วารสาร เวชบำบัดวิกฤต
โดยสมาคมเวชบำบัดวิกฤตแห่งประเทศไทย

Palliative Care Consult

The perfect time to change :
The science of soothing

พญ. ฉันทนา หมอกเจริญพงศ์
กลุ่มงานเวชศาสตร์ประคับประคอง
สถาบันมะเร็งแห่งชาติ

การดูแลผู้ป่วยในไอซียูนั้นมีผลกระทบมากมายต่อผู้ป่วย ครอบครัว และบุคลากรทางการแพทย์ เนื่องจากปัจจัยต่าง ๆ ที่มีความยุ่งยากซับซ้อน เช่น สภาพแวดล้อมในไอซียู ภาวะวิกฤตของการเจ็บป่วย ภาวะทางจิตใจ เศรษฐกิจ สังคม จิตวิญญาณ จริยธรรม กฎหมาย ต่างมีความเกี่ยวข้องกัน และอาจนำไปสู่ความไม่พึงพอใจต่อผู้ป่วย ครอบครัว และบุคลากรทางการแพทย์ด้วย

ในอีกมิติของการดูแลผู้ป่วย คือ การดูแลด้านจิตวิญญาณนั้นก็เป็นสิ่งสำคัญเช่นกัน โดยที่ Joint Commission's 2001 ได้ปรับปรุงมาตรฐานของระบบสุขภาพซึ่งได้ระบุว่า การให้บริการในโรงพยาบาลควรมีการประเมินด้าน spiritual care ด้วย และในปี ค.ศ. 2008 แนะนำให้มีการตั้งคำถามดังนี้ "What does suffering mean to the patient ?" ในการประเมินผู้ป่วย ยังมีหลายการศึกษาที่แสดงให้เห็นว่าศาสนาและจิตวิญญาณมีบทบาทในการรับมือ กับความเจ็บป่วย และมีผลต่อการตัดสินใจทางการแพทย์รวมถึงผลลัพธ์ด้วย พบว่า ในผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลด้านศาสนาและจิตวิญญาณด้วยนั้น มีผลทำให้ผู้ป่วยและครอบครัว ฟื้นตัวได้ดีขึ้นกว่าปกติ เพิ่มความพึงพอใจ ลดความวิตกกังวล ความเครียด และเป็นสิ่งสำคัญในการดูแลผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิต (end-of-life care)

ปัจจัยที่มีผลกระทบต่อความพึงพอใจของครอบครัวผู้ป่วยในไอซียู

มีการศึกษามากมายทั้งที่เป็นการทบทวนวรรณกรรม การสัมภาษณ์ การเก็บข้อมูลในงานวิจัยถึงผลกระทบต่อความพึงพอใจของครอบครัวผู้ป่วยที่รอดชีวิต และที่เสียชีวิต พบว่า การสื่อสารกับครอบครัวและผู้ดูแลหลักเป็นปัจจัยสำคัญ ยังมีปัจจัยอื่น ๆ ที่มีผลกระทบต่อความพึงพอใจของครอบครัว เช่น การสนับสนุนดูแลครอบครัวด้านต่าง ๆ บทบาทของการทำ family meeting และครอบครัวมีส่วนร่วมตัดสินใจเรื่องการรักษา การดูแลในช่วง End of life โครงสร้างของไอซียูด้วย

ตารางที่ 1 แสดงปัจจัยที่มีผลกระทบต่อความพึงพอใจของครอบครัว

ปัจจัยบวก	ปัจจัยลบ
การสื่อสารกับครอบครัว และผู้ดูแลหลัก	
ความซื่อสัตย์	ส่วนทักษะการสื่อสารที่ไม่ดี
มีการสื่อสารในเรื่องการวินิจฉัย การพยากรณ์โรค	ข้อมูลที่ไม่ครบถ้วน
การฟังอย่างตั้งใจ	การไม่สามารถแปลผล หรืออธิบายข้อมูลต่าง ๆ ได้
ความเห็นอกเห็นใจ	การให้ครอบครัวผู้ป่วยต้องรอคอยในช่วงจะบอกข่าวร้าย
ความสม่ำเสมอ	
การให้ข้อมูลที่ชัดเจนโดยแพทย์ที่มีอาวุโส	
การให้คำปรึกษา การสนับสนุนดูแลครอบครัวผู้ป่วย	
การสนับสนุนดูแลครอบครัวด้านต่าง ๆ	
การให้ความเคารพ	การขาดการดูแล ขาดการสนับสนุนด้านอารมณ์และจิตวิญญาณต่อครอบครัวผู้ป่วย
ความเห็นอกเห็นใจ	การไม่มีส่วนร่วมในการดูแลทั้งผู้ป่วย ครอบครัว และแพทย์ร่วมกัน
การมีมารยาท	
การดูแลผู้ป่วยแต่ละรายที่เฉพาะเจาะจง	
การทราบความต้องการของครอบครัว เคารพในความประสงค์ของครอบครัว	
การดูแลด้านอารมณ์และจิตวิญญาณ การบรรเทาต่อภาวะเครียดและวิตกกังวล	
การให้ความมั่นใจ	
การมีทักษะการสื่อสารที่ดี และครอบครัวผู้ป่วยสามารถที่จะเข้าใจและเผชิญในสถานการณ์นั้น ๆ ได้	
บทบาทของการทำ family meeting ในการมีส่วนร่วมตัดสินใจเรื่องการรักษา	
การอธิบายข้อมูลอย่างมีความหมาย	ความขัดแย้งที่เกิดขึ้นระหว่างการทำ family meeting
การทราบความต้องการของครอบครัว	การให้เวลาพบปะพูดคุยน้อยเกินไป
ความถี่ของการพบปะกับนักสังคมสงเคราะห์ และทีมให้คำปรึกษา	

วารสาร เวชบำบัดวิกฤต
โดยสมาคมเวชบำบัดวิกฤตแห่งประเทศไทย

ตารางที่ 1 แสดงปัจจัยที่มีผลกระทบต่อความพึงพอใจของครอบครัว (ต่อ)

ปัจจัยบวก	ปัจจัยลบ
ครอบครัวมีส่วนร่วมตัดสินใจเรื่องการรักษา	
ครอบครัวมีส่วนร่วมและแบ่งปันในการตัดสินใจการรักษาด้วย และการตัดสินใจ limitation of life support	
End of life care support	
ครอบครัวมีส่วนร่วมในการตัดสินใจช่วง end of life	การ CPR ในช่วง end of life
การไม่ละทิ้งผู้ป่วย	การใส่เครื่องช่วยหายใจในวันที่เสียชีวิต
การตัดสินใจเรื่อง life- sustaining intervention withdrawal of life support	ผู้ป่วยสูงอายุที่ต้องเสียชีวิตในไอซียู
การพูดคุยประเด็น do not resuscitation รวมถึงการหยุด life • sustaining intervention การอธิบายถึงความหมายของการทำ CPR	Prolong use of life-sustaining treatment
ครอบครัวอยู่ด้วยในช่วงที่มีการทำหัตถการ และตอน CPR	Unfamiliar techonology
ICU stay, infrastructure and other	
การผ่อนผันเวลาในการเข้าเยี่ยมของครอบครัว	ขาดความร่วมมือประสานส่งต่อระหว่างไอซียูต่าง ๆ
สภาพแวดล้อมของโรงพยาบาลดูปลอดภัย	นโยบายที่จำกัดการเข้าเยี่ยมของครอบครัวที่เข้มงวด
การควบคุมความปวด และอาการรบกวนได้ดี	การขอพบแพทย์ไอซียูเป็นไปด้วยความยากลำบาก
การยึดครอบครัวเป็นศูนย์กลาง	ครอบครัวที่ปฏิเสธ (ยอมรับไม่ได้) ถึงการที่ต้องเสียชีวิตของผู้ป่วย
การมีทีมปรึกษาด้าน palliative care	
ในกรณีไอซียูเด็ก • ทีมบุคลากรทางการแพทย์ดูแลและใส่ใจครอบครัวของผู้ป่วยอย่างผ่อนคลาย • ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแล • ครอบครัวอยู่ด้วยตอนทำหัตถการ และตอน CPR ด้วย	

จากข้อมูลข้างต้นจะเห็นว่าการสื่อสารมีส่วนอย่างมากในการดูแลผู้ป่วยและครอบครัวโดยทีมสหสาขา มีการศึกษาของ Sandhu G. และคณะ ในปี ค.ศ. 2016 ถึงการถ่ายทอดข้อมูลของผู้ป่วยไอซียูในแต่ละวัน พบว่า ความรู้สึกของครอบครัวในการเชื่อมต่ออาการของผู้ป่วย และความรู้สึกที่ดีของระบบการสื่อสารนี้ ทำให้เกือบร้อยละ 50 นั้นลดความเครียดของครอบครัวลงได้

ส่วนผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากไอซียูไปได้นั้นมีการฟื้นตัวและเกิด PICS มากน้อยขนาดใด มีการศึกษาของ Maley JH. และคณะในปี ค.ศ. 2016 พบว่า ผู้ป่วย Post-intensive Care Syndrome (PICS) นั้น นิยามของ PICS คือ a new or worsening impairment in cognition, mental health, physical function หลังจากที่ผู้ป่วยผ่านภาวะวิกฤตในไอซียูมาได้ โดยมีการประเมิน neuropsychological, physical function and contextualize ด้วย พบว่าผู้ป่วยที่มีภาวะ PICS นั้นร้อยละ 83 ยังสามารถมีชีวิตอยู่รอดได้ แต่ในจำนวนนี้ร้อยละ 53 มีอาการแย่ลงด้าน neuropsychological, physical function ส่วนผู้ที่มีชีวิตรอดแล้วจะมีการฟื้นคืนด้าน neuropsychological, physical function ดังนี้ คือ ร้อยละ 28 อยู่ในกลุ่มที่ต่ำกว่าเดิม ร้อยละ 63 อยู่ในกลุ่มที่เท่าเดิม และร้อยละ 9 อยู่ในกลุ่มที่สูงกว่าเดิม ปัจจัยที่ทำให้การฟื้นคืนของผู้ป่วยจะเป็นสัดส่วนที่ผกผันกับการเสียการทำงานของร่างกาย ภาวะเครียด ภาวะซึมเศร้า และ post-traumatic stress disorder, การช่วยเหลือตนเองได้น้อย ความปวดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ การที่มี spiritual care และการดูแลจากครอบครัวมีส่วนสำคัญอย่างมากในการฟื้นคืนด้านต่าง ๆ ของผู้ป่วย และจะเห็นว่า สิ่งที่ท้าทายทีมบุคลากรทางการแพทย์จะฟื้นฟูผู้ป่วยต่อไปอย่างไร เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถคืนกลับมาด้านร่างกายและจิตใจให้มากที่สุด

ส่วนประสบการณ์ของครอบครัวที่มีต่อ end of life in intensive care unit นั้น มีการศึกษาของ Kisorio LC. และคณะในปี ค.ศ. 2016 ถ้าพบ 5 ด้านที่เกี่ยวข้อง คือ “most of the time we are in darkness”, “emotional support”, “involvement”, “family presence” and “spiritual support”. สะท้อนให้เห็นว่าครอบครัวนั้นขาดการดูแลในภาวะที่ผู้ป่วยกำลังเผชิญกับความตายในไอซียู และส่วนใหญ่เป็นประสบการณ์ที่เลวร้ายของครอบครัว (ถ้ามีคำเหล่านี้เกิดขึ้น)

แต่ถ้ามีการดูแลด้าน spiritual care ด้วยนั้น มีตัวอย่างให้เห็นในการศึกษาของ Berning JN. และคณะใน ค.ศ. 2016 พบว่า ในผู้ป่วยที่ใส่เครื่องช่วยหายใจและใช้รูปภาพเป็นส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยด้วย ซึ่งมีความสัมพันธ์ถึงร้อยละ 90 มีการลดลงของ spiritual pain ลดความวิตกกังวลลงได้ร้อยละ 31 และลดความเครียดลดลงได้ 49 คะแนน (จาก 100 คะแนน)

ส่วนใหญ่ผู้ป่วยและครอบครัวเห็นว่า มิติทางด้านศาสนาและจิตวิญญาณมีความสำคัญมากในช่วงเวลาท้ายของชีวิต และจะมีบทบาทมากในระหว่างการสนทนาถึงเป้าหมายของการดูแลผู้ป่วยในไอซียู การศึกษาของ Ernecoff NC. และคณะใน ค.ศ. 2015 พบว่า ร้อยละ 77 ของครอบครัวที่มองว่าศาสนาและจิตวิญญาณเป็นสิ่งสำคัญและญาติจะเป็นฝ่ายที่เริ่มพูดคุยก่อนในระหว่างการสนทนาเป้าหมายของการรักษา โดยครอบครัวมองเรื่องนี้ 5 ด้าน คือ ศาสนา จิตวิญญาณ รวมไปถึงความเชื่อในเรื่องสิ่งมหัศจรรย์ การปฏิบัติในทางศาสนา ศาสนากับชุมชน ความคิดที่มองว่าหมอ คือ เครื่องมือของพระเจ้าที่ช่วยในการเยียวยา (เป็นความคิดของฝรั่งที่นับถือพระเจ้า) การตีความหมายในวาระท้ายของชีวิต คือ การเริ่มต้นใหม่ของบุคคลอันเป็นที่รัก แต่มีการพูดคุยถึงเรื่องนี้เพียงร้อยละ 16 ในการสนทนา (ระหว่างที่มีการประชุมในกลุ่มบุคลากรทางด้านสุขภาพ) มีจำนวนน้อยที่ในบางการประชุมบุคลากรทางการแพทย์ได้ปรับเปลี่ยนและพยายามทำความเข้าใจในการสนทนาด้านจิตวิญญาณศาสนาตามความเชื่อของแต่ละครอบครัว

ความวิตกกังวล และ spiritual distress เป็นปัญหาที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยในไอซียู โดยเฉพาะผู้ป่วยสูงอายุที่นอนรักษาตัวใน Coronary Care Unit เพราะผู้ป่วยสูงอายุมักจะมีปัญหาเนื่องจากการปรับตัวจึงทำให้เกิดความวิตกกังวล มีการศึกษาของ Elham H. และคณะใน ค.ศ. 2015 พบว่าการนำ spiritual/religious มาใช้ลดความวิตกกังวล โดยวัด Spiritual well-being (SWB) พบว่า ค่าเฉลี่ยของ SWB มีค่าเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และมีความสัมพันธ์

วารสาร เวชบำบัดวิกฤต
โดยสมาคมเวชบำบัดวิกฤตแห่งประเทศไทย

กับการลดภาวะความวิตกกังวลอย่างมีนัยสำคัญด้วย ผลของศาสนาและจิตวิญญาณสามารถช่วยลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยสูงอายุที่รักษาในไอซียูหัวใจได้

กล่าวโดยสรุป ในการดูแลผู้ป่วยด้านจิตวิญญาณนั้นมีผลดีต่อผู้ป่วยและครอบครัว โดยมีวัตถุประสงค์ คือ ทำให้สงบ สบาย การเชื่อมต่อถึงความเชื่อความศรัทธา และคำสรรเสริญต่าง ๆ ซึ่งแสดงออกถึงความเห็นอกเห็นใจความเข้าใจของทีมบุคลากรทางการแพทย์ในการดูแลผู้ป่วยและครอบครัว ด้านอารมณ์และจิตวิญญาณ รวมถึงความเชื่อ ความศรัทธา การมีคุณค่าความหมายของผู้ป่วยและครอบครัว โดยการฟังอยู่เคียงข้าง การวางเป้าหมายในการดูแล การพูดคุยถึงเรื่องจริยธรรม การสวดมนต์ และพิธีกรรมทางศาสนา (ถ้าเหมาะสม) มีส่วนอย่างมากในการดูแลผู้ป่วยอย่างเป็นองค์รวม

"To cure .. sometimes
To relieve ... often
To comfort .... always"

Dr. Edward Livingston Trudeau

"ในยามที่ไม่มีความหวังจากการรักษา แต่ความหวังในการดูแลไม่มีที่สิ้นสุด"

ผศ. นพ. พรเลิศ ฉัตรแก้ว
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

เอกสารอ้างอิง

1. The Joint Commission. Spiritual assessment. http://www.jointcommission.org/mobile/standards_information/jcfaqdetails.aspx?StandardsFAQId=290. Updated November, 24, 2008. Accessed April 20, 2012.
2. Puchalski C, Ferrell B, Virani R, et al. Improving the quality of spiritual care as a dimension of palliative care: the report of the Consensus Conference. J Palliat Med. 2009; 12(10):885-904.
3. Sandhu G, Colon J, Barlow D, Ferris D. Daily Informal Multidisciplinary Intensive Care Unit Operational Debriefing Provides Effective Support for Intensive Care Unit Nurses. Dimens Crit Care Nurs. 2016 Jul-Aug;35(4):175-80. doi: 10.1097/DCC.0000000000000190. (Abstract)
4. Kisorio LC, Langley GC. End-of-life care in intensive care unit: Family experiences. Intensive Crit Care Nurs. 2016 Aug;35:57-65. doi: 10.1016/j.iccn.2016.03.003. Epub 2016 May 18. (Abstract)
5. Maley JH, Brewster I, Mayoral I, et al. Resilience in Survivors of Critical Illness in the Context of the Survivors' Experience and Recovery. Ann Am Thorac Soc. 2016 Aug;13(8):1351-60. doi: 10.1513/AnnalsATS.201511-782OC. (Abstract)
6. Berning JN, Poor AD, Buckley SM, et al. A Novel Picture Guide to Improve Spiritual Care and Reduce Anxiety in Mechanically Ventilated Adults in theIntensive Care Unit. Ann Am Thorac Soc. 2016 Aug;13(8):1333-42. doi: 10.1513/AnnalsATS.201512-831OC. (Abstract)
7. Naveen Salins, Jayita Deodhar, and Mary Ann Muckaden. Intensive Care Unit death and factors influencing family satisfaction of Intensive Care Unit care. Indian J Crit Care Med. 2016 Feb; 20(2): 97–103. doi: 10.4103/0972-5229.175942. (Abstract).
8. Ernecoff NC, Curlin FA, Buddadhumaruk P, et al. Health Care Professionals' Responses to Religious or Spiritual Statements by Surrogate Decision Makers During Goals-of-Care Discussions. JAMA Intern Med. 2015 Oct;175(10):1662-9. doi: 10.1001/jamainternmed.2015.4124. (Abstract).
9. Elham H, Hazrati M, Momennasab M, et al. The effect of need-based spiritual/religious intervention on spiritual well-being and anxiety of elderly people. Holist Nurs Pract. 2015 May-Jun;29(3):136-43. doi: 10.1097/HNP.0000000000000083. (Abstract).