

Palliative Care Consult

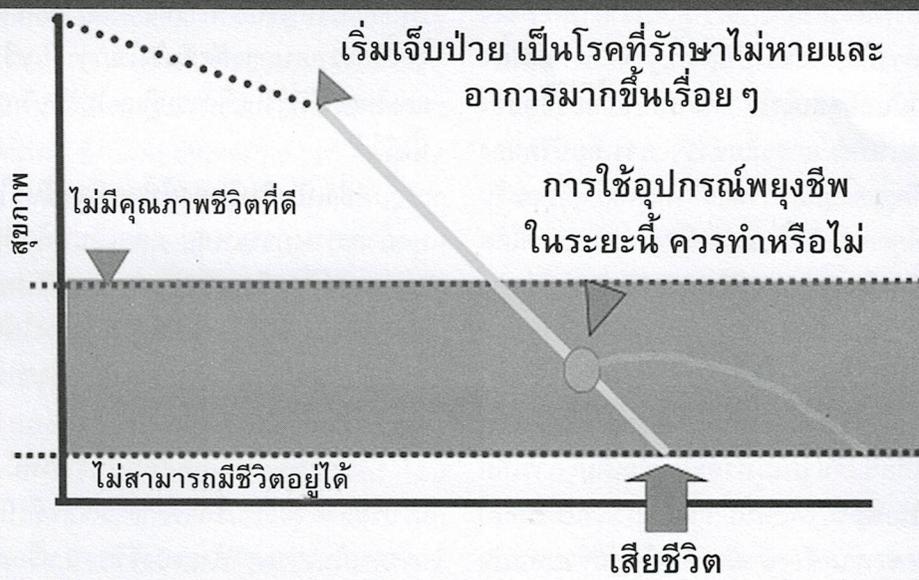
Medical Futility

พญ. ฉันทนา หมอกเจริญพงศ์
กลุ่มงานเวชศาสตร์ประคับประคอง
สถาบันมะเร็งแห่งชาติ

การดูแลแบบประคับประคอง คือ การดูแลชีวิต และยอมรับการตายว่าเป็นเรื่องธรรมชาติ ไม่เร่ง และไม่ยืดความตาย ดูแลความเจ็บปวดและอาการทุกข์ทรมานต่าง ๆ อีกทั้งเป็นการผสมผสานการดูแลด้านร่างกาย สังคม จิตใจ และจิตวิญญาณ เพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตให้ผู้ป่วยและญาติ บุคลากรทางการแพทย์มีส่วนช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยให้สามารถดำเนินชีวิตต่อไปได้ดีที่สุดเท่าที่จะสามารถทำได้ และให้การดูแลญาติก่อนและหลังผู้ป่วยเสียชีวิตด้วย (bereavement)

ในยุคปัจจุบันที่เทคโนโลยีทางการแพทย์เจริญก้าวหน้าไปอย่างไม่หยุดยั้ง มีอุปกรณ์และวิธีการทางการแพทย์ที่เป็น Life Sustaining Technology ต่าง ๆ เช่น การทำการกู้ชีวิต การใส่ท่อช่วยหายใจและเครื่องช่วยหายใจ เครื่อง extracorporeal membrane oxygenation (ECMO) การล้างไต การให้เลือดและผลิตภัณฑ์ของเลือด การให้อาหารทางสายยางหรือการให้อาหารทางหลอดเลือดดำ การให้ยาปฏิชีวนะ การเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตหรือในโรงพยาบาล

แนวทางการใช้อุปกรณ์พยุงชีพ



รูปจาก รศ. นพ. ฉันทชาย สิทธิพันธ์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

โดยทั่วไปผู้ป่วยที่ต้องการดูแลแบบประคับประคองหรือในระยะสุดท้ายของชีวิตนั้น การยอมรับความตายเป็นสิ่งที่ยาก การนิยามว่าการรักษาใดเป็นสิ่งที่ไร้ประโยชน์ (Medical Futility) หรือไม่นั้น ก็เป็นสิ่งที่ยากเช่นกัน เพราะต้องพิจารณาปัจจัยเหล่านี้ประกอบด้วย เช่น ผู้ป่วยแต่ละราย ภาวะของโรคแบบเฉียบพลันหรือเรื้อรัง การรักษาใด ๆ จะมากหรือน้อยเกินไปหรือไม่ คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่เหลือจะดีหรือไม่ อายุ เศรษฐฐานะ ความคาดหวัง และความกลัวการทอดทิ้งในระยะท้ายของชีวิต การพยากรณ์โรคที่ดีหรือไม่ ระยะเวลาที่เหลืออยู่ของชีวิต สภาพจิตใจของผู้ป่วยและญาติ ความเชื่อ ความศรัทธา ความคิดต่อโรคต่อการเสียชีวิต ความพร้อม และการยอมรับในการเผชิญหน้ากับความตายของทั้งผู้ป่วยและญาติ การที่ต้องสูญเสียบุคคลที่รักไป และความเห็นของทีมบุคลากรทางการแพทย์ เป็นต้น

ในผู้ป่วยที่ดูแลแบบประคับประคองนั้น การเลือกหรือการตัดสินใจที่จะพิจารณาใช้อุปกรณ์พยุงชีพ เครื่องมือ ยา หรือวิธยาการใด ๆ นั้น ต้องการข้อมูลรอบด้าน อีกทั้งคำนึงถึงความหวัง ความคาดหวัง การสื่อสาร กับผู้ป่วยและญาติด้วย ซึ่งมีมุมมองที่หลากหลาย เช่น

ด้านบุคลากรทางการแพทย์

เป็นมุมมองของบุคลากรทางการแพทย์ที่มองในบางแง่มุมดังนี้ เช่น หลักฐานทางการแพทย์ที่ต้องการสัญญาว่า “ปลอดภัย และทำให้ชีวิตดีขึ้น” ความเชื่อว่าการตัดสินใจเลือกการรักษาทางใด “ไม่ได้เป็นสิ่งที่ญาติต้องตัดสินใจ ต้องเป็นหมเท่านั้นที่ตัดสินใจให้” ความเป็นมืออาชีพของบุคลากรทางการแพทย์ อาจจะมองว่า การเสียชีวิตของผู้ป่วยนั้นคือ “ศัตรูของบุคลากรทางการแพทย์ (ที่ยอมรับไม่ได้)” และสิ่งที่คุกคามต่อความคิด คือ การประกาศโค้ด Blue หมายถึง ต้องมีการทำการกู้ชีพ (CPR)

ด้านครอบครัว

ความต้องการของครอบครัวที่อาจจะรู้สึกผิดถ้าปล่อยให้ผู้ป่วยเสียชีวิตหรือไม่ทำอะไรเพิ่มเติม การเกิดภาวะกตัญญูเฉียบพลัน (Acute กตัญญู Syndrome) สำหรับญาติบางคน เช่น ต้องล้างไต ต้องใส่ท่อช่วยหายใจ ต้องปั๊มหัวใจ และกลัวต่อการสูญเสีย การรักษานั้น ๆ จะก่อให้เกิดประโยชน์หรือไม่ ควรตัดสินใจเลือกหรือไม่ สิ่งนี้

เลือกนั้นจะช่วยให้ผู้ป่วยยืดชีวิตอยู่ต่อไปได้อีก สิ่ง que เลือกนั้นจะทุกข์ทรมานหรือไม่

ด้านการสื่อสารระหว่างบุคลากรทางการแพทย์กับผู้ป่วยและครอบครัว

การดูแลรักษาจะอย่างไรต่อไป และจะสื่อสารอย่างไรถ้าการรักษานั้นไม่เกิดประโยชน์กับผู้ป่วย (ทั้ง ๆ ที่ผู้ป่วยและญาติยังมีความหวัง และความคาดหวังที่สูงมากเกินกว่าความจริงทางการแพทย์จะทำให้ได้)

ด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคลากรทางการแพทย์กับผู้ป่วยและครอบครัว

ในกรณีที่ปฏิเสธการรักษาจากแพทย์จะเกิดความขัดแย้งหรือไม่

ด้านกฎหมาย

การไม่ทำการกู้ชีพนั้นจะผิดกฎหมายหรือไม่ หรือเป็น Euthanasia หรือไม่

มุมมองด้านกฎหมายนั้นกำหนดให้บุคลากรทางการแพทย์เป็นหน้าที่ที่จะต้องแจ้งข้อมูลทางการแพทย์อย่างเพียงพอ ซึ่งระบุไว้ในพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 บัญญัติไว้ว่า

มาตรา ๘ ในการบริการสาธารณสุข บุคลากรด้านสาธารณสุขต้องแจ้งข้อมูลด้านสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการให้ผู้รับบริการทราบอย่างเพียงพอที่ผู้รับบริการจะใช้ประกอบการตัดสินใจในการรับหรือไม่รับบริการใด และในกรณีที่ผู้รับบริการปฏิเสธไม่รับบริการใด จะให้บริการนั้นมีได้

ซึ่งเป็นสิทธิของผู้ป่วยที่จะรับรู้ในการรักษาของบุคลากรทางการแพทย์ และเป็นหน้าที่ของบุคลากรทางการแพทย์ที่จะต้องแจ้ง ซึ่งแจ้งอย่างเพียงพอต่อการตัดสินใจของผู้ป่วย และในกรณีที่ผู้ป่วยต้องการได้รับการดูแลแบบประคับประคองนั้น ควรจะหมายถึงการทำ Advanced Care Plan ด้วย

มาตรา ๑๒ บุคคลมีสิทธิทำหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตตน หรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วยได้

ซึ่งเป็นสิทธิของผู้ป่วยในการตัดสินใจด้วยตนเอง (Right to Self Determination หรือ Autonomy) ญาติและบุคลากรทางการแพทย์ควรที่จะเคารพในการตัดสินใจของผู้ป่วย เพื่อเคารพศักดิ์ศรีในความเป็นมนุษย์ของบุคคลที่อยู่ในวาระท้ายของชีวิต แต่การตัดสินใจบางอย่างอาจนำมาซึ่งความขัดแย้งได้ ระหว่างบุคลากรทางการแพทย์ ผู้ป่วย และญาติ

สิ่งที่กล่าวมาทั้งหมดอาจนำไปสู่ความขัดแย้งที่เป็นผลจากการขาดความชัดเจนของหลักฐานทางการแพทย์ ความรู้ความเข้าใจที่แตกต่างกันของทุกฝ่าย ความแตกต่างด้านศีลธรรม ศาสนา ความเชื่อ ความศรัทธา วัฒนธรรม จริยธรรม เศรษฐฐานะ ความหวัง ความกลัวการถูกทอดทิ้ง ในช่วงระยะท้ายของชีวิต การกลัวการโต้ตอบจากบุคลากรทางการแพทย์ถ้าตัดสินใจการเลือกแนวทางการดูแลรักษาแบบ cure ต่อไป ผู้ที่มีอำนาจในการตัดสินใจในการดูแลผู้ป่วย กฎหมายที่บังคับใช้ ปัจจัยทั้งหลายที่กล่าวมาข้างต้นส่งผลให้เกิดความเสี่ยง ทำให้การตัดสินใจล่าช้าออกไป และนำไปสู่การเสียชีวิตในเวลาต่อมาหรือการรักษาบางอย่างที่ไม่ต้องการหรือการรักษาที่เกิดอันตรายหรือเกิดภาวะแทรกซ้อนต่อผู้ป่วย

ข้อมูลในบางสถานการณ์เหล่านี้ อาจจะช่วยในการตัดสินใจได้ ขอยกตัวอย่างในการศึกษาวิจัยบางอย่าง

Susan D. Block ในปี ค.ศ. 2001 ศึกษาในผู้ป่วยที่อยู่ใน hospice พบว่า ร้อยละ 60 ของการเสียชีวิตเกิดในโรงพยาบาลซึ่งส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยโรคเรื้อรัง และร้อยละ 74 ของผู้ป่วยที่เสียชีวิตไปมีการใช้อุปกรณ์พยุงชีพร่วมด้วย

Dowdy MD และคณะ ในปี ค.ศ. 1998 ศึกษาในผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะวิกฤต และผู้ป่วยที่โรคร้ายอยู่ในระยะท้าย พบว่า ร้อยละ 85 ของผู้ป่วยที่เป็นมะเร็งจะนอนในหอผู้ป่วยวิกฤตและเสียชีวิตในหอผู้ป่วยวิกฤตนั้น

Christakis NA และคณะ ในปี ค.ศ. 2000 ศึกษาในผู้ป่วยที่โรคร้ายอยู่ในระยะท้าย ในการบอกการพยากรณ์โรคนั้น (median survival) ในผู้ป่วยที่ terminally ill พบว่า ร้อยละ 20 สามารถบอกการพยากรณ์โรคได้ถูกต้อง ร้อยละ 63 พยากรณ์โรคเกินกว่าความเป็นจริง และร้อยละ 17 พยากรณ์โรคต่ำกว่าความเป็นจริง ความแม่นยำของการพยากรณ์โรคจะผกผันกับระยะเวลาของความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์และผู้ป่วย

Zerzan J, Stearns S, Hanson L ในปี ค.ศ. 2000 ศึกษาผู้ป่วยใน nursing home พบว่า ในภาวะ End of Life นั้น ความปวดเป็นอาการที่รบกวนทำให้ผู้ป่วยทุกข์ทรมานมาก ซึ่งการตัดสินใจที่จะ withdrawal and withholding treatment นั้นใครควรจะเป็นผู้ตัดสินใจยังไม่มีคำตอบที่ชัดเจน

Christ M, Liebeton J, Breker IM และคณะ ในปี ค.ศ. 2015 ศึกษาที่แผนกห้องฉุกเฉินในโรงพยาบาลแห่งหนึ่งพบว่า จำนวนผู้ป่วยที่มีการเขียน Living Will ไว้แล้วนั้นมีเพียงร้อยละ 27.8 แต่มีเพียงร้อยละ 3.2 เท่านั้นที่นำ Living Will ติดตัวมาด้วยที่ห้องฉุกเฉิน โดยกลุ่มอายุที่แตกต่างกันมีผลต่อจำนวนการเขียน Living Will พบว่า ร้อยละ 4.3 เป็นผู้ป่วยที่มีอายุน้อยกว่า 50 ปี และร้อยละ 35.1 เป็นผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่า 50 ปีขึ้นไป ซึ่งจะเห็นได้ว่า ผู้ที่มี Living Will นั้นจะพบในผู้ป่วยที่อายุมากขึ้น

อัตราความสำเร็จในการทำ CPR ในปี ค.ศ. 2013 พบว่า ในกลุ่มผู้ป่วย Out-of-Hospital Cardiac Arrest 359,400 ราย เป็น Bystander CPR (overall) ร้อยละ 40.1 และอัตราการรอดชีวิต Survivor rate (overall) ร้อยละ 9.5 ส่วนใน In-Hospital Cardiac Arrest มีจำนวน 209,000 ราย เป็นผู้ป่วยผู้ใหญ่ร้อยละ 23.9 และผู้ป่วยเด็กร้อยละ 40.2%

Myke S., Van Gln, Dionne Frijns, และคณะ ในปี ค.ศ. 2014 ศึกษาถึงโอกาสรอดชีวิตของผู้สูงอายุหลังจากมีการ CPR ในโรงพยาบาลพบว่า ร้อยละ 38.6 จะมี Return of Spontaneous Circulation (ROSC) ของกลุ่มผู้ป่วยที่อายุมากกว่า 70 ปี และมากกว่าร้อยละ 50 ที่มี ROSC กลับมาในตอนต้นแต่จะเสียชีวิตก่อนที่จะออกจากโรงพยาบาล และในแต่ละกลุ่มอายุของผู้ป่วยจะรอดชีวิตร้อยละ 18.7 ในผู้ป่วยอายุระหว่าง 70-79 ปี ร้อยละ 15.4 ในผู้ป่วยอายุระหว่าง 80-89 ปี และ ร้อยละ 11.6 ในผู้ป่วยที่อายุมากกว่า 90 ปี

O'Connor NR, Dougherty M, Harris PS, Casarett DJ. ในปี ค.ศ. 2013 ศึกษาในผู้ป่วยโรคไตที่เป็น ESRD พบว่า ผู้ป่วยที่เป็น ESRD ถ้าหยุดฟอกไตจะอยู่ได้เฉลี่ย 7.4 วัน เมื่อเทียบกับผู้ป่วยที่ยังคงฟอกไตจะอยู่ได้เฉลี่ย 54.4 วัน

Hamel MB, Phillips Rs, Davis RB และคณะ ในปี ค.ศ. 1997 ในผู้ป่วยที่มีภาวะ acute renal failure พบว่า การ withholding หรือ withdrawal dialysis ในผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะวิกฤตต้องชั่งระหว่างค่าใช้จ่าย ข้อดีในการล้างไต และคุณภาพชีวิตใน SUPPORT trial พบว่าผู้ป่วย 490 รายที่มีภาวะไตวาย และต้องเริ่มการล้างไต มีการคิด cost effectiveness ของการล้างไต (medical cost) และประมาณค่าใช้จ่าย cost per quality-adjusted life-year 128,200 ดอลลาร์สหรัฐ ต่อผู้ป่วย 1 คน โดยกลุ่มผู้ป่วยที่มี worst prognosis มีค่าใช้จ่าย 274,100 ดอลลาร์สหรัฐ ต่อผู้ป่วย 1 คน best prognosis มีค่าใช้จ่าย 61,900 ดอลลาร์สหรัฐ ต่อผู้ป่วย 1 คน

Lenzer J., Riley G, Lubitz J., Jennings B, Morrissey MB ในปี ค.ศ. 2012-2010 รายงานประจำปี พบว่า ร้อยละ 65 ของผู้ป่วยที่เสียชีวิตในสหรัฐอเมริกาเกิดขึ้นในโรงพยาบาล และนำมาสู่ค่าใช้จ่ายที่มหาศาล ถึงร้อยละ 25 ของเงินในกองทุน Medicare ที่ต้องเสียไปในช่วงปีสุดท้ายของชีวิต นำไปสู่คำถามถึงการจัดการทรัพยากรต่าง ๆ ในระบบสุขภาพ

Hall RI, Rocker GM ในปี ค.ศ. 2000 ศึกษาในผู้ป่วยวิกฤตพบว่า ผู้ป่วยส่วนมากที่มีการ withholding life-sustaining treatment มักจะอยู่ได้หลายชั่วโมง และอาจจะต้องการที่ดูแลต่อเนื่องแบบ palliative care ที่หอผู้ป่วยวิกฤต และสิ่งที่น่าสังเกตในผู้ป่วยบางรายซึ่งมากกว่าร้อยละ 10 ที่ยังสามารถมีชีวิตอยู่ต่อได้ 1 วันหรือมากกว่าหลังจากที่เอาเครื่องช่วยหายใจออกแล้ว

Huynh TN, Klerup EC, Wiley JF และ de Boer MJ, van der Wall EE ได้รายงานในปี ค.ศ. 2013 พบว่าผู้ป่วย 1136 รายที่รักษาอยู่ในหอผู้ป่วยวิกฤต ร้อยละ 11 ของจำนวนผู้ป่วยวิกฤตเป็นการรักษาที่ไม่ก่อเกิดประโยชน์ (Futile) ซึ่งคิดเป็นค่าใช้จ่าย 2.6 ล้านเหรียญดอลลาร์สหรัฐ (คิดเป็นร้อยละ 3.5 ของจำนวนค่าใช้จ่ายรวมทั้งหมดของโรงพยาบาลแห่งนั้น) ถ้าคิดในภาพรวมของ the Institute of Medicine คาดการณ์ไว้ว่า ค่าใช้จ่ายในการรักษาที่ไม่ก่อเกิดประโยชน์ (Futile) นั้นน่าจะมากกว่าร้อยละ 30 ของค่าใช้จ่ายในระบบสุขภาพของสหรัฐอเมริกา

Murphy DJ และคณะ ในปี ค.ศ. 1994 ทำการศึกษาในผู้ป่วยสูงอายุ (อายุมากกว่า 60 ปี) เมื่อถามถึงความประสงค์ ถ้าในกรณีที่เกิดภาวะหัวใจหยุดเต้นในภาวะ

acute illness พบว่า ร้อยละ 41 เลือกที่จะทำการกู้ชีพ (CPR) (ก่อนที่จะรู้ถึงโอกาสรอดชีวิต) หลังจากที่ได้รู้ข้อมูลของการรอดชีวิตแล้วว่าโอกาสรอดชีวิต (หลังการทำ CPR มีเพียงร้อยละ 10 ถึง 17) ทำให้การเลือกที่จะกู้ชีพลดลงเหลือเพียงร้อยละ 22 ในขณะที่ผู้ป่วยที่อายุมากกว่า 86 ปี นั้นเลือกที่จะทำการกู้ชีพเพียงร้อยละ 6 และถ้าถูกถามในภาวะ chronic illness ที่มีเวลาที่เหลืออยู่ไม่เกิน 1 ปี พบว่า ร้อยละ 11 เลือกที่จะทำการกู้ชีพ (ก่อนที่จะรู้ถึงโอกาสรอดชีวิต) และหลังจากรู้ข้อมูลถึงโอกาสรอดชีวิตแล้ว การเลือกที่จะกู้ชีพเหลือเพียงร้อยละ 5

Achterberg W, Pot AM, Kerkstra A, Ribbe M ในปี ค.ศ. 2006 พบว่า ผู้ป่วยที่อยู่ใน nursing home มีอาการซึมเศร้าถึงร้อยละ 26.9

Rovner BW, German PS, Brant LJ และคณะ ในปี ค.ศ. 1991 พบว่า ผู้ป่วยมีปัญหาด้านจิตใจในผู้ป่วยที่อยู่ใน nursing home เป็นโรคซึมเศร้าร้อยละ 12.6 และมีอาการซึมเศร้าร้อยละ 18.1 ซึ่งโรคซึมเศร้าเป็นปัจจัยเสี่ยงที่ผู้ป่วยจะเสียชีวิตในเวลาที่ยาวนานกว่า 1 ปีถึงร้อยละ 59 และเป็นปัจจัยเสี่ยงที่เพิ่มอัตราการเสียชีวิตด้วย

การให้อาหารในผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะ end of life มีข้อมูลว่า การให้อาหารทางสายยางไม่ได้ลดความเสี่ยงของการสำลักหรือลดอัตราการเสียชีวิต ส่วนการให้สารน้ำไม่ได้ลดอาการปากแห้ง และผู้ป่วยที่อยู่ในวาระท้ายของชีวิตมักจะเสียชีวิตอย่างสงบ

จะเห็นว่า ในผู้ป่วยที่อยู่ในระยะท้ายของชีวิตยังสูญเสียหน้าที่การทำงาน การช่วยเหลือตนเอง และต้องอยู่ในภาวะพึ่งพาผู้ดูแล สูญเสียความสามารถในการตัดสินใจ จำกัดการเคลื่อนไหวร่างกายในการไปใช้บริการที่สถานพยาบาล ซึ่งทำให้ผู้ป่วยและญาติต้องทุกข์ทั้งทางกายและทางใจ

สิ่งที่ขัดขวางและข้อจำกัดของการดูแลรักษาผู้ป่วยระยะท้ายในการตัดสินใจ Do Not Attempt Resuscitation (DNAR)

ด้านทัศนคติ ผู้ป่วยและญาติบางคนไม่สามารถยอมรับความตายได้ เนื่องจากยังมีความหวังที่ทีมบุคลากรทางการแพทย์จะสามารถช่วยผู้ป่วยได้ ความคิดที่กลับไปกลับมาที่จะหลบหนีอาการทุกข์ทรมานทางกายกับการ

มีชีวิตอยู่ต่อไป การให้ความสำคัญและเคารพต่อผู้ป่วยในการตัดสินใจที่จะไม่รับ Do not attempt resuscitation

ด้านความรู้ ขาดความรู้ความเข้าใจในการพยากรณ์โรค ขาดความเข้าใจการรับรู้ในสิ่งที่เป็นตัวของผู้ป่วย (patient preferences)

ด้านการสื่อสาร มักจะเป็นการสื่อสารที่ไม่ชัดเจน ไม่มีประสิทธิภาพทั้งผู้ป่วยและญาติ การให้เวลาที่ไม่เพียงพอ ความคิดเห็นภายในทีมบุคลากรสุขภาพเองที่ไม่ตรงกัน ความไม่ชัดเจนในการระบุผู้ป่วยที่ do not attempt resuscitation

โอกาสในการพัฒนาเรื่อง medical futility

- ในเรื่องการฝึกอบรม การศึกษาของทีมบุคลากรด้านสุขภาพมีความรู้ความเข้าใจในเรื่อง medical futility ส่งเสริมในเรื่องการสื่อสาร การสร้างความตระหนักในด้านนี้
- ส่งเสริมให้เกิดการสื่อสารในเรื่อง Advance Care Plan ของผู้ป่วยและญาติ และใช้แนวความคิดด้านจริยธรรม และการดูแลแบบประคับประคองเข้ามาร่วมด้วยในการทำงานของทีมบุคลากรด้านสุขภาพ

- ส่งเสริมให้แต่ละโรงพยาบาลมีนโยบายที่จะสนับสนุนให้เกิด early palliative care และ hospice referral

- สนับสนุนระบบบริการสุขภาพในเรื่องของเกณฑ์สำหรับการอยู่ใน hospice การเบิกจ่ายในแต่ละกองทุน

- ส่งเสริมให้มีความตระหนักด้านสังคม และวัฒนธรรมในการดูแลแบบ Palliative Care ว่า การดูแลแบบ Palliative Care ไม่ใช่ไม่ดูแลต่อไป ยังคงเป็น Active Care แต่ดูแลในมิติของ Palliative Care

สรุป

การดูแลในวาระท้ายของชีวิตเป็นสิ่งที่ท้าทาย และบ่อยครั้งที่สามารถเกิดความขัดแย้งขึ้นได้ ทั้งความหวัง ความกลัวการถูกทอดทิ้งของผู้ป่วยจะส่งผลอย่างมากต่อการตัดสินใจในการรักษาที่เป็น medical futility ในขณะเดียวกันการดูแลแบบ Palliative Care นั้นสามารถที่จะใช้ควบคู่ไปกับการดูแลที่เป็นแบบ Curative treatment การสื่อสารที่ดี การมีความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างผู้ป่วย ญาติ ทีมบุคลากรด้านสุขภาพนั้นเป็นสิ่งสำคัญมาก และนำไปสู่ผลลัพธ์ที่ดี อีกทั้งควรปรึกษาทีมจริยธรรมตั้งแต่นั้น ๆ เพื่อร่วมดูแลผู้ป่วยด้วย

เอกสารอ้างอิง

1. Block SD. Perspectives on care at the close of life: psychological considerations, growth, and transcendence at the end of life: the art of the possible. *JAMA*. 2001; 285(22) : 2898-2905.
2. Dowdy MD, Robertson C, Bander JA. A Study of practice ethics consultation for critically and terminally ill patients with extended lengths of stay. *Crit Care Med*. 1998; 26 : 252-259.
3. Christakis NA, Lamont EB. Extent and determinants of error in doctors' prognoses in terminally ill patients: prospective cohort study. *BMJ*. 2000; 320: 469-472. PMID: 10678857.
4. Zerzan J, Stearns S, Hanson L. Access to Palliative Care and Hospice in Nursing Homes *JAMA*. 2000; 284 : 2489-2494.
5. Christ M, Liebeton J, Breker IM, Grett M, von Auenmüller KI, Trappe HJ. The availability of living wills in an interdisciplinary emergency department: results of a patient survey. *Dtsch Med Wochenschr*. 2015 Nov; 140(22) : e231-6. doi: 10.1055/s-0041-106869. Epub 2015 Nov 4.
6. www.heart.org : http://cprn.heart.org/AHA/ECC/CPRA/ECC/General/UCM_477263_Cardiac-Arrest-Statistics.jsp site date 4 July 2016
7. Myke S, Van Gijn, Dionne Frijns, et. al. SYSTEMATIC REVIEW The chance of survival and the functional outcome after in-hospital cardiopulmonary resuscitation in older people: a systematic review. *Age and Ageing* 2014; 0 : 1-8 doi: 10.1093/ageing/afu035.
8. O'Connor NR1, Dougherty M, Harris PS, Casarett DJ. Survival after dialysis discontinuation and hospice enrollment for ESRD. *Clin J Am Soc Nephrol*. 2013 Dec; 8(12) : 2117-22. doi: 10.2215/CJN.04110413. Epub 2013 Nov 7.
9. Hamel MB, Phillips Rs, Davis RB, et al. Outcomes and cost -effectiveness of initiating dialysis and continuing aggressive care in seriously ill hospitalized adults. SUPPORT Investigators. Study to Understand Prognoses and Preferences for Outcomes and Risks of Treatments. *Ann Intern Med* 127 : 195-202, 1997.
10. Lenzner J. Unnecessary care: are doctors in denial and is profit driven healthcare to blame? *BMJ*. 2012; 345 : e6230.
11. Riley G, Lubitz J. Long-term trends in Medicare payments in the last year of life. *Health Serv Res*. 2010; 42(2) : 565-576.
12. Jennings B, Morrissey MB. Health care costs in end-of-life and palliative care: the quest for ethical reform. *J Soc Work End Life Palliat Care*. 2011; 7(4) : 300-317.
13. Hall RI, Rocker GM : End-of-life care in the ICU: Treatments provided when life support was or was not withdrawn. *Chest* 2000 : 118: 1424-1430.
14. Huynh TN, Kleerup EC, Wiley JF, et al. The frequency and cost of treatment perceived to be futile in critical care. *JAMA Intern Med*. 2013; 173(20) : 1887-1894.
15. de Boer MJ, van der Wall EE. Choosing wisely or beyond the guidelines. *Neth Heart J*. 2013; 21(1) : 1-2.
16. Murphy DJ, Burrows D, Santilli S, et al. The influence of the probability of survival on patients' preferences regarding cardiopulmonary resuscitation. *N Engl J Med*. 1994 Feb 24; 330(8) : 545-9.
17. Achterberg W, Pot AM, Kerkstra A, Ribbe M. Depressive symptoms in newly admitted nursing home residents. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2006 Dec; 21(12) : 1156-62.
18. Rovner BW, German PS, Brant LJ, Clark R, Burton L, Folstein MF. Depression and mortality in nursing homes. *JAMA*. 1991 Feb 27; 265(8) : 993-6.