

บทสรณาริการ

ประเด็นจริยธรรม : การช่วยเหลือคืนชีพหรือการไม่ช่วยเหลือคืนชีพ

ในส่วนของห้องน้ำ ต้องมีห้องน้ำสำหรับคนพิการอย่างน้อยหนึ่งห้อง และห้องน้ำที่สามารถเข้าถึงได้โดยไม่ต้องเดินทางขึ้นบันได

ในระหว่างทางเดินซึ่งเชื่อมหอผู้ป่วยภาควิชาอายุรศาสตร์ พยาบาลพบลูกชายของผู้ป่วยรายหนึ่งซึ่งน้ำอุ้ยที่เก้าอี้ สีหน้า蒼白 กังวลและอดiroiy บ่งบอกว่าไม่ได้นอนมาทั้งคืน เมื่อพับพยาบาลซึ่งติดตามดูแลมาด้วยของเขามาติดลอดได้เข้ามารักษาพยาบาลพร้อมกับเล่าให้พยาบาลฟังว่า "แม่ผมย้ายมาอยู่หอผู้ป่วยหนัก เพราะความดันโลหิตต่ำ หมอบได้ช่วยโดยให้ยาเพิ่มความดันโลหิต เมื่อคืนต้องนวดหัวใจไปครั้งหนึ่ง แม่พื้นขึ้นมาตอนนี้ความดันแมกซ์ยังต่ำอยู่ หมอบถามผมว่าถ้าหากหัวใจหยุดเต้นจะให้หมอบช่วยชีวิตไหม" ลูกชายของผู้ป่วยเล่าต่อไปว่า "ที่จริงหมอก็ปรึกษาผมนะ ให้ผมตัดสินใจและให้คำตوبบ บอกตรงๆ ผมตัดสินใจไม่ถูก....."

ควบคุมโรคไม่ได้ และโรคกลับเป็นซ้ำ ดังเช่นผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ผู้สูงอายุซึ่งมีความประะบงผู้ป่วยหนักเป็นระยะเวลานาน (Longtermcritically ill) และต้องใช้เทคโนโลยีขั้นสูง เช่น ใส่เครื่องช่วยหายใจนาน และไม่สามารถหย่าเครื่องช่วยหายใจได้ เมื่อเวลาผ่านไปแพทย์อาจปรึกษากับผู้ป่วยและ/หรือญาติเพื่อการตัดสินใจในการหยุดการรักษาและการไม่ช่วยพื้นคืนชีพ ในช่วงเวลานี้เป็นช่วงวิกฤตของผู้ป่วยและครอบครัว ซึ่งอาจเป็นการยากยิ่งในการตัดสินใจและการให้คำตوبบกับแพทย์ การถูกรุกเร้าขอคำตوبจะยิ่งเพิ่มภาวะเครียด

ควบคุมโรคไม่ได้ และโรคกลับเป็นซ้ำ ดังเช่นผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ผู้สูงอายุซึ่งมีความประะบາงผู้ป่วยหนักเป็นระยะเวลานาน (Longtermcritically ill) และต้องใช้เทคโนโลยีขั้นสูง เช่น ใส่เครื่องช่วยหายใจนาน และไม่สามารถหย่าเครื่องช่วยหายใจได้ เมื่อเวลาผ่านไปแพทย์อาจปรึกษากับผู้ป่วยและ/หรือญาติเพื่อการตัดสินใจในการหยุดการรักษาและการไม่ช่วยพื้นศีนชีพ ในช่วงเวลานี้ เป็นช่วงวิกฤตของผู้ป่วยและครอบครัว ซึ่งอาจเป็นการยากยิ่งในการตัดสินใจและการให้คำตอบกับแพทย์ การถูกรุกร้าวขอคำตอบจะยิ่งเพิ่มภาวะเครียด

DNR orders (Do not resuscitation)
หมายถึงคำสั่งที่ไม่ริเริ่มการพื้นคืนชีพเมื่อหัวใจ/ปอดหยุดทำงาน การช่วยฟื้นคืนชีพเป็นเทคนิคชั้นพื้นฐาน และการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นสูง ได้แก่ การนวดหัวใจ การกระตุนหัวใจ และการใส่ห่อหลอดลม គ้อเพื่อช่วยระบายอากาศ เทคนิคการนวดหัวใจ

* รองศาสตราจารย์ ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

จากภายนอกได้พัฒนาขึ้นโดย Kouwenhoven, Jude, และ Knickerbocker ในปี 1960 ซึ่งในระยะแรกใช้วิธีการภาวะหัวใจหยุดเดินอย่างกระทันหัน การกระทำไม่จำเป็นต้องได้รับคำยินยอมจากผู้ป่วย หรือครอบครัว ต่อมาได้มีการช่วยฟื้นคืนชีพอย่างกว้างขวาง และพบว่าเกิดผลอันไม่พึงประสงค์ตามมา เช่น ไม่รู้สึกตัว พิงพาดเงื่อนไม่ได้เลยก่อนจะเสียชีวิต ภาวะไอกล้ามยานานและคุณภาพชีวิตไม่ดีเป็นเพียงการยืดชีวิตออกไปเท่านั้น เพื่อหลีกเลี่ยงการช่วยฟื้นคืนชีพอัตโนมัติที่ไม่เหมาะสมจึงเกิดคำสั่ง DNR ขึ้น¹

ตัวอย่างผู้ป่วยซึ่งดันเป็นผู้ป่วยหญิง อายุ 78 ปี ได้รับการวินิจฉัยมะเร็งต่อมน้ำเหลือง ได้รับเคมีบำบัดมานานครบและโรคกลับเป็นข้ามอีก เมื่อได้รับยาเคมีบำบัดเกิดภาวะเม็ดเลือดขาวต่ำ และมีการติดเชื้อจนอาการทรุดหนักลง ถูกชายดูแลผู้ป่วยอย่างดีมาตลอดและจ้างคนดูแล แม้ลูกชายรับรู้เรื่องโรคเป็นอย่างดีแต่การต้องตัดสินใจไม่ช่วยฟื้นคืนชีพ และให้คำตوبเป็นเรื่องที่ทำความหนักใจให้กับลูกและต้องตัดสินใจในเวลาจำกัด

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการตัดสินใจไม่ช่วยฟื้นคืนชีพ

การไม่ช่วยฟื้นคืนชีพอาจเป็นสิ่งที่ยอมรับได้ยากสำหรับผู้ป่วยหรือญาติบางคน อาจมีความคิดเห็นขัดแย้งกันระหว่างผู้ป่วย ครอบครัว แพทย์ พยาบาล เพราะโดยหลักการแพทย์มีหน้าที่รักษาสุขภาพและรักษาชีวิต ต้องเคารพในคุณค่าความเป็นมนุษย์และให้คุณค่ากับชีวิตจริงต้องเข้าใจ

ชีวิตและให้คุณค่ากับชีวิต การไม่ช่วยฟื้นคืนชีพพิจารณาจากปัจจัยหลายอย่าง เช่น อายุ ความคุ้มทุน คุณภาพชีวิต ภาวะทางด้านร่างกาย การพยากรณ์โรค ซึ่งจำเป็นจะต้องวิเคราะห์ปัจจัยหลายอย่างที่มีปฏิสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน บุคคลที่มีส่วนร่วมคือทีมสหสาขาวิชา รวมทั้ง ผู้ป่วยและครอบครัว ซึ่งเป็นบุคคลสำคัญที่สุดในการบูรณาการตัดสินใจ ทั้งนี้จะต้องผ่านการปรึกษาผู้มีความรู้ความชำนาญและผู้ที่รู้จักผู้ป่วย เพื่อให้การตัดสินใจเหมาะสมถูกต้องและถูกกาลเทศะ เป็นการตัดสินใจที่มีประสิทธิภาพ การตัดสินใจใช้ปัจจัยเพียงอย่างเดียว เช่น อายุหรือโรคอาจทำให้เกิดความขัดแย้ง และมีผลอันไม่พึงประสงค์ตามมา

การตัดสินใจไม่ช่วยฟื้นคืนชีพและการสื่อสารที่ปฏิบัติกันอยู่มักสื่อสารอย่างไม่เป็นทางการและไม่มีระบบ ใช้เวลาของกล่าวกันในทีมสุขภาพบังคับ ส่วนใหญ่มักเป็นเพียงให้ข้อมูลกับญาติและมักตัดสินโดยใช้ความเหมาะสมของฝ่ายผู้ให้การรักษา ซึ่งเป็นแบบแผนเยี่ยงบิดา (Paternalistic approach) ที่เห็นว่าเหมาะสมที่สุด เพื่อจะได้ไม่ต้องเผชิญกับความทุกข์ของผู้ป่วยหรือญาติ

บทบาทของพยาบาลในการช่วยเหลือผู้ป่วยและครอบครัว

พยาบาลมีบทบาทสำคัญมากในการพิทักษ์สิทธิของผู้ป่วย และมีส่วนร่วมในการอภิปราย การตัดสินใจไม่ช่วยฟื้นคืนชีพ แต่จากการศึกษาพบว่าพยาบาลมีบทบาทน้อยและรับรู้ว่าดูแลเองสูญเสียนพลังงานในการตัดสินใจเชิงจริยธรรมเกี่ยวกับ

ประเด็นจริยธรรม : การช่วยฟื้นคืนชีพหรือการไม่ช่วยฟื้นคืนชีพ

การดูแลผู้ป่วย แม้ว่าพยาบาลจะยึดถือความผาสุกของผู้ป่วยเป็นหัวใจสำคัญ นอกจากนี้พยาบาลซึ่งนับว่ารู้จักผู้ป่วยและครอบครัว ก็ไม่สามารถใช้ข้อมูลให้เป็นประโยชน์ในการพิทักษ์สิทธิ์ของผู้ป่วย หรือเพื่อประกอบกระบวนการตัดสินใจ การที่แพทย์พยาบาลมีค่านิยม ความคาดหวังที่แตกต่างกัน โดยที่พยาบาลให้คุณค่ากับ "การดูแลเอาใจใส่ความเอื้ออาทร" ซึ่งเป็นองค์ประกอบสำคัญ แต่ในการติดต่อสื่อสารเกิดซ่องว่างและอาจมีความขัดแย้ง เนื่องจากขาดระบบการทำงานร่วมกันเชิงสหวิชาชีพ โดยมุ่งผู้ป่วยและครอบครัวเป็นศูนย์กลางของการดูแล

การให้ข้อมูลกับครอบครัวและการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ

ช่วงเวลาของการปรึกษากับผู้ป่วย/ครอบครัว เป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้เกิดความเครียดและเกิดภาวะวิกฤต มักจะให้ข้อมูลกับครอบครัวเกี่ยวกับการไม่ช่วยฟื้นคืนชีพก่อนหัวใจหยุดเต้น ญาติอาจเกิดความว้าวุ่นใจ ตัดสินใจไม่ได้และเกิดความรู้สึกเจ็บปวด ในขณะเดียวกันแพทย์รู้สึกว่าการให้ผู้ป่วย/ครอบครัวมีส่วนร่วมหรือถอดความค่าถดจะทำให้เกิดความเครียดมากขึ้น

การตัดสินใจไม่ช่วยฟื้นคืนชีพกับกระบวนการตัดสินใจของผู้ป่วย/ครอบครัว

การไม่ช่วยฟื้นคืนชีพเป็นกระบวนการที่ขับข้อนผู้ป่วย/ครอบครัวต้องได้รับข้อมูล รับรู้ข้อมูล เพื่อการตัดสินใจ และความต้องการร่วมตัดสินใจ

ซึ่งต้องการการช่วยเหลือสนับสนุนจากแพทย์พยาบาลในกระบวนการสู่การตัดสินใจมีดังนี้²

1. สามารถในครอบครัวและทาง ได้รับและพยายามทำความเข้าใจ ข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วย
2. ทบทวนเรื่องราวในชีวิตของผู้ป่วย หาความหมายในชีวิต และความเจ็บป่วย
3. รักษาบทบาทและสัมพันธภาพในครอบครัว

การพิชญ์กับการสูญเสียและการไม่ช่วยฟื้นคืนชีพ

เมื่อครอบครัวได้รับรู้ข้อมูล แผนการรักษาพยาบาลและความก้าวหน้าของผู้ป่วยจากแพทย์และพยาบาล ผู้ดูแล รวมทั้งได้มีเวลาทบทวนชีวิต และได้รับการช่วยเหลือจะช่วยให้ครอบครัวเพิชญ์ภาวะเครียดจากการสูญเสียได้อย่างเหมาะสม และผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นคือความผาสุกของผู้ป่วยและครอบครัว กระบวนการ และผลลัพธ์มีดังนี้

1. มาถึงจุดหนึ่งที่เชื่อว่าได้ทำทุกสิ่งทุกอย่างที่ควรทำและได้ทำ เพื่อให้บรรลุเป้าหมายของการฟื้นหาย เพื่อการยอมรับและการตายอย่างสงบ
2. ทบทวนชีวิตของผู้ป่วย ค้นหาความหมายและรู้สึกว่าในสถานการณ์ผู้ป่วยไม่ต้องการการช่วยชีวิตอีกต่อไป
3. มีการพบปะพูดคุยระหว่างสมาชิกในครอบครัว เพื่อให้มั่นใจซึ่งกันและกันว่า "ได้ทำในสิ่งที่ถูกต้อง" และจะไม่เกิดปัญหาในหมู่ญาติที่น้องภัยหลัง

มีบางครอบครัวไม่สามารถเผชิญปัญหา
ได้แม้จะพยายามอย่างไรก็ตาม ทำให้เกิดความขัด
แย้ง และยืดชีวิตออกไป ครอบครัวผู้ป่วยไม่พึงพอ
ใจคนภาพการดูแลด้วย

ปัญหาสุขภาพและความเจ็บป่วยที่
ซับซ้อน สัดส่วนประชากรผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น โรค
เรื้อรังและใช้เทคโนโลยีขั้นสูงเพื่อรักษาในขณะที่มี
ทรัพยากรจำกัด อาจนำมาซึ่งประเด็นข้อขัดแย้ง
ทางจริยธรรม โดยเฉพาะเรื่องการหยุดการรักษา
หรือการไม่ช่วยพื้นคืนชีพ สร้างความเครียดและ
ความขัดแย้งทางจิตในแก่ผู้ป่วย ครอบครัว^{แพทย์} พยาบาล และผู้เกี่ยวข้อง พยาบาลซึ่ง^{เป็นบุคลากรที่มีสุขภาพที่ดูแลผู้ป่วยใกล้ชิด} และ^{มีความต้องการที่จะช่วยเหลือผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง}
มีความเสี่ยงต่อสุขภาพของตัวเอง ทำให้ต้องเข้ารับการรักษา^{อย่างต่อเนื่อง} ซึ่ง^{เป็นภาระทางเศรษฐกิจและสังคม}

พึงความรู้สึกร่วมรับรู้ความทุกข์ จะต้องมีความสามารถในการบูรณาการตัดสินใจเชิงจริยธรรม และช่วยเหลือดูแลให้ผู้ป่วยและครอบครัวผ่านวิกฤตไปสู่ความผาสุกและผู้ป่วยจากไปอย่างสงบ โดยครอบครัวรู้สึกว่าเป็นการตัดสินใจที่ดีที่สุด และได้ทำในสิ่งที่ถูกต้องเหมาะสมที่สุดแล้ว

เอกสารอ้างอิง

1. Bone, RC. Issues in biomedical ethics. *Disease-a-month*. 1993; 12:896-7.
 2. Swigart V, Lidz C, Butter Worth V & Arnold, R. Letting go : Family Willingness to forgo life support. *Heart & Lung*. 1996; 25:483-94.