



คู่มือดำเนินงาน ระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข

สำหรับ

ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง/ผู้พิการ/ผู้ด้อยโอกาส /ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

คพสอ.สันทราย



“ดูแลผู้คนอย่างอ่อนน้อมถ่อมตน โดยร่วมเรียนรู้และเติบโตไปพร้อมกับชุมชน”

## คำนำ

ในปี ๒๕๖๑ ประเทศไทยจะมีผู้สูงอายุสูงถึง ๑ ใน ๕ ของประชากรทั้งหมดและมากกว่าประชากรเด็ก พร้อมเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์จากการประเมินสถานการณ์ผู้สูงอายุในประเทศไทยของมูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุ พบว่าประเทศไทยจะเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ คือ มีสัดส่วนประชากรผู้สูงอายุ (อายุ ๖๐ ปี ขึ้นไป) เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ ๒๐ ในปี พ.ศ. ๒๕๖๑ โดยมีประชากรผู้สูงอายุมากกว่าเด็ก และคิดเป็นสัดส่วนประมาณ ๑ ใน ๕ ของประชากรทั้งหมด

นอกจากนี้จากการจัดอันดับของประเทศในเอเชีย ที่มีสัดส่วนการเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วของประชากรผู้สูงอายุในปัจจุบัน ประเทศไทยเป็นอันดับที่ ๒ รองจากประเทศสิงคโปร์ ดังนั้น การมีสัดส่วนประชากรผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วทำให้เห็นว่าประเทศไทยมีความจำเป็นอย่างยิ่ง ที่จะต้องเตรียมความพร้อมรองรับการเป็นสังคมผู้สูงอายุที่กำลังจะมาถึง เพราะผู้สูงอายุถือเป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดโรคต่างๆ

สาเหตุมาจากความเสื่อมตามธรรมชาติของร่างกายและโรคประจำตัวเรื้อรัง ซึ่งต้องได้รับการดูแลที่แตกต่างไปจากผู้ป่วยในกลุ่มอื่น นอกจากนี้การเจ็บป่วยของผู้สูงอายุอาจเกิดขึ้นกับอวัยวะต่างๆ ในเวลาเดียวกัน หากไม่ได้รับการรักษาอย่างทันท่วงทีจะทำให้มีความรุนแรงเพิ่มขึ้น ผู้สูงอายุควรดูแลตนเองให้แข็งแรงตั้งแต่อายุน้อยเพื่อเป็นผู้สูงอายุที่แข็งแรงและมีความสุข

ดังนั้นระบบสุขภาพอำเภอ สันทราย (DHS) ด้วยทีมสหสาขา วิชาชีพ จึงจัดทำระบบการดูแล ระยะเวลาด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง/ผู้พิการ/ผู้ด้อยโอกาส /ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ภายใต้ระบบสุขภาพอำเภอ ตำบล Long Term Care เพื่อตอบสนองต่อความต้องการและเพิ่มคุณภาพ ของการดูแลผู้ป่วย และครอบครัวอย่างเหมาะสม แท้จริง ซึ่งจะช่วยให้การส่งเสริม ป้องกัน รักษาฟื้นฟู ผู้ป่วยแต่ละรายให้ประสบ ผลสำเร็จและมีประสิทธิภาพสูงสุด โดยใช้หลักเวชศาสตร์ครอบครัว ยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางอย่าง เข้าใจ เข้าถึง พัฒนา ตามบริบทของอำเภอสันทราย

คณะกรรมการจัดทำคู่มือ

เมษายน ๒๕๖๑

## สารบัญ

### หน้า

คำนำ	ก
สารบัญ	ข
ความเป็นมาและสภาพปัญหา	๑
เป้าประสงค์ วัตถุประสงค์ ตัวชี้วัด	๓
คำจำกัดความ	๓
กลุ่มเป้าหมาย	๓
รูปแบบการดูแลสุขภาพระยะยาว	๔
กรอบการดำเนินงาน	๕
ขั้นตอนการดูแลผู้ป่วยระยะยาว	๖
แนวทางการดูแลผู้ป่วย	๗
บทบาทหน้าที่ตามระดับการปฏิบัติงาน	๘
ขั้นตอนการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Flow chart Aging Long Term Care)	๙
แนบท้ายข้อกำหนดกิจกรรมบริการ (ชุดสิทธิประโยชน์) CM	๑๐
แนบท้ายข้อกำหนดกิจกรรมบริการ (ชุดสิทธิประโยชน์) CG	๑๑
ภาคผนวกการเยี่ยมบ้าน	๑๒
เอกสารอ้างอิง	

## แนวทางการดูแลสุขภาพระยะยาว (Long Term Care: LTC)

### ความเป็นมาและสภาพปัญหา

ในช่วงปลายสหัสวรรษที่ผ่านมา ปัญหาสุขภาพของประเทศไทยเปลี่ยนจากโรคติดต่อ มาเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง อันเป็นผลสืบเนื่องจาก การพัฒนาประเทศในด้านเศรษฐกิจและสังคม รวมทั้งสังคมไทยก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ ปัญหาสุขภาพใหม่ที่ประสบอยู่ไม่ว่าจะเป็นโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ซึ่งมักจะ ตามมาด้วยโรคหลอดเลือดสมอง มีอาการอัมพฤกษ์ อัมพาต ทำให้มีความพิการตามมาขณะเดียวกัน ผู้สูงอายุที่ไม่มีโรคเมื่ออายุมากขึ้น มีการถดถอยของการทำงานของร่างกายและ สมอง เกิดภาวะพึ่งพิงในการใช้ชีวิตประจำวัน จำนวนผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงทางกายมีจำนวนเพิ่มมากขึ้นเป็นลำดับ ในปี ๒๕๕๙ - ๒๕๖๐ อำเภอสนทราย จังหวัด เชียงใหม่ มีผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (ติดเตียง) อย่างไรก็ดีตาม ปัจจุบันนอกเหนือจากปัญหาผู้สูงอายุดังกล่าวแล้ว ยังมีผู้ป่วยอื่นที่เป็นผู้ป่วยที่มี ภาวะพึ่งพิงผู้อื่นในการดูแลสุขภาพ ได้แก่ ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ผู้พิการ ผู้ที่มีภาวะทุพพลภาพอันเนื่องมาจากการเจ็บป่วย หรือบาดเจ็บจากอุบัติเหตุ ผู้ป่วยจิตเวช และภาวะสมองบกพร่อง ซึ่งผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงเป็นกลุ่ม ผู้ด้อยโอกาส และมีความยากลำบากในการเข้าถึงบริการสาธารณสุข ขณะเดียวกัน ก็มีปัญหาในการดำรงชีวิต เป็นอย่างมาก ทั้งในด้านเศรษฐกิจและสังคม ดังนั้น จึงจำเป็นต้องมีการพัฒนาระบบบริการในการดูแลสุขภาพต่อเนื่องในระยะยาว

อาจแบ่งผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพิงตามภาวะพึ่งพิง หรือความรุนแรงของโรคโดยการคัดกรองของตาม ข้อตกลงของ ทีมสหวิชาชีพ เป็น ๔ กลุ่ม ดังนี้

**กลุ่ม ๑ ผู้ป่วยติดบ้าน** คือ กลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีการดำเนินของโรครวมถึงการมีภาวะแทรกซ้อนหรือเสี่ยงต่อการมีภาวะแทรกซ้อนของโรค ทำให้มีข้อจำกัดช่วยเหลือตนเองได้ไม่เต็มที่ ต้องการผู้ดูแล หรือคนช่วยเหลือในการทำกิจกรรมบางส่วน มีความจำเป็นต้องมีการติดตามและดูแลอย่างต่อเนื่อง เช่น ผู้ป่วยสุขภาพจิต ผู้ป่วย CKD state ๓-๔ , ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง uncontrolled หรือผู้ป่วยหลังจาก หน่ายออกจากโรงพยาบาลที่ต้องมีการติดตามในระยะ ๑ - ๖ เดือน เป็นต้น

**กลุ่ม ๒ ผู้ป่วยติดเตียง** คือ กลุ่มผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพิง หมายถึง ผู้ป่วยที่มี ADL Barthel Index ตั้งแต่ ๔/๒๐ ลงมาทุกราย เช่น กลุ่มผู้ป่วยที่มีโรคเรื้อรัง หรือผู้สูงอายุที่ทำให้เกิดความพิการ และจำกัดความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันด้วยตนเอง หรือมีอุปสรรคทาง การแพทย์ติดตัวกลับบ้าน จำเป็นต้องมีผู้ดูแล ช่วยเหลือในการทำกิจวัตรประจำวัน มีการดูแลต่อเนื่องระยะยาวของช่วงชีวิต

**กลุ่ม ๓ ผู้พิการ / ด้อยโอกาส / คนใช้ในพระราชูปถัมภ์** คือ กลุ่มผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพิง จำเป็นต้องมีผู้ดูแล ช่วยเหลือในการทำกิจวัตรประจำวัน มีการดูแลต่อเนื่องระยะยาวของ ช่วงชีวิต

**กลุ่ม P ผู้ป่วยระยะสุดท้ายของชีวิต (Palliative care)** เป็นกลุ่มผู้ป่วยที่เจ็บป่วยด้วยโรค ที่ไม่อาจรักษาให้หายขาดได้ ผู้ป่วยที่มีชีวิตอยู่ไม่นาน หรือผู้ป่วยที่อยู่ในระยะสุดท้ายของ ชีวิต โดยพิจารณาจากผู้ป่วยมะเร็งระยะที่ ๔ หรือผู้ป่วยที่มี Palliative Performance Score (PPS) น้อยกว่าหรือเท่ากับ ๓๐ การเข้าถึงบริการสุขภาพสำหรับ

ผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง มีความยากลำบาก เนื่องจากต้องพึ่งพาผู้อื่นใน การดูแลสุขภาพและมีความยุ่งยากในการเคลื่อนย้าย มีต้นทุนสูงในการเข้าถึงบริการโดยเฉพาะในเขตชนบท ที่ไม่มียานพาหนะของตนเอง เช่น ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง , ผู้พิการ ถึงแม้จะอยู่ไม่ไกลจาก โรงพยาบาลอันตราย ซึ่งมีนักรักษาพยาบาลให้บริการ แต่ก็ยังเข้าถึงบริการได้น้อยมาก การดูแลผู้ป่วยระยะยาวจำเป็นต้องได้รับความร่วมมือจากครอบครัวหรือญาติในการดูแลและให้ บริการ รวมถึง การปรับสภาพแวดล้อม และที่อยู่อาศัยให้เอื้อต่อการดูแลด้วย เช่น ที่นอน พื้นบ้าน สถานที่ ขับถ่าย ฯลฯ เพื่อให้การดูแลมีประสิทธิภาพที่สุดสภาพจึงจำเป็นต้องออกไปประเมินและให้คำแนะนำในการปรับสภาพแวดล้อมให้เอื้อต่อการดูแล และต้องมีการประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อการดูแลด้านสังคมอีกด้วย

จากการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพิงและต่อเนื่องที่บ้านของอำเภออันตราย พบว่า

๑. มีผู้ป่วยภาวะวิกฤต มีช่วงชีวิตรอดปลอดภัยมากขึ้น แต่กลายเป็นผู้ป่วยภาวะพึ่งพิงที่มีปัญหา สุขภาพซับซ้อนมากขึ้น
๒. แนวโน้มครอบครัวมีขนาดเล็กลง และมีการเคลื่อนย้ายคนในวัยแรงงานเข้าสู่เมืองหรือเดินทางไปต่างจังหวัดมีมากขึ้น ทำให้ผู้สูงอายุและผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพิงขาดคนดูแล
๓. ผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคแทรกซ้อน / Stroke เพิ่มขึ้น ทำให้ต้องใช้ระยะเวลา ในการฟื้นฟูสภาพค่อนข้างนานและบางรายก็ไม่สามารถดูแลตนเองได้
๔. ระบบบริการปฐมภูมิยังมีข้อจำกัดด้านบุคลากรทั้งในเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ กล่าวคือ การดูแลสุขภาพต่อเนื่องที่บ้าน มีปัญหาด้านบุคลากรและผู้ดูแล ( care giver) ที่ไม่เพียงพอ ทั้งยังขาดความรู้และทักษะ ขาดการสนับสนุนด้านอุปกรณ์ทางการแพทย์ เมื่อกลับไปดูแลต่อที่บ้าน รวมทั้งยังขาดการเชื่อมโยงข้อมูล คุณภาพในการดูแลต่อเนื่อง

ระบบสุขภาพอำเภออันตรายจึงกำหนดให้มีการพัฒนารูปแบบการบริการดูแลสุขภาพ ระยะยาว ( Long Term Care: LTC) สำหรับผู้มีภาวะพึ่งพิง ตั้งแต่ ปี ๒๕๖๐ เป็นต้นไป ซึ่งมีกลไกหลักในการ บริการ คือ การจัดตั้งดูแลสุขภาพระยะยาว (Long Term Care: LTC) ภายใต้ระบบสุขภาพอำเภอ (DHS) ในสถานบริการสาธารณสุขทุกแห่ง ตั้งแต่ระดับโรงพยาบาลชุมชนแม่ข่าย ไปจนถึงโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล มีการกำหนดผู้รับผิดชอบที่ชัดเจน ในโรงพยาบาลชุมชน การพัฒนาบุคลากร ( Care manager) ในระดับสถานบริการสาธารณสุข และผู้ดูแลผู้ป่วย (Care giver) การจัดระบบการให้ยืมอุปกรณ์ไปดูแลผู้ป่วยต่อที่บ้าน การพัฒนาระบบสารสนเทศ การพัฒนากลไกการเงิน สนับสนุน และส่งเสริมการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย

เอกสารฉบับนี้ จัดทำขึ้นเพื่อเป็นแนวทางในการจัดบริการดูแลสุขภาพระยะยาว ( Long Term Care) ของหน่วยบริการทุกแห่งในเขตอำเภออันตราย และสามารถปรับใช้ได้ตามบริบทของแต่ละพื้นที่

## เป้าประสงค์

ผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพิง ได้รับการดูแลสุขภาพแต่แรกทุกเรื่อง , ต่อเนื่อง, เบ็ดเสร็จ, ผสมผสาน บริการที่เข้าถึง สะดวก และมีระบบปรึกษาและส่งต่อ

## วัตถุประสงค์

๑. เพื่อพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพระยะยาวในผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพิง ตั้งแต่โรงพยาบาล และหน่วยบริการปฐมภูมิ จนถึงชุมชน
๒. เพื่อพัฒนาศักยภาพบุคลากรในหน่วยบริการทุกระดับให้มีความสามารถในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพิง
๓. เพื่อพัฒนาระบบส่งต่อ ระบบข้อมูลและระบบการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน ในการดูแลผู้ป่วยระยะยาวอย่างเชื่อมโยงกันมีคุณภาพ
๔. เพื่อพัฒนาครอบครัวและอาสาสมัครให้มีศักยภาพในการดูแลผู้ป่วย(Care giver) ที่มีภาวะพึ่งพิงได้
๕. เพื่อสร้างความร่วมมือจากภาคีเครือข่าย ในการจัดบริการสุขภาพในชุมชน ด้วยการประสานงานกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ในการจัดบริการ

## ตัวชี้วัด/เป้าหมาย

๑. ผู้ป่วยเข้าถึงระบบบริการดูแลผู้ป่วยระยะยาว (LTC) ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๘๐
๒. มีการจัดระบบการดูแลผู้ป่วยระยะยาวเชิงรุกที่บ้าน (Home ward) ทุกหน่วยบริการ

## คำจำกัดความ

การดูแลสุขภาพระยะยาว ( Long Term Care) หมายถึง การดูแลสุขภาพในกลุ่มผู้มีภาวะพึ่งพิง (หมายถึง ภาวะที่ต้องการการช่วยเหลือจากผู้อื่นในการ ดำรงชีวิตและประกอบกิจกรรมต่างๆ) มีปัญหาสุขภาพเรื้อรัง และมีข้อจำกัดในการดูแลตนเอง เช่น อัมพฤกษ์ อัมพาต ความจำเสื่อม อุบัติเหตุ รวมถึงผู้สูงอายุ คนพิการ ให้สามารถช่วยเหลือตัวเองได้มากที่สุด ( Independent ADL) ทั้งกาย จิต สังคม และจิตวิญญาณ จึงเป็นการช่วยเหลือครอบครัวในการดูแลผู้ป่วย โดยให้ชุมชนและสังคม มีส่วนร่วม การดูแลสุขภาพระยะยาวจึงเป็นบริการทางสุขภาพและสังคม เพื่อตอบสนองความต้องการได้รับ ความช่วยเหลือของผู้ที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ เนื่องจากการเจ็บป่วยเรื้อรัง การประสบอุบัติเหตุ และ หรือความพิการต่างๆ อาจไม่เกี่ยวข้องกับการรักษาพยาบาลจากแพทย์โดยตรง แต่มุ่งเน้นด้านการฟื้นฟู บำบัด รวมถึงการส่งเสริมสุขภาพอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง เพื่อให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

## กลุ่มเป้าหมาย

ผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์การดูแลสุขภาพระยะยาวผ่านการประเมิน ดังนี้

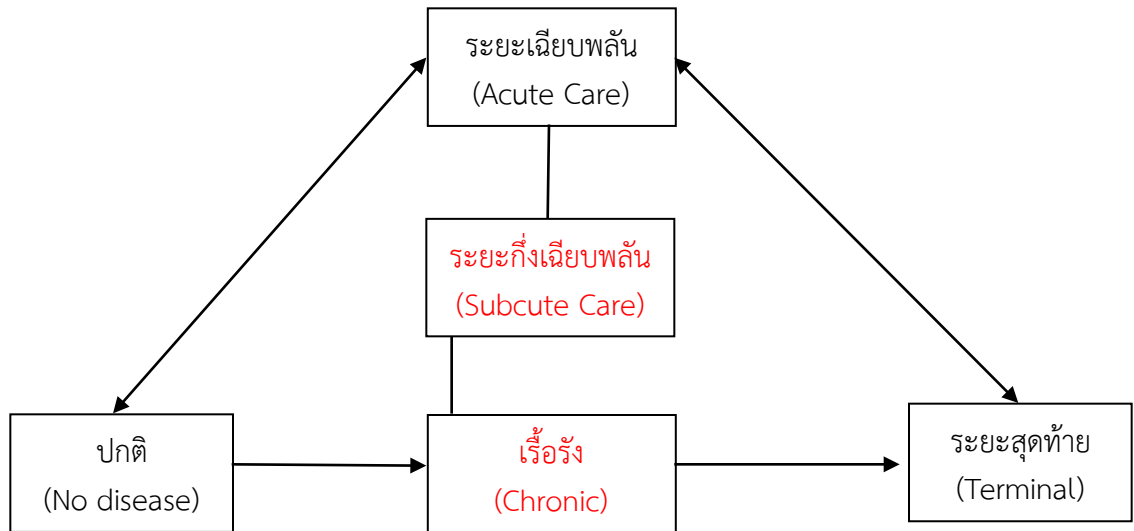
๑. เป็นผู้ป่วยที่มี Barthel index (ADL) น้อยกว่าหรือเท่ากับ ๔/๒๐
๒. เป็นผู้ป่วยที่มีปัญหายุ่งยากซับซ้อนในการดูแลทั้งร่างกาย จิตใจ สังคม จิตวิญญาณ ที่ต้องได้รับการดูแลต่อเนื่อง เช่น กลุ่มโรคเรื้อรังที่มีปัญหาซับซ้อน กลุ่มที่มีอุปกรณ์ ทางกายภาพบำบัด กลุ่มจิตเวชที่ขาดที่พึ่ง กลุ่มผู้พิการ/เด็กพิการ กลุ่ม palliative care เป็นต้น

### ๓. การประเมินผู้ป่วยต้องทำโดย

๓.๑. ถ้าเป็นผู้ป่วยในโรงพยาบาลประเมินโดยทีมพยาบาลผู้ดูแลหรือทีมสหวิชาชีพ (OPD/Ward /Home Health care/Palliative)

๓.๒ ถ้าเป็นผู้ป่วยที่อยู่บ้านจากการสำรวจ ประเมินโดย Care manager ของทีมหมอบรรณรักษ์ (Family Care Team: FCT) รูปแบบการดูแลสุขภาพระยะยาว การดูแลสุขภาพผู้ป่วยของหน่วยบริการสาธารณสุข แบ่งออกได้เป็น ๓ ระยะ คือ ระยะเฉียบพลัน ( Acute Care) ระยะเฉียบพลัน (Intermediate Care หรือ Sub acute Care) และระยะ ยาว (Long Term Care) หัวใจความสำเร็จของการบริการทั้งสามระยะจะต้องมีความประสานเชื่อมโยงและ สอดคล้องกันทั้งข้อมูลและการบริการ ตามภาพที่ ๑

#### การดูแลระยะยาว (Long Term Care)



- ความต่อเนื่องเชื่อมโยงของบริการถือเป็นหัวใจสำคัญของความสำเร็จในการจัดระบบ LTC
- การสร้างระบบการเชื่อมประสาน บริการที่เกี่ยวข้อง การเชื่อมโยงข้อมูล การจัดบริการ ระยะกลาง เพื่อเชื่อมต่อบริการทางการแพทย์ระยะเฉียบพลันและบริการดูแลระยะยาว
- ยึดหลัก ๑A๔C คือ ได้รับการดูแลสุขภาพแต่แรกทุกเรื่อง, ต่อเนื่อง, เบ็ดเสร็จ, ผสมผสาน, บริการที่เข้าถึงสะดวก และมีระบบปรึกษาและส่งต่อ

## รูปแบบการดูแลสุขภาพระยะยาว ในบริบทของ คพสอ.สั้นทราย ประกอบด้วย

๑. การดูแลสุขภาพที่บ้าน ( Home Health Care: HHC) เป็นการจัดบริการดูแลสำหรับผู้ป่วยที่ได้รับการส่งกลับไปดูแลต่อที่บ้าน โดยการทำงาน ร่วมกันของผู้ดูแลผู้ป่วย ( Care giver) และทีมหมอครอบครัว ( FCT) หรือ ทีมสหวิชาชีพของ โรงพยาบาล ภายใต้การจัดการของ CUP หรือ คพสอ.

๒. การบริการผู้ป่วยในที่บ้าน ( Home ward) เป็นการจัดบริการสำหรับผู้ป่วยที่ได้รับการส่ง กลับ ไปดูแล ต่อที่บ้าน โดยจัดให้เตียงผู้ป่วยที่บ้าน เป็นเสมือนเตียงผู้ป่วยของโรงพยาบาล มีการวางแผน ติดตามและประเมินผล การดูแล และให้บริการรักษาเหมือนแผนกผู้ป่วยในของโรงพยาบาล โดยทีมหมอครอบครัวมีระบบ สารสนเทศ ที่เชื่อมโยงกับโรงพยาบาล เหมือนเป็นผู้ป่วยในคนหนึ่งของโรงพยาบาล โดยการทำงาน ร่วมกันของผู้ดูแลผู้ป่วย ( Care giver) และทีมหมอครอบครัว (FCT) หรือ ทีมสหวิชาชีพของโรงพยาบาล ภายใต้การจัดการของ CUP หรือ คพสอ.

๓. การบริการผู้ป่วยในระยะฟื้นฟู เป็นการจัดบริการดูแลผู้ป่วยในระยะกึ่งเฉียบพลัน ที่มีการส่งต่อผู้ป่วย ที่รักษาจนปลอดภัย แล้วในโรงพยาบาลระดับ A-M เพื่อไปรับการฟื้นฟูสภาพต่อที่โรงพยาบาลชุมชน โดยการทำงาน ร่วมกันของผู้ดูแลผู้ป่วย (Care giver) ทีมหมอครอบครัว (FCT) หรือทีมสหวิชาชีพของ โรงพยาบาล ภายใต้การจัดการ ของ CUP หรือ คพสอ.

## กรอบการดำเนินงาน

๑. โรงพยาบาลจัดทีมบริการเชิงรุก ( FCT) ในชุมชน โดยมีแพทย์เวชปฏิบัติครอบครัว เป็นหัวหน้าทีม ให้คำปรึกษาและเชื่อมประสานกับหน่วยงานต่างๆ มีสหสาขาวิชาชีพร่วมให้บริการและ แก้ปัญหา โดยมีบทบาทหน้าที่ ดังนี้

๑.๑. IPD ของโรงพยาบาล มีหน้าที่ในการสอนและสาธิตญาติในการดูแลผู้ป่วยระยะยาว โดยมี การจัดระบบบริการดังนี้

- พยาบาลIPD มีหน้าที่ประเมินระดับความสามารถของผู้ป่วย หากมีระดับ ADL Barthel index ตั้งแต่ ๔/๒๐ ลงมา และส่งต่อข้อมูลแก่ผู้เกี่ยวข้อง

- Case manager มีหน้าที่ประสานงานกับญาติ ทุกรายที่ส่งปรึกษา เข้ารับการสอน แลกเปลี่ยนเรียนรู้ กับทีมสหวิชาชีพ รวมทั้งประเมินให้ญาติในการรับการสอน

๑.๒. โรงพยาบาลให้ยืมเครื่องมือ อุปกรณ์การแพทย์ ที่จำเป็นเพื่อนำกลับไปใช้ที่บ้าน

๑.๓. CM ทำหน้าที่ลงทะเบียน รวบรวมข้อมูลผู้ป่วย LTC และส่งเข้าระบบการดูแลผู้ป่วย ต่อเนื่อง ตามพื้นที่รับผิดชอบของหน่วยบริการสาธารณสุขในพื้นที่

๒. พัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่ โดยจัดส่งเจ้าหน้าที่ของสถานบริการเข้ารับการอบรม Case manager ในผู้ป่วย LTC ทุกสถานบริการสาธารณสุข แห่งละ ๑ คน

๓. พัฒนาระบบข้อมูลสารสนเทศ ในการเชื่อมต่อประสานงานกับผู้ดูแลผู้ป่วย (Caregiver) เช่น กลุ่มไลน์



## ขั้นตอนการดูแลผู้ป่วยระยะยาว ประกอบด้วย

### ขั้นตอนที่ ๑ การจัดกลุ่มผู้ป่วย

● ผู้ป่วยในโรงพยาบาล พยาบาลประจำแผนกและทีมฟื้นฟูสภาพจะเป็นผู้ประเมินผู้ป่วย ด้วย Barthel Index และกลุ่มโรคเรื้อรังที่มีภาวะเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน กลุ่ม stroke หรือมีความพิการ หรือเสี่ยงต่อการมีภาวะสมองเสื่อม จัดกลุ่มแล้วส่งต่อข้อมูล มายัง Case manager และนำเข้าระบบการดูแลสุขภาพระยะยาว

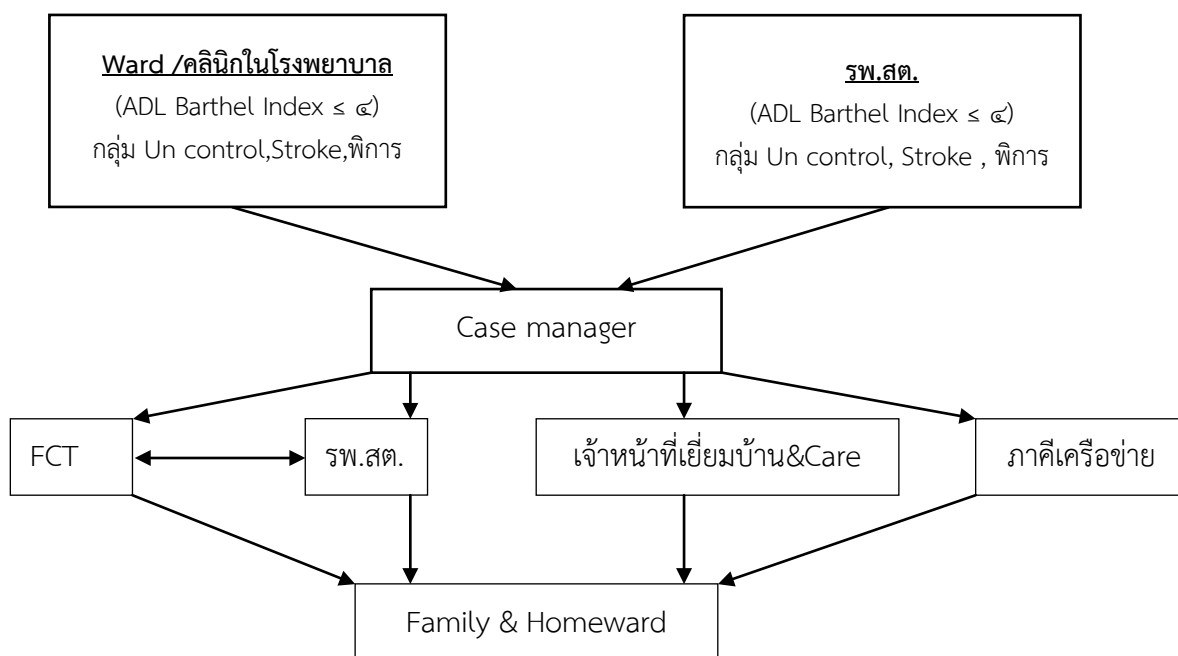
● ผู้ป่วยในพื้นที่ ทีมหมอครอบครัว ทีมสหวิชาชีพ หรือเจ้าหน้าที่รพ.สต.ค้นพบผู้ป่วยในพื้นที่ ประเมินสภาพ จัดกลุ่มผู้ป่วยและนำเข้าระบบการดูแลสุขภาพระยะยาว

### ขั้นตอนที่ ๒ การส่งต่อข้อมูลผู้ป่วย

หลังจากได้ประเมินและจัดกลุ่มผู้ป่วยขั้นตอนที่ ๑ แล้ว Case managerส่งข้อมูลผู้ป่วยให้หน่วยบริการในพื้นที่

### ขั้นตอนที่ ๓ การเข้าถึงผู้ป่วย

ทีมหมอครอบครัว (Family Care Team) จะเป็นผู้เข้าไปดูแลผู้ป่วยในพื้นที่ ทุกวันศุกร์ช่วงบ่าย หรือตามความจำเป็นเร่งด่วน เพื่อวางแผนการส่งเสริม ป้องกัน รักษา ติดตาม ด้วยการจัดทำCase conference และจัดทำCare plan เพื่อควบคุมกำกับติดตามประเมินเป็นระยะ ดังแสดงในภาพที่ ๒



ภาพที่ ๒ การเข้าถึงผู้ป่วย LTC

## **ขั้นตอนที่ ๔ การดูแลสุขภาพต่อเนื่อง**

การดูแลผู้ป่วยที่หมดครอบครัวต้องทำการดูแลแบบองค์รวมทั้งกาย จิต สังคมและจิตวิญญาณ โดยมีเป้าหมายหลักที่การฟื้นฟูผู้ป่วย แต่ก็จำเป็นต้องดูแลปัญหาที่แวดล้อมผู้ป่วยอยู่เพราะอาจส่งผลกระทบต่อ การฟื้นฟูผู้ป่วยได้

## **ขั้นตอนที่ ๕ การพัฒนาสู่การดูแลตนเอง**

เมื่อต้องการจำหน่ายผู้ป่วย ( discharge) ออกจากระบบนั้น ควรแน่ใจว่าผู้ป่วยสามารถดูแลตัวเอง ได้แล้ว โดยมีปัจจัยพิจารณา ๕ ประการ กล่าวคือ

๑. สุขภาพ ผู้ป่วยจะต้องได้รับการดูแลจนอาการของโรคคงที่ ได้รับการฟื้นฟูถึงเป้าหมาย และสามารถรับการ รักษาต่อเนื่องได้

๒. กิจกรรมประจำวัน (ADL) ผู้ป่วยควรช่วยเหลือตัวเองในการทำ กิจกรรมประจำวันได้มากที่สุด พึ่งพาญาติให้น้อยที่สุด ทีมหมอบรรณควรพิจารณาเครื่องช่วยหรือการปรับ สภาพแวดล้อมให้เอื้ออำนวยมากที่สุด

๓. รายได้ ผู้ป่วยและครอบครัวควรมีความสามารถในการหารายได้เป็นค่าใช้จ่ายเพื่อความ ต้องการพื้นฐานได้อย่างพอเพียง รวมถึงสวัสดิการต่างๆ ที่ผู้ป่วยพึงมีพึงได้

๔. การศึกษา รวมถึง การศึกษาตามระบบ การศึกษาพิเศษ และการเรียนรู้เพื่อการประกอบ อาชีพใหม่ที่จำเป็น ทีมหมอบรรณควรติดต่อประสานงานเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับ การศึกษาที่จำเป็นนั้น

๕. คุณค่าในครอบครัวและสังคม ผู้ป่วยต้องเป็นส่วนหนึ่งของครอบครัว มิใช่คนพิการที่ ทำอะไรไม่ได้ หากเป็นไปได้ควรให้ผู้ป่วยมีชีวิตทางสังคมใกล้เคียงเดิมมากที่สุด

## **แนวทางการดูแลผู้ป่วย ประกอบด้วย**

๑. การรักษาที่เหมาะสม ( Optimal Medical Care) หมายถึง การวางแผนเป้าหมาย และกระบวนการรักษาที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยแต่ละรายให้ใกล้เคียงกับมาตรฐานการรักษาที่ดีที่สุด ภายใต้ข้อจำกัดของ ครอบครัวคนไข้ บางครั้งอาจไม่ใช่เป้าหมายที่ดีที่สุด แต่เป็นเป้าหมายที่เป็นไปได้ดีที่สุด

๒. การดูแลด้านจิตใจ ( psychological care) ผู้ป่วยระยะยาว มักมีความรู้สึกสูญเสีย และความไม่มั่นใจ อยู่ตลอดเวลา ซึ่งความรู้สึกทั้งสองนี้เป็นอุปสรรคต่อความตั้งใจในการฟื้นฟู ทีมหมอบรรณจึงต้องคอย ประคับประคองความรู้สึกให้ผู้ป่วยมีความหวัง และความเชื่อมั่นต่อตนเอง และต่อทีมที่ดูแลอยู่เสมอ

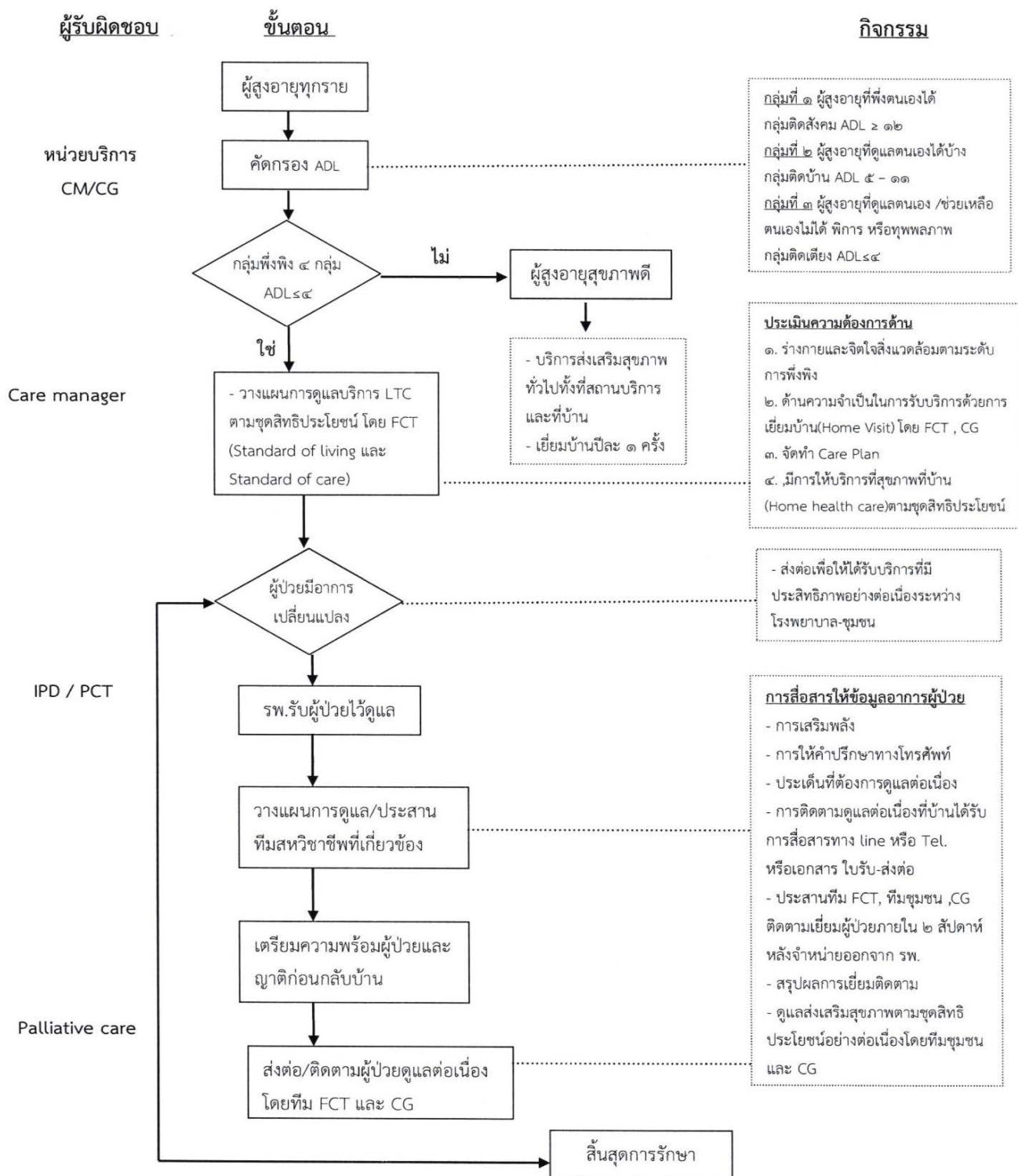
๓. การดูแลผู้ดูแลผู้ป่วย ( caregiver care) การฟื้นฟูและการดูแลชีวิตประจำวันล้วนต้องใช้ผู้ดูแลผู้ป่วย เข้ามาช่วย ดังนั้นการดูแลผู้ดูแลผู้ป่วยจึงมีความสำคัญเทียบเท่าการดูแลผู้ป่วย ทีมหมอบรรณต้อง ยอมรับความเป็นจริง และประนีประนอมเป้าหมายที่เป็นได้จริง กับเป้าหมายฟื้นฟูสูงสุดของผู้ป่วย โดยระวังไม่ให้ภาระการดูแล ตกหนักกับผู้ดูแลผู้ป่วยเกินไป และต้องให้ผู้ดูแลผู้ป่วยได้พักบ้าง

๔. การส่งเสริมการช่วยเหลือตัวเอง (self-care) ด้วยการใช้เครื่องช่วย และการปรับสภาพบ้าน โดยมีเป้าหมายเพื่อให้ผู้ป่วยดูแลกิจวัตรประจำวันได้(ADL-activity of daily living) โดยพึ่งพาญาติ ให้น้อยที่สุด พบว่า การปรับสภาพบ้าน หรือการทำเครื่องช่วยต่างๆ นั้น ไม่สามารถให้เพียงคำแนะนำ แก่ญาติได้ แต่ทีมหมอบรรณเชิงรุกควรร่วมทำไปด้วยกันกับญาติด้วย

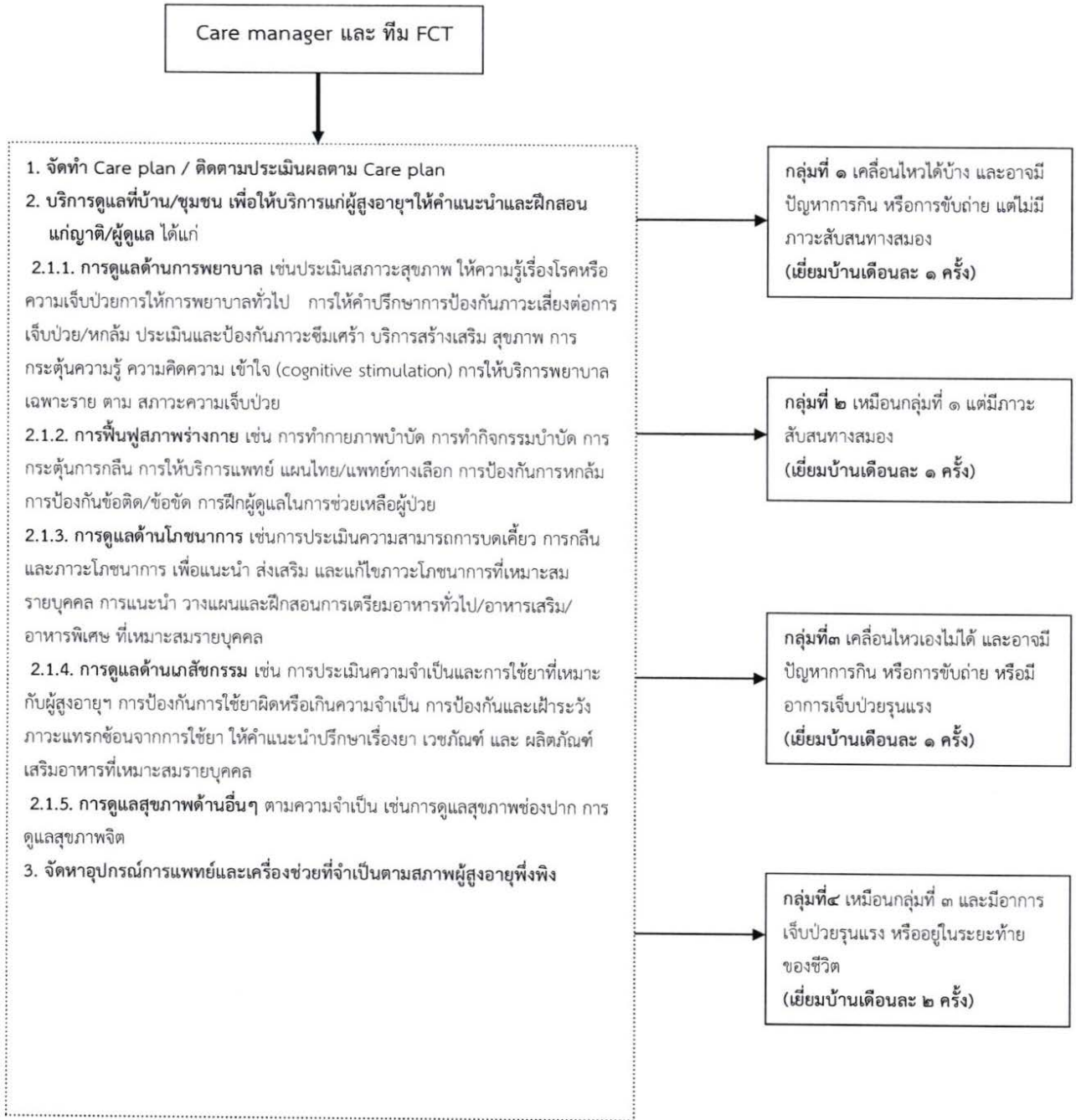
### บทบาทหน้าที่ตามระดับการปฏิบัติงาน ดังนี้

๑. ระดับโรงพยาบาล โดยศูนย์ดูแลสุขภาพระยะยาวมีบทบาทเป็น Care Manager ระดับอำเภอ มีหน้าที่วางแผนเชิงระบบ สนับสนุนวิชาการ ความรู้ วัสดุอุปกรณ์ ทีมสหวิชาชีพสนับสนุนการ ให้บริการตามบทบาทหน้าที่ดังกล่าวข้างต้น แก่ทีมหมอครอบครัว (FCT) และผู้ดูแลผู้ป่วย ( Caregiver) รวมทั้งครอบครัว ประสานเชื่อมโยงตั้งแต่ระดับ A ถึง P จนถึงชุมชน ผู้ดูแล ผู้ป่วย (Caregiver) และครอบครัว สิ่งที่ต้องทราบคือ มีใครเกี่ยวข้องบ้าง เป้าหมายผู้ป่วยทุก กลุ่มเป็นใครบ้าง เป็นโรคอะไร จำนวนเท่าไร ได้รับการดูแลอย่างไร
๒. ระดับปฏิบัติการ ปฏิบัติการ FCT ในระดับแม่ข่าย และชุมชน สำหรับ บผู้ป่วยที่ส่ง กลับบ้าน ภายใต้การจัดการของ CUP หรือ คพสอ. จึงเปรียบเสมือนเป็น “ทัพหน้า” ในการเข้าถึงผู้ป่วย ให้ได้รับการดูแล โดยกลวิธีที่สำคัญคือการเยี่ยมบ้าน (Home Health Care) หรือ การจัด บริการ Home ward การสอน Caregiver ในการดูแลผู้ป่วย(อาจคนในชุมชน ญาติ จิต อาสา ผู้ดูแลที่ได้รับการจ้างหรือ อสม.) ทำการพัฒนาทักษะการดูแล เช่น Palliative, Stroke, STEMI, Trauma และอื่นๆ โดยใช้เครือข่าย รพท.สอนต่อรพช. , รพช.แม่ข่ายสอนต่อรพช.ในเครือข่าย, รพช.สอนต่อรพสต., รพสต.สอนชุมชน ต้องมีชื่อระดับรายบุคคล ว่า ใครคือ Care Manager ใครคือ Care giver

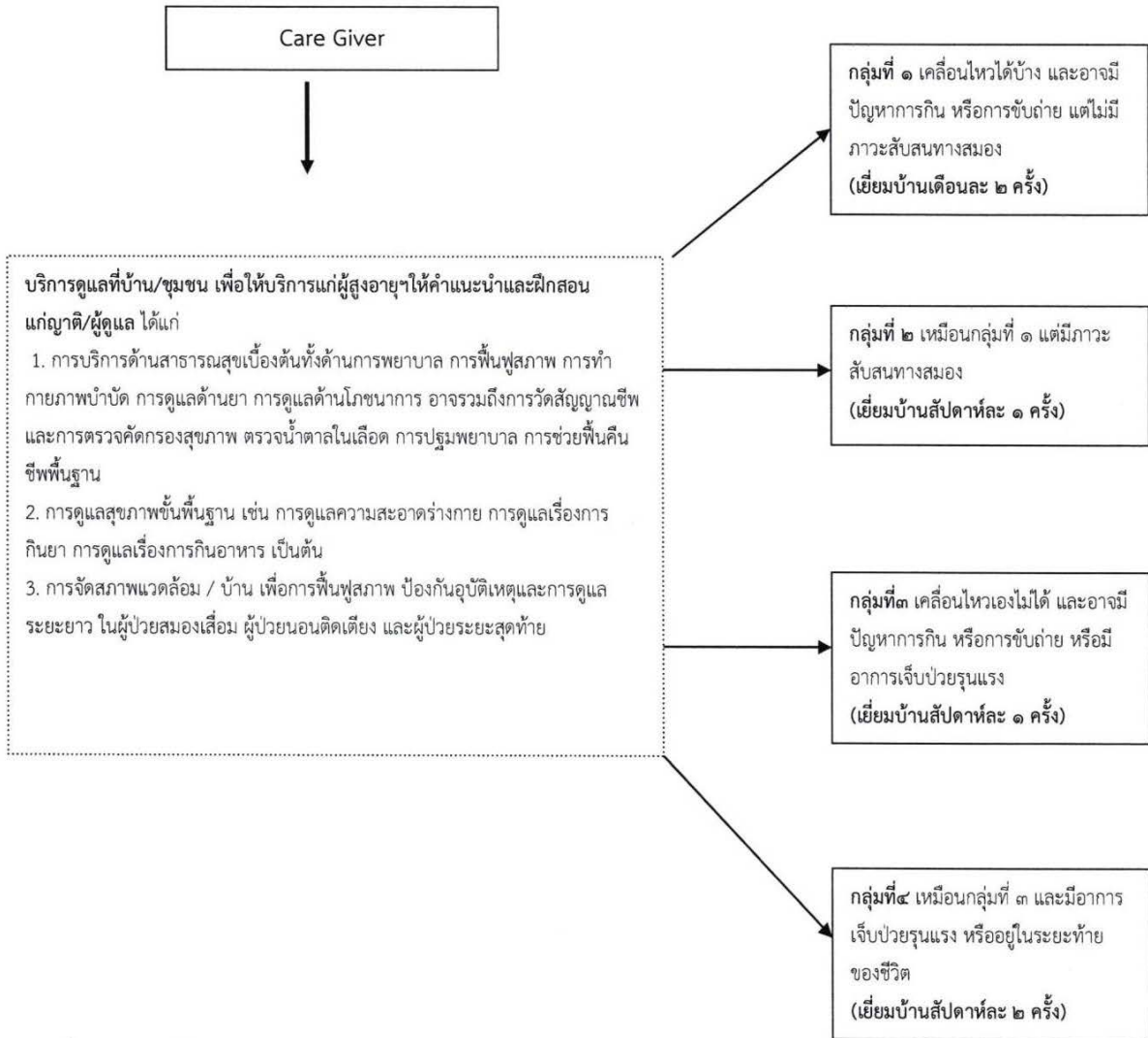
ขั้นตอนการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Flow chart Aging Long Term Care)



แนบท้ายข้อกำหนดกิจกรรมบริการ (ชุดสิทธิประโยชน์) สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติสำหรับ  
ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง



แนบท้ายข้อกำหนดกิจกรรมบริการ (ชุดสิทธิประโยชน์) สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ  
สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง



ผลที่คาดว่าจะได้รับ

๑. ผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพิง เข้าถึงบริการสุขภาพ ตามความจำเป็น อย่างทั่วถึง ได้รับการแก้ไขปัญหาด้านเศรษฐกิจและสังคม ทำให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น
๒. ประชาชนและชุมชนสามารถพึ่งตนเองได้ และไม่ทอดทิ้งกัน โดยมีระบบการดูแลสุขภาพระยะยาวที่มีคุณภาพ และได้รับความไว้วางใจจากประชาชน

# ภาคผนวก

## การเยี่ยมบ้าน (Home visit and Home health care)

**การเยี่ยมบ้าน ( Home Visit)** หมายถึง รูปแบบการบริการที่เป็นส่วนหนึ่งของการบริการดูแลสุขภาพที่บ้านโดยแพทย์และทีมสหสาขาอาชีพจะออกไปเยี่ยมผู้ป่วยและครอบครัวที่บ้าน อาจไปเยี่ยมครั้งแรกเพื่อประเมินสภาพความเจ็บป่วยของผู้ป่วยและครอบครัว หลังจากนั้นอาจจะกลับไปเป็นระยะ ๆ เมื่อผู้ป่วยหรือทีมต้องการ ซึ่งแพทย์อาจจะนำทีมออกเยี่ยมบ้านทุกครั้งที่ได้

**การบริการดูแลสุขภาพผู้ป่วยที่บ้าน (Home health care)** หมายถึง การบริหารให้มีการจัดบริการเต็มรูปแบบที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยและครอบครัวรายหนึ่ง ๆ โดยเริ่มตั้งแต่การประเมินสภาพผู้ป่วยที่บ้าน การประสานงานกับทีมรักษาว่าจะรักษาที่บ้านที่โรงพยาบาล หรือส่งต่อ การมอบหมายให้หน่วยงานหรือแผนกต่าง ๆ รับผิดชอบหน้าที่ใดบ้างเพื่อการดูแล ผู้ป่วยรายนั้น ๆ ร่วมกัน การประเมินความต้องการด้านต่าง ๆ ของผู้ป่วยที่จะสามารถปฏิบัติภารกิจ ประจำวันได้ตามปกติ เช่น หุงหาอาหาร ไปซื้อข้าวของ ทำความสะอาดบ้านเรือน ซักเสื้อผ้า น้ำกิน น้ำใช้ ไฟฟ้า ความปลอดภัยของทรัพย์สินในบ้าน เป็นต้น

**การรับปรึกษาสุขภาพทางโทรศัพท์ (House Call)** หมายถึง รูปแบบการบริการที่เป็นส่วนหนึ่งของการบริการดูแลสุขภาพที่บ้านและการเยี่ยมบ้าน โดยเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติมีช่องทางที่จะดูแลสุขภาพตนเองที่บ้านด้วยการโทรศัพท์มาปรึกษา และ/หรือ ขอความช่วยเหลือจากแพทย์และทีมงานที่รู้จักกันให้ไปติดตามเยี่ยมบ้านในบางโอกาส

## วัตถุประสงค์การเยี่ยมบ้าน

๑. เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติมีความมั่นใจและสามารถพึ่งตนเองในการดูแลสุขภาพที่บ้านได้
๒. เพื่อให้ญาติรู้วิธีในการอยู่ร่วมกับผู้ป่วยที่บ้าน และร่วมดูแลรักษาผู้ป่วย
๓. เพื่อให้แพทย์และทีมสหสาขาอาชีพสามารถประเมินทั้งโรค ( Disease) และความเจ็บป่วย ( Illness) และสภาวะต่างๆ ในทุกมิติที่แท้จริงของสุขภาพ ที่เกิดขึ้นกับตัวผู้ป่วยและ ครอบครัวรวมทั้งการดูแลตนเอง หลังจากมีอาการเจ็บป่วย ได้อย่างถูกต้องครอบคลุม
๔. เพื่อให้แพทย์และทีมสหสาขาอาชีพสามารถประเมินภาวะความเสี่ยงต่าง ๆ ต่อสุขภาพ ของครอบครัวนั้น ๆ และหาแนวทางที่จะลดความเสี่ยงต่าง ๆ เช่น สามารถโน้มน้าวหรือ แนะนำให้มีการเปลี่ยนพฤติกรรมที่เสี่ยงต่อความเจ็บป่วย
๕. เพื่อทราบความคาดหวังของผู้ป่วยและครอบครัวที่มีต่อการเจ็บป่วยและจากแพทย์ / ระบบบริการปฐมภูมิอย่างเข้าใจ เข้าถึงพัฒนาร่วมกันอย่างบูรณาการ

## กลุ่มเป้าหมายในการเยี่ยมบ้าน

๑. ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงตามเกณฑ์ที่ สปสช.กำหนด
๒. ผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีภาวะแทรกซ้อน หรือ ไม่สามารถดูแลตนเองได้
๓. ผู้พิการ/ผู้ป่วยด้อยโอกาส
๔. ผู้ป่วยจิตเวช
๕. ผู้ป่วยหลังจากออกจากกรนอนโรงพยาบาล



## อุปกรณ์

การไปเยี่ยมบ้านควรมีอุปกรณ์สำหรับเยี่ยมบ้าน โดยบรรจุอุปกรณ์ในกระเป๋า ได้แก่

แผนที่ในการเดินทาง

หูฟัง(Stethoscope)

เครื่องวัดความดันและที่พันขนาดต่าง ๆ (Sphygmomanometer and various cuff sizes)

เครื่องตรวจหูและตา(Otoscope and ophthalmoscope)

สารหล่อลื่น

เข็มบันทึกประวัติครอบครัว

ไปสั่งยา

ไม้กดลิ้น(Tongue depressors)

ถุงมือใช้แล้วทิ้ง

ไฟฉาย

ปรอทวัดไข้(Thermometer)

อุปกรณ์อื่นๆ อาจจะต้องเตรียมตามความจำเป็นของการเยี่ยมบ้าน เช่น เตรียมชุดทำแผล สำหรับวัตถุประสงค์เยี่ยมบ้านเพื่อทำแผล ชุดตรวจระดับน้ำตาลในเลือด แผ่นพับเรื่องโรคต่าง ๆ ที่จำเป็น เครื่องชั่งน้ำหนัก สายวัดรอบเอว เป็นต้น

## ข้อบ่งชี้ในการเยี่ยมบ้าน

การที่จะเกิดการเยี่ยมบ้านได้ควรจะต้องประกอบด้วย ๒ ส่วนคือ

๑. ผู้ป่วยและครอบครัว มีความเต็มใจให้เยี่ยมบ้าน

๒. ทีมบุคลากรสุขภาพ มีความเต็มใจในการเยี่ยม

และควรอยู่บนพื้นฐานของระบบบริการปฐมภูมิอัน ได้แก่ ดูแลแต่แรกๆ กะเรื่อง, ต่อเนื่อง, เบ็ดเสร็จ, ผสมผสาน, บริการที่เข้าถึงสะดวก และมีระบบปรึกษาและส่งต่อ

## ชนิดของการเยี่ยมบ้าน

ผู้ป่วยลักษณะไหนบ้างที่ควรเยี่ยมบ้าน ที่เหมาะสมที่สุดน่าจะเป็นผู้ป่วยที่ติดบ้าน (homebound) คือ ผู้ป่วยที่ไม่สามารถออกจากบ้านได้หรือต้องใช้เครื่องช่วยเมื่อต้องการออกจากบ้าน แต่เราสามารถแบ่งประเภท ของการดูแลสุขภาพโดยใช้วิธีการเยี่ยมบ้านได้เป็น ๔ กลุ่ม คือ

### ๑. การเยี่ยมบ้านกรณีเจ็บป่วย

การเจ็บป่วยสามารถแบ่งออกได้เป็น ๓ ประเภทได้แก่

๑.๑. กรณีฉุกเฉิน การเยี่ยมบ้านประเภทนี้มักจะเป็นการช่วยเหลือเมื่อเกิดเหตุ ฉุกเฉินกับผู้ป่วย ในครอบครัว เช่น หมดสติ, หอบมาก เป็นต้น เมื่อเกิด เหตุการณ์เหล่านี้มักต้องอาศัยการช่วยเหลือที่บ้านหรือที่เกิดเหตุทันที ต้องมีระบบการติดต่อสำหรับเจ้าหน้าที่ที่ให้การช่วยเหลือ ทีมที่ช่วยเหลือ ควรจะมีความรู้และทักษะเป็นอย่างดีในการช่วยเหลือเบื้องต้นในที่เกิดเหตุ ในประเทศไทยการช่วยเหลือลักษณะนี้มักจะพบในอุบัติเหตุตามท้องถนน ผู้ช่วยเหลือควรจะมีความรู้ในการช่วยเหลือ เพื่อป้องกันการเกิดอันตรายมากขึ้นกว่าเดิมและช่วยเหลือเบื้องต้นแก่ผู้ป่วยได้อย่างดี ก่อนที่จะส่งต่อไป โรงพยาบาลเมื่อจำเป็น

๑.๒. โรคฉับพลัน เช่น โรคหัวใจ, ท้องร่วง เป็นต้น การเยี่ยมบ้านจะช่วยประเมิน และในการช่วยเหลือเบื้องต้น

๑.๓. โรคเรื้อรัง เช่น โรคเบาหวาน, ความดันโลหิตสูง, อัมพาต ,สมองเสื่อม เป็นต้น การเยี่ยมบ้านทำเพื่อประเมินและวางแผนในการช่วยเหลือให้กับ ผู้ป่วย, ญาติ หรือหน่วยงานใดในการช่วยเหลือผู้ป่วย

### ๒. การเยี่ยมบ้านผู้ป่วยใกล้เสียชีวิต

ผู้ป่วยที่ใกล้เสียชีวิตเช่น ผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้าย , โรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย เป็นต้น จุดประสงค์ในการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยประเภทนี้ ได้แก่

๒.๑. การดูแลระยะสุดท้าย ผู้ป่วยประเภทนี้มักจะทรมาณจากอาการปวดมาก, บวม หรือหอบ การช่วยเหลือผู้ป่วย เช่น ให้ยาลดอาการปวด, ลดอาการบวม ให้ผู้ป่วย, เจาะดูดน้ำในช่องท้อง, ให้ออกซิเจน เป็นต้น

๒.๒. ประกาศการเสียชีวิต เมื่อเกิดการเสียชีวิตในบ้านการบอกสาเหตุของการ เสียชีวิตอาจจะผิดพลาดได้เนื่องจากผู้ประกาศการเสียชีวิตมัก จะเป็นสมาชิก ในครอบครัว การเยี่ยมบ้านโดยแพทย์เวชปฏิบัติ ครอบครัวหรือทีมจะช่วย บอกสาเหตุการตายได้ และทำให้อัตราการตายที่รวบรวมไว้ ถูกต้องมากยิ่งขึ้น เพื่อที่จะใช้บอกแนวโน้มการเสียชีวิตและวางแผนในการป้องกันโรค เหล่านั้น

๒.๓. ประคับประคองภาวะโศกเศร้า แพทย์เวชปฏิบัติครอบครัวสามารถให้การ ประคับประคองทั้งร่างกายและจิตใจแก่สมาชิกในครอบครัวตั้งแต่วินาทีที่รู้ว่าผู้ป่วยอยู่ในระยะสุดท้ายของชีวิตจนถึงผู้ป่วยเสียชีวิตลง และประเมินความผิดปกติที่เกิดขึ้นแก่สมาชิกในครอบครัว เมื่อภาวะโศกเศร้าไม่หายไป ในระยะเวลาที่สมควร

### ๓. การเยี่ยมบ้านเพื่อประเมิน

แพทย์เวชปฏิบัติครอบครัวใช้การเยี่ยมบ้านเพื่อประเมินสิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อสุขภาพ ของผู้ป่วย ผู้ป่วยที่เป็นผู้สูงอายุหรือผู้ป่วยที่มีปัญหาทางสุขภาพกายต้องประเมินการใช้ยาของผู้ป่วยซึ่งมักจะมี การใช้ยามาก ประเมินการใช้แหล่งบริการทางสุขภาพมากผู้ป่วยบางคนอาจนิยมไปหาหมอตามที่ต่างๆ ประเมินความเสี่ยงของ

สมาชิกในบ้านที่อาจจะถูกละเลยหรือถูกทำร้ายจากสมาชิกในครอบครัว เช่น ผู้สูงอายุ หรือเด็กเป็นต้น ประเมินผู้ป่วยที่จำเป็นต้องไปรับการรักษาที่โรงพยาบาล ประเมินร่วมกับสมาชิกใน ครอบครัวเมื่อเกินความสามารถของสมาชิกในครอบครัวจะดูแลผู้ป่วยได้

#### ๔. การเยี่ยมบ้านหลังจากออกจากโรงพยาบาล

ประเภทของการเยี่ยมบ้านหลังจากออกจากโรงพยาบาลจากการนอนโรงพยาบาล หรือมาตรวจที่แผนกผู้ป่วยนอกได้แก่

๔.๑. นอนโรงพยาบาลโดยโรคฉับพลัน, อุบัติเหตุ หรือการผ่าตัด ผู้ป่วยที่มานอนโรงพยาบาล โดยโรคต่าง ๆ หลังจากที่อยู่โรงพยาบาล สามารถที่จะติดตามเยี่ยมบ้านต่อได้ เช่น ในผู้ป่วยโรคฉับพลันเมื่อผู้ป่วยมี อาการดีขึ้นสามารถกลับบ้านได้แพทย์ประจำครอบครัวสามารถติดตาม เยี่ยมบ้านเพื่อดูอาการหรือปัจจัยบางอย่างที่ส่งผลต่อโรคผู้ป่วย ยกตัวอย่าง ผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกการติดตามการเยี่ยมบ้านเพื่อประเมินอาการผู้ป่วย ประเมินแหล่งที่จะเป็นที่วางไข่ของยุง เป็นต้น กรณีผู้ป่วยอุบัติเหตุหรือผ่าตัด การติดตามการเยี่ยมบ้านเพื่อประเมินบาดแผล, ทำแผลผู้ป่วย, ตัดไหม หรือประเมินสิ่งแวดล้อม เป็นต้น

๔.๒. ครอบครัวและบุตรที่เกิดใหม่ การเยี่ยมบ้านครอบครัวที่มีบุตรเกิดใหม่เพื่อ ช่วยเหลือพ่อ ,แม่ที่มีบุตรใหม่ที่ยังไม่มีประสบการณ์ในการดูแลลูก รวมถึง การประเมินสิ่งแวดล้อมในครอบครัว เพื่อให้เกิดการดูแลเกิดใหม่อย่างดี

๔.๓ ไม่มาตามนัด ผู้ป่วยที่ขาดนัดหรือไม่มาตามนัด การเยี่ยมบ้านจะช่วย ประเมินสาเหตุหรือเหตุผลของผู้ป่วยที่ไม่มาตามนัด หรือมีเหตุการณ์ที่ ผู้ป่วยไม่สามารถมาได้เพื่อทำให้การความต่อเนื่องของการรักษาได้ดียิ่งขึ้น

#### แนวทางการเยี่ยมบ้าน

การเยี่ยมบ้านมักจะเกิดจากความยินยอมของสองฝ่ายคือฝ่ายผู้เยี่ยมและฝ่ายผู้ถูกเยี่ยมมีความยินยอมพร้อมใจกัน เมื่อเลือกครอบครัวที่จะเยี่ยมแล้วแนวทางในการเยี่ยมแบ่งได้เป็น ๓ ขั้นตอน ได้แก่

##### ๑. ขั้นตอนก่อนการเยี่ยมบ้าน

ประกอบด้วย มีวัตถุประสงค์ในการเยี่ยม, ศึกษาข้อมูลของผู้ป่วยและสมาชิกใน ครอบครัว, มีอุปกรณ์ในการเยี่ยม, มีแผนที่การเดินทางและหมายเลขโทรศัพท์ ของผู้ป่วย, โทรศัพท์หรือติดต่อนัดหมายเวลาเยี่ยม , มีพาหนะที่ใช้ในการเยี่ยม

##### ๒. ขั้นตอนขณะเยี่ยมบ้าน

ประเมินทั้งด้านร่างกาย, จิตใจ และสิ่งแวดล้อม ของครอบครัว, วินิจฉัย และให้การช่วยเหลือ

##### ๓. ขั้นตอนหลังการเยี่ยมบ้าน

สรุปปัญหาทางด้านร่างกาย, จิตใจและสังคม การช่วยเหลือ, แนวทางการเยี่ยม ครั้งต่อไป, บันทึกข้อมูล ลงในแฟ้มครอบครัวการเยี่ยมบ้านทำให้เกิดความพึงพอใจของผู้ป่วยมากขึ้นและเพิ่มแข็งแกร่งของความสัมพันธ์ ระหว่างแพทย์และผู้ป่วย

## ๑. ขั้นตอนก่อนการเยี่ยมบ้าน

ก่อนการเยี่ยมบ้านทีมเยี่ยมบ้านควรมีความรู้หรือข้อมูลและเตรียมอุปกรณ์ในการเยี่ยมบ้านได้แก่

### วัตถุประสงค์ของการเยี่ยม

การเยี่ยมบ้านทุกครั้งควรมีวัตถุประสงค์ในการเยี่ยม เป็นการวางแผนในการเยี่ยมเพื่อให้ การเยี่ยมได้ประโยชน์มากที่สุด ไม่ใช่เวลามากในการเยี่ยมแต่ละครั้ง ตรงกับความต้องการทั้งของผู้เยี่ยมและ ผู้รับการเยี่ยม และเป็นประโยชน์ต่อผู้รับการเยี่ยม

### ศึกษาข้อมูลของผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัว วงจรชีวิตครอบครัว(Family life cycle)

วงจรชีวิตครอบครัว คือ การเปลี่ยนแปลงของครอบครัวที่ทำนายได้และเปลี่ยนแปลงไปตาม ความต้องการของแต่ละครอบครัว , ความเชื่อถือ , วัฒนธรรม และวิถีการดำรงชีวิตของสังคมนั้น โดยมีลักษณะ ที่สำคัญ ๓ ประการคือมีรูปแบบที่แน่นอน , เกิดขึ้นเป็นระยะ และมีความเป็นสากล แบ่งระยะวงจรชีวิต ครอบครัวได้เป็น ๗ ระยะคือ

๑. ระยะสร้างครอบครัวใหม่ (Family formation) เป็นระยะที่ปรับตัวเข้ากับบทบาทใหม่ และคนใหม่ (สามีหรือภรรยา) พัฒนาความเป็นอิสระ สร้างความสัมพันธ์แบบสามี-ภรรยาที่เหมาะสม ความผูกพันของครอบครัวใหม่กับครอบครัวเดิมถ้ามากเกินไป เช่น ครอบครัวใหม่ยังอยู่กับครอบครัว เดิมเครือญาติ อาจเข้ามายุ่งวุ่นวายกับชีวิตของคู่สมรสใหม่มากเกินไป หรือความผูกพันน้อยเกินไปโดยคู่สมรสใหม่แยกตัวออกจากครอบครัวและไม่ติดต่อหรือยุ่งเกี่ยวกับครอบครัวเดิมก็จะเกิดปัญหาได้ เช่น พ่อ ,แม่ที่สูงอายุอาจจะไม่ได้รับการดูแลที่ดีจากลูกหลาน หรือหลานขาด ความสัมพันธ์กับปู่ ,ย่า,ตา,ยาย ซึ่งอาจจะช่วยดูแลหลานและให้ประสบการณ์ที่ดีแก่หลานได้ บทบาทของแพทย์ประจำครอบครัว ได้แก่การให้คำแนะนำในการวางแผนการมีบุตร ,การคุมกำเนิด, ความสัมพันธ์ระหว่างสามี,ภรรยา, การเตรียมความพร้อมของคู่สามี-ภรณาก่อนการมี บุตร, การส่งเสริมสุขภาพ

๒. ระยะครอบครัวมีบุตรเล็ก (Childbearing family) เป็นระยะตั้งแต่มีบุตรถึงบุตรอายุประมาณ ๓๐ เดือน ระยะนี้ครอบครัวต้องปรับตัวเพื่อรับบทบาทใหม่(พ่อ-แม่) รักษาความสัมพันธ์ระหว่าง คู่สมรส ปรับความสัมพันธ์ระหว่างสามีและภรรยาเพื่อรับบุตรที่เกิดใหม่ บทบาทของแพทย์ ประจำครอบครัวในระยะนี้ ช่วยให้สามีและภรรยาแบ่งหน้าที่และภาระงานที่เพิ่มขึ้นคือการเลี้ยง ดูลูกให้อย่างเหมาะสม ให้คู่สามีและภรณามีเวลาพอเพียงต่อความต้องการของทั้งคู่ ช่วยให้พ่อมี บทบาทในการเลี้ยงดูลูกมากขึ้นเนื่องจากส่วนใหญ่มักจะเป็น ภรรยา ที่ใช้เวลาในการเลี้ยงดูลูก ช่วยให้พ่อ,แม่มีทักษะในการเลี้ยงดูลูก

๓. ระยะครอบครัวกับบุตรก่อนวัยเรียน (Family with preschool children) เป็นระยะที่ ครอบครัวมีบุตรอายุ ๒ ขวบครึ่งจนถึง ๖ ปี ระยะนี้จะเป็นการเตรียมห้องสำหรับลูกและคู่สามี ภรรยาแยกกันอยู่ แต่ในวัฒนธรรมตะวันออกส่วนใหญ่ลูกมักอยู่กับพ่อ,แม่จนถึงวัยรุ่น ปรับตัวเพื่อให้มีความส่วนตัวของชีวิตคู่ บทบาทของแพทย์ประจำครอบครัวเหมือนกับในระยะครอบครัว มีบุตรเล็ก แต่ระยะนี้พ่อ ,แม่ มักจะมีประสบการณ์ ในการดูแลบุตรมากขึ้น การช่วยเหลือจะลดลง

๔. ระยะเวลาครอบครัวกับบุตรวัยเรียน (Family with school-age children) เป็นระยะที่ครอบครัวมี บุตรอายุ ๖-๑๓ ปี ระยะนี้ครอบครัวจะสร้างระเบียบใหม่ให้ลูกและเริ่มเข้าสังคม มอบหมายงาน ให้ลูกรับผิดชอบบทบาทของแพทย์ประจำครอบครัว ควรจะเป็นที่ปรึกษาและความคำแนะนำ แก่พ่อ ,แม่ในพฤติกรรมที่จะพบได้

๕. ระยะเวลาครอบครัวกับบุตรวัยรุ่น (Family with teenage children) ระยะที่ครอบครัวมีบุตรอายุ ๑๓-๑๘ ปี ระยะนี้ครอบครัวมีการขยายขอบเขตและความรับผิดชอบของลูกมากขึ้น ลูกจะมีการเปลี่ยนแปลงทั้งทางร่างกาย สติปัญญา อารมณ์และสังคม มีพัฒนาการเพื่อสร้างเอกลักษณ์ที่มั่นคงและความเป็นตัวของตัวเอง ลูกจะเริ่มห่างจากครอบครัวและไปสร้างความผูกพันใหม่กับ ผู้อื่น คู่สามีภรรยาเตรียมพร้อมกับการแยกตัวของลูก บทบาทของแพทย์ประจำครอบครัว คือ การช่วยให้พ่อแม่ควบคุมพฤติกรรมของลูกให้อยู่ในขอบเขต มีระเบียบวินัยพอสมควร จะเกิดขึ้น จากการที่พ่อ,แม่,ลูกมีความสัมพันธ์ที่ดีต่อกันและมีเวลาให้กันอย่างเพียงพอ

๖. ระยะเวลาลูกแยกจากครอบครัว (Family dispersion) ระยะที่ครอบครัวมีลูกอายุมากกว่า ๑๘ ปี ระยะนี้ลูกจะเริ่มแยกตัวออกจากครอบครัวอาจทำให้พ่อ ,แม่รู้สึกเหงาและถูกทอดทิ้ง พ่อ ,แม่ปรับตัวกับการหมดบทบาท สร้างความสัมพันธ์ระหว่างคู่สมรสให้ดียิ่งขึ้น สร้างความรู้สึกเป็น เพื่อนที่พึ่งพาอาศัยกันในวัยชรา มีการเจ็บป่วยและเสียชีวิตของเครือญาติที่สูงอายุ บทบาท ของแพทย์ประจำครอบครัวอาจจะต้องให้คำปรึกษาและรักษาพ่อ,แม่ที่มีอารมณ์ซึมเศร้าจากการ ที่ลูกแยกออกไป หรือพ่อ ,แม่มีความเครียดกับการดูแลเครือญาติสูงอายุที่ไม่สบาย

๗. ระยะเวลาคู่สมรสสูงอายุ (Older couple) ระยะนี้คู่สมรสต้องปรับตัวต่อการไม่มีงานทำ สร้างความสัมพันธ์และมีบทบาทใหม่กับลูกหลานและชีวิตคู่ ปรับตัวกับความเสื่อมโทรมของ ร่างกาย ปรับตัวกับการสูญเสียความเป็น ตัวของตัวเองต้องพึ่งพาลูกหลานมากขึ้น ปรับตัวกับการสูญเสียชีวิตคู่ ,เพื่อน, และสังคมที่ตนเองคุ้นเคย บทบาทของแพทย์ประจำครอบครัว คือช่วยให้ ผู้สูงอายุมีความหนักแน่นทางจิตใจและเตรียมพร้อมที่จะรับสถานการณ์ต่างๆ มีการดูแลสุขภาพ และการจัดการเงินที่ดี สนับสนุนให้ผู้สูงอายุทำตนให้เป็นประโยชน์ที่แพทย์เวชปฏิบัติครอบครัวทราบว่าสมาชิกของครอบครัวอยู่ในระยะไหนของวงจรชีวิต ของครอบครัว จะช่วยให้มีการเตรียมพร้อมที่จะพบกับปัญหาที่อาจเกิดขึ้นก็ บสมาชิกของครอบครัวในระยะ ต่าง ๆ ของวงจรชีวิตของครอบครัว ระยะต่างของวงจรชีวิตครอบครัวจะไม่มีเส้นแบ่งเวลาที่แน่นอนอาจมีการ เหลื่อมล้ำกันได้ การมีครอบครัวอาจจะมีสมาชิกครอบครัวพ่อ,แม่,ลูกก็ได้

**แผนภูมิครอบครัว ( Family tree )** แผนภูมิครอบครัว ( Family tree หรือ Genogram ) คือ การรวบรวมข้อมูลของครอบครัว ย้อนหลังไป ๓ ชั่วอายุคน โดยมีรายละเอียด เช่น เพศ อายุ,วันเกิด วันตาย อาชีพ เหตุการณ์สำคัญต่าง ๆ ในช่วงชีวิต เป็นต้น

ประโยชน์ของแผนภูมิครอบครัว

๑. ช่วยให้แพทย์เวชปฏิบัติครอบครัวทราบโครงสร้างของครอบครัวและข้อมูลพื้นฐานครอบครัว
๒. ช่วยให้แพทย์ค้นหาความเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยของสมาชิกในครอบครัวโดยเฉพาะโรคทางพันธุกรรม
๓. แพทย์ได้สร้างความสัมพันธ์ที่ดีกับผู้ป่วย เนื่องจากต้องใช้เวลาในการสัมภาษณ์ และผู้ป่วยรู้สึกว่าคุณหมอเอาใจใส่ต่อผู้ป่วย

๔. แพทย์ได้ข้อมูลในอดีตซึ่งอาจเกี่ยวข้องกับปัญหาในปัจจุบัน ทำให้เข้าใจสถานการณ์ และปัญหาของครอบครัวดียิ่งขึ้น

### บทบาทของสมาชิก (Role)

บทบาท หมายถึง แบบแผนพฤติกรรมที่สมาชิกในครอบครัวประพฤติต่อกันและกันซ้ำ ๆ เป็นประจำ เช่น บทบาทของพ่อ,แม่ และลูก เป็นต้น การประเมินบทบาทจะเกี่ยวข้องกับหน้าที่ภายในครอบครัว โดยพิจารณา ๒ ด้าน คือ

๑. การมอบหมายหน้าที่ตามบทบาท หมายถึง การมอบหมายความรับผิดชอบในหน้าที่ในครอบครัว บางประการแก่สมาชิก ครอบครัวที่มีประสิทธิภาพจะมีการมอบหมายหน้าที่ที่จำเป็นอย่างชัดเจน ให้กับบุคคลที่เหมาะสม

๒. การดูแลให้สมาชิกรับผิดชอบในบทบาท หมายถึง วิธีการที่ครอบครัวดูแลให้สมาชิกรับผิดชอบ ต่อ บทบาทและหน้าที่ของตน

#### ตัวอย่าง

**บทบาทของ ภรรยา และ แม่** มีบทบาทของการเป็นแม่ , การท างานบ้าน , กิจกรรมทางเพศระหว่างคู่สมรส และเป็นแบบอย่างพฤติกรรมของเพศหญิงสำหรับบุตร

**บทบาทของสามีและพ่อ** มีบทบาทเกี่ยวกับการรับผิดชอบและการตัดสินใจที่สำคัญรวมทั้งด้านการเงิน ความ มีอำนาจ กิจกรรมทางเพศระหว่างคู่สมรส ช่วยดูแลลูกบ้าง เป็นแบบอย่างพฤติกรรมเพศชายสำหรับบุตร บทบาทของลูก ได้รับการดูแลจากพ่อ,แม่,พี่น้อง ศึกษาและปฏิบัติทักษะใหม่ ๆ

**บทบาทของแพทย์เวชปฏิบัติครอบครัว** คือ ประเมินบทบาทของสมาชิกแต่ละคนในครอบครัวตามหน้าที่ ที่ได้รับการมอบหมาย และการรับผิดชอบในบทบาทนั้นเหมาะสมไปตามแต่ละครอบครัวและช่วยเหลือเมื่อเกิด ปัญหาขึ้น

### ปัญหาของสมาชิกในครอบครัว(Family problem lists)

ศึกษาว่าสมาชิกในครอบครัวแต่ละคนมีปัญหาอะไรบ้างทั้งทางร่างกาย จิตใจ และสังคม รวมถึงการ ช่วยเหลือที่ได้รับ(การใช้ยา , การทำกายภาพบำบัด) สำหรับครอบครัวที่ได้รับการรวบรวมข้อมูลและได้รับการ เยี่ยมบ้านมาแล้วในแต่ละครั้ง กรณีที่เป็นครอบครัวที่ยังไม่เคยได้รับการเยี่ยมบ้าน การเยี่ยมบ้าน แต่ละครั้งจะช่วยรวบรวมข้อมูลไว้เพื่อเป็นแนวทางในการดูแลครอบครัวต่อไป

#### จัดเตรียมอุปกรณ์พร้อมทั้งศึกษา

๑. แผนที่การเดินทางและหมายเลขโทรศัพท์ของผู้ป่วย ก่อนการเยี่ยมบ้านควรจะทราบทางที่ จะไปบ้านที่จะไปเยี่ยมหรือมีแผนที่เดินทางไปยังบ้าน หรือมีแผนที่การเดินทางภายในเขตที่จะเยี่ยมทำให้สะดวกและ ประหยัดเวลาในการเยี่ยม ควรจะทราบหมายเลขโทรศัพท์ของบ้านที่จะเยี่ยม กรณีไม่มีอาจจะขอหมายเลข โทรศัพท์ของบ้านใกล้เคียงเพื่อใช้ในการติดต่อ

๒. โทรศัพท์หรือติดต่อนัดหมายเวลาเยี่ยม โทรศัพท์นัดหมายเวลาเยี่ยมครอบครัวหรือติดต่อกับ ครอบครัวที่จะเยี่ยมก่อน เพื่อไม่ต้อง เสียเวลาในการไปเยี่ยมเมื่อไม่มีสมาชิกในบ้านอยู่ หรือกรณีที่สมาชิกในบ้าน หรือผู้ป่วยไม่สะดวกที่จะให้เยี่ยมบางเวลา และครอบครัวควรต้องมีเบอร์ติดต่อของผู้เยี่ยมด้วยเพื่อใช้ในการติดต่อ กลับ กรณีที่สมาชิกของครอบครัวต้องการติดต่อกลับเพื่อปรึกษาหรือต้องการให้เยี่ยมโดยมีข้อตกลงของการให้บริการ ทั้ง ๒ ฝ่ายก่อน

## ๒. ขั้นตอนขณะเยี่ยมบ้าน

ขณะที่แพทย์เวชปฏิบัติครอบครัวอยู่ที่บ้านผู้ป่วยหน้าที่ของแพทย์เวชปฏิบัติครอบครัว คือ การประเมินสมาชิกในครอบครัวและสิ่งแวดล้อมเพื่อนำมาใช้ในการดูแลครอบครัวได้ดียิ่งขึ้น การที่จะประเมิน ให้ได้ครบถ้วนอาจต้องใช้สิ่งช่วยจำ เช่น จำตัวย่อ INHOMESSS หรือจำเป็นระบบร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ ( bio psycho social spiritual)

สิ่งที่แพทย์เวชปฏิบัติครอบครัวควรทำ คือ การเริ่มจากทบทวนวัตถุประสงค์ของการเยี่ยม ร่วมกับสมาชิกครอบครัว ประเมินปัญหาเดิมของผู้ป่วยและปัญหาใหม่ที่อาจจะเกิดขึ้น วินิจฉัยปัญหาที่เกิดขึ้น วางแผนและให้การช่วยเหลือร่วมกับผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัว รายการที่แพทย์ฯควรประเมิน คือ

๑. การเคลื่อนไหว (immobility) ได้แก่ การประเมินกิจวัตรประจำวัน (Activities of daily living) ได้แก่ การอาบน้ำ, การเคลื่อนย้าย, การแต่งตัว, การเข้าห้องน้ำ, การกินอาหาร และการปัสสาวะและอุจจาระ ประเมินว่าต้องการความช่วยเหลือในกิจกรรมเหล่านี้ หรือไม่ ถ้ามีการช่วยเหลือเรียกว่ามีภาวะพึ่งพาในกิจวัตรประจำวัน หรือประเมินการ ใช้เครื่องมือในกิจวัตรประจำวัน ( Instrumental activities of daily living) ได้แก่ การใช้โทรศัพท์, การรับประทานยา, การไปตลาด, ชำระบิล, เตรียมอาหาร และทำงาน บ้าน แพทย์ฯสามารถสังเกตกิจวัตรประจำวันได้หรือขอร้องให้ผู้ป่วยทำให้ดู เพื่อพบว่ามีปัญหาในการพึ่งพาสามารถที่จะแก้ไขปัญหให้กับผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัวได้

๒. อาหาร ( nutrition) ได้แก่ การประเมินลักษณะอาหาร , ชนิดของอาหาร ที่ผู้ป่วยและ ครอบครัวรับประทานเหมาะสมกับโรคหรือภาวะที่เป็นหรือไม่ ประเมินการเก็บอาหาร เป็นต้น

๓. สภาพบ้าน ( housing) ได้แก่ การประเมินสภาพบ้านครอบครัวที่แพทย์ฯดูแล เหมาะสม กับโรคที่ผู้ป่วยเป็นหรือไม่ เช่น ผู้ป่วยเป็นวัณโรคควรอยู่ในห้องที่มีหน้าต่าง อากาศถ่ายเท ได้สะดวก , ผู้ป่วยที่เป็นโรคข้อเข่าเสื่อมควรที่จะนอนอยู่ชั้น๑ ของบ้านไม่เดินขึ้นบันได เป็นต้น

๔. เพื่อนบ้าน ( other people) ได้แก่ การประเมินดูเพื่อนบ้านของครอบครัวที่แพทย์ฯ ดูแล ความสัมพันธ์กับเพื่อนบ้านเป็นอย่างไรบ้าง เมื่อครอบครัวผู้ป่วยมีปัญหาเพื่อน บ้านสามารถให้การช่วยเหลือได้หรือไม่

๕. การใช้ยา ( medication) ได้แก่ ประเมินวิธีการใช้ยา ผู้ป่วยกินยาสม่ำเสมอและถูกต้อง หรือไม่ ภาวะที่บรรจยาเหมาะสมกับโรคที่ผู้ป่วยเป็นหรือไม่หรือเหมาะสมกับยานั้น หรือไม่ เช่น ผู้ป่วยเป็นโรคข้ออักเสบจากของยาทำได้ยากต้องบรรจยาไว้ในขวดยา ยาบางอย่างไม่ให้ถูกแสง เป็นต้น

๖. การตรวจร่างกาย ( examination) ได้แก่ การประเมินจากการตรวจร่างกายของสมาชิก ในครอบครัว

๗. แหล่งให้บริการ ( services) ได้แก่ การประเมินว่ามีแหล่งบริการอะไรบ้างที่สามารถ ช่วยเหลือผู้ป่วยภายในครอบครัวหรือในชุมชนได้ เช่น ศูนย์บริการสาธารณสุข, บ้านประธานชุมชน, อสม. เป็นต้น

๘. ความปลอดภัย (safety) ได้แก่ การประเมินสภาพบ้านของผู้ป่วยตัวบ้าน, เฟอร์นิเจอร์, อุปกรณ์อำนวยความสะดวก เป็นต้น ว่ามีความปลอดภัยเพียงพอสำหรับครอบครัวใน การอยู่อาศัยหรือไม่ เช่น สายไฟที่เดินในบ้านใช้มานานควรจะเปลี่ยนหรือไม่, พื้นห้องน้ำ ลื่นเกินไปหรือไม่, บันไดบ้านชันหรือมีราว ให้จับหรือไม่ เป็นต้น

๙. จิตวิญญาณ (spiritual) ได้แก่ การประเมินในเรื่องของการค้นหาความหมาย, วัตถุประสงค์และความจริงในชีวิต ความเชื่อและคุณค่าในสิ่งที่แต่ละบุคคลอาศัยอยู่ เรื่องของความรู้สึก สิ่งที่อยู่ในจิตใจ รวมถึงสิ่งที่บุคคลแสดงออกมาจากความเชื่อทางจิต วิญญาณของแต่ละบุคคล ส่วนของจิตวิญญาณจะมีผลต่อสุขภาพได้ เช่น นิกายในศาสนา บางนิกายห้ามเติมเลือดจากผู้อื่น เมื่อผู้ป่วยท่านนั้นจำเป็นต้องผ่าตัดอาจต้องเตรียมการ ใช้เลือดของผู้ป่วยเองเมื่อจำเป็น เป็นต้น

### เทคนิคที่ใช้ขณะเยี่ยมบ้าน

ขณะที่เยี่ยมบ้าน แพทย์สามารถใช้วิธีการต่าง ๆ เพื่อให้ได้ ข้อมูล เพื่อประเมินครอบครัว และวางแผนในการช่วยเหลือ วิธีที่แพทย์ใช้ในการเก็บข้อมูลและให้การช่วยเหลือได้แก่

๑. การสัมภาษณ์ โดยมีหลักคือ ฟังด้วยความเห็นใจ, ใช้คำถามเปิด, อย่าแสดงความรีบร้อน, อย่าขัดจังหวะ
๒. การสังเกต ในสิ่งที่ผู้ป่วยและสมาชิกภายในครอบครัวทำ สังเกตสภาพบ้านและเพื่อนบ้านได้
๓. การให้คำแนะนำและให้คำปรึกษา
๔. การใช้จิตบำบัด สำหรับกรณีที่แพทย์ไม่มีเวลา การใช้แบบสัมภาษณ์ในระยะเวลาประมาณ ๑๕ นาทีในการสัมภาษณ์และให้การช่วยเหลือทางด้านจิตใจผู้ป่วยได้แก่เทคนิค BATHE ได้แก่ สถานการณ์ขณะเกิดเหตุการณ์ (background situation), อารมณ์ของผู้ป่วย (affect), ปัญหาอะไรที่รบกวนผู้ป่วยมากที่สุด (troubling for the patient), วิธีการที่ผู้ป่วยจัดการ กับปัญหานั้น (handing the problem), ความเห็นอกเห็นใจ (empathy)
๕. การตรวจร่างกาย
๖. การรักษา อาจโดยการเขียนใบสั่งยาให้ผู้ป่วยหรือญาติไปรับเองที่โรงพยาบาลหรือร้านขายยา หรือมีการทำหัตถการโดยต้องเตรียมอุปกรณ์ไป

### ๓. ขั้นตอนหลังการเยี่ยมบ้าน

หลังจากออกจากบ้านผู้ป่วยที่เยี่ยมบ้านควรมีขั้นตอนต่อไปโดยมาสรุปปัญหาที่พบและการรักษาที่ให้ แล้วเขียนบันทึกข้อมูล

สรุปปัญหาครอบครัว ทีมงานเยี่ยมบ้านกลับมาสรุปปัญหาครอบครัวที่พบทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ในการเยี่ยมบ้านแต่ละครั้งไม่จำเป็นต้องประเมินให้ครอบคลุมทุกด้าน ควรประเมินตามความ จำเป็นและวัตถุประสงค์ที่เยี่ยมบ้านแต่ละครั้ง รวมถึงสรุปการรักษาและความช่วยเหลือที่ให้แก่ครอบครัว และวางแผนในการเยี่ยมบ้านครั้งต่อไป

บันทึกข้อมูล การบันทึกข้อมูล ควรต้องมสึดหรือแฟ้มประจำครอบครัว เพื่อใช้สำหรับ บันทึกข้อมูลการดูแลครอบครัว ในการเยี่ยมแต่ละครั้งรูปแบบที่ใช้ในการบันทึกอาจใช้ รูปแบบ SOAP อันประกอบด้วย

๑. ประวัติ (subjective) ได้แก่ ประวัติการเจ็บป่วยสำคัญ,ปัจจุบัน,อดีต,ครอบครัว รวมถึง การทบทวนตามระบบ

๒. การตรวจร่างกายและผลทางห้องปฏิบัติการ (objective) ได้แก่ การตรวจร่างกาย และผลทางห้องปฏิบัติการที่ได้ทำ



๓. การประเมิน (assessment) ได้แก่ การประเมินการวินิจฉัยอาจจะได้การวินิจฉัย อยู่แล้ว หรือเมื่อเป็นปัญหาใหม่ สามารถบันทึกการวินิจฉัยเป็นปัญหา เช่น ปวดท้อง ( abdominal pain) กรณีที่ไม่ทราบการวินิจฉัยที่แน่ชัด และควรจะบอกสถานะของ ปัญหานั้นว่า active หรือ inactive ปัญหาที่ active คือ ปัญหาที่ยังมีอาการ , การตรวจ ร่างกายพบความผิดปกติ หรือ ผลทางห้องปฏิบัติการยังผิดปกติอยู่ ส่วนปัญหา ที่ inactive คือ ปัญหานั้นไม่มีอาการ, ตรวจร่างกายปกติ รวมถึงผลทางห้องปฏิบัติการที่ปกติ

๔. การวางแผน (plan) ได้แก่ การวางแผนการวินิจฉัยโรคคือการส่งตรวจทาง ห้องปฏิบัติการ, การวางแผนการรักษาโดยดูจากสถานะของปัญหา ถ้าปัญหา active ต้องให้การรักษา ส่วนปัญหา ที่ inactive แต่สังเกตผู้ป่วยอาจจะกินยาเดิมต่อไปกรณีที่ปัญหาเรื้อรัง และวางแผนการให้สุขศึกษา การบันทึก ข้อมูลจะทำให้ทีมเยี่ยมบ้านทราบถึงข้อมูลที่เกิดขึ้นและการวางแผนการเยี่ยมครั้งต่อไป รวมถึงสามารถให้บุคลากรอื่น ที่จะร่วมเยี่ยมทราบข้อมูลที่ผ่านมาสรุบ ความรู้, ทักษะและเจตคติที่ดีของแพทย์เวชปฏิบัติครอบครัวในการเยี่ยมบ้าน จะทำให้การดูแลผู้ป่วยในบ้านของผู้ป่วยดียิ่งขึ้น



## คำสั่งคณะกรรมการพัฒนาสุขภาพอำเภอสันทราย

ที่ ๑๒๖/๒๕๖๑

เรื่อง แต่งตั้งคณะกรรมการจัดทำคู่มือแนวทางการดูแลสุขภาพพระยะยาว Long Team Care  
อำเภอสันทราย จังหวัดเชียงใหม่

เนื่องจาก ปัจจุบันใน การดูแลผู้ป่วยได้ เปลี่ยนจากการเน้นการรักษาพยาบาลแบบตั้งรับมาเป็นการ  
ดำเนินการเชิงรุกเชื่อมประสานการดูแลส่งต่อผู้ป่วย ระหว่างโรงพยาบาล กับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.  
สต.)หรือสถานพยาบาล ใกล้บ้าน ที่ผู้ป่วยจะ กลับไปรับการดูแลรักษาต่อเนื่อง( Continuity Of Care: COC)การดูแล  
ผู้ป่วยที่บ้าน โดยมีครอบครัวและชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแล ( Home Based Serviced:HBS) เพื่อให้ผู้ป่วยกลับสู่  
ภาวะสุขภาพดีสามารถใช้ชีวิตได้ตามศักยภาพ มีคุณภาพชีวิตที่ดี ฟังตนเองได้ภายใต้บริบทและสภาพแวดล้อมของ  
ครอบครัวอีกทั้งเพื่อเป็นแนวทางในการดำเนินงานของบุคลากรอำเภอสันทราย จึงขอแต่งตั้งคณะกรรมการจัดทำคู่มือ  
แนวทางการดูแลสุขภาพพระยะยาว Long Team Care

๑. นายปกป้อง	เชื้อสุวรรณ	นายแพทย์ชำนาญการ	ประธานคณะกรรมการ
๒. นางสาวชลลทิพย์	ชื่อวัฒน์	นายแพทย์ชำนาญการ	คณะกรรมการ
๓. นางสาวณภัทร	อินทจักร์	เภสัชกรชำนาญการ	คณะกรรมการ
๔. นางอุบล	สุวรรณมณี	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	คณะกรรมการ
๕. นางสาวกรกชม	หาญรัตน์ชัยกุล	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	คณะกรรมการ
๖. นางสาวมาลี	ชัยศรีสวัสดิ์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	คณะกรรมการ
๗. นางสาวร้อยเพชร	วงศ์วาลย์	แพทย์แผนไทยปฏิบัติการ	คณะกรรมการ
๘. นางสาวกฤษณา	เมืองมูล	เจ้าพนักงานทันตสาธารณสุขชำนาญงาน	คณะกรรมการ
๙. นางสาวญาณนันท์	พันธ์ปัญญา	นักกายภาพบำบัดปฏิบัติการ	คณะกรรมการ
๑๐. นายอาทิตย์	รมโพธิ์	นักกิจกรรมบำบัดปฏิบัติการ	คณะกรรมการ
๑๑. นางสาวภัณฑิลา	วิภาษา	โภชนากร	คณะกรรมการ
๑๒. นางสุใจ	วุฒิการณ์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	คณะกรรมการ
๑๓. นายชวิรงค์ศักดิ์	อุดมวรรณกุล	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	คณะกรรมการ
๑๔. นายสุวรรณ	ชติยา	ประธานชมรมผู้สูงอายุตำบลสันป่าเปา	คณะกรรมการ
๑๕. นายสำราญ	จอมศักดิ์	ประธานชมรมผู้สูงอายุตำบลแม่แฝก	คณะกรรมการ
๑๖. นายเจริญ	บุญมี	ประธาน อสม.ตำบลหนองหาร	คณะกรรมการ
๑๗. นางวัชรินทร์	อิงคนินันท์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	คณะกรรมการและเลขานุการ
๑๘. นางประสพพร	วิสิษฐอุดรการ	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	คณะกรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ
๑๙. นางอรอนงค์	ภาคพิชเจริญ	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ	คณะกรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ

คณะกรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ

๒/ให้คณะกรรมการ...

ให้คณะกรรมการที่หน้าจัดทำคู่มือแนวทางการดูแลสุขภาพพระยะยาว Long Team Care เพื่อเป็น  
แนวทางในการดำเนินการดูแลสุขภาพพระยะยาวให้กับบุคลากรสาธารณสุข และประชาชนทั่วไป

ทั้งนี้ตั้งแต่บัดนี้เป็นต้นไป

สั่ง ณ วันที่ ๗ กุมภาพันธ์ พ.ศ. ๒๕๖๑



(นายวรวิทย์ โฉวีชรกุล)

ประธานคณะกรรมการพัฒนาสุขภาพอำเภอสันทราย

## เอกสารอ้างอิง

๑. Montauk SL. Home health care. Am Fam Physician [serial online] November ๑๙๙๘: [๑๑ screens]. Available from: <http://www.aafp.org/afp/๙๘๑๑๐๑ap/montauk.htm>. Accessed October ๑๒, ๒๐๐๑.
๒. Home health care. AAFP policies on health issues ๑๙๙๘: [๑ screens]. Available from: <http://www.aafp.org/policy/x๑๖๑๒.xml>. Accessed April ๕, ๒๐๐๒.
๓. ม.ร.ว. ธีรนัยโสภาคย์ เกษมสันต์. แนะนำเวชศาสตร์ครอบครัว. ใน: วัฒนา นาวาเจริญ, ธีระ ทอง สง, ธีรศักดิ์ บริสุทธิ์บัณฑิต และคณะ บรรณาธิการ. เวชปฏิบัติ'๓๘. เชียงใหม่; คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่: ๒๕๓๘. หน้า ๑-๘.

๔. Urwin BK, Jerant AF. The Home Visit. Am Fam Physicain [serial online]๑๙๙๙; ๖๐:๑๔๘๑-๘.[๑๕ screens]. Available from: <http://www.aafp.org/afp/๙๙๑๐๐๑ap/๑๔๘๔.htm>. Accessed October ๒๑, ๒๐๐๑.
๕. Baird MA, Grant WD. Families and Health. In:Taylor RB editor. Family Medicine Principles and Practice ๔th edition. New York: Springer-Verlag;๑๙๙๔. p.๑๐-๑๕
๖. อุมภาพร ตรังคสมบัติ. วงจรชีวิตและการปรับตัวของครอบครัว. ใน: อุมภาพร ตรังคสมบัติ บรรณาธิการ.จิตบำบัดและการให้คำปรึกษาครอบครัว Family therapy and family counseling. กรุงเทพฯ: เพ็องฟ้าพริ้นติ้ง; ๒๕๔๐. หน้า ๒๑-๓๗.
๗. อุมภาพร ตรังคสมบัติ. การประเมินครอบครัว. จิตบำบัดและการให้คำปรึกษาครอบครัว(Family therapy and family counseling). กรุงเทพฯ: เพ็องฟ้า พริ้นติ้ง; ๒๕๔๐.หน้า๑๑๒-๑๒๔
๘. อุมภาพร ตรังคสมบัติ. การปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัว. ใน: อุมภาพร ตรังคสมบัติ บรรณาธิการ. จิตบำบัดและการให้คำปรึกษาครอบครัว. กรุงเทพฯ: เพ็องฟ้า พริ้นติ้ง; ๒๕๔๐.หน้า ๓๘-๕๔ ๑๔. Giovino JM. House Calls
๙. Smith KB. Human Development and Aging. In:Taylor RB editor. Family Medicine Principles and Practice ๔th edition. New York: Springer-Verlag;๑๙๙๔.p.๕-๙.
๑๐. สายพิณ หัตถ์ธีรัตน์. คู่มือหมอครอบครัว :VI. เครื่องมือในการดูแลผู้ป่วยและครอบครัวอย่างง่าย ชุดที่๕. คลินิก ๒๕๔๔;๑๗:๖๓๙-๖๔๒.
๑๑. สายพิณ หัตถ์ธีรัตน์. คู่มือหมอครอบครัว:IV. เครื่องมือในการดูแลผู้ป่วยและครอบครัวอย่างง่ายชุด ที่๓. คลินิก ๒๕๔๔;๔:๓๔๙-๓๕๔.
๑๒. Raket RE, Rogers JC. The family genogram. In: Raket RE, editor. Textbook of family practice ๖th ed. Philadelphia: W.B. Saunders; ๒๐๐๒. p.๑๙-๓๐.
๑๓. Hennen BK. Family Structure and Function. In: Shires DB editor. Family Medicine. A Guidebook for Practioners of the Art. New York: McGraw-Hill;๑๙๘๐. p.๑๔-๒๐
๑๔. Taking the Practice to the Patient. Family Practice Management [serial online]๒๐๐๐.[๑๑ screen]. Available from: <http://www.aafp.org/fpm/๒๐๐๐๐๖๐๐/๔๙hous.htm>. Accessed October ๑๒,๒๐๐๑.