

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ผู้ป่วยวิกฤต เป็นผู้ป่วยที่มีการเจ็บป่วยรุนแรงหรือป่วยหนักซึ่งอยู่ในภาวะคุกคามต่อชีวิต และต้องได้รับการช่วยเหลืออย่างรวดเร็วและทันเวลาที่ เพื่อรักษาชีวิต ป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน และคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพ (แสงจันทร์, 2541; Thelan, Davie, Urden, & Lough, 1994) โดยการใช้เทคโนโลยีที่ทันสมัยในการช่วยพยุงชีวิตผู้ป่วยไว้ (McGee, Weinacker, & Raffin, 2000) เช่น การใช้เครื่องช่วยหายใจ การให้อาหารด้วยวิธีการพิเศษ หรือการให้ยาในการกระตุ้นการทำงานของหัวใจ เป็นต้น ซึ่งเทคโนโลยีสมัยใหม่เหล่านี้ทำให้ทีมสุขภาพสามารถควบคุมและรักษาโรคได้ ทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยดีขึ้น โดยเฉพาะผู้ป่วยที่เจ็บป่วยด้วยโรคที่สามารถรักษาให้หายได้ (Singh, Sardana, Prasad, & Behari, 2001) แต่สำหรับผู้ป่วยที่อยู่ในระยะสุดท้าย การใช้เทคโนโลยีที่ทันสมัยดังกล่าว ทำให้ผู้ป่วยมีชีวิตยืนยาวขึ้น โดยปราศจากการเยียวยาหรือการรักษาโรคที่เป็นสาเหตุของผู้ป่วย (Jecker, 1995; Richter, Eisemann, & Zgonnikova, 2001) และยังเป็นการยืดเวลาการตายให้ยาวนานขึ้น (Rivera, Kim, Garone, Morgenstern, & Mohsenifar, 2001; Walter, Cook, Guyatt, Spanier, Jaeschke, Todd, et al., 1998) หรืออาจจะกลายเป็นการยืดชีวิต (Nelson & Danis, 2001) หรือยึดความทุกข์ทรมาน ทำให้ผู้ป่วยมีความทุกข์ทรมานเพิ่มขึ้น (Eastland, Laurenson, & Latimer, 2001; Singh et al., 2001) มีความไม่สุขสบาย ไม่มีศักดิ์ศรีและเป็นการกระทำที่ไม่มีความเมตตาากรุณา ในการให้การรักษาด้วยเทคโนโลยีที่ทันสมัยในผู้ป่วยที่ไม่มีโอกาสรอดชีวิต (Lilly, DeMeo, Sonna, Haley, Massaro, Wallace, et al., 2000) ซึ่งจะเห็นได้จากการศึกษาเกี่ยวกับประสบการณ์ความทุกข์ทรมานของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักของพันทิลโล (Puntillo, 1990) พบว่า ร้อยละ 63 ของผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนักมีความเจ็บปวดในระดับปานกลางถึงรุนแรง และจากการรายงานของสมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยที่มีภาวะการหายใจล้มเหลว พบว่าผู้ป่วยมีความเจ็บปวดอยู่ในระดับรุนแรงในระหว่าง 3 วันสุดท้ายของชีวิต (Lynn, Teno & Phillips, 1997) และมีความทุกข์ทรมานในระดับปานกลางและระดับมากในวันสุดท้ายของชีวิต (The SUPPORT Principle Investigator, 1995) นอกจากนี้จากการศึกษาเกี่ยวกับความไม่สุขสบายของผู้ป่วยระหว่างที่มีการรักษาด้วยเครื่องช่วยหายใจ พบว่าประมาณ ร้อยละ 47 ของผู้ป่วย รู้สึกกลัว และมีความทุกข์ทรมานจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ (Bergbom-Engberg & Haljamae, 1989) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของภัทรพร (2543) เกี่ยวกับ

ประสบการณ์ของผู้ป่วยในการได้รับเครื่องช่วยหายใจ พบว่าผู้ป่วยมีความทุกข์ทรมานจากการที่มีเสมหะมากแต่ไม่สามารถขับออกมาได้เอง และในบางครั้งความพยายามในการช่วยฟื้นชีวิตในผู้ป่วยที่ไม่มีหวัง อาจทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตลดลงจากภาวะสมองเสื่อม ภาวะการเป็นผักอย่างถาวร หรือภาวะการบกร่องเกี่ยวกับการรับรู้ต่างๆ (Marco, 1999)

เนื่องจากผู้ป่วยที่รับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักเป็นผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะวิกฤต บางครั้งไม่สามารถมีส่วนร่วมในการตัดสินใจหรือบอกความต้องการเกี่ยวกับการรักษาของตนเองได้ (Gilligan & Raffin, 1996a) ดังนั้นจึงอาจก่อให้เกิดความขัดแย้งในการตัดสินใจเกี่ยวกับการให้/ยุติการรักษาพยาบาลที่ยืดชีวิตผู้ป่วยระหว่างทีมสุขภาพและผู้ป่วยหรือสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วย ซึ่งจะเห็นได้จากการศึกษาเกี่ยวกับความขัดแย้งในการตัดสินใจในการยุติการรักษาที่ยืดชีวิตในหอผู้ป่วยหนักพบว่า ร้อยละ 48 มีความขัดแย้งในการตัดสินใจระหว่างทีมสุขภาพและสมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วย และประมาณร้อยละ 63 ของความขัดแย้งเกิดจากการตัดสินใจในการรักษาพยาบาลที่ยืดชีวิต (Breen, Abernethy, Abbott, & Tulsky, 2001) นอกจากนี้จากการศึกษาเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลที่เกี่ยวข้องกับการยืดชีวิตของผู้สูงอายุในโรงพยาบาล 4 แห่งในประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่าร้อยละ 70 ของผู้ป่วยต้องการให้มีการรักษาเพื่อความสุขสบายมากกว่าการรักษาที่ยืดชีวิต และร้อยละ 80 ไม่ต้องการให้มีการรักษาโดยการช่วยฟื้นชีวิต แต่อย่างไรก็ตาม ร้อยละ 63 ของผู้ป่วยก็ยังคงได้รับการรักษาพยาบาลที่ยืดชีวิตมากกว่า 1 อย่าง (Somogyi-Zalud, Zhong, Hamel, & Lynn, 2002) และจากการศึกษาของอาร์ค เฮนเซน และแลนเคน (Asch, Hansen-Flagendoen, & Lancken, 1995) พบว่ามีแพทย์จำนวนมากที่ให้การดูแลผู้ป่วยวิกฤตในประเทศสหรัฐอเมริกายังคงให้การรักษาที่ยืดชีวิตในขณะที่ผู้ป่วย และผู้ตัดสินใจแทน (surrogate) ไม่ต้องการให้มีการรักษาดังกล่าว และในบางครั้งการตัดสินใจในการรักษา ก็มีการกระทำโดยปราศจากการรับรู้หรือความยินยอมของผู้ป่วย/ผู้ตัดสินใจแทน นอกจากนี้จากการศึกษาของเพรินเดอร์กัสต์ และลูซ (Prendergast & Luce, 1997) พบว่าแพทย์จะไม่กระทำการช่วยฟื้นชีวิตแก่ผู้ป่วยตามคำร้องขอของผู้ทำหน้าที่ตัดสินใจแทนผู้ป่วย ในกรณีที่แพทย์พิจารณาแล้วว่าหมดหวัง

นอกจากนี้ในบางครั้งทีมสุขภาพอาจมีการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาไม่สอดคล้องกัน เช่น จากการศึกษากระบวนการในการตัดสินใจเกี่ยวกับการยับยั้งหรือการยกเลิกการรักษาเพื่อช่วยชีวิตในโรงพยาบาลเด็กพบว่า พยาบาลจะพิจารณาเกี่ยวกับความต้องการของครอบครัวและความทุกข์ทรมานของผู้ป่วยเป็นปัจจัยสำคัญในการตัดสินใจ ในขณะที่แพทย์จะพิจารณาเกี่ยวกับการพยากรณ์โรคเป็นปัจจัยสำคัญในการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษา (Street, Ashcroft,

Henderson, & Campbell, 2000) และจากการศึกษาการสะท้อนปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการตัดสินใจในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตของพยาบาล จำนวน 230 คน ในประเทศออสเตรเลีย พบว่า พยาบาลมีความขัดแย้งระหว่างคุณค่าของตนเองกับผู้ร่วมวิชาชีพอื่นในการตัดสินใจ เช่น พยาบาลไม่เห็นด้วยกับการตัดสินใจของแพทย์ในการรักษาเพื่อยืดชีวิตในผู้ป่วยที่มีการพยากรณ์โรคไม่ดี (Bucknall & Thomas, 1997) นอกจากนี้จากการศึกษาเกี่ยวกับประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมจากประสบการณ์ของพยาบาลในการให้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของกฤษฎณา (2545) พบว่าประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมที่พยาบาลพบในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย คือ จะยืดหรือยุติชีวิต ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของกาญจนา (2543) เกี่ยวกับประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมจากประสบการณ์ของพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยหนัก พบว่าการรักษาที่ให้แก่ผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนักเป็นการยืดชีวิตหรือยืดความทุกข์ทรมานก็เป็นประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมหนึ่งที่เกิดขึ้น และจากการศึกษาเกี่ยวกับประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมและการตัดสินใจเชิงจริยธรรมของพยาบาลในการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ในจังหวัดสงขลาของพจนนา (2545) พบว่า พยาบาลอยากยืดชีวิตผู้ป่วยตามที่ญาติต้องการ แต่คิดว่าการดูแลดังกล่าวเป็นการดูแลที่สิ้นเปลือง ทำให้เกิดประเด็นขัดแย้งเกี่ยวกับคุณค่าของตนเองและการกระทำตามหน้าที่

จากปัญหาดังกล่าวข้างต้นทีมสุขภาพจะต้องมีแนวปฏิบัติเพื่อลดความขัดแย้งที่จะเกิดขึ้น เนื่องจากประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมเกี่ยวกับการยืดชีวิตหรือการยุติการรักษาเป็นเรื่องที่ยุ่งยาก และเกี่ยวข้องกับบุคคลหลายฝ่าย การไม่มีแนวปฏิบัติที่ชัดเจนอาจทำให้เกิดปัญหาตามมาได้ เช่น ขาดการประสานงานที่มีประสิทธิภาพ ไม่ทราบขอบเขตหน้าที่ของตนเอง เกิดความผิดพลาดในการปฏิบัติงาน และอาจนำไปสู่การฟ้องร้องได้ ดังจะเห็นได้จากในประเทศสหรัฐอเมริกาแม้ว่าจะมีกฎหมายพื้นฐานเพื่อรองรับการปฏิเสธการรักษาเพื่อยืดชีวิต ในกฎหมายของ 50 รัฐ แต่ก็ยังมีหลักฐานที่แสดงให้เห็นว่าแพทย์ไม่ได้กระทำตามความต้องการของผู้ป่วยเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลที่ยืดชีวิต ทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีการฟ้องร้องเพื่อชดใช้ความเสียหาย (Lens & Pollack, 2000) นอกจากนี้จากความขัดแย้งดังกล่าวในบางครั้งอาจทำให้เกิดผลกระทบต่อคุณค่า ความเชื่อของผู้ป่วยและญาติ อีกทั้งภาวะหม่นหมองทางด้านจริยธรรมเกิดขึ้นกับพยาบาลที่ให้การดูแลผู้ป่วย เนื่องจากไม่อาจช่วยเหลือหรือแก้ไขสถานการณ์ได้ (สิวลี, 2532) และอาจทำให้เกิดความท้อแท้ ไม่อยากทำงาน และรู้สึกไม่สบายใจที่ต้องทำในสิ่งที่ไม่อยากทำ (กฤษฎณา, 2545) ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลง ส่งผลกระทบต่อความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและวิชาชีพ ทำให้คุณภาพในการดูแลผู้ป่วยลดลง (Rushton & Scanlon, 1995)

ประเทศไทยยังไม่มีแนวปฏิบัติที่ชัดเจนในการรักษาพยาบาลที่เกี่ยวข้องกับการยืดชีวิต แม้ว่าจะมีการกำหนดของสถาบันการรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (Hospital Accreditation: HA) ในหมวดจริยธรรมองค์กร ให้มีจริยธรรมในการยุติการช่วยฟื้นชีวิตและยุติการรักษาเพื่อชะลอความตาย โดยไม่ขัดต่อกฎหมายและความเชื่อของสังคม โดยต้องมีกิจกรรมดังต่อไปนี้ มีกลไกการตัดสินใจยุติการช่วยฟื้นชีวิตและการตัดสินใจยุติการรักษาเพื่อชะลอความตาย มีกลไกสำหรับแก้ปัญหาความขัดแย้งในการตัดสินใจ กำหนดบทบาทของแพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องและครอบครัวผู้ป่วย ในการตัดสินใจยุติปฏิบัติการช่วยฟื้นชีวิต/การรักษาเพื่อชะลอความตาย การเขียนคำสั่งและบันทึกในเวชระเบียนของแพทย์ผู้รับผิดชอบและการใช้พินัยกรรมชีวิต (living will) ในขอบเขตของกฎหมาย (สิทธิศักดิ์, 2543) ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาเกี่ยวกับการปฏิบัติของทีมสุขภาพในการให้/ยุติการรักษาพยาบาลที่ยืดชีวิตผู้ป่วยวิกฤตในโรงพยาบาล ศูนย์ภาคใต้ โดยศึกษาเกี่ยวกับการปฏิบัติในการให้/ยุติการรักษาพยาบาลที่ยืดชีวิตในผู้ป่วยวิกฤต รวมทั้งปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติดังกล่าวของทีมสุขภาพ เพื่อเป็นข้อมูลในการกำหนดแนวปฏิบัติในการให้/ยุติการรักษาพยาบาลที่ยืดชีวิตผู้ป่วยวิกฤต ซึ่งการมีแนวปฏิบัติที่ชัดเจนจะทำให้ทีมสุขภาพมีแนวปฏิบัติสำหรับกรณีที่เสี่ยงต่อปัญหาจริยธรรม และความผิดทางกฎหมาย นอกจากนี้สามารถลดประเด็นขัดแย้งทางด้านจริยธรรมระหว่างผู้ป่วย ญาติและทีมสุขภาพ และนำไปสู่การบริการที่มีคุณภาพ

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาการปฏิบัติของทีมสุขภาพในการให้/ยุติการรักษาพยาบาลที่ยืดชีวิตผู้ป่วยวิกฤตในโรงพยาบาลศูนย์ภาคใต้
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติของทีมสุขภาพในการให้/ยุติการรักษาพยาบาลที่ยืดชีวิตผู้ป่วยวิกฤตในโรงพยาบาลศูนย์ภาคใต้

คำถามการวิจัย

1. การปฏิบัติของทีมสุขภาพในการให้/ยุติการรักษาพยาบาลที่ยืดชีวิตผู้ป่วยวิกฤตในโรงพยาบาลศูนย์ภาคใต้เป็นอย่างไร
2. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติของทีมสุขภาพในการให้/ยุติการรักษาพยาบาลที่ยืดชีวิตผู้ป่วยวิกฤตมีอะไรบ้าง

นิยามศัพท์

การปฏิบัติในการให้การพยาบาลที่ยืดชีวิต หมายถึง ขั้นตอน วิธีการ รวมทั้งผู้รับผิดชอบในการปฏิบัติของทีมสุขภาพที่มีเป้าหมายเพื่อให้ผู้ป่วยวิกฤตมีชีวิตที่ยืนยาวขึ้น โดยที่ผู้ป่วยไม่สามารถกลับมาสู่ภาวะปกติหรือฟื้นจากภาวะวิกฤตได้ โดยการช่วยฟื้นชีวิต ซึ่งหมายรวมทั้งการใส่ท่อหลอดลมคอและการนวดหัวใจ และการใช้เครื่องช่วยหายใจ ซึ่งหมายรวมถึงการพิจารณาในการใส่ท่อหลอดลมคอร่วมกับการใช้เครื่องช่วยหายใจ

การปฏิบัติในการยุติการรักษาพยาบาลที่ยืดชีวิต หมายถึง การยับยั้ง/ยกเลิกการรักษาในการช่วยฟื้นชีวิต และการใช้เครื่องช่วยหายใจ ในกรณีที่แพทย์พิจารณาแล้วว่าหมดหนทางในการรักษาหรือไม่สามารถรักษาให้ออกจากภาวะวิกฤตได้

ทีมสุขภาพ หมายถึง พยาบาล และแพทย์ ที่มีประสบการณ์ในการรักษาพยาบาลที่ยืดชีวิตหรือยุติการรักษาที่ช่วยยืดชีวิตผู้ป่วยวิกฤตและปฏิบัติงานอยู่ในหอผู้ป่วยหนัก

ผู้ป่วยวิกฤต หมายถึง ผู้ป่วยที่มีอาการเจ็บป่วยรุนแรงคุกคามต่อชีวิตซึ่งอยู่ในระยะสุดท้าย โดยคาดว่าจะมีอายุได้ไม่เกิน 6 เดือน ทั้งที่มีโอกาสรอดชีวิตจากการรักษาพยาบาลที่ยืดชีวิตในครั้งนี้อย่างน้อย และไม่มีโอกาสรอดชีวิตหรือมีโอกาสรอดน้อย

กรอบแนวคิด/ทฤษฎี

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยศึกษาเกี่ยวกับขั้นตอนและวิธีการปฏิบัติของทีมสุขภาพในการรักษาพยาบาลที่ยืดชีวิตผู้ป่วยวิกฤตหรือการยุติการรักษาที่ช่วยยืดชีวิตซึ่งประกอบด้วย การช่วยฟื้นชีวิต และการใช้เครื่องช่วยหายใจ รวมทั้งผู้รับผิดชอบในแต่ละขั้นตอน และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติดังกล่าวของทีมสุขภาพ โดยใช้กรอบแนวคิดที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรม ซึ่งครอบคลุมประเด็นของการรักษาพยาบาลที่ยืดชีวิตในเรื่องการช่วยฟื้นชีวิต การใช้เครื่องช่วยหายใจ การยุติการรักษาที่ยืดชีวิต และทบทวนเกี่ยวกับปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการตัดสินใจและการปฏิบัติในการให้/ยุติการรักษาพยาบาลที่ยืดชีวิต รวมทั้งการปฏิบัติในการให้/ยุติการรักษาพยาบาลที่ยืดชีวิตผู้ป่วย เพื่อใช้เป็นแนวทางในการสร้างแนวคำถามในการวิจัยและการวิเคราะห์ข้อมูล

ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา มุ่งศึกษาเกี่ยวกับการปฏิบัติของทีมสุขภาพในการให้/ยุติการรักษาพยาบาลที่ยืดชีวิตผู้ป่วยวิกฤต และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติของทีมสุขภาพในการให้/ยุติการรักษาพยาบาลที่ยืดชีวิตผู้ป่วยวิกฤต โดยจะทำการสำรวจความคิดเห็นของทีมสุขภาพระหว่างเดือน มีนาคม พ.ศ. 2546 ถึงเดือน มิถุนายน พ.ศ. 2546

ความสำคัญของการวิจัย

1. ได้รูปแบบการปฏิบัติของที่มีสุขภาพในโรงพยาบาลศูนย์ภาคใต้ในการให้/ยุติการรักษาพยาบาลที่ยืดชีวิตผู้ป่วยวิกฤต ประกอบด้วยขั้นตอน วิธีการปฏิบัติและผู้รับผิดชอบในแต่ละขั้นตอน ซึ่งสามารถใช้เป็นข้อมูลในการพัฒนาแนวปฏิบัติที่เหมาะสมต่อไป
2. ใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับการพัฒนาบุคลากรในหน่วยงาน เพื่อให้มีความรู้ ความเข้าใจ และตระหนักถึงความสำคัญของการปฏิบัติในการให้/ยุติการรักษาพยาบาลที่ยืดชีวิตตามหลักจริยธรรม
3. เป็นข้อมูลพื้นฐานในการศึกษาวิจัยในการสร้างมาตรฐานการปฏิบัติในการรักษาพยาบาลที่เกี่ยวข้องกับการให้/ยุติการรักษาพยาบาลที่ยืดชีวิตผู้ป่วย