

ทักษะการสื่อสารใน Palliative Care

รศ. นพ. สุพจน์ พงศ์ประสพชัย

ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

บทนำ

ทักษะการสื่อสาร (communication skills) ที่สำคัญใน palliative care ได้แก่

1. การแจ้งข่าวร้าย (breaking bad news)
2. การพูดคุยเป้าหมายและแผนการรักษา (goal setting)
3. Advance care planning
4. Supportive counseling

ในบทความนี้จะกล่าวถึงทักษะ 3 อย่างแรก ส่วน supportive counseling นั้นเป็นทักษะที่ต้องใช้ตลอดเวลา โดยใช้ความเห็นอกเห็นใจ เอาใจเขามาใส่ใจเรา เป็นผู้ฟังที่ดี และเคารพในศักดิ์ศรีและตัวตนของผู้ป่วยเป็นสำคัญนั้น ส่วนใหญ่บุคลากรที่สนใจในงาน palliative care นั้นมักทำได้ที่อยู่แล้ว

1. การแจ้งข่าวร้าย (Breaking Bad News)

1.1 ความสำคัญ

การแจ้งข่าวร้าย (breaking bad news) เป็นทักษะการสื่อสารอันหนึ่งที่มีความสำคัญอย่างยิ่งของแพทย์ในเวชปฏิบัติ เนื่องจากวิชาชีพแพทย์ต้องเกี่ยวข้องกับการแจ้งข่าวร้ายแก่ผู้ป่วยและญาติเสมอๆ ไม่ว่าจะเป็นการแจ้งผลการวินิจฉัยโรค การสืบค้นที่ผู้ป่วยต้องได้รับ การรักษา ผลการรักษาและพยากรณ์โรค ข่าวร้ายเป็นสิ่งที่ไม่มีผู้ป่วยคนใดปรารถนา แพทย์เองก็ไม่พึงปรารถนาและอาจรู้สึกว่าการแจ้งข่าวร้ายเป็นเสมือนการทำร้ายผู้ป่วยจึงพยายามหลีกเลี่ยงไม่ยอมทำ แต่ข่าวร้ายคือความจริงและจะเป็นประโยชน์อย่างยิ่งยวดต่อผู้ป่วยในอนาคต การหลีกเลี่ยงการแจ้งข่าวร้ายจึงเป็นการให้ร้ายและก่อผลเสียต่อผู้ป่วย

การแจ้งข่าวร้ายเป็นการ “สื่อสาร” แบบหนึ่ง แต่มีเรื่องของอารมณ์และความรู้สึกของผู้รับสารร่วมด้วยอย่างมาก แพทย์ที่ต้องแจ้งข่าวร้ายจึงต้องประณีตในการทำ วัตถุประสงค์ มีความรู้ ทักษะ และต้องใส่ “หัวใจ” เข้าไปในการทำด้วยเสมอ การแจ้งข่าวร้ายไม่มีเทคนิคมาตรฐาน แต่มีหลักการที่ขอเพียงแค่แพทย์เข้าใจ นำไปฝึกฝนและใส่ “ใจ” เข้าไปในการทำก็จะสามารถทำได้ดีเอง ทักษะการแจ้งข่าวร้ายเป็นทักษะสำคัญที่แพทย์ขาดไม่ได้ แต่น่าแปลกที่กลับมีการสอนทักษะการแจ้งข่าวร้ายในโรงเรียนแพทย์น้อยมาก ทำให้แพทย์จำนวนมากไม่มั่นใจและพยายามหลีกเลี่ยงเพราะเกรงว่าถ้าทำได้ไม่ดีจะเกิดผลร้ายต่อผู้ป่วยตามมามากกว่าผลดีและกลัวว่าญาติผู้ป่วยอาจไม่เข้าใจหรือไม่พอใจ เป็นต้น ความกลัวเหล่านี้เป็นมิถิชาติ เพราะทำให้ผู้ป่วยที่เราต้องการรักษาประโยชน์กลับกลายเป็นเสียประโยชน์

1.2 ควรแจ้งข่าวร้ายแก่ใคร ผู้ป่วยหรือญาติ หรือทั้งคู่?

1.2.1 หลักการ

ในสังคมตะวันตกการแจ้งข่าวร้ายเป็นสิ่งที่ต้องแจ้งกับผู้ป่วยโดยตรงตามหลักของสิทธิผู้ป่วย (patient autonomy) แต่ในสังคมตะวันออกรวมถึงประเทศไทยกลับกลายเป็นว่าแพทย์จำนวนมากเลือกที่จะแจ้งข่าวร้ายแก่ญาติมากกว่า (ยกเว้นแอดดิส) โดยเฉพาะถ้าเป็นข่าวที่ร้ายมากด้วยเหตุผลต่างๆ นานา เช่น กลัวผู้ป่วยจะรับไม่ได้ (แต่กลับคิดว่าญาติจะรับได้) กลัวผู้ป่วยท้อ (ซึ่งไม่เป็นความจริง ถ้าแจ้งข่าวร้ายอย่างถูกต้อง ผู้ป่วยอาจดูเศร้าไปช่วงหนึ่ง แต่ในระยะยาวจะดีกว่า) แต่เหตุผลลึกๆ คือ แพทย์กลัวว่าถ้าบอกข่าวร้ายไปแล้วผู้ป่วยแยลง ญาติจะไม่เข้าใจและจะมาเอาเรื่องแพทย์ภายหลัง

เมื่อคำนึงถึงสิทธิผู้ป่วยและประโยชน์ต่อผู้ป่วยแล้ว การแจ้งข่าวร้ายต้องให้แก่ผู้ป่วยเป็นหลัก ยกเว้นผู้ป่วยไม่ต้องการรู้ ไม่มีสติสัมปชัญญะ หรือคิดว่าข่าวร้ายนั้นอาจไม่มีประโยชน์ใดๆ ต่อผู้ป่วยอีกแล้ว เช่นผู้ป่วยอายุมาก ๆ และโรคร้ายเป็นมากจนน่าจะอยู่ได้อีกไม่นาน เป็นต้น ข้อมูลในผู้ป่วยไทยที่เป็นมะเร็งที่โรงพยาบาลศิริราช พบว่าร้อยละ 87 อยากให้แพทย์บอกการวินิจฉัยตามจริง ในขณะที่ร้อยละ 13 อยากให้แพทย์บอกกับญาติมากกว่า (ข้อมูลจากอาจารย์ นายแพทย์ ไพโรจน์ สินลาร์ตัน สาขาวิชาเคมีบำบัด โรงพยาบาลศิริราช) ข้อมูลนี้ทำให้แพทย์ต้องทำความเข้าใจใหม่ว่าผู้ป่วยไทยส่วนใหญ่ก็ต้องการให้แพทย์แจ้งข่าวร้ายแก่ตนตามจริงมากกว่า

1.2.2 ประโยชน์จากการที่ผู้ป่วยได้ทราบความจริง

ข้อดีของการที่ผู้ป่วยทราบความจริงมีมากมายได้แก่

1. ผู้ป่วยจะได้วางแผนชีวิตของตนเอง เมื่อข่าวร้ายนั้นมีผลอย่างมากต่ออนาคต แพทย์หรือญาติไม่ใช่ผู้ป่วย ย่อมไม่มีทางรู้ว่าผู้ป่วยต้องการอะไรและกำลังวางแผนชีวิตอะไรอยู่

2. ผู้ป่วยจะสามารถเป็นผู้ตัดสินใจเลือกการสืบค้นหรือการรักษาได้ด้วยตนเอง ในกรณีที่เป็นการตรวจหรือรักษาที่มีความเสี่ยง (เช่น การผ่าตัด การให้เคมีบำบัด เป็นต้น) หรืออาจตัดสินใจได้ยาก (เช่น การเลือกที่จะใส่ท่อหายใจหรือการปฏิบัติภารกิจชีวิต เป็นต้น)

3. ทำให้ไม่มีความลับระหว่างแพทย์กับผู้ป่วยหรือญาติกับผู้ป่วย ทำให้การพูดคุยเป็นไปได้อย่างเปิดเผย ไม่ต้องงุบงิบลับๆ ล่อๆ ไม่ต้องคอยระวังว่าความลับจะแตก *ไม่เคยมีแพทย์หรือญาติสามารถปิดบังความลับต่อผู้ป่วยได้* เพราะผู้ป่วยจะรู้ตัวเองเสมอ ทั้งจากอาการของตนเองที่ทรุดลงเรื่อยๆ จากท่าทีของแพทย์ ของญาติ และจากการหลุดปากของคนรอบตัว การที่ผู้ป่วยมักรู้ความจริงเองแต่ไม่ครบถ้วนอาจทำให้ผู้ป่วยเข้าใจผิดๆ และมักกังวลไปในทางที่ร้ายกว่าความเป็นจริง ผลคือ *ผู้ป่วยต้องเผชิญกับความทุกข์อย่างโดดเดี่ยว เพราะไม่สามารถคุยกับใคร ไม่สามารถปรึกษาทุกข์กับใคร และไม่สามารถร้องให้กับใคร* เพราะคนรอบข้างพยายามปิดบังไม่พูดถึงเรื่องนี้ ทำให้บรรยากาศในครอบครัวเต็มไปด้วยความเงิบเหงาและความอึดอัด (conspiracy of silence) ทั้งๆ ที่เวลานี้เป็นเวลาผู้ป่วยต้องการคนที่รักมาช่วยรับฟัง ประคับประคองอย่างที่สุด

1.2.3 ผู้ป่วยน่าจะเป็นผู้เลือกว่าอยากให้แพทย์แจ้งข่าวแก่ตนเองหรือแก่ใคร

ผู้ป่วยแต่ละคนมีพื้นฐานและบริบทของตนเอง ผู้ป่วยจึงเป็นผู้ที่เหมาะสมที่สุดที่จะเลือกว่าอยากให้แพทย์แจ้งข่าวแก่ตนเองโดยไม่ต้องบอกญาติ หรือให้แจ้งญาติโดยไม่ต้องบอกตน หรืออยากให้แจ้งแก่ทั้งตนและญาติพร้อมๆ กัน ซึ่งแพทย์สามารถส่งเสริมความต้องการนี้ได้โดยการคุยกับผู้ป่วยและญาติตั้งแต่การมาตรวจครั้งแรกๆ หรือก่อนจะรู้ผลตรวจ เช่น

“คุณสมชาย (ผู้ป่วย) ครับ ผมขอปรึกษาหน่อยครับ อยากทราบว่าครั้งหน้าถ้าได้ผลตรวจแล้ว อยากให้หมอแจ้งกับคุณสมชายโดยตรง หรืออยากให้แจ้งกับญาติๆ หรืออยากมาฟังด้วยกันทั้งหมดครับ” เป็นต้น

1.2.4 หากญาติกังวลไม่อยากจะให้แพทย์แจ้งข่าวร้ายแก่ผู้ป่วยจะอย่างไร

บ่อยครั้งญาติจะแอบมาบอกแพทย์ก่อนว่า ถ้าเป็นโรคร้าย (เช่น มะเร็ง) ไม่ให้บอกผู้ป่วยเป็นอันขาด เพราะกลัวผู้ป่วยจะทรุด ความห่วงใยของญาติแบบนี้ก็เป็นที่เข้าใจได้ แต่ส่วนใหญ่เกิดจากความเข้าใจผิด แพทย์ไม่จำเป็นต้องทำตามใจญาติ แต่ควรพูดคุยกับญาติอย่างเข้าใจ ชื่นชมในความห่วงใยของญาติ ถามเหตุผลที่คิดเช่นนั้น แกไขความเข้าใจผิด เช่น กลัวผู้ป่วยจะทรุด เป็นต้น บอกประโยชน์ที่ผู้ป่วยจะได้หลังจากทราบความจริงตามเหตุผลต่างๆ ที่กล่าวแล้วข้างต้น และบอกญาติให้คลายกังวลว่าแพทย์มีกระบวนการแจ้งข่าวร้ายอย่างระมัดระวัง ไม่ต้องวิตก จากประสบการณ์ของผู้เขียนพบว่าญาติมักเข้าใจและยินดีให้บอกความจริงแก่ผู้ป่วยเกือบทุกราย แต่หากญาติยังไม่เข้าใจและยินกรานไม่ให้บอกผู้ป่วย ผู้เขียนแนะนำให้ทำตามความต้องการของญาติไปก่อน ไม่ควรหักหาญหัวใจแล้วค่อยๆ พยายามอธิบายใหม่ในครั้งต่อไป หรืออาจบอกญาติว่าแพทย์จะลองสืบเบาะเบาะจากผู้ป่วยดูว่าพอจะ

ทราบอะไรมาบ้าง ซึ่งถ้าพบว่าผู้ป่วยพอทราบมาก่อนแล้ว ก็สามารถอธิบายญาติให้ยอมรับว่าผู้ป่วยพอรู้แล้ว ไม่น่าต้องปิดบังอะไรอีก หรือเมื่อถึงจุดที่ต้องมีการตัดสินใจที่ยาก เช่น เลือกรักษาให้เคมีบำบัดหรือผ่าตัดหรือไม่ เป็นต้น ซึ่งแพทย์น่าจะถือโอกาสนี้ชี้แจงให้ญาติเห็นว่า ถ้าผู้ป่วยทราบความจริงผู้ป่วยน่าจะเลือกเองได้ดีที่สุด ดังนั้นน่าจะแจ้งผู้ป่วย เกิด เป็นต้น

1.3 เทคนิคการแจ้งข่าวร้าย

การแจ้งข่าวร้ายมีได้มีเทคนิคเดียว แต่เทคนิคที่มีผู้แนะนำค่อนข้างมาก¹ และผู้เขียนเองนิยมใช้คือ เทคนิค “SPIKES” โดย Buckman และคณะ² ซึ่งมีรายละเอียดคือ

S (Setting up)

หมายถึง การเตรียมการ แพทย์ควรมีเวลาเพียงพอ ไม่เร่งรัด สถานที่ควรมีความเป็นส่วนตัว สงบเงียบ พอสมควร ควรมีที่นั่งสำหรับผู้ป่วยและญาติทุกคน (ไม่ควรยืนคุย) ตัดสิ่งรบกวน เช่น บอกพยาบาลไม่ให้ใครมารบกวน ขณะกำลังคุยกับผู้ป่วย แพทย์ควรปิดโทรศัพท์มือถือระหว่างคุย ควรมีกระดาษทิชชูในกรณี que ผู้ป่วยอาจร้องไห้ แพทย์เองก็ต้องมีจิตใจที่สงบพร้อมเช่นเดียวกัน ควรทบทวนประวัติและผลตรวจของผู้ป่วยให้พร้อม

P (Patient perception)

หมายถึง การประเมินว่าผู้ป่วยพอทราบอะไรมาบ้างแล้ว (รู้เขา) ควรเริ่มการสนทนาด้วยการทักทาย แนะนำตนเอง ถามชื่อผู้ป่วยและญาติ (ทุกคนได้จะดีที่สุด ไม่ควรเรียกญาติว่า “ญาติ”) มี small talk เล็กน้อยเพื่อสร้างความคุ้นเคย แล้วค่อยประเมินว่าผู้ป่วยพอทราบอะไรมาบ้างแล้ว เช่น

“คุณสมชายครับ ครั้งที่แล้วที่คุณสมชายมาตรวจเพราะเรื่อง..... จำได้มั๊ยครับว่าหมอได้อธิบายอะไรให้คุณสมชายฟังบ้าง..... ว่าหมอสงสัยว่าเป็นอะไร?.....”

หากพบว่าผู้ป่วยทราบบ้างแล้ว แต่ดูกังวลหรือกลัว ก็ควรถามลงลึกลงไปว่าเหตุผลที่กังวล และอาจให้ความหวังเสริมไปได้เลยในขั้นตอนนี้ เช่น

“คุณสมชายกลัวเป็นมะเร็ง เพราะอะไรครับ?”

“แต่ไม่ว่าจะเป็นอะไรก็รักษาได้ครับ”

ถ้าผู้ป่วยบอกว่ายังไม่ทราบอะไร หรือบอกว่าแพทย์ไม่ได้บอกอะไรมาก่อน อาจเกิดจากแพทย์คนที่แล้วไม่ได้อธิบายเลยจริงๆ (เป็นไปไม่ได้ยาก) ก็ต้องคุยอธิบายผู้ป่วยใหม่ แต่ถ้าคิดว่าแพทย์น่าจะอธิบายมาเพียงพอแล้ว ก็อาจเกิดจากผู้ป่วยทราบแต่พยายามปฏิเสธ (denial) ต่อสิ่งที่แพทย์พูดในครั้งที่แล้ว แพทย์ก็ควรเข้าใจ อย่าโทษผู้ป่วยว่าทำไมเข้าใจยาก ควรถามคำถามเจาะลงไป (explore) เพื่อหาสาเหตุ ทำให้แพทย์สามารถอธิบายผู้ป่วยได้ เช่น

“คุณสมชายกำลังกังวลอะไรหรือเปล่าครับ ช่วยเล่าให้หมอฟังหน่อยครับ”

I (Invitation of bad news)

หมายถึง การเชิญชวน เตรียมให้ผู้ป่วยทราบที่แพทย์กำลังจะบอกข่าวร้าย เช่น

“คุณสมชายจึงมาฟังผลชิ้นเนื้อในวันนี้ะครับ”

“คุณสมชายครับ คุณสมชายอยากให้หมอบอกผลการตรวจมากน้อยแค่ไหนครับ”

“ตอนหมอบอกผล คุณสมชายอยากฟังคนเดียว หรืออยากให้..(ญาติ)..มาร่วมฟังด้วยมั๊ยครับ?”

ถ้าข่าวร้ายนั้นค่อนข้างร้าย ก่อนจะบอก แพทย์ควรมี “warning shot” ก่อน เช่น

“ผลชิ้นเนื้อออกมาไม่ค่อยดีครับ....”

“ผลออกมาไม่เป็นดังที่เราหวังครับ.....”

แล้วจึงตามด้วยข่าวร้าย

K (Knowledge)

หมายถึง การให้ข่าวร้าย (ไม่ใช่ให้ความรู้ทางการแพทย์) ได้แก่ ตัวข่าวร้ายที่แพทย์ต้องการแจ้งนั่นเอง ควรบอกอย่างชัดเจน ไม่กำกวม หลังจากบอกข่าวร้ายแล้วผู้เขียนมักให้ความหวังแก่ผู้ป่วยตามมาเสมอ เช่น

“ผลเป็นมะเร็งครับ..... แต่มีทางรักษา (ช่วย) ได้ครับ” เป็นต้น

ข้อผิดพลาดที่พบบ่อยๆ คือ หลังจากแจ้งข่าวร้ายและแพทย์พยายามให้ความหวังแล้ว ถ้าโรคนั้นรักษาไม่หาย แพทย์มักกังวลใจแล้วพูดต่อมากเกินไปจนกลายเป็นทำลายความหวังนั้นเสียเอง ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยรู้สึกแยกลงเพราะสิ่งยึดเหนี่ยวคือความหวังนั้นถูกทำลายไป เช่น

“ผลเป็นมะเร็งครับ แต่มีทางรักษาได้...ถึงแม้การรักษา นั้นจะได้ผลไม่ 100% และไม่หายขาด”

“ผลเป็นมะเร็งครับ พอมีทางรักษาได้... การรักษานั้นจะควบคุมโรคให้ดีขึ้นได้ระดับหนึ่ง”

“ผลเป็นเลือดบวก (เอตส์) ครับ แต่มียารักษาได้ ถึงแม้จะไม่หาย ได้แค่ชะลอก็ตาม” เป็นต้น

สาเหตุคือ แพทย์มักรู้สึกว่าไม่ควรพูดให้ความหวังมากจนเล็ดลอดเกินไป มิเช่นนั้นจะเหมือนการโกหก และภายหลังผู้ป่วยจะมาเอาเรื่อง ซึ่งที่แท้จริงแล้วเราไม่ได้โกหก การที่เราบอกว่ามีทางช่วย มีทางรักษานั้นเป็นความจริงแท้แน่นอน แพทย์ควรบอกความจริงเท่าที่มีประโยชน์ต่อผู้ป่วย ไม่จำเป็นต้องพูดทุกอย่างจนหมดเปลือก ผู้เขียนพบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่หลังจากได้ฟังข่าวร้ายแล้วให้ความหวัง มักไม่ซักไซ้แพทย์ต่อว่ารักษาได้หายขาดได้หรือไม่ เพราะผู้ป่วยเองก็อยากถนอมความหวังเอาไว้ ไม่อยากซักถามต่อที่อาจจะเป็นการทำลายความหวังนั้นเสียเอง แต่ญาติเองต่างหากที่บางครั้งไม่เข้าใจและพยายามถามแพทย์ว่า “จะหายขาดหรือไม่?” ซึ่งบางครั้งเหมือนชักใบให้เรือเสีย ผู้เขียนเองมักไม่ตอบคำถามนี้แต่จะใช้การพูดยืนยันเหมือนเดิมว่า “รักษาได้ครับ”

การพูดในขั้นตอนนี้ แพทย์ควรพูดให้ช้า ให้ชัด อาจหยุดเพื่อถามความเข้าใจผู้ป่วยเป็นระยะๆ (ask-tell-ask) ต้องคอยสังเกตปฏิกิริยาของผู้ป่วยตลอดเวลา ไม่ควรพูดข้อมูลทางการแพทย์มากมาย เช่น รายละเอียดของโรค หรือการรักษาในขั้นตอนนี้

E (Emotion)

หมายถึง การรับมือกับอารมณ์ของผู้ป่วย เนื่องจากผู้ป่วยหลังจากได้รับข่าวร้ายจะมีการตอบสนองแตกต่างกันไป เช่น ร้องไห้ โกรธ ปฏิเสธ ต่อรอง ซ็อก เงียบไป หรืออาจยอมรับได้เป็นอย่างดี แพทย์มักรู้สึกว่าถ้าผู้ป่วยที่มีปฏิกิริยา ร้องไห้ โกรธ ปฏิเสธ ต่อรอง ซ็อก เงียบไป แปลว่าผู้ป่วย “รับไม่ได้” แสดงว่าการแจ้งข่าวร้ายนี้ไม่ประสบความสำเร็จ ซึ่งเป็นความเข้าใจที่ผิด เพราะปฏิกิริยาทั้งหมดเป็นสิ่งปกติทั้งสิ้น เป็นกลไกป้องกันจิตใจของผู้ป่วยเอง ดังนั้นหน้าที่ของแพทย์คือ ต้องเข้าใจและช่วยส่งเสริมกลไกเหล่านี้ให้ไปสู่การทำให้ผู้ป่วยยอมรับในที่สุด ได้แก่

ผู้ป่วยที่ร้องไห้ (crying) แพทย์มักกลัวที่สุดและทำอะไรไม่ถูก จึงมักรีบยับยั้งหรือปลอบผู้ป่วยเร็วเกินไป เช่น พูดว่า “อย่าร้องไห้.....ใจเย็นๆ.....ไม่ต้องคิดมาก” เป็นต้น ซึ่งเป็นการทำร้ายผู้ป่วยทางอ้อม เพราะการร้องไห้ทำให้ความทุกข์ที่ท่วมท้นในใจของผู้ป่วยหลังไหลออกมา ผู้ป่วยจะดีขึ้นและสงบลงเองจนพร้อมจะรับฟังแพทย์ต่อได้เอง ที่จริงผู้ป่วยที่ร้องไห้กลับเป็นผู้ป่วยที่รับมือง่ายกว่าอย่างอื่น สิ่งที่แพทย์ควรทำคือ ควรเจียบให้ผู้ป่วยร้องไห้สักพัก ยืนกระดาศหิซซุให้ (ไม่ควรใช้ผ้าเช็ดหน้าของแพทย์) หรือการสัมผัสโดยแตะมือผู้ป่วยเบาๆ (ไม่ควรแตะสูงเกินไปไหล่ หรือต่ำกว่าเอว) โดยอาจไม่ต้องพูดอะไร

ผู้ป่วยที่โกรธ (anger) อาจกล่าวโทษแพทย์ กล่าวโทษโรงพยาบาลอื่น หรือโทษโชคชะตา แพทย์ควรเข้าใจ ไม่ควรรีบยับยั้งผู้ป่วย เช่น “ใจเย็นๆ ก่อน ค่อยๆ พูดค่อยๆ จา หรือหมอเข้าใจคุณ” เป็นต้น เพราะผู้ป่วยจะยิ่งรู้สึกว่าแพทย์ไม่เข้าใจ แพทย์ควรให้ผู้ป่วยระบาย (release) สิ่งที่อัดอั้นออกมาผู้ป่วยจะดีขึ้น เช่น “พูดออกมาเลยครับ หมอ กำลังฟังครับ” เมื่อผู้ป่วยระบายความโกรธออกมาแล้วจนเริ่มสงบแพทย์อาจพูดว่า “หมอขอบคุณที่คุณสมชายบอกให้ หมอทราบ” “หมอเสียใจกับเรื่องที่เกิดขึ้น” เป็นต้น ไม่ควรไปแก้ตัวต่างๆ นานา หรือแก้ตัวแทนผู้อื่นก่อนจะให้ผู้ป่วยระบายความโกรธออกเสียก่อนเพราะจะทำให้ผู้ป่วยโกรธยิ่งขึ้น

ผู้ป่วยที่ปฏิเสธ (denial) เช่น “ไม่น่าใช่มะเร็งครับ.....ผลผิดปกติหรือเปล่าครับ.....หมอตระวจอีกทีมั๊ยครับ” เป็นต้น ผู้ป่วยไม่ได้ต้องการคำตอบจริงๆ แพทย์ไม่ควรไปตอบหรือย้ำผู้ป่วยว่า “ใช่แน่นอนครับ.....ผลไม่ผิดแน่ครับ.....ไม่ต้องตรวจใหม่ครับ.....” เป็นต้น เพราะจะเป็นการย้ำแผลที่ผู้ป่วยปฏิเสธให้เจ็บยิ่งขึ้น แพทย์ควรรับฟัง แสดงความเห็นใจ เช่น การสัมผัส แสดงความเห็นใจ (empathy) บอกผู้ป่วยว่า เช่น “หมอเข้าใจ” “คุณสมชายคงไม่อยากเชื่อ”

ผู้ป่วยที่ต่อรอง (bargaining) ยังลังเลหรือสองจิตสองใจ แพทย์ควรรับฟังและแสดงต่อผู้ป่วยว่าท่านเข้าใจ ให้เวลาผู้ป่วย บางครั้งก็ต้องนัดแนะมาใหม่ภายหลัง

ผู้ป่วยที่ช็อก (shock) หรือเงียบไป (silence) กลับเป็นผู้ป่วยที่รับมือยากที่สุด เพราะดูยากว่าผู้ป่วยคิดอะไรอยู่ ควรให้ผู้ป่วยเงียบอยู่กับตนเองสักครู่ แล้วจึงกระตุ้นผู้ป่วยโดยการสัมผัส แล้วถามหยัง (probing) ดู เช่น “ดูคุณสมชายเงียบไป รู้สึกอย่างไรครับ บอกหมอหน่อยครับ” เป็นต้น ผู้ป่วยก็จะแสดงออกมาว่าที่จริงมีปฏิกิริยาอย่างไร แพทย์ก็จะรับมือได้ง่ายขึ้น

S (Strategy and summary)

หมายถึง การวางแผนต่อไปและการสรุป หลังจากรับมือกับอารมณ์ของผู้ป่วยและผู้ป่วยสงบแล้ว แพทย์สามารถถามผู้ป่วยได้ว่า พร้อมทั้งจะให้แพทย์พูดคุยต่อเรื่องแนวทางต่อไปเลยหรือไม่ ถ้าผู้ป่วยพร้อมก็สามารถพูดคุยแนวทางในระยะอันใกล้นี้ได้เลย ควรพูดซ้ำๆ พูดให้น้อยเฉพาะสิ่งที่จำเป็นใกล้ๆ นี้เท่านั้นโดยสลับกับการสอบถามความเข้าใจเป็นระยะๆ (ask-tell-ask)

ก่อนจบการสนทนา ควรเปิดโอกาสให้ผู้ผู้ป่วยได้ซักถาม หลังจากนั้นแพทย์ควรพูดสรุปสิ่งที่ได้พูดกันมาในวันนี้ และนัดแนะการพบกันครั้งต่อไป เช่น

“คุณสมชายครับ หมอขอสรุปนะครับว่า วันนี้หมอได้แจ้งผลตรวจผลชิ้นเนื้อคุณสมชาย สรุปว่าเป็นมะเร็งครับ แต่มีทางรักษาได้.....จะรักษาโดยใช้ยาเคมีบำบัด.....หมอจะนัดคุณสมชายสัปดาห์หน้าครับ” เป็นต้น

1.4 หลักการแจ้งข่าวร้ายในบางสถานการณ์จำเพาะ

หลักการแจ้งข่าวร้ายโดยเทคนิค “SPIKES” สามารถนำมาใช้ในการแจ้งข่าวร้ายเกือบทุกสถานการณ์ แต่ในบางสถานการณ์จำเพาะอาจมีหลักการบางอย่างเพิ่มเติม ได้แก่

1.4.1 ผู้ป่วยแยลงฉับพลันหรือเสียชีวิตโดยไม่ได้คาดหมาย

เนื่องจากเป็นข่าวร้ายที่ไม่ได้คาดหมายมาก่อน ทำให้ญาติ (หรือผู้ป่วย) ไม่ได้เตรียมใจมาก่อน บางครั้งจึงเกิดความระแวงไม่ได้ ดังนั้นหลักการคือ

1. แพทย์อาจต้องมีการแจ้งเป็นช่วงๆเป็นระยะๆ ว่าเกิดอะไรขึ้นซึ่งแพทย์กำลังพยายามช่วยอย่างเต็มที่ แล้วจึงมาแจ้งอาการต่อมาเป็นระยะๆ จนท้ายที่สุดแจ้งว่าผู้ป่วยเป็นอย่างไร (แยลง เสียชีวิต)
2. ควรอธิบายสิ่งที่เกิดขึ้นซ้ำๆ อย่างละเอียด (อาจต้องบอกเวลา ณ จุดต่างๆ) เพราะจะเป็นการทำให้ญาติเชื่อมั่นว่าแพทย์โปร่งใส ไม่ได้ปิดบังอะไรต่อญาติ อธิบายจนถึงตอนท้ายสุดแล้วจึงบอกข่าวร้าย
3. ควรอธิบายให้เห็นความพยายามของแพทย์ (และทีมแพทย์ จะดีกว่าแพทย์คนเดียว) ว่าไม่ได้หนึ่งนอนใจ ได้พยายามแก้ไขสิ่งที่เกิดขึ้นอย่างเต็มความสามารถ แต่อย่าพูดปกป้องตนเองจนเกินไป
4. อย่าลังเลใจที่จะบอกญาติหรือผู้ป่วยว่า ท่านเสียใจกับสิ่งที่เกิดขึ้น

1.4.2 ผู้ป่วยเกิดภาวะแทรกซ้อน (ที่อาจพบได้ตามปกติ) จากการหัตถการหรือการผ่าตัด

มีหลักการคล้ายคลึงกันคือ

1. ควรอธิบายสิ่งที่เกิดขึ้นซ้ำๆ อย่างละเอียดว่าขณะทำตอนนั้นทำอะไร เห็นอะไรที่สงสัยว่ามีภาวะแทรกซ้อนเกิดขึ้น จนวินิจฉัย

2. ให้เห็นความพยายามของแพทย์และทีมว่า ได้พยายามแก้ไขสิ่งที่เกิดขึ้นอย่างสุดความสามารถและดีที่สุด
3. อย่าลังเลใจที่จะบอกญาติหรือผู้ป่วยว่า แม้สิ่งนี้จะเกิดขึ้นได้ (ดังที่ได้แจ้งตั้งแต่ก่อนทำหัตถการ) แต่ท่านเสียใจกับสิ่งที่เกิดขึ้น

1.4.3 ผู้ป่วยเกิดภาวะแทรกซ้อนจากความผิดพลาดของแพทย์

มีหลักการเหมือนกับผู้ป่วยที่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากหัตถการ แต่ในกรณีนี้ไม่ต้องลังเลใจเลยว่าน่าจะบอกญาติหรือผู้ป่วยว่า “หมอขอโทษ” เพราะเกิดจากความผิดพลาดของเราจริงๆ การขอโทษจากใจจริงมักทำให้ญาติหรือผู้ป่วยให้อภัยและไม่ติดใจในที่สุด

2. การพูดคุยเป้าหมายและแผนการรักษา (Goal Setting)

มักเป็นการพูดคุยสื่อสารในครั้งถัดมาหลังจากได้แจ้งข่าวร้ายไปแล้ว หรือในช่วงระหว่างการดูแลรักษาที่จะมีบางครั้งโรคของผู้ป่วยหรือการรักษาของแพทย์มีความเปลี่ยนแปลง เป็นการพูดคุยรายละเอียดของโรค พยากรณ์โรค แนวทางการรักษาของโรค โดยไม่ใช่เป็นการแจ้งข่าวร้ายซ้ำอีก

หลักการพูดคุยเป้าหมายและแผนการรักษาใช้หลักการคล้ายคลึงกับการแจ้งข่าวร้าย ผู้เขียนใช้ขั้นตอน “SPIKES” เช่นเดียวกัน แต่มีรายละเอียดแตกต่างออกไปบ้างดังนี้

S (Setting up)

มีหลักการเดียวกันกับการแจ้งข่าวร้าย คือ เตรียมตัว เตรียมใจ เตรียมเวลาและสถานที่ให้พร้อม ทักทาย small talk และบอกวัตถุประสงค์การพูดคุยในวันนี้

P (Patient perception)

เป็นการเฝ้าถามให้เข้าใจในตัวผู้ป่วย (และ/หรือ ญาติ) ว่ามีความเข้าใจในสิ่งที่ เป็น หรือสถานการณ์ที่เป็นอยู่ในขณะนี้ อย่างไร และมากน้อยเพียงใด

“คุณสมชายครับ ครั้งที่แล้วที่คุณสมชายมาฟังผลกับหมอ จำได้มั๊ยครับว่าหมอได้แจ้งว่าอย่างไรบ้าง ช่วยเล่า (หรือทบทวน) ให้หมอฟังหน่อยครับ”

ระหว่างที่ผู้ป่วยเล่า แพทย์อาจเสริมส่วนที่ผู้ป่วยอาจจะจำไม่ได้หรือตกหล่นไป

I (Patient intention)

เป็นการถามความต้องการ ความตั้งใจของผู้ป่วยที่มีอยู่ขณะนี้ (ก่อนพูดคุยกับแพทย์) พร้อมทั้งเหตุผลเพื่อให้แพทย์เข้าใจมุมมอง ความคิดของผู้ป่วยอย่างถ่องแท้มากยิ่งขึ้นอีก ตัวอย่างการพูดคุยในขั้นตอนนี้ได้แก่

“คุณสมชายมีความเข้าใจ หรือตั้งใจว่าจะอยากจะทำแบบไหนหรือเปล่าครับ?.....เพราะอะไรครับ?”

ไม่ว่าผู้ป่วยจะตอบว่าอย่างไร ควรถามเชิงลึกถึงเหตุผลด้วย

K (Knowledge)

เป็นขั้นตอนการอธิบายรายละเอียดของโรคและแผนการดูแลรักษา เพื่อให้ผู้ป่วยได้ทราบ เข้าใจ และสามารถตัดสินใจเลือกได้ ในขั้นตอนนี้มีจุดสำคัญหลายประการ ได้แก่

1. พูดให้ช้า ๆ สั้น ๆ สลับกับการถามความเข้าใจของผู้ป่วยเป็นระยะๆ (ask-tell-ask)

2. ใช้ภาษาที่คนทั่วไปเข้าใจได้ หลีกเลี่ยงการใช้ศัพท์แพทย์ในตำรา เช่น สืบค้น วินิจฉัย พยากรณ์โรค บัจจัยเสียง รวมทั้งควรใช้คำเรียกโรคที่ฟังเข้าใจง่าย

3. **ใช้ภาษาเชิงบวก** สอดแทรกความหวังอยู่เสมอ หลีกเลี่ยงคำเชิงลบ เช่น ร้ายแรง รุนแรง แฉ่ง ทрудลง ปวด หอบเหนื่อย ทรมาน เป็นต้น รวมทั้งคำอธิบายถึงหัตถการต่างๆ ในเชิงน่ากลัว เช่น ผ่าเจาะปอด เจาะคอ แหว่งคอ เป็นต้น คำเหล่านี้แพทย์บางครั้งลืมตัวพูดบ่อยๆ ซึ่งจะสะสมให้ผู้ป่วยรู้สึกด้านลบได้มากจนบางครั้งผู้ป่วยท้อแท้หรือปฏิเสธการรักษาอย่างน่าเสียดาย ความสำคัญอยู่ที่แพทย์เองต้องมีสติในการพูด และมี “ความหวัง” จริงๆ ด้วยจึงจะสามารถพูดได้อย่างมีความหวัง ซึ่งข้อนี้เป็นหัวใจของการเป็นผู้เยียวยา (healer) คือ ต้องมีศรัทธา (faith) ว่า “ทุกอย่างมีหวัง มีทางทำให้ดีขึ้นได้เสมอ”

4. **พูดแต่ความจริง** ห้ามโกหก แต่ไม่ใช่ต้องพูดทุกอย่างจนหมด บางอย่างแพทย์ก็ไม่ต้องตอบบ้าง ให้พูดเฉพาะสิ่งที่ผู้ป่วยควรรู้และมีประโยชน์ต่อผู้ป่วยในช่วงนี้ ไม่ใช่พูดจนหมดทุกอย่างเพียงเพื่อแสดงว่าเราได้พูดทั้งหมดแล้วเพื่อปกป้องตัวเองต่อการฟ้องร้อง การพูดนี้เพื่อประโยชน์ของ “ผู้ป่วย” ไม่ใช่เพื่อ “ตัวเรา”

5. **อาจวาดรูปใช้ภาพประกอบการอธิบายด้วยก็ได้**

6. **พยากรณ์โรค** จะรักษาได้ผลแน่นอนหรือไม่? จะอยู่ได้อีกนานเท่าไร? ไม่ใช่สิ่งที่ต้องไปยึดเย็บบอกผู้ป่วยถ้าผู้ป่วยไม่ถาม แม้แต่ผู้ป่วยถามส่วนใหญ่ก็ไม่ได้อยากได้คำตอบจริงๆ แต่มักสะท้อนถึงอารมณ์ของผู้ป่วยมากกว่า แพทย์ควรถามผู้ป่วยว่าถามเพราะอะไร (probing) หรือสะท้อนความรู้สึก (reflection) จะดีกว่า เช่น

“คุณสมชายถามหมอหลายครั้งมากกว่า จะหายหรือไม่? เพราะอะไรครับ? คุณสมชายกังวลอะไรครับ?”

“คุณสมชายถามหมอว่าจะอยู่ได้นานเท่าไร เพราะอะไรครับ?”

ผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่ต้องการรู้จริงๆว่า จะหายหรือไม่ จะอยู่ได้นานเท่าไร แต่ถามเพราะอยากมีความหวัง ดังนั้นแพทย์อาจตอบว่า

“(จะหายแน่หรือไม่?) ... หมอหวังเช่นนั้นครับ” “หมอตั่งใจเช่นนั้นครับ” เป็นต้น

ไม่ใช่ตอบว่า “หมอคงรับรองไม่ได้หรอก” “ไม่มีอะไร 100%” “คงต้องดูกันอีกที”

การบอกระยะเวลา ควรบอกเป็นช่วง (range) เสมอ และให้ผู้ป่วยเข้าใจในความไม่แน่นอน และเห็นด้านบวกว่า อาจนานกว่านั้นได้ เช่น

“อยู่ได้เท่าไรหมอบอกแน่นอนไม่ได้หรอกครับ ผู้ป่วยแต่ละคนแตกต่างกันไป หมอคงคาดการณ์ตามที่พบมาก็มีตั้งแต่ 6 เดือนถึง 2 ปี หรือนานกว่านั้นก็มีครับ”

ไม่ควรบอกเลขตัวเดียว เช่น “อยู่ได้ 6 เดือน” เพราะจะผิดเสมอ ผู้ป่วยอยู่ไม่ถึงญาติก็รู้สึกแย่ ผู้ป่วยอยู่นานกว่านั้นก็มาเยาะเย้ย เป็นต้น

E (Emotion)

ผู้ป่วยอาจเกิดอารมณ์ตอบสนองได้หลากหลายเช่นเดียวกับการแจ้งข่าวร้าย แพทย์ควรตอบสนองต่ออารมณ์ผู้ป่วยอย่างเหมาะสม โดยใช้หลักการเดียวกันกับการแจ้งข่าวร้าย

S (Strategy and Summary)

ควรสรุปสิ่งที่ได้อธิบายไป รวมทั้งสิ่งที่ผู้ป่วยตัดสินใจ ก่อนนัดหมายครั้งต่อไปและรำลึกกัน

3. Advance Care Planning

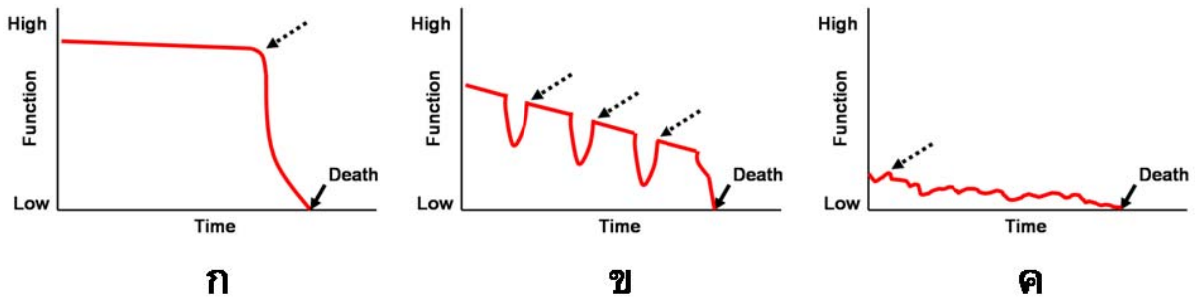
เป็นการพูดคุยระหว่างแพทย์ ผู้ป่วย (และญาติ) ถึงแผนในอนาคตเมื่อถึงจุดหนึ่งที่ผู้ป่วยไม่สามารถตัดสินใจเรื่องต่างๆ ได้เอง เช่น การรักษาในระยะท้ายของโรค การใส่ท่อหายใจ การปั๊มหัวใจ เป็นต้น การเขียน living will เป็นเพียงส่วนหนึ่งของ advance care planning (ACP)

3.1 เหตุผลที่ควรมี ACP

แนวปฏิบัติส่วนใหญ่ในปัจจุบัน แพทย์มักไม่เคยพูดคุยถึงแผนการดูแลผู้ป่วยในช่วงท้ายของชีวิตเมื่อจุดนั้นมาถึง ทั้งๆที่แพทย์ก็ทราบว่าจะจุดนั้นไม่ช้าก็เร็วก็ต้องมาถึง อาจเป็นเพราะแพทย์กังวลว่าผู้ป่วยจะรู้สึกไม่ดี เหมือนเป็นการแข่งผู้ป่วย เป็นต้น การพูดคุยเรื่อง ACP จึงถูกรังรอนจนกระทั่งสายเกินไป เพราะเกิดเหตุขึ้นเสียก่อน ถึงจุดนั้นการตัดสินใจเรื่องต่างๆ จึงมาอยู่ในมือญาติ (แพทย์มักไม่ยอมเป็นฝ่ายตัดสินใจ) สร้างความทุกข์ใจอย่างแสนสาหัสแก่ญาติ ในการตัดสินใจความเป็นตายของผู้ป่วย และที่เลือกก็ไม่แน่ว่าจะเป็นสิ่งที่ผู้ป่วยปรารถนา ญาติอาจเลือกให้สูติเต็มที่ ใส่ท่อเจาะตรงนั้นตรงนี้โดยที่จริงๆ ผู้ป่วยอาจไม่ยอม หรือญาติอาจเลือกให้หยุดการรักษา ไม่ยอมใส่ท่อต่างๆ ทั้งๆ ที่ผู้ป่วยเองอาจต้องการก็ได้ ผู้ป่วยคือคนที่รู้ดีที่สุดแต่กลับไม่สามารถตัดสินใจในเรื่องสำคัญๆ ที่เป็นความปรารถนาสุดท้ายของตนได้

3.2 เวลาที่เหมาะสมในการคุยและวิธีคุย

โดยทั่วไปแล้วควรคุย ACP ให้เร็วที่สุด แต่ก็ไม่ควรเร็วจนผู้ป่วยรู้สึกแปลก เวลาทอง (golden time) ในการคุย ACP มีความแตกต่างกันไปตามการดำเนินโรค ซึ่งมี 3 แบบ (ภาพที่ 1)



ภาพที่ 1 การดำเนินโรค (disease trajectory) ของโรค 3 แบบ ก. แบบผู้ป่วยมะเร็ง ผู้ป่วยจะมี performance status ดีตลอดจนถึงระยะท้ายของโรค เช่น มะเร็งระยะที่ 4 อีกระยะหนึ่งก็จะทรุดอย่างรวดเร็วจนเสียชีวิต จึงควรคุย ACP ตั้งแต่ผู้ป่วยเริ่มจะแยลง (ลูกศร) ข. แบบผู้ป่วยอวัยวะล้มเหลว เช่น โรคหัวใจวาย โรคไตวาย ตับแข็ง ถุงลมโป่งพอง เป็นต้น ผู้ป่วยมักมีอาการทรุดลงเป็นครั้งคราวจากการกำเริบของโรค หลังผู้ป่วยดีขึ้นแต่ละครั้งผู้ป่วยจะไม่เคยดีเหมือนเดิม และกำเริบบ่อยขึ้นและรุนแรงขึ้นเรื่อยๆ ควรคุย ACP หลังจากผู้ป่วยพ้นจากวิกฤตครั้งใดก็ได้ (ลูกศร) ค. ผู้ป่วยสมองเสื่อมหรือโรคทางระบบประสาท ผู้ป่วยจะมีคุณภาพชีวิตต่ำมาตั้งแต่ต้น คาดเดาได้ยากว่าผู้ป่วยจะอยู่ได้นานแค่ไหน ควรคุย ACP ตั้งแต่ต้น

ดังนั้นเวลาทองในการคุย ACP และตัวอย่างวิธีคุย ได้แก่

1. เมื่อโรคดำเนินมาถึงจุดที่จะเริ่มทรุดลง ได้แก่ กลุ่มโรคแบบที่ 1 ตัวอย่างการพูด ได้แก่

“คุณสมศรีครับ ตอนนี้คุณสมศรีเริ่มมีอาการหอบเหนื่อยมากขึ้นเรื่อยๆ เรากำลังรักษาให้ดีที่สุดครับ หมอมีเรื่องปรึกษาคุณสมศรีครับ ... ถ้าหากในอนาคตถึงจุดหนึ่งคุณสมศรีหอบเหนื่อยมากๆ ทางเราแพทย์เราจะมีทางช่วย 2 วิธี ได้แก่ คุณสมศรีคิดว่าจะอย่างไรครับ?”

2. หลังจากผู้ป่วยพ้นจากวิกฤตมาได้ ได้แก่ กลุ่มโรคแบบที่ 2 ตัวอย่างการพูด ได้แก่

“คุณสมศรีครับ ตอนนี้คุณสมศรีอาการดีขึ้นแล้ว ครั้งที่ผ่านมามีอาการหนักมากจนต้องใส่เครื่องช่วยหายใจจนผ่านช่วงนั้นมาได้ หมอมีเรื่องปรึกษาครับ...ว่าหากในอนาคตเกิดเรื่องแบบนี้อีก คุณสมศรีอยากให้หมอทำอย่างไรครับ?”

3. เมื่อผู้ป่วยถามแพทย์เอง ควรถือโอกาสทองพูด ACP ได้เลย เช่น

“คุณสมศรีถามเรื่องเครื่องช่วยหายใจ ... ทำไมถึงถามเรื่องนี้ครับ? ... แล้วคุณสมศรีคิดอย่างไรครับ?”

4. เมื่อผู้ป่วยพูดเงื่อนงำบางอย่าง ที่แสดงว่าผู้ป่วยเริ่มคิดถึงเรื่องเหล่านี้ ควรลองคุยเรื่อง ACP ได้เช่นกัน

เช่น

“คุณสมศรีพูดถึงเรื่องความตาย (เรื่อง พิณยกรรม, เรื่องระยะสุดท้าย ฯลฯ) ... มีอะไรหรือเปล่าครับ ... แล้วคุณสมศรีคิดอย่างไรครับ? ... หมออยากปรึกษาคุณสมศรีเรื่องนี้อยู่เหมือนกัน คุณสมศรีอยากคุยเรื่องนี้มั๊ยครับ?”

5. พูดโดยไม่ต้องมีโอกาสหรือจังหวะเวลาพิเศษใดๆ ถ้าแพทย์เห็นว่าถึงเวลา เช่น

“คุณสมศรีครับ... หมอมีเรื่องอยากปรึกษาครับ... โดยปกติหมอจะพูดคุยกับผู้ป่วยทุกคนเพื่อวางแผนอนาคต ในกรณีที่ผู้ป่วยอาจเจ็บหนักจนไม่สามารถตัดสินใจตัวเอง... ทำให้ผู้ตัดสินใจเป็นญาติๆ และแพทย์แทน... น่าจะเป็นการดีกว่าถ้าเราจะพูดคุยไว้ก่อน... คุณสมศรีสะดวกอยากคุยเรื่องนี้มั๊ยครับ?”

อย่างไรก็ตามถ้าผู้ป่วยไม่สะดวก หรือยังไม่อยากคุยในครั้ง นี้ ก็ไม่ควรยึดเยียดจะคุยให้ได้ในครั้ง นี้

3.3 ประเด็นที่ควรคุยใน ACP

มีได้หลายประเด็น เช่น

- ผู้ที่จะตัดสินใจเรื่องต่างๆ แทน (proxy)
- การใส่ท่อหายใจ บีมหัวใจ ใส่ท่อ เจาะคอ ฟอกเลือด ให้ยา ให้น้ำเกลือ ฯลฯ
- การเข้าไอซียู
- อยู่โรงพยาบาลหรือกลับบ้าน

หลักสำคัญในการคุยคือ ควรให้ข้อมูลอย่างเป็นกลาง ชี้ให้เห็นประโยชน์ของการเลือกทำหรือไม่ทำอย่างไม่มีอคติ (advocacy counseling) และควรให้ทางเลือก (alternatives) ด้วยเสมอ เช่น

“โดยทั่วไปถ้าผู้ป่วย (คุณสมศรี) หอบเหนื่อยมาก หมอมีทางช่วย 2 อย่างครับ อย่างแรกคือ การหยุดยา มอร์ฟีนทางน้ำเกลือ (ควรพูดทางเลือกที่ non-invasive ก่อน) ข้อดีคือ คุณสมศรีจะเหนื่อยลดลง และหมอก็ ประคับประคองคุณสมศรีให้ทุกอย่างเป็นไปตามธรรมชาติครับ แต่ข้อเสียคือ คุณสมศรีจะง่วงและหลับมาก วิธีที่สองคือ การใส่ท่อหายใจ วิธีการคือหมอจะสอดท่อพลาสติกขนาดประมาณ 1 ซม. เข้าไปทางปากไปที่คอ และต่อเครื่องช่วยหายใจช่วยเป่าลมช่วยการหายใจ ข้อดีคือ คุณสมศรีจะไม่เหนื่อยครับ ข้อเสียคือ คุณสมศรีจะพูดไม่ได้ มีราคาญาติต้องจ่าย และมักต้องใส่ไปเรื่อยๆ (ถ้าโรครักษาไม่ได้)”

ตัวอย่างการพูดแบบอคติ ได้แก่

“ถ้าไม่ใส่ท่อหายใจคุณสมศรีจะหอบเหนื่อยทรมาณมาก ถ้าใส่จะสบายขึ้นครับ” (อคติอยากให้ใส่ท่อหายใจ ไม่พูดข้อเสีย และไม่พูดทางเลือกคือ มอร์ฟีน)

“การใส่ท่อหายใจของคุณสมศรีจะทรมาณ เจ็บคอมาก พูดไม่ได้ และต้องใส่ไปเรื่อยๆ ถอดไม่ได้ มีโอกาสติดเชื้อ แทรกซ้อนได้ เทียบกับให้มอร์ฟีนคุณสมศรีและไม่ทุกข์ทรมาณแบบนั้น ถ้าเป็นญาติหมอมองคงไม่เลือกใส่ท่อหายใจหรอก” (อคติไม่อยากให้ใส่ท่อหายใจ พูดแต่ข้อเสีย สนับสนุนมอร์ฟีนเกินจริง และไม่ควรถามเราไปตัดสินใจแทน)

หลังจากผู้ป่วยมี ACP แล้ว ควรบันทึกความตั้งใจของผู้ป่วยในเวชระเบียนอย่างชัดเจน และควรแนะนำผู้ป่วย ให้นำความตั้งใจตรงนี้ให้ญาติทราบด้วย และอาจชวนให้ผู้ป่วยเขียน living will ได้ก็ยิ่งดี

ควรระลึกไว้เสมอว่า ACP ที่วางไว้สามารถเปลี่ยนแปลงได้ตลอดเวลา และเมื่อถึงเวลานั้นผู้ป่วยก็อาจเปลี่ยนใจได้เสมอ

เอกสารอ้างอิง

1. Back AL, Arnold RM, Baile WF, Tulsy JA, Fryer-Edwards K. Approaching difficult communication tasks in oncology. CA Cancer J Clin 2005;55:164-77.
2. Baile WF, Buckman R, Lenzi R, Glober G, Beale EA, Kudelka AP. SPIKES-A six-step protocol for delivering bad news: application to the patient with cancer. Oncologist 2000;5:302-11.