

25

END-OF-LIFE CARE IN THE PICU

จุดประสงค์

- ❖ บทนำ
- ❖ หลักพื้นฐานทางเวชจริยศาสตร์
- ❖ พลวัตของความต้องการและความคาดหวังของผู้ป่วยและญาติเมื่อเกิดการเจ็บป่วย
- ❖ การกำหนดเป้าหมายและแผนของการรักษาแก่ผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่สิ้นหวัง
- ❖ แผนการรักษาเพื่อมุ่งให้ผู้ป่วยปราศจากความทุกข์ทรมานอันเนื่องจากโรคหรือการเจ็บป่วย (**Compassionate palliative care**)
- ❖ แผนงดการรักษาเพื่อชะลอความตายที่ผู้ป่วยยังไม่ได้รับ (**Withholding life-sustaining treatment**)
- ❖ แผนยุติการรักษาเพื่อชะลอความตายที่ผู้ป่วยได้รับอยู่ (**Withdrawal life-sustaining treatment**)
- ❖ ประเด็นเกี่ยวกับข้อกำหนดทางกฎหมาย
- ❖ ข้อห่วงใยของแพทย์เรื่องการกำหนดแผนการรักษาแก่ผู้ป่วยที่สิ้นหวัง
- ❖ แนวทางการรักษาผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่สิ้นหวัง
- ❖ ข้อผิดพลาดที่พบบ่อยในการดูแลรักษาผู้ป่วยที่สิ้นหวังและแนวทางแก้ไข

การดูแล ผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่สิ้นหวังเป็นทักษะที่ต้องใช้ทั้งความรู้และประสบการณ์โดยองค์ความรู้ที่สำคัญ คือ **หลักพื้นฐานทางเวชจริยศาสตร์** ซึ่งเป็นหลักที่ชี้นำการประกอบเวชปฏิบัติตลอดมาไม่ว่าจะเป็นการดูแลรักษาโรคที่ง่ายหรือซับซ้อนเพียงใดก็ตาม ดังนั้นแม้ว่าจะมีผู้กล่าวว่าแพทย์มักจะได้รับการฝึกอบรมในเรื่องการดูแลรักษาเพื่อไม่ให้ผู้ป่วยเสียชีวิตมากกว่าการดูแลรักษาผู้ป่วยให้ตายด้วยความสงบ แต่ถ้าหากเข้าใจหลักพื้นฐานทางเวชจริยศาสตร์อย่างถ่องแท้ย่อมสามารถที่จะประยุกต์ใช้เพื่อเลือกแผนการรักษาที่ดีที่สุดให้แก่ผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่สิ้นหวังได้อย่างเหมาะสม¹⁻³

ในช่วงสิบปีที่ผ่านมาคนในสังคมและสื่อมวลชนในต่างประเทศโดยเฉพาะแถบทวีปอเมริกาเหนือ (สหรัฐอเมริกาและแคนาดา) ให้ความสนใจและมีการอภิปรายกันอย่างกว้างขวางในหัวข้อเรื่องการดูแลผู้ป่วยที่สิ้นหวัง⁴⁻¹¹ จนทำให้สมาคมวิชาชีพของแพทย์สาขาเวชบำบัดวิกฤตต้องออกมาแสดงจุดยืนเพื่อให้สังคมได้มีความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องในเรื่องนี้¹² ทั้งนี้สืบเนื่องจากการเปลี่ยนแปลงกระบวนทัศน์ (paradigm shift) 2 ประการ คือ

1. การเปลี่ยนแปลงแนวคิดจากเดิมที่เรียกว่า **Paternalism** มาเป็น **Patient autonomy**

เดิมสังคมตะวันตกเคยมอบความไว้วางใจให้กับแพทย์ในการทำหน้าที่ตัดสินใจและพิจารณาเลือกแผนการรักษาที่เชื่อว่าดีและเหมาะสมสำหรับผู้ป่วยและครอบครัว (Paternalism) อย่างไรก็ตามเมื่อประชาชนมีการศึกษามากขึ้นและสังคมมีการพัฒนาเป็นสังคมแห่งการเรียนรู้ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงกระบวนทัศน์ของประชาสังคมในเรื่องดังกล่าวโดยเน้นเรื่องเสรีภาพในการตัดสินใจและการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยและญาติในการเลือกแผนการรักษาสำหรับตนเองโดยมีทีมแพทย์ทำหน้าที่เป็นผู้ให้ข้อมูลและคำปรึกษา (patient autonomy)

2. การเปลี่ยนแปลงแนวคิดที่ว่าความตายเป็น

ความล้มเหลวทางการแพทย์มาเป็นแนวคิดที่ตระหนักถึงข้อจำกัดทางการแพทย์ในการเยียวยารักษาโรค

การเปลี่ยนแปลงกระบวนทัศน์ที่สำคัญประการที่สอง คือ เดิมซึ่งคนในสังคมตะวันตกเชื่อว่าแพทย์มีหน้าที่ต้องทำทุกวิถีทางเพื่อให้ผู้ป่วยมีชีวิตอยู่รอดต่อไป แม้ว่าผู้ป่วยจะต้องทุกข์ทรมานหรือสูญเสียค่าใช้จ่ายมากเพียงใดก็ตาม (และที่สำคัญบางครั้งไม่ใช่ความประสงค์ของผู้ป่วย) และถือว่าการตายของผู้ป่วยเป็นความล้มเหลวของวงการแพทย์มาเป็นแนวคิดซึ่งตระหนักถึงข้อจำกัดของความก้าวหน้าของเทคโนโลยีทางการแพทย์ในการเยียวยารักษาผู้ป่วยให้หายจากโรค โดยเฉพาะผลกระทบในทางลบ (ได้แก่ ความทุกข์ทรมานของผู้ป่วย, บัญหาทางการเงินของครอบครัวและญาติ เป็นต้น) ของการใช้เทคโนโลยีทางการแพทย์ที่ทันสมัยมาพยุงชีพผู้ป่วยด้วยโรคที่ไม่สามารถเยียวยาให้หายได้ ซึ่งเป็นการเพียงการรักษาที่มีเป้าหมายเพียงเพื่อชะลอความตายของผู้ป่วยเท่านั้น

สำหรับในประเทศไทยรัฐธรรมนูญฉบับใหม่ พ.ศ. 2540 ได้ระบุไว้ชัดเจนถึงความคุ้มครองต่อศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ สิทธิและเสรีภาพของบุคคล นอกจากนี้ภาคีพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลก็ได้บรรจุข้อกำหนดเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่สิ้นหวังไว้ในมาตรฐานโรงพยาบาลฉบับกฤษฎีกาว่าโรงพยาบาลควรมี "จริยธรรมในการยุติการช่วยฟื้นคืนชีพและการยุติการรักษาเพื่อชะลอความตาย โดยไม่ขัดต่อกฎหมายและความเชื่อของสังคม" ดังนั้นความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องของบุคลากรทางแพทย์ที่ดูแลผู้ป่วยเด็กเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยที่สิ้นหวังจึงเป็นเรื่องที่สำคัญมาก

หลักพื้นฐานทางเวชจริยศาสตร์

หลักพื้นฐานทางเวชจริยศาสตร์ที่แพทย์ใช้เป็นแนวทางกำหนดแผนการรักษาที่ดีที่สุดสำหรับผู้ป่วย มีอยู่ 4 ข้อ² ได้แก่

1. หลักการทำแต่ความดี หรือ **Beneficence**

หลักข้อนี้ต้องการให้แพทย์พิจารณาไตร่ตรองอย่างรอบคอบว่าการรักษาใดๆ ก็ตามที่จะมอบให้ผู้ป่วยจะก่อให้เกิดประโยชน์โดยตรงแก่ผู้ป่วยมิใช่เพื่อประโยชน์ของตัวเอง หรือเพราะแพทย์มีขีดความสามารถและศักยภาพในการให้การรักษานั้น

2. หลักการหลีกเลี่ยงอันตรายอันพึงเกิดกับผู้ป่วย หรือ Nonmaleficence

หลักข้อนี้ต้องการให้แพทย์พิจารณาไตร่ตรองอย่างรอบคอบว่าการรักษาใดๆ ก็ตามที่จะมอบให้ผู้ป่วยจะไม่ก่อให้เกิดอันตรายขึ้นโดยที่แพทย์มีหน้าที่โดยตรงในการปกป้องอันตรายอันพึงเกิดกับผู้ป่วยอย่างสุดความสามารถ คำว่า “อันตราย” ในที่นี้ หมายรวมถึงอันตรายต่อทั้งกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ตัวอย่างการนำหลักข้อนี้ไปใช้ทางคลินิก ได้แก่ กรณีการรักษาที่เข้าข่ายการทดลองซึ่งอาจก่อให้เกิดอันตรายแก่ผู้ป่วยในขณะที่ประโยชน์ซึ่งผู้ป่วยจะได้รับก็ยังไม่เป็นที่แน่ชัดเป็นต้น

3. หลักการแห่งเสรีภาพส่วนบุคคล หรือ Autonomy

หลักข้อนี้ต้องการให้แพทย์รับทราบและเคารพในเสรีภาพและศักดิ์ศรีของผู้ป่วยเสมอโดยคำว่า “เสรีภาพ” ในที่นี้ หมายรวมถึง เสรีภาพในการตัดสินใจ และเสรีภาพในการกระทำ

การเคารพในศักดิ์ศรีของผู้ป่วยในที่นี้หมายถึง การยอมรับในความแตกต่างของผู้ป่วยแต่ละรายในแง่ของความรู้สึกนึกคิด และการเลือกปฏิบัติ

เสรีภาพในการตัดสินใจในที่นี้หมายถึง การที่ผู้ป่วยมีสิทธิที่จะรู้ความจริงหรือข้อมูลทั้งหมดที่เกี่ยวข้องก่อนการตัดสินใจกระทำอย่างหนึ่งอย่างใดที่เกี่ยวข้องกับตัวเขา

เสรีภาพในการกระทำในที่นี้หมายถึง การที่ผู้ป่วยมีเสรีภาพในการเลือกกระทำโดยปราศจากการบังคับขู่เข็ญ หลอกลวง แง้งแท้จ กักขัง โดยตรง หรือโดยอ้อม รวมถึงการปฏิเสธการรักษา

ตัวอย่างการนำหลักข้อนี้ไปใช้ได้แก่ กรณีผู้

ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายเมื่อแพทย์ให้ข้อมูลทั้งหมดที่เกี่ยวกับหนทางรักษาแก่ผู้ป่วยและได้เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ซักถามเพิ่มเติมแล้วผู้ป่วยมีสิทธิโดยชอบธรรมที่จะเลือกหนทางการรักษาเองโดยอิสระ อย่างไรก็ตามเสรีภาพในข้อนี้ก็มิใช่ข้อจำกัดอยู่ข้าง เช่น กรณีผู้ป่วยเด็กซึ่งผู้ปกครองจะเป็นผู้ตัดสินใจแทนจนกว่าบุคคลนั้นจะมีสิทธิในการตัดสินใจได้เองตามกฎหมายหรือกรณีผู้ป่วยไม่อยู่ในสภาพที่จะควบคุมสติตนเองได้ก็ไม่อาจที่จะใช้สิทธิและเสรีภาพที่กล่าวถึงได้จนกว่าสติสัมปชัญญะจะกลับคืนมา

4. หลักการแห่งความยุติธรรม หรือ Justice

หลักข้อนี้ต้องการให้แพทย์คำนึงถึงความยุติธรรมเมื่อพิจารณาเลือกการรักษาใดๆ ก็ตามให้แก่ผู้ป่วยโดยกรณีเหมือนกันต้องได้รับการพิจารณาเหมือนกัน หรือคนที่เท่าเทียมกันควรได้รับการพิจารณาอย่างเท่าเทียมกันหลักข้อนี้นำมาใช้พิจารณาจัดสรรทรัพยากรต่างๆ ได้แก่ สิ่งอุปกรณ์และเวชภัณฑ์ทางการแพทย์และบริการต่างๆ ที่เกี่ยวข้องโดยหวังว่าจะทำให้เกิดความเท่าเทียมกันในสังคม อย่างไรก็ตามในความเป็นจริงไม่มีของเพียงพอที่จะจัดสรรปันส่วนให้เหมาะสมกับความจำเป็นของทุกคนได้

หลักการข้อนี้เป็นเรื่องที่เป็นปัญหามากในทางปฏิบัติ เนื่องจากอุปสรรคสำคัญคือ เกณฑ์ที่จะใช้ยึดถือในการให้นิยามคำว่า “ยุติธรรม” ในทางปฏิบัติมีความหลากหลายอยู่พอสมควรว่าเกณฑ์สำหรับการแบ่งปันปันส่วนเรื่องของการรักษาพยาบาลที่จะก่อให้เกิดความยุติธรรมทางสังคมมากที่สุดควรเป็นเกณฑ์ใด ตัวอย่างเช่น

- ความเป็นไปได้ที่จะประสบผลสำเร็จ (likelihood of success)
- ความต้องการ (Needs) ของผู้ป่วย
- การตอบแทน (Rewards)
- ความเสมอภาค (Equal shares)
- ความสามารถในการจ่ายเงินทดแทน (Ability to pay)
- แบบสุ่ม (Random)

พลวัตของความต้องการและความคาดหวังของผู้ป่วย และญาติเมื่อเกิดการเจ็บป่วย¹³

ในฐานะบุคลากรทางการแพทย์ พวกเราทุกคนต่างก็มีความเป็นปัจเจกบุคคล มีความคิดความต้องการ ตลอดจนความใฝ่ฝันเป็นของตนเองซึ่งอาจแตกต่างกันไปจากผู้อื่น เมื่ออายุมากขึ้นๆ ก็จะมีความรู้สึกพึงพอใจต่อสิ่งต่างๆ ในชีวิตที่แตกต่างไปจากสมัยเป็นเด็ก และความรู้สึกนี้ก็อาจเปลี่ยนแปลงไปตามกาลเวลาทั้งนี้ขึ้นกับเป้าหมายในชีวิตที่ตนเองเป็นผู้กำหนด ไม่ช้าก็เร็วพวกเราอาจต้องเผชิญกับการเจ็บป่วยซึ่งอาจทำให้ต้องถึงแก่ชีวิต เมื่อถึงเวลานั้นเราจะต้องพิจารณาตัดสินใจเลือกแผนการรักษาเอง ทั้งนี้ขึ้นกับชนิด การพยากรณ์โรคของโรคหรือความผิดปกตินั้นๆ ตลอดจนประโยชน์และผลข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้นจากการรักษา นอกจากนี้เราคงจะมีความคิดเป็นของเราเองว่าต้องการให้หมอที่ดูแลรักษาทำการรักษาอย่างเต็มที่มากน้อยเพียงไรเราคงจะมีลำดับก่อนหลังของสิ่งที่เราต้องการจะทำ (เป็นการส่วนตัวและกับครอบครัว) ถ้าเกิดเหตุการณ์นั้นขึ้น

สิ่งที่พวกเราบุคลากรทางการแพทย์ทุกคนต้องตระหนัก คือ เมื่อกาลเวลาและปัจจัยแวดล้อมเปลี่ยนแปลง เป้าหมายของการรักษาที่เราต้องการย่อมเปลี่ยนแปลงลำดับก่อนหลังของการรักษาที่เราต้องการให้เป็นที่เปลี่ยนไป และบางสิ่งบางอย่างที่พวกเราต้องการให้เกิดขึ้นก็เปลี่ยนแปลงไป เราคงจะหงุดหงิดถ้าผลการรักษาไม่เป็นที่ไปตามที่เราคาดไว้ และเราคงจะโกรธมากถ้าบางสิ่งบางอย่างที่เกิดขึ้นไม่เป็นไปตามที่ได้พูดคุยตกลงกันไว้

ผู้ป่วยและญาติที่อยู่ในความดูแลของเราก็เช่นเดียวกัน ย่อมมีความคาดหวังและเป้าหมายในชีวิตเป็นของตนเอง เมื่อต้องต้องเผชิญกับการเจ็บป่วยซึ่งอาจทำให้ต้องถึงแก่ชีวิต ความคิดแรกที่เกิดขึ้นก็คือ “เขาคงจะไม่เป็นอะไรมาก หมอคงจะทำการวินิจฉัยผิดพลาด” เมื่อเวลาผ่านไปและเขาเริ่มคุ้นเคยกับการเปลี่ยนแปลงทางกายที่ตนเองสังเกตได้ ก็จะเริ่มตระหนักว่าการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นเป็นเรื่องจริง โดยความหวังของเขาจะเปลี่ยนไปโดยในช่วงนี้มักจะหวังว่า “ขอให้มันเป็นโรคที่

สามารถรักษาให้หายขาดได้และสามารถมีชีวิตยืนยาวอยู่ได้” แต่เมื่อทราบแน่นอนแล้วว่าโรคหรือความผิดปกติที่เกิดขึ้นไม่สามารถเยียวยาให้หายขาดได้ ความหวังของเขาก็จะเปลี่ยนแปลงอีกครั้งโดยหวังว่า “ขอให้ตนเองตายอย่างสงบ อย่าให้ต้องเจ็บปวด หรือทุกข์ทรมานจากการเจ็บป่วย” ประเด็นสำคัญที่ต้องการชี้ให้เห็นคือ **เมื่อความหวังของผู้ป่วยและญาติเปลี่ยนแปลงไป เป้าหมายและลำดับความเร่งด่วนของการรักษาย่อมต้องเปลี่ยนแปลงตามไปด้วย**

ในการวางแผนการรักษาให้กับผู้ป่วยนั้น แพทย์ที่ทำการรักษาจะต้องอธิบายและทำความเข้าใจกับผู้ป่วยและญาติถึงเป้าหมายและแผนของการรักษาในแต่ละช่วง การพูดคุยกับผู้ป่วยและญาติเป็นระยะๆ เพื่อทบทวนถึงเป้าหมายและแผนของการรักษาจะช่วยให้ผู้ป่วยและญาติ ตลอดจนแพทย์และบุคลากรทางการแพทย์ที่อยู่ในทีมมุ่งไปที่เป้าหมายเดียวกัน และไม่ไปกำหนดความคาดหวังที่แตกต่างกันไปอย่างสิ้นเชิง จนเป็นเหตุให้แนวทางการรักษาที่ผู้ป่วยได้รับไม่สอดคล้องกับเป้าหมายที่ผู้ป่วยและญาติต้องการ ทั้งนี้ข้อที่ควรคำนึงถึง คือ **ธรรมชาติของการเปลี่ยนแปลงของความต้องการ/ความหวังที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยและครอบครัวแต่ละรายมีลักษณะเฉพาะซึ่งแตกต่างกันไป**

การกำหนดเป้าหมายและแผนของการรักษาแก่ผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่สิ้นหวัง¹³

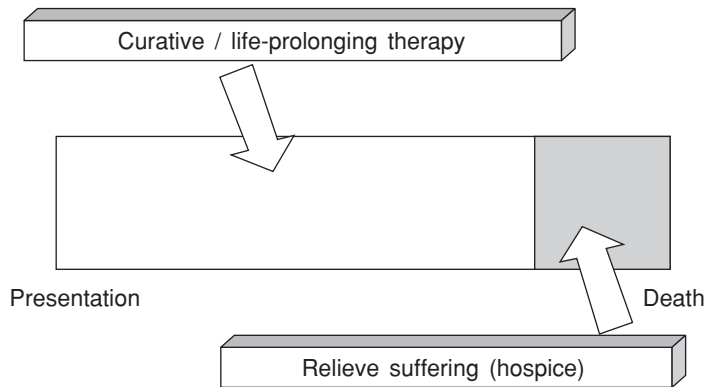
ในทางการแพทย์การรักษาผู้ป่วยมักจะเริ่มต้นด้วยการกำหนดเป้าหมายของการรักษา (Goals of Care) ซึ่งเป้าหมายใหญ่ๆ มี 2 ประการ ได้แก่ เป้าหมายให้ผู้ป่วยหายจากโรค (Cure disease) และเป้าหมายให้ผู้ป่วยพ้นจากความทุกข์ทรมานอันเนื่องมาจากโรคหรือการเจ็บป่วย (relieve sufferings) อย่างไรก็ตามนอกจากเป้าหมายใหญ่ 2 ประการดังกล่าวแล้วยังมีเป้าหมายที่แตกย่อยไปจากเป้าหมายทั้งสอง เช่น เป้าหมายให้ผู้ป่วยหายจากโรคอย่างสมบูรณ์, เป้าหมายที่จะหลีกเลี่ยงการ

ตายก่อนวัยอันควร, เป้าหมายให้ผู้ป่วยหรือส่วนของร่างกายผู้ป่วยกลับมาทำงานได้ตามปกติ หรือเป้าหมายให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยดีขึ้น เป็นต้น

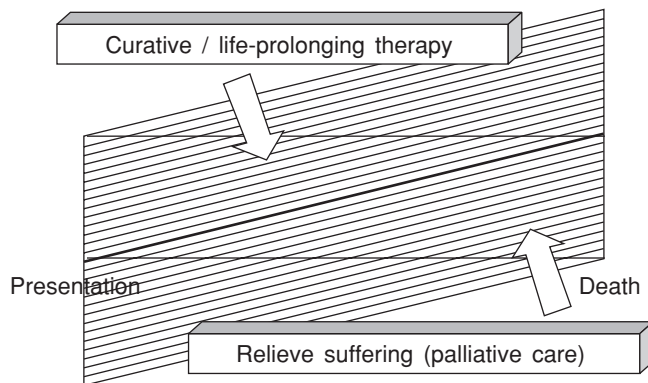
โดยทั่วไปแผนการรักษาที่แพทย์เลือกให้กับผู้ป่วยมักครอบคลุมเป้าหมายใหญ่ทั้งสองประการ แม้ว่าในทางปฏิบัติแผนการรักษาบางประการที่แพทย์เลือกจะมีประเด็นความขัดแย้งในเรื่องเป้าหมายของการรักษา เช่น การรักษาเพื่อให้ผู้ป่วยมะเร็งกระดูกหายจากโรคจำเป็นต้องใช้วิธีการผ่าตัดร่วมกับเคมีบำบัดซึ่งการรักษาทั้งสองวิธีนี้ย่อมก่อให้เกิดความเจ็บปวด ความพิการ และการสูญเสียอวัยวะบางส่วนของร่างกายไป จึงเป็นหน้าที่ของแพทย์ที่จะต้องอธิบายให้ผู้ป่วยและญาติเข้าใจถึงความขัดแย้งดังกล่าว

การเลือกแผนการรักษาที่เหมาะสมแก่ “ผู้ป่วย

ระยะสุดท้ายที่สิ้นหวัง” ก็เช่นเดียวกับผู้ป่วยประเภทอื่นๆ กล่าวคือ จำเป็นต้องเริ่มต้นด้วยการกำหนดเป้าหมายของการรักษาโดยเมื่อผู้ป่วยถึงระยะสุดท้ายของโรคแล้ว นำหนักความสำคัญในเรื่องเป้าหมายของการรักษาย่อมเปลี่ยนแปลงไป กล่าวคือ เป้าหมายให้ผู้ป่วยหายจากโรคนั้นย่อมมีความสำคัญน้อยเมื่อเปรียบเทียบกับเป้าหมายให้ผู้ป่วยพ้นจากความทุกข์ทรมานอันเนื่องมาจากโรคหรือการเจ็บป่วย (ซึ่งรวมถึงเรื่องคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยด้วย) อย่างไรก็ตามการเปลี่ยนจุดเน้นในเรื่องเป้าหมายของการรักษาไม่ควรเกิดขึ้นอย่างฉับพลัน (ภาพที่ 1) แต่ควรเปลี่ยนแปลงแบบค่อยเป็นค่อยไป (ภาพที่ 2) และเกิดขึ้นพร้อมกับการให้ข้อมูลและคำปรึกษาแก่ผู้ป่วยและญาติอย่างต่อเนื่อง ทั้งนี้เนื่องจากผู้ป่วยและครอบครัวอาจเกิดความเข้าใจผิดและรู้สึกว่าการกำลังถูกทอดทิ้ง



ภาพที่ 1 แสดงการเปลี่ยนจุดเน้นในเรื่องเป้าหมายของการรักษาที่เกิดขึ้นอย่างฉับพลัน



ภาพที่ 2 แสดงการเปลี่ยนจุดเน้นในเรื่องเป้าหมายของการรักษาที่เกิดขึ้นอย่างค่อยเป็นค่อยไป

ตัวอย่างของแผนการรักษาที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่สิ้นหวัง ได้แก่

1. การรักษาเพื่อมุ่งให้ผู้ป่วยปราศจากความทุกข์ทรมานอันเนื่องมาจากโรคหรือการเจ็บป่วย (Compassionate palliative care)
2. การละเว้นการรักษาเพื่อชะลอความตายที่ผู้ป่วยยังไม่ได้รับ (Withholding life-sustaining treatment)
3. การยุติการรักษาเพื่อชะลอความตายที่ผู้ป่วยได้รับอยู่ (Withdrawal life-sustaining treatment)

แผนการรักษาเพื่อมุ่งให้ผู้ป่วยปราศจากความทุกข์ทรมานอันเนื่องมาจากโรคหรือการเจ็บป่วย (Compassionate palliative care)¹⁴⁻¹⁷

หมายถึง แผนการดูแลรักษาที่มุ่งให้ผู้ป่วยมีความสุขสบายมากที่สุดตามเท่าที่จะสามารถทำได้ในช่วงสุดท้ายของโรค ซึ่งได้แก่ การหลีกเลี่ยงการรักษาซึ่งมุ่งเน้นเพื่อให้ผู้ป่วยหายจากโรคแต่ทำให้ผู้ป่วยได้รับความทุกข์ทรมาน และการให้ยาเพื่อลดความทุกข์ทรมานจากตัวโรค

แผนการรักษานี้ครอบคลุมการดูแลรักษาทุกประเภทตั่งนั้นทีมผู้ดูแลจะต้องทบทวนวิธีการรักษาที่ผู้ป่วยได้รับอยู่เดิมว่ามี การดูแลรักษาใดที่เข้าข่ายทำให้ผู้ป่วยได้รับความทุกข์ทรมาน ตัวอย่างเช่น การเจาะเลือดประจำวันเพื่อส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ การตรวจทางรังสีวิทยาที่ทำเป็นประจำตามวงรอบ การชั่งน้ำหนักและตรวจ vital signs ที่เดิมเคยเฝ้าติดตามอย่างใกล้ชิด การบำบัดทรวงอกเพื่อระบายเสมหะ การพลิกตัวบ่อยๆ หรือการทำแผลโดยเฉพาะ debridement สำหรับแผลกดทับ เป็นต้น¹⁰

ยาที่ควรพิจารณาเลือกใช้เพื่อบรรเทาอาการเจ็บปวดให้แก่ผู้ป่วย ได้แก่ ยาในกลุ่ม opioids โดยเฉพาะ morphine ซึ่งสามารถบริหารได้ทั้งทางหลอดเลือดดำหรือชั้นใต้ผิวหนัง (หากไม่มี iv) ขนาดของยาที่เหมาะสมในผู้ป่วยแต่ละรายขึ้นกับปัจจัยต่างๆ มากมายแนะนำให้ปรับขนาดยาจนกระทั่งผู้ป่วยปราศจากอาการเจ็บปวด

ทั้งนี้ผู้ป่วยที่ยังไม่เคยใช้ยานี้มาก่อนควรเริ่มต้นที่ขนาดยาต่ำๆ ก่อน ยาอีกกลุ่มที่ควรพิจารณาใช้ คือยาในกลุ่ม benzodiazepines เป็นยาที่เหมาะสมสำหรับลดหรือคลายความกังวล อย่างไรก็ตามในกรณีที่ยาในกลุ่มนี้ไม่สามารถควบคุมอาการของผู้ป่วยได้ดีให้เลือกใช้ยาในกลุ่ม neuroleptics (Haloperidol) นอกจากนี้อาจจำเป็นต้องเลือกใช้วิธีการอื่นๆ ควบคู่ไปด้วย เช่น ดนตรีบำบัดโดยใช้เสียงเพลงเบาๆ (Musical therapy), การลดปริมาณแสง และการนวดหรือการสัมผัส เป็นต้น¹⁰

การพูดคุยกับผู้ป่วยและญาติอย่างต่อเนื่องเป็นอีกตัวอย่างของวิธีการรักษาแบบ compassionate palliative care โดยเฉพาะการพูดคุยระหว่างทีมผู้ดูแลที่มีความสัมพันธ์ที่ดีกับผู้ป่วยและญาติ การพูดคุยหรือเล่าเรื่องราวต่างๆ จะช่วยลดความกลัวที่อาจเกิดขึ้นในผู้ป่วยที่สิ้นหวัง

สิ่งที่สำคัญที่สุดอีกประการหนึ่งในการรักษาตามแผนที่ระบุข้างต้น คือ ความเข้าใจที่ถูกต้องของสมาชิกทุกคนในทีมผู้ดูแลเกี่ยวกับสิ่งที่ทีมต้องการบรรลุเป้าหมาย (มุ่งให้ผู้ป่วยมีความสุขสบายมากที่สุดเท่าที่จะสามารถทำได้ในช่วงสุดท้ายของโรค)

แผนงดการรักษาเพื่อชะลอความตายที่ผู้ป่วยยังไม่ได้รับ (Withholding life-sustaining treatment)

หมายถึง แผนการรักษาที่มุ่งละเว้นการรักษาเพื่อพยุงชีพที่ผู้ป่วยยังไม่ได้รับซึ่งเข้าข่ายการชะลอความตาย¹¹⁻³⁴ ตัวอย่างของแนวทางการรักษาตามแผนนี้ ได้แก่

- งดการช่วยฟื้นคืนชีพ (Do Not Resuscitate or DNR) ในกรณีที่ผู้ป่วยประสบปัญหา cardiopulmonary arrest ขึ้น
- ไม่ริเริ่มการรักษาที่อยู่ในข่ายทดลอง หรือการรักษาที่ไม่มีข้อมูลแน่ชัดว่าช่วยให้ผลการรักษาดีขึ้น
- ไม่พิจารณาย้ายผู้ป่วยเข้าไอซียู ในกรณีที่ผู้ป่วยรับการรักษาอยู่ที่หอผู้ป่วยทั่วไป
- ไม่ให้เลือด หรือ พลาสมา

- ไม่เปลี่ยนยาปฏิชีวนะให้สูงขึ้น
- ไม่ใส่ท่อหลอดลมคอ หรือท่อใช้เครื่องช่วยหายใจ

แผนยุติการรักษาเพื่อชะลอความตายที่ผู้ป่วยได้รับอยู่ (Withdrawal life-sustaining treatment)

หมายถึง แผนการรักษาที่มุ่งหยุดการรักษาเพื่อพยุงชีพที่ผู้ป่วยได้รับอยู่ซึ่งเข้าข่ายการชะลอความตาย¹¹⁻³⁴ ได้แก่

- หยุดการรักษาที่อยู่ในข่ายทดลอง หรือการรักษาที่ไม่มีข้อมูลแน่ชัดว่าช่วยให้ผลการรักษาดีขึ้น
- หยุดใช้ยาเพิ่มความดันโลหิต
- หยุดให้สารอาหารทางหลอดเลือดดำ
- หยุดใช้เครื่องช่วยหายใจ

ประเด็นเกี่ยวกับข้อกำหนดทางกฎหมาย

การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่สิ้นหวังก็เช่นเดียวกับ การประกอบวิชาชีพแพทย์ทั่วไปในปัจจุบัน กล่าวคือจำเป็นต้องเผชิญกับสถานการณ์ที่หมิ่นเหม่กับข้อกฎหมาย ซึ่งส่วนใหญ่ทำให้แพทย์ขาดความมั่นใจ และในหลายกรณีก็จะละเมิดข้อกำหนดของกฎหมาย จนกระทั่งปล่อยให้ผู้ป่วยที่อยู่ในความรับผิดชอบไม่ได้รับการดูแลที่ดีที่สุด หรือต้องทุกข์ทรมาน ซึ่งทางออกในเรื่องดังกล่าว คือ แพทย์ควรศึกษาและทำความเข้าใจกับ concensus ที่ได้เคยมีผู้เชี่ยวชาญได้ให้ข้อคิดไว้ทั้งทางจริยธรรมและทางกฎหมาย ทั้งนี้แพทย์จะต้องรู้จักที่จะบริหารความเสี่ยงโดยการเลือกหนทางปฏิบัติที่ถูกต้องและเกิดประโยชน์สูงสุดต่อผู้ป่วย ทั้งนี้โดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ซึ่งเป็นบทบาทและความรับผิดชอบที่แพทย์จะหลีกเลี่ยงไม่ได้ ทั้งนี้สิ่งที่ต้องกระทำควบคู่ไปตลอด คือ การสื่อสารกับผู้ป่วยและครอบครัวอย่างมีประสิทธิภาพ

ข้อสรุปที่อาจเป็นประโยชน์ในประเด็นทางกฎหมาย ได้แก่

1) ข้อกำหนดของกฎหมายเป็นสิ่งที่จะต้องถูกนำมาพิจารณาในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่สิ้นหวัง อย่างไรก็ตามข้อกำหนดในกฎหมายไม่ได้ให้แนวทางในการตัดสินใจปัญหาทางจริยธรรมที่เกิดขึ้นในทางเวชปฏิบัติไว้ทุกกรณี

2) แพทย์ควรรับฟังความต้องการและความคิดเห็นของผู้ป่วยและญาติด้วยความตั้งใจและเห็นอกเห็นใจ โดยพยายามสื่อสารข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการเจ็บป่วยให้เกิดความชัดเจนในหมู่ญาติให้มากที่สุด เนื่องจากความสัมพันธ์ในเชิงวิชาชีพที่ระหว่างแพทย์กับผู้ป่วยและญาติถือว่าเป็นเกราะป้องกันที่ดีที่สุดของพวกเราทุกคน

3) การขอให้ญาติลงนามในเอกสารยินยอมหรือปฏิเสธการรักษา (informed consent) ควรเน้นที่กระบวนการ กล่าวคือ การให้ข้อมูลที่จำเป็นสำหรับการตัดสินใจ ซึ่งหมายถึง ผลดีผลเสียที่อาจเกิดขึ้น โดยเฉพาะกรณีการปฏิเสธการรักษาเพื่อชะลอการตาย สำหรับผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่สิ้นหวังอาจจำเป็นต้องสร้างความเข้าใจให้เกิดขึ้นถึงผลที่ตามมาซึ่งในบางกรณีหมายถึง การที่ผู้ป่วยอาจถึงแก่ความตายเร็วขึ้น ทั้งนี้โดยเชื่อมโยงการตัดสินใจดังกล่าวกับสถานการณ์ปัจจุบันที่โรคหรือความผิดปกติที่ผู้ป่วยเผชิญอยู่ไม่สามารถเยียวยาให้หายหรือดีขึ้นได้ รวมทั้งการเชื่อมโยงกับเป้าหมายของการรักษาที่ต้องการให้ผู้ป่วยไม่ต้องทุกข์ทรมานจากการรักษา

4) แม้ว่าจะมีแรงกดดันในประเด็นเรื่องค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลแต่แพทย์ยังคงต้องรับผิดชอบทั้งทางจริยธรรมและทางกฎหมายต่อการตัดสินใจทุกอย่างที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วย โดยเฉพาะการตัดสินใจเลือกแผนการรักษาที่ดีที่สุดให้แก่ผู้ป่วย และถ่ายทอดข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยแก่ผู้ป่วยและญาติให้เกิดความเข้าใจที่ถูกต้อง

5) ผู้ป่วยที่ยังคงมีสติสัมปชัญญะสามารถที่จะปฏิเสธการรักษาที่ผู้ป่วยไม่ต้องการได้ แม้ว่าผลที่ตามมา จะหมายถึงการถึงแก่ความตายก็ตาม ทั้งนี้การตัดสินใจดังกล่าวรวมถึงกรณีการเจ็บป่วยที่ไม่ทำให้ถึงแก่ชีวิตด้วย

6) การตัดสินใจให้การรักษาที่ผู้ป่วยปฏิเสธหรือไม่ เป็นที่ปรารถนาของญาติถือว่ามีความผิดทั้งในแง่จริยธรรม และข้อกฎหมาย

7) ผู้ป่วยที่ไม่อยู่ในสถานะที่จะตัดสินใจได้ (ขาดสติสัมปชัญญะ หรือป่วยด้วยโรคทางจิต) มีสิทธิเช่นเดียวกับผู้ป่วยทั่วไปเพียงแต่กระบวนการในการใช้สิทธิแตกต่างกันไปเท่านั้น

8) เมื่อแพทย์ต้องทำการรักษาผู้ป่วยที่ไม่อยู่ในสถานะที่จะตัดสินใจได้ ให้แพทย์ลงบันทึกเหตุผลที่ทำให้เชื่อว่าผู้ป่วยอยู่ในสถานะดังกล่าว (ได้แก่ ไม่สามารถเข้าใจสิ่งที่อธิบายได้, ไม่สามารถนำคำอธิบายไปประเมินหรือตีความหมายได้ และไม่สามารถสื่อสารกับผู้อื่นได้) และหากผู้ป่วยไม่อยู่ในสภาพที่จะตัดสินใจได้อย่างถาวร จะต้องมีการประเมินและลงบันทึกซ้ำถึงเหตุผลที่ทำให้เชื่อว่าผู้ป่วยอยู่ในสถานะดังกล่าว

9) ผู้ซึ่งได้รับความยินยอมจากหมู่ญาติ หรือศาลให้ทำหน้าที่ตัดสินใจแทนผู้ป่วยสามารถตัดสินใจปฏิเสธการรักษาแทนผู้ป่วยได้ โดยยึดหลักใดหลักหนึ่งได้แก่ หลักการที่ว่าหากผู้ป่วยยังอยู่ในสถานะที่ตัดสินใจได้ จะเลือกหนทางใด (ถ้ารู้) หรือหลักการที่ว่า จะเลือกการตัดสินใจที่ดีที่สุดแก่ผู้ป่วย

10) การตัดสินใจไม่ริเริ่มหรือยุติการรักษาเพื่อชะลอการตายเมื่อมีเหตุผลอันสมควรที่ทำให้เชื่อว่าไม่สามารถเยียวยาให้ผู้ป่วยหายจากโรคได้ ไม่ถือว่าเป็นการพยายามทำให้ผู้ป่วยถึงแก่ชีวิต (ฆาตกรรม) หรือช่วยให้ผู้ป่วยฆ่าตัวตาย

11) ในทางเวชปฏิบัติไม่มีข้อจำกัดในประเด็นเรื่องชนิดของการจำกัดการรักษาเพื่อชะลอการตายที่อาจไม่ริเริ่มหรือยุติ

12) การตัดสินใจที่จะไม่ริเริ่มหรือยุติการรักษาเพื่อชะลอการตายเป็นการตัดสินใจที่ขึ้นกับแพทย์และผู้ป่วยหรือญาติ

13) แพทย์มีหน้าที่และความรับผิดชอบที่จะต้องตระหนักถึงความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นจากการรักษาที่มอบ

ให้กับผู้ป่วย

14) การปล่อยให้ผู้ป่วยต้องทุกข์ทรมานจากความเจ็บปวดจากการรักษาที่ไม่พอเพียงซึ่งเกิดจากความกลัวของแพทย์ที่จะไปทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิต ถือเป็นกรปฏิบัติที่ไม่เหมาะสมทางจริยธรรม

15) แพทย์ควรมีความมั่นใจในการบริหารยาในกลุ่ม opioids เพื่อบรรเทาอาการปวดที่อาจเกิดขึ้นจากตัวโรคหรือความผิดปกติที่ผู้ป่วยต้องเผชิญ ทั้งนี้โดยยึดถือแนวทางการใช้ยาในขนาดที่เหมาะสม แม้ว่าการบริหารยาดังกล่าวอาจมีผลข้างเคียงที่ไม่พึงประสงค์ซึ่งทำให้ผู้ป่วยถึงแก่ชีวิตได้

16) การสั่งยาให้แก่ผู้ป่วยด้วยวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้ป่วยถึงแก่ความตายถือเป็นกรช่วยให้ผู้ป่วยฆ่าตัวตายด้วยความตั้งใจ ซึ่งไม่ใช่การประกอบวิชาชีพเวชกรรมแต่เป็นการประกอบอาชญากรรม

17) คำแนะนำของคณะแพทย์เกี่ยวกับการจำกัดขอบเขตการรักษาในกรณีผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่สิ้นหวังควรกระทำอยู่โดยมีพื้นฐานของเหตุผล (สังเกตพบทางคลินิก, ผลการรักษาในช่วงที่ผ่านมา) ที่ทำให้เชื่อได้ว่าไม่สามารถเยียวยาให้ผู้ป่วยหายจากโรคได้ มากกว่าการใช้ความรู้สึกของแพทย์ที่มีต่อความคุ้มค่าในการรักษาหรือประโยชน์ที่อาจเกิดขึ้นจากการทำให้ผู้ป่วยมีชีวิตต่อไป

18) การรักษาความลับสำหรับกรณีผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่สิ้นหวังไม่แตกต่างไปจากกรณีผู้ป่วยทั่วไป

19) ในกรณีที่มีปัญหาทางจริยธรรมที่เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่สิ้นหวังซึ่งต้องหาทางออก ให้พิจารณาขอคำปรึกษาหรือหารือคณะกรรมการจริยธรรมหรือที่ปรึกษาทางจริยธรรมของโรงพยาบาล

20) ที่ปรึกษากฎหมายของโรงพยาบาลมีหน้าที่หลักในการปกป้องโรงพยาบาลจากการถูกฟ้องร้อง ไม่ใช่เข้ามาแก้ปัญหาจริยธรรมเป็นความรับผิดชอบของแพทย์ในการตัดสินใจเลือกแผนการรักษาที่เหมาะสมทางจริยธรรมให้กับผู้ป่วย

ข้อห้วงใยของแพทย์เรื่องการกำหนดแผนการรักษาแก่ผู้ป่วยที่สิ้นหวัง

1. ในทางกฎหมายแพทย์จำเป็นต้องให้การรักษาทุกชนิดแก่ผู้ป่วยที่สิ้นหวังเพื่อชะลอการตายของผู้ป่วย หรือไม่

คำตอบ คือ ไม่ ในทางตรงกันข้ามในแง่มุมมองของกฎหมายถือว่าการปฏิเสธการรักษาเป็นสิทธิประการหนึ่งของผู้ป่วยและญาติ (กรณีผู้ป่วยเด็ก) เมื่อผู้ป่วยหรือญาติแสดงเจตนาโดยชัดแจ้ง แพทย์จะต้องดำเนินการให้เป็นไปตามความประสงค์แต่จะต้องอธิบายให้เห็นถึงผลหรืออันตรายที่จะเกิดขึ้นให้ญาติผู้ป่วยได้ทราบเสียก่อน

2. การไม่ริเริ่มหรือการยุติการรักษาเพื่อชะลอความตาย คือ การุณยฆาต (Euthanasia) ใช่หรือไม่

ความเห็นร่วมของคนส่วนใหญ่ในสังคมถือว่าการไม่ริเริ่มหรือการยุติการรักษาเพื่อชะลอความตายเป็นการตัดสินใจเพื่อให้ผู้ป่วยที่สิ้นหวังถึงแก่ความตายด้วยความสงบตามธรรมชาติไม่ใช่การตัดสินใจทำให้ผู้ป่วยถึงแก่ความตาย ซึ่งนั่นคือ การุณยฆาต

3. การรักษาอาการเจ็บปวดหรือทุกข์ทรมานของผู้ป่วย ถือเป็น การุณยฆาต (Euthanasia) ใช่หรือไม่

ในผู้ป่วยซึ่งได้รับยาในกลุ่ม opioids เพื่อรักษาอาการเจ็บปวดมาโดยตลอดเป็นการยากที่ด้วยดั่งกล่าวในขนาดที่เหมาะสมจะทำให้ผู้ป่วยถึงแก่ความตายหากผู้ป่วยไม่ได้กำลังทรุดลงอยู่แล้วจากโรคหรือการเจ็บป่วย อย่างไรก็ตามหากการใช้ยาในกลุ่ม opioids เป็นไปด้วยวัตถุประสงค์เพื่อบรรเทาอาการทุกข์ทรมานของผู้ป่วยแม้จะไปเกี่ยวข้องกับการตายของผู้ป่วยก็ไม่ถือว่าเป็นการุณยฆาต (Euthanasia)

แนวทางการรักษาผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่สิ้นหวัง¹⁸⁻²⁶

เพื่อให้การดูแลรักษาผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่สิ้นหวังเป็นไปด้วยความเรียบร้อยและถูกต้องตามจริยธรรมวิชาชีพ จึงขอเสนอแนวทางในการดูแลรักษาผู้ป่วยดังต่อไปนี้

1. การสร้างความสัมพันธ์ที่ดี

การสร้างความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างผู้ป่วยและครอบครัวสามารถทำได้โดยการให้ข้อมูลที่เป็นจริงแก่ผู้ป่วยและครอบครัวตั้งแต่เริ่มแรก พร้อมกับการพูดคุยตอบคำถามเกี่ยวกับการดำเนินโรคของผู้ป่วยเป็นระยะอย่างต่อเนื่อง ข้อสังเกต คือ หากแพทย์อาวุโสในทีมสามารถใช้เวลาพูดคุยและตอบคำถามของครอบครัวและญาติจะมีส่วนสำคัญในการสร้างความสัมพันธ์ที่ดี

2. การหลีกเลี่ยงความเข้าใจผิด

การพูดคุยเพื่อให้ข้อมูลกับครอบครัวและญาติตั้งแต่ระยะเริ่มแรกนั้นทีมผู้ดูแลควรหลีกเลี่ยงการสร้าง ความเข้าใจผิด (โดยไม่ได้ตั้งใจ) จากความปรารถนาดีและความพยายามที่จะสร้างความมั่นใจให้กับครอบครัว โดยการให้ข้อมูลที่ไม่เป็นจริงทีมผู้ดูแลต้องมีความเข้าใจและคอยระมัดระวังเสมอว่าครอบครัวและญาติจะเกิดความเข้าใจผิดทั้งนี้เนื่องจากธรรมชาติและพลวัตของการปรับตัวของครอบครัวและญาติต่อการเจ็บป่วยที่รุนแรง คำแนะนำ คือ กรณีผู้ป่วยเจ็บป่วยด้วยโรคหรือความผิดปกติที่รุนแรงจนกระทั่งทีมผู้ดูแลมีความเห็นร่วมว่าผู้ป่วยมีโอกาสเสียชีวิตสูงทีมต้องชี้แจงข้อมูลเบื้องต้นนี้ให้ญาติได้ทราบโดยพยายามเลือกใช้คำพูดที่เข้าใจได้ง่าย สื่อความหมายได้ถูกต้อง ทั้งนี้เพื่อให้ญาติได้ปรึกษากัน และเตรียมปรับในเรื่องของความคาดหวังไว้ล่วงหน้า

3. การแสดงความเห็นอกเห็นใจ และหลีกเลี่ยงการกั๊กต่าง

ในการให้ข้อมูลแก่ครอบครัวและญาติตั้งแต่ระยะเริ่มแรกทีมผู้ดูแลควรแสดงออกถึงความเห็นอกเห็นใจเอาใจเขามาใส่ใจเราและหลีกเลี่ยงกิริยาที่สื่อไปในลักษณะของการกั๊กต่าง (defensive) ทั้งนี้ทีมต้องตระหนักถึงกลไกการปรับตัวของครอบครัวและญาติ (defense mechanism) ต่อการสูญเสีย หรือการเจ็บป่วยรุนแรงของผู้ป่วยที่ทำให้ครอบครัวและญาติอาจแสดงอารมณ์ที่รุนแรง ได้แก่ อารมณ์โกรธ, ไม่พอใจ หรือไม่ไว้วางใจออกมา ทีมต้องอดกลั้นและหลีกเลี่ยงการใช้อารมณ์โต้ตอบกลับไป นอกจากนี้ควรสนใจและรับฟัง

อย่างเข้าใจเพื่อผลที่ดีที่สุดต่อความสัมพันธ์ระหว่างทีมกับครอบครัวและญาติ

4. การเลือกเวลา สถานที่ที่เหมาะสมสำหรับการพูดคุยกับครอบครัวและญาติ

ทีมผู้ดูแลควรเลือกเวลา สถานที่ ที่เหมาะสมสำหรับการพูดคุยกับครอบครัวและญาติ การหยุดพูดคุยที่บริเวณหน้าไอซียูหรือตามทางเดินของตึกไม่เหมาะสมกับการรายงานข้อมูลสำคัญโดยเฉพาะการพูดคุยในเรื่องที่ละเอียดอ่อน เช่น การรายงานว่าผู้ป่วยทรุดลงและอาจถึงแก่ชีวิตได้ เป็นต้น สถานที่ที่เหมาะสมกว่าอาจจะเป็นห้องประชุมที่มีขนาดพอสมควรทั้งนี้เพื่อให้มีความเป็นส่วนตัวไม่มีเสียงดังรบกวนโดยไม่จำเป็น เพราะในบางครั้งผู้ป่วยอาจแสดงความเสียใจต่อข่าวที่ทางทีมผู้ดูแลแจ้งให้ทราบ

ในการพูดคุยกับครอบครัวและญาติสมาชิกในทีมผู้ดูแลประกอบด้วยแพทย์หัวหน้าทีม แพทย์ผู้ดูแลและตัวแทนพยาบาลควรเข้าประชุมด้วยทุกครั้ง สำหรับทางฝ่ายญาตินั้นแพทย์หัวหน้าทีมควรพิจารณาเลือกว่าใครบ้างควรเข้าประชุม โดยทั่วไปครอบครัวและญาติควรส่งตัวแทนไม่เกิน 3 คนเข้าประชุม ในบางโอกาสแพทย์หัวหน้าทีมอาจเชิญให้ญาติที่มีภาวะผู้นำ (functional leaders) เข้าประชุมด้วยเพื่อโน้มน้าว หรืออธิบายเพิ่มเติมให้แก่ญาติคนอื่นๆ ที่ไม่ได้เข้าร่วมฟังได้ภายหลัง

5. การพูดคุยระหว่างสมาชิกภายในทีมผู้ดูแลเพื่อประเมินผลการรักษา

ในกรณีที่ทีมผู้ดูแลได้พยายามรักษาผู้ป่วยอย่างเต็มที่แต่ผู้ป่วยไม่ตอบสนองต่อการรักษาและเข้าข่ายไม่สามารถเยียวยาให้หายจากโรคได้ แพทย์ควรจัดให้มีการพูดคุยระหว่างสมาชิกทุกคนในทีมว่าแต่ละคนมีความคิดเห็นอย่างไร ทั้งนี้เพื่อร่วมกันพิจารณากำหนดแผนการรักษาที่คิดว่าเหมาะสมที่สุดสำหรับผู้ป่วยรายนั้นต่อไป การระดมความคิดเห็นนี้เป็นขั้นตอนที่จะรวบรวมข้อคิดเห็นจากมุมมองต่างๆ ทั้งความเหมาะสมในแง่วิชาการและด้านจริยธรรม กรณีที่สมาชิกในทีมมีความเห็นขัดแย้งกันแพทย์ควรหาข้อยุติโดยการหาข้อมูล

เพิ่มเติมหรือใช้เวลาในการสังเกตอาการผู้ป่วยให้นานขึ้น ทั้งนี้เมื่อมีข้อมูลมากขึ้นความชัดเจนก็จะตามมาและมักช่วยให้ได้ข้อยุติในการประชุมหรือครั้งต่อไป

6. การเลือกแผนการรักษาที่ดีที่สุดแก่ผู้ป่วย

เมื่อทีมแพทย์และพยาบาลมีความเห็นพ้องกันในประเด็นต่อไปนี้

- ผู้ป่วยไม่ตอบสนองต่อการรักษา
- ไม่สามารถเยียวยาให้ผู้ป่วยหายจากโรคได้
- การรักษาเพื่อพยุงชีพไม่ก่อให้เกิดประโยชน์แก่ผู้ป่วย (futile) และไม่เพิ่มโอกาสให้ผู้ป่วยรอดพ้นความตายหรือมีคุณภาพชีวิตที่ดีได้

ทีมผู้ดูแลควรนัดประชุมกับครอบครัวและญาติเพื่อแจ้งข้อมูลการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวให้ทราบและร่วมกันพิจารณาเลือกแผนการรักษาที่ดีที่สุดสำหรับผู้ป่วยตามแนวทางที่ได้กล่าวแล้วข้างต้น

7. แนวทางการปฏิบัติต่อครอบครัวและญาติ

ในการประชุมกับครอบครัวและญาติเพื่อแจ้งข้อมูลสำคัญเรื่องผู้ป่วยไม่ตอบสนองต่อการรักษาและไม่สามารถเยียวยาให้หายจากโรคได้ แพทย์ควรรวบรวมข้อมูลที่เกี่ยวข้องเพื่อนำเสนอแก่ครอบครัวและญาติโดยละเอียด หัวข้อที่ควรครอบคลุม ได้แก่

- โรคหรือความผิดปกติของผู้ป่วย เพื่อให้ครอบครัวและญาติได้เข้าใจว่าโรคหรือความผิดปกติใดที่เป็นเหตุให้ผู้ป่วยเจ็บป่วยรุนแรงในครั้งนั้น
- การรักษาที่ผู้ป่วยได้รับ เพื่อรายงานสรุปว่าในห้วงเวลาที่ผ่านมามีทีมผู้ดูแลได้ให้การรักษาอย่างไร ควรแจกแจงรายละเอียดตามสมควรเพื่อให้ครอบครัวและญาติเกิดความเข้าใจลำดับขั้นตอนการรักษา
- ผลการรักษา ได้แก่ การตอบสนองของผู้ป่วยต่อการรักษาทั้งหมดที่ผ่านมา รวมทั้งภาวะแทรกซ้อนต่างๆ (ถ้ามี)
- สภาพทั่วไปของผู้ป่วย หมายถึง อาการแสดงต่างๆ ที่สำคัญ เช่น ระดับความรู้สึกตัว ความดันโลหิต อัตราการเต้นของหัวใจ การทำงานของระบบสำคัญๆ ของร่างกาย เป็นต้น

• ผลการประเมินจากข้อมูลทั้งหมดของทีมผู้ดูแล

การตอบคำถามตลอดจนข้อสงสัยต่างๆ ของครอบครัวและญาติถือเป็นส่วนหนึ่งของการประชุม ทั้งนี้ทีมจะสามารถประเมินความเข้าใจของครอบครัวและญาติต่อข้อมูลที่ทีมผู้ดูแลแจ้งให้ทราบได้จากคำถามของครอบครัว และญาติ ลำดับสุดท้ายภายหลังจากที่ครอบครัวและญาติ เข้าใจและตระหนักดีว่าผู้ป่วยไม่ตอบสนองต่อการรักษา ทั้งหมดที่ทางทีมผู้ดูแลมอบให้ และไม่มีหนทางที่จะเยียวยาให้หายจากโรคได้ แพทย์ผู้ดูแลอาจเป็นฝ่ายให้คำแนะนำเรื่องแผนการรักษาที่คิดว่าเหมาะสมที่สุดสำหรับผู้ป่วยตามแผนการรักษา 3 ประการที่ได้กล่าวไปแล้วข้างต้น (การรักษาที่มุ่งให้ผู้ป่วยปราศจากความเจ็บปวด, การละเว้นการรักษาเพื่อพุงชีพที่ผู้ป่วยยังไม่ได้รับ หรือการยุติการรักษาเพื่อพุงชีพที่ผู้ป่วยได้รับอยู่)

ในปัจจุบันประชาชนทั่วไปได้รับทราบข้อมูลข่าวสารต่างๆ อย่างกว้างขวางโดยเฉพาะจากต่างประเทศ ดังนั้นจึงไม่เป็นเรื่องแปลกที่ในบางกรณีผู้ป่วยหรือครอบครัวอาจเป็นฝ่ายแจ้งให้ทีมผู้ดูแลทราบถึงความประสงค์เกี่ยวกับแผนการรักษาในช่วงท้ายของชีวิตของผู้ป่วย เช่น ผู้ป่วยได้แสดงเจตนาอย่างชัดเจนว่าต้องการตายอย่างมีศักดิ์ศรี (dying with dignity) และขอปฏิเสธการรักษาด้วยเทคโนโลยีที่ซับซ้อนซึ่งไม่สามารถช่วยให้ผู้ป่วยหายจากโรคได้ (แต่อาจก่อให้เกิดความเจ็บปวดทุกข์ทรมาน) ทั้งนี้รวมถึงการช่วยฟื้นคืนชีพ การใส่ท่อหลอดลมคอและการใช้เครื่องช่วยหายใจในกรณีเช่นนี้ หากแพทย์พิจารณาแล้วเห็นว่ามีความถูกต้องและความเหมาะสมตามหลักเวชจริยศาสตร์พื้นฐานทั้ง 4 ประการที่ได้กล่าวไปแล้วจะต้องอธิบายให้ครอบครัวและญาติของผู้ป่วยได้ทราบถึงผลหรืออันตรายที่จะเกิดขึ้นเสียก่อน จากนั้นหากครอบครัวและญาติยังยืนยันที่จะปฏิเสธการรักษาดังกล่าว แพทย์ควรถือปฏิบัติดังนี้³⁶⁻³⁷

ก. มีหลักฐานที่สามารถให้ความเห็นได้ว่า ผู้ป่วยหมดโอกาสฟื้นอีก

ข. มีญาติใกล้ชิดกับผู้ป่วยที่สามารถเข้าใจความต้องการของผู้ป่วยได้ว่าไม่ต้องการอยู่ในสภาพเช่นนั้น

ค. หากญาติในข้อ ข) ประสงค์จะรับผู้ป่วยกลับหรือประสงค์จะให้ถอดเครื่องช่วยหายใจโดยเขียนหนังสือเป็นหลักฐานไว้

การปฏิบัติของแพทย์ดังที่ได้กล่าวไปแล้ว เพื่อให้ผู้ป่วยถึงแก่ความตายด้วยความสงบนี้จะถือปฏิบัติได้ก็ต่อเมื่อทั้งแพทย์ ผู้ป่วย ครอบครัวและญาติ มีความเข้าใจตรงกันว่าการตายของผู้ป่วยเป็นไปตามธรรมชาติและตัดสินใจร่วมกันว่าจะใช้เทคโนโลยีสมัยใหม่ในขอบเขตเพียงใด แตกต่างจากกรณีที่แพทย์ฉีดยาหรือให้ยาเพื่อให้ผู้ป่วยตายโดยไม่เจ็บปวดหรือที่เรียกว่าการุณยฆาต (mercy killing) ซึ่งเป็นประเด็นที่ถือว่าเป็นเรื่องที่มีอาจกระทำได้แม้ว่าในบางประเทศจะมีกฎหมายอนุญาตโดยเฉพาะก็ตาม

8. การกำหนดเงื่อนไขเวลาเพื่อให้ครอบครัวและญาติตระหนักถึงความรุนแรงของการเจ็บป่วยและผลการรักษา

ในกรณีที่แพทย์ผู้ดูแลแจ้งข้อมูลทั้งหมดให้ครอบครัวและญาติของผู้ป่วยทราบโดยละเอียด รวมถึงแผนการรักษาที่คิดว่าดีที่สุดสำหรับผู้ป่วยแต่ทางครอบครัวและญาติยังไม่สามารถให้คำตอบที่แน่ชัดได้ ทีมอาจใช้วิธีกำหนดเงื่อนไขเวลาเพื่อให้ทางญาติผู้ป่วยได้มีโอกาสสังเกตอาการผู้ป่วยต่อไป พร้อมกับพิจารณาไตร่ตรองเกี่ยวกับแผนการรักษาที่ทางทีมได้แนะนำ ตัวอย่างเช่น การนัดหมายให้ครอบครัวและญาติสังเกตอาการของผู้ป่วยต่อไปอีกห้วงเวลาหนึ่ง เช่น 24 หรือ 48 ชั่วโมง หรือ ในบางรายอาจเป็น 1 สัปดาห์ โดยเมื่อสมาชิกภายในครอบครัวได้เฝ้าดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดเป็นเวลานานขึ้นมักจะช่วยให้ตระหนักว่าผู้ป่วยไม่ตอบสนอง ต่อการรักษาและต้องทนทุกข์ทรมานจากการรักษาเพื่อพุงชีพที่ได้รับอยู่ซึ่งจะส่งผลให้ครอบครัวและญาติสามารถหาข้อสรุปเกี่ยวกับความประสงค์ในเรื่องแผนการรักษาสำหรับผู้ป่วยได้

9. การเปลี่ยนแผนการรักษาจากการรักษาเพื่อ

ช่วยพยุงชีวิต (life-sustaining care) เป็นการรักษาที่มุ่งให้ผู้ป่วยปราศจากความทุกข์ทรมานจากการเจ็บปวด (**comfort care**)

สิ่งที่สำคัญที่สุดประการหนึ่งในการกำหนดแผนการรักษาผู้ป่วยภาวะวิกฤตในระยะสุดท้ายซึ่งไม่สามารถเยียวยาให้หายจากโรคได้ คือ การที่ทีมผู้ดูแลคำนึงถึงสภาพทั่วไปของผู้ป่วย โดยแม้ว่าแพทย์จะไม่สามารถจะเยียวยารักษาโรคให้หายได้แต่ทีมสามารถให้การดูแลรักษาเพื่อให้ผู้ผู้ป่วยปราศจากความทุกข์ทรมานจากความเจ็บปวดที่เกิดจากตัวโรค (**comfort care**) ได้ ทั้งนี้เมื่อมีความชัดเจนในเรื่องการจำกัดขอบเขตการรักษาแล้วทีมจะต้องให้การดูแลผู้ป่วยต่อไป ซึ่งแตกต่างจากเป้าหมายเดิมที่เคยพยายามทุกวิถีทางเพื่อที่จะพยุงชีพของผู้ป่วยไว้ (**life-sustaining care**) เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงแผนการรักษาไม่ได้หมายถึงการหยุดดูแลรักษาผู้ป่วยโดยสิ้นเชิงซึ่งนั่นเท่ากับเป็นการทอดทิ้งผู้ป่วยคำแนะนำในเรื่องการเปลี่ยนเป้าหมายของการรักษาครั้งนี้ คือ ควรจะเป็นแบบค่อยเป็นค่อยไปและไม่ทำให้ผู้ป่วยและญาติรู้สึกเหมือนถูกทอดทิ้ง

ข้อผิดพลาดที่พบบ่อยในการดูแลรักษาผู้ป่วยที่สิ้นหวังและแนวทางแก้ไข^{18, 27}

1. ไม่พูดคุยกับผู้ป่วยและครอบครัวถึงความคาดหวังต่อการรักษาที่ถูกต้องบนพื้นฐานของข้อมูลที่เป็นจริง

แนวทางการแก้ไข

- พูดคุยกับญาติผู้ป่วยถึงเป้าหมายของการรักษาโดยให้ครอบคลุมทั้งสองเป้าหมายโดยเน้นเป้าหมายที่จะทำให้ผู้ป่วยพ้นจากความทุกข์ทรมานอันเนื่องมาจากโรคหรือการเจ็บป่วย

- รับฟังความคาดหวังของญาติ ปรับความคาดหวังให้ตรงกับข้อมูลที่เป็นจริง

2. เลือกแผนการรักษาที่ขัดแย้งกับความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว

แนวทางการแก้ไข

- นำความคาดหวังที่เป็นจริงมาตอบสนอง

- หลีกเลี่ยงการให้การรักษาที่ขัดแย้งกับความต้องการและความคาดหวังของผู้ป่วยและครอบครัว

3. เชื่อกันว่าแนวคิดในการดูแลรักษาโดยยึดปัญหาเป็นหลักไม่แตกต่างจากการดูแลรักษาโดยกำหนดเป้าหมายของการรักษาเป็นหลัก

แนวทางการแก้ไข

- กำหนดเป้าหมายของการรักษาผู้ป่วยทุกคนตั้งแต่เริ่มให้การรักษา

- ทบทวนเป้าหมายเป็นระยะๆ ร่วมกับผู้ป่วยและญาติ

4. ไม่ให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยและครอบครัวเรื่องหนทางทางเลือกในการดูแลรักษาซึ่งเน้นให้ผู้ผู้ป่วยปราศจากความทุกข์ทรมานของผู้ป่วยจากตัวโรคหรือการรักษา

แนวทางการแก้ไข

- ทบทวนเป้าหมายเป็นระยะๆ ร่วมกับผู้ป่วยและญาติ

- เมื่อมีความเห็นร่วมกันในการเปลี่ยนเป้าหมายของการรักษา ให้ทบทวนและหลีกเลี่ยงการรักษาที่เข้าข่ายอาจทำให้ผู้ป่วยได้รับความทุกข์ทรมาน

5. ใช้ภาษาที่อาจก่อให้เกิดความเข้าใจผิดแก่ผู้ป่วยและครอบครัว

แนวทางการแก้ไข

- หลีกเลี่ยงคำพูดหรือคำถามที่ทำให้ญาติเกิดความเข้าใจผิดว่ากำลังจะถูกทอดทิ้งจากทีมผู้ดูแลรักษาโดยเฉพาะแพทย์ และเกิดความรู้สึกว่าไม่มีเพียงสองหนทางเลือก คือ จะต้องเลือกระหว่างวิธีการรักษาอย่างเต็มที่ (**aggressive curative care**) และการยอมแพ้ คือ หยุดรักษา เช่น คำพูดดังต่อไปนี้ “พ่อแม่อยากให้หมอรักษาเต็มที่หรือเปล่า” หรือ “พ่อแม่เห็นด้วยหรือไม่ ที่จะให้หมอหยุดรักษา” หรือ “หมอจะหยุดให้การรักษาพิเศษต่างๆ” หรือ “หมอมคิดว่าถึงเวลาที่เราจะต้องพูดกันถึงเรื่องหยุดการรักษา”

- เลือกใช้คำพูดหรือคำถามที่ทำให้ญาติเกิดความเข้าใจที่ถูกต้องและชี้แจงถึงแผนการรักษาที่เหมาะสม เช่น คำพูดดังต่อไปนี้ “แม้ว่าหมอจะไม่สามารถรักษา

ให้เขาหายจากโรคได้ แต่หมอและทีมจะพยายามรักษาเขาให้ดีที่สุด” หรือ “หมอและทีมจะพยายามรักษาโดยเน้นให้เขามีคุณภาพชีวิตที่ดีที่สุดในช่วงสุดท้ายนี้” หรือ “หมอและทีมจะพยายามช่วยดูแลให้เขาทุกข์ทรมานจากตัวโรคและการรักษาให้น้อยที่สุด”

6. ให้ความคาดหวังที่ไม่เป็นจริงแก่ผู้ป่วยและครอบครัว ไม่อยู่บนพื้นฐานของข้อมูลการเจ็บป่วย
แนวทางการแก้ไข

- พูดคุยกับญาติผู้ป่วยให้ชัดเจนถึงความคาดหวังที่เป็นจริง

- ตรวจสอบความเข้าใจด้วยการสอบถามหรือให้อธิบายกลับ

7. ให้การพยากรณ์โรคที่ตีเกินความเป็นจริง

แนวทางการแก้ไข

- พูดคุยกับญาติผู้ป่วยให้ชัดเจนถึงพยากรณ์โรคที่ไม่ดีโดยใช้ภาษาที่ง่ายต่อความเข้าใจและสื่อข้อมูลได้อย่างถูกต้อง

เอกสารอ้างอิง

- Gilligan T, Raffin TA. Physician virtues and communicating with patients. *New Horiz* 1997;5:6-14
- Beauchamp TL, Childress JF. *Principle of biomedical ethics*. 4th edition. New York, Oxford University Press, 1994
- Cowley LT, Young E, Raffin TA. Care of the dying: An ethical and historical perspective. *Crit Care Med* 1992;14:73-1482
- American College of Chest Physicians/ Society of Critical Care Medicine Consensus Panel. Ethical and moral guidelines for the initial, continuation, and withdrawal of intensive care. *Chest* 1990;97:949-958
- Task Force on Ethics of the Society of Critical Care Medicine: Consensus report on the ethics of forgoing life-sustaining treatments in the critically ill. *Crit Care Med* 1990;18:1435-1439
- American College of Chest Physicians/ Society of Critical Care Medicine Consensus Panel. Ethical and moral guidelines for the initial, continuation, and withdrawal of intensive care. *Chest* 1990;97:949-958
- American Thoracic Society Bioethics Task Force. Withholding and withdrawal of life-sustaining therapy. *Am Rev Respir Dis*. 1991; 144:726-731
- Councils on ethical and judicial affairs of the American Medical Association. Decisions near the end of life. *JAMA* 1991;267:2229-2233
- Councils on ethical and judicial affairs, American Medical Association. Guidelines for the appropriate use of do-not-resuscitate orders. *JAMA* 1991;265:1868-1871
- Councils on ethical and judicial affairs, American Medical Association. Withholding and withdrawal of life prolonging treatment. Chicago, American Medical Association, 1992
- The Society of Critical Care Medicine Ethics Committee. Attitudes of critical care professionals concerning forgoing life-sustaining treatments. *Crit Care Med* 1992;20:320-326
- The Ethics Committee of the Society of Critical Care Medicine: Consensus statements of the Society of Critical Care Medicine's Ethics Committee regarding futile and other possibly inadvisable treatments. *Crit Care Med* 1997;25:887-891
- EPEC's Participant Handbook. Module 7: Goals of care. In: Emanuel LL, von Gunten CF, Ferris FD. *The education for physicians on End-of-Life care (EPEC) curriculum*. 1999
- Brody H, Campbell ML, Faber-Langendoen K, Ogle KS. Withdrawing intensive life-sustaining treatment - recommendations for compassionate clinical management. *N Engl J Med* 1997;336:652-657
- Ruark JE, Raffin TA. Stanford Medical Center Committee on ethics. Initiating and withdrawing of life support: Principles and practice in adult medicine. *N Engl J Med* 1988;318:25-30

16. Luce JM, Raffin TA. Withholding and withdrawal life support from critically ill patients. *Chest* 1988;94:621-626
17. Luce JM. Withholding and withdrawing life support from the critically ill: how does it work in clinical practice? *Respir Care* 1991;109:417-426
18. Prendergast TJ. Resolving conflicts surrounding end-of-life care. *New Horiz* 1997;5:62-71
19. Luce JM. Physicians do not have a responsibility to provide futile or unreasonable care if a patient or a family insists. The Society of Critical Care Medicine Ethics Committee. Attitudes of critical care professionals concerning forgoing life-sustaining treatments. *Crit Care Med* 1995;23:760-766
20. Luce JM. The changing physician-patient relationship in critical care medicine under health care reform. *Am J Respir Crit Care Med* 1997;150:266-270
21. Luce JM. Making decisions about the forgoing of life-sustaining therapy. *Am J Respir Crit Care Med* 1997;156:1715-1718
22. Luce JM. Withholding and withdrawal of life support: Ethical, legal, and clinical aspects. *New Horiz* 1997;5:30-37
23. Smedira NG, Evans BH, Grais LS, et al. Withholding and withdrawal life support from the critically ill. *N Engl J Med* 1990;322:309-315
24. Wood GG, Martin E. Withholding and withdrawing of life-sustaining therapy in a Canadian intensive care unit. *Can J Anaesth* 1995;42:186-191
25. Faber-Langendoen K, Bartels DM. Process of forgoing life-sustaining treatment in a university hospital: an empirical study. *Crit Care Med* 1992;20:570-577
26. Faber-Langendoen K the clinical management of dying patients receiving mechanical ventilation: a survey of physician practice. *Chest* 1994;106:880-888
27. Asch DA, Hansen-Flaschen J, Lanken PM. Decisions to limit or continue life-sustaining treatment by critical care physicians in the United States: Conflicts between physicians' practices and patients' wishes. *Am J Respir Crit Care Med* 1995;151:288-292
28. Keenan SP, Busche KD, Chen LM, et al. A retrospective review of a large cohort of patients undergoing the process of withholding or withdrawal life support. *Crit Care Med* 1997;25:1324-1331
29. Keenan SP, Busche KD, Chen LM, et al. Withdrawal and withholding of life support in the intensive care unit: A comparison of teaching and community hospitals. *Crit Care Med* 1998;26:245-251
30. Koch KA, Rodeffer HD, Wears RL. Changing patterns of terminal care management in an intensive care unit. *Crit Care Med* 1994;22:233-243
31. Parker JM, Landry FJ, Phillips YY. Use of do-not-resuscitate orders in an intensive care setting. *Chest* 1993;104:1592-1596
32. Prendergast TJ, Luce JM. Increasing incidence of Withholding and withdrawal life support from the critically ill. *Am J Respir Crit Care Med* 1997;155:15-20
33. Schneiderman LJ, Spragg RG. Ethical decisions in discontinuing mechanical ventilation. *N Engl J Med* 1988;318:984-988
34. Snider GL. The do-not-resuscitate order: ethical and legal imperative or medical decision? *Am Rev Respir Dis* 1991;143:665-674
35. Sprung CL, Eidelman LA. Worldwide similarities and differences in the forgoing of life-sustaining treatments in the United States. *Intensive Care Med* 1996;22:1003-1005
36. วิฑูรย์ อั้งประพันธ์, การจำหน่ายผู้ป่วยที่กำลังจะตายออกจากโรงพยาบาล, นิตยเวชปริทัศน์, ฉ.2 ปีที่ 4 (กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2531), น.122
37. สมพันธ์ บุญยคุปต์, การตายอย่างมีศักดิ์ศรี, วิทยุยุทธจุลสาร, ฉ.17 (กันยายน-ธันวาคม พ.ศ. 2543), น.12