Advance Care Planning

การวางแผนการดูแลล่วงหน้า

Advance care planning

- Ongoing process in which patients, their families, and their healthcare providers reflect on the patient's goals, values, and beliefs.

- Discuss how they should inform current and future medical care, and use this information to accurately document their future health care choices.

- Should be revisited every time a person's medical condition changes

Why do Advance Care Planning?

- **80% of deaths** occur under the care of health professionals
- When it comes time to make decisions **50% will be incapable**
- Uncertain: **Default = "to treat"**
- If there have been no conversations about end of life issues it is difficult to reliably predict people's true wishes

Challenges

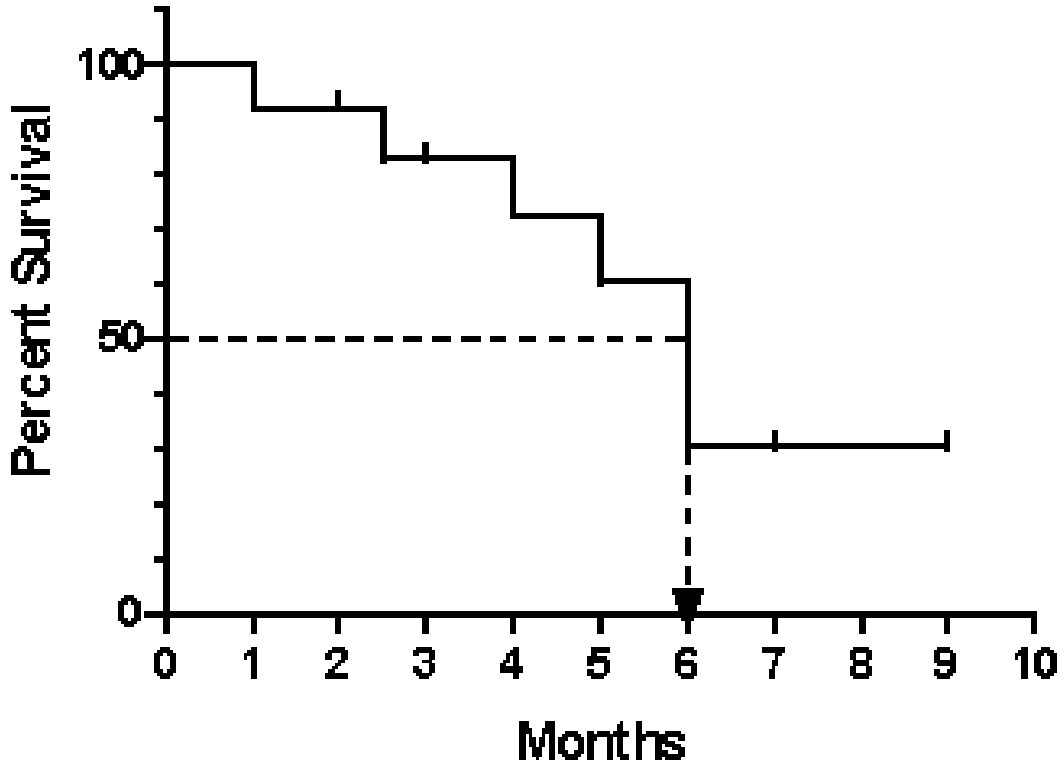
แพทย์ ผู้ป่วย และครอบครัวมักต้องการพูดคุยถึงผลลัพธ์ของการรักษาที่ดีเท่านั้น

Does that mean I'm "giving up?"

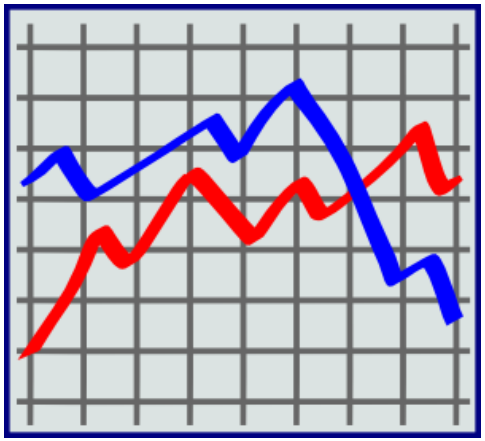
HOPE for the BEST

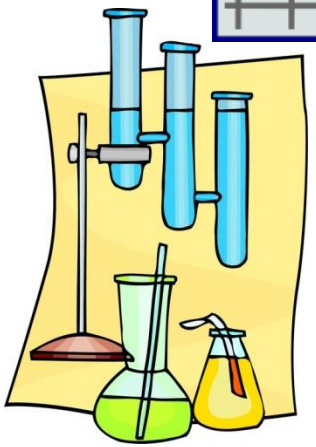
Prepare for the WORST

ไม่ชัดเจนเรื่องผลการรักษาหรือการดำเนินโรค



มองปัญหาย่อย ๆ มากกว่ามองภาพใหญ่ ๆของสุขภาพผู้ป่วย





Meta-analysis of survival prediction with Palliative Performance Scale

Downing M1, Lau F, Lesperance M, Karlson N, Shaw J, Kuziemsky C, Bernard S, Hanson L, Olajide L, Head B, Ritchie C, Harrold J, Casarett D. J Palliat Care. 2007 Winter;23(4):245-52

Figure 2 / KAPLAN-MEIER PLOT OF LENGTH OF SURVIVAL GROUPED BY PPS

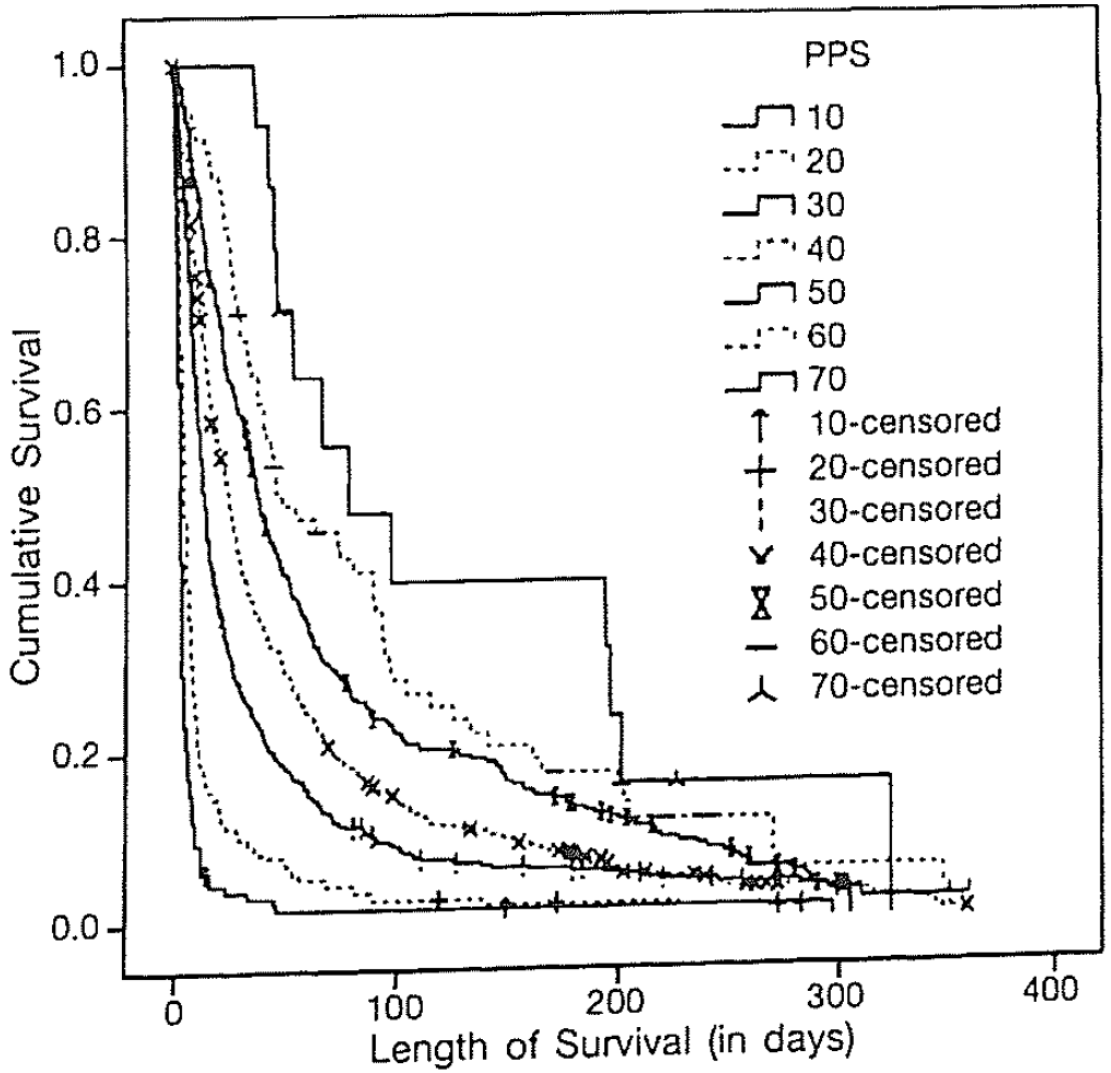
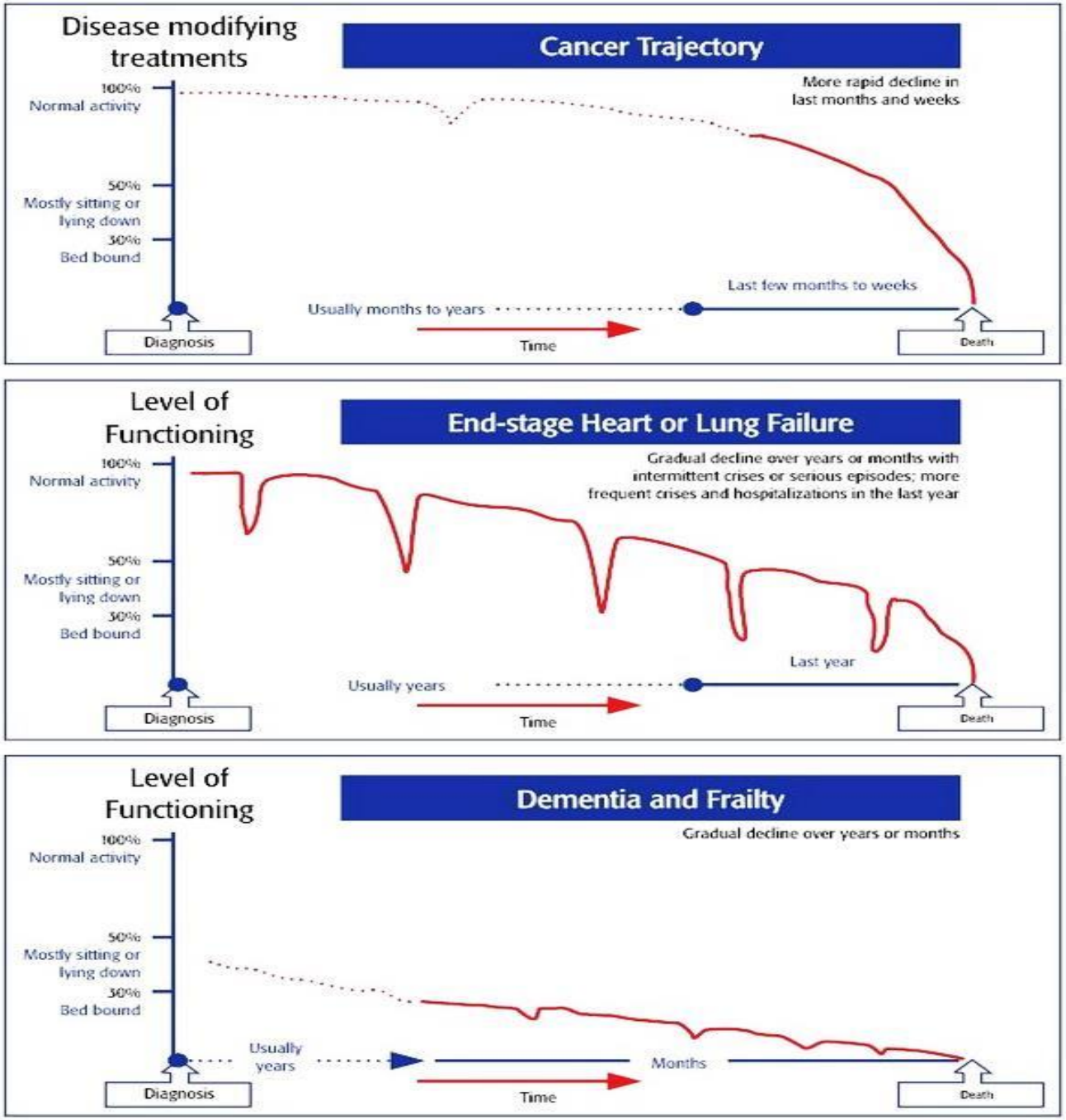


Figure 4–1 End of Life Trajectories



ความไม่แน่นอนของการพยากรณ์โรคหรือการดำเนินโรค

สิ่งที่มี**ความสำคัญหรือมีความหมายกับตัวเอง**มีอะไรบ้าง เช่น ความเป็นส่วนตัว ต้องการมีอิสระหรือทำอะไรด้วยตนเองได้ ต้องการสื่อสารกับคนรอบข้างและครอบครัวได้

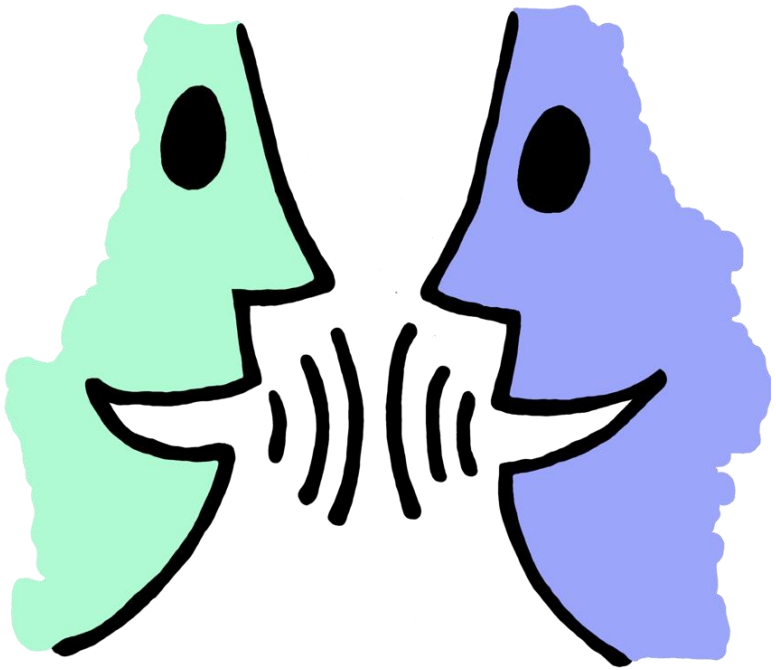
หากป่วยหนักหรืออาการทรุดลง **มีอะไรบ้างที่เรายอมรับไม่ได้** เช่น บางคนไม่อยากให้ยื้อชีวิตไว้กับเครื่องช่วยหายใจ ไม่ต้องการเจ็บปวดหรือทรมาน ไม่ต้องการให้เป็นภาระของคนอื่นๆ

กลัวหรือกังวลเรื่องอะไรบ้างหากว่าโรคทรุดลงหรือสุขภาพแย่ลง

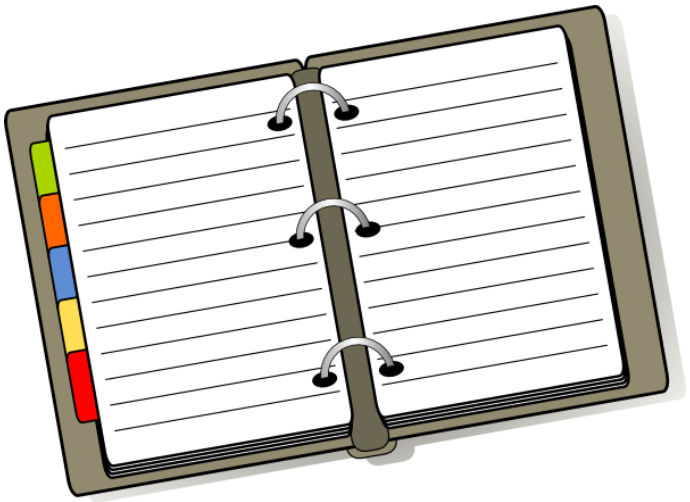
ใครบ้างน่าจะเป็น **คนที่เข้าใจความต้องการของเรามากที่สุด** และสามารถตัดสินใจเรื่องการรักษาพยาบาลให้แก่ตัวเราได้

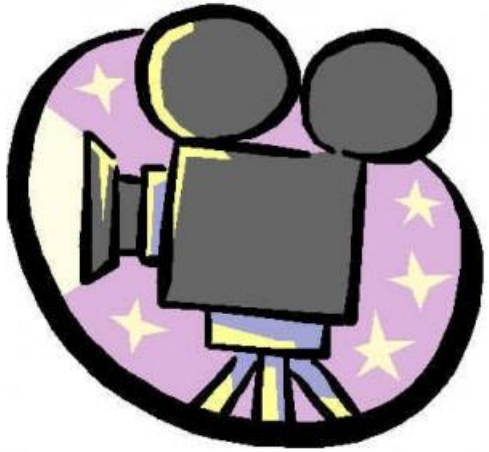
หากป่วยหนักมากและกำลังจะเสียชีวิต **อยากใช้ชีวิตช่วงสุดท้ายอย่างไรบ้าง**

สื่อสารให้คนรอบข้างได้ทราบความต้องการของเรา



บันทึกความต้องการของตนเองหรือสิ่งที่ได้ตัดสินใจ





หนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุข ที่เป็นเพื่อการยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตหรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วย

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว .....อายุ.....ปี

ถือบัตรประจำตัวประชาชน /บัตรข้าราชการ/ อื่นๆ โปรดระบุ.....เลขที่.....

สังกัด.....ในฐานะผู้ป่วย เวชระเบียนเลขที่ .....

ที่อยู่ที่ติดต่อได้.....

.....เบอร์โทรศัพท์.....

ต้องการแสดงเจตนาของข้าพเจ้าดังนี้

1. ข้าพเจ้ามีความประสงค์ที่จะแสดงเจตนาที่จะขอตายอย่างสงบตามธรรมชาติ ไม่ต้องการให้มีการใช้เครื่องมือ หรือการรักษาใดๆ กับข้าพเจ้าที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายออกไปโดยไม่จำเป็นและเป็นการสูญเปล่า แต่ยังคงได้รับ การดูแลรักษาตามอาการ ในกรณี

○ เมื่อข้าพเจ้าตกอยู่ในวาระสุดท้ายของชีวิต หรือ

○ เมื่อข้าพเจ้าได้รับทุกข์ทรมานจากการบาดเจ็บหรือโรคที่ไม่อาจรักษาให้หายได้

จึงขอปฏิเสธการรักษาดังต่อไปนี้ (**เลือกได้มากกว่า 1 ข้อ และให้ลงชื่อกำกับหน้าข้อที่ท่านเลือก**)

.....○ กระบวนการฟื้นคืนชีพเมื่อหัวใจหยุดเต้น

..... ○ การกระตุ้นระบบไหลเวียนโลหิต เช่น การกระตุ้นไฟฟ้าหัวใจ หรือ การให้ยากระตุ้นหัวใจ

.....○ การใส่ท่อช่วยหายใจและเครื่องช่วยหายใจ

.....○ การเจาะคอเพื่อใส่ท่อช่วยหายใจ

.....○ การฟอกล้างไตเทียม/การล้างไตทางหน้าท้อง

.....○ การใส่สายสวนหลอดเลือดดำใหญ่และหลอดเลือดแดง

.....○ การให้สารน้ำ/เลือด ทางหลอดเลือดส่วนปลาย

.....○ การเจาะเลือด

.....○ การให้อาหารและน้ำทางสายให้อาหาร

.....○ อื่นๆ โปรดระบุ .....

2. ข้าพเจ้าต้องการยกเลิกหนังสือแสดงเจตนาฯที่ได้ทำไว้ในวันที่..... เดือน ..... ปี .....

คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี
Faculty of Medicine
Ramathibodi Hospital
Mahidol University

HN

อายุ ปี เดือน
วันเกิด
สิทธิการรักษา

รหัสแผนก PCC
ศูนย์ดูแลผู้ป่วยระยะประคับประคอง
คลินิก ดูแลผู้ป่วยระยะประคับประคอง

หนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุข ที่เป็นเพื่อการยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตหรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วย

3. ข้าพเจ้าขอมอบหมายให้ นาย/นาง/นางสาว ..... อายุ.....ปี

ถือบัตรประจำตัวประชาชน/บัตรข้าราชการ/อื่นๆ โปรดระบุ.....เลขที่.....

เบอร์โทรศัพท์ติดต่อ ..... เป็นผู้แสดงเจตนาแทน เมื่อข้าพเจ้าอยู่ในภาวะที่ไม่สามารถสื่อสารกับผู้อื่นได้ตามปกติ เพื่อทำหน้าที่อธิบายความประสงค์ที่แท้จริงของข้าพเจ้า หรือปรึกษาหารือกับแพทย์ในการวางแผนการดูแลรักษาต่อไป(ทั้งนี้ ผู้ป่วยจะระบุชื่อผู้รับมอบหมายหรือไม่ก็ได้ แต่ในกรณีที่มิได้ระบุไว้ และต้องมีการดำเนินการตามหนังสือแสดงเจตนาฉบับนี้กฎหมายกำหนดให้ญาติ/ครอบครัวของผู้ป่วยเป็นผู้เข้าร่วม)

ลงชื่อ..... ลงชื่อ.....

(.....) (.....)

หมายเลขบัตรประชาชน ..... ผู้ป่วย

ผู้เขียน/พิมพ์ : ระบุในกรณีที่ผู้ป่วยมิได้เขียนหรือพิมพ์ด้วยตนเอง

พยาน

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

หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน.....ที่อยู่ติดต่อได้.....

.....เบอร์โทรศัพท์.....

ลงชื่อ.....

(.....)

พยาน

พยาน

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

หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน.....ที่อยู่ติดต่อได้.....

.....เบอร์โทรศัพท์.....

ลงชื่อ.....

(.....)

พยาน

หลักการที่สำคัญของ ACP

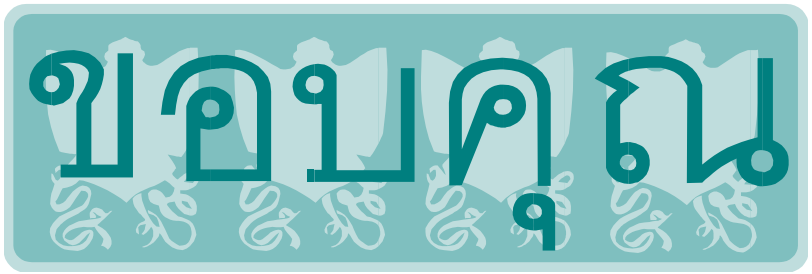
- ผู้ป่วยต้องพร้อมพูดคุย
- เปลี่ยนแปลงได้หากผู้ป่วยต้องการ
- เน้นการสื่อสารมากกว่าเอกสาร
- มีโอกาสให้สมาชิกในครอบครัวและทีมที่ดูแล ได้ทราบความต้องการของผู้ป่วย

Teşekkürler

Merci

Obrigado!

Gracias


ขอบคุณ

شكراً

धन्यवाद

Thanks

Thank You