



Palliative Care Consult

Listening to Family Members of ICU Patients

อ. พญ. ฉันทนา หมอกเจริญพงศ์

กลุ่มงานเวชศาสตร์ประคับประคอง สถาบันมะเร็งแห่งชาติ

โดยปกติบุคลากรทางการแพทย์อาจจะมองครอบครัวของผู้ป่วยในไอซียูเป็นเพียงผู้มาเยี่ยมไข้ แต่ในความเป็นจริงนั้น สมาชิกในครอบครัวไม่ใช่เป็นเพียงผู้มาเยี่ยมไข้ แต่เป็นมากกว่านั้น ในมิติต่าง ๆ ดังนี้

1. ครอบครัวเป็นบุคคลผู้ที่รู้จักผู้ป่วย ซึ่งรู้ทุกสิ่งเกี่ยวกับผู้ป่วย รวมไปถึงคุณค่าตัวตนของผู้ป่วย
2. ครอบครัวมีประสบการณ์ที่ได้รับความทุกข์ทรมานอย่างชัดเจน
3. ครอบครัวอนุญาตให้ทีมบุคลากรทางการแพทย์ดูแลผู้ป่วย
4. ครอบครัวอนุญาตให้มีความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยและแพทย์
5. เมื่อครอบครัวยกเรื่องที่กังวลขึ้นมา จะเน้นเรื่องการละลาย (หรือความประมาทในการดูแล)

มีการศึกษาของ Judith E. Nelson และคณะ ใน ค.ศ. 2010 ในเรื่อง In their own words: Patients and families define high-quality palliative care in the intensive care unit ได้กล่าวถึงการดูแลแบบประคับประคองที่มีคุณภาพสูงในไอซียู ซึ่งเน้นถึงเรื่องการสื่อสาร การแบ่งปันการตัดสินใจ การปกป้องศักดิ์ศรี ความเป็นมนุษย์ ความใกล้ชิด การดูแลที่เน้นครอบครัวเป็นศูนย์กลาง (เช่น การเปิดประตูไอซียูเพื่อที่ญาติสามารถเข้าเยี่ยมได้ตลอดเวลา การมีส่วนร่วมในการดูแล

ที่แสดงออกถึงความเห็นอกเห็นใจ) จะเห็นได้ว่าการฟังคือการดูแลแบบหนึ่ง และให้ความรู้สึกถึงประสบการณ์ในไอซียู อีกทั้งยังเป็นศิลปะที่สามารถเพิ่มเข้าไปในการดูแล และไม่สามารถแทนที่ด้วยคำพูด

ในส่วนของทีมประกอบด้วยพยาบาลและแพทย์นั้น จะทำงานเป็นทีม แบ่งปันคุณค่าที่เหมือนกัน ไม่ขัดแย้งกัน เดินไปข้างหน้าด้วยกันได้ในเส้นทางที่แตกต่าง และทีมจะค้นพบอารมณ์ของตนเองด้วย ในบางครั้งทีมเดินไปข้างหน้าด้วยกันและไม่มี ความขัดแย้ง แต่ถ้ามีความไม่ลงรอยกันนั้นจะเป็นโอกาสสำหรับการพัฒนาวัฒนธรรมและการมีความคิดสร้างสรรค์ ควรมีเวลาที่จำเป็นต้องใช้ร่วมกันเพื่อดูแลรักษาผู้ป่วยอย่างปลอดภัย

การฟังเสียงของครอบครัวนั้นมีความหมายมากไปกว่าการฟังธรรมดา กล่าวคือ ครอบครัวไม่ใช่เป็นเพียงแค่ผู้มาเยี่ยมผู้ป่วยเท่านั้น แต่ทีมบุคลากรทางการแพทย์สามารถที่จะบรรเทาความทุกข์ร้อนของครอบครัวได้ และเน้นถึงความต้องการ ซึ่งทำให้ประสบการณ์ของครอบครัวที่มีต่อไอซียูดีขึ้น การประเมิน หรือการรักษา มีประสิทธิภาพมากขึ้น และทำให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ ลองมาพิจารณาถึงคำเหล่านี้ แล้วจะทราบถึงการสื่อความหมายอะไรบ้าง ตัวอย่างเช่น

- A quick “Hello” at admission หมายถึง

การถามเพื่อเตรียมตัวถึงบทบาทหน้าที่ (ที่กำลังจะเริ่มต้นขึ้น)

- Check their phone numbers หมายถึง การเรียกความมั่นใจ การเห็นอกเห็นใจ
- วันที่ 3 - 5 มีการพูดคุย การสัมภาษณ์ หมายถึง การสื่อสารกับครอบครัว
- Open visitation policies หมายถึง การช่วยเหลือ การฟัง การตอบสนอง
- Happy hours หมายถึง การประเมินสิ่งต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยและครอบครัว

การยอมรับความสำคัญของญาติย่อมเป็นสิ่งที่ดีสำหรับผู้ป่วย การเน้นถึงความต้องการ การมีชั่วโมงเยี่ยมที่เปิดให้เยี่ยมมากขึ้น การที่ผู้ป่วยและญาติมีสถานที่ส่วนตัวร่วมกัน และความต้องการที่สามารถแบ่งปันการดูแล ซึ่งสามารถมองเห็นได้ระหว่างที่ดูแลผู้ป่วย หรือการช่วยตอนทำหัตถการ การแบ่งปันการตัดสินใจ การปฏิบัติต่อผู้ป่วยเสมือนญาติ จากสิ่งที่กล่าวมาข้างต้นจะเห็นได้ว่าถ้าบุคลากรทางการแพทย์มองย้อนกลับไป จะมีบางคำถามที่ตรวจสอบได้ว่า มีภาระต่อครอบครัวหรือไม่ เช่น

- มีอะไรไหมที่หนักสำหรับผู้ป่วย
- ครอบครัวรู้สึกว่าจะสูญเสียโอกาสในการรักษา
- ครอบครัวกลัวการตัดสินใจ
- ครอบครัวไม่เคารพผู้ป่วย
- หรือคำถามในประเด็นด้านการเงิน ความขัดแย้งซึ่งแพทย์อาจจะไม่เน้นถึงความต้องการของครอบครัวในประเด็นเหล่านี้เท่าที่ควร

และจากคำถามข้างต้นจะเห็นได้ว่าในแต่ละประเด็นในแต่ละมุมมองของแต่ละคน หรือวิชาชีพนั้น ล้วนแล้วแต่ไม่เหมือนกันเลย หรือให้ความสำคัญในแต่ละประเด็นไม่เท่ากัน

ซึ่งมีหลักฐานจากงานวิจัยของ Maite Garrouste-

Orgeas และคณะ ใน ค.ศ. 2008 ในเรื่อง Perceptions of a 24-hour visiting policy in the intensive care unit พบว่า การที่มีพื้นที่และเวลาอย่างเพียงพอสำหรับแพทย์และพยาบาลในการดูแลรักษาผู้ป่วย และการบรรเทาสิ่งที่ญาติรู้สึกผิดในใจ จะทำให้เพิ่มความพึงพอใจให้กับญาติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และนำมาสู่นโยบาย “Open the ICU Doors, You have Nothing to Hide”

มีงานศึกษาวิจัยของ Craig M. Lilly และคณะ ในปี ค.ศ. 2000 เรื่อง An Intensive Communication Intervention for the Critically Ill นำมาสู่ The healing power of listening ในแง่ต่าง ๆ เช่น ญาติเปิดโอกาสให้บุคลากรทางการแพทย์ได้ฟัง และได้ตอบสนองกับญาติ เสียงของญาติมีความจำเป็นที่บุคลากรต้องตระหนัก และทำให้รู้สึกว่าการครอบครัวมีคุณค่าพอที่จะได้ยินเสียงของครอบครัวเช่นกัน การฟังนั้นสามารถที่จะค้นหาความเข้าใจที่ไม่เหมาะสม และทราบทำไมถึงไม่เข้าใจ อีกทั้งยังมองเห็นประเด็นที่ญาติกังวล นำมาซึ่งสัญญาของความไว้วางใจ (เนื้อเชื่อ) ใจ

สัญญาของความไว้วางใจ มีวิธีการดังนี้

1. การฟังอย่างตั้งใจ
2. บอก-ถาม-บอก
3. การตั้งวัตถุประสงค์ที่ชัดเจน แต่จะไม่สัญญาทำในสิ่งที่ไม่ได้ประโยชน์
4. เราจะไม่ละทิ้งผู้ป่วย
5. เราจะไม่ละทิ้งญาติ
6. ผู้ป่วยและญาติจะถูกปฏิบัติในฐานะบุคคล
7. สิ่งที่เป็นตัวตน และมีคุณค่าของผู้ป่วยจะเป็นตัวนำในการขับเคลื่อนการดูแลรักษาต่อไป
8. ให้เวลาน้อยที่สุดที่สามารถให้ได้
9. การดูแลและตัดสินใจจำเป็นต้องให้ญาติเห็นพ้องด้วย
10. ส่งเสริมการให้การดูแลแบบประคับประคอง



จากวิธีการข้างต้นนั้นจะเห็นว่า ทีมบุคลากรทาง การแพทย์สามารถสร้างความไวใจได้อย่างไม่ยากเลย ซึ่ง มีหลักฐานชัดเจนถึงความพึงพอใจของครอบครัว เช่น มี การศึกษาวิจัยของ Jonathan R. McDonagh และคณะ ในปี ค.ศ. 2004 เรื่อง Family satisfaction with family conferences about end-of-life care in the intensive care unit: Increased proportion of family speech is associated with increased satisfaction แสดงให้เห็นถึงการเพิ่มการพบปะพูดคุยกับ ครอบครัว จะทำให้ครอบครัวมีความพึงพอใจมากขึ้นใน การดูแลผู้ป่วยประคับประคองในไอซียู รวมไปถึงการมี การประชุมครอบครัว (family conference) สามารถที่ จะพัฒนาการสื่อสารกับครอบครัวได้ในช่วงท้ายของชีวิต ในไอซียู ดังการศึกษาของ J. Randall Curtis และคณะ ในปี ค.ศ. 2002 โดยมีคำย่อที่ช่วยจำดังนี้

V : to value and appreciate what the family members said

A : to acknowledge the family members' emotions

L : to listen

U : to ask question that would allow the caregiver to understand who the patient was as a person

E : to elicit questions from the family members

การสื่อสารอีกรูปแบบหนึ่งในไอซียูก็คือ โบว์ชัวร์ มีการศึกษาผลของ Alexandre Lautrette และคณะ ในปี ค.ศ. 2007 ในเรื่อง A communication Strategy and Brochure for Relatives of Patients Dying in the ICU. พบว่า สามารถลดการเกิดความวิตกกังวล และอาการซึมเศร้า และ post traumatic stress dis-

order (PTSD) ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผลกระทบ ต่อครอบครัวของผู้ป่วยที่อยู่ในไอซียูนั้น มีการศึกษาของ Avelino C. Vereeles และคณะ ในปี ค.ศ. 2014 ในเรื่อง Half of the family members of critically ill patients experience excessive daytime sleepiness. พบว่า ครึ่งหนึ่งของสมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะ วิกฤตไอซียูนั้นมีการนอนหลับในช่วงกลางวันมากกว่า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และเมื่อพูดถึงข้อมูลที่ให้กับ ครอบครัวที่อยู่ในรูปแบบ Leaflet นั้น มีการศึกษาของ Elie Azoulay และคณะ ในปี ค.ศ. 2002 เรื่อง Impact of a Family Information Leaflet on Effectiveness of Information Provided to Family Members of Intensive Care Unit Patients พบว่า ความเข้าใจการ วินิจฉัยโรคของผู้ป่วยที่ได้รับจาก Leaflet นั้นมีความ เข้าใจมากกว่ากลุ่มที่ไม่ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ผลกระทบทางจิตใจต่อญาติที่ผู้ป่วยเสียชีวิตใน ไอซียูนั้น มีการศึกษาโดย Elie Azoulay และคณะ ในปี ค.ศ. 2005 เรื่อง Risk of Post-traumatic Stress Symptoms in Family Members of Intensive Care Unit Patients พบว่า อาการของ PTSD มีความสัมพันธ์ ในระดับปานกลางถึงสูงที่มีความเสี่ยงในการเกิด PTSD ถึงร้อยละ 33.1 และการศึกษาของ Kentish-Barnes N. และคณะ ในปี ค.ศ. 2015 พบว่า เกิด grief and PTSD ในญาติพบถึงร้อยละ 58 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

จะเห็นได้ว่า การดูแลรักษานั้น เราควรเน้นที่ผู้ป่วย และครอบครัวเป็นศูนย์กลาง ในมุมมองของการมีครอบครัว เป็นศูนย์กลางนั้น มีการศึกษาของ Patricia Jabre และ คณะ ในปี ค.ศ. 2013 เรื่อง Family Presence during Cardiopulmonary Resuscitation พบว่า ถ้าในขณะที่ ทำ CPR นั้นมีครอบครัวอยู่ด้วย จะทำให้อาการวิตกกังวล หรือ PTSD หรือปัญหาทางจิตใจนั้นลดลงอย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติ และการศึกษาของ Patricia Jabre และคณะ

ในปี ค.ศ. 2014 เรื่อง Offering the opportunity for family to be present during cardiopulmonary resuscitation: 1-year assessment โดยมีการติดตามครอบครัวที่อยู่ในขณะที่ทำ CPR เป็นระยะเวลา 1 ปี และประเมินอาการ PTSD ความวิตกกังวล ปัญหาทางด้านจิตใจ พบว่า มีการลดลงของความวิตกกังวล และปัญหาทางจิตใจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจของครอบครัวกับแพทย์ มีการศึกษาของ Heyland และคณะ ในปี ค.ศ. 2003 และของ Azoulay และคณะ ในปี ค.ศ. 2004 เป็นไปในทางเดียวกันและพบมากที่สุด คือ การตัดสินใจร่วมกันระหว่างครอบครัวและทีมแพทย์ ถึงร้อยละ 39 และร้อยละ 47 ตามลำดับ ส่วนในเรื่องการตัดสินใจร่วมกันในวาระท้ายของชีวิตของ Douglas B. และคณะ ในปี ค.ศ. 2007 งานวิจัย Toward Shared Decision Making at the End of Life in Intensive Care Units: Opportunities for Improvement พบเพียงร้อยละ 2 เท่านั้น จะเห็นได้ว่า การที่ส่งเสริมให้คุณค่าของครอบครัว ซึ่ง Scheunemann และคณะ ได้วิจัยไว้ ในปี ค.ศ. 2012 ในเรื่อง The Facilitated Values History: Helping Surrogates Make Authentic Decisions for Incapacitated Patients with Advanced Illness. โดยมีสาระสำคัญดังนี้

- การสะท้อนให้เห็นถึงอารมณ์ของผู้แทน (ซึ่งมักจะเป็นครอบครัว) ด้วยคำย่อ “NURSE” หมายถึง
 - N-ame the emotion: “You seem upset.”
 - U-nderstand the emotion: “This is such a hard thing to go through”
 - R-espect the family: “You are doing a wonderful job....”

- S-upport the family: “How are you and your family doing?”
- E-xplore the emotion: “Tell me more about why you feel that way.”
- ช่วยเหลือตัวแทน (มักจะเป็นครอบครัว) เพื่อความเข้าใจในการตัดสินใจว่าการตัดสินใจนี้เป็นสิ่งที่มีคุณค่าและยิ่งใหญ่ เพื่อที่จะช่วยลดอคติลง
- ความเข้าใจผู้ป่วยในฐานะที่เป็นบุคคล
- ค้นหาสิ่งที่มีคุณค่า และสิ่งที่มีความขัดแย้ง
- สรุปลงคุณค่าในการตัดสินใจ
- เชื่อมต่อระหว่างคุณค่า กับการรักษา
- “ขออนุญาต” ที่จะทำตามความต้องการของผู้ป่วย โดยแสดงให้เห็นถึงความเห็นอกเห็นใจ เน้นถึงสิ่งที่กังวลตามศีลธรรม จรรยา และแบ่งปันขนบธรรมเนียมของสังคมด้วย

กล่าวโดยสรุป ในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองในไอซียู การฟัง การสื่อสารกับครอบครัวของผู้ป่วยเป็นสิ่งสำคัญโดยการเสริมพลัง การเพิ่มความรู้ ความเข้าใจ ความไว้วางใจ ซึ่งประกอบไปด้วยการสะท้อนให้เห็นถึงอารมณ์ความรู้สึก การชี้ให้เห็นคุณค่าของผู้ป่วยและครอบครัว การจัดระบบขององค์กร (ทีมบุคลากรทางการแพทย์) การสื่อสารทั้งกับผู้ป่วยและครอบครัว การเพิ่มการตระหนักรู้ เป็นต้น

ในทางปฏิบัติ 10 ประการที่แนะนำคือ

1. เปิดประตูไอซียู
2. ในวันที่ 3 ที่เข้าในไอซียูควรจัดประชุมครอบครัว (Family conference)
3. มีการประชุมถึงภาวะที่อยู่ในช่วงท้ายของชีวิต (End of life Conference)



4. การฟังอย่างตั้งใจ
5. ไม่ควรพลาดโอกาสที่จำเป็นในบางอย่าง เช่น
การวางแผน Goal of Care หรือการวางแผนการ
ดูแลล่วงหน้า (Advance Care Plan)
6. การพัฒนาทักษะการสื่อสาร
7. การพูดคุยซักถามจากญาติ
8. คอยปรับปรุงถามไถ่ความต้องการของผู้ป่วยและ
ญาติ
9. การค่อย ๆ ปรับแนวทางการดูแลแบบประคับ
ประคอง
10. การเสริมพลังของญาติในการดูแลแบบประคับ
ประคอง

เอกสารอ้างอิง

1. Judith E. Nelson, Kathleen A. Puntillo, Peter J. Pronovost, et al., In their own words: Patients and families define high-quality palliative care in the intensive care unit. Crit Care Med. 2010 March; 38(3): 808 - 818.
2. Maite Garroute-Orgeas, Francois Philippart, Jean Francois Timsit, et al. Perceptions of a 24-hour visiting policy in the intensive care unit. Crit Care Med 2008 vol. 36, No.1 p. 30 - 35.
3. Craig M. Lilly, Dawn L. De Meo, Larry A. Sonna. et al. An Intensive Communication Intervention for the Critically Ill. Am J Med. 2000 Oct 15; 109(6): 469 - 75.
4. Jonathan R. McDonagh, Tricia B. Elliott, Ruth A. Engelberg, et al. Family satisfaction with family conferences about end-of-life care in the intensive care unit: Increased proportion of family speech is associated with increased satisfaction. Crit care Med 2004; 32: 1484 - 1488.
5. J. Randall Curtis, Donald L. Patrick, Sarah E. Shannon, et al. The Family conference as a focus to improve communication about end-of-life care in the intensive care unit: Opportunities for improvement. Crit Care Med 2002; 17: 147.
6. Alexandre Lautrette, Michael Darmon, Bruno Megarbane, et al. A communication Strategy and Brochure for Relatives of Patients Dying in the ICU. N Eng J Med 2007; 356: 469 - 78.
7. Avelino C. Vereeles, Douglas S. Corwin, Majid Afshar, et al. Half of the family members of critically ill patients experience excessive daytime sleepiness. Intensive Care Med 2014; 40: 1124 - 1131.
8. Elie Azoulay, Frederic Pochard, Sylvie Chevret, et al. Impact of a Family Information Leaflet on Effectiveness of Information Provided to Family Members of Intensive Care Unit Patients. Am J Respir Crit Care Med 2002; Vol 165. pp 438 - 442.
9. Elie Azoulay, Frederic Pochard, Nancy Kentish-Barnes, et al. Risk of Post-traumatic Stress Symptoms in Family Members of Intensive Care Unit Patients. Am J Respir Crit Care Med 2005; Vol 171: pp. 987 - 994.
10. Patricia Jabre, Vanessa Belpomme, Elie Azoulay, et al. Family Presence during Cardiopulmonary Resuscitation. N Engl J Med 2013; 368: 1008 - 18.
11. Patricia Jabre, Karin Tazarourte, Elie Azoulay, et al. Offering the opportunity for family to be present during cardiopulmonary resuscitation: 1-year assessment. Intensive Care Med 2014; 40: 981 - 987.
12. Douglas B. White, Clarence H. Braddock III, Sylvia Berecknye, et al. Toward Shared Decision Making at the End of Life in Intensive Care Units : Opportunities for Improvement. Arch Intern Med. 2007; 167: 461 - 467.
13. Lesile P. Scheunemann, Robert M. Arnold, Douglas B. White. The Facilitated Values History: Helping Surrogates Make Authentic Decisions for Incapacitated Patients with Advanced Illness. Am J Respir Crit care Med 2012 Vol 186, Iss. 6, pp.480 - 486, Sep 15.