

11

Overview of End-of-life in the ICU

ดุสิต สถาวร

บทนำ

ในปัจจุบันแม้ว่าจะมีความก้าวหน้าในการศึกษาวิจัยด้านการแพทย์ ตลอดจนเทคโนโลยีที่ถูกนำมาพัฒนาเครื่องมือและอุปกรณ์ทางการแพทย์ให้มีขีดความสามารถสูงขึ้น แต่ยังคงมีผู้ป่วยวิกฤตในไอซียูจำนวนหนึ่งที่เจ็บป่วยด้วยโรคหรือความผิดปกติรุนแรงซึ่งไม่สามารถเยียวยาให้อาการดีขึ้นได้ ส่งผลให้การทำงานของอวัยวะ และระบบการทำงานต่างๆ ของร่างกายทำหน้าที่ผิดปกติจนกระทั่งผู้ป่วยเสียชีวิตในที่สุด ซึ่งในอดีตผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้ายในไอซียูกลุ่มนี้อาจไม่ได้รับการดูแลที่เหมาะสมโดยเฉพาะในระยะสุดท้าย เนื่องจากทีมสุขภาพอาจขาดความคุ้นเคยกับการสื่อสาร (การแจ้งข่าวร้าย) การดูแลแบบประคับประคองซึ่งมุ่งเน้นการทำให้ผู้ป่วยปราศจากความเจ็บปวดและทุกข์ทรมาน (Palliative care) การมองข้ามประเด็นสำคัญในเรื่องการดูแลด้านจิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ หรือขาดการดูแลเอาใจใส่ในประเด็นเรื่องขนบธรรมเนียม/วัฒนธรรม ศาสนา และความเชื่อที่ผู้ป่วยหรือญาติยึดถือ อย่างไรก็ตามในปัจจุบันวงการแพทย์ตลอดจนสังคมโดยทั่วไปมีความตื่นตัวในเรื่องนี้มาก มีผลงานวิจัยและแนวทางปฏิบัติที่เป็นเลิศ (Best practice) ที่ตีพิมพ์จำนวนมาก สมาคมวิชาชีพต่างๆ ที่เกี่ยวข้องต่างก็มีการจัดทำนโยบาย (Policy Statement) หรือแนวทางปฏิบัติ (Guideline) เพื่อชี้แนะให้บุคลากรทางการแพทย์ได้ยึดถือปฏิบัติ¹⁻¹² ดังนั้นจึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่บุคลากรทางการแพทย์ทุกระดับที่ปฏิบัติงานเกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยวิกฤตในประเทศไทยจำเป็นต้องศึกษาและทบทวนการปฏิบัติในเรื่องดังกล่าวนี้

ในบทนี้จะกล่าวถึงภาพรวมของการดูแลผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้ายในไอซียูซึ่งเป็นหัวข้อเรื่องที่สำคัญและครอบคลุมหัวข้อย่อยที่มีรายละเอียดค่อนข้างมาก ดังนั้นผู้ที่สนใจขอให้อ่านรายละเอียดเพิ่มเติมในบทอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง

เป้าหมายและความต้องการที่แท้จริงของครอบครัวและญาติที่มีต่อการดูแลรักษาผู้ป่วยระยะสุดท้าย

เพื่อให้ทีมสุขภาพสามารถให้ข้อมูลและคำปรึกษาที่เหมาะสมกับบริบทของผู้ป่วย ครอบครัวและญาติ จำเป็นที่จะต้องทราบถึงความต้องการของครอบครัวและญาติของผู้ป่วยระยะสุดท้าย ซึ่งจากการศึกษาพบว่า

ครอบครัวและญาติของผู้ป่วยระยะสุดท้ายต้องการสิ่งต่อไปนี้เป็น 10 อันดับแรก¹² ได้แก่

- ได้มีโอกาสใกล้ชิดกับผู้ป่วย (To be with the person)
- รู้สึกว่าตนเองมีประโยชน์ต่อผู้ป่วย (To be helpful to the dying person)
- ได้รับข้อมูลอย่างต่อเนื่องเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย (To be informed of the dying person's changing condition)
 - เข้าใจว่าทีมสุขภาพมีแผนที่จะทำอะไรให้กับผู้ป่วย เพื่ออะไร (To understand what is being done to the patient and why)
 - ได้รับการยืนยันว่าผู้ป่วยไม่เจ็บปวดหรือทุกข์ทรมาน (To be assured of the patient's comfort)
 - ได้รับการดูแลเอาใจใส่และให้กำลังใจ (To be comforted)
 - ได้มีโอกาสเล่าหรือบรรยายความในใจ (To ventilate emotions)
 - ได้รับการยืนยันว่าการตัดสินใจที่ได้ทำไปแล้วถูกต้อง (To be assured that their decisions were right)
 - ได้เรียนรู้ความหมายของการตายของคนที่คุณเองรักและเคารพ (To find meaning in the dying of their loved one)
 - ได้รับประทานอาหารและการพักผ่อนที่เพียงพอ (To be fed, hydrated, and rested)

การเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติมีส่วนร่วมในการกำหนดเป้าหมายและแผนการรักษา (Shared-decision making in goal setting and care planning)

ในทางการแพทย์การดูแลรักษาผู้ป่วยมักจะเริ่มต้นด้วยการกำหนดเป้าหมายของการรักษา (Goals of Care) และแผนการรักษา (Care plan) ซึ่งในกระบวนการดังกล่าวนี้โดยปกติแพทย์มักจะเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติเข้ามามีส่วนร่วม โดยเป้าหมายใหญ่ๆ ของการรักษา มี 2 ประการ ได้แก่ เป้าหมายให้ผู้ป่วยหายจากโรค (Cure disease) และเป้าหมายให้ผู้ป่วยพ้นจากความทุกข์ทรมานอันเนื่องมาจากโรคหรือการเจ็บป่วย (relieve sufferings) อย่างไรก็ตามนอกจากเป้าหมายใหญ่ 2 ประการดังกล่าวแล้วยังมีเป้าหมายที่แตกย่อยไปจากเป้าหมายทั้งสอง เช่น เป้าหมายให้ผู้ป่วยหายจากโรคอย่างสมบูรณ์, เป้าหมายที่จะหลีกเลี่ยงการตายก่อนวัยอันควร, เป้าหมายให้อวัยวะหรือส่วนของร่างกายผู้ป่วยกลับมาทำงานได้ตามปกติ หรือเป้าหมายให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยดีขึ้น เป็นต้น¹³

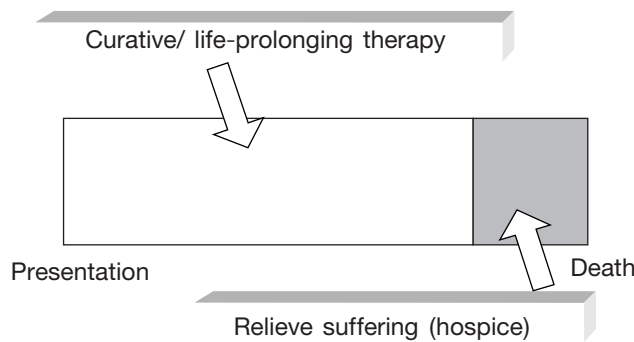
ในกรณีผู้ป่วยวิกฤตในไอซียูนั้ก็เช่นเดียวกัน หลังจากที่ผู้ป่วยย้ายเข้ารับการรักษาในไอซียูนั้คณะแพทย์ที่เกี่ยวข้องจำเป็นต้องจัดให้มีพบปะพูดคุยกับญาติเพื่อให้ข้อมูลเบื้องต้นและร่วมกันกำหนดเป้าหมายของการรักษา โดยเป้าหมายของการรักษาที่ร่วมกันกำหนดนี้จะขึ้นกับปัจจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้องจำนวนมาก ได้แก่ ระดับความรุนแรงของปัญหา การเจ็บป่วยในอดีต โรคประจำตัว ผลการตอบสนองต่อการรักษาเบื้องต้นเมื่อผู้ป่วยย้ายเข้าไอซียูนั้และความต้องการของผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับแผนการดูแลรักษาในระยะวิกฤต (กรณีนี้ที่ผู้ป่วยและครอบครัวได้เคยมีการพูดคุยและแสดงจุดยืนในเรื่องดังกล่าวไว้อย่างชัดเจน) โดยส่วนใหญ่เมื่อผู้ป่วยมีอาการทรุดลงและจำเป็นต้องเข้ารักษาในไอซียูนั้ทางคณะแพทย์มักจะพยายามให้การดูแลรักษาอย่างเต็มที่เพื่อให้ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นโดยการใช้เครื่องมือ/ อุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็น มีการทำหัตถการและตรวจพิเศษที่จำเป็น มีการเฝ้าติดตามและประเมินการทำงานที่ของระบบการทำงานต่างๆ อย่างใกล้ชิด อย่างไรก็ตามสิ่งที่ตามสังคมในปัจจุบัน

ประชาชนมีการศึกษามากขึ้นและสังคมมีการพัฒนาเป็นสังคมแห่งการเรียนรู้ทำให้ประชาชนส่วนหนึ่งตระหนักถึงข้อจำกัดของความก้าวหน้าของเทคโนโลยีทางการแพทย์ในการเยียวยาผู้ป่วยให้หายจากโรค โดยเฉพาะผลกระทบในทางลบของการใช้เทคโนโลยีทางการแพทย์ที่ทันสมัยมาพยุงชีพผู้ป่วยด้วยโรคที่ไม่สามารถเยียวยาให้หายได้ ซึ่งเป็นการเพิกการรักษามีเป้าหมายเพียงเพื่อชะลอความตายของผู้ป่วยเท่านั้น ซึ่งต่างจากเดิมที่คนในสังคมส่วนใหญ่เคยเชื่อว่าการตายของผู้ป่วยเป็นความล้มเหลวของวงการแพทย์ดังนั้นในปัจจุบันเมื่อผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลงในทิศทางที่ทรุดลงผู้ป่วยและญาติอาจมีความประสงค์เกี่ยวกับเป้าหมายและแผนการรักษาที่แตกต่างไปจากเดิม เช่น

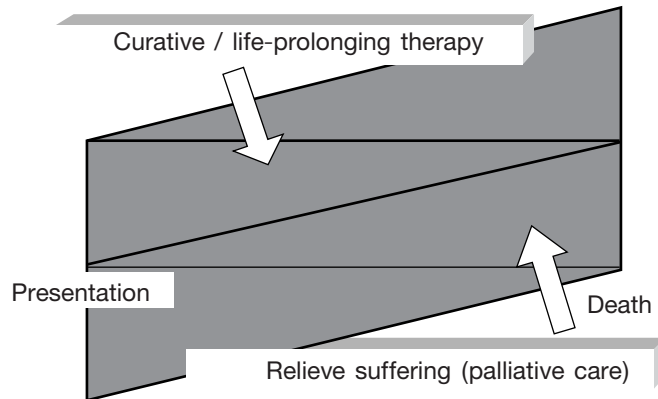
- ผู้ป่วยบางรายอาจเคยแสดงเจตจำนงเกี่ยวกับแผนการรักษาพยาบาลเมื่อตนเองอยู่ในภาวะที่ตัดสินใจไม่ได้แล้ว ที่เรียกว่า Advance directives ว่าไม่ต้องการให้ทำการรักษาเพื่อชะลอการตาย **หากในความเห็นของแพทย์เห็นว่าโรคหรือการเจ็บป่วยนั้นๆ ไม่สามารถเยียวยาให้หายขาดได้**
- ผู้ป่วยไม่ได้แสดงเจตจำนงที่ชัดเจน แต่หลังจากที่ได้รับฟังข้อมูลที่คณะแพทย์ได้แจ้งให้ทราบหมดญาติมีความเห็นพ้องตรงกันว่าไม่ต้องการให้ทำการรักษาเพื่อชะลอการตาย **หากในความเห็นของแพทย์เห็นว่าโรคหรือการเจ็บป่วยนั้นๆ ไม่สามารถเยียวยาให้หายขาดได้**

ทั้งสองกรณีดังกล่าวข้างต้นเป็นเงื่อนไขที่คณะแพทย์ผู้ดูแลต้องรับฟังและร่วมกันกำหนดแผนการรักษาที่สอดคล้องกับสภาพผู้ป่วย โดยเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติมีส่วนร่วมในการกำหนดเป้าหมายและแผนการรักษาทั้งนี้เพื่อให้สอดคล้องกับความประสงค์ของผู้ป่วย (และญาติ) โดยมีทีมแพทย์ทำหน้าที่เป็นผู้ให้ข้อมูลและคำปรึกษา (Patient autonomy) ซึ่งนับว่าแตกต่างจากในอดีตที่แพทย์ทำหน้าที่ตัดสินใจและพิจารณาเลือกแผนการรักษาที่เชื่อว่าดีและเหมาะสมให้แก่ผู้ป่วยและครอบครัว (Paternalism)

ในกรณีที่ผู้ป่วย ญาติ และคณะแพทย์มีความเห็นตรงกันว่าต้องการให้คณะแพทย์ทำการรักษาอย่างดีที่สุดแก่ผู้ป่วย แต่ผู้ป่วยไม่ตอบสนองต่อการรักษาและมีข้อมูลเพิ่มเติมที่ชัดเจนว่าผู้ป่วยเข้าข่ายผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้ายที่สิ้นหวัง ทางคณะแพทย์และญาติจำเป็นต้องทบทวนเป้าหมายของการรักษา เนื่องจากเมื่อผู้ป่วยถึงระยะสุดท้ายของโรคแล้วน้ำหนักความสำคัญในเรื่องเป้าหมายของการรักษาย่อมเปลี่ยนแปลงไป¹³ กล่าวคือเป้าหมายให้ผู้ป่วยหายจากโรคนั้นมีความสำคัญน้อยเมื่อเปรียบเทียบกับเป้าหมายให้ผู้ป่วยพ้นจากความทุกข์ทรมานอันเนื่องมาจากโรคหรือการเจ็บป่วย (ซึ่งรวมถึงเรื่องคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยด้วย) อย่างไรก็ตามการเปลี่ยนจุดเน้นในเรื่องเป้าหมายของการรักษาไม่ควรเกิดขึ้นอย่างฉับพลัน (ภาพที่ 1) แต่ควรเปลี่ยนแปลงแบบค่อย



ภาพที่ 1 แสดงการเปลี่ยนจุดเน้นในเรื่องเป้าหมายของการรักษาที่เกิดขึ้นฉับพลัน



ภาพที่ 2 แสดงการเปลี่ยนจุดเน้นในเรื่องเป้าหมายของการรักษาที่เกิดขึ้นอย่างค่อยเป็นค่อยไป

เป็นค่อยไป (ภาพที่ 2) และเกิดขึ้นพร้อมกับการให้ข้อมูลและคำปรึกษาแก่ผู้ป่วยและญาติอย่างต่อเนื่อง ทั้งนี้เนื่องจากผู้ป่วยและครอบครัวอาจเกิดความเข้าใจผิดและรู้สึกว่ากำลังถูกทอดทิ้ง

ตัวอย่างของแผนการรักษาผู้ป่วยวิกฤตในระยะสุดท้าย End-of-Life Care Plan in the ICU

แผนการรักษาที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยวิกฤตในไอซียูซึ่งมีอาการทรุดลงและไม่ตอบสนองต่อการรักษาที่ได้รับ โดยคณะแพทย์ที่ดูแลรักษามีความเห็นตรงกันว่าไม่สามารถเยียวยาให้หายจากโรคได้ ได้แก่

- การรักษาที่มุ่งให้ผู้ป่วยปราศจากความทุกข์ทรมานอันเนื่องจากโรคหรือการเจ็บป่วย (Compassionate palliative care)
- การงดเว้นการรักษาเพื่อชะลอการตายที่ผู้ป่วยยังไม่ได้รับ (Withholding life-sustaining treatment)
- การยุติการรักษาเพื่อชะลอการตายที่ผู้ป่วยได้รับอยู่ (Withdrawal life-sustaining treatment)

การรักษาที่มุ่งให้ผู้ป่วยปราศจากความทุกข์ทรมานอันเนื่องจากโรคหรือการเจ็บป่วย

(Compassionate palliative care)

หมายถึง การดูแลรักษาที่มุ่งให้ผู้ป่วยมีความสุขสบายมากที่สุดเท่าที่จะสามารถทำได้ในช่วงสุดท้ายของโรค ซึ่งได้แก่ การหลีกเลี่ยงการรักษาซึ่งมุ่งเน้นเพื่อให้ผู้ป่วยหายจากโรคแต่ทำให้ผู้ป่วยได้รับความทุกข์ทรมาน และการให้ยาเพื่อลดความทุกข์ทรมานจากตัวโรค¹⁴⁻¹⁵

แผนการรักษานี้ครอบคลุมการดูแลรักษาทุกประเภทดังนั้นทีมผู้ดูแลจะต้องทบทวนวิธีการรักษาที่ผู้ป่วยได้รับอยู่เดิมว่ามีการดูแลรักษาใดที่เข้าช่วยทำให้ผู้ป่วยได้รับความทุกข์ทรมาน ตัวอย่างเช่น การเจาะเลือดประจำวันเพื่อส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ การตรวจทางรังสีวิทยาที่ทำเป็นประจำตามวงรอบ การชั่งน้ำหนัก และตรวจ vital signs ที่เดิมเคยเฝ้าติดตามอย่างใกล้ชิด การบำบัดตรงออกเพื่อระบายเสมหะ การพลิกตัวบ่อยๆ หรือการทำแผลโดยเฉพาะ debridement สำหรับแผลกดทับ เป็นต้น

ยาที่ควรพิจารณาเลือกใช้เพื่อบรรเทาอาการเจ็บปวดให้แก่ผู้ป่วย ได้แก่ ยาในกลุ่ม opioids โดยเฉพาะ

morphine ซึ่งสามารถบริหารได้ทั้งทางหลอดเลือดดำหรือชั้นใต้ผิวหนัง (หากไม่มี iv) ขนาดของยาที่เหมาะสมในผู้ป่วยแต่ละรายขึ้นกับปัจจัยต่างๆ มากมายแนะนำให้ปรับขนาดยาจนกระทั่งผู้ป่วยปราศจากอาการเจ็บปวด ทั้งนี้ผู้ป่วยที่ยังไม่เคยใช้ยานี้มาก่อนควรเริ่มต้นที่ขนาดยาต่ำๆ ก่อน ยาอีกกลุ่มที่ควรพิจารณาใช้ คือ ยาในกลุ่ม benzodiazepines เป็นยาที่เหมาะสมสำหรับลดหรือคลายความกังวล อย่างไรก็ตามในกรณีที่ยาในกลุ่มนี้ไม่สามารถควบคุมอาการของผู้ป่วยได้ดีให้เลือกใช้ยาในกลุ่ม neuroleptics เช่น Haloperidol เป็นต้น นอกจากนี้อาจจำเป็นต้องเลือกใช้วิธีการอื่นๆ ควบคู่ไปด้วย เช่น ดนตรีบำบัดโดยใช้เสียงเพลงเบาๆ (Musical therapy) การลดปริมาณแสง และการนวดหรือการสัมผัส เป็นต้น

การพูดคุยกับผู้ป่วยและญาติอย่างต่อเนื่องเป็นอีกตัวอย่างของวิธีการรักษาแบบ compassionate palliative care โดยเฉพาะการพูดคุยระหว่างทีมผู้ดูแลที่มีความสัมพันธ์ที่ดีกับผู้ป่วยและญาติ การพูดคุยหรือเล่าเรื่องราวต่างๆ จะช่วยลดความกลัวที่อาจเกิดขึ้นในผู้ป่วยที่สิ้นหวัง

สิ่งที่สำคัญที่สุดอีกประการหนึ่งในการรักษาตามแผนที่ระบุข้างต้น คือ ความเข้าใจที่ถูกต้องของสมาชิกทุกคนในทีมผู้ดูแลเกี่ยวกับสิ่งที่ทีมต้องการบรรลุเป้าหมาย นั่นคือ มุ่งให้ผู้ป่วยมีความสุขสบายมากที่สุดเท่าที่จะสามารถทำได้ในช่วงสุดท้ายของโรค

การงดเว้นการรักษาเพื่อชะลอการตายที่ผู้ป่วยยังไม่ได้รับ (Withholding life-sustaining treatment)

หมายถึง แผนการรักษาที่มุ่งงดเว้นการรักษาเพื่อพียงชีพที่ผู้ป่วยยังไม่ได้รับซึ่งเข้าข่ายการชะลอการตาย ตัวอย่างของแนวทางการรักษาตามแผนนี้¹⁶⁻¹⁹ ได้แก่

- งดการช่วยฟื้นคืนชีพ (Do Not Resuscitate or DNR) ในกรณีที่ผู้ป่วยประสบปัญหา cardiopulmonary arrest ขึ้น
- ไม่ริเริ่มการรักษาที่อยู่ในข่ายทดลอง หรือการรักษาที่ไม่มีข้อมูลแน่ชัดว่าช่วยให้ผลการรักษาดีขึ้น
- ไม่พิจารณาย้ายผู้ป่วยเข้าไอซียู ในกรณีที่ผู้ป่วยรับการรักษายูที่หอผู้ป่วยทั่วไป
- ไม่ให้เลือด หรือ พลาสมา
- ไม่เปลี่ยนยาปฏิชีวนะให้สูงขึ้น
- ไม่ใส่ท่อหลอดคอ หรือ ดใช้เครื่องช่วยหายใจ

การยุติการรักษาเพื่อชะลอการตายที่ผู้ป่วยได้รับอยู่ (Withdrawal life-sustaining treatment)

หมายถึง แผนการรักษาที่มุ่งที่จะหยุดการรักษาเพื่อพียงชีพที่ผู้ป่วยได้รับอยู่ซึ่งเข้าข่ายการชะลอการตาย¹⁶⁻¹⁹ ได้แก่

- หยุดการรักษาที่อยู่ในข่ายทดลอง หรือการรักษาที่ไม่มีข้อมูลแน่ชัดว่าช่วยให้ผลการรักษาดีขึ้น
- หยุดใช้ยาเพิ่มความดันโลหิต
- หยุดให้สารอาหารทางหลอดเลือดดำ
- หยุดใช้เครื่องช่วยหายใจ

การดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม (Holistic approach)

การดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม หมายถึง การดูแลรักษาที่ครอบคลุมครบทุกมิติของการเจ็บป่วยของผู้ป่วย และครอบครัว ได้แก่ มิติทางกาย ทางจิตใจ ทางสังคม และทางจิตวิญญาณ โดยรูปธรรมของแผนการดูแล

รักษาที่ช่วยให้การดูแลรักษาครอบคลุมทุกมิติ²⁰ ได้แก่

1) การที่ทีมบุคลากรสุขภาพโดยเฉพาะแพทย์ที่ดูแลพบปะและพูดคุยกับผู้ป่วยและครอบครัวอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง เพื่อเน้นย้ำถึงแผนการดูแลระดับประคับประคองเพื่อให้ผู้ป่วยปราศจากความทุกข์ทรมานและความเจ็บปวด และหลีกเลี่ยงความรู้สึกเหมือนถูกทอดทิ้งในระยะสุดท้ายของการเจ็บป่วย

2) การส่งเสริมให้เกิดความสัมพันธ์ที่กระชับแน่นระหว่างผู้ป่วยและครอบครัว โดยการผ่อนคลายกฎระเบียบที่เกี่ยวข้องกับการเข้าเยี่ยม

- สนับสนุนให้ครอบครัวและญาติพูดคุยกับผู้ป่วยแม้ผู้ป่วยจะรู้สึกตัว
- เปิดโอกาสให้ครอบครัวและญาติได้มีส่วนร่วมในการปรนนิบัติผู้ป่วยตามความสมัครใจ
- ปรับลดยาที่ทำให้ผู้ป่วยหลับตลอดเวลาในขณะเดียวกันต้องไม่ทำให้ผู้ป่วยเกิดอาการเจ็บปวดขึ้น
- อำนวยความสะดวกให้แก่ครอบครัวและญาติเพื่อให้สามารถใช้เวลาบางช่วงในการทำธุระส่วนตัว โดยที่ยังคงสามารถติดต่อกับทีมสุขภาพได้

3) เคลื่อนย้ายผู้ป่วยไปอยู่ในมุมสงบภายในหอผู้ป่วย หรือไอซียู เพื่อเอื้อให้เกิดความเป็นส่วนตัวแก่ผู้ป่วยและครอบครัว

4) เคารพในสิทธิอันชอบธรรมในการประกอบพิธีกรรมทางศาสนาหรือลัทธิความเชื่อ トラบใดที่การกระทำดังกล่าวไม่ไปรบกวนการดูแลรักษาผู้ป่วยอื่นๆ โดยพยายามอำนวยความสะดวกให้เท่าที่จะพึงกระทำได้

5) จัดหาเจ้าหน้าที่ หรือบุคลากรที่สามารถมาพูดคุยกับผู้ป่วยในกรณีผู้ป่วยซึ่งไม่มีญาติมาเยี่ยม

6) ให้การประคับประคองทางจิตใจโดยยืนยันกับผู้ป่วยหรือครอบครัวว่าการตัดสินใจที่ได้ทำไปนั้นถูกต้อง และทีมสุขภาพมีความเห็นที่ตรงกันในประเด็นดังกล่าว

7) จัดเวลาให้ครอบครัวและญาติได้ใช้เวลาอยู่กับผู้ป่วยหลังเสียชีวิตแล้วตามความเหมาะสม ควรพิจารณาเปิดห้องพิเศษเพื่อให้ครอบครัวและญาติได้พักคอย หรือแสดงความรู้สึกโศกเศร้าเสียใจร่วมกัน (โดยเฉพาะกรณีผู้ป่วยรักษาตัวอยู่ในไอซียู)

8) เปิดโอกาสให้ครอบครัวและญาติได้พบกับทีมสุขภาพโดยเฉพาะแพทย์หลังจากที่ผู้ป่วยเสียชีวิตแล้ว (หากญาติประสงค์ที่จะซักถามข้อมูลประการเพิ่มเติม)

การประเมินและรักษาอาการทุกข์ทรมานของผู้ป่วยระยะสุดท้าย

Symptoms assessment and management

ผู้ป่วยระยะสุดท้ายไม่ว่าจากโรคหรือความผิดปกติใดก็ตามมักมีอาการและอาการแสดงของความทุกข์ทรมาน/ หรือความไม่สุขสบายในช่วงสุดท้าย ซึ่งอาจเกิดจากตัวโรค (disease-related symptoms) หรือจากกระบวนการดูแลรักษา (treatment-related distress) อาการดังกล่าวนี้หากไม่ได้รับการเยียวยาที่ถูกต้องจะส่งผลให้เป้าหมายในการดูแลรักษาผู้ป่วยแบบองค์รวมให้พ้นจากความทุกข์ทรมานเพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตของทั้งผู้ป่วยและครอบครัวไม่สามารถบรรลุได้ ตัวอย่างของอาการและอาการแสดงที่อาจตรวจพบในผู้ป่วยระยะสุดท้าย^{14,15,20} ได้แก่

- อาการหอบเหนื่อย (Breathlessness or dyspnea)
- คลื่นไส้ อาเจียน

- ท้องผูก หรือท้องเสีย
- เบื่ออาหาร/ น้ำหนักตัวลด/ ผอมแห้ง (หนังหุ้มกระดูก)
- บวมทั้งตัว
- แผลกดทับ (skin ulcer)
- นอนไม่หลับ (Insomnia)

การประเมินเพื่อหาสาเหตุของการเกิดอาการต่างๆ ในผู้ป่วยระยะสุดท้ายก็เช่นเดียวกับการดูแลรักษาผู้ป่วยทั่วไป กล่าวคือ สามารถทำได้โดยการซักประวัติ ตรวจร่างกาย การตรวจทางห้องปฏิบัติการ และการตรวจทางรังสีวิทยา โดยเมื่อทราบสาเหตุที่ทำให้เกิดอาการต่างๆ แล้ว การรักษาก็จะประกอบด้วยการรักษาซึ่งมุ่งบรรเทาอาการและการรักษาภาวะโรคพื้นฐานที่เป็นสาเหตุ อย่างไรก็ตามในกรณีที่เป็นเป้าหมายของการรักษา คือ การให้ผู้ป่วยพ้นจากความทุกข์ทรมานอันเนื่องมาจากโรคหรือการเจ็บป่วย(ซึ่งรวมถึงเรื่องคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยด้วย) แผนการรักษาจะจำกัดอยู่เพียงการรักษาเพื่อควบคุมอาการไม่สุขสบายเป็นหลัก ซึ่งหลักการ คือ หากอาการดังกล่าวเป็นอยู่ตลอดเวลา การรักษาก็จำเป็นต้องให้อย่างต่อเนื่อง (continuous) หรือตามวงรอบเวลาที่คงที่ (around-the-clock)

สำหรับประเด็นเรื่องผลข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้นจากการรักษาอาการไม่สุขสบายของผู้ป่วยระยะสุดท้าย ที่เรียกว่า Unintended consequences โดยเฉพาะการใช้ยาในกลุ่ม narcotic analgesics เพื่อรักษาอาการเจ็บปวดจากสาเหตุต่างๆ ในผู้ป่วยระยะสุดท้าย ซึ่งอาจมีผลข้างเคียงที่ทำให้เกิดอาการหายใจช้า หรือหยุดหายใจได้นั้น ข้อพิจารณาที่สำคัญว่าการกระทำดังกล่าวขัดแย้งกับหลักจริยศาสตร์ (unethical) หรือไม่ มีดังต่อไปนี้

- ถ้าการรักษาดังกล่าวหวังผลที่จะช่วยให้ผู้ป่วยสุขสบาย (เช่น หลุดพ้นจากความเจ็บปวด) แต่มีโอกาสที่จะเกิดผลข้างเคียงซึ่งเป็นเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ได้ ให้ถือว่าการรักษานั้นสอดคล้องกับหลักจริยศาสตร์ (ethical)
- ถ้าการรักษาดังกล่าวไม่ได้ก่อให้เกิดผลดีโดยตรงต่อผู้ป่วยและมีโอกาสที่จะไปทำให้เกิดอันตรายขึ้นกับผู้ป่วย กล่าวคือ ผลของการรักษานั้นมีแต่ผลลบ ให้ถือว่าการรักษานั้นขัดแย้งกับหลักจริยศาสตร์ (unethical) และเข้าข่าย Physician-assisted suicide นั้นเอง

การประสานงานเพื่อการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่อง

Coordination and continuity of care

ปัญหาสำคัญในการกระบวนการดูแลรักษาผู้ป่วยที่เจ็บป่วยด้วยโรคที่เรื้อรังหรือโรคและความผิดปกติซึ่งไม่สามารถเยียวยาให้หายขาดจากโรคได้ ได้แก่ ปัญหาในเรื่องการประสานงานระหว่างทีมแพทย์ที่ดูแลรักษาซึ่งมีหลายสาขา (หลายคน) และคลินิกตรวจรักษาก็อยู่คนละที่ ซึ่งเป็นปัญหาที่เรียกว่า **coordination of care** กับปัญหาในเรื่องความต่อเนื่องในการดูแลรักษาเนื่องจากแพทย์ที่ดูแลแต่ละครั้งที่ไม่ซ้ำกันและขาดการนำข้อมูลการเจ็บป่วยแต่ละครั้งมาเชื่อมโยงกัน ซึ่งเป็นปัญหาที่เรียกว่า **continuity of care** ดังนั้นการดูแลผู้ป่วย ระยะสุดท้ายเพื่อให้บรรลุเป้าหมายที่ได้กำหนดไว้แล้วข้างต้น จึงมีความจำเป็นที่จะต้องหาแนวทางที่จะช่วยให้ประเด็นปัญหาทั้งสองเกิดขึ้นน้อยที่สุด ซึ่งแนวทางที่มีการเสนอไว้²¹ ได้แก่

- การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยก่อนกลับบ้าน หรือ Discharge planning เพื่อให้มั่นใจว่าผู้ป่วยมีความพร้อมทั้งทางด้านการศึกษาพยาบาล (ที่บ้าน) และได้รับการนัดหมายในเรื่องการติดตามดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง

เป็นที่เรียบร้อยแล้ว

- การดูแลผู้ป่วยรายกรณี หรือ case management program ซึ่งจะมีทีมงานที่คอยประสานการดูแลทั้งทางด้านสังคมและการรักษาพยาบาลแก่ผู้ป่วยและครอบครัว
- การดูแลผู้ป่วยรายโรค หรือ disease management
- การให้ความรู้ด้านการดูแลสุขภาพแก่ตนเองและครอบครัว โดยทีมสุขภาพ
- ระบบข้อมูลสารสนเทศที่สามารถเชื่อมโยงข้อมูลของผู้ป่วยไปยังจุดบริการต่างๆ เพื่อให้ทีมสุขภาพสามารถเข้าถึงข้อมูลสำคัญของผู้ป่วยและให้การดูแลรักษาผู้ป่วยได้อย่างต่อเนื่อง

การกำหนดวิธีปฏิบัติเกี่ยวกับแผนการรักษาพยาบาลเมื่อตนเองอยู่ในภาวะที่ตัดสินใจไม่ได้แล้วในอนาคต **Advanced care planning**

ในต่างประเทศโดยเฉพาะประเทศสหรัฐอเมริกาเป็นที่ยอมรับการโดยทั่วไปว่าหลักจริยศาสตร์ที่ได้รับการกล่าวถึงมากที่สุด คือ Patient autonomy หรือหลักการของเสรีภาพส่วนบุคคลซึ่งให้ความสำคัญกับการเคารพในเสรีภาพและศักดิ์ศรีของผู้ป่วย โดยเสรีภาพในที่นี้หมายถึงเสรีภาพในการตัดสินใจ และเสรีภาพในการกระทำตามความประสงค์หรือความตั้งใจของผู้ป่วย (self-determination) ในปัจจุบันธรรมเนียมปฏิบัติหนึ่งซึ่งแตกต่างจากประเทศทางตะวันออก คือ คนอเมริกันแต่ละคนจะได้รับการส่งเสริมให้มีการกำหนดวิธีปฏิบัติเกี่ยวกับแผนการรักษาพยาบาลเมื่อตนเองอยู่ในภาวะที่ตัดสินใจไม่ได้แล้วในอนาคตกับแพทย์ที่ดูแลรักษา หรือแพทย์ที่ตนเองไว้วางใจ ที่เรียกว่า **advanced care planning** ทั้งนี้ไม่จำเป็นต้องรอให้เจ็บป่วยหนักเสียก่อน

สิทธิของผู้ป่วยที่กล่าวถึงนี้ตรงกับคำประกาศสิทธิผู้ป่วยของประเทศไทยในข้อ 3. ที่กล่าวว่า “ผู้ป่วยที่ขอรับบริการด้านสุขภาพสิทธิที่จะได้รับทราบข้อมูลอย่างเพียงพอ และเข้าใจชัดเจน จากผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถเลือกตัดสินใจในการยินยอมหรือไม่ยินยอมให้ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพปฏิบัติต่อตน เว้นแต่เป็นการช่วยเหลือรีบด่วนหรือ จำเป็น” สิทธิผู้ป่วยดังกล่าวนี้ ครอบคลุมถึงสิทธิที่ผู้ป่วยจะตัดสินใจเองที่จะหยุดการรักษาเพื่อยืดชีวิต อย่างไรก็ตามจะเห็นได้ว่าผู้ที่มีสิทธิที่จะขอให้หยุด life prolonging treatment นั้นรวมถึงผู้ที่มี irreversible coma และ vegetative state ซึ่งไม่มี competence พอที่จะตัดสินใจโดยตัวเอง ดังนั้นจึงมีการกำหนด “advance directives” หรือ “หนังสือแสดงเจตจำนงเรื่องวิธีปฏิบัติเกี่ยวกับแผนการรักษาพยาบาลเมื่อตนเองอยู่ในภาวะที่ตัดสินใจไม่ได้แล้วในอนาคต” ขึ้นมา ซึ่งเป็นถ้อยแถลงของผู้ป่วยสั้นๆ ทำในขณะที่ผู้ป่วยยังรู้สึกตัวดีเกี่ยวกับความต้องการของตนเองที่จะได้รับ medical treatment หรือไม่ต้องการได้รับ medical treatment ะไรบ้างเมื่อตนเองอยู่ในภาวะที่ตัดสินใจไม่ได้แล้วในอนาคต โดย advance directives นี้อาจอยู่ในรูปแบบต่างๆ ได้แก่

1) Living will

หนังสือแสดงเจตจำนงล่วงหน้าในการปฏิเสธการรักษาในวาระสุดท้ายของชีวิต เป็นการให้ผู้ป่วยได้เขียนแสดงความต้องการว่าเขาเลือกที่รับหรือปฏิเสธการรักษา การผ่าตัดหรือหัตถการต่างๆ เช่น cardio-pulmonary resuscitation, artificial respiration, parental nutrition และ hydration โดยสามารถให้ pain medication แม้ว่ามันจะทำให้ชีวิตสั้นลงก็ตาม ในอเมริกา living will นี้มีผลใช้ได้ตามกฎหมาย

2) Durable power of attorney (DPA) for health care

เป็นการให้ผู้ป่วยระบุบุคคล (Health care proxy or surrogate decision maker) ที่ให้ช่วยตัดสินใจเกี่ยวกับด้านการรักษาเมื่อผู้ป่วยอยู่ในภาวะที่ไม่สามารถตัดสินใจได้บนพื้นฐานของการเลือกสิ่งที่คิดว่าดีที่สุดต่อผู้ป่วย (Patient's best interest)

3) Conversations

บทสนทนาที่ผู้ป่วยพูดคุยกับญาติพี่น้อง เพื่อน แพทย์ที่ดูแลเกี่ยวกับแผนการรักษาที่ผู้ป่วยต้องการเมื่อตนเองอยู่ในภาวะที่ตัดสินใจไม่ได้แล้วในอนาคต เป็นรูปแบบของ advance directives ที่ใช้กันบ่อยที่สุด อย่างไรก็ตาม

4) Written directives

เป็นการระบุเจตจำนง หรือ value ของตัวผู้ป่วยเอง โดยอาจไม่ได้กล่าวถึงแผนการรักษาจำเพาะที่ผู้ป่วยต้องการหรือมีความประสงค์ให้กระทำต่อตนเอง

ในประเทศสหรัฐอเมริกา มีกฎหมายที่เรียกว่า The Patient Self-determination Act ซึ่งออกโดยรัฐสภาในปี ค.ศ. 1991 กำหนดให้โรงพยาบาล และสถานพยาบาลต่างๆ ซึ่งดูแลผู้ป่วยกลุ่ม Medicaid และ Medicare ออกนโยบายและแนวทางปฏิบัติสำหรับการสอบถามผู้ป่วย (adult patients) ว่ามีการเตรียมการเรื่อง การแสดงเจตจำนงเรื่องวิธีปฏิบัติเกี่ยวกับแผนการรักษาพยาบาลเมื่อตนเองอยู่ในภาวะที่ตัดสินใจไม่ได้แล้วในอนาคต (advance directives) แล้ว หรือไม่ โดยโรงพยาบาลเหล่านี้ถูกกฎหมายกำหนดให้ทำหน้าที่คอยให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยในการจัดทำเจตจำนงดังกล่าวให้สมบูรณ์ โดยเฉพาะประเด็นความประสงค์หรือไม่ประสงค์ให้ทำ CPR และการรักษาเพื่อยืดชีวิต และให้เก็บ record นี้ไว้ ถ้าไม่มีการทำ หรือมีแต่ระบุไว้ไม่ชัดเจน ให้ใช้ common sense และให้ญาติที่ใกล้ชิดที่สุดเป็นผู้ตัดสินใจแทนผู้ป่วย หนังสือแสดงเจตจำนงเรื่องวิธีปฏิบัติเกี่ยวกับแผนการรักษาพยาบาลนี้ผู้ป่วยสามารถที่จะระบุความต้องการของผู้ป่วยเกี่ยวกับการรักษาอย่างละเอียดในแต่ละกรณี เช่น กรณีที่เจ็บป่วยหนัก, ได้รับบาดเจ็บรุนแรง, เมื่อเข้าสู่ระยะสุดท้ายของโรค หรือไม่รู้สึกร่างกายถาวร หรืออาจจะระบุให้ทีมสุขภาพที่เกี่ยวข้องทำการรักษาทุกวิถีทางเมื่ออยู่ในสถานการณ์ดังกล่าวก็ได้ ทีมสุขภาพมีหน้าที่ในการคุ้มครองสิทธิผู้ป่วย ดังนั้นการดูแลรักษาของทีมสุขภาพจึงควรสอดคล้องกับเจตจำนงที่ผู้ป่วยได้แสดงไว้ก่อนล่วงหน้า อย่างไรก็ตามทีมสุขภาพจำเป็นต้องมีการให้ข้อมูลและปรึกษาร่วมกับครอบครัว ทั้งนี้เพื่อยืนยันว่าความต้องการดังกล่าวเป็นความประสงค์ของผู้ป่วยและครอบครัวเพื่อให้ได้ consensus ในเรื่องดังกล่าวด้วย ในกรณีที่มีข้อขัดแย้งระหว่างความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว อาจจำเป็นต้องใช้เงื่อนไขของเวลาในการต่อรองและประนีประนอมท่าทีของครอบครัวซ้ำในเรื่องดังกล่าว

เอกสารอ้างอิง

1. 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;97:949-58.
2. 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;18:1435-9.
3. 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;97:949-58.
4. American Thoracic Society Bioethics Task Force. Withholding and withdrawal of life-sustaining therapy. *Am Rev Respir Dis.* 1991; 144:726-31.
5. Councils on ethical and judicial affairs of the American Medical Association. Decisions near the end of life. *JAMA* 1991;267:2229-33.
6. Councils on ethical and judicial affairs, American Medical Association. Guidelines for the appropriate use of do-not-resuscitate orders. *JAMA* 1991;265:1868-71.
7. Councils on ethical and judicial affairs, American Medical Association. Withholding and withdrawal of life prolonging treatment. Chicago, American Medical Association, 1992.
8. The Society of Critical Care Medicine Ethics Committee. Attitudes of critical care professionals concerning forgoing life-sustaining treatments. *Crit Care Med* 1992;20:320-6.
9. 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;25:887-91.
10. Brody H, Campbell ML, Faber-Langendoen K, Ogle KS. Withdrawing intensive life-sustaining treatment - recommendations for compassionate clinical management. *N Engl J Med* 1997;336:652-7.
11. 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;25:887-91.
12. Truog RD, Cist AF, Brackett SE, et al. Recommendation for end-of-life care in the intensive care unit. The Ethics Committee of the Society of Critical Care Medicine. *Crit Care Med* 2001;29:2332-48.
13. 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.
14. Brody H, Campbell ML, Faber-Langendoen K, Ogle KS. Withdrawing intensive life-sustaining treatment-recommendations for compassionate clinical management. *N Engl J Med.*1997; 336:652-7.
15. Himmelstein BP, Hilden JM, Boldt AM, Weissman D. Pediatric palliative care. *N Engl J Med* 2004;350:1752-62.
16. 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.
17. Luce JM, Raffin TA. Withholding and withdrawal life support from critically ill patients. *Chest* 1988;94:621-6.
18. Luce JM. Withholding and withdrawing life support from the critically ill: how does it work in clinical practice? *Respir Care* 1991;109:417-26.
19. Cook D, Rocker G, Marshall J, et al. Withdrawal of mechanical ventilation in anticipation of death in the intensive care unit. *N Engl J Med* 2003;349:1123-32.
20. Clarke EB, Curtis JR, Luce JM, Levy M, et al. Quality indicators for end-of-life care in the intensive care unit. *Crit Care Med* 2003; 31:2255-62.
21. Providing, Organizing, and Improving Care. In: Field MJ, Behrman RE, eds. When children die: improving palliative and end-of-life care for children and their families. Committee on Palliative and End-of-Life Care for Children and Their Families. Washington, DC: The National Academies Press; 2003:180-233.