

พินัยกรรมสุขภาพ ฉบับย่อ เพื่อใช้ในสถานการณ์โควิด

โดยปกติ โรงพยาบาลที่ท่านสังกัดจะมีข้อมูลสุขภาพของท่าน แต่ในสถานการณ์โควิด หากท่านป่วยหนัก ไม่ว่าจะป่วยด้วยโรคโควิดหรือไม่ก็ตาม ทีมดูแลสุขภาพของท่านมักต้องการข้อมูลเพิ่มเติมในแบบฟอร์มนี้ เพื่อเตรียมการดูแลที่ตรงกับความต้องการของท่านมากที่สุด

หลายคนคิดว่าคำถามเหล่านี้ยังไม่ใช้สิ่งสำคัญเร่งด่วนที่ต้องคิดขณะนี้ เพราะผู้ป่วยโควิดส่วนใหญ่มักมีอาการไม่รุนแรง ไม่ถึงขั้นเสียชีวิต แต่ก็ก็เป็นความจริงเช่นกันที่ผู้ป่วยบางส่วนอาจมีอาการทรุดอย่างรวดเร็ว และไม่ทันได้สื่อสารความต้องการไว้ล่วงหน้า ส่งผลให้ครอบครัวตัดสินใจดูแลอย่างยากลำบาก จนอาจทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ไม่ตรงกับเจตนา หรือได้รับการรักษาที่ไม่เกิดประโยชน์โดยไม่จำเป็น

ข้อคำถามดังต่อไปนี้เป็นส่วนหนึ่งของการวางแผนดูแลล่วงหน้า หรือ Advance Care Planning ซึ่งเป็นสิ่งที่ผู้ป่วยและผู้มีสุขภาพดีทุกคนควรทำไว้ เพื่อให้ท่านพร้อมรับมือมากที่สุด ในสถานการณ์โควิดที่ไม่แน่นอน

ท่านสามารถเปลี่ยนแปลงคำตอบได้ทุกเมื่อด้วยการแก้ไข หรือขีดฆ่า แล้วลงลายมือชื่อกำกับเมื่อเขียนเสร็จแล้ว ท่านควรสื่อสารกับครอบครัวว่าท่านได้ทำเอกสารฉบับนี้ไว้ ครอบครัวจะได้ช่วยส่งต่อความต้องการของท่านให้บุคลากรสุขภาพ กรณีที่จำเป็น

ข้อมูลผู้ทำพินัยกรรมสุขภาพ

ชื่อนามสกุล _____ วันเดือนปีเกิด _____ โทร _____

เลขที่บัตรประชาชน _____ โรงพยาบาลที่สังกัด _____

1. **ผู้สื่อสารเจตนาแทน*** กรณีที่ท่านป่วยหนัก ไม่สามารถสื่อสารได้ (เช่น ป่วยโคม่า หมาดสติ) คนที่ท่านไว้วางใจ ู้ความต้องการและความกังวลของท่านเป็นอย่างดี และสามารถสื่อสารเจตนาแทนท่านได้ คือ (ชื่อ/ นามสกุล) _____ โทร _____ มีความสัมพันธ์เป็น _____

*ผู้สื่อสารเจตนาแทนอาจเป็นญาติ เพื่อน หรือบุคลากรสุขภาพก็ได้

2. **สิ่งที่เป็นห่วง** ในสถานการณ์โควิด หากท่านป่วยหนัก ท่านห่วงกังวลเรื่องใดบ้าง

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> ความเจ็บปวด ทรมาน | <input type="checkbox"/> ค่าใช้จ่ายในการรักษา | <input type="checkbox"/> ภาระงาน |
| <input type="checkbox"/> การเป็นภาระแก่ผู้อื่น | <input type="checkbox"/> ความเหงา โดดเดี่ยว | <input type="checkbox"/> กลัวแพร่เชื้อให้คนอื่น |
| <input type="checkbox"/> ห่วงคนที่พึ่งพิงท่านอยู่ | <input type="checkbox"/> สถานที่ดูแล | <input type="checkbox"/> อื่นๆ _____ |

3. **การทราบข่าวร้าย** หากแพทย์ต้องการสื่อสารข้อเท็จจริงเกี่ยวกับความเจ็บป่วยและแนวทางการรักษา คุณต้องการให้แพทย์สื่อสารกับใคร (เลือกข้อใดข้อหนึ่ง)

- ฉันต้องการฟังข่าวร้ายด้วยตัวเอง
- ฉันต้องการฟังข่าวร้าย พร้อมกับคนที่ฉันไว้วางใจ คือ _____
- ฉันไม่ต้องการฟังข่าวร้าย กรุณาแจ้งคนที่ฉันไว้วางใจ คือ _____

4. **ความต้องการดูแล กรณีปอดติดเชื้อโควิดรุนแรง** กรณีที่ท่านมีภาวะปอดติดเชื้อโควิด และมีความจำเป็นต้องใช้เครื่องช่วยหายใจ เข้าห้อง ICU ท่านต้องการให้ครอบครัวและบุคลากรสุขภาพตัดสินใจอย่างไร (เลือกข้อใดข้อหนึ่ง)*
- ฉันต้องการได้รับการรักษาอย่างเต็มที่** แม้ร่างกายของฉันจะถูกรุกราน เช่น ถูกปั๊มหัวใจ ใส่ท่อช่วยหายใจ รวมทั้งไม่ได้เจอครอบครัวเป็นเวลายาวนาน
 - ฉันต้องการได้รับการรักษาอย่างเต็มที่** แต่ถ้าแพทย์วินิจฉัยว่าฉันไม่มีโอกาสรอด ฉันขอจากไปอย่างสงบ
 - ฉันต้องการเสียชีวิตอย่างสงบ** งดการปั๊มหัวใจ งดใส่ท่อช่วยหายใจ หากฉันมีอาการไม่สบาย ขอให้แพทย์ช่วยจัดการลดอาการรบกวนเหล่านั้น
 - ฉันยังตัดสินใจไม่ได้**

* ทั้งนี้ หากแพทย์วินิจฉัยว่าท่านมีโอกาสรอดและมีคุณภาพชีวิตที่ดีหลังการรับรักษา แพทย์ย่อมช่วยรักษาชีวิตอย่างเต็มที่ไว้ก่อน

5. **สถานที่ดูแลเมื่อป่วยด้วยโรคโควิด** ท่านต้องการอยู่ที่ใด (เลือกข้อใดข้อหนึ่ง)
- บ้าน** _____
 - ศูนย์พักคอยในชุมชน
 - โรงพยาบาล*** _____
 - อื่นๆ _____
 - โรงพยาบาลสนาม
- หากรักษาโรคไม่หาย คุณต้องการเสียชีวิตที่เดียวกันหรือไม่ _____

** ขณะนี้ ระบบสุขภาพของประเทศไทยได้จัดตั้งหน่วยการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) ทำให้ผู้ป่วยแบบประคับประคองที่รักษาตัวที่บ้านมีโอกาสได้รับยาบรรเทาปวด และการติดตามอาการจากทีมแพทย์เพื่อเพิ่มความสะดวกสบาย เพื่อรองรับพื้นที่ที่โรงพยาบาลเตียงเต็ม ไม่สามารถรับผู้ป่วยเพิ่มเติมได้อีก

*** ขณะที่สถานการณ์โควิดระบอบรุนแรง หากผู้ป่วยรักษาในโรงพยาบาล ผู้ป่วยมักจะถูกแยกรักษาจากครอบครัวเป็นเวลายาวนาน ไม่อนุญาตครอบครัวเข้าเยี่ยม เพื่อป้องกันการติดเชื้อ

6. **เอกสารสำคัญ** คุณจัดเก็บไว้อย่างไร คุณต้องการให้ใครดูแล (เช่น กรรมการประกันชีวิต ประกันโควิด พินัยกรรม ทรัพย์สิน บัญชีธนาคาร รหัสผ่านบัญชีออนไลน์)

7. **ความต้องการดูแลอื่น ๆ** ที่จะช่วยสนับสนุนคุณภาพชีวิตของคุณเมื่อป่วยหนักด้วยโรคโควิด
- คนที่คุณต้องการพบ ได้แก่ _____
 - คุณต้องการกำลังใจจากญาติและเพื่อนทางช่องทางใด มาเยี่ยมหา โทรศัพท์ Video Call ส่งข้อความทาง Social Media อื่นๆ _____
 - ความต้องการอื่นๆ _____

ลงชื่อ _____
(_____)
วันที่เขียน _____ / _____ / _____

