กรมการแพทย์
DEPARTMENT OF MEDICAL SERVICES

คำแนะนำการดำเนินงาน บริการชีวาภิบาล ในโรงพยาบาลเชื่อมโยงกับชุมชน พ.ศ. 2568

คณะอนุกรรมการขับเคลื่อนและบูรณาการ
เครือข่ายถ่ายทอดองค์ความรู้บริการสุขภาพผู้สูงอายุและชีวาภิบาล
กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข

กรมการแพทย์
DEPARTMENT OF MEDICAL SERVICES

คำแนะนำการดำเนินงาน บริการชีวาภิบาล ในโรงพยาบาลเชื่อมโยงกับชุมชน พ.ศ. 2568

คณะอนุกรรมการขับเคลื่อนและบูรณาการ
เครือข่ายถ่ายทอดองค์ความรู้บริการสุขภาพผู้สูงอายุและชีวาภิบาล
กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข

คำแนะนำการดำเนินงานบริการชีวาภิบาลในโรงพยาบาล เชื่อมโยงกับชุมชน พ.ศ. 2568

ผู้เขียน คณะอนุกรรมการขับเคลื่อนและบูรณาการเครือข่ายถ่ายทอดองค์ความรู้บริการสุขภาพผู้สูงอายุและชีวาภิบาล กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข

กองบรรณาธิการ แพทย์หญิงเดือนเพ็ญ ห่อรัตนาเรือง
นายแพทย์เชี่ยวชาญ สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี
กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข
แพทย์หญิงมานิตา กิตติเลิศวรกุล
นายแพทย์ปฏิบัติการ สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ
กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข

ผู้ช่วยบรรณาธิการ

นางกฤษณา ตรียมณีรัตน์	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ
นางกมลาศ ทองมีสิทธิ์ โยสท์	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
นางพงางาม พงศ์จตุรวิทย์	นักสังคมสงเคราะห์ชำนาญการ
นางสาวปนิตา มุ่งกลาง	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
นางสาวเกศราภรณ์ ไค่นุ่นภา	นักวิชาการสาธารณสุข

สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ
กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข

ผู้ประสานงาน นางกมลาศ ทองมีสิทธิ์ โยสท์ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ

จัดพิมพ์และเผยแพร่ สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข

ISBN 978-616-11-5591-9

พิมพ์ครั้งที่ 1 ปี 2568

จำนวนพิมพ์ 200 เล่ม

พิมพ์ที่ บริษัท สินทวีการพิมพ์ จำกัด 64/2 หมู่ที่ 5 ถนนบางกรวย-ไทรน้อย ตำบลบางกรวย อำเภอบางกรวย จังหวัดนนทบุรี โทรศัพท์ 02 408 2602

คำนิยม

หนังสือ “คำแนะนำการดำเนินงานบริการชีวาภิบาลในโรงพยาบาลเชื่อมโยงกับชุมชน” เล่มนี้ นับเป็นผลงานที่สะท้อนถึงความมุ่งมั่นในการยกระดับคุณภาพของระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) สถานชีวาภิบาล โดยมีเป้าหมายสำคัญในการบูรณาการการดูแลผู้สูงอายุ ผู้มีภาวะพึ่งพิง และผู้ป่วยประคับประคอง/ระยะท้ายอย่างมีคุณภาพ ให้สามารถเข้าถึงการบริการได้อย่างทั่วถึง มีเนื้อหาที่กระชับ อ่านเข้าใจง่าย สามารถนำไปปรับใช้ให้เหมาะสมตามบริบทของพื้นที่ได้ มีการกำหนดบทบาทของสหวิชาชีพในการดำเนินงานชีวาภิบาลตั้งแต่ในระดับโรงพยาบาลจนถึงการดูแลส่งต่อไปยังชุมชนโดยการเชื่อมโยงและสนับสนุนระบบชีวาภิบาลตั้งแต่การดูแลระยะกลาง การดูแลระยะยาว การดูแลแบบประคับประคองจนไปถึงระยะท้าย รวมถึงการดูแลพระสงฆ์อาพาธที่เอื้อต่อพระธรรมวินัย นอกจากนี้ยังมีตัวอย่างกรณีศึกษาของผู้ป่วย แบบประเมินต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง เช่น แบบประเมินภาวะเปราะบาง แบบประเมินที่ใช้ในการดูแลประคับประคองที่บ้านในผู้ป่วยมะเร็ง เพื่อใช้เป็นเครื่องมือในการปฏิบัติงาน

ดิฉันขอขอบคุณและชื่นชมคณะอนุกรรมการขับเคลื่อนและบูรณาการเครือข่ายถ่ายทอดองค์ความรู้บริการสุขภาพผู้สูงอายุและชีวาภิบาล กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข และผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทุกท่านที่ได้กรุณาสละเวลาในการจัดทำหนังสือ “คำแนะนำการดำเนินงานบริการชีวาภิบาลในโรงพยาบาลเชื่อมโยงกับชุมชน” จนสำเร็จลุล่วงสมบูรณ์จนสามารถนำมาเผยแพร่ใช้ปฏิบัติได้

(แพทย์หญิงบุษกร โลหารชุน)
ผู้อำนวยการสถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ

คำนำ

กระทรวงสาธารณสุขมีนโยบายการดำเนินงานเพื่อยกระดับคุณภาพชีวิตประชาชนในทุกมิติสุขภาพมาอย่างต่อเนื่อง โดยตั้งแต่ปี พ.ศ. 2567 ได้ประกาศขับเคลื่อนนโยบายสถานชีวาภิบาล เพื่อสนับสนุนการดูแลผู้สูงอายุ ผู้มีภาวะพึ่งพิง และผู้ป่วยระยะประคับประคอง/ระยะท้าย เชื่อมโยงการดูแลตั้งแต่ระดับโรงพยาบาลไปสู่บ้านหรือสถานชีวาภิบาลในชุมชน เป็นการบูรณาการระบบบริการทั้งในระดับตติยภูมิจนถึงระบบสุขภาพปฐมภูมิ รวมถึงหน่วยงานและองค์กรภาคีเครือข่ายสุขภาพโดยมีผู้ป่วยและครอบครัวเป็นศูนย์กลาง มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ประชาชนมีคุณภาพชีวิตที่ดีในทุกช่วงวัยจนถึงวาระท้ายของชีวิต

คำแนะนำการดำเนินงานบริการชีวาภิบาลในโรงพยาบาลเชื่อมโยงกับชุมชนฉบับนี้ จัดทำโดยคณะอนุกรรมการขับเคลื่อนและบูรณาการเครือข่ายถ่ายทอดองค์ความรู้บริการสุขภาพผู้สูงอายุและชีวาภิบาล กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้ปฏิบัติในระดับโรงพยาบาลได้ใช้เป็นแนวทางในการจัดบริการชีวาภิบาลเพื่อให้เกิดการบูรณาการอย่างครอบคลุมเป็นกรอบแนวทางเดียวกันทั่วประเทศ ผู้จัดทำหวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะเป็นประโยชน์ต่อผู้ปฏิบัติงานในการจัดบริการเพื่อประโยชน์แก่ประชาชนต่อไป

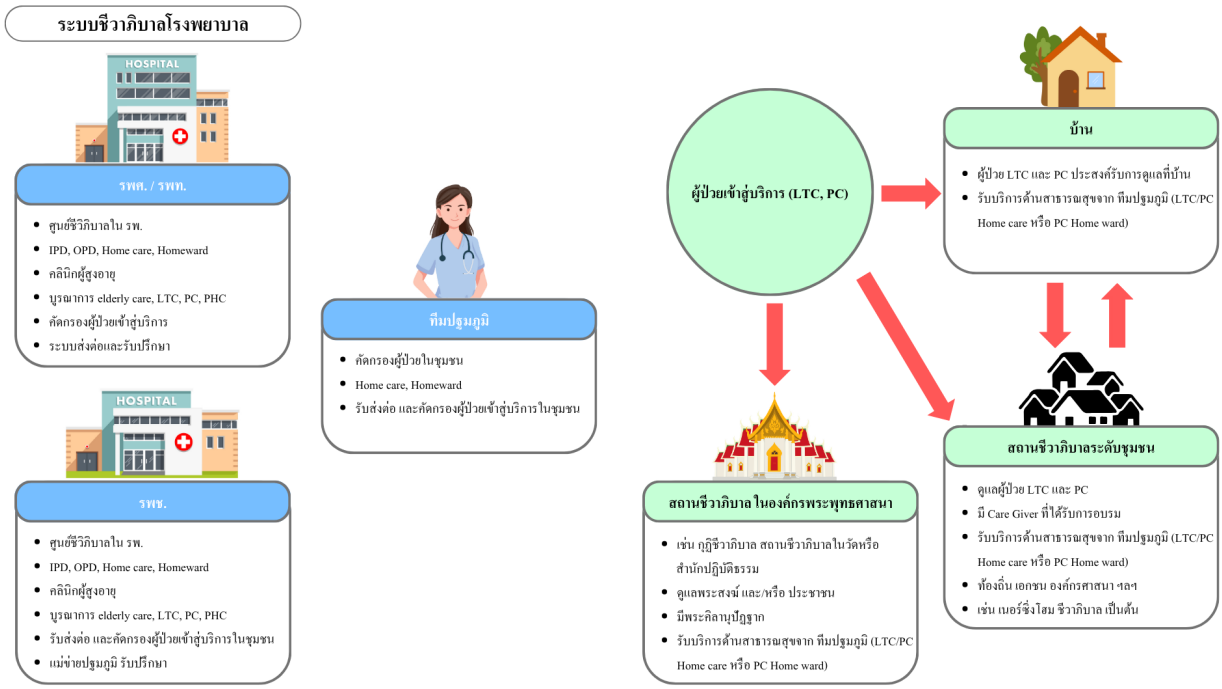
คณะผู้จัดทำ

สารบัญ

	หน้า
บทที่ 1 ภาพรวมการดำเนินงานด้านชีวาภิบาล	**1**
บทที่ 2 บทบาทของสหวิชาชีพในการดำเนินงานชีวาภิบาล	**5**
บทที่ 3 การดำเนินงานชีวาภิบาลในโรงพยาบาล	**10**
บทที่ 4 การดูแลระดับปฐมภูมิในระบบชีวาภิบาล และการเชื่อมโยงการดูแล จากโรงพยาบาลสู่ชุมชน	**20**
บทที่ 5 การเชื่อมโยงและสนับสนุนระบบชีวาภิบาลโดยระบบการดูแลระยะกลาง	**26**
บทที่ 6 การดูแลพระสงฆ์อาพาธที่เอื้อต่อพระธรรมวินัย	**33**
ภาคผนวก	**39**
ภาคผนวก 1 ตัวอย่างแบบฟอร์มปรึกษาทีมการดูแลผู้สูงอายุ (Geriatric Team Consultation Form)	40
ภาคผนวก 2 ตัวอย่างแบบประเมินภาวะเปราะบาง	42
ภาคผนวก 3 ตัวอย่างแบบประเมินที่ใช้ในการดูแลประคับประคองที่บ้าน ในผู้ป่วยมะเร็ง โรงพยาบาลมะเร็งลำปาง	46
ภาคผนวก 4 ระบบ e-Living Will โดย สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ	53
ภาคผนวก 5 ตัวอย่างกรณีศึกษา	54

บทที่ 1 ภาพรวมการดำเนินงานด้านชีวาภิบาล

"ชีวาภิบาล" เป็นการสมาสคำสองคำ คือ "ชีวา" หรือชีวิต กับ "อภิบาล" คือ การบำรุง ดูแลอย่างรอบด้าน เมื่อรวมกันจึงเป็นคำว่า "ชีวาภิบาล" ซึ่งหมายถึง การบำรุงดูแลชีวิต ดังนั้น ศูนย์ชีวาภิบาล จึงเป็นหน่วยงานที่จัดตั้งขึ้นเพื่อให้การดูแลชีวิตของผู้ป่วยตามหลักการดูแลแบบประคับประคอง (palliative care) ซึ่งเริ่มแรกใช้เป็นชื่อของศูนย์การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองของโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย ประกอบด้วยทีมสหวิชาชีพ ต่อมาในปี พ.ศ. 2567 รัฐบาลได้มีนโยบายด้านสาธารณสุขเพื่อดูแลผู้ป่วยสูงอายุติดบ้านติดเตียงและผู้ป่วยระยะท้าย ใช้ชื่อว่า "นโยบายสถานชีวาภิบาล กำหนดให้เป็นหนึ่งในนโยบายขับเคลื่อนด้านสาธารณสุขที่สำคัญ" จึงเกิดคำนิยามใหม่ของชีวาภิบาลในระบบบริการสาธารณสุข โดยเป็นการบูรณาการการดูแลผู้สูงอายุ ผู้มีภาวะพึ่งพิง และผู้ป่วยประคับประคอง/ระยะท้าย เชื่อมโยงการดูแลจากโรงพยาบาลสู่การดูแลที่บ้านและชุมชน จึงเป็นการเชื่อมโยงระบบการดูแลผู้สูงอายุ ระบบการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง ระบบการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพิง และระบบสุขภาพปฐมภูมิ โดยมีองค์ประกอบสำคัญ ได้แก่ ศูนย์ชีวาภิบาลในโรงพยาบาล การจัดบริการคลินิกผู้สูงอายุ การให้บริการแบบการดูแลผู้ป่วยในที่บ้าน (home ward/hospital at home) การดูแลที่บ้าน (home care) ระบบการดูแลผู้มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน และสถานชีวาภิบาลในชุมชน อันมีเป้าหมายที่สำคัญคือ การดูแลสุขภาวะของประชาชนกลุ่มที่มีภาวะพึ่งพิงและผู้ป่วยระยะประคับประคอง/ระยะท้ายอย่างองค์รวมในทุกมิติให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี จนถึงวาระสุดท้ายของชีวิต ทั้งยังรวมถึงการดูแลสนับสนุนครอบครัวเพื่อให้เกิดการดูแลที่บ้าน ชุมชน สถานชีวาภิบาลอีกด้วย ดังแสดงในรูปที่ 1.1



<u>หมายเหตุ:</u> ทีมปฐมภูมิสามารถให้บริการ home care หรือ home ward ที่บ้าน หรือที่สถานชีวาภิบาลในชุมชน แล้วแต่กรณี

รูปที่ 1.1 ระบบชีวาภิบาล (ดัดแปลงมาจากคู่มือดำเนินการตามนโยบายสถานชีวาภิบาล 2024 โดย กบรส.)

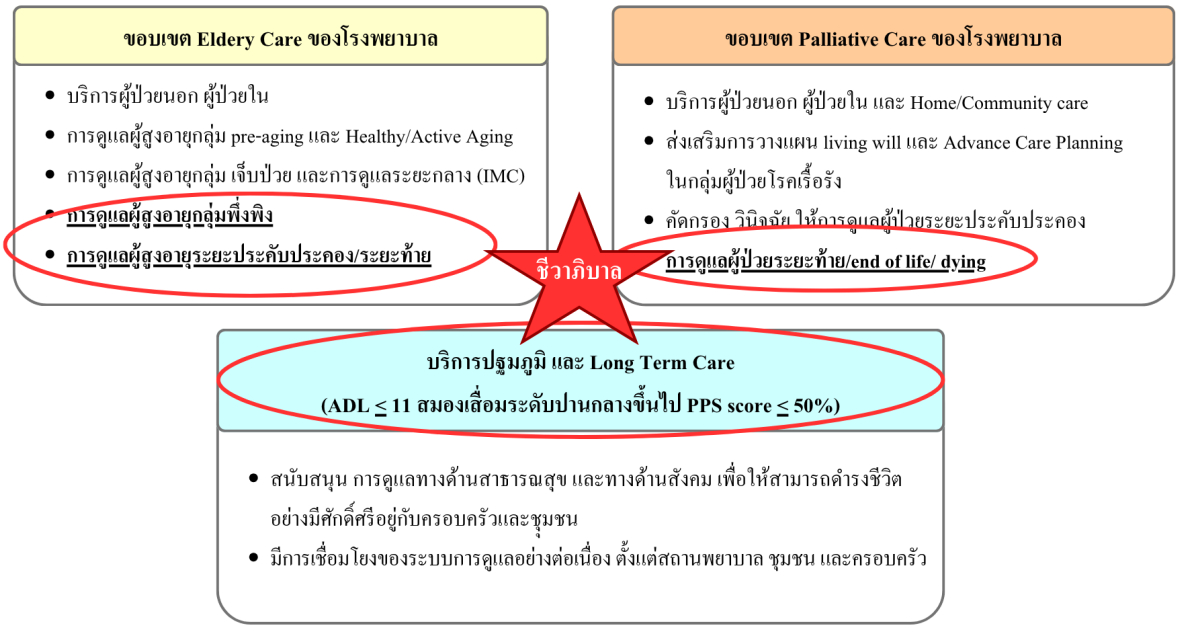
กลุ่มเป้าหมายที่ควรจัดบริการชีวาภิบาล ได้แก่ ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และผู้ป่วยระยะท้ายทุกกลุ่มวัยที่มีความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันพื้นฐาน (basic activities of daily living: basic ADL) ที่มีค่าดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel ADL index) ≤ 11 หรือมีภาวะสมองเสื่อมระดับปานกลางขึ้นไป หรือจากการประเมินระดับผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative Performance Scale: PPS) ที่มีค่า PPS score ≤ 50% โดยสามารถแบ่งกลุ่มได้ ดังแสดงในตารางที่ 1.1

กลุ่ม 1	กลุ่ม 2	กลุ่ม 3	กลุ่ม 4.1	กลุ่ม 4.2
เคลื่อนไหวได้บ้าง และอาจมีปัญหาการกินหรือการขับถ่าย <u>ไม่มีภาวะสับสนทางสมอง</u> หรือผู้ป่วยระยะประคับประคองมี PPS = 50%	เคลื่อนไหวได้บ้าง และอาจมีปัญหา การกินหรือการขับถ่ายและมีภาวะสับสนทางสมอง <u>หรือมีภาวะสมองเสื่อมระดับปานกลางขึ้นไป</u>	เคลื่อนไหวเองไม่ได้ อาจมีปัญหาการกินหรือการขับถ่ายหรือมีอาการเจ็บป่วยรุนแรง <u>แต่ไม่มีภาวะแทรกซ้อน</u> หรือผู้ป่วยระยะประคับประคองมี PPS = 40%	เคลื่อนไหวเองไม่ได้ เจ็บป่วยรุนแรง <u>หรืออยู่ในระยะท้ายของชีวิต</u> (ระยะเวลารอดชีวิต ~ 6-12 เดือน) หรือผู้ป่วยระยะประคับประคองมี PPS = 30%	เคลื่อนไหวเองไม่ได้ กลืนไม่ได้ ซึม อยู่ในระยะกำลังจะเสียชีวิต อาจมีอาการไม่สุขสบาย เช่น ปวด หอบเหนื่อย สับสน (ระยะเวลารอดชีวิตประมาณ 2 สัปดาห์) หรือผู้ป่วยระยะประคับประคองมี PPS < 30%
ADL 5-11 คะแนน		ADL 0-4 คะแนน		

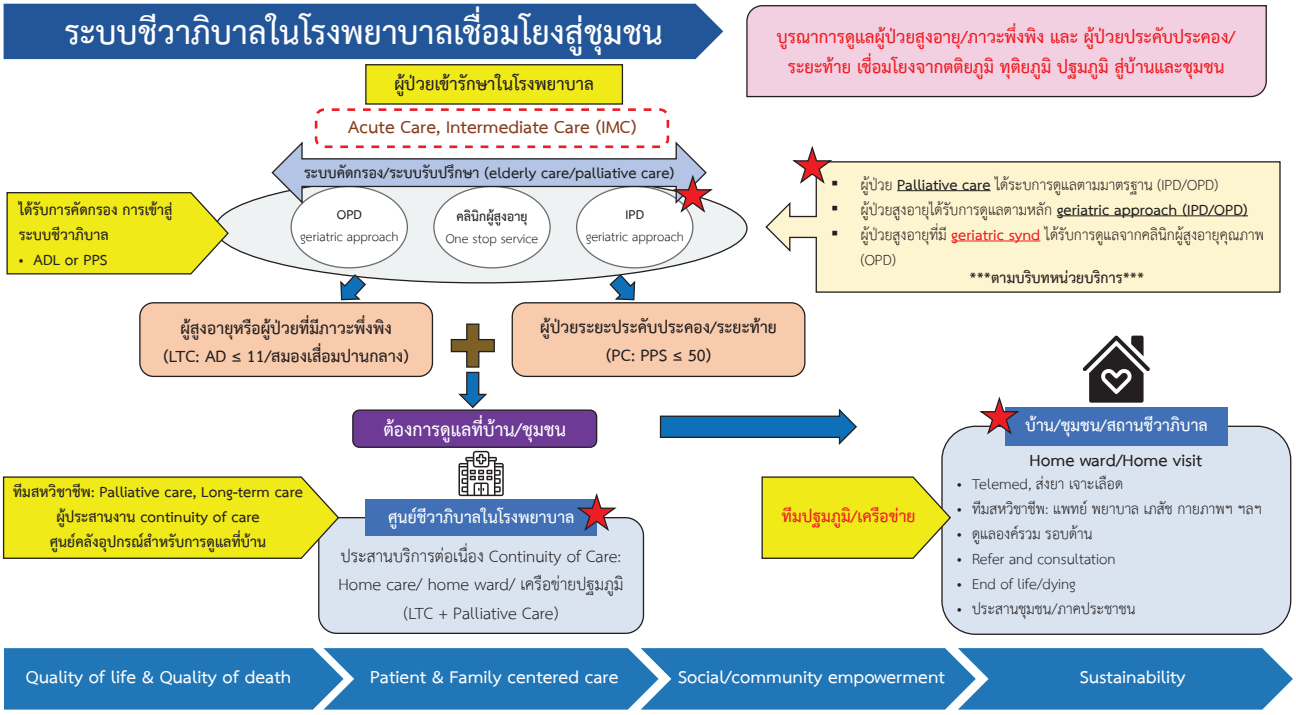
ตารางที่ 1.1 กลุ่มเป้าหมายของระบบชีวาภิบาล (ที่มา; คู่มือดำเนินการตามนโยบายสถานชีวาภิบาล 2024 กบรส.)

การดำเนินงานด้านชีวาภิบาลในโรงพยาบาลเป็นการบูรณาการการดูแลผู้สูงอายุ ผู้มีภาวะพึ่งพิง และผู้ป่วยประคับประคอง/ระยะท้าย ซึ่งเป็นระบบบริการที่มีอยู่เดิมและมีมาตรฐานการดำเนินงานในแต่ละส่วนงานของโรงพยาบาล โดยมีส่วนของบริการที่ประสานสอดคล้องกันในระบบชีวาภิบาล ดังแสดงในรูปที่ 1.2 ดังนั้นจึงกล่าวได้ว่า ทีมชีวาภิบาลในโรงพยาบาล คือ ทีมดูแลผู้สูงอายุ (elderly care) ทีมดูแลแบบประคับประคอง (palliative care) ทีมปฐมภูมิ (primary care) ที่ประสานการทำงานร่วมกันในการจัดบริการรองรับผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมายเพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิต ทำการสื่อสารและสอบถามความต้องการในการรับการดูแลและดำเนินการตามความประสงค์ซึ่งเป็นสิทธิของประชาชน โดยเป็นไปตามพระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546 พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 มาตรา 12 และมาตรฐานการวางแผนการดูแลล่วงหน้าสำหรับประเทศไทย พ.ศ. 2565 ทำให้เกิดบริการในระบบชีวาภิบาลจากโรงพยาบาลเชื่อมโยงสู่ชุมชน ดังแสดงในรูปที่ 1.3

ภาพรวมการดำเนินงานชีวาภิบาล จากโรงพยาบาลเชื่อมโยงกับชุมชน



รูปที่ 1.2 ขอบเขตบริการด้านการดูแลผู้สูงอายุ การดูแลประคับประคอง/ระยะท้าย บริการปฐมภูมิและการดูแลระยะยาวของโรงพยาบาล. (ที่มา; กรมการแพทย์ 2568)



รูปที่ 1.3 แนวคิดระบบชีวาภิบาลในโรงพยาบาลเชื่อมโยงสู่บ้านและชุมชน (ที่มา; กรมการแพทย์ 2568)

บรรณานุกรม

1. สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, กองบริหารการสาธารณสุข. คู่มือดำเนินการตามนโยบายสถานชีวาภิบาล 2024 [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, กองบริหารการสาธารณสุข.; 2567 [เข้าถึงเมื่อ 11 กรกฎาคม 2568]. เข้าถึงได้จาก: https://phdb.moph.go.th/main/upload/web_news_files/c8214x94sx4ogookg8.pdf

2. กรมกิจการผู้สูงอายุ. พระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546 (ฉบับแก้ไข พ.ศ. 2553) [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: กรมกิจการผู้สูงอายุ; 2553 [เข้าถึงเมื่อ 12 กรกฎาคม 2568]. เข้าถึงได้จาก: https://www.dop.go.th/th/laws/2/10/785

3. โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย, ศูนย์ชีวาภิบาล [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: โรงพยาบาล; 2568 [เข้าถึงเมื่อ 12 กรกฎาคม 2568]. เข้าถึงได้จาก: https://kcmh.chulalongkornhospital.go.th/dept/cheewabhibaln-palliative-care-center-th/

4. สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ. ประกาศคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง มาตรฐานการวางแผนการดูแลล่วงหน้าสำหรับประเทศไทย (Thai standards for advance care planning) พ.ศ. 2565 [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 12 กรกฎาคม 2568]. เข้าถึงได้จาก: https://old.nationalhealth.or.th/th/node/3578

5. สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ. พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 หมวดที่ 1 มาตรา 12 [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 12 กรกฎาคม 2568]. เข้าถึงได้จาก: https://www.thailivingwill.in.th/sites/default/files/025_livingwill.pdf

บทที่ 2 บทบาทของสหวิชาชีพในการดำเนินงานชีวาภิบาลในโรงพยาบาล

บุคลากรสหวิชาชีพในทีมชีวาภิบาลมีบทบาทสำคัญในการให้บริการที่มีคุณภาพ ประกอบด้วยบุคลากรในทีมการดูแลผู้สูงอายุ ทีมการดูแลประคับประคอง ทีมปฐมภูมิ (ประสานการดูแลที่บ้าน/ชุมชน/สถานชีวาภิบาล) โดยในที่นี้จะกล่าวถึงบทบาทของสหวิชาชีพในโรงพยาบาลผู้ให้บริการชีวาภิบาล ทั้งนี้การจัดสรรบุคลากรเป็นไปตามบริบทของสถานพยาบาล

บทบาทของแพทย์

แพทย์	บทบาท	คุณสมบัติ
ทีม elderly care	ดูแลผู้ป่วยร่วมกับทีมชีวาภิบาล • ให้การคัดกรอง ตรวจรักษาในคลินิกผู้สูงอายุตามมาตรฐาน • ให้คำปรึกษา ตรวจรักษา ผู้สูงอายุที่ต้องการการดูแลจากผู้เชี่ยวชาญด้านผู้สูงอายุ ใน IPD และ OPD • จัดให้มีการประเมินผู้สูงอายุตามหลักการ geriatric approach ใน IPD และ OPD (CGA และ frailty) • คัดกรองผู้สูงอายุเข้าสู่ระบบชีวาภิบาล • พิจารณาการส่งต่อผู้ป่วยไปยังบริการที่เหมาะสมเมื่อจำเป็น • ส่งต่อข้อมูลให้ทีมปฐมภูมิ ร่วมวางแผนการดูแลต่อเนื่องและประสานการดูแลที่บ้าน/ชุมชน/สถานชีวาภิบาล	แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านผู้สูงอายุ หรือ แพทย์ที่ผ่านการอบรมหลักสูตรระยะสั้นด้านการดูแลผู้สูงอายุ จำนวนอย่างน้อย 1 คน หมายเหตุ: หากแพทย์ผู้ปฏิบัติงานได้รับมอบหมายงานด้าน palliative care ร่วมกับ งานผู้สูงอายุ ควรผ่านการอบรมระยะสั้นด้าน palliative care ร่วมด้วย ทั้งนี้ จำนวนบุคลากรขึ้นกับภาระงานบริการ
ทีม palliative care	ดูแลผู้ป่วยร่วมกับทีมชีวาภิบาล • รับปรึกษา คัดกรอง วินิจฉัย ประเมินอาการ วางแผนการรักษาผู้ป่วยระยะประคับประคอง/ระยะท้าย คัดกรองผู้ป่วยเข้าสู่ระบบชีวาภิบาล ทั้งใน IPD และ OPD • สื่อสารการดำเนินโรคกับผู้ป่วยและครอบครัว และเป็นผู้นำทีมในการตัดสินใจทางการแพทย์ที่สำคัญ และวางแผนการดูแลล่วงหน้า (Advance Care Planning; ACP) • ดูแลแบบองค์รวม ทั้งบริการ IPD และ OPD • จัดการอาการทางกายที่ซับซ้อน เช่น ความเจ็บปวด อาการเหนื่อยหอบ และอาการไม่สุขสบายอื่นๆ • พิจารณาการส่งต่อผู้ป่วยไปยังบริการที่เหมาะสมเมื่อจำเป็น • ประสานการดูแลที่บ้าน/ชุมชน/สถานชีวาภิบาล (home care) โดยเป็นที่ปรึกษาให้ทีมปฐมภูมิกรณีผู้ป่วยระยะท้ายที่บ้านมีความซับซ้อน ต้องการ advance medical care ให้การดูแลจนผู้ป่วยเสียชีวิต • ร่วมจัดบริการ home ward • ให้การดูแลภาวะเศร้าโศกจากการสูญเสียแก่ครอบครัว (bereavement care)	โรงพยาบาลระดับ P แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว หรือแพทย์สาขาอื่นที่ผ่านการอบรมหลักสูตรระยะกลาง/ระยะยาว ด้านการดูแลแบบประคับประคอง ทำงานเต็มเวลา (Full Time Equivalent; FTE) อย่างน้อย 1 คน หรือ ทำงานบางเวลา (Part-Time) อย่างน้อย 3 คน โรงพยาบาลระดับ S และ A แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว หรือแพทย์สาขาอื่นที่ผ่านการอบรมอย่างน้อยหลักสูตรระยะสั้น ด้านการดูแลประคับประคอง จำนวน 1 คน หมายเหตุ: หากแพทย์ผู้ปฏิบัติงานได้รับมอบหมายงานด้านผู้สูงอายุร่วมกับ palliative care ควรผ่านการอบรมระยะสั้นด้านการดูแลผู้สูงอายุร่วมด้วย ทั้งนี้ จำนวนบุคลากรขึ้นกับภาระงานบริการ

แพทย์	บทบาท	คุณสมบัติ
ทีมปฐมภูมิ	ดูแลผู้ป่วยร่วมกับทีมชีวาภิบาล • ให้การตรวจรักษา และดูแลสุขภาพแบบองค์รวม ในคลินิกปฐมภูมิ/คลินิกหมอครอบครัว • ร่วมวางแผนการรักษาผู้ป่วยผู้ป่วยที่เข้าสู่ระบบชีวาภิบาล และประสานส่งต่อกลับไปดูแลที่บ้าน หรือ สถานชีวาภิบาลในชุมชน • ทำการประเมิน และ/หรือยืนยัน จัดทำแผนการดูแลล่วงหน้า (Advance care planning) หรือ Care Plan • ร่วมกับทีมปฐมภูมิในพื้นที่ เยี่ยมดูแลที่บ้าน (LTC&PC home care) บริการ PC home ward หรือที่สถานชีวาภิบาล หรือส่งต่อการดูแลไปยังเครือข่ายตามบริบทของพื้นที่ • เป็นแม่ข่ายการดูแลที่บ้าน และชุมชน แก่ทีมปฐมภูมิในพื้นที่ เพื่อให้บริการด้านการแพทย์พื้นฐาน basic medical care แก่ผู้ป่วยระยะท้ายที่บ้าน • ให้การวินิจฉัยผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์ PC และ/หรือ LTC ในชุมชน (กรณีพบผู้ป่วยเข้าเกณฑ์ฯ ในชุมชน) • ร่วมจัดบริการ home ward	แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านเวชศาสตร์ครอบครัว อย่างน้อย 1 คน (ควรผ่านการอบรมด้าน การดูแลผู้สูงอายุ และ/หรือด้านการดูแลประคับประคอง) หมายเหตุ: จำนวนตามความเหมาะสมของภาระงาน ตามบริบทของสถานพยาบาล (อ้างอิง คู่มือคุณภาพมาตรฐานหน่วยบริการปฐมภูมิ พศ. 2568-2570)
แพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู	• สนับสนุนการดูแลผู้ป่วยร่วมกับทีมชีวาภิบาล ในบทบาทแพทย์ผู้ดูแลผู้สูงอายุ ส่งเสริมและฟื้นฟูสภาพทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ ให้การดูแลระยะกลาง (intermediate care; IMC) ป้องกันภาวะเสื่อมถอยในผู้สูงอายุ • ร่วมวางแผนการดูแลสุขภาพเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนในผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง	แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านเวชศาสตร์ฟื้นฟู จำนวนตามบริบทสถานพยาบาล

บทบาทของพยาบาล

พยาบาล	บทบาท	คุณสมบัติ
ทีม elderly care	ดูแลผู้ป่วยร่วมกับทีมชีวาภิบาล • ร่วมกับแพทย์และสหวิชาชีพในการประเมินและวางแผนการดูแลสภาวะสุขภาพองค์รวมของ ผู้สูงอายุ ใน IPD และ OPD • ประเมินผู้สูงอายุและสนับสนุนให้มีการประเมินผู้สูงอายุ ตามหลักการ geriatric approach ใน IPD และ OPD (CGA และ frailty) • ให้คำปรึกษาแก่ผู้สูงอายุรวมถึงครอบครัวและผู้ดูแล • คัดกรองผู้สูงอายุเข้าสู่ระบบชีวาภิบาล • ประสานการส่งต่อผู้ป่วยไปยังบริการที่เหมาะสมเมื่อจำเป็น • ประสานส่งต่อข้อมูลให้ทีมปฐมภูมิ ร่วมวางแผนการดูแลต่อเนื่องและประสานการดูแลที่บ้าน/ชุมชน/สถานชีวาภิบาล	พยาบาลวิชาชีพผ่านการอบรมด้านการดูแลผู้สูงอายุ จำนวนอย่างน้อย 1 คน
ทีม palliative care	ดูแลผู้ป่วยร่วมกับทีมชีวาภิบาล • ร่วมกับแพทย์และสหวิชาชีพรับปรึกษา คัดกรอง วินิจฉัย ประเมินอาการ วางแผนการรักษาผู้ป่วยระยะประคับประคอง/ระยะท้าย คัดกรองผู้ป่วยเข้าสู่ระบบชีวาภิบาล ทั้งใน IPD และ OPD • ร่วมทีมสหวิชาชีพในการ ประชุมครอบครัว (family meeting) และวางแผนการดูแลล่วงหน้า (Advance Care Planning; ACP) • ดูแลแบบองค์รวม ทั้งบริการ IPD และ OPD • ร่วมกับแพทย์และสหวิชาชีพในการดูแลสุขภาวะระยะท้าย ทั้งด้านกาย ใจ สังคม และจิตวิญญาณ • ประสานการส่งต่อผู้ป่วยไปยังบริการที่เหมาะสมเมื่อจำเป็น	โรงพยาบาลระดับ P พยาบาลวิชาชีพที่ผ่านการอบรมหลักสูตรระยะกลาง/ระยะยาวด้านการดูแลแบบประคับประคอง ทำงานเต็มเวลา (Full Time Equivalent; FTE) อย่างน้อย 2 คน โรงพยาบาลระดับ S และ A พยาบาลวิชาชีพที่ผ่านการอบรมหลักสูตรระยะสั้นด้านการดูแลประคับประคอง จำนวนอย่างน้อย 1 คน

พยาบาล	บทบาท	คุณสมบัติ
	•ประสานการดูแลที่บ้าน/ชุมชน/สถานชีวาภิบาล(home care)โดยร่วมกับแพทย์เป็นทีมให้การปรึกษาแก่ทีมปฐมภูมิ กรณีผู้ป่วยระยะท้ายที่บ้านมีความซับซ้อนต้องการ advance medical care ให้การดูแลจนผู้ป่วยเสียชีวิต • ร่วมจัดบริการ home ward • ให้การดูแลภาวะเศร้าโศกจากการสูญเสียแก่ครอบครัว (bereavement care)	หมายเหตุ: จำนวนบุคลากรขึ้นกับภาระงานบริการ ตามบริบทสถานพยาบาล
ทีมปฐมภูมิ	ดูแลผู้ป่วยร่วมกับทีมชีวาภิบาล • บริหารจัดการระบบการดูแลต่อเนื่อง และศูนย์การดูแลต่อเนื่อง (COC) • รับประสานและส่งต่อการดูแลผู้ป่วยในระบบชีวาภิบาลไปยังบ้าน/ชุมชน/สถานชีวาภิบาล • ร่วมกับสหวิชาชีพและทีมปฐมภูมิในพื้นที่ เยี่ยมดูแลให้การพยาบาลที่บ้าน (LTC & PC home care) บริการ home ward หรือที่สถานชีวาภิบาล หรือส่งต่อการดูแลไปยังเครือข่ายตามบริบทของพื้นที่ • สนับสนุนเครื่องมือ อุปกรณ์ที่จำเป็นในการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน • ร่วมจัดบริการ home ward • สนับสนุนการจัดบริการสำหรับผู้มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน (บริหารจัดการ care manager, care giver ในระบบ LTC) (ตามมาตรฐานคุณภาพการพยาบาลในชุมชน)	พยาบาลวิชาชีพผู้ปฏิบัติงานด้านการพยาบาลชุมชนผ่านการอบรมด้านการดูแลประคับประคองและ/หรือการดูแลผู้สูงอายุ จำนวนบุคลากรขึ้นกับภาระงานบริการ ตามบริบทสถานพยาบาล

บทบาทของเภสัชกร

เภสัชกร	บทบาท	คุณสมบัติ
เภสัชกร	ดูแลผู้ป่วยร่วมกับทีมชีวาภิบาล โดย • ร่วมทีมสหวิชาชีพติดตามการดูแลรักษาด้วยยา ในผู้ป่วยระบบชีวาภิบาลเพื่อให้มีประสิทธิภาพและปลอดภัย หลีกเลี่ยงเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาในผู้สูงอายุ ผู้มีภาวะพึ่งพิง และผู้ป่วยระยะประคับประคอง/ระยะท้าย ตามแนวทางการป้องกันเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาในผู้สูงอายุ สำหรับบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข พ.ศ. 2565 • บริหารจัดการระบบยาอนุพันธ์ฝิ่นในเครือข่ายบริการสำหรับผู้ป่วยระยะประคับประคอง/ระยะท้าย เพื่อให้เข้าถึงยาจำเป็นตามการบริหารจัดการยาเป็นไปตามแนวทางการบริหารจัดการระบบยาในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง (Palliative Care) ปี พ.ศ. 2561 • ร่วมทีมสหวิชาชีพในการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน/ชุมชน/สถานชีวาภิบาล	เภสัชกรผ่านการอบรมระยะสั้นการดูแลผู้สูงอายุ และ/หรือด้านการดูแลประคับประคอง จำนวนบุคลากรขึ้นกับภาระงานบริการ ตามบริบทสถานพยาบาล

บทบาทของสหวิชาชีพอื่น ๆ

บทบาทสหวิชาชีพ	บทบาท	คุณสมบัติ
นักจิตวิทยาคลินิก	ดูแลผู้ป่วยร่วมกับทีมชีวาภิบาล โดย • ให้การประเมิน วินิจฉัย ให้คำปรึกษา และบำบัดภาวะสุขภาพจิตของผู้ป่วยในระบบชีวาภิบาล • สนับสนุนด้านจิตใจแก่ผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อลดความเครียดและส่งเสริมการปรับตัว • ร่วมทีมสหวิชาชีพในการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน/ชุมชน/สถานชีวาภิบาล	สหวิชาชีพควรผ่านการอบรมระยะสั้นการดูแลผู้สูงอายุ และ/หรือด้านการดูแลประคับประคอง ประเภทและจำนวนบุคลากรขึ้นกับภาระงานบริการตามบริบทสถานพยาบาล
นักสังคมสงเคราะห์ทางการแพทย์	ดูแลผู้ป่วยร่วมกับทีมชีวาภิบาล โดย • ประเมินสภาพปัญหาอย่างองค์รวมและวางแผนการช่วยเหลือ ทั้งทางด้านกาย จิตใจ สังคม และเศรษฐกิจ ที่สอดคล้องกับความต้องการ และติดตามประเมินผล • ส่งเสริมการเข้าถึงสวัสดิการสังคมและสิทธิประโยชน์ต่าง ๆ • ร่วมทีมสหวิชาชีพในการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน/ชุมชน/สถานชีวาภิบาล ประเมินสภาพที่อยู่อาศัย • ให้คำแนะนำการดูแลหลังเสียชีวิต • ประสานสนับสนุนเครื่องมือ อุปกรณ์ที่จำเป็นในการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน	
แพทย์แผนไทย	ดูแลผู้ป่วยร่วมกับทีมชีวาภิบาล โดย • วินิจฉัย ตรวจรักษาตามแนวทางการแพทย์แผนไทย โดยเน้นการดูแลแบบองค์รวม ทั้งทางร่างกาย จิตใจ และสังคม เพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้ป่วยและครอบครัวในระบบชีวาภิบาล • ร่วมทีมสหวิชาชีพในการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน/ชุมชน/สถานชีวาภิบาล โดยใช้ภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย	
นักกายภาพบำบัด	ดูแลผู้ป่วยร่วมกับทีมชีวาภิบาล โดย • ตรวจประเมินสภาวะทางกายภาพบำบัด และร่วมวางแผนการดูแลสุขภาพและกิจกรรม ให้การรักษาทางกายภาพบำบัดเพื่อลดอาการปวด ไม่สุขสบาย ส่งเสริมกิจวัตรประจำวัน ป้องกันภาวะแทรกซ้อนในผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง/ผู้ป่วยระยะท้าย ให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวที่เหมาะสม • ร่วมทีมสหวิชาชีพในการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน/ชุมชน/สถานชีวาภิบาล	

นอกจากนี้ ยังมีสหวิชาชีพอื่น ๆ ที่มีบทบาทร่วมดูแลผู้ป่วยในระบบชีวาภิบาล เช่น นักโภชนาการหรือนักกำหนดอาหาร นักกิจกรรมบำบัด นักศิลปะบำบัด นักดนตรีบำบัด เป็นต้น

บรรณานุกรม

1. สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, กองบริหารการสาธารณสุข. แนวทางการบริหารจัดการระบบยาในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง (Palliative Care) ของหน่วยงานในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, กองบริหารการสาธารณสุข; 2561 [เข้าถึงเมื่อ 11 กรกฎาคม 2568]. เข้าถึงได้จาก: https://dmsic.moph.go.th/dmsic/admin/files/userfiles/files/palliative-caredrugsystem2561_edited030562.pdf

2. กระทรวงสาธารณสุข, กองสนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิ. คู่มือมาตรฐานหน่วยบริการปฐมภูมิ พ.ศ. 2568-2570 [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข, กองสนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิ; 2568 [เข้าถึงเมื่อ 11 กรกฎาคม 2568]. เข้าถึงได้จาก: https://divisionksn.moph.go.th/sam/?p=440

3. กรมการแพทย์, สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ. แนวทางการป้องกันเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาในผู้สูงอายุสำหรับบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข. นนทบุรี: บริษัท สินทวีการพิมพ์ จำกัด; 2565.

4. สุจริต สุวรรณชีพ, นันทนา รัตนากร, กาญจนา วณิชรมณีย์, พรรณี ภาณุวัฒน์สุข, นันท์นภัส ประสานทอง. แนวทางการดูแลทางด้านสังคมจิตใจของผู้สูงอายุเพื่อป้องกันปัญหาสุขภาพจิต (ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 1) [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: กรมสุขภาพจิต, สำนักส่งเสริมและพัฒนาสุขภาพจิต; 2558 [เข้าถึงเมื่อ 11 กรกฎาคม 2568]. เข้าถึงได้จาก: https://www.dop.go.th/download/knowledge/th1614750485-411_0.pdf

5. สุฑาวรรณ ไชยมูล, กรนิการ คงหนองลาน, สุภาวดี บุญรอด. บทบาทนักสังคมสงเคราะห์ทางการแพทย์ในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง. ใน: ปฐมพร ศิรประภาศิริ, เดือนเพ็ญ ห่อรัตนาเรือง, บรรณาธิการ. คู่มือการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองและระยะท้าย (สำหรับบุคลากรทางการแพทย์). กรุงเทพฯ: สำนักงานกิจการโรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก ในพระบรมราชูปถัมภ์; 2563.

6. อัมราภัสร์ อรรถชัยวัจน์, โศภิษฐ์ สุวรรณเกศาวงษ์, ธีรพร สถิรอังกูร. การประกันคุณภาพการพยาบาล: การประเมินคุณภาพการพยาบาลในชุมชน [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, กองการพยาบาล; 2565 [เข้าถึงเมื่อ 11 กรกฎาคม 2568]. เข้าถึงได้จาก: https://bit.ly/4ovSHyX

บทที่ 3 การดำเนินงานด้านชีวาภิบาลในโรงพยาบาล

การดำเนินงานด้านชีวาภิบาลในโรงพยาบาลเป็นการบูรณาการการดูแลผู้สูงอายุ ผู้มีภาวะพึ่งพิงและผู้ป่วยประคับประคอง/ระยะท้าย ซึ่งเป็นระบบบริการที่มีอยู่เดิมและมีมาตรฐานการดำเนินงานในแต่ละส่วนงานในโรงพยาบาล ดังนั้นการดำเนินการบริการชีวาภิบาลในโรงพยาบาล จึงเป็นการบูรณาการทีมดูแลผู้สูงอายุ (elderly care) ทีมประคับประคอง (palliative care) ทีมปฐมภูมิ (primary care) และทีมอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง ประสานการทำงานร่วมกันในการจัดบริการรองรับผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมายเพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตของประชาชน โดยบูรณาการผ่านศูนย์ชีวาภิบาล หรือคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพบริการชีวาภิบาล ในโรงพยาบาล

ศูนย์ชีวาภิบาล หรือคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพบริการชีวาภิบาลในโรงพยาบาล

ศูนย์ชีวาภิบาลในโรงพยาบาล เป็นศูนย์ที่ตั้งขึ้นโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อจัดให้เกิดบริการชีวาภิบาล ดำเนินงานโดยคณะกรรมการศูนย์ชีวาภิบาล โดยมีองค์ประกอบ ดังนี้

1. ด้านบุคลากร

- มีหัวหน้าศูนย์ชีวาภิบาล เป็นผู้กำกับดูแลให้เกิดระบบบริการ และการบริหารจัดการบริการ รวมถึงการจัดการข้อมูลในระบบชีวาภิบาล
- กรรมการศูนย์ชีวาภิบาลเป็นผู้แทนจากหน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับระบบบริการ
- ผู้ปฏิบัติงานเป็นบุคลากรสหวิชาชีพ มีจำนวนและศักยภาพเหมาะสม ตามรายละเอียดในบทที่ 2

(หมายเหตุ: หน่วยงานตามโครงสร้างของผู้ปฏิบัติงาน เป็นไปตามโครงสร้างองค์กร ตามบริบทของโรงพยาบาล ทั้งนี้เป็นไปตามข้อแนะนำด้านบุคลากรของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพระบบบริการสาขาการดูแลประคับประคองและชีวาภิบาล)

2. ด้านกระบวนการ

จัดให้มีระบบบริการที่ครอบคลุม รายละเอียด ดังนี้

2.1 การดูแลผู้สูงอายุในโรงพยาบาล จัดบริการสุขภาพผู้สูงอายุที่ครอบคลุม ตามแนวคิดระบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุแบบไร้รอยต่อ ดังแสดงในรูปที่ 3.1

2.1.1 จัดให้มีระบบการดูแลผู้สูงอายุตามหลักการ geriatric approach ในผู้ป่วยใน (IPD)

- ผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน ได้รับการประเมิน ประกอบด้วย 3 การประเมินหลัก ดังแสดงในรูปที่ 3.2

1) ประเมินผู้สูงอายุอย่างครอบคลุม (comprehensive geriatric assessment; CGA) ได้แก่ geriatric syndrome, polypharmacy, physical, mental, social, function

2) ภาวะเปราะบาง (frailty)

3) การเข้าสู่ระยะประคับประคองและระยะท้าย

- หากพบมีความเสี่ยง มีแนวทางการปรึกษาหน่วยที่เกี่ยวข้องเพื่อให้การส่งเสริม ป้องกัน รักษา และฟื้นฟูสภาพ ร่วมกับการวางแผนการดูแลรักษากาย ใจ สังคม จิตวิญญาณ ก่อนจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล
- คัดกรองเข้าเกณฑ์การดูแลประคับประคอง และประเมิน Palliative care performance scale (PPS) กรณีมีโรครุนแรงคุกคามชีวิต เพื่อส่งต่อให้ได้รับการดูแลตามมาตรฐานการดูแลแบบประคับประคอง ต่อไป
- คัดกรองตามเกณฑ์ชีวาภิบาล เพื่อประสานการดูแลที่บ้านและชุมชน ต่อไป
- ประเมินภาวะความเหนื่อยล้าของผู้ดูแล (caregiver burden) และให้การดูแลและสนับสนุนต่อไป

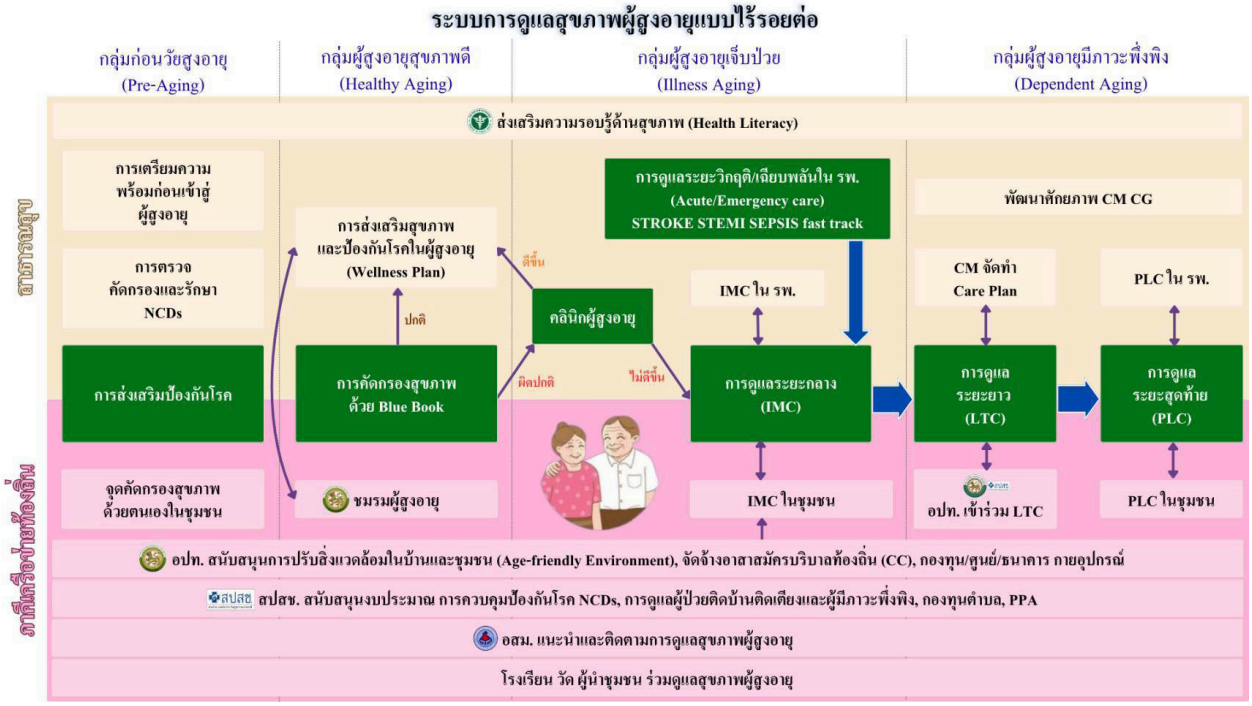
ตัวอย่างรูปแบบบริการดูแลผู้สูงอายุแบบผู้ป่วยใน ดังแสดงในรูปที่ 3.3

2.1.2 จัดให้มีระบบการดูแลผู้สูงอายุตามหลักการ geriatric approach ในผู้ป่วยนอก (OPD)

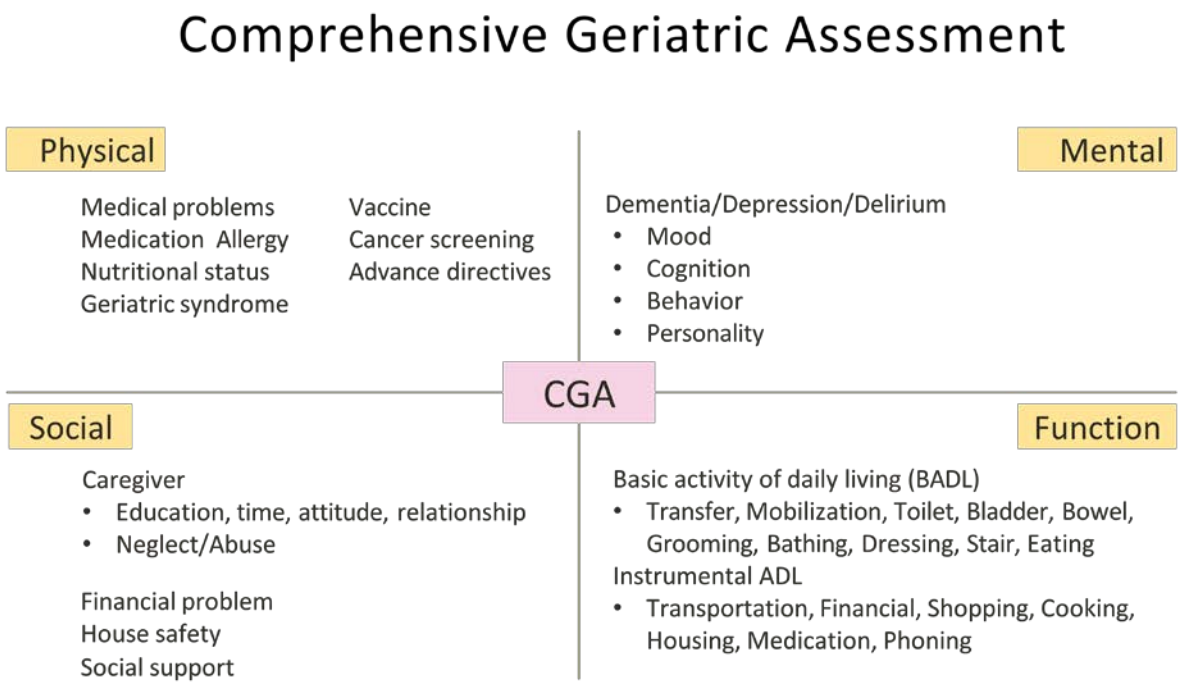
- ผู้สูงอายุที่เข้ารับบริการแบบผู้ป่วยนอก ได้รับการประเมิน CGA และภาวะเปราะบาง หากมีความเสี่ยงหรือผิดปกติ มีระบบส่งต่อปรึกษาคลินิกผู้สูงอายุ
- คัดกรองผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์ชีวาภิบาล เพื่อประสานการดูแลที่บ้านและชุมชน ต่อไป

2.1.3 จัดให้มีระบบการดูแลผู้สูงอายุในคลินิกผู้สูงอายุคุณภาพ

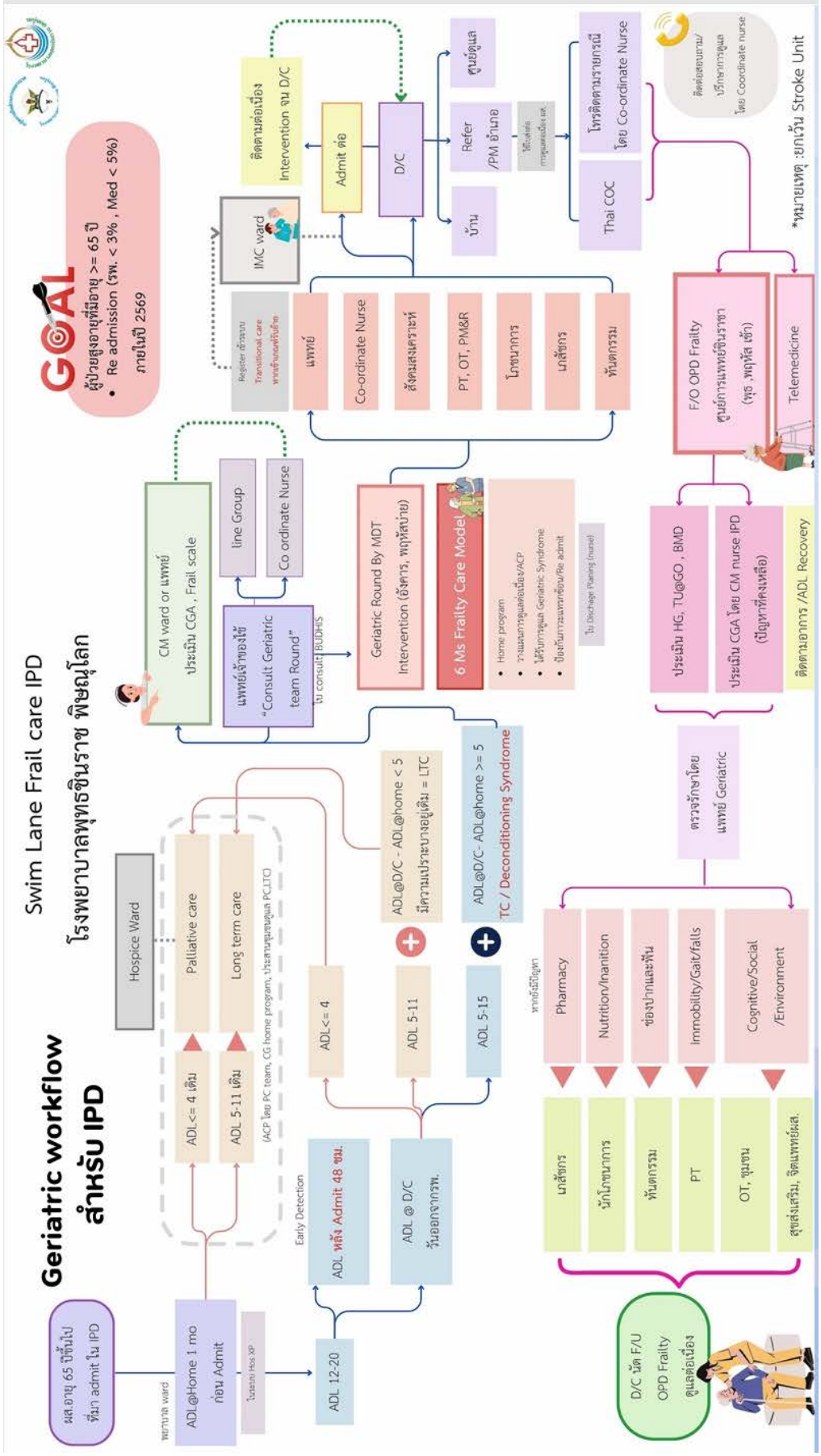
- จัดบริการคลินิกผู้สูงอายุคุณภาพตามคู่มือการดำเนินงานคลินิกผู้สูงอายุคุณภาพและประเด็นสำคัญด้านเวชศาสตร์ผู้สูงอายุในแผนกผู้ป่วยนอก
- ประเมิน CGA และภาวะเปราะบาง และให้การดูแลอย่างครอบคลุม
- วางแผนการดูแลผู้สูงอายุตามปัญหาที่พบ ร่วมกับทีมสหวิชาชีพ ส่งปรึกษาหน่วยงานที่เกี่ยวข้องตามความเหมาะสม เช่น ปรึกษานักสังคมสงเคราะห์กรณีมีปัญหาด้านครอบครัวและสังคม เป็นต้น
- คัดกรองผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์ชีวาภิบาล เพื่อประสานการดูแลที่บ้านและชุมชน ต่อไป



รูปที่ 3.1 ระบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุแบบไร้รอยต่อ.
(หมายเหตุ. ดัดแปลงมาจาก สำนักอนามัยผู้สูงอายุ กรมอนามัย 2564)



รูปที่ 3.2 แสดง comprehensive geriatric assessment (CGA)



รูปที่ 3.3 ตัวอย่าง geriatric workflow โรงพยาบาลพุทธชินราช (ที่มา; โรงพยาบาลพุทธชินราช 2568)

2.2 การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองในโรงพยาบาล

2.2.1 ระบบปรึกษาทีมการดูแลประคับประคองในโรงพยาบาล และระบบการดูแลผู้ป่วย

- กำหนดแนวทางการคัดกรองและส่งปรึกษาทีมการดูแลประคับประคอง และขอบเขตบริการ
- มีแนวทางการประเมิน การวินิจฉัย การวางแผนการดูแลล่วงหน้า (advance care planning; ACP) ผ่านกระบวนการประชุมครอบครัว การปฏิบัติการให้คำปรึกษา การดูแลองค์รวม การติดตามประเมินผล การส่งต่อ
- ให้การดูแลแบบประคับประคองตามมาตรฐาน โดยทีมสหวิชาชีพ และให้ความสำคัญกับการบูรณาการหลักการ geriatric approach กรณีผู้ป่วยเป็นผู้สูงอายุ
- มีระบบการจัดเก็บและสื่อสารข้อมูล living will และ ACP ในเวชระเบียนของโรงพยาบาล โดยแนะนำการเป็นเครือข่ายในระบบ e-living will ของสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ
- คัดกรองผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์ชีวาภิบาล เพื่อประสานการดูแลที่บ้านและชุมชน ต่อไป

ตัวอย่างแนวทางการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองในโรงพยาบาล ดังแสดงในรูปที่ 3.4

2.2.2 OPD Palliative Care/ACP clinic

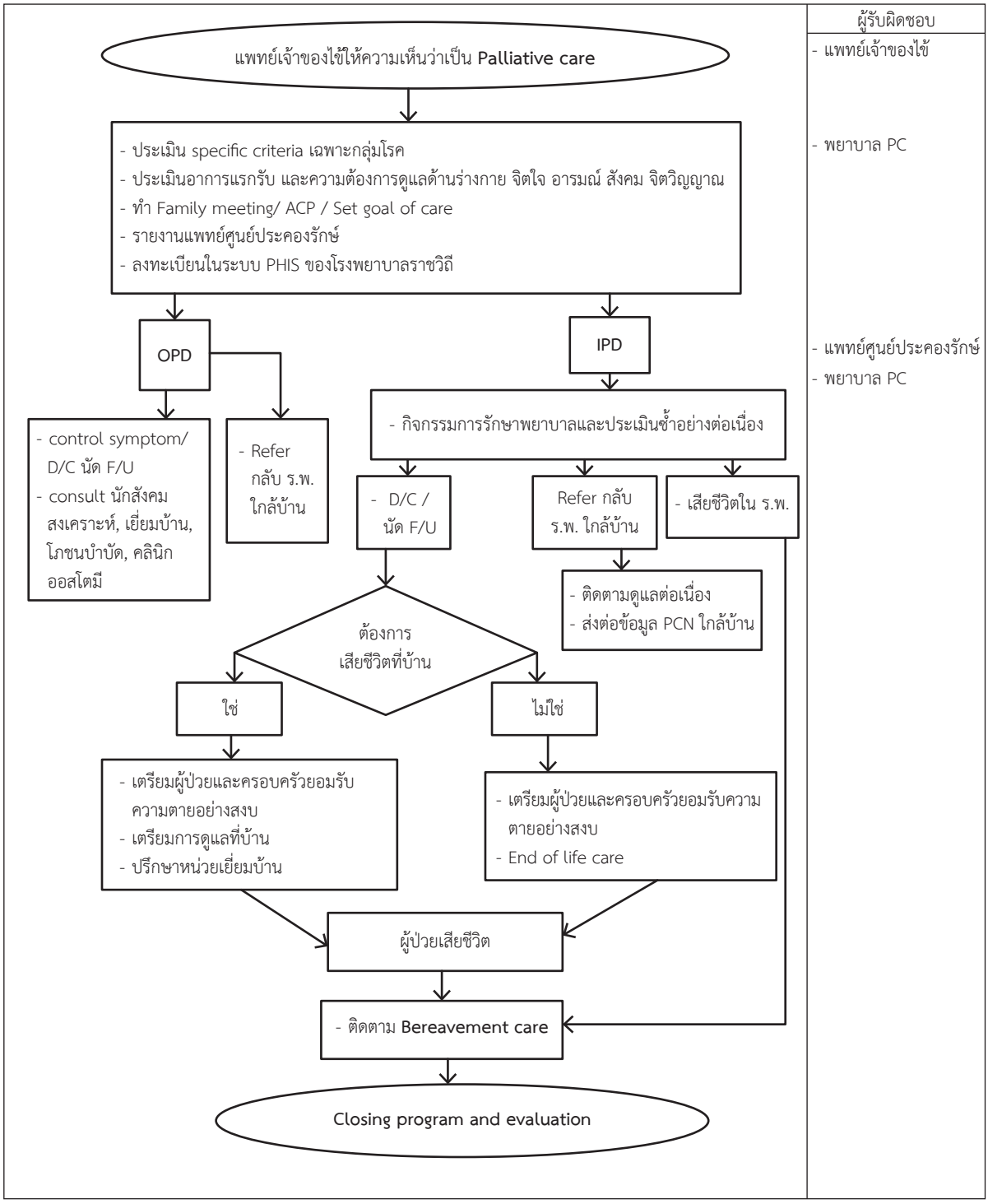
- มีการติดตามผู้ป่วยที่จำหน่ายจากโรงพยาบาล โดยนัดติดตามที่ OPD Palliative care หรือใช้ระบบ Telemedicine
- รับปรึกษาผู้ป่วยจาก OPD ต่างๆ เช่น คลินิกโรคไต
- รับปรึกษาผู้ป่วยที่ต้องการทำ ACP และ living will โดยให้คำแนะนำและประสานการจัดทำ
- คัดกรองผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์ชีวาภิบาล เพื่อประสานการดูแลที่บ้านและชุมชน ต่อไป

2.2.3 Palliative bed/Palliative ward หรือ หอผู้ป่วยชีวาภิบาล

- จัดให้มี Palliative care bed หรือ Palliative care ward หรือ หอผู้ป่วยชีวาภิบาล ตามบริบทของโรงพยาบาล โดยมีบุคลากรตามมาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยใน และออกแบบโดยการคำนึงถึงความสงบสุขของผู้ป่วยและครอบครัว
- ให้การจัดการอาการที่ซับซ้อน ทั้งด้าน กาย ใจ สังคม จิตวิญญาณ โดย ดูแล end of life care ในกรณีมีความประสงค์จะเสียชีวิตในโรงพยาบาล
- เตรียมความพร้อมของผู้ป่วยและครอบครัว กรณีวางแผนส่งต่อผู้ป่วยไปดูแลต่อเนื่องที่บ้าน หรือชุมชน หรือสถานชีวาภิบาล ในระบบชีวาภิบาล โดยร่วมติดตามดูแลต่อเนื่อง (home care)

ตัวอย่างแนวทางการบริหารจัดการหอผู้ป่วย palliative care ดังแสดงในรูปที่ 3.5

Work flow การดูแลแบบประคับประคอง งานส่งเสริมคุณภาพชีวิต กลุ่มงานวิชาการพยาบาล โรงพยาบาลราชวิถี



รูปที่ 3.4 แนวทางการรับปรึกษา และการดูแลแบบประคับประคอง โรงพยาบาลราชวิถี
(ที่มา; โรงพยาบาลราชวิถี 2568)

แนวทางการรับผู้ป่วยในหอผู้ป่วยประคองรักษ์ (Prakongruk Palliative Care Ward, PPCW)

ผู้ป่วยที่แพทย์ผู้ดูแลลงความเห็นว่าควรได้รับการดูแลรูปแบบประคับประคองแบบผู้ป่วยใน โดยได้รับความเห็นชอบจากแพทย์เจ้าของไข้โรคหลัก

↓

ลักษณะของผู้ป่วยที่เข้าได้ตามเกณฑ์ดังต่อไปนี้

1. ผู้ป่วยระยะท้ายใน 2 กลุ่มดังนี้
   - ผู้ป่วยที่มีโอกาสเสียชีวิตภายใน 72 ชั่วโมง (end of life care)
   - ผู้ป่วยที่ต้องการการจัดการอาการรบกวน (symptoms control)
2. ไม่มีการติดเชื้อที่เป็น airborne หรือ droplet transmission
3. ผู้ป่วยหรือครอบครัวลงชื่อยอมรับเงื่อนไขทุกข้อตามแบบฟอร์มแสดงความยินยอมการรับผู้ป่วยเข้าดูแลเป็นผู้ป่วยใน หอประคองรักษ์
4. ผู้ป่วยและ/ หรือครอบครัว ยอมรับว่าการดูแลในหอประคองรักษ์จะมีระยะเวลาของการดูแลรักษา**ไม่เกินหนึ่งสัปดาห์** และยอมรับว่าเมื่อแพทย์ผู้ดูแลพิจารณาว่าอาการของผู้ป่วยได้รับการดูแลเหมาะสมแล้ว จะดำเนินการให้ผู้ป่วยกลับไปดูแลต่อที่บ้าน หรือส่งต่อไปยังสถานพยาบาลอื่นที่เหมาะสมต่อไป
5. ได้รับความเห็นชอบจากอาจารย์ที่รับผิดชอบการดูแลผู้ป่วยรายนั้นก่อนพิจารณา admit ทุกครั้ง

↓

ส่งปรึกษาทีมประคองรักษ์: ชี้แจง ประเมินผู้ป่วยและครอบครัว ให้เข้าตามเกณฑ์ และตรวจเอกสารแสดงความยินยอมเป็นผู้ป่วยใน PPCW

ยินยอม → Admit PPCW

ไม่ยินยอม → *พิจารณารักษาหรือรับเป็นผู้ป่วยในวอร์ดตามระบบของโรงพยาบาลแบบปกติ

*หมายเหตุ กรณีไม่ยินยอม ให้สอบถามความเข้าใจตัวโรค ระยะของโรค ความต้องการแบบองค์รวมของผู้ป่วยและครอบครัวอีกครั้ง พิจารณารักษาหรือรับเป็นผู้ป่วยในวอร์ดตามระบบของโรงพยาบาลแบบปกติ ประสานงานกับ PCWN ประจำวอร์ดให้ส่งปรึกษาทีมประคองรักษ์ เพื่อติดตามแบบระบบIPD consult

รูปที่ 3.5 แนวทางการบริหารจัดการหอผู้ป่วย palliative care โรงพยาบาลราชวิถี
(ที่มา; โรงพยาบาลราชวิถี 2568)

2.2.4 Palliative home care

- เมื่อผู้ป่วยต้องการรับการดูแลระยะท้ายที่บ้าน หรือ ชุมชน หรือ สถานชีวาภิบาล ทีมประคับประคองประสานส่งต่อแผนการรักษา รวมถึง ACP แก่ทีมปฐมภูมิในโรงพยาบาล เพื่อประสานการดูแลในชุมชน
- ให้ความรู้และเตรียมความพร้อมแก่ผู้ดูแล
- ทีมประคับประคองร่วมลงเยี่ยมดูแลผู้ป่วยที่บ้าน หรือ ชุมชน หรือ สถานชีวาภิบาล ทั้งกรณีผู้ป่วยที่ยังไม่เข้าเกณฑ์ชีวาภิบาล (PPS > 50) และผู้ป่วยกลุ่มชีวาภิบาล (PPS ≤ 50) โดยเป็นที่ปรึกษาและให้การดูแลรักษากรณีผู้ป่วยมีความต้องการการดูแลที่ซับซ้อน ทั้งทางด้านอาการทางกาย จิตใจ สังคม หรือ จิตวิญญาณ (advance medical care for palliative care patients) รวมถึงการดูแลระยะใกล้เสียชีวิต/หลังเสียชีวิต
- ประสานจัดหาเครื่องมือ อุปกรณ์ หรือเวชภัณฑ์จำเป็น สำหรับการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน
- ให้การดูแล bereavement care แก่ครอบครัว

2.2.5 Home ward

- จัดบริการตามแนวทางและมาตรฐานการดูผู้ป่วยในที่บ้าน (Home ward) กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข

3. ด้านทรัพยากรสนับสนุน

1) ระบบการปรึกษาในโรงพยาบาล และการส่งต่อเพื่อรับการดูแลระหว่างแผนก รวมถึงกระบวนการพัฒนาคุณภาพบริการ วิชาการ และการวิจัย

2) สถานที่ในโรงพยาบาล ได้แก่ ห้องตรวจผู้ป่วยนอก หอผู้ป่วยทั่วไป หอผู้ป่วยประคับประคอง หรือชีวาภิบาล มีพื้นที่ที่เหมาะสมต่อการดูแลผู้สูงอายุ และผู้ป่วยระยะท้าย

3) ระบบบริหารยา โดยเฉพาะ ระบบบริหารจัดการยาอนุพันธ์ฝิ่นในเครือข่ายบริการ เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าถึงยาจำเป็นที่ใช้ในการบรรเทาอาการไม่สุขสบายในระยะท้ายได้ที่บ้าน หรือชุมชน หรือ สถานชีวาภิบาล

4) เครื่องมือ อุปกรณ์ และเวชภัณฑ์

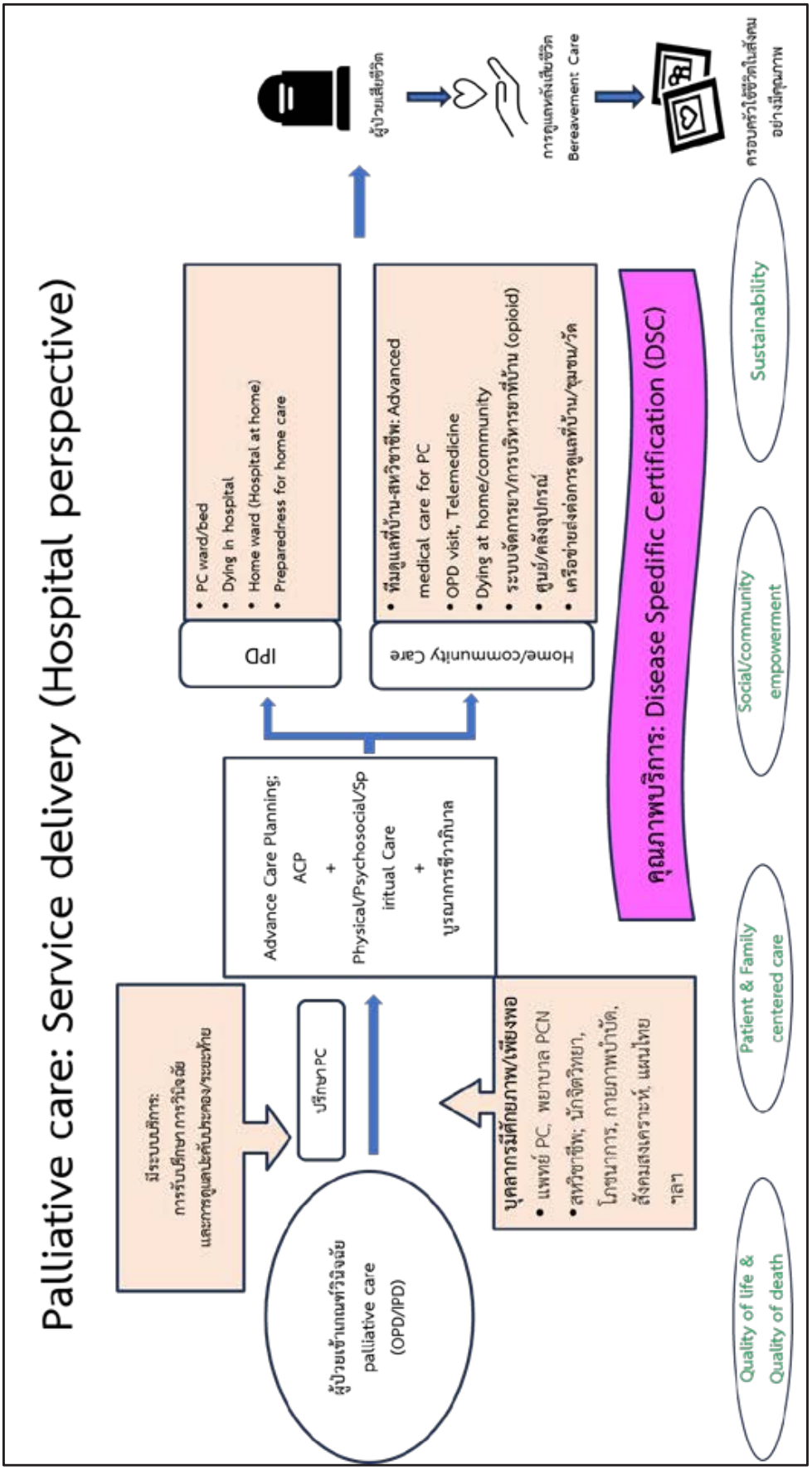
5) สภาพสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาลที่เอื้อต่อการดูแลผู้สูงอายุ

6) การสื่อสารและส่งต่อข้อมูล ระบบฐานข้อมูลทางการแพทย์

7) การติดตามต่อเนื่อง รวมถึง ระบบ telemedicine

8) ระบบการประสานส่งต่อเพื่อดูแลต่อเนื่องที่บ้าน หรือชุมชน หรือสถานชีวาภิบาล

ทั้งนี้ ผู้ป่วยในระบบชีวาภิบาล จะได้รับการประสานส่งต่อแก่ทีมปฐมภูมิในโรงพยาบาล เพื่อประสานการดูแลในระบบสุขภาพปฐมภูมิในชุมชนต่อไป ดังแสดงในรูปที่ 3.6



รูปที่ 3.6 ภาพรวมการจัดบริการ palliative care ในโรงพยาบาล (ที่มา; กรมการแพทย์ 2567)

บรรณานุกรม

1. ปฐมพร ศิรประภาศิริ, เดือนเพ็ญ ห่อรัตนาเรือง. คู่มือการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองและระยะท้าย (สำหรับบุคลากรทางการแพทย์). กรุงเทพฯ: สำนักงานกิจการโรงพิมพ์ องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก ในพระบรมราชูปถัมภ์; 2563.

2. กรมการแพทย์, สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ. คู่มือคัดกรองและประเมินสุขภาพผู้สูงอายุ พ.ศ. 2564. กรุงเทพฯ: ณ จันตา ครีเอชั่น; 2564.

3. ปิยะธิดา หาญสมบูรณ์. แนวทางและมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยในที่บ้าน (Home ward) ฉบับที่ 2 [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข, กรมการแพทย์; 2567 [เข้าถึงเมื่อ 18 กรกฎาคม 2568]. เข้าถึงได้จาก: https://bit.ly/4qgJ3Sq

4. เลิศลักษณ์ ลีลาเรืองแสง. การพัฒนาโรงพยาบาลต้นแบบการดูแลผู้สูงอายุและผู้ป่วยแบบประคับประคองกรุงเทพมหานคร. วารสารโรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์. 2564;17(1):15-29.

5. วราลักษณ์ ศรีนนท์ประเสริฐ, พรพิศ ตรีบุพชาติสกุล. แนวทางป้องกันภาวะเปราะบางในผู้สูงอายุ. นนทบุรี: บริษัท สินทวีการพิมพ์ จำกัด; 2567.

6. กรมการแพทย์, สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ. คู่มือการดำเนินงานคลินิกผู้สูงอายุคุณภาพและประเด็นสำคัญด้านเวชศาสตร์ผู้สูงอายุในแผนกผู้ป่วยนอก. นนทบุรี: บริษัท ซีจีทูล จำกัด; 2563.

บทที่ 4 การดูแลระดับปฐมภูมิในระบบชีวาภิบาลและการเชื่อมโยงการดูแลจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน

ระบบบริการปฐมภูมิ เป็นบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขขั้นพื้นฐาน และเป็นด่านแรกที่ประชาชนได้รับเมื่อมีปัญหาสุขภาพ มีจุดมุ่งหมายดูแลสุขภาพของบุคคลในเขตพื้นที่รับผิดชอบในลักษณะองค์รวม ตั้งแต่แรกต่อเนื่อง และผสมผสานครอบคลุมทั้งการส่งเสริมสุขภาพ การควบคุมโรค การป้องกันโรค การตรวจวินิจฉัยโรค การรักษาพยาบาล การฟื้นฟูสุขภาพ และการดูแลประคับประคอง โดยหน่วยบริการปฐมภูมิหรือเครือข่าย มีหน่วยบริการที่ประกอบด้วยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว และคณะผู้ให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ เชื่อมโยงกับครอบครัว ชุมชน และบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขระดับทุติยภูมิและตติยภูมิ ส่งเสริมและสนับสนุนการมีส่วนร่วมของประชาชนและภาคีเครือข่าย ซึ่งความเชื่อมโยงของระบบสุขภาพปฐมภูมิกับระบบสุขภาพโดยรวมของประเทศไทย ดังแสดงในรูปที่ 4.1

หน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิหรือเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ จัดบริการที่มีคุณภาพ มาตรฐานโดยใช้หลักเวชศาสตร์ครอบครัว ได้แก่ care on first contact basis, continuity of care, comprehensive care, integrated or total care และ consultation and referral system โดยในโรงพยาบาลระดับต่างๆ มีหน่วยบริการปฐมภูมิ ประกอบด้วยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว พยาบาลวิชาชีพ (พยาบาลชุมชน) และสหวิชาชีพ ร่วมให้การดูแลประสานเชื่อมโยงสู่บ้าน หรือชุมชน เพื่อประสานการดูแลกับคณะผู้ให้บริการสุขภาพปฐมภูมิในพื้นที่อีกด้วย

รูปที่ 4.1 ระบบสุขภาพของประเทศไทย แสดงระบบสุขภาพปฐมภูมิ
(ที่มา; สำนักสนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิ 2564)

ในระบบชีวาภิบาล หน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิมีบทบาทสำคัญในการจัดบริการที่มีคุณภาพในการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน หรือชุมชน หรือสถานชีวาภิบาล ทั้งหน่วยบริการปฐมภูมิที่อยู่ในโรงพยาบาล เช่น โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน หรือหน่วยบริการปฐมภูมิที่อยู่ในพื้นที่ เช่น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ศูนย์บริการสาธารณสุข คลินิกหมอครอบครัว ศูนย์สุขภาพชุมชน เป็นต้น โดยเส้นทางการรักษาในบริการชีวาภิบาลที่เชื่อมโยงกับบริการปฐมภูมิในชุมชน ดังแสดงในรูปที่ 4.2 รูปที่ 4.3 และรูปที่ 4.4

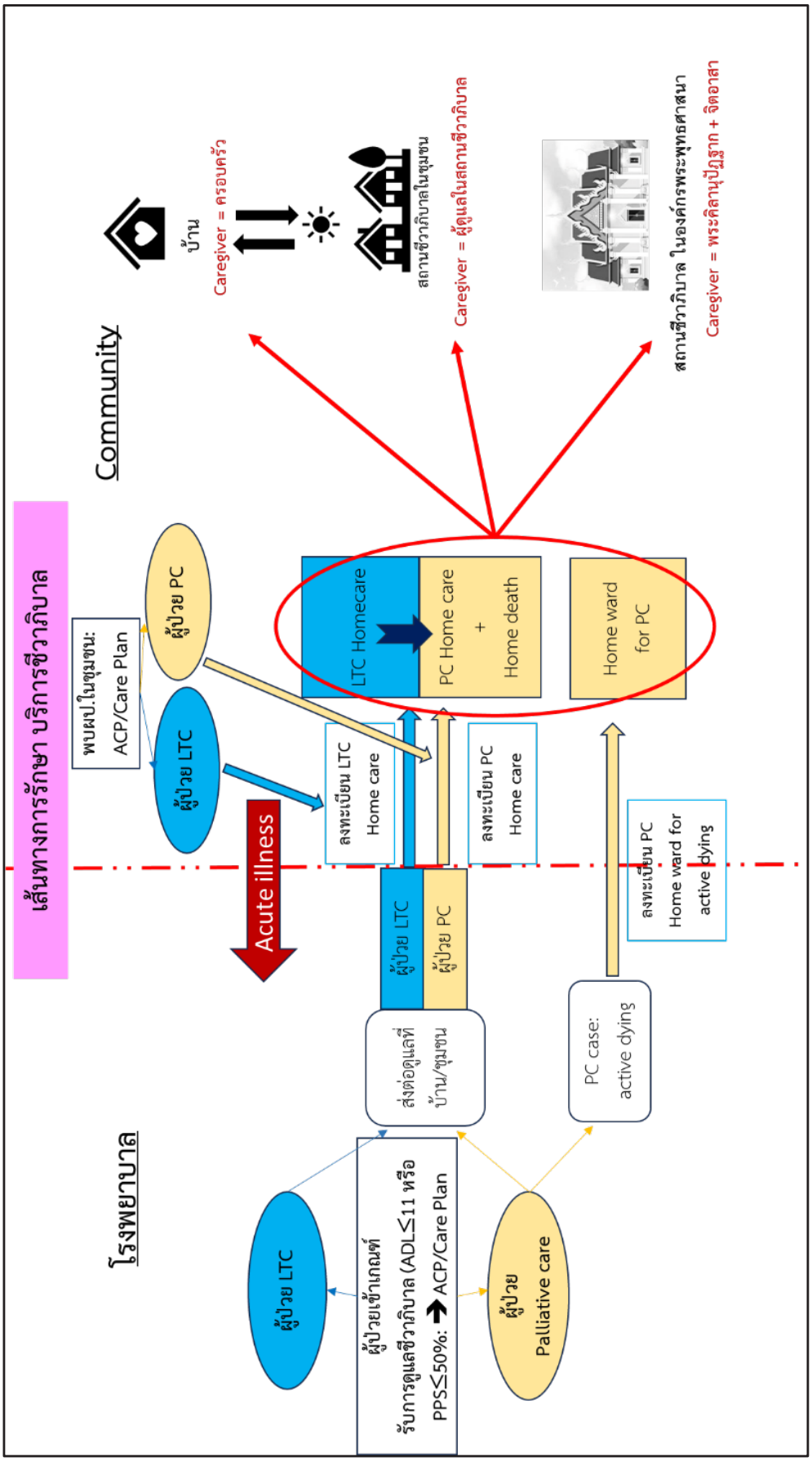
บทบาทของทีมปฐมภูมิในโรงพยาบาล

1. ทีมปฐมภูมิในโรงพยาบาล บริหารจัดการระบบการดูแลต่อเนื่อง และศูนย์การดูแลต่อเนื่อง (COC) ในโรงพยาบาล เพื่อจัดบริการสาธารณสุขสำหรับผู้มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน (long term care; LTC) ในเขตพื้นที่รับผิดชอบ หรือประสานส่งต่อทีมปฐมภูมิอื่นๆ
2. ร่วมวางแผนการรักษาผู้ป่วยที่เข้าสู่ระบบชีวาภิบาล ทำการประเมิน และ/หรือยืนยัน จัดทำแผนการดูแลล่วงหน้า (advance care planning) หรือ care plan ประสานส่งต่อกลับไปดูแลที่บ้าน หรือสถานชีวาภิบาลในชุมชน
3. ร่วมกับสหวิชาชีพและทีมปฐมภูมิในพื้นที่ เยี่ยมดูแลให้ที่บ้าน (LTC & PC home care) ร่วมจัดบริการ home ward ที่บ้าน หรือที่สถานชีวาภิบาล หรือส่งต่อการดูแลไปยังเครือข่ายตามบริบทของพื้นที่
4. เป็นแม่ข่ายการดูแลที่บ้านและชุมชน แก่ทีมปฐมภูมิในพื้นที่ เพื่อให้บริการด้านพื้นฐาน basic medical care แก่ผู้ป่วยระยะท้ายที่บ้าน
5. สนับสนุนเครื่องมือ อุปกรณ์ที่จำเป็นในการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน

บทบาทของทีมปฐมภูมิในพื้นที่

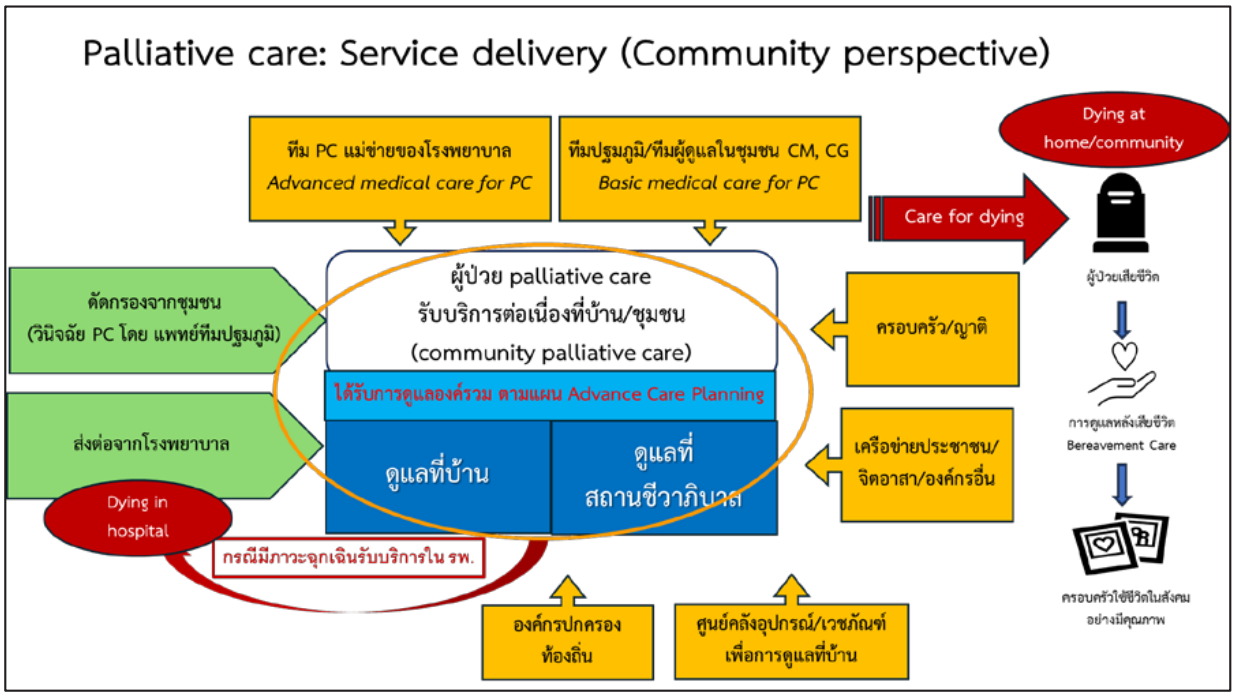
1. จัดบริการสำหรับผู้มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน (บริหารจัดการ care manager, care giver ในระบบ LTC)
2. รับส่งต่อผู้ป่วยในระบบชีวาภิบาล เพื่อรับการดูแลในชุมชน ทำการประเมิน และ/หรือยืนยัน จัดทำแผนการดูแลล่วงหน้า (advance care planning) หรือ care plan ประสานส่งต่อกลับไปดูแลที่บ้าน หรือสถานชีวาภิบาลในชุมชน
3. ค้นหาและคัดกรองผู้ป่วยในชุมชน เพื่อเข้ารับการดูแลในระบบชีวาภิบาล
4. เยี่ยมดูแลให้ที่บ้าน (LTC & PC home care) และให้บริการด้านการแพทย์พื้นฐาน basic medical care แก่ผู้ป่วยระยะท้ายที่บ้าน
5. สนับสนุนเครื่องมือ อุปกรณ์ที่จำเป็นในการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน
6. ส่งต่อผู้ป่วยกลับเข้ารับบริการในโรงพยาบาลกรณีมีความจำเป็น

ทั้งนี้ การจัดบริการสำหรับผู้มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน เป็นการดำเนินการร่วมกับท้องถิ่นและชุมชน เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับบริการด้านสาธารณสุขตามชุดสิทธิประโยชน์โดยเชื่อมโยงกับบริการทางสังคม และสามารถขอรับงบประมาณสนับสนุนได้ตามหลักเกณฑ์ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และยังสามารถขยายเครือข่ายความร่วมมือไปยังองค์กรในภาคส่วนต่าง ๆ รวมถึงภาคประชาสังคมหรือจิตอาสา เพื่อให้ชุมชุนเกิดความเข้มแข็ง



รูปที่ 4.2 บริการชีวาภิบาลในโรงพยาบาลและชุมชน (ที่มา: กบรส 2567)

รูปที่ 4.3 ตัวอย่างการจัดระบบบริการ LTC ในชุมชน (ที่มา; สปสช. เขตสุขภาพที่ 2 จ.พิษณุโลก 2568)



รูปที่ 4.4 การดูแลระยะท้ายในชุมชน (ที่มา; กรมการแพทย์ 2567)

ตัวอย่างรูปแบบการเชื่อมโยงการดูแลในระบบชีวาภิบาล จากโรงพยาบาลสู่ชุมชน หรือ จากชุมชนสู่โรงพยาบาล

Service	บุคลากร	ทรัพยากรสนับสนุน
โรงพยาบาลสู่ชุมชน 1. กลุ่มให้การดูแล - ผู้สูงอายุเปราะบางพึ่งพิง - Palliative Care มี PPS ≤ 50% - Long Term Care มี ADL ≤ 11 - Intermediate care (บริการสนับสนุน) 2. กิจกรรมการบริการ - เตรียมความพร้อม เตรียมบ้านก่อนจำหน่าย (Care Plan) - ประสานส่งต่อข้อมูลแก่เครือข่าย - ติดตามดูแลหลังจำหน่ายร่วมกับชุมชน - ระบบการรับปรึกษาทีมดูแล	- แพทย์ - พยาบาล COC - พยาบาล CO (care organizer) - พยาบาล PC - ทีมสหวิชาชีพ เช่น เภสัชกร นักโภชนาการ ET Nurse นักกายภาพบำบัด แพทย์แผนไทย - งานปฐมภูมิและทีม เช่น เวชปฏิบัติครอบครัวและชุมชน พยาบาลชุมชน/ Care Manager อาชีวอนามัยและความปลอดภัย สุขภาพจิตและจิตเวช อสม. (Caregiver) พระคิลานุปัฏฐาก	1. ระบบส่งต่อข้อมูล - แบบบันทึกการส่งต่อเพื่อการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน - สารสนเทศ E-mail, HIS, A-MED - รถรับ-ส่ง 1669, มูลนิธิ 2. ใบรับรองแพทย์ (การดูแลระยะท้าย) 3. ช่องทางติดต่อ - Line - Tel - DMS Telemed 4. ช่องทางโปรแกรมการส่งต่อ - Smart COC, Thai COC - BMA Referral

Service	บุคลากร	ทรัพยากรสนับสนุน
ชุมชนสู่โรงพยาบาล 1. ช่องทางการส่งต่อ 1.1 จากทีมเยี่ยมบ้าน 1.2 Walk in: OPD, ER 2. ตามระบบศูนย์ประสานงาน/จุดคัดกรอง 3. ชีวาภิบาล 3.1 การประเมินวินิจฉัย และวิธีการรักษาผู้ป่วย 3.1.1 Home Care 3.1.2 Admit Ward 3.1.3 Home Ward/ สถานชีวาภิบาลในชุมชน	- แพทย์ - พยาบาล COC - พยาบาล CO (care organizer) - พยาบาล PC - ทีมสหวิชาชีพ เช่น เภสัชกร นักโภชนาการ ET Nurse นักกายภาพบำบัด แพทย์แผนไทย - งานปฐมภูมิและทีม เช่น เวชปฏิบัติครอบครัวและชุมชน พยาบาลชุมชน/ Care Manager อาชีวอนามัยและความปลอดภัย สุขภาพจิตและจิตเวช อสม. (Caregiver) พระคิลานุปัฏฐาก	1. ระบบส่งต่อข้อมูล - แบบบันทึกการส่งต่อเพื่อการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน - สารสนเทศ E-mail, HIS, A-MED - รถรับ-ส่ง 1669, มูลนิธิ 2. ใบรับรองแพทย์ (การดูแลระยะท้าย) 3. ช่องทางติดต่อ - Line - Tel - DMS Telemed 4. ช่องทางโปรแกรมการส่งต่อ - Smart COC, Thai COC - BMA Referral

บรรณานุกรม

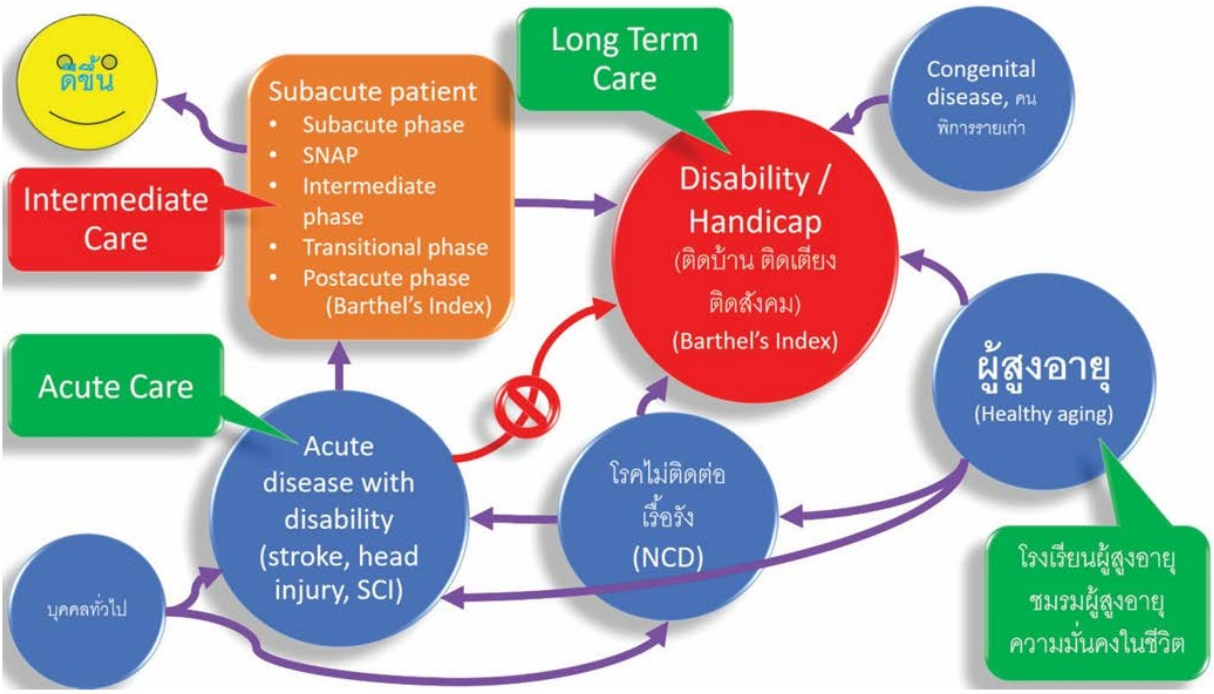
1. สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, กองบริหารการสาธารณสุข. คู่มือดำเนินการตามนโยบายสถานชีวาภิบาล 2024 [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, กองบริหารการสาธารณสุข.; 2567 [เข้าถึงเมื่อ 11 กรกฎาคม 2568]. เข้าถึงได้จาก: https://phdb.moph.go.th/main/upload/web_news_files/c8214x94sx4ogookg8.pdf

2. กระทรวงสาธารณสุข, กองสนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิ. คู่มือมาตรฐานหน่วยบริการปฐมภูมิ พ.ศ. 2568-2570 [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข, กองสนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิ; 2568 [เข้าถึงเมื่อ 11 กรกฎาคม 2568]. เข้าถึงได้จาก: https://divisionksn.moph.go.th/sam/?p=440

3. กระทรวงสาธารณสุข, กองสนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิ. คู่มือการดำเนินงานของหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิตามพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2562 [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข, กองสนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิ; 2562 [เข้าถึงเมื่อ 18 กรกฎาคม 2568]. เข้าถึงได้จาก: https://bit.ly/46YfjAR

บทที่ 5 การเชื่อมโยงและสนับสนุนระบบชีวาภิบาลโดยระบบการดูแลระยะกลาง

กระทรวงสาธารณสุข ได้พัฒนาระบบบริการด้านการดูแลฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยระยะกลาง (Intermediate care; IMC) โดย เน้นการดูแลกลุ่มโรคสำคัญ ได้แก่ โรคหลอดเลือดสมอง การบาดเจ็บไขสันหลัง บาดเจ็บที่สมอง กระดูกสะโพกหัก หรือกลุ่มโรคอื่นๆ ที่ต้องการการฟื้นฟูสภาพ รวมถึงผู้สูงอายุซึ่งต้องการการดูแลระยะกลาง เพื่อป้องกันการเสื่อมถอยของสมรรถนะ ฟื้นฟูสภาพ ตลอดจนรักษาบรรเทาอาการต่างๆ ดังนั้น ระบบการดูแลระยะกลาง จึงมีบทบาทสำคัญที่เชื่อมโยงการดูแลแบบไร้รอยต่อกับระบบชีวาภิบาล (Long Term care และ Palliative care) ดังแสดงในรูปที่ 5.1



แนวคิดการการพัฒนาระบบ Intermediate care ที่เชื่อมโยงกับ ระบบบริการอื่นๆ

รูปที่ 5.1 ระบบ IMC ที่เชื่อมโยงกับบริการอื่นๆ (ที่มา; คู่มือการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยระยะกลาง Guideline for Intermediate Care สำหรับบุคลากรทางการแพทย์ตามแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) กบรส. 2562)

ระบบ IMC มีเกณฑ์การคัดเข้า ระบบบริการ ดังนี้

- เกณฑ์การเข้าสู่ระยะการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยระยะกลาง: ผู้ป่วยที่มีอาการทางคลินิกผ่านพ้นภาวะวิกฤติและมีอาการคงที่ แต่ยังคงมีความผิดปกติของร่างกายบางส่วนอยู่ (impairment) และมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวันโดยพิจารณาจากผู้ป่วยที่มี Barthel index < 15 หรือมี Barthel index ≥ 15 ร่วมกับมี impairment อย่างน้อย 1 ด้าน
- ระยะเวลาในการดูแล: ผู้ป่วยในในช่วง 6 เดือนแรก นับตั้งแต่วินิจฉัยโรค
- เกณฑ์การดูแลต่อเนื่องจาก IMC เข้าสู่ระยะ LTC: ผู้ป่วยที่ได้รับการฟื้นฟูฯ จนครบ 6 เดือน นับตั้งแต่วินิจฉัยโรค ที่มี Barthel index (BI) 5-11
- เกณฑ์การดูแลต่อเนื่องจาก IMC เข้าสู่การดูแลระยะท้าย: ผู้ป่วยที่ได้รับการฟื้นฟูฯ จนครบ 6 เดือน นับตั้งแต่วินิจฉัยโรค ที่มี Barthel index (BI) 0-4

มาตรฐานการจัดบริการในการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง ดังแสดงในตารางที่ 5.1

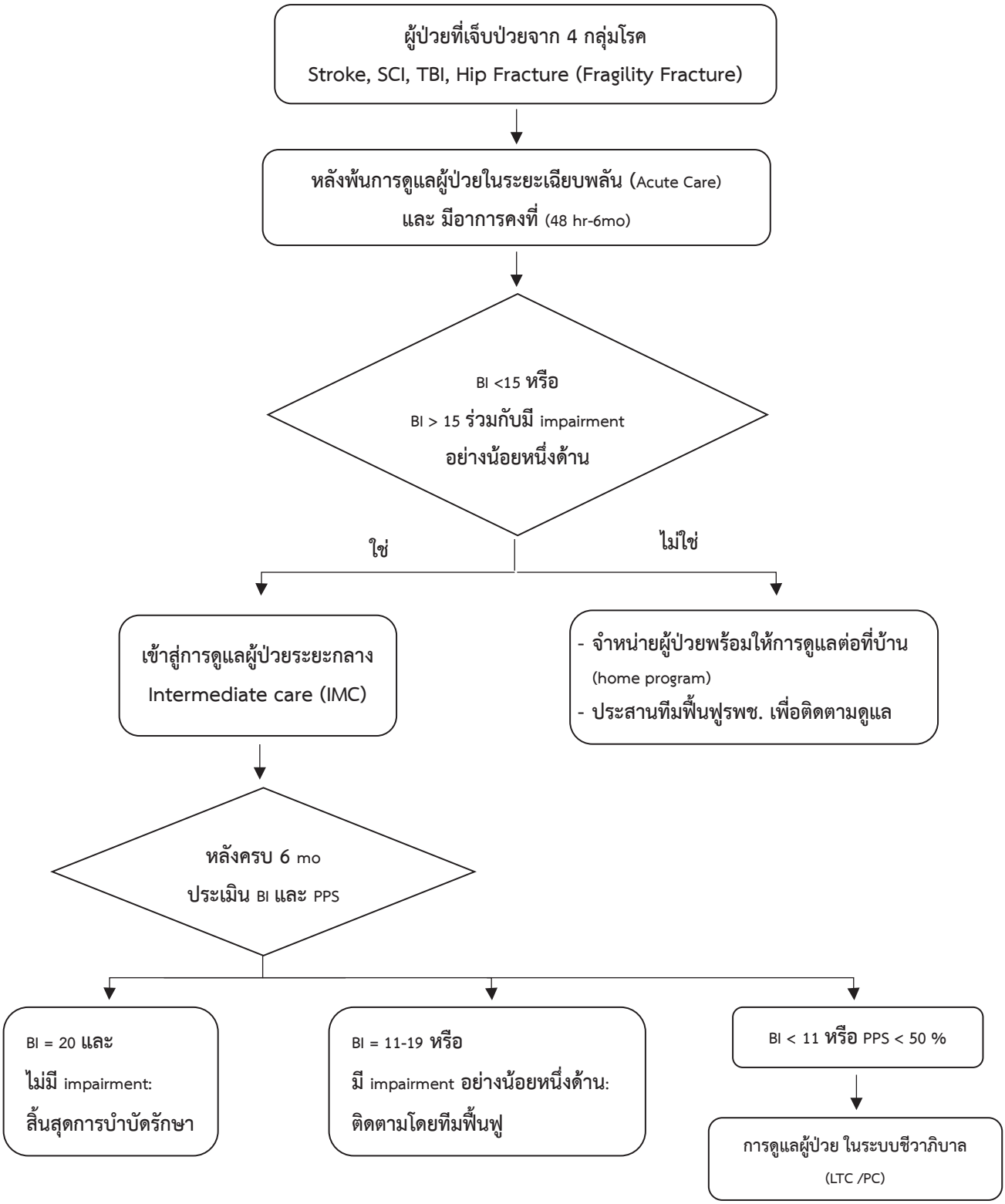
มาตรฐานบริการ	บริการ	ระยะเวลา	ความถี่	บุคลากร	วัสดุอุปกรณ์/ครุภัณฑ์
1. การให้บริการแบบผู้ป่วยใน (IPD rehabilitation)	1.1 Intermediate ward โดยมีการให้บริการทั้งด้านกายภาพบำบัด กิจกรรมบำบัด แก้ไขการพูด เป็นต้น	อย่างน้อยวันละ 3 ชั่วโมง	อย่างน้อย 5 วัน/สัปดาห์ หรือ อย่างน้อย 15 ชั่วโมง/สัปดาห์	แพทย์ พยาบาลฟื้นฟู นักกายภาพบำบัด นักกิจกรรมบำบัด นักแก้ไขการพูด นักกายอุปกรณ์หรือช่างกายอุปกรณ์	รายการอุปกรณ์เป็นไปตามคู่มือการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยระยะกลาง Guideline for Intermediate Care สำหรับบุคลากรทางการแพทย์ตามแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) ฉบับแก้ไขปรับปรุงปี 2567 สถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ กรมการแพทย์ ภาคผนวก 4 หน้า 66-75
	1.2 Intermediate bed: โดยมีการให้บริการทั้งด้านกายภาพบำบัด กิจกรรมบำบัด แก้ไขการพูด เป็นต้น	อย่างน้อยวันละ 1 ชั่วโมง	อย่างน้อย 3 วัน/สัปดาห์	แพทย์ พยาบาลฟื้นฟู นักกายภาพบำบัด	
2. การให้บริการแบบผู้ป่วยนอก (OPD rehabilitation)	2.1 บริการในสถานพยาบาล โดยให้บริการฟื้นฟูสภาพแบบผู้ป่วยนอก	อย่างน้อย 45 นาที / ครั้ง	2-4 ครั้งต่อสัปดาห์ อย่างน้อย 20 ครั้ง ภายใน 6 เดือน	แพทย์ พยาบาลฟื้นฟู นักกายภาพบำบัด นักกิจกรรมบำบัด นักแก้ไขการพูด	- บันไดเข้ามุม - ชุดแขวนพยุงสำหรับออกกำลังกาย (suspension set) - ถุงทรายออกกำลังกาย - quadricep board - เตียงฝึกผู้ป่วยทางกายภาพบำบัด - standard wheelchair - กระจกมีล้อเลื่อน (Mobile mirror)/
	2.2 คลินิกกายภาพบำบัดเอกชนที่ขึ้นทะเบียนกับ สปสช. โดยผู้ป่วยได้รับการฟื้นฟูสภาพด้วยวิธีการทางกายภาพบำบัดที่คลินิก	อย่างน้อย 60 นาที / ครั้ง	2-4 ครั้งต่อสัปดาห์ อย่างน้อย 20 ครั้ง ภายใน 6 เดือน	นักกายภาพบำบัด	

มาตรฐานบริการ	บริการ	ระยะเวลา	ความถี่	บุคลากร	วัสดุอุปกรณ์/ครุภัณฑ์
	2.3 ศูนย์ฟื้นฟูฯชุมชน โดยมีการทำงานเชื่อมโยงกับ รพ.ระดับ A S M F ในพื้นที่ เพื่อให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วย IMC เช่น กายภาพบำบัด กิจกรรมบำบัด เป็นต้น ให้ยืม/จัดหาอุปกรณ์/ Home modification บริการรถรับ-ส่ง				- จักรยานปั่นขา - จักรยานปั่นมือ - อุปกรณ์ฝึกมือ - อุปกรณ์ฝึกยืน-เดิน เช่น ราวฝึกเดิน เตียงปรับยืน ไม้เท้าฝึกเดิน 1 ปุ่ม 3 ปุ่ม walker เป็นต้น - อุปกรณ์/ครุภัณฑ์ทางกิจกรรมบำบัด เช่น ชุดฝึก Cognition Perception ชุดฝึกกลืน เป็นต้น
	2.3.1.ศูนย์ฟื้นฟูชุมชนขนาดใหญ่ บริการฟื้นฟู เช่น บริการกายภาพบำบัดขั้นพื้นฐาน หรือรูปแบบ day care	อย่างน้อย 45 นาที / ครั้ง	อย่างน้อย 4 - 5 วัน สัปดาห์	แพทย์และทีมสหวิชาชีพ เช่น นักกายภาพบำบัด นักกิจกรรมบำบัด เภสัชกร นักโภชนาการ เป็นต้น	
	2.3.2. ศูนย์ฟื้นฟูฯชุมชนขนาดเล็ก บริการฟื้นฟู เช่น บริการกายภาพบำบัดขั้นพื้นฐาน หรือรูปแบบ day care	อย่างน้อย 45 นาที / ครั้ง	อย่างน้อย 1 วัน / สัปดาห์	พยาบาล หรือ นักวิชาการสาธารณสุขประจำศูนย์ อาสาสมัคร หรือ จิตอาสาที่ผ่านการอบรมด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพ (ภายใต้การกำกับดูแลโดยนักกายภาพบำบัดหรือนักกิจกรรมบำบัด)	
3. การให้บริการแบบนอกสถานพยาบาล (Out -reach program) โดยทีมสหวิชาชีพจากโรงพยาบาลและ รพ.สต.	3.1 บริการเยี่ยมบ้านในชุมชน เป็นการจัดบริการดูแลผู้ป่วยระยะกลางให้ได้รับดูแลฟื้นฟูจากทีมสหวิชาชีพต่อเนื่องจากโรงพยาบาลจนถึงที่บ้าน การวางแผนการฟื้นฟู (care plan) ร่วมกัน โภชนาการ สอนญาติ ในการดูแลผู้ป่วยเพื่อช่วยลดความพิการ ควรถึงการให้คำปรึกษา และการส่งต่อกรณีที่มีความจำเป็น	อย่างน้อย 45 นาที/ ครั้ง	อย่างน้อย 1 ครั้ง / เดือน	แพทย์และทีมสหวิชาชีพ อย่างน้อย 2 วิชาชีพขึ้นไป เช่น พยาบาล นักกายภาพบำบัด นักกิจกรรมบำบัด เภสัชกร นักโภชนาการ เป็นต้น	- อุปกรณ์ออกกำลังกายที่บ้าน เช่น ลูกบอลฝึกแรงกำมือ ถุงทราย รอกติดเพดานฝึกกำลังแขน จักรยานปั่นอยู่กับที่ เป็นต้น - ราวพยุงเดิน - ไม้เท้า

มาตรฐานบริการ	บริการ	ระยะเวลา	ความถี่	บุคลากร	วัสดุอุปกรณ์/ครุภัณฑ์
	3.2 บริการฟื้นฟูสภาพที่บ้านผู้ป่วย	อย่างน้อย 45 นาที/ครั้ง	อย่างน้อย 1 ครั้ง / เดือน	นักกายภาพบำบัด พยาบาล นักกิจกรรมบำบัด	
	3.3 คลินิกกายภาพบำบัดเอกชนที่ขึ้นทะเบียนกับ สปสช. โดยผู้ป่วยได้รับการฟื้นฟูสภาพด้วยวิธีการทางกายภาพบำบัดที่บ้าน	อย่างน้อย 60 นาที / ครั้ง	ความถี่ 1-3 ครั้ง/สัปดาห์ อย่างน้อย 20 ครั้ง ภายใน 6 เดือน	นักกายภาพบำบัด	
ประเมินตามเกณฑ์ การดูแลต่อเนื่องจาก IMC เข้าสู่ระยะ Long term Care/สถานชีวาภิบาล					

ตารางที่ 5.1 มาตรฐานการดูแลในระบบ IMC
(ที่มา; คู่มือการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยระยะกลาง Guideline for Intermediate Care
สำหรับบุคลากรทางการแพทย์ตามแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) ฉบับแก้ไขปรับปรุงปี 2567
สถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ กรมการแพทย์)

แนวทางการเชื่อมโยงการดูแลผู้ป่วยระยะกลางไปสู่บริการชีวาภิบาล



อภิธานศัพท์

- **Barthel Index (BI):** เครื่องมือประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย โดยมีคะแนนเต็ม 20 คะแนน ใช้ในการจำแนกกลุ่มผู้ป่วยเพื่อรับบริการฟื้นฟูสมรรถภาพ
- **PPS (Palliative Performance Scale):** เครื่องมือประเมินระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยระยะท้าย
- **Intermediate Care (IMC):** การฟื้นฟูสมรรถภาพสำหรับผู้ป่วยระยะกลางที่ผ่านพ้นภาวะวิกฤตและมีอาการคงที่ แต่ยังคงมีความผิดปกติทางร่างกายหรือสมองที่ไม่สามารถช่วยตนเองได้เต็มที่ มักใช้สำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง บาดเจ็บที่ศีรษะและสมอง บาดเจ็บไขสันหลัง และกระดูกสะโพกหัก
- **สถานชีวาภิบาล:** สถานที่ให้บริการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพิงและผู้ป่วยระยะประคับประคอง/ระยะท้าย (Long-Term Care and Palliative Care facility) ให้การดูแลแบบองค์รวมครอบคลุมกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ
- **Long-term Care (LTC):** ระบบการจัดบริการสาธารณสุขและบริการสังคมเพื่อตอบสนองความต้องการความช่วยเหลือของผู้ที่ประสบภาวะยากลำบากจากเจ็บป่วยเรื้อรัง อุบัติเหตุ ความพิการ หรือผู้สูงอายุที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ในชีวิตประจำวัน
- **Palliative Care (PC) (การดูแลประคับประคอง/ระยะท้าย):** การดูแลที่มุ่งเน้นการเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัว เมื่อเผชิญกับโรคที่คุกคามชีวิต โดยจัดการอาการและความทุกข์ทรมานต่าง ๆ

บรรณานุกรม

1. สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, กองบริหารการสาธารณสุข. คู่มือการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยระยะกลาง Guideline for Intermediate Care สำหรับบุคลากรทางการแพทย์ตามแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) [อินเทอร์เน็ต]. สมุทรสาคร: บอร์ทูบี พับลิชชิ่ง; 2562 [เข้าถึงเมื่อ 18 กรกฎาคม 2568]. เข้าถึงได้จาก: https://www.snmri.go.th/wp-content/uploads/2021/01/10-Guideline-for-Intermediate-Care.pdf

2. สถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ. คู่มือการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยระยะกลาง Guideline for Intermediate Care สำหรับบุคลากรทางการแพทย์ตามแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) ฉบับปรับปรุงปี พ.ศ. 2567 [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: สถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ; 2567 [เข้าถึงเมื่อ 18 กรกฎาคม 2568]. เข้าถึงได้จาก: https://www.snmri.go.th/snmri-e-library/

บทที่ 6 การดูแลพระสงฆ์อาพาธที่เอื้อต่อพระธรรมวินัย

บริการชีวาภิบาลในโรงพยาบาลครอบคลุมการดูแลพระสงฆ์อาพาธที่เข้าเกณฑ์กลุ่มเป้าหมาย ดังนั้น ในบทนี้ จะกล่าวถึงการดูแลพระสงฆ์อาพาธที่เอื้อต่อพระธรรมวินัย เพื่อให้บุคลากรซึ่งทำหน้าที่อุปัฏฐากพระสงฆ์อาพาธ ได้ทราบถึงหลักการและวิธีการดูแลสุขภาพพระสงฆ์อาพาธที่เอื้อต่อพระธรรมวินัย ได้อย่างถูกต้องและเหมาะสมกับสมณสารูปและเป็นไปในแนวทางเดียวกัน โดยโรงพยาบาลพึงจัดให้มีระบบการให้บริการพระสงฆ์อาพาธที่เอื้อต่อพระธรรมวินัย ทั้งผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน รวมถึงคำแนะนำสำหรับผู้ดูแลในกุฏิชีวาภิบาลหรือสถานชีวาภิบาล ดังนี้

บุคลากร

- มีสมรรถนะในการอุปัฏฐากพระสงฆ์อาพาธที่เอื้อต่อพระธรรมวินัย เช่น การแสดงความเคารพ การใช้คำพูดในการสนทนากับพระสงฆ์ การปวารณา การประเคน การขอขมา การปลงผม การสรงน้ำ การเตรียมตัวเพื่อตรวจพิเศษ การดูแลสรีรสังขารหลังมรณภาพ
- พระวินัย สตรีจับต้องกายพระภิกษุไม่ได้ ดังนั้นกรณีบุคลากรที่เป็นผู้หญิงควรเลี่ยงการสัมผัสกายพระสงฆ์อาพาธโดยตรงด้วยการสวมถุงมือหรือสัมผัสผ่านผ้า
- พระวินัยห้ามไม่ให้พระภิกษุอยู่ในที่ลับหูลับตากับผู้หญิงสองต่อสอง ดังนั้นเพื่อช่วยให้ท่านรักษาวินัย ถ้าอยู่ในสถานที่ปิด เช่น ห้องตรวจ ถ้าบุคลากรเป็นผู้หญิง ควรต้องมีผู้ชายอยู่ในห้องนั้นอย่างน้อยหนึ่งคน

ผู้ป่วยนอก

- มีการจัดช่องทางเฉพาะหรือมีป้ายแสดงเฉพาะสำหรับพระสงฆ์อาพาธ ในการติดต่อห้องเวชระเบียน (ห้องบัตร) จุดตรวจสอบสิทธิการรักษา ห้องตรวจโรค ห้องตรวจพิเศษต่างๆ ห้องจ่ายยา
- มีการจัดสถานที่นั่งรอสำหรับพระสงฆ์อาพาธในแต่ละพื้นที่ มีป้ายแสดงที่นั่งเฉพาะพระสงฆ์แยกจากฆราวาสอย่างชัดเจน
- มีการจัดภัตตาหาร และมีสถานที่ฉันภัตตาหารสำหรับพระสงฆ์อาพาธแยกจากฆราวาส
- มีห้องสุขาสำหรับพระสงฆ์อาพาธ มีป้ายแสดงชัดเจน

ผู้ป่วยใน

- มีเตียงรองรับสำหรับพระสงฆ์อาพาธ โดยการจัดแยกพื้นที่เป็นสัดส่วนสำหรับพระสงฆ์ หรือมีห้องแยกสำหรับพระสงฆ์อาพาธโดยเฉพาะไม่ปะปนกับฆราวาส และมีตู้ข้างเตียงไว้เก็บไตรจีวร
- มีการจัดสถานที่สำหรับ สวดมนต์ ทำวัตรเช้า ทำวัตรเย็น
- มีห้องสุขาสำหรับพระสงฆ์อาพาธ มีป้ายแสดงชัดเจน
- มีเครื่องนุ่งห่ม และเครื่องนอนโดยเฉพาะสำหรับพระสงฆ์อาพาธ ในกรณีส่งตรวจพิเศษ เช่น ส่งห้องผ่าตัด ห้องเอกซเรย์ จัดเสื้อคลุมเป็นชุดที่ทำขึ้นไว้เฉพาะพระสงฆ์อาพาธ และจัดให้มีผ้าไตรจีวรอย่างน้อย 1 ผืน ไปกับพระสงฆ์อาพาธด้วย

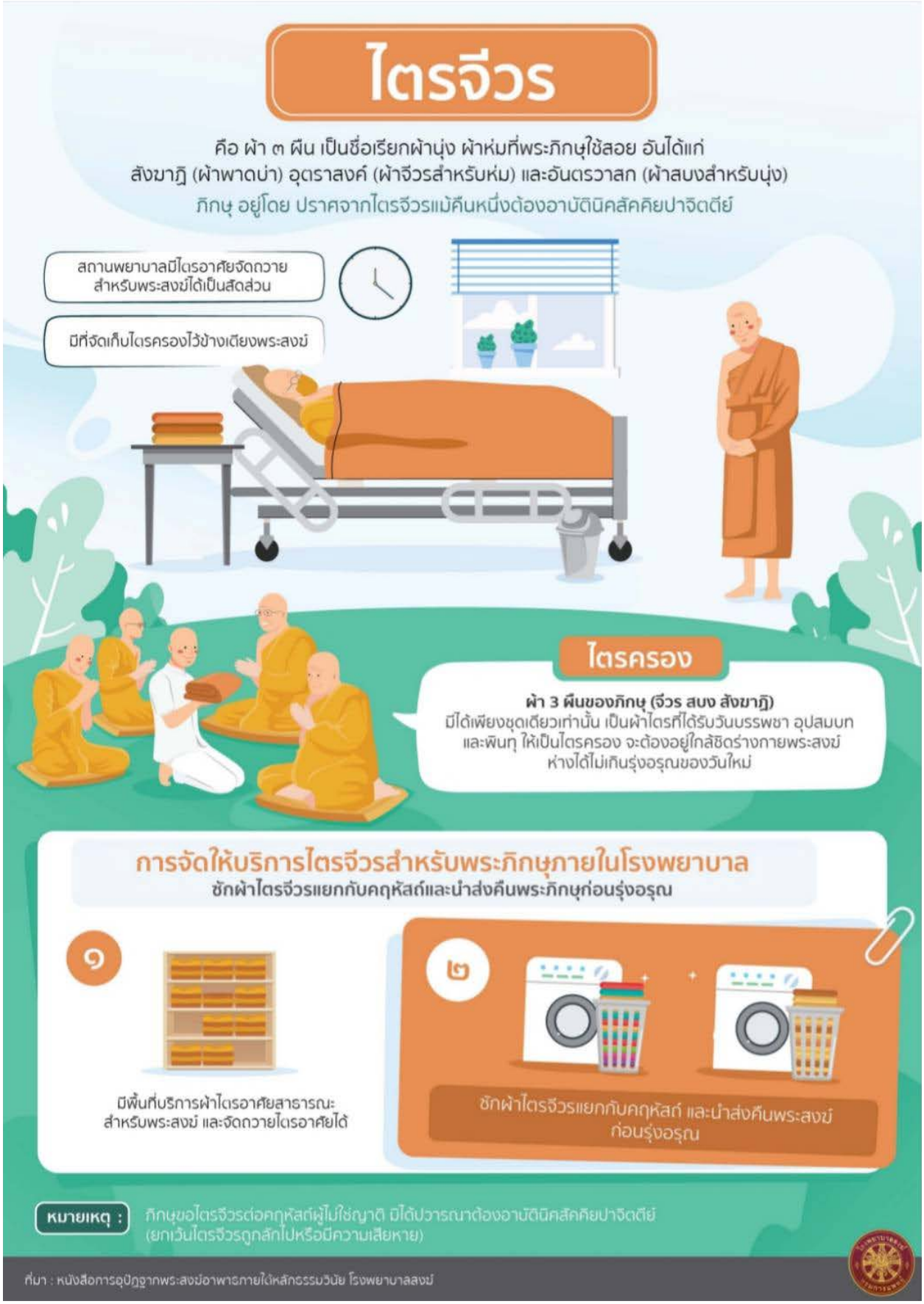
กุฏิชีวาภิบาล หรือ สถานชีวาภิบาล

ผู้ดูแลที่เป็นฆราวาส ต้องมีสมรรถนะในการอุปัฏฐากพระสงฆ์อาพาธที่เอื้อต่อพระธรรมวินัยเช่นเดียวกับบุคลากรที่ดูแลในโรงพยาบาล

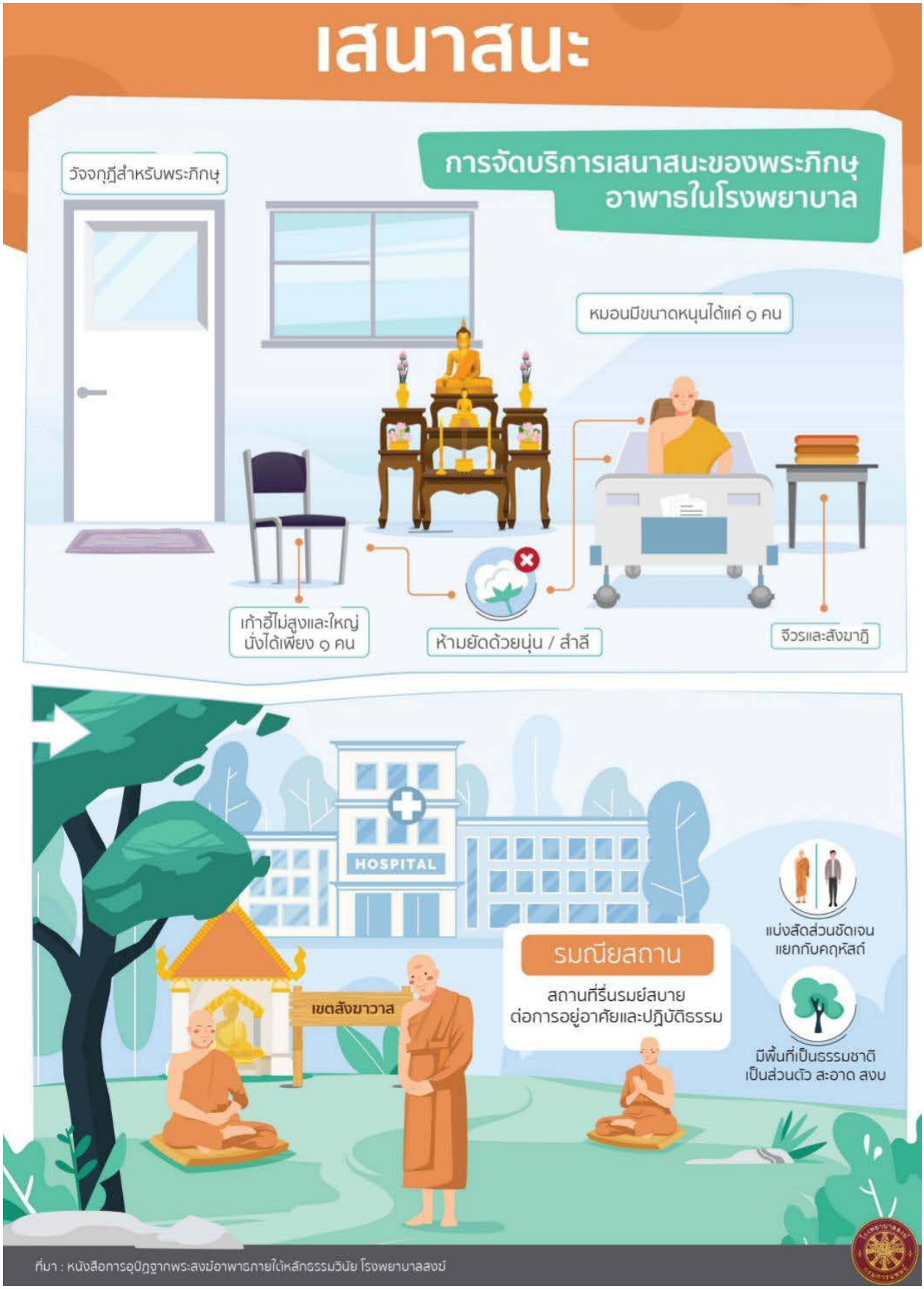
บรรณานุกรม

โรงพยาบาลสงฆ์. มาตรฐานการอุปัฏฐากพระสงฆ์อาพาธที่เอื้อต่อพระธรรมวินัย [e-book]. กรุงเทพฯ: โรงพยาบาลสงฆ์; 2566 [เข้าถึงเมื่อ 18 กรกฎาคม 2568]. เข้าถึงได้จาก https://www.priest-hospital.go.th/handBook/Book-67-1/Book-67-1.pdf .

การทำหน้าที่อุปัฏฐากพระภิกษุอาพาธ
ที่เอื้อเฟื้อต่อพระธรรมวินัย
สถานพยาบาลที่ให้บริการพระภิกษุอาพาธจำเป็นต้องจัด
ให้บริการที่เอื้อเฟื้อต่อพระธรรมวินัย
๑ ไตรจีวร
เครื่องนุ่งห่มพระภิกษุ
๒ กาลิก ๔
ภัตตาหารและยารักษาโรค
ที่ประกอบด้วยกาล
๓ เสนาสนะ
คำที่ใช้เรียกที่อยู่อาศัยของพระภิกษุ
รวมไปถึงที่นั่ง ที่นอน เครื่องใช้ต่างๆ
การถวายและการประเคนของแด่พระภิกษุ
การให้บริการด้วยปัจจัย ๔
การปวารณาของบุคลากรทางการแพทย์
ปวารณาเพื่อเป็นผู้อุปัฏฐาก เป็นคำที่มาจากคำในภาษาบาลี
หมายถึง ยอมให้ขอ หรือเรียกร้องเอาสิ่งของ หรือว่ากล่าวตักเตือนได้
การถวาย / การประเคน
การปวารณา
การปวารณา
ข้าพเจ้าขอปวารณาว่า จะดูแลรับใช้พระภิกษุสามเณรอาพาธ
ที่มารับบริการ ณ โรงพยาบาลสงฆ์ ด้วยความตั้งใจ เต็มใจ
จะไม่ขัดข้อง ขุ่นเคือง รำคาญด้วยเหตุใด ๆ ก็ตาม
ที่อาจจะเกิดขึ้น ด้วยอานิสงส์แห่งการปฏิบัตินี้
ขอให้ข้าพเจ้ามีจิตใจผ่องใส อ่อนโยน มีความสุขกับการทำงานทุกวันเทอญ
บุคลากรทางการแพทย์
บุคลากรผู้ชายดูแลพระภิกษุ
(ถ้าเป็นบุคลากรสตรี ให้มีบุคลากรชาย
หรือพระภิกษุรูปอื่น ๆ อยู่ ณ ที่นั้นด้วย)
เข้าใจหลักปฏิบัติ
ของชาวพุทธ
แต่งกายสะอาด
ดูกระเบียบเรียบร้อย
กริยาศัพท์
อุปัฏฐาก หมายถึง การดูแลรับใช้ อุปถัมภ์พระภิกษุ
สามเณร
ปวารณา หมายถึง ยอมให้ขอ ยอมรับใช้
ที่มา : หนังสือการอุปัฏฐากพระสงฆ์อาพาธตามหลักพระธรรมวินัย


ไตรจีวร
คือ ผ้า ๓ ผืน เป็นชื่อเรียกผ้านุ่ง ผ้าห่มที่พระภิกษุใช้สอย อันได้แก่
สังฆาฏิ (ผ้าพาดบ่า) อุตราสงค์ (ผ้าจีวรสำหรับห่ม) และอันตรวาสก (ผ้าสบงสำหรับนุ่ง)
ภิกษุ อยู่โดย ปราศจากไตรจีวรแม้คืนหนึ่งต้องอาบัตินิคสัคคิยปาจิตตีย์
สถานพยาบาลมีไตรอาศัยจัดถวาย
สำหรับพระสงฆ์ได้เป็นสัดส่วน
มีที่จัดเก็บไตรครองไว้ข้างเตียงพระสงฆ์
ไตรครอง
ผ้า 3 ผืนของภิกษุ (จีวร สบง สังฆาฏิ)
มีได้เพียงชุดเดียวเท่านั้น เป็นผ้าไตรที่ได้รับวันบรรพชา อุปสมบท
และพินทุ ให้เป็นไตรครอง จะต้องอยู่ใกล้ชิดร่างกายพระสงฆ์
ห่างได้ไม่เกินรุ่งอรุณของวันใหม่
การจัดให้บริการไตรจีวรสำหรับพระภิกษุภายในโรงพยาบาล
ซักผ้าไตรจีวรแยกกับคฤหัสถ์และนำส่งคืนพระภิกษุก่อนรุ่งอรุณ
๑
มีพื้นที่บริการผ้าไตรอาศัยสาธารณะ
สำหรับพระสงฆ์ และจัดถวายไตรอาศัยได้
๒
ซักผ้าไตรจีวรแยกกับคฤหัสถ์ และนำส่งคืนพระสงฆ์
ก่อนรุ่งอรุณ
หมายเหตุ :
ภิกษุขอไตรจีวรต่อคฤหัสถ์ผู้ไม่ใช่ญาติ มิได้ปวารณาต้องอาบัตินิคสัคคิยปาจิตตีย์
(ยกเว้นไตรจีวรถูกลักไปหรือมีความเสียหาย)
ที่มา : หนังสือการอุปัฏฐากพระสงฆ์อาพาธภายใต้หลักธรรมวินัย โรงพยาบาลสงฆ์

กาลิก ๔
หมายถึง เนื่องด้วยกาล, ขึ้นกับกาล, ของอันจะกลืนกินให้ล่วงลำคอเข้าไป ซึ่งพระวินัยบัญญัติให้ภิกษุรับเก็บไว้และฉันได้ภายในเวลาที่กำหนด จำแนกเป็น ๔ อย่าง
๑ ยาวกาลิก หมายถึง ภัตตาหารทุกชนิดที่พระภิกษุสามารถเก็บรักษาและฉันได้ตั้งแต่พระอาทิตย์ขึ้น จนถึง เที่ยงวัน เท่านั้น
เก็บรักษาได้ตั้งแต่ พระอาทิตย์ขึ้นจนถึงเที่ยงวันเท่านั้น
ไม่ถวายเนื้อต้องห้าม ๑๐ อย่าง
ภัตตาหารหรือยาสำหรับฉัน ต้องประเคนก่อนเสมอ
๒ ยามกาลิก หมายถึง น้ำปานะคั้นจากผลไม้ที่มีขนาดใหญ่ไม่เกินผลส้มเขียวหวาน และน้ำอัฏฐบานคั้นจากผลไม้ ๘ อย่าง
เหง้าอุบล
ผลมะซาง
กล้วยมีเมล็ด
ชมพู่
ลิ้นจี่
มะม่วง
องุ่น
กล้วยไม่มีเมล็ด
เก็บไว้ได้ ๑ วัน ๑ คืน เท่านั้น
๓ สัตตาหกาลิก หมายถึง เภสัช ๕ ที่พระพุทธเจ้าอนุญาต
น้ำมัน
น้ำผึ้ง
เนยข้น
น้ำอ้อย
เนยใส
หลังจากพระสงฆ์รับประเคน เก็บไว้ได้ ไม่เกิน ๗ วัน เท่านั้น
๔ ยาวชีวิก หมายถึง ยารักษาโรค
ขิง ข่า กระเทียม
เกลือทุกชนิด
ยาสำหรับฉัน
ผลไม้ที่เป็นยา เช่น สมอ มะขามป้อม
พระสงฆ์เก็บไว้ฉันได้ตลอด เมื่อมีเหตุอาพาธ
ยาใช้ภายนอก ไม่ต้องประเคน
ยาทา
ยาฉีด
ที่มา : หนังสือการอุปัฏฐากพระสงฆ์อาพาธภายใต้หลักธรรมวินัย โรงพยาบาลสงฆ์


เสนาสนะ
การจัดบริการเสนาสนะของพระภิกษุ
อาพาธในโรงพยาบาล
วัจจกุฎีสำหรับพระภิกษุ
หมอนมีขนาดหนุนได้แค่ ๑ คน
เก้าอี้ไม่สูงและใหญ่
นั่งได้เพียง ๑ คน
ห้ามยัดด้วยนุ่น / สำลี
จีวรและสังฆาฏิ
HOSPITAL
เขตสังฆาวาส
รมณียสถาน
สถานที่รื่นรมย์สบาย
ต่อการอยู่อาศัยและปฏิบัติธรรม
แบ่งสัดส่วนชัดเจน
แยกกับคฤหัสถ์
มีพื้นที่เป็นธรรมชาติ
เป็นส่วนตัว สะอาด สงบ
ที่มา : หนังสือการอุปัฏฐากพระสงฆ์อาพาธภายใต้หลักธรรมวินัย โรงพยาบาลสงฆ์

ภาคผนวก

ภาคผนวก 1

ตัวอย่างแบบฟอร์มปรึกษาทีมการดูแลผู้สูงอายุ
(Geriatric Team Consultation Form)

ชื่อ-สกุล.....อายุ..... เพศ.....HN. ..... AN.	Consult for..... .....

ประวัติและการตรวจร่างกาย

.....

.....

.....

.....

.....

การวินิจฉัย .....

โรคร่วมอื่นๆ .....

การรักษาที่ได้รับ .....

.....

.....

ข้อมูลด้านยาที่ได้รับอยู่ในปัจจุบัน Medication reconciliation	การประเมินภาวะโภชนาการ
1. ..... 5. ..... 2. ..... 6. ..... 3. ..... 7. ..... 4. ..... 8. ..... ประวัติการแพ้ยา ..... ระบุ ยาที่มีความเสี่ยงสำหรับผู้สูงอายุ (BEER criteria)	

FRAIL assessment: ☐ Fit ☐ Pre-frail ☐ Mild frail ☐ Moderate frail ☐ Severe frail

การประเมินด้าน physical	การประเมินด้าน mental
- Gait status ก่อนนอนโรงพยาบาล 1 เดือน และปัจจุบัน - Geriatric syndrome มีปัญหาด้านใดบ้าง • Intellectual • Incontinence • Instability (ประเมินหลัง stable และประเมิน fall risk) • Immobilization syndrome • Inanition • Insomnia - Pressure injury ประวัติผ่าตัด/ประวัติวัคซีน	- Hallucination - Delusion - Behavior - Mood - แบบประเมินทางด้าน Mental ประเมินเมื่อ stable (V/S normal and stable 2 days/ Pain score < 4/10)
การประเมินด้าน function	**การประเมินด้าน social**
- IADLs - BADLs	- Financial - ที่พักอาศัย อยู่ชั้นไหน อยู่กับใคร ใครเป็นผู้ดูแลหลัก ใครเป็นผู้ดูแลค่าใช้จ่าย มีบุตรกี่คน - เคยพูดคุย Advanced care plan ในครอบครัวไหม

Problem list

1. .....
2. .....
3. .....
4. .....
5. .....
6. .....
7. .....
8. .....

ลงชื่อ.....

ผู้ปรึกษา

วันที่...../...../.....

ภาคผนวก 2

ตัวอย่างแบบประเมินภาวะเปราะบาง

FRAIL scale

คำถาม	คะแนน = 0	คะแนน = 1
1. ในช่วง 4 สัปดาห์ที่ผ่านมา ท่านรู้สึกอ่อนเพลียบ่อยมากแค่ไหน (ให้เลือกตอบ : 1 = ตลอดเวลา, 2 = เกือบตลอดเวลา, 3 = บางเวลา, 4 = ส่วนน้อย, 5 = ไม่เคยเลย)	☐ บางเวลา ☐ ส่วนน้อย ☐ ไม่เคยเลย	☐ ตลอดเวลา ☐ เกือบตลอดเวลา
2. ท่านมีปัญหาเวลาท่านเดินขึ้นบันได 10 ขั้นด้วยตัวเองโดยไม่หยุดพัก และไม่ใช้อุปกรณ์ช่วย หรือไม่	☐ ไม่มี	☐ มี
3. ท่านมีปัญหาเวลาท่านเดิน 300-400 เมตร ด้วยตัวเองโดยไม่หยุดและไม่ใช้อุปกรณ์ช่วย หรือไม่	☐ ไม่มี	☐ มี
4. แพทย์เคยแจ้งว่าท่านมีโรคต่างๆ เหล่านี้หรือไม่ ได้แก่ ☐ โรคความดันโลหิตสูง ☐ โรคเบาหวาน ☐ โรคมะเร็ง (ไม่รวมมะเร็งผิวหนัง) ☐ โรคปอดเรื้อรัง ☐ โรคหลอดเลือดหัวใจกำเริบ ☐ ภาวะหัวใจวาย ☐ อาการแน่นหน้าอกจากโรคหลอดเลือดหัวใจ ☐ โรคหอบหืด ☐ ภาวะข้ออักเสบ ☐ โรคหลอดเลือดสมอง ☐ โรคไตเรื้อรัง	☐ 0-4 โรค	☐ 5-11 โรค
5. น้ำหนักท่านลดลงมากกว่า 5% ใน 1 ปีหรือไม่	☐ ไม่ใช่	☐ ใช่
คะแนนรวม		...../5

การแปลผล

กลุ่มแข็งแรง	0	คะแนน
กลุ่มก่อนเปราะบาง	1-2	คะแนน
กลุ่มเปราะบาง	≥ 3	คะแนน

Modified Thai Frailty Index ฉบับปรับเพิ่ม

คำถาม	คะแนน = 0	คะแนน = 1
1. ผู้ป่วยมีโรคหรือภาวะต่อไปนี้หรือไม่ (13 คะแนน)		**คะแนน = x/13**
1.1 กินยามากกว่า 5 ชนิด (ไม่คิดคะแนน)	☐ ไม่มี	☐ มี
1.2 โรคความดันโลหิตสูง	☐ ไม่มี	☐ มี
1.3 โรคเบาหวาน	☐ ไม่มี	☐ มี
1.4 โรคหลอดเลือดสมอง	☐ ไม่มี	☐ มี
1.5 โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง	☐ ไม่มี	☐ มี
1.6 โรคไตเรื้อรัง (CKD stage3 ขึ้นไป)	☐ ไม่มี	☐ มี
1.7 มี BMI < 18.5 kg/m2 หรือ น้ำหนักลดมากกว่า 5% ของน้ำหนักตัวใน 1 ปี	☐ ไม่ใช่	☐ ใช่
1.8 มีฟันน้อยกว่า 20 ซี่ หรือใช้ฟันปลอม	☐ ไม่ใช่	☐ ใช่
1.9 มีปัญหาการได้ยิน จนต้องตะโกนสื่อสาร	☐ ไม่ใช่	☐ ใช่
1.10 ประวัติหกล้มภายใน 6 เดือนที่ผ่านมา	☐ ไม่มี	☐ มี
1.11 Hand grip dynamometer ต่ำกว่าปกติ	☐ ไม่ใช่	☐ ใช่
1.12 ความจำลดลง (ถาม ต้นไม้ รถยนต์ มือ หลังถามไป 3 นาที)	☐ ไม่ใช่	☐ ใช่ (จำได้น้อยกว่า 2)
1.13 การคำนวนผิดปกติ (ลบเลข 100-7 ไป 3 ครั้ง)	☐ ไม่ใช่	☐ ใช่ (ลบไม่ถูกเลย)
1.14 ต้องการความช่วยเหลือในการจัดยา กินยาหรือไม่	☐ ไม่ใช่	☐ ใช่
2. ภาวะจิตใจ คุณภาพชีวิต (6 คะแนน)		**คะแนน = y/6**
2.1 ท่านจัดคุณภาพชีวิตของท่านโดยรวมอยู่ในระดับใด	☐ ดี	☐ ไม่ดี
2.2 โดยรวม ท่านมีความพึงพอใจในชีวิตทุกวันนี้ระดับใด	☐ ดี	☐ ไม่ดี
2.3 ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา เคยมีช่วงเวลาหลายวันที่รู้สึกเศร้า ว่างเปล่า หรือซึมเศร้าหรือไม่	☐ ไม่ใช่	☐ ใช่

คำถาม	คะแนน = 0	คะแนน = 1
2.4 ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา เคยมีช่วงเวลาหลายวันที่รู้สึกพลังในร่างกายลดลง หรือรู้สึกเหนื่อย เบื่อ ตลอดเวลา	☐ ไม่ใช่	☐ ใช่
2.5 ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา เคยมีช่วงเวลาหลายวันที่รู้สึกไม่สนใจอะไรในสิ่งที่เคยชอบ เช่น งาน งานอดิเรก ความสัมพันธ์กับคนสนิท	☐ ไม่ใช่	☐ ใช่
2.6 ในช่วง 30 วันที่ผ่านมา ท่านมีปัญหาในการนอน ได้แก่ ง่วงนอนกลางวัน ตื่นบ่อยกลางคืน หรือตื่นเช้าเกินไป	☐ ไม่ใช่	☐ ใช่
3. ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (11 คะแนน)		**คะแนน = z/11**
3.1 การกินอาการ	☐ ตักอาหารและช่วยตัวเองได้เป็นปกติ เมื่อเตรียมอาหารวางไว้ให้	☐ ต้องมีคนป้อนให้หรือรับอาหารทางสายยาง ☐ ตักอาหารเองได้แต่ต้องมีคนช่วย
3.2 การอาบน้ำ	☐ อาบน้ำเองได้	☐ ต้องมีคนช่วย
3.3 การแต่งตัวสวมใส่เสื้อผ้า	☐ ช่วยตัวเองได้	☐ ใส่เองได้น้อยมาก ☐ ช่วยตัวเองได้ประมาณ 50%
3.4 ล้างหน้า หวีผม แปรงฟัน โกนหนวด ในระยะเวลา 24-48 ชั่วโมงที่ผ่านมา <u>(ไม่คิดคะแนน)</u>	☐ ทำได้เอง (0)	☐ ต้องการคนช่วย
3.5 การกลั้นอุจจาระ	☐ กลั้นได้เป็นปกติ	☐ กลั้นไม่ได้หรือต้องการการสวนอุจจาระ ☐ กลั้นไม่ได้บางครั้ง (ไม่เกิน 1 ครั้งต่อสัปดาห์)
3.6 การกลั้นปัสสาวะ	☐ กลั้นได้เป็นปกติ	☐ กลั้นไม่ได้หรือใส่สายสวนปัสสาวะ ☐ กลั้นไม่ได้บางครั้ง (ไม่เกิน 1 ครั้งต่อวัน)

คำถาม	คะแนน = 0	คะแนน = 1
3.7 การใช้ห้องน้ำ ห้องส้วม	☐ ช่วยตัวเองได้ดี	☐ ช่วยตัวเองไม่ได้ ☐ ทำเองได้บ้าง แต่ต้องมีคนช่วย
3.8 การเคลื่อนย้าย ลุกขึ้นจากเก้าอี้หรือเตียง	☐ ทำได้เอง	☐ นั่งไม่ได้ ต้องใช้ 2 คนช่วยยก ☐ ต้องมีคนช่วย 1-2 คน พยุงหรือดันจะนั่งได้ ☐ ต้องการความช่วยเหลือ เช่น พยุงเล็กน้อย
3.9 การเดินไปมา ภายในตัวบ้าน	☐ เดินหรือเคลื่อนที่ได้เอง	☐ เคลื่อนที่ไปไหนไม่ได้ ☐ ต้องใช้รถเข็นช่วยตัวเอง ให้เคลื่อนที่ได้เอง (ไม่ต้องมาคนเข็นให้) ☐ เดินหรือเคลื่อนที่โดยมีคนช่วยเช่นพยุง บอกให้ทำตาม ดูแลเพื่อความปลอดภัย
3.10 การขึ้นลงบันได 1 ชั้น	☐ ขึ้นลงได้เอง	☐ ไม่สามารถทำได้ ☐ ต้องการคนช่วย
3.11 ต้องการความช่วยเหลือในการทำงานบ้านอย่างเบา เช่น กวาดบ้าน เก็บของ ทำเตียง หรือไม่	☐ ไม่ใช่	☐ ใช่
3.12 ท่านสามารถเดินไกลรวดเดียวอย่างน้อย 400 เมตร หรือ 10 ช่วงเสาไฟฟ้า หรือ 8 ช่วงตึกห้องแถวหรือไม่	☐ ใช่	☐ ไม่ใช่

<u>การแปลผล</u>

Frailty index (FI) = จำนวนปัญหาที่พบ ÷ จำนวนปัญหาที่ประเมิน

= x+y+z / 30

เกณฑ์วินิจฉัยภาวะเปราะบาง ≥ 0.25 หรือ คิดคะแนน x+y+z

- แข็งแรง ≤ 3 คะแนน
- ภาวะเปราะบาง 8-13 คะแนน
- ภาวะก่อนเปราะบาง 4-7 คะแนน
- ภาวะเปราะบางรุนแรง ≥ 14 คะแนน

ภาคผนวก 3

ตัวอย่างแบบประเมินที่ใช้ในการดูแลประคับประคองที่บ้านในผู้ป่วยมะเร็ง โรงพยาบาลมะเร็งลำปาง

แบบสอบถามคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็ง The European Organization for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire Core 30 (EORTC-QLQ-C30)

คำชี้แจง โปรดใส่เครื่องหมาย ✔ ลงในช่องที่ตรงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุดเพียงข้อเดียว

ลำดับ	กิจกรรม	ระดับความคิดเห็น			
		ไม่เลย	เล็กน้อย	ค่อนข้างมาก	มากที่สุด
1	คุณมีความยากลำบากในการทำกิจกรรมที่ต้องออกแรงเอง เช่น การหิ้วถุงหรือกระเป๋าที่หนักๆ หรือไม่				
2	คุณมีความลำบาก ในการเดินทางไกลๆ หรือไม่				
3	คุณมีความลำบากในการเดินระยะใกล้ นอกบ้าน หรือไม่				
4	คุณจำต้องอยู่แต่บนเตียงหรือเก้าอี้ในช่วงเวลากลางวันหรือไม่				
5	คุณมีความจำเป็นที่ต้องได้รับความช่วยเหลือในเรื่อง การรับประทานอาหาร การแต่งตัว การอาบน้ำ หรือการใช้ห้องน้ำ หรือไม่				
6	คุณมีข้อจำกัดในการทำงานหรือกิจวัตรประจำวันหรือไม่				
7	คุณมีข้อจำกัดในการทำงานอดิเรกหรือกิจกรรมยามว่างอื่น ๆ หรือไม่				
8	คุณมีอาการหายใจไม่เต็มอิ่มหรือไม่				
9	คุณมีอาการปวดหรือไม่				
10	คุณจำเป็นต้องพักผ่อนหรือไม่				
11	คุณมีปัญหาเกี่ยวกับการนอนหลับหรือไม่				
12	คุณรู้สึกอ่อนเพลียหรือไม่				
13	คุณรู้สึกเบื่ออาหารบ้างหรือไม่				

ลำดับ	กิจกรรม	ระดับความคิดเห็น			
		ไม่เลย	เล็กน้อย	ค่อนข้างมาก	มากที่สุด
14	คุณมีอาการคลื่นไส้หรือไม่				
15	คุณอาเจียนหรือไม่				
16	คุณมีอาการท้องผูกหรือไม่				
17	คุณมีอาการท้องเสียหรือไม่				
18	คุณรู้สึกเหนื่อยหรือไม่				
19	อาการปวดรบกวนการทำกิจวัตรประจำวันของคุณหรือไม่				
20	คุณมีความยากลำบากในการทำสิ่งต่างๆ ที่ต้องการใช้สมาธิ เช่น การอ่านหนังสือพิมพ์ หรือดูโทรทัศน์ หรือไม่				
21	คุณรู้สึกตึงเครียดหรือไม่				
22	คุณรู้สึกกังวลหรือไม่				
23	คุณรู้สึกหงุดหงิดหรือไม่				
24	คุณรู้สึกซึมเศร้าหรือไม่				
25	คุณมีปัญหาในการจดจำสิ่งต่างๆ หรือไม่				
26	สภาพทางร่างกายของคุณหรือการรักษาทางการแพทย์มีผลกระทบต่อชีวิตครอบครัวของคุณหรือไม่				
27	สภาพทางร่างกายของคุณหรือการรักษาทางการแพทย์มีผลกระทบต่อกิจกรรมทางสังคมของคุณหรือไม่				
28	สภาพทางร่างกายของคุณหรือการรักษาทางการแพทย์ก่อให้เกิดปัญหาทางการเงินหรือไม่				

29. สำหรับคำถามต่อไปนี้ กรุณาวงกลมล้อมรอบตัวเลขระหว่าง 1 ถึง 7 ที่ตรงกับคุณมากที่สุด
คุณประเมินภาวะสุขภาพโดยรวมของคุณในช่วงสัปดาห์ที่ผ่านมาอย่างไร?

1	2	3	4	5	6	7
แย่มาก						ดีเยี่ยม

30. คุณประเมินคุณภาพชีวิตของคุณโดยรวมในช่วงสัปดาห์ที่ผ่านมาอย่างไร?

1	2	3	4	5	6	7
แย่มาก						ดีเยี่ยม

แบบประเมินผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง Palliative Care Outcome scale (POS)

คำชี้แจง โปรดใส่เครื่องหมาย ✔ ลงในช่องที่ตรงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุดเพียงข้อเดียว

1. ในช่วง 3 วันที่ผ่านมาท่านมีอาการปวดหรือไม่ *

- ☐ 0 ไม่มีอาการปวดเลย
- ☐ 1 ปวดเล็กน้อย แต่ไม่รบกวนจึงไม่ต้องจัดการกับความปวด
- ☐ 2 ปวดปานกลาง ความปวดทำให้ไม่สามารถทำกิจกรรมบางอย่างได้
- ☐ 3 ปวดรุนแรง จนมีผลกระทบอย่างมากต่อการใช้สมาธิในการทำงานหรือการทำกิจกรรมต่าง ๆ
- ☐ 4 ปวดอย่างมากมาย ท่วมท้นจนคิดอะไรไม่ออก

2. ในช่วง 3 วันที่ผ่านมา ท่านมีอาการอื่นที่มีผลกระทบต่อความรู้สึกของท่าน รู้สึกไม่สบาย ไอ ท้องผูก หรือไม่ *

- ☐ 0 ไม่เลย
- ☐ 1 เล็กน้อย
- ☐ 2 ปานกลาง
- ☐ 3 รุนแรง
- ☐ 4 มากมายท่วมท้น

3. ในช่วง 3 วันที่ผ่านมา ท่านรู้สึกหงุดหงิดหรือกังวลใจเกี่ยวกับความเจ็บป่วยหรือการรักษา หรือไม่ *

- ☐ 0 ไม่มีความกังวลเลยหรือไม่หงุดหงิดเลย
- ☐ 1 กังวลใจบ้างหรือหงุดหงิดนานๆครั้ง
- ☐ 2 กังวลใจบ้างหรือหงุดหงิดเป็นบางครั้ง
- ☐ 3 กังวลใจหรือหงุดหงิดเกือบตลอดเวลา ส่วนมากแล้วมีผลกระทบกับความคิดหรือสมาธิของท่าน
- ☐ 4 กังวลใจหรือหงุดหงิดตลอดเวลา จนคิดอะไรไม่ออก

4. ในช่วง 3 วันที่ผ่านมา สมาชิกในครอบครัวของท่าน หรือเพื่อนของท่าน มีความวิตกกังวลเกี่ยวกับท่าน หรือไม่ *

- ☐ 0 ไม่วิตกกังวลเลย
- ☐ 1 นานๆครั้ง
- ☐ 2 เป็นบ้างครั้ง มีผลกระทบบ้างต่อความคิดหรือสมาธิของสมาชิกในครอบครัวหรือเพื่อน
- ☐ 3 วิตกกังวลเป็นส่วนมาก
- ☐ 4 วิตกกังวลตลอดเวลา

5. ในช่วง 3 วันที่ผ่านมา ท่านและสมาชิกในครอบครัว หรือเพื่อนของท่านได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการรักษามากน้อยเพียงใด *

- ☐ 0 ได้รับทราบข้อมูลเต็มที่ รู้สึกสบายใจที่ได้ถามแพทย์หรือพยาบาลในสิ่งที่สงสัย
- ☐ 1 ได้รับทราบข้อมูล แต่ผู้ป่วยไม่เข้าใจ
- ☐ 2 ได้รับทราบข้อมูลก็ต่อเมื่อถามไปยังแพทย์และพยาบาล แต่จริงๆแล้วอยากทราบข้อมูลมากกว่านี้
- ☐ 3 อยากทราบข้อมูลมาก และบางคำถามแพทย์หรือพยาบาลเลี่ยงที่จะตอบคำถาม
- ☐ 4 ไม่ได้รับทราบข้อมูลเลย

6. ในช่วง 3 วันที่ผ่านมา ท่านได้เล่าระบายความรู้สึกของท่านให้กับสมาชิกในครอบครัวหรือเพื่อน หรือไม่ *

- ☐ 0 ใช่ ได้เล่าทุกอย่างที่อยากจะพูด
- ☐ 1 ได้เล่าระบายความรู้สึกเป็นส่วนมาก
- ☐ 2 ได้เล่าระบายความรู้สึกเป็นบางครั้ง
- ☐ 3 ไม่ค่อยบ่อย นาน ๆ ครั้ง
- ☐ 4 ไม่เคยเล่ากับใครเลย

7. ในช่วง 3 วันที่ผ่านมา เศร้าใจหรือไม่ *

- ☐ 0 ไม่เลย
- ☐ 1 ไม่ค่อยบ่อย
- ☐ 2 เป็นบางครั้ง
- ☐ 3 ค่อนข้างบ่อย
- ☐ 4 ตลอดเวลา

8. ในช่วง 3 วันที่ผ่านมา ผู้ป่วยรู้สึกดีกับตัวเองหรือไม่ *

- ☐ 0 ใช่ รู้สึกดีกับตัวเองตลอดเวลา
- ☐ 1 ค่อนข้างบ่อย
- ☐ 2 เป็นบางครั้ง
- ☐ 3 ไม่ค่อยบ่อย
- ☐ 4 ไม่รู้สึกดีกับตัวเองเลย

9. ในช่วง 3 วันที่ผ่านมา ท่านรู้สึกว่าท่านเสียเวลาในการนัดหมายเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพของท่าน เช่น รอรถมาส่งที่โรงพยาบาลหรือ เสียเวลาในการรอคอยการเจาะเลือดซ้ำ หรือ เสียเวลาในการรอคอยการเอ็กซเรย์ซ้ำ หรือไม่ *

- ☐ 0 ไม่เสียเวลาเลย
- ☐ 2 เสียเวลาเกือบครึ่งวัน
- ☐ 4 เสียเวลามากกว่าครึ่งวัน

10. ในช่วง 3 วันที่ผ่านมา ท่านได้รับการช่วยเหลือในการแก้ไขปัญหาที่เกิดจากความเจ็บป่วยของท่าน ทั้งด้านปัญหาการเงิน หรือปัญหาส่วนตัว หรือไม่

- ☐ 0 ได้รับการช่วยเหลือทันเวลาตามที่ผู้ป่วยต้องการ
- ☐ 2 ปัญหากำลังได้รับการช่วยเหลือ
- ☐ 4 ปัญหายังมีอยู่ และยังไม่ได้รับการช่วยเหลือ
- ☐ 0 ไม่มีปัญหาอะไรเลย

11. อะไรคือปัญหาหลักหรือปัญหาสำคัญของท่านในช่วงสามวันที่ผ่านมา

12. ท่านทำแบบสอบถามนี้อย่างไร

- ☐ 0 ด้วยตัวเอง
- ☐ 1 ด้วยความช่วยเหลือของเพื่อน หรือ ญาติ
- ☐ 2 ด้วยความช่วยเหลือของเจ้าหน้าที่พยาบาล

แบบสอบถาม : ความพึงพอใจของผู้รับบริการเยี่ยมบ้าน

คำชี้แจง โปรดใส่เครื่องหมาย ✔ ลงในช่องที่ตรงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุดเพียงข้อเดียว

ประเด็นความพึงพอใจ	ระดับความคิดเห็น				
	พึงพอใจมากที่สุด (5)	พึงพอใจมาก (4)	พึงพอใจปานกลาง (3)	พึงพอใจน้อย (2)	พึงพอใจน้อยที่สุด (1)
1. ด้านกระบวนการ/ขั้นตอนการให้บริการ					
1) มีการติดต่อนัดหมายก่อน มาเยี่ยมบ้านทุกครั้ง					
2) ได้รับการดูแลช่วยเหลือ/ ให้คำแนะนำที่เหมาะสมกับผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง					
3) ใช้เวลาในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยอย่างเหมาะสม					
4) ความสะดวกรวดเร็วในการ ติดต่อเจ้าหน้าที่ มีช่องทาง/วิธีการ ขอรับบริการ หรือสอบถามข้อมูล/เสนอข้อคิดเห็น/ร้องเรียน					
5) มีคนในชุมชนมาสนับสนุน ช่วยเหลือ					
โปรดระบุสิ่งที่ท่านไม่พึงพอใจ.....					
2. ด้านเจ้าหน้าที่/บุคลากรผู้ให้บริการ					
6) ความสุภาพ อ่อนน้อมและมีมนุษยสัมพันธ์					
7) ความเอาใจใส่รับฟัง ปัญหา กระตือรือร้น เต็มใจให้บริการ					
8) มีความสามารถ เชี่ยวชาญในการให้บริการ					
9) ให้บริการเท่าเทียมกันทุกรายโดยไม่เลือกปฏิบัติ					
10) มีสื่อ/ช่องทางติดต่อ เจ้าหน้าที่ได้สะดวกรวดเร็ว					
11) ได้รับความสะดวกใน การยืมอุปกรณ์การแพทย์ไปใช้ที่บ้าน					
โปรดระบุสิ่งที่ท่านไม่พึงพอใจ.....					

ประเด็นความพึงพอใจ	ระดับความคิดเห็น				
	พึงพอใจมากที่สุด (5)	พึงพอใจมาก (4)	พึงพอใจปานกลาง (3)	พึงพอใจน้อย (2)	พึงพอใจน้อยที่สุด (1)
3. ด้านคุณภาพการให้บริการ					
12)ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถปฏิบัติเพื่อดูแลตัวเองได้					
13) มีความรู้สึกมั่นใจที่มีเจ้าหน้าที่คอยดูแลช่วยเหลือ/ให้คำปรึกษา					
14) ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้น					
โปรดระบุสิ่งที่ท่านไม่พึงพอใจ					

<u>ตอนที่ 2</u> ความพึงพอใจในภาพรวม กรุณาใส่เครื่องหมาย ✔ ให้ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด

คะแนนมากที่สุด ⟷ คะแนนน้อยที่สุด

1. ความพึงพอใจในภาพรวม	10	9	8	7	6	5	4	3	2	1

<u>ตอนที่ 3</u> ข้อคิดเห็น/ข้อเสนอแนะอื่นๆ

.....

.....

ที่มา; งานการพยาบาลดูแลต่อเนื่องที่บ้าน โรงพยาบาลมะเร็งลำปาง, 2568

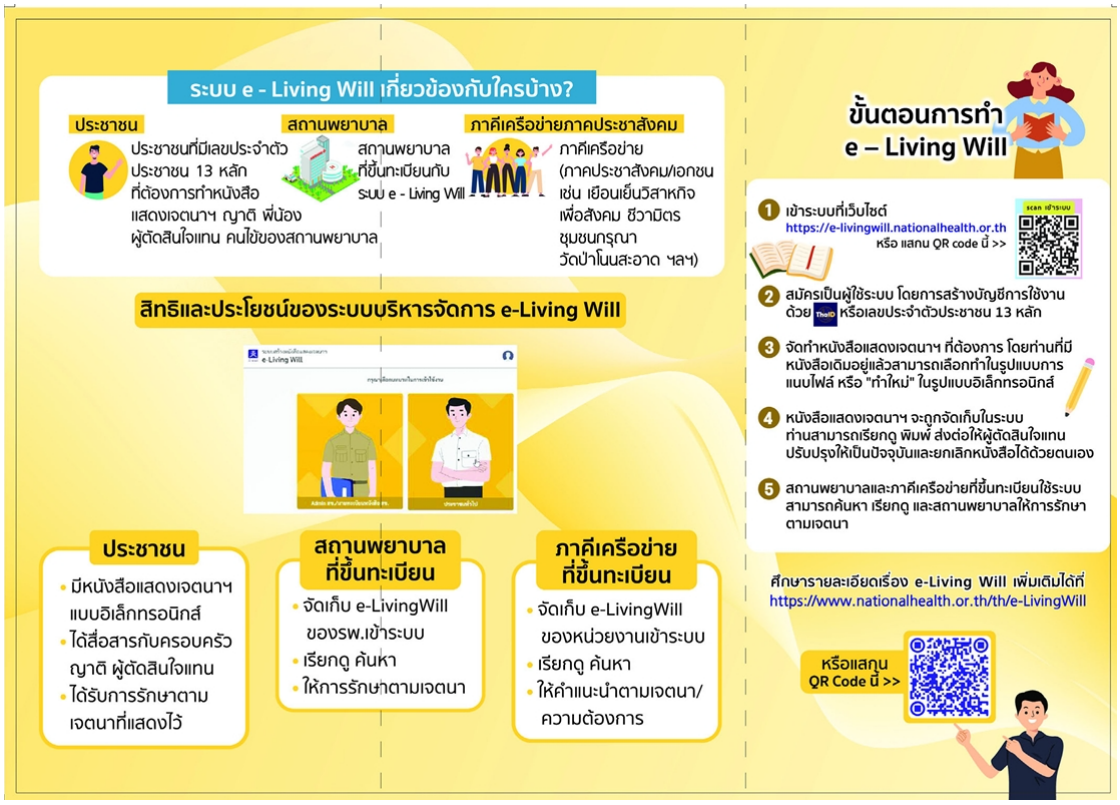
เอกสารอ้างอิง

งานการพยาบาลดูแลต่อเนื่องที่บ้าน โรงพยาบาลมะเร็งลำปาง. เอกสารแบบประเมินบริการดูแลที่บ้านในผู้ป่วยมะเร็ง โรงพยาบาลมะเร็งลำปาง. 2568

ภาคผนวก 4

ระบบ e-Living Will

โดย สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ



ภาคผนวก 5
ตัวอย่างกรณีศึกษา

คำสั่งคณะกรรมการอำนวยการพัฒนาระบบบริการสุขภาพผู้สูงอายุและชีวาภิบาล กรมการแพทย์
ที่ ๑๓ /๒๕๖๘

เรื่อง แต่งตั้งคณะอนุกรรมการขับเคลื่อนและการบูรณาการเครือข่ายถ่ายทอดองค์ความรู้การบริการสุขภาพผู้สูงอายุและชีวาภิบาล กรมการแพทย์

ตามที่ได้มีการพัฒนาระบบบริการสุขภาพผู้สูงอายุและชีวาภิบาลกระทรวงสาธารณสุข โดยกรมการแพทย์ นั้น เพื่อให้เกิดการขับเคลื่อนการดำเนินงานและการบูรณาการเครือข่ายถ่ายทอดองค์ความรู้การบริการสุขภาพผู้สูงอายุและชีวาภิบาล อย่างเป็นรูปธรรม อาศัยอำนาจตามคำสั่งกรมการแพทย์ที่ ๙๔๗/๒๕๖๗ ลงวันที่ ๔ ธันวาคม พ.ศ.๒๕๖๗ เรื่อง แต่งตั้งคณะกรรมการอำนวยการพัฒนาระบบบริการสุขภาพผู้สูงอายุและชีวาภิบาล กรมการแพทย์ ข้อ ๒.๔ จึงแต่งตั้งคณะอนุกรรมการขับเคลื่อนและการบูรณาการเครือข่ายถ่ายทอดองค์ความรู้การบริการสุขภาพผู้สูงอายุและชีวาภิบาล กรมการแพทย์ โดยมีองค์ประกอบ หน้าที่และอำนาจ ดังนี้

๑. องค์ประกอบ

๑.๑ นายธนินทร์ เวชชาภินันท์ ที่ปรึกษา
รองอธิบดีกรมการแพทย์

๑.๒ นางปฐมพร ศิรประภาศิริ ที่ปรึกษา
นายแพทย์ทรงคุณวุฒิ (ด้านบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพ)
สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

๑.๓ นายปรีชา เปรมปรี ที่ปรึกษา
ผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข เขตสุขภาพที่ ๔
สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

๑.๔ นายโสภณ เอี่ยมศิริถาวร ที่ปรึกษา
ผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข เขตสุขภาพที่ ๖
สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

๑.๕ นายวีระชัย นวลชัย ที่ปรึกษา
ผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข เขตสุขภาพที่ ๑๐
สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

๑.๖ นางบุษกร โลหารชุน ประธาน
ผู้อำนวยการสถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ
กรมการแพทย์

๑.๗ นางวิชนี ธงทอง รองประธาน
นายแพทย์เชี่ยวชาญ
สถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ กรมการแพทย์

๑.๘ นางสาวเดือนเพ็ญ...

๑.๘ นางสาวเดือนเพ็ญ ห่อรัตนาเรือง รองประธาน
นายแพทย์เชี่ยวชาญ
สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี กรมการแพทย์

๑.๙ นายสืบสาย คงแสงดาว กรรมการ
ที่ปรึกษากรมการแพทย์

๑.๑๐ นายสันติ ลาภเบญจกุล กรรมการ
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลท่าวุ้ง สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลพบุรี
สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

๑.๑๑ นางสาวอารยา กว้างสุขสถิตย์ กรรมการ
ผู้อำนวยการสำนักนิเทศระบบการแพทย์ กรมการแพทย์

๑.๑๒ นางสาวนัชชา เรืองเกียรติกุล กรรมการ
นายแพทย์เชี่ยวชาญ
โรงพยาบาลราชวิถี กรมการแพทย์

๑.๑๓ นางสาวฐิติรัตน์ ตันติปรีชาพงศ์ กรรมการ
นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ
โรงพยาบาลราชวิถี กรมการแพทย์

๑.๑๔ นางสาวชุติมา สิมะสาธิตกุล กรรมการ
นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ
โรงพยาบาลราชวิถี กรมการแพทย์

๑.๑๕ นายปิยชาติ สุทธินาค กรรมการ
นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ
โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี กรมการแพทย์

๑.๑๖ นายธีระพล สมหมายไชยา กรรมการ
นายแพทย์เชี่ยวชาญ
โรงพยาบาลเลิดสิน กรมการแพทย์

๑.๑๗ นางสาวกาญจนารัตน์ สมบูรณ์บดีบุตร กรรมการ
นายแพทย์ชำนาญการ
โรงพยาบาลเมตตาประชารักษ์ (วัดไร่ขิง) กรมการแพทย์

๑.๑๘ นางนงลักษณ์ จิรประภาพงศ์ กรรมการ
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ
โรงพยาบาลสงฆ์ กรมการแพทย์

๑.๑๙ นางสาวแพรวไพลิน สมพีร์วงศ์ กรรมการ
ทันตแพทย์เชี่ยวชาญ
สถาบันทันตกรรม กรมการแพทย์

๑.๒๐ นางสาวทัศนีย์...

๑.๒๐ นางสาวทัศนีย์ ตันติฤทธิศักดิ์ กรรมการ
นายแพทย์เชี่ยวชาญ
สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์

๑.๒๑ นางสาวหฤทัย โชติสุขรัตน์ กรรมการ
นายแพทย์เชี่ยวชาญ
สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์

๑.๒๒ นางอารดา โรจนอุดมศาสตร์ กรรมการ
นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ
สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์

๑.๒๓ นางสาวฉันทนา หมอกเจริญพงศ์ กรรมการ
นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ
สถาบันมะเร็งแห่งชาติ กรมการแพทย์

๑.๒๔ นางสาวอลิศรา อนันนับ กรรมการ
นายแพทย์เชี่ยวชาญ
สถาบันโรคทรวงอก กรมการแพทย์

๑.๒๕ นางสาวสตรีรัตน์ จั่นครุฑ กรรมการ
นายแพทย์เชี่ยวชาญ
สถาบันโรคทรวงอก กรมการแพทย์

๑.๒๖ นางสาวพิมพา ตันธนศรีกุล กรรมการ
นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ
สถาบันโรคผิวหนัง กรมการแพทย์

๑.๒๗ นางสาวมานิตา กิตติเลิศวรกุล กรรมการ
นายแพทย์ปฏิบัติการ
สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ กรมการแพทย์

๑.๒๘ นางสาวศุภมาส อำพล กรรมการ
นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ
โรงพยาบาลประสาทเชียงใหม่ กรมการแพทย์

๑.๒๙ นางจิตราพร ธนบดี กรรมการ
นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ
โรงพยาบาลมะเร็งชลบุรี กรมการแพทย์

๑.๓๐ นางยุพา ศรัณยูเศรษฐ์ กรรมการ
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ
โรงพยาบาลมะเร็งลพบุรี กรมการแพทย์

๑.๓๑ นางสาวภาวิตา...

๑.๓๑ นางสาวภาวิตา ประภากร กรรมการ
นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ
โรงพยาบาลมะเร็งลพบุรี กรมการแพทย์

๑.๓๒ นางอุมาภรณ์ พงษ์พันธุ์ กรรมการ
นายแพทย์เชี่ยวชาญ
โรงพยาบาลมะเร็งลำปาง กรมการแพทย์

๑.๓๓ นางชลิยา วามะลุน กรรมการ
พยาบาลวิชาชีพเชี่ยวชาญ
โรงพยาบาลมะเร็งอุบลราชธานี กรมการแพทย์

๑.๓๔ นางสาวกฤติยา โสมะเกษตรินทร์ กรรมการ
นายแพทย์ชำนาญการ
โรงพยาบาลมะเร็งอุบลราชธานี กรมการแพทย์

๑.๓๕ นางชุลีรัตน์ ทรงธรรม กรรมการ
พยาบาลวิชาชีพเชี่ยวชาญ
โรงพยาบาลมะเร็งอุดรธานี กรมการแพทย์

๑.๓๖ นางสาวทิพวรรณ บวรกิติวงศ์ กรรมการ
นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ
โรงพยาบาลมะเร็งอุดรธานี กรมการแพทย์

๑.๓๗ นางสาวธาริน ณรงค์ทิพย์ กรรมการ
นายแพทย์ชำนาญการ
โรงพยาบาลมะเร็งสุราษฎร์ธานี กรมการแพทย์

๑.๓๘ นางวรรณา ฉายอรุณ กรรมการ
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ
โรงพยาบาลมหาวชิราลงกรณธัญบุรี กรมการแพทย์

๑.๓๙ นางณัฐฐา แสงสว่างโชติ กรรมการ
นายแพทย์ชำนาญการ
โรงพยาบาลมหาวชิราลงกรณธัญบุรี กรมการแพทย์

๑.๔๐ นางสาวสุพัตรา ชาติลีฬหา กรรมการ
นายแพทย์ชำนาญการ
โรงพยาบาลโรคผิวหนังเขตร้อนภาคใต้ จังหวัดตรัง กรมการแพทย์

๑.๔๑ นางสาวสุประวีณ์ โอภาเฉลิมพันธุ์ กรรมการ
นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ
โรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ จังหวัดชลบุรี

๑.๔๒ นายธนภูมิ...

๑.๔๒ นายธนภูมิ ลัดดาชยาพร กรรมการ
นายแพทย์ชำนาญการ
โรงพยาบาลเวชชารักษ์ ลำปาง กรมการแพทย์

๑.๔๓ นางกฤษณา ตรียมณีรัตน์ กรรมการ
นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ และเลขานุการ
สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ กรมการแพทย์

๑.๔๔ นางกมลาศ ทองมีสิทธิ์ โยสท์ กรรมการและ
นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ ผู้ช่วยเลขานุการ
สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ กรมการแพทย์

๑.๔๕ นางพงางาม พงศ์จตุรวิทย์ กรรมการและ
นักสังคมสงเคราะห์ชำนาญการ ผู้ช่วยเลขานุการ
สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ กรมการแพทย์

๑.๔๖ นางสาวเกศราภรณ์ ไค่นุ่นภา กรรมการและ
นักวิชาการสาธารณสุข ผู้ช่วยเลขานุการ
สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ กรมการแพทย์

๒. หน้าที่และอำนาจ

๒.๑ ขับเคลื่อนการบูรณาการเครือข่ายการบริการสุขภาพผู้สูงอายุและชีวาภิบาล ในจังหวัดนำร่อง จังหวัดลพบุรี จังหวัดปทุมธานี จังหวัดชลบุรี จังหวัดอุบลราชธานี และอื่น ๆ ตามความเหมาะสม

๒.๒ ถ่ายทอดความรู้เกี่ยวกับเวชศาสตร์ผู้สูงอายุที่ใช้ในการดูแลแบบประคับประคองและระยะท้ายเชื่อมโยงชุมชน

๒.๓ จัดทำ ปรับปรุง คู่มือการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองและระยะท้ายและคู่มือคำแนะนำการจัดบริการผู้ป่วยแบบประคับประคองและระยะท้ายในสถานบริการสุขภาพ

๒.๔ ปฏิบัติงานอื่น ๆ ตามที่ได้รับมอบหมาย

ทั้งนี้ ตั้งแต่บัดนี้เป็นต้นไป

สั่ง ณ วันที่ ๖ มีนาคม พ.ศ. ๒๕๖๘

(นายธนินทร์ เวชชาภินันท์)
รองอธิบดี ปฏิบัติราชการแทน
อธิบดีกรมการแพทย์

กระทรวงสาธารณสุข
MINISTRY OF PUBLIC HEALTH
กรมการแพทย์
DEPARTMENT OF MEDICAL SERVICES