

## Unseen Corner

# Conflicts and Communication gaps in Intensive Care Unit (Part 2)

พญ.ฉันทนา หมอกเจริญพงศ์  
กลุ่มงานเวชศาสตร์ประคับประคอง  
สถาบันมะเร็งแห่งชาติ

จากฉบับที่แล้วได้กล่าวถึงความขัดแย้งในไอ.ซี.ยู. ซึ่งมักเกิดจากในผู้ป่วยระยะสุดท้าย และการจัดการบริหาร ความขัดแย้ง ซึ่งสามารถป้องกันได้ ในฉบับนี้เป็นส่วน ต่อจากฉบับที่แล้ว

## การสื่อสารกับญาติเพื่อป้องกัน ความขัดแย้ง

มีศึกษาการบอกการพยากรณ์โรคที่ไม่ดีกับญาติ เปรียบเทียบกัน โดยใช้วิธีการบอกเป็นตัวเลขของการ อยู่รอด หรือการใช้เป็นคำพูด พบว่าผลของการบอกการ พยากรณ์โรคทั้งสองวิธีไม่ต่างกันไม่มีผลต่อความเข้าใจ หรือความขัดแย้ง

การศึกษาถึงความเข้าใจของการพยากรณ์โรค ต่อญาติ (ในผู้ป่วยที่ไม่สามารถสื่อสารได้) พบว่าส่วนใหญ่แล้วญาติจะรวบรวมข้อมูลหลายอย่าง ทั้งจากแพทย์ ประวัติ อัตราการอยู่รอด สภาพของผู้ป่วย ความเชื่อ ของตนเอง ญาณ และความศรัทธา ประสบการณ์ และ ความเชื่อของญาติมีส่วนมากที่จะสามารถพัฒนาทักษะ การสื่อสารได้ การแลกเปลี่ยนข้อมูล และการพยากรณ์ ของโรคกับญาตินั้นเป็นวิธีที่สามารถค้นหา ป้องกัน การบริหารจัดการของทีมกับความขัดแย้งได้

มีคำย่อ คือ **CURVES : Choose and Communicate, Understand, Reason, Value, Emergency** เป็นสิ่งที่ต้อง ตระหนักในเวลาที่มีการสื่อสาร โดยพิจารณาถึงความ แตกต่างในด้านต่าง ๆ ของ CURVES สามารถป้องกัน และเข้าใจถึงความขัดแย้งได้

## การป้องกันและแก้ไขความขัดแย้ง ที่เกิดขึ้นในการดูแลผู้ป่วยระยะ สุดท้าย

มีการศึกษาพบว่า EOL เป็นสาเหตุส่วนใหญ่ ของความขัดแย้ง ที่สามารถป้องกันความขัดแย้ง โดย การวิเคราะห์ปัญหาให้ชัดเจนระหว่างความหวัง กับการ พยากรณ์โรคที่อ้างอิงหลักฐานทางการแพทย์ การแก้ไข ปัญหาความขัดแย้ง การเจรจาไกล่เกลี่ยโดยคณะ กรรมการจริยธรรมของโรงพยาบาล คณะกรรมการนี้ มีภาระหน้าที่ที่หนักมากสำหรับการจัดการความขัดแย้ง และการทำงานของคณะกรรมการจริยธรรมสามารถที่ จะลดวันนอนในไอ.ซี.ยู. และวันนอนในโรงพยาบาล โดยที่ไม่ส่งผลต่ออัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วย จากการ สัมภาษณ์พบว่าคณะกรรมการจริยธรรมมีประโยชน์ ในการจัดการกับความขัดแย้ง และมีผลต่อความพึงพอใจ

อยู่ในระดับสูง การฝึกอบรมเรื่องของการสื่อสาร และมีประสิทธิภาพมากในการสื่อสารกับภายในทีมไอ.ซี.ยู.เอง

การจัดการความขัดแย้งในผู้ป่วยระยะสุดท้ายในไอ.ซี.ยู. สามารถพัฒนาให้ดีขึ้นด้วยการบูรณาการเรื่องของ palliative care เข้าไปในไอ.ซี.ยู. รวมทั้งถ้ามีความขัดแย้งระหว่างทีมไอ.ซี.ยู. กับญาติจะต้องมีการเริ่มปรึกษาทีม palliative care มาให้คำปรึกษา

## การป้องกันและแก้ไขความขัดแย้งที่เกิดขึ้นในหอผู้ป่วยวิกฤตในระดับองค์กร

การจัดการในองค์กรเพื่อป้องกันการบริหารความขัดแย้ง ทีมบริหาร และการสื่อสารในทีมเป็นสิ่งที่ควรทำ ในสหรัฐอเมริกา มีการส่งเสริมของ US Joint Commission และประเทศฝรั่งเศสมีการพัฒนาใน 5 มิติ คือ การปรับปรุงในสิ่งที่ไม่แน่นอน การสื่อสาร การจัดการความขัดแย้ง การเปลี่ยนแปลงองค์กร องค์กรแห่งการเรียนรู้ โดยแนะนำความต่างของ cultural values ในแต่ละไอ.ซี.ยู. และรูปแบบของวัฒนธรรมไอ.ซี.ยู. เอง คือ team-oriented I.C.U. culture (promoting self-expression, achievement, staff development) ซึ่งเป็นรูปแบบที่มีประสิทธิภาพที่สุดในการพัฒนาเป็นองค์กรที่มีศักยภาพขั้นสูง (high organization performance) ส่วนการจัดการกับความขัดแย้งมีความเหมือนกัน คือ ตัวชีวิต สมรรถนะขึ้นอยู่กับการบริหารจัดการของแต่ละไอ.ซี.ยู. ตัวอย่างเช่น LOVE หมายถึง Leadership, Ownership, Values and Evaluation ที่ส่งเสริมการทำงานเป็นทีม พัฒนาการสื่อสารโดยเฉพาะในผู้ป่วยระยะท้ายของชีวิต เพื่อหลีกเลี่ยงความขัดแย้ง ประสพการณ์ของทีมที่สำคัญ คือ ความกลมเกลียวของทีม การระบุด้นหา การตระหนักถึงความซับซ้อนของปัญหา และการบริหารจัดการในไอ.ซี.ยู. สามารถลดความขัดแย้งในไอ.ซี.ยู.ได้

การสำรวจและการสัมภาษณ์พบว่า มีอุบัติการณ์ที่สูงของความขัดแย้งกับการทำงานที่มากกว่า 40 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ และการมีจำนวนเตียงที่มากกว่า 15 เตียงในไอ.ซี.ยู. และการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่มากกว่า 1 รายในสัปดาห์ที่ผ่านมา ในระดับความขัดแย้งที่ต่ำจะสัมพันธ์กับการพบปะดูแลที่เป็นปกติของแพทย์และญาติ การควบคุมอาการของผู้ป่วยโดยความร่วมมือระหว่างแพทย์กับพยาบาล กล่าวโดยสรุปการเพิ่มการ

สื่อสารและการทำงานร่วมกันเป็นทีมสามารถป้องกันและลดความขัดแย้งได้

## ประเด็นทางกฎหมายเมื่อเกิดความขัดแย้งขึ้น

การฟ้องร้องที่พบเห็นเป็นทางออกหนึ่งของความขัดแย้ง โดยเฉพาะระหว่างบุคลากรทางการแพทย์ และญาติของผู้ป่วยที่อยู่ในระยะสุดท้าย ไม่ทราบถึงจำนวนคดีที่ฟ้องร้องต่อศาล ถึงแม้ว่าจำนวนของความขัดแย้งที่ฟ้องร้องต่อศาลจะมีสัดส่วนจำนวนน้อยเมื่อเทียบกับจำนวนความขัดแย้งทั้งหมด แต่ก็สามารถขยายเพิ่มขึ้นโดยสื่อ ซึ่งสร้างบรรยากาศของความกลัวและความไม่ไว้วางใจ อย่างไรก็ตาม บุคลากรในไอ.ซี.ยู. รับรู้ถึงการเป็นคดีความ ทำให้ไม่มีประสิทธิภาพการได้รับข้อมูล และใช้เวลาเพิ่มขึ้นในการแก้ไขความขัดแย้ง ยิ่งไปกว่านั้นการฟ้องร้องของผู้ป่วยในระยะสุดท้าย จะทำให้ปฏิกริยาของความเศร้าเนื่องจากการสูญเสียสมาชิกในครอบครัวแย่ลง และขยายเพิ่มขึ้นของความคับข้องใจระหว่างญาติและทีมบุคลากรของไอ.ซี.ยู. จึงเห็นว่าความขัดแย้งที่นำไปสู่การฟ้องร้องมักจะเกิดในผู้ป่วยที่อยู่ในวาระสุดท้ายของชีวิต และควรสนับสนุนให้มีการแก้ไขความขัดแย้งนี้

จากประวัติศาสตร์ของ Advance-Care Planning (ACP) มีการตีพิมพ์เป็นคดีความในศาลโดยเฉพาะที่เกี่ยวกับความขัดแย้งในไอ.ซี.ยู. ส่วน advance directive การตัดสินใจของตัวแทน (Surrogate Decision Maker : SDM) ที่ถูกต้องตามกฎหมายนั้นยังมีข้อจำกัด เพราะ SDM นั้นยังขาดความรู้ความเชี่ยวชาญเรื่องคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยก่อนที่จะรักษาตัวในไอ.ซี.ยู. ขาดกระบวนการดูแล สภาวะการฟื้นฟูช่วยเหลือ และความปรารถนาของผู้ป่วยในการตัดสินใจรักษา ปัจจุบันไม่มีข้อมูลว่าการทำ ACP สามารถลดความขัดแย้งลงได้ กรณีผู้ป่วยที่อยู่ใกล้ในระยะสุดท้ายของชีวิต ผู้ป่วยที่นอนในไอ.ซี.ยู. นานในบางกรณีที่มีความขัดแย้งระหว่างทีมไอ.ซี.ยู. กับครอบครัวสามารถที่จะขยายเพิ่มขึ้นโดยการออกกฎหมายเพื่อให้มีการพบปะพูดคุยระหว่างทีม SDM กับครอบครัว และในรูปแบบของ SDM ยังมีประโยชน์ แต่ก็มีข้อจำกัดที่ควรระมัดระวัง คือต้องใช้ใช้อย่างเข้มงวด และทุกการตัดสินใจต้องยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง

## บทสรุป

ความขัดแย้งเป็นปรากฏการณ์ที่ซับซ้อน เพราะมีปัจจัยต่าง ๆ เข้ามาเกี่ยวข้องทำให้บางครั้งไม่สามารถหลีกเลี่ยง ยิ่งไปกว่านั้นอาจมีการเปลี่ยนแปลงในทางที่ดีเกิดขึ้น เช่น เกิดนวัตกรรม และกระบวนการต่าง ๆ อย่างไรก็ตาม ความสำคัญของความขัดแย้งยังส่งผลในทางลบต่อความปลอดภัยของผู้ป่วย การทำงานเป็นทีม การเกิด staff burnout และความสัมพันธ์ในครอบครัว

สาเหตุของความขัดแย้งที่พบบ่อย คือ ปัญหาของการสื่อสาร การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ส่งผลเสียต่อผู้ป่วยและญาติ บุคลากรในไอ.ซี.ยู. และสถาบัน

สาธารณสุข ความขัดแย้งสามารถป้องกันและจัดการโดยมุ่งเน้นในเรื่องของการสื่อสาร การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย และการบริหารองค์กร

รากฐานของความขัดแย้งเกิดขึ้นในระดับบุคคล กลุ่ม และองค์กร รวมทั้งวัฒนธรรมขององค์กรเป็นสิ่งที่ต้องจัดการด้านทักษะการสื่อสาร และการจัดการความขัดแย้งเป็นสิ่งที่สำคัญสำหรับบุคลากรไอ.ซี.ยู. โดยสามารถปรับปรุงได้โดยการฝึกฝน การมีมนุษยสัมพันธ์ที่ดี ซึ่งเป็นงานที่ท้าทายในการเรียนการสอนทางการแพทย์ด้วย

### 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).