

การแจ้งข่าวร้าย

(BREAKING BAD NEWS)

นายแพทย์อานุกาฬ เลขะกุล

รองศาสตราจารย์, คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

การแจ้งข่าวร้ายแก่ผู้ป่วยหรือญาติเป็นทักษะที่สำคัญของแพทย์และเป็นสิ่งที่หลีกเลี่ยงไม่ได้ การแจ้งข่าวร้ายไม่ใช่เป็นเพียงการให้ข้อมูลเท่านั้น แต่เป็น “ศาสตร์และศิลป์” ที่เป็นทักษะองค์รวมต้องอาศัย ทั้งความรู้ความเข้าใจของแพทย์ ความสัมพันธ์ของแพทย์และผู้ป่วย ความเข้าใจเห็นอกเห็นใจผู้ป่วย ประกอบกับทักษะการสื่อสารที่เหมาะสมและปรับให้เข้ากับผู้ป่วยแต่ละบุคคล การแจ้งข่าวร้ายเป็นทักษะที่ยาก หากแพทย์ไม่มีการเตรียมตัวหรือฝึกฝนมาก่อน อาจทำให้แพทย์เกิดความไม่มั่นใจและเครียดเมื่อประสบกับสถานการณ์ดังกล่าว

ข่าวร้ายคืออะไร

โดยทั่วไป “ข่าวร้าย” มักหมายถึง ข้อมูลที่ทำให้เกิดความรู้สึกในเชิงลบ หมดหวัง มีผลกระทบต่อความคาดหวัง การดำเนินชีวิต และอนาคตของคนๆ นั้น ในมุมมองของผู้ป่วย ข่าวร้ายจะครอบคลุมหลายประเด็น อาทิ การเสียชีวิต การสูญเสีย การลุกลามของโรค การกลับเป็นซ้ำของโรค ความพิการ การสูญเสียสภาพลักษณะของตนเอง หรือการเป็นโรคที่รุนแรงหรือรักษาไม่หาย ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับ การแปลผลข้อมูลของผู้ป่วยและการตอบสนองต่อข้อมูลดังกล่าว ซึ่งแตกต่างกันในแต่ละบุคคล ข่าวนั้นจะ “ร้าย” เพียงใดขึ้นอยู่กับสิ่งที่คาดหวังไว้ว่าแตกต่างจากความเป็นจริงมากน้อยเพียงใด ความหมายของ “ข่าวร้าย” จะแตกต่างกันในแต่ละคน ข้อมูลเดียวกันในผู้ป่วยรายหนึ่งอาจถือว่าเป็น “ข่าวร้าย” แต่สำหรับผู้ป่วยอีกรายหนึ่งอาจไม่ใช่ “ข่าวร้าย” ก็ได้

ตัวอย่างของข่าวร้าย เช่น

- ผู้ป่วยได้รับการบอกว่าผลเลือด HIV เป็นบวกหรือติดเชื้อ HIV
- ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยโรคว่าก้อนเนื้อที่เต้านมเป็นมะเร็ง
- ภรรยาทราบว่าสามีเป็นมะเร็งตับอ่อนระยะลุกลามไม่สามารถรักษาได้
- คู่สามีภรรยาได้รับการบอกว่าไม่สามารถมีบุตรได้



- คู่สามีภรรยาที่ทราบว่าบุตรในครรภ์มีความผิดปกติหรือพิการ
- คู่สามีภรรยาที่ภรรยากำลังตั้งครรภ์และทราบว่าบุตรในครรภ์เป็นโรคทางพันธุกรรมร้ายแรง ไม่สามารถรักษาได้ และอาจเสียชีวิตเมื่อคลอด
- สามีได้รับการบอกว่าเป็นโรคสมองเสื่อม
- การสูญเสียญาติหรือคนเป็นที่รัก เป็นต้น

การแจ้งข่าวร้ายเป็นเรื่องที่มีความสำคัญ เนื่องจาก

1. การแจ้งข่าวร้ายเป็นเรื่องที่พบได้บ่อย และอาจทำให้แพทย์กังวลหรือเครียด โดยเฉพาะเมื่อแพทย์ขาดประสบการณ์ หรือโรคนั้นยังไม่มีการรักษาที่ได้ผล

2. ผู้ป่วยต้องการทราบความจริง จากการศึกษาในหลายประเทศพบว่า คนส่วนใหญ่ ร้อยละ 80-90 ต้องการทราบเมื่อตนเองเป็นโรคมะเร็ง แต่อย่างไรก็ตาม อาจมีความแตกต่างตามความเชื่อและวัฒนธรรมในแต่ละกลุ่มประชากร

3. เป็นประเด็นด้านกฎหมายและจริยธรรม ผู้ป่วยมีสิทธิที่จะรับรู้ความจริงหรือข้อมูลเกี่ยวกับตนเอง และหลักของเวชจริยศาสตร์ที่เกี่ยวข้องกับ autonomy แพทย์ไม่สามารถหลีกเลี่ยงหรือบ่ายเบี่ยงได้ และอาจมีผลถึงการดูแลรักษาต่อไป

อย่างไรก็ตาม การแจ้งข่าวร้ายมักเป็นเรื่องที่ยาก มักจะสร้างความกังวลหรือความเครียดให้กับแพทย์ โดยเฉพาะหากแพทย์ไม่มีการเตรียมตัวหรือฝึกฝนมาก่อน เนื่องจาก

1. ผู้แจ้งข่าวร้ายจะรู้สึกที่ต้องรับผิดชอบกับสิ่งที่บอกและกลัวว่าจะถูกตำหนิ
2. ไม่รู้ว่าวิธีการแจ้งข่าวร้ายที่ดีเป็นอย่างไร หรือแพทย์ขาดประสบการณ์
3. ยังมีข้อมูลไม่ชัดเจนพอ เกี่ยวกับการรักษา ผลการรักษา และการดำเนินโรค
4. กลัวความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์และผู้ป่วยที่เคยมีเสียไป
5. กลัวที่จะทำลายความหวังของผู้ป่วย
6. ไม่รู้จักผู้ป่วยดีพอ ไม่รู้จักภูมิหลังหรือข้อจำกัดของผู้ป่วย
7. กลัวผลกระทบที่จะเกิดขึ้นกับผู้ป่วย เช่น การเสียรูปร่างหรือผิดรูป ความเจ็บปวด การสูญเสียด้านการเงินหรือทางสังคม เป็นต้น
8. กลัวการตอบสนองหรือปฏิกิริยาทางอารมณ์ของผู้ป่วย เช่น ความโกรธ ความวิตกกังวล ความซีมิเศร้า การร้องไห้ เป็นต้น

9. ปฏิกริยาของผู้ป่วยที่ไม่คาดคิด เช่น การฆ่าตัวร้ายตัวเอง เป็นต้น
10. ไม่มั่นใจที่จะตอบคำถามของผู้ป่วยหรือญาติ ตลอดจนไม่สามารถแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นได้

ใครควรจะเป็นผู้ที่ได้รับการแจ้งข่าวร้าย

โดยทางกฎหมายและแนวปฏิบัติทางจริยธรรม ผู้ป่วยจะต้องได้รับทราบข้อมูลเกี่ยวกับตัวเอง แพทย์ไม่สามารถอ้างว่าการที่ไม่แจ้งข่าวร้ายแก่ผู้ป่วย เนื่องจาก “เป็นการปกป้องผู้ป่วย ไม่อยากให้ผู้ป่วยวิตกกังวล” “กลัวผู้ป่วยจะรับไม่ได้” หรือ “อาจเป็นการทำร้ายจิตใจผู้ป่วยหากได้รับทราบข่าวร้าย” แต่ในทางปฏิบัติ การตัดสินใจในการแจ้งข่าวร้ายแก่ผู้ป่วยหรือญาติต้องพิจารณาจากปัจจัยต่างๆ และบริบทของผู้ป่วย มีข้อยกเว้นบางสถานการณ์ที่แพทย์สามารถแจ้งข่าวร้ายแก่ญาติ โดยไม่ต้องแจ้งแก่ผู้ป่วยโดยตรงได้แก่

1. ผู้ป่วยที่เป็นโรคจิต ซึ่งไม่สามารถรับทราบหรือเข้าใจเรื่องต่างๆ ได้
2. ผู้ป่วยเด็ก โดยอาจแจ้งแก่บิดามารดาหรือผู้ปกครองโดยตรงของเด็ก
3. ผู้ป่วยที่มีการเตือนหรืออาจมีผลกระทบหากได้รับการแจ้งข่าวร้าย เช่น ได้แจ้งความจำนงไว้ล่วงหน้าว่าถ้าเป็นโรคร้ายแรงหรือสภาวะบางอย่าง ก็ไม่ต้องบอก หรือ ผู้ป่วยที่มีการฆ่าตัวร้ายตัวเองหากได้รับการแจ้งข่าวร้าย เป็นต้น

ปฏิกริยาเมื่อได้รับการแจ้งข่าวร้าย

โดยทั่วไป คนปกติเมื่อมีการสูญเสียหรือได้รับข่าวร้าย มักจะมีปฏิกริยาทางจิตวิทยาเกิดขึ้นไม่มากนักย่อย แล้วแต่บุคคล ปฏิกริยาต่อข่าวร้ายอาจจะใช้ model ของ Elisabeth Kubler-Ross ซึ่งเขียนไว้ในหนังสือ On Death and Dying เมื่อ พ.ศ. 2512 ได้แบ่งปฏิกริยาของความเศร้าโศก (stage of grief) ที่เกิดขึ้นออกเป็น 5 ระยะ ได้แก่

1. ระยะปฏิเสธ (denial)

เป็นระยะแรกที่เกิดขึ้น การยอมรับข่าวร้ายที่ไม่ได้คาดคิดเป็นเรื่องยาก เมื่อคนได้รับข่าวร้ายจะรู้สึกตกใจ ช็อคและปฏิเสธสิ่งที่ได้รับรู้ ไม่เชื่อ ไม่ยอมรับความจริง การปฏิเสธเป็นกลไกปกป้องตนเองเบื้องต้นจากจิตสำนึกหรือจิตไร้สำนึกของตนเอง ระยะนี้เกิดขึ้นภายในเวลาเป็นชั่วโมงหรือหลายวัน อาจพบุดในลักษณะ “ไม่จริง มันไม่จริงใช่ไหม” หรือ “คุณหมอแน่ใจรึป่าวว่าผลการตรวจถูกต้อง” หรือ “ผมไม่เชื่อว่า.....” หรือ “ฉันรู้ แต่ฉันไม่เชื่อว่าฉันจะเป็น.....”



2. ระยะเวลาโกรธ (anger)

เป็นระยะที่เกิดขึ้นตามธรรมชาติและหลีกเลี่ยงไม่ได้ ความโกรธจะเป็นการเยียวยาความรู้สึกที่เกิดจากสูญเสีย หรือข่าวร้ายที่ได้รับ หรือความผิดหวังที่เกิดขึ้น ความโกรธอาจจะไม่จำกัดอยู่เฉพาะตัวเอง แต่อาจขยายไปยังแพทย์ ครอบครัว ญาติ หรือเพื่อน หรือแม้กระทั่งสิ่งศักดิ์สิทธิ์ เทวดา พระเจ้า เพื่อหา “แพะรับบาป” ปฏิกริยาอาจออกมาในลักษณะ “ทำไมต้องเกิดขึ้นกับเรา” หรือ “ทำไมมันจึงไม่เกิดกับคนอื่น” หรือ “พระเจ้าหรือสิ่งศักดิ์สิทธิ์ไม่ยุติธรรมเลย” หรือ “ทำไมบุญที่ทำ ต้องทำให้เราเป็นอะไรแบบนี้” บางครั้งถ้าแพทย์หรือผู้เกี่ยวข้องไม่เข้าใจผู้ป่วย ก็อาจจะโกรธตอบ แพทย์ควรยอมรับความรู้สึกโกรธของผู้ป่วยรับฟัง พยายามเข้าใจความรู้สึกของผู้ป่วย

3. ระยะเวลาต่อรอง (bargaining)

เป็นระยะที่พยายามต่อรองความผิดหวังหรือข่าวร้ายที่ได้รับ การต่อรองมักจะแฝงด้วยความรู้สึกผิด (guilt) ไปด้วย ภายหลังระยะโกรธคนที่สูญเสียหรือได้รับข่าวร้าย อาจจะรู้สึกว่าตนเองมีความผิดบางอย่างที่ไม่ได้ทำสิ่งนั้นสิ่งนี้หรือยังไม่ได้พูดอะไรกับใคร จะเริ่มต่อรองกับตัวเอง คนรอบข้าง หรือแม้กระทั่งสิ่งศักดิ์สิทธิ์เช่นกัน “อยากเห็นลูกๆ เรียบจบก่อน” หรือ “อยากทำ.....ให้เสร็จก่อน” หรือ “ฉันรู้ว่ามันร้ายแรงคงรักษาไม่หาย แต่ฉันอยาก.....” หรือ “สิ่งศักดิ์สิทธิ์ คุณพระคุณเจ้าช่วยให้ฉัน.....” หรือ “ถ้าเพียงแต่ผม.....”

4. ระยะเวลาซึมเศร้า (depression)

เมื่อผ่านระยะปฏิเสธ เสียใจ หรือระยะต่อรองไปสู่ระยะหนึ่งแล้ว เริ่มรับรู้ว่าหลีกเลี่ยงไม่ได้ ก็จะมีเริ่มกลับเข้าสู่ความจริง อารมณ์และความรู้สึกซึมเศร้าจะเริ่มเกิดขึ้น ความเสียใจมากน้อยหรือรุนแรงเพียงใดขึ้นกับภูมิหลัง ความเข้มแข็ง และสภาพแวดล้อมของแต่ละบุคคล อาจแสดงออกมาได้หลายรูปแบบ บางคนอาจตีตัวออกห่างจากสังคมรอบข้าง เบื่อหน่าย เก็บตัว ไม่ยอมติดต่อหรือพบปะกับใคร หรืออาจร้องไห้ หงุดหงิดง่าย คิดหมกมุ่นเกี่ยวกับความตาย คิดว่าตนไร้ค่า ไม่มีความหมาย มีการบกพร่องในการปฏิบัติหน้าที่ต่างๆ ทั้งกิจวัตรประจำวันหรือการทำงาน การให้กำลังใจและประคับประคองจากคนรอบข้างจะมีความสำคัญมากที่จะให้ผ่านระยะนี้ไปได้

5. ระยะเวลายอมรับ (acceptance)

เป็นปฏิกริยาระยะสุดท้าย เริ่มยอมรับสภาพต่างๆ ตามความเป็นจริงทำให้การผูกพันทางอารมณ์กับการสูญเสียลดลง อารมณ์เจ็บปวดหรือซึมเศร้าดีขึ้น และมองเหตุการณ์อย่างพิจารณามากขึ้น มองไปในอนาคตมากขึ้น มีจุดมุ่งหมายมากขึ้น เรียนรู้และสามารถปรับตัวให้ดำเนินชีวิตตามปกติได้

ปฏิกิริยาที่เกิดขึ้นเป็นสิ่งที่ซับซ้อน อาจไม่ตรงไปตรงมา บางระยะอาจจะสั้นหรือยาวนานไม่แน่นอน ระยะเวลาต่างๆ อาจเกิดเรียงกันตามลำดับ หรืออาจมีการสลับลำดับกันก็ได้ ในฐานะที่เป็นแพทย์ ต้องเข้าใจปฏิกิริยาที่เกิดจากความผิดหวัง ความเศร้าโศกหรือการสูญเสียเมื่อผู้ป่วยหรือญาติได้รับการแจ้งข่าวร้าย แพทย์จะต้องไม่ลดความสำคัญของความผิดหวังหรือความเสียใจ ไม่บอกคนที่กำลังรู้สึกเศร้าโศกหรือสูญเสียให้ล้มเสีย แพทย์จะต้องทำหน้าที่ผู้ฟังที่ดี และอยู่กับผู้ที่กำลังรู้สึกเศร้าโศกจากการได้รับข่าวร้าย

แนวปฏิบัติในการแจ้งข่าวร้าย

Robert Buckman ได้เสนอแนวทางการแจ้งข่าวร้ายไว้ 6 ขั้นตอน “SPIKES” ได้แก่

1. เตรียมความพร้อม (S – Setting up the Interview)
2. ประเมินว่าผู้ป่วยทราบการเจ็บป่วยของตนมากน้อยเพียงใด (P – Assessing the patient's Perception)
3. ประเมินว่าผู้ป่วยต้องการทราบข้อมูลอะไรบ้าง มากน้อยเพียงใด (I – Obtaining the patient's Invitation)
4. การให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วย (K – Giving Knowledge and information to the patient)
5. การตอบสนองต่อความรู้สึกของผู้ป่วยอย่างเห็นอกเห็นใจ (E – Addressing the patient's Emotion and empathic responses)
6. สรุปและวางแผน S – Strategy and Summary

ขั้นตอนที่ 1 S – Setting

ขั้นตอนแรกเป็นการเตรียมตัวก่อนเริ่ม

- ทำความเข้าใจภูมิหลังของผู้ป่วย ประวัติการเจ็บป่วย การวินิจฉัย แนวทางการรักษาและทางเลือกต่างๆ ผลการสืบค้น
- ควรทำในสถานที่ที่เป็นส่วนตัว หรือหากไม่มีห้อง อาจใช้ข้างเตียงผู้ป่วย แต่ควรดึงม่านปิดเตียงผู้ป่วยให้หมดอาจทำให้รู้สึกเป็นส่วนตัวได้
- บางครั้งผู้ป่วยอาจต้องการให้มีญาติหรือบุคคลที่ผู้ป่วยคิดว่าสำคัญ และต้องการให้รับรู้อยู่ด้วย ควรถามผู้ป่วยว่าอยากให้ใครมารับฟังหรืออยู่ด้วยหรือไม่



- ควรนั่งลงคุยกับผู้ป่วย เป็นการสื่อว่าแพทย์ไม่ได้เร่งรีบ พร้อมทั้งจะให้เวลากับผู้ป่วย ถ้าเพิ่งตรวจร่างกายเสร็จ ควรให้ผู้ผู้ป่วยใส่เสื้อผ้าแต่งตัวให้เรียบร้อยเสียก่อน
- พยายามสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วย สบตา แสดงท่าทีที่เป็นมิตร สัมผัสตัวผู้ป่วยหรือจับมือ (แล้วแต่กรณีและความเหมาะสม) เป็นบางครั้ง
- ควรบริหารเวลาให้เหมาะสม ไม่ควรให้มีการขัดจังหวะหรือถูกตามขณะสนทนากับผู้ป่วย ควรปิดโทรศัพท์มือถือ
- อาจเริ่มต้นด้วยคำถาม “ตอนนี้คุณรู้สึกอย่างไร” หรือ “ขณะนี้เป็นอย่างไบบ้าง” เพื่อแสดงว่าการสนทนาจะเป็นแบบสองทาง (two-way)

ขั้นตอนที่ 2 : P - Perception

ใช้หลักการ “ถามก่อนบอก” ประเมินว่าผู้ป่วยรับรู้เข้าใจเกี่ยวกับความเจ็บป่วยหรือสิ่งที่เกิดขึ้นกับตนเองมากน้อยเพียงไร รุนแรงเพียงใด คาดเดาไว้อย่างไร เคยมีประสบการณ์หรือรู้อะไรมาก่อนหน้าเกี่ยวกับโรคนั้น รู้สึกอย่างไร ต้องการอย่างไร เช่น “คุณทราบอะไรเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของคุณบ้าง” “คุณคิดว่าอะไรเป็นสาเหตุทำให้คุณมีอาการ.....” “คุณรู้หรือเปล่าว่าที่ต้องตรวจด้วยคลื่นแม่เหล็กไฟฟ้าเพราะอะไร” “คุณได้รับการบอกเกี่ยวกับโรคที่คุณเป็นบ้างหรือยัง เข้าใจว่าอย่างไร แล้วคุณคิดอย่างไร” เป็นต้น จะช่วยทำให้แพทย์สามารถแก้ไขความเข้าใจผิดของผู้ป่วยได้ และปรับเนื้อหาหรือข่าวร้ายที่จะแจ้งให้เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย นอกจากนี้สามารถประเมินผู้ป่วยได้ว่าอยู่ในระยะใดของการตอบสนองต่อข่าวร้าย

ขั้นตอนที่ 3 : I – Invitation

เป็นระยะที่มีความสำคัญในการแจ้งข่าวร้าย ประเมินว่าผู้ป่วยต้องการรู้อะไรบ้างเกี่ยวกับความเจ็บป่วยของตนเอง ต้องการทราบมากน้อยเพียงใด “คุณอยากให้หมอบอกรายละเอียดของโรคที่คุณเป็นไหม” “คุณต้องการให้หมอบอกผลการตรวจอย่างไร” “ถ้าโรคนั้นดูกลามมากขึ้น คุณอยากให้หมอบอกคุณอย่างไร” การไม่ให้ข้อมูลอะไรอาจยิ่งทำให้ผู้ป่วยกังวลและเป็นทุกข์มากขึ้น ผู้ป่วยบางรายอาจแสดงท่าทีหลีกเลี่ยงที่จะรับรู้ด้วยการเปลี่ยนประเด็น อาจจะอยู่ในระยะปฏิเสธ แพทย์ก็จะสามารถประเมินได้ว่าขณะนั้นผู้ป่วยยังไม่พร้อมจะรับฟังข่าวร้าย หากผู้ป่วยยังไม่ต้องการทราบข้อมูลหรือรายละเอียด ควรเปิดโอกาสให้ผู้ผู้ป่วยได้มีโอกาสถามได้เสมอ

ขั้นตอนที่ 4 : K - Knowledge

การให้ข้อมูลขึ้นอยู่กับโรค การรักษา การดำเนินของโรค และการพยากรณ์โรค วิธีการอาจแตกต่างกันขึ้นอยู่กับผู้ป่วยแต่ละคน ความสนใจของผู้ป่วย ข้อมูลที่ผู้ป่วยอยากทราบหรือไม่อยากทราบ ความคาดหวังของผู้ป่วย และการตอบสนอง

- ก่อนที่จะแจ้งข่าวร้ายหรือให้ข้อมูล ควรส่งสัญญาณเตือนผู้ป่วยก่อนเพื่อให้ได้ทำใจขั้นต้น "ผลการตรวจเพิ่งกลับมา หมอมีข่าวไม่ดีที่จะแจ้งให้ทราบ"
- การให้ข้อมูลใช้ภาษาที่ผู้ป่วยเข้าใจได้ ใช้ภาษาให้เหมาะกับผู้ป่วยแต่ละคน หลีกเลี่ยงศัพท์แพทย์ ผู้ป่วยอาจไม่เข้าใจ แต่ไม่กล้าถาม
- หลีกเลี่ยงการให้ข้อมูลแบบที่อู ๆ "คุณเป็นมะเร็งที่พยากรณ์โรคไม่ดี ถ้าไม่รีบรักษา จะตายได้" ผู้ป่วยอาจจะรู้สึกโดดเดี่ยวและโกรธได้
- ควรบอกข้อมูลที่ละเอียด เพราะเป็นเรื่องที่ต้องทำความเข้าใจ และอาจมีผลกระทบต่อความรู้สึกของผู้ป่วย
- ควรสังเกตและประเมินปฏิกิริยาของผู้ป่วยเป็นระยะๆ พร้อมตรวจสอบว่าผู้ป่วยเข้าใจหรือไม่ อย่างไร ผู้ป่วยต้องการจะทราบอีกหรือไม่
- ไม่ควรให้ข้อมูลแบบการบรรยายให้ผู้ฟัง ฟัง ควรให้เวลาและเปิดโอกาสให้ผู้ฟังถามหยุดเป็นระยะๆ
- ไม่ควรพยายามสอนพยาธิสรีรวิทยาของโรคแก่ผู้ป่วย
- ไม่ควรให้ข้อมูลทั้งหมดในครั้งเดียว ควรระลึกไว้เสมอว่าผู้ป่วยไม่สามารถรับรู้หรือจำสิ่งที่แพทย์พูดได้ทั้งหมด แพทย์อาจจะต้องกลับมาและให้ข้อมูลซ้ำ เพื่อให้แน่ใจว่าผู้ป่วยเข้าใจข้อมูลต่างๆ ได้ถูกต้อง
- หลีกเลี่ยงคำพูดที่บั่นทอนความหวังของผู้ป่วย เช่น "หมอไม่มีอะไรจะทำให้คุณมากกว่านี้แล้ว" เป็นต้น

ขั้นตอนที่ 5 : E – Emotion and Empathic response

การตอบสนองต่อความรู้สึกหรืออารมณ์ของผู้ที่ได้รับข่าวร้าย เป็นเรื่องท้าทายที่ยากเรื่องหนึ่งในการแจ้งข่าวร้าย แต่เป็นสิ่งที่มีความสำคัญมาก ปฏิกิริยาที่เกิดขึ้นจะแตกต่างกันในผู้ป่วยแต่ละคน ตั้งแต่เงียบ ปฏิเสธ ไม่ยอมรับ โกรธ หรือร้องไห้ แพทย์ควรเข้าใจและรับรู้ความรู้สึกหรืออารมณ์ของผู้ป่วยอย่างเห็นอกเห็นใจ "เอาใจเขามาใส่ใจเรา" (empathy) ท่าทีของแพทย์ การสะท้อนความคิดของผู้ป่วย การให้กำลังใจ ใช้คำพูดที่เหมาะสม เป็นสิ่งที่ผู้ป่วยรับรู้ได้และเข้าใจได้



- สบตาผู้ป่วย พูดด้วยน้ำเสียงที่อ่อนโยน
- ตั้งใจฟัง และสังเกตปฏิกิริยาของผู้ป่วยทั้งส่วนที่เป็น verbal และ non-verbal เช่น สีหน้า ภาษากาย การเงยบ หรือร้องไห้ เป็นต้น
- พยายามให้ผู้ป่วยบอกหรือบรรยายความรู้สึกที่เกิดขึ้น “บอกหน่อยได้ไหมครับ ว่าขณะนี้ คุณรู้สึกอย่างไร”
- แสดงให้ผู้ป่วยรับรู้ว่าคุณเข้าใจว่าเกิดอะไรขึ้นกับผู้ป่วย ตัวอย่างเช่น
ผู้ป่วย: พ่อเสียชีวิตจากโรคหัวใจเมื่อ 7 ปีที่แล้ว ขณะที่ผมอยู่ระหว่างไปเที่ยวต่างประเทศ
แพทย์: ตอนนั้นคุณคงมีความรู้สึกที่ไม่ดีมาก ถ้าเกิดขึ้นกับหมอ หมอก็คงรู้สึกแบบนั้นเหมือนกัน
- หากผู้ป่วยเงยบ แพทย์อาจใช้คำถามเพื่อสำรวจว่าผู้ป่วยกำลังคิดอะไรหรือรู้สึกอย่างไร
- ควรพยายามหาสาเหตุว่าผู้ป่วยตอบสนองเช่นนั้นเนื่องจากอะไร กลัวหรือวิตกกังวลเรื่องอะไร เนื่องจากแต่ละคนจะมีเหตุผลไม่เหมือนกัน บางคนกลัวตาย บางคนกลัวต้องเป็นภาระของคนอื่น บางคนกลัวผลข้างเคียงของการรักษา บางคนกลัวสูญเสียสภาพลักษณะของตนเองหรือกลัวความพิการ เป็นห่วงคนในครอบครัว แพทย์ควรหลีกเลี่ยงคำพูด “หมอว่าคุณรู้สึกอย่างไร” เนื่องจากแพทย์ไม่สามารถรู้ได้จริงๆว่าผู้ป่วยรู้สึกอย่างไร และผู้ป่วยแต่ละคนก็รู้สึกไม่เหมือนกัน
- ตัวอย่างคำถามที่แพทย์อาจใช้เพื่อแสดงการรับรู้หรือเข้าใจผู้ป่วย
“หมอเข้าใจว่ามันเป็นเรื่องยากที่จะยอมรับมัน”
“หมอเข้าใจว่าคุณคงคาดหวังว่าจะได้ยีนข่าวแบบนี้”
“หมอรู้อย่างที่คุณคงเป็นข่าวที่ไม่ดีสำหรับคุณ”
“ถ้าเป็นหมอ มันก็คงเป็นเรื่องยากเหมือนกันที่จะ.....”
“หมอหวังว่าผลจะดีขึ้น”
“หมอเข้าใจว่าตอนนี้คุณรู้สึกอย่างไร”
“คนไข้คนอื่นที่ได้รับข่าวร้ายเช่นนี้ ก็รู้สึกทำนองเดียวกับคุณ”
“หมอรู้อย่างที่คุณคงไม่อยากได้ยีนข่าวแบบนี้”
“มีอะไรที่หมอพอจะช่วยได้บ้างไหม”
“ตอนนี้คุณรู้สึกอย่างไรบ้าง”

- หากผู้ป่วยร้องไห้ แพทย์ควรหยุดชั่วคราว ชยับเก้าอี้เข้าไปใกล้ผู้ป่วย ยื่นกระดาษทิชชูสำหรับซับน้ำตา แต่ตัวหรือกุ่มมือผู้ป่วยเบาๆ แล้วแต่กรณี ไม่ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าคุณทอดทิ้ง แสดงที่ท่าเข้าใจและเห็นใจผู้ป่วย ไม่ควรพูดว่า “อย่าเสียใจไปเลย” เพราะผู้ป่วยอยู่ในอารมณ์ที่ได้รับข่าว ไม่ผิดที่จะรู้สึกเสียใจต่อข่าวร้าย ไม่ผิดที่จะร้องไห้ ควรปล่อยให้ระบายความรู้สึกออกมา หลังจากนั้นจึงเริ่มคุยต่อด้วยท่าที่เห็นใจผู้ป่วย “หมอสื่อใจที่ ต้องบอกเรื่องนี้แก่คุณ มันไม่ง่ายสำหรับหมอด้วย คุณคิดว่าจะได้ยินข่าวนี้ไหม”
- หากผู้ป่วยโกรธ หรืออะอะโวยวาย แพทย์ควรตั้งสติให้ดี รับฟังเขาด้วยความสุภาพ พยายามเข้าใจความรู้สึกของผู้ป่วย เนื่องจากเป็นกลไกหนึ่งเมื่อผู้ป่วยรับทราบข่าวร้าย ควรยอมรับ อย่าแสดงอาการโกรธตอบ จะทำให้สถานการณ์เลวร้ายลง อาจต้องหยุดคุยไปก่อน แล้วกลับมาอีกครั้งเมื่อผู้ป่วยสงบลง
- ผู้ป่วยฆ่าตัวร้ายตัวเองหรือฆ่าตัวตาย แพทย์ต้องให้ข้อมูลด้วยความระมัดระวังและไวต่อปฏิกิริยาของผู้ป่วย แสดงความกังวล “หลังจากคุยกันแล้ว คุณจะไปในหน่อ” อาจต้องบอกให้ผู้ที่เกี่ยวข้องรับทราบ เพื่อจะช่วยเหลือดูแล สำหรับผู้ป่วยที่มีสัญญาณว่าจะทำร้ายตัวเองหรือฆ่าตัวตาย ไม่ควรปล่อยให้กลับบ้านหรือให้อยู่ตามลำพัง ควรปรึกษาจิตแพทย์มาร่วมดูแลผู้ป่วย

ขั้นตอนที่ 6 : S - Strategy and Summary

เมื่อผู้ป่วยมีท่าที่ที่สบายขึ้น ทราบความกังวลของผู้ป่วยและสาเหตุ แพทย์ควรเริ่มสรุปข้อมูล และร่วมวางแผนในเรื่องต่างๆ กับผู้ป่วย รวมทั้งการดูแลต่อเนื่องร่วมกันที่ละขั้นตอน ไม่ว่าจะเป็นการตรวจเพิ่มเติม การรักษา การส่งปรึกษาต่อ ทางเลือกการรักษา รวมถึงการดูแลที่บ้าน การนัดหมายครั้งต่อไป การติดต่อกันหากมีปัญหา แพทย์อาจให้หมายเลขโทรศัพท์ที่ติดต่อได้ หากมีการเปลี่ยนแพทย์ที่จะมาดูแลผู้ป่วยต่อ ก็ต้องแจ้งให้ผู้ป่วยทราบ “สัปดาห์หน้าหมอดต้องเปลี่ยนไปดูแลผู้ป่วยอีกแห่งหนึ่ง จะมีคุณหมอ.....มาดูแลคุณต่อ หมอจะส่งต่อข้อมูลให้” พยายามสร้างความมั่นใจให้ผู้ป่วย ให้ผู้ป่วยไม่รู้สึกโดดเดี่ยว อาจต้องมีการตรวจสอบความเข้าใจเรื่องต่างๆ ของผู้ป่วยอีกครั้ง เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยซักถาม



โดยสรุป การแจ้งข่าวร้ายแก่ผู้ป่วยหรือญาติ เป็นสิ่งที่แพทย์หลีกเลี่ยงไม่ได้และเป็นสิ่งท้าทายสำหรับแพทย์ ข่าวนั้นจะ "ร้าย" เพียงใด ขึ้นอยู่กับภูมิหลังและประสบการณ์ของแต่ละบุคคล การแปลผลข้อมูลและการตอบสนองต่อข้อมูล ตลอดจนสิ่งที่คาดหวังไว้แตกต่างจากความเป็นจริงมากน้อยเพียงใด วิธีแจ้งข่าวร้ายจะมีผลต่อการจัดการและปรับตัวของผู้ป่วยต่อข่าวร้ายนั้น การแจ้งข่าวร้ายควรทำในสถานที่ที่เป็นส่วนตัว ปราศจากสิ่งรบกวนหรือการขัดจังหวะ ควรทำด้วยความเห็นอกเห็นใจ เอาใจเขามาใส่ใจเรา ให้เกียรติผู้ป่วย รับฟังด้วยความตั้งใจ รับรู้ความรู้สึกของผู้ป่วยและปฏิกิริยาที่เกิดขึ้น เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ซักถาม และวางแผนการดูแลรักษาร่วมกัน

4 มิถุนายน 2556

เอกสารอ้างอิง

1. Baile WF, Buckman R, Lenzi R, Glober G, Beale EA, and Kudelka AP. SPIKES-a six-step protocol for delivering bad news : application to the patient with cancer. *Oncologist* 2000;5:302-11.
2. Buckman R. *Breaking bad news : A Guide for Health Care Professionals*. Baltimore, MD : Johns Hopkins University Press, 1992.
3. Fallowfield L, Jenkins V. Communicating sad, bad, and difficult news in medicine. *Lancet* 2004;363:312-9.
4. Lloyd M, Bor R. Breaking bad news. In : Lloyd M and Bor R. *Communication skills for medicine*. 3rd ed. London : Churchill Livingstone Elsevier, 2009, pp 60-76.