

## Palliative Care Consult

# Ethics in the Intensive Care Unit (part 1/2)

อ. พญ. ฉันทนา หมอกเจริญพงศ์  
 สถาบันมะเร็งแห่งชาติ กรมการแพทย์

ไอซียู คือ สถานที่ที่ผู้ป่วยมักจะเสียชีวิตมากที่สุด ดังนั้น ในสถานการณ์ หรือสภาพในไอซียูย่อมทำให้เกิดความขัดแย้งระหว่างผู้ป่วย ญาติ และบุคลากรทางการแพทย์ได้ง่าย ดังนั้น ทีมแพทย์ไอซียูจึงควรมีความชำนาญในการตัดสินใจด้านจริยธรรม และความขัดแย้งที่เกิดขึ้นส่วนใหญ่ คือ เรื่องพฤติกรรม เช่น การใช้คำพูดที่สบประมาท หรือการสื่อสารที่ไม่ดีระหว่างแพทย์ และพยาบาล การดูแลในระยะท้ายที่ขาดความเคารพในตัวตนของผู้ป่วย (patient autonomy) ความขัดแย้งด้านจริยธรรมโดยส่วนใหญ่จะสัมพันธ์กับความกดดันจากงาน และ Burnt-out syndrome ของบุคลากรทางการแพทย์ และอาจจะส่งผลร้ายต่อคุณภาพของการดูแลรักษา การที่จะพัฒนาคุณภาพของการดูแลรักษา นั้นต้องมีการจัดการที่ดีในด้านจริยธรรมอย่างเหมาะสม เพราะเป็นสิ่งที่สำคัญ และสร้างความเข้าใจในสิ่งเหล่านี้หมอไอซียูจำเป็นต้องมีความไวต่อความขัดแย้งด้านพฤติกรรม และสามารถที่จะร่วมตัดสินใจในการดูแลวาระท้ายของชีวิต ในขณะเดียวกันองค์กร และการบริหารจัดการก็ควรที่จะพัฒนากระบวนการต่าง ๆ เพื่อที่จะค้นหา และแก้ไขความขัดแย้งด้านจริยธรรมด้วย

## บทนำ

แพทย์ส่วนมากมักจะมีประสบการณ์ที่เกี่ยวข้องกับปัญหาที่ยุ่งยากซับซ้อนเรื่องจริยธรรม โดยเฉพาะความขัดแย้งในไอซียูที่มักจะทำให้เกิดปัญหาได้บ่อยเช่นกัน

## ผลกระทบของความขัดแย้งด้านจริยธรรมในไอซียู

ในปัจจุบันนี้ สิ่งแวดล้อมและสถานการณ์ด้านสุขภาพมีความซับซ้อนมากขึ้น ด้วยความซับซ้อนของเทคโนโลยีด้านสุขภาพที่เพิ่มมากขึ้น เป็นตัวผลักดันการดูแลรักษาทางการแพทย์สมัยใหม่ คุณค่าที่แตกต่างกัน สิทธิของผู้ป่วย และทางเลือกของแต่ละบุคคล ปัจจัยที่กล่าวมาอาจนำไปสู่การตัดสินใจที่ไม่เหมาะสม ทั้ง ๆ ที่เทคโนโลยีต่าง ๆ ในไอซียูเจริญก้าวหน้ามากขึ้น แต่อัตราการเสียชีวิตในไอซียูก็ยังคงสูงอยู่ และความขัดแย้งด้านจริยธรรมของผู้มีส่วนร่วมก็ยังคงเกิดขึ้นบ่อย ๆ สิ่งเหล่านี้ อาจจะส่งผลกระทบทางด้านลบต่อบุคลากรทางการแพทย์ และครอบครัว และทำให้คุณภาพของไอซียูลดลงด้วย

มีการศึกษาก่อนหน้านี้ พบว่า ร้อยละ 70 ของบุคลากรในไอซียูมีความขัดแย้ง บ่อยครั้งที่ความขัดแย้ง



เกิดขึ้นในระดับรุนแรง และมีผลกระทบอย่างมีนัยสำคัญต่อการทำงาน วิชาชีพพยาบาลได้รับความกดดันมากกว่าวิชาชีพแพทย์ นอกจากนี้ในการสำรวจกลุ่มพยาบาลพบว่า ร้อยละ 45 ของพยาบาลอยากจะออกจากงานเนื่องจากมีความไม่สบายใจด้านศีลธรรม / คุณธรรม ไอซียูเป็นสถานที่ที่ครอบครัวของผู้ป่วยได้รับความทุกข์ใจ มากกว่า 2 ใน 3 ของครอบครัวผู้ป่วยที่มาเยี่ยมผู้ป่วยที่ไอซียูมีความวิตกกังวล หรือซึมเศร้า การศึกษาในประเทศฝรั่งเศสในปี ค.ศ. 2005 พบว่า ร้อยละ 75.5 ของครอบครัว และร้อยละ 82.7 ของคู่สามีภรรยา มีความวิตกกังวล และซึมเศร้าเช่นกัน

## แหล่งกำเนิดความขัดแย้งด้านจริยธรรม

อุบัติการณ์ของการเกิดความขัดแย้งด้านจริยธรรมที่ไอซียูสูงกว่าหอผู้ป่วยทั่วไป มีข้อมูลการศึกษาระยะเวลา 3 ปีของโรงพยาบาลในเมืองที่เป็นโรงเรียนแพทย์ พบว่า 181,558 ครั้งของการนอนโรงพยาบาล คณะกรรมการด้านจริยธรรมได้รับคำปรึกษาด้านจริยธรรมคิดเป็นร้อยละ 0.16 ของการรับคำปรึกษา พบว่า อุบัติการณ์ของหอผู้ป่วยไอซียูอุบัติเหตุนองที่รุนแรงที่สุด รองลงมา คือ หอผู้ป่วยไอซียูอายุรกรรม ในอีกการศึกษาระยะเวลา 1 ปี พบว่า 4,968 ครั้งของการนอนในหอผู้ป่วยไอซียูของโรงพยาบาล Columbia University Medical Center มีจำนวน 168 ครั้งที่เป็นการศึกษาจริยธรรม คิดเป็นร้อยละ 3.3 และในการศึกษาอื่น ๆ อีก ร้อยละ 2.1 และ 0.5

ในการศึกษาของ Swetz และคณะ ในปี ค.ศ. 2009 ที่ Mayo Clinic in Rochester, Minnesota ในระยะเวลา 10 ปี แสดงให้เห็นว่า โรค / ระบบที่ส่งปรึกษาคณะกรรมการด้านจริยธรรม คือ Malignancy (18%),

ระบบประสาท (18%), ระบบหัวใจและหลอดเลือด (17%), multi-organ failure (11%), โรคระบบหายใจ (9%), ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Romano และคณะ ในปี ค.ศ. 2009 เช่นกัน (neurologic disease, pulmonary disease, renal disease, gastrointestinal disease, malignancy, multi-organ system failure, psychiatric disease, developmental or genetic disease, and miscellaneous.)

มีการศึกษาแบบ Cross-sectional ระยะเวลา 1 วันใน 397 ไอซียูใน 29 ประเทศ พบว่า มีรายงานความขัดแย้ง 5,268 รายงาน คิดเป็นร้อยละ 71.6 และเป็นความขัดแย้งระหว่างพยาบาลกับแพทย์พบบ่อยที่สุด คิดเป็นร้อยละ 32.6 สาเหตุส่วนใหญ่ของความขัดแย้งในไอซียู เป็นเรื่องของพฤติกรรม และเรื่องของวาระท้ายของชีวิตผู้ป่วย (End of Life)

ความขัดแย้งที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมของบุคลากรส่วนใหญ่เกี่ยวกับความเกลียดชังส่วนตัว ความไม่ไว้วางใจ ช่องว่างของการสื่อสาร

ส่วนความขัดแย้งในวาระท้ายของชีวิตผู้ป่วยมักเกิดการขาดการสนับสนุนดูแลด้านจิตใจ การขาดการพบปะพูดคุยกับทีมแพทย์ และปัญหาของกระบวนการในการตัดสินใจในช่วงวาระท้ายของชีวิต

โดยเฉพาะอย่างยิ่งการใช้คำพูดที่สับสนประมาทเป็นพฤติกรรมของความขัดแย้ง แพทย์กับพยาบาลที่ขัดแย้งกันเองก็เป็นสาเหตุที่พบได้บ่อย และส่งผลกระทบต่อความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วยด้วย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Sofield และ Salmond ในเรื่องของเกิดความผิดพลาดต่อผู้ป่วยถึงร้อยละ 51 ที่เป็นผลมาจากการสับสนประมาท การขัดแย้งของบุคลากร ส่วนสาเหตุของความขัดแย้งรวมถึงการไม่เคารพซึ่งกันและกัน การ

Table1. The Joint Commission Recommendations for managing disruptive behavior

| No. | Joint Commission Recommendations                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|-----|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1.  | Educate all team members on appropriate behavior defined by the organizations code of conduct                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| 2.  | Enforce the code of conduct consistently and equitably among all staff                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| 3.  | Develop and implement policies that address <ul style="list-style-type: none"> <li>- “Zero tolerance” for disruptive behavior</li> <li>- Complementary policies for physicians and non-physicians</li> <li>- Non-retaliation clauses</li> <li>- Response to patients and/or families who experience or witness disruptive behavior</li> <li>- Disciplinary actions</li> </ul> |
| 4.  | Develop a process for addressing disruptive behavior with input from medicine, nursing administration, and other employees                                                                                                                                                                                                                                                    |
| 5.  | Provide training in conflict resolution                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| 6.  | Access staff perceptions of disruptive behavior and threat to patient safety                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| 7.  | Develop a reporting/surveillance system for identifying disruptive behavior                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| 8.  | Support surveillance with tiered strategies- move forward discipline if pattern persists                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| 9.  | Conduct interventions with a commitment to well-being of all staff                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| 10. | Encourage interprofessional dialogues                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| 11. | Document all attempts to address behavior                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |

ติดต่อแพทย์ทางโทรศัพท์ไม่ได้ และในอีกหลายการศึกษาอุบัติการณ์ของความขัดแย้งอยู่ระหว่างร้อยละ 17 - 41.9 เป็นผลของการขัดแย้งกันเองของบุคลากรทางการแพทย์ มีคำแนะนำ 11 ข้อของ The Joint Commission ที่จะช่วยให้องค์กรนำไปสู่การปฏิบัติที่ได้มาตรฐาน

## Burnout Syndrome and Moral Distress of Health Care Professionals

ผู้ดูแลผู้ป่วยในไอซียูทำงานด้วยสภาพแวดล้อมที่มีความเครียด ความกดดันมากทำให้เกิดภาวะ Burnout syndrome ได้ นอกจากนี้ยังมีการไม่ถูกศีลธรรม

หรือคุณธรรมที่เป็นสาเหตุของความขัดแย้งด้วย มากกว่าร้อยละ 45 ของภาวะ Burnout syndrome ที่ส่งผลกระทบต่อแพทย์และพยาบาล

ภาวะ Burnout คือ ภาวะทางจิตใจที่ตอบสนองต่อความกดดันทางด้านอารมณ์ และความกดดันระหว่างบุคคลที่มาจากงาน สามารถนำไปสู่ความไม่คงที่ของอารมณ์ และการตกลงร่วมกันเป็นไปด้วยความยากลำบาก ความรู้สึกว่าล้มเหลว และอาการที่รีบเร่งจะออกจากที่ทำงาน ในบุคลากรทางการแพทย์บางคนอาจจะมีอาการนอนไม่หลับ กระสับกระส่าย และอาการซึมเศร้าที่อาจจะส่งผลกระทบต่อคุณภาพของการดูแลรักษาผู้ป่วย ถ้าเกิดในแพทย์อาจจะแสดงออกด้วย



การดูแลเอาใจใส่ผู้ป่วยที่ลดน้อยลง และอาจจะมีจำนวนของข้อผิดพลาดทางการแพทย์ (medical errors) ที่มากขึ้น

การสำรวจภาวะ Burnout syndrome ของ the Maslach ในพยาบาลที่ทำงานในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย Korean พบว่า มีนัยสำคัญของอาการอ่อนเพลีย (ทางด้านอารมณ์) และภาวะ Burnout ในระดับที่สูง

ในประเทศแคนาดามีการสำรวจในแพทย์ประจำบ้านอายุรกรรม พบว่า ในภาวะ Burnout ให้โอกาสที่จะได้เรียนรู้จากผู้ป่วยที่ใกล้เสียชีวิต แต่บ่อยครั้งขาดการดูแลแนะนำจากอาจารย์แพทย์ และอาจจะมีผลต่อสภาวะอารมณ์ โดยที่ส่วนใหญ่ยอมรับว่ามีประสบการณ์ที่ได้เรียนรู้ถึงการดูแลในวาระท้ายของชีวิตที่มีคุณค่ามีความหมายต่อแพทย์ ถึงแม้ร้อยละ 48.1 จะรู้สึกผิด

ร้อยละ 40.6 รู้สึกว่าล้มเหลว หลังจากที่มีผู้ป่วยเสียชีวิตไปแล้ว มีการศึกษา 1 แห่ง พบว่า ร้อยละ 69.1 ของแพทย์ประจำบ้านที่เผชิญกับภาวะวิกฤตทางด้านจริยธรรมที่รุนแรงเป็นระยะเวลาอย่างน้อย 1 ปี แต่แพทย์ประจำบ้านส่วนใหญ่บอกว่าสามารถที่จะแก้ปัญหาได้ด้วยตนเอง หรือผ่านการพูดคุยปรึกษากับเพื่อนโดยไม่ได้มีคำแนะนำจากอาจารย์แพทย์

อัตราของแพทย์ที่ฆ่าตัวตายอยู่ในระดับสูง โดยร้อยละ 40 เป็นนายแพทย์ซึ่งสูงกว่าผู้ชายโดยทั่วไป ในขณะที่อัตราการทำตัวตายของแพทย์หญิงสูงถึงร้อยละ 13 ซึ่งสูงกว่าเพศหญิงโดยทั่วไป เนื่องจากอาชีพของบุคลากรทางการแพทย์บ่อยครั้งที่ต้องพบเจอกับภาวะกดดันทางด้านอารมณ์ และความอ่อนล้า (exhaustion)

#### เอกสารอ้างอิง

1. Jae Young M, Ju-Ock K. REVIEW : Ethics in the Intensive Care Unit. *Tuber Respir Dis* 2015; 78: 175-179.
2. Aulisio MP, Arnold RM, Youngner SJ. Ethics consultation from theory to practice. Baltimore: The Johns Hopkins University Press; 2003.
3. Angus DC, Barnato AE, Linde-Zwirble WT; Weissfeld LA, Watson RS, Ricker T, et al. Use of intensive care at the end of life in the United States: and epidemiologic study. *Crit Care Med* 2004; 32: 638-43.
4. Azoulay E, Timist JF; Sprung CL, Soares M, Rusinova K, Lafabrie A, et al. Prevalence and factors of intensive care unit conflicts; the conflicus study. *Am J Respir Crit Care Med* 2009; 180: 853-60.
5. Hamric AB, Blackhall LJ. Nurse-physician perspectives on the care of dying patients in intensive care units: collaboration, moral distress, and ethic climate. *Crit Care Med* 2007; 35: 422-9.
6. Pochard F, Darmon M, Fossier T, Bolleart PE, Cheval C, Coloigner M, et al. Symptoms of anxiety and depression in family members of intensive care unit patients before discharge or death. A prospective multicenter study. *J Crit Care* 2005; 20: 90-6.
7. Romano ME, Wahlander SB, Lang BH, Li G, Prager KM. Mandatory ethics consultation policy. *Mayo Clin Proc* 2009; 84: 581-5.
8. Park DW, Moon JY, Ku EY, Kim SJ, Koo YM, Kim OJ, et al. Ethical issues recognized by critical care nurses in the intensive care units of a tertiary hospital during two separate periods. *J Korean Med Sci* 2005; 30: 495-501.
9. Swetz KM, Crowley ME, Hook C, Mueller PS. Report of 255 clinical ethics consultations and review of the literature *Mayo Clin Proc* 2007; 82: 686-91.
10. Tapper EB, Vercler CJ, Cruze D, Sexson W, Ethics consultation at a large urban public teaching hospital. *Mayo Clin Proc* 2010; 85: 433-8.
11. Saxton R, Hines T, Enriquez M. The negative impact of nurse-physician disruptive behavior on patient safety: a review of the literature. *J Patient Saf* 2009; 5: 180-3.
12. Kang JH, Kim CW. Evaluating applicability of Maslach burnout Inventory among university hospitals nurses. *Korean J Adult Nurs* 2012; 24: 31-7.
13. Poghosyan L, Aiken LH, Sloane DM. Factor structure of the Maslach burnout inventory: and analysis of data from large scale cross-sectional surveys of nurses from eight countries. *Int J Nurs Stud* 2009; 46: 894-902.
14. Yun YH, Kwon YC, Lee WJ, Jung KH, Do YR, et al. Experiences and attitudes of patients with terminal cancer and their family caregivers toward the disclosure of terminal illness. *J Clin Oncol* 2010; 28: 1950-7.
15. Yun YH, Kwak M, Park SM, Kim S, Choi JS, Lim Hy, et al. Chemotherapy use and associated factors among cancer patients near the end of life. *Oncology* 2007; 164-71.
16. Yun YH, Lee MK, Kim Sy, Lee WJ, Jung KH, Do YR, et al. Impact of awareness of terminal illness and use of palliative care or intensive care unit on the survival of terminally ill patients with cancer: prospective cohort study. *J Clin Oncol* 2011; 29: 248-80.
17. Lee JK, Keam B, An AR, Kim TM, Lee SH, Kim DW, et al. Surrogate decision-making in Korean Patients with advanced cancer: a longitudinal study. *Support Care Cancer* 2013; 21: 183-90.
18. Piers RD, Azoulay C, Ricou B, Dekeyser Ganz F, Decruyenaerd J, Max A, et al. Perceptions of appropriateness of care among European and Israeli intensive care unit nurses and physicians *JAMA* 2011; 306: 269-703.
19. Hwang KE, Seol CH, Hwang YR, Jo HG, Pard SH, Yoon KH, et al. The prognosis of patients with lung cancer admitted to the medical intensive care unit, *Asia Pac J Clin Oncol* 2013 Dec 2 [Epub]. <http://dx.doi.org/10.111/ajoc.12157>.