บทที่ 2
เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาถึง ผลของการบำบัดทางการพยาบาลด้วยศิลปะต่อความผาสุกทางจิตวิญญาณในผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมโดยได้ศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ดังต่อไปนี้

1. โรคไตวายเรื้อรัง และ การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม
2. แนวคิดเกี่ยวกับจิตวิญญาณ
   2.1 ความหมายของจิตวิญญาณ
   2.2 องค์ประกอบในการพัฒนาจิตวิญญาณ
3. แนวคิดเกี่ยวกับความผาสุกทางจิตวิญญาณ
   3.1 ความหมายของความผาสุกทางจิตวิญญาณ
   3.2 การประเมินความผาสุกทางจิตวิญญาณ
4. แนวคิดหรือทฤษฎีทางการพยาบาลที่ใช้ทำความเข้าใจความผาสุกทางจิตวิญญาณ
   4.1 แนวคิดเกี่ยวกับสุขภาพองค์รวม
   4.2 ทฤษฎีการดูแลมนุษย์ของวัตสัน
5. การบำบัดทางการพยาบาลด้วยศิลปะ

โรคไตวายเรื้อรัง และการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม

โรคไตวายเรื้อรังนับเป็นโรคที่คุกคามต่อชีวิตคนไทยโรคหนึ่งและเป็นปัญหาสำคัญทางสาธารณสุข จากสถิติสาธารณสุขพบจำนวนผู้ป่วยไตวายเรื้อรังเพิ่มมากขึ้นและจากการศึกษาข้อมูลอัตราการเกิดโรคไตวายเรื้อรังย้อนหลัง 12 ปีของ ยศ ตีระวัฒนานนท์ (2549 อ้างถึงใน ทวี ศิริวงศ์, 2550) ในกลุ่มพนักงานการไฟฟ้าฝ่ายผลิต ในกลุ่มอายุ 35-55 ปี มีความชุกของการเกิดโรคไตวายเรื้อรังเพิ่มขึ้นจาก 1.7% เป็น 6.8% ในผู้ที่เป็นโรคไตวายเรื้อรังเป็นผู้ที่มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคไตวายเรื้อรัง ถ้าไม่ได้รับการรักษาและดูแลอย่างเหมาะสมจะส่งผลต่อชีวิต ครอบครัว สังคม และเศรษฐกิจของประเทศโดยรวมเป็นอย่างมาก ซึ่งภายใต้หัวข้อนี้จะขอกล่าวถึง รายละเอียดของโรคไตวายเรื้อรังดังเนื้อหาต่อไปนี้

มหาวิทยาลัยบูรพา Burapha University

1. พยาธิสรีรวิทยาการเกิดโรคไตวายเรื้อรัง
   1.1 ไตและการทำหน้าที่ของไต
   1.2 สาเหตุของโรคไตวายเรื้อรัง
   1.3 ระยะของโรคไตวายเรื้อรัง
   1.4 อาการและอาการแสดงของผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรัง
2. การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม
   2.1 หลักการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม
   2.2 ส่วนประกอบที่สำคัญของเครื่องไตเทียม
   2.3 การเตรียมผู้ป่วยก่อนการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม

พยาธิสรีรวิทยาการเกิดโรคไตวายเรื้อรัง

1. ไตและการทำหน้าที่ของไต

ไตเป็นอวัยวะที่สำคัญของร่างกายมนุษย์ อยู่หน้ากล้ามเนื้อหลังของร่างกายบริเวณบั้นเอว ทั้งสองข้างโดยไตขวาอยู่ต่ำกว่าไตซ้ายเล็กน้อย มีลักษณะคล้ายเมล็ดถั่วขนาดยาว 12-14 เซนติเมตร (ทวี ศิริวงศ์ และอุดม ฤทธิไกร, 2548) ภายในเนื้อไตประกอบด้วยหน่วยทำงานเล็ก ๆ ที่เรียกว่า หน่วยไต (Nephron) จำนวนข้างละประมาณ 400,000-1,200,000 หน่วย และหลอดไตฝอยเล็ก ๆ ที่ทำหน้าที่นำปัสสาวะที่กรองผ่านมาออกไปสู่กรวยไต ท่อไต กระเพาะปัสสาวะ และขับถ่ายออกมาทางท่อปัสสาวะ (เกรียง ตั้งสง่า, 2540) ไตมีหน้าที่สำคัญ 3 ประการ คือ (ประเสริฐ ธนกิจจารุ และอนุตตร จิตตินันท์, 2545)

1.1 กรองและกำจัดของเสีย (Waste Products)ในเลือดของเสียในเลือดที่เกิดขึ้นนั้นเกิดจากสิ่งที่บุคคลรับประทานเข้าไปและบางส่วนจากกระบวนการเผาผลาญการสลายของเนื้อเยื่อภายในร่างกาย ซึ่งทราบได้จากอัตราการกรองของไต (Glomerular Filtration Rate: GFR) ซึ่งอัตราการกรองของไตในคนปกติมีค่าเท่ากับ 95 $\pm$ 20 มิลลิลิตร/ นาที/ 1.73 ตารางเมตรในเพศหญิง และมีค่าเท่ากับ 120$\pm$25 มิลลิลิตร/ นาที/ 1.73 ตารางเมตรในเพศชาย (ธนันดา ตระการวนิช, 2542)

1.2 ช่วยรักษาสมดุลของสารน้ำและเกลือแร่และสมดุลของความเป็นกรดด่างให้เป็นปกติ อาหารที่รับประทานเข้าไปโดยเฉพาะโปรตีนจะมีการเผาผลาญกลายเป็นกรด ซึ่งไตจะขับสารกรดนั้นออกจากร่างกาย และจะเก็บสารด่าง คือไบคาร์บอเนตไว้ในร่างกาย ทำให้ร่างกายมีสภาพสมดุลของความเป็นกรดด่างอยู่ตลอดเวลา

1.3 ทำหน้าที่สร้างฮอร์โมนหลายชนิด ได้แก่ ฮอร์โมนช่วยควบคุมความดันโลหิต ฮอร์โมนอีริโทรโพอิตินเป็นฮอร์โมนที่ช่วยกระตุ้นไขกระดูกให้สร้างเม็ดเลือดแดง ช่วยป้องกันไม่ให้ร่างกายเกิดภาวะโลหิตจาง ถ้ามีภาวะไตวายจะทำให้การสังเคราะห์ฮอร์โมนนี้ลดลงทำให้

มหาวิทยาลัยบูรพา Burapha University

ผู้ป่วยเกิดภาวะโลหิตจางได้ ฮอร์โมนแคลซิไตรออล หรือวิตามินดี ที่มีผลต่อการดูดซึมแคลเซียม มีบทบาทช่วยเสริมสร้างให้กระดูกแข็งแรง

ในสภาวะปกติไตจะมีความสามารถในการรักษาภาวะสมดุลของสภาพแวดล้อมในร่างกาย (Homeostasis) ให้คงไว้แม้ว่าไตจะสูญเสียหน้าที่ไปถึงร้อยละ 70-80 ก็ตาม ดังนั้นเมื่อไตเริ่มเสื่อมจากการเป็นโรคต่าง ๆ ในระยะแรกจึงไม่มีอาการใด ๆ แต่เมื่อหน่วยไตที่ทำหน้าที่ตามปกติทำงานหนักขึ้น ภายในเนื้อไตจะเกิดการเปลี่ยนแปลงคือหน่วยไตแต่ละอันมีขนาดใหญ่ขึ้น (Mattassarin-Jacobs, 1997) และทำงานทดแทนมากขึ้นตามส่วนที่หยุดทำงาน ต่อมาเนื้อไตส่วนที่เหลือก็เสื่อมตามทำให้จำนวนเนื้อไตส่วนที่เหลือทำงานลดลง มีขนาดเล็กลง ประสิทธิภาพในการขับของเสีย การกรองของเสีย การควบคุมสมดุลต่าง ๆ ของร่างกาย รวมถึงประสิทธิภาพในการสังเคราะห์วิตามิน และฮอร์โมนลดลง ปรากฏอาการและอาการแสดงของโรคไตวายเรื้อรังขึ้น

2. สาเหตุของโรคไตวายเรื้อรัง

โรคไตวายเรื้อรังนั้นเกิดจากการที่ไตเริ่มมีความเสื่อมของการทำงานลงอันเนื่องมาจากการเป็นโรคที่เกิดที่ไตเอง เช่น โรคของกลุ่มหลอดเลือดฝอยที่ไตอักเสบ หรือเกิดร่วมกับโรคอื่น โรคที่พบร่วมกับโรคไตวายเรื้อรังมากที่สุด คือ โรคเบาหวาน รองลงมาเป็นโรคความดันโลหิตสูง โรคกรวยไตอักเสบเรื้อรัง โรคที่เกิดจากปฏิกริยาต่อต้านเนื้อเยื่อตนเอง (โชคชัย เจริญดี, 2543) โรคนิ่วในไต โรคไตอักเสบจากการติดเชื้อ โรคเก๊าท์ ส่วนสาเหตุอื่น ๆ ได้แก่ โรคไตจากการกินยาแก้ปวดต่อเนื่องเป็นเวลานาน โรคถุงน้ำในไตที่ถ่ายทอดทางพันธุกรรม (ประเสริฐ ธนกิจจารุ และอนุดตร จิตดินันท์, 2545) เป็นต้น การเสื่อมลงของหน้าที่การทำงานของไตมี 2 ลักษณะ คือ 1) ภาวะไตวายเฉียบพลัน (Acute renal Failure) คือ ภาวะที่มีการเสื่อมลงของการทำหน้าที่ของไตอย่างรวดเร็วแต่เป็นอยู่เพียงชั่วคราว เมื่อได้รับการรักษาอย่างทันท่วงที ไตก็สามารถกลับมาทำงานได้ดังเดิม และ 2) ภาวะไตวายเรื้อรัง (Chronic Renal Failure) คือ ภาวะที่ไตมีการทำหน้าที่เสื่อมลงอย่างช้า ๆ ต่อเนื่องเป็นระยะเวลานานจนการทำหน้าที่ของไตสูญเสียอย่างถาวร (บุษปภัทร นาถวงษ์, ธีระ อุตมวงษ์ และวีระศักดิ์ อัศววงศ์อารยะ, 2547)

ในปัจจุบัน National Kidney Foundation (NFK) ประเทศสหรัฐอเมริกาและสมาคมโรคไตแห่งประเทศไทยได้แนะนำให้ใช้คำว่า โรคไตเรื้อรัง (Chronic Kidney Disease) แทนคำว่าโรคไตวายเรื้อรัง (Chronic Renal Failure) เนื่องจากต้องการสื่อความหมายให้ทั้งผู้ให้การรักษาและผู้รับการรักษาเข้าใจ และได้รับการดูแลรักษาที่เหมาะสม ชลอการเสื่อมของไตไปสู่ระยะสุดท้ายได้มากขึ้น (อรรถพงษ์ วงศ์วิวัฒน์, 2550)

3. ระยะของโรคไตวายเรื้อรัง

โรคไตวายเรื้อรังสามารถแบ่งระยะของโรคได้เป็น 5 ระยะตามค่าอัตราการกรองของไตที่ลดลง ดังนี้ (กฤษณพงศ์ มโนธรรม และสมชาย เอี่ยมอ่อง, 2545)

ระยะที่ 1 เป็นระยะที่เนื้อไตเริ่มถูกทำลาย แต่ค่าอัตราการกรองของไต ยังปกติ คือ ≥ 90 มิลลิลิตร/ นาที/ 1.73 ตารางเมตร ตรวจเลือดและปัสสาวะพบความผิดปกติเล็กน้อย

ระยะที่ 2 เป็นระยะที่เนื้อไตเริ่มถูกทำลายมากขึ้น ค่าอัตราการกรองของไต ต่ำกว่า 90 แต่ยังมากกว่า 60 มิลลิลิตร/ นาที/ 1.73 ตารางเมตร ค่าโปรตีนในกระแสเลือดจะสูงกว่าปกติเล็กน้อย และมักพบโปรตีนในปัสสาวะเพิ่มขึ้นกว่าเกณฑ์ปกติ (โสภณ นภาธร, 2542) ผู้ป่วยอาจมีอาการปัสสาวะบ่อยในตอนกลางคืน มีอาการบวมที่ขาเป็น ๆ หาย ๆ

ระยะที่ 3 เป็นระยะที่ค่าอัตราการกรองของไตต่ำกว่า 60 จนถึง 30 มิลลิลิตร/ นาที/ 1.73 ตารางเมตร บางรายอาจยังไม่มีอาการผิดปกติ อาจมีอาการปัสสาวะบ่อยตอนกลางคืน (Nocturia) หรือความดันโลหิตสูง

ระยะที่ 4 เป็นระยะที่ค่าอัตราการกรองของไตลดลงอย่างมากอยู่ในช่วง 15-30 มิลลิลิตร/ นาที/ 1.73 ตารางเมตร และมีค่าโปรตีนในกระแสเลือด 3-5 มิลลิกรัม/ เดซิลิตร มีอาการปัสสาวะบ่อยตอนกลางคืนทุกราย เหนื่อยง่าย มีภาวะซีด ความดันโลหิตสูง

ระยะที่ 5 เป็นระยะสุดท้าย (End-stage renal Failure: ESRD หรือ Uremia) หมายถึง ระยะของการดำเนินของโรคที่มีการเสื่อมเสียหน้าที่การทำงานของไตไปมากกว่า 85-90% ของการทำหน้าที่ปกติ มีค่าโปรตีนในกระแสเลือด มากกว่า 8 มิลลิกรัม/ เดซิลิตร

4. อาการและอาการแสดงของผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรัง

ผู้ป่วยโรคไตวายรื้อรังในระยะแรก ๆ จะยังไม่ปรากฏอาการแสดงชัดเจนจนกว่าจะเข้าสู่การดำเนินโรคที่ไตทำหน้าที่ลดลงเหลือเพียงร้อยละ 20-40 ของภาวะปกติจึงจะเริ่มมีผลต่อการขับของเสีย การควบคุมสมดุลเกลือแร่และน้ำ การสร้างฮอร์โมนและวิตามินในร่างกาย มีอาการแสดงดังต่อไปนี้ (โชคชัย เจริญดี, 2543; อรรถพงศ์ วงศ์วิวัฒน์, 2550)

4.1 ระบบหัวใจและหลอดเลือต จากการทำงานของหัวใจและการไหลเวียนที่หนักมากขึ้น ความดันโลหิตสูง พบการหนาตัวของผนังหัวใจโดยเฉพาะห้องล่างซ้าย มีอาการบวมกดบุ๋มบริเวณข้อเท้า แขนขา มีอาการเหนื่อย เกิดภาวะน้ำท่วมปอด

4.2 ระบบประสาท อาการทางระบบประสาทส่วนกลาง ได้แก่ ปวดศีรษะ ซึมลง สับสน ชักและหมดสติ บางรายมีอาการสมองเสื่อม ทางระบบประสาทส่วนปลาย จะมีอาการมือเท้าชา เป็นตะคริวบ่อย

4.3 ระบบทางเดินอาหาร มีอาการเบื่ออาหาร คลื่นไส้ อาเจียน ลมหายใจมีกลิ่นเหม็น

มหาวิทยาลัยบูรพา Burapha University

4.4 ระบบเลือด มีภาวะโลหิตจาง มีอาการซีด ภูมิคุ้มกันโรคต่ำมักติดเชื้อได้ง่าย โดยเฉพาะโรคหวัด

4.5 ระบบกล้ามเนื้อและกระดูก มีการเสื่อมของกระดูก กระดูกพรุนผุง่าย

4.6 ระบบผิวหนัง มีอาการคัน ตกสะเก็ด มีจ้ำเลือดตามตัว

4.7 ระบบสืบพันธุ์ มีความต้องการทางเพศลดลง

การรักษาในผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังที่ยังไม่ปรากฏอาการแสดงชัดเจนสามารถกระทำได้โดยการรักษาแบบประคับประคองโดยการใช้ยาและการควบคุมอาหาร แต่หากผู้ป่วยมีการดำเนินโรคเข้าสู่ระยะสุดท้ายจำเป็นต้องใช้การรักษาโดยการบำบัดทดแทนไต

การบำบัดทดแทนไต คือ การทำให้ผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังปลอดจากภาวะการคั่งของของเสีย การควบคุมสมดุลของน้ำ เกลือแร่ และกรดด่างในร่างกายให้กลับสู่ภาวะปกติ ปัจจุบันมีอยู่ 3 วิธี คือ (อุดม ไกรฤทธิชัย, 2545; อรรถพงศ์ วงศ์วิวัฒน์, 2550)

1. การล้างไตทางเยื่อบุช่องท้อง (Peritoneal Dialysis) เป็นวิธีการในการขจัดของเสีย เกลือแร่และน้ำส่วนเกินออกจากร่างกายโดยใส่น้ำยาล้างไตเข้าไปในช่องท้องของผู้ป่วย ของเสียและน้ำในเลือดของผู้ป่วยจะแพร่กระจายเข้าสู่น้ำยาล้างไต หลังจากนั้นจะเปลี่ยนถ่ายน้ำยาล้างไตที่ไม่สะอาดออกแล้วใส่น้ำยาล้างไตเข้าไปใหม่

2. การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (Hemodialysis) เป็นการขจัดของเสียที่คั่งค้างในร่างกายโดยใช้เครื่องไตเทียมเพื่อดึงน้ำและของเสียออกจากเลือดของผู้ป่วย เลือดของผู้ป่วยจะผ่านออกมาทางเส้นเลือดที่แขนหรือขา ผ่านตัวกรองเลือดเพื่อฟอกเลือดให้สะอาดแล้วส่งกลับคืนผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องตลอดการฟอกเลือด

3. การปลูกถ่ายไต (Renal Transplantation) เป็นการผ่าตัดไตของญาติที่มีชีวิตหรือผู้บริจาคที่เพิ่งเสียชีวิตแต่ไตยังทำงานปกติอยู่มาผ่าตัดปลูกถ่ายไตให้ผู้ป่วย เพื่อจะได้ทำหน้าที่ทดแทนไตเดิม

ตามขอบเขตของการศึกษาครั้งนี้ จะขอกล่าวเฉพาะการบำบัดทดแทนไตด้วยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมในผู้ป่วยที่อายุรแพทย์เฉพาะโรคไตวินิจฉัยว่าต้องได้รับการบำบัดด้วยวิธีนี้

การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม

เครื่องไตเทียม คือ เครื่องที่สามารถทำหน้าที่ทดแทนการทำงานของไตในการกำจัดของเสียและน้ำส่วนเกินออกจากร่างกาย การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (ภาพที่ 1) เป็นวิธีการที่ใช้บ่อยมากที่สุดในการรักษาผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย เริ่มนำมาใช้ตั้งแต่ปี ค.ศ. 1960 โดยศัลยแพทย์ชาวอเมริกาชื่อ Belding Schribner เป็นวิธีการรักษาแบบประคับประคอง (Bevan, 2000 cited in Landreneau, 2004) ที่ช่วยยืดชีวิตและความหวังของผู้ป่วยออกไปให้ยืนยาวขึ้นและเริ่ม

มหาวิทยาลัยบูรพา Burapha University

นำมาใช้ในประเทศไทยครั้งแรกที่โรงพยาบาลศิริราช ปี พ.ศ. 2505 และได้วิวัฒนาการเรื่อยมา (อุษณา ลุวีระ, 2542) ปัจจุบันเครื่องไตเทียมที่นำเข้ามาจากหลายประเทศจะมีคุณลักษณะที่แตกต่างกันไป แต่อย่างไรก็ตามส่วนประกอบหลักที่สำคัญของเครื่องจะคล้ายคลึงกัน

1. หลักการของการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม

การฟอกเลือดด้วยเครื่องไดเทียมเป็นกระบวนการนำเลือดของผู้ป่วยผ่านออกนอกร่างกายทางเส้นเลือดขนาดใหญ่ที่สามารถนำเลือดไหลผ่านได้ในอัตราความเร็วมากกว่า 200 มิลลิลิตร/ นาที (Chamney, 2007) ผ่านเข้าเครื่องไตเทียมที่มีตัวกรองเลือด (Dialyser) ชนิดพิเศษที่มีคุณสมบัติยอมให้สารละลายที่มีโมเลกุลเล็ก ๆ ซึมผ่านได้ (Semipermeable Membrane) โดยใช้หลักการของกระบวนการแพร่และการพา (Diffusion and Convertion) เป็นการเคลื่อนที่ของอนุภาคของสารในสารละลายจากบริเวณที่มีความเข้มข้นสูงไปสู่บริเวณที่มีความเข้มข้นต่ำกว่า (สุพัฒน์ วานิชการ, 2537) และการขับน้ำส่วนเกินเกิดขึ้น โดยเครื่องไตเทียมปรับแรงดันในตัวกรอง เพื่อให้น้ำในกระแสเลือดไหลออกมาสู่ในน้ำยาฟอกเลือด (สุพัตรา สิงห์อุดสาหะชัย, 2550) เลือดที่ได้รับการขจัดของเสียจนสะอาดจะกลับคืนสู่ร่างกายผู้ป่วย (ภาพที่ 1) ผู้ป่วยจะได้รับการฟอกเลือด 2-4 ครั้งต่อสัปดาห์ และในแต่ละครั้งใช้เวลาประมาณ 3-5 ชั่วโมง (โชคชัย เจริญดี และศิราพร ดิลกวรโชติ, 2543)

2. ส่วนประกอบที่สำคัญของเครื่องไตเทียม

ส่วนประกอบที่สำคัญของเครื่องไดเทียมมี 4 ส่วน ดังนี้ (บุษปภัทร นาถวงษ์ และคณะ, 2547)

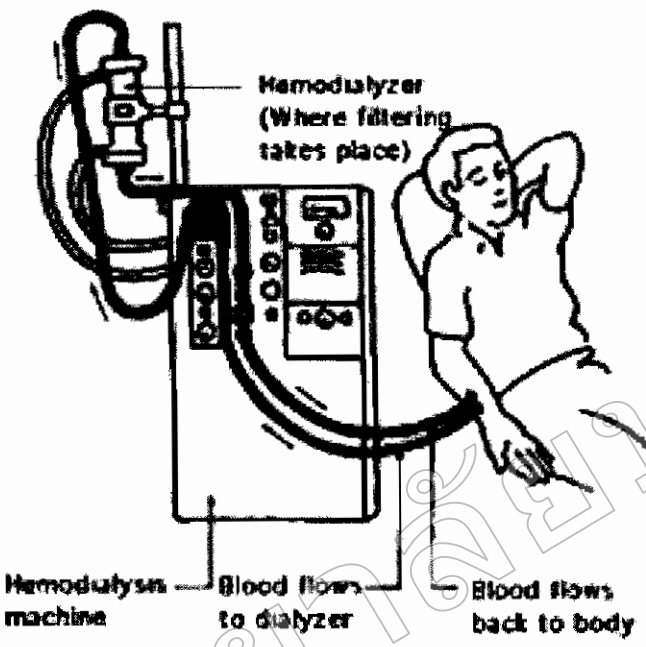
2.1 ส่วนที่นำเลือดออกจากร่างกาย (Blood Circulation Circuit) เป็นระบบที่นำเลือดออกจากร่างกายเพื่อส่งเข้าสู่ตัวกรอง (Dialyzer) แล้วส่งกลับสู่ร่างกายโดยผ่านทางเส้นเลือดขนาดใหญ่ที่ได้เตรียมไว้ (Vascular Access) โดยเส้นเลือดนี้สามารถส่งเลือดออกจากร่างกายได้มากกว่า 150-300 มิลลิลิตร/ นาที

2.2 ส่วนที่นำน้ำยาที่ถูกผสมแล้วผ่านเข้าสู่ตัวกรอง (Dialysate Fluid Circuit) โดยน้ำยาที่ถูกผสมแล้วจะทำหน้าที่รับเอาของเสียต่าง ๆ และขจัดน้ำส่วนเกินทิ้งไป

2.3 ส่วนที่ทำหน้าที่ควบคุมปริมาตรน้ำที่ถูกนำออกจากร่างกายโดยเครื่องไตเทียม (Ultrafiltration Control System) มีลักษณะเป็นปั๊มดูดน้ำส่วนเกินจากเลือดผ่านตัวกรองออกจากร่างกาย

2.4 ส่วนที่ทำหน้าที่ควบคุมระบบความปลอดภัย (Monitoring) เป็นสัญญาณที่คอยเฝ้าระวังเตือนสิ่งผิดปกติต่าง ๆ ที่สามารถก่อให้เกิดอันตรายกับผู้ป่วยได้ เช่น สัญญาณเตือนการรั่วของเลือด สัญญาณเตือนว่ามีฟองอากาศในเลือด เป็นต้น

มหาวิทยาลัยบูรพา Burapha University



ภาพที่ 1 การฟอกเลือดด้วยเครื่องไดเทียม

การเตรียมตัวก่อนการฟอกเลือด

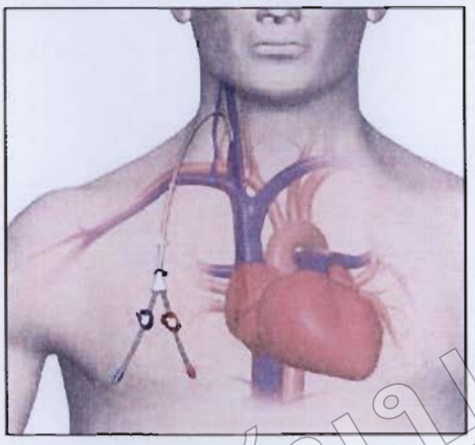
การฟอกเลือดด้วยเครื่องไดเทียม แม้จะมีการปรับปรุงและพัฒนาประสิทธิภาพในการขับสารพิษและของเสีย ลดภาวะแทรกซ้อนที่เกิดแก่ผู้ป่วยที่ฟอกเลือดให้เหลือน้อยที่สุด (เบญจมาภรณ์ วงศ์ประเสริฐ และคณะ, 2544) ตลอดจนสามารถยืดอายุผู้ป่วยได้นานอีก 10-15 ปี (นพดล วรอุไร, 2537) แต่กระนั้นก็ยังก่อให้เกิดความเปลี่ยนแปลงในด้านต่าง ๆ ในชีวิตผู้ป่วยเป็นอย่างมาก ในการฟอกเลือดจึงจำเป็นต้องมีการเตรียมผู้ป่วยในด้านต่าง ๆ ดังต่อไปนี้

การเตรียมด้านร่างกาย

ก่อนทำการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมจะต้องมีการเตรียมเส้นเลือด (Vascular Access) เพื่อเป็นช่องทางในการนำเลือดออกจากตัวผู้ป่วยเข้าสู่เครื่องไดเทียม ทำให้เกิดการไหลเวียนของเลือดในปริมาณที่มากพอกับกระบวนการฟอกเลือด ซึ่งการเตรียมเส้นเลือดมี 3 ประเภท (โชคชัย เจริญดี และศิราพร ดิลกวรโชติ, 2543) คือ

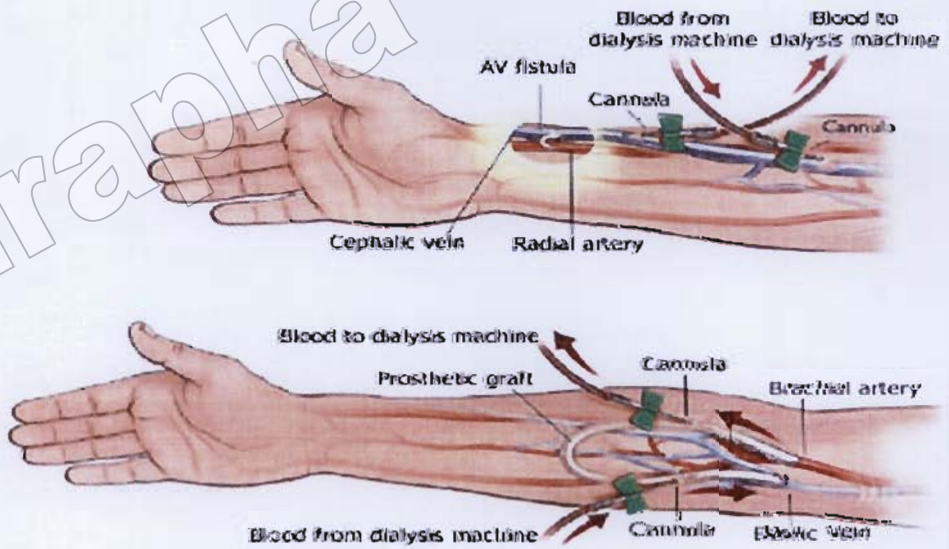
1. การเตรียมเส้นเลือดแบบชั่วคราว (Temporary Vascular Access) ทำได้โดยแทงหลอดเลือดดำใหญ่ด้วยสายสวนหลอดเลือดชั่วคราว (Percutaneous Double Lumen Catheter) ที่ทำจากพลาสติก หรือโพลียูรีเทน เข้าไปในหลอดเลือดดำบริเวณคอหรือขาหนีบ หรือใต้กระดูกไหปลาร้า เส้นเลือดนี้สามารถใช้งานได้ทันที แต่มีอายุการใช้งานได้เพียง 2-4 สัปดาห์เท่านั้น (ภาพที่ 2)

มหาวิทยาลัยบูรพา Burapha University



ภาพที่ 2 เส้นเลือดแบบชั่วคราว

2. การเตรียมเส้นเลือดแบบถาวร (Permanent Vascular Access) เป็นการตัดต่อเส้นเลือดดำกับเส้นเลือดแดงของผู้ป่วยเข้าด้วยกัน เพื่อให้เกิดเส้นทางลัดของเลือดแดงมาสู่เลือดดำโดยตรง (ภาพที่ 3) เส้นเลือดที่ใช้มักเป็นเส้นเลือดที่แขนหรือโคนขา หลังจากตัดต่อเส้นเลือดถาวรนี้แล้วต้องรอเวลาที่จะพร้อมใช้การเป็นเดือน เมื่อพร้อมใช้แล้วเส้นเลือดแบบถาวรนี้จะมีอายุการใช้งานได้นานกว่าเส้นเลือดแบบชั่วคราว (กฤษณพงศ์ มโนธรรม และสมชาย เอี่ยมอ่อง, 2545)



ภาพที่ 3 เส้นเลือดแบบถาวร

มหาวิทยาลัยบูรพา Burapha University

3. การเตรียมเส้นเลือดเทียมที่ใช้ฝังใต้ผิวหนัง (Tunneled Cuffed Catheter) มีลักษณะคล้ายการเตรียมเส้นเลือดแบบชั่วคราว แต่ใช้วัสดุเป็นซิลิโคนซึ่งมีความนุ่มกว่า เส้นเลือดชนิดนี้จะถูกฝังไว้ใต้ผิวหนังบริเวณต้นคอ ใต้กระดูกไหปลาร้าหรือที่โคนขา เส้นเลือดเทียมนี้สามารถใช้การได้ทันที มีอายุการใช้งานนานเป็นหลาย ๆ เดือนถึงปี และมีการติดเชื้อน้อยกว่าเส้นเลือดแบบชั่วคราว

การเตรียมทางด้านจิตใจ

เมื่อผู้ป่วยรับรู้ว่าตนเองเข้าสู่ภาวะไตวายเรื้อรังต้องได้รับการบำบัดทดแทนไตด้วยวิธีการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ในระยะแรกของการฟอกเลือด ผู้ป่วยจะมีความสบายใจมากขึ้น รู้สึกตนเองได้รับการช่วยชีวิตแล้ว ผู้ป่วยจะมีความเชื่อมั่นในตัวเองมากขึ้นจนบางครั้งมีอารมณ์สบายใจขึ้น (Euphoria) แต่ผู้ป่วยยังมีความกังวลอยู่บ้างเรียกว่าเป็นระยะ “Honeymoon Period” เริ่มตั้งแต่ทำการฟอกไตใน 1-3 สัปดาห์แรกและมีระยะเวลานานประมาณ 6 สัปดาห์-6 เดือน (ธนันดา ตระการวนิช, 2542; Sadala & Lorencon, 2006) หลังจากระยะนี้ผ่านไป ผู้ป่วยมักเข้าสู่ระยะของความผิดหวัง จากการเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย จากพยาธิสภาพของโรค การรักษาที่ยาวนานตลอดชีวิต การต้องพบกับความเจ็บปวดจากการแทงเข็ม การมีชีวิตที่ต้องพึ่งพาผู้อื่น พึ่งพาเครื่องไตเทียม การดูแลควบคุมการรับประทานอาหารและน้ำดื่ม โดยเฉพาะอย่างยิ่งการจำกัดน้ำซึ่งผู้ป่วยจะทุกข์ทรมานที่สุด ส่งผลถึงสภาวะทางจิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณของผู้ป่วย ก่อให้เกิดความเครียด (Zhao Haiping, 1997; เบญจมาภรณ์ วงศ์ประเสริฐ และคณะ, 2544; ทวี ศิริวงศ์, 2550) จากการศึกษาของ Kaba et al. (2007) ถึงประสบการณ์การเจ็บป่วยด้วยโรคไตวายเรื้อรัง และการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมในประเทศกรีซ พบผู้ป่วยบางรายมีบุคลิกภาพทางอารมณ์เปลี่ยนแปลงไป มีความรู้สึกโกรธ ถามคำถามซ้ำ ๆ ว่า “ทำไมต้องเป็นฉัน” ผู้ป่วยรู้สึกอ่อนเพลียเหนื่อยล้าทั้งก่อนและหลังเข้าเครื่องไตเทียม เกิดอาการปวด เป็นตะคริว นอนไม่หลับ ได้รับความไม่สุขสบายจากการรักษา การเจ็บป่วยและการรักษานี้นอกจากตัวผู้ป่วยจะได้รับความทุกข์ทรมานแล้วยังส่งผลต่อสมาชิกในครอบครัวด้วยโดยเฉพาะอย่างยิ่งถ้าผู้ป่วยนั้นเป็นหัวหน้าครอบครัว ผู้ป่วยจะค่อย ๆ สูญเสียความมั่นใจในตัวเอง คุณค่าตัวเองลดลง สูญเสียภาพลักษณ์ของตนเอง สูญเสียหน้าที่การงานและบทบาททางสังคม ฐานะทางการเงินภายในครอบครัว หมดหวัง ท้อแท้ ขาดกำลังใจ ขาดพลังในการเผชิญกับอุปสรรคในชีวิต (พิไลรัตน์ ทองอุไร, 2542) และภาวะทางจิตใจที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม คือ ภาวะซึมเศร้าซึ่งพบว่าอาจมีถึงขั้นรุนแรงจนถึงฆ่าตัวตายได้ (ธนันดา ตระการวนิช, 2542)

การเตรียมทางด้านจิตใจ ทำได้โดยการให้คำแนะนำปรึกษาแก่ผู้ป่วยและครอบครัวอย่างมีความเข้าใจในปรากฏการณ์ต่าง ๆ ที่จะเกิดขึ้นกับผู้ป่วยและครอบครัว เข้าใจในกลไกที่ผู้ป่วย

มหาวิทยาลัยบูรพา Burapha University

นำมาใช้ในการเผชิญกับการเจ็บป่วย ตลอดจนให้ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับวิธีการรักษาและการเปลี่ยนแปลงที่จะเกิดจากการรักษาด้วยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไดเทียม (สมรัก รอดพ่าย, 2548)

การเตรียมทางด้านจิตวิญญาณ

ภาวะทางจิตวิญญาณ มีความสำคัญไม่น้อยไปกว่าภาวะอื่น ๆ ในผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมประสบกับภาวะทุกข์ทรมานทางจิตวิญญาณเช่นเดียวกับผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่น ๆ ดังคำกล่าวของพิไลรัตน์ ทองอุไร (2542) ว่าผู้ป่วยโรคเรื้อรังนอกจากจะมีความทุกข์ทรมานด้านร่างกายด้วยพยาธิสภาพ วิธีการรักษาของโรค และการปฏิบัติตัวแล้วยังมีภาวะจิตวิญญาณที่พยาบาลควรให้ความสนใจ เพราะเป็นส่วนหนึ่งของชีวิตของผู้ป่วย

แนวคิดด้านจิตวิญญาณ

ความหมายของจิตวิญญาณ

จิตวิญญาณ (Spiritual) เป็นคำของชาวตะวันตก มาจากภาษาลาตินว่า Spiritus ซึ่งแปลว่า ลมหายใจ (Breath) ความมีชีวิต (Life) วิญญาณ (Soul) และจิตใจ (Mind) จิตวิญญาณเป็นสิ่งที่มีอยู่ในมนุษย์ทุกคน เป็นแกนกลางที่อยู่ในส่วนที่ลึกที่สุดของจิตใจที่ทำหน้าที่เชื่อมโยงผสมผสานมิติร่างกาย จิตสังคมเข้าด้วยกัน (Burkhardt & Nagai-Jacobson, 2002) เป็นตัวตนในอุดมคติที่อยู่ภายในเป็นความรู้สึกเกี่ยวกับตนเองในสภาพแวดล้อมที่เป็นอยู่ในขณะนั้น (Watson, 1988) เป็นมิติหนึ่งที่ให้คุณค่าหรือความหมายแก่มนุษย์เป็นอย่างยิ่งและทำให้มนุษย์สามารถดำรงชีวิตอยู่ได้ เน้นการสัมผัสถึงแก่นแท้ของความเป็นอยู่ของมนุษย์ มีการค้นหาความหมายในชีวิต มีการค้นหาว่าตนเองมีชีวิตอยู่ไปเพื่ออะไร เป็นความตระหนักรู้ ความมีสติ ความเข้มแข็งที่อยู่ภายใน (Watson, 1988; Wright, 2005) เป็นแหล่งที่ทำให้เกิดความกล้าแกร่ง ความหวังพลังใจที่เข้มแข็ง (พรจันทร์ สุวรรณชาติ, 2534 อ้างถึงใน ชนิกา เจริญจิตต์กุล, 2547) เป็นสิ่งที่มีผลต่อสุขภาพของบุคคลในทางบวก พัฒนาความเป็นมนุษย์ทั้งในการดำรงชีวิตและการกระทำทุกอย่าง แสดงออกได้ทางด้านความคิด ความรู้สึก การตัดสินใจตลอดจนการสร้างสรรค์ต่าง ๆ การมีสัมพันธภาพกับตนเอง ผู้อื่น ธรรมชาติและสิ่งที่อยู่นอกเหนือตนเอง การรู้จักรักตนเองและรักผู้อื่น การยึดมั่นปฏิบัติตามความเชื่อทางศาสนา การมีความสมดุลในชีวิต การใช้กลไกต่าง ๆ ในการเผชิญกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้นอย่างเหมาะสม

ในการศึกษาประสบการณ์ของพยาบาลในการตอบสนองความต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยวิกฤตโดย เสาวลักษณ์ มณีรักษ์ (2545) พบว่าในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นพยาบาลจำนวน 10 ราย ให้ความหมายของจิตวิญญาณไว้ 6 ลักษณะว่าเป็นความรู้สึกส่วนลึกในจิตใจ เป็นพลังภายในที่ทำให้เกิดแรงขับเคลื่อนในชีวิต เป็นความหวัง เป็นที่พึ่งทางใจ เป็นศูนย์รวมของทั้งหมดและเป็น

มหาวิทยาลัยบูรพา Burapha University

เสมือนยารักษาโรค และจากการศึกษาจิตวิญญาณในแง่ของสุขภาพตามการรับรู้ของคนไทยจำนวน 19 รายโดย วัลภา คุณทรงเกียรติ และคณะ (2546) พบว่าจิตวิญญาณตามการรับรู้ของคนไทยแบ่งเป็น 3 ประเด็นหลัก คือ ประเด็นที่ 1 คือ การมีสิ่งที่ยึดเหนี่ยวในชีวิต (Sense of Connectedness in Life) ที่มีความหมายเกี่ยวข้องกับศาสนา การมีสัมพันธภาพกับผู้อื่น การมีความเชื่อในพลังอำนาจที่เหนือธรรมชาติ ประเด็นที่ 2 คือ ความสุขในชีวิต (Happiness in Life) ซึ่งเกิดจากการมีความพึงพอใจในชีวิต และชีวิตที่มีความหมาย ความพอใจในชีวิตเกิดจาก ความพอใจในชีวิตส่วนตัว ในชีวิตครอบครัว และชีวิตทางสังคม ประเด็นหลักที่ 3 คือ พลังที่จะมีชีวิตอยู่ (Power for Living) ซึ่งหมายถึงความหวัง ความเข้มแข็งภายใน เป็นแหล่งพลังที่ช่วยให้เกิดการหายจากความทุกข์ทรมานหรือความเจ็บป่วย เป็นพลังชีวิตทางบวกซึ่งแสวงหาจุดมุ่งหมายของสัมพันธภาพและการมีชีวิตรอด

อย่างไรก็ตามการพยายามค้นหาความหมายของคำว่าจิตวิญญาณนั้นยังคงแตกต่างกันไปตามความเชื่อและทัศนคติของแต่ละบุคคล ในความหมายโดยรวมจิตวิญญาณนั้นเปรียบเสมือนการเดินทางของชีวิตที่ยาวนาน เป็นแก่นแท้ของชีวิตแต่ละคนที่หมายรวมถึงความสำเร็จ ความผิดหวัง ความสุข ความทุกข์ ประสบการณ์ด้านการทำงาน ครอบครัว สิ่งที่เป็นภูมิหลัง วัฒนธรรม รวมถึงทุกสิ่งทุกอย่างที่ช่วยเสริมสร้างความเป็นหนึ่งเดียวของบุคคล ตลอดจนความสามารถในการเผชิญกับเหตุการณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นในชีวิต (เชิดชัย เลิศจิตรเลขา, 2549) จิตวิญญาณมีความหมายกว้างกว่าศาสนา แต่ในฐานะของการเป็นมนุษย์จิตวิญญาณมีความสัมพันธ์กับศาสนาเป็นอย่างมาก และผู้ที่ยึดมั่นในศาสนาสามารถปฏิบัติตามหลักของศาสนาเป็นไปเพื่อพัฒนาจิตวิญญาณ (Burkhardt & Nagai-Jacobson, 2002; Wright, 2005)

นอกจากนี้การพัฒนาจิตวิญญาณยังสัมพันธ์กับการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น การรู้จักให้และการรู้จักรับ เป็นการให้ที่แสดงถึงความรักอย่างไม่มีเงื่อนไข มีความเมตตา มีการให้อภัย ความรักเป็นการแสดงถึงจิตวิญญาณของบุคคลอย่างชัดเจน ความรักทำให้ชีวิตมีความหมาย มีคุณค่ามากกว่าการคำนึงถึงการมีชีวิตยืนยาวไปอีกนานแค่ไหน ทั้งช่วยส่งเสริมให้เกิดการเยียวยาและเกิดความผาสุกทางจิตวิญญาณ (Burkhardt & Nagai-Jacobson, 2002; Watson, 2008)

องค์ประกอบในการพัฒนาจิตวิญญาณ

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า จิตวิญญาณของบุคคลจะพัฒนาได้ต้องอาศัยองค์ประกอบหลาย ๆ ด้านด้วยกัน ซึ่งพอจะสรุปได้ดังนี้

1. การให้ความหมายในชีวิต มนุษย์มีแรงจูงใจที่จะพัฒนาไปสู่ความต้องการขั้นสูงสุด มีความต้องการค้นหาความหมายคุณค่าและเป้าหมายที่สำคัญในชีวิตตนเอง ซึ่งเป็นความต้องการที่แท้จริงในชีวิตตน มีความหมายรวมถึงความต้องการทางจิตวิญญาณ (Hahn, Payne & Mauer, 2005; Vachon, 2008) ซึ่งเป็นความต้องการสันติสุข ความสงบ ความสร้างสรรค์ การรู้จักให้และรับความรัก

การรู้จักให้อภัย ไม่เห็นแก่ตัว รู้สึกว่าตนเองมีคุณค่าเพิ่มมากขึ้น (Burkhard, 1989; Hahn et al., 2005; Wright, 2005; Watson, 2008) เมื่อมนุษย์ต้องพบกับความทุกข์ทรมานในแต่ละวัน โดยเฉพาะอย่างยิ่งจากการเจ็บป่วยมักเกิดคำถามขึ้นกับตนเองมากมาย เช่น ถามว่า "ทำไมตนต้องมาเจ็บป่วย ทำไมการเจ็บป่วยนี้จึงต้องเกิดกับตนเอง" หรือ "เมื่อฉันป่วยแล้วฉันจะมีชีวิตอยู่อีกนานแค่ไหน" การที่บุคคลมีประสบการณ์การเจ็บป่วยจะทำให้ตนต้องกลับมาทบทวนความหมายหรือเป้าหมายในชีวิตอีกครั้ง (Wright, 2005; Vachon, 2008) เบิร์กฮาร์ดและนาเกีย-จาคอร์ปสัน (Burkhardt & Nagai-Jacobson, 2002) กล่าวว่า การตระหนักในความหมายของชีวิต และการมีเป้าหมายในชีวิตเป็นของเฉพาะแต่ละบุคคลซึ่งอาจได้มาจาก วัฒนธรรม ครอบครัว สังคม หรือความเชื่อมั่นในศาสนา หรือจากประสบการณ์การเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นกับตนเอง การค้นหาความหมายและคุณค่าในชีวิตของตนเองเป็นสิ่งที่พัฒนาให้การดำรงอยู่ของชีวิตสมบูรณ์ขึ้น (Wright, 2005) และทำให้มีความเข้มแข็งขึ้น แต่หากบุคคลนั้น ไม่สามารถหาคำตอบให้กับตนเองได้ เขาก็จะไม่ทราบว่าตนเองจะมีชีวิตอยู่ไปเพื่ออะไร เกิดความรู้สึกว่าชีวิตตนไม่มีความแน่นอน ท้อแท้สิ้นหวัง ขาดความเข้มแข็งหรือพลังในการดำเนินชีวิต (สุภาพร ดาวดี, 2537 อ้างถึงใน อรรถยา อมรพรหมภักดี, 2547)

ความหวัง

ในผู้ป่วยโรคเรื้อรังการมีความผาสุกทางจิตวิญญาณมีผลต่อความก้าวหน้าและอาการของโรคดีขึ้น (Narayanasamy, 2004; Greenstreet, 2006) ความผาสุกทางจิตวิญญาณมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความหวังซึ่งเป็นแรงสนับสนุนทางบวกในการดำเนินชีวิต และยังเป็นสิ่งหนึ่งที่ชี้ให้เห็นถึงความเข้มแข็งของตัวบุคคลในปัจจุบัน (ระวิวรรณ ถวายทรัพย์, 2545; Zhao, 1997; Hendricks-Ferguson, 2007) ความหวังเป็นเรื่องของความรู้สึกนึกคิดและอารมณ์ของแต่ละบุคคล เป็นความปรารถนาเพื่อให้ตนเองได้พบกับสิ่งที่ดีและมีชีวิตที่ดีขึ้น เป็นสิ่งที่ทำให้บุคคลมีความเข้มแข็งในการเผชิญปัญหา (Burkhard, 1989) ผู้ป่วยด้วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายรายหนึ่งชื่อสุธาสี หาญทองไชย (2546, หน้า 117-118) กล่าวว่า "ทันทีที่ได้ยินว่าตนเองเป็นโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย หูทั้งสองข้างอื้ออึงไปหมด คิดในใจว่าไม่น่าจะเป็นไปได้ทั้งที่มีอายุเพียง 25 ปี ทำไมต้องเป็นโรคนี้ และเคยได้ยินมาว่าคนเป็นโรคนี้ต้องได้รับการฟอกเลือด แต่ไม่คิดว่าตนต้องมาเผชิญกับสถานการณ์แบบนี้ เป็นสิ่งที่น่าหดหู่ใจอย่างที่สุด" แต่เธอก็ยังมีความหวังในชีวิตคือการปลูกถ่ายไต และคิดว่า "ทุกคนมีอุปสรรคในชีวิตที่ไม่เหมือนกัน บางคนต้องเจอกับความยากจนแสนสาหัส บางคนเกิดมาโดดเดี่ยว บางคนเผชิญกับโรคร้ายนานาชนิด แต่ทุกคนไม่โชคร้ายเสมอไป สักวันหนึ่งโชคดีจะเป็นของเรา เราต้องไม่ท้อแท้กับอุปสรรค"

มหาวิทยาลัยบูรพา Burapha University

การมีปฏิสัมพันธ์กับตนเอง ผู้อื่นและสิ่งแวดล้อม

ทุกสิ่งทุกอย่างในโลกนี้ล้วนมีความเชื่อมโยงกัน สิ่งแวดล้อมเป็นอะไรก็ได้ที่มีผลต่อการดำเนินชีวิตของมนุษย์ (Watson, 1988 อ้างถึงใน สายใจ พัวพันธ์, 2548) เป็นสิ่งแวดล้อมทั้งที่สัมผัสได้และสัมผัสไม่ได้ เป็นสังคม ธรรมชาติ หรือตัวมนุษย์เอง ซึ่งกล่าวได้ว่ามนุษย์ต่างก็เป็นสิ่งแวดล้อมของกันและกัน มนุษย์เป็นส่วนหนึ่งของธรรมชาติ และเป็นสิ่งที่มีความเกี่ยวข้องกันอยู่ตลอดเวลา (พระพรหมคุณาภรณ์ (ป. อ. ปยุต โต), 2549) การผสมผสานกลมกลืนกันระหว่างมนุษย์กับธรรมชาติเป็นหนทางนำไปสู่ความผาสุกทางจิตวิญญาณได้ และการมีสัมพันธภาพที่ลึกซึ้งกับบุคคลรอบข้างนั้นเป็นสิ่งจำเป็นต่อสุขภาพและความเป็นทั้งหมดของบุคคล (Burkhardt & Nagai-Jacobson, 2002) ธรรมชาติของมนุษย์มีความต้องการขั้นสูงสุดที่สำคัญซึ่งเป็นความต้องการทางจิตวิญญาณ นั่นคือมนุษย์ทุกคนปรารถนาความรักความเมตตา การดูแลเอาใจใส่ การยอมรับจากผู้อื่น (Wright, 2005) ความรักในที่นี้หมายถึงความรักแบบไม่เห็นแก่ตัว รู้จักให้ รู้จักรับ และรู้จักที่จะให้อภัยแก่ผู้อื่นและแก่ตนเอง (สมาคมพระคริสตธรรมไทย, 2549) มนุษย์ไม่สามารถดำรงชีวิตอยู่เพียงลำพังได้หากปราศจากความรัก มนุษย์ต้องการความมีคุณค่าในสายตาของตนเองและของผู้อื่น การที่จะเกิดความสอดคล้องกลมกลืนกันของการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างตนเอง ผู้อื่นและธรรมชาติ มนุษย์จะต้องรู้จักตัวตนของตนเอง มีความเข้าใจยอมรับในความเป็นตัวตนของตนเองที่แท้จริง (Watson, 1988, p. 57) และต้องยอมที่จะเปิดตนเองให้กว้างออกและเต็มใจพร้อมที่จะสร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่น และไม่ว่าจะเกิดเหตุการณ์เปลี่ยนแปลงไปด้วยสาเหตุใดก็ตาม บุคคลสามารถที่จะยอมรับและเข้าใจในตัวตนของตนเองได้ บุคคลนั้นก็จะเกิดความผาสุกทางจิตวิญญาณ และการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลใกล้ชิดโดยเฉพาะการมีปฏิสัมพันธ์กับสมาชิกในครอบครัว กับเพื่อนหรือกับบุคคลที่น่านับถือมีส่วนทำให้บุคคลนั้นรู้สึกดีมีความผาสุกมากกว่า (วัลภา คุณทรงเกียรติ และคณะ, 2546) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของเนตรลาวัณย์ เกิดหอม (2548) ถึงโปรแกรมการสร้างสัมพันธภาพของคนในครอบครัวต่อความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 20 ครอบครัว พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความผาสุกทางจิตวิญญาณมากขึ้นหลังเข้ารับโปรแกรมการสร้างสัมพันธภาพในครอบครัว

ความเชื่อความศรัทธาในศาสนา

ความเชื่อความศรัทธายึดมั่นทางศาสนาเป็นความเชื่อส่วนบุคคล การปฏิบัติตามหลักคำสอนและการประกอบพิธีกรรมทางศาสนาที่ตนเองนับถือ ทำให้บุคคลเกิดความสงบคลายทุกข์ เป็นการแสดงออกถึงความผาสุกทางจิตวิญญาณ ความเชื่อความศรัทธาในศาสนาและการให้ความหมายในชีวิตมักจะไปด้วยกันเนื่องจากศาสนาเป็นตัวที่กำหนดวิถีชีวิตของบุคคล (Vachon, 2008) ในยามเจ็บป่วยความศรัทธาในศาสนาเป็นกลไกหนึ่งของบุคคลที่นำมาใช้ในการเผชิญกับ

ความทุกข์ลำบาก (อุไรวรรณ ชัยชนะวิโรจน์, 2543; Carson, 1989; Hungelmann et al., 1996; Tanyi & Werner, 2003)

ในประเทศไทยประกอบด้วยชนชาติหลายศาสนาด้วยกัน ได้แก่ ศาสนาพุทธ คริสต์ อิสลาม ความผาสุกทางจิตวิญญาณจึงแตกต่างกันไปตามความเชื่อทางศาสนาของแต่ละคน จากการศึกษา สุขภาพจิตวิญญาณในคนไทยของ วัลภา คุณทรงเกียรติ และคณะ (2546) พบว่า การปฏิบัติตามความเชื่อทางศาสนาเป็นสิ่งที่ดี และศาสนาสามารถช่วยให้เกิดความรู้สึกว่ามีที่ยึดเหนี่ยวในยามมีปัญหาได้ ศาสนาเป็นแนวทางหรือแหล่งที่ทำให้เกิดความสุข เกิดความสงบในการดำเนินชีวิต ทำให้บุคคลกระทำตัวเป็นคนดี พุทธศาสนิกชนเชื่อว่าการทำความดี การมีเมตตา การปฏิบัติตามพระธรรมในศาสนา ทำให้บุคคลเกิดความสงบสุข ส่วนในคริสตชนและอิสลามมีความเชื่อในเรื่องการดำรงอยู่ของพระเจ้า และเชื่อว่าพระเจ้าเป็นสิ่งสำคัญที่สุดที่ทำให้ชีวิตของตนนั้นราบรื่น การปฏิบัติตามคำสอนของพระเจ้าที่สอนให้รู้จักรักคนอื่นเหมือนรักตนเองทำให้เกิดความสันติสุข การยึดมั่นในศาสนาเป็นแหล่งที่ทำให้เกิดการเยียวยา เกิดพลังความเข้มแข็งในการดำเนินชีวิต ดังการศึกษาของ ทายี และเวอร์เนอร์ (Tanyi & Werner, 2008) ถึงประสบการณ์ด้านจิตวิญญาณในผู้ป่วยหญิงโรคไตวายเรื้อรังระยะ สุดท้ายที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม จำนวน 16 ราย พบประสบการณ์ด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยประกอบด้วย 4 ด้าน ได้แก่ ด้านการยอมรับในสิ่งที่เกิดขึ้น ด้านความเข้าใจ ด้านการสร้างความแข็งแกร่งให้กับตนเองโดยการสวดอ้อนวอนกับพระเจ้าที่ตนนับถือและด้านการปรับเปลี่ยนอารมณ์

ความผาสุกทางจิตวิญญาณ

ความหมาย

ตามพจนานุกรมฉบับราชบัณฑิต (2535 อ้างถึงใน วรุณวรรณ ผาโคตร, 2548) กล่าวว่า "ความผาสุก" หมายถึง ความสำราญ ความสบาย "จิต" หมายถึง สิ่งที่มีหน้าที่รู้ คิด และสำนึก "วิญญาณ" หมายถึง สิ่งที่ถือกันว่าเป็นสิ่งที่อยู่ในตนทำให้เป็นบุคคลขึ้น คำว่า "ความผาสุกทางจิตวิญญาณ" จึงหมายถึง ความรู้สึกสุขสบายที่มีอยู่ในตัวตนของบุคคล ซึ่งตรงกับคำในภาษาอังกฤษว่า Spiritual well-being มีความหมายเช่นเดียวกับคำว่า สุขภาวะทางจิตวิญญาณ (ประเวศ วะสี, 2543; วิธาน ฐานะวุฑฒ์, 2547)

ความผาสุกทางจิตวิญญาณ เป็นภาวะที่บุคคลได้รับการตอบสนองความต้องการด้านจิตวิญญาณอย่างเพียงพอ (Stoll, 1989 อ้างใน เสาวลักษณ์ มณีรักษ์, 2545, หน้า 9; ประเวศ วะสี, 2543) เป็นความรู้สึกทั้งหมดของบุคคลที่ทำให้ตนนั้นสามารถดำเนินชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างปกติสามารถดำเนินชีวิตไปโดยมีเป้าหมายของชีวิต (PaloutZian & Ellison, 1982; Burkhard, 1989) มีความหวัง

มหาวิทยาลัยบูรพา Burapha University

มีความสุขในการดำเนินชีวิตอยู่ตลอดเวลา รู้สึกอิ่มเอิบสมบูรณ์ และเป็นความรู้สึกประสานกลมกลืนกันระหว่างตนเอง ผู้อื่น ธรรมชาติ และสิ่งเหนือตนเอง (สมพร รัตนพันธ์, 2542; อุไรวรรณ ชัยชนะวิโรจน์, 2543; วัลภา คุณทรงเกียรติ และคณะ, 2546; PaloutZian & Ellison, 1982; Carson, 1989; Hungelmann et al., 1996) นอกจากนี้การที่บุคคลได้ปฏิบัติตามความเชื่อทางศาสนา ยึดมั่นในสิ่งที่ตนนับถือ เช่น การทำความดี การเสียสละ การไม่เห็นแก่ตัว การมีความรัก ความเมตตากรุณา หรือจิตของตนเองได้สัมผัสกับสิ่งที่มีคุณค่าสูงสุด เช่น การสัมผัสกับพระเจ้า ก็ทำให้เกิดความผาสุกทางจิตวิญญาณได้ (ประเวศ วะสี, 2543; PaloutZian & Ellison, 1982; Carson, 1989; Hungelmann et al., 1996)

ดังในการศึกษาความผาสุกทางจิตวิญญาณในผู้ป่วยติดเชื้อเอดส์ของ ระวิวรรณ ถวายทรัพย์ (2545) จำนวน 9 ราย พบว่า การให้ความหมายของความผาสุกทางจิตวิญญาณในผู้ป่วยติดเชื้อเอดส์ เป็นความรู้สึกที่สงบ มีความสุข มีสติ มีความเมตตากรุณา และมีจิตใจที่เข้มแข็ง และสิ่งที่ทำให้มีความผาสุกทางจิตวิญญาณคือ ความหวัง การยอมรับสภาพของตนเอง การตระหนักในการดูแลสุขภาพ แรงสนับสนุนทางบวกและการคิดถึงแต่สิ่งที่ดี บุคลิกภาพส่วนบุคคลและพื้นฐานการเลี้ยงดูในครอบครัว

อุไรวรรณ ชัยชนะวิโรจน์ (2543) ได้ศึกษาถึงความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้สูงอายุในจังหวัดชลบุรี จำนวน 382 ราย พบว่า ความผาสุกทางจิตวิญญาณมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตามความเชื่อทางศาสนา

นงเยาว์ กันทะมูล (2546) ศึกษาถึงความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้สูงอายุโรคมะเร็งปอด จำนวน 90 ราย พบว่าผู้สูงอายุโรคมะเร็งปอดมีความผาสุกทางจิตวิญญาณโดยรวมอยู่ในระดับสูง มีการปฏิบัติตามความเชื่อทางพุทธศาสนา โดยการสวดมนต์ ไหว้พระ ทำสมาธิ และเชื่อในเรื่องของกรรม

การประเมินความผาสุกทางจิตวิญญาณ

ในการประเมินความผาสุกทางจิตวิญญาณของบุคคลนั้น สามารถกระทำได้ในเชิงอัตวิสัยได้แก่ การสนทนา และเชิงวัตถุวิสัยโดยมีการใช้แบบประเมิน อธิบายได้ดังนี้

1. การสนทนา การพิจารณาถึงความผาสุกทางจิตวิญญาณของบุคคลจากการสนทนาถึงประสบการณ์ตรงของบุคคล เช่น ให้ผู้ป่วยเล่าถึงประสบการณ์การเจ็บป่วย (Narrative Illness) การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในชีวิต หลังจากทราบว่าตนเองเจ็บป่วย มีอะไรเกิดขึ้นในชีวิตบ้าง และมีใครบ้างที่ได้รับความทุกข์ทรมานนี้ไปพร้อมกับตน (Wright, 2005) ความทุกข์ทรมานจากการเจ็บป่วยเป็นสิ่งสะท้อนให้เห็นถึงความไม่สอดคล้องกลมกลืนกันของร่างกาย-จิต-จิตวิญญาณ (Watson, 1988, p. 40) ดังประสบการณ์ทางคลินิกของดร.ไรท์ ในการทำจิตบำบัดครอบครัวกับผู้ป่วยชื่อ

โดแรน ซึ่งเป็นผู้ที่มีความทุกข์ทรมาน มีความรู้สึกท้อแท้ ไม่มีความเข้มแข็งในการดำเนินชีวิตเมื่อต้องสูญเสียภรรยาไป และมีความคิดจะฆ่าตัวตาย การสนทนาระหว่างดร.ไรท์ ในฐานะผู้บำบัดและโดแรน เป็นการกระตุ้นให้โดแรนเล่าถึงความทุกข์ทรมานในชีวิต ดร.ไรท์ฟังอย่างใส่ใจ และสะท้อนความรู้สึก การให้ความหมายในชีวิด สะท้อนภาวะทางจิตวิญญาณของโดแรน ดังแสดงให้เห็นบางส่วนบางตอนในการสนทนาระหว่าง ดร.ไรท์กับโดแรน ดังนี้ (Wright, 2005, pp. 120-127)

ดร.ไรท์: คุณมีความคิดที่จะฆ่าตัวตายบ่อยมากน้อยแค่ไหน?

โดแรน: ผมคิดว่ามันมีมากขึ้น ๆ

ดร.ไรท์: คุณคิดว่าความคิดเหล่านี้เป็นปัญหาสำหรับคุณมากหรือไม่?

โดแรน: แน่นอน แต่ในทางความเชื่อของผม ผมรู้ดีว่าการฆ่าตัวตายเป็นการกระทำที่จะทำให้ผมไม่ได้ไปสวรรค์

ดร.ไรท์: การที่คุณเชื่ออย่างนั้นมันน่าจะช่วยทำให้ความคิดในการทำร้ายตัวเองลดลง ฉันรู้สึกเสียใจที่คุณไม่อยากมีชีวิตอยู่

โดแรน: ผมต้องการมีชีวิตอยู่ ผมรู้ว่าจุดสำคัญของการมีชีวิดอยู่คืออะไร

ดร.ไรท์: คุณกำลังมองหาเหตุผลที่ดีในการมีชีวิตอยู่ แต่การตายของภรรยาคุณอาจทำให้คุณคิดว่าสักวันหนึ่งคุณก็ต้องตายเหมือนกัน มันอาจทำให้คุณรู้สึกว่าคุณไม่อยากจะทำอะไรต่อไปอีก

โดแรน: ใช่ ผมมีน้องสาวอยู่คนหนึ่งซึ่งแตกต่างกับผมมาก เธอมีพร้อมในทุกสิ่งทุกอย่างมากกว่าผมมากมาย เธอได้คู่ครองที่ดี มีการงานที่ดี มีเป้าหมายที่ชัดเจนในการดำเนินชีวิต แต่ผมไม่มี ไม่สามารถทำได้ ทำไมต้องเป็นผมที่ต้องมาพบกับเหตุการณ์แบบนี้ ทำไมไม่ไปเกิดกับคนอื่น

ดร.ไรท์: คุณจะรู้สึกว่าคุณติดกับข้อคำถามเหล่านี้ และคุณก็กำลังหาคำตอบ

โดแรน: แต่ผมเชื่อว่าพระเจ้าที่ผมนับถือจะช่วยดูแลผมและช่วยให้สถานการณ์ต่าง ๆ ดีขึ้น

ดร.ไรท์: ความเชื่อเหล่านี้ทำให้ความคิดทำร้ายตัวเองนั้นเปลี่ยนแปลงไปได้บ้างมั้ย

โดแรน: ใช่ ผมคิดว่าเป็นอย่างนั้น

ในการสนทนาควรใช้คำถามปลายเปิดซึ่งเป็นการเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้สนทนาอย่างอิสระและสะท้อนถึงจิตวิญญาณได้ เมื่อผู้ป่วยได้เปิดเผยถึงความทุกข์ทรมานของตนเอง ผู้ป่วยจะมีโอกาสนำไปสู่การเยียวยาได้ (Wright, 2005) การสนทนาเป็นสิ่งที่จำเป็นในการสร้างสัมพันธภาพระหว่างบุคคล พยาบาลควรตระหนักถึงความสวยงามในการดำรงอยู่และความสำคัญของการสนทนากับผู้ป่วยเป็นสำคัญ (Libster, 2001, p.172) ผู้ป่วยบางรายอาจรู้สึกอึดอัดใจเมื่อพยาบาลสนทนาให้ข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของตนมากเกินไป มักจะรู้สึกว่าตนเองไม่ปลอดภัยในเรื่องที่เกี่ยวกับการเจ็บป่วยของตน การต้องเปลี่ยนวิถีการดำเนินชีวิต การเปลี่ยนสิ่งแวดล้อม และการยอมรับการช่วยเหลือจากผู้อื่น พยาบาลควรใช้จุดนี้ในการสร้างความไว้วางใจให้เกิดขึ้น โดยการใช้คำถาม

มหาวิทยาลัยบูรพา Burapha University

กระตุ้นให้ผู้ป่วยเล่าเรื่องราวของตนเอง การเขียนเรียงความ หรืออาจจะกระทำผ่านการรับรู้ทางการมองเห็นภาพหรือการวาดภาพ การได้ยินเสียงดนตรี เสียงเพลง (วิธาน ฐานะวุฑฒ์, 2547) พยาบาลควรทราบว่าความต้องการของผู้ป่วยแต่ละรายแตกต่างกันอย่างไรและควรใช้วิธีใดในการสนทนา ซึ่งการสนทนานี้เป็นทั้งศาสตร์และศิลป์ทางการพยาบาลที่ต้องอาศัยองค์ความรู้ในหลาย ๆ ด้านประกอบกัน (Watson, 1988)

2. การใช้แบบประเมิน มีนักวิชาการหลายท่านได้สร้างแนวคำถามเพื่อการประเมินความผาสุกทางจิตวิญญาณไว้ ดังนี้

ไฮฟิลด์ (Highfield, 1992) ได้พัฒนาแบบวัดสุขภาพจิตวิญญาณ (Spiritual Health Inventory: SHI) เป็นแบบประเมินภาวะจิตวิญญาณด้วยตนเอง มีลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ โดยมีองค์ประกอบการประเมิน 3 ด้าน คือ ด้านการมีความหมายและเป้าหมายในชีวิต ด้านการมีความหวัง และด้านการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น สิ่งแวดล้อมและสิ่งที่อยู่เหนือธรรมชาติ รวมทั้งหมด 31 ข้อ ถ้าระดับคะแนนสูง แสดงถึงการมีความผาสุกทางจิตวิญญาณ แต่ถ้าระดับคะแนนต่ำกว่า 93 คะแนน แสดงถึงมีความทุกข์ทรมานทางจิตวิญญาณ สมพร รัตนพันธ์ (2542) ได้นำกรอบแนวคิดและแบบประเมินดังกล่าวมาดัดแปลงเพื่อวัดภาวะทางจิตวิญญาณในผู้สูงอายุ โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช และจากการตรวจสอบความเชื่อมั่นของแบบประเมินโดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค ได้คะแนนความเชื่อมั่นเท่ากับ .92

พอลูทเซียน และเอลิสัน (Paloutzian & Ellison, 1982) ได้พัฒนาแบบประเมินความผาสุกทางจิตวิญญาณ (Spiritual Well-being Scale: SWBS) มีลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 6 ระดับ โดยแบ่งองค์ประกอบในการประเมินเป็น 2 ด้าน คือ ด้านการมีความผาสุกที่มีความสัมพันธ์ทางศาสนา (Religious Well-Being: RWB) และด้านการมีความผาสุกในการดำรงชีวิต (Existential Well-Being: EWB) รวมทั้งหมด 20 ข้อ ระดับคะแนนสูงหมายถึงมีความผาสุกทางจิตวิญญาณ ส่วนระดับคะแนนต่ำแสดงถึงการมีความทุกข์ทางจิตวิญญาณ ธนิญา น้อยเปียง (2545) ได้นำมาแปลและดัดแปลงเพื่อนำไปใช้วัดความผาสุกทางจิตวิญญาณในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมในโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่และจากการตรวจสอบความเชื่อมั่นของแบบประเมินโดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค ได้คะแนนความเชื่อมั่นเท่ากับ .86

ฮังเกลแมนน์ และคณะ (Hungelmann et al., 1996) ได้พัฒนาแบบวัดความผาสุกทางจิตวิญญาณ ชื่อว่า The JAREL Spiritual Well-being Scale มีองค์ประกอบในการประเมิน 3 องค์ประกอบ คือ 1) ด้านความเชื่อ ความศรัทธา แนวทางในการดำเนินชีวิต 2) ด้านชีวิตความรับผิดชอบต่อตนเอง การมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น และ 3) ด้านความพึงพอใจในชีวิต การตั้งเป้าหมายการยอมรับในสถานการณ์ของชีวิต มีความรักและรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง จำนวนข้อคำถามมีทั้งหมด 21 ข้อ

มหาวิทยาลัยบูรพา Burapha University

มีคะแนนอยู่ในช่วงระหว่าง 21-105 คะแนน ถ้าระดับคะแนนสูง หมายถึง มีความผาสุกทางจิตวิญญาณ แต่ถ้าระดับคะแนนต่ำแสดงถึงการมีความทุกข์ทางจิตวิญญาณ ซึ่งณัฏฐวรรณ คำแสน (2540) ได้นำแบบประเมินดังกล่าวมาแปล ดัดแปลงใช้เพื่อวัดความผาสุกทางจิตวิญญาณของนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 4 วิทยาลัยพยาบาลสังกัดสถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข โดยเพิ่มจำนวนข้อคำถามเป็น 25 ข้อ มีค่าความเชื่อมั่นโดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟ่าของครอนบาคเท่ากับ .88 และเนตรลาวัณย์ เกิดหอม (2548) ได้นำมาใช้เพื่อวัดความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง มีค่าความเชื่อมั่นของแบบประเมินโดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟ่าของครอนบาคเท่ากับ .90

ในการศึกษานี้ผู้วิจัยได้นำแบบวัดความผาสุกทางจิตวิญญาณ The JAREL Spiritual Well-being Scale ที่ณัฐวรรณ คำแสน (2540) แปลแล้วมาปรับปรุงเนื้อหาในข้อคำถาม โดยมีจำนวนข้อคำถามเท่าเดิม

แนวคิดหรือทฤษฎีทางการพยาบาลที่ใช้ทำความเข้าใจความผาสุกทางจิตวิญญาณ

จิตวิญญาณนั้นเป็นสิ่งที่ผู้คนในหลาย ๆ สาขาวิชาชีพให้ความสนใจกันมานานแล้ว และนำไปใช้ในความหมายแตกต่างกันไป การจะทำความเข้าใจเรื่องความผาสุกทางจิตวิญญาณนั้นต้องทำความเข้าใจกับบุคคลในฐานะที่เป็นมนุษย์ซึ่งประกอบด้วย ร่างกาย-จิตใจ-จิตวิญญาณ โดยไม่แยกพิจารณาเป็นส่วน ๆ ทุกส่วนมีความสัมพันธ์กัน ตามกระบวนทัศน์ใหม่ในการดูแลสุขภาพปัจจุบันพยาบาลสามารถมีบทบาทอิสระในการปฏิบัติซึ่งไม่มุ่งแต่ทำตามการรักษาของแพทย์เท่านั้น หากแต่มุ่งหวังให้บุคคลนั้นรับรู้ความผาสุกทางจิตวิญญาณซึ่งสามารถนำไปสู่ภาวะสุขภาพที่ดี แนวคิดหรือทฤษฎีทางการพยาบาลที่นำมาใช้ทำความเข้าใจความผาสุกทางจิตวิญญาณ ได้แก่

แนวคิดเกี่ยวกับสุขภาพแบบองค์รวม

คำว่า สุขภาพ ตรงกับคำภาษาอังกฤษว่า Health หมายถึง สภาวะของบุคคลที่ไม่เจ็บป่วยทางร่างกายและการมีภูมิคุ้มกันโรค การมีสุขภาพดีไม่ต้องทนทุกข์ทรมานกับการเจ็บป่วยและมีความรู้สึกสมบูรณ์แข็งแรงดี (Bright, 2002) และพจนานุกรมไทย-อังกฤษของ ศาสตราจารย์ ดร. วิทย์ เที่ยงบูรณธรรม (อ้างถึงใน สนั่น ไชยเสน, 2548) ให้ความหมายสุขภาพว่า เป็นภาวะความเป็นอยู่ของร่างกายที่มีความสุขสบายปราศจากโรค และ คำว่า Health, Heal มีรากศัพท์มาจากคำเดียวกันคือจากคำว่า Whole หมายถึงการเป็นทั้งหมด การเขียวยา เขียนได้ทั้งสองอย่างคือ Holistic, Wholistic (เอื้อมพร ทองกระจาย, 2542; โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์, 2545; Bright, 2002)

จากคำนิยามที่องค์การอนามัยโลก (World Health Organization: WHO) ได้ให้ความหมายของ Health ไว้ว่า “Health is a State of Complete Physical, Mental and Social Well-

being not Merely an Absence of Disease and Infirmity" (WHO, 1992 cited in Saracci, 1997) และต่อมาในปี 1998 WHO ได้เพิ่มคำว่า Spiritual Well-being เข้าไปด้วยนั้น ศาสตราจารย์นายแพทย์ประเวศ วะสี (2543) ได้แปลไว้ว่า สุขภาพหมายถึง สุขภาวะหรือภาวะที่เป็นสุขสมบูรณ์ทั้งทางกาย จิต สังคมและจิตวิญญาณ สุขภาพจึงมิใช่หมายถึงเพียงการไม่มีโรคเท่านั้น แต่ในขณะที่เจ็บป่วยก็สามารถมีสุขภาพดีได้ สุขภาวะทางกายอาจหมายถึง การปราศจากโรคหรือทุพพลภาพ สุขภาวะทางใจหมายถึง การมีความสบายใจ มีความร่าเริงแจ่มใส ไม่เครียดหรือทุกข์ร้อนใจ สุขภาวะทางสังคมหมายถึง การปลอดพ้นจากความบีบคั้นทางสังคม เช่น ความไม่เป็นธรรมทางสังคม ส่วนสุขภาวะทางจิตวิญญาณนั้นสัมพันธ์กับการให้คุณค่าและความหมายของชีวิต (โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์, 2545)

การดูแลสุขภาพในปัจจุบันมุ่งเน้นการรักษาโรค กำจัดอาการและอาการแสดงของโรคที่เกิดขึ้น การเสริมสร้างให้เกิดความแข็งแรงหรือกลับคืนสู่สภาพเดิมแบบแยกเป็นส่วน ๆ ส่วนมากจะให้ความสำคัญกับด้านร่างกาย ความก้าวหน้าทางการรักษาดูเสมือนเป็นสิ่งที่น่าเลื่อมใส แต่การรักษาสมัยใหม่มักมองข้ามสิ่งที่บุคคลต้องการการเยียวยาด้วย การเยียวยาเป็นกระบวนการที่ทำให้เกิดการดูแลแบบองค์รวม ให้ความสนใจในความเป็นทั้งหมดของบุคคลไม่ว่าจะเป็นร่างกาย จิตใจ อารมณ์ จิตวิญญาณ ในบุคคลที่เจ็บป่วยในระยะสุดท้ายของโรค เป็นผู้ที่ต้องการการเยียวยาเป็นอย่างมาก ในขณะที่สภาพร่างกายของเขามีแต่ร่วงโรยลงไป การรักษาด้วยยาดูเหมือนไม่ทำให้โรคของตนนั้นหายไป เขาจะเกิดความสิ้นหวัง มีภาวะซึมเศร้า ท้อแท้ในการดำรงชีวิต (Burkhard & Nagai-Jacobson, 2002) นั่นแสดงถึงความไม่สอดคล้องกันที่มีสาเหตุจากร่างกายส่งผลเกิดความไม่สอดคล้องกันของจิตใจและจิตวิญญาณด้วย

สุขภาพแบบองค์รวมเป็นการมองมนุษย์เป็นหน่วยเดียวไม่แยกส่วนของร่างกาย (Body) จิต (Mind) และจิตวิญญาณ (Spirit) ออกจากกัน ทุกส่วนหล่อหลอมมนุษย์เข้าด้วยกันเป็นหนึ่งเดียว ดังนั้นการดูแลรักษาจึงไม่ควรแยกดูแลหรือรักษาเป็นส่วน ๆ (Carson, 1989; Burkhardt, 1989; Burkhardt & Nagai-Jacobson, 2002; Dossey, Keegan & Guzzetta, 2003) สุขภาพแบบองค์รวมมองโรคหรือความพิการที่เกิดขึ้นเป็นเสมือนกระบวนการหนึ่งของชีวิตที่ผ่านการรับรู้ของกาย จิต และจิตวิญญาณ ความเจ็บป่วยทางร่างกายที่เกิดขึ้นเป็นสัญญาณของความขัดแย้งที่เกิดจากภายในจิต เป็นธรรมชาติอย่างหนึ่งของชีวิตและเปิดโอกาสให้บุคคลได้เติบโต มีปฏิสัมพันธ์กับสังคม สิ่งแวดล้อมและธรรมชาติอย่างสอดคล้องกลมกลืน ซึ่งสิ่งเหล่านี้บุคคลใช้ในการกำหนดวิถีชีวิต เป้าหมายและหลักยึดเหนี่ยวในการดำเนินชีวิตที่เรียกว่าการพัฒนาด้านจิตวิญญาณ ในกระบวนการช่วยเหลือบุคคลตามแนวคิดนี้ บุคลากรทางสุขภาพจะทำหน้าที่เป็นผู้อำนวยการให้เกิดการเยียวยาผสมผสานองค์ประกอบทุกด้านของบุคคลและกระตุ้นให้บุคคลมีความกระตือรือร้นในการดูแล

มหาวิทยาลัยบูรพา Burapha University

ตนเอง ให้บุคคลได้ตระหนักและเข้าใจถึงสิ่งที่เกิดขึ้นกับตนเอง และให้ความสำคัญกับ "การให้ความหมายของการมีชีวิตอยู่" มากกว่า "การทำให้มีชีวิตอยู่รอด" (โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์, 2545) ให้บุคคลนั้นสามารถพัฒนาการทำหน้าที่ในฐานะองค์รวมได้ตามศักยภาพและในทิศทางที่จะยังคงความผาสุกในชีวิตของตนเองไว้ได้ (ทิตยา ทิพย์สำเหนียก, ชวนพิศ วงศ์สามัญ, บำเพ็ญจิต แสงชาติ, ทิพวัลย์ โพธิ์แท่น, 2544)

แนวคิดทฤษฎีทางการพยาบาลในการดูแลมนุษย์ของวัตสัน

นักทฤษฎีการพยาบาลให้ความสำคัญสนใจกับจิตวิญญาณว่าเป็นมิติหนึ่งที่สำคัญของสุขภาพมาเป็นเวลานานแล้ว หนึ่งในนั้นคือ วัตสัน (Watson, 1988 อ้างถึงใน สายใจ พัวพันธ์, 2548) วัตสันให้มุมมองของสุขภาพว่า ภาวะสุขภาพนั้นพิจารณาได้จากความสอดคล้องกลมกลืนกันภายในของกาย จิต และจิตวิญญาณ ความสอดคล้องกลมกลืนกันนั้นเกิดจากการที่บุคคลมีการรับรู้ต่อสถานการณ์ที่เกิดขึ้นตามที่เป็นจริง หรือการรับรู้ว่า "ฉันเป็นฉัน" ก็จะทำให้บุคคลนั้นเกิดภาวะของสุขภาพดี เมื่อใดก็ตามที่บุคคลไม่สามารถรับรู้ตามสถานการณ์ตามที่เป็นจริงได้ ก็จะทำให้เกิดความไม่สอดคล้องกลมกลืนกันของร่างกาย จิตใจ และจิตวิญญาณ คือ "ฉันไม่ใช่ฉัน" ซึ่งนำไปสู่การเกิดภาวะเปราะบาง (Vulnerability) และเสี่ยงต่อการเกิดภาวะเจ็บป่วย (Illness) ความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นไม่จำเป็นต้องเป็นความเจ็บป่วยทางร่างกายเท่านั้น แต่ความเจ็บป่วยเป็นสิ่งที่บ่งบอกว่าเกิดความไม่สอดคล้องกลมกลืนกันภายในบุคคลนั้น (Burkhard & Nagai-Jacobson, 2002; Watson, 1988) จากแนวคิดดังกล่าว มองมนุษย์ว่ามีองค์ประกอบคือด้านร่างกาย อารมณ์ จิตใจ (จิตสังคม) และจิตวิญญาณที่มีความสัมพันธ์เป็นหนึ่งเดียวกันไม่สามารถแยกจากกันได้ และมนุษย์เป็นส่วนหนึ่งของธรรมชาติในโลกใบนี้และมีความเกี่ยวข้องเชื่อมโยงกันตลอดเวลา หัวใจสำคัญของการพยาบาลและอุดมคติด้านคุณธรรมของวิชาชีพการพยาบาลคือการดูแลมนุษย์ซึ่งเป็นกระบวนการระหว่างมนุษย์กับมนุษย์ที่มุ่งหวังจะปกป้อง ทำให้ดีขึ้น และดำรงไว้ซึ่งความเป็นมนุษย์ โดยให้ความหมายว่า การดูแลเป็นการช่วยให้มนุษย์ค้นหาความหมายจากความเจ็บป่วย ความทุกข์ ความเจ็บปวด ความมืดมนสับสน การดูแลเป็นการช่วยให้มนุษย์รู้จักตนเอง ควบคุมและเยียวยาตนเองได้ เป็นการช่วยให้มนุษย์เกิดความกลมกลืนกันของกาย-จิต-จิตวิญญาณไม่ว่าสถานการณ์ภายนอกจะเป็นอย่างไรก็ตาม สาระสำคัญของทฤษฎีการดูแลมนุษย์ของวัตสันมีดังนี้

I. ปัจจัยสำคัญในการดูแลมนุษย์ 10 ประการที่นำไปสู่สัมพันธภาพที่เข้าถึงจิตใจของกันและกันระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วย และนำไปสู่วินาทีแห่งการดูแล ได้แก่

1.1 การพัฒนาคุณค่าความเป็นมนุษย์และตระหนักถึงคุณประโยชน์ของมนุษย์ (The Formation of a Humanistic Altruistic System of Values) โดยพยาบาลจะต้องมีการปลูกฝังตนเองให้ตระหนักถึงคุณค่าความเป็นมนุษย์และคุณประโยชน์ของมนุษย์ คุณค่าความเป็นมนุษย์ได้แก่

ความรัก ความเมตตา ความเข้าใจและเห็นใจผู้อื่น

1.2 การสนับสนุนพลังศรัทธาและความหวัง (Nurturing of Faith and Hope) จากความเชื่อว่าพลังศรัทธาและความหวังมีอิทธิพลต่อการส่งเสริมสุขภาพ การหายและการบรรเทาทุกข์จากความเจ็บป่วย พยาบาลส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้เกิดพฤติกรรมดูแลสุขภาพเพื่อความอยู่ดีมีสุข ซึ่งได้รับแรงผลักดันมาจากความศรัทธาและความหวัง

1.3 การปลูกฝังความไวต่อความรู้สึกของตนเองและของผู้อื่น (Cultivation of Sensitivity to One's Self and Others) วิธีที่จะปลูกฝังความไวต่อความรู้สึกของตนเองและของผู้อื่นได้ก็คือ การตระหนักรู้และรู้สึกถึงความรู้สึกของตนเอง เป็นวิธีนำไปสู่การยอมรับตนเอง การเข้าใจตนเอง การเติบโตงอกงามด้านจิตใจ และการตระหนักรู้ในศักยภาพสูงสุดของตนเอง

1.4 การพัฒนาการช่วยเหลือที่ไว้วางใจซึ่งกันและกันในสัมพันธภาพเพื่อการดูแลมนุษย์ (Development of a Helping-trusting, Human Caring Relationship) สัมพันธภาพเพื่อการดูแลมนุษย์เป็นสัมพันธภาพระหว่างบุคคลที่มีลักษณะพิเศษ กล่าวคือ ต้องคำนึงถึงความเป็นบุคคลอย่างองค์รวมของอีกฝ่ายซึ่งเป็นผู้ที่มีชีวิตดำรงอยู่ในโลกใบนี้ร่วมกับตน

1.5 การส่งเสริมและการยอมรับการแสดงออกของความรู้สึกทั้งทางบวกและทางลบ (Promotion and Acceptance of the Expression of Positive and Negative Feelings) การยอมรับและการส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้แสดงออกถึงความรู้สึกทางด้านบวกและด้านลบช่วยให้ผู้ป่วยตระหนักรู้ในตนเองมากขึ้น

1.6 การใช้กระบวนการแก้ปัญหาทางวิทยาศาสตร์อย่างสร้างสรรค์ (Use of Creative Problem-solving Process) พยาบาลต้องมีความรู้ทั้งทางวิทยาศาสตร์และศิลป์หรือสุนทรียศาสตร์ความรู้เกี่ยวกับอารมณ์หรือความรู้สึกของผู้ป่วยและของดนเอง

1.7 การสร้างสัมพันธภาพระหว่างบุคคลในกระบวนการเรียนการสอน (Promotion of Transpersonal Teaching-learning) การมีความรู้ ความเข้าใจที่ถูกต้องจะช่วยลดความเครียดและความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นมาพร้อมกับความเจ็บป่วยได้ แต่สำหรับวัตสันการเรียนรู้ที่เกิดจากการทำความเข้าใจภายใต้สัมพันธภาพอันดีระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วยมีความหมายมากกว่า

1.8 การประคับประคอง สนับสนุน และแก้ไขสิ่งแวดล้อมด้านกายภาพ สังคมวัฒนธรรมและจิตวิญญาณ (Provision of a Supportive, Protective, or Corrective Mental, Physical, Sociocultural and Spiritual Environment) วัตสันเชื่อว่าสิ่งแวดล้อมภายในและภายนอกที่เชื่อมโยงและพึ่งพากันและกัน มีอิทธิพลต่อภาวะสุขภาพ กลไกต่าง ๆ ด้านชีววิทยา และสรีรวิทยามีผลต่อแบบแผนการดำเนินชีวิตของมนุษย์ ในทำนองเดียวกันแบบแผนการดำเนินชีวิตของมนุษย์ (ปัจจัยภายนอก) ก็มีผลต่อดุลยภาพในร่างกาย

มหาวิทยาลัยบูรพา Burapha University

1.9 การช่วยเหลือให้บุคคลได้รับการตอบสนองความต้องการขั้นพื้นฐาน (Assistance with Gratification of Human Needs) จะนำไปสู่การทำให้ผู้ป่วยมีภาวะสุขภาพที่ดีขึ้นและมีคุณภาพในชีวิต

1.10 การเสริมพลังด้านจิตวิญญาณแห่งการมีชีวิตอยู่ การดำรงอยู่ (Allowance for Existential Phenomenological-spiritual Forces) โดยการช่วยเหลือผู้ป่วยค้นพบสิ่งที่ดีในตนเอง ความหมายในชีวิตของตนเอง ค้นหาสิ่งที่เป็นที่ยึดเหนี่ยวทางจิตใจ หรือคุณค่าที่ผู้ป่วยยึดมั่น แม้ว่าผู้ป่วยนั้นจะพบกับความทุกข์ทรมานหรือปัญหาใด ๆ ก็ตาม

2. ทฤษฎีการดูแลระหว่างบุคคล (Theory of Transpersonal Caring) ต้องอาศัยมุมมององค์ประกอบของความเป็นเฉพาะแต่ละบุคคล โดยเฉพาะการรับรู้ ประสบการณ์ ความคิดเกี่ยวกับตัวตน ความรู้สึก อารมณ์ และจิตวิญญาณระหว่างบุคคลที่แสดงออกมา เป็นความรู้สึกที่นำไปสู่ความเข้มแข็ง พลังความสามารถของความเป็นมนุษย์ในการค้นหาความหมายในการดำรงอยู่และความเจ็บป่วย กระบวนการดูแลเกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องและไม่มีวันสิ้นสุดก่อให้พยาบาลและผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้ซึ่งกันและกัน เป็นการให้ความสำคัญและคำนึงถึงความมีศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์

การพยาบาลเป็นทั้งศาสตร์และศิลป์ วัดสันเชื่อว่าการดูแลเกิดขึ้นเมื่อผ่านกระบวนการติดต่อสื่อสารระหว่างกัน หรือเมื่อพยาบาลและผู้ป่วยมีปฏิสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน ต่างฝ่ายต่างมีการถ่ายทอดความรู้สึก อารมณ์และรับรู้ถึงสภาพตัวตนที่แท้จริงของตน ณ ช่วงเวลาหนึ่งสู่เวลาหนึ่ง การจะเข้าถึงความเป็นอยู่ (Being) และประสบการณ์ทางจิตวิญญาณของผู้ป่วยได้นั้น พยาบาลต้องมีความรักเป็นพื้นฐานซึ่งถือว่าสำคัญที่สุด การเรียนรู้วิธีคิด เรียนรู้ประสบการณ์ชีวิตของมนุษย์นำไปสู่การเกิดความเข้าใจในตนเองและผู้อื่นมากขึ้น (หทัยชนก บัวเจริญ, 2549) และการใช้ศิลปะเป็นหนทางหนึ่งที่ได้รับการยอมรับและผ่านการพิสูจน์แล้วว่าช่วยให้การถ่ายทอดประสบการณ์ในชีวิตของทั้งสองฝ่ายเป็นไปอย่างสะดวกใจมากขึ้น ช่วยให้เกิดสัมพันธภาพที่เข้าถึงจิตใจของกันและกันได้ง่ายขึ้น

การบำบัดทางการพยาบาลด้วยศิลปะ

"ศิลปะไม่ใช่สิ่งที่อยู่ตรงกันข้ามกับวิทยาศาสตร์ แต่เป็นส่วนหนึ่งของวิทยาศาสตร์ ในความเป็นจริงศิลปะเป็นส่วนหนึ่งของประสบการณ์ชีวิตของมนุษย์ ศิลปะเป็นสิ่งที่นำไปถึงความเป็นทั้งหมด และเป็นการแสดงถึงสิ่งที่เราไม่อาจพบในการแสดงออกทางวาจา" (Chinn, 1994 cited in Burkhardt & Nagai-Jacobson, 2002, p.173)

ตามพจนานุกรมราชบัณฑิตยสถาน (2539 อ้างถึงใน ธวัชชานนท์ ตาไธสง, 2546) คำว่าศิลปะ, ศิลป-, ศิลป์ ตรงกับคำในภาษาอังกฤษว่า Art ที่มาจากคำว่า Arte, Arti ซึ่งหมายถึง ฝีมือ,

มหาวิทยาลัยบูรพา Burapha University

ฝีมือทางการช่าง, การแสดงออกซึ่งอารมณ์สะเทือนใจให้ประจักษ์ ศิลปะ คือ ผลงานของมนุษย์เกี่ยวข้องกับความคิดสร้างสรรค์ ซึ่งนอกจากจะหมายถึงเรื่องของภาพวาด ภาพเขียน ภาพพิมพ์ รูปปั้น รูปแกะสลักแล้วยังหมายความรวมถึงผลงานของมนุษย์ที่แสดงออกถึงความงามและความซาบซึ้งในลักษณะอื่น ๆ เช่น วาทศิลป์ ศิลปะการแสดง ดนตรี วรรณกรรมตลอดจนผลงานต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับงานประดิษฐ์ งานเครื่องปั้นต่าง ๆ ความหมายของศิลปะในปัจจุบันและอนาคตมีแนวโน้มถูกปรับเปลี่ยนไปให้สอดคล้องกับเทคโนโลยีที่เกิดขึ้น จะมุ่งเน้นที่ความคิดสร้างสรรค์จินตนาการมากกว่าการใช้ฝีมือ และเป็นการถ่ายทอดความคิดซึ่งจะอยู่เหนือรูปแบบมากกว่า จึงพบว่ามีการนำศิลปะมาใช้ในระบบสุขภาพมากขึ้น (Pratt, 2004)

วิชาชีพพยาบาลเป็นวิชาชีพที่จะต้องผสมผสานความรู้ทางวิทยาศาสตร์เข้ากับศิลปะในการเข้าถึงความต้องการของผู้ป่วย (Michalis, 2002) ในการดูแลผู้ป่วยพยาบาลจำเป็นต้องเรียนรู้สถานการณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยนอกเหนือจากการใช้ความรู้ทางศาสตร์ต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง การมีวิธีการที่หลากหลาย ช่วยให้พยาบาลมองเห็นความเป็นจริงชัดเจนขึ้น มีรูปแบบของตนเองในการทำความเข้าใจสถานการณ์การพยาบาลต่าง ๆ แบบแผนการเรียนรู้ทางการพยาบาลที่ได้รับการยกย่องในวิชาชีพพยาบาล คือแบบแผนการเรียนรู้ตามแนวคิดของคาร์เปอร์ (Carper, 1978 อ้างถึงในสายใจ พัวพันธ์, 2550) ซึ่งมีแบบแผนการเรียนรู้ 4 ด้านด้วยกัน ได้แก่

ด้านการเรียนรู้จากศาสตร์ (Empirical Knowing) เป็นความรู้ที่เกิดจากการหาคำอธิบายถึงปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นแล้วพยายามที่จะควบคุมปรากฏการณ์นั้นโดยอ้างอิงจากหลักฐานเชิงประจักษ์ มีการชี้แจงแสดงเหตุผลที่น่าเชื่อถือ เช่น ในผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังต้องจำกัดน้ำดื่มเพื่อลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดอาการบวมตามร่างกาย

ด้านการเรียนรู้ด้วยตนเอง (Personal Knowing) เป็นความรู้เกี่ยวกับตนเอง ตระหนักรู้ในความเชื่อ ทัศนคติ ความเข้าใจในเรื่องต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น สามารถเชื่อมโยงระหว่างตนเองกับผู้อื่นและสิ่งต่าง ๆ รอบตัว โดยใช้ตนเองทำความเข้าใจตามอิสระทางเลือกที่มีอยู่ เช่น เข้าใจว่าผู้ป่วยไม่มาโรงพยาบาลตั้งแต่อาการยังน้อยอยู่เพราะผู้ป่วยได้พยายามพึ่งตัวเองก่อนด้วยการใช้ความรู้ที่มีอยู่ในการดูแลตนเอง แต่ในที่สุดเมื่อไม่ได้ผลจึงมาโรงพยาบาล

ด้านการเรียนรู้ด้วยหลักคุณธรรม (Ethical Knowing) เป็นการเรียนรู้โดยอาศัยหลักจริยธรรมที่ตนเองได้พัฒนาให้เกิดขึ้นจากการกระทำด้วยความรัก (Love) ความเมตตา (Compassion) (Wright, 2005) กระทำด้วยความจริงใจและจริงจัง ไม่เสแสร้ง (Watson, 1988, p. 69) เป็นการเรียนรู้ว่าเมื่อพยาบาลต้องให้การดูแลผู้ป่วยโรคใดโรคหนึ่งก็ตาม พยาบาลควรหรือไม่ควรทำสิ่งใดให้กับผู้ป่วย เป็นความรู้ที่ได้มาจากความตั้งใจที่จะพิจารณาอย่างมีวิจารณญาณถึงทางเลือกต่าง ๆ และผลที่อาจตามมา

มหาวิทยาลัยบูรพา Burapha University

ด้านการเรียนรู้ด้วยสุนทรียศาสตร์ (Aesthetic Knowing) เป็นการเรียนรู้ที่เกิดจากการทำความเข้าใจและการแปลความหมายประสบการณ์ของบุคคล เป็นการพยายามทำความเข้าใจว่าสิ่งที่บุคคลแสดงออกมานั้น เขาพยายามจะบอกอะไรเรา มีสาระสำคัญอะไรหรือไม่ มองการพยายามในการดำรงชีวิตของผู้ป่วยเป็นสิ่งที่เป็นไปได้ เป็นสิ่งที่สวยงามและมีคุณค่าในชีวิต เป็นความตั้งใจที่จะทำความเข้าใจและซาบซึ้งกับความเป็นเอกลักษณ์ ความเฉพาะของการแสดงออกของบุคคล ซึ่ง แตกต่างกันไปตามแบบแผนการดำเนินชีวิต วัฒนธรรม

พยาบาลมีบทบาทอิสระที่จะค้นหา หรือคิดวิธีการสร้างสรรค์ใหม่ ๆ ขึ้นมาให้สอดคล้องกับผู้ป่วยแต่ละคน ช่วยอำนวยความสะดวกในบรรยากาศที่ปลอดภัยให้ผู้ป่วยได้แสดงออกถึงสภาวะภายในของตน ด้วยการใช้แบบแผนการเรียนรู้ทั้ง 4 แบบที่กล่าวไว้ข้างต้น และเทคนิคที่ถูกนำมาใช้มากขึ้นในการพยาบาล ได้แก่ การให้ผู้ป่วยเล่าเรื่องราวของตนโดยผ่านการวาดรูป ระบายสี การปั้น การเขียนคำกลอน การเชื้อเชิญให้ผู้ป่วยได้เล่นดนตรี ร้องเพลง ทำให้ผู้ป่วยมีความสงบผ่อนคลาย และมีความสุข การนำศิลปะมาใช้ในการดูแลบุคคลเป็นการบำบัดทางการพยาบาลหนึ่งที่เน้นดูแลเยียวยาบุคคลโดยยึดหลักการพยาบาลแบบองค์รวม (Mauk & Schmidt, 2004) คือให้การพยาบาลทั้งทางร่างกาย อารมณ์ จิตใจ (จิตสังคม) และจิตวิญญาณ ดังปรากฏในแนวคิดของวัตสันว่าการดูแลระหว่างบุคคลจะเกิดขึ้นได้เมื่อมีการปฏิสัมพันธ์โดยตรง วัตสันเชื่อว่าบุคคลทุกคนมีจินตนาการและจิตวิญญาณซึ่งเป็นแหล่งพลังงานที่สำคัญในการดำเนินชีวิต

การนำศิลปะมาใช้ในการบำบัดทางการพยาบาลเปรียบเสมือนการเผชิญหน้ากันระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วย เกิดปฏิสัมพันธ์ที่ใกล้ชิดขณะสร้างสรรค์งานศิลปะ เกิดการดูแลที่แท้จริง กระบวนการต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นขณะสร้างสรรค์งานจะช่วยพัฒนาความเป็นองค์รวมของบุคคล (Rockwood-Lane, 2005) ช่วยให้ผู้ป่วยได้สะท้อนประสบการณ์ต่าง ๆ ในชีวิต ได้พบกับความต้องการทางอารมณ์และจิตวิญญาณ สามารถค้นหาความหมายในชีวิด และรู้จักตนเองมากขึ้น (Bailey, 1997) พยาบาลเป็นผู้ที่สามารถสร้างพื้นที่สำหรับการสร้างงานศิลปะได้โดยอาจทำงานร่วมกับศิลปินหรืออาสาสมัคร พยาบาลสามารถช่วยผู้ป่วยในการสร้างงานศิลปะไม่ว่าจะทำงานอยู่ในเวรกลางวันหรือเวรกลางคืนโดยการจัดเตรียมอุปกรณ์ศิลปะต่าง ๆ และให้อิสระแก่ผู้ป่วยหรือสมาชิกในครอบครัวตกแต่งห้องพักรักษาตัวด้วยรูป ภาพถ่าย บทกลอน การเขียนบทความ เสียงดนตรีหรือการเล่นดนตรี ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวมผ่านการสร้างสรรค์งานศิลปะจะนำไปสู่การเยียวยาทางจิดวิญญาณได้ (Rockwood-Lane, 2005)

ในประเทศสหรัฐอเมริกา มีการนำศิลปะมาใช้ในระบบสุขภาพมากขึ้น ตัวอย่างที่ประสบความสำเร็จคือการนำศิลปะไปใช้ในโรงพยาบาลเด็กเมืองบอสตันที่เต็มไปด้วยสีสันและงานศิลปะที่ทำให้เด็กรู้สึกเสมือนได้อยู่ที่บ้าน โรงพยาบาลเด็กเมืองซานดิเอโกที่ทำให้เด็กและครอบครัวมี

มหาวิทยาลัยบูรพา Burapha University

ความรู้สึกเสมือนอยู่ในพิพิธภัณฑ์เด็ก ในมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งในมลรัฐฟลอริดามีการนำศิลปะไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยโดยพยาบาลที่มีแรงบันดาลใจจากการที่ได้รับการเยียวยาอาการเจ็บป่วยของตนเองจากการสร้างสรรค์งานศิลปะและการวาดรูป ต่อมาได้พัฒนาและทำงานร่วมกับนักศิลปินมากมายในการดูแลผู้ที่เจ็บป่วยโรคต่าง ๆ (Rockwood-Lane, 2006)

ในประเทศไทยสถานพยาบาลต่าง ๆ ได้แก่ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ได้มีการนำเอาศิลปะมาใช้ร่วมกับการดูแลเด็กป่วยโรคเรื้อรังระยะสุดท้ายที่มานอนพักรักษาตัวในตึกสิริกิติดิ์ที่มีอายุตั้งแต่ 3-17 ปี ส่วนมากป่วยเป็นโรคไต โรคมะเร็งตับ มะเร็งกระดูก มะเร็งเม็ดเลือดขาว โดยจัดทำกิจกรรมสร้างสรรค์ศิลปะทุกสัปดาห์ ๆ ละ 2 ครั้ง ด้วยการให้เด็กได้วาดรูป ระบายสี ทำดุ๊กดา ฯลฯ พบเด็กป่วยได้ระบายสิ่งที่อยู่ภายในจิตใจออกมาและมีพัฒนาการทางอารมณ์ดีขึ้น ช่วยส่งเสริมการหายและเป็นการเยียวยาให้แก่ผู้ป่วย (พัชรินทร์ สุคนธาภิรมย์ ณ พัทลุง, 2550) สถาบันราชานุกูล กรมสุขภาพจิตได้นำศิลปะมาใช้กับการดูแลเด็กพิเศษโดยจัดให้มีการวาดรูป ระบายสีตามจินตนาการเพื่อเป็นการเพิ่มประสิทธิภาพในการดูแลรักษาทางการปรับอารมณ์ พฤติกรรม (ทวีศักดิ์ สิริรัตน์เรขา, 2549) กานดา นามวงศ์ (2548) โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชครินทร์ ได้ศึกษาถึงผลของศิลปะต่ออาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภทที่มีอายุ 26-60 ปี โดยจัดกิจกรรมศิลปะสัปดาห์ละ 2 ครั้ง เป็นระยะเวลาต่อเนื่องนาน 6 สัปดาห์ ประเมินอาการทางลบ 4 หมวด ได้แก่ การหยุดคิดนานกว่าปกติ อารมณ์ ความสนใจต่อสิ่งแวดล้อมและการแต่งตัว สุขอนามัย พบว่าอาการทางลบทั้ง 4 หมวดมีความแตกต่างจากก่อนเข้ากลุ่มกิจกรรมศิลปะ

นิดารัตน์ ชูวิเชียร (2550) ได้ศึกษาผลของการนำศิลปะไปใช้ในการดูแลเด็กวัยรุ่นที่ถูกล่วงละเมิดทางเพศต่อความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองจำนวน 20 ราย เป็นกระบวนการช่วยเหลือแบบกลุ่ม 8 ขั้นตอน โดยการสื่อสารผ่านการสร้างสรรค์ผลงานศิลปะเกี่ยวกับความรู้สึกของตนเอง ได้แก่ การแนะนำตัวเอง (Introduction/ Warm-up Exercise) โดยให้ทำกิจกรรมเพื่อนของฉันเพื่อให้เกิดสัมพันธภาพที่ดี เกิดความไว้วางใจ การฉายภาพตนเอง (Self-portraits) โดยให้ทำกิจกรรมระบายความรู้สึกที่มีต่อตนเองออกมาผ่านการวาดภาพ เล่าถึงข้อดีข้อเสียของตนเอง การฉายภาพครอบครัว (Family-portraits) โดยให้ทำกิจกรรมวาดภาพและเล่าความรู้สึกของดนเองที่มีต่อครอบครัว การวาดฝัน (Drawing Dream) โดยให้สมาชิกวาดภาพความฝันและบอกเล่าความรู้สึกจากภาพ ทำให้สมาชิกเกิดการยอมรับตนเองตามความเป็นจริง การปลดปล่อยสิ่งที่ไม่ดี (Letting the Monsters out) โดยให้สมาชิกระบายสิ่งที่ไม่ดีต่าง ๆ ผ่านการสร้างสรรค์งานจากดินน้ำมัน มีการทุบ ตี บีบนวดดินน้ำมัน สมาชิกเกิดการรับรู้ความรู้สึกของตนเอง เกิดความเข้าใจตนเอง สามารถควบคุมตนเองและมองเห็นแนวทางการแก้ไขเมื่อต้องเผชิญกับความรู้สึกต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น การวาดในสิ่งที่ปรารถนา (Drawing Wishes) ทำให้สมาชิกเกิดความหวังและกำลังใจ การเรียนรู้อย่างอิสระ (Free

Collage) สมาชิกสามารถสร้างสรรค์งานอย่างอิสระ เกิดความภาคภูมิใจในผลงานของตนเอง รู้สึกตนเองมีคุณค่ามากขึ้น และบทส่งท้าย (Last Session) เป็นกิจกรรมที่ทำให้สมาชิกเกิดความรู้สึกผูกพัน เอื้ออาทรต่อกัน พบว่ากลุ่มทดลองมีค่าคะแนนความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองหลังได้รับการทำศิลปะสูงกว่าก่อนได้รับการทำศิลปะ

มหาวิทยาลัยบูรพา
Burapha University