แผนการดูแลสุขภาพล่วงหน้าของฉัน

ชื่อ.....บัตรประชาชน.....

สำหรับฉันสิ่งเหล่านี้ที่ฉันทำเครื่องหมาย ✓ ไว้ในกล่องข้อความ
นับว่า เป็นสิ่งที่มีคุณค่าและมีความหมายกับฉันอย่างมาก

1. สิ่งที่ฉันให้ความสำคัญเกี่ยวกับการรักษา (เลือกได้ 1 ข้อ)

- ☐ ต้องการการรักษาที่ไม่สร้างความเจ็บปวดทุกข์ทรมาน หรือ ยืดการเสียชีวิตออกไปโดยไม่ก่อให้เกิดประโยชน์
- ☐ ต้องการมีชีวิตอยู่ให้นานที่สุด แม้ต้องเจอกับความทรมานจากเครื่องมือทางการแพทย์

2. สภาวะหรือผลลัพธ์หลังการรักษาที่ฉันยอมรับไม่ได้ (ระบุได้หลายข้อ)

- ☐ ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ ติดเตียง ต้องพึ่งพิงผู้อื่นอย่างถาวร
- ☐ สูญเสียการรับรู้/การนึกคิด จำคนที่รักไม่ได้ หรือ อยู่ในสภาวะผักถาวร
- ☐ ต้องอยู่ภายใต้เครื่องช่วยหายใจไปตลอดชีวิต
- ☐ อื่นๆ ระบุ.....

3. กรณีเกิดการเจ็บป่วยร้ายแรงที่โอกาสรอดชีวิตน้อยมาก หรือถึงแม้มีโอกาสรอดชีวิต แต่หลังการรักษาฉันจะอยู่ในภาวะที่ฉันยอมรับไม่ได้ ดังในข้อที่ 2
ขอบเขตการรักษาที่ฉันต้องการคือ... (เลือกได้ 1 ข้อ)

- ☐ ฉันต้องการให้ทีมสุขภาพรักษาฉันอย่างเต็มที่ และใช้เครื่องพยุงชีพแม้จะเจอกับความทุกข์ทรมาน
- ☐ ฉันต้องการให้ทีมสุขภาพลองรักษาฉันอย่างเต็มที่ แต่หากทีมสุขภาพเห็นว่า การรักษาไม่มีประโยชน์อีกต่อไป ฉันขอให้ทีมสุขภาพยุติการรักษาในแนวทางนั้น แต่ขอให้ดูแลในแนวทางที่ทำให้ฉันไม่ทุกข์ทรมานและยุติการพยุงชีพ
- ☐ รักษาเพื่อลดอาการทรมาน โดยไม่ใช้เครื่องพยุงชีพหรือการรักษาที่เป็นการยื้อชีวิต และยอมรับการเสียชีวิตตามธรรมชาติ
- ☐ ยังตัดสินใจการรักษาที่ต้องการไม่ได้ ขอปรึกษาผู้อื่น

กรณีที่ฉันอยู่ในวาระสุดท้ายของชีวิต
มาตรา 12 พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550

4. ถ้าฉันอยู่ในภาวะใกล้เสียชีวิต ฉันต้องการ

- ☐ เสียชีวิตอย่างสงบตามธรรมชาติไม่เร่งไม่ยื้อ
- ☐ ขอให้ยื้อการเสียชีวิตออกไป แม้ต้องใช้เครื่องพยุงชีพ

5. ถ้าฉันใกล้เสียชีวิต ฉันต้องการใช้เวลาที่เหลืออยู่ที่

- ☐ ที่บ้าน
- ☐ ที่โรงพยาบาล
- ☐ อื่นๆ คือ.....

6. ถ้าฉันจะเสียชีวิต ฉันอยากเสียชีวิตที่

- ☐ ที่บ้าน
- ☐ ที่โรงพยาบาล
- ☐ อื่นๆ คือ.....

นี่คือแผนการดูแลสุขภาพของฉัน

ลงชื่อ.....
(.....)

พยาน
ลงชื่อ.....
(.....)
โทรศัพท์.....

ผู้แทนตัดสินใจด้านสุขภาพของฉัน
หากฉันเข้าสู่ระยะท้ายของชีวิตและสื่อสารไม่ได้

ลงชื่อ.....
(.....)
ความสัมพันธ์.....
โทรศัพท์.....

พยาน
ลงชื่อ.....
(.....)
โทรศัพท์.....

พิมพ์ที่ : โรงพิมพ์คลังนานาวิทยา โทร. 081-7174207

ศูนย์การุณรักษ์ Karunruk Palliative Care Center

การวางแผน การดูแลสุขภาพล่วงหน้า

"เพราะคุณออกแบบสุขภาพก่อนเจ็บป่วยได้"

ศูนย์การุณรักษ์ โรงพยาบาลศรีนครินทร์
คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
และมูลนิธิการุณรักษ์เพื่อการดูแลประคับประคอง

karunrukk@gmail.com 043-366-656 KPCKKU
www.karunruk.org

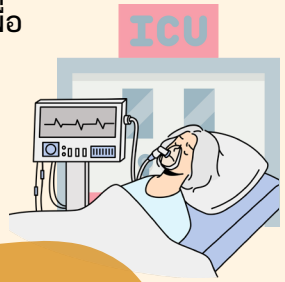
การวางแผนการดูแลล่วงหน้า (Advance Care Planning) คืออะไร

คือกระบวนการการวางแผนดูแลสุขภาพที่ทำไว้ก่อนที่ผู้ป่วยจะหมดความสามารถในการตัดสินใจหรือเข้าสู่ระยะท้ายของชีวิต อาจเป็นทางการหรือไม่เป็นทางการ โดยใช้กระบวนการสนทนาปรึกษาร่วมกันระหว่างผู้ป่วย ครอบครัวและทีมบุคลากรสุขภาพ หรือผู้ป่วยอาจทำได้ด้วยตนเอง หรือปรึกษาสมาชิกครอบครัว หรือปรึกษาบุคลากรสุขภาพ

คุณมีสิทธิเลือกแนวทางการรักษาได้ด้วยตัวเอง

คุณต้องการให้ทีมสุขภาพรักษาคุณอย่างเต็มที่หรือไม่?

การรักษาอย่างเต็มที่ คือการรักษาเพื่อช่วยพยุงหรือฟื้นชีวิตเต็มที่ ซึ่งต้องมีการใช้เครื่องพยุงชีพ เช่น ปั๊มหัวใจ ใส่ท่อช่วยหายใจ เข้าไอซียู โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อช่วยชีวิต



การดูแลประคับประคอง (Palliative care) คืออะไร

คือการดูแลให้มีคุณภาพชีวิตดี โดยการจัดการอาการให้ผู้ป่วยสุขสบาย หลีกเลี่ยงการรักษารุกรานที่ไม่ก่อให้เกิดประโยชน์ รวมถึงการดูแลคุณภาพการตายให้สุขสบาย และสามารถเสียชีวิตที่บ้านได้ ถ้าผู้ป่วยต้องการ

ขั้นตอนการทำแผนการดูแลล่วงหน้า

1. คิดทบทวนสิ่งที่คุณเห็นคุณค่า/ความต้องการของคุณ
2. ทำเอกสารแผนดูแลล่วงหน้า ให้ทีมสุขภาพที่คุณรับบริการประจำถ่ายสำเนาและจัดเก็บในเวชระเบียนของคุณ ตัวจริงเก็บไว้กับคุณ นำติดตัวมาเมื่อต้องนอนรักษาตัวในโรงพยาบาล
3. กรณีเกิดการเจ็บป่วยร้ายแรงหรือคุณอยู่ในระยะสุดท้ายของชีวิตและคุณไม่สามารถสื่อสารบอกความต้องการได้ เอกสารฉบับนี้จะช่วยให้แพทย์วางแผนการรักษาในแนวทางที่คุณต้องการ

คิดทบทวน:มุมมองด้านชีวิตและสุขภาพ

ฉันทำเครื่องหมาย ✓ ไว้ในช่องที่ตรงกับสิ่งที่ฉันคิดมากที่สุด

1. คุณภาพชีวิตและระยะเวลาการมีชีวิต

คุณภาพชีวิตมีความสำคัญมากกว่าการมีชีวิตอยู่อย่างยาวนาน

○ เห็นด้วย ○ ไม่แน่ใจ ○ ไม่เห็นด้วย

2. ความทุกข์ทรมานเมื่อเจ็บป่วย

ฉันไม่ต้องการที่จะมีชีวิตอยู่อย่างยาวนานในสภาวะทุกข์ทรมาน/เป็นภาระต่อผู้อื่น/ติดเตียงช่วยเหลือตัวเองไม่ได้

○ เห็นด้วย ○ ไม่แน่ใจ ○ ไม่เห็นด้วย

3. ความต้องการแนวทางด้านการรักษาเมื่อเจ็บป่วยร้ายแรง

ฉันไม่ต้องการการรักษาที่ช่วยชีวิตถ้าผลลัพธ์ของการรักษาเลวร้าย (เช่น ติดเตียง เป็นผักถาวร)

○ เห็นด้วย ○ ไม่แน่ใจ ○ ไม่เห็นด้วย

4. เมื่อฉันมีภาวะสมองเสื่อมหรือภาวะที่ทำให้สูญเสียความทรงจำถาวร(จำคนที่รักไม่ได้) ถ้าเกิดการเจ็บป่วยร้ายแรง

ฉันยังต้องการรักษาเพื่อช่วยยื้อชีวิตฉันอย่างเต็มที่

○ เห็นด้วย ○ ไม่แน่ใจ ○ ไม่เห็นด้วย

5. การรักษาด้วยอุปกรณ์พยุงชีพเมื่ออนาคตร่างกายฉันเสื่อมถอย

ถ้าร่างกายฉันเสื่อมถอยจนเป็นภาระแก่ผู้อื่น ฉันขอเลือก ***ไม่เริ่ม/ขอยุติ*** อุปกรณ์พยุงชีพ (เครื่องช่วยหายใจ, การฟอกไต, การให้ยากระตุ้นความดัน, การให้สารอาหารและน้ำทางหลอดเลือดหรือสายยาง)

○ เห็นด้วย ○ ไม่แน่ใจ ○ ไม่เห็นด้วย