตา ความจริงใจ ในตัวตนของเรา เพื่อให้ผู้ป่วย รู้สึกดี อบอุ่นใจ เป็นการเยียวยาที่ไม่ต้องลงทุนใช้ต้นทุนในตัวพยาบาล แพทย์

ควรจะเป็นที่ไหน

- Ward ยุ่งๆ ยังทำได้
- OPD
- ICU
- ทุกที่

การดูแลด้านจิตวิญญาณในผู้ป่วยระยะท้าย สามารถทำที่ไหนได้บ้าง
สามารถทำได้ทุกที่ ทำได้แม้กระทั่งในหอผู้ป่วยวิกฤตที่ยุ่งๆ และที่ OPD ทำได้ทุกที่ ในประเทศอินเดีย ทำใต้ต้นไม้ยังทำได้ เพราะไม่ต้องอาศัยเทคโนโลยีใดใด
ท่าน Dalai Lama กล่าวไว้ว่า **"การดูแลรักษาคนเจ็บป่วย ไม่ได้เริ่มต้นที่ เทคโนโลยี แต่เริ่มต้นด้วยความรัก"**

Important of Spirituality in Palliative Care

1. Spirituality & quality of life
2. Spirituality & patient’s spiritual well-being
3. Spirituality & peaceful good death
4. Spirituality & bereavement period
5. Spirituality & advance care planning
6. Spiritual well-being in health care provider

ศูนย์การุณรักษ์ Karunruk Palliative Care Center

ความสำคัญของจิตวิญญาณในผู้ป่วยระยะท้ายการดูแลจิตวิญญาณมีคุณค่าจิตวิญญาณผู้ป่วยระยะท้ายอย่างไร

1. จิตวิญญาณมีผลกระทบโดยตรงต่อคุณภาพชีวิตการดูแลจิตวิญญาณเติมจิตวิญญาณช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยระยะท้ายมีคุณภาพชีวิตดี
2. การที่ทีมสุขภาพสามารถเข้าถึงมิติจิตวิญญาณของผู้ป่วยระยะ ท้าย ทำให้เรามองภาพใหญ่ เข้าใจผู้ป่วยมากขึ้น ได้นั้น จะช่วยให้ผู้ป่วยมีจิตใจ อารมณ์ที่เป็นสุข มีความผาสุกด้านจิตวิญญาณ
3. การเข้าถึงจิตวิญญาณของผู้ป่วยระยะท้ายช่วยให้ผู้ป่วยบรรลุถึงความปรารถนาครั้งสุดท้ายและนำไปสู่เป้าหมายสำคัญคือการตายอย่างสงบและตายดี (Peaceful good death)
4. ผู้ป่วยและครอบครัวที่ได้รับการดูแลในมิติจิตวิญญาณจะช่วยให้เขาผ่านพ้น ช่วง bereavement ได้ดี
5. เกิดสัมพันธภาพที่ดี นำไปสู่การทำ advance care planning
6. ทีมสุขภาพเราพอใจกับงานที่เราทำ มีความสุขเกิด spiritual well-being ของคนทำงาน

Loss, Grief and Bereavement

Definitions

- Loss: **การสูญเสีย คนรัก ของรัก หน้าที่การงาน บทบาท สัมพันธภาพ**
- Grief: **ปฏิกิริยาปกติที่ตอบสนองเมื่อมีการสูญเสีย เป็นอารมณ์เจ็บปวดเมื่อสูญเสียสิ่งของหรือคนที่รัก**
- Mourning: **หมายถึงกระบวนการซึ่งแสดงออกตามมิติทางสังคมและวัฒนธรรมเมื่อมีการสูญเสีย**
- Bereavement: **เป็นภาวะที่พรากจาก คนที่รักไปด้วยความตาย**

ศูนย์การุณรักษ์ Karunruk Palliative Care Center

Rando, 1984

การดูแลผู้ป่วยระยะท้าย การดูแลความเศร้าโศกเป็นสิ่งที่เกี่ยวเนื่องกัน

Rando ได้ให้ความหมายของคำที่เกี่ยวข้อง กับการสูญเสีย ความเศร้าโศกไว้ดังนี้

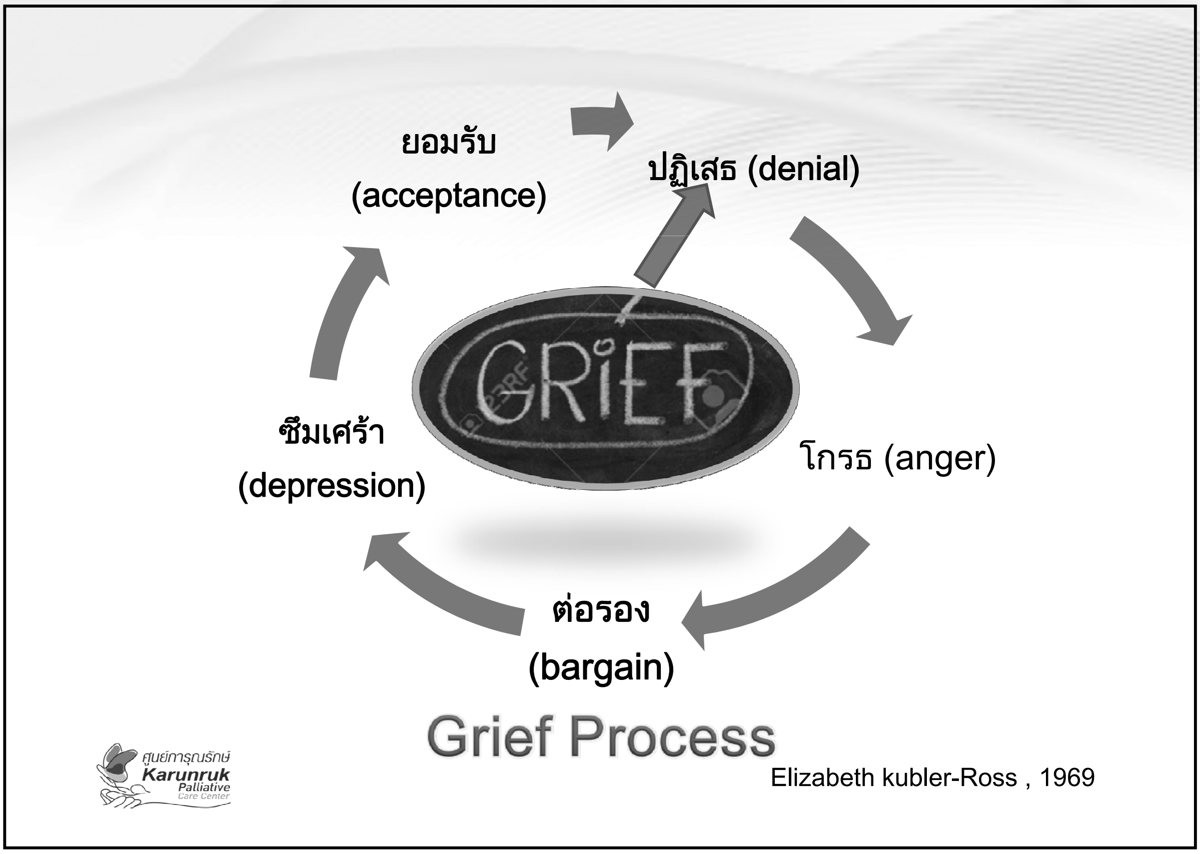
Loss : การสูญเสีย สูญเสียคนรัก สูญเสียของรัก สูญเสียหน้าที่การงาน บทบาท สัมพันธภาพ

Grief : เป็นปฏิกิริยาปกติที่ตอบสนองเมื่อมีการสูญเสีย เป็นอารมณ์ที่เจ็บปวดเมื่อสูญเสียสิ่งของหรือคนที่รัก

Mourning : หมายถึง กระบวนการซึ่งแสดงออกตามมิติทางสังคมและวัฒนธรรมเมื่อมีการสูญเสีย

Bereavement : เป็นภาวะที่ต้องถูกพรากจาก คนที่รักไปด้วยความตาย

คำทั้งสี่คำนี้มีความหมายใกล้เคียงและคาบเกี่ยวกัน



การดูแลผู้ที่มีความเศร้าโศกทีมต้องเรียนรู้และเข้าใจทฤษฎีความเศร้าโศก
เพื่อจะได้นำความรู้และทฤษฎีไปประยุกต์ใช้ให้การช่วยเหลือผู้สูญเสียได้ และยอมรับอยู่เคียงข้างในแต่ละ stage ของผู้สูญเสียทฤษฎีที่ถือว่า classic และนำมาใช้มากที่สุดคือ Elizabeth kubler-Ross จิตแพทย์ชาวอเมริกัน ซึ่งได้กล่าวว่าการรับมือของคนเรากับการสูญเสียที่เกิดขึ้นจะสามารถแบ่งเป็นขั้นเป็นระยะที่ต่อเนื่องกันดังนี้ ระยะปฏิเสธไม่ยอมรับความจริง (denial) โกรธ (anger) ต่อรอง (bargaining) ซึมเศร้า (depression) และระยะสุดท้ายคือยอมรับ (acceptance) วิธีการรับมือกับการสูญเสียนี้เรียกว่า grief cycle หรือ grief process เป็นตัวแบบที่อธิบายการเปลี่ยนแปลง (change model) การรับมือกับการสูญเสียไม่จำเป็นต้องดำเนินตามระยะที่กล่าวไว้นี้ บางคนผ่านระยะหนึ่งแล้วก็ยังกลับมาวนที่ระยะเดิมอีก ระยะต่างๆจึงไม่ได้เรียงตามลำดับเสมอไปแต่ละคนอาจจะมี ในการรับมือกับความรู้สึกสูญเสียเป็นของตนเอง คือมีความเฉพาะในแต่ละคนไม่เร่งและไม่ดึงกระบวนการ

Type of Grief

1. ความเศร้าโศกปกติ (normal grief)
2. ความเศร้าโศกล่วงหน้า (anticipatory grief)
3. ความเศร้าโศกผิดปกติ (complicated grief)
4. ความเศร้าโศกที่ต้องปกปิด (disenfranchised)

ศูนย์การุณรักษ์ Karunruk Palliative Care Center

ชนิดของความเศร้าโศกที่ควรทราบ

1. ความเศร้าโศกปกติ คือปฏิกิริยาที่แสดงออกถึงความเศร้าโศกเมื่อเกิดการสูญเสียแบ่งออกเป็น 2 ระยะ ระยะแรกคือระยะเฉียบพลันมักอยู่ในช่วง 4 ถึง 8 สัปดาห์ซึ่งแสดงออกทั้งด้านร่างกาย อารมณ์และพฤติกรรมช่วงนี้จะเป็นระยะที่ยังไม่ยอมรับตาเมื่อเวลาผ่านไปเมื่อผ่านการเผชิญและการปรับตัวจะเข้าสู่ระยะยอมรับความจริงว่าเป็นการสูญเสียถาวร ไม่สามารถเรียกคืนได้จึงพยายามกลับเข้าสู่สังคมอีกครั้งและใช้ชีวิตปกติ มีเป้าหมายชีวิตใหม่และอยู่ได้โดยปราศจากผู้ตาย
2. Wolfe, Hinds, & Sourkes ,2011 ได้อธิบายถึงความเศร้าโศกล่วงหน้า หมายถึง ความเศร้าโศกที่เกิดจากการคาดการณ์ว่าตนเองหรือบุคคลที่รักจะจากไป ซึ่งประกอบด้วยแง่มุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม จิตวิญญาณ ความเศร้าโศกล่วงหน้า จะเริ่มต้นขึ้นนับตั้งแต่การเริ่มวินิจฉัยว่า เจ็บป่วย จนกระทั่งเป็นยาวนานปีหลัง เสียชีวิต
3. ความเศร้าโศกที่ผิดปกติเกิดขึ้นเพราะบุคคลที่มีความเศร้าโศกที่ผิดปกติ ไม่สามารถปรับสภาพ จิตให้เป็นไปตามกระบวนการความเศร้าโศกได้ โดยทั่ว ไปมักจะพบมีภาวะซึมเศร้า หวาดกลัวและรู้สึกผิด abnormal
4. ความเศร้าโศกที่ต้องปกปิด หรือ disenfranchised ความเศร้าโศกอาจจะยาวนานเมื่อสังคมไม่เปิดช่องให้ผู้สูญเสียได้แสดงออกถึงความเศร้าเช่นกรณีคู่เกย์ที่สูญเสียคู่รักจากโรคเอดส์ เขาไม่สามารถแสดงออกถึงความเศร้าได้ ต้องปกปิดซ่อนเร้น

Grief Response

ด้านร่างกาย	ด้านจิตใจ
- นอนไม่หลับ	- ซึมเศร้า
- หายใจไม่อิ่ม	- วิตกกังวล
- น้ำหนักลด	- รู้สึกผิด
- พลังงานหายไป	- โกรธ
- จุกแน่นในลำคอ	- รู้สึกไร้ค่า
- ร้องไห้	- สิ้นหวัง
Lindemann,1944	Rando,1984

ศูนย์การุณรักษ์ Karunruk Palliative Care Center

ปฏิกิริยาตอบสนองต่อการสูญเสียที่เกิดขึ้นปกติ
ในระยะแรกของการสูญเสีย เป็นช่วงเวลาที่ยังไม่ยอมรับการสูญเสียซึ่งแสดงออกทั้งด้าน

ด้านร่างกาย

- นอนไม่หลับ
- หายใจไม่อิ่ม
- น้ำหนักลด
- พลังงานหายไป
- จุกแน่นในลำคอ
- ร้องไห้

ด้านด้านจิตใจ

- ซึมเศร้า
- วิตกกังวล
- รู้สึกผิด
- โกรธ
- รู้สึกไร้ค่า
- สิ้นหวัง

Grief Response

จิตวิญญาณ/สังคมวัฒนธรรม	พฤติกรรม
- มองไม่เห็นอนาคต ไม่เชื่อในพระเจ้าและเทวดา	- แยกตัวจากสังคม
- รู้สึกว้าเหว่	- พฤติกรรมลุกลี้ลุกลน
- ไม่สนใจเข้าร่วมกิจกรรมทางศาสนา	- กระวนกระวาย กระสับกระส่าย
- สิ้นหวังหมดหนทาง	- ร้องไห้
- รู้สึกล้มเหลว	- พฤติกรรมก้าวร้าว
- รู้สึกว่าไม่ยุติธรรม	

ศูนย์การุณรักษ์ Karunruk Palliative Care Center

Stuart and Sundeen,1991

จิตวิญญาณ/ สังคมวัฒนธรรม

- มองไม่เห็นอนาคต ไม่เชื่อในพระเจ้าและเทวดา
- รู้สึกว้าเหว่
- ไม่สนใจเข้าร่วมกิจกรรมทางศาสนา
- สิ้นหวังหมดหนทาง
- รู้สึกล้มเหลว
- รู้สึกว่าไม่ยุติธรรม

พฤติกรรม

- แยกตัวจากสังคม
- พฤติกรรมลุกลี้ลุกลน
- กระวนกระวาย กระสับกระส่าย
- ร้องไห้
- พฤติกรรมก้าวร้าว

ความแตกต่างระหว่าง ความเศร้าโศกปกติและผิดปกติ

ความเศร้าโศกปกติ	ความเศร้าโศกที่ผิดปกติ
▪ยังสามารถทำกิจกรรมที่ชอบได้	▪แยกตัว ไม่อยากทำอะไร แม้จะเป็นกิจกรรมที่เคยชอบ
▪อาจมีอารมณ์เศร้าเกิดขึ้นได้	▪มีอารมณ์เศร้าตลอดทั้งวัน
▪อาจเกิดความรู้สึกท้อแท้	▪มีความคิดอยากฆ่าตัวตาย
▪ยังพอมีความหวังอยู่บ้าง	▪รู้สึกหมดความหวังในชีวิต

ศูนย์การุณรักษ์ Karunruk Palliative Care Center

Robin Fiorelli,2002

การที่ทีมประเมินได้ถึงความเศร้าโศกปกติและผิดปกติเป็นประโยชน์ในการให้คำปรึกษาและสามารถแยกความเศร้าโศกปกติและผิดปกติดังนี้

- ความเศร้าโศกที่ปกติ
- ยังสามารถทำกิจกรรมที่ชอบด้วย
- อาจมีอารมณ์เศร้าเกิดขึ้นได้บ้าง อาจร้องไห้
- อาจเกิดความรู้สึกท้อแท้
- ใช้ชีวิตอยู่อย่างมีความหวัง มีความเข้มแข็งภายใน
- ความเศร้าโศกผิดปกติ
- ในรายที่ยากลำบากในการดำเนินชีวิตแต่ละวัน มีอารมณ์เศร้าตลอดทั้งวัน
- แยกตัวไม่อยากทำอะไร แม้จะเป็นกิจกรรมที่เคยชอบ
- และมีความคิดอยากฆ่าตัวตาย และรู้สึกหมดหวังในชีวิต
- พูดถึงแต่เรื่องความตาย จดจ้องแต่เรื่องนี้
- ขมขื่น เคียดแค้น, โกรธ รู้สึกผิด
- ไม่สนใจกับความสะอาดร่างกายตัวเอง
- ใช้ alcohols สารเสพติด
- เห็นภาพหลอน

ถ้าพบอาการเหล่านี้อาจต้องติดตามต่อเนื่อง

Grief Assessment

1. ประเมินชนิดของความเศร้าโศก (type of grief)
2. ปฏิกิริยาต่อความเศร้าโศก (grief reaction)
3. ปัจจัยที่มีผลต่อกระบวนการความเศร้าโศก (influencing factors)
4. สุขภาพโดยทั่วไปของผู้สูญเสีย

ศูนย์การุณรักษ์ Karunruk Palliative Care Center

Glass et al., 2010

การประเมินมีความสำคัญ เริ่มตั้งแต่แรกพบและเริ่มวินิจฉัย

องค์ประกอบของการประเมินความเศร้าโศกรวมถึง

1. ชนิดของความเศร้า ได้แก่ เป็นความเศร้าชนิดไหน เป็นความเศร้าโศกล่วงหน้าหรือไม่ ความเศร้าโศกที่ปกติ หรือความเศร้าโศกผิดปกติ ได้แก่ การสูญเสียคู่ชีวิตหรือสูญเสียบุตร บุตรที่สูญเสียพ่อแม่ตั้งแต่อายุน้อย (death of parent in early childhood or adolescence) การเสียชีวิตกะทันหัน (sudden death) สูญเสียซ้ำซ้อน (multiple death)
2. ปฏิกิริยาต่อความเศร้าโศก ปกติหรือผิดปกติ
3. ปัจจัยที่มีผลต่อกระบวนการความเศร้าโศก
   ผู้สูญเสียเป็นใคร ความสำคัญและบทบาทต่อผู้อยู่ข้างหลัง
   ความสัมพันธ์กับผู้สูญเสีย ความรัก ความผูกพันมีความสัมพันธ์ต่อความเศร้าโศก รักมาก เศร้าเสียใจมาก
   นาทีจากไปและภาพสุดท้ายของผู้ตาย ถ้าทุกข์ทรมานก่อนจากไปมีผลต่อความเศร้าโศกมาก

4. สุขภาพโดยทั่วไปของผู้สูญเสีย
   - เช็คสุขภาพ อาการทั่วไป
   - ประเมินการพักผ่อน นอนหลับ เป็นอย่างไร
   - ประเมินภาวะโภชนาการและการรับประทานอาหาร
   - ตรวจสอบการคงไว้ซึ่งบทบาทการทำงาน บทบาทในครอบครัว
   - การเข้าสังคม การเปลี่ยนแปลงตัวตน
   - ประเมินว่าผลที่เกิดขึ้นจากการสูญเสียเป็นอย่างไร เกิดอะไรขึ้นหลัง การเปลี่ยนแปลงครั้งใหญ่นี้ซึ่งเป็นความยากสำหรับผู้สูญเสีย

ทำไมทีมสุขภาพต้องทราบและมีความรู้เรื่องความเศร้าโศกล่วงหน้า ส่วนหนึ่งช่วงก่อนที่ผู้ป่วยจะเสียชีวิต เรามีโอกาสได้ดูแลทั้งผู้ที่จะจากไปและครอบครัว ดังนั้นความเศร้าโศกล่วงหน้าเกิดขึ้นกับตัวผู้ป่วยด้วย เขาต้องจากคนทุกคนบนโลกนี้ไป การเยียวยาความเศร้าโศกสามารถเริ่มได้เลย

- กระตุ้นให้ผู้ป่วยและครอบครัวพูดและเขียนทบทวนความเป็นมาที่ผ่านมาในชีวิต (life review)
- ให้ความรู้ผู้ป่วยและครอบครัวสื่อสารเตรียมพร้อมที่จะเผชิญ dying process
- อยู่เป็นเพื่อน รับฟังอย่างตั้งใจ

Grief Intervention

Grief Work *"recollection of connection"*

1. เก็บความทรงจำ
2. เขียนบันทึกถึงผู้ตาย
3. ส่งการ์ดแสดงความเสียใจ (sympathy-card)
4. ไปร่วมงานศพ
5. รายที่มีความเศร้าโศกที่ต้องปกปิดอาจต้องดูแลเป็นพิเศษ
6. ทำกลุ่มสนับสนุน (support group)
7. ดูแลจิตวิญญาณ
8. ให้มีโอกาสสะท้อนความรู้สึก
9. กระตุ้นให้ผู้สูญเสียดูแลตัวเอง

ศูนย์การุณรักษ์ Karunruk Palliative Care Center

แนวคิดทฤษฎีใหม่ของความเศร้าโศกที่ได้กล่าวถึงคือ continuing bond theory เป็นทฤษฎีความผูกพันต่อเนื่องค้างคาซึ่งเป็นประโยชน์สำหรับทีมสุขภาพที่จะต้องทำความเข้าใจเพื่อให้การดูแลผู้สูญเสียได้ถูกต้อง ผู้สูญเสียยังคงต้องการเก็บไว้ซึ่งความผูกพันต่อเนื่องกับผู้ตาย เพื่อเยียวยาให้พ้นผ่านจากการสูญเสีย เพราะฉะนั้นจึงเป็นแนวทางในการให้การดูแลผู้สูญเสียและเป็นที่มาว่าทำไม grief work จึงต้องมีการ recollection of connection

1. การเก็บความทรงจำ แทนความคิดถึง มีสิ่งที่เป็นตัวแทนของผู้ตาย
2. การรำลึกนึกถึง การเขียนบันทึกถึงผู้ตาย

และกิจกรรมอื่นๆ ที่แนะนำ จากประสบการณ์การทำงานที่ผ่านมา การส่งการ์ดแสดงความเสียใจ การไปร่วมงานศพ ก็เป็นสิ่งที่ทำให้ครอบครัวรู้สึกคลายจากความเศร้า ระยะสั้น แต่ในระยะยาว การให้คำปรึกษาเฉพาะรายในรายที่มีความเศร้าโศกที่ต้องปกปิด การทำกลุ่มสนับสนุนเป็นสิ่งที่ดีมากเพื่อให้ผู้สูญเสียได้มีการพบปะกับผู้สูญเสียด้วยกันถือเป็น safe space สำหรับพวกเขาที่จะได้มาคุยกันบอกเล่าเรื่องราวการเผชิญของแต่ละคน การดูแลด้านจิตวิญญาณในบริบทคนไทยส่วนใหญ่ผู้สูญเสียใช้กิจกรรมทางศาสนาในการเยียวยาตัวเอง บางครั้งการสูญเสียทำให้มีการเติบโตทางจิตวิญญาณ มี personal growth มีความเข้มแข็งระมัดระวังในการใช้ชีวิตมากขึ้น นั่นคือสุดท้ายผู้สูญเสียต้องกลับมาดูแลตัวเอง เพื่อให้สามารถก้าวผ่านกระบวนการความเศร้าโศกได้อย่างราบรื่น

คำพูดที่เหมาะสม

- “อยากจะพูดอะไรใหมคะ ฉันพร้อมจะรับฟัง”
- “ฉันอยู่ตรงนี้ อยู่เป็นเพื่อนกันตรงนี้นะ”
- “รู้ว่ามันยากสำหรับคุณ”
- “มีอะไรให้ช่วยขอให้บอกมานะคะ ไม่ต้องเกรงใจ”
- “มีคำถามอะไรใหมคะ”

ศูนย์การุณรักษ์ Karunruk Palliative Care Center

Source : American Hospice Foundation

คำพูดที่เหมาะสมในจังหวะที่มีการสูญเสีย บางครั้งทีมสุขภาพมีความอึดอัดที่จะพูดอะไรกับผู้สูญเสีย กลัวว่าพูดออกมาแล้วจะดีหรือไม่
หรือพูดแล้วจะกระทบกระเทือนจิตใจหรือเปล่า คำพูดที่คิดว่าเป็นประโยชน์และเป็นการแสดงให้ครอบครัว รับรู้ว่าทีมสุขภาพเรามีความเห็นอกเห็นใจ
จริงใจที่จะให้การช่วยเหลือเคียงข้าง รับฟังซึมซับรับรู้กับอารมณ์ของการสูญเสียในขณะนั้น ยกตัวอย่างเช่น
“อยากจะพูดอะไรมั๊ยคะ ฉันพร้อมจะรับฟัง”
“ไม่จำเป็นต้องพูดอะไรก็ได้นะตอนนี้”
“ฉันอยู่ตรงนี้ อยู่เป็นเพื่อนกันตรงนี้นะ”
“รู้ว่ามันยากสำหรับคุณ”
“มีอะไรให้ช่วยขอให้บอกมานะคะ ไม่ต้องเกรงใจ”
“มีคำถามอะไรมั๊ยคะ”

คำพูดที่ควรหลีกเลี่ยง

- “ฉันรู้ว่าคุณรู้สึกอย่างไร"
- “มันเป็นความต้องการของเทวดา ของพระเจ้า "
- “ทิ้งมันไว้ข้างหลัง ชีวิตควรจะเดินต่อไป”
- “ถึงเวลาเริ่มต้นใหม่แล้ว”

ศูนย์การุณรักษ์ Karunruk Palliative Care Center

Source : American Hospice Foundation

คำพูดที่ควรหลีกเลี่ยง ซึ่งคำพูดเหล่านี้อาจจะบั่นทอนจิตใจของผู้สูญเสีย
“ฉันรู้ว่าคุณรู้สึกอย่างไร”
“มันความต้องการของเทวดา ของพระเจ้า “
“มองหาว่าคุณต้องไปขอบคุณใครบ้าง”
“ทิ้งมันไว้ข้างหลัง ชีวิตควรจะเดินต่อไป”
“ถึงเวลาเริ่มต้นใหม่แล้ว”

จะช่วยเด็กที่สูญเสียอย่างไร

- กระตุ้นให้เด็กแสดงออกอย่างเหมาะสมตามวัยและพัฒนาการ
- ให้เขาเห็นคุณค่าทางจิตวิญญาณของชีวิต
- ช่วยเหลือเด็กในการจดจำถึงความเป็นตัวตน เอกลักษณ์ สัญลักษณ์ ของผู้จากไป
- ให้เด็กมีกิจกรรมตามปกติ

ศูนย์การุณรักษ์ Karunruk Palliative Care Center

ความเศร้าโศกในเด็กขึ้นอยู่กับระยะพัฒนาการและมีลักษณะที่แตกต่างจากผู้ใหญ่
ชวนไปร่วมงานศพถ้าเด็กต้องการเกี่ยวกับชีวิตและความตาย สวดมนต์และชวนเด็กร่วมกิจกรรมด้วย
เพื่อให้เขาเก็บไว้ในความทรงจำเด็กมีความเศร้าตามพัฒนาการ
เด็กวัยเรียนเริ่มรับรู้และเข้าใจความตาย ดังนั้นควรสื่อสารกับเด็กตามตรง

Bereaved Parents

- การโทรศัพท์ติดตาม
- จัดหาแหล่งสนับสนุนประคับประคองให้
- จัดกลุ่มสนับสนุนเพื่อนช่วยเพื่อน
- จัดค่ายพี่น้องของเด็กที่เสียชีวิต
- จัดโปรแกรมรำลึกถึง (memorial service) สามารถทำได้ในทุกกลุ่ม
- จัดกิจกรรมพบปะหลังการสูญเสีย
- การส่งจดหมาย/อีเมลล์/การ์ดแสดงความเสียใจ

ศูนย์การุณรักษ์ Karunruk Palliative Care Center

Donovan, Wakefield, Russell, & Cohn ,2015

จากการทบทวนงานวิจัยอย่างเป็นระบบโดย Donovan และคณะ ปี 2558

กิจกรรมการดูแลที่เป็นระบบบริการที่ควรจะทำให้เป็นไปตามปกติสำหรับครอบครัวหลังเด็กเสียชีวิต

- การโทรศัพท์ติดตาม
- จัดหาแหล่งสนับสนุนประคับประคองให้ จัดกลุ่มสนับสนุนเพื่อนช่วยเพื่อน
- จัดค่ายพี่น้องของเด็กที่เสียชีวิต จะโดดเด่นในกลุ่มเด็กมะเร็งที่เสียชีวิต
- จัดโปรแกรมรำลึกถึง (memorial service) สามารถทำได้ในทุกกลุ่ม
- จัดกิจกรรมพบปะหลังการสูญเสีย
- การส่งจดหมายหรืออีเมลล์ ส่งการ์ดแสดงความเสียใจ

Key point

การให้คำปรึกษาบิดามารดาและสมาชิกในครอบครัว ครอบครัวเพื่อเสนอการดูแลหลังสูญเสียช่วงเวลาที่เหมาะสม อยู่ระหว่างสัปดาห์ที่ 2 – 6 หลังเด็กเสียชีวิตและขยายระยะเวลาอยู่ที่ 6 เดือน - 2 ปี

Take Home Messages

1. ยอมรับความจริงของการสูญเสีย
2. จัดการกับความเศร้า
3. ดำเนินชีวิตอยู่บนโลกนี้ได้โดยปราศจากผู้ตายแล้ว
4. ทำภารกิจที่เกี่ยวข้องหรือมีชื่อผู้ตายมีส่วนร่วม

"ในความเสียใจนั้นเต็มเปี่ยมไปด้วยความรัก"

ศูนย์การุณรักษ์ Karunruk Palliative Care Center

ภารกิจสำคัญของผู้สูญเสียที่จะต้องทำให้สำเร็จ

1. ยอมรับความจริงของการสูญเสีย ยอมรับว่ามันได้เกิดขึ้นแล้ว
2. จัดการกับความเศร้า ทำอะไรที่ทำให้รู้สึกดี เขียนกลอน หรืออยู่กับมันใช้เวลากับความเจ็บปวด ความเศร้า ไปตามจังหวะและเวลา
3. ดำเนินชีวิตอยู่บนโลกนี้ได้โดยปราศจากผู้ตายแล้ว
4. ทำภารกิจที่เกี่ยวข้องหรือมีชื่อผู้ตายมีส่วนร่วม เช่น บริจาคให้การกุศลขอให้นึกถึงว่าผู้จากไปยังอยู่ในใจเสมอ "ในความเสียใจ นั้นเต็มเปี่ยมไปด้วยความรัก"

Module 6
Psychosocial, Spiritual, and Bereavement Care
Key Reference

1. ทัศนีย์ ทองประทีป. จิตวิญญาณ: มิติหนึ่งของการพยาบาล. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2552.
2. ประเสริฐ เลิศสงวนสินชัย, บรรณาธิการ. การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย: End of life care improving care of the dying. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: อักษรสัมพันธ์; 2550.
3. สำเนียงเสนาะ ทิพย์สุดา. การเผชิญกับภาวะสูญเสียและเศร้าโศก. วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี 2013;21(7): 658–67.
4. ศิริวรรณ พิริยคุณธร. การพยาบาลผู้ที่มีภาวะสูญเสียและเศร้าโศก. สงขลา: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์; 2544.
5. Berger AM, Shuster JL, Von Roenn JH, eds. Principles and practice of palliative care and supportive oncology. 4th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2013.
6. Donovan LA, Wakefield CE, Russell V, Cohn RJ. Hospital-based bereavement services following the death of a child: A mixed study review. Palliative Med. 2015 Mar 1;29(3):193–210.
7. Ferrell B, Coyle N, editors. Oxford textbook of palliative nursing. 3rd ed. New York: Oxford University Press; 2010.
8. Gruzalski B, Wilson-Gruzalski M, Pairojkul S. Workbook for care takers grief and bereavement workshop. Khon Kaen: Karunruk Palliative Care Center Srinagarind Hospital Faculty of Medicine Khon Kaen University; 2013.
9. Hillel Bodek, MSW, LCSW-R, BCD. Spirituality in palliative & end-of-life care [Internet]. 2003 [updated 2010; cited 2016 Jan 9]. Available from: https://goo.gl/4nKNRS
10. Kinzbrunner BM, Policzer JS, editors. End of life care: a practical guide. 2nd ed. New York: McGraw-Hill Medical; 2011.
11. Lloyd-Williams M, editor. Psychosocial issues in palliative care. Oxford: Oxford Univ. Pr; 2003.
12. O'Brien ME. Spirituality in nursing: standing on holy ground. 4th ed. Sudbury, MA: Jones & Bartlett Learning; 2011.
13. Videbeck SL. Psychiatric-mental health nursing. 6th ed. Philadelphia, PA: Wolters Kluwer/Lippincott Williams & Wilkins; 2014.
14. Vachon MLS, Kristjanson L, Higginson I. Psychosocial issues in palliative care: The patient, the family, and the process and outcome of care. Journal of Pain and Symptom Management. 1995 Feb ;10(2):142–50.

เครื่องมือคัดกรองสำหรับวัดระดับความทุกข์(Distress Thermometer)

ชื่อ-นามสกุล____________________________HN__________________

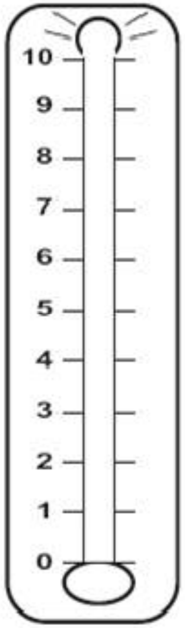
Diagnosis________________________วันที่___________Ward_______

ส่วนที่ 1

กรุณาวงกลมตัวเลข (0-10) ที่บอกภาวะความทุกข์ ของ

คุณในรอบ 1 สัปดาห์ ที่ผ่านมา จนถึงวันนี้ได้ดีที่สุด

ทุกข์ทรมานอย่างแสนสาหัส



ไม่ทุกข์เลย

0-4 : หมายถึง ทุกข์ใจระดับน้อย
5-7 : หมายถึง ทุกข์ใจระดับปานกลาง
8-10 : หมายถึง ทุกข์ใจระดับมาก

สรุป ☐ 0-4 ☐ 5-7 ☐ 8-10

บันทึกโดย 1. ________________________

ส่วนที่ 2

กรุณาขีดเครื่องหมายถูก ☑ หน้าหัวข้อต่อไปนี้ ที่เป็นปัญหาสำหรับคุณในช่วง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมารวมถึงวันนี้

มี	ไม่มี	
		<u>ปัญหาในชีวิตประจำวัน</u>
☐	☐	การดูแลบุตร
☐	☐	ที่อยู่อาศัย
☐	☐	การเงิน / ค่าใช้จ่าย
☐	☐	การเดินทาง
☐	☐	การทำงาน / การเรียน
		<u>ปัญหาในครอบครัว</u>
☐	☐	การจัดการกับบุตร
☐	☐	การรับมือกับคู่สมรส / คนรัก / ความต้องการบุตร
☐	☐	การดูแลผู้ป่วยของสมาชิกในครอบครัว
		<u>ปัญหาด้านอารมณ์</u>
☐	☐	ความหดหู่ / สะเทือนใจ
☐	☐	หวาดกลัว
☐	☐	กระวนกระวาย
☐	☐	ความรู้สึกเศร้า / เสียใจ
☐	☐	กังวลใจ
☐	☐	ไม่มีความสนใจในกิจวัตรประจำวัน: อารมณ์เบื่อ / เซ็ง
☐	☐	<u>ปัญหาด้านความเชื่อ/ศาสนา/จิตวิญญาณ</u>

มี	ไม่มี	
		<u>ปัญหาทางกาย</u>
☐	☐	รูปลักษณ์ภายนอกมีการเปลี่ยนแปลง เช่น ผมร่วง, มีการเปลี่ยนแปลงสีผิว
☐	☐	การอาบน้ำ / แต่งตัว
☐	☐	การหายใจ
☐	☐	มีการเปลี่ยนแปลงการถ่ายปัสสาวะ
☐	☐	ท้องผูก
☐	☐	ท้องเสีย
☐	☐	การรับประทานอาหาร
☐	☐	ความรู้สึกเพลีย / อ่อนล้า
☐	☐	บวม
☐	☐	มีไข้
☐	☐	การเคลื่อนย้ายตัวเอง เช่น การเดิน,นั่ง, นอน, การเคลื่อนไหวร่างกายเป็นต้น
☐	☐	อาหารไม่ย่อย / ท้องอืด
☐	☐	ความจำ / สมาธิ
☐	☐	แผลในปาก / ร้อนใน
☐	☐	คลื่นไส้
☐	☐	คัดแน่นจมูก
☐	☐	ปวด
☐	☐	ปัญหาเรื่องเพศสัมพันธ์
☐	☐	ผิวหนังแห้ง/คัน
☐	☐	การนอนหลับ
☐	☐	อาการชาตามมือ / เท้า หรืออวัยวะอื่น

ปัญหาอื่นๆ : ____

Module 6
Psychosocial, Spiritual, & Bereavement Care
เอกสารประกอบ Module 6:
การดูแลมิติจิตสังคม จิตวิญญาณ และการดูแลความเศร้าโศกในผู้ป่วยระยะท้าย (Psychosocial & Spiritual Care & Bereavement Care in Palliative Care)

สุธีรา พิมพ์รส
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ ศูนย์การุณรักษ์

การดูแลผู้ป่วยระยะท้ายเป้าหมายสำคัญคือการช่วยให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีในช่วงเวลาที่เหลืออยู่ และการที่ผู้ป่วยจะมีคุณภาพชีวิตที่ดีและ“ตายดี”นั้นต้องประกอบไปด้วยการดูแลให้ผู้ป่วยมีความสุขสบาย ทั้งด้านร่างกาย โดยปราศจากการจัดการที่ตัวโรคแล้ว นอกจากนั้นยังต้องดูแลให้ผู้ป่วยสุขสบายทางด้านจิตใจ จิตสังคมและจิตวิญญาณหรือเรียกว่า Holistic comfort คงไม่มีใครจะยอมรับได้ในระยะแรกที่ทราบจากแพทย์ผู้รักษา ว่าตัวเองมีเวลาอยู่บนโลกนี้ไม่นาน ทำไมการดูแลมิติจิตใจ จิตสังคมในผู้ป่วยระยะท้าย จึงมีความสำคัญ การดูแล มิติจิตใจ จิตสังคม (psychosocial care) หมายถึง การดูแลห่วงใยเกี่ยวกับจิตใจ (psychological) อารมณ์ (emotional) ความภูมิใจในตนเอง (self esteem)การปรับตัวต่อการเจ็บป่วย (adaptation to the illness)การทำหน้าที่ในสังคม (social functioning)และความสัมพันธ์ (relationships) ประสบการณ์การสูญเสีย (experience of loss) และการเผชิญหน้าต่อความตายตระหนักและเข้าใจอย่างลึกซึ้งถึงความเจ็บป่วยและการปรับตัวต่อสภาวะความเจ็บป่วย (The National Council for Hospice and Specialist Palliative Care Services ,1997) ดังนั้นการดูแลจิตสังคมจึงมีความสำคัญดังนี้

1. เวลาที่เราสื่อสารกับผู้ป่วยระยะท้ายและการให้การดูแลเราจะเน้นความสำคัญไปที่ผู้ป่วยและครอบครัวเป็นศูนย์กลาง(Patient-and-family-centred)
2. การดูแล มิติจิตใจ จิตสังคมเป็น Holistic approach ทำให้คนมองเห็นภาพของ Modern Palliative Care
3. การดูแลมิติจิตใจ จิตสังคมนั้น เป็นสิ่งที่ทำให้มองเห็นอีกหนึ่งคุณค่า ในงาน Palliative care

จากประสบการณ์ผู้เขียนในการให้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในโปรแกรมของศูนย์การุณรักษ์ ผู้ป่วยระยะท้ายที่แพทย์ปรึกษาเกือบทุกราย ต้องการการดูแลด้านจิตใจ จิตสังคม ศาสตร์และศิลป์ในการดูแลผู้ป่วยที่เข้าสู่ระยะท้ายเน้นความสำคัญที่การประเมินอย่างละเอียดและครบถ้วนทุกมิติขององค์รวม สาเหตุที่การประเมินมีความสำคัญก็เพราะว่า ข้อมูลที่เราได้จากการประเมินนั้นจะเป็นส่วนสำคัญ ของกิจกรรมที่เราจะเข้าไปดูแลให้การเยียวยาผู้ป่วยและ ครอบครัว ดังนั้นประเด็นในการประเมินด้านจิตใจ จิตสังคม ที่สำคัญ คือเรามุ่งเน้นไปที่ตัวผู้ป่วย ได้แก่ ความรู้สึกต่อตัวเอง(self-concept)ความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเอง (self esteem)เป็นต้นตลอดทั้งประเมินครอบครัวควบคู่ไปด้วย ประเมินความสัมพันธ์กับสิ่งรอบข้างทั้งที่เป็นบุคคล วัฒนธรรมและสิ่งแวดล้อม ค้นหาการให้ความหมายของคุณภาพชีวิตที่ดีในระยะท้ายที่ผู้ป่วยต้องการ และ

ควรประเมินเจาะลึกถึงมุมมองและความเข้าใจต่อตัวโรครวมทั้งเป้าหมายการรักษาในปัจจุบันดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. ประเด็นด้านสังคม (social issues) ในบริบทของผู้ป่วยระยะท้ายเราควรจะประเมินให้ครอบคลุมดังนี้

1.1 ประวัติครอบครัว สถานภาพสมรส โครงสร้างครอบครัว สมาชิกในครอบครัวประกอบไปด้วยใครบ้าง ความสัมพันธ์ในครอบครัว ใครที่ใกล้ชิดและเป็นผู้ที่ผู้ป่วยให้ความรัก ความไว้วางใจ ซึ่งหมายรวมถึงคู่สมรส หรือพี่น้องร่วมบิดามารดา ในครอบครัวมีความขัดแย้งหรือไม่ อย่างไร เป็นต้น

1.2 ด้านเศรษฐกิจค้นแหล่งสนับสนุนทางสังคมปัญหาด้านเศรษฐกิจ/ผู้หารายได้หลัก รายได้ต่อเดือน ผลกระทบทางด้านเศรษฐกิจที่เกิดจากการเจ็บป่วยครั้งนี้ค่าใช้จ่ายที่ใช้ช่วงที่มารับรักษา

1.3 การเปลี่ยนแปลงบทบาทในครอบครัวมีผลกระทบกับผู้ป่วยอย่างไร ปฏิสัมพันธ์ผู้ป่วย กับครอบครัวเปลี่ยนไป เพราะต้องแยกจากคนในครอบครัวมาอยู่ โรงพยาบาล ความสัมพันธ์เปลี่ยน เพราะต้องเปลี่ยนแปลงบทบาทในครอบครัว เป็นภาระต่อผู้อื่น, ศักดิ์ศรีหายไป

1.4 ประวัติการทำงาน การศึกษา ความสามารถและทักษะ ส่วนบุคคล/ ความสนใจพิเศษ

1.5 ผลกระทบที่มีต่อการเจ็บป่วยครั้งนี้ในด้านสังคม

1.6 ความสามารถในการปรับตัววิธีการเผชิญของผู้ป่วยและครอบครัว ความง่ายยากลำบากในการที่จะยอมรับถือเป็นปัจเจก ขึ้นอยู่กับแต่ละบุคคล บุคลิกส่วนบุคคลและแหล่งสนับสนุนทางด้านอารมณ์และด้านสังคม

1.7 ประเมินการรับรู้และความเข้าใจต่อโรคและการพยากรณ์โรค ผู้ป่วยและครอบครัวมีมุมมองต่อโรคและการดำเนินโรคอย่างไร“คุณป้าทราบเกี่ยวกับตัวโรคอย่างไรคะ” “คุณป้าคิดว่าสาเหตุของอาการป่วยครั้งนี้เกิดจากอะไรคะ”

1.8 ประสบการณ์การได้รับการดูแลสุขภาพ ความพึงพอใจต่อการให้บริการของทีมสุขภาพ

1.9 ผู้ดูแลหลัก (caregiver)คือใคร ประเมินความต้องการและความสามารถของผู้ดูแล

2. ประเด็นด้านจิตใจ (psychological issues) ร้อยละ 60 ของผู้ป่วยที่อยู่ในระยะท้ายพบว่ามีปัญหาด้านจิตใจ (Psychological distress) (Irene J Higginson,2012) สาเหตุสำคัญ

2.1 ตัวโรค (disease)การดำเนินของโรคอย่างรวดเร็วอาการเปลี่ยนแปลงทางกายสภาวะการเจ็บป่วยที่ยาวนานเรื้อรัง

2.2 ผู้ป่วย(patients) ไม่เข้าใจตัวโรค การรักษา ไม่รู้อนาคตว่าจะเป็นอย่างไรกลัวปวด กลัวนาทีที่กำลังจะตาย กลัวที่จะต้องเป็นคนที่อยู่ในสภาพที่ไม่น่าดู ไม่สวยงาม กลัวที่จะต้องจากคนที่รักไปกลัวช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ กลัวหมดหวังแล้ว คนที่มีบุคลิกภาพเป็นคนวิตกกังวลเดิมอยู่แล้ว

2.3 อาการปวด และอาการไม่สุขสบายอื่นๆ ไม่ได้รับการจัดการที่ดีผู้ป่วยทุกข์ทรมานซึ่งหมายถึงคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี ส่งผลให้เกิดปัญหาด้านจิตใจ

2.4 สังคม(Social)ตกงาน ตำแหน่งหน้าทางสังคมที่เปลี่ยนไปบทบาทในครอบครัวเปลี่ยนไปรู้สึกถูกแยกจากรู้สึกว่าเป็นภาระให้กับครอบครัวและผู้ดูแล

2.5 ปัญหาทางเศรษฐกิจ (Financial problem) มีภาระหนี้สิน ขาดคนหารายได้หลักในครอบครัว

2.6 ภารกิจที่อยากทำยังไม่สำเร็จเสร็จสิ้น (Unfinished business) ทำให้ไม่พร้อมที่จะจากไป

2.7 วัฒนธรรม (Culture)ความแตกต่างทางวัฒนธรรมที่มีผลต่อทัศนคติเกี่ยวกับความเจ็บป่วย ความทุกข์ทรมาน การสูญเสีย และความตาย

2.8 จิตวิญญาณ (Spiritual) ไม่ได้รับการตอบสนองด้านศาสนา สิ่งศักดิ์สิทธิ์(religious issue)มีสิ่งคั่งค้างยังไม่ได้ทำในสิ่งที่ปรารถนา(unfulfilled expectation)หรือรู้สึกผิดต่อสิ่งที่เคยทำกับผู้อื่นยังไม่ได้กล่าวคำขอโทษ

2.9 การรักษา(Treatment)การวินิจฉัยล่าช้า ความล้มเหลวในการรักษาผลข้างเคียงจากการรักษา

2.10 ทีม (Team) ไม่มีการสื่อสารกับผู้ป่วยและครอบครัวหรือสื่อสารแต่ไม่ชัดเจน

ปัญหาด้านจิตใจที่พบ (Psychological distress) ปัญหาด้านจิตใจของผู้ป่วยมะเร็ง (Psychiatric problem in cancer) พบว่า ร้อยละ 50 ของผู้ป่วยมะเร็งมีปฏิกิริยาต่อการรับรู้ต่อโรคที่ดำเนินไปตามปกติ (normal responses)ร้อยละ30พบว่ามีการปรับตัวที่ผิดปกติ (adjustment disorder)คือมีภาวะวิตกกังวลและซึมเศร้า (anxiety/depression)ส่วนร้อยละ 20 มีปัญหาทางจิตเวชที่ต้องได้รับการรักษา ได้แก่ ซึมเศร้า เพ้อสับสน วิตกกังวล บุคลิกภาพผิดปกติ (Jairam Ramakrishnan,2011)

Normal distress ที่พบบ่อยในผู้ป่วยระยะท้าย

- กลัวตาย กลัวความเจ็บปวด กลัวถูกทอดทิ้ง
- รู้สึกตนเองไม่มีค่า
- เศร้ามาก
- คิดว่าตัวเองไม่มีความสำคัญ
- โกรธ
- รู้สึกช่วย ตนเองไม่ได้
- ห่วงผู้อื่นจะอยู่ต่อไปไม่ได้ หรือลำบากมากขึ้น
- เป็นภาระต่อผู้อื่น ต้องพึ่งพาผู้อื่น
- วิตกกังวล
- ไม่สนใจต่อสิ่งรอบข้าง
- นอนไม่หลับ เบื่ออาหาร
- ท้อแท้ สิ้นหวัง

การช่วยเหลือด้านจิตสังคม (Psychosocial support)

1. สร้างสัมพันธภาพ พัฒนาความไว้วางใจจะช่วยให้ง่ายในการดูแล
2. จัดการอาการทางกายให้สุขสบาย
3. ปลอบใจและประคับประคองความรู้สึกของผู้ป่วย และครอบครัวให้ความจริงใจ ความช่วยเหลือ ให้ความมั่นใจถึงการช่วยเหลือของทีม อยู่เป็นเพื่อนเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ระบายความรู้สึกและรับฟังทุกเรื่องราวที่ผู้ป่วยอยากเล่า
4. ประสานทีมนักสังคมสงเคราะห์ /ครูฝึกอาชีพ

5. ประคับประคองความภาคภูมิใจในตนเองของผู้ป่วยไว้

6. มองหาแหล่งสนับสนุนในครอบครัวที่จะมาช่วยประคับประคอง

7. การเสริมสร้างพลังอำนาจ (empowerment)กลุ่มสนับสนุนเพื่อนช่วยเพื่อน (group support) จะช่วยให้เกิดการเรียนรู้และแบ่งปันความทุกข์ สุขร่วมกัน ให้กำลังใจซึ่งกันและกัน

8. ประสานเครือข่ายจิตอาสามาพูดคุยและอยู่เป็นเพื่อน และช่วยเหลือประคับประคองจิตใจหรือจัดกิจกรรมเพื่อผ่อนคลาย เช่น ร้องเพลง เล่นดนตรี

9. ช่วยให้ผ่อนคลายจากภาวะเครียด (Stress and Coping)ตามความชอบและความถนัดของผู้ป่วย เช่น การฝึกการผ่อนคลาย สะกดจิต การสร้างจินตภาพ

10. แนะนำให้หาสิ่งที่ชอบทำ เช่น อ่านหนังสือที่ชอบ

11. เคารพการตัดสินใจและทางเลือกของผู้ป่วยและครอบครัว ไม่ตำหนิ

12. ยอมรับการแสดงออกของผู้ป่วย การวิตกกังวล ซึมเศร้า ก้าวร้าว ที่อาจแสดงออก ยอมรับและตอบสนองความพยายามในการปรับตัวของผู้ป่วยในระยะต่างๆ และคาดหวังไว้ว่าผู้ป่วยจะมีอาการเช่นนั้นได้

จิตวิญญาณกับงานการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย (Spiritual Care in Palliative Care)

เมื่อกล่าวถึงคำว่า จิตวิญญาณ มีผู้เชี่ยวชาญให้ความหมายไว้มาก แต่ส่วนใหญ่จะมีความหมายไปในทิศทางเดียวกันนั่นคือ จิตวิญญาณ หรือ spirituality ในบางครั้งอยู่ที่ความหมายของแต่ละบุคคลเช่นบางคนให้ความหมายของจิตวิญญาณว่าคือการค้นหาความหมายของชีวิต ในชีวิตหนึ่งได้เกี่ยวข้องกับใคร อย่างไร และมีชีวิตอยู่อย่างไร ยกตัวอย่างบุคลาการทางการแพทย์ที่ทำงานด้านการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย ทุกคนที่มาทำงานต่างมีแนวความคิดคล้ายกันนั่นคือมีความพร้อมทางด้านจิตวิญญาณในการที่จะเป็นผู้ให้การช่วยเหลือเยียวยาผู้ทุกข์ยาก

จิตวิญญาณมีความสำคัญต่อชีวิตมนุษย์ เทียบเท่ากับลมหายใจ ลมหายใจเปรียบเสมือนขุมพลังแห่งชีวิต ลมหายใจเป็นเครื่องหมายแห่งชีวิต ชีวิตเริ่มต้นเมื่อมีลมหายใจและสิ้นสุดลงเมื่อหมดลมหายใจ (Buck .HG,2006 concept analysis and model development อ้างถึงบำเพ็ญจิต แสงชาติ,2555) ศ.นพ. ประเวศ วะสี ได้ให้คำจำกัดความว่า จิตวิญญาณคือจิตชั้นสูง จิตที่ลดความเห็นแก่ตัว จิตที่เห็นแก่ผู้อื่น จิตที่เข้าถึงสิ่งสูงสุด

นพ.ดร. โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ (“สุขภาพทางจิตวิญญาณ ”2545 : 1) ได้แยกคำว่าจิตวิญญาณว่า จิตคือความสบายใจ ความสนุกสนาน ไม่เครียด

ทำไมมิติจิตวิญญาณจึงมีความสำคัญในการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย

1. จิตวิญญาณมีผลกระทบโดยตรงต่อคุณภาพชีวิตของทั้งผู้ป่วยระยะท้ายและครอบครัวถ้าจิตวิญญาณดีย่อมส่งผลถึงคุณภาพชีวิตที่ดี

2. การที่ทีมสุขภาพสามารถเข้าถึงมิติจิตวิญญาณของผู้ป่วยระยะท้ายได้นั้นจะช่วยให้ผู้ป่วยมีจิตใจอารมณ์ที่เป็นสุข มีความสุข (Psychological well-being)

3. ในผู้ป่วยระยะท้ายพบว่าต้องเจอกับประสบการณ์ความปวดในหลากหลายมิติที่เราเรียกว่า total

pain ได้แก่ Physical, Psychological Social และ Spiritual pain เพราะฉะนั้นเราจะต้องพยายามค้นหาและประเมินให้ได้ถึงการให้ความหมายของ total pain ของผู้ป่วยแต่ละคนรวมถึง Spiritual painด้วย

4. การที่ผู้ป่วยระยะท้ายมีความผาสุกทางจิตวิญญาณ (spiritual well-being) ส่งผลทำให้อาการทางกายดีขึ้นตามลำดับ ในทางตรงกันข้ามถ้าผู้ป่วยมีความทุกข์ทางจิตวิญญาณ (spiritual distress) ก็ส่งผลกระทบในเชิงลบต่ออาการทางกายด้วย

5. การเข้าถึงจิตวิญญาณของผู้ป่วยระยะท้ายช่วยให้ผู้ป่วยบรรลุถึงความปรารถนาครั้งสุดท้ายและนำไปสู่เป้าหมายสำคัญคือการตายอย่างสงบและตายดี (peaceful good death)

การดูแลด้านจิตวิญญาณหลักสำคัญเริ่มต้นที่ตัวเราทีมสุขภาพก่อนเติมจิตวิญญาณเราให้เต็มแล้วจึงแบ่งปันให้ผู้ป่วยโดยมีหลักดังต่อไปนี้

1. ผู้เยียวยาต้องรู้สึก สบายใจในขณะให้การเยียวยาจิตวิญญาณผู้ป่วยระยะท้ายและให้คิดว่าสักวันหนึ่งจะเป็นเราเช่นกันเป็นโอกาสดีที่ให้เราได้ฝึกจิต ฝึกใจของเราให้เราได้คิดว่า เรายังไม่ได้ทำอะไร
2. เห็นถึงความรู้สึกของผู้ป่วยที่แสดงออก เอาหัวใจเราฟังเขาได้อย่างลึกซึ้ง ฟังเสียงหัวใจผู้ป่วย
3. เคารพความเป็นบุคคลของเขาและในสิ่งที่เขาเชื่อ
4. ช่วยให้เขาเตรียมพร้อมสำหรับการจากไป เช่น อยากจากไปท่ามกลางคนที่รัก หรือคนพิเศษ
5. คำนึงถึงความเป็นไปได้ในการให้การช่วยเหลือและประโยชน์ที่เกิดกับผู้ป่วยและครอบครัวให้มากที่สุด
6. คงไว้ซึ่งความสัมพันธ์กับสิ่งที่ผู้ป่วยรัก ไม่ว่าจะเป็นสิ่งของ สัตว์เลี้ยง และบุคคล
7. เพื่อไปให้ถึงจุดหมายคือ การตายดี
8. ช่วยเหลือดูแลจัดการให้คำปรึกษาเกี่ยวกับความเศร้า ความทุกข์โศก(grief counseling)
9. ดูแลเยียวยาผู้ที่มีความทุกข์ทางจิตวิญญาณ

ในการดูแลด้านจิตวิญญาณแก่ผู้ป่วยระยะท้ายนั้นเพื่อเติมเต็มจิตวิญญาณของผู้ที่จะจากไปให้มีความเข้มแข็งพร้อมที่จะเผชิญกับความตายที่รออยู่เบื้องหน้า และประคับประคองจิตวิญญาณของคนในครอบครัวให้คงไว้และก้าวผ่านสำหรับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นได้เผชิญกับความเศร้าโศกได้อย่างเหมาะสม

การประเมินด้านจิตวิญญาณ (spiritual assessment) ความสำคัญของการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายทุกกระบวนการต้องเริ่มต้นจากการประเมิน การประเมินด้านจิตวิญญาณในผู้ป่วยระยะท้ายเราจะประเมินค้นหา

แนวทางการประเมินการประเมินด้านจิตวิญญาณมีดังนี้

1. วิธีการประเมิน
   - สังเกต การแสดงออกทางพฤติกรรม สีหน้า มีความทุกข์ วิตกกังวล ยิ้มแย้มแจ่มใส
   - สัมภาษณ์ค้นหา ลักษณะธรรมชาติของบุคคล ศาสนา ภาษา วัฒนธรรม ขนบธรรมเนียมประเพณี ปรัชญาชีวิต ความรู้สึกนึกคิดสัมพันธภาพต่อบุคคลอื่น คุณค่าและความเชื่อ ความศรัทธา ความรัก ความฝัน แรงจูงใจ ประสบการณ์ ความคิดและอารมณ์

2. เคารพในสิ่งที่ผู้ป่วยบอกเล่าและเชื่อในประสบการณ์ที่ผู้ป่วยพยายามถ่ายทอดให้เราฟัง

3. ขณะประเมินต้องมั่นใจว่าผู้ป่วยพร้อมที่จะให้เราประเมิน ปราศจากความกดดันใดใดในการเปิดเผยเรื่องราวของตนเอง และระหว่างพูดคุยกับผู้ป่วยสังเกตว่าผู้ป่วยแสดงอาการอึดอัดหรือไม่ควรหยุดพักการสนทนาหากพบว่าผู้ป่วยรู้สึกหรือแสดงสีหน้าไม่สบายใจ หรือวิตกกังวล

4. มีความอ่อนโยน ละเมียดละไม แสดงความจริงใจพร้อมที่จะรับฟังทำให้ผู้ป่วยก็มีความยินดีที่จะเล่าให้ฟัง จะทำให้เราค้นพบข้อมูลที่สำคัญและตรงจริง

5. ให้ความสนใจ สังเกตและถามผู้ป่วยถึงความรู้สึกนึกคิด อารมณ์ ตลอดจนการกระทำของเขา

6. ให้เวลาในการสนทนา ถึงครอบครัวและสังคมของผู้ป่วย

ประเด็นในการประเมินด้านจิตวิญญาณ (spiritual screening)

1. ความต้องการด้านจิตวิญญาณ (spiritual need)

2. ความผาสุกทางด้านจิตวิญญาณ (spiritual well-being) ซึ่ง หมายถึง สภาวะที่บุคคลมีความสมบูรณ์พร้อมทั้งร่างกายจิตใจ มีความสุขในการมีชีวิตอยู่ตลอดเวลา พึงพอใจในธรรมชาติความจริงของชีวิต สามารถดำเนินชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างดี พอใจในศาสนาที่ตนนับถือ(บุปผา ชอบใช้,2546)ผู้ป่วยระยะท้ายที่เราดูแลมีความผาสุกทางด้านจิตวิญญาณอย่างไร ซึ่ง ประเมินได้จากสภาวะดังต่อไปนี้

3. ความทุกข์ทางด้านจิตวิญญาณ (spiritual distress) ได้แก่

- ปราศจากเป้าหมายและความหมายในชีวิต
- รู้สึกสิ้นหวัง หมดหวัง
- รู้สึกผิดที่ยังไม่ได้ทำในสิ่งที่ตั้งใจ
- โกธรทุกคนที่เกี่ยวข้องโกธรเทวดาฟ้าดิน
- ทุกข์ทรมานจิตใจ
- ขาดความไว้วางใจ
- เศร้าโศก สูญเสีย
- ขาดความรัก
- อ้างว้าง โดดเดี่ยวไม่มีคนมาดูแลมองไปทางไหนก็ไม่เห็นใคร
- กลัวตาย กลัวทุกข์ทรมานก่อนตาย

เครื่องมือในการประเมินด้านจิตวิญญาณ

จากการทบทวนงานวิจัยเกี่ยวกับการประเมินด้านจิตวิญญาณ การพัฒนาเครื่องมือประเมินจิตวิญญาณในปัจจุบันใช้กรอบแนวคิดที่หลากหลาย สำหรับเครื่องมือประเมินจิตวิญญาณเชิงคุณภาพส่วนใหญ่นิยมใช้แบบประเมินภาวะจิตวิญญาณ FICA (อุบล จ๋วงพานิช,2557) ดังรายละเอียดดังต่อไปนี้

F = Faith and belief ประเมินค้นหาความเชื่อและศรัทธา

คำถามคือคุณมีความเชื่อหรือมีที่พึ่งทางใจคืออะไร ที่จะช่วยเยียวยาให้ผ่านช่วงเวลาที่ยากลำบากไปได้และอะไรที่มีความหมายต่อชีวิตของคุณ

I = Importanceประเมินค้นหาใครคือคนที่เป็นกำลังใจคุณ ใครคือคนสำคัญที่สุดในชีวิต

C = Community คุณมีส่วนร่วมในการประกอบพิธีทางศาสนาหรือไม่ องค์กรศาสนามีบทบาทสำคัญในชีวิตคุณ หรือไม่และมีส่วนช่วยคุณอย่างไร

A =Adress in care ขณะที่ป่วยต้องการให้ใครมาดูแล

เครื่องมือที่ใช้ประเมินจิตวิญญาณอีกหนึ่งเครื่องมือที่นิยมใช้คือ ***"HOPE"***

H : sourse of hope ที่พึ่งทางใจ แหล่งความหวังซึ่งแหล่งความหวังของผู้ป่วยระยะท้ายได้แก่

- การได้รับการจัดการอาการที่ดี
- ความสุขสบาย
- ความรักและสัมพันธภาพที่ดี
- การที่เขากล้าหาญ เข้มแข็ง
- ได้ให้อภัยผู้อื่น
- เติมเต็มฝัน ทำในสิ่งที่ปรารถนา

O : Organized religion การนับถือศาสนา คุณนับถือศาสนา อะไร สิ่งนั้นช่วยอะไรคุณได้บ้าง

P : Personal spiritual practices การปฏิบัติทางศาสนา คุณปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนาแบบไหนที่คิดว่ามีประโยชน์กับตัวเองมากที่สุด สวดมนต์ นั่งสมาธิ การเดินทาง การอยู่กับธรรมชาติ

E : Effect on medical care and end of life issue ผลกระทบจากความเจ็บป่วยทำให้ไม่ได้ทำกิจกรรมทางศาสนาหรือไม่

ความต้องการด้านจิตวิญญาณ(spiritual need) ทั้ง 5 ด้าน ความต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยระยะสุดท้ายและสามารถสรุปได้ดังนี้

1. ความรักและความสัมพันธ์ (love and connectedness)
2. การค้นหาความหมายของชีวิตและการเจ็บป่วย (meaning of life and illness)
3. การขออโหสิกรรมหรือการให้อภัย (forgiveness)
4. การปฏิบัติตามหลักศาสนา (religious practice)
5. ความหวัง (hope)

การดูแลความเศร้าโศกในผู้ป่วยระยะท้ายและครอบครัว

Rando (1984) ได้ให้ความหมายของคำที่เกี่ยวข้อง กับการสูญเสีย ความเศร้าโศกไว้ดังนี้

Loss : การสูญเสีย สูญเสียคนรัก สูญเสียของรัก สูญเสียหน้าที่การงาน บทบาท สัมพันธภาพ

Grief : เป็นปฏิกิริยาปกติที่ตอบสนองเมื่อมีการสูญเสีย เป็นอารมณ์ที่เจ็บปวดเมื่อสูญเสียสิ่งของหรือคนที่รัก

Mourning : หมายถึงกระบวนการซึ่งแสดงออกตามมิติทางสังคมและวัฒนธรรมเมื่อมีการสูญเสีย

Bereavement : เป็นภาวะที่ต้องถูกพรากจาก คนที่รักไปด้วยความตาย

กระบวนการความเศร้าโศก (grieving process)

การดูแลผู้ที่มีความเศร้าโศกทีมต้องเรียนรู้และเข้าใจทฤษฎีความเศร้าโศกเพื่อจะได้ให้การช่วยเหลือและยอมรับอยู่เคียงข้างในแต่ละ stage ของผู้สูญเสีย ทฤษฎีที่นำมาใช้มากที่สุดคือ Elizabeth kubler-Ross ซึ่งได้กล่าวว่าการรับมือของคนเรากับการสูญเสียที่เกิดขึ้นจะสามารถแบ่งเป็นขั้นเป็นระยะที่ต่อเนื่องกันดังนี้ ระยะปฏิเสธไม่ยอมรับความจริง (denial) โกรธ (anger) ต่อรอง (bargaining) ซึมเศร้า (depression) และระยะสุดท้ายคือยอมรับ (acceptance) วิธีการรับมือกับการสูญเสียนี้เรียกว่า grief cycle หรือ grief process เป็นตัวแบบที่อธิบายการเปลี่ยนแปลง (change model) การรับมือกับการสูญเสียไม่จำเป็นต้องดำเนินตามระยะที่กล่าวไว้นี้ บางคนผ่านระยะหนึ่งแล้วก็ยังกลับมาวนที่ระยะเดิมอีก ระยะต่างๆจึงไม่ได้เรียงกันเป็นเส้นตรงเสมอไปแต่ละคนอาจจะมี ในการรับมือกับความรู้สึกสูญเสียเป็นของตนเอง คือมีความเป็นเอกลักษณ์เฉพาะในแต่ละคน

ชนิดของของความเศร้าโศก (type of grief)

1. ความเศร้าโศกปกติ (normal grief) คือปฏิกิริยาที่แสดงออกถึงความเศร้าโศกเมื่อเกิดการสูญเสีย แบ่งออกเป็น 2 ระยะ ระยะแรกคือระยะเฉียบพลันมักอยู่ในช่วง 4 ถึง 8 สัปดาห์ซึ่งแสดงออกทั้งด้านร่างกาย อารมณ์และ พฤติกรรมช่วงนี้จะเป็นระยะที่ยังไม่ยอมรับตาเมื่อเวลาผ่านไปเมื่อผ่านการเผชิญและการปรับตัวจะเข้าสู่ระยะยอมรับความจริงว่าเป็นการสูญเสียถาวร ไม่สามารถเรียกคืนได้จึงพยายามกลับเข้าสู่สังคมอีกครั้งและใช้ชีวิตปกติ มีเป้าหมายชีวิตใหม่และอยู่ได้โดยปราศจากผู้ตาย
2. ความเศร้าโศกล่วงหน้า (anticipatory grief) Wolfe, Hinds, & Sourkes ,2011 ได้อธิบายถึงความเศร้าโศกล่วงหน้า หมายถึง ความเศร้าโศกที่เกิดจากการคาดการณ์ว่าตนเองหรือบุคคลที่รักจะจากไป ซึ่งประกอบด้วยแง่มุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม จิตวิญญาณ ความเศร้าโศกล่วงหน้า จะเริ่มต้นขึ้นนับตั้งแต่การเริ่มวินิจฉัยว่า เจ็บป่วย จนกระทั่งเป็นยาวนานปีหลัง เสียชีวิต
3. ความเศร้าโศกที่ผิดปกติ (complicated grief) เกิดขึ้นเพราะบุคคลที่มีความเศร้าโศกที่ผิดปกติไม่สามารถปรับสภาพ จิตให้เป็นไปตามกระบวนการความเศร้าโศกได้ โดยทั่ว ไปมักจะพบมีภาวะซึมเศร้า หวาดกลัวและรู้สึกผิด abnormal
4. ความเศร้าโศกที่ต้องปกปิด (disenfranchised) ความเศร้าโศกอาจจะยาวนานเมื่อสังคมไม่เปิดช่องให้ผู้สูญเสียได้แสดงออกถึงความเศร้าเช่น กรณีคู่เกย์ที่สูญเสียคู่รักจากโรคเอดส์ เขาไม่สามารถแสดงออกถึงความเศร้าได้ ต้องปกปิดซ่อนเร้น

ปฏิกิริยาตอบสนองต่อความเศร้าโศก (normal grief reaction)

ปฏิกิริยาตอบสนองต่อการสูญเสียที่เกิดขึ้นปกติ ในระยะแรกของการสูญเสีย เป็นช่วงเวลาที่ยังไม่ยอมรับการสูญเสียซึ่งแสดงออกทั้งด้าน

ด้านร่างกาย

- นอนไม่หลับ
- หายใจไม่อิ่ม

- น้ำหนักลด
- พลังงานหายไป
- จุกแน่นในลำคอ
- ร้องไห้

ด้านด้านจิตใจ

- ซึมเศร้า
- วิตกกังวล
- รู้สึกผิด
- โกธร
- รู้สึกไร้ค่า
- สิ้นหวัง

จิตวิญญาณ/ สังคมวัฒนธรรม

- มองไม่เห็นอนาคต ไม่เชื่อในพระเจ้าและเทวดา
- รู้สึกว้าเหว่
- ไม่สนใจเข้าร่วมกิจกรรมทางศาสนา
- สิ้นหวังหมดหนทาง
- รู้สึกล้มเหลว
- รู้สึกว่าไม่ยุติธรรม

พฤติกรรม

- แยกตัวจากสังคม
- พฤติกรรมลุกลี้ลุกลน
- กระวนกระวาย กระสับกระส่าย
- ร้องไห้
- พฤติกรรมก้าวร้าว

การประเมินความเศร้าโศก

องค์ประกอบของการประเมินความเศร้าโศกรวมถึง

1. ชนิดของความเศร้า ได้แก่ เป็นความเศร้าชนิดไหน เป็นความเศร้าโศกล่วงหน้าหรือไม่ ความเศร้าโศกที่ปกติ หรือความเศร้าโศก (รวมถึงปัจจัยที่ทำให้เกิดความเศร้าโศกผิดปกติ ได้แก่ การสูญเสียคู่ชีวิตหรือสูญเสียบุตร บุตรที่สูญเสียพ่อแม่ตั้งแต่อายุน้อย (death of parent in early childhood or adolescence) การเสียชีวิตกะทันหัน(sudden death) สูญเสียซ้ำซ้อน(multiple death)
2. ปฏิกิริยาต่อความเศร้าโศก ปกติหรือผิดปกติ
3. ปัจจัยที่มีผลต่อกระบวนการความเศร้าโศก
   ผู้สูญเสียเป็นใคร ความสำคัญและบทบาทต่อผู้อยู่ข้างหลัง

ความสัมพันธ์กับผู้สูญเสีย ความรัก ความผูกพันมีความสัมพันธ์ต่อความเศร้าโศก รักมาก เศร้าเสียใจมาก นาทีจากไปและภาพสุดท้ายของผู้ตาย ถ้าทุกข์ทรมานก่อนจากไปมีผลต่อความเศร้าโศกมาก

4. สุขภาพโดยทั่วไปของผู้สูญเสีย
   - เช็คสุขภาพ อาการทั่วไป
   - ประเมินการพักผ่อน นอนหลับ เป็นอย่างไร
   - ประเมินภาวะโภชนาการและการรับประทานอาหาร
   - ตรวจสอบการคงไว้ซึ่งบทบาทการทำงาน บทบาทในครอบครัว
   - การเข้าสังคม การเปลี่ยนแปลงตัวตน
   - ประเมินว่าผลที่เกิดขึ้นจากการสูญเสียเป็นอย่างไร เกิดอะไรขึ้นหลัง การเปลี่ยนแปลงครั้งใหญ่นี้ ซึ่งเป็นความยากสำหรับผู้สูญเสีย

การให้การดูแลความเศร้าโศก

ทีมสุขภาพจำเป็นต้องมีความรู้เรื่องความเศร้าโศกล่วงหน้า (anticipatory grief) ส่วนหนึ่งช่วงเวลาก่อนที่ผู้ป่วยจะเสียชีวิต และมีโอกาสได้ดูแลทั้งผู้ที่จะจากไปและครอบครัว ดังนั้นความเศร้าโศกล่วงหน้าเกิดขึ้นกับตัวผู้ป่วยที่เขาต้องจากคนทุกคนบนโลกนี้ไป การเยียวยาความเศร้าโศกสามารถเริ่มได้ดังนี้

1. กระตุ้นให้ผู้ป่วยและครอบครัวพูดและเขียน (life review)
2. ให้ความรู้ผู้ป่วยและครอบครัวสื่อสารเตรียมพร้อมที่จะเผชิญในระยะใกล้เสียชีวิต
3. อยู่เป็นเพื่อน รับฟังอย่างตั้งใจ

แนวคิดทฤษฎีใหม่ของความเศร้าโศกที่ได้กล่าวถึงคือ เป็นทฤษฎีความผูกพันต่อเนื่องค้างคา (continuing bond theory) ซึ่งเป็นประโยชน์สำหรับทีมสุขภาพที่จะต้องทำความเข้าใจเพื่อให้การดูแลผู้สูญเสียได้ถูกต้อง ผู้สูญเสียยังคงต้องการเก็บไว้ซึ่งความผูกพันต่อเนื่องกับผู้ตาย เพื่อเยียวยาให้พ้นผ่านจากการสูญเสีย เพราะฉะนั้นจึงเป็นแนวทางในการให้การดูแลผู้สูญเสียและเป็นที่มาว่าทำไม grief work จึงต้องมีการเก็บรักษาซึ่งความสัมพันธ์ (recollection of connection)

1. การเก็บความทรงจำ แทนความคิดถึง มีสิ่งที่เป็นตัวแทนของผู้ตาย
2. การรำลึกนึกถึง การเขียนบันทึกถึงผู้ตาย
3. การทำให้ผู้สูญเสียคงไว้ซึ่งสัมพันธภาพเดิม เช่น ยังคงเป็นภรรยา ยังคงเป็นบิดา มารดา และกิจกรรมอื่นๆ ที่แนะนำ จากประสบการณ์การทำงานที่ผ่านมา การส่งการ์ดแสดงความเสียใจ การไปร่วมงานศพ ก็เป็นสิ่งที่ทำให้ครอบครัวรู้สึกคลายจากความเศร้า ระยะสั้นแต่ในระยะยาว การให้คำปรึกษาเฉพาะรายในรายที่มีความเศร้าโศกที่ต้องปกปิด การทำกลุ่มสนับสนุนเป็นสิ่งที่ดีมากเพื่อให้ผู้สูญเสียได้มีการพบปะกับผู้สูญเสียด้วยกันถือเป็นพื้นที่ปลอดภัย (safe space) สำหรับพวกเขาที่จะได้มาคุยกันบอกเล่าเรื่องราวการเผชิญของแต่ละคน การดูแลด้านจิตวิญญาณในบริบทคนไทยส่วนใหญ่ผู้สูญเสียใช้กิจกรรมทางศาสนาในการเยียวยาตัวเอง บางครั้งการสูญเสียทำให้มีการเติบโตทางจิตวิญญาณ มี personal growth มีความเข้มแข็งระมัดระวังในการใช้ชีวิตมากขึ้น นั่นคือสุดท้ายผู้สูญเสียต้องกลับมาดูแลตัวเอง เพื่อให้สามารถเข้าผ่านกระบวนการความเศร้าโศกได้อย่างราบรื่น

เอกสารอ้างอิง

1. ทัศนีย์ ทองประทีป. จิตวิญญาณ: มิติหนึ่งของการพยาบาล. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2552.
2. ศรีธรรม ธนะภูมิ. ภาวะจิตสังคมของการเจ็บป่วย [ออนไลน์]. 2557 [อ้างเมื่อ 9 มกราคา 2559]. จาก http://goo.gl/WE7CSm
3. Gruzalski B, Wilson-Gruzalski M, Pairojkul S. Workbook for care takers grief and bereavement workshop. Khon Kaen: Karunruk Palliative Care Center Srinagarind Hospital Faculty of Medicine Khon Kaen University; 2013.
4. Hillel Bodek, MSW, LCSW-R, BCD. Spirituality in palliative & end-of-life care [Internet]. 2003 [updated 2010 ; cited 2016 Jan 9]. Available from: https://goo.gl/4nKNRS
5. Lloyd-Williams M, editor. Psychosocial issues in palliative care. Oxford : Oxford Univ. Pr; 2003.
6. Ramakrishnan J. Psychosocial issue in palliative care [Mimeographed]. [n.p.]; 2011.

Module 6
Psychosocial, Spiritual and Bereavement Care
Case Exercise

ชายไทยคู่อายุ 60 ปี ได้รับการวินิจฉัย เป็น Neuroendrocrine tumor of anterior mediastinum ได้รับการรักษาตัวครั้งแรกด้วยอาการหายใจหอบ ตัวบวม ขา แขน บวม ต่อมามี massive pericardial effusion ได้รับการทำ pericardial widow มี deep vein thrombosis at left subclavian vein ร่วมด้วย ได้รับการรักษาด้วยการฉายแสงครบ ก่อนกลับบ้านยังมีอาการหายใจหอบและต้องพ่นยา ผู้ป่วยมี underlying asthma ครั้งนี้เข้ารับการรักษาด้วยอาการหายใจเหนื่อยหอบ 1 วันก่อนมาโรงพยาบาล นึกถึงเหนื่อยจาก Lung mass และมี pressure effect

Oncologist plan ให้เคมีบำบัด หลังได้ยาเคมีบำบัดผู้ป่วยไม่ตอบสนอง แพทย์ยุติการรักษาเพราะ ECOG ไม่ดีและผู้ป่วยไม่ต้องการเคมีบำบัดอีก

ประเมิน Physical Symptom

1. Dyspnea score 6/10 (ESAS) on O_2 mask with bag 10 L/min
2. Cough ไอแบบมีเสมหะขาวข้น
3. Constipation
4. Insomnia เนื่องจากหายใจหอบเหนื่อย
5. Fatigue
6. Loss appetite
7. Drowsiness
8. แผล pressure sore grade 2 บริเวณก้นกบ
9. แผลปริที่ขอบทวารหนัก (Anal Fissure)

Psychosocial and spiritual assessment

1. ผู้ป่วยเป็นข้าราชการบำนาญพึ่งเกษียณอายุราชการ 1 ปี ตำแหน่งรองผู้อำนวยการวิทยาลัยเพาะช่างแห่งหนึ่งในจังหวัดทางภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ภรรยาอายุ 56 ปีมีบุตร 2 คนคนโตเป็นหญิงอายุ 34 ปี คนที่ 2 เป็น ชายอายุ 32 ปี จบการศึกษาระดับปริญญาตรีทั้งสองคนปัจจุบันทำงานธุรกิจส่วนตัวดูแลกิจการรีสอร์ท ของครอบครัว

2. การรับรู้ข้อมูลเกี่ยวกับโรค ผู้ป่วยรับทราบผลการวินิจฉัยและรับทราบข้อมูลเกี่ยวกับการพยาการณ์โรคจากแพทย์เจ้าของไข้เป็นอย่างดี ***“ หมอบอกว่าโรคอยู่ในระยะสุดท้ายแล้ว ฉันมีเวลาเหลืออีกไม่นาน ก้อนมันอยู่ที่จุดสำคัญ จุดเสี่ยง อาจเกิด accident ได้ตลอดเวลา”*** การให้ยาเคมีบำบัดอาจจะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถประคับประคองอาการได้ระยะหนึ่ง แพทย์เจ้าของไข้ได้เสนอทางเลือกการให้เคมีบำบัด ผู้ป่วยและครอบครัวเลือกที่จะลองให้ยาเคมีบำบัดอีกครั้งแต่หลังจากให้ยาไปได้ 1 ครั้ง ผู้ป่วยไม่สามารถทนต่อผล

ข้างเคียงของยาเคมีบำบัดจึงขอหยุดยา และขอรับการรักษาแบบประคับประคองเพื่อให้สุขสบาย

3. ผู้ดูแลหลักคือ ภรรยา ผู้ดูแลรองคือลูกๆ

4. การวางแผนในระยะท้าย ผู้ป่วยแจ้งความประสงค์ไม่รับการรักษาที่รุกรานร่างกายเช่น การใส่ท่อช่วยหายใจและการทำหัตถการใดๆ ที่ทำให้เจ็บปวดทรมาน

5. ความต้องการด้านจิตวิญญาณในระยะท้ายถ้าเสียชีวิตแล้วขอให้นำศพส่งให้ ภาควิชากายวิภาคศาสตร์ทันที เนื่องจากผู้ป่วยได้บริจาคร่างกายไว้เพื่อเป็นครูใหญ่และนิมนต์พระมาทำพิธีและนำทางไปห้องพิธีกรรม และขอให้ทำบุญอุทิศส่วนกุศล 3 วันไม่ต้องยุ่งยากในการทำพธีสวดอภิธรรมและฌาปนกิจศพ

6. Family coping ภรรยามีความเศร้า มีความทุกข์ใจ กลัวการสูญเสีย คร่ำครวญ ถึงแม้จะทราบว่าผู้ป่วยมีเวลาไม่นาน แต่ภรรยาก็พยายามขอต่อรอง และต่อเวลา อยากมีเวลาอยู่กับสามีให้นานที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ *“เธอจ๋าอย่าจากฉันไปนะ อยู่กับฉันนานๆ”* กลางคืนนอนไม่หลับ และ บ่นอยากตายตามผู้ป่วย รู้สึกไม่มีความสุขมาเป็นเวลา 3 สัปดาห์ ร่างกายอ่อนล้าไม่มีเรี่ยวแรง ไม่สนใจสิ่งรอบข้าง และ

7. Patient coping ในวันแรกที่ประเมินผู้ป่วย ผู้ป่วยทุกข์ทรมานจากอาการหายใจลำบากเนื่องจากมีก้อนขนาดใหญ่ ที่ mediastinum ร้องขอความตาย ***“ ช่วยผมได้หรือไม่ ช่วยทำให้ผมตาย เร็วๆ ผมทรมานเหลือเกิน ภายใน 1 สัปดาห์ ช่วยทำให้ผมตายเร็วๆ ผมทรมานเหลือเกิน”***

8. ผู้ป่วยสั่งเสียภรรยาว่าถ้าเขาเสียชีวิตแล้วให้ตัดปอยผม ตัดเล็บไปทำล็อกเก๊ต ห้อยคอ เก็บไว้เป็นความทรงจำ

Teaching Tips:

1. ให้เวลาผู้เรียนในการอ่าน case study
2. ได้เรียนรู้ประเด็นการประเมินด้านจิตใจ จิตสังคม จิตวิญญาณอะไรบ้างมีประเด็นไหนที่ยังไม่ครบถ้วน จากเรื่องเล่า case study ให้เขียนลงใน flipchart
3. ร่วมกันอภิปรายประเด็นที่ได้เรียนรู้ใน case study
   - ปัญหาด้านจิตใจ (Psychological problem) ในผู้ป่วยและผู้ดูแล
   - การสื่อสารและการบอกความจริง เกี่ยวกับการพยากรณ์โรคที่ไม่ดี (communication of bad news)
   - การตัดสินใจทางเลือกในระยะสุดท้าย (End of life decision making)
   - ความต้องการการประคับประคองด้านจิตใจ จิตสังคม และจิตวิญญาณ รวมทั้งความเศร้าโศก
4. อภิปรายแนวทางการให้การดูแลประคับประคองด้านจิตใจ จิตวิญญาณรวมทั้งความเศร้าโศก

Module 6
Psychosocial, Spiritual, and Bereavement Care
ข้อสอบ

1. ข้อใดคือความหมายของ “grief”
   ก. หมายถึงอารมณ์หรือปฏิกิริยาที่ตอบสนองต่อความเศร้าโศกจากการสูญเสีย
   ข. การสูญเสียคนที่รักจากความตาย
   ค. การสูญเสียคนที่รักหรือคนสำคัญในชีวิต
   ง. การตอบสนองความสูญเสียตามบริบทวัฒนธรรม
   ตอบ ข้อ ก.

2. การให้การดูแลผู้ที่มีความเศร้าโศก (Grief intervention) ข้อใดเป็นกิจกรรมการดูแลที่เหมาะสม
   ก. ประเมินความเศร้าโศกของครอบครัว เมื่อแพทย์แจ้งผลการวินิจฉัยและการพยากรณ์โรคที่มีการลุกลาม
   ข. หลังการเสียชีวิตของผู้ป่วย พยาบาลเข้าไปประคับประคองและพูดกับครอบครัวว่า “ถึงเวลาจะเริ่มต้นใหม่แล้ว”
   ค. ผู้ป่วยได้บอกพยาบาลว่ารู้สึกเศร้าที่ตัวเองกำลังจะตาย และต้องจากทุกคนไป พยาบาลตอบว่า “เราพูดเรื่องอื่นดีกว่านะคะจะได้ไม่สะเทือนใจ”
   ง. ไม่มีข้อใดถูก
   เฉลย ก

3. ข้อใดเป็นปฏิกิริยาที่เป็นความเศร้าโศกที่<u>ผิดปกติ</u> (complicated grief)
   ก. ร้องไห้ตลอดเวลา
   ข. เบื่ออาหาร น้ำหนักลด
   ค. รู้สึกไร้ค่า
   ง. ซึมเศร้าจนไม่สามารถทำกิจกรรมปกติได้
   เฉลย ง

4. การดูแลด้านจิตสังคมในผู้ป่วยระยะท้ายข้อใดกล่าว<u>ไม่ถูกต้อง</u>
   ก. เป็นการดูแลจิตใจผู้ป่วยไม่ให้วิตกกังวล ลดความกลัว
   ข. ดูแลผู้ป่วยและครอบครัวทั้งด้าน จิตใจ อารมณ์ สังคมเศรษฐกิจ
   ค. การดูแลความภาคภูมิใจของผู้ป่วยและครอบครัว
   ง. การทำให้ผู้ป่วยยอมรับความจริงให้ได้ขณะที่ผู้ป่วยยังคร่ำครวญและปฏิเสธที่จะยอมรับ
   เฉลย ง

5. ข้อใดเป็นปัจจัยที่ทำให้เกิดปัญหาด้านจิตสังคมในผู้ป่วยระยะท้าย
   ก. อาการไม่สุขสบายทางด้านร่างกาย
   ข. ไม่มีคนหารายได้หลัก
   ค. ผลกระทบจากการรักษา
   ง. ถูกทุกข้อ

   เฉลย ง

6. พยาบาลทีมประคับประคองจัดงานมุทิตาจิตเกษียณอายุราชการให้ผู้ป่วยชายไทยอายุ 60 ปีที่ป่วยด้วยมะเร็งระยะลุกลาม
   กิจกรรมที่ทำเป็นการตอบสนองความต้องการด้านจิตวิญญาณด้านใด
   ก. ความหวัง
   ข. ศาสนา
   ค. การให้อภัย
   ง. คุณค่าความหมายของชีวิต

   เฉลย ง

7. ข้อใดเป็นกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายด้านสังคม (social intervention)
   ก. ช่วยให้ผู้ป่วยผ่อนคลายตามความชอบ เช่น อ่านหนังสือ
   ข. ให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ หาแหล่งช่วยเหลือด้านเศรษฐกิจ
   ค. ปรึกษาจิตแพทย์หากพบว่าผู้ป่วยมีปัญหาด้านจิตใจ (psychological distress)
   ง. ใช้เทคนิคบำบัดปรับเปลี่ยนความคิด (cognitive therapy) หากจำเป็น

   เฉลย ข.

8. การดูแลจิตวิญญาณในผู้ป่วยระยะท้ายข้อใด**<u>ไม่ถูกต้อง</u>**
   ก. ผู้ป่วยระยะท้ายต้องการมีชีวิตอยู่จนลูกรับอยู่ปริญญา แต่ทีมคาดว่าผู้ป่วยจะมีชีวิตอยู่ไม่ถึงจึงจัดกิจกรรมถ่ายภาพ และยินดีล่วงหน้าให้กับผู้ป่วยในโรงพยาบาล
   ข. พยาบาลทีมประคับประคองช่วยให้ผู้ป่วยระยะท้ายมีความหวัง ด้วยการทำให้เชื่อมั่นว่าจะดูแลต่อเนื่องจนวาระสุดท้าย
   ค. พยาบาลไม่อนุญาตให้ผู้ป่วยและครอบครัวนำสิ่งที่นับถือและเคารพบูชาเข้ามาในหอผู้ป่วย เพราะจะทำให้ไม่สะดวกในการให้การพยาบาลและเป็นกฎระเบียบ
   ง. พยาบาลอนุญาตให้ญาติเฝ้าและอยู่กับผู้ป่วยในนาทีจากไป

   เฉลย ค.

เฉลยข้อสอบ

1. ข้อ ก. หมายถึงอารมณ์หรือปฏิกิริยาที่ตอบสนองต่อความเศร้าโศกจากการสูญเสีย
   ข. คือ bereavement
   ค. คือ loss
   ง. คือ mourning
2. ข้อ ก. เพราะการดูแล bereavement care หรือ grief intervention สามารถเริ่มตั้งแต่ก่อนผู้ป่วยเสียชีวิตและดูแล grief ของทั้งผู้ป่วยและครอบครัวด้วย
3. ข้อ ง. คือความเศร้าโศกที่ผิดปกติ (complicated grief) ข้อ A, B, C เป็น normal grief
4. ข้อ ง. การดูแลจิตสังคมเป็นการดูแลความรู้สึก อารมณ์ ระยะการยอมรับเป็นไปตาม stage ของคูเบอร์ลอส เพราะฉะนั้นเป็นไปตามจังหวะของผู้ป่วยและครอบครัว ไม่สามารถเร่งเวลาหรือทำให้เขายอมรับได้ในเวลาอันรวดเร็ว
5. ข้อ ง. ถูกทุกข้อ
6. ข้อ ง. คุณค่าความหมายของชีวิต
7. ข้อ ข. ให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ หาแหล่งช่วยเหลือด้านเศรษฐกิจ ข้ออื่น เป็น psychological intervention
8. ข้อ ค. เป็นการไม่ตอบสนองความต้องการจิตวิญญาณ ด้านศาสนา ความเชื่อ