



قسم خدمات التمريض ورعاية المرضى
(Department of Nursing and Patient Care Services)
برنامج التخطيط للرعاية المستقبلية
(Advance Care Planning Program)

التخطيط للرعاية المستقبلية (ACP)

دليل شامل



يهدف هذا الدليل إلى مساعدتك على بدء التخطيط للرعاية المستقبلية الخاصة بك. وهو يتضمن رؤى وتعليمات خطوة بخطوة ونصائح لمساعدتك في إنشاء خطة تتوافق مع قيمك وأهدافك ومعتقداتك. إننا نشجعك على استخدام المساحة المتوفرة لتدوين أفكارك ومشاركتها مع وكلائك وأحبابك ومقدمي الخدمة لك.

ليس من السابق لأوانه أبداً التخطيط للمستقبل!

إننا، في NYU Langone Health، متزمون بتقديم رعاية عالية الجودة تُركز على المريض. ويتضمن ذلك إتاحة الفرص للمرضى وأسرهم للمشاركة في محادثات هادفة حول صحتهم. وبهذه الطريقة يمكنهم إخبارنا بنوع الرعاية الصحية التي يريدونها في حالة وقوع حادث أو مرض غير متوقع جعلهم غير قادرين على التواصل. إن المشاركة في هذه المحادثات وتوثيق نتائجها هي عملية، تُعرف باسم التخطيط للرعاية المستقبلية (ACP).

يمكن أن تكون الحياة غير متوقعة، لذا فإن التخطيط للرعاية المستقبلية مهم للجميع. هذا بغض النظر عن العمر أو الحالة الصحية الحالية. ولهذا السبب قمنا بتصميم هذا الدليل لمساعدتك على بدء برنامج التخطيط للرعاية المستقبلية ACP الخاص بك، وهو يتضمن رؤى وتعليمات خطوة بخطوة. كما يحتوي أيضاً على نصائح لمساعدتك في إنشاء خطة تتوافق مع قيمك وأهدافك ومعتقداتك.

من أين يجب أن أبدأ؟

ابداً خطوة بخطوة

إن التخطيط للرعاية المستقبلية هو عملية متكاملة، لذا، ليست هناك حاجة ل القيام بها كلها مرة واحدة. خذ الوقت الذي تحتاجه للتفكير والتحدث ومعرفه ما الأفضل بالنسبة لك.

الخطوة 1

مراقبة رغباتك للرعاية المستقبلية

الخطوة 2

تحديد وكيل الرعاية الصحية

الخطوة 3

توثيق رغباتك للرعاية المستقبلية

الخطوة 4

مشاركة رغباتك للرعاية المستقبلية

الخطوة 1

مراقبة رغباتك للرعاية المستقبلية

هذا يتضمن التفكير في:

- ماذا تعني نوعية الحياة المقبولة بالنسبة لك؟
- فهم حالتك الصحية
- ما المضاعفات المحتملة التي قد تحدث لك؟

فكّر في الأسئلة والعبارات أدناه بينما تفكّر في رغباتك:

- ما الذي يمنحك حيّاتي غرضاً ومعنى؟
- ما جوانب صحتي الجسدية والعقلية الأكثر أهمية بالنسبة لي؟
- هل لدى أي معتقدات دينية أو روحية أو ثقافية أو تقليدية تؤثّر على نوع الرعاية الصحية التي أتلقّاها؟
- عندما أفكّر في المستقبل، أريد أن أتجنب _____.
- كيف تبدو نوعية الحياة غير المقبولة بالنسبة لي؟
- أرغب في البقاء على قيد الحياة طالما أنتي قادر على _____.
- تحت أي ظروف سأقرّر تغيير أهدافي العلاجية من إطالة حيّاتي إلى التركيز على راحتّي؟

يجب عليك أيضاً التفكير في التحدث مع مقدم خدمة الرعاية الخاص بك حول ما يلي:

- حالتك الصحية الحالية.
- أي مضاعفات محتملة من حالتك يمكن أن تحدث
- أنواع القرارات التي قد يتعين عليك أو على عائلتك اتخاذها في المستقبل

التفكير في قيمك ومعتقداتك:

عندما يعرّف وكيل الرعاية الصحية الخاص بك (ارجع إلى الصفحة 3 للحصول على التعريف) وأحبّائك ما يهمك أكثر، فيمكنهم أن يشعّروا بالارتياح عند اتخاذ قرارات الرعاية الصحية نيابةً عنك. ويمكن أن تعكس هذه القرارات شخصيتك وما تهتم به. يمكن أن تساعدك الإجابة على الأسئلة التالية أنت وأحبّائك على فهم ما هو مهم بالنسبة لك بشكل أفضل:

ما التجربة التي مررت بها مع مرض خطير؟ هل يمكنك التفكير في أحد أفراد العائلة أو الأصدقاء الذين أصيّبوا بمرض خطير أو تعرضوا لإصابة (على سبيل المثال، في حادث سيارة)؟ ماذا تعلمت من تلك التجربة؟

ماذا يعني لك العيش بشكل جيد؟ لو كان يومك جيداً، ماذا سيحدث في ذلك اليوم؟ مع من ستتحدث؟ ماذا ستفعل؟

ما معتقداتك الثقافية أو الدينية أو الروحية أو الشخصية (إن وجدت) التي قد تساعدك في اختيار الرعاية التي تريدها؟ أو لا تريدها؟

فكرة في موقف مثل هذا:

حدث مفاجئ (مثل حادث سيارة أو مرض أو مضاعفات من مشكلة طبية حالية) يتراكك غير قادر على التواصل. تحصل على كل الرعاية اللازمة لإبقاءك على قيد الحياة. ويعتقد الأطباء أن هناك فرصة ضئيلة لاستعادة القدرة على معرفة من أنت أو مع من تعيش. هل ترغب في مواصلة العلاج الطبي لإبقاءك على قيد الحياة؟ أم ترغب في التوقف عن العلاج الطبي لإبقاءك على قيد الحياة؟

في كلتا الحالتين، ستظل تشعر بالراحة.

يرجى كتابة أي تعليمات إضافية لوكيل الرعاية الصحية وفريق الرعاية الخاصين بك:

الخطوة 2

تحديد وكيل الرعاية الصحية

وكيلاً للرعاية الصحية هو شخص بالغ تقوم بتعيينه لاتخاذ القرارات نيابةً عنك في حالة عدم قدرتك على القيام بذلك بنفسك. وكيل الرعاية الصحية الجيد هو شخص:

- تثق به ويعرفك جيداً
- مريح في اتخاذ القرارات أثناء الأزمات
- يتخذ القرارات نيابة عنك، حتى لو لم يتلقوا معه
- يمكن الوصول إليه بسهولة عن طريق الهاتف
- يوافق على القيام بهذا الدور

فكراً في الأسئلة والعبارات أدناه بينما تفكراً في رغباتك:

- هل أعرف شخصاً يمكنه القيام بهذا الدور؟
- هل أنا مستعد لأن أطلب منه تولي هذا الدور؟

يجب عليك أيضاً التفكير فيما يلي:

- يختار العديد من الأشخاص وكيلين: وكيل أساسى ووكيل بديل
- لا يحتاج هذا الشخص إلى العيش بالقرب منك

ملاحظة مهمة:

إذا فقدت القدرة على اتخاذ قراراتك الطبية بنفسك ولم يكن لديك توجيه مسبق، فسيتم اختيار صانع قرار بديل لك بناءً على قائمة البدائل الموضحة في قانون قرارات الرعاية الصحية للأسرة (Family Health Care Decisions Act)، إذا كان متاحاً. وبدون حضور الوصي المعين من قبل المحكمة، تكون قائمة البدائل كما يلي:

- الزوج (إذا لم يكن منفصلاً قانونياً عن المريض) أو الشريك المنزلي
- الطفل البالغ
- أحد الوالدين
- أحد الأخوة البالغين
- صديق مقرب

Notes

الخطوة 3

توثيق رغباتك للرعاية المستقبلية

تنقسم وثائق التخطيط للرعاية المستقبلية إلى فئتين:

- التوجيهات المسبقة - تعبّر عن رغباتك الطبية إذا أصبحت غير قادر على توصيلها بنفسك
- الأوامر الطبية - يتم توقيعها من قبل مقدم الخدمة الخاص بك وتنتقل عدداً محدوداً من القرارات الطبية الحاسمة

قم بمراجعة الأوصاف أدناه لمعرفة المستندات المناسبة لك.

التوجيهات المسبقة

نموذج توكيل الرعاية الصحية

يسّمك نموذج توكيل الرعاية الصحية في ولاية نيويورك بتعيين وكيل رعاية صحية واحد أو اثنين. سيتّخذ هذا الشخص/هذان الشخصان القرارات الطبية نيابةً عنك إذا أصبحت غير قادر على اتخاذها بنفسك. يجب أن يكون عمر وكيل الرعاية الصحية الخاص بك 18 عاماً أو أكثر. يمكن أن يشهد على النموذج أي شخص بالغ وكيل (وكيلي) الرعاية الصحية المعين/ين.

Health Care Proxy	
(1) I, hereby appoint _____ (name, home address and telephone number)	
as my health care agent to make any and all health care decisions for me, except to the extent that I state otherwise. This proxy shall take effect only when and if I become unable to make my own health care decisions.	
(2) Optional: Alternate Agent If the person I appoint is unable, unwilling or unavailable to act as my health care agent, I hereby appoint _____ (name, home address and telephone number)	
as my health care agent to make any and all health care decisions for me, except to the extent that I state otherwise.	
(3) Unless I make it or state an expiration date or circumstances under which it will expire, this proxy shall remain in effect indefinitely. (Optional: If you wish this proxy to expire, state the date or conditions here.) This proxy shall expire (specify date or conditions) _____	
(4) Optional: I direct my health care agent to make health care decisions according to my wishes and limitations, as he or she knows or as stated below. If you want to limit your agent's authority to make health care decisions for you or to give specific instructions, you may state your wishes or limitations here. I direct my health care agent to make health care decisions in accordance with the following limitations and/or instructions (attach additional paper as necessary): In order for your agent to make health care decisions for you about artificial nutrition and hydration, resuscitation and cardiopulmonary resuscitation, your agent must reasonably believe you are dead. You can either tell your agent what your wishes are or include them in this section. See instructions for sample language that you could use if you choose to include your wishes on this form, including your wishes about artificial nutrition and hydration.	
(5) Your Identification (please print) Your Name _____ Your Signature _____ Date _____ Your Address _____	
(6) Optional: Organ and/or Tissue Donation I hereby make an anatomical gift, to be effective upon my death, of: <input type="checkbox"/> check any that apply <input type="checkbox"/> Any needed organs and/or tissues <input type="checkbox"/> The following organs and/or tissues _____	
(7) Limitations If you do not state your wishes or instructions about organ and/or tissue donation on this form, it will not be taken to mean that you do not wish to make a donation or prevent a person, who is otherwise authorized by law, to consent to a donation on your behalf. Your Signature _____ Date _____	
(7) Statement by Witnesses (Witnesses must be 18 years of age or older and cannot be the health care agent or alternate.) I declare that the person who signed this document is personally known to me and appears to be of sound mind and acting of his or her own free will. He or she signed (or asked another to sign for him or her) this document in my presence. Date _____ Date _____ Name of Witness 1 _____ Name of Witness 2 _____ (print) _____ (print) _____ Signature _____ Signature _____ Address _____ Address _____	
NEW YORK STATE HEALTH	

وصية الحياة

وصية الحياة هي بيان مكتوب برغباتك الطبية، ويجب اتباعه إذا فقدت القدرة على اتخاذ قراراتك الخاصة بنفسك في المستقبل. لا يوجد نموذج موحد لوصية

حياة في ولاية نيويورك. ومع ذلك، فإن الولاية تعرف بأي وصية حياة تقدم دليلاً واضحاً ومقنعاً لر غباتك.

الأوامر الطبية

نموذج MOLST

في ولاية نيويورك، نموذج الأمر الطبي المفضل هو نموذج الأوامر الطبية للعلاج الذي يحافظ على الحياة (MOLST). يجب توقيع نموذج الأمر الطبي هذا من قبل طبيب أو ممرضة ممارسة (NP). يتم احترام هذه النماذج من قبل جميع المتخصصين العاملين في الرعاية الصحية في ولاية نيويورك، بما في ذلك فنيي الخدمات الطبية في حالات الطوارئ (EMTs) في أي مكان.

يتناول نموذج MOLST الرغبات في العلاج الذي يحافظ على الحياة. هذا النموذج ليس للجميع، بل هو مصمم للأشخاص الذين يقيمون في منشأة رعاية طويلة الأجل أو يتلقون خدمات رعاية طويلة الأجل في المنزل. وهو مصمم أيضاً لأولئك الذين قد يموتون خلال العام المقبل.

إذا كنت تعتقد أن نموذج MOLST قد يكون مناسباً لك، فتحدث إلى طبيبك أو الممرضة الممارسة.

Notes

الخطوة 4

مشاركة رغباتك للرعاية المستقبلية

قد تكون المناقشات حول رغبات الرعاية المستقبلية مع الأحباء أمراً صعباً. ومع ذلك، فمن المهم مشاركة رغباتك مع الأحباء الأقرب إليك.

فيما يلي بعض النصائح لمساعدتك على القيام بذلك:

- تحدث مع وكيلي الرعاية الصحية المعينين من قبلك حول الطريقة التي تريدهما أن يتخذا بها القرارات نيابةً عنك إذا أصبحت غير قادر على اتخاذها بنفسك.
- قم بإجراء محادثات مع أي أصدقاء أو أفراد عائلة آخرين تشعر أنهم يجب أن يعرفوا رغباتك.
- شارك قراراتك مع مقدمي الخدمة لك.
- قم بإعطاء نسخ من توجيهاتك المسبقة ونماذج الأوامر الطبية إلى وكيلي الرعاية الصحية ومقدمي الرعاية الصحية لك. يتعين عليك أيضاً تقديم نسخ إلى أي أصدقاء أو أفراد عائلة آخرين تشعر أنه يجب عليهم الحصول عليها.

الخطوات التالية

- تحدث مع وكيل (وكيلي) الرعاية الصحية الخاص بك.
- التق بأحد ميسري التخطيط للرعاية المستقبلية.
- أكمل نموذج توكيل الرعاية الصحية.
- قم بإعطاء نسخ من نموذج توكيل الرعاية الصحية الخاص بك إلى وكيل (وكيلي) الرعاية الصحية الخاص بك والمتخصصين العاملين في الرعاية الصحية.
- تحدث إلى بقية أفراد عائلتك وأحبابك. أخبرهم من هو وكيل (وكيلي) الرعاية الصحية الخاص بك وما هي رغباتك.
- إذا كنت تعاني من مرض خطير، فتحدث مع طبيبك حول إكمال نموذج MOLST.
- احتفظ بنسخة من التوجيه المسبق الخاص بك، ونموذج MOLST (إذا كان لديك واحداً) في مكان يسهل وصول الآخرين له.
- خذ معك نسخة من التوجيه المسبق و/أو نموذج MOLST إذا ذهبت إلى المستشفى أو دار تمريض. اطلب أيضاً أن يتم وضع هذه الوثائق في سجلك الطبي.
- قم بمراجعة نموذج توكيل الرعاية الصحية الخاص بك، ونموذج MOLST (إذا كان لديك واحداً) من وقت لآخر.

هل لديك استفسارات؟ اتصل ببرنامج التخطيط للرعاية المستقبلية بجامعة NYU Langone Health على

.212-263-0416 أو advancecareplanning@nyulangone.org

الخطيط للرعاية المستقبلية والتوجيهات المسبقة والأوامر الطبية

الأسئلة الشائعة

يمكن أن تطرح المشاركة في الخطيط للرعاية المستقبلية العديد من الأسئلة.
انظر أدناه للحصول على إجابات على الأسئلة الشائعة.

هل يحتاج وكيل الرعاية الصحية الخاص بي إلى العيش بالقرب مني؟
لا، ومع ذلك، يجب أن يكون من السهل الوصول إليه عبر الهاتف.

ما هي المسؤوليات التي يتحملها وكيل الرعاية الصحية الخاص بي؟
سوف يتحدث وكيل نيابة عنك إذا أصبحت غير قادر على القيام بذلك. وهو مكلف باتخاذ القرارات الطبية التي قد تتخذها بنفسك إذا استطعت.

من يستطيع أن يشهد على توقيع وكيل الرعاية الصحية؟
أي شخص يزيد عمره عن 18 عاماً، باستثناء الوكيلين المعينين من قبلك.

أنا أتمتع بصحة جيدة. هل أحتاج إلى توجيه مسبق؟
بالتأكيد. التوجيهات المسبقة مهمة لجميع البالغين، فهي توثق تفضيلاتنا للرعاية الصحية في حالة حدوث مرض غير متوقع أو حدث مفاجئ يجعلنا غير قادرین على اتخاذ قرارتنا بأنفسنا.

هل أحتاج إلى محامٍ وكاتب عدل لإكمال توجيهاتي المسبقة؟
لا. في ولاية نيويورك، يجب أن يتم توقيع النماذج من قبل المريض وبحضور شاهدين يزيد عمرهما عن 18 عاماً ليسا الوكيلين المعينين. ليست هناك حاجة إلى كاتب العدل.

هل يمكنني توثيق رغبتي في التبرع بالأعضاء؟
نعم. في نيويورك، يجوز لأي شخص يبلغ من العمر 18 عاماً أو أكثر وقدر على اتخاذ القرارات التبرع بأي جزء من جسده أو بكل أجزاء جسده بعد الوفاة. ويمكنه التبرع لأي مستشفى، أو جراح، أو طبيب، أو كلية طب معتمدة، أو منشأة تخزين أعضاء، أو شخص محدد أو منظمة محددة تساعد في التبرع بالأعضاء والأنسجة.

- يمكنك الإشارة إلى رغبتك في أن تصبح متبرعاً بالأعضاء بالطرق التالية:
- ذكر ذلك في نموذج توقيع وكيل الرعاية الصحية
 - ذكر ذلك في وصية حياة
 - التسجيل في سجل المتبرعين بالأعضاء والأنسجة في ولاية نيويورك
 - التسجيل في إدارة السيارات بولاية نيويورك
 - التسجيل في لجنة الانتخابات
 - سيتم تسجيلك تلقائياً إذا قمت بتحديد مربع المترع بالأعضاء في طلب بطاقة هوية غير السائق أو نموذج التجديد.

ماذًا لو لم أكن مقىًما في ولاية نيويورك؟

لكل ولاية قوانينها الخاصة عندما يتعلق الأمر بمتطلبات التوجيهات المسبقة الصالحة. يجوز للولايات احترام وثائق بعضها البعض ولكن هذا ليس ضمانًا. يوصى بإكمال التوجيهات في الولاية التي يقع بها منزلك و عملك. قد ترغب أيضًا في إكمال التوجيهات في أي ولاية تفضي فيها الكثير من الوقت.

إذا كان وكيل الرعاية الصحية الخاص بي يعرف رغباتي، فهل أحتج حقًا إلى نموذج MOLST أيضًا؟

إذا كانت لديك الرغبة في الحد من العلاج الذي يحافظ على الحياة، فنعم. يجب توثيق أي قيود على العلاج (على سبيل المثال، DNR) في نموذج MOLST. وذلك لضمان احترام رغباتك خارج المستشفى.

ماذًا يجب أن أفعل بتوجيهاتي المسبقة بمجرد إكمالها؟

من الضروري أن يكون التوجيه المسبق الخاص بك متاحًا في حالة الطوارئ. ولهذا السبب يجب أن يكون لدى الأشخاص التاليين والأماكن التالية نسخة منه:

• كل من وكيل (وكيلي) الرعاية الصحية المعين من قِبَلَك

• مقدمي الخدمة لك

• المستشفى (المستشفيات) التي من المرجح أن تعالجك

• مكان آمن وسهل الوصول إليه في منزلك حيث يمكن للأشخاص المقربين لك تحديد مكانه

هل تنتهي صلاحية التوجيهات المسبقة؟

على الرغم من أن التوجيهات المسبقة لا تنتهي صلاحيتها (ما لم تحدد تاريخ انتهاء الصلاحية خصيصًا)، فيوصى بأن تقوم بمراجعة كل ما حدث أحد الأشياء الخمسة:

• وفاة شخص عزيز عليك

• الطلاق أو الانفصال

• عيد الميلاد عند إتمام عقد من العمر أو عيد ميلاد في مرحلة هامة

• تشخيص مرض خطير أو إصابة خطيرة

• تدهور حالتك الصحية

هل يمكنني إلغاء نموذج توكيل الرعاية الصحية؟

يمكنك تغيير أو إلغاء توجيهاتك المسبقة في أي وقت.

هل يمكنني تعيين شخص ما ليكون مسؤولاً عن التصرف في رفافي؟

نعم. يمكنك تعيين وكيل عن طريق إكمال نموذج تعيين وكيل لمراقبة التصرف في الرفات.

ما معنى CPR؟

CPR هو الإنعاش القلبي الرئوي، ويتم استخدامه إذا توقف قلبك أو تنفسك. قد يتضمن الإنعاش القلبي الرئوي واحداً أو كل ما يلي:

- الضغط على الصدر
- إزالة الرجفان
- التنبيب (إدخال أنبوب)
- أدوية لإنعاش قلبك

ما معنى DNR؟

DNR يعني عدم الإنعاش. يتم تقديم أمر عدم الإنعاش عندما يقرر الشخص أنه لا يريد محاولة الإنعاش إذا توقف قلبه أو تنفسه.

لماذا قد يختار شخص ما لا يتم إنعاشه؟

هذه قرارات شخصية، حيث يشعر بعض الأشخاص أن احتمالية العودة إلى نوعية حياة مقبولة بعد تلقي الإنعاش القلبي الرئوي منخفضة جدًا بحيث لا تستحق العناية بالنسبة لهم. هذا موضوع مهم أن تناقشه مع مقدم خدمة الرعاية الخاص بك.

ما التنبيب (إدخال أنبوب)؟

التنبيب هو إجراء يمكن استخدامه للمرضى الذين يعانون من ضيق التنفس وهو أيضًا جزء من الإنعاش القلبي الرئوي. يتم وضع أنبوب بلاستيكي من عبر فمك إلى مجرى الهواء. يُبقي الأنبوب مجرى الهواء مفتوحًا حتى يمكن للهواء الوصول إلى الرئتين. يتم توصيل الأنبوب بجهاز التنفس الصناعي.

كيف يمكنني إلغاء عدم الإنعاش؟

يمكنك إلغاء طلب عدم الإنعاش في أي وقت وبأي طريقة تجعل رغبتك معروفة. ويوصى بالتحدث إلى مقدم الخدمة الخاص بك للقيام بذلك.

ما هي الرعاية التلطيفية؟

الرعاية التلطيفية هي رعاية متخصصة للأشخاص الذين يعانون من أمراض خطيرة. إنه نهج تركز فيه التخصصات المختلفة على التحكم في الألم والأعراض. والهدف منه هو زيادة جودة الحياة إلى أقصى حد.

ما هي رعاية المسنين؟

قد تكون رعاية المسنين مناسبة للمرضى الذين من المتوقع أن يعيشوا لمدة 6 أشهر أو أقل. وهي تقدم الرعاية التي تركز على الراحة وإدارة أي نوع من الضيق. وتشمل تخفيف الألم والأعراض الجسدية الأخرى والضيق العاطفي أو الوجودي. يمكن توفير رعاية المسنين في أماكن مختلفة:

- في المنزل
- في دور التمريض
- في مراقب الرعاية الدائمة
- في مراكز رعاية العجزة



المحتوى مقتبس من دليل بدء المحادثة (Conversation Starter) الخاص بك
مشروع المحادثة (theconversationproject.org) مبادرة من معهد (Institute for Healthcare Improvement) (IHI; ihi.org) تحسين الرعاية الصحية
مرخص بموجب الرخصة الدولية 4.0 Creative Commons Attribution-ShareAlike [/https://creativecommons.org/licenses/by-sa/4.0](https://creativecommons.org/licenses/by-sa/4.0)