



Palliative Care Consult

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

อ. พญ. ฉันทนา หมอกเจริญพงศ์
สถาบันมะเร็งแห่งชาติ กรมการแพทย์

(ต่อจากฉบับที่แล้ว)

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

ชนิดของปัญหาทางด้านจริยธรรมและการให้ความรู้ทางด้านจริยธรรม

เมื่อได้ตรวจสอบพฤติกรรมของบุคลากรทางการแพทย์แล้ว จะเห็นว่าสามารถแบ่งชนิดของพฤติกรรมทางด้านศีลธรรม / คุณธรรม ดังตารางที่ 2

Table 2. Various types of moral behavior of health professionals

No.	Type
1	Problems caused by knowledge deficits
2	Problems caused by authority
3	Problems arising from “groupie” moral standards
4	Problems caused by moral insensitivity
5	Problems caused by amoral behavior
6	Problems caused by differences of opinion
7	Problems caused by oppositional views

การขาดความรู้ หรือการฝึกฝนด้านจริยธรรมทางการแพทย์ เป็นสาเหตุที่พบบ่อยในไอซียู และมักจะเกิดในบุคลากรทางการแพทย์ที่ไม่เคยเจอกับปัญหา

ทางด้านจริยธรรม / หรือทางศีลธรรม ตัวอย่างเช่น การเขียนคำสั่งการรักษา Do Not Resuscitate (DNR) ในผู้ป่วยที่เป็นโรคเรื้อรัง ปัญหาเกิดจากการขาดความรู้ ทำให้การพิจารณาปัญหาด้านศีลธรรม และจะอย่างไรในการดูแลผู้ป่วยเหล่านี้ให้ได้มาตรฐาน

คุณค่าของแพทย์ และผู้ป่วยบ่อยครั้งที่มีความแตกต่างกัน และอาจทำให้การตัดสินใจทางการแพทย์ยุ่งยากซับซ้อน เพราะต้องใช้หลักการจริยธรรมทางการแพทย์มาเพื่อแก้ปัญหา ในการตัดสินใจทางจริยธรรมสามารถฝึกฝนได้ในตอนที่ดูแลผู้ป่วย โดยคำนึงถึงสิ่งที่ดีที่สุดสำหรับผู้ป่วย และคุณค่าของบุคลากรทางการแพทย์ที่สอดคล้องกับพื้นฐานของคุณค่าทางสังคมร่วมด้วย

Ethical Issues of End of Life in the ICU

ในการดูแลระยะท้ายของชีวิต มักจะมีปัญหาความขัดแย้งด้านจริยธรรมเกิดขึ้นเสมอ ถึงความไม่เหมาะสมของการดูแล การขาดการสนับสนุนช่วยเหลือทางด้านจิตใจ รวมถึงปัญหาของกระบวนการตัดสินใจ ในประเทศเกาหลี ผู้ป่วยส่วนมากที่เป็นมะเร็งระยะท้ายมักจะเสียชีวิตที่โรงพยาบาล อย่างไรก็ตาม คุณภาพของการดูแลในวาระท้ายในไอซียู ไม่แน่ใจในการคำนึงถึง patient autonomy และศักดิ์ศรีของผู้ป่วยในวาระท้ายของชีวิต

หนึ่งในสิ่งที่สำคัญของการดูแลระยะท้าย คือ บุคลากรทางการแพทย์จะต้องสื่อสารกับผู้ป่วยถึงการพยากรณ์โรค การพยากรณ์โรคที่แม่นยำจะช่วยผู้ป่วยและแพทย์ ที่จะตัดสินใจทางการแพทย์ และเลือกทางเลือกของการดูแลรักษาด้วย

ในการศึกษาในประเทศเกาหลีของ Yum และคณะในปี ค.ศ. 2010 พบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับทราบในการ

พยากรณ์โรคจากแพทย์จะมีผลลัพธ์ที่ดีกว่า เช่น emotional distress ในอัตราที่ต่ำกว่า และคุณภาพชีวิตที่ดีกว่า แต่อัตราส่วนของผู้ป่วยที่ไม่ได้รับข้อมูลจากแพทย์ยังมีจำนวนมาก ทั้ง ๆ ที่ผู้ป่วยส่วนมากที่เป็นมะเร็งระยะท้ายและใกล้จะเสียชีวิตมักจะติดต่อพยาบาลบ่อย ๆ แต่ก็ยังพบว่ามี การให้ยาเคมีบำบัดอยู่บ่อย ๆ อย่างไรก็ตาม การศึกษาจากหลายศูนย์ในผู้ป่วยที่เป็นมะเร็งระยะท้าย แสดงให้เห็นว่ามีการตื่นตัวของผู้ป่วยที่ใช้การดูแลแบบประคับประคองเข้ามาในการดูแลร่วมด้วย และการเข้าไอซียูนั้นไม่ได้มีผลจากอัตราการอยู่รอดของผู้ป่วยที่เป็นระยะท้าย

การตัดสินใจของตัวแทนผู้ป่วย (ญาติ) บ่อยครั้งที่ได้จากเผด็จการของผู้ป่วยมะเร็ง โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อผู้ป่วยใกล้จะเสียชีวิต และสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้วย อัตราส่วนของผู้ป่วยที่ตัดสินใจเองล่วงหน้า (Advance Directive) ที่ปฏิเสธการช่วยเหลือทางการแพทย์ (DNR) มีจำนวนน้อยมาก และมักจะเป็นผู้ป่วยที่ใกล้จะเข้าสู่วาระท้ายแล้ว และการคำนึงถึงด้านจริยธรรมยังมีจำนวนน้อย มีรายงานประจำปีผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายที่ใกล้เสียชีวิตจำนวน 1,000 คน ก็ยังตัดสินใจทำหัตถการกู้ชีพ (CPR) ในไอซียูอยู่ดี ส่วนในยุโรป แพทย์และพยาบาลไอซียู มีความเข้าใจในการดูแลที่ไม่เหมาะสมพบเจอได้บ่อยเช่นกัน เหตุผลส่วนใหญ่ คือ ความไม่ได้สัดส่วนระหว่างระดับของการดูแล และความคาดหวังของผู้ป่วย บ่อยครั้งที่ทิศทางของการยอมรับมักจะเกินกว่าระดับของการดูแล

การวิเคราะห์ถึงคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย หรือนอนรักษาในไอซียูมีจำนวนไม่มาก ในประเทศสหรัฐอเมริกา ข้อมูลของ Medicare ในปี ค.ศ. 1993 - 2002 พบว่า มีอัตราส่วนที่เพิ่มมากขึ้นของผู้ป่วยที่เป็นมะเร็งปอดในระยะลุกลาม และเข้ารับการรักษาในไอซียูในวาระท้ายของชีวิต 2 ใน 3 ของผู้ป่วยเสียชีวิต



ในระหว่าง หรือภายใน 1 เดือนหลังจากการนอนโรงพยาบาล การศึกษาของ Hwang และคณะ ในปี ค.ศ. 2013 พบว่า อัตราเสียชีวิตในไอซียูอายุรกรรม และในโรงพยาบาลของผู้ป่วยมะเร็งปอด เป็นร้อยละ 53.6 และ 61.8 ตามลำดับ

Shared Decision Making

จำนวนเตียงไอซียู มักจะไม่เพียงพอสำหรับผู้ป่วยที่เป็นโรคร้ายแรง เพราะหาได้ยากออกมาเพื่อดูแลในผู้ป่วยในวาระท้ายของชีวิต ถ้าโรคของผู้ป่วยไม่หาย บุคลากรทางการแพทย์จะตัดสินใจอย่างไรในการวางแผนการรักษาระหว่างแพทย์ที่ดีที่สุดสำหรับผู้ป่วย แพทย์ควรตัดสินใจที่ดีที่สุดที่สะท้อนถึงผลดีที่ดีที่สุดสำหรับผู้ป่วย อย่างไรก็ตาม มักจะมีความไม่ลงตัวของคุณค่าของแพทย์กับของผู้ป่วย ควรมีการแลกเปลี่ยนการตัดสินใจร่วมกันระหว่างแพทย์ที่ทำงานร่วมกัน ผู้ป่วย และครอบครัวที่คำนึงถึงสิ่งเหล่านี้ คือ คุณค่า ความเชื่อ การดูแลรักษา เป้าหมายของผู้ป่วยร่วมด้วย

บทบาทของแพทย์ไอซียู

มีอุปสรรคมากมายที่ต้องเอาชนะ เช่น ปัญหาด้านจริยธรรมที่มีความแตกต่างของวัฒนธรรม ผู้นำของไอซียู หรือมีอาชีพต้องขึ้นถึงการค้นหา การแก้ปัญหาที่เป็นอุปสรรคที่แอบซ่อนไว้ และเป็นสาเหตุของความขัดแย้งนั้น อาจนำไปสู่การลดลงของคุณภาพการดูแลด้วย

สิ่งสำคัญที่ต้องทำ คือ การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพกับเพื่อนร่วมงาน ผู้ป่วย และครอบครัว ในขณะเดียวกัน การฝึกอบรมด้านจริยธรรมสำหรับแพทย์ประจำบ้านพยาบาลไอซียู เป็นสิ่งจำเป็นที่ต้องบรรจุไว้เป็นนโยบายของโรงพยาบาล และการฝึกอบรมให้บุคลากรที่ทำงานไอซียูด้วย

มีหลายการศึกษาที่แสดงให้เห็นว่า ในทางปฏิบัติ การให้ความรู้ การจัดประชุมครอบครัว (family conferences) และการสร้างแนวทางปฏิบัติเป็นสิ่งจำเป็นในการแก้ปัญหาความขัดแย้ง และนำไปสู่การพัฒนาคุณภาพของการดูแลรักษา

บทสรุป

บ่อยครั้งที่แพทย์จะต้องเผชิญหน้ากับปัญหาทางด้านจริยธรรม โดยเฉพาะอย่างยิ่งในไอซียู อย่างไรก็ตาม ประสบการณ์ สัญชาตญาณ และการเป็นคนที่ไม่ได้รับประกันที่จะสามารถค้นหา และแก้ปัญหาได้

การมีมติตัดสินใจที่ดีทั้งทางด้านการแพทย์ และทางจริยธรรมเป็นสิ่งที่ต้องสมดุลกัน ความรู้ที่เกี่ยวข้องกับจริยธรรม และการฝึกฝนในการตัดสินใจด้านจริยธรรมเป็นสิ่งสำคัญ ในขณะเดียวกันผู้นำไอซียู และนโยบายของโรงพยาบาล ควรที่จะเตรียมแนวทางปฏิบัติที่สามารถค้นหา และแก้ปัญหาทางจริยธรรมให้กับโรงพยาบาลได้

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 conflictus 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, Fassier T, Bollaert 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; 58: 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, Kearn 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/10.1111/ajoc.12157>.