

### III-5 การให้ข้อมูลและเสริมพลังแก่ผู้ป่วย/ครอบครัว

ประเด็นคุณภาพ/ความเสี่ยงที่สำคัญ: ดูแลแบบองค์รวม ครอบครัวมีส่วนร่วม						
ข้อมูล/ตัวชี้วัด (ตัวอย่าง)	เป้าหมาย	2555	2556	2557	2558	2559
ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานที่มีระดับ HbA1C < 7	>40%	36.37	49.85	50.38	49.75	45.48
ร้อยละของผู้ป่วย HT ที่ควบคุมระดับความดันโลหิตอยู่ในเกณฑ์ปกติ (<140/90 mmHg)	>50%	54.36	50.43	63.45	44.65	42.51
ร้อยละของผู้ป่วย COPD สามารถควบคุมอาการได้	>60%	55.75	61.97	54.39	48.86	53.26
อัตราการกลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วัน ของผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง	<5	3.13	2.54	4.09	2.90	3.88
DM		0.68	0	1.50	0	0
HT		2.53	0.54	0	0	0
COPD		6.74	7.09	9.34	10.44	9.53
ร้อยละของผู้ป่วย COPD พ้นยาได้ถูกต้อง	>80%	34.04	36.12	30.69	40.45	43.84
ร้อยละผู้ป่วย COPD ที่ admitted ด้วย Exacerbation	0%	13	11	2.02	1.42	2.8
อัตราการรักษาหายของผู้ป่วย TB	90%	91.67	93.10	92.31	97.2	100

#### บริบท:

มุ่งเน้นในการให้ข้อมูลเกี่ยวกับการวินิจฉัย การพยากรณ์โรค และการดูแลสุขภาพแก่ผู้ป่วยและครอบครัวเพื่อสามารถเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลรักษากระตุ้นให้เกิดการพัฒนาความรู้และความสามารถของผู้ป่วยและครอบครัวในการดูแลตนเองและการปฏิบัติตน ภายหลังการตรวจรักษาและการจำหน่าย

ตัวอย่างโรคที่คุณภาพการให้ข้อมูลและเสริมพลังมีความสำคัญ:

- ผู้ป่วยโรคเรื้อรังเช่น หลอดเลือดสมอง หลอดเลือดหัวใจ เบาหวาน ความดันโลหิตสูง ปอดอุดกั้นเรื้อรัง หอบหืด
- ผู้ป่วยโรคติดต่อ เช่น วัณโรค ผู้ติดเชื้อ HIV/ผู้ป่วยเอดส์

- ผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิต/จิตเวชยาเสพติด
- ผู้ป่วยที่มีกายอุปกรณ์ติดตัว
- ผู้ป่วย Palliative Care

#### ลักษณะประชากร/ผู้รับบริการที่มีผลต่อการให้ข้อมูลและเสริมพลัง:

- ผู้สูงอายุที่มองเอกสารประกอบการให้ข้อมูลเองไม่ได้ หรือบางคนอ่านหนังสือไม่ออก บางรายหูไม่ได้ยินแต่พยักหน้าทุกครั้งที่ถามว่าเข้าใจหรือไม่ ผู้ป่วยในกลุ่มนี้ได้แก่ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง DM,HT,COPD ในผู้ป่วยที่รับฟังได้ เข้าใจแต่ลืมในบางครั้ง ต้องให้ซ้ำทุกครั้งที่มาใช้บริการในผู้ป่วย COPD ต้องประเมินการพินยาซ้ำทุกครั้ง
- ผู้ป่วยเด็กอายุต่ำกว่า 5 ขวบทุกรายต้องให้ข้อมูลแก่มารดา/ผู้ปกครอง
- ผู้ป่วยจิตสังคม เช่น ผู้ป่วยติดเชื้อ HIV ผู้ป่วยเอดส์วัณโรคที่ต้องใช้จิตวิทยาในการให้ข้อมูลและความน่าเชื่อถือของผู้ให้บริการให้คำปรึกษาเน้นความเป็นส่วนตัวและข้อมูลที่เป็นประโยชน์แก่ผู้ป่วย
- ผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ช่วยเหลือตัวเองได้น้อยต้องการกำลังใจอย่างมากจากญาติและผู้ให้บริการกำหนดผู้รับผิดชอบงาน palliative care ประเมินและเสริมพลังเป็นระยะทั้งที่ รพ. และที่บ้าน

#### กระบวนการ:

บทเรียนเกี่ยวกับการวางแผนและกำหนดกิจกรรมการเรียนรู้

- การวางแผนจัดกิจกรรมเรียนรู้ จัดตามปัญหาที่ประเมินเพื่อการวางแผนจำหน่าย โดยการประสานทีมสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง ผ่านแบบบันทึกการวางแผนจำหน่ายของทีมสหวิชาชีพและการมีส่วนร่วมของผู้ป่วย ปี 2557 ปรับปรุงโดยกำหนดโรคที่ต้องทำการวางแผนจำหน่ายให้ครบลงใน 3 โรคได้แก่ DM,HT,COPD ในปี 2558-2559 ได้จัดทำแนวทางการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย COPD ไปแล้วและนำมาสู่การปฏิบัติแล้วผู้ป่วยที่ได้รับการวางแผนจำหน่ายและไม่ได้รับการวางแผนจำหน่ายมีอัตราการ readmit ที่ไม่ต่างกัน ดังนั้นในปี 2560 จึงต้องปรับแผนการจำหน่ายและจัดทำแผนการจำหน่ายเพิ่มเติมในเรื่อง DM, HT (ปี 2559 ผู้รับผิดชอบไปเรียน NCM)

ผู้ป่วยที่มีแผนให้ข้อมูลและกำหนดกิจกรรมการเรียนรู้ล่วงหน้าทุกรายคือผู้ป่วยระยะสุดท้าย รพ.เริ่มจัดทีมให้บริการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในปี 2558 จัดทำแนวทางและให้การดูแลตามแนวทางมีผู้รับผิดชอบเฉพาะจัดกิจกรรมทั้งที่ รพ.และขณะกลับไปอยู่บ้าน มีการดูแลในชุมชนมีรูปแบบอย่างชัดเจนที่มออกเยี่ยมในวันอังคารและวันศุกร์หากมีกรณีเร่งด่วนผู้รับผิดชอบจะออกไปเยี่ยมพร้อม อสม หรือรพสต. และนำเคสมาปรึกษาวางแผนร่วมกันกับทีมและแพทย์เวชปฏิบัติหัวหน้าทีม ในปี 2559-2560 มีผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองวาระสุดท้ายจำนวน 131 รายเป็น CA จำนวน 100ราย เสียชีวิตที่บ้านอย่างสงบ จำนวน 62 ราย

- มีความพึงพอใจในกิจกรรมที่จัดบริการให้ร้อยละ 100

บทเรียนเกี่ยวกับการให้ข้อมูลที่จำเป็น การสร้างการเรียนรู้ เพื่อการดูแลตนเองและพฤติกรรม สุขภาพที่เหมาะสม:

- ทีมมีการกำหนดการให้ข้อมูลที่จำเป็นในการดูแลตนเองในกลุ่มโรคสำคัญทุกแผนกที่ผู้ป่วยผ่านได้แก่
  - OPD มีการจัดทำเอกสารการดูแลตนเองในกลุ่มโรคสำคัญ แจกให้ผู้ป่วยประกอบการอธิบายและให้ ผู้ป่วยกลับบ้าน
  - IPD จัดทำแนวทางและให้ข้อมูลตามแนวทาง
  - โภชนากร ให้ข้อมูลด้านอาหารและพฤติกรรมเลือกรับประทานอาหารในคลินิกโรคเรื้อรัง และในหอผู้ป่วยใน
  - แผนไทย ให้ข้อมูลการดูแลตนเองเพื่อลดอาการแทรกซ้อนด้วยสมุนไพรและแพทย์แผนไทย
  - งานสุขศึกษา ให้ความรู้และประเมินพฤติกรรมด้านการป้องกันโรคในคลินิกโรคเรื้อรังรายบุคคล

โรค DM, HT รายใหม่ทุกรายที่คลินิกเบาหวานและความดันโลหิตสูง

บทเรียนเกี่ยวกับการให้ความช่วยเหลือด้านอารมณ์ จิตใจ และคำปรึกษา:

- 1) การคัดกรองภาวะซึมเศร้าผู้มารับบริการด้วยแบบประเมิน 2Q ที่ OPD และคลินิกพิเศษต่างๆ ได้แก่ คลินิกเบาหวาน ความดันโลหิตสูง คลินิก ARV (เอ็ดส์)TB โดยหน่วยงานเอง ผู้รับบริการได้รับการคัดกรองภาวะซึมเศร้า หากพบ 2Q Positive จะประเมิน 9Q ผลการคัดกรองพบว่า 2Q positive คือมีความเสี่ยงต่อการเป็นโรคซึมเศร้า แต่เมื่อประเมินโรคซึมเศร้าด้วยแบบประเมิน 9Q ได้ผล negative คือไม่เป็นโรคซึมเศร้า ส่วนใหญ่ก็มีภาวะเครียด ได้รับการให้คำปรึกษาเบื้องต้น แนวโน้มจัดการปัญหาได้ สำหรับการคัดกรองโรคซึมเศร้าในระดับพื้นที่ รพ.สต. มากกว่าร้อยละ 90 แต่ 2Q และ 9Q positive น้อย รายที่ 9Q positive ได้รับการดูแลเบื้องต้นจาก รพ.สต. และส่งต่อมาวินิจฉัยรักษายังโรงพยาบาล งานจิตเวชร่วมกับเครือข่ายจัดอบรมฟื้นฟูพัฒนาศักยภาพบุคลากรทั้งในรพ. รพ.สต. และลงคัดกรองที่คลินิกพิเศษด้วยตนเอง โดยการคัดกรองรายบุคคล ซึ่งทำให้ต้องใช้เวลามาก ส่งผลให้ผู้ป่วยเข้าถึงบริการได้มากขึ้นร้อยละ 37 ในปี 2559 เป้าหมาย ในปี 2560 ต้องการให้เข้าถึงบริการร้อยละ 50 ซึ่งยังพัฒนาต่อไป

บทเรียนเกี่ยวกับการร่วมกันกำหนดแผนการดูแลผู้ป่วยโดยทีมผู้ให้บริการกับผู้ป่วย/ครอบครัว:

- ผู้ป่วยที่รับไว้หลังได้รับการประเมินแรกแล้ว เข้ามานอนในหอผู้ป่วย ทีมผู้ให้บริการและครอบครัวจะเข้ามามีส่วนร่วมหลังจากมีการประเมินว่ามีความจำเป็นในการวางแผนจำหน่ายแรก รับหรือไม่ หากจำเป็นจะมีการวางแผนจำหน่ายโดยพยาบาลประเมินและระบุปัญหาความต้องการ ผู้ป่วยเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้านพยาบาลเจ้าของไข้เป็นผู้ประสานสาขาวิชาชีพอื่นๆ ให้เข้ามาร่วมกันวางแผนจำหน่าย ในปี 2557-2559 ผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมายได้รับการวางแผนจำหน่ายร้อยละ 72.02, 64.69 และ 69.20

**บทเรียนเกี่ยวกับการจัดกิจกรรมเสริมพลัง/เสริมทักษะให้แก่ผู้ป่วย/ครอบครัว ให้มีความสามารถในการดูแลตนเอง:**

- ผู้ป่วยได้รับการเข้าร่วมกิจกรรมให้ข้อมูลและเสริมพลังในจุดบริการต่างๆ ดังนี้
  - 1) OPD ให้ข้อมูลคำแนะนำรายโรคตามปัญหาที่ประเมินได้ ณ จุดนัดหลังตรวจ 2557-2559 มีผู้ป่วย Revisit ใน 48 ชม:1,000 ราย 0, 1.48 และ 0 รายตามลำดับ
  - 2) ER ให้ข้อมูลเฉพาะโรค โดยจัดทำคำแนะนำเฉพาะโรคที่มักไม่ปฏิบัติตามคำแนะนำเช่น ญาติมักกลับไปหาหมอบ้าน เป็นต้น โรคอื่นๆ ให้ข้อมูลและทำความเข้าใจพร้อมเอกสารแนะนำ ในปี 2557-2559 ผู้ป่วย Re visit ใน 48 ชม :1,000 ราย 3.37, 0.68 และ 6.48 ตามลำดับ
  - 3) IPD ให้ข้อมูลกลุ่มโรคสำคัญเฉพาะโรค โดยจัดทำแนวทางการให้ข้อมูลผู้ป่วยทั่วไปและรายโรค การให้ข้อมูลเสริมพลังจากทีมสหสาขาวิชาชีพตามปัญหา ในคลินิกโรคเรื้อรังให้ข้อมูลและเสริมพลังโดยทีมสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้องตามโปรแกรมที่กำหนดในปี 2555-2559 อัตราการ Re admit ใน 28 วันรวมร้อยละ 3.13, 2.54, 4.09, 2.09 และ 3.88 ซึ่งเพิ่มขึ้นในกลุ่มผู้ป่วย COPD ที่ยังไม่เคยขึ้นทะเบียนที่คลินิก COPD กลุ่มนี้ยังไม่ได้รับการสอนเรื่องการปฏิบัติตัว เช่นการพ่นยา การบรรเทาอาการที่บ้านขณะเกิดอาการ จึงกลับมารักษาซ้ำบ่อย ทีมจึงปรับวิธีการโดยให้ ER,OPD ที่พบผู้ป่วยมาพ่นยาหรือมาพบแพทย์ต้องตรวจสอบการขึ้นทะเบียนทุกรายหากยังไม่ได้ขึ้นทะเบียนให้บันทึก HN แล้วส่งที่คลินิก COPD ทุกวัน

**บทเรียนเกี่ยวกับการประเมินผลกระบวนการเรียนรู้และเสริมพลัง:**

- การประเมินพฤติกรรมหลังการให้ความรู้รายบุคคลในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ความดันโลหิตสูง เบาหวานรายบุคคล พบว่ามีผู้ป่วยบางรายยังมีพฤติกรรมการใช้ยาในการรักษาที่ไม่ใช่ยาของ รพ. ที่แพทย์สั่งแต่เกิดจากความเชื่อในสิ่งที่รับรู้มาจากเพื่อนๆ และแอบใช้ยาสมุนไพรควบคู่ไปด้วย บางรายแอบหยุดยาเองเพราะหันไปใช้สมุนไพรตามความเชื่อของตนเอง ทำให้ผู้ป่วยกลุ่มนี้ไม่มาตามนัด แต่มียาเหลือ ข้อมูลเหล่านี้ได้มาอย่างมากต้องใช้เวลาในการพูดคุยคลุกคลีและสนิทสนมพอสมควรผู้ป่วยจึงไวใจและยอมบอก ในขณะที่ทีมเองมีเวลาน้อยเมื่อเทียบกับภาระงานยังเป็นปัญหาอยู่ ในปี 2559 เป็นต้นมาได้ปรับรูปแบบการให้ข้อมูลด้านการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมโดยให้รายใหม่ทุกรายเข้ารับประเมินความรู้การดูแลตนเองและสอนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมรายบุคคล ปัจจุบันกำลังเก็บข้อมูลเพื่อประเมินผล

**ผลการพัฒนาที่สำคัญ:**

-การพัฒนากระบวนการบริการในพื้นที่เกาะและพื้นที่ห่างไกล สามารถลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการขาดยา

-มีรูปแบบการให้ข้อมูลหลายๆ รูปแบบ ทั้งเอกสาร บทความเสียงตามสาย รายกลุ่มและรายบุคคล รวมทั้งการให้ข้อมูลในชุมชนในพื้นที่เป้าหมาย

มาตรฐาน	Score	ประเด็นในแผนการพัฒนา 1-2 ปีข้างหน้า
86. การให้ข้อมูลและเสริมพลัง		● สร้างการมีส่วนร่วมในการสื่อสารข้อมูลลงชุมชน