

ปัจจัยเชิงระบบที่ส่งผลต่อความต่อเนื่องของโครงข่าย บริการเยี่ยมบ้านสำหรับผู้ป่วยระดับประคองระยะท้าย หลังจากการถ่ายโอนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล สู่องค์การบริหารส่วนจังหวัด: กรณีศึกษาจังหวัดพิษณุโลก

วริศรา ตั้งตระกูล*

ระวีวรรณ สิงห์ปอง†

พนิตรา สิงห์เขียว‡

วิโรจน์ วรรณภิระ§

ศิลา โทณบุตร§

ศุภสิทธิ์ พรธนาบุญ§

ผู้รับผิดชอบบทความ: พนิตรา สิงห์เขียว

บทคัดย่อ

การถ่ายโอนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ไปสู่องค์การบริหารส่วนจังหวัด (อบจ.) เป็นนโยบายสำคัญด้านการกระจายอำนาจทางสาธารณสุข ซึ่งอาจส่งผลต่อความต่อเนื่องของบริการดูแลผู้ป่วยระดับประคองระยะท้ายที่บ้าน และชุมชน การวิจัยเชิงคุณภาพนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความต่อเนื่องของระบบบริการและปัจจัยที่ส่งผลต่อการดูแลผู้ป่วยระดับประคองภายหลังการถ่ายโอน รพ.สต. ในจังหวัดพิษณุโลก โดยใช้กรอบวิเคราะห์ 4 เสาหลักของระบบบริการ ได้แก่ บุคลากร ระบบข้อมูลสุขภาพ เวชภัณฑ์และอุปกรณ์ทางการแพทย์ และการมีส่วนร่วมของชุมชน การศึกษารอบคลุมเครือข่ายบริการของโรงพยาบาลระดับทุติยภูมิและตติยภูมิในจังหวัดพิษณุโลก กลุ่มผู้ให้ข้อมูลประกอบด้วย บุคลากรสาธารณสุข ญาติหรือผู้ดูแลผู้ป่วย และผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย รวม 20 คน คัดเลือกแบบเจาะจง เก็บข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์เชิงลึกและการสังเกตการณ์ประชุมวิจัย วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา และตรวจสอบความน่าเชื่อถือด้วยวิธีการตรวจสอบสามเส้า

* กลุ่มงานเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก

† โรงพยาบาลเนินมะปราง

‡ ภาควิชาเวชศาสตร์ครอบครัว คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร

§ มูลนิธิศูนย์วิจัยและติดตามความเป็นธรรมทางสุขภาพ

Received 5 February 2026; Revised 23 May 2026; Accepted 13 August 2026

Suggested citation: Tangtrakul V, Singpong R, Singkheaw P, Wannapira W, Tonboot S, Pannarunothai S. Systemic factors influencing the continuity of home-based palliative care network following the transfer of sub-district health promoting hospitals to the provincial administrative organization: a case study of Phitsanulok province. Journal of Health Systems Research 2026;20(3):225-39. วริศรา ตั้งตระกูล, ระวีวรรณ สิงห์ปอง, พนิตรา สิงห์เขียว, วิโรจน์ วรรณภิระ, ศิลา โทณบุตร, ศุภสิทธิ์ พรธนาบุญ. ปัจจัยเชิงระบบที่ส่งผลต่อความต่อเนื่องของโครงข่ายบริการเยี่ยมบ้านสำหรับผู้ป่วยระดับประคองระยะท้ายหลังจากการถ่ายโอนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสู่องค์การบริหารส่วนจังหวัด: กรณีศึกษาจังหวัดพิษณุโลก. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข 2569;20(3):225-39.

ผลการศึกษาพบว่า ระบบบริการยังสามารถคงความต่อเนื่องของการดูแลผู้ป่วยที่บ้านได้ แม้มีการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างการกำกับดูแล โดยผู้ป่วยและครอบครัวไม่รับรู้ความแตกต่างของหน่วยงานผู้ให้บริการ ความต่อเนื่องของระบบสะท้อนผ่าน 4 องค์ประกอบสำคัญ ได้แก่ 1) ด้านบุคลากร: การเยี่ยมบ้านและการประสานงานยังดำเนินต่อเนื่อง แต่มีข้อจำกัดด้านภาระงานพยาบาล 2) ด้านระบบข้อมูลสุขภาพ: การส่งต่อและเชื่อมโยงข้อมูลผู้ป่วยระหว่างหน่วยบริการยังเป็นปัจจัยสำคัญต่อความต่อเนื่องของการดูแล 3) ด้านเวชภัณฑ์และอุปกรณ์: การเข้าถึงยามอร์ฟินและอุปกรณ์ทางการแพทย์มูลค่าสูงยังมีข้อจำกัดบางประการ และ 4) ด้านการมีส่วนร่วมของชุมชน: อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีบทบาทสำคัญในการคัดกรอง ติดตาม และเชื่อมต่อการดูแลในชุมชน สรุป การคงไว้ซึ่งความต่อเนื่องของการดูแลผู้ป่วยประคับประคองภายหลังการถ่ายโอน รพ.สต. จำเป็นต้องพัฒนาการบริหารกำลังคน ระบบข้อมูลสุขภาพ การสนับสนุนทรัพยากรทางการแพทย์ และกลไกการมีส่วนร่วมของชุมชน เพื่อให้เกิดระบบบริการสุขภาพที่ไร้รอยต่อและยั่งยืนในระดับพื้นที่

คำสำคัญ: การดูแลแบบประคับประคองที่บ้าน, การดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง, การกระจายอำนาจระบบสุขภาพ, ระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ, องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

Systemic Factors influencing the Continuity of Home-Based Palliative Care Network following the Transfer of Sub-District Health Promoting Hospitals to the Provincial Administrative Organization: A Case Study of Phitsanulok Province

Varitsara Tangtrakul^{*}, Rawiwan Singpong[†], Pantitra Singkheaw[‡], Wiroj Wannapira^{*}, Sila Tonboot[§], Supasit Pannarunothai[§]

^{*} Department of Social Medicine, Buddhachinaraj Phitsanulok Hospital

[†] Noenmaprang Hospital

[‡] Department of Family Medicine, Faculty of Medicine, Naresuan University

[§] Centre for Health Equity Monitoring Foundation

Corresponding author: Pantitra Singkheaw, pantitras@gmail.com

Abstract

The transfer of sub-district health promoting hospitals (SHPHs) to provincial administrative organizations (PAOs) is a major decentralization policy in Thailand that may affect the continuity of home- and community-based palliative care services. This qualitative study aimed to examine the continuity of service delivery systems and factors influencing palliative home care following the transfer of SHPHs in Phitsanulok province. The study applied a framework based on four key pillars of the service system: health workforce, health information systems, medical supplies and equipment, and community participation. The study was conducted within secondary- and tertiary-care service networks in Phitsanulok. Participants included 20 informants selected purposively among healthcare providers, family caregivers, and stakeholders involved in community palliative care. Data were collected through in-depth interviews and meeting observations. Content analysis was employed, and data credibility was ensured through triangulation. The findings revealed that continuity of home-based palliative care services was maintained despite changes in administrative governance. Patients and families generally did not perceive differences in service providers after the transfer. Continuity of care was evidenced in four major dimensions. 1) Workforce: home visits and care coordination continued, although nursing workload remained a significant challenge. 2) Health information systems: effective referral processes and inter-facility data linkage were essential for seamless continuity of care. 3) Medical supplies and equipment: access to morphine

and high-cost medical equipment remained limited in some areas. 4) Community participation: village health volunteers played a crucial role in screening, follow-up, and coordinating community-based care. In conclusion, sustaining continuity of palliative care services following the transfer of SHPHs requires strengthening workforce management, integrated health information systems, medical resource support, and community participation mechanisms. These factors are essential for developing a seamless and sustainable local health service system.

Keywords: home-based palliative care, continuity of care, health system decentralization, primary care, local government

บทคัดย่อและเหตุผล

การดูแลผู้ป่วยประคับประคองระยะท้ายของชีวิต (palliative and end-of-life care) เป็นบริการสุขภาพที่มุ่งส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัว ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ โดยองค์การอนามัยโลกเสนอให้การดูแลผู้ป่วยระยะท้ายควรดำเนินในชุมชนหรือที่บ้านผ่านระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงบริการอย่างต่อเนื่องและสมศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์^(1,2)

ประเทศไทยมีระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิที่ครอบคลุม โดยโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) เป็นกลไกสำคัญในการเชื่อมต่อการดูแลระหว่างโรงพยาบาล ชุมชน และครอบครัว โดยเฉพาะการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยประคับประคอง อย่างไรก็ตาม นโยบายการกระจายอำนาจด้านสาธารณสุขตามพระราชบัญญัติกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. 2542 ส่งผลให้เกิดการถ่ายโอน รพ.สต. ไปสู่อำเภอปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) ซึ่งอาจส่งผลต่อความเชื่อมโยงของระบบบริการสุขภาพในระดับพื้นที่ โดยเฉพาะบริการที่ต้องอาศัยการประสานงานแบบไร้รอยต่อระหว่างบริการปฐมภูมิ ทุติยภูมิ และตติยภูมิ^(3,4)

จังหวัดพิษณุโลกเป็นหนึ่งในพื้นที่ที่มีการถ่ายโอน รพ.สต. ไปสู่ อบจ. และ อปท. อย่างต่อเนื่อง ปี 2567 หนึ่งใน

ในสามของ 147 รพ.สต. ถ่ายโอนไปสู่ อบท. ภายใต้บริบทดังกล่าว จำนวนผู้ป่วยประคับประคองมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจาก 1,950 ราย ในปี พ.ศ. 2565 เป็น 2,925 ราย ในปี พ.ศ. 2567 ขณะที่สัดส่วนการได้รับการเยี่ยมบ้านลดลงจากร้อยละ 35.1 เหลือร้อยละ 24.8^(5,6) สถานการณ์ดังกล่าวสะท้อนความท้าทายของระบบบริการสุขภาพในการคงไว้ซึ่งความต่อเนื่องของการดูแลในช่วงเปลี่ยนผ่านเชิงนโยบาย (policy transition)

แม้ว่าจะมีการศึกษาด้านการดูแลผู้ป่วยประคับประคองในชุมชนอย่างต่อเนื่อง แต่ยังมีข้อจำกัดขององค์ความรู้เกี่ยวกับ “กลไกของระบบสุขภาพ” ที่ทำให้บริการยังสามารถดำเนินต่อเนื่องได้ภายหลังการถ่ายโอนหน่วยบริการปฐมภูมิ รวมถึงปัจจัยเชิงระบบที่ส่งผลต่อการเชื่อมโยงบริการ การประสานงานระหว่างหน่วยบริการ และการมีส่วนร่วมของชุมชนในระดับเครือข่ายจังหวัด

การศึกษานี้จึงมุ่งศึกษาความต่อเนื่องของระบบบริการดูแลผู้ป่วยประคับประคองระยะท้ายที่บ้านและชุมชนภายหลังการถ่ายโอน รพ.สต. ในจังหวัดพิษณุโลก โดยใช้กรอบแนวคิดระบบบริการแบบบูรณาการ (integrated care) เพื่อวิเคราะห์ปัจจัยที่ส่งผลต่อความต่อเนื่องของบริการในระดับบุคคล หน่วยบริการ และเครือข่ายสุขภาพ อันจะนำไปสู่ข้อเสนอเชิงนโยบายและแนวทางพัฒนาระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิในระยะเปลี่ยนผ่านอย่างยั่งยืน

ระเบียบวิธีศึกษา

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ (qualitative study) ดำเนินการในจังหวัดพิษณุโลก ครอบคลุมเครือข่ายบริการสุขภาพของโรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยนเรศวร และโรงพยาบาลเนินมะปราง เพื่อศึกษาความต่อเนื่องของระบบบริการดูแลผู้ป่วยระดับประจําครอบครัวที่บ้านและชุมชนภายหลังการถ่ายโอน รพ.สต. ไปสู่ อบต. โดยประยุกต์ใช้กรอบแนวคิด Rainbow Model of Integrated Care ในการวิเคราะห์ปัจจัยเชิงระบบที่เกี่ยวข้องกับการบูรณาการบริการ

แหล่งข้อมูล

ผู้ให้ข้อมูลหลัก: ประกอบด้วย บุคลากรสาธารณสุข ญาติหรือผู้ดูแลผู้ป่วยระยะท้าย อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) และผู้แทนหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับระบบบริการสุขภาพและการดูแลในชุมชน เช่น โรงพยาบาล อบต. สำนักงานสาธารณสุข และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ คัดเลือกแบบ purposive sampling ร่วมกับ stratified sampling ตามบทบาทและพื้นที่บริการ เพื่อให้ครอบคลุมมุมมองที่หลากหลายของผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง

ช่วงเวลาเก็บข้อมูล: เก็บข้อมูลระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม พ.ศ. 2567 ถึง 30 เมษายน พ.ศ. 2568 โดยใช้การสัมภาษณ์เชิงลึก (in-depth interview) และการสังเกตการณ์จากการประชุมเครือข่ายที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยระดับประจําครอบครัวในระดับจังหวัด ใช้แนวคำถามกึ่งโครงสร้าง (semi-structured interview guide) ที่พัฒนาตามกรอบแนวคิดการวิจัย และดำเนินการเก็บข้อมูลจนเกิดภาวะอิ่มตัวของข้อมูล (data saturation)

การวิเคราะห์และนำเสนอข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลใช้วิธี thematic analysis โดยอาศัยทั้งการวิเคราะห์เชิงนิรนัย (deductive analysis) ตามกรอบแนวคิด Rainbow Model of Integrated Care

และการวิเคราะห์เชิงอุปนัย (inductive analysis) เพื่อเปิดโอกาสให้เกิดประเด็นสำคัญใหม่จากข้อมูลภาคสนาม ข้อมูลที่นำมาวิเคราะห์ประกอบด้วยบทสัมภาษณ์เชิงลึก บันทึกภาคสนาม และข้อมูลจากการสังเกตการณ์การประชุมเครือข่ายที่เกี่ยวข้องกับระบบดูแลผู้ป่วยระดับประจําครอบครัว

เพื่อสร้างความน่าเชื่อถือของข้อมูล (trustworthiness) ผู้วิจัยใช้วิธี data triangulation จากผู้ให้ข้อมูลหลายกลุ่ม และ method triangulation ผ่านการใช้ทั้งการสัมภาษณ์เชิงลึกและการสังเกตการณ์ ผู้วิจัยแต่ละคนทำการวิเคราะห์และกำหนดรหัสข้อมูล (independent coding) แยกจากกัน ก่อนนำผลการวิเคราะห์มาหารือร่วมกัน ในกรณีที่เกิดความแตกต่างในการตีความ จะใช้การอภิปรายร่วมกับทีมวิจัยและผู้ทรงคุณวุฒิเพื่อหาข้อสรุป ร่วม นอกจากนี้ ยังมีการตรวจสอบข้อมูลร่วมกับผู้ให้ข้อมูลบางส่วน (member checking) และการอภิปรายสะท้อนคิดภายในทีมวิจัย (reflexive discussion) เพื่อลดอคติในการตีความข้อมูล

บทความวิจัยนี้เป็นส่วนหนึ่งของโครงการการพัฒนาแบบบริการชีวิบาลวาระสุดท้ายของชีวิตที่บ้านและชุมชน พื้นที่ถ่ายโอน รพ.สต. ให้ อบจ. กรณิจังหวัดพิษณุโลกและจังหวัดขอนแก่น ซึ่งได้รับการรับรองด้านจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก (COA No. 086/2567; HREC No. 099/2567; วันที่รับรอง 13 สิงหาคม 2567) และจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น (HE671542; วันที่รับรอง 7 ตุลาคม 2567) รวมทั้งได้รับอนุมัติจากสถาบันพัฒนาการคุ้มครองการวิจัยในมนุษย์ (IHRP) (COA No. IHRP2024176 / IHRP No. 119-2567)

ผลการศึกษา

ผู้ให้ข้อมูลหลักจำนวน 20 คน อายุระหว่าง 36-62 ปี ค่าเฉลี่ยของอายุ คือ 49.7 ปี ทั้งหมดนับถือศาสนาพุทธ

(ร้อยละ 100) ประกอบด้วยเพศชาย 6 คน (ร้อยละ 30) และเพศหญิง 14 คน (ร้อยละ 70) ผู้เข้าร่วมวิจัยเป็นกลุ่มเป้าหมาย ญาติของผู้ป่วยระดับประคอง 4 คน (ร้อยละ 20) และบุคลากรสาธารณสุข 16 คน ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพ 8 คน (ร้อยละ 40) แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว 3 คน (ร้อยละ 15) อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) 3 คน (ร้อยละ 15) นักวิชาการสาธารณสุข 1 คน (ร้อยละ 5) และผู้บริหารขององค์การบริหารส่วนจังหวัด 1 คน (ร้อยละ 5) ดังรายละเอียดในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงปัจจัยพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่าง

รายละเอียดผู้เข้าร่วมวิจัย	จำนวน (ร้อยละ)
อายุ (ปี)	
30-39	2 (10)
40-49	8 (40)
50-59	9 (45)
60-69	1 (5)
ศาสนา	
พุทธ	20 (100)
เพศ	
ชาย	6 (30)
หญิง	14 (70)
กลุ่มเป้าหมายที่สนใจ	
ญาติของผู้ป่วยระดับประคอง	4 (20)
บุคลากรสาธารณสุข ได้แก่	
ผู้บริหารขององค์การบริหารส่วนจังหวัด	1 (5)
พยาบาลวิชาชีพ	8 (40)
แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว	3 (15)
อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.)	3 (15)
นักวิชาการสาธารณสุข	1 (5)

โดยผลการวิเคราะห์เชิง thematic analysis ภายใต้กรอบ Rainbow Model of Integrated Care สามารถจัดกลุ่มประเด็นสำคัญออกเป็น 4 themes ดังนี้

Theme 1: Clinical integration – ความต่อเนื่องของการดูแลผู้ป่วยระดับประคองที่บ้าน

1.1 การคัดกรองและเข้าสู่ระบบเยี่ยมบ้าน

เมื่อผู้ป่วยได้รับวินิจฉัยว่าเป็นโรคที่รักษาไม่หายขาด เช่น มะเร็งระยะท้าย หรือผู้ป่วยติดเตียงที่มีภาวะแทรกซ้อน เช่น มีแผลกดทับเรื้อรัง อาการอ่อนแรงของแขนและขาจากโรคหลอดเลือดสมอง ภาวะสมองเสื่อม ตามนิยามขององค์การอนามัยโลก⁽⁷⁾ ผู้ป่วยแบบนี้ เรียกว่า ผู้ป่วยระยะประคับประคอง นั่นคือไม่สามารถหายขาดจากตัวโรคได้ (irreversible process) เมื่อมีการดำเนินโรคมามากขึ้น ผู้ป่วยกลุ่มนี้จะเริ่มมีภาวะถดถอย เช่น การเคลื่อนไหวลดลง เริ่มมีภาวะติดเตียง กิจกรรมประจำวันทำได้ลดลงตามลำดับ และมีภาวะที่ต้องพึ่งพิงคนดูแลมากขึ้น ผู้ป่วยกลุ่มนี้ถูกจัดให้เป็นผู้ป่วยระดับประคองระยะท้าย และจากการถดถอยของร่างกายอันเนื่องมาจากตัวโรค พบว่า ผู้ป่วยต้องอาศัยผู้ดูแลหลักในการดูแลกิจวัตร การมาโรงพยาบาลตามนัดของแพทย์เป็นเรื่องยากลำบาก เนื่องจากผู้ป่วยระยะนี้มีการเคลื่อนไหวที่จำกัด บางคนต้องใช้รถนอน ญาติที่ดูแลต้องอำนวยความสะดวกด้วยการเคลื่อนย้ายมาโรงพยาบาลด้วยความยากลำบาก ญาติบางส่วนไม่มีทุนทรัพย์ในการจัดหารถที่สามารถย้ายผู้ป่วยมาที่โรงพยาบาลได้ บางคนต้องจ้างรถพยาบาล หรือขอความช่วยเหลือจากชุมชน เพื่อนำผู้ป่วยมารับบริการที่โรงพยาบาล

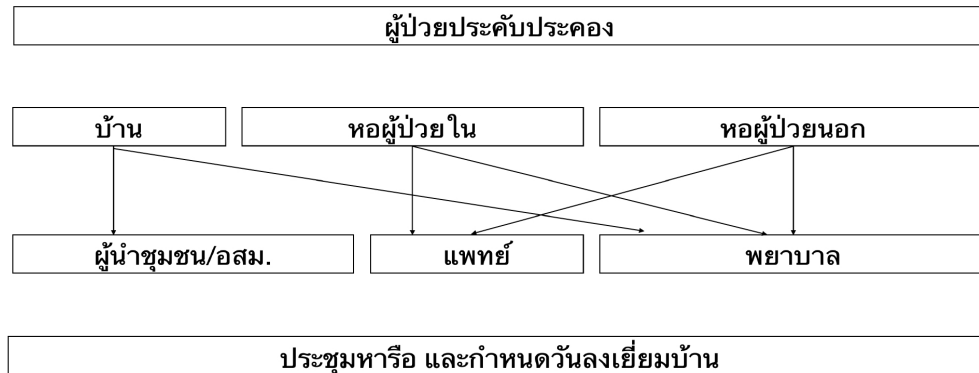
สำหรับโครงข่ายการเยี่ยมบ้านในจังหวัดพิษณุโลก สามารถสรุปได้ตามภาพที่ 1 มีระบบการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยระดับประคองโดยอาศัยบุคลากรทางการแพทย์และคนในชุมชน “ทุกคน” สามารถส่งเรื่องเยี่ยมบ้านผู้ป่วยได้ ไม่ว่าจะพบผู้ป่วยที่บ้าน หรือสถานพยาบาล เช่น

- กรณีแพทย์ที่ดูแลผู้ป่วย หรือแพทย์หน่วยงานระดับประคองทราบข้อมูล และพิจารณาจำเป็นต้องลงเยี่ยมบ้าน
- กรณีพยาบาลประจำหอดูแลผู้ป่วย/พยาบาลประจำจุดตรวจผู้ป่วยนอก เล็งเห็นว่าผู้ป่วยระดับประคอง

รายนี้มาเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลลำบาก หรือขาดการนัดหมาย หรือญาติมีภาวะ burnout ต่อการดูแลผู้ป่วย โรงพยาบาลจะแจ้งแพทย์ให้ทราบ และพิจารณาจำเป็นต้องลงเยี่ยมบ้าน

- กรณีผู้นำชุมชน อสม. หรือพยาบาลชุมชน พบโดย

ประจักษ์ว่าผู้ป่วยมีความทุกข์ทรมาน หรือมีอาการที่จำเป็น ต้องให้ทีมบุคลากรสาธารณสุขเข้ามาประเมิน จะแจ้งแพทย์ของทีมหมอครอบครัวประจำทีมให้ทราบ และพิจารณาความจำเป็นต้องลงเยี่ยมบ้าน



ภาพที่ 1 ระบบการเลือกผู้ป่วยระดับประคองที่ต้องลงเยี่ยมบ้านโดยอาศัยหลักการว่าบุคลากรทางการแพทย์และคนในชุมชนทุกคนสามารถส่งเรื่องเพื่อเยี่ยมบ้านได้

ผลการศึกษา พบว่า บุคลากรทางการแพทย์มีความเห็นร่วมกันว่า ผู้ป่วยระดับประคองควรได้รับการเยี่ยมบ้านเพื่อประเมินอาการ และหารือการวางแผนดูแลล่วงหน้า (advance care planning, ACP) ซึ่งเป็นองค์ประกอบสำคัญของระบบบริการ ทีมบุคลากรทางการแพทย์จะร่วมกับผู้ป่วยและครอบครัวในการกำหนดเป้าหมายและแนวทางการดูแล โดยเคารพความประสงค์ของผู้ป่วย โดยเฉพาะในกรณีที่ผู้ป่วยต้องการกลับไปใช้วาระสุดท้ายของชีวิตที่บ้าน และการออกตารางนัดหมายเยี่ยมบ้านเป็นระยะเพื่อช่วยประเมินปัญหาของผู้ป่วย ลดอาการทรมานจากตัวโรคเท่าที่จะเป็นไปได้

1.2 ความต่อเนื่องของบริการในช่วงเปลี่ยนผ่านนโยบาย

ในขณะที่พยาบาลประจำ รพ.สต. ทั้งในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขและ อปท. สะท้อนข้อจำกัดด้านการเข้าถึงข้อมูลทางคลินิกของผู้ป่วย โดยเฉพาะข้อมูล

การวินิจฉัย แนวทางการรักษา และแผนการดูแลล่วงหน้า (ACP) จากโรงพยาบาลต้นทาง ซึ่งส่งผลกระทบต่อความมั่นใจในการวางแผนดูแลต่อเนื่องในชุมชน ทำให้แม้ รพ.สต. จะจัดเยี่ยมบ้านก็เป็นเพียงการประเมินหน้างานเบื้องต้นเท่านั้น ซึ่งจากการสัมภาษณ์พยาบาลที่ รพ.สต. ไม่ว่าจะมียึดสังกัดเป็น อปท. หรือกระทรวงสาธารณสุขก็ยังไม่มียึดข้อมูลผู้ป่วยจากโรงพยาบาลเหมือนกัน “เราก็ไม่รู้ว่าเขาป่วยเป็นอะไร เป็นมะเร็งก็ไม่รู้ระยะ จะแนะนำอะไรก็กลัวไม่ตรงกับโรงพยาบาลบอก” (แหล่งข้อมูล พยาบาลจาก รพ.สต. หมายเลข 3)

ในระดับชุมชน อสม. มักเป็นบุคลากรกลุ่มแรกๆ ที่เข้าถึงผู้ป่วยที่บ้าน และมีบทบาทสำคัญในการเฝ้าระวังอาการ แจ้งเตือนทีมสุขภาพ และประสานการเยี่ยมบ้านกับพยาบาลชุมชน อย่างไรก็ตาม ความถี่ของการเยี่ยมบ้านและการประเมินอาการยังขึ้นกับรายงานจาก อสม. เป็นสำคัญ หากรายงานว่าไม่พบปัญหา การเยี่ยมบ้านโดยพยาบาล

ประจำ รพ.สต. อาจถูกเลื่อนออกไป ส่งผลให้ผู้ป่วยบางรายไม่ได้รับการประเมินอาการอย่างทันท่วงที

การวิเคราะห์ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องด้วยแนวคิด power-interest grid analysis พบว่า โรงพยาบาลต้นทางและพยาบาลชุมชนเป็นกลุ่มที่มีทั้งอิทธิพลสูงและมีความเกี่ยวข้องสูงต่อความต่อเนื่องของบริการ เนื่องจากมีบทบาทสำคัญในการวางแผนการรักษา การส่งต่อข้อมูล และการประสานการเยี่ยมบ้าน ขณะที่ อปท. มีอิทธิพลเชิงนโยบายและการจัดสรรทรัพยากร ส่วน อสม. แม้มีอำนาจเชิงนโยบายต่ำ แต่มีความเกี่ยวข้องสูงต่อการเข้าถึงผู้ป่วย และการเชื่อมโยงบริการระดับชุมชน จึงถือเป็นกลไกสำคัญของระบบบริการดูแลผู้ป่วยระดับประคับประคองในระดับพื้นที่

แม้บุคลากรทางการแพทย์จะตระหนักถึงความสำคัญของการเยี่ยมบ้านในผู้ป่วยระดับประคับประคองระยะท้าย แต่ระบบบริการยังมีข้อจำกัดด้านการประสานงานและการกระจายภาระงานระหว่างผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในเครือข่ายบริการสุขภาพ โดยผู้ให้ข้อมูลสะท้อนมุมมองจากหลายระดับของระบบบริการ ได้แก่ โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ โรงพยาบาลชุมชน รพ.สต. อปท. อสม. และครอบครัวผู้ป่วย ซึ่งช่วยให้เห็นความเชื่อมโยงของบริการในระดับเครือข่ายจังหวัดได้อย่างครอบคลุม

1.3 ข้อจำกัดด้านการเข้าถึงบริการและภาระงานของบุคลากร

ภาระงานของพยาบาลทั้งจากโรงพยาบาลต้นทางและ รพ.สต. เป็นอุปสรรคสำคัญต่อการติดตามดูแลผู้ป่วยระดับประคับประคองระยะท้าย “บางอาทิตย์มีงานออกตรวจทั้งวัน ต้องอยู่เวรห้องแผล จะหาคนนำลงเยี่ยมคงไม่ทัน” (แหล่งข้อมูล พยาบาลจาก รพ.สต. หมายเลข 2) ผู้วิจัยพบว่า ภาระงานของพยาบาลจากโรงพยาบาลต้นทาง ในการศึกษาครั้งนี้คือ โรงพยาบาลเนินมะปรางมีพยาบาลวิชาชีพดูแลส่งต่อด้านผู้ป่วยระดับประคับประคองเพียง 1 คน โรงพยาบาลพุทธชินราชมีพยาบาลวิชาชีพดูแลส่งต่อด้านผู้ป่วยระดับประคับประคอง 2 คน โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยนเรศวรมีพยาบาลวิชาชีพดูแลส่งต่อด้านผู้ป่วยระดับประคับประคอง 2 คน แต่ต้อง

ดูแลผู้ป่วยกลับบ้านประมาณวันละ 3-5 คน ซึ่งทำให้ยอดผู้ป่วยสะสมมีมากถึง 20-30 คน จึงไม่สามารถติดตามอาการของผู้ป่วยแต่ละรายได้ครบทุกวัน นอกจากนี้ พยาบาลวิชาชีพประจำ รพ.สต. แต่ละแห่งมีจำนวน 1-2 คน ทำให้งานเยี่ยมบ้านซึ่งถือเป็นงานที่ต้องใช้เวลานาน เพราะต้องเดินทางไปให้บริการนอกสถานที่ และดูแลผู้ป่วยได้ครั้งละ 1-2 คน จึงเป็นภาระงานที่หนัก และอาจถูกมองว่าไม่คุ้มค่าเวลาที่เสียไปหากพยาบาลประจำ รพ.สต. อยู่ทำงานตรวจรักษาที่ รพ.สต. ซึ่งจะได้ดูแลผู้ป่วยจำนวนที่มากกว่า ดังนั้น เนื่องจากผู้ป่วยระดับประคับประคองที่บ้านมีจำนวนมาก โรงพยาบาลต้นทางจึงกำหนดเบอร์โทรศัพท์กลาง และระบบสื่อสารผ่าน Line official ศูนย์พุทธรักษ์ ซึ่งดูแลโดยทีมโรงพยาบาลพุทธชินราช ช่วยเป็นช่องทางในการรับปรึกษาโดยตรงจากผู้ป่วยและครอบครัวที่บ้าน และประสานกับศูนย์สุขภาพชุมชนและ รพ.สต. เมื่อได้ข้อมูลหนึ่ง รพ.สต. ก็เปิดช่องทางการสื่อสาร โดยให้ผู้นำชุมชน อสม. มีหน้าที่แจ้งกรณีพบผู้ป่วยระดับประคับประคองที่บ้านที่จำเป็นต้องได้รับการดูแล โดยจะแจ้งตรงไปที่พยาบาลชุมชนก่อน เพื่อเป็นการลดภาระงานและเพิ่มการเข้าถึงการรักษาและได้รับการเยี่ยมบ้านที่เร่งด่วน

ในการประชุมหารือการดูแลผู้ป่วยระดับประคับประคองของจังหวัดพิษณุโลก (แหล่งข้อมูลคือบันทึกรายงานการประชุมเครือข่ายระบบดูแลผู้ป่วยระดับประคับประคอง ครั้งที่ 3) ได้ข้อสรุปร่วมกันว่าผู้บริหารและทีมสาธารณสุขของอบจ. พิษณุโลกเล็งเห็นถึงความสำคัญของการเข้าไปดูแลผู้ป่วยระดับประคับประคองที่บ้าน จะมีการพิจารณาภาระงานนี้ในเชิงระบบ และการวางแผนการดูแลผู้ป่วยระดับประคับประคองโดยเฉพาะผู้ป่วยระยะท้าย จะต้องมีการประสานงานโดยอาศัยข้อมูลล่าสุดเป็นสำคัญ จึงวางแผนร่วมกันว่าทางโรงพยาบาลที่ดูแลจะออกเอกสาร เช่น ใบรับรองแพทย์หรือใบสรุปประวัติให้ผู้ป่วย หรือญาติของผู้ป่วยเก็บไว้ด้วยเพื่อการสื่อสารกับหมอครอบครัว หรือพยาบาลชุมชน ที่ประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.)

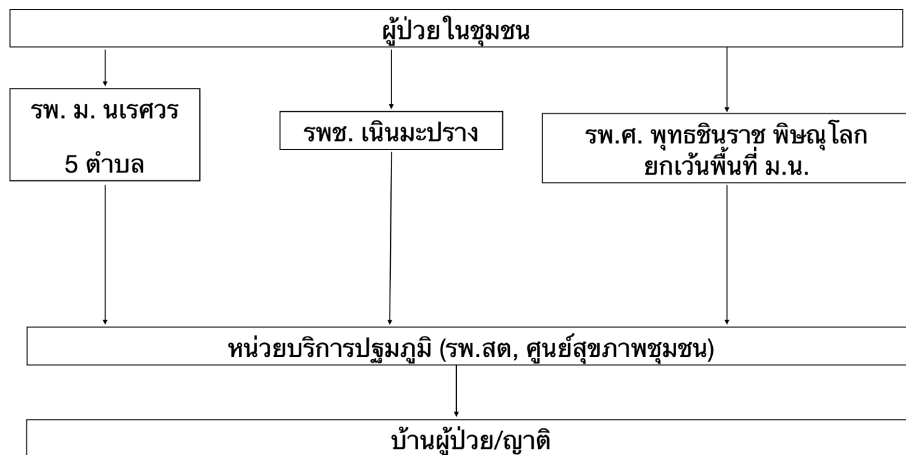
ภาระงานของพยาบาลทั้งในโรงพยาบาลต้นทางและ

รพ.สต. เป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อความต่อเนื่องของการเยี่ยมบ้าน โดยเฉพาะในพื้นที่ที่มีบุคลากรจำกัด พยาบาลชุมชนต้องรับผิดชอบทั้งงานบริการในหน่วยบริการและงานเยี่ยมบ้าน ทำให้บางครั้งไม่สามารถติดตามผู้ป่วยได้อย่างต่อเนื่อง

Theme 2: Professional and organizational integration – การเชื่อมโยงระหว่างวิชาชีพและหน่วยบริการ

2.1 การประสานงานระหว่างโรงพยาบาลและ รพ.สต.

เครือข่ายการดูแลผู้ป่วยระดับประคับประคองระยะท้าย



ม. = มหาวิทยาลัย, ม.น. = มหาวิทยาลัยนเรศวร, รพ. = โรงพยาบาล, รพ.ศ. = โรงพยาบาลศูนย์, รพ.สต. = โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล, รพช. = โรงพยาบาลชุมชน

ภาพที่ 2 เครือข่ายการดูแลผู้ป่วยระดับประคับประคองระยะท้ายในจังหวัดพิษณุโลก

ผลการศึกษาพบว่า ความสัมพันธ์ระหว่างบุคลากรเป็นกลไกสำคัญที่ช่วยให้ระบบยังคงดำเนินต่อไปได้ แม้จะเกิดการเปลี่ยนแปลงเชิงโครงสร้างของหน่วยบริการ การติดต่อประสานงานจำนวนมากยังอาศัยความสัมพันธ์ส่วนบุคคลและการสื่อสารแบบไม่เป็นทางการ เช่น การติดต่อผ่าน Line หรือโทรศัพท์

พบรอยต่อของการประสานงานจากในโรงพยาบาลและ รพ.สต. “ส่งเคสแล้วก็ไม่รู้เขาจะตามเยี่ยมบ้านให้ไหม ไม่ได้ตามต่อเลย ไม่รู้ระบบเขาจะลงเยี่ยมเหมือนเดิม

ในจังหวัดพิษณุโลก สามารถเชื่อมโยงกันได้ดังภาพที่ 2 ประกอบไปด้วยโรงพยาบาลต้นทางซึ่งให้การดูแลรักษาผู้ป่วยในระดับทุติยภูมิถึงตติยภูมิ นั้นหมายถึง สามารถดูแลจนถึงระดับสูงสุดของการรักษาแล้วพบว่า ผู้ป่วยไม่สามารถหายขาดได้ ถือเป็นผู้ป่วยระยะประคับประคองและศูนย์สุขภาพที่อยู่ในชุมชน ได้แก่ โรงพยาบาลชุมชนในการศึกษานี้คือโรงพยาบาลเนินมะปราง ศูนย์สุขภาพเมืองซึ่งเปรียบเสมือน รพ.สต. ที่ดูแลคนในเขตอำเภอเมืองจังหวัดพิษณุโลก และ รพ.สต. ซึ่งให้การดูแลในระดับชุมชนของแต่ละตำบล

รีเปลา ไม่แน่ใจว่าแล้วแต่นโยบายของเขา” (แหล่งข้อมูลพยาบาลจาก รพ.ต้นทาง หมายเลข 7) แต่ปัญหานี้ก็อาศัยว่าเดิมพยาบาลประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ที่ถ่ายโอนแล้วมีความสัมพันธ์อันดีกับพยาบาลหรือแพทย์ในโรงพยาบาล ทำให้สามารถประสานงานได้ “พี่รู้จักพยาบาลเขา เดี่ยวจะส่ง Line ไปคุยกันก่อนว่าจะเอาอย่างไร” (พยาบาลจาก รพ.ต้นทาง หมายเลข 8) ในแง่ของผู้รับบริการ อย่างผู้ป่วยระดับประคับประคองและครอบครัวจะไม่ได้รับรู้เรื่องระบบมากนัก และไม่ได้นึกถึงผู้ที่มาเยี่ยม

บ้านจะเป็นหน่วยงานจากโรงพยาบาล หรือ รพ.สต. เพียงมีบุคลากรทางการแพทย์มาประเมินที่บ้าน และให้ความช่วยเหลือในการจัดการกับอาการ หรือร่วมหาหรือวางแผนการรักษาที่เพียงพอ

2.2 ระบบส่งต่อข้อมูลและการสื่อสารระหว่างหน่วยบริการ

การสื่อสารข้อมูลผู้ป่วยระดับประคับประคองที่ต้องเยี่ยมบ้านนั้น ประเทศไทยใช้ระบบ Thai COC (Thai Continuity of Care) ซึ่งหมายถึง ระบบที่มีศูนย์ประสานงานดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องกลางที่โรงพยาบาลตั้งขึ้น มีการบันทึกข้อมูลของผู้ป่วยที่ต้องลงเยี่ยมบ้านทุกคน และรายงานเยี่ยมบ้านตามตำบลที่อยู่ของผู้ป่วย โดยพยาบาลประจำ รพ.สต. จะได้รับข้อมูลผู้ป่วย และดำเนินการลงเยี่ยมบ้าน แล้วรายงานข้อมูลหลังจากการเยี่ยมบ้านแล้วผ่านระบบ Thai COC เช่นกัน ในจังหวัดพิษณุโลก จะให้โรงพยาบาลพุทธชินราช และโรงพยาบาลชุมชนเป็นศูนย์ประสานและมอบหมายรายชื่อผู้ป่วยพร้อมข้อมูลให้กับหมอครอบครัวและพยาบาลชุมชนแต่ละตำบล และสามารถตามรายงานหลังจากเยี่ยมบ้านได้จากระบบ Thai COC และอาจมีกรณีที่แพทย์ประจำโรงพยาบาล หรือแพทย์เจ้าของไข้ เช่น จิตแพทย์ หรือแพทย์ประคับประคองออกเยี่ยมเองพร้อมทีมของ รพ.สต. ด้วย

ในปี พ.ศ. 2568 จังหวัดพิษณุโลก ได้มีการเปลี่ยนโปรแกรมการส่งข้อมูลจากระบบ Thai COC ไปเป็นระบบบริการสุขภาพเชิงรุกของกระทรวงสาธารณสุขที่มีกลุ่มเป้าหมายหลัก ได้แก่ ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ผู้ป่วยจิตเวชและผู้ใช้สารเสพติด ผู้ป่วยในการดูแลระยะกลางและระยะยาว ไปจนถึงผู้ป่วยระดับประคับประคอง ชื่อว่า “สอน.บัดดี้” (Thai-Buddy Care) ซึ่งจะมีความรู้แบบที่แตกต่างจากระบบ Thai COC ตรงที่ เดิมรายชื่อผู้ป่วยที่ต้องลงเยี่ยมบ้านจะถูกส่งหา

เฉพาะหัวหน้าทีมผู้รับข้อมูลเท่านั้น ซึ่งส่วนใหญ่จะเป็นพยาบาลชุมชนที่รับผิดชอบตามพื้นที่ เปลี่ยนเป็นการส่งข้อมูลให้ทุกคนในทีมหมอครอบครัวนั้น ซึ่งรวมทั้งแพทย์ประจำพื้นที่นั้นด้วย “ทุกคนต้องมาเรียนระบบใหม่ สอน.บัดดี้ นี่ก็ยังไม่ถูกชื่อไม่ถูก แต่ก็ส่งข้อมูลคล้ายเดิมมาก แจ้งที่รู้ทั้งทีมเลย” (แหล่งข้อมูล พยาบาลจาก รพ.ต้นทาง หมายเลข 8)

อย่างไรก็ดีสำหรับการดูแลผู้ป่วยระดับประคับประคอง ข้อมูลเชิงลึกจะถูกส่งให้กันผ่านระบบ สอน.บัดดี้ และการประสานทางโทรศัพท์ เพื่อถ่ายทอดแผนการวางแผนดูแลล่วงหน้า (ACP) หรืออาการของผู้ป่วยระยะท้ายโดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีโอกาสเสียชีวิตได้ (dying stage patient) อย่างเช่น ระดับความรู้สึกตัว อาการปวดและการปรับยาล่าสุด รวมทั้งกรณีที่ผู้ป่วยและครอบครัวเปลี่ยนแผนการรักษา “ส่งข้อมูลแล้ว ไม่แน่ใจว่าเขาจะไปเยี่ยมบ้านทันหรือไม่ พี่จะโทรศัพท์ไปแจ้ง เพื่อเขาจะลงเยี่ยมได้เร็ว” (แหล่งข้อมูล พยาบาลจาก รพ.ต้นทาง หมายเลข 8)

การใช้เทคโนโลยี เช่น ระบบเยี่ยมบ้านแบบลงข้อมูลผ่านระบบ Thai COC หรือระบบ สอน.บัดดี้ มีข้อจำกัดคล้ายกัน คือ บางพื้นที่ไม่สามารถเข้าถึงระบบเครือข่ายอินเทอร์เน็ตได้ “ตรง รพ.สต. นี่ไม่มีสัญญาณเลย ก็จะไม่เปิดข้อมูลดู” (แหล่งข้อมูล พยาบาลจาก รพ.สต.หมายเลข 1) หรือปัญหาจากการใช้งาน “จำรหัสเข้าไม่ได้ จะเขียนไว้ก็กลัว HA [healthcare accreditation] ลงตรวจ เขาไม่ให้เขียนรหัสผ่าน นี่ก็ลืมนั่น เขาไปดูระบบแค่ทุกวันพุธ” (แหล่งข้อมูล พยาบาลจาก รพ.สต.หมายเลข 2)

บุคลากรทางการแพทย์ใน รพ.สต. ในเครือข่ายกระทรวงสาธารณสุข และ อปท. สามารถให้บริการเยี่ยมบ้านได้ครอบคลุม เนื่องจากบุคลากรสาธารณสุขเองตระหนักอยู่แล้วว่าผู้ป่วยระดับประคับประคองระยะท้ายมีโอกาสเสียชีวิตได้ ดังนั้นเมื่อทีมสุขภาพในชุมชนรับทราบข้อมูลผู้ป่วยจากระบบส่งต่อก็จะจัดลงเยี่ยมบ้านภายใน 1-3 วัน หลังได้รับข้อมูล และต้นทางโรงพยาบาลจะมีการโทรศัพท์ติดตามกับทางญาติผู้ป่วยด้วย ถึงปัญหาและอุปสรรคหลัง

§ สอน.บัดดี้ คือ ระบบจัดเก็บข้อมูลและให้บริการดูแลสุขภาพเชิงรุกที่บ้าน (home service) พัฒนาโดยสถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี (สอน.) เพื่อเชื่อมโยงการทำงานระหว่าง รพ.สต./สอน. และโรงพยาบาล ในการดูแลผู้ป่วย 6 กลุ่มเป้าหมาย เช่น ผู้ป่วยติดเตียง โรคเรื้อรัง และผู้ป่วยจิตเวช ผ่านระบบ buddy care

จากผู้ป่วยกลับไปถึงบ้านแล้ว ทำให้เกิดเป็น 2 ระบบช่วยดูแลทั้งจากโรงพยาบาลต้นทาง และ รพ.สต.

ผลการวิเคราะห์เชิงคุณภาพ พบว่า ระบบ Thai COC และ Thai Buddy เป็นเครื่องมือสำคัญในการส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยระหว่างโรงพยาบาลและทีมชุมชน ช่วยให้ทีม รพ.สต. สามารถติดตามอาการและวางแผนการเยี่ยมบ้านได้ต่อเนื่อง อย่างไรก็ตาม ยังพบข้อจำกัดด้านเทคโนโลยี เช่น การเข้าถึงอินเทอร์เน็ต การใช้งานระบบ และภาระงานของบุคลากร ซึ่งส่งผลกระทบต่อประสิทธิภาพของการสื่อสารข้อมูล

2.3 ความมั่นใจของพยาบาลชุมชนในการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย

พยาบาลชุมชนสะท้อนว่าการได้รับข้อมูลจากโรงพยาบาลต้นทาง การมีระบบปรึกษาผู้เชี่ยวชาญ และการจัดเตรียมชุดอุปกรณ์ฉุกเฉิน (emergency box set) ช่วยเพิ่มความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน

เมื่อพยาบาลชุมชนออกเยี่ยมบ้านและให้การรักษาจากการได้รับข้อมูลผ่านระบบเยี่ยมบ้านแบบลงข้อมูลผ่านระบบ Thai COC หรือระบบ สอน.บัดดี้ ทำให้พยาบาลชุมชนและแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวในพื้นที่ สามารถให้บริการต่อเนื่องจากโรงพยาบาลต้นทางได้ “เราก็อ่านแล้วลงเยี่ยมบ้าน สอบถามญาติ confirm อีกที ดีตรงที่ถ้าเราไม่เข้าใจก็โทรถามพี่พยาบาล palliative ได้เลย” (แหล่งข้อมูล พยาบาลจาก รพ.สต.หมายเลข 3) “เมื่อก่อนก็มีงบบ้าง ตรง syringe driver จะให้ยาอย่างไร ให้มอร์ฟีนเพิ่มได้ไหม แต่ รพ เขาก็เตรียมชุดยาฉุกเฉินมาแล้วแล้ว ก็น้อย” (แหล่งข้อมูล พยาบาลจาก รพ.สต.หมายเลข 1) นอกจากการจัดอบรมพยาบาลเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย โรงพยาบาลต้นทางก็พยายามเตรียมข้อมูลให้ทีมชุมชน ในลักษณะ “จับมือทำ” เพื่อเพิ่มความมั่นใจที่จะออกไปดูแลผู้ป่วยที่บ้าน และสิ่งที่พอช่วยได้คือชุดอุปกรณ์ดูแลผู้ป่วยฉุกเฉิน (emergency box set) ซึ่งมีการเตรียมยาไว้เพื่อผู้ป่วยมีอาการที่ต้องจัดการเพิ่มที่บ้าน

Theme 3: Community integration – การมีส่วนร่วมของชุมชนและผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง

3.1 บทบาทของ อสม. และชุมชนในการดูแลผู้ป่วย

อสม. เป็นกลไกสำคัญในการเชื่อมโยงผู้ป่วย ครอบครัว และระบบบริการสุขภาพ โดยมักเป็นบุคลากรกลุ่มแรกที่เข้าถึงผู้ป่วยในชุมชน รวมถึงมีบทบาทในการติดตามอาการ แจ้งเตือนทีมสุขภาพ และประสานการดูแล นอกจากนี้ การเยี่ยมบ้านยังช่วยกระตุ้นให้ชุมชนเกิดความตระหนักต่อการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย และส่งเสริมลักษณะ “ชุมชนกรุณา” (compassionate community)

ในการประชุมนำเสนอ 3 ฝ่ายระหว่างครอบครัวผู้ป่วย โรงพยาบาล และ รพ.สต. พร้อมทีม อบต. (แหล่งข้อมูลคือบันทึกรายงานการประชุมเครือข่ายระบบดูแลผู้ป่วยระดับประจักษ์ ครั้งที่ 4) พบว่า อสม. เป็นส่วนสำคัญในการดูแลผู้ป่วยในชุมชน เช่น เมื่อผู้ป่วยกลับบ้าน อสม. จะเป็นเสมือนบุคลากรทางการแพทย์คนแรกที่เข้ามาเยี่ยมผู้ป่วย และมีส่วนสำคัญที่จะประสานพยาบาลชุมชนให้เข้ามาดูแลผู้ป่วย นอกจากนี้ อสม. ยังสามารถถ่ายทอดสื่อส่งปรึกษา และข้อมูลนี้สามารถส่งต่อถึงโรงพยาบาลต้นทางให้รับทราบ และวางแผนการดูแลเพิ่มเติมร่วมกับทีมชุมชนได้

การเข้ามามีส่วนร่วมของ อสม. ช่วยกระตุ้นให้ชาวบ้านในชุมชน ตลอดจนผู้นำชุมชนเพิ่มความตระหนักถึงการเจ็บป่วย เช่น ผู้ป่วยมะเร็งตับที่มีสาเหตุมาจากการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี (HBV, hepatitis B viral infection) เมื่อมี อสม. เข้ามาดูแล และพบว่าหากได้รับการคัดกรองการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี ก่อน ก็จะทำให้ลดโอกาสเป็นมะเร็งตับจากกรณีศึกษาดังกล่าว พบว่าชาวบ้านในชุมชนเข้าร่วมคัดกรองการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีขึ้น เนื่องจากความตระหนักต่อการเจ็บป่วย และการเยี่ยมบ้านที่เสริมสร้างความรู้เชิงประจักษ์ให้กับประชาชน นอกเหนือจากนั้น การเข้ามามีส่วนร่วมของชุมชน ยังส่งเสริมให้เกิดลักษณะชุมชนกรณากล่าวคือ ประชาชนในชุมชนนั้นแสดงความเห็นอกเห็นใจ (empathy) ให้ความช่วยเหลือครอบครัวผู้ป่วยมากขึ้น ซึ่ง

ช่วยสร้างความสัมพันธ์อันดีในชุมชน

3.2 การวิเคราะห์ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องต่อระบบบริการ

ผลการวิเคราะห์ผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง (stakeholder analysis) พบว่า โรงพยาบาลต้นทางและทีมพยาบาลชุมชนเป็นกลุ่มที่มีทั้งอิทธิพลสูงและมีความเกี่ยวข้องสูงต่อความต่อเนื่องของระบบบริการ ขณะที่อปท. มีบทบาทสำคัญด้านการสนับสนุนทรัพยากรและการบริหารจัดการเชิงนโยบาย ส่วน อสม. แม้มีอำนาจเชิงนโยบายต่ำ แต่มีบทบาทสำคัญต่อการเข้าถึงผู้ป่วยและการเชื่อมโยงบริการระดับชุมชน

ในการประชุมนำเสนอ 3 ฝ่ายระหว่างครอบครัวผู้ป่วย โรงพยาบาล และ รพ.สต. พร้อมทีม อปท. (แหล่งข้อมูลคือรายงานการประชุมเครือข่ายระบบดูแลผู้ป่วยระดับประจักษ์ ครั้งที่ 4) พบว่า ครอบครัวของผู้ป่วยมีความพึงพอใจที่ได้รับการดูแลทั้งจากโรงพยาบาลต้นทาง และทีมชุมชน โดยเฉพาะ รพ.สต. ทำให้ผู้ป่วยได้ทำตามเจตนารมณ์ของตนเองหรือญาติ ตามเอกสารการวางแผนดูแลล่วงหน้า (ACP) และเมื่อพบปัญหาหลังการเยี่ยมบ้าน เช่น อาการปวดทรมาน หรืออาการเหนื่อยมากขึ้น ทีม รพ.สต. จะรับรายงานแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวของทีมชุมชน และหารือร่วมกับแพทย์ระดับประจักษ์ของทีมโรงพยาบาลต้นทางเสมอ ทำให้การดูแลผู้ป่วยสามารถดำเนินงานร่วมกันได้ โดยไม่ต้องคำนึงถึงต้นสังกัดว่าเป็นหน่วยงานใด สิ่งทีครอบครัวของผู้ป่วยให้ความสำคัญมากที่สุด จากการสัมภาษณ์เชิงลึกคือ มีคนมาช่วยเวลาที่จัดการอาการของผู้ป่วย และมีที่ปรึกษาและพร้อมช่วยดูแลเมื่อผู้ป่วยอยู่ในระยะใกล้เสียชีวิต “หมอเขาก็รับมาดูแล มี อสม. มาอยู่เป็นเพื่อน ก็อุ่นใจ” (แหล่งข้อมูล พยาบาลจาก รพ.สต. หมายเลข 2) และ “กลับมาก็ทำอะไรไม่ถูก ไม่รู้ว่าทำถูกไหม ก็โทรถามโรงพยาบาลได้” (แหล่งข้อมูล ญาติผู้ป่วย หมายเลข 3)

ผลการวิเคราะห์เชิงคุณภาพ พบว่า ผู้ป่วยและครอบครัวที่ได้รับการเยี่ยมบ้านมีความพึงพอใจต่อการเข้าไปช่วยดูแลของบุคลากรทางการแพทย์โดยไม่ได้คำนึงว่าเป็นหน่วยงานใด แต่การเข้าถึงบริการขึ้นกับบริบทและ

ภาระงานของพยาบาลประจำ รพ.สต. แต่ภาระงานยังมีมากไม่แตกต่างกันทั้ง รพ.สต. ในเครือข่ายกระทรวงสาธารณสุข และ อปท. พยาบาลชุมชนมีความมั่นใจต่อการออกไปให้บริการที่บ้านของผู้ป่วย เพราะมีระบบรับปรึกษาที่ดีจากโรงพยาบาลต้นทาง และสามารถศึกษาข้อมูลก่อนลงเยี่ยมบ้านได้ผ่านระบบเยี่ยมบ้านแบบลงข้อมูลผ่าน ระบบ Thai COC หรือระบบ สอน.บัดดี้ อสม. ที่ได้ลงเยี่ยมบ้านพร้อมกับบุคลากรทางการแพทย์ ช่วยสร้างความเข้าใจและเกิดความเห็นอกเห็นใจ (empathy) ในชุมชนได้ ช่วยสร้างการมีส่วนร่วม และส่งเสริมความสัมพันธ์อันดีในชุมชน และเกิดความตระหนักรู้ต่อระบบสุขภาพปัจจุบัน

Theme 4: System integration – การสนับสนุนเชิงระบบและข้อจำกัดด้านทรัพยากร

4.1 ระบบยาและการเข้าถึงมอร์ฟิน

มอร์ฟินเป็นยาสำคัญในการดูแลผู้ป่วยระดับประจักษ์ระยะท้าย แต่ข้อจำกัดด้านกฎหมายและระบบการควบคุมยา ทำให้ รพ.สต. ไม่สามารถบริหารจัดการยาได้โดยตรง จำเป็นต้องอาศัยการประสานงานกับโรงพยาบาลต้นทาง การพัฒนาระบบ emergency box set ช่วยลดความล่าช้าในการเข้าถึงยาและเพิ่มความต่อเนื่องของการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน

ยาที่สำคัญในการใช้ในระบบคือ มอร์ฟินซึ่งมีการใช้มากที่สุดในแง่การลดการปวดทรมาน และการลดอาการเหนื่อยในระยะท้ายของชีวิต ซึ่งมอร์ฟินจัดเป็น “ยาเสพติดให้โทษประเภท 2”⁽⁸⁾ ตามกฎหมายของสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (อย.) ใช้ได้เฉพาะการแพทย์ภายใต้การควบคุมอย่างเข้มงวด และมีสถานะในบัญชียาหลักแห่งชาติ (national list of essential medicine, NLEM) อยู่ในบัญชี ก⁽⁹⁾ (ยาจำเป็นพื้นฐานในระบบบริการสาธารณสุข โดยเฉพาะด้านระงับปวดรุนแรงและการดูแลผู้ป่วยระดับประจักษ์⁽¹⁰⁾) แต่ในระบบเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยระดับประจักษ์จังหวัดพิษณุโลก แม้ว่าบุคลากรทางการแพทย์ที่

เข้าไปดูแลจะเป็นทีมชุมชน จากศูนย์สุขภาพเมือง และ รพ.สต. แต่ก็ไม่สามารถส่งใช้ยามอร์ฟิน หรือมียามอร์ฟิน ในคลังยาได้ เนื่องจากเป็นยาควบคุมพิเศษ หากต้องให้ ยาเพิ่มหรือปรับยา จะต้องผ่านระบบโรงพยาบาลเท่านั้น การประสานงานจึงสำคัญมาก เพื่อให้เกิดความคล่องตัว ของการบริหารยาระบบเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยระดับ ประจวบจังหวัดพิษณุโลกได้หารือร่วมกัน และใช้ระบบชุด อุปกรณ์ดูแลผู้ป่วยฉุกเฉิน (emergency box set) ซึ่งจะ ส่งจ่ายยาสำหรับการดูแลที่บ้านผู้ป่วย ไม่เกิน 3 วัน และ ให้เป็นยากลับบ้าน และสร้างระบบติดตามยาโดยแพทย์ และเภสัชกรในโรงพยาบาล รวมถึงการติดตามเวชภัณฑ์ยา ที่นำออกนอกโรงพยาบาลกลับมาทำลายที่โรงพยาบาลเมื่อ ใช้แล้วหรือเหลือคั้น เพื่อเพิ่มความปลอดภัยในการบริหาร ยา สำหรับยาอื่นที่นอกเหนือจากมอร์ฟิน รพ.สต. และ โรงพยาบาลชุมชนสามารถจัดหาให้ผู้ป่วยได้เกือบทั้งหมด “กลัวที่สุดก็มอร์ฟินนี่แหละ ยาอื่น รพ.สต. มีหมดเลย” (แหล่งข้อมูล พยาบาลจาก รพ.สต.หมายเลข 4)

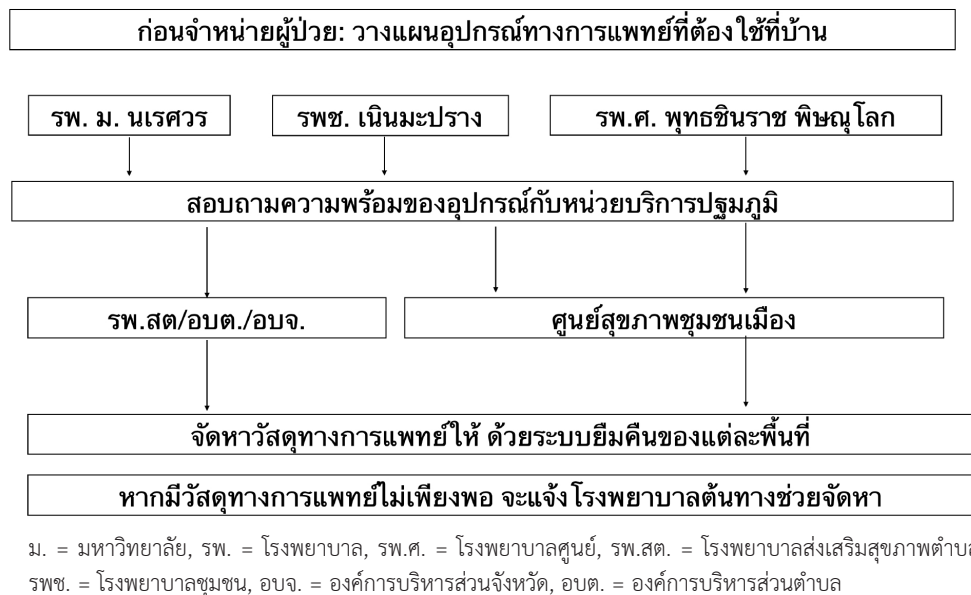
4.2 ระบบอุปกรณ์ทางการแพทย์และข้อจำกัดเชิงโครงสร้าง

อุปกรณ์ทางการแพทย์ที่มีมูลค่าสูง เช่น เครื่องผลิต ออกซิเจนและเครื่องดูดเสมหะ ยังมีจำนวนจำกัดในบาง พื้นที่ โดยเฉพาะภายหลังการถ่ายโอนภารกิจที่ยังไม่มีงบประมาณและบุคลากรรองรับเพียงพอ อบต. เริ่มพัฒนาระบบ “ศูนย์ยืมคืนอุปกรณ์” เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการกระจายทรัพยากรในระดับพื้นที่ แต่ยังคงอาศัยการสนับสนุนเชิงนโยบายและงบประมาณเพิ่มเติม

วัสดุอุปกรณ์ที่ใช้ในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน มีตั้งแต่ อุปกรณ์พื้นฐาน เช่น ผ้าอ้อมผู้ใหญ่ สำลี ผ้าก๊อช ยาทา แผล แอลกอฮอล์เช็ดแผล ไปจนถึง เครื่องผลิตออกซิเจน ถึงออกซิเจน และเครื่องดูดเสมหะ จากการประชุมเครือข่ายพิษณุโลก ครั้งที่ 1 (แหล่งข้อมูลคือรายงานการประชุม เครือข่ายระบบดูแลผู้ป่วยระดับประจวบ ครั้งที่ 1) พบว่า หากเป็นวัสดุทางการแพทย์แบบใช้แล้วทิ้ง ผู้ป่วยและครอบครัวจะได้รับส่วนหนึ่งก่อนกลับบ้านจากโรงพยาบาล

ต้นทุน และสามารถขอเพิ่มได้จาก รพ.สต. สำหรับ ประชาชนในเขตเทศบาลนครพิษณุโลก จะมีโครงการผ้า อ้อมผู้ใหญ่สำหรับผู้ป่วยติดเตียง ซึ่งรวมถึงผู้ป่วยระดับ ประจวบด้วย ส่วนอุปกรณ์ทางการแพทย์ เช่น เครื่องผลิต ออกซิเจน ถึงออกซิเจน และเครื่องดูดเสมหะ พบว่ายังมีข้อ จำกัด ถึงจำนวนที่อาจไม่เพียงพอต่อผู้ป่วยเป็นช่วงๆ โดย ในจังหวัดพิษณุโลก จะให้ชุมชนของผู้ป่วยที่นำโดย รพ.สต. และ อบต. เป็นคนรับเรื่อง และตรวจสอบอุปกรณ์ทางการแพทย์ในคลังของแต่ละตำบลก่อน หากไม่เพียงพอจึงจะขอ จากโรงพยาบาลต้นทาง เช่น โรงพยาบาลพุทธชินราช และ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยนเรศวรเพิ่มได้ จากการสัมภาษณ์ เจริญลักษณ์ นายก อบจ. พบว่า “เผชิญข้อจำกัดในการดำเนินงาน เนื่องจาก มีการถ่ายโอนบุคลากร แต่ไม่มีงบประมาณ ในการดำเนินการ” ซึ่งเป็นปัญหาโครงสร้างที่สำคัญในการ ถ่ายโอนภารกิจจากกระทรวงสาธารณสุขมาสู่ อบต. แต่ทาง อบจ. ได้จัดตั้งนโยบายการทำศูนย์ยืมคืนขึ้น เพื่อให้สามารถ ควบคุมการกระจายอุปกรณ์ทางการแพทย์อย่างเป็นระบบ ขึ้น แต่เนื่องจาก “ไม่มีงบประมาณมากพอ ไม่มีคนดูแล อุปกรณ์ การจัดจ้างคนยังทำไม่ได้ งบประมาณจำกัด รถ อุปกรณ์ไม่มี การดำเนินงานต่างๆ ช่วงนี้ยังไม่สามารถพัฒนา ได้”

ผลการวิเคราะห์เชิงคุณภาพ พบว่า ระบบชุดอุปกรณ์ ดูแลผู้ป่วยฉุกเฉิน (emergency box set) ซึ่งประกอบไปด้วยยาที่ช่วยบรรเทาอาการ โดยเฉพาะยามอร์ฟินช่วยลด ขั้นตอนการได้รับการรักษาผู้ป่วยระดับประจวบที่บ้านที่มีอาการทรมาณ เช่น อาการปวด และอาการเหนื่อย นั้น สามารถทำเป็นระบบเครือข่ายได้ดีไม่ว่าผู้ป่วยจะอยู่ใน ความดูแลของ รพ.สต. ในเครือข่ายกระทรวงสาธารณสุข หรือ อบต. อุปกรณ์ทางการแพทย์ที่มีมูลค่าสูง เช่น เครื่อง ผลิตออกซิเจน ถึงออกซิเจน และเครื่องดูดเสมหะ ยังไม่มี ระบบจัดการได้ดีเท่าที่ควร แต่การเริ่มพัฒนาระบบยืมคืน อุปกรณ์ในพื้นที่ก็อาจเป็นทางออกสำหรับกรณีนี้ ขึ้นกับการ วางแผนเชิงโครงสร้างและการศึกษากฎหมาย ข้อบังคับที่ เกี่ยวข้องในอนาคต



ภาพที่ 3 แนวทางการจัดสรรวัสดุอุปกรณ์ทางการแพทย์ภายในเครือข่ายการดูแลสุขภาพผู้ป่วยระดับประจําจังหวัดพิษณุโลก

วิจารณ์และข้อยุติ

เครือข่ายบริการเยี่ยมบ้านของผู้ป่วยระดับประจําจังหวัดพิษณุโลกของ รพ.สต. ในเครือข่ายกระทรวงสาธารณสุข และ รพ.สต. ในเครือข่าย อบต. ที่ได้บริการถ่ายโอนมา สามารถให้การดูแลผู้ป่วยและครอบครัวที่ต้องการกลับไปอยู่ที่บ้านในวาระท้ายของชีวิตได้ โดยผู้ป่วยและครอบครัวไม่เห็นถึงความแตกต่าง แม้มีการถ่ายโอนเปลี่ยนต้นสังกัดของ รพ.สต. สอดคล้องกับการศึกษาของณรงค์ เมืองมูล⁽¹¹⁾ ที่ศึกษาผลกระทบภายหลังการถ่ายโอนด้านสาธารณสุขให้แก่ อบจ. กรณีศึกษาอำเภอปง จังหวัดพะเยา ที่พบว่าคุณภาพการให้บริการไม่แตกต่างกัน หลังจากการถ่ายโอน และสอดคล้องกับการศึกษาของนิเทศ สนั่นนารี⁽¹²⁾ ที่ศึกษารูปแบบภารกิจด้านสาธารณสุขของ รพ.สต. ภายหลังการถ่ายโอนไปสังกัด อบจ. พบว่าภารกิจด้านสาธารณสุขยังไม่มีเปลี่ยนแปลง แต่งานวิจัยนี้สะท้อนว่าภารกิจของบุคลากรทางการแพทย์ โดยเฉพาะพยาบาลประจำ รพ.สต. มีปริมาณมาก ทำให้การวางแผนเยี่ยมบ้านผู้ป่วยเป็นสิ่งสำคัญที่ต้องคำนึง เนื่องจากต้องใช้ทรัพยากรและเวลามากในการลงเยี่ยมบ้าน เครือข่ายบริการเยี่ยมบ้าน

ของผู้ป่วยระดับประจําจังหวัดพิษณุโลก จึงมีระบบให้ อสม. ทำหน้าที่เป็นหมอคนแรก ตามนโยบาย 3 หมอ ลงเยี่ยมบ้านก่อน แล้วจึงรายงานปัญหาที่พบ ซึ่งพบว่าช่วยเพิ่มประสิทธิภาพของการเยี่ยมบ้านได้มากขึ้น ช่วยสร้างการมีส่วนร่วม ความเข้าใจต่อผู้ป่วยและครอบครัวที่ต้องดูแลผู้ป่วยระดับประจําจังหวัดทำให้เกิดความเห็นอกเห็นใจ (empathy) ในชุมชนได้

งานวิจัยนี้พบว่า บุคลากรทางการแพทย์ รพ.สต. มีความพร้อมและความมั่นใจออกให้บริการเยี่ยมบ้าน โดยอาศัย 1) ระบบรับปรึกษาที่ตีจากแพทย์และพยาบาลโรงพยาบาลต้นทาง และ 2) สามารถศึกษาข้อมูลก่อนลงเยี่ยมบ้านได้ผ่านระบบเยี่ยมบ้านแบบลงข้อมูลผ่าน ระบบ Thai COC หรือระบบ สอน.บัดดี้ ซึ่งช่วยทำให้การสื่อสารข้อมูลผู้ป่วยระดับประจําจังหวัดในระบบเครือข่ายสาธารณสุข จังหวัดพิษณุโลกเป็นไปได้อย่างไร้รอยต่อ แม้เป็น รพ.สต. ที่ถ่ายโอนไป อบต. แต่ข้อมูล ระบบ Thai COC พบว่า สัดส่วนการลงเยี่ยมบ้านผู้ป่วยจากปีพุทธศักราช 2565, 2566, 2567 ของจังหวัดพิษณุโลกลดลง มีจำนวน 685, 748, 725 คน คิดเป็นร้อยละ 35.1, 32.3 และ 24.8⁽⁶⁾ ตามลำดับ อาจเป็น

ผลมาจากรายการของการปรับระบบการรายงานข้อมูลที่จะต้องเปลี่ยนไปส่งข้อมูลทางระบบ สอน.บัดดี้ แทน และข้อจำกัดของการใช้ฐานข้อมูลร่วมกัน

ระบบยาและวัสดุอุปกรณ์ทางการแพทย์ได้รับผลกระทบมากที่สุด อุปกรณ์ทางการแพทย์ เช่น เครื่องผลิตออกซิเจน ถังออกซิเจน และเครื่องดูดเสมหะ พบว่ายังมีข้อจำกัด จากงานวิจัย พบว่า เดิมสำหรับ รพ.สต. ในระบบเครือข่ายสาธารณสุข โรงพยาบาลต้นสังกัดจะดูแลเรื่องการจัดสรรอุปกรณ์ที่ต้องยืมใช้ แต่หลังจากถ่ายโอนไป อปท. บุคลากรจากโรงพยาบาลต้นทางในพื้นที่จังหวัดพิษณุโลก จะพยายามผลักดันให้ผู้ป่วยที่ต้องใช้อุปกรณ์ทางการแพทย์ ต้องหายืมในหน่วยปฐมภูมิชุมชน ซึ่งรับผิดชอบโดย อปท. แทน แต่เนื่องจากข้อจำกัดด้านงบประมาณ ทำให้ยังไม่สามารถจัดสรรอุปกรณ์ได้อย่างเพียงพอ ตรงกับผลการศึกษาของคณิดา นรุตถ์รักษา และคณะ⁽¹³⁾ ที่พบปัญหาความไม่ชัดเจนเกี่ยวกับงบประมาณและอำนาจหน้าที่ของคณะกรรมการสุขภาพระดับพื้นที่ (กสพ.) และส่งผลกระทบกับการจัดซื้อยาและอุปกรณ์ทางการแพทย์

ข้อเสนอเชิงนโยบายในการพัฒนาระบบการจัดบริการเยี่ยมบ้านในระยะสุดท้ายของชีวิตที่บ้านและในชุมชนในระยะเปลี่ยนผ่านการถ่ายโอนภารกิจ รพ.สต. ไปยัง อบจ.

1. ประเด็นภารกิจของบุคลากรทางการแพทย์ ควรพิจารณาภาระงานของบุคลากรสาธารณสุขในโรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ถ่ายโอนไปองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ให้สามารถปฏิบัติงานได้จริงและครอบคลุมทุกมิติการทำงาน

2. ประเด็นการมีส่วนร่วมของชุมชน ควรส่งเสริมให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยและครอบครัว เป็นส่วนหนึ่งของการดูแลแบบ HHC (home health care) จะช่วยลดภาระงานของบุคลากรสาธารณสุขในหน่วยปฐมภูมิ และเสริมสร้าง

ความเห็นอกเห็นใจ (empathy) ในชุมชนในการดูแลผู้ป่วย ประคับประคองในระยะท้าย

3. ประเด็นการทำงานร่วมกันของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ถ่ายโอนไปองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และหน่วยบริการสาธารณสุขในเครือข่ายกระทรวงสาธารณสุขที่ยังมีคุณภาพการดูแลที่ไม่แตกต่างกันถือเป็นข้อดี และควรมีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ประสานงานกันต่อเพื่อให้แนวทางการทำงานเป็นไปในทิศทางเดียวกัน ซึ่งจะส่งผลดีต่อผู้ป่วยและครอบครัว

4. ประเด็นปัญหาการจัดซื้อยาและวัสดุอุปกรณ์ทางการแพทย์ ควรมีการจัดประชุมเพื่อพิจารณาประเด็นทางกฎหมาย ระเบียบที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้สามารถปรับปรุงแก้ไขข้อบังคับที่ไม่เอื้อต่อการดำเนินงาน

5. ประเด็นบทบาทของการจัดบริการเยี่ยมบ้าน ผู้ป่วยประคับประคองระยะท้ายของโรงพยาบาลศูนย์ และโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย สามารถจัดการเยี่ยมบ้านให้เขตชุมชนในเมืองภายใต้การดูแลได้ โดยเฉพาะรายผู้ป่วยที่มีปัญหาซับซ้อนที่สามารถประสานทีมสุขภาพ เช่น ทีมประคับประคองของแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว อนุสาขาเวชศาสตร์ประคับประคอง ทีมจิตแพทย์ หรือทีมแพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู ร่วมดูแลผู้ป่วยได้ และยังคงมีบทบาทเป็นทีมพี่เลี้ยงที่พร้อมให้คำปรึกษากับโรงพยาบาลชุมชน และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ที่ถ่ายโอนไปองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โดยเฉพาะอย่างยิ่งการให้ข้อมูล เช่น ใบรับรองแพทย์ หรือใบสรุปประวัติ และควรเปิดช่องทางให้คำปรึกษาได้อย่างครอบคลุมทุกพื้นที่

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยนี้เป็นส่วนหนึ่งของโครงการการพัฒนารูปแบบบริการชีวิบาลวาระสุดท้ายของชีวิตที่บ้านและชุมชน พื้นที่ถ่ายโอน รพ.สต. ให้ อบจ. กรณ์ จังหวัดพิษณุโลก และจังหวัดขอนแก่น ได้รับทุนวิจัยจากสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) ทางคณะผู้วิจัยขอขอบคุณบุคลากร

ผู้ให้ข้อมูลจาก อบจ.พิษณุโลก สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยนเรศวร โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก โรงพยาบาลเนินมะปราง และ รพ.สต. ในจังหวัดพิษณุโลก

References

1. National Health Commission Office of Thailand. Palliative care: a handbook for the public. Nonthaburi: NHCO; 2013.
2. World Health Organization. Palliative care: the essential facts [internet]. Geneva: World Health Organization; 2020 [cited 2025 Oct 28]. Available from: <https://www.who.int/health-topics/palliative-care>.
3. Ministry of Public Health. National health development plan 2023–2027 (B.E. 2566–2570). Nonthaburi: Ministry of Public Health; 2023. (in Thai)
4. Thailand. Act on the Determination of Plans and Process of Decentralization to Local Government Organizations, B.E. 2542 (1999). Bangkok: Royal Gazette; 1999. p. 48-69. (in Thai)
5. Public Health Service Division. Data report [internet]. Phitsanulok: Phitsanulok Provincial Administrative Organization; 2025 [cited 2025 Oct 6]. Available from: <https://lookerstudio.google.com/u/0/reporting/e4550cd9-ff0f-4358-b789-3d90b-67792ba/page/6BmeD>. (in Thai)
6. Bureau of Policy and Strategy, Ministry of Public Health. Health Data Center (HDC): indicator—percentage of palliative care patients receiving continuous home care [internet]. Nonthaburi: Ministry of Public Health; 2024 [cited 2025 Oct 6]. Available from: <https://hdc.moph.go.th>. (in Thai)
7. World Health Organization. Palliative care [internet]. Geneva: World Health Organization; 2020 [cited 2025 Oct 28]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>.
8. Food and Drug Administration. Narcotics Act, B.E. 2522 and amendments. Royal Gazette; 1979. (in Thai)
9. National Drug System Development Committee. National list of essential medicines 2023. Bangkok: Office of the Permanent Secretary, Ministry of Public Health; 2023. (in Thai)
10. World Health Organization. WHO model list of essential medicines. Geneva: World Health Organization; 2021.
11. Muangmool N. Effects after transferring public health missions to the Provincial Administrative Organization: a case study of Pong district, Phayao province. Phayao: Office of Public Health; 2024. (in Thai)
12. Sanannaree N, Buathed D. The model in public health mission of sub-district health promoting hospitals after transferring to the Provincial Administrative Organization. Journal of Governance and Management MCU Khon Kaen Campus. 2024;11(1):102-12. (in Thai)
13. Narattharaksa K, Sirilak S, Sirilak P, Narattharaksa T. Transferring the control over sub-district health promoting hospitals from the Ministry of Public Health to the Provincial Administrative Organization: a case study in Phitsanulok. Journal of Medical and Public Health Region 4. 2024;14(3):34-48.