



สปสช.
สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

มาตรฐานและแนวทางการพัฒนา สถานชีวาภิบาล ในชุมชนและองค์กรศาสนา



บรรณาธิการ

ที่ปรึกษา

พระเทพเวที,รศ.ดร.

พระมงคลวรารักษ์

แพทย์หญิงอัจฉรา นิธิอภิญญาสกุล

นายแพทย์เอกชัย เพียรศรีวัชรา

เภสัชกรหญิงยุพดี ศิริสนสุข

ทันตแพทย์อรรณพ ลิ้มปัญญาเลิศ

นายแพทย์ประจักษ์วิช เล็บนาค

แพทย์หญิงภาวณี เอี่ยมจันทร์

แพทย์หญิงเดือนเพ็ญ ห่อรัตนารื่อง

รองอธิการบดีฝ่ายกิจการนิสิต มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย
เจ้าคณะภาค 6

ผู้ช่วยเจ้าอาวาสวัดพระเชตุพนวิมลมังคลาราม
เลขานุการฝ่ายสาธารณะสงเคราะห์ มหาเถรสมาคม
อธิบดีกรมอนามัย

รองอธิบดีกรมอนามัย

รองเลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

รองเลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ประธานมูลนิธิหลักประกันสุขภาพไทย

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลลำพูน

นายแพทย์เชี่ยวชาญ สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

กองบรรณาธิการ

ทันตแพทย์ณัฐพงศ์ กันทะวงศ์

นางรัชณี บุญเรืองศรี

นางสาวนงลักษณ์ ยอดมงคล

นางขวัญใจ จิรัฐจินดา

นางสาวปฐวีธรรม สำเนียง

พระครูสุตธัตถนันทจิต

นางระนอง สุขเกษม

แพทย์หญิงณัฐธิญา ศิริธรรม

นางเกวลิณ ชื่นเจริญสุข

นางณัฐธิญา รังสินธุ์

นางเนาวรัตน์ สัจจากุล

นางสาวอังสุมาลิน บัวแก้ว

นางนาฏสินี ชัยแก้ว

นางสดุดี ภูห่องไสย

นางอโนทัย ฝ่ายขาว

ผู้อำนวยการสำนักอนามัยผู้สูงอายุ กรมอนามัย

รองผู้อำนวยการสถาบันพัฒนาสุขภาพระดับเขตเมือง กรมอนามัย

ผู้ช่วยเลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ผู้เชี่ยวชาญสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย วิทยาเขตนครสวรรค์

ผู้อำนวยการวิทยาลัยพระธรรมทูต มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย

ผู้อำนวยการกลุ่มภารกิจสนับสนุนการมีส่วนร่วมและคุ้มครองสิทธิ (สปสช.)

รองผู้อำนวยการกองบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

รองผู้อำนวยการกองบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ กองบริหารการสาธารณสุข

สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ กองบริหารการสาธารณสุข

สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่

นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ ศูนย์อนามัยที่ 3 นครสวรรค์

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ ศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น

นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ ศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น

ผู้ช่วยกองบรรณาธิการ สำนักอนามัยผู้สูงอายุ กรมอนามัย



คำนำ

กระทรวงสาธารณสุข ได้มีนโยบายการดำเนินงานในปีงบประมาณ 2567 ในการยกระดับคุณภาพชีวิตของประชาชนทุกมิติด้านสุขภาพ การป้องกันโรค รวมถึงการดูแลรักษา ตลอดจนการฟื้นฟูสภาพร่างกาย เพื่อเป้าหมาย “ ประชาชนคนไทยสุขภาพดี ประเทศไทยสุขภาพดี ” การจัดตั้งสถานชีวาภิบาล เป็นหนึ่งในนโยบายมุ่งเน้น เพื่อการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพิง ผู้ป่วยระยะท้าย รวมถึงการดูแลผู้สูงอายุติดบ้าน ติดเตียง และผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง ในระบบ Long Term Care ให้ได้รับการดูแลอย่างเป็นองค์รวมครอบคลุมทั้ง 4 มิติ คือ กาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ อย่างต่อเนื่องจากโรงพยาบาลสู่บ้าน ชุมชน โดยไม่ถูกทอดทิ้งไว้เพียงลำพัง ลูกหลานสามารถทำมาหาเลี้ยงชีพได้ตามปกติ อันเป็นการสร้างเสริมคุณภาพชีวิตผู้ป่วยนับจนวาระสุดท้ายของชีวิต

มาตรฐานและแนวทางการพัฒนาสถานชีวาภิบาลในชุมชนและองค์กรศาสนาเล่มนี้ เป็นแนวทางในการพัฒนาเพื่อยกระดับการดูแลผู้สูงอายุ วิกฤตสูง และผู้นำศาสนา ผู้มีภาวะพึ่งพิง และผู้ป่วยประคับประคอง ให้ได้รับการดูแลที่ดีมีคุณภาพ ผ่านกลไกความร่วมมือและพลังภาคีเครือข่ายในชุมชน ในการร่วมคิด ร่วมสร้าง ร่วมพัฒนา สุดท้ายนี้ผู้จัดทำหวังเป็นอย่างยิ่งว่ามาตรฐานและแนวทางการพัฒนาสถานชีวาภิบาลในชุมชนและองค์กรศาสนาเล่มนี้จะเป็นประโยชน์อย่างยิ่งต่อผู้ปฏิบัติงาน หน่วยงานภาครัฐ เอกชน องค์กรศาสนาในการดูแลประชาชนคนไทยต่อไป

คณะทำงาน





สารบัญ

เรื่อง	หน้า
บทที่ 1 แนวคิดและที่มาการดำเนินงาน	1
นิยามศัพท์และคำจำกัดความ	5
วัตถุประสงค์และเป้าหมาย	9
บทที่ 2 มาตรฐานบริการสถานชีวาภิบาลในชุมชนและองค์กรศาสนา	10
แบบประเมินมาตรฐานสถานชีวาภิบาล	10
ขั้นตอนการประเมินรับรอง	13
บทที่ 3 คำอธิบายและแนวทางพัฒนาตามมาตรฐานการจัดบริการ	14
บทที่ 4 การขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้านสถานชีวาภิบาล ตามมาตรา 3 แห่งพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2545	29
ภาคผนวก	32



บทที่ 1 แนวคิดและที่มาการดำเนินงาน

1. เจตนารมณ์หลักและทิศทางตามนโยบายรัฐบาลของการขับเคลื่อนสถานชีวาภิบาล

1.1 องค์การอนามัยโลก (WHO) ได้ประกาศให้ระบบบริการสุขภาพต้องบูรณาการการดูแลแบบประคับประคองเข้าไปเป็นส่วนหนึ่งในการรักษาตลอดช่วงชีวิต มีความพยายามจัดรูปแบบการดูแลแบบประคับประคองขึ้นทั้งในสถานพยาบาลและในชุมชนหลากหลายรูปแบบ โดยสามารถสรุปรูปแบบการดูแลแบบประคับประคองในประเทศไทยได้ 4 รูปแบบ คือ 1) การดูแลที่ดำเนินการโดยองค์กรทางศาสนา 2) การดูแลที่บ้าน/การดูแลโดยชุมชน 3) การดูแลในโรงพยาบาล และ 4) การดูแลโดยสถานพยาบาลที่บ้าน

1.2 ระบบสุขภาพของประเทศไทย มีแนวโน้มอุบัติการณ์ของโรคร้ายแรงและโรคที่คุกคามต่อชีวิตเพิ่มสูงขึ้น รวมทั้งการเปลี่ยนแปลงด้านโครงสร้างประชากรที่สังคมไทยกำลังก้าวสู่สังคมสูงอายุอย่างสมบูรณ์ โดยในปี พ.ศ. 2564 ประเทศไทยเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์แล้ว กล่าวคือ มีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป มากกว่าร้อยละ 20 ของประชากรทั้งประเทศ และในปี 2574 จะเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุระดับสุดยอด (Super-Aged Society) มีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป เกินกว่าร้อยละ 28 ของประชากรทั้งประเทศ ซึ่งภาวะความเจ็บป่วยจะส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตและการค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ โดยเฉพาะการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของชีวิต ทำให้คาดการณ์สถานการณ์ในอนาคตได้ว่าจะมีผู้ป่วยระยะสุดท้ายเพิ่มมากขึ้น

การก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ (Ageing Society) ส่งผลให้ความต้องการการดูแลผู้สูงอายุและผู้ป่วยระยะประคับประคองและระยะสุดท้ายมีมากขึ้น ทำให้ประเทศไทยต้องปรับตัวรับความเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น ซึ่งหนึ่งในนั้นคือ การมีระบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายหรือแบบประคับประคอง (Palliative care) เพื่อการส่งเสริมสุขภาพระยะสุดท้ายของชีวิต ผลการวิจัย “พร้อมรับสังคมสูงวัย : วางระบบดูแลผู้ป่วยระยะยาวกับทางเลือกระยะท้ายของชีวิต” ของสถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาแห่งประเทศไทย (TDRI) ในปี พ.ศ. 2559 คาดการณ์ว่าในปี พ.ศ. 2560 และในปี พ.ศ. 2580 หรืออีก 20 ปีข้างหน้า จำนวนผู้สูงอายุและค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้สูงอายุติดบ้าน ติดเตียง จะเพิ่มขึ้นเป็นเกือบสองแสนล้านบาท กล่าวคือ จำนวนผู้สูงอายุที่ติดบ้าน ติดเตียงมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นจาก 136,677 คน และ 235,301 คน ในปี พ.ศ. 2560 เป็นจำนวน 311,256 คน และ 526,228 คน ในปี พ.ศ. 2580 ส่งผลให้ความต้องการจำนวนผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ติดบ้าน ติดเตียง มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นเช่นเดียวกัน จาก 136,677 คน และ 117,651 คน ในปี พ.ศ. 2560 เป็นจำนวน 311,256 คน และ 263,114 คน ในปี พ.ศ. 2580 ซึ่งจะมีค่าใช้จ่ายโดยรวมในการดูแลเพิ่มขึ้นจาก 59,519 ล้านบาท ในปี พ.ศ. 2560 เป็น 199,717 ล้านบาท ในปี พ.ศ. 2580 และพบว่าค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายได้โครงการสิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า (UC) ซึ่งเป็นสาเหตุหลักการเสียชีวิตของผู้สูงอายุ มีค่ารักษาพยาบาลเดือนสุดท้ายก่อนเสียชีวิตเฉลี่ยราว 45,000 บาท โดยมีค่าใช้จ่ายสูงสุดกว่า 3.4 แสนบาท ในเดือนสุดท้ายของชีวิต แต่หากเป็นการดูแลในเดือนสุดท้ายที่บ้านอย่างมีมาตรฐานที่ผู้ป่วยมั่นใจได้ ทั้งเรื่องอุปกรณ์ที่จำเป็น วัสดุสิ้นเปลือง ค่าตอบแทน และการเดินทางของบุคลากรและผู้ดูแล จะมีค่าใช้จ่ายประมาณ 27,000 บาท ซึ่งจะช่วยลดภาระงบประมาณในภาพรวมของประเทศได้

1.3 การดูแลแบบประคับประคอง (Palliative care) เป็นรูปแบบการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ สำหรับผู้ที่ป่วยด้วยโรคที่คุกคามต่อชีวิต ซึ่งไม่สามารถรักษาให้หายได้ขึ้น การสนับสนุนให้ผู้ป่วยสามารถเผชิญกับความเจ็บป่วย ผ่านกระบวนการป้องกันและบรรเทาความทุกข์ทรมานจากความเจ็บปวด รวมทั้งการให้คำแนะนำต่อญาติหรือผู้ดูแลผู้ป่วย ในการเตรียมพร้อมที่จะรับมือกับสภาพความเปลี่ยนแปลงที่จะเกิดขึ้น การเตรียมความพร้อมให้กับตนเองในการจัดการภารกิจที่ค้างค้างในจิตใจ มีโอกาสทำความเข้าใจจนเกิดการปลงใจ ทำจิตให้เป็นกุศล ไม่กลัวความตายเพราะเป็นเรื่องธรรมชาติของชีวิต และยังช่วย



ให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีคุณภาพชีวิตที่ดีที่สุดเท่าที่จะทำได้ ในเวลาที่เหลืออยู่จนถึงวาระสุดท้ายของชีวิต และเสียชีวิตอย่างสงบท่ามกลางญาติอันเป็นที่รัก¹

จากหลักการดังกล่าว ทำให้การดูแลแบบประคับประคอง หรือการตายตามธรรมชาติ สอดคล้องกับหลักปฏิบัติของทุกศาสนา เนื่องจากการดูแลแบบประคับประคองโดยเนื้อแท้ คือการช่วยเหลือผู้ป่วยที่ใกล้ตายให้จากไปอย่างสงบ จากไปอย่างเข้าถึงแก่นความเชื่อและความศรัทธาที่มีหลักยึด ซึ่งแสดงถึงความเมตตากรุณาที่มีอยู่ในจิตใจมนุษย์ การเคารพศักดิ์ศรีของเพื่อนมนุษย์ การมีสุขภาพทางปัญญาที่พร้อมและเอื้อประโยชน์ต่อผู้อื่น

1.4 นโยบายรัฐบาลในการขับเคลื่อนระบบสาธารณสุขของประเทศ โดยยกระดับระบบบริการสุขภาพด้วยเทคโนโลยีดิจิทัลและสร้างระบบสาธารณสุขที่เหมาะสมสำหรับทุกคนบนแผ่นดินไทย มุ่งเน้นการสร้างและพัฒนาระบบสาธารณสุขให้มีประสิทธิภาพ สร้างความมั่นคงด้านสุขภาพในระยะยาวให้เกิดความเท่าเทียมเป็นธรรมและเกิดประโยชน์สูงสุดแก่ประชาชน โดยมีหนึ่งในประเด็นสำคัญเร่งด่วนตามนโยบายยกระดับ 30 บาทที่ต้องอาศัยความร่วมมือจากหลายภาคส่วนทั้งในและนอกระบบสาธารณสุข คือ “การขับเคลื่อนสถานชีวาภิบาล” เพื่อดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพิง ตีบ้นติดเตียง ผู้ป่วยที่ต้องได้รับการดูแลแบบประคับประคอง ตั้งแต่ระยะแรกจนถึงวาระสุดท้ายของชีวิต ช่วยให้ประชาชนเข้าถึงบริการที่มีมาตรฐานมากขึ้น เพิ่มคุณภาพชีวิต ลดภาระค่าเดินทาง ลดความกังวลครอบครัว ลดระยะเวลารอคอยในโรงพยาบาล โดยสนับสนุนการสร้างระบบชีวาภิบาลในทุกโรงพยาบาล สนับสนุนกลไกบริการที่บ้านและชุมชน รวมทั้งการจัดตั้งสถานชีวาภิบาลในชุมชน องค์การพระพุทธศาสนา ทั้งในวัด หรือสำนักปฏิบัติธรรม หรือองค์กรทางศาสนาอื่น เพื่อเป็นทางเลือกสำหรับผู้ป่วยที่เป็นพระภิกษุอาพาธ หรือผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง หรือผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่นๆ ที่อยู่ในระยะประคับประคองและระยะท้ายของชีวิต สามารถเข้าถึงบริการและได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง

การสนับสนุนให้องค์กรภาคประชาชน เข้ามาเป็นส่วนหนึ่งในระบบสุขภาพ โดยการจัดบริการการดูแลแบบประคับประคองและระยะท้าย เป็นแนวทางที่สอดคล้องกับระบบสุขภาพในระดับสากล โดยมีบุคลากรด้านสุขภาพเป็นผู้สนับสนุนให้เกิดคุณภาพในการให้บริการ อย่างเป็นระบบ มีการประกันคุณภาพอย่างต่อเนื่อง และเกิดประโยชน์สูงสุดต่อประชากรกลุ่มเป้าหมาย

2. นโยบาย กฎหมาย และมาตรฐานที่เกี่ยวข้อง

2.1 มาตรฐานสากลที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพการตาย (Quality of death index)

จากการศึกษาเอกสารทางวิชาการที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาระบบการดูแลระยะประคับประคองและระยะสุดท้ายของชีวิตในระดับสากล พบว่า การพัฒนาระบบการดูแลแบบประคับประคองและระยะท้ายเป็นกระบวนการดูแลสุขภาพ 4 มิติ ได้แก่ การดูแลทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ เพื่อให้ผู้สูงอายุและผู้ป่วย มีคุณภาพชีวิตที่ดีเท่าที่สภาพร่างกายและการดำเนินไปของโรคจะเอื้ออำนวยและเสียชีวิตอย่างสงบ โดยปราศจากความทุกข์ทรมาน ซึ่งสอดคล้องกับค่านิยมสุขภาพ 4 มิติ ตามพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550²

1) กฎบัตรปราก^{3, 4}

ความปวดหรือความทุกข์ทรมานจากโรค (หรืออาการ) ถือเป็นปัญหาสำคัญที่สุดในการดูแลผู้ป่วยหรือผู้สูงอายุการปล่อยให้ผู้ป่วยหรือผู้สูงอายุเจ็บปวดทุกข์ทรมานในช่วงระยะสุดท้ายของชีวิตถือเป็นการละเมิดสิทธิ

¹ เพ็ญจันทร์ สิทธิพิริชาชาญ และคณะ, (2556). การแบ่งปันประสบการณ์การดูแลแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยระยะท้าย.

² พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2550

³ กฎบัตรปรากเป็นกฎบัตรที่เกิดขึ้นจากความร่วมมือของหน่วยงานที่สำคัญในเรื่องการดูแลแบบประคับประคอง อันได้แก่ The European Association for Palliative Care (EAPC) The International Association for Hospice and Palliative Care (IAHPC) The Worldwide Palliative Care Alliance (WPCA) Human Rights Watch (HRW) และ The Union for International Cancer Control (UICC)

⁴ Lukas Radbruch and author, 'The Prague Charter: Urging governments to relieve suffering and ensure the right to palliative care' (2012), Palliative Medicine <<https://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/0269216312473058>> accessed 20 July 2022.



มนุษย์คนหนึ่ง หากผู้ป่วยหรือผู้สูงอายุยังทุกข์ทรมานจากความเจ็บป่วยอยู่ ผู้ป่วยหรือผู้สูงอายุ จะไม่สามารถไปใช้กระบวนการดูแลในมิติอื่นทั้งทางจิตใจ สังคม หรือจิตวิญญาณได้ เพราะความปวดและความทุกข์ทรมานจากโรคหรืออาการต่าง ๆ จะรบกวนการใช้ชีวิตของผู้ป่วยหรือผู้สูงอายุ ดังนั้นจึงเป็นหน้าที่ของรัฐที่จะต้องจัดหาบริการทางการแพทย์และสิ่งสนับสนุนต่าง ๆ เพื่อช่วยบรรเทาหรือลดความทุกข์ทรมานจากความเจ็บป่วยให้แก่ผู้ป่วยระยะสุดท้ายหรือผู้สูงอายุโดยหลักการสำคัญของ The Prague Charter คือ การปล่อยให้ผู้ป่วยทนทุกข์ทรมานจากความเจ็บป่วยถือเป็นการละเมิดสิทธิมนุษยชนอย่างหนึ่ง การดูแลแบบประคับประคองจะช่วยบรรเทาความทุกข์ทรมานของผู้ป่วยได้ โดยสนับสนุนและส่งเสริมให้การดูแลแบบประคับประคองมีสถานะเป็น “สิทธิมนุษยชนขั้นพื้นฐาน” และสนับสนุนให้แต่ละรัฐผสมผสานรูปแบบการดูแลแบบประคับประคองในระบบบริการสุขภาพของประเทศ

2) Worldwide Hospice Palliative Care Alliance

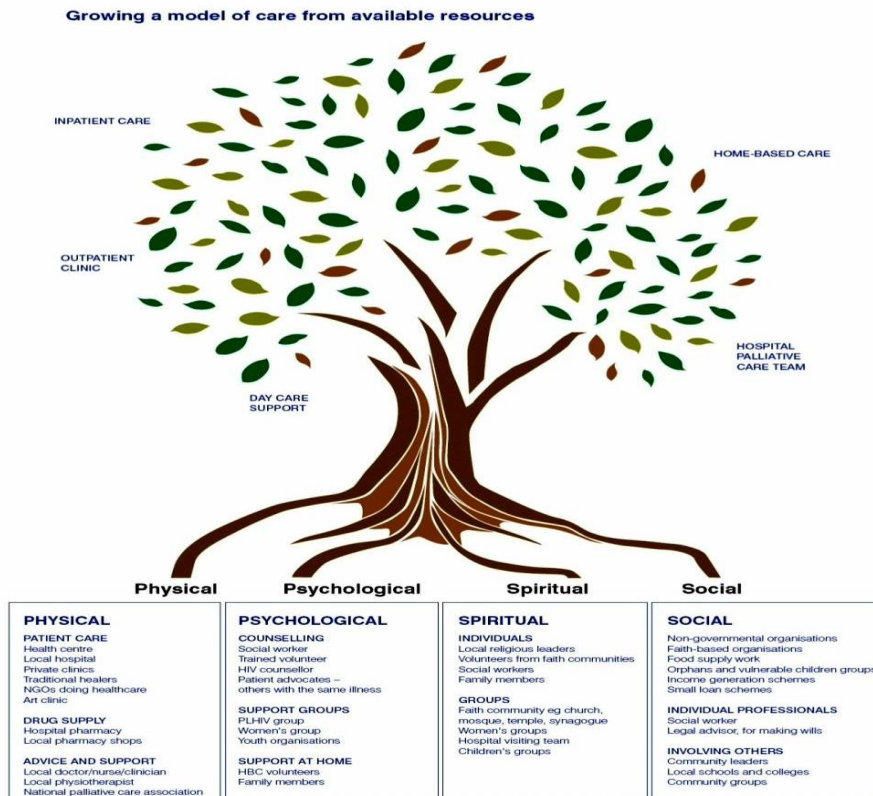
ได้สรุปแนวทางในการพัฒนาระบบการดูแลแบบประคับประคองดังกล่าวใช้วิธีการอธิบายระบบบริการทางการแพทย์ในการดูแลแบบประคับประคอง 5 รูปแบบ (Setting) คือ Inpatient care Outpatient clinic Home-base care Day care Support และ Hospital Palliative care team ต้องดำเนินการผ่านกรอบนิยามสุขภาพ 4 มิติ คือ กาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ โดยในการดำเนินการในแต่ละมิติก็จะมีรายละเอียดในการดำเนินการที่แตกต่างกันออกไป กล่าวคือ

(1) ด้านกาย (Physical) มีระบบบริการสุขภาพในเรื่องการดูแลแบบประคับประคอง มีระบบบริหารจัดการยาระงับปวดและยาที่เกี่ยวข้องกับการดูแลแบบประคับประคอง มีบุคลากรสุขภาพที่ทำงานในเรื่องการดูแลแบบประคับประคอง

(2) ด้านจิตใจ (Psychological) ครอบครัว ชุมชน และสังคมเข้ามามีส่วนร่วมในเรื่องการดูแลแบบประคับประคอง

(3) ด้านปัญญา (Spiritual) ครอบครัว ชุมชน และสังคมเข้ามามีส่วนร่วมในเรื่องการดูแลแบบประคับประคอง นำกิจกรรมทางศาสนาและความเชื่อของชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินการในเรื่องการดูแลแบบประคับประคอง

(4) ด้านสังคม (Social) ครอบครัว ชุมชน และสังคมเข้ามามีส่วนร่วมในเรื่องการดูแลแบบประคับประคอง มีกฎหมายที่สนับสนุนการดำเนินการตามความต้องการของผู้ป่วย มีระบบการเงินการคลังที่สนับสนุนการดูแลแบบประคับประคอง



ภาพ : สรุปลักษณะในการพัฒนาระบบการดูแลแบบประคับประคอง

3) Assessing the development of palliative care worldwide: a set of actionable indicators⁵

การพัฒนาระบบการดูแลแบบประคับประคองมีเป้าหมายเพื่อให้เด็กและผู้ใหญ่ทุกคนเข้าถึงการดูแลอย่างทันท่วงทีและมีประสิทธิภาพ ป้องกันความทุกข์ การจัดการอาการ และการการดูแลที่มุ่งเน้นการพัฒนาคุณภาพชีวิต โดยเน้นที่ผู้ป่วยและครอบครัวเป็นศูนย์กลางและต้องมีการบูรณาการการดูแลในทุกกระดับของระบบการดูแลสุขภาพด้วย มาตรฐานการดูแลยุทธศาสตร์ชาติของการเสริมสร้างความเข้มแข็งการดูแลแบบประคับประคอง และควรผนวกการดูแลแบบประคับประคองเป็นส่วนหนึ่งของระบบสาธารณสุขมูลฐาน (PHC) และระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (UHC) คณะผู้เชี่ยวชาญมีมติเป็นเอกฉันท์เกี่ยวกับองค์ประกอบหลักที่จำเป็น สำหรับการพัฒนาระบบการดูแลแบบประคับประคอง คือ (1) นโยบายที่เหมาะสม (2) การเข้าถึงยาอย่างเพียงพอ (3) การศึกษาของบุคลากรทางการแพทย์และประชาชน (4) มีการบริการการดูแลแบบประคับประคองในทุกกระดับของระบบสุขภาพ (5) มีการวิจัย และ (6) เสริมพลังชุมชนและสังคม

⁵ที่มา : ⁶Worldwide Palliative Care Alliance. (n.d.). Palliative care toolkit: improving care in resource poor setting.

Retrieved February 8, 2016, from Worldwide Hospice Palliative Care Alliance

Website: <http://www.thewhpc.org/resources/palliative-care-toolkit>

3. นิยามศัพท์และคำอธิบาย

3.1 การดูแลระยะยาว (Long Term Care) หมายถึง การดูแลสุขภาพในกลุ่มผู้มีภาวะพึ่งพิงที่ต้องการความช่วยเหลือจากผู้อื่นในการดำรงชีวิตและประกอบกิจกรรมต่าง ๆ ผู้มีปัญหาสุขภาพเรื้อรัง และมีข้อจำกัดในการดูแลตนเอง เช่น อัมพฤกษ์ อัมพาต ความจำเสื่อม อุบัติเหตุ รวมถึงผู้สูงอายุ คนพิการ ให้สามารถช่วยเหลือตัวเองได้มากที่สุด ทั้งกาย จิต สังคม และจิตวิญญาณ

3.2 การดูแลแบบประคับประคอง (Palliative Care) หมายถึง การดูแลผู้ที่มีภาวะจำกัดการดำรงชีวิต (Life Limiting Conditions) หรือภาวะคุกคามต่อชีวิต (Life Threatening Conditions) โดยมีจุดประสงค์เพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตและบำบัด เยียวยาและบรรเทา ความทุกข์ทางกาย จิต อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ ตั้งแต่ระยะเริ่มต้นของการเจ็บป่วยจนกระทั่งเสียชีวิต โดยครอบคลุมถึงครอบครัวและผู้มีความสัมพันธ์ของผู้นั้นด้วย โดยเป็นการดูแลตั้งแต่แรกวินิจฉัยว่าเป็นโรคหรือภาวะที่ไม่สามารถรักษาให้หายได้และไม่ตอบสนองต่อการรักษา ซึ่งผู้ป่วยอาจอยู่ได้นานหลายเดือนหรือหลายปีก่อนจะเสียชีวิต เป็นการดูแลระดับพื้นฐาน (Primary Palliative Care) ซึ่งเป็นการผสมผสานการดูแลแบบประคับประคองกับการดูแลสุขภาพทั่วไป ซึ่งไม่ใช่การดูแลผู้ป่วยในช่วงใกล้เสียชีวิตเท่านั้น

3.3 การดูแลระยะท้าย (End of life Care) หมายถึง การดูแลผู้ที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงที่ต้องดูแลระยะยาว โดยผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์ต้องได้รับการดูแลประคับประคอง/ระยะท้าย จะได้รับการดูแลที่สถานชีวาภิบาล ที่วัด หรือสถานปฏิบัติธรรม โดยลักษณะการดูแลเป็นแบบไป - กลับ หรือพักค้างแบบกำหนดระยะเวลา หรือพักค้างระยะยาว ที่มีคุณภาพมาตรฐาน ครอบคลุมการบริการทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ภายใต้ความร่วมมือของหน่วยงานภาครัฐ/ท้องถิ่น และภาคเอกชน

3.4 การวางแผนการดูแลล่วงหน้า (Advance Care Planning) หมายถึง กระบวนการพิจารณาแผนการดูแลสุขภาพจากเครือข่ายภาคประชาชน องค์กรเอกชน ร่วมกับสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง ที่ทำไว้ก่อนที่ผู้ป่วยจะหมดความสามารถในการตัดสินใจหรือเข้าสู่ระยะท้ายของชีวิต อาจเป็นทางการหรือไม่เป็นทางการ โดยอาจจะใช้กระบวนการสนทนาปรึกษาร่วมกันระหว่างผู้ป่วย ครอบครัว และทีมบุคลากรสุขภาพ หรือผู้ป่วยอาจทำได้ด้วยตนเอง หรือปรึกษาสมาชิกครอบครัว หรือปรึกษาศูนย์สุขภาพ

3.5 สถานชีวาภิบาลในชุมชน หมายถึง สถานที่ให้การดูแลผู้มีภาวะพึ่งพิง และการดูแลประคับประคอง/ระยะท้าย (long-term care and palliative care facility) ที่อยู่ในชุมชน มีมาตรฐานด้านสถานที่ ด้านความปลอดภัย และด้านบริการตามมาตรฐานของกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ หรือ กรมอนามัย หรือหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข หรือกระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ หรือ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่มีอำนาจหน้าที่ในการกำกับดูแล ทั้งนี้อาจแบ่งรูปแบบการให้บริการ เป็น 2 ประเภท ได้แก่

- 1) บริการระหว่างวัน โดยไม่พักค้างคืน (day care)
- 2) บริการโดยให้พักค้างคืน

อาจเป็นสถานประกอบการของรัฐ ท้องถิ่น เอกชน องค์กรศาสนาหรือองค์กรอื่น ๆ โดยสถานชีวาภิบาลควรได้รับการรับรองจากกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ หรือ กรมอนามัย หรือ กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ หรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่มีอำนาจหน้าที่ในการกำกับดูแลมีศักยภาพการดูแลผู้มีภาวะพึ่งพิงผู้ป่วยระยะประคับประคอง/ระยะท้าย และ/หรือ มีระบบบริหารจัดการผู้ดูแล (caregiver) สำหรับผู้ที่ต้องการการดูแลที่บ้านได้ (home care) ทั้งนี้เพื่อแบ่งเบาภาระครอบครัว โดยมีกลไกการกำกับดูแล โดยกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ หรือ กรมอนามัย หรือหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข หรือกระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ หรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่มีอำนาจหน้าที่ในการกำกับดูแล



3.6 ศูนย์ชีวภิบาลในโรงพยาบาล หมายถึง ศูนย์ที่จัดตั้งขึ้นเพื่อสร้างระบบชีวภิบาลในโรงพยาบาล โดยบูรณาการระบบบริการดูแลผู้สูงอายุ (elderly care) การดูแลระยะยาว (long-term care) การดูแลประคับประคอง/ระยะท้าย (palliative care) และระบบบริการปฐมภูมิ (primary health care) ตั้งแต่การดูแลในโรงพยาบาล จนถึงบ้าน/ชุมชน

3.7 ขอบเขตการให้บริการสถานชีวภิบาล

บริการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง หรือผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่นๆ ที่อยู่ในระยะประคับประคองและระยะท้ายของชีวิต (รวมถึงผู้ที่อยู่ในสมณเพศ ทุกศาสนา) ตามศักยภาพของสถานชีวภิบาลโดยบริการนั้นครอบคลุม การบริการ ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ⁶ ที่มีคุณภาพตามมาตรฐานการจัดบริการ การดูแลแบบประคับประคองและระยะท้ายระดับพื้นฐาน ซึ่งเป็นการผสมผสานการดูแลแบบประคับประคองกับการดูแลสุขภาพทั่วไป ซึ่งเป็นทักษะพื้นฐานของคนในครอบครัว ผู้ดูแล(ประชาชนและพระสงฆ์) และชุมชน โดยมีทีมบุคลากรด้านสุขภาพทุกระดับเป็นทีมสนับสนุนช่วยเหลือ

3.8 ผู้ดูแลและผู้รับบริการ

ผู้ดูแล คือบุคคลที่ให้การดูแลหรือช่วยเหลือทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม เศรษฐกิจ แก่ผู้รับบริการที่มีภาวะพึ่งพิง ผู้ป่วยแบบประคับประคองและผู้ป่วยระยะท้าย โดยผู้ดูแลนั้นจะต้องผ่านการอบรมตามหลักสูตรที่กำหนด ตัวอย่างเช่น นักบริบาลชุมชน (care community) ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (caregiver) พระภิกษุ ปู่จาก หรือ ผู้นำศาสนา ที่ผ่านการอบรมหลักสูตรการดูแลผู้สูงอายุ เป็นต้น

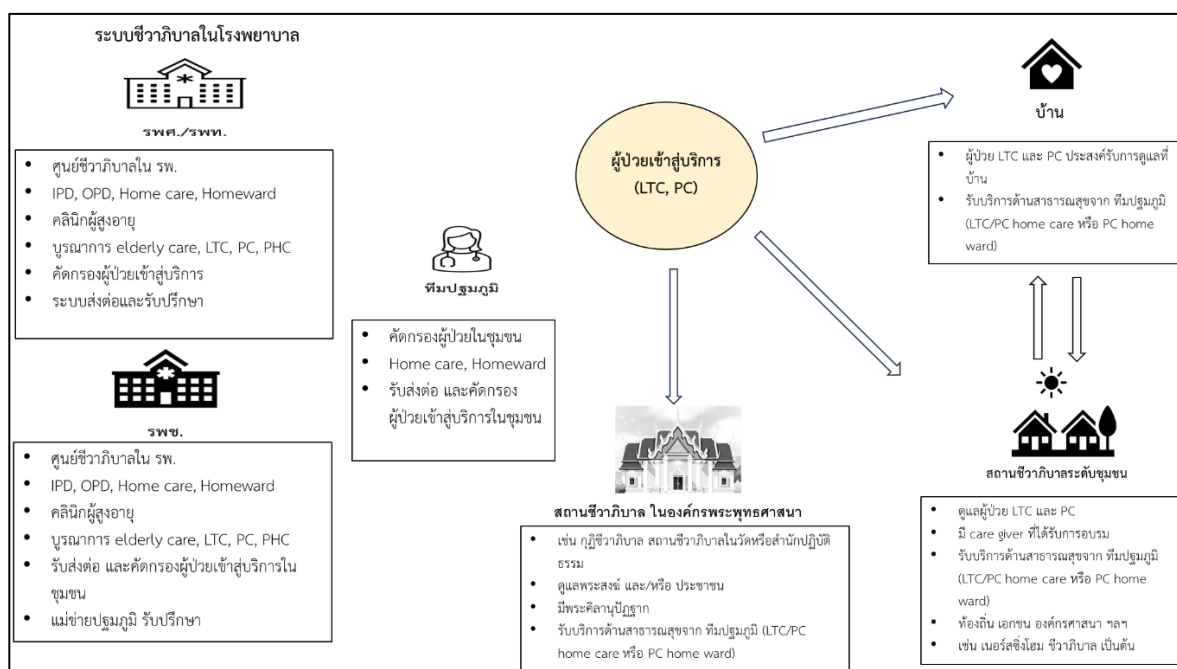
ผู้รับบริการ ได้แก่ ผู้รับบริการที่มีภาวะพึ่งพิง หรือผู้ป่วยแบบประคับประคองหรือระยะท้าย ครอบคลุม กลุ่มผู้สูงอายุ ผู้นำศาสนา พระสงฆ์ ผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่นๆที่อยู่ในระยะประคับประคองและระยะท้าย

กลุ่มเป้าหมาย				
ผู้สูงอายุติดบ้าน ผู้ป่วยติดเตียง และผู้ป่วยระยะท้ายทุกกลุ่มวัย ที่ ADL ≤ 11 หรือ PPS ≤ 50%				
กลุ่ม 1	กลุ่ม 2	กลุ่ม 3	กลุ่ม 4.1	กลุ่ม 4.2
เคลื่อนไหวได้บ้าง และอาจมีปัญหาการกินหรือการขับถ่าย ไม่มีภาวะสับสนทางสมองหรือผู้ป่วยระยะประคับประคองมี PPS =50%	เคลื่อนไหวได้บ้าง และอาจมีปัญหา การกินหรือการขับถ่ายและมีภาวะสับสนทางสมอง หรือมีภาวะสมองเสื่อมระดับปานกลางขึ้นไป	เคลื่อนไหวเองไม่ได้ อาจมีปัญหาการกินหรือการขับถ่ายหรือมีอาการเจ็บป่วยรุนแรงแต่ไม่มีภาวะแทรกซ้อนหรือผู้ป่วยระยะประคับประคองมี PPS =40%	เคลื่อนไหวเองไม่ได้ เจ็บป่วยรุนแรง หรืออยู่ในระยะท้ายของชีวิต (ระยะเวลารอดชีวิต ~ 6-12 เดือน) หรือผู้ป่วยระยะประคับประคองมี PPS =30%	เคลื่อนไหวเองไม่ได้ กลืนไม่ได้ ซึม อยู่ในระยะกำลังจะเสียชีวิต อาจมีอาการไม่สุขสบาย เช่นปวด หอบเหนื่อย สับสน (ระยะเวลารอดชีวิตประมาณ 2 สัปดาห์) หรือผู้ป่วยระยะประคับประคองมี PPS น้อยกว่า 30%
LTC-ติดบ้าน	LTC-ติดบ้าน	LTC-ติดเตียง	PC – end of life	PC - dying
LTC home care หรือ สถานชีวภิบาล			PC home care หรือ สถานชีวภิบาล	PC homeward หรือ สถานชีวภิบาล

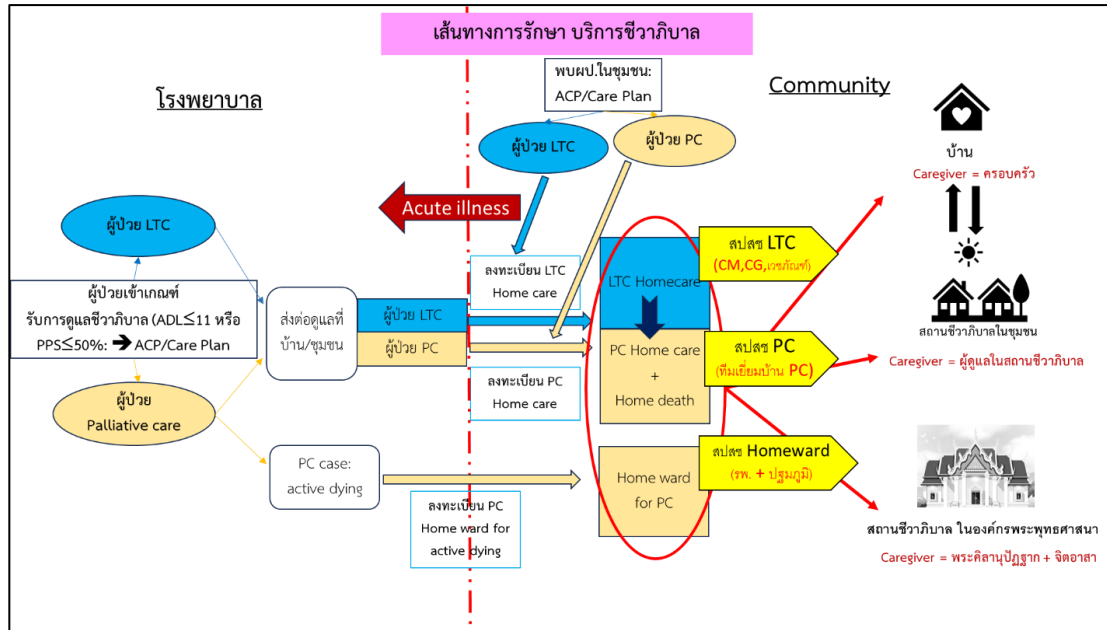
⁶ WHO. (2016) Available from: www.who.int/cancer/palliative/definition/en/. [2016, September 30th].

3.9 ระบบบริการชีวิบาล ประกอบไปด้วย

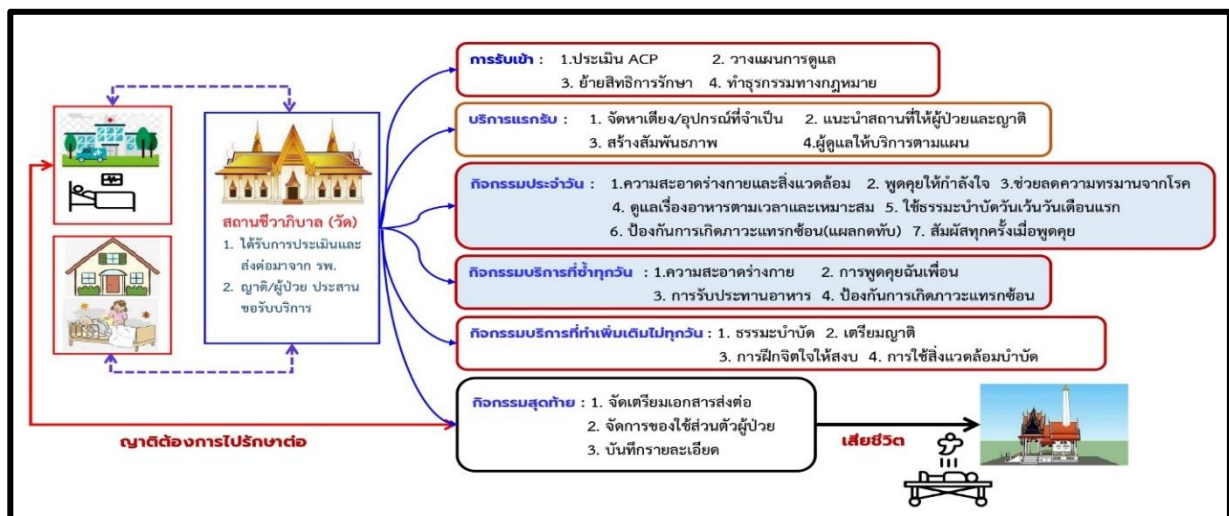
- 1) ศูนย์ชีวิบาลที่ตั้งอยู่ในโรงพยาบาล จะทำหน้าที่ในการจัดบริการดูแลประคับประคอง ในโรงพยาบาลอย่างมีคุณภาพ ให้บริการคลินิกผู้สูงอายุคุณภาพ บูรณาการการจัดบริการและ เชื่อมโยงกับระบบบริการปฐมภูมิ รวมทั้งประสานการดูแลส่งต่อเพื่อรับบริการที่บ้าน ชุมชน หรือ สถานชีวิบาลต่อไป
- 2) ทีมปฐมภูมิ จะทำหน้าที่คัดกรองผู้สูงอายุ ผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพิง และผู้ป่วยระยะท้าย ที่จะส่งต่อ เพื่อรับบริการที่บ้าน หรือ ชุมชน และจัดทำแผนดูแลล่วงหน้า ตลอดจน care plan
- 3) บริการดูแลที่บ้าน หรือ ที่สถานชีวิบาลในชุมชน ครอบคลุมบริการดูแลระยะยาว (long term care) ดูแลประคับประคอง (Palliative care) และการดูแลระยะท้าย (End of life care)



แผนภูมิที่ 1 ระบบบริการชีวิบาล



(ที่มา: คู่มือดำเนินการตามนโยบายสถานชีวาภิบาล กระทรวงสาธารณสุข กปรส service plan ชีวาภิบาล)





4. วัตถุประสงค์และเป้าหมาย

เพื่อส่งเสริม สนับสนุน ให้มีสถานที่ในชุมชนมีการดำเนินการและจัดให้มีบริการสำหรับผู้สูงอายุและผู้นำศาสนาที่มีภาวะพึ่งพิง หรือผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่นๆ ที่ต้องดูแลระยะยาวและอยู่ในระยะประคับประคองและระยะท้ายของชีวิต ให้ได้รับการดูแลที่ครอบคลุมในทุกมิติ โดยเชื่อมโยงการดูแลร่วมกับระบบบริการสุขภาพทุกระดับ การดำเนินงานสถานชีวาภิบาลนั้น ได้กำหนดเป้าหมายการดำเนินงานเพื่อให้เกิดการมีส่วนร่วมในการจัดบริการ โดยการบูรณาการองค์ความรู้ตั้งแต่การดูแลระยะยาว (LTC) จนถึงมิติการดูแลผู้ป่วยระยะประคับประคองและระยะท้ายที่มีความเชื่อมโยงทางด้านร่างกาย จิตใจ จิตวิญญาณ และสังคม ประสานร่วมกับการพัฒนาคุณภาพและมาตรฐานการดูแลด้านสาธารณสุข เพื่อกำหนดให้เข้าร่วมเป็นสถานบริการสาธารณสุข (ประเภทหน่วยบริการรับส่งต่อเฉพาะด้าน) ตามมาตรา 3 แห่ง พ.ร.บ.หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 ซึ่งหมายถึง การส่งเสริม สนับสนุนให้องค์กรภาคประชาชน องค์กรที่ไม่แสวงผลกำไร หรือหน่วยงานภาคเอกชนที่มีการให้บริการสาธารณสุขเป็น “สถานบริการสาธารณสุขอื่น” ที่คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ กำหนดเพิ่มเติม

บทที่ 2 มาตรฐานบริการสถานชีวาภิบาลในชุมชนและองค์กรศาสนา

แบบประเมินมาตรฐานบริการสถานชีวาภิบาลในชุมชนและองค์กรศาสนา

- 1.1 ชื่อสถานชีวาภิบาล
- 1.2 สถานที่ตั้ง
- 1.3 ชื่อผู้ขอรับการประเมิน..... เบอร์ติดต่อ
- 1.4 วัน / เดือน / ปีที่ เข้ารับการประเมิน

ข้อ	มาตรฐาน	รายละเอียด	ผลการประเมิน			สิ่ง ค้นพบ
			มี	ไม่มี	ระหว่าง ดำเนินการ	
ด้านที่ 1 มาตรฐานการบริหารจัดการองค์กร						
1.1	อาคารสถานที่	ก.มีการจัดสภาพแวดล้อม จัดให้เป็นสัดส่วน โดยคำนึงถึงความสงบ สะอาด ปลอดภัย ลดความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ จัดให้มีอุปกรณ์ สิ่งอำนวยความสะดวก หรือบริการในอาคาร สถานที่หรือบริการสาธารณสุขอื่นอย่างเหมาะสม เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงและใช้ประโยชน์ได้ (กรณีสถานชีวาภิบาลในองค์กรศาสนาดำเนินการ ตามหลักศาสนานั้นๆ) (B) ข.มีการจัดการขยะติดเชื้อ ตามหลักสุขาภิบาล ที่เหมาะสม (B)				
1.2	โครงสร้างองค์กร บทบาทหน้าที่ และอัตรากำลังของหน่วยงาน สถานที่ที่เป็นปัจจุบัน	ก.มีการกำหนดโครงสร้างองค์กรและการกำหนด บทบาทหน้าที่ที่ชัดเจน (B)				
1.3	การดำเนินงาน/ กิจกรรม ที่สอดคล้องกับการจัดบริการ	ก.มีการดำเนินงาน/มีกิจกรรมสอดคล้องกับ การจัดบริการของสถานชีวาภิบาล (B)				
1.4	มีระบบการบริหารจัดการที่มี ประสิทธิภาพ -ข้อมูลและทะเบียนผู้ป่วย -ครุภัณฑ์ -การเงิน	ก. มีระบบการจัดการข้อมูลทะเบียนผู้รับบริการ ที่ถูกต้องและเป็นปัจจุบัน (B) ข.มีหลักฐานแสดงการจัดการบัญชีและการเงิน ที่สามารถสอบทานได้ (A) ค.มีระบบทะเบียนครุภัณฑ์และระบบบำรุงรักษา(A)				
1.5	ระบบบริหารจัดการด้านความ ปลอดภัยและข้อร้องเรียน	ก.มีระบบบริหารจัดการด้านความปลอดภัย ได้แก่ ระบบปฐมพยาบาลเบื้องต้น ระบบป้องกัน อัคคีภัย เป็นต้น (B) ข.มีช่องทางการรับข้อร้องเรียนที่ผู้เข้ารับบริการ เข้าถึงได้ง่ายและมีระบบการจัดการข้อร้องเรียน ตามแนว ทางปฏิบัติที่กำหนด และสามารถแสดง หลักฐานได้ (A)				
1.6	เป็นเครือข่ายรับส่งต่อ ของหน่วย บริการในพื้นที่	ก.มีการกำหนดหน่วยบริการในการส่งต่อ เพื่อการให้บริการดูแลผู้ป่วยและมีช่องทาง ในการติดต่อกลับเพื่อรับการปรึกษา (B)				



ข้อ	มาตรฐาน	รายละเอียด	ผลการประเมิน			สิ่ง ค้นพบ
			มี	ไม่มี	ระหว่าง ดำเนินการ	
ด้านที่ 2 มาตรฐานผู้ให้บริการ						
2.1	คุณสมบัติของผู้ให้บริการ	ก. คุณสมบัติของผู้ให้บริการ กล่าวคือ (B) I) มีสุขภาพแข็งแรง ไม่เป็นโรคติดต่อร้ายแรง II) อ่านออกเขียนได้ III) เป็นนักบริหารชุมชนหรือผู้ดูแลผู้สูงอายุ หรือผู้ดูแลผู้ป่วยหรือนักบวชหรือผู้นำทางศาสนา ที่ผ่านการอบรมตามหลักสูตรที่กำหนด IV) กรณีผู้ดูแลเป็นพระภิกษุสามเณร หรือ พระอโศก หรือพระภิกษุหรือสามเณร ที่ผ่านการอบรมตามหลักสูตรที่มีเนื้อหาการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative care) อย่างน้อย 6 ชั่วโมง (ภาคทฤษฎี) และปฏิบัติตามที่กรมอนามัยกำหนด V.) กรณีผู้ดูแลเป็นนักบริหารชุมชนหรือผู้ดูแลผู้สูงอายุหรือผู้ดูแลผู้ป่วยหรือ Caregiver ผ่านการอบรมตามหลักสูตรตามที่กรมอนามัยกำหนด VI) ผู้ดูแลควรได้รับการอบรมฟื้นฟูการช่วยฟื้นคืนชีพอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง หมายเหตุ : กรณีสถานชีวาภิบาลที่มีพระอาพาธต้องมีพระภิกษุสามเณร อย่างน้อย 1 รูป ให้บริการ				
2.2	มาตรฐานทักษะของผู้ปฏิบัติงาน	ก.มีการกำหนดบทบาทหน้าที่และขอบเขตหน้าที่ของผู้ให้บริการชัดเจน (B)				



ข้อ	มาตรฐาน	รายละเอียด	ผลการประเมิน			สิ่งที่ตรวจพบ
			มี	ไม่มี	ระหว่างดำเนินการ	
ด้านที่ 3 มาตรฐานการจัดบริการ การดูแลผู้ป่วย						
3.1	มีการจัดทำแผนบริการการดูแล ผู้สูงอายุ ผู้มีภาวะพึ่งพิง ผู้ป่วยแบบประคับประคอง หรือผู้ป่วยระยะท้าย	ก.มีการจัดทำแผนการดูแลหรือการดูแลแบบประคับประคอง หรือระยะท้าย โดยทำข้อตกลงระหว่างผู้รับบริการกับผู้ที่มีอำนาจของสถานชีวาภิบาลเป็นลายลักษณ์อักษร (B) <i>หมายเหตุ</i> -กรณีสถานชีวาภิบาลยังไม่ขึ้นทะเบียนเป็นการทำสัญญาระหว่างบุคคล -กรณีสถานชีวาภิบาลเตรียมความพร้อมโดยยังไม่รับผู้ป่วยให้เตรียมเอกสารไว้				
3.2	มีการบันทึกการให้บริการ	ก.มีการบันทึกการให้บริการโดย ผู้ให้บริการตามแผนการดูแลรายบุคคล (B)				
3.3	มีขั้นตอน/แนวทางและการดำเนินงานตามขั้นตอน/แนวทางเพื่อส่งต่อระหว่างสถานชีวาภิบาลและหน่วยบริการในพื้นที่	ก.มีขั้นตอน/แนวทางการปฏิบัติรับส่งต่อระหว่างสถานชีวาภิบาล กับโรงพยาบาลหรือหน่วยบริการในพื้นที่ (B)				
3.4	การดูแล ทั้ง 4 ด้าน คือ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านจิตวิญญาณ และด้านสังคม	ก.มีการจัดบริการครบถ้วนทั้ง 4 ด้าน (B)				
3.5	กรณีที่ดูแลผู้ป่วยระยะท้ายต้องมีระบบสนับสนุนการจัดทำ Living will	ก.มีการให้ข้อมูลและดำเนินการจัดทำ living will ตามมาตรา 12 แห่ง พรบ.สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 ให้กับผู้ป่วยและญาติ ตามแบบบันทึกที่กำหนดในภาคผนวก และมีการสนับสนุนให้ผู้ป่วยสามารถแสดงเจตนาในสิทธิตาม ม.12 ได้ (A)				
3.6	ระบบสนับสนุนบริการ	ก.สถานชีวาภิบาลมีระบบอื่นๆที่สนับสนุน หรือยกระดับคุณภาพบริการให้หลากหลาย ครอบคลุมมากขึ้น เช่น ระบบดูแลผู้ให้บริการ จิตอาสา การดูแลครอบครัวหลังเสียชีวิต การเชื่อมโยงกับเครือข่ายภาคประชาสังคมและชุมชน เพื่อจัดกิจกรรมสนับสนุน ได้แก่ กิจกรรมเชิงสนทนาการ เชิงสร้างอาชีพ ฯลฯ (A)	ระบุ			

**หมายเหตุ (A) หมายถึง Advance กล่าวคือ ข้อบ่งชี้เป็น ระดับดี
(B) หมายถึง Basic กล่าวคือ ข้อบ่งชี้เป็น ระดับพื้นฐาน



สรุปผลการประเมิน

- ☐ ผ่านเกณฑ์การรับรองมาตรฐานบริการสถานชีวาภิบาลจากกรมอนามัย
- ☐ ไม่ผ่านเกณฑ์การรับรองมาตรฐานบริการสถานชีวาภิบาลจากกรมอนามัย

ข้อเสนอแนะ

.....

.....

.....

.....

.....

รายชื่อคณะผู้ประเมิน

- | | | |
|--------|--------------|---------------|
| 1..... | ตำแหน่ง..... | หน่วยงาน..... |
| 2..... | ตำแหน่ง..... | หน่วยงาน..... |
| 3..... | ตำแหน่ง..... | หน่วยงาน..... |
| 4..... | ตำแหน่ง..... | หน่วยงาน..... |



ขั้นตอนการประเมิน

1. สถานชีวาภิบาลดำเนินการประเมินตนเองตามแบบประเมิน
 2. สถานชีวาภิบาลยื่นความประสงค์ขอรับการตรวจประเมินไปยังหน่วยงานสาธารณสุขในพื้นที่/จังหวัดที่ตั้ง
 3. คณะผู้ประเมินเข้าตรวจเยี่ยม ทั้งนี้ให้คณะตรวจประเมินควรประกอบไปด้วย
 - ผู้แทนจากสาธารณสุขจังหวัด อย่างน้อย 1 ท่าน
 - ผู้แทนจากศูนย์อนามัย อย่างน้อย 1 ท่าน
 - ผู้แทนจาก service plan ชีวาภิบาลระดับเขตสุขภาพ อย่างน้อย 1 ท่าน
 - ผู้แทนสำนักงานหลักประกันสุขภาพเขต อย่างน้อย 1 ท่าน
- ** การออกตรวจประเมินจะต้องมีทีมตรวจประเมินอย่างน้อย 3 ท่าน
4. สถานชีวาภิบาลที่เข้ารับการตรวจประเมินจะต้องผ่านเกณฑ์มาตรฐานในข้อที่ระบุ (B) ครบทุกข้อจำนวน 13 ข้อ จึงจะสามารถได้รับการรับรองมาตรฐานบริการสถานชีวาภิบาลจากกรมอนามัย
 5. ศูนย์อนามัย ดำเนินการออกเกียรติบัตรรับรองมาตรฐานบริการสถานชีวาภิบาล

(ตัวอย่างเกียรติบัตร)



กรมอนามัย
DEPARTMENT OF HEALTH

ขอมอบเกียรติบัตรฉบับนี้ให้ไว้เพื่อแสดงว่า

หน่วยงาน ก.

ได้ผ่านการประเมินรับรองสถานชีวาภิบาลในชุมชนและองค์กรศาสนา

ให้ไว้ ณ วันที่

(ลายเซ็น)
ชื่อ-สกุล
ผู้อำนวยการศูนย์อนามัย



บทที่ 3 คำอธิบายและแนวทางพัฒนาตามมาตรฐานการจัดบริการ

มาตรฐานด้านที่ 1 มาตรฐานการบริหารจัดการองค์กร

1.1 อาคารสถานที่

ก.มีการจัดสภาพแวดล้อม จัดให้เป็นสัดส่วนโดย คำนึงถึงความสงบ สะดวก สะอาด ปลอดภัย ลดความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ จัดให้มีอุปกรณ์ สิ่งอำนวยความสะดวก หรือบริการในอาคาร สถานที่หรือบริการสาธารณสุขอื่นอย่างเหมาะสม เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงและใช้ประโยชน์ได้(กรณีสถานชีวาภิบาลในองค์กรศาสนา ดำเนินการตามหลักศาสนานั้นๆ) (B)

ข.มีระบบการจัดการขยะทุกประเภท และขยะติดเชื้อ ตามหลักสุขาภิบาลที่เหมาะสม (B)

รายการพิจารณา

1. โครงสร้างและตัวอาคารมั่นคง มีขอบเขตและทางเข้าออกที่ชัดเจน
2. สภาพแวดล้อมภายในอาคารมีความปลอดภัย เป็นสัดส่วนที่เหมาะสม
3. มีการจัดการระบบสุขาภิบาลที่มีประสิทธิภาพ
4. มีการจัดการห้องน้ำ ห้องส้วม ให้เพียงพอ สะอาด ปลอดภัย และเหมาะสม
5. มีการคัดแยกขยะที่เหมาะสม
6. มีระบบการจัดการขยะติดเชื้อถูกต้อง เหมาะสม

รายละเอียดและข้อมูลประกอบการพิจารณา

- 1.โครงสร้างและตัวอาคารมั่นคง มีขอบเขตและทางเข้าออกที่ชัดเจน
 - สถานชีวาภิบาลควรตั้งอยู่ในพื้นที่ซึ่งมีสภาพแวดล้อมที่มีความปลอดภัยไม่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ
 - มีทางที่ใช้ในการเข้าและออกโดยสะดวก
- 2.สภาพแวดล้อมภายในอาคารมีความปลอดภัย เป็นสัดส่วนที่เหมาะสม
 - พื้นเรียบ ไม่ลื่น ไม่เล่นระดับพื้น ทำความสะอาดง่าย
- 3.มีการจัดการระบบสุขาภิบาลที่มีประสิทธิภาพ
 - สุขาภิบาลอาหารและน้ำ
 - สถานที่ประกอบอาหาร/ที่เตรียมอาหาร/ที่ล้างภาชนะ ถูกหลักสุขาภิบาลอาหาร
 - มีน้ำดื่มน้ำใช้ที่สะอาด
 - มีอุปกรณ์ภาชนะเครื่องใช้ส่วนตัวเพียงพอและเหมาะสม จัดเก็บอย่างเหมาะสมและเป็นระเบียบ
 - มีการตรวจสอบอุปกรณ์เป็นระยะ และจัดให้อยู่ในสภาพพร้อมใช้งาน
 - มีมาตรการป้องกันแมลงและสัตว์พาหะนำโรค
- 4.มีการจัดการห้องน้ำ ห้องส้วม ให้เพียงพอ สะอาด ปลอดภัย และเหมาะสม
 - ห้องน้ำ ห้องส้วมเป็นสัดส่วนชัดเจน
 - มีการดูแลทำความสะอาดและผู้รับผิดชอบชัดเจน

5. มีการคัดแยกขยะที่เหมาะสม

- การคัดแยกมูลฝอยที่เกิดขึ้นจากการให้บริการอย่างถูกวิธี
- ผู้ปฏิบัติงานด้วยความระมัดระวัง และคำนึงถึงการป้องกันการแพร่กระจายของเชื้อโรค เลือกใช้ถุงมือเพื่อลดการสัมผัสโดยตรงกับขยะมูลฝอย

6. มีระบบการจัดการขยะติดเชื้อถูกต้อง เหมาะสม

- การจัดการมูลฝอยติดเชื้อที่เกิดจากการให้บริการดูแลรักษาพยาบาลอย่างถูกวิธีพร้อมใส่ในภาชนะที่ถูกต้อง
- กรณีมีมูลฝอยติดเชื้อที่เกิดจากการให้บริการดูแลรักษาพยาบาลผู้รับบริการต้องแจ้งให้ราชการส่วนท้องถิ่นหรือหน่วยงานสาธารณสุขในพื้นที่ทราบ เพื่อนำมูลฝอยติดเชื้อไปกำจัดด้วยวิธีที่ถูกต้อง

1.2 โครงสร้างองค์กร

ก. มีการกำหนดโครงสร้างองค์กรและการกำหนดบทบาทหน้าที่ที่ชัดเจน (B)

รายการพิจารณา

- มีโครงสร้างองค์กรและการกำหนดบทบาทหน้าที่ และอัตรากำลังของหน่วยงานสถานที่ที่เป็นปัจจุบัน

รายละเอียดและข้อมูลประกอบการพิจารณา

- กำหนดโครงสร้างองค์กรและการกำหนดบทบาทหน้าที่ที่ชัดเจน
- ผู้บริหาร/หัวหน้า/ผู้ดำเนินการ มีคุณสมบัติที่เหมาะสมและบริหารอย่างมีประสิทธิภาพ
- บริหารจัดอัตราส่วนผู้ดูแล ต่อ จำนวนผู้รับบริการเหมาะสมและเพียงพอตามกลุ่มประเภทผู้รับบริการ

1.3 การดำเนินงาน/ กิจกรรมที่สอดคล้องกับการจัดบริการ

ก. มีการดำเนินงาน/มีกิจกรรมสอดคล้องกับการจัดบริการของสถานชีวาภิบาล (B)

รายการพิจารณา

- สามารถจัดบริการดูแลด้านสุขภาพได้ตามชุดสิทธิประโยชน์
- เคารพในสิทธิผู้ป่วยและสิทธิความเป็นมนุษย์

รายละเอียดและข้อมูลประกอบการพิจารณา

- แผนการดูแลรายบุคคล
- สังเกต/สอบถาม

หมายเหตุ กรณีสถานชีวาภิบาลเตรียมความพร้อมโดยยังไม่รับผู้ป่วย ให้เตรียมเอกสารไว้

1.4 มีระบบการบริหารจัดการที่มีประสิทธิภาพ

ก. มีระบบการจัดการข้อมูลทะเบียนผู้รับบริการที่ถูกต้องและเป็นปัจจุบัน (B)

ข. มีหลักฐานแสดงการจัดการบัญชีและการเงินที่สามารถสอบทานได้ (A)

ค. มีทะเบียนครุภัณฑ์และระบบบำรุงรักษา (A)

รายการพิจารณา

- มีระบบการจัดการข้อมูลทะเบียนผู้รับบริการที่ถูกต้อง เป็นระบบและเป็นปัจจุบัน
- มีหลักฐานแสดงการจัดการบัญชีและการเงินที่สามารถสอบทานได้
- มีทะเบียนครุภัณฑ์และระบบบำรุงรักษา

รายละเอียดและข้อมูลประกอบการพิจารณา

- ทะเบียนประวัติของผู้รับบริการ รับเข้า-จ่ายออก-ส่งต่อ
- บัญชีรายรับ-รายจ่าย
- ทะเบียนครุภัณฑ์ตามประเภทต่างๆ เช่น ทะเบียนยืม-คืนครุภัณฑ์ทางการแพทย์จากหน่วยบริการสาธารณสุข เป็นต้น

หมายเหตุ กรณีสถานชีวาภิบาลเตรียมความพร้อมโดยยังไม่รับผู้ป่วย ให้เตรียมเอกสารไว้

1.5 ระบบบริหารจัดการด้านความปลอดภัยและข้อร้องเรียน

ก. มีระบบบริหารจัดการด้านความปลอดภัยได้แก่ ระบบปฐมพยาบาลเบื้องต้น ระบบป้องกันอัคคีภัย เป็นต้น (B)

ข. มีช่องทางการรับข้อร้องเรียนที่ผู้เข้ารับบริการเข้าถึงได้ง่ายและมีระบบการจัดการข้อร้องเรียนตามแนวทางปฏิบัติที่กำหนดและสามารถแสดงหลักฐานได้ (A)

รายการพิจารณา

1. มีระบบปฐมพยาบาลเบื้องต้น
2. มีระบบป้องกันภัยจากบุคคลที่เหมาะสม
3. มีระบบรับเหตุฉุกเฉิน ป้องกันอัคคีภัย/ภัยพิบัติตามความเสี่ยงของพื้นที่
4. มีระบบการจัดการข้อร้องเรียนตามแนว ทางปฏิบัติที่กำหนด และสามารถแสดงหลักฐานได้

รายละเอียดและข้อมูลประกอบการพิจารณา

1. มีระบบปฐมพยาบาลเบื้องต้น
 - มีอุปกรณ์ปฐมพยาบาลและคู่มือการปฐมพยาบาลไว้ในอาคารและพร้อมใช้งานได้ตลอดเวลา
2. มีระบบป้องกันภัยจากบุคคลที่เหมาะสม
 - มีมาตรการป้องกันจากบุคคลอย่างเป็นระบบ ตรวจสอบการเข้า-ออก

- การสำรวจร่างกายเพื่อตรวจดูบาดแผล หรือร่องรอย หรือการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุ
- สร้างความตระหนักให้ทุกคนทุกฝ่าย เฝ้าระวังความปลอดภัยทั้งภายในและภายนอก

3.มีระบบรับเหตุฉุกเฉิน ป้องกันอัคคีภัย/ภัยพิบัติตามความเสี่ยงของพื้นที่

- มีป้ายหรือข้อความเพื่อแสดงหรือเตือนให้ผู้รับบริการระมัดระวังอันตรายหรือบริเวณที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดภัยอันตราย รวมถึงการติดตั้งเครื่องป้องกันไม่ให้ผู้รับบริการเกิดอันตราย
- มีแผนรับภัยฉุกเฉิน/ ภัยพิบัติ/หนีไฟ แผนฝึกซ้อมแผนประจำปี
- ควรฝึกซ้อมแผนอพยพให้กับบุคลากรแบบเสมือนเหตุการณ์จริง อย่างน้อยปีละ ๑ ครั้ง
- มีการติดตั้งอุปกรณ์ ระบบสัญญาณเตือนภัย
- มีหมายเลขโทรศัพท์หน่วยงานในพื้นที่เมื่อเกิดเหตุฉุกเฉินและมีระบบส่งต่อ

4.มีระบบการจัดการข้อร้องเรียนตามแนวทางปฏิบัติที่กำหนด และสามารถแสดงหลักฐานได้

- มีช่องทางการรับข้อร้องเรียนที่ผู้เข้ารับบริการเข้าถึงได้ง่าย

1.6 เป็นเครือข่ายรับส่งต่อ ของหน่วยบริการในพื้นที่

ก.มีการกำหนดหน่วยบริการในการส่งต่อเพื่อให้บริการดูแลผู้ป่วยและมีช่องทางในการติดต่อกลับเพื่อรับการปรึกษา (B)

รายการพิจารณา

- มีระบบการดูแลสุขภาพที่เชื่อมโยง ประสาน ส่งต่อกับหน่วยงานด้านต่างๆในพื้นที่

รายละเอียดและข้อมูลประกอบการพิจารณา

- ช่องทางติดต่อสื่อสารกับหน่วยบริการสาธารณสุข, เทศบาล, อบต. หรือพัฒนาสังคม เป็นต้น
- แผนการดูแลรายบุคคล (Care Plan)
- ทะเบียนรับเข้า-ส่งต่อระหว่างสถานชีวาภิบาล - โรงพยาบาล

หมายเหตุ กรณีสถานชีวาภิบาลเตรียมความพร้อมโดยยังไม่รับผู้ป่วย ให้เตรียมเอกสารไว้

- พระอาสาศรัสมักรส่งเสริมสุขภาพประจำวัดหลักสูตร 100 ชม.(หลักสูตรพระ อสว. 70 ชั่วโมง ของกรมอนามัยและอบรมเพิ่มพูนหลักสูตรพระบริหารภิกษุใช้ 30 ชั่วโมง ของสถาบันพระบรมราชชนก)
- พระอาสาศรัสมักรส่งเสริมสุขภาพประจำวัดหลักสูตร 85 ชม. (หลักสูตรพระ อสว.70 ชั่วโมง ของกรมอนามัยและอบรมเพิ่มพูนหลักสูตรพระคิลานุปัฏฐาก 15 ชั่วโมง ของกรมอนามัย)
- หลักสูตรพระคิลานุปัฏฐากระดับขั้นระดับขั้นสูงเฉพาะด้าน ได้แก่
 - พระอาพาธระยะท้ายสำหรับพระคิลานุปัฏฐาก 140 ชม. (รพ.สงฆ์ กรมการแพทย์)
- หลักสูตรผู้ดูแลผู้สูงอายุ/ พระดูแลผู้ป่วย ฟังฟังที่มีชั่วโมงการอบรมมากกว่า 140 ชั่วโมงขึ้นไป
- หลักสูตรทางเลือกสำหรับการดูแลจิตวิญญาณ สำหรับพระสงฆ์ สามเณร หรือประชาชน ที่สนใจ เพื่อเพิ่มพูนศักยภาพในการดูแลด้านจิตวิญญาณ ตามแนวทางพระพุทธศาสนา ที่ได้รับการรับรอง

รายละเอียดและข้อมูลประกอบการพิจารณา

หลักฐานหรือใบรับรองที่แสดงว่าผ่านการฝึกอบรมหรือจบหลักสูตรการฝึกอบรมตามที่กำหนด

2.2 มาตรฐานทักษะของผู้ปฏิบัติงาน

ก.มีการกำหนดบทบาทหน้าที่และขอบเขตหน้าที่ของผู้ให้บริการชัดเจน (B)

รายการพิจารณา

มีการกำหนดบทบาทหน้าที่และขอบเขตหน้าที่ของผู้ดูแลที่ชัดเจน ตัวอย่างเช่น บทบาทหน้าที่ของผู้ดูแลผู้สูงอายุ หรือ Caregiver⁷ ได้แก่

1. ดูแลกิจวัตรประจำวันของผู้รับบริการเช่น การรับประทานอาหาร การนอนหลับพักผ่อน การเคลื่อนย้าย การขับถ่าย ให้ถูกสุขลักษณะปลอดภัยเหมาะสมกับวัยของผู้สูงอายุ
2. สังเกตพฤติกรรมเปลี่ยนแปลงต่างๆ ของผู้ป่วยรวมทั้งเรื่องสุขภาพ และต้องรายงานให้ญาติหรือเจ้าหน้าที่ทราบ
3. ส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุทุกด้านตลอดจนดูแลสภาพแวดล้อมให้ปลอดภัยถูกสุขลักษณะเอื้อต่อการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ
4. เขียนรายงานการปฏิบัติงานเสนอต่อหน่วยงานต้นสังกัด
- 5 จัดการสิ่งปฏิกูลและมูลฝอย ที่เกิดจากการดูแลผู้สูงอายุอย่างถูกต้อง โดยทิ้งลงในภาชนะรองรับที่ถูกหลักสุขาภิบาล และระวังป้องกันไม่ให้เกิดการปนเปื้อนกับอาหารและเกิดการแพร่กระจายของเชื้อโรคหรือก่อให้เกิดเหตุรำคาญต่อบ้านเรือนใกล้เคียง
6. ส่งต่อผู้สูงอายุกรณีที่มีเหตุฉุกเฉิน หรือการเจ็บป่วย หรือการบาดเจ็บเกิดขึ้นกับผู้สูงอายุตามระบบการส่งต่อและวิธีการอย่างถูกต้อง

⁷ คู่มือแนวทางการอบรมเพิ่มพูน Caregiver หลักสูตร 70 ชั่วโมง กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข



7. จัดทำรายงานผลการดูแลตามระยะเวลาที่กำหนดเพื่อรายงานต่อผู้จัดการระบบ
รายละเอียดและข้อมูลประกอบการพิจารณา

- แบบมอบหมาย
- สัมภาษณ์/ สอบถาม



มาตรฐานด้านที่ 3 มาตรฐานการจัดบริการการดูแลผู้ป่วย

3.1 มีการจัดทำแผนบริการการดูแลผู้สูงอายุ ผู้มีภาวะพึ่งพิง ผู้ป่วยแบบประคับประคองหรือระยะท้าย

ก.มีการจัดทำแผนการดูแลหรือการดูแลแบบประคับประคองระยะท้าย โดยทำข้อตกลงระหว่างผู้รับบริการกับผู้มีอำนาจของสถานชีวาภิบาลเป็นลายลักษณ์อักษร (B)

รายการพิจารณา

1. มีการจัดทำข้อตกลงระหว่างผู้รับบริการกับผู้มีอำนาจของสถานชีวาภิบาลเป็นลายลักษณ์อักษร
2. มีแผนการดูแลระยะยาว (Care Plan) สำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง
3. มีแผนการดูแลล่วงหน้า (Advance Care Planning) สำหรับผู้ป่วยประคับประคองหรือระยะท้าย

รายละเอียดและข้อมูลประกอบการพิจารณา

1. มีการจัดทำข้อตกลงบริการ
2. มีแผนการดูแลระยะยาว (Care Plan) สำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง

แผนการดูแลรายบุคคล (Care Plan)⁸ หมายถึง แบบการวางแผนการดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงจาก Care Manager ทีมผู้เชี่ยวชาญ ครอบครัว และผู้ที่เกี่ยวข้องในพื้นที่ โดยผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงสามารถรับรู้ถึงความช่วยเหลือจากทีมผู้ให้การดูแลที่เกี่ยวข้อง โดยแผนการดูแลรายบุคคล (Care Plan) ประกอบด้วย ผลการประเมินสุขภาพตามความจำเป็นตามความเหมาะสมในชุดสิทธิประโยชน์ ความต้องการของผู้สูงอายุและครอบครัวที่มีผลต่อการดำรงชีวิตประจำวัน ประเด็นปัญหาในการดำรงชีวิต เป้าหมายการดำรงชีวิต (เป้าหมายระยะสั้น) เป้าหมายการดูแลช่วยเหลือระยะยาว ข้อควรระวังและบริการนอกเหนือรายสัปดาห์

ระบบการดูแลระยะยาว หรือ Long term care⁹ คือ การจัดบริการสาธารณสุขและบริการสังคมเพื่อตอบสนองความต้องการความช่วยเหลือของผู้ที่ประสบภาวะยากลำบาก เนื่องจากภาวะการถดถอยเรื้อรัง การประสบอุบัติเหตุ ความพิการต่างๆ ตลอดจนผู้สูงอายุที่ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ในชีวิตประจำวัน มีทั้งรูปแบบที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการเป็นบริการสังคมเพื่อบ่มุ่เน้นการฟื้นฟูบำบัดส่งเสริมสุขภาพอย่างสม่ำเสมอ ต่อเนื่อง เพื่อให้คนกลุ่มนี้มีคุณภาพชีวิตที่ดีสามารถดำเนินชีวิตอย่างมีอิสระเท่าที่จะเป็นไปได้ โดยอยู่บนพื้นฐานการเคารพศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์

3. มีแผนการดูแลล่วงหน้า (Advance Care Planning) สำหรับผู้ป่วยประคับประคองหรือระยะท้าย

การวางแผนการดูแลล่วงหน้า (Advance Care Planning)¹⁰ หมายถึง กระบวนการวางแผนดูแลสุขภาพที่ทำไว้ก่อนที่ผู้ป่วยจะหมดความสามารถในการตัดสินใจหรือเข้าสู่ระยะท้ายของชีวิต อาจเป็นทางการหรือไม่เป็นทางการ โดยอาจจะใช้กระบวนการสนทนาปรึกษาร่วมกันระหว่างผู้ป่วย ครอบครัว และทีมบุคลากรสุขภาพ หรือผู้ป่วยอาจทำได้ด้วยตนเอง หรือปรึกษามาชิกครอบครัว หรือปรึกษาศูนย์สุขภาพ

⁸ คู่มือสนับสนุนการบริหารจัดการระบบบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

⁹ คู่มือสนับสนุนการบริหารจัดการระบบบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

¹⁰ ประกาศคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ เรื่องมาตรฐานการวางแผนการดูแลล่วงหน้าสำหรับประเทศไทย (Thai Standard of Advance care planning) พ.ศ. ๒๕๖๕



วัตถุประสงค์ของการวางแผนการดูแลล่วงหน้า

- เพื่อให้บุคลากรด้านสุขภาพทราบถึงความต้องการในการดูแลผู้ป่วยในมิติต่าง ๆ ทราบถึงสิ่งที่ผู้ป่วยให้ความสำคัญหรือให้คุณค่าในการดูแลสุขภาพ จิตใจ สังคม ปัญญา ซึ่งจะช่วยให้นักวิชาการด้านสุขภาพกำหนดแนวทางในการดูแลได้ตรงกับสิ่งที่ผู้ป่วยต้องการ
- เพื่อให้ทราบข้อมูลสุขภาพประจำตัวผู้ป่วย เพราะการบันทึกแผนการดูแลล่วงหน้าจะมีการทำอย่างต่อเนื่อง และปรับเปลี่ยนไปตามการดำเนินโรค และปัจจัยอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง
- กรณีที่ผู้ป่วยไม่สามารถตัดสินใจได้ด้วยตนเองแล้ว แผนการดูแลล่วงหน้าจะใช้เป็นแนวทางที่ทำให้ผู้ประกอบวิชาชีพ ด้านสาธารณสุขทราบถึงความต้องการ คุณค่าและความเชื่อของผู้ป่วย รวมทั้งใช้แผนการดูแลล่วงหน้าเป็นแนวทางตัดสินใจได้ นอกจากนี้ยังมี ประโยชน์มากในกรณีที่มีการเปลี่ยนทีมการดูแล หรือเมื่อผู้ป่วยจำเป็นต้องไปรับการดูแลแบบเร่งด่วนร่วมกับทีมอื่น รวมถึงทราบว่าผู้ป่วยมอบหมายให้ใครเป็นผู้แสดงเจตนาแทนตนเอง

การดูแลแบบประคับประคอง (Palliative Care) หมายถึง การดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะจำกัดการดำรงชีวิต (Life Limiting Conditions) หรือภาวะคุกคามต่อชีวิต (Life Threatening Conditions) โดยมีจุดประสงค์ เพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตและบำบัด เยียวยาและบรรเทาความทุกข์ทางกาย จิต อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ ตั้งแต่ระยะเริ่มต้นของการเจ็บป่วยจนกระทั่งเสียชีวิต โดยครอบคลุมถึงครอบครัวและ ผู้มีความสัมพันธ์ของผู้นั้นด้วย¹¹ โดยเป็นการดูแลตั้งแต่แรกวินิจฉัยว่าเป็นโรคหรือภาวะที่ไม่สามารถรักษาให้หายได้และไม่ตอบสนองต่อการรักษา ซึ่งผู้ป่วยอาจอยู่ได้นานหลายเดือน หรือหลายปีก่อนจะเสียชีวิต เป็นการดูแลระดับพื้นฐาน (Primary Palliative Care)¹² ซึ่งเป็นการผสมผสานการดูแลแบบประคับประคองกับการดูแลสุขภาพทั่วไป ซึ่งไม่ใช่การดูแลผู้ป่วยในช่วงใกล้เสียชีวิตเท่านั้น

หลักการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง¹³ ประกอบด้วย

- การวางแผนการดูแลล่วงหน้า และดำเนินการตามความประสงค์
- กำหนดเป้าหมายการดูแล รวมถึงสถานที่ที่ต้องการได้รับการดูแล และสถานที่เสียชีวิต
- การป้องกันและการจัดการอาการที่ไม่สบาย รวมถึงการจัดการในภาวะวิกฤติ
- การดูแลด้านจิตสังคม และจิตวิญญาณ
- การสนับสนุนด้านการดำรงชีวิตประจำวัน
- การประคับประคองครอบครัว

การดูแลระยะท้าย (End of life Care) หมายถึง การดูแลผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงที่ต้องดูแลระยะยาว โดยผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์ต้องได้รับการดูแลประคับประคอง/ระยะท้าย จะได้รับการดูแลที่สถานชีวาภิบาล หรือที่พักของผู้ป่วย หรือพักค้างแบบกำหนดระยะเวลา หรือพักค้างระยะยาว ที่มีคุณภาพมาตรฐาน ครอบคลุมการบริการทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ภายใต้ความร่วมมือของหน่วยงานภาครัฐ/ ท้องถิ่น และภาคเอกชน

หลักการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย¹⁴ ได้แก่

- ปรีกษาทีมดูแลประคับประคอง หากต้องการความช่วยเหลือในการดูแล
- คาดการณ์อาการล่วงหน้าและวางแผนการรักษา

¹¹ WHO.WHO Definition of Palliative Care [Internet]. WHO. [cited 2012 Dec 30]. Available from: <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>

¹² คณะทำงานพิจารณาศึกษาข้อเสนอการเสริมสุขภาพ ในระยะสุดท้ายของชีวิต(คำสั่งคณะกรรมการการพัฒนาระบบสุขภาพ และกิจการเด็ก เยาวชน สตรี ผู้สูงอายุ คนพิการ และผู้ด้อยโอกาส ๖๓๒/๒๕๕๖). การพัฒนาข้อเสนอเชิงนโยบายการเสริมสุขภาพระยะสุดท้ายของชีวิตรองรับสังคมสูงวัย. 2566.

¹³ คู่มือแนวทางการฝึกอบรมหลักสูตรผู้จัดการดูแลผู้ป่วยสูงอายุ Care manager กระทรวงสาธารณสุข

¹⁴ คู่มือแนวทางการฝึกอบรมหลักสูตรผู้จัดการดูแลผู้ป่วยสูงอายุ Care manager กระทรวงสาธารณสุข



- สื่อสารข้อมูลกับครอบครัว
- ทบทวนยาต่างๆที่ผู้ป่วยได้รับอยู่ในขณะนั้น ยาตัวใดควรใช้ต่อ ตัวใดควรเอาออก พิจารณาวិธีการบริหารยาที่เหมาะสม กรณีที่มึนประคับประคองบริหารยาเพื่อลดอาการปวด หอบเหนื่อย หรือไม่สบาย ผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ (Care Manager) อาจร่วมประเมินความสบายของผู้ป่วย
- ให้การดูแลให้สบาย เช่น การจัดทำ mouth care, skin care, eye care เป็นต้น

หมายเหตุ กรณีสถานชีวาภิบาลเตรียมความพร้อมโดยยังไม่รับผู้ป่วย ให้เตรียมเอกสารไว้

3.2 มีการบันทึกการให้บริการ

ก.มีการบันทึกการให้บริการโดย ผู้ให้บริการตามแผนการดูแลรายบุคคล (B)

รายการพิจารณา

- มีการบันทึกและติดตามการเปลี่ยนแปลงทางสภาวะของผู้รับบริการตามแผนการดูแล

รายละเอียดและข้อมูลประกอบการพิจารณา

- แบบบันทึกการปฏิบัติงานผู้ดูแลผู้สูงอายุ
- แบบบันทึกการดูแลประจำวัน สัปดาห์ หรือเดือน
- แบบบันทึกผลการตรวจวัดสัญญาณชีพ ฯลฯ

หมายเหตุ กรณีสถานชีวาภิบาลเตรียมความพร้อมโดยยังไม่รับผู้ป่วย ให้เตรียมเอกสารไว้

3.3 มีขั้นตอน/แนวทางและการดำเนินงานตามขั้นตอน/แนวทางเพื่อส่งต่อระหว่างสถานชีวาภิบาลและหน่วยบริการในพื้นที่

ก.มีขั้นตอน/แนวทางการปฏิบัติรับส่งต่อระหว่าง สถานชีวาภิบาล กับโรงพยาบาลหรือหน่วยบริการในพื้นที่ (B)

รายการพิจารณา

- มีกระบวนการรับ-ส่งต่อผู้ป่วย

รายละเอียดและข้อมูลประกอบการพิจารณา

- มีกระบวนการหรือแผนผังการรับส่งต่อจากสถานพยาบาลหรือจากหน่วยงานอื่น (Refer In) ประกอบด้วย กระบวนการย่อยตามลำดับ ดังนี้¹⁵
 - กระบวนการรับแจ้งและประสานงาน
 - กระบวนการตรวจสอบข้อมูล
 - กระบวนการประเมินผู้ป่วย

¹⁵ คู่มือแนวทางการฝึกอบรมหลักสูตรผู้จัดการดูแลผู้สูงอายุ Care manager กระทรวงสาธารณสุข



- มีกระบวนการส่งต่อผู้ป่วยไปยังสถานพยาบาลหรือหน่วยงานอื่น (Refer Out) ประกอบด้วย กระบวนการย่อยตามลำดับ ดังนี้¹⁶
 - ติดต่อศูนย์ refer/หน่วยงานที่กำหนด สื่อสารกับผู้ป่วย/ญาติที่จะ Refer Out และ ตรวจสอบสิทธิ และออกหนังสือรับรองสิทธิ
 - ประสานแพทย์/เจ้าหน้าที่/รพ.เกี่ยวข้อง
 - เตรียมการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยที่จะ Refer Out และประสานงานขอใช้รถพยาบาล (ถ้าจำเป็น)
 - เตรียมเอกสารประกอบการ Refer Out เตรียมรถ เตรียมอุปกรณ์ทางการแพทย์และเตรียมบุคลากร ทางแพทย์ที่จะไปกับผู้ป่วย
 - ไปส่งผู้ป่วยที่สถานพินิจหมาย บันทึกอาการ สัญญาณชีพระหว่างนำส่ง และบันทึก ข้อมูล รายละเอียด การ Refer พร้อมเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์

3.4 การดูแล ทั้ง 4 ด้าน คือ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านจิตวิญญาณ และด้านสังคม

ก.มีการจัดบริการครบถ้วนทั้ง 4 ด้าน (B)

รายการพิจารณา

- 1.บริการด้านร่างกาย
- 2.บริการด้านจิตใจ
- 3.บริการด้านจิตวิญญาณ
- 4.บริการด้านสังคม

รายละเอียดและข้อมูลประกอบการพิจารณา

กลุ่มผู้มีภาวะพึ่งพิง

การประเมินผู้ป่วยแบบองค์รวมประกอบด้วย¹⁷ การประเมินด้านต่างๆ ดังนี้

1. ประวัติการเจ็บป่วย
2. อาการทางกาย
3. อาการด้านจิตใจ
4. ความสามารถในการตัดสินใจ
5. การได้รับข้อมูล
6. สภาวะทางสังคม
7. ความต้องการด้านจิตวิญญาณ
8. ความต้องการความช่วยเหลือดำรงชีพ

¹⁶ คู่มือแนวทางการฝึกอบรมหลักสูตรผู้จัดการดูแลผู้สูงอายุ Care manager กระทรวงสาธารณสุข

¹⁷ คู่มือแนวทางการฝึกอบรมหลักสูตรผู้จัดการดูแลผู้สูงอายุ Care manager กระทรวงสาธารณสุข



บริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง¹⁸ ได้แก่

บริการด้านสาธารณสุข เช่น บริการการตรวจคัดกรอง ประเมินความต้องการดูแล บริการดูแลที่บ้าน บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค บริการกายภาพบำบัด บริการกิจกรรมบำบัด บริการด้านการพยาบาล และอุปกรณ์เครื่องช่วยทางการแพทย์ตามที่แผนการดูแลกำหนด เป็นต้น

บริการด้านสังคม เช่น บริการช่วยเหลืองานบ้าน การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน บริการอุปกรณ์ช่วยเหลือ ทางสังคม กิจกรรมนอกบ้าน และอื่นๆ

กลุ่มผู้ป่วยระยะประคับประคองและระยะท้าย

มีประเมินความต้องการการดูแลแบบประคับประคอง เพื่อวางแผนการดูแลทั้ง 4 ด้าน คือ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านจิตวิญญาณ และด้านสังคม

1) ด้านร่างกาย (Physical care)

- (1) สังเกตพฤติกรรมและการเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย
- (2) มีการวางแผนการดูแลล่วงหน้า (Advance Care Planning)
- (3) ดูแลหรือช่วยปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน เช่น ความสะอาดร่างกาย และแผล (ถ้ามี)
- (4) ดูแลหรือจัดทำอาหารที่เหมาะสมกับโรคของผู้ป่วย และการให้อาหารผ่านช่องทางที่เหมาะสม
- (5) ปรับสถานที่หรือสิ่งแวดล้อมให้มีความปลอดภัยในการใช้ชีวิตประจำวัน
- (6) ลดความเจ็บปวดทรมานจากการเจ็บป่วย เช่น การดูแลเรื่องการให้ยา การจัดทำทาง การให้ออกซิเจน เป็นต้น
- (7) การป้องกันการเกิดอุบัติเหตุในผู้ป่วยที่มีปัญหาทางสมอง เช่น การล้ม หลงลืม ทำเรื่องเดิมซ้ำ การไถ่ถาม เป็นต้น
- (8) การป้องกันการเกิดแผลกดทับ การพลิกตะแคงตัวในผู้ป่วยที่ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ การติดเชื้อเพิ่ม
- (9) การดูแลความสะอาดหลังขับถ่ายและการเปลี่ยนผ้าอ้อมสำหรับผู้ป่วยติดเตียง
- (10) การดูแลสุขอนามัยช่องปาก
- (11) ดูแลและทำความสะอาดของอุปกรณ์ เครื่องใช้สำหรับผู้ป่วย เช่น ปอทวดใช้ เครื่องวัดความดัน สายอาหารทางจมูก สายปัสสาวะ เป็นต้น

2) ด้านจิตใจ (Psychological care)¹⁹

- (1) การประเมินสภาพจิตใจผู้ป่วย ซึ่งอาจรวมถึงญาติผู้ป่วย ทั้ง สภาพอารมณ์ (emotion) ความคิด (thought) หรือพฤติกรรม (behavior)
- (2) การให้การปรึกษา (Counseling)
- (3) การใช้เทคนิคผ่อนคลาย : การผ่อนคลายกล้ามเนื้อ การกำหนดลมหายใจ การใช้จินตนาการ การนวด ดนตรีบำบัด สุนัขบำบัด
- (4) การส่งต่อการให้การปรึกษาในกรณีจำเป็น ส่งต่อนักจิตวิทยาหรือจิตแพทย์ กรณีมีภาวะวิตกกังวล หรือภาวะซึมเศร้าที่จำเป็นต้องจัดการอาการ

3) ด้านจิตวิญญาณ (Spiritual care)^{20 21}

¹⁸ คู่มือสนับสนุนการบริหารจัดการระบบบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

¹⁹ พรทวี ยอดมงคล. คู่มือสำหรับประชาชนการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง(Palliative Care) : การดูแลทางจิต อารมณ์ ความรู้สึกของผู้ป่วย และญาติ.สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.). 2559

²⁰ รศ.นพ.ประเสริฐ เลิศสวน สันชัย ,รศ.นพ.อิศรางค์ นุชประยูร,รศ.นพ.พรเลิศรัตน์แก้ว, รศ.นพ.ฉันทชัย สิทธิพันธ์.การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย. บริษัทโรงพิมพ์อักษรสัมพันธ์ (1987) จำกัด.กรุงเทพฯ. 2550

²¹ พรทวี ยอดมงคล. คู่มือสำหรับประชาชนการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง (Palliative Care) : การดูแลทางจิต อารมณ์ ความรู้สึกของผู้ป่วย และญาติ.สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.). 2559



- (1) ประเมินความต้องการการดูแลทางจิตวิญญาณ (เครื่องมือ : การสังเกต การสัมภาษณ์และแบบประเมิน spiritual need²²)
 - (2) สร้างสัมพันธภาพและมีปฏิสัมพันธ์ที่ต่อเนื่องกับผู้ป่วยและครอบครัว รับฟังและรับรู้ ความรู้สึก มีความเห็นอกเห็นใจผู้ป่วย
 - (3) สร้างบรรยากาศที่ก่อให้เกิดการพูดคุยด้านจิตวิญญาณ ช่วยให้ผู้ป่วยค้นหาเป้าหมาย ความหวัง ความหมายของชีวิตของตนเอง สนับสนุนสิ่งที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดความเข้มแข็งภายใน ช่วยให้จิตใจจดจ่อกับสิ่งดีงาม ใช้การนำความคิดและจินตนาการของผู้ป่วย นำพาตนเองออกจากความรู้สึกเจ็บปวดไปสู่สิ่งที่พึงพอใจ โดยใช้เทคนิคต่าง ๆ เช่น การปฏิบัติธรรม, distraction, imagery, hypnosis, music เป็นต้น
 - (4) สื่อสารความต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยให้ครอบครัวและทีมผู้ดูแลได้รับทราบ
 - (5) ส่งเสริมการทำกิจกรรมทางศาสนาหรือปฏิบัติตามวัฒนธรรมและความเชื่อ
 - (6) ช่วยให้ผู้ป่วยอยู่กับความจริง ปลอ่ยวางสิ่งต่างๆ ปลดปล่อยสิ่งที่ค้างคาใจ
 - (7) สร้างบรรยากาศแห่งความสงบ ทำใจให้สงบ เช่น โดยการนั่งสมาธิ สวดมนต์
 - (8) ช่วยให้ผู้ป่วยยอมรับและเตรียมพร้อมสำหรับการจากไป เช่น ได้กล่าวคำอำลา ให้อภัย/ขอโทษกรรม
- 4) ด้านสังคม (Social care)^{23 24}
- (1) การประเมินด้านสังคม หมายถึง การประเมินผลกระทบที่มีต่อการเจ็บป่วย ภาระทางการเงิน/ค่าใช้จ่าย รวมถึงภาวะเหนื่อยล้าของผู้ดูแลด้วย
 - (2) การจัดหาผู้ดูแล ส่งเสริม/สนับสนุนให้ผู้ป่วยและครอบครัวช่วยเหลือตนเองให้ได้มากที่สุด กรณีที่ผู้ป่วยไม่มีญาติหรือไม่มีผู้ดูแล แนะนำให้ปรึกษาและประสานกับนักสังคมสงเคราะห์ เพื่อจัดหาผู้ดูแลหรือสถานสงเคราะห์ในการดูแลผู้ป่วย
 - (3) สนับสนุนผู้ดูแลในการพัฒนาด้านทักษะการดูแลผู้ป่วย (Family Support) สนับสนุนอุปกรณ์การแพทย์ในการดูแลต่อเนื่อง ประสานเครือข่าย/แหล่งบริการด้านสาธารณสุขใกล้บ้านที่เข้าถึงง่าย สะดวกและไม่ต้องเดินทาง
 - (4) ระบบการดูแลผู้ดูแล เช่น respite care, hotline, grief counseling, bereavement clinic
 - (5) ปรึกษา/ประสานกับนักสังคมสงเคราะห์ กรณีที่เป็นปัญหาด้านเศรษฐกิจ หรือ ด้านการเงิน อาจหาแหล่งสนับสนุนช่วยเหลือ แหล่งรายได้ ผูกอาชีพ เป็นต้น
 - (6) การจัดการงานศพ ภายหลังผู้ป่วยเสียชีวิต²⁵
 - การจัดทำหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุข (Living Will)
 - ตั้งศพอยู่ในความสงบ ติดต่อกับงานศพและพิธีกรรมอื่นๆ ตามความเชื่อ
 - หากผู้เสียชีวิตเคยแสดงความจำนงบริจาคอวัยวะไว้ ควรติดต่อศูนย์รับอวัยวะ
 - แจ้งการตายและขอหนังสือรับรองการตาย ที่ฝ่ายทะเบียนสำนักงานเขตท้องที่

²² แบบประเมินพัฒนามาจากแบบประเมินผู้ป่วยระยะเรื้อรังระยะท้าย รพ.ศรีนครินทร์

²³ สุวรรณา กิตติเนาวรัตน์, ชัยนาถ ฤณ นคร และจอนพะจง เพ็ญจาด. (อ้างแล้ว) หน้า 186-187.

²⁴ กิตติพล นาควิโรจน์. คู่มือการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายและครอบครัว. สมาคมบริบาลผู้ป่วยระยะสุดท้าย. บริษัท บียอนด์ เอ็นเทอร์ไพรซ์ จำกัด. 2559

²⁵ กรรณจริยา สุขรุ่ง. (2553). สุขสุดท้ายที่ปลายทาง : เผชิญความตายอย่างสงบ. หน้า 184.

3.5 กรณีที่ดูแลผู้ป่วยระยะท้ายต้องมีระบบสนับสนุนการจัดทำ Living will

ก. มีการให้ข้อมูลและดำเนินการจัดทำ living will ตามมาตรา 12 แห่ง พรบ.สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 ให้กับผู้ป่วยและญาติ ตามแบบบันทึกที่กำหนดในภาคผนวก และมีการสนับสนุนให้ผู้ป่วยสามารถแสดงเจตนาในสิทธิตาม ม.12 ได้ (A)

รายการพิจารณา

- สนับสนุนให้ผู้ป่วยระดับประคองระยะท้าย จัดทำ Living will

รายละเอียดและข้อมูลประกอบการพิจารณา

หนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุข (Living Will) คือ เอกสารซึ่งบุคคลแสดงเจตนาไว้ล่วงหน้าว่าไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตตน หรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วย

3.6 ระบบสนับสนุนบริการ

ก. สถานชีวาภิบาลมีระบบอื่นๆที่สนับสนุน หรือยกระดับคุณภาพบริการให้หลากหลายและครอบคลุมมากขึ้น เช่น ระบบดูแลผู้ให้บริการ จิตอาสา การดูแลครอบครัวหลังเสียชีวิต การเชื่อมโยงกับเครือข่ายภาคประชาสังคม และชุมชนเพื่อจัดกิจกรรมสนับสนุน ได้แก่ กิจกรรมเชิงสันติภาพ การเชิงสร้างอาชีพ ฯลฯ (A)

รายการพิจารณา

รูปแบบกิจกรรมที่สนับสนุนเชิงบริการด้านสุขภาพ ทั้งนี้ ตามบริบทของพื้นที่สอดคล้องวิถีชีวิตทรัพยากรในชุมชน

รายละเอียดและข้อมูลประกอบการพิจารณา

สังเกต/ สอบถาม
ภาพกิจกรรม

บทที่ 4

การขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้านสถานชีวาภิบาล ตามมาตรา 3 แห่งพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2545

หลักการ

ตามพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2545 มาตรา 3 วรรค 2 ได้กำหนดความหมายของสถานบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ไว้ดังนี้

มาตรา 3 (วรรค 2)

“สถานบริการ” หมายความว่า สถานบริการสาธารณสุขของรัฐ ของสภาวิชาชีพไทย หน่วยบริการการประกอบโรคศิลปะสาขาต่างๆ และสถานบริการสาธารณสุขอื่นที่คณะกรรมการกำหนดเพิ่มเติม

“หน่วยบริการ” หมายความว่า สถานบริการที่ได้ขึ้นทะเบียนไว้ตามพระราชบัญญัตินี้

“เครือข่ายหน่วยบริการ” หมายความว่า หน่วยบริการที่รวมตัวกันและขึ้นทะเบียนเป็นเครือข่ายหน่วยบริการตามพระราชบัญญัตินี้

ในการนี้ สำหรับบริการสาธารณสุขบางรายการที่เป็นประโยชน์ และมีความจำเป็นที่ประชาชนยังไม่สามารถเข้าถึงบริการได้อย่างทั่วถึง สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จึงมีแนวทางการดำเนินการสนับสนุนให้เกิดการมีส่วนร่วมของหน่วยงาน องค์กรเอกชน เครือข่ายภาคประชาชน ให้มีส่วนร่วมในการจัดบริการสาธารณสุขตามความพร้อม โดยในการจัดบริการสาธารณสุขของหน่วยงาน องค์กรที่เกี่ยวข้องเหล่านี้จะต้องได้รับการพิจารณาและเห็นชอบ จากคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ให้กำหนดเป็นสถานบริการสาธารณสุขอื่น ที่คณะกรรมการกำหนดเพิ่มเติม

โดยที่เป็นการสมควร คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จึงได้ออกประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง กำหนดสถานบริการสาธารณสุขอื่น เป็นสถานบริการตามพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2545 (ฉบับที่ 5) พ.ศ.2567 ความตามข้อ 3 ให้เพิ่มข้อความต่อไปนี้ เป็นข้อ 3/4 แห่งประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง กำหนดสถานบริการสาธารณสุขอื่น เป็นสถานบริการตามพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2545 และ พ.ศ.2562

“ข้อ 3/4 ให้องค์กรหรือหน่วยงานที่ให้บริการดูแลผู้ป่วยติดเตียง บริการดูแลแบบประคับประคอง และระยะท้ายที่มีลักษณะดังต่อไปนี้ เป็นสถานบริการอื่นที่คณะกรรมการกำหนดเพิ่มเติมตามพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2545

(1) เป็นองค์กรหรือหน่วยงานภาคเอกชนที่มีการดำเนินการให้บริการสาธารณสุขตาม มาตรา 3 แห่งพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2545 และไม่ได้อยู่ภายใต้การกำกับดูแลของพระราชบัญญัติสถานพยาบาล ทั้งที่เป็นนิติบุคคลและไม่เป็นนิติบุคคล

(2) มีคุณสมบัติ โครงสร้าง มาตรฐานบริการตามที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนดและได้รับการรับรองจากหน่วยงานภาครัฐที่เกี่ยวข้อง หรือได้รับการรับรองจากองค์กรที่เป็นนิติบุคคลที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนด

(3) มีบุคลากรที่มีประสบการณ์และได้รับการรับรองสมรรถนะหรือผ่านการอบรมหลักสูตรที่สอดคล้องกับการบริการหรือกิจกรรมที่จะจัดบริการจากหน่วยงานภาครัฐที่เกี่ยวข้องหรือองค์กรเอกชนที่เป็นนิติบุคคลที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนด”



ตามมาตรา 44 แห่งพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2545 กำหนดไว้ว่า ให้สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จัดให้มีการขึ้นทะเบียนหน่วยบริการและเครือข่ายหน่วยบริการ และประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง กำหนดเกณฑ์การตรวจประเมินเพื่อขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการ พ.ศ.2566 ซึ่งใช้เป็นหลักในการตรวจประเมินเพื่อขึ้นทะเบียนหน่วยบริการ โดยตรวจสอบคุณสมบัติของสถานบริการเข้าสู่ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ทั้งนี้ข้อบังคับ สปสช. ว่าด้วยหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการขึ้นทะเบียนหน่วยบริการและเครือข่ายฯ พ.ศ.2558 ได้กำหนดประเภทของหน่วยบริการเป็น 4 ประเภท ได้แก่

1. หน่วยบริการประจำ
2. หน่วยบริการปฐมภูมิ
3. หน่วยบริการที่รับการส่งต่อทั่วไป
4. หน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้าน

ดังนั้น องค์การศาสนาและองค์กรภาคประชาชน ที่มีการให้บริการดูแลผู้ป่วยติดเตียง และบริการดูแลแบบประคับประคองและระยะท้าย ตามแนวทางและตามมาตรฐานที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด จะสามารถสมัครขึ้นทะเบียนเป็น “หน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้านสถานชีวาภิบาล” และได้รับการจ่ายชดเชยค่าบริการ ตามที่หลักเกณฑ์ วิธีการ เงื่อนไข ที่ สปสช. ประกาศกำหนด

การสมัครขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการ ตามมาตรา 3 ฯ ผ่านโปรแกรม One Stop Service

● เอกสารประกอบการสมัครขึ้นทะเบียน

1. บัตรประจำตัวประชาชนผู้ได้รับใบอนุญาต/ผู้มีอำนาจลงนามการดำเนินงานหน่วยชีวาภิบาล
 - 1.1 บุคคลธรรมดา บัตรประชาชน (ลงทะเบียนTHAID)
 - 1.2 นิติบุคคล
 - 1) จัดทะเบียนที่กรมธุรกิจการค้า (เลขที่นิติบุคคล)
 - 2) วัด
 - 2.1) ชื่อวัด ใบอนุญาตจัดตั้งวัด จากสำนักงานพระพุทธศาสนา
 - 2.2) ชื่อเจ้าอาวาส หนังสือสุทธิ
 - (1) การระบุมงคลศักดิ์ที่ได้รับพระราชทานของพระภิกษุในทะเบียนราษฎรของวัด หนังสือสุทธิประกอบกับหลักฐานการได้รับพระราชทานมงคลศักดิ์ของพระภิกษุ ระบุนามตัว ชื่อสกุล ของพระภิกษุ โดยวงเล็บต่อท้ายมงคลศักดิ์ที่ได้รับพระราชทาน
 - (2) พระภิกษุที่ไม่เคยได้รับพระราชทานมงคลศักดิ์ในทะเบียนราษฎรของวัด ให้ใช้คำว่า “พระ” เป็นคำนำหน้านาม โดยให้ใช้คำว่า “พระ” แล้วตามด้วย ชื่อตัว ชื่อสกุล ของพระภิกษุ
2. มีคุณสมบัติ โครงสร้าง มาตรฐานบริการตามที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนดและได้รับการรับรองจากหน่วยงานภาครัฐที่เกี่ยวข้อง หรือได้รับการรับรองจากองค์กรที่เป็นนิติบุคคลที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนด
3. หนังสือรับรองบุคลากรที่มีประสบการณ์และได้รับรองสมรรถนะจากหน่วยงานภาครัฐที่เกี่ยวข้อง หรือองค์กรเอกชนที่เป็นนิติบุคคลที่ สปสช. รับรองหรือมีบุคคลที่ผ่านการอบรมหลักสูตรที่สอดคล้องกับบริการหรือกิจกรรมที่จัดบริการ
4. บัญชีธนาคาร ชื่อบัญชีตรงกับผู้ได้รับอนุญาต (ภาพถ่ายหน้าบัญชีธนาคารแนบเข้าระบบ)



4.1 ธนาคารเพื่อการเกษตรและสหกรณ์ (ธกส.) และ ธนาคารกรุงไทย ไม่เสียค่าธรรมเนียมการโอนเงิน

4.2 ธนาคารอื่นๆ มีค่าธรรมเนียมการโอนเงินตามที่ธนาคารเรียกเก็บ

- ช่องทางการขึ้นทะเบียน

สมัครขึ้นทะเบียนผ่านทางเว็บไซต์ : <https://ossregister.nhso.go.th/>

ระบบขึ้นทะเบียนแบบ One Stop Service สปสช.

<https://ossregister.nhso.go.th>

ช่องทางการติดต่อสอบถามการขึ้นทะเบียนหน่วยบริการใหม่



:ระบบรับสมัครหน่วยบริการใหม่ สปสช.

ทั้งนี้ ในการสมัครขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้านสถานชีวาภิบาล หากมีข้อขัดข้องหรือต้องการประสานงานเพิ่มเติม โปรดติดต่อไปยัง ฝ่ายงานทะเบียน สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเขต ในเขตพื้นที่สถานชีวาภิบาลตั้งอยู่ตามภาคผนวก



ภาคผนวก





ประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
เรื่อง กำหนดสถานบริการสาธารณสุขอื่นเป็นสถานบริการ
ตามพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๔๕ (ฉบับที่ ๕)
พ.ศ. ๒๕๖๗

โดยที่เป็นการสมควรแก้ไขเพิ่มเติมประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
เรื่อง กำหนดสถานบริการสาธารณสุขอื่นเป็นสถานบริการตามพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
พ.ศ. ๒๕๔๕ พ.ศ. ๒๕๖๒

อาศัยอำนาจตามความในบทนิยามคำว่า “สถานบริการ” ในมาตรา ๓ แห่งพระราชบัญญัติ
หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๔๕ ประกอบกับมติของคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
ในการประชุมครั้งที่ ๑๗/๒๕๖๖ เมื่อวันที่ ๒๕ ธันวาคม พ.ศ. ๒๕๖๖ คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
จึงออกประกาศไว้ ดังต่อไปนี้

ข้อ ๑ ประกาศนี้เรียกว่า “ประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง กำหนด
สถานบริการสาธารณสุขอื่นเป็นสถานบริการตามพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๔๕
(ฉบับที่ ๕) พ.ศ. ๒๕๖๗”

ข้อ ๒ ประกาศนี้ให้ใช้บังคับตั้งแต่วันที่ ๒๕ ธันวาคม ๒๕๖๖ เป็นต้นไป

ข้อ ๓ ให้เพิ่มความต่อไปนี้เป็นข้อ ๓/๔ แห่งประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
เรื่อง กำหนดสถานบริการสาธารณสุขอื่นเป็นสถานบริการตามพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
พ.ศ. ๒๕๔๕ พ.ศ. ๒๕๖๒

“ข้อ ๓/๔ ให้องค์กรหรือหน่วยงานที่ให้บริการดูแลผู้ป่วยติดเตียง บริการดูแลแบบประคับประคอง
และระยะท้าย ที่มีลักษณะดังต่อไปนี้ เป็นสถานบริการสาธารณสุขอื่นที่คณะกรรมการกำหนดเพิ่มเติม
ตามพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๔๕

(๑) เป็นองค์กรหรือหน่วยงานที่มีการดำเนินงานการให้บริการสาธารณสุขตามมาตรา ๓
แห่งพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๔๕ และไม่อยู่ภายใต้บังคับแห่งกฎหมายว่าด้วย
สถานพยาบาล ทั้งที่เป็นนิติบุคคลและไม่เป็นนิติบุคคล

(๒) มีคุณสมบัติ โครงสร้าง มาตรฐานบริการตามที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนด
และได้รับการรับรองจากหน่วยงานภาครัฐที่เกี่ยวข้อง หรือได้รับการรับรองจากองค์กรเอกชนที่เป็นนิติบุคคล
ที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนด

(๓) มีบุคลากรที่มีประสบการณ์และได้รับรองสมรรถนะหรือผ่านการอบรมหลักสูตรที่สอดคล้องกับ
การบริการหรือกิจกรรมที่จะจัดบริการจากหน่วยงานภาครัฐที่เกี่ยวข้องหรือองค์กรเอกชนที่เป็นนิติบุคคล
ที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนด”

ประกาศ ณ วันที่ ๓๑ มกราคม พ.ศ. ๒๕๖๗

(นายชลน่าน ศรีแก้ว)

รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข
ประธานกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

เอกสารหมายเลข ๒ แนบท้ายประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
เรื่อง หลักเกณฑ์เพื่อสนับสนุนให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นดำเนินงานและบริหารจัดการ
ระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ พ.ศ. ๒๕๖๑
ลงวันที่ ๑๙ กันยายน ๒๕๖๑

ชุดสิทธิประโยชน์การบริการด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

ประเภทและ กิจกรรมบริการ	ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง			
	กลุ่มที่ ๑ เคลื่อนไหวได้บ้าง และอาจมีปัญหา การกิน หรือการ ขับถ่าย แต่ไม่มีภาวะ สับสนทางสมอง	กลุ่มที่ ๒ เหมือนกลุ่มที่ ๑ แต่มีภาวะสับสน ทางสมอง	กลุ่มที่ ๓ เคลื่อนไหวเองไม่ได้ และอาจมีปัญหาการ กิน หรือการขับถ่าย หรือมีอาการเจ็บป่วย รุนแรง	กลุ่มที่ ๔ เหมือนกลุ่มที่ ๓ และมีการเจ็บป่วย รุนแรง หรืออยู่ใน ระยะท้ายของชีวิต
๑. ประเมินก่อนให้บริการ และวางแผนการดูแล รายบุคคลระยะยาวด้าน สาธารณสุข (Care Plan)	ประเมินและวางแผน โดยผู้จัดการการดูแล ระยะยาวด้าน สาธารณสุข (care manager) และหรือ บุคลากรสาธารณสุข ๑ ครั้ง/ปี	ประเมินและวางแผน โดยผู้จัดการการดูแล ระยะยาวด้าน สาธารณสุข (care manager) และหรือ บุคลากรสาธารณสุข ๑ ครั้ง/ปี	ประเมินและวางแผน โดยผู้จัดการการดูแล ระยะยาวด้าน สาธารณสุข (care manager) และหรือ บุคลากรสาธารณสุข ๑ ครั้ง/ปี	ประเมินและวางแผน โดยผู้จัดการการดูแล ระยะยาวด้าน สาธารณสุข (care manager) และหรือ บุคลากรสาธารณสุข ๑ ครั้ง/ปี
๒. ให้บริการดูแลระยะ ยาวด้านสาธารณสุข โดยบุคลากรสาธารณสุข/ ทีมหมอครอบครัว (กิจกรรม รูปแบบการให้ บริการ และความถี่ในการ ให้บริการ ขึ้นอยู่กับสภาพ ปัญหาของผู้สูงอายุที่มี ภาวะพึ่งพิงแต่ละราย เป็นสำคัญ)	ความถี่ของการให้ บริการอย่างน้อย เดือนละ ๑ ครั้ง ๒.๑ บริการดูแลที่ บ้าน/ชุมชน เพื่อให้ บริการแก่ผู้สูงอายุ ให้คำแนะนำและฝึก สอนแก่ญาติ/ผู้ดูแล ได้แก่ ๒.๑.๑ การดูแลด้าน การพยาบาล เช่น ประเมินสภาวะสุขภาพ ให้ความรู้เรื่องโรคหรือ ความเจ็บป่วย การให้ การพยาบาลทั่วไป การให้คำปรึกษา การป้องกันภาวะเสี่ยง ต่อการเจ็บป่วย/หกล้ม การป้องกันภาวะสมอง เสื่อม ประเมินและ ป้องกันภาวะซึมเศร้า	ความถี่ของการให้ บริการอย่างน้อย เดือนละ ๑ ครั้ง ๒.๑ บริการดูแลที่ บ้าน/ชุมชน เพื่อให้ บริการแก่ผู้สูงอายุ ให้คำแนะนำและฝึก สอนแก่ญาติ/ผู้ดูแล ได้แก่ ๒.๑.๑ การดูแลด้าน การพยาบาล เช่น ประเมินสภาวะสุขภาพ ให้ความรู้เรื่องโรคหรือ ความเจ็บป่วย การให้ การพยาบาลทั่วไป การให้คำปรึกษา การป้องกันภาวะเสี่ยง ต่อการเจ็บป่วย/หกล้ม ประเมินและป้องกัน ภาวะซึมเศร้า บริการ สร้างเสริมสุขภาพ การ	ความถี่ของการให้ บริการอย่างน้อย เดือนละ ๑ ครั้ง ๒.๑ บริการดูแลที่ บ้าน/ชุมชน เพื่อให้ บริการแก่ผู้สูงอายุ ให้คำแนะนำและฝึก สอนแก่ญาติ/ผู้ดูแล ได้แก่ ๒.๑.๑ การดูแลด้าน การพยาบาล เช่น ประเมินสภาวะสุขภาพ ให้ความรู้เรื่องโรคหรือ ความเจ็บป่วย การให้ การพยาบาลทั่วไป การให้คำปรึกษา การป้องกันภาวะเสี่ยง ต่อการเจ็บป่วย การป้องกันภาวะสมอง เสื่อม ประเมินและ ป้องกันภาวะซึมเศร้า	ความถี่ของการให้ บริการอย่างน้อย เดือนละ ๒ ครั้ง ๒.๑ บริการดูแลที่ บ้าน/ชุมชน เพื่อให้ บริการแก่ผู้สูงอายุ ให้คำแนะนำและฝึก สอนแก่ญาติ/ผู้ดูแล ได้แก่ ๒.๑.๑ การดูแลด้าน การพยาบาล เช่น ประเมินสภาวะสุขภาพ ให้ความรู้เรื่องโรคหรือ ความเจ็บป่วย การให้ การพยาบาลทั่วไป การให้คำปรึกษา การป้องกันภาวะเสี่ยง ต่อการเจ็บป่วย ประเมินและป้องกัน ภาวะซึมเศร้า การ ให้บริการพยาบาล

ประเภทและ กิจกรรมบริการ	ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง			
	กลุ่มที่ ๑ เคลื่อนไหวได้บ้าง และอาจมีปัญหา การกิน หรือการ ขับถ่าย แต่ไม่มีภาวะ สับสนทางสมอง	กลุ่มที่ ๒ เหมือนกลุ่มที่ ๑ แต่มีภาวะสับสน ทางสมอง	กลุ่มที่ ๓ เคลื่อนไหวเองไม่ได้ และอาจมีปัญหาการ กิน หรือการขับถ่าย หรือมีอาการเจ็บป่วย รุนแรง	กลุ่มที่ ๔ เหมือนกลุ่มที่ ๓ และมีอาการเจ็บป่วย รุนแรง หรืออยู่ใน ระยะท้ายของชีวิต
	บริการสร้างเสริม สุขภาพและการออก กำลังกายที่เหมาะสม เป็นต้น ๒.๑.๒ การฟื้นฟูสภาพ ร่างกาย เช่น การทำ กายภาพบำบัด การ ทำกิจกรรมบำบัด การ กระตุ้นการกลืน การ ให้บริการแพทย์แผน ไทย/แพทย์ทางเลือก การป้องกันการหกล้ม การป้องกันข้อติด/ ข้อขัด การฝึกผู้ดูแล ในการช่วยเหลือผู้ป่วย เป็นต้น ๒.๑.๓ การดูแลด้าน โภชนาการ เช่น การ ประเมินความสามารถ การบดเคี้ยว การกลืน และภาวะโภชนาการ เพื่อแนะนำ ส่งเสริม และแก้ไขภาวะ โภชนาการที่เหมาะสม รายบุคคล การแนะนำ วางแผนและฝึกสอน	กระตุ้นความรู้ความ เข้าใจ (cognitive stimulation) การให้ บริการพยาบาลเฉพาะ รายตามสภาวะความ เจ็บป่วย เป็นต้น ๒.๑.๒ การฟื้นฟูสภาพ ร่างกาย เช่น การทำ กายภาพบำบัด การ ทำกิจกรรมบำบัด การ กระตุ้นการกลืน การ ให้บริการแพทย์แผน ไทย/แพทย์ทางเลือก การป้องกันการหกล้ม การป้องกันข้อติด/ ข้อขัดการฝึกผู้ดูแล ในการช่วยเหลือผู้ป่วย เป็นต้น ๒.๑.๓ การดูแลด้าน โภชนาการ เช่น การ ประเมินความสามารถ การบดเคี้ยว การกลืน และภาวะโภชนาการ เพื่อแนะนำ ส่งเสริม และแก้ไขภาวะ โภชนาการที่เหมาะสม รายบุคคล การแนะนำ วางแผนและฝึกสอน	บริการสร้างเสริม สุขภาพ การให้บริการ พยาบาลเฉพาะราย เช่น การป้องกัน เฝ้าร วังภาวะแทรกซ้อน การป้องกันและดูแล แผลกดทับ การดูแล สายสวนต่าง ๆ การให้ ออกซิเจน การดูด เสมหะ การประคบ และดูแลเพื่อลดความ ทรมานจากความ เจ็บปวด เป็นต้น ๒.๑.๒ การฟื้นฟูสภาพ ร่างกาย เช่น การทำ กายภาพบำบัด การ ทำกิจกรรมบำบัด การ กระตุ้นการกลืน การ ให้บริการแพทย์แผน ไทย/แพทย์ทางเลือก การป้องกันการตก เตียง การป้องกัน ข้อติด/ข้อขัด การฝึก ผู้ดูแลในการ เคลื่อนย้ายผู้ป่วย เป็นต้น ๒.๑.๓ การดูแลด้าน โภชนาการ เช่น การ ประเมินความสามารถ การบดเคี้ยว การกลืน และภาวะโภชนาการ เพื่อแนะนำ ส่งเสริม และแก้ไขภาวะ โภชนาการที่เหมาะสม รายบุคคล การแนะนำ วางแผนและฝึกสอน	เฉพาะราย เช่น การป้องกัน เฝ้าร วังภาวะแทรกซ้อน การป้องกันและดูแล แผลกดทับ การดูแล สายสวนต่าง ๆ การให้ ออกซิเจน การดูด เสมหะ การประคบ และดูแลเพื่อลดความ ทรมานจากความ เจ็บปวด เป็นต้น ๒.๑.๒ การฟื้นฟูสภาพ ร่างกาย เช่น การทำ กายภาพบำบัด การ ทำกิจกรรมบำบัด การ กระตุ้นการกลืน การ ให้บริการแพทย์แผน ไทย/แพทย์ทางเลือก การป้องกันการตก เตียง การป้องกัน ข้อติด/ข้อขัด การฝึก ผู้ดูแลในการ เคลื่อนย้ายผู้ป่วย เป็นต้น ๒.๑.๓ การดูแลด้าน โภชนาการ เช่น การ ประเมินความสามารถ การบดเคี้ยว การกลืน และภาวะโภชนาการ เพื่อแนะนำ ส่งเสริม และแก้ไขภาวะ โภชนาการที่เหมาะสม รายบุคคล การแนะนำ วางแผนและฝึกสอน

ประเภทและ กิจกรรมบริการ	ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง			
	กลุ่มที่ ๑ เคลื่อนไหวได้บ้าง และอาจมีปัญหา การกิน หรือการ ขับถ่าย แต่ไม่มีภาวะ สับสนทางสมอง	กลุ่มที่ ๒ เหมือนกลุ่มที่ ๑ แต่มีภาวะสับสน ทางสมอง	กลุ่มที่ ๓ เคลื่อนไหวเองไม่ได้ และอาจมีปัญหาการ กิน หรือการขับถ่าย หรือมีอาการเจ็บป่วย รุนแรง	กลุ่มที่ ๔ เหมือนกลุ่มที่ ๓ และมีอาการเจ็บป่วย รุนแรง หรืออยู่ใน ระยะท้ายของชีวิต
	การเตรียมอาหาร ทั่วไป/อาหารเสริม/ อาหารพิเศษ ที่เหมาะสมรายบุคคล ๒.๑.๔ การดูแลด้าน เภสัชกรรม เช่น การ ประเมินความจำเป็น และการใช้ยาที่เหมาะสม กับผู้สูงอายุ การป้อง กันการใช้อาหารหรือ เกินความจำเป็น การป้องกันและเฝ้า ระวังภาวะแทรกซ้อน จากการใช้ยา ให้คำแนะนำ ปรึกษา เรื่องยา เวชภัณฑ์ และผลิตภัณฑ์เสริม อาหารที่เหมาะสม รายบุคคล ๒.๑.๕ การดูแลสุขภาพ ด้านอื่น ๆ ตามความ จำเป็น เช่น การดูแล สุขภาพช่องปาก การ ดูแลด้านสุขภาพ จิต เป็นต้น	การเตรียมอาหาร ทั่วไป/อาหารเสริม/ อาหารพิเศษ ที่เหมาะสมรายบุคคล ๒.๑.๔ การดูแลด้าน เภสัชกรรม เช่น การ ประเมินความจำเป็น และการใช้ยาที่เหมาะสม กับผู้สูงอายุ การป้อง กันการใช้อาหารหรือ เกินความจำเป็น การป้องกันและเฝ้า ระวังภาวะแทรกซ้อน จากการใช้ยา ให้คำแนะนำ ปรึกษา เรื่องยา เวชภัณฑ์ และผลิตภัณฑ์เสริม อาหารที่เหมาะสม รายบุคคล ๒.๑.๕ การดูแลสุขภาพ ด้านอื่น ๆ ตามความ จำเป็น เช่น การดูแล สุขภาพช่องปาก การ ดูแลด้านสุขภาพ จิต เป็นต้น	การเตรียมอาหาร ทั่วไป/อาหารเสริม/ อาหารพิเศษ ที่เหมาะสมรายบุคคล ๒.๑.๔ การดูแลด้าน เภสัชกรรม เช่น การ ประเมินความจำเป็น และการใช้ยาที่เหมาะสม กับผู้สูงอายุ การป้อง กันการใช้อาหารหรือ เกินความจำเป็น การป้องกันและเฝ้า ระวังภาวะแทรกซ้อน จากการใช้ยา ให้คำแนะนำ ปรึกษา เรื่องยา เวชภัณฑ์ และผลิตภัณฑ์เสริม อาหารที่เหมาะสม รายบุคคล แนะนำ ญาติ/ผู้ดูแลในการ จัดเตรียมและการให้ ยาอย่างเหมาะสมกับ ผู้ป่วยเฉพาะราย ๒.๑.๕ การดูแลสุขภาพ ด้านอื่น ๆ ตามความ จำเป็น เช่น การดูแล สุขภาพช่องปาก การ ดูแลด้านสุขภาพ จิต เป็นต้น	การเตรียมอาหาร ทั่วไป/อาหารเสริม/ อาหารพิเศษ ที่เหมาะสมรายบุคคล เช่น การให้อาหารบด ทางสายยาง เป็นต้น ๒.๑.๔ การดูแลด้าน เภสัชกรรม เช่น การ ประเมินความจำเป็น และการใช้ยาที่เหมาะสม กับผู้สูงอายุ การป้อง กันการใช้อาหารหรือ เกินความจำเป็น การป้องกันและเฝ้า ระวังภาวะแทรกซ้อน จากการใช้ยา ให้คำแนะนำ ปรึกษา เรื่องยา เวชภัณฑ์ และผลิตภัณฑ์เสริม อาหารที่เหมาะสม รายบุคคล แนะนำ ญาติ/ผู้ดูแลในการ จัดเตรียมและการให้ ยาอย่างเหมาะสมกับ ผู้ป่วยเฉพาะราย การ บริหารจัดการเพื่อการ เข้าถึงยาปดอย่าง เหมาะสมแก่ผู้ป่วย ๒.๑.๕ การดูแลสุขภาพ ด้านอื่น ๆ ตามความ จำเป็น เช่น การดูแล สุขภาพช่องปาก การ ดูแลด้านสุขภาพ จิต เป็นต้น

KD

ประเภทและ กิจกรรมบริการ	ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง			
	กลุ่มที่ ๑ เคลื่อนไหวได้บ้าง และอาจมีปัญหา การกิน หรือการ ขับถ่าย แต่ไม่มีภาวะ สับสนทางสมอง	กลุ่มที่ ๒ เหมือนกลุ่มที่ ๑ แต่มีภาวะสับสน ทางสมอง	กลุ่มที่ ๓ เคลื่อนไหวเองไม่ได้ และอาจมีปัญหาการ กิน หรือการขับถ่าย หรือมีอาการเจ็บป่วย รุนแรง	กลุ่มที่ ๔ เหมือนกลุ่มที่ ๓ และมีอาการเจ็บป่วย รุนแรง หรืออยู่ใน ระยะท้ายของชีวิต
๓. บริการดูแลที่บ้าน/ ชุมชน และให้คำแนะนำ แก่ญาติและผู้ดูแล โดย ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุ (caregiver) หรือเครือข่าย สุขภาพอื่น ๆ หรือ อาสาสมัคร จิตอาสา (กิจกรรม รูปแบบการให้ บริการ และความถี่ในการ ให้บริการ ขึ้นอยู่กับสภาพ ปัญหาของผู้สูงอายุที่มี ภาวะพึ่งพิงแต่ละรายเป็น สำคัญ ตามคำแนะนำ/ มอบหมายของผู้จัดการ การดูแลระยะยาวด้าน สาธารณสุข)	ความถี่ของการ ให้บริการอย่างน้อย เดือนละ ๒ ครั้ง	ความถี่ของการ ให้บริการอย่างน้อย สัปดาห์ละ ๑ ครั้ง	ความถี่ของการ ให้บริการอย่างน้อย สัปดาห์ละ ๑ ครั้ง	ความถี่ของการ ให้บริการอย่างน้อย สัปดาห์ละ ๒ ครั้ง
	๓.๑ การบริการ สาธารณสุขเบื้องต้น ทั้งด้านการพยาบาล การฟื้นฟูสภาพ การ ทำกายภาพบำบัด การดูแลด้านยา การดูแลโภชนาการ อาจรวมถึงการวัด สัญญาณชีพ และ ตรวจคัดกรองสุขภาพ ตรวจน้ำตาลในเลือด การปฐมพยาบาล การ ช่วยฟื้นคืนชีพพื้นฐาน เป็นต้น	๓.๑. การบริการ สาธารณสุขเบื้องต้น ทั้งด้านการพยาบาล การฟื้นฟูสภาพ การ ทำกายภาพบำบัด การดูแลด้านยา การดูแลโภชนาการ อาจรวมถึงการวัด สัญญาณชีพ การตรวจ น้ำตาลในเลือด การ ปฐมพยาบาล การช่วย ฟื้นคืนชีพพื้นฐาน เป็นต้น	๓.๑ การบริการ สาธารณสุขเบื้องต้น ทั้งด้านการพยาบาล การฟื้นฟูสภาพ การ ทำกายภาพบำบัด การดูแลด้านยา การดูแลโภชนาการ อาจรวมถึงการวัด สัญญาณชีพ การทำ แผล การดูแลสายสวน การตรวจน้ำตาลใน เลือด การปฐมพยาบาล การช่วยฟื้นคืนชีพ พื้นฐาน เป็นต้น	๓.๑ การบริการ สาธารณสุขเบื้องต้น ทั้งด้านการพยาบาล การฟื้นฟูสภาพ การ ทำกายภาพบำบัด การดูแลด้านยา การดูแลโภชนาการ อาจรวมถึงการวัด สัญญาณชีพ การทำ แผล การดูแลสายสวน การตรวจน้ำตาลใน เลือด การให้ออกซิเจน การดูดเสมหะ การปฐม พยาบาล การช่วยฟื้น คืนชีพพื้นฐาน เป็นต้น
	๓.๒ การดูแลสุขภาพ ขั้นพื้นฐาน เช่น การ ดูแลความสะอาด ร่างกาย การดูแลเรื่อง การกินยา การดูแล เรื่องการกินอาหาร เป็นต้น	๓.๒ การดูแลสุขภาพ ขั้นพื้นฐาน เช่น การ ดูแลความสะอาด ร่างกาย การดูแลเรื่อง การกินยา การดูแล เรื่องการกินอาหาร เป็นต้น	๓.๒ การดูแลสุขภาพ ขั้นพื้นฐาน เช่น การ ดูแลความสะอาด ร่างกาย การดูแลเรื่อง การกินยา การดูแล เรื่องการกินอาหาร เป็นต้น	๓.๒ การดูแลสุขภาพ ขั้นพื้นฐาน เช่น การ ดูแลความสะอาด ร่างกาย การดูแลเรื่อง การกินยา การดูแล เรื่องการกินอาหาร เป็นต้น
	๓.๓ การจัดการสภาพ แวดล้อม/บ้านเพื่อการ ฟื้นฟูสภาพ ป้องกัน อุบัติเหตุ และการดูแล ระยะยาว	๓.๓ การจัดการสภาพ แวดล้อม/บ้านเพื่อการ ฟื้นฟูสภาพ ป้องกัน อุบัติเหตุ และการดูแล ระยะยาว/ผู้ป่วยสมอง เสื่อม	๓.๓ การจัดการสภาพ แวดล้อม/บ้านเพื่อการ ฟื้นฟูสภาพและการ ดูแลระยะยาว/ผู้ป่วย นอนติดเตียง	๓.๓ การจัดการสภาพ แวดล้อม/บ้านเพื่อการ ฟื้นฟูสภาพและการ ดูแลระยะยาว/ผู้ป่วย นอนติดเตียง/ระยะ สุดท้าย

ประเภทและ กิจกรรมบริการ	ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง			
	กลุ่มที่ ๑ เคลื่อนไหวได้บ้าง และอาจมีปัญหา การกิน หรือการ ขับถ่าย แต่ไม่มีภาวะ สับสนทางสมอง	กลุ่มที่ ๒ เหมือนกลุ่มที่ ๑ แต่มีภาวะสับสน ทางสมอง	กลุ่มที่ ๓ เคลื่อนไหวเองไม่ได้ และอาจมีปัญหาการ กิน หรือการขับถ่าย หรือมีอาการเจ็บป่วย รุนแรง	กลุ่มที่ ๔ เหมือนกลุ่มที่ ๓ และมีอาการเจ็บป่วย รุนแรง หรืออยู่ใน ระยะท้ายของชีวิต
๔. จัดหาอุปกรณ์ทางการแพทย์ (อุปกรณ์การแพทย์ และอุปกรณ์เครื่องช่วย อาจขอยืมหรือได้รับ จากสิทธิบริการอื่น ๆ เช่น จาก อปท. หน่วย บริการ สถานบริการ หรือภาคเอกชน)	จัดหาอุปกรณ์การแพทย์และอุปกรณ์เครื่องช่วยที่จำเป็นตามสภาพผู้สูงอายุในภาวะพึ่งพิง	จัดหาอุปกรณ์การแพทย์และอุปกรณ์เครื่องช่วยที่จำเป็นตามสภาพผู้สูงอายุในภาวะพึ่งพิง	จัดหาอุปกรณ์การแพทย์ที่จำเป็นตามสภาพผู้สูงอายุในภาวะพึ่งพิง เช่น ที่นอนลม ชุดออกซิเจน เตียงปรับระดับ เป็นต้น	จัดหาอุปกรณ์การแพทย์ที่จำเป็นตามสภาพผู้สูงอายุในภาวะพึ่งพิง เช่น ที่นอนลม ชุดให้ออกซิเจน เตียงปรับระดับ ชุดดูดเสมหะ/ช่องเหลว เป็นต้น
๕. ประเมินผลการดูแล และปรับแผนการดูแลรายบุคคล	โดยผู้จัดการการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขหรือบุคลากรสาธารณสุขอย่างน้อย ๖ เดือน/ครั้ง	โดยผู้จัดการการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขหรือบุคลากรสาธารณสุขอย่างน้อย ๓ เดือน/ครั้ง	โดยผู้จัดการการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขหรือบุคลากรสาธารณสุขอย่างน้อย ๓ เดือน/ครั้ง	โดยผู้จัดการการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขหรือบุคลากรสาธารณสุขอย่างน้อย ๑ เดือน/ครั้ง



สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ

ประกาศคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ
เรื่อง มาตรฐานการวางแผนการดูแลล่วงหน้าสำหรับประเทศไทย
(Thai standards for advance care planning) พ.ศ. ๒๕๖๕

ปัจจุบันสถานพยาบาลภาครัฐและเอกชน สถานที่ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย และสถานที่ดูแลผู้สูงอายุในประเทศไทยหลายแห่งมีการพัฒนาแผนการดูแลล่วงหน้าให้เป็นส่วนหนึ่งในการดูแลสุขภาพ โดยมีการพัฒนาแนวทางการดำเนินการแตกต่างกันตามบริบทและอำนาจหน้าที่ของแต่ละหน่วยงาน ดังนั้น การมีมาตรฐานการวางแผนการดูแลล่วงหน้าสำหรับประเทศไทย (Thai standards for advance care planning) จะส่งผลให้เกิดองค์ความรู้และมาตรฐานแผนการดูแลล่วงหน้าของประเทศไทย ที่ได้รับการยอมรับจากทุกหน่วยงาน สามารถนำไปปฏิบัติได้สอดคล้องกับบริบทของระบบบริการสุขภาพในด้านการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative care) ของประเทศไทย

การวางแผนการดูแลล่วงหน้าเป็นสิทธิโดยธรรมชาติของบุคคลในการจัดการชีวิตและร่างกายของตนเอง ซึ่งรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช ๒๕๖๐ ได้รับรองสิทธิดังกล่าวไว้ นอกจากนี้ ตามมาตรา ๘ และมาตรา ๑๒ แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐ ได้รับรองสิทธิของบุคคลในการตัดสินใจเกี่ยวกับการรับบริการสาธารณสุขไว้ โดยมาตรา ๘ ได้รับรองหลักการของความยินยอมที่ได้รับการบอกกล่าว (Informed consent) ที่บุคคลมีสิทธิยอมรับหรือปฏิเสธการรักษาพยาบาลภายใต้คำแนะนำของผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุข และมาตรา ๑๒ ได้รับรองสิทธิของประชาชนในการทำหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิต หรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วย โดยหนังสือแสดงเจตนา และการวางแผนการดูแลล่วงหน้า เป็นเครื่องมือสื่อสารในกระบวนการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative care)

อาศัยอำนาจตามความในมาตรา ๘ มาตรา ๑๒ และมาตรา ๒๕(๑๐) แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐ ประกอบกับมติการประชุมคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๖/๒๕๖๔ เมื่อวันที่ ๘ พฤศจิกายน ๒๕๖๔ คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติจึงออกประกาศมาตรฐานการวางแผนการดูแลล่วงหน้าสำหรับประเทศไทย (Thai standards for advance care planning) ตามท้ายประกาศนี้ เพื่อให้มีผลบังคับใช้ เพื่อให้หน่วยงานและองค์กรต่าง ๆ นำไปใช้อำนาจหน้าที่ของตนเองต่อไป

ทั้งนี้ ตั้งแต่บัดนี้เป็นต้นไป

ประกาศ ณ วันที่ ๒๕ มกราคม พ.ศ. ๒๕๖๕

(นายอนุทิน ชาญวีรกูล)

รองนายกรัฐมนตรี

ประธานกรรมการสุขภาพแห่งชาติ

สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) : ชั้น ๓ อาคารสุขภาพแห่งชาติ ๘๘/๓๙ หมู่ ๔ ซ.ติวานนท์ ๑๔ ต.ติวานนท์ อ.เมือง จ.นนทบุรี ๑๑๐๐๐
National Health Commission Office : Floor 3, National Health building, 88/39 Moo 4, Soi Tiwanon 14, Tiwanon Rd., Mueang District, Nonthaburi 11000 Thailand
Tel. +66-2832-9000 Fax. +66-2832-9001 www.nationalhealth.or.th Email : nationalhealth@nationalhealth.or.th
"สานพลังปึกแผ่น สร้างสรรค์นโยบายสาธารณะ"



ภาคผนวก ข

แบบประเมินต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง



แบบประเมินความต้องการชุดบริการที่จำเป็นสำหรับผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง

ประเมินครั้งที่.....วันเดือนปีที่ประเมิน.....

คำชี้แจง : Care Manager และ/หรือทีมสหวิชาชีพกับผู้เกี่ยวข้อง ประเมินและบันทึกผลตามข้อมูลที่แท้จริงในช่อง ☐ หรือระบุข้อความใน..... โดยหากไม่มีหัวข้อที่จำเป็นต้องให้บริการให้เว้นคำตอบไว้ โดยพิจารณาความต้องการของผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน ด้วยการประเมิน สังเกต สัมภาษณ์ และตรวจสอบสภาพแวดล้อมที่บ้าน

ส่วนที่ 1 การประเมินผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง

ชื่อ-สกุลผู้สูงอายุ (นาย/นาง/นางสาว).....อายุ.....ปี
วัน/เดือน/ปีเกิด.....เลขบัตรประชาชน.....
บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....

1. ข้อมูลทั่วไป

- | | | | |
|--------------------------------|--|---|---|
| 1.1 ผู้ตอบแบบประเมิน | ☐ ผู้สูงอายุ | ☐ ผู้ดูแลผู้สูงอายุ | ☐ ทั้งผู้สูงอายุและผู้ดูแล |
| 1.2 ผู้สูงอายุ | ☐ มีผู้ดูแล | ☐ ไม่มีผู้ดูแล (ข้ามไปข้อ 1.4 กรณีไม่มีผู้ดูแล) | |
| 1.3 ระยะเวลาที่มีผู้ดูแล |ปี.....เดือน.....วัน | | |
| 1.4 ระดับการศึกษาของผู้สูงอายุ | ☐ ประถมศึกษาปีที่.....
☐ อนุปริญญาหรือ ปวส. | ☐ มัธยมศึกษาปีที่.....หรือ ปวช.
☐ ปริญญาตรีหรือสูงกว่า | ☐ อื่นๆ..... |
| 1.5 ระดับการศึกษาของผู้ดูแล | ☐ ประถมศึกษาปีที่.....
☐ อนุปริญญาหรือ ปวส. | ☐ มัธยมศึกษาปีที่.....หรือ ปวช.
☐ ปริญญาตรีหรือสูงกว่า | ☐ อื่นๆ..... |
| 1.6 ผู้สูงอายุ | ☐ ไม่มีรายได้ | ☐ มีรายได้เฉลี่ย.....บาทต่อเดือน | |
| 1.7 ผู้ดูแล | ☐ ไม่มีรายได้ | ☐ มีรายได้เฉลี่ย.....บาทต่อเดือน | |

2. การประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน

กิจกรรมที่ 1 : รับประทานอาหารเมื่อเตรียมสำรับไว้ให้เรียบร้อยต่อหน้า

- ☐ 0 คะแนน คือ ผู้สูงอายุไม่สามารถตักอาหารเข้าปากได้ ต้องมีคนป้อนให้
- ☐ 1 คะแนน คือ ผู้สูงอายุสามารถตักอาหารเองได้ แต่ต้องมีคนช่วย เช่น ช่วยใช้ช้อนตักเตรียมไว้ให้ หรือตัดเป็นชิ้นเล็ก ๆ ไว้ล่วงหน้า
- ☐ 2 คะแนน คือ ผู้สูงอายุสามารถตักอาหารและช่วยตัวเองได้เป็นปกติ

กิจกรรมที่ 2 : ล้างหน้า แปรงฟัน หวีผม โกนหนวด ในระยะเวลา 24 - 48 ชั่วโมงที่ผ่านมา

- ☐ 0 คะแนน คือ ผู้สูงอายุต้องการความช่วยเหลือในขั้นตอนต่างๆ
- ☐ 1 คะแนน คือ ผู้สูงอายุสามารถทำได้ (รวมทั้ง กรณีที่ผู้สูงอายุสามารถทำได้เอง ถ้าผู้ช่วยเหลือเตรียมอุปกรณ์ไว้ให้แล้ว)

กิจกรรมที่ 3 : การลุกขึ้นนั่งจากที่นอน หรือจากเตียงไปยังเก้าอี้

- ☐ 0 คะแนน คือ ผู้สูงอายุไม่สามารถนั่งได้ (นั่งแล้วจะล้มเสมอ) หรือต้องใช้คน 2 คนช่วยกันยกขึ้น
- ☐ 1 คะแนน คือ ผู้สูงอายุต้องการความช่วยเหลืออย่างมากจึงจะนั่งได้ เช่น ต้องใช้คนที่แข็งแรงหรือมีทักษะ 1 คน หรือใช้คนทั่วไป 2 คน พยุงหรือดันขึ้นมา จึงจะนั่งอยู่ได้
- ☐ 2 คะแนน คือ ผู้สูงอายุต้องการความช่วยเหลือบ้าง เช่น บอกให้ทำตาม หรือช่วยพยุงเล็กน้อย หรือต้องมีคนดูแลเพื่อความปลอดภัย
- ☐ 3 คะแนน คือ ผู้สูงอายุสามารถลุกขึ้นนั่งจากที่นอน หรือจากเตียงไปยังเก้าอี้ได้ด้วยตนเอง

แบบประเมินความต้องการชุดบริการที่จำเป็นสำหรับผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (ต่อ 1)

กิจกรรมที่ 4 : การใช้ห้องน้ำ

- ☐ 0 คะแนน คือ ผู้สูงอายุช่วยเหลือตัวเองในการใช้ห้องน้ำไม่ได้
- ☐ 1 คะแนน คือ ผู้สูงอายุใช้ห้องน้ำเองได้บ้าง (อย่างน้อย คือ การทำความสะอาดตัวเองได้หลังจากเสร็จธุระ) แต่ต้องการความช่วยเหลือในบางสิ่ง
- ☐ 2 คะแนน คือ ผู้สูงอายุสามารถใช้ห้องน้ำเองได้ดี (ขึ้นนั่งและลงจากโถส้วมเองได้ ทำความสะอาดได้เรียบร้อย หลังจากเสร็จธุระ ถอด - ใส่เสื้อผ้าได้เรียบร้อย)

กิจกรรมที่ 5 : การเคลื่อนที่ภายในห้องหรือบ้าน

- ☐ 0 คะแนน คือ ผู้สูงอายุเคลื่อนที่ไปไหนไม่ได้
- ☐ 1 คะแนน คือ ผู้สูงอายุสามารถใช้รถเข็นช่วยเหลือตัวเองให้เคลื่อนที่ได้เอง (ไม่ต้องมีคนเข็นให้) และจะต้องเข้าออก มุมห้องหรือประตูได้
- ☐ 2 คะแนน คือ ผู้สูงอายุสามารถเดิน หรือเคลื่อนที่โดยมีคนช่วย เช่น พยุง หรือบอกให้ทำตาม หรือต้องให้ความ สนใจดูแลเพื่อความปลอดภัย
- ☐ 3 คะแนน คือ ผู้สูงอายุสามารถเดินหรือเคลื่อนที่ได้เอง

กิจกรรมที่ 6 : การสวมใส่เสื้อผ้า

- ☐ 0 คะแนน คือ ผู้สูงอายุต้องมีคนสวมใส่เสื้อผ้าให้ ช่วยเหลือตัวเองแทบไม่ได้ หรือช่วยเหลือตัวเองได้น้อย
- ☐ 1 คะแนน คือ ผู้สูงอายุสามารถช่วยเหลือตัวเองได้ประมาณร้อยละ 50 ที่เหลือต้องมีคนช่วย
- ☐ 2 คะแนน คือ ผู้สูงอายุสามารถช่วยเหลือตัวเองได้ดี (รวมทั้งการติดกระดุม รูดซิป หรือใช้เสื้อผ้าที่ดัดแปลงให้ เหมาะสมก็ได้)

กิจกรรมที่ 7 : การขึ้นลงบันได 1 ชั้น

- ☐ 0 คะแนน คือ ผู้สูงอายุไม่สามารถขึ้นลงบันไดได้เลย
- ☐ 1 คะแนน คือ ผู้สูงอายุต้องการคนช่วยในการขึ้นลงบันได
- ☐ 2 คะแนน คือ ผู้สูงอายุสามารถขึ้นลงบันไดได้เอง (ถ้าต้องใช้เครื่องช่วยเดิน เช่น walker จะต้องเอาขึ้นลงได้ด้วย)

กิจกรรมที่ 8 : การอาบน้ำ

- ☐ 0 คะแนน คือ ผู้สูงอายุต้องมีคนช่วย หรืออาบน้ำให้
- ☐ 1 คะแนน คือ ผู้สูงอายุสามารถอาบน้ำเองได้

กิจกรรมที่ 9 : การกลั้นการถ่ายอุจจาระในระยะ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา

- ☐ 0 คะแนน คือ ผู้สูงอายุกลั้นอุจจาระไม่ได้ หรือต้องการการสวนอุจจาระอยู่เสมอ
- ☐ 1 คะแนน คือ ผู้สูงอายุกลั้นอุจจาระไม่ได้บางครั้ง (เป็นน้อยกว่า 1 ครั้งต่อสัปดาห์)
- ☐ 2 คะแนน คือ ผู้สูงอายุสามารถกลั้นอุจจาระได้เป็นปกติ

กิจกรรมที่ 10 : การกลั้นปัสสาวะในระยะ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา

- ☐ 0 คะแนน คือ ผู้สูงอายุกลั้นปัสสาวะไม่ได้ หรือใส่สายสวนปัสสาวะแต่ไม่สามารถดูแลเองได้
- ☐ 1 คะแนน คือ ผู้สูงอายุกลั้นปัสสาวะไม่ได้บางครั้ง (เป็นน้อยกว่าวันละ 1 ครั้ง)
- ☐ 2 คะแนน คือ ผู้สูงอายุสามารถกลั้นปัสสาวะได้เป็นปกติ

คะแนนรวมข้อ 2.....

แบบประเมินความต้องการชุดบริการที่จำเป็นสำหรับผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (ต่อ 2)

3. ด้านสุขภาพกลุ่มอาการของผู้สูงอายุ

ด้านที่ 1 ความคิดความจำ

ให้ทำการทดสอบด้านความคิดความจำ (Mini-Cog) (ควรมีญาติ/ผู้ดูแลร่วมทดสอบด้วย)

- 1) Three Word Registration ผู้ทดสอบบอกผู้ถูกทดสอบว่า “ให้ตั้งใจฟังดีๆ เดี่ยวจะบอกคำ 3 คำ เมื่อฟังจบแล้ว ให้พูดตามและจำไว้ เดี่ยวจะกลับมาถามซ้ำ (ยังไม่คิดคะแนน) <หลานสาว สวรรค์ ภูเขา>
- 2) Clock Drawing (2 คะแนน) ให้ผู้สูงอายุหรือผู้ถูกทดสอบวาดรูปนาฬิกา โดยใส่ตัวเลขและเข็มนาฬิกาที่เวลา 11.10 น.
☐ ทำได้ (2 คะแนน) ☐ ทำไม่ได้ (0 คะแนน)
- 3) Three Word Recall (3 คะแนน) ให้ผู้สูงอายุบอกคำ 3 คำที่ให้จำเมื่อสักครู่ว่ามีอะไรบ้าง
☐ จำไม่ได้/ตอบไม่ได้ (0 คะแนน) ☐ ตอบได้ 1 คำ (1 คะแนน)
☐ ตอบได้ 2 คำ (2 คะแนน) ☐ ตอบได้ครบทั้ง 3 คำ (3 คะแนน)

รวมคะแนน (เต็ม 5 คะแนน) ได้ 4 – 5 คะแนน : ปกติ

ได้ ≤ 3 คะแนน : มีความเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อม

ด้านที่ 2 การเคลื่อนไหวร่างกาย

- 1) TUGT: ให้ผู้สูงอายุเดินไปด้วยระยะทาง 3 เมตร แล้วเดินอ้อมกลับตัวเพื่อเดินกลับด้วยระยะทาง 3 เมตรความเร็วปกติ
☐ ใช้ระยะเวลา < 12 วินาที : ปกติ
☐ ใช้ระยะเวลา ≥ 12 วินาที : มีความเสี่ยงต่อภาวะหกล้ม
- 2) คำถาม : ผู้สูงอายุมีประวัติหกล้มภายใน 6 เดือน อย่างน้อย 1 ครั้งหรือไม่
☐ มีประวัติหกล้ม : มีความเสี่ยงต่อภาวะหกล้ม
☐ ไม่มีประวัติหกล้ม : ปกติ

ด้านที่ 3 การขาดสารอาหาร

- 1) คำถาม : ผู้สูงอายุมีน้ำหนักของท่อนลดลงมากกว่า 3 กิโลกรัม ในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมาหรือไม่ (โดยไม่ตั้งใจลดน้ำหนัก)
☐ มี : มีความเสี่ยงต่อการขาดสารอาหาร
☐ ไม่มี : ปกติ
- 2) คำถาม : ผู้สูงอายุมีความอยากอาหารลดลงหรือไม่
☐ มี : มีความเสี่ยงต่อการขาดสารอาหาร
☐ ไม่มี : ปกติ

ด้านที่ 4 การมองเห็น

- 1) คำถาม : ผู้สูงอายุมีปัญหาใดๆ เกี่ยวกับดวงตาของท่าน เช่น การมองเห็นระยะไกล การอ่านหนังสือ หรือไม่
☐ มี : มีความเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพทางตา
☐ ไม่มี : ปกติ

ด้านที่ 5 การได้ยิน

- 1) Finger rub test : ผู้ทดสอบถูนิ้วโป้งกับนิ้วชี้ หน้าที่ของผู้สูงอายุเบาๆ (ห่างจากหูประมาณ 1 นิ้ว) ที่ละข้าง ทั้งซ้ายและขวา
☐ ได้ยินข้างเดียว หรือไม่ได้ยินทั้ง 2 ข้าง : มีความเสี่ยงต่อปัญหาการได้ยิน
☐ ได้ยินทั้ง 2 ข้าง : ปกติ

แบบประเมินความต้องการชุดบริการที่จำเป็นสำหรับผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (ต่อ 3)

ด้านที่ 6 ภาวะซึมเศร้าและความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย

1) คำถาม : ใน 2 สัปดาห์ที่ผ่านมาจนถึงวันนี้ ท่านรู้สึกไม่สบายใจ เช่น ทุกข์ใจ เศร้า ท้อแท้ ซึม หงอย

☐ มี : เสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้า

☐ ไม่มี : ปกติ

2) คำถาม : ใน 2 สัปดาห์ที่ผ่านมาจนถึงวันนี้ ท่านรู้สึกเบื่อ ไม่อยากพูด ไม่อยากทำอะไร หรือทำอะไรก็ไม่สนุกเพลิดเพลินเหมือนเดิม

☐ มี : เสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้า

☐ ไม่มี : ปกติ

3) คำถาม : 1 เดือนที่ผ่านมาจนถึงวันนี้ ท่านมีความรู้สึกทุกข์ใจจนไม่อยากมีชีวิตอยู่หรือไม่

☐ มี : เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย

☐ ไม่มี : ปกติ

ด้านที่ 7 การกลืนปัสสาวะ

1) คำถาม : มีปัสสาวะเล็ด หรือปัสสาวะราด จนทำให้เกิดปัญหาในชีวิตประจำวันหรือไม่

☐ มี : มีความเสี่ยงต่อภาวะกลืนปัสสาวะไม่อยู่

☐ ไม่มี : ปกติ

ด้านที่ 8 การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน

1) คำถาม : ความสามารถในการช่วยเหลือตัวเองของท่าน ในการทำกิจวัตรประจำวันโดยไม่ต้องพึ่งคนอื่น ลดลงหรือไม่

(กินอาหาร ล้างหน้า แปรงฟัน หวีผม ลุกจากที่นอนหรือเตียง เข้าห้องน้ำ เคลื่อนที่ไปมาในบ้าน สวมใส่เสื้อผ้า ขึ้นลงบันได 1 ชั้น อาบน้ำ กลั้นอุจจาระ)

☐ ลดลง : มีความเสี่ยงต่อภาวะพึ่งพิง

☐ ไม่ลดลง : ปกติ

ด้านที่ 9 สุขภาพช่องปาก

1) คำถาม : มีความยากลำบากในการเคี้ยวอาหารแข็งหรือไม่

☐ มี : มีความเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพช่องปาก

☐ ไม่มี : ปกติ

2) คำถาม : มีอาการเจ็บปวดในช่องปากหรือไม่

☐ มี : มีความเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพช่องปาก

☐ ไม่มี : ปกติ

4. ภาวะกลืนลำบาก

4.1 ผู้สูงอายุใช้ฟันปลอมที่ไม่อยู่ในสภาพดี/ฟันแท้ใช้งานน้อยกว่า 20 ซี่

☐ มี (1 คะแนน)

☐ ไม่มี (0 คะแนน)

4.2 ผู้สูงอายุต้องกินอาหารทางสายงูหรือหน้าท้อง

☐ มี (1 คะแนน)

☐ ไม่มี (0 คะแนน)

4.3 ผู้สูงอายุกินอาหารต่อมือน้อยและมีลักษณะผอมแห้งแรงน้อย

☐ มี (1 คะแนน)

☐ ไม่มี (0 คะแนน)

4.4 ผู้สูงอายุเบื่ออาหาร หรือกินอาหารช้า ๆ แต่ไม่ถูกหลักโภชนาการ

☐ มี (1 คะแนน)

☐ ไม่มี (0 คะแนน)

4.5 ผู้สูงอายุมีน้ำลายไหล

☐ มี (1 คะแนน)

☐ ไม่มี (0 คะแนน)

4.6 ผู้สูงอายุพูดไม่ชัด

☐ มี (1 คะแนน)

☐ ไม่มี (0 คะแนน)

คะแนนรวมข้อ 4.....

แบบประเมินความต้องการชุดบริการที่จำเป็นสำหรับผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (ต่อ 4)

5. ด้านสังคม

5.1 การอยู่อาศัย หรือผู้ดูแลเมื่อเจ็บป่วย

- ☐ 0 คะแนน คือ ไม่ได้อยู่คนเดียว หรือมีผู้ดูแลเมื่อเจ็บป่วย
☐ 1 คะแนน คือ อยู่คนเดียว หรือไม่มีผู้ดูแลเมื่อเจ็บป่วย

5.2 ลักษณะที่อยู่อาศัย

- ☐ 0 คะแนน คือ มั่นคงแข็งแรง หรือไม่มั่นคงแต่ไม่มีผลต่อความปลอดภัยในชีวิตและสุขภาพ
☐ 1 คะแนน คือ ไม่มีที่อยู่อาศัย หรือมีที่อยู่อาศัยแต่ไม่ปลอดภัยต่อชีวิตและสุขภาพ

5.3 ความเพียงพอของรายได้ในการดำเนินชีวิตประจำวัน

- ☐ 0 คะแนน คือ เพียงพอ
☐ 1 คะแนน คือ ไม่เพียงพอ

5.4 ผู้สูงอายุอยู่อาศัยในบ้านหลังเดียว หรือบริเวณเดียวกับบุตรหลาน หรือไม่

- ☐ 0 คะแนน คือ ใช่
☐ 1 คะแนน คือ ไม่ใช่

5.5 ผู้สูงอายุมีกิจกรรมทางกายอย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 วัน ใช่หรือไม่

- ☐ 0 คะแนน คือ ใช่
☐ 1 คะแนน คือ ไม่ใช่

5.6 ผู้สูงอายุเคยถูกทำร้ายร่างกาย หรือถูกเอารัดเอาเปรียบ ใช่หรือไม่

- ☐ 0 คะแนน คือ ไม่ใช่
☐ 1 คะแนน คือ ใช่

5.7 ผู้สูงอายุเคยเข้าร่วมอบรม ศึกษา เรียนรู้ จากหน่วยงาน องค์กร หรือชมรมผู้สูงอายุ ใช่หรือไม่

- ☐ 0 คะแนน คือ ใช่
☐ 1 คะแนน คือ ไม่ใช่

5.8 ผู้สูงอายุเคยรับทราบข้อมูลด้านสิทธิประโยชน์ของผู้สูงอายุ ใช่หรือไม่

- ☐ 0 คะแนน คือ ใช่
☐ 1 คะแนน คือ ไม่ใช่

5.9 ผู้สูงอายุได้ปฏิบัติตามศาสนิกตามศาสนาที่นับถือ ใช่หรือไม่

- ☐ 0 คะแนน คือ ใช่
☐ 1 คะแนน คือ ไม่ใช่

5.10 ผู้สูงอายุได้เข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม อย่างน้อยเดือนละ 1 ครั้ง ใช่หรือไม่

- ☐ 0 คะแนน คือ ใช่
☐ 1 คะแนน คือ ไม่ใช่

คะแนนรวมข้อ 5.....

แบบประเมินความต้องการชุดบริการที่จำเป็นสำหรับผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (ต่อ 5)

การแปลผลส่วนที่ 1 เพื่อจัดกลุ่มผู้สูงอายุตามการมีภาวะพึ่งพิง

การประเมิน	ติดสังคม	ติดบ้าน	ติดเตียง
1. ข้อมูลทั่วไป			
2. การประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน	☐ 12 – 20	☐ 5 – 11	☐ 0 – 4
3. ด้านสุขภาพ			
ด้านที่ 1 ความคิดความจำ	☐ ปกติ	☐ เสี่ยง	
ด้านที่ 2 การเคลื่อนไหวร่างกาย	☐ ปกติ	☐ เสี่ยง	
ด้านที่ 3 การขาดสารอาหาร	☐ ปกติ	☐ เสี่ยง	
ด้านที่ 4 การมองเห็น	☐ ปกติ	☐ เสี่ยง	
ด้านที่ 5 การได้ยิน	☐ ปกติ	☐ เสี่ยง	
ด้านที่ 6 ภาวะซึมเศร้าและความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย	☐ ปกติ	☐ เสี่ยง (ซึมเศร้า / ฆ่าตัวตาย)	
ด้านที่ 7 การกลืนปัสสาวะ	☐ ปกติ	☐ เสี่ยง	
ด้านที่ 8 การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน	☐ ปกติ	☐ เสี่ยง	
ด้านที่ 9 สุขภาพช่องปาก	☐ ปกติ	☐ เสี่ยง	
4. ภาวะกลืนลำบาก	☐ 0	☐ 1 – 6	
5. ด้านสังคม	☐ 0	☐ 1 – 10	

ส่วนที่ 2 การประเมินความต้องการชุดบริการที่จำเป็นในการดูแลระยะยาว

1. ความต้องการในการดูแลทางการแพทย์

โรคเบาหวาน	☐ ไม่มี	☐ ควบคุมได้	☐ ควบคุมไม่ได้
โรคความดันโลหิตสูง	☐ ไม่มี	☐ ควบคุมได้	☐ ควบคุมไม่ได้
โรคหัวใจขาดเลือด	☐ ไม่มี	☐ ควบคุมได้	☐ ควบคุมไม่ได้
โรคหลอดเลือดสมอง	☐ ไม่มี	☐ ควบคุมได้	☐ ควบคุมไม่ได้
โรคมะเร็ง	☐ ไม่มี	☐ ควบคุมได้	☐ ควบคุมไม่ได้
โรคข้อเข่าเสื่อม	☐ ไม่มี	☐ ควบคุมได้	☐ ควบคุมไม่ได้
วัณโรค	☐ ไม่มี	☐ ควบคุมได้	☐ ควบคุมไม่ได้
อื่นๆ.....	☐ ไม่มี	☐ ควบคุมได้	☐ ควบคุมไม่ได้

2. การดูแล

2.1 การตรวจรักษาเพิ่มเติมจากแพทย์และ/หรือพยาบาลเกี่ยวกับ

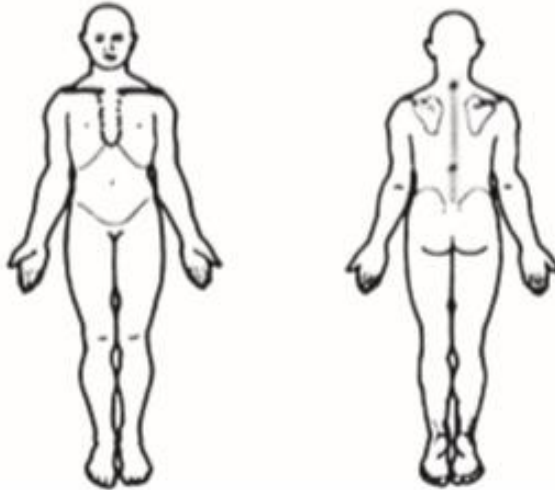
☐ ปัญหาหกล้ม	☐ ปัญหาอนไม่หลับ	☐ ปัญหาสุขภาพช่องปาก
☐ ปัญหาสุขภาพจิต	☐ ปัญหาการกลืนปัสสาวะ/อุจจาระ	☐ อื่นๆ.....
โดย ☐ การเยี่ยมบ้าน ปีละ.....ครั้ง		
☐ การออกหน่วยบริการสุขภาพชุมชน ปีละ.....ครั้ง		
☐ การไป รพ.ชุมชน/ จังหวัด.....		
☐ การไป รพ.เฉพาะทาง.....		

แบบประเมินความต้องการชุดบริการที่จำเป็นสำหรับผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (ต่อ 6)

2.2 การได้รับเครื่องมือ/อุปกรณ์ช่วย

- | | |
|--|---|
| ☐ แว่นสายตาช่วยการมองเห็น | ☐ เครื่องช่วยฟัง |
| ☐ เก้าอี้นั่งขับถ่าย | ☐ หม้อรองขับถ่าย |
| ☐ ราวจะเขย็น/เดิน | ☐ ไม่ทำ.....ขา สำหรับการเดินทางราบ หรือเดินขึ้นลงบันได |
| ☐ วอร์คเกอร์/ เครื่องช่วยเดินที่มีล้อ | ☐ ล้อเข็นด้วยมือ/ไฟฟ้า ☐ อื่นๆ..... |

- 2.3 การสัญลักษณ์ 1) ระบุความเจ็บปวดด้วยเครื่องหมาย ☐ หรือ ☒
- 2) ระบุความบกพร่องด้วยเครื่องหมาย ☒ ที่ตำแหน่งกล้ามเนื้อ ข้อต่อ อวัยวะ



2.4 การส่งปรึกษาสหวิชาชีพด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพ

- ☐ นักกายภาพบำบัด รพ.....
- เรื่อง ☐ การมีกิจกรรมทางกาย ☐ การใช้เครื่องมือทางกายภาพบำบัด
- ☐ การใช้หัตถการทางกายภาพบำบัด ☐ อื่นๆ.....
- ☐ นักกิจกรรมบำบัด รพ.....
- เรื่อง ☐ การทำกิจวัตรประจำวันขั้นสูง ☐ การพัฒนาทักษะทำงาน/การศึกษา
- ☐ การพัฒนาทักษะการใช้เวลาว่าง ☐ การพัฒนาทักษะการเข้าสังคม/ช่วยเหลือผู้อื่น
- ☐ อื่นๆ.....
- ☐ นักแก้ไขการพูด รพ.....
- เรื่อง ☐ การฝึกพูดและสื่อสาร ☐ การฝึกกลืน
- ☐ อื่นๆ.....

2.5 ความต้องการในการดูแลทางการแพทย์อื่นๆ ได้แก่

- ☐
- ☐
- ☐

แบบประเมินความต้องการชุดบริการที่จำเป็นสำหรับผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (ต่อ 7)

3. ความต้องการในการดูแลทางสังคม

3.1 ผู้สูงอายุต้องการ

- | | | |
|---|--|---|
| ☐ ผู้ดูแลที่ไม่มีปัญหาสุขภาพ | ☐ ผู้ดูแลพบแพทย์ | ☐ ผู้ดูแลที่ผ่านการอบรมเรื่อง..... |
| ☐ การจัดหาและเตรียมอาหาร | ☐ การรับประทานอาหาร | ☐ การอาบน้ำ/สระผม |
| ☐ การสวมใส่เสื้อผ้า/แต่งกาย | ☐ อื่นๆ..... | |

รูปแบบการบริการ**ในบ้าน** คือ มีผู้ดูแลฝึก และช่วยเหลือในด้าน

- | | | |
|--|---|--|
| ☐ การขับถ่าย/การใช้ห้องน้ำ และการทำความสะอาดภายหลังการขับถ่าย | | |
| ☐ การเทปัสสาวะ | ☐ การเทอุจจาระ | ☐ การบริการอุปกรณ์ช่วยเหลือในการขับถ่าย |
| ☐ การนอนหลับ | ☐ การทำความสะอาดบ้าน | ☐ การซักผ้า/รีดผ้า |
| ☐ การใช้โทรศัพท์ | ☐ การจ่ายซื้อของใช้ส่วนตัว | ☐ การรับประทานยา |
| ☐ เป็นเพื่อนคุย/ เพื่อนให้กำลังใจ | ☐ ทำงานศิลปะ/ ดนตรี | ☐ การออกกำลังกาย/ นันทนาการ |
| ☐ การบริการอาหาร | ☐ เติ่ง/หมอนรองป้องกันแผลกดทับ | ☐ อื่นๆ..... |

รูปแบบการบริการ**ในชุมชน/ เครือข่าย** ด้าน

- | | | |
|---|--|---|
| ☐ การบริการรถรับส่งระยะไกล | ☐ การเข้าร่วมชมรมผู้สูงอายุ | ☐ การเข้าร่วมกิจกรรมในชุมชน |
| ☐ การไปศาสนสถาน | ☐ การไปตลาด | ☐ การเดินทางไปธนาคาร/ ตู้ ATM |
| ☐ การอบรมเพื่อฝึกอาชีพ | ☐ การได้รับข้อมูลข่าวสาร | ☐ การส่งเสริมการศึกษา (โรงเรียนผู้สูงอายุ) |
| ☐ การส่งเสริมพัฒนาตนเอง | ☐ กิจกรรมนันทนาการ/ กีฬา | ☐ การได้รับการช่วยเหลือจาก อสม./ อพส. |
| ☐ การรับเบี้ยยังชีพ/ เบี้ยผู้พิการ | ☐ การบริการฝากดูแลกลางวัน | ☐ การบริการฝากดูแลชั่วคราว |
| ☐ การสนับสนุนด้านจิตใจ | ☐ อื่นๆ..... | |

3.2 การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยโดย

- | | | |
|--|--|---|
| ☐ ส่งปรึกษาเพื่อประเมินปรับสภาพบ้าน เช่น สถาปนิก วิศวกร นายช่าง สหวิชาชีพ ฯลฯ | | |
| ☐ การปรับสภาพห้องน้ำ/ห้องนอน/ห้องครัว/พื้นที่ภายในบ้าน | | |
| ☐ การปรับทางเข้าบ้าน | ☐ การปรับความสูงของบันได | ☐ การเพิ่มความกว้างของประตู |
| ☐ การเพิ่มความสูงของเตียง/โต๊ะ | ☐ การเพิ่มราวจับ/ราวเกาะยืน | ☐ การติดตั้งอุปกรณ์ช่วยกิจวัตรประจำวัน |
| ☐ อื่นๆ..... | | |

3.3 การหารายได้และความมั่นคงในครอบครัว

- | | |
|---|--|
| ☐ ผู้ดูแลไม่มีรายได้และต้องการประกอบอาชีพที่บ้าน | ☐ ผู้ดูแลมีรายได้ไม่เพียงพอและต้องการประกอบอาชีพที่บ้าน |
| ☐ ผู้ดูแลต้องการประกอบอาชีพยกบ้านโดยมีผู้ดูแลคนใหม่แทน | |
| ☐ ผู้ดูแลต้องการฝึกประกอบอาชีพ (ใน/นอกร้าน) | ☐ ผู้สูงอายุต้องการฝึกประกอบอาชีพ (ใน/นอกร้าน) |
| ☐ ผู้ดูแลประกอบอาชีพไม่ได้ แต่ต้องการเงินสงเคราะห์ | ☐ ผู้สูงอายุประกอบอาชีพไม่ได้ แต่ต้องการเงินสงเคราะห์ |
| ☐ อื่นๆ..... | |

3.4 ความต้องการอื่นๆ ได้แก่.....

นัดหมายเพื่อประเมินซ้ำ ☐ 6 เดือน ☐ 9 เดือน ☐ 12 เดือน ระบุวัน/เดือน/ปี.....

ลงชื่อผู้ประเมิน.....

แบบประเมินระดับผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง ฉบับสวนดอก

(Palliative Performance Scale for adult Suandok) (PPS Adult Suandok)

ระดับ PPS ร้อยละ	การเคลื่อนไหว	การปฏิบัติกิจกรรม และการดำเนินโรค	การทำกิจวัตร ประจำวัน	การ รับประทานอาหาร	ระดับ ความรู้สึกตัว
100	เคลื่อนไหวปกติ	ทำกิจกรรมและทำงานได้ตามปกติ และ ไม่มีอาการของโรค	ทำได้เอง	ปกติ	รู้สึกตัวดี
90	เคลื่อนไหวปกติ	ทำกิจกรรมและทำงานได้ตามปกติ และมีอาการของโรคบางอาการ	ทำได้เอง	ปกติ	รู้สึกตัวดี
80	เคลื่อนไหวปกติ	ต้องออกแรงอย่างมากในการทำ กิจกรรมตามปกติ และมีอาการของโรคบางอาการ	ทำได้เอง	ปกติ หรือ ลดลง	รู้สึกตัวดี
70	ความสามารถในการ เคลื่อนไหวลดลง	ไม่สามารถทำงานได้ตามปกติ และมีอาการของโรค อย่างมาก	ทำได้เอง	ปกติ หรือ ลดลง	รู้สึกตัวดี
60	ความสามารถในการ เคลื่อนไหวลดลง	ไม่สามารถทำงานอดิเรกหรือ งานบ้านได้ และมีอาการของโรคอย่างมาก	ต้องการความ ช่วยเหลือ เป็นบางครั้ง/ บางเรื่อง	ปกติ หรือ ลดลง	รู้สึกตัวดี หรือ สับสน
50	นั่ง หรือ นอน เป็นส่วนใหญ่	ไม่สามารถทำงานได้เลย และมีอาการของโรค	ต้องการความ ช่วยเหลือ มากขึ้น	ปกติ หรือ ลดลง	รู้สึกตัวดี หรือ สับสน
40 %	นอนอยู่บนเตียงเป็น ส่วนใหญ่	ทำกิจกรรมได้น้อยมาก และมีอาการของโรค	ต้องการความ ช่วยเหลือเป็น ส่วนใหญ่	ปกติ หรือ ลดลง	รู้สึกตัวดี หรือ ง่วงซึม +/- สับสน
30	นอนอยู่บนเตียง ตลอดเวลา	ไม่สามารถทำกิจกรรมใดๆ และมีอาการของโรค	ต้องการ ความช่วยเหลือ ทั้งหมด	ปกติ หรือ ลดลง	รู้สึกตัวดี หรือ ง่วงซึม +/- สับสน
20	นอนอยู่บนเตียง ตลอดเวลา	ไม่สามารถทำกิจกรรมใดๆ และมีอาการของโรค	ต้องการ ความช่วยเหลือ ทั้งหมด	จิบน้ำ ได้เล็กน้อย	รู้สึกตัวดี หรือ ง่วงซึม +/- สับสน
10	นอนอยู่บนเตียง ตลอดเวลา	ไม่สามารถทำกิจกรรมใดๆ และมีอาการของโรค	ต้องการ ความช่วยเหลือ ทั้งหมด	รับประทานอาหาร ทางปากไม่ได้	ง่วงซึมหรือ ไม่รู้สึกรู้หา + / - สับสน
0	เสียชีวิต	-	-	-	-

หมายเหตุ เครื่องหมาย +/- หมายถึง อาจมี หรือไม่มีอาการ

แปลจาก Palliative Performance Scale version 2 ของ Victoria Hospice Society, ประเทศ แคนาดา

โดย คณะกรรมการ Palliative care ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงใหม่ เมื่อวันที่ 13 พฤษภาคม พ.ศ. 2551

"Copyright Victoria Hospice Society"

PPS Adult Suandok ใช้สำหรับผู้ป่วยที่เป็นผู้ใหญ่ 3 กลุ่ม ดังนี้ 1.กลุ่มผู้ป่วยโรคมะเร็ง

2.กลุ่มผู้ป่วยที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดและมีอาการเพิ่มมากขึ้นเรื่อยๆ (serious illness) 3.กลุ่มผู้ป่วยระยะสุดท้าย (end of life) ¹



ESAS (Edmonton Symptom Assessment System) ฉบับภาษาไทย

โปรดวงกลมหมายเลขที่ตรงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุด ณ ขณะนี้

ไม่มีอาการปวด มีอาการปวดรุนแรงสุด

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
(กรุณาระบุตำแหน่งที่ปวดในแผ่นภาพด้านหลัง)

ไม่มีอาการเหนื่อย/ อ่อนเพลีย มีอาการเหนื่อย/ อ่อนเพลียมากที่สุด

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

ไม่มีอาการคลื่นไส้ มีอาการคลื่นไส้รุนแรงที่สุด

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

ไม่มีอาการซึมเศร้า มีอาการซึมเศร้ามากที่สุด

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

ไม่วิตกกังวล วิตกกังวลมากที่สุด

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

ไม่มีอาการง่วงซึม/ สะลึมสะลือ มีอาการง่วงซึม/ สะลึมสะลือมากที่สุด

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

ไม่เบื่ออาหาร เบื่ออาหารมากที่สุด

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

สบายดีทั้งกายใจ ไม่สบายกายและใจเลย

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

ไม่มีอาการเหนื่อยหอบ มีอาการเหนื่อยหอบมากที่สุด

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

ปัญหาอื่นๆ ได้แก่ (ถ้าปัญหาดังกล่าวรุนแรงมาก = 10)

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

ชื่อผู้ป่วย

วันที่ เวลา

ทำโดย

☐

ผู้ป่วย

☐

ผู้ดูแลผู้ป่วย

☐

อื่นๆ ได้แก่



ทั้งนี้ควรปรึกษาผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุขหรือผู้ที่มีความรู้ในเรื่องนี้และเพื่อประโยชน์ในการทำความเข้าใจ โดยให้อ่านประกอบกับกฎกระทรวงกำหนด หลักเกณฑ์และวิธีการดำเนินการตามหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิต หรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วย พ.ศ. ๒๕๕๓ ในเว็บไซต์ www.thailivingwill.in.th

คำแนะนำในการทำหนังสือแสดงเจตนา

(ต้องทำตั้งแต่อยู่ในหน่วยบริการ และ นำมาเสนอให้กับการเข้ารับบริการในสถานชีวาภิบาลของวัด)

๑. การทำหนังสือแสดงเจตนาเป็นสิทธิของผู้ป่วยที่จะเลือกทำหรือไม่ก็ได้ตามความสมัครใจผู้ทำหนังสือแสดงเจตนา ควรทำความเข้าใจวัตถุประสงค์ในการทำหนังสือก่อน กรณีที่ผู้จะทำหนังสือมีอายุต่ำกว่า ๑๘ ปีจะต้องได้รับความยินยอมจากผู้ปกครองหรือญาติที่ให้การเลี้ยงดู

๒. ผู้ที่ประสงค์จะทำหนังสือแสดงเจตนาอาจขอคำปรึกษาจากผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุข เจ้าหน้าที่ของสถานบริการสาธารณสุขหรือทนายความที่มีความเข้าใจในเรื่องนี้

๓. หากผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาเขียนหนังสือไม่ได้หรือไม่สะดวกในการเขียนหนังสือสามารถขอให้ผู้อื่นช่วยเขียนหรือพิมพ์แทนได้แล้วขอให้ผู้เขียนหรือผู้พิมพ์ระบุชื่อ นามสกุล หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน พร้อมลงลายมือชื่อหรือลายพิมพ์นิ้วมือของผู้ทำหนังสือในหนังสือแนบด้วย

๔. เพื่อช่วยยืนยันความถูกต้องในกรณีมีข้อสงสัย กรณีที่มีการทำหนังสือแสดงเจตนาในสถานบริการสาธารณสุขควรมีพยานรู้เห็นในขณะทำหนังสือแสดงเจตนาทั้งสองฝ่าย ได้แก่ พยานฝ่ายสมาชิกในครอบครัว ญาติเพื่อนหรือคนใกล้ชิดของผู้ทำหนังสือแสดงเจตนา กับพยานฝ่ายผู้ให้การดูแลรักษา เช่น แพทย์พยาบาล แต่ไม่ควรเป็นแพทย์เจ้าของไข้หรือพยาบาลจัดการรายกรณี ในกรณีที่มีการทำหนังสือแสดงเจตนาที่บ้านหรือที่อื่น ควรมีพยานตามความเหมาะสมแล้วแต่กรณี

๕. ผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาควรจัดเก็บหนังสือไว้เอง หรือมอบให้บุคคลที่ใกล้ชิดเก็บรักษาไว้และมอบสำเนาหนังสืออย่างละ ๑ ฉบับให้แก่ญาติพยาน ผู้ที่ทำหน้าที่อธิบายความประสงค์ของผู้ทำหนังสือหรือแพทย์ที่เคยให้การรักษา เพื่อให้ทราบความประสงค์ของผู้ทำหนังสือ

๖. ผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาจะยกเลิกหรือแก้ไขเปลี่ยนแปลงหนังสือเมื่อใดก็ได้ทั้งนี้ผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาควรแจ้งเรื่องนี้ให้ผู้เกี่ยวข้องทราบโดยไม่ชักช้า โดยเฉพาะผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุขที่เกี่ยวข้อง รวมถึงสมาชิกในครอบครัวหรือผู้ใกล้ชิด

๗. ญาติผู้ป่วยหรือสมาชิกในครอบครัวควรทำตามความประสงค์ของผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาและไม่ควรปกปิดข้อมูลอาการป่วยมิให้ผู้ป่วยทราบ ซึ่งอาจเป็นผลเสียต่อผู้ป่วยมากกว่าผลดีเช่น ทำให้ผู้ป่วยมีความสงสัย ไม่ไว้วางใจ วิตกกังวล ไม่มีโอกาสสงสัย รำลางหรือจัดการทรัพย์สินของตนเอง

๘. กรณีที่มีข้อสงสัยหรือเห็นว่าการดูแลรักษาของผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุข ไม่สอดคล้องกับหนังสือแสดงเจตนาหรือความประสงค์ของผู้ป่วยแล้ว ญาติผู้ป่วยหรือผู้ใกล้ชิดควรปรึกษาหารือ หรือสอบถามข้อเท็จจริงจากผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุขโดยตรง



แบบที่ 1

เขียนที่

วันที่

ในกรณีที่ข้าพเจ้าตกอยู่ในสภาวะใดสภาวะหนึ่งต่อไปนี้ ให้ถือว่าเป็นวาระสุดท้ายในชีวิตของข้าพเจ้า ข้าพเจ้าไม่ต้องการตกอยู่ในสภาพเช่นนั้น (โปรดทำเครื่องหมาย ในข้อที่ท่านต้องการบางข้อหรือทั้งหมด พร้อมลงชื่อกำกับในข้อนั้นด้วย)

ไม่รู้สึกตัวอย่างถาวร หมายความว่า ข้าพเจ้าไม่อาจรู้ได้ว่ารอบตัวข้าพเจ้ามีใครหรือสิ่งใดอยู่เลย และมีโอกาสน้อยมากที่จะกลับฟื้นคืนมาจากการสลบนั้น	☐
มีอาการสับสนอย่างถาวร หมายความว่า ข้าพเจ้าไม่อาจจดจำ เข้าใจหรือตัดสินใจเรื่องใด ๆ ได้ ข้าพเจ้าไม่อาจจำคนที่ข้าพเจ้ารักได้ หรือไม่สามารถสนทนากับเขาได้อย่างแจ่มแจ้ง	☐
ไม่สามารถใช้ชีวิตประจำวันตามปกติได้อย่างอิสระ ซึ่งได้แก่ ไม่อาจพูดได้ยาว ๆ อย่างชัดเจน หรือเคลื่อนไหวร่างกายไม่ได้ ต้องให้ผู้อื่นช่วยทำสิ่งต่อไปนี้ให้ คือ ป้อนอาหาร อาบน้ำ แต่งตัว เดินไม่ได้เอง การฟื้นฟูสภาพหรือการรักษาที่ช่วยฟื้นฟูใด ๆ จะไม่ทำให้อาการดังกล่าวกระตุ้มขึ้น	☐
อยู่ในภาวะสุดท้ายของการเจ็บป่วย หมายความว่า โรคที่ข้าพเจ้าเป็นอยู่มาถึงระยะสุดท้ายแล้ว แม้ได้รับการรักษาเต็มที่แล้วก็ตาม เช่น มะเร็งได้แพร่กระจายไปทั่วโดยไม่สนองต่อการรักษาใด ๆ ต่อไปอีก หัวใจและปอดได้รับความเสียหายหรือถูกทำลายเรื้อรัง จนกระทั่งมีความรู้สึกว่าจะตายตลอดเวลา	☐



โปรดให้การรักษาลูกของคุณตามความประสงค์ ดังต่อไปนี้ (โปรดทำเครื่องหมาย ในข้อที่ท่านยอมรับหรือไม่ยอมรับ พร้อมลงชื่อกำกับในข้อนี้ด้วย)

๑. การฟื้นฟูการเต้นของหัวใจและการหายใจ ได้แก่ การกระตุ้นให้หัวใจกลับเต้นขึ้นใหม่ หรือทำให้กลับหายใจได้ใหม่ภายหลังจากที่หัวใจหรือการหายใจหยุดทำงานแล้ว ซึ่งได้แก่การใช้เครื่องมือไฟฟ้ากระตุ้น กด กระแทกทรวงอก และใช้เครื่องช่วยหายใจ	☐ ยอมรับ ☐ ไม่ยอมรับ
๒. การพยุงการมีชีวิต คือ การใช้เครื่องช่วยหายใจติดต่อกันไปตลอดเวลา การให้สารน้ำและยาทางหลอดเลือดดำ รวมทั้งการใช้เครื่องมือต่างๆ ที่ช่วยให้ปอด หัวใจ ไต และอวัยวะอื่นๆ ทำงานต่อไปได้	☐ ยอมรับ ☐ ไม่ยอมรับ
๓. การรักษาภาวะที่เกิดภาวะแทรกซ้อนขึ้นใหม่ เช่น การผ่าตัด การถ่ายเลือด การให้ยาปฏิชีวนะ ซึ่งเป็นการรักษาภาวะแทรกซ้อนดังกล่าว แต่ไม่ได้รับการรักษาโรคที่เป็นอยู่เดิม	☐ ยอมรับ ☐ ไม่ยอมรับ
๔. การให้อาหารทางท่อ หมายถึง การให้อาหารและน้ำเข้าไปในกระเพาะอาหารของผู้ป่วย หรือให้ของเหลวเข้าทางหลอดเลือดดำ หรือรวมทั้งการให้อาหารหรือน้ำทางหลอดเลือดแดงด้วย	☐ ยอมรับ ☐ ไม่ยอมรับ

ในกรณีที่ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุขได้ให้บริการไปแล้ว โดยมีได้ทราบถึงเนื้อความในหนังสือแสดงเจตนาฉบับนี้หรือไม่ทราบความประสงค์ที่แท้จริงของข้าพเจ้า ข้าพเจ้าขอรับรองให้ ยุติการบริการ (Withdraw) ในสิ่งที่ข้าพเจ้าไม่ยอมรับด้วย

ข้าพเจ้าขอให้สถานพยาบาลหรือผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุขอำนวยความสะดวกตามความเหมาะสม ดังต่อไปนี้

- ความประสงค์ที่จะเสียชีวิตที่บ้าน
- การเยียวยาทางจิตใจอื่นๆ (กรณีระบุ เช่น การสวดมนต์, การเทศนาของนักบวช เป็นต้น).....
-
-

ข้าพเจ้าขอมอบหมายให้ (ชื่อ นามสกุล)..... ในฐานะบุคคลใกล้ชิด (ถ้ามี) เป็นผู้แสดงเจตนาแทน เมื่อข้าพเจ้าอยู่ในภาวะที่ไม่สามารถสื่อสารกับผู้อื่นได้



ตามปกติเพื่อทำหน้าที่อธิบายความประสงค์ที่แท้จริงของข้าพเจ้า หรือปรึกษาหารือกับผู้ประกอบวิชาชีพ
ด้านสาธารณสุขในการวางแผนการดูแลรักษาต่อไป

ข้าพเจ้าได้ทำหนังสือแสดงเจตนาต่อหน้าพยาน และทำสำเนาเอกสารมอบให้บุคคลใกล้ชิด และ
พยานเก็บรักษาไว้ เพื่อนำไปแสดงต่อเจ้าหน้าที่ของสถานพยาบาลเมื่อข้าพเจ้าถูกนำตัวเข้ารับรักษาใน
สถานพยาบาล

ลงชื่อผู้ทำหนังสือแสดงเจตนา.....

ลงชื่อบุคคลใกล้ชิด.....

ลงชื่อพยาน.....

ลงชื่อพยาน.....

ลงชื่อผู้เขียน/ผู้พิมพ์

ผู้ใกล้ชิด (ทำหน้าที่อธิบายความประสงค์ที่แท้จริงของผู้ทำหนังสือ หรือหารือแนวทางการดูแล
รักษากับผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมที่ดูแลรักษาข้าพเจ้า เช่น บิดา มารดา สามี ภรรยา บุตร พี่ น้อง หรือ
บุคคลอื่นที่มีความสัมพันธ์ใกล้ชิดกัน ใกล้เคียงกัน)

ชื่อ-นามสกุลมีความสัมพันธ์เป็น

หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน

ที่อยู่ติดต่อได้.....

เบอร์โทรศัพท์

พยานคนที่ ๑

ชื่อ-นามสกุลมีความสัมพันธ์เป็น

หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน

ที่อยู่ติดต่อได้.....

เบอร์โทรศัพท์

พยานคนที่ ๒

ชื่อ-นามสกุลมีความสัมพันธ์เป็น

หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน

ที่อยู่ติดต่อได้.....

เบอร์โทรศัพท์

ผู้เขียนหรือผู้พิมพ์หนังสือนี้แทนผู้ทำหนังสือแสดงเจตนา

ชื่อ-นามสกุลมีความสัมพันธ์เป็น

หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน

ที่อยู่ติดต่อได้.....

เบอร์โทรศัพท์



แบบที่ 2

ตัวอย่างหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุข (แบบที่ ๒)

วันที่

ข้าพเจ้า (ชื่อ-นามสกุล)อายุ.....ปี
บัตรประชาชนเลขที่
ที่อยู่ติดต่อได้
เบอร์โทรศัพท์เบอร์ที่ทำงาน

ขณะนี้หนังสือฉบับนี้ ข้าพเจ้ามีสติสัมปชัญญะบริบูรณ์ และมีความประสงค์ที่จะแสดงเจตนาที่จะ
ขอตายอย่างสงบตามธรรมชาติ ไม่ต้องการให้มีการใช้เครื่องมือใดๆ กับข้าพเจ้า เพื่อยืดการตายออกไป
โดยไม่จำเป็นและเป็นการสูญเสียเปล่า แต่ข้าพเจ้ายังคงได้รับการดูแลรักษาตามอาการ

- เมื่อข้าพเจ้าตกอยู่ในวาระสุดท้ายของชีวิต หรือ
- เมื่อข้าพเจ้าได้รับทุกข์ทรมานจากการบาดเจ็บหรือโรคที่ไม่อาจรักษาให้หายได้

ข้าพเจ้าขอปฏิเสธการรักษาดังต่อไปนี้ (เลือกได้มากกว่า 1 ข้อ และให้เซ็นชื่อกำกับหน้าข้อที่ท่าน
เลือก)

- ☐ การเจาะคอเพื่อใส่ท่อช่วยหายใจ
- ☐ การใช้เครื่องช่วยหายใจ
- ☐ การให้สารอาหารและน้ำทางสายยาง
- ☐ การเข้ารักษาในห้องไอ.ซี.ยู. (I.C.U.)
- ☐ การกระตุ้นระบบไหลเวียน
- ☐ กระบวนการฟื้นชีพเมื่อหัวใจหยุด
- ☐ การรักษาโรคแทรกซ้อนด้วยยาหรือวิธีการรักษาใดๆ
- ☐
- ☐
- ☐

ในกรณีที่ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุขได้ให้บริการดังกล่าว โดยมีได้ทราบถึงเนื้อความใน
หนังสือแสดงเจตนาฉบับนี้หรือไม่ทราบความประสงค์ที่แท้จริงของข้าพเจ้า ข้าพเจ้าขอร้องให้ผู้นั้นกรุณา
หยุดการบริการ(Withdraw)ต่อไปนี้ด้วย ได้แก่

- ☐ การใช้เครื่องช่วยหายใจ
- ☐ การให้สารอาหารและน้ำทางสายยาง
- ☐
- ☐
- ☐

ข้าพเจ้าขอให้สถานพยาบาลหรือผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุขอำนวยความสะดวกตามความ
เหมาะสม ดังต่อไปนี้



ความประสงค์ที่จะเสียชีวิตที่บ้าน

○ การเยียวยาทางจิตใจ(กรณีระบุ เช่น การสวดมนต์, การเทศนาของนักบวช)

○

ข้าพเจ้าขอมอบหมายให้ (ชื่อ นามสกุล) ในฐานะบุคคลใกล้ชิด (ถ้ามี) เป็นผู้แสดงเจตนาแทน เมื่อข้าพเจ้าอยู่ในภาวะที่ไม่สามารถสื่อสารกับผู้อื่นได้ตามปกติ เพื่อทำหน้าที่อธิบายความประสงค์ที่แท้จริงของข้าพเจ้า หรือปรึกษาหารือกับแพทย์ในการวางแผนการดูแลรักษาต่อไป

ข้าพเจ้าได้ทำหนังสือแสดงเจตนาต่อหน้าพยาน และทำสำเนาเอกสารมอบให้บุคคลใกล้ชิด และพยานเก็บรักษาไว้ เพื่อนำไปแสดงต่อเจ้าหน้าที่ของสถานพยาบาลเมื่อข้าพเจ้าถูกนำตัวเข้ารักษาในสถานพยาบาล

ผู้แสดงเจตนา.....ลงชื่อ

บุคคลใกล้ชิด.....ลงชื่อ

พยาน.....ลงชื่อ

พยาน.....ลงชื่อ

ผู้ใกล้ชิด (ทำหน้าที่อธิบายความประสงค์ที่แท้จริงของผู้ทำหนังสือ หรือหาหรือแนวทางการดูแลรักษากับผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมที่ดูแลรักษาข้าพเจ้า เช่น บิดา มารดา สามี ภรรยา บุตร พี่ น้อง หรือบุคคลอื่นที่มีความสัมพันธ์ใกล้ชิดกัน ไว้วางใจกัน)

ชื่อ-นามสกุลมีความสัมพันธ์เป็น

หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน

ที่อยู่ติดต่อได้.....

เบอร์โทรศัพท์

พยานคนที่ ๑

ชื่อ-นามสกุลมีความสัมพันธ์เป็น

หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน

.....

ที่อยู่ติดต่อได้.....

เบอร์โทรศัพท์

พยานคนที่ ๒

ชื่อ-นามสกุลมีความสัมพันธ์เป็น

หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน

ที่อยู่ติดต่อได้.....

เบอร์โทรศัพท์

ผู้เขียนหรือผู้พิมพ์หนังสือนี้แทนผู้ทำหนังสือแสดงเจตนา

ชื่อ-นามสกุลมีความสัมพันธ์เป็น



แบบประเมินสภาพแวดล้อมภายนอกอาคารเพื่อความปลอดภัย

ประเมินวันที่ ครั้งที่.....

ผู้ประเมิน

รายการประเมิน	รายละเอียด	ใช่	ไม่ใช่
โครงสร้างและตัวอาคาร	มีความมั่นคงแข็งแรงมีขอบเขตและทาง เข้า-ออกที่ชัดเจน		
มลพิษ	ที่ตั้งอาคารห่างจากสถานบริการเชื้อเพลิง และสถานที่เก็บเชื้อเพลิง ในรัศมีไม่น้อยกว่า ๒๐๐ เมตร เว้นแต่แสดงให้เห็นว่ามีมาตรการ ป้องกัน ความเสี่ยงอันตรายดังกล่าว		
	ที่ตั้งอาคารห่างจากที่ทิ้งขยะอุตสาหกรรมในรัศมีไม่น้อยกว่า ครึ่ง กิโลเมตร เว้นแต่แสดงให้เห็นว่ามีมาตรการป้องกันความเสี่ยง อันตราย ดังกล่าว		
	ไม่มีโรงงาน เหมืองแร่ ที่ปนควัน ผุ่นละออง หรือส่งกลิ่นเหม็น เข้ามา เขตที่ตั้งของอาคาร		
	ไม่มีโรงงานที่มีความเสี่ยงต่อการฟุ้งกระจายสารพิษ เช่น โรงชุบโลหะ โรงหล่อหลอม โรงงานแบตเตอรี่ โรงงานรีไซเคิล ในระยะห่างจาก ที่ตั้ง อาคารไม่น้อยกว่าครึ่งกิโลเมตร		
	ไม่มีการใช้ยาฆ่าแมลงหรือยากำจัดศัตรูพืชแบบฟุ้งกระจายในเขตที่ตั้ง ของอาคาร		
	ไม่มีแหล่งน้ำเสียที่ส่งกลิ่นเหม็นเข้ามาในเขตที่ตั้งของอาคาร		
รั้วและประตูรั้ว	รั้วมีความมั่นคงแข็งแรง มีการตรวจเป็นประจำ		
	ประตูรั้วมั่นคงแข็งแรง ไม่ชำรุด ไม่มีโอกาสล้มหรือหลุดออกจากราง ราง ประตูไม่คดงอ ไม่บิดเบี้ยว		
	ประตูรั้วมีความกว้างไม่น้อยกว่า ๒.๐๐ เมตร มีจุดรองรับ และจุดล็อก ที่แน่นหนาถักันล้ม		
	ไม่มีการทุดตัวของพื้นบริเวณรางประตู การทุดตัวของพื้นหน้าประตู ทำให้ลื้อมีโอกาสวิ่งออกนอกราง		



รายการ ประเมิน	รายละเอียด	ใช่	ไม่ใช่
แหล่งน้ำ	บริเวณที่ผู้สูงอายุเข้าถึง ต้องไม่มีแหล่งน้ำที่ผู้สูงอายุอาจตกและจมน้ำได้ เช่น บ่อน้ำ บ่อปลา สระน้ำ หรือที่กักเก็บน้ำ เว้นแต่มีรั้วมีความแข็งแรง และ ความสูงอย่างน้อย ๙๐ เซนติเมตร กันแหล่งน้ำไม่让孩子เข้าถึง ได้โดยลำพัง หรือมีฝาทันแข็งแรงปิดอย่างมิดชิด		
ถนน	มีทางเท้าที่เหมาะสม ไม่แคบ ไม่มีการวางของหรือจอดรถบนทางเท้าจนไม่สามารถเดินได้ ทำให้ผู้สูงอายุหรือผู้ดูแลต้องเดินลงมาบนผิวการจราจร		
	มีการออกแบบหรือติดตั้งอุปกรณ์บนถนน เพื่อชะลอความเร็ว		
สุนัขจรจัด และ สัตว์อื่น	ไม่มีสุนัขจรจัดและสัตว์อื่นในพื้นที่ของผู้สูงอายุที่อาจกัดหรือทำร้ายผู้สูงอายุได้		
การกำจัดขยะ สิ่งปฏิกูล	มีการจัดระบบสุขาภิบาล การระบายน้ำ และการจัดเก็บสิ่งปฏิกูล ให้เหมาะสม ไม่ปล่อยให้เปื้อนแหล่งเพาะ หรือแพร่เชื้อโรค และ มีการกำจัดสิ่งปฏิกูลทุกวัน		
ต้นไม้	ไม่มียาง ไม่มีหนาม หรือต้นไม้ประเภทที่มีลูกอาจหล่นลงมา เป็นอันตรายต่อผู้สูงอายุ		

(หมายเหตุ : แบบประเมินนี้ได้พัฒนาและปรับปรุงจากแบบประเมินของมาตรฐานสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยแห่งชาติ พ.ศ.๒๕๖๒)



แบบประเมินสภาพแวดล้อมภายในอาคารเพื่อความปลอดภัย

ประเมินวันที่ ครั้งที่.....

ผู้ประเมิน

รายการ สำรวจ	รายละเอียด	ใช่	ไม่ใช่
ทางเข้า ออก อาคาร	มีทางเข้าออกอาคารไม่น้อยกว่าสองทาง ความกว้าง และความสูง แต่ละทางต้องมีขนาดไม่น้อยกว่า ๘๐ X ๑๙๐ เซนติเมตร และมีประตู ดูกั้น		
สีทาสีภายใน	ใช้สีที่มีสารตะกั่วเป็นส่วนผสมไม่เกินกว่า ๑๐๐ พีพีเอ็ม		
พื้น บันได และ ระเบียง	สภาพพื้นไม่ลื่น หรือมีการใช้วัสดุกันลื่น		
	บันไดมีราวจับสำหรับผู้ใหญ่		
หน้าต่าง	หน้าต่างต้องไม่เป็นกระจกบานเกล็ด ความสูงของขอบหน้าต่างสูง จากพื้นไม่น้อยกว่า ๐.๙๐ เมตร		
พื้นที่ สำหรับการ นอน	มีการระบายอากาศที่ดี สะอาด		
	อุปกรณ์เครื่องนอนต่างๆ สะอาด ถูกสุขลักษณะ ไม่มีกลิ่นเหม็น		
	มีมาตรการป้องกันยุง แมลง และหนู		
พื้นที่สำหรับการ ทำกิจกรรม	มีบริเวณเพียงพอ ไม่แออัด หรือมีพื้นที่ไม่น้อยกว่า ๒.๐๐ ตารางเมตร ต่อ ๑ คน		
พื้นที่ รับประทาน อาหาร และ สถานที่ประกอบ อาหาร หรือห้องครัว	บริเวณพื้นที่รับประทานอาหารสะอาด ถูกสุขลักษณะ		
	บริเวณสถานที่ประกอบอาหารหรือห้องครัวไม่อยู่ใกล้ชิดบริเวณพื้นที่บริเวณทำกิจกรรมสำหรับผู้สูงอายุ		
	บริเวณรับประทานอาหารไม่วางของร้อน เช่น หม้อแกงร้อน ไว้บนพื้น หรือที่ต่ำที่อาจชนหรือดูดกระชากสายไฟแล้วถูกความร้อนลวกได้		
	เศษอาหารไม่ส่งกลิ่นเหม็น ไม่มีแมลงวัน แมลงสาบ หนู มีการคัดแยกขยะที่ดี		
	จัดวางของมีคมไว้ในที่มิดชิด ไม่สามารถหยิบได้		



รายการ สำรวจ	รายละเอียด	ใช่	ไม่ใช่
พื้นที่สำหรับ ใช้ทำ ความสะอาด และ ห้องส้วม	สะอาด ถูกสุขลักษณะ โถส้วมขนาดเหมาะสมกับตัวผู้สูงอายุ และ มี จำนวน เพียงพอ		
	อยู่ภายในอาคาร และแยกจากกัน พื้นผิวจะต้องเป็นวัสดุที่ไม่ลื่น หรือ ติดอุปกรณ์กันลื่น		
	จัดเก็บน้ำยาทำความสะอาดไว้ในที่มิดชิด		
	ประตูไม่ใส่กลอน ตัวล็อกด้านใน หรือผู้ดูแลสามารถมองเห็นผู้สูงอายุ และเข้าสู่ภายในได้ง่าย		
	มีอ่างล้างมือที่มีความสูงพอดีกับขนาดผู้สูงอายุ		
	แสงสว่างเพียงพอ ไม่มีมืดทึบ		
	ไม่มีกลิ่นอับ อากาศถ่ายเทได้ดี		
พื้นที่ป่วย	ไม่มีที่พักผู้สูงอายุป่วยแยกเป็นสัดส่วน		
	มีอุปกรณ์ปฐมพยาบาล ตู้ยา เครื่องเวชภัณฑ์ที่จำเป็น		
	เก็บวางยาในที่พ้นมือ หรือปิดล็อกโดยเด็กไม่สามารถหยิบยาได้เอง ติดตั้งปลั๊กไฟที่สูงจากพื้นมากกว่า ๑.๕๐ เมตร หรือหากอยู่ต่ำมีฝาปิด ครอบปลั๊กไฟ		
ระบบไฟฟ้า	ติดตั้งเครื่องตัดไฟฟ้าอัตโนมัติภายในอาคาร		
	ติดตั้งเครื่องทำน้ำเย็น เครื่องทำน้ำร้อน เครื่องทำน้ำอุ่น หรืออุปกรณ์ ที่ เป็นสื่อนำไฟฟ้าต้องติดตั้งสายดิน		
	ตรวจสอบ คัดแยกอุปกรณ์ไฟฟ้าที่ชำรุดแทงจำหน่ายไม่นำกลับมาใช้		
ระดับเสียง	ขณะทำกิจกรรม/ห้องกิจกรรม ไม่ดังเกินไป หรือดังไม่เกิน ๘๐ เดซิเบล		
	ห้องนอนไม่มีเสียงรบกวน หรือระดับเสียงไม่เกิน ๔๐ เดซิเบล		
ระดับแสง	ระดับแสงห้องทำกิจกรรม ไม่สว่างหรือมืดเกินไป หรือสว่าง ไม่เกิน ๒๐๐ - ๓๐๐ ลักซ์		
	ห้องนอนแสงสว่างไม่จ้าเกินไป หรือไม่เกิน ๑๐๐ ลักซ์		

(หมายเหตุ : แบบประเมินนี้ได้พัฒนาและปรับปรุงจากแบบประเมินของมาตรฐานสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยแห่งชาติ พ.ศ.๒๕๖๒)



แบบประเมินอุปกรณ์ ผลิตภัณฑ์เครื่องใช้เพื่อความปลอดภัย

ประเมินวันที่..... ครั้งที่.....

ผู้ประเมิน

รายการ ประเมิน	รายละเอียด	ใช่	ไม่ใช่
อุปกรณ์ ผลิตภัณฑ์ เครื่องใช้	เฟอร์นิเจอร์ - มั่นคงแข็งแรงไม่ล้มง่าย หรือมีการยึดติดกับผนัง - ไม่มีเหลี่ยมมุมที่เสี่ยงต่อการชนกระแทก หากมิได้ใช้อุปกรณ์ป้องกันการกระแทก - ไม่ทาด้วยสีที่มีส่วนผสมของสารตะกั่วเกินค่ามาตรฐาน - โต๊ะ เก้าอี้ขนาดเหมาะสมกับตัวผู้สูงอายุและมีเพียงพอ - ผลิตภัณฑ์ที่ใช้ทำด้วยวัสดุที่ปลอดภัยไม่มีสีหลุดลอก		
	เตียงสำหรับผู้สูงอายุ - เตียงผู้สูงอายุต้องมีราวกันตกที่มีซี่ราวห่างกันไม่เกิน ๖ เซนติเมตร - ราวกันตกจะต้องมีตัวยึดที่ติดได้กับผนังหรือเสาให้เคลื่อนไหวได้เอง - เบาะที่นอนต้องพอดีกับเตียงและไม่มีช่องว่างระหว่างเบาะกับราวกันตก เกินกว่าด้านละ ๓ เซนติเมตร - มุมเสาทั้ง ๔ มุมต้องเรียบ มีส่วนนูนได้ไม่เกิน ๑.๕ มิลลิเมตร		
	ภาชนะสำหรับอาบน้ำ กำจัดแหล่งน้ำที่ไม่จำเป็น เช่น เท้าในถังน้ำ กะละมังทิ้งเมื่อใช้แล้วเสร็จ ใช้อุปกรณ์ปิดฝาชักโครกไม่ให้เปิด ได้เอง		

(หมายเหตุ : แบบประเมินนี้ได้พัฒนาและปรับปรุงจากแบบประเมินของมาตรฐานสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยแห่งชาติ พ.ศ.๒๕๖๒)



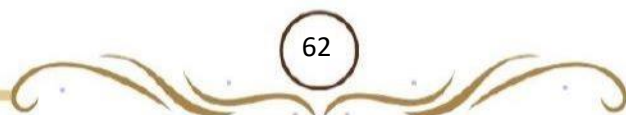
แบบประเมินระบบอัคคีภัย

ประเมินวันที่ ครั้งที่.....

ผู้ประเมิน

รายการสำรวจ	รายละเอียด	ใช่	ไม่ใช่
ระบบอัคคีภัย	มีแบบแปลนของอาคารตึกทุกชั้น และผังแปลนห้อง		
	มีแผนอพยพ ระบุชื่อผู้รับผิดชอบติดตั้งไว้ในที่ที่เห็นได้โดยชัดเจน		
	มีป้ายบอกทางหนีไฟด้านใน และด้านนอกของประตูทุกชั้น ด้วย ตัวอักษร ที่มองเห็นชัดเจนมีขนาดตัวอักษรไม่เล็กกว่า ๑๐ เซนติเมตร พื้นสีเขียว ตัวอักษรสีขาว และป้ายรวมพลขนาดใหญ่		
	ถังดับเพลิง - ติดตั้งเครื่องดับเพลิงแบบมือถือ บรรจุสารเคมี ชนิด ABC หรือ CO₂ สำหรับดับเพลิงทั่วไปเครื่องละน้ำหนักไม่น้อยกว่า ๔ กิโลกรัม ติดตั้งทุกระยะ ไม่เกิน ๔๕ เมตร แต่ไม่น้อยกว่า ชั้นละ ๑ เครื่อง และติดตั้งเพิ่มในจุดที่มีความเสี่ยงจากการเกิด อัคคีภัย เช่น ห้องครัว ห้องซักritz - ติดตั้งสูงไม่เกิน ๑.๕๐ เมตรวัดจากพื้นถึงส่วนสูงสุดของถัง ในที่มองเห็นสามารถและอ่านคำแนะนำการใช้ได้ชัดเจนและ สามารถเข้าใช้ สอยได้โดยสะดวก - ตรวจสอบน้ำยาในถังดับเพลิงให้พร้อมใช้งานอยู่เสมอ โดย ลงบันทึก วัน เดือน ปีของการตรวจเช็ค		
	ติดตั้งตัวจับควัน เครื่องตัดไฟอัตโนมัติ มีระบบ ท่อน้ำดับเพลิง		
	มีระบบสัญญาณเตือนเพลิงไหม้อย่างน้อยต้องประกอบด้วย อุปกรณ์ ส่ง สัญญาณส่งเสียงหรือสัญญาณให้คนที่อยู่ในอาคารทุกชั้น ได้อินหรือ ทราบ อย่างทั่วถึง มีสัญลักษณ์ธงสีประจำห้อง กำหนดจุดรวมพลเป็น พื้นที่โล่งนอก อาคารและเป็นสถานที่ที่ปลอดภัย		
	มีหมายเลขโทรศัพท์หน่วยงานในพื้นที่เมื่อเกิดเหตุฉุกเฉิน เช่น ศูนย์ บรรเทาสาธารณภัย สถานีตำรวจ โรงพยาบาล เทศบาล/องค์การบริหาร ส่วนตำบล ติดตั้ง ณ จุดที่ทุกคนสามารถมองเห็นได้โดยชัดเจน		
	มีระบบส่งต่อผู้ป่วย		

(หมายเหตุ : แบบประเมินนี้ได้พัฒนาและปรับปรุงจากแบบประเมินของมาตรฐานสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยแห่งชาติ พ.ศ.๒๕๖๒)





แบบบันทึกตารางการทำความสะอาดและเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบประจำวัน

ที่อยู่.....ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....

วัน/เดือน/ปี	รายการการดูแลรักษา ทำความสะอาด	เวลา	ปัญหาที่พบ/ แนวทาง ปรับปรุงแก้ไข	ผู้รับผิดชอบ

(หมายเหตุ : แบบประเมินนี้ได้พัฒนาและปรับปรุงจากแบบประเมินของมาตรฐานสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยแห่งชาติ พ.ศ.๒๕๖๒)



แบบประเมินเกณฑ์มาตรฐานร่วม กระทรวงสาธารณสุข

หน่วยงาน.....สถานที่ตั้ง.....

จำนวนอ่างล้างมือ.....ที่ จำนวนห้องส้วม.....ที่ จำนวนที่ปัสสาวะ.....ที่

เกณฑ์มาตรฐาน	ผลการประเมิน	
	ผ่าน	ไม่ผ่าน
ความสะอาด (Healthy : H) 1. พื้น ผนัง เพดาน โถส้วม ที่ก่อดโถส้วม โถปัสสาวะ ที่ก่อดโถปัสสาวะ สะอาดไม่มีคราบสกปรกอยู่ในสภาพดีใช้งานได้ 2. น้ำใช้สะอาดเพียงพอ และไม่มีกลิ่นน้ำยุง ภาชนะเก็บกักน้ำ ชันตักน้ำสะอาดอยู่ในสภาพดีใช้งานได้ 3. กระจายชำระเพียงพอต่อการใช้งานตลอดเวลาที่เปิดให้บริการ (อาจจำหน่ายหรือบริการฟรี) หรือสายฉีดน้ำชำระที่สะอาดอยู่ในสภาพดีใช้งานได้ 4. อ่างล้างมือ ก๊อกน้ำ กระจก สะอาดไม่มีคราบสกปรกอยู่ในสภาพดีและใช้งานได้ 5. สบู่ล้างมือพร้อมให้ใช้ตลอดเวลาที่เปิดให้บริการ 6. ถังรองรับมูลฝอยสะอาดมีฝาปิดอยู่ในสภาพดีไม่รั่วซึมตั้งอยู่ในบริเวณอ่างล้างมือ หรือบริเวณใกล้เคียง 7. มีการระบายอากาศดี และไม่กักกลิ่นเหม็น 8. สภาพท่อระบายสิ่งปฏิกูลและถังเก็บกักไม่รั่วแตกหรือชำรุด 9. จัดให้มีการทำความสะอาดและระบบการควบคุมตรวจตราเป็นประจำ		
ความเพียงพอ (Accessibility : A) 10. จัดให้มีส้วมนั่งราบสำหรับผู้พิการ ผู้สูงวัย หญิงตั้งครรภ์และประชาชนทั่วไปอย่างน้อยหนึ่งที 11. ส้วมสาธารณะพร้อมใช้งานตลอดเวลาที่เปิดให้บริการ		
ความปลอดภัย (Safety : S) 12. บริเวณที่ตั้งส้วมต้องไม่อยู่ที่ลัดดา/เปลี่ยว 13. กรณีที่มีห้องส้วมตั้งแต่ 2 ห้องขึ้นไป ให้แยกเป็นห้องส้วมสำหรับชาย – หญิง โดยมีป้ายหรือสัญลักษณ์ที่ชัดเจน 14. ประตูที่จับเปิด – ปิด และที่ล็อคด้านในสะอาดอยู่ในสภาพดีใช้งานได้ 15. พื้นห้องส้วมแห้ง ทำด้วยวัสดุสีอ่อน (ขาว/ครีม) 16. แสงสว่างเพียงพอสามารถมองเห็นได้ทั่วบริเวณ		

หมายเหตุ : HAS คือ ความสะอาด (Healthy : H) ,ความเพียงพอ (Accessibility : A) , ความปลอดภัย (Safety : S)



สรุปผลการประเมิน

- ☐ ผ่านเกณฑ์การประเมินฯ ทั้ง 16 ข้อ ☐ ต้องปรับปรุง (ข้อ.....)

ลงชื่อ.....ผู้ประเมิน

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ที่มา : กรมอนามัย เกณฑ์มาตรฐานสิ่งแวดล้อมระดับประเทศ (HAS)

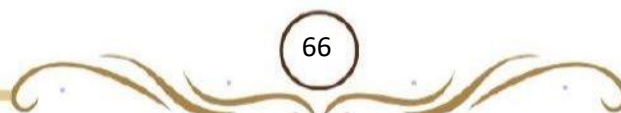




แบบบันทึกการสำรวจค้นหาจุดเสี่ยง (Safety Round Record)

สำรวจจุดเสี่ยงต่อการเกิดอันตราย

วันที่สำรวจ/...../..... ลำดับจุดที่ ผู้สำรวจ																																																	
๑. จุดเสี่ยง/ จุดอันตรายที่ตรวจพบ (สถานที่และลักษณะที่พบ)																																																	
๒. จุดเสี่ยง/ จุดอันตรายนี้เคยก่อให้เกิดการบาดเจ็บมาก่อนหรือไม่อย่างไร																																																	
๓. ทำไมคิดว่าจุดเสี่ยง/ จุดอันตรายนี้จะก่อให้เกิดการบาดเจ็บได้อย่างไร																																																	
๔. รูปภาพจุดเสี่ยง หรือแผนที่จุดเสี่ยง (รูปถ่ายจริง หรือรูปลายเส้น แล้วแต่กรณี)																																																	
๕. ท่านคิดว่าจุดเสี่ยงนี้มีโอกาสก่อให้เกิดการบาดเจ็บมากน้อยเพียงใด (ทำเครื่องหมายที่ช่อง)																																																	
<table border="1" style="margin: auto; border-collapse: collapse;"><thead><tr><th colspan="3">มีโอกาสน้อยมาก</th><th colspan="4">มีโอกาสปานกลาง</th><th colspan="3">มีโอกาสมาก</th></tr><tr><th>๑๐%</th><th>๒๐%</th><th>๓๐%</th><th>๔๐%</th><th>๕๐%</th><th>๖๐%</th><th>๗๐%</th><th>๘๐%</th><th>๙๐%</th><th>๑๐๐%</th></tr></thead><tbody><tr><td style="height: 30px;"></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td style="height: 30px;"></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></tbody></table>										มีโอกาสน้อยมาก			มีโอกาสปานกลาง				มีโอกาสมาก			๑๐%	๒๐%	๓๐%	๔๐%	๕๐%	๖๐%	๗๐%	๘๐%	๙๐%	๑๐๐%																				
มีโอกาสน้อยมาก			มีโอกาสปานกลาง				มีโอกาสมาก																																										
๑๐%	๒๐%	๓๐%	๔๐%	๕๐%	๖๐%	๗๐%	๘๐%	๙๐%	๑๐๐%																																								
๖. ท่านคิดว่าวิธีการใดจึงจะเหมาะสมที่สุดในการแก้ไขจุดเสี่ยงนี้																																																	
๗. อุปสรรคในการแก้ไข																																																	





แบบสอบถาม/ประเมินการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองอย่างต่อเนื่อง

ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย

ชื่อ-นามสกุล เพศ อายุ ปี
สิทธิการรักษา เลขประจำตัวประชาชน.....
อาชีพ ☐ รับราชการ ☐ รัฐวิสาหกิจ ☐ รับจ้าง ☐ ค้าขาย ☐ พนักงานบริษัท ☐ ไม่ได้ประกอบอาชีพ
☐ อื่นๆ ระบุ

ข้อมูลความเจ็บป่วย

การเจ็บป่วยโรคหลัก 1.
การเจ็บป่วยโรครอง 2.
3.
4.

ระยะเวลาของอาการของความเจ็บป่วย ปี เดือน

การรักษาที่ได้รับมาแล้ว การผ่าตัด การให้ยาเคมีบำบัด เมื่อ.....

การฉายแสง อื่นๆ ระบุ
การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

ครั้งที่ 1 ถึง

ครั้งที่ 2 ถึง

ครั้งที่ 3 ถึง

ครั้งที่ 4 ถึง

ครั้งที่ 5 ถึง



ข้อมูลด้านการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง

การดูแลผู้ป่วย	การดูแล		ความพึงพอใจ				ข้อเสนอแนะ
	ได้	ไม่ได้	ดีมาก	ดี	เฉยๆ	ควรปรับปรุง	
1. อาการ ☐ มี ☐ ไม่มี ☐ ปวด ☐ คลื่นไส้อาเจียน ☐ เบื่ออาหารอ่อนเพลีย ☐ หอบเหนื่อย ☐ อื่น ๆ ระบุ							
2. ได้รับการพูดคุย ทำความเข้าใจ เรื่องโรค และภาวะที่เปลี่ยนแปลงไปของผู้ป่วย							
3. ได้รับการพูดคุยถึงแนวทางและเป้าหมายในการรักษา							
4. มีโอกาสได้เล่าหรือถ่ายทอดอารมณ์ความรู้สึก							
การดูแลผู้ป่วย	การดูแล		ความพึงพอใจ				ข้อเสนอแนะ
	ได้	ไม่ได้	ดีมาก	ดี	เฉยๆ	ควรปรับปรุง	
5. ได้รับการเตรียมตัวพูดคุยและวางแผนในการดูแลช่วงวาระสุดท้ายของชีวิต							
6. ได้รับการตอบสนองในการดูแลช่วงวาระสุดท้ายของชีวิตผู้ป่วย ตามต้องการ							
7. ได้รับการติดตามหลังการเสียชีวิตของผู้ป่วย							
8. ได้รับการตอบสนองในความต้องการด้านพิธีกรรม และความเชื่อ							
9. ความพึงพอใจในภาพรวม							

ข้อเสนอแนะอื่นๆ

.....

.....

.....

ผู้ทำแบบสอบถาม/ผู้ให้สัมภาษณ์(ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย)

ผู้สัมภาษณ์

วันที่..... /..... /.....

หมายเหตุ

2. ใช้แบบประเมินคุณลักษณะของผู้ที่อยู่ในภาวะต้องได้รับการดูแลแบบประคับประคอง (แพทย์ร่วมออกแบบ)
3. ใบรับรองหรือใบส่งต่อให้ผู้ป่วยมารับบริการได้ (ทั้งในรูปแบบเอกสาร หรือ ดิจิตอล)
4. แบบบันทึกประวัติการประเมินอาการแรกเริ่ม และแผนความต้องการการดูแลแบบประคับประคอง

เกียรติบัตรการประเมินรับรองมาตรฐานสถานชีวาภิบาลในองค์กรศาสนา



กรมอนามัย
DEPARTMENT OF HEALTH

ขอมอบเกียรติบัตรฉบับนี้ให้ไว้เพื่อแสดงว่า

หน่วยงาน ก.

ได้ผ่านการประเมินรับรองมาตรฐานสถานชีวาภิบาลในองค์กรศาสนา

ให้ไว้ ณ วันที่

(ลายเซ็น)

ชื่อ-สกุล

ผู้อำนวยการศูนย์อนามัย



ภาคผนวก ค

คู่มือการดำเนินงาน





ชื่อเรื่อง	รูปภาพ
คู่มือสนับสนุนการบริหารจัดการระบบบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ  (สามารถดาวน์โหลดเอกสารได้ตาม QR Code นี้)	
คู่มือดำเนินการตามนโยบายสถานชีวาภิบาล 2024  (สามารถดาวน์โหลดเอกสารได้ตาม QR Code นี้)	
คู่มือแนวทางการอบรมฟื้นฟู Caregiver หลักสูตร 70 ชั่วโมง  (สามารถดาวน์โหลดเอกสารได้ตาม QR Code นี้)	

คู่มือสำหรับประชาชน การดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบ
ประคับประคอง (Palliative Care)



(สามารถดาวน์โหลดเอกสารได้ตาม QR Code นี้)



คู่มือผู้ให้บริการสาธารณสุข
กฎหมายและแนวทางการปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับการดูแล
ผู้ป่วยระยะสุดท้าย



(สามารถดาวน์โหลดเอกสารได้ตาม QR Code นี้)





ภาคผนวก ง

รายชื่อและที่อยู่





รายชื่อและที่อยู่ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขตและจังหวัดในพื้นที่รับผิดชอบ

1. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 1 เชียงใหม่

ที่อยู่ : อาคารสำนักงานไปรษณีย์เขต 5 เลขที่ 6 ถ.มหิดล ต.สุเทพ อ.เมือง จ.เชียงใหม่ 50200

พื้นที่รับผิดชอบ : เชียงใหม่ ลำพูน ลำปาง แพร่ น่าน พะเยา เชียงราย แม่ฮ่องสอน

โทรศัพท์ 0-5328-5355 โทรสาร 0-5328-5364 www.chiangmai.nhso.go.th

2. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 2 พิชณโลก

ที่อยู่ : 118 อาคารที่ทำการไปรษณีย์พิชญโลก ชั้น 4 ถ.พุทธบูชา ต.ในเมือง อ.เมือง จ.พิชญโลก 65000

พื้นที่รับผิดชอบ : อุดรดิตถ์ ตาก สุโขทัย พิชญโลก เพชรบูรณ์

โทรศัพท์ 0-5524-5111 โทรสาร 0-5524-7111 www.phitsanulok.nhso.go.th

3. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 3 นครสวรรค์

ที่อยู่ : 1102/226 หมู่ 10 ต.นครสวรรค์ตก อ.เมือง จ.นครสวรรค์ 60000

พื้นที่รับผิดชอบ : ชัยนาท นครสวรรค์ อุทัยธานี กำแพงเพชร พิจิตร

โทรศัพท์ 0-5637-1831-3 โทรสาร 0-5637-1838 www.nakhonsawan.nhso.go.th

4. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 4 สระบุรี

ที่อยู่ : 65/3 ถ.พิชัย ซอย 1 ต.ปากเพรียว อ.เมือง จ.สระบุรี 1800

พื้นที่รับผิดชอบ : นนทบุรี ปทุมธานี พระนครศรีอยุธยา อ่างทอง ลพบุรี สิงห์บุรี สระบุรี นครนายก

โทรศัพท์ 0-3621-3205 โทรสาร 0-3621-3263 www.saraburi.nhso.go.th

5. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 5 ราชบุรี

ที่อยู่ : อาคารที่ทำการไปรษณีย์ ชั้น 3 ถ.สมุทรศักรักษา ต.หน้าเมือง อ.เมือง จ.ราชบุรี 70000

พื้นที่รับผิดชอบ : ราชบุรี กาญจนบุรี สุพรรณบุรี นครปฐม สมุทรสาคร สมุทรสงคราม เพชรบุรี ประจวบคีรีขันธ์

โทรศัพท์ 0-3233-2590 โทรสาร 0-3233-2593 www.ratchaburi.nhso.go.th

6. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 6 ระยอง

ที่อยู่ : 115 อาคารสตาร์พลาซ่า ชั้น 2 ซ.ศูนย์การค้าสาย 4 ถ.สุขุมวิท ต.เชิงเนิน อ.เมือง จ.ระยอง 21000

พื้นที่รับผิดชอบ : สมุทรปราการ ชลบุรี ระยอง จันทบุรี ตราด ฉะเชิงเทรา ปราจีนบุรี สระแก้ว

โทรศัพท์ 0-3886-4313 โทรสาร 0-3886-4320 www.rayong.nhso.go.th

7. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 7 ขอนแก่น

ที่อยู่ : อาคาร ซีพี ชั้น 3 ถ.มิตรภาพ อ.เมือง จ.ขอนแก่น 40000

พื้นที่รับผิดชอบ : ขอนแก่น มหาสารคาม ร้อยเอ็ด กาฬสินธุ์

โทรศัพท์ 0-4336-5200 โทรสาร 0-4336-5111 www.khonkaen.nhso.go.th

8. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 8 อุดรธานี

ที่อยู่ : เลขที่ 21/68 อาคาร บริษัท ทีโอที จำกัด (มหาชน) ถ.วัฒนางูวงศ์ ต.หมากแข้ง อ.เมือง จ.อุดรธานี 41000

พื้นที่รับผิดชอบ : บึงกาฬ หนองบัวลำภู อุดรธานี เลย หนองคาย สกลนคร นครพนม

โทรศัพท์ 0-4232-5681 โทรสาร 0-4232-5674 www.udonthani.nhso.go.th

9. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 9 นครราชสีมา



ที่อยู่ : 154/1 อาคารราชสีมาเซ็นเตอร์ ชั้น 3 ต.ในเมือง อ.เมือง จ.นครราชสีมา 30000

พื้นที่รับผิดชอบ : นครราชสีมา บุรีรัมย์ สุรินทร์ ชัยภูมิ

โทรศัพท์ 0-4424-8870-4 โทรสาร 0-4424-8875 www.korat.nhso.go.th

10. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 10 อุบลราชธานี

ที่อยู่ : 145 อาคารที่ทำการไปรษณีย์(ชั้น 3) ถนนศรีณรงค์ ตำบลในเมือง อำเภอเมือง จังหวัด

อุบลราชธานี รหัสไปรษณีย์ 34000

พื้นที่รับผิดชอบ : ศรีสะเกษ อุบลราชธานี ยโสธร อำนาจเจริญ มุกดาหาร

โทรศัพท์ 0-4524-0591 โทรสาร 0-4525-5393 www.ubon.nhso.go.th/

11. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 11 สุราษฎร์ธานี

ที่อยู่ : อาคาร พีซี ทาวเวอร์ ชั้น 10 91/1 หมู่ 1 ถ.กาญจนาวิถี ต.บางกุ้ง อ.เมือง จ.สุราษฎร์ธานี 84000

พื้นที่รับผิดชอบ : นครศรีธรรมราช กระบี่ พังงา ภูเก็ต สุราษฎร์ธานี ระนอง ชุมพร

โทรศัพท์ 0-7724-4811 โทรสาร 0-7727-4818 www.suratthani.nhso.go.th

12. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 12 สงขลา

ที่อยู่ : อาคารสยามนครินทร์คอมเพล็กซ์ ชั้น 3 เลขที่ 488/88 ถ.เพชรเกษม ต.หาดใหญ่ อ.หาดใหญ่ จ.สงขลา 90110

พื้นที่รับผิดชอบ : สงขลา สตูล ตรัง พัทลุง ปัตตานี ยะลา นราธิวาส

โทรศัพท์ 0-7423-3888 โทรสาร 0-7423-5494 www.songkhla.nhso.go.th

13.สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 13 กรุงเทพมหานคร

120 หมู่ 3 ชั้น 5 อาคารบี โซนทิศใต้ (อาคารจอดรถ) “ศูนย์ราชการเฉลิมพระเกียรติ ๘๐ พรรษา ๕ ธันวาคม ๒๕๕๐” ถนนแจ้งวัฒนะ แขวงทุ่งสองห้อง เขตหลักสี่ กรุงเทพฯ 10210

พื้นที่รับผิดชอบ : กรุงเทพมหานคร

โทรศัพท์ 0-2142-1000 โทรสาร 0-2143-8772-3 www.bkk.nhso.go.th

สำเนาฉบับ

คำสั่งกรมอนามัย

ที่ ๑๗๕/๒๕๖๗

เรื่อง แต่งตั้งคณะทำงานพัฒนาคู่มือแนวทางการขึ้นทะเบียนเป็นสถานชีวาภิบาลองค์กรพระพุทธศาสนา ชุมชน และศาสนาอื่น ๆ

ด้วยกระทรวงสาธารณสุข จัดตั้งสถานชีวาภิบาลของกระทรวงสาธารณสุขเป็นหนึ่งในนโยบาย มุ่งเน้น เพื่อการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพิง ผู้ป่วยระยะท้าย รวมถึงการดูแลผู้สูงอายุติดบ้าน ติดเตียง และผู้ที่มี ภาวะพึ่งพิงในระบบ Long Term Care ให้ได้รับการดูแลอย่างเป็นองค์รวมครอบคลุมทั้ง ๔ มิติ คือ กาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณอย่างต่อเนื่องจากโรงพยาบาลสู่บ้านและชุมชน กรมอนามัยจึงได้พัฒนาคู่มือ แนวทางการขึ้นทะเบียนเป็นสถานชีวาภิบาลองค์กรพระพุทธศาสนา ชุมชน และศาสนาอื่น ๆ เพื่อใช้เป็นแนวทางในการขับเคลื่อนนโยบายและยกระดับการขึ้นทะเบียนเป็นสถานชีวาภิบาล

เพื่อให้การดำเนินงานเป็นไปด้วยความเรียบร้อย มีประสิทธิภาพ และบรรลุตามวัตถุประสงค์ อาศัยอำนาจตามความในมาตรา ๓๒ แห่งพระราชบัญญัติระเบียบบริหารราชการแผ่นดิน พ.ศ. ๒๕๓๔ และ ที่แก้ไขเพิ่มเติม อธิบดีกรมอนามัยจึงแต่งตั้งคณะทำงานพัฒนาคู่มือแนวทางการขึ้นทะเบียนเป็นสถานชีวาภิบาล องค์กรพระพุทธศาสนา ชุมชน และศาสนาอื่น ๆ โดยมีองค์ประกอบ หน้าที่และอำนาจ ดังนี้

๑. องค์ประกอบ

๑.๑	อธิบดีกรมอนามัย	ที่ปรึกษา
๑.๒	ผู้อำนวยการสถาบันพัฒนาสุขภาพเขตเมือง	ที่ปรึกษา
๑.๓	นายแพทย์ทรงคุณวุฒิ (ด้านอนามัยผู้สูงอายุ)	ที่ปรึกษา
๑.๔	รองอธิบดีกรมอนามัยที่ได้รับมอบหมาย	ประธาน
๑.๕	ผู้แทนจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ	คณะทำงาน
๑.๖	ผู้แทนกรมกิจการผู้สูงอายุ	คณะทำงาน
๑.๗	ผู้แทนจากสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ	คณะทำงาน
๑.๘	ผู้แทนจากวิทยาลัยพระธรรมทูต มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย	คณะทำงาน
๑.๙	ผู้แทนจากสำนักงานพระพุทธศาสนาแห่งชาติ	คณะทำงาน
๑.๑๐	ผู้แทนจากกรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น	คณะทำงาน
๑.๑๑	ผู้แทนจากกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ	คณะทำงาน
๑.๑๒	ผู้แทนจากกรมการแพทย์	คณะทำงาน
๑.๑๓	ผู้แทนกองบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข	คณะทำงาน
๑.๑๔	ผู้แทนจากศูนย์อนามัยที่ ๑ เชียงใหม่	คณะทำงาน
๑.๑๕	ผู้แทนจากศูนย์อนามัยที่ ๓ นครสวรรค์	คณะทำงาน

๑.๑๖ ผู้แทน...

๑.๑๖ ผู้แทนจากศูนย์อนามัยที่ ๗ ชอนแก่น

คณะทำงาน

๑.๑๗ ผู้อำนวยการสำนักอนามัยผู้สูงอายุ

คณะทำงาน

และเลขานุการ

๑.๑๘ ผู้แทนจากสถาบันพัฒนาสุขภาพระดับเขตเมือง กรมอนามัย

คณะทำงาน

และผู้ช่วยเลขานุการ

๑.๑๙ ผู้แทนจากสำนักอนามัยผู้สูงอายุ

คณะทำงาน

และผู้ช่วยเลขานุการ

๒. หน้าที่และอำนาจ

๒.๑ จัดทำหลักเกณฑ์และเงื่อนไขการประเมินรับรองสถานชีวาภิบาลองค์กรพระพุทธศาสนา
ชุมชนและศาสนาอื่น ๆ

๒.๒ จัดทำคู่มือแนวทางการขึ้นทะเบียนเป็นสถานชีวาภิบาลองค์กรพระพุทธศาสนา
ชุมชนและศาสนาอื่น ๆ

๒.๓ เผยแพร่และสื่อสารการใช้คู่มือแนวทางการขึ้นทะเบียนเป็นสถานชีวาภิบาลองค์กร
พระพุทธศาสนา ชุมชนและศาสนาอื่น ๆ

๒.๔ ปฏิบัติงานอื่น ๆ ตามที่ได้รับมอบหมาย

ทั้งนี้ ตั้งแต่บัดนี้เป็นต้นไป

สั่ง ณ วันที่ ๒๙ มกราคม พ.ศ. ๒๕๖๗

(นายเอกชัย เพียรศรีวัชรา)

รองอธิบดีกรมอนามัย ปฏิบัติราชการแทน
อธิบดีกรมอนามัย

๐๔๓๐๕

รับ
พิมพ์
ตรวจ
วันที่ ๒๔ ม.ก. ๖๗



สำนักอนามัยผู้สูงอายุ กรมอนามัย



<https://eh.anamai.moph.go.th/th>



elderlyhealthgroup@gmail.com



02 590 4504



สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ



<https://www.nhso.go.th>



saraban@nhso.go.th



02 141 4000

