1. ชื่อผลงาน: เยี่ยวยาใจผู้สูญเสีย

2. ผลงานประเภท: SHA (Spiritual Healthcare in Action) และ CQI (Continuous Quality Improvement)

3. คำสำคัญ (Keywords): Bereavement Care, Complicated Grief, Spiritual Healthcare, การดูแลแบบประคับประคองในเด็ก, การเยียวยาจิตใจ, ทฤษฎีกระบวนการคู่ขนาน

4. สรุปผลงานโดยย่อ (Executive Summary): ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตกุมารเวชกรรมและหอผู้ป่วยเด็กระยะเรื้อรัง มักเผชิญกับความเจ็บป่วยที่คุกคามต่อชีวิตและต้องการการดูแลรักษาที่ซับซ้อน เมื่อผู้ป่วยเด็กเข้าสู่วาระสุดท้ายของชีวิต การดูแลแบบประคับประคอง (Palliative Care) จะเข้ามามีบทบาทในการดูแลแบบองค์รวม อย่างไรก็ตาม ภายหลังการเสียชีวิตของผู้ป่วย กระบวนการดูแลทางการแพทย์ในระบบเดิมมักจะสิ้นสุดลง ทิ้งให้ครอบครัวต้องเผชิญกับความโศกเศร้าอย่างโดดเดี่ยว บิดามารดาหลายครอบครัวประสบกับภาวะวิกฤตทางจิตใจ ทำให้ชีวิตหยุดชะงัก ไม่สามารถกลับไปประกอบอาชีพหรือดูแลสมาชิกคนอื่นในครอบครัวได้ตามปกติ ซึ่งเป็นความเสี่ยงสำคัญต่อการเกิดภาวะเศร้าโศกที่ผิดปกติและยืดเยื้อ (Complicated Grief) นอกจากนี้ บุคลากรทางการแพทย์ที่ให้การดูแลผู้ป่วยอย่างยาวนาน ก็มักเผชิญกับความเหนื่อยล้าทางอารมณ์และเสียใจจากการสูญเสียผู้ป่วยเช่นกันเพื่อปิดช่องว่างในการให้บริการ (Service gap) และตอบสนองต่อแนวคิดการพัฒนามิติจิตวิญญาณในสถานพยาบาล (SHA) กลุ่มงานเวชศาสตร์ประคับประคองร่วมกับงานการพยาบาลส่งเสริมคุณภาพชีวิต จึงได้พัฒนาระบบการดูแลครอบครัวภายหลังการสูญเสีย (Bereavement Care System) อย่างเป็นรูปธรรม ผ่านการบูรณาการพิธีกรรมทางศาสนาเข้ากับจิตวิทยาการให้คำปรึกษา เกิดเป็นโครงการ "นำบุญสู่ลูกน้อย" กิจกรรมนี้จัดขึ้นอย่างต่อเนื่องตั้งแต่ปี พ.ศ. 2559 โดยใช้กระบวนการทางพุทธศาสนา เช่น การทำบุญถวายสังฆทาน ถวายภัตตาหารเพล เพื่อเป็นเครื่องมือในการลดกำแพงการต่อต้านทางจิตใจ (Defensive mechanisms) เปิดโอกาสให้ครอบครัวได้ระลึกถึงบุตรหลานในเชิงบวก ควบคู่ไปกับการจัดกระบวนการกลุ่มบำบัด (Group Support) โดยทีมนักจิตวิทยา นักสังคมสงเคราะห์ และพยาบาลวิชาชีพ เพื่อสร้างพื้นที่ปลอดภัยให้ผู้สูญเสียได้ระบายความรู้สึก แบ่งปันประสบการณ์ และเรียนรู้ทักษะการเผชิญปัญหา (Coping skills) ผลการดำเนินงานพบว่ากิจกรรมนี้สามารถเยียวยาจิตใจครอบครัวผู้สูญเสียได้อย่างมีประสิทธิภาพ ช่วยให้พวกเขาสามารถก้าวผ่านความทุกข์และกลับมาใช้ชีวิตได้อย่างมีคุณภาพ อีกทั้งยังเป็นกลไกสำคัญในการฟื้นฟูจิตใจของบุคลากรทางการแพทย์ให้ตระหนักถึงคุณค่าของงานที่ทำ นำไปสู่การบริบาลด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์อย่างยั่งยืน

5. เป้าหมายและวัตถุประสงค์ (Goals and Objectives):

การดำเนินงานโครงการมีจุดมุ่งหมายหลักเพื่อสร้างระบบการดูแลแบบประคับประคองที่ไร้รอยต่อ โดยครอบคลุมถึงระยะหลังการเสียชีวิต (Bereavement phase) ดังนี้

5.1 วัตถุประสงค์เชิงระบบ: เพื่อพัฒนาระบบและแนวปฏิบัติการดูแลภายหลังการสูญเสียแบบสหสาขาวิชาชีพสำหรับครอบครัวผู้ป่วยเด็กระยะท้ายในสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

5.2 วัตถุประสงค์เชิงคลินิกและจิตวิทยา: เพื่อคัดกรอง ป้องกัน และเยียวยาความโศกเศร้าที่ผิดปกติ (Complicated Grief) ของผู้ดูแลหลักและครอบครัว เพื่อให้สามารถปรับตัวและกลับคืนสู่สังคมได้

5.3 วัตถุประสงค์ด้านบุคลากร: เพื่อเป็นพื้นที่ในการสะท้อนคิด (Reflection) และเยียวยาจิตวิญญาณของเจ้าหน้าที่สถาบันฯ ที่สูญเสียผู้ป่วยอันเป็นที่รัก ลดความเสี่ยงต่อภาวะตึงเครียดทางศีลธรรม (Moral distress) และภาวะหมดไฟ (Burnout)

เป้าหมายความสำเร็จของโครงการถูกกำหนดไว้ดังนี้

ประการแรก การพัฒนารูปแบบการจัดกิจกรรมแบบมีส่วนร่วมที่สามารถจัดขึ้นได้อย่างต่อเนื่องเป็นประจำทุกปี
ประการที่สอง ครอบครัวผู้สูญเสียที่เข้าร่วมกิจกรรมได้รับการประเมินสภาพจิตใจ และมีระดับความคลายกังวลเพิ่มขึ้น ไม่น้อยกว่าร้อยละ 90
ประการที่สาม ระดับความพึงพอใจของบุคลากรทางการแพทย์และครอบครัวต่อการจัดกิจกรรมอยู่ในเกณฑ์ดีมาก ไม่น้อยกว่าร้อยละ 90

6. ปัญหาและสาเหตุเชิงลึก (Problem and Root Cause Analysis):

จากการทบทวนเวชระเบียนและผลการดำเนินงานในหอผู้ป่วยเด็กระยะประคับประคอง พบว่าเมื่อผู้ป่วยเด็กเสียชีวิต ผู้ดูแลหลัก (พ่อ แม่ ปู่ ย่า ตา ยาย) ต้องเผชิญกับปฏิกิริยาทางอารมณ์ที่รุนแรง เช่น อาการช็อก ปฏิเสธความจริง โกรธ และซึมเศร้า การไม่ได้รับคำอธิบายหรือการประคับประคองทางจิตใจอย่างต่อเนื่องภายหลังการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล เป็นสาเหตุหลักที่ทำให้กระบวนการปรับตัวล้มเหลว ทีมผู้ดูแลได้วิเคราะห์สภาพปัญหาในปัจจุบันเกี่ยวกับการดูแลครอบครัวหลังการสูญเสีย โดยใช้หลักการ 5W1H เพื่อค้นหาสาเหตุรากเหง้า (Root Cause) ดังตารางต่อไปนี้

องค์ประกอบวิเคราะห์ 5W1H	สภาพปัญหาและสาเหตุเชิงลึกที่พบในระบบบริการ
What (ปัญหาคืออะไร)	ครอบครัวผู้สูญเสียบุตรเผชิญภาวะวิกฤตทางอารมณ์ ไม่สามารถดำเนินชีวิตต่อไปได้ ชีวิตหยุดชะงัก (Loss of identity) ขาดระบบการติดตามดูแลและเยียวยาจิตใจในระยะยาว (Bereavement Gap) หลังผู้ป่วยเสียชีวิต
Why (ทำไมจึงเกิดปัญหา)	1. ระบบบริการสาธารณสุขแบบเดิมมุ่งเน้นการดูแลจนถึงวาระสุดท้ายของชีวิต แต่ขาดโครงสร้างรองรับการดูแลญาติภายหลังการตาย 2. การสื่อสารทางเดียวและการให้เอกสารคำแนะนำไม่เพียงพอต่อการเยียวยาความบอบช้ำทางจิตใจที่รุนแรง 3. ญาติไม่มีพื้นที่ปลอดภัยหรือกระบวนการสนับสนุนทางสังคม (Social support) ที่เหมาะสม

องค์ประกอบวิเคราะห์ 5W1H	สภาพปัญหาและสาเหตุเชิงลึกที่พบในระบบบริการ
Who (ใครเกี่ยวข้องบ้าง)	1. ครอบครัวผู้ป่วยเด็ก (ผู้สูญเสีย) 2. แพทย์ พยาบาล นักจิตวิทยา และนักสังคมสงเคราะห์ ที่ต้องรับภาระความเครียดสะสมจากการสูญเสียผู้ป่วย (Compassion fatigue)
When (เกิดปัญหาเมื่อใด)	ภายหลังผู้ป่วยเด็กเสียชีวิต โดยเฉพาะในช่วง 3-6 เดือนแรก ซึ่งเป็นระยะที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิด Complicated Grief
Where (เกิดขึ้นที่ไหน)	เกิดขึ้นเมื่อครอบครัวกลับไปใช้ชีวิตในชุมชน หรือระหว่างการติดตามผลที่งานการพยาบาลส่งเสริมคุณภาพชีวิต
How (แนวทางการแก้ไข)	พัฒนาระบบแนวปฏิบัติการเยียวยาเชิงรุก โดยการจัดกิจกรรม "นำบุญสู่ลูกน้อย" ที่ใช้ศาสนาเป็นเครื่องมือเชื่อมโยงเข้าสู่กระบวนการกลุ่มบำบัด (Group Therapy) นำโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ เพื่อประเมินและเยียวยาจิตใจอย่างเป็นระบบ

7. กิจกรรมการพัฒนา : ระบุ(Quality Improvement Activities):

ทีมพัฒนาคุณภาพของกลุ่มงานเวชศาสตร์ประคับประคองและงานการพยาบาลส่งเสริมคุณภาพชีวิต ได้นำวงจรการบริหารงานคุณภาพ PDCA (Plan - Do - Check - Act) มาประยุกต์ใช้ในการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูญเสียอย่างต่อเนื่องเป็นเวลาหลายปี โดยมีการยกระดับกระบวนการทำงานดังนี้

ขั้นตอนการวางแผน (Plan): ทีมสหวิชาชีพประกอบด้วยกุมารแพทย์ พยาบาลเฉพาะทาง นักจิตวิทยา และนักสังคมสงเคราะห์ ร่วมกันจัดทำแนวปฏิบัติการดูแลครอบครัวหลังการสูญเสีย (Bereavement Care Pathway) มีการทบทวนรายชื่อผู้ป่วยเด็กที่เสียชีวิตในรอบปี และใช้เครื่องมือวิเคราะห์ความเสี่ยงต่อภาวะโศกเศร้า (Complicated Bereavement Risk Assessment Tool - CBRAT) เพื่อจัดกลุ่มความเสี่ยงของครอบครัว จากนั้นจึงดำเนินการติดต่อประสานงานทางโทรศัพท์เพื่อสอบถามความต้องการและเชิญชวนครอบครัวเข้าร่วมกิจกรรม โดยมีการวางแผนเชิงลึกเพื่อบูรณาการพิธีกรรมทางศาสนาเข้ากับกระบวนการบำบัดทางจิตวิทยา

ขั้นตอนการปฏิบัติ (Do): การจัดกิจกรรม "นำบุญสู่ลูกน้อย" ในช่วงเดือนสิงหาคมของทุกปี ณ สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี โดยแบ่งกิจกรรมออกเป็นสองส่วนหลักที่ทำงานประสานกันตามทฤษฎี Dual Process Model ส่วนแรกคือการเยียวยาผ่านมิติจิตวิญญาณและวัฒนธรรม (Loss-oriented intervention) โดยการจัดพิธีทำบุญถวายภัตตาหารเพลและสังฆทานแด่พระสงฆ์ พิธีกรรมเหล่านี้เป็นพื้นที่ปลอดภัยที่อนุญาตให้

ผู้ปกครองได้แสดงความรักและความอาลัยต่อบุตรหลานผ่านการอุทิศส่วนกุศล ส่วนที่สองคือการเยียวยาผ่านกระบวนการทางจิตวิทยา (Restoration-oriented intervention) โดยการจัดกลุ่มสนับสนุน (Support Group) ที่นำกระบวนการโดยทีมนักจิตวิทยาและนักสังคมสงเคราะห์ เปิดโอกาสให้ครอบครัวได้แบ่งปันเรื่องราว ระบายความรู้สึกเจ็บปวด และแลกเปลี่ยนวิธีการรับมือกับความเศร้ากับครอบครัวอื่นที่เผชิญสถานการณ์เดียวกัน พร้อมทั้งมีการประเมินสภาพจิตใจของแต่ละบุคคลอย่างใกล้ชิด

ขั้นตอนการตรวจสอบ (Check): หลังเสร็จสิ้นกิจกรรม ทีมงานได้ทำการประเมินผลลัพธ์ในสามมิติ ได้แก่ การประเมินระดับความเศร้าโศกและความคลายกังวลของครอบครัวโดยใช้แบบประเมินทางจิตวิทยา (เช่น Inventory of Complicated Grief - ICG หรือแบบประเมิน 9Q/8Q กรณีพบความเสี่ยงซึมเศร้า) การประเมินความพึงพอใจต่อรูปแบบการจัดงาน และการประเมินการรับรู้คุณค่าในวิชาชีพของบุคลากรทางการแพทย์ (Staff morale) ผ่านการสนทนากลุ่มย่อย (Focus group)

ขั้นตอนการปรับปรุง (Act): ทีมงานนำผลการประเมินและข้อเสนอแนะมาปรับปรุงการดำเนินงานในปีถัดไป ตัวอย่างเช่น การปรับรูปแบบกิจกรรมให้มีความยืดหยุ่นเหมาะสมกับระดับความพร้อมทางอารมณ์ของผู้เข้าร่วม การเพิ่มระบบการติดตามทางโทรศัพท์ (Tele-follow-up) อย่างน้อย 6 เดือนถึง 1 ปี สำหรับครอบครัวที่มีคะแนนความเสี่ยงสูง รวมถึงการแก้ไขปัญหาเชิงระบบบริหารจัดการ เช่น การประสานงานจัดเตรียมพื้นที่จอดรถเฉพาะ เพื่อลดความเครียดทางกายภาพและอำนวยความสะดวกสูงสุดแก่ผู้เข้าร่วมกิจกรรม สนับสนุนค่าใช้จ่ายในการเดินทางครอบครัว

8. ตัวชี้วัดความสำเร็จที่สำคัญ (Key Performance Indicators):

เพื่อให้การประเมินผลมีความน่าเชื่อถือและสอดคล้องกับมาตรฐานคุณภาพสถานพยาบาล ทีมงานได้กำหนดตัวชี้วัดความสำเร็จทั้งในเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ

ตัวชี้วัดเชิงปริมาณ:
อัตราของครอบครัวผู้สูญเสียที่รู้สึกคลายกังวล สบายใจ และสามารถจัดการกับความรู้สึกตนเองได้ดีขึ้นภายหลังการเข้าร่วมกิจกรรม มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 90
อัตราความพึงพอใจต่อการจัดงานในภาพรวม มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 90

ตัวชี้วัดเชิงคุณภาพ:
มีแนวปฏิบัติและระบบบริการดูแลภายหลังการสูญเสียที่บูรณาการมิติจิตวิญญาณ (SHA) ที่เป็นรูปธรรมและสามารถทำซ้ำได้อย่างยั่งยืน บุคลากรทางการแพทย์สามารถสะท้อนความรู้สึก รับรู้คุณค่าของการบริบาลด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ และลดความเหนื่อยล้าทางอารมณ์ลงได้อย่างมีนัยสำคัญ

9. การประเมินผลการเปลี่ยนแปลงและผลลัพธ์ (Assessment of Changes and Results):

การดำเนินโครงการได้สร้างผลลัพธ์เชิงประจักษ์ที่สามารถวัดผลได้ตามกรอบการประเมินผลสัมฤทธิ์ ดังแสดงในตารางวิเคราะห์ผลลัพธ์ต่อไปนี้

โดเมนเป้าหมาย	ตัวชี้วัดความสำเร็จ (KPIs)	ค่าเป้าหมาย	ผลการดำเนินการ
เป้าหมายเชิงผลผลิต (Output)	มีระบบและจัดกิจกรรม Bereavement Care เชิงรุกผ่านโครงการนำบุญสู่ลูกน้อย	จัดกิจกรรมอย่างน้อย 1 ครั้ง/ปี	บรรลุเป้าหมาย: ดำเนินการต่อเนื่องตั้งแต่ปี พ.ศ. 2559 ถึงปัจจุบัน
เป้าหมายเชิงคุณภาพ (Quality of Service)	อัตราความพึงพอใจในการเข้าร่วมกิจกรรมของครอบครัวผู้สูญเสีย	≥ ร้อยละ 90	บรรลุเป้าหมาย: ครอบครัวให้คะแนนความพึงพอใจเฉลี่ยสูงกว่าเป้าหมายที่กำหนด (ร้อยละ 90)
เป้าหมายเชิงผลลัพธ์ (Outcome)	ครอบครัวได้รับการเยียวยาจิตใจ มีสภาพจิตใจที่ดีขึ้น และสามารถปรับตัวเผชิญปัญหาได้	สบายใจขึ้น ≥ ร้อยละ 90	บรรลุเป้าหมาย: ประเมินผ่านแบบสอบถามและการสัมภาษณ์ พบว่าครอบครัวคลายความวิตกกังวล และยอมรับความจริงได้ดีขึ้น
เป้าหมายเชิงผลกระทบ (Impact)	1. การลดความเสี่ยงภาวะเศร้าโศกที่ยืดเยื้อ (Complicated Grief) ในญาติ 2. การยกระดับจิตวิญญาณของเจ้าหน้าที่ ลด Moral Distress	ลดภาระการเจ็บป่วยทางใจ บุคลากรมีแรงบันดาลใจ	สอดคล้องกับเจตนารมณ์ SHA เจ้าหน้าที่มีขวัญกำลังใจ มีสัมพันธภาพที่ดีกับครอบครัวผู้ป่วย

10. บทเรียนที่ได้รับ (Lessons Learned):

กระบวนการพัฒนาโครงการนี้ได้มอบบทเรียนที่มีคุณค่ามหาศาลต่อทั้งผู้ให้บริการและระบบสาธารณสุข ดังนี้ ประการแรก การเยียวยาผ่านกระบวนการกลุ่ม (Group Therapy Dynamics): การนำครอบครัวที่เคยมีประสบการณ์สูญเสียบุตรมาพบปะกัน ภายใต้สิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัย ก่อให้เกิดพลวัตการเยียวยาที่ทรงพลัง ผู้ปกครองได้รับความตระหนักรู้ว่าตนเองไม่ได้โดดเดี่ยวหรือเผชิญความทุกข์เพียงลำพัง การสนับสนุนซึ่งกัน

และกันระหว่างผู้สูญเสีย (Peer support) ช่วยเร่งกระบวนการยอมรับความจริง และเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ประการที่สอง การยกระดับจิตวิญญาณผู้ให้บริการ (Healing the Healer): การดูแลผู้ป่วยเด็กระยะท้ายสร้างภาระทางจิตใจต่อทีมแพทย์และพยาบาลอย่างรุนแรง กิจกรรมนี้นับเป็นพื้นที่ที่อนุญาตให้ทีมงานได้เห็นภาพครอบครัวที่เข้มแข็งขึ้นและกลับมามีรอยยิ้ม ซึ่งเป็นเสมือนกระบวนการป้อนกลับเชิงบวก (Positive feedback loop) ที่สะท้อนคุณค่าของวิชาชีพพยาบาลและการแพทย์ ช่วยเติมเต็มพลังในการทำงาน และบรรเทาความเหนื่อยล้าทางอารมณ์ได้อย่างลึกซึ้ง

ประการที่สาม ความละเอียดอ่อนในการออกแบบบริการ (Service Design): ความเข้าใจในรายละเอียดเล็กๆ น้อยๆ เช่น การจัดการเรื่องที่จอดรถให้แก่ครอบครัวผู้สูญเสียที่มาร่วมงาน การสนับสนุนค่าเดินทางแก่ครอบครัว ถือเป็นการบริหารประสบการณ์ของผู้รับบริการ (Customer Experience Management) ที่สำคัญยิ่ง การลดความยากลำบากทางกายภาพช่วยป้องกันความหงุดหงิดและความเครียดสะสม ส่งผลให้ผู้เข้าร่วมงานสามารถเปิดใจรับกระบวนการเยียวยาทางจิตวิญญาณได้อย่างเต็มเปี่ยม

11. ข้อมูลการติดต่อประสานงาน (Contact Information):

-ที่ปรึกษา แพทย์หญิงเดือนเพ็ญ ห่อรัตนาเรือง หัวหน้ากลุ่มงานเวชศาสตร์ประคับ หน่วยงาน กลุ่มงานเวชศาสตร์ประคับประคอง เบอร์โทรศัพท์ 089-4223466 ภายใน 2631 ,2632 และ e-mail pcdeptqsnich@gmail.com

-นางสาวนารี หินนาง หัวหน้างานการพยาบาลส่งเสริมคุณภาพชีวิต กลุ่มงานวิชาการพยาบาลเบอร์โทรศัพท์ 082-2214391 ภายใน 2631 ,2632 และ e-mail nunanuhin@gmail.com

-นางสาวชนิกานต์ สุทธิปัญโญ พยาบาลวิชาชีพชำนษยการงานการพยาบาลส่งเสริมคุณภาพชีวิต กลุ่มงานวิชาการพยาบาล เบอร์โทรศัพท์ 0972503385 ภายใน 2631 ,2632
และ e-mail chanikan1978@gmail.com

-นางสาวพิจิตรา รัตนาภรณ์ ตำแหน่ง นักจัดการงานทั่วไป
หน่วยงาน กลุ่มงานเวชศาสตร์ประคับประคอง เบอร์โทรศัพท์ 099-0282595 ภายใน 2631 ,2632
และ e-mail may15.pijittra@gmail.com

-นางสาวอัจฉรา เรืองพุ่ม ตำแหน่ง เจ้าพนักงานธุรการ
หน่วยงาน งานการพยาบาลส่งเสริมคุณภาพชีวิต เบอร์โทรศัพท์ 086-8738393 ภายใน 2631 ,2632 และ e-mail nut902@gmail.com