

บทที่ 4

ผลการวิจัยและการอภิปรายผล

จากการศึกษาเชิงพรรณานี้เป็นการศึกษาการปฏิบัติของทีมสุขภาพในการให้/ยุติการรักษาพยาบาลที่ยืดชีวิตผู้ป่วยวิกฤตในโรงพยาบาลศูนย์ภาคใต้ โดยเก็บรวบรวมข้อมูลจากแพทย์และพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยหนักทั้ง 5 โรงพยาบาล จำนวน 32 คน ในระหว่างเดือนมีนาคมถึง เดือนมิถุนายน พ.ศ. 2546 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลมีรายละเอียดดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของหอผู้ป่วยหนัก

ส่วนที่ 2 การปฏิบัติของทีมสุขภาพในการให้/ยุติการรักษาพยาบาลที่ยืดชีวิต ประกอบด้วยขั้นตอนการปฏิบัติและผู้รับผิดชอบแต่ละขั้นตอน

ส่วนที่ 3 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติของทีมสุขภาพในการให้/ยุติการรักษาพยาบาลที่ยืดชีวิต

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของหอผู้ป่วยหนัก

ข้อมูลทั่วไปของหอผู้ป่วยหนักประกอบด้วยข้อมูลทั่วไปของทีมสุขภาพ ได้แก่ ข้อมูลเกี่ยวกับ เพศ ศาสนา ระดับการศึกษา ประวัติการอบรมเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยวิกฤต นำมาแจกแจงความถี่และหาค่าร้อยละ ส่วนข้อมูลอายุ ประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยวิกฤต นำมาหาค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (ตาราง 1) ส่วนข้อมูลทั่วไปของหอผู้ป่วยหนัก ประกอบด้วย จำนวนเตียงที่ให้บริการ และประเภทของผู้ป่วยที่ให้บริการใน 1 ปี ที่ผ่านมา (ภาคผนวก ค)

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง และค่าเฉลี่ยอายุและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของอายุและประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามข้อมูลทั่วไป (N=32)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ	ค่าเฉลี่ย	S.D.
เพศ				
หญิง	25	78.1		
ชาย	7	21.9		
แพทย์	8	25		
พยาบาล	24	75		
ศาสนา				
พุทธ	31	96.9		
คริสต์	1	3.1		
ระดับการศึกษาของพยาบาล (n=24)				
ปริญญาตรีหรือเทียบเท่า	20	83.3		
ปริญญาโทสาขาการพยาบาล	4	16.7		
ความชำนาญเฉพาะทางของแพทย์ (n=8)				
ด้านอายุรกรรม	3	37.5		
ด้านศัลยกรรม	5	62.5		
การอบรมเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยวิกฤตของพยาบาล*				
การดูแลผู้ป่วยวิกฤต	16	66.7		
โรคหัวใจและทรวงอก	4	16.7		
วิชาอุปกรณ์การแพทย์สำหรับผู้ป่วยหนัก	2	8.3		
ความรับผิดชอบของพยาบาลในไอ.ซี.ยู.	2	8.3		
การพยาบาลผู้ป่วยทางระบบประสาทวิทยา	1	4.2		
อายุ (ปี)				
แพทย์			36.1	6.0
พยาบาล			36.4	6.3
ประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยวิกฤต (ปี)				
แพทย์			9.2	5.9
พยาบาล			10.5	9

* ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ

จากตาราง 1 พบว่ากลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 32 คน เป็นพยาบาลวิชาชีพจำนวน 24 คน และแพทย์จำนวน 8 คน กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 78.1 โดยพยาบาลมีอายุเฉลี่ยอายุ 36.4 ปี (29-49 ปี) แพทย์มีอายุเฉลี่ย 36.1 ปี (30-48 ปี) ร้อยละ 83.3 ของพยาบาล จบการศึกษาในระดับปริญญาตรีหรือเทียบเท่า มีเพียงร้อยละ 16.7 ที่จบการศึกษาในระดับปริญญาโทสาขาการพยาบาล ได้รับการอบรมในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตจำนวน 16 คน คิดเป็นร้อยละ 66.7 กลุ่มตัวอย่างเป็นแพทย์ที่มีความชำนาญทางด้านอายุรกรรม จำนวน 3 คน ชำนาญด้านศัลยกรรมจำนวน 5 คน กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธคิดเป็นร้อยละ 96.9 พยาบาลมีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตเฉลี่ย 10.5 ปี ส่วนแพทย์มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตเฉลี่ย 9.2 ปี จำนวนเตียงที่ให้บริการ 8 เตียง จำนวน 2 โรงพยาบาล 10 เตียง 2 โรงพยาบาล และ 13 เตียง 1 โรงพยาบาล นอกจากนี้ประเภทของผู้ป่วยที่ให้บริการใน 1 ปี ที่ผ่านมา 3 อันดับแรก ได้แก่ (1) ผู้ป่วยศัลยกรรม (2) ผู้ป่วยอายุรกรรม และ (3) ผู้ป่วยกุมารเวชกรรม

ส่วนที่ 2 การปฏิบัติของทีมสุขภาพในการให้/ยุติการรักษาพยาบาลที่ยืดชีวิต ประกอบด้วยขั้นตอนการปฏิบัติและผู้รับผิดชอบแต่ละขั้นตอน

การปฏิบัติของทีมสุขภาพ แบ่งเป็น 2 กรณีดังนี้

1. กรณีที่ไม่ทราบความต้องการของผู้ป่วย

จากการศึกษาทีมสุขภาพ ทั้ง 5 โรงพยาบาล พบสถานการณ์ที่ไม่ทราบความต้องการของผู้ป่วย เนื่องจากผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนัก เป็นผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรงและส่วนมากเป็นผู้ป่วยที่ไม่รู้สึกตัวไม่สามารถบอกความต้องการของตนเองได้ ทำให้ทีมสุขภาพไม่ทราบความต้องการของผู้ป่วยและแม้ว่าผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ในบางครั้งทีมสุขภาพก็ไม่ทราบความต้องการของผู้ป่วยเช่นกัน เนื่องจากทีมสุขภาพไม่กล้าถามเกี่ยวกับความต้องการของผู้ป่วยเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลที่ยืดชีวิตและในบางครั้งที่ผู้ป่วยบอกความต้องการของตนเองด้วยวาจา แต่ทีมสุขภาพไม่สามารถนำมายึดถือปฏิบัติได้ เนื่องจากยังไม่เป็นที่ยอมรับทางกฎหมายและยังไม่มีวิธีการปฏิบัติที่ชัดเจนเกี่ยวกับการแสดงเจตจำนงในการรักษาของผู้ป่วย ดังนั้นเมื่อถึงวาระที่ต้องตัดสินใจในการให้/ยุติการรักษาพยาบาลที่ยืดชีวิต ญาติจึงเป็นบุคคลที่ทำหน้าที่ในการตัดสินใจแทนผู้ป่วยเกี่ยวกับการรักษา ทำให้การรักษาพยาบาลที่ยืดชีวิตขึ้นอยู่กับความต้องการของญาติ ดังตัวอย่างข้อมูลที่ว่า

“ส่วนใหญ่ผู้ป่วยที่เจอใน ICU จะเป็นผู้ป่วยเรื้อรังและมักจะ unconscious คือว่าไม่ค่อยจะรู้สึกตัว เราไม่สามารถไปถามผู้ป่วยได้แล้วในตอนนั้น ญาติจะเป็นคน

ตัดสินใจ...ในผู้ป่วยที่รู้สึกตัวดี โดยมารยาทเราคงไม่กล้าถามหรือดูเหมือนเป็นการ
สาปแช่งผู้ป่วย ...ยกเว้นว่าเป็นความประสงค์ของญาติหรือผู้ป่วย เขาเป็นคนพูดเอง”

พยาบาลคนที่ 3 โรงพยาบาล 1

“สำหรับการปฏิบัติของเรา เราจะไม่ค่อยถามผู้ป่วยว่า ถ้าคุณเป็นอะไรไปคุณ
จะให้ปัสสาวะหรือเบลาและผู้ป่วยก็จะไม่ค่อยบอก แต่ถ้าผู้ป่วยรายใดที่บอกว่าถ้าเป็นอะไรไป
ไม่ต้องปัสสาวะจริงๆ เราก็ยังไม่มีการเซ็นเป็นลายลักษณ์อักษร ยังไม่มีวิธีการ”

แพทย์ โรงพยาบาล 3

ขั้นตอนการปฏิบัติและผู้รับผิดชอบ

การปฏิบัติของทีมสุขภาพในกรณีที่ไม่ทราบความต้องการของผู้ป่วย ประกอบด้วยขั้นตอน
และผู้รับผิดชอบในแต่ละขั้นตอนดังนี้

ขั้นที่ 1 การประเมินสภาพผู้ป่วย พบว่าทีมสุขภาพทุกโรงพยาบาลมีการประเมินสภาพ
ผู้ป่วย โดยแพทย์เป็นผู้ประเมินว่าผู้ป่วยอยู่ในระยะสุดท้ายจริง และบางครั้งมีการปรึกษาแพทย์ที่มี
ความชำนาญเฉพาะด้าน นอกจากนี้มีการประเมินเกี่ยวกับโรคที่ผู้ป่วยเป็น การพยากรณ์โรคของ
ผู้ป่วย เพื่อใช้ประกอบในการตัดสินใจ ส่วนพยาบาลประเมินเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงอาการของ
ผู้ป่วยดังตัวอย่างข้อมูลที่ว่า

“อันดับแรกเราต้องให้แน่ใจว่าผู้ป่วยอยู่ในระยะสุดท้ายจริง...ต้องให้การ
วินิจฉัยที่แน่นอน ในกรณีที่ไม่มีความรู้ ก็ปรึกษาแพทย์ที่มีความชำนาญเฉพาะด้าน”

แพทย์ โรงพยาบาล 3

“แพทย์จะต้องประเมินว่าโรคที่ผู้ป่วยเป็น รักษาหายหรือเปล่า การพยากรณ์
โรคเป็นอย่างไร...ถ้าโรคนี้เป็นแล้วไม่หาย โรคนี้การพยากรณ์โรคไม่ดี ถ้าญาติต้องการ
เอากลับก็ให้กลับ แต่ถ้าประเมินแล้วว่าโรคนี้รักษาอาจดีขึ้นหรือว่าผู้ป่วยมีการพยากรณ์
โรคดี ถ้าญาติต้องการเอากลับ อาจจะต้องมีการยื้อเอาไว้”

แพทย์คนที่ 2 โรงพยาบาล 4

“ในกรณีที่สิ้นหวัง ต้องวินิจฉัยให้ชัดเจนว่าเป็นโรคนี้แล้วไม่มีทางรักษา คือแย้
แล้ว เช่นผู้ป่วยมะเร็ง ที่อยู่ในระยะสุดท้ายยังไงก็รักษาไม่หาย ผู้ป่วยอยู่ในสภาพที่แบบ
ไม่รู้สึกร่างแล้ว ไม่รับรู้อะไรแล้วอย่างนี้เรียกว่าสิ้นหวังหรือว่าผู้ป่วยที่เป็น CVA 3 แต่ม

(ประเมินตาม Glasgow Coma Score ได้ 3 คะแนนจากทั้งหมด 15) หรือว่า head injury ไม่มีทางขึ้นมาแล้วอะไรอย่างนี้หรือผู้ป่วยที่ post arrest มาจากที่อื่นแล้วสมองไม่ฟื้นแล้วอะไรอย่างนี้...ญาติจะต้องเข้าใจด้วยว่าผู้ป่วยเป็นอย่างนี้...และก่อนที่ญาติจะตัดสินใจจะต้องได้รับข้อมูลจากแพทย์ก่อน”

แพทย์ โรงพยาบาล 2

“จากการที่พยาบาลให้การดูแลผู้ป่วยตลอดเวลา ทำให้สามารถประเมินได้ว่า ผู้ป่วยรายใดน่าจะไม่มีโอกาสรอดชีวิตหรือรายใดยังมีโอกาสรอดชีวิต”

พยาบาลคนที่ 1 โรงพยาบาล 3

“พยาบาลจะประเมินผู้ป่วยว่าผู้ป่วยอาการดีขึ้นหรือแย่ลงจากการเปลี่ยนแปลงของอาการ เช่น วันนี้ผู้ป่วยที่พจรเริ่มต้นเร็วขึ้นนะ แต่ถ้าเร็วมากแสดงว่าผู้ป่วยเริ่มไม่ดี ความดันโลหิตต่ำลงกว่าเดิม แสดงว่าผู้ป่วยแย่ลง วันนี้ผู้ป่วยไตล้มเหลวเนื่องจากปัสสาวะของผู้ป่วยเริ่มไม่ค่อยออก อะไรอย่างนี้”

พยาบาลคนที่ 1 โรงพยาบาล 4

ผู้รับผิดชอบ ในขั้นตอนของการประเมินสภาพผู้ป่วย พบว่าผู้รับผิดชอบประกอบด้วย แพทย์และพยาบาล โดยมีการประเมินร่วมกันระหว่างแพทย์เจ้าของไข้และพยาบาลที่ให้การดูแลผู้ป่วย โดยแพทย์รับผิดชอบประเมินเกี่ยวกับโรค การพยากรณ์โรคและความก้าวหน้าในการรักษา ส่วนพยาบาลมีส่วนร่วมในการประเมินเกี่ยวกับความก้าวหน้าของผลการรักษาผู้ป่วยจากอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย เนื่องจากพยาบาลให้การดูแลผู้ป่วยตลอด 24 ชั่วโมง ทำให้พยาบาลทราบอาการของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง

ขั้นที่ 2 การให้ข้อมูลแก่ญาติ พบว่าทีมสุขภาพทั้ง 5 โรงพยาบาลมีการให้ข้อมูลของผู้ป่วยแก่ญาติ โดยแพทย์ให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรค ความก้าวหน้าของโรค การรักษา จุดประสงค์ของการรักษาและผลของการรักษา ส่วนพยาบาลบอกเกี่ยวกับอาการของผู้ป่วยที่เป็นอยู่ในขณะนั้น และการรักษาที่ผู้ป่วยได้รับ โดยไม่ได้บอกเกี่ยวกับการพยากรณ์โรค แต่บอกเกี่ยวกับอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย และในบางครั้งพยาบาลอาจจะให้ข้อมูลเกี่ยวกับผลกระทบของการรักษาต่อผู้ป่วย โดยการให้ข้อมูลของพยาบาลเป็นไปในทิศทางเดียวกับแพทย์ มีการให้ข้อมูลเป็นระยะ ๆ โดยเฉพาะเมื่อผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลงไปในทางที่เลวลง ดังตัวอย่างข้อมูลที่ว่า

“ต้องให้ข้อมูลญาติเกี่ยวกับ ความก้าวหน้าของโรค รู้ว่าเป็นอะไร รู้ว่าเราทำอะไรอยู่ แล้วเรารักษาไปเพื่ออะไร...นอกจากนี้เราจะเรียกญาติมาคุยในกรณีที่เราเห็นว่ารายนี้เริ่มวิกฤต มีแนวโน้มไปในทางที่ไม่ค่อยดี เรียกเขาเข้ามาก่อน ตอนนี้เป็นแบบนี้เขาไม่ดีขึ้นเพราะอย่างนี้เราจะทำอย่างไรต่อ...เราจะให้ข้อมูลตามความเป็นจริงของผู้ป่วย ในเรื่องของความเจ็บป่วย โอกาสรอดชีวิต”

แพทย์ โรงพยาบาล 3

“ในฐานะผู้รักษา เราก็ต้องให้ข้อมูลก่อนว่าผู้ป่วยเป็นโรคอะไร ตอนนี้อาการเป็นอย่างไร การพยากรณ์โรคเป็นอย่างไร มีความหวังมากน้อยแค่ไหน รักษาแล้วผู้ป่วยจะดีขึ้นหรือไม่ดี ญาติจึงจะตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาผู้ป่วยได้”

แพทย์ โรงพยาบาล 2

“ต้องให้รายละเอียดเขาว่าถ้าเราช่วยแล้ว เขาอาจจะไม่ตื่น ไม่สามารถกลับไปเป็นเหมือนปกติได้ เขาอาจจะต้องนอนกับที่ เราต้องดูแลช่วยเหลือทุกอย่าง ต้องให้อาหารทางสายยาง ต้องดูแลเรื่องถ่ายอะไรอย่างนี้ ญาติจะยอมรับตรงนี้ได้หรือเปล่า”

พยาบาลคนที่ 2 โรงพยาบาล 2

“พยาบาลจะให้ข้อมูลแก่ญาติตามอาการที่แสดง แต่ไม่ได้บอกว่าจะหายในกี่วัน หรือไม่ได้บอกไปถึงอนาคตว่าจะต้องแยหรือจะต้องดี แต่บอกว่าผู้ป่วยอาการดีขึ้น ความดันโลหิตก็ดีขึ้น อะไรอย่างนี้ แต่เกี่ยวกับการพยากรณ์โรค จะให้แพทย์เป็นคนพูด”

พยาบาลคนที่ 3 โรงพยาบาล 1

“เรา (พยาบาล) จะให้ข้อมูลเกี่ยวกับอาการและการรักษาที่ผู้ป่วยได้รับในขณะนั้น ถ้าญาติเขาต้องการข้อมูลที่ลึกกว่านั้น เช่นเกี่ยวกับการพยากรณ์โรค ก็จะเป็นหน้าที่ของแพทย์ในการบอก โดยจะประสานงานให้คุยกับแพทย์เจ้าของไข้”

พยาบาลคนที่ 2 โรงพยาบาล 2

ในการให้ข้อมูล ยังพบว่า 2 โรงพยาบาลได้มีการปรึกษาร่วมกันในที่ประชุมภาพ เพื่อให้เข้าใจข้อมูลที่ตรงกันก่อนที่จะให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยและญาติ ดังตัวอย่างข้อมูลที่ว่า

“ก่อนจะมีการให้ข้อมูลก็จะมีการพูดคุยร่วมกันระหว่างแพทย์และพยาบาล เกี่ยวกับการพยากรณ์โรคของผู้ป่วยและแนวทางในการรักษา... คือจะมีการรับทราบข้อมูลของผู้ป่วยร่วมกัน หลังจากนั้นก็จะให้ข้อมูลแก่ญาติ ถ้าเกิดว่าเขาต้องการข้อมูลที่ลึกเกี่ยวกับพยาธิสภาพ ความหวังในการรักษา ก็จะประสานงานให้คุยกับแพทย์”

พยาบาลคนที่ 2 โรงพยาบาล 3

“เราต้องคุยกันกับทีมสุขภาพก่อนนะจะว่าเป้าหมายในการรักษาเป็นอย่างไร และรายละเอียดของข้อมูลที่จะให้แก่ญาติ”

พยาบาลคนที่ 1 โรงพยาบาล 5

นอกจากนี้ในการให้ข้อมูล ทีมสุขภาพทั้ง 5 โรงพยาบาล มีการคัดเลือกญาติที่มีอำนาจในการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาแทนผู้ป่วย เนื่องจากผู้ป่วยไม่สามารถบอกความต้องการของตนเองได้ โดยคัดเลือกญาติที่เป็นสายตรงของผู้ป่วย และพยาบาลประเมินเกี่ยวกับการรับรู้ข้อมูลที่ผ่านมาของญาติก่อนให้ข้อมูลแก่ญาติและเปิดโอกาสให้ซักถาม ดังตัวอย่างข้อมูลที่ว่า

“ในบางครั้งถ้าญาติเปลี่ยนบ่อย บางที 30-40 คน เราก็ต้องดูเหมือนกันว่าเราควรจะบอกใคร เราจะต้องถามก่อนว่าเขามีความสำคัญกับผู้ป่วยอย่างไร มีความสัมพันธ์ระดับไหน...ประเด็นของการตัดสินใจที่สำคัญเรื่องนี้เราต้องรู้ว่าเราจะคุยกับใคร”

พยาบาลคนที่ 1 โรงพยาบาล 3

“ในการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาเราจะถือญาติสายตรงเป็นหลัก ถ้าเป็นลูกก็จะเอาพ่อแม่ นอกจากนี้ในบางครั้งเราจะดูว่าญาติคนไหนที่ใกล้ชิดและเป็นคนรับผิดชอบผู้ป่วย อยู่กับผู้ป่วย”

พยาบาลคนที่ 3 โรงพยาบาล 2

“เราจะคัดเลือกญาติสายตรงคือ พ่อ แม่ สามี ภรรยา บุตรที่บรรลุนิติภาวะ ในการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษา หรือบุคคลที่สิทธิตามกฎหมายโดยตรงในการรับผิดชอบดูแลผู้ป่วย”

แพทย์ โรงพยาบาล 3

“ในการให้ข้อมูลแก่ญาติทั้งแพทย์และพยาบาลจะมีการให้ข้อมูลความเจ็บป่วยของผู้ป่วยกับญาติทุกวัน...ถ้าญาติสงสัยก็สามารถซักถามได้ ในกรณีที่ญาติต้องการพบแพทย์ก็จะประสานงานให้คุยกับแพทย์เพื่อให้ญาติเข้าใจอย่างชัดเจนเลยว่าเกิดอะไรขึ้นกับผู้ป่วย...เพราะเมื่อไหร่ก็ตามที่เราให้ข้อมูลไม่ชัดเจนมันจะเกิดปัญหา”

พยาบาลคนที่ 1 โรงพยาบาล 3

“สมมติว่าเรายังไม่เคยคุยนะ เราจะถามเขา(ญาติ) ว่าหมอบอกแค่ไหนและอะไรที่เขาไม่เคยรู้เลยเราจะไม่พูด เราจะรอให้แพทย์พูดก่อน เราจะบอกแค่อาการที่ผู้ป่วยเป็นอยู่ตอนนี้ เนื่องจากเราไม่สามารถอธิบายเกี่ยวกับการพยากรณ์โรคได้ครอบคลุมเท่ากับหมอบอกและญาติจะเชื่อแพทย์มากกว่าพยาบาล”

พยาบาลคนที่ 2 โรงพยาบาล 4

“จะมีการให้ข้อมูลแก่ญาติเป็นระยะ ๆ เวลาที่ญาติเข้ามาก็จะอธิบายให้เข้าใจเกี่ยวกับอาการของผู้ป่วย การรักษาที่ผู้ป่วยได้รับ มีอะไรที่สงสัยอยากถามก็ให้ถามได้ เปิดโอกาสเต็มที่ ถ้าญาติอยากคุยกับแพทย์ ก็จะประสานงานให้คุยกับแพทย์เจ้าของไข้”

พยาบาลคนที่ 3 โรงพยาบาล 1

ผู้รับผิดชอบ ขั้นตอนการให้ข้อมูลผู้รับผิดชอบ ประกอบด้วยแพทย์และพยาบาล โดยก่อนให้ข้อมูลแก่ญาติ แพทย์และพยาบาลร่วมกันปรึกษาเกี่ยวกับเป้าหมายและแนวทางในการรักษา เพื่อให้การให้ข้อมูลเป็นไปในแนวทางเดียวกัน และในบางครั้งพยาบาลต้องทำหน้าที่ในการประสานงานให้มีการพูดคุยกันระหว่างญาติและแพทย์เกี่ยวกับการให้ข้อมูลที่ญาติต้องการ

ขั้นที่ 3 การประเมินความเข้าใจของญาติ พบว่าทีมสุขภาพทั้ง 5 โรงพยาบาลมีการประเมินความเข้าใจของญาติเกี่ยวกับข้อมูลที่ได้รับก่อนมีการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษา เนื่องจากความไม่เข้าใจข้อมูลหรือการรับรู้ข้อมูลที่ไม่ถูกต้อง อาจทำให้เกิดปัญหาในการตัดสินใจเกี่ยวกับการให้/ยุติการรักษาพยาบาลที่ยืดชีวิตได้ นอกจากนี้จากการศึกษาพบว่า สภาพจิตใจของญาติก็มีผลต่อการรับรู้ข้อมูลของผู้ป่วย ดังตัวอย่างข้อมูลที่ว่า

“คือเราต้องดูก่อนว่าเขาไม่ให้ปัมเพราะอะไร เขาคิดว่าหนักมากหรือว่าช่วยไม่ได้แล้วหรือเปล่า... เคยมีนะคะเขาบอกว่าผู้ป่วยเสียชีวิต เนื่องจากพยาบาลขึ้นไปปัมหัวใจโดยการกดหน้าอก คือบางเรื่องเขาไม่รู้ เช่นในผู้ป่วยเด็กการที่เราไปกดหน้าอก

พ่อ-แม่คิดว่าเราทำให้ลูกเขาเจ็บ ...ถ้าเราดูแลผู้ป่วยดีๆและบอกแนวทางในการรักษา ปัญหาในการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาจะมีน้อย ส่วนใหญ่จะเกิดปัญหาเมื่อเราคุยกับญาติไม่เข้าใจ”

พยาบาลคนที่ 3 โรงพยาบาล 3

“บางครั้งแพทย์ให้ข้อมูลไปแล้ว แต่จิตเขาปฏิเสธ เขาไม่รับรู้ข้อมูลที่แพทย์บอก ทำให้เขาไม่เข้าใจข้อมูลที่เขาได้รับ...เขาจะรับรู้ข้อมูลที่เขาต้องการเท่านั้น”

พยาบาลคนที่ 1 โรงพยาบาล 4

“หลังจากมีการให้ข้อมูลแล้ว ทีมสุขภาพต้องมีการประเมินความเข้าใจของญาติว่ารับรู้ข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วยอย่างถูกต้องก่อนมีการตัดสินใจ”

พยาบาลคนที่ 3 โรงพยาบาล 5

“เราจะมีกระบวนการประเมินความเข้าใจของญาติ หลังจากที่เราให้ข้อมูลว่าเขาเข้าใจเรื่องเกี่ยวกับข้อมูลที่ให้หรือเปล่า”

แพทย์ โรงพยาบาล 2

ผู้รับผิดชอบ ในขั้นตอนการประเมินความเข้าใจของญาติเกี่ยวกับข้อมูลที่ได้รับ ผู้รับผิดชอบประกอบด้วยแพทย์เจ้าของไข้ และพยาบาล โดยร่วมกันประเมินเกี่ยวกับความเข้าใจของญาติเกี่ยวกับข้อมูลที่ได้รับ ก่อนการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลที่ยืดชีวิตผู้ป่วย

ขั้นที่ 4 การร่วมกันตัดสินใจ ทีมสุขภาพประเมินการตัดสินใจของญาติเกี่ยวกับการให้/ยุติการรักษาพยาบาลที่ยืดชีวิต ซึ่งแบ่งเป็นกรณีดังนี้

กรณีที่ 1 ไม่ทราบความต้องการของผู้ป่วย ผู้ป่วยมีโอกาสรอดชีวิตจากการรักษาพยาบาลที่ยืดชีวิต และญาติตัดสินใจให้การรักษาพยาบาลที่ยืดชีวิต

กรณีนี้ ทีมสุขภาพทุกโรงพยาบาลเห็นด้วยกับการตัดสินใจของญาติ ดังนั้นในกรณีนี้ ทีมสุขภาพตัดสินใจสอดคล้องกับการตัดสินใจของญาติ ดังตัวอย่างข้อมูลที่ว่า

“ในกรณีที่ผู้ป่วยมีโอกาสรอดชีวิตและญาติต้องการให้มีการรักษา เราก็ต้องรักษาเต็มที่ตามหลักการทางการแพทย์”

แพทย์คนที่ 2 โรงพยาบาล 4

“ถ้าในกรณีที่เราเห็นว่าคนไข้คนนี้มีโอกาสรอดชีวิต ส่วนมากเราก็จะให้การรักษาเต็มที่”

แพทย์ โรงพยาบาล 2

ผู้รับผิดชอบ ในขั้นตอนการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจในกรณีที่ 1 ผู้รับผิดชอบประกอบด้วยแพทย์เจ้าของไข้และญาติ โดยแพทย์มีส่วนร่วมในการตัดสินใจกับญาติในการรักษาพยาบาลที่ยืดชีวิต แต่ญาติจะเป็นคนตัดสินใจขนาดเกี่ยวกับการรักษา กลุ่มตัวอย่างไม่ได้กล่าวถึงบทบาทของพยาบาลในการร่วมตัดสินใจในกรณีที่ 1

กรณีที่ 2 ไม่ทราบความต้องการของผู้ป่วย ผู้ป่วยมีโอกาสรอดชีวิตจากการรักษาพยาบาลที่ยืดชีวิต แต่ญาติตัดสินใจยุติการรักษาพยาบาลที่ยืดชีวิต

กรณีนี้พบว่าทีมสุขภาพทุกโรงพยาบาลไม่เห็นด้วยกับการตัดสินใจของญาติ และ 4 โรงพยาบาล มีการค้นหาสาเหตุที่มีผลต่อการตัดสินใจของญาติ ซึ่งพบว่าปัจจัยหลายอย่างเข้ามาเกี่ยวข้องในการตัดสินใจของญาติ ได้แก่เรื่องเศรษฐกิจ ภาระรับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วยหรืออาจเกิดจากความเชื่อของญาติเกี่ยวกับการรักษา ซึ่งพบว่าในบางราย ญาติยังยืนยันการตัดสินใจเดิม คือยุติการรักษาแต่มีบางรายที่ญาติเปลี่ยนใจให้รักษาต่อ ดังตัวอย่างข้อมูลที่ว่า

“หมอบอกว่าเขาควรจะรักษาต่อนะ เพราะว่ายังสู้ได้ แต่ญาติบอกว่าค่าใช้จ่ายสูง และเขาไม่อยากรักษาแล้ว...ถ้าปัญหาเกิดจากเศรษฐกิจเราช่วยอนุมัติอนาถา (สังคมสงเคราะห์) ให้ เพื่อแก้ปัญหของญาติ...ถ้าเขาไม่ต้องจ่าย เขาก็ยอมรักษา”

พยาบาลคนที่ 1 โรงพยาบาล 4

“หลังจากเรียกญาติเข้ามาคุย อธิบายเกี่ยวกับการพยากรณ์โรคว่าผู้ป่วยยังมีความหวัง ถ้ารักษาต่ออาจจะดีขึ้น และให้การช่วยเหลือเกี่ยวกับสาเหตุที่ทำให้ญาติไม่ต้องการรักษา ถ้าญาติเขายังปฏิเสธการรักษา คือว่าต้องการที่จะเอาผู้ป่วยกลับบ้าน ก็ต้องทำตามเขา เพราะว่าพยายามที่สุดแล้ว”

พยาบาลคนที่ 3 โรงพยาบาล 1

“ถ้าในกรณีที่เราอธิบายอย่างเต็มที่แล้ว แต่ญาติยังยืนยันไม่ให้มีการช่วยฟื้นชีวิต เราก็ต้องตามใจญาติ”

พยาบาลคนที่ 4 โรงพยาบาล 5

“เราอยากจะทำให้รักษาต่อแต่เขาบอกไม่เอาแล้ว เขากลับแล้ว เขาไม่ไหว อันนี้เราต้องมาดูว่าเขาไม่ไหวเพราะอะไร เป็นเรื่องของคำรักษาพยาบาลหรือคนรับผิดชอบดูแลผู้ป่วยต่อ เพราะบางครั้งเมื่อเราช่วยฟื้นชีวิตแล้วอาจทำให้ผู้ป่วยรอดชีวิตแต่ว่าเป็นฝักต้องมีคนดูแลต่อ ดังนั้นประเด็นเหล่านี้เราต้องนำมาพิจารณาในการตัดสินใจเกี่ยวกับการให้/ยุติการรักษาพยาบาลที่ยืดชีวิต”

แพทย์ โรงพยาบาล 3

ผู้รับผิดชอบ ในขั้นตอนของการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ ในกรณีนี้ 2 ผู้รับผิดชอบในการค้นหาสาเหตุที่มีผลต่อการตัดสินใจในการรักษาของญาติ ประกอบด้วย แพทย์เจ้าของไข้และพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วย เพื่อพิจารณาให้การช่วยเหลือที่เหมาะสมต่อไป ซึ่งญาติเป็นผู้มีอำนาจในการตัดสินใจขั้นสุดท้าย

กรณีที่ 3 ไม่ทราบความต้องการของผู้ป่วย ผู้ป่วยไม่มีโอกาสรอดชีวิตหรือมีโอกาสรอดชีวิตน้อยมากจากการรักษาพยาบาลที่ยืดชีวิต แต่ญาติตัดสินใจให้มีการรักษาพยาบาลที่ยืดชีวิต

กรณีนี้ พบว่าทีมสุขภาพทั้ง 5 โรงพยาบาลไม่เห็นด้วยกับการตัดสินใจของญาติ และมีทีมสุขภาพ 2 โรงพยาบาล ที่มีการแสวงหาความคิดเห็นเพื่อยืนยันการไม่รักษาพยาบาลที่ยืดชีวิต โดยมีการปรึกษาแพทย์คนอื่น เพื่อให้แพทย์มาร่วมวินิจฉัย ให้ข้อมูลและยืนยันเกี่ยวกับการพยากรณ์โรคและการรักษา ซึ่งพบว่าหลังจากมีการแสวงหาความคิดเห็น มีทั้งญาติที่ตัดสินใจยืนยันให้รักษาต่อและญาติที่ตัดสินใจยุติการรักษา ดังตัวอย่างข้อมูลที่ว่า

“ในกรณีที่ญาติต้องการรักษา แต่แพทย์ไม่ต้องการรักษาต่อ...จึงต้องให้แพทย์คนอื่นมายืนยัน เช่น ให้แพทย์ทางด้านอายุรกรรมมาอธิบายเกี่ยวกับโรคและการพยากรณ์โรคว่าผู้ป่วยคงไม่ไหว คือเราหาแพทย์อีกคนมายืนยันว่าไม่ควรรักษา แต่เขาก็ยังรับไม่ได้ ยังไงก็ต้องรักษา”

พยาบาลคนที่ 2 โรงพยาบาล 4

“ถ้าประเมินแล้วว่าผู้ป่วยไม่ไหวจริงๆ ก็รักษาแบบประคับประคอง คงไม่ aggressive มาก ตาม indication ทางการแพทย์ อาจจะไม่ตามใจญาติ”

แพทย์คนที่ 1 โรงพยาบาล 5

“ถ้าเห็นว่าผู้ป่วยแย่นั่นนอน ทำไปก็ไม่มีประโยชน์ เสียทรัพยากรทั้งบุคคล เศรษฐกิจ อะไรต่างๆ ที่มสุขภาพก็อาจจะพิจารณายุติการรักษา ซึ่งอาจจะไม่ตรงกับความต้องการของญาติ”

แพทย์คนที่ 2 โรงพยาบาล 4

ผู้รับผิดชอบ ในขั้นตอนการร่วมตัดสินใจ ในกรณีที่ 3 ผู้รับผิดชอบในการแสวงหาความคิดเห็นร่วม คือแพทย์เจ้าของไข้ โดยแพทย์เจ้าของไข้จะมีการปรึกษากับแพทย์คนอื่น เพื่อให้ร่วมในการวินิจฉัยและยืนยันการไม่รักษา แต่ผู้ตัดสินใจขั้นสุดท้ายว่าจะรักษาต่อหรือยุติการรักษา คือญาติ

กรณีที่ 4 ไม่ทราบความต้องการของผู้ป่วย ผู้ป่วยไม่มีโอกาสรอดชีวิตหรือมีโอกาสรอดชีวิต น้อยมากจากการรักษาพยาบาลที่ยืดชีวิต และญาติตัดสินใจยุติการรักษาพยาบาลที่ยืดชีวิต

กรณีนี้พบว่าที่มสุขภาพทุกโรงพยาบาลเห็นด้วยกับการตัดสินใจของญาติ กรณีนี้ที่มสุขภาพตัดสินใจสอดคล้องกับการตัดสินใจของญาติ ดังตัวอย่างข้อมูลที่ว่า

“ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่มีโอกาสรอดชีวิตหรือมีน้อย ที่มสุขภาพก็จะตัดสินใจตาม ญาติ ถ้าญาติต้องการยุติการรักษา เราก็ยุติ”

แพทย์ โรงพยาบาล 2

“กรณีที่ผู้ป่วยเป็นโรคเรื้อรังและรักษาไม่หาย ญาติเขาไม่อยากช่วยเพราะว่าเป็นภาระในการดูแลและผู้ป่วยทุกข์ทรมาน อันนี้ก็ทำตามความต้องการของญาติ”

แพทย์ โรงพยาบาล 3

ผู้รับผิดชอบ ในขั้นตอนการร่วมตัดสินใจ ในกรณีที่ 4 ผู้รับผิดชอบได้แก่ แพทย์เจ้าของไข้ และญาติ โดยแพทย์จะเป็นบุคคลที่มีส่วนร่วมในการตัดสินใจกับญาติ แต่ญาติจะเป็นคนตัดสินใจ

ขั้นสุดท้ายในการรักษา กลุ่มตัวอย่างไม่ได้กล่าวถึงบทบาทของพยาบาลในการร่วมตัดสินใจ
ในกรณีที่ 4

ขั้นที่ 5 การลงมือปฏิบัติ ซึ่งจะแบ่งเป็นกรณีดังนี้

กรณีที่ 1 ไม่ทราบความต้องการของผู้ป่วย ผู้ป่วยมีโอกาสรอดชีวิตจากการรักษา
พยาบาลที่ยืดชีวิต และญาติตัดสินใจให้มีการรักษาพยาบาลที่ยืดชีวิต

กรณีนี้ พบว่าทีมสุขภาพทำตามความต้องการของญาติเมื่อผู้ป่วยมีภาวะหัวใจหยุดเต้น
ก็ให้การช่วยฟื้นชีวิตตามปกติ ดังตัวอย่างข้อมูลที่ว่า

“ในกรณีที่ผู้ป่วยมีโอกาสรอดชีวิต และญาติต้องการให้ช่วยเราก็ต้องช่วยเต็มที่
ตามหลักวิชาการ โดยเมื่อผู้ป่วยมีภาวะหัวใจหยุดเต้น ทีมสุขภาพทำการช่วยฟื้นชีวิต
ตามปกติ”

แพทย์ โรงพยาบาล 2

กรณีที่ 2 ไม่ทราบความต้องการของผู้ป่วย ผู้ป่วยมีโอกาสรอดชีวิตจากการรักษา
พยาบาลที่ยืดชีวิต แต่ญาติตัดสินใจยุติการรักษาพยาบาลที่ยืดชีวิต

กรณีนี้เมื่อทีมสุขภาพค้นหาสาเหตุ ในขั้นตอนที่ 4 (การร่วมตัดสินใจ) แล้ว แต่ญาติยังยืนยัน
ให้มีการยุติการรักษา พบว่าในขั้นตอนที่ 5 (การลงมือปฏิบัติ) ทีมสุขภาพทุกโรงพยาบาลปฏิบัติ
ตามการตัดสินใจของญาติ โดยในกรณีที่ผู้ป่วยยังคงรักษาในโรงพยาบาล แพทย์และพยาบาล
ยังให้การดูแลอย่างต่อเนื่อง เพื่อความสบายและลดความทุกข์ทรมานของผู้ป่วย รวมทั้งให้การ
พยาบาลทางด้านจิตใจของผู้ป่วยและญาติ เมื่อผู้ป่วยมีภาวะหัวใจหยุดเต้น ทีมสุขภาพไม่ทำการ
ช่วยฟื้นชีวิต โดยแพทย์จะบอกด้วยปากเปล่าว่าไม่มีการช่วยฟื้นชีวิตแต่จะไม่มีการเขียนเป็น
ลายลักษณ์อักษรว่า no CPR แต่มีทีมสุขภาพ 1 โรงพยาบาล ที่แพทย์เขียนว่า Good palliative
care ในใบคำสั่งการรักษาของแพทย์ ซึ่งทีมสุขภาพจะเข้าใจตรงกันว่าไม่มีการช่วยฟื้นชีวิตสำหรับ
ผู้ป่วยรายนี้ สำหรับในกรณีที่ญาติต้องการพาผู้ป่วยกลับบ้าน ทีมสุขภาพปฏิบัติตามความต้องการ
ของญาติและให้เซ็นชื่อในแบบฟอร์มไม่ยินยอมรับการรักษาและให้คำแนะนำอื่นๆที่เกี่ยวข้อง ดัง
ตัวอย่างข้อมูลที่ว่า

“ในกรณีที่ญาติไม่ต้องการรักษาก็ให้เซ็นไม่ยินยอมให้การรักษา...และจะให้
คำแนะนำว่าถ้าเกิดผู้ป่วยยังไม่ถึงขั้นที่ว่าจะเสียชีวิต ก็ให้กลับมา เรายินดีที่จะรักษาต่อ”

พยาบาลคนที่ 2 โรงพยาบาล 1

“ในกรณีที่ญาติไม่สมัครอยู่ เรา (พยาบาล) ก็จะทำให้ความเข้าใจตั้งแต่แรกก่อนว่า ถ้าผู้ป่วยยังไม่เสียชีวิต ญาติจะต้องเป็นคนปลดเครื่องช่วยหายใจและต้องมีการเซ็นยินยอมเป็นลายลักษณ์อักษร...ประสานงานกับแพทย์ เพื่อขอความเห็นของแพทย์ ถ้าแพทย์อนุญาตเราก็ดำเนินการได้...นอกจากนี้ต้องให้คำแนะนำญาติว่าถ้ากลับไปแล้วผู้ป่วยเสียชีวิต ขั้นตอนในการปฏิบัติทำอย่างไร...ส่วนในกรณีที่ญาติไม่นำผู้ป่วยกลับบ้าน แพทย์จะเป็นคนตัดสินใจเองว่าจะให้การรักษาอย่างไรว่าจะให้ยาปฏิชีวนะที่ราคาแพง ๆ อยู่หรือว่าจะต้องใส่เครื่องช่วยหายใจ ส่วนพยาบาลก็จะให้การดูแลในเรื่องเกี่ยวกับการลดความทุกข์ทรมานของผู้ป่วย ทำอย่างไรให้เขาอยู่อย่างไม่ทุกข์ทรมาน ในขณะเดียวกันเราก็ support ญาติด้วย”

พยาบาลคนที่ 5 โรงพยาบาล 3

“ผู้ป่วยที่ DNR (ผู้ป่วยที่ไม่มีการช่วยฟื้นชีวิต) การปฏิบัติคือไม่มีการช่วยฟื้นชีวิตอย่างเดียว แต่ยาหรือว่าอะไรจะให้เต็มที่ทุกอย่าง คือไม่ป้อนแค่นั้นเอง...ทำผู้ป่วยอื่นอย่างไรก็ทำเขาแบบนั้นเหมือนกัน...มีการ support ญาติเป็นระยะๆ โดยบอกอาการเป็นระยะ เมื่อผู้ป่วยใกล้จะเสียชีวิตก็จะเรียกญาติเข้ามา ถ้าเขาอยากจะทำอะไรก็ให้เขาเข้ามา”

พยาบาลคนที่ 4 โรงพยาบาล 2

“ในกรณีที่คุยกับญาติตกลงกันแล้วว่า กรณีนี้ไม่มีการช่วยฟื้นชีวิต เราจะไม่เขียนคำว่า no CPR เพราะมันผูกมัดตัวเอง แต่เราจะเขียนว่า Good palliative care แทน โดยทุกคนจะเข้าใจตรงกันว่าผู้ป่วยรายนี้ไม่มีการช่วยฟื้นชีวิต หรือไม่ก็บอกด้วยปาก”

แพทย์ โรงพยาบาล 3

สำหรับการปฏิบัติในกรณีที่หลังจากค้นหาสาเหตุในขั้นตอนที่ 4 (การร่วมตัดสินใจ) แล้ว ญาติต้องการให้มีการรักษาพยาบาลที่ยืดชีวิต พบว่าทีมสุขภาพจำนวน 4 โรงพยาบาล ขอเวลาในการรักษาผู้ป่วย ส่วนทีมสุขภาพอีก 1 โรงพยาบาลไม่พบสถานการณ์ที่ญาติรักษาต่อ ดังตัวอย่างข้อมูลที่ว่า

“แพทย์จะบอกว่า ขอรักษาคุณก่อนสักวัน แล้วพรุ่งนี้ค่อยมาพูดกันใหม่ ถ้าไม่ดีขึ้นคุณก็จะเอากลับบ้านก็ได้”

พยาบาลคนที่ 1 โรงพยาบาล 3

“ในกรณีที่เราเห็นว่าผู้ป่วยยังมีหวัง เราก็จะพยายามให้เขาอยู่รักษาต่อ...ต้องพยายามให้เขาอยู่รักษาต่อไป”

แพทย์ โรงพยาบาล 2

“ในกรณีที่ผู้ป่วยเป็นโรคที่สามารถที่จะรักษาได้ เราจะต้องขออนุญาตเพื่อขอเวลาในการรักษาแก่ผู้ป่วย”

แพทย์คนที่ 2 โรงพยาบาล 4

กรณีที่ 3 ไม่ทราบความต้องการของผู้ป่วย ผู้ป่วยไม่มีโอกาสรอดชีวิตหรือมีโอกาสรอดชีวิตน้อยมากจากการรักษาพยาบาลที่ยืดชีวิต แต่ญาติตัดสินใจให้มีการรักษาพยาบาลที่ยืดชีวิต

กรณีนี้พบว่า หลังจากที่มีสุขภาพมีการแสวงหาความคิดเห็น ในขั้นตอนที่ 4 (การร่วมตัดสินใจ) แล้ว แต่ญาติยังยืนยันให้มีการรักษาพยาบาลที่ยืดชีวิต ในขั้นตอนที่ 5 (การลงมือปฏิบัติ) ที่มีสุขภาพทั้ง 5 โรงพยาบาลปฏิบัติตามการตัดสินใจของญาติ เมื่อผู้ป่วยมีภาวะหัวใจหยุดเต้น ทีมสุขภาพให้การช่วยฟื้นชีวิต ดังตัวอย่างข้อมูลที่ว่า

“ในกรณีที่ญาติต้องการให้มีการช่วยฟื้นชีวิต เราก็ต้องมีการช่วยฟื้นชีวิตตามความต้องการของญาติ...คือแนวโน้มในการรักษาผู้ป่วยระยะสุดท้าย เราจะทำตามความต้องการของญาติ ”

แพทย์ 2 โรงพยาบาล 5

“ถ้าเราคุยกับญาติแล้ว มีการประเมินแล้ว ญาติต้องการให้เราทำดีที่สุด (รักษาเต็มที่) เราก็ต้องทำให้ดีที่สุด เมื่อมีภาวะหัวใจหยุดเต้น เราก็ต้องมีการช่วยฟื้นชีวิต”

แพทย์ โรงพยาบาล 2

“ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่มีโอกาสรอดชีวิต ญาติยืนยันให้มีการช่วยฟื้นชีวิต ทีมสุขภาพก็จะมีการช่วยฟื้นชีวิตตามมาตรฐาน ไม่ทำมากมาย ไม่ aggressive ถ้าปัมไม่ขึ้นก็หยุด”

พยาบาลคนที่ 1 โรงพยาบาล 4

“ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่มีหวัง แต่ญาติอยากให้การรักษาเต็มที่ เราก็ต้องรักษา จนกว่าผู้ป่วยเสียชีวิตหรือว่าญาติไม่ต้องการให้รักษา”

แพทย์ โรงพยาบาล 1

สำหรับการปฏิบัติในกรณีที่หลังจากมีการแสวงหาความคิดเห็นร่วม ในขั้นตอนที่ 4 (การร่วมตัดสินใจ) แล้ว ถ้าญาติตัดสินใจยุติการรักษา พบว่าทีมสุขภาพทั้ง 5 โรงพยาบาลมีการปฏิบัติตามความต้องการของญาติ โดยในกรณีที่ผู้ป่วยยังคงรักษาในโรงพยาบาล ทีมสุขภาพจะให้การดูแลเพื่อความสุขสบายและลดความทุกข์ทรมานของผู้ป่วย รวมทั้งการดูแลทางด้านจิตใจ ในกรณีที่ญาติต้องการนำผู้ป่วยกลับบ้าน ทีมสุขภาพปฏิบัติตามความต้องการของญาติ และให้เซ็นชื่อในแบบฟอร์มไม่ยินยอมรับการรักษาและให้คำแนะนำอื่นๆ ดังตัวอย่างข้อมูลที่ว่า

“ในกรณีที่ญาติยอมรับได้ว่าผู้ป่วยไม่มีโอกาสรอดชีวิต ทีมสุขภาพจะให้การรักษาพยาบาลตามปกติ...คือดูแลเต็มที่ทุกอย่างไม่ได้คิดว่าผู้ป่วยคนนี้ไม่เอาแล้ว แต่ถ้าผู้ป่วยมีภาวะหัวใจหยุดเต้นก็ไม่มีการช่วยฟื้นชีวิตเท่านั้นเอง”

พยาบาลคนที่ 2 โรงพยาบาล 2

“ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่มีหวัง ญาติไม่ต้องการให้มีการช่วยฟื้นชีวิต ส่วนใหญ่ก็จะอนุญาตให้ญาติทำทุกอย่างตามต้องการในวาระสุดท้ายของชีวิตผู้ป่วย ตามความต้องการของญาติ เช่นให้ทำพิธีกรรมต่างๆ นิมนต์พระมาสวดหรือทำอะไรทำนองนี้ อนุญาตให้ทำเต็มที่”

พยาบาลคนที่ 7 โรงพยาบาล 5

“ในกรณีที่ญาติบอกว่าไม่ต้องช่วยฟื้นชีวิต พอผู้ป่วยเริ่มมีอาการ ที่เรารู้แล้วว่าผู้ป่วยใกล้จะไป (เสียชีวิต) แล้วนะ เราก็จะเรียกญาติเข้ามา ช่วงนี้ถ้าเกิดอยากจะทำพิธีอะไรเราก็อำนวยความสะดวกให้เต็มที่...ในบางครั้งเราจะอนุญาตให้ญาติเข้ามาอยู่กับผู้ป่วยได้ตลอดเวลาตามต้องการ”

พยาบาลคนที่ 3 โรงพยาบาล 2

“ในกรณีที่ผู้ป่วยสิ้นหวังแล้ว ญาติไม่รอให้ผู้ป่วยเสียชีวิตที่โรงพยาบาล เขาต้องการจะพากลับบ้าน เราก็จะอธิบายให้เขาฟังตั้งแต่แรก ทำความเข้าใจตั้งแต่แรกก่อน

ว่าถ้าผู้ป่วยยังไม่เสียชีวิตไม่สามารถเอาเครื่องช่วยหายใจออกได้ นอกจากว่าญาติจะเป็นเอาเครื่องช่วยหายใจออกเอง แล้วมีการเซ็นเป็นลายลักษณ์อักษรว่าไม่สมัครอยู่ในแบบฟอร์มการยินยอมไม่สมัครใจรับการรักษา”

พยาบาลคนที่ 3 โรงพยาบาล 3

กรณีที่ 4 ไม่ทราบความต้องการของผู้ป่วย ผู้ป่วยไม่มีโอกาสรอดชีวิตหรือมีโอกาสรอดชีวิตน้อยมากจากการรักษาพยาบาลที่ยืดชีวิต ญาติตัดสินใจยุติการรักษาพยาบาลที่ยืดชีวิต

กรณีนี้ขั้นตอนการลงมือการปฏิบัติ พบว่าทีมสุขภาพทั้ง 5 โรงพยาบาลทำตามความต้องการของญาติ โดยในกรณีที่ผู้ป่วยยังคงรักษาในโรงพยาบาล ทีมสุขภาพจะให้การดูแลเพื่อความสบายและลดความทุกข์ทรมานของผู้ป่วย เมื่อผู้ป่วยมีภาวะหัวใจหยุดเต้น ไม่มีการกระทำการช่วยฟื้นชีวิต โดยแพทย์จะบอกด้วยปากเปล่าว่าไม่มีการช่วยฟื้นชีวิตแต่ไม่มีการเขียนเป็นลายลักษณ์อักษร และในกรณีที่ญาติต้องการนำผู้ป่วยกลับบ้าน ทีมสุขภาพให้เซ็นชื่อในแบบฟอร์มไม่ยินยอมรักษาและให้คำแนะนำอื่นๆ ดังตัวอย่างข้อมูลที่ว่า

“กรณีที่ผู้ป่วยไม่รู้สีกตัว ใส่เครื่องช่วยหายใจ ให้ยากระตุ้นหัวใจเต็มที่แล้ว ความดันโลหิตยังวัดไม่ได้ ญาติเขาจะตัดสินใจเอากลับไปเสียชีวิตที่บ้าน ทีมสุขภาพก็จะอนุญาตตามความต้องการของญาติ แต่ในกรณีที่ญาติไม่นำผู้ป่วยกลับบ้าน ก็จะทำให้ญาติเห็นว่าไม่ทำการนวดหัวใจเป็นลายลักษณ์อักษร แต่แพทย์จะไม่เขียนคำสั่งว่าไม่ช่วยฟื้นชีวิต”

พยาบาลคนที่ 1 โรงพยาบาล 1

“การปฏิบัติในกรณีที่ผู้ป่วยยังรับการรักษาในโรงพยาบาล ส่วนมากจะให้การดูแลในเรื่องความสบายของผู้ป่วยและให้เขาทุกข์ทรมานน้อยที่สุด”

พยาบาลคนที่ 1 โรงพยาบาล 5

“ของเราจะไม่มีคำสั่งว่า ห้าม CPR แต่จะให้ญาติเซ็นว่าไม่ทำการนวดหัวใจใน progress note ในใบคำสั่งการรักษาของแพทย์ โดยแพทย์จะบันทึกรายละเอียดของข้อมูลที่ให้แก่ญาติกำกับด้วย”

แพทย์ 1 โรงพยาบาล 1

“กรณีที่ไม่มี การช่วยฟื้นชีวิต แพทย์จะไม่เขียนคำสั่ง NR แต่จะบอกด้วยปากเปล่าให้พยาบาลรับทราบ”

แพทย์ โรงพยาบาล 2

ผู้รับผิดชอบ ในขั้นตอนการลงมือปฏิบัติ ผู้รับผิดชอบในทุกกรณีประกอบด้วย แพทย์เจ้าของไข้และพยาบาลที่ให้การดูแลผู้ป่วย โดยในกรณีที่ญาติตัดสินใจยุติการรักษา แต่ผู้ป่วยยังคงรับการรักษาในโรงพยาบาล ทีมสุขภาพจะให้การดูแลในการควบคุมและบรรเทาอาการ และแพทย์ทุกโรงพยาบาลจะบอกด้วยปากเปล่าว่าไม่มีการช่วยฟื้นชีวิต และไม่มีการเขียนเป็นลายลักษณ์อักษร แต่มีแพทย์บางโรงพยาบาลให้ญาติเห็นไม่ทำการนัดหัวใจใน Progress note และแพทย์มีการเขียนเกี่ยวกับการให้ข้อมูลกำกับ และ บางโรงพยาบาลแพทย์จะเขียนในคำสั่งการรักษาว่า good palliative care เมื่อผู้ป่วยหัวใจหยุดเต้น ไม่ต้องทำการช่วยฟื้นชีวิต และในบางกรณีที่ญาติต้องการพาผู้ป่วยกลับบ้าน ทีมสุขภาพให้ญาติเห็นชื่อในแบบฟอร์มไม่ยินยอมรับการรักษาและให้คำแนะนำในการปฏิบัติกรณีที่ไม่สมควรอยู่ เช่น ญาติจะต้องเป็นคนถอดท่อช่วยหายใจ ในกรณีที่ผู้ป่วยยังไม่เสียชีวิต และต้องเป็นผู้เซ็นไม่ยินยอมรับการรักษา เป็นต้น นอกจากนี้ในบางครั้งแพทย์มีหน้าที่ในการขอเวลาปรึกษา ในกรณีที่ผู้ป่วยยังมีโอกาสรอดชีวิตจากการรักษาพยาบาลที่ยืดชีวิต

ขั้นที่ 6 การประเมินผล ขั้นตอนนี้เป็นขั้นตอนการประเมินผลหลังจากมีการปฏิบัติ ซึ่งมีรายละเอียดในแต่ละกรณีดังนี้

กรณีที่ 1 ไม่ทราบความต้องการของผู้ป่วย ผู้ป่วยมีโอกาสรอดชีวิตจากการรักษาพยาบาลที่ยืดชีวิตและญาติตัดสินใจให้มีการรักษาที่ยืดชีวิต

กรณีนี้หลังจากมีการปฏิบัติตามความต้องการของญาติ ในขั้นตอนที่ 5 (การลงมือปฏิบัติ) โดยเมื่อผู้ป่วยมีภาวะหัวใจหยุดเต้น ทีมสุขภาพทั้ง 5 โรงพยาบาลมีการช่วยฟื้นชีวิต แต่ในขั้นตอนที่ 6 (การประเมินผล) พบว่ามีเพียง 1 โรงพยาบาลที่กล่าวถึงการประเมินผลของการช่วยฟื้นชีวิตไว้อย่างชัดเจน โดยถ้าช่วยแล้วผู้ป่วยไม่ฟื้น ก็จะพูดคุยกับญาติเพื่อพิจารณายุติการช่วยฟื้นชีวิต แต่ถ้าช่วยแล้วผู้ป่วยฟื้นชีวิตก็จะให้การรักษาแบบประคับประคองต่อไป ดังตัวอย่างข้อมูลที่ว่า

“ในกรณีที่ผู้ป่วยยังมีโอกาสรอดชีวิต แล้วญาติต้องการให้ช่วย ถ้าช่วยระยะหนึ่งแล้วไม่ไหว ไม่ดีขึ้นก็จะคุยกับญาติเกี่ยวกับการรักษา โดยถ้าหากญาติยินยอมรับได้

ก็อาจจะพิจารณายุติการช่วยฟื้นชีวิต แต่ถ้าปัมขึ้น ก็จะทำให้การรักษาแบบประคับประคองต่อไป”

แพทย์ โรงพยาบาล 2

กรณีที่ 2 ไม่ทราบความต้องการของผู้ป่วย ผู้ป่วยมีโอกาสรอดชีวิตจากการรักษาพยาบาลที่ยืดชีวิต แต่ญาติตัดสินใจยุติการรักษาพยาบาลที่ยืดชีวิต

กรณีนี้ พบว่า หลังจากที่ทีมสุขภาพได้ลงมือปฏิบัติ ในขั้นตอนที่ 5 แล้ว ในกรณีที่ญาติยุติการรักษา แต่ผู้ป่วยยังรับการรักษาในหอผู้ป่วยหนัก พบว่าทีมสุขภาพ 2 โรงพยาบาล มีการประเมินอาการของผู้ป่วยทุกวัน เพื่อพิจารณาตัดสินใจให้การรักษาที่เหมาะสม ซึ่งผลจากการประเมินในขั้นตอนที่ 6 พบว่ามีการพิจารณาย้ายผู้ป่วยออกจากหอผู้ป่วยหนัก หรือในบางครั้งญาติพาผู้ป่วยกลับบ้าน ดังตัวอย่างข้อมูลที่ว่า

“ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่มีการช่วยฟื้นชีวิต แพทย์และพยาบาลจะดูแลและประเมินอาการของผู้ป่วยทุกวันตามปกติ เพื่อพิจารณาเกี่ยวกับการรักษาที่เหมาะสมต่อไป”

แพทย์ โรงพยาบาล 3

“ในกรณีที่ผู้ป่วยยังรักษาอยู่ในหอผู้ป่วยหนักและยังเอาเครื่องช่วยหายใจออกไม่ได้และประเมินแล้วผู้ป่วยไม่ดีขึ้น แพทย์อาจจะพิจารณาย้ายผู้ป่วยออกจากหอผู้ป่วยหนัก...หรือในบางครั้งญาติเห็นว่าผู้ป่วยคงไม่ไหวแล้ว ก็จะตัดสินใจเอากลับไปเสียชีวิตที่บ้าน”

พยาบาลคนที่ 1 โรงพยาบาล 1

“กรณีที่ผู้ป่วยยังมีโอกาสรอดชีวิตแต่ญาติต้องการเอากลับบ้านและแพทย์ขอเวลาในการรักษาต่ออีก 2-3 วัน ถ้าประเมินแล้วผู้ป่วยมีอาการแยกลง แพทย์ก็จะให้ญาติตัดสินใจอีกครั้ง ถ้าต้องการเอาผู้ป่วยกลับ แพทย์ก็จะอนุญาตตามที่ญาติต้องการ”

พยาบาลคนที่ 3 โรงพยาบาล 3

สำหรับในกรณีที่ญาติตัดสินใจรักษาต่อมีทีมสุขภาพ 1 โรงพยาบาลที่กล่าวถึงการประเมินผล โดยประเมินอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยหลังจากให้การรักษา ดังตัวอย่างข้อมูลที่ว่า

“หลังจากให้การรักษาถ้าผู้ป่วยเริ่มดีขึ้นเราจะไม่ปลดท่อช่วยหายใจ เราจะรักษาต่อเพราะฉะนั้นคุณเอากลับบ้านไม่ได้...ถ้าใน 24 ชั่วโมงผู้ป่วยเริ่มดีขึ้นกระเดื่องหรือมีโอกาสดีขึ้น เราต้องขอรักษาต่อถ้าแย่งลงก็จะพิจารณาใหม่อีกครั้ง”

แพทย์คนที่ 2 โรงพยาบาล 4

กรณีที่ 3 ไม่ทราบความต้องการของผู้ป่วย ผู้ป่วยไม่มีโอกาสรอดชีวิตหรือมีโอกาสรอดชีวิตน้อยมากจากการรักษาพยาบาลที่ยืดชีวิต แต่ญาติตัดสินใจให้มีการรักษาพยาบาลที่ยืดชีวิต

กรณีนี้พบว่า ในกรณีที่ญาติยุติการรักษา และผู้ป่วยยังคงได้รับการรักษาในโรงพยาบาล ทีมสุขภาพไม่ได้กล่าวถึงการประเมินผล แต่ในกรณีที่ญาติยืนยันให้มีการช่วยฟื้นชีวิต เมื่อผู้ป่วยมีภาวะหัวใจหยุดเต้น ทีมสุขภาพมีการช่วยฟื้นชีวิตตามความต้องการของญาติ ในขั้นตอนการประเมินผล พบว่าทีมสุขภาพจำนวน 3 โรงพยาบาลที่กล่าวถึงการประเมินผลลัพธ์ของการช่วยฟื้นชีวิต หลังจากการลงมือปฏิบัติข้างต้น ดังตัวอย่างข้อมูลที่ว่า

“ถ้าเรามีการช่วยฟื้นชีวิต ตามมาตรฐานไปแล้วสักครึ่งชั่วโมงหรือ 1 ชั่วโมงแล้วไม่ขึ้น (ไม่ฟื้น) เราก็หยุดไปเลย เราก็บอกว่า brain dead แล้วก็ไม่มีโอกาสที่จะขึ้นอีกแล้ว...สำหรับการปฏิบัติในกรณีที่ญาติไม่ยอมรับหลังจากมีการช่วยชีวิตไปแล้ว 45 นาทีคือ ญาติยังยืนยันให้มีการช่วยฟื้นชีวิตก็จะให้ญาติเขาเข้ามาดูในขณะที่มีการช่วยฟื้นชีวิต เขาก็จะยอมรับได้และขอยุติการรักษา”

แพทย์คนที่ 2 โรงพยาบาล 4

“ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่มีหวัง แต่ญาติต้องการให้มีการช่วยฟื้นชีวิต เราก็ต้องทำ ก็ต้องช่วยจนกว่า ช่วยเต็มที่แล้วเขาไม่ไหว (ผู้ป่วยไม่ฟื้น) ก็ต้องให้ข้อมูลญาติอีกทีว่าเต็มที่แล้ว ไม่ว่าจะยาไม่ว่าจะอะไร คือระยะเวลา 40 นาที 50 นาทีไปแล้ว ถ้าไม่ขึ้นเลย สมองก็ไปหมดแล้ว เราก็ต้องยืนยันกับญาติว่าผู้ป่วยเสียชีวิตแล้ว แต่ถ้าบ่มขึ้นมาเราก็รักษาแบบประคับประคองต่อไป”

แพทย์ โรงพยาบาล 2

“กรณีที่ผู้ป่วยมีภาวะสมองตายแล้วแต่ญาติยังต้องการรักษา แพทย์ก็ใส่เครื่องช่วยหายใจไว้ ต้องใส่เครื่องช่วยหายใจจนเกือบเหม็น (ใส่เครื่องช่วยหายใจเป็นเวลานาน) แต่หัวใจยังเต้นอยู่ แพทย์ไม่ทำอะไรแล้ว เพราะว่า brain dead แพทย์ก็ไม่ว่าจะทำ

อะไรแล้ว ต้องคุยทุกวันจนกว่าจะยอมญาติจะยอมรับว่าผู้ป่วยเสียชีวิตแน่แล้ว จึงจะยอมปลดเครื่องกลับบ้าน”

พยาบาลคนที่ 1 โรงพยาบาล 4

“ส่วนใหญญาติเขาจะเห็นผู้ป่วยอยู่แล้ว คือมีการช่วยฟื้นชีวิตไปเป็นระยะแล้ว ผู้ป่วยอาการไม่ดีขึ้น ญาติก็จะจบด้วยการไม่ให้ช่วยฟื้นชีวิตต่ออะไรอย่างนี้”

พยาบาลคนที่ 3 โรงพยาบาล 5

กรณีที่ 4 ไม่ทราบความต้องการของผู้ป่วย ผู้ป่วยไม่มีโอกาสรอดชีวิตหรือมีโอกาสรอดชีวิตน้อยมากจากรักษาพยาบาลที่ยืดชีวิต และญาติตัดสินใจยุติการรักษา

กรณีนี้พบว่า หลังจากที่ทำตามความต้องการของญาติในขั้นตอนที่ 5 (การลงมือปฏิบัติ) แล้ว พบว่ามีทีมสุขภาพเพียง 2 โรงพยาบาลที่กล่าวถึงการประเมินผล โดยมีการประเมินเกี่ยวกับอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย และในบางครั้งญาติมีส่วนร่วมในการประเมินผลด้วย ดังตัวอย่างข้อมูลที่ว่า

“ในกรณีที่ญาติ ไม่ต้องการให้มีการช่วยฟื้นชีวิต และผู้ป่วยยังรับการรักษาในโรงพยาบาล แพทย์ก็จะมาคุยผู้ป่วยทุกวัน เพื่อประเมินเกี่ยวกับอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย เพื่อพิจารณาให้การรักษาที่เหมาะสมต่อไป”

แพทย์ โรงพยาบาล 3

“ผู้ป่วยที่เป็นโรคที่รักษาไม่ได้แล้ว รักษาไม่หายและไม่มีทางรักษาและผู้ป่วยไม่รู้สึกรู้สึกรู้สึกตัว ไม่รับรู้อะไรพวกนี้ญาติเองก็รู้ จากสภาพที่เขาเห็นเขารู้แล้วว่าไม่ไหวจริงๆ ก็จะขอพาผู้ป่วยกลับบ้าน...เมื่อแพทย์พิจารณาแล้วเห็นควรว่าให้ผู้ป่วยกลับ ก็จะทำอนุญาตให้กลับตามความต้องการของญาติ”

พยาบาลคนที่ 4 โรงพยาบาล 2

ผู้รับผิดชอบ ในขั้นตอนการประเมิน ผู้รับผิดชอบการประเมินผลในทุกกรณี ประกอบด้วยแพทย์เจ้าของไข้ และพยาบาลที่ให้การดูแลผู้ป่วย โดยแพทย์และพยาบาลร่วมกันประเมินเกี่ยวกับผลของการปฏิบัติ หลังจากให้การรักษาแล้วผลลัพธ์ของการรักษาเป็นอย่างไร ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นหรือเลวลง โอกาสรอดชีวิตมีอย่างน้อยเพียงใด แต่ทีมสุขภาพไม่ได้กล่าวถึงการประเมินในเรื่องของความพึงพอใจของญาติที่สุขภาพต่อผลการตัดสินใจ ผลกระทบจากการให้/ยุติการรักษา

พยาบาลที่ยืดชีวิต ต่อผู้ป่วย ญาติและทีมสุขภาพ และในบางครั้งญาติจะมีส่วนในการประเมินผล การปฏิบัติด้วย เช่นในบางกรณีที่ญาติเห็นว่าผู้ป่วยอาการไม่ดีขึ้นหรือมีความทุกข์ทรมาน ญาติ อาจจะขอให้แพทย์ยุติการรักษา

ขั้นตอนการปฏิบัติและผู้รับผิดชอบในแต่ละขั้นตอนของทีมสุขภาพ ในกรณีที่ไม่ทราบ ความต้องการของผู้ป่วย สามารถสรุปได้ดังตารางที่ 2 และแผนภูมิที่ 1

ตารางที่ 2 แสดงบทบาทหน้าที่ของผู้รับผิดชอบในแต่ละขั้นตอนในกรณีที่ไม่ทราบความต้องการของผู้ป่วย

ขั้นตอน	ผู้รับผิดชอบและบทบาทหน้าที่		
	พยาบาล	แพทย์	ญาติ
1. การประเมินสภาพผู้ป่วย	- ประเมินเกี่ยวกับอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย	- ประเมินเกี่ยวกับโรค การพยากรณ์โรคและความก้าวหน้าในการรักษา	-
2. การให้ข้อมูลแก่ญาติ	- ให้ข้อมูลเกี่ยวกับอาการที่เป็นอยู่และการรักษาที่ผู้ป่วยได้รับ - ประสานงานให้คุยกับแพทย์เจ้าของไข้	- ให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรค ความก้าวหน้าของโรค การพยากรณ์โรค แนวทางการรักษา จุดประสงค์ของการรักษาและผลของการรักษา	-
3. การประเมินความเข้าใจของญาติ	- ประเมินความเข้าใจของญาติเกี่ยวกับข้อมูลที่ได้รับ	- ประเมินความเข้าใจของญาติเกี่ยวกับข้อมูลที่ได้รับ	-
4. การร่วมตัดสินใจ	- ค้นหาเหตุที่ทำให้ญาติไม่ต้องการรักษา	- ค้นหาเหตุที่ทำให้ญาติไม่ยอมรับการรักษาและให้การช่วยเหลือ - แสวงหาความคิดเห็นร่วมจากแพทย์คนอื่น - ตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษา	- เป็นผู้ตัดสินใจชี้ขาดเกี่ยวกับการรักษา
5. การลงมือปฏิบัติ	- ให้การดูแลเพื่อความสุขสบายและบรรเทาความทุกข์ทรมาน - ให้คำแนะนำในการไม่สมัครอยู่ - ช่วยแพทย์ในการช่วยฟื้นชีวิต	- ให้การรักษาเพื่อความสุขสบายและลดความทุกข์ทรมาน - ให้คำแนะนำในการไม่สมัครอยู่ - มีคำสั่งให้มีการช่วยฟื้นชีวิตและทำการช่วยฟื้นชีวิต - มีคำสั่งด้วยปากเปล่าในการไม่ช่วยฟื้นชีวิต	- ในกรณีที่ไม่มีสมัครอยู่ญาติจะต้องเป็นคนเซ็นไม่รักษาและในบางครั้งอาจจะเป็นผู้เอาท่อช่วยหายใจออก
6. การประเมินผล	- ประเมินอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย - แจ้งให้ญาติทราบ	- ประเมินอาการและผลของการรักษา - แจ้งให้ญาติทราบ	- ร่วมในการประเมินอาการของผู้ป่วยและอาจจะมีการร้องขอให้ยุติการรักษา

2. กรณีที่ทราบความต้องการของผู้ป่วย

จากการศึกษาพบว่า มีทีมสุขภาพจำนวน 3 โรงพยาบาล จากทั้งหมด 5 โรงพยาบาล ที่เผชิญสถานการณ์ที่ผู้ป่วยบอกความต้องการของตนเองไว้ให้ญาติรับรู้ ซึ่งส่วนใหญ่ญาติจะเป็นคนบอกความต้องการของผู้ป่วยให้ทีมสุขภาพทราบหลังจากที่ผู้ป่วยไม่รู้สึกรู้สีกตัว แต่ไม่มีลายลักษณ์อักษร และในบางครั้งผู้ป่วยเป็นคนบอกทีมสุขภาพเกี่ยวกับความต้องการในการรักษาพยาบาลที่ยืดชีวิตก่อนที่ผู้ป่วยไม่รู้สึกรู้สีกตัว ตัวอย่างข้อมูลที่ว่า

“ส่วนใหญ่ญาติจะมาบอกว่าผู้ป่วยไม่ต้องการรักษา แต่ไม่มีลายลักษณ์อักษร...ส่วนใหญ่ผู้ป่วยไม่ได้มาบอกกับเราโดยตรง ซึ่งส่วนใหญ่ผู้ป่วยที่เข้ามารักษาที่เราไม่สามารถให้ข้อมูลอะไรแก่เราได้ ซึ่งเราไม่เชื่อถือว่าผู้ป่วยจะบอกความต้องการได้ตรงกับความต้องการของตนเองในขณะนั้น”

พยาบาลคนที่ 2 โรงพยาบาล 2

“ญาติบอกว่า ผู้ป่วยเคยบอกว่าถ้าเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล จะไม่ได้พอช่วยหายใจ ”

พยาบาลคนที่ 2 โรงพยาบาล 5

“คนไข้เป็นคนบอกกับทีมสุขภาพว่า ถ้าตัวเองต้องเป็นอะไรไป ไม่ต้องใส่ท่อช่วยหายใจอะไรทั้งสิ้น และไม่ต้องบีบหัวใจ”

แพทย์คนที่ 2 โรงพยาบาล 4

“คนไข้เขาเป็นมะเร็งในทรวงอก เขารักษาคือฉายแสง เขาทำอะไรมาเยอะแล้ว สุดท้ายเขาบอกว่าไม่อยากทำอะไรแล้ว เขาก็สั่งไว้ว่าจะเป็นอะไรหนัก พี่อย่าทำอะไรหนูนะ หนูไม่ต้องการทำอะไรแล้วก่อนที่จะหมดสติ”

พยาบาลคนที่ 1 โรงพยาบาล 4

“ผู้ป่วยเป็นมะเร็งระยะสุดท้าย แล้วก็อาการแบบว่ารุนแรง จนสุดท้ายก็ BP drop คนไข้อายุยังน้อย 40 ปี แล้วมีภาวะเยาะ เป็นคนเดียวที่เลี้ยงดูครอบครัว คนไข้ต้องการรักษาให้ถึงที่สุด บอกกับทีมสุขภาพว่าขอให้ช่วยเต็มที่ ”

พยาบาลคนที่ 3 โรงพยาบาล 5

“คนไข้อายุ 80 ปี เป็น complete heart block ย้ายมาเพื่อมากระตุ้นหัวใจ คนไข้รู้สึกตัวทุกอย่างมาถึง ปรากฏว่าคนไข้ต้องการกลับบ้าน ไม่ต้องการรักษา แพทย์อธิบายเยอะมาก อธิบายมากเลยนะคะว่า ถ้ากลับไป arrest แน่ แต่ผู้ป่วยยังยืนยันที่จะกลับบ้าน”

พยาบาลคนที่ 2 โรงพยาบาล 5

ขั้นตอนการปฏิบัติและผู้รับผิดชอบ

หลังจากที่ทีมสุขภาพทราบความต้องการของผู้ป่วยเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลที่ยืดชีวิต ทีมสุขภาพมีขั้นตอนในการปฏิบัติและรายละเอียดในการปฏิบัติแต่ละขั้นตอน รวมทั้งผู้รับผิดชอบ ดังนี้

ขั้นที่ 1 การประเมินสภาพของผู้ป่วย พบว่าทีมสุขภาพทั้ง 3 โรงพยาบาล มีการประเมินสภาพผู้ป่วยเหมือนกับกรณีที่ไม่ทราบความต้องการของผู้ป่วย

ผู้รับผิดชอบ ในขั้นตอนการประเมินสภาพผู้ป่วย ได้แก่ แพทย์เจ้าของไข้และพยาบาลที่ให้การดูแลผู้ป่วย โดยมีการประเมินร่วมกัน เนื่องจากพยาบาลทราบและเห็นอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยตลอด ทำให้สามารถประเมินได้ว่าผู้ป่วยยังมีโอกาสรอดชีวิตหรือว่าไม่มีโอกาสรอดชีวิต

ขั้นที่ 2 การให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยและญาติ พบว่าทีมสุขภาพทั้ง 3 โรงพยาบาลมีการให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรค การพยากรณ์โรค แนวทางในการรักษาและผลของการรักษาแก่ผู้ป่วยและญาติเป็นระยะ ๆ และเมื่อผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลงไปในทางที่เลวลงเพื่อใช้ประกอบในการตัดสินใจ เหมือนกับในกรณีที่ไม่ทราบความต้องการของผู้ป่วย

ผู้รับผิดชอบ ในขั้นตอนการให้ข้อมูลให้แก่แพทย์เจ้าของไข้และพยาบาลที่ให้การดูแลผู้ป่วย โดยแพทย์จะให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรค การพยากรณ์โรค แนวทางในการรักษาและผลของการรักษา ส่วนพยาบาลจะให้ข้อมูลเกี่ยวกับอาการและการรักษาที่ผู้ป่วยได้รับในขณะนั้น ไม่ได้บอกความก้าวหน้าของการรักษาแต่จะบอกเปรียบเทียบอาการของผู้ป่วย นอกจากนี้ในบางครั้งพยาบาลจะต้องประสานงานให้ญาติได้พูดคุยกับแพทย์

ขั้นที่ 3 การประเมินความเข้าใจของผู้ป่วยและญาติ พบว่าที่มสุขภาพทั้ง 3 โรงพยาบาล มีการประเมินความเข้าใจของญาติและผู้ป่วยในกรณีที่ยังรู้สึกตัวเกี่ยวกับข้อมูลที่ได้รับเหมือนกับ กรณีที่ไม่ทราบความต้องการของผู้ป่วย

ผู้รับผิดชอบ ได้แก่ แพทย์เจ้าของไข้และพยาบาลที่ให้การดูแลผู้ป่วย ในขั้นตอนนี้เป็น บทบาทหน้าที่รับผิดชอบร่วมกันระหว่างแพทย์และพยาบาล

ขั้นที่ 4 การร่วมกันตัดสินใจ จะแบ่งเป็นกรณีดังต่อไปนี้

กรณีที่ 1 ผู้ป่วยยังมีโอกาสรอดชีวิตจากการรักษาพยาบาลที่ยืดชีวิต ผู้ป่วยไม่ต้องการ การรักษาที่ยืดชีวิต แต่ญาติตัดสินใจให้มีการรักษาพยาบาลที่ยืดชีวิต

กรณีนี้พบว่าที่มสุขภาพจำนวน 2 โรงพยาบาลไม่เห็นด้วยกับการตัดสินใจของผู้ป่วย และที่มสุขภาพอีก 1 โรงพยาบาลไม่พบสถานการณ์ โดยที่มสุขภาพมีการตัดสินใจสอดคล้องกับการตัดสินใจของญาติ ดังตัวอย่างข้อมูลที่ว่า

“ในกรณีที่ผู้ป่วยยังมีโอกาสรอดชีวิต และญาติต้องการให้รักษา เราน่าจะยืด ประโยชน์ของผู้ป่วยเป็นหลัก...เราก็ต้องมาดูว่าถ้าเรารักษาเขาแล้ว เขาดีขึ้นเราก็ต้องให้ การรักษา แม้ว่าจะขัดกับความต้องการของผู้ป่วยในตอนนั้น”

แพทย์คนที่ 2 โรงพยาบาล 5

ผู้รับผิดชอบ ในขั้นตอนการร่วมตัดสินใจ ผู้รับผิดชอบ ประกอบด้วยแพทย์เจ้าของไข้ และญาติ โดยแพทย์เจ้าของไข้มีการพิจารณาเกี่ยวกับการให้/ยุติการรักษาพยาบาลที่ยืดชีวิตแก่ ผู้ป่วย ร่วมกับญาติ แต่ญาติจะมีอำนาจสิทธิขาดในการตัดสินใจ กลุ่มตัวอย่างไม่ได้กล่าวถึง บทบาทของพยาบาลอย่างชัดเจน

กรณีที่ 2 ผู้ป่วยยังมีโอกาสรอดชีวิตจากการรักษาพยาบาลที่ยืดชีวิต ผู้ป่วยไม่ต้องการ รักษาและญาติตัดสินใจยุติการรักษาพยาบาลที่ยืดชีวิต

กรณีนี้พบว่าที่มสุขภาพทั้ง 3 โรงพยาบาลไม่เห็นด้วยกับการตัดสินใจของผู้ป่วยและ ญาติ ในจำนวนนี้มีที่มสุขภาพ จำนวน 1 โรงพยาบาล ที่มีการหาสาเหตุที่มีผลต่อการตัดสินใจ ของญาติ ซึ่งพบว่าบางราย ญาติยังยืนยันการตัดสินใจเดิม แต่บางรายญาติเปลี่ยนใจให้รักษาต่อ ดังตัวอย่างข้อมูลที่ว่า

“ส่วนใหญ่ที่เจอว่าญาติไม่ต้องการรักษาพยาบาลที่ยืดชีวิต ก็จะถามว่าทำไมถึงไม่ต้องการรักษา เขาก็จะบอกปัญหาความต้องการของเขาว่าเขาจะต้องเอากลับบ้านเนื่องจากว่าพ่อสั่งไว้ว่าจะตายที่บ้าน หรือว่าในบางรายอาจเกิดจากการที่ไปดูหมอ (หมอดู) มาแล้วว่าจะเป็นอย่างนี้”

พยาบาลคนที่ 7 โรงพยาบาล 5

“มีบางกรณีที่ญาติไม่ยอม ยืนยันไม่รักษาเหมือนเดิม ซึ่งในทางปฏิบัติเราไม่สามารถไปห้ามเขาได้...บางครั้งเราไม่ให้กลับ ญาติยังขึ้นไปพบผู้อำนวยการขอกลับอะไอย่างนี้”

แพทย์คนที่ 2 โรงพยาบาล 5

ผู้รับผิดชอบ ในขั้นตอนการร่วมตัดสินใจ ในกรณีที่ 2 ผู้รับผิดชอบในการค้นหาสาเหตุที่ทำให้ญาติตัดสินใจยุติการรักษาพยาบาลที่ยืดชีวิต ได้แก่ แพทย์เจ้าของไข้และพยาบาลที่ให้การดูแลผู้ป่วย แต่ญาติจะมีอำนาจสิทธิขาดในการตัดสินใจทำเกี่ยวกับการรักษา

กรณีที่ 3 ผู้ป่วยมีโอกาสรอดชีวิตจากการรักษาพยาบาลที่ยืดชีวิต ผู้ป่วยต้องการให้มีการรักษาพยาบาลที่ยืดชีวิต และญาติตัดสินใจให้มีการรักษาพยาบาลที่ยืดชีวิต

กรณีนี้ พบว่า ทีมสุขภาพทั้ง 3 โรงพยาบาลเห็นด้วยกับการตัดสินใจของผู้ป่วยและญาติ ไม่มีทีมสุขภาพโรงพยาบาลใดที่ไม่เห็นด้วยกับการตัดสินใจของผู้ป่วยและญาติ ดังตัวอย่างข้อมูลที่ว่า

“กรณีที่ผู้ป่วยยังมีโอกาสรอดชีวิต ทั้งผู้ป่วยและญาติมีการตัดสินใจที่ตรงกัน และเราคิดว่าช่วยไปแล้วผู้ป่วยยังมีโอกาสเราก็จะช่วยเหลือเต็มที่ ประเด็นนี้นะมันไม่ยาก”

แพทย์คนที่ 1 โรงพยาบาล 5

“ถ้าเราดูแลแล้ว ประเมินแล้ว ว่าผู้ป่วยยังมีโอกาสรอดชีวิต และความต้องการของผู้ป่วยและญาติไม่ขัดแย้งกัน เราจะให้การช่วยเหลือเต็มที่ตามหลักวิชาการ”

แพทย์ โรงพยาบาล 2

ผู้รับผิดชอบ ในขั้นตอนนี้ ผู้รับผิดชอบประกอบด้วย แพทย์เจ้าของไข้ และญาติ โดยมีการตัดสินใจร่วมกันเกี่ยวกับการรักษา กลุ่มตัวอย่างไม่ได้กล่าวถึงบทบาทของพยาบาล

กรณีที่ 4 ผู้ป่วยมีโอกาสรอดชีวิตจากการรักษาพยาบาลที่ยืดชีวิต ผู้ป่วยต้องการให้มีการรักษา แต่ญาติตัดสินใจยุติการรักษาพยาบาลที่ยืดชีวิต

กรณีนี้ พบว่า ทีมสุขภาพจำนวน 2 โรงพยาบาลที่เห็นด้วยกับการตัดสินใจของผู้ป่วย ส่วนทีมสุขภาพอีก 1 โรงพยาบาลไม่พบสถานการณ์ โดยในขั้นตอนการร่วมตัดสินใจ พบว่าทีมสุขภาพทั้ง 2 โรงพยาบาลมีการค้นหาสาเหตุที่มีผลต่อการตัดสินใจของญาติ ซึ่งพบว่าในบางรายญาติยังยืนยันยุติการรักษาพยาบาลที่ยืดชีวิตและมีบางรายที่ญาติเปลี่ยนใจรักษาต่อ ดังตัวอย่างข้อมูลที่ว่า

“เราต้องพยายามค้นหาปัญหาเขาให้ได้ ว่าญาติไม่ต้องการรักษาเกิดจากอะไร เช่นเขาได้รับข้อมูลน้อยหรือเข้าใจไม่เพียงพอหรือที่เราให้ข้อมูลไม่ชัดเจน หรือว่าเขามีปัญหาเรื่องคนดูแลต่อเนื่องคือทำไปแล้วเขาไม่มีคนดูแลเขาก็ไม่ยอมช่วย...ถ้าเผื่อเราหาปัญหาได้ว่าเศรษฐกิจ คนดูแลหรืออะไร เราหาทางที่จะช่วยเขาก็จะยินยอม ส่วนใหญ่ก็จะมีแนวทางช่วย”

พยาบาลคนที่ 3 โรงพยาบาล 5

“เมื่อให้การรักษาแล้ว บางครั้งปัญหาที่ตามมา คือผู้ป่วยไม่หายต้องนอนอยู่กับที่ พอกลับไปถึงบ้านญาติก็ต้องดูแล มันก็คือภาระของเขาไง บางที่เขาต้องทำงานวันต่อวัน ไม่สามารถหาใครมาช่วยดูแลได้ ทำให้ญาติไม่ยอมช่วย”

พยาบาลคนที่ 2 โรงพยาบาล 4

“คือส่วนใหญ่หลังจากที่เราหาสาเหตุและให้การช่วยเหลือแล้ว เขาจะยินยอม แต่มีบางกรณีที่ญาติยังยืนยันไม่รักษาจะเอาผู้ป่วยกลับบ้าน”

แพทย์คนที่ 2 โรงพยาบาล 5

ผู้รับผิดชอบ ในขั้นตอนการร่วมตัดสินใจ ในกรณีที่ 4 ผู้รับผิดชอบในการค้นหาสาเหตุและให้การช่วยเหลือ ประกอบด้วยแพทย์เจ้าของไข้และพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วย โดยมีการค้นหาสาเหตุร่วมกัน เมื่อค้นพบสาเหตุแล้ว พิจารณาให้การช่วยเหลือที่เหมาะสมต่อไป ซึ่งญาติเป็นผู้มีอำนาจสิทธิขาดในการตัดสินใจแทน

กรณีที่ 5 ผู้ป่วยไม่มีโอกาสรอดชีวิตหรือมีโอกาสน้อยมากจากการรักษาพยาบาลที่ยืดชีวิต ผู้ป่วยต้องการให้มีการรักษาพยาบาลที่ยืดชีวิต และญาติตัดสินใจให้มีการรักษาพยาบาลที่ยืดชีวิต

กรณีนี้ พบว่า ทีมสุขภาพทั้ง 3 โรงพยาบาล ไม่เห็นด้วยกับการตัดสินใจของผู้ป่วยและญาติ และในจำนวนนี้มี 1 โรงพยาบาลที่มีการแสวงหาคำความคิดเห็นจากแพทย์คนอื่นเพื่อยืนยันว่าไม่ควรรักษา ซึ่งพบว่าญาติยังยืนยันให้มีการรักษา และในบางกรณีญาติตัดสินใจยุติการรักษา ดังตัวอย่างข้อมูลที่ว่า

“ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่มีโอกาสรอดชีวิต แต่ญาติต้องการให้มีการช่วยฟื้นชีวิต ทีมสุขภาพไม่ต้องการรักษา บางครั้งจำเป็นจะต้องขอความคิดเห็นจากแพทย์คนอื่น เพื่อยืนยันเกี่ยวกับการรักษา แต่หลังจากได้รับข้อมูลจากแพทย์อีกคน ญาติยังยืนยันให้มีการรักษาต่อ”

แพทย์คนที่ 2 โรงพยาบาล 4

ผู้รับผิดชอบ ในขั้นตอนการร่วมตัดสินใจ ผู้รับผิดชอบในการแสวงหาคำความคิดเห็นจากแพทย์คนอื่น คือแพทย์เจ้าของไข้ ซึ่งญาติจะเป็นคนชี้ขาดในการตัดสินใจ

กรณีที่ 6 ผู้ป่วยไม่มีโอกาสรอดชีวิตหรือมีโอกาสน้อยมากจากการรักษาพยาบาลที่ยืดชีวิต ผู้ป่วยต้องการรักษา แต่ญาติตัดสินใจยุติการรักษาพยาบาลที่ยืดชีวิต

ในกรณีนี้พบว่าทีมสุขภาพทั้ง 3 โรงพยาบาล ไม่พบสถานการณ์

กรณีที่ 7 ผู้ป่วยไม่มีโอกาสรอดชีวิตหรือมีโอกาสน้อยจากการรักษาพยาบาลที่ยืดชีวิต ผู้ป่วยไม่ต้องการรักษา แต่ญาติตัดสินใจให้มีการรักษาพยาบาลที่ยืดชีวิต

ในกรณีนี้ พบว่าทีมสุขภาพทั้ง 3 โรงพยาบาลเห็นด้วยกับการตัดสินใจของผู้ป่วย โดยในจำนวนนี้ทีมสุขภาพ 2 โรงพยาบาล พยายามโน้มน้าวให้ญาติเปลี่ยนใจ ซึ่งพบว่าหลังจากพยายามโน้มน้าว มีทั้งญาติที่ตัดสินใจให้รักษาต่อ และญาติที่ตัดสินใจยุติการรักษา ดังตัวอย่างข้อมูลที่ว่า

“ในกรณีที่ผู้ป่วยมีการแสดงว่าไม่ต้องการการรักษาอย่างชัดเจน เราต้องพยายามพูดกับญาติก่อน แต่ถ้าญาติยืนยันการตัดสินใจ เราก็ต้องตัดสินใจตามญาติ”

แพทย์คนที่ 1 โรงพยาบาล 5

“เราต้องเรียกญาติมาคุย ให้ข้อมูลเขาให้เต็มที่ ว่ารักษาแล้วผู้ป่วยไม่หายและทำให้ผู้ป่วยทุกข์ทรมานจากโรคที่เป็นมากขึ้น แทนที่คนไข้จะมีความสุขจากการรักษา อันนั้น (การรักษาที่ยืดชีวิต) และตัวผู้ป่วยเองก็ไม่ได้ต้องการ แต่ถ้าญาติยืนยันให้รักษา เราก็ต้องตามญาติ”

แพทย์คนที่ 1 โรงพยาบาล 4

ผู้รับผิดชอบ ในขั้นตอนการร่วมตัดสินใจ ผู้รับผิดชอบในการพูดคุยเพื่อโน้มน้าวญาติ คือ แพทย์เจ้าของไข้ ซึ่งญาติจะเป็นคนตัดสินใจชี้ขาดเกี่ยวกับการรักษา

กรณีที่ 8 ผู้ป่วยไม่มีโอกาสรอดชีวิตหรือมีโอกาสน้อยมากจากการรักษาพยาบาลที่ยืดชีวิต ผู้ป่วยไม่ต้องการรักษาและญาติตัดสินใจยุติการรักษา

ในกรณีนี้พบว่า ทีมสุขภาพทั้ง 3 โรงพยาบาลเห็นด้วยกับการตัดสินใจของผู้ป่วยและญาติ ดังตัวอย่างข้อมูลที่ว่า

“คือดูแลผลประโยชน์ของคนไข้ก็ไม่ค่อยมี ผลประโยชน์ของทีมสุขภาพก็ไม่ค่อยมี และญาติก็ต้องการพากลับ เราก็ยอมทำตามความต้องการของญาติ”

แพทย์คนที่ 2 โรงพยาบาล 5

ผู้รับผิดชอบ ในขั้นตอนนี้ได้แก่ แพทย์เจ้าของไข้ และญาติ ซึ่งจะร่วมกันตัดสินใจเกี่ยวกับการให้/ยุติการรักษาพยาบาลที่ยืดชีวิตแก่ผู้ป่วย

ขั้นที่ 5 การลงมือปฏิบัติ ซึ่งแบ่งเป็นกรณีดังนี้

กรณีที่ 1 ผู้ป่วยยังมีโอกาสรอดชีวิตจากการรักษาพยาบาลที่ยืดชีวิต ผู้ป่วยไม่ต้องการรักษาแต่ญาติตัดสินใจให้มีการรักษาพยาบาลที่ยืดชีวิต

กรณีนี้พบว่า การปฏิบัติของทีมสุขภาพคือให้การรักษาตามที่ญาติต้องการ ดังตัวอย่างข้อมูลที่ว่า

“ในสถานการณ์ที่มีหวัง ส่วนใหญ่เราจะเลือกประโยชน์ของคนไข้เป็นหลัก เราต้องช่วย ช่วยจนถึงที่สุด โดยเฉพาะอันนี้ญาติต้องการด้วย ไม่มีสิทธิที่จะไม่ทำ มันไม่มีอะไรรองรับให้เราถ้าเราไม่ทำ...เมื่อผู้ป่วยมีภาวะหัวใจหยุดเต้น เราก็ต้องมีการช่วยฟื้นชีวิต”

พยาบาลคนที่ 3 โรงพยาบาล 5

กรณีนี้ 2 ผู้ป่วยยังมีโอกาสรอดชีวิตจากการรักษาพยาบาลที่ยืดชีวิต ผู้ป่วยไม่ต้องการรักษาและญาติตัดสินใจยุติการรักษาพยาบาลที่ยืดชีวิต

กรณีนี้ พบว่า หลังจากมีการค้นหาสาเหตุที่มีผลต่อการตัดสินใจของญาติในขั้นตอนที่ 4 (การร่วมตัดสินใจ) แต่ญาติยืนยันยุติการรักษาพยาบาลที่ยืดชีวิต ในขั้นตอนการลงมือปฏิบัติ พบว่า ทีมสุขภาพทั้ง 3 โรงพยาบาลปฏิบัติตามความต้องการของผู้ป่วยและญาติ โดยในกรณีที่ผู้ป่วยยังรับการรักษาในหอผู้ป่วยหนัก ได้ให้การรักษาตามปกติ เมื่อผู้ป่วยมีภาวะหัวใจหยุดเต้น ไม่ทำการช่วยฟื้นชีวิต และในกรณีที่ญาติต้องการพาผู้ป่วยกลับบ้าน ได้ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติในกรณีที่ไม่มียินยอมรับการรักษา ดังตัวอย่างข้อมูลที่ว่า

“ในบางกรณีที่ผู้ป่วยมีหวัง แต่ญาติยืนยันไม่รักษา เรา (ทีมสุขภาพ) ไม่สามารถไปห้ามเขาได้ ถ้าเขาไม่รักษาต่อ เพราะเขาจะเห็นไม่สมควรอยู่ เขาจะพาผู้ป่วยกลับ...ต้องให้คำแนะนำในการปฏิบัติในกรณีที่เขาไม่สมควรอยู่ เช่นการเห็นไม่ยินยอมรับการรักษาหรือการเอาท่อช่วยหายใจออก”

แพทย์คนที่ 2 โรงพยาบาล 5

“ถ้าญาติไม่เอาผู้ป่วยกลับบ้าน ให้การรักษาไปตามปกติ จนกระทั่งเมื่อผู้ป่วยมีภาวะหัวใจหยุดเต้น ไม่มีการช่วยฟื้นชีวิต”

พยาบาลคนที่ 4 โรงพยาบาล 2

สำหรับในกรณีที่ญาติเปลี่ยนใจให้มีการรักษาพยาบาลที่ยืดชีวิต พบว่าทีมสุขภาพทั้ง 3 โรงพยาบาล จะขอเวลาในการรักษา แล้วประเมินผลการรักษาใหม่ เพื่อพิจารณาตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษา ดังตัวอย่างข้อมูลที่ว่า

“ในกรณีที่ผู้ป่วยยังมีหวัง โดยส่วนใหญ่จะต่อรองกับญาติ จะต่อรองว่า ขอเวลาเราหน่อยได้ไหม 3 วันหรือ 4 วัน เราจะทำอะไรบอกให้ญาติทราบ ส่วนใหญ่เราก็จะรักษาแล้วประเมินใหม่อะไรอย่างนี้”

แพทย์คนที่ 2 โรงพยาบาล 5

“ถ้าเราเห็นว่าผู้ป่วยยังมีโอกาสรอด เราจะขอร้องผู้ป่วยไว้ ก็คงจะต้องอธิบายว่า เราอาจจะต้องขอเวลาในการให้การรักษาให้เต็มที่ เพื่อดูว่าผู้ป่วยเขาดีขึ้นหรือว่าแย่ง”

แพทย์คนที่ 2 โรงพยาบาล 4

กรณีที่ 3 ผู้ป่วยมีโอกาสรอดชีวิตจากการรักษาพยาบาลที่ยืดชีวิต ผู้ป่วยต้องการให้มีการรักษาพยาบาลที่ยืดชีวิต และญาติตัดสินใจให้มีการรักษาพยาบาลที่ยืดชีวิต

กรณีนี้ พบว่า ทีมสุขภาพทั้ง 3 โรงพยาบาลปฏิบัติตามความต้องการของผู้ป่วยและญาติ โดยเมื่อผู้ป่วยมีภาวะหัวใจหยุดเต้น ทีมสุขภาพให้การช่วยฟื้นชีวิต ดังตัวอย่างข้อมูลที่ว่า

“ถ้าเราดูแล้วว่าผู้ป่วยยังมีหวัง และญาติต้องการให้รักษาจนถึงที่สุด เราก็ต้องให้การช่วยเหลืออย่างเต็มที่ เมื่อผู้ป่วยมีภาวะหัวใจหยุดเต้น ก็ต้องทำการช่วยฟื้นชีวิตตามหลักวิชาการ”

แพทย์คนที่ 2 โรงพยาบาล 5

กรณีที่ 4 ผู้ป่วยมีโอกาสรอดชีวิตจากการรักษาพยาบาลที่ยืดชีวิต ผู้ป่วยต้องการให้มีการช่วยฟื้นชีวิต แต่ญาติตัดสินใจยุติการรักษา

กรณีนี้ พบว่า หลังจากมีการค้นหาสาเหตุในขั้นตอนที่ 4 (การร่วมตัดสินใจ) แล้ว ในขั้นตอนลงมือปฏิบัติ พบว่าทีมสุขภาพทั้ง 2 โรงพยาบาลปฏิบัติตามความต้องการของญาติ ถ้าญาติต้องการให้รักษาต่อทีมสุขภาพก็จะรักษาต่อ และในกรณีที่ญาติยุติการรักษาและผู้ป่วยยังรับการรักษาในโรงพยาบาล ทีมสุขภาพให้การดูแลรักษาเพื่อการบรรเทา และเพื่อความทุกข์สบายของผู้ป่วย ถ้าต้องการพาผู้ป่วยกลับบ้านก็อนุญาตตามความต้องการ เนื่องจากญาติมีอำนาจในการตัดสินใจ ดังตัวอย่างข้อมูลที่ว่า

“ในกรณีที่ผู้ป่วยยังรักษาในโรงพยาบาล แต่ญาติไม่ต้องการให้มีการช่วยฟื้นชีวิต เราก็จะให้การดูแลในเรื่องความทุกข์สบายของผู้ป่วย ยังมีการอาบน้ำ เช็ดตัวตามปกติ ในกรณีที่ผู้ป่วยมีแผลก็ยังมีอาการทำแผลให้ ดูแลให้ผู้ป่วยมีความทุกข์ทรมานน้อยที่สุด”

พยาบาลคนที่ 1 โรงพยาบาล 4

“ถ้าเรา (ทีมสุขภาพ) ให้ข้อมูลแล้ว ประเมินความเข้าใจแล้ว ญาติก็ยังยืนยันไม่รักษา ต้องการเอาผู้ป่วยกลับบ้าน เราคงต้องยอมเพราะเขาจะเห็นไม่สมควรอยู่ เราห้ามเขาไม่ได้...สุดท้ายการตัดสินใจต้องเป็นญาติที่มีอิทธิพลในการตัดสินใจ...เพราะเมื่อผู้ป่วยไม่อยู่แล้ว ญาติบางคนอาจสร้างเรื่องราวขยายเหตุการณ์ได้”

แพทย์คนที่ 1 โรงพยาบาล 5

“ในกรณีที่ผู้ป่วยยังมีความหวัง ญาติไม่รักษาขอ off tube ขอเอาผู้ป่วย กลับบ้าน แพทย์ก็จะขอเวลาในการรักษาสักวันหรือ 2 วัน แล้วดูอาการของผู้ป่วยใหม่อีกครั้ง”

แพทย์คนที่ 1 โรงพยาบาล 4

กรณีที่ 5 ผู้ป่วยไม่มีโอกาสรอดชีวิตหรือมีโอกาสน้อยมากจากการรักษาพยาบาลที่ยืดชีวิต ผู้ป่วยต้องการให้มีการช่วยฟื้นชีวิต และญาติตัดสินใจให้มีการรักษาพยาบาลที่ยืดชีวิต

กรณีนี้ หลังจากที่มีการแสวงหาความคิดเห็นในขั้นตอนที่ 4 (การร่วมตัดสินใจ) แล้ว ญาติยังยืนยันให้มีการรักษาพยาบาลที่ยืดชีวิต พบว่า ทีมสุขภาพทั้ง 3 โรงพยาบาลทำตามความต้องการของญาติ ถ้าญาติต้องการให้มีการช่วยฟื้นชีวิต ก็จะมีการช่วยฟื้นชีวิตตามความต้องการ ดังตัวอย่างข้อมูลที่ว่า

“หลังจากที่เราอธิบายแล้ว ประเมินแล้ว ญาติก็ยังไม่ยอม ยังต้องการให้รักษา เมื่อผู้ป่วยมีภาวะหัวใจหยุดเต้นก็ต้องมีการช่วยฟื้นชีวิต”

แพทย์คนที่ 1 โรงพยาบาล 4

“ให้ข้อมูลก่อน ถ้าเขายืนยันที่จะปั๊มเราก็ปั๊ม แม้ว่าผู้ป่วยจะไม่มีหวังอะไรแล้ว เราก็ต้องทำเต็มที่ ตามความต้องการของญาติ”

พยาบาลคนที่ 2 โรงพยาบาล 2

ในกรณีที่ญาติเปลี่ยนใจยุติการรักษาพยาบาลที่ยืดชีวิต พบว่า ทีมสุขภาพ 1 โรงพยาบาลที่พบสถานการณ์ และมีการรักษาตามความต้องการของญาติ โดยในกรณีที่ผู้ป่วยยังรับการรักษาในโรงพยาบาล ทีมสุขภาพให้การรักษาเพื่อความสุขสบายและลดความทุกข์ทรมานของผู้ป่วย ในกรณีที่ญาติพาผู้ป่วยกลับบ้าน ทีมสุขภาพให้คำแนะนำในการปฏิบัติในกรณีที่ไม่มีสมัครอยู่ ดังตัวอย่างข้อมูลที่ว่า

“กรณีที่ผู้ป่วยยังรับการรักษา ผู้ป่วยยังคงใส่เครื่องช่วยหายใจ ได้รับยากระตุ้นหัวใจเต็มที่ ได้รับการดูแลตามปกติ พยายามไม่ทำให้ผู้ป่วยมีความทุกข์ทรมานเพิ่มขึ้น...แต่ในกรณีที่ญาติต้องการพาผู้ป่วยกลับบ้านก็ให้คำแนะนำว่าต้องปฏิบัติอย่างไรบ้าง”

พยาบาลคนที่ 3 โรงพยาบาล 5

กรณีที่ 6 ผู้ป่วยไม่มีโอกาสรอดชีวิตหรือมีโอกาสน้อยมากจากการรักษาพยาบาลที่ยืดชีวิต ผู้ป่วยต้องการรักษา แต่ญาติตัดสินใจยุติการรักษา ทีมสุขภาพทั้ง 3 โรงพยาบาล ไม่พบสถานการณ์

กรณีที่ 7 ผู้ป่วยไม่มีโอกาสรอดชีวิตหรือมีโอกาสน้อยมากจากการรักษาพยาบาลที่ยืดชีวิต ผู้ป่วยไม่ต้องการ แต่ญาติตัดสินใจให้มีการรักษาพยาบาลที่ยืดชีวิต

กรณีนี้ ในขั้นตอนการลงมือปฏิบัติ พบว่า ทีมสุขภาพจำนวน 2 โรงพยาบาลบอกว่า ในกรณีที่ญาติตัดสินใจยุติการรักษาพยาบาลที่ยืดชีวิต จะยึดความต้องการของผู้ป่วยเป็นหลัก โดยจะไม่รักษาด้วยวิธีการรักษาเชิงรุก จะให้การดูแลประคับประคอง นอกจากนี้ในการปฏิบัติจะต้องคำนึงถึงความสุข ความทุกข์ทรมานของผู้ป่วย ภาวะเสี่ยงจากการรักษา ดังตัวอย่างข้อมูลที่ว่า

“ในกรณีที่ผู้ป่วยแสดงเจตจำนงอย่างชัดเจนไม่ว่าจะเป็นลายลักษณ์อักษรหรือว่าให้ผู้ใกล้ชิดทราบก็ตาม ถ้าเป็นกรณีนั้นจริงๆ คิดว่า procedure อะไรที่เป็น invasive เช่น การใส่ท่อหลอดลมคอหรือการช่วยฟื้นชีวิตเราจะไม่ทำ แต่จะให้การดูแลแบบประคับประคองผู้ป่วยคือการให้ยาปฏิชีวนะหรือการให้สารน้ำ...นอกจากนี้จะต้องมีการประนีประนอมกับญาติให้ได้ อะไรที่ผ่อนตามญาติได้ โดยที่ไม่ invasive ผู้ป่วยเราจะพยายามผ่อนปรน โดยอาจจะพบกันครึ่งทาง”

แพทย์คนที่ 2 โรงพยาบาล 5

“ในการปฏิบัติเกี่ยวกับการให้/ยุติการรักษาพยาบาลที่ยืดชีวิตจะยึดผู้ป่วยเป็นหลักก่อน ว่าเขามีความสุขไหมกับการที่เราจะ prolong ให้เขามีชีวิตยืนยาวต่อไป โดยการช่วยฟื้นชีวิตหรือการใช้เครื่องช่วยหายใจ แล้วสามารถหายใจจากโรคหรือเปล่า และมีภาวะแทรกซ้อนจากการรักษาอย่างไรบ้าง”

แพทย์คนที่ 1 โรงพยาบาล 4

สำหรับในกรณีที่ญาติยืนยันให้มีการรักษาพยาบาลที่ยืดชีวิต พบว่า ทีมสุขภาพทั้ง 3 โรงพยาบาลทำตามความต้องการของญาติ ถ้าญาติต้องการให้มีการช่วยฟื้นชีวิต ทีมสุขภาพก็จะมี การช่วยฟื้นชีวิต ดังตัวอย่างข้อมูลที่ว่า

“ในกรณีที่ญาติยืนยันให้ช่วย ช่วยเต็มที่ ถึงสภาวะตอนนั้นผู้ป่วยก็คงจะรับรู้ น้อยลงกว่าคนธรรมดา...เราคงเอาตามผู้ป่วยไม่ได้ เราต้องเอาตามสถานการณ์ในขณะ

นั่นต้องเอาตามญาติที่ดูแลผู้ป่วยอยู่ และเป็นญาติสายตรงของผู้ป่วยหรือต้องเอาตามแพทย์ที่ดูแลผู้ป่วย เพราะว่าที่ผู้ป่วยบอกส่วนมากมันไม่มีลายลักษณ์อักษร เราจะเอามายึดถือไม่ได้... โดยทั่วไปจะช่วยจนกว่าญาติบอกว่าไม่ต้อง”

แพทย์ โรงพยาบาล 2

“ในกรณีนี้ถ้าเราบอกการพยากรณ์โรคให้ญาติฟังแล้ว ญาติก็ยังยืนยันให้มีการรักษา เห็นควรว่าต้องป้อน ถ้าไม่ป้อนญาติอาจจะบอกว่าเสียชีวิต เนื่องจากไม่มี... ต้องทำตาม standard course ทำให้ครบทุกขั้นตอน ตามมาตรฐาน”

แพทย์คนที่ 2 โรงพยาบาล 4

กรณีที่ 8 ผู้ป่วยไม่มีโอกาสรอดชีวิตหรือมีโอกาสน้อยมากจากการรักษาพยาบาลที่เสียชีวิต ผู้ป่วยไม่ต้องการรักษา และญาติตัดสินใจยุติการรักษา

กรณีนี้ พบว่า ขั้นตอนการปฏิบัติ ทีมสุขภาพทั้ง 3 โรงพยาบาลทำตามความต้องการของญาติและผู้ป่วย โดยการยุติการรักษาตามความต้องการของผู้ป่วยและญาติ ในกรณีที่ญาติไม่พาผู้ป่วยกลับบ้าน ทีมสุขภาพก็ให้การดูแลเพื่อความทุกข์สบายและลดความทุกข์ทรมานของผู้ป่วย กรณีที่ญาติพาผู้ป่วยกลับบ้าน ทีมสุขภาพให้เซ็นไม่ยินยอมรับการรักษา ดังตัวอย่างข้อมูลที่ว่า

“ถ้าผู้ป่วยและญาติ ไม่ต้องการรักษาพยาบาลที่เสียชีวิต และญาติต้องการพาผู้ป่วยกลับบ้าน ให้เซ็นไม่สมัครอยู่ แต่ถ้ายังรักษาในโรงพยาบาล ทีมสุขภาพจะให้การดูแลรักษาเพื่อลดความทุกข์ทรมานของผู้ป่วย”

พยาบาลคนที่ 6 โรงพยาบาล 4

ผู้รับผิดชอบ ในทุกกรณีของขั้นตอนการปฏิบัติ ผู้รับผิดชอบในการขอเวลารักษาในกรณีที่ผู้ป่วยยังมีโอกาสรอดชีวิต แต่ญาติไม่ต้องการรักษา ได้แก่ แพทย์เจ้าของไข้ สำหรับในกรณีที่ญาติต้องการให้มีการรักษาพยาบาลที่เสียชีวิตด้วยการช่วยฟื้นชีวิต แพทย์เจ้าของไข้ก็จะมีแผนการรักษา โดยให้มีการช่วยฟื้นชีวิต ส่วนพยาบาลก็จะให้การช่วยเหลือแพทย์ในการช่วยฟื้นชีวิต ส่วนในกรณีที่ญาติต้องการให้มีการยุติการรักษา และผู้ป่วยยังรับการรักษาในหอผู้ป่วยหนัก ทั้งแพทย์และพยาบาลให้การดูแลเพื่อบรรเทาอาการและเพื่อความทุกข์สบายของผู้ป่วย ส่วนในกรณีที่ญาติต้องการพาผู้ป่วยกลับบ้าน ทั้งแพทย์และพยาบาลให้คำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติ

ในกรณีที่ไม่มีสมัครอยู่ โดยให้ญาติเป็นคนเซ็นไม่ยินยอมรับการรักษา และบางครั้งอาจต้องให้ญาติเป็นคนเอาท่อช่วยหายใจออก

ขั้นที่ 6 การประเมินผลการปฏิบัติ ผลการศึกษาพบว่า มีบางกรณีที่ทีมสุขภาพกล่าวถึงการประเมินผล แต่ในบางกรณีที่ทีมสุขภาพไม่ได้กล่าวถึง ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

กรณีที่ 1 ผู้ป่วยยังมีโอกาสรอดชีวิตจากการรักษาพยาบาลที่ยืดชีวิต ผู้ป่วยไม่ต้องการรักษา แต่ญาติตัดสินใจให้มีการรักษาพยาบาลที่ยืดชีวิต

กรณีนี้ ในขั้นตอนการประเมินผล พบว่า ทีมสุขภาพ 1 โรงพยาบาล ที่มีการประเมินอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยจากการรักษา ดังตัวอย่างข้อมูลที่ว่า

“ถ้าในกรณีที่ผู้ป่วยมีหวัง เราต้องรักษาผู้ป่วยแม้ว่าผู้ป่วยไม่ต้องการรักษา หลังจากการรักษาก็จะมีการประเมินว่าอาการของผู้ป่วยดีขึ้นหรือว่าแย่ลง เพื่อพิจารณาว่าจะให้การรักษาต่อ หรือยุติการรักษาตามความต้องการเดิมของผู้ป่วย”

แพทย์คนที่ 2 โรงพยาบาล 5

กรณีที่ 2 ผู้ป่วยยังมีโอกาสรอดชีวิตจากการรักษาพยาบาลที่ยืดชีวิต ผู้ป่วยไม่ต้องการรักษา และญาติตัดสินใจยุติการรักษา

กรณีนี้ หลังจากที่มีการขอเวลารักษาในขั้นตอนที่ 5 (การลงมือปฏิบัติ) แล้ว พบว่า ทีมสุขภาพ 2 โรงพยาบาลที่กล่าวถึงการประเมินผลการรักษาว่า ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นหรือเลวลง ดังตัวอย่างข้อมูลที่ว่า

“ขอเวลาให้หมอรักษาสัก 3 วัน ถ้าไม่ดีขึ้นแล้วจะบอก และเมื่อนั้นหมอจะให้กลับบ้าน”

พยาบาลคนที่ 7 โรงพยาบาล 5

ขั้นตอนการประเมินผล สำหรับในกรณีที่ญาติยืนยันยุติการรักษาพยาบาลที่ยืดชีวิต และทีมสุขภาพปฏิบัติตามความต้องการของญาติในขั้นตอนที่ 5 (การลงมือปฏิบัติ) แล้ว พบว่า ทีมสุขภาพทั้ง 3 โรงพยาบาล ไม่ได้กล่าวถึงการประเมินผล

กรณีที่ 3 ผู้ป่วยมีโอกาสรอดชีวิตจากการรักษาพยาบาลที่ยืดชีวิต ผู้ป่วยต้องการให้มีการรักษา และญาติตัดสินใจให้มีการรักษาพยาบาลที่ยืดชีวิต

กรณีนี้ หลังจากมีการปฏิบัติตามความต้องการของญาติ ในขั้นตอนที่ 5 (การลงมือปฏิบัติ) แล้ว พบว่า ไม่มีทีมสุขภาพโรงพยาบาลใด ที่มีการกล่าวถึงการประเมินผล

กรณีที่ 4 ผู้ป่วยมีโอกาสรอดชีวิตจากการรักษาพยาบาลที่ยืดชีวิต ผู้ป่วยต้องการให้มีการรักษา แต่ญาติตัดสินใจยุติการรักษาพยาบาลที่ยืดชีวิต

กรณีนี้ พบว่า ทีมสุขภาพ 1 โรงพยาบาล ที่กล่าวถึงการประเมินผลของการรักษา ในกรณี ที่ญาติต้องการให้รักษาต่อ โดยประเมินอาการของผู้ป่วยหลังจากให้การรักษา ดังตัวอย่างข้อมูลที่ว่า

“ในกรณีที่ผู้ป่วยยังมีความหวัง ญาติไม่รักษาขอ off tube ขอเอาผู้ป่วย กลับบ้าน แพทย์ก็จะขอเวลาในการรักษาสักวันหรือ 2 วัน ถ้าหากว่าไม่ดีขึ้นจริงๆ ผู้ป่วย ไม่ตอบสนองก็อาจจะยินยอมตามความต้องการของญาติ คือให้พาผู้ป่วยกลับบ้าน”

แพทย์คนที่ 1 โรงพยาบาล 4

สำหรับในกรณีที่ญาติยุติการรักษาพยาบาลที่ยืดชีวิต และผู้ป่วยยังรับการรักษาใน หอผู้ป่วยหนัก ทีมสุขภาพไม่ได้กล่าวถึงการประเมินผล

กรณีที่ 5 ผู้ป่วยไม่มีโอกาสรอดชีวิตหรือมีโอกาสน้อยมากจากการรักษาพยาบาล ที่ยืดชีวิต ผู้ป่วยต้องการให้มีการรักษา และญาติตัดสินใจให้มีการรักษาพยาบาลที่ยืดชีวิต

ในกรณีที่ญาติยืนยันให้มีการรักษาพยาบาลที่ยืดชีวิต พบว่า ทีมสุขภาพจำนวน 1 โรงพยาบาลมีการประเมินอาการของผู้ป่วยหลังจากมีการช่วยฟื้นชีวิต ดังตัวอย่างข้อมูลที่ว่า

“เรามีระยะเวลาในการช่วยฟื้นชีวิตตามเกณฑ์ของเรา ถ้าเกิดประเมินแล้ว ผู้ป่วย ยังไม่ฟื้น ไม่ไหวจริงๆ แล้ว ก็ให้หยุดได้เลย ตามการตัดสินใจของแพทย์”

พยาบาลคนที่ 2 โรงพยาบาล 2

สำหรับในกรณีที่ญาติยุติการรักษาพยาบาลที่ยืดชีวิต และผู้ป่วยยังรับการรักษาใน โรงพยาบาล มีทีมสุขภาพจำนวน 1 โรงพยาบาล ที่มีการประเมินอาการของผู้ป่วย เพื่อพิจารณา เกี่ยวกับการรักษาที่เหมาะสมต่อไป ดังตัวอย่างข้อมูลที่ว่า

“แพทย์มาดูผู้ป่วยทุกวัน เพื่อประเมินอาการ ถ้าผู้ป่วยอาการเหมือนเดิมไม่ดีขึ้น และมีความจำเป็นต้องใช้เตียง แพทย์ก็พิจารณาย้ายผู้ป่วยไปรับการรักษาในหอผู้ป่วยเปิด”

พยาบาลคนที่ 3 โรงพยาบาล 5

กรณีที่ 6 ผู้ป่วยไม่มีโอกาสรอดชีวิตหรือมีโอกาสน้อยมากจากการรักษาพยาบาลที่ยืดชีวิต ผู้ป่วยต้องการรักษา แต่ญาติตัดสินใจยุติการรักษา

กรณีนี้ พบว่า ทีมสุขภาพทั้ง 3 โรงพยาบาล ไม่พบสถานการณ์

กรณีที่ 7 ผู้ป่วยไม่มีโอกาสรอดชีวิตหรือมีโอกาสน้อยมากจากการรักษาพยาบาลที่ยืดชีวิต ผู้ป่วยไม่ต้องการรักษา แต่ญาติตัดสินใจให้มีการรักษาพยาบาลที่ยืดชีวิต

ในกรณีที่ญาติต้องการให้มีการรักษาพยาบาลที่ยืดชีวิต หลังจากมีการช่วยฟื้นชีวิตตามความต้องการของญาติ มีทีมสุขภาพจำนวน 1 โรงพยาบาล ที่กล่าวถึงการประเมินอาการของผู้ป่วย ดังตัวอย่างข้อมูลที่ว่า

“ในกรณีที่ผู้ป่วยมีภาวะหัวใจหยุดเต้น ก็มีการช่วยฟื้นชีวิตตามมาตรฐาน ถ้าผู้ป่วยอาการไม่ดีขึ้น (ไม่ฟื้น) เราก็กินไปเลย”

แพทย์คนที่ 2 โรงพยาบาล 4

สำหรับในกรณีที่ญาติตัดสินใจยุติการรักษา ทีมสุขภาพทั้ง 3 โรงพยาบาล ไม่ได้กล่าวถึงการประเมินผล

กรณีที่ 8 ผู้ป่วยไม่มีโอกาสรอดชีวิตหรือมีโอกาสน้อยมากจากการรักษาพยาบาลที่ยืดชีวิต ผู้ป่วยไม่ต้องการให้มีการรักษาที่ยืดชีวิต และญาติตัดสินใจยุติการรักษาพยาบาลที่ยืดชีวิต

กรณีนี้ พบว่า ไม่มีทีมสุขภาพโรงพยาบาลใด กล่าวถึงการประเมินผลการปฏิบัติ

ผู้รับผิดชอบ ในทุกกรณีที่มีการประเมินผล ผู้รับผิดชอบประกอบด้วย แพทย์เจ้าของไข้พยาบาลที่ให้การดูแลผู้ป่วย โดยแพทย์และพยาบาลจะมีการประเมินเกี่ยวกับผลลัพธ์ของการรักษา เพื่อพิจารณาให้การรักษาที่เหมาะสมต่อไป

ขั้นตอนการปฏิบัติและผู้รับผิดชอบในแต่ละขั้นตอน ในกรณีที่ทราบความต้องการของผู้ป่วยสามารถสรุปได้ดังตารางที่ 3 และแผนภูมิที่ 2

ตารางที่ 3 แสดงบทบาทหน้าที่ของผู้รับผิดชอบในแต่ละขั้นตอนในกรณีที่ทราบความต้องการของผู้ป่วย

ขั้นตอน	ผู้รับผิดชอบและบทบาทหน้าที่		
	พยาบาล	แพทย์	ญาติ
1. การประเมินสภาพผู้ป่วย	- ประเมินเกี่ยวกับอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย	- ประเมินเกี่ยวกับโรค การพยากรณ์โรค และความก้าวหน้า ในการรักษา	-
2. การให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยและญาติ	- ให้ข้อมูลเกี่ยวกับอาการที่เป็นอยู่และการรักษาที่ผู้ป่วยได้รับ - ประสานงานกับแพทย์เจ้าของไข้	- ให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรค ความก้าวหน้าของโรค การพยากรณ์โรค แนวทางการรักษา จุดประสงค์ของการรักษา และผลของการรักษา	-
3. การประเมินความเข้าใจของผู้ป่วยและญาติ	- ประเมินความเข้าใจของผู้ป่วย/ญาติเกี่ยวกับข้อมูลที่ได้รับ	- ประเมินความเข้าใจของผู้ป่วย/ญาติเกี่ยวกับข้อมูลที่ได้รับ	-
4. การร่วมตัดสินใจ	- ค้นหาสาเหตุที่ทำให้ญาติไม่ต้องการรักษา	- ค้นหาสาเหตุที่ทำให้ญาติไม่ยอมรับการรักษา - แสวงหาความคิดเห็นจากแพทย์คนอื่น - พยายามชักจูงโน้มน้าวให้ญาติตัดสินใจตรงกับความต้องการของผู้ป่วย - ตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษา	- เป็นผู้ตัดสินใจชี้ขาดเกี่ยวกับการรักษา
5. การลงมือปฏิบัติ	- ให้การดูแลเพื่อบรรเทาอาการและเพื่อความสบาย - ให้คำแนะนำในการไม่สมัครอยู่ - ร่วมในการช่วยฟื้นชีวิต	- ให้การรักษาเพื่อความสบายและลดความทุกข์ทรมาน - เขียนคำสั่งการไม่สมัครอยู่ - เขียนคำสั่งและทำการช่วยฟื้นชีวิต	- ในกรณีที่ไม่มีสมัครอยู่ ญาติจะเป็นคนเซ็นไม่สมัครอยู่ และเป็นคนเอาท่อช่วยหายใจออก
6. การประเมินผล	- ประเมินอาการผู้ป่วย - แจ้งให้ญาติทราบ	- ประเมินผลการรักษา - แจ้งให้ญาติทราบ	

ส่วนที่ 3 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติของทีมสุขภาพในการให้/ยุติการรักษาพยาบาลที่ยืดชีวิต

ผลจากการศึกษาพบว่ามียุทธศาสตร์ที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติในการให้/ยุติการรักษาพยาบาลที่ยืดชีวิตผู้ป่วยวิกฤตในโรงพยาบาลศูนย์ในภาคใต้ ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

1. แนวทางในการปฏิบัติเกี่ยวกับการให้/ยุติการรักษาพยาบาลที่ยืดชีวิตผู้ป่วยวิกฤต ทีมสุขภาพจำนวน 3 ใน 5 โรงพยาบาล กล่าวว่า เป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติของทีมสุขภาพในการให้/ยุติการรักษาพยาบาลที่ยืดชีวิตผู้ป่วยวิกฤต โดยเฉพาะในกรณีที่ผู้ป่วยไม่มีโอกาสรอดชีวิต และทีมสุขภาพคิดว่าการรักษาที่ให้แก่ผู้ป่วยเป็นการรักษาที่ไม่มีประโยชน์ ประกอบกับมีความจำกัดเกี่ยวกับทรัพยากร แต่ทีมสุขภาพไม่สามารถยุติการรักษาได้ เนื่องจากยังไม่มีแนวทางในการปฏิบัติเกี่ยวกับเรื่องนี้ นอกจากนี้ ทีมสุขภาพกล่าวว่ากรณีมีแนวปฏิบัติที่ชัดเจน ทำให้ทีมสุขภาพมีกรอบแนวทางในการปฏิบัติ ทำให้การปฏิบัติเป็นไปในแนวเดียวกัน และโรงพยาบาลที่มีมาตรฐานควรจะมี ดังตัวอย่างข้อมูลที่ว่า

“เราไม่มีแนวทางในการยุติการช่วยฟื้นชีวิตที่ชัดเจน...ทำให้เกิดปัญหาในทางปฏิบัติ โดยเฉพาะผู้ป่วยทางสมอง บางที่ผู้ป่วยมีภาวะสมองตายแล้ว แต่ว่าญาติอยากให้ดูแลต่อ แต่เรามีปัญหาเรื่องจำนวนเตียงในหอผู้ป่วยหนักที่มีจำกัด เครื่องช่วยหายใจที่มีจำกัด แล้วตอนนี้ผู้ป่วยก็มากินเตียงอยู่...ทำให้มีปัญหาในการตัดสินใจว่าจะรักษาผู้ป่วยต่อหรือยุติการรักษา”

แพทย์คนที่ 1 โรงพยาบาล 1

“ในผู้ป่วยที่มีภาวะสมองตายแล้วก็ใส่เครื่องช่วยหายใจ คือเราไม่มีจุดที่ว่าจะยุติการรักษาเมื่อไหร่ เพราะว่ามันไม่มีแนวทางอะไรรองรับ”

พยาบาลคนที่ 4 โรงพยาบาล 5

“แนวทางเกี่ยวกับการให้/ยุติการรักษาที่ยืดชีวิต มันเป็นงานอย่างหนึ่งที่โรงพยาบาลที่มีมาตรฐานควรจะมี มันเป็นงานที่เกี่ยวข้องกับหลายฝ่าย องค์กรแพทย์ งานสิทธิผู้ป่วยและจริยธรรมองค์กร ต้องมาประสานกันและหาคำตอบ ในการให้/ยุติการรักษาที่ยืดชีวิต เพื่อใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติของโรงพยาบาล”

แพทย์คนที่ 1 โรงพยาบาล 1

“แนวปฏิบัติในการให้/ยุติการรักษาพยาบาลที่ยืดชีวิตมันจำเป็นต้องมี ถ้าปฏิบัติไม่เป็นแนวทางเดียวกัน ก็อาจจะมีปัญหาเกิดขึ้นได้”

พยาบาลคนที่ 1 โรงพยาบาล 3

2. กฎหมาย พบว่ามีกลุ่มตัวอย่างจำนวน 4 ใน 5 โรงพยาบาล บอกว่ากฎหมายเป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติของทีมสุขภาพ ทำให้ทีมสุขภาพต้องให้การรักษาที่ยืดชีวิตแก่ผู้ป่วยที่ไม่มีโอกาสรอดตามความต้องการของญาติเพื่อป้องกันการฟ้องร้อง แม้ทีมสุขภาพจะรู้ว่าการรักษาที่ให้แก่ผู้ป่วยเป็นเพียงการยืดเวลาตาย แต่ก็ไม่สามารถยุติการรักษาได้ และในบางครั้งแม้ว่าจะมีการตกลงร่วมกันระหว่างญาติและทีมสุขภาพว่าไม่มีการช่วยฟื้นชีวิต ทีมสุขภาพไม่สามารถเขียนเป็นลายลักษณ์อักษรได้ เนื่องจากยังไม่มีกฎหมายรองรับ นอกจากนี้การไม่มีกฎหมายรองรับการทำพินัยกรรมชีวิตของผู้ป่วย ทำให้ทีมสุขภาพไม่สามารถปฏิบัติตามความต้องการของผู้ป่วยได้ ถ้าความต้องการของผู้ป่วยขัดแย้งกับความต้องการของญาติ ดังตัวอย่างข้อมูลที่ว่า

“เราไม่มีกฎหมายรองรับว่าเมื่อไหร่เราถึงจะหยุดการช่วยฟื้นชีวิตหรือว่าเมื่อไหร่จะหยุดยาที่ให้ในการรักษาทั้งหมดทั้งๆที่เรารู้ว่า ถึงเราให้ไปก็คงไม่เปลี่ยนแปลงอะไรแค่ยืดเวลา ยืดเวลาตาย...เราต้องระมัดระวังตัวในการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษา トラบได้ที่ยังไม่มีกฎหมายรองรับเรื่องการหยุดการรักษาที่ชัดเจน...ดังนั้นจึงไม่มีใครกล้าหยุดช่วยฟื้นคืนชีพ...กฎหมายของเรายังไม่รองรับเกี่ยวกับการทำพินัยกรรมชีวิต แม้ว่าเราจะทราบความต้องการของผู้ป่วย แต่เราก็ไม่สามารถปฏิบัติตามได้ ถ้าความต้องการของผู้ป่วยขัดแย้งกับญาติ ต้องทำตามการตัดสินใจของญาติ”

แพทย์คนที่ 1 โรงพยาบาล 1

“ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่มีหวัง แต่ญาติต้องการให้มีการช่วยฟื้นชีวิต ...เราก็ต้องรักษา เพราะถ้าเราไม่รักษาทางด้านกฎหมายถือว่าผิด อาจถูกฟ้องร้องได้...ต้องทำตามมาตรฐานก่อน ถ้าไม่ดีขึ้นเราค่อยหยุด เพื่อป้องกันการฟ้องร้อง”

แพทย์คนที่ 2 โรงพยาบาล 4

“ในกรณีที่คุยกับญาติแล้วว่าจะไม่มีการช่วยฟื้นชีวิต เราพยายามจะเลี่ยง ไม่เขียนคำสั่ง no CPR เพราะมันมีปัญหาในแง่กฎหมาย...ผูกมัดตัวเอง...เราไม่มีสิทธิที่จะ

ไม่ช่วยชีวิต คือโดยหน้าที่ของผู้ทำการรักษาจะต้องช่วยเหลือชีวิตทุกคน เท่าที่เรา
มีโอกาส ไม่สามารถไม่ช่วยชีวิตผู้ป่วยได้ แม้ผู้ป่วยจะเป็นผู้ป่วยสิ้นหวังก็ตาม เพราะ
ยังเป็นปัญหาในแง่กฎหมายของเมืองไทยอยู่...ดังนั้นไม่มีใครกล้ายุติ เพราะกฎหมาย
เขียนว่าให้ช่วยชีวิต”

แพทย์ โรงพยาบาล 3

“ในการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษา ต้องเอาตามญาติ เพราะผู้ป่วยไม่รู้เรื่อง
แล้ว...และคนที่ฟ้องเราคือญาติไง...ตกลงก็ยึดหลักตามญาติ ถ้าญาติจะให้ทำอะไรก็ทำ
ถ้าญาติไม่ให้ทำอะไรก็หยุด”

แพทย์คนที่ 2 โรงพยาบาล 1

“ถ้าญาติยืนยันให้รักษาเราก็ยังรักษาอยู่ เพราะผู้ป่วยในตอนนั้น เขาไม่ได้มี
อำนาจในการตัดสินใจเพราะเขาไม่รู้สึกรู้ตัว และคนที่มามีปัญหากับทีมสุขภาพคือญาติ
มากกว่า ถ้าเขายังคงรักษา เรายังทำการรักษาอยู่”

แพทย์คนที่ 2 โรงพยาบาล 4

3. สิทธิผู้ป่วย พบว่ากลุ่มตัวอย่างจำนวน 4 ใน 5 โรงพยาบาล บอกว่าคำประกาศสิทธิ
ผู้ป่วย มีความเกี่ยวข้องข้องกับการปฏิบัติในการรักษาพยาบาลที่ยืดชีวิตผู้ป่วยวิกฤต ทั้งในผู้ป่วย
ที่มีโอกาสรอดชีวิตและผู้ป่วยที่ไม่มีโอกาสรอดชีวิต โดยในกรณีที่ผู้ป่วยรู้สึกตัวดีการตัดสินใจใน
การรักษาพยาบาลจะยึดตามผู้ป่วย สำหรับในกรณีที่ผู้ป่วยไม่รู้สึกรู้ตัว การตัดสินใจในการรักษา
พยาบาลจะยึดความต้องการของญาติ ดังตัวอย่างข้อมูลที่ว่า

“ในกรณีที่ผู้ป่วยมีหวัง เราให้ข้อมูลแล้วเกี่ยวกับโรคและการพยากรณ์โรค และ
หมอบอกต่อรอเวลาในการรักษา แต่ถ้าเขาไม่สมัครอยู่เราก็ห้ามเขาไม่ได้ เรื่องสิทธิของผู้ป่วย...
เพราะว่าถ้าญาติไม่ยอม เราก็ไม่มีสิทธิทำ”

พยาบาลคนที่ 7 โรงพยาบาล 5

“ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่มีหวังแต่ญาติต้องการให้ช่วย ญาติยังรับไม่ได้ เราก็ต้องให้
การรักษาเต็มที่...ให้การรักษาต่อเพราะมันเป็นสิทธิของผู้ป่วยและญาติ”

แพทย์คนที่ 1 โรงพยาบาล 1

4. ความต้องการของญาติในการรักษา พบว่ากลุ่มตัวอย่างจำนวน 3 ใน 5 โรงพยาบาล บอกว่า ความต้องการของญาติที่จะให้รักษาต่อ มีความเกี่ยวข้องกับ การปฏิบัติในการรักษาของ ทีมสุขภาพ ทั้งในกรณีที่มีหวังและไม่มีหวังถ้าญาติต้องการให้มีการช่วยฟื้นชีวิต ทีมสุขภาพก็ต้อง ปฏิบัติตามความต้องการของญาติ ซึ่งความต้องการในการช่วยฟื้นชีวิตในผู้ป่วยหมดหวังของญาติ เป็นการกระทำเพื่อความสบายใจของญาติว่าได้ให้การรักษาผู้ป่วยเต็มที่แล้ว ดังตัวอย่างข้อมูลที่ว่า

“แม้ว่าผู้ป่วยหมดหวังแล้วแต่ญาติต้องการให้รักษา เราก็ต้องรักษา อาจจะเป็น ด้านจิตใจของเขาว่าสบายใจที่ได้ช่วยเต็มที่แล้ว แม้ว่าผลจะเป็นอย่างไรก็ตาม... อย่าง น้อยช่วยเต็มที่แล้วถ้าเขาจะไปคือญาติเองก็สบายใจ รู้สึกว่าไม่มีอะไรติดค้าง”

พยาบาลคนที่ 2 โรงพยาบาล 2

5. ความเชื่อทางศาสนาของผู้ป่วยและญาติ พบว่ากลุ่มตัวอย่างทั้ง 5 โรงพยาบาล บอกว่า ความเชื่อทางศาสนาของผู้ป่วย เป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติในการรักษาพยาบาลที่ ยึดชีวิตของทีมสุขภาพ ถ้าผู้ป่วยและญาติยืนยันไม่รักษาตามความเชื่อทางศาสนา ทีมสุขภาพ ก็ต้องปฏิบัติตามความต้องการของผู้ป่วยและญาติ ดังตัวอย่างข้อมูลที่ว่า

“ความเชื่อของศาสนาอิสลามคือต้องไปตายที่บ้าน ต้องไปทำพิธี ...เขาก็บอก ว่าการไปตาย ก็คือการไปเกิด เกิดในภพใหม่ เขาก็เลยต้องการไปตายที่บ้าน...อันนั้นมัน มีอิทธิพลเหนือความหวังที่เขาจะมีให้กับผู้ป่วย ทำให้ญาติตัดสินใจนำผู้ป่วยกลับบ้าน เราก็ต้องทำตามความต้องการของผู้ป่วยและญาติ”

แพทย์คนที่ 2 โรงพยาบาล 1

“ในกรณีที่ผู้ป่วยมีหวัง ทีมสุขภาพต้องการที่จะช่วยฟื้นชีวิต แต่ว่าญาติห้ามทำ เลยห้ามปั๊มเด็ดขาด เขาไม่ให้ทำเพราะว่าพระเจ้าต้องการให้ไปอยู่กับพระเจ้า”

พยาบาลคนที่ 4 โรงพยาบาล 5

6. ความแม่นยำในการพยากรณ์โรค พบว่ากลุ่มตัวอย่างจำนวน 2 ใน 5 โรงพยาบาล บอกว่าความแม่นยำในการพยากรณ์โรค มีความเกี่ยวข้องกับการปฏิบัติในการรักษาพยาบาลของ ทีมสุขภาพและความต้องการในการรักษาพยาบาลของผู้ป่วยและญาติ ถ้าไม่มีความแม่นยำใน การพยากรณ์โรคอาจทำให้มีการตัดสินใจในการรักษาผิดพลาดได้ เช่น ในบางกรณีที่บอกว่าผู้ป่วย ลื่นหวัง แล้วไม่มีการช่วยฟื้นชีวิต แต่สุดท้ายผู้ป่วยสามารถมีชีวิตอยู่ได้ ดังตัวอย่างข้อมูลที่ว่า

“มันมีหลาย case ที่บอกว่าต้องเสียชีวิตแน่ ๆ แต่จริง ๆ ก็เคยพบว่าผู้ป่วยรอดชีวิตจากการรักษา ทั้ง ๆ ที่แพทย์บอกว่าหมดหวังก็มีเหมือนกัน ดังนั้นในการพยากรณ์โรค บางครั้งอาจจะไม่ถูกต้อง 100 เปอร์เซ็นต์...บางที่การจะบอกยุดีการช่วยฟื้นชีวิตต้องให้แน่ก่อนตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษา”

พยาบาลคนที่ 1 โรงพยาบาล 3

7. ผลลัพธ์ของการรักษา พบว่ากลุ่มตัวอย่างจำนวน 3 ใน 5 โรงพยาบาล บอกว่าผลลัพธ์ของการรักษา เป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติในการรักษาพยาบาลที่ยืดชีวิตผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้าย โดยคำนึงว่าถ้าให้การรักษาแล้วผู้ป่วยหายหรือไม่ หรือ ถ้าให้การช่วยฟื้นชีวิตแล้วผู้ป่วยมีความทุกข์ทรมานมากกว่ามีความสุข ทีมสุขภาพก็จะยุติการรักษา ดังตัวอย่างข้อมูลที่ว่า

“ในกรณีที่ผู้ป่วยเป็นโรคเรื้อรัง หมดหวัง และผู้ป่วยไม่ต้องการรักษา และไม่มีทางช่วยเหลือผู้ป่วยได้ก็อย่าไปยื้อเขามาก (พยายามรักษาเพื่อยืดชีวิตทุกอย่างที่หมดหวังแล้ว) เพราะว่าเขาฟื้นมา เขาก็มีความสุข ไม่มีประโยชน์ให้เขาอยู่อีกเดือนอยู่กับความทุกข์”

แพทย์ โรงพยาบาล 3

“โดยส่วนใหญ่หลักของการรักษาจะยึดถือประโยชน์ของผู้ป่วยเป็นหลัก ...คือประโยชน์ในที่นี้หมายความว่า ถ้าเราช่วยแล้วผู้ป่วยหายหรือเปล่า...ถ้าเรารักษาเขาแล้วเขาดีขึ้น เราก็ต้องให้การรักษา โดยเฉพาะในกรณีที่ผู้ป่วยยังมีโอกาสรอดชีวิต ส่วนใหญ่เราจะยึดถือผลประโยชน์ของผู้ป่วยเป็นหลัก”

แพทย์คนที่ 2 โรงพยาบาล 5

“ถ้าเห็นว่าแย่นอนคือทำไปก็ไม่มีประโยชน์ เสียทรัพยากรทั้งบุคคล อะไรต่าง ๆ ทีมสุขภาพก็จะพิจารณายุติการรักษา”

แพทย์คนที่ 2 โรงพยาบาล 4

8. หน้าที่ความรับผิดชอบและจรรยาบรรณวิชาชีพ กลุ่มตัวอย่างจำนวน 3 ใน 5 โรงพยาบาล บอกว่า หน้าที่ ความรับผิดชอบและจรรยาบรรณมีความเกี่ยวข้องกับการปฏิบัติ ไม่ว่าผู้ป่วยจะมีหวังหรือไม่หวัง ทีมสุขภาพก็ต้องให้การช่วยเหลือผู้ป่วยอย่างเต็มที่ ดังตัวอย่างข้อมูลที่ว่า

“สำหรับพยาบาลเอง โดยหน้าที่และโดยความรับผิดชอบ ความรู้สึกของเรา ไม่ว่าผู้ป่วยจะมาแบบไหน แม้ว่าจะหมดหวัง ถ้าญาติยืนยันให้รักษา เราก็ต้องตัดสินใจให้การดูแลเต็มที่...ขนาดบางรายที่หมอบอกว่าไม่ต้องทำอะไรแล้ว เราก็ยังให้การดูแล”

พยาบาลคนที่ 2 โรงพยาบาล 2

“โดยพื้นฐานของเรา (แพทย์) ต้องช่วยเหลือผู้ป่วยอยู่แล้ว...ในผู้ป่วยที่ไม่มีหวัง ถ้าเกิดว่าญาติยืนยันให้มีการรักษา เราก็ต้องตัดสินใจรักษาตามความต้องการของญาติ รักษาจนกว่าจะรักษาไม่ได้ เพราะหน้าที่ของเราคือรักษาผู้ป่วย”

แพทย์คนที่ 1 โรงพยาบาล 1

“ในการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาในกรณีที่ผู้ป่วยไม่มีหวัง แต่ญาติต้องการให้รักษา มันมีลักษณะที่ไปเกี่ยวข้องกับจรรยาบรรณวิชาชีพด้วย เราต้องทำ ทำจนถึงที่สุด โดยเฉพาะในกรณีที่ญาติต้องการด้วย ไม่มีสิทธิที่จะไม่ทำ ไม่มีอะไรรองรับให้เรา ถ้าเราไม่ทำ...และโดยจรรยาบรรณวิชาชีพของเรา เราต้องทำแน่นอน”

พยาบาลคนที่ 3 โรงพยาบาล 5

“ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่มีโอกาสรอดชีวิต แต่ญาติต้องการให้มีการช่วยฟื้นชีวิต เมื่อผู้ป่วยมีภาวะหัวใจหยุดเต้น เราก็ต้องตัดสินใจช่วยฟื้นชีวิต ถึงแม้ว่าจะขัดแย้งกับความรู้สึกของเราก็ต้องทำตามหน้าที่”

พยาบาลคนที่ 3 โรงพยาบาล 2

9. การมีพินัยกรรมชีวิตของผู้ป่วย พบว่ากลุ่มตัวอย่างจำนวน 2 ใน 5 โรงพยาบาล บอกว่า ถ้าผู้ป่วยทุกคนมีการแสดงความจำนงเกี่ยวกับความต้องการในการรักษาไว้ล่วงหน้า จะทำให้ทีมสุขภาพมีการปฏิบัติเกี่ยวกับการยืด/ยุติการรักษาพยาบาลที่ยืดชีวิตได้ง่ายขึ้น เนื่องจากผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนัก เป็นผู้ป่วยที่มีอาการหนักและส่วนมากไม่รู้สึกรู้ตัว ทำให้ทีมสุขภาพไม่ทราบความต้องการเกี่ยวกับการรักษาของผู้ป่วย ดังนั้นจึงทำให้การรักษาไม่ตรงกับความต้องการที่แท้จริงของผู้ป่วย ดังตัวอย่างข้อมูลที่ว่า

“ส่วนใหญ่ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาใน ไอ.ซี.ยู. จะเป็นคนไข้หนักคือไม่รู้สึกรู้ตัว ไม่สามารถสื่อสารเกี่ยวกับความต้องการของตนเองได้...ปัญหาคือเราไม่รู้ความต้องการ

ของคนนั้นจริงๆ ในเมื่อเขาไม่รู้รู้สึกตัวไปแล้ว และอาจทำให้การรักษาพยาบาลไม่ตรงกับความต้องการของผู้ป่วย...ถ้าผู้ป่วยได้มีการแสดงเจตจำนงเกี่ยวกับการรักษา อาจทำให้เราทราบความต้องการที่แท้จริงของผู้ป่วยได้ แม้ว่าผู้ป่วยจะไม่รู้รู้สึกตัว”

พยาบาลคนที่ 3 โรงพยาบาล 5

“เมื่อไหร่ก็ตามมีพินัยกรรมชีวิตใช้ในประเทศไทย การตัดสินใจในการปฏิบัติเกี่ยวกับการยืด/ยุติการรักษาพยาบาลที่ยืดชีวิตอาจจะง่ายขึ้น”

พยาบาลคนที่ 1 โรงพยาบาล 3

ในบางกรณีแม้ทราบความต้องการของผู้ป่วย แต่ไม่มีการเขียนเป็นลายลักษณ์อักษร ไม่สามารถใช้เป็นหลักฐานทางกฎหมายและนำมาปฏิบัติได้ ดังตัวอย่างข้อมูลที่ว่า

“ความต้องการของผู้ป่วยถ้าไม่เป็นลายลักษณ์อักษร ไม่มีหลักฐานทางกฎหมายเราเชื่อไม่ได้ คุณไม่มีพินัยกรรมเขียนไว้ว่าคุณไม่ต้องการให้ช่วยชีวิต เราจะไปตัดสินใจตามนั้นไม่ได้”

พยาบาลคนที่ 1 โรงพยาบาล 3

10. ความขัดแย้งระหว่างคุณค่าและความเชื่อของพยาบาลและแพทย์ พบว่ากลุ่มตัวอย่างจำนวน 2 ใน 5 โรงพยาบาล บอกว่า ความขัดแย้งระหว่างคุณค่าและความเชื่อของพยาบาลและแพทย์ มีความเกี่ยวข้องกับการปฏิบัติของพยาบาลในการให้/ยุติการรักษาพยาบาลที่ยืดชีวิต ถ้าพยาบาลเชื่อว่าการยุติการรักษาดังกล่าว เป็นบาปหรือเป็นการทำให้ผู้อื่นเสียชีวิต ก็จะทำให้พยาบาลรู้สึกไม่สบายใจที่จะให้ความร่วมมือในการยุติการรักษาพยาบาลที่ยืดชีวิตให้แก่ผู้ป่วย ดังตัวอย่างข้อมูลที่ว่า

“ในเรื่องของความเชื่อถ้ายังมีชีวิต ยังไม่สิ้นชีวิตแล้วไปทำเขาตาย โดยการ off tube หรือ off เครื่องช่วยหายใจ คุณอาจจะเป็นเป็นฆาตกรได้...นอกจากนี้การ off tube หรือ off เครื่องช่วยหายใจ ยังเป็นการทำบาปด้วย และทำให้ไม่สบายใจ...ทำให้ไม่อยากยุติการรักษาพยาบาลที่ยืดชีวิตผู้ป่วย”

พยาบาลคนที่ 3 โรงพยาบาล 3

11. แผนการรักษาของแพทย์แตกต่างกัน พบว่า กลุ่มตัวอย่างจำนวน 2 ใน 5 โรงพยาบาล บอกว่าการที่แพทย์มีความคิดเห็นไม่ตรงกันเกี่ยวกับการรักษา อาจทำให้เกิดความสับสนกับญาติ ในการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษา และมีผลกระทบต่อผู้ป่วยได้ ดังตัวอย่างข้อมูลที่ว่า

“หมอ 2 คนพูดไม่เหมือนกันกับญาติ...อีกฝ่ายพูดว่าจะให้การรักษาเต็มที่อีก ฝ่ายหนึ่งพูดว่าอาจจะไม่ทำอะไรมาก มันจะทำให้ญาติสับสน และมีผลต่อการตัดสินใจ”

แพทย์คนที่ 2 โรงพยาบาล 4

12. ภาวะเศรษฐกิจของครอบครัว พบว่า กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 2 ใน 5 โรงพยาบาล บอกว่าเศรษฐกิจมีความเกี่ยวข้องกับการตัดสินใจในการรักษาของญาติว่าจะรักษาต่อหรือยุติการรักษา ดังตัวอย่างข้อมูลที่ว่า

“เรื่องของภาวะเศรษฐกิจก็มีผลต่อการตัดสินใจของญาติ เมื่อก่อนที่มี การคิดเงินค่ารักษาเต็มอัตรา คนไข้ต้องการรักษา เพราะเขาอยากมีชีวิต แต่ญาติก็ต้อง เสียเงินค่าใช้จ่ายสูง เขาก็บอกว่าอยากพาคนไข้กลับบ้านได้ไม่ ในขณะที่หมอบอกว่าเขา ควรรักษาต่อนะ เพราะยังสู้ได้ แต่ญาติบอกว่าค่าใช้จ่ายสูง และเขาไม่อยากรักษาแล้ว ถ้าช่วยแก้ปัญหาให้เขาได้ ถ้าเขาไม่ต้องจ่ายเขาก็จะยอมรักษา”

พยาบาลคนที่ 1 โรงพยาบาล 4

“เรื่องของภาวะเศรษฐกิจก็มีส่วนเกี่ยวข้องกับญาติในการตัดสินใจเกี่ยวกับการ รักษา เพราะว่ามี 30 บาทขึ้นมา เขาไม่ต้องรับภาระตรงจุดนี้ เขาก็เลยไม่เดือดร้อน...ทำ ให้ญาติตัดสินใจนำผู้ป่วยกลับบ้านน้อยลง”

พยาบาลคนที่ 2 โรงพยาบาล 1

การอภิปรายผล

จากการศึกษาการปฏิบัติของทีมสุขภาพในหอผู้ป่วยหนักเกี่ยวกับการให้/ยุติการรักษา โรงพยาบาลที่ยืดชีวิตผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้ายในโรงพยาบาลศูนย์ภาคใต้ พบว่าทีมสุขภาพทั้ง 5 โรงพยาบาล ยังไม่มีแนวปฏิบัติเกี่ยวกับเรื่องนี้เป็นลายลักษณ์อักษร ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษา เรื่องการยับยั้งและการยกเลิกการรักษาที่ยืดชีวิตในหอผู้ป่วยหนักในประเทศฝรั่งเศส ซึ่งพบว่า หอผู้ป่วยหนักในฝรั่งเศสยังไม่มีแนวปฏิบัติเกี่ยวกับการยกเลิกและการยับยั้งการรักษาที่ยืดชีวิต (Ferrand et al., 2001) และจากการศึกษาเกี่ยวกับการตัดสินใจในระยะสุดท้ายในหอผู้ป่วยหนัก

ทั้งหมด 13 หอผู้ป่วยหนักในนอร์คเซี่ยตะวันตก พบว่ายังไม่มีหอผู้ป่วยใดที่มีแนวทางปฏิบัติในการยกเลิกการรักษาพยาบาลที่ยืดชีวิต (Ravenscroft & Bell, 2000) อย่างไรก็ตามจากการสนทนากลุ่มกับแพทย์และพยาบาลในโรงพยาบาลในโรงพยาบาลศูนย์ 5 แห่ง ในครั้งนี้ พบว่าวิธีการที่ทีมสุขภาพปฏิบัติในการให้/ยุติการรักษาพยาบาลที่ยืดชีวิตผู้ป่วยวิกฤต สามารถสรุปได้เป็น 6 ขั้นตอน ประกอบด้วย (1) การประเมินสภาพผู้ป่วย (2) การให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยและญาติ (3) การประเมินความเข้าใจของผู้ป่วยและญาติ (4) การร่วมกันตัดสินใจ (5) การลงมือปฏิบัติ และ (6) การประเมินผลการปฏิบัติ โดยที่บางโรงพยาบาลไม่ได้ปฏิบัติครบทุกขั้นตอน ซึ่งมีรายละเอียดการปฏิบัติแต่ละขั้นตอนและผู้รับผิดชอบดังนี้

1. การประเมินสภาพผู้ป่วย โดยแพทย์ประเมินเกี่ยวกับโรค การพยากรณ์โรค และ ความก้าวหน้าของการรักษาผู้ป่วย ส่วนพยาบาลประเมินเกี่ยวกับอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย โดยทีมสุขภาพจะต้องแน่ใจเกี่ยวกับการวินิจฉัยโรคและการพยากรณ์โรคของผู้ป่วย ซึ่งสอดคล้องกับที่เอ็ดเวิร์ดและทอลล์ (Edwards & Tolle, 1992) กล่าวว่า ก่อนที่จะมีการยับยั้งหรือยกเลิกการรักษาพยาบาลที่ยืดชีวิต ทีมสุขภาพจะต้องมีความเข้าใจเกี่ยวกับการพยากรณ์โรคของผู้ป่วยอย่างชัดเจน และต้องมีความเห็นร่วมกันว่าโอกาสที่ผู้ป่วยจะกลับคืนมาเป็นปกติเป็นสิ่งที่เป็นไปได้และ การรักษาในปัจจุบันเป็นเพียงการยืดกระบวนการตายเท่านั้น (Eschum et al., 1999) ซึ่งสอดคล้องกับจาคอบ (Jacob, 1997) ที่กล่าวว่า ทีมสุขภาพจะต้องมีการประเมินอย่างชัดเจนเกี่ยวกับการพยากรณ์โรค เป้าหมายในการรักษา ประโยชน์และภาวะจากการรักษา นอกจากนี้ โรเซ็นแบลท และบล็อก (Rosenblatt & Block, 2001) ได้เสนอแนวทางในการพิจารณาการตัดสินใจในการยุติการรักษาพยาบาลที่ยืดชีวิตโดยกล่าวว่าทีมสุขภาพจะต้องมีการประเมินอาการของผู้ป่วยทั้งทางด้านร่างกาย สังคมและด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วย สอดคล้องกับเพียช (Pierce, 1999) ซึ่งกล่าวว่า ทีมสุขภาพต้องมีการประเมินสถานการณ์ของผู้ป่วยแต่ละคนและทราบความต้องการของผู้ป่วยและความยินยอมของผู้ป่วยในการรักษา นอกจากนี้ออสบอร์น (Osborne, 1992) ให้ข้อเสนอว่าในกรณีที่ผู้ป่วยไม่รู้สึกรู้สึกตัวและญาติต้องเป็นคนตัดสินใจแทน ทีมสุขภาพจะต้องมีการประเมินความรู้สึกของญาติเกี่ยวกับการรู้สึกรู้สึกผิด โกรธ การปฏิเสธหรือการกลัว การสูญเสีย ซึ่งอาจจะทำให้เกิดการตัดสินใจที่ไม่เหมาะสมได้ แต่จากการศึกษาในครั้งนี้พบว่าทีมสุขภาพในโรงพยาบาลศูนย์ทั้ง 5 แห่ง ไม่ได้กล่าวถึงการประเมินทางด้านสังคมและด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยและครอบครัว โดยเฉพาะความต้องการในการรักษาพยาบาลที่ยืดชีวิตของผู้ป่วย อาจจะเนื่องมาจากผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยที่ไม่รู้สึกรู้สึกตัว ไม่สามารถบอกความต้องการของตัวเองได้ ซึ่งสอดคล้องกับทวิตโทเน (Vittone, 2002) กล่าวว่า

ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักเป็นผู้ป่วยที่ไม่สามารถตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาได้ด้วยตัวเอง

นอกจากนี้จากการศึกษาพบว่าในกรณีที่ผู้ป่วยรู้สึกตัวดีก่อนที่จะมีภาวะวิกฤต ทีมสุขภาพไม่กล้าถามเกี่ยวกับความต้องการของผู้ป่วย ต้องรอให้ญาติหรือผู้ป่วยแจ้งความประสงค์เกี่ยวกับการรักษา เนื่องจากวัฒนธรรมของคนไทย การถามเรื่องดังกล่าวเหมือนกับเป็นการแข่งผู้ป่วย ทำให้ทีมสุขภาพไม่กล้าถามเกี่ยวกับความต้องการในการรักษาพยาบาลที่ยืดชีวิต และในบางครั้งแม้ว่าทีมสุขภาพทราบความต้องการของผู้ป่วย แต่ก็ไม่ได้นำมายึดถือปฏิบัติ เนื่องจากยังไม่เป็นที่ยอมรับทางกฎหมาย ประกอบกับในประเทศไทยยังไม่มีแนวปฏิบัติที่ชัดเจนในการให้ผู้ป่วยแสดงเจตจำนงเกี่ยวกับการรักษารักษาล่วงหน้า (advance directive) (วิฑูรย์, 2545) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาในประเทศญี่ปุ่นของอะคาบายาชิ (Akabayashi, 2002) ที่กล่าวว่าแพทย์รู้สึกไม่สบายใจในการเริ่มต้นพูดคุยเกี่ยวกับความต้องการของผู้ป่วยเกี่ยวกับการดูแลในระยะสุดท้ายของชีวิต ทำให้ทีมสุขภาพอาจจะให้การักษาพยาบาลไม่ตรงกับความต้องการของผู้ป่วย วิธีการที่จะทำให้ทีมสุขภาพทราบความต้องการของผู้ป่วยคือ การพัฒนาและนำการแสดงเจตจำนงเกี่ยวกับการรักษาล่วงหน้าของผู้ป่วยมาใช้ (Waddell et al., 1996) ซึ่งจากการศึกษาของลิบบัสและรัสเซล (Libbus & Russell, 1995) และมอริสัน (Morrison, 2000a) พบว่าการที่ทีมสุขภาพทราบความต้องการของผู้ป่วยจากการที่ผู้ป่วยแสดงเจตจำนงเกี่ยวกับการรักษาล่วงหน้า ทำให้ทีมสุขภาพสามารถให้การรักษาเป็นไปตามความต้องการของผู้ป่วย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของนอร์แลนและบรูเดอร์ (Norlan & Bruder, 1997) ที่พบว่า ร้อยละ 67 ของผู้ป่วยมีความเห็นว่าการแสดงเจตจำนงเกี่ยวกับการรักษาล่วงหน้าสามารถป้องกันการรักษาที่ไม่ต้องการได้ นอกจากนี้โกเมซ (Gomez, 2002) กล่าวว่า ทำให้ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลน้อยลงเกี่ยวกับการรักษาที่ไม่ต้องการในอนาคตและทำให้ญาติมีความวิตกกังวล และรู้สึกผิดน้อยลงเกี่ยวกับการตัดสินใจในการรักษาและยังเป็นการเคารพเอกลิทธิของผู้ป่วย และลดภาวะเสี่ยงของการฟ้องร้องทางกฎหมาย

นอกจากนี้การแสดงเจตจำนงเกี่ยวกับการรักษาล่วงหน้ายังทำให้กระบวนการในการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาของทีมสุขภาพดีขึ้น ส่งเสริมให้มีการตัดสินใจร่วมกันระหว่างผู้ป่วย ทีมสุขภาพและผู้ตัดสินใจแทน ทำให้ผลลัพธ์ของการรักษาและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยดีขึ้น ลดความถี่ของการรักษาที่มากเกินไปหรือน้อยเกินไป (Aitken, 2003) และยังคงระยะเวลาในการรักษาตัวในโรงพยาบาลและลดค่ารักษาพยาบาล (Baer, 2001) ดังนั้นในการประเมินสภาพของผู้ป่วย แพทย์และพยาบาลจะต้องมีการประเมินความต้องการของผู้ป่วย โดยการพูดคุยเกี่ยวกับการดูแลในระยะสุดท้ายของชีวิต (Silveira et al., 2000) โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีความทุกข์ทรมาน

จากการเจ็บป่วยเรื้อรัง ซึ่งมีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดความผิดปกติทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ ซึ่งอาจจะทำให้ผู้ป่วยไม่รู้สึกรู้สีกตัว และไม่สามารถตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาได้ ดังนั้นจึงต้องกระทำก่อนที่ผู้ป่วยจะรู้สึกตัวและไม่สามารถตัดสินใจได้ (Gomez, 2002) มีการศึกษาที่พบว่า ผู้ป่วยเชื่อว่าแพทย์ควรเป็นคนเริ่มต้น ในการพูดคุยเกี่ยวกับการแสดงเจตจำนงเกี่ยวกับการรักษาล่วงหน้า (Heffner et al., 1996; Johnston, Pfeifer, & McNutt, 1995) ในขณะที่แพทย์หลายคนมีความเชื่อว่าผู้ป่วยควรเป็นคนเริ่มต้นในการพูดคุยเกี่ยวกับการช่วยฟื้นชีวิต ซึ่งเป็นประเด็นที่คุกคามผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะวิกฤต (Larson, 1994) แต่มีการศึกษาที่พบว่า การที่แพทย์เป็นคนเริ่มต้นพูดคุยเกี่ยวกับการตัดสินใจในระยะสุดท้ายจะมีประสิทธิภาพมากกว่าผู้ป่วยเป็นคนเริ่มต้น (Morrison & Morrison, 1994) และในบางครั้งอาจจะเป็นการสายเกินไปในการพูดคุยเกี่ยวกับเรื่องนี้เมื่อผู้ป่วยมีการเจ็บป่วยที่รุนแรง (The SUPPORT Principal Investigator, 1995) เนื่องจากการพูดคุยเกี่ยวกับการแสดงเจตจำนงเกี่ยวกับการรักษาล่วงหน้าในกรณีที่ผู้ป่วยมีความเจ็บป่วย เป็นสิ่งที่ยุ่งยากจากการที่ผู้ป่วยมีความเครียด ความกดดันทางอารมณ์ ความไม่สุขสบายทางด้านร่างกาย และผลกระทบจากการใช้ยาในการรักษา (Atiken, 2003) อย่างไรก็ตามการพูดคุยกับผู้ป่วยหรือผู้ทำหน้าที่แทนเกี่ยวกับประเด็นของการไม่ช่วยฟื้นชีวิตตั้งแต่เนิ่นๆ เป็นสิ่งที่เหมาะสมที่สุดและสามารถป้องกันปัญหาที่จะเกิดขึ้นได้ (Leonard, Doyle, & Raffin, 1999) โดยแพทย์อาจจะมีการพูดคุยกับผู้ป่วย หรือผู้ทำหน้าที่แทนเกี่ยวกับความต้องการการดูแล รวมทั้งการยืด/ยุติการรักษาพยาบาลที่ยืดชีวิตในระยะสุดท้าย ในระหว่างที่มีการตรวจเยี่ยมผู้ป่วยตามปกติ และในการตรวจเยี่ยมครั้งต่อไป (Atiken, 2003) นอกจากนี้แพทย์จะต้องมีการประเมินความสามารถในการตัดสินใจของผู้ป่วยตั้งแต่แรกเริ่มและทุกๆวัน เนื่องจากผู้ป่วยบางคนยังสามารถตัดสินใจได้ในขณะแรกเริ่ม แต่หลังจากนั้นผู้ป่วยอาจจะไม่สามารถตัดสินใจได้เนื่องจากความเจ็บป่วย หรือจากความก้าวหน้าของโรค (Campbell, 2002)

2. การให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยและญาติ โดยแพทย์เป็นผู้ให้ข้อมูลเกี่ยวกับอาการ การวินิจฉัยโรค การพยากรณ์โรค เป้าหมายของการรักษาและผลของการรักษา ส่วนพยาบาลให้ข้อมูลเกี่ยวกับอาการ การรักษาที่ผู้ป่วยได้รับ เพื่อใช้ประกอบในการตัดสินใจของผู้ป่วยและญาติ ในบางครั้งก่อนที่แพทย์และพยาบาลจะให้ข้อมูลแก่ญาติ แพทย์และพยาบาลได้มีการพูดคุยร่วมกันเกี่ยวกับโรค การพยากรณ์โรค และเป้าหมายในการรักษา เพื่อให้ข้อมูลไปในแนวทางเดียวกัน ซึ่งการกระทำดังกล่าวสอดคล้องกับแคมเบล (Campbell, 2002) ที่กล่าวว่า แพทย์และพยาบาลจะต้องมีการพูดคุยร่วมกันในการติดต่อสื่อสารกับผู้ป่วย และเรดดิกและคาสเซ็ม (Reddick & Cassem, 2000) ฟุคยูระ และคณะ (Fukaura et al., 1995) ที่กล่าวว่า ทีมสุขภาพต้องให้ข้อมูลตามความเป็นจริงที่เชื่อถือได้เกี่ยวกับ การวินิจฉัยโรค การพยากรณ์โรค การรักษาและผลลัพธ์ของการรักษาแต่ละวิธี

ทางเลือกที่สำคัญในการรักษา ผลดีและผลเสียของแต่ละทางเลือก และโอกาสที่จะกลับมาเป็นปกติของผู้ป่วยเพื่อให้ญาติทราบ และใช้ประกอบในการตัดสินใจ ซึ่งจากการศึกษาของเคอร์ริด เพียร์สัน โรฟ โลว์และแมคฟี (Kerridge, Pearson, Rolfe, Lowe, & McPhee, 1999) พบว่ามีผู้ป่วยและญาติหลายคนเปลี่ยนแปลงความคิดเกี่ยวกับความต้องการในการช่วยฟื้นชีวิตหลังจากได้รับข้อมูลตามความเป็นจริงเกี่ยวกับโอกาสรอดชีวิต โดยผู้ป่วยและญาติจะไม่ขอให้มีการช่วยฟื้นชีวิต ถ้าผลของการช่วยฟื้นชีวิตทำให้สมองถูกทำลายและมีการสูญเสียความจำ นอกจากนี้ที่มสุขภาพจะต้องให้ข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาและการพยากรณ์โรคที่เป็นไปในแนวเดียวกัน และต้องให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยและญาติอย่างสม่ำเสมอ (Blatt, 1999; Nasraway, 2001) และก่อนที่แพทย์หรือทีมสุขภาพจะปฏิบัติตามความต้องการของผู้ป่วยเกี่ยวกับการรักษา จะต้องยึดหลักการทางวิชาชีพและหลักการทางจริยธรรมมาช่วยในการตัดสินใจ โดยแพทย์จะต้องอธิบายให้เห็นถึงผล หรืออันตรายที่จะเกิดขึ้นจากการให้/ยุติการรักษา (วิชัย, 2545) ซึ่งการให้ข้อมูลเพื่อให้ญาติใช้ประกอบในการตัดสินใจ เป็นการพิทักษ์สิทธิผู้ป่วยในข้อที่ 3 ที่กล่าวว่า ผู้ป่วยที่ขอรับบริการด้านสุขภาพ มีสิทธิที่จะได้รับทราบข้อมูลอย่างเพียงพอและเข้าใจชัดเจน จากผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพ เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถเลือกในการตัดสินใจในการยินยอม หรือไม่ยินยอมให้ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพปฏิบัติต่อตน เว้นแต่เป็นการช่วยเหลือรับด่วนหรือจำเป็น (วิสูตร, 2544) และในกรณีที่ผู้ป่วยไม่รู้สึกรู้ตัวหรือไม่สามารถแสดงเจตจำนงได้ แพทย์จะต้องแน่ใจว่าผู้ที่ทำหน้าที่ในการตัดสินใจแทนผู้ป่วยมีความเหมาะสม และมีความเข้าใจเกี่ยวกับความต้องการของผู้ป่วยอย่างแท้จริง (วิชัย, 2545) ดังนั้นทีมสุขภาพจะต้องรู้ว่าใครเป็นคนตัดสินใจแทนผู้ป่วย และต้องให้ข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วยแก่บุคคลนั้น เพื่อใช้ประกอบในการตัดสินใจในกรณีที่ผู้ป่วยไม่รู้สึกรู้ตัวและไม่สามารถตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาได้ด้วยตัวเอง (Eschum et al., 1999; Heilig, 1999) นอกจากนี้ลาติเมอร์ (Latimer, 1998) ได้เสนอแนะเกี่ยวกับจริยธรรมในการให้ข้อมูล ดังนี้ การให้ข้อมูลจะต้องถูกเวลาและเป็นความต้องการของผู้ป่วย ต้องมีความชัดเจน ต้องใช้คำพูดที่ทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวเข้าใจ และจะต้องกระทำด้วยความเคารพ นุ่มนวลและมีความเมตตา นอกจากนี้ลูซและฟิงค์ (Luce & Fink, 1992) ได้แนะนำวิธีการติดต่อสื่อสารกับสมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยเกี่ยวกับการยับยั้ง/ยกเลิกการรักษาพยาบาลที่ยืดชีวิต ดังนี้ (1) ต้องมีการพูดคุยระหว่างแพทย์และสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยตั้งแต่แรกรับเข้าสู่หอผู้ป่วยหนัก เกี่ยวกับเรื่องการพยากรณ์โรคของผู้ป่วย (2) ทีมสุขภาพต้องมีความเห็นที่สอดคล้องกันเกี่ยวกับการพยากรณ์โรคและเรื่องอื่นๆ ก่อนที่จะมีการพูดคุยกับครอบครัวของผู้ป่วย (3) บทบาทของสมาชิกในครอบครัวในการตัดสินใจ โดยสมาชิกในครอบครัวต้องหาคำตอบที่ได้รับมอบหมายให้เป็นคนแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับ

ความต้องการของผู้ป่วยในสถานการณ์ต่างๆ (4) ทีมสุขภาพจะต้องพูดคุยกับสมาชิกในครอบครัวอย่างตรงไปตรงมาเกี่ยวกับอาการปัจจุบันของผู้ป่วย รวมทั้งโอกาสที่จะกลับมาเป็นปกติ (5) ทีมสุขภาพควรรวบรวมข้อมูลแก่ญาติว่า ทีมสุขภาพไม่มีหน้าที่ในการให้การรักษาที่ไม่มีประโยชน์ และ (6) อาจจะมีการแนะนำครอบครัวเกี่ยวกับการยับยั้ง/ยกเลิกการรักษาพยาบาลที่ยืดชีวิต ในกรณีที่ทีมสุขภาพมีความคิดเห็นที่ตรงกัน โดยอยู่บนพื้นฐานของข้อมูลที่เฉพาะเจาะจงกับโรค การพยากรณ์โรค และประสบการณ์ของทีมสุขภาพ ซึ่งครุมฮอลซ์และคณะ (Krumholz et al., 1998) กล่าวว่า การขาดการติดต่อสื่อสารระหว่างผู้ป่วยและแพทย์จะทำให้เกิดความคิดเห็นที่ไม่ตรงกันเกี่ยวกับการตัดสินใจในการรักษา

สำหรับการปฏิบัติในขั้นตอนการให้ข้อมูลของทีมสุขภาพในโรงพยาบาลศูนย์ภาคใต้ เป็นการปฏิบัติโดยการยึดหลักการทางจริยธรรมในหลักการเคารพเอกลัทธิของผู้ป่วย ซึ่งหลักการดังกล่าวจะรวมถึงการเคารพการตัดสินใจในการกระทำของแต่ละบุคคลเกี่ยวกับการมีชีวิตหรือการตายโดยปราศจากการข่มขู่หรือบังคับ เนื่องจากถ้าทีมสุขภาพให้ข้อมูลเกี่ยวกับแต่ละทางเลือกของการรักษาที่เพียงพอสำหรับตัดสินใจ บอกกล่าวเกี่ยวกับผลกระทบที่อาจจะเกิดขึ้นจากการดูแล ทำให้ผู้ป่วยสามารถตัดสินใจในการยอมรับ ปฏิเสธหรือยุติการรักษาได้ (Gomez, 2002; Jecker, 1997; Hudak et al., 1998) ซึ่งสอดคล้องกับคอลลิเออร์ (Collier, 2003) ที่กล่าวว่าเอกลัทธิของผู้ป่วยจะเป็นจริงก็ต่อเมื่อผู้ป่วยต้องมีความสามารถในการเข้าใจสถานการณ์เกี่ยวกับความเสี่ยงและประโยชน์ของแต่ละทางเลือก และเหตุผลในการตัดสินใจ ดังนั้นทีมสุขภาพจะต้องมีหน้าที่ในการให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยให้เพียงพอ

3. การประเมินความเข้าใจของผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับข้อมูลที่ได้รับจากแพทย์และพยาบาล โดยในขั้นตอนนี้ทั้งแพทย์และพยาบาล เป็นผู้ประเมินเกี่ยวกับความเข้าใจของญาติ ก่อนที่จะมีการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลที่ยืดชีวิต ซึ่งสอดคล้องกับคำกล่าวของลาติเมอร์ (Latimer, 1998) ที่ว่า เมื่อญาติต้องการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลที่ยืดชีวิต ทีมสุขภาพจะต้องมีการประเมินความเข้าใจของญาติเกี่ยวกับธรรมชาติของความเจ็บป่วย ประโยชน์และข้อจำกัดในแต่ละทางเลือกในการรักษา และก่อนที่ทีมสุขภาพจะปฏิบัติตามความต้องการของผู้ป่วยและญาติ ทีมสุขภาพต้องแน่ใจว่าการตัดสินใจของผู้ป่วยและญาติอยู่บนพื้นฐานของการได้รับข้อมูลที่ถูกต้อง และไม่เข้าใจผิดเกี่ยวกับข้อมูลที่ได้รับ (BMA, 2001; Hudak, 2002; Leonard, Doyle, & Raffin, 1999) โดยจะเห็นได้จากการศึกษาของเคอร์ริดจ์และคณะ (Kerridge et al., 1999) ที่พบว่า ถ้าผู้ป่วยและญาติเข้าใจเกี่ยวกับโอกาสรอดชีวิตและผลที่ไม่พึงประสงค์ จะทำให้ผู้ป่วยและญาติสามารถตัดสินใจเกี่ยวกับการช่วยฟื้นชีวิตได้อย่างเหมาะสม นอกจากนี้การประเมินความเข้าใจ

ของผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับอาการของผู้ป่วย การวางแผนการรักษาและเหตุผลของทีมสุขภาพในการรักษาหรือยุติการรักษา เป็นหน้าที่ของพยาบาลในการเป็นตัวแทนผู้ป่วย (Fry, 1998) โดยการช่วยให้ผู้ป่วยเข้าใจสถานการณ์ที่เกิดขึ้นและให้ผู้ผู้ป่วยตัดสินใจด้วยตนเองและมีเอกลิทธิในการตัดสินใจ (Hewitt, 2002) นอกจากนี้การประเมินว่าผู้ป่วยและญาติมีความเข้าใจข้อมูลเกี่ยวกับการช่วยฟื้นชีวิตที่ได้รับจากแพทย์และการให้ความกระจ่างแก่ผู้ป่วยในกรณีที่ผู้ป่วยยังมีข้อสงสัย เป็นบทบาทหนึ่งของพยาบาลในการตัดสินใจเกี่ยวกับการช่วยฟื้นชีวิต (Grandstrom, 1987)

4. การร่วมกันตัดสินใจ จากการศึกษาพบว่า ในขั้นตอนการตัดสินใจ ในกรณีที่ไม่ทราบความต้องการของผู้ป่วย ญาติจะเป็นผู้มีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลที่ยืดชีวิต โดยทีมสุขภาพจะคัดเลือกบุคคลที่เป็นญาติสายตรงของผู้ป่วยหรือบุคคลที่มีสิทธิตามกฎหมายในการตัดสินใจแทนผู้ป่วย ซึ่งสอดคล้องกับเพลเลกริโน (Pellegrino, 2000) ที่ได้เสนอกรอบแนวคิดต่างๆ ไปเกี่ยวกับ การตัดสินใจในการยกเลิกหรือยับยั้งการรักษาพยาบาลที่ยืดชีวิต โดยทีมสุขภาพจะต้องพิจารณาว่าใครเป็นคนตัดสินใจ ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่มีความสามารถในการตัดสินใจเอง ทิลเดินและคณะ (Tilden et al., 1995) กล่าวว่า ในกรณีที่ไม่มี ความชัดเจนเกี่ยวกับการแสดงเจตจำนงเกี่ยวกับการรักษาล่วงหน้าของผู้ป่วย ทีมสุขภาพต้องมีหน้าที่ในการคัดเลือกบุคคลที่ทำหน้าที่ในการตัดสินใจแทนผู้ป่วย โดยอาจจะคัดเลือกบุคคลที่ทราบคุณค่าและความต้องการของผู้ป่วย (Libbus & Russell, 1995) ซึ่งลำดับของการคัดเลือกบุคคลในครอบครัวเพื่อตัดสินใจ ได้แก่ (1) คู่สมรสของผู้ป่วย (2) คนที่รับผิดชอบดูแลผู้ป่วย (3) ผู้ปกครองของผู้ป่วย (4) ผู้ที่อาศัยใกล้ชิดกับผู้ป่วยหรือเพื่อนสนิท (Day, 2000; Task Force on Ethics of the Society of Critical Care Medicine, 1990) ในต่างประเทศ ทีมสุขภาพมีความเชื่อว่าสมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยเป็นคนตัดสินใจที่ดีที่สุดเกี่ยวกับความต้องการในการรักษาของผู้ป่วยและปกป้องเพื่อให้สิ่งที่ดีที่สุดสำหรับผู้ป่วย (Huffman, 2003b; Task Force on Ethics of the Society of Critical Care Medicine, 1990) สำหรับการตัดสินใจในกรณีที่ผู้ป่วยไม่มีการแสดงเจตจำนงเกี่ยวกับการรักษาล่วงหน้าและไม่รู้สึกตัว การตัดสินใจในการรักษาควรสะท้อนให้เห็นถึงการตัดสินใจในการกระทำสิ่งที่ดีที่สุดสำหรับผู้ป่วย รวมทั้งความต้องการในการรักษาของผู้ป่วย ทั้งในปัจจุบันและในอดีต และในกรณีที่ไม่มีข้อมูลเกี่ยวกับความต้องการของผู้ป่วย การตัดสินใจในการกระทำจะต้องไม่ตรงข้ามกับสิ่งที่ดีที่สุดสำหรับผู้ป่วยหรือสิทธิของผู้ป่วย (BMA, 2001) สอดคล้องกับที่สโลน (Sloan, 1996) กล่าวว่า ในกรณีที่ไม่ทราบความต้องการของผู้ป่วยหรือไม่แน่ใจเกี่ยวกับความต้องการของผู้ป่วย การตัดสินใจในการรักษาจะต้องทำในสิ่งที่ดีที่สุดสำหรับผู้ป่วย สำหรับ

การปฏิบัติของทีมสุขภาพในโรงพยาบาลศูนย์ภาคใต้ครั้งนี้ พบว่ามีการคัดเลือกญาติเพื่อทำหน้าที่ในการตัดสินใจแทนในกรณีผู้ป่วยไม่รู้สึกรู้ตัว ซึ่งการกระทำดังกล่าวนอกจากเป็นการพิทักษ์สิทธิของผู้ป่วยในข้อที่ 10 ที่กล่าวว่าบิดา มารดาหรือผู้แทนโดยชอบธรรม อาจใช้สิทธิแทนผู้ป่วยที่เป็นเด็กอายุไม่เกิน 18 ปีบริบูรณ์ ผู้บกพร่องทางกายหรือจิต ซึ่งไม่สามารถใช้สิทธิด้วยตัวเองได้ (วิสุตร, 2544) แล้ว การคัดเลือกญาติเพื่อทำหน้าที่แทนในกรณีผู้ป่วยไม่รู้สึกรู้ตัว ยังเป็นการปฏิบัติโดยยึดหลักจริยธรรมในการเคารพเอกสิทธิ์ของผู้ป่วย (Libbus & Russell, 1995) และในการตัดสินใจของญาติ ญาติจะตัดสินใจทำในสิ่งที่คิดว่าเป็นประโยชน์สำหรับผู้ป่วย

นอกจากนี้จากการศึกษาในครั้งนี้ พบว่าบุคคลหลักที่มีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาได้แก่ แพทย์และญาติ ส่วนพยาบาลมีบทบาทและหน้าที่ไม่ชัดเจนเกี่ยวกับการตัดสินใจในการรักษา อาจจะเป็นเนื่องจากแพทย์เป็นบุคคลที่มีอำนาจในการตัดสินใจ และทราบเกี่ยวกับโรคและการพยากรณ์โรคของผู้ป่วย ซึ่งคล้ายคลึงกับในต่างประเทศ ดังเช่น สโลน (Sloan, 1996) กล่าวว่า แพทย์จะมีอำนาจหน้าที่ในการตัดสินใจเกี่ยวกับการช่วยฟื้นชีวิต ตามความเหมาะสมทางการแพทย์ กฎหมายและหลักจริยธรรม และจากการศึกษาของเคอร์ริดจ์และคณะ (Kerridge et al., 1998) พบว่า มากกว่าร้อยละ 80 ของผู้ป่วยและทีมสุขภาพกล่าวว่า ผู้ป่วยและแพทย์มีความสำคัญในการตัดสินใจเกี่ยวกับการช่วยฟื้นชีวิต มีเพียง 1 ใน 3 ที่คิดว่าพยาบาลมีบทบาทสำคัญในการตัดสินใจ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาเรื่องบทบาทของพยาบาลกับการตัดสินใจในการช่วยฟื้นชีวิต พบว่า พยาบาลมีบทบาทน้อยในการตัดสินใจเกี่ยวกับการช่วยฟื้นชีวิต โดยในกรณีที่ผู้ป่วยไม่รู้สึกรู้ตัว ผู้ป่วยจะให้แพทย์เป็นคนตัดสินใจซึ่งขาดเกี่ยวกับการรักษา (Godkin & Toth, 1994) และจากการศึกษาเกี่ยวกับการตัดสินใจในการใช้เครื่องช่วยหายใจในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง พบว่า กระบวนการในการตัดสินใจจะมีการกระทำร่วมกันระหว่างแพทย์และผู้ป่วย (McNeely, Hebert, Dales, O'Connor, Wells, Mckim, & Sullivan, 1997) และในประเทศอังกฤษ เวลส์ และไอร์แลนด์เหนือ กฎหมายไม่ได้กำหนดให้บุคคลใดมีสิทธิในการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาในกรณีที่ผู้ป่วยไม่รู้สึกรู้ตัว แพทย์จะเป็นคนที่มีอำนาจในการตัดสินใจ โดยตัดสินใจอยู่บนประโยชน์สูงสุดสำหรับผู้ป่วย บุคคลที่ใกล้ชิดผู้ป่วยสามารถให้ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยได้ แต่ไม่มีสิทธิในการตัดสินใจ (BMA, 2001) นอกจากนี้กรณีที่แพทย์เป็นบุคคลที่ตัดสินใจ อาจเกิดจากการที่ผู้ป่วยมีความไว้วางใจว่าแพทย์จะให้การรักษาที่ดีที่สุดสำหรับตัวเองอย่างมีประสิทธิภาพ ให้การช่วยเหลือเพื่อให้ตายอย่างสมศักดิ์ศรีและไม่ยืดชีวิตเมื่อไม่มีหวัง (Danis et al., 1988) ซึ่งปัญหาและอุปสรรคที่ทำให้พยาบาลไม่มีส่วนร่วมในการตัดสินใจได้แก่ การที่พยาบาลมีการทำงานเป็นผลัดผู้ป่วยแต่ละคนได้รับการดูแลจากพยาบาลหลายคนในแต่ละผลัด ดังนั้นจึงไม่สามารถให้พยาบาล

ทุกคนที่ดูแลผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลได้ (Kerridge et al., 1998) นอกจากนี้ การที่พยาบาลบางส่วนไม่มีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับการช่วยฟื้นชีวิตของผู้ป่วย ส่วนหนึ่ง อาจเกิดเนื่องจากตามธรรมเนียมที่ผ่านมามีการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษา เป็นความรับผิดชอบของ แพทย์ (Puopolo et al., 1997) แต่สแกนลอน (Scanlon, 2003) กล่าวว่าพยาบาลจะต้องมีส่วน ร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับการยับยั้ง/ยกเลิกการรักษา ซึ่งสอดคล้องกับไฮฟิลด์-วูล์ฟ (Haisfield-Wolfe, 1996) ที่กล่าวว่าหน้าที่และบทบาทของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ขยายกว้างขึ้น โดยพยาบาลมีส่วนร่วมในประเด็นของการแสดงเจตจำนงเกี่ยวกับการรักษาล่วงหน้า ของผู้ป่วย การตัดสินใจเกี่ยวกับการไม่ช่วยฟื้นชีวิตและการตัดสินใจในการให้การดูแลเพื่อ การบรรเทาและเพื่อความทุกข์สบาย นอกจากนี้พยาบาลยังมีบทบาทหน้าที่ในการเป็นผู้แทนผู้ป่วย ผู้ติดต่อสื่อสาร ผู้สอน โดยการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับการดูแลเพื่อควบคุมอาการและ เพื่อความทุกข์สบาย และเป็นผู้ประสานงานกับทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องเพื่อให้มีการพูดคุยเกี่ยวกับ ประเด็นการดูแลในระยะสุดท้ายของชีวิต (Haisfield-Wolfe & McGuire, 1992) เนื่องจาก พยาบาลเป็นบุคคลที่ให้การดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด และใช้เวลาส่วนใหญ่ในการดูแลผู้ป่วยที่อยู่ใน ระยะสุดท้ายมากกว่าบุคคลอื่นในทีมสุขภาพ ทำให้สามารถสร้างความเชื่อมั่นและศรัทธาใน ตัวพยาบาลได้ ดังนั้นพยาบาลควรจะมีส่วนร่วมในการวางแผนและการปฏิบัติเกี่ยวกับการ ตัดสินใจกับผู้ป่วยและครอบครัว (Ferrell et al., 1999; Puopolo et al., 1997) ซึ่งจากการศึกษา ครั้งนี้ แม้ว่าพยาบาลมีบทบาทน้อยในการตัดสินใจเกี่ยวกับการให้/ยุติการรักษาพยาบาลที่ยืดชีวิต แต่พยาบาลมีบทบาทในการเป็นผู้แทนผู้ป่วย ผู้ติดต่อสื่อสารและเป็นผู้ประสานงานกับแพทย์ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาตามความเหมาะสม

ในกรณีที่ทราบความต้องการของผู้ป่วย จากการศึกษาการปฏิบัติของทีมสุขภาพ ในการให้/ยุติการรักษาพยาบาลที่ยืดชีวิตในโรงพยาบาลศูนย์ภาคใต้ พบว่าบ่อยครั้งที่ญาติ ที่ทำหน้าที่ในการตัดสินใจแทน มีการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาไม่ตรงกับความต้องการของผู้ป่วย โดยญาติมีการตัดสินใจกระทำในสิ่งที่คิดว่าดีที่สุดสำหรับผู้ป่วย ซึ่งการตัดสินใจดังกล่าว เป็นรูปแบบหนึ่งของการตัดสินใจของผู้ตัดสินใจแทน เป็นการตัดสินใจบนพื้นฐานประโยชน์สูงสุด สำหรับผู้ป่วย (patient best interest) ตามการรับรู้ของผู้ตัดสินใจแทน (Jacob 1997; Rich, 2002; Tunzi, 2003) ซึ่งในขณะที่ญาติตัดสินใจแทนผู้ป่วยนั้นผู้ป่วยไม่รู้สึกรู้ตัว ดังนั้นสิทธิในการ ตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาจึงเป็นของผู้ตัดสินใจแทน (Vittone, 2002) สำหรับในประเทศไทย ยังไม่มีแนวปฏิบัติที่ชัดเจนเกี่ยวกับการแสดงความต้องการของผู้ป่วย (วิฑูรย์, 2545) ทำให้ ในบางครั้งญาติไม่ได้ตัดสินใจตามความต้องการของผู้ป่วย แต่ตัดสินใจกระทำในสิ่งที่ตน

คิดว่าเป็นประโยชน์สูงสุดสำหรับผู้ป่วย ซึ่งมีปัจจัยหลายอย่างที่มีผลต่อการตัดสินใจของญาติ เช่น ภาวะเศรษฐกิจ ทำให้ญาติต้องการยุติการรักษาพยาบาลที่ยืดชีวิต ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของโควินสกีและคณะ (Covinsky et al., 1996) พบว่าปัญหาทางเศรษฐกิจทำให้ครอบครัวของผู้ป่วยต้องการการรักษาเพื่อความสบายมากกว่าการรักษาพยาบาลที่ยืดชีวิต และทำให้ผู้ป่วยปฏิเสธการใช้เครื่องช่วยหายใจ (Mendelsohn et al., 2002) นอกจากนี้จากการศึกษาในทีมสุขภาพทั้ง 5 แห่ง พบว่าภาระในการดูแล และความต้องการของญาติก็มีผลต่อการตัดสินใจของญาติเกี่ยวกับการรักษา ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของจาคอบ (Jacob, 1997) ที่พบว่า ภาระการดูแลเป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่ทำให้ญาติไม่ต้องการรักษาต่อ และความต้องการของญาติก็มีผลต่อการตัดสินใจในการให้/ยุติการรักษาพยาบาลที่ยืดชีวิต (Emanuel et al., 2000) ซึ่งจะเห็นได้จากการศึกษาที่พบว่า ญาติตัดสินใจให้มีการรักษาด้วยเทคโนโลยีที่ทันสมัยในผู้ป่วยที่ไม่มีหวัง เนื่องจากญาติคิดว่า เป็นการกระทำที่ญาติได้ช่วยเหลือผู้ป่วยอย่างเต็มที่แล้ว (Schneiderman & Faber-Langendoen, 1994) และจากการศึกษาการปฏิบัติของทีมสุขภาพในโรงพยาบาลศูนย์ภาคใต้ พบว่า ในบางครั้งกรณีที่ทีมสุขภาพทราบความต้องการของผู้ป่วยแต่ไม่ได้ยึดถือมาปฏิบัติ เนื่องจากทีมสุขภาพไม่เชื่อว่าจะเป็นความต้องการที่แท้จริงของผู้ป่วย ซึ่งสอดคล้องกับโกเมซ (Gomez, 2002) ที่กล่าวว่าถึงแม้ว่าผู้ป่วยจะมีการแสดงเจตจำนงเกี่ยวกับการรักษาล่วงหน้า แต่ทีมสุขภาพก็ไม่ได้ปฏิบัติตามคำแนะนำนั้นเนื่องจากมีความสงสัยและไม่แน่ใจเกี่ยวกับความต้องการของผู้ป่วยว่าจะเป็นเรื่องจริง ซึ่งสอดคล้องกับการตัดสินใจทางการแพทย์ในผู้ป่วยระยะสุดท้ายในประเทศญี่ปุ่น ที่พบว่าบ่อยครั้งที่แพทย์และสมาชิกในครอบครัวเป็นคนตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษา ในขณะที่ไม่ทราบความต้องการของผู้ป่วยหรือไม่นำความต้องการของผู้ป่วยมาพิจารณา เนื่องจากแพทย์มีความวิตกกังวลว่าเป็นเรื่องยากที่จะยกเลิกการรักษาพยาบาลที่ยืดชีวิตตามการแสดงเจตจำนงเกี่ยวกับการรักษาล่วงหน้าของผู้ป่วย โดยเฉพาะเมื่อความต้องการของญาติขัดแย้งกับการแสดงเจตจำนงเกี่ยวกับการรักษาล่วงหน้าของผู้ป่วย (Asai et al., 1997) แต่ส่วนใหญ่การดูแลผู้ป่วยในระยะสุดท้าย พบว่าแพทย์มักจะไม่ทราบความต้องการของผู้ป่วยเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลที่ยืดชีวิตหรือไม่ได้ปฏิบัติตามความต้องการของผู้ป่วย (Cleeland et al., 1994)

นอกจากนี้การศึกษานี้ยังพบว่าในขั้นตอนของการตัดสินใจร่วมกัน ในกรณีที่ทีมสุขภาพมีความคิดเห็นที่ไม่ตรงกันกับผู้ป่วยหรือญาติเกี่ยวกับการให้/ยุติการรักษาที่ยืดชีวิต ทีมสุขภาพจะมีการแสวงหาคำคิดเห็นร่วมจากแพทย์คนอื่น โดยเป็นความรับผิดชอบของแพทย์เจ้าของไข้เพื่อร่วมในการวินิจฉัยโรคและการพยากรณ์โรคของผู้ป่วย เพื่อยืนยันเกี่ยวกับ

การรักษา ซึ่งสอดคล้องกับเฮลิก (Heilig, 1999) ที่ได้เสนอแนวทางในการลดความขัดแย้งระหว่างผู้ป่วย/ผู้ตัดสินใจแทนกับทีมสุขภาพ โดยจะต้องมีการปรึกษาร่วมกับแพทย์คนอื่นที่เหมาะสม ถ้าแพทย์คนที่ 2 เห็นด้วยกับแพทย์เจ้าของไข้ว่าควรมีการยับยั้ง/ยกเลิกการรักษา จะต้องให้ข้อมูลเกี่ยวกับความคิดเห็นของแพทย์คนที่ 2 แก่ผู้ป่วย และถ้าผู้ป่วยยังไม่เห็นด้วยกับแพทย์ทั้ง 2 คน ในต่างประเทศจะมีการปรึกษาคณะกรรมการจริยธรรมของโรงพยาบาล แต่ถ้ายังมีความคิดเห็นที่ไม่ตรงกัน ต้องส่งผู้ป่วยไปให้แพทย์คนอื่นที่อยู่ในโรงพยาบาลเป็นคนดูแล และถ้ายังคงมีความคิดเห็นที่ไม่ตรงกันต้องส่งผู้ป่วยไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลอื่น (Council on Ethical and Judicial Affairs, American Medical Association, 1999; Jecker, 1995) ซึ่งสอดคล้องกับฮาเลวีและบรอดี้ (Halevy & Brody, 1996) ที่ได้เสนอแนวทางการปฏิบัติในกรณีที่ทีมสุขภาพมีความคิดเห็นไม่ตรงกับผู้ป่วยหรือผู้ทำหน้าที่แทน โดยต้องขอความช่วยเหลือจากนักสังคมสงเคราะห์หรือคณะกรรมการจริยธรรมขององค์กร ในการพูดคุยกับผู้ป่วยหรือผู้ตัดสินใจแทนเกี่ยวกับการรักษาที่ไม่มีประโยชน์ นอกจากนี้จะต้องแสวงหาความคิดเห็นร่วมจากแพทย์คนอื่น ซึ่งได้มีการตรวจผู้ป่วยและทบทวนเกี่ยวกับรายละเอียดของผู้ป่วย เพื่อใช้ประกอบในการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษา ถ้าแพทย์ยืนยันว่าการรักษาดังกล่าวเป็นการรักษาที่ไม่เหมาะสมทางการแพทย์ ควรหยุดการรักษาดังกล่าว สำหรับการปฏิบัติของทีมสุขภาพในโรงพยาบาลศูนย์ภาคใต้หลังจากมีการแสวงหาความคิดเห็นร่วมแล้ว ถ้าญาติยังยืนยันให้มีการรักษา ทีมสุขภาพจะปฏิบัติตามความต้องการของญาติเนื่องจากโรงพยาบาลทั้ง 5 โรงพยาบาล ยังไม่มีคณะกรรมการจริยธรรมขององค์กรในการช่วยเหลือแก้ไขปัญหาที่ยุ่งยากซับซ้อนในการตัดสินใจ โดยเฉพาะเมื่อมีความเห็นที่แตกต่างกันเกี่ยวกับประเด็นของการยุติการรักษาระหว่างสมาชิกในครอบครัวและทีมสุขภาพ (Eschum et al., 1999)

การศึกษานี้ยังพบว่าเมื่อมีความคิดเห็นไม่ตรงกันเกี่ยวกับการตัดสินใจในการรักษาระหว่างทีมสุขภาพและผู้ป่วยหรือผู้ทำหน้าที่แทน แพทย์และพยาบาลบางโรงพยาบาลจะพยายามค้นหาสาเหตุที่ทำให้มีความคิดเห็นที่ไม่ตรงกัน ซึ่งสอดคล้องกับเทเลอร์ (Taylor, 1995) ที่กล่าวว่า พยาบาลจะต้องเป็นคนกลางและพยายามหาว่าอะไรเป็นสาเหตุของความต้องการของผู้ป่วยและญาติ เช่นเดียวกับที่โรเซ็นแบลทและบล็อค (Rosenblatt & Block, 2001) กล่าวว่า ทีมสุขภาพจะต้องแยกแยะเหตุผลของผู้ป่วยในการยุติการรักษาให้ชัดเจน ซึ่งอาจจะต้องมีการพิจารณาเกี่ยวกับภาวะเศรษฐกิจของผู้ป่วยมาประกอบในการตัดสินใจ (Pellegrino, 2000) เนื่องจากค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลในหอผู้ป่วยหนักแพงเป็น 4 เท่าของค่าใช้จ่ายในการรักษาผู้ป่วยในโรงพยาบาล นอกจากนี้ค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจแพงกว่าผู้ป่วยอื่นที่รักษา

ในโรงพยาบาล 8 เท่า (Snider, 1989 cited in Osborne, 1992) การใช้เทคโนโลยีที่ทันสมัยในการเฝ้าระวังผู้ป่วย เป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้ค่าใช้จ่ายในหอผู้ป่วยหนักสูงขึ้น (Danis et al., 1988) หรืออาจจะเป็นความเชื่อทางศาสนาของผู้ป่วยและญาติ (Lo et al., 2002) นอกจากนี้เอ็ดเวิร์ดและทอลเล (Edwards & Tolle, 1992) กล่าวว่า ก่อนที่ทีมสุขภาพจะมีการยับยั้งหรือยกเลิกการรักษาพยาบาลที่ยืดชีวิตจะต้องแยกแยะสิ่งที่บีบบังคับหรือส่งเสริมการตัดสินใจทั้งในส่วนของบุคคลและภาวะเศรษฐกิจของผู้ป่วย

5. การลงมือปฏิบัติตามผลการตัดสินใจร่วมระหว่างผู้ป่วยหรือผู้ตัดสินใจแทนกับทีมสุขภาพ ในกรณีที่ผู้ป่วยยังมีโอกาสรอดชีวิต ทีมสุขภาพจะต่อรองโดยการกำหนดระยะเวลาในการรักษา ซึ่งสอดคล้องกับแบลท (Blatt, 1999) นาสรายเว (Nasraway, 2001) และ ซิงเกอร์และคณะ (Singer et al., 2001) ที่กล่าวว่า ควรมีการกำหนดระยะเวลาในการรักษาก่อนเพื่อดูผลลัพธ์หลังจากนั้น จึงมีการพูดคุยกับผู้ป่วยหรือญาติอีกครั้งเกี่ยวกับแนวทางในการรักษาที่เหมาะสมต่อไป นอกจากนี้ ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่มีโอกาสรอดชีวิตหรือมีโอกาสรอดชีวิตน้อยมาก และญาติตัดสินใจยุติการรักษาพยาบาลที่ยืดชีวิต พบว่า ทีมสุขภาพในโรงพยาบาลศูนย์ภาคใต้ให้การดูแลในการบรรเทาอาการ และเพื่อความสบายของผู้ป่วย ซึ่งสอดคล้องกับการปฏิบัติในการยกเลิกการรักษาพยาบาลที่ยืดชีวิตในผู้ป่วยวิกฤต ไม่ควรทำให้ญาติคิดว่าทีมสุขภาพทอดทิ้งผู้ป่วย โดยทีมสุขภาพจะต้องให้การดูแลเพื่อบรรเทาความทุกข์ทรมานของผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยและต้องแน่ใจว่าผู้ป่วยตายอย่างมีศักดิ์ศรี เช่น การให้ยาลดปวดเพื่อบรรเทาความเจ็บปวดและความทุกข์ทรมานของผู้ป่วย แม้ว่าอาจจะทำให้เกิดอาการข้างเคียงโดยการกดการทำงานของหัวใจและการหายใจ และอาจทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตเร็วขึ้นในทางอ้อมก็ตาม (Task Force on Ethics of the Society of Critical Care Medicine, 1990) เช่นเดียวกับการปฏิบัติของสมาคมแพทย์แคนาดาและสมาคมพยาบาลแคนาดาเกี่ยวกับการตัดสินใจเกี่ยวกับการช่วยฟื้นชีวิต โดยกล่าวว่า การปฏิเสธการช่วยฟื้นชีวิตไม่ได้หมายความว่าจะยุติการรักษาทุกอย่าง แต่ผู้ป่วยจะได้รับการรักษาที่เหมาะสมทุกอย่างรวมทั้งการดูแลเพื่อบรรเทาและควบคุมอาการ ซึ่งเป็นหลักการดูแลสำหรับผู้ป่วยที่อยู่ในระยะใกล้ตาย โดยทีมสุขภาพจะให้การดูแลทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจและจิตวิญญาณทั้งของผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัว (Canadian Healthcare Association, Canadian Medical Association, Canadian Nurses Association, Catholic Health Association of Canada, 2003) จุดมุ่งหมายของการดูแลเพื่อบรรเทาและควบคุมอาการ เพื่อบรรเทาซึ่งคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ซึ่งเป็นจุดมุ่งหมายที่สำคัญอย่างหนึ่งของทีมสุขภาพในการดูแลผู้ป่วยที่หมดหวังหรือผู้ป่วยที่ใกล้ตาย (Quill, Cassel, & Meier, 1992) โดยแพทย์จะต้องพยายามช่วยเหลือเพื่อบรรเทา

ซึ่งการทำหน้าที่ของร่างกายผู้ป่วยและการบรรเทาอาการต่างๆที่เกิดขึ้น (Morrison, 2000b) สำหรับบทบาทของพยาบาลในการดูแลทางด้านร่างกายของผู้ป่วย พยาบาลต้องเฝ้าสังเกตอาการของผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอและควบคุมอาการต่างๆที่เกิดขึ้นเช่นความเจ็บปวด อาการกระสับกระส่าย ดูแลทำความสะอาดในช่องปากและฟัน และดูแลเกี่ยวกับการขับถ่ายอุจจาระ ปัสสาวะของผู้ป่วย ควรหยุดยาที่ไม่จำเป็นทุกชนิด และไม่ควรเจาะเลือดไปตรวจโดยไม่จำเป็น รวมทั้งการวัดสัญญาณชีพ ส่วนการดูแลทางด้านสังคม ต้องบอกอาการที่คาดว่าผู้ป่วยอยู่ในภาวะใกล้ตายให้ญาติทราบ พร้อมทั้งเปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัยและให้ญาติอยู่กับผู้ป่วยได้ตลอดเวลา สำหรับการดูแลทางด้านจิตวิญญาณ ต้องทราบเกี่ยวกับวัฒนธรรมและความเชื่อทางศาสนาของผู้ป่วย เพื่อสามารถให้การช่วยเหลือญาติเกี่ยวกับการดูแลหลังการตาย (Ellershaw & Ward, 2003)

นอกจากนี้มอร์ริสัน (Morrison, 2000b) กล่าวว่า วิธีการที่จะทำให้การดูแลเพื่อการบรรเทาและควบคุมอาการมีประสิทธิภาพ ทีมสุขภาพจะต้องมีทักษะและมีความรู้เกี่ยวกับการจัดการกับความเจ็บปวดและสามารถติดต่อสื่อสารประเด็นที่เกี่ยวข้องกับการดูแลในระยะสุดท้าย เช่น การวางแผนเกี่ยวกับการรักษาในอนาคต (advance care planing) โลและไซเดอร์ (Lo & Snyder, 1999) ได้เสนอแนะวิธีการในการปฏิบัติเพื่อให้การดูแลเพื่อการบรรเทาและควบคุมอาการดีขึ้น คือ (1) แพทย์จะต้องมีทักษะในการบรรเทาอาการ (2) แพทย์ต้องมีทักษะในการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาที่ยืดชีวิต (3) แพทย์จะต้องมีการพูดคุยเกี่ยวกับการดูแลในระยะสุดท้ายกับผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัว และ(4) ทีมสุขภาพจะต้องมีการปฏิบัติในการจัดการกับภาวะทางคลินิกต่างๆ รวมทั้งการจัดการกับความคิดเห็นที่ไม่ตรงกันระหว่างทีมสุขภาพกับผู้ป่วย หรือแนวคิดที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับผลทางคลินิกของยาลดปวด และจริยธรรมในการให้ยาลดปวดในขนาดสูงเพื่อบรรเทาอาการเป็นต้น ซึ่งจากการศึกษาภูมิหลังของกลุ่มตัวอย่าง ทีมสุขภาพในโรงพยาบาลศูนย์ครั้งนี้ พบว่า ไม่มีกลุ่มตัวอย่างคนใดได้รับการอบรมที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยในระยะสุดท้าย กลุ่มตัวอย่างส่วนมากได้รับการอบรมเกี่ยวกับการใช้เทคนิคในการช่วยฟื้นชีวิตและการใช้เทคโนโลยีที่ทันสมัยทางการแพทย์ ซึ่งสอดคล้องกับแคมเบล (Campbell, 2002) ที่กล่าวว่า โรงพยาบาลที่ปฏิบัติงานอยู่ในหอผู้ป่วยหนักและในโรงพยาบาลส่วนใหญ่จะมีการฝึกพยาบาลน้องใหม่ในหอผู้ป่วยหนัก เกี่ยวกับเทคนิคของการเฝ้าระวังการช่วยชีวิตและการใช้เทคโนโลยีในการช่วยยืดชีวิต แต่เนื้อหาเกี่ยวกับการไม่ช่วยฟื้นชีวิต การยับยั้ง/ยกเลิกการรักษาพยาบาลที่ยืดชีวิต และกลวิธีในการบรรเทาอาการมีน้อย และปาร์มเลย์ (Parmley, 2003) กล่าวว่า แพทย์ส่วนมากจะได้รับการฝึกฝนในเรื่องของการยืดชีวิตหรือไม่ได้รับการฝึกฝนเกี่ยวกับการ

ให้การรักษาที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วย ทำให้แพทย์มีความสามารถในการรักษาอาการทางด้านร่างกาย แต่มีทักษะน้อยในการจัดการกับความทุกข์ทรมานของผู้ป่วย (Kohlwes, Koepsell, Rhodes, & Pearlman, 2001) ซึ่งสอดคล้องกับ วิทโทเน (Vittone, 2002) ที่กล่าวว่าแพทย์และพยาบาลในหอผู้ป่วยหนักส่วนใหญ่ไม่ได้รับการอบรมอย่างเป็นทางการในประเด็นการดูแลผู้ป่วยในระยะสุดท้าย นอกจากนี้มีแพทย์จำนวนหนึ่งที่ทำให้การดูแลผู้ป่วยในระยะสุดท้ายไม่ได้รับการฝึกฝนเกี่ยวกับเทคนิคในการติดต่อสื่อสาร (Curtis, 2000) ซึ่งทักษะในการติดต่อสื่อสารและการฟังเป็นสิ่งจำเป็น ที่จะทำให้แพทย์มีโอกาสเรียนรู้ว่าความเจ็บป่วยมีความหมายต่อผู้ป่วยอย่างไรและยังทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าได้รับการดูแลที่ดีจากแพทย์เพิ่มขึ้น (Gilligan & Raffin, 1996b)

6. การประเมินผลการปฏิบัติ จากการศึกษาครั้งนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการประเมินเกี่ยวกับการปฏิบัติในระยะสั้น เช่น หลังจากมีการช่วยฟื้นชีวิตก็ประเมินว่าผู้ป่วยสามารถมีชีวิตอยู่ต่อไปได้หรือไม่ หรือหลังจากที่มีการขอเวลาในการทดลองรักษาแล้ว ก็ประเมินว่าผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นหรือเลวลง เพื่อพิจารณาเกี่ยวกับการรักษาว่าจะให้/ยุติการรักษาพยาบาลที่ยืดชีวิตแก่ผู้ป่วยร่วมกับญาติ โดยมีการทบทวนเกี่ยวกับการตัดสินใจในการไม่ช่วยฟื้นชีวิตอย่างสม่ำเสมอและเมื่อผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลงแม้เพียงเล็กน้อย ซึ่งสอดคล้องกับสมาคมแพทย์อังกฤษ (BMA, 2001) ที่กล่าวว่า ความบ่อยในการทบทวนเกี่ยวกับการประเมินผลการปฏิบัติของทีมสุขภาพขึ้นอยู่กับสถานการณ์ทางคลินิกของผู้ป่วย นอกจากนี้เบลท์ (Blatt, 1999) นาสราวเว (Nasraway, 2001) และซิงเกอร์และคณะ (Singer et al., 2001) กล่าวว่า หลังจากมีการกำหนดระยะเวลาในการทดลองรักษา ทีมสุขภาพต้องมีการประเมินการตอบสนองต่อการรักษาของผู้ป่วย ถ้าไม่มีความก้าวหน้าของการรักษาก็สามารถตัดสินใจในการรักษาตามความเหมาะสมต่อไป โดยการพูดคุยกับผู้ป่วยหรือญาติเกี่ยวกับแนวทางในการรักษา ซึ่งเซียล (Searle, 1996) แนะนำว่าทีมสุขภาพจะต้องมีการประเมินผู้ป่วยทุกวันว่าผู้ป่วยอาการดีขึ้นหรือเลวลง เนื่องจากอาการที่เลวลงติดต่อกันเป็นเวลาหลายวัน เป็นข้อบ่งชี้ว่าการรักษาที่ให้อยู่เป็นการยืดความตายมากกว่าเป็นการช่วยชีวิต ซึ่งประโยชน์ของการประเมินผลการปฏิบัติ ทำให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาที่เหมาะสม ช่วยลดความทุกข์ทรมานของผู้ป่วย ลดการใช้ทรัพยากรที่มีอยู่อย่างจำกัด และเป็นภาระที่สอดคล้องกับหลักการทางด้านจริยธรรม (Hudak et al., 1998) แต่จากการศึกษาครั้งนี้ พบว่าทีมสุขภาพไม่ได้กล่าวถึงการประเมินเกี่ยวกับผลกระทบของการตัดสินใจ ต่อผู้ป่วย ญาติ และทีมสุขภาพ เช่นในเรื่องของความพึงพอใจของแต่ละฝ่ายหรือประเด็นของความขัดแย้งของคุณค่าของแต่ละคน คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยหลังจากมีการตัดสินใจเกี่ยวกับการให้/ยุติการรักษา หรือการประเมินเกี่ยวกับการใช้ทรัพยากรหรือความคุ้มค่าในการให้การักษา เพื่อนำไปสู่การตัดสินใจที่เหมาะสมต่อไป

จากการศึกษาการปฏิบัติของทีมสุขภาพในโรงพยาบาลศูนย์ภาคใต้ พบว่ามีปัจจัยหลายอย่างที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติของทีมสุขภาพในการให้/ยุติการรักษาพยาบาลที่ยืดชีวิตผู้ป่วยวิกฤตในโรงพยาบาลศูนย์ภาคใต้ ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

การไม่มีแนวปฏิบัติในการปฏิบัติเกี่ยวกับการให้/ยุติการรักษาพยาบาลที่ยืดชีวิต ทำให้ทีมสุขภาพมีปัญหในการปฏิบัติเกี่ยวกับการให้/ยุติการรักษาพยาบาลที่ยืดชีวิต เนื่องจากมีความจำกัดเกี่ยวกับทรัพยากรในการรักษาผู้ป่วย เช่น ในเรื่องของจำนวนเตียงที่ให้บริการในหอผู้ป่วยหนักและจำนวนเครื่องช่วยหายใจ แต่ทีมสุขภาพไม่สามารถยุติการใช้เครื่องช่วยหายใจในผู้ป่วยที่มีภาวะสมองตายได้ เนื่องจากเป็นสิทธิของผู้ป่วยที่จะได้รับบริการทางการแพทย์ (สิระยา, 2540) และยังไม่มีการทรมานรอรับสิทธิที่จะตาย และการปล่อยให้ผู้ป่วยที่สิ้นหวังได้ตายอย่างสงบ (วิไลวรรณ, 2539) ดังนั้นในกรณีที่แพทย์จะยุติการรักษาโดยการปิดเครื่องช่วยหายใจ ถ้าอธิบายตามหลักกฎหมาย เรื่องดังกล่าวก็เป็นเรื่องที่มีโอกาสกระทำได้ (แสวงและเอนก, 2540) การที่แพทย์ไม่สามารถยุติการรักษาในผู้ป่วยที่หมดหวังหรือผู้ป่วยใกล้ตายได้ ทำให้ทีมสุขภาพไม่สามารถกระจายทรัพยากรที่มีอยู่อย่างจำกัดให้เกิดประโยชน์สูงสุดได้ ซึ่งเป็นหน้าที่อย่างหนึ่งของแพทย์ (Sox, 2002) และยังเพิ่มความทุกข์ทรมานให้กับผู้ป่วย นอกจากนี้หลักการรักษาผู้ป่วยที่หมดหวังหรืออยู่ในภาวะใกล้ตาย คือการทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลเพื่อความสุขสบาย ได้รับการควบคุมอาการต่าง ๆ และมีการตายอย่างมีศักดิ์ศรีมากที่สุดเท่าที่จะทำได้ (Quill, Cassel, & Meier, 1992) การใส่เครื่องช่วยหายใจในผู้ป่วยที่มีภาวะสมองตาย เป็นการทำให้ผู้ป่วยทุกข์ทรมานเพิ่มขึ้น เนื่องจากเป็นเพียงการยืดชีวิตหรือการเลื่อนเวลาของการเสียชีวิตให้ยาวนานขึ้น โดยปราศจากการรักษาหรือการเยียวยาโรคที่เป็นสาเหตุของผู้ป่วย (Jecker, 1995; Richter, Eisemann & Zgonnikova, 2001) ซึ่งการกระทำดังกล่าวเป็นการกระทำที่ขัดกับหลักการทางจริยธรรมในเรื่องของการทำสิ่งที่เป็นประโยชน์และการไม่ทำในสิ่งที่เป็นอันตรายสำหรับผู้ป่วย (Tilden, 1999) นอกจากนี้ แพทย์ไม่มีหน้าที่ในการให้การรักษาที่ไม่มีประโยชน์หรือการรักษาที่ทำให้เกิดโทษ (Reddick & Cassem, 2000) สอดคล้องกับเบิร์ตและเจอร์ซิลด์ (Brett & Jersild, 2003) ที่กล่าวว่า ถ้าแพทย์คิดว่าการรักษาดังกล่าวเป็นการรักษาที่ไม่เหมาะสมหรือไม่มีความเมตตาากรุณาต่อผู้ป่วย แพทย์ไม่มีหน้าที่ในการให้การรักษาดังกล่าว ประโยชน์ของการมีแนวปฏิบัติในการช่วยฟื้นชีวิตทำให้ลดความเครียดของผู้ป่วยและบุคคลที่อยู่ใกล้ชิด เนื่องจากการตัดสินใจเกี่ยวกับการช่วยฟื้นชีวิตเป็นเรื่องที่ละเอียดอ่อนและเป็นประเด็นที่ทำให้เกิดความเครียดสำหรับผู้ป่วยและบุคคลใกล้ชิด (BMA, 2001) และการที่ไม่มีแนวปฏิบัติที่ชัดเจนในการยับยั้ง/ยกเลิกการรักษาพยาบาลที่ยืดชีวิต มีผลทำให้มีการรักษาที่แตกต่างกัน เนื่องจากทีมสุขภาพแต่ละคนมีความคิดเห็น

ที่แตกต่างกันในเรื่องของกฎหมายและศีลธรรม (Editorial, 1993) นอกจากนี้อาจทำให้ไม่ได้รับรองการเป็นโรงพยาบาลคุณภาพ เนื่องจากสถาบันการรับรองคุณภาพโรงพยาบาล กำหนดให้มีจริยธรรมในการยุติการช่วยฟื้นชีวิตและการรักษาเพื่อชะลอความตาย ในหมวดจริยธรรมขององค์กร โดยต้องมีกลไกการตัดสินใจยุติการช่วยฟื้นชีวิตและการตัดสินใจยุติการรักษาเพื่อชะลอความตาย มีการกำหนดบทบาทของแพทย์ พยาบาลและเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องและครอบครัวผู้ป่วยในการตัดสินใจยุติปฏิบัติการช่วยฟื้นชีวิต/การรักษาเพื่อชะลอความตาย (สิทธิศักดิ์, 2543)

การไม่ทราบความต้องการของผู้ป่วยเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลที่ยืดชีวิต จากการศึกษาครั้งนี้ทีมสุขภาพกล่าวว่า การที่ไม่ทราบความต้องการของผู้ป่วย ทำให้ทีมสุขภาพอาจจะให้การรักษาไม่ตรงกับความต้องการของผู้ป่วย ซึ่งอิตเคน (Aitken, 2003) กล่าวว่า อาจทำให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาที่มากหรือน้อยเกินไป เนื่องจากการตัดสินใจในการรักษาเป็นการตัดสินใจของญาติ ซึ่งมีปัจจัยหลายอย่างที่มีผลต่อการตัดสินใจ เช่น ภาวะเศรษฐกิจ (Mendelsohn et al., 2002) และความเชื่อทางศาสนา (Ejaz, 2000; Gillick, 2001) เป็นต้น สำหรับในต่างประเทศมีหลักฐานทางกฎหมายและจริยธรรมที่กำหนดให้ผู้ใหญ่ที่มีสุขภาพดีมีสิทธิที่จะปฏิเสธการรักษา แม้ว่าการรักษาดังกล่าวจะทำให้เสียชีวิต มีผู้ป่วยบางส่วนแสดงความต้องการเกี่ยวกับการรักษาโดยการเขียนแสดงเจตจำนงเกี่ยวกับการรักษาล่วงหน้าหรือพินัยกรรมชีวิต และมีบางส่วนที่มีการพูดคุยกับแพทย์หรือทีมสุขภาพ (BMA, 2001) ซึ่งการแสดงเจตจำนงเกี่ยวกับการรักษาล่วงหน้าของผู้ป่วย ทำให้ทีมสุขภาพมีแนวทางในการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาเร็วขึ้น รวมทั้งการพิจารณาเกี่ยวกับระยะเวลาในการรักษา (Wallace et al., 2001) ลดความขัดแย้งที่อาจจะเกิดขึ้นเมื่อผู้ป่วยอยู่ในภาวะวิกฤต (Eisemann et al., 1999) ลดการรักษาและการตรวจวินิจฉัยโรคที่ไม่จำเป็น ลดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล และลดการฟ้องร้องทางกฎหมาย (Gomez, 2002) สำหรับการปฏิบัติในต่างประเทศ แพทย์จะสามารถยับยั้งการรักษาในผู้ป่วยที่ไม่รู้สึกตัวได้ ก็ต่อเมื่อมีหลักฐานแสดงว่าเป็นความต้องการของผู้ป่วย ซึ่งการแสดงเจตจำนงการรักษาล่วงหน้าเป็นหลักฐานที่แสดงความต้องการของผู้ป่วยได้ดีที่สุด (Huffman, 2003b)

การศึกษานี้ยังพบว่าในการปฏิบัติของทีมสุขภาพได้คำนึงถึงประเด็นของกฎหมายที่เกี่ยวข้อง บางครั้งทำให้ทีมสุขภาพต้องให้การรักษาตามความต้องการของญาติเพื่อป้องกันการฟ้องร้องจากญาติ แม้ว่าทีมสุขภาพคิดว่าการรักษาดังกล่าวเป็นการรักษาที่ไม่เหมาะสม ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาเรื่องการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาในระยะสุดท้ายของชีวิต พบว่าประเด็นของกฎหมายมีผลต่อการตัดสินใจในการรักษาของแพทย์ ในการยับยั้ง/ยกเลิกการรักษาพยาบาลที่ยืดชีวิตผู้ป่วย (Stevens et al., 2002; Waddell et al., 1996) และจากการศึกษาเกี่ยวกับอุปสรรค

ในการติดต่อสื่อสารระหว่างแพทย์และผู้ป่วยเกี่ยวกับการจำกัดการรักษา พบว่าแพทย์กลัวเกี่ยวกับประเด็นของกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการยับยั้ง/ยกเลิกการรักษาที่ช่วยชีวิต (Gilligan & Raffin, 1996b) โดยเฉพาะในประเทศไทย แม้ว่าผู้ป่วยจะมีสิทธิที่จะปฏิเสธการรักษาเพื่อยืดชีวิตหรือเพื่อชะลอการตาย โดยจะขอตายอย่างธรรมชาติด้วยศักดิ์ศรีของมนุษย์ (สิระยา, 2540) แต่ก็ยังไม่มีกฎหมายรองรับสิทธิที่จะตายและการปล่อยให้ผู้ป่วยที่สิ้นหวังได้ตายอย่างสงบ (วิไลวรรณ, 2539) ซึ่งถ้าทีมสุขภาพยุติการรักษาในผู้ป่วยย่อมเป็นการกระทำที่ผิดกฎหมาย (วิชัย, 2545) ทำให้ทีมสุขภาพต้องมีความระมัดระวังในการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลที่ยืดชีวิตแก่ผู้ป่วย และต้องคำนึงถึงการกระทำที่อาจทำให้มีความผิดตามประมวลกฎหมายอาญา กฎหมายแพ่ง พระราชบัญญัติประกอบวิชาชีพเวชกรรม พระราชบัญญัติประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ และพระราชบัญญัติการประกอบโรคศิลปะ (ดาราพร, 2541; ธเนศ, 2542; ธงชัย, 2544) แต่จากการสำรวจในหลายประเทศ พบว่า มีการสนับสนุนกฎหมายเกี่ยวกับสิทธิที่จะตายเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 70 เป็น ร้อยละ 90 (Wright, 2001) เช่น ในประเทศสหรัฐอเมริกาที่มีกฎหมายที่ยอมให้มีการทำเมตตามรณะในผู้ป่วยที่ไม่มีทางรอด และร้องขอให้ช่วยเหลือให้ฆ่าตัวตาย เช่น ในรัฐโอเรกอน ซึ่งในปี 1997 กฎหมายของรัฐโอเรกอน อนุญาตให้แพทย์เขียนใบสั่งยาในขนาดที่ทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตให้แก่ผู้ป่วยที่อยู่ในวาระสุดท้ายของชีวิต ถ้าผู้ป่วยมีการร้องขอ โดย (1) ผู้ป่วยต้องมีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป รู้สึกตัวดี สามารถสื่อสารเกี่ยวกับการตัดสินใจแก่ทีมสุขภาพได้ และมีการร้องขอด้วยความสมัครใจ (2) ผู้ป่วยจะต้องอาศัยอยู่ในรัฐโอเรกอนและมีการคาดการณ์ว่าจะมีชีวิตอยู่ได้ไม่เกิน 6 เดือน (3) ผู้ป่วยจะต้องมีการร้องขอด้วยวาจา 2 ครั้ง และมีการร้องขอโดยเขียนเป็นลายลักษณ์อักษร 1 ครั้งแก่แพทย์เจ้าของไข้ (primary physician) และ (4) แพทย์เจ้าของไข้จะต้องปรึกษาแพทย์คนที่ 2 เพื่อยืนยันเกี่ยวกับการวินิจฉัยโรค การพยากรณ์โรค ความสามารถในการตัดสินใจและการร้องขอด้วยความสมัครใจของผู้ป่วย (Fife, Shapiro, & Weinreb, 2002; Lee et al., 1996; Lee, 1997; Sullivan, Hedberg, & Fleming, 2000; Wlody, 1997) และในประเทศเนเธอร์แลนด์ ซึ่งเป็นประเทศแรกที่ทำเมตตามรณะเป็นเรื่องที่ถูกต้องตามกฎหมาย (Sheldon, 2000) โดยมีการกำหนดเกณฑ์ในการทำเมตตามรณะ ดังนี้ (Fife et al., 2002; Sheldon, 2000; van der Wal & Dillmann, 1994) (1) ผู้ป่วยจะต้องรู้สึกตัวดีและมีความสามารถในการตัดสินใจ (2) ผู้ป่วยต้องพิจารณาว่าความทุกข์ทรมานนั้นไม่สามารถบรรเทาได้และสิ้นหวัง (3) ผู้ป่วยต้องร้องขอด้วยความสมัครใจ ไม่เปลี่ยนแปลง มีการร้องขอเป็นลายลักษณ์อักษรและมีการยืนยันการร้องขอ (4) ผู้ป่วยจะต้องได้รับข้อมูลเกี่ยวกับสถานการณ์และความหวังในอนาคต (5) ต้องได้รับการสรุปจากแพทย์ว่าไม่มีเหตุผลในการรักษา (6) แพทย์จะต้องปรึกษากับแพทย์

อย่างน้อย 1 คน ที่ไม่มีส่วนในการรักษาผู้ป่วยหรือไม่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วย และสามารถตัดสินใจได้อย่างอิสระ และ (7) แพทย์จะต้องลงความเห็นว่าความตายที่เกิดขึ้นไม่ได้เป็นการตายตามธรรมชาติ และต้องลงบันทึกไว้ นอกจากนี้ในต่างประเทศมีศาลหลายแห่งที่มีแนวปฏิบัติสำหรับการพิจารณาประเด็นของกฎหมายในการดูแลผู้ป่วยในระยะสุดท้าย เพื่อช่วยในการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยที่ไม่สามารถรักษาให้หายได้ โดยกำหนดให้ผู้ป่วยที่รู้สึกตัวดี มีสิทธิในการปฏิเสธการรักษา (Reddick & Cassem, 2000)

แผนการรักษาของแพทย์ที่ไม่ตรงกันก็มีความเกี่ยวข้องกับการปฏิบัติของทีมสุขภาพ เช่น แพทย์บางคนต้องการรักษาต่อส่วนแพทย์อีกคนไม่ต้องการรักษา จะเกิดในกรณีที่ผู้ป่วยได้รับการรักษาจากแพทย์มากกว่า 1 คน ซึ่งอาจทำให้เกิดความสับสนแก่ญาติในการตัดสินใจในการรักษา สาเหตุที่ทำให้แพทย์มีความคิดเห็นไม่ตรงกันอาจเกิดจากลักษณะส่วนบุคคลและการให้คุณค่าของแพทย์แต่ละคนที่แตกต่างกัน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจของแพทย์ในการยกเลิกการรักษาพยาบาลที่ยืดชีวิตผู้ป่วยที่อยู่ในระยะสุดท้าย พบว่าขึ้นอยู่กับปัจจัยภูมิหลังของแพทย์ ซึ่งได้แก่ ประสบการณ์และความชำนาญ (Hinkka, Kosunen, Metsanoja, Lammi, & Kellokumpu-Lehtinen, 2002) และมีการศึกษาที่พบว่าแพทย์ที่มีอายุมากจะมีความมั่นใจในการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาในผู้ป่วยระยะสุดท้ายมากกว่าแพทย์ที่อายุน้อย (Stevens et al., 2002) นอกจากนี้แพทย์ที่มีความชำนาญทางด้านโรคหัวใจจะเห็นด้วยกับความต้องการในการรักษามากกว่าแพทย์ที่มีความชำนาญด้านอื่นอย่างมีนัยสำคัญ (Krumholz et al., 1998) ทำให้มาตรฐานในการรักษาไม่เป็นไปในแนวเดียวกัน แต่จากการศึกษาในโรงพยาบาลศูนย์ครั้งนี้ ทีมสุขภาพไม่ได้กล่าวว่าปัจจัยส่วนบุคคล เช่น เพศ ระดับการศึกษาประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตหรือความชำนาญเฉพาะทางของแพทย์มีผลต่อการปฏิบัติในการให้/ยุติการรักษาพยาบาลที่ยืดชีวิต

ความขัดแย้งระหว่างคุณค่าของแพทย์และพยาบาล ทำให้พยาบาลมีความลำบากใจในการปฏิบัติตามคำสั่งการรักษาของแพทย์ที่ขัดแย้งกับคุณค่าของพยาบาล อาจทำให้เกิดความท้อแท้ ไม่อยากทำงานและมีความไม่สบายใจที่ต้องทำในสิ่งที่ไม่อยากทำ (กฤษณา, 2545) และทำให้ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลง อาจส่งผลกระทบต่อความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและวิชาชีพ ทำให้คุณภาพในการดูแลผู้ป่วยลดลง (Rushton & Scanlon, 1995) สำหรับในต่างประเทศพยาบาลมีสิทธิที่จะปฏิเสธการมีส่วนร่วมในการยับยั้ง/ยกเลิกการรักษา โดยอยู่บนพื้นฐานคุณธรรมของแต่ละคนหรือเมื่อพยาบาลมีความเชื่อว่าการกระทำดังกล่าวไม่ใช่สิ่งที่เป็นประโยชน์สูงสุดสำหรับผู้ป่วย หรือพยาบาลออกจากสถานการณ์นั้นได้และมอบหมายให้พยาบาลคนอื่นรับผิดชอบ

ในการดูแลผู้ป่วยคนนั้นแทน (Hudak et al., 1998) สำหรับในประเทศไทย พยาบาลมีสิทธิของผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ โดยมีสิทธิในการตัดสินใจในการบริการด้วยตัวเอง ในกรณีที่พยาบาลใช้วิจารณญาณแล้วว่าการปฏิบัติตามคำสั่งการรักษาของแพทย์ ไม่ถูกต้องตามหลักวิชาการ อาจก่อให้เกิดอันตรายต่อผู้ป่วย พยาบาลมีสิทธิที่จะคัดค้านหรือเสนอความคิดเห็นที่ถูกต้องได้ แต่พยาบาลจะต้องรับผิดชอบความผิดพลาดที่เกิดจากการตัดสินใจ (พาริดา, 2541)

นอกจากนี้ยังมีหลายปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติในการรักษาพยาบาลที่ยืดชีวิตผู้ป่วยวิกฤตในระยะสุดท้าย ซึ่งจากการศึกษาพบว่า ความเชื่อทางศาสนาของผู้ป่วยและญาติก็เป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่เกี่ยวข้องกับการตัดสินใจและการปฏิบัติในการให้/ยุติการรักษาพยาบาลที่ยืดชีวิต โดยผู้ป่วยที่นับถือศาสนาอิสลามจะขอยุติการรักษาที่ยืดชีวิต แม้ว่าการกระทำดังกล่าวจะทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิต เนื่องจากหลักคำสอนของศาสนาอิสลามกล่าวว่าความตายเป็นการเริ่มต้น ไม่มีที่สิ้นสุด และการได้มีชีวิตอยู่บนสวรรค์กับพระอัลลอห์ นอกจากนี้ชาวมุสลิมมีความเชื่อว่าความตายขึ้นอยู่กับพระอัลลอห์ การฆ่าตัวตาย การทำเมตตามรณะ และการปฏิเสธอาหารและน้ำ เป็นสิ่งที่ถูกห้ามในศาสนา แต่การหยุดการรักษาบางอย่างที่ยืดชีวิตสามารถทำได้โดยสมาชิกในครอบครัว (Hedayat, 2001 cited by Ott et al., 2003) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของโลและคณะ (Lo et al., 2002) ที่พบว่า ผู้ป่วยมีการตัดสินใจอย่างชัดเจนเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลที่ยืดชีวิตโดยอยู่บนพื้นฐานของความเชื่อทางด้านศาสนา โดยใช้เหตุผลทางศาสนาในการยืนยันให้มีการรักษาพยาบาลที่ยืดชีวิต ซึ่งในบางครั้งขัดแย้งกับคำแนะนำของแพทย์ ฮัฟแมน (Huffman, 2003a) ได้แนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติในกรณีที่เหตุผลทางศาสนาทำให้ผู้ป่วยปฏิเสธคำแนะนำของแพทย์ เช่น ไม่ต้องการให้ถอดท่อช่วยหายใจเนื่องจากรอปาฏิหาริย์จากพระเจ้า ทีมสุขภาพจะต้องไม่พยายามทำให้เชื่อว่าความคิดของสมาชิกในครอบครัวเป็นสิ่งที่ผิด แต่ต้องพยายามเข้าใจมุมมองของผู้ป่วยและญาติ นอกจากนี้ความเชื่อทางศาสนาทำให้บุคคลไม่สนับสนุนให้มีการทำเมตตามรณะ (Suarez-Almazor, Belzile, & Bruera, 1997) โดยเฉพาะผู้ที่นับถือศาสนาคริสต์ นิกายโรมันคาทอลิก จะมีการสนับสนุนการฆ่าตัวตายให้เป็นเรื่องที่ถูกกฎหมายน้อยที่สุด (Young et al., 1993) จะเห็นได้ว่าการตอบสนองต่อความเจ็บป่วยส่วนมากจะเกิดจากความเชื่อทางศาสนา (Astrow, Puchalski, & Sulmasy, 2001) ดังนั้นแพทย์จะต้องมีความรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับความเชื่อทางศาสนา และพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วย (Crawley et al., 2002) รวมทั้งต้องเข้าใจ และเคารพทางเลือกในการรักษาของผู้ป่วย (Ejaz, 2000) เพื่อลดความขัดแย้งที่อาจจะเกิดขึ้นได้ นอกจากนี้ ความเชื่อทางศาสนาของทีมสุขภาพก็มีผลต่อการปฏิบัติในการให้/ยุติการรักษาพยาบาลที่ยืดชีวิต ซึ่งจากการศึกษาครั้งนี้พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 96.9

มีพยาบาลบางคนไม่กล้าเอาท่อช่วยหายใจออกในกรณีที่ไม่ต้องการรักษา เพราะกลัวบาป เนื่องจากเขาท่อช่วยหายใจออกเป็นการทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิต ซึ่งตามความเชื่อของศาสนาพุทธ การฆ่าชีวิตคนอื่นเป็นบาป และจะขัดขวางการฆ่าชีวิตผู้อื่น (Perrett, 1996) ทำให้พยาบาลไม่ยอมกระทำการดังกล่าว

การมีพินัยกรรมชีวิตของผู้ป่วยทำให้ทีมสุขภาพเชื่อว่าสามารถตัดสินใจเกี่ยวกับการให้/ยุติการรักษาพยาบาลที่ยืดชีวิตได้ง่ายขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับอิตเคน (Aitken, 2003) ที่กล่าวว่า การมีพินัยกรรมชีวิตซึ่งเป็นประเภทหนึ่งของการแสดงเจตจำนงเกี่ยวกับการรักษาล่วงหน้า ทำให้กระบวนการในการตัดสินใจของทีมสุขภาพดีขึ้น ส่งเสริมให้มีการตัดสินใจร่วมกันระหว่างผู้ป่วย แพทย์ ผู้ตัดสินใจแทนตามความต้องการของผู้ป่วย นอกจากนี้ยังทำให้ผลลัพธ์ของการรักษาและทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยดีขึ้น ลดความถี่ของการรักษาที่มากเกินไปและการรักษาที่น้อยเกินไป และลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยเกี่ยวกับการเป็นภาระแก่ญาติหรือบุคคลที่ใกล้ชิดอื่นๆ สำหรับในประเทศไทยยังไม่มีแนวปฏิบัติที่ชัดเจนเกี่ยวกับการแสดงเจตจำนงเกี่ยวกับการรักษาล่วงหน้าของผู้ป่วย (วิฑูรย์, 2545) ทำให้ทีมสุขภาพมีความลำบากใจในการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลในระยะสุดท้ายของชีวิต แต่สำหรับในต่างประเทศการแสดงเจตจำนงเกี่ยวกับการรักษาล่วงหน้า มีใช้ในหลายประเทศ เช่น ในประเทศอังกฤษ ได้กำหนดให้ผู้รู้สึกตัวดี มีสติสัมปชัญญะ สามารถตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาโดยการเขียนการแสดงความจำนงเกี่ยวกับการรักษาล่วงหน้า ซึ่งจะมีผลก็ต่อเมื่อผู้ป่วยอยู่ในภาวะที่ไม่รู้สึกตัวหรือไม่มีสติสัมปชัญญะ สำหรับในประเทศแคนาดาที่ทีมสุขภาพจะไม่ถูกฟ้องร้องเกี่ยวกับการฆาตกรรมถ้าปฏิบัติตามพินัยกรรมชีวิตของผู้ป่วย ส่วนประเทศออสเตรเลีย ในรัฐ South Australia จะกำหนดให้ผู้ป่วยเลือกบุคคลที่ทำหน้าที่ในการตัดสินใจแทนในกรณีที่ผู้ป่วยไม่รู้สึกตัวหรือไม่มีสติสัมปชัญญะหรืออยู่ในภาวะที่เป็นพืช (persistent vegetative state) และในประเทศนิวซีแลนด์ ผู้ป่วยมีสิทธิที่จะได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการให้บริการและการปฏิเสธการรักษาทั้งการรักษาทั่วไป และการรักษาที่ยืดชีวิตโดยการพูดหรือการเขียนเกี่ยวกับการแสดงเจตจำนงเกี่ยวกับการรักษาล่วงหน้า (Capron, 1998) ซึ่งการมีการแสดงเจตจำนงเกี่ยวกับการรักษาล่วงหน้าของผู้ป่วยทำให้ทีมสุขภาพมีแนวทางในการตัดสินใจที่เร็วขึ้นในการพิจารณาเกี่ยวกับระยะเวลาในการรักษา (Wallace et al., 2000) และเป็นแนวทางในการตัดสินใจในกรณีที่ผู้ป่วยไม่สามารถตัดสินใจด้วยตัวเอง นอกจากนี้ยังทำให้เข้าใจเกี่ยวกับคุณค่าและทางเลือกของผู้ป่วย (Sanders, 1999) ลดการรักษาและการตรวจเพื่อการวินิจฉัยที่ไม่จำเป็น ลดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล และลดภาวะเสี่ยงของการฟ้องร้องทางกฎหมาย (Gomez, 2002) ซึ่งหน้าที่อย่างหนึ่งของแพทย์คือการกระจายทรัพยากรที่มีอยู่อย่างจำกัดให้เกิดประโยชน์สูงสุด โดยหลีกเลี่ยง

การตรวจเพื่อการวินิจฉัยและการรักษาที่ไม่จำเป็น (Sox, 2002) นอกจากนี้จะเป็นหน้าที่ของแพทย์แล้วยังเป็นการกระทำตามหลักการทางจริยธรรมในหลักของความยุติธรรม (Tilden, 1999) ซึ่งจากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยที่มีการแสดงเจตจำนงเกี่ยวกับการรักษาล่วงหน้า มีการใช้ทรัพยากรของโรงพยาบาลน้อยกว่า 1 ใน 3 ของทรัพยากรทั้งหมด (Gomez, 2002)

เอ็มมานูเอลและคณะ (Emanuel et al., 1995) ได้เสนอขั้นตอนในการแสดงเจตจำนงเกี่ยวกับการรักษาล่วงหน้าในผู้ป่วยนอก ดังนี้ (1) ให้ข้อมูลผู้ป่วยเกี่ยวกับการแสดงเจตจำนงเกี่ยวกับการรักษาล่วงหน้า (2) มีการพูดคุยเกี่ยวกับการแสดงเจตจำนงเกี่ยวกับการรักษาล่วงหน้าอย่างมีแบบแผน (3) ให้ผู้ป่วยทำคำสั่งการแสดงเจตจำนงเกี่ยวกับการรักษาล่วงหน้าให้สมบูรณ์ ลงวันที่และบันทึกข้อมูลในบันทึกทางการแพทย์ ทดสอบความเข้าใจของผู้ป่วยโดยการยกตัวอย่าง และคัดลอกข้อมูลให้แก่ผู้ป่วยและผู้ทำหน้าที่แทน (4) มีการทบทวนและทำคำสั่งการแสดงเจตจำนงเกี่ยวกับการรักษาล่วงหน้าให้ทันสมัย และลงวันที่ทุกครั้งที่มีการเปลี่ยนแปลง และ (5) ปฏิบัติตามแผนโดยทำตามความต้องการ และการแสดงเจตจำนงเกี่ยวกับการรักษาล่วงหน้าของผู้ป่วยเมื่อเวลาเหมาะสม ซึ่งปฏิบัติการทางการแพทย์ที่เขียนในการแสดงเจตจำนงเกี่ยวกับการรักษาล่วงหน้า ได้แก่ การช่วยฟื้นชีวิต การใช้เครื่องช่วยหายใจ การรักษาด้วยไตเทียม การรักษาด้วยเคมีบำบัด การให้อาหารและสารน้ำด้วยวิธีพิเศษ การให้เลือดและผลิตภัณฑ์ของเลือด การใช้เครื่องกระตุ้นหัวใจ การใช้ยาปฏิชีวนะและการผ่าตัด (Aitken, 2003) สำหรับในประเทศไทย แสงและเอนก (2540) กล่าวว่าผู้ป่วยหรือญาติอาจแสดงเจตจำนงว่า ไม่ต้องการใช้เครื่องมือที่ทันสมัยในการชะลอความตาย โดยจะขอตายตามภาวะธรรมชาติ ซึ่งที่มสุขภาพสามารถดำเนินการไปตามความประสงค์ของผู้ป่วยได้ ถ้ามีการชี้แจงผลที่จะเกิดขึ้นให้ผู้ป่วยเข้าใจ โดยแพทย์จะไม่มีคามผิดใดๆ เพราะแพทย์ไม่มีหน้าที่ในการชะลอชีวิตของผู้ที่จะต้องถึงแก่ความตายตามธรรมชาติให้ยาวนานออกไป ซึ่งสอดคล้องกับร่างพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ ฉบับสามเหลี่ยมเข็มนาฬิกา หมวด 2 ส่วนที่ 1 มาตรา 24 กล่าวว่าบุคคลมีสิทธิแสดงความจำนงเกี่ยวกับวิธีการรักษาพยาบาลหรือปฏิเสธการรักษาที่เป็นไปเพียงเพื่อการยืดชีวิตในวาระสุดท้ายของชีวิตของตนเองเพื่อการตายอย่างสงบและมีศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ (อำพล, 2545) ไม่ถูกยืดชีวิตหรือถูกแทรกแซงการตายเกินความจำเป็น และเพื่อไม่ให้เป็นการละเมิดในทุกๆด้านโดยให้สิทธิแสดงความจำนงล่วงหน้า (living will) (สันต์, 2545)

นอกจากนี้หลักการที่ที่มสุขภาพใช้ประกอบในการตัดสินใจเกี่ยวกับการให้/ยุติการรักษาพยาบาลที่ยืดชีวิตผู้ป่วยวิกฤตในโรงพยาบาลศูนย์ภาคใต้ คือการยืดประโยชน์ของผู้ป่วยเป็นหลัก โดยพิจารณาว่าการรักษาดังกล่าวทำให้ผู้ป่วยหาย หรือถ้าให้การช่วยเหลือแล้วทำให้ผู้ป่วยมีความสุขมากกว่าความทุกข์ทรมาน ที่มสุขภาพก็จะให้การรักษา ซึ่งเป็นการปฏิบัติตามหลักจริยธรรม

ในการกระทำในสิ่งที่เป็นประโยชน์ (beneficence) และหลักการไม่กระทำในสิ่งที่เป็นโทษหรือเป็นอันตรายสำหรับผู้ป่วย (non-maleficence) (Latimer, 1998) โดยแพทย์ไม่มีหน้าที่ทางด้านจริยธรรมในการให้การรักษาที่ไม่มีประโยชน์สำหรับผู้ป่วย (Parmley, 2003; Shah & Lloyd-Williams, 2003) นอกจากนี้พยาบาลมีสิทธิที่จะปฏิเสธการมีส่วนร่วมในการยับยั้ง/ยกเลิกการรักษา โดยอยู่บนพื้นฐานทางด้านคุณธรรมของแต่ละคน หรือเมื่อพยาบาลมีความเชื่อว่าการรักษาดังกล่าวเป็นการรักษาที่ไม่มีประโยชน์ (Hudak et al., 1998) และจากการศึกษาในทีมสุขภาพในโรงพยาบาลศูนย์ทั้ง 5 แห่ง พบว่า ในบางครั้งทีมสุขภาพต้องปฏิบัติตามความต้องการของญาติ แม้ว่าทีมสุขภาพไม่ต้องการรักษา แต่ถ้าญาติยืนยันให้มีการรักษา ทีมสุขภาพก็ต้องทำตามความต้องการของญาติ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษา ของ จีเนียส จีเนียสและชาง (Genius, Genius, & Chang, 1994) ซึ่งพบว่า ความต้องการของญาติเป็นปัจจัยที่สำคัญในการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลในระยะสุดท้ายของผู้ป่วยที่ไม่สามารถสื่อสารเกี่ยวกับความต้องการได้ นอกจากนี้ในบางกรณีญาติร้องขอให้มีการช่วยฟื้นชีวิต แม้ว่าทีมสุขภาพจะแนะนำว่าการรักษาดังกล่าวเป็นการรักษาที่ไม่มีประโยชน์ แต่ถ้าญาติยืนยันให้มีการช่วยฟื้นชีวิต ทีมสุขภาพก็ต้องทำตามความต้องการของญาติ (BMA, 2001; Luce, 1990) ซึ่งการทำตามความต้องการของญาติในกรณีที่ผู้ป่วยไม่รู้สึกรู้ตัวเป็นการปฏิบัติของทีมสุขภาพในการเคารพสิทธิของผู้ป่วย (Hudak et al., 1998) และเป็นการพิทักษ์สิทธิของผู้ป่วย เนื่องจากผู้ป่วยแต่ละคนมีสิทธิในการตัดสินใจยอมรับหรือปฏิเสธการรักษา (Tai & Seng, 2001) และมีสิทธิที่จะได้รับบริการทางการแพทย์ (สิระยา, 2540)

นอกจากนี้จากการศึกษาในครั้งนี้ยังพบว่าการพยากรณ์โรคที่แม่นยำ เป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่เกี่ยวข้องกับการตัดสินใจและการปฏิบัติในการรักษาของทีมสุขภาพ และความต้องการในการรักษาของผู้ป่วยและญาติ ซึ่งจะเห็นได้จากการศึกษาของวีคและคณะ (Weeks et al., 1998) พบว่า ผู้ป่วยที่มีความเชื่อว่าจะสามารถมีชีวิตต่อไปได้อีกอย่างน้อย 6 เดือน จะสนับสนุนให้มีการรักษาพยาบาลที่ยืดชีวิตมากกว่าการรักษาเพื่อความสบายเมื่อเปรียบเทียบกับผู้ป่วยที่มีความเชื่อว่าจะสามารถมีชีวิตได้น้อยกว่า 6 เดือน ดังนั้น ถ้าผู้ป่วยไม่เข้าใจเกี่ยวกับการพยากรณ์โรคอย่างชัดเจน การตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาของผู้ป่วยอาจจะไม่สะท้อนคุณค่าที่แท้จริงของผู้ป่วย แต่จากการศึกษาในโรงพยาบาลศูนย์ครั้งนี้พบว่าบางครั้งทีมสุขภาพไม่สามารถยืนยันเกี่ยวกับการพยากรณ์โรคได้อย่างถูกต้อง 100 เปอร์เซ็นต์ ซึ่งตรงกับการศึกษาของลีและคณะ (Lee et al., 1996) ที่พบว่า มากกว่าครึ่งของแพทย์ที่ไม่แน่ใจเกี่ยวกับการพยากรณ์ว่าผู้ป่วยจะสามารถมีชีวิตได้อีกไม่เกิน 6 เดือน และการศึกษาเกี่ยวกับความผิดพลาดในการพยากรณ์โรคของแพทย์ พบว่ามีเพียงร้อยละ 20 ของผู้ป่วย ที่แพทย์สามารถพยากรณ์โรคได้อย่างถูกต้อง (Christakis & Lamont,

2000) ซึ่งการพยากรณ์โรคที่ไม่ชัดเจนเป็นเหตุผลหนึ่งที่ทำให้ผู้ป่วยใกล้ตายได้รับการดูแลที่ไม่มีประสิทธิภาพ (Edmonds & Roger, 2003) และการที่ผู้ป่วยและญาติได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการพยากรณ์โรคที่ไม่เพียงพอและชัดเจน ทำให้ผู้ป่วยและญาติเลือกการรักษาที่ไม่มีประโยชน์มากกว่าการรักษาเพื่อการบรรเทาและควบคุมอาการ (Weeks et al., 1998)

จากการศึกษาในครั้งนี้ที่มึสุขภาพไม่ได้กล่าวว่าภูมิหลังของทีมสุขภาพแต่ละคน เช่น เพศ อายุ ระดับการศึกษา ประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตหรือความชำนาญเฉพาะทางของแพทย์ มีความเกี่ยวข้องกับการให้/ยุติการรักษาพยาบาลที่ยืดชีวิตผู้ป่วย แต่จากการศึกษาของคูกและคณะ (Cook et al. 1995) พบว่า ประสบการณ์ในการทำงานของพยาบาลมีผลต่อการตัดสินใจ โดยพบว่าพยาบาลที่จบการศึกษามานานจะให้การรักษาแบบรุก (aggressive treatment) น้อยกว่าพยาบาลที่เพิ่งจบ และจากการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยภูมิหลังของแพทย์กับการช่วยฟื้นชีวิตในผู้ป่วยระยะสุดท้าย พบว่า แพทย์ที่มีประสบการณ์และมีอายุมากจะให้การรักษาโดยการช่วยฟื้นชีวิตน้อยกว่าแพทย์ที่มีอายุน้อย และมีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยน้อย (Hinkka et al., 2001; Hinkka et al., 2002) นอกจากนี้จากการศึกษา พบว่า แพทย์ที่มีอายุมากมีความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยในระยะสุดท้ายมากกว่าแพทย์ที่อายุน้อย (Stevens et al., 2002) และมีความมั่นใจในการตัดสินใจเกี่ยวกับการยับยั้ง/ยกเลิกการรักษาพยาบาลที่ยืดชีวิตในผู้ป่วยใกล้ตายมากกว่าแพทย์ที่อายุน้อย (Luce, 1999) และจากการศึกษาพบว่าแพทย์ที่มีความชำนาญทางด้านโรคหัวใจ จะให้การรักษาพยาบาลที่ยืดชีวิต เช่น การช่วยฟื้นชีวิตและการใช้เครื่องช่วยหายใจมากที่สุด ในขณะที่แพทย์ที่มีความชำนาญโรคมะเร็งจะมีการยับยั้ง/ยกเลิกการรักษาพยาบาลที่ยืดชีวิตมากที่สุด (Hanson et al., 1996) แม้ว่าจากการศึกษาในครั้งนี้พบว่าแพทย์มีแผนการรักษาที่แตกต่างกัน ซึ่งเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อการปฏิบัติของทีมสุขภาพในการให้/ยุติการรักษาพยาบาลที่ยืดชีวิต แต่ยังไม่มึข้อมูลที่ชัดเจนในเรื่องของภูมิหลังของแพทย์ว่ามีความเกี่ยวข้องกับการตัดสินใจในการรักษาของแพทย์ แต่อย่างไรก็ตามคาดว่าปัจจัยทางด้านภูมิหลังของทีมสุขภาพน่าจะเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อการปฏิบัติในการให้/ยุติการรักษาพยาบาลที่ยืดชีวิต

