



Advance Care Planning in Older Adults

Thagoon Kanjanopas¹, Saran Thanapluetiwong²

¹ Department of Internal Medicine, Hatyai Hospital, Songkhla, Thailand

² Department of Medicine, Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University, Bangkok, Thailand

Advance care planning (ACP) is a process that empowers patients to communicate their healthcare wishes, goals, and preferences with family and healthcare providers, in anticipation of a time when they may be unable to express these themselves. Effective ACP upholds patient autonomy, enabling individuals to actively participate in decisions about their end-of-life care. This enhances the quality of life for both patients and their caregivers while alleviating the burden on families. Despite its recognized importance, healthcare providers often initiate ACP discussions only in the advanced stages of illness, limiting time for preparation and emotional adjustment. Furthermore, both healthcare providers and the general public often fear engaging in conversations about death and dying, which presents a significant barrier to ACP. Initiating these conversations earlier, preferably before a crisis occurs, allows individuals to express their preferences, values, and goals for care. This ultimately leads to more personalized and meaningful healthcare decisions.

Keywords: Advance care planning, Older adults, Palliative care

Rama Med J: doi:10.33165/rmj.2024.47.4.269209

Received: May 9, 2024 **Revised:** August 29, 2024 **Accepted:** September 17, 2024

Corresponding Author:

Thagoon Kanjanopas
Department of Internal
Medicine, Hatyai Hospital,
182 Rattakarn Road, Hatyai,
Songkhla 90110, Thailand.
Telephone: +666 5895 1941
Email: tha.kan2@gmail.com





การวางแผนดูแลล่วงหน้าในผู้สูงอายุ

ฐาณกร กาญจน์โนภาส¹, ศรัณย์ ธนพุดพิวงค์²

¹ กลุ่มงานอายุรกรรม โรงพยาบาลหาดใหญ่ สงขลา ประเทศไทย

² ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล กรุงเทพฯ ประเทศไทย

การวางแผนดูแลล่วงหน้า คือ กระบวนการที่ผู้ป่วยพูดคุยปรึกษากับครอบครัวและบุคลากรสุขภาพเพื่อทำความเข้าใจเป้าหมาย การดูแลรักษาที่ต้องการและวางแผนการดูแลรักษาตนเองล่วงหน้าในกรณีที่ไม่สามารถตัดสินใจได้เอง การวางแผนดูแลล่วงหน้าที่มีความสำคัญทั้งเป็นการเคารพในสิทธิผู้ป่วย ช่วยให้ผู้ป่วยจัดการสิ่งค้างคาใจด้วยความสงบใจ เป็นการเพิ่มคุณภาพชีวิตให้กับผู้ป่วยและผู้ดูแล รวมทั้งลดภาระของครอบครัว ถึงแม้บุคลากรสุขภาพจะเห็นความสำคัญในการวางแผนสุขภาพล่วงหน้า แต่กลับเริ่มพูดคุยกับผู้ป่วยและครอบครัวในระยะท้ายของชีวิต ทำให้ไม่มีเวลาสำหรับการเตรียมตัวและเตรียมใจมากนัก โดยมีอุปสรรคใหญ่ คือ ความกลัวในการพูดคุยเรื่องชีวิตและความตาย ของทั้งบุคลากรทางการแพทย์และประชาชนทั่วไป ดังนั้นหากบุคลากรทางการแพทย์เข้าใจความสำคัญของการวางแผนสุขภาพล่วงหน้า และสามารถหาโอกาสในการพูดคุยกับผู้ป่วยและครอบครัวในเวลาที่เหมาะสม จะช่วยเพิ่มโอกาสของผู้ป่วยในการเตรียมแผนสำหรับการดูแลคุณภาพชีวิต ตั้งแต่ปัจจุบันไปจนถึงระยะสุดท้ายของชีวิต

คำสำคัญ: การวางแผนดูแลล่วงหน้า ผู้สูงอายุ การดูแลแบบประคับประคอง

Rama Med J: doi:10.33165/rmj.2024.47.4.269209

Received: May 9, 2024 Revised: August 29, 2024 Accepted: September 17, 2024

Corresponding Author:

ฐาณกร กาญจน์โนภาส
กลุ่มงานอายุรกรรม
โรงพยาบาลหาดใหญ่
182 ถนนรัตการ อำเภอหาดใหญ่
สงขลา 90110 ประเทศไทย
โทรศัพท์ +666 5895 1941
อีเมล tha.kan2@gmail.com



บทนำ

ประเทศไทยก้าวเข้าสู่การเป็นสังคมสูงวัย (Aged society) ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2548 ในปี พ.ศ. 2565 ประเทศไทย มีสัดส่วนประชากรกลุ่มผู้สูงอายุหรือมีอายุ 60 ปีขึ้นไป มากกว่า 12 ล้านคน หรือคิดเป็นสัดส่วนราว 1 ใน 6 ของ ประชากร^{1,2} จากการติดตามและประเมินผลการดำเนินงาน ตามแผนผู้สูงอายุแห่งชาติในช่วง 15 ปีที่ผ่านมา สะท้อน ให้เห็นถึงแนวโน้มของผู้สูงอายุมีภาวะทุพพลภาพ เพิ่มขึ้นและอยู่ในภาวะพึ่งพิง ซึ่งนิยามจากการที่ผู้สูงอายุ เริ่มมีข้อจำกัดในการทำกิจกรรมประจำวันตั้งแต่ 1 ด้านขึ้นไป ทั้งนี้ คาดว่าผู้สูงอายุในกลุ่มนี้จะมีจำนวนเพิ่มขึ้นจาก 6 แสนคน ในปี พ.ศ. 2559 เป็น 1.6 ล้านคนในปี พ.ศ. 2593

ผู้สูงอายุซึ่งอยู่ในภาวะพึ่งพิงต้องการการดูแลระยะยาว ส่งผลให้มีความต้องการผู้ดูแลเพิ่มขึ้นทั้งผู้ดูแลที่เป็น ทางการและไม่ใช่เป็นการ นำมาสู่ปัญหาสำคัญ คือ การขาดแคลนผู้ดูแล รวมถึงค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของ ผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้นและความเหลื่อมล้ำของการเข้าถึงบริการ สุขภาพที่มีมาตรฐานเพิ่มมากขึ้น³

การวางแผนดูแลล่วงหน้า หรือ Advance Care Planning (ACP) คือ กระบวนการที่สนับสนุนให้บุคคล ได้มีโอกาสทบทวนแนวทางการดูแลสุขภาพตนเอง ทั้งในปัจจุบันและอนาคต ที่สอดคล้องกับคุณค่าและ เป้าหมายของตนเองรวมถึงการสื่อสารความต้องการดังกล่าว ให้ครอบครัวและบุคลากรสุขภาพได้รับรู้เพื่อให้สามารถ ดูแลได้อย่างสอดคล้องกับความต้องการของบุคคลนั้น⁴

การศึกษาของสถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย (Thailand Development Research Institute, TDRI)⁵ ในปี พ.ศ. 2563 พบว่าคนไทยอายุ 20 ถึง 80 ปี มีความตระหนักรู้ เกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคองในระยะท้าย ของชีวิตเพียงร้อยละ 43 เท่านั้น แม้ว่าร้อยละ 92 จะรู้จัก พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 มาตรา 12 ว่าด้วยสิทธิในการปฏิเสธการรักษาที่เป็นไปเพื่อการยื้อชีวิต แต่มีเพียงร้อยละ 14 เท่านั้น ที่เคยทำพินัยกรรมชีวิตหรือ วางแผนการดูแลสุขภาพล่วงหน้า

จากรายงานการสำรวจความชุก (Point prevalence) ใน 14 โรงพยาบาลทั่วประเทศไทย⁶ พบว่าผู้ป่วยระยะท้าย ได้รับการปรึกษาและอยู่ในการดูแลของศูนย์ดูแลแบบ

ประคับประคองเพียงร้อยละ 17 และผู้ป่วยระยะท้ายที่อยู่ใน การดูแลของศูนย์ดูแลแบบประคับประคองของโรงพยาบาล มีการวางแผนสุขภาพล่วงหน้าร้อยละ 88.7 ในขณะที่ผู้ป่วย ระยะท้ายที่ไม่มีทีมดูแลแบบประคับประคองร่วมดูแลพบว่า มีการวางแผนสุขภาพล่วงหน้าเพียงร้อยละ 15.7 เท่านั้น แสดงให้เห็นว่า การวางแผนสุขภาพล่วงหน้าผูกโยงกับ ผู้ป่วยระยะท้าย และเป็นบทบาทหน้าที่ของศูนย์ดูแลแบบ ประคับประคองเท่านั้น

การวางแผนสุขภาพล่วงหน้าเป็นมาตรฐานในการดูแล ผู้สูงอายุในหลายๆประเทศทั่วโลก เนื่องจากเป็นหลักประกัน ในการเข้าถึงการดูแลคุณภาพชีวิตหรือการดูแลแบบ ประคับประคองในเวลาที่เหมาะสม⁷ โดยเฉพาะในช่วงท้าย ของชีวิต อย่างไรก็ตาม เหตุการณ์ที่มักพบในปัจจุบัน คือ ผู้สูงอายุไม่ได้มีการสื่อสารเจตนาของตนไว้ก่อนเมื่อเข้าสู่ ช่วงท้ายของชีวิต ส่งผลให้ทั้งครอบครัว ผู้ดูแล รวมถึง บุคลากรทางการแพทย์ต่างรู้สึกกดดันและอึดอัดใจที่จะให้ การดูแลรักษานำไปสู่การรักษาเพื่อยื้อชีวิตที่สร้างความทุกข์ ทรมานทั้งกายใจให้กับผู้สูงอายุและครอบครัว นำมาซึ่ง ความรู้สึกเจ็บปวด ความรู้สึกผิดที่ติดค้างในใจครอบครัว จากการสูญเสียที่เกิดขึ้น^{8,9}

บทความนี้มุ่งให้เห็นถึงความหมาย ความสำคัญของ การวางแผนดูแลล่วงหน้าและอธิบายขั้นตอนการวางแผน ดูแลล่วงหน้าไว้อย่างเป็นรูปธรรมพร้อมทั้งตัวอย่างชุดคำ พุดที่สามารถนำไปปรับใช้ได้ทั้งทางเวชปฏิบัติ

การวางแผนดูแลล่วงหน้าคืออะไร?

สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติได้กำหนด มาตรฐานการวางแผนดูแลล่วงหน้าสำหรับประเทศไทย พ.ศ. 2565¹⁰ และได้ให้ความหมายของ การวางแผนดูแล ล่วงหน้าไว้ว่าคือ “กระบวนการวางแผนดูแลสุขภาพที่ทำไว้ ก่อนที่ผู้ป่วยจะหมดความสามารถในการตัดสินใจหรือ เข้าสู่ระยะท้ายของชีวิตอาจเป็นทางการหรือไม่เป็นทางการ โดยอาจใช้กระบวนการสนทนาปรึกษาร่วมกัน ระหว่าง ผู้ป่วย ครอบครัว และทีมบุคลากรสุขภาพหรือผู้ป่วยอาจทำ ได้ด้วยตนเองหรือปรึกษาสมาชิกครอบครัว หรือปรึกษา บุคลากรสุขภาพ” โดยมีนิยามเชิงปฏิบัติการของคำศัพท์ ที่เกี่ยวข้องไว้¹¹ (ตารางที่ 1)



ตารางที่ 1. นิยามเชิงปฏิบัติการของคำศัพท์ที่เกี่ยวข้องกับการวางแผนดูแลล่วงหน้า

คำศัพท์	นิยาม
การวางแผนการดูแลล่วงหน้า (Advance care planning)	กระบวนการวางแผนดูแลสุขภาพที่ทำไว้ก่อนที่ผู้ป่วยจะหมดความสามารถในการตัดสินใจหรือเข้าสู่ระยะท้ายของชีวิต อาจเป็นทางการหรือไม่เป็นทางการ โดยอาจใช้กระบวนการสนทนาศึกษาร่วมกันระหว่างผู้ป่วยครอบครัวและทีมบุคลากรสุขภาพหรือผู้ป่วยอาจทำได้ด้วยตนเองหรือปรึกษาศาสนิกครอบครัว หรือปรึกษามูลนิธิสุขภาพ
หนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุข (Advance directive or living will)	หนังสือซึ่งบุคคลแสดงเจตนาไว้ล่วงหน้าว่าไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตตนหรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วย
ผู้ตัดสินใจแทน (Surrogate decision maker)	บุคคลที่ได้รับการมอบหมายจากผู้ป่วยให้ทำหน้าที่ตัดสินใจเลือกการรักษาที่เป็นไปตามความต้องการของผู้ป่วยขณะยังมีสติสัมปชัญญะ หมายถึงผู้แสดงเจตนาแทนหรือบุคคลที่มีหน้าที่อธิบายความประสงค์ที่แท้จริงของผู้ทำหนังสือแสดงเจตนา โดยทำหน้าที่เมื่อผู้ป่วยหมดความสามารถในการตัดสินใจแล้ว สำหรับกรณีที่ไม่มีการมอบหมายไว้ญาติหรือผู้ดูแลใกล้ชิด และทีมสหสาขาวิชา จะร่วมกันพิจารณาอย่างรอบคอบ
หนังสือมอบอำนาจ การตัดสินใจทางสุขภาพ (Lasting/durable power of attorney)	เอกสารทางกฎหมายหรือวิธีการอื่นที่ได้รับการยอมรับโดยกฎหมายที่มอบอำนาจให้บุคคลเป็นผู้ตัดสินใจแทน เมื่อผู้ป่วยเข้าสู่ระยะสุดท้ายของชีวิตและหมดความสามารถในการตัดสินใจ ซึ่งอาจจะระบุไว้ในหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขตามมาตรา 12 แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 ก็ได้

เมื่อพิจารณาจากนิยามเชิงปฏิบัติการ จะเห็นได้ว่าการวางแผนดูแลล่วงหน้า เป็น “กระบวนการ” วางแผนซึ่งประกอบด้วย การพูดคุยสื่อสารเพื่อทำความเข้าใจร่วมกันระหว่างผู้ป่วย ครอบครัว และบุคลากรสุขภาพ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลตามแผนที่วางไว้ในอนาคต ในเวลาที่ผู้ป่วยไม่สามารถพูดคุยสื่อสารได้ ผลลัพธ์ในการพูดคุยเป็นหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุข (Advance directive or living will)

ในอดีตกระบวนการวางแผนดูแลล่วงหน้ามักจะเน้นที่การทำหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุข เน้นไปที่การปฏิเสธการรักษาและการกรอกข้อมูลลงในเอกสาร ก่อให้เกิดความลำบากใจของผู้ที่จะต้องลงนามในเอกสาร หลายครั้งครอบครัวหรือญาติมักเข้าใจผิดว่าผู้ป่วยจะไม่ได้รับการดูแลรักษาแล้วเมื่อมีการลงชื่อเป็นลายลักษณ์อักษรไว้ในเอกสารดังกล่าว¹² ดังนั้น การมีหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขเพียงอย่างเดียว หากไม่ประกอบด้วยการสื่อสารที่มี

ประสิทธิภาพย่อมทำให้ผลของหนังสือดังกล่าวไม่ก่อให้เกิดประโยชน์ดังที่ผู้ป่วยได้แสดงเจตนาไว้หนึ่งในสถานการณ์ที่พบได้บ่อย คือ ผู้ป่วยซึ่งเข้าสู่ระยะท้ายของชีวิต ได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจและเสียชีวิตในโรงพยาบาลแม้ว่าจะได้เขียนหนังสือแสดงเจตนาไว้แล้วว่าการจะเสียชีวิตอย่างสงบที่บ้าน นั้นอาจเป็นเพราะผู้ป่วยและผู้ดูแลไม่ได้วางแผนและรับรู้เจตนาร่วมกัน หรือในกระบวนการพูดคุยวางแผนดังกล่าว อาจละเลยมิติด้านอารมณ์และความรู้สึกของผู้ดูแลที่จะต้องตัดสินใจในเวลาสำคัญของผู้ป่วย โดยเฉพาะความรู้สึกผิดหากต้องปล่อยให้ผู้ป่วยเสียชีวิต

ปัจจุบัน การวางแผนดูแลล่วงหน้าจึงมีทิศทางที่จะทำให้พูดคุยเรื่องราวในมิติที่เกี่ยวข้องกับการดูแล การเตรียมแผนไว้ล่วงหน้าและให้การพูดคุยนั้นเกิดได้เร็วขึ้นระหว่างผู้ป่วยและครอบครัว แทนที่จะเป็นการพูดคุยในมิติทางด้านการแพทย์ในช่วงระยะท้ายของชีวิตเท่านั้น

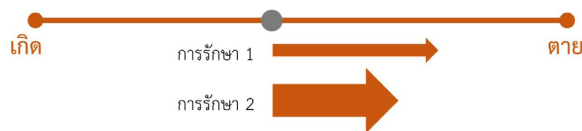
การศึกษาเพื่อหาฉันทามติจากฉันทามติ (Consensus definition) ของสหสาขาวิชาชีพ¹³ ได้ให้ความหมายของการวางแผนสุขภาพล่วงหน้า (Advance care planning)

ไว้ว่า “กระบวนการที่ช่วยให้บุคคล ได้ทำความเข้าใจ และแลกเปลี่ยน คุณค่าของตัวเอง เป้าหมายในชีวิต และความปรารถนาที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพในอนาคต” ทำให้มิติในการวางแผนดูแลล่วงหน้า เปลี่ยนจากการให้ความสำคัญของการสื่อสารด้านการรักษาทางการแพทย์เพียงอย่างเดียว เป็นการทำความเข้าใจเป้าหมาย คุณค่าในชีวิต เพื่อสนับสนุนให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้ทบทวน และเลือกได้ว่าจะใช้ชีวิตที่เหลือและเสียชีวิตอย่างสอดคล้องกับคุณค่าภายในของผู้ป่วยได้อย่างไร European Association for Palliative Care¹⁴ จึงได้ให้นิยามของหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่มีความสอดคล้องกับหลักคิดของการวางแผนสุขภาพล่วงหน้าเบื้องต้นว่าเป็นหนังสือแสดงเจตนาถึง “คุณค่า” “เป้าหมาย” และ “ความต้องการ” ของตนเองไว้ล่วงหน้าเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลเมื่อบุคคลนั้นอยู่ในภาวะที่ไม่สามารถตัดสินใจได้

การดูแลผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังที่มากขึ้น มุมมองการรักษาที่มุ่งเน้นที่ตัวโรคเพียงอย่างเดียว อาจนำไปสู่การรักษาที่สร้างความทุกข์ทรมานแก่ผู้สูงอายุได้ การศึกษาคุณค่าชีวิตของผู้สูงอายุ¹⁵ ได้แสดงไว้อย่างชัดเจนว่า “การมีชีวิตอยู่ให้ได้มากที่สุด” ไม่ใช่คุณค่าที่ผู้ป่วยให้ความสำคัญมากที่สุดเสมอไป การได้ทำความเข้าใจและสืบค้นเป้าหมาย และคุณค่าในชีวิตของผู้ป่วย ช่วยให้บุคลากรสุขภาพสามารถเลือกการรักษาที่เหมาะสมกับผู้ป่วยได้ คุณค่าหรือมุมมองที่มีต่อสภาวะโรค ช่วยให้เรทำความเข้าใจวิธีเลือกการรักษาที่สอดคล้องกับคุณค่าที่อยู่ภายใน

ตัวอย่างเช่น ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่เป็นผู้สูงอายุ มีทางเลือกในการรักษาบำบัดทดแทนไต (การฟอกเลือดหรือการล้างไตทางช่องท้อง) หรือการดูแลแบบประคับประคองในบางกรณี การรักษาบำบัดทดแทนไตอาจยืดอายุได้นานขึ้นแต่แลกมากับคุณภาพชีวิตในกระบวนการบำบัดทดแทนไตที่น้อยลง (การรักษา 1 ในภาพที่ 1) ขณะที่การดูแลแบบประคับประคองอาจไม่ได้มีเป้าหมายเพื่อยืดอายุให้นานขึ้น แต่เน้นการดูแลคุณภาพชีวิตที่มากกว่า (การรักษา 2 ในภาพที่ 1) เมื่อบุคลากรสุขภาพทำความเข้าใจคุณค่าและเป้าหมายของผู้สูงอายุในการดูแลโรคไตเรื้อรัง จะช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวเห็นภาพรวมของกระบวนการรักษาและเลือกการรักษาที่เหมาะสมกับคุณค่าและเป้าหมายของตนได้

ภาพที่ 1. สถานการณ์ที่ต่างกันในการวางแผนเป้าหมายการรักษาตามคุณค่าในชีวิตของผู้ป่วย



ความสำคัญของการวางแผนดูแลล่วงหน้าในผู้สูงอายุ

- ประโยชน์ของการวางแผนดูแลล่วงหน้า ประกอบด้วย
- การเคารพในสิทธิของผู้ป่วย ช่วยให้การดูแลสอดคล้องกับความต้องการของผู้ป่วย โดยเฉพาะในช่วงเวลาที่ผู้ป่วยขาดความสามารถในการตัดสินใจ อยู่ในภาวะเจ็บป่วยรุนแรง หรือในช่วงระยะท้ายของชีวิต¹⁶
 - ช่วยให้ผู้ป่วยจัดการสิ่งค้างคาใจด้วยความสงบทางใจ ลดภาระและความลำบากใจของครอบครัว¹⁷
 - ลดความเครียด ความวิตกกังวล และภาวะซึมเศร้าของสมาชิกในครอบครัว¹⁸
 - เพิ่มความพึงพอใจและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย¹⁸
 - ลดการนอนโรงพยาบาลและการใช้ทรัพยากรของโรงพยาบาล ในช่วงระยะสุดท้ายของผู้ป่วย¹⁹
 - ลดการรบกวนหัวใจเพื่อกู้ชีพผู้ป่วยที่หยุดหายใจ (Cardiopulmonary resuscitation, CPR) ในผู้ป่วยที่ได้แสดงเจตนาไว้แล้ว²⁰

การศึกษาโดยการสุ่มตัวอย่างเปรียบเทียบ (Randomized controlled trial)¹⁸ ในผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 80 ปีขึ้นไป จำนวน 309 คน เปรียบเทียบระหว่างกลุ่มผู้สูงอายุที่ได้ทำแผนสุขภาพล่วงหน้าเทียบกับกลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติ ในบรรดาผู้ป่วย 56 คนที่เสียชีวิตภายใน 6 เดือน ผู้ป่วยที่ได้ทำแผนสุขภาพล่วงหน้า จำนวน 25 คน จาก 29 คน คิดเป็นร้อยละ 86 ได้รับการดูแลตามความปรารถนา ในวาระสุดท้าย ขณะที่กลุ่มควบคุมมีเพียง 8 คน จาก 27 คน คิดเป็นร้อยละ 30 ที่ได้รับการดูแลตามความปรารถนา ซึ่งมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ นอกจากนี้ ในครอบครัวของกลุ่มผู้สูงอายุที่ได้รับการทำแผนดูแลล่วงหน้าพบว่ามีความเครียด ความวิตกกังวล และภาวะซึมเศร้าน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ

จากหลักฐานข้างต้นแสดงให้เห็นความสำคัญของการวางแผนดูแลล่วงหน้าในผู้สูงอายุ ที่นอกจากจะเป็นหลักประกันให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลแบบประคับประคองในเวลาที่เหมาะสมแล้ว การพูดคุยและแผนที่วางไว้ยังมีส่วนสำคัญในการดูแลความสูญเสียของสมาชิกในครอบครัวที่จะเกิดขึ้นด้วยเช่นกัน เนื่องจากในกระบวนการพูดคุยวางแผนดูแลล่วงหน้า ทำให้ทั้งผู้สูงอายุและผู้ดูแลต่างตระหนักรู้ถึงสถานการณ์ที่เกิดขึ้น และช่วยกันสร้างแผนดูแลร่วมกัน โดยที่ผู้ดูแลไม่จำเป็นต้องแบกรับความรับผิดชอบไว้เพียงคนเดียว ในทางตรงข้ามกลับรู้สึกสบายใจมากขึ้นว่าตนได้ทำตามแผนที่สอดคล้องกับความต้องการของผู้สูงอายุอย่างแท้จริง

ทำทีของผู้สูงอายุต่อการวางแผนดูแลล่วงหน้า

จากการศึกษารวบรวมความเห็นของผู้สูงอายุที่มีต่อการวางแผนดูแลล่วงหน้า²¹ พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ต้องการพูดคุยเรื่องการดูแลของตนในช่วงระยะสุดท้าย โดยเห็นว่าประโยชน์ในการพูดคุยดังกล่าวช่วยสร้างความมั่นใจว่าตนจะได้รับการดูแลด้วยความเคารพ และเห็นโอกาสในการวางแผนสำหรับการดูแลตนเองก่อนที่ตนจะไม่สามารถตัดสินใจได้หรือมีสภาวะด้านสุขภาพร่างกายที่ถดถอยลง ทั้งนี้ ผู้สูงอายุมีมุมมองต่อช่วงเวลาที่เหมาะสมในการวางแผนดูแลที่แตกต่างกัน บางส่วนต้องการพูดคุยตั้งแต่ในระยะแรก ในขณะที่บางส่วนยังไม่พร้อมที่จะพูดคุยเนื่องจากมองว่าตนยังมีสุขภาพที่แข็งแรงดีอยู่²²

อย่างไรก็ตาม โดยภาพรวม ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มองว่าการวางแผนดูแลล่วงหน้าเป็นสิ่งที่มีความสำคัญ และมีความต้องการที่จะวางแผนดูแลล่วงหน้า โดยผู้สูงอายุรู้สึกไว้วางใจในบุคลากรสุขภาพที่เป็นเจ้าของไข้ที่จะมาช่วยวางแผนร่วมกัน²³ ดังนั้น หน่วยบริการปฐมภูมิหรือแพทย์เจ้าของไข้ที่มีความสัมพันธ์อันดีกับผู้สูงอายุจึงมีความสำคัญอย่างมากในการดูแล และควรหาโอกาสในการพูดคุยวางแผนดูแลล่วงหน้าร่วมกับผู้ตัดสินใจแทน (Surrogate decision maker) ซึ่งเป็นบุคคลที่ผู้ป่วยไว้วางใจหรือมอบหมายให้สามารถตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลแทนเมื่อผู้ป่วยอยู่ในภาวะไม่สามารถแสดงความต้องการหรือตัดสินใจเองได้

ผู้สูงอายุจะมีประสบการณ์ที่เห็นความเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นทั้งในด้านของชีวิต สุขภาพ และการปฏิสัมพันธ์กับสังคม การใช้โอกาสนี้ในการสร้างความตระหนักรู้และทบทวนถึงการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น เป็นโอกาสที่เหมาะสมในการชวนผู้สูงอายุวางแผนดูแลล่วงหน้า โดยมีคำแนะนำถึงสถานการณ์ที่ใช้เป็นโอกาสในการเริ่มต้นพูดคุยวางแผนดูแลล่วงหน้า ได้แก่²⁴

- การตรวจสุขภาพร่างกายประจำปี
- เมื่อวินิจฉัยภาวะรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย (Mild cognitive impairment) หรือสมองเสื่อมระยะเริ่มต้น (Mild dementia)
- ผู้สูงอายุมีสภาวะพึ่งพิงและต้องการการดูแลที่มากขึ้น
- ผู้สูงอายุมีความเสื่อมถอยในการช่วยเหลือตัวเอง (Functional impairment) ที่มากขึ้น
- ผู้สูงอายุซึ่งย้ายเข้าไปอยู่สถานพยาบาลหรือบ้านพักผู้สูงอายุ

- ภายหลังจากออกจากการรักษาตัวในโรงพยาบาลหรือเปลี่ยนสถานพยาบาล

- เมื่อสุขภาพโดยรวมมีการเปลี่ยนแปลง (ทั้งดีขึ้นและเลวลง)

- เมื่อมีการเปลี่ยนแปลงของสถานการณ์ทางครอบครัวหรือสังคม เช่น สมาชิกในบ้านเสียชีวิต

สถานการณ์ที่มีการเปลี่ยนแปลงเหล่านี้เป็นเสมือนโอกาสกระตุ้นให้มีการชวนพูดคุยวางแผนสุขภาพล่วงหน้า ซึ่งควรทำให้เร็วที่สุดผสมผสานกับการดูแลผู้ป่วยทั่วไป โดยควรทำอย่างต่อเนื่องและมีการทบทวนอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง หรือเมื่อพบปัญหาใหม่

ตัวอย่างสถานการณ์ที่จะเริ่มต้นพูดคุย เช่น เมื่อผู้สูงอายุมานอนพักรักษาตัวที่โรงพยาบาลเพื่อดูแลแผลกดทับและให้ยาฆ่าเชื้อ นอกจากบุคลากรทางการแพทย์จะชวนผู้ป่วยและผู้ดูแลพูดคุยถึงตัวโรคและการดูแลรักษาแล้วยังสามารถชวนผู้สูงอายุและผู้ดูแลพูดคุยถึงประสบการณ์ในการนอนโรงพยาบาล สิ่งที่ชอบและไม่ชอบในการนอนโรงพยาบาล ประสบการณ์การพบเห็นการรักษาด้วยเครื่องฟุ้งชีวะต่างๆ ในหอผู้ป่วยเช่น ท่อช่วยหายใจการล้างไตหรือการชวนมองไปข้างหน้าว่า หากตัวโรคที่เป็นอยู่มีการดำเนินไปมากขึ้น ผู้สูงอายุและผู้ดูแลมีความเห็นและความรู้สึกอย่างไรบ้าง การพูดคุยดังกล่าวทำให้ทั้งผู้สูงอายุ ผู้ดูแล และบุคลากรทางการแพทย์ได้เข้าใจความคิด ความเชื่อ ความต้องการ

ของผู้สูงอายุ และเป็นต้นทุนข้อมูลในการวางแผนดูแล
ล่วงหน้าในโอกาสถัดไป

ทั้งนี้ ก่อนเริ่มการวางแผนดูแลล่วงหน้าควรประเมิน
ศักยภาพในการตัดสินใจ (Mental capacity)²⁵ การวางแผน
สุขภาพล่วงหน้าควรให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในบทสนทนา
ให้มากที่สุด และบุคลากรสุขภาพควรระลึกเสมอว่า
ความสามารถในการตัดสินใจและการตัดสินใจอาจมี
การเปลี่ยนแปลงได้ตลอดเวลา แต่ “คุณค่า” ในชีวิตและ
เป้าหมายการดูแล เป็นสิ่งที่สามารถพูดคุยสื่อสารได้เสมอ
หากผู้สูงอายุปฏิเสธการวางแผนดูแลล่วงหน้าควรถามถึง
ความกังวลหาอุปสรรคที่เกี่ยวข้องและแนะนำวิธีการเข้าถึง
การวางแผนดูแลล่วงหน้าหากเปลี่ยนใจ ไม่ควรบังคับ
หากผู้ป่วยยังลังเลใจที่จะวางแผนดูแลล่วงหน้า หรือ
ยังเข้าใจในตัวโรคได้ไม่ดี

การวางแผนดูแลล่วงหน้าในบริบทของสังคมไทย

สังคมไทยเป็นสังคมที่ให้คุณค่ากับเรื่องครอบครัว
และความกตัญญู ลูกหลานถูกเลี้ยงดูให้เคารพและดูแล
ผู้ใหญ่โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง นอกจากนี้
วัฒนธรรมตะวันออกซึ่งรวมถึงวัฒนธรรมไทยมีความกลัว
ในการพูดเรื่องเกี่ยวกับชีวิตและความตาย ทำให้หลายครั้ง
การตัดสินใจสำคัญจึงเป็นการตัดสินใจโดยครอบครัว
เท่านั้น²⁶ นอกจากนี้ยังพบว่าการปิดบังความจริงของ
ครอบครัว (Conspiracy of silence) เป็นอุปสรรคใหญ่ที่
ทำให้สมาชิกในครอบครัวมักจะเลือกการยื้อชีวิตเนื่องจาก
มองว่าตนได้ทำในสิ่งที่ดีที่สุดเพื่อคนที่รัก โดยไม่ได้มีโอกาส
เข้าใจความต้องการที่แท้จริงของผู้ป่วย²⁷

การศึกษาทบทวนอย่างเป็นระบบ(Systematic review)²⁸
เกี่ยวกับการวางแผนดูแลล่วงหน้าในเอเชีย พบว่าบุคลากร
ทางการแพทย์เห็นถึงความสำคัญของการวางแผนดูแล
ล่วงหน้าแต่มีจะไม่ได้ทำการวางแผนดูแลล่วงหน้าให้กับ
ผู้ป่วยหรือครอบครัวส่วนหนึ่งเป็นเพราะกลัวว่าการพูดคุย
ดังกล่าวจะสร้างความขัดแย้งในครอบครัวและนำไปสู่
การฟ้องร้องนอกจากนี้การขาดความรู้และทักษะการสื่อสาร
ของบุคลากรทางการแพทย์ทำให้การวางแผนดูแลล่วงหน้า
เกิดขึ้นได้น้อย และเกิดขึ้นเมื่อผู้สูงอายุเข้าสู่ช่วงท้าย
ของชีวิต หรือมีการดำเนินโรคที่เป็นไปมากแล้ว

ขั้นตอนการวางแผนดูแลล่วงหน้า

เกณฑ์มาตรฐานการวางแผนดูแลล่วงหน้าสำหรับ
ประเทศไทย (Thai standards for advance care planning)
พ.ศ. 2565¹⁰ ได้กำหนดขั้นตอนการวางแผนดูแลล่วงหน้าไว้
3 ขั้นตอน ได้แก่

**ขั้นตอนที่ 1 ชักชวนและเปิดโอกาสให้ผู้ป่วย
คิดทบทวน** ถึงสิ่งที่ให้ความสำคัญและมีคุณค่าสำหรับ
ตัวผู้ป่วย ภาวะที่ผู้ป่วยยอมรับได้และรับไม่ได้ขอบเขต
การรักษาที่ผู้ป่วยยอมรับได้และยอมรับไม่ได้และบริบท
ใดบ้างที่ผู้ป่วยประสงค์จะให้เกิดขึ้นหรือไม่ต้องการให้
เกิดขึ้น เมื่อวาระสุดท้ายของชีวิตผู้ป่วยมาถึง โดยคำนึงถึง
ความหมายของการตายดีและการตายไม่ดีในมุมมองของ
ผู้ป่วย (Patient's preferences) เพื่อให้ผู้ป่วยได้เตรียมตัว
ล่วงหน้าในกรณีที่เกิดการพยากรณ์โรคไม่ดี

สมดุเบใจ²⁹ เป็นหนึ่งในเครื่องมือที่ช่วยทบทวน
วางแผนชีวิต และสื่อสารเจตนาล่วงหน้าเกี่ยวกับการดูแล
สุขภาพช่วงสุดท้ายของชีวิตและมีผลทางกฎหมาย
ตามพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 มาตรา 12
ซึ่งสอดคล้องกับมาตรฐานการวางแผนการดูแลล่วงหน้า
สำหรับประเทศไทย ได้มีข้อคำถามที่ช่วยสืบค้นถึง
คุณค่าสำคัญในกรณีที่ป่วยในระยะท้าย แสดงตัวเลือกไว้
ตัวอย่างเช่น มีอายุยืนยาว ดูแลตัวเองได้ไม่เป็นภาระของ
คนอื่น ได้อย่างสุขสบาย ไม่เจ็บปวดทรมาน ได้อยู่กับ
ครอบครัวอันเป็นที่รักจากไปอย่างมีสติและรู้ลึกตัว เป็นต้น

การได้ทำความเข้าใจคุณค่าที่อยู่เบื้องลึกของผู้สูงอายุ
เป็นขั้นตอนที่สำคัญเนื่องจากทำให้ผู้ดูแลและบุคลากรทาง
การแพทย์เข้าใจถึงเหตุผลของการเลือก สร้างความสัมพันธ์
ที่แน่นแฟ้นขึ้นและทำให้ทุกฝ่ายมั่นใจว่าการตัดสินใจเลือก
การรักษาไม่ว่าด้วยวิธีใดนั้น สอดคล้องกับความต้องการ
ที่แท้จริงของผู้สูงอายุ³⁰ ตัวอย่างเช่น หากผู้สูงอายุแสดง
เจตนาว่า “การได้อยู่กับครอบครัวอันเป็นที่รัก” และ
“ลูกหลานสามัคคี ไม่ทะเลาะกัน” เป็นคุณค่าที่ผู้สูงอายุ
ท่านนั้นให้ความสำคัญเมื่อคนเข้าสู่ช่วงวาระท้ายของชีวิต
ก็จะช่วยทำให้ลูกหลาน ผู้ดูแล และบุคลากรสุขภาพ
เห็น “ภาพรวม” ของการดูแลในช่วงท้ายที่ผู้สูงอายุท่านนี้
ปรารถนา สามารถออกแบบและลงรายละเอียดไปด้วยกัน
ภายใต้ภาพรวมที่ผู้สูงอายุได้แสดงเจตนาไว้

ขั้นตอนที่ 2 ให้ผู้ป่วยเลือกผู้ตัดสินใจแทน ซึ่งเป็นบุคคลที่ผู้ป่วยเชื่อว่าเข้าใจความต้องการของผู้ป่วยและตัดสินใจเรื่องการดูแลรักษาในอนาคตที่ตรงกับความต้องการของผู้ป่วยมากที่สุด เพื่อในกรณีที่ต้องตัดสินใจเรื่องที่ยังไม่ได้กำหนดไว้ในแผนล่วงหน้า

แม้ว่าเอกสารแสดงเจตนาล่วงหน้าเกี่ยวกับสุขภาพช่วงสุดท้ายตามมาตรา 12 ในพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550³¹ จะไม่ได้ระบุไว้ถึงผู้ที่มีอำนาจตัดสินใจแทนอย่างชัดเจน อย่างไรก็ตาม สมาชิกในครอบครัวและผู้ดูแลที่เข้าใจผู้ป่วยมีส่วนสำคัญอย่างมากในการปรึกษาหารือกันเพื่อให้ได้รับทราบเจตนาที่แท้จริงของผู้ป่วย โดยอาจสอบถามจากผู้สูงอายุหากยังมีสติสัมปชัญญะและมีจังหวะที่เหมาะสมเช่น สอบถามความหวั่นใจของผู้สูงอายุ มีสิ่งใดที่ลูกหลานจะช่วยลดความกังวลได้บ้าง อาจถามยืนยันเจตนาของผู้สูงอายุท่ามกลางสมาชิกในครอบครัวทุกคน เพื่อลดความขัดแย้งที่อาจเกิดขึ้นได้

หลายกรณีที่ผู้สูงอายุไม่ได้แสดงเจตนาไว้ก่อน และผู้สูงอายุไม่สามารถตัดสินใจได้แล้ว บุคลากรทางการแพทย์มีส่วนสำคัญอย่างมากในการนัดพบและพูดคุย โดยทำหน้าที่เป็นตัวกลางให้กับทุกคนที่เกี่ยวข้องทั้งสมาชิกในครอบครัว ผู้ดูแล เพื่อนสนิทที่จะเข้ามามีส่วนร่วม เปิดพื้นที่ให้ทุกคนได้แบ่งปันความคิด ความเชื่อของผู้สูงอายุจากประสบการณ์ที่มีร่วมกันจากการใช้ชีวิตที่ผ่านมา

ขั้นตอนที่ 3 แพทย์ผู้ดูแลบันทึกความต้องการของผู้ป่วย ลงในเอกสารเพื่อสื่อสารให้ทีมแพทย์ที่ดูแลทราบความต้องการของผู้ป่วยและหากเป็นไปได้ควรนำเอกสารดังกล่าวเข้าสู่ระบบฐานข้อมูลของโรงพยาบาล ที่ดูแลรักษาผู้ป่วยและผู้ป่วยควรมีอีกฉบับเก็บไว้กับตัว ทั้งนี้แบบฟอร์มสามารถปรับให้เหมาะสมตามบริบทของสถานพยาบาลได้คำแนะนำการวางแผนการดูแลล่วงหน้าสำหรับประเทศไทย¹⁰ ได้แนะนำให้แบบฟอร์มควรประกอบด้วย 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้วางแผนการดูแลล่วงหน้า

ส่วนที่ 2 การแสดงเจตนาหรือความปรารถนาและแผนการดูแลล่วงหน้า

ส่วนที่ 3 ผู้ตัดสินใจแทน

ส่วนที่ 4 เมื่อวางแผนการดูแลล่วงหน้าเรียบร้อยแล้ว จะต้องทำอย่างไรบ้าง

นอกจากนี้ การทำแผนการดูแลล่วงหน้าสามารถทำนอกโรงพยาบาลได้จากเอกสารที่ได้รับการรับรองแล้ว ได้แก่ สมุดเบาใจ เป็นต้น

แนวทางการพูดคุยวางแผนดูแลล่วงหน้า

ปัจจุบันมีแนวทางการพูดคุยวางแผนดูแลล่วงหน้าหลากหลายแนวทาง หนึ่งในแนวทางที่ได้รับความนิยมคือ แนวทางที่คิดค้นโดย The National Gold Standards Framework Center³² ประกอบด้วย แนวทาง 5 ขั้นตอน ที่บุคคลทั่วไปสามารถเริ่มต้นวางแผนดูแลล่วงหน้าได้ด้วยตนเอง พูดคุยกับสมาชิกในครอบครัว และปรึกษานักการสุขภาพได้เช่นกัน โดยผู้พิมพ์เขียนสรุปและให้คำอธิบายดังแสดงในตารางที่ 2

สำหรับบุคลากรบุคลากรทางการแพทย์ที่ดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโรคที่มีภาวะคุกคามชีวิต หรือผู้สูงอายุที่สนใจการวางแผนดูแลล่วงหน้า ผู้พิมพ์ได้รวบรวมแนวทางการพูดคุยวางแผนดูแลล่วงหน้า^{23,24,33} ดังสรุปไว้ในตารางที่ 3 ในการพูดคุยวางแผนดูแลล่วงหน้าแต่ละครั้ง บุคลากรทางการแพทย์ไม่จำเป็นต้องทำให้ครบทุกขั้นตอนในครั้งเดียว สิ่งสำคัญคือผู้ป่วยและครอบครัวที่อยู่ตรงหน้าและเชื่อมโยงให้เห็นถึงคุณค่าและเป้าหมายที่แท้จริงในการรักษาหลายครั้งที่มีอารมณ์และความรู้สึกที่ท่วมท้นในระหว่างบทสนทนา บุคลากรสุขภาพควรใช้เวลาให้การยอมรับในทุกๆ อารมณ์ ความคิดและความรู้สึกและเป็นพื้นที่ปลอดภัยให้กับผู้ป่วยและครอบครัว

การวางแผนดูแลล่วงหน้าประกอบด้วยองค์ประกอบหลากหลายและเป็นกระบวนการที่ต่อเนื่อง ในทางปฏิบัติ บุคลากรทางการแพทย์ไม่จำเป็นต้องเรียงตามลำดับที่แสดงไว้ในตาราง และไม่จำเป็นต้องพูดคุยทุกประเด็นให้เสร็จภายในครั้งเดียว อย่างไรก็ตามแนวทางในการพูดคุยเป็นเพียงกรอบทางความคิดเพื่อให้บุคลากรสุขภาพใช้เป็นแนวทางในการพูดคุยเท่านั้น หัวใจสำคัญของการวางแผนดูแลล่วงหน้า ประกอบด้วย การเตรียมตัวทั้งของผู้ป่วยและครอบครัว การตระหนักว่าผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง รวมถึงความเห็นอกเห็นใจและรับรู้ถึงอารมณ์ความรู้สึก ซึ่งสามารถเกิดขึ้นได้เป็นปกติ³⁴



ตารางที่ 2. ขั้นตอนการวางแผนดูแลล่วงหน้า

ขั้นตอนที่	หัวข้อ	คำอธิบาย
1	Think	การชวนผู้ป่วย “คิด” ถึงความเป็นไปได้ที่อาจจะเกิดขึ้นในอนาคตจากสถานการณ์ที่เป็นอยู่ในปัจจุบัน ตัวอย่างเช่น “คุณคิดอย่างไรบ้าง หากการทำงานของไตแย่ลงมากกว่านี้?” “มีความเป็นไปได้ ที่มะเร็งจะกลับมาเป็นซ้ำ คุณคิดและรู้สึกอย่างไรบ้างกับสถานการณ์นี้?” “มีสิ่งใดบ้าง ที่จะช่วยให้คุณเตรียมพร้อมรับมือได้ดีขึ้น?” “มีการรักษาใดที่คุณอยากให้หมอดูแล และมีการรักษาใดบ้างที่คุณไม่อยากจะเกิดขึ้น? เพราะอะไรจึงคิดเช่นนั้น?”
2	Talk	การชวนผู้ป่วย “พูดคุย” กับครอบครัวหรือเพื่อน ถึงสิ่งที่คุณ “คิด” ไว้ในขั้นตอนที่ 1 การได้พูดคุยกันจะเป็นช่วงเวลาที่ให้มีโอกาสแบ่งปันและดูแลความรู้สึกที่เกิดขึ้น รวมถึงการเห็นทางเลือกในการคิดและตัดสินใจที่หลากหลายมากขึ้น ในขั้นตอนการ “พูดคุย” นี้ จะเป็นโอกาสในการหาผู้ตัดสินใจแทนด้วย ตัวอย่างเช่น “ในวันข้างหน้าที่คุณไม่สามารถสื่อสารได้ คุณอยากให้ใครตัดสินใจแทนคุณ?” “ที่คุณบอกว่าคุณปรารถนาไม่อยากจะใส่ท่อช่วยหายใจในกรณีที่สุขภาพคุณแย่ลง คุณได้บอกความต้องการนี้กับลูก ๆ ของคุณหรือยัง? คุณคิดว่าลูก ๆ คุณคิดอย่างไรกับแนวทางการรักษาที่คุณเลือกนี้?”
3	Record	การชวนผู้ป่วย “เขียน” เอกสารหรือหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุข (Advance directive or living will) อาจเขียนในรูปแบบของสมุดเบาใจ เพื่อเป็นการบันทึกไว้เป็นลายลักษณ์อักษร และใช้ในการสื่อสารกับสมาชิกในครอบครัว และ/หรือนุเคราะห์สุขภาพ
4	Discuss	หากมีข้อสงสัยเกี่ยวกับการรักษาด้วยเครื่องพยุงชีพ ผู้ป่วยสามารถ “สอบถาม” แพทย์ถึงข้อดีและข้อเสียที่อาจเกิดขึ้น โดยเฉพาะในกรณีที่ผู้ป่วยมีโรคที่คุกคามชีวิตที่ยังไม่อยู่ในระยะท้ายของชีวิต เช่น ภาวะหัวใจล้มเหลวและภาวะไตวายเรื้อรัง เนื่องจากการรักษาด้วยเครื่องพยุงชีพ อาจยังมีประโยชน์ในกรณีที่เกิดภาวะฉุกเฉิน รวมถึงการสอบถามถึงสถานะที่แพทย์ประเมินว่าผู้ป่วยน่าจะเข้าสู่ระยะท้ายของชีวิต
5	Share	การ “แบ่งปัน” สิ่งสำคัญที่ผู้ป่วยได้แสดงเจตนาไว้ให้กับคนสำคัญที่จะมีส่วนช่วยในการดูแลสุขภาพของตนในระยะท้ายของชีวิต เพื่อให้เขาเข้าใจคุณค่าและความต้องการที่ผู้ป่วยต้องการได้รับการดูแล รวมถึงการจัดเก็บเอกสารดังกล่าวในเวชระเบียนของโรงพยาบาล และทบทวนแผนการดูแลกับแพทย์เจ้าของไข้อย่างสม่ำเสมอ



ตารางที่ 3. แนวทางการวางแผนดูแลล่วงหน้าโดยบุคลากรทางการแพทย์

องค์ประกอบ	เป้าหมาย	ตัวอย่างประโยค
1) แนะนำให้รู้จักการวางแผนดูแลล่วงหน้า	สอบถามผู้ป่วยว่า รู้จักการวางแผนสุขภาพล่วงหน้าหรือไม่ หรือเคยมีการทำพินัยกรรมชีวิตไว้หรือไม่	“ผม/ดิฉันอยากจะชวนคุณพูดคุยถึงการวางแผนดูแลล่วงหน้า ซึ่งผม/ดิฉันจะชวนคนไข้ทุกคนพูดคุยประเด็นนี้อยู่แล้ว” “หากผม/ดิฉันจะชวนพูดคุยถึงอนาคตและความเป็นไปได้ที่อาจจะเกิดขึ้น คุณคิดว่าอย่างไรบ้างหากเราจะพูดคุยกันในประเด็นนี้?” “คุณอยากให้มีใครมาร่วมรับฟังหรือปรึกษาหารือไปด้วยกันหรือไม่?” “คุณเคยคิดเล่นๆ หรือวางแผนใหม่ว่า ในวันนี้ที่คุยกันเกี่ยวกับเรื่องและไม่สามารถสื่อสารให้คุณอยากได้รับการดูแลแบบใด?”
	การพูดคุยวางแผนสุขภาพล่วงหน้าเป็นสิ่งที่เหมาะสมพูดคุยกับผู้ป่วยทุกคน โดยไม่ขึ้นกับพยากรณ์โรค	“การพูดคุยนี้ไม่ได้ส่งผลต่อการรักษาหรือสุขภาพแต่อย่างใด ที่ผม/ดิฉันชวนคุยในวันนี้เพราะผม/ดิฉันคิดว่าจะมีประโยชน์กับคุณในอนาคต ไม่ได้เกี่ยวกับว่าคุณเป็นโรคอะไร อายุเท่าไร”
	ชวนผู้ป่วยค้นหา คนที่ผู้ป่วยสนิทและเลือกเป็น ผู้ตัดสินใจแทน เพื่อให้รับทราบความต้องการหรือแผนที่จะวางร่วมกัน	“โดยปกติใครเป็นคนที่คุณไว้วางใจมากที่สุด เพราะอะไร?” “ใครเป็นคนดูแลคุณในวันที่ที่คุณเจ็บป่วยหนัก เขารู้หรือไม่ว่าคุณต้องการการดูแลแบบใด?” “อะไรที่ทำให้คุณมั่นใจว่าเขาเข้าใจในสิ่งที่คุณคิด?”
	ใช้โอกาสที่มีการเปลี่ยนแปลงของสุขภาพ ทบทวนประสิทธิภาพที่ผ่านมา แสดงความเห็นใจ และแสดงความจำเป็นในการพูดคุยเพื่อวางแผนสำหรับสิ่งที่จะเกิดขึ้น ในอนาคต	“ในช่วงที่ผ่านมา คุณมองภาพรวมสุขภาพเปลี่ยนแปลงไปอย่างไรบ้าง?” “ในการนอนโรงพยาบาลครั้งที่ที่ผ่านมา ประสบการณ์ของคุณเป็นอย่างไรบ้าง?” “คุณได้เรียนรู้อะไรจากการเจ็บป่วยครั้งล่าสุดบ้าง?” “คุณได้พบเห็นการรักษาผู้ป่วยคนอื่น ๆ ในหอผู้ป่วย คุณมีความรู้สึก และมุมมองอย่างไรบ้าง?” “ผม/ดิฉันเชื่อว่าการรักษาในช่วงที่ผ่านมาพวกเรารักษาคุณได้อย่างเต็มที่แล้ว โดยธรรมชาติเมื่อคนเรามีอายุที่มากขึ้น ร่างกายมีความเสื่อมถอยเป็นธรรมดา คุณมองว่าอย่างไรบ้าง? หากตัวโรคที่เป็นอยู่เป็นมากขึ้น จนต้องมานอนที่โรงพยาบาลอีกครั้ง คุณอยากให้เป็นอย่างไรมาก?”

ตารางที่ 3. แนวทางการวางแผนดูแลล่วงหน้าโดยบุคลากรทางการแพทย์ (ต่อ)

องค์ประกอบ	เป้าหมาย	ตัวอย่างประโยค
2) ทบทวนสิ่งที่ผู้ป่วยต้องการและให้ความสำคัญ	ค้นหาคุณค่าและสิ่งที่ผู้ป่วยให้ความสำคัญ	“หากเลือกได้ คุณเห็นภาพตัวเองในชีวิตหลังจากนี้ว่าอย่างไร?” “อะไรเป็นสิ่งที่สำคัญสำหรับคุณ?” “คุณภาพชีวิตที่คุณปรารถนามีหน้าตาแบบใด?” “ประสบการณ์การดูแลรักษาโรคที่ผ่านมาของคุณเป็นอย่างไรบ้าง? มีอะไรที่คุณรับได้ หรือรับไม่ได้บ้าง?”
ค้นหาคุณค่าของผู้ป่วย	หลังจากที่ผู้ป่วยได้เลือกแนวทางการรักษาแล้ว แพทย์กล่าวทบทวนความเข้าใจเพื่อตรวจสอบกับผู้ป่วยและผู้ตัดสินใจแทนอีกครั้ง	“ผม/ดิฉันเห็นภาพรวมของคุณว่าต้องการการดูแลแบบสุขภาพไม่ต้องการความทรมาน ผม/ดิฉันเข้าใจถูกต้องหรือไม่?” “การรักษาใดที่ไม่ตอบโจทย์ภาพรวมสุขภาพที่คุณวางแผนไว้และไม่เกิดประโยชน์ เช่น ท่อช่วยหายใจ หรือการกดหลอดหัวใจ คุณไม่ต้องการใช้หรือไม่?”
3) แลกเปลี่ยนความเห็นถึงความเห็นถึงสถานการณ์สมมติต่าง ๆ กับผู้ป่วย	ให้ความมั่นใจว่าเป้าหมายการพูดคุยคือการร่วมการสร้งแผนในกรณีผู้ป่วยไม่สามารถตัดสินใจได้เท่านั้น	“จากประสบการณ์ ผู้ป่วยหลาย ๆ คน ไม่เคยพูดคุยประเด็นนี้ไว้ก่อน เมื่อผู้ป่วยเจ็บป่วยรุนแรงและไม่สามารถสื่อสารได้ หลายครั้งการรักษาไปต่อได้ยาก ครอบครัวก็ลำบากใจที่ตัดสินใจในการเลือกการรักษาเพราะไม่แน่ใจว่าตนจะเลือกได้ตามความต้องการของผู้ป่วยหรือไม่ ผู้ป่วยหลายคนอาจจะต้องทนทุกข์ทรมานกับการรักษาที่เขาไม่อยากได้”
	- สอบถามความเข้าใจเรื่องการรักษาด้วยเครื่องพยุงชีพ และให้ข้อมูลที่ถูกต้องเกี่ยวกับการรักษาด้วยเครื่องพยุงชีพ หากผู้ป่วยหรือผู้ดูแลต้องการ - ตั้งเป้าหมายที่เกี่ยวกับสุขภาพยกตัวอย่างสถานการณ์ที่อาจจะเกิดขึ้น เช่น เป็นผัด สมอเสื่อม และสอบถามการรักษาที่อยากได้หรือไม่อยากได้	“คุณมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการใช้ท่หรือเครื่องพยุงชีพอย่างไรบ้าง?” “การใช้ท่หรือเครื่องพยุงชีพ คือ การช่วยชีวิตผู้ป่วยวิกฤตที่ยังมีโอกาสรอดชีวิตและฟื้นคืนสู่สภาพปกติ (เช่น ประสาทอัตโนมัติ ป่วยเฉียบพลัน ด้วยอาการกดหลอดหัวใจ การช็อกกระแสไฟฟ้า การใส่ท่อช่วยหายใจ ความรู้กับการใช้เครื่องพยุงชีพอื่น ๆ ที่จำเป็น เช่น การใช้เครื่องช่วยหายใจ การให้ยากระตุ้นหัวใจ เป็นต้น ในขณะที่การพยุงชีพเพื่อชีวิตผู้ป่วยระยะสุดท้าย มักเป็นการรักษาที่ไม่ก่อให้เกิดประโยชน์ เพราะการรักษาข้างต้นไม่ทำให้ผู้ป่วยหายจากโรคหรือทำให้ผู้ป่วยฟื้นคืนสู่สภาพปกติ นอกจากนี้ ภาวะเสื่อมถอยของอวัยวะ จะทำให้ผู้ป่วยระยะสุดท้ายเข้าสู่กระบวนการใกล้ตายในอีกระยะเวลาไม่นาน กระบวนการการยื้อชีวิต มักทำให้ผู้ป่วยทุกข์ทรมานมากขึ้น และอาจเสียชีวิตในสภาพที่สับสน วุ่นวาย ขณะที่ครอบครัวพลัดโอกาสใช้เวลาช่วงสุดท้ายกับผู้ป่วยในบรรยากาศที่สงบ” หรือ อาจจะเริ่มจากสถานการณ์สมมติ ว่า “ผม/ดิฉัน ไม่แน่ใจว่าผลการรักษาในครั้งนี้จะให้ผลดีเท่าครั้งที่ผ่านมาหรือไม่ คุณเห็นอย่างไรบ้าง? หากผู้ป่วยอยู่ในสภาวะที่เป็นผัด ไม่รู้สึกตัว และไม่สามารถทำให้ดีขึ้น ได้แล้ว ผู้ป่วยอยากได้การรักษาเหล่านี้หรือไม่ เช่น เครื่องช่วยหายใจ สายให้อาหาร การกดหลอดหัวใจ หรือแม้แต่การรักษาที่อาจจะดูคามน้อยกว่า เช่น การให้เลือด การให้ยาปฏิชีวนะ”



ตารางที่ 3. แนวทางการวางแผนดูแลล่วงหน้าโดยบุคลากรทางการแพทย์ (ต่อ)

องค์ประกอบ	เป้าหมาย	ตัวอย่างประโยค
4) จัดบันทึกความต้องการหรือเจตนาของผู้ป่วย	- วางขอบเขตการรักษา ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่ตอบสนองต่อการรักษา - หากมีการรักษาอื่นใดที่ไม่ได้พูดคุยกันไว้ อยากให้ใครเป็นผู้ตัดสินใจแทน	“ผม/ดิฉันรู้สึกกังวลใจที่จะให้ข้อมูลในทางเดินปัสสาวะของผู้ป่วยในครั้งนี้ค่อนข้างรุนแรง ถึงแม้ว่าในการนอนโรงพยาบาลครั้งล่าสุดผู้ป่วยจะตอบสนองกับการรักษาด้วยยาฆ่าเชื้อ แต่ครั้งนี้ผู้ป่วยมีความตื่นตกและค่าไตมีค่าขึ้นสูง เมื่อสักครู่เราได้รับรู้ผู้ป่วยให้ความสำคัญกับการได้อยู่ท่ามกลางพวกเราทุกคน (ครอบครัว) ในช่วงท้ายของชีวิตซึ่ง ณ ขณะนี้การตอบสนองของผู้ป่วยจะต้องดูเป็นระยะๆ ไปหากการตอบสนองต่อการรักษาดีภาพที่เกิดขึ้นคือ “ใช้เงินสูง ความดันกลับปกติ และค่าไตไม่สูงมากไปกว่าเดิม ในอีกกรณีที่ต้องการตอบสนองไม่ดี เช่น “ใช้เงินสูง ความดันตกอีกรอบ หรือมีค่าไตที่สูงไปมากกว่านี้ ผม/ดิฉันคิดว่าการรักษาที่มากไปกว่านี้จะไม่เกิดประโยชน์และอาจทำให้เกิดความไม่สุขสบายโดยไม่จำเป็น เพราะผู้ป่วยมีภาวะประสาบบางประการที่มากแล้ว ผม/ดิฉันจะขอขอบเขตการรักษาไว้ว่า หากมีอาการบ่งชี้ที่แสดงว่าการรักษาไม่ตอบสนอง ผม/ดิฉันขอไม่เริ่มการรักษาที่จะไม่เกิดประโยชน์ในอนาคต พวกเราทุกคนเห็นว่อย่างไรว่าง?” “คุยกันถึงตรงนี้ ไม่น่าใจว่าลูกๆ หลานๆ ผู้ดูแลมีคำถาม หรือข้อสงสัยเกี่ยวกับแนวทางการรักษาหรืออยากกล่าวอะไรเพิ่มเติมบ้าง?” “ผม/ดิฉันเชื่อว่าถึงสำคัญที่เราได้พูดคุยกัน คือการที่ทุกคนเข้าใจเจตนาที่แท้จริงของผู้ป่วยและขอบเขตทุกท่านที่มา ร่วมกันหาแนวทางการรักษาเพื่อประโยชน์สูงสุดของผู้ป่วยกัน กระดาษแผ่นนี้เป็นเอกสารที่จัดบันทึกสิ่งที่เราพูดคุยกัน ใช้เพื่อสื่อสารให้กับบุคลากรสุขภาพ ที่ผู้ป่วยอาจจะได้พบในอนาคต ซึ่งไม่ใช่ทีมผม/ดิฉันในวันนี้ และจะเป็นเอกสารที่สามารถพูดคุยแทนผู้ป่วยได้ ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่สามารถสื่อสารได้ในอนาคตผม/ดิฉันจึงอยากจะรบกวน ผู้ป่วยผู้แทนการตัดสินใจ ได้ลงลายลักษณ์อักษรไว้ในเอกสารฉบับนี้ และผม/ดิฉันจะให้ผู้ช่วยหรือผู้แทนการตัดสินใจเก็บไว้ 1 ชุด และอีก 1 ชุด ผม/ดิฉันขอเก็บไว้ในเวชระเบียนของโรงพยาบาล เพื่อใช้ในการสื่อสาร” “เอกสารฉบับนี้ สามารถแก้ไขได้ทุกเมื่อ หากมีการเปลี่ยนแปลงการตัดสินใจหรือต้องการข้อมูลเพิ่มเติมจากทีมแพทย์ผม/ดิฉันเองก็ยินดีให้ข้อมูลและตัดสินใจร่วมกันอีกครั้ง”
ถ้าเอกสารเก็บไว้ที่ผู้ป่วยและผู้ตัดสินใจแทนและอีกฉบับไว้ในเวชระเบียนและเขียนเป็นบันทึกทางการแพทย์ (Progress note) ไว้ในประวัติของโรงพยาบาล		



บทสรุป

บุคลากรทางการแพทย์สามารถหาโอกาสพูดคุยกับผู้สูงอายุในการวางแผนสุขภาพล่วงหน้าได้จากหลากหลายโอกาส โดยอาจเริ่มจากการพูดคุยที่เป็นไปเพื่อทำความเข้าใจมุมมอง ทักษะ และนำไปสู่การตั้งเป้าหมายในการรักษา ร่วมกันระหว่างผู้สูงอายุ ผู้ดูแล และบุคลากรสุขภาพ แลกเปลี่ยนความกังวล ความต้องการ และเรื่องราวที่ยังค้างคาใจ การบันทึกเป็นลายลักษณ์อักษร ช่วยทำให้แผนที่วางไว้ร่วมกัน มีโอกาสเกิดได้มากขึ้นเนื่องจากจะเป็นประโยชน์ในการสื่อสารระหว่างทีมบุคลากรทางการแพทย์ และเป็นการยืนยันเจตนารมณ์ของผู้สูงอายุวางแผนไว้

สิ่งสำคัญของการวางแผนสุขภาพล่วงหน้า คือ เป็น “กระบวนการ” พูดคุย เพื่อทำความเข้าใจมุมมอง และทัศนคติของผู้ป่วยและผู้ดูแล คุณค่าของกระบวนการดังกล่าวคือกระบวนการแลกเปลี่ยนและการให้ความมั่นใจว่าการรักษาที่ทุกฝ่ายเลือกนั้นตรงกับคุณค่าที่แท้จริงของผู้ป่วย

หลายครั้งที่การพูดคุยเพื่อวางแผนสุขภาพล่วงหน้าจะเกี่ยวโยงกับชีวิตและความตาย และการจากลา และเต็มไปด้วยความรู้สึกของผู้ป่วยและครอบครัว รวมถึง

บุคลากรสุขภาพที่มีหัวใจแห่งความเป็นมนุษย์ด้วยเช่นกัน การกลับมาตระหนักถึงเจตนาที่ดีในการชวนพูดคุยเพื่อทำความเข้าใจสิ่งที่ผู้ป่วยต้องการ และรับรู้ถึงความหวังดีและความตั้งใจดีของบุคลากรสุขภาพเป็นสิ่งสำคัญอย่างยิ่ง

นอกจากนี้ ในเชิงระบบ ควรส่งเสริมให้มีหลักสูตรสำหรับการฝึกอบรมการวางแผนสุขภาพล่วงหน้าให้กับบุคลากรสุขภาพ เพื่อให้เกิดทักษะและความมั่นใจในการสื่อสาร รวมถึงระบบให้คำปรึกษาโดยทีมประคับประคองที่มีความเชี่ยวชาญด้านการสื่อสารให้กับบุคลากรสุขภาพที่พูดคุยกับผู้ป่วยและครอบครัวโดยตรง

ข้อมูลบทความ

กิตติกรรมประกาศ

ผู้พิมพ์ขอขอบคุณ นายแพทย์ศรัณย์ ธนพฤฒินวงศ์ ที่ให้ความเห็นด้านการใช้ภาษาและคำแนะนำสำหรับการปรับปรุงบทความให้ดีขึ้น

แหล่งทุนสนับสนุน

ไม่มีทุนสนับสนุน

ผลประโยชน์ทับซ้อน

ไม่มีผลประโยชน์ทับซ้อนที่เกี่ยวข้อง



Copyright © 2024 by the Authors.

Licensee Ramathibodi Medical Journal.

This article is licensed under the

Creative Commons Attribution

(CC BY-NC-ND) License.

References

1. Prasartkul P, Vapattanawong P, Rittirong J, et al. *Situation of the Thai Elderly 2017*. Deuan Tula Printing House; 2019. <https://ipsr.mahidol.ac.th/en/?s=situation+of+the+thai+elderly>
2. Department of Older Persons, Ministry of Social Development and Human Security.

- Statistics on Older Persons. Accessed May 9, 2024. https://www.dop.go.th/th/statistics_side?content=1&sub=1
3. Department of Older Persons, Ministry of Social Development and Human Security. Older Persons Action Plan Phase 3 (2023-2041). Accessed May 9, 2024. https://www.dop.go.th/download/laws/th1653553501-843_0.pdf
4. Kanjanopas T. Overview of compassionate communities and advance care planning. In: Sitthiwattanathana E, Aphichanakulchai T,

- Jarusamburn W, Wechamalinnon W, Wangkahate W, eds. *Planting Compassionate Communities: A Collection of Experiences in Developing Compassionate Communities for Living and Dying Well*. 3 Lada Limited Partnership; 2023:30-33. Accessed May 9, 2024. <https://cocofoundationthailand.org/wp-content/uploads/2024/03/CoCoBook-B5-230428-final.pdf>
5. Kunakornvong W, Ngaosri K. Public awareness and attitude toward palliative care in Thailand. *Siriraj Med J*. 2020;72(5):424-430. doi:10.33192/Smj.2020.57

6. Pairojkul S, Thongkhamcharoen R, Raksasataya A, et al. Integration of specialist palliative care into tertiary hospitals: a multicenter point prevalence survey from Thailand. *Palliat Med Rep*. 2021;2(1):272-279. doi:10.1089/pmr.2021.0003
7. NHS England and National Council for Palliative Care. Planning for your future care: a guide, 2009. Accessed May 9, 2024. <https://www.pathway.org.uk/wp-content/uploads/planning-for-your-future-care-NHS.pdf>
8. Dowling T, Kennedy S, Foran S. Implementing advance directives-an international literature review of important considerations for nurses. *J Nurs Manag*. 2020; 28(6):1177-1190. doi:10.1111/jonm.13097
9. Brinkman-Stoppelenburg A, Rietjens JA, van der Heide A. The effects of advance care planning on end-of-life care: a systematic review. *Palliat Med*. 2014;28(8):1000-1025. doi:10.1177/0269216314526272
10. National Health Commission Office. Thai Standards for Advance Care Planning, 2022. Accessed May 9, 2024. <https://www.nationalhealth.or.th/th/node/3584>
11. National Health Commission Office. The operational definition of terms related to palliative care of Thailand, 2020. Accessed May 9, 2024. https://www.thailivingwill.in.th/sites/default/files/Operational_definition_Palliative_care.pdf
12. Perkins HS. Controlling death: the false promise of advance directives. *Ann Intern Med*. 2007;147(1):51-57. doi:10.7326/0003-4819-147-1-200707030-00008
13. Sudore RL, Lum HD, You JJ, et al. Defining advance care planning for adults: a consensus definition from a multidisciplinary Delphi panel. *J Pain Symptom Manage*. 2017;53(5):821-832.e1. doi:10.1016/j.jpainsymman.2016.12.331
14. Rietjens JAC, Sudore RL, Connolly M, et al. Definition and recommendations for advance care planning: an international consensus supported by the European association for palliative care. *Lancet Oncol*. 2017;18(9):e543-e551. doi:10.1016/S1470-2045(17)30582-X
15. Milnes S, Corke C, Orford NR, Bailey M, Savulescu J, Wilkinson D. Patient values informing medical treatment: a pilot community and advance care planning survey. *BMJ Support Palliat Care*. 2019; 9(3):e23. doi:10.1136/bmjspcare-2016-001177
16. Silveira MJ, Kim SY, Langa KM. Advance directives and outcomes of surrogate decision making before death. *N Engl J Med*. 2010;362(13):1211-1218. doi:10.1056/NEJMs0907901
17. Fried TR, Bullock K, Iannone L, O'Leary JR. Understanding advance care planning as a process of health behavior change. *J Am Geriatr Soc*. 2009;57(9):1547-1555. doi:10.1111/j.1532-5415.2009.02396.x
18. Detering KM, Hancock AD, Reade MC, Silvester W. The impact of advance care planning on end of life care in elderly patients: randomised controlled trial. *BMJ*. 2010; 340:c1345. doi:10.1136/bmj.c1345
19. Tierney WM, Dexter PR, Gramelspacher GP, Perkins AJ, Zhou XH, Wolinsky FD. The effect of discussions about advance directives on patients' satisfaction with primary care. *J Gen Intern Med*. 2001;16(1):32-40. doi:10.1111/j.1525-1497.2001.00215.x
20. Ache K, Harrold J, Harris P, Dougherty M, Casarett D. Are advance directives associated with better hospice care? *J Am Geriatr Soc*. 2014;62(6):1091-1096. doi:10.1111/jgs.12851
21. Sharp T, Moran E, Kuhn I, Barclay S. Do the elderly have a voice? Advance care planning discussions with frail and older individuals: a systematic literature review and narrative synthesis. *Br J Gen Pract*. 2013;63(615): e657-e668. doi:10.3399/bjgp13X673667



22. Carrese JA, Mullaney JL, Faden RR, Finucane TE. Planning for death but not serious future illness: qualitative study of housebound elderly patients. *BMJ*. 2002; 325(7356):125. doi:10.1136/bmj.325.7356.125
23. McMahan RD, Knight SJ, Fried TR, Sudore RL. Advance care planning beyond advance directives: perspectives from patients and surrogates. *J Pain Symptom Manage*. 2013; 46(3):355-365. doi:10.1016/j.jpainsymman.2012.09.006
24. Lum HD, Sudore RL, Bekelman DB. Advance care planning in the elderly. *Med Clin North Am*. 2015;99(2): 391-403. doi:10.1016/j.mcna.2014.11.010
25. Macchi ZA, Lum HD. Advance care planning in neurologic illness. *Handb Clin Neurol*. 2022;190:129-148. doi:10.1016/B978-0-323-85029-2.00004-X
26. Zhan HJ, Feng Z, Chen Z, Feng X. The role of the family in institutional long-term care: cultural management of filial piety in China. *Int J Soc Welf*. 2011;20(1):S121-S134. doi:10.1111/j.1468-2397.2011.00808.x
27. Saimmai P, Hathirat S, Nagaviroj K. What challenges do Thai general practitioners and family physicians confront when discussing advance care planning with palliative care patients and families?: a qualitative study. *Journal of The Department of Medical Services*. 2022;47(1): 94-102.
28. Martina D, Lin CP, Kristanti MS, et al. Advance care planning in Asia: a systematic narrative review of healthcare professionals' knowledge, attitude, and experience. *J Am Med Dir Assoc*. 2021;22(2): 349.e1-349.e28. doi:10.1016/j.jamda.2020.12.018
29. Peaceful Death. Comfort Heart Book: *Advance Care Planning*. 3 Lada Limited Partnership; 2022. Accessed May 9, 2024. <https://peacefuldeath.co/wp-content/uploads/2021/03/baojai-English-ver.pdf>
30. Fleuren N, Depla MFIA, Janssen DJA, Huisman M, Hertogh CPM. Underlying goals of advance care planning (ACP): a qualitative analysis of the literature. *BMC Palliat Care*. 2020;19(1):27. doi:10.1186/s12904-020-0535-1
31. Royal Thai Government Gazette. National Health Act, B.E. 2550 (A.D. 2007). Government Gazette. Vol. 124, Part 16 a. March 19, B.E. 2550 (A.D. 2007). Accessed May 9, 2024. <https://ratchakitcha.soc.go.th/documents/211416.pdf>
32. Gold Standards Framework. Advance Care Planning. Update April 4, 2018. Accessed May 9, 2024. <https://www.goldstandardsframework.org.uk/advance-care-planning>
33. Emanuel EJ. Palliative and end-of-life care. In: Loscalzo J, Fauci AS, Kasper DL, Hauser SL, Longo DL, Jameson JL, eds. *Harrison's Principles of Internal Medicine*. 21st ed. McGraw Hill; 2022.
34. Russell S. Advance care planning: whose agenda is it anyway? *Palliat Med*. 2014;28(8):997-999. doi:10.1177/0269216314543426