

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ เป็นการศึกษาถึงการใช้กระบวนการมีส่วนร่วมของญาติในการตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยระยะสุดท้าย ผู้ศึกษาได้ศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องครอบคลุมในหัวข้อต่อไปนี้

1. ความรู้เรื่องผู้ป่วยระยะสุดท้าย
2. การดูแลแบบประคับประคอง
4. เทคนิคการสื่อสารแบบโน้มน้าวจิตใจ
5. สิทธิผู้ป่วย
6. ทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง
7. แนวคิดทฤษฎีการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม
8. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. ความรู้เรื่องผู้ป่วยระยะสุดท้าย

1.1 ความหมายของผู้ป่วยระยะสุดท้าย

ผู้ป่วยระยะสุดท้าย (End of Life) นั้นมีผู้ให้ความหมายผู้ป่วยระยะสุดท้ายไว้หลายท่าน ดังนี้

วอลเลอร์และแคโรไลน์ (Waller & Caroline, 2000) ให้ความหมายผู้ป่วยระยะสุดท้าย คือ ผู้ที่ความเจ็บป่วยอยู่ในระยะสุดท้าย โดยจุดมุ่งหมายในการรักษานั้นเปลี่ยนจากการรักษาให้หายจากโรค มาเป็นการรักษาเพื่อประคับประคองอาการเท่านั้น (Supportive Intent)

ควิลล์ (Quill, 2001) ให้ความหมายผู้ป่วยระยะสุดท้ายคือ ผู้ซึ่งความเจ็บป่วยไม่ตอบสนองต่อการรักษา และได้รับการดูแลประคับประคองอาการ ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและวิญญาณ

เบอร์รี่ กริฟเฟิร์ม และฮิดริช (Berry, Griffie & Heidrich, 2002) กล่าวว่า ผู้ป่วยระยะสุดท้ายคือ ผู้ซึ่งระยะของโรคได้ดำเนินมาถึงขั้นสุดท้าย อาการและการแสดงที่เกิดขึ้นนั้นไม่สามารถควบคุมได้ อวัยวะต่างๆ ไม่สามารถทำงานได้อย่างเป็นปกติ ร่างกายอ่อนแอมากจนกระทั่งไม่สามารถทนต่ออาการต่างๆที่เกิดขึ้นได้อีกต่อไป

จรรยา รัชญาดี (2545) กล่าวว่า ผู้ที่เจ็บป่วยอยู่ในระยะสุดท้ายของชีวิตเป็นผู้ที่มีอาการของโรคลุกลามไปมากแล้วเกินกว่าที่จะรักษาให้หายได้ หรือเป็นโรคที่เคยได้รับการบำบัดด้วยวิธีต่างๆทางการแพทย์แล้ว ไม่หายขาดหรืออาการของโรคกลับเป็นซ้ำอีก หรือมีอาการของโรครุนแรงขึ้น ไม่สามารถช่วยให้ผู้ป่วยหายจากโรคได้อีกแล้ว

สันต์ หัตถิรัตน์ (2546) ให้ความหมายผู้ป่วยระยะสุดท้ายคือ ผู้ที่เจ็บหนักมีอาการรุนแรง ร้ายแรงอยู่ในระยะสุดท้ายของโรค หมดหวังการรักษา หรือมีอาการแสดงต่างๆที่เป็นการบ่งบอกให้เห็นว่าจะมีชีวิตอยู่ได้ไม่นาน เช่น ผู้ป่วยที่อยู่ในสภาพต่ออวัยวะจำเป็นแก่การดำรงชีวิตถูกกระทบกระเทือนอย่างรุนแรง ผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะแพร่กระจายผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดหรือไตวายเรื้อรัง เป็นต้น

นภดล โสภารัตนาไพศาล (2547) ให้ความหมายผู้ป่วยระยะสุดท้ายว่า เป็นผู้ที่มีการเจ็บป่วย 3 ลักษณะ ผู้ที่มีลักษณะการเจ็บป่วยทันทีและตายในที่สุดในระยะเวลานั้น ผู้ที่มีลักษณะการเจ็บป่วยค่อยๆ เสื่อมและตายในที่สุด และผู้ที่มีลักษณะการเจ็บป่วยหนักเป็นครั้งๆ และเสื่อมลงเรื่อยๆจนเสียชีวิตในที่สุด

ผู้ป่วยที่อยู่ในระยะสุดท้าย คือ ผู้ที่ต้องได้รับการดูแลตามแนวทางปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองอาการ โดยเป็นผู้ที่เจ็บป่วยโรคร้ายแรงทันทีทันใด ความคมต่อชีวิตเกิดขึ้นอย่างกะทันหัน ไม่สามารถรักษาให้หายได้ เช่น อุบัติเหตุรุนแรง เส้นเลือดในสมองแตกอย่างกะทันหัน เป็นต้น

ผู้ที่เจ็บป่วยอย่างเรื้อรัง มีการดำเนินของโรคน้อยลงเรื่อยๆ และในที่สุดทำให้ร่างกายค่อยๆเสื่อมสภาพและชีวิตในที่สุด เช่น โรคไตวาย โรคตับวาย และโรคหัวใจล้มเหลว เป็นต้น ผู้ที่เจ็บป่วยของในระยะสุดท้ายของโรค เช่น มะเร็งระยะสุดท้าย โรคสมองเสื่อมระยะสุดท้าย เป็นต้น ผู้ที่มีความพิการตั้งแต่เกิด ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ ต้องไปรับการช่วยเหลือในการทำกิจวัตรประจำวันทั้งหมด และผู้ที่มีชีวิตรอดจากอุบัติเหตุแต่ ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ต่อไป มีช่วงชีวิตไว้อย่างจำกัด (National Guideline Clearinghouse, 2004)

กล่าวโดยสรุป ผู้ป่วยระยะสุดท้าย หมายถึง ผู้ที่อยู่ในภาวะเจ็บป่วย โดยโรคที่ไม่ตอบสนองต่อการรักษา เป็นผู้เจ็บป่วยด้วยโรคที่มีอาการรุนแรง อาการของโรคลุกลามไปมากหรือโรคได้ดำเนินมาถึงระยะสุดท้าย และเป็นผู้ที่แพทย์ลงความเห็นว่ามีวิธีรักษาที่จะทำให้อายุชีวิตหรือหายได้ โดยเปลี่ยนจุดมุ่งหมายจากการรักษาให้อายุชีวิตหรือให้หายจากโรค มาเป็นการดูแลเพื่อประคับประคองอาการเท่านั้น ซึ่งเป็นการดูแลทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม

1.2 อาการและอาการแสดงของผู้ป่วยระยะสุดท้าย

เบอร์รี่ และคณะ (Berry et al., 2002) กล่าวว่า อาการและอาการแสดงของผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่จะเกิดขึ้น ในระยะก่อนเสียชีวิตคือ อ่อนเพลีย ไม่มีเรี่ยวแรงอย่างมาก ไม่สามารถลุกจากเตียงได้ ความสามารถในการทำกิจกรรมต่างๆมีจำกัดอย่างมาก ต้องได้รับความช่วยเหลือในการทำกิจวัตรประจำวัน การตระหนักหรือการรับรู้ลดลง เชื่องซึมมากขึ้น ควบคุมตัวเองไม่ได้ ไม่สามารถรับรู้ วัน เวลา และสถานที่ ร่างกายไม่สามารถดูดซึมอาหารและน้ำได้อีก การกลืนลดลงหรือเป็นไปอย่างยากลำบาก

ควิลล์ (Quill, 2001) กล่าวว่า อาการและอาการแสดงของผู้ป่วยระยะสุดท้ายนั้นประกอบไปด้วย อาการอ่อนแอมาก ซึมเศร้า ผู้ป่วยอาจรู้สึกหรือไม่รู้สึกตัว ต้องการความช่วยเหลือในการทำกิจวัตรประจำวันบางส่วนหรือทดแทนทั้งหมด ไม่สามารถควบคุมตัวเองได้ ความสามารถรับรู้ในการรับรู้ วัน เวลา สถานที่เปลี่ยนไป ระบบการการต่างๆของร่างกายไม่สามารถทำงานได้อย่างปกติ อีกต่อไป ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีอาการหายใจลำบาก ความดันโลหิตลดลง การไหลเวียนเลือดปลายเสียไป ผิวหนังเย็นซีด

สรุป ผู้ป่วยระยะสุดท้ายจะมีอาการและอาการแสดงที่สำคัญ คือ การรับรู้ลดลงเรื่อยๆ จนกระทั่งไม่สามารถรับรู้ได้อีกต่อไป ระบบการทำงานต่างๆ ของร่างกายไม่สามารถทำงานได้อย่างปกติ จนกระทั่งไม่สามารถทำงานได้อีกต่อไป ความสามารถในการทำกิจกรรมต่างๆลดลงเรื่อยๆ และในที่สุดมีจำกัดอย่างมาก ต้องได้รับการช่วยเหลือในการทำกิจวัตรประจำวัน

1.3 ปฏิกริยาของมนุษย์ที่มีต่อความตายและภาวะสุดท้ายอยู่ในระยะยอมรับ (Accept)

เนื่องจากความตายเป็นสิ่งที่หลีกเลี่ยงไม่ได้ ในที่สุดแล้วทุกคนจะได้ประสบกับความตาย ซึ่งความตอบสนองต่อประสบการณ์ที่ร้ายแรงและน่ากลัวนั้นจะแตกต่างกันไปในแต่ละคนเมื่อบุคคลต้องเผชิญกับความตายหรือเข้าไปมีส่วนในสภาวะการณีนี้นี้ แต่ละบุคคลจะแสดงปฏิกริยาแตกต่างกันออกไป ขึ้นอยู่กับการรับรู้เกี่ยวกับความตาย การเตรียมตัวเตรียมใจให้เผชิญต่อเหตุการณ์ เช่นนี้ (Kuber-Ross, 1997; Taylor, 1999) โดยแบ่งเป็น ปฏิกริยาที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยระยะสุดท้ายและปฏิกริยาที่เกิดขึ้นกับครอบครัว

ปฏิกริยาปรับตัวของมนุษย์ที่มีต่อความตาย และระยะสุดท้ายซึ่งอยู่ในภาวะ โศกเศร้า โดยแบ่งออกไป 5 ระยะ ซึ่งบางครั้งระยะเหล่านี้อาจไม่เป็นไปตามลำดับก็ได้หรืออาจเกิดขึ้นพร้อมกันดังต่อไปนี้ (Kuber-Ross, 1997)

1.3.1 ระยะปฏิเสธและแยกตัว (Denial and Isolation) เป็นวิธีการที่บุคคลใช้เพื่อจัดการกับภาวะไม่สุขภาพและสถานการณ์ที่เจ็บป่วย โดยเป็นภูมิคุ้มกันเมื่อบุคคลต้องเผชิญกับข่าวร้ายที่ไม่เผชิญกับข่าวร้ายที่ไม่ได้คาดคิดมาก่อน และทำให้ช็อกเป็นการป้องกันตนเอง และขยาย

เวลาในการใช้กลไกการป้องกันตนเองวิธีอื่นๆ ประโยชน์ที่ผู้ป่วยกล่าวออกมา และสะท้อนถึงการปฏิบัติ ส่วนมากการปฏิบัติมักเกิดขึ้นภายหลังจากที่ผู้ป่วยได้รับทราบเกี่ยวกับการวินิจฉัยโรคของตน และผู้ที่บอกไม่ได้มีความเข้าใจผู้ป่วยอย่างเพียงพอ หรือบอกผู้ป่วยเร็วเกินไป การปฏิบัติเป็นการป้องกันความรู้สึกของตนเองไปได้เพียงระยะเวลาหนึ่งเท่านั้น ซึ่งในเวลาต่อมาผู้ป่วยก็จะยอมรับที่ละน้อย ซึ่งผู้ป่วยในระยะนี้จะพยายามหลีกเลี่ยงการกล่าวถึงความเจ็บปวดของตนเอง หรือกล่าวถึงเพียงสั้นๆเท่านั้น

1.3.2 ภาวะโกรธ (Anger) เมื่อปฏิบัติไม่ยอมรับหรือปฏิเสธผ่านพ้นไป ผู้ป่วยจะเข้าสู่ระยะที่สอง ผู้ป่วยจะมักตั้งคำถามว่าทำไมต้องเป็นตนเองระยะนี้ เป็นระยะที่ทำความยุ่งยากและลำบากให้แก่ครอบครัวและบุคลากรเป็นอย่างมาก เนื่องจากครอบครัวสามารถแสดงอารมณ์โกรธออกมาอย่างที่คาดเดาไม่ได้ และไม่สามารถระบุสาเหตุของความโกรธได้อย่างชัดเจน ผู้ป่วยจะมีอาการฉุนเฉียว โกรธง่าย หงุดหงิด มีแต่คำตำหนิติเตียน การโกรธที่เกิดขึ้นกับความเจ็บป่วยไม่ได้เกิดจากการโกรธบุคคลรอบข้าง แต่เป็นการโกรธสิ่งที่จะสูญเสียไป ดังนั้น ถ้าพยาบาลมีความเข้าใจยอมรับฟังจะทำให้ปฏิกริยาลดน้อยลง

1.3.3 ภาวะต่อรอง (Bargaining) ปฏิกริยาในการตอบสนองระยะนี้เกิดเพียงช่วงสั้น ผู้ป่วยมักจะเกิดการยอมรับว่ามันเกิดขึ้นกับตนเอง แต่มักจะมีคำกล่าวต่อรอง ซึ่งการต่อรองเป็นการแสดงถึงความหวังเพียงน้อยนิดของการมีชีวิตอยู่ต่อไปหรือยืดเวลาของการตายออกไป การต่อรองของผู้ป่วยมักจะเป็นการต่อรองจากสิ่งศักดิ์สิทธิ์ ได้แก่ ศาสนา การบนบานศาลกล่าวต่างๆของชีวิตให้อยู่ยาวนานต่อไปอีกระยะหนึ่ง ซึ่งสิ่งเหล่านี้ทำให้ผู้ป่วยมีความหวังขึ้น

1.3.4 ภาวะซึมเศร้า (Depression) เมื่อการดำเนินของโรคเป็นมากขึ้น ร่างกายของผู้ป่วยอาจมีการเปลี่ยนแปลง กระบวนการรักษาทำให้ต้องเผชิญกับความทุกข์ทรมานอาจทำให้ต้องแยกจากครอบครัวมาเป็นเวลานานๆ ความโดดเดี่ยวที่ต้องเผชิญกับความเจ็บปวด มักทำให้เกิดอารมณ์โศกเศร้าและแยกตัว เมื่อคิดว่าตนเองต้องพบกับความตาย

1.3.5 ภาวะยอมรับ (Accept) เป็นระยะที่ผู้ป่วยยอมรับความจริง อารมณ์สงบลง สามารถพูดคุยกับญาติ เพื่อวางแผนชีวิตในการเผชิญกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในอนาคตต่อไปได้

ลูสท์ (Lotes, 2002) กล่าวว่าสภาวะทางจิตใจและจิตวิญญาณที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยระยะสุดท้ายนั้นมีดังนี้

1. ความซึมเศร้า (Depression) ผู้ป่วยจะมีภาวะซึมเศร้า แยกตัวออกจากสังคม พุดน้อยลง ขาดความตอบสนองซึ่งความซึมเศร้าที่เกิดขึ้นนั้น เกิดจากการที่ผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมอาการและอาการแสดงที่เกิดขึ้นได้ ไม่ว่าจะเป็นความเจ็บปวด ประสบการณ์เลวร้ายที่เกิดขึ้น เช่น น้ำหนักลด ความอยากอาหารลดลง แบบแผนการนอนหลับเปลี่ยนแปลง และอาจทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าตนเองหมดประโยชน์ ไม่มีความหวัง หมดคุณค่า รู้สึกผิดและมีความคิดฆ่าตัวตายได้

2. ความวิตกกังวล (Anxiety) ผู้ป่วยระยะสุดท้ายมักมีประสบการณ์วิตกกังวล ซึ่งแยกได้เป็น 3 ชนิดด้วยกัน คือ

2.1 ความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นจากปฏิกิริยาตอบสนองเมื่อได้รับรู้ว่าตนเองเจ็บป่วยด้วยโรคร้ายแรง เป็นความวิตกกังวลเกี่ยวกับสถานการณ์ที่สำคัญกับโรคที่น่าสะพรึงกลัว เช่น มะเร็ง หรือ กำลังอยู่ในระยะสุดท้ายของโรค

2.2 ความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยที่มีไม่สามารถควบคุมความวิตกกังวลได้ อยู่ เช่น ความวิตกกังวลต่างๆ ไป ความกลัว ความตกใจกลัว เสียขวัญความเครียดจากความเจ็บปวด ซึ่งจะเป็นปัจจัยที่ทำให้ผู้ป่วยเหล่านี้มีความเสี่ยงที่อาการวิตกกังวลจะกลับมาและมากขึ้นเมื่ออยู่ในระยะสุดท้าย

2.3 ความวิตกกังวลที่เกิดจากภาวะความเจ็บป่วยที่ประสพและไม่สามารถควบคุมอาการต่างๆ ที่เกิดขึ้นได้ เป็นความวิตกกังวลที่สัมพันธ์กับโรค เช่น ความเจ็บปวด ภาวะเหนื่อย หอบ ผลข้างเคียงจากการใช้ยา เป็นต้น อาการมักหายไป ถ้าสามารถควบคุมอาการเจ็บป่วยได้ดี

3. ความห่วงกังวลและความกลัว (Concerns Worries and Fears) เป็นความรู้สึกที่พบได้ในผู้ป่วยระยะสุดท้าย เช่น ความรู้สึกเป็นภาระของผู้อื่น ห่วงใยครอบครัวของตนเอง เป็นห่วงกังวล กลัวเกี่ยวกับปัญหาสภาพร่างกายที่ตนประสพ ความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น เป็นต้น

ด้านปฏิกิริยาอารมณ์เศร้าโศกการสูญเสียของสมาชิกครอบครัวนั้น จารุรินทร์ ปีตานพวงศ์ (2547) กล่าวว่า อารมณ์เศร้าโศกการสูญเสียประกอบด้วย 2 ชนิดด้วยกันคือ

1. อารมณ์เศร้าโศกการสูญเสียทุกชนิดที่ไม่เป็นพยาธิสภาพ (Normal Grief) แบ่งออกเป็นสามระยะดังนี้

1.1 ระยะของช็อก งามง ไม่เชื่อในสิ่งที่เกิดขึ้นตามมาด้วยการแสดงออกของอารมณ์ทุกข์ทรมานอย่างท่วมท้น

1.2 ระยะของการโหยหา อารมณ์เศร้า โศกร คิดโทษตัวเองและรู้สึกผิดมีความสนใจในสิ่งของที่สัมพันธ์กับผู้ตาย อาจมีประสบการณ์ที่ทำให้รู้สึกว่าผู้ตายยังคงมีชีวิตอยู่ใกล้

1.3 ระยะที่เป็นช่วงเวลาที่อารมณ์ทุกอย่างสงบลง สามารถหวนคิดถึงผู้ตายและเรื่องราวของการสูญเสียได้ สร้างความสัมพันธ์กับผู้คนรอบข้างได้ตามปกติ รู้ว่าชีวิตที่เหลืออยู่จะต้องดำเนินต่อไปโดยปราศจากผู้ตาย

2. อารมณ์เศร้าโศกการสูญเสียชนิดที่เป็นพยาธิสภาพ (Abnormal Grief) สามารถแสดงออกได้ในหลายรูปแบบ ตั้งแต่การไม่แสดงอารมณ์โศกเศร้าหลังการสูญเสียหรือการแสดงออกของอารมณ์เศร้าโศกที่เกิดขึ้นช้ากว่าปกติไปจนถึงอารมณ์โศกเศร้าอย่างท่วมท้นและเรื้อรัง มีความรู้สึกผิดนี้กว่าตนเองเป็นต้นเหตุของการตาย มีความคิดทำร้ายตนเอง และมีอาการทางจิตประสาทหลอน

กล่าวได้ว่า ปฏิบัติเกี่ยวกับความตายของผู้ป่วยและครอบครัวเป็นสิ่งที่ไม่ควรมองข้าม พยาบาลควรให้การพยาบาลแก่ผู้ป่วยและครอบครัวเพื่อให้สามารถผ่านพ้นสภาวะการณ์ที่เกิดขึ้นไปได้ด้วยดี เกิดความรู้สึกที่ดีต่อความตายว่าเป็นเรื่องธรรมดา และสามารถใช้เวลาที่เหลืออยู่อย่างมีความหวัง (ฟาริดา อิบราฮิม, 2541) ดังนั้น หลักในการพยาบาลดูแลทางด้านจิตใจที่เกิดกับความตายของผู้ป่วยจึงประกอบด้วยทั้งการดูแลผู้ป่วยระยะใกล้ตายและครอบครัว

1.4 การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

ปรัชญาและเป้าหมายหลักของการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายนั้น เป็นการดูแลแบบประคับประคองอาการ คือ ผู้ป่วยและครอบครัว เป็นศูนย์กลางเป็นแนวต่อการดูแลครอบครัวทั้งหมด โดยผู้ให้การดูแลจะต้องไม่ละเลยในการทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับความสุขสบายเมื่อวาระสุดท้ายของชีวิตผู้ป่วยมาถึง (ลักษมี ชาญเวชช์, 2547; Brosche, 2003; Cassel & Foiey, 1999; National Guideline Clearinghouse, 2004) โดยเป็นการดูแลแบบองค์รวม คือ ครอบคลุมทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและจิตวิญญาณของผู้ป่วย (จรรยา รัชญาดี, 2545; พรพิศ ชัน โมลี, 2547; National Guideline Clearinghouse, 2004) เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับความสุขสบายมีคุณภาพชีวิตที่ดีเท่าที่เป็นไปได้และเสียชีวิตอย่างสงบ ส่วนการให้การดูแลและช่วยเหลือประคับประคองช่วยเหลือครอบครัวผู้ป่วยระยะสุดท้ายซึ่งอยู่ในภาวะเศร้าโศกนั้น ก็มีความสำคัญมากเช่นกันเนื่องจากครอบครัวเป็นแรงสนับสนุนที่สำคัญสำหรับผู้ป่วยในระยะนี้ (จรรยา รัชญาดี, 2545; บุญทิศา สุวิทย์ 2547; พรพิศ ชัน โมลี, 2547) ซึ่งการดูแลต้องอาศัยทีมในการดูแล เช่น แพทย์ พยาบาล นักจิตวิทยา นักโภชนาการ เภสัชกร นักกายภาพบำบัด นักอาชีวะบำบัด นักจิตบำบัด นักบวช นักสังคมสงเคราะห์ ผู้ให้คำปรึกษาด้านกฎหมาย เป็นต้น (จรรยา รัชญาดี, 2545; เต็มศักดิ์ พึ่งรัมย์, 2542; Ciccarello, 2003)

การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในการพยาบาลนั้น เป็นการพยาบาลแบบองค์รวม คือ ครอบคลุมทางด้านร่างกาย จิตใจของผู้ป่วย การดูแลด้านร่างกาย หมายถึง การดูแลเพื่อให้ผู้ป่วยมีความสุขความสบายบรรเทาทุกข์ทรมานจากอาการต่างๆของโรค ส่วนการดูแลทางด้านจิตใจ หมายถึงการดูแลที่ครอบคลุมทั้งสภาวะจิตใจ อารมณ์ วัฒนธรรม ความเชื่อ และสังคมของผู้ป่วย เนื่องจากผู้ป่วยจะกลัวการถูกทอดทิ้ง กลัวการพลัดพรากจากคนที่ตนรัก รวมทั้งวัฒนธรรม ความเชื่อในเรื่องความตาย ทำให้เกิดความกลัวกับความตายที่จะมาถึง และชีวิตเบื้องหลังความตาย ซึ่งอาจทำให้มีพฤติกรรมและอารมณ์ที่เปลี่ยนแปลงง่าย อาจซึมเศร้า ท้อแท้ สิ้นหวัง ความกลัวและความวิตกกังวลส่วนการดูแลในด้านสังคมหมายถึง การดูแลครอบคลุมญาติหรือนุคคลที่มีความสำคัญแก่ผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยได้มีการเตรียมตัวต่อการจากไปด้วยสงบในสถานที่ที่ผู้ป่วยต้องการและสิ่งแวดล้อมไปด้วยบุคคลอันเป็นที่รัก (จรรยา รัชญาดี, 2545; เต็มศักดิ์ พึ่งรัมย์, 2542; พรพิศ ชัน โมลี, 2547; National Guideline Clearinghouse, 2004)

การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายนั้น มีความจำเป็นที่จะต้องอาศัยการดูแลเป็นขั้นตอนที่แตกต่างจากการดูแลรักษาในภาวะปกติธรรมดา โดยมีจุดประสงค์เพื่อให้ผู้ป่วยเผชิญต่อความตายอย่างสงบ สมศักดิ์ศรีของการเป็นมนุษย์ ผู้ป่วยต้องการการดูแลมากขึ้น เนื่องจากความสามารถในการดูแลตนเอง ความแข็งแรง พละกำลัง และแรงจูงใจลดลง (จรรยา รัชญาดี, 2545; เต็มศักดิ์ พึ่งรัศมี, 2542) ซึ่งการพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้าย มีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1. การดูแลทางด้านร่างกาย เป้าหมายหลัก คือ การบรรเทา ประคับประคองอาการต่างๆที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย และดูแลช่วยเหลือในการทำกิจกรรม กิจวัตรประจำวัน โดยคำนึงแม้ว่าผู้ป่วยจะหมดหนทางที่จะสามารถรักษาหายจากโรค แต่ผู้ยังคงมีชีวิตซึ่งจะเหลือระยะอีกนานเท่าไรก็ตาม ผู้ป่วยยังต้องการการตอบสนองความต้องการขั้นพื้นฐานของร่างกายและพัฒนาไปสู่การดูแลเพื่อบรรเทาอาการต่างๆของผู้ป่วยระยะสุดท้าย คือ การจัดการเกี่ยวกับอาการแสดงต่างๆที่เกิดขึ้นจากโรคของผู้ป่วย การดูแลอาการที่เป็นผลข้างเคียงจากการรักษา การบรรเทาอาการต่างๆ ที่ทำให้เกิดความทุกข์ทรมาน ภาวะสุขภาพ เช่น ความปวด ช่วยตัวเองได้น้อยลง เป็นต้น การควบคุมการเจ็บปวดในผู้ป่วยระยะสุดท้าย ไม่ใช่ความเจ็บปวดทางกายเท่านั้น แต่เป็นความเจ็บปวดที่ผู้ป่วยต้องประสบในหลายรูปแบบ เช่น การเจ็บปวดทางด้านจิตใจ ด้านเศรษฐกิจ ด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคล เป็นต้น (สิรินทร์ ศาสตราวุธ, 2547; อุทยา นาคเจริญ, 2544 ; Corr, Nabe & Corr, 1997)

โดยในการรักษาพยาบาลหรือดำเนินการใดๆ ให้นึกถึงประโยชน์ของผู้ป่วยก่อน ประโยชน์ของสมาชิกในครอบครัวหรือของคนอื่น เพราะผู้ที่ได้รับความทุกข์ทรมานที่สุดคือ ผู้ป่วย ดังนั้น จะต้องลดความทุกข์ทรมานของผู้ป่วยลงให้มากที่สุดเท่าที่จะทำได้ โดยพยายามให้ผู้ป่วยทุกข์ทรมานน้อยที่สุดและสั้นที่สุด เมื่อไม่สามารถรักษาให้ผู้ป่วยมีอาการที่ดีขึ้น และพ้นจากการทุกข์ทรมานได้แล้ว แม้ว่ายาแก้ปวดหรือยาบรรเทาความทุกข์ทรมานนั้น อาจจะทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตเร็วขึ้นก็ตาม เพราะไม่มีประโยชน์ใดเลยที่จะปล่อยให้ผู้ป่วยต้องทนทุกข์ทรมานจนถึงวาระสุดท้าย (สันต์ หัตถิรัตน์, 2544) จากการศึกษาของพันติโล และคณะ (Puntillo et al., 2001) ในการสำรวจความรู้และความเชื่อของพยาบาลในหออภิบาลผู้ป่วยหนักจำนวน 906 รายต่อประเด็นการดูแลผู้ป่วยภาวะใกล้ตายพบว่า พยาบาล ร้อยละ 98 ให้ความสำคัญและสำคัญต่อการจัดการต่อความเจ็บปวดที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย

ในการดูแลด้านร่างกาย การบรรเทาอาการป่วยกิจกรรมทางพยาบาลต่างๆ ที่เกิดขึ้น ควรจะปรับให้เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละรายและมีการส่งต่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลจากผู้ที่เชี่ยวชาญเฉพาะทาง รวมทั้งผู้ป่วยระยะสุดท้ายต้องได้รับความรู้เกี่ยวกับการดำเนินของโรคและการจัดการต่างๆ ที่เกิดขึ้นด้วย (เต็มศักดิ์ พึ่งรัศมี, 2542; สิรินทร์ ศาสตราวุธ, 2547; National Guideline Clearinghouse, 2004)



2. การให้การดูแลทางด้านจิตใจ โดยเป้าหมายของการดูแลทางด้านจิตใจของผู้ป่วยนั้นจะต้องเป็นการพยาบาลที่ครอบคลุมทั้งอารมณ์ วัฒนธรรม ความเชื่อ และสังคมของผู้ป่วย ซึ่งการช่วยเหลือผู้ป่วยโดยการตอบสนองทางด้านจิตใจ ของผู้ป่วยระยะสุดท้าย จะช่วยให้ผู้ป่วยมีความรู้สึกว่าคุณค่า สามารถดำรงไว้ซึ่งความเป็นตัวของตัวเองและรู้สึกปลอดภัย ช่วยให้ช่วงชีวิตที่เหลือของผู้ป่วยอยู่ได้อย่างมีความสุขและพึงพอใจ แม้จะต้องทนทุกข์ทรมานทางกาย (นิตยา ปัญจมีคดี, 2542; อุทยา นาคเจริญ, National Guideline Clearinghouse, 2004) กิจกรรมการช่วยเหลือให้การพยาบาลทางด้านจิตใจ ความเชื่อ วัฒนธรรม และสังคมของผู้ป่วย กล่าวถึงประกอบด้วยดังนี้

2.1 ส่งเสริมให้ผู้ป่วยตระหนักว่าการมีชีวิตอยู่เป็นสิ่งที่มีความหมาย ความตายเป็น สัจธรรมของชีวิตที่ไม่มีใครหลีกเลี่ยง การเสริมพลังอำนาจ การมีความรู้สึกมีคุณค่า และความภาคภูมิใจในตนเองของผู้ป่วย มีความจำเป็นอย่างมาก เพื่อให้ผู้ป่วยมีกำลังในการดำรงชีวิตที่เหลือได้อย่างมีคุณค่า ทั้งนี้ พยาบาลควรเข้าใจในภูมิหลังซึ่งแตกต่างกันไปในแต่ละคน ซึ่งทำให้คนแสดงพฤติกรรมที่บอกความกังวลและความต้องการความช่วยเหลือมากหรือน้อยในเรื่องที่แตกต่างกัน เช่น ภูมิหลังในด้านการศึกษา วัฒนธรรม ศาสนา อาชีพ บุคลิกภาพส่วนตัว ความเชื่อมั่น ความภูมิใจในตนเอง และรวมถึงอวัยวะที่มีความเจ็บป่วย ภาพลักษณ์ที่เปลี่ยนแปลงจากการเจ็บป่วย การผ่าตัดและการรักษาอื่นๆเพื่อเสริมพลังอำนาจให้ผู้ป่วยอย่างเหมาะสม (นิตยา ปัญจมีคดี, 2542; ฟาริดา อิบราฮิม, 2543)

2.2 ยอมรับพฤติกรรมการแสดงออกของผู้ป่วยให้เวลากับผู้ป่วยค่อยๆ ปรับใจตนเอง เพื่อการยอมรับสภาพความเป็นจริงและยอมรับได้ในที่สุด รวมทั้งแสดงความเข้าใจและเห็นใจในความรู้สึกของผู้ป่วย โดยการสัมผัส การรับฟังอย่างจริงจัง และชี้แนะให้ผู้ป่วยมองปัญหาและหาวิธีการแก้ปัญหาอย่างมีเหตุผล (นิตยา ปัญจมีคดี, 2542; เต็มศักดิ์ พึ่งรัมย์, 2542) นอกจากนี้เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยระบายความทุกข์ ความเจ็บปวดที่ตนรู้สึกอยากอิสระ พร้อมทั้งจะรับฟังตลอดเวลาที่ผู้ป่วยต้องการจะพูด พยาบาลควรช่วยให้ผู้ป่วยคลายความวิตกกังวล ลดเวลาครุ่นคิด ความตายของตนเอง การประคับประคองด้านจิตใจจากพยาบาล ด้วยการดูแลด้วยความมั่นใจให้ความเอื้ออาทรพูดคุยให้เกิดความหวังและดึงเรื่องสนทนาให้ไกลออกจากเรื่องความเจ็บปวดหรือความตายที่กำลังจะเกิดขึ้น (ฟาริดา อิบราฮิม, 2543)

2.3 การพบปะกับสมาชิกครอบครัว เพื่อนฝูงหรือบุคคลที่มีความสำคัญต่อผู้ป่วย เช่น บางรายอาจต้องการทำงานที่ค้างค้างให้เสร็จ หรือจัดการกับทรัพย์สินมรดกก่อนเสียชีวิต เป็นต้น และส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวและเพื่อนฝูงโดยยืดหยุ่นเวลาให้กับครอบครัวได้เข้าเยี่ยมผู้ป่วย ในการจัดการสิ่งที่ผู้ป่วยต้องการในวาระสุดท้ายในชีวิต



2.4 สนับสนุนให้ผู้ป่วยได้ปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา ความเชื่อเท่าที่ศักยภาพของเขาจะทำได้ขณะนี้ เช่น การสวดมนต์ ไหว้พระ หรือการทำละหมาด เป็นต้น จำลอง ดิชชวณิช (2547) กล่าวว่า ในขณะที่ผู้ป่วยจะเสียชีวิต สิ่งที่สำคัญที่สุดหนึ่งในระยะ คือ การแนะนำทางจิตวิญญาณ (Spiritual Guidance) ไม่ว่าผู้ป่วยจะตายโดยสาเหตุใดก็ตาม คติทางพุทธศาสนาเชื่อในเรื่องของสังสารวัฏ คือ คนเราเมื่อจะตายยังมีอวิชา ตัณหา อุปาทาน กรรมหรือกิเลสเหลืออยู่ จะต้องเกิดใหม่ในชาติหน้า ในช่วงที่ผู้ป่วยกำลังจะตายนั้น จิตดวงที่จะเกิดขึ้นเรียกว่าจุดติจิต (Death Consciousness) จิตดวงนี้จะตามด้วยปฏิสนธิจิต (Rebirth Consciousness) ในภพภูมิใหม่ หมายความว่า ถ้ามีการตายเกิดขึ้น จะมีการเกิดใหม่ขึ้นมาทันที ประเพณีอย่างหนึ่งที่นิยมปฏิบัติกันมาตั้งแต่โบราณกาล คือ การบอกหนทางให้แก่ผู้ที่กำลังจะตาย การบอกหนทางดังกล่าว คือ การพูดคุยใจและการพูดคุยเตือนสติให้ผู้ที่กำลังจะตายให้เข้าสู่ความตายอย่างมีสติ มีการระลึกถึงความดีที่เคยทำไว้ วิธีนี้อาจทำได้โดยพระ ญาติพี่น้อง เพื่อนสนิท มิตรสหาย แม้แต่แพทย์ พยาบาลหรือคนที่อยู่ใกล้เคียงที่เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้ปฏิบัติทางศาสนาย่อมสร้างขวัญและการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายกำลังใจ อีกทั้งเป็นสิ่งยึดเหนี่ยวที่คืออย่างหนึ่งเมื่อวาระสุดท้ายจะมาถึง อาจทำให้ความกลัววิตกกังวลเกี่ยวกับความตายที่มีถึงลดน้อยลงไป เพราะไม่ว่าชาติใด ภาษาใดถ้ามีความเชื่อมั่นว่า ถ้าตนเองตายแล้วจะไม่ดับสูญ เชื่อว่าตายแล้วจะขึ้นสวรรค์อยู่กับพระเจ้า ไปสู่คติภพยึดมั่นในศาสนา สิ่งศักดิ์ที่ตนเองนับถือ รู้จักใช้ประโยชน์จากความตาย ทำให้ความกลัวตายลดลงก็จะเห็นว่าความตายเป็นปัจจัยนำไปสู่ความดีงาม (จำลอง ดิชชวณิช, 2547 และ พระไพศาล วิสาโล สุลักษณ์ สิวลักษณ์ นิธิ เอียวศรีวงศ์ พรทิพย์ โรจนสุนันท์ และ เจิมศักดิ์ ปิ่นทอง, 2546) จากการศึกษาของวิกและเพิร์ลแมน (Vig & Pearlman, 2004) ศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยที่เป็นโรคหัวใจและมะเร็งระยะสุดท้ายจำนวน 26 คนพบว่าผู้ป่วย 21 รายให้ความสำคัญกับความเชื่อ จิตวิญญาณ ศาสนา ในวาระสุดท้ายของชีวิต และในผู้ป่วย 21 รายนี้มีผู้ป่วยจำนวน 16 รายที่ให้ความสำคัญในเรื่องจิต วิญญาณ ศาสนา ในวาระสุดท้ายในชีวิตในระดับมากที่สุด ในพุทธศาสนามีความเชื่อเรื่องการเวียนว่ายตายเกิด มนุษย์ทุกคนเมื่อตายไปแล้วก็ต้องมีการเกิดใหม่ในภพภูมิต่างๆ ตามแรงบุญหรือบาปที่บุคคลนั้นได้กระทำแล้วมีการตายโดยหมุนเวียนอยู่เรื่อยไป ในความเชื่อทางคริสต์ เชื่อว่าความแน่วใจมั่นคง เข้าใจ และไว้วางใจในพระเจ้าองค์เดียว กล่าวคือ ภายที่มาจากดิน ก็จะกลับเป็นดินถ้ารู้ดีไม่ว่าจะฝังหรือเผา ส่วนจิตวิญญาณก็จะกลับคืนสู่พระเจ้า ความตายมิใช่เป็นการสิ้นสุดของชีวิต แต่เป็นการเริ่มชีวิตใหม่อีกมิติหนึ่ง ในความเชื่อทางอิสลาม เชื่อว่าความตายเป็นที่พำนักชั่วคราว เป็นสิ่งที่ไม่นิรันดร์ ทุกสิ่งทุกอย่างมีจุดเริ่มต้นและจุดสิ้นสุด ความตายของมนุษย์นั้นเป็นการเริ่มต้นของชีวิตในโลกหน้าหรือเป็นสะพานไปสู่ชีวิตหลังความตายที่เป็นโลกนิรันดร์ เป็นสิ่งที่ทำให้ชีวิตมีความสมบูรณ์

1.5 **หลักการให้การพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้าย** การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายนั้นเป็นการดูแล เพื่อให้ครอบครัวรวมทั้งทางด้านร่างกาย และจิตใจของผู้ป่วย โดยยึดหลักการพยาบาลดังต่อไปนี้

1. ให้การพยาบาลอย่างมีจริยธรรม โดยในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายเหล่านี้เป็นเรื่องยากที่จะตัดสินใจว่าการรักษาแบบใดถูกต้องที่สุด เพราะเป็นปัญหาทางจริยธรรมขึ้นอยู่กับหลายองค์ประกอบทั้งรูปธรรมและนามธรรม มาตรฐานเป็นที่ยอมรับในสังคมหนึ่งอาจไม่เป็นที่ยอมรับในอีกสังคมหนึ่ง ผู้ปฏิบัติต้องตัดสินใจ โดยยึดหลักศีลธรรมหรือความถูกต้องมาเป็นบรรทัดฐาน คือ การเคารพความเห็นของบุคคล รับฟังความคิดเห็น ยอมรับการตัดสินใจ ควรเป็นเพียงผู้แนะนำให้ข้อมูลที่ถูกต้องง่ายต่อความเข้าใจ แล้วให้ผู้ป่วยเป็นผู้เลือกการรักษา โดยเป็นการกระทำที่เป็นประโยชน์แก่ผู้ป่วย เมื่อตัดสินใจแล้วว่าการกระทำนั้นๆ ไม่เป็นอันตรายต่อผู้ป่วย และกระทำด้วยความยุติธรรม และเมื่อผลใดๆเกิดขึ้นควรทำใจยอมรับ ยึดหลักการสร้างความมั่นใจเชื่อถือด้วยการรักษาสัญญาที่จะให้การดูแลด้วยวิชาความรู้หรือเครื่องมือที่ดี รวมทั้งบอกความจริง รักษาความลับและความเป็นส่วนตัวของผู้ป่วยและยึดหลักขนบธรรมเนียมประเพณี ซึ่งมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมของมนุษย์เท่ากับหรือมากกว่าศีลธรรมและกฎ เพราะถือว่าเป็นโครงสร้างของสังคมอาจพบได้ว่า ในสังคมหนึ่งอาจไม่ยอมรับสิ่งที่แม้จะถูกต้องตามหลักศีลธรรมและกฎหมาย แต่ขัดต่อขนบธรรมเนียมประเพณีของท้องถิ่นนั้นๆ (กฤษณา เฉลียวศักดิ์, 2545; วิรัช วุฒิกุมิ, 2542; อรัญญา เชาวลิต, 2547) เฟอร์เรลล์ และคณะ (Ferrell et al., 2000) ได้ศึกษาประเด็นเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาลจำนวน 2,330 ราย โดยเป็นพยาบาลผู้มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายพบว่า ในประเด็นของเรื่องจริยธรรมในการดูแลผู้ป่วยนั้น พยาบาลให้ข้อมูลว่าทักษะด้านจริยธรรมยังไม่เพียงพอถึงร้อยละ 89 และมีเพียงร้อยละ 11 เท่านั้นที่มีความรู้ในประเด็นจริยธรรมเพียงพอ

2. การสื่อสารที่ดี โดยคุณเดือน ชินเจริญทรัพย์ (2547) กล่าวว่า การสื่อสารที่ดีและมีประสิทธิภาพเปรียบเสมือนหัวใจหลักในการช่วยเหลือผู้ป่วยระยะสุดท้ายเพราะการสื่อสารที่ดีนำไปสู่การสร้างสัมพันธภาพอันอบอุ่น เต็มไปด้วยความไว้วางใจ ภายใต้วามสัมพันธภาพนี้และผู้ดูแลจะได้แลกเปลี่ยนความคิด ทศนคติต่างๆ อันทำให้ผู้ป่วยยกระดับสภาวะจิตใจจากความมั่นคงไปสู่ความหนักแน่นมั่นคงยิ่งขึ้น ผู้ป่วยอาจจะได้เข้าใจตนเองมากขึ้น และได้ลงมือทำตามความต้องการอันแฝงเร้นในใจบางประการด้วยความเอื้อเฟื้อ ช่วยเหลือจากผู้ดูแลหรือครอบครัวเป็นครั้งสุดท้ายก็ได้ และในการบอกความจริงนั้นเป็นเรื่องที่ต้องระลึกรั้งเสมอ นอกจากนั้น พยาบาลจะต้องเป็นผู้ประสานงานที่ดี เพื่อก่อให้เกิดการสื่อสารที่ดีระหว่างผู้ดูแลรักษา ผู้ป่วย พยาบาลต้องเป็นผู้สร้างความรู้สึกที่มั่นคงปลอดภัยให้กับผู้ป่วยต่อการดูแลที่ได้รับ ให้การติดต่อสื่อสารด้วยความรู้สึกที่อบอุ่น แสดงออกซึ่งพฤติกรรมที่เหมาะสม (บุญทิศา สุวิทย์, 2547; Ciccarello, 2003)

จากการศึกษาของเฟอร์เรลล์ และคณะ (Ferrell et al., 2000) พบว่า พยาบาลร้อยละ 89 ยังขาดทักษะในด้านการสื่อสารกับผู้ป่วยภาวะใกล้ตายรวมทั้งครอบครัวผู้ป่วย ซึ่งการบอกข่าวร้ายให้แก่ผู้ใดควรจะให้ข่าวนั้นกระทบกระเทือนต่อผู้ที่ได้รับข่าวน้อยที่สุดเท่าที่จะทำได้ ในสถานการณ์ที่ยากลำบากต่อการรับรู้ เช่นเดียวกับการศึกษาของ Schulman, Maccorke, Cherlin, Hurzeler, & Bradley, (2005) โดยสำรวจจากพยาบาลที่ได้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในหอผู้ป่วยหนักฉุกเฉินจำนวน 174 รายพบว่า อุปสรรคสำคัญมากที่สุดในการสื่อสารยอมหรือไม่ยอม พิจารณากับผู้ป่วยเหล่านี้คือ การที่ให้ผู้ป่วยและครอบครัวไม่ยอมรับพยากรณ์โรคที่ไม่ดี ไม่ยอมรับความตายที่กำลังจะมาถึง รองลงมาคือ การที่แพทย์ไม่แน่ใจถึงความเห็นว่าผู้ป่วยอยู่ในระยะสุดท้ายของชีวิต การที่ผู้ป่วยเสียชีวิตอย่างรวดเร็วหรือมีอาการทรุดหนักลงอย่างรวดเร็ว การที่พยาบาลพร่องความรู้ ทักษะด้านการสื่อสาร การที่พยาบาลมีภาระงานอย่างอื่นมาก พยาบาลมีความรู้สึกไม่สบายในการพูดคุยถึงประเด็นการดูแลผู้ป่วยภาวะใกล้ตาย พยาบาลมีความกลัวต่อปฏิกิริยาที่จะเกิดขึ้นเมื่อผู้ป่วยหรือสมาชิกครอบครัวเมื่อทราบข่าวร้าย และพยาบาลอยากรักษาความหวังในการรักษาผู้ป่วย สมาชิกครอบครัว ตามลำดับ

ดังนั้น การสื่อสารและการข่าวร้ายที่ดีมีประสิทธิภาพคือ การประเมินสถานการณ์ สถานะทางด้านอารมณ์ สถานะทางด้านจิตใจในขณะนั้นของทั้งผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัวก่อนว่าใครจะเป็นผู้ที่มีความพร้อมที่จะสามารถรับทราบ เข้าใจ หรือสามารถตัดสินใจในเรื่องการรักษาที่ดีกว่า นอกจากนั้นจะมีกรเตรียมแผนพยาบาล เตรียมข้อมูล เตรียมความพร้อมสำหรับการดูแลปัญหาที่จะตามมาภายหลังที่จะเกิดขึ้น โดยเฉพาะเรื่องอารมณ์หรือสถานะทางจิตใจของผู้ป่วยและครอบครัว (เต็มศักดิ์ พึ่งรัศมี, 2542; สันต์ หัตถิรัตน์, 2546)

3. ให้การตอบสนองความต้องการตามสิทธิที่พึงจะได้รับและคำนึงถึงความเป็นบุคคลของผู้ป่วย สมบัติ ตรีประเสริฐสุข (2546) กล่าวว่าในการดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วยที่อยู่ในวาระสุดท้ายของชีวิตคำนึงสิทธิของผู้ป่วย เกี่ยวกับการถึงสิทธิที่จะได้รู้ข้อมูลข่าวสารจากทีมผู้รักษารวมทั้งสิทธิที่จะได้รับการปฏิเสธการรักษาและสิทธิของบุคคลโดยรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ.2540 ให้ความคุ้มครองสิทธิดังกล่าว ตามมาตรฐาน 31 ความหมาย “บุคคลย่อมมีสิทธิและเสรีภาพในชีวิตและร่างกาย” โดยหลักกฎหมายแล้ว เจ้าของสิทธิผู้ป่วยคือ ตัวผู้ป่วยเอง ดังนั้นผู้ป่วยขาดความสามารถตามกฎหมายที่จะแสดงเจตนา เช่น ผู้เยาว์ หรือผู้ที่ไร้ความสามารถ ซึ่งจะต้องมีผู้ดูแลที่มีอำนาจตามกฎหมายแสดงเจตนาแทน ประเด็นสำคัญอยู่ที่ว่า ขณะที่แสดงเจตนา นั้นผู้ป่วยจะต้องมีสติรู้ตัวดี มีความสามารถในการตัดสินใจ โดยที่ผู้ป่วยจะดำเนินการตามสิทธิด้วยตัวเองหรือแสดงเจตนาแต่งตั้งตัวแทนเพื่อให้ตัดสินใจดำเนินการตามสิทธิแทนตนก็ได้ เมื่อตัวเองได้ดำเนินการแทนผู้ป่วยย่อมมีผลบังคับใช้ได้แม้ผู้ป่วยขาดความสามารถในการตัดสินใจแล้วก็ตาม

นอกจากนี้ การตอบสนองความต้องการตามสิทธิที่พึงจะได้รับที่สำคัญอีกประการ คือ การให้โอกาสผู้ป่วยได้เตรียมตัว เตรียมใจ หรือได้กล่าวลาบุคคลที่สำคัญของเขา ให้โอกาสผู้ป่วยได้มีประสบการณ์ในช่วงของชีวิตตามวิถีทางที่ให้ความหมายและคุณค่าแก่เขาเลือกอยู่กับบุคคลที่เขาต้องการ ตัดสินใจ การทำในสิ่งที่ปรารถนาซึ่งขึ้นอยู่กับความต้องการของผู้ป่วยแต่ละคน คนทุกคนไม่ว่าจะป่วยหรือไม่ป่วย ย่อมอยากให้อวาระสุดท้ายของตนเป็นไปโดยสงบ และสะดวกสบายที่สุด ในอดีตที่วิทยาการทางการแพทย์ยังไม่ก้าวหน้า คนชราและคนเจ็บป่วยในระยะสุดท้ายหรือระยะใกล้ตาย ส่วนใหญ่หรือเกือบทั้งหมดจะได้รับการดูแลรักษาในบ้านของตนเอง ท่ามกลางญาติมิตรและคนที่ตนเองรักทำให้ได้มีการพูดคุยกัน ให้กำลังใจกันและกัน ให้ญาติมิตรยอมรับการจากไปของตน ผู้ป่วยมีโอกาสดังเสียทุกสิ่งทุกอย่างที่ตนห่วงกังวลอยู่ ชั่วแล้วชั่วเล่าจนหมดห่วงกังวลก่อนจะจากไป ในปัจจุบันวิทยาการทางการแพทย์ก้าวหน้าขึ้นมาก ทำให้คนชราและคนเจ็บป่วยในวาระสุดท้ายถูกนำไปรักษาในโรงพยาบาลด้วยเหตุผลต่าง ๆ กัน ซึ่งถ้าผู้ป่วยอยู่ในโรงพยาบาล พยาบาลควรจะให้ผู้ป่วยจากไปอย่างสงบ และโดยสะดวกสบายที่สุด (กฤษณา เฉลียวศักดิ์, 2545; สุภาพร ดวงดี, 2537; สันต์ หัตถิรัตน์, 2544; Bernard, 1994) การศึกษาของวิกและเพิร์ลแมน (Vig & Pearlman, 2004) ในกลุ่มผู้ป่วยที่เป็นโรคหัวใจและมะเร็งระยะสุดท้าย จำนวน 26 ราย พบว่าผู้ป่วยถึง 20 ราย ให้ความเห็นว่าครอบครัวและเพื่อนเป็นบุคคลที่สำคัญมากที่สุดเมื่อวาระสุดท้ายของชีวิตจะมาถึง และผู้ป่วยทั้ง 26 คน ต่างมีความต้องการที่จะอยู่กับครอบครัวและเพื่อนในระยะสุดท้าย นอกจากนี้ ต้องให้การพยาบาลโดยคำนึงถึงความเป็นบุคคล ให้ผู้ป่วยให้ผู้ป่วยได้ดำรงบุคลิกภาพและแบบแผนชีวิตในฐานะบุคคล ไม่ทำลาย หรือรบกวนศักยภาพความเป็นบุคคลของผู้ป่วย เคารพในการตัดสินใจ การกระทำใดๆ ที่ผู้ป่วยต้องการในวาระสุดท้ายของชีวิต ผู้ป่วยอาจต้องการเตรียมตัวด้านสังคม หรือการกระทำใดๆ ที่มีจุดมุ่งหมายเพื่อเป็นการวางแผนหรือจัดทำไว้ล่วงหน้าสำหรับสถานการณ์ที่รับรู้ว่าจะต้องเผชิญกับการเจ็บป่วยระยะสุดท้าย เช่น การงาน การเงิน ความเป็นอยู่ทั่วไป และกฎหมาย เป็นต้น (อุทยา นาคเจริญ, 2544; Corr et al., 1997) ดังนั้น การพยาบาลเพื่อสนองตอบความต้องการตามสิทธิที่พึงจะได้รับและคำนึงถึงความเป็นบุคคลของผู้ป่วยจึงเป็นสำคัญยิ่ง เพื่อให้ผู้ป่วยรู้สึกรู้ว่าตนเองมีคุณค่า มีความเป็นบุคคล โดยในการพยาบาลนั้น ให้ยึดหลักการให้การพยาบาลตามสิทธิของผู้ป่วย

สรุปการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายนั้น นอกจากจะเป็นการดูแลผู้ป่วยแล้วยังต้องครอบคลุมถึงการดูแลและการช่วยเหลือครอบครัวของผู้ป่วยด้วย เนื่องจากปรัชญาและเป้าหมายหลักของการดูแลระดับประคองอาการคือ ผู้ป่วยและครอบครัวเป็นศูนย์กลาง โดยผู้ให้การดูแลต้องไม่ละเลยในการทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับความสุขสบายเมื่อวาระสุดท้ายของชีวิตผู้ป่วยมาถึง (นิตยา ปัญจมีดี, 2542; Brosche, 2003; National Guideline Clearinghouse, 2004) โดยสมาชิกครอบครัวนั้น



มีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในโรงพยาบาล เพราะสมาชิกในครอบครัวสามารถมาดูแลและเป็นกำลังใจให้ผู้ป่วยสามารถเผชิญกับอาการทุกข์ทรมานต่างๆ ได้ดีขึ้น แต่เมื่อผู้ป่วยตายจากไป สมาชิกครอบครัวย่อมรู้สึกความ โศกเศร้าและความรู้สึกสูญเสีย ดังนั้นเจ้าหน้าที่ในทีมพยาบาลต้องให้ความสำคัญต่อสมาชิกครอบครัวของผู้ป่วย เพื่อให้สมาชิกครอบครัวสามารถผ่านพ้นกระบวนการเศร้าโศกเป็นไปตามปกติ และสามารถดำรงชีวิตต่อไป (ทัศนีย์ ทองประทีป, 2547; ฟาริดา อีปราฮิม, 2543)

1.6 หลักการพยาบาลในการดูแลครอบครัวผู้ป่วยระยะสุดท้าย ประกอบด้วย

1.6.1 เข้าใจและยอมรับต่อพฤติกรรมกรรมการแสดงออกของสมาชิกในครอบครัวคูเบอร์รอส (Kuber-ross, 1997) ได้กล่าวปฏิกิริยาที่เกิดขึ้นในภาวะสูญเสียและ โศกเศร้าของครอบครัวผู้ป่วยระยะสุดท้ายนั้นไม่แตกต่างกันไปจากปฏิกิริยาที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยและจากการศึกษาของ ดิวค (Duke, 1998) ที่ได้ศึกษาประสบการณ์ของกลุ่มสมรสของผู้ป่วยในระยะสุดท้ายเกี่ยวกับประสบการณ์ของกลุ่มสมรสของผู้ป่วยในขณะที่ผู้ป่วยอยู่ในระยะสุดท้าย โดยใช้การสัมภาษณ์กลุ่มสมรสผู้ป่วยจำนวน 24 ราย พบว่า กลุ่มสมรสของผู้ป่วยได้แสดงความคิดเห็นว่า พยาบาลในหอผู้ป่วยหนักมุ่งที่จะให้ความสนใจดูแลตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยมากกว่าให้ความสำคัญกับความต้องการภาวะ โศกเศร้าและสูญเสีย เขามีความรู้สึกลึกซึ้งเหมือนถูกทิ้ง ต้องอยู่กับความทรงจำเก่าๆ อยู่ท่ามกลางความสับสน อารมณ์เปลี่ยนแปลงง่ายและต้องการคนดูแลเอาใจใส่ คอยให้การช่วยเหลืออย่างมาก โดยสถานการณ์ที่เกิดขึ้นกับครอบครัวผู้ป่วยไม่ว่าจะเป็นความ โศกเศร้าจากการสูญเสีย การเผชิญกับอาการที่เปลี่ยนแปลงตลอดเวลา ความทุกข์ทรมาน ความเจ็บปวด ไม่สามารถคาดเดา การเสียชีวิตของผู้ป่วย ตลอดจนจนสภาวะแวดล้อมในหอผู้ป่วย ย่อมมีผลทำให้การดำเนินชีวิตเปลี่ยนแปลงไป ส่งผลต่อสภาพจิตใจ สภาวะทางด้านอารมณ์ที่เกิดขึ้นย่อมไม่แน่นอนและอาจไม่สามารถควบคุมตนเองได้ ดังนั้นพยาบาลจะต้องเป็นผู้มีบทบาทที่สำคัญในการตอบสนองต่อการดูแล ถือเป็นหนึ่งในเป้าหมายหลักที่สำคัญในแนวทางปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง อาการ (สุนิศา สุขตระกูล, 2544; National Guideline Clearinghouse, 2004) โดยต้องเข้าใจและยอมรับพฤติกรรมกรรมการแสดงออกของครอบครัวผู้ป่วย และส่งเสริมให้ครอบครัวได้มีการระบาย ความทุกข์โศกได้เต็มที่ โดยจัดหาสถานที่ที่เหมาะสมไม่พลุกพล่านและให้เวลาอยู่กับญาติผู้ป่วย พยาบาลควรปล่อยให้ญาติได้แสดงความรู้สึกเสียใจและทบทวนความจำเกี่ยวกับผู้ป่วย โดยพยาบาลควรเป็นผู้รับฟังที่ดี การสัมผัสจะช่วยให้สมาชิกครอบครัวรู้สึกประทับใจ รวมทั้งให้การพยาบาลช่วยเหลือและให้กำลังใจสมาชิกในครอบครัว ให้ดำเนินชีวิตตามปกติเท่าที่สามารถกระทำได้ เช่น เมื่อผู้ป่วยเสียชีวิตแล้ว ในระยะแรก ญาติจะยังไม่เชื่อว่าผู้ป่วยตายจริง ควรจะให้เวลาญาติได้อยู่ใกล้ชิดกับร่างของผู้เสียชีวิตชั่วระยะเวลาหนึ่ง เพื่อให้ครอบครัวผู้ป่วยเกิดการยอมรับและมีช่วงเวลา

ทำใจ จากนั้นพยาบาลจะให้ความช่วยเหลือในการอาบน้ำแต่งตัวศพ เป็นที่ปรึกษาของการรับศพ การเคลื่อนย้ายศพ การหาแหล่งประโยชน์ในการช่วยเหลือ เมื่อญาติมีปัญหาทางเศรษฐกิจ เป็นต้น (นิตยา ปัญจมีดีดี, 2542; บุญทิวา สุวิทย์, 2547)

1.6.2. การติดต่อสื่อสารและการให้ข้อมูลการติดต่อสื่อสารและการให้ข้อมูลนั้นมีความสำคัญต่อครอบครัวผู้ป่วยระยะสุดท้าย ซึ่งความรู้เรื่องข้อมูล ข่าวสารนั้นเป็นสิ่งที่สมาชิกครอบครัวต้องการมากที่สุดดัง เช่น ธิติมา วทานัยเวช (2540) ได้ศึกษาและเปรียบเทียบความต้องการของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตตามการรับรู้ของตนเองและพยาบาล กลุ่มตัวอย่างเป็นสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ จำนวน 55 ราย และพยาบาลประจำการของหอผู้ป่วยหนักจำนวน 51 ราย แบ่งความต้องการออกเป็น 4 ด้านคือ 1) ด้านข้อมูลข่าวสาร 2) ด้านร่างกาย 3) ด้านอารมณ์ และ 4) ด้านจิตวิญญาณ ผลการศึกษาพบว่า สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยภาวะวิกฤตมีความต้องการด้านข้อมูลข่าวสารมากที่สุด รองลงมาคือ ความต้องการด้านร่างกาย ด้านอารมณ์ และด้านจิตวิญญาณ ตามลำดับ ในขณะที่สุนิสา สุขตระกูล (2544) ได้ศึกษาความต้องการในภาวะสูญเสียโศกเศร้าของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยภาวะใกล้ตายจำนวน 103 คนพบว่า สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยเหล่านี้มีความต้องการ 5 ด้านเรียงลำดับได้ดังนี้คือ 1) ความต้องการข้อมูลข่าวสาร 2) ความต้องการอยู่กับผู้ป่วย 3) ความต้องการมีส่วนร่วมในการช่วยเหลือผู้ป่วย 4) ความต้องการที่จะได้รับการสนับสนุนช่วยเหลือ และ 5) ความต้องการการบรรเทาความวิตกกังวล จากงานวิจัยเชิงคุณภาพของ เคิร์ชฮอฟฟ์และคณะ (Kirchhoff et al., 2002) โดยการสอบถามครอบครัวผู้ป่วยที่เสียชีวิตในหออภิบาลผู้ป่วยหนัก 8 แห่งพบว่า เรื่องที่เกี่ยวข้องกับการติดต่อสื่อสารมีอยู่ 3 ประเด็นคือ ข้อมูลที่ได้รับจากทีมการรักษาไม่เพียงพอ การสื่อสารไม่มีประสิทธิภาพ และการที่ทีมการรักษาไม่บอกว่าผู้ป่วยกำลังจะเสียชีวิตทำให้ครอบครัวไม่มีโอกาสได้กล่าวลากับผู้ป่วย

นอกจากนั้น การศึกษา มาลาคริดา และคณะ (Malacrida, et al., 1998) ที่ศึกษาเกี่ยวกับสิ่งที่ทำให้สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยเสียชีวิตในหอผู้ป่วยหนักไม่พอใจขณะที่เข้ารับการรักษา โดยรวบรวมในช่วงปี ค.ศ. 1981-1989 จำนวน 390 ราย โดยการสัมภาษณ์ทางโทรศัพท์ พบว่าสมาชิกในครอบครัวไม่พึงพอใจต่อการให้ข้อมูลเกี่ยวกับอาการของผู้ป่วยเมื่อความตายใกล้เข้ามา และมีความต้องการให้เจ้าหน้าที่บอกข้อมูลอย่างละเอียดและชัดเจนที่สุด เช่นเดียวกับการศึกษาของ เบิร์นและโคลวิน (Berns & Covil, 1998) ที่ศึกษาความต้องการของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยขณะให้การดูแลผู้ป่วยภาวะใกล้ตาย โดยการสัมภาษณ์พบว่า สมาชิกในครอบครัวมีความต้องการข้อมูลเกี่ยวกับความตายที่จะมาถึงของผู้ป่วยและต้องการให้บอกอย่างตรงไปตรงมา นอร์ตัน, ทิลเดน, โทล, เนลสัน, และเอ็กแมน, (Norton, Tiden, Tolle, Nelson, & Eggman, 2003) ได้ทำการศึกษาวิจัย

เชิงคุณภาพในครอบครัวผู้ป่วยซึ่งอยู่ในวาระสุดท้ายของชีวิตจำนวน 20 ราย พบว่า สมาชิกในครอบครัวมีความต้องการพบและพูดคุยกับทีมผู้ให้การดูแลผู้ป่วยโดยให้เหตุผลว่าการได้พูดคุยกับทีมผู้รักษาสามารถลดความวิตกกังวล ความขัดแย้ง ความไม่เข้าใจที่เกิดขึ้นได้ นอกจากนี้ ยังต้องการข้อมูลที่เป็นจริง เข้าใจได้ง่าย อธิบายสิ่งที่ไม่เข้าใจและต้องการให้รับฟังความรู้สึกความคิดเห็นของครอบครัวผู้ป่วยด้วยเช่นกัน ดังนั้น การติดต่อสื่อสารให้สมาชิกครอบครัวได้รับทราบข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วยเป็นอีกประเด็นหนึ่งที่มีความสำคัญเพื่อช่วยให้สมาชิกครอบครัวได้เตรียมตัวและวางแผนชีวิตต่อไป พยาบาลเป็นผู้มีบทบาทสำคัญอย่างยิ่งเนื่องจากมีความใกล้ชิดกับผู้ป่วยและครอบครัวของผู้ป่วยอีกทั้งพยาบาลควรทำหน้าที่สื่อกลางช่วยประสานในเรื่องของการติดต่อสื่อสารระหว่างทีมสุขภาพกับผู้ป่วยและครอบครัว หรือระหว่างตัวผู้ป่วยเองกับครอบครัวให้เข้าใจกันให้มากขึ้น ซึ่งจะส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ดี โดยเฉพาะในการบอกข่าวร้ายนั้นเป็นสิ่งสำคัญยิ่ง ซึ่งการปกปิดข่าวร้ายและการไม่บอกความจริงควรเป็นสิ่งที่ทำน้อยที่สุด เนื่องจากการปิดข่าวได้สำเร็จจะต้องการความร่วมมืออย่างดีจากผู้ที่รู้ข่าวทุกคน ผู้ที่รู้ข่าวทุกคนจะต้องสามารถรักษาความลับได้อย่างเคร่งครัดและสามารถประพฤติปฏิบัติโดยทางสีหน้า ท่าทาง อาการกบปรีชา วาจา เสมือนหนึ่งว่าตนไม่ทราบข่าวนั้น ซึ่งเป็นสิ่งที่ปฏิบัติได้ยากในสถานการณ์จริง โดยพบว่า บ่อยครั้งที่ผู้ที่ถูกปิดข่าวไม่ให้ทราบข่าวร้าย มักจะล่วงรู้หรือมีความรู้สงสัย ระแคะระคายข่าวร้ายเสมอ ส่งผลให้ยิ่งเกิดความกังวล ไม่กล้าถามความจริง รวมทั้งไม่กล้าระบายความรู้สึกกลัวหรือความ โศกเศร้าที่เกิดขึ้น (บุญทิวา สุวิทย์, 2547; รัตนา สายพานิชย์, 2541) ซึ่งการบอกข่าวร้าย อาจจะแบ่งออกได้เป็น 2 สถานการณ์คือ

2.1 กรณีที่สถานการณ์ไม่อำนวย เช่น ในกรณีฉุกเฉินหรือในกรณีที่ไม่มีเวลาพอที่จะให้เลือกรับแจ้งช่วงเวลาและกาลเทศะของการบอกได้ เช่น ผู้ป่วยเกิดหัวใจหยุดเต้นทันที และกำลังนวดหัวใจอยู่ ยังไม่รู้ว่าจะฟื้นหรือไม่ให้บอกข่าวร้ายนั้นเฉพาะผู้ที่เกี่ยวข้องโดยตรงหรือผู้ที่มีอำนาจในการตัดสินใจการรักษาที่เกิดกับผู้ป่วยได้ โดยให้สังเกตสภาพจิตใจของผู้ที่จะได้รับข่าวร้ายนั้นค่อยๆบอกข่าวและพิจารณาว่าผู้ได้รับข่าวร้ายควรมีผู้ประคับประคองจิตใจร่วมด้วยหรือไม่ โดยให้ตระหนักว่าควรใช้สำเนียงปกติและสำนวนที่เข้าใจได้ง่าย รวมทั้งช่วยเหลือดูแลผู้ที่ได้รับข่าวซึ่งจะมีปฏิกิริยาตอบสนองต่อข่าวร้ายแตกต่างกันไป (จุจเดือน ชินเจริญทรัพย์, 2547; บุญทิวา สุวิทย์, 2547; รัตนา สายพานิชย์, 2541)

2.2 กรณีที่สถานการณ์อำนวยคือ มีเวลาพอที่จะเลือกให้ช่วงจังหวะ และกาลเทศะของการบอกข่าวร้ายได้ เช่น กรณีที่ผู้ป่วยเป็นโรคร้ายและจะต้องเสียชีวิตในที่สุด กรณีนี้ให้สร้างความสัมพันธ์กับญาติผู้ป่วย เลือกบอกกับผู้ที่มีความสัมพันธ์ใกล้ชิด มีอำนาจในการตัดสินใจ มีจิตใจเข้มแข็ง โดยค่อยๆบอกใช้วาจาที่เมตตาและนุ่มนวลให้ข้อเท็จจริงให้มากที่สุดเท่าที่

จำเป็นควรบอกให้เร็วที่สุดเพื่อให้ครอบครัวได้มีโอกาสตัดสินใจในการรักษาร่วมกับผู้ป่วยและดูแลช่วยเหลือประคับประคองด้านจิตใจ ช่วยเหลือเท่าที่เป็นไปได้ (ดุจเดือน ชินเจริญทรัพย์, 2547; บุญทิวา สุวิทย์, 2547; รัตนา สายพานิชย์, 2541) โดยสรุปหลักในการสื่อสารกับครอบครัวของผู้ป่วยที่ใกล้จะชีวิตหรือเสียชีวิตไปแล้ว คือ หาสถานที่เหมาะสม แนะนำตนเองว่ามีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยอย่างไร ทำความรู้จักครอบครัวผู้ป่วยด้วยว่ามีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยอย่างไร ชักถามสมาชิกครอบครัวถึงความคิด ภาพเหตุการณ์ที่ได้รับจากที่เข้าพบผู้ป่วย หลังจากนั้นค่อยๆ บอกข้อมูลโดยตรงว่าเกิดอะไรขึ้น เถ่าลำดับเหตุการณ์ต่างๆ เพื่อให้ครอบครัวเข้าใจได้ง่าย และต้องเข้าใจความรู้สึกของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วย รวมทั้งเตรียมตัวที่จะเผชิญกับปฏิกิริยาต่างๆ ที่เกิดขึ้น รวมทั้งการให้ข้อมูลแจ้งข่าวแก่สมาชิกครอบครัวควรเป็นไปอย่างสม่ำเสมอ (รัตนา สายพานิชย์, 2541; สันต์ หัตถิรัตน์, 2544)

1.6.3 ให้การตอบสนองความต้องการตามสิทธิที่พึงจะได้รับจากการพยาบาลเพื่อตอบสนองความต้องการตามสิทธิที่พึงจะได้รับของครอบครัวคือ การเปิดโอกาสให้สมาชิกครอบครัวได้เยี่ยมผู้ป่วย หรือใกล้ชิดกับผู้ป่วยมากที่สุดเท่าที่จะทำได้ ตามความเหมาะสม ควรยืดหยุ่นกฎระเบียบการเยี่ยม โดยเฉพาะวาระสุดท้ายของชีวิตผู้ป่วยเพื่อให้สมาชิกในครอบครัวได้มีโอกาสรับรู้รวมทั้งสัมผัสการเปลี่ยนแปลงเกี่ยวกับอาการของผู้ป่วยที่เกิดขึ้นสามารถให้การช่วยเหลือดูแลผู้ป่วย ซึ่งเป็นการประคับประคองทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจของผู้ป่วย จนกระทั่งผู้ป่วยถึงแก่กรรม เพราะสิ่งสำคัญที่สมาชิกในครอบครัวต้องการคือ การได้มีโอกาสพูดคุยกับผู้ป่วย ขณะที่ผู้ป่วยยังมีสติสามารถรับรู้ได้ รวมทั้งได้พูดกล่าวลาเป็นครั้งสุดท้ายกับผู้ป่วย และเปิดโอกาสให้สมาชิกครอบครัวมีส่วนร่วมและตัดสินใจเกี่ยวกับแผนการ รักษาผู้ป่วย เช่น การหยุดยั้งแผนการรักษา หรือหยุดใช้เครื่องช่วยหายใจในกรณีที่แพทย์พิจารณาแล้วว่า ไม่มีหวังที่จะช่วยให้ผู้ป่วยมีชีวิตรอดได้ (นิตยา ปัญจมีคิติ, 2542; Kirchoff et al., 2002)

ดังนั้น การดูแลสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยระยะสุดท้ายนั้นประกอบไปด้วยหลักสำคัญคือ การดูแลช่วยเหลือ ประคับประคองสภาวะทางด้านจิตใจ ต้องมีการสื่อสารให้ข้อมูลแก่ครอบครัวผู้ป่วยอย่างเหมาะสมและมีประสิทธิภาพและเปิดโอกาสให้ครอบครัวได้มีเวลาอยู่กับผู้ป่วยตามสิทธิที่ควรจะได้รับ เพื่อให้การดูแลและช่วยเหลือผู้ป่วยมากเท่าที่จะเป็นไปได้กล่าวได้ว่าหลักในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายคือ การดูแลทั้งผู้ป่วยระยะสุดท้ายและครอบครัวผู้ป่วยระยะสุดท้าย โดยการดูแลผู้ป่วยนั้นมุ่งประโยชน์ต่อตัวของผู้ป่วยเป็นหลัก มิใช่การเน้นการรักษาโรคเป็นการพยาบาลที่ตอบสนองความต้องการทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถตายอย่างสมศักดิ์ศรี และครอบครัวยอมรับการจากไปของผู้ป่วย แต่อย่างไรก็ตาม ระยะสุดท้ายที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยนั้นเป็นกระบวนการที่มีความซับซ้อนและยังมีปัจจัยที่เป็นอุปสรรคหลายประการในการดูแลผู้ป่วยเหล่านี้

2. การดูแลแบบประคับประคอง

2.1 ความหมายของคำ Palliative Care คือ การดูแลแบบประคับประคอง มุ่งที่จะทำให้ผู้ป่วยที่เผชิญกับการเจ็บป่วยที่คุกคามต่อชีวิต (Life Threatening Illness) และครอบครัวมีคุณภาพชีวิตดีขึ้นไม่ว่าจะเจ็บป่วยด้วยโรคอะไร โดยเน้นที่การควบคุมอาการที่ทำให้ทุกข์ทรมาน ทั้งทางร่างกายจิตใจ และจิตวิญญาณของผู้ป่วย ควรให้การดูแลแบบประคับประคอง ตั้งแต่ระยะแรกที่วินิจฉัยว่าผู้ป่วยเป็นโรครยะสุดท้าย (โรคที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาด) (Terminal Illness) จนกระทั่งผู้ป่วยเสียชีวิต รวมถึงการติดตามดูแลครอบครัวหลังจากสูญเสียผู้ป่วยไปแล้ว (World Health Organization, 2002)

เมื่อกล่าวถึง Palliative Care ผู้ป่วยที่เป็นเป้าหมายหลักมักจะเป็นผู้ป่วยระยะสุดท้ายของชีวิตซึ่งต้องเผชิญกับโรคที่ไม่มีการรักษาให้หายขาด ได้แก่ ผู้ป่วยโรคเอดส์ โรคมะเร็ง โรคอัมพาต เป็นต้น แต่อย่างไรก็ตาม หลักการของ Palliative Care ไม่ได้จำกัดอยู่เฉพาะกลุ่มผู้ป่วยดังกล่าว แต่สามารถนำไปใช้กับผู้ป่วยกลุ่มอื่นได้ รวมถึงผู้ที่ไม่ได้อยู่ในระยะสุดท้ายของโรคด้วย (วิรัช วุฒิภูมิ เต็มศักดิ์ พึ่งรัมย์ และสิรินทร์ ศาสตราวุธรักษ์, 2542)

หลักการของ Palliative Care (วิรัช วุฒิภูมิ เต็มศักดิ์ พึ่งรัมย์ และสิรินทร์ ศาสตราวุธรักษ์, 2542) มุ่งประโยชน์ต่อผู้ป่วยเป็นหลัก ไม่ใช่โรค มุ่งช่วยลดอาการเจ็บป่วยไม่ใช่ทุกข์ทรมาน เพื่อความสุขสบายของผู้ป่วยทั้งร่างกายและจิตใจ ในวาระสุดท้ายของชีวิตดูแลครอบคลุมถึงการตอบสนองทางด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยตั้งแต่เริ่มต้นที่แพทย์วินิจฉัยว่า ผู้ป่วยเป็นโรครยะสุดท้าย เพื่อให้ผู้ป่วยเตรียมตัวเผชิญกับความตายอย่างสงบดูแลครอบคลุมถึงผู้ใกล้ชิดในครอบครัวของผู้ป่วย ทั้งในระยะที่ผู้ป่วยยังมีชีวิตอยู่และหลังเสียชีวิตแล้วถือว่าการตายเป็นสังขาร เป็นกระบวนการปกติเป็นธรรมชาติของชีวิตไม่ควรพยายามเร่งรัด หรือเหนี่ยวรั้งความตายจนเกินกว่าเหตุ

Palliative Care หมายถึง การดูแลเพื่อตอบสนองความต้องการด้านร่างกาย จิตใจ และจิตวิญญาณของผู้ป่วยที่เผชิญกับการเจ็บป่วยที่คุกคามต่อชีวิต (Life Threatening Illness) ซึ่งอาจมีชีวิตรอยู่ได้เป็นปี หรือหลายปี โดยมุ่งบรรเทาความทุกข์ทรมานและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัวตลอดเวลาที่เจ็บป่วย (Center of Advance Palliative Care, 2002)

Barbara Wexler และ Rebecca Frey (2006) กล่าวว่า Hospice Care หมายถึง การดูแลผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะใกล้ตาย (End of Life Care) รวมทั้งการดูแลแบบช่วยเหลือสนับสนุน (Supportive Care) สำหรับผู้ป่วยระยะสุดท้าย (End of Care) สำหรับผู้ป่วยระยะสุดท้าย (Terminally Ill Patients) ที่พักอยู่ที่บ้านหรือในโรงพยาบาลก็ได้ประกอบด้วยโปรแกรมการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative Care) เพื่อบรรเทาความไม่สุขสบายของผู้ป่วยจากอาการต่างๆ เช่น

ความเจ็บปวด เป็นต้น แต่ไม่ได้มุ่งการรักษาโรค มุ่งดูแลจิตใจและ จิตวิญญาณของผู้ป่วยให้ยอมรับว่าความตายเป็นเรื่องปกติในชีวิต ให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยใกล้ตาย และให้คำปรึกษาแก่ครอบครัวผู้ป่วยหลังจากที่ผู้ป่วยเสียชีวิตไปแล้ว

สรุป การดูแลแบบประคับประคอง คือ การดูแลสุขภาพผู้ป่วยครอบคลุมแบบองค์รวมทั้งร่างกายจิตใจ และส่งเสริมความผาสุกทางด้านจิตวิญญาณ ให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี และส่งเสริมให้ผู้ป่วยใช้ชีวิตได้ใกล้เคียงภาวะปกติให้มากที่สุด รวมทั้งเตรียมความพร้อมของญาติในการยอมรับระยะสุดท้ายของผู้ป่วย ช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยให้เผชิญความตายอย่างสงบ และสามารถวางแผนร่วมกับผู้ป่วยในช่วงเวลาที่เหลืออยู่เพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย ช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถผ่านพ้นช่วงวิกฤติของชีวิตไปได้ดี

ข้อเตือนใจสำหรับพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย (เยาว์รัตน์ อินทอง; 2547) พยาบาลมักจะมองในภาพพจน์ที่ไม่ได้จากสังคมว่า “เฉยเมยต่อความทุกข์และความตายเหมือนคนไม่มีชีวิตจิตใจ” ดังนั้น เพื่อให้สังคมมองพยาบาลในภาพพจน์ที่ดีพยาบาลต้องมีการปฏิบัติดังนี้

1. ต้องปรับระดับจิตใจตนเองให้เหนือปฏุชน โดยศึกษาคำสอนในศาสนาให้ลึกซึ้ง (ทำความเข้าใจเรื่องชีวิต และความตาย)

2. ต้องตั้งมั่นในความดีงาม

3. ต้องตระหนักถึงความสำคัญของตนเองต่อผู้อื่นและสังคม

4. ต้องประเมินความรู้สึกรู้สึกนึกคิดของตนเองเกี่ยวกับความตายให้ถ่องแท้

ปัญหาและอุปสรรคในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ของเต็มศักดิ์ พึ่งรัมย์ (2547) ได้แก่ ทักษะคติของพยาบาลต่อความตาย การขาดความรู้และทักษะในการสื่อสาร การขาดการประสานงานที่ดีระหว่างแพทย์ พยาบาล ญาติ และผู้ป่วยไม่มีเวลา

2.2 คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยระยะสุดท้าย ธัญลักษณ์ โอบอ้อม (2548) ให้ความหมายว่าคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยระยะสุดท้าย หมายถึง การมีชีวิตอยู่ระยะสุดท้ายอย่างมีความสุขซึ่งรวมถึงคุณภาพในช่วงสุดท้ายของชีวิตผู้ป่วย และคุณภาพชีวิตของครอบครัว

คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยระยะสุดท้าย มีองค์ประกอบหลัก 4 ด้าน คือ

1. คุณภาพชีวิตด้านร่างกาย (Physical Well-being) หมายถึง การไม่ทุกข์ทรมานจากความเจ็บปวดหรืออาการผิดปกติอื่นๆ

2. คุณภาพชีวิตด้านจิตใจ (Psychological Well-being) หมายถึง การที่ผู้ป่วยไม่เศร้า ไม่วิตกกังวลทำใจยอมรับได้ต่อความเจ็บป่วย

3. คุณภาพชีวิตด้านสังคม (Social Well-being) หมายถึง การผู้ป่วยไม่ถูกทอดทิ้ง ได้รับการช่วยเหลือจากผู้อื่น

4. คุณภาพชีวิตด้านจิตวิญญาณ หมายถึง การที่ผู้ป่วยดำเนินชีวิตในเวลาที่เหลืออย่างมีความหมาย ไม่ท้อแท้ ไม่สิ้นหวัง

สรุป คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยระยะสุดท้ายคือ คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและญาติเผชิญกับปัญหาอันเกี่ยวเนื่องกับความเจ็บป่วยที่คุกคามชีวิต ผ่านกระบวนการป้องกันและบรรเทาความทุกข์ทรมาน ทั้งร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ

2.3 หลักในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย (คณิงนิจ ไชยลังการณ, 2546; เต็มศักดิ์ พึ่งรัศมี, 2547)

2.3.1 การประเมินผู้ป่วย ในประเด็นสำคัญ

- ประเมินความเข้าใจในมุมมองของผู้ป่วยต่อการเจ็บป่วย
- ประเมินผลกระทบในด้านต่างๆ
- ประเมินการปรับตัวของผู้ป่วย

บุคคลจะมีปฏิกริยาในการเผชิญกับวาระสุดท้ายของชีวิต ซึ่งแพทย์ชาว Swiss-American คือ Dr. Kubler- Ross ได้แบ่งวิธีเผชิญกับความตายออกเป็น 5 ระยะโดยปฏิกริยาเหล่านี้ อาจจะสลับไปมาได้ตลอดเวลา ไม่จำเป็นต้องเรียงตามขั้นตอนตามนี้ (พิกุล นันทชัยพันธ์, 2546)

- 1) ระยะปฏิเสธ (Denial)
- 2) ระยะโกรธ (Anger)
- 3) ระยะต่อรอง (Bargain)
- 4) ระยะซึมเศร้า (Depression)
- 5) ระยะยอมรับ (Acceptance)

อย่างไรก็ตาม การแบ่งการเผชิญออกเป็นระยะดังกล่าว อาจไม่สามารถนำการอธิบายได้สำหรับผู้ป่วยทุกราย เพราะว่าบางคนอาจไม่มีการเผชิญในลักษณะดังกล่าวทุกระยะ

2.3.2 การดูแลผู้ป่วย

1) การดูแลด้านร่างกาย โดยมุ่งหวังให้ผู้ป่วยบรรเทาความทุกข์ทรมานด้านร่างกาย และมีความสุขสบาย ได้แก่

- การประเมินความปวดของผู้ป่วย และรายงานให้แพทย์รับทราบ เพื่อจัดการกับความเจ็บปวดของผู้ป่วย

- ให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วมในการตัดสินใจในการรักษา
- ดูแลความสุขสบายด้านร่างกาย เช่น การจัดท่านอนให้ผู้ป่วยสุขสบาย

ดูแลสุขอนามัย

- ดูแลการได้รับอาหารและน้ำ การขับถ่ายของผู้ป่วย
- จัดสภาพแวดล้อมที่สงบ

2) การดูแลด้านจิตใจ เป็นการช่วยให้ผู้ป่วยเกิดการยอมรับ เข้าใจความรู้สึกของตนเอง และสามารถจัดการกับอารมณ์นั้นได้ ได้แก่

- ให้ความรักและเมตตาจิตต่อผู้ป่วยระยะสุดท้าย และอดทนอดกลั้นต่อปฏิกิริยาของผู้ป่วยที่รู้สึกตัวและผู้ป่วยที่ไม่รู้สึกตัว

- การรับฟัง เปิด โอกาสให้ผู้ป่วยระบายความรู้สึก และสร้างความมั่นใจในการดูแล

- การอยู่เป็นเพื่อนและการสัมผัส โดยการจับมือ แขนของผู้ป่วย ทั้งในผู้ป่วยที่รู้สึกตัวและผู้ป่วยที่ไม่รู้สึกตัว

- การยอมรับความรู้สึกและอารมณ์ของผู้ป่วย ไม่ตำหนิ ไม่ต่อต้านผู้ป่วย

- การปลดปล่อยสิ่งที่ค้างใจของผู้ป่วย เช่น ภารกิจที่ค้างค้าง โดยถามผู้ป่วยว่า มีเรื่องอะไรที่ต้องการที่ให้เราช่วยเหลือไหม

3) การดูแลด้านจิตวิญญาณ เป็นการดูแลเพื่อตอบสนองความต้องการด้านความเชื่อ ความศรัทธาหรือสิ่งยึดเหนี่ยวทางใจของผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกมั่นคงทางใจ รู้สึกว่ามีบุญบารมีคุ้มครอง และเพื่อให้มีชีวิตอยู่อย่างสมหวัง มีความหวังและกำลังใจได้แก่

- การถามผู้ป่วยว่าคุณมีอะไรเป็นที่พึ่งทางใจ คุณมีค่าสำหรับใคร และใครมีค่าสำหรับคุณและเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ใกล้ชิดกับบุคคลนั้น เช่น อนุญาตให้มาอยู่เฝ้าผู้ป่วย

- อนุญาตให้ผู้ป่วยได้ปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนาที่ไม่ขัดต่อการรักษา เช่น การสวดมนต์ การทำสมาธิ การให้น้ำรูปภาพครูบาอาจารย์หรือสิ่งศักดิ์สิทธิ์มาไว้ในห้องผู้ป่วย โดยที่พยาบาลต้องเคารพในสิ่งที่ผู้ป่วยยึดถือ เพื่อให้เกียรติในศักดิ์ศรีและความเป็นบุคคลของผู้ป่วย

- การบอกหนทาง แก่ผู้ป่วยที่กำลังเสียชีวิต เพื่อให้ได้พบกับสิ่งที่คิดถึง หลังจากเสียชีวิตแล้ว โดยพูดจริงใจและเต็มสติให้เข้าสู่ความตายอย่างมีสติ ระลึกถึงกรรมดีหรือบุญกุศลที่ได้ทำไว้ ได้แก่ การทำบุญ การดูแลพ่อแม่ การเป็นพ่อแม่ที่ดีขอลูก การเชื่อตรงต่อคู่ครอง เป็นต้น ล้วนเป็นบุญกุศลหรือความคิดที่ช่วยให้ผู้ป่วยเกิดปิติ และเกิดความมั่นใจว่าตนจะได้ไปสู่สุคติอาจจูงใจให้ภาวนาว่า “พุทฺธัง ธัมมํ สังฆัง” หรือ “พุทฺโธ” ส่วนในศาสนาอื่นก็เช่นเดียวกัน

นอกจากนี้ ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย เราต้องดูแลดำเนินชีวิตในเวลาที่เหลืออยู่อย่างมีความหวัง มีกำลังใจ และสมหวัง ดังนั้นเรา จึงต้องเข้าใจถึงความหวังของผู้ป่วย (Mc Ghee & et.al, 2000) ว่าผู้ป่วยมีความหวัง ดังนี้

- ผู้ป่วยหวังว่าตนจะได้รับการควบคุมอาการผิดปกติต่างๆ (Symptom Control) เช่น อาการปวด หายใจลำบาก แน่นท้อง

- ผู้ป่วยหวังว่าเจ้าหน้าที่พยาบาลจะเข้าใจสภาพของอารมณ์ตนเอง
- ผู้ป่วยหวังว่าเจ้าหน้าที่พยาบาลจะมีสัมพันธภาพที่ดีต่อผู้ป่วย
- ผู้ป่วยหวังว่าเจ้าหน้าที่พยาบาลจะเข้าใจความต้องการด้านจิตวิญญาณ

ของผู้ป่วย

- ผู้ป่วยจะได้หวังไปเกิดใหม่ในครอบครัวเดิม
- ผู้ป่วยหวังว่าชาติหน้าจะดีกว่าชาตินี้

4) การดูแลด้านสังคม เป็นการสนับสนุนที่ผู้ป่วยได้รับสิทธิ์ที่พึงมีพึงได้ ได้แก่

- ให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยและญาติตามความเป็นจริง
- ช่วยประสานงานกับครอบครัวของผู้ป่วยหรือทีมสาขาวิชาชีพ
- ช่วยดำเนินการเรื่องสิทธิบัตร
- ช่วยดำเนินการเกี่ยวกับการติดต่อรับศพ

สรุป ประเมินผลและติดตามผลหลังให้การดูแล ได้จากการซักถาม การพูดคุย และ

การสังเกต

2.5 การดูแลครอบครัวผู้ป่วยใกล้ตาย (เขาวรัตน์ อินทอง, 2547) ควรปฏิบัติ ดังนี้

2.5.1 อธิบายให้ญาติผู้ป่วยได้รับรู้ข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วย

2.5.2 เปิดโอกาสให้ญาติจึงผู้ป่วยซักถาม พูดคุย และระบายความสงสัยที่มี

ต่อการรักษาพยาบาลผู้ป่วย

2.5.3 ให้เกียรติ และตอบคำถามด้วยท่าทางสีหน้าที่ท่าทางที่สุภาพเป็นมิตร

2.5.4 อนุญาตให้ครอบครัวได้เข้าเยี่ยมผู้ป่วยตามความต้องการของผู้ป่วย

และครอบครัวตามความเหมาะสม

2.5.5 เปิดโอกาสให้ครอบครัวได้มีส่วนร่วมในการประเมินอาการผู้ป่วย

และมีส่วนร่วมการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยตามความเหมาะสม

2.5.6 อำนวยความสะดวกให้ครอบครัวได้พบปะพูดคุยกับแพทย์

2.5.7 ประชุมปรึกษารื้อกับแพทย์ในการบอกความจริงเกี่ยวกับการพยากรณ์

โรคของผู้ป่วย

2.5.8 แสดงความเห็นอกเห็นใจแก่ครอบครัวผู้ป่วย ในกรณีที่ผู้ป่วยถึงแก่กรรม

และอธิบายการดำเนินของโรค ผลการรักษาพยาบาล ตลอดจนการแสดงให้เห็นว่าช่วยเหลือเต็มที่

2.5.9 อำนวยความสะดวกในการจัดบริการทางศาสนา ความเชื่อ และบริการ

ด้านสังคมอย่างเต็มที่

2.5.10 แนะนำเรื่องการจัดการศพ และการรับใบมรณะบัตร

2.6 การดูแลครอบครัวของผู้ป่วยหลังจากผู้ป่วยเสียชีวิต

2.6.1 การให้คำปรึกษาแก่ครอบครัวของผู้ป่วย ทางโทรศัพท์ หรือ ไปเยี่ยมบ้าน

2.6.2 การไปร่วมงานศพของผู้ป่วย

2.6.3 การส่งการ์ดหรือจดหมายแสดงความเสียใจไปให้ครอบครัวของผู้ป่วย

สรุป การดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยระยะสุดท้ายจะทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลสุขภาพครอบคลุมแบบองค์รวม ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และการส่งเสริมความผาสุกทางจิตวิญญาณ โดยมีเป้าหมายเพื่อเตรียมความพร้อมผู้ป่วยให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี และส่งเสริมให้ผู้ป่วยใช้ชีวิตได้ใกล้เคียงภาวะปกติให้มากที่สุดระหว่างการรักษา รวมทั้งเตรียมความพร้อมของญาติในการยอมรับภาระสุดท้ายของผู้ป่วย ช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยให้เผชิญความตายอย่างสงบ และสามารถวางแผนร่วมกับผู้ป่วยในช่วงเวลาที่เหลืออยู่เพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย ช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถผ่านพ้นช่วงวิกฤติของชีวิตไปได้เป็นอย่างดี

3. ความต้องการของผู้ป่วยระยะสุดท้ายของชีวิต

คนส่วนใหญ่ไม่ปรารถนาที่จะตาย ความต้องการเป็นสิ่งที่เกิดตามธรรมชาติในมนุษย์ ซึ่งเป็นกระบวนการต่อเนื่องตั้งแต่เกิดจนตาย บุคคลมีความต้องการตลอดเวลาทั้งเวลาปกติและเมื่อมีเวลาเจ็บป่วย แต่เมื่อวาระสุดท้ายของชีวิตมาถึงทุกคนต้องการตายอย่างสงบปราศจากความทุกข์ทรมาน (ทัศนีย์ ทองประทีป, 2547; ประเสริฐ เลิศสงวนสินชัย, 2550; Kinzbrunner, 2002) ความต้องการของผู้ป่วยระยะสุดท้ายของชีวิตสามารถสรุปได้ดังนี้

3.1 ความต้องการทางด้านร่างกาย (Biological Need) ผู้ป่วยที่อยู่ในระยะสุดท้ายของชีวิตต้องการลดความทุกข์ทรมานจากความเจ็บป่วยและความสุขสบายทางด้านร่างกาย เช่น การควบคุมความเจ็บปวด การทุกข์ทรมานจากความเจ็บป่วยต่างๆ

3.1.1 ความต้องการควบคุมความเจ็บปวด ผู้ป่วยมักมีชนิดของอาการปวดมากกว่าหนึ่งชนิด แต่ละชนิดจะมีพยาธิสภาพแตกต่างกัน อาการปวดเป็นเพียงหนึ่งในอาการที่พบในผู้ป่วยที่เข้าสู่ในวาระสุดท้ายของชีวิต (ประเสริฐ เลิศสงวนสินชัย, 2550) ความเจ็บป่วยเป็นประสบการณ์ที่ไม่สบายทั้งด้านความรู้สึก และอารมณ์ ซึ่งเกิดร่วมกับการทำลายเนื้อเยื่อของร่างกาย (Weiner et al; 2002) ความปวดก่อให้เกิดความทุกข์ทรมาน เหตุผลหนึ่งของผู้ป่วยระยะสุดท้ายของชีวิตตัดสินใจยุติการรักษาเนื่องจากไม่สามารถควบคุมความเจ็บปวด (Wilson et al, 2000)

3.1.2 ความต้องการสุขสบายทางด้านร่างกาย จากการควบคุมของโรคยอมให้เกิดความรู้สึกไม่สบาย ซึ่งเกี่ยวข้องกับการได้รับอากาศอย่างเพียงพอ การได้รับน้ำและอาหารที่เพียงพอ การขับถ่าย การเคลื่อนไหว การควบคุมอุณหภูมิ ความสะอาดและความสุขสบายต่างๆ การได้รับ



ติดต่อดังกล่าวตามความต้องการ และการได้พักผ่อนนอนหลับอย่างเพียงพอ ก่อให้เกิดความรู้สึกสบาย ไม่มีทุกข์ทรมานจากโรคที่เป็นอยู่ (ฟาริดา อิบราฮิม, 2541)

3.2 ความต้องการทางด้านจิตสังคม (Psychosocial Need) ผู้ป่วยระยะสุดท้ายต้องการความรัก ความมีอิสระที่จะสามารถควบคุมตนเอง

3.2.1 ความต้องการความรักและความอบอุ่นจากครอบครัวและบุคคลอันเป็นที่รัก ต้องการมีความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น สิ่งแวดล้อม ซึ่งมีลักษณะการให้และการรับความรัก ความผูกพัน ความไว้วางใจ ต้องการมีชีวิตอยู่กับครอบครัว บุคคลอันเป็นที่รัก ต้องการความรู้สึกปลอดภัย และการเอาใจใส่จากพยาบาลด้วยความเอื้ออาทร (ฟาริดา อิบราฮิม, 2541; Craven & Hirmler, 2000)

3.2.2 ความต้องการความมีอิสระ ต้องการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษา และต้องการ โอกาสเลือกสถานที่สำหรับตนเองในระยะสุดท้ายของชีวิต (นิตยา ปัญญามีดี, 2541)

3.3 ความต้องการทางด้านจิตวิญญาณ (Spiritual Need) ความต้องการการได้รับการให้อภัย การอโหสิกรรม รวมทั้งต้องการได้รับปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนาที่ตนนับถือ

3.3.1 ความต้องการมีชีวิตอย่างมีความหมายและเป้าหมายของชีวิต ได้แก่การดำเนินชีวิตที่ยึดคุณค่าของตนเอง การทบทวนประสบการณ์ที่ผ่านมา รวมถึงการให้ความหมายของความตาย การดำรงอยู่ และวันเวลาที่เหลืออยู่ในชีวิต รวมถึงการค้นพบความหมายเล็กๆ ในทุกๆ สิ่ง แม้แต่ความเจ็บป่วยและความตาย เช่นการดำรงชีวิตตามแนวทางศาสนาพุทธ และมีเป้าหมายที่ต้องการขึ้นสวรรค์ และการดำรงชีวิตที่ห่างไกลจากนรก เมื่อบุคคลไม่สามารถที่จะให้ชีวิตมีความหมายได้ผลที่ตามมา คือความบิบบั่นทางอารมณ์ จะแสดงความรู้สึกกว้างเปล่า โดดเดี่ยวสิ้นหวัง (Craven & Hirmler, 2000)

3.3.2 การได้รับการให้อภัย ในภาวะจิตวิญญาณในผู้ใกล้ตายซึ่งไม่มีทางใดรักษา ผู้ป่วยยังต้องการการได้รับการให้อภัยในความผิดพลาดที่ผ่านมา ถ้าไม่ได้รับการให้อภัยทำให้เกิดความรู้สึกผิด เกิดความไม่สบายใจ ความสับสนนั้นขึ้นอยู่กับการให้ความหมายจริยธรรมผู้ป่วยบางคนจะมีความบาปมากกว่าความรู้สึกทรมานที่เกิดจากการเจ็บทางด้านร่างกายการได้รับการให้อภัยทำให้ความรู้สึกทางจิตวิญญาณดีขึ้น (ฟาริดา อิบราฮิม, 2543; เสาวนีย์ จิตต์หมวด 2535; Craven & Hirmler, 2000) เช่น ผู้ป่วยต้องการการได้รับการให้อภัยจากบุคคลรอบข้าง ญาติพี่น้อง

3.3.3 ความต้องการมีความหวัง รู้สึกปรารถนาที่เกิดขึ้น เป็นความไว้วางใจ ความเชื่อมั่น ในความสำเร็จเป็นความรู้สึกที่ทำให้ผู้ป่วยดีขึ้นและเป็นแหล่งพลังแห่งชีวิต การตั้งความหวังทำให้บุคคลรู้สึกถึงการมีความหวังรับรู้ว่าสิ่งสำคัญในชีวิต (Klitzing, 1999; Mckinnon

& Miller, 2002) ระดับความหวังของบุคคลสามารถเปลี่ยนแปลงได้ตลอดเวลา ความหวังเป็นความปรารถนาอย่างแรงกล้าเพื่อที่จะทำสิ่งที่น่ากลัวเกี่ยวกับความตายนั่นคือขึ้น ความไม่ใช่สภาวะจิตด้านบวก แต่เป็นความปรารถนาที่จะบรรเทาอาการที่เป็นลบ หรือความหวังเป็นการเผชิญกับสิ่งที่เลวร้าย และต้องการทำให้ขึ้น (ดวงรัตน์ วัฒนกิจไกรเลิศ, 2542) จากการศึกษาของซันนาฏและคณะ (2538) ศึกษาบทบาทของพยาบาลแบบองค์รวมที่มีต่อผู้ป่วยระยะสุดท้ายและความต้องการการพยาบาลของผู้ป่วยระยะสุดท้ายโดยศึกษาในพยาบาลประจำการ 254 ราย และในผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่รับไว้ในแผนกอายุรกรรมและศัลยกรรม 86 ราย ผลการศึกษาพบว่า ในด้านร่างกายผู้ป่วยต้องการบรรเทาความเจ็บปวด หรือความไม่สุขสบายต่างๆ มากที่สุด ส่วนในด้านจิตสังคม ผู้ป่วยต้องการให้พยาบาลให้การดูแลอย่างเต็มใจมากที่สุด และทางด้านจิตวิญญาณ ผู้ป่วยต้องการรับรู้ความจริงเกี่ยวกับความเจ็บป่วยมากที่สุด และต้องการตัดสินใจในการรักษาพยาบาลในระยะสุดท้ายของชีวิต นอกจากนี้การศึกษาของ ซิลเวียรา ดิเพียโร เจอร์ริตี และฟิวเนอร์ (Silveira, DiPiero, Gerrity & Feudtner, 2000) เกี่ยวกับการรับรู้ของผู้ป่วยในระยะสุดท้ายของชีวิต ในผู้ป่วย 1,000 ราย พบว่าร้อยละ 69 ต้องการรับรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วย และต้องการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจในระยะสุดท้ายของชีวิต

ผู้ป่วยที่อยู่ในระยะสุดท้าย มีความต้องการการดูแลจากบุคลากรทีมสุขภาพ ครอบครัว บุคคลอันเป็นที่รัก เสมือนมนุษย์พึงได้รับ เพื่อการตอบสนองความต้องการ ซึ่งบางครั้งการตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยในระยะสุดท้ายอาจจะไม่ได้รับการตอบสนองครบถ้วน

4. การสื่อสารการโน้มน้าวจิตใจ

4.1 ความหมายของการติดต่อสื่อสาร

การติดต่อสื่อสาร (Communication) เป็นกระบวนการรับและการถ่ายทอดข้อมูลอันได้แก่ ข้อเท็จจริง ความคิด ความรู้สึก ทศนคติ หรือเนื้อหาสาระต่างๆ ที่บุคคลที่เกี่ยวข้องกันจากบุคคลไปสู่บุคคล หรือจากบุคคลไปสู่กลุ่ม หรือจากกลุ่มไปสู่กลุ่ม เพื่อสร้างความเข้าใจ การชักจูงใจหรือมุ่งให้ความรู้หรือทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในการกระทำอย่างหนึ่งอย่างใดตามที่ประสงค์

กระบวนการสื่อสารของมนุษย์ ประกอบด้วยองค์ประกอบสื่อสาร ดังนี้

ผู้ส่งสาร (Sender) คือ ผู้ที่เริ่มต้นกระบวนการสื่อสาร เป็นบุคคลหรือกลุ่มบุคคลที่ต้องการส่งข่าวสาร/ข้อมูลให้ผู้รับสาร โดยมีวัตถุประสงค์ วิธีการที่จะบรรลุวัตถุประสงค์ และลักษณะของผู้รับสารที่มีความแตกต่างกันในด้านภาษา วัฒนธรรม ความรู้สึก ทศนคติ ความเชื่อ และระดับความรู้ ซึ่งผู้ส่งสาร พึงตระหนักถึงการเลือกโอกาสและวิธีการที่เหมาะสมที่เอื้อให้ผู้รับสารเข้าใจและตอบสนองได้ง่าย

ข่าวสาร (Message) คือ เนื้อหาสาระที่ผู้ส่งสารต้องการส่ง ซึ่งเนื้อหาสาระดังกล่าวนี้สามารถสื่อความหมายหรือตีความหมายให้เกิดความเข้าใจได้ ส่วนประกอบของข่าวสาร ข้อมูลมิใช่เป็นเพียงถ้อยคำ หรือภาษาเท่านั้น แต่ยังหมายรวมถึง โอกาส ช่วงเวลา อารมณ์ ความรู้สึก โดยเฉพาะระดับเสียง มักเป็นตัวบอกรูปร่างทางอารมณ์ของผู้คิดต่อว่าเป็นความพอใจ โกรธ ไม่พอใจ หรือเศร้าใจ เป็นต้น นอกจากนี้การแสดงออกทางสีหน้าท่าทางยังเป็นการถ่ายทอดความรู้สึกนึกคิดภายในของบุคคลที่สำคัญ อันจะช่วยให้เกิดความเข้าใจกันมากยิ่งขึ้น การจัดทำข่าวสาร/ข้อมูลพึงพิจารณาถึงความชัดเจนที่จะช่วยให้ผู้รับสารเข้าใจและตอบสนองได้ง่าย

สื่อหรือช่องทาง (Media or Channel) คือ หนทางหรือวิถีทางที่จะนำเอาข่าวสารจากผู้ส่งสารไปยังผู้รับ หากปราศจากสื่อหรือช่องทางแล้ว ข่าวสารก็ไม่อาจไปถึงผู้รับได้ ช่องทางในการสื่อสารมีมากมาย เช่น การพูด การเขียน การส่งสัญญาณควีน สัญญาณเสียงกลอง ไปจนถึงช่องทางการสื่อสารที่ทันสมัยในปัจจุบัน ได้แก่ การพิมพ์ วิทยุ โทรทัศน์ ภาพยนตร์ และระบบอินเทอร์เน็ต เป็นต้น

ผู้รับสาร (Receiver) คือ บุคคลหรือกลุ่มบุคคลที่เป็นเป้าหมายของการสื่อสาร และเป็นจุดหมายปลายทางของการสื่อสาร โดยเป็นผู้รับข่าวสารที่ผู้ส่งสารส่งมาให้โดยผ่านทางสื่อหรือช่องทาง ผู้รับสารจึงเป็นผู้ที่ผู้ส่งสารพยายามที่จะสร้างความสัมพันธ์และความเข้าใจตามที่ผู้ส่งสารประสงค์หรือปรารถนา ฉะนั้นจึงพึงระมัดระวังการแปลความหมายว่าส่วนใดเป็นข้อเท็จจริง (Fact) ส่วนใดเป็นความรู้สึก (Feeling) ส่วนใดเป็นความคิดเห็น (Thinking or Opinion) และสามารถส่งข้อมูลย้อนกลับ (Feedback) ไปยังผู้ส่งข่าวสารได้ ซึ่งอาจจะบอกกล่าวถึงการรับข่าวสาร/ข้อมูล ตรวจสอบความเข้าใจ หรือแสดงความรู้สึกนึกคิด เป็นต้น ย่อมเพิ่มคุณภาพของการติดต่อสื่อสารให้มากยิ่งขึ้น

ความหมายของการโน้มน้าวจิตใจ การใช้ความพยายามที่จะเปลี่ยนความเชื่อ ทศนคติ ค่านิยมและการกระทำของบุคคลอื่น ด้วยกลวิธีที่เหมาะสมให้มีผลกระทบต่อจิตใจบุคคลนั้นจนเกิดการยอมรับและยอมเปลี่ยนตามที่ผู้โน้มน้าวใจต้องการ

องค์ประกอบพื้นฐานการโน้มน้าวจิตใจ ความต้องการขั้นพื้นฐานของมนุษย์เป็นแรงผลักดันให้มนุษย์สร้างทัศนคติความเชื่อค่านิยม รวมทั้งกระทำพฤติกรรมอื่นๆ อีกนานัปการเพื่อสนองความต้องการของตน เมื่อใดก็ตามที่มนุษย์ถูกเร้าจนประจักษ์ว่าถ้าตนได้ปรับเปลี่ยนความคิดและการกระทำไปตามแนวทางที่ถูกเร้าแล้ว ตนก็จะได้รับสิ่ง ซึ่งสนองความต้องการขั้นพื้นฐาน ตามความปรารถนา เมื่อนั้นมนุษย์ก็จะตกอยู่ในสภาวะที่ถูกโน้มน้าวใจได้ หลักสำคัญที่สุดของการโน้มน้าวใจคือ การทำให้มนุษย์ประจักษ์แก่ใจตนเองว่า ถ้าเชื่อเห็นคุณค่าหรือกระทำตามที่ผู้โน้มน้าวใจชี้แจงหรือชักนำ ก็จะได้รับผลที่ตอบสนองความต้องการขั้นพื้นฐานของตน

4.2 องค์ประกอบทางจิตวิทยาที่มีผลต่อการโน้มน้าวจิตใจ

4.2.1 การเรียนรู้และจิตสำนึก การเรียนรู้ตามความหมายทางจิตวิทยา หมายถึง การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของบุคคลอย่างค่อนข้างถาวร จิตสำนึกคือ จิตที่ใช้เหตุใช้ผลในการคิด ในการตัดสินใจต่าง ๆ เป็นส่วนของจิตใจที่สามารถแยกแยะความผิดถูก เวลาเราถูกสอนอะไรก็ตาม ตั้งแต่เด็ก จิตส่วนนี้แหละที่จะเป็นส่วนที่เอาประสบการณ์ทั้งหมดมาประมวลผลเป็นความถูกหรือผิด

4.2.2 อารมณ์และความรู้สึก อารมณ์ หมายถึง การเปลี่ยนแปลงสภาวะทางจิต ซึ่งเกิดขึ้นโดยมีสิ่งเร้าอารมณ์ หรือสิ่งที่มากระทบกระเทือนจิตใจนั่นเอง ซึ่งอาจแสดงออกทางร่างกายในลักษณะต่างๆ เช่น หน้าซีด หน้าแดง น้ำตาไหล เสียงดัง ใจสั่น หัวใจเต้นเร็ว เป็นต้น

4.2.3 ทศนคติและความเชื่อ ทศนคติ หมายถึง ปฏิกริยาอันเป็นการแสดงผลของ กระบวนการประเมินที่มีต่อ สิ่งเร้าหรือสิ่งกระตุ้น โดยเป็นผลรวมของ ความรู้สึก (ชอบ/ไม่ชอบ) ความรู้ความเข้าใจ (เข้าใจ/ไม่เข้าใจ) และพฤติกรรม (สนับสนุน/ไม่สนับสนุน) โดยบ่งบอกทิศทาง และระดับของผลการประเมิน ได้แก่ เห็นด้วยอย่างยิ่ง ค่อนข้างเห็นด้วย ค่อนข้างไม่เห็นด้วย และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง

- ความเชื่อ หมายถึง การยอมรับข้อเสนอข้อใดข้อหนึ่งไว้ว่าเป็นความจริง ความเชื่ออาจจะมีพื้นฐานจากข้อเท็จจริงที่เชื่อถือได้หรือมีพื้นฐานจากความเดียดฉันท์จากการนี้รู้ เาเอง หรือจากลักษณะที่ทำให้เกิดความเข้าใจไขว้เขวก็ได้

- ประสบการณ์และกรอบอ้างอิง

- บุคลิกภาพและจิตวิทยาที่เกี่ยวข้องกับมวลชน

4.3. องค์ประกอบทางสังคมวิทยาที่มีผลต่อการโน้มน้าวใจ

4.3.1 ลักษณะโครงสร้างของสังคม โครงสร้างที่สำคัญของสังคมไทยแบ่งออกได้ เป็น 2 ส่วน คือ โครงสร้างสังคมชนบทและโครงสร้างสังคมเมือง แต่ประชากรส่วนใหญ่ของประเทศอาศัยอยู่ในชนบท ซึ่งเป็นสังคมแบบประเพณีนำ และเป็นสังคมเกษตรกรรม ดังนั้น ถ้าหากจะรู้จักสังคมและวัฒนธรรมไทยจะต้องพิจารณาจากโครงสร้างสังคมชนบทเป็นหลัก และจะต้องพิจารณาถึงอิทธิพล ของสังคมและวัฒนธรรมเมืองที่มีต่อสังคมและวัฒนธรรมชนบทประกอบไปพร้อมๆ กันด้วย

1) โครงสร้างสังคมชนบท จัดได้ว่าเป็นโครงสร้างที่สำคัญที่สุด ของสังคมไทย เพราะเท่ากับเป็นโครงสร้าง ของสังคมไทยทั้งหมด ลักษณะจำเพาะที่สำคัญของสังคมชนบท ได้แก่ การร่วมกลุ่มแบบอรูปนัย (Informal) ของกลุ่มปฐมภูมิ (Primary Group) มีการติดต่อกันแบบตัวถึงตัว สภาพแวดล้อมของท้องถิ่นและวัฒนธรรมที่มีอยู่เดิม ซึ่งคล้ายคลึงกัน ทำให้สถานภาพและบทบาทของ คนในสังคมชนบทไม่แตกต่างกันมากนัก ในสังคมชนบทมีการรวมตัว

กันอย่างเหนียวแน่น สมาชิกของสังคมทำหน้าที่สอดคล้องต่อเนื่องกันอย่างราบรื่น โดยมีระบบความสัมพันธ์แบบเครือข่าย มีการนับถืออาวุโส มีความเห็นอกเห็นใจกัน และมีค่านิยมในเรื่องคุณความดีทางศาสนาเป็นตัวควบคุมความประพฤติทางสังคมของคนชนบท สถานภาพจะมีลักษณะจำเพาะของตัวเอง เช่น อายุ ความสามารถ และคุณความดี ผู้ที่ได้รับการยกย่องให้เป็นผู้นำในสังคมชนบทมักได้แก่ พระ ผู้ใหญ่บ้าน กำนันและผู้อาวุโสที่ชาวบ้านเคารพนับถือ

2) โครงสร้างสังคมเมือง ข้อแตกต่างที่เด่นชัดระหว่างสังคมชนบทกับสังคมเมือง ได้แก่ จำนวนกลุ่มและองค์การที่มีมากในสังคมเมืองหลวง หลักเกณฑ์การพิจารณาสถานภาพทางสังคมของบุคคลในเมืองหลวงขึ้นกับฐานะทางเศรษฐกิจ อำนาจและความเกี่ยวข้องทางการเมือง และระดับการศึกษาซึ่งผิดจากเกณฑ์ของสังคมชนบท นอกจากนั้นแล้ว โครงสร้างชนชั้นทางสังคมในเมืองหลวงจะชัดเจน คือ ประกอบด้วยกลุ่มคนที่เป็นผู้สืบเชื้อสายมาจากตระกูลเก่าและขุนนาง ผู้บริหารในสาขาอาชีพต่าง ๆ นักธุรกิจ ข้าราชการ ช่างฝีมือ และกลุ่มผู้ใช้แรงงาน ซึ่งส่วนใหญ่แล้วจะเป็นผู้อพยพจากสังคมชนบทมาอาศัยอยู่ ตามชุมชนแออัดทั้งหลายของสังคมเมืองหลวง ค่านิยมของคนเมืองหลวงนั้นจะเน้นหนักเรื่องอำนาจและความมั่งคั่งมากกว่าชาวชนบทมีความต้องการยกระดับตัวเอง จากชั้นสังคมเดิมไปสู่ชั้นที่สูงกว่า โดยอาศัยปัจจัยหลายประการ เช่น ฐานะการเงิน การศึกษา อำนาจทางการเมือง และสิทธิต่างๆ

4.3.2 ลักษณะกลุ่มทางสังคม กลุ่มทางสังคม มี 2 ประเภท

- 1) กลุ่มปฐมภูมิ มีขนาดเล็ก เช่นกลุ่มสังคมชนบท ใช้จารีตควบคุม
- 2) กลุ่มทุติยภูมิ มีขนาดใหญ่ เช่นกลุ่มสังคมเมือง ใช้กฎหมายควบคุม

4.3.3 พฤติกรรมร่วม

4.3.4 ค่านิยม

ค่านิยม หมายถึง สิ่งที่บุคคลยึดถือเป็นเครื่องช่วยตัดสินใจและกำหนดการกระทำของตนเองสิ่งที่คนสนใจ สิ่งที่คนปรารถนาได้ ค่านิยมเป็นรูปแบบของความคิดที่ติดอยู่ในใจของคนส่วนใหญ่ในสังคม ซึ่งเป็นแนวทางที่ควรยึดถือไว้เพื่อประพฤติตามค่านิยมเป็นสิ่งควบคุมพฤติกรรมของคนในสังคม

4.4 ทฤษฎีการโน้มน้าวใจ

4.4.1 การเรียนรู้

การเรียนรู้ หมายถึง การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมอันเป็นผลมาจากประสบการณ์หรือการฝึกหัด การเรียนรู้เป็นสาเหตุอย่างหนึ่งที่ทำให้เกิดการพัฒนา เกิดได้เมื่อมนุษย์ได้เลือกเอาปฏิกิริยาที่ถูกต้องนั้นเชื่อมต่อกับสิ่งเร้าที่เหมาะสม เป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นภายในตัวบุคคล เกี่ยวเนื่องกับการเปลี่ยนแปลง พฤติกรรมบางอย่างที่ค่อนข้างถาวร ซึ่งกระบวนการเรียนรู้นี้ ยังคงเกิดขึ้นอยู่แม้ภายหลังจบ การศึกษาแล้วก็ตามและเป็นกระบวนการที่ต่อเนื่องตลอดชีวิต

4.4.2 สมดุล

4.4.3 บุคลิกภาพ หมายถึง สภาวะทุกอย่างที่ประกอบกันขึ้นเป็นตัวบุคคลโดยหมายรวมถึงคุณสมบัติหรือคุณลักษณะทางจิตใจซึ่งมีอิทธิพลต่อการกระทำของบุคคลในสถานการณ์ต่างๆ เป็นหน่วยรวมของระบบทางกายและจิตภายในตัวบุคคลซึ่งกำหนดลักษณะการปรับตัวเป็นแบบเฉพาะของบุคคลนั้นต่อสิ่งแวดล้อมของเขา บุคลิกภาพของแต่ละบุคคลจะเห็นได้ชัดเจนจากลักษณะนิสัยในการคิดและการแสดงออก รวมทั้งทัศนคติและความสนใจต่างๆ กิริยาท่าทางตลอดจนปรัชญาชีวิตที่บุคคลนั้นยึดถือบุคลิกภาพ ครอบคลุมสภาวะทุกอย่างซึ่งประกอบขึ้นเป็นตัวบุคคล นับตั้งแต่สภาวะทางกาย อารมณ์ ทักษะ ความสนใจ ความคิดหวัง ความรู้สึก ลักษณะท่าทาง นิสัย ความสามารถทางปัญญา ตลอดจนความสำเร็จที่บุคคลนั้นได้รับ รวมทั้งการปรับตัวของแต่ละบุคคลในการเผชิญปัญหาหรือความคับข้องใจที่เกิดขึ้นในทุกสถานการณ์ของชีวิต ซึ่งก็นับว่าเป็นส่วนหนึ่งของบุคลิกภาพ

4.4.4 การเสาะหาสาเหตุ

4.4.5 การแลกเปลี่ยนเชิงสังคม

4.4.6 Hydrographic

4.5 อัจฉริยะ ที่มีผลต่อการโน้มน้าวใจ

4.5.1 อัจฉริยะและความน่าเชื่อถือของผู้ส่งสาร

1) การแสดงให้ประจักษ์ถึงความน่าเชื่อถือของบุคคลผู้โน้มน้าวใจโดยธรรมชาติบุคคลที่มีคุณลักษณะ 3 ประการ คือ มีความรู้จริง มีคุณธรรม และมีความปรารถนาดี ต่อผู้อื่น ย่อมได้รับความเชื่อถือจากบุคคลทั่วไป

2) การแสดงให้ประจักษ์ ตามกระบวนการของเหตุผลผู้โน้มน้าวใจต้องแสดงให้ประจักษ์ว่า เรื่องที่ตนกำลังโน้มน้าวใจมีเหตุผลหนักแน่น และมีคุณค่าควร แก่การยอมรับอย่างแท้จริง

3) การแสดงให้ประจักษ์ถึงความรู้สึก และอารมณ์ร่วมบุคคลที่มีอารมณ์ร่วมทันยอมคล้อยตามทันได้ง่ายกว่าบุคคลที่มีความรู้สึกปฏิบัติต่อกัน เมื่อใดที่ผู้โน้มน้าวใจ ค้นพบและแสดงอารมณ์ร่วมออกมา การโน้มน้าวใจก็จะสัมฤทธิ์ผล

4) การแสดงให้เห็นทางเลือกทั้งด้านดีและด้านเสียผู้โน้มน้าวใจต้องโน้มน้าวผู้รับสารให้เชื่อถือ หรือปฏิบัติเฉพาะทางที่ตนต้องการ โดยชี้ให้ว่าสิ่งนั้น มีด้านที่เป็นโทษอย่างไร ด้านที่เป็นคุณอย่างไร

5) การสร้างความหรรษาแก่ผู้รับสารการเปลี่ยนบรรยากาศ ให้ผ่อนคลายด้วยอารมณ์ขัน จะทำให้ผู้รับสารเปลี่ยนสภาพจากการต่อต้านมาเป็นความรู้สึกกลางๆ พร้อมทั้งจะคล้อยตามได้

6) การเร้าให้เกิดอารมณ์อย่างแรงกล้า เมื่อมนุษย์เกิดอารมณ์ขึ้นอย่างแรงกล้า ไม่ว่าจะดีใจ เสียใจ โกรธแค้น อารมณ์เหล่านี้ มักจะทำให้มนุษย์ไม่ใช่เหตุผลอย่างถึถ้วน พิจารณาถึงความถูกต้องเหมาะสม เมื่อมีการตัดสินใจ ก็อาจจะคล้อยไปตามที่ผู้โน้มน้าวใจเสนอแนะได้ง่าย

4.5.2 น้ำเสียงของผู้ส่ง ควรใช้ภาษาในเชิงเสนอแนะ ขอร้อง วิงวอนหรือเร้าใจ ซึ่งในการใช้ถ้อยคำให้เกิดน้ำเสียงดังกล่าว จะต้องเลือกใช้คำที่สื่อความหมายตามที่ต้องการ โดยคำนึงถึง จังหวะและความนุ่มนวลในน้ำเสียงที่สร้างความรู้สึกให้เกิดความคล้อยตาม ไม่กล่าวเด็ดขาดเป็นคำสั่งหรือแสดงอำนาจ

4.5.3 ความไม่สอดคล้อง (อวจนสารกับวจนสาร)

อวจนสาร คือ สารที่ไม่ใช้ถ้อยคำซึ่งเป็นสารที่สื่อสารโดยอารมณ์ กริยาท่าทาง สัญลักษณ์ ฯลฯ

วจนสาร คือ สารที่ใช้ถ้อยคำ (คำพูด) ที่ผู้สื่อสารสามารถสื่อได้แก่ตัวภาษาเท่านั้น

5. สิทธิผู้ป่วย

ในขณะนี้สถานพยาบาลต่างๆ เริ่มมีการตื่นตัวเรื่องเกี่ยวกับสิทธิของผู้ป่วยกันอย่างมาก โดยเฉพาะสถานพยาบาลที่ต้องการได้รับการรับรองมาตรฐานต่างๆ เช่น Hospital Accreditation (HA) อีกทั้งได้ปรากฏเป็นกรณีที่แพทย์ไม่ยอมรับการรักษาให้ หรือกระทำการอันไม่เหมาะสมหลายประการ เช่น การจ่ายยาผิด เป็นต้น นอกจากนี้เรื่องสิทธิผู้ป่วยยังเข้าไปสัมพันธ์กับกฎหมายบ้านเมือง ที่มีอยู่แล้วหลายเรื่องด้วยกัน โดยเฉพาะกฎหมายอาญา จึงเห็นได้ว่าเรื่องสิทธิผู้ป่วยนี้มีความสำคัญต่อแพทย์และบุคลากรทางการแพทย์เป็นอย่างมาก

5.1 ความหมาย

สิทธิ หมายถึง อำนาจอันชอบธรรม

นักสังคมศาสตร์อาจมองสิทธิออกได้เป็น 2 ประเภทคือ

5.1.1. สิทธิทางจริยธรรม (Moral Right) หมายถึง อำนาจอันชอบธรรมที่มนุษย์ทุกคนพึงมีโดยเท่าเทียมกัน โดยเชื่อว่ามนุษย์ทุกคนพึงมีอย่างเท่าเทียมกัน ในคุณค่าของความเป็นมนุษย์ โดยไม่จำเป็นต้องอาศัยปัจจัยอื่นมากำหนดวัด มนุษย์จึงมีอำนาจอันชอบธรรม ด้านสิทธิทางจริยธรรมที่จะได้รับการปฏิบัติต่อกันอย่างมีศักดิ์ศรี เสมอภาคและเป็นอิสระ และทุกคนพึงมีหน้าที่จะปฏิบัติต่อกันในลักษณะดังกล่าว หลักความเสมอภาคเป็นรากฐานสำคัญของความยุติธรรม

สิทธิทางจริยธรรมนี้เป็นอำนาจอันชอบธรรม เช่น สิทธิในชีวิต สิทธิในการพูด สิทธิในการเลือกนับถือศาสนา สิทธิทางจริยธรรม มีลักษณะแตกต่างกับสิทธิทางกฎหมาย 4 ประการคือ

- 1) เป็นสากล คือ มีให้กับทุกคนทั่วไปไม่จำกัดว่าจะอยู่ที่ใดในโลก
- 2) มีความเสมอภาค คือ ทุกคนมีสิทธิเท่าเทียมกัน ไม่มีใครมีสิทธิในชีวิต

มากหรือน้อยกว่ากัน

- 3) เปลี่ยนมือไม่ได้ คือ ไม่สามารถให้ยืม หรือแลกเปลี่ยน ขายให้ผู้อื่นได้
- 4) เป็นสิทธิทางธรรมชาติ คือ เป็นสิทธิที่มนุษย์มิได้เป็นผู้กำหนดขึ้นเหมือน

กฎหมาย ไม่ต้องมีองค์กรใดกำหนด

สิทธิทางจริยธรรมมิใช่กฎหมาย แต่การออกมาเป็นกฎหมายนั้นจะทำให้ง่าย และทำให้เข้าใจได้ชัดเจนยิ่งขึ้น

5.1.2. สิทธิทางกฎหมาย (Legal Right) ได้แก่ ประโยชน์ที่กฎหมายรับรองและคุ้มครองให้ หมายถึง ประโยชน์ที่กฎหมายรับรองว่ามีอยู่และเป็นประโยชน์ที่กฎหมายคุ้มครองมิให้ละเมิดสิทธิรวมทั้งบังคับให้เป็นไปตามสิทธิในกรณีที่มีกรณีละเมิด เช่น สิทธิในการเลือกตั้งเมื่ออายุครบ 18 ปี สิทธิในการข้ามถนนในทางม้าลาย สิทธิในการขับรถยนต์ เป็นต้น

แต่ในความเป็นจริง ในขณะนี้แม้ว่าจะมีสิทธิทางจริยธรรมจริง แต่ก็คงแยกจากสิทธิทางกฎหมายได้ยาก โดยทั่วไปอาจแบ่งสิทธิออกได้เป็น 2 ประการ อย่างกว้างๆ คือ

1) สิทธิไม่ให้ถูกรักษา (Negative Right) เป็นอำนาจอันชอบธรรมที่ทุกคนพึงมี เป็นอิสระโดยไม่สามารถไปแทรกแซงได้ สิทธิในประเภทดังกล่าว เช่น สิทธิตามรัฐธรรมนูญในการพูด การนับถือศาสนา สิทธิส่วนตัว สิทธิไม่ให้ผู้อื่นมาทำร้ายร่างกาย เป็นต้น สิ่งที่มาควบคู่กับสิทธิ คือ หน้าที่ที่ทุกคนไม่เข้าไปแทรกแซงผู้อื่นในการทำสิ่งต่างๆ ตามตัวอย่างที่กล่าวมา

2) สิทธิในอันที่จะกระทำได้ (Positive Right) เป็นอำนาจอันชอบธรรมที่มนุษย์เป็นอิสระในการตัดสินใจเลือกด้วยตัวเอง เช่น สิทธิทางการศึกษา การเลือกรูปแบบการรักษาพยาบาล เป็นต้น ปัจจัยที่เกี่ยวข้องในด้านหน้าที่ เช่น องค์กรต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง เช่น ด้านการศึกษา รัฐบาลจะต้องมีส่วนช่วยทำให้บุคคลแต่ละคนสามารถบรรลุถึงการตัดสินใจตามต้องการได้

สิทธิผู้ป่วยในทางการแพทย์ที่มักกล่าวถึงกัน ได้มีการเรียกร่องสิทธิหรือการกล่าวถึงสิทธิต่างๆ ของผู้ป่วยไว้อย่างมากมายและกว้างขวาง ก่อนที่จะมีคำประกาศในเรื่องสิทธิผู้ป่วยออกมาโดยองค์กรทางด้านสาธารณสุข สิทธิที่กล่าวถึงเหล่านี้ เช่น

1. สิทธิขั้นพื้นฐานที่ทุกคนควรจะได้รับบริการด้านสุขภาพโดยเท่าเทียมกัน
2. สิทธิที่จะเลือกรับบริการ
3. สิทธิที่จะรู้ถึงบริการที่ตนจะได้รับหรือได้รับมาแล้ว
4. สิทธิที่จะได้รับข้อมูลจากสถานพยาบาล ไม่ว่าจะเป็นข้อมูลเกี่ยวกับ

สถานพยาบาล การรักษาพยาบาล หรือข้อมูลเกี่ยวกับบุคคลที่ให้การรักษาพยาบาล

5. สิทธิที่จะตาย

6. สิทธิของผู้ป่วยที่บกพร่องทางกายและจิตใจ

7. สิทธิที่จะได้รับความเป็นส่วนตัว (Right of Privacy) สิทธิส่วนตัว เช่น การไม่ถูกรบกวน โดยการตรวจตลอดเวลา หรือในยามวิกาลโดยไม่จำเป็น การที่จะไม่ถูกใช้เป็น ผู้ถูกทดลอง (Subject) ในการเรียนการสอนหรือการวิจัยโดยไม่ได้รับการบอกกล่าวล่วงหน้า

8. สิทธิความเป็นคน เช่น การที่จะได้รับเรียกชื่อมากกว่าถูกเรียกเป็น Case การได้รับการปฏิบัติเช่นคนที่จะพึงได้รับ เช่น ไม่ถูกจับแก้ผ้าต่อหน้าสาธารณชนในสถานพยาบาล

9. สิทธิที่จะได้รับความเสมอภาคในการเป็นคู่สัญญา (สัญญาที่ไม่เป็นธรรม)

10. สิทธิที่จะได้รับบริการทางนิติกรรมที่อาจต้องเกี่ยวข้องกับทางการแพทย์

11. สิทธิอื่นๆ ตามที่กฎหมายบัญญัติไว้ เช่น การขอให้พ้นจากการเป็นผู้ไร้ความสามารถ

5.2 คำประกาศสิทธิของผู้ป่วย

5.2.1 ความเป็นมาของคำประกาศสิทธิผู้ป่วย

สิทธิของผู้ป่วยของสมาคมโรงพยาบาลแห่งสหรัฐอเมริกา สิทธิของผู้ป่วยของสมาคมโรงพยาบาลแห่งสหรัฐอเมริกา (AHA's Patient's Bill of Right) ซึ่งประกาศโดยสมาคมโรงพยาบาลแห่งสหรัฐอเมริกา (The American Hospital Association, 1975) ได้มีแนวคิดว่าการเคารพเรื่องสิทธิของผู้ป่วยนั้นมีความสำคัญที่จะทำให้เกิดผลดีในการดูแลผู้ป่วย ตลอดจนเสริมสร้างความพึงพอใจกับผู้ป่วย โดยเชื่อว่าจะได้รับการสนับสนุนจากโรงพยาบาลในสหรัฐอเมริกา เพราะการเคารพสิทธิของผู้ป่วยเป็นส่วนหนึ่งในกระบวนการรักษานอกจากการรักษาทางยา โดยเน้นเรื่องความสัมพันธ์อันดีระหว่างแพทย์และคนไข้

สิทธิเหล่านี้จะเป็นข้อมูลพื้นฐานในการเกิดสิทธิผู้ป่วยในเวลาต่อมา ที่เรียกว่า "คำประกาศสิทธิผู้ป่วย" นั่นเอง

แนวทางการพิจารณาถึงสิทธิผู้ป่วยอย่างกว้าง อาศัยสิทธิตามกฎหมายต่างๆ ได้อยู่แล้วจำนวนมากไม่น้อย ตัวอย่างของกฎหมายเหล่านี้ เช่น

1. รัฐธรรมนูญ

เป็นสิทธิผู้ป่วยที่บัญญัติไว้ในรัฐธรรมนูญฉบับปัจจุบัน ปีพ.ศ.2540 ที่สำคัญ เช่น ในมาตรา 52 และมาตรา 82 ดังจะได้กล่าวถึงต่อไป

2. กฎหมายทั่วไป คือ สิทธิที่บัญญัติไว้ในกฎหมายทั่วไป เช่น ในประมวลกฎหมายอาญา ไม่ว่าจะเป็นในเรื่องชีวิต ร่างกาย เสรีภาพ ความลับของผู้ป่วย ฯลฯ ตัวอย่าง เช่น ผู้ป่วยชราหรือป่วยเจ็บต้องได้รับการดูแล ตามมาตรา 307

มาตรา 307 "ผู้ใดมีหน้าที่ตามกฎหมายหรือตามสัญญาต้องดูแลผู้ซึ่งพึ่งตนเองมิได้เพราะอายุความเจ็บป่วย ภัยพิการ หรือจิตพิการ ทอดทิ้งผู้ซึ่งพึ่งตนเองมิได้นั้นเสีย โดยประการที่น่าจะเป็นเหตุให้เกิดอันตรายแก่ชีวิต ต้องระวางโทษจำคุกไม่เกินสามปีหรือปรับไม่เกินหกพันบาท หรือทั้งจำทั้งปรับ"

3. กฎหมายสาธารณสุข เช่น พระราชบัญญัติการสาธารณสุข พ.ศ.2535

4. กฎหมายวิชาชีพ เช่น สิทธิที่จะได้รับความคุ้มครองเกี่ยวกับการรักษาความลับตามข้อบังคับแพทยสภา ว่าด้วยการรักษาจริยธรรมแห่งวิชาชีพเวชกรรม พ.ศ.2526 หมวด 3 การประกอบวิชาชีพเวชกรรม ข้อ 9. "ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม ต้องไม่เปิดเผยความลับของผู้ป่วยซึ่งตนทราบมาเนื่องจากการประกอบวิชาชีพ เว้นแต่ด้วยความยินยอมของผู้ป่วย หรือเมื่อต้องปฏิบัติตามกฎหมายหรือตามหน้าที่"

อย่างไรก็ตาม ในที่สุดองค์กรทางด้านสาธารณสุขทั้ง 5 อันประกอบด้วย แพทยสภา สภากาชาด สภาเภสัชกรรม ทันตแพทยสภา คณะกรรมการควบคุมการประกอบโรคศิลป์ได้ออก "คำประกาศสิทธิผู้ป่วย" มาเมื่อวันที่ 16 เมษายน พ.ศ.2541 เท่ากับเป็นการยอมรับและให้ความสำคัญในเรื่องสิทธิผู้ป่วยโดยตรง ก่อนจะมาเป็น "คำประกาศสิทธิผู้ป่วย" ได้มีการรณรงค์ถึงสิทธิผู้ป่วยโดยแพทย์หลายท่านจนถึงระดับกรรมการแพทยสภา ทั้งยังได้มีการคณะกรรมการชุดหนึ่งของแพทยสภา คือ "คณะอนุกรรมการสิทธิผู้ป่วย" ที่ได้ดำเนินการให้ผู้ป่วยได้ทราบถึงสิทธิของตนเอง อีกทั้งยังได้มีการจัดสัมมนาเกี่ยวกับสิทธิของผู้ป่วย อีกไม่น้อยกว่า 3 ครั้ง และการสัมมนาที่จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ซึ่งแต่ละครั้งก็มีหัวข้อที่น่าสนใจ อีกทั้งยังมีประสบการณ์ของผู้ป่วยเองที่เข้ารับการรักษาในสถานพยาบาลและได้รับการปฏิบัติจากแพทย์โดยไม่สมควร โดยที่ตนเองไม่เคยทราบถึงสิทธิของตนเองมาก่อน ทำให้เกิดความเสียหายหลายประการ ซึ่งถ้าเขาได้รู้ถึงสิทธิของเขาก่อน ก็จะทำให้เป็นประโยชน์ต่อเขาอย่างยิ่ง

ในที่สุดได้มีการร่าง "(ร่าง) คำประกาศสิทธิผู้ป่วย" ขึ้น ซึ่งมีเนื้อหาดังนี้

1. ประชาชนทุกคนมีสิทธิพื้นฐานที่จะได้รับบริการด้านสุขภาพตามที่บัญญัติไว้ในรัฐธรรมนูญ
2. ผู้ป่วยมีสิทธิที่จะได้รับบริการจากผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพ โดยไม่มีการเลือกปฏิบัติ เนื่องจากความแตกต่างด้านเชื้อชาติ สัญชาติ ศาสนา สังคม ลัทธิการเมือง เพศ อายุ และลักษณะของความเจ็บป่วย
3. ผู้ป่วยที่มาขอรับบริการด้านสุขภาพมีสิทธิที่จะได้รับทราบข้อมูลอย่างเพียงพอ และเข้าใจชัดเจนจากผู้ประกอบวิชาชีพฯ เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถเลือกตัดสินใจยินยอมให้ผู้ประกอบวิชาชีพฯ ปฏิบัติต่อตนเว้นแต่เป็นการช่วยเหลือรีบด่วน ของผู้ประกอบวิชาชีพฯ ตามข้อ 4



ในกรณีที่ผู้ป่วยเป็นเด็ก ผู้ปกครองทางกายหรือจิต ไม่สามารถรับทราบและเข้าใจคำอธิบายนั้นได้ บิดา มารดา หรือผู้แทน โดยชอบธรรม มีสิทธิที่จะได้รับทราบข้อมูลดังกล่าว และเป็นผู้เลือกตัดสินใจ ให้ความยินยอมแทนผู้ป่วย

4. ผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะเสี่ยงอันตรายถึงชีวิต มีสิทธิที่จะได้รับการช่วยเหลือรีบด่วน จากผู้ประกอบวิชาชีพด้าน

สุขภาพ โดยทันทีตามความจำเป็นแก่กรณี โดยไม่คำนึงว่าผู้ป่วยจะร้องขอความช่วยเหลือหรือไม่

5. ผู้ป่วยมีสิทธิที่จะได้รับทราบชื่อและประเภทของผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพที่เป็นผู้ให้บริการแก่ตน

6. ผู้ป่วยมีสิทธิที่จะขอความเห็นจากผู้ประกอบวิชาชีพฯ อื่นที่มีได้เป็นผู้ให้บริการแก่ตน และมีสิทธิในการขอเปลี่ยนผู้ให้บริการและสถานบริการได้

7. ผู้ป่วยมีสิทธิที่จะได้รับการปกปิดข้อมูลเกี่ยวกับตัวของเขาเองจากผู้ประกอบวิชาชีพฯ หรือผู้ให้บริการโดยเคร่งครัด เว้นแต่จะได้รับความยินยอมจากผู้ป่วยหรือการปฏิบัติหน้าที่เพื่อประโยชน์สาธารณะ หรือการคุ้มครองอันตรายร้ายแรงของบุคคลอื่น

8. ผู้ป่วยมีสิทธิที่จะได้รับทราบข้อมูล ในการตัดสินใจเข้าร่วมหรือถอนตัวจากการเป็นผู้ถูกทดลอง ในการทำวิจัยของผู้ประกอบวิชาชีพฯ

9. ผู้ป่วยมีสิทธิอย่างเสรีในการปฏิเสธการรักษาใดๆ ที่เป็นวิธีการยืดชีวิตของเขาออกไป โดยที่เขาเห็นว่าวิธีการยืดชีวิตนั้นจะทำให้คุณภาพชีวิตของเขาลดคุณค่าความเป็นมนุษย์ลงไป และให้รวมถึงสิทธิของผู้ป่วยในการปฏิเสธการรักษาดังกล่าวที่ได้แสดงเจตจำนงไว้เป็นลายลักษณ์อักษรล่วงหน้า ในขณะที่ยังมีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ด้วย

10. ผู้ป่วยมีสิทธิที่จะขอสำเนาข้อมูลทุกรายการที่ปรากฏในเวชระเบียนประจำตัวของเขา โดยผู้ป่วยยินยอมเสียค่าใช้จ่ายเอง

หมายเหตุ

"ผู้ป่วย" หมายถึง ประชาชนผู้ไปขอรับบริการด้านสุขภาพจากผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพ

"ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพ" หมายถึง ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม ตามพระราชบัญญัติวิชาชีพเวชกรรม พ.ศ.2525 ผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ ตามพระราชบัญญัติวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ พ.ศ.2528 ผู้ประกอบวิชาชีพเภสัชกรรม ตามพระราชบัญญัติวิชาชีพเภสัชกรรม พ.ศ.2537 ผู้ประกอบวิชาชีพทันตกรรม ตามพระราชบัญญัติวิชาชีพทันตกรรม พ.ศ.2537 และรวมถึงผู้ประกอบโรคศิลปะ ตามพระราชบัญญัติควบคุมการประกอบโรคศิลปะ พ.ศ.2479 ด้วย

5.2.2 คำประกาศสิทธิผู้ป่วย

ต่อมาได้มีการประกาศ "คำประกาศสิทธิผู้ป่วย" โดยองค์กรทางด้านสาธารณสุข 5 องค์กร ลงนามโดยนายกของสภาผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพ 4 องค์กร และประธานคณะกรรมการการควบคุม การประกอบโรคศิลปะ ในวันที่ 16 เมษายน 2541 ซึ่งมีเนื้อหา ดังนี้ "เพื่อให้ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพกับผู้ป่วย ตั้งอยู่บนพื้นฐานของความเข้าใจอันดี และเป็นที่ยอมรับซึ่งกันและกัน แพทย์สภา สภาการพยาบาล สภาเภสัชกรรม ทันตแพทย์สภา คณะกรรมการควบคุมการประกอบโรคศิลปะ จึงได้ร่วมกันออกประกาศรับรองสิทธิผู้ป่วยไว้ดังต่อไปนี้

- 1) ประชาชนทุกคนมีสิทธิพื้นฐานที่จะได้รับบริการด้านสุขภาพตามที่บัญญัติไว้ในรัฐธรรมนูญ
- 2) ผู้ป่วยมีสิทธิที่จะได้รับบริการจากผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพโดยไม่มี การเลือกปฏิบัติ เนื่องจากความแตกต่างด้านฐานะ เชื้อชาติ สัญชาติ ศาสนา สังคม ลัทธิการเมือง เพศ อายุ และลักษณะของความเจ็บป่วย
- 3) ผู้ป่วยที่มาขอรับบริการด้านสุขภาพมีสิทธิที่จะได้รับทราบข้อมูลอย่าง เพียงพอ และเข้าใจชัดเจนจากผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถเลือกตัดสินใจในการยินยอม หรือไม่ยินยอมให้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพปฏิบัติต่อตน เว้นแต่เป็นการช่วยเหลือ รีบด่วนหรือจำเป็น
- 4) ผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะเสี่ยงอันตรายถึงชีวิตมีสิทธิที่จะได้รับการช่วยเหลือ รีบด่วนจากผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพ โดยทันทีตามความจำเป็นแก่กรณี โดยไม่คำนึงว่าผู้ป่วย จะร้องขอความช่วยเหลือหรือไม่
- 5) ผู้ป่วยมีสิทธิที่จะได้รับทราบชื่อ สกุล และประเภทของผู้ประกอบวิชาชีพ ด้านสุขภาพที่เป็นผู้ให้บริการแก่ตน
- 6) ผู้ป่วยมีสิทธิที่จะขอความเห็นจากผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพอื่นที่มี ได้เป็นผู้ให้บริการแก่ตน และมีสิทธิในการขอเปลี่ยนผู้ให้บริการ และสถานบริการได้
- 7) ผู้ป่วยมีสิทธิที่จะได้รับการปกปิดข้อมูลเกี่ยวกับตนเองจากผู้ประกอบ วิชาชีพด้านสุขภาพโดยเคร่งครัด เว้นแต่จะได้รับความยินยอมจากผู้ป่วยหรือการปฏิบัติหน้าที่ตาม กฎหมาย
- 8) ผู้ป่วยมีสิทธิที่จะได้รับทราบข้อมูลอย่างครบถ้วน ในการตัดสินใจ เข้าร่วมหรือถอนตัวจากการเป็นผู้ถูกทดลอง ในการทำวิจัยของผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพ

9) ผู้ป่วยมีสิทธิที่จะได้รับทราบข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลเฉพาะของตนที่ปรากฏในเวชระเบียนเมื่อร้องขอ ทั้งนี้ข้อมูลดังกล่าวต้องไม่เป็นการละเมิดสิทธิส่วนตัวของบุคคลอื่น

10) บิดา มารดา หรือผู้แทนโดยชอบธรรมอาจใช้สิทธิแทนผู้ป่วยที่เป็นเด็กอายุยังไม่เกินสิบแปดปีบริบูรณ์ ผู้บกพร่องทางกายหรือจิต ซึ่งไม่สามารถใช้สิทธิด้วยตนเองได้"

6.2.3 ปัญหาเกี่ยวกับเรื่องสิทธิผู้ป่วย

ปัญหาเกี่ยวกับคำประกาศสิทธิผู้ป่วยอยู่หลายประเด็น เช่น ใครควรมีกรรมสิทธิ์ในเวชระเบียน คำประกาศสิทธิผู้ป่วยออกมาโดยหลักเกณฑ์ทางกฎหมายโดยชอบหรือไม่ สถานพยาบาลจะต้องประกาศคำประกาศสิทธิผู้ป่วยนี้ ให้ผู้ป่วยได้รับทราบหรือไม่ ฯลฯ ซึ่งผู้เขียนการมีส่วนร่วมจะได้นำเสนอในบทความต่อไป

สรุป เรื่องสิทธิผู้ป่วยมีความสำคัญมากขึ้นตามลำดับสำหรับผู้ที่ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพ และผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพและผู้เกี่ยวข้องก็ไม่อาจปฏิเสธที่จะไม่สนใจหรือไม่รู้ต่อไปอีกแล้ว ดังนั้นผู้ที่เกี่ยวข้องทุกคนจึงต้องศึกษาเพื่อให้เกิดการปฏิบัติเป็นไปอย่างถูกต้อง

6. ทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง

6.1 ทฤษฎีลำดับขั้นความต้องการของมนุษย์ของ (Maslow's Hierarchy of Needs Theory)

แนวคิดของ Maslow ได้ตั้งสมมติฐานว่ามนุษย์มีความต้องการ ดังนี้

- มนุษย์มีความต้องการ และความต้องการที่มีอยู่เสมอและไม่มีที่สิ้นสุด
- ความต้องการที่ได้รับการตอบสนองแล้ว จะไม่เป็นสิ่งจูงใจสำหรับพฤติกรรมต่อไป ความต้องการที่ไม่ได้รับการตอบสนองเท่านั้นที่เป็นสิ่งจูงใจของพฤติกรรม
- ความต้องการของคนจะซ้ำซ้อนกัน บางทีความต้องการหนึ่งได้รับการตอบสนองแล้วยังไม่สิ้นสุดก็เกิดความต้องการด้านอื่นขึ้นมาอีก
- ความต้องการของคนมีลักษณะเป็นลำดับขั้นความสำคัญ กล่าวคือ เมื่อต้องการความระดับต่ำได้รับการตอบสนองแล้ว ความต้องการระดับสูงก็จะเรียกร้องให้มีการตอบสนอง

ลำดับขั้นความต้องการของ Maslow เรียกว่า Hierarchy of Needs มี 5 ขั้นตอนมีรายละเอียดดังนี้

- ความต้องการระดับต่ำสุดคือความต้องการทางกายภาพ (Basic Physical Needs) เป็นความต้องการพื้นฐานของมนุษย์ เช่น ปัสสาวะ ความต้องการทางเพศ น้ำดื่ม อากาศ ที่อยู่อาศัย ยารักษาโรค การพักผ่อนนอนหลับและสิ่งที่เป็นอื่นๆ ที่ทำให้มนุษย์ดำรงชีวิตอยู่ได้ความต้องการ

เหล่านี้เป็นความต้องการพื้นฐานที่ทุกคนจะถูกจูงใจให้ทำทุกสิ่งทุกอย่าง เพื่อที่จะได้สิ่งจำเป็นเหล่านี้แต่เมื่อได้มาแล้วความต้องการเหล่านี้ก็ยุติที่จะเป็นตัวจูงใจหลัก (Prime Motivation) อีกต่อไป

- ความต้องการทางด้านความมั่นคงปลอดภัย (Safety and Security Needs) เมื่อความต้องการทางด้านร่างกายได้รับการตอบสนองแล้วจนเป็นที่พอใจ ความต้องการขั้นนี้จะเกิดขึ้นอีกอีกประกอบด้วยความต้องการความปลอดภัย ความปรารถนาที่จะได้รับความคุ้มครองจากภัยอันตรายต่างๆ ที่มีต่อร่างกาย เช่น อุบัติเหตุ อาชญากรรม เป็นต้น นอกจากนี้ยังหมายถึงความต้องการความมั่นคงในการทำงาน และมีบ้างหนึ่งบ้างมาตามความต้องการทางด้านความมั่นคงปลอดภัยนี้เมื่อได้รับการตอบสนองจนเป็นที่พอใจของบุคคลแล้ว บุคคลก็จะเกิดความต้องการในลำดับขั้นที่สูงขึ้นไปอีกลำดับขั้น

- ความต้องการเป็นส่วนหนึ่งของชุมชนและองค์กรการยอมรับและรักใคร่ (Belonging or Social Needs) เป็นความต้องการที่จะให้สังคมหรือองค์กรการยอมรับ และเห็นความสำคัญของเขาว่าเป็นสมาชิกขององค์กร ความต้องการที่จะให้ผู้อื่นชอบตนเป็นผู้มีความสำคัญต่อบุคคลอื่น ในขั้นนี้มนุษย์ต้องการเพื่อน ต้องการคบค้าสมาคม ต้องการมีครอบครัว มีความรักและความเห็นใจจากเพื่อนร่วมงาน

- ความต้องการที่จะได้รับการยกย่อง นับถือในตัวเอง และจากบุคคลอื่น (Esteem and Status Needs) หมายถึงรวมถึงความต้องการให้เกิดความเคารพตนเอง (Self-Respect) ความรู้สึกที่ตนเองเป็นผู้ประสบผลสำเร็จและได้รับการยอมรับเช่นนั้นจากบุคคลต้องการสถานภาพ (Status) และความมีชื่อเสียงเกียรติยศ (Prestige) เป็นส่วนสำคัญของความต้องการยกย่องเคารพ การที่มีความต้องการนี้ได้รับการตอบสนองนำซึ่งความรู้เชื่อมั่นในตนเองในความสามารถและรู้สึกว่าคุณเองเป็นผู้มีประโยชน์และมีความสำคัญในสังคม

- ความต้องการบรรลุเป้าหมายและทำการบรรลุวัตถุประสงค์หรือความต้องการทางความสำเร็จ (Self - Actualization and Fulfillment Needs) เป็นความต้องการระดับสูงสุด หมายถึงการที่บุคคลนั้นได้ใช้ความสามารถของตนเองในทุกด้าน และเป็นทุกอย่างที่เขาอยากจะเป็น ซึ่งแต่ละคนจะไม่เหมือนกันสุดแต่ความสามารถแต่ละบุคคล และความต้องการของเขาเป็นความต้องการที่จะได้รับทุกสิ่งที่คุณปรารถนาต้องการกระทำสิ่งที่เหมาะสมและดีที่สุดที่จะกระทำได้

6.2 ทฤษฎีการปรับตัวของรอย

รอยได้ให้ความหมายของมนุษย์ว่า เป็นบุคคลเดี่ยว ครอบครัวยุค กลุ่ม องค์กร และชุมชนเป็นระบบการปรับตัวแบบองค์รวม (Holistic Adaptation System) ระบบของมนุษย์เป็นทั้งหมดในหนึ่งเดียวแสดงถึงพฤติกรรมที่มีความหมายของมนุษย์ มีความสามารถในการคิด มีสติ และมีความหมายซึ่งจะมีการพิจารณาอย่างมีประสิทธิภาพเพื่อที่จะทำการเปลี่ยนแปลงคนและสิ่งแวดล้อม

จะมีรูปแบบและมีความสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมทั้งภายในและภายนอก ระบบการปรับตัวของบุคคลเป็นระบบเปิด ภายในมีการเปลี่ยนแปลงอย่างไม่หยุดนิ่งมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมทั้งภายในและภายนอกตลอดเวลา (Roy, 1999) รอยมองว่า บุคคลประกอบด้วยกาย จิต และสังคม (Biopsychosocial Being) มีความเป็นองค์รวม (Roy, 1984) ไม่สามารถแยกจากกันได้เพื่อความปกติสุข หรือภาวะสุขภาพที่ดี นอกจากนี้ ยังขึ้นอยู่กับระดับการปรับตัว (Adaptation Level) ซึ่งเป็นปัจจัยนำเข้าสู่ระบบการปรับตัวของบุคคลอีกตัวหนึ่ง ระดับการปรับตัวก็คือ ระดับหรือขอบเขตที่แสดงถึงความสามารถของบุคคลในการตอบสนองทางบวกต่อสถานการณ์หนึ่ง หรือเป็นผลจากการที่บุคคลตอบสนองต่อสิ่งเร้านั้นเอง ทั้งนี้ รอยได้แบ่งระดับการปรับตัวออกเป็น 3 ลักษณะ (Roy, 1999) ได้แก่

6.2.1 ระดับการปรับตัวที่มีการผสมผสานกันได้ดี (Integrated Level of Adaptation) หมายถึง ระดับของการปรับตัวที่โครงสร้างและหน้าที่ของร่างกาย สามารถทำงานประสานกันได้อย่างเหมาะสม ตอบสนองความต้องการของบุคคลได้ เช่น สามารถทำกิจกรรมต่างๆ ได้ตามปกติสามารถตอบสนองความต้องการของร่างกายได้ เมื่อมีเหตุการณ์ใดเข้ามาสามารถยอมรับได้บุคคลมีความมั่นคงในด้านร่างกาย จิตใจ และสังคมสามารถแสดงบทบาทของตนเองได้อย่างเหมาะสม มีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่นอย่างเหมาะสมและขอความช่วยเหลือจากผู้อื่นตามความเหมาะสมเช่นกัน

6.2.2 ระดับการปรับตัวที่อยู่ในระยะของการชดเชย (Compensatory Level of Adaptation) หมายถึง ระดับที่กลไกการควบคุมและกลไกการคิดรู้ถูกกระตุ้นการทำงานเพื่อที่จะให้เกิดกระบวนการปรับตัวอย่างผสมผสาน (Integrated)

6.2.3 ระดับการปรับตัวที่อยู่ภาวะอันตราย/ไม่ดี (Compromised Level of Adaptation) หมายถึง ระดับการปรับตัวที่ยังไม่เพียงพอที่จะไปถึงระดับของการปรับตัวที่ผสมผสานกันได้ดีและระดับการปรับตัวในระยะของการชดเชยทำให้เกิดปัญหาการปรับตัวในระยะการปรับตัวที่ไม่ดีนี้ เมื่อสิ่งเร้าที่มากกระทบนั้นอยู่ในขอบเขตความสามารถในการปรับตัวของบุคคล บุคคลจะสามารถปรับตัวได้อย่างมีประสิทธิภาพ แต่ถ้าสิ่งเร้านั้นอยู่นอกความสามารถของบุคคล จะเกิดการปรับตัวที่ไม่มีประสิทธิภาพ ซึ่งระดับความสามารถในการปรับตัวของแต่ละบุคคล จะมีลักษณะเฉพาะตัว และมีขอบเขตจำกัด แต่ถ้าหากบุคคลเคยประสบความสำเร็จในสถานการณ์เช่นนี้มาก่อนแล้ว ขอบเขตระดับความสามารถในการปรับตัวจะกว้างขึ้นในสถานการณ์ใหม่ที่เกิดขึ้นคล้ายกัน หากระดับการปรับตัวไม่มีประสิทธิภาพจะส่งผลสะท้อนกลับสู่ระดับการปรับตัวใหม่ เพื่อให้บุคคลนั้นอยู่ในสมดุลได้ต่อไปเมื่อสิ่งเร้าเข้ามากระทบ ทำให้ระบบเกิดการเปลี่ยนแปลงการปรับตัวให้เข้าสู่สมดุลของระบบโดยใช้กลไกการเผชิญปัญหา (Coping Mechanism) เป็นกระบวนการที่

ตอบสนองต่อการเปลี่ยนแปลงของสิ่งแวดล้อม เป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นโดยอัตโนมัติ โดยที่บุคคลไม่ต้องคิด (Roy, 1984) การปรับตัวนั้นอาศัยกลไก ที่ทำงานประสานกัน 2 กลไก ได้แก่

1) กลไกการควบคุม (Regulator Mechanism) รอย มองว่าเป็นกลไกการปรับตัวเพื่อตอบสนองโดยอัตโนมัติเพื่อรักษาสมดุลการทำงานของร่างกายในระบบต่างๆ โดยอาศัยระบบประสาทของร่างกาย (Neural) สารเคมี (Chemical) และระบบต่อมไร้ท่อ (Endocrine) กระบวนการเผชิญปัญหาทำงาน จากการศึกษาทั้งจากภายนอกและภายใน ผ่านการรับรู้ความรู้สึก (Sense) เข้าสู่ระบบประสาท ระบบไหลเวียน และระบบต่อมไร้ท่อผ่านวิถีประสาท (Channel) โดยอัตโนมัติ ส่งผลให้เกิดปฏิกิริยาตอบสนองโดยอัตโนมัติ (Automatic and Unconscious Responses) (Roy, 1984) และจะมีผลต่อกลไกการคิดด้วย

2) กลไกการคิดรู้ (Cognator Mechanism) รอย มองว่าเป็นกลไกการปรับตัวที่ทำงานผ่านทางกระบวนการการคิดรู้และอารมณ์ (Cognitive-Emotive) มี 4 วิธีทาง ได้แก่ กระบวนการรับรู้หรือรับข้อมูล (Perceptual and Information Processing) คือ กิจกรรมการเลือกรับข้อมูล เก็บรหัส (Coding) และจดจำข้อมูล (Memory) นั่นเอง ผ่านกระบวนการการเรียนรู้ (Learning) จะเกี่ยวข้องกับการเลียนแบบ การได้รับรางวัลผ่านกระบวนการตัดสินใจ (Judgement) และการแสดงอารมณ์ (Emotion) (Roy, 1984) ตลอดจนกลไกการป้องกันทางจิต (Defense Mechanism) (Roy, 1999) แล้วเกิดเป็นพฤติกรรมตอบสนองออกมามีการทำงานของกลไกการควบคุมและกลไกการคิดรู้มีการทำงานร่วมกันอย่างแยกจากกันไม่ได้ส่งผลให้เกิดผลลัพธ์ (Outcome) ซึ่งตอบสนองออกมาเป็นพฤติกรรมปรับตัว 4 ด้าน ได้แก่

1. การปรับตัวด้านร่างกาย (Physiological Mode) ซึ่งรอย (Roy, 1999) กล่าวว่า เป็นความสัมพันธ์ระหว่างกระบวนการทางด้านร่างกายและสารเคมีที่เกี่ยวข้องกันในเรื่องการทำหน้าที่และกิจกรรมของระบบอวัยวะโดยจะเป็นการทำงานของเซลล์ เนื้อเยื่ออวัยวะและระบบต่างๆ ในร่างกายของบุคคลเป็นการปรับตัวเพื่อดำรงไว้ซึ่งความมั่นคงด้านร่างกาย (Physiologic Integrity) ได้แก่ อากาศ น้ำ อาหาร การออกกำลังกายและการพักผ่อน การขับถ่าย การควบคุมภาวะสมดุลของร่างกาย ยังรวมถึงการทำหน้าที่ของกลไก การควบคุมคือ การรับรู้ความรู้สึก สารน้ำและอิเล็กโทรไลต์ การทำหน้าที่ของระบบประสาทและการทำหน้าที่ของระบบต่อมไร้ท่อ เป้าหมายสูงสุดเป็นการปรับตัวเพื่อเข้าสู่สมดุลของร่างกาย การประเมินพฤติกรรม การปรับตัวด้านร่างกายเป็นการประเมินพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับความต้องการพื้นฐานด้านร่างกาย สามารถประเมินได้จากการสังเกต การวัด การตรวจร่างกาย การตรวจพิเศษ การสัมภาษณ์และการรายงานด้วยตนเอง มีรายละเอียดดังนี้

- 1.1 ออกซิเจน (Oxygenation)
- 1.2 โภชนาการ (Nutrition)
- 1.3 การขับถ่าย (Elimination)
- 1.4 การมีกิจกรรมและการพักผ่อน (Activity and Rest)
- 1.5 การป้องกันอันตรายของร่างกาย (Protectio
- 1.6 การรับความรู้สึก (Sense)
- 1.7 สารน้ำและอิเล็กโตรไลต์ (Fluid and Electrolyte)
- 1.8 การทำหน้าที่ของระบบประสาท (Neurological Function)
- 1.9 การทำหน้าที่ของระบบต่อมไร้ท่อ (Endocrine Function)

2. การปรับตัวด้านอัตมโนทัศน์ (Self – concept Mode) ประกอบขึ้นจากความเชื่อ และความรู้สึกเกี่ยวข้องกับตัวเองในช่วงเวลาหนึ่ง เกิดขึ้นจากการรับรู้ในตนเองและปฏิกิริยาของบุคคลรอบข้าง (รอย, 1999) ซึ่งรอยแบ่งออกเป็น 2 กลุ่มใหญ่ๆ คือ

2.1 อัตมโนทัศน์ด้านร่างกาย (Physical Self) ซึ่งรอย (Roy, 1999) อธิบายว่า เป็นการประเมินตนเองด้านร่างกายของบุคคลอันประกอบด้วยคุณลักษณะทางด้านร่างกาย การมีเพศสัมพันธ์ ภาวะสุขภาพและการเจ็บป่วย และลักษณะที่ปรากฏ รอย (Roy, 1999) แบ่งเป็นด้านการรับความรู้สึกของร่างกาย (Body Sensation) และด้านภาพลักษณ์ (Body Image)

2.2 อัตมโนทัศน์ส่วนบุคคล (Personal Self) รอย (Roy, 1999) กล่าวว่า เป็นการประเมินของแต่ละบุคคลเกี่ยวกับลักษณะนิสัย ความคาดหวัง ความรู้สึกมีค่า การให้คุณค่า อัตมโนทัศน์ส่วนบุคคลนี้ประกอบด้วย ด้านความมั่นคงในตนเอง (Self Consistency) ด้านอุดมคติของตนเอง (Self Ideal) ด้านด้านศีลธรรมจรรยาและจิตวิญญาณแห่งตน (Moral Ethical Spiritual Self)

3. การปรับตัวด้านบทบาทหน้าที่ (Role Function Mode) เป็นการปรับตัวเพื่อตอบสนองทางด้านความมั่นคงหรือได้รับการยอมรับในสังคม (Social Integrity) เป็นการกระทำหน้าที่ตามความคาดหวังของสังคม เน้นบทบาทตำแหน่งหน้าที่ของบุคคลที่เกี่ยวข้องกับบุคคลอื่น เป็นสิ่งกำหนดพฤติกรรมของบุคคลในสถานการณ์หนึ่งๆ โดยบุคคลจะต้องปรับตัวตามบทบาทหน้าที่ตามที่สังคมคาดหวังไว้อย่างเหมาะสม หากไม่สามารถปรับตัวในด้านบทบาทหน้าที่ได้จะเกิดปัญหาคือการไม่สามารถแสดงบทบาทใหม่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Ineffective Role Transition) การแสดงบทบาทไม่ตรงกับความรู้สึกที่แท้จริง (Role Distance) ความขัดแย้งในบทบาท (Role Conflict) และความล้มเหลวในบทบาท (Role Failure) การแสดงบทบาทนี้จะสัมพันธ์กับความรู้สึกต่อบทบาทตามที่รอยได้แบ่งบทบาทของบุคคล ออกเป็น 3 ประเภท คือ

3.1 บทบาทปฐมภูมิ (Primary Role) บทบาทนี้เป็นตัวกำหนดพฤติกรรมของบุคคลเป็นส่วนใหญ่ ดังนั้น บทบาทนี้เป็นไปตามการเจริญเติบโตของบุคคลหรือขั้นพัฒนาการแต่ละวัย เช่น บทบาทการเป็นเด็กวัยเรียน บทบาทในการเป็นผู้สูงอายุ

3.2 บทบาททุติยภูมิ (Secondary Role) เป็นบทบาทที่สัมพันธ์กับบทบาทปฐมภูมิ บุคคลหนึ่งอาจมีบทบาททุติยภูมิได้หลายบทบาท ทั้งบทบาทในครอบครัว เช่น บทบาท การเป็นบุตรของบิดามารดา บทบาทการเป็นพี่หรือเป็นน้อง และบทบาทตามอาชีพ เช่น บทบาทการเป็นพยาบาล บทบาทการเป็นครู บทบาทการเป็นนักศึกษาพยาบาล

3.3 บทบาทตติยภูมิ (Tertiary Role) เป็นบทบาทชั่วคราวที่บุคคลนั้นได้รับบทบาทนี้มีส่วนเกี่ยวข้องกับระยะเวลาและระยะพัฒนาการของบุคคล เช่น บทบาทการเป็นผู้ป่วย บทบาทการเป็นประธานการประชุม เป็นต้น ทั้งนี้ บทบาทจะประกอบไปด้วยพฤติกรรมของบุคคล 2 พฤติกรรม ได้แก่ พฤติกรรมการกระทำ (Instrumental Behavior) และพฤติกรรมความรู้สึก (Expressive Behavior)

4. การปรับตัวด้านการพึ่งพาหว่ากัน (Interdependence Mode) เป็นการปรับตัวเพื่อให้เกิดความมั่นคงทางสังคมเช่นกัน เป็นการตอบสนองต่อความต้องการที่จะมีสัมพันธภาพระหว่างบุคคลทำให้ได้รับความรัก ความห่วงใย ก่อให้เกิดความรู้สึกมั่นคงปลอดภัย หากปฏิบัติตัวหรือปรับตัวไม่เหมาะสมจะเกิดการพึ่งพาผู้อื่นไม่เหมาะสม (Dysfunction Dependence) และการพึ่งพาตนเองไม่เหมาะสม (Dysfunction Independence) แต่โดยปกติแล้วบุคคลจะพยายามพึ่งพาตนเองและผู้อื่นภายในขอบเขตที่เหมาะสมและสังคมยอมรับ มีการรับและให้ความเอาใจใส่ดูแล พึ่งพาอย่างสม่ำเสมอ มีปฏิสัมพันธ์และการอยู่คนเดียวอย่างเหมาะสม ซึ่งถือว่าการปรับตัวด้านนี้ที่มีความเหมาะสมซึ่งรอย (Roy, 1999) แบ่งการประเมินออก ดังนี้

4.1 บุคคลสำคัญ (Significant Other) เป็นการประเมินความรู้สึก ความผูกพัน สัมพันธภาพ และการช่วยเหลือกันระหว่างผู้รับบริการกับบุคคลที่มีความหมายต่อชีวิต

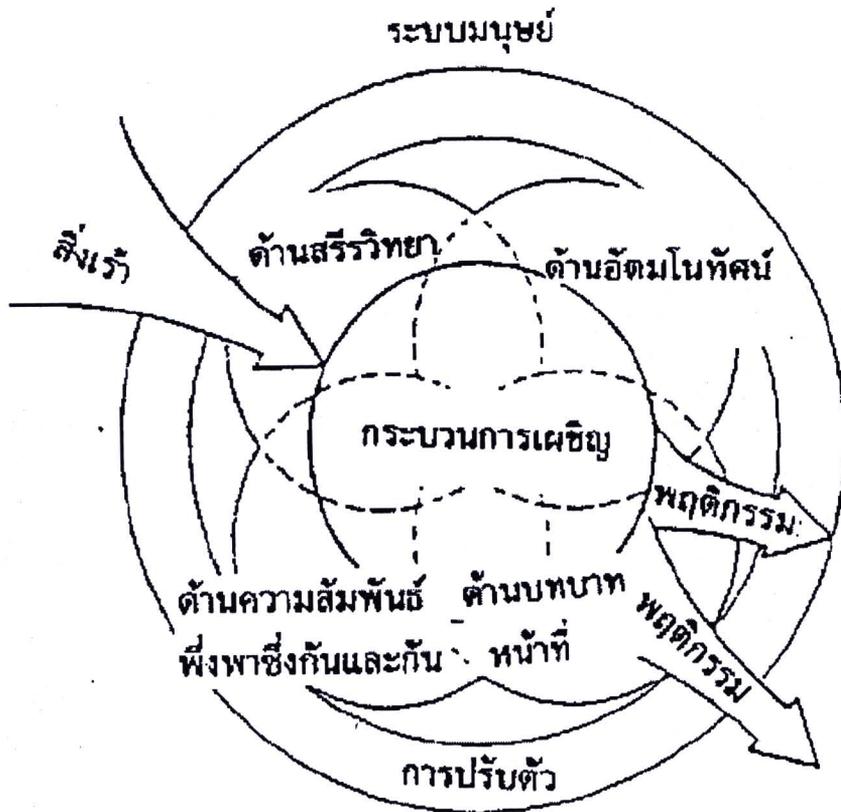
4.2 ระบบสนับสนุน (Supporting System) ประเมินความรู้สึก ความผูกพัน การช่วยเหลือระหว่างผู้รับบริการกับครอบครัว เครือญาติ เพื่อนร่วมงาน

รอยให้คำจำกัดความของสิ่งแวดล้อม โดยยึดตามทฤษฎีของเฮลสัน ที่กล่าวว่า “การปรับตัวเป็นการทำงานของระดับการเปลี่ยนแปลงระดับและระบบการปรับตัวของมนุษย์” รอยมองว่า สิ่งแวดล้อม เป็นทุกสิ่งทุกอย่าง ทุกสภาพการณ์ ที่ล้อมรอบตัวบุคคลทั้งภายในและภายนอกบุคคล มีผลกระทบต่อพัฒนาการและพฤติกรรมของบุคคล (Roy, 1999) สิ่งแวดล้อมถือเป็นปัจจัยนำเข้าเมื่อมีการเปลี่ยนแปลงสิ่งแวดล้อมเกิดขึ้นจะกลายเป็นสิ่งเร้าที่มากระตุ้นให้บุคคลเกิดการปรับตัว โดยจำแนกสิ่งเร้าออกเป็น 3 ประเภท ได้แก่

1. สิ่งเร้าตรง (Focal Stimuli) คือ สิ่งเร้าทั้งจากภายนอกและภายในที่บุคคลกำลังเผชิญอยู่ในขณะนั้นมีความสำคัญและมีอิทธิพลต่อการปรับตัวมากที่สุดทำให้ต้องมีการตอบสนองต่อสิ่งเร้าเหล่านั้นเกิดขึ้น สิ่งเร้าเปรียบเสมือนตัวกระตุ้นให้เกิดพฤติกรรม เช่น การเจ็บป่วยขณะนั้น

2. สิ่งเร้าร่วม(Contextual Stimuli) คือ สิ่งเร้าอื่นๆ ที่มีอยู่ในขณะนั้น นอกเหนือจากสิ่งเร้ามีผลมากระทบบุคคลเช่นกัน เป็นได้ทั้งในทางบวกและทางลบ ซึ่งถ้ามีผลในทางบวกจะช่วยลดอิทธิพลของสิ่งเร้าตรงหรือช่วยลดความรุนแรงได้แต่ถ้ามีผลในทางลบจะทำให้อิทธิพลของสิ่งเร้าตรงมีอิทธิพลมากยิ่งขึ้นจะทำให้บุคคลปรับตัวได้ยากเพิ่มขึ้น โดยอาจจะมีผลเป็นตัวเสริมต่อสิ่งเร้าตรง สิ่งเร้าร่วมเหล่านี้ เช่น เพศ การศึกษา สัมพันธภาพ รายได้ของครอบครัว เป็นต้น

3. สิ่งเร้าแฝง (Residual Stimuli) คือ ปัจจัยสิ่งแวดล้อมทั้งภายนอกและภายในระบบบุคคลเป็นลักษณะเฉพาะตัวของมนุษย์ หรืออาจเกิดจากประสบการณ์ในอดีต เช่นนิสัย ทัศนคติ ความเชื่อ ค่านิยม บุคลิกภาพ เป็นต้น



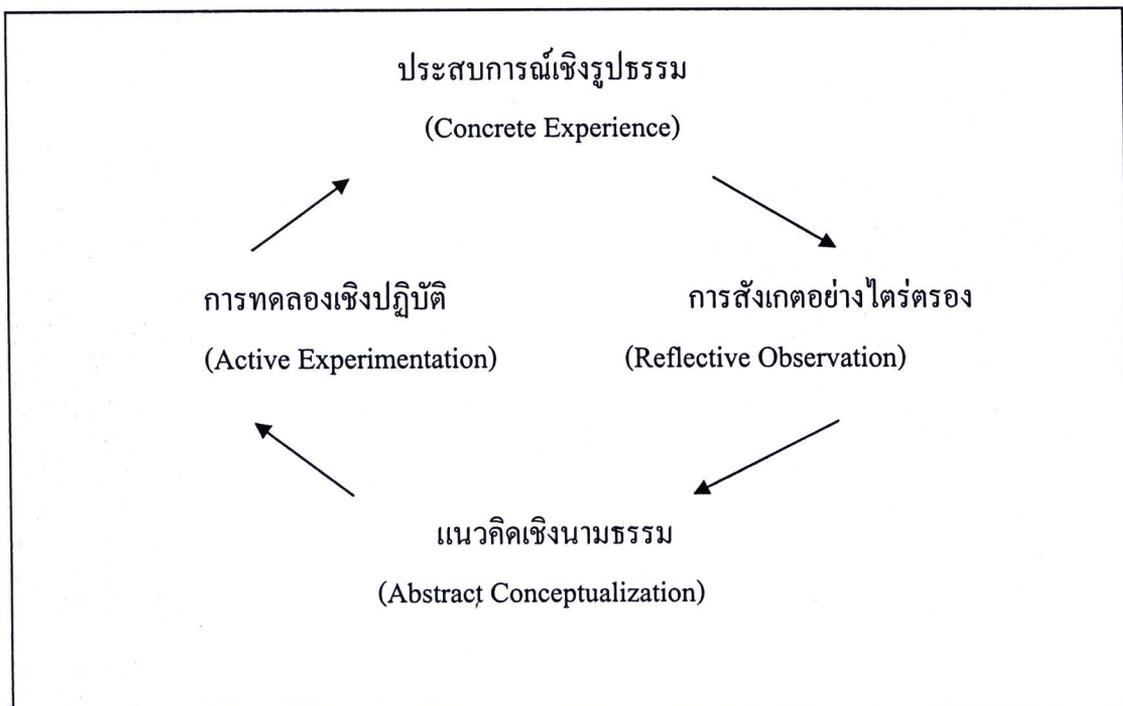
แผนภูมิ 1 ทฤษฎีของรอย



7. การเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม (Participatory Learning)

กลุ่มนักปรัชญาการศึกษาควิวี่ ได้เริ่มใช้การเรียนรู้จากการกระทำ (Learning by Doing) ซึ่งเป็นพื้นฐานกระบวนการเรียนรู้ ที่ดึงความสามารถของผู้เรียนออกมาในรูปของการเรียนรู้เชิงปฏิบัติการ (Active Learning) ผู้เรียนจะมีส่วนในกิจกรรมการเรียนการสอนมากขึ้น ผู้สอนกระตุ้นให้ผู้เรียนคิดแก้ปัญหามากขึ้น และยึดผู้เรียนเป็นศูนย์กลางกิจกรรมการเรียนการสอน

ในทศวรรษที่ 80 ได้มีการพัฒนากระบวนการเรียนรู้ (Learning Process) รูปแบบใหม่ที่เรียกว่า การเรียนรู้เชิงประสบการณ์ (Experiential Learning) ซึ่ง David A. Kolb ได้เสนอว่า ประสบการณ์ของการเรียนรู้และพัฒนาตามรูปแบบของโคลบ์ (Kolb's Model) เป็นวงจรของการเรียนรู้ซึ่งประกอบไปด้วย 4 องค์ประกอบ คือ ประสบการณ์เชิงรูปธรรม การสังเกตอย่างไตร่ตรอง มโนทัศน์เชิงนามธรรมและการทดลองปฏิบัติ จากองค์ประกอบดังกล่าวเขียนเป็นวงจร (แผนภูมิ 2) ตามแนวคิดของโคลบ์ มุ่งสอนให้ผู้เรียน เรียนเพื่อเรียนรู้ (Learn to Learn) เนื่องจากมีจุดมุ่งหมายของการเรียนรู้คือ ให้นักลได้พัฒนาความสามารถจากองค์ประกอบหลักทั้ง 4 องค์ประกอบ ซึ่งจะพัฒนาให้ผู้เรียนเกิดการคิดที่ซับซ้อน มีความคิดสร้างสรรค์ เข้าใจในเนื้อหาความรู้ มีความสามารถในการแก้ปัญหา และสามารถนำสิ่งที่เรียนรู้ไปใช้ในการทำงานได้ง่ายขึ้น



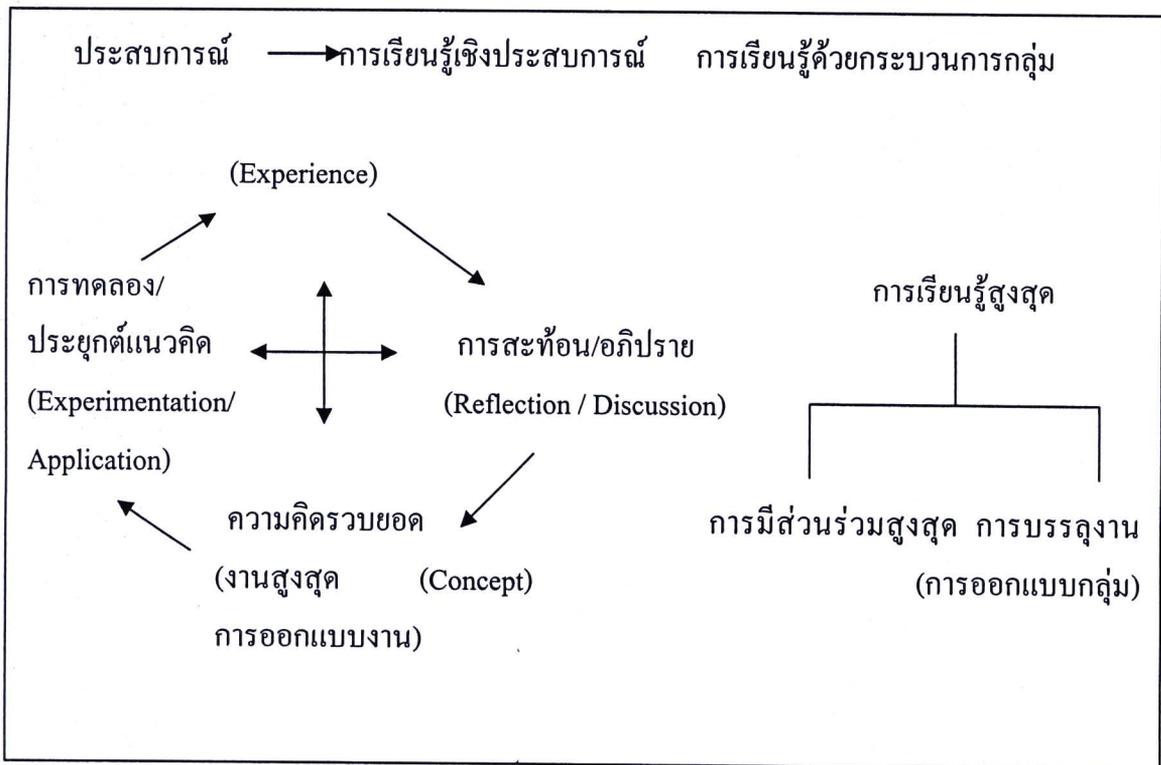
แผนภูมิ 1 วงจรการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ตามรูปแบบของ Kolb's

จากแนวคิดของโคลด์บ์ ต่อมามีนักศึกษาและนักฝึกอบรมได้นำรูปแบบนี้ไปใช้ในการสอนและฝึกอบรมต่างๆ ซึ่งการเรียนรู้ที่ให้ผู้เรียนมีส่วนร่วมในกิจกรรมและยึดผู้เรียนเป็นศูนย์กลางนั้นมีหลายชื่อ เช่น การเรียนรู้เชิงประสบการณ์ (Experiential Learning) การเรียนรู้จากประสบการณ์เดิม (Prior Learning) และการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม (Participatory Learning)

7.1 หลักการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม

การเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม (Participatory Learning) เป็นการเรียนรู้ที่ ดร. ดี เจ นิโคล นักฝึกอบรมเชื่อว่าเป็นรูปแบบการเรียนการสอนที่มีประสิทธิภาพในการพัฒนาบุคคลทั้งด้านความรู้ ทักษะ และทัศนคติ ได้ดีที่สุด โดยผ่านการสังเคราะห์จากผลการศึกษาวิจัยรูปแบบการเรียนรู้หลายรูปแบบ จนได้โครงสร้างพื้นฐานการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมซึ่งประกอบด้วยการเรียนรู้พื้นฐาน 2 อย่าง ดังแผนภูมิที่ 1 การเรียนรู้เชิงประสบการณ์ (Experiential Learning)

หลักการสำคัญของ PL



แผนภูมิ 2 หลักการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม

ที่มา : กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2545, Kolb DA, Rulin IM, Osland Js, Organizational Behavior: an Experiential Approach. Fifth ed. Engleweed : Pretice Hall, 1991

7.2 การเรียนรู้เชิงประสบการณ์ (Experiential Learning)

7.2.1 ความหมายของการเรียนรู้เชิงประสบการณ์

จอห์นสัน ให้ความหมายของการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ว่ามาจากแนวคิดทฤษฎีการเรียนรู้เชิงปฏิบัติการ (Active Theory) อาศัยประสบการณ์เดิมของผู้เรียนและปรับเปลี่ยนให้เกิดการเรียนรู้ที่มีประสิทธิภาพดียิ่งขึ้น โดยมีจุดมุ่งหมายของการเรียนรู้ 3 ประการ คือ 1) ผู้เรียนเกิดการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างของความรู้ 2) ผู้เรียนมีการเปลี่ยนแปลงเจตคติ และ 3) ประสบการณ์เดิมของผู้เรียนเกิดการขยายตัวในด้านทักษะอย่างกว้างขวาง

7.2.2 หลักการเรียนรู้เชิงประสบการณ์

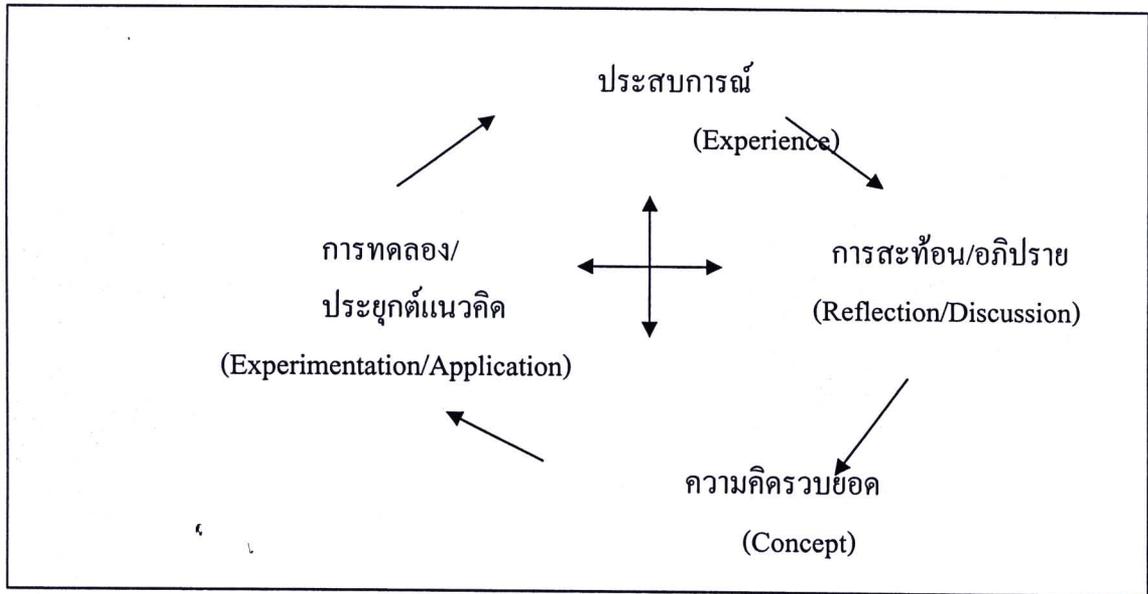
การเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมอาศัยหลักการเรียนรู้ที่ยึดผู้เรียนเป็นศูนย์กลาง โดยให้ผู้เรียนเป็นผู้สร้างความรู้จากประสบการณ์เดิม โดยมีหลักสำคัญ 5 ประการคือ

- 1.) เป็นการเรียนรู้ที่อาศัยประสบการณ์เดิมของผู้เรียน
- 2.) ทำให้เกิดการเรียนรู้ใหม่ๆ ที่ท้าทายอย่างต่อเนื่องและเป็นการเรียนรู้แบบเข้าร่วมกิจกรรม
- 3.) มีปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้เรียนรู้ด้วยตนเอง และระหว่างผู้เรียนกับผู้เรียน
- 4.) ปฏิสัมพันธ์ที่มีทำให้เกิดการขยายตัวของเครือข่ายความรู้ที่มีอยู่ออกไปอย่างกว้างขวาง
- 5.) มีการสื่อสารด้วยการพูดหรือการเขียนเป็นเครื่องมือในการแลกเปลี่ยนการวิเคราะห์และสังเคราะห์ความรู้

7.2.3 องค์ประกอบของการเรียนรู้เชิงประสบการณ์

Kolb กล่าวว่า การเรียนรู้เชิงประสบการณ์ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบ ดังนี้

- 1.) ประสบการณ์ผู้สอนช่วยให้ผู้เรียนนำประสบการณ์เดิมของตนมาพัฒนาเป็นองค์ความรู้
- 2.) การสะท้อนความคิดและอภิปราย ผู้สอนช่วยให้ผู้เรียนได้มีโอกาสแสดงออกเพื่อแลกเปลี่ยนความคิดเห็นและการเรียนรู้ซึ่งกันและกันอย่างลึกซึ้ง
- 3.) ความเข้าใจและเกิดความคิดรวบยอด ผู้เรียนเกิดความเข้าใจและนำไปสู่การเกิดความคิดรวบยอด อาจเกิดขึ้นโดยผู้เรียนเป็นฝ่ายริเริ่ม และผู้สอนช่วยแต่งเติมให้สมบูรณ์หรือในทางกลับกันผู้สอนเป็นผู้นำทางและผู้เรียนประสานต่อจนเกิดความคิดนั้นสมบูรณ์เป็นความคิดรวบยอด
- 4.) การทดลองหรือประยุกต์แนวคิด ผู้เรียนนำเอาสารที่เรียนรู้ที่เกิดขึ้นใหม่ไปประยุกต์ใช้ในลักษณะหรือสถานการณ์ต่างๆ จนเกิดเป็นทางปฏิบัติของผู้เรียนเอง

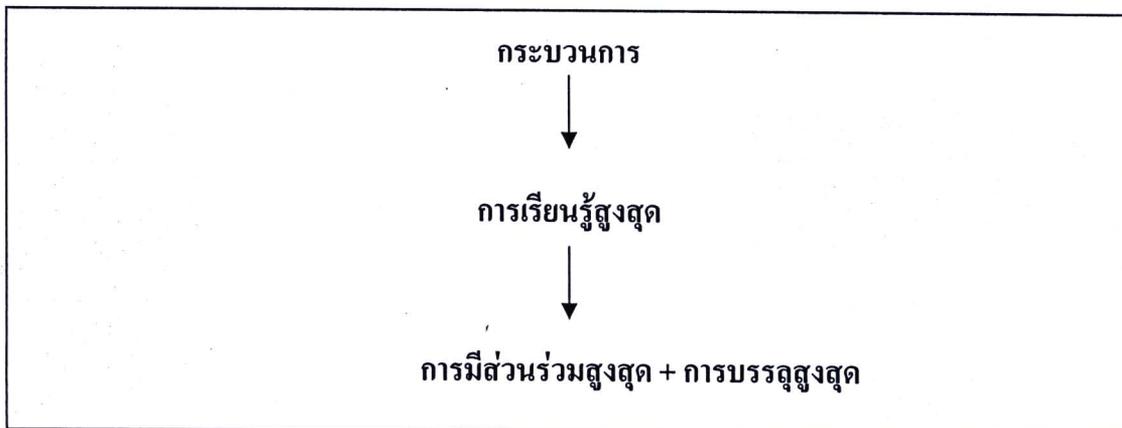


แผนภูมิ 3 วงจรและทิศทางขององค์ประกอบการเรียนรู้เชิงประสบการณ์

องค์ประกอบของการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ ความสัมพันธ์ขององค์ประกอบทั้ง 4 ประการจะเป็นไปอย่างพลวัต (Dynamic) คือ จะไม่อยู่นิ่ง โดยอาจจะเริ่มต้นจากจุดใดจุดหนึ่งและเคลื่อนย้ายไปมาระหว่างองค์ประกอบต่างๆ ดังนั้น แก่นการเรียนรู้การสอนจึงอาจเริ่มต้นที่จุดใดก่อนก็ได้ แต่ที่สำคัญต้องจัดกิจกรรมการเรียนการสอนให้ครบทุกองค์ประกอบ

7.3 กระบวนการกลุ่ม (Group Process)

การเรียนรู้ด้วยกระบวนการกลุ่มเป็นการเรียนรู้พื้นฐานสำคัญ ซึ่งกระบวนการกลุ่มจะช่วยให้ผู้เรียนได้มีส่วนร่วมสูงสุดและทำให้บรรลุงานสูงสุด (แผนภูมิ 4)



แผนภูมิ 4 กระบวนการกลุ่ม (Group Process) ที่มา : กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2545

7.3.1 การมีส่วนร่วมสูงสุด (Maximum Participation)

การมีส่วนร่วมสูงสุดของผู้เรียนขึ้นอยู่กับการออกแบบกลุ่ม มีตั้งแต่กลุ่มเล็ก 2 คน จนกระทั่งกลุ่มใหญ่ ซึ่งกลุ่มแต่ละประเภทมีข้อดีและข้อจำกัดต่างกัน ผู้เรียนทุกคนควรมีส่วนร่วมในทุกกิจกรรมของแต่ละองค์ประกอบ ดังนั้นผู้สอนควรพิจารณาออกแบบกลุ่มให้เหมาะสมกับผู้เรียนและกิจกรรมในแต่ละองค์ประกอบของการเรียนรู้ กลุ่มแต่ละประเภทมีข้อบ่งชี้และข้อจำกัด ดังตาราง 1

ตาราง 1 แสดงลักษณะการมีส่วนร่วมของผู้เรียนในการมีส่วนร่วมสูงสุด

ประเภทกลุ่ม	ลักษณะกิจกรรมกลุ่ม	ข้อบ่งชี้	ข้อจำกัด
กลุ่ม 2 คน (Pair Group)	ผู้เรียนจับคู่กันทำกิจกรรมที่ได้รับมอบหมาย	ทุกคนได้มีส่วนร่วม แสดงความคิดเห็น หรือฝึกปฏิบัติ	ขาดความหลากหลายทางความคิดและประสบการณ์
กลุ่ม 3 คน (Triad Group)	ผู้เรียนจับกลุ่ม 3 คน แต่ละคนมีบทบาทชัดเจนและหมุนเวียนบทบาทกันไป	ทุกคนมีส่วนร่วมในการเรียนรู้ตามบทบาท และสามารถเรียนรู้ได้ครบทุกบทบาท	ขาดความหลากหลายและความกระฉับกระเฉงไปบ้าง
กลุ่มย่อยระดมสมอง (Buzz Group)	เป็นการรวมกลุ่ม 3-4 คน เพื่อแสดงความคิดเห็นร่วมกัน	ต้องการให้ผู้เรียนมีส่วนร่วมในเวลาสั้นๆ ได้ข้อสรุป ที่ไม่ลึกซึ้งกันมากนัก	ขาดความลึกซึ้งเพราะไม่มีการอภิปรายกันมากหรือลึกซึ้ง
กลุ่มเล็ก (Small Group)	เป็นการจัดกลุ่ม 5-6 คน ทำกิจกรรมที่ได้	ผู้เรียนได้แลกเปลี่ยนความคิดเห็นและรับมอบหมายจนลุล่วง	ใช้เวลามากอภิปรายกันอย่างลึกซึ้งจนได้ข้อสรุป
กลุ่มใหญ่ (Large Group)	เป็นการอภิปรายในกลุ่มใหญ่ 15-30 คนหรือทั้งชั้น	ต้องการให้เกิดการโต้แย้งหรือรวบรวมความคิดจากกลุ่มย่อย	บางคนอาจให้ ความสนใจหรือมีส่วนร่วม น้อยเพื่อหาข้อสรุป



ตาราง 1 (ต่อ)

ประเภทกลุ่ม	ลักษณะกิจกรรมกลุ่ม	ข้อบ่งชี้	ข้อจำกัด
กลุ่มไขว้(Cross-Over Group)	เป็นการจัดกลุ่ม 2 ขั้นตอน โดยแยกให้ผู้เรียนทำกิจกรรมเฉพาะบางกลุ่มจนเชี่ยวชาญแล้วรวมกันเป็นกลุ่มใหญ่เพื่อบูรณาการ	ต้องการให้ผู้เรียนใช้ศักยภาพของตนในการสร้างความรู้ผู้เรียนจะมีส่วนร่วมและได้เนื้อหามากขึ้น	ใช้เวลามาก อาจมีความรู้ที่ตกหล่น
กลุ่มแบ่งย่อย (Sub Group)	เป็นการจัดกลุ่ม 2 ขั้นตอน จากกลุ่ม 8-12 คน แบ่งเป็น 3-4กลุ่ม เพื่อให้ทำงานกลุ่มละอย่าง (ที่ไม่เหมือนกัน) แล้วนำมารวมกันเป็นกลุ่มใหญ่เพื่อบูรณาการ	ไม่มีวิทยากรประจำกลุ่มย่อย หลังแบ่งกันทำงานแล้วจะมาสรุปความเห็นในกลุ่มใหญ่	ในการทำงานกลุ่มใหญ่ต้องใช้วิทยากรประจำกลุ่มช่วยดำเนินการเพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์
กลุ่มพีรามิด (Pyramid Group)	รวบรวมความคิดเห็นเริ่มจากกลุ่ม 2-4 คน ทวีขึ้นเป็นชั้นๆ จนครบทั้งชั้น	สร้างความตระหนักและความเข้าใจในความรู้สึกลึกซึ้งของแต่ละกลุ่มหรือฝ่าย	ขาดข้อสรุป หรือความลึกซึ้ง

ที่มา : กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2545

การที่ผู้สอนออกแบบกลุ่มที่หลากหลายให้ผู้เรียนได้ทำกิจกรรมในแต่ละชั่วโมง สอน จะทำให้ผู้เรียนเกิดการมีส่วนร่วมตามลักษณะกลุ่มแต่ละประเภท การทำกิจกรรมกลุ่มช่วยให้ผู้เรียนมีโอกาสแสดงความคิดเห็นและแลกเปลี่ยนประสบการณ์ได้ดีมาก มีการเคลื่อนไหวในการเรียนรู้ตลอดเวลา ทำให้ผู้เรียนมีความตื่นตัวในการเรียนรู้และมีความสนใจอย่างต่อเนื่อง

7.3.2 การบรรลุงานสูงสุด (Maximum Performance)

จากประเภทของกลุ่มชนิดต่างๆ จะเห็นว่าแม้ผู้เรียนจะได้มีส่วนร่วมมาก แต่ยังมีข้อจำกัดอยู่บ้าง เช่น ต้องใช้เวลามาก ขาดความลึกซึ้งหรือความหลากหลายในประเด็นอภิปรายสิ่งเหล่านี้เป็นหัวใจสำคัญของการบรรลุงานสูงสุด ซึ่งเราสามารถกำหนดได้จากการออกแบบงานให้เกิดการบรรลุงานสูงสุด โดยมีองค์ประกอบที่สำคัญของการกำหนดงาน ดังนี้

1. กำหนดกิจกรรมให้ชัดเจนว่าจะแบ่งกลุ่มอย่างไร เพื่อทำอะไร ใช้เวลานานน้อยแค่ไหน

2. กำหนดบทบาทของสมาชิกกลุ่มให้ชัดเจน

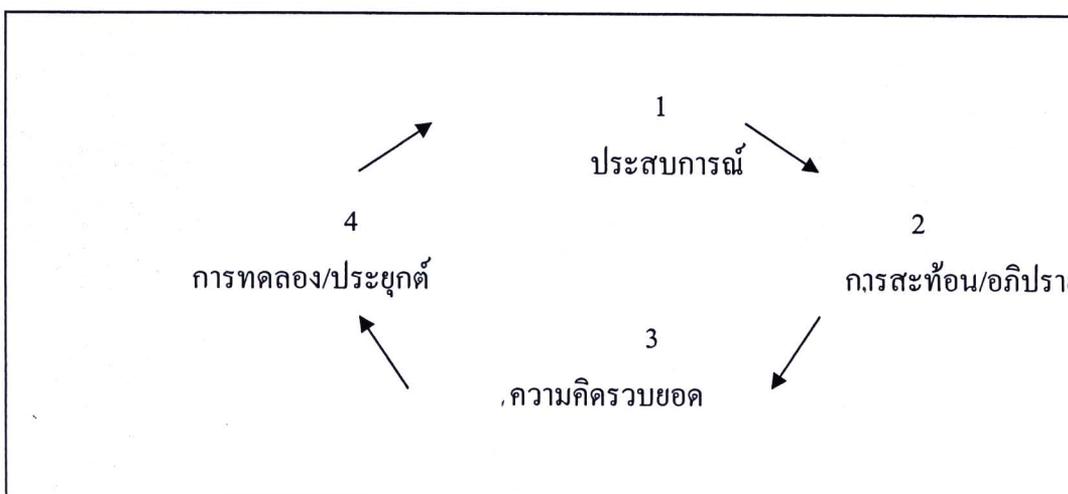
3. กำหนดโครงสร้างของงานได้ชัดเจน บอกรายละเอียดของกิจกรรมและบทบาท เป็นกำหนดการที่ผู้สอนแจ้งแก่ผู้เรียน โดยทำเป็นรายงานหรือใบชี้แจงดังนี้

3.1 ใบงาน เป็นข้อความกำหนดงานที่มีรายละเอียด เพื่อให้ผู้เรียนในกลุ่มท่านได้สำเร็จ ผลงานที่ได้จากการทำงานตามงานจะเป็นข้อสรุปที่มีความลึกซึ้ง เป็นไปตามประเด็นที่ผู้สอนต้องการ ใบงานใช้มากในกิจกรรมองค์ประกอบสะท้อน/อภิปราย และการทดลอง/ประยุกต์แนวคิด และมีผลต่อมากของผู้เรียนจะทำงานได้สำเร็จในเวลาที่กำหนดและตรงตามวัตถุประสงค์

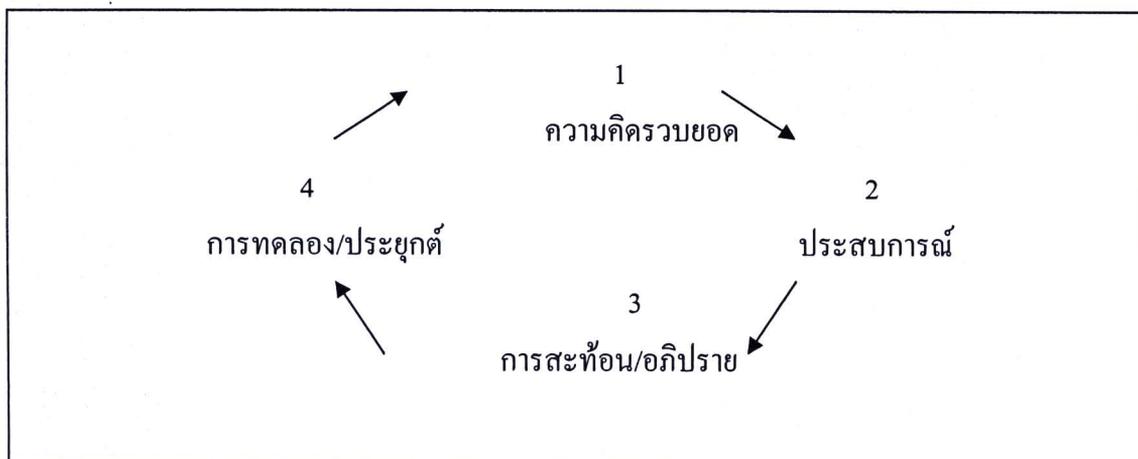
3.2 ใบชี้แจง เป็นการชี้แจงในการทำงานกลุ่ม มีรายละเอียดไม่มากนัก จึงไม่ต้องทำเป็นรายงาน ผู้สอนอ่านเขียนกระดานให้ผู้เรียนอ่านพร้อมกัน ใช้มากในองค์ประกอบประสบการณ์หรือประยุกต์แนวคิด

7.4 หลักการสอนความรู้แบบมีส่วนร่วม

สอนความรู้ที่ใช้ในหลักการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมช่วยสร้างพื้นฐานและองค์ประกอบพร้อมทั้งหมดนั้นก็คือ ความคิดสร้างสรรค์ และความคิดวิเคราะห์วิจารณ์ ลักษณะเฉพาะของการสอนความรู้ที่ยึดหลักการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม ได้เริ่มจากองค์ประกอบ ประสบการณ์ หรือความคิดรวบยอด ดังแผนภูมิ 5



แผนภูมิ 5 การอบรมด้านพุทธิพิสัยโดยเริ่มจากองค์ประกอบประสบการณ์



แผนภูมิ 6 การอบรมด้านพุทธิพิสัยโดยเริ่มจากองค์ประกอบความคิดรวบยอด

การอบรมด้านพุทธิพิสัยโดยใช้การเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมทั้ง 4 องค์ประกอบ สามารถจัดกิจกรรมแต่ละองค์ประกอบดังนี้

ประสบการณ์ ผู้สอนจัดกิจกรรมให้ผู้เรียนได้นำเสนอความรู้ที่แต่ละคนมี อาจใช้การจับคู่พูดคุยในระยะเวลาสั้นๆ และผู้สอนสุ่มถามแต่ละคู่ การให้ผู้เรียนได้เสนอความรู้หรือประสบการณ์เกี่ยวกับเนื้อหาที่ผู้สอนจะสอน จะช่วยให้ผู้สอนทราบถึงความรู้และประสบการณ์เดิมของผู้เรียน ซึ่งเป็นประโยชน์ขององค์ประกอบต่อไปนี้

ความคิดรวบยอด จากประสบการณ์ที่ผู้เรียนนำเสนอผู้สอนสามารถนำสรุปเป็นแนวคิดรวบยอดและบรรยายเพิ่มเติม แต่ถ้าผู้สอนเริ่มต้นด้วยการบรรยายความคิดรวบยอด อาจจะบรรยายไปบางส่วนและให้ผู้เรียนได้นำเสนอประสบการณ์ ผู้สอนต้องสรุปและเชื่อมโยงประสบการณ์นั้นกับความคิดรวบยอดด้วย

การสะท้อน/อภิปราย จากเนื้อหาความรู้ที่ผู้เรียนได้รับไปแล้วผู้สอนสามารถจัดกิจกรรมเพื่อให้ผู้เรียนได้เข้าใจเนื้อหาอย่างยิ่งขึ้นและเพื่อเป็นการเตรียมความรู้ในการนำไปใช้ ผู้สอนอาจใช้ใบงานกำหนดกลุ่มผู้เรียนและกิจกรรมให้อภิปรายในประเด็นสำคัญของความรู้ เช่น อภิปราย

ตาราง 2 แผนการอบรมความรู้แบบมีส่วนร่วม

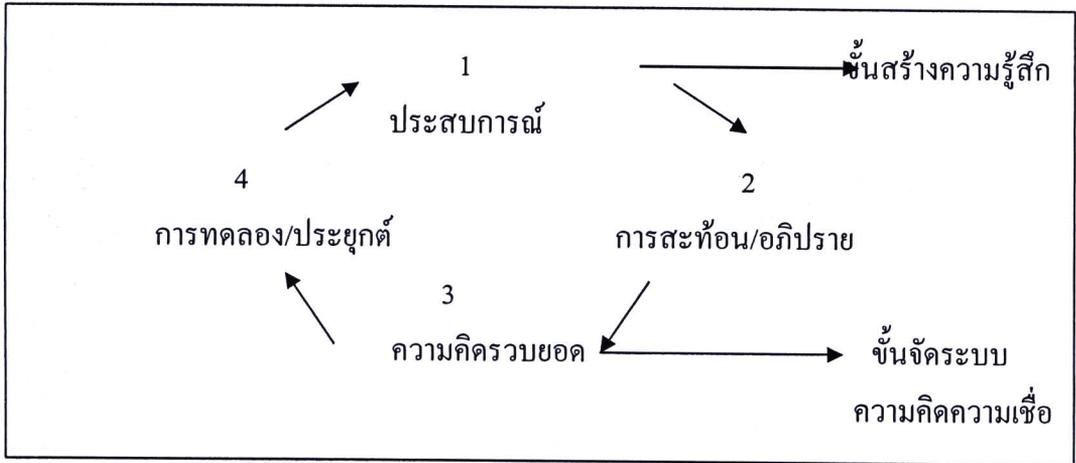
องค์ประกอบของการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม	ลักษณะเฉพาะการสอนความรู้แบบมีส่วนร่วม
ประสบการณ์จับคู่การสะท้อนความคิดและอภิปรายกลุ่มย่อย 5-6 ความคิดรวบยอดกลุ่มใหญ่ ประยุกต์แนวคิดกลุ่มย่อย กลุ่มใหญ่ 5-6 คน	ตั้งคำถามตั้งจากประสบการณ์ของผู้เรียนผู้เรียนได้แลกเปลี่ยนความรู้ เพื่อสร้างความรู้ตามงานที่ได้รับมอบหมายการบรรยาย(โดยผู้สอนหรือสื่อ)การรายงานผลงานกลุ่มหรือนุรณาการความรู้ของกลุ่มย่อย โดยการอภิปรายในกลุ่มใหญ่ผู้เรียนได้ทำกิจกรรมที่ประยุกต์ความรู้ที่เกิดขึ้น เช่น เขียนคำขวัญจัดบอร์ดทำรายงาน เขียนเรียงความ หรือแนวทางปฏิบัติของตนเอง

ที่มา : กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2545

7.5 การสอนด้านเจตคติแบบมีส่วนร่วม

7.5.1 การสอนด้านเจตคติ (Attitude) เป็นการปรับเปลี่ยนหรือเสริมสร้างให้ผู้เรียนมีความสุข ความคิด ความเชื่อต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่ง การฝึกอบรมเพื่อเสริมสร้างเจตคติที่ดีของบุคลากรให้มีต่อองกร งานที่ปฏิบัติเป็นสิ่งจำเป็น และถ้าบุคลากรเจตคติ ต่องานแล้วแนวโน้มที่จะเกิดพฤติกรรมที่ดีย่อมเกิดได้ไม่ยาก

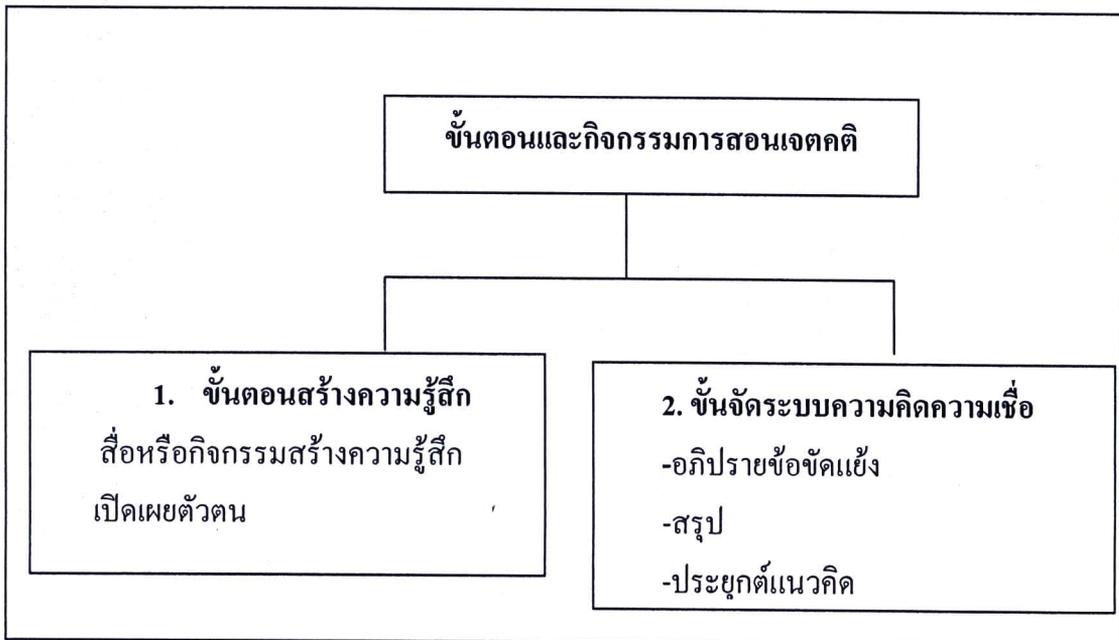
การจัดการฝึกอบรมเจตคติสามารถใช้กระบวนการเรียนรู้ประสบการณ์ทั้ง 4 องค์ประกอบตามขั้นตอนดังตามแผนภูมิ 7



แผนภูมิ 7 อบรมด้านจิตพิสัยโดยเริ่มจากองค์ประกอบประสบการณ์

7.5.2 หลักการสอนเจตคติมีส่วนร่วม

การสอนเจตคติจะมุ่งเน้นการสอนในด้านเจตคติพิสัย ซึ่งมีองค์ประกอบ 2 ด้าน คือ การสร้างความรู้สึกลึกที่สอดคล้องกับเจตคติดังกล่าว และการจัดระบบความคิดความเชื่อ เมื่อนำมาสัมพันธ์กับหลักการทั่วไปของการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม การสอนจึงต้องมีทั้ง 2 องค์ประกอบดังแผนภูมิที่ 8



แผนภูมิ 8 หลักการสอนเจตคติแบบมีส่วนร่วม

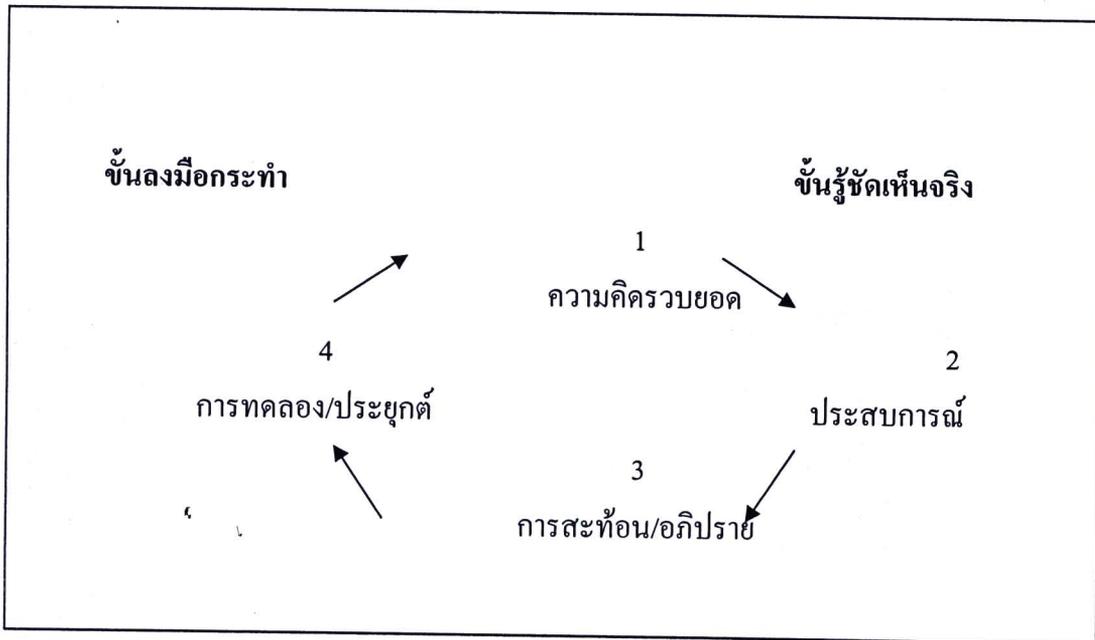
ที่มา : จากกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2545

7.5.3 แผนการอบรมเจตคติแบบมีส่วนร่วม

ตาราง 3 แผนการอบรมเจตคติแบบมีส่วนร่วม

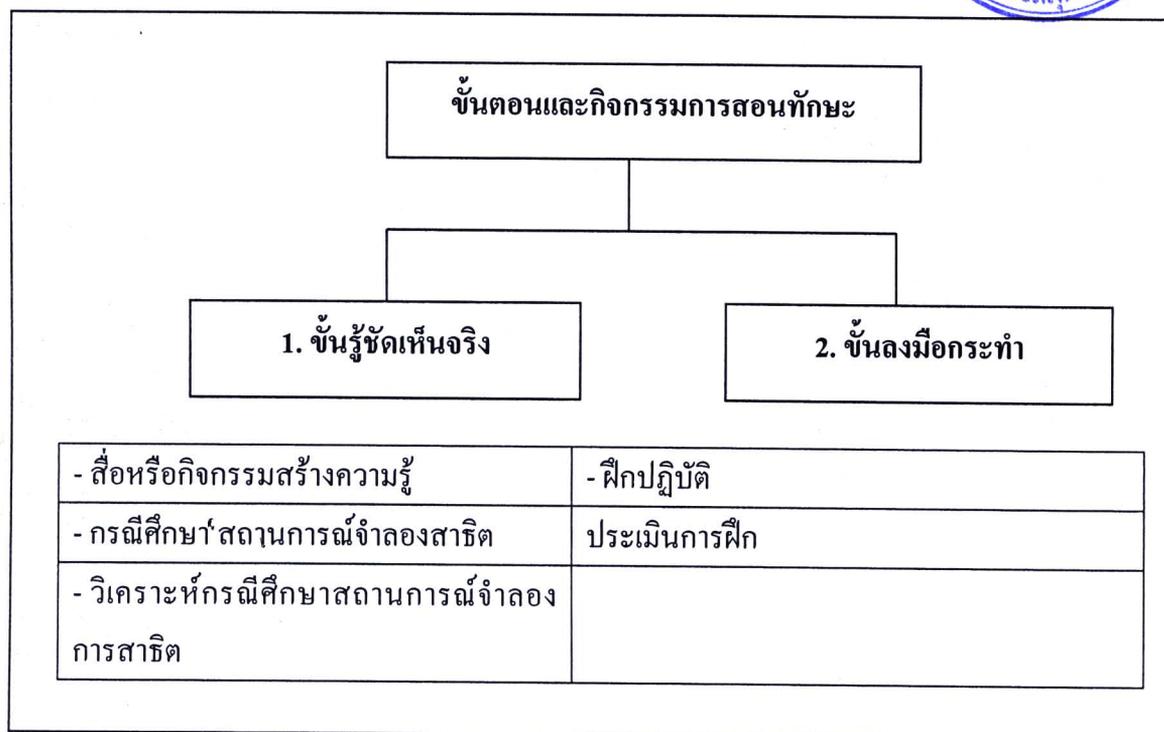
องค์ประกอบการเรียนรู้/กลุ่ม	กิจกรรม
ขั้นสร้างความรู้สึก ประสบการณ์ กลุ่มใหญ่	ผู้สอนนำเสนอสื่อ/กิจกรรมเพื่อสร้างความรู้สึกให้ผู้เรียนรู้สึกร่วมกับเรื่องที่น่าสนใจ เช่น วิดีทัศน์ เพื่อสร้างความรู้สึกเห็นใจ ไม่รังเกียจ หรือเกมช่วยกันแก้ปัญหา ช่วยเหลือกัน
ขั้นจัดระบบความคิดความเชื่อ	ผู้สอนแบ่งกลุ่มผู้เรียนให้แต่ละกลุ่มสร้างกิจกรรม
กิจกรรม สะท้อนความคิด/อภิปราย กลุ่มย่อย 5-6 คน	ตามใบงานคือ อภิปรายประเด็นที่ทำให้เกิดความคิดเห็นหรือความรู้สึกที่แตกต่างกัน
ความคิดรวบยอด กลุ่มใหญ่	ตัวแทนกลุ่มย่อยของแต่ละกลุ่มนำเสนอผลการอภิปราย ซึ่งจะได้ความคิด ความเชื่อและความรู้สึกที่หลากหลาย วิทยากรมีแผนที่ได้จากกลุ่มย่อยและบทความเพิ่มเติม
ทดลอง/ประยุกต์ กลุ่มย่อย 5-6 คน	ผู้เรียนแต่ละกลุ่มช่วยกันทำกิจกรรมที่เป็นการประยุกต์ความคิดรวบยอดของเจตคติที่เกิดขึ้น เช่น ช่วยกันเขียนคำขวัญเชิญชวน หรือรณรงค์ การจัดบอร์ด การเขียนบทความเชิญชวนต่างๆ

7.6 การอบรมทักษะพิสัยแบบมีส่วนร่วม ดังที่กล่าวมาแล้วในการสอนหรือการอบรมผู้เรียนจะได้รับการพัฒนาทางด้านความรู้ เจตคติ และทักษะ ผสมผสานกันไปบางครั้งอาจจะเน้นด้านใดด้านหนึ่งมากกว่าอีก 2 ด้านตามวัตถุประสงค์ของหลักสูตรหรือวัตถุประสงค์ของวิชานั้นๆ ส่วนใหญ่หลักสูตรในการอบรมบุคลากรให้สามารถปฏิบัติงานได้มักจะเป็นการสอนให้เกิดทักษะโดยทำเป็นขั้นตอนที่ปฏิบัติได้งานและผู้เรียนได้มีโอกาสลงมือปฏิบัติในสถานการณ์ใกล้เคียง ซึ่งผู้สอนสามารถจัดกิจกรรมการสอนทักษะแบบมีส่วนร่วมที่ประกอบด้วยกระบวนการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ 4 องค์ประกอบดังนี้



แผนภูมิ 9 การอบรมด้านทักษะพิสัยโดยเริ่มจากองค์ประกอบความคิดรวบยอด

หลักการสอนทักษะแบบมีส่วนร่วมการสอนทักษะต่างๆ ต้องอาศัยการสร้างให้เกิดความชัดเจนในตัวทักษะ ให้เห็นเป็นขั้นตอนที่ปฏิบัติได้ง่าย และนักเรียนได้มีโอกาสลงมือปฏิบัติในสถานการณ์ใกล้ตัว ทักษะเป็นความสามารถที่คนเราไม่เคยมีมาก่อน แต่ได้เรียนรู้จนกระทั่งทำได้ อย่างชำนาญ ดังนั้น การสอนทักษะจึงต้องมี 2 ขั้นตอน 1) ขั้นรู้ชัดเห็นจริง เป็นขั้นตอนที่เปิดโอกาสให้นักเรียนรู้ว่าทักษะเหล่านั้นมีความสำคัญ และฝึกฝนให้ทำเป็นหรือทำได้อย่างไร และ 2) ขั้นลงมือกระทำ เป็นขั้นตอนที่เปิดโอกาสให้นักเรียนได้ลงมือปฏิบัติตามที่ได้เรียนรู้มาจากขั้นตอนแรก ดังแผนภูมิ 10



แผนภูมิ 10 หลักการสอนทักษะแบบมีส่วนร่วม
ที่มา : จากกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2545

8. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

8.1 แนวคิดเรื่องการเตรียมตัวเกี่ยวกับความตาย

พิมพ์พรรณ ศิลปสุวรรณและสุธี ทองวิเชียร (2533) ได้ศึกษาทัศนคติที่มีต่อการตายและการเลือกสถานที่ตายของผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานครที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป จำนวน 1,077 คน พบว่าผู้สูงอายุมองการตายเป็นการเกิด แก่ เจ็บ ตาย เป็นของธรรมดาที่ทุกชีวิตไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้ และมีการระลึกถึงความตายอยู่เป็นประจำ มีความต้องการที่จะตายอย่างสงบและมีศักดิ์ศรี ต้องการได้รับการบรรเทาความทุกข์ทรมานในภาวะใกล้ตายและต้องการได้รับความเห็นใจจากญาติพี่น้องหรือผู้ใกล้ชิดก่อนตาย มีการเลือกสถานที่ตายโดยเลือกตายที่บ้านมากที่สุด รองลงมาคือ สถานที่พร้อมในการดูแลรักษาอย่างเต็มที่

การศึกษาของคาร์เมลและมิวทราน (Carmel & Mutian, 1997) เรื่องการเลือกรักษาการประคับประคองชีวิตที่แตกต่างกันของผู้สูงอายุในอิสราเอล (Preferences for Different Life-Sustaining Treatments Among Elderly Persons in Israel) โดยศึกษาในผู้สูงอายุที่มีอายุระหว่าง 70 - 101 ปี จำนวน 987 ราย พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ต้องการให้มีการรักษาเพื่อช่วยยืดชีวิตในขณะที่ตนมีการเจ็บป่วยเล็กน้อยมากกว่าในขณะที่ตนมีความเจ็บป่วยรุนแรง ทั้งนี้ถ้าผู้สูงอายุไม่สามารถกลืน

อาหารเองได้ ไม่สามารถหายใจเองได้ และหัวใจหยุดเต้นเกิดขึ้นในสภาวะการณ์การเจ็บป่วยทั้ง 5 อย่าง ได้แก่ 1) การเจ็บป่วยทั่วไป 2) การเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็ง ซึ่งแพทย์บอกว่าประมาณร้อยละ 50 ของผู้ป่วยโรคนี้อาจจะมีโอกาสมีชีวิตอยู่อีก 5 ปี หรือมากกว่า 5 ปี 3) การเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งในระยะแพร่กระจาย จะมีสภาพร่างกายทรุดโทรม แต่ยังมีโอกาสที่จะมีโอกาสดีขึ้นชั่วคราว 4) ความผิดปกติทางจิตอย่างรุนแรงที่ไม่สามารถแก้ไขได้ และ 5) การเจ็บป่วยทางกายที่ไม่สามารถแก้ไขได้ ทำให้ผู้ป่วยต้องนอนอยู่บนเตียงและกลั้นปัสสาวะอุจจาระไม่อยู่ พบว่าผู้สูงอายุเลือกที่จะให้มีการช่วยฟื้นคืนชีพมากกว่าการให้อาหารทางสายยาง ในกรณีที่ผู้สูงอายุไม่สามารถกลืนอาหารเองได้ ไม่สามารถหายใจได้เองและหัวใจหยุดเต้นในขณะที่มีการเจ็บป่วยทั่วไป หรือมีการเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งซึ่งแพทย์บอกว่าประมาณร้อยละ 50 ของผู้ป่วยโรคนี้อาจจะมีโอกาสอยู่ได้มากกว่าหรือเท่ากับ 5 ปี พบว่า ผู้สูงอายุเลือกให้มีการช่วยฟื้นคืนชีพมากที่สุด รองลงมาคือ เลือกการใส่เครื่องช่วยหายใจ และการให้อาหารทางสายยาง ตามลำดับ

8.2 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการมีส่วนร่วม

ถนิมนันท์ อรุณกิจ (2547) การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลการจัดกิจกรรมแบบมีส่วนร่วมของญาติต่อภาวะสุขภาพของผู้ป่วยหลังผ่าตัดเนื้องอกสมอง ที่มารับการบริการในโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ โดยใช้ทฤษฎีการเรียนรู้และการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม และทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็ม เป็นแนวทางในการศึกษา กลุ่มตัวอย่างแบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มควบคุมจำนวน 25 คน กลุ่มทดลองจำนวน 25 คน โดยกลุ่มควบคุมจะได้รับการพยาบาลตามปกติ ส่วนกลุ่มทดลองได้รับการพยาบาลตามปกติร่วมกับการส่งเสริมให้ญาติเข้าโครงการกิจกรรมแบบมีส่วนร่วม ญาติผู้ป่วยจะได้รับการประเมินความสามารถในการดูแลผู้ป่วยในด้านความรู้และประสบการณ์ในการตัดสินใจเกี่ยวกับสุขภาพ ความรู้สึกรู้สีกของญาติต่อภาวะสุขภาพ การปฏิบัติบทบาทที่เป็นผู้ดูแลผู้ป่วย การให้คุณค่าเกี่ยวกับสุขภาพ ส่วนผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างจะได้รับการประเมินภาวะสุขภาพในการตรวจร่างกายและการสังเกต ผลการวิจัยพบว่า การเข้าร่วมกิจกรรมของกลุ่มทดลอง มีระดับการประเมินภาวะด้านร่างกายมากกว่าก่อนเข้าร่วมกิจกรรมมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบพบว่า ไม่มีความแตกต่างกันระหว่างก่อนและหลังเข้าร่วมกิจกรรมและพบว่าหลังการเข้าร่วมกิจกรรมแล้ว ระดับการประเมินภาวะสุขภาพด้านร่างกายของกลุ่มทดลอง มีคะแนนสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

จากงานวิจัยข้างต้นจะเห็นได้ว่าการนำทฤษฎีการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมมาใช้ในงานวิจัยส่งผลได้อย่างชัดเจนกับกลุ่มตัวอย่างโดยมีส่วนร่วมในการทำให้ผู้ป่วยได้รับการตอบสนองดีขึ้น งานวิจัยนี้จึงได้นำทฤษฎีมาประยุกต์ใช้ในกิจกรรม โดยการมีส่วนร่วมได้เพิ่มกลุ่มเป้าหมายคือ ญาติผู้ป่วยระยะสุดท้าย และผู้ป่วยระยะสุดท้ายเข้ามามีส่วนร่วมในการจัดกิจกรรมเพื่อหวังผลให้ผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้รับการตอบสนอง

กรอบแนวคิดในงานวิจัย

การมีส่วนร่วมของญาติในการตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยระยะสุดท้าย

