

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้ทำการทบทวนวรรณกรรมซึ่งครอบคลุมในประเด็นต่อไปนี้

1. แนวคิดเกี่ยวกับการให้/ยุติการรักษาพยาบาลที่ยืดชีวิต
 - 1.1 การรักษาพยาบาลที่ยืดชีวิต
 - 1.2 การยุติการรักษาพยาบาลที่ยืดชีวิต
2. การตัดสินใจในการให้/ยุติการรักษาพยาบาลที่ยืดชีวิต
 - 2.1 หน้าที่ ความรับผิดชอบและจรรยาบรรณวิชาชีพกับการให้/ยุติการรักษาพยาบาลที่ยืดชีวิต
 - 2.2 หลักจริยธรรมกับการให้/ยุติการรักษาพยาบาลที่ยืดชีวิตผู้ป่วยวิกฤต
 - 2.3 สิทธิของผู้ป่วยกับการยืดชีวิต/ยุติการรักษาพยาบาล
 - 2.4 กฎหมายกับการให้/ยุติการรักษาพยาบาลที่ยืดชีวิต
 - 2.5 ปัจจัยอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับการตัดสินใจในการให้/ยุติการรักษาพยาบาลที่ยืดชีวิต
3. การปฏิบัติในการให้/ยุติการรักษาพยาบาลที่ยืดชีวิตผู้ป่วยวิกฤต
4. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติในการให้/ยุติการรักษาพยาบาลที่ยืดชีวิต

1. แนวคิดเกี่ยวกับการให้/ยุติการรักษาพยาบาลที่ยืดชีวิต

1.1 การรักษาพยาบาลที่ยืดชีวิต

การรักษาพยาบาลที่ยืดชีวิต (life sustaining) หมายถึงการรักษาหรือการปฏิบัติการต่าง ๆ ของทีมสุขภาพที่มีผลทำให้ชีวิตของผู้ป่วยยืนยาวขึ้นโดยปราศจากการกลับมาสู่ปกติ (Council on Ethical and Judicial Affairs , American Medical Association, 1992; Flynn & Davis, 1990) ซึ่งการรักษาพยาบาลที่ยืดชีวิต ได้แก่ การรักษาด้วยออกซิเจน และการใช้เครื่องช่วยหายใจ การล้างไต การให้อาหาร และสารน้ำด้วยวิธีพิเศษ การให้เลือด และผลิตภัณฑ์ของเลือด การรักษาด้วยการใช้ยาปฏิชีวนะ การผ่าตัดใหญ่ และการช่วยฟื้นชีวิต ซึ่งรวมถึง การนวดหัวใจ การกระตุ้นหัวใจด้วยไฟฟ้า การใส่เครื่องกระตุ้นหัวใจ การใส่ท่อช่วยหายใจ (Rieth, 1999) นอกจากนี้ยังมีการรักษาด้วยเคมีบำบัด การฉายแสง (Goodman, Tarnoff, & Slotman, 1998) การใส่ยากระตุ้นการบีบตัวของหัวใจ (vasopressor) และการฟอกเลือดด้วยไตเทียม (hemodialysis) (Asch, Faber-Langendoen,

Shea, & Christakis, 1999) เป็นต้น การรักษาพยาบาลที่ยืดชีวิตผู้ป่วยวิกฤตที่พบบ่อยในหอผู้ป่วยหนักได้แก่ การช่วยฟื้นชีวิต และการใช้เครื่องช่วยหายใจ

1.1.1 การช่วยฟื้นชีวิต หมายถึง การทำให้ผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจหยุดเต้นอย่างกะทันหัน หรือการหายใจหยุด สามารถนำออกซิเจนไปเลี้ยงสมอง หัวใจและอวัยวะที่สำคัญ ให้เพียงพอในเบื้องต้น จนกว่าผู้ป่วยจะได้รับการรักษาที่ถูกต้องเหมาะสมต่อไป (ประดิษฐ์, 2541; ประไพ, 2545) โดยวิธีการนวดหัวใจ ผายปอดและการใส่ท่อหลอดลมคอ นอกจากนี้อาจมีการใช้ยาเพื่อกระตุ้นการทำงานของหัวใจ และในผู้ป่วยบางรายอาจมีการกระตุ้นหัวใจด้วยไฟฟ้าร่วมด้วย (เกศรา, 2542)

ข้อบ่งชี้ในการช่วยฟื้นชีวิต จะมีการกระทำในกรณีที่ผู้ป่วยมีอาการและอาการแสดงของภาวะหัวใจหยุดเต้น และการหายใจหยุด (ประดิษฐ์, 2541) ซึ่งเกณฑ์ในการวินิจฉัยภาวะหัวใจหยุดเต้นได้แก่ (1) ผู้ป่วยไม่รู้สึกรู้ตัว (2) คลำชีพจรที่หลอดเลือดแดงบริเวณคอ (Carotid) หรือบริเวณขาหนีบ (femoral) ไม่ได้ (3) มีการหายใจหยุดหรือมีการหายใจเป็นเฮือก ๆ และ (4) ฟังเสียงหัวใจไม่ได้ยิน (ดวงพร, 2541; ประดิษฐ์, 2541) นอกจากนี้จะต้องคำนึงถึงผลลัพธ์ของการช่วยฟื้นคืนชีพ ค่าใช้จ่ายและความต้องการของผู้ป่วยด้วย (Murphy, Burrows, Santilli, Kemp, Tenner, Kreling, & Teno, 1994) การช่วยฟื้นชีวิตที่ประสบความสำเร็จ ผู้ป่วยต้องรอดชีวิตและมีคุณภาพชีวิตที่ยอมรับได้ (de Vos, de Haes, Koster, & de Haan, 1999) จากการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อการรอดชีวิตจากการช่วยฟื้นชีวิตพบว่าผู้ป่วยที่ใช้ระยะเวลาในการช่วยฟื้นชีวิตน้อยกว่า 10 นาที มีโอกาสรอดชีวิตมากกว่าผู้ป่วยที่ใช้เวลาในการช่วยฟื้นชีวิตนานกว่า 10 นาที นอกจากนี้ผู้ป่วยที่มีลักษณะของคลื่นไฟฟ้าหัวใจชนิดเวนทริคูลาร์เต้นเร็วกว่าปกติ (Ventricular Tachycardia) หรือเวนทริคูลาร์ไฟบรिलเลชัน (Ventricular Fibrillation) ในขณะที่มีภาวะหัวใจหยุดเต้น มีแนวโน้มที่จะรอดชีวิตมากกว่าผู้ป่วยที่มีคลื่นไฟฟ้าหัวใจแต่ไม่สามารถจับชีพจรได้ (EMD) (Landry, Parker, & Phillips, 1992) สอดคล้องกับการศึกษาของซอช เดสเบียน เดสเตฟาโน สตูแลนด์และเลย์ดี (Zoch, Desbiens, DeStefano, Stueland, & Layde, 2000) ซึ่งพบว่าจังหวะการเต้นของหัวใจในขณะที่มีภาวะหัวใจหยุดเต้น (arrest) เป็นปัจจัยที่สำคัญที่สุดในการส่งเสริมการรอดชีวิตในระยะยาวของผู้ป่วย โดยผู้ป่วยที่มีคลื่นไฟฟ้าหัวใจแต่ไม่สามารถจับชีพจรได้ (EMD) จะมีโอกาสรอดชีวิตจากโรงพยาบาลน้อย ตามด้วยคลื่นไฟฟ้าหัวใจเป็นเส้นตรง (asystole) และ หัวใจเต้นช้ากว่าปกติ (bradycardia) นอกจากนี้ยังขึ้นอยู่กับลักษณะและความรุนแรงของความเจ็บป่วยก่อนมีการช่วยฟื้นชีวิต (Council on Ethical and Judicial Affairs, American Medical Association, 1991) และการตอบสนองต่อการรักษาของผู้ป่วย (Konigova, 1996)

การยุติการช่วยฟื้นชีวิต จะกระทำเมื่อผู้ป่วยมีภาวะหัวใจตายหมายถึง การที่ผู้ป่วยมีคลื่นไฟฟ้าหัวใจเป็นเส้นตรง (asystole) นานมากกว่า 15 นาที แม้ว่าจะได้รับการรักษาอย่างเต็มที่แล้วก็ตาม หรือมีภาวะสมองตาย (ประติษฐ์, 2541) ซึ่งเกณฑ์ในการวินิจฉัยภาวะสมองตายมีดังนี้ (แสวง และเอนก, 2540)

1. ผู้ป่วยต้องไม่รู้สึกรู้สีกตัว (deeply comatose) โดยจะต้องแน่ใจว่าสาเหตุของการไม่รู้สึกรู้สีกตัวนี้ไม่ได้เกิดจาก

1.1 พิษของยา (drug intoxication) เช่นยาเสพติด ยานอนหลับหรือยากล่อมประสาท

1.2 ภาวะอุณหภูมิในร่างกายต่ำ (primary hypothermia)

1.3 ภาวะผิดปกติของต่อมไร้ท่อและเมตาบอลิก (metabolic and endocrine disturbance)

1.4 ภาวะช็อค

2. ผู้ป่วยที่รู้สึกตัวนั้นอยู่ในเครื่องช่วยหายใจ เนื่องจากผู้ป่วยไม่หายใจ และจะต้องแน่ใจว่าสาเหตุของการไม่หายใจ ไม่ได้เกิดจากยาคลายกล้ามเนื้อหรือยาอื่นๆ

3. จะต้องมีข้อวินิจฉัยถึงสาเหตุของการไม่รู้สึกรู้สีกตัวและไม่หายใจในผู้ป่วยนั้นอย่างชัดเจนว่าสภาวะของผู้ป่วยที่เป็นอยู่ในขณะนี้ เกิดจากการที่สมองเสียหายโดยไม่มีหนทางเยียวยาได้อีก

4. ถ้าผู้ป่วยอยู่ในสภาวะครบตามเงื่อนไขที่กำหนดแล้ว จะต้องมีการตรวจสอบเพื่อยืนยันสมองตายดังนี้

4.1 ต้องไม่มีการเคลื่อนไหวใดๆ ได้เอง (no spontaneous movement) ไม่มีอาการชัก (no epileptic jerking) ไม่มีการเกร็งแบบงอเข้าหาตัว (decorticate) หรือ การเกร็งแบบเหยียด (decerebrate rigidity)

4.2 ต้องไม่มีรีเฟล็กซ์ของแกนสมอง (absence of brainstem reflexes) ทั้ง 6 ประการ ดังต่อไปนี้

(1) รูม่านตาขยายและไม่ตอบสนองต่อแสง (dilated and fixed pupils) เมื่อใช้ไฟฉายส่องเข้าไปที่ลูกตา

(2) ตาดำไม่กระพริบ (absence of corneal reflex) เมื่อใช้สำลีเช็ดที่ตาดำ

(3) ไม่ปรากฏการหดตัวของกล้ามเนื้อที่ใบหน้าอันแสดงอาการเจ็บปวดเกิดขึ้นเมื่อมีสิ่งใดมากด (no motor response within the cranial nerve distribution) ตรวจสอบได้โดยใช้มือกดตรงหน้าผากหรือหยิกบริเวณแขนหรือขา

(4) เมื่อจับศีรษะหันไปข้างใดข้างหนึ่ง ลูกตาทั้ง 2 ข้างจะไม่เคลื่อนไหว (absence of oculocephalic reflex) ซึ่งเรียกว่า Doll' head phenomena

(5) เมื่อใช้น้ำเย็นกรอกเข้าในรูหูข้างใดข้างหนึ่ง (absence of vestibular response to caloric stimulation) ลูกตาจะไม่เคลื่อนไหว

(6) จะไม่ปรากฏอาการไอหรืออาเจียน (absence of gag and cough reflex) ตรวจสอบโดยใช้สายยางใส่เข้าไปในหลอดลม

4.3 ไม่สามารถหายใจได้เอง (no spontaneous respiration) ซึ่งทดสอบได้โดยการหยุดเครื่องช่วยหายใจ (ให้ออกซิเจนทางสายยางเข้าในหลอดลม) เป็นเวลาอย่างน้อย 10 นาทีและคอยดูว่ามีการหายใจหรือไม่

ขณะที่ทดสอบควรมีค่าความดันของคาร์บอนไดออกไซด์ในกระแสเลือดไม่ต่ำกว่า 60 มม.ปรอท (ถ้าสามารถวัดได้)

4.4 สภาวะการตรวจสอบในข้อ 4.1, 4.2 หรือ 4.3 นี้ จะต้องไม่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างน้อย 6 ชั่วโมงจึงจะถือว่าสมองตาย

นอกจากนี้จากการศึกษาเกี่ยวกับความพยายามในการยุติการช่วยฟื้นชีวิตของแพทย์ที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยฉุกเฉิน พบว่าร้อยละ 65 ของกลุ่มตัวอย่างจะมีการยุติการช่วยฟื้นชีวิตในกรณีที่ช่วยฟื้นชีวิตไปแล้ว 45 นาทีแต่ไม่สามารถคงไว้ซึ่งระบบการไหลเวียน นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างกล่าวว่าปัจจัยที่มีต่อการยุติการช่วยฟื้นชีวิตที่ไม่ประสบความสำเร็จ ได้แก่ โรคที่ผู้ป่วยเป็นก่อนที่จะมีภาวะหัวใจหยุดเต้น (ร้อยละ 92) ช่วงระยะเวลาระหว่างที่ผู้ป่วยมีภาวะหัวใจหยุดเต้นและมีการเริ่มต้นการช่วยฟื้นชีวิต (ร้อยละ 92) ระยะเวลาในการพยายามช่วยฟื้นชีวิต (ร้อยละ 90) อายุของผู้ป่วย (ร้อยละ 89) ลักษณะของคลื่นไฟฟ้าหัวใจ เช่น ภาวะคลื่นไฟฟ้าหัวใจเป็นเส้นตรง (asystole) ภาวะเวเนทริเคิลเต้นเร็วกว่าปกติ (Ventricle Tachycardia) หรือ EMD (ร้อยละ 83) การคงที่และการขยายตัวของรูม่านตา (ร้อยละ 78) การไม่มีปฏิกิริยาตอบสนองของก้านสมอง (ร้อยละ 31) และอุณหภูมิของร่างกาย (ร้อยละ 12) (Mohr, Bahr, Schmid, Panzer, & Kettler, 1997)

1.1.2 การใช้เครื่องช่วยหายใจ เครื่องช่วยหายใจเป็นเครื่องมือชนิดหนึ่งที่ช่วยให้แพทย์สามารถให้การรักษาระดับประคองระบบการหายใจของผู้ป่วย โดยทำหน้าที่แทนกระบังลมและกล้ามเนื้อ

ที่ใช้ในการหายใจ เพื่อให้มีการไหลของก๊าซเข้าสู่ถุงลมในขณะหายใจเข้า และปล่อยอากาศกลับคืนมาโดยการยืดหยุ่นตัวกลับของปอดและผนังทรวงอก เป็นอุปกรณ์เครื่องมือแพทย์ที่มีประโยชน์และจำเป็นสำหรับผู้ป่วยในระยะวิกฤตที่มีการหายใจวาย หรือผู้ป่วยที่ไม่สามารถหายใจได้เองหรือหายใจไม่เพียงพอ เพื่อประทั่งเวลาให้แพทย์มีโอกาสรักษาสาเหตุของการเจ็บป่วย (ดุสิต, 2545; ลินจง, 2542 ; อนันต์, 2545)

จุดประสงค์ของการใช้เครื่องช่วยหายใจ (ศิริรัตน์, 2537)

1. เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วย สามารถมีการระบายอากาศได้ตามปกติ
2. เพื่อปรับเปลี่ยนรูปแบบของการหายใจและปรับความดันในท่อหลอดลม ให้สามารถมีการระบายอากาศและมีการส่งผ่านออกซิเจนได้อย่างมีประสิทธิภาพ
3. เพื่อลดการทำงานของหัวใจ โดยการลดการหายใจและเพิ่มประสิทธิภาพในการระบายอากาศ

จากการศึกษาเกี่ยวกับลักษณะของผู้ป่วยและผลลัพธ์จากการใช้เครื่องช่วยหายใจ พบว่า ลักษณะของผู้ป่วยที่ต้องใช้เครื่องช่วยหายใจ ร้อยละ 68.8 มีภาวะการหายใจล้มเหลวอย่างเฉียบพลัน และร้อยละ 16.7 มีภาวะไม่รู้สึกร่างตัว (Esteban, Anzueto, Frutos, Alia, Brochard, et al., 2002) นอกจากนี้จากการศึกษาการใช้เครื่องช่วยหายใจในหอผู้ป่วยหนัก พบว่าผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ ได้แก่ ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีอาการเฉียบพลัน และผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของระบบประสาทและกล้ามเนื้อ (Esteban, Anzueto, Alia, Gordo, Apezteguia Palizas, et al., 2000) และจากการศึกษา พบว่าปัจจัยที่ทำให้ผู้ป่วยตัดสินใจใช้เครื่องช่วยหายใจ ได้แก่ อายุ โดยมากกว่าร้อยละ 90 ของผู้ป่วยที่มีอายุน้อยกว่า 65 ปีจะเลือกใช้เครื่องช่วยหายใจ และบุคคลที่มีความเชื่อทางศาสนาจะใช้เครื่องช่วยหายใจมากกว่าบุคคลที่ไม่มีความเชื่อทางศาสนา นอกจากนี้ภาวะซึมเศร้าก็มีผลต่อการเลือกใช้เครื่องช่วยหายใจ โดยพบว่าผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าจะเลือกใช้เครื่องช่วยหายใจน้อยกว่าผู้ป่วยที่ไม่มีภาวะซึมเศร้าและใน 1 ปีที่ผ่านมาผู้ป่วยที่มีภาวะสุขภาพดีจะเลือกใช้เครื่องช่วยหายใจมากกว่าผู้ป่วยที่มีภาวะสุขภาพไม่ดี (Mendelsohn, Belle, Fischhoff, Wisniewski, Degenholtz, & Chelluri, 2002)

1.2 การยุติการรักษาพยาบาลที่ยืดชีวิต

ในปัจจุบันพบว่าสาเหตุการตายที่พบมากที่สุดในห้องผู้ป่วยหนักของโรงพยาบาลระดับตติยภูมิคือ การยับยั้งหรือการยกเลิกการรักษาที่ยืดชีวิต (Curtis, 2000; Faber-Langendoen & Bartels, 1992) โดยพบว่ามากกว่าครึ่งหนึ่งของผู้ป่วยที่เสียชีวิตในห้องผู้ป่วยหนักเกิดจากการยับยั้ง

หรือการยกเลิกการรักษา และอุบัติการณ์ของการยับยั้งหรือการยกเลิกการรักษาที่ยืดชีวิตในผู้ป่วยวิกฤตมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น (Luce, 1997; Prendergast & Luce, 1997) นอกจากนี้จากการศึกษาย้อนหลังในผู้ป่วยที่ได้รับการยกเลิกหรือการยับยั้งการรักษาในหอผู้ป่วยหนักของโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย 3 แห่งในสหรัฐอเมริกา พบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการยกเลิกหรือการยับยั้งการรักษาพยาบาลที่ยืดชีวิตจะเป็นผู้ป่วยที่มีอายุมากและได้รับการรักษาในโรงพยาบาลนานกว่าผู้ป่วยที่เสียชีวิตจากสาเหตุอื่น (Keenan, Busche, Chen, McCarthy Inman, & Sibbald, 1997) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาในหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรมและศัลยกรรมในประเทศแคนาดา ที่พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการยกเลิกหรือการยับยั้งการรักษาพยาบาลที่ยืดชีวิต ได้แก่ผู้ป่วยที่มีอายุมาก (Hall & Rucker, 2000) นอกจากนี้ผู้สูงอายุที่มีอาการเจ็บป่วยที่รุนแรงจะได้รับการรักษาแบบรุก (aggressive treatment) น้อยกว่าผู้ป่วยอายุน้อยที่มีอาการเจ็บป่วยที่รุนแรง (Hamel, Lynn, Teno, Covinsky, Wu, Galanos, et al., 2000; Rose, O' Toole, Dawson, Thomas, Connors, Wenger, et al., 2000) และจากการศึกษาของคีแนน และคณะ (Keenan et al., 1997) พบว่าการพยากรณ์โรคที่เลวเป็นเหตุผลที่สำคัญที่สุดที่ทำให้มีการยกเลิกการรักษาเพื่อพยุงชีวิตในผู้ป่วย นอกจากนี้จากการศึกษาเกี่ยวกับภาวะลำบากทางเศรษฐกิจกับความต้องการของผู้ป่วยและญาติในการรักษา พบว่าปัญหาทางเศรษฐกิจทำให้ครอบครัวของผู้ป่วยต้องการให้มีการรักษาเพื่อความสบายมากกว่าการรักษาที่ยืดชีวิตในผู้ป่วยที่มีความเจ็บป่วยรุนแรง (Covinsky, Landefeld, Teno, Connors, Dawson, Youngner, et al., 1996) ซึ่งจากการศึกษาในต่างประเทศ พบว่าค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลในหอผู้ป่วยหนักแพงเป็น 4 เท่าของค่าใช้จ่ายในการรักษาผู้ป่วยในโรงพยาบาล นอกจากนี้ค่าใช้จ่ายในผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจแพงกว่าผู้ป่วยอื่นที่รักษาในโรงพยาบาล 8 เท่า (Snider, 1989 cited in Osborne, 1992) สาเหตุหนึ่งที่ทำให้ค่าใช้จ่ายในหอผู้ป่วยหนักสูงขึ้นคือการใช้เทคโนโลยีที่ทันสมัยในการเฝ้าระวังผู้ป่วย (Danis, Patrick, Southerland, & Green, 1988) ซึ่งจากการศึกษาของแบ็กส์ และสมิท (Baggs & Schmitt, 2000) และการศึกษาของคีแนน และคณะ (Keenan et al., 1997) พบว่าการจำกัดการรักษาในหอผู้ป่วยหนัก กระทำโดยการยกเลิกการใช้เครื่องช่วยหายใจหรือการใช้ยาขยายหลอดเลือดและการไม่ช่วยฟื้นชีวิต

1.2.1 การไม่ช่วยฟื้นชีวิต หมายถึง การที่แพทย์มีคำสั่งไม่ให้เริ่มการช่วยฟื้นชีวิต เมื่อผู้ป่วยมีภาวะหัวใจหยุดเต้นหรือการหายใจหยุดเกิดขึ้น (Gomez, 2002) แต่การไม่ช่วยฟื้นชีวิตไม่ได้หมายถึงการไม่รักษา ผู้ป่วยยังคงได้รับการดูแลเพื่อความสบาย และมีศักดิ์ศรี (BMA, 2001; Scanlon, 2003) ซึ่งการช่วยฟื้นชีวิตจะไม่กระทำในกรณีต่อไปนี้ (1) ในรายที่แพทย์ลงความเห็นแล้วว่าไม่ต้องการทำการช่วยฟื้นชีวิต (2) ผู้ป่วยเป็นโรคที่รักษาไม่หายและอยู่ในระยะสุดท้ายของโรค

(3) ผู้ป่วยมีภาวะหัวใจหยุดเต้นมานานกว่า 30 นาที โดยไม่ได้รับการช่วยฟื้นชีวิตมาก่อน (ประดิษฐ์, 2541; ดวงพร, 2541) นอกจากนี้สันต์ (2544) กล่าวว่าข้อห้ามในการกระทำการช่วยฟื้นชีวิตได้แก่ 1) ผู้ป่วยมีคำสั่งว่าไม่ให้มีการช่วยฟื้นชีวิต (คำสั่งในที่นี้หมายถึง หนังสือแสดงเจตจำนงของผู้ป่วยที่ได้ทำไว้ก่อนการหมดสติในครั้งนี้และยังมีผลในการบังคับใช้อยู่) แม้ว่าในประเทศไทยยังไม่มีกฎหมายบังคับให้ต้องทำตามคำสั่งนี้ แต่ทีมสุขภาพก็ควรจะกระทำตามเจตนารมณ์ของผู้ป่วยและญาติ ถ้ามีโอกาสได้รับทราบเจตนารมณ์ดังกล่าว 2) ผู้ป่วยที่มีอาการแย่ง เช่น ในผู้ป่วยมีอาการหนักและทรุดลงเรื่อยๆ แม้ว่าจะได้รับการรักษาอย่างถูกต้องและเต็มที่ แล้วมีภาวะหัวใจ/หายใจหยุด นอกจากนี้ผู้ป่วยที่แพทย์อย่างน้อย 2 คนมีความเห็นว่าเป็นผู้ป่วยที่อยู่ในระยะสุดท้ายและไม่สามารถรักษาให้หายได้ และ 3) การช่วยฟื้นชีวิตนั้น จะทำให้ผู้ที่ทำการช่วยฟื้นชีวิต และผู้อื่นได้รับอันตราย เช่น เกิดการบาดเจ็บ หรือมีการติดเชื้อรุนแรง เป็นต้น

นอกจากนี้การช่วยฟื้นชีวิตเป็นสิ่งที่ไม่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยที่มีการคาดการณ์ว่าความตายกำลังจะเกิดขึ้น (American College of Physicians, 1998) และในผู้ป่วยที่การช่วยฟื้นชีวิตเป็นภาระมากกว่าประโยชน์ (BMA, 2001) นอกจากนี้จะไม่กระทำการช่วยฟื้นชีวิต ในกรณีที่ผู้ป่วยรู้สึกตัวดีและผู้ป่วยให้ความยินยอมว่าไม่ต้องการให้มีการช่วยฟื้นชีวิตหลังจากได้รับการบอกกล่าวเกี่ยวกับผลที่จะตามมาหลังจากที่มีภาวะหัวใจหยุดเต้น (American College of Physicians, 1998; Konigova, 1996) และในกรณีที่ผู้ป่วยไม่สามารถให้ความยินยอมเกี่ยวกับการรักษาได้และแพทย์ตัดสินว่าการช่วยฟื้นชีวิตไม่ใช่สิ่งที่เป็นประโยชน์ที่สุดสำหรับผู้ป่วย (Doyal & Wilsher, 1993; Len & Daniel, 1993) อย่างไรก็ตามการตัดสินใจในการไม่ช่วยฟื้นชีวิตจะต้องเป็นการตัดสินใจของผู้ป่วยหรือผู้ที่ทำหน้าที่ในการตัดสินใจแทน (surrogate) หลังจากที่ได้มีการพูดคุยกับแพทย์เจ้าของไข้และต้องตัดสินใจอยู่บนคุณค่า ความเชื่อของผู้ป่วยและเงื่อนไขในการรักษา และจะต้องมีการประเมินการตัดสินใจของผู้ป่วยเกี่ยวกับการไม่ช่วยฟื้นชีวิตเป็นระยะอย่างต่อเนื่อง เนื่องจากผู้ป่วยวิกฤตจะมีอาการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา (Green, 1999)

จากการศึกษาพบว่าการวินิจฉัยโรค อายุของผู้ป่วย การล้มเหลวของอวัยวะหลายระบบ การรับรู้ว่าการพยากรณ์โรคเลว เป็นปัจจัยที่ทำให้ผู้ป่วยที่มีความเจ็บป่วยรุนแรงไม่ต้องการให้มีการช่วยฟื้นชีวิต (Phillips, Wenger, Teno, Oye, Youngner, Califf, et al., 1996) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาเกี่ยวกับอุบัติการณ์ของการเขียนคำสั่งการไม่ช่วยฟื้นชีวิต ที่พบว่าสภาพความเจ็บป่วยขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเป็นปัจจัยที่สำคัญที่สุดที่ทำให้แพทย์เขียนคำสั่งการไม่ช่วยฟื้นชีวิต โดยแพทย์จะเขียนคำสั่งการไม่ช่วยฟื้นชีวิตในผู้ป่วยที่มีการเจ็บป่วยหลายๆ ระบบมากกว่าผู้ป่วยกลุ่มอื่น และจะมีการเขียนคำสั่งในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมากกว่าผู้ป่วย

โรคปอดอักเสบ หัวใจล้มเหลว และภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตาย ตามลำดับ และการเขียนคำสั่งการไม่ช่วยฟื้นชีวิตจะเพิ่มขึ้นตามอายุของผู้ป่วย ถ้าผู้ป่วยมีอายุมากขึ้นคำสั่งการไม่ช่วยฟื้นชีวิตก็จะเพิ่มขึ้น (Wenger, Pearson, Desmond, Harrison, Rubenstein, Rogers, et al., 1995) ซึ่งจะเห็นได้จากการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเขียนคำสั่งการไม่ช่วยฟื้นชีวิต ที่พบว่าแพทย์จะเขียนคำสั่งการไม่ช่วยฟื้นชีวิตอย่างรวดเร็วสำหรับผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่า 75 ปี และในผู้ป่วยที่ไม่รู้สึกตัวหรือในผู้ป่วยมะเร็งปอดมากกว่าผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวหรือผู้ป่วยที่มีภาวะการหายใจล้มเหลว (Hakim, Teno, Harrell Jr, Knaus, Wenger, Phillips, et al., 1996) และจากการศึกษาเกี่ยวกับความต้องการในการช่วยฟื้นชีวิตของผู้ป่วยโรคหัวใจล้มเหลวพบว่า ปัจจัยที่ทำให้ผู้ป่วยไม่ต้องการให้มีการช่วยฟื้นชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ อายุที่มาก รับรู้ว่ามีอาการพยาธิกรรมโรคที่เฉื่อย และการทำหน้าที่ของร่างกายลดลง (Krumholz, Phillips, Hamel, Teno, Bellamy, Broste, et al., 1998) นอกจากนี้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้ป่วยก่อนเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล (Hakim et al., 1996) ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันและระดับคะแนนความรู้สึกตัว (Glasgow Coma Score) (Jayes, Zimmerman, Wagner, & Knaus, 1996) ความต้องการของครอบครัว สภาวะทางด้านจิตใจและสถานการณ์ทางสังคม เป็นปัจจัยที่ผู้ป่วยคิดว่าจะมีความสำคัญในการตัดสินใจเกี่ยวกับการช่วยฟื้นชีวิต (Kerridge, Pearson, Rolfe, & Lowe, 1998) และจากการศึกษาของเคลลี อีเลียสสัน สตีลเกอร์ และฮนาเทียก (Kelly, Eliasson, Stocker, & Hnatiuk, 2002) พบว่าการเขียนคำสั่งไม่ช่วยฟื้นชีวิตจะขึ้นอยู่กับความชำนาญเฉพาะทาง และประสบการณ์ในการทำงานของแพทย์ ซึ่งจะเห็นได้จากการศึกษาของฮาเคิม และคณะ (Hakim et al., 1996) พบว่าแพทย์ที่มีความชำนาญด้านโรคหัวใจจะมีการเขียนคำสั่งการไม่ช่วยฟื้นชีวิตน้อยที่สุด ส่วนแพทย์ที่มีความชำนาญโรคปอดและแพทย์ที่มีความชำนาญเกี่ยวกับไอ.ซี.ยู. จะเขียนคำสั่งการไม่ช่วยฟื้นชีวิตมากที่สุด และจากการศึกษาของคานิคและบรูค (Kamik & Brook, 2002) พบว่า แพทย์ที่มีความชำนาญโรคปอด และแพทย์ที่มีความชำนาญเกี่ยวกับไอ.ซี.ยู.มีการแนะนำการไม่ช่วยฟื้นชีวิตแก่ผู้ป่วยมากกว่าแพทย์ที่มีความชำนาญด้านโรคหัวใจ แพทย์ประจำบ้าน และแพทย์ทั่วไป นอกจากนี้แพทย์ที่มีประสบการณ์ในการทำงานมากจะให้คำแนะนำเกี่ยวกับการช่วยฟื้นชีวิตมากกว่าแพทย์ที่มีประสบการณ์ในการทำงานน้อย และจากการศึกษาของวอลเตอร์ และคณะ (Walter et al., 1998) พบว่าแพทย์ที่ให้การดูแลผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนัก (intensivist) จะให้การรักษาแบบรุก (aggressive treatment) น้อยกว่าพยาบาลไอ.ซี.ยู.

นอกจากนี้จากการศึกษาแนวปฏิบัติในการไม่ช่วยฟื้นชีวิตของโรงพยาบาลในประเทศเนเธอร์แลนด์ พบว่า ร้อยละ 60 ของโรงพยาบาลในประเทศเนเธอร์แลนด์ มีแนวปฏิบัติใน

การไม่ช่วยฟื้นชีวิต และร้อยละ 41 จะมีการพูดคุยเกี่ยวกับการไม่ช่วยฟื้นชีวิตเมื่อผู้ป่วยมีอาการแย่ง ร้อยละ 34 เมื่อผู้ป่วยมีแนวโน้มว่าอาจจะต้องมีการช่วยฟื้นชีวิต ร้อยละ 24 เมื่อโอกาสที่จะประสบความสำเร็จในการช่วยฟื้นชีวิตมีน้อย และร้อยละ 14 จะมีการพูดคุยเมื่อผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล นอกจากนี้พบว่าส่วนใหญ่ผู้ป่วยจะเป็นคนเริ่มพูดคุยเกี่ยวกับการไม่ช่วยฟื้นชีวิต รองลงมาคือแพทย์ พยาบาล ญาติผู้ป่วย และบุคลากรอื่นในทีมสุขภาพ (Haverkate, van Delden, van Nijen, & van der Wal, 2000) ซึ่งจากการศึกษาพบว่าพยาบาลจะคุยเกี่ยวกับความต้องการของผู้ป่วยในการช่วยฟื้นชีวิตเมื่อ (1) พยาบาลคิดว่าผู้ป่วยไม่ต้องการให้มีการช่วยฟื้นชีวิต (2) พยาบาลมีเวลาใกล้ชิดกับผู้ป่วยมากขึ้น (3) ผู้ป่วยรับการรักษาในหอผู้ป่วยหนัก (4) ผู้ป่วยเป็นโรคมะเร็ง (Puopolo, Kennard, Mallatratt, Follen, Desbiens, Connors, et al., 1997) และจากการศึกษาการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับแพทย์ในการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลในระยะสุดท้ายในประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่า ปัจจัยที่ทำให้ผู้ป่วยไม่มีการพูดคุยกับแพทย์ในเรื่องของการช่วยฟื้นชีวิต ได้แก่ การที่ผู้ป่วยไม่ได้แสดงเจตจำนงเกี่ยวกับการรักษาล่วงหน้า (advance directive) มีการประเมินการพยากรณ์โรคที่ดี มีคุณภาพชีวิตที่ดี และไม่ต้องการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจในการรักษา (Hofmann, Wenger, Davis, Teno, Connors, Desbiens, et al., 1997)

เจซิวสกี (Jezewski, 1996) ได้เสนอแนวทางในการพิจารณาเกี่ยวกับความต้องการของผู้ป่วยในการไม่ช่วยฟื้นชีวิต โดยทำการศึกษาในพยาบาลที่มีประสบการณ์ตั้งแต่ 1 ปีขึ้นไปเกี่ยวกับการเห็นยินยอมในการไม่ช่วยฟื้นชีวิตของผู้ป่วยและญาติ ดังนี้

ระยะที่ 1 พยาบาลจะต้องรู้จักผู้ป่วย ต้องทราบว่าผู้ป่วยรู้สึกอย่างไรต่อความตาย ต้องถามความรู้สึกเกี่ยวกับการไม่ช่วยฟื้นชีวิต และจะต้องทราบเกี่ยวกับอาการ พยาธิสรีรภาพ อารมณ์ และภาวะทางสังคมของผู้ป่วย

ระยะที่ 2 พยาบาลต้องเข้าใจเกี่ยวกับกระบวนการในการตัดสินใจ โดยผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัวจะต้องเป็นคนตัดสินใจในการไม่ช่วยฟื้นชีวิตไม่ใช่แพทย์หรือพยาบาล และพยาบาลจะต้องให้การดูแลและช่วยเหลือทางด้านอารมณ์แก่ผู้ป่วยในขณะที่ตัดสินใจ เนื่องจาก การตัดสินใจอาจทำให้เกิดความเจ็บปวดและความไม่สบายใจแก่คนที่ตัดสินใจได้ นอกจากนี้บทบาทของพยาบาลและสิ่งที่พยาบาลควรทราบได้แก่

2.1 จะต้องทราบเกี่ยวกับความหมายของการไม่ช่วยฟื้นชีวิต เนื่องจากสมาชิกแต่ละคนในครอบครัวอาจเข้าใจความหมายของการไม่ช่วยฟื้นชีวิตแตกต่างกัน ดังนั้นพยาบาลต้องอธิบายให้ผู้ป่วยและญาติเข้าใจ การไม่ช่วยฟื้นชีวิตไม่ได้หมายถึงความตาย และหลังจากที่มีการเห็นยินยอมไม่ช่วยฟื้นชีวิตแล้ว ไม่ได้หมายความว่า จะหยุดการรักษาทุกอย่าง ผู้ป่วย

ยังคงได้รับการดูแลเพื่อความสบายและการรักษาอื่นๆ ถ้ามีการร้องขอจากแพทย์และพยาบาล แต่สิ่งสำคัญที่ผู้ป่วยและญาติจะต้องรู้และเข้าใจคือการช่วยฟื้นชีวิตตลอดคลุมในเรื่องใดบ้าง

2.2 พยาบาลต้องมีบทบาทในการทำหน้าที่แทนผู้ป่วย ในการติดต่อสื่อสารเกี่ยวกับความต้องการของผู้ป่วย โดยเฉพาะเมื่อความต้องการของผู้ป่วยและแพทย์ไม่ตรงกัน

2.3 พยาบาลจะต้องมีการติดต่อสื่อสาร โดยมีการพูดคุยกับผู้ป่วย และทีมสุขภาพเกี่ยวกับการไม่ช่วยฟื้นชีวิตและไม่ทำให้เกิดความเครียดเพิ่มขึ้นจากสาเหตุอื่น

2.4 ระยะเวลาในการพูดคุยกับผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัวเกี่ยวกับการไม่ช่วยฟื้นชีวิต เป็นสิ่งสำคัญ ต้องไม่กระทำในระยะเวลาที่ไม่เหมาะสม เช่น ก่อนการผ่าตัด หลังจากผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักในช่วงแรก หลังจากผู้ป่วยทราบว่าเป็นมะเร็งหรือเมื่อผู้ป่วยมะเร็งได้รับเคมีบำบัดหรือฉายแสง เนื่องจากผู้ป่วยและครอบครัวต้องการเวลาในการตัดสินใจ และเวลาที่เหมาะสมคือในขณะที่ผู้ป่วยและครอบครัวมีความรู้สึกสบาย

ระยะที่ 3 เมื่อผู้ป่วยและครอบครัวยินยอมในการไม่ช่วยฟื้นชีวิต ต้องมีการปฏิบัติตามนโยบายและขั้นตอนของโรงพยาบาล โดยการทำรายงานและฟอร์มต่างๆ ให้สมบูรณ์ ต้องรู้ว่าใครเป็นคนเซ็นยินยอม คำสั่งของแพทย์ต้องเขียนที่ไหนและเมื่อใดในแฟ้มประวัติของผู้ป่วย และพยาบาลจะต้องรู้ว่าข้อมูลเกี่ยวกับความยินยอมของผู้ป่วยเป็นข้อมูลทางกฎหมาย

บทบาทของพยาบาลในการตัดสินใจเกี่ยวกับการช่วยฟื้นคืนชีพคือ ต้องเป็นผู้นำในการให้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการช่วยฟื้นคืนชีพและให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ ต้องเป็นตัวแทนของผู้ป่วยเพื่อให้แน่ใจว่าผู้ป่วยมีส่วนร่วมในกระบวนการตัดสินใจ และมีการตัดสินใจอยู่บนความต้องการของผู้ป่วย (Godkin & Toth, 1994) นอกจากนี้ต้องประเมินว่าผู้ป่วยและญาติมีความเข้าใจข้อมูลเกี่ยวกับการช่วยฟื้นคืนชีพที่ได้รับจากแพทย์และถ้าผู้ป่วยยังมีความสงสัยหรือยังไม่เข้าใจชัดเจน พยาบาลต้องให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยอีกครั้ง โดยพยาบาลจะต้องทราบเกี่ยวกับข้อมูลที่แพทย์ให้แก่ผู้ป่วย (Grandstrom, 1987) สำหรับในกรณีที่ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี สามารถตัดสินใจด้วยตัวเอง ผู้ป่วยต้องการไม่ให้มีการช่วยฟื้นชีวิตแต่ญาติไม่เห็นด้วย พยาบาลมีหน้าที่ทางจริยธรรมในการปกป้องสิทธิของผู้ป่วย โดยจะต้องรายงานแพทย์หรือบุคคลที่ได้รับมอบหมายจากโรงพยาบาล ทราบ ซึ่งบุคคลดังกล่าวจะต้องพูดคุยกับญาติเกี่ยวกับการกระทำในสิ่งที่ดีที่สุดสำหรับผู้ป่วย ถ้าไม่สามารถโน้มน้าวให้ญาติปฏิบัติตามความต้องการของผู้ป่วยได้ จะต้องปรึกษานักกฎหมาย เพื่อจัดการตามความเหมาะสมต่อไป (Tammelleo, 2000).

นอกจากนี้ ฟุคายูระ ทาซาว่า นาคาจิม่า และอะเดชิ (Fukaura, Tazawa, Nakajima, & Adachi, 1995) ได้เสนอแนวทางในการปฏิบัติเกี่ยวกับการไม่ช่วยฟื้นชีวิตในประเทศญี่ปุ่นดังนี้

1. จะไม่อนุญาตให้มีการทำเมตตามรณะ ไม่ว่าในสถานการณ์ใด ๆ
2. การมีคำสั่งการไม่ช่วยฟื้นชีวิตไม่ได้หมายความว่า จะมีการยกเลิกการรักษาหรือมีการจำกัดการรักษาเพื่อความสุขสบายแก่ผู้ป่วย
3. ในกรณีที่ผู้ป่วยสามารถตัดสินใจได้เอง ทุกครั้งที่มีการตัดสินใจในการไม่ช่วยฟื้นชีวิต ต้องพิจารณาความต้องการของผู้ป่วย เป็นอันดับแรก
4. ต้องมีการพูดคุยอย่างชัดเจนเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจในการไม่ช่วยฟื้นชีวิต ระหว่างทีมสุขภาพ ผู้ป่วยและผู้ที่ทำหน้าที่ในการตัดสินใจแทนผู้ป่วย
5. แพทย์จะต้องให้ข้อมูลที่เพียงพอเกี่ยวกับการรักษา ทางเลือกในการตรวจวินิจฉัยโรค แก่ผู้ป่วย หรือผู้ที่ทำหน้าที่ในการตัดสินใจแทน (surrogate) เพื่อใช้ประกอบในการตัดสินใจ
6. เมื่อมีการตัดสินใจไม่ช่วยฟื้นคืนชีพ แพทย์จะต้องเขียนคำสั่งการไม่ช่วยฟื้นชีวิตในรูปแบบฟอร์มของการไม่ช่วยฟื้นชีวิต
7. คำสั่งการไม่ช่วยฟื้นชีวิต สามารถปรับเปลี่ยนใหม่ได้ถ้าต้องการแต่จะต้องมีการบันทึกในรูปแบบฟอร์มโดยทันทีทันใด

1.2.2 การยกเลิก/การยับยั้งการใช้เครื่องช่วยหายใจ

จากการศึกษาทัศนคติของประชาชนทั่วไป แพทย์และพยาบาลเกี่ยวกับการยกเลิกการใช้เครื่องช่วยหายใจ ในผู้ป่วยมะเร็งและผู้ป่วยที่ไม่รู้สึกตัว ในประเทศสวีเดน พบว่า ร้อยละ 49 ของประชาชน ร้อยละ 63 ของแพทย์ และร้อยละ 59 ของพยาบาลจะยกเลิกการใช้เครื่องช่วยหายใจถ้าตนเป็นผู้ป่วยมะเร็ง นอกจากนี้ร้อยละ 48 ของประชาชน ร้อยละ 82 ของแพทย์ และร้อยละ 70 ของพยาบาล จะยกเลิกการใช้เครื่องช่วยหายใจในผู้ป่วยที่ไม่รู้สึกตัวถ้าเป็นญาติกับผู้ป่วย (Sjokvist, Berggren, Svantesson, & Nilstun, 1999) และจากการศึกษาวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการยกเลิกการรักษาโดยการใช้เครื่องช่วยหายใจในหอผู้ป่วยหนักทางศัลยกรรมประสาท พบว่าขึ้นอยู่กับความรุนแรงของอาการทางสมอง และอายุของผู้ป่วย ซึ่งผู้ป่วยที่มีความรุนแรงของอาการทางสมองมากและมีอายุมากจะมีการยกเลิกการใช้เครื่องช่วยหายใจมาก (Diringer, Edwards, Aiyagari, & Hollingsworth, 2001) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาเกี่ยวกับอายุของผู้ป่วยกับการตัดสินใจยับยั้งการรักษาพยาบาลที่ยืดชีวิต ที่พบว่าผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรง และมีอายุมาก จะมีการยับยั้งการรักษาพยาบาลที่ยืดชีวิต

ได้แก่ การใช้เครื่องช่วยหายใจ การผ่าตัดและการล้างไต มากกว่าผู้ป่วยประเภทอื่น (Hamel, Teno, Goldman, Lynn, Davis, Galanos, Desbiens, Connors, Wenger, & Phillips, 1999) นอกจากนี้จากการศึกษาของเมนเดลสัน และคณะ (Mendelsohn et al., 2002) พบว่าปัจจัยที่ทำให้ผู้ป่วยปฏิเสธการใช้เครื่องช่วยหายใจ คือความเจ็บปวดและความไม่สุขสบายจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ ภาระทางเศรษฐกิจของครอบครัวจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ และจากการศึกษาของเฟเบอร์-เลงเกนดอน (Faber-Langendoen, 1994) พบว่าปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการยกเลิกการใช้เครื่องช่วยหายใจ ได้แก่ ความเจ็บป่วยในระยะสุดท้ายและการที่ผู้ป่วยแสดงความจำนงในพินัยกรรมชีวิตว่าไม่ต้องการให้มีการรักษาโดยการใช้เครื่องช่วยหายใจ นอกจากนี้แพทย์จะยกเลิกการใช้เครื่องช่วยหายใจเมื่อมีการตัดสินใจว่าการใช้เครื่องช่วยหายใจเป็นการรักษาที่ไม่มีประโยชน์ (Gianakos, 1995) วิธีการยกเลิกการใช้เครื่องช่วยหายใจมี 2 วิธี ได้แก่ การเอาท่อหลอดลมคอออกทันทีทันใด และการค่อย ๆ หย่าผู้ป่วยออกจากเครื่องช่วยหายใจ (Faber-Langendoen, 1996; Gianakos, 1995)

แพนทิลเลต (Pantilat, 2002) ได้เสนอขั้นตอนในการยกเลิกการใช้เครื่องช่วยหายใจ โดยญาติสามารถอยู่กับผู้ป่วยได้ในทุกขั้นตอนของการปฏิบัติ ดังนี้

1. ให้ผู้ป่วยได้รับยาคลายกล้ามเนื้ออย่างเพียงพอเพื่อให้ผู้ป่วยสุขสบาย
2. ปรับความเข้มข้นของออกซิเจนให้เป็น 21 เปอร์เซ็นต์และปรับตั้งเครื่องช่วยหายใจ

โดยให้ผู้ป่วยหายใจเองร่วมกับเครื่อง โดยเครื่องจะให้อากาศออกมาในปริมาณหรือความดันและอัตราที่ตั้งไว้อย่างสม่ำเสมอ แต่อัตราการหายใจจากเครื่องจะตั้งให้เท่ากับอัตราการหายใจของผู้ป่วยเอง (intermittent mandatory ventilation mode) ถ้าผู้ป่วยมีการหายใจเร็วสามารถใช้ยาคลายกล้ามเนื้อในการควบคุมได้ โดยแพทย์และพยาบาลจะต้องแน่ใจว่าผู้ป่วยมีความสุขสบาย

3. ลดอัตราการหายใจที่ตั้งไว้ให้เป็นศูนย์และเพิ่มขนาดของยาคลายกล้ามเนื้อตามความเหมาะสม หลังจากนั้นทีมสุขภาพอาจจะให้ผู้ป่วยหายใจโดยใช้ T-piece แล้วค่อยเอาท่อช่วยหายใจออก หรือเอาท่อช่วยหายใจออกได้เลย

การยุติการรักษาที่ยืดชีวิต นอกจากการไม่ช่วยฟื้นชีวิต และการยกเลิก/การยับยั้งการใช้เครื่องช่วยหายใจแล้ว ยังมีอีกหลายวิธีในการยุติการรักษาที่ยืดชีวิต การทำเมตตามรณะก็เป็นอีกวิธีการหนึ่งในการยุติการรักษาพยาบาลที่ยืดชีวิตผู้ป่วย

1.2.3 การทำเมตตามรณะ

เมตตามรณะ หมายถึง การทำให้ผู้ป่วยที่ต้องทนทุกข์ทรมานจากโรคที่รักษาไม่หายให้ตายลงโดยไม่เจ็บปวดเพื่อให้พ้นจากความทุกข์ทรมานนั้น (วิสูตร, จันทรพิมพ์ และอัจฉรา, 2544; Council on Ethical and Judicial Affairs , American Medical Association, 1992; Kozier,

Erb, Berman, & Barke, 2000) ซึ่งอธิบายได้ว่าเป็นการช่วยให้ผู้ป่วยที่มีอาการหนัก ซึ่งแพทย์แน่ใจแล้วว่าไม่มีทางรอดชีวิตได้พบกับความตายอย่างสงบปราศจากความทุกข์ทรมาน (สิวลี, 2528 อ้างตาม เกสรฯ, 2540) สามารถแบ่งเป็น 2 ประเภทตามความสามารถของผู้ป่วย (Tuten, 2001) ดังนี้

1. เมตตามรณะด้วยความสมัครใจ (voluntary euthanasia) หมายถึงกรณีที่ผู้ป่วยตระหนักและเข้าใจถึงอาการของตนดี อยู่ในสภาพที่มีสติสัมปชัญญะดี และได้ร้องขอความตายจากแพทย์ เช่นการร้องขอให้แพทย์ฉีดยาหรือให้ยาที่ทำให้ตนนอนหลับโดยไม่ต้องตื่นขึ้นมาอีกหรือร้องขอให้ยุติการรักษาพยาบาล

2. เมตตามรณะโดยผู้ป่วยไม่อยู่ในสภาพตัดสินใจได้เอง (involuntary euthanasia) หมายถึงในกรณีที่ผู้ป่วยวาระสุดท้ายที่หมดหวัง ไม่รู้สึกตัว ไม่สามารถตัดสินใจได้เอง อยู่ในภาวะของการหมดความรู้สึกและไร้ความสามารถอย่างถาวร และญาติของผู้ป่วยมีความประสงค์ที่จะให้แพทย์ยุติการรักษาพยาบาลและการพยายามยืดชีวิตผู้ป่วยด้วยเทคโนโลยีเพราะเห็นว่าการกระทำเช่นนั้นไม่เกิดประโยชน์และเพิ่มความทุกข์ทรมานแก่ผู้ป่วย

นอกจากนี้ยังสามารถแบ่งเมตตามรณะตามวิธีการได้ 2 ประเภท (เกสรฯ, 2540; วิชัย, 2545; วิสูตร, 2544) ดังนี้

1. การช่วยให้ผู้ป่วยที่สิ้นหวังได้ตายอย่างสงบ (active euthanasia) เป็นการที่บุคคลใดบุคคลหนึ่งกระทำต่อผู้ป่วยโดยตรงเพื่อให้ผู้ป่วยต้องตายหรือเป็นการเร่งให้ผู้ป่วยถึงแก่กรรม เช่นการให้ยาหรือสารหนึ่งสารใดแก่ผู้ป่วยซึ่งอาจโดยการฉีดยา การให้รับประทาน เป็นผลทำให้ผู้ป่วยต้องถึงแก่ความตายหรือการทำให้ผู้ป่วยต้องได้รับสภาพแวดล้อมที่ต้องเปลี่ยนแปลงไป เช่น การได้รับก๊าซคาร์บอนมอนนอกไซด์ ทำให้เกิดการซึมและตายในเวลาต่อมา การกระทำโดยใช้สภาพทางกายภาพ เช่น การใช้ไฟฟ้า เป็นต้น เอ็มมานูเอล (Emanuel, 1994) กล่าวว่า การกระทำให้ผู้ป่วยตายโดยตรง โดยผู้ป่วยเป็นฝ่ายร้องขอหรือเป็นความสมัครใจของผู้ป่วยถือว่าเป็นเมตตามรณะโดยตรงตามความสมัครใจของผู้ป่วย (active voluntary euthanasia) แต่ถ้าการกระทำนั้นเกิดจากการตัดสินใจของผู้อื่น ทั้งนี้เนื่องจากผู้ป่วยไม่อยู่ในสภาพที่จะตัดสินใจเองได้ ถือเป็นเมตตามรณะโดยตรงเมื่อผู้ป่วยไม่อยู่ในสภาพที่ตัดสินใจเองได้ (active involuntary euthanasia) สำหรับการช่วยเหลือให้ผู้ป่วยฆ่าตัวตายโดยแพทย์ (physician - assisted suicide) เป็นรูปแบบหนึ่งของการกระทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตด้วยความสมัครใจ (active voluntary euthanasia) (White & Duncan, 2002) โดยได้รับการช่วยเหลือและสนับสนุนจากทีมสุขภาพ โดยแพทย์จะสั่งยาให้กับผู้ป่วยในขนาดที่ทำให้เสียชีวิตได้ แต่ไม่ได้เป็นคนให้ยาแก่ผู้ป่วยโดยตรง ผู้ป่วยจะเป็นคน

รับประทานยาด้วยตนเองหรือให้บุคคลอื่นช่วย แต่ไม่ใช่ที่มสุขภาพ (Kemp, 1999a; Miller, Fins, & Snyder, 2000)

2. การปล่อยให้ผู้ป่วยที่สิ้นหวังได้ตายอย่างสงบ (passive euthanasia) เป็นการยอมหรือปล่อยให้ผู้ป่วยตาย เนื่องจากผู้ป่วยต้องทนทุกข์ทรมานและหมดหวังหรือไม่มีโอกาสที่จะสามารถรักษาให้หาย ทำได้โดยการไม่สั่งการรักษา (withhold) หรือยกเลิกการรักษาที่ให้อยู่ (withdraw) ซึ่งเป็นการรักษาที่ยืดชีวิตผู้ป่วยออกไป (life-prolonged treatment or life-sustained treatment) เช่น การไม่ทำการผ่าตัดในผู้ป่วยที่สิ้นหวัง ไม่ให้ยาหรือไม่ใช้อุปกรณ์ทางการแพทย์ เพื่อยืดเวลาตายรวมทั้งคำสั่งการไม่ช่วยฟื้นชีวิต (do not resuscitate: DNR) เป็นต้น แต่การดูแลที่ช่วยรักษาให้ผู้ป่วยเกิดความสุขสบาย ช่วยลดความทุกข์ทรมานและการดูแลรักษาที่พึงให้ตามปกติในผู้ป่วยใกล้ตายยังคงให้แก่ผู้ป่วยต่อไป เช่น การให้ยาบรรเทาปวด การดูแลรักษาความสะอาดร่างกาย เป็นต้น เอ็มมานูเอล (Emanuel, 1994) กล่าวว่า การทำให้ผู้ป่วยตายโดยอ้อมเนื่องจากผู้ป่วยสมัครใจหรือต้องการ เรียกว่าเมตตามรณะโดยอ้อมตามความสมัครใจของผู้ป่วย (passive voluntary euthanasia) แต่ถ้ากระทำโดยการตัดสินใจของบุคคลอื่น เนื่องจากผู้ป่วยไม่อยู่ในสภาพที่ตัดสินใจได้เอง เรียกว่าเมตตามรณะโดยอ้อมเมื่อผู้ป่วยไม่อยู่ในสภาพที่ตัดสินใจเองได้ (passive involuntary euthanasia)

1.2.3.1 การทำเมตตามรณะในต่างประเทศ

ประเทศเนเธอร์แลนด์เป็นประเทศแรกที่ทำเมตตามรณะเป็นเรื่องที่ถูกต้องตามกฎหมาย (Sheldon, 2000) โดยมีการกำหนดเกณฑ์ในการทำเมตตามรณะ ดังนี้ (Fife, Shapiro, & Weinreb, 2002; Sheldon, 2000; van der Wal & Dillmann, 1994) (1) ผู้ป่วยจะต้องรู้สึกตัวดีและมีความสามารถในการตัดสินใจ (2) ผู้ป่วยต้องพิจารณาว่าความทุกข์ทรมานนั้นไม่สามารถบรรเทาได้และสิ้นหวัง (3) ผู้ป่วยต้องร้องขอด้วยความสมัครใจ ไม่เปลี่ยนแปลง มีการร้องขอเป็นลายลักษณ์อักษรและมีการยืนยันการร้องขอ (4) ผู้ป่วยจะต้องได้รับข้อมูลเกี่ยวกับสถานการณ์และความหวังในอนาคต (5) ต้องได้รับการสรุปจากแพทย์ว่าไม่มีเหตุผลในการรักษา (6) แพทย์จะต้องปรึกษากับแพทย์อย่างน้อย 1 คน ที่ไม่มีส่วนในการรักษาผู้ป่วยหรือไม่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยและสามารถตัดสินใจได้อย่างอิสระ และ (7) แพทย์จะต้องลงความเห็นว่า การตายที่เกิดขึ้นไม่ได้เป็นการตายตามธรรมชาติและต้องลงบันทึกไว้ ซึ่งจากการศึกษาของเฮนดิน รุทเทินเฟรน และไซลิค (Hendin, Rutenfrans, & Zylicz, 1997) พบว่าประมาณร้อยละ 50 ของแพทย์ในประเทศเนเธอร์แลนด์สามารถให้คำแนะนำเกี่ยวกับการทำเมตตามรณะแก่ผู้ป่วยได้อย่างอิสระ ในแต่ละปีจะมีการร้องขอที่ชัดเจนเกี่ยวกับการทำเมตตามรณะหรือการช่วยให้เหลือให้ฆ่าตัวตาย

ประมาณ 9,700 ครั้ง ซึ่งมีประมาณ 3,600 ครั้งที่มีการร้องขอมีความเหมาะสม และมีการปฏิบัติตามคำร้องขอ (Swarte & Heintz, 1999) นอกจากนี้จากการสัมภาษณ์แพทย์เกี่ยวกับการช่วยให้ผู้ป่วยเสียชีวิตและการทำเมตตามรณะในประเทศเนเธอร์แลนด์ตั้งแต่ ปี 1990-1995 พบว่า มีแพทย์จำนวน ร้อยละ 88 ได้รับการร้องขอให้ปฏิบัติอย่างน้อย 1 ครั้ง และแพทย์ร้อยละ 53 มีการปฏิบัติเป็นบางครั้ง (van der Mass, van der Wal, Haverkate, de Graaff, Kester, Onwuteaka-Philipsen, et al., 1996) และจากการศึกษาการช่วยให้ฆ่าตัวตายในการดูแลผู้ป่วยทางด้านจิตเวชในประเทศเนเธอร์แลนด์ พบว่าประมาณ ร้อยละ 37 ของแพทย์ ได้รับการร้องขอที่ชัดเจนอย่างน้อยที่สุด 1 ครั้ง และมีการกระทำตามการร้องขอของผู้ป่วย 12 ครั้ง (Groenewoud, van der Mass, van der Wal, Hengeveld, Tholen, Schudel, et al., 1997)

สำหรับในประเทศสหรัฐอเมริกา มีกฎหมายที่ยอมให้มีการทำเมตตามรณะ ในผู้ป่วยที่ไม่มีทางรอดและร้องขอให้ช่วยเหลือในการฆ่าตัวตาย เช่นในรัฐโอเรกอน ซึ่งในปี 1997 กฎหมายของรัฐโอเรกอน อนุญาตให้แพทย์เขียนใบสั่งยาในขนาดที่ทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตให้แก่ผู้ป่วยที่อยู่ในวาระสุดท้ายของชีวิต ถ้าผู้ป่วยมีการร้องขอ โดย (1) ผู้ป่วยต้องมีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป รู้สึกตัวดี สามารถติดต่อสื่อสารเกี่ยวกับการตัดสินใจแก่ทีมสุขภาพได้ 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, Nelson, Tilden, Ganzini, Schmidt, & Tolle, 1996; Lee, 1997; Sullivan, Hedberg & Fleming, 2000; Wlody, 1997) จากการศึกษาเกี่ยวกับการปฏิบัติของแพทย์ในรัฐโอเรกอนเกี่ยวกับการช่วยเหลือให้ฆ่าตัวตายในปี 2000 พบว่า มีแพทย์ที่สั่งยาเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยเสียชีวิตตามการร้องขอของผู้ป่วย จำนวน 39 ราย (Sullivan, Hedberg, & Hopkins, 2001) และในปี 2001 จำนวน 44 ราย (Hedberg, Hopkins, & Southwick, 2002) ซึ่งจากการศึกษาทัศนคติของแพทย์และประชาชนในรัฐมิชิแกนเกี่ยวกับการทำให้ถูกต้องตามกฎหมายว่าด้วยการช่วยเหลือให้ฆ่าตัวตายโดยแพทย์ (physician-assisted-suicide) และการทำเมตตามรณะด้วยความสมัครใจ พบว่า ร้อยละ 56 ของแพทย์ และร้อยละ 66 ของประชาชนทั่วไปเห็นด้วยและสนับสนุนให้เรื่องดังกล่าวเป็นเรื่องที่ถูกต้องตามกฎหมาย มีเพียง ร้อยละ 37 ของแพทย์ และร้อยละ 26 ของประชาชนทั่วไปที่ไม่เห็นด้วย นอกจากนี้ ร้อยละ 35 ของแพทย์จะมีการปฏิบัติถ้าผู้ป่วยมีการร้องขอ ร้อยละ 22

จะปฏิบัติทั้งการช่วยเหลือให้ฆ่าตัวตายและการทำเมตตามรณะด้วยความสมัครใจ (Bachman, Alcsér, Doukas, Lichtenstein, Coming, & Brody, 1996) นอกจากนี้จากการศึกษาทัศนคติ พฤติกรรม และความรู้ของแพทย์ที่มีความชำนาญทางระบบประสาทในประเทศสหรัฐอเมริกาเกี่ยวกับการดูแลในระยะสุดท้าย พบว่า ถ้าการช่วยเหลือให้ฆ่าตัวตายและการทำเมตตามรณะเป็นสิ่งที่ถูกต้องตามกฎหมาย แพทย์จำนวนร้อยละ 44 จะมีส่วนร่วมในการช่วยเหลือให้ฆ่าตัวตาย และ ร้อยละ 28 มีส่วนร่วมในการทำเมตตามรณะ (Carver, Vickrey, Bernat, Keran, Ringel, & Foley, 1999) และจากการศึกษาทัศนคติของแพทย์ที่มีความชำนาญในการรักษาผู้ป่วยโรคมะเร็งในประเทศสหรัฐอเมริกาเกี่ยวกับการทำเมตตามรณะ และการช่วยเหลือให้ฆ่าตัวตาย พบว่าร้อยละ 22.5 ของแพทย์เห็นด้วยกับการช่วยเหลือให้ฆ่าตัวตาย และร้อยละ 6.5 เห็นด้วยกับการทำเมตตามรณะ สำหรับผู้ป่วยที่อยู่ในระยะสุดท้ายซึ่งมีความเจ็บปวดที่ไม่สามารถบรรเทาได้ และตลอดระยะเวลาที่ปฏิบัติงาน ร้อยละ 10.8 ของแพทย์ได้มีการกระทำในการช่วยเหลือให้ผู้ป่วยฆ่าตัวตาย และร้อยละ 3.7 มีการทำเมตตามรณะ (Emanuel, Fairclough, Clarridge, Blum, Bruera, Penley, et al., 2000)

สำหรับในประเทศอิตาลี จากการศึกษาศึกษาทัศนคติของแพทย์เกี่ยวกับการทำเมตตามรณะและการช่วยเหลือให้ฆ่าตัวตายโดยแพทย์ พบว่ามีแพทย์ส่วนน้อยที่เห็นด้วยกับการทำเมตตามรณะและการช่วยเหลือให้ฆ่าตัวตาย แพทย์ที่เห็นด้วยกับการทำเมตตามรณะและการช่วยเหลือให้ฆ่าตัวตายส่วนมากจะเป็นแพทย์ที่ไม่ใช่คาทอลิก และไม่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยที่อยู่ในระยะสุดท้าย (Grassi, Magnani, & Ercolani, 1999) ซึ่งจากการศึกษาทัศนคติเกี่ยวกับการทำเมตตามรณะในผู้ป่วยระยะสุดท้ายของแพทย์ที่เป็นสมาชิกขององค์การการดูแลเพื่อการบรรเทาและควบคุมอาการในประเทศอิตาลี (Italian Society for Palliative Care) พบว่าร้อยละ 39 ของแพทย์ที่เข้าร่วมในการศึกษา ได้รับการร้องขอให้ทำเมตตามรณะ และร้อยละ 11.5 ของแพทย์ได้มีการปฏิบัติตามคำร้องขออย่างน้อยที่สุด 1 ครั้ง นอกจากนี้ประมาณร้อยละ 35 ของแพทย์มีความคิดเห็นว่าการทำเมตตามรณะเป็นการกระทำที่ไม่ถูกต้องในทุกสถานการณ์ ร้อยละ 52 ของแพทย์มีความคิดเห็นว่าการดูแลเพื่อบรรเทาและควบคุมอาการที่ดี (good palliative care) จะสามารถลดปัญหาของการทำเมตตามรณะได้ (Di Mola, Borsellino, Brunelli, Gallucci, Gamba, Lusignani, et al., 1996)

จากการศึกษาในประเทศแถบสแกนดิเนเวีย พบว่าแพทย์ในประเทศเดนมาร์กมีการทำเมตตามรณะ และการช่วยเหลือให้ฆ่าตัวตายโดยแพทย์มากกว่าแพทย์ในประเทศนอร์เวย์และประเทศสวีเดน (Materstvedt & Kaasa, 2002) และประมาณ 1 ใน 3 ของแพทย์

ในประเทศสวีเดนได้รับการร้องขอจากผู้ป่วยให้ทำเมตตามรณะ ในขณะที่ ร้อยละ 10 ได้รับการร้องขอให้ช่วยเหลือในการฆ่าตัวตาย (Valverius, Nilstun, & Nilsson, 2000) นอกจากนี้จากการศึกษาของไวสส์ (Weiss, 1996) ซึ่งศึกษาทัศนคติของนักศึกษาชั้นปีที่ 4 เกี่ยวกับการช่วยเหลือให้ฆ่าตัวตายโดยแพทย์ พบว่า นักศึกษาส่วนใหญ่มีความเชื่อว่าแพทย์สามารถที่จะช่วยเหลือให้ผู้ป่วยฆ่าตัวตายได้ ถ้าผู้ป่วยที่อยู่ในระยะสุดท้ายมีการร้องขอ และมีนักศึกษาจำนวนมากที่เห็นด้วยกับการยกเลิกหรือการยับยั้งการรักษาที่ยืดชีวิต นอกจากนี้ยังพบว่านักศึกษาที่มีความศรัทธาในศาสนาจะเห็นด้วยน้อยกว่าความคิดดังกล่าว และจากการศึกษาทัศนคติเกี่ยวกับการทำเมตตามรณะของแพทย์ที่มีความชำนาญด้านโรคมะเร็ง แพทย์ประจำครอบครัว นักศึกษาแพทย์และนักกฎหมายพบว่า นักกฎหมายจะสนับสนุนการทำเมตตามรณะให้เป็นเรื่องถูกต้องตามกฎหมายมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 61 และนักกฎหมายจะทำเมตตามรณะเป็น 2 เท่าของนักศึกษาแพทย์และแพทย์ (Radulovic & Mojsilovic, 1998)

สำหรับประเทศอังกฤษมีแพทย์ประมาณร้อยละ 91 ที่เห็นด้วยกับการทำเมตตามรณะโดยอ้อม (passive euthanasia) และประมาณร้อยละ 46 จะมีการทำเมตตามรณะโดยตรง (active euthanasia) ถ้าเป็นเรื่องที่ถูกกฎหมาย (Ward & Tate, 1994) แต่จากการศึกษาทัศนคติของแพทย์ในประเทศอังกฤษเกี่ยวกับการทำเมตตามรณะโดยตรงด้วยความสมัครใจ (active voluntary euthanasia) และการช่วยเหลือให้ฆ่าตัวตายพบว่า ร้อยละ 80 ของแพทย์ที่ดูแลผู้สูงอายุ และร้อยละ 52 ของแพทย์ที่ให้การดูแลผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนักไม่เห็นด้วยกับการทำให้การทำเมตตามรณะเป็นเรื่องที่ถูกต้องตามหลักจริยธรรม (Dickinson, Lancaster, Clark, Ahmedzai, & Noble, 2002) นอกจากนี้กฎหมายของอังกฤษจะต่อต้านการทำเมตตามรณะและการช่วยเหลือให้ฆ่าตัวตายโดยแพทย์ แต่ยอมรับการปฏิเสธการรักษาของผู้ป่วยเกี่ยวกับการยืดชีวิตหรือกิจกรรมที่ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกสุขสบาย และปราศจากความเจ็บปวดถึงแม้ว่าการกระทำนั้นจะทำให้ผู้ป่วยมีชีวิตสั้นลง (Ashraf, 2001) ซึ่งหัวใจของการดูแลสุขภาพในประเทศอังกฤษคือการเคารพเอกสิทธิ์และการมีอำนาจในตนเองของผู้ป่วย (patient autonomy) โดยอนุญาตให้ผู้ป่วยเลือกทางเลือกในการรักษาที่มีประโยชน์และตัดสินใจด้วยตนเองในการยับยั้งหรือการยกเลิกการรักษาพยาบาลที่ยืดชีวิต และการทำเมตตามรณะควรเป็นทางเลือกสุดท้ายในการรักษาพยาบาลผู้ป่วย (Sanders, 2001)

1.2.3.2 การทำเมตตามรณะในประเทศไทย

สำหรับในประเทศไทย กฎหมายยังไม่รองรับการกระทำให้ผู้ป่วยที่สิ้นหวังได้ตายอย่างสงบ ดังนั้นการกระทำดังกล่าวย่อมเป็นการกระทำที่ผิดกฎหมาย (วิชัย, 2545) และ

จากการสำรวจความเห็นของแพทย์เกี่ยวกับการทำเมตตามรณะ (สิวลี, 2529 อ้างตาม วิชัย 2545) พบว่าแพทย์ส่วนน้อยมีความคิดเห็นว่าเป็นที่ถูกต้องของการตายของผู้ป่วยออกไปให้นานที่สุดเพราะถือเป็นหน้าที่ของแพทย์ หรือถ้าปล่อยผู้ป่วยให้ตายอย่างสงบตามความประสงค์ของผู้ป่วยจะเกิดปัญหาทางด้านกฎหมายต่อแพทย์ โดยอาจถูกฟ้องร้องฐานฆ่าผู้อื่น แต่แพทย์ส่วนใหญ่มีความคิดเห็นเห็นว่า (1) จะไม่พยายามเหนี่ยวรั้งการรักษาหรือการกระทำใดๆที่ไม่เกิดประโยชน์หรือเป็นการเพิ่มความทุกข์ทรมานแก่ผู้ป่วย (2) เมื่อแน่ใจว่าหมดวิธีการรักษาและผู้ป่วยกำลังจะเสียชีวิต ความเจ็บปวดและความทุกข์ทรมานของผู้ป่วยเป็นสิ่งสำคัญที่จะต้องได้รับการบรรเทาให้มากที่สุดเท่าที่จะทำได้ (3) ต้องคำนึงถึงความต้องการของญาติด้วย ถ้าญาติยังยอมรับไม่ได้และร้องขอให้ชะลอความตายก็ควรกระทำ (4) กรณีผู้ป่วยวาระสุดท้ายที่ใช้เครื่องช่วยหายใจอยู่ จะไม่ยอมยุติการใช้เครื่องช่วยหายใจเพราะเป็นการกระทำที่เป็นบาป แต่จะยอมยุติการใช้เครื่องช่วยหายใจ ถ้าญาติสามารถยอมรับได้ว่าไม่มีประโยชน์ต่อผู้ป่วย ในการชะลอความตาย (5) ต้องไม่พยายามเหนี่ยวรั้งการตายเกินกว่าเหตุเพราะความตายเป็นสัจธรรม

1.2.3.3 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการทำเมตตามรณะ

1) ปัจจัยด้านผู้ป่วย

จากการศึกษาของไมเออร์ เอ็มมอนส์ วอลเลนสไตน์ คิวิล มูริสันและคาสเซล (Meier, Emmons, Wallenstein, Quill, Murrison, & Cassel, 1998) ในประเทศสหรัฐอเมริกาพบว่าร้อยละ 98 ของผู้ป่วยที่ได้รับการช่วยเหลือเกี่ยวกับการทำเมตตามรณะ เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการคาดการณ์ว่าจะสามารถมีชีวิตได้อีกไม่เกิน 6 เดือน และเหตุผลที่ทำให้ผู้ป่วยร้องขอ 3 อันดับแรกคือ ความไม่สุขสบาย (ร้อยละ 79) สูญเสียการตายอย่างมีศักดิ์ศรี (ร้อยละ 53) และกลัวว่าจะไม่สามารถควบคุมอาการทุกข์ทรมานที่เกิดขึ้นได้ (ร้อยละ 52) ซึ่งจะสอดคล้องกับการศึกษาของชิน เฮดเบิร์ก ฮิกกินสัน และเฟรมมิง (Chin, Hedberg, Higginson, & Fleming, 1999) พบว่าเหตุผลที่ผู้ป่วยร้องขอให้แพทย์ช่วยเหลือในรัฐโอเรกอนคือ การสูญเสียการควบคุมตนเอง และการทำหน้าที่ของร่างกาย และจากการศึกษาของซานเดอร์ (Sanders, 2001) พบว่า แรงจูงใจที่ทำให้ผู้ป่วยร้องขอให้ช่วยเหลือในการฆ่าตัวตายในประเทศอังกฤษ คือ การที่ผู้ป่วยไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้ตามปกติ ซึ่งเป็นผลมาจากความเจ็บป่วยทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ นอกจากนี้จากการศึกษาของซัลลิแวน เฮดเบิร์ก และเฟรมมิง (Sullivan, Hedberg, & Fleming, 2000) เรื่องการช่วยเหลือให้ฆ่าตัวตายโดยถูกต้องตามกฎหมายในรัฐโอเรกอนในปีที่ 2 (1999) พบว่าเหตุผลที่ผู้ป่วยร้องขอให้แพทย์ช่วยเหลือให้ฆ่าตัวตายคือ การสูญเสียอำนาจในการควบคุมตนเอง สูญเสียการควบคุมการทำงานของร่างกาย และไม่สามารถมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมที่ทำให้ตนเอง

มีความสุขได้ ซึ่งสอดคล้องกับเคอร์ติน (Curtin, 1995) ที่กล่าวว่าปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการร้องขอให้ช่วยเหลือให้ฆ่าตัวตายได้แก่ การสูญเสียพลังอำนาจ การที่ไม่สามารถบรรเทาความเจ็บปวดและความทุกข์ทรมานอื่นๆ ภาวะซึมเศร้า รู้สึกสิ้นหวัง กลัวการอยู่คนเดียว และมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับครอบครัว และจากการศึกษาของสไตน์ฮูเซอร์ และคณะ (Steinhauser, Christakis, Clipp, McNeilly, McIntyre, & Tulsky, 2000) พบว่าปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจเพื่อยุติการรักษาในผู้ป่วยที่มีอาการเจ็บป่วยที่รุนแรง ครอบครัวของผู้ป่วยที่มีการสูญเสียญาติ แพทย์ และทีมสุขภาพอื่น ๆ (พยาบาล นักสังคมสงเคราะห์) ได้แก่ การจัดการกับความเจ็บปวดและอาการอื่น ๆ การเตรียมความพร้อมสำหรับความตาย การรับรู้ว่าได้รับการรักษาอย่างเต็มที่ การได้ตัดสินใจเกี่ยวกับความต้องการในการรักษาและการได้รับการรักษาแบบองค์รวมซึ่งได้แก่ การได้รับการรักษาอย่างมีศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ มีญาติสนิทอยู่ใกล้ซิด ไม่เสียชีวิตอย่างโดดเดี่ยว และมีคนคอยรับฟังปัญหาและความไม่สบายใจ

นอกจากนี้จากการศึกษาประสบการณ์ของแพทย์กับกฎหมายที่ว่าด้วยการตายอย่างสมศักดิ์ศรีของรัฐโอเรกอนพบว่า อาการสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยร้องขอให้ช่วยเหลือเพื่อให้ฆ่าตัวตาย คือ ความปวด ร้อยละ 43 อาการอ่อนเพลีย ร้อยละ 31 และการหายใจเหนื่อย ร้อยละ 27 นอกจากนี้ความเชื่อที่สำคัญที่สุดที่ทำให้ผู้ป่วยร้องขอคือ การสูญเสียเอกสิทธิ์ การมีคุณภาพชีวิตที่แย่งลง ความพร้อมสำหรับความตายและการต้องการควบคุมความตาย และจากการศึกษายังพบว่าผู้ป่วยที่เป็นโรคมะเร็งจะมีการร้องขอมากที่สุด (Ganzini, Nelson, Schmidt, Kraemer, Delorit, & Lee, 2000) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาเกี่ยวกับการช่วยเหลือให้ฆ่าตัวตายโดยแพทย์ และการทำตามมรณะของแบค วอลเลซ สตาร์ค และเพียร์แมน (Back, Wallace, Stark, & Pearlman, 1996) พบว่าใน 1 ปีที่ผ่านมา ผู้ป่วยโรคมะเร็ง โรคทางระบบประสาทและโรคเอดส์เป็นโรคที่มีการร้องขอให้มีการทำตามมรณะ ปัจจัยที่ทำให้ผู้ป่วยมีการร้องขอคือการสูญเสียพลังอำนาจ การเป็นภาระต้องพึ่งพาคือคนอื่นในเรื่องของการดูแลสุขภาพส่วนบุคคลและการสูญเสียการตายอย่างสมศักดิ์ศรี ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาเกี่ยวกับการทำตามมรณะในประเทศไอร์แลนด์เหนือ พบว่าเหตุผลที่แพทย์รับรู้ว่าเป็นสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยร้องขอให้ทำตามมรณะคือ การกลัวการสูญเสียการตายอย่างมีศักดิ์ศรี และกลัวการเป็นภาระของคนอื่น (McGlade, Slaney, Bunting, & Gallagher, 2000)

จากการศึกษาทัศนคติของผู้ป่วยที่อยู่ในระยะสุดท้ายของโรค พบว่าประมาณร้อยละ 71 ของผู้ป่วยมีความเชื่อว่า การทำตามมรณะและการช่วยเหลือให้ฆ่าตัวตายโดยแพทย์ ควรเป็นสิ่งที่ถูกต้องตามกฎหมาย เนื่องจากเป็นสิทธิส่วนบุคคลของผู้ป่วยในการเลือก

การรักษา และถ้าในอนาคตเรื่องดังกล่าวเป็นสิ่งที่ถูกต้องตามกฎหมาย ผู้ป่วยส่วนมากจะร้องขอให้แพทย์ช่วยเหลือในการฆ่าตัวตาย โดยเฉพาะถ้ามีความเจ็บปวดหรือมีความทุกข์ทรมานทางด้านร่างกาย (Wilson, Scott, Graham, Kozak, Chater, Viola, et al., 2000) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษามุมมองของผู้ที่ติดเชื่อเอช.ไอ.วี.ในยุโรปกับการทำเมตตามรณะพบว่า ร้อยละ 78 ของผู้ที่เข้าร่วมในการศึกษาเห็นว่าการทำเมตตามรณะสำหรับผู้ที่มีความทุกข์ทรมานทางด้านร่างกายอย่างรุนแรง ควรเป็นสิ่งที่ถูกต้องตามกฎหมาย และประมาณร้อยละ 50 จะพิจารณาการทำเมตตามรณะสำหรับตนเองถ้าหมดทางเลือกในการรักษา (Andraghetti, Foran, Colebunders, Tomlinson, Vyras, Borleffs, et al., 2001) นอกจากนี้จากการสำรวจความคิดเห็นของแพทย์ ผู้ป่วยมะเร็งในระยะสุดท้าย และประชาชนทั่วไปเกี่ยวกับการทำเมตตามรณะและการช่วยเหลือให้ฆ่าตัวตายโดยแพทย์ในประเทศแคนาดา พบว่า คนที่ไม่นับถือศาสนา จะสนับสนุนให้มีการทำเมตตามรณะสูง สำหรับคนที่เป็นคริสเตียนจะไม่สนับสนุนให้มีการปฏิบัติในเรื่องดังกล่าวมากที่สุด ตามด้วยคาทอลิกและโปรเตสแตนต์ (Suarez-Almazor, Belzile, & Bruera, 1997) และจากการศึกษาเกี่ยวกับมุมมองของศาสนากับการทำเมตตามรณะและการรักษาพิเศษในประเทศญี่ปุ่นพบว่า คนที่นับถือศาสนาคริสต์สนับสนุนการทำเมตตามรณะน้อยกว่ากลุ่มอื่น ส่วนบุคคลที่นับถือศาสนาซินโตและศาสนาพุทธสนับสนุนให้มีการเสียชีวิตตามธรรมชาติเมื่อการรักษาดังกล่าวเป็นการรักษาที่ไม่มีประโยชน์ (Tanida, 2000) นอกจากนี้คนที่มีการศึกษาต่ำ การรับรู้เกี่ยวกับภาวะของครอบครัว และความทุกข์ทรมานทางด้านร่างกายและอารมณ์ของผู้ป่วย เป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่ทำให้มีการสนับสนุนการทำเมตตามรณะ (Suarez-Almazor et al., 1997) และจากการศึกษาเกี่ยวกับทัศนคติของผู้ป่วยมะเร็งที่อยู่ในระยะสุดท้ายกับการทำเมตตามรณะ พบว่าปัจจัยที่ทำให้ผู้ป่วยเห็นด้วยกับการทำเมตตามรณะอย่างมีนัยสำคัญคือ การไม่มีความเชื่อทางศาสนา และการรับรู้ของผู้ป่วยเกี่ยวกับเป็นภาวะของครอบครัว (Suarez-Almazor, Newman, Hanson, & Bruera, 2002)

จากการศึกษาเกี่ยวกับความต้องการเพื่อให้เสียชีวิตเร็วขึ้นของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย พบว่าผู้ป่วยมะเร็งในระยะสุดท้ายที่ต้องการให้เสียชีวิตเร็วขึ้นจะเป็นผู้ป่วยที่มีความวิตกกังวลเกี่ยวกับอาการทางด้านร่างกายและความทุกข์ทรมานทางด้านจิตใจ เช่น การรับรู้ว่าคุณเองเป็นภาวะของครอบครัวมากเกินไป มีความเชื่อมั่นในการควบคุมอาการที่เป็นอยู่น้อย มีการสนับสนุนทางสังคมน้อย มีความพึงพอใจกับประสบการณ์ที่ผ่านมาในชีวิตน้อย และมีความเชื่อทางศาสนาน้อย (Kelly, Burnett, Pelusi, Badger, Varghese, & Robertson, 2002) สอดคล้องกับการศึกษาในเรื่องความปรารถนาในการเลือกความตายในผู้ป่วยที่มีการเจ็บป่วยเรื้อรัง พบว่าร้อยละ 8.5 ของผู้ป่วย กล่าวว่าปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความปรารถนาที่จะตายได้แก่ ระดับของความ

เจ็บปวดและการที่มีการสนับสนุนทางสังคมน้อย แต่ปัจจัยที่สำคัญที่สุดคือภาวะซึมเศร้า (Chochinov, Wilson, Enns, Mowchun, Lander, Levitt, et al., 1995) ซึ่งจากการศึกษาเกี่ยวกับทางเลือกในการรักษาพยาบาลที่ยืดชีวิตและการช่วยเหลือให้ฆ่าตัวตายของผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า พบว่า ภาวะซึมเศร้าจะเกี่ยวข้องสูงกับการยอมรับการช่วยเหลือให้ฆ่าตัวตายและการทำเมตตามรณะ (Blank, Robinson, Doherty, Prigerson, Duffy, & Schwartz, 2002) นอกจากนี้จากการศึกษาเกี่ยวกับทัศนคติและความต้องการในการการทำเมตตามรณะและการช่วยเหลือให้ฆ่าตัวตายโดยแพทย์ในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายและผู้ดูแล พบว่า ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความต้องการในการพิจารณาเกี่ยวกับการทำเมตตามรณะหรือการช่วยเหลือให้ฆ่าตัวตายโดยแพทย์ คือ อารมณ์ซึมเศร้า ความปวด และเป็นความประสงค์ของผู้ดูแล สำหรับในกลุ่มผู้ดูแล พบว่า ร้อยละ 58.7 สนับสนุนให้มีการทำเมตตามรณะในผู้ป่วยที่มีความเจ็บปวด ร้อยละ 29.1 สนับสนุนการทำเมตตามรณะหรือการช่วยเหลือให้ฆ่าตัวตายโดยแพทย์ในผู้ป่วยที่คิดว่าตนเองเป็นภาระ ส่วนผู้ดูแลที่มีความเคร่งในศาสนาและมีการสนับสนุนทางสังคม จะสนับสนุนการทำเมตตามรณะ หรือ การช่วยเหลือให้ฆ่าตัวตายโดยแพทย์น้อยกว่า (Emanuel, Fairclough, & Emanuel, 2000) นอกจากนี้จากการศึกษาของรอสโค มัลเฟอร์ ดราโกวิช และโคเฮน (Roscoe, Malphurs, Dragovic, & Cohen, 2001) พบว่า เพศ และสถานะภาพของผู้ป่วยจะมีผลต่อการตัดสินใจในการทำเมตตามรณะ โดยพบว่า เพศหญิงที่หย่าร้างหรือไม่เคยแต่งงานจะต้องการให้มีการทำเมตตามรณะ

จะเห็นได้ว่าปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยที่มีผลต่อการร้องขอให้มีการทำเมตตามรณะได้แก่ โรคและพยาธิสภาพของผู้ป่วย ทัศนคติของผู้ป่วยต่อการทำเมตตามรณะ ความเชื่อทางศาสนา เชื้อชาติ เพศ ระดับการศึกษา ความทุกข์ทรมานทางด้านร่างกาย จิตใจ และปัจจัยทางด้านสังคม เช่น การเป็นภาระของครอบครัว การทำหน้าที่ของผู้ป่วย ความต้องการของผู้ที่รับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วยและการสนับสนุนทางสังคม ซึ่งปัจจัยเหล่านี้ทำให้ผู้ป่วยมีการตัดสินใจเกี่ยวกับการทำเมตตามรณะแตกต่างกัน ดังนั้นทีมสุขภาพต้องประเมินเกี่ยวกับปัจจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วย เพื่อสามารถให้การรักษาพยาบาลได้อย่างถูกต้องและเหมาะสมกับความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว

2) ปัจจัยด้านทีมสุขภาพ

จากการศึกษาเกี่ยวกับความรู้และความเชื่อของพยาบาลที่ให้การดูแลผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะวิกฤตในสหรัฐอเมริกาพบว่า ร้อยละ 83 ของพยาบาลไม่เห็นด้วยกับการช่วยเหลือให้ฆ่าตัวตาย ร้อยละ 95 ไม่เห็นด้วยกับการทำเมตตามรณะ และร้อยละ 78 ของพยาบาล มีความคิดเห็นว่า ผู้ป่วยที่ใกล้ตายยังได้รับการบรรเทาความเจ็บปวดที่ไม่เพียงพอ (Puntillo, Benner,

Drought, Drew, Stotts, Stannard, et al., 2001) และจากการศึกษาทัศนคติของนักศึกษาแพทย์ พยาบาลและนักศึกษาศาสาวิชาวิทยาศาสตร์สังคม ในประเทศอังกฤษ พบว่า นักศึกษาศาสาวิชาวิทยาศาสตร์สังคม ซึ่งมีประสบการณ์เกี่ยวกับการเจ็บป่วยในระยะสุดท้ายน้อย จะเห็นด้วยกับการช่วยเหลือให้ฆ่าตัวตายมากที่สุด ในขณะที่พยาบาลซึ่งเป็นบุคคลที่อยู่กับผู้ป่วยทุกวันและมีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยเหล่านี้ จะมีการสนับสนุนการช่วยเหลือให้ฆ่าตัวตายน้อยที่สุด ส่วนนักศึกษาแพทย์จะอยู่ตรงกลางระหว่างนักศึกษาพยาบาลและนักศึกษาศาสาวิชาวิทยาศาสตร์สังคม (Fekete, Osvath, & Jegesy, 2002) สอดคล้องกับการศึกษาทัศนคติของพยาบาลกับการทำเมตตามรณะ พบว่าปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการตัดสินใจเกี่ยวกับการทำเมตตามรณะคือ ประสบการณ์ในการทำงานของพยาบาล และความเชื่อทางด้านศาสนา (Shuman, Fournet, Zelhart, Roland, & Estes, 1992) และการศึกษาของยัง วอลเคอร์ ไรเกอร์ และทอริปี (Young, Volker, Rieger, & Thorpe, 1993) ที่ศึกษาทัศนคติของพยาบาลที่มีความชำนาญโรคมะเร็งในการพิจารณาเกี่ยวกับการช่วยเหลือให้ฆ่าตัวตายสำหรับผู้ป่วยที่รู้สึกตัวและผู้ป่วยที่อยู่ในระยะสุดท้าย พบว่าความเชื่อทางศาสนามีผลต่อทัศนคติของพยาบาลเกี่ยวกับการช่วยเหลือให้ฆ่าตัวตาย ซึ่งพบว่าพยาบาลที่นับถือศาสนาคริสต์นิกายโรมันคาทอลิก จะเห็นด้วยกับการช่วยเหลือให้ฆ่าตัวตายน้อยกว่าพยาบาลที่นับถือศาสนาคริสต์นิกายโปรเตสแตนต์ และพยาบาลที่นับถือศาสนาคริสต์นิกายโรมันคาทอลิก จะสนับสนุนการช่วยเหลือให้ฆ่าตัวตายเป็นเรื่องที่ถูกต้องตามกฎหมายน้อยที่สุด ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาทัศนคติกับการทำเมตตามรณะและการช่วยเหลือให้ฆ่าตัวตายในประเทศสหรัฐอเมริกาของเอ็มมานูเอล และคณะ (Emanuel et al., 2000) พบว่าแพทย์ที่เป็นคาทอลิกจะไม่เห็นด้วยกับการทำเมตตามรณะและการช่วยเหลือให้ฆ่าตัวตาย ส่วนคนที่ไม่มีความเชื่อเกี่ยวกับศาสนาจะสนับสนุนให้มีการทำเมตตามรณะและการช่วยเหลือให้ฆ่าตัวตาย นอกจากนี้จากการสำรวจทัศนคติของแพทย์ในประเทศสหรัฐอเมริกาต่อการทำเมตตามรณะ พบว่าแพทย์ที่นับถือศาสนาคริสต์นิกายโรมันคาทอลิกและคริสเตียน จะมีการทำเมตตามรณะน้อย แม้ว่าเรื่องดังกล่าวจะถูกต้องตามกฎหมาย นอกจากนี้จากการศึกษายังพบว่า แพทย์ทั่วไปและแพทย์เวชปฏิบัติครอบครัว จะมีการทำเมตตามรณะเพิ่มขึ้น ถ้าการทำเมตตามรณะเป็นเรื่องที่ถูกต้องตามกฎหมาย (Shapiro, Derse, Gottlieb, Schiedermayer, & Olson, 1994) และจากการสำรวจลักษณะและทัศนคติของพยาบาลต่อการทำเมตตามรณะโดยตรงด้วยความสมัครใจ (active voluntary euthanasia) ในประเทศออสเตรเลีย พบว่า พยาบาลที่มีอายุน้อยกว่า 40 ปี และทำงานในหน่วยวิกฤตจะสนับสนุนให้การทำเมตตามรณะเป็นเรื่องที่ถูกต้องตามกฎหมาย (Kitchener, 1998) นอกจากนี้จากการศึกษาเกี่ยวกับการตัดสินใจในการยกเลิกการรักษาพยาบาลที่พ่ายชีวิต

ในผู้ป่วยวิกฤตในประเทศแคนาดา พบว่า พยาบาลที่มีประสบการณ์ในการทำงานนาน จะให้การรักษาพยาบาลแบบรุก (aggressive treatment) น้อยกว่าพยาบาลที่มีประสบการณ์ในการทำงานน้อย และหอผู้ป่วยหนักที่มีจำนวนเตียงน้อย จะมีการรักษาพยาบาลแบบรุกรุนน้อยกว่าหอผู้ป่วยหนักที่มีจำนวนเตียงมาก (Cook, Guyatt, Jaeschke, Reeve, Spanier, King, et al., 1995)

สรุปได้ว่าปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับทีมสุขภาพขึ้นอยู่กับปัจจัยพื้นฐานของทีมสุขภาพแต่ละคน เช่น ทักษะคติของแพทย์และพยาบาล อายุ ประสบการณ์ในการทำงาน ความชำนาญเฉพาะทางของแพทย์และความเชื่อทางศาสนา ซึ่งปัจจัยเหล่านี้ทำให้ทีมสุขภาพอาจมีการตัดสินใจที่ไม่ตรงกัน และทำให้เกิดความขัดแย้งเกี่ยวกับการทำเมตตามรณะในผู้ป่วยแต่ละคนถ้าไม่มีแนวปฏิบัติที่ชัดเจนหรือไม่ทราบเกี่ยวกับบทบาทหน้าที่ของตนเอง

1.2.3.4 บทบาทหน้าที่ของแพทย์กับการทำเมตตามรณะ

แพทย์จะต้องมีความเข้าใจเป็นอย่างดีเกี่ยวกับแรงจูงใจและเหตุผลของผู้ป่วยในการร้องขอให้แพทย์กระทำการช่วยเหลือให้ฆ่าตัวตาย ต้องมีการประเมินเกี่ยวกับการวินิจฉัยโรค การพยากรณ์โรคและสภาวะด้านจิตใจของผู้ป่วย (Drickamer, Lee, & Ganzini, 1997) นอกจากนี้ต้องประเมินสาเหตุที่ทำให้เกิดความทุกข์ทรมานแก่ผู้ป่วย และต้องพยายามหาวิธีการในการลดความรุนแรงของความเจ็บปวดและความทุกข์ทรมานอื่นๆ (Lee, Ganzini, & Brummel-Smith, 1996) โดยแพทย์จะต้องมีความรู้เกี่ยวกับการให้ยาเพื่อลดความเจ็บปวด (Ganzini, Nelson, Lee, Kraemer, Schmidt, & Delorit, 2001) และในบางครั้งอาจจะต้องมีการปรึกษาจิตแพทย์ในกรณีที่ไม่แน่ใจว่าผู้ป่วยมีภาวะซึมเศร้าหรือมีอาการทางจิตอื่นๆ ซึ่งอาจมีผลต่อการตัดสินใจในการรักษาพยาบาลได้ (Lee, 1997) นอกจากนี้บทบาทที่สำคัญของแพทย์ได้แก่ การให้การรักษาเพื่อบรรเทาและควบคุมอาการ (palliative care) ของผู้ป่วย ซึ่งวัตถุประสงค์ของการรักษาเพื่อควบคุมอาการคือ การบรรเทาความทุกข์ทรมานของผู้ป่วย การให้การสนับสนุนทางด้านจิตใจและการดูแลในระยะสุดท้าย (Lo, Quill, & Tulsky, 1999) เนื่องจากการดูแลเพื่อการบรรเทาและการควบคุมอาการที่ไม่ดีเป็นเหตุผลหนึ่งที่ทำให้ผู้ป่วยมีการร้องขอให้ช่วยเหลือในการฆ่าตัวตายในรัฐโอเรกอน (Oregon) (Ganzini et al., 2000) ดังนั้นถ้าสามารถให้การดูแลเพื่อการควบคุมอาการได้ จะทำให้การดูแลผู้ป่วยในระยะสุดท้ายมีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้น (Warren, Emmett, Zinn, & Warren, 2002) และสามารถป้องกันการร้องขอให้ปฏิบัติเมตตามรณะและการช่วยเหลือให้ฆ่าตัวตายจากผู้ป่วย (van der Arend, 1998) ซึ่งโลและไซเดอร์ (Lo & Snyder, 1999) ได้เสนอแนะวิธีการในการปฏิบัติเพื่อให้การดูแลเพื่อการบรรเทาและควบคุมอาการดีขึ้น ดังนี้ (1) แพทย์จะต้องมี

ทักษะในการบรรเทาอาการ (2) แพทย์ต้องมีทักษะในการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลที่ยืดหยุ่น (3) แพทย์จะต้องมีการพูดคุยเกี่ยวกับการดูแลในระยะสุดท้ายกับผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัว และ(4) ต้องมีการปฏิบัติในการจัดการกับภาวะทางคลินิกต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น และการจัดการกับความคิดเห็นที่ไม่ตรงกันระหว่างทีมสุขภาพกับผู้ป่วย หรือแนวคิดที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับผลทางคลินิกของยาลดปวดและจริยธรรมในการให้ยาลดปวดในขนาดสูงเพื่อบรรเทาอาการ เป็นต้น

นอกจากนี้ ทัลสกี เชียมปาและโรเซ็น (Tulsky, Ciampa, & Rosen, 2000) ได้เสนอแนะเกี่ยวกับ บทบาทของแพทย์กับการร้องขอให้ช่วยเหลือเพื่อฆ่าตัวตายของผู้ป่วย ดังนี้ (1) แพทย์จะต้องแยกแยะการร้องขอของผู้ป่วยให้ชัดเจน โดยให้โอกาสผู้ป่วยแสดงความคิดเห็นและความรู้สึก (2) ต้องหาสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยมีความกังวลและมีความทุกข์ทรมานทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจและด้านจิตวิญญาณ (3) มีการตั้งจุดมุ่งหมายในการรักษาร่วมกันระหว่างแพทย์และผู้ป่วย (4) ถ้าไม่สามารถบรรลุตามจุดมุ่งหมายที่วางไว้ ต้องหาทางเลือกที่ทำให้เกิดอันตรายน้อยที่สุด โดยอาจมีการปรึกษาผู้ที่มีความชำนาญในแต่ละด้าน (5) ถ้าผู้ป่วยยังคงต้องการให้ช่วยเหลือเพื่อฆ่าตัวตาย จะต้องพูดคุยกับผู้ป่วยเกี่ยวกับระดับของการมีส่วนร่วมของแพทย์ในการฆ่าตัวตาย และความถูกต้องตามกฎหมายและศีลธรรม และ (6) แพทย์จะต้องมีการปรึกษากับทีมสุขภาพเกี่ยวกับการร้องขอของผู้ป่วย

1.2.3.5 บทบาทหน้าที่ของพยาบาลกับการทำเมตตามรณะ

พยาบาลจะต้องมีความรู้เรื่องกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับวิชาชีพและมีการประเมินความเชื่อ และความต้องการของผู้ป่วยเกี่ยวกับการช่วยเหลือให้ฆ่าตัวตาย นอกจากนี้ต้องมีความรู้เกี่ยวกับการจัดการกับความเจ็บปวดและพัฒนาความสามารถในการประเมินภาวะซึมเศร้า (Daly, Berry, Fitzpatrick, Drew, & Montgomery, 1997) เน้นการดูแลเพื่อบรรเทาให้ดีขึ้น โดยการดูแลในเรื่องของความสุขสบายทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ นอกจากนี้พยาบาลจะต้องเรียนรู้เกี่ยวกับทักษะในการติดต่อสื่อสารกับผู้ป่วยที่ใกล้ตาย และมีส่วนร่วมในตัดสินใจที่จะส่งต่อผู้ป่วยไปยังทีมสุขภาพอื่น (Wurzbach, 2000) ตอบสนองการร้องขอของผู้ป่วยแต่ละคนโดยคำนึงถึงผลประโยชน์และคุณค่าของผู้ป่วยเป็นสำคัญ (Volker, 2001) ให้การช่วยเหลือผู้ป่วยในการตัดสินใจ และมีการกำหนดเกี่ยวกับการปฏิบัติในการยุติการรักษา (Mazto & Emanuel, 1997) และมีส่วนร่วมในการประชุมปรึกษาหารือในการพิจารณาตัดสินใจเกี่ยวกับการร้องขอให้ทำเมตตามรณะของผู้ป่วย (Sheldon, 2000) ซึ่งในบางครั้งพยาบาลอาจต้องเป็นคนให้ยาทางหลอดเลือดดำหรือทางปากเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยเสียชีวิตเร็วขึ้น (Young & Ogden, 2000) เนื่องจาก

พยาบาลมีหน้าที่ในการปฏิบัติตามคำสั่งการรักษาของแพทย์ (van den Berg, 1997) ซึ่งจะเห็นได้จากการศึกษาเกี่ยวกับบทบาทของพยาบาลกับการทำเมตตามรณะโดยตรงและการช่วยเหลือให้ฆ่าตัวตายในประเทศเนเธอร์แลนด์ พบว่าร้อยละ 21 พยาบาลจะเป็นคนให้ยาเพื่อให้ผู้ป่วยเสียชีวิต โดยอยู่ภายใต้การดูแลของแพทย์ที่มีความชำนาญ ร้อยละ 5 มีการให้ยาร่วมกันระหว่างพยาบาลและแพทย์ที่มีความชำนาญเฉพาะทาง (Muller, Pijnenborg, van der Wal, Onwuteaka-Philipsen, & van Eijk, 1997)

นอกจากนี้โคลล์ (Coyle, 1992) ได้เสนอแนวทางในการปฏิบัติของพยาบาลเมื่อผู้ป่วยร้องขอให้ทำเมตตามรณะหรือการช่วยเหลือให้ฆ่าตัวตายดังนี้ (1) ต้องสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วย (2) ต้องรู้เกี่ยวกับประเด็นต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วย เช่น การควบคุมอาการต่าง ๆ ที่ไม่เพียงพอ ภาวะซึมเศร้า สิ้นหวัง ภาวะบีบคั้นทางด้านจิตวิญญาณ การกลัวเป็นภาระของครอบครัว การเปลี่ยนแปลงเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตและการต้องการควบคุมความตาย เป็นต้น (3) พยาบาลจะต้องมีการเตรียมตัวในการจัดการเกี่ยวกับประเด็นต่าง ๆ ดังกล่าว (4) ไม่ทำกิจกรรมใดๆที่เกี่ยวข้องกับการทำเมตตามรณะโดยลำพัง ต้องปรึกษาเพื่อร่วมงานจากหลายสาขาวิชาชีพ (5) ประเมินปัจจัยที่ทำให้ผู้ป่วยร้องขอให้ช่วยเหลือในการฆ่าตัวตาย (6) ประเมินเกี่ยวกับครอบครัวของผู้ป่วยและแหล่งสนับสนุน และ (7) ต้องมีความรู้เกี่ยวกับกฎหมาย

นอกจากนี้เกสรา (2540) ได้เสนอบทบาทของพยาบาลกับการทำเมตตามรณะดังนี้

1. ต้องติดตามการพยากรณ์โรคของผู้ป่วย โดยเฉพาะผู้ป่วยที่ได้รับการพยากรณ์ว่าไม่มีทางรักษาหายและกำลังเข้าสู่ระยะสุดท้ายของชีวิต ควรซักถามความคิดเห็นของผู้ป่วยขณะที่ผู้ป่วยมีสติสัมปชัญญะดี มีสภาพจิตดีและไม่ได้รับความทุกข์ทรมานจากความเจ็บปวด โดยซักถามความคิดเห็นของผู้ป่วยในเรื่องต่อไปนี้

- 1.1 การเจาะคอ การใช้เครื่องช่วยหายใจ การนวดหัวใจ
- 1.2 การดูแลรักษาที่ผู้ป่วยควรได้รับเมื่อมีอาการหนักและเข้าสู่ระยะสุดท้ายของชีวิต
- 1.3 ความเชื่อเกี่ยวกับความตาย ลักษณะการตายที่สมศักดิ์ศรีของมนุษย์ สิ่งต่างๆที่คนกำลังจะตายควรได้รับ
- 1.4 กรณีที่ผู้ป่วยทราบและยอมรับว่าตนเองกำลังจะตาย ให้ซักถามความต้องการของผู้ป่วยเกี่ยวกับการดูแลรักษาต่างๆ ที่ต้องการ สถานที่ เวลาที่เหมาะสม
- 1.5 ซักถามปัญหาเกี่ยวกับด้านจิตสังคมและเศรษฐกิจ

2. ชักถามเกี่ยวกับความคิดเห็นของญาติผู้ป่วย ทำนองเดียวกับที่ได้ถามผู้ป่วย เพื่อนำไปใช้เป็นข้อมูลประกอบการตัดสินใจ

3. เมื่อประสบกับปัญหาจริยธรรมที่เกี่ยวกับการปฏิบัติเมตตามณะให้หาแนวทางปฏิบัติที่ถูกต้องไม่ละเลยหรือปล่อยทิ้งไว้ ซึ่งได้แก่เหตุการณ์ต่อไปนี้

3.1 ผู้ป่วยและ/หรือญาติขอการรักษาค่าชีวิตที่ช่วยให้ชีวิตยืนยาวออกไป เช่น ของดการใช้เครื่องช่วยหายใจ เป็นต้น

3.2 ผู้ป่วยและ/หรือญาติ ขอให้ชดเชยเพื่อให้ผู้ป่วยหลับโดยไม่มีตื่น เพื่อให้พ้นจากความทุกข์ทรมาน

3.3 ผู้ป่วยภาวะสมองตาย ต้องใช้เครื่องช่วยหายใจเป็นเวลานานหลายเดือน

3.4 แพทย์มีแผนการรักษาให้งดการรักษาหรือให้ยาเพื่อให้ผู้ป่วยพ้นจากความทุกข์ทรมานและจากไป

4. แนวทางแก้ไขเมื่อประสบปัญหาเกี่ยวกับเมตตามณะโดยมีหลักเกณฑ์กว้างๆ ดังนี้

4.1 ประชุมปรึกษาเพื่อหาข้อตัดสินใจว่าจะปฏิบัติอย่างไร ไม่ตัดสินใจเองตามลำพัง คณะกรรมการในที่ประชุมควรประกอบด้วยบุคคลฝ่ายต่าง ๆ ได้แก่ แพทย์และพยาบาลที่รับผิดชอบผู้ป่วย นักสังคมสงเคราะห์ ผู้แทนทางศาสนา นักจริยศาสตร์ นักกฎหมายและตัวแทนคนในสังคมที่เป็นที่ยอมรับ

4.2 หลักเกณฑ์การตัดสินใจ ต้องอยู่บนพื้นฐานความต้องการของผู้ป่วยหรือสิทธิของผู้ป่วยหรือกล่าวอีกนัยหนึ่งจะต้องตัดสินใจกระทำในสิ่งที่ดีงาม มีคุณธรรม ก่อให้เกิดประโยชน์สุขแก่คนส่วนรวม ตรงตามหลักศาสนาและสอดคล้องกับค่านิยม ประเพณี วัฒนธรรมของสังคมและกฎหมาย โดยยึดถือผู้ป่วยเป็นสำคัญ กรณีที่ผู้ป่วยอยู่ในสภาพไร้ความสามารถ ไม่สามารถตัดสินใจได้เอง ให้พิจารณาญาติที่สนิทที่มีความเหมาะสมเป็นตัวแทนผู้ป่วย

4.3 สิ่งที่ต้องพิจารณาในการตัดสินใจ ได้แก่ จะกระทำอะไร อย่างไร ที่ไหน เมื่อไร โดยใครและเพราะเหตุใด

4.4 การกระทำที่ให้แกผู้ป่วย นอกจากอยู่บนพื้นฐานความต้องการหรือสิทธิของผู้ป่วยแล้ว จะต้องกระทำในสิ่งที่เป็นประโยชน์แก่ผู้ป่วยมากที่สุดและเกิดผลเสียหรือทำอันตรายแก่ผู้ป่วยน้อยที่สุด

4.5 กรณีที่คณะกรรมการในที่ประชุม ตัดสินใจดีให้การรักษาที่ยืดชีวิต ต้องมั่นใจว่าผู้ป่วยอยู่ในสภาพที่หมดหวัง หมดหนทางในการรักษาและหมดโอกาสที่จะมีชีวิตรอดอย่างแน่นอน

4.6 จะต้องมีการกำหนดเกณฑ์ไว้อย่างชัดเจน ในการตัดสินว่าผู้ป่วยตาย (death) เจ็บหนัก (coma) หมดหวังสติ สัมผัสัญญะดีและตัดสินใจได้เอง (competent) นอกจากนี้จะต้องกำหนดกฎเกณฑ์เกี่ยวกับการดูแลที่สามารถให้ได้ตามปกติ (ordinary) และการดูแลที่เกินปกติ (extraordinary)

4.7 ไม่ว่าจะมีการตัดสินใจอย่างไร ผู้ป่วยจะต้องได้รับการดูแลในระยะใกล้ตายเยี่ยงมนุษย์ ได้รับการดูแลเรื่องความสุขสบาย การบรรเทาความเจ็บปวดที่ทุกข์ทรมานและการตายอย่างสมศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์

4.8 ในกรณีที่ตัดสินใจหรือหาข้อสรุปไม่ได้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งถ้ามีการขัดแย้งระหว่างทีมสุขภาพที่ดูแลผู้ป่วยกับผู้ป่วยหรือญาติ อาจแนะนำให้ผู้ป่วยหรือญาติเสนอให้ศาลยุติธรรมพิจารณาดำเนิน

4.9 ในกรณีที่พยาบาลต้องเป็นฝ่ายลงมือปฏิบัติ ทั้งๆที่ไม่สามารถยอมรับเหตุการณ์ตัดสินใจนั้นได้ โดยมีเหตุผลที่เหมาะสม พยาบาลผู้นั้นย่อมมีสิทธิเสนอไม่ขอเป็นผู้ลงมือปฏิบัติ

4.10 การพิจารณาและการตัดสินใจใด ๆ ก็ตาม ต้องกระทำกับผู้ป่วยเป็นราย ๆ เพราะเรื่องชีวิตและความตายเป็นเรื่องละเอียดอ่อน สลับซับซ้อน ผู้ป่วยที่อยู่ในสถานการณ์เดียวกัน ไม่ได้หมายความว่า จะมีทางออกที่เหมือนกันเสมอไป แต่ละคนย่อมมีวิถีชีวิตเป็นของตนเอง ซึ่งมีความแตกต่างกัน ไม่สามารถนำมาใช้เปรียบเทียบหรือแทนกันได้

แม้ว่าการทำตามธรรมาภิบาลเป็นสิ่งที่ไม่ยอมรับในประเทศไทย แต่ในทางปฏิบัติพบว่า มีการร้องขอให้มีการยกเลิก/ยับยั้งการใช้เครื่องช่วยหายใจหรือการไม่ช่วยฟื้นชีวิตจากผู้ป่วยหรือญาติของผู้ป่วยที่อยู่ในระยะสุดท้ายของโรค ดังนั้นทีมสุขภาพจะต้องทราบเกี่ยวกับบทบาทหน้าที่ของตนเองและปัจจัยต่างๆที่ทำให้ผู้ป่วยร้องขอ เพื่อนำมาประกอบในการตัดสินใจ และสามารถให้การบริการได้ตรงกับความต้องการของผู้ป่วยและปลอดภัยจากการฟ้องร้องทางกฎหมาย

2. การตัดสินใจในการให้/ยุติการรักษาพยาบาลที่ยืดชีวิต

การตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลในระยะสุดท้ายในหอผู้ป่วยหนัก โดยเฉพาะการตัดสินใจในการให้และปฏิเสธการรักษาพยาบาลที่ยืดชีวิต จะต้องมีการพูดคุยร่วมกันระหว่างสมาชิกในทีมสุขภาพกับผู้ป่วยหรือสมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วย ต้องพิจารณาความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว นอกจากนี้แพทย์ต้องตัดสินใจกระทำในสิ่งที่ถูกต้องตามหลักทางการแพทย์และจริยธรรม และต้องเป็นสิ่งที่ประโยชน์สูงสุดสำหรับผู้ป่วย (Nyman & Sprung, 2000)

2.1 หน้าที่ ความรับผิดชอบและจรรยาบรรณวิชาชีพกับการให้/ยุติการรักษาพยาบาลที่ยืดชีวิต

การปฏิบัติในการให้/ยุติการรักษาพยาบาลที่ยืดชีวิต ทีมสุขภาพจะต้องคำนึงถึงหน้าที่ความรับผิดชอบและจริยธรรมของวิชาชีพ ซึ่งข้อบังคับแพทยสภาว่าด้วยการรักษาจริยธรรมแห่งวิชาชีพเวชกรรม พ.ศ. 2526 หมวด 1 หลักทั่วไป ข้อ 3 กล่าวว่า ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมย่อมประกอบวิชาชีพเวชกรรมด้วยเจตนาดี โดยไม่คำนึงถึงฐานะ เชื้อชาติ ศาสนา สังคมหรือลัทธิ การเมือง หมวด 3 การประกอบวิชาชีพเวชกรรม ข้อ 1 ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมต้องรักษามาตรฐานของการประกอบวิชาชีพเวชกรรมในระดับที่ดีที่สุด และพยายามให้ผู้ป่วยพ้นจากอาการทรมานจากโรคและความพิการต่างๆ โดยไม่เรียกร้องสินจ้างรางวัลพิเศษนอกเหนือจากค่าบริการที่ควรได้รับตามปกติ ข้อ 4 ผู้ประกอบวิชาชีพต้องปฏิบัติต่อผู้ป่วยโดยสุภาพและปราศจากการบังคับขู่เข็ญ ข้อ 6 ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมต้องไม่ประกอบวิชาชีพโดยไม่คำนึงถึงความปลอดภัย และความสิ้นเปลืองของผู้ป่วย และข้อ 10 ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมต้องไม่ปฏิเสธการช่วยเหลือผู้ที่อยู่ในระยะอันตรายจากการเจ็บป่วย เมื่อได้รับการร้องขอและตนอยู่ในฐานะที่จะช่วยได้ (แสวงและเอนก, 2546) สำหรับหลักการพื้นฐานทางการแพทย์และความรับผิดชอบของวิชาชีพ ประกอบด้วยหลักความเป็นเลิศของภาวะสุขภาพของผู้ป่วย โดยหลักการนี้จะอยู่บนพื้นฐานของการอุทิศเพื่อการบริการที่อยู่บนประโยชน์ของผู้ป่วย นอกจากนี้แพทย์จะต้องเคารพความเป็นอิสระของผู้ป่วย ส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษา และต้องส่งเสริมให้มีความยุติธรรมในสังคม รวมทั้งการกระจายทรัพยากรที่มีจำกัดให้เกิดประโยชน์สูงสุด โดยแพทย์จะต้องกำหนดการให้การดูแลทางการแพทย์อยู่บนพื้นฐานของความรอบคอบ หลีกเลี่ยงการตรวจและการปฏิบัติการณ์ที่ไม่มี ความจำเป็น (Sox, 2002) เนื่องจากแพทย์ไม่มีหน้าที่ทางด้านจริยธรรมในการให้การดูแลหรือการรักษาที่ไม่มีประโยชน์สำหรับผู้ป่วย (Parmley, 2003; Shah & Lloyd-Williams, 2003) นอกจากนี้ จะต้องให้การดูแลผู้ป่วยด้วยความเมตตากรุณา คงไว้ซึ่งศักดิ์ศรีและเอกลักษณ์ของผู้ป่วยและจะต้อง

คงไว้ซึ่งความมั่นคงทางด้านศีลธรรม มีความเฉลียวฉลาดและมีความสามารถทางคลินิก (Charles & Lazarus, 2000)

สมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทย (2546) ได้กำหนดจรรยาบรรณพยาบาลฉบับปีพุทธศักราช 2546 ไว้ดังนี้ (1) พยาบาลรับผิดชอบต่อประชาชน ผู้ต้องการการพยาบาลและบริการสุขภาพ ทั้งต่อปัจเจกบุคคล ครอบครัว ชุมชนและระดับประเทศ ในการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันความเจ็บป่วย การฟื้นฟูสุขภาพและการบรรเทาความทุกข์ทรมาน (2) พยาบาลประกอบวิชาชีพด้วยความเมตตากรุณา เคารพในคุณค่าของชีวิต ความมีสุขภาพดีและความผาสุกของเพื่อนมนุษย์ ช่วยเหลือประชาชนดำรงสุขภาพไว้ในระดับดีที่สุด ตลอดจนจรรยาบรรณของชีวิตนับแต่ปฏิสนธิ ทั้งในภาวะสุขภาพปกติ ภาวะเจ็บป่วย ชราภาพจนถึงวาระสุดท้ายของชีวิต (3) พยาบาลมีปฏิสัมพันธ์ทางวิชาชีพกับผู้ใช้บริการ ผู้ร่วมงานและประชาชนด้วยความเคารพในศักดิ์ศรีและสิทธิมนุษยชนของบุคคลทั้งในความเป็นมนุษย์ สิทธิในชีวิต และสิทธิในเสรีภาพเกี่ยวกับการเคลื่อนไหว การพูด การแสดงความคิดเห็น การมีความรู้ การตัดสินใจ ค่านิยม ความแตกต่างทางวัฒนธรรมและความเชื่อทางศาสนา ตลอดจนสิทธิในความเป็นเจ้าของและความเป็นส่วนตัวของบุคคล และ(4) พยาบาลยึดหลักความยุติธรรมและความเสมอภาคในสังคมมนุษย์ ร่วมดำเนินการเพื่อช่วยให้ประชาชนที่ต้องการบริการสุขภาพ ได้รับการช่วยเหลือดูแลอย่างทั่วถึง และดูแลให้ผู้ใช้บริการได้รับการช่วยเหลือที่เหมาะสมกับความต้องการอย่างดีที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ ด้วยความเคารพในคุณค่าของชีวิต ศักดิ์ศรี และสิทธิในการมีความสุขของบุคคลอย่างเท่าเทียมกัน โดยไม่จำกัดด้วยชั้น วรรณะ เชื้อชาติ ศาสนา เศรษฐฐานะ เพศ วัย กิตติศัพท์ชื่อเสียง สถานภาพในสังคม และโรคที่เป็น

นอกจากนี้ฟาริดา (2541) กล่าวว่าความรับผิดชอบของพยาบาลวิชาชีพต่อผู้ป่วย คือพยาบาลจะต้องให้การพยาบาลด้วยความรักเพื่อนมนุษย์ เข้าใจธรรมชาติของมนุษย์และให้ความเคารพในสิทธิมนุษยชนรวมทั้งสิทธิผู้ป่วย โดยผู้ป่วยมีสิทธิได้รับการรักษาพยาบาลเพื่อรักษาไว้ซึ่งชีวิตและสุขภาพดี มีสิทธิที่จะมีชีวิตอยู่อย่างมีเกียรติศักดิ์ของความเป็นมนุษย์ไม่ต้องการการปฏิบัติอย่างไร้ศีลธรรม ได้รับการยินยอมพร้อมใจที่จะรับบริการใด ๆ ด้วยความเข้าใจในฐานะที่เป็นเจ้าของร่างกายและชีวิตของเขา ดังนั้นพยาบาลจึงต้องตระหนักในหน้าที่ของตนในการให้บริการด้วยความเคารพในสิทธิมนุษยชนและสิทธิของผู้ป่วยจากเจตนารมณ์ของวิชาชีพ

สมาคมพยาบาลแห่งสหรัฐอเมริกา ได้กำหนดจรรยาบรรณของพยาบาล ในการดูแลผู้ป่วยดังนี้ (1) พยาบาลจะต้องให้การพยาบาลด้วยความเมตตากรุณา เคารพศักดิ์ศรี ความมีคุณค่า และให้การพยาบาลโดยเท่าเทียมกัน โดยไม่คำนึงถึงภาวะทางสังคม เศรษฐกิจ คุณสมบัติส่วน

บุคคลหรือธรรมชาติของความเจ็บป่วย (2) พยาบาลจะต้องส่งเสริม สนับสนุนและพยายามป้องกันภาวะสุขภาพ ความปลอดภัยและสิทธิของผู้ป่วย โดยเน้นความสำคัญของเอกลักษณ์ของผู้ป่วยและมีการพิจารณาคุณค่าของบุคคลอื่นที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วย และ(3) พยาบาลจะต้องปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้หลักจริยธรรมทางการพยาบาล ได้แก่ ความยุติธรรม การทำในสิ่งที่ เป็นประโยชน์ และการเคารพเอกลักษณ์ของผู้ป่วย ควบคู่ไปกับความซื่อสัตย์ ความเมตตา กรุณา ความกล้าหาญ ความฉลาดรอบคอบ ความเชื่อมั่นและการเคารพความเป็นส่วนตัวของบุคคล นอกจากนี้พยาบาลมีสิทธิที่จะปฏิเสธการมีส่วนร่วมในการรักษาหรือการปฏิบัติที่ไม่ตรงกับคุณธรรมของตนเอง หรือเมื่อพยาบาลรู้สึกว่าการปฏิบัติดังกล่าวเป็นการปฏิบัติที่ไม่เหมาะสม ผิดหลักจริยธรรมหรือเป็นสิ่งที่ ผิดกฎหมาย (White, 2001) นอกจากนี้ แวน เดอร์ อเรินท์ (van der Adrend, 1998) กล่าวว่าบทบาทหน้าที่ทางด้านจริยธรรมของพยาบาลมีดังนี้ (1) ไม่อนุญาตให้พยาบาลกระทำการใด ๆ นอกเหนือจากหน้าที่และความสามารถตามวิชาชีพและกฎหมาย (2) พยาบาลมีหน้าที่ในการดูแลให้ผู้ป่วยมีภาวะสุขภาพดีและสุขสบาย (3) พยาบาลมีหน้าที่ในการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันความเจ็บป่วย คงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพและบรรเทาความทุกข์ทรมานของผู้ป่วย และ (4) ตามหลักจริยธรรมของวิชาชีพและกฎหมาย พยาบาลไม่สามารถทำให้ผู้ป่วยสุขสบายโดยการทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิต แม้ว่าจะเป็นความต้องการของผู้ป่วย

นอกจากนี้หน้าที่ของพยาบาลในกรณีที่เป็นเป้าหมายของการรักษาเปลี่ยนจากการยึดชีวิตเป็นการบรรเทาและการตายอย่างสงบ คือการดูแลเพื่อความสุขสบายอย่างมีคุณภาพสูงสุด และไม่มี การทอดทิ้งผู้ป่วย (Idemoto, Daly, Lombardo, Matthews, & Morris, 1993; Johns, 1996) โดยต้องให้ญาติเข้ามามีส่วนร่วมในกระบวนการตายของผู้ป่วย มีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษา อนุญาตให้ญาติอยู่กับผู้ป่วยและให้มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยถ้าต้องการ (Meeres, 2001) นอกจากนี้พยาบาลจะต้องเฝ้าสังเกตผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอและควบคุมอาการต่างๆที่เกิดขึ้น เช่น ความเจ็บปวดและอาการกระสับกระส่าย ดูแลทำความสะอาดช่องปากและฟัน และให้ญาติป้อนน้ำหรือทำให้ริมฝีปากชุ่มชื้น ในผู้ป่วยที่มีปัสสาวะไหลไม่หยุด ควรใส่สายปัสสาวะ และควรให้การดูแลเกี่ยวกับการขับถ่ายอุจจาระของผู้ป่วย นอกจากนี้จะต้องทราบเกี่ยวกับวัฒนธรรมและศาสนาของผู้ป่วย เพื่อสามารถช่วยเหลือญาติเกี่ยวกับการดูแลหลังตาย (Ellershaw & Ward, 2003)

2.2 หลักจริยธรรมกับการให้/ยุติการรักษาพยาบาลที่ยืดชีวิตผู้ป่วยวิกฤต

หลักการทางด้านจริยธรรมก็เป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อการตัดสินใจในการปฏิบัติของทีมนสุขภาพ โดยเฉพาะในกรณีที่มีประเด็นขัดแย้งทางด้านจริยธรรม (Catalano, 1997) ซึ่งหลักการ

ทางจริยธรรมที่สำคัญที่มีผลทำให้การดูแลผู้ป่วยในระยะสุดท้ายดีขึ้น (Tilden, 1999) และช่วยให้ทีมสุขภาพสามารถตัดสินใจได้ว่าการกระทำใดผิดหรือถูก (Hudak, Gallo, & Morton, 1998) ได้แก่

2.2.1 หลักการเอกสิทธิ์ (autonomy) คือการเคารพความสามารถในการตัดสินใจของบุคคล (Rajput & Bekes, 2002) เกี่ยวกับการมีชีวิตหรือการตายโดยปราศจากการข่มขู่หรือบังคับ (Hudak et al., 1998) แม้ว่าจะขัดแย้งกับการรับรู้ของพยาบาลหรือบุคคลอื่นเกี่ยวกับสิ่งที่มีประโยชน์สำหรับผู้ป่วย ซึ่งหลักเอกสิทธิ์จะเกี่ยวข้องกับหน้าที่ของพยาบาลที่ต้องรู้และเป็นผู้แทนสำหรับผู้ป่วยที่รู้สึกตัวในการตัดสินใจ (Jecker, 1997) โดยพยาบาลจะต้องให้ข้อมูลที่เพียงพอแก่ผู้ป่วยเกี่ยวกับแต่ละทางเลือกของการรักษาเพื่อใช้ประกอบในการตัดสินใจ ถ้าผู้ป่วยไม่สามารถตัดสินใจได้ผู้ทำหน้าที่แทนจะต้องตัดสินใจแทนผู้ป่วย โดยตัดสินใจอยู่บนความต้องการของผู้ป่วย เนื่องจากผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนักส่วนมากไม่สามารถตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาได้ด้วยตัวเอง จากความเจ็บป่วยและการจัดการเกี่ยวกับการรักษา (Hudak et al., 1998) สำหรับในกรณีที่ไม่มีความชัดเจนเกี่ยวกับการแสดงเจตจำนงเกี่ยวกับการรักษาล่วงหน้า เป็นหน้าที่ของแพทย์และครอบครัวในการคัดเลือกบุคคลที่ทำหน้าที่ในการตัดสินใจแทนผู้ป่วยโดยเลือกบุคคลที่ทราบคุณค่าความต้องการของผู้ป่วย มีการเคารพคุณค่าและปฏิบัติในสิ่งที่ดีที่สุดสำหรับผู้ป่วย (Libbus & Russell, 1995) ดังนั้นการเคารพการตัดสินใจของผู้ที่ทำหน้าที่แทนหรือการปฏิบัติตามการแสดงเจตจำนงเกี่ยวกับการรักษาล่วงหน้าของผู้ป่วย เป็นการกระทำที่เคารพเอกสิทธิ์ของผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนัก (Hudak et al., 1998) เนื่องจากผู้ป่วยแต่ละคนมีสิทธิที่จะตัดสินใจในการยอมรับหรือปฏิเสธการรักษา และผู้ป่วยแต่ละคนมีสิทธิที่จะได้รับการเคารพในการตัดสินใจในสิ่งที่ไม่ได้เป็นประโยชน์สูงสุดที่จะทำ (Tai & Seng, 2001) ซึ่งหลักการเอกสิทธิ์จะเป็นจริงก็ต่อเมื่อ ผู้ป่วยต้องเข้าใจสถานการณ์ ความเสี่ยงและประโยชน์ของแต่ละทางเลือก และเหตุผลในการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษา ดังนั้นทีมสุขภาพต้องมีหน้าที่ในการให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยให้เพียงพอและต้องประเมินความสามารถในการตัดสินใจของผู้ป่วยด้วย (Collier, 2003)

2.2.2 หลักการทำในสิ่งที่เป็นประโยชน์ (beneficence) หลักการนี้จะเน้นเรื่องผลที่เกิดจากการกระทำของพยาบาลและเป้าหมายหลักของการพยาบาล (Jecker, 1997) โดยการทำในสิ่งที่เป็นประโยชน์สำหรับผู้ป่วยภายใต้การดูแล ซึ่งจะรวมคุณค่า ความเชื่อ ความรู้สึกและความต้องการทั้งของผู้ป่วยและครอบครัวเป็นสำคัญ (Catalano, 1997) และทำให้เกิดความสมดุลระหว่างประโยชน์ ความเสี่ยงและค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล (Rajput & Bekes, 2002) นอกจากนี้หน้าที่ของทีมสุขภาพในหลักการนี้คือการบรรเทาความทุกข์ทรมานของผู้ป่วยและส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีมีความสงบสุขทางด้านจิตใจ (Latimer, 1991; Latimer, 1998) สำหรับผู้ป่วย

บางคนการให้การรักษาแบบฉุกเฉินน้อยลงและการดูแลเพื่อความสะดวกสบายเพิ่มขึ้นเป็นสิ่งที่มีความสำคัญมากกว่า และในบางครั้งความต้องการในการป้องกันการเกิดอันตรายโดยการเลื่อนเวลาการตาย อาจทำให้เกิดอันตรายมากกว่าการตาย ดังนั้นหน้าที่ของพยาบาลและทีมสุขภาพต้องกระทำในสิ่งที่เป็นประโยชน์ที่สุดสำหรับผู้ป่วย (Hudak et al., 1998)

2.2.3 หลักการไม่กระทำในสิ่งที่เป็นอันตราย (non-maleficence) หมายถึงการที่ทีมสุขภาพไม่ทำอันตรายผู้ป่วย ตั้งโดยตั้งใจและไม่ตั้งใจ ทั้งทางด้านร่างกายและอารมณ์หรือในทางอื่นที่ทำให้บุคคลมีอันตราย (Collier, 2003) และรวมถึงการที่ทีมสุขภาพป้องกันอันตรายในผู้ป่วยที่ไม่สามารถป้องกันตัวเองได้ เช่นในผู้ป่วยเด็ก หรือผู้ป่วยที่ไม่รู้สึกตัวเป็นต้น (Catalano, 1997) และการหลีกเลี่ยงสาเหตุที่ทำให้เกิดอันตรายต่อผู้ป่วย (Rajput & Bekes, 2002) ไม่ขัดขวางการตายอย่างมีศักดิ์ศรีและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย โดยการไม่พยายามให้การรักษาที่ผู้ป่วยไม่ต้องการ การรักษาที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดความเจ็บปวดหรือให้การรักษาที่ไม่มีประโยชน์แก่ผู้ป่วย (Hudak et al., 1998) ซึ่งจะเห็นได้ว่าในบางครั้งการช่วยฟื้นชีวิตอาจทำให้ผู้ป่วยมีความทุกข์ทรมานจากภาวะแทรกซ้อนของการช่วยฟื้นชีวิต เช่น อาจเกิดภาวะเป็นพิษ ชักหรือภาวะพร่องทางสมอง (Gomez, 2002) ซึ่งจะเห็นได้จากการศึกษาเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของผู้ที่รอดชีวิตจากการช่วยฟื้นชีวิต พบว่าผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากการช่วยฟื้นชีวิต ร้อยละ 17 มีภาวะบกพร่องของการรับรู้ และร้อยละ 18 มีอาการของภาวะซึมเศร้า (de Vos et al., 1999) นอกจากนี้จากการศึกษาของลินด์รี ปาร์กเกอร์ และฟิลลิปป์ (Landry et al., 1992) เกี่ยวกับผลลัพธ์ของการช่วยฟื้นชีวิตในหอผู้ป่วยหนัก พบว่าผู้ป่วยจำนวน 114 คนที่ได้รับการรักษาโดยการช่วยฟื้นชีวิต มีผู้ป่วยที่รอดชีวิตที่สามารถจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลได้ จำนวน 6 คน และผู้ป่วยจำนวน 4 ใน 6 คน เสียชีวิตภายใน 1 ปีหลังจากจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ส่วนผู้ป่วยอีก 2 คนมีความพิการอย่างรุนแรง

2.2.4 หลักของความยุติธรรม (justice) หมายถึงการกระจายประโยชน์ ภาวะเสี่ยง ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลด้วยความยุติธรรม (Rajput & Bekes, 2002) และการที่ทุกคนมีสิทธิที่จะได้รับการรักษาเท่าเทียมกัน ไม่มีความแตกต่างในเรื่องของเชื้อชาติ เพศ สถานภาพ การวินิจฉัยทางการแพทย์ ภาวะเศรษฐกิจ สังคมหรือความเชื่อทางศาสนา (Catalano, 1997) โดยมีการพิจารณาเกี่ยวกับการใช้ทรัพยากรที่มีจำกัดอย่างรอบคอบและคำนึงถึงค่าใช้จ่าย (Tilden, 1999) สำหรับผู้ป่วยที่อยู่ในระยะสุดท้าย การช่วยฟื้นชีวิตจะทำให้สูญเสียค่าใช้จ่ายมากกว่าการไม่กระทำ (Gomez, 2002) นอกจากนี้การกระจายทรัพยากรที่มีจำกัดให้เกิดประโยชน์สูงสุดยังเป็นพันธสัญญาของแพทย์ในการดูแลผู้ป่วย โดยการหลีกเลี่ยงการตรวจและการทำปฏิบัติการที่ไม่จำเป็น (Sox, 2002)

2.3 สิทธิของผู้ป่วยกับการยืดชีวิตหรือยุติการรักษาพยาบาล

สิทธิ หมายถึง สิ่งที่มีมนุษย์พึงมี หรือหมายถึง ความชอบธรรมในการเป็นอยู่และการมี รวมทั้งในการที่จะเป็นอยู่และจะมีในโลกของสิ่งมีชีวิต จะโอนให้ใครไม่ได้ (ลออ, 2521) และได้รับการรับรองจากกฎหมาย (สิริรัตน์, 2538) แบ่งเป็น 2 ประเภท ได้แก่ สิทธิทางกฎหมาย (Legal right) และสิทธิทางจริยธรรม (Moral right) ซึ่งสิทธิทางจริยธรรม เป็นสิทธิทางธรรมชาติ หรือสิทธิมนุษยชน ต่อมากลายเป็นสิทธิมนุษยชน (วิฑูรย์, 2538) สิทธิมนุษยชนเป็นสิทธิเฉพาะตัวที่ทุกคนมีอยู่ในฐานะที่เขาเป็นมนุษย์ แม้ว่าจะได้รับการรับรองตามกฎหมายหรือไม่ก็ตาม เป็นสิทธิในการดำรงอยู่ส่วนบุคคล และอยู่ร่วมกันในสังคมเพื่อความสงบเรียบร้อยแห่งสังคม เป็นสิทธิที่เกิดมาจากมาตรฐาน ถูกต้องเป็นธรรมหรือยุติธรรม (วิลาวัด, 2543) สิทธิผู้ป่วยเป็นส่วนหนึ่งของสิทธิมนุษยชน (ชุนตรา, สุพรรณณี และวราภรณ์, 2540) ซึ่งสิทธิผู้ป่วยหมายถึงอำนาจอันชอบธรรมของผู้ป่วยที่บุคคลควรได้รับหรือให้ผู้อื่นทำหน้าที่ต่อตนในบางอย่างที่เกี่ยวข้องกับบริการทางการแพทย์ (สิระยา, 2540) และผู้ป่วยมีสิทธิในการปฏิเสธการรักษาที่ไม่ต้องการและบุคลากรทางการแพทย์และพยาบาลจะต้องเคารพสิทธิของผู้ป่วย (แสวง และเอนก, 2540; The Ethics and Humanities Subcommittee of the American Academy of Neurology, 1998) ตามคำประกาศสิทธิของผู้ป่วยซึ่งได้ประกาศวันที่ 16 เมษายน 2541 (ดาราพร, 2541) เพื่อคุ้มครองหรือรักษาผลประโยชน์อันพึงมีพึงได้ของผู้ป่วย (แสวง, 2538) อันได้แก่ สิทธิขั้นพื้นฐานที่ทุกคนควรได้รับบริการด้านสุขภาพที่เท่าเทียมกัน สิทธิที่จะเลือกรับบริการ สิทธิที่จะรับรู้ สิทธิที่จะได้รับข้อมูลจากโรงพยาบาลและสิทธิที่จะตาย ซึ่งเป็นสิทธิที่ผู้ป่วยที่มีสติสัมปชัญญะดีบริบูรณ์ มีสิทธิที่จะปฏิเสธการรักษาเพื่อยืดชีวิตหรือเพื่อชะลอการตาย โดยจะขอตายอย่างธรรมชาติด้วยศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ (สิระยา, 2540; Prendergast, 2000) และจากการร่างพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ ฉบับสามเหลี่ยมเขยื้อนภูเขา หมวด 2 ส่วนที่ 1 มาตรา 24 กล่าวว่าบุคคลมีสิทธิแสดงความจำนงเกี่ยวกับวิธีการรักษาพยาบาล หรือปฏิเสธการรักษาที่เป็นไปเพียงเพื่อการยืดชีวิตในวาระสุดท้ายของชีวิตของตนเองเพื่อการตายอย่างสงบและมีศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ (อำพล, 2545) ไม่ถูกยืดชีวิตหรือถูกแทรกแซงการตายเกินความจำเป็นและไม่ให้เป็นภาระในทุกๆด้านโดยให้สิทธิแสดงความจำนงล่วงหน้า (living will) (สันต์, 2545) โดยในกรณีที่ผู้ป่วยรู้สึกตัวดีผู้ป่วยมีอำนาจอันชอบธรรมที่จะแสดงสิทธิที่จะได้รับการคุ้มครอง เว้นแต่ผู้ป่วยขาดความสามารถตามกฎหมาย (incompetent) ที่จะแสดงเจตนาเช่นผู้เยาว์ หรือผู้ที่ไร้ความสามารถจะต้องมีผู้ดูแลที่มีอำนาจตามกฎหมาย แสดงเจตนาแทน โดยประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ได้บัญญัติเกี่ยวกับลำดับชั้นของทายาทตามลักษณะความสัมพันธ์ใกล้ชิดกับผู้ป่วย ในมาตรา 1629 และมาตรา 1635 กำหนดให้ทายาทโดยธรรม

มีสิทธิดังนี้ (1) คู่สมรสและผู้สืบสันดาน (บุตรธิดา) (2) บิดา มารดา (3) พี่น้องร่วมบิดา มารดา เดียวกัน (4) พี่น้องร่วมบิดาหรือร่วมมารดาเดียวกัน (5) ปู่ ย่า ตา ยาย (6) ลุง ป้า น้า อา (วิชัย, 2545)

นอกจากนี้วิฑูรย์ (2537) กล่าวว่ากฎหมายไทยน่าจะมีการรับรองสิทธิการตาย โดยให้เหตุผลว่าความผิดตามประมวลกฎหมายอาญา มาตรา 307 ฐานทอดทิ้งคนป่วย คนชรา คนพิการนั้น เป็นความผิดสำหรับผู้ที่มิหน้าที่ตามกฎหมายหรือตามสัญญา ซึ่งดูแลผู้ซึ่งพึ่งตัวเอง ไม่ได้เหล่านั้นเท่านั้น กรณีผู้ป่วย คนพิการหรือคนชรา ปฏิเสธการรักษา แพทย์หรือพยาบาลที่ไม่ให้การรักษาย่อมไม่ต้องรับผิดตามมาตรานี้ เพราะไม่มีหน้าที่ตามกฎหมายหรือตามสัญญาใด ๆ เลย นอกจากนี้การหยุดรักษาหรือไม่รักษาของแพทย์ ถ้าแพทย์เห็นว่าไม่มีความจำเป็นต้องรักษาต่อไปแล้ว เพราะผู้ป่วยหมดโอกาสฟื้นคืนสติกลับมาได้อีก การไม่รักษาหรือหยุดการรักษาไม่น่าจะถือว่าเป็นการกระทำในความหมายของประมวลกฎหมายอาญาดังกล่าว และวิชัย (2545) กล่าวว่าในกรณีที่ผู้ป่วยและหรือญาติแสดงเจตนาโดยชัดแจ้งว่าปฏิเสธการรักษาโดยต้องการนำผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาลเพื่อไปรักษาตัว และถึงแก่กรรมที่บ้านหรือแสดงความประสงค์ไม่ยอมใส่ท่อช่วยหายใจหรือการไม่ยินยอมรับการทำการช่วยฟื้นคืนชีพเป็นต้น ก่อนที่แพทย์หรือทีมสุขภาพจะดำเนินการไปตามความต้องการของผู้ป่วย จะต้องยึดหลักการทางวิชาชีพและหลักจริยธรรมมาช่วยในการตัดสินใจ โดยแพทย์จะต้องอธิบายให้เห็นถึงผลหรืออันตรายที่จะเกิดขึ้นจากการยุติการรักษาและในกรณีที่ผู้ป่วยไม่รู้สึกร่างกายหรือไม่สามารถแสดงเจตจำนงได้ แพทย์จะต้องแน่ใจว่าผู้ที่ทำหน้าที่ในการตัดสินใจแทนผู้ป่วยมีความเหมาะสมและมีความเข้าใจเกี่ยวกับความต้องการของผู้ป่วยอย่างแท้จริง

ซึ่งคำประกาศสิทธิของผู้ป่วยที่องค์กรทางด้านสาธารณสุขทั้ง 5 องค์กรได้ประกาศไว้ ข้อที่เกี่ยวข้องกับการให้ยุติการรักษาพยาบาลที่ยืดชีวิตมีดังนี้ (พระราชบัญญัติวิชาชีพเวชกรรม พ.ศ. 2525 และคำประกาศสิทธิผู้ป่วย, 2542 อ้างใน วิสูตร, 2544)

1. ประชาชนทุกคนมีสิทธิพื้นฐานที่จะได้รับบริการด้านสุขภาพที่บัญญัติไว้ในรัฐธรรมนูญ
2. ผู้ป่วยมีสิทธิที่จะได้รับบริการจากผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพโดยไม่มีทางเลือกปฏิบัติเนื่องจากความแตกต่างด้านฐานะ เชื้อชาติ สัญชาติ ศาสนา สังคม ลัทธิการเมือง เพศ อายุและลักษณะของความเจ็บป่วย
3. ผู้ป่วยที่มาขอรับบริการด้านสุขภาพมีสิทธิที่จะได้รับข้อมูลอย่างเพียงพอ และเข้าใจอย่างชัดเจนจากผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพ เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถเลือกตัดสินใจในการ

ยินยอมหรือไม่ยินยอม ให้ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพปฏิบัติต่อตน เว้นแต่เป็นการช่วยเหลือ รับผิดชอบต่อหรือจำเป็น

4. ผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะเสี่ยงอันตรายถึงชีวิต มีสิทธิที่จะได้รับการช่วยเหลือรับผิดชอบต่อ จากผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพโดยทันทีตามความจำเป็นแก่กรณี โดยไม่คำนึงว่าผู้ป่วยจะร้องขอความช่วยเหลือหรือไม่

10. บิดา มารดา และผู้แทนโดยชอบธรรม อาจใช้สิทธิแทนผู้ป่วยที่เป็นเด็กอายุ ยังไม่เกินสิบแปดปีบริบูรณ์ ผู้บกพร่องทางกายหรือจิตซึ่งไม่สามารถใช้สิทธิส่วนตัวได้

แม้ว่าคำประกาศสิทธิผู้ป่วยที่องค์การทางด้านสาธารณสุขทั้ง 5 องค์การได้ประกาศไว้ ไม่มีผลในทางกฎหมาย เป็นเพียงการย้ำเตือนให้ผู้ประกอบวิชาชีพทางการแพทย์และสาธารณสุข จำไว้ว่า การจะกระทำการใด ๆ ต่อผู้ป่วยต้องคำนึงถึงสิทธิที่ได้ประกาศรับรองไว้และมีควรกระทำ การละเมิด (ทัตนิย์, 2544) แต่อย่างไรก็ตามคำประกาศสิทธิของผู้ป่วยยังมีความเกี่ยวข้องกับ กฎหมาย และข้อบังคับสภาการพยาบาลว่าด้วยข้อจำกัดและเงื่อนไขการประกอบวิชาชีพการ พยาบาลและผดุงครรภ์และการรักษาจริยธรรมแห่งวิชาชีพการพยาบาลและผดุงครรภ์ พ.ศ. 2530 และพระราชบัญญัติประกอบวิชาชีพเวชกรรม พ.ศ. 2525 และข้อบังคับของแพทยสภาว่าด้วยการ รักษาจริยธรรมแห่งวิชาชีพเวชกรรม พ.ศ. 2526 ในข้อที่เกี่ยวข้องกับการให้ยุติการรักษาพยาบาลที่ ยืดชีวิต ดังนี้ (จินตนา, 2542; วิสูตร, 2544)

1. ผู้ป่วยทุกคนมีสิทธิพื้นฐานที่จะได้รับการบริการด้านสุขภาพที่บัญญัติไว้ใน รัฐธรรมนูญ ซึ่งตรงกับรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2540 หมวด 3 ว่าด้วยสิทธิและ เสรีภาพของบุคคล มาตรา 52 บุคคลย่อมมีสิทธิเสมอกันในการรับบริการทางสาธารณสุขที่ได้มาตรฐาน และหมวด 5 แนวนโยบายพื้นฐานแห่งรัฐ มาตรา 82 รัฐต้องจัดและส่งเสริมการสาธารณสุขให้ ประชาชนได้รับบริการที่ได้มาตรฐานมีประสิทธิภาพอย่างทั่วถึงและตรงกับข้อบังคับสภาการ พยาบาล และการผดุงครรภ์ ส่วนที่ 1 การปฏิบัติต่อผู้ป่วยและผู้รับบริการ ข้อ 4 ผู้ประกอบวิชาชีพ การพยาบาล ต้องรักษามาตรฐานของการประกอบวิชาชีพการพยาบาลหรือการผดุงครรภ์ในระดับ ที่ดีที่สุด ด้วยการส่งเสริมคุณภาพ การป้องกันและควบคุมโรค การรักษาพยาบาลและการฟื้นฟู สภาพแก่ผู้ป่วย โดยไม่เรียกร้อยเงินจ้างรางวัลพิเศษนอกเหนือจากค่าบริการที่ได้ตามปกติ

2. ผู้ป่วยมีสิทธิที่จะได้รับการบริการจากผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพโดยไม่มี การเลือกปฏิบัติเนื่องจากความแตกต่างด้านฐานะ เชื้อชาติ สัญชาติ ศาสนา สังคม ลัทธิการเมือง เพศ อายุและลักษณะของความเจ็บป่วย ซึ่งตรงกับกฎหมายรัฐธรรมนูญ มาตรา 4 ศักดิ์ศรีความเป็น มนุษย์ สิทธิ และเสรีภาพของบุคคล ย่อมได้รับความคุ้มครอง (รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย,

2540) และมาตรา 30 บุคคลย่อมเสมอกันในกฎหมายและได้รับความคุ้มครองตามกฎหมายเท่าเทียมกัน ชายและหญิงมีสิทธิเท่าเทียมกัน การเลือกปฏิบัติไม่เป็นธรรมต่อบุคคลเพราะเหตุแห่งความแตกต่างในเรื่องถิ่นกำเนิด เชื้อชาติ ภาษา เพศ อายุ สภาพทางกายภาพหรือสุขภาพ สถานะของบุคคล ฐานะเศรษฐกิจหรือสังคม ความเชื่อทางศาสนา การศึกษาหรือความคิดเห็นทางการเมือง อันไม่ขัดต่อบทบัญญัติแห่งรัฐธรรมนูญจะกระทำไม่ได้ และตรงกับ นอกจากนี้ยังตรงกับข้อบังคับของสภาการพยาบาล หมวดที่ 1 หลักทั่วไปข้อ 2 ผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาล ผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ ย่อมประกอบวิชาชีพด้วยเจตนาดีโดยไม่คำนึงถึงฐานะ เชื้อชาติ สัญชาติ ศาสนา สังคมหรือลัทธิการเมือง และข้อบังคับของแพทยสภาว่าด้วยการรักษาจริยธรรมแห่งวิชาชีพ พ.ศ. 2526 หมวด 1 ข้อ 3 ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม ย่อมประกอบวิชาชีพด้วยเจตนาดีโดยไม่คำนึงถึงฐานะ เชื้อชาติ สัญชาติ ศาสนา สังคมและลัทธิการเมือง

3. ผู้ป่วยที่มาขอรับบริการด้านสุขภาพมีสิทธิที่จะได้รับข้อมูลอย่างเพียงพอ และเข้าใจอย่างชัดเจนจากผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพ เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถเลือกตัดสินใจในการยินยอมหรือไม่ยินยอมให้ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพปฏิบัติต่อตน เว้นแต่เป็นการช่วยเหลือชีวิตหรือจำเป็น ซึ่งตรงกับสิทธิที่จะได้รับข้อมูลข่าวสารและเลือกตัดสินใจ ซึ่งเป็นสิทธิพื้นฐานของผู้ป่วย ความยินยอมของผู้ป่วยในการเข้ารับการรักษา/ผ่าตัด ต้องได้รับการอธิบายอย่างชัดเจน ความยินยอมจึงจะมีผลตามกฎหมาย ถ้าการประกอบวิชาชีพโดยผู้ป่วยไม่ยินยอม จะมีความผิดและโทษตามประมวลกฎหมายอาญา มาตรา 309 ผู้ใดข่มขืนใจผู้อื่นให้กระทำการใด ไม่กระทำการใด หรือจำยอมต่อสิ่งใด โดยทำให้กลัวว่าจะเกิดอันตรายต่อชีวิตร่างกาย เสรีภาพ ชื่อเสียงหรือทรัพย์สินของผู้ถูกข่มขืนใจต้องกระทำการนั้น ไม่กระทำการนั้นหรือจำยอมต่อสิ่งนั้น ต้องระวางโทษจำคุกไม่เกิน 3 ปีหรือปรับไม่เกินหกพันบาทหรือทั้งจำทั้งปรับ และมาตรา 310 ผู้ใดหน่วงเหนี่ยวหรือกักขังผู้อื่นหรือกระทำด้วยประการใดให้ผู้อื่น ปราศจากเสรีภาพในร่างกาย ต้องระวางโทษจำคุกไม่เกินสามปีหรือปรับไม่เกินหกพันบาทหรือทั้งจำทั้งปรับ ถ้ากระทำความผิดตามวรรคก่อน เป็นเหตุให้ผู้ถูกหน่วงเหนี่ยวถูกกักขังต้องปราศจากเสรีภาพนั้นถึงแก่ความตาย หรือรับอันตรายสาหัส ผู้กระทำความผิดต้องระวางโทษ ดังที่บัญญัติไว้ในมาตรา 290 มาตรา 297 อาจมีโทษฐานทำร้ายร่างกายอีกกระทงหนึ่ง และกฎหมายรัฐธรรมนูญมาตรา 31 บุคคลย่อมมีสิทธิและเสรีภาพในชีวิตและร่างกาย และตรงกับข้อบังคับสภาการพยาบาล หมวด 2 การประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ ส่วนที่ 1 การปฏิบัติต่อผู้ป่วยหรือผู้รับบริการในข้อ 7 ผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ ต้องปฏิบัติต่อผู้ป่วยหรือผู้รับบริการโดยสุภาพและปราศจากการบังคับ

หมู่เช็ญ และข้อ 8 ผู้ประกอบวิชาชีพพยาบาลและการผดุงครรภ์ ต้องไม่หลอกลวงผู้ป่วยหรือผู้รับบริการ ให้หลงเข้าใจผิด

4. ผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะเสี่ยงอันตรายถึงชีวิต มีสิทธิที่จะได้รับการช่วยเหลือรีบด่วน จากผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพโดยทันทีตามความจำเป็นแก่กรณี โดยไม่คำนึงว่าผู้ป่วยจะร้องขอความช่วยเหลือหรือไม่ ซึ่งตรงกับกฎหมายอาญา มาตรา 374 ผู้ใดเห็นผู้อื่นตกอยู่ในอันตรายแห่งชีวิต ซึ่งตนอาจช่วยได้โดยไม่ต้องกลัวอันตรายแก่ตนหรือผู้อื่น แต่ไม่ช่วยตามความจำเป็นต้องระวางโทษจำคุกไม่เกินหนึ่งเดือนหรือปรับไม่เกินหนึ่งพันบาท หรือทั้งจำทั้งปรับ และตรงกับข้อบังคับสภาการพยาบาล ข้อ 13 ผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาล ต้องไม่ปฏิเสธการช่วยเหลือผู้ที่อยู่ในระยะอันตรายจากการเจ็บป่วยเมื่อได้รับคำร้องขอและตนอยู่ในฐานะที่จะช่วยได้ และข้อบังคับของแพทยสภาว่าด้วยการรักษาจริยธรรมแห่งวิชาชีพเวชกรรม พ.ศ. 2526 หมวด 3 ข้อ 10 ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมต้องไม่ปฏิเสธการช่วยเหลือผู้ที่อยู่ในระยะอันตรายจากการเจ็บป่วย เมื่อได้รับการขอร้องและตนอยู่ในฐานะที่จะช่วยได้ แต่ไม่ช่วยตามความจำเป็น ต้องระวางโทษจำคุกไม่เกินหนึ่งเดือนหรือปรับไม่เกินหนึ่งพันบาท หรือทั้งจำทั้งปรับ

นอกจากนี้ในกรณีนี้ที่ผู้ป่วยอยู่ในระยะสุดท้ายของโรคแต่ผู้ป่วยไม่ต้องการที่จะยุติชีวิตหรือยุติการรักษา ผู้ป่วยมีสิทธิของผู้ป่วยใกล้ตาย (Barbus, 1975 cited in Kozier, Erb, & Barke, 2000) ที่ จะได้รับการดูแลดังนี้

1. มีสิทธิที่จะได้รับการรักษาเยี่ยงมนุษย์จนกระทั่งตาย
2. มีสิทธิที่คงไว้ซึ่งความหวังแม้ว่าเป้าหมายในการรักษาเปลี่ยนไป
3. มีสิทธิที่จะได้รับการดูแลจากบุคคลที่จะช่วยให้ผู้ป่วยคงไว้ซึ่งความรู้สึกที่มีความหวัง
4. มีสิทธิที่จะแสดงออกซึ่งอารมณ์และความรู้สึกเกี่ยวกับการตายที่จะมาถึง
5. มีสิทธิในการมีส่วนร่วมตัดสินใจในการดูแลตนเอง
6. มีสิทธิที่จะคาดหวังที่จะได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องจากแพทย์และพยาบาลแม้ว่าเป้าหมายการดูแลเปลี่ยนจากการรักษาเป็นการดูแลเพื่อความสบาย
7. มีสิทธิที่จะไม่ตายอย่างโดดเดี่ยว
8. มีสิทธิที่จะไม่ได้รับความเจ็บปวด
9. มีสิทธิที่จะได้รับการตอบคำถามด้วยความสัตย์
10. มีสิทธิที่จะไม่ถูกหลอกลวง

11. มีสิทธิที่จะได้รับการช่วยเหลือจากบุคคลอื่นและช่วยเหลือให้สมาชิกในครอบครัวยอมรับความตาย
12. มีสิทธิที่จะตายอย่างสงบและมีศักดิ์ศรี
13. มีสิทธิที่จะคงไว้ซึ่งความเป็นบุคคลและไม่ถูกวิจารณ์จากการตัดสินใจที่ไม่ตรงกับความเชื่อของบุคคลอื่น
14. มีสิทธิที่จะพูดคุยเกี่ยวกับความเชื่อทางศาสนาและประสบการณ์ทางด้านจิตวิญญาณ
15. มีสิทธิที่จะได้รับการคาดหวังในการเคารพร่างกายหลังจากเสียชีวิต
16. มีสิทธิที่จะได้รับการดูแลด้วยความเอาใจใส่ จากบุคคลที่มีความรู้ เข้าใจความต้องการ และสามารถทำให้มีความพึงพอใจกับความตายที่ต้องเผชิญ

2.4 กฎหมายกับการให้/ยุติการรักษาพยาบาลที่ยืดชีวิต

กฎหมายเป็นข้อบังคับที่สังคมกำหนดขึ้น เพื่อให้ทุกคนในสังคมนั้นปฏิบัติตาม ทั้งนี้เพื่อให้อยู่ร่วมกันในสังคมได้อย่างมีความสุข กฎหมายในแต่ละสังคมนั้นย่อมมีความแตกต่างกัน ขึ้นอยู่กับค่านิยม ขนบธรรมเนียม ประเพณี ความเชื่อ ศาสนาและหลักจริยธรรมเป็นต้น (เกสรา, 2540) การประกอบวิชาชีพทางการแพทย์และการพยาบาล เป็นการกระทำต่อชีวิตและร่างกายของผู้ป่วยโดยตรง ซึ่งในบางครั้งการบำบัดรักษาทางการแพทย์บางชนิด นอกจากจะมีผลกระทบต่อชีวิตและร่างกายของผู้ป่วยโดยตรงแล้ว ยังก่อให้เกิดอันตรายแก่ร่างกายและจิตใจของผู้ป่วย (อัจฉรา, 2537) การกระทำดังกล่าวถ้าเป็นการกระทำที่เข้าองค์ประกอบของความผิดตามบทบัญญัติของกฎหมายว่าด้วยความผิดตามประมวลกฎหมาย ผู้ประกอบวิชาชีพย่อมมีความผิดและได้รับโทษตามกฎหมายนั้น (ดาราพร, 2541) ซึ่งในบางครั้งอาจทำให้มีความผิดตามประมวลกฎหมายอาญา มาตรา 288 กำหนดว่าผู้ใด ฆ่าผู้อื่น ต้องระวางโทษ ประหารชีวิต จำคุกตลอดชีวิตหรือจำคุกตั้งแต่ 15 ปี ถึง 20 ปี (เกสรา, 2540) นอกจากนี้ในบางครั้งอาจมีความผิดฐานทำให้บุคคลฆ่าตนเองตาม มาตรา 292 และมาตรา 293 ได้ ดังนั้นจึงมีกฎหมายเพื่อควบคุมการปฏิบัติของบุคคลกรทางสุขภาพเหล่านี้ ได้แก่ประมวลกฎหมายอาญา กฎหมายแพ่ง พระราชบัญญัติประกอบวิชาชีพเวชกรรม พระราชบัญญัติประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ และพระราชบัญญัติการประกอบโรคศิลปะ (ดาราพร, 2541; ธเนศ, 2542; ธงชัย, 2544) ซึ่งธเนศ (2542) กล่าวว่าความรับผิดชอบตามประมวลกฎหมายอาญา อาจเกิดขึ้นได้ถ้าผู้ประกอบโรคศิลปะ กระทำการดังต่อไปนี้ (1) ปฏิเสธการประกอบโรคศิลปะ ซึ่งจะเข้าลักษณะความผิดตามประมวลกฎหมายอาญา มาตรา 374

ผู้ใดเห็นผู้อื่นตกอยู่ในภยันตรายแห่งชีวิต ซึ่งตนเองอาจช่วยได้โดยไม่กลับเป็นอันตรายแก่ตนเอง และผู้อื่น แต่ไม่ช่วยตามความจำเป็นต้องระวางโทษจำคุกไม่เกิน 1 เดือน หรือปรับไม่เกินหนึ่งพันบาท หรือทั้งจำทั้งปรับ (2) ประกอบโรคศัลปะแล้วทอดทิ้งหรือละทิ้งผู้ป่วย ซึ่งจะมีความผิดตามมาตรา 307 ความว่า ผู้ใดมีหน้าที่ตามกฎหมายหรือตามสัญญาต้องดูแลผู้ซึ่งพึ่งตนเองไม่ได้ เพราะอายุ ความเจ็บป่วย ความพิการหรือจิตพิการ ทอดทิ้งผู้ซึ่งพึ่งตนเองไม่ได้นั้นเสีย โดยประการที่น่าจะเป็นเหตุให้เกิดอันตรายแก่ชีวิตต้องระวางโทษจำคุกไม่เกิน 3 ปีหรือปรับไม่เกิน 6 พันบาทหรือทั้งจำทั้งปรับ (3) การประกอบโรคศัลปะโดยผู้ป่วยไม่ยินยอม อาจจะทำให้มีความผิดตามมาตรา 310 ผู้ใดหน่วงเหนี่ยวหรือกักขังผู้อื่น หรือกระทำด้วยประการใดให้ผู้อื่นปราศจากเสรีภาพในร่างกาย ต้องระวางโทษจำคุกไม่เกินสามปีหรือปรับไม่เกินหกพันบาทหรือทั้งจำทั้งปรับ เป็นต้น นอกจากนี้ อาจต้องรับความผิดตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ ฐานละเมิดตามมาตรา 420 ผู้ใดจงใจ หรือประมาทเลินเล่อ ทั้งต่อบุคคลอื่นโดยผิดกฎหมายให้เขาเสียหายถึงแก่ชีวิตก็ดี แก่ร่างกายก็ดี อนามัยก็ดี เสรีภาพก็ดี ทรัพย์สินหรือสิทธิอย่างใดอย่างหนึ่งก็ดี ท่านว่าผู้นั้นละเมิด จำต้องจ่ายค่าสินไหมทดแทนเพื่อการนั้น และในบางครั้งนอกจากต้องรับผิดทางอาญาและทางแพ่งแล้ว ในบางครั้งต้องรับผิดทางวิชาชีพ ถ้าผู้เสียหายมีการร้องเรียน (ธงชัย, 2544) ดังนั้นผู้ที่ให้การบำบัดรักษาทางการแพทย์ต้องมีความระมัดระวังในการให้การดูแล โดยเฉพาะผู้ป่วยในระยะสุดท้ายของชีวิตที่ไม่สามารถรักษาให้หายด้วยวิธีการต่างๆ (วิสูตรและคณะ, 2544) ซึ่งในบางครั้งผู้ป่วยหรือญาติอาจแสดงเจตจำนงว่าไม่ต้องการให้ใช้เครื่องมือที่ทันสมัยในการชะลอความตาย โดยจะขอตายตามภาวะธรรมชาติ ในกรณีนี้สามารถดำเนินการให้เป็นไปตามความประสงค์ได้ ถ้ามีการชี้แจงถึงผลที่จะเกิดขึ้นจนเข้าใจตรงกัน โดยแพทย์จะไม่มี ความผิดใด ๆ เพราะแพทย์ไม่มีหน้าที่ในการชะลอชีวิตของผู้ที่จะต้องถึงแก่ความตายตามธรรมชาติให้ยาวนานออกไปและการกระทำดังกล่าวก็ไม่ใช่การฆ่าหรือทอดทิ้งผู้ป่วย (แสวง และเอนก, 2540) ซึ่งจะทำให้มีความผิดตามประมวลกฎหมายอาญา มาตรา 307 (วิชัย, 2545) สำหรับในกรณีที่แพทย์ยุติการรักษาเพื่อยืดชีวิต เช่นการปิดเครื่องช่วยหายใจ หรือการไม่ให้อาหารทางสายยาง จะถือว่าแพทย์ ทำให้ผู้ป่วยตายหรือไม่ยังกำกวมอยู่ (กิตติพงษ์, 2539) แต่อย่างไรก็ตามถ้าอธิบายตามหลักกฎหมาย เรื่องดังกล่าว ก็เป็นเรื่องที่มีอาจกระทำได้ (แสวง และเอนก, 2540) แต่ถ้าในกรณีที่ผู้ป่วยเขียนคำสั่งก่อนที่ตัวเองจะหมดสติ ว่าแพทย์ไม่ต้องรักษาเขาเมื่อถึงเวลาไม่ต้องใช้เครื่องช่วยหายใจ ถ้าแพทย์ไม่รักษา ก็ถือว่าเป็นการกระทำที่ถูกต้องตามกฎหมาย (กิตติพงษ์, 2539) ดังนั้นประเด็นการให้ความยินยอมหรือไม่ยินยอมในการรักษาเพื่อยืดชีวิต โดยการให้เครื่องมือทางการแพทย์สมัยใหม่เป็นสิทธิส่วนตัวของผู้ป่วยโดยเฉพาะการให้ญาติลงลายมือชื่อยินยอมหรือไม่ยินยอมแทนผู้ป่วย อาจไม่มี

ผลทางกฎหมาย แต่ถ้าผู้ป่วยตัดสินใจไม่ยอมรับการรักษาโดยใช้เครื่องมือทางการแพทย์เพื่อยืดชีวิตและผู้ป่วยลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐานโดยให้ญาติลงนามเป็นพยานย่อมมีผลทางกฎหมาย (วิฑูรย์, 2545) และถ้าแพทย์เห็นว่าการใช้เครื่องมือดังกล่าวไม่มีประโยชน์ที่จำเป็นต่อการรักษาผู้ป่วยรายนั้นแล้ว กล่าวคือการรักษาดังกล่าวกลับจะทำให้ยืดระยะเวลาที่จะได้รับความเจ็บปวดต่อไป กรณีเช่นนี้ ย่อมไม่ถือว่าเป็นการงดเว้นซึ่งจักต้องกระทำ เพราะฉะนั้นถ้าแพทย์ไม่ใช้เครื่องช่วยชีวิตดังกล่าว มีผลทำให้ผู้ป่วยตาย การตายนั้นไม่ถือเป็นการกระทำของแพทย์ เพราะการใช้เครื่องช่วยชีวิต ไม่มีความจำเป็นจักต้องกระทำต่อไป (วิฑูรย์, 2545)

ในประเทศไทยยังไม่มีกฎหมายที่รองรับสิทธิที่จะตายและการปล่อยให้ผู้ป่วยที่สิ้นหวังได้ตายอย่างสงบ รวมทั้งการยื่นคำร้องต่อศาลให้ศาลสั่งเลิกการรักษา ดังนั้นเมื่อเกิดปัญหาข้อขัดแย้งจำเป็นต้องใช้กฎหมายที่มีอยู่พิจารณาเป็นกรณีไป (วิไลวรรณ, 2539) แต่จากการสำรวจในต่างประเทศพบว่ามีกรณีสนับสนุนกฎหมายเกี่ยวกับสิทธิที่จะตายเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 70 เป็นร้อยละ 90 (Wright, 2001) หลายรัฐในสหรัฐอเมริกาได้ออกกฎหมายในการยอมรับ "การตายอย่างมีศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์" เพื่อใช้ประกอบการตัดสินใจอย่างเหมาะสมเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลเพื่อยืดชีวิตหรือยุติชีวิต โดยอนุญาตให้ผู้ป่วยที่บรรลุนิติภาวะแล้วทำคำสั่งเป็นลายลักษณ์อักษร เพื่อสั่งให้แพทย์ที่รักษาตนให้ทำการเลิกใช้วิธีการชะลอความตายได้ เมื่อเขาตกอยู่ในวาระสุดท้ายของชีวิตซึ่งเรียกว่าพินัยกรรมชีวิต เช่น พระราชบัญญัติว่าด้วยความตายโดยธรรมชาติของรัฐแคลิฟอร์เนียมีข้อกำหนดว่าคำสั่งนั้นผู้ป่วยต้องลงนามไว้เป็นเวลาไม่น้อยกว่า 14 วัน นับแต่ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยและได้ทราบจากแพทย์แล้วว่าตนตกอยู่ในวาระสุดท้ายของชีวิต (วิฑูรย์ และรัชต์ชัย, 2530) และในประเทศเนเธอร์แลนด์ แพทย์สามารถกระทำกิจกรรมภายใต้กฎหมายของเมตตามรณะและการมีชีวิตอยู่อย่างทุกข์ทรมาน ถ้าผู้ป่วยมีการร้องขอ (Sheldon, 2001) แต่สำหรับกฎหมายของอังกฤษนั้น จะต่อต้านการทำเมตตามรณะและการช่วยให้เสียชีวิตโดยแพทย์ แต่ยอมรับการปฏิเสธการรักษาของผู้ป่วยเกี่ยวกับการยืดชีวิต หรือกิจกรรมที่ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกสุขสบายและปราศจากความเจ็บปวดถึงแม้ว่าการกระทำนั้นจะทำให้ผู้ป่วยมีชีวิตสั้นลง (Ashraf, 2001)

สำหรับกฎหมายว่าด้วยความตายของรัฐโอเรกอนเกี่ยวกับการรักษาผู้ที่มีหมดสติ ซึ่งไม่ได้มีคำสั่งเป็นลายลักษณ์อักษรในการให้อำนาจเพื่อยับยั้งการชะลอความตายไว้ (วิฑูรย์ และรัชต์ชัย, 2530) ให้ปฏิบัติดังนี้

กรณีแรก ถ้าผู้ป่วยหมดสติและตามเหตุผลทางวิชาการแล้วผู้ที่ไม่อาจฟื้นขึ้นมาใหม่ได้โดยแพทย์ที่รักษาได้ตัดสินใจแล้วว่าผู้ป่วยตกอยู่ในวาระสุดท้ายของชีวิต และการตัดสินใจของแพทย์ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการแพทย์แล้วทำให้เลิกชะลอความตาย

กรณีที่สอง เมื่อแพทย์ที่รักษาได้รับคำร้องขอจากญาติที่มีความสัมพันธ์ใกล้ชิดที่สุดในลำดับแรกของผู้ป่วยและเห็นด้วย ก็ให้เลิกวิธีการนั้นได้เช่นกัน

กรณีที่สาม ถ้าบุคคลดังกล่าวในกรณีที่สองไม่มีหรือไม่อาจร้องขอได้ แพทย์ที่รักษาก็อาจจะสั่งให้เลิกใช้วิธีการชะลอความตายด้วยตนเองได้

สหรัฐอเมริกาให้สิทธิผู้ป่วยในการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษารวมทั้งมีสิทธิที่จะยอมรับหรือปฏิเสธการรักษาบางอย่าง โดยผู้ป่วยมีการให้ข้อมูลไว้ในรูปแบบของการแสดงเจตจำนงเกี่ยวกับการรักษาล่วงหน้า (advance directive) เพื่อป้องกันการสูญเสียการควบคุมในการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาและความทุกข์ทรมานที่เกิดจากการความไม่เหมาะสมในการใช้เทคโนโลยีที่ก้าวหน้าในการรักษา (Hudak, 2002)

มีหลักฐานทางกฎหมายและจริยธรรมที่กำหนดให้ผู้ใหญ่ที่มีสติสัมปะชัญญะสมบูรณ์มีสิทธิที่จะปฏิเสธการรักษา แม้ว่าการรักษาดังกล่าวจะทำให้เสียชีวิต โดยการแสดงเจตจำนงเกี่ยวกับการรักษาล่วงหน้า (BMA, 2001) ซึ่งการแสดงเจตจำนงเกี่ยวกับการรักษาล่วงหน้า เป็นการเขียนพินัยกรรมไว้ก่อนป่วยหรือมอบฉันทะให้ญาติตัดสินใจ ในกรณีที่มีความเจ็บป่วยทุพพลภาพไม่สามารถเรียกร้องสิทธิการตายได้ ข้อมูลเหล่านี้จะเป็นรูปแบบของข้อตกลงหรือพันธะสัญญาที่บุคคลจะสื่อสารเกี่ยวกับความต้องการ คุณค่า เป้าหมายและความปรารถนา เกี่ยวกับการดูแลที่ผู้ป่วยต้องการในขณะที่ผู้ป่วยไม่สามารถบอกความต้องการของตนเองได้ (Milton, 2001; Ditto, Danks, Smucker, Bookwala, Coppola, Dresser, Fagerlin, Gready, Houts, Lockhart, Zyzanski, 2001) ประมาณ 50 รัฐ ในประเทศสหรัฐอเมริกากำหนดให้มีการแสดงเจตจำนงเกี่ยวกับการรักษาล่วงหน้า (advance directives) ได้อย่างถูกต้องตามกฎหมาย (Ditto et al., 2001) ซึ่งการแสดงเจตจำนงเกี่ยวกับการรักษาล่วงหน้า แบ่งได้เป็น 2 แบบคือ (Martin, Emanuel & Singer, 2000 ; Pierce, 1999; Robinson & Kennedy-Schwarz, 2001)

1. พินัยกรรมชีวิต (Living will) เป็นข้อมูลซึ่งผู้ป่วยใช้ติดต่อสื่อสารในการบอกความต้องการเกี่ยวกับการรักษา เมื่ออยู่ในระยะสุดท้ายของชีวิตและไม่สามารถตัดสินใจได้ด้วยตนเอง (Morrison, 2000a; Pace & Glass, 2000; Wallace, Martin, Shaw, & Price, 2001) จะใช้ได้ในการที่ความตายกำลังจะมาถึง หรือผู้ป่วยอยู่ในระยะสุดท้าย หรือผู้ป่วยอยู่ในภาวะเป็นพืช (Tammelleo, 2000)

2. บุคคลที่ตัดสินใจแทน (Proxy directive หรือ durable power of attorney) เป็นการมอบหมายให้บุคคลอื่นทำหน้าที่ในการตัดสินใจในการรักษาแทน ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่สามารถตัดสินใจได้ด้วยตนเองโดย การตัดสินใจแทนนั้นต้องอยู่บนผลประโยชน์ของผู้ป่วย (Gostin, 1997; Pace & Glass, 2000) และอยู่บนพื้นฐานความต้องการหรือคุณค่าและเป้าหมายของผู้ป่วยถ้าผู้ป่วยสามารถตัดสินใจด้วยตัวเองได้ แต่ถ้าไม่มีใครรู้แน่นอนเกี่ยวกับความต้องการของผู้ป่วย การตัดสินใจควรอยู่บนพื้นฐานของผู้ที่ตัดสินใจแทนแต่ต้องมีการพูดคุยกับทีมสุขภาพเพื่อการตัดสินใจที่ดีที่สุดสำหรับผู้ป่วย โดยการเปรียบเทียบระหว่างประโยชน์และภาระของการรักษาที่ยืดชีวิตสำหรับผู้ป่วย ถ้าเป็นประโยชน์มากกว่าภาระก็ควรจัดให้มีการรักษาแก่ผู้ป่วย แต่ถ้าเป็นภาระมากกว่าประโยชน์ ควรงดเว้นการรักษาดังกล่าว (American Thoracic Society, 1991; Day, 2000; Rich, 2002) สรุปได้ว่าการตัดสินใจแทน มี 2 ชนิดได้แก่ (1) การตัดสินใจแทน (substituted judgment) คือการตัดสินใจตามคุณค่า ความต้องการและความเชื่อของผู้ป่วยและพยายามตัดสินใจให้เหมือนกับที่ผู้ป่วยตัดสินใจด้วยตัวเอง (2) การตัดสินใจกระทำในสิ่งที่ เป็นประโยชน์สูงสุดสำหรับผู้ป่วย (best interest judgment) เป็นการตัดสินใจในกรณีที่ไมทราบความต้องการของผู้ป่วย และเป็นการตัดสินใจกระทำในสิ่งที่ เป็นประโยชน์สูงสุดสำหรับผู้ป่วย โดยคำนึงถึงประโยชน์และภาระของการรักษา (Jacob, 1997; Rich, 2002; Tunzi, 2003) ซึ่งผู้ที่ทำหน้าที่ในการตัดสินใจแทนผู้ป่วยอาจจะเป็นคู่สามี ภรรยา ลูกหลานหรือบุคคลที่เกี่ยวข้อง เช่นบุคคลที่กฎหมายกำหนดให้เป็นผู้คุ้มครองหรือเพื่อนตามลำดับ (Day, 2000; Task Force on Ethics of the Society of Critical Care Medicine, 1990) ซึ่งการคัดเลือกบุคคลที่ทำหน้าที่แทนจะพบบ่อยในผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนัก เนื่องจากส่วนมากผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนักเป็นผู้ป่วยที่ไม่สามารถตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาได้ด้วยตัวเอง ดังนั้นผู้ที่ทำหน้าที่แทนผู้ป่วยหรือสมาชิกในครอบครัวจะต้องมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษา (Vittone, 2002) ซึ่งในต่างประเทศเชื่อว่าครอบครัวเป็นแหล่งข้อมูลที่ดีที่สุดในการตัดสินใจเกี่ยวกับความต้องการของผู้ป่วยและมีการปกป้องสิ่งที่ดีที่สุดสำหรับผู้ป่วย (Huffman, 2003b; Task Force on Ethics of the Society of Critical Care Medicine, 1990)

นอกจากนี้การแสดงเจตจำนงเกี่ยวกับการรักษาล่วงหน้ายังมีใช้ในหลายประเทศ เช่น ในประเทศอังกฤษได้กำหนดให้ผู้ที่รู้สึกตัวดี มีสติสัมปชัญญะ สามารถตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาโดยการเขียนการแสดงเจตจำนงเกี่ยวกับการรักษาล่วงหน้า ซึ่งจะมีผลก็ต่อเมื่อผู้ป่วยอยู่ในภาวะที่ไม่รู้สึกตัวหรือไม่มีสติสัมปชัญญะ (Capron, 1998) แต่ในประเทศเวลส์และไอร์แลนด์เหนือ ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่รู้สึกตัว กฎหมายไม่ได้กำหนดให้บุคคลใดมีสิทธิในการตัดสินใจแทนนอกจากแพทย์

โดยแพทย์มีอำนาจในการตัดสินใจ โดยยึดสิ่งที่ดีที่สุดสำหรับผู้ป่วยเป็นหลัก บุคคลใกล้ชิดสามารถให้ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยได้ แต่ไม่มีสิทธิในการตัดสินใจ (BMA, 2001) สำหรับในประเทศแคนาดา ทีมสุขภาพจะไม่ถูกฟ้องร้องเกี่ยวกับการฆาตกรรมถ้าปฏิบัติตามพินัยกรรมชีวิตของผู้ป่วย ส่วนในประเทศออสเตรเลียในรัฐ South Australia ได้กำหนดให้ผู้ป่วยเลือกบุคคลที่ทำหน้าที่ในการตัดสินใจแทนในกรณีที่ผู้ป่วยไม่รู้สึกรู้ตัว หรือไม่มีสติสัมปชัญญะ หรืออยู่ในภาวะพืช (persistent vegetative state) และในประเทศนิวซีแลนด์ ผู้ป่วยมีสิทธิที่จะได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการให้บริการและการปฏิเสธการรักษา ทั้งการรักษาทั่วไปและการรักษาที่ยืดชีวิต โดยการพูดหรือการเขียนเกี่ยวกับการแสดงเจตจำนงเกี่ยวกับการรักษาล่วงหน้า (Capron, 1998)

การนำการแสดงเจตจำนงเกี่ยวกับการรักษาล่วงหน้าของผู้ป่วยมาใช้ ทำให้การรักษาเป็นไปตามความต้องการของผู้ป่วย (Libbus & Russell, 1995; Morrison, 2000a; Waddell et al., 1996) และทำให้เกิดความไว้วางใจในการรักษาพยาบาลของทีมสุขภาพ (Prendergast, 2001) นอกจากนี้ทำให้ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลน้อยลงเกี่ยวกับการได้รับการรักษาที่ไม่ต้องการในอนาคต และทำให้ญาติมีความวิตกกังวลและรู้สึกผิดน้อยลงเกี่ยวกับการตัดสินใจในการรักษา (Gomez, 2002) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของนอร์แลน และบรูเดอร์ (Norlan & Bruder, 1997) ที่พบว่า ร้อยละ 67 ของผู้ป่วยมีความเห็นว่าการมี การแสดงเจตจำนงเกี่ยวกับการรักษาล่วงหน้า สามารถป้องกันการรักษาที่ไม่ต้องการได้ ในขณะที่ร้อยละ 85 มีความเห็นว่าการทำให้อัตนเองแน่ใจว่าจะได้รับการรักษาที่ต้องการเท่านั้น นอกจากนี้ ร้อยละ 74 ของผู้ป่วยกล่าวว่า สามารถป้องกันความขัดแย้งของครอบครัวเกี่ยวกับการรักษาผู้ป่วยในระยะสุดท้ายและ ร้อยละ 78 ของผู้ป่วยคิดว่าสามารถป้องกันความรู้สึกผิดของสมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยเกี่ยวกับการตัดสินใจในการรักษา และสามารถลดความเครียดของสมาชิกในครอบครัวเกี่ยวกับการตัดสินใจในการยุติการรักษา ซึ่งจะเห็นได้จากการศึกษาของทิลเดน ทอลเลย์ นีลสัน และฟิลด์ (Tilden, Tolle, Nelson, & Fields, 2001) ที่พบว่า ครอบครัวของผู้ป่วยจะมีความเครียดสูงในการตัดสินใจเกี่ยวกับการยกเลิกการรักษาพยาบาลที่ยืดชีวิตในผู้ป่วยที่ไม่มีการแสดงเจตจำนงเกี่ยวกับการรักษาล่วงหน้า แต่อย่างไรก็ตามยังมีผู้ป่วยส่วนน้อยที่มีการพูดคุยเกี่ยวกับการแสดงเจตจำนงเกี่ยวกับการรักษาล่วงหน้า และความต้องการของตนเองกับสมาชิกในครอบครัว (Gomez, 2002) หรือมีการพูดคุยเกี่ยวกับความต้องการในการดูแลในระยะสุดท้ายของชีวิตกับแพทย์ที่ให้การรักษา (Aitken, 2003) ซึ่งจากการศึกษา พบว่ามีผู้ป่วยประมาณร้อยละ 15-20 เท่านั้นที่มีการแสดงเจตจำนงเกี่ยวกับการรักษาล่วงหน้า (Larson & Tobin, 2000; Mezey, Leitman, Mitty, Bottrell, & Ramsey, 2000) นอกจากนี้จากการศึกษาพบว่าถึงแม้ว่าผู้ป่วยจะมีการแสดงเจตจำนงเกี่ยวกับการรักษาล่วงหน้า แต่ก็ไม่ได้มีการปฏิบัติ

ตามคำแนะนำนั้น เนื่องจากมีความสงสัยและไม่แน่ใจเกี่ยวกับความต้องการของผู้ป่วยว่าจะเป็นเรื่องจริง (Gomez, 2002) ซึ่งจะเห็นได้จากการศึกษาเกี่ยวกับการตัดสินใจทางการแพทย์ในระยะสุดท้าย พบว่าบ่อยครั้งที่แพทย์และสมาชิกในครอบครัวเป็นคนตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาในขณะที่ไม่ทราบความต้องการของผู้ป่วยหรือไม่ได้นำความต้องการของผู้ป่วยมาพิจารณา (Asai, Fukuhara, Inoshita, Miura, Tanabe, & Kurokawa, 1997; Costello, 2002) นอกจากนี้แพทย์มีความวิตกกังวลว่าเป็นเรื่องยากที่จะยกเลิกการรักษาที่ยืดชีวิต ตามการแสดงเจตจำนงเกี่ยวกับการรักษาล่วงหน้าของผู้ป่วย โดยเฉพาะเมื่อความต้องการของญาติขัดแย้งกับการแสดงเจตจำนงเกี่ยวกับการรักษาล่วงหน้าของผู้ป่วย (Asai et al., 1997) ดังนั้นจึงทำให้มีความขัดแย้งในการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาในระยะสุดท้ายได้ (Schwartz, Wheeler, Hammes, Basgue, Edmunds, Reed, et al., 2002)

แมคคี (McKee, 1999) ได้เสนอแนวทางในการให้ความกระจ่างในการแสดงเจตจำนงเกี่ยวกับการรักษาล่วงหน้าแก่ผู้ป่วย ดังนี้ (1) ต้องอธิบายเกี่ยวกับการรักษาในแต่ละสถานการณ์อย่างชัดเจนแก่ผู้ป่วยและครอบครัว (2) การแสดงเจตจำนงเกี่ยวกับการรักษาล่วงหน้าจะมีผลต่อเมื่อผู้ป่วยอยู่ในระยะสุดท้ายและสูญเสียความสามารถในการตัดสินใจ (3) ผู้ป่วยสามารถเปลี่ยนแปลงข้อมูลในการแสดงเจตจำนงเกี่ยวกับการรักษาล่วงหน้าได้ตลอดเวลา (4) ผู้ป่วยจะต้องบอกความต้องการของตนเองแก่บุคคลที่เป็นตัวแทนในการตัดสินใจ และ (5) ถ้าผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลง การแสดงเจตจำนงเกี่ยวกับการรักษาล่วงหน้า ต้องให้แพทย์หรือทีมสุขภาพบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับความต้องการของผู้ป่วย เพื่อให้ทีมสุขภาพสามารถให้การรักษาได้ตรงกับความต้องการของผู้ป่วย ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่มีการแสดงเจตจำนงเกี่ยวกับการรักษาล่วงหน้า หรือไม่ทราบความต้องการของผู้ป่วยเกี่ยวกับการรักษาและผู้ป่วยไม่รู้สึกรู้สีกตัว การตัดสินใจในการรักษาควรสะท้อนให้เห็นถึงการตัดสินใจในการกระทำสิ่งที่ดีที่สุดสำหรับผู้ป่วย และไม่ตรงข้ามกับสิทธิของผู้ป่วย โดยรวมความต้องการในการรักษาของผู้ป่วยทั้งในปัจจุบันและในอดีต (BMA, 2001; Sloan, 1996)

แพทย์และพยาบาลจะต้องมีการพูดคุยกับผู้ป่วยทุกคนเกี่ยวกับการดูแลในระยะสุดท้ายของชีวิต (Silveira, DiPiero, Gerrity, & Feudtner, 2000) โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีความทุกข์ทรมานจากการเจ็บป่วยเรื้อรัง ซึ่งมีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดความผิดปกติทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ ซึ่งอาจจะทำให้ผู้ป่วยไม่รู้สึกรู้สีกตัวและไม่สามารถตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาได้ ดังนั้นจึงต้องกระทำก่อนที่ผู้ป่วยจะไม่รู้สึกรู้สีกตัวและไม่สามารถตัดสินใจได้ (Gomez, 2002) ซึ่งการพูดคุยกับผู้ป่วยเกี่ยวกับการรักษาล่วงหน้าในกรณีที่ผู้ป่วยมีความเจ็บป่วยเป็นสิ่งที่ยุ่งยาก เนื่องจากอาจจะมีความเครียด ความกดดัน

ทางด้านอารมณ์ ความไม่สุขสบายทางด้านร่างกายและผลกระทบจากการใช้ยาแต่ละชนิด (The SUPPORT Principle Investigator, 1995) โดยที่มึนสุขภาพต้องมีการประเมินสถานการณ์ของผู้ป่วยแต่ละคน และต้องทราบเกี่ยวกับความต้องการของผู้ป่วย ความยินยอมของผู้ป่วย (Pierce, 1999) ซึ่งจากการศึกษาพบว่าแพทย์ที่แพทย์เป็นคนเริ่มพูดคุยเกี่ยวกับการตัดสินใจในระยะสุดท้ายจะมีประสิทธิภาพมากกว่าผู้ป่วยเป็นคนเริ่ม (Morrison & Morrison, 1994) และจากการศึกษา ที่พบว่าผู้ป่วยและแพทย์ส่วนใหญ่มีความคิดเห็นตรงกันว่า แพทย์ควรจะเป็นคนเริ่มในการพูดคุยเกี่ยวกับการดูแลในระยะสุดท้ายของชีวิต (Heffner, Fahy, Hilling, & Barbieri, 1996; Johnston, Pfeifer, & McNutt, 1995) นอกจากนี้ทั้งแพทย์และพยาบาลจะต้องรู้เกี่ยวกับการแสดงเจตจำนงเกี่ยวกับการรักษาล่วงหน้าของผู้ป่วยก่อนที่ผู้ป่วยจะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล หรือในหอผู้ป่วยวิกฤต หรือการปฏิเสธการรักษา (Blatt, 1999) โดยแพทย์จะต้องมีหน้าที่ในการพูดคุยเกี่ยวกับการแสดงเจตจำนงเกี่ยวกับการรักษาล่วงหน้าของผู้ป่วย ซึ่งอาจจะมีการพูดคุยในระหว่างที่มีการตรวจเยี่ยมผู้ป่วยตามปกติ โดยแพทย์สามารถถามเกี่ยวกับความต้องการในการดูแลในระยะสุดท้ายและในการตรวจเยี่ยมครั้งต่อ ๆ ไป (Aitken, 2003) บทบาทของพยาบาลกับการแสดงเจตจำนงเกี่ยวกับการรักษาล่วงหน้าของผู้ป่วย คือจะต้องสนับสนุนให้ผู้ป่วยใช้การแสดงเจตจำนงเกี่ยวกับการรักษาล่วงหน้า ติดตามการปฏิบัติของทีมงานสุขภาพตามความต้องการของผู้ป่วย มีการสอบถามเกี่ยวกับความต้องการของผู้ป่วยเมื่อเวลาเปลี่ยนไป สนับสนุนให้มีการพูดคุยร่วมกันระหว่างผู้ป่วยและญาติ ต้องเป็นผู้นำและให้ความร่วมมือในการพัฒนานโยบายและแนวปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับการแสดงเจตจำนงเกี่ยวกับการรักษาล่วงหน้า และต้องแน่ใจว่าได้ให้การดูแลเพื่อความสุขสบายอย่างมีคุณภาพสูงสุด และไม่มีการทอดทิ้งผู้ป่วยเมื่อเป้าหมายของการรักษาเปลี่ยนจากการยืดชีวิตเป็นการบรรเทาอาการและการตายอย่างสงบ (Idemoto et al., 1993; Johns, 1996)

เอ็มมานูเอล เดนิส เพร็ดแมนและซิงเกอร์ (Emanuel, Danis, Pearlman, & Singer, 1995) ได้เสนอขั้นตอนในการให้ผู้ป่วยแสดงเจตจำนงเกี่ยวกับการรักษาล่วงหน้าในผู้ป่วยนอก ดังนี้ (1) การพูดนำเกี่ยวกับการแสดงเจตจำนงเกี่ยวกับการรักษาล่วงหน้าและการให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วย โดยอาจให้ข้อมูลในระหว่างที่ดูแลผู้ป่วย หรือมีการทำคู่มือเล่มเล็กเกี่ยวกับการแสดงเจตจำนงเกี่ยวกับการรักษาล่วงหน้า (2) ส่งเสริมให้มีการพูดคุยเกี่ยวกับเรื่องนี้อย่างมีแบบแผน เมื่อผู้ป่วยมารับการรักษาครั้งต่อไป แพทย์ต้องเริ่มต้นพูดคุยอย่างชัดเจน เกี่ยวกับความต้องการและความวิตกกังวลของผู้ป่วย สิ่งสำคัญคือ ต้องพยายามเข้าใจเป้าหมายการรักษาของผู้ป่วย และมีการเขียนการแสดงเจตจำนงเกี่ยวกับการรักษาล่วงหน้าของผู้ป่วย โดยผู้ป่วยต้องแน่ใจว่าเป็นการเขียนร่างคำสั่งครั้งแรกและสามารถเปลี่ยนแปลงได้ตามความเหมาะสม ให้เวลาผู้ป่วยและผู้ตัดสินใจแทนสะท้อนและพูดคุย

กับคนอื่น (3) ทำคำสั่งการแสดงเจตจำนงเกี่ยวกับการรักษาล่วงหน้าให้สมบูรณ์ ลงวันที่และบันทึกข้อมูลในบันทึกทางการแพทย์ ทดสอบความเข้าใจของผู้ป่วยโดยการยกตัวอย่าง และคัดลอกข้อมูลให้แก่ผู้ป่วยและผู้ทำหน้าที่แทน (4) มีการทบทวนและทำคำสั่งการแสดงเจตจำนงเกี่ยวกับการรักษาล่วงหน้าให้ทันสมัย และลงวันที่ทุกครั้งที่มีการเปลี่ยนแปลง จะมีการพิจารณาทบทวนเกี่ยวกับความต้องการของผู้ป่วยและทำให้ทันสมัย โดยเฉพาะเมื่อผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลงหรือมีการเปลี่ยนแปลงผู้ทำหน้าที่ในการตัดสินใจแทน จะต้องมีการบันทึกการเปลี่ยนแปลงทุกอย่างและลงวันที่คัดลอกคำสั่งการแสดงเจตจำนงเกี่ยวกับการรักษาล่วงหน้าให้แก่ผู้ป่วย และผู้ทำหน้าที่ในการตัดสินใจแทนหรือผู้ที่เกี่ยวข้องอื่น ๆ ในทางตรงกันข้าม ถ้าผู้ป่วยมีการยืนยันการแสดงเจตจำนงเกี่ยวกับการรักษาล่วงหน้าเดิมจะต้องมีการลงวันที่ใหม่ทุกครั้ง และ(5) ปฏิบัติตามแผนโดยทำตามความต้องการและคำสั่งการรักษาของผู้ป่วยเมื่อเวลาเหมาะสม ซึ่งอิตเคน (Aitken, 2003) กล่าวว่า ปฏิบัติการทางการแพทย์ที่เขียนในการแสดงเจตจำนงเกี่ยวกับการรักษาล่วงหน้า ได้แก่ การช่วยฟื้นชีวิต การใช้เครื่องช่วยหายใจ การรักษาด้วยไตเทียม การรักษาด้วยเคมีบำบัด การให้อาหารและสารน้ำด้วยวิธีพิเศษ การให้เลือดและผลิตภัณฑ์ของเลือด การใช้เครื่องกระตุ้นหัวใจ การใช้ยาปฏิชีวนะ และการผ่าตัด

สมาคมผู้ประกอบการวิชาชีพด้านการแพทย์และกฎหมายทั้งหลายได้กำหนดแนวทางปฏิบัติขึ้นเพื่อใช้ประกอบในการตัดสินใจอย่างเหมาะสมในการเลิกใช้วิธีการชะลอความตาย เช่น แนวปฏิบัติของคณะกรรมการประสานงานเฉพาะกิจ เพื่อพิจารณาจริยธรรมทางชีวการแพทย์ของสมาคมและเนติบัณฑิตสภาแห่งลอสแอนเจลิส (Los Angeles County) ได้กำหนดว่าการประคับประคองระบบการทำงานของปอดและหัวใจอาจจะไม่ต้องกระทำอีกต่อไป ในกรณีที่ผู้ป่วยหมดสติไม่มีโอกาสฟื้นขึ้นมาได้ โดยเวาระเบียนจะต้องบันทึกการวินิจฉัยอาการของผู้ป่วยไว้เป็นลายลักษณ์อักษร ด้วยคำรับรองของแพทย์และมีหลักฐานทางการแพทย์สนับสนุนการวินิจฉัยนั้นอย่างเพียงพอ นอกจากนั้นจะต้องปรากฏชัดว่าผู้ป่วยไม่ได้แสดงความจำนงที่จะให้ช่วยชีวิตนั้นอีกต่อไป (วิฑูรย์ และรัชต์ชัย, 2530) แต่สำหรับประเทศไทยยังไม่มีแนวปฏิบัติที่ชัดเจนเกี่ยวกับเรื่องนี้ที่กำหนดโดยองค์กรวิชาชีพ การปฏิบัติในสถาบันต่าง ๆ ยังคงไม่ชัดเจน (วิฑูรย์, 2545)

2.5 ปัจจัยอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการตัดสินใจในการให้/ยุติการรักษาพยาบาลที่ยืดชีวิต

2.5.1 คุณค่าและความเชื่อของผู้ป่วยและทีมสุขภาพ

คุณค่าเป็นแนวคิด อุดมคติ พฤติกรรมและสภาวะที่จะนำไปสู่การให้ความหมายของชีวิตของแต่ละบุคคล (Fenner, 1980) ช่วยให้บุคคลสามารถเลือกทางเลือก ในการตัดสินใจ

และการแก้ไข้ปัญหา (White & Duncan, 2002) นอกจากนี้ คุณค่ายังเป็นพื้นฐานในการดำเนินชีวิต และเป็นตัวกำหนดทิศทางของชีวิต (Davis & Aroskar, 1991) และรองรับทุกการกระทำและการตัดสินใจของบุคคลนั้น ๆ (Ford, Trygstand- durland, & Nelms, 1979) เป็นหัวใจของการตัดสินใจทางด้านจริยธรรมและมีความแตกต่างกันในแต่ละบุคคล (Commons & Baldwin, 1997) คุณค่าของบุคคล (personal values) เป็นการทำแต่ละคนให้คุณค่าในชีวิตของตนเอง (Fenner, 1980) เมื่อนำคุณค่ามาเป็นเกณฑ์ในการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลที่ยืดชีวิตผู้ป่วยวิกฤต อาจมีมุมมองที่แตกต่างกันไปขึ้นอยู่กับแต่ละบุคคล เช่น จากการศึกษาทัศนคติและคุณค่าของแพทย์เกี่ยวกับการดูแลในระยะสุดท้ายและการช่วยเหลือให้ฆ่าตัวตาย พบว่าแพทย์ที่มีความยึดมั่นในคุณค่าเกี่ยวกับการต่อต้านการยกเลิกการรักษาพยาบาลผู้ป่วยที่อยู่ในระยะสุดท้ายจะไม่เห็นด้วยกับการยกเลิกการรักษาในระยะสุดท้าย (Doukas, Gorenflo, & Supanich, 1999) นอกจากนี้ จากการศึกษาของสฟรังก์ อีเดลแมน และสตีเวนเบิร์ก (Sprung, Eidelman, & Steinberg, 1997) พบว่าในบางครั้งคุณค่าในการตัดสินใจของแพทย์อาจขัดแย้งกับข้อบ่งชี้ในการรักษาทางการแพทย์ และแพทย์อาจให้ความหมายของการรักษาที่ไม่มีประโยชน์ตามคุณค่าของตนเอง และมีการยกเลิกการรักษาที่ยืดชีวิตโดยปราศจากการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยและญาติ ซึ่งการตัดสินใจดังกล่าวอาจจะแตกต่างจากคุณค่าและความเชื่อของผู้ป่วยและญาติ ซึ่งจะเห็นได้จากการศึกษาเกี่ยวกับความขัดแย้งระหว่างการปฏิบัติของแพทย์และความต้องการของผู้ป่วยวิกฤต พบว่าร้อยละ 34 ของแพทย์ ยังคงให้การรักษาที่ยืดชีวิต แม้ว่าผู้ป่วยและบุคคลที่ทำหน้าที่ในการตัดสินใจแทน ไม่ต้องการให้มีการรักษา นอกจากนี้แพทย์ร้อยละ 83 ที่มีการยับยั้งการรักษา และร้อยละ 82 ยกเลิกการรักษาโดยที่มีการตัดสินใจเพียงคนเดียวว่าการรักษาที่ให้เป็นการรักษาที่ไม่มีประโยชน์ และมีแพทย์บางคนที่กระทำโดยปราศจากการรับรู้หรือความยินยอมของผู้ป่วยหรือคนที่ตัดสินใจแทน นอกจากนี้ มีแพทย์บางคนกระทำตามความต้องการของตนเอง (Asch, Hansen-Flaschen, & Lancken, 1995) ซึ่งจะเห็นได้จากการศึกษาของเพรินเดอร์การ์ริส และหลุยส์ (Prendergast & Luce, 1997) พบว่าแพทย์จะปฏิเสธคำร้องขอของผู้ที่ตัดสินใจแทนผู้ป่วยในการช่วยฟื้นชีวิต ในกรณีที่แพทย์พิจารณาแล้วว่าหมดหวัง

นอกจากนี้การตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลที่ยืดชีวิตในผู้ป่วยบางคนยังขึ้นอยู่กับความเชื่อทางศาสนา (Astrow, Puchalski, & Sulmasy, 2001) ซึ่งจะเห็นได้จากการศึกษาแนวทางในการปฏิบัติของแพทย์เกี่ยวกับประเด็นของศาสนาและจิตวิญญาณในระยะสุดท้ายของชีวิต พบว่ามีผู้ป่วยหรือสมาชิกในครอบครัวบางคนใช้เหตุผลทางศาสนาในการยืนยันให้มีการรักษาพยาบาลที่ยืดชีวิต ซึ่งในบางครั้งขัดแย้งกับคำแนะนำของแพทย์ (Lo, Ruston, Kates, Arnold,

Cohen, Faber-Langendoen, et al., 2002) นอกจากนี้บาคแมนและคณะ (Bachman et al., 1996) พบว่าบุคคลที่เคร่งศาสนาจะไม่เห็นด้วยกับการช่วยเหลือให้ฆ่าตัวตายของแพทย์ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาในผู้ป่วยโรคระบบประสาทที่ไม่สามารถควบคุมกล้ามเนื้อได้ (amyotrophic lateral sclerosis) พบว่าผู้ป่วยที่เคร่งศาสนาจะไม่ร้องขอให้ทำเมตตามรณะ และการช่วยเหลือให้ฆ่าตัวตาย (Veldink, Wokke, van der Wal, Vianney de Jong, & van den Berg, 2002) และผู้ป่วยที่เคร่งศาสนาจะมีความวิตกกังวลน้อยเกี่ยวกับความตาย (Murphy, Albert, Weber, Del Bene, & Rowland, 2000) นอกจากนี้จากการศึกษาเกี่ยวกับความต้องการในการรักษาที่ยืดชีวิตของผู้สูงอายุในอิสราเอล พบว่าคนที่เคร่งศาสนาต้องการการรักษาที่ยืดชีวิตมากกว่ากลุ่มอื่น (Carmel & Mutran, 1997) ผู้ป่วยที่เป็นคริสเตียนและครอบครัวตัดสินใจในการยืนยันให้มีการรักษาแบบรุกในระยะสุดท้ายของชีวิตตามความเชื่อทางศาสนา (Brett & Jersild, 2003) ในประเทศอังกฤษ คนที่ไม่นับถือศาสนาต้องการยุติการรักษาที่ช่วยยืดชีวิตมากกว่าคนที่นับถือศาสนาคริสต์นิกายโรมันคาทอลิกหรือคนที่นับถือศาสนาคริสต์นิกายอื่น (O'Neill, Feenan, Hughes, & McAlister, 2002) นอกจากนี้ในประเทศไอร์แลนด์ซึ่งบุคคลส่วนใหญ่ในประเทศนับถือศาสนาคริสต์นิกายโรมันคาทอลิก ดังนั้นการช่วยเหลือเพื่อฆ่าตัวตายหรือการให้คำปรึกษาในการฆ่าตัวตายเป็นการกระทำที่ผิดกฎหมายโดยมีความผิดทางอาญา (Phillips, 1997) และมีการคัดค้านการออกกฎหมายเมตตามรณะในประเทศไอร์แลนด์ (Birchard, 2000) นอกจากนี้จากการศึกษาที่พบว่า ผู้ป่วยร้อยละ 40 มีความเห็นว่าความเชื่อทางศาสนามีผลต่อการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาถ้ามีอาการเจ็บป่วยอย่างรุนแรง และผู้ป่วยร้อยละ 94 เห็นด้วยอย่างยิ่งว่าแพทย์ควรถามเกี่ยวกับความเชื่อทางศาสนาของผู้ป่วยที่มีอาการหนักก่อนตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษา (Ehman, Ott, Short, Ciampa, & Hansen-Flaschen, 1999)

นอกจากนี้ในประเทศออสเตรเลีย บุคคลที่มีความศรัทธาในศาสนาสามารถเลิกล้มกฎหมายที่อนุญาตให้แพทย์ใช้วิธีการช่วยเหลือให้ฆ่าตัวตายได้ (Fraser & Walters, 2000) และจากการศึกษาของเชน (Chen, 2001) พบว่าทัศนคติเกี่ยวกับความตายของชาวยิวขึ้นอยู่กับความเชื่อเกี่ยวกับชีวิตหลังความตาย นอกจากนี้การดูแลในระยะสุดท้ายของชาวยิวมีความเกี่ยวข้องกับความเชื่อทางศาสนา (Bonura, Fender, Roesler, & Pacquiao, 2001) ซึ่งหลักการที่สำคัญของศาสนายิวคือ การเคารพชีวิตมนุษย์ บุคคลทุกคนมีคุณค่าเนื่องจากเขาทั้งหลายเป็นมนุษย์ และมีความเชื่อว่าพระเจ้าเป็นคนสร้างชีวิตมนุษย์ ดังนั้นแต่ละบุคคลมีหน้าที่ในการดูแลชีวิตและสุขภาพของตนเอง การเคารพความเป็นมนุษย์โดยการรักษาชีวิตของตนเองก็เหมือนกับการเคารพพระเจ้า ดังนั้นตามความเชื่อของศาสนายิว ผู้ป่วยที่อยู่ในระยะสุดท้ายของโรคยังคงได้รับการ

การรักษาพยาบาลที่ยืดชีวิต (Gillick, 2001) ซึ่งจะเห็นได้จากการศึกษาเกี่ยวกับศาสนาและคุณค่าของบุคคลกับทัศนคติในการรักษาพยาบาลที่ยืดชีวิต พบว่าชาวอียิปต์มีทัศนคติที่ดีต่อการรักษาพยาบาลที่ยืดชีวิตเมื่ออยู่ในระยะสุดท้าย (Ejaz, 2000) นอกจากนี้ในศาสนาอิสลามการตัดสินใจทางด้านจริยธรรมจะขึ้นอยู่กับกรอบแนวคิดของคุณค่าซึ่งสืบเนื่องมาจากพระผู้เป็นเจ้า และธรรมเนียมประเพณีที่สืบต่อกันมา หลักจริยธรรมของศาสนาอิสลามจะเน้นการป้องกันการเจ็บป่วยและการสอนว่าผู้ป่วยจะต้องได้รับการรักษาด้วยความเคารพและความเห็นอกเห็นใจทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจและด้านจิตวิญญาณ (Daar & Al, 2001) เมื่อผู้ป่วยมุสลิมมีความเจ็บป่วย ผู้ป่วยจะมีการสวดขอพรจากพระอัลลอห์เพื่อให้หายจากความเจ็บป่วย การเจ็บป่วยในระยะสุดท้ายและภาวะคุกคามต่อชีวิตของผู้ป่วยมุสลิมเป็นการทดสอบจากพระอัลลอห์ ความตายเป็นการเริ่มต้นไม่มีที่สิ้นสุดและการที่ได้มีชีวิตอยู่บนสวรรค์กับพระอัลลอห์ นอกจากนี้ชาวมุสลิมมีความเชื่อว่าความตายขึ้นอยู่กับพระอัลลอห์ การฆ่าตัวตาย การทำเมตตามรณะ และการปฏิเสธอาหารและน้ำเป็นสิ่งที่ถูกห้ามในศาสนา แต่การหยุดการรักษาบางอย่างที่ยืดชีวิตสามารถทำได้โดยสมาชิกในครอบครัว (Hedayat, 2001 cited by Ott, Al-Khadhuri, & Al-Junaibi, 2003) ดังนั้นชาวมุสลิมจึงมีชีวิตอยู่อย่างมีความหวังเนื่องจากชีวิตและความตายที่เกิดขึ้นเป็นพระประสงค์ของพระอัลลอห์ (Ott et al., 2003) ส่วนศาสนาพุทธสอนให้ยอมรับในชีวิตและความเชื่อในเรื่องของการเกิด แก่ เจ็บ ตาย (Kemp, 1999b) มีการยอมรับการช่วยฟื้นชีวิต แต่ไม่ยอมรับการทำเมตตามรณะโดยการทำให้ผู้ป่วยตายโดยตรง (Northcott, 2002) และการทำให้ผู้ป่วยตายในทางอ้อม เนื่องจากศาสนาพุทธจะขัดขวางการฆ่าชีวิตคนอื่น เพราะการฆ่าคนอื่นจะทำให้เป็นบาป (Perrett, 1996)

จะเห็นได้ว่าศาสนามีผลต่อการตัดสินใจในการรักษาพยาบาลของผู้ป่วย ดังนั้นแพทย์และทีมสุขภาพที่ให้การดูแลผู้ป่วยจะต้องมีการเรียนรู้เกี่ยวกับวัฒนธรรม มีความไวและเคารพในความแตกต่างทางด้านวัฒนธรรมและความเชื่อทางศาสนาของผู้ป่วยแต่ละคน (Coward & Sidhu, 2001; Latimer, 1998) ต้องพัฒนาทักษะที่มีความจำเป็นในการทำให้เกิดความเข้าใจและลดความขัดแย้งในการดูแลผู้ป่วยในระยะสุดท้ายที่มาจากวัฒนธรรมที่แตกต่างกัน นอกจากนี้จะต้องมีความรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับคุณค่า วัฒนธรรม ความเชื่อและพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วย (Crawley, Marshall, Lo, & Koenig, 2002) ต้องเข้าใจ คุณค่าของผู้ป่วยแต่ละคน และต้องเคารพทางเลือกในการรักษาของผู้ป่วย (Ejaz, 2000) ซึ่งฮัฟแมน (Huffman, 2003a) ได้เสนอแนะการปฏิบัติในกรณีที่ผู้ป่วยปฏิเสธการรักษาเนื่องจากเหตุผลทางศาสนา เช่น ไม่ต้องการให้ถอดท่อช่วยหายใจเนื่องจากรอปาฏิหาริย์จากพระเจ้า สิ่งที่ดีที่สุดคือทีมสุขภาพต้องไม่พยายามทำให้เชื่อว่าความคิดของสมาชิกในครอบครัวเป็นสิ่งที่ดี แต่ต้องพยายามเข้าใจมุมมองของผู้ป่วยและญาติ

เกี่ยวกับความเชื่อทางศาสนา ดังนั้นในบางครั้งทีมสุขภาพต้องขอความช่วยเหลือจากอนุศาสนาจารย์หรือจากนักบวช ในการพูดคุยเรื่องศาสนากับผู้ป่วยและครอบครัวและพยายามให้มีความคิดเห็นที่สอดคล้องกันเกี่ยวกับการรักษาในการยึดชีวิตที่เหมาะสม (Brett & Jersild, 2003) เพื่อสามารถตอบสนองความต้องการในการรักษาของผู้ป่วยและลดความขัดแย้งที่อาจจะเกิดขึ้นได้

2.5.2 ปัจจัยด้านทีมสุขภาพ

จากการศึกษาการตัดสินใจของทีมสุขภาพในประเทศแคนาดาเกี่ยวกับการยกเลิกการรักษาเพื่อพ่วงชีวิตในผู้ป่วยวิกฤตของคูก และคณะ (Cook et al., 1995) พบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจของทีมสุขภาพ ได้แก่ จำนวนปีหลังจากจบการศึกษาหรือประสบการณ์ในการทำงานของพยาบาล โดยพยาบาลที่จบการศึกษามานานจะมีการรักษาพยาบาลแบบรุก (aggressive treatment) น้อยกว่าพยาบาลที่เพิ่งจบ นอกจากนี้ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับแพทย์ในการตัดสินใจเกี่ยวกับการให้/ยับยั้งการรักษาพยาบาลที่ยึดชีวิต ขึ้นอยู่กับลักษณะและคุณค่าของแพทย์แต่ละคน (Leonard, Doyle, & Raffin, 1999) ซึ่งได้แก่ ปัจจัยเกี่ยวกับภูมิหลังของแพทย์ เช่น เพศ ประสบการณ์ในการทำงาน อายุ การศึกษาต่อหลังจากจบปริญญา และทัศนคติของแพทย์ โดยแพทย์ที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยที่อยู่ในระยะสุดท้าย จะมีการช่วยฟื้นชีวิตน้อยกว่าแพทย์ที่ไม่มีประสบการณ์ และแพทย์ที่มีอายุมากจะให้การรักษาโดยการช่วยฟื้นชีวิตน้อยกว่าแพทย์ที่มีอายุน้อย (Hinkka, Kosunen, Metsanoja, Lammi, & Kellokumpu-Lehtinen, 2001; Hinkka, Kosunen, Lammi, Metsanoja, Puustelli, & Kellokumpu -Lehtinen, 2002) นอกจากนี้แพทย์ที่มีอายุมากมีความมั่นใจในการตัดสินใจในการดูแลผู้ป่วยในระยะสุดท้ายมากกว่าแพทย์ที่อายุน้อย (Stevens, Cook, Guyatt, Griffith, Walter, & McMullin, 2002) ซึ่งสอดคล้องกับการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการจำกัดการรักษาพยาบาลที่ยึดชีวิตของแพทย์ พบว่าแพทย์ที่มีประสบการณ์มากจะมีความเชื่อมั่นในการตัดสินใจ และมีการจัดการที่เหมาะสมในการดูแลผู้ป่วยใกล้ตายรวมทั้งประเด็นการกักขัง หรือการยกเลิกการรักษาพยาบาลที่ยึดชีวิตมากกว่าแพทย์ที่มีประสบการณ์น้อย (Luce, 1999) และจากการศึกษาประเด็นขัดแย้งเกี่ยวกับการช่วยฟื้นชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย พบว่าแพทย์ที่มีอายุน้อยกว่า 35 ปี มีการช่วยฟื้นชีวิตมากกว่าแพทย์ที่อายุ 35-49 ปี และกลุ่มที่อายุมากกว่า 49 ปี นอกจากนี้จากการศึกษาของแฮนสัน เดนนิส การ์เรทท์ และมิวเทรน (Hanson, Danis, Garrett, & Mutran, 1996) พบว่าแพทย์ที่มีความชำนาญทางด้านหัวใจ จะให้การรักษาพยาบาลที่ยึดชีวิต เช่น การช่วยฟื้นชีวิตและการใช้เครื่องช่วยหายใจมากที่สุด ในขณะที่แพทย์ที่มีความชำนาญเกี่ยวกับมะเร็งจะมีการยกเลิก/ยับยั้งการรักษาพยาบาลที่ยึดชีวิตมากที่สุด

นอกจากนี้แพทย์ที่มีความชำนาญทางด้านหัวใจ จะเห็นด้วยกับความต้องการของผู้ป่วยเกี่ยวกับการช่วยฟื้นชีวิตมากกว่าแพทย์ที่ไม่มี ความชำนาญด้านโรคหัวใจอย่างมีนัยสำคัญ (Krumholz et al., 1998)

จากการศึกษาของคาเมล (Carmel, 1999) พบว่า แพทย์จะพิจารณาเกี่ยวกับการสูญเสียการทำหน้าที่ของการรับรู้ ในขณะที่พยาบาลพิจารณาเกี่ยวกับนโยบายของโรงพยาบาลเป็นสิ่งสำคัญในการตัดสินใจเกี่ยวกับการยืดชีวิตหรือการยุติการรักษา และจากการศึกษากระบวนการในการตัดสินใจเกี่ยวกับการพิจารณายับยั้งหรือยกเลิกการรักษาเพื่อช่วยชีวิตในโรงพยาบาลเด็กพบว่าพยาบาลจะพิจารณาความต้องการของครอบครัวและความทุกข์ทรมานของผู้ป่วยเป็นปัจจัยสำคัญในการตัดสินใจ ในขณะที่แพทย์จะพิจารณาเกี่ยวกับการพยากรณ์โรคเป็นสิ่งสำคัญในการตัดสินใจ (Street et al., 2000) นอกจากนี้จากการศึกษากระบวนการตัดสินใจในการยุติการรักษาในผู้ป่วยใกล้ตาย พบว่า ร้อยละ 12 ของพยาบาลเห็นว่าการกระทำควรขึ้นอยู่กับนโยบายของหอผู้ป่วย ร้อยละ 66 ของพยาบาลมีความเห็นว่าการตัดสินใจในการยุติการรักษาควรกระทำเมื่อผู้ป่วยมีอาการเลวลงอย่างรวดเร็ว และมีการคาดการณ์ว่าความตายจะเกิดขึ้นในไม่กี่สัปดาห์ข้างหน้า ร้อยละ 23 ของพยาบาลมีความเห็นว่าการตัดสินใจควรกระทำเมื่อความตายจะเกิดขึ้นภายในไม่กี่วัน ร้อยละ 10 มีความเห็นว่าการตัดสินใจควรกระทำเมื่อความตายจะเกิดขึ้นในไม่กี่เดือน และร้อยละ 44 ของพยาบาลเห็นว่าการพูดคุยก่อนการตัดสินใจ ควรเป็นความรับผิดชอบของแพทย์คนเดียว ในการเริ่มต้นพูดคุยเกี่ยวกับการยุติการรักษา แต่ร้อยละ 87 ของพยาบาลเห็นว่าการพูดคุยร่วมกันระหว่างแพทย์และพยาบาลในการยุติการรักษา (Kuuppelomaki, 2002) นอกจากนี้ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับกฎหมายและเศรษฐกิจก็มีผลต่อการตัดสินใจในยับยั้ง/ยกเลิกการรักษาพยาบาลที่ยืดชีวิตผู้ป่วย (Stevens et al., 2002; Waddell, Clarnette, Smith, Oldham, & Kellehear, 1996)

ดังนั้นสรุปได้ว่าปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับทีมสุขภาพในการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลที่ยืดชีวิต ได้แก่ ปัจจัยทางด้านภูมิหลังของทีมสุขภาพ ซึ่งประกอบด้วย อายุ ประสบการณ์ในการทำงาน ความชำนาญเฉพาะทาง และกฎหมาย เป็นปัจจัยที่ทำให้ทีมสุขภาพ มีการตัดสินใจในการรักษาพยาบาลที่แตกต่างกันเกี่ยวกับการให้หรือยุติการรักษาพยาบาลที่ยืดชีวิต

2.5.3 ปัจจัยด้านผู้ป่วย

สำหรับปัจจัยด้านผู้ป่วยที่นำมาพิจารณาในการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลที่ยืดชีวิตได้แก่ การพยากรณ์เกี่ยวกับการกลับมาเป็นปกติของความเจ็บป่วย ความรุนแรงของโรคที่เป็น และคุณภาพชีวิตที่ประเมินโดยผู้ให้การดูแลผู้ป่วย (Pochard, Azoulay, Chevret, Vinsonneau, Grassin, Lemaire, et al., 2001) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของเมเยอร์และคอสซอฟฟ์ (Mayer & Kossoff, 1999) พบว่าปัจจัยที่สำคัญในการพิจารณาเกี่ยวกับการยกเลิกการรักษา

พยาบาลที่ยืดชีวิตในผู้ป่วยโรคทางระบบประสาทคือ การพยากรณ์โรคที่เลว คุณภาพชีวิตที่แย่งจาก การคาดหวัง และระดับความทุกข์ทรมานในปัจจุบันของผู้ป่วย และจากการศึกษาของคีแนน และคณะ (Keenan et al., 1997) พบว่าการพยากรณ์โรคที่เลวเป็นเหตุผลที่สำคัญที่สุดในการยกเลิกการรักษาพยาบาลที่ยืดชีวิตในผู้ป่วยที่รักษาในหอผู้ป่วยหนัก นอกจากนี้จากการศึกษาเกี่ยวกับทัศนคติและการปฏิบัติของแพทย์และพยาบาลที่ให้การดูแลผู้ป่วยเด็กที่อยู่ในภาวะวิกฤตในหอผู้ป่วยเด็กวิกฤต พบว่าปัจจัยที่สำคัญในการตัดสินใจในการดูแลในระยะสุดท้าย คือ ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยเช่น คุณภาพชีวิตในมุมมองของผู้ป่วยและครอบครัว อัตราการรอดชีวิตที่น่าจะเป็นไปได้ ส่วนปัจจัยที่เกี่ยวข้องของน้อยที่สุดคือ ภาวะเศรษฐกิจ และจำนวนเตียงในหอผู้ป่วยหนัก (Burns, Mitchell, Griffith, & Truog, 2001) และจากการศึกษาปัจจัยที่สำคัญในการพิจารณาเกี่ยวกับระยะสุดท้ายของชีวิต ในผู้ป่วยที่มีอาการเจ็บป่วยที่รุนแรง ครอบครัว แพทย์ และสมาชิกที่มสุขภาพอื่นอันประกอบด้วย พยาบาล นักสังคมสงเคราะห์ อนุศาสตราจารย์และอาสาสมัครจากสถานให้การดูแลผู้ป่วยในระยะสุดท้ายของสตีนิฮูเซอร์ และคณะ (Steinhauser et al., 2000) พบว่า มากกว่าร้อยละ 70 ของกลุ่มตัวอย่างทั้ง 4 กลุ่ม มีความเห็นว่าปัจจัยที่สำคัญที่นำมาพิจารณาในการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลในระยะสุดท้ายของชีวิตได้แก่ การจัดการกับความเจ็บปวดและอาการอื่น ๆ ที่เกิดขึ้น การเตรียมตัวสำหรับความตาย การรับรู้ว่าการดูแลอย่างเต็มที่ ได้ตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาที่ต้องการและการได้รับการรักษาแบบองค์รวม นอกจากนี้จากการศึกษาเกี่ยวกับทัศนคติของประชาชนต่อสิทธิที่จะตาย พบว่าความต้องการของญาติเป็นปัจจัยที่สำคัญในการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลในระยะสุดท้ายของผู้ป่วยที่ไม่สามารถสื่อสารเกี่ยวกับความต้องการของตนเองได้ (Genuis, Genuis, & Chang, 1994)

ดังนั้นสรุปได้ว่าปัจจัยด้านผู้ป่วยที่ใช้ประกอบในการตัดสินใจ ได้แก่ การพยากรณ์โรค คุณภาพชีวิตของผู้ป่วย อาการและอาการแสดงของผู้ป่วย เช่น อาการปวด ความทุกข์ทรมานหรือความรุนแรงของโรค การบรรเทาความทุกข์ทรมาน รวมทั้งอัตราการรอดชีวิตที่จะเป็นไปได้ และความต้องการของญาติ ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่สามารถสื่อสารเกี่ยวกับความต้องการของตัวเองได้

จะเห็นได้ว่ามีปัจจัยหลายอย่างที่เกี่ยวเนื่องกับการตัดสินใจในการให้/ยุติการรักษาพยาบาลที่ยืดชีวิต ดังนั้นในบางครั้งอาจทำให้เกิดความขัดแย้งในการตัดสินใจเกิดขึ้นได้ พิเตอร์ เซอร์วิล และเดนนิส (Fetters, Churchill, & Danis, 2001) ได้ศึกษาเกี่ยวกับการปฏิบัติของแพทย์ในกรณีที่มีความขัดแย้งกันระหว่างคำแนะนำของแพทย์ และความต้องการของผู้ป่วยในระยะสุดท้ายพบว่า เมื่อผู้ป่วยร้องขอให้มีการรักษาที่แพทย์คิดว่าไม่มีประโยชน์ ร้อยละ 71 ของแพทย์

จะใช้วิธีการเจรจาต่อรอง และให้ความรู้แก่ผู้ป่วย ร้อยละ 34 จะใช้วิธีหน่วงเหนี่ยวด้วยความนุ่มนวล ร้อยละ 33 จะพยายามทำให้ผู้ป่วยเชื่อเกี่ยวกับการยับยั้งหรือยกเลิกการรักษา ร้อยละ 22 จะปฏิเสธการร้องขอเกี่ยวกับการรักษาที่ไม่มีประโยชน์ ร้อยละ 16 จะให้ครอบครัวของผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการแก้ไขความขัดแย้ง ร้อยละ 13 จะไม่พยายามให้การรักษาที่ไม่มีประโยชน์ และร้อยละ 6 จะส่งไปให้แพทย์คนอื่นพิจารณาเกี่ยวกับการรักษา สำหรับในกรณีที่แพทย์คิดว่าการรักษามีประโยชน์ แต่ผู้ป่วยปฏิเสธการรักษา ร้อยละ 59 จะใช้วิธีพูดคุยเจรจาต่อรอง ร้อยละ 41 พยายามทำให้ผู้ป่วยเชื่อและยอมรับการรักษา ร้อยละ 32 จะประเมินสติสัมปชัญญะและความสามารถของผู้ป่วย ร้อยละ 27 จะส่งเสริมให้สมาชิกในครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วม และร้อยละ 21 จะส่งไปให้แพทย์คนอื่นพิจารณา

ดังนั้นเพื่อให้มีความเข้าใจที่ตรงกันเกี่ยวกับการรักษาที่ไม่มีประโยชน์ คณะกรรมการจริยธรรมขององค์กรที่ให้การดูแลผู้ป่วยวิกฤต ได้ให้ความหมายของการรักษาที่ไม่มีประโยชน์ไว้ ดังนี้คือ การรักษาที่ไม่มีประโยชน์ (futile treatment) หมายถึง การรักษาที่ไม่ประสบความสำเร็จตามจุดมุ่งหมายที่วางไว้ (The Ethics Committee of the Society of Critical Care Medicine, 1997) หรือการรักษาที่มีผลเฉพาะทางด้านร่างกายแต่ไม่มีผลต่อบุคคลทั้งคน (Parmley, 2003) อย่างไรก็ตามยังมีการถกเถียงเกี่ยวกับการรักษาที่ไม่มีประโยชน์ เนื่องจากแต่ละคนมีความคิดเห็นที่แตกต่างกันเกี่ยวกับจุดมุ่งหมายของการรักษา และการตัดสินใจเกี่ยวกับความสำเร็จของการรักษา ดังนั้นเฮลิก (Heilig, 1999) ได้เสนอแนวทางในการลดความขัดแย้งเกี่ยวกับการรักษาที่ไม่มีประโยชน์ดังนี้

1. ต้องกำหนดคำจำกัดความของการรักษาที่ไม่มีประโยชน์ให้ชัดเจน ซึ่งการรักษาที่ไม่มีประโยชน์หมายถึงการรักษาใดๆ ที่ผลของการรักษาไม่ทำให้เกิดประโยชน์ต่อผู้ป่วยหรือไม่บรรลุตามความต้องการของผู้ป่วยและเป้าหมายของการรักษา และอาจจะทำให้เกิดโทษมากกว่าประโยชน์ ตัวอย่างของการรักษาที่ไม่มีประโยชน์และต้องได้รับการพิจารณาให้ชัดเจนได้แก่ การให้การรักษาเพื่อยืดชีวิตในผู้ป่วยไม่รู้สึกรู้สีกตัวที่ไม่สามารถกลับคืนสู่ภาวะปกติได้ หรือการให้การรักษาที่มากกว่าความต้องการของผู้ป่วย เช่น ผู้ป่วยต้องการการดูแลเพื่อความสะดวกสบายเท่านั้นแต่ทีมสุขภาพให้การดูแลที่มากกว่า

2. การตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาที่ไม่มีประโยชน์ แพทย์ที่รับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วย จะต้องมีการตัดสินใจว่าการรักษาใดเป็นการรักษาที่ไม่มีประโยชน์หรือไม่เหมาะสม และต้องแนะนำผู้ป่วยในการยกเลิกหรือยับยั้งการรักษา โดยการปฏิบัติดังนี้

2.1 ในกรณีที่ผู้ป่วยสามารถตัดสินใจในการรักษาได้ด้วยตนเอง ผู้ป่วยต้องได้รับข้อมูลที่เพียงพอในการตัดสินใจได้แก่ เหตุผลในการรักษา ทางเลือกในการรักษาและผลลัพธ์ของการรักษา นอกจากนี้แพทย์จะต้องอธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจว่าถึงแม้ว่าจะมีการยกเลิกหรือยับยั้งการรักษา ผู้ป่วยยังคงได้รับการดูแลเพื่อความสบายและการดูแลสุขภาพส่วนบุคคล

2.2 ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่รู้สึกรู้ตัว ต้องให้ข้อมูลแก่บุคคลที่ทำหน้าที่แทนผู้ป่วย (surrogate) ถ้ามีผู้ทำหน้าที่แทนผู้ป่วยหลายคนและมีความคิดเห็นที่ไม่ตรงกันในการตัดสินใจ ต้องทำตามความคิดเห็นของผู้แทนผู้ป่วยที่ได้ระบุไว้เป็นคนแรก และในกรณีที่ไม่มีผู้ทำหน้าที่แทนผู้ป่วย แพทย์สามารถตัดสินใจในการยุติการรักษาแต่ต้องมีการปรึกษาหารือร่วมกับทีมสุขภาพ

3. เมื่อมีความคิดเห็นที่ไม่ตรงกันระหว่างผู้ป่วย/ผู้ทำหน้าที่แทนและแพทย์ในการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาที่ไม่มีประโยชน์ จะต้องมีการปรึกษาหารือกับแพทย์คนอื่นที่เหมาะสมดังนี้

3.1 หลังจากมีการทบทวนประวัติของผู้ป่วยและมีการพูดคุยกับผู้ป่วยหรือผู้ทำหน้าที่แทน ถ้าแพทย์คนที่ 2 ไม่เห็นด้วยกับแพทย์เจ้าของไข้ ถ้าเป็นไปได้ อาจส่งผู้ป่วยไปให้แพทย์คนอื่นดูแลหรือส่งไปยังสถานพยาบาลอื่น

3.2 หลังจากมีการทบทวนประวัติของผู้ป่วยและมีการพูดคุยกับผู้ป่วยหรือผู้ทำหน้าที่แทน ถ้าแพทย์คนที่ 2 เห็นด้วยกับแพทย์เจ้าของไข้ว่าควรมีการยับยั้งหรือยกเลิกการรักษาที่ไม่มีประโยชน์ จะต้องให้ข้อมูลเกี่ยวกับความคิดเห็นของแพทย์คนที่ 2 แก่ผู้ป่วย และถ้าผู้ป่วยไม่เห็นด้วยกับแพทย์ทั้ง 2 คน การยับยั้งหรือยกเลิกการรักษาจะขึ้นอยู่กับนโยบายของโรงพยาบาล

นอกจากนี้คณะที่ปรึกษาทางด้านจริยธรรมและกฎหมายและสมาคมแพทย์แห่งสหรัฐอเมริกา (Council on Ethical and Judicial Affairs, American Medical Association, 1999) ได้เสนอขั้นตอนในการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาที่ไม่มีประโยชน์ดังนี้

1. ต้องมีการพิจารณาและเจรจาเกี่ยวกับการรักษาที่ไม่มีประโยชน์ระหว่างผู้ป่วย ผู้ที่ทำหน้าที่ในการตัดสินใจแทน (proxy) และแพทย์

2. ต้องมีการตัดสินใจร่วมกันระหว่างแพทย์ ผู้ป่วยและผู้ทำหน้าที่ในการตัดสินใจแทน โดยพิจารณาเกี่ยวกับผลลัพธ์ของการรักษาที่จะเป็นไปได้ รวมทั้งคุณค่า ความตั้งใจ หรือจุดมุ่งหมายในการรักษาของแต่ละคน

3. ในกรณีที่มีความคิดเห็นที่ไม่ตรงกันระหว่างทีมสุขภาพกับผู้ป่วย/ผู้ที่ทำหน้าที่ในการตัดสินใจแทน ต้องมีการขอคำปรึกษาจากผู้ที่มีความชำนาญในการให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคล เพื่อให้มีความคิดเห็นที่ตรงกันเกี่ยวกับการรักษา

4. หลังจากนั้นถ้ายังมีความคิดเห็นที่ไม่ตรงกัน ต้องมีการปรึกษาคณะกรรมการจริยธรรมของโรงพยาบาล

5. และถ้ายังคงมีความคิดเห็นที่ไม่ตรงกันระหว่างทีมสุขภาพกับผู้ป่วย/ผู้ที่ตัดสินใจแทน ต้องส่งผู้ป่วยไปให้แพทย์คนอื่นที่อยู่ในโรงพยาบาลเป็นคนดูแลผู้ป่วย และถ้ายังคงมีความคิดเห็นที่ไม่ตรงกันต้องส่งผู้ป่วยไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลอื่น

6. ถ้าไม่สามารถส่งผู้ป่วยไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลอื่นได้ เนื่องจากโรงพยาบาลนั้นไม่สามารถกระทำตามความต้องการของผู้ป่วยได้เนื่องจากขัดกับจริยธรรมในการรักษาและมาตรฐานของวิชาชีพ ให้พิจารณาหยุดการรักษาที่ไม่มีประโยชน์

ในกรณีที่ผู้ป่วยและญาติยืนยันการร้องขอให้มีการรักษาที่ทีมสุขภาพพิจารณาแล้วว่าเป็นการรักษาที่ไม่มีประโยชน์ กระบวนการในการพิจารณาเกี่ยวกับการลดความขัดแย้งต้องกระทำด้วยความระมัดระวัง โดยอาจจะมีการปรึกษาคณะกรรมการจริยธรรมขององค์กร หรือให้นักสังคมสงเคราะห์ช่วยเหลือผู้ป่วยหรือญาติ ต้องหาความคิดเห็นร่วม อำนวยความสะดวกให้มีการติดต่อสื่อสารกับผู้ป่วย หรือญาติหรือทั้งสองคน ถ้าไม่สามารถทำให้มีความคิดเห็นที่สอดคล้องกันได้เกี่ยวกับการรักษาที่ไม่มีประโยชน์ ทีมสุขภาพจะต้องส่งผู้ป่วยไปยังสถานบริการอื่น (Jecker, 1995) เนื่องจากแพทย์ไม่มีหน้าที่ทางจริยธรรมในการให้การรักษาที่ไม่มีประโยชน์ต่อผู้ป่วย (Parmley, 2003 หรือเมื่อแพทย์คิดว่าการรักษาดังกล่าวเป็นการรักษาที่ไม่เหมาะสมหรือไม่มีความเมตตา กรุณา (Brett & Jersild, 2003) แพทย์มีสิทธิในการยับยั้งการรักษาดังกล่าว (Osborne, 1992) นอกจากนี้พยาบาลมีสิทธิที่จะปฏิเสธการมีส่วนร่วมในการยับยั้ง/ยกเลิกการรักษา โดยอยู่บนพื้นฐานคุณธรรมของแต่ละคน หรือมีความเชื่อว่าไม่ใช่สิ่งที่ดีที่สุดสำหรับผู้ป่วย หรือพยาบาลสามารถออกจากสถานการณ์นั้นและมอบหมายให้พยาบาลคนอื่นรับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วยแทน (Hudak, et al., 1998) สำหรับบทบาทของพยาบาลในการป้องกันความขัดแย้งเมื่อต้องให้การดูแลผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงต่อความต้องการในการรักษาที่ไม่มีประโยชน์ ประกอบด้วย (1) ต้องพยายามให้การสนทนาอยู่บนสิ่งที่ดีสำหรับผู้ป่วย (2) พยายามคัดเลือกบุคคลในทีมสุขภาพที่ผู้ป่วยและญาติไว้วางใจ และมอบหมายให้บุคคลนี้เป็นคนพูดคุยเกี่ยวกับทางเลือกในการรักษา (3) ต้องแน่ใจว่าที่สุขภาพได้ปฏิบัติตามที่ได้ให้คำแนะนำไว้กับญาติ และ (4) การติดต่อสื่อสารต้องพูดคุยตัวต่อตัว นอกจากนี้พยาบาลต้องมีบทบาทในการเป็นผู้แทนผู้ป่วยเมื่อมีความขัดแย้ง

เกิดขึ้นระหว่างผู้ป่วยและทีมสุขภาพ โดยพยาบาลจะต้องเป็นคนกลางและต้องพยายามหาว่าอะไรเป็นสาเหตุของความต้องการของผู้ป่วยและผู้ตัดสินใจแทนและปัจจัยอะไรที่ทำให้ทีมสุขภาพรู้สึกไม่สบายใจกับความต้องการของผู้ป่วยและผู้ตัดสินใจแทน (Taylor, 1995)

เฮลวีและบรอดี้ (Halevy & Brody, 1996) ได้เสนอแนวปฏิบัติสำหรับแพทย์ในการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาที่ไม่มีประโยชน์ ดังนี้

1. เมื่อแพทย์ที่รับผิดชอบผู้ป่วยตัดสินใจว่าการปฏิบัติการณ์นั้นเป็นการรักษาที่ไม่เหมาะสมทางการแพทย์ แต่ผู้ป่วยและผู้ตัดสินใจแทนยืนยันให้มีการรักษาต่อไป แพทย์ที่รับผิดชอบผู้ป่วย จะต้องพูดคุยกับผู้ป่วยและผู้ตัดสินใจแทนด้วยความระมัดระวังเกี่ยวกับธรรมชาติของความเจ็บป่วย ทางเลือกในการรักษา รวมทั้งการดูแลเพื่อการบรรเทาและการดูแลเฉพาะการพยากรณ์โรค และเหตุผลว่าทำไมการรักษาดังกล่าวจึงเป็นการรักษาที่ไม่เหมาะสมทางการแพทย์ นอกจากนี้แพทย์ที่รับผิดชอบผู้ป่วยต้องอธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจว่าการไม่ให้อาหารดังกล่าวไม่ได้หมายความว่าจะไม่ให้การรักษาที่เหมาะสมทางการแพทย์อื่นๆ และการดูแลเยี่ยงมนุษย์ เช่น การดูแลเพื่อความสบาย มีศักดิ์ศรี การให้การสนับสนุนทางด้านอารมณ์ และด้านจิตวิญญาณ เป็นต้น

2. แพทย์ที่รับผิดชอบผู้ป่วยจะต้องพูดคุยกับผู้ป่วยหรือผู้ตัดสินใจแทนเกี่ยวกับทางเลือกในการส่งผู้ป่วยไปรับการรักษาต่อกับแพทย์คนอื่นหรือรักษาต่อที่อื่นในกรณีที่มีความคิดเห็นไม่ตรงกัน

3. ขอความช่วยเหลือจากทีมสุขภาพ เช่น พยาบาล นักสังคมสงเคราะห์ หรือคณะกรรมการจริยธรรมองค์การในการพูดคุยกับผู้ป่วยหรือผู้ตัดสินใจแทนเกี่ยวกับการรักษาที่ไม่มีประโยชน์

4. ถ้าหลังจากที่แพทย์ที่รับผิดชอบผู้ป่วยและทีมสุขภาพ ได้พยายามให้เหตุผลแล้ว แต่ยังคงมีความคิดเห็นที่ไม่ตรงกันระหว่างผู้ป่วยหรือผู้ตัดสินใจแทนกับแพทย์ที่รับผิดชอบผู้ป่วย แพทย์ที่รับผิดชอบผู้ป่วยยังต้องการที่จะยุติการรักษาที่ไม่มีประโยชน์ จะต้องหาความคิดเห็นร่วมจากแพทย์คนอื่น ซึ่งได้มีการตรวจวินิจฉัยผู้ป่วยและมีการทบทวนรายละเอียดของผู้ป่วยโดยสหวิชาชีพ และต้องนำข้อมูลเกี่ยวกับอาการของผู้ป่วยและข้อมูลจากการตรวจวินิจฉัยทางวิทยาศาสตร์มาประกอบในการตัดสินใจว่าการรักษาดังกล่าวเป็นการรักษาที่ไม่มีประโยชน์

5. ระหว่างที่มีการทบทวนของโรงพยาบาล แพทย์ที่รับผิดชอบผู้ป่วยและผู้ป่วยหรือผู้ตัดสินใจแทนจะต้องอยู่ร่วมด้วย เพื่อแสดงความคิดเห็นจากมุมมองของแต่ละฝ่ายในการพิจารณา รวมทั้งการวางแผนในการดูแล

6. หลังจากทบทวน ถ้ามีการยืนยันว่าการรักษาดังกล่าวเป็นการรักษาที่ไม่เหมาะสมทางการแพทย์ ควรหยุดการรักษาดังกล่าว และแผนการดูแลต่อไปจะเน้นเรื่องความสุขสบายและดำรงไว้ซึ่งศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ แต่ถ้าผลการทบทวนไม่เห็นด้วยกับแพทย์ที่รับผิดชอบผู้ป่วย จะหยุดการรักษาดังกล่าวโดยผู้ป่วยไม่เห็นด้วยไม่ได้

7. ถ้าการทบทวนเห็นว่าการรักษาดังกล่าวเป็นการรักษาที่ไม่มีประโยชน์ ควรส่งผู้ป่วยไปรับการรักษาที่แพทย์คนอื่นเพื่อให้การดูแลในการควบคุมและบรรเทาอาการ

นอกจากนี้ฮัค (Hug, 2000) ยังได้เสนอขั้นตอนในการลดความขัดแย้งในการตัดสินใจดังนี้

1. ต้องมีการตัดสินใจร่วมกันระหว่างแพทย์และผู้ที่ทำหน้าที่ในการตัดสินใจแทนผู้ป่วย (proxy) โดยใช้ข้อมูลเกี่ยวกับผลลัพธ์ของการรักษา คุณค่าและความต้องการของผู้ป่วย ประกอบในการตัดสินใจ

2. ในกรณีที่มีความคิดเห็นที่ไม่ตรงกันระหว่างแพทย์และผู้ป่วย/ผู้ที่ทำหน้าที่ในการตัดสินใจแทน ต้องขอคำแนะนำจากบุคคลที่ทำหน้าที่ในการให้คำปรึกษาเกี่ยวกับการตัดสินใจ

3. ให้คณะกรรมการจริยธรรมขององค์กรเข้ามามีส่วนร่วมในการตัดสินใจเพื่อทบทวนเกี่ยวกับรายละเอียดของสถานการณ์ รวมทั้งผลการรักษาพยาบาลผู้ป่วย

4. ถ้ายังไม่สามารถแก้ไขความขัดแย้งได้ แพทย์จะต้องพยายามส่งผู้ป่วยให้แพทย์คนอื่นที่อยู่ในโรงพยาบาลเดียวกันหรือโรงพยาบาลอื่นเป็นคนรักษาผู้ป่วย

5. สุดท้าย อาจจะต้องให้กฎหมายเข้ามามีส่วนร่วมในการตัดสินใจ

นอกจากนี้ยังมีผู้เสนอกลวิธีที่จะช่วยลดความขัดแย้งในการตัดสินใจ ได้แก่ (1) ต้องสร้างความสัมพันธ์กับผู้ป่วยและครอบครัวเพื่อเข้าใจความต้องการของครอบครัว การตัดสินใจและสาเหตุของความขัดแย้งที่เกิดขึ้น (2) ทีมสุขภาพจะต้องให้ข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาและการพยากรณ์โรคที่เป็นไปในแนวเดียวกัน (3) ต้องช่วยให้สมาชิกในครอบครัวมีความเห็นที่ตรงกันหรือเป็นไปในแนวเดียวกันเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล และสนับสนุนการตัดสินใจของผู้ป่วยและครอบครัว (4) ต้องบอกความจริงเกี่ยวกับผลลัพธ์ในการรักษาผู้ป่วยแก่สมาชิกในครอบครัว และมีการพูดคุยกับครอบครัวของผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอ และ (5) ต้องมีการกำหนดระยะเวลาในการทดลองการรักษา และประเมินการตอบสนองต่อการรักษาของผู้ป่วย ถ้าไม่มีความก้าวหน้าของการรักษา ก็สามารถตัดสินใจในการรักษาตามความเหมาะสมต่อไป (Blatt, 1999; Nasraway, 2001)

นอกจากนี้เพลเลกริโน (Pellegrino, 2000) ได้เสนอกรอบแนวคิดต่างๆไปเกี่ยวกับการตัดสินใจในการยกเลิกหรือยับยั้งการรักษา ดังนี้ (1) ต้องพิจารณาว่าใครเป็นคนตัดสินใจ

ในกรณีที่ผู้ป่วยมีความสามารถในการตัดสินใจเอง ผู้ป่วยสามารถเปลี่ยนแปลงพินัยกรรมชีวิต (living will) หรือบุคคลที่ตัดสินใจแทน (proxy) ได้ตลอดเวลา และตัดสินใจตามคุณค่าของตนเอง สำหรับในกรณีที่ผู้ป่วยไม่รู้สึกรู้ตัว การตัดสินใจจะเป็นหน้าที่ของบุคคลที่ทำหน้าที่ในการตัดสินใจแทนผู้ป่วย โดยตัดสินใจตามคุณค่าของผู้ป่วย (2) ใช้หลักการรักษาที่ไม่มีประโยชน์ทางการแพทย์ เป็นเกณฑ์ในการตัดสินใจ โดยประเมินผลของการรักษาเปรียบเทียบกับผลของการประเมิระหว่างประโยชน์ของการรักษากับการเป็นภาระจากการรักษา นอกจากนี้อาจจะพิจารณาเกี่ยวกับ อายุ คุณภาพชีวิต และภาวะเศรษฐกิจมาประกอบในการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษา (3) ในกรณีที่มีความขัดแย้งในการตัดสินใจ แก้ไขโดยการเจรจากับผู้ป่วยและครอบครัว และมีการปรึกษาคณะกรรมการจริยธรรมขององค์กร เพื่อให้ปัญหาทางจริยธรรมหมดไปและช่วยลดความขัดแย้งเกี่ยวกับการยึดการรักษาที่ไม่มีประโยชน์หรือการรักษาที่ไม่ต้องการ (Schneiderman, Gilmer, & Teetzel, 2000) นอกจากนี้อาจมีการปรึกษานักจิตวิทยา นักบวช พระ หรือให้ศาลเป็นผู้ตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษา (4) ป้องกันการเกิดความขัดแย้งโดยการพูดคุยร่วมกันระหว่างแพทย์กับครอบครัวของผู้ป่วยและบุคลากรที่มีส่วนร่วมในการตัดสินใจ เกี่ยวกับการกำหนดเป้าหมาย ระยะเวลาในการรักษาและการให้ความหมายของการรักษาที่ไม่มีประโยชน์

นอกจากนี้โรเซนแบลท และบล็อก (Rosenblatt & Block, 2001) ได้เสนอแนวทางในการพิจารณาการตัดสินใจในการยุติการรักษาพยาบาลที่ยืดชีวิตดังนี้

1. ต้องแยกแยะเหตุผลของผู้ป่วยในการยุติการรักษาให้ชัดเจน
 2. ประเมินความสามารถในการตัดสินใจของผู้ป่วยและประเมินความสัมพันธ์ระหว่าง ผู้ป่วย แพทย์และพยาบาล
 3. ประเมินและให้การดูแลรักษา ทั้งทางด้านร่างกาย สังคม และด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วย หลังจากนั้นประเมินซ้ำ เกี่ยวกับความต้องการในการยุติการรักษาของผู้ป่วย
- ฟราย (Fry, 1998) ได้เสนอแนวทางสำหรับพยาบาลในการตัดสินใจและการดูแลผู้ป่วยในระยะสุดท้ายและสมาชิกในครอบครัวดังนี้

1. พยาบาลต้องเป็นตัวแทนผู้ป่วย (patient's advocate) โดยพยาบาลจะต้องพิจารณาว่าผู้ป่วยและผู้ที่ทำหน้าที่ในการตัดสินใจแทนมีความเข้าใจเกี่ยวกับอาการของผู้ป่วย การวางแผนการรักษาและเหตุผลของทีมสุขภาพในการรักษาหรือการยุติการรักษา นอกจากนี้ต้องให้ผู้ป่วยเลือกแนวทางการรักษาที่ตรงกับคุณค่าและความเชื่อของผู้ป่วยเอง (Hewitt, 2002) โดยพยาบาลจะต้องเคารพเอกลักษณ์ของผู้ป่วย ให้ข้อมูลเพื่อประกอบในการตัดสินใจ ตามคุณค่า

ความเชื่อและสิทธิของผู้ป่วย และช่วยผู้ป่วยในการค้นหาคุณค่า ความต้องการและเป้าหมายในชีวิต (Rushton, 1994)

2. พยาบาล และทีมสุขภาพต้องประเมินอาการของผู้ป่วยอย่างถูกต้อง ชัดเจน และให้การพยาบาลเพื่อบรรเทาความเจ็บปวดและความทุกข์ทรมานอย่างเหมาะสม

3. พยาบาลต้องมีทักษะในการดูแลและคำนึงถึงความสุขสบายของผู้ป่วยที่อยู่ในระยะสุดท้ายของชีวิตไม่ว่าผู้ป่วยจะตัดสินใจในการรักษาอย่างไร

4. หลีกเลี่ยงการปฏิบัติที่ทำให้คิดได้ว่าเป็นการทำเมตตามรณะ โดยการช่วยให้ผู้ป่วยสิ้นหวังตายอย่างสงบ (active euthanasia) หรือการช่วยให้ผู้ป่วยเสียชีวิต

สำหรับแนวทางในการการตัดสินใจในการยกเลิกการรักษาในหอผู้ป่วยหนัก เอสซัม จาคอบสัน โรเบิร์ต และชไนเดอร์แมน (Eschum, Jacobsohn, Roberts, & Sneiderman, 1999) ได้ให้ข้อเสนอแนะดังนี้

1. สมาชิกในทีมสุขภาพจะต้องมีความเห็นร่วมกันว่า ผู้ป่วยไม่สามารถจะกลับมาเป็นปกติได้และการรักษาที่ให้ในปัจจุบันเป็นเพียงการยืดกระบวนการตายเท่านั้น

2. สมาชิกในทีมสุขภาพจะต้องรู้ว่าใครเป็นคนตัดสินใจแทนผู้ป่วย และต้องให้ข้อมูลในการยุติการรักษาแก่บุคคลนั้น

3. ผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัวต้องได้รับการช่วยเหลือในการจัดการเกี่ยวกับการดูแลในระยะสุดท้ายของชีวิต รวมทั้งการดูแลทางด้านจิตวิญญาณและควรหยุดการรักษาที่ไม่ใช่การดูแลเพื่อความสบาย

4. สมาชิกในทีมสุขภาพจะต้องมีการทบทวนแนวทางในการรักษา และมีความเข้าใจที่ตรงกันเกี่ยวกับคำสั่งการรักษาของแพทย์ การหยุดการรักษาที่เกี่ยวข้องกับการยืดชีวิตผู้ป่วย และการวางแผนการพยาบาล

5. ทีมสุขภาพจะต้องมีการกำหนดช่วงระยะเวลาของการเสียชีวิตให้ผู้ป่วย และสมาชิกในครอบครัวทราบหลังจากที่มีการยกเลิกการรักษา

6. ต้องมีการประเมินเกี่ยวกับการตัดสินใจ ในการให้ยาและขนาดของยาที่เหมาะสมกับอาการของผู้ป่วย และความทุกข์ทรมานที่คาดว่าจะเกิดขึ้นในกระบวนการตายของผู้ป่วย

7. ควรมีคณะกรรมการจริยธรรมขององค์กรสำหรับเป็นที่ปรึกษาในกรณีที่มีความยุ่งยากในการดูแลผู้ป่วยวิกฤต โดยเฉพาะเมื่อมีความเห็นที่แตกต่างกันเกี่ยวกับประเด็นของการยุติการรักษาระหว่างสมาชิกในครอบครัว หรือระหว่างครอบครัวและทีมสุขภาพ

8. ควรมีการตรวจสอบ เกี่ยวกับการยกเลิกการรักษาเพื่อให้แน่ใจว่า

ตรงกับการตัดสินใจของผู้ป่วย/ผู้ตัดสินใจแทน และทีมสุขภาพ

และก่อนที่จะมีการยับยั้งหรือยกเลิกการรักษาพยาบาลที่ยืดชีวิต จะต้อง (1) มีความเข้าใจเกี่ยวกับการพยากรณ์โรคอย่างชัดเจน (2) ต้องแน่ใจเกี่ยวกับความสามารถของผู้ป่วยในการตัดสินใจ (3) ความต้องการของผู้ป่วยจะต้องมีความชัดเจนและมั่นคง (4) ต้องแยกแยะสิ่งที่บีบบังคับหรือส่งเสริมการตัดสินใจทั้งในเรื่องของส่วนบุคคลและเศรษฐกิจ (5) ตรวจสอบเกี่ยวกับความคิดเห็นที่สอดคล้องกันของสมาชิกในครอบครัว (6) ตรวจสอบความคิดเห็นที่สอดคล้องกันของสมาชิกภายในทีมสุขภาพ และ (7) ต้องพิจารณาเกี่ยวกับเรื่องของกฎหมายที่เกี่ยวข้อง (Edwards & Tolle, 1992)

นอกจากนี้ทิลเดิน ทอลเล่ การ์แลนด์ และเนลสัน (Tilden, Tolle, Garland, & Nelson, 1995) ได้เสนอแนวทางในการตัดสินใจของทีมสุขภาพในการจำกัดการใช้เทคโนโลยีที่ทันสมัยในการยืดชีวิตผู้ป่วยแก่สมาชิกในครอบครัว ดังนี้ (1) ต้องมีการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ โดยจะต้องให้ข้อมูลเกี่ยวกับการพยากรณ์โรคที่เลวลงทันทีที่รู้ และมีการประสานงานกับทีมสุขภาพในการวางแผนเกี่ยวกับการติดต่อสื่อสาร (2) ต้องหาบุคคลที่มีความสำคัญในการตัดสินใจ หรือบุคคลที่สามารถติดต่อประสานงานได้ (3) สนับสนุนให้มีการวางแผนการรักษาในอนาคตแก่ผู้ป่วยและครอบครัว (4) ให้การดูแลและสนับสนุนครอบครัวในทุกเรื่อง รวมทั้งมีการแสดงความเสียใจได้อย่างเหมาะสม (5) สนับสนุนให้สมาชิกในครอบครัวมีการพูดคุยเพื่อให้มีความเห็นที่สอดคล้องกันเกี่ยวกับความต้องการของผู้ป่วย (6) ให้การรักษาพยาบาลโดยเน้นความสบายของผู้ป่วย (7) จัดการเกี่ยวกับรายละเอียดต่างๆที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วย เช่น ข้าวของเครื่องใช้ของผู้ป่วยหรือการส่งต่อผู้ป่วยไปแผนกอื่น นอกจากนี้ฮูดัค (Hudak, 2002) กล่าวว่าในการตัดสินใจควรมีการตัดสินใจร่วมกันระหว่างผู้ป่วยและทีมสุขภาพ โดยแพทย์จะต้องให้ข้อมูลที่จำเป็นเกี่ยวกับผลลัพธ์ของการรักษา และทางเลือกในการรักษา และพยาบาลจะต้องแน่ใจว่าผู้ป่วยและผู้ที่ทำหน้าที่ในการตัดสินใจแทนมีความเข้าใจเกี่ยวกับข้อมูลและช่วยเหลือผู้ป่วยในการประเมินแต่ละทางเลือกของการรักษา และผลการตัดสินใจสุดท้ายจะต้องเป็นสิ่งที่ผู้ป่วยต้องการ

เรดดิกและคาสเซ็ม (Reddick & Cassem, 2000) ได้เสนอหลักการในการตัดสินใจในการดูแลผู้ป่วยที่อยู่ในระยะสุดท้ายดังนี้

1. ประเด็นของกฎหมาย มีศาลหลายแห่งในสหรัฐอเมริกาที่มีแนวปฏิบัติสำหรับการพิจารณาเกี่ยวกับประเด็นของกฎหมายในการดูแลระยะสุดท้าย เพื่อช่วยในการตัดสินใจ

เกี่ยวกับการดูแลที่ไม่สามารถรักษาให้หายได้ โดยกำหนดให้ผู้ป่วยที่รู้สึกตัวดี มีสิทธิในการปฏิเสธการรักษา

2. การไม่กระทำในสิ่งที่เป็นอันตรายเป็นอันดับแรก โดยคำนึงถึงสิ่งที่ผู้ป่วยต้องการเป็นอันดับแรกและรวมทั้งการจำกัดการรักษาที่ยืดหรือเพิ่มความทุกข์ทรมานแก่ผู้ป่วยที่อยู่ในระยะสุดท้าย

3. คำนึงถึงเจตนาของผู้ป่วยมากกว่าภาวะสุขภาพของผู้ป่วย โดยบทบาทที่สำคัญของผู้ดูแลคือการคำนึงถึงเอกลักษณ์ของผู้ป่วยซึ่งจะรวมถึงการให้ข้อมูลและรายละเอียดเกี่ยวกับการพยากรณ์โรค การรักษาและผลลัพธ์ของการรักษาแต่ละวิธี

4. ข้อมูลที่ใช้ประกอบในการตัดสินใจ เมื่อมีการพูดคุยเกี่ยวกับการรักษาที่ยืดชีวิต ซึ่งจะรวมจริยธรรมทางการแพทย์ โดยการบอกความจริงเกี่ยวกับการวินิจฉัยโรค การพยากรณ์โรค ทางเลือกที่สำคัญในการรักษา การกลับมาเป็นปกติของความเจ็บป่วย โทษและประโยชน์ของแต่ละทางเลือก เพื่อให้ญาติและผู้ป่วยทราบเกี่ยวกับการรักษา และโอกาสที่จะกลับมาปกติ

5. ถ้าผู้ป่วยไม่รู้สึกรู้ตัว การตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาจะขึ้นอยู่กับการแสดงเจตจำนงเกี่ยวกับการรักษาล่วงหน้าของผู้ป่วย ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่มีการแสดงเจตจำนงเกี่ยวกับการรักษาล่วงหน้า ทั้งแพทย์และญาติจะต้องมีการตัดสินใจร่วมกันโดยคำนึงถึงสิ่งที่เป็นประโยชน์กับผู้ป่วยมากที่สุด

6. ก่อนจะมีการจำกัดการรักษา แพทย์จะต้องมีการประเมินความเสี่ยงของภาวะและประโยชน์จากการรักษา

7. การรักษาที่ไม่มีประโยชน์ ในกรณีที่ผู้ป่วยเป็นโรคที่ไม่สามารถรักษาให้หายได้และไม่รู้สึกตัว ญาติต้องการให้ทำทุกอย่าง แต่ผู้ป่วยมีโอกาสที่จะเกิดอันตรายจากการรักษาได้ แพทย์ไม่มีหน้าที่ในการให้การรักษาที่ไม่มีประโยชน์หรือการรักษาที่ทำให้เกิดโทษ ดังนั้นจะต้องมีการพูดคุยกับญาติอย่างชัดเจนและเปิดโอกาสให้ซักถาม อาจจะต้องมีการปรึกษาคณะกรรมการจริยธรรมองค์กรหรือปรึกษานักกฎหมาย

3. การปฏิบัติในการให้/ยุติการรักษาพยาบาลที่ยืดชีวิตผู้ป่วยวิกฤต

ในการดูแลผู้ป่วยวิกฤต ผู้ป่วยจะมีอาการเปลี่ยนแปลงที่รวดเร็วและต้องได้รับการช่วยเหลืออย่างเร่งด่วนเกี่ยวกับการตัดสินใจในการรักษาพยาบาลที่ยืดชีวิตหรือยุติการรักษา ซึ่งในบางครั้งอาจทำให้เกิดการขัดแย้งในการตัดสินใจ (กาญจนา, 2543) ระหว่างผู้ป่วยและทีมสุขภาพได้ ดังเช่นจากการศึกษาของเฟอร์แลนด์ โรเบิร์ต อินแกรนด์ และเลแมร์ (Ferrand, Robert, Ingrand, & Lemaire, 2001) เรื่องการยับยั้งและการยกเลิกการรักษาที่ยืดชีวิตในหอผู้ป่วยหนักในประเทศฝรั่งเศส

พบว่า หอผู้ป่วยหนักในฝรั่งเศสยังไม่มีแนวปฏิบัติเกี่ยวกับการยกเตียงและการยับยั้งการรักษาที่ ยืดชีวิต การตัดสินใจจะกระทำโดยทีมแพทย์ประมาณ ร้อยละ 54 ของผู้ป่วย และประมาณ ร้อยละ 34 ของผู้ป่วยไม่มีทีมพยาบาลร่วมในการตัดสินใจ แต่พยาบาลมีส่วนร่วมโดยตรงในการยกเตียง การรักษาเพื่อพยุงชีวิต โดยการจำกัดยากระตุ้นหัวใจ การหยุดการใช้เครื่องช่วยหายใจ การเอาท่อช่วย หายใจออก เป็นต้น สมาชิกในครอบครัวมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ ร้อยละ 44 และผู้ป่วยมีส่วนร่วม ในการตัดสินใจเพียงร้อยละ 0.5 ซึ่งอาจนำไปสู่ความขัดแย้งในการรักษาพยาบาลได้ นอกจากนี้ จากการศึกษาของเบล (Bell, 2000) พบว่ายังไม่มียุทธศาสตร์ใดมีแนวทางในการปฏิบัติในการยกเตียง การรักษาพยาบาลที่ยืดชีวิต วอร์ด (Ward, 2000) ได้เสนอแนะเกี่ยวกับแนวปฏิบัติในการตัดสินใจ ในกรณีที่เกิดความไม่แน่ใจในการตัดสินใจทางจริยธรรม ดังนี้

1. ในกรณีที่ผู้ป่วยมีสติสัมปชัญญะ มีความสามารถในการตัดสินใจ มีการแสดงเจตจำนง เกี่ยวกับการรักษาล่วงหน้าและทีมสุขภาพมีความคิดเห็นที่สอดคล้องกันว่าผู้ป่วยมีข้อบ่งชี้ใน การรักษาประกอบกับผู้ป่วยและญาติต้องการการรักษา แพทย์ก็จะทำการรักษา

2. ในกรณีที่ผู้ป่วยมีสติสัมปชัญญะ มีความสามารถในการตัดสินใจ มีการแสดงเจตจำนง เกี่ยวกับการรักษาล่วงหน้า และทีมสุขภาพมีความคิดเห็นที่สอดคล้องกันว่าผู้ป่วยมีข้อบ่งชี้ในการ รักษาแต่ครอบครัวไม่ต้องการการรักษา วิธีการปฏิบัติคือ

2.1 ผู้ป่วยมีสิทธิที่จะรักษาต่อหรือยุติการรักษาถ้าผู้ป่วยมีความเข้าใจเกี่ยวกับ ข้อมูลเพียงพอ และมีความสามารถในการตัดสินใจ

2.2 ครอบครัวมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็น แต่สุดท้ายผู้ป่วยจะเป็นคน ตัดสินใจเกี่ยวกับการช่วยชีวิตหรือการรักษาอื่นๆ

2.3 ผู้ป่วยจะต้องมีการพิจารณาเกี่ยวกับการแสดงเจตจำนงเกี่ยวกับการรักษาล่วง หน้า

2.4 ควรมีการเตรียมความพร้อมของครอบครัวก่อนการตัดสินใจ

3. ในกรณีที่ผู้ป่วยมีสติสัมปชัญญะ มีความสามารถในการตัดสินใจ มีการแสดงเจตจำนง เกี่ยวกับการรักษาล่วงหน้า และทีมสุขภาพมีความคิดเห็นที่สอดคล้องกันว่าผู้ป่วยมีข้อบ่งชี้ในการ รักษาแต่ไม่แน่ใจเกี่ยวกับความต้องการในการรักษาของผู้ป่วยว่าจะให้มีการรักษาหรือยกเลิกการ รักษา มีวิธีการปฏิบัติดังนี้

3.1 แพทย์เจ้าของไข้จะต้องประเมินความสามารถในการตัดสินใจและ/หรือความ ต้องการของผู้ป่วยในการรักษา ถ้าเป็นไปได้ต้องแยกแยะประเด็นที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดความไม่แน่ใจ เกี่ยวกับการรักษา

3.2 ปรีกษานักจิตวิทยา ถ้ายังไม่แน่ใจเกี่ยวกับความสามารถหรือสติสัมปชัญญะของผู้ป่วยหรือถ้าผู้ป่วยยังคงแสดงความต้องการในสิ่งที่ขัดแย้งกัน

3.3 ถ้ายังไม่สามารถแก้ไขปัญหาได้ให้ปรึกษาคณะกรรมการจริยธรรม

4. ในกรณีที่ผู้ป่วยมีสติสัมปชัญญะ มีความสามารถในการตัดสินใจ มีการแสดงเจตจำนงเกี่ยวกับการรักษาล่วงหน้า และทีมสุขภาพมีความคิดเห็นที่สอดคล้องกันว่าผู้ป่วยมีข้อบ่งชี้ในการรักษา ผู้ป่วยไม่ต้องการการรักษาแต่ญาติหรือ ครอบครัวต้องการการรักษา วิธีการปฏิบัติคือ

4.1 ผู้ป่วยมีสิทธิที่จะรักษาต่อหรือหยุดการรักษา ถ้ามีความเข้าใจเกี่ยวกับข้อมูลเพียงพอในการตัดสินใจและมีความสามารถในการตัดสินใจ

4.2 ครอบครัวมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็นแต่สุดท้ายผู้ป่วยจะเป็นผู้ตัดสินใจเกี่ยวกับการช่วยชีวิตหรือการรักษาอื่นๆ

4.3 ผู้ป่วยจะต้องมีการพิจารณาเกี่ยวกับการแสดงเจตจำนงเกี่ยวกับการรักษาล่วงหน้า

4.4 ควรมีการเตรียมความพร้อมของครอบครัวก่อนการตัดสินใจ

5. ในกรณีที่ผู้ป่วยมีสติสัมปชัญญะ มีความสามารถในการตัดสินใจ มีการแสดงเจตจำนงเกี่ยวกับการรักษาล่วงหน้า และทีมสุขภาพมีความคิดเห็นที่สอดคล้องกันว่าผู้ป่วยมีข้อบ่งชี้ในการรักษา แต่ผู้ป่วยและญาติไม่ต้องการรักษา วิธีการปฏิบัติคือ

5.1 ประเมินใหม่กว่าผู้ป่วยมีความเข้าใจที่ชัดเจนถูกต้อง เกี่ยวกับการพยากรณ์โรคและทางเลือกในการรักษา ผู้ป่วยมีสิทธิที่จะปฏิเสธการรักษาถ้าผู้ป่วยมีความเข้าใจเกี่ยวกับข้อมูลอย่างเพียงพอ

5.2 ต้องมีการทบทวนเกี่ยวกับการแสดงเจตจำนงเกี่ยวกับการรักษาล่วงหน้า ของผู้ป่วย ซึ่งการแสดงเจตจำนงเกี่ยวกับการรักษาล่วงหน้าจะทำในกรณีที่ผู้ป่วยอยู่ในภาวะใกล้ตายหรืออยู่ในภาวะที่เป็นผัก ซึ่งกระทำได้โดยการเขียนหรือการพูด

5.3 ต้องบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับการตัดสินใจของผู้ป่วยลงในแฟ้มประวัติผู้ป่วยให้ชัดเจน

6. ในกรณีที่ผู้ป่วยมีสติสัมปชัญญะ มีความสามารถในการตัดสินใจ มีการแสดงเจตจำนงเกี่ยวกับการรักษาล่วงหน้า และทีมสุขภาพมีความคิดเห็นที่แตกต่างกันเกี่ยวกับแนวทางในการรักษา วิธีการปฏิบัติคือ

6.1 แสดงความคิดเห็นร่วมกันระหว่างทีมสุขภาพ เพื่อหาข้อสรุปที่เหมาะสม

6.2 หาแนวปฏิบัติจากหัวหน้าหรือผู้ป่วยหรือหาแนวทางการจัดการที่เหมาะสมอื่น ๆ

6.3 ถ้าผู้ป่วยเห็นด้วยกับการรักษาต้องพยายามสอบถามความคิดเห็นจากบุคคลอื่นที่เกี่ยวข้องเพื่อสนับสนุนเกี่ยวกับความเหมาะสมในการรักษา แต่ถ้าการรักษานั้นเป็นการรักษาที่ไม่มีประโยชน์ต้องปฏิบัติดังนี้

6.3.1 มีการพูดคุยกับผู้ป่วยและครอบครัวเพื่อให้แน่ใจว่าผู้ป่วยและครอบครัวมีความเข้าใจเกี่ยวกับการรักษาที่ไม่มีประโยชน์และต้องให้ผู้ป่วยเข้าใจว่าการรักษาที่ผู้ป่วยต้องการนั้นเป็นการรักษาที่ไม่มีประโยชน์

6.3.2 กระตุ้นให้มีการแสวงหาความคิดเห็นจากผู้อื่น

6.3.3 ให้ทางเลือกแก่ผู้ป่วยโดยการส่งผู้ป่วยไปยังแพทย์คนอื่นหรือโรงพยาบาลอื่น

6.3.4 อาจมีการปรึกษาคณะกรรมการจริยธรรมของโรงพยาบาล

7. ในกรณี que ผู้ป่วยมีสติสัมปชัญญะ มีความสามารถในการตัดสินใจ มีการแสดงเจตจำนงเกี่ยวกับการรักษาล่วงหน้า ทีมสุขภาพไม่มีข้อบ่งชี้ในการรักษาแต่ผู้ป่วยต้องการการรักษา วิธีการปฏิบัติ คือ

7.1 ทีมสุขภาพไม่ต้องการที่จะให้การรักษาที่ไม่สามารถช่วยเหลือผู้ป่วยได้ จะต้องมีการพูดคุยกับผู้ป่วยและครอบครัวเพื่อให้แน่ใจว่าผู้ป่วยและครอบครัวมีความเข้าใจเกี่ยวกับการรักษาที่ไม่มีประโยชน์และต้องให้ผู้ป่วยเข้าใจว่าการรักษาที่ผู้ป่วยต้องการนั้นเป็นการรักษาที่ไม่มีประโยชน์

7.2 กระตุ้นให้มีการแสวงหาความคิดเห็นจากผู้อื่น

7.3 ให้ทางเลือกแก่ผู้ป่วยโดยการส่งผู้ป่วยไปยังแพทย์คนอื่นหรือโรงพยาบาลอื่น

7.4 อาจมีการปรึกษาคณะกรรมการจริยธรรมของโรงพยาบาล

8. ในกรณี que ผู้ป่วยมีสติสัมปชัญญะ มีความสามารถในการตัดสินใจ มีการแสดงเจตจำนงเกี่ยวกับการรักษาล่วงหน้า ทีมสุขภาพไม่มีข้อบ่งชี้ในการรักษาและไม่แน่ใจเกี่ยวกับความต้องการของผู้ป่วยในการรักษา วิธีการปฏิบัติคือ

8.1 แพทย์เจ้าของไข้จะต้องประเมินความสามารถในการตัดสินใจและ/หรือความต้องการของผู้ป่วยในการรักษา ถ้าเป็นไปได้ต้องแยกแยะประเด็นที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดความไม่แน่ใจเกี่ยวกับการรักษา

8.2 ปรึกษานักจิตวิทยา ถ้ายังไม่แน่ใจเกี่ยวกับความสามารถหรือสติสัมปชัญญะของผู้ป่วยหรือถ้าผู้ป่วยยังคงแสดงความปรารถนาในสิ่งที่ขัดแย้งกัน

8.3 ถ้ายังไม่สามารถแก้ไขปัญหาได้ให้ปรึกษาคณะกรรมการจริยธรรม

9. ในกรณีที่ผู้ป่วยมีสติสัมปชัญญะ มีความสามารถในการตัดสินใจ มีการแสดงเจตจำนงเกี่ยวกับการรักษาล้วงหน้า ทีมสุขภาพไม่มีข้อบ่งชี้ในการรักษาและผู้ป่วยไม่ต้องการรักษา วิธีการปฏิบัติ คือ ยุติการรักษา

10. ไม่แน่ใจว่าผู้ป่วยมีสติสัมปชัญญะหรือมีความสามารถหรือไม่ วิธีการปฏิบัติ คือ

10.1 แพทย์เจ้าของไข้จะต้องประเมินความสามารถในการตัดสินใจและ/หรือความต้องการในการรักษาของผู้ป่วย

10.2 ประเมินนักจิตวิทยา ถ้ายังไม่แน่ใจเกี่ยวกับความสามารถหรือสติสัมปชัญญะของผู้ป่วย

10.3 ถ้ายังไม่สามารถแก้ไขปัญหาได้ให้ปรึกษาคณะกรรมการจริยธรรม

11. ถ้าผู้ป่วยไม่มีสติสัมปชัญญะ ไม่มีการแสดงเจตจำนงเกี่ยวกับการรักษาล้วงหน้า ทีมสุขภาพไม่มีข้อบ่งชี้ในการรักษา และครอบครัวของผู้ป่วยไม่ต้องการการรักษา วิธีการปฏิบัติ คือ ยุติการรักษา

12. ถ้าผู้ป่วยไม่มีสติสัมปชัญญะ ไม่มีการแสดงเจตจำนงเกี่ยวกับการรักษาล้วงหน้า ทีมสุขภาพไม่มีข้อบ่งชี้ในการรักษา แต่ครอบครัวมีความคิดเห็นที่แตกต่างกันวิธีการปฏิบัติ คือ

12.1 หาบุคคลที่มีสิทธิในการตัดสินใจเป็นหลัก โดยมีการคัดเลือกบุคคลที่มีสิทธิในการตัดสินใจดังนี้ ในกรณีที่ผู้ป่วยมีคำแนะนำในการรักษาล้วงหน้า ให้บุคคลที่ผู้ป่วยระบุในการแสดงเจตจำนงเกี่ยวกับการรักษาล้วงหน้าเป็นคนตัดสินใจ ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่มีการแสดงเจตจำนงเกี่ยวกับการรักษาล้วงหน้า กฎหมายของรัฐเวอร์จิเนียกำหนดให้คัดเลือกบุคคลที่ทำหน้าที่ในการตัดสินใจตามลำดับดังนี้ ผู้ปกครองตามกฎหมาย สามีหรือภรรยา บุตรของผู้ป่วย ผู้ปกครอง พี่ชายหรือพี่สาวของผู้ป่วยและบุคคลที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยทางสายเลือด ถ้ามี 2 คนหรือมากกว่าที่อยู่ในลำดับเดียวกันไม่เห็นด้วยกับการตัดสินใจ แพทย์จะต้องเลือกคนที่มีอำนาจสูงสุดในการตัดสินใจ

12.2 จะต้องพยายามให้ครอบครัวเห็นด้วยและต้องพยายามถามสมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยเกี่ยวกับความต้องการของผู้ป่วย ว่าผู้ป่วยได้บอกอะไรเกี่ยวกับตนเองบ้างในขณะที่ยังพูดได้และต้องการทำอะไรเมื่อเกิดเหตุการณ์เช่นนี้ขึ้น นอกจากนี้สมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยจะต้องมีการทบทวนเกี่ยวกับการแสดงเจตจำนงเกี่ยวกับการรักษาล้วงหน้าอื่นๆ ของผู้ป่วย

12.3 อาจมีการปรึกษากับคณะกรรมการจริยธรรม

13. ถ้าผู้ป่วยไม่มีสติสัมปชัญญะ ไม่มีการแสดงเจตจำนงเกี่ยวกับการรักษาล้วงหน้า ทีมสุขภาพไม่มีข้อบ่งชี้ในการรักษา แต่ครอบครัวผู้ป่วยต้องการรักษา วิธีการปฏิบัติ คือ

13.1 ทีมสุขภาพไม่ต้องการที่จะให้การรักษาพยาบาล ที่ไม่สามารถช่วยเหลือผู้ป่วยได้ จะต้องมีการพูดคุยกับผู้ป่วยหรือครอบครัวให้เข้าใจว่าการรักษาที่ให้เป็นการรักษาที่ไม่มีประโยชน์

13.2 กระตุ้นให้มีการแสวงหาความคิดเห็นจากผู้อื่น

13.3 ให้ทางเลือกแก่ผู้ป่วยโดยการส่งผู้ป่วยไปยังแพทย์คนอื่นหรือโรงพยาบาลอื่น

13.4 อาจมีการปรึกษาคณะกรรมการจริยธรรมของโรงพยาบาล

14. ถ้าผู้ป่วยไม่มีสติสัมปชัญญะ ไม่มีการแสดงเจตจำนงเกี่ยวกับการรักษาล่วงหน้า และทีมสุขภาพมีความคิดเห็นที่ไม่ตรงกันเกี่ยวกับการรักษา วิธีปฏิบัติ คือ

14.1 แสดงความคิดเห็นร่วมกันระหว่างทีมสุขภาพ เพื่อหาข้อสรุปที่เหมาะสม

14.2 หาแนวปฏิบัติจากหัวหน้าหอผู้ป่วย หรือหาแนวทางการจัดการที่เหมาะสมอื่น ๆ

14.3 ถ้าผู้ป่วยเห็นด้วยกับการรักษาต้องพยายามสอบถามความคิดเห็นจากบุคคลอื่นที่เกี่ยวข้องเพื่อสนับสนุนความเหมาะสมในการรักษา แต่ถ้าการรักษานั้นเป็นการรักษาที่ไม่มีประโยชน์ต้องปฏิบัติดังนี้

14.3.1 มีการพูดคุยกับผู้ป่วยและครอบครัวเพื่อให้แน่ใจว่าผู้ป่วยและครอบครัวมีความเข้าใจเกี่ยวกับการรักษาที่ไม่มีประโยชน์และต้องให้ผู้ป่วยเข้าใจว่าการรักษาที่ผู้ป่วยต้องการนั้นเป็นการรักษาที่ไม่มีประโยชน์

14.3.2 กระตุ้นให้มีการแสวงหาความคิดเห็นจากผู้อื่น

14.3.3 ให้ทางเลือกแก่ผู้ป่วยโดยการส่งผู้ป่วยไปยังแพทย์คนอื่นหรือโรงพยาบาลอื่น

14.3.4 อาจมีการปรึกษาคณะกรรมการจริยธรรมของโรงพยาบาล

15. ถ้าผู้ป่วยไม่มีสติสัมปชัญญะ ไม่มีการแสดงเจตจำนงเกี่ยวกับการรักษาล่วงหน้า ทีมสุขภาพมีข้อบ่งชี้ในการรักษา แต่ญาติไม่ต้องการการรักษาวิธีปฏิบัติคือ

15.1 ต้องเลือกบุคคลในครอบครัวที่มีสิทธิในการตัดสินใจเป็นหลัก โดยมีการคัดเลือกบุคคลที่มีสิทธิในการตัดสินใจดังนี้ ในกรณีที่ผู้ป่วยมีการแสดงเจตจำนงเกี่ยวกับการรักษาล่วงหน้า ให้คนที่ผู้ป่วยระบุในการแสดงเจตจำนงเกี่ยวกับการรักษาล่วงหน้าเป็นคนตัดสินใจ ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่มีการแสดงเจตจำนงเกี่ยวกับการรักษาล่วงหน้า กฎหมายของรัฐเวอร์จิเนียกำหนดให้คัดเลือกบุคคลที่ทำหน้าที่ในการตัดสินใจตามลำดับดังนี้ ผู้ปกครองตามกฎหมาย สามีหรือภรรยา บุตรของผู้ป่วย ผู้ปกครอง พี่ชายหรือพี่สาวของผู้ป่วยและบุคคลที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยทางสายเลือด ถ้ามี

2 คน หรือมากกว่าในลำดับเดียวกันไม่เห็นด้วยกับการตัดสินใจ แพทย์จะต้องเชื่อคนที่มีอำนาจสูงสุดในการตัดสินใจ

15.2 ทบทวนข้อมูลให้ญาติและครอบครัวเข้าใจเกี่ยวกับการพยากรณ์โรค อาการ และการรักษาที่ให้รวมทั้งการแสดงเจตจำนงเกี่ยวกับการรักษาล่วงหน้าของผู้ป่วยเพื่อเป็นข้อมูลในการตัดสินใจ

15.3 ถ้ามีบางคนไม่เห็นด้วยกับการตัดสินใจของผู้ที่ทำหน้าที่ในการตัดสินใจคนแรก ให้ปฏิบัติดังนี้

15.3.1 หาบุคคลที่มีสิทธิในการตัดสินใจตามลำดับ

15.3.2 จะต้องพยายามให้ครอบครัวเห็นด้วยและต้องพยายามถามสมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยเกี่ยวกับความต้องการของผู้ป่วย ว่าผู้ป่วยได้บอกอะไรเกี่ยวกับตนเองบ้างในขณะที่ยังพูดได้และต้องการทำอะไรเมื่อเกิดเหตุการณ์เช่นนี้ขึ้น นอกจากนี้สมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยจะต้องมีการทบทวนเกี่ยวกับการแสดงเจตจำนงเกี่ยวกับการรักษาล่วงหน้าอื่น ๆ ของผู้ป่วย

15.4 ประเมินคณะกรรมการจริยธรรม

16. ถ้าผู้ป่วยไม่มีสติสัมปชัญญะ ไม่มีการแสดงเจตจำนงเกี่ยวกับการรักษาล่วงหน้า ทีมสุขภาพมีข้อบ่งชี้ในการรักษา แต่สมาชิกในครอบครัวมีความคิดเห็นที่ไม่ตรงกัน วิธีการปฏิบัติ คือ

16.1 พยายามหาบุคคลที่มีสิทธิในการตัดสินใจเป็นหลัก โดยมีการคัดเลือกบุคคลที่มีสิทธิในการตัดสินใจดังนี้ ในกรณีที่ผู้ป่วยมีคำแนะนำในการรักษาล่วงหน้า ให้บุคคลที่ผู้ป่วยระบุในการแสดงเจตจำนงเกี่ยวกับการรักษาล่วงหน้าเป็นคนตัดสินใจ ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่มีการแสดงเจตจำนงเกี่ยวกับการรักษาล่วงหน้า กฎหมายของรัฐเวอร์จิเนียกำหนดให้คัดเลือกบุคคลที่ทำหน้าที่ในการตัดสินใจตามลำดับดังนี้ ผู้ปกครองตามกฎหมาย สามีหรือภรรยา บุตรของผู้ป่วย ผู้ปกครองพี่ชายหรือพี่สาวของผู้ป่วยและบุคคลที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยทางสายเลือด ถ้ามี 2 คน หรือมากกว่าที่อยู่ในลำดับเดียวกันไม่เห็นด้วยกับการตัดสินใจ แพทย์จะต้องเชื่อคนที่มีอำนาจสูงสุด

16.2 จะต้องพยายามให้ครอบครัวเห็นด้วยและต้องพยายามถามสมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยเกี่ยวกับความต้องการของผู้ป่วย ว่าผู้ป่วยได้บอกอะไรเกี่ยวกับตัวเองบ้างในขณะที่ยังพูดได้และต้องการทำอะไรเมื่อเกิดเหตุการณ์เช่นนี้ขึ้น นอกจากนี้สมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยจะต้องมีการทบทวนเกี่ยวกับการแสดงเจตจำนงเกี่ยวกับการรักษาล่วงหน้าอื่น ๆ ของผู้ป่วย

16.3 อาจมีการปรึกษากับคณะกรรมการจริยธรรม

17. ถ้าผู้ป่วยไม่มีสติสัมปชัญญะ ไม่มีการแสดงเจตจำนงเกี่ยวกับการรักษาล้วงหน้า ที่มีสุขภาพมีข้อบ่งชี้ในการรักษา และครอบครัวต้องการการรักษาแต่ผู้ป่วยปฏิเสธการรักษา วิธีการปฏิบัติ คือ

17.1 ภายใต้กฎหมายของรัฐเวอร์จิเนีย ถ้าผู้ป่วยไม่มีความสามารถแต่ต้องการปฏิเสธการรักษา ผู้ตัดสินใจแทนไม่สามารถมีอำนาจในการตัดสินใจได้โดยปราศจากการทบทวนของศาล ในกรณีนี้จะต้องหาผู้ที่ทำหน้าที่แทนตามกฎหมายหรือคำสั่งศาลในการไม่ยินยอมในการรักษาของผู้ป่วย

17.2 ปรีกษาผู้อำนวยการโรงพยาบาล นักกฎหมายหรือคณะกรรมการจริยธรรมขององค์กร

18. ถ้าผู้ป่วยไม่มีสติสัมปชัญญะ ไม่มีการแสดงเจตจำนงเกี่ยวกับการรักษาล้วงหน้า ที่มีสุขภาพมีข้อบ่งชี้ในการรักษา ครอบครัวต้องการการรักษาแต่ไม่แน่ใจว่าผู้ป่วยต้องการรักษาหรือจะยุติการรักษาวิธีการปฏิบัติ คือ

18.1 แพทย์เจ้าของไข้จะต้องประเมินความสามารถในการตัดสินใจและ/หรือความต้องการในการรักษาของผู้ป่วย ถ้าเป็นไปได้ต้องแยกแยะประเด็นที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดความไม่แน่ใจเกี่ยวกับการรักษา

18.2 ปรีกษานักจิตวิทยา ถ้ายังไม่แน่ใจเกี่ยวกับความสามารถหรือสติสัมปชัญญะของผู้ป่วยหรือถ้าผู้ป่วยยังคงแสดงความปรารถนาในสิ่งที่ขัดแย้งกัน

18.3 ถ้ายังไม่สามารถแก้ไขปัญหาได้ให้ปรึกษาคณะกรรมการจริยธรรม

19. ถ้าผู้ป่วยไม่มีสติสัมปชัญญะ ไม่มีการแสดงเจตจำนงเกี่ยวกับการรักษาล้วงหน้า ที่มีสุขภาพมีข้อบ่งชี้ในการรักษา ครอบครัวและผู้ป่วยต้องการการรักษา วิธีการปฏิบัติ คือ

19.1 ต้องเลือกบุคคลในครอบครัวที่มีสิทธิในการตัดสินใจเป็นหลัก โดยมีการคัดเลือกบุคคลที่มีสิทธิในการตัดสินใจดังนี้ ในกรณีที่ผู้ป่วยมีคำแนะนำในการรักษาล้วงหน้า ให้บุคคลที่ผู้ป่วยระบุในการแสดงเจตจำนงเกี่ยวกับการรักษาล้วงหน้าเป็นคนตัดสินใจ ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่มีการแสดงเจตจำนงเกี่ยวกับการรักษาล้วงหน้า กฎหมายของรัฐเวอร์จิเนียกำหนดให้คัดเลือกบุคคลที่ทำหน้าที่ในการตัดสินใจตามลำดับดังนี้ ผู้ปกครองตามกฎหมาย สามีหรือภรรยา บุตรของผู้ป่วย ผู้ปกครอง พี่ชายหรือพี่สาวของผู้ป่วยและบุคคลที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยทางสายเลือด ถ้ามี 2 คนหรือมากกว่าในลำดับเดียวกันไม่เห็นด้วยกับการตัดสินใจ แพทย์จะต้องเลือกคนที่มีอำนาจสูงสุดในการตัดสินใจ

19.2 ทบทวนข้อมูลให้ญาติและครอบครัวเข้าใจเกี่ยวกับการพยากรณ์โรค อาการ และการรักษาที่ให้รวมทั้งการแสดงเจตจำนงเกี่ยวกับการรักษาล่วงหน้าของผู้ป่วยเพื่อเป็นข้อมูลในการตัดสินใจ

19.3 ถ้ามีบางคนไม่เห็นด้วยกับการตัดสินใจของผู้ที่ทำหน้าที่ในการตัดสินใจคนแรก ให้ปฏิบัติดังนี้

19.3.1 หาบุคคลคนที่มีสิทธิในการตัดสินใจตามลำดับ

19.3.2 จะต้องพยายามให้ครอบครัวเห็นด้วยและต้องพยายามถามสมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยเกี่ยวกับความต้องการของผู้ป่วย ว่าผู้ป่วยได้บอกอะไรเกี่ยวกับตนเองบ้าง ในขณะที่ยังพูดได้และต้องการทำอะไรเมื่อเกิดเหตุการณ์เช่นนี้ขึ้น นอกจากนี้สมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยจะต้องมีการทบทวนเกี่ยวกับการแสดงเจตจำนงเกี่ยวกับการรักษาล่วงหน้าอื่น ๆ ของผู้ป่วย

19.4 ปรีกษาคณะกรรมการจริยธรรม

20. ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่มีสติสัมปชัญญะแต่มีการแสดงเจตจำนงเกี่ยวกับการรักษาล่วงหน้าไว้อย่างชัดเจน ให้ปฏิบัติเหมือนกับผู้ป่วยที่มีสติสัมปชัญญะ

21. ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่มีสติสัมปชัญญะแต่มีการแสดงเจตจำนงเกี่ยวกับการรักษาล่วงหน้าที่ไม่ชัดเจน ให้ปฏิบัติเหมือนกับผู้ป่วยที่ไม่มีสติสัมปชัญญะตั้งแต่ ข้อ 11-19

นอกจากนี้ซิงเกอร์ บาร์เกอร์ โบว์แมน แฮร์ริสัน เคอร์เนอร์แมน โคโปลโลว์ และคณะ (Singer, Barker, Bowman, Harrison, Kernerman, Kopolow, et al., 2001) ได้เสนอแนวปฏิบัติในกรณีที่มีความเห็นไม่ตรงกันระหว่างผู้ป่วยและทีมสุขภาพเกี่ยวกับความเหมาะสมในการเริ่มการรักษาหรือความต่อเนื่องของการรักษาพยาบาลเพื่อยืดชีวิตดังนี้

1. ต้องมีความเห็นที่สอดคล้องกันระหว่างทีมสุขภาพเกี่ยวกับการพิจารณาความเหมาะสมของการรักษา

2. แพทย์จะต้องรับผิดชอบในการพูดคุย ติดต่อสื่อสารกับผู้ป่วยให้เร็วที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ เกี่ยวกับการพยากรณ์โรคและความปรารถนาของผู้ป่วยในการรักษาขณะที่ยังรู้สึกตัว และจะต้องมีการพูดคุยกับผู้ป่วยหรือผู้ที่ตัดสินใจแทนเกี่ยวกับเหตุผลของการยุติหรือการยกเลิกการรักษาที่ยืดชีวิตหรือช่วยชีวิต อธิบายเกี่ยวกับการดูแลเพื่อการบรรเทาอาการ ส่งเสริมให้ผู้ป่วยสุขสบายและตายอย่างสมศักดิ์ศรี เสนอแหล่งประโยชน์ในโรงพยาบาล เช่น นักสังคมสงเคราะห์ อนุศาสนาจารย์หรือนักจริยธรรม สำหรับช่วยเหลือผู้ป่วยและครอบครัวทางด้านจิตใจ วัฒนธรรม จิตวิญญาณ และด้านข้อมูลข่าวสารต่าง ๆ นอกจากนี้จะต้องมีการบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับรายละเอียดในการติดต่อสื่อสารลงในแฟ้มประวัติของผู้ป่วย

3. แพทย์หรือทีมสุขภาพที่ได้รับมอบหมายจากโรงพยาบาลจะต้องพยายามเจรจากับผู้ป่วยเกี่ยวกับแผนการรักษา และการดูแลให้เป็นที่ยอมรับทั้งผู้ป่วยและทีมสุขภาพ
4. ผู้ป่วยหรือครอบครัวมีโอกาสในการร้องขอเกี่ยวกับความคิดเห็นอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับการรักษาพยาบาล และการช่วยเหลือจากทีมสุขภาพ
5. มีการจำกัดเวลาในการทดลองการรักษา หลังจากนั้นจึงมีการพูดคุยกับผู้ป่วยหรือญาติอีกครั้งเกี่ยวกับแนวทางในการรักษา
6. ควรให้โอกาสผู้ป่วยหรือผู้ที่ตัดสินใจแทนในการเลือกผู้ดูแลอื่น เพื่อให้มีความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยและได้รับการช่วยเหลือจากทีมสุขภาพในการส่งต่อผู้ป่วยเพื่อรับการรักษาที่อื่น
7. ควรมอบหมายบุคคลจากโรงพยาบาล ให้มาประเมินประเมินมโนกรรมที่เกิดความคิดเห็นที่ไม่ตรงกันระหว่างผู้ป่วยและทีมสุขภาพ
8. ถ้ามีความล้มเหลวเกี่ยวกับการเจรจา นักกฎหมายของโรงพยาบาลต้องพิจารณาความเหมาะสมในการปรึกษาอำนาจของศาลเพื่อตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษา
9. ถ้าทีมสุขภาพมีจุดมุ่งหมายในการยกเลิก/ยับยั้งการรักษาพยาบาลเพื่อยืดชีวิต ต้องแจ้งให้ผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัวทราบเพื่อขอความยินยอม ในกรณีที่ผู้ป่วย/ผู้ตัดสินใจไม่เห็นด้วยกับการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาของทีมสุขภาพ ควรให้โอกาสผู้ป่วย/ผู้ตัดสินใจแทน โดยให้ศาลเป็นผู้ตัดสินใจ
10. ถ้ามีการตกลงปฏิบัติตามนโยบายของโรงพยาบาล ทีมสุขภาพสามารถยกเลิกหรือยับยั้งการรักษาพยาบาลเพื่อยืดชีวิตรวมทั้งการดูแลอื่น ๆ

4. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติในการให้/ยุติการรักษาพยาบาลที่ยืดชีวิต

4.1 การฝึกรอบรมของทีมสุขภาพในการดูแลผู้ป่วยวิกฤต ในประเด็นของการยกเลิกการรักษาพยาบาลที่ยืดชีวิต การที่ทีมสุขภาพไม่ได้รับการฝึกรอบรมในเรื่องดังกล่าวหรือไม่มีการฝึกเกี่ยวกับการให้การรักษาที่เหมาะสมในผู้ป่วยใกล้ตายหรือการดูแลผู้ป่วยในระยะสุดท้าย (Ellershaw & Ward, 2003; Vittone, 2002) และการไม่มีความรู้ในเรื่องของหลักการทางการแพทย์ จริยธรรม และกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการยุติการรักษาพยาบาลที่ยืดชีวิต (Brody, Campbell, Faber-Langendoen, & Ogle, 1997) ประกอบกับวัฒนธรรมในการรักษาพยาบาลผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนักจะเน้นการช่วยเหลือผู้ป่วย (Curtis, 2000) ทำให้ผู้ป่วยใกล้ตายส่วนใหญ่ได้รับการรักษาที่ไม่ต้องการ ซึ่งจุดมุ่งหมายของการดูแลผู้ป่วยที่หมดหวังหรือผู้ป่วยที่กำลังใกล้ตายคือ เพื่อการบรรเทาและคงไว้ซึ่งคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ให้ผู้ป่วยได้รับการควบคุมอาการต่าง ๆ และตายอย่างมีศักดิ์ศรีมากที่สุด โดยแพทย์จะต้องพยายามคงไว้ซึ่งการทำหน้าที่และการบรรเทาอาการ

ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น (Crawley et al., 2002; Quill, Cassel, & Meier, 1992) เนื้อหาสาระที่มีความจำเป็นในการดูแลผู้ป่วยที่อยู่ในระยะสุดท้ายได้แก่ เทคนิควิธีในการติดต่อสื่อสาร การประเมินอาการ การจัดการและการให้การช่วยเหลือเกี่ยวกับการสูญเสียที่เกิดขึ้น (Campbell, 2002) นอกจากนี้เฟอร์เรล แกรนท์และวีรานี (Ferrell et al., 1999) กล่าวว่า การดูแลผู้ป่วยในระยะสุดท้ายประกอบด้วย การจัดการกับความเจ็บปวด การจัดการกับอาการทางด้านร่างกายและจิตใจ ส่งเสริมให้มีการติดต่อสื่อสารกับผู้ป่วยและครอบครัว การเตรียมการของทีมนักศึกษาและญาติเกี่ยวกับการจัดการกับความตายและการดูแลอื่น ๆ ในระยะสุดท้าย แต่ในปัจจุบันแพทย์และพยาบาลส่วนใหญ่จะได้รับการศึกษาอบรมเกี่ยวกับการตั้งครุฑและการคลอดมากกว่าการดูแลผู้ป่วยใกล้ตาย ซึ่งจริง ๆ แล้วมีพยาบาลส่วนน้อยที่ให้การดูแลผู้ป่วยใกล้คลอด แต่บ่อยครั้งที่พยาบาลจะต้องเผชิญกับผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะใกล้ตาย โดยเฉพาะพยาบาลที่ปฏิบัติงานอยู่ใน ไอ.ซี.ยู. และโรงพยาบาลส่วนใหญ่จะฝึกพยาบาลน้องใหม่ใน ไอ.ซี.ยู. เกี่ยวกับเรื่องของเทคนิคการเฝ้าระวัง การช่วยชีวิตและการใช้เทคนิคในการช่วยชีวิต ซึ่งเนื้อหาเกี่ยวกับการไม่ช่วยฟื้นชีวิต การยับยั้ง/ยกเลิกการรักษาพยาบาลที่ยืดชีวิตและกลวิธีในการดูแลเพื่อการบรรเทาที่น้อย (Campbell, 2002) ทำให้แพทย์และพยาบาลไม่มีความมั่นใจในการช่วยเหลือผู้ป่วยเหล่านี้ (Ellershaw & Ward, 2003) นอกจากนี้ อาจเกิดจากระบบการจัดการเกี่ยวกับการดูแลในระยะสุดท้าย และการขาดการดูแลอย่างต่อเนื่องระหว่างกลุ่มที่ให้การดูแลผู้ป่วย (Ferrell, Virani, Grant, Coyne, & Uman, 2000)

4.2 แนวปฏิบัติในการยกเลิก/ยับยั้งการรักษาที่ยืดชีวิต การไม่มีแนวปฏิบัติในการยกเลิก/ยับยั้งการรักษาที่ยืดชีวิต ทำให้ทีมนักศึกษามีความคิดเห็นที่แตกต่างกันในเรื่องของศีลธรรมและกฎหมาย มีผลทำให้มีการรักษาที่แตกต่างกัน (Editorial, 1993) นอกจากนี้การตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษานอกจากขึ้นอยู่กับเหตุผลทางวิทยาศาสตร์การแพทย์แล้ว ยังขึ้นอยู่กับคุณค่าและบุคลิกลักษณะของแพทย์แต่ละคน (Raffin, 1995) ดังนั้นทำให้มาตรฐานการปฏิบัติไม่เป็นไปในแนวทางเดียวกัน และอาจทำให้ไม่ได้รับการรับรองการเป็นโรงพยาบาลคุณภาพ เนื่องจากสถาบันการรับรองคุณภาพโรงพยาบาล กำหนดให้มีจริยธรรมในการยุติการช่วยฟื้นชีวิตและการรักษาเพื่อชะลอความตาย ในหมวดจริยธรรมขององค์กร โดยต้องมีกลไกการตัดสินใจยุติการช่วยฟื้นชีวิตและการตัดสินใจยุติการรักษาเพื่อชะลอความตาย มีการกำหนดบทบาทของแพทย์ พยาบาลและเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องและครอบครัวผู้ป่วยในการตัดสินใจยุติปฏิบัติการช่วยฟื้นชีวิต/การรักษาเพื่อชะลอความตาย (สิทธิศักดิ์, 2543)

4.3 ความแม่นยำในการพยากรณ์โรคของแพทย์ จากการศึกษาพบว่าในบางครั้งเป็นเรื่องยากสำหรับแพทย์ที่จะตัดสินใจว่าผู้ป่วยกำลังใกล้ตาย (Faber-Langendoen & Lancken, 2000)

ทำให้แพทย์มีความยุ่งยาก และมีความวิตกกังวลในการพูดคุยเกี่ยวกับการพยากรณ์โรคกับผู้ป่วย (Christakis & Iwashyna, 1998) ซึ่งจะเห็นได้จากการศึกษาเกี่ยวกับความยุ่งยากในการพยากรณ์โรคในผู้ป่วยมะเร็ง พบว่าการทำนายเกี่ยวกับโอกาสรอดชีวิตและการเปิดเผยเกี่ยวกับการพยากรณ์โรคแก่ผู้ป่วยที่มีความเจ็บป่วยรุนแรง โดยเฉพาะผู้ป่วยมะเร็ง เป็นเรื่องยุ่งยากที่แพทย์ต้องเผชิญ (Lamont & Christakis, 2003) และจากการศึกษาเกี่ยวกับการเปิดเผยการพยากรณ์โรคแก่ผู้ป่วยมะเร็งในระยะสุดท้าย พบว่าร้อยละ 22.7 ของแพทย์ไม่ได้มีการพูดคุยเกี่ยวกับโอกาสรอดชีวิตกับผู้ป่วย โดยเฉพาะแพทย์ที่ไม่มีประสบการณ์หรือแพทย์ที่ไม่มีความมั่นใจในการพยากรณ์โรค จะไม่สนับสนุนให้มีการพูดคุยเกี่ยวกับการพยากรณ์โรค (Lamont & Christakis, 2001) นอกจากนี้มีแพทย์หลายคนพยายามเลี่ยงที่จะไม่พูดคุยเกี่ยวกับการพยากรณ์โรค และจะมีการให้ข้อมูลเกี่ยวกับการพยากรณ์โรคเมื่อผู้ป่วยมีการซักถาม (Christakis & Iwashyna, 1998)

จากการศึกษามุมมองของแพทย์ในรัฐโอเรกอนเกี่ยวกับการถูกต้องตามกฎหมายของการช่วยให้ฆ่าตัวตาย พบว่ามากกว่าครึ่งของแพทย์ไม่แน่ใจเกี่ยวกับการพยากรณ์ว่าผู้ป่วยจะสามารถมีชีวิตอยู่ได้อีกไม่เกิน 6 เดือน (Lee et al., 1996) และจากการศึกษาเกี่ยวกับความผิดพลาดในการพยากรณ์โรคของแพทย์ พบว่า มีเพียงร้อยละ 20 ของผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่แพทย์สามารถพยากรณ์โรคได้อย่างถูกต้อง (Christakis & Lamont, 2000) ซึ่งการพยากรณ์โรคที่ไม่ชัดเจนเป็นเหตุผลหนึ่งที่ทำให้ผู้ป่วยใกล้ตายได้รับการดูแลที่ไม่มีประสิทธิภาพ (Edmonds & Rogers, 2003) และการที่ผู้ป่วยได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการพยากรณ์โรคที่ไม่เพียงพอและชัดเจน ทำให้ผู้ป่วยเลือกการรักษาที่ไม่มีประโยชน์มากกว่าการรักษาเพื่อการบรรเทาและควบคุมอาการ (Weeks, Cook, O'Day, Peterson, Wenger, Reding, Harrell, Kussin, Dawson, Connors, Lynn, & Phillips, 1998)

4.4 การติดต่อสื่อสารระหว่างทีมสุขภาพและผู้ป่วย/ญาติ จากการศึกษา พบว่าการพูดคุยติดต่อสื่อสารระหว่างทีมสุขภาพและผู้ป่วย/ครอบครัวไม่ค่อยมีประสิทธิภาพ (Curtis, Patrick, Shannon, Treece, Engelberg, & Rubenfeld, 2001) ซึ่งจะเห็นได้จากไม่มีการพูดคุยกับผู้ป่วยเกี่ยวกับประเด็นของการรักษาที่ยืดชีวิตก่อนที่ผู้ป่วยจะมีการเจ็บป่วยที่รุนแรง จนไม่สามารถมีส่วนร่วมในการตัดสินใจได้ (Gilligan & Raffin, 1996a) สาเหตุหนึ่งอาจจะเกิดจากการที่แพทย์รู้สึกไม่สบายใจในการพูดคุยกับผู้ป่วยเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลที่ยืดชีวิต (Akabayashi, 2002) ทำให้แพทย์ส่วนใหญ่ไม่ทราบความต้องการของผู้ป่วยเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลที่ยืดชีวิตหรือไม่ได้ปฏิบัติตามความต้องการของผู้ป่วย (Cleeland, Gonin, Hatfield, Edmonson, Blum, &

Stewart, Pandya, 1994) ซึ่งการพูดคุยกับผู้ป่วยหรือผู้ทำหน้าที่แทนเกี่ยวกับประเด็นของการรักษาพยาบาลที่ยืดชีวิต โดยเฉพาะการไม่ช่วยฟื้นชีวิต ตั้งแต่เนิ่น ๆ เป็นสิ่งที่เหมาะสมที่สุดและสามารถป้องกันปัญหาที่จะเกิดขึ้นได้ (Leonard, Doyle, & Raffin, 1999)

นอกจากนี้ในบางครั้งการพูดคุยมีการใช้ศัพท์ทางการแพทย์ ทำให้ผู้ป่วย/ญาติไม่เข้าใจ (Tulsky, Fischer, Rose, & Arnold, 1998) และอาจจะเกิดจากการที่ญาติผู้ป่วยยังไม่พร้อมที่จะรับฟังข้อมูลเกี่ยวกับโรคและการพยากรณ์โรคจากแพทย์ในขณะที่มีการพูดคุย เนื่องจากสภาวะทางด้านจิตใจของญาติ (Goold, Williams, & Arnold, 2000) ซึ่งการที่ครอบครัวของผู้ป่วยหรือผู้ป่วยไม่เข้าใจเกี่ยวกับโรค การพยากรณ์โรค และการรักษาหลังจากที่มีการพูดคุยกับทีมสุขภาพ มีผลทำให้มีการตัดสินใจที่ไม่ตรงกับความต้องการของตนเองได้ (Azoulay, Chevret, Leleu, Pochard, Barboteu, Adrie, et al., 2000) นอกจากนี้การติดต่อสื่อสารที่ไม่ดีระหว่างแพทย์กับผู้ป่วยหรือสมาชิกในครอบครัว สามารถทำให้สถานการณ์ต่าง ๆ เลวร้ายลงได้ (Klessig, 1992) และยังส่งเสริมให้เกิดความคิดเห็นที่ไม่ตรงกันเกี่ยวกับการช่วยฟื้นชีวิต ระหว่างผู้ป่วย/ญาติและแพทย์ (Krumholz et al., 1998) ซึ่งอุปสรรคในการติดต่อสื่อสารระหว่างแพทย์และผู้ป่วยเกี่ยวกับการจำกัดการรักษาที่พบได้แก่ (1) แพทย์จะรู้สึกเครียดและไม่สบายใจเมื่อต้องเผชิญกับความตายของผู้ป่วย (2) แพทย์ได้รับการฝึกฝนให้เอาชนะโรค ดังนั้นแพทย์จะรู้สึกว่าล้มเหลวเมื่ออนุญาตให้ผู้ป่วยเสียชีวิตถ้าชีวิตผู้ป่วยยังสามารถอยู่ได้โดยการช่วยพยุงชีวิตไว้ (3) แพทย์กลัวเกี่ยวกับประเด็นของกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการยับยั้งหรือการยกเลิกการรักษาที่ช่วยชีวิต (Gilligan & Raffin, 1996b) และการที่มีแพทย์จำนวนหนึ่งที่ดูแลผู้ป่วยไม่ได้รับการฝึกฝนเกี่ยวกับเทคนิคการติดต่อสื่อสาร (Curtis, 2000) ลาติเมอร์ (Latimer, 1998) เสนอแนะเกี่ยวกับจริยธรรมในการติดต่อสื่อสารเพื่อให้ข้อมูลดังนี้ (1) ต้องถูกเวลาและเป็นความต้องการของผู้ป่วย (2) ต้องมีความชัดเจน (3) ต้องใช้คำพูดที่ทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวเข้าใจ และ (4) ต้องกระทำด้วยความนุ่มนวล และมีความเมตตา กรุณา กิลลิแกนและราฟฟิน (Gilligan & Raffin, 1996b) กล่าวว่าทักษะการติดต่อสื่อสารและการฟังเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างแพทย์และผู้ป่วย ทำให้แพทย์เรียนรู้เกี่ยวกับความหมายของความเจ็บป่วยต่อผู้ป่วยและญาติ นอกจากนี้การติดต่อสื่อสารที่ดียังทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าได้รับการดูแลที่ดีจากแพทย์เพิ่มขึ้น

4.5 การแสดงเจตจำนงเกี่ยวกับการรักษาล่วงหน้าของผู้ป่วย ก็เป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อการปฏิบัติในการให้/ยุติการรักษาที่ยืดชีวิต ซึ่งทำให้ทีมสุขภาพมีแนวทางในการตัดสินใจเกี่ยวกับระยะเวลาของการรักษาเร็วขึ้น (Wallace et al., 2001) และเป็นแนวทางในการตัดสินใจ ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่สามารถตัดสินใจได้ด้วยตนเอง ทำให้เข้าใจคุณค่าและทางเลือกของผู้ป่วย (Sanders,

1999) ซึ่งสอดคล้องกับอิตเคน (Aitken, 2003) ที่กล่าวว่า การมีพินัยกรรมชีวิตซึ่งเป็นประเภทหนึ่งของการแสดงเจตจำนงเกี่ยวกับการรักษาล่วงหน้า ทำให้กระบวนการในการตัดสินใจของทีมสุขภาพดีขึ้น ส่งเสริมให้มีการตัดสินใจร่วมกันระหว่างผู้ป่วย แพทย์ ผู้ตัดสินใจแทนตามความต้องการของผู้ป่วย นอกจากนี้ยังทำให้ผลลัพธ์ของการรักษาและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยดีขึ้น ลดความถี่ของการรักษาที่มากเกินไปหรือการรักษาที่น้อยเกินไป และลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยเกี่ยวกับการเป็นภาระแก่ญาติหรือบุคคลที่ใกล้ชิดอื่นๆ นอกจากนี้ยังเป็นการเคารพเอกราชของผู้ป่วยและลดภาระเสี่ยงของการฟ้องร้องทางกฎหมาย (Gomez, 2002) และยังคงระยะเวลาในการรักษาตัวในโรงพยาบาลและลดค่ารักษาพยาบาล (Baer, 2001) นอกจากนี้ยังสามารถลดความขัดแย้งในการตัดสินใจที่อาจเกิดขึ้นเมื่อผู้ป่วยอยู่ในภาวะวิกฤตได้ (Eisemann, Richter, Bauer, Bonelli, & Porzolt, 1999)

4.6 การทำงานร่วมกันเป็นทีม การทำงานร่วมกันเป็นทีมทำให้ผลลัพธ์ในการรักษาผู้ป่วยดีขึ้น ซึ่งจากการศึกษาในหอผู้ป่วยหนักในประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่าการที่แพทย์และพยาบาลมีการตัดสินใจร่วมกันในการส่งผู้ป่วยไปยังหอผู้ป่วยเปิดทำให้ผลลัพธ์ในการรักษาผู้ป่วยดีขึ้น (Baggs, Schmitt, Mushin, Mitchell, Eldredge, Oakes, & Hutson, 1999) นอกจากนี้การทำงานร่วมกันระหว่างแพทย์และพยาบาล นอกจากทำให้ผลลัพธ์ในการรักษาผู้ป่วยดีขึ้น ยังทำให้คุณภาพในการดูแลผู้ป่วยของหอผู้ป่วยหนักดีขึ้น (King, Lee, & Henneman, 1993) ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรม พบว่ามีการสนับสนุนให้มีการตัดสินใจร่วมกันระหว่างแพทย์ พยาบาล และผู้ป่วย (Baggs, 1993) อย่างไรก็ตาม ทีมสุขภาพยังมีการทำงานร่วมกันเป็นทีมน้อย จะเห็นได้จากการศึกษาเกี่ยวกับการรับรู้ของแพทย์และพยาบาลเกี่ยวกับปัญหาทางด้านจริยธรรมในการตัดสินใจในระยะสุดท้าย พบว่าบทบาทในการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาจะเป็นของแพทย์ พยาบาลไม่มีบทบาทในการตัดสินใจ แม้ว่าพยาบาลเข้าใจเกี่ยวกับอาการ ประสิทธิภาพและความต้องการของผู้ป่วย (Oberle & Hughes, 2001) และเป็นบุคคลแรกที่เผชิญกับระยะสุดท้ายของชีวิตของผู้ป่วย (van der Adrend, 1998) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาทัศนคติของผู้ป่วยที่รับการรักษาในโรงพยาบาลและทีมสุขภาพเกี่ยวกับการตัดสินใจในการช่วยฟื้นชีวิต พบว่ามากกว่าร้อยละ 80 ของผู้ป่วยและทีมสุขภาพกล่าวว่าผู้ป่วยและแพทย์มีความสำคัญในการตัดสินใจเกี่ยวกับการช่วยฟื้นชีวิต มีเพียง 1 ใน 3 ที่คิดว่าพยาบาลมีบทบาทสำคัญในการตัดสินใจ (Kerridge et al., 1998) และจากการศึกษาบทบาทของพยาบาลกับการตัดสินใจในการช่วยฟื้นชีวิต พบว่าพยาบาลมีบทบาทน้อยในกระบวนการตัดสินใจเกี่ยวกับการช่วยฟื้นคืนชีพ และมีพยาบาลหลายคนบอกว่าแพทย์ไม่ได้พูดคุยกับตนเองเกี่ยวกับการตัดสินใจในการช่วยฟื้นคืนชีพ ดังนั้นจากการที่ไม่มีการพูดคุย

ร่วมกันทำให้เป็นเรื่องยากสำหรับพยาบาลในการให้ความชัดเจนแก่ผู้ป่วย เกี่ยวกับการตัดสินใจในการช่วยฟื้นชีวิต (Godkin & Toth, 1994) ทำให้พยาบาลรู้สึกอึดอัดใจกับบทบาทที่มีจำกัดในการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษา (Asch, 1996) ส่วนหนึ่งอาจจะเกิดจากการที่พยาบาลต้องปฏิบัติตามแผนการรักษาของแพทย์ (van der Adrend, 1998) และตามธรรมเนียมที่ผ่านมามาการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาเป็นความรับผิดชอบของแพทย์ (Puopolo et al, 1997) โดยแพทย์จะมีอำนาจหน้าที่ในการตัดสินใจเกี่ยวกับการช่วยฟื้นชีวิต ตามความเหมาะสมทางการแพทย์ กฎหมาย และหลักการทางจริยธรรม (Sloan, 1996) นอกจากนี้อาจจะเกิดจากการที่ผู้ป่วยไว้ใจว่าแพทย์ จะให้การรักษาที่ดีที่สุดสำหรับตัวเองอย่างมีประสิทธิภาพ ให้การช่วยเหลือเพื่อให้ตายอย่างมีศักดิ์ศรี และไม่ยึดชีวิตเมื่อไม่มีหวัง (Danis et al., 1988) ซึ่งจะเห็นได้จากการศึกษาของกูดคินและโทท (Godkin & Toth, 1994) พบว่าในกรณีที่ผู้ป่วยไม่รู้สึกรู้ตัว ผู้ป่วยจะให้แพทย์เป็นคนตัดสินใจซึ่งขาดคนสุดท้ายเกี่ยวกับการรักษา นอกจากนี้ภาระงานที่มาก ทำให้พยาบาลไม่มีเวลาในการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาของผู้ป่วย (Bucknall & Thomas 1997) และการที่พยาบาลทำงานเป็นผลัด ผู้ป่วยแต่ละคนจะได้รับการดูแลจากพยาบาลหลายคนในแต่ละผลัด ดังนั้นจึงไม่สามารถให้พยาบาลทุกคนมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ และไม่เพียงพอที่จะให้พยาบาลคนใดคนหนึ่งมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ (Kerridge et al., 1998) แต่สแกนลอน (Scanlon, 2003) กล่าวว่าพยาบาลจะต้องมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับการยับยั้ง/ยกเลิกการรักษา เพื่อแสดงให้เห็นมุมมองของวิชาชีพ ซึ่งไฮส์ฟีลด์-วูล์ฟ (Haisfield-Wolfe, 1996) กล่าวว่าหน้าที่และบทบาทของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายขยายกว้างขึ้น โดยพยาบาลมีส่วนร่วมในประเด็นของการมีการแสดงเจตจำนงเกี่ยวกับการรักษาล่วงหน้า การตัดสินใจเกี่ยวกับการไม่ช่วยฟื้นชีวิตและการตัดสินใจในการให้การดูแลเพื่อการบรรเทาและเพื่อความสบายของผู้ป่วย นอกจากนี้พยาบาลยังมีบทบาทหน้าที่ในการเป็นผู้แทนผู้ป่วย ผู้ติดต่อสื่อสาร ผู้สอน โดยการให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลเพื่อควบคุมอาการและเพื่อความสบาย และเป็นผู้อำนวยการความสะอาดในการพูดคุยเกี่ยวกับประเด็นการดูแลในระยะสุดท้ายของชีวิต (Haisfield-Wolfe & McGuire, 1992) เนื่องจากพยาบาลเป็นบุคคลที่ให้การดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด และใช้เวลาส่วนใหญ่ในการดูแลผู้ป่วยที่อยู่ในระยะสุดท้ายมากกว่าบุคคลอื่นในทีมสุขภาพ ทำให้พัฒนาไปสู่ความเชื่อใจพยาบาลได้ ดังนั้นพยาบาลควรจะมีส่วนร่วมในการวางแผน และการปฏิบัติเกี่ยวกับการตัดสินใจกับผู้ป่วยและครอบครัว (Ferrell, Grant, & Virani, 1999; Puopolo et al, 1997)

จากการทบทวนวรรณกรรมจะเห็นได้ว่า การปฏิบัติในการให้/ยุติการรักษาพยาบาลที่ยืดชีวิตในผู้ป่วยวิกฤตเป็นเรื่องที่ยุ่งยากและซับซ้อน เนื่องจากมีปัจจัยหลายอย่างเข้ามาเกี่ยวข้อง และมีความแตกต่างกัน ไม่ว่าจะเป็นคุณค่าของผู้ป่วยและของทีมสุขภาพ สิทธิผู้ป่วยและกฎหมายที่เกี่ยวข้องในการให้/ยุติการรักษาพยาบาลที่ยืดชีวิตและปัจจัยอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการตัดสินใจในการรักษาพยาบาลที่เกี่ยวกับการให้/ยุติการรักษาที่ยืดชีวิต ทั้งของผู้ป่วยและทีมสุขภาพ ดังนั้น ถ้าไม่มีแนวทางในการปฏิบัติที่ชัดเจน อาจทำให้เกิดความผิดพลาดในการตัดสินใจ และอาจทำให้ผู้ป่วยมีความทุกข์ทรมานมากกว่าเป็นการช่วยเหลือผู้ป่วย นอกจากนี้ อาจทำให้เกิดความขัดแย้งเกี่ยวกับการตัดสินใจในการยืดชีวิต/การยุติการรักษา และอาจนำไปสู่ปัญหาการฟ้องร้องทางกฎหมายทำให้เกิดความเสียหายต่อวิชาชีพ หน่วยงานและคุณภาพของการบริการได้