# Training of the Trainers

## in Palliative Care

### Module 9
### Goal Setting and Advance Care Planning

รศ.พญ.ศรีเวียง ไพโรจน์กุล

Module 9 Goal Setting and Advance Care Planning

รศ.พญ.ศรีเวียง ไพโรจน์กุล


ศูนย์การุณรักษ์ โรงพยาบาลศรีนครินทร์
อาคารสมเด็จพระศรีนครินทราบรมราชชนนี อนุสรณ์ ชั้น 18
คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น 40002
www.karunruk.com e-mail: palliativecare@kku.ac.th
Tel. 043-366656-7 Fax: 043-366657

**ศูนย์การุณรักษ์ โรงพยาบาลศรีนครินทร์**
อาคารสมเด็จพระศรีนครินทราบรมราชชนนี อนุสรณ์ ชั้น 18
คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น 40002
www.karunruk.com e-mail: palliativecare@kku.ac.th
Tel. 043-366656-7 Fax: 043-366657

Module 9 Goal Setting and Advance Care Planning

รศ.พญ.ศรีเวียง ไพโรจน์กุล

# Training of the Trainers

## in Palliative Care

### Module 9

### Goal Setting and Advance Care Planning

รศ.พญ.ศรีเวียง ไพโรจน์กุล

ศูนย์การุณรักษ์
Karunruk Palliative Care Center

สสส.
สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ

# Training of the Trainers

## in Palliative Care

### Module 9
### Goal Setting and Advance Care Planning

รศ.พญ.ศรีเวียง ไพโรจน์กุล

ศูนย์การุณรักษ์
Karunruk
Palliative
Care Center

# Training of the Trainers

## in Palliative Care

### Module 9
### Goal Setting and Advance Care Planning

รศ.พญ.ศรีเวียง ไพโรจน์กุล

# Training of the Trainers in Palliative Care

**บรรณาธิการ** รศ.พญ.ศรีเวียง ไพโรจน์กุล ผศ.นภา หลิมรัตน์

**ออกแบบปก** อลงกรณ์ สุนทร

**ออกแบบรูปเล่ม** วรรณนิสา ลาภทวี

**พิมพ์ที่** หจก.โรงพิมพ์คลังนานาวิทยา โทร. 043-328589-91

**พิมพ์ครั้งที่ 1** กุมภาพันธ์ 2560 (จำนวน 1,000 เล่ม)

**จัดทำและเผยแพร่โดย**

ศูนย์การุณรักษ์ โรงพยาบาลศรีนครินทร์

คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

โทรศัพท์ 043-366656

**(สงวนลิขสิทธิ์ตามพระราชบัญญัติลิขสิทธิ์ พ.ศ. 2537)**

# คำนำ

ปัจจุบันนี้โรคที่เป็นภาวะคุกคามต่อระบบสุขภาพของทั่วโลก รวมถึงประเทศไทยคือโรคเรื้อรัง ได้แก่ โรคมะเร็ง ไตวาย หัวใจวาย โรคปอดเรื้อรัง เป็นต้น โรคดังกล่าวต้องการการรักษาอย่างยาวนาน และเมื่อโรคเข้าสู่ระยะท้ายผู้ป่วยจะทุกข์ทรมานจากตัวโรค และครอบครัวต้องรับภาระอย่างหนักหน่วง ซึ่งจำเป็นต้องได้รับการรักษาแบบประคับประคอง นอกจากนี้ประชากรทั่วโลกรวมทั้งประเทศไทยมีอายุขัยเฉลี่ยเพิ่มขึ้น เนื่องจากวิทยาการทางการแพทย์ที่ดีขึ้น มีการค้นพบการรักษาและยาที่สามารถรักษาหรือป้องกันโรคต่าง ๆ ที่มีประสิทธิภาพมากขึ้น ส่งผลให้ประเทศทั่วโลกก้าวเข้าสู่ “สังคมผู้สูงอายุ” ผู้สูงอายุมักมีโรคประจำตัวเกิดขึ้นเป็นเงาตามตัวด้วย เพราะฉะนั้นผู้สูงอายุจำนวนมากมิได้มีสุขภาพดีแต่มักป่วยด้วยโรคเรื้อรังและจำนวนมากเมื่อถึงระยะเวลาหนึ่งก็ล้วนต้องการการดูแลแบบประคับประคอง ในขณะที่มีข้อจำกัดคือจำนวนบุคลากรทางการแพทย์ที่มีความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองมีจำนวนน้อย ดังนั้นการเพิ่มจำนวนบุคลากรทางการแพทย์ให้มีความรู้และทักษะในการให้การดูแลแบบประคับประคองจึงมีความสำคัญอย่างยิ่ง เพราะจะส่งผลให้ผู้ป่วยที่ต้องการการบริการดังกล่าวสามารถได้รับการบริการเป็นอย่างดี

ชุดรายวิชาที่จัดทำขึ้นนี้ต้องการตอบสนองต่อความจำเป็นเร่งด่วนดังกล่าวข้างต้น โดยชุดรายวิชานี้ใช้เป็นสื่อประกอบการอบรม “Training of the Trainers (TOT) in Palliative Care” ชุดรายวิชานี้ประกอบด้วยชุดรายวิชาย่อย 9 เรื่องซึ่งเป็นเนื้อหาโดยตรงเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง โดยมีสื่อการสอนพร้อมใช้คือ PowerPoint presentation ซึ่งผู้เข้ารับการอบรมสามารถเลือกเนื้อหาเพื่อนำไปสอนให้เหมาะสมกับผู้เรียนและบริบท นอกจากนี้ยังมีรายวิชาย่อยเรื่องพื้นฐานการสอน เพื่อให้ผู้เข้ารับการอบรมได้ศึกษาเพื่อเป็นแนวทางในการสอน

คณะผู้จัดทำหวังเป็นอย่างยิ่งว่าชุดรายวิชานี้จะเป็นประโยชน์ต่อผู้เข้ารับการอบรมและสามารถนำไปใช้เป็นแนวทางและสื่อในการสอนได้เป็นอย่างดี เพื่อเพิ่มศักยภาพของทีมสุขภาพในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง ส่งผลให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีที่สุดเท่าที่เป็นไปได้ และสามารถจากไปอย่างไม่ทุกข์ทรมานในวาระสุดท้าย

(แพทย์หญิงศรีเวียง ไพโรจน์กุล)

กุมภาพันธ์ 2560

# ผู้นิพนธ์และรวบรวม

## รศ.พญ.ศรีเวียง ไพโรจน์กุล

**การศึกษา :**

- แพทยศาสตรบัณฑิต คณะแพทยศาสตร์ ศิริราชพยาบาล
- วุฒิบัตรผู้มีความรู้ความชำนาญในการประกอบวิชาชีพเวชกรรม สาขากุมารเวชศาสตร์
- Certificate Pediatric Respiratory Medicine, Edinburge
- ประกาศนียบัตรแสดงความรู้ความชำนาญในการประกอบวิชาชีพเวชกรรม เฉพาะทางสาขากุมารเวชศาสตร์ สาขาโรคระบบหายใจ
- ประกาศนียบัตรแสดงความรู้ความชำนาญในการประกอบวิชาชีพเวชกรรม เฉพาะทางสาขากุมารเวชศาสตร์ สาขาโรคภูมิแพ้และอิมมูโนวิทยา
- Certificate in Palliative care, Flinders University

**การทำงาน/ตำแหน่ง :**

- หัวหน้าศูนย์การุณรักษ์ (Palliative Care Center) โรงพยาบาลศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
- Adjunct Associate Professor, Department of Pediatrics, Case Western Reserve University, USA.
- Committee : Child Health in Humanitarian Emergencies, International Pediatric Association
- นายกสมาคมบริบาลผู้ป่วยระยะท้าย
- Committee: Asia Pacific Hospice Palliative Care Network.

# สารบัญ

Module 9 Goal Setting and Advance Care Planning....1
ภาพรวมรายวิชา ....1
สาระสำคัญ....1
วัตถุประสงค์....1
ขอบเขตรายวิชา ....2
แผนการสอนเรื่อง “Goal setting and advance care planning” ....3
สื่อการสอนพร้อมคำอธิบาย....6
Key References .... 54
บทความเรื่อง การวางแผนการดูแลล่วงหน้าและการทำเอกสารแสดงเจตนาเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลในวาระสุดท้ายของชีวิต.... 55
คำถามเพื่อค้นหาเป้าหมายการดูแลในผู้ป่วย end-of-life.... 72
แบบฝึกหัดการใช้คำถามเพื่อช่วยในการวางเป้าหมายการดูแล .... 73
แบบบันทึกการสังเกตการณ์การให้คำปรึกษา.... 74
บทบาทสมมุติ .... 76
ข้อสอบ .... 78

# Module 9
# Goal Setting and Advance Care Planning

**ภาพรวมรายวิชา**

รายวิชานี้ให้ความรู้เกี่ยวกับการกำหนดเป้าหมายการดูแลและการวางแผนดูแลล่วงหน้า ในผู้ป่วยระยะท้าย

**สาระสำคัญ**

ผู้ป่วยระยะท้ายจำเป็นต้องมีการเตรียมตัว กำหนดเป้าหมายการดูแล และวางแผนการดูแลในระยะสุดท้ายของชีวิตตามแนวทางที่ตัวเองต้องการ และแจ้งให้ทราบล่วงหน้าหรือทำเป็นหนังสือแสดงเจตนาเกี่ยวกับการรักษาในวาระสุดท้ายของชีวิต

การกำหนดเป้าหมายการดูแล และการวางแผนการดูแลล่วงหน้าเป็นสิ่งที่มีความสำคัญ ผู้ป่วยแต่ละคนมีความต้องการและการมองเห็นคุณค่าต่างกัน เป้าหมายการดูแลของแต่ละคนก็มีความแตกต่างกันด้วย ทีมดูแลประคับประคองมีหน้าที่ช่วยผู้ป่วยวางเป้าหมายการดูแลและวางแผนการดูแลล่วงหน้า การสื่อสารที่ดีเป็นหัวใจสำคัญ

**วัตถุประสงค์**

หลังจบการเรียนรู้ในรายวิชานี้ ผู้รับการอบรมสามารถ:

1. บอกความแตกต่างของเป้าหมายการดูแลของผู้ป่วยระยะท้าย เป้าหมายการดูแลเปลี่ยนไปตามสภาวะของของโรค
2. เทคนิคการสื่อสารที่เหมาะสมและไม่เหมาะสมในการวางเป้าหมายการดูแล
3. บอกขั้นตอนการพูดคุยเพื่อกำหนดเป้าหมายการดูแลได้
4. อธิบายความหมายของการวางแผนดูแลล่วงหน้าและบอกความแตกต่างระหว่างการวางแผนล่วงหน้าและหนังสือแสดงเจตนาเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลในวาระสุดท้ายของชีวิต
5. อธิบายความสำคัญและประโยชน์ของการวางแผนดูแลล่วงหน้าในผู้ป่วยระยะท้าย
6. อธิบายหนังสือแสดงเจตนาเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลในวาระสุดท้ายของชีวิต
7. บอกขั้นตอนการทำแผนการดูแลล่วงหน้ากับผู้ป่วยและครอบครัว
8. มีทักษะในการสื่อสารเรื่องการกำหนดเป้าหมายการดูแลและการวางแผนการดูแลล่วงหน้ากับผู้ป่วยระยะท้ายโดยผ่านการเล่นบทบาทสมมุติ

# Module 9
# Goal Setting and Advance Care Planning

**ขอบเขตรายวิชา**

1. การกำหนดเป้าหมายการดูแล (Goal of care)
   1.1 เป้าหมายการดูแลในผู้ป่วยระยะท้ายของผู้ป่วยแต่ละคนแตกต่างกัน ตามการมองเห็นคุณค่าของผู้ป่วย
   1.2 เป้าหมายอาจเปลี่ยนแปลงตามสภาวะโรค
2. การสื่อสารของแพทย์เพื่อกำหนดเป้าหมายการดูแลกับผู้ป่วยและครอบครัว
   2.1 ขั้นตอนการสื่อสารเพื่อกำหนดเป้าหมายการดูแล
   2.2 เทคนิกการสื่อสารเพื่อช่วยผู้ป่วยกำหนดเป้าหมายการดูแล
3. การทำแผนการดูแลล่วงหน้า (Advance care planning) และเอกสารแสดงเจตนาเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลในวาระสุดท้ายของชีวิต (Advance directive)
   3.1 ความหมายของการทำแผนการดูแลล่วงหน้า
   3.2 ประโยชน์ของการทำแผนดูแลล่วงหน้า
   3.3 เอกสารแสดงเจตนาเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลในวาระสุดท้ายของชีวิต ตามมาตรา 12 ในพรบ.สุขภาพ
   3.4 ขั้นตอนการทำแผนดูแลล่วงหน้าและการทำเอกสารแสดงเจตนามาตรา 12

# Module 9
# Goal Setting and Advance Care Planning

**แผนการสอนเรื่อง** “Goal setting and advance care planning”

**ผู้เรียน** แพทย์/พยาบาลที่มีพื้นฐานเกี่ยวกับการดูแลประคับประคองระดับต้น

**ผู้สอน** แพทย์/พยาบาลที่ผ่านการอบรมหลักสูตรระยะกลาง (BCCPM & BCCPN)

**เวลาสอน** 2 ชั่วโมง

**วัตถุประสงค์** เมื่อสิ้นสุดการเรียนการสอน ผู้เรียนสามารถ

1. บอกความแตกต่างของเป้าหมายการดูแลของผู้ป่วยระยะท้าย เป้าหมายการดูแลเปลี่ยนไปตามสภาวะของของโรค
2. เทคนิคการสื่อสารที่เหมาะสมและไม่เหมาะสมในการวางเป้าหมายการดูแล
3. บอกขั้นตอนการพูดคุยเพื่อกำหนดเป้าหมายการดูแลได้
4. อธิบายความหมายของการวางแผนดูแลล่วงหน้าและบอกความแตกต่างระหว่างการวางแผนล่วงหน้าและหนังสือแสดงเจตนาเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลในวาระสุดท้ายของชีวิต
5. อธิบายความสำคัญและประโยชน์ของการวางแผนดูแลล่วงหน้าในผู้ป่วยระยะท้าย
6. อธิบายหนังสือแสดงเจตนาเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลในวาระสุดท้ายของชีวิต
7. ขั้นตอนการทำแผนการดูแลล่วงหน้ากับผู้ป่วยและครอบครัว
8. มีทักษะในการสื่อสารเรื่องการกำหนดเป้าหมายการดูแลและวางแผนการดูแลล่วงหน้ากับผู้ป่วยระยะท้ายโดยผ่านการเล่นบทบาทสมมุติ

| วัตถุประสงค์ | เนื้อหา | บทบาทผู้สอน | บทบาทผู้เรียน | การประเมินชั้นเรียน | สื่อ | เวลา (นาที) |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 1. บอกความแตกต่างของเป้าหมายการดูแลของผู้ป่วยระยะท้าย เป้าหมายการดูแลเปลี่ยนไปตามสภาวะของของโรค | ผู้ป่วยแต่ละคนมีการเห็นคุณค่าต่างกัน และเป้าหมายการดูแลเปลี่ยนแปลงไปตามสมรรถนะของผู้ป่วย | - บรรยายโดยการยกตัวอย่างผู้ป่วย<br>- ให้ผู้เข้ารับการอบรมแลกเปลี่ยนประสบการณ์ | มีส่วนร่วมในการเรียนรู้โดยการตอบคำถาม แลกเปลี่ยนประสบการณ์ | - สังเกตการมีส่วนร่วมในการตอบคำถามและการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ | - ppt. presentation<br>- Handout | 10 นาที |

| วัตถุประสงค์ | เนื้อหา | บทบาทผู้สอน | บทบาทผู้เรียน | การประเมินชั้นเรียน | สื่อ | เวลา (นาที) |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 2. สามารถบอกเทคนิคการสื่อสารที่เหมาะสมและไม่เหมาะสมในการวางเป้าหมายการดูแล | การเริ่มการสนทนาโดยเริ่มด้วยการพูดถึงวิธีการรักษาแทนที่จะเริ่มด้วยเป้าหมายการดูแล | ยกตัวอย่างการสนทนาด้วยคำพูดที่ไม่เหมาะสมที่ทำให้ไม่สามารถได้เป้าหมายการดูแลที่เหมาะสม และตัวอย่างคำพูดที่ส่งเสริมการสื่อสาร | | - สังเกตการมีส่วนร่วมในการตอบคำถามและการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ | - ppt. presentation<br>- Handout | 5 |
| 3. บอกขั้นตอนการพูดคุยเพื่อกำหนดเป้าหมายการดูแลที่มีประสิทธิภาพได้อย่างถูกต้อง | 7 ขั้นตอนในการสื่อสาร เพื่อกำหนดเป้าหมายการดูแล | บรรยายโดยการบอกขั้นตอนและยกตัวอย่างคำพูดที่ควรสื่อสารกับผู้ป่วยเพื่อวางเป้าหมายการดูแล | มีส่วนร่วมในการเรียนรู้โดยการตอบคำถามในระหว่างการฟังบรรยาย | ประเมินการเรียนรู้ผ่านคำตอบที่ตอบว่าถูกต้องหรือต้องการการอธิบายเพิ่มเติมเพื่อความชัดเจนหรือไม่ | - ppt. presentation<br>- Handout | 15 นาที |
| 4. อธิบายความหมายของการวางแผนดูแลล่วงหน้าและบอกความแตกต่างระหว่างการวางแผนล่วงหน้าและหนังสือแสดงเจตนาเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลในวาระสุดท้ายของชีวิต | การวางแผนดูแลล่วงหน้าเป็นขบวนการส่วนหนังสือแสดงเจตนาเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลในวาระสุดท้ายของชีวิตเป็นผลลัพธ์ที่ได้ | บรรยายโดยส่งเสริมให้เกิดบรรยากาศการถามตอบในชั้นเรียน (interactive lecture) เพื่อเพิ่มการเรียนรู้โดยทำให้เกิด cognitive engagement | มีส่วนร่วมในการเรียนรู้โดยการตอบคำถามในระหว่างการฟังบรรยาย | ประเมินการเรียนรู้ผ่านคำตอบที่ตอบว่าถูกต้องหรือต้องการการอธิบายเพิ่มเติมเพื่อความชัดเจนหรือไม่ | - ppt. presentation<br>- Handout | 5 นาที |
| 5. อธิบายความสำคัญและประโยชน์ของการวางแผนดูแลล่วงหน้าในผู้ป่วยระยะท้าย | ใครควรทำแผนการดูแลล่วงหน้า ควรทำเมื่อไร ข้อดีของการทำแผน | บรรยายโดยส่งเสริมให้เกิดบรรยากาศการถามตอบในชั้นเรียน (interactive lecture) เพื่อเพิ่มการเรียนรู้โดยทำให้เกิด cognitive engagement | มีส่วนร่วมในการเรียนรู้โดยการตอบคำถามในระหว่างการฟังบรรยาย | ประเมินการเรียนรู้ผ่านคำตอบที่ตอบว่าถูกต้องหรือต้องการการอธิบายเพิ่มเติมเพื่อความชัดเจนหรือไม่ | - ppt. presentation<br>- Handout | 10 นาที |

| วัตถุประสงค์ | เนื้อหา | บทบาทผู้สอน | บทบาทผู้เรียน | การประเมินชั้นเรียน | สื่อ | เวลา (นาที) |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 6. อธิบายหนังสือแสดงเจตนาเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลในวาระสุดท้ายของชีวิต | วัตถุประสงค์การทำการแต่งตั้งผู้ตัดสินใจแทน รองรับด้วยมาตรา 12 ใน พรบ.สุขภาพ | บรรยายโดยส่งเสริมให้เกิดบรรยากาศการถามตอบในชั้นเรียน (interactive lecture) เพื่อเพิ่มการเรียนรู้โดยทำให้เกิด cognitive engagement | มีส่วนร่วมในการเรียนรู้โดยการตอบคำถามในระหว่างการฟังบรรยาย | ประเมินการเรียนรู้ผ่านคำตอบที่ตอบว่าถูกต้องหรือต้องการการอธิบายเพิ่มเติมเพื่อความชัดเจนหรือไม่ | - ppt. presentation<br>- Handout | 10 นาที |
| 7. ขั้นตอนการทำแผนการดูแลล่วงหน้าและการทำหนังสือแสดงเจตนาเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลในวาระสุดท้ายของชีวิตกับผู้ป่วยและครอบครัว | วิธีการพูดคุยในสถานการณ์ต่างๆ เช่น การพูดเรื่องการบอกความจริง การยุติการรักษาตัวโรค การดูแลแบบประคับประคอง การวางแผนการดูแลล่วงหน้า | บรรยายโดยยกตัวอย่างสถานการณ์และคำพูดที่ควรใช้ส่งเสริมให้เกิดบรรยากาศการถามตอบในชั้นเรียน (interactive lecture) เพื่อเพิ่มการเรียนรู้โดยทำให้เกิด cognitive engagement | มีส่วนร่วมในการเรียนรู้โดยการตอบคำถามในระหว่างการฟังบรรยาย | ประเมินการเรียนรู้ผ่านคำตอบที่ตอบว่าถูกต้องหรือต้องการการอธิบายเพิ่มเติมเพื่อความชัดเจนหรือไม่ | - ppt. presentation | 15 นาที |
| 8. มีทักษะในการสื่อสารเรื่องการกำหนดเป้าหมายการดูแลและวางแผนการดูแลล่วงหน้ากับผู้ป่วยระยะท้ายโดยผ่านการเล่นบทบาทสมมุติและจากการสะท้อนการเรียนรู้จากประสบการณ์การแสดงบทบาทสมมติ. | - ฝึกทำบทบาทสมมุติการใช้คำถามเพื่อช่วยในการวางเป้าหมายการดูแล<br>- เตรียมสถานการณ์จำลองเพื่อให้ผู้เข้ารับการอบรมได้มีประสบการณ์ผ่านการแสดงบทบาทสมมติ | - แนะนำคำถามที่ช่วย การค้นหาเป้าหมายการดูแลและแนะนำวิธีการเล่นบทบาทสมมุติ<br>- เตรียมบทแสดงสำหรับผู้แสดงในทุกบทบาทซักซ้อมทำความเข้าใจกับผู้แสดงในแต่ละบทบาท feedback บทบาทที่ได้แสดงไปว่าเหมาะสมหรือต้องปรับปรุงอย่างไร | - เล่นบทบาทสมมุติ โดยจับกลุ่ม 3 คน ใช้คำถามเพื่อช่วยในการวางเป้าหมายการดูแล<br>- เล่นบทบาทสมมุติโดยใช้ case scenario 2 cases ที่กำหนดให้ ผู้เรียนที่เหลือสังเกตการณ์ตาม checklist และสะท้อนความเห็น | - ประเมินจากการคิดสะท้อนหลังการแสดงบทบาทสมมุติ<br>- การมีส่วนร่วมและคุณภาพในการ feedback ผู้แสดงบทบาทสมมติว่าสามารถจับประเด็นการเรียนรู้และให้ข้อแนะนำเพื่อพัฒนาได้ดีหรือไม่อย่างไร | เอกสาร<br>1. แบบฝึกหัดการใช้คาถามเพื่อช่วยในการวางเป้าหมายการดูแล<br>2. คำถามเพื่อค้นหาเป้าหมายและใช้คำถามเพื่อค้นหาเป้าหมายการดูแล<br>-บทแสดง<br>-การเตรียมสถานที่เพื่อแสดงบทบาทสมมติให้เหมาะสมและเพียงพอ | 50 นาที |

# Goal Setting & Advance Care Planning

รศ.พญ.ศรีเวียง ไพโรจน์กุล
ศูนย์การุณรักษ์ โรงพยาบาลศรีนครินทร์
คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

## การค้นหาเป้าหมายที่ผู้ป่วยต้องการ และการยอมรับภาระจากการรักษา

- ผู้ป่วยแต่ละคนมีเป้าหมายของการดูแล (Goals of Care) แตกต่างกัน
  - เลือกความสุขสบาย ไม่เจ็บปวด
  - สู้เต็มที่เพื่อรักษาชีวิตหรือยืดเวลาให้นานที่สุด
  - เลือกระหว่างกลาง
- ภาระจากการรักษา การรักษาย่อมต้องแลกกับความไม่สุขสบาย ผู้ป่วยยอมแลกความไม่สุขสบายกับการรักษาหรือไม่

ศูนย์การุณรักษ์ Karunruk Palliative Care Center

**เป้าหมายการดูแล (Goals of Care)**

- เป้าหมายการดูแลสำหรับผู้ป่วย ได้แก่ รักษาให้หาย หลีกเลี่ยงการเสียชีวิต คงสมรรถนะไว้ ยืดชีวิตให้ถึงที่สุด หรือทางเลือกอาจเป็นการลดความทุกข์ทรมาน เพิ่มคุณภาพชีวิต ให้สามารถควบคุมสิ่งที่ต้องการได้ ตายดี และครอบครัวได้รับการประคับประคองดูแล
- ผู้ป่วยมีสิทธิ์เลือกเป้าหมายการดูแลด้วยตนเอง ขณะเดียวกันผู้ป่วยมีสิทธิ์ที่จะทราบภาระต่างๆ หรือความไม่สุขสบายที่จะเกิดขึ้นจากการเลือกเป้าหมายการดูแลนั้น

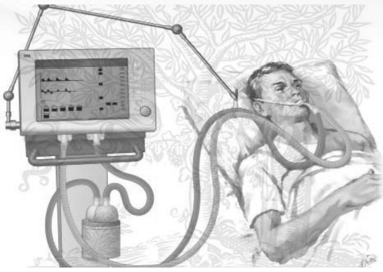
# การตัดสินใจ
# Decision Making

- ควรกระทำอยู่บนพื้นฐานของผลประโยชน์สูงสุดของผู้ป่วยเป็นที่ตั้ง
- ควรกระทำโดยผู้ป่วยและครอบครัวร่วมกับทีมสุขภาพ
- ควรกระทำอย่างรอบคอบโดยใช้ข้อมูลที่ดีที่สุด
- ควรได้รับการทบทวนเพื่อให้มั่นใจว่าได้กระทำโดยยึดหลักของ principles of non-maleficence, autonomy, beneficence, justice/equity.

ศูนย์การุณรักษ์ Karunruk Palliative Care Center

การตัดสินใจเลือกเป้าหมายการดูแลควรเป็นการทำร่วมกันระหว่างผู้ป่วย ครอบครัว และทีมสุขภาพ โดยผู้ป่วยต้องได้ข้อมูลที่ตรงจริงที่สุด และการตัดสินใจต้องยึดผลประโยชน์สูงสุดของผู้ป่วยเป็นตัวตั้ง ยึดหลักจริยธรรมทางการแพทย์ เคารพสิทธิ์ของผู้ป่วย ทำแต่สิ่งที่เป็นประโยชน์หลีกเลี่ยงการรักษาที่ไม่ก่อเกิดประโยชน์

## เข้าใจการมองเห็นคุณค่าของผู้ป่วย



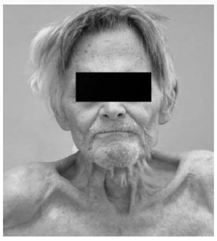
นาย ก. 65 ปี เป็น lung cancer ไม่ตอบสนองต่อเคมีบำบัดและ target therapy ต่อมามีการหายใจล้มเหลวเนื่องจากมะเร็งกระจายไปทั่วปอด

- ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับการ counseling เรื่องการรักษาแบบประคับประคอง แต่ยืนยันขอรักษาถึงที่สุด
- ต้องการให้ใส่เครื่องช่วยหายใจและให้ยาเคมีบำบัดอีก
- ต้องการรักษาเต็มที่ รวมถึง CPR จะสู้จนกว่าจะชนะหรือตายไปข้างหนึ่ง การตายอย่างสมศักดิ์ศรีคือการสู้ถึงที่สุด

ศูนย์การุณรักษ์ Karunruk Palliative Care Center

ผู้ป่วยแต่ละคนมีเป้าหมายการดูแลแตกต่างกัน เกิดจากการมองเห็นคุณค่าแตกต่างกัน ผู้ป่วยบางคนเลือกการรักษาอย่างเต็มที่เพื่อรักษาชีวิต ยอมแลกกับความไม่สุขสบายแม้แพทย์จะแนะนำว่าการรักษาดังกล่าวไม่ก่อเกิดประโยชน์

## ความต้องการของผู้ป่วยเปลี่ยนแปลงตามการดำเนินโรคตามสมรรถนะที่เสื่อมถอยลง



- นาย ข. 85 ปี End-stage COPD with type 2 RF อยู่กับบ้าน ช่วยเหลือตัวเองได้
- ระบุกับทีมสุขภาพว่าต้องการรักษาเต็มที่ รวมถึงใส่ ET tube, CPR ถ้าอาการเลวลง

- ต่อมามี infective exacerbation ใส่ท่อและเครื่องช่วยหายใจอยู่ใน ICU 3 สัปดาห์ อยู่รพ.นาน 2 เดือน ขณะนี้ไม่สามารถช่วยตนเอง ต้องได้ $O_2$ ตลอดเวลา
- ต้องการรักษาแบบประคับประคอง เสียชีวิตอย่างสงบในอีก 2 เดือนต่อมา โดยปฏิเสธการพยุงชีพทุกชนิด

ศูนย์การุณรักษ์ Karunruk Palliative Care Center

ต้องเข้าใจว่า ในขณะที่สมรรถนะของผู้ป่วยยังดีหรือคงตัวผู้ป่วยส่วนใหญ่ยังต้องการการรักษาเต็มที่ แต่เมื่อสภาวะโรคของผู้ป่วยเปลี่ยนแปลงไป หรือมีคุณภาพชีวิตเลวลง เป้าหมายการดูแลของผู้ป่วยจะเปลี่ยนไปได้ และอาจเกิดขึ้นตลอดช่วงเวลาของการดูแล

## Communicating Goals in PC

- ควรมุ่งเน้นไปที่ผลลัพธ์การดูแลและเป้าหมายการดูแลมากกว่าพูดคุยเรื่องวิธีการรักษา
  “เมื่อโรคดำเนินมาถึงจุดนั้นแล้วคุณคิดอย่างไร?”
  “ผลลัพธ์ที่คุณต้องการคืออะไร?”
  “ถ้าสามารถเลือกเป้าหมายการดูแลได้คุณจะเลือกอะไร?”

ศูนย์การุณรักษ์ Karunruk Palliative Care Center

**การสื่อสารเป้าหมายการดูแล**

เป็นสิ่งที่ทีมสุขภาพต้องอาศัยความเชี่ยวชาญและการฝึกปฏิบัติ การเริ่มต้นพูดคุยควรเริ่มด้วยการนำพาผู้ป่วยคิดถึงเป้าหมายการดูแลก่อนที่จะไปพูดถึงวิธีการดูแล

## การสื่อสารเป้าหมายการดูแลที่ไม่เหมาะสม

- คุณต้องการให้เราทำทุกอย่างหรือไม่
- คุณต้องการให้หมอรักษาคุณแม่อย่างไร
- ถึงเวลาที่เราต้องมาทบทวนการรักษาที่ผ่านมา เราไม่ควรเดินหน้าต่อ
- ถึงเวลาที่เราควรยุติการรักษาที่รุกราน

การสื่อสารเหล่านี้ก่อให้เกิดความขัดแย้ง ทำให้ครอบครัววิตกกังวลว่าจะถูกทอดทิ้ง ไม่สะท้อนภาพรวมของการดูแลรักษา

การสื่อสารที่เริ่มด้วยการพูดถึงการรักษา มักทำให้ไม่สามารถไปถึงเป้าหมายที่ต้องการได้ และมักลงท้ายด้วยการเลือกการรักษาทุกอย่าง เนื่องจากผู้ป่วยและครอบครัวอาจเกิดความวิตกกังวลว่าจะถูกแพทย์ทอดทิ้งถ้าไม่เลือกการดูแลอย่างเต็มที่

## การสื่อสารเป้าหมายการดูแลที่เหมาะสม

- เราอยากให้การดูแลที่ดีที่สุดแก่คุณและครอบครัว จนกว่าจะถึงระยะสุดท้ายของคุณ
- เราจะมุ่งเน้นการดูแลคุณภาพชีวิตของคุณ
- เราต้องการช่วยให้คุณอยู่อย่างมีความหมายที่สุดในช่วงเวลาที่เหลืออยู่
- ความสุขสบายของคุณเป็นเป้าหมายสูงสุดของเรา
- เราจะให้การจัดการอาการให้คุณอยู่อย่างสบายที่สุดที่จะทำได้
- เรามาพูดคุยถึงการทำอย่างไรให้ตอบสนองต่อความต้องการของคุณ

ศูนย์การุณรักษ์ Karunruk Palliative Care Center

การสื่อสารควรนำผู้ป่วยคิดถึงเป้าหมายการดูแล ให้ความมั่นใจว่าไม่ว่าจะเลือกเป้าหมายการรักษาอย่างไร ผู้ป่วยและครอบครัวจะได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง

# การคำนึงถึงประเพณีวัฒนธรรม

- ครอบครัวไม่ต้องการให้พูดคุยความจริงกับผู้ป่วย
- ครอบครัวไม่ต้องการให้ข้อมูลทางลบ
- อาจใช้วิธีประเมินการรับรู้ของผู้ป่วยก่อน แล้วต่อรองกับครอบครัว ผู้ป่วยบางคนรู้ความจริงอยู่แล้ว

ศูนย์การุณรักษ์ Karunruk Palliative Care Center

## 7 ขั้นตอนในการกำหนดเป้าหมายการดูแล และการวางแผนดูแลล่วงหน้า

1. สร้างบรรยากาศที่ดี เปิดประเด็นพูดคุย
2. ประเมินความเข้าใจของผู้ป่วย/ครอบครัว
3. ค้นหาความคาดหมายหรือความหวัง
4. ให้ข้อมูล แนะนำความหวังที่อยู่ในความเป็นจริง
5. ตอบสนองด้วยความเห็นอกเห็นใจ
6. วางแผนการดูแลและติดตาม
7. ทบทวนกับผู้ป่วยเป็นระยะตามความเหมาะสม

ศูนย์การุณรักษ์ Karunruk Palliative Care Center

**7 ขั้นตอนในการต่อรองเป้าหมายการดูแล**

สำหรับทีมสุขภาพ การพูดคุยต่อรองเรื่องเป้าหมายการดูแลในผู้ป่วยที่มีโรคคุกคามต่อชีวิตอาจเป็นเรื่องที่ยาก ทีมสุขภาพอาจใช้ 7 ขั้นตอนเหล่านี้เพื่อช่วยในการสื่อสารเป้าหมายการดูแล (กรุณาดู module 5 Communication skill in Palliative Care)

1. สร้างบรรยากาศที่ดี สถานที่เป็นส่วนตัว ไม่มีสิ่งรบกวนความสนใจ
2. ประเมินความเข้าใจของผู้ป่วย/ครอบครัว หลังจากนั้นให้ข้อมูลสถานการณ์ของโรค และบริบทที่มีความสำคัญในการตั้งเป้าหมายการดูแล
3. ค้นหาความคาดหมายหรือความหวังของผู้ป่วยและครอบครัว โดยให้คำนึงถึงสถานการณ์สภาวะโรคและพยากรณ์โรคในปัจจุบัน
4. แนะนำความหวังที่อยู่ในความเป็นจริง ทีมสุขภาพให้ความเห็นโดยอาศัยประสบการณ์ ความรู้ความเชี่ยวชาญของตนเองให้ข้อแนะนำที่เหมาะสม ให้ข้อมูลด้านการดูแลแบบประคับประคอง กรณีผู้ป่วยและครอบครัวมีความหวังที่ไม่อยู่ในความเป็นจริง ทีมสหสาขาควรต่อรองให้ข้อคิดเห็นในสิ่งที่เป็นไปได้หรือเป็นไปไม่ได้
5. ตอบสนองด้วยความเห็นอกเห็นใจ ต่ออารมณ์ที่อาจเกิดขึ้น
6. วางแผนการดูแลและติดตาม
7. ทบทวนกับผู้ป่วยเป็นระยะตามความเหมาะสม

## 1. สร้างบรรยากาศที่ดี เปิดประเด็นพูดคุย

### เปิดประเด็นการพูดคุย

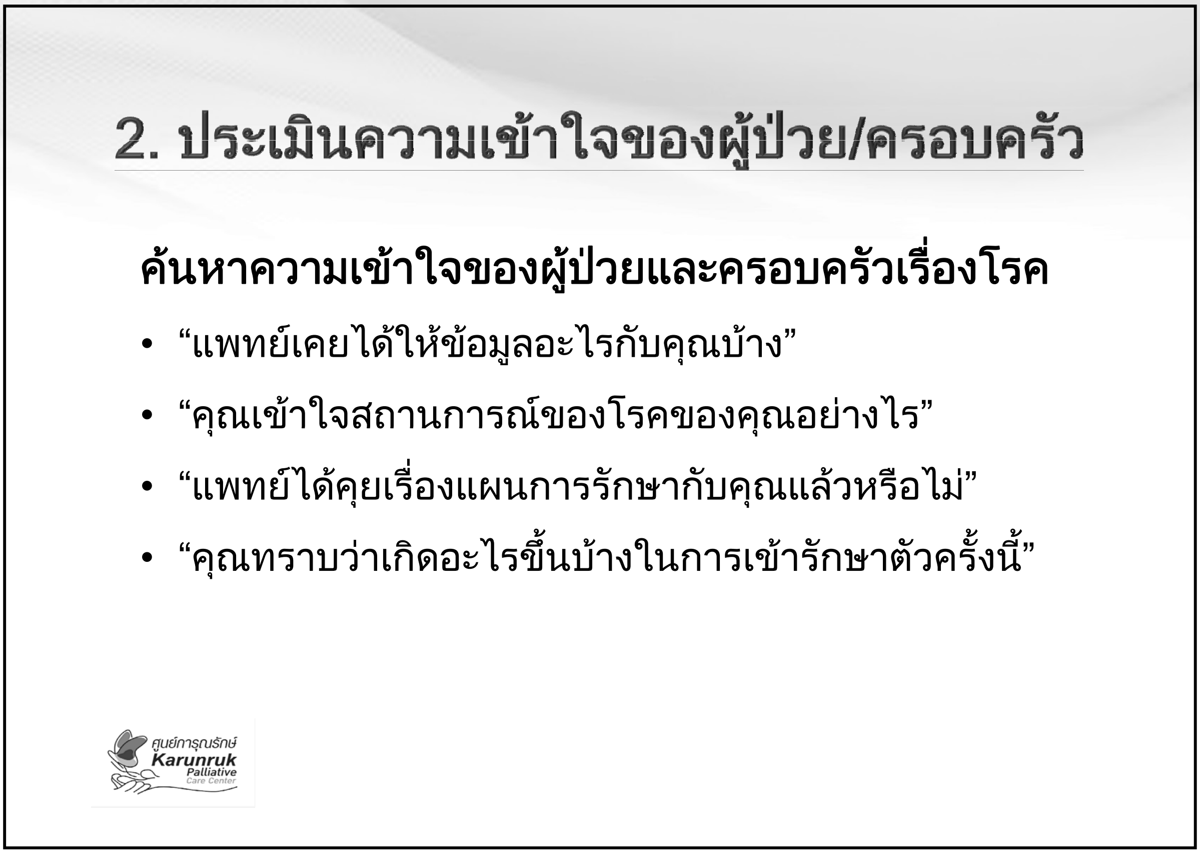
- “ช่วงนี้เป็นอย่างไรบ้าง”
- “จะเป็นประโยชน์มากในการให้การดูแลคุณ ถ้าเราทราบความต้องการ ความคาดหวังหรือสิ่งที่คุณกังวล”

### การเชื่อมโยงสถานการณ์ด้านสุขภาพ

- “คุณวิตกกังวลอะไรเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพของคุณบ้าง”
- “ผู้ป่วยบางคนมีความกังวลถึงสิ่งที่จะเกิดขึ้นในอนาคตว่าเราจะอยู่ในสภาพอย่างไร เราจะได้รับการดูแลอย่างไร คุณเคยกังวลถึงสิ่งเหล่านี้หรือไม่”

ศูนย์การุณรักษ์ Karunruk Palliative Care Center

การเริ่มต้นการสื่อสารควรเริ่มด้วยการเปิดประเด็นการพูดคุย และเชื่อมโยงสถานการณ์ด้านสุขภาพของผู้ป่วย




ก่อนพูดเรื่องเป้าหมายการดูแล ควรประเมินความเข้าใจเรื่องโรค โดยเฉพาะสถานการณ์ของโรคในปัจจุบัน

## 3. ค้นหาความคาดหวังหรือเป้าหมายที่ต้องการ

- "คุณคิดว่าจะเป็นอย่างไรต่อไป?"
- "คุณวิตกกังวลอะไรมากที่สุดเกี่ยวกับความเจ็บป่วยของคุณ"
- "คุณรู้สึกอย่างไรบ้างกับการรักษาที่ผ่านมา"
- "อะไรที่เป็นความลำบากที่สุดเกี่ยวกับความเจ็บป่วยของคุณ"
- "คุณกลัวเกี่ยวกับอนาคตข้างหน้าอย่างไร"
- "อะไรที่มีความสำคัญที่สุดสำหรับคุณและครอบครัว"
- "คุณมีอะไรที่ต้องทำให้สำเร็จหรือไม่?"
- "อะไรคือความหวังของคุณ?"

ศูนย์การุณรักษ์ Karunruk Palliative Care Center

การค้นหาเป้าหมายการดูแลอาจใช้คำถามที่ช่วยค้นหาความต้องการของผู้ป่วย เพื่อเข้าสู่การเลือกเป้าหมายการดูแล

## Explore Values and Beliefs about QoL

- "อะไรที่คุณคิดว่ามีค่า/มีความสำคัญที่สุดสำหรับคุณ"
- "คุณมองว่าคุณภาพชีวิตที่ดีคือเป็นอย่างไร"
- "คุณได้พูดคุยเรื่องความต้องการต่างๆด้านสุขภาพกับครอบครัวหรือไม่อย่างไร"
- "คุณได้เคยพูดคุยกับครอบครัวถึงการดูแลในช่วงระยะท้ายสุดหรือไม่อย่างไร"

ศูนย์การุณรักษ์ Karunruk Palliative Care Center

ค้นหาความหมายคุณภาพชีวิตที่ผู้ป่วยเข้าใจ

## 4. ให้ข้อมูล

- การดำเนินโรค
- พยากรณ์โรค สิ่งที่อาจเกิดในอนาคต
- ทำนายระยะเวลาที่เหลือ (ให้ทราบถึงความไม่แน่นอน)
- การดูแล/บริการที่จะได้รับ
- ความปรารถนา การเตรียมตัวในระยะสุดท้าย
  - เป้าหมายการรักษาที่ต้องการ
  - การใช้เครื่องพยุงชีพ vs.การดูแลให้สุขสบาย
  - สถานที่ดูแล
  - ผู้ตัดสินใจแทนในกรณีบอกความต้องการไม่ได้
  - การจัดการภาระกิจต่างๆ
  - การตอบคำถามที่สงสัย

ศูนย์การุณรักษ์ Karunruk Palliative Care Center

ให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรค พยากรณ์โรค ทางเลือกของการดูแล ข้อดีข้อเสีย การบริการที่จะได้รับ เพื่อช่วยผู้ป่วยและครอบครัวเลือกเป้าหมายการดูแลที่ต้องการ สถานที่ดูแล ควรต่อเนื่องถึงการดูแลในระยะใกล้เสียชีวิต การใช้/ไม่ใช้เครื่องพยุงชีพ ควรแนะนำให้แต่งตั้งผู้มีสิทธิ์ตัดสินใจแทนในกรณีที่ผู้ป่วยอาจไม่สามารถบอกความต้องการของตนเองได้

## Explaining Life-Sustaining Therapy

- ค้นหาความเข้าใจของผู้ป่วยเรื่องการใช้ LST
- ให้มองเห็นภาพการใช้ LST
- ให้ข้อมูลตรงจริงเกี่ยวกับผลลัพธ์ของการใช้ LST ในผู้ป่วยระยะท้าย
- ผู้ป่วยมีสิทธิ์ปฏิเสธการใช้ LST และสามารถเลือกการดูแลจัดการอาการให้สุขสบาย
- การถอดถอน LST
- DNR ไม่ได้หมายถึง “No care”

ศูนย์การุณรักษ์ Karunruk Palliative Care Center

เมื่อให้ข้อมูลเรื่องการพยุงชีพ ควรให้รายละเอียด ผลดีผลเสีย ความไม่สุขสบายต่างๆ ของการใช้ ที่สำคัญที่สุดคือผลลัพธ์ที่คาดว่าอาจได้ผล ตามความเข้าใจของประชาชน มักเข้าใจว่าการพยุงชีพจะช่วยให้รอดชีวิตสามารถกลับมาเป็นเหมือนเดิม แต่จากประสบการณ์การใช้เครื่องพยุงชีพในผู้ป่วยที่อยู่ในระยะสุดท้ายของชีวิต ผลลัพธ์ที่ได้จะน้อยมาก เนื่องจากผู้ป่วยอยู่ในระยะเปราะบาง และโรคของผู้ป่วยอยู่ในระยะลุกลามส่งผลให้เกิดการทำงานของอวัยวะล้มเหลว ไม่สามารถทำให้กลับมาดีได้ ให้ผู้ป่วยเข้าใจว่าแม้ผู้ป่วยไม่เลือกการพยุงชีพผู้ป่วยยังได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง

## Pacing Information – Titrating to Effect

- การให้ข้อมูลอาจมีผลกระทบต่อจิตใจผู้ป่วย ค่อยๆ ให้ข้อมูลทีละน้อย ลงในรายละเอียดโดยการดูการตอบสนองของผู้ป่วย/ครอบครัว
- ทำเหมือนการปรับขนาดยา โดยการปรับเพิ่มขึ้นทีละน้อย เป้าหมายที่ต้องการบรรลุผลคือการให้ข้อมูลเพื่อช่วยผู้ป่วยและครอบครัวในการตัดสินใจ
- ตรวจสอบความเข้าใจและให้ถามคำถามเป็นระยะ

ศูนย์การุณรักษ์ Karunruk Palliative Care Center

การให้ข้อมูล ควรให้ทีละน้อยและตรวจสอบความเข้าใจของผู้ป่วย

## 5. ตอบสนองด้วยความเห็นอกเห็นใจ

ค้นหาสภาวะทางอารมณ์และให้การตอบสนอง

- "คุณคิดอย่างไรบ้างในข้อมูลที่หมอได้ให้ไป"
- "คุณดูวิตกกังวลใหม?"
- "ฟังดูเหมือนคุณไม่พอใจ" "คุณรู้สึกกลัวหรือปล่าว?"

แสดงให้เห็นว่าคุณเข้าใจ (Understanding)

- "ดูเหมือนจะเป็นช่วงเวลาที่ลำบากมากสำหรับคุณ"

ให้การประคับประคอง

- "เราจะให้การดูแลคุณให้ผ่านช่วงนี้ไปได้"

ศูนย์การุณรักษ์ Karunruk Palliative Care Center

การได้รับข้อมูลที่ตรงจริงอาจทำให้เกิดความไม่สุขสบาย วิตกกังวล จึงควรค้นหาสภาพอารมณ์ผู้ป่วยเพื่อให้ความเห็นอกเห็นใจ ประคับประคอง

## 6. วางแผนการดูแล (Care Plan)

- หลังกำหนดเป้าหมายการดูแลที่เหมาะสมตามความต้องการของผู้ป่วยแล้ว ขั้นตอนต่อไปทำการวางแผนการดูแลล่วงหน้า
  - “อาจทดลองการรักษาตัวโรคดูก่อนสักช่วงเวลาหนึ่ง”
  - “ควรพูดคุยกับลูกของคุณเกี่ยวกับแผนการดูแลที่คุณต้องการ”
- ช่วยสร้างกรอบแนวทางการการดูแลในระหว่างการสนทนา

ศูนย์การุณรักษ์ Karunruk Palliative Care Center

หลังกำหนดเป้าหมายการดูแลที่ผู้ป่วยต้องการแล้ว จึงมาลงในรายละเอียดในแผนการดูแลต่างๆ

## 6. วางแผนการดูแล (Care Plan)

- พูดคุยถึงการการดูแลรักษาต่างๆ ที่อาจเกิดขึ้น ว่าเข้ากับบริบทของเป้าหมายการดูแลของผู้ป่วยหรือไม่
  - การต้องเข้ารักษาตัวในโรงพยาบาลบ่อยๆ?
  - การใส่สายยางให้อาหารใน advanced dementia?
  - การให้ยาปฏิชีวนะ?
  - การใส่เครื่องช่วยหายใจ?

ศูนย์การุณรักษ์ Karunruk Palliative Care Center

กำหนดแผนการดูแล เช่น การรักษาตัวโรค การกลับเข้ารักษาตัวในโรงพยาบาล วิธีการรักษาต่างๆ รวมถึงการใช้เครื่องพยุงชีพ

## Guiding the Patient and Family Through Treatment Options

แพทย์ต้องช่วยนำทางให้ผู้ป่วยและครอบครัวเข้าใจทางเลือกการรักษา

- "ถ้าเป้าหมายของคุณคือการมีโอกาสสื่อสารกับครอบครัว หมอคิดว่าการใส่เครื่องช่วยหายใจจะไม่ตอบสนองต่อเป้าหมายการดูแลที่คุณต้องการ"
- "ถ้าเป้าหมายของคุณคือการมีโอกาสอยู่ที่บ้านกับครอบครัวให้นานที่สุด หมอคิดว่าการเลือกให้ยาเคมีบำบัดอีก อาจไม่ใช่ทางเลือกที่ดี"

ศูนย์การุณรักษ์ Karunruk Palliative Care Center

ช่วยนำทางให้ผู้ป่วยและครอบครัวเข้าใจแผนการรักษาว่าตรงกับเป้าหมายการดูแลที่เขาต้องการหรือไม่

# Helpful Phrases to Relate Interventions to Goals

- “ตามที่คุณต้องการอยู่อย่างอิสระไม่พึ่งพิงมากที่สุด การต้องเข้าๆออกๆโรงพยาบาลบ่อยๆคงไม่เข้ากับเป้าหมายการดูแลของคุณ”
- “ถ้าเป้าหมายของคุณคือการมีโอกาสได้เสียชีวิตที่บ้าน การใส่เครื่องช่วยหายใจจะทำให้คุณต้องเสียชีวิตในโรงพยาบาล”

ศูนย์การุณรักษ์ Karunruk Palliative Care Center

## Document Patient Preferences

- ผู้ป่วยระบุความต้องการของผู้ป่วยอย่างชัดเจน
- ผู้มีส่วนร่วมในการตัดสินใจรับทราบโดยทั่วกัน
- ผู้ได้รับมอบหมายให้ตัดสินใจแทนเข้าใจและจะทำตามความต้องการของผู้ป่วย
- บันทึกเป็นลายลักษณ์อักษร (advance directive) และส่งผ่านให้รับทราบทั่วกันระหว่างทีมสุขภาพ

ศูนย์การุณรักษ์ Karunruk Palliative Care Center

หลังจากผู้ป่วยระบุเป้าหมายการดูแล และแผนการรักษาต่างๆ แล้ว ควรบันทึกเป็นลายลักษณ์อักษรไว้ในแฟ้มการรักษา หรือทำเป็นหนังสือแสดงเจตนา มาตรา 12 ไว้ รวมถึงแต่งตั้งผู้มีสิทธิ์ตัดสินใจแทน

## 7. ทบทวนกับผู้ป่วยเป็นระยะ ตามความเหมาะสม

เป้าหมายการดูแลเปลี่ยนไปตามการดำเนินโรค

และตามสมรรถนะของผู้ป่วย

จึงควรมีการทบทวนเป็นระยะ

ศูนย์การุณรักษ์ Karunruk Palliative Care Center

ควรมีการทบทวนเป็นระยะ เนื่องจากเป้าหมายการดูแลอาจเปลี่ยนตามสถานการณ์

# Advance Care Planning

ศูนย์การุณรักษ์
Karunruk
Palliative
Care Center

# Advance Care Planning
# คืออะไร?

- เป็นขบวนการวางแผนการรักษาล่วงหน้าสำหรับอนาคต ที่ผู้ป่วยไม่สามารถบอกความต้องการของตนเองได้
- ควรเป็นมาตรฐานในการรักษาพยาบาล

"Planning for the worst while hoping for the best."

ศูนย์การุณรักษ์ Karunruk Palliative Care Center

## Advance Care Planning
## เป็นขบวนการ...

**เกี่ยวข้องกับ**

- การสื่อสาร
- การสนทนาระหว่างผู้ป่วย ครอบครัวและทีมสุขภาพ
- ความเข้าใจในสถานการณ์ สภาวะโรค
- คิดสะท้อนถึงความต้องการในชีวิตของตนเอง
- พัฒนาแผนการเฉพาะตัวในการดูแลเมื่อระยะสุดท้ายของชีวิตมาถึง
- ค้นหาและกำหนดผู้มีบทบาทในการตัดสินใจแทน

ศูนย์การุณรักษ์ Karunruk Palliative Care Center

การวางแผนดูแลล่วงหน้าเป็นการสื่อสารระหว่างผู้ป่วย ครอบครัว และทีมสุขภาพ เพื่อค้นหาแผนการดูแลเมื่อระยะสุดท้ายมาถึง

## Advance Care Planning ต่างจาก Advance Directives อย่างไร?

- ACP เป็นขบวนการ ส่วน AD เป็นเอกสารซึ่งแจ้งความจำนงค์เกี่ยวกับความปราถนาของผู้ป่วย และกำหนดผู้มีอำนาจตัดสินใจแทน
- การแจ้งความจำนงค์ด้วยวาจาสามารถใช้ปฏิบัติได้ แต่ทางการแพทย์ต้องการเป็นลายลักษณ์อักษรที่เป็นทางการ

ศูนย์การุณรักษ์ Karunruk Palliative Care Center

Advance directive คือเอกสารแสดงเจตนาตามมาตรา 12 เพื่อกำหนดเป้าหมายการรักษาในระยะสุดท้ายของชีวิต เป็นสิ่งที่เกิดจากการพูดคุยวางแผนการดูแลล่วงหน้า (advance care plan)

# เอกสารแสดงเจตนาเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลในวาระสุดท้ายของชีวิต Advance Directive : (AD)

- เป็นส่วนหนึ่งของ advance care planning
- ในประเทศไทย พรบ สุขภาพ มาตรา 12 ได้กำหนดให้ผู้ป่วยที่อยู่ในวาระสุดท้ายของชีวิต สามารถแสดงความประสงค์ที่จะไม่รับบริการทางการแพทย์ เช่น การใช้เครื่องมือทางการแพทย์ที่เป็นไปเพื่อยืดความเจ็บป่วยทรมานโดยไม่จำเป็น หากแต่ผู้ป่วยยังคงได้รับการดูแลจากแพทย์ พยาบาลตามความเหมาะสมเพื่อบรรเทาความเจ็บปวดและอาการต่าง ๆ

ศูนย์การุณรักษ์ Karunruk Palliative Care Center

## ใครควรทำ Advance Care Planning

- ผู้ที่เสี่ยงกับการเกิด strokes (ผู้ที่มี hypertension)
- Early dementia
- ผู้ที่มีพฤติกรรมเสี่ยงกับอุบัติเหตุทางสมอง
- ผู้ป่วยจิตเวชที่มีอาการรุนแรง และเป็นซ้ำ
- ผู้ป่วยระยะท้าย

ศูนย์การุณรักษ์ Karunruk Palliative Care Center

*AMA, The EPEC Project*

ผู้ที่ควรทำแผนการดูแลล่วงหน้าคือผู้ที่มีมีความเสี่ยงที่จะเสียชีวิต หรือมีโอกาสสูญเสียการรับรู้ บุคคลทั่วไปที่มีสุขภาพดีก็สามารถทำไว้ล่วงหน้าได้

## ข้อดีของ ACP

- เกิดความไว้วางใจระหว่างแพทย์และผู้ป่วยและครอบครัว
- เกิดการทำงานเป็นทีมระหว่างผู้ป่วย ตัวแทนและทีมรักษา
- ผู้ป่วยมีโอกาสวางเป้าประสงค์การรักษาด้วยตนเอง
- แพทย์และผู้ตัดสินใจแทนทราบความต้องการของผู้ป่วย
- ลดความวิตกกังวล/ความกลัวของผู้ป่วยและทีมที่รักษา
- หลีกเลี่ยงความสับสน/ความขัดแย้งที่อาจเกิดในอนาคต
- ลดค่ารักษา และการใช้ทรัพยากรเกินความจำเป็น

ศูนย์การุณรักษ์ Karunruk Palliative Care Center

การพูดคุยเปิดเผย เกิดความไว้วางใจระหว่างแพทย์และผู้ป่วยและครอบครัว
เกิดการทำงานเป็นทีมระหว่างผู้ป่วย ตัวแทนและทีมรักษา
ผู้ป่วยมีโอกาสพิจารณาสิ่งที่ผู้ป่วยเห็นว่ามีคุณค่าในชีวิตและวางเป้าประสงค์การรักษา
แพทย์และผู้ตัดสินใจแทนทราบความต้องการของผู้ป่วย
ลดความวิตกกังวล/ความกลัวของผู้ป่วยและทีมที่รักษา
หลีกเลี่ยงความสับสน/ความขัดแย้งที่อาจเกิดในอนาคต
ลดภาระค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลและการใช้ทรัพยากรที่เกินความจำเป็น

## ระยะเวลาที่เหมาะสม

- ในอดีตการทำ ACP มักทำเมื่อผู้ป่วยใกล้เสียชีวิต
- การทำในระยะวิกฤติ ผู้ป่วยอาจไม่มีสติสัมปชัญญะดีพอในการตัดสินใจ
- ทำ ACP ตั้งแต่แรก ในขณะที่ผู้ป่วยยังสามารถตัดสินใจได้เองจึงมีความสำคัญ
- ควรเริ่ม ACP เมื่อพยากรณ์โรคอยู่ได้น้อยกว่า 1 ปี

ศูนย์การุณรักษ์ Karunruk Palliative Care Center

## 5 Steps for Successful ACP

ขั้นตอนที่ 1: นำสู่หัวข้อสนทนา

ขั้นตอนที่ 2: การสนทนาอย่างเป็นขั้นตอน

ขั้นตอนที่ 3: บันทึกเจตนาของผู้ป่วย

ขั้นตอนที่ 4: ทบทวนและปรับปรุงเป็นระยะ

ขั้นตอนที่ 5: ทำตามเจตนาของผู้ป่วย
เมื่อเวลานั้นมาถึง

ศูนย์การุณรักษ์ Karunruk Palliative Care Center

## ขั้นตอนที่ 1: นำสู่หัวข้อสนทนา

- ควรเริ่มด้วยการถามว่ารู้จัก ACP หรือไม่
- บอกวัตถุประสงค์การทำ ACP
- อาจให้เอกสารผู้ป่วยอ่านก่อนเพื่อพูดคุยกันอย่างละเอียด
- ค้นหาเป้าหมายในการดูแลของผู้ป่วย (goals of care) โดยใช้เทคนิคการพูดคุย
- อธิบายความสำคัญและบทบาทของผู้ที่จะเป็นตัวแทนในการตัดสินใจแทนผู้ป่วยกรณีที่ผู้ป่วยไม่อยู่ในสภาวะที่จะทำได้

ศูนย์การุณรักษ์ Karunruk Palliative Care Center

ค้นหาเป้าหมายในการดูแลในวาระสุดท้ายของชีวิต ซึ่งเป็นการพูดคุยเหมือนการกำหนดเป้าหมายการดูแล

## ขั้นตอนที่ 2: การสนทนาอย่างเป็นขั้นตอน

- ค้นหาขอบเขตในการรักษาในวาระสุดท้าย
- กำหนดสถานการณ์ต่างๆ และให้ผู้ป่วยแสดงเจตนา และเป้าหมายการรักษาที่ต้องการในแต่ละสถานการณ์

ศูนย์การุณรักษ์ Karunruk Palliative Care Center

เป้าหมายการดูแลในวาระสุดท้ายของชีวิตแตกต่างกันตามการมองเห็นคุณค่าของผู้ป่วย กรณีเลือกใช้เครื่องพยุงชีพในวาระสุดท้าย สะท้อนเป้าหมายที่ผู้ป่วยต้องการยืดชีวิตให้ถึงที่สุดแม้ต้องแลกด้วยความไม่สุขสบาย ซึ่งทีมสุขภาพต้องพยายามชี้แจงให้เห็นถึงความทุกข์ทรมานที่จะได้รับโดยผลประโยชน์ที่ได้อาจน้อยมากหรือไม่มีประโยชน์ กรณีผู้ป่วยเลือกใช้เครื่องพยุงชีพควรสอบถามว่า ถ้าใช้แล้วไม่ได้ผลตามที่คาดหวัง ผู้ป่วยจะให้ยุติหรือไม่ ผู้ป่วยส่วนใหญ่มักเลือกการรักษาที่ไม่รุกราน และเลือกการดูแลให้สุขสบายและจากไปอย่างสงบ

# เป้าหมายการดูแลในวาระสุดท้ายของชีวิต

- ยึดชีวิต รักษาทุกอย่าง
- พยายามรักษาให้โรคหาย แต่มีการประเมินเป็นระยะและยุติถ้าไม่ได้ผล
- จำกัดการรักษาอยู่เฉพาะที่ไม่ invasive และไม่เป็นภาระ
- รักษาให้สุขสบายเท่านั้น (comfort care)

ศูนย์การุณรักษ์ Karunruk Palliative Care Center

## บทบาทของตัวแทนผู้ป่วย

- ต้องให้ตัวแทนในการตัดสินใจของผู้ป่วยอยู่ในการสนทนาเพื่อให้รับรู้ความต้องการของผู้ป่วย
- ผู้ป่วยต้องระบุบทบาทของตัวแทนในการตัดสินใจแทนกรณีที่ผู้ป่วยไม่อยู่ในสภาพที่จะทำได้
- เมื่อผู้ป่วยไม่อยู่ในสภาพที่จะตัดสินใจได้ ตัวแทนต้องทำงานร่วมกับทีมแพทย์ในการเลือกแนวทางการรักษาแทนผู้ป่วยโดยยึดเจตนาของผู้ป่วยเป็นสำคัญ

ศูนย์การุณรักษ์ Karunruk Palliative Care Center

ชี้แจงให้ทราบถึงบทบาทตัวแทนของผู้ป่วย

## การบันทึกเจตนาของผู้ป่วย

**การบันทึกเอกสาร** (Advance planning documents)

- แพทย์ทบทวนเอกสารแสดงเจตนาร่วมกับผู้ป่วยและครอบครัว แก้ไขในส่วนที่คลาดเคลื่อน/เข้าใจไม่ตรงกัน
- ให้มั่นใจว่าเอกสารแสดงเจตนาต้องมีความชัดเจนที่จะช่วยในการตัดสินใจการรักษา
- ให้ผู้ป่วยและพยาน (2 คน) เซนต์เอกสาร
- เก็บเอกสารในเวชระเบียนผู้ป่วย

ศูนย์การุณรักษ์ Karunruk Palliative Care Center

บันทึกเอกสารแสดงเจตนา ผู้ป่วยต้องเซนต์ชื่อ และมีบุคคลสองคนเซนต์เป็นพยาน ควรเก็บเอกสารนี้ไว้ในเวชระเบียนของผู้ป่วย

**ขั้นตอนที่ 4: ทบทวนและปรับปรุงเป็นระยะ**

**ขั้นตอนที่ 5: ทำตามเจตนาของผู้ป่วยเมื่อเวลานั้นมาถึง**

ศูนย์การุณรักษ์ Karunruk Palliative Care Center

มีการทบทวนเป็นระยะ และทำตามเจตนาเมื่อวาระสุดท้ายมาถึง

# ควรมีการพิจารณาหัวข้อเหล่านี้ร่วมด้วย

**การเตรียมตัวช่วงก่อนเสียชีวิต**

- การจัดการภาระกิจที่คั่งค้าง
  การรักษาความทรงจำครั้งสุดท้าย
  การกล่าวคำอำลา
- การกำหนดผู้ดูแล
- การเลือกสถานที่เสียชีวิต

ศูนย์การุณรักษ์ Karunruk Palliative Care Center

**หนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขฯ**
**ตามมาตรา 12 แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2550**

เขียนที่ ..............................
วันที่ ..................................

ข้าพเจ้า (ชื่อ-นามสกุล) ........................................................................ อายุ.............ปี
บัตรประจำตัวประชาชน หมายเลข......................................................................................
ที่อยู่ที่ติดต่อได้ ........................................................................................................
.............................................................................................................................
หมายเลขโทรศัพท์ ...................................หมายเลขโทรศัพท์ที่ทำงาน .................................
อีเมล์(ถ้ามี)...............................................................................................................

1. ขณะทำหนังสือฉบับนี้ ข้าพเจ้ามีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ และมีความประสงค์ที่ใช้สิทธิตามมาตรา 12 แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550
2. เมื่อข้าพเจ้าอยู่ในวาระสุดท้ายของชีวิต หรือเมื่อข้าพเจ้าได้รับทุกข์ทรมานจากการเจ็บป่วย จากโรคที่ไม่อาจรักษาได้ ข้าพเจ้าขอปฏิเสธการรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิต หรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วย โดยได้ลงชื่อกำกับบริการสาธารณสุขที่ข้าพเจ้าขอปฏิเสธไว้ ดังต่อไปนี้

| บริการสาธารณสุขที่ข้าพเจ้าขอปฏิเสธ | ลงชื่อกำกับ |
|---|---|
| การฟื้นชีพเมื่อหัวใจหยุด | |
| การเจาะคอ | |
| การใช้เครื่องช่วยหายใจ | |
| การให้สารอาหารและน้ำทางสายยาง | |
| อื่นๆ ระบุ............................................................ ............................................................ | |

ศูนย์การุณรักษ์ Karunruk Palliative Care Center

ตัวอย่างหนังสือแสดงเจตนาตามมาตรา 12 ซึ่งสามารถศึกษาได้ที่ website thailivingwill.in.th

3. แม้ว่าข้าพเจ้าจะปฏิเสธการรับบริการสาธารณสุขตาม ข้อ 2. แต่ข้าพเจ้ายินดีที่จะได้รับการดูแลรักษาแบบประคับประคอง

4. ข้าพเจ้าขอความกรุณาผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุขอำนวยความสะดวกตามความประสงค์ของข้าพเจ้า ตามความเหมาะสมและความเป็นไปได้ในทางปฏิบัติ ดังต่อไปนี้
- ○ ความประสงค์ที่จะเสียชีวิตที่บ้าน
- ○ การเยียวยาทางจิตใจอื่นๆ ระบุ..............................................................................................

..........................................................................................................................................................

5. หากมีกรณีความไม่ชัดเจนในหนังสือแสดงเจตนาฯ นี้ เกิดขึ้นในช่วงที่ข้าพเจ้าไม่มีสติสัมปชัญญะหรือไม่อาจสื่อสารกับผู้อื่นได้ตามปกติ ขอให้บุคคลใกล้ชิดหรือญาติของข้าพเจ้า คือ
(ชื่อ นามสกุล)..............................................................เป็นผู้ทำหน้าที่อธิบายเจตนาของข้าพเจ้า

ข้าพเจ้าได้ทำหนังสือแสดงเจตนาต่อหน้าพยาน และลงนามไว้ท้ายหนังสือนี้แล้ว

ลงชื่อ..............................................................................

ชื่อ-สกุล...........................................................................

ผู้แสดงเจตนา

ลงชื่อ..............................................................................

ชื่อ-สกุล...........................................................................

บุคคลใกล้ชิดหรือญาติ

| | |
|---|---|
| ลงชื่อ............................................................ | ลงชื่อ............................................................ |
| ชื่อ-สกุล......................................................... | ชื่อ-สกุล......................................................... |
| พยาน | พยาน |

ศูนย์การุณรักษ์ Karunruk Palliative Care Center

**บุคคลใกล้ชิดหรือญาติ**

ชื่อ-นามสกุล ..........................................................มีความสัมพันธ์เป็น

.......................................

บัตรประจำตัวประชาชน หมายเลข..........................................................................................

ที่อยู่ที่ติดต่อได้ ..........................................................................................................

หมายเลขโทรศัพท์ .....................................หมายเลขโทรศัพท์ที่ทำงาน ...............................

**พยาน**

ชื่อ-นามสกุล ..........................................................มีความสัมพันธ์เป็น

.......................................

ที่อยู่ที่ติดต่อได้ ..........................................................................................................

หมายเลขโทรศัพท์ .....................................หมายเลขโทรศัพท์ที่ทำงาน ...............................

**พยาน**

ชื่อ-นามสกุล ..........................................................มีความสัมพันธ์เป็น

.......................................

ที่อยู่ที่ติดต่อได้ ..........................................................................................................

หมายเลขโทรศัพท์ .....................................หมายเลขโทรศัพท์ที่ทำงาน ...............................

**หมายเหตุ** หนังสือแสดงเจตนาฯ นี้เป็นเพียงตัวอย่างเพื่ออำนวยความสะดวกแก่ผู้ประสงค์จะทำหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขฯ ตามมาตรา 12 แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2550 ทั้งนี้ผู้แสดงเจตนาฯ สามารถนำไปปรับปรุงให้ตรงกับเจตนาของตนได้

# ตัวอย่าง Advance Care Planning ของผู้ป่วย ESRD

- ถ้าข้าพเจ้าไม่มีสติสัมปชัญญะดี ข้าพเจ้าขอยุติการทำ dialysis.
- ถ้าข้าพเจ้าต้องนอนอยู่แต่บนเตียงไม่สามารถนั่งในรถเข็นได้ข้าพเจ้าขอยุติการทำ dialysis.
- ถ้าข้าพเจ้าอยู่ในระยะสุดท้าย ข้าพเจ้าต้องการการดูแลที่บ้าน/โรงพยาบาล

ศูนย์การุณรักษ์ Karunruk Palliative Care Center

# ตัวอย่าง Advance Care Planning ของผู้ป่วย COPD

- ถ้าครั้งต่อไปข้าพเจ้ามีอาการเลวลง (COPD) ข้าพเจ้าไม่ต้องการการรักษาใน ICU ไม่ต้องการใส่ท่อ แต่ขอให้ข้าพเจ้าไม่ทนทุกข์ทรมาน
- ถ้าข้าพเจ้าอาการเลวลง ข้าพเจ้าขอทดลองการรักษาที่ช่วยยื้อชีวิตดูก่อน แต่ถ้าอาการของข้าพเจ้าไม่ดีขึ้น ข้าพเจ้าขอรับการรักษาที่ไม่ทนทุกข์ทรมานและขอรักษาที่บ้าน

ศูนย์การุณรักษ์ Karunruk Palliative Care Center

# ตัวอย่าง Advance Care Planning ของผู้ป่วย Dementia

- ถ้าข้าพเจ้าอยู่ในสภาพที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ และไม่สามารถรับรู้ หรือจำบุคคลที่ข้าพเจ้ารักได้
- ข้าพเจ้าขอปฏิเสธการให้อาหารทางสายยาง และการพยุงชีพทุกชนิด
- แต่ขอให้แพทย์รักษาให้ข้าพเจ้าสุขสบาย
- ข้าพเจ้าขอเสียชีวิตที่บ้าน

ศูนย์การุณรักษ์ Karunruk Palliative Care Center

# ข้อบกพร่องที่มักพบในการทำ ACP

- ขาดการเตรียมตัว
- ผู้ทำหน้าที่ตัดสินใจแทนผู้ป่วยไม่ได้ร่วมในการสนทนา
- เจตนาของผู้ป่วยไม่ชัดเจน
- การสนทนาทำในวงแคบ ไม่มีสถานการณ์หลากหลายให้มีโอกาสพิจารณา

ศูนย์การุณรักษ์ Karunruk Palliative Care Center

## บทสรุป

- การกำหนดเป้าหมายการดูแลและการวางแผนการดูแลล่วงหน้าเป็นสิ่งที่มีความสำคัญใน PC
- การสื่อสารที่ดีเป็นหัวใจสำคัญในการทำให้บรรลุผลสำเร็จ

ศูนย์การุณรักษ์ Karunruk Palliative Care Center

การกำหนดเป้าหมายการดูแล และการทำแผนการดูแลล่วงหน้าเป็นสิ่งที่สำคัญสำหรับผู้ป่วยระยะท้าย เพราะช่วยให้ผู้ป่วยมีเวลาคิดทบทวน ไม่มาตัดสินใจในช่วงฉุกเฉิน การไม่มีแผนการดูแลล่วงหน้ามักทำให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาที่รุกราน การรักษาหรือพยุงชีพที่ไม่ก่อเกิดประโยชน์สร้างแต่ความทุกข์ทรมาน

ทีมสุขภาพจำเป็นต้องได้รับการฝึกฝนให้สามารถสื่อสารในหัวข้อนี้ โดยเฉพาะผู้ที่ให้การดูแลผู้ป่วยระยะท้าย

# Module 9
# Goal Setting and Advance Care Planning

## Key references


1. National Cancer Institute. EndLink: Resource for end of life care education. Advance care planning. http://endlink.lurie.northwestern.edu/eolc_advance_care_planning.cfm (Access December 10, 2015).
2. American Medical Association. Education for Physicians on End-of-life Care. Module 1: Advance care planning. http://endlink.lurie.northwestern.edu/advance_care_planning/module1.pdf (Access March 10, 2016).
3. American Medical Association. Education for Physicians on End-of-life Care. Module 7: Goals of care. http://endlink.lurie.northwestern.edu/eolc_goals_of_care.cfm (Access March 10, 2016).
4. พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พศ.2550 มาตรา 12. http://www.thailivingwill.in.th/content/พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ-พศ-๒๕๕๐ (Access December 10, 2015)

# การวางแผนการดูแลล่วงหน้าและการทำเอกสารแสดงเจตนาเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลในวาระสุดท้ายของชีวิต

รศ.พญ.ศรีเวียง ไพโรจน์กุล

การวางแผนการดูแลล่วงหน้าในผู้ป่วยระยะท้ายเป็นขบวนการสื่อสารและวางแผนร่วมกันระหว่างผู้ป่วย ครอบครัว และทีมสุขภาพ เพื่อการพูดคุยกันถึงความต้องการและการมองเห็นคุณค่าเกี่ยวกับการดูแลทางการแพทย์ในช่วงระยะเวลาท้ายของชีวิตของผู้ป่วย เป็นขบวนการที่มีความสำคัญ และมีความจำเป็นที่ทีมสุขภาพที่ดูแลผู้ป่วยระยะท้ายต้องนำผู้ป่วยและครอบครัวให้เข้าสู่การพูดคุยในหัวข้อนี้ ทั้งนี้เพื่อการเตรียมตัวผู้ป่วยระยะท้ายให้ได้รับการดูแลตามแนวทางที่ตรงตามความประสงค์ของผู้ป่วย หลังสิ้นสุดขบวนการวางแผนการดูแลล่วงหน้า ผู้ป่วยอาจประสงค์จะทำหนังสือแสดงเจตนาปฏิเสธการพยุงชีพ (advance directive) รวมถึงการแต่งตั้งตัวแทนในการตัดสินใจ (decision-making surrogates) การวางแผนการดูแลล่วงหน้าช่วยให้ผู้ป่วยได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการดำเนินโรค และการได้มีโอกาสตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลในวาระท้ายของชีวิตด้วยตนเอง

**การสื่อสารกับผู้ป่วยเกี่ยวกับการดูแลในระยะท้าย**

สำหรับทีมสุขภาพการพูดคุยกับผู้ป่วยและครอบครัวเกี่ยวกับการดูแลในระยะท้าย เป็นสิ่งที่ท้าทาย และต้องอาศัยทักษะการสื่อสารที่ดี ทั้งนี้เนื่องจากการพูดคุยเรื่องที่เกี่ยวข้องกับความตาย เป็นสิ่งที่ทุกฝ่ายไม่อยากพูดถึง โดยเฉพาะในวัฒนธรรมไทยซึ่งถือว่าการพูดถึงความตายเป็นเรื่องอัปมงคล การสื่อสารเรื่องการวางแผนสำหรับวาระท้ายของชีวิต จำเป็นต้องมีพื้นฐานความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างทีมสุขภาพและผู้ป่วยและครอบครัว การพูดคุยเรื่องนี้มักจะไม่ใช่การพูดคุยเมื่อพบกันครั้งแรกระหว่างทีมสุขภาพและผู้ป่วย และขั้นตอนการวางแผนดังกล่าวอาจมีการพูดคุยหลายครั้ง

**การตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยในระยะท้าย**

การตัดสินใจเลือกแนวทางการดูแลผู้ป่วยในระยะท้าย ควรกระทำอยู่บนพื้นฐานของผลประโยชน์สูงสุดของผู้ป่วยเป็นที่ตั้ง ไม่ใช่ประโยชน์สูงสุดของครอบครัวหรือผู้ดูแล รวมถึงต้องไม่ใช่ผลประโยชน์ของโรงพยาบาลเป็นที่ตั้ง การวางแผนการดูแลจำเป็นต้องให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วม ซึ่งหมายถึงผู้ป่วยต้องได้รับการบอกความจริงเกี่ยวกับสภาวะโรคของผู้ป่วย โดยขั้นตอนต่างๆ ควรมีครอบครัวและทีมสุขภาพมีส่วนร่วม และควรกระทำอย่างรอบคอบโดยใช้ข้อมูลที่ดีที่สุดที่มีอยู่ และต้องยึดหลักการของจริยธรรมทางการแพทย์ 4 ข้อดังนี้

คำนึงถึงสิทธิ์ของผู้ป่วย (Patient autonomy)
ทำแต่สิ่งที่ดีให้ผู้ป่วย (Beneficence)
ไม่ก่อให้เกิดอันตราย (Non-maleficence)
ให้เกิดความเสมอภาค (Justice)

ซึ่งหมายถึงการให้ผู้ป่วยมีสิทธิ์ตัดสินใจเลือกแนวทางในการรักษา ทีมสุขภาพที่ดูแลผู้ป่วยต้องให้การดูแลรักษาที่ให้ผู้ป่วยสุขสบาย ไม่ให้การรักษาที่ไม่ก่อให้เกิดประโยชน์และทำให้ผู้ป่วยทุกข์ทรมาน ทั้งนี้ระยะท้ายเป็นสภาวะที่ร่างกายมีความเปราะบาง การดูแลรักษาจึงต้องพิจารณาระหว่างผลดีและผลเสียตลอดเวลา ขณะเดียวกันผู้ป่วยระยะท้ายต้องได้รับการดูแลอย่างเสมอภาคเช่นเดียวกับผู้ป่วยอื่นๆ ซึ่งบุคลากรทางการแพทย์บางท่านอาจมองเห็นว่า การรักษาผู้ป่วยระยะท้ายเป็นการสิ้นเปลืองทรัพยากร และมุ่งเน้นให้การรักษาผู้ป่วยที่มีโอกาสรอดชีวิต การช่วยให้ผู้ป่วยสามารถเผชิญกับความตายอย่างสงบ ถือเป็นหน้าที่ของแพทย์ที่ต้องให้การดูแล และสภาพการเผชิญความตายของผู้ป่วยโดยเฉพาะผู้ป่วยเด็กมีผลต่อสุขภาพจิตของครอบครัวอย่างมาก

**แนวปฏิบัติการพูดคุยกับผู้ป่วยและครอบครัวเกี่ยวกับการวางแผนการดูแลในผู้ป่วยระยะท้าย**

เป็นขบวนการที่อาศัยความละเอียดอ่อน และความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างทีมสุขภาพและผู้ป่วยและครอบครัว เป็นการให้ข้อมูลเพื่อช่วยในการตัดสินใจวางแผนการดูแล และเป็นขบวนการที่ทำให้ทีมสุขภาพที่ดูแลผู้ป่วยได้ทราบความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว ทำให้สามารถให้การดูแลผู้ป่วยและครอบครัวได้ตรงตามความต้องการ

ขบวนการประกอบด้วยขั้นตอนดังนี้

**ขั้นตอนที่ 1 การสื่อสารสร้างความไว้วางใจ** แพทย์ใช้ความละเอียดอ่อนและสัมพันธ์ที่ดีในการสื่อสารพูดคุยเพื่อให้เกิดความไว้วางใจและค้นหาความเข้าใจโรคของผู้ป่วยและครอบครัว ในขั้นตอนดังกล่าว แพทย์ต้องพูดคุยเพื่อค้นหาผู้มีสิทธิ์ตัดสินใจแทนผู้ป่วย (surrogate decision maker) รวมถึงค้นหาผู้เป็นตัวหลักหรือมีอิทธิพลต่อการตัดสินใจ สอบถามความเข้าใจของผู้ป่วยและครอบครัวเกี่ยวกับโรคและพยากรณ์โรคว่าผู้ป่วยและครอบครัวเข้าใจในระดับใด

**ขั้นตอนที่ 2 การบอกพยากรณ์โรคตามความเป็นจริง** แพทย์จำเป็นต้องให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรคและพยากรณ์โรคที่ตรงจริง โดยแพทย์ต้องมีทักษะการบอกความจริงด้วยวิธีที่ไม่ทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวหมดกำลังใจ ใช้ภาษาที่พูดคุยประจำวัน เพื่อให้เข้าใจง่าย การสื่อสารเรื่องพยากรณ์โรคมีความสำคัญ ไม่ควรให้การพยากรณ์โรคที่ดีเกินจริง หลีกเลี่ยงการให้ความหวังที่ไม่เป็นจริง ควรมีการพูดคุยถึงปัญหาที่ผู้ป่วยและครอบครัวประสบ ช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถเผชิญและแก้ปัญหาได้ รวมถึงทีมสุขภาพช่วยร่วมวางแผนการดูแลรักษาร่วมกับผู้ป่วยและครอบครัว ช่วยให้สามารถเข้าถึงแหล่งทรัพยากร และการบริการต่างๆ ที่ครอบครัวต้องการ

**ขั้นตอนที่ 3 ค้นหาและกำหนดเป้าหมายการดูแล (goal setting) ร่วมกัน** ในขั้นตอนนี้ ควรพยายามส่งเสริมให้มีการพูดคุย โดยกระตุ้นให้ผู้ป่วยค้นหาเป้าหมายในชีวิต และมีโอกาสสื่อสารเกี่ยวกับความต้องการในการดูแลรักษาในระยะสุดท้าย ต้องเข้าใจว่าเมื่อผู้ป่วยอยู่ในระยะสุดท้าย ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีความต้องการคล้ายกันคือ

- ต้องการใช้เวลาอยู่กับครอบครัวให้นานที่สุด
- หลีกเลี่ยงการอยู่ในโรงพยาบาล
- หลีกเลี่ยงการทำหัตถการที่ก่อให้เกิดความเจ็บปวด

- รักษาสมรรถนะของร่างกายให้ดีที่สุด และมีอาการเจ็บปวดหรืออาการทุกข์ทรมานอย่างอื่นน้อยที่สุด

**ขั้นตอนที่ 4 การกำหนดแผนการดูแล** ทีมสุขภาพควรพูดคุยเรื่องทางเลือกของการดูแลรักษาต่างๆ และให้ผู้ป่วยและครอบครัวเข้าใจ ถึงข้อดีและข้อเสียของทางเลือกแต่ละทาง อธิบายให้ผู้ป่วยและครอบครัวเข้าใจเป้าหมายของการดูแลแบบ palliative care ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการรักษาที่เหมาะสม นอกจากนี้ควรมีการพูดคุยเกี่ยวกับสถานที่อยู่ที่ต้องการเมื่อระยะสุดท้ายมาถึง รวมถึงการพูดคุยเกี่ยวกับคำสั่งการกู้ชีพ (resuscitation order's) การยืนยันถอดเครื่องพยุงชีวิต

**การวางแผนการดูแลล่วงหน้า (Advance care planning)**

เป็นขบวนการที่ผู้ป่วยวางแผนการรักษาล่วงหน้าสำหรับอนาคตที่ผู้ป่วยไม่สามารถบอกความต้องการของตนเองได้ การวางแผนการรักษาล่วงหน้าเป็นมาตรฐานที่สำคัญในการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย ขบวนการดังกล่าวเป็นเรื่องของการสื่อสาร สนทนาระหว่างผู้ป่วย ครอบครัวและทีมสุขภาพ ถึงสถานการณ์สภาวะโรคของผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยมีโอกาสคิดสะท้อนถึงความต้องการในชีวิตของของตนเอง โดยเฉพาะการดูแลในช่วงสุดท้ายของชีวิต ผู้ป่วยที่มีการวางแผนเตรียมตัวล่วงหน้า มักก้าวผ่านระยะสุดท้ายได้อย่างราบรื่น หลีกเลี่ยงการรักษา การใช้หัตถการทางการแพทย์ที่ไม่จำเป็นและที่ผู้ป่วยไม่ต้องการ ซึ่งกลไกที่จะให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมสิ่งที่ต้องการในระยะสุดท้ายได้ คือการวางแผนการดูแลล่วงหน้าและการทำหนังสือแสดงเจตนาเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลในวาระสุดท้ายของชีวิต (advance directive, living will)

องค์ประกอบที่สำคัญของการวางแผนการดูแลล่วงหน้าได้แก่ ความเข้าใจในสถานการณ์ของโรคและทางเลือกของการดูแล ผลดีผลเสียของแต่ละแนวทาง รวมถึงภาระที่อาจเกิดขึ้นจากการดูแลนั้น การให้ผู้ป่วยมีโอกาสคิดทบทวนทางเลือกต่างๆ ของชีวิต การพูดคุยสื่อสารให้ข้อมูลอย่างละเอียด การมีการพูดคุยปรึกษาระหว่างผู้ป่วย ครอบครัวหรือผู้มีอำนาจตัดสินใจแทน และทีมสุขภาพ

**ใครควรทำ Advance Care Planning**

ผู้ที่ควรทำแผนการดูแลล่วงหน้าได้แก่ผู้ป่วยเหล่านี้

- ผู้ที่เสี่ยงกับการเกิด strokes (ผู้ที่มี hypertension)
- Early dementia
- ผู้ที่มีพฤติกรรมเสี่ยงกับอุบัติเหตุทางสมอง
- ผู้ป่วยจิตเวชที่มีอาการรุนแรง และเป็นซ้ำ
- ผู้ป่วยระยะสุดท้าย

**วัตถุประสงค์ของการทำแผนการดูแลล่วงหน้า**

- ให้โอกาสผู้ป่วยคิดทบทวนและให้ผู้ป่วยมีโอกาสบอกสิ่งที่ผู้ป่วยต้องการ
- พัฒนาแผนการเฉพาะตัวของผู้ป่วยในการดูแลเมื่อระยะท้ายของชีวิตมาถึง
- ค้นหาและกำหนดผู้มีบทบาทในการตัดสินใจแทนผู้ป่วยถ้าต้องการ

**เป้าหมายและผลลัพธ์ของการทำแผนการดูแลล่วงหน้า**

การวางแผนการดูแลล่วงหน้า มักก่อให้เกิดการพูดคุยกันอย่างเปิดเผย ระหว่างทีมสุขภาพ ผู้ป่วยและครอบครัว ก่อให้เกิดความไว้วางใจ เกิดการทำงานเป็นทีม การพูดคุยทำให้ทีมสุขภาพและครอบครัวผู้ป่วยรู้ความต้องการของผู้ป่วย ลดความวิตกกังวล ความกลัวของผู้ป่วยและทีมสุขภาพ หลีกเลี่ยงความสับสนหรือความขัดแย้งที่อาจเกิดขึ้นในอนาคต

การวางแผนการดูแลล่วงหน้าผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นคือ

- ผู้ป่วยได้รับการดูแลทางการแพทย์ในเป้าหมายที่ผู้ป่วยต้องการ
- ลดปัญหา over- หรือ under-treatment
- ลดปัญหาความขัดแย้งในครอบครัวและความขัดแย้งกับทีมสุขภาพ
- ผู้ป่วยรู้สึกว่าตนเองสามารถควบคุมสถานการณ์การดูแลในแบบที่ต้องการได้ ช่วยลดความวิตกกังวล และลดภาวะที่ตนเองรู้สึกไร้พลังอำนาจ
- ลดการเป็นภาระในให้ผู้อื่นตัดสินใจ ซึ่งในวัฒนธรรมบ้านเรามักให้ความเคารพในสิทธิการตัดสินใจของผู้ป่วยน้อย ไม่ยอมให้แพทย์บอกความจริงกับผู้ป่วย รวมถึงการไม่ให้ผู้ป่วยได้มีโอกาสตัดสินใจ เมื่อมอบการตัดสินใจให้ผู้อื่น บางครั้งผู้ตัดสินใจเกิดความกังวล และไม่มั่นใจว่าการตัดสินใจดังกล่าวเป็นความต้องการของผู้ป่วยหรือไม่ และบางครั้งผู้ตัดสินใจยึดเอาผลประโยชน์ของตนเองเป็นที่ตั้ง เช่น บุตรที่ไม่มีโอกาสได้ดูแลบิดามารดาอาจต้องการให้แพทย์ยืดเวลาให้ผู้ป่วยอยู่ได้นานที่สุดเพื่อให้ตนเองได้มีโอกาสดูแลทดแทนคุณ หรือครอบครัวอาจกลัวถูกติฉินนินทาจากเพื่อนบ้านหรือญาติพี่น้องที่ไม่ให้แพทย์ทำถึงที่สุด

**เข้าใจการมองเห็นคุณค่าของผู้ป่วย**

การเข้าใจการมองเห็นคุณค่าของผู้ป่วยและครอบครัวเป็นสิ่งที่แพทย์ต้องทำความเข้าใจ เพราะแต่ละคนมีการมองเห็นคุณค่าในสิ่งต่างๆแตกต่างกัน Palliative care เป็นการดูแลแบบผู้ป่วยและครอบครัวเป็นศูนย์กลาง จึงต้องจัดบริการโดยยึดตามความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัวในบริบทที่เหมาะสม

ตัวอย่างผู้ป่วย นาย ก.อายุ 65 ปี เป็นนักธุรกิจที่ประสบความสำเร็จ ต่อมาป่วยเป็นมะเร็งปอดไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยเคมีบำบัด ได้รับ target therapy และไม่ตอบสนองเช่นกัน ต่อมาหอบมีการหายใจล้มเหลวเนื่องจากมะเร็งกระจายไปทั่วปอด ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับการ counseling เรื่องการรักษาแบบประคับประคอง แต่ผู้ป่วยและครอบครัวยืนยันขอรักษาถึงที่สุด ผู้ป่วยระบุต้องการให้ใส่เครื่องช่วยหายใจและทดลองรักษาด้วยยาเคมีบำบัดอีก นาย ก.ระบุว่าต้องการการรักษาอย่างเต็มที่ รวมถึงการทำ cardio-pulmonary resuscitation จะสู้จนกว่าจะชนะหรือตายกันไปข้างหนึ่ง การตายอย่างสมศักดิ์ศรีคือการสู้จนถึงที่สุด

ต้องเข้าใจว่าผู้ป่วยแต่ละคนมีเป้าหมายของการดูแล (Goals of Care) แตกต่างกัน บางคนอาจเลือกความสุขสบายไม่ทุกข์ทรมาน (comfort care) บางอาจสู้เต็มที่เพื่อยืดชีวิต บางคนอาจเลือกระหว่างกลาง ไม่ว่าผู้ป่วยจะเลือกการรักษาแบบใด สิ่งที่ผู้ป่วยต้องคำนึงถึงคือภาระจากการรักษา การรักษาย่อมต้องแลกกับความไม่สุขสบาย ผู้ป่วยยอมแลกความไม่สุขสบายจากการรักษาหรือไม่

ความต้องการของผู้ป่วยเปลี่ยนแปลงตามการดำเนินโรคตามสมรรถนะที่เสื่อมถอยลง ยกตัวอย่างเช่น นาย ข. อายุ 85 ปี เป็น end-stage COPD with type 2 respiratory failure อยู่แต่กับบ้าน ช่วยเหลือตัวเองได้ดีพอควร เมื่อพูดคุยถึงแผนการดูแลล่วงหน้า นายข.ระบุกับทีมสุขภาพว่าต้องการการรักษาอย่างเต็มที่ รวมถึงการใส่ท่อช่วยหายใจ ถ้าอาการเลวลง ต่อมานาย ข. มี infective exacerbation ได้รับการใส่ท่อและเครื่องช่วยหายใจและอยู่ใน ICU 3 สัปดาห์ ต้องอยู่ในโรงพยาบาลนาน 3 เดือน ขณะนี้ไม่สามารถช่วยตนเองได้ ต้องได้รับ oxygen ตลอดเวลา เมื่อมีการพูดคุยเรื่องการวางแผนการดูแลล่วงหน้า นายข. ระบุว่าต้องการรักษาแบบประคับประคอง นายข.เสียชีวิตอย่างสงบในอีก 2 เดือนต่อมา โดยปฏิเสธการใส่ท่อช่วยหายใจ

เมื่อเป้าหมายของการดูแลรักษาคือให้มีความสบายมากที่สุด ควรต้องหยุดยาที่ไม่จำเป็น มีการใส่ท่อให้น้อยที่สุด หยุด intrusive monitoring ซึ่งทำให้เกิดความกังวลหรือก่อให้เกิด interventions ต่างๆ ตามมา ละสายตาจากมุมมองทางการแพทย์ มองเหตุการณ์ต่างๆ ในมุมมองของคนธรรมดา

**ข้อดีของการทำการวางแผนการดูแลล่วงหน้า**

การวางแผนการดูแลล่วงหน้า มักก่อให้เกิดการพูดคุยกันอย่างเปิดเผย ระหว่างทีมสุขภาพ ผู้ป่วยและครอบครัว ก่อให้เกิดความไว้วางใจ เกิดการทำงานเป็นทีม การพูดคุยทำให้ทีมสุขภาพและครอบครัวผู้ป่วยรู้ความต้องการของผู้ป่วย ลดความวิตกกังวล ความกลัวของผู้ป่วยและทีมสุขภาพ หลีกเลี่ยงความสับสนหรือความขัดแย้งที่อาจเกิดขึ้นในอนาคต

**หนังสือแสดงเจตนาเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลในวาระสุดท้ายของชีวิต (Advance Directive)**

เป็นคำสั่งการปฏิบัติในสถานการณ์ต่างๆ เพื่อวางเป้าหมายการรักษา ประกอบด้วยความคิดเห็นและการที่ผู้ป่วยมองเห็นคุณค่าในชีวิต มักทำร่วมกับการแต่งตั้งหรือระบุผู้มีอำนาจในการตัดสินใจแทน (health care proxy หรือ durable power of attorney for health care) หนังสือแสดงเจตนาเป็นส่วนหนึ่งของการวางแผนการการดูแลล่วงหน้า

**การวางแผนการดูแลล่วงหน้าต่างจากการทำหนังสือแสดงเจตนาเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลในวาระสุดท้ายของชีวิตอย่างไร?**

การวางแผนการดูแลล่วงหน้าเป็นขบวนการ ส่วนการทำหนังสือแสดงเจตนาเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลในวาระสุดท้ายของชีวิตเป็นเอกสารซึ่งแจ้งความจำนงค์เกี่ยวกับความปราถนาของผู้ป่วย และกำหนดผู้มีอำนาจตัดสินใจแทน ซึ่งการวางแผนการดูแลล่วงหน้ามักจะตามมาด้วยการทำหนังสือแสดงเจตนาเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลในวาระสุดท้ายของชีวิตตามมา การแจ้งความจำนงค์ด้วยวาจาสามารถใช้ปฏิบัติได้ แต่ทางการแพทย์ต้องการเป็นลายลักษณ์อักษรที่เป็นทางการมากกว่า

**รูปที่ 1** Advance care planning and advance directive

ในประเทศไทย พรบ.สุขภาพ มาตรา 12 ได้กำหนดให้ผู้ป่วยที่อยู่ในวาระสุดท้ายของชีวิต สามารถแสดงความประสงค์ที่จะไม่รับบริการทางการแพทย์ เช่น การใช้เครื่องมือทางการแพทย์ที่เป็นไปเพื่อยืดความเจ็บป่วยทรมานโดยไม่จำเป็น แต่ผู้ป่วยยังคงได้รับการดูแลจากแพทย์ พยาบาลตามความเหมาะสมเพื่อบรรเทาความเจ็บปวดและอาการไม่สุขสบายต่างๆ การทำหนังสือแสดงเจตนาตามมาตรา 12 ผู้ป่วยต้องทำด้วยตนเอง และจะต้องมีพยานจำนวนสองคนร่วมเซ็นรับทราบ ในเอกสารสามารถระบุการรักษาที่ผู้ป่วยไม่ต้องการ และสามารถแต่ตั้งผู้มีอำนาจตัดสินใจแทนผู้ป่วย เอกสารสามารถ download จาก website thailivingwill.In.th

**ขั้นตอนของการวางแผนการรักษาล่วงหน้า**

การทำแผนการดูแลล่วงหน้าควรทำในขณะที่ผู้ป่วยมีสุขภาพดีหรือโรคคงตัว ในระยะที่มีความเจ็บป่วยที่คุกคามต่อชีวิตหรือมีการเปลี่ยนแปลงสมรรถนะร่างกายยิ่งมีความจำเป็น แพทย์เป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญในการเริ่มขบวนการวางแผนการรักษาล่วงหน้า การมีส่วนร่วมของแพทย์ จะช่วยให้การวางแผนบรรลุผลสำเร็จ การพูดคุยเรื่องนี้เป็นเรื่องละเอียดอ่อน แพทย์ควรเข้าใจบริบทต่างๆ ที่มีผลกับการตัดสินใจของผู้ป่วย เช่น ประเพณีวัฒนธรรม ศาสนา รวมถึงอายุของผู้ป่วย หลังให้ข้อมูลแพทย์ควรให้เวลาผู้ป่วยและครอบครัวได้มีโอกาสพูดคุยกันก่อนจะวางแผนการดูแล

การทำแผนการดูแลล่วงหน้าประกอบด้วยขั้นตอนดังนี้

1. การนำสู่ข้อสนทนา
2. การสนทนาอย่างเป็นขั้นตอน
3. การบันทึกเจตนาของผู้ป่วย
4. การทบทวนและปรับปรุงเป็นระยะ
5. ทำตามเจตนาของผู้ป่วยเมื่อเวลานั้นมาถึง

**ขั้นตอนที่ 1:** การนำสู่ข้อสนทนา

เกริ่นพูดคุยการรับรู้สภาวะโรคของผู้ป่วย ชี้ให้เห็นความสำคัญของการต้องคิดทบทวนสิ่งที่ต้องการ และความสำคัญของการคิดล่วงหน้าเกี่ยวการแนวทางการดูแล เมื่อโรคจัดการลำบาก บอกวัตถุประสงค์และประโยชน์ของการทำแผนการดูแลล่วงหน้า อาจให้เอกสารให้ผู้ป่วยอ่านก่อนและจะได้พูดคุยด้วยกันอย่างละเอียดเพื่อค้นหาเจตนาในการรักษาของผู้ป่วย อธิบายความสำคัญและบทบาทของผู้ที่จะเป็นตัวแทนในการตัดสินใจแทนผู้ป่วยกรณีที่ผู้ป่วยไม่อยู่ในสภาวะที่จะทำได้

**ขั้นตอนที่ 2: การสนทนาอย่างเป็นขั้นตอน**

- ค้นหาขอบเขตในการยอมรับการเปลี่ยนการรักษาจาก curative care สู่ palliative care ของผู้ป่วยในสถานการณ์ต่างๆ
- ขอบเขตในการยอมรับของผู้ป่วยขึ้นอยู่กับ
  - สถานการณ์ความเจ็บป่วย
  - พยากรณ์โรค
  - ขีดจำกัดของสมรรถภาพ
  - ความยากลำบากของการรักษา โดยเฉพาะการทำหัตถการที่รุกรานก่อให้เกิดความไม่สุขสบาย
  - ค่าใช้จ่ายในการรักษา
- กำหนดสถานการณ์ต่างๆ และให้ผู้ป่วยแสดงเจตนาและเป้าหมายการรักษาที่ต้องการในแต่ละสถานการณ์

  **เป้าหมายการรักษาอาจมีได้หลายอย่าง**
- ยืดชีวิต รักษาทุกอย่าง
- พยายามรักษาให้โรคหาย แต่มีการประเมินเป็นระยะ และยุติถ้าไม่ได้ผล
- จำกัดการรักษาอยู่เฉพาะที่ไม่รุกรานและไม่เป็นภาระ
- รักษาให้สุขสบายเท่านั้น (comfort care)

**ตารางที่ 1** ตัวอย่างการยกสถานการณ์ต่างๆ ในการวางแผนการล่วงหน้า

| เป้าหมายการรักษา | สถานการณ์ในปัจจุบัน สูงอายุเป็น Stroke | สถานการณ์ที่ 1 โรคลุกลาม โอกาสรอด 50:50 | สถานการณ์ที่ 2 โรคลุกลามมาก โอกาสรอดน้อยมาก |
|---|---|---|---|
| ยืดชีวิต รักษาทุกอย่าง | | | |
| พยายามรักษาให้โรคหาย แต่มีการประเมินเป็นระยะและยุติถ้าไม่ได้ผล | √ DNR<br>√ Transient respiratory support | | |
| จำกัดการรักษาอยู่เฉพาะที่ไม่ รุกราน และไม่เป็นภาระ | | √ DNR<br>√ Fluid<br>√ Artificial nutrition<br>√ Antibiotics if needed | |
| รักษาให้สุขสบายเท่านั้น (comfort care) | | | √ DNR<br>√ No fluid<br>√ No artificial nutrition<br>√ No antibiotic |

**ตัวอย่างการสนทนา**

คุณสมชาย ขณะนี้แพทย์ได้ทำการรักษาโรคหัวใจของคุณด้วยการผ่าตัดและขณะนี้คุณมีสุขภาพแข็งแรงดี สมมุติคุณเกิดมีอาการป่วยด้วยโรคอื่นๆ เช่น ปอดบวม เป้าหมายในการรักษาของคุณจะเป็นอย่างไร?

เป้าหมายการรักษามีหลายแบบ ตัวอย่างเช่น

- ยืดชีวิต รักษาทุกอย่าง
- พยายามรักษาให้โรคหาย แต่มีการประเมินเป็นระยะและยุติถ้าไม่ได้ผล
- จำกัดการรักษาอยู่เฉพาะที่ไม่รุกรานไม่เป็นภาระ
- รักษาให้สุขสบายเท่านั้น (comfort care)

ดิฉัน/ผม คาดเดาได้ว่าในขณะที่สมรรถนะของคุณยังแข็งแรงคุณคงเลือกการรักษาทุกอย่างที่ช่วยให้หาย คุณสมชาย สมมุติว่าโรคหัวใจของคุณลุกลามมากขึ้นและอยู่ในระยะที่ไม่สามารถรักษาได้ไม่ว่าด้วยการผ่าตัด หรือการใช้ยา อาการของคุณทำให้คุณเหนื่อยมาก คุณได้รักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาลเป็นเวลานานแล้ว ขณะนี้คุณเริ่มไม่รู้สึกตัว คุณต้องการได้รับการดูแลอย่างไร ลองดูเป้าหมายต่างๆ ที่เราได้ดูกันแล้ว ลองพิจารณาว่าการรักษาแบบใด ตรงกับความต้องการของคุณ

- ยืดชีวิต รักษาทุกอย่าง
- พยายามรักษาให้โรคหาย แต่มีการประเมินเป็นระยะ และยุติถ้าไม่ได้ผล
- จำกัดการรักษาอยู่เฉพาะที่ไม่ invasive และไม่เป็นภาระ
- รักษาให้สุขสบายเท่านั้น (comfort care)

**ขั้นตอนที่ 3: บันทึกเจตนาของผู้ป่วย**

**การบันทึกเอกสาร** (Advance planning documents) หลังจากที่ผู้ป่วยได้แสดงเจตนาเลือกแนวทางการรักษา แพทย์ควรทบทวนเอกสารแสดงเจตนาร่วมกับผู้ป่วยและครอบครัว แก้ไขในส่วนที่ยังคลาดเคลื่อนหรือเข้าใจไม่ตรงกัน ให้มั่นใจว่าเอกสารแสดงเจตนาต้องมีความชัดเจนที่จะช่วยในการตัดสินใจการรักษา หลังจากนั้นให้ผู้ป่วยเซนต์เอกสาร แล้วเก็บเอกสารในเวชระเบียนผู้ป่วย

**ควรมีการพิจารณาหัวข้อเหล่านี้ร่วมด้วย**

- การจัดการภาระกิจที่คั่งค้าง
  การรักษาความทรงจำครั้งสุดท้าย
  การกล่าวคำอำลา
- การกำหนดผู้ดูแล
- การเลือกสถานที่เสียชีวิต

**ขั้นตอนที่ 4: ทบทวนและปรับปรุงเป็นระยะ**

**ขั้นตอนที่ 5: ทำตามเจตนาของผู้ป่วยเมื่อเวลานั้นมาถึง**

**บทบาทของตัวแทนผู้ป่วย**

ต้องให้ตัวแทนในการตัดสินใจของผู้ป่วยอยู่ในการสนทนาเพื่อให้รับรู้ความต้องการของผู้ป่วย ผู้ป่วยต้องระบุบทบาทของตัวแทนในการตัดสินใจแทนกรณีที่ผู้ป่วยไม่อยู่ในสภาพที่จะทำได้ เมื่อผู้ป่วยไม่อยู่ในสภาพที่จะตัดสินใจได้ ตัวแทนต้องทำงานร่วมกับทีมแพทย์ในการเลือกแนวทางการรักษาแทนผู้ป่วยโดยยึดเจตนาของผู้ป่วยเป็นสำคัญ

**ข้อบกพร่องที่มักพบในการทำแผนการรักษาล่วงหน้า**

- ขาดการวางแผนล่วงหน้า ทำในภาวะฉุกเฉิน ทำให้ไม่มีโอกาสคิดทบทวนต้องตัดสินใจอย่างรีบด่วน
- ผู้ทำหน้าที่ตัดสินใจแทนผู้ป่วยไม่ได้ร่วมในการสนทนา ทำให้ไม่ทราบความต้องการของผู้ป่วย
- เจตนาของผู้ป่วยไม่ชัดเจน
- การสนทนาทำในวงแคบ ไม่มีสถานการณ์หลากหลายให้มีโอกาสพิจารณา

**บรรณานุกรม**


1. National Cancer Institute. EndLink: Resource for end of life care education. Advance care planning. http://endlink.lurie.northwestern.edu/eolc_advance_care_planning.cfm (Access December 10, 2015).
2. American Medical Association. Education for Physicians on End-of-life Care. Module 1: Advance care planning. http://endlink.lurie.northwestern.edu/advance_care_planning/module1.pdf. (Access March 10, 2014).
3. American Medical Association. Education for Physicians on End-of-life Care. Module 7: Goals of care.
4. พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พศ.2550 มาตรา 12. http://www.thailivingwill.in.th/content/พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ-พศ-๒๕๕๐ (Access December 10, 2015)

ตัวอย่างหนังสือแสดงเจตนาต่อไปนี้สามารถแก้ไขปรับปรุงให้เหมาะสมกับสภาพผู้ป่วยแต่ละราย ทั้งนี้ ควรปรึกษาผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุขหรือผู้ที่มีความรู้ในเรื่องนี้ และเพื่อประโยชน์ในการทำความเข้าใจ กรุณาอ่านประกอบกับกฎกระทรวงกำหนดหลักเกณฑ์และวิธีการดำเนินการตามหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิต หรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วย พ.ศ. ๒๕๕๓ ในเว็บไซต์ www.thailivingwill.in.th

**คำแนะนำในการทำหนังสือแสดงเจตนา**

๑. การทำหนังสือแสดงเจตนานี้เป็นสิทธิผู้ป่วยที่จะเลือกทำหรือไม่ก็ได้ตามความสมัครใจผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาควรทำความเข้าใจวัตถุประสงค์ในการทำหนังสือนี้ก่อน กรณีที่ผู้ที่จะทำหนังสือมีอายุต่ำกว่า ๑๘ ปี จะต้องได้รับความยินยอมจากผู้ปกครองหรือญาติที่ให้การเลี้ยงดู

๒. ผู้ที่ประสงค์จะทำหนังสือแสดงเจตนาอาจขอคำปรึกษาจากผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุข เจ้าหน้าที่ของสถานบริการสาธารณสุขหรือนักกฎหมายที่มีความเข้าใจในเรื่องนี้

๓. หากผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาเขียนหนังสือไม่ได้ หรือไม่สะดวกในการเขียนหนังสือ สามารถขอให้ผู้อื่นช่วยเขียนหรือพิมพ์แทนได้ แล้วขอให้ผู้เขียนหรือผู้พิมพ์ระบุชื่อ นามสกุล หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน พร้อมลงลายมือชื่อหรือลายพิมพ์นิ้วมือของผู้นั้นกำกับไว้ในหนังสือนั้นด้วย

๔. เพื่อช่วยยืนยันความถูกต้องในกรณีมีข้อสงสัย กรณีที่มีการทำหนังสือแสดงเจตนาในสถานบริการสาธารณสุข ควรมีพยานรู้เห็นในขณะทำหนังสือแสดงเจตนาทั้งสองฝ่าย ได้แก่ พยานฝ่ายสมาชิกในครอบครัว ญาติ เพื่อนหรือคนใกล้ชิดของผู้ทำหนังสือแสดงเจตนา กับพยานฝ่ายผู้ให้การดูแลรักษา เช่น แพทย์ พยาบาล แต่ก็ไม่ควรเป็นแพทย์เจ้าของไข้หรือพยาบาลผู้จัดการรายกรณี
ในกรณีที่มีการทำหนังสือแสดงเจตนาที่บ้านหรือที่อื่น ควรมีพยานตามความเหมาะสมแล้วแต่กรณี

๕. ผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาควรจัดเก็บหนังสือไว้เอง หรือมอบให้บุคคลที่ใกล้ชิดเก็บรักษาไว้ และมอบสำเนาหนังสืออย่างละ ๑ ฉบับให้แก่ญาติ พยาน ผู้ที่ทำหน้าที่อธิบายความประสงค์ของผู้ทำหนังสือหรือแพทย์ที่เคยให้การรักษา เพื่อให้ทราบความประสงค์ของผู้ทำหนังสือ

๖. ผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาจะยกเลิกหรือแก้ไขเปลี่ยนแปลงหนังสือเมื่อใดก็ได้ ทั้งนี้ผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาควรแจ้งเรื่องนี้ให้ผู้เกี่ยวข้องทราบโดยไม่ชักช้า โดยเฉพาะผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุขที่เกี่ยวข้อง รวมถึงสมาชิกในครอบครัวหรือผู้ใกล้ชิด

๗. ญาติผู้ป่วยหรือสมาชิกในครอบครัวควรทำตามความประสงค์ของผู้ทำหนังสือแสดงเจตนา และไม่ควรปกปิดข้อมูลอาการป่วยมิให้ผู้ป่วยทราบ ซึ่งอาจเป็นผลเสียต่อผู้ป่วยมากกว่าผลดี เช่น ทำให้ผู้ป่วยมีความสงสัย ไม่ไว้วางใจ วิตกกังวล ไม่มีโอกาสสั่งเสีย ร่ำลา หรือจัดการทรัพย์สินของตนเอง

๘. กรณีที่มีข้อสงสัยหรือเห็นว่าการดูแลรักษาของผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุข ไม่สอดคล้องกับหนังสือแสดงเจตนาหรือความประสงค์ของผู้ป่วยแล้ว ญาติผู้ป่วยหรือผู้ใกล้ชิดควรปรึกษาหารือ หรือสอบถามข้อเท็จจริงจากผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุขโดยตรง

ตัวอย่างหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุข (แบบที่ ๑)

เขียนที่ ..............................................

วันที่ ........................................

ข้าพเจ้า(ชื่อ-นามสกุล)......................................................................................อายุ........ปี
หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน ...................................................................................
ที่อยู่ที่ติดต่อได้.........................................................................................................................
เบอร์โทรศัพท์ ...........................................เบอร์ที่ทำงาน .......................................................

ขณะข้าพเจ้าทำหนังสือฉบับนี้ ข้าพเจ้ามีสติสัมปชัญญะบริบูรณ์ ข้าพเจ้าประสงค์จะให้ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมที่ดูแลรักษาข้าพเจ้า รักษาโดยให้ข้าพเจ้ายังมีคุณภาพชีวิตที่ข้าพเจ้ายอมรับได้

ในกรณีที่ข้าพเจ้าตกอยู่ในสภาวะใดสภาวะหนึ่งต่อไปนี้ ให้ถือว่าเป็นวาระสุดท้ายในชีวิตของข้าพเจ้า ข้าพเจ้าไม่ต้องการตกอยู่ในสภาพเช่นนั้น (โปรดทำเครื่องหมาย ในข้อที่ท่านต้องการบางข้อหรือทั้งหมด พร้อมลงชื่อกำกับในข้อนั้นด้วย)

| | |
|---|---|
| **ไม่รู้สึกตัวอย่างถาวร** หมายความว่า ข้าพเจ้าไม่อาจรู้ได้ว่ารอบตัวข้าพเจ้ามีใครหรือสิ่งใดอยู่เลย และมีโอกาสน้อยมากที่จะกลับฟื้นขึ้นมาจากการสลบนั้น | ☐ ............ |
| **มีอาการสับสนอย่างถาวร** หมายความว่า ข้าพเจ้าไม่อาจจดจำ เข้าใจหรือตัดสินใจเรื่องใด ๆ ได้ ข้าพเจ้าไม่อาจจำคนที่ข้าพเจ้ารักได้ หรือไม่สามารถสนทนากับเขาได้อย่างแจ่มแจ้ง | ☐ ............ |
| **ไม่สามารถใช้ชีวิตประจำวันตามปกติได้อย่างอิสระ** ซึ่งได้แก่ ไม่อาจพูดได้ยาว ๆ อย่างชัดเจน หรือเคลื่อนไหวร่างกายไม่ได้ ต้องให้ผู้อื่นช่วยทำสิ่งต่อไปนี้ให้ คือ ป้อนอาหาร อาบน้ำ แต่งตัว เดินไม่ได้เอง การฟื้นฟูสภาพหรือการรักษาที่ช่วยฟื้นฟูใด ๆ จะไม่ทำให้อาการดังกล่าวกระเตื้องขึ้น | ☐ ............ |
| **อยู่ในภาวะสุดท้ายของการเจ็บป่วย** หมายความว่า โรคที่ข้าพเจ้าเป็นอยู่มาถึงระยะสุดท้ายแล้ว แม้ได้รับการรักษาเต็มที่แล้วก็ตาม เช่น มะเร็งได้แพร่กระจายไปทั่วโดยไม่สนองต่อการรักษาใด ๆ ต่อไปอีก หัวใจและปอดได้รับความเสียหายหรือถูกทำลายเรื้อรัง จนกระทั่งมีความรู้สึกว่าขาดอากาศอยู่ตลอดเวลา | ☐ ............ |

**โปรดให้การรักษาข้าพเจ้าตามความประสงค์ ดังต่อไปนี้** (โปรดทำเครื่องหมาย ในข้อที่ท่านยอมรับหรือไม่ยอมรับ พร้อมลงชื่อกำกับในข้อนั้นด้วย)

| | |
|---|---|
| ๑. **<u>การฟื้นฟูการเต้นของหัวใจและการหายใจ</u>** ได้แก่ การกระตุ้นให้หัวใจกลับเต้นขึ้นใหม่ หรือทำให้กลับหายใจได้ใหม่ภายหลังจากที่หัวใจหรือการหายใจหยุดทำงานแล้ว ซึ่งได้แก่การใช้เครื่องมือไฟฟ้ากระตุ้น กด_กระแทกทรวงอก และใช้เครื่องช่วยหายใจ | ☐ ยอมรับ<br>☐ ไม่ยอมรับ<br>……………… |
| ๒. **<u>การพยุงการมีชีวิต</u>** คือ การใช้เครื่องช่วยหายใจติดต่อกันไปตลอดเวลา การให้สารน้ำและยาทางหลอดเลือดดำ รวมทั้งการใช้เครื่องมือต่าง ๆ ที่ช่วยให้ปอด หัวใจ ไต และอวัยวะอื่น ๆ ทำงานต่อไปได้ | ☐ ยอมรับ<br>☐ ไม่ยอมรับ<br>……………… |
| ๓. **<u>การรักษาภาวะที่เกิดภาวะแทรกซ้อนขึ้นใหม่</u>** เช่น การผ่าตัด การถ่ายเลือด การให้ยาปฏิชีวนะ ซึ่งเป็นการรักษาภาวะแทรกซ้อนดังกล่าว แต่ไม่ได้รักษาโรคที่เป็นอยู่เดิม | ☐ ยอมรับ<br>☐ ไม่ยอมรับ<br>……………… |
| ๔. **<u>การให้อาหารทางท่อ</u>** หมายถึง การให้อาหารและน้ำเข้าไปในกระเพาะอาหารของผู้ป่วย หรือให้ของเหลวเข้าทางหลอดเลือดดำ หรือรวมทั้งการให้อาหารหรือน้ำทางหลอดเลือดแดงด้วย | ☐ ยอมรับ<br>☐ ไม่ยอมรับ<br>……………… |

ในกรณีที่ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุขได้ให้บริการไปแล้ว โดยมิได้ทราบถึงเนื้อความในหนังสือแสดงเจตนาฉบับนี้หรือไม่ทราบความประสงค์ที่แท้จริงของข้าพเจ้า ข้าพเจ้าขอร้องให้ <u>ยุติการบริการ</u> (Withdraw) ในสิ่งที่ข้าพเจ้าไม่ยอมรับด้วย

ข้าพเจ้าขอให้สถานพยาบาลหรือผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุขอำนวยความสะดวกตามความเหมาะสม ดังต่อไปนี้

- ○ ความประสงค์ที่จะเสียชีวิตที่บ้าน
- ○ การเยียวยาทางจิตใจอื่น ๆ (กรุณาระบุ เช่น การสวดมนต์, การเทศนาของนักบวช เป็นต้น)……………………………………………………………………………………………
- ○ ……………………………………………………………………………………………………
- ○ ……………………………………………………………………………………………………

ข้าพเจ้าขอมอบหมายให้ (ชื่อ นามสกุล)…………………………………………………… ในฐานะบุคคลใกล้ชิด (ถ้ามี) เป็นผู้แสดงเจตนาแทน เมื่อข้าพเจ้าอยู่ในภาวะที่ไม่สามารถสื่อสารกับผู้อื่นได้

ตามปกติเพื่อทำหน้าที่อธิบายความประสงค์ที่แท้จริงของข้าพเจ้า หรือปรึกษาหารือกับผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุขในการวางแผนการดูแลรักษาต่อไป

ข้าพเจ้าได้ทำหนังสือแสดงเจตนาต่อหน้าพยาน และทำสำเนาเอกสารมอบให้บุคคลใกล้ชิด และพยานเก็บรักษาไว้ เพื่อนำไปแสดงต่อเจ้าหน้าที่ของสถานพยาบาลเมื่อข้าพเจ้าถูกนำตัวเข้ารักษาในสถานพยาบาล

ลงชื่อผู้ทำหนังสือแสดงเจตนา..................................................

ลงชื่อบุคคลใกล้ชิด...............................................

ลงชื่อพยาน........................................................

ลงชื่อพยาน........................................................

ลงชื่อผู้เขียน/ผู้พิมพ์ ...........................................................

---

**ผู้ใกล้ชิด** (ทำหน้าที่อธิบายความประสงค์ที่แท้จริงของผู้ทำหนังสือ หรือหารือแนวทางการดูแลรักษากับผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมที่ดูแลรักษาข้าพเจ้า เช่น บิดา มารดา สามี ภรรยา บุตร พี่ น้อง หรือบุคคลอื่นที่มีความสัมพันธ์ใกล้ชิดกัน ไว้วางใจกัน)

ชื่อ-นามสกุล .............................................มีความสัมพันธ์เป็น ..................................

หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน ...............................................................................

ที่อยู่ที่ติดต่อได้.......................................................................................................

เบอร์โทรศัพท์ ...........................................................................................................

**พยานคนที่ ๑**

ชื่อ-นามสกุล ..............................................มีความสัมพันธ์เป็น ................................

หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน ...............................................................................

ที่อยู่ที่ติดต่อได้......................................................................................................

เบอร์โทรศัพท์ ..........................................................................................................

**พยานคนที่ ๒**

ชื่อ-นามสกุล ...........................................มีความสัมพันธ์เป็น ..................................

หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน ..............................................................................

ที่อยู่ที่ติดต่อได้.....................................................................................................

เบอร์โทรศัพท์ .........................................................................................................

**ผู้เขียนหรือผู้พิมพ์หนังสือนี้แทนผู้ทำหนังสือแสดงเจตนา**

ชื่อ-นามสกุล ...........................................มีความสัมพันธ์เป็น ................................

หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน ............................................................................

ที่อยู่ที่ติดต่อได้....................................................................................................

เบอร์โทรศัพท์ .........................................................................................................

**ตัวอย่างหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุข (แบบที่ ๒)**

วันที่ ..................................

ข้าพเจ้า (ชื่อ-นามสกุล) ...................................................................................อายุ........ปี
บัตรประชาชนเลขที่ ..........................................................................................................
ที่อยู่ที่ติดต่อได้ ..................................................................................................................
เบอร์โทรศัพท์ ................................................เบอร์ที่ทำงาน ...............................................

ขณะทำหนังสือฉบับนี้ ข้าพเจ้ามีสติสัมปชัญญะบริบูรณ์ และมีความประสงค์ที่จะแสดงเจตนาที่จะขอตายอย่างสงบตามธรรมชาติ ไม่ต้องการให้มีการใช้เครื่องมือใด ๆ กับข้าพเจ้า เพื่อยืดการตายออกไปโดยไม่จำเป็นและเป็นการสูญเปล่า แต่ข้าพเจ้ายังคงได้รับการดูแลรักษาตามอาการ

- เมื่อข้าพเจ้าตกอยู่ในวาระสุดท้ายของชีวิต หรือ
- เมื่อข้าพเจ้าได้รับทุกข์ทรมานจากการบาดเจ็บหรือโรคที่ไม่อาจรักษาให้หายได้

ข้าพเจ้าขอปฏิเสธการรักษาดังต่อไปนี้ (เลือกได้มากกว่า 1 ข้อ และให้เซ็นชื่อกำกับหน้าข้อที่ท่านเลือก)

○ การเจาะคอเพื่อใส่ท่อช่วยหายใจ
○ การใช้เครื่องช่วยหายใจ
○ การให้สารอาหารและน้ำทางสายยาง
○ การเข้ารักษาในห้องไอ.ซี.ยู (I.C.U.)
○ การกระตุ้นระบบไหลเวียน
○ กระบวนการฟื้นชีพเมื่อหัวใจหยุด
○ การรักษาโรคแทรกซ้อนด้วยยาหรือวิธีการรักษาใด ๆ
○ ...............................................................................................................
○ ...............................................................................................................
○ ...............................................................................................................

ในกรณีที่ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุขได้ให้บริการดังกล่าว โดยมิได้ทราบถึงเนื้อความในหนังสือแสดงเจตนาฉบับนี้หรือไม่ทราบความประสงค์ที่แท้จริงของข้าพเจ้า ข้าพเจ้าขอร้องให้ผู้นั้นกรุณาหยุดการบริการ(Withdraw)ต่อไปนี้ด้วย ได้แก่

○ การใช้เครื่องช่วยหายใจ
○ การให้สารอาหารและน้ำทางสายยาง
○ ...............................................................................................................
○ ...............................................................................................................
○ ...............................................................................................................

ข้าพเจ้าขอให้สถานพยาบาลหรือผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุขอำนวยความสะดวกตามความเหมาะสม ดังต่อไปนี้

ความประสงค์ที่จะเสียชีวิตที่บ้าน

- การเยียวยาทางจิตใจ(กรุณาระบุ เช่น การสวดมนต์, การเทศนาของนักบวช)
- ................................................................................................................................

ข้าพเจ้าขอมอบหมายให้ (ชื่อ นามสกุล) ............................................................ ในฐานะบุคคลใกล้ชิด (ถ้ามี) เป็นผู้แสดงเจตนาแทน เมื่อข้าพเจ้าอยู่ในภาวะที่ไม่สามารถสื่อสารกับผู้อื่นได้ตามปกติ เพื่อทำหน้าที่อธิบายความประสงค์ที่แท้จริงของข้าพเจ้า หรือปรึกษาหารือกับแพทย์ในการวางแผนการดูแลรักษาต่อไป

ข้าพเจ้าได้ทำหนังสือแสดงเจตนาต่อหน้าพยาน และทำสำเนาเอกสารมอบให้บุคคลใกล้ชิด และพยานเก็บรักษาไว้ เพื่อนำไปแสดงต่อเจ้าหน้าที่ของสถานพยาบาลเมื่อข้าพเจ้าถูกนำตัวเข้ารักษาในสถานพยาบาล

ผู้แสดงเจตนา...................................................ลงชื่อ

บุคคลใกล้ชิด...................................................ลงชื่อ

พยาน...............................................ลงชื่อ

พยาน...............................................ลงชื่อ

ผู้ใกล้ชิด (ทำหน้าที่อธิบายความประสงค์ที่แท้จริงของผู้ทำหนังสือ หรือหารือแนวทางการดูแลรักษากับผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมที่ดูแลรักษาข้าพเจ้า เช่น บิดา มารดา สามี ภรรยา บุตร พี่ น้อง หรือบุคคลอื่นที่มีความสัมพันธ์ใกล้ชิดกัน ไว้วางใจกัน)

ชื่อ-นามสกุล .............................................มีความสัมพันธ์เป็น ...................................

หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน ...................................................................................

ที่อยู่ที่ติดต่อได้.........................................................................................................

เบอร์โทรศัพท์ ...........................................................................................................

**พยานคนที่ ๑**

ชื่อ-นามสกุล ...........................................มีความสัมพันธ์เป็น .....................................

หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน

......................................................................................

ที่อยู่ที่ติดต่อได้.........................................................................................................

เบอร์โทรศัพท์ ...........................................................................................................

**พยานคนที่ ๒**

ชื่อ-นามสกุล ................................................มีความสัมพันธ์เป็น ................................

หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน ...................................................................................

ที่อยู่ที่ติดต่อได้.........................................................................................................

เบอร์โทรศัพท์ ...........................................................................................................

**ผู้เขียนหรือผู้พิมพ์หนังสือนี้แทนผู้ทำหนังสือแสดงเจตนา**

ชื่อ-นามสกุล .................................................มีความสัมพันธ์เป็น ...............................

หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน ...................................................................................

ที่อยู่ที่ติดต่อได้.......................................................................................................

เบอร์โทรศัพท์ ..........................................................................................................

# Module 9.
# Goal Setting and Advance Care Planning

## คำถามเพื่อค้นหาเป้าหมายการดูแลในผู้ป่วย end-of-life

- คุณวิตกกังวลอะไรมากที่สุดเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของคุณ?
- คุณรู้สึกอย่างไรบ้างกับการรักษาที่ผ่านมาตลอด?
- อะไรที่เป็นความลำบากมากที่สุดเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของคุณ?
- คุณคาดหวังอะไรเกี่ยวกับอนาคต?
- คุณกลัวเกี่ยวกับอนาคตข้างหน้าอย่างไร?
- อะไรที่มีความสำคัญที่สุดสำหรับคุณ?
- อะไรทำให้คุณมีพลังที่จะเผชิญกับสถานการณ์ในขณะนี้?
- คุณคิดว่าอะไรสำคัญที่สุดต่อครอบครัวคุณ?
- ความต้องการของคุณขณะนี้คืออะไร?
- มีอะไรที่คุณต้องการทำให้บรรลุผลหรือไม่?
- คุณรู้สึกว่าคุณสามารถควบคุมสถานการณ์รอบด้านและการตัดสินใจต่างๆได้หรือไม่อย่างไร?
- อะไรเป็นสิ่งสำคัญสำหรับคุณที่ช่วยให้คุณรู้สึกว่าสามารถควบคุมสถานการณ์ต่างๆได้?
- อะไรทำให้คุณมีความสุข?
- อะไรเป็นความภาคภูมิใจของคุณ? สิ่งที่คุณคิดว่าประสบความสำเร็จที่สุดคืออะไร?
- สถานที่ที่คุณอยากอยู่ในเวลาที่เหลือของคุณคือที่ไหน?
- การประกอบพิธีกรรมทางศาสนา เช่น การไหว้พระสวดมนต์ ทำสังฆทานช่วยด้านจิตวิญญาณของคุณหรือไม่?

# Module 9.
# Goal Setting and Advance Care Planning

## แบบฝึกหัดการใช้คำถามเพื่อช่วยในการวางเป้าหมายการดูแล

แบบฝึกหัดนี้ช่วยในการสื่อสารกับผู้ป่วยและครอบครัวในการวางแผนการดูแลล่วงหน้า

1. ให้จับกลุ่มจำนวน 3 คนต่อกลุ่ม เพื่อเล่นบทบาทสมมุติ:
   บุคลากรทีมสุขภาพ (แพทย์หรือพยาบาล)
   ผู้ป่วย
   ผู้สังเกตการณ์
2. เล่นบทบาทสมมุติ (8 นาที)

บุคลากรทีมสุขภาพ (แพทย์หรือพยาบาล) - พูดคุยโดยใช้คำถามนำที่ท่านได้อ่านทบทวนมาก่อน เลือกคำถามที่ท่านคิดว่าเหมาะสม พูดคุยถามผู้ป่วยเพื่อช่วยในการวางแผนล่วงหน้า ผู้ป่วยรับรู้ว่าโรคอยู่ในระยะสุดท้ายและมีเวลาเหลือไม่นาน (3 เดือน)

ผู้ป่วย - คุณเป็นผู้ป่วยที่โรคอยู่ในระยะสุดท้ายและคุณรับรู้ว่าเวลาของคุณเหลืออีกไม่นาน (3 เดือน) แพทย์/พยาบาลจะพูดคุยกับคุณเพื่อช่วยคุณวางแผนการดูแลล่วงหน้า

ผู้สังเกตการณ์ - สังเกตวิธีการพูดคุย การถามคำถาม และปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคลากรสุขภาพและผู้ป่วยเพื่อให้ข้อคิดสะท้อนแก่ผู้เล่นบทบาทสมมุติ

3. การสะท้อนในกลุ่ม (30 นาที) คุณภาพในการสื่อสาร คำถามเหล่านี้ช่วยในการนำเข้าสู่การพูดคุยการวางเป้าหมายการรักษาและการวางแผนการดูแลล่วงหน้าหรือไม่และอย่างไร?

ผู้ป่วย - รู้สึกอย่างไรกับคำถามที่แพทย์/พยาบาลใช้? คำถามนี้ช่วยคุณในการวางเป้าหมายการดูแลหรือไม่?

ผู้สังเกตการณ์ - ให้ข้อคิดเห็นคุณภาพในการสื่อสารที่ท่านสังเกตการณ์

บุคลากรสุขภาพ - ท่านรู้สึกอย่างไรกับการพูดคุยในบทบาทสมมุตินี้

# Module 9.
# Goal Setting and Advance Care Planning

## แบบบันทึกการสังเกตการณ์การให้คำปรึกษา (Medical Counseling Checklist)
## Role Play Checklist

Trainee..........................................................................................

**A. เริ่มต้น/สร้างความสัมพันธ์**

1. แนะนำตนเองและขั้นตอน ( ) มี ( ) ไม่มี
2. Small talk ( ) มี ( ) ไม่มี

**B. เข้าใจประเด็นปัญหา (identification of problem)**

1. ถามถึงปัญหาต่างๆ (problem survey) ( ) มี ( ) ไม่มี
2. ติดตามเรื่องราวอย่างต่อเนื่อง (maintains a narrative thread) ( ) มี ( ) ไม่มี
3. สำรวจลงลึก ทำความเข้าใจ ( ) มี ( ) ไม่มี

**C. ตั้งเป้าหมาย (goal setting)**

1. เลือกปัญหาที่แท้จริงที่ต้องการ (problem identification) ( ) มี ( ) ไม่มี
2. สร้างแรงจูงใจ (establish the motivation) ( ) มี ( ) ไม่มี
3. กำหนดเป้าหมายร่วมกัน (choose the appropriate problem) ( ) มี ( ) ไม่มี

**D. การแก้ปัญหา (problem solving)**

1. การใช้คำถาม ( ) เหมาะสม ( ) ไม่เหมาะสม
2. การฟัง ( ) มาก ( ) น้อย ( ) เหมาะสม ( ) ไม่เหมาะสม
3. การให้ข้อมูลทางการแพทย์ medicat facts ( ) มี ( ) ไม่มี
   ( ) เหมาะสม ( ) ไม่เหมาะสม
4. เสนอทางเลือก (shares possible solutions) ( ) มี ( ) ไม่มี
5. การให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วม (lets counselee make his\her own decision)
   ( ) มี ( ) ไม่มี
6. การให้ความหวังในความเป็นจริง (shows hope) ( ) มี ( ) ไม่มี
   ( ) เหมาะสม ( ) ไม่เหมาะสม
7. สรุปเป็นระยะ (segment summary) ( ) มี ( ) ไม่มี ( ) เหมาะสม ( ) ไม่เหมาะสม

**E. การจบการสนทนา (closing)**

1. เปิดโอกาสให้ถาม (asks for questions) ( ) มี ( ) ไม่มี
2. แสดงความชื่นชม (shows appreciation) ( ) มี ( ) ไม่มี
3. การนัดหมายติดตาม (follow up plan) ( ) มี ( ) ไม่มี

F. ทักษะตลอดกระบวนการ (counseling techniques)

F1. การส่งเสริมการสื่อสาร (facilitation skills)

การสบตา (eye contact) ( ) มี ( ) ไม่มี ( ) เหมาะสม ( ) ไม่เหมาะสม

ท่าทาง (posture, facial expression) การสัมผัส (touch) ( ) มี ( ) ไม่มี

( ) เหมาะสม ( ) ไม่เหมาะสม

การใช้ภาษา (verbal communication) ( ) เหมาะสม ( ) ไม่เหมาะสม

การใช้ความเงียบ (uses silence) ( ) มี ( ) ไม่มี ( ) เหมาะสม ( ) ไม่เหมาะสม

การสื่อสารสองทาง (two way communication) ( ) มี ( ) ไม่มี

การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ (mutual participation) ( ) มี ( ) ไม่มี

F2. การสร้างความสัมพันธ์ (relationship skills)

มีส่วนร่วมในความรู้สึก (shares of feeling) ( ) มี ( ) ไม่มี

การสะท้อนความคิด/ความรู้สึก (reflects the feeling) ( ) มี ( ) ไม่มี

การให้กำลังใจ (supports) ( ) มี ( ) ไม่มี ( ) เหมาะสม ( ) ไม่เหมาะสม

ความเข้าใจความรู้สึก (empathy) ( ) มี ( ) ไม่มี

ยอมรับ (uncounditional positive regard, accepts the counselee) ( ) มี ( ) ไม่มี

ข้อเสนอแนะ.......................................................................................................................................

.......................................................................................................................................................

.......................................................................................................................................................

.......................................................................................................................................................

.......................................................................................................................................................

.......................................................................................................................................................

.......................................................................................................................................................

.......................................................................................................................................................

.......................................................................................................................................................

.......................................................................................................................................................

.......................................................................................................................................................

.......................................................................................................................................................

# Module 9.
# Goal Setting and Advance Care Planning

## บทบาทสมมุติ 1.

**แพทย์**

ท่านเป็นแพทย์ที่ให้การดูแลนส.หญิงอายุ 20 ปี ซึ่งกำลังกลับมารับการติดตามที่คลินิกประคับประคอง วันนี้ ผู้ป่วยได้รับการส่งต่อมาให้ท่านดูแลเมื่อ 4 เดือนก่อน และ 2 เดือนก่อนแพทย์ดูแลโรคมะเร็งได้แจ้งให้ผู้ป่วยทราบว่าควรยุติการให้ยาเคมีบำบัด ผู้ป่วยมาติดตามที่คลีนิกประคับประคองกับมารดา ท่านรู้สึกกังวลที่เธอมีอาการแย่ลง ท่านไม่มั่นใจว่าผู้ป่วยและมารดาเข้าใจเกี่ยวกับภาวะการเจ็บป่วยอย่างไร

เป้าหมายของท่านคือ การทำให้พวกเขาเข้าใจว่าโรคมะเร็งปอดของเธอกำลังแย่ลงและจะทำให้เธอเสียชีวิต ท่านต้องการทราบว่าผู้ป่วยและครอบครัวมีความกังวลในเรื่องใด ท่านต้องการให้เธอและมารดาทราบว่า ไม่มีช่องทางในการรักษาโรคมะเร็งของเธออีกต่อไปและควรดูแลแบบประคับประคอง ท่านให้ความมั่นใจได้ว่า อาการไม่สุขสบายของเธอจะได้รับการจัดการ ท่านต้องการให้ข้อแนะนำว่าการดูแลควรมุ่งไปที่การดูแลให้สุขสบาย

**ผู้ป่วย**

ท่านชื่อหญิง อายุ 20 ปี ป่วยเป็นมะเร็งปอดมา 2 ปี ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดมาหลายขนานและยุติยาเคมีบำบัดมาแล้ว 2 เดือนเนื่องจากแพทย์บอกว่าไม่ตอบสนอง ท่านได้มารับการติดตามดูแลที่คลินิกประคับประคองมาแล้ว 4-5 เดือน วันนี้ท่านมาพบแพทย์ที่คลินิก ท่านบอกให้แพทย์ทราบว่าในสองสามสัปดาห์ที่ผ่านมา ท่านรู้สึกหายใจไม่อิ่มแม้ไม่ได้ทำกิจกรรมอะไร ท่านรู้สึกไม่มีเรี่ยวแรง อ่อนล้า และพบว่าท่านไม่สามารถเข้าร่วมในกิจกรรมต่างๆที่ท่านเคยทำมาในอดีต ท่านรู้สึกกังวลว่ามันมีความหมายโดยรวมต่อโรคของท่านอย่างไร และท่านไม่มั่นใจว่าทำไมท่านถึงอาการแย่ลงเรื่อยๆ ท่านกังวลเกี่ยวกับมารดาและรู้สึกว่าตัวเองเป็นภาระ ท่านเบื่อหน่ายกับการรักษาต่างๆที่ได้รับและต้องการความสุขสบายและความสงบสุข มันทำให้ท่านรู้สึกเศร้าที่ต้องคิดถึงความตายของตนเอง

**มารดาผู้ป่วย**

ท่านติดตามบุตรสาวมาที่คลินิกวันนี้ ท่านรู้สึกกังวลว่าเธอดูแย่ลง ท่านพบว่าเธอมักจะตื่นขึ้นในช่วงกลางคืน 1-2 ครั้งต่อคืน ในสภาพตระหนกตกใจและบางครั้งใช้เวลาหลายชั่วโมงกว่าที่ความวิตกกังวลเธอจะหายไป ท่านไม่เข้าใจว่าเกิดอะไรขึ้น แต่สังเกตุว่าสภาพโดยรวมเธออ่อนแรงลง ความคิดเกี่ยวกับว่าเธอกำลังจะตายทำให้ท่านรู้สึกเศร้า ท่านต้องการให้หมอทดลองยาเคมีบำบัดอีกครั้ง ท่านพยายามให้กำลังใจให้บุตรสาวสู้ ท่านยังยอมรับการสูญเสียไม่ได้ อย่างไรก็แล้วแต่ท่านต้องการสิ่งที่ดีที่สุดสำหรับเธอ

# Module 9
# Goal setting and Advance Care Planning

## บทบาทสมมุติ 2.

**ผู้ป่วยหญิง** ชื่อนางเกษร อายุ 76 ปี สิทธิ: เบิกได้ ที่อยู่ อ.เมือง จ.ขอนแก่น

**Diagnosis:** HT c DM c total blindness c ESRD

**Underlying:**

1. DM 20 ปี poor control
2. HT
3. Diabetic retinopathy: total blindness
5. Chronic CHF
6. Diabetic nephropathy c ESRD ติดตามที่คลีนิกโรคไตของโรงพยาบาลมาตลอด ต้นปีที่แล้วหมอแนะนำให้ล้างไต แต่ผู้ป่วยปฏิเสธขอ supportive care รับทราบข้อดี-ข้อเสียแล้ว

**ประวัติการ admit:** CHF c volume overload c HT emergency ต้องใส่เครื่องช่วยหายใจ

**ติดตามที่ Palliative care clinic** สมรรถนะนั่งรถเข็นเพราะตาบอดทั้ง 2 ข้าง เหนื่อยเพลีย อ่อนล้า ลุกเดินได้แต่ต้องมีคนพยุง ผู้ป่วยยังยืนยันปฏิเสธการล้างไต รับรู้พยากรณ์โรค ไม่อยากทุกข์ทรมาน ไม่อยากเป็นภาระกับลูกหลาน

**ประวัติครอบครัว** อาศัยอยู่กับบุตรสาวคนเล็กที่ไม่ได้แต่งงาน ทำขนมขายที่บ้าน และเป็นผู้ดูแลหลัก สามีเข่าเสื่อมเดินลำบาก ลูกสาวคนโตเป็นครูแต่งงานมีครอบครัว บ้านอยู่ต่างอำเภอ

**คำสั่ง** ให้แสดงบทบาทสมมุติ พูดคุยเรื่องการวางแผนดูแลล่วงหน้า

**บทบุตรสาวตนโต** เป็นครูแต่งงานมีครอบครัว บ้านอยู่ต่างอำเภอ มีสิทธิเบิกได้ อยากให้แม่มีโอกาสรักษาเต็มที่

**บทบุตรสาวคนเล็ก** ไม่ได้แต่งงาน ทำขนมขายที่บ้าน และเป็นผู้ดูแลหลัก เคยเห็นแม่ทรมานตอนถูกใส่ท่อและแม่เคยบอกตลอดเวลาว่าไม่อยากทรมาน คิดว่าแล้วแต่แม่จะเลือก

# Module 9
# Goal setting and Advance Care Planning

## ข้อสอบ

จงเลือกข้อที่ถูกต้องที่สุด

1. การตั้งเป้าหมายการดูแล (goal setting)
   ก. เป้าหมายที่ผู้ป่วยต้องการแทบทั้งหมดต้องการการดูแลให้สุขสบาย
   ข. แพทย์ไม่สามารถทราบความต้องการของผู้ป่วยแต่ละคน จึงควรให้ผู้ป่วยทำเอง
   ค. เป้าหมายการดูแลของผู้ป่วยเปลี่ยนแปลงตามสมรรถนะของผู้ป่วย
   ง. การสื่อสารเป้าหมายการดูแลควรเริ่มพูดคุยเรื่องการใช้เครื่องพยุงชีพเพราะเป็นสิ่งที่มีความสำคัญที่สุด

   เฉลย ค.

2. ข้อใด**<u>ถูกต้อง</u>**เกี่ยวกับการวางแผนการรักษาล่วงหน้า (advance care plannign) คือ
   ก. การที่แพทย์เป็นผู้กำหนดแผนการรักษาให้แก่ผู้ป่วยตามสภาวะของโรค
   ข. เป็นสิ่งที่ไม่จำเป็นเพราะผู้ป่วยกำลังจะเสียชีวิตในเวลาอีกไม่นาน
   ค. หลีกเลี่ยงการรักษาที่ไม่ก่อเกิดประโยชน์
   ง. ควรให้ญาติเป็นผู้กำหนดการรักษาให้ผู้ป่วย เพื่อหลีกเลี่ยงการบอกความจริงที่อาจทำให้ผู้ป่วยเสียกำลังใจ

   เฉลย ค.

3. ผู้ป่วยอายุ 89 ปี มีอาการตัวเหลืองตาเหลือง ได้รับการวินิจฉัยเป็น metastatic pancreatic adenocarcimoma ขณะประชุมครอบครัว บุตรชายของผู้ป่วยบอกทีมสุขภาพว่าต้องการให้หมอทำทุกอย่าง รวมถึงการพยุงชีพถ้าจำเป็น ท่านควรตอบสนองอย่างไร?
   ก. อธิบายว่าการรักษาแบบที่บุตรชายผู้ป่วยต้องการจะไม่ได้ผลดี ไม่ควรทำ
   ข. พยายามอธิบายความร้ายแรงของโรคและพยากรณ์โรคที่เลวของผู้ป่วยให้เข้าใจอีกครั้ง
   ค. พยายามอธิบายให้ทราบว่า ผู้สูงอายุจะไม่สามารถทนการรักษาแบบรุกรานได้
   ง. ค้นหาความเข้าใจของบุตรชายและครอบครัวเกี่ยวกับสภาวะโรคของผู้ป่วยและความต้องการของครอบครัว

   เฉลย ง.

4. เกี่ยวกับขั้นตอนการทำหนังสือแสดงเจตนาในการรักษาในวาระสุดท้ายของชีวิต
   ก. เป็นเรื่องของผู้ป่วยที่จะทำด้วยตนเอง
   ข. ผู้ป่วยควรทำภายใต้การพูดคุยกับครอบครัวและทีมสุขภาพ
   ค. ต้องมีแพทย์เซนต์เป็นพยาน
   ง. ต้องทำในโรงพยาบาล
   เฉลย ข.

5. นายก.ทำหนังสือแสดงเจตนาปฏิเสธการใช้เครื่องพยุงชีพในวาระสุดท้ายของชีวิต ต่อมานายก. ไม่รู้สึกตัวเนื่องจากมะเร็งลุกลาม ญาติได้มาแจ้งให้ใส่เครื่องพยุงชีพให้ผู้ป่วย ท่านควรทำอย่างไร
   ก. ปฏิเสธการใส่ตามเจตนาของนายก.
   ข. ใช้วิจารณาญาณของตนเองว่าควรทำอย่างไร
   ค. ทำตามความต้องการของญาติ เพื่อหลีกเลี่ยงการฟ้องร้อง
   ง. ให้ผู้บริหารโรงพยาบาลเป็นผู้ตัดสินว่าจะใส่หรือไม่
   เฉลย ค.

พิมพ์ที่ : หจก.โรงพิมพ์คลังนานาวิทยา 232/199 ถ.ศรีจันทร์ ต.ในเมือง อ.เมือง จ.ขอนแก่น 40000
Tel. 0-4332-8589-91 Fax. 0-4332-8592 E-mail : klungpress@hotmail.com 2560 รหัส 02