

ฝ่ายบริการพยาบาล โรงพยาบาลสงklanครินทร์ Nursing Service Division, Songklanagarind Hospital	
<b>แนวปฏิบัติ/วิธีการปฏิบัติ</b> การวางแผนการดูแลล่วงหน้า	
<b>เรื่อง</b> การวางแผนการดูแลล่วงหน้า (Advance care planning)	
หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง : หอผู้ป่วย/หน่วยงาน ในฝ่ายบริการพยาบาล โรงพยาบาลสงklanครินทร์	
<b>วันที่มีผลบังคับใช้/วันที่ออกเอกสารครั้งแรก :</b> วันที่ .....	ทบทวนครั้งที่ 1 วันที่ .....
<b>ผู้จัดทำ :</b> คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative care) ฝ่ายบริการพยาบาล	ผู้อนุมัติ ..... (พว.ยุพา แก้วมณี) หัวหน้าฝ่ายบริการพยาบาล
<b>วัตถุประสงค์</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. เพื่อให้บุคลากรด้านสุขภาพทราบถึงความต้องการในการดูแลผู้ป่วยในมิติต่าง ๆ สิ่งผู้ป่วยให้ความสำคัญหรือให้คุณค่าในการดูแลสุขภาพ จิตใจ สังคม ปัญญา และกำหนดแนวทางในการดูแลได้ตรงกับสิ่งที่ผู้ป่วยต้องการ</li> <li>2. เพื่อใช้แผนการดูแลล่วงหน้าเป็นแนวทางตัดสินใจ ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่สามารถตัดสินใจได้ด้วยตนเองแล้ว</li> </ol>	
<b>นิยามศัพท์เฉพาะ</b> <p><b>การวางแผนการดูแลล่วงหน้า (advance care planning)</b> หมายถึง กระบวนการวางแผนดูแลสุขภาพที่ทำไว้ก่อนที่ผู้ป่วยจะหมดความสามารถในการตัดสินใจหรือเข้าสู่ระยะสุดท้ายของชีวิต โดยแผนดังกล่าวอาจเป็นทางการหรือไม่เป็นทางการก็ได้ โดยอาจจะใช้กระบวนการสนทนาปรึกษาร่วมกันระหว่างผู้ป่วย ครอบครัว และทีมบุคลากรสุขภาพ หรือผู้ป่วยอาจทำแผนการดูแลดังกล่าวได้ด้วยตนเอง หรือปรึกษาสมาชิกครอบครัว หรือ ปรึกษาศูนย์สุขภาพ ทั้งนี้แผนการดูแลล่วงหน้าจะทำในโรงพยาบาลหรือนอกโรงพยาบาลก็ได้</p> <p><b>หนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุข (advance directive or living will)</b> หมายถึง หนังสือซึ่งบุคคลแสดงเจตนาไว้ล่วงหน้าว่าไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตตน หรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วย</p> <p><b>ผู้ตัดสินใจแทน (surrogate decision maker)</b> หมายถึง บุคคลที่ได้รับการมอบหมายจากผู้ป่วยให้ทำหน้าที่ตัดสินใจเลือกการรักษาที่เป็นไปตามความต้องการของผู้ป่วยขณะยังมีสติสัมปชัญญะ โดยจะทำหน้าที่เมื่อผู้ป่วยหมดความสามารถในการตัดสินใจแล้ว สำหรับกรณีที่ไม่มีกรมมอบหมายไว้ ญาติหรือผู้ดูแลใกล้ชิด จะได้รับการพิจารณาให้เป็นผู้ทำหน้าที่ตัดสินใจแทน</p>	
<b>หน้าที่ความรับผิดชอบ</b> <p><b>พยาบาล</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. ประเมินการรับรู้เกี่ยวกับโรคและการรักษาและความต้องการที่จะมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับแผนการดูแลสำหรับตนเอง</li> <li>2. ช่วยเหลือให้ผู้ป่วยได้มีส่วนร่วมในการรับรู้ข้อมูลการตัดสินใจและการเลือกแนวทางการดูแลหรือแนวทางปฏิบัติสำหรับตนเอง</li> <li>3. ชี้แจงสิทธิของผู้ป่วยให้ผู้ป่วยและญาติเข้าใจ สนับสนุนให้ครอบครัวยอมรับการตัดสินใจของผู้ป่วยเกี่ยวกับความต้องการและแผนการดูแลล่วงหน้า และช่วยให้ผู้ป่วยรับรู้ถึงอำนาจในการควบคุมและจัดการด้วยตนเอง</li> <li>4. ให้ข้อมูลเกี่ยวกับสิทธิของบุคคลในการกำหนดคำสั่งเกี่ยวกับการรักษาในวาระสุดท้ายไว้ล่วงหน้า หรือ การจัดทำหนังสือแสดงเจตนาตามพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2550 มาตรา 12</li> </ol>	

5. ช่วยเหลือให้มีการทบทวนแผนการดูแลร่วมกับผู้ป่วยเป็นระยะ
6. ประสานให้ผู้ป่วยได้รับการปฏิบัติตามแผนหรือคำสั่งการดูแลล่วงหน้า
7. เป็นที่ปรึกษาและสนับสนุนผู้ป่วยในการค้นหาความต้องการของตนเอง การแจ้งความปรารถนาของตนเองแก่ครอบครัว และแก่เจ้าหน้าที่ผู้ดูแล และพิทักษ์สิทธิของผู้ป่วย (advocacy)

#### ขั้นตอนการปฏิบัติ

1. โอกาสที่เหมาะสมในการริเริ่มการพูดคุยเพื่อการวางแผนการดูแลล่วงหน้าควรพิจารณาตามบริบทของผู้ป่วยแต่ละราย พยาบาลควรสังเกตและให้ความสนใจในการประเมินโอกาสที่จะเริ่มต้นการพูดคุยเรื่องแผนการดูแลล่วงหน้า เช่น
  - 1) เมื่อผู้ป่วยต้องเข้าโรงพยาบาลซ้ำๆ เนื่องจากมีอาการเจ็บป่วยรุนแรงมากขึ้นเรื่อยๆ
  - 2) เมื่อแพทย์แจ้งแก่ผู้ป่วยว่าผลการรักษาไม่ได้ผลอีกต่อไป
  - 3) เมื่อผู้ป่วยบอกว่าไม่อยากรักษาอีกต่อไปแล้ว
  - 4) เมื่อผู้ป่วยบอกว่าไม่อยากรุ้มนาน หรืออยากตายให้พ้นๆ
2. พยาบาลที่ระลึกว่า การพูดคุยเรื่องวาระท้ายของผู้ป่วยจะทำได้ง่ายขึ้นหากทำในระหว่างที่ผู้ป่วยยังมีการคงที่ ไม่มีอาการทุกข์ทรมานรุนแรง หรือเมื่อผู้ป่วยรู้สึกสบายขึ้นภายหลังปรับแนวทางการรักษาใหม่
3. พยาบาลควรให้ข้อมูลเกี่ยวกับเหตุการณ์ที่อาจเกิดขึ้นเมื่อวาระสุดท้ายของผู้ป่วยมาถึง เช่น ธรรมเนียมปฏิบัติเกี่ยวกับการตัดสินใจและการรักษาของแพทย์ ปัญหาที่อาจเกิดขึ้นสัมพันธ์กับโรคและการรักษาของผู้ป่วย และแนวทางการดูแลที่จะได้รับ เพื่อประกอบการตัดสินใจของผู้ป่วย
4. การเริ่มต้นพูดคุยกับผู้ป่วย ควรเริ่มจากการซักถามเกี่ยวกับการรับรู้ถึงสิทธิในการแสดงเจตนาและการวางแผนการดูแลล่วงหน้า สอบถามความคิดเห็นและทัศนคติในเรื่องดังกล่าว และความต้องการของผู้ป่วยที่จะพูดคุยเรื่องแผนการดูแลล่วงหน้า
5. เมื่อผู้ป่วยตัดสินใจที่จะพูดคุยเรื่องการวางแผนการดูแลล่วงหน้า ควรเริ่มต้นพูดคุยด้วยการนำผู้ป่วยให้คิดถึงเป้าหมายการดูแลก่อนที่จะพูดถึงวิธีการดูแล
6. ควรแนะนำให้ผู้ป่วยดึงบุคคลสำคัญในครอบครัวมาร่วมในการคิดและตัดสินใจด้วย โดยเฉพาะกรณีที่ผู้ป่วยไม่สามารถตัดสินใจด้วยตนเอง เพื่อให้รับรู้ความต้องการของผู้ป่วย
7. ผู้ป่วยต้องระบุบทบาทของตัวแทนในการตัดสินใจแทนกรณีที่ผู้ป่วยไม่อยู่ในสภาพที่จะทำได้ เมื่อผู้ป่วยไม่อยู่ในสภาพที่จะตัดสินใจได้ ตัวแทนต้องทำงานร่วมกับทีมแพทย์ในการเลือกแนวทางการรักษา แทนผู้ป่วยโดยยึดเจตจำนงของผู้ป่วยเป็นสำคัญ
8. กรณีผู้ป่วยไม่มีบุคคลสำคัญมาช่วยตัดสินใจ หรือผู้ป่วยประสงค์จะตัดสินใจด้วยตนเอง พยาบาลควรช่วยให้ผู้ป่วยกำหนดรายละเอียดของความต้องการของตนเองให้มากที่สุดเพื่อให้ผู้ป่วยปฏิบัติได้เข้าใจและตอบสนองได้
9. ขั้นตอนในการกำหนดเป้าหมายการดูแลและการวางแผนดูแลล่วงหน้า
  - 9.1 สื่อสารสร้างความไว้วางใจ
    - สร้างบรรยากาศที่ดี สถานที่เป็นส่วนตัว ไม่มีสิ่งรบกวนความสนใจ และเปิดประเด็นการพูดคุยและเชื่อมโยงสถานการณ์ด้านสุขภาพของผู้ป่วย
    - ค้นหาผู้มีสิทธิตัดสินใจแทนผู้ป่วย รวมถึงผู้ที่เป็นตัวหลักหรือมีอิทธิพลต่อการตัดสินใจของผู้ป่วย
    - สอบถามความเข้าใจของผู้ป่วย/ครอบครัว เกี่ยวกับโรคและพยากรณ์โรค
  - 9.2 แจ้งการพยากรณ์โรคตามความเป็นจริง
    - แพทย์เจ้าของไข้ควรเป็นผู้ให้ข้อมูลการพยากรณ์โรคแก่ผู้ป่วยและครอบครัว กรณีพยาบาลเป็นผู้แจ้งเรื่องนี้แก่ผู้ป่วยและครอบครัวควรผ่านการปรึกษาร่วมกับแพทย์เจ้าของไข้ก่อน

- ใช้ภาษาที่เข้าใจง่าย
- ใช้ทักษะการบอกความจริงด้วยวิธีที่ไม่ทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวหมดกำลังใจ การให้ข้อมูลอาจมีผลกระทบต่อจิตใจของผู้ป่วย ควรให้ข้อมูลที่ละน้อย ลงในรายละเอียดโดยการตอบสนองของผู้ป่วย/ครอบครัว และตรวจสอบความเข้าใจเป็นระยะ
- ประเมินสภาพอารมณ์ของผู้ป่วยและตอบสนองด้วยความเห็นอกเห็นใจต่ออารมณ์ที่อาจเกิดขึ้น ช่วยเหลือดูแลให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถเผชิญและแก้ปัญหาได้
- ควรมีการพูดคุยถึงปัญหาที่ผู้ป่วยและครอบครัวประสบ ช่วยเหลือให้สามารถเข้าถึงแหล่งทรัพยากรและการบริการที่ครอบครัวต้องการ

9.3 ค้นหาและกำหนดเป้าหมายการดูแล โดยใช้คำถามให้ผู้ป่วยสะท้อนคิดถึงสิ่งที่ผู้ป่วยให้ความสำคัญมากที่สุดในชีวิต และในวาระสุดท้ายของชีวิต ความต้องการของผู้ป่วยที่จะได้รับการดูแลจากทีมสุขภาพ ตลอดจนความต้องการอื่นๆ ตามความเชื่อและศรัทธาของผู้ป่วย รวมถึงความหมายของคุณภาพชีวิตที่ผู้ป่วยเข้าใจ เพื่อเข้าสู่การเลือกเป้าหมายการดูแล

9.4 กำหนดแผนการดูแล :

- ให้ข้อมูลเกี่ยวกับการดำเนินโรค พยากรณ์โรค ทางเลือกของการดูแลพร้อมข้อดีข้อเสีย การดูแลหรือบริการที่จะได้รับ ควรต่อเนื่องถึงการดูแลในระยะใกล้เสียชีวิต การใช้/ไม่ใช้เครื่องพยุงชีพ
- การให้ข้อมูลเรื่องการพยุงชีพ ควรให้รายละเอียด ข้อดีข้อเสีย ความไม่สบายจากการใช้ สิ่งสำคัญที่สุดคือผลลัพธ์อาจไม่เป็นไปตามที่คาดหวังของประชาชนทั่วไป และให้ผู้ป่วยเข้าใจว่าแม้ผู้ป่วยไม่เลือกการพยุงชีพ ผู้ป่วยจะยังได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง
- พูดคุยถึงการดูแลรักษาที่อาจเกิดขึ้นว่าเข้ากับบริบทของเป้าหมายการดูแลของผู้ป่วยหรือไม่ เช่น การรักษาตัวโรค การกลับเข้ารับรักษาตัวในโรงพยาบาล วิธีการรักษาต่างๆ รวมถึงการใช้เครื่องพยุงชีพ
- อธิบายให้ผู้ป่วยและครอบครัว เข้าใจเป้าหมายของการดูแลแบบ palliative care
- ช่วยเหลือ แนะนำให้ผู้ป่วยและครอบครัวเข้าใจแผนการรักษาว่าตรงกับเป้าหมายการดูแลที่ผู้ป่วยต้องการหรือไม่ และให้คำแนะนำเกี่ยวกับการรักษาที่เหมาะสม
- ควรมีการพูดคุยถึงการเตรียมตัวช่วงก่อนเสียชีวิต ได้แก่ การจัดการภารกิจที่ค้างคา การรักษาความทรงจำครั้งสุดท้าย การกล่าวคำอำลา การเลือกสถานที่เสียชีวิต
- สรุปเป้าหมายการดูแลร่วมกันกับผู้ป่วย/ครอบครัว

9.5 การบันทึกเจตจำนงของผู้ป่วยและการจัดเก็บบันทึกเอกสาร การวางแผนการดูแลล่วงหน้าเป็นลายลักษณ์อักษรไว้ในระบบเวชระเบียน และสื่อสารให้ผู้เกี่ยวข้อง เช่น แพทย์ผู้รักษา ครอบครัว และผู้ดูแลอื่นๆ ได้รับรู้ ซึ่งอาจทำได้หลายแนวทาง เช่น

1) การเขียนคำสั่งการดูแลล่วงหน้า เพื่อเป็นหลักฐานที่ใช้ยืนยันความปรารถนาของผู้ป่วย ซึ่งอาจเขียนด้วยลายมือของผู้ป่วย หรืออาจพิมพ์เป็นเอกสารและลงนามโดยผู้ป่วย โดยตัวอย่างการเขียนคำสั่งการดูแลล่วงหน้า เช่น

- มาตรฐานการวางแผนการดูแลล่วงหน้าสำหรับประเทศไทย พ.ศ. 2565 โดยคณะกรรมการจัดทำแนวทางการวางแผนการดูแลล่วงหน้า (Advance care plan) สำหรับประเทศไทย สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (เอกสารแนบ)
- สมุดเบาใจ ออกแบบโดยกลุ่ม Peaceful Death ซึ่งได้รับการสนับสนุนการจัดพิมพ์และแจกจ่ายโดยสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.)

-ระบบ Line Liff ของชีวามิตร เป็นระบบการจัดทำหนังสือแสดงเจตนาเลือกวิธีการรักษาในช่วงสุดท้ายของชีวิต (Advance directive หรือ Living will) ในรูปแบบ online ผ่านระบบ Line application

**กรณีผู้ป่วยเขียนคำสั่งการดูแลล่วงหน้าไว้ :**

- สำเนาเอกสารคำสั่งการดูแลล่วงหน้าส่งงานเวชระเบียนเพื่อสแกนไฟล์เก็บในระบบ HIS
- เอกสารคำสั่งการดูแลล่วงหน้าตัวจริงแนะนำให้ผู้ป่วยเก็บไว้ และสำเนาไว้ 1 ชุดเพื่อมอบให้ครอบครัวญาติหรือผู้ใกล้ชิด ผู้ตัดสินใจแทน

2) การสั่งด้วยวาจา กรณีผู้ป่วยต้องการวางแผนการดูแลล่วงหน้าแต่ไม่ประสงค์จะเขียนคำสั่งการดูแลล่วงหน้าไว้ เป็นลายลักษณ์อักษร พยาบาลควรแนะนำให้ผู้ป่วยสั่งด้วยวาจากับผู้เกี่ยวข้องหลายฝ่าย เพื่อให้มีพยานบุคคลที่สามารถอ้างอิงได้ เช่น สมาชิกในครอบครัวซึ่งควรให้รับรู้มากกว่า 1 คน แพทย์ พยาบาล และผู้ดูแลอื่นๆ กรณีที่ผู้ป่วยสั่งไว้ด้วยวาจา พยาบาลควรบันทึกไว้ในเวชระเบียนของผู้ป่วย (HIS) โปรแกรม “Continuing Nursing Care Plan and Discharge Summary” ในส่วน “การวางแผนจำหน่าย” หัวข้อ “Treatment” ข้อความที่ควรระบุไว้ได้แก่

- วันที่ทำแผนการดูแลล่วงหน้า
- ผู้ร่วมพูดคุยในการวางแผนการดูแลล่วงหน้า
- แผนการดูแลล่วงหน้าที่ผู้ป่วยต้องการ
- ชื่อ-นามสกุล ของผู้ตัดสินใจแทน พร้อมความสัมพันธ์กับผู้ป่วยและหมายเลขโทรศัพท์สำหรับติดต่อ

**9.6 ทบทวนแผนการดูแลผู้ป่วยเป็นระยะตามความเหมาะสม**

10. ในกรณีที่ผู้ป่วยเคยทำแผนการดูแลล่วงหน้านอกสถานพยาบาล ควรขอแผนการดูแลหน้าฉบับล่าสุดจากผู้ป่วยมาตรวจสอบก่อนนำมาใช้

11. การใช้แผนการดูแลล่วงหน้า

11.1 เมื่อแพทย์วินิจฉัยว่าผู้ป่วยมีการดำเนินโรคเข้าสู่ระยะสุดท้าย ให้ตรวจสอบว่าเคยทำแผนการดูแลล่วงหน้าหรือไม่ และหากมีให้ใช้ฉบับล่าสุดที่ทำ

11.2 หากผู้ป่วยยังสามารถสื่อสารความต้องการของตนเองได้ ให้ถามความเห็นจากผู้ป่วยในเรื่องการตัดสินใจและเป็นหลัก โดยสามารถใช้แผนการดูแลล่วงหน้าที่เคยทำไว้มาเป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยได้

11.3 กรณีที่ผู้ป่วยไม่สามารถให้ความเห็นตัดสินใจได้แล้ว สามารถนำแผนการดูแลล่วงหน้าที่ทำไว้มาใช้เป็นแนวทางปฏิบัติและการเลือกวิธีการดูแล

11.4 แผนการดูแลล่วงหน้าอาจนำมาใช้เป็นแนวทางการตัดสินใจในกรณีที่ผู้ทำแผนการดูแลหน้าเกิดอุบัติเหตุ หรือมีภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้ตลอดเวลาของโรค เนื่องจากแผนการดูแลหน้าระบุขอบเขตการดูแลที่ต้องการหรือไม่ต้องการ สอดคล้องตามความเชื่อและความหมายคุณค่าชีวิตของผู้ป่วย

11.5 ในกรณีที่ต้องตัดสินใจเลือกการดูแลที่ไม่ได้ระบุมาก่อนในแผนการดูแลล่วงหน้า เป็นขั้นตอนที่จะใช้ความเห็นของผู้ตัดสินใจแทน ให้ทีมสุขภาพติดต่อกับผู้ตัดสินใจแทนเพื่อสอบถามความเห็น โดยต้องอธิบายทางเลือกในการรักษาผู้ป่วยแบบต่างๆ รวมทั้งผลดีและผลเสียจากการรักษาแบบต่าง ๆ ให้ผู้ตัดสินใจแทนรับทราบ

**ตัวชี้วัด :** ร้อยละผู้ป่วยแบบประคับประคองที่มีแผนการดูแลล่วงหน้า (Advance Care Plan)

สูตร :  $(a/b) \times 100$

a : จำนวนผู้ป่วยในที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองที่มีแผนการดูแลล่วงหน้าในช่วงระยะเวลาที่กำหนด

b : จำนวนผู้ป่วยในที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองทั้งหมดในช่วงเวลาเดียวกัน

**การประเมินผล (วิธีการประเมินผล)**

สรุปข้อมูลจากแบบบันทึกการดูแลแบบประคับประคองที่ได้รับจากทุกหอผู้ป่วย เป็นรายไตรมาส

**เอกสารอ้างอิง**

1. คณะทำงานจัดทำแนวทางการวางแผนการดูแลล่วงหน้า (Advance care plan) สำหรับประเทศไทย. (2565). *มาตรฐานการวางแผนการดูแลล่วงหน้าสำหรับประเทศไทย (Thai standards for Advance care planning)* (พิมพ์ครั้งที่ 1). กรุงเทพมหานคร: บริษัท พิมพ์สิริพัฒนา จำกัด.
2. ศรีเวียง ไพโรจน์กุล. (2563). การวางแผนการดูแลล่วงหน้าและการทำหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุข. ใน ปฐมพร ศิริประภาศิริ และ เดือนเพ็ญ ห่อรัตนเรือง, (บ.ก.), *คู่มือการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองและระยะท้าย (สำหรับบุคลากรทางการแพทย์)*. (น.35-44). กรุงเทพมหานคร: สำนักงานกิจการโรงพยาบาล องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก ในพระบรมราชูปถัมภ์.
3. ศรีเวียง ไพโรจน์กุล. (2560). Module 9 Goal Setting and Advance Care Planning. ใน ศรีเวียง ไพโรจน์กุล และ นภา หลิมรัตน์, (บ.ก.), *Training for the Trainers in Palliative Care*. ขอนแก่น: โรงพิมพ์คลังนานาวิทยา.
4. พิกุล นันทชัยพันธ์ และ ประทุม สร้อยวงศ์. (2557). *แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก: การดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยผู้ใหญ่* (พิมพ์ครั้งที่ 1). กรุงเทพมหานคร: บริษัท จดทอง จำกัด.