
How Do You Help Your Patients to a Good Death?

SUKHIT PHAOSAVASDI, M.D.*,
YUEN TANNIRANDORN, M.D.*,
HENRY WILDE, M.D.***

CHUMSAK PRUKSAPONG, M.D.**,
SURASAK TANEEPANICHSKUL, M.D.*

Caring for a patient with terminal disease is a chore, none of us, like yet all of us have to face. Many physicians elect to suppress facing the inevitable and carry on intensive life support and "curative" treatment ignoring the certainty of imminent death. This avoids the discomfort of having to discuss prognosis with the patient. Patients, who are often aware of their state, usually will not ask questions or express their wishes at this time. The doctor is uncomfortable to bring up the subject as well. It is also not uncommon that, at this point in history, some of the attending specialists are hard to find, make precursory very brief visits and communication and care are largely left to nurses and an occasional "family doctor", if there ever was such a person on the case. This common chain of events leads to additional suffering, futile treatment and expenses that the family will have to bear. Yet it is not easy to communicate with the patient at this point. It requires true professionalism, humanity, tact, and honesty on the part of the attending doctor. The American College of Physicians (ACP) has been

devoting considerable efforts to run seminars and discussion groups dealing with this issue. Physicians are now given guideposts on "end of life care" and are encouraged to teach their house officers and fellows how to deal with such patients. Here are some of these guidelines as presented by Dr. Donald M. Berwick at the recent Detroit annual session of the ACP:

1) Ask yourself: would I be surprised if this patient died very soon? Consider priorities in care: symptom relief, physical and spiritual comfort, support issues and consider asking for advanced care directives from the patient and his family. Does the patient/family wish to have intensive care? Resuscitation? Intubation? Tube feeding? Neither the law, international medical conventions nor the Hippocratic oath require any of this if death is imminent and patient or family do not wish it. Modern authorities in ethics and law consider it inappropriate and possibly illegal if such procedures are carried out against the will of the patient and his family.

Key word : Ethics, Good Death

* Department of Obstetrics and Gynecology, Faculty of Medicine, Chulalongkorn University, Bangkok 10330,

** Department of Surgery, Police Hospital, Bangkok 10330,

*** Queen Saovabha Memorial Institute, Thai Red Cross Society, Bangkok 10330, Thailand.

2) Pay real attention to pain and make sure there is relief at hand at all times. Instruct nurses and care givers accordingly.

3) Look for realistic quality improvements in care of this patient. Physical comforts, food that is still enjoyed, etc. Focus on his/her needs and those of the family and provide an honest prognosis. Where does the patient wish to be at the time of death? (hospital? home?). Who should be with him/her? What are the wishes of the family?

4) Help the patient to set priorities. Ask:

what will you leave undone if you died soon? Can it still be done?

5) Do not abandon the patient at this point. If you are not available, find a colleague who knows the situation and will follow the patient in your absence. Do not abandon the family after death. Communicate with them and ask them if there are matters that might have been handled differently. This shows you really cared for the patient, that you are a true physician and it may even teach you something for the future.

(Received for publication August 25, 1999)

ตายดี

สุจิตต์ เผ่าสวัสดิ์, พ.บ.*, ชุมศักดิ์ พงกษาพงศ์, พ.บ.**,
 เยื่อน ตันนิรันดร, พ.บ.*, สุรศักดิ์ ฐานีพานิชสกุล, พ.บ.*, เฮนรี ไวลด์, พ.บ.***,

การดูแลรักษาผู้ป่วยในระยะสุดท้ายของโรคเป็นกิจที่แพทย์ไม่ชอบ แต่ไม่สามารถจะหลีกเลี่ยงได้ แพทย์หลายคนดูไม่ยอมรับว่าผู้ป่วยกำลังจะตาย แต่อยู่อยู่กับการใช้เครื่องมือแพทย์ทุกชนิดเพื่อให้หายใจอยู่ได้เหมือนอย่างจะรอปาฏิหาริย์ให้ผู้ป่วยฟื้นขึ้นมาเป็นปกติ ทำเพื่อระบายความอัดอั้นใจแทนที่บอกความจริงแก่คนไข้ ซึ่งบางคนก็ทราบสถานภาพของตนดี แต่ไม่แสดงความประสงค์ออกมา จึงเป็นระยะเวลาที่อึดอัดมาก ดูเหมือนแพทย์เจ้าของไข้ทำงานอย่างไม่มีจิตใจอาจแหวะมาเยี่ยมเป็นเวลานานๆ ปลดปล่อยการดูแลผู้ป่วยเป็นหน้าที่ของพยาบาลและแพทย์เวร

เหตุการณ์ต่อเนื่องแบบนี้เป็น การเพิ่มความทุกข์ทรมานแก่ครอบครัวของผู้ป่วยที่ต้องจ่ายค่ารักษาพยาบาลแพงแต่หาประโยชน์ไม่ได้ ทุกคนเข้าใจว่าคนไข้ในสถานพยาบาลนี้จะดูแลให้ได้อย่างเหมาะสม คงต้องมีแพทย์สาขาเฉพาะให้เข้าใจถึงความเป็นคนในสถานภาพดังกล่าวปฏิบัติด้วยหลักวิชาอย่างซื่อสัตย์ ตัวอย่างเช่น วิทยาลัยอายุรแพทย์อเมริกันให้ความสำคัญพยายามอย่างมาก จัดประชุมหลายครั้งเกี่ยวกับเรื่องนี้ เพื่อให้ได้แนวทางปฏิบัติ ครั้งหนึ่งนายแพทย์โดนัลด์ เบอว์ริค เสนอวิธีดังต่อไปนี้ในที่ประชุมใหญ่ประจำปียของวิทยาลัยอายุรแพทย์อเมริกันที่เมืองดีทรอยท์ มีใจความว่า

1. อย่าใจเสียถ้าต้องให้การรักษาก่อนผู้ป่วยใกล้ตายและพยายามทำดังต่อไปนี้
 - บรรเทาอาการ
 - ให้สุขกายสบายใจพอสมควร
 - ได้รับการดูแลทั่วๆไป
 - พยายามให้รู้ถึงความต้องการของผู้ป่วยหรือญาติว่า ประสงค์จะให้รักษาแบบผู้ป่วยหนัก (intensive care) หรือไม่เช่น : การกู้ชีพ, การใส่ท่อ, การให้อาหารผ่านสายสวน เป็นต้น ทั้งนี้เพราะว่ายังไม่มีความหมาย หรือ ข้อตกลงในวงการแพทย์หรือคำปฏิญาณตนใดๆ ที่บังคับให้ทำถ้าหากผู้ป่วยใกล้ตายหรือญาติไม่ประสงค์จะให้ทำ แต่ถ้าทำการรักษาแบบผู้ป่วยหนักโดยขัดกับความต้องการของผู้ป่วยหรือญาติจะมีปัญหาได้ทั้งทางด้านจริยธรรมและกฎหมาย
2. อย่าให้ผู้ป่วยเกิดความทุกข์ทรมานเมื่อเจ็บปวดให้ยาอย่างเต็มที่
3. ทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยดีขึ้น มีความสุขทางกายและพอใจกับอาหาร มุ่งเน้นความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว โดยปฏิบัติตามหลักในวิชาชีพอย่างซื่อสัตย์ สอบถามผู้ป่วยว่าต้องการใช้ช่วงสุดท้ายของชีวิตที่บ้านหรือที่โรงพยาบาล และใครควรจะอยู่กับผู้ป่วยเมื่อเวลานั้นมาถึง
4. ช่วยให้ผู้ป่วยจัดลำดับความสำคัญก่อนหลังเช่น ลองตั้งคำถามต่อผู้ป่วยว่าถ้าหากต้องตายไปในเวลาอันใกล้คิดว่ามีอะไรที่ยังทำไม่เสร็จ? คิดว่าพอจะทำให้เสร็จทันเวลาไหม?
5. อย่าละทิ้งผู้ป่วยในห้วงนี้ ถ้าท่านไม่อาจดูแลต่อได้ช่วงระยะเวลาหนึ่งก็ขอให้ฝากเพื่อนแพทย์ที่รู้สถานการณ์และช่วยดูแลต่อให้ขณะที่ท่านไม่อยู่ อย่าละทิ้งครอบครัวหลังผู้ป่วยเสียชีวิตแล้ว สอบถามดูว่ายังมีสิ่งใดที่จะต้องจัดการให้ถูกต้องอีกหรือไม่ ทั้งนี้เพื่อแสดงให้เห็นว่านี่คือแพทย์มืออาชีพไม่ทิ้งผู้ป่วยเลย และประสบการณ์นี้จะพัฒนาดีขึ้นเป็นลำดับในอนาคต

คำสำคัญ : จริยธรรม, ตายดี

* ภาควิชาสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา, คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, กรุงเทพฯ 10330

** ฝ่ายศัลยกรรม, โรงพยาบาลตำรวจ, กรุงเทพฯ 10330

*** สถานเสาวภา, สภากาชาดไทย, กรุงเทพฯ 10330