

Advance Care Planning

Lesson learned and experience sharing

31 มีนาคม 2564

เวลา 12.00 – 13.30 น.

Join Zoom Meeting

Topics

- Overview of ACP
- Lesson learned from the workshop
- Experience sharing
- Q&A



Advance Care Planning

พญ.นวลจันทร์ หวังศุภติลก
แพทย์ประจำบ้านต่อยอดเวชศาสตร์บริบาลเพื่อการประคับประคอง
ศูนย์การุณรักษ์ โรงพยาบาลศรีนครินทร์

อาจารย์ที่ปรึกษา
รศ.พญ.ศรีเวียง ไพโรจน์กุล
พญ.อนัญพร เจนวิริยะกุล



Communication Guide Advance Care Planning

Srivieng Pairojkul, MD.

Karunruk Palliative Care Center

Faculty of Medicine, Khon Kaen University

Definition

“Process that supports adults at any age or stage of health in understanding and sharing their personal values, life goals, and preferences regarding future medical care”

Sudore R, et al. Defining advance care planning for adults: A consensus definition from multidisciplinary Dephi Panel. J Pain Symptom Manage 2017

การวางแผนการดูแลล่วงหน้า (Advance Care Planning) คือกระบวนการการวางแผนดูแลสุขภาพที่ทำไว้ก่อนที่ผู้ป่วยจะหมดความสามารถในการตัดสินใจหรือเข้าสู่ระยะท้ายของชีวิต อาจเป็นทางการหรือไม่เป็นทางการ โดยอาจจะใช้กระบวนการสนทนาปรึกษาร่วมกันระหว่างผู้ป่วย ครอบครัว และทีมบุคลากรสุขภาพ หรือผู้ป่วยอาจทำได้ด้วยตนเอง หรือปรึกษาสมาชิกครอบครัว หรือปรึกษามูลนิธิสุขภาพ

สำนักงานสุขภาพแห่งชาติ สมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็น ว่าด้วยนิยามปฏิบัติการ (Operational definition) ของคำที่เกี่ยวข้องกับเรื่องการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative care) สำหรับประเทศไทย

Advance Care Plan VS. Advance Directive

- Documents outcomes of advance care planning discussion to inform care provision of a person's preferences for future health care and preferred health outcomes should they become seriously ill in the future and are unable to make decisions, and/or communicate their wishes to others.

Initiation of discussion



Discussion to clarify persons' preferences for future care



Statement of wishes (verbal or written)



- Written advance care plan signed by a patient who has decision making capacity
- Consent to, or refuse, specified medical treatment (life supports) in specific condition (end-of-life)

เทคนิคขั้นตอนการสื่อสารการทำแผนดูแลล่วงหน้า

1. การเริ่มต้นสนทนาและแนะนำการวางแผนดูแลล่วงหน้า
ขั้นตอนการทำ การจัดเก็บ
2. การประเมิน: Preferences ความเข้าใจสภาวะสุขภาพ ความวิตกกังวล
3. ให้ข้อมูลพยากรณ์โรค (Share prognosis)
4. ค้นหาเป้าหมายการดูแล และผลลัพธ์ที่ต้องการ/ไม่ต้องการ
(Explore preferred outcomes)
5. บันทึกและจัดเก็บเอกสาร ทบทวนเป็นระยะ

1. การเริ่มต้นสนทนา แนะนำการวางแผนดูแลล่วงหน้าและขั้นตอนการทำ

- เริ่มต้นสนทนา

“หมอ/พยาบาลหวังว่าจะได้พูดคุยเกี่ยวกับสถานการณ์สุขภาพของคุณและสิ่งที่จะเกิดขึ้น”

- การประเมินความเข้าใจเกี่ยวกับการวางแผนดูแลล่วงหน้า

“คุณเข้าใจเกี่ยวกับการวางแผนดูแลล่วงหน้าอย่างไร?”

- การให้ข้อมูลเกี่ยวกับการวางแผนดูแลล่วงหน้า

“การวางแผนดูแลล่วงหน้าคือการคิดทบทวนเกี่ยวกับแนวทางการดูแลสุขภาพในอนาคตของคุณ เป็นการสื่อสารให้คนอื่นรู้ว่าอะไรสำคัญสำหรับตัวคุณและแนวทางการรักษาแบบใดเป็นสิ่งที่คุณต้องการ เพื่อกรณีที่คุณอยู่ในสภาพที่ไม่สามารถรับรู้หรือสามารถสื่อสารด้วยตัวเองได้”

1. การเริ่มต้นสนทนา

แนะนำการวางแผนดูแลล่วงหน้าและขั้นตอนการทำ

- พุดคุยชี้แจงขั้นตอนในการทำแผนดูแลล่วงหน้า
 - **ขั้นที่ 1** คิดทบทวนถึงสิ่งที่มีความสำคัญ มีคุณค่าสำหรับคุณ การอยู่ดี คุณภาพชีวิตที่ดีในความเชื่อของคุณคืออย่างไร สภาวะใดบ้างเป็นสิ่งที่คุณ ยอมรับไม่ได้ ขอบเขตการรักษาระดับใดที่คุณยอมรับได้
 - **ขั้นที่ 2** เลือกผู้ที่คุณไว้วางใจให้ตัดสินใจแทน เป็นบุคคลที่คุณเชื่อว่าเข้าใจความต้องการของคุณ และสามารถตัดสินใจเรื่องการดูแลรักษาในอนาคตที่ ตรงกับความต้องการของคุณมากที่สุด เพื่อในกรณีที่ต้องตัดสินใจเรื่องที่คุณ ไม่ได้กำหนดไว้ในแผนล่วงหน้า
 - **ขั้นที่ 3** บันทึกความต้องการของคุณลงในเอกสารเพื่อสื่อสารให้ทีมแพทย์ที่ดูแลทราบความต้องการของคุณ และถ้าเป็นไปได้ควรสามารถนำเอกสารนี้เข้าสู่ระบบข้อมูลของโรงพยาบาลที่ดูแลรักษาคุณ และคุณควรมีอีกฉบับเก็บไว้กับตัว

2. การประเมิน: Preferences

ความเข้าใจสภาวะสุขภาพ ความวิตกกังวล

- ค้นหาความหมายของ “การอยู่ดี” ในความคิดเห็นของผู้ป่วย กิจกรรมและประสบการณ์ที่สำคัญของการอยู่ดี คุณภาพชีวิตที่ดี และอะไรที่ทำให้ชีวิตมีความหมาย

“การอยู่ดีในความหมายของคุณคืออะไร?”

“อะไรทำให้ชีวิตของคุณมีความหมาย อะไรที่มีความสำคัญสำหรับคุณ?”

“อะไรเป็นสิ่งที่ช่วยคุณเวลาคุณเผชิญกับสิ่งท้าทาย”

“อะไรเป็นสิ่งที่เสริมพลังแก่คุณเมื่อคิดถึงสภาวะความเจ็บป่วยในภายภาคหน้า”

“สมรรถนะหรือความสามารถที่จะดูแลตนเองมีความสำคัญต่อคุณอย่างไร? ถ้าคุณช่วยเหลือตนเองไม่ได้คุณยอมรับสภาวะนั้นอย่างไร?”

“ถ้าสภาวะโรคของคุณลุกลามหรือเป็นมากขึ้น คุณต้องการการรักษาระดับใด”

2. การประเมิน: Preferences

ความเข้าใจสภาวะสุขภาพ ความวิตกกังวล

- ค้นหาความเข้าใจสภาวะสุขภาพของตนเอง โรคที่เป็น การวินิจฉัย พยากรณ์โรค
“คุณเข้าใจเกี่ยวกับสภาวะสุขภาพขณะนี้ของคุณอย่างไร?”
“คุณอยากทราบข้อมูลอะไรบ้างเกี่ยวกับสถานการณ์ข้างหน้าด้านการเจ็บป่วยของคุณ?”
- ค้นหาประสบการณ์เกี่ยวกับความเจ็บป่วย
“คุณมีประสบการณ์เกี่ยวกับความป่วยหนักของคนในครอบครัวหรือเพื่อนฝูงหรือไม่?”
“ประสบการณ์นั้นเป็นอย่างไร?”
- ค้นหาความวิตกกังวล ความกลัว เกี่ยวกับภาวะสุขภาพ
“อะไรคือสิ่งที่คุณวิตกกังวลหรือกลัวที่สุดเกี่ยวกับอนาคตทางสุขภาพของคุณ?”
“ครอบครัวของคุณทราบเกี่ยวกับความเจ็บป่วยของคุณและแนวทางการดูแลที่คุณต้องการหรือไม่ อย่างไร?”

3. ให้ข้อมูลพยากรณ์โรค (Share prognosis)

- พยากรณ์โรคที่ผู้ป่วยเป็น
- สิ่งที่จะเกิดขึ้นในอนาคต ภาวะแทรกซ้อน

4. ค้นหาเป้าหมายการดูแล และผลลัพธ์ที่ต้องการ/ ไม่ต้องการ (Explore preferred outcomes)

- ค้นหาเป้าหมายและขอบเขตของการรักษา
“ถ้าสภาวะความเจ็บป่วยของคุณทรุดลง เป้าหมายของคุณคืออะไร?”
“คุณจะวางขอบเขตการรักษาของคุณอย่างไรบ้าง?”
- ค้นหาผลลัพธ์ที่ต้องการ/ไม่ต้องการ
“สภาวะแบบใดบ้างที่คุณยอมรับ/ยอมรับไม่ได้?”
- ค้นหาขอบเขตของการใช้เครื่องพยุงชีพ
- ถามเกี่ยวกับการแต่งตั้งผู้มีสิทธิ์ตัดสินใจแทนด้านสุขภาพ
- ถามเรื่องศาสนาและความเชื่อตามวัฒนธรรมซึ่งอาจมีอิทธิพลต่อการตัดสินใจด้านการดูแลสุขภาพ

5. บันทึกและจัดเก็บเอกสาร ทบทวนเป็นระยะ

- บันทึกความต้องการตาม ACP และสิ่งที่พูดคุยอย่างชัดเจน วางแผนติดตาม ACP ของผู้ป่วย
- แจ้งให้ทราบว่าสามารถเปลี่ยนแปลง ACP ได้ตลอดเวลา
- การขออนุญาตนำ ACP ของผู้ป่วยจัดเก็บเข้าระบบข้อมูลของโรงพยาบาล
 - OPD card
 - เวชระเบียน
 - Hospital HO
- การส่งต่อข้อมูลแผนการดูแลล่วงหน้าให้ทีมสุขภาพอื่นที่ร่วมดูแล/ส่งต่อ

เทคนิคขั้นตอนการสื่อสารการทำแผนดูแลล่วงหน้า

1. การเริ่มต้นสนทนาและแนะนำการวางแผนดูแลล่วงหน้า
ขั้นตอนการทำ การจัดเก็บ
2. การประเมิน: Preferences ความเข้าใจสภาวะสุขภาพ ความวิตกกังวล
3. ให้ข้อมูลพยากรณ์โรค (Share prognosis)
4. ค้นหาเป้าหมายการดูแล และผลลัพธ์ที่ต้องการ/ไม่ต้องการ
(Explore preferred outcomes)
5. บันทึกและจัดเก็บเอกสาร ทบทวนเป็นระยะ



Online WS
ACP

Cancer case

- สมร หญิงไทยคู่ อายุ 46ปี
- Advance stage CA Lung with liver and bone metastasis S/P CMT
- Oncology : Best supportive care
- PC : pain & breathlessness control



หมอบจากทีมดูแลระดับประคองนะคะ จำได้มั้ยเอ่ย

วันนี้อาการเป็นยังไงบ้างคะ มีอาการไม่สุขสบายตรงไหนรึไหมคะ

small
talk

จำได้ค่ะคุณหมอบ

ความปวดดีขึ้นแล้วค่ะคุณหมอบเหนื่อยก็น้อยลง





หมอบ้ายนอย่างนี้ก็ดีใจคะ แสดงว่ายาที่ปรับไปขนาดพอดีแล้ว

วันนี้หมอบ้ายมีเรื่องสำคัญอยากจะพูดคุยกับคุณสมร สะดวกมั้ยคะ

small
talk

สะดวกคะคุณหมอบ้ายมีเรื่องจะคุยอะไรหรือ





การเริ่มต้นสนทนาและแนะนำการวางแผนดูแลล่วงหน้า





คุณสมรเคยได้ยินเกี่ยวกับเรื่องการวางแผนการดูแลล่วงหน้ามาบ้างมั้ยะคะ

การวางแผนล่วงหน้าคะมันคืออะไรคะ

การวางแผนการดูแลล่วงหน้าคือการวางแผนเกี่ยวกับสุขภาพ สุขภาวะของเรา ว่าในอนาคตหากสุขภาพเราเปลี่ยนแปลงไป เราจะมีแผนการดูแลอย่างไร ความปรารถนาของเราเกี่ยวกับด้านสุขภาพเป็นอย่างไร เพื่อสื่อสารให้คนรอบข้างทั้งญาติและทีมสุขภาพที่ดูแลได้รับทราบคะ





หมอจะช่วยเราค้นหาสิ่งที่เราปรารถนา ความหมายและสิ่งสำคัญในชีวิตเรา เพื่อนำมาสู่เป้าหมายเรื่องการดูแลรักษา และแผนการดูแลทั้งหมดค่ะ

แล้วเราต้องทำอะไรบ้างคุณหมอถึงจะวางแผนล่วงหน้าได้ค่ะ

เราจะมีการพูดคุยเกี่ยวกับภาวะสุขภาพปัจจุบัน โรคที่เราเป็นและแนวทางการดูแลรักษาปัจจุบัน แนวโน้มในอนาคตของโรค และสิ่งที่ไม่คาดคิดรวมถึงอุปสรรคที่จะเกิดขึ้นในอนาคต และสามารถทำเป็นเอกสารแสดงเจตจำนงเพื่อบันทึกลง สื่อสารให้ผู้อื่นรับทราบได้ค่ะ





การประเมิน Preferences

ความเข้าใจสภาวะสุขภาพ ความวิตกกังวล





สำหรับคุณสมรแล้ว การเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นตรงนี้มีผลกระทบกับเรา
อย่างไรบ้างคะ

ก็ติดตามการรักษากับคุณหมอมาตลอด
จนตอนนี้คุณหมอบอกว่าการรักษาทำต่อไม่ได้
มะเร็งมันกระจาย ตอนนี้คิดอย่างเดียวว่าก็ต้องตายอยู่ดี
แต่ไม่รู้ว่าจะนานมากน้อยสักแค่ไหน
ไม่รู้ต้องผ่านอะไรบ้างคะ





ตอนนี้ก็ต้องหยุดทำงานที่ร้านขายส้มตำ

เข้าออกโรงพยาบาลตลอด

ตอนนี้เรื่องของรายได้ก็ต้องเป็นสามีที่รับผิดชอบเพียงคนเดียว

ก็รู้สึกเป็นภาระพอสมควร

เท่าที่ฟังการเจ็บป่วยครั้งนี้ นอกจากส่งผลกระทบต่อคุณสมรแล้วยัง
ส่งผลกระทบต่อครอบครัวคุณสมรด้วย หมอรู้สึกเห็นใจจริงๆค่ะ

ขอบคุณคุณหมอที่เห็นใจและเข้าใจสถานการณ์ของดิฉันค่ะ





มีอะไรที่คุณสมรฐ์รู้สึกว่า เป็นสิ่งมีคุณค่า และเป็นสิ่งที่สำคัญ
สำหรับคุณสมรบ้างคะ

อยากเป็นภาระให้น้อยที่สุดสำหรับคนในครอบครัว
อยากใช้เวลาอยู่ที่บ้านหลังที่ดิฉันและสามีสร้างมาด้วยกัน
มาโรงพยาบาลทุกครั้งก็คิดถึงบ้าน แต่มาเพื่อรักษา
หากรักษาไม่ได้ก็อยากอยู่บ้าน





คุณสมรจะผูกพันกับครอบครัว และบ้านมากๆเลยนะคะ

หมออยากให้คุณสมรขยายความเรื่องความรู้สึกที่คุณสมรรู้สึกว่าเป็น
ภาระแก่คนในครอบครัวให้หมอฟังหน่อยได้มั๊ยคะ

อะไรที่คุณสมรรู้สึกว่าเราเป็นภาระ

หารายได้เองไม่ได้เหมือนเมื่อก่อน
จะลูกจะเดินจะช่วยเหลือตัวเอง ต้องมีคนมาคอยช่วย
สามีเค้าเองก็เหนื่อยจากการทำงานมามากพอสมควร
อยากช่วยลดภาระสามีบ้าง





พอคิดอย่างนี้แล้วทำให้ใจคุณสมรรู้สึกอย่างไรคะ

รู้สึกเสียใจที่อยู่ในสภาพนี้

ความพยายามในครอบครัวเหมือน ไร้ความหมาย

ฉันก็อาการแย่งลงโรคลูกหลานหนักขึ้นใกล้ตาย

มีอะไรที่จะทำได้อีกบ้างในตอนนีกับคนสิ้นหวัง





เรื่องนี้คุณสมรเคยพูดถึงสิ่งที่เราคิดกับคนในครอบครัวบ้างมั๊ยคะ
แล้วทางคนใกล้ชิดเราเขาว่าอย่างไรบ้าง

สามีบอกว่าให้ดูแลอย่างเต็มที่
แม้รักษาต่อไม่ได้ สามีก็บอกว่าไม่เป็นไรก็ดูแลแบบนี้ไปเรื่อยๆ
อะไรที่ยังมีประโยชน์ก็ทำ
ถ้าไม่ไหวก็ถอย

ลูกๆ ก็เข้าใจเราสื่อสารกันตลอด
เขาก็พยายาม มาเยี่ยมเท่าที่จะปลีกตัวมาได้





หมอก็คิดว่าถ้าสลับกันหากคนที่ป่วยเป็นสามีคุณสมรแทน
หมอก็คิดว่าคุณสมรคงจะเต็มใจที่ดูแลอย่างที่คุณกำลังทำอย่าง
แน่นอน จริงมั๊ยคะ

ใช่ค่ะ ไม่เกี่ยงเลย
เพราะเขาคือคนในครอบครัว
เราฟันฝ่าสู้ด้วยกันมาในทุกเรื่องของชีวิตจนกระทั่งเรื่องนี้

ถ้าอย่างนั้นสำหรับคนที่เรารักแล้ว ไม่มีคำว่าภาระใช้มั๊ยคะ
เราต้องผ่านไปด้วยกัน หมอจะช่วยเราวางแผนนะคะ





ใช้ตะกรบครวคือพลังที่สำคัญของดิฉัน





ให้ข้อมูลพยากรณ์โรค (Share prognosis)





โรคคุณสมรเป็นมะเร็ง คุณสมรรับทราบว่ารักษาไม่หาย แต่คุณสมร
ทราบอย่างอื่นเกี่ยวกับโรคที่เราเป็นเพิ่มเติมมั้ยคะ จากการที่เคยได้
ฟังคุณหมอกันอื่นๆ

แจ้งแต่ว่าจะมี ทีมระดับประคองมาดูแลต่อ
ไม่ได้บอกว่าจะต้องมีอาการอะไรเพิ่มเติม
ตอนนี้ก็มีเรื่องของปวดที่คุณหมอระดับประคองมาช่วย
จัดการอาการให้ก็ปวดก็พอควบคุมได้ค่ะ

มีอะไรที่คุณสมรออยากทราบเกี่ยวกับโรคที่เป็นบ้างคะ
หรือสิ่งที่ยังสงสัย ค้างคาในใจ





โรคคุณสมรเป็นมะเร็ง คุณสมรรับทราบว่ารักษาไม่หาย แต่คุณสมร
ทราบอย่างอื่นเกี่ยวกับโรคที่เราเป็นเพิ่มเติมมั้ยะคะ จากการที่เคยได้
ฟังคุณหมอกคนอื่น ๆ

อยากรู้ว่า สิ่งที่จะเจอหลังจากนี้ ก่อนตาย
จะเป็นยังไงบ้างต้องปฏิบัติตัวอย่างไรดูแลอย่างไร

ถ้าอย่างนั้นหมอจะขออนุญาตให้ข้อมูลอย่างตรงจริง
หากมีตรงไหนที่หมออธิบายเร็วไปไม่เข้าใจ
สามารถถามได้เลยนะคะ





คุณสมรป่วยเป็นโรคมะเร็งปอดระยะที่ 4 นะคะ นอกจากมี
ก้อนมะเร็งที่ปอดแล้ว ยังมีลูกลามไปที่กระดูกและตับด้วยนะคะ

เป้าหมายของทีมนักวิชาการดูแลระดับประคองค่ะ

หากสามารถให้ยาเคมีบำบัดหรือยาพุ่งเป้า ฉายแสง เพื่อชะลอ
หรือลดอาการจากตัวโรคได้ คุณหมอมะเร็งจะเป็นผู้พิจารณา
บนพื้นฐานของความปลอดภัย พิจารณาเป็นรายๆไป ไม่
สามารถนำมาเปรียบเทียบกันได้





แต่หากการเข้ายาเคมีบำบัด พุงเป๋อ ฉายแสง

จะทำให้อาการทรุดมากกว่าจะดี

เราคงต้องยอมรับว่าการชะลอตัวโรคคงลำบากค่ะ

แต่หมอประจำประคองจะช่วยจัดการอาการไม่สุขสบายที่
เกิดขึ้นจากตัวโรคให้เราอยู่ได้ “สบายที่สุดค่ะ”

ฟังอย่างนี้แล้วคุณสมรคิดอย่างไร

เข้าใจเลยว่าคุณหมอได้เลือกทำหน้าที่การรักษาได้ดีที่สุดแล้ว





“สบายที่สุด” ต้องทำยังไงบ้าง
โดยส่วนตัวเคยเห็นคนไข้มะเร็งปอดตายก็เยอะ
“ตายง่ายล้มง่าย” หอบเหนื่อยหนักมาก
บางรายก็ตายที่โรงพยาบาลให้ยา ก็ “สงบดีเสีย”
ที่โรงพยาบาล
ความรู้สึกส่วนตัว ไม่ค่อยอยากมา โรงพยาบาล

ตอนนี้ที่คุณสมรยังอาการคงที่ หมอจะจัดการให้ยาเพื่อบรรเทา
อาการไม่ว่าจะปวด หอบเหนื่อย รวมถึงอาการอื่นๆที่จะมีได้
นัดติดตามอาการกันไปเรื่อยๆหากคุณกลับบ้าน





แต่เราคงต้องช่วยกันวางแผนสำหรับกรณีวิกฤติที่จะเกิดขึ้น อย่างที่คุณ
สมรกังวลว่าเคยเห็นคนเป็นมะเร็งปอดอาการถดถอยเมื่อเกิดอาการหอบ
เหนื่อยที่เรียกว่า ภาวะการหายใจล้มเหลว ว่าจะจัดการอย่างไร

ภาวะวิกฤตผู้ป่วยจะเข้าสู่กระบวนการเสียชีวิตได้ หากเราประสงค์ที่จะไม่
ยืดเยื้อขอให้ดูแลสุขสบาย ยอมรับกระบวนการตามธรรมชาติที่เกิดขึ้น
หมอสามารถที่จะจัดการอาการทุกข์ทรมานที่เกิดขึ้น
โดยการให้ยาทางใต้ผิวหนัง โดยสามารถทำได้ทั้งที่บ้านและโรงพยาบาล





แต่หากเป็นกรณีทั่วไปจะมีการใช้อุปกรณ์พยุงชีพเพื่อทดแทนอวัยวะที่ล้มเหลวของเราไป เช่น การใส่ท่อช่วยหายใจ สายให้อาหาร ฟอกเลือด ล้างไต ยาเพิ่มความดัน

อุปกรณ์พยุงชีพอาจจะสามารถยืดเวลาการมีชีวิตของเราออกไป แต่ต้องอยู่ภายใต้เครื่องพยุงชีพ ไม่แน่อนว่าจะถอดออกได้หรือไม่

ในกรณีที่ถอดไม่ได้จะมีการทำหัตถการอื่นเพิ่มเติม เช่น เจาะคอ เป็นต้น ซึ่งทั้งหมดเป็นการรักษาใน **ICU** ญาติเข้าเยี่ยมได้เป็นเวลาไม่สามารถเฝ้าได้ค่ะ





ค้นหาเป้าหมายการดูแล
ผลลัพธ์ที่ต้องการ/ไม่ต้องการ
(Explore preferred outcomes)





คุณสมรเคยเห็นการรักษาพยาบาลใน ICU มาบ้างหรือไม่

ท้อช่วยหายใจ สายให้อาหารฉันเคยเห็น ฉันกลัวมากไม่อยากเจ็บ
และถ้าถอดไม่ได้ หมายถึงฉันจะไม่สามารถกลับบ้านใช้ไหมคะ
แล้วถ้าอยู่ในเครื่องเหล่านั้น ฉันต้องตายที่ รพ. ใช่ไหม

เราสามารถออกแบบได้ค่ะ

เดี๋ยวหมอเอาเอกสารแสดงเจตจำนงให้คุณสมรดูไป
พร้อมๆ กันดีมั้ยคะ แล้วจะอธิบายเป็นข้อๆ



เอกสารการวางแผนดูแลล่วงหน้าผู้ป่วยดูแลประคับประคอง

ส่วนที่ 1.

รายละเอียดเกี่ยวกับตัวคุณ

ก่อนที่คุณจะกรอกข้อมูลในเอกสารนี้ เป็นสิ่งสำคัญที่คุณควรไตร่ตรองเกี่ยวกับสุขภาพ เพื่อที่ทีมสุขภาพจะช่วยในการอธิบายคำหรือข้อความที่คุณอาจไม่เข้าใจ

ถึงครอบครัว เพื่อน และแพทย์ที่ให้การดูแลสุขภาพ

ข้าพเจ้า (ใส่ชื่อ นามสกุล) _____ บัตรประชาชนเลขที่ _____

ที่อยู่ติดต่อได้ _____

หมายเลขโทรศัพท์ _____

ข้าพเจ้ามีอายุเกินสิบแปดปีขึ้นไป ขอแสดงเจตจำนงว่าหลังจากที่ข้าพเจ้าได้ทำการพิจารณาอย่างถี่ถ้วนแล้ว ในสถานการณ์ที่ข้าพเจ้าอยู่ในสถานะไม่มีความสามารถในการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาทางการแพทย์ของข้าพเจ้า ขอให้เอกสารฉบับนี้ได้แสดงเจตจำนงของข้าพเจ้าในแนวทางการรักษาทางการแพทย์และคุณภาพชีวิตที่ข้าพเจ้าต้องการ

เอกสารนี้จะไม่สามารถนำมาใช้ถ้าข้าพเจ้ายังมีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์และสามารถบอกความต้องการของข้าพเจ้าได้

ข้าพเจ้าได้ลงชื่อในเอกสารนี้หลังจากได้รับความเข้าใจเกี่ยวกับแนวทางการดูแลในสภาวะต่าง ๆ

หากข้าพเจ้าป่วยหนักหรืออยู่ในระยะท้ายของโรค ความปรารถนาของข้าพเจ้าคือ

ส่วนที่ 2.

เจตจำนงของคุณ

จากการที่ข้าพเจ้าป่วยด้วยโรค/ภาวะที่รักษาไม่หายและอยู่ในระยะท้ายของโรค กรณีมีภาวะแทรกซ้อนเกิดขึ้นและเพิ่มแพทย์มีความเห็นว่าควรรักษาตามตักสภาวะมีโอกาสรอดชีวิตน้อยมาก

- ☐ ข้าพเจ้าขอเลือกการรักษาการเพื่อลดการทรมานโดยไม่ใช้เครื่องพยุงชีพหรือการรักษาที่ยืดชีวิต ขอเสียชีวิตตามธรรมชาติ
- ☐ ข้าพเจ้าขอเลือกการรักษาเต็มที่ รวมถึงการใช้เครื่องพยุงชีพ แต่หากทีมแพทย์เห็นว่าไม่สมควร อนุญาตให้ถอดเครื่องพยุงชีพได้และรักษาตามอาการเพื่อไม่ให้ทรมาน และขอเสียชีวิตตามธรรมชาติ
- ☐ ข้าพเจ้าขอให้รักษาเต็มที่โดยไม่ใช้เครื่องพยุงชีพจนกว่าจะเสียชีวิต
- ☐ ข้าพเจ้ายังตัดสินใจตามข้อหนึ่งข้อใดไม่ได้

ถ้าข้าพเจ้าป่วยหนักหรือแรงที่ไม่สามารถรักษาให้กลับคืนได้ และไม่สามารถมีชีวิตอยู่ได้โดยไม่ใช้เครื่องพยุงชีพ

- ☐ ข้าพเจ้าขอเลือกการรักษาการเพื่อลดการทรมานโดยไม่ใช้เครื่องพยุงชีพหรือการรักษาที่ยืดชีวิต ขอเสียชีวิตตามธรรมชาติ
- ☐ ข้าพเจ้าขอเลือกการรักษาเต็มที่ รวมถึงการใช้เครื่องพยุงชีพ แต่หากทีมแพทย์เห็นว่าไม่สมควร อนุญาตให้ถอดเครื่องพยุงชีพได้และรักษาตามอาการเพื่อไม่ให้ทรมาน และขอเสียชีวิตตามธรรมชาติ
- ☐ ข้าพเจ้าขอให้รักษาเต็มที่โดยไม่ใช้เครื่องพยุงชีพจนกว่าจะเสียชีวิต
- ☐ ข้าพเจ้ายังตัดสินใจตามข้อหนึ่งข้อใดไม่ได้

เมื่อโรคของข้าพเจ้าดำเนินมาถึงวาระสุดท้ายของชีวิต ข้าพเจ้าขอปฏิเสธ

- ☐ การนำตัวหัวใจมาปลูกถ่าย
- ☐ การใส่ท่อช่วยหายใจและเครื่องช่วยหายใจ
- ☐ การใช้ยากระตุ้นความดัน
- ☐ การฟอกไต
- ☐ การให้อาหารทางสายยาง

ท่านปรารถนาที่จะเสียชีวิตที่

- ☐ บ้าน
- ☐ โรงพยาบาล
- ☐ ที่ใดก็ได้ที่มีความสำคัญสำหรับข้าพเจ้า

ข้าพเจ้าขอให้ผู้เกี่ยวข้องกับการดูแลของข้าพเจ้าเคารพในเจตจำนงของข้าพเจ้าตามเอกสารฉบับนี้

พยาน _____	ผู้แสดงเจตจำนง _____	ลงชื่อ _____
(_____)	ลงชื่อ _____	พยาน _____
(_____)	(_____)	(_____)

ส่วนที่ 3.

การแต่งตั้งผู้สื่อสารเจตจำนง

ข้าพเจ้าขอแต่งตั้ง (ชื่อ นามสกุล) _____ ในฐานะบุคคลใกล้ชิดเป็นผู้สื่อสารเจตจำนงแทนและปรึกษาหารือกับทีมสุขภาพที่ดูแลรักษาข้าพเจ้าในกรณีที่เจตจำนงขาดความชัดเจน โดยยึดความต้องการของข้าพเจ้าเป็นสำคัญ

ผู้สื่อสารเจตจำนง (ระบุชื่อ นามสกุลและความสัมพันธ์) _____	ผู้แสดงเจตจำนง _____	ลงชื่อ _____
พยาน _____	ลงชื่อ _____	พยาน _____
(_____)	(_____)	(_____)

3



เอกสารการวางแผนดูแลล่วงหน้าผู้ป่วยดูแลระดับประคอง

ส่วนที่ 1.

รายละเอียดเกี่ยวกับตัวคุณ

ก่อนที่คุณจะกรอกข้อมูลในเอกสารนี้ เป็นสิ่งสำคัญที่คุณควรได้พูดคุยกับทีมสุขภาพ เพื่อที่ทีมสุขภาพจะช่วยในการอธิบายคำหรือข้อความที่คุณอาจไม่เข้าใจ

ถึงครอบครัว เพื่อน และแพทย์ที่ให้การดูแลข้าพเจ้า

ข้าพเจ้า (ใส่ชื่อ นามสกุล) _____ บัตรประชาชนเลขที่ _____

ที่อยู่ติดต่อได้ _____

หมายเลขโทรศัพท์ _____

ข้าพเจ้ามีอายุเกินสิบแปดปีขึ้นไป ขอแสดงเจตจำนงว่าหลังจากที่ข้าพเจ้าได้ทำการพิจารณาอย่างถี่ถ้วนแล้ว ในสถานการณ์ที่ข้าพเจ้าอยู่ในสภาวะไม่มีความสามารถในการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาทางการแพทย์ของข้าพเจ้า ขอให้เอกสารฉบับนี้ได้แสดงเจตจำนงของข้าพเจ้าในแนวทางการรักษาทางการแพทย์และคุณภาพชีวิตที่ข้าพเจ้าต้องการ

เอกสารนี้จะไม่สามารณำมาใช้ถ้าข้าพเจ้ายังมีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์และสามารถบอกความต้องการของข้าพเจ้าได้

ข้าพเจ้าได้ลงชื่อในเอกสารนี้หลังจากได้ทำความเข้าใจเกี่ยวกับแนวทางการดูแลในสภาวะต่าง ๆ

หากข้าพเจ้าป่วยหนักหรืออยู่ในระยะท้ายของโรค ความปรารถนาของข้าพเจ้าคือ

--





ส่วนที่ 2.

เจตจำนงของคุณ

จากการที่ข้าพเจ้าเจ็บป่วยด้วยโรค/ภาวะที่รักษาไม่หายและอยู่ในระยะท้ายของโรค กรณีมีภาวะแทรกซ้อนเกิดขึ้นและทีมแพทย์มีความเห็นว่าการรักษาภาวะดังกล่าวมีโอกาสรอดชีวิตน้อยมาก

- ☐ ข้าพเจ้าขอเลือกการรักษาอาการเพื่อลดการทรมานโดยไม่ใช้เครื่องพยุงชีพหรือการรักษาที่ยื้อชีวิต ขอเสียชีวิตตามธรรมชาติ
- ☐ ข้าพเจ้าขอเลือกการรักษาเต็มที่ รวมถึงการใช้เครื่องพยุงชีพ แต่หากทีมแพทย์เห็นว่าไม่ได้ผล อนุญาตให้ถอดเครื่องพยุงชีพได้และรักษาตามอาการเพื่อไม่ให้ทรมาน และขอเสียชีวิตตามธรรมชาติ
- ☐ ข้าพเจ้าขอให้รักษาเต็มที่โดยให้ใช้เครื่องพยุงชีพจนกว่าจะเสียชีวิต
- ☐ ข้าพเจ้ายังตัดสินใจตามข้อหนึ่งข้อใดไม่ได้

ถ้าข้าพเจ้าป่วยหนักร้ายแรงที่ไม่สามารถรักษาให้กลับคืนดี และไม่สามารถมีชีวิตอยู่ได้โดยไม่ใช้เครื่องพยุงชีพ

- ☐ ข้าพเจ้าขอเลือกการรักษาอาการเพื่อลดการทรมานโดยไม่ใช้เครื่องพยุงชีพหรือการรักษาที่ยื้อชีวิต ขอเสียชีวิตตามธรรมชาติ
 - ☐ ข้าพเจ้าขอเลือกการรักษาเต็มที่ รวมถึงการใช้เครื่องพยุงชีพ แต่หากทีมแพทย์เห็นว่าไม่ได้ผล อนุญาตให้ถอดเครื่องพยุงชีพได้และรักษาตามอาการเพื่อไม่ให้ทรมาน และขอเสียชีวิตตามธรรมชาติ
 - ☐ ข้าพเจ้าขอให้รักษาเต็มที่โดยให้ใช้เครื่องพยุงชีพจนกว่าจะเสียชีวิต
 - ☐ ข้าพเจ้ายังตัดสินใจตามข้อหนึ่งข้อใดไม่ได้
- 



เมื่อไรของข้าพเจ้าดำเนินมาถึงวาระสุดท้ายของชีวิต ข้าพเจ้าขอปฏิเสธ

- ☐ การนวดหัวใจผายปอดกู้ชีพ
- ☐ การใส่ท่อช่วยหายใจและเครื่องช่วยหายใจ
- ☐ การใช้ยากระตุ้นความดัน
- ☐ การฟอกไต
- ☐ การให้อาหารทางสายยาง

ท่านปรารถนาที่จะเสียชีวิตที่

- ☐ บ้าน
- ☐ โรงพยาบาล
- ☐ ที่ใดก็ได้ไม่มีความสำคัญสำหรับข้าพเจ้า

ข้าพเจ้าขอให้ผู้เกี่ยวข้องกับการดูแลของข้าพเจ้าเคารพในเจตจำนงของข้าพเจ้าตามเอกสารฉบับนี้

	ผู้แสดงเจตจำนง	ลงชื่อ
พยาน	ลงชื่อ	พยาน
(	)	(
		)





ส่วนที่ 3. การแต่งตั้งผู้สื่อสารเจตจำนง

ข้าพเจ้าขอแต่งตั้ง (ชื่อ นามสกุล) _____ ในฐานะบุคคลใกล้ชิดเป็นผู้สื่อสารเจตจำนงแทนและ
ปรึกษาหารือกับทีมสุขภาพที่ดูแลรักษาข้าพเจ้าในกรณีที่เจตจำนงขาดความชัดเจน โดยยึดความต้องการของข้าพเจ้าเป็นสำคัญ
ผู้แสดงเจตจำนง _____ ลงชื่อ
ผู้สื่อสารเจตจำนง (ระบุชื่อ นามสกุลและความสัมพันธ์) _____ ลงชื่อ
พยาน _____ ลงชื่อ พยาน _____ ลงชื่อ
() ()

หลังจากชี้แจงเอกสาร ทำความเข้าใจในแต่ละ สาระ
บางครั้งอาจสามารถ **sign** เอกสารได้เลย
บางครั้งอาจมีการนัดแนะเพื่อ นัดญาติที่มีส่วนเกี่ยวข้องมาทำ
ความเข้าใจ กับ **ACP** และเข้าสู่ การแต่งตั้งผู้สื่อสารเจตจำนง





บันทึกและจัดเก็บเอกสาร ทบทวนเป็นระยะ



ความเห็นจากแบบสอบถาม PC professional ที่เข้าอบรม ACP communication WS : แพทย์ 3 พยาบาล 7 คน



Link : [สรุป](#)
PC professional ACP
Communication WS

1. การประเมินความเข้าใจเกี่ยวกับการวางแผนดูแลล่วงหน้า*

คำพูด:

- คุณเคยได้ยินเกี่ยวกับการวางแผนดูแลล่วงหน้าหรือไม่?
- คุณเคยคิดวางแผนอะไรเกี่ยวกับการดูแลหากตัวโรคแย่ลงไปกว่านี้หรือไม่?
- หากการรักษาสภาวะการเจ็บป่วยของคุณไม่เป็นไปตามคาดคุณมีแผนสำรองล่วงหน้าไว้อย่างไรบ้าง

อุปสรรค:

- คนส่วนใหญ่ไม่รู้จัก ACP และไม่ค่อยอยากทำถ้าไม่มีภาวะวิกฤติคุกคามชีวิต

ข้อเสนอแนะ:

- เป็นการชวนพูดคุยถึงเหตุการณ์ที่ไม่คาดคิด อาจใช้คำว่าสมมติร่วมด้วย
- สำคัญมากที่ต้องมีครอบครัวอยู่ด้วย
- ควรมีการยกตัวอย่างประกอบ เช่นผู้ป่วยใน ICU
- ถ้าเป็นผู้ป่วยมะเร็งอาจคุยเรื่อง end of life คนปกติอาจช่วยคุยเรื่องชีวิต มุมมองต่อสุขภาพ ภารกิจในชีวิตและค่อยไปแตะเรื่องความตาย

2. การประเมินการมองเห็นคุณค่า**

คำพูด:

- อะไรเป็นสิ่งที่ทำให้คุณภาคภูมิใจ อะไรเป็นสิ่งที่สำคัญที่สุดในชีวิตคุณ
- คุณค่าหรือความหมายของชีวิตของคุณคืออะไร
- คุณค่าหรือคุณภาพชีวิตที่ดีคืออะไรในมุมมองของคุณ
- คุณภาพชีวิตที่ดี หรือสุขภาวะที่ดีคืออย่างไร ภาวะสุขภาพแบบใดเป็นสิ่งที่คุณยอมรับได้ยาก
- คุณมองชีวิตตัวเองหลังจากนี้อย่างไร อยากให้เป็นอย่างไร ถ้าออกแบบได้คุณอยากออกแบบชีวิตแต่ละช่วงอย่างไร

อุปสรรค:

- คำถามนี้เป็นส่วนที่สำคัญมากๆ การละเลยไม่ถามคำถามนี้จะทำให้ไม่สามารถเข้าถึงความต้องการของผู้ป่วย

ข้อเสนอแนะ:

- ควรเลือกคำถามให้เหมาะกับแต่ละบุคคล
- ต้องมีการสร้างสัมพันธภาพก่อนที่จะถามคำถามนี้
- หากผู้ป่วยคิดไม่ออก อาจให้ข้อเสนอแนะ เช่น เราต้องการอะไร แบบไหน
- พยายามค้นหา ให้ผู้ป่วยได้ระบายความรู้สึกค้นหาในสิ่งที่เขาอยากทำ หรือต้องการ
- เป็น outcome ที่มีความสำคัญ ถ้าไม่ค้นหา preference จะทำให้ care plan เปลี่ยนไปมา

3. ค้นหาความเข้าใจสภาวะสุขภาพ*

คำพูด:

- คิดอย่างไรเกี่ยวกับช่วงเวลาจากนี้ไป กังวลเกี่ยวกับตัวโรคอย่างไร
- คุณหมอให้ข้อมูลเรื่องตัวโรคอย่างไร

อุปสรรค:

- แพทย์เจ้าของไข้มักไม่บอกพยากรณ์โรคให้ผู้ป่วยทราบ
- ญาติปกปิดข้อมูล
- ผู้ป่วย deny
- ในผู้ป่วยมะเร็งจะคุยง่าย ในผู้ป่วย noncancer ควรพูดคุยให้เห็น Trajectory ของโรค
- แนะนำค้นหาข้อมูลใน internet

ข้อเสนอแนะ:

- ควรบอกพยากรณ์โรคอย่างตรงจริง
- ทำความเข้าใจกับญาติถึงความจำเป็นที่ผู้ป่วยต้องได้รับรู้สภาวะโรค
- ถ้ามีความชัดเจนบอกพยากรณ์โรคเลย ถ้ายังไม่แน่ใจให้คุยกับ primary ควรเตรียมคำถามให้ผู้ป่วย เพื่อให้มั่นใจว่า primary จะให้ข้อมูลที่สำคัญสำหรับคนไข้

7. ค้นหาเป้าหมายการดูแล และผลลัพธ์ที่ต้องการ/ไม่ต้องการ**

คำพูด:

- เป้าหมายในการดูแลของคุณเป็นอย่างไร
- มีผู้ป่วยหลายคนที่มีเมื่อโรคดำเนินเข้าสู่ช่วงระยะท้ายต่างเลือกเป้าหมายการดูแลที่แตกต่างกัน บางคนต้องการยืดด้วยเครื่องพยุงชีพทุกอย่าง ขณะที่บางคนต้องการดูแลจัดการอาการให้สุขสบาย ใช้เวลากับครอบครัว คุณอยากได้การดูแลแบบไหน
- คุณต้องการการดูแลแบบไหน 1) รักษาเต็มที่ อะไรที่ทำได้ ให้หมอทำเต็มที่ การปั๊มหัวใจ การใส่ท่อช่วยหายใจ 2) การรักษาเต็มที่แต่ถ้าไม่ตอบสนองให้ถอดถอนเครื่องพยุงชีพได้ ดูแลให้สุขสบาย 3) ขอเลือกการรักษาที่ไม่รุกราน ที่ไม่ก่อเกิดประโยชน์
- ถ้าผลการรักษาไม่เป็นไปตามที่เราคาดหวัง โรคทรุดลง คุณอยากให้ทีมดูแลอย่างไร เช่นการใส่ท่อ การปั๊มหัวใจ
- ภาวะสุขภาพแบบใดที่คุณยอมรับไม่ได้ เช่นบางคนยอมรับกับการติดเตียงต้องมีคนคอยดูแลไม่ได้ มีการรักษาทางการแพทย์ใดที่คุณไม่ประสงค์ให้ทีมสุขภาพทำ เช่นการใช้อุปกรณ์พยุงชีพ คุณคิดอย่างไร

อุปสรรค:

- ถ้าตอบไม่ได้อาจยกตัวอย่าง อยากอยู่ให้นานที่สุด อยากดูแลให้สุขสบาย ไม่อยากทุกข์ทรมาน

สรุป Pitfall การทำ ACP ของ PC Professional

- เรามักไม่ได้อธิบายว่า ACP คืออะไรมีประโยชน์อย่างและขั้นตอนการทำอย่างไร ส่วนใหญ่คุยถามเลยถ้าโรคอยู่ในระยะสุดท้ายอยากให้ดูแลอย่างไร
- การสะสมประโยคที่จะใช้สื่อสารและฝึกใช้ให้คุ้นเคยจะช่วยให้การสื่อสารได้มาก
- การสร้างสัมพันธภาพมีความสำคัญซึ่งต้องใช้เวลา
- เป็นการชวนพูดคุย อาจมีคำว่า “สมมุติ” เพื่อจำลองสถานการณ์
- ความไม่มั่นใจใน disease trajectory เป็นอุปสรรคในการสื่อสารพยากรณ์โรค
- การเน้นการรักษาเฉพาะเจาะจงมากเกินไป ทำให้ไม่เห็นภาพรวมของสภาวะโรค ทำให้ผู้ป่วยสับสน (information overload)

สรุป Pitfall การทำ ACP ของ PC Professional

- การประเมินการมองเห็นคุณค่า และ preferences ของผู้ป่วย
- การถามเรื่องคุณค่า คุณภาพชีวิตในมุมมองผู้ป่วยเป็นสิ่งสำคัญที่สุด ทำให้เราทราบตัวตนของผู้ป่วย ช่วยสร้างสัมพันธภาพ ช่วยให้แผนการดูแลนิ่งไม่เปลี่ยนไปมา และช่วยเมื่อต้องตัดสินใจในสถานการณ์ต่างๆ เช่นแนวทางการรักษา การตัดสินใจเลือกสถานที่ดูแล ในบางกรณีอาจไม่ใช้การตัดสินใจใช้หรือไม่ใช้เครื่องพยุงชีพอย่างเดียว

สรุป Pitfall การทำ ACP ของ PC Professional

- ค้นหาเป้าหมายการดูแล และผลลัพธ์ที่ต้องการ/ไม่ต้องการ
- เป็นผลลัพธ์จากการทำ ACP อาจไม่ใช่ภาวะใกล้เสียชีวิตอย่างเดียว อาจเป็นอุบัติเหตุ/ภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้ตลอดระยะเวลาของโรค เป้าหมายอาจไม่ใช่เลือกกระหว่างสู้/ไม่สู้ อาจเลือกการสู้ที่มีขอบเขต รวมถึงการถอยถ่าไม่ได้ผล ขอบเขตใดที่ผู้ป่วยยอมรับไม่ได้ ซึ่งอาจไม่ใช่วาระสุดท้ายของชีวิตอย่างเดียว แต่อาจเป็นเรื่องของคุณภาพชีวิต คักดิ์ศรี การควบคุมสถานการณ์ด้วยตนเอง การไม่เป็นภาระ

ตอบแบบประเมินกิจกรรม Advance care
planning lesson learned & Experience
sharing



ติดตาม กิจกรรมวิชาการ ในครั้งถัดไป
28 เมษายน 2564 ติดตามรายละเอียด ใน
Facebook : ศูนย์การุณรักษ์

