

Unseen Corner

Conflicts and Communication gaps in Intensive Care Unit (Part 1)

พญ.ฉันทนา หมอกเจริญพงศ์
กลุ่มงานเวชศาสตร์ประคับประคอง
สถาบันมะเร็งแห่งชาติ

การสื่อสารนับว่าเป็นสิ่งสำคัญขั้นพื้นฐานสำหรับการดูแลผู้ป่วยที่ดี มีจำนวนมากกว่า 50% ของญาติผู้ป่วยที่มีประสบการณ์ในการสื่อสารกับแพทย์ที่ไม่เพียงพอและประสบการณ์ทางคลินิกเพียงอย่างเดียวไม่สามารถที่จะพัฒนาทักษะการสื่อสารได้ ทักษะการสื่อสารที่ดีสามารถฝึกฝนได้ และสามารถนำไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย แต่ในความเป็นจริงความขัดแย้งมักเกิดขึ้นบ่อยในไอ.ซี.ยู. และส่งผลเสียในหลายด้าน เช่น ความปลอดภัยของผู้ป่วย การดูแลที่ยืดผู้ป่วยและญาติเป็นศูนย์กลาง ความสุขในการทำงานร่วมกันระหว่างทีมสุขภาพ และเพิ่มค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วย ซึ่งความขัดแย้งสามารถป้องกันและบริหารจัดการได้ โดยการเพิ่มความเข้าใจในประสบการณ์ คุณค่า ความหมายของครอบครัว และการบริหารองค์กร การทำงานสหสาขา ร่วมกันเป็นทีม การพัฒนาการสื่อสารภายในทีมงานจะสามารถช่วยลดความขัดแย้งที่เกิดขึ้นในไอ.ซี.ยู.

อุบัติการณ์ของความขัดแย้ง จากการสำรวจพบว่า 72% ของแพทย์ไอ.ซี.ยู. มีความขัดแย้งในระดับสูง ส่งผลให้ 32% เพิ่มจำนวนวันนอนในโรงพยาบาล 46% ของความขัดแย้งมักพบในผู้ป่วยที่เสียชีวิตในไอ.ซี.ยู. 78% พบในรายที่ตัดสินใจ life-sustaining treatment

ผู้ที่เกี่ยวข้องกับความขัดแย้ง พบว่า 86% มีความขัดแย้งระหว่างญาติกับทีมสุขภาพ และ 57% เกิดขึ้นภายในทีมไอ.ซี.ยู. โดย 32% เกิดระหว่างแพทย์และพยาบาล 27% ระหว่างพยาบาลด้วยกัน 25% ระหว่างแพทย์ด้วยกัน 17% ระหว่างนักกายภาพบำบัดกับไอ.ซี.ยู. 15-20% ระหว่างแพทย์ไอ.ซี.ยู. กับแพทย์ต่างแผนก 10-25% ภายในญาติกันเอง 17% ระหว่างทีมไอ.ซี.ยู. กับผู้ป่วย

จุดกำเนิดของความขัดแย้ง มี 2 ประการ ประการแรก คือระหว่างบุคคล เกี่ยวกับพฤติกรรม เช่น ความเกลียดชัง การไม่ไว้วางใจ การสื่อสารที่บกพร่อง การไม่ได้พบแพทย์ประจำไอ.ซี.ยู. และประการที่สอง คือ การดูแลคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยระยะสุดท้าย เช่น ขาดการดูแลด้านจิตใจ อาการที่ทุกข์ทรมานของผู้ป่วย การเพิกเฉยต่อความรู้สึกของญาติ และกระบวนการตัดสินใจที่ไม่เหมาะสม โดยที่ความขัดแย้งเกิดจากการที่ไม่เห็นด้วยในเป้าหมายของการรักษา ไม่ทราบความต้องการ หรือความประสงค์ของผู้ป่วย และเวลาในการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ส่วนเรื่องของความแตกต่างในความเชื่อ ศาสนา วัฒนธรรม และภาษาก็เป็นปัจจัยเสี่ยงที่อาจทำให้เกิดความขัดแย้งได้เช่นกัน

สาเหตุของความขัดแย้งภายในทีมไอ.ซี.ยู. เช่น เป้าหมายของการรักษาที่ไม่ตรงกันระหว่างแพทย์และพยาบาล ความไม่พอใจของพยาบาลที่มีต่อแพทย์ ข้อบกพร่องระหว่างการสื่อสาร และการขาดแคลนพยาบาล การเปลี่ยนเป้าหมายของการรักษาที่เกิดตอนเปลี่ยนแพทย์ประจำไอ.ซี.ยู. ส่วนสาเหตุของความขัดแย้งระหว่างทีมไอ.ซี.ยู. กับแผนกอื่น ๆ เช่น ขาดการสื่อสารระหว่างทีมไอ.ซี.ยู. ผู้ป่วย และญาติโดยเฉพาะในรายที่มีคาดหวังผลของการรักษาอยู่ ขาดการสื่อสารเหตุผลที่ต้องส่งไปรักษาที่ไอ.ซี.ยู. ความขัดแย้งส่วนใหญ่เกิดขึ้นจากหลายสาเหตุร่วมกัน ซึ่งในบางรายงานนั้นความขัดแย้งเกิดจากญาติที่ไม่พอใจในการขอทราบข้อมูลและพฤติกรรมของทีมไอ.ซี.ยู. ที่ไม่ให้เกิดอุบัติเหตุ หรือการเมินเฉยต่อญาติ

ในขณะที่การรับรู้ของผู้ป่วยในกระบวนการดูแลอาทิ เวลาในการตัดสินใจ การจำหน่ายผู้ป่วย การตัดสินใจการรักษาไว้ล่วงหน้า การควบคุมความปวดไม่ค่อยมีผลกระทบต่อความขัดแย้ง

ความขัดแย้งระหว่างญาติมักเกิดจากการตัดสินใจไว้ล่วงหน้าในการรักษา (ทั้ง ๆ ที่ก่อนหน้านี้ก็มีความขัดแย้งขึ้นแล้ว)

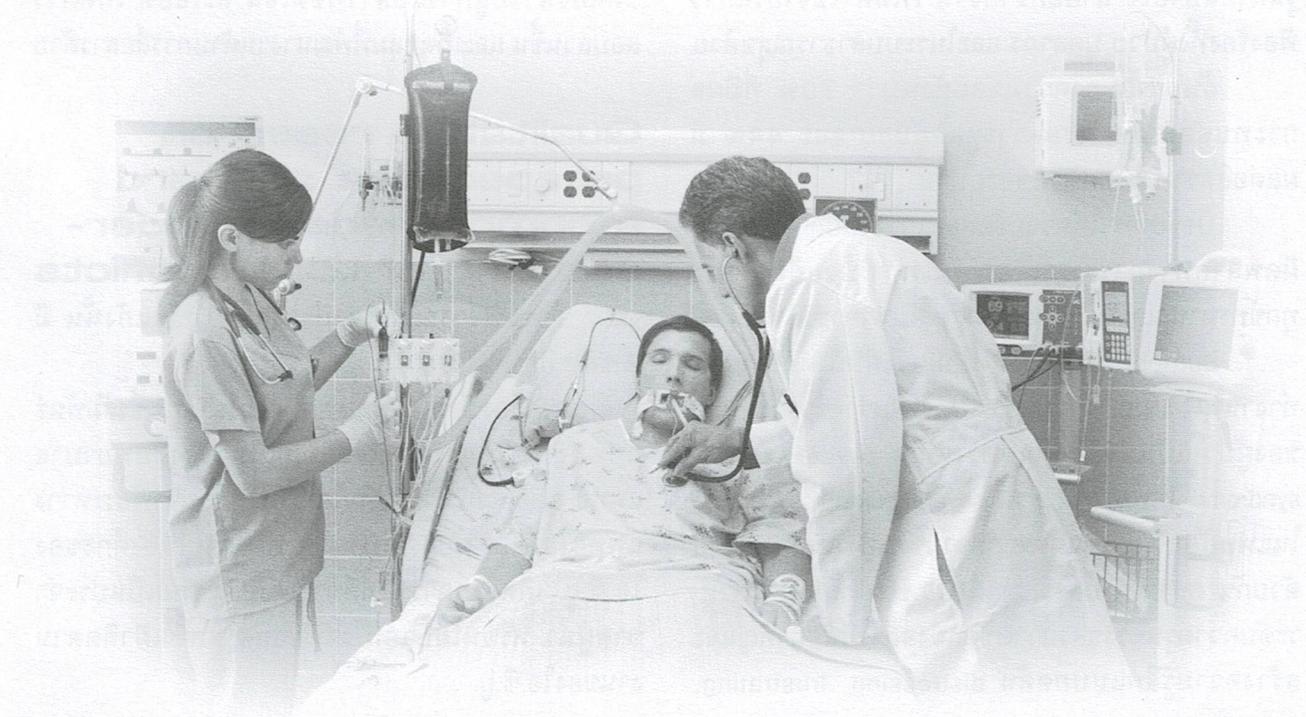
เพศหญิง สถานภาพสมรสของผู้ป่วย เป็นปัจจัยที่ลดความเสี่ยงของความขัดแย้ง ในขณะที่การก้าวกาย

ในเรื่องความเชื่อทางศาสนาที่มีผลต่อการตัดสินใจ อาจจะเป็นส่วนกระตุ้นให้เกิดความขัดแย้งได้

Dynamic process and severity of I.C.U. conflicts

ความขัดแย้งในที่ทำงานเป็นกระบวนการที่ไม่คงที่ อาจจะเพิ่มขึ้นหรือลดลง เวลาที่เกิดความขัดแย้งมีตั้งแต่นาทีจนถึงเป็นเดือน และควรมีการป้องกันความขัดแย้งที่อาจจะเกิดขึ้นก่อน พบว่า 25% มีความขัดแย้งเกิดขึ้นมาก่อนแล้ว และ 87% เกิดจากสาเหตุเดิม ความขัดแย้งระหว่างทีมนั้นสามารถนำไปสู่ความขัดแย้งภายในทีม หรือระหว่างญาติได้เนื่องจากการสื่อสารที่ไม่เพียงพอ การเกิดความขัดแย้งระหว่างญาติ และภายในทีมมักพบว่าเกิดจากหลายสาเหตุร่วมกัน และทำให้ความขัดแย้งซับซ้อนมากขึ้น

ไม่มีการจัดระดับของความขัดแย้งเป็นคะแนน แต่พบว่า มี 53% ที่รับรู้ถึงความขัดแย้งระดับรุนแรง 52% จัดอยู่ในระดับอันตราย 83% จัดอยู่ในระดับให้โทษ และนำไปสู่การฟ้องร้อง ความขัดแย้งที่อยู่ในระดับรุนแรงนั้นขึ้นกับแหล่งกำเนิดความขัดแย้ง และผลกระทบที่มีต่อความขัดแย้ง





Consequences of conflicts in the I.C.U. :

ผู้ดูแลผู้ป่วยรับรู้ได้ถึงผลกระทบของความขัดแย้ง เช่น การตัดสินใจรับการรักษาที่ล่าช้า การดูแลรักษาที่ไม่เกิดประโยชน์ ความไม่ไว้วางใจ การเข้าใจผิด ความไม่พึงพอใจ ความขัดแย้งนั้นอาจจะเพิ่มขึ้นเพราะความวิตกกังวล อาการซึมเศร้า ความสูญเสีย ทำให้บุคลากรรู้สึกไม่สบายใจ ลาออกจากงาน เพิ่มค่าใช้จ่ายในการฟ้องร้องทั้งผู้ป่วย บุคลากร และในระบบสาธารณสุขด้วย

อันตรายของความขัดแย้งพบว่า 70% ที่มีผลกระทบต่อคุณภาพของการดูแลผู้ป่วย และ 44% มีผลต่ออัตราการรอดชีวิตของผู้ป่วย

ปัจจัยที่ทำให้ความขัดแย้งแย่ลงไปอีก คือ ความผิดพลาดทางการแพทย์ ความปวด ผู้ป่วยที่มีอาการทุกข์ทรมาน และกระบวนการตรวจค้นหาการวินิจฉัยโรค

Burnout syndrome บ่อยครั้งเกิดในบุคลากรที่ทำงานในไอ.ซี.ยู. จากผลการศึกษาพบว่า ความขัดแย้งของผู้ป่วยเป็นปัจจัยหลักที่ทำให้เกิด severe burnout syndrome ในพยาบาล ส่วน severe burnout syndrome ในแพทย์ไอ.ซี.ยู. นั้นเกิดจากความขัดแย้งระหว่างแพทย์ด้วยกัน ความเครียดจากงานในไอ.ซี.ยู. นั้นสัมพันธ์กับระดับความรุนแรงของความขัดแย้งอย่างมีนัยสำคัญและสร้างความรู้สึกแบบกดดัน distressing, frustrating, time-consuming, exhausting

ผลกระทบในทางบวกของความขัดแย้ง เช่น ทำให้มีโอกาสที่จะหาช่องโหว่ในทีมไอ.ซี.ยู. หรือการรับรู้ความรู้สึกระหว่างทีมไอ.ซี.ยู. กับญาติ และในบางครั้งยังคงมีความจำเป็นต้องมีกระบวนการดูแลทางด้านจิตใจของญาติในผู้ป่วยที่กำลังจะเสียชีวิต หรือในผู้ป่วยที่มีอาการทุกข์ทรมาน ทำให้มีโอกาสที่ดีในการพัฒนาการสื่อสาร และในมุมมองของทีมไอ.ซี.ยู. มองว่าความขัดแย้งนำไปสู่การสื่อสารที่ชัดเจน ละเอียด เกิดการสอบสวนขึ้น และเกิดกลุ่มที่พัฒนางานด้านการสื่อสารด้วย

Qualitative research perspectives : toward a comprehensive understanding of I.C.U. conflicts

ถ้าจะพิจารณาแหล่งกำเนิดความขัดแย้งนั้น มี 2 ชนิด คือ

1. เรื่องของทีม โดยภายในทีมไอ.ซี.ยู. ซึ่งสัมพันธ์กับพฤติกรรม และการสื่อสาร ที่เกี่ยวข้องกับพยาบาล แพทย์ ญาติ ส่วนระหว่างทีมไอ.ซี.ยู. กับญาติ หรือระหว่างแพทย์ไอ.ซี.ยู. กับแพทย์อื่น ๆ หรือภายในองค์กรของไอ.ซี.ยู. เกิดจากการที่ไม่มีการพบปะแพทย์เป็นประจำ ขาดผู้นำ หรือนโยบายที่ไม่เพียงพอในการเฝ้าติดตามงานของไอ.ซี.ยู.

2. การตัดสินใจในเรื่องของ decisions to forego life-sustaining treatment (DFLST) ในการดูแลระยะสุดท้ายของชีวิตที่มีปัญหา เช่น ภาวะที่จำนวนเตียงของไอ.ซี.ยู. ที่ไม่เพียงพอ จำนวนวันนอนที่ยาวนานและค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้น คุณค่าของการรักษาที่ขัดแย้งกับสิ่งที่ไม่เกิดประโยชน์ และเป้าหมายของการดูแลรักษา กระบวนการดูแลรักษา เวลาที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ และการดูแลเรื่องความปวด

I.C.U. conflict prevention and management

ประเด็นที่ต้องสนใจเป็นพิเศษในเรื่องของความขัดแย้งโดยเฉพาะ คือ การสื่อสาร การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย และการจัดการในองค์กรหรือทีมผู้ดูแล เพื่อป้องกันความขัดแย้งภายในทีม ความขัดแย้งระหว่างทีมกับญาติ และประเด็นทางกฎหมายด้วย

Clinical research about I.C.U. conflict prevention

มีการศึกษาในทางคลินิกถึงการป้องกันความขัดแย้งยังไม่มีข้อสรุปที่ชัดเจน ในบางการศึกษาพบว่า กระบวนการลดความขัดแย้งระหว่างทีมไอ.ซี.ยู. กับญาติไม่มีผลต่อผู้ป่วย ไม่มีผลต่อความพึงพอใจในกระบวนการดูแล การให้ข้อมูล และกระบวนการตัดสินใจ แต่กระบวนการลดความขัดแย้งช่วยทำให้มีความชัดเจนขึ้นในการรักษา ส่วนการศึกษาอื่น ๆ พบว่าการสื่อสารมีผลต่อการลดความขัดแย้งลงได้ และการสื่อสารที่ชัดเจนมีประโยชน์ในผู้ป่วยกลุ่มที่ใกล้อยู่ในระยะท้ายของชีวิต ลดระยะเวลาเฉลี่ยที่นอนในไอ.ซี.ยู. ในกลุ่มผู้ป่วยที่อาการรุนแรงใกล้เสียชีวิต และในกรณีที่มีทีมและญาติมีความเห็นในการรักษาที่ไม่ตรงกัน

ในฉบับหน้าจะกล่าวถึงการเรื่องความขัดแย้งต่อไป (ส่วนที่ 2)

เอกสารอ้างอิง

1. Luce JM. A history of resolving conflicts over end-of-life care in intensive care units in the United States. *Crit Care Med* 2010; 38 : 1623-1629.
2. Luce JM. End-of-life decision making in the intensive care unit. *Am J Respir Crit Care Med* 2010; 182 : 6-11.
3. Studdert DM, Burn JP, et al. Conflict in the care of patients with prolong stay in the ICU: types, sources, and predictors. *Intensive Care Med* 2003; 29 : 1489-1497.
4. Abbott KH, Sago JG, Breen CM, et al. Families looking back: one year after discussion of withdrawal or withholding of life-sustaining support. *Crit Care Med* 2001; 29 : 197-201.
5. Danjoux Meth N, Lawless B, Hawryluck L. Conflicts in the ICU: perspective of administrators and clinicians. *Intensive Care Med* 2009; 35 : 2068-2077.
6. Azoulay E, Timsit JF, Sprung CL, et al. Prevalence and factors of intensive care unit conflicts: the conflicts study. *Am J Respir Crit Care Med* 2009; 180 : 853-860.
7. Schaefer KG, Block SD. Physician communication with families in the ICU: evidence-base strategies for improvement. *Curr Opin Crit Care* 2009; 15 : 569-577.
8. Brinkert R. A literature review of conflicts communication causes, costs, benefits and interventions in nursing. *J Nurs Manag* 2010; 18 : 145-156.
9. Thomas F, Elie Azoulay. Conflicts and Communication gaps in the intensive care unit. *Curr Opin Crit Care* 2010, 16 : 000-000.
10. Lee Char SJ, Evans LR, Malvar GL, et al. A randomized trial of two methods to disclose prognosis to surrogate decision makers in ICUs. *Am J Respir Crit Care Med*(in press).