

CUP บ้านโพธิ์

ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังแบบองค์รวม ต่อเนื่อง ผสมผสาน

ผู้สูงอายุมาก = ผู้ป่วยโรคเรื้อรังมาก

ปัจจุบันผู้สูงอายุใน อำเภอบ้านโพธิ์ จังหวัดฉะเชิงเทรา มีจำนวนเพิ่มมากขึ้น นำมาซึ่งภาวะเสี่ยงและปัญหาด้านสุขภาพ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังที่เป็นปัญหาสำคัญในปัจจุบันได้แก่ ภาวะความดันโลหิตสูง และโรคเบาหวาน ซึ่งนอกจากจะมีสาเหตุทางด้านพันธุกรรมแล้ว ยังมีสาเหตุจากพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม ทั้งการรับประทานอาหารในปริมาณที่มากเกินไปจนเกินความจำเป็นของร่างกาย การรับประทานอาหารรสหวาน รสมันเป็นประจำ จนทำให้มีน้ำหนักตัวที่เกินมาตรฐาน รวมทั้งขาดการออกกำลังกาย การมีภาวะเครียด และการดื่มสุราและสูบบุหรี่เป็นประจำ ซึ่งสาเหตุเหล่านี้ล้วนเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดโรคเรื้อรังเพิ่มมากขึ้น

แม้ว่าที่ผ่านมามีหน่วยงานบริการจะมีการปรับเปลี่ยนและพัฒนากระบวนการบริการ เพื่อให้สามารถดูแลรักษาผู้ป่วย และป้องกันการเกิดโรคในกลุ่มเสี่ยงได้อย่างมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น แต่ก็ยังพบว่ามีผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่เกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ เพิ่มขึ้นเช่นเดิม

ดังนั้นโรงพยาบาลบ้านโพธิ์ จึงได้จัดกิจกรรมทบทวนการดูแลผู้ป่วย ทั้งที่ในโรงพยาบาลและที่บ้าน พบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยอันได้แก่ พยาบาล เจ้าหน้าที่ รพ.สต. รวมไปถึงญาติ ยังขาดความมั่นใจในการช่วยฟื้นฟูผู้ป่วยโรคเรื้อรัง โรงพยาบาลบ้านโพธิ์จึงได้มีการทำโครงการเพื่อเสริมศักยภาพและความเชื่อมั่นให้กับผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังด้วยโครงการดังต่อไปนี้

1. โครงการส่งเสริมสุขภาพผู้รับบริการและครอบครัว
2. โครงการออกเยี่ยมบ้านในรูปแบบของพยาบาลประจำครอบครัว
3. โครงการสำรวจผู้ป่วยอัมพฤกษ์ อัมพาต และประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย
4. โครงการสอนผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม โรคปวดหลัง ออกกำลังกาย

ในส่วนของผู้ป่วยเบาหวานได้มีการจัดทำโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยและผู้ดูแล โดยมีกิจกรรม 3 ดังนี้

1. มีการอบรมให้ความรู้กับเจ้าหน้าที่ เรื่องการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน ซึ่งจะเน้นหนักไปที่ประเด็นอาหาร เนื่องจาก รพ.บ้านโพธิ์ ไม่มีนักโภชนากร จึงต้องขอความร่วมมือจากโรงพยาบาลเทพธารินทร์ ในการให้ความรู้เรื่องอาหารและการดูแลเท้า ซึ่งในกิจกรรมนี้มีเจ้าหน้าที่ประจำคลินิกเบาหวาน พยาบาลประจำหน่วยบริการปฐมภูมิ และเจ้าหน้าที่ รพ.สต. เข้าร่วมอบรมจำนวน 17 คน

2. มีการอบรมให้ความรู้กับผู้ป่วยและผู้ดูแล โดยเจ้าหน้าที่ที่ผ่านการอบรมจากโรงพยาบาลเทพารินทร์ มีผู้ป่วยและผู้ดูแลเข้าร่วมโครงการ 120 คน
3. มีการเจาะเลือดผู้ป่วย เพื่อตรวจน้ำตาลสะสมก่อนและหลังการอบรม

นอกจากนี้ ยังมีกิจกรรมสำคัญที่กำหนดไว้ในยุทธศาสตร์การติดตาม เฝ้าระวังผู้ป่วยเบาหวานคือ การจัดทำทะเบียนกลุ่มเสี่ยง การออกเยี่ยมผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนตั้งแต่ 3 ข้อขึ้นไปอีกด้วย

จะเห็นว่าโรงพยาบาลบ้านโพธิ์ได้ตระหนักและเห็นความสำคัญของการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังมาโดยตลอด แต่ด้วยข้อจำกัดที่ไม่มีการจัดตั้งทีมสหสาขาวิชาชีพที่จะออกเยี่ยมผู้ป่วยโรคเรื้อรังอย่างเหมาะสมและชัดเจน จึงทำให้โครงการเยี่ยมบ้านไม่ประสบผลสำเร็จเท่าที่ควร และนี่จึงเป็นที่มาของ **การดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังแบบองค์รวม ต่อเนื่อง ผสมผสาน**

ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังแบบองค์รวม ต่อเนื่อง ผสมผสาน

ปัญหาการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคเรื้อรังของเครือข่ายอำเภอบ้านโพธิ์ คือการตรวจพบโรคก็ต่อเมื่อผู้ป่วยมีอาการมากแล้ว นอกจากนี้ยังมีผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลไม่ต่อเนื่องและไม่ถูกต้อง จนบางครั้งทำให้ผู้ป่วยมีอาการกำเริบของโรคมากขึ้น และเกิดโรคแทรกซ้อนต่างๆ ตามมา อีกทั้งผู้ป่วยที่ถูกส่งตัวกลับไปพักรักษาตัวที่บ้าน ก็ไม่ได้รับการดูแลอย่างเต็มที่ เนื่องจากเจ้าหน้าที่ยังขาดความชำนาญในการดูแลผู้ป่วยที่มีอุปสรรคติดตัว

โรงพยาบาลบ้านโพธิ์ ได้ให้ความสำคัญกับปัญหาดังกล่าว จึงได้มีการปรับระบบการทำงานโดยมุ่งเน้นการทำงานเชิงรุกในเขตพื้นที่แต่ละตำบล โดยการ**จัดหาทีมสหวิชาชีพ** ซึ่งประกอบด้วย แพทย์ เภสัชกร ทันตแพทย์ พยาบาล นักกายภาพบำบัด สุขภาพจิต และเจ้าหน้าที่ศูนย์สุขภาพชุมชนแต่ละตำบลในเขตอำเภอบ้านโพธิ์ ทั้งหมด 16 แห่ง โดยประสานงาน กับ องค์การบริหารส่วนตำบล อาสาสมัครสาธารณสุข ในการจัดทำแผนงานการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

ภายใต้แนวคิด **“การดูแลผู้ป่วยเรื้อรังแบบองค์รวม ต่อเนื่อง ผสมผสาน”** เพื่อให้บุคลากรทางด้านสุขภาพ มีความรู้ ความเข้าใจ และสามารถนำความรู้ ประสิทธิภาพที่ได้จากการเยี่ยมชมร่วมกับทีมสหวิชาชีพ ไปประยุกต์ใช้ในการให้บริการสุขภาพผู้ป่วยโรคเรื้อรังในเขตพื้นที่ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยมีเป้าหมายเพื่อให้ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง และสอดคล้องกับสภาพปัญหาของผู้ป่วยแต่ละราย

นอกจากนี้ยังมีการพัฒนาศักยภาพของญาติ และ อสม. โดยการดึงให้เข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง และพัฒนาศักยภาพของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับศูนย์สุขภาพชุมชน ในการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังที่มีความซับซ้อนของปัญหา

แนวคิดในการดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง

การดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม หมายถึง การดูแลผู้ป่วยทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ
สภาพแวดล้อมและความเชื่อของผู้ป่วย

การดูแลผู้ป่วยแบบต่อเนื่อง หมายถึง การดูแลผู้ป่วยตั้งแต่เริ่มป่วย หรือตั้งแต่ผู้ป่วย
นอนพักรักษาตัวอยู่ที่โรงพยาบาล เมื่อผู้ป่วยกลับไปอยู่บ้านและจนกว่าผู้ป่วยจะมีอาการ
ดีขึ้น หรือจนกว่าผู้ป่วยจะเสียชีวิตอย่างสมศักดิ์ศรีที่ควรจะเป็น

การดูแลผู้ป่วยแบบผสมผสาน หมายถึง การร่วมกันดูแลผู้ป่วยระหว่างเจ้าหน้าที่
สาธารณสุข ญาติ อสม. และชุมชน

ข้อบ่งชี้ในการเยี่ยมดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

ข้อบ่งชี้	เหตุผล
1. ผู้ป่วยที่มีอุปกรณติดกาย เช่น สายยางให้อาหารทาง จมูก สายสวนปัสสาวะหรือมีแผลกดทับ ติดตามเยี่ยมภายใน 1 สัปดาห์	เพื่อประเมินศักยภาพของญาติ ในการดูแลผู้ป่วยจากสภาพ ผู้ป่วย หากพบปัญหาจะได้แก้ไขปัญหาได้อย่างทันท่วงที ป้องกันไม่ให้เกิดการดำเนินของโรคเลวลงกว่าเดิม หรือมีโรค แทรกซ้อนต่างๆ
2. ผู้ป่วยเบาหวานที่มีระดับน้ำตาลในเลือดมากกว่า 200 mg/dl ติดต่อกัน 3 – 4 ครั้งและมีภาวะแทรกซ้อน 3. ผู้ป่วยเบาหวานที่เคยนอนพักรักษาตัวที่โรงพยาบาลด้วย อาการระดับน้ำตาลในเลือดสูง / ต่ำ และมีปัญหาเริ่ม แผลที่เท้า ติดตามเยี่ยมภายใน 1 เดือน	เพื่อติดตามปัญหาที่ส่งผลต่อ ระดับน้ำตาลในเลือด เช่น พฤติกรรมกรรมการบริโภค อาหารของผู้ป่วย การเตรียมอาหารของ ญาติ พฤติกรรมการออกกำลังกาย และการรับประทานยา โดยอาศัยองค์ประกอบ ด้านบริบทของผู้ป่วย เป็นแนวทางใน การวางแผน แก้ไขปัญหาของผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยปรับวิถีชีวิต (Life Style) ตามบริบทที่สอดคล้องกับแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่ ควรจะเป็น
4. ผู้ป่วยอัมพฤกษ์ อัมพาต ที่ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ ติดตามเยี่ยมภายใน 1 เดือน	เพื่อติดตามการฟื้นฟูกล้ามเนื้อต่างๆ ของ ผู้ป่วยโดยการ บริหารกล้ามเนื้อของญาติ
5. ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่ต้องเข้าพักรักษาตัวที่ โรงพยาบาลบ่อยๆ ติดตามเยี่ยมภายใน 1 เดือน	เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยและญาติได้มีส่วนร่วมในการหลีกเลี่ยง สภาพแวดล้อมต่างๆ ที่ส่งผลให้ ผู้ป่วยมีอาการหายใจหอบ เหนื่อยมากขึ้น

<p>6. ผู้ป่วยที่มีที่ได้รับการวินิจฉัยเป็น โรคมะเร็งและมีผลต่อสุขภาพร่างกาย ติดตามเยี่ยมภายใน 1 เดือน</p>	<p>เพื่อประเมินศักยภาพของผู้ป่วย การดูแลทางด้านร่างกาย และจิตใจในระยะแรกที่รับรู้ และติดตามการรักษาต่อเนื่อง</p>
---	--

บทบาททีมสุขภาพผู้ร่วมโครงการ

ทีม	บทบาท
<p>ทีมสหวิชาชีพ โรงพยาบาลบ้านโพธิ์ ประกอบด้วย แพทย์ เกษัชกร ทันตแพทย์ พยาบาล นักกายภาพบำบัด สุขภาพจิต</p>	<ul style="list-style-type: none"> - ออกติดตามเยี่ยมดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่บ้าน ซึ่งทีมบุคลากรจะปรับเปลี่ยนตามสภาพปัญหาของผู้ป่วยในแต่ละรายตามแผนการเยี่ยม - ให้ความรู้ คำแนะนำ ผู้ป่วย ญาติ และเจ้าหน้าที่ในทีมสุขภาพเพื่อพัฒนาความรู้อย่างต่อเนื่อง
<p>เจ้าหน้าที่ศูนย์สุขภาพชุมชนในแต่ละตำบล ทั้งหมด 16 แห่ง</p>	<ul style="list-style-type: none"> - ให้ข้อมูลผู้ป่วยโรคเรื้อรังในเขตพื้นที่แก่โรงพยาบาลบ้านโพธิ์ - ติดตาม เยี่ยมบ้านร่วมกับทีมสหวิชาชีพ ในระยะแรก เพื่อที่จะได้เรียนรู้แนวทางการดูแลผู้ป่วย ระยะต่างๆ - ดูแลอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่ติดตัวมากับผู้ป่วย - ให้การดูแลอย่างต่อเนื่องต่อไป
<p>อาสาสมัครสาธารณสุข</p>	<ul style="list-style-type: none"> - ดูแล และแนะนำผู้ป่วยในเขตพื้นที่รับผิดชอบ ถ้ามีอาการผิดปกติ แจ้งข้อมูลข่าวสารสุขภาพแก่ประชาชน - เป็นผู้นำทาง การติดตามเยี่ยมผู้ป่วยโรคเรื้อรัง
<p>แกนนำ ผู้นำชุมชน เช่นผู้ใหญ่บ้าน กำนัน</p>	<ul style="list-style-type: none"> - ให้ข้อมูลสุขภาพประชาชนในเขตพื้นที่ - แจ้งข้อมูลผู้ป่วยโรคเรื้อรังในเขตพื้นที่ - ให้ความช่วยเหลือทางด้านสังคม เศรษฐกิจ ในรายที่มีปัญหา
<p>องค์การบริหารส่วนตำบล</p>	<ul style="list-style-type: none"> - ให้ความช่วยเหลือ สวัสดิการ อาชีพ งบประมาณในการสนับสนุนการฟื้นฟูสภาพ ต่อเนื่องในระยะยาว เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถมีชีวิตร่วมกันอยู่ที่ดีขึ้น

การดำเนินงาน

1. จัดตั้งทีมสหวิชาชีพ ในการดูแลสุขภาพให้ครอบคลุมปัญหาผู้ป่วย
2. รวบรวมข้อมูลผู้ป่วยในเขตพื้นที่โดยประสานความร่วมมือกับเจ้าหน้าที่ศูนย์สุขภาพชุมชนแต่ละตำบล เพื่อทราบข้อมูลปัญหาสุขภาพผู้ป่วยเรื้อรัง และวางแผนการเยี่ยมบ้าน
3. ประชุมชี้แจงแนวทางการทำงานของทีมสุขภาพในพื้นที่ แก่ อาสาสมัครสาธารณสุข ผู้นำชุมชน และแกนนำรวมทั้งประสานกับองค์การบริหารส่วนตำบล เพื่อขอความร่วมมือเรื่องแจ้งข้อมูลข่าวสาร
4. ติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยโรคเรื้อรัง โดยทีมสหวิชาชีพ อาสาสมัครสาธารณสุข และเจ้าหน้าที่ศูนย์สุขภาพชุมชน สัปดาห์ละ 2 วัน
5. สรุปปัญหาและแนวทางแก้ไข เพื่อจัดทำแผนการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังอย่างต่อเนื่อง
6. ประสานกับองค์การบริหารส่วนตำบล เพื่อให้ความช่วยเหลือ เรื่องสวัสดิการ อาชีพ และงบประมาณในการสนับสนุนการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วย อย่างต่อเนื่องในระยะยาว และให้ อบต. ได้มีส่วนร่วมในการติดตามเยี่ยมบ้าน
7. ประสานการส่งต่อในผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่จำเป็นต้องมีการรักษาต่อที่โรงพยาบาล

ผลการดำเนินงาน

ในระยะแรกมีปัญหาเรื่องการติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยโรคเรื้อรังยังไม่ครอบคลุมตามเป้าหมายที่วางไว้ เนื่องจากทีมสหวิชาชีพ ติดตามงาน จึงทำให้การติดตามเยี่ยมมีน้อยลง ดังนั้นจึงได้มีการปรับแผนการดำเนินงาน โดยให้อาสาสมัครสาธารณสุขเข้ามามีบทบาทในการเยี่ยมบ้านและสำรวจภาวะสุขภาพของประชาชนในเขตพื้นที่ที่รับผิดชอบมากขึ้น เพราะอาสาสมัครสาธารณสุขทราบถึงวิถีการดำเนินชีวิตของประชาชนในเขตที่รับผิดชอบและสามารถเข้าถึงประชาชนได้เป็นอย่างดี

ดังนั้นเครือข่ายโรงพยาบาลบ้านโพธิ์จึงได้คิด และวางแผน ในการหาแนวทางการพัฒนาระบบบริการในการดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง เพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วย โดยได้เพิ่มบทบาทให้ อสม. เป็นผู้ดูแล และติดตามเยี่ยมผู้ป่วยเรื้อรังในเขตรับผิดชอบของตน เฉลี่ย 10-15 หลังคาเรือน / คน โดยมีการดำเนินงานดังนี้ คือ

แนวทางการพัฒนาระบบบริการในการดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง

- ✓ ตรวจสอบ และค้นหาปัญหาความต้องการด้านสุขภาพในชุมชน เพื่อหาแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังในเวทีประชาคมหมู่บ้าน
- ✓ อสม. เป็นผู้ประสานงานกับศูนย์สุขภาพชุมชน ในการส่งต่อผู้ป่วยที่มีปัญหาด้านสุขภาพให้เจ้าหน้าที่วางแผนการดูแล ตลอดจนเป็นที่ปรึกษาให้กับประชาชนในเขตพื้นที่เมื่อมีข้อสงสัยหรือปัญหาในการดูแลสุขภาพตนเอง
- ✓ จัดอบรมให้ความรู้ อสม. เรื่องโรคเรื้อรัง เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง ไชมันในเลือดสูง การวัดความดันโลหิตสูง การตรวจหาระดับน้ำตาลในเลือด การแนะนำผู้ป่วย เป็นต้น

- ✓ กำหนดความรับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังในระแวกบ้านของ อสม. เฉลี่ย 10-15 หลังคาเรือน เพื่อติดตามเยี่ยม ให้คำแนะนำและส่งต่อมา รพ.สต.หรือ PCU ใกล้บ้าน
- ✓ จัดทีมเยี่ยมบ้าน ประกอบด้วย ทีมสหวิชาชีพจากโรงพยาบาล เจ้าหน้าที่PCU และอสม. และกำหนดให้ อสม.มีบทบาทสำคัญในการดูแล โดยมีทีมจากโรงพยาบาลเป็นที่ปรึกษาให้คำปรึกษาแนะนำ เพื่อสร้างความเชื่อมั่น
- ✓ อสม. ส่งข้อมูลการดูแลติดตามเยี่ยมผู้ป่วยเรื้อรังให้ PCU เพื่อติดตามดูแลต่อไป
- ✓ จัดให้มีกระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ อสม. ในการติดตามเยี่ยมบ้าน ให้คำแนะนำ แลกเปลี่ยนทักษะในการตรวจประเมินความดันโลหิตและตรวจระดับน้ำตาลในเลือด เล่าประสบการณ์ในการแก้ปัญหาเฉพาะหน้าในการติดตามเยี่ยมบ้าน ให้กับ อสม.ในเครือข่าย และบันทึกกิจกรรมการเยี่ยมบ้านที่ต้องสรุปส่ง PCU
- ✓ จัดให้ อสม. มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ เป็นที่ปรึกษาให้แก่ อสม. ตำบลอื่นๆ ต่อไป
- ✓ เก็บรวบรวมข้อมูลสุขภาพผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ผู้สูงอายุในหมู่บ้านที่ตนเองรับผิดชอบ เป็นการบันทึกข้อมูลสุขภาพ
- ✓ ติดตาม กำกับ การดูแลภาวะสุขภาพของลูกบ้าน โดยการติดตามเยี่ยมบ้าน ให้คำแนะนำเรื่องการดูแลสุขภาพตนเอง สนับสนุนและกระตุ้นเตือนผู้ป่วย ให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม ดูแลช่วยเหลือกิจวัตรประจำวันผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ช่วยเหลือตนเองได้น้อย

สรุปผลที่ได้รับ

1. เจ้าหน้าที่PCUมีศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังอย่างครอบคลุมทุกสภาพปัญหา
2. อาสาสมัครสาธารณสุข และญาติผู้ป่วย มีศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยมากขึ้น
3. ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง จาก สหสาขาวิชาชีพ อสม. ตามสภาพปัญหาของผู้ป่วย
4. ผู้ป่วยกลับสู่ภาวะปกติเร็วขึ้น ลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วย
5. เกิดสัมพันธภาพที่ดีระหว่างเจ้าหน้าที่ อสม. ผู้ป่วย และญาติ

ข้อมูลโดย: นางสุรีย์ ศรี้อยทอง พยาบาลวิชาชีพ ชำนาญการ
และทีมงาน โรงพยาบาลบ้านโพธิ์ อ.บ้านโพธิ์ จ. ฉะเชิงเทรา

เรียบเรียงโดย: ทีมวิชาการ สำนักงานวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน
สถาบันพัฒนาสุขภาพอาเซียน มหาวิทยาลัยมหิดล