



โรงพยาบาลพิจิตร
Phichit Hospital

ระเบียบปฏิบัติที่ SP - SMD - 00 - 002

เรื่อง การดูแลต่อเนืองที่บ้าน

เครือข่ายบริการสุขภาพโรงพยาบาลพิจิตร

	ชื่อ / สกุล	ลายเซ็น	วัน เดือน ปี
ผู้จัดทำ	นางจินตสินี รักษานาม		๘ ม.ค. ๕๕
ผู้ทบทวน	นางกฤษณา เอี่ยมเปลี่ยน นายภาคภูมิ รุ่งคงประเสริฐ	 	๘ ม.ค. ๕๕
ผู้อนุมัติ	นายสุรชัย แก้วทิรัฐ		๙ ม.ค. ๕๕

สำเนาฉบับที่

จำนวนหน้าทั้งหมด... 18... หน้า

เอกสารนี้เป็นสมบัติของ รพ.พิจิตร ห้ามนำออกไปใช้ภายนอกหรือทำซ้ำโดยไม่ได้รับอนุญาต

--	--	--	--	--	--

โรงพยาบาลพิจิตร

ระเบียบปฏิบัติ ว่าด้วย : การดูแลต่อเนื่องที่บ้าน เครือข่ายบริการสุขภาพ โรงพยาบาลพิจิตร

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัว ในกลุ่มเป้าหมายสำคัญและกลุ่มที่จำเป็นต้องได้รับการดูแล ได้รับการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน
2. เพื่อให้ทีมสุขภาพทุกระดับมีแนวทางปฏิบัติในการส่งต่อ – รับกลับผู้ป่วย ที่เป็นแนวทางเดียวกัน

เอกสารอ้างอิง

นวลชนิชษฐ์ ลิขิตลือชา, ทิพย์สุดา ลาภภักดี, พัชรี กลัดจอมพงษ์, บรรณาธิการ. การพยาบาลผู้ป่วยที่บ้าน. ม.ป.ท.: สำนักการพยาบาล; 2556.

ความรับผิดชอบ

คณะกรรมการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่อง (Continuing of Care) เครือข่ายบริการสุขภาพ โรงพยาบาลพิจิตร

ขั้นตอนปฏิบัติ

1. โรงพยาบาลในเครือข่ายจังหวัดพิจิตรแต่ละแห่งจัดตั้งศูนย์ดูแลต่อเนื่องโดยผ่านการประสานงานของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร
2. มอบหมายผู้รับผิดชอบศูนย์การดูแลต่อเนื่องในแต่ละเครือข่ายที่ชัดเจน
3. ชี้แจงขั้นตอนการดำเนินงานดูแลต่อเนื่อง เครือข่ายบริการสุขภาพจังหวัดพิจิตรทุกแห่ง ร่วมกับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร
4. จัดตั้งและกำหนดบทบาทหน้าที่ของศูนย์ดูแลต่อเนื่อง (Continuity of Care) โรงพยาบาลพิจิตร โดยมีหน้าที่ ดังนี้
 - 4.1 ประสานความร่วมมือและประสานข้อมูลเยี่ยมบ้าน/ การส่งต่อข้อมูลแผนการดูแลต่อเนื่องกับทีมสุขภาพที่เกี่ยวข้องทั้งภายในและภายนอกองค์กรในการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่อง
 - 4.2 กำหนดวิธีจำแนกประเภทผู้ป่วย/กลุ่มผู้ป่วย เพื่อแจ้งให้ทีมดูแลต่อเนื่องที่บ้านมีข้อมูลในการวางแผนการดูแล และร่วมวางแผนกับทีมนำทางคลินิก (PCT) และทีมพัฒนาระบบบริการสุขภาพตามสาขาโรค (Service Plan) กำหนดแผนการติดตามดูแลต่อเนื่องและประเมินผลลัพธ์การดูแล
 - 4.3 ติดตามรายงาน/ผลการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้าน เพื่อประสานการดูแล และร่วมประชุมกับทีมนำทางคลินิก (PCT) และทีมพัฒนาระบบบริการสุขภาพตามสาขาโรค (Service Plan) เพื่อทบทวนกระบวนการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่อง และวางแผนพัฒนาการดูแลต่อเนื่องให้ตอบสนองต่อปัญหาของผู้ป่วยและครอบครัว
 - 4.4 สรุปและวิเคราะห์ผลการดำเนินงานและปัญหา ตัวชี้วัด พร้อมทั้งสรุปผลการดำเนินงาน คำนึงข้อมูลหน่วยงานทั้งภายในและภายนอกองค์กร เพื่อนำไปสู่การปรับปรุงระบบการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่อง
 - 4.5 จัดทำฐานข้อมูลผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมายสำคัญที่ต้องได้รับการดูแลและรายงานผลลัพธ์การดูแล

5. ประสานและกำกับการติดตามเยี่ยมบ้านโดยทีมดูแลต่อเนื่องที่บ้าน และทีมสุขภาพที่เกี่ยวข้อง ในพื้นที่รับผิดชอบ (เขตอำเภอเมืองพิจิตร) และออกเยี่ยมบ้านครั้งแรกภายใน 14 วัน หลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

6. กำหนดรูปแบบการเชื่อมโยงข้อมูล โดยพยาบาลหอผู้ป่วยหรือทีมสุขภาพที่เกี่ยวข้องในโรงพยาบาล ส่งข้อมูลด้วยโปรแกรมดูแลสุขภาพต่อเนื่อง เครือข่ายบริการสุขภาพจังหวัดพิจิตร (โปรแกรม CoC Phichit) โดยมีแนวปฏิบัติ ดังนี้

6.1 ผู้รับผิดชอบประจำศูนย์คอมพิวเตอร์ โรงพยาบาลพิจิตร ดาวน์โหลด application CoC Phichit Version 2.0 ไว้บนหน้าจอเครื่องคอมพิวเตอร์ประจำหอผู้ป่วยทุกหอ ดังภาพ



6.2 ผู้รับผิดชอบประจำหอผู้ป่วย นำเข้าข้อมูลผู้ป่วยที่มีความจำเป็นต้องได้รับการดูแลเพื่อการดูแลต่อเนื่อง ในโปรแกรม CoC Phichit ตามขั้นตอนใน “คู่มือใช้โปรแกรม CoC Phichit Version 2.0 สำหรับโรงพยาบาล” ที่ติดตั้งไว้ในหน้าจอก่อนเข้าโปรแกรม CoC Phichit เพื่อส่งข้อมูลดูแลต่อเนื่องที่บ้านไปยังหน่วยบริการปลายทางที่กำหนดรหัสปลายทางไว้แบบอัตโนมัติ และประเมินระดับความรุนแรง คัดแยกประเภทผู้ป่วย บันทึกสภาพปัญหาของผู้ป่วยในการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน และข้อมูลอื่นๆ ตามที่กำหนด และคลิกบันทึกส่งไปยังหน่วยบริการปลายทาง

เกณฑ์ในการคัดเลือกผู้ป่วยเพื่อส่งดูแลต่อเนื่องที่บ้าน

1. ผู้ป่วยกลุ่มโรคเป้าหมายสำคัญที่กำหนดโดยกลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลพิจิตร ร่วมกับทีมนำทางคลินิก (PCT) ทั้งหอผู้ป่วยใน (IPD) และหอผู้ป่วยนอก (OPD) ได้แก่ Hypoglycemia, Myocardial Infarction, Stroke, Head Injury, OA Knee, C-Spine Injury with Neurodeficit, เด็กพัฒนาการช้า, Asthmatic attack, ทารกที่มีน้ำหนักตัว ≤ 1800 กรัม, ภาวะตัวเหลืองในเด็กแรกเกิด, มารดาและทารกหลังคลอด, Cataract, Corneal Ulcer, Tonsillectomy, มะเร็งช่องปากและคอ

2. ผู้ป่วยกลุ่มที่มีความจำเป็นต้องได้รับการดูแลต่อเนื่อง ได้แก่

2.1 ผู้ป่วยต้องการการรักษาพยาบาลต่อเนื่องที่บ้าน เช่น การทำแผล การดูดเสมหะ การใช้ออกซิเจน ผู้ป่วยที่คาสายต่างๆ กลับบ้าน เช่น Tracheostomy, Retained Foley's cath, On NG -Tube, On PCN เป็นต้น

2.2 ผู้ป่วยประคับประคอง (Palliative Care) และผู้ป่วยระยะสุดท้าย (End of life)

2.3 ผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพจิต ตามที่ทีมการพยาบาลจิตเวชพิจารณาว่าจำเป็นต้องได้รับการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน

2.4 ผู้ป่วย Fracture Around the Hip ที่ได้รับการผ่าตัด หรือทำ Skin traction ต่อที่บ้าน และผู้ป่วย Laminectomy

2.5 ผู้ป่วยหลังผ่าตัดต่างๆ ที่มีปัญหาเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน หรือการติดเชื้อ

2.6 ผู้ป่วย One day surgery ตามที่กำหนดโดยทีม PCT ศัลยกรรม ได้แก่ Hemorrhoidectomy, Colonoscope and Polypectomy, ERCP

2.7 ผู้ป่วย COPD ที่ Re-admit บ่อย หรือ Re-admit ภายใน 28 วัน หรือ Re-visit ที่ ER บ่อย เช่น ต้องมารับการพ่นยาขยายหลอดลมบ่อยครั้ง การรับประทานยา การพ่นยา การบริหารการหายใจ มีการใช้ออกซิเจนที่บ้าน, มีภาวะเครียดหรือด้านจิตใจ, ขาดคนดูแล, ขาดนัด หรือ สิ่งแวดล้อมภายในและภายนอกบ้านไม่เหมาะสม

2.8 ผู้ป่วย ANC Risk และ Risk Preterm Labour

2.9 ผู้ป่วยเด็กที่มีปัญหาพัฒนาการล่าช้า, พิการสมอง ที่มีปัญหาการดูแล

2.10 ผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ เสมหะพบเชื้อ เสี่ยงต่อการแพร่เชื้อ หรือเสมหะไม่พบเชื้อ หรือ ผู้ป่วยวัณโรคปอดคือยา, ปฏิบัติตัวไม่ถูกต้อง หรือเป็นผู้สูงอายุ ไม่มีผู้ดูแลกำกับการกินยา เป็นต้น

2.11 ผู้ป่วยล้างไตทางหน้าท้อง (CAPD) หรือ Hemodialysis หรือไตวายระยะสุดท้ายที่มีภาวะแทรกซ้อน

2.12 ผู้ป่วยติดเชื้อ HIV มีภาวะแทรกซ้อน, มีปัญหาด้านจิตใจ ที่ต้องการได้รับการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน ตามแนวปฏิบัติคลินิกทุรรักษา (โดยคำนึงถึงความลับของผู้ป่วยเป็นสำคัญ)

2.13 ผู้ป่วยโรคอื่นๆ เช่น ผู้ป่วยติดเตียง ผู้พิการ ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ หรือได้น้อย ที่มีปัญหาการดูแลของญาติ และเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน

ภาพ แสดงแนวทางการจำแนกประเภทผู้ป่วย

**แนวทางการจำแนกประเภทผู้ป่วยเพื่อการดูแลต่อเนื่อง
โรงพยาบาลพิชิต**

<p>ความรุนแรงระดับที่ 1 สามารถปฏิบัติกิจกรรมประจำวันได้ทั้งหมด</p> <p>หมายถึง กลุ่มผู้ป่วยที่เริ่มเจ็บป่วยระยะแรกจากการเป็นโรคเรื้อรัง มีการเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิตเล็กน้อย ยังไม่มีภาวะแทรกซ้อนหรือการเกิดภาวะโรคร่วม ผู้ป่วยช่วยเหลือตัวเองได้ แต่ขาดความรู้ความเข้าใจและทักษะเกี่ยวกับโรคและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้เหมาะสมกับสภาวะของโรค</p>	<p>ความรุนแรงระดับที่ 2 สามารถปฏิบัติกิจกรรมประจำวันได้บางส่วน</p> <p>หมายถึง กลุ่มผู้ป่วยที่มีการดำเนินของโรคส่งผลกระทบต่อวิถีชีวิตปกติ มีความจำกัด / ไร้ความสามารถเล็กน้อยช่วยเหลือตัวเองได้ไม่เต็มที่ ศักยภาพในการดูแลตนเองไม่เพียงพอ ต้องการผู้ดูแล / คนช่วยเหลือในการทำกิจกรรมบางส่วน</p>	<p>ความรุนแรงระดับที่ 3 ไม่สามารถปฏิบัติกิจกรรมประจำวันได้ต้องมีผู้ดูแลตลอดเวลา</p> <p>หมายถึง กลุ่มผู้ป่วยที่พยาธิสภาพของโรคทำให้เกิดความพิการ / จำกัดความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันด้วยตนเองหรือใส่เครื่องมือทางการแพทย์เพื่อช่วยในการดำรงชีวิต จำเป็นต้องมีผู้ดูแลช่วยเหลือการทำกิจวัตรประจำวันให้</p>
--	--	---

6.3 ทีมดูแลต่อเนื่องที่บ้านในพื้นที่รับผิดชอบ รับข้อมูลผู้ป่วยทางโปรแกรม CoC Phichit ตามขั้นตอนใน “คู่มือใช้โปรแกรม CoC Phichit version 2.0 สำหรับ รพ.สต.” แล้วขึ้นทะเบียนเยี่ยมบ้านผู้ป่วยรายใหม่ วางแผนการดูแลต่อเนื่องตามระดับความรุนแรงผู้ป่วยตามนิยามที่กำหนดไว้ (รายละเอียดแนบไว้ในโปรแกรม CoC Phichit) และวางแผนการเยี่ยมบ้าน ตามแนวทางที่กำหนดร่วมกัน และตามแนวทางที่กำหนด

ไว้ตามเกณฑ์ Service Plan แต่ละสาขา และประเมินสภาพครอบครัวในเรื่องที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพของผู้ป่วย และครอบครัว โดยใช้เครื่องมือแนวทางเวชปฏิบัติครอบครัว INHOMESSS

ตารางที่ 1 ประเด็นสำคัญในการจัดบริการดูแลต่อเนื่องที่บ้านจำแนกความรุนแรง 3 ระดับ

ประเด็นสำคัญในการจัดบริการ	ความรุนแรงระดับ 1	ความรุนแรงระดับ 2	ความรุนแรงระดับ 3
เป้าหมายการจัดบริการ	1. คงภาวะสุขภาพและความสามารถอย่างต่อเนื่อง 2. พัฒนาความสามารถในการใช้ศักยภาพและภูมิปัญญาให้เกิดประโยชน์ต่อผู้ป่วย ครอบครัว ชุมชน และ สังคมอย่างต่อเนื่อง	1. ดำรงภาวะการมีสุขภาพดี 2. ป้องกันภาวะแทรกซ้อน 3. ป้องกันภาวะเสื่อมถอยของการทำหน้าที่และภาวะทุพพลภาพรายใหม่ และป้องกันการเกิดโรคใหม่	1. ดำรงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพที่เป็นอยู่ 2. ป้องกันภาวะแทรกซ้อนและการเกิดทุพพลภาพเพื่อให้สามารถใช้ชีวิตในครอบครัวและชุมชนได้ตามอัตภาพ 3. ส่งเสริมการช่วยเหลือหรือการดูแลจากครอบครัว ชุมชน สังคมตามความต้องการ
กิจกรรมการเยี่ยมติดตามที่บ้านแต่ละครั้ง / โปรแกรม / เครื่องมือ	1. ประเมินสิ่งแวดล้อมที่มีอิทธิพลต่อการฟื้นฟูหายจากการเจ็บป่วย เช่น ลักษณะบ้าน ที่ตั้งบ้าน ลักษณะชุมชน รวมทั้ง เครือข่าย และทุนทางสังคมในชุมชน	1. ประเมินสิ่งแวดล้อมที่มีอิทธิพลต่อการฟื้นฟูหายจากการเจ็บป่วย เช่น ลักษณะบ้าน ที่ตั้งของบ้าน ลักษณะชุมชน รวมทั้งเครือข่าย และทุนทางสังคมอื่นในชุมชน	1. ประเมินสิ่งแวดล้อมที่มีอิทธิพลต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน และการเกิดทุพพลภาพ
	2. ประเมินความสัมพันธ์ของสมาชิกในครอบครัว ประเมินผู้ดูแลเพื่อดูความพร้อมของการมีผู้ดูแล	2. ประเมินความสัมพันธ์ของสมาชิกในครอบครัว ประเมิน ผู้ดูแล เพื่อดูความพร้อมของการมีผู้ดูแล	2. ประเมินความสัมพันธ์ของสมาชิกในครอบครัว ประเมินผู้ดูแล ดูคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลและการปรับตัวต่อการดูแลในระยะยาวเพื่อป้องกันผู้ดูแลอ่อนล้า
	3. ประเมินภาวะเจ็บป่วยทั้งด้านร่างกายและจิตใจ รวมทั้งการประเมินวิถีชีวิต จิตสังคม	3. ประเมินภาวะเจ็บป่วยทั้งด้านร่างกายและจิตใจ รวมทั้งการประเมินวิถีชีวิต จิตสังคม	3. ประเมินภาวะเจ็บป่วยทั้งด้านร่างกายและจิตใจ รวมทั้งการประเมินวิถีชีวิต จิตสังคม
	3.1 การประเมิน	3.1 การประเมิน	3.1 การประเมิน

ประเด็นสำคัญในการจัดบริการ	ความรุนแรงระดับ 1	ความรุนแรงระดับ 2	ความรุนแรงระดับ 3
	ร่างกาย การตรวจร่างกายเบื้องต้น เช่น การวัดรอบเอว BMI V/S DTX	ร่างกายเบื้องต้น และการเปรียบเทียบผล Lab และ ADL รวมทั้ง การประเมินภาวะความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อน เพื่อควบคุมความก้าวหน้าของโรค / ภาวะแทรกซ้อน	ร่างกายเบื้องต้น และการเปรียบเทียบผล Lab และ ADL รวมทั้ง การประเมินภาวะความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนเพื่อควบคุมความรุนแรงของโรค / ความพิการหรือการสูญเสียหน้าที่ของอวัยวะประเมินทักษะการดูแล / การใช้อุปกรณ์การแพทย์ ที่ติดตัวอยู่กับผู้ป่วย เช่น ข้อเทียม ETT, Colostomy, อุปกรณ์ล้างไต NG tube Foley's Cath การประเมินปัญหาภาวะเศรษฐกิจครอบครัว ผู้ดูแล การประเมินปัญหาและความต้องการอื่นๆ
	3.2 การติดตามผลการตรวจคัดกรองที่สัมพันธ์กับกลุ่มโรค การแนะนำให้ได้รับการตรวจตามเกณฑ์	3.2 การติดตามผลการตรวจคัดกรองที่สัมพันธ์กับกลุ่มโรค การแนะนำให้ได้รับการตรวจตามเกณฑ์	3.2 การติดตามผลการตรวจคัดกรองที่สัมพันธ์กับกลุ่มโรค การแนะนำให้ได้รับการตรวจตามเกณฑ์
	3.3 ประเมินพฤติกรรมดูแลตนเอง และประเมินพฤติกรรมเสี่ยงที่มีผลต่อความรุนแรงของโรค เช่น การรับประทานอาหาร การใช้ยาที่เหมาะสม อาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา การออกกำลังกาย บุหรี่ สุรา สารเสพติด การ	3.3 ประเมินพฤติกรรมดูแลตนเอง และประเมินพฤติกรรมเสี่ยงที่มีผลต่อความรุนแรงของโรค เช่น การรับประทานอาหาร การใช้ยาที่เหมาะสม อาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา การออกกำลังกาย บุหรี่ สุรา สารเสพติด การ	3.3 ประเมินพฤติกรรมดูแลตนเอง และประเมินพฤติกรรมเสี่ยงที่มีผลต่อความรุนแรงของโรค เช่น การรับประทานอาหาร การใช้ยาที่เหมาะสม อาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา การออกกำลังกาย บุหรี่ สุรา สารเสพติด การ

ประเด็นสำคัญในการจัดบริการ	ความรุนแรงระดับ 1	ความรุนแรงระดับ 2	ความรุนแรงระดับ 3
	ไปตรวจตามนัด (ตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในการประเมิน : INHOMESSS 2Q สมุดบันทึกสุขภาพประจำตัว การศึกษา ข้อมูลจาก Family Folder เป็นต้น	ไปตรวจตามนัด (ตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในการประเมิน : INHOMESSS 2Q สมุดบันทึกสุขภาพประจำตัว การศึกษา ข้อมูลจาก Family Folder เป็นต้น	ไปตรวจตามนัด (ตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในการประเมิน : INHOMESSS 2Q สมุดบันทึกสุขภาพประจำตัว การศึกษา ข้อมูลจาก Family Folder เป็นต้น
	3.4 ประเมินการรับรู้เพื่อให้เกิดการตระหนักในการแก้ไขปัญหาของตนเอง	3.4 ประเมินการรับรู้เพื่อให้เกิดการตระหนักในการแก้ไขปัญหาของตนเอง	3.4 ประเมินการรับรู้เพื่อให้เกิดการตระหนักในการแก้ไขปัญหาของตนเอง
	4. การวางแผนแก้ไขปัญหา การกำหนดเป้าหมาย จัดอันดับความสำคัญของปัญหา และหาทางเลือกในการแก้ไขปัญหา ร่วมกัน(Partnership) เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อน / ความก้าวหน้าของโรค	4. การวางแผนแก้ไขปัญหา การกำหนดเป้าหมายจัดลำดับความสำคัญของปัญหา และหาทางเลือกในการแก้ไขปัญหาร่วมกันเพื่อควบคุมไม่ให้ภาวะแทรกซ้อนมีความรุนแรงมากขึ้น และเป็นการเตรียมผู้ดูแลให้มีความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อน	4. การวางแผนแก้ไขปัญหา การกำหนดเป้าหมายจัดลำดับความสำคัญของปัญหา และหาทางเลือกในการแก้ไขปัญหา ร่วมกันเพื่อป้องกันการสูญเสียหน้าที่ของอวัยวะเพิ่มขึ้น และเป็น การเตรียมความพร้อมของครอบครัว ผู้ดูแลในการเผชิญปัญหาที่รุนแรงได้อย่างเหมาะสม
	5.ปฏิบัติการพยาบาลตามแผนการพยาบาล (ตามบทบาทพยาบาล 9 บทบาทโดยเลือกใช้ตามความเหมาะสม)	5.ปฏิบัติการพยาบาลตามแผนการพยาบาล (ตามบทบาทพยาบาล 9 บทบาทโดยเลือกใช้ตามความเหมาะสม)	5.ปฏิบัติการพยาบาลตามแผนการพยาบาล (ตามบทบาทพยาบาล 9 บทบาทโดยเลือกใช้ตามความเหมาะสม)
	6. ประเมินผลลัพธ์การพยาบาล 6.1 ระยะสั้น การประเมินกิจกรรมการพยาบาล 6.2 ระยะยาว : การหาย การไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน	6. ประเมินผลลัพธ์การพยาบาล 6.1 ระยะสั้น การประเมินกิจกรรมการพยาบาล 6.2 ระยะยาว : การหาย การลดภาวะแทรกซ้อน	6. ประเมินผลลัพธ์การพยาบาล 6.1 ระยะสั้น การประเมินกิจกรรมการพยาบาล 6.2 ระยะยาว : การหาย การลดความรุนแรงภาวะแทรกซ้อน

ประเด็นสำคัญในการจัดบริการ	ความรุนแรงระดับ 1	ความรุนแรงระดับ 2	ความรุนแรงระดับ 3
	7.การวางแผนกำหนดการเยี่ยมครั้งต่อไป	7.การวางแผนกำหนดการเยี่ยมครั้งต่อไป	7. การวางแผนกำหนดการเยี่ยมครั้งต่อไป
ระยะเวลาการ ให้บริการพยาบาลที่บ้านครั้งแรก	ภายใน 1 เดือน	ภายใน 2 - 3 สัปดาห์	ภายใน 1 - 2 สัปดาห์
ระยะห่างของการเยี่ยมเพื่อติดตามอาการผู้ป่วยครั้งต่อไป	ทุก 6 เดือน หรือตามสภาพปัญหา	ทุก 3 เดือน หรือตามสภาพปัญหา	ทุก 1 เดือน หรือตามสภาพปัญหา
ลักษณะการจัดบริการ	ติดตามเยี่ยมเพื่อสนับสนุนและการให้ความรู้ (Educative Supportive Nursing System)	การจัดบริการสุขภาพเป็นแบบทดแทนบางส่วน (Partly Compensatory Nursing System) โดยทีมเยี่ยมบ้านจะเป็นผู้ช่วย หรือฝึกทักษะให้ผู้ป่วย และผู้ดูแลสามารถทำกิจกรรมด้วยตัวเองได้	การจัดบริการเป็นระบบที่ต้องให้การดูแลทดแทนผู้ป่วยทั้งหมด หรือเกือบทั้งหมด (Complete Compensatory Nursing System) ระยะสั้นๆ ทีมสุขภาพจะเป็นผู้ช่วยเหลือ ผู้ดูแลผู้ป่วยให้มีศักยภาพในการดูแลผู้ป่วย และสามารถฝึก/กระตุ้นให้ผู้ป่วยช่วยเหลือตนเองได้

เพื่อให้เกิดบริการแบบองค์รวมการเยี่ยมจะต้องประเมินสภาพครอบครัวในเรื่องที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพของผู้ป่วยและครอบครัว โดยใช้เครื่องมือแนวทางเวชปฏิบัติครอบครัว INHOMESSS ดังนี้

ตารางที่ 2 การเยี่ยมบ้านผู้ป่วยที่บ้านโดยใช้เครื่องมือ INHOMESSS

องค์ประกอบการประเมินผู้ป่วยและครอบครัวแบบองค์รวม	รายละเอียดในการประเมินแยกตามองค์ประกอบ
I : Immobility / Impairment (ความสามารถในการดูแลตนเอง)	ด้านกิจวัตรประจำวันพื้นฐาน เช่น ลุกจากที่นอน อาบน้ำ เข้าห้องน้ำ แต่งตัวเองได้ กินได้ ควบคุมการขับถ่ายได้ ด้านกิจวัตรอื่นๆ ที่ใช้แรงมากขึ้น เช่น ทำงานบ้าน จ่ายตลาด

	ทำอาหาร รับประทานได้ จัดยากินเองได้ ล้างรถ เลี้ยงสุนัขเป็นต้น รวมถึงต้องดูว่ามีขาหรือแขนเริ่มอ่อนแรง เดินข้อเท้าตก นั่งยองลุกไม่ขึ้น กำนิ้วมือเราไม่ได้ แขนมียอกแขนเหยียดออก
N : Nutrition (ภาวะโภชนาการ)	ประเมินว่าผู้ป่วยมีภาวะโภชนาการอย่างไร อาหารโปรด วิธีเตรียมอาหาร วิธีเก็บอาหารปริมาณที่กิน นิสัยการกิน ก่อนหรือหลังกินข้าว ชอบสูบบุหรี่ ดื่มเหล้าหรือไม่ อาหารที่ต้องแนะนำและหลีกเลี่ยง คือการปรุงรสเพิ่มด้วยเกลือ หรือน้ำปลา ประเภททอดหรือมัน
H : Home Environment (สภาพแวดล้อมในบ้าน/รอบบ้าน)	ลักษณะบ้านปูนชั้นเดียวหลังคา มุงสังกะสี ห้องผู้ป่วยอยู่ทางหลังบ้าน ติดกับห้องน้ำ พื้นลาดปูนซีเมนต์ขัดมัน มีราวไม้ติดกับเตียงให้เกาะเดินกันลื่นล้ม เปิดหน้าต่างให้แสงสว่างส่องถึงมากขึ้น รอบๆ บ้านสะอาดไม่มีขยะ
O : Other People (สัมพันธ์ภาพกับครอบครัว)	ผู้ป่วยอาศัยอยู่กับสามี และหลานชายอายุ 8 ปีมีสัมพันธ์ภาพที่ดีทั้งครอบครัว และเพื่อนบ้านใกล้เคียง ลูกชายคนโตแยกครอบครัวอยู่ไกลๆ ห่างไปอีก 1 กิโลเมตร ลูกชายคนที่ 2 ทำงานอยู่กรุงเทพฯ ส่งเงินมาให้บ้าง ผู้ป่วยและสามีไม่ได้ประกอบอาชีพอะไรเพราะชราภาพ ลูกๆ ส่งเงินให้ใช้และดูแลยามเจ็บป่วย
M : Medication (ยา/การรักษาที่ได้รับ)	Atenolol(50) 1x1 pc Enalapril (5) 1x1 pc สามีเป็นคนจัดยาให้กินทุกครั้ง ประเมินผลข้างเคียง เช่น เวียนศีรษะเวลาลุกยืน หัวใจเต้นช้าต้อง ไม่ให้น้อยกว่า 60 ครั้ง/นาที อาจมีปัญหาหน้ามืดเวลาออกแรง เป็นลมได้ง่ายขึ้น
E : Examination/Evaluation (การตรวจร่างกาย)	BP 150/100 mmHg P 100/min แรงเท่ากันทั้งสองข้าง เมื่อตื่นนอนไม่หลับ กังวลเป็นห่วงเรื่องลูกไม่สบายอยู่กรุงเทพฯ มีอาการมีนศีรษะตอนเช้า ไม่มีอ่อนแรง ไม่เจ็บหน้าอก ได้วางแผนร่วมกับญาติให้ผู้ป่วยได้พูดคุยระบายความเครียด และโทรศัพท์ติดต่อถามอาการญาติที่ป่วยว่าดีขึ้นหรือไม่ วางแผนมาวัดความดันซ้ำอีก 1 สัปดาห์
S : Safety (ความปลอดภัย)	พื้นลาดปูนซีเมนต์ขัดมันเงา สภาพภายในบ้านมืด แสงสว่างไม่เพียงพอเสี่ยงต่อการลื่นหกล้มได้ สามีทำราวไม้ให้เกาะเดินแล้ว
S : Service (บริการที่ได้รับ)	สอนการใช้ Walker แบบ 4 ขา โดยให้ผู้ป่วยหัดเดิน ประเมิน ADL ได้ 9 คะแนน จัดเป็นผู้สูงอายุติดบ้าน ประเมินภาวะซึมเศร้า 2Q พบมีภาวะซึมเศร้าประเมินด้วย 9Q ได้ 7 คะแนน เป็นซึมเศร้าระดับน้อย เฝ้าระวังและวางแผนประเมินซ้ำอีก 1-2 เดือน
S : Spiritual (ความเชื่อ ทศนคติ)	ทราบดีและรับรู้การเจ็บป่วย เชื่อเรื่องบาปบุญ คุณโทษ ใส่บาตรและสวดมนต์ทุกวัน
Idea ความคิดต่อการเจ็บป่วย	ผู้ป่วยคิดว่าป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงเพราะทานอาหารเค็ม
Feeling ความรู้สึกของผู้ป่วย/ครอบครัว	ผู้ป่วยมีกำลังใจมากขึ้น และคิดว่าการเจ็บป่วยครั้งนี้ไม่รุนแรงแต่ต้องใช้เวลาในการรักษา และครอบครัวต้องช่วยเหลือดูแลให้กำลังใจซึ่งกันและกัน
Function ความสามารถในการอาชีพ	ผู้ป่วยไม่ได้ประกอบอาชีพ เพราะชราภาพ ทำกิจวัตรประจำวันได้
Expectation	ผู้ป่วยอยากช่วยเหลือตัวเองได้มากกว่านี้ อยากเดินได้คล่องเหมือนเก่า

ความคาดหวัง	ไปไหนมาไหนสะดวกไม่ปวดขา สายตามองเห็นได้ชัดเจนขึ้น
Concern ความใส่ใจในปัญหา	ผู้ป่วยใส่ใจในการกินยา โดยสามีคอยจัดยาให้กินทุกมื้อ มีพื้นที่หัดเดินอยู่หลังบ้าน ผู้ป่วยหัดเดินโดยใช้ Walker4 ขา สามารถทำได้ เดินสะดวกดีขึ้น
Protection ศักยภาพผู้ป่วยและครอบครัว	ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถดูแลตนเองในเรื่องการเจ็บป่วยได้ ต้องการให้มีการเยี่ยมบ้านอีก

6.4 บันทึกผลการเยี่ยมบ้าน ลงในแบบตอบกลับผลการเยี่ยมบ้านของผู้ป่วยในโปรแกรม CoC Phichit ตามขั้นตอนใน “คู่มือใช้โปรแกรม CoC Phichit version 2.0สำหรับ รพ.สต.” และบันทึกข้อมูลการดูแลตามแบบฟอร์มที่กำหนด และตามแนวทางที่กำหนดไว้ และคลิกบันทึกผลตอบกลับการเยี่ยมบ้าน

6.5 ทีมดูแลต่อเนื่องที่บ้าน โดยพยาบาลประจำหน่วยบริการปฐมภูมินั้นเป็นแกนหลักในการขึ้นทะเบียนเยี่ยมบ้าน เพื่อให้มีแนวทางการขึ้นทะเบียนผู้ป่วยเยี่ยมบ้านเป็นแนวทางเดียวกัน ได้กำหนดเกณฑ์การขึ้นทะเบียนเยี่ยมบ้าน และแสดงรายละเอียดไว้ในโปรแกรม CoC Phichit เมื่อผู้บันทึกกดปุ่มแสดงรายละเอียด

ตารางที่ 3 เกณฑ์ในการขึ้นทะเบียนผู้ป่วยเยี่ยมบ้าน

กลุ่มผู้ป่วยขึ้นทะเบียนเยี่ยมบ้าน	รายละเอียดการประเมิน
กลุ่มที่ 1 Home Health Care 1	กลุ่มที่มีภาวะความเจ็บป่วยอยู่ในระยะที่มีอาการดีขึ้น อาการคงที่ไม่ต้องใช้เครื่องมือเทคโนโลยีทางการแพทย์คอยควบคุมติดตาม อาการเปลี่ยนแปลงหรืออยู่ในความดูแลใกล้ชิดจากแพทย์พยาบาล
1.1 Home Health Care	1.1 ผู้ป่วยมีภาวะฉุกเฉิน เช่น หหมดสติ มีบาดแผล ต้องการการช่วยเหลือเมื่อเกิดเหตุทันที ต้องการการประสานติดต่อเพื่อขอความช่วยเหลือพยาบาลต้องมีความรู้และทักษะในการช่วยเหลือเบื้องต้นในที่เกิดเหตุ มีอุปกรณ์ที่ใช้ปฐมพยาบาลเบื้องต้น เพื่อลดความรุนแรงและป้องกันอันตรายมากขึ้นก่อนส่งไปรับการรักษาต่อตามความจำเป็น
1.2 Home Health Care	1.2 ผู้ป่วยมีภาวะโรคเฉียบพลัน เช่น ท้องร่วง หอบ ฯลฯ เป็นการประเมินอาการ สัญญาณเตือน และช่วยเหลือตามอาการ การติดต่อขอคำปรึกษาเพื่อการรักษาเบื้องต้น ต้องการการดูแลเพื่อบรรเทาอาการ ลดความรุนแรง และส่งต่อไปรับการรักษาได้ทันเวลา
1.3 Home Health Care เช่น CVA/stroke/Hypo-Hyperglycemia/COPD/Asthma/DM/HT TB	1.3 ผู้ป่วยมีภาวะโรคเรื้อรัง การเยี่ยมบ้านจะเป็นการทำกิจกรรมการพยาบาลตามแผนการจำหน่ายต่อจากโรงพยาบาลเพื่อช่วยผู้ป่วย เช่น การป้องกันการสำลักในกรณีผู้ป่วยที่มีภาวะกลืนลำบาก การป้องกันกล้ามเนื้อลีบ ข้อยึดติดๆ รวมถึงการติดตามผลการรักษา และการปฏิบัติตัวให้เหมาะสมกับสภาวะโรค การเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้านจะมุ่งที่การประเมินความก้าวหน้าการดำเนินของโรค เพื่อนำมาเป็นข้อมูลวางแผนดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องระยะยาว

กลุ่มผู้ป่วยขึ้นทะเบียนเยี่ยมบ้าน	รายละเอียดการประเมิน
กลุ่มที่ 2 Home Health Care 2 เช่น หลังคลอด/DHF/หลังผ่าตัด ศัลยกรรม กระดูก EENT	กลุ่มที่มีอาการเจ็บป่วยต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลด้วยการ คลอดบุตร การผ่าตัด โรควัณโรคใช้เลือดออก ฯลฯ หลังออกจาก โรงพยาบาลเพื่อการติดตามประเมินอาการหลังได้รับการรักษาจาก โรงพยาบาล หรือสาเหตุที่ผู้ป่วยไม่มาตรวจตามนัด อันเป็นเหตุให้ ได้รับการรักษาไม่ต่อเนื่องไม่สามารถประเมินผลหลังการรักษา
กลุ่มที่ 3 Home Health Care 3	1. กลุ่มที่มีความจำกัดในการไปใช้บริการ แต่ต้องการการ ประเมินเพื่อติดตามสภาวะสุขภาพ เช่น ผู้สูงอายุ เด็ก ผู้พิการ ผู้ป่วย ที่มีความจำกัดในการไปรับบริการลำบาก ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ ฯลฯ ควรได้รับการเยี่ยมเพื่อประเมินภาวะสุขภาพ และความต้องการ จำเป็นในการดูแลรักษาสุขภาพ ตลอดจนประเมินความสามารถใน การทำกิจวัตรประจำวันด้วยตัวเอง
กลุ่มที่ 4.1 Palliative Care	กลุ่มที่มีการดำเนินโรคในระยะสุดท้าย เช่น โรคมะเร็ง ระยะสุดท้าย โรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย ฯลฯ การเยี่ยมผู้ป่วย เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยได้รับความสุขสบายมากที่สุด โดยการให้การ พยาบาลเพื่อลดอาการรบกวน เช่น ความเจ็บปวด ลดอาการแน่นอึด อัดในช่องท้อง ลดอาการเหนื่อยหอบ
กลุ่มที่ 4.2 Home Ward	ผู้ป่วยที่มีอุปกรณ์เครื่องมือทางการแพทย์ และได้รับการส่งกลับไป ให้ดูแลต่อที่บ้าน ให้การพยาบาลโดยใช้เตียงที่บ้านแทนการใช้ เตียงผู้ป่วยหนักในโรงพยาบาล เช่น ผู้ป่วยที่มีท่อช่วยหายใจ เจาะคอ ช่วยหายใจ สายออกซิเจน สายยางให้อาหาร สายท่อระบายต่างๆ
กลุ่มที่ 5 กลุ่มเป้าหมายพิเศษ	ผู้ป่วยที่มีการติดเชื้อรุนแรง เช่น HIV โรคเรื้อรัง ผู้ป่วยจิตเวชที่มี ปัญหาทางกฎหมาย เป็นต้น

อ้างอิงจาก สำนักการพยาบาล, 2556.

6.6 บุคลากรผู้ติดตามดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้าน ประจำหน่วยบริการปฐมภูมิ บันทึกข้อมูลและผล
 การดูแล ในโปรแกรม Hos รพ.สต. และ โปรแกรม CoC Phichit version 2.0สำหรับ รพ.สต. เพื่อตอบกลับ
 หน่วยบริการต้นทาง ตามหลักการ S O A P

หลักการบันทึกการดูแลที่บ้าน

การบันทึกการดูแลแบบใช้ปัญหาเป็นหลัก (SOAP Charting) เป็นการดูแลแบบองค์รวมตามปัญหาที่
 พบทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคมทำให้สามารถวิเคราะห์ปัญหาของผู้ป่วยได้ครบถ้วน ซึ่งบาร์บารา
 (BarbaraBates,1995) ได้กำหนดแนวทางการบันทึกไว้ ดังนี้

S = Subjective Data เป็นข้อมูลที่ผู้ป่วยบอกเพื่อแสดง อาการ หรือ ความรู้สึกของตนเอง
 เช่น อาการสำคัญ ประวัติปัจจุบัน ประวัติอดีต ประวัติส่วนตัว ประวัติครอบครัว ควรบันทึกเฉพาะประวัติที่
 สำคัญ มีความสัมพันธ์กับปัญหาความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น ซึ่งอาจเป็นความสัมพันธ์ในแง่สาเหตุ อาการแทรกซ้อน
 หรือความรุนแรง ไม่จำเป็นต้องเขียนการค้นพบที่เป็นลบ (Negative Finding) ที่ไม่มีนัยสำคัญ ให้ถือว่าสิ่งที่ไม่
 เขียนคือสิ่งที่ไม่มีในประวัติ

O = Objective Data ข้อมูลส่วนที่สามารถตรวจหรือวัดได้ ได้แก่ ผลการตรวจร่างกาย ผลการตรวจเลือด X-ray ที่มีจนถึงวันที่เขียนบันทึก ต้องเป็นข้อมูลที่สัมพันธ์กับปัญหานั้นๆ รวมถึงท่าทีอวัจนภาษาทั้งของผู้ป่วยและญาติรวมทั้งข้อมูลด้านสิ่งแวดล้อมที่วินิจฉัยแล้วว่าเป็นสาเหตุสนับสนุนให้เกิดปัญหาสุขภาพ

A = Assessment คือ การประเมินปัญหาผู้ป่วยและครอบครัวว่ายังคงมีปัญหายู่หรือไม่ มีการเปลี่ยนแปลงของปัญหาอย่างไรบ้าง การประเมินจะสมบูรณ์ ต้องมีข้อมูลสนับสนุนเพียงพอ

P = Plan Management คือ แผนการดูแลที่ต้องให้ครอบคลุมการแก้ปัญหาที่เบ็ดเสร็จ ผสมผสานเป็นองค์รวมและต่อเนื่อง โดยเฉพาะอย่างยิ่งการส่งเสริมการดูแลตนเองและการนำศักยภาพของครอบครัวและเครือข่ายทางสังคมมาใช้ให้เหมาะสมด้วย หลังจากการเยี่ยมบ้านและลงบันทึกแล้วในการประชุมทีม หรือการประชุมวิชาการทุกครั้ง ควรนำเอาข้อมูลของผู้ป่วยและครอบครัวมาแลกเปลี่ยนเรียนรู้กันในการประชุมเป็นประจำ

สิ่งที่ควรบันทึกเพื่อให้การบันทึกครบถ้วน มีดังนี้

- การเปลี่ยนแปลงทางด้านพฤติกรรมของผู้ป่วยและผู้ดูแล
- ระบุปัญหาปัจจุบันที่ยังต้องติดตาม การเปลี่ยนแปลงภาวะการเจ็บป่วย
- อาการและอาการแสดงที่ไม่ปกติ รุนแรงขึ้นและข้อบ่งชี้ถึงการเกิดภาวะแทรกซ้อน
- การปฏิบัติการพยาบาลต่าง ๆ และการดูแลกิจวัตรประจำวันที่มีความสำคัญเกี่ยวกับการ

เจ็บป่วย

- การตรวจเยี่ยมโดยบุคลากรในทีมสุขภาพ
- ผลจากการปฏิบัติการพยาบาล
- ผลการตรวจรักษาต่างๆ เช่น ผลหลังการผ่าตัดเป็นอย่างไร เต้านมระยะให้นมบุตร ความเจ็บปวด ความไม่สุขสบายต่างๆ

- วางแผนกิจกรรมที่จะทำครั้งต่อไป

- ต้องคำนึงถึงความสำคัญของการบันทึกด้านกฎหมายทุกครั้งที่บ้านทีกเพราะสิ่งที่บันทึกจะสะท้อนถึงคุณภาพการปฏิบัติงานของพยาบาลผู้ปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยเสมอ

ตัวอย่างการบันทึกการดูแลโดยวิธี SOAP โดยใช้แนวคิดของ Gordon ในการวินิจฉัยการดูแล

S. : นางเปี้ย บอกว่าเพิ่งทราบว่าป่วยเป็นเบาหวาน เมื่อเดือนก่อนแพทย์ไม่ได้แนะนำการปฏิบัติตัวและไม่ทราบว่าตนเป็นโรคเบาหวานได้อย่างไรแต่ก็รับประทานยาตามแพทย์สั่งทุกวัน เมื่อวานรับประทานทุเรียน 2 พู กลางคืนตื่นมาปัสสาวะ 1-2 ครั้ง ตื่นมาแล้วนอนไม่หลับ ไม่เคยออกกำลังกาย

O. : ผลการตรวจ FBS = 285 mg%

A. : นางเปี้ย มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพไม่เหมาะสมกับโรคเบาหวานเนื่องจากขาดความรู้

P. : ให้ความรู้เรื่องโรคและการปฏิบัติตัวเกี่ยวกับโรคเบาหวานรวมทั้งแนะนำการเข้าร่วมชมรมเบาหวานเพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์ และแบ่งปันวิธีการปฏิบัติตัวเพื่อการควบคุมเบาหวาน

7. กรณีที่โรงพยาบาลพิจิตรส่งต่อไปปรับการรักษาต่อเนื่องที่โรงพยาบาลชุมชน จะมีการประสานโดยทีมของ ศูนย์ส่งต่อ (Refer) โรงพยาบาลพิจิตร

ภาคผนวก

1) ขอบเขต

การดำเนินงานครอบคลุม การเยี่ยมบ้าน ให้บริการรักษาพยาบาลป้องกัน พื้นฟูสภาพผู้ป่วยในกลุ่มเป้าหมายสำคัญและกลุ่มที่จำเป็นต้องได้รับการดูแลต่อเนื่อง เริ่มตั้งแต่การวางแผนการจำหน่าย จากงานผู้ป่วยในและนอก และผู้ป่วยที่ส่งต่อมาจากโรงพยาบาลอื่นๆ จนถึงการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน รวมถึงการประสานส่งต่อ – ส่งกลับ และการตอบกลับข้อมูลดูแลต่อเนื่อง การสนับสนุนอุปกรณ์ และการปฏิบัติการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน ในกลุ่มผู้รับบริการที่อยู่ในความรับผิดชอบของเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอเมืองพิจิตร

2) คำนิยามศัพท์

ศูนย์ CoC รพ.พิจิตร เป็นศูนย์การดูแลต่อเนื่อง เพื่อประสานการส่งต่อการดูแลให้เกิดการดูแลต่อเนื่องจากโรงพยาบาลไปถึงบ้าน โดยออกแบบโปรแกรมสำหรับใช้ในการส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยจากหอผู้ป่วยและส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยไปยัง รพ.สต./หน่วยบริการปฐมภูมิปลายทางที่รับดูแลต่อเนื่องที่บ้าน และจัดระบบติดตามประเมินผลการดูแล รับประสาน เป็นที่ปรึกษาให้กับบุคลากรที่ปฏิบัติงานในโซนพื้นที่ที่ประสานการดูแลร่วมกัน ซึ่งทีมการดูแลสุขภาพที่บ้านและทีมการพยาบาลในโรงพยาบาลจะใช้เครื่องมือการดูแลผู้ป่วยในกลุ่มโรคเดียวกันร่วมกันและมีการประสานข้อมูล การให้คำปรึกษาในการร่วมกันแก้ปัญหาสุขภาพผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมายร่วมกัน เพื่อส่งเสริมการดูแลให้มีความต่อเนื่องเชื่อมโยงระหว่างโรงพยาบาลและบ้านของผู้ป่วย โดยมีผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางในการกำหนดแผนการดูแล

การดูแลต่อเนื่อง เป็นการดูแลของทีมสหสาขาวิชาชีพ และภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องอื่นๆ เพื่อจัดเตรียมให้ผู้ป่วยมีความพร้อมดูแลตนเองตามศักยภาพที่มีอยู่ เน้นให้ผู้ป่วยแสวงหาและใช้แหล่งประโยชน์ต่างๆ ที่มีอยู่ในการดูแลตนเอง มีเป้าหมายเพื่อพัฒนาความสามารถของผู้ป่วยและหรือผู้ดูแล เพื่อให้สามารถช่วยตัวเองในการทำกิจวัตรประจำวัน เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยเรียนรู้ปัญหาที่เกิดจากภาวะโรคและกระบวนการแก้ปัญหาที่สามารถทำได้เอง และปัญหาสุขภาพที่ต้องให้ทีมดูแลต่อเนื่องที่บ้านเข้าร่วมแก้ปัญหา เป็นการดูแลทั้งในระยะมีปัญหาวกฤตเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล เชื่อมโยงมาถึงระยะฟื้นฟูสภาพหลังจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาลกลับมาอยู่ที่บ้าน และมีการติดตามดูแลจากทีมสุขภาพในโรงพยาบาลเป็นระยะๆ โดยมีการสื่อสารระหว่างทีมดูแลต่อเนื่องที่บ้านประจำพื้นที่แต่ละระดับที่ชัดเจน เพื่อการประสานแผนการดูแลที่มีคุณภาพ ช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับการดูแลเหมาะสม ตามสภาพปัญหาในแต่ละระยะ

การวางแผนจำหน่าย เป็นกระบวนการช่วยผู้ป่วยให้ปลอดภัยในการกลับไปอยู่บ้านซึ่งไม่มีทีมสุขภาพดูแลใกล้ชิด โดยมีการประสานงานกันระหว่างทีมสุขภาพ หรือบุคลากรหลายๆ ด้าน เพื่อให้ผู้ป่วยที่บ้านได้รับการดูแลที่ต่อเนื่องจนสามารถดูแลช่วยเหลือตนเอง แก้ปัญหาสุขภาพจากโรคที่เป็นอยู่รวมถึงการประเมินความต้องการการดูแลต่อเนื่องที่บ้านตลอดจนการทำงานร่วมกันกับผู้รับบริการและญาติ เพื่อวางแผนเตรียมความพร้อมผู้ป่วย/ผู้ดูแล ทักษะการปฏิบัติตัวที่บ้านได้ด้วยตนเองเกี่ยวกับการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองที่ซับซ้อนมาก และกิจกรรมที่ซับซ้อนน้อยจนถึงระดับพึ่งพาตนเองได้

การส่งต่อ เป็นการส่งต่อผู้ป่วยจากโรงพยาบาลกลับมาดูแลต่อเนื่องที่บ้านหรืออาจส่งผู้ป่วยจากบ้านเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล โดยมีระบบเตรียมความพร้อมด้านความรู้การพัฒนาศักยภาพ ทักษะของผู้ป่วย ผู้ดูแลและระบบสนับสนุนจากโรงพยาบาลเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถกลับมาฟื้นฟูสภาพอยู่ที่บ้านได้ภายใต้การติดตามดูแลของทีมดูแลต่อเนื่องที่บ้านร่วมกับทีมสหวิชาชีพจากโรงพยาบาลพิจิตร รวมถึงการประสานให้เกิดกิจกรรมการดูแลร่วมกัน ระหว่างทีมสหวิชาชีพในโรงพยาบาลร่วมกับทีมดูแลต่อเนื่องที่บ้านหรือทีมสุขภาพของหน่วยบริการปฐมภูมิ และการส่งต่อผู้ป่วยไปรับการรักษาในโรงพยาบาลเมื่อมีปัญหาเจ็บป่วยเฉียบพลัน เพื่อช่วยเหลือให้การดูแลผู้ป่วยมีความต่อเนื่องทั้งระยะเฉียบพลันและระยะฟื้นฟูสภาพ

แหล่งประโยชน์ในชุมชน อาจเป็นบุคคลหรือหน่วยงาน กลุ่มบุคคล ร้านค้าที่มีอยู่ในชุมชนที่เอื้อต่อการดูแลตนเอง ซึ่งถือเป็นทีมสุขภาพในพื้นที่ เพื่อประสานความร่วมมือในเรื่องต่างๆ ให้เหมาะสมและเกิดประโยชน์สูงสุดแก่ผู้ป่วยดูแลต่อเนื่องที่บ้าน เช่น องค์กรบริหารส่วนจังหวัดพิจิตร (อบจ.), เทศบาลเมืองพิจิตร, สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดพิจิตร (พมจ.), การศึกษาตามอัธยาศัยจังหวัดพิจิตร (กศน.), วัด (พระ), โรงเรียน (ครู) , สภากาชาดไทยจังหวัดพิจิตร, ชมรมผู้สูงอายุจังหวัดพิจิตร, ศูนย์ศึกษาพิเศษประจำจังหวัดพิจิตร, บ้านพักเด็กและครอบครัวจังหวัดพิจิตร, ศูนย์สนับสนุนอุปกรณ์ฟื้นฟูสุขภาพ, กลุ่มจิตอาสาในชุมชน, อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.), ช่างซ่อมอุปกรณ์ประจำหมู่บ้าน, กลุ่มหมอนวดพื้นบ้าน, ร้านถังบรรจุออกซิเจน, ร้านขายอุปกรณ์สุขภาพ, ร้านอาหารสุขภาพ, ผู้ป่วยต้นแบบที่ดูแลตนเองดี ฯ

ทีมดูแลต่อเนื่องที่บ้าน ประกอบด้วย พยาบาลวิชาชีพ แพทย์ นักกายภาพบำบัด เภสัชกร แพทย์แผนไทย นักวิชาการสาธารณสุข ทันตภิบาล บุคลากรสาธารณสุขอื่นๆ และภาคีเครือข่ายอื่นๆ ทั้งภาครัฐและเอกชน ซึ่งถือเป็นทีมสุขภาพในชุมชน ได้รับมอบหมายให้รับผิดชอบดูแลและบูรณาการการดูแลผู้ป่วยที่บ้านร่วมกันในพื้นที่รับผิดชอบ (Cluster Area) โดยทีมสหวิชาชีพมีหน้าที่ความรับผิดชอบและภารกิจตามบทบาทของแต่ละวิชาชีพ รายละเอียดตามตารางที่ 1

ตารางที่ 4 ภารกิจที่ต้องปฏิบัติตามบทบาทของทีมสหสาขาวิชาชีพ

วิชาชีพ	ภารกิจที่ต้องปฏิบัติ
1. แพทย์	<ul style="list-style-type: none"> - ให้การตรวจวินิจฉัยโรค และให้การรักษา - บันทึกกิจกรรมและผลงานให้บริการ - สรุปปัญหาที่พบรวมทั้งแนวทางการช่วยเหลือ ในแฟ้มการดูแลสุขภาพที่บ้าน (Home Health Care Folder) - บันทึกแผนการดูแลสุขภาพครั้งต่อไป - บันทึกทะเบียนการดูแลสุขภาพที่บ้าน
2. ทันตแพทย์ / ทันตภิบาล	<ul style="list-style-type: none"> - ให้การตรวจวินิจฉัยโรค และวางแผนการรักษา - ส่งต่อผู้ป่วยมารับการรักษาที่โรงพยาบาล - ให้ความรู้ คำแนะนำ ผู้ป่วยและญาติ ในการดูแลสุขภาพช่องปาก - สอน สาธิต วิธีการแปรงฟัน ที่ถูกต้อง รวมถึงการใช้อุปกรณ์ทำความสะอาดเสริม เช่น ไหมขัดฟัน เป็นต้น - บันทึกกิจกรรมและผลงานให้บริการ - บันทึกแผนการดูแลสุขภาพครั้งต่อไป - สรุปปัญหาที่พบ รวมทั้งแนวทางการช่วยเหลือในแฟ้มการดูแลสุขภาพที่บ้าน - บันทึกทะเบียนการดูแลสุขภาพที่บ้าน
3. พยาบาลวิชาชีพ	<ul style="list-style-type: none"> - วางแผนการพยาบาล (ก่อนการติดตามดูแลสุขภาพที่บ้าน) - ประเมินภาวะสุขภาพผู้ป่วย โดยการตรวจร่างกาย วัดสัญญาณชีพ การหายใจ การเต้นของชีพจร ความดันโลหิต และอุณหภูมิร่างกาย พร้อมบันทึกผล - ปฏิบัติการพยาบาลร่วมกับครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยในเรื่องที่จำเป็น เช่น <ul style="list-style-type: none"> • การให้อาหารทางสายยาง • การดูแลสายสวนปัสสาวะ • การป้องกันและดูแลแผลกดทับ • การดูแลระบบหายใจ เช่น การให้ออกซิเจน การดูดเสมหะ • การทำแผล • การดูแลผู้ป่วยล้างไตทางหน้าท้อง - พัฒนาความสามารถของผู้ป่วยและ ครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน โดยให้

วิชาชีพ	ภารกิจที่ต้องปฏิบัติ
	<p>ความรู้ คำแนะนำ การสอน สาธิต ฝึกทักษะการดูแลตนเอง หรือช่วยดูแลผู้ป่วยในเรื่องต่างๆ การปรึกษาตลอดจนแนวทาง การดูแลอุปกรณ์การแพทย์ เช่น สายยางให้อาหาร สายสวนปัสสาวะ ถุงท่อบายหน้าท้อง เป็นต้น</p> <ul style="list-style-type: none"> - Family Support โดยการประเมินภาวะสุขภาพของครอบครัว ญาติ ผู้ดูแล พัฒนาความสามารถของญาติผู้ดูแลในการบริหารจัดการกับปัญหาต่างๆ การให้กำลังใจ และช่วยให้ผู้ป่วย ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม - ติดตามความก้าวหน้าของการดูแลสุขภาพที่บ้าน - เป็นผู้ประสานงานกับสาขาวิชาชีพ/หน่วยงานอื่นๆ ทั้งภาครัฐและเอกชน องค์กรชุมชน ในการให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยและครอบครัว - บันทึกกิจกรรมและผลงานให้บริการ - สรุปปัญหาที่พบรวมทั้งแนวทางการช่วยเหลือ ในแฟ้มการดูแลสุขภาพที่บ้าน (Home Health Care Folder) - บันทึกแผนการดูแลสุขภาพครั้งต่อไป - บันทึกทะเบียนการดูแลสุขภาพที่บ้าน
4. นักกายภาพบำบัด	<ul style="list-style-type: none"> - ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถคงไว้ซึ่งการทำหน้าที่ของอวัยวะต่างๆ และป้องกันความพิการที่อาจเกิดขึ้นในอนาคตจากโรค/การบาดเจ็บ หรือการสูญเสียหน้าที่ของอวัยวะต่างๆ เช่น แขน ขา โดยวิธีการให้ออกกำลังกาย การนวด การดัด และการใช้ความร้อน ฯ - สอนผู้ป่วย/ผู้ดูแล/ญาติ ในการช่วยเหลือและดูแลผู้ป่วย ตามเกณฑ์และแนวทางการดูแล ผู้ป่วยที่บ้านโดยนักกายภาพบำบัด - บันทึกกิจกรรมและผลงานให้บริการ - สรุปปัญหาที่พบรวมทั้งแนวทางการช่วยเหลือ ในแฟ้มการดูแลสุขภาพที่บ้าน (Home Health Care Folder) - บันทึกแผนการดูแลสุขภาพครั้งต่อไป - บันทึกทะเบียนการดูแลสุขภาพที่บ้าน
5. เภสัชกร	<ul style="list-style-type: none"> - อธิบาย ให้คำปรึกษาและให้ข้อมูลผู้ป่วย/ผู้ดูแล เกี่ยวกับประสิทธิภาพของยา วิธีการใช้ยา ข้อควรระวัง ข้อห้ามในการใช้ยาและอาการข้างเคียงของยากรณีจำเป็นต้องให้การดูแล ให้ดำเนินการตามความจำเป็นเท่านั้น และกิจกรรมบริการตามมาตรฐานวิชาชีพ - บันทึกกิจกรรมและผลงานให้บริการ - สรุปปัญหาที่พบรวมทั้งแนวทางการช่วยเหลือ ในแฟ้มการดูแลสุขภาพที่บ้าน (Home Health Care Folder) - บันทึกแผนการดูแลสุขภาพครั้งต่อไป - บันทึกทะเบียนการดูแลสุขภาพที่บ้าน
6. นักสังคมสงเคราะห์	<ul style="list-style-type: none"> - ประเมินสภาพผู้ป่วยและครอบครัว ที่มีปัญหาทางด้านเศรษฐกิจ ครอบครัว และสังคม - ให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วย ครอบครัว ผู้ดูแล และญาติ - เป็นผู้ประสานงานกับหน่วยงานต่างๆ ทั้งภาครัฐและเอกชน องค์กรชุมชน ในการให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยและครอบครัว - บันทึกกิจกรรมและผลงานให้บริการ - สรุปปัญหาที่พบรวมทั้งแนวทางการช่วยเหลือ ในแฟ้มการดูแลสุขภาพที่บ้าน (Home Health Care Folder) - บันทึกแผนการดูแลสุขภาพครั้งต่อไป - บันทึกทะเบียนการดูแลสุขภาพที่บ้าน
7. นักจิตวิทยา/ พยาบาลจิตเวช	<ul style="list-style-type: none"> - ประเมินสุขภาพทางกาย จิตใจ อารมณ์ของผู้ป่วยและครอบครัว

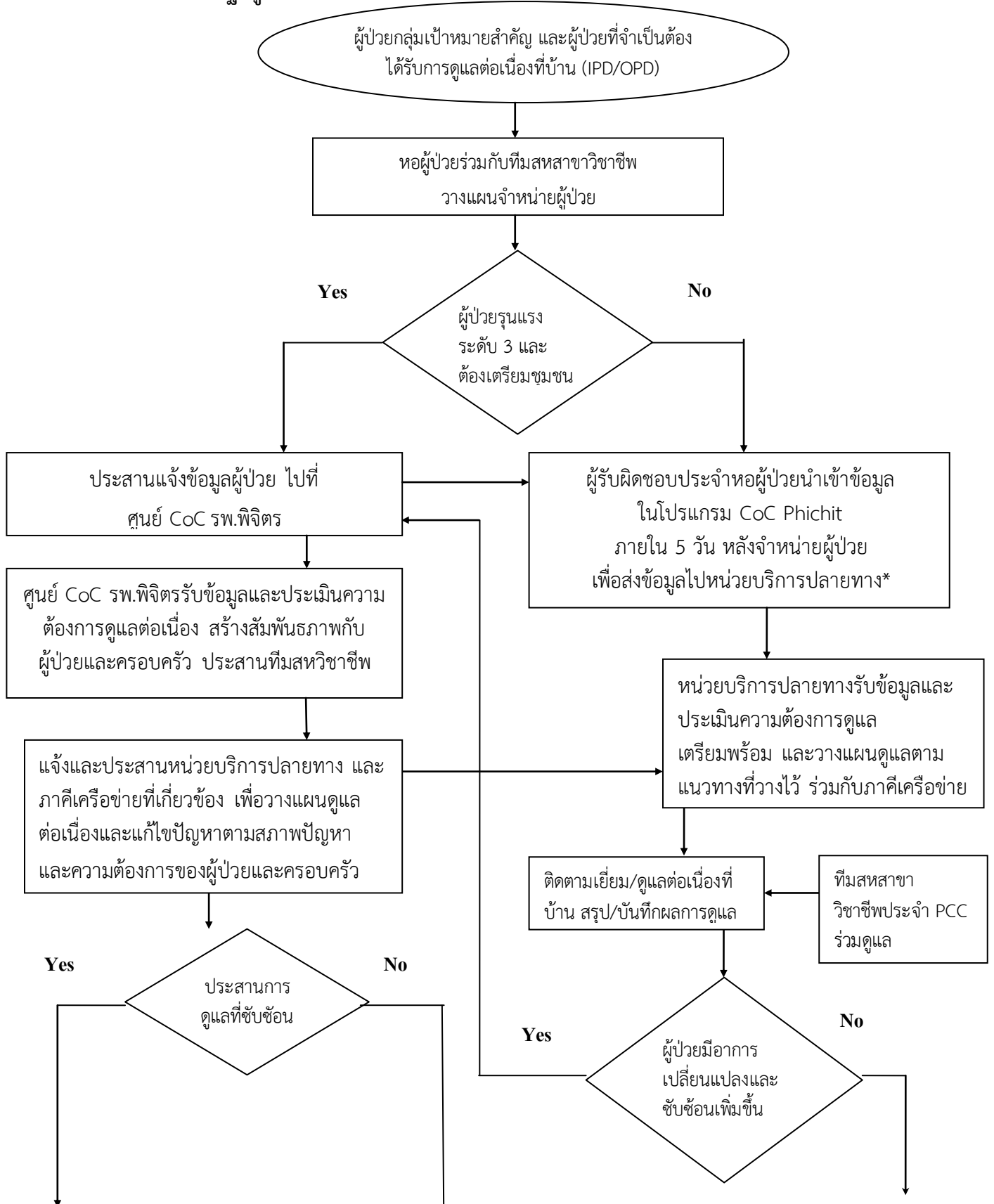
วิชาชีพ	ภารกิจที่ต้องปฏิบัติ
	<ul style="list-style-type: none"> - ติดตามความก้าวหน้าผู้ป่วยจิตเวชหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ในการอยู่ร่วมกับสังคม และให้การดูแลในเรื่องต่างๆ ตามสภาพปัญหาของผู้ป่วยแต่ละราย - ให้คำปรึกษา/จัดกิจกรรมบำบัด แก่ผู้ป่วย ครอบครัว ญาติ ผู้ดูแล และอาจรวมถึงเพื่อนบ้าน และชุมชน - เป็นผู้ประสานงานกับหน่วยงานต่างๆ ทั้งภาครัฐและเอกชน องค์กรชุมชน หรือท้องถิ่น ในการให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยและครอบครัว - บันทึกกิจกรรมและผลงานให้บริการ - สรุปปัญหาที่พบรวมทั้งแนวทางการช่วยเหลือ ในแฟ้มการดูแลสุขภาพที่บ้าน (Home Health Care Folder) - บันทึกแผนการดูแลสุขภาพครั้งต่อไป - บันทึกทะเบียนการดูแลสุขภาพที่บ้าน

3) ดัชนีชี้วัด

เพื่อให้การประเมินผลลัพธ์การดูแลต่อเนื่อง สอดคล้องตามที่สำนักการพยาบาลกำหนด (2556) และเป็นส่วนหนึ่งเพื่อนำข้อมูลไปใช้ในการพัฒนาคุณภาพงานเยี่ยมบ้านของหน่วยบริการปลายทาง เครือข่ายบริการสุขภาพจังหวัดพิจิตร ศูนย์ CoC โรงพยาบาลพิจิตร ได้กำหนดตัวชี้วัดไว้ดังนี้

- ตัวชี้วัดที่ 1 อัตราความครอบคลุมการเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้านไม่น้อยกว่าร้อยละ 80
- ตัวชี้วัดที่ 2 อัตราผู้ป่วยส่งกลับจาก รพศ./รพท./รพช.ได้รับการเยี่ยมบ้านภายใน 14 วัน ร้อยละ 100
- ตัวชี้วัดที่ 3 จำนวนชั่วโมงการเยี่ยมบ้านของเจ้าหน้าที่ไม่น้อยกว่า 6 ชั่วโมง /สัปดาห์/คน
- ตัวชี้วัดที่ 4 อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยที่บ้านไม่เกิน ร้อยละ 5
- ตัวชี้วัดที่ 5 ผู้ป่วยได้รับการเยี่ยมบ้านสามารถควบคุมภาวะโรค /ดูแลตนเองได้ ร้อยละ 80
- ตัวชี้วัดที่ 6 อัตราการส่งข้อมูลผู้ป่วยระดับ 3 ถึงหน่วยบริการปลายทางภายใน 5 วันร้อยละ 80
- ตัวชี้วัดที่ 7 ความพึงพอใจของผู้รับบริการไม่น้อยกว่าร้อยละ 80
- ตัวชี้วัดที่ 8 ความพึงพอใจของทีมเยี่ยมบ้าน ไม่น้อยกว่าร้อยละ 80

4) Flow chart แนวทางการส่งดูแลต่อเนื่องที่บ้านของหน่วยงานภายในโรงพยาบาลถึงหน่วยบริการปฐมภูมิทั้งในและนอกพื้นที่รับผิดชอบจังหวัดพิจิตร



ให้คำปรึกษาและร่วมดูแล
ผู้ป่วยต่อเนืองที่บ้าน



ติดตามเยี่ยมดูแล
ส่งเสริมฟื้นฟูสภาพ ตาม
ระยะเวลา