

รายงานการศึกษา

ระบบบริการสุขภาพชุมชน: โครงการ กรุงเทพฯ 7
(Community Health Service System: Bangkok 7 model)

โดย

คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
ศูนย์บริการสาธารณสุขที่ 16 (ลุมพินี) สำนักอนามัย กทม.
โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย
วิทยาลัยพยาบาล สภากาชาดไทย
สถาบันวิจัยสังคม จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สนับสนุนงบประมาณของการศึกษา

โดย

สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข
โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย

คำนำ

คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ศูนย์บริการสาธารณสุขที่ 16 สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย และวิทยาลัยพยาบาล สภากาชาดไทย ได้ร่วมกันพัฒนา “ระบบบริการสุขภาพชุมชน” (Community Health Service System) ขึ้นในพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ (พื้นที่โซน 7) ตามการแบ่งภายใต้ระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า โดยเริ่มการพัฒนาตั้งแต่วันที่ 1 กรกฎาคม พ.ศ.2545 กระบวนการพัฒนามุ่งไปที่ภาระกิจในการบริการ การพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ ทั้งประเภท ความรู้ และทักษะในการบริการ ความเชื่อมโยงระหว่างการบริการ แต่ละประเภท ความเชื่อมโยงระหว่างการบริการที่บ้านกับกิจกรรมชุมชน การวางระบบภายในเพื่อประกันความต่อเนื่องของระบบบริการสุขภาพชุมชนที่พัฒนาขึ้น การวางระบบการจัดการภายในกลุ่ม การบริการ (ศูนย์บริการสาธารณสุขที่ 16) การวางระบบคณะกรรมการสุขภาพชุมชน (พื้นที่โซน 7) ตลอดจนการดำเนินการเพื่อการขยายผลและการนำสู่ระดับนโยบาย ทั้งนี้เป้าหมายสำคัญของกระบวนการพัฒนาอย่างมีส่วนร่วม คือ บุคลากรในศูนย์บริการสาธารณสุขที่ 16 โดยมีชุมชนเป็นเป้าหมายของระบบการบริการที่ได้รับการพัฒนาขึ้นแล้ว

ในการดำเนินการพัฒนาระบบบริการดังกล่าวได้รับการสนับสนุนงบประมาณจากสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขและโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย ทั้งนี้ทางสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขยังได้สนับสนุนโครงการวิจัยอีกสองโครงการที่สัมพันธ์กับโครงการนี้ โดยเป็นโครงการเพื่อการศึกษาต้นทุนการบริการ (ดำเนินการโดยกลุ่มนักวิจัยจากภาควิชาเวชศาสตร์ป้องกันและสังคม คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย) และโครงการประเมินผลจากภายนอกที่มีต่อโครงการกรุงเทพ 7 (ดำเนินการโดยกลุ่มนักวิจัยจากวิทยาลัยพยาบาล สภากาชาดไทย) อย่างไรก็ตามคณะผู้วิจัยในโครงการกรุงเทพ 7 เองก็ได้ดำเนินการประเมินผลภายใน โดยใช้การติดตามกระบวนการพัฒนาและผลการให้บริการที่เกิดขึ้น

รายงานการศึกษานี้เป็นรายงานเฉพาะการศึกษา “การพัฒนาระบบบริการสุขภาพชุมชน” ซึ่งอยู่ในลักษณะของการศึกษาเชิงปฏิบัติการอย่างมีส่วนร่วม (Participatory action research) ที่รวมการประเมินกระบวนการพัฒนาโดยสถาบันวิจัยสังคม โดยไม่รวมการศึกษาเพื่อประเมินผลภายนอกและการศึกษาต้นทุนของระบบบริการ ทั้งนี้ จากการพัฒนาที่ได้ดำเนินการมาครบหนึ่งปีพบว่า ระบบการพัฒนาดำเนินไปได้ดีตามวัตถุประสงค์และแผนดำเนินการ และแสดงถึงความเป็นไปได้ของการดำเนินการจริงของระบบบริการสุขภาพชุมชนแบบบูรณาการในประเทศไทย

ความสำเร็จที่เกิดขึ้นเป็นผลมาจากการร่วมแรงกายใจจากบุคลากรต่างๆที่เข้าร่วมโครงการการพัฒนา โดยเฉพาะกลุ่มบุคลากรจากศูนย์บริการสาธารณสุขที่ 16 และโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ผลแห่งการดำเนินการทั้งปวงที่เกิดขึ้น นอกจากจะยังประโยชน์โดยตรงแก่ประชาชนในพื้นที่แล้ว ยังเป็นประโยชน์ต่อกระบวนการเรียนรู้และการเป็นต้นแบบของการพัฒนาในลักษณะเดียวกันในพื้นที่อื่นๆต่อไป

รายงานฉบับนี้ได้รับการจัดทำขึ้นอย่างเจาะจงเพื่อเป็นการรวบรวมองค์ความรู้ที่ได้จากการศึกษา ไว้เพื่อการเผยแพร่สำหรับสนับสนุนการพัฒนาระบบบริการสุขภาพชุมชนของประเทศไทยในอนาคต โดยในรายงานฉบับนี้ประกอบไปด้วย 9 ส่วน คือ

- | | |
|------------|--|
| บทคัดย่อ | - สรุปย่อเนื้อหาในรายงานฉบับนี้ โดยเน้นสำหรับผู้กำหนดนโยบายและผู้บริหาร |
| บทที่หนึ่ง | - ที่มาของการศึกษาเพื่อพัฒนาระบบบริการสุขภาพชุมชน และวัตถุประสงค์หลักของการศึกษา |
| บทที่สอง | - เหตุผลของการพัฒนา |
| บทที่สาม | - มโนทัศน์ของระบบบริการสุขภาพชุมชน |
| บทที่สี่ | - ระบบบริการสุขภาพชุมชนที่ได้พัฒนาขึ้น |
| บทที่ห้า | - ผลการบริการ |
| บทที่หก | - กระบวนการดำเนินการให้เกิดการพัฒนาอย่างมีส่วนร่วม (Participatory action research) ระหว่างคณะผู้วิจัย ศูนย์บริการสาธารณสุขที่ 16 และ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ |
| บทที่เจ็ด | - ข้อเสนอแนะทางนโยบายและการดำเนินการในอนาคต |
| ภาคผนวก | - คู่มือการปฏิบัติงาน แบบบันทึกต่างๆ แผนปฏิบัติการของกิจกรรมชุมชนที่ได้พัฒนาขึ้น และคุณสมบัติและบทบาทของบุคลากรในระบบบริการสุขภาพชุมชน-กรุงเทพ 7 |

ระบบบริการสุขภาพชุมชน : โครงการ กรุงเทพฯ 7

ในศตวรรษที่ 21 สิ่งท้าทายใหม่ๆ ทางสุขภาพและชีวิตความเป็นอยู่ของสังคมไทยที่กำลังปรากฏให้เห็นคือ ความรวดเร็วของการสูงอายุของประชากร การเปลี่ยนแปลงรูปแบบของโรคจากปัญหาโรคติดต่อที่เป็นปัญหาหลักทางสุขภาพมาเป็นโรคไม่ติดต่อ การเพิ่มขึ้นของจำนวนผู้พิการ และการเปลี่ยนแปลงทางสังคมที่สำคัญ ได้แก่ การขยายตัวของเขตเมืองอย่างรวดเร็ว การเคลื่อนย้ายถิ่น ผู้หญิงประกอบอาชีพมากขึ้น และการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างของครอบครัวจากครอบครัวขยายมาสู่ครอบครัวเดี่ยว ด้วยเหตุของการขยายตัวของเขตเมืองอย่างรวดเร็วซึ่งสัมพันธ์กับการเพิ่มขึ้นของโรคไม่ติดต่อและการเปลี่ยนแปลงทางสังคม ทำให้การพัฒนากระบวนการส่งเสริมและการดูแลสุขภาพในพื้นที่เขตเมืองสมควรเป็นเป้าหมายแรกของการดำเนินการเพื่อรองรับการเปลี่ยนแปลงดังกล่าว

การบริการชุมชนและการสาธารณสุขมูลฐานในประเทศไทยที่มีการพัฒนาขึ้นภายหลังการประชุม Alma-Ata ในปีพ.ศ.2521 ได้ออกแบบเพื่อครอบคลุมองค์ประกอบจำเป็นอันรวมถึง การป้องกันโรคติดต่อ การส่งเสริมด้านอาหารและโภชนาการที่เหมาะสม ความเพียงพอของน้ำสะอาด และการสุขภาพ การดูแลแม่และเด็ก การให้บริการยาที่จำเป็น และการจัดการปัญหาสุขภาพที่พบบ่อย นับตั้งแต่ปีพ.ศ.2521 กลยุทธ์หลักของดำเนินการด้านการสาธารณสุขมูลฐานในประเทศไทยเป็นการใช้กระบวนการเข้าถึงกลุ่มประชากร (Population-based approach) โดยใช้การณรงค์หรือดำเนินกิจกรรมในระดับชุมชน การสร้างความมีส่วนร่วมของชุมชนผ่านทางกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุข และการจัดตั้งสถานีอนามัยที่เน้นให้บริการแม่และเด็ก การให้วัคซีนป้องกันโรค และการรักษาพื้นฐาน อย่างไรก็ตามกลยุทธ์ดังกล่าวไม่เพียงพอที่จะรองรับกับความท้าทายใหม่ๆที่เกิดขึ้นในศตวรรษนี้ โดยเฉพาะการขยายตัวของความชุกของกลุ่มโรคไม่ติดต่อและผู้พิการที่มาพร้อมกับภาวะประชากรสูงอายุ ฉะนั้นกลยุทธ์ใหม่เพื่อตอบสนองต่อความท้าทายใหม่นี้จึงจำเป็นที่จะต้องได้รับการพัฒนาขึ้น

เพื่อให้ได้ความกระจ่างในกลยุทธ์ใหม่ จึงได้ดำเนินการวิจัยในรูปแบบของการศึกษาเชิงปฏิบัติการอย่างมีส่วนร่วม โดยเรียกว่า “รูปแบบกรุงเทพ 7” ขึ้นในพื้นที่เขตเมืองของกรุงเทพมหานคร ตั้งแต่เดือนกรกฎาคม พ.ศ.2545 โครงการนี้เป็นผลจากความร่วมมือของสามองค์กร คือ กรุงเทพมหานคร (สำนักอนามัย) จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย (คณะแพทยศาสตร์) และโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย โดยการสนับสนุนทุนจากสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข และโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย

วัตถุประสงค์หลักของโครงการ รูปแบบกรุงเทพ7 คือ การกำหนดรูปแบบการบริการด้านสุขภาพและสวัสดิการ ที่มีโครงสร้างพื้นฐานคือพนักงานสาธารณสุขชุมชนและบุคลากรวิชาชีพด้านสุขภาพต่างๆ ที่จะต้องให้การบริการที่สอดคล้องทั้งด้านสุขภาพและสังคม และปฏิบัติงานอย่างใกล้ชิดร่วมกับกลุ่มผู้ดูแลสุขภาพที่ไม่เป็นทางการ อาทิ ครอบครัว เพื่อน เพื่อนบ้าน และอาสาสมัครต่างๆ รูปแบบกรุงเทพ 7 ยังมุ่งที่จะแสดงถึงความเป็นไปได้ในทางปฏิบัติของการสอดคล้องประสานระหว่างระบบการบริการที่บ้านที่ต้องอาศัยความร่วมมือระหว่างสาขาวิชาชีพ กับการดำเนินการกิจกรรมชุมชนที่ต้องอาศัยความร่วมมือระหว่างภาคส่วน/หน่วยงานต่างๆ (ระบบบริการสุขภาพชุมชน)

จุดมุ่งหมายสำคัญจากการดำเนินการนี้คือการนำไปสู่การพัฒนาระบบบริการสุขภาพที่บูรณาการและสอดคล้องประสานเพียงพอที่จะตอบสนองและสนับสนุนระบบดูแลที่ไม่เป็นทางการ (Informal care) ให้ดำรงอยู่อย่างมีประสิทธิภาพ นอกจากนั้นยังมุ่งหวังให้ประชาคมในชุมชนสามารถมีส่วนร่วมอย่างเข้มแข็งในการกำหนดแผนและดำเนินการจัดการด้านสุขภาพและสวัสดิการร่วมกัน

ระบบบริการสุขภาพชุมชน เป็นรูปแบบที่ต่อเติมจากระบบการดูแลสุขภาพระดับชุมชนที่เป็นอยู่ในปัจจุบัน ซึ่งยังคงวางอยู่บนหลักสี่ประการของสาธารณสุขมูลฐาน คือ (i) การเข้าถึงอย่างถ้วนหน้าและครอบคลุมความจำเป็นพื้นฐาน (ii) การมีส่วนร่วมของชุมชนและบุคคล และพึ่งพาตนเองได้ (iii) ความมีส่วนร่วมระหว่างภาคส่วนต่างๆในการดำเนินการเพื่อสุขภาพ และ (iv) การประยุกต์ใช้เทคโนโลยีที่เหมาะสมและมีความคุ้มค่าในทรัพยากรที่มีอยู่

ระบบบริการสุขภาพชุมชน ยังอาจพิจารณาว่าเป็นกลยุทธ์ที่สร้างเสริมโอกาสการเข้าถึงระบบสุขภาพของบุคคลและชุมชน โดยเป็นระดับแรกสุดภายใต้กรอบการสาธารณสุขมูลฐานที่เชื่อมต่อกับผู้รับบริการซึ่งก็คือบุคคลและชุมชน

ระบบบริการสุขภาพชุมชน ประกอบด้วยกิจกรรมหลากหลายที่จัดเพื่อประชาชนทุกกลุ่มอายุ โดยเน้นการส่งเสริมให้มีการสอดคล้องประสานระหว่างการดูแลสุขภาพที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการ ที่ตอบสนองต่อสาระพื้นฐาน 8 ประการ ดังนี้

1. การส่งเสริมสุขภาพและการให้ความรู้
2. การป้องกันและการควบคุมโรคติดต่อและปัญหาสุขภาพเฉพาะในพื้นที่ เช่น การติดเชื้อ เอดส์ อุบัติเหตุ การดื่มแอลกอฮอล์ ปัญหาอาชีวอนามัย
3. สิ่งแวดล้อม น้ำ และสุขาภิบาล
4. การดูแลแม่และเด็กและการวางแผนครอบครัว
5. อุปทานด้านอาหารและความปลอดภัยของอาหาร
6. การจัดการโรคเรื้อรัง โดยเน้นการคิดเนื่องต่อการรักษา

7. การรักษาขั้นพื้นฐานและการฟื้นฟูสมรรถภาพสำหรับปัญหาทางสุขภาพที่รวมถึงภาวะทุพพลภาพ
8. การดูแลระยะยาว

ระบบบริการสุขภาพชุมชนจะต้องจัดการบริการสุขภาพและสังคมที่สอดคล้องกันและรุกเข้าถึงครัวเรือนสำหรับรายบุคคลและครอบครัว (การบริการที่บ้าน – Home-based services) และการดำเนินการกิจกรรม/รณรงค์ระดับชุมชน (Community-based services) ทั้งนี้การบริการทั้งสองประเภทจะต้องประสานและสนับสนุนซึ่งกันและกัน ในขณะที่ความร่วมมือระหว่างภาคส่วนเป็นเงื่อนไขจำเป็นของความสำเร็จของการดำเนินการกิจกรรม/รณรงค์ระดับชุมชน ความร่วมมือระหว่างสหสาขาวิชาชีพก็เป็นหัวใจสำคัญของการบริการที่บ้านและกิจกรรมบริการเพื่อการสนับสนุน

รูปแบบกรุงเทพ 7 ได้รับการพัฒนาในพื้นที่สองแขวงที่เขตใจกลางของกรุงเทพมหานคร และครอบคลุมประชากรในพื้นที่ทั้งหมดซึ่งมีประมาณ 60,000 คน งานบริการด้านสุขภาพพื้นที่ทั้งสองแขวงอยู่ภายใต้ความรับผิดชอบของศูนย์บริการสาธารณสุขที่ 16 ของสำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร ทั้งนี้ศูนย์บริการสาธารณสุข 16 ซึ่งเป็นศูนย์สุขภาพระดับชุมชนได้ทำหน้าที่เป็นหน่วยงานหลักของรูปแบบกรุงเทพ 7 และดำเนินการบริการสุขภาพในชุมชนให้แก่ประชาชนในพื้นที่รับผิดชอบ โดยมีโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย เป็นหน่วยรับการส่งต่อและร่วมสนับสนุนการพัฒนา รูปแบบกรุงเทพ 7

รูปแบบกรุงเทพ 7 ประกอบด้วย “ระบบการบริการที่บ้าน” และ “ระบบการบริการชุมชน” ระบบการบริการที่บ้านประกอบด้วยกิจกรรมบริการที่หลากหลาย ดังนี้ บริการเยี่ยมบ้านประจำ การประเมินที่บ้าน การพยาบาลที่บ้าน การฟื้นฟูสมรรถภาพที่บ้าน การให้ความรู้/ให้คำปรึกษาที่บ้าน การบริการเพื่อความคิดเนื่องต่อการรักษาโรคเรื้อรัง (โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง วัณโรค) การบริการสังคม การบริการประคับประคอง และการดูแลระยะสุดท้ายของชีวิต กิจกรรมการบริการที่บ้านเหล่านี้ได้รับการสนับสนุนจากกิจกรรมการบริการที่ศูนย์บริการสาธารณสุข 16 ได้แก่ การประชุมสหสาขาวิชาชีพ การบริการผู้ป่วยนอก การบริการฟื้นฟูสมรรถภาพ คลินิกเด็กดี คลินิกฝากครรภ์ บริการวางแผนครอบครัว คลินิกฝังเข็ม บริการสังคม และบริการดูแลทดแทน (Respite care)

การมีส่วนร่วมของชุมชน เป็นสิ่งจำเป็นของทั้งระบบการบริการที่บ้านและระบบการบริการชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขและผู้นำชุมชนได้รับการเชิญให้เข้าร่วมในทุกขั้นตอนของการดำเนินการและการวางแผน

หลังจากหนึ่งปีของการพัฒนา รูปแบบกรุงเทพ 7 พบว่าได้ประสบความสำเร็จในการพัฒนา โดยผลการดำเนินงานได้รับการนำเสนอแก่คณะผู้บริหารของกรุงเทพมหานครและสำนักอนามัย

และส่งเสริมการบริหารจัดการระบบบริการของรูปแบบกรุงเทพ 7 ให้กับสำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร ตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม พ.ศ. 2546 ความสำเร็จดังกล่าวยังได้รับการเผยแพร่สู่สาธารณะโดยผ่านสื่อสารมวลชน เช่น หนังสือพิมพ์และโทรทัศน์ รูปแบบโครงการ กรุงเทพ 7 และผลของการจัดบริการได้รับการบรรจุเป็นหัวข้ออภิปรายหลักในการประชุมวิชาการในประเทศไทย อย่างไรก็ตามสัญญาณที่ชัดเจนแห่งความสำเร็จมาจากสำนักอนามัยที่ได้เริ่มประยุกต์เอารูปแบบกรุงเทพ 7 ไปใช้ดำเนินการในพื้นที่อื่นของกรุงเทพมหานคร

จากการศึกษานี้แสดงให้เห็นว่า รูปแบบกรุงเทพ 7 ซึ่งเป็นต้นแบบของระบบบริการสุขภาพชุมชนที่มุ่งให้เกิดการสอดประสานของระบบสุขภาพและสวัสดิการ เป็นกลยุทธ์ใหม่ในระบบบริการสุขภาพเพื่อตอบสนองต่อความท้าทายที่เกิดขึ้นในประเทศกำลังพัฒนาอันรวมทั้งประเทศไทย และสามารถดำเนินการได้จริงในพื้นที่เขตเมือง รูปแบบนี้ช่วยสร้างความเข้มแข็งของการเชื่อมโยงระบบที่เป็นทางการเข้ากับระบบที่ไม่เป็นทางการที่เป็นสิ่งจำเป็นของกระบวนการดูแลระยะยาว หลักการ รูปแบบระบบ และประสบการณ์ของการจัดการในการพัฒนา จะเป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาอื่นๆที่มุ่งเน้นการสาธารณสุขมูลฐานและระบบสุขภาพและสวัสดิการ อย่างไรก็ตาม รูปแบบกรุงเทพ 7 ไม่ได้เป็นรูปแบบอุดมคติที่จะเหมาะสมกับทุกกลุ่มประชากรและทุกพื้นที่ในประเทศไทย ผู้บริหารและผู้ให้บริการในพื้นที่อื่นๆทั้งในเขตเมืองและเขตชนบทควรพิจารณาดำเนินการประยุกต์รูปแบบกรุงเทพ 7 อย่างเหมาะสมและสอดคล้องกับสภาพการดำเนินการในแต่ละท้องถิ่น

Community Health Service System: Bangkok 7 model

Abstract

Of the 21st century, new challenges to health and well-being of the Thai society are rapid ageing of the population, change of disease pattern i.e. a significant shift from communicable diseases to non-communicable diseases, increase in number of disabled and major social shifts such as rapid urbanization and dispersion of support systems, substantial migration, increasing work-force participation among women and family structure transformation from extended family to nuclear family. Because rapid urbanization is one of the major social shifts, which relates to increase of non-communicable diseases and other social changes, enhancement of health and welfare systems in the city area in the face of these challenges should be focused in the first place.

Existing community services and primary health care approach, which has been implemented after the Alma-Ata conference in 1978, were designed for essential elements particularly preventive measures against communicable diseases, promotion of food supply and proper nutrition, adequate supply of safe water and basic sanitation, maternal and child care, provision of essential drugs and appropriate management of common health problems. Since 1978, the major strategies for implementing primary health care in Thailand are a population-based approach using community intervention/campaign, promoting community participation via community health volunteers and set up community health centres to provide services including maternal and child care, immunization and basic treatment. However, these strategies do not adequately meet new challenges from growing prevalence of non-communicable diseases and disability among the ageing society. Hence, new strategies to meet new health challenges are needed.

In order to work out a new strategy, a participatory action (operational) research, called the “Bangkok 7 model”, has been conducted in a city area of Bangkok since July 2002. This project is a result of collaboration among three institutes - the Bangkok Metropolitan Administration (BMA), the Chulalongkorn University (Faculty of Medicine) and the King Chulalongkorn Memorial hospital. It was fund by the Health System Research Institute and the King Chulalongkorn Memorial hospital.

The main objective of the Bangkok 7 model project was to establish a new model of health and welfare provision, founded on community health workers and professional health care

workers who would integrate across functions of health and social care and work closely with all existing informal carers, whether family, friends or neighbours, and also with voluntary groups and individual volunteers. This model also was to demonstrate a practical way of integration between comprehensive home-based services, which requires interdisciplinary cooperation and community interventions, which requires intersectoral collaboration. (i.e. Community Health Service System)

It was hoped that this would enable a system of comprehensive and integrated health care to develop, which was more sensitive and responsive to informal care and able to mesh in with and support it more efficiently and take account of the reciprocal nature of informal care. It was also hoped that such a system would be more amenable to a degree of control by local people and enable them to participate actively in the planning and running of the health and welfare system in the city area.

The community health service system is viewed as an expansion model of conventional community-based health care in Thailand, which bases on four basic principles of the primary health care approach including – (i) universal accessibility and coverage on the basis of need, (ii) community and individual involvement and self-reliance, (iii) intersectoral action for health, and (iv) appropriate technology and cost-effectiveness in relation to the available resources.

The community health service system is also viewed as the strategy of enhancing accessibility of individual and community to the health system. Thus it is the first level of contact of individual and community under the primary health care approach.

The community health service system is comprised of various comprehensive activities for all ages, which promote integration between formal and informal care to serve eight basic elements including –

- (i) Health promotion and education
- (ii) Prevention and control of communicable diseases and other endemic health problems such as drug addiction, accidents and injuries, alcoholic intake, occupational health problems
- (iii) Environment, water and sanitation
- (iv) Maternal and child health care and family planning
- (v) Food supply and food safety
- (vi) Management of chronic diseases, which emphasises on adherence to treatment

- (vii) Basic treatment and rehabilitation for health problems including disabilities
- (viii) Long-term care

The community health service system has to provide integrated health and social services for needed individuals and families at their own homes (i.e. home-based services) and community interventions/activities (i.e. community-based services). These two kinds of services must be integrated and complement to each other. While intersectoral collaboration is essential for success of community-based activities, interdisciplinary collaboration is vital for home-based care and its support activities.

The Bangkok 7 model was developed in 2 districts at the heart of the Bangkok Metropolitan, of which total population was around 60,000. These 2 districts are the responsible area of the 16th public health centre of the Health department, BMA. The 16th public health centre, a community health centre, is the principle organization of the Bangkok 7 model which provides the community health service for people in its catchments area. The King Chulalongkorn Memorial hospital joins the Bangkok 7 model as a referral centre and also as a partner of model development.

The Bangkok 7 model composes of home-based service system and community-based service system. The home-based service system is comprised of activities including regular home visit, home assessment, home nursing, home rehabilitation, home education/counselling, service for treatment adherence of selected chronic diseases (diabetes mellitus, hypertension, tuberculosis), social service and palliative and end of life care. These home-based services are supported by activities/services in the 16th Public Health Centre including multidisciplinary team meeting, outpatient services, rehabilitation services, well baby clinic, ANC clinic, family-planning service, acupuncture clinic, social services and respite care.

Community participation is vital for both home-based service system and community-based service system. Health volunteers and community leaders are invited and encouraged to join in every step of activities and planning.

After one year, the Bangkok 7 model has been successfully developed. Its output is presented to the administrators of the BMA and the Health department. Its responsibility in term of management was fully transferred to the Health department of the BMA on the 1st October 2003 and the whole system was maintained and carried on. Its success was disseminated to the public through mass media such as newspapers and televisions. The Bangkok 7 model and its

output was the main topic of several academic conferences in Thailand. However, the obvious sign of success comes from the Health department as it starts to adopt the Bangkok 7 model for implementation in other areas.

This study demonstrates that the Bangkok 7 model, the innovative community health service system for achieving the integration of health and welfare systems is a new strategy in health service system to meet new health challenges in the city area of developing countries like Thailand. It provides strengthening of formal-informal link, which is essential for long-term care, and intersectoral collaboration. Its underlined principles, system design and development management would benefit for further development focuses on the primary health care and health and welfare systems. However, it is not the ideal model that can fit with all kinds of population and areas in Thailand. Administrators and health care providers of other areas, including both urban and rural areas, should work out how to adopt or apply the Bangkok 7 model into their own practice.

บทสรุปผู้บริหาร

รายงานการศึกษา

ระบบบริการสุขภาพชุมชน: โครงการ กรุงเทพฯ 7

ระบบบริการสุขภาพชุมชน (Community Health Service System) เป็นระบบบริการในชุมชนโดยสอดคล้องประสานการบริการสุขภาพเข้ากับการบริการ-สวัสดิการสังคม ทั้งนี้เป็นการเพิ่มบทบาทและภาระกิจของระบบบริการปฐมภูมิ (Primary Care System) และการสาธารณสุขมูลฐาน (Primary Health Care) ในด้านการดูแลระยะยาว (Long-term care) การบริการบุคคลและครอบครัวที่บ้านอย่างบูรณาการ (Comprehensive home-based services) และสอดคล้องกับวงจรชีวิต (Life course approach) และการสอดคล้องประสานระหว่างการดำเนินการกิจกรรมชุมชน (Community intervention) และการบริการที่บ้านเข้าด้วยกัน เพื่อให้เกิดสัมฤทธิ์ผลของการจัดการปัญหาสุขภาพของชุมชน ทั้งในด้านการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค การจัดการให้มีการติดตามรักษาโรคเรื้อรังต่อเนื่อง (Adherence to management) การฟื้นฟูสมรรถภาพ การมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนในการดูแลสุขภาพและสังคมของสมาชิก ตลอดจนการสร้างเสริมความร่วมมือระหว่างหน่วยงานทั้งภาครัฐและเอกชน

เหตุผลของความจำเป็นในการพัฒนาระบบบริการสุขภาพชุมชนที่สำคัญมีอยู่สามประการ คือ ประการที่หนึ่ง- การเปลี่ยนโครงสร้างประชากรของประเทศไทยที่มีการดำเนินไปสู่ภาวะ “ประชากรสูงอายุ” อย่างรวดเร็ว โดยจะมีผู้สูงอายุในสัดส่วนมากกว่าร้อยละ 15 ในปีพ.ศ.2561 การเปลี่ยนแปลงดังกล่าวจะเกิดขึ้นเร็วกว่าที่เคยเกิดในประเทศพัฒนาแล้วถึง 3 เท่า ที่สำคัญจำนวนและสัดส่วนประชากรสูงอายุที่มีอายุสูงมากจะเพิ่มขึ้นในอัตราสูงที่สุด และประชากรกลุ่มนี้จะเป็นประชากรกลุ่มใหญ่ที่ทุพพลภาพและพึ่งพาการดูแลจากผู้อื่น ประการที่สอง- การเปลี่ยนแปลงรูปแบบของโรคและปัญหาสุขภาพ จากปัญหาโรคติดต่อที่เป็นปัญหาหลักทางสุขภาพในอดีตมาเป็นโรคไม่ติดต่อและอุบัติเหตุในปัจจุบัน และมีแนวโน้มมากขึ้นอย่างต่อเนื่อง โรคไม่ติดต่อซึ่งส่วนใหญ่เป็นโรคเรื้อรังมักจะนำไปสู่ภาวะทุพพลภาพและพิการในระยะยาว ประการที่สาม- การเปลี่ยนแปลงทางสังคมที่ทำให้วิถีชีวิตและพฤติกรรมคนไทยเปลี่ยนไป อาทิ ออกกำลังกายลดลง บริโภคมากขึ้น ดื่มสุรามากขึ้น เป็นต้น ขนาดครอบครัวและครัวเรือนเล็กลง ครอบครัวจะเป็นครอบครัวเดี่ยวเป็นส่วนใหญ่ การเคลื่อนย้ายถิ่นมีอยู่โดยทั่วไป ผู้หญิงทำงานประกอบอาชีพมากขึ้นทำให้แรงงานในครัวเรือนเพื่อการดูแลผู้ทุพพลภาพและพึ่งพาลดลง ตลอดจนการเปลี่ยนแปลงของความเชื่อและคุณค่าในสังคม

ลักษณะเด่นของระบบบริการสุขภาพชุมชน

- ช่องทางเข้าถึงระบบบริการ
- โครงสร้างบุคลากร และทักษะ
- ความเชื่อมโยงกิจกรรมเพื่อประสิทธิผลของความร่วมมือสหสาขาวิชาชีพและความต่อเนื่องของการบริการ
- กิจกรรมที่สนับสนุนครอบครัวและชุมชนในการดูแลระยะยาว
- ความเชื่อมโยงระหว่างระบบบริการที่บ้านและกิจกรรมชุมชนอื่นทำให้มีลักษณะ “จากล่างสู่บน” (Bottom up)
- ระบบการบริหารจัดการภายใน

กิจกรรมของระบบบริการสุขภาพชุมชน

- กิจกรรมที่รุกเข้าถึงบ้าน (Care at the door steps)
 - บริการเยี่ยมบ้านประจำ (Regular home visit)
 - การประเมินที่บ้าน (Home-based assessment)
 - การประชุมสหสาขาวิชาชีพ (Multidisciplinary team meeting)
 - การให้ความรู้และคำปรึกษาที่บ้าน (Home education and counselling)
 - การพยาบาลที่บ้าน (Home nursing)
 - การฟื้นฟูสมรรถภาพที่บ้าน (Home rehabilitation)
 - การบริการเพื่อความติดเนื่องต่อการรักษาโรคเรื้อรัง (Services for chronic disease adherence)
 - การบริการประคับประคองและการดูแลระยะสุดท้ายของชีวิต (Palliative and end of life care)
 - การบริการดูแลทดแทน (Respite care)
- กิจกรรมชุมชน (Community intervention)

ลักษณะเด่นของกระบวนการศึกษาเชิงปฏิบัติการอย่างมีส่วนร่วม

- การกำหนดรูปแบบที่ชัดเจน และการวางแผนงาน (Program Evaluation and Review Technique) ไว้ล่วงหน้า
- การจัดเตรียมทรัพยากรที่เพียงพอต่อการพัฒนา
- การดำเนินการอย่างกัลยาณมิตร และเน้นการสร้างแรงจูงใจ (Motivation)
- การเลือกใช้กลไกในการพัฒนาระบบทั้งที่เป็นทางการ (Formal tactic) และที่ไม่เป็นทางการ (Informal tactic)

- การติดตามเก็บข้อมูลอย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง
- การสนับสนุนอย่างจริงจังจากผู้บริหารองค์กร

ข้อเสนอแนะทางนโยบาย

- ระบบบริการสุขภาพชุมชนแบบบูรณาการดังเช่นรูปแบบกรุงเทพ 7 ไม่ใช่เรื่องเฉพาะการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค หรือที่นิยมเรียกกันว่า P&P แต่ครอบคลุมไปถึงการจัดการเพื่อลดทอนภาวะทุพพลภาพ (Prevention of disability) โดยเฉพาะในกระบวนการจัดการให้มีการติดตามรักษาโรคเรื้อรังต่อเนื่อง และการฟื้นฟูสมรรถภาพ นอกจากนี้ยังสอดคล้องประสานกับการบริการทางสังคมอีกด้วย
- รูปแบบกรุงเทพ 7 เป็นรูปแบบที่มุ่งสู่ระบบบริการที่ดำเนินการตามความต้องการของผู้รับบริการ (Client-driven) มากกว่าความต้องการของผู้ให้บริการ (Provider-driven) และแทรกรวมการดำเนินการด้านการดูแลระยะยาว (Long-term care) ที่มีความต่อเนื่องเพื่อสร้างเสริมศักยภาพของครอบครัวและชุมชนให้สามารถดูแลผู้ทุพพลภาพได้อย่างมีคุณภาพและต่อเนื่อง อันเป็นกลยุทธ์ที่สำคัญที่ช่วยลดทอนความต้องการการเข้าอยู่ในสถานบริการเรื้อรังซึ่งควรเป็นรูปแบบสุดท้ายของการดำเนินการ
- การจำแนกชุมชนเป็นประเภทต่างๆ ซึ่งมีการเปิดช่องทางการเข้าถึงการบริการแตกต่างกันตามศักยภาพของชุมชนในการดูแลตนเอง อันเป็นลักษณะสำคัญของการปฏิบัติจริงที่ทำให้ทั้งไม่แย่งความรับผิดชอบของการดูแลตนเองมาเป็นภาระของส่วนรวมโดยไม่จำเป็น และทำให้การจัดสรรทรัพยากรคุ้มค่าและเป็นไป ตามกฎการบริการ (Care law) คือทรัพยากรจะต้องจัดสรรมากน้อยตามความจำเป็น (Need) โดยผู้ที่มีความจำเป็นมากควรได้ทรัพยากรสนับสนุนมากกว่าผู้ที่มีความจำเป็นน้อย
- การที่รูปแบบกรุงเทพ 7 สอดคล้องกับกฎการบริการ (Care law) และยังเป็นระบบบริการเชิงรุกที่เข้าถึงประชากรและบุคคลที่ช่วยลดทอนการกีดกันจากระยะทาง (Distance barrier) จึงทำให้เกิดความเป็นธรรมในการเข้าถึงระบบบริการมากยิ่งขึ้น ดังนั้นรูปแบบกรุงเทพ 7 นี้ นอกจากจะเป็นการพัฒนาาระบบสาธารณสุขมูลฐานแล้ว ยังเป็นการเสริมเจตจำนงของโครงการประกันสุขภาพถ้วนหน้าด้านความเป็นธรรมในการเข้าถึงระบบบริการสุขภาพให้สมบูรณ์ขึ้น
- ถึงแม้รูปแบบกรุงเทพ 7 จะได้รับการพัฒนาขึ้นในเขตกรุงเทพมหานคร แต่ความจำเป็นหลักต่อการมีระบบบริการสุขภาพชุมชนของพื้นที่ชนบทไม่ได้ต่างไปจากเขตเมือง ไม่มีเหตุผลใดที่โครงสร้างของระบบและความเชื่อมโยงในกิจกรรม

ต่างๆของรูปแบบกรุงเทพ 7 จะไม่สามารถประยุกต์ใช้กับพื้นที่ชนบทได้ด้วย ปัจจัยหรือเงื่อนไขสำคัญที่สุดของการนำรูปแบบนี้ไปประยุกต์ใช้ในเขตชนบทคือ “บุคลากร” ที่มีอยู่ในปัจจุบันที่จำเป็นจะต้องมีปรับ และการจัดขนาดพื้นที่ความรับผิดชอบของหน่วยบริการให้เหมาะสม การศึกษาของการนำรูปแบบกรุงเทพ 7 ไปประยุกต์ในพื้นที่ชนบทควรได้รับการสนับสนุนให้มีขึ้น

- ในการให้บริการสุขภาพชุมชนไม่ว่าในมิติหรือกิจกรรมใดๆก็ตาม ไม่อาจกำหนดที่จะเลือกให้เฉพาะผู้มีสิทธิเป็นบางกลุ่มหรือบางคนได้ กล่าวให้ชัดเจนในทางปฏิบัติ ผู้ให้บริการไม่สามารถเลือกปฏิบัติที่จะให้บริการกับบางบุคคลในครัวเรือนที่มีสิทธิบัตรทองหรือแก่บางครัวเรือนที่มีสิทธิบัตรทองทั้งครัวเรือนโดยละเลยบุคคลหรือครัวเรือนอื่นๆที่อยู่ในชุมชนเดียวกัน ด้วยเหตุผลนี้ การจัดสรรงบประมาณให้แก่ระบบบริการสุขภาพชุมชนภายใต้ระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้าจึงจำเป็นจะต้องให้สำหรับประชากรทุกคนไม่ว่าจะอยู่ภายใต้สิทธิใดก็ตาม และเป็นหน้าที่ของสำนักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ที่จะต้องเจรจาทำความเข้าใจกับผู้รับผิดชอบการเงินของประชากรที่อยู่ภายใต้สิทธิอื่นๆ อาทิ กระทรวงการคลัง และสำนักงานประกันสังคม
- จำเป็นจะต้องมีการพัฒนาระบบบริหารจัดการและระบบควบคุมภายในของแต่ละหน่วยบริการให้เข้มแข็ง แต่ที่สำคัญยิ่งกว่าคือ การที่ต้องเปลี่ยนกระบวนทัศน์ (Paradigm) ของการติดตามประเมินผล (Evaluation) จากองค์กรหลัก (อาทิ สำนักอนามัยต้องติดตามประเมินผลการดำเนินการของศูนย์บริการสาธารณสุข) จากการใช้ตัวเลขง่ายๆ เช่น ความครอบคลุมครัวเรือนที่ได้รับการเยี่ยมบ้าน ซึ่งไม่สอดคล้องกับภาระกิจและรูปแบบบริการใหม่ ไปเป็นการประเมินผลลัพธ์โดยรวมในพื้นที่ เช่น อัตราการได้รับวัคซีนครบในเด็กชั้นประถมปีที่หนึ่ง หรือจำนวนคน-ครั้งที่ได้รับการที่บ้านนอกเหนือจากการเยี่ยมบ้านประจำ หรือร้อยละของผู้ที่มีโรคความดันโลหิตสูงที่ติดตามรับการรักษาต่อเนื่อง ยิ่งไปกว่านั้น จำเป็นจะต้องมีระบบรับรองคุณภาพระบบบริการสุขภาพชุมชนและหน่วยบริการปฐมภูมิเช่นเดียวกับที่มีระบบรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (Hospital accreditation)
- ระบบบริการสุขภาพชุมชนตามรูปแบบกรุงเทพ 7 เป็นการสนับสนุนทั้งการสาธารณสุขมูลฐาน (Primary health care) และระบบสุขภาพระดับเขต-อำเภอ (District health system) ทั้งนี้ระบบสุขภาพระดับเขต-อำเภอมีแนวโน้มที่จะเป็นลักษณะสำคัญของระบบสุขภาพในอนาคตซึ่งจะต้องมีการกระจายอำนาจ (Decentralization) หรืออย่างน้อยที่สุดจะต้องมีการผ่อนคลายกฎระเบียบ (Deregulation) อันเป็นผลที่มาจากและเอื้อต่อความสำเร็จของโครงการประกันสุขภาพ

ภาพถว้นหน้า ยิ่งกว่านั้นยังชี้ถึงความจำเป็นของการพัฒนาตัวชี้วัด (Indicators) และการประเมินผลการดำเนินการของระบบสุขภาพระดับพื้นที่ (Area-based health system performance)

- เป็นที่ทราบกันโดยทั่วไปว่างานสาธารณสุขหมายถึง “การดำเนินการอย่างมีส่วนร่วมภายในสังคมเพื่อพัฒนาสุขภาพของประชากรและลดทอนความไม่เป็นธรรม” โดยรายงานการศึกษานี้ใช้ชื่อเรียกว่า “กิจกรรมชุมชน (Community intervention)” ซึ่งภายใต้ขอบเขตอย่างจำกัดจะไม่รวม “การบริการบุคคล” ไว้ อย่างไรก็ตามในระบบบริการสุขภาพชุมชนดังเช่นรูปแบบกรุงเทพ 7 ได้แสดงชัดเจนให้เห็นถึงความสัมพันธ์ของงานทั้งสองอย่างอันก่อผลประโยชน์ที่เกิดขึ้นแก่ทั้งชุมชนไม่ว่าจะในมุมมองของประชากรหรือบุคคลก็ตาม ยิ่งไปกว่านั้นรูปแบบกรุงเทพ 7 ได้แสดงให้เห็นถึงศักยภาพของบุคลากรที่สามารถดำเนินการเพื่องานทั้งสองอย่างเพื่อการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกัน ควบคุม และจัดการปัญหาทางสุขภาพอย่างบูรณาการ ผลจากการศึกษานี้ชี้ว่าบุคลากรสาธารณสุข อย่างน้อยที่สุดรวมถึง แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว พยาบาลครอบครัว นักกายภาพบำบัดชุมชน และ พนักงานสุขภาพชุมชน จำเป็นจะต้องรับการผลิตให้มีศักยภาพและความสามารถในการดำเนินการอย่างสอดคล้องทั้งงานการบริการบุคคลที่บูรณาการและงานสาธารณสุข (กิจกรรมชุมชน) และควรที่จะเป็นวาระแห่งชาติด้านการผลิตบุคลากรสาธารณสุข

สารบัญ

	หน้า
คำนำ	
บทคัดย่อ ระบบสุขภาพชุมชน:โครงการกรุงเทพ 7	1
Abstract Community Health Service System:Bangkok 7 Model	5
บทสรุปผู้บริหาร รายงานการศึกษา ระบบสุขภาพชุมชน:โครงการกรุงเทพ 7	9
บทที่ 1 ที่มาของการศึกษาเพื่อพัฒนาระบบบริการสุขภาพชุมชนและวัตถุประสงค์หลักของการศึกษา	
➤ ที่มาของการศึกษา	14
➤ วัตถุประสงค์หลักของการศึกษา	15
➤ เป้าหมายของการพัฒนาระบบในการศึกษาเชิงปฏิบัติการ	16
บทที่ 2 เหตุผลของการพัฒนา	
➤ ภาวะประชากรสูงอายุในประเทศไทย	18
➤ การเปลี่ยนแปลงรูปแบบของโรค(Epidemiological transition of diseases)	20
➤ การเปลี่ยนแปลงด้านสังคม(Social transformation)	22
➤ หลุมพรางของระบบบริการสุขภาพของประเทศ(Pitfalls of national health care system)	24
➤ การปฏิรูประบบสุขภาพครั้งที่สาม(The third generation health system reform)	29
➤ ประสบการณ์การวิจัย “โครงการบริการผู้สูงอายุในชุมชนแออัดคลองเตย”	31
บทที่ 3 มโนทัศน์ของระบบบริการสุขภาพชุมชน	
➤ มโนทัศน์ของโครงการ “กรุงเทพ 7”	35
บทที่ 4 ระบบบริการสุขภาพชุมชนที่ได้พัฒนาขึ้น	
➤ การบริการ	42
➤ งานบริการและกิจกรรมในระบบการบริการที่บ้าน(Home-based services)	43
➤ กระบวนการกิจกรรมชุมชน(Community activities)	55
➤ บริการอื่นๆที่พัฒนาขึ้น	59
➤ บุคลากร	61
➤ ระบบการบริหารจัดการเพื่อคุณภาพ	64

	หน้า
บทที่ 5 ผลการให้บริการ	
➤ ผลการให้บริการแก่บุคคล	68
➤ การบริการบุคคล	71
➤ ผลการดำเนินการกิจกรรมชุมชน	75
➤ กิจกรรมในชุมชน	75
บทที่ 6 กระบวนการดำเนินการให้เกิดการพัฒนาอย่างมีส่วนร่วม (Participatory action research) ระหว่างคณะผู้วิจัย ศูนย์บริการสาธารณสุขที่ 16 และโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์	
➤ การดำเนินการให้เกิดการพัฒนาอย่างมีส่วนร่วม	78
บทที่ 7 ข้อเสนอแนะทางนโยบายและทิศทางการพัฒนาในอนาคต	
➤ องค์ความรู้ที่สำคัญต่อนโยบายและข้อเสนอแนะทางนโยบายและทิศทางการพัฒนาในอนาคต	84
➤ แผนการดำเนินการต่อเนื่องเพื่อการสนับสนุนให้มีการนำรูปแบบกรุงเทพ 7 ไปปฏิบัติได้อย่างมีประสิทธิภาพ	87
เอกสารอ้างอิง	89
ภาคผนวก	
➤ ภาคผนวก ก. : คู่มือการปฏิบัติงานและแบบบันทึกต่างๆที่ได้พัฒนาขึ้น	
➤ ภาคผนวก ก.1 : มาตรฐานการปฏิบัติ(Standard operation) และแนวทางการบริการ(Practice guideline)	1-17
➤ ภาคผนวก ก.2 : แบบบันทึกข้อมูลการบริการและคู่มือ	1-21
➤ ภาคผนวก ก.3 : แบบประเมินบุคคลและคู่มือ	1-38
➤ ภาคผนวก ข. : แผนปฏิบัติการของกิจกรรมชุมชน (Community intervention) ที่ได้พัฒนาขึ้นและนำไปสู่การปฏิบัติ	1-27
➤ ภาคผนวก ค. : คุณสมบัติและบทบาทของบุคลากรในระบบบริการสุขภาพชุมชน	1-9
สารบัญรูปภาพ	
สารบัญตาราง	

บทที่หนึ่ง

ที่มาของการศึกษาเพื่อการพัฒนา
ระบบบริการสุขภาพชุมชนและวัตถุประสงค์หลักของการศึกษา

บทที่หนึ่ง:

ที่มาของการศึกษาพัฒนาระบบบริการสุขภาพชุมชน และวัตถุประสงค์หลักของการศึกษา

การศึกษาด้านระบบบริการสุขภาพชุมชนของคณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ได้เริ่มมาตั้งแต่พ.ศ.2535 โดยเป็นการศึกษารูปแบบระบบบริการสุขภาพชุมชนแบบบูรณาการ สำหรับประชากรสูงอายุในเขตชุมชนแออัดคลองเตย (โครงการเซต) ในระยะเวลาของศึกษานาน 4 ปีทำให้ได้ข้อมูลพื้นฐานและประสบการณ์สำคัญสำหรับการวางรูปแบบระบบบริการสุขภาพชุมชน และมุ่งที่จะดำเนินการพัฒนารูปแบบที่สมบูรณ์สำหรับประชากรทั้งหมดในชุมชนในขนาดพื้นที่ที่ใหญ่ขึ้น อย่างไรก็ตาม โอกาสของการดำเนินการดังกล่าวยังไม่ปรากฏ โดยเฉพาะ การที่ยังไม่มีการแบ่งพื้นที่รับผิดชอบ (Catchment area) ภายในเขตกรุงเทพมหานคร (พื้นที่การพัฒนาจะต้องใกล้เคียงกับคณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย และโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย เนื่องจากในกระบวนการพัฒนาระยะแรกต้องการการสนับสนุนจากระบบภายในองค์กรทั้งสอง) ความไม่กระจ่างชัดถึงความจำเป็นของการพัฒนาระบบบริการสุขภาพชุมชนอย่างบูรณาการของผู้บริหารขององค์กรหลักของประเทศที่เป็นผู้ให้บริการสุขภาพ (กระทรวงสาธารณสุข และ กรุงเทพมหานคร) ความไม่เอื้ออำนวยของแหล่งทุนวิจัยในการสนับสนุนต่อกระบวนการศึกษาพัฒนารูปแบบโดยมีหน่วยบริการเป็นเป้าหมายหลักของการพัฒนาอย่างมีส่วนร่วม (เกือบทั้งหมดของการศึกษาเชิงปฏิบัติการอย่างมีส่วนร่วมในประเทศไทยจะมุ่งเป้าหมายไปที่ชุมชนซึ่งสามารถกำหนดงบประมาณและผลที่คาดหวังได้ชัดเจน) และความยืดหยุ่นต่อการเปลี่ยนแปลงที่ไม่เพียงพอของหน่วยบริการต่างๆที่เหมาะสมที่จะร่วมในกระบวนการพัฒนา

ภายหลังจากพรรคไทยรักไทยได้รับชัยชนะในการเลือกตั้งโดยสามารถครองเสียงข้างมากในสภาผู้แทนราษฎรและจัดตั้งรัฐบาลขึ้นในปีพ.ศ.2544 ก็ได้ดำเนินนโยบาย “โครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค” และเป็นผลให้มีการกำหนดแบ่งพื้นที่รับผิดชอบในการให้บริการ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ได้เข้าร่วมโครงการในวันที่ 1 เมษายน พ.ศ.2545 และรับผิดชอบพื้นที่บริการโซน 7 อันครอบคลุมประชากรในพื้นที่แขวงปทุมวันและแขวงลุมพินี เขตปทุมวัน กอปรกับคณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย มุ่งที่จะดำเนินการศึกษาวิจัยในพื้นที่ดังกล่าวเพื่อให้ได้ข้อมูลหรือผลอันเป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาระบบสุขภาพของประเทศ จึงได้จัดทำโครงการการศึกษารูปแบบระบบบริการสุขภาพชุมชนขึ้น โดยใช้ข้อมูลและประสบการณ์จากในอดีตในการกำหนดรูปแบบระบบและแผนงานพัฒนา

การที่มีการปฏิรูประบบสุขภาพภายใต้นโยบาย “โครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค” ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว โดยมีผลต่อวิสัยทัศน์และความตื่นตัวของบุคลากรในระบบสุขภาพทั้งในระดับผู้บริหารและผู้ปฏิบัติ จึงเป็นโอกาสที่เอื้อต่อการจัดทำโครงการศึกษารูปแบบระบบบริการสุขภาพชุมชน ทำให้คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย สามารถบรรลุการสอดคล้องประสานความร่วมมือและการสนับสนุนจากองค์กรและหน่วยงานต่างๆ ดังนี้

1. โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย
2. สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร และศูนย์บริการสาธารณสุขที่ 16 (ลุมพินี)
3. วิทยาลัยพยาบาล สภากาชาดไทย
4. สถาบันวิจัยสังคม จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
5. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข

และทำให้สามารถจัดตั้งโครงการนี้ได้เป็นผลสำเร็จ โดยเรียกโครงการนี้ในชื่อย่อว่า “โครงการกรุงเทพ 7” มีกำหนดระยะเวลาดำเนินการ 2 ปี ซึ่งเริ่มต้นดำเนินการในวันที่ 1 กรกฎาคม พ.ศ.2545 และพัฒนารูปแบบระบบบริการครบถ้วนในวันที่ 30 มิถุนายน พ.ศ.2546 สำหรับในปีที่สองเป็นการถ่ายโอนความรับผิดชอบโดยสมบูรณ์ไปยังหน่วยปฏิบัติ “ศูนย์บริการสาธารณสุขที่ 16 (ลุมพินี)” การเตรียมการนำสู่นโยบาย และการเตรียมการเพื่อสนับสนุนการฝึกอบรมถ่ายทอดประสบการณ์ไปยังพื้นที่อื่นๆ

นอกจาก “โครงการกรุงเทพ 7” ยังมีการดำเนินการศึกษาอีกสองโครงการควบคู่ไปพร้อมกัน คือ โครงการการศึกษาต้นทุนของระบบบริการที่พัฒนาขึ้น (ดำเนินการโดยคณะนักวิจัยจากภาควิชาเวชศาสตร์ป้องกันและสังคม คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย) และโครงการการศึกษาประสิทธิผลของระบบบริการที่พัฒนาขึ้นที่เป็นการประเมินภายนอก (ดำเนินการโดยคณะนักวิจัยจากวิทยาลัยพยาบาล สภากาชาดไทย) ทั้งสามโครงการจะดำเนินการโดยเอกเทศ

วัตถุประสงค์หลักของการศึกษา

โครงการกรุงเทพ 7 เป็นการศึกษาเชิงปฏิบัติการอย่างมีส่วนร่วมโดยมีวัตถุประสงค์หลักดังนี้

1. เพื่อพัฒนารูปแบบ (Model) ระบบบริการสุขภาพชุมชนอย่างบูรณาการ (Comprehensive community health care system) ที่มีประสิทธิภาพ โดยมีลักษณะสอดคล้องประสานระหว่างสหสาขาวิชาชีพ (Multidisciplinary cooperation) ระหว่างการบริการที่บ้าน (Home-based care) กับการดำเนินการกิจกรรมชุมชน

(Community intervention) และระหว่างชุมชนกับผู้ให้บริการและหน่วยงานต่างๆ
ที่มีส่วนร่วม (Intersectoral collaboration)

2. เพื่อให้ได้ความรู้ที่สามารถประยุกต์ใช้ (Applicable knowledge) ในพื้นที่ต่างๆของ
ประเทศไทย โดยเฉพาะในส่วนโครงสร้างบุคลากร ทักษะและความรู้ที่พึงมีของ
บุคลากร ความเชื่อมโยงระหว่างกิจกรรมและระหว่างสหสาขาวิชาชีพ การสอด
ประสานอย่างมีส่วนร่วมจากชุมชนและหน่วยงานต่างๆ ตลอดจนระบบบริหารจัดการ
การระบบบริการสุขภาพชุมชน
3. เพื่อให้ได้ความรู้ของกลวิธีการพัฒนาจากกระบวนการพัฒนาในลักษณะการศึกษา
เชิงปฏิบัติการอย่างมีส่วนร่วม (Participatory action research) อันเป็นประโยชน์ต่อ
บุคคลหรือหน่วยงานที่ต้องดำเนินการพัฒนาโครงการหรือระบบบริการอื่นๆต่อ
ไป

การดำเนินการพัฒนารูปแบบระบบบริการสุขภาพชุมชนอย่างบูรณาการอยู่ในความรับผิดชอบ
ของผู้วิจัยหลัก ซึ่งเป็นผู้ดำเนินการผลักดันกระบวนการทั้งด้านการพัฒนาระบบบริการ การ
บริหารจัดการ การเชื่อมโยงการดำเนินการ การนำความรู้และทักษะสื่อไปยังผู้ปฏิบัติ และการ
ดำเนินการเพื่อนำสู่นโยบาย

การดำเนินการตามวัตถุประสงค์ข้อที่สองอยู่ภายใต้ความรับผิดชอบของผู้วิจัยหลัก ผู้ร่วม
วิจัยจากวิทยาลัยพยาบาลศาสตร์ สภากาชาดไทย และกลุ่มงานร่วมให้บริการในระบบบริการสุขภาพ
ชุมชนทั้งในสังกัดศูนย์บริการสาธารณสุขที่ 16 และโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

สำหรับการดำเนินการเพื่อตอบสนองวัตถุประสงค์ที่สาม เป็นการรับผิดชอบของนักวิจัย
หลัก โดยเน้นองค์ความรู้ที่ครอบคลุมประสบการณ์และกลวิธีที่ใช้ในการพัฒนาในการศึกษาเชิง
ปฏิบัติการอย่างมีส่วนร่วมครั้งนี้

เป้าหมายของการพัฒนาระบบในการศึกษาเชิงปฏิบัติการ

เป้าหมายการพัฒนาระบบในโครงการนี้ มุ่งเน้นที่สองประการ คือ ประการที่หนึ่ง มุ่งให้ได้
ระบบการบริการที่เป็นไปได้ในทางปฏิบัติ โดยเฉพาะสามารถประยุกต์ใช้ได้ในพื้นที่อื่นๆ และต้อง
ไม่เกิดข้อจำกัดทางทรัพยากร ซึ่งพร้อมที่จะนำสู่ระดับนโยบาย และประการที่สอง มุ่งให้เกิดองค์
ความรู้ของกระบวนการพัฒนา ที่จะเป็ประโยชน์ต่อบุคคลและหน่วยงานที่จะดำเนินการพัฒนา
โครงการหรือกิจกรรมต่างๆในรูปแบบของการศึกษาเชิงปฏิบัติการอย่างมีส่วนร่วม (Participatory
action research)

ในการดำเนินการเพื่อตอบสนองเป้าหมายที่หนึ่ง ได้จำแนกระดับของกลุ่ม-ประชากรเป้าหมายของ “โครงการกรุงเทพ 7” เป็นสามระดับ ดังนี้

- กลุ่ม-ประชากรเป้าหมายระดับที่หนึ่ง คือ ศูนย์บริการสาธารณสุขที่ 16 เป็นเป้าหมายที่จะต้องพัฒนา โดยครอบคลุมส่วนสำคัญ ดังนี้
 - พลังและความพร้อมของบุคลากรในศูนย์บริการสาธารณสุขที่ 16 - โดยรวมถึงการพัฒนาวิสัยทัศน์ ความพร้อมในการให้ความร่วมมือเพื่อการพัฒนา ตลอดจนความรู้และทักษะต่างๆ
 - โครงสร้างบุคลากรและอุปกรณ์ที่จำเป็นจะต้องจัดสรรเพิ่มเติม
 - การพัฒนาระบบการบริการและกิจกรรมต่างๆที่มีความต่อเนื่อง
 - การพัฒนาระบบการบริหารจัดการการบริการ
 - การเตรียมความพร้อมให้ศูนย์บริการสาธารณสุขที่ 16 สามารถดำเนินการเพื่อระบบสุขภาพโดยรวมภายในพื้นที่และประชากรที่รับผิดชอบ
- กลุ่ม-ประชากรเป้าหมายระดับที่สอง คือ ประชากรในพื้นที่เป็นเป้าหมายต่อเนื่องในกระบวนการพัฒนา อันเป็นผลลัพธ์ที่ได้จากความสำเร็จในการพัฒนาเป้าหมายระดับที่หนึ่ง โดยมีมุ่งให้เกิดผลลัพธ์สุดท้ายที่ต้องการโดยเฉพาะ
 - การสร้างความมีส่วนร่วมจากชุมชนและหน่วยงาน-ภาคส่วนต่างๆ
 - การสร้างแนวคิด “จากล่างขึ้นบน” (Bottom up) และการดำเนินการให้เห็นรูปธรรมในกิจกรรมต่างๆ ทั้งส่วนที่เป็นบริการถึงบ้าน กิจกรรมชุมชน และการบริการต่างๆในศูนย์บริการ
 - ความรู้และทักษะในการประยุกต์ใช้เทคนิคที่เหมาะสมในทางปฏิบัติเพื่อการสร้างความมีส่วนร่วมของชุมชนและภาคส่วนต่างๆในการพัฒนา
- กลุ่ม-ประชากรเป้าหมายระดับที่สาม คือ หน่วยบริการอื่นๆ เพื่อนำรูปแบบ “โครงการกรุงเทพ 7” ไปประยุกต์ใช้ อันหมายถึง
 - การนำเสนอโดยเน้นที่ สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร เป็นลำดับแรก และกระทรวงสาธารณสุข เป็นลำดับต่อไป
 - การเตรียมการเพื่อการสนับสนุนการพัฒนาระบบในพื้นที่อื่นๆ โดยรวมถึง
 - การจัดทำรายงานสรุปการพัฒนา “โครงการกรุงเทพ 7”
 - การเตรียมเอกสารที่ใช้ปฏิบัติจริงในการดำเนินการด้านระบบบริการและการบริหารจัดการ
 - การเตรียมคู่มือปฏิบัติ
 - การเตรียมสนับสนุนการฝึกอบรมและการดูงาน

บทที่สอง

เหตุผลของการพัฒนา

บทที่สอง:

เหตุผลของการพัฒนา

การที่ระบบการบริการสุขภาพชุมชน “โครงการ กรุงเทพฯ 7” ได้รับพัฒนาขึ้นเพื่อเป็นต้นแบบของระบบบริการสุขภาพชุมชน เนื่องจากเหตุผลพื้นฐานสำคัญหกประการ ซึ่งนำไปสู่โมโนทัศน์ (Concept) ของระบบที่พัฒนาขึ้น เหตุผลดังกล่าวประกอบไปด้วย

- ภาวะประชากรสูงอายุ (Population ageing)
- การเปลี่ยนรูปแบบของโรค (Epidemiological transition of diseases)
- การเปลี่ยนด้านสังคม (Social transformation)
- จุดอ่อนของระบบบริการสุขภาพของประเทศ (Pitfalls of national health care system)
- การปฏิรูประบบสุขภาพครั้งที่สาม (3rd generation health system reform)
- ประสบการณ์การศึกษาวิจัยของโครงการ CES ชุมชนแออัดคลองเตย

ภาวะประชากรสูงอายุในประเทศไทย

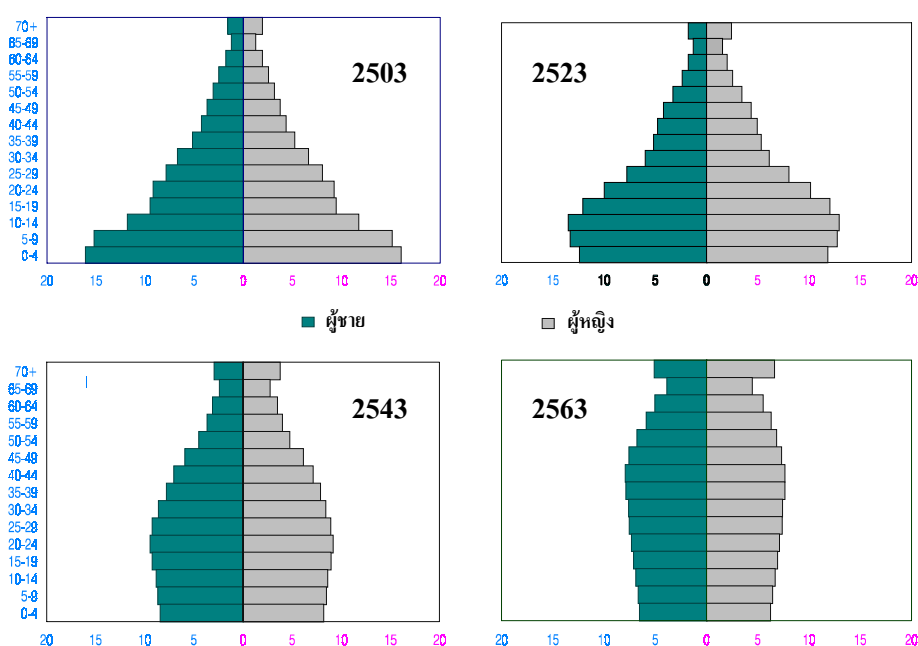
ในระยะยี่สิบปีที่ผ่านมา ผู้สูงอายุ (อายุ 60 ปีหรือมากกว่า) ในประเทศไทยมีจำนวนและสัดส่วนเพิ่มขึ้นโดยตลอด โดยเพิ่มจากจำนวน 2.5 ล้านคน (ร้อยละ 5.4 ของประชากรทั้งหมด) ในปีพ.ศ.2523 ไปเป็น 5.3 ล้านคน (ร้อยละ 8.7) ในปีพ.ศ.2543 และคาดว่าจะเพิ่มเป็น 10.8 ล้านคน (ร้อยละ 15.2) ในปีพ.ศ.2563⁽¹⁾ ในขณะที่จำนวนและสัดส่วนประชากรในวัยเด็กได้ลดลงเป็นลำดับ สำหรับจำนวนและสัดส่วนของประชากรในวัยแรงงานจะเข้าสู่จุดสูงสุดในอีกราวสิบปีข้างหน้า การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรดังกล่าวสามารถแสดงให้เห็นโดยง่ายจากลักษณะปิรามิดของประชากร (Population pyramid) ในระยะเวลาต่างๆ⁽²⁾ โดยจากลักษณะโครงสร้างที่มีรูปร่างปิรามิดชัดเจนในปีพ.ศ.2503 ไปเป็นลักษณะระฆังคว่ำในปีพ.ศ.2543 และรูปແຈ້ງในปีพ.ศ.2563 (รูปที่ 1)

ตามเกณฑ์ของสหประชาชาติได้กำหนดว่าประชากรจะอยู่ในสภาวะสูงอายุต่อเมื่อประชากรนั้นมีสัดส่วนของประชากรที่มีอายุ 65 ปีขึ้นไปมากกว่าร้อยละ 7 ของประชากรทั้งหมด โดยตามเกณฑ์ดังกล่าว ประชากรในประเทศไทยจะเข้าสู่ระยะประชากรสูงอายุ (Population ageing) ในราวปีพ.ศ.2553 อย่างไรก็ตามการเพิ่มขึ้นของประชากรในวัยสูงอายุในประเทศไทยมีอัตราเร็วมากกว่าที่เกิดขึ้นในประเทศที่พัฒนาแล้ว

ความเร็ว (Rapidity) ของกระบวนการเปลี่ยนแปลงความชราของประชากร สามารถทำการเปรียบเทียบได้จากระยะเวลาที่มีการเพิ่มของสัดส่วนประชากรผู้สูงอายุที่มีอายุ 65 ปีขึ้นไปจากร้อยละ 7 ไปเป็นร้อยละ 14 ทั้งนี้ประเทศฝรั่งเศสใช้เวลา 114 ปี ประเทศสวีเดนใช้เวลา 85 ปี ประเทศสหรัฐอเมริกาใช้เวลา 72 ปี ในขณะที่ประเทศไทยจะใช้เวลาเพียง 22 ปีเท่านั้น⁽³⁾

การเปลี่ยนแปลงไปสู่ความชราของประชากรที่รวดเร็วเป็นเหตุให้โอกาสในการพัฒนาเพื่อรองรับผลกระทบจากการเปลี่ยนแปลงเป็นไปอย่างจำกัด ประเทศไทยและประเทศอื่นๆในอาเซียนล้วนตกอยู่ในสถานการณ์ดังกล่าวโดยมีเวลาที่จะดำเนินการต่างๆในระยะสั้นมากเมื่อเทียบกับประเทศที่พัฒนาแล้ว

รูปที่ 1 โครงสร้างประชากรของประเทศไทยในปีพ.ศ. 2503, 2523, 2543 และ 2563



ที่มา: สุทธิชัย จิตะพันธุ์กุล และศรีจิตรา นูนาค⁽²⁾

ทุกหนแห่งในโลกนี้ที่มีมนุษย์อาศัยอยู่กำลังเคลื่อนเข้าสู่ภาวะ “ประชากรสูงอายุ (Population ageing)” ด้วยกันทั้งสิ้น และเป็นที่ตระหนักจากนานาประเทศถึงความจำเป็นของการเตรียมการที่เหมาะสม ดังจะเห็นจากการแสดงออกที่ชัดเจนของสหประชาชาติที่ได้ดำเนินการให้มี

การประชุม Second World Assembly on Ageing ขึ้นที่กรุงมาดริด ประเทศสเปน ในเดือนเมษายน พ.ศ.2545 รวมทั้งการที่องค์การอนามัยโลกพยายามผลักดันมติ “Active Ageing” เข้าสู่ประเทศสมาชิกต่างๆในปัจจุบัน^(4,5)

สำหรับประเทศไทย ได้รับการยอมรับจากนานาประเทศว่าเป็นหนึ่งในประเทศที่มีการเตรียมการสำหรับภาวะประชากรสูงอายุอย่างเข้มแข็ง ดังจะเห็นจากการดำเนินการต่างๆที่มีมาอย่างต่อเนื่อง^(1,6) ตลอดจนการที่ได้จัดทำแผนระยะยาวระดับชาติฉบับที่สองขึ้น และผ่านการรับรองจากคณะรัฐมนตรีเป็นที่เรียบร้อย^(7,8) และมาตรการที่สามของแผนระยะยาวระดับชาติฉบับนี้ได้กำหนดให้มีการพัฒนาระบบบริการสุขภาพชุมชนแบบบูรณาการไว้อย่างชัดเจน อันแสดงถึงความตระหนักและเจตจำนงของรัฐที่จะให้มีการพัฒนาการของระบบบริการของประเทศเพื่อตอบสนองต่อความจำเป็นในอนาคตอันใกล้

การเปลี่ยนรูปแบบของโรค (Epidemiological transition of diseases)

การเปลี่ยนแปลงรูปแบบของโรคและปัญหาสุขภาพ จากปัญหาโรคติดต่อหรือโรคติดต่อ (Communicable diseases) ที่เป็นปัญหาหลักทางสุขภาพในอดีต มาเป็นโรคไม่ติดต่อ (Non-communicable diseases) และอุบัติเหตุ (Accidents) ในปัจจุบัน และมีแนวโน้มมากขึ้นอย่างต่อเนื่อง⁽⁹⁻¹¹⁾ สาเหตุของกลุ่มโรคไม่ติดต้อมีลักษณะไม่ชัดเจนเหมือนกับสาเหตุของกลุ่มโรคติดต่อ ปัจจัยเสี่ยงของโรคไม่ติดต่อและอุบัติเหตุมีหลายอย่าง โดยมีความสัมพันธ์สูงกับพฤติกรรม การพัฒนาทางเศรษฐกิจและสังคม สิ่งแวดล้อม กฎหมาย วัฒนธรรม และวิถีชีวิตและคุณค่าในสังคม ประการสำคัญกลุ่มโรคไม่ติดต่อซึ่งส่วนใหญ่เป็นโรคเรื้อรังมักจะนำไปสู่ภาวะทุพพลภาพและพิการในระยะยาว⁽¹²⁾

ปัญหาของความล้มเหลวของการจัดการรักษาและการป้องกันไม่ให้ผู้ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อซึ่งเรื้อรัง อาทิ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน เป็นต้น ก้าวไปสู่โรคแทรกซ้อนระยะยาว (Long-term complication) อันทำให้เกิดภาวะทุพพลภาพและพึ่งพาในที่สุด คือ ความติดเนื่องต่อการรักษา (Adherence to management) โดยพบว่ามากกว่าครึ่งหนึ่งของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาไม่ดีเป็นผลจากสาเหตุนี้^(13,14) กลยุทธ์สำคัญเพื่อเพิ่มความติดเนื่องต่อการรักษาคือการเปลี่ยนกระบวนการบริการสุขภาพจากตั้งรับไปสู่เชิงรุกมากขึ้น ซึ่งไม่ได้หมายถึงมิติการบริการด้านการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค แต่หมายถึงการเข้าถึงผู้ป่วยโดยระบบบริการที่มุ่งเข้าสู่ชุมชน ถึงประตูบ้าน ถึงผู้ป่วยและครอบครัว การดำเนินการเชิงรุกนี้ออกจากจะเป็นประโยชน์ต่อกลุ่มโรคไม่ติดต่อแล้วยังเป็นประโยชน์ต่อกลุ่มโรคติดต่อที่มีลักษณะเรื้อรังและเป็นปัญหาสำคัญ ได้แก่ วัณโรค และการติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์

ทุกภาระซ้ำซ้อนจากโรค (Double burden of diseases)

เป็นที่ทราบกันดีจากทั้งข้อมูลการศึกษาภายในประเทศและต่างประเทศ⁽⁹⁻¹¹⁾ ว่าปัญหาสุขภาพสำคัญที่มีสัดส่วนกว่าร้อยละ 70 ของภาระทางสุขภาพทั้งหมด คือ โรคไม่ติดต่อ (Non-communicable diseases) และอุบัติเหตุ แต่ในขณะเดียวกันโรคติดต่อที่เกิดขึ้นใหม่ (Emerging communicable diseases) โดยเฉพาะการติดเชื้อเอชไอวีและโรคเอดส์ ตลอดจนโรคติดต่อที่ย้อนกลับมาเป็นปัญหาใหม่ (Reemerging diseases) ได้แก่ วัณโรค โรคมาลาเรีย เป็นต้น ได้เป็นปัญหาทางสุขภาพที่สำคัญของประเทศไทยในปัจจุบันเช่นเดียวกัน ซึ่งทำให้ประเทศไทยและประชากรไทยกำลังประสบปัญหาซ้ำซ้อนทั้งสองทาง ภาระซ้ำซ้อนดังกล่าวจะนำไปสู่ความลำบากในการจัดการและการจัดสรรทรัพยากร

ภาวะทุพพลภาพ (Disability) และปรากฏการณ์การขยายตัวของโรค (Expansion of morbidity)

ภาวะทุพพลภาพและภาวะพึ่งพา (Dependence) เป็นปัญหาสำคัญของครอบครัวและสังคม เนื่องจากผู้ที่อยู่ในสถานะพึ่งพาต้องการการสนับสนุนและ/หรือการดูแลจากครอบครัวและสังคม รัฐไม่สามารถปฏิเสธภาระกิจของความร่วมมือส่วนร่วมในการจัดการและดำเนินการให้ผู้ที่ทุพพลภาพและพิการมีคุณภาพชีวิตที่สมเหตุสมผลโดยครอบครัวและชุมชนสามารถดูแลได้อย่างต่อเนื่อง จากข้อมูลของประเทศไทย ส่วนใหญ่ของประชากรที่ทุพพลภาพและพึ่งพาเป็นกลุ่มผู้สูงอายุและมีอัตราที่สูง⁽¹²⁾ เป็นที่ตระหนักกันดีว่าจำนวนประชากรที่อยู่ในสถานะพึ่งพาจะมีจำนวนที่เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วตามการเปลี่ยนแปลงของภาวะประชากรสูงอายุที่กำลังเกิดขึ้น⁽¹⁴⁾ (ตารางที่ 1) แต่ประเด็นที่สำคัญอย่างยิ่งคือ มีหลักฐานบางประการที่แสดงให้เห็นว่ามี “การขยายตัวของโรคและภาวะทุพพลภาพ” ในประชากรไทยในปัจจุบัน⁽¹⁵⁻¹⁷⁾ ซึ่งปรากฏการณ์นี้ได้เคยเกิดขึ้นในประเทศที่พัฒนาแล้ว เช่น สหรัฐอเมริกา ทั้งนี้การขยายตัวดังกล่าวจะทำให้จำนวนผู้ที่มีปัญหาทางสุขภาพเพิ่มขึ้นในอัตราที่สูงกว่าการเพิ่มขึ้นของประชากร และนั่นหมายความว่าจำนวนผู้ที่มีโรคและทุพพลภาพจะสูงมากกว่าตัวเลขที่ได้จากการคาดประมาณแนวโน้ม

ปัญหาจากยาเสพติดและโรคเอดส์

เป็นที่ตระหนักชัดในปัจจุบันแล้วว่า ปัญหายาเสพติดและปัญหาโรคเอดส์เป็นปัญหาสำคัญของประเทศ ผู้ที่ติดยาเสพติดส่วนใหญ่เป็นประชากรวัยรุ่นหรือวัยทำงานตอนต้น ซึ่งเป็นกลุ่มบุคคลที่สมควรจะเป็นกำลังสำคัญของการพัฒนาครอบครัวและสังคมในอนาคต ในขณะที่ผู้ที่เป็นโรคเอดส์หรือติดเชื้อเอชไอวีและกำลังจะเป็นโรคเอดส์ในอนาคต เป็นกลุ่มวัยทำงานเป็นส่วนใหญ่ ซึ่งสมควรเป็นกำลังหลักในการดูแลครอบครัวและสังคมในปัจจุบัน

ความท้าทายที่สำคัญคือ ถ้าเราควบคุมการขยายตัวของปัญหายาเสพติดไม่ได้ หมายความว่าในอนาคตอันใกล้ประชากรในประเทศไทยจะมีคุณภาพที่ด้อยลง ในขณะเดียวกันผู้ที่ติดเชื้อเอชไอวี

และที่เป็นโรคเอดส์ในปัจจุบันจะเจ็บป่วยและเสียชีวิตเป็นจำนวนมากในระยะเวลา 5-10 ปีข้างหน้า (คาดว่าเป็จำนวนหลายแสนคน) ดังนั้น นอกจากทรัพยากรที่จะต้องใช้ในการจัดการด้านสุขภาพ โดยเฉพาะการรักษาจะขยายตัวขึ้นอย่างมากแล้ว การที่สูญเสียบุคคลในวัยทำงานจำนวนมาก ตลอดจนการที่ประชากรที่สมควรจะเป็นกำลังสำคัญของสังคมอยู่ในสภาพที่ไม่มีคุณภาพ ย่อมทำให้ศักยภาพในการพัฒนาและสร้างเสริมตนเองของครอบครัว ชุมชน และสังคมถดถอยลง และนำไปสู่ปัญหาต่อเนื่องทั้งทางสังคมและสุขภาพของสังคมโดยรวมในที่สุด⁽¹⁸⁾

การเปลี่ยนด้านสังคม (Social transformation)

ตลอดระยะเวลาที่สามทศวรรษที่ผ่านมา สังคมไทยมีการเปลี่ยนแปลงอย่างมาก⁽¹⁸⁻²¹⁾ โดยเห็นได้จากการเปลี่ยนของวิถีชีวิตและพฤติกรรมคนไทย อาทิ ออกกำลังลดลง บริโภคมากขึ้น ดื่มสุรามากขึ้น เป็นต้น การเปลี่ยนของโครงสร้างครอบครัว โดยขนาดครอบครัวและครัวเรือนเล็กลง ครอบครัวจะเป็นครอบครัวเดี่ยวเป็นส่วนใหญ่ การเคลื่อนย้ายถิ่นมีอยู่โดยทั่วไป ผู้หญิงทำงาน ประกอบอาชีพมากขึ้นทำให้แรงงานในครัวเรือนเพื่อการดูแลผู้ทุพพลภาพและพึ่งพาลดลง ตลอดจนการเปลี่ยนแปลงของความเชื่อและคุณค่าในสังคม ที่มุ่งสู่ความเป็นปัจเจกบุคคลมากขึ้นและยอมรับในค่านิยมทางตะวันตกเพิ่มขึ้น เช่น การหยุดพักร้อน-การท่องเที่ยว ความต้องการทางวัตถุเพิ่มขึ้น และการให้คุณค่ากับการแต่งงานลดลง เป็นต้น

ตารางที่ 1 จำนวนประชากรสูงอายุ (ร้อยละ) ที่คาดว่าจะมีปัญหามือพิการ การพึ่งพาในการดูแลสุขลักษณะส่วนตัว และกลุ่มอาการสมองเสื่อม ในปีพ.ศ.2543, 2548, 2553, 2558, 2563, 2568 และ 2573 จำแนกตามเพศ

		พ.ศ. 2543	พ.ศ. 2548	พ.ศ. 2553	พ.ศ. 2558	พ.ศ. 2563	พ.ศ. 2568	พ.ศ. 2573
ภาวะทุพพลภาพระยะยาว	ชาย	403,683 (17.01)	467,981 (17.19)	550,278 (17.27)	664,376 (17.14)	819,158 (17.13)	1,008,827 (17.17)	1,230,283 (17.24)
	หญิง	580,139 (19.57)	687,657 (20.05)	814,286 (20.26)	980,309 (20.09)	1,200,352 (20.05)	1,463,717 (20.19)	1,768,929 (20.35)
มีภาวะทุพพลภาพและไม่สามารถออกจากบ้านได้อย่างอิสระ	ชาย	83,033 (3.5)	97,838 (3.59)	117,126 (3.68)	141,118 (3.64)	173,909 (3.64)	213,427 (3.63)	261,644 (3.67)
	หญิง	234,309 (5.1)	282,879 (5.4)	224,185 (5.58)	271,792 (5.57)	334,300 (5.58)	408,256 (5.63)	496,583 (5.71)
มีภาวะทุพพลภาพและต้องนอนติดเตียง	ชาย	11,920 (0.5)	13,881 (0.51)	16,978 (0.53)	19,845 (0.51)	24,745 (0.52)	30,418 (0.52)	37,427 (0.52)
	หญิง	32,785 (1.11)	39,833 (1.16)	48,129 (1.2)	58,777 (1.2)	73,276 (1.22)	90,189 (1.24)	107,024 (1.23)
พึ่งพาในกิจวัตรดูแลตนเอง	ชาย	128,288 (5.41)	150,212 (5.52)	178,738 (5.61)	216,077 (5.58)	268,564 (5.61)	330,293 (5.62)	401,194 (5.62)
	หญิง	222,353 (7.5)	267,968 (7.81)	321,099 (7.99)	386,239 (7.91)	473,202 (7.9)	576,406 (7.95)	699,560 (8.05)
กลุ่มอาการสมองเสื่อม	ชาย	47,671 (2.01)	57,173 (2.1)	70,258 (2.2)	84,644 (2.18)	105,547 (2.21)	129,579 (2.2)	158,289 (2.22)
	หญิง	114,892 (3.87)	139,837 (4.08)	171,120 (4.26)	206,989 (4.24)	252,718 (4.22)	306,609 (4.23)	374,271 (4.3)

ที่มา: สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล และคณะ⁽¹²⁾

หลุมพรางของระบบบริการสุขภาพของประเทศ (Pitfalls of national health care system)

ระบบบริการสุขภาพของประเทศไทยมีหลุมพรางหรือจุดอ่อนที่ต้องการพัฒนาในระดับต้น อยู่สามประการ⁽²²⁻²⁴⁾ คือ ประการที่หนึ่ง- การขาดระบบบริการที่เป็นองค์รวมและต่อเนื่องซึ่งสามารถเป็นช่องทางเข้าถึงประชากรได้โดยไม่มีข้อกีดขวางหรือมีให้น้อยที่สุดในด้านระยะทางและโอกาสรับรู้ข่าวสารและความรู้ทางสุขภาพ ประการที่สอง- การขาดแคลนระบบการดูแลระยะยาวที่สามารถสนับสนุนให้ครอบครัวและชุมชนสามารถดูแลผู้ที่อยู่ในสถานะพึ่งพาได้อย่างมีคุณภาพที่ดีพอและต่อเนื่อง และประการที่สาม- การกระจายที่ไม่เหมาะสมของทรัพยากรบุคคลในการให้บริการและการขาดแคลนแพทย์-พยาบาลที่มีทักษะการให้บริการ-จัดการสุขภาพในระดับปฐมภูมิ

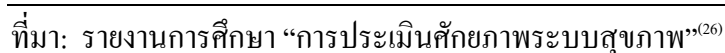
ระบบบริการสุขภาพที่เป็นองค์รวมและต่อเนื่อง

ดังที่ทราบถึงความหมายของสุขภาพซึ่งครอบคลุมอย่างกว้างขวาง จนมีผู้มองว่าเป็นคำที่ทับซ้อนกับ “คุณภาพชีวิต” และเป็นสัญลักษณ์ของ “การครอบงำทางการแพทย์-สาธารณสุข” (Medicization) ในขณะที่ “ระบบสุขภาพ” ไม่ว่าจะนิยามโดยองค์การอนามัยโลกหรือจากการศึกษาในประเทศไทย^(25,26) หมายถึง “กิจกรรมทั้งหมด (ที่เป็นกระบวนการ) ที่มีจุดประสงค์หลักในการสร้างเสริม พื้นฟู และคงไว้ซึ่งสุขภาพ ของบุคคลและประชาชน” และประกอบไปด้วยสองส่วนหลักคือ “ระบบสุขภาพที่เป็นทางการ” (Formal health system) ซึ่งครอบคลุมระบบย่อยที่มีหน้าที่หรือสัมพันธ์โดยตรงกับ “กาย” และ “จิต” แต่ไม่ได้สัมพันธ์โดยตรงกับ “สังคม” และ “จิตวิญญาณ” และ “ระบบสุขภาพที่ไม่เป็นทางการ” (Informal care system)⁽²⁶⁾ (รูปที่ 2)

การแยกส่วนของระบบเกิดขึ้นในส่วนที่เป็นทางการ (Formal system) ทั้งสิ้น โดยหน่วยงานทางสุขภาพจะรับผิดชอบด้านสุขภาพกายและจิตเป็นหลัก ในขณะที่สุขภาพทางสังคมรับผิดชอบโดยหน่วยงานทางสังคมหลายหน่วยงาน ได้แก่ กระทรวงแรงงานและสวัสดิการสังคม กระทรวงมหาดไทย กระทรวงศึกษาธิการ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ เป็นต้น สำหรับสุขภาพทางจิตวิญญาณรับผิดชอบโดยกระทรวงวัฒนธรรม และกระทรวงศึกษาธิการ ปรากฏการณ์นี้สร้างความสับสนทางความคิด โดยเฉพาะในความพยายามที่จะใช้ “ระบบดูแลสุขภาพที่เป็นทางการ” ที่มีความจำกัดทางปฏิบัติเพื่อสุขภาพทั้งสี่มิติ และเป็นผลให้มิติทาง “สังคมและจิตวิญญาณ” มีอุปสรรคในการเคลื่อนไปสู่การปฏิบัติภายใต้กลไกปัจจุบัน

ในขณะที่ส่วนที่ไม่เป็นทางการ (Informal system) ที่ถึงแม้พยายามจำแนกเพื่อให้เห็นการปรากฏอยู่ของหน้าที่ที่สอดคล้องกับระบบที่เป็นทางการ แต่เป็นที่ชัดเจนว่าในส่วนหรือระบบที่ไม่เป็นทางการจะไม่มีขอบเขตหรือโครงสร้างในลักษณะแยกส่วนที่ชัดเจน แต่อยู่ในลักษณะประสานสอดคล้องไปด้วยกัน ไม่ว่าจะเป็น

- รูปที่ 2** ระบบสุขภาพและระบบย่อยที่เป็นอยู่จริงในสังคม



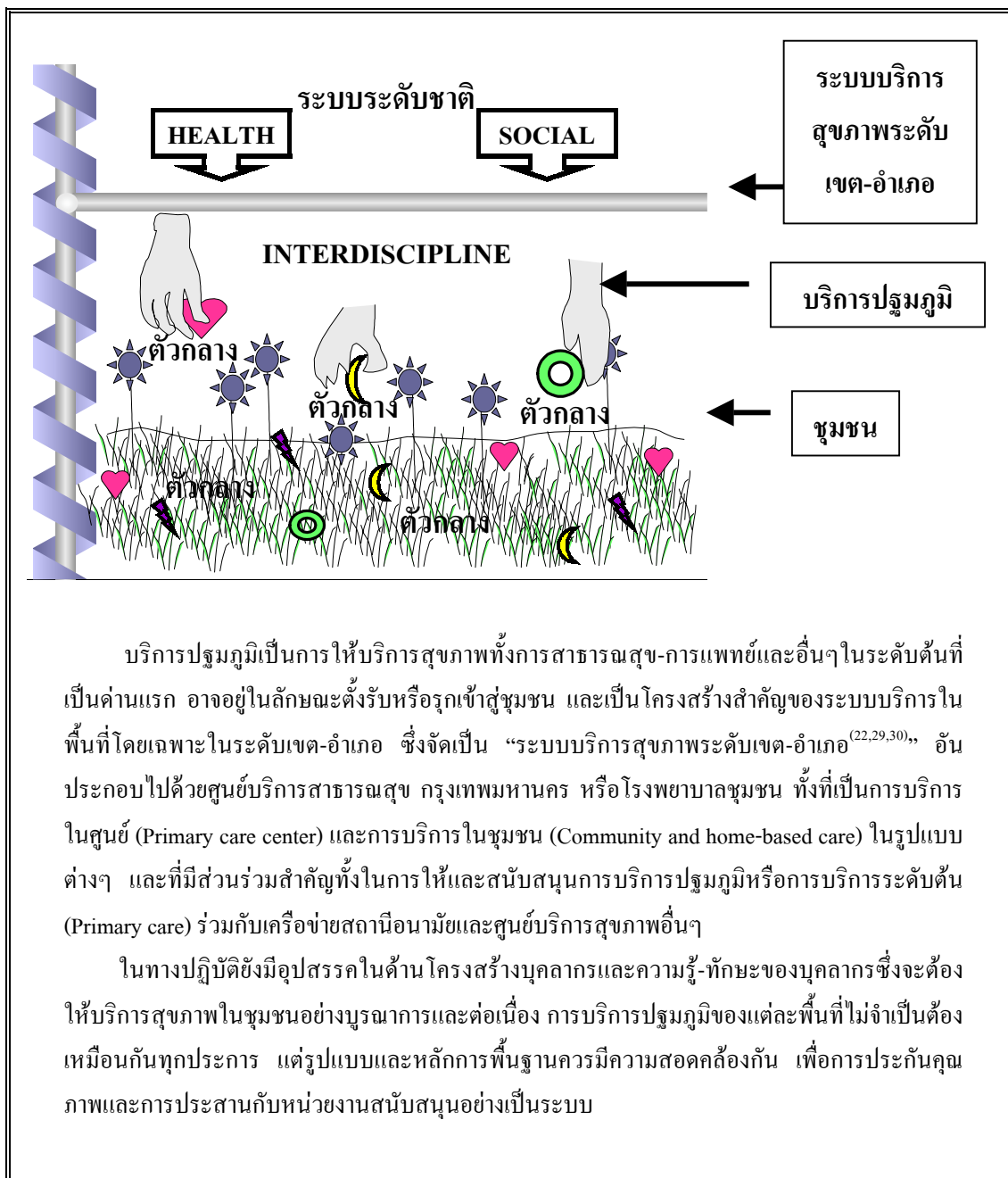
เพื่อให้การสร้างเสริมสุขภาพสามารถครอบคลุมมิติทั้งสี่ จึงมีความจำเป็นจะต้องพัฒนาระบบสุขภาพที่เป็นทางการมุ่งไปสู่การสอดคล้องประสานกับระบบสุขภาพที่ไม่เป็นทางการ โดยการเข้าสู่เนื้อแห่งชุมชนให้เข้าใจระดับที่เป็นหน่วยทางสังคมที่เล็กสุดซึ่งก็คือครอบครัว และจะต้องให้เกิดการสอดคล้องกับระบบที่เป็นทางการอื่นๆที่รับผิดชอบในด้านสังคม-การศึกษาและจิตวิญญาณ (Intersectoral collaboration)

ในการพัฒนาดังกล่าว จะต้องมีความจำเป็นในทางปฏิบัติเพื่อให้เกิดความสอดคล้อง คือ “การบริการปฐมภูมิ” (Primary care) หรือการบริการระดับต้น ที่เป็นพาหนะร่วมระหว่างหน่วยงานสนับสนุนด้านสุขภาพทางกาย-จิต สุขภาพทางสังคม และสุขภาพทางจิตวิญญาณ^(22,23)

ศักยภาพของหน่วยบริการระดับปฐมภูมิจึงมีความสำคัญอย่างมากต่อการประสบความสำเร็จและจำเป็นต้องเน้นการพัฒนาในด้านโครงสร้างบุคลากร ความรู้และทักษะในการปฏิบัติ และความสามารถในการสื่อสารและการเข้าถึงชุมชน ในการพัฒนาสมควรใช้ทรัพยากรที่มีอยู่ในปัจจุบันให้ได้ประโยชน์สูงสุด โดยเฉพาะทรัพยากรเครือข่ายชุมชนของงาน “สาธารณสุขมูลฐาน” (Primary health care) ที่เป็นช่องทางของการมีส่วนร่วมจากชุมชน (Community participation) (รูปที่ 3) ดังนั้นหน่วยบริการปฐมภูมิและระบบบริการปฐมภูมิที่ได้รับการพัฒนาจึงเป็นการเสริมศักยภาพของงานสาธารณสุขมูลฐานให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น (รูปที่ 4)

รูปที่ 3 สาธารณสุขมูลฐาน^(27,28)

Primary health care is an approach, which based on practical, scientifically sound and social acceptable methods and technology made universally accessible to individuals and families in the communities through their full participation and at a cost that community and country can afford to maintain at every stage of their development in the spirit of self-reliance and self-determination.



อย่างไรก็ตามมีหลุมพรางที่สำคัญของการบริการปฐมภูมิของประเทศในปัจจุบันอยู่สองประการ คือ ประการแรก การจำกัดบทบาทส่วนใหญ่ของการบริการปฐมภูมิไว้แต่เพียงการส่งเสริมสุขภาพ (Promotion of health of community) แต่การบริการ (Provision of health) มีน้ำหนักต่ำมาก โดยที่มีอยู่ก็จะเน้นไปที่ส่วนของการป้องกันโรคกลุ่มโรคติดเชื้อ ซึ่งบทบาทที่เป็นอยู่ในปัจจุบันไม่สามารถตอบสนองต่อการเปลี่ยนแปลงและความจำเป็นในอนาคตอันใกล้ และประการที่สอง การ

ยึดติดอยู่กับความสำเร็จในอดีตที่มาพร้อมกับเจ้าหน้าที่สถานีนามัยและอาสาสมัครในชุมชน (อสม.และพสส.) ซึ่งจำเป็นต้องตระหนักว่า ทักษะและความรู้ของเจ้าหน้าที่สถานีนามัยไม่เพียงพอต่อความต้องการการบริการของชุมชน และอาสาสมัครคืออาสาสมัครที่ถึงแม้จะมีใจในการสนับสนุนการดำเนินการแต่มีข้อจำกัดเรื่องเวลาที่จะทำงานได้อย่างสม่ำเสมอต่อเนื่อง

การดูแลระยะยาว (Long-term care)

การเปลี่ยนโครงสร้างประชากรและการเข้าสู่ภาวะประชากรสูงอายุ ร่วมกับการเปลี่ยนแปลงด้านสังคมและวัฒนธรรม ทำให้เกิดการถดถอยในความสามารถของครอบครัวในการดูแลจัดการสำหรับสมาชิกที่ต้องพึ่งพาซึ่งมักจะเป็นผู้พิการและผู้สูงวัยที่ชราภาพ และมีแนวโน้มที่ความล้มเหลวของการจัดการดูแลระยะยาวภายในครอบครัวจะเพิ่มสูงขึ้นในอนาคต⁽³¹⁾

ไม่ว่าในปัจจุบันหรืออนาคต ส่วนใหญ่ของการดูแลระยะยาวในสังคมไทยจะเป็นการดูแลแบบไม่เป็นทางการซึ่งอยู่ในภาระของครอบครัว และถึงแม้สถานการณ์ในปัจจุบันจะยังคงอยู่ในสถานะที่ดี แต่ก็มีผู้ที่อยู่ในสถานะพึ่งพาจำนวนหนึ่งที่อยู่ในสภาพขาดการดูแล⁽³²⁾ เนื่องจากมีสภาพที่แย่เกินกว่าที่ครอบครัวจะสามารถให้การดูแลที่เหมาะสมได้โดยลำพัง แต่ก็ดีกว่าหรือไม่สอดคล้องกับภาระกิจของหน่วยบริการทางสุขภาพที่เน้นที่การรักษาในระยะเฉียบพลัน และทางออกของครอบครัวจำนวนไม่น้อยคือการส่งผู้พิการและผู้ชราเข้าสู่สถานบริการเรื้อรังไม่ว่าจะเป็นของภาครัฐและภาคเอกชนซึ่งก็มีความจำกัดทั้งในด้านค่าใช้จ่ายและการจัดสรรทรัพยากร หรือก่อเกิดปัญหาการละเลย (Neglect) หรือปัญหาการปฏิบัติที่ไม่ชอบ (Abuse) มากขึ้น

หากเป้าหมายสำคัญของการพัฒนาที่จะทำให้เกิดคุณภาพชีวิตที่ดีแก่ผู้ที่อยู่ในสถานะพึ่งพา ทั้งกลุ่มผู้ชราและผู้พิการต่างๆ โดยสามารถดำรงอยู่กับครอบครัวในชุมชนให้ได้มากที่สุดแล้ว การสอดคล้องประสานการบริการเข้าสู่ชุมชนอย่างบูรณาการเพื่อสนับสนุนให้ครอบครัวสามารถดูแลได้อย่างสมเหตุสมผลและต่อเนื่อง⁽³²⁾ จำเป็นจะต้องได้รับการพัฒนาให้เกิดขึ้น ซึ่งเป็นความท้าทายสำคัญของการพัฒนารูปแบบของระบบบริการแบบบูรณาการที่สามารถเฝ้าต่อภาระกิจ “สนับสนุนการดูแลระยะยาว” และภาระกิจในด้านอื่นๆทางสุขภาพให้เกิดขึ้น

ในสังคมไทย หลักประกันเมื่อช่วยตนเองไม่ได้ในยามเจ็บป่วย พิการ และวัยชรา จะวางอยู่บนบ่าของครอบครัวมาโดยตลอด ในขณะที่รัฐมีส่วนร่วมในการให้หลักประกันน้อยมาก ความเชื่อประการหนึ่งที่รัฐและสังคมยึดมั่นอยู่เสมอ คือ “ครอบครัวจะทำหน้าที่ดังกล่าวได้อย่างดีเยี่ยมทั้งในปัจจุบันและในอนาคต” ทั้งๆที่การเปลี่ยนแปลงทางสังคมที่กำลังเกิดขึ้นอย่างมาก อาทิ ขนาดของครอบครัวและจำนวนสมาชิกในครัวเรือนลดลง การเคลื่อนย้ายถิ่นที่อยู่ การเปลี่ยนรูปแบบการทำงาน วิถีชีวิตและค่านิยมที่เปลี่ยนไป การขยายตัวของเขตเมือง และการเปลี่ยนของโครงสร้างประชากร บ่งชี้ถึงโอกาสที่กำลังถดถอยลงของสมรรถภาพของครอบครัวในการให้หลักประกันแก่ผู้ที่อยู่ในสถานะพึ่งพา

การกระจายของทรัพยากรบุคคลในการให้บริการและการขาดแคลนแพทย์-พยาบาลที่มีทักษะการให้บริการ-จัดการสุขภาพในระดับปฐมภูมิ

จากข้อมูลสาธารณสุขที่มีการติดตามมาโดยตลอด⁽³³⁾ ทำให้ตระหนักกันโดยทั่วไปว่านอกจากจะยังมีการขาดแคลนทรัพยากรบุคคลในบางสาขาวิชาชีพแล้ว ความไม่เหมาะสมของการกระจายบุคลากรในพื้นที่ต่างๆยังเป็นปัญหาสำคัญซึ่งยังคงดำรงอยู่ทั้งที่มีความพยายามในการจัดการมาโดยตลอด บุคลากรวิชาชีพทางสุขภาพจะปฏิบัติงานในเขตเมืองเป็นส่วนใหญ่ อันเป็นผลที่มาจาก ลักษณะของระบบทุนนิยมของประเทศไทยที่ความร่ำรวยอยู่ในส่วนกลางทำให้การประกอบ การทางเอกชนจึงขยายตัวสูงในเขตเมือง การที่กระทรวงสาธารณสุขขยายโรงพยาบาลขนาดใหญ่ และเพิ่มสัดส่วนความเป็นเฉพาะทางในสัดส่วนที่มากกว่าที่ควรจะเป็นเมื่อเทียบกับการลงทุนด้าน การบริการปฐมภูมิดังจะเห็นจากการเพิ่มจำนวนบุคลากรและจำนวนเตียงตลอดจนงบประมาณของ โรงพยาบาลศูนย์-โรงพยาบาลเฉพาะทางและโรงพยาบาลทั่วไป และการไม่ประสบความสำเร็จของ การจัดการฝึกอบรมแพทย์ระดับหลังปริญญาด้านเวชปฏิบัติทั่วไปและปล่อยให้มีการขยายการฝึก อบรมสู่ความเป็นแพทย์เฉพาะทางจนมากเกินไปที่จะรักษาแพทย์ที่จะปฏิบัติงานด้านการบริการ ปฐมภูมิไว้ได้อย่างเพียงพอ

การปฏิรูประบบสุขภาพครั้งที่สาม (The third generation health system reform)

ระบบสุขภาพระดับชาติของประเทศไทยอาจนับว่ามีต้นกำเนิดในปีพ.ศ.2465 เมื่อได้จัดตั้ง กระทรวงสาธารณสุขขึ้นโดยแยกออกจากส่วนงานหนึ่งของกระทรวงมหาดไทย นับแต่นั้น กระทรวงสาธารณสุขก็เป็นองค์กรหลักที่รับผิดชอบต่อการจัดบริการทางสุขภาพและจัดสรร ทรัพยากรให้กระจายไปในส่วนต่างๆของประเทศ การเปลี่ยนแปลงในปีพ.ศ.2465 นับได้ว่าเป็น “การปฏิรูประบบสุขภาพครั้งที่หนึ่ง” อันเป็นการเกิดของระบบสุขภาพระดับชาติที่ชัดเจน (Establishment of national health system) หลังจากนั้นได้มีการพัฒนาระบบบริการโดยมุ่งจัดตั้ง หน่วยบริการสุขภาพ (โรงพยาบาล) ในระดับจังหวัดและมุ่งสู่ระดับอำเภอ มีการปรับโครงสร้างภายในของกระทรวงสาธารณสุขโดยตลอดแต่ครั้งสำคัญที่สุดคือในปีพ.ศ.2517 ที่มีการรวมการจัดการ เครือข่ายหน่วยบริการให้อยู่ภายใต้อำนาจของสำนักงานปลัดกระทรวง และลดบทบาทของกรม ออนามัยและกรมการแพทย์ลงให้อยู่ในสถานะนิเทศและการสนับสนุนด้านวิชาการ-นโยบายเฉพาะ ส่วน การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างนี้มีผลต่อการปฏิรูประบบสุขภาพที่เกิดขึ้นในระยะต่อมา

“การปฏิรูประบบสุขภาพครั้งที่สอง” เกิดขึ้นในปีพ.ศ.2521 เป็นการนำมโนทัศน์และเป้าหมายขององค์การอนามัยโลกเข้ามาดำเนินการ นั่นคือการดำเนินการด้าน “การสาธารณสุขมูลฐาน” (Primary health care) โดยดำเนินการ -ขยายความสามารถในการบริการของโรงพยาบาลอำเภอ (ปัจจุบันคือโรงพยาบาลชุมชน) -พัฒนาและเพิ่มจำนวนสถานอนามัยเพื่อใช้เป็นหน่วยบริการปฐมภูมิที่เข้าถึงชุมชนมากที่สุดและผลิตบุคลากรทางสุขภาพกลุ่มใหม่คือ “เจ้าหน้าที่สถานอนามัย” อันเป็นการทดแทนแพทย์และพยาบาลที่มีความขาดแคลนและความไม่พร้อมอย่างมาก การผลิตบุคลากรเช่นนี้เป็นที่นิยมดำเนินการในประเทศกำลังพัฒนาต่างๆในระยะนั้น –และจัดให้มีอาสาสมัครเพื่อเชื่อมต่อหน่วยบริการ (สถานอนามัย) กับชุมชน อาสาสมัครเหล่านั้นรู้จักกันดีในนามอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) และผู้สื่อข่าวสาธารณสุข (ผสส.) ลักษณะสำคัญของการปฏิรูประบบสุขภาพครั้งที่สองนี้เป็นการปฏิรูปด้านอุปทาน (Supply site) คือการดำเนินการปฏิรูประบบการให้บริการและจัดสรรงบประมาณตามความต้องการของหน่วยบริการ

ในปีพ.ศ.2544 พรรคไทยรักไทยได้ครองเสียงข้างมากในสภาผู้แทนราษฎรและสามารถจัดตั้งรัฐบาล จึงได้นำนโยบาย “30 บาทรักษาทุกโรค” มาดำเนินการ และเป็นการดำเนินการ “การปฏิรูประบบสุขภาพครั้งที่สาม” โดยทำการจัดแบ่งพื้นที่รับผิดชอบ (Catchment area) ของหน่วยบริการให้ชัดเจน และจัดสรรงบประมาณตามจำนวนประชากรในพื้นที่รับผิดชอบให้แก่หน่วยบริการ ดังนั้นลักษณะสำคัญของการปฏิรูปครั้งนี้คือการปฏิรูปทางการเงิน (Health care finance) และจัดเป็นการปฏิรูปด้านอุปสงค์ (Demand site) คือให้งบตามจำนวนประชากรที่เป็นผู้ใช้บริการ

แน่นอนว่าการปฏิรูปครั้งที่สามจะก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในระบบบริการสุขภาพอย่างมากและหลีกเลี่ยงไม่ได้⁽³⁴⁾ แต่การเปลี่ยนแปลงสำคัญที่ต้องเกิดขึ้น (ถ้าการปฏิรูปนี้ดำเนินการอย่างเข้มแข็งต่อเนื่อง) ประกอบไปด้วย หนึ่ง- การกระจายทรัพยากรบุคคลที่ดีขึ้นอันเป็นไปตามอุปสงค์ที่มีต่อการบริการสุขภาพ โดยที่ต้องมีปรับแก้ระเบียบราชการเพื่อให้หน่วยบริการสามารถใช้งบประมาณได้อย่างยืดหยุ่นอันรวมถึงการจัดจ้างบุคลากร หรือจะต้องมีการออกนอกระบบราชการของหน่วยบริการโดยเป็นโรงพยาบาลภายใต้การกำกับของรัฐ สอง- การเพิ่มจำนวนและความสำคัญของหน่วยบริการปฐมภูมิและการบริการชุมชนแบบบูรณาการ และการมีระบบจัดเงินของการส่งต่อและสนับสนุนโดยหน่วยบริการที่เป็นเครือข่าย และสาม- ความต้องการบุคลากรบางประเภทอย่างมากเพื่อสามารถดำเนินการบริการและการจัดการในระบบบริการปฐมภูมิ ได้แก่ แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว พยาบาลครอบครัว และนักกายภาพบำบัดชุมชน ทำให้จำเป็นต้องผลิตบุคลากรเหล่านี้เพิ่มขึ้น

ประสบการณ์การวิจัย “โครงการบริการผู้สูงอายุในชุมชนแออัดคลองเตย”

ในระหว่างปีพ.ศ.2535-2548 คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ภายใต้การสนับสนุนงบประมาณของ HelpAge International⁽³⁵⁾ ได้ดำเนินการศึกษาเชิงปฏิบัติการในพื้นที่ชุมชนแออัดคลองเตยชื่อว่า “โครงการบริการผู้สูงอายุในชุมชนแออัดคลองเตย” หรือ “Care for the Elderly in Klong Toey Slum Project” และเรียกสั้นๆว่า CES project หรือ โครงการเซส โดยเป็นการทดลองรูปแบบการบริการแบบเบ็ดเสร็จในชุมชน (Comprehensive community-based care) แก่ประชากรสูงอายุที่พำนักอยู่ในชุมชนแออัดคลองเตย นอกจากนั้นยังมีการวิจัยประสิทธิภาพและประสิทธิผลของการบริการจำเพาะบางประการ^(36,37) คือ ประสิทธิภาพการเยี่ยมบ้านประจำ (Regular surveillance) และประสิทธิภาพของการบริการกายภาพบำบัดในชุมชน (Cost-minimization of community rehabilitation)

โครงการเซสมีวัตถุประสงค์สำคัญเพื่อ “ทดลองรูปแบบการบริการแบบเบ็ดเสร็จแก่ผู้สูงอายุในชุมชน” ซึ่งประกอบไปด้วยการบริการทั้งทางด้านสุขภาพและสังคม โดยครอบคลุมทั้งการส่งเสริม การป้องกัน การรักษา และการฟื้นฟูสมรรถภาพ ทั้งนี้ในกระบวนการบริการได้เน้นรูปแบบการบริการระดับปฐมภูมิที่แทรกวมกับชุมชน และประสานงานกับหน่วยงานหรือองค์กรต่างๆทั้งภาครัฐและเอกชน ได้แก่ ศูนย์บริการสาธารณสุข 41 ของกรุงเทพมหานคร - โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ - ศูนย์บริการชุมชนคลองเตยและศูนย์บริการผู้สูงอายุดินแดงของกรมประชาสัมพันธ์ นอกจากนั้นยังได้ประสานงานกับองค์กรอิสระที่ได้ให้บริการในชุมชน ได้แก่ สภาคริสตจักรแห่งประเทศไทย ศูนย์บริการคุณพ่อไมเออร์ (บริเวณล็อก 9) มูลนิธิดวงประทีป และสมาคมคลังปัญญา (ตั้งที่แฟลต 2) เป็นต้น

มโนทัศน์ของรูปแบบการบริการของโครงการเซส

การบริการแบบเบ็ดเสร็จของโครงการนี้ได้ยึดเอา “บ้าน และ ผู้สูงอายุ” เป็นเป้าหมายสำคัญ ทำให้กิจกรรมและหน่วยบริการจำเป็นต้องแทรกวมในชุมชนเพื่อให้สามารถเข้าถึง “ประตู” ของทุกบ้านได้อย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพ และเป็นผลให้ผู้สูงอายุที่มีความต้องการหรือความจำเป็นต่อการรับบริการสามารถเข้าถึงการบริการระดับแรกได้อย่างทั่วถึงและปราศจากอุปสรรค ดังนั้นกิจกรรมและหน่วยบริการในชุมชนจึงทำหน้าที่เป็น “ช่องทางหรือประตู” สำหรับการเข้าถึงระบบบริการของประเทศ

เมื่อพิจารณาคำว่า “ประตู” ทั้งที่เป็นทางเข้าสู่บ้านและที่เป็นทางเข้าสู่ระบบบริการของประเทศ จะเห็นว่าสอดคล้องกับแนวความคิดของ “สาธารณสุขมูลฐาน” ชัดเจน^(22,38) ทั้งนี้ได้ยึดกลยุทธของการทำให้การบริการด่านแรกหรือการบริการระดับปฐมภูมิเข้าถึงชุมชนให้มากที่สุดและ

จัดให้มีกิจกรรมเกิดขึ้นในชุมชนอย่างแท้จริง โดยมีความร่วมมือของชุมชนเป็นปัจจัยสนับสนุน ซึ่งเกิดจากการสร้างความเข้าใจและการมีส่วนร่วมของคนในชุมชนเป็นองค์ประกอบสำคัญ

ในกระบวนการบริการแบบเบ็ดเสร็จซึ่งมุ่งให้ทั้งการบริการด้านสุขภาพและด้านสังคมโดยมีความครอบคลุมทั้งการส่งเสริม-ป้องกัน-รักษาและฟื้นฟู จำเป็นจะต้องมีรูปแบบที่ “ผู้ให้บริการขั้นต้น” จะต้องมีคุณสมบัติและความสามารถที่เพียงพอแต่ไม่ฟุ่มเฟือย โดยมีการสนับสนุนจากผู้เชี่ยวชาญอย่างทั่วถึง นอกจากนี้**จะต้องมีความเป็นไปได้ในทางปฏิบัติสำหรับการบริการในระดับประเทศในอนาคต** ด้วยเหตุนี้ผู้ให้บริการขั้นต้นที่กำหนดในโครงการนี้จึงไม่อาจเป็นบุคลากรสายอาชีพโดยเฉพาะอย่างยิ่งแพทย์หรือพยาบาล แต่เป็นบุคลากรทั่วไปที่ได้รับการฝึกสอนพื้นฐานความรู้และทักษะทางด้านสุขภาพสังคมและการติดต่อสื่อสาร โดยมีพยาบาล (พยาบาลเป็นบุคลากรยุทธศาสตร์ของระบบบริการระดับปฐมภูมิของประเทศที่สามารถผลิตได้จำนวนมาก และมีคุณสมบัติสอดคล้องกับงานบริการระดับปฐมภูมิและสาธารณสุขมูลฐาน) ทำหน้าที่เป็นรอยต่อของกระบวนการบริการระหว่าง “ผู้ให้บริการขั้นต้น” กับ “ส่วนสนับสนุน” และเป็นผู้จัดการการบริการในระดับพื้นที่

กรอบการบริการของโครงการเชสนั้นการให้กิจกรรมและบริการโดยไม่คิดมูลค่าโดยมุ่งให้ชุมชนมีส่วนในการพึ่งพาตนเอง จึงไม่มีนโยบายแจกยาหรืออุปกรณ์ใดๆเพื่อป้องกันไม่ให้ชุมชนมีการพึ่งพาเกินขอบเขต ในขณะเดียวกันเป็นการเสริมสร้างให้ชุมชนเข้ามีส่วนร่วม ในกรณีที่ผู้ป่วยสูงอายุในชุมชนไม่ต้องการไปรับการรักษาที่สถานพยาบาลแต่ต้องใช้ยา แพทย์จะทำการให้ใบสั่งยาและให้ญาติหรือผู้พามาไปซื้อจากร้านขายยา สำหรับอุปกรณ์ช่วยเหลือ เช่น เครื่องช่วยฝึกเดิน (walker) ไม้เท้าแบบสามขา (tripods) ไม้เท้า (cane) และไม้ค้ำยัน (crutch) จะทำการจำหน่ายในราคาต่ำและรับซื้อคืนเมื่อผู้ป่วยไม่มีความจำเป็นต้องใช้อุปกรณ์บางประเภท โดยเฉพาะรถนั่งเข็น (wheelchair) จะใช้เพื่อการขนส่งผู้ป่วยสูงอายุเพื่อมารับการบริการฟื้นฟูสมรรถภาพหรือฝึกดูแลที่ศูนย์ขนาดเล็กในชุมชน และเป็นการให้ยืมเป็นครั้งคราวตามที่ต้องการใช้จริงโดยญาติจะเป็นผู้เซ็นนำส่ง (ยกเว้นในกรณีจำเป็น) นอกจากนี้ในการรับฝึกดูแลผู้สูงอายุที่ศูนย์ เป็นหน้าที่ของญาติจะต้องเตรียมของใช้และอาหารฝากไว้กับเจ้าหน้าที่ของโครงการ

ถึงแม้โครงการนี้จะเน้นประชากรสูงอายุเป็นประชากรเป้าหมาย แต่ในการบริการจริงพบว่าประชากรกลุ่มอื่นที่มีปัญหาทั้งทางสุขภาพและสังคมก็ได้เข้าร่วมรับบริการด้วย⁽³²⁾ ซึ่งทางโครงการก็ได้ให้บริการเช่นเดียวกับผู้สูงอายุ ดังนั้นโดยแท้จริงแล้วโครงการเชสได้ให้บริการแก่ประชากรจำนวนมาก โดยตามบันทึกในแฟ้มประวัติพบว่าผู้ที่มีอายุน้อยที่สุดและมารับบริการฟื้นฟูสมรรถภาพมีอายุ 4 ปีและผู้ที่มีอายุมากที่สุดมีอายุ 96 ปี

ประเภทการบริการของโครงการเซส

โครงการเซสเน้นการดำเนินกิจกรรมภายในชุมชน โดยมีการจัดตั้งศูนย์บริการขนาดเล็กขึ้น กลางชุมชนเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพ การจัดการส่งเสริมสุขภาพเป็นกลุ่ม การรับดูแลยามกลางวัน และการประสานงานบริการของเจ้าหน้าที่โครงการ ทั้งนี้ได้จัดตั้งศูนย์ขึ้นที่ศาลาประชาคมของชุมชน ล็อก 4-5-6 พื้นที่ศูนย์ขนาดประมาณ 150 ตารางเมตร ประเภทการบริการและกิจกรรมที่ได้จัดตั้งขึ้น ประกอบไปด้วย⁽³²⁾

1. การฟื้นฟูสมรรถภาพที่ศูนย์บริการ
2. การเยี่ยมบ้าน
3. การฟื้นฟูสมรรถภาพที่บ้าน
4. การพยาบาลที่บ้าน
5. การรักษาและการให้คำปรึกษาทางการแพทย์
6. การบริการทางสังคมที่บ้านและการประสานงานเพื่อจัดการปัญหาด้านสังคม
7. การส่งเสริมสุขภาพทั้งที่บ้านและที่ศูนย์
8. ชมรมผู้สูงอายุ
9. บริการดูแลกลางวัน
10. การประสานงานเครือข่ายการดูแลที่ไม่เป็นทางการ (Informal care network) ทั้งที่เป็น เครือข่ายบุคคลในชุมชน และเครือข่ายองค์กรต่างๆ ที่ให้บริการอยู่ในชุมชน
11. จัดทำแฟ้มข้อมูลประจำตัวผู้สูงอายุ และติดตามประเมินต่อเนื่อง

ในการบริการของโครงการเซสเน้นการบริการด้านสุขภาพเป็นหลัก สำหรับปัญหาด้าน สังคมนอกจากสนับสนุนความสามารถของญาติในการดูแลผู้ชราและผู้ทุพพลภาพแล้ว จะทำการ ประสานงานในการส่งต่อผู้ที่มีปัญหาแก่หน่วยงานบริการทางสังคมทั้งของราชการและองค์กร อิสระตามความจำเป็นและความเหมาะสม

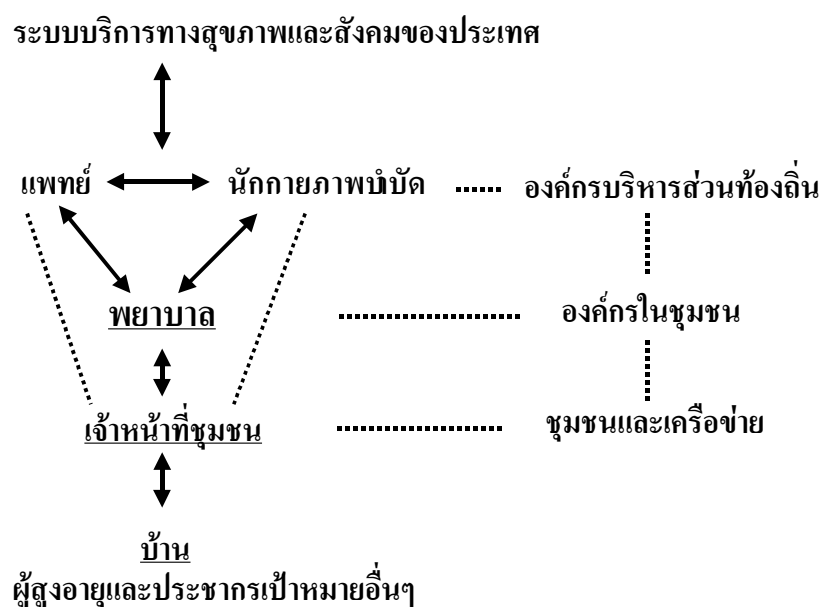
ความรู้ที่ได้จากโครงการเซส

ในการศึกษาค้นคว้าให้ความรู้และประสบการณ์อย่างมาก โดยสิ่งที่สำคัญที่สุดจากการศึกษา คือ รูปแบบที่ได้ทดลองพัฒนาขึ้นสามารถปฏิบัติได้จริงและมีประสิทธิภาพ/ประสิทธิผล และถึงแม้ จะเป็นการศึกษาที่มุ่งสู่ประชากรเป้าหมายหลักคือผู้สูงอายุ แต่จากการศึกษาพบว่า การให้บริการแก่ ทั้งชุมชนเป็นสิ่งที่เหมาะสมที่สุดและมีประสิทธิภาพที่ดี สำหรับความรู้ที่เป็นประโยชน์ต่อการ นำไปประยุกต์ในการพัฒนารูปแบบการบริการชุมชนเชิงรุกในขนาดพื้นที่ที่ใหญ่ขึ้นในอนาคต⁽³²⁾ ประกอบด้วย

1. โครงสร้างบุคลากร คุณสมบัติและหน้าที่ของบุคลากรแต่ละประเภท

2. สักส่วนของบุคลากรต่อประชากรที่ต้องรับผิดชอบ⁽³²⁾ (สักส่วนของครัวเรือนต่อเจ้าหน้าที่ชุมชนน่าจะอยู่ที่ประมาณ 150-200 ครัวเรือน และพยาบาลวิชาชีพ 2 คนต่อเจ้าหน้าที่ชุมชน 4-5 คน)
3. กิจกรรมการบริการและ ความเชื่อมโยงระหว่างกิจกรรมและระหว่างสหสาขาวิชาชีพ (รูปที่ 5)
4. การสร้างความมีส่วนร่วมจากชุมชนและองค์กรภาคส่วนต่างๆ
5. อุปสรรคของการพัฒนาและการดำเนินการการบริการ

รูปที่ 5 โครงสร้างการบริการของโครงการเซส⁽³²⁾



บทที่สาม

มโนทัศน์ของระบบบริการสุขภาพชุมชน

บทที่สาม:

มโนทัศน์ของระบบบริการสุขภาพชุมชน

มโนทัศน์ของโครงการ “กรุงเทพ 7”

มโนทัศน์ของโครงการกรุงเทพ 7 เป็นมโนทัศน์ที่พัฒนาต่อเนื่องมาจากโครงการเซสซึ่งได้ทำการศึกษาและได้ความรู้ที่ยืนยันในทางปฏิบัติ มโนทัศน์ของโครงการกรุงเทพ 7 ประกอบไปด้วยสี่ส่วน คือ

1. มโนทัศน์ด้านวงจรชีวิตของบุคคลและความสัมพันธ์ระหว่างวัย
2. มโนทัศน์ด้านการบริการที่บ้านเชิงรุกอย่างบูรณาการ(Comprehensive home-based care)
3. มโนทัศน์ด้านความเชื่อมโยงระหว่างบริการที่บ้านกับการดำเนินการกิจกรรมชุมชน (Community intervention)
4. มโนทัศน์ด้านการพัฒนาในรูปแบบการศึกษาเชิงปฏิบัติการอย่างมีส่วนร่วม

มโนทัศน์ด้านวงจรชีวิตของบุคคลและความสัมพันธ์ระหว่างวัย

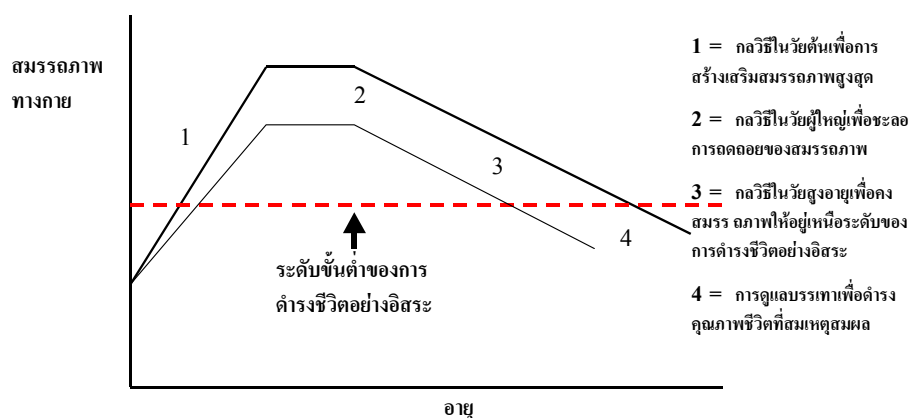
มโนทัศน์ส่วนใหญ่ที่มีต่อชุมชนมักจะให้น้ำหนักส่วนใหญ่ไปที่ผู้นำชุมชนและความสัมพันธ์ระหว่างผู้นำกับสมาชิกในชุมชน แต่ในการพัฒนาระบบบริการสุขภาพชุมชนที่เน้นไปที่การบริการบุคคลและครอบครัวในเชิงรุก (ถึงที่บ้าน) จำเป็นต้องค้นกรอบความคิดไปสู่สมาชิกทุกคนในครอบครัว/ครัวเรือนซึ่งอยู่ในวัยต่าง ๆ กัน (วงจรชีวิต) และความสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกโดยเฉพาะระหว่างวัย (Intergeneration relationship)

ภายใต้มุมมองใหม่ของการบริการสุขภาพอย่างต่อเนื่อง จะต้องพิจารณาถึงวงจรชีวิตของมนุษย์และใช้เป็นมโนทัศน์พื้นฐานของการดำเนินการ โดยเมื่อพิจารณาจากสมรรถภาพและความสามารถในการดำรงชีวิตอย่างอิสระทำให้สามารถจำแนกช่วงชีวิตของมนุษย์ออกได้เป็น 4 ช่วง คือ วัยต้น (วัยที่ 1) วัยผู้ใหญ่ (วัยที่ 2) วัยสูงอายุ (วัยที่ 3) และวัยชรา (วัยที่ 4)

สมรรถภาพในวัยต้นหรือวัยที่ 1 ยังไม่เพียงพอที่จะดำรงชีวิตอย่างอิสระแต่มีลักษณะการพัฒนาที่เพิ่มสูงขึ้น และเปลี่ยนเข้าสู่วัยผู้ใหญ่ที่สามารถดำรงชีวิตอย่างอิสระ สมรรถภาพในวัยผู้ใหญ่นี้จะสูงจุดสูงสุดในระหว่างอายุ 20-25 ปี จากนั้นจะถดถอยลงช้าๆ จนเมื่อผ่านเข้าสู่วัยสูงอายุที่การถดถอยของสมรรถภาพได้เข้าใกล้ระดับสมรรถภาพขั้นต่ำที่จำเป็นสำหรับการดำรงชีวิตอย่างอิสระ และเมื่อใดก็ตามที่ผ่านลงไปต่ำกว่าระดับขั้นต่ำดังกล่าวก็จะเข้าสู่วัยชราที่จำเป็นจะต้องพึ่งพาอีกครั้งหนึ่ง (รูปที่ 6)

การบริการสุขภาพในวัยต่างๆจึงมีจุดมุ่งหมายที่แตกต่างกัน โดยกลวิธีในวัยต้นจะเน้นไปที่ความพยายามจะเสริมสร้างให้สามารถมีสมรรถภาพสูงสุด กลวิธีในวัยผู้ใหญ่จะมุ่งที่การชะลอการถดถอยของสมรรถภาพ กลวิธีในวัยสูงอายุจะเป็นความพยายามในการคงสมรรถภาพให้อยู่เหนือระดับขั้นต่ำที่จำเป็นสำหรับการดำรงชีวิตอย่างอิสระ และกลวิธีในวัยชราจะมุ่งสู่การดำรงคุณภาพชีวิตที่สมเหตุสมผลเป็นหลัก (รูปที่ 6)

รูปที่ 6 วงจรชีวิตของมนุษย์เมื่อพิจารณาจากสมรรถภาพและการดำรงชีวิตอย่างอิสระ



มโนทัศน์พื้นฐานด้านวงจรชีวิตช่วยให้การกำหนดเป้าหมายของกลวิธีดำเนินการต่างๆ แจ่มชัดขึ้น แต่นอกจากจะพิจารณาในระดับปัจเจกบุคคลดังข้างต้นยังจำเป็นต้องพิจารณาในระดับหมู่คน นั่นคือโครงสร้างวัยของครอบครัวและชุมชน ทำให้จำเป็นต้องพิจารณามโนทัศน์ด้านความสัมพันธ์ระหว่างวัยของสมาชิกในครอบครัวและชุมชน (Intergeneration relationship)

ความสัมพันธ์และการพึ่งพาภายในระหว่างบุคคลในวัยต่างๆในครอบครัวและระหว่างกลุ่มสมาชิกในวัยต่างๆของชุมชนมีความซับซ้อน ในแต่ละครอบครัว/ครัวเรือน สมาชิกจะพึ่งพาและเกื้อกูลซึ่งกันและกัน ความสัมพันธ์เป็นตัวเชื่อมสำคัญของการเกิดการดูแลอย่างไม่เป็นทางการ (Informal care) พ่อแม่ผู้ใหญ่อุปการะเด็ก พี่น้องพึ่งพาช่วยเหลือกัน ลูกหลานดูแลผู้สูงอายุที่ชราและสมาชิกผู้พิการ และผู้สูงอายุสนับสนุนการดูแลหลานและการจัดการทั่วไปภายในครัวเรือน นอกจาก “การดูแล” ยังมีความสัมพันธ์ที่สำคัญอีกหลายมิติ อาทิ “ด้านการเงิน” “การสนับสนุนด้านจิต

ใจ-ศิลปวัฒนธรรม” และ “กิจกรรมต่างๆ” สำหรับความสัมพันธ์ระหว่างกลุ่มวัยในชุมชนจะไม่เน้นเท่ากับในครอบครัว/ครัวเรือน แต่จะอยู่ในลักษณะของการเชื่อมต่อกัน (Value) ในชุมชน การแลกเปลี่ยนความรู้ประสบการณ์ และบทบาทของการดำเนินกิจกรรมส่วนรวม

มโนทัศน์ด้านวงจรชีวิตและความสัมพันธ์ระหว่างวัยเป็นประโยชน์ต่อกลยุทธ์ของการดำเนินการกิจกรรมชุมชน (Community intervention) และการบริการที่บ้าน (Home-based care) ที่เน้นการสนับสนุนการดูแลระยะยาว (Long-term care) ให้มีความชัดเจนและได้ผลมากขึ้น และยังช่วยให้กิจกรรมต่างๆที่จะมีต่อบุคคลหรือกลุ่มเป้าหมายต่างๆต้องเน้นความเป็นองค์รวม (Holistic approach) ทั้งในระดับบุคคลและระดับกลุ่มคนที่มีความสัมพันธ์ต่อกัน

มโนทัศน์ด้านการบริการที่บ้านเชิงรุกอย่างบูรณาการ (Comprehensive home-based care)

การบริการเชิงรุกอย่างบูรณาการในโครงการกรุงเทพ 7 มีพื้นฐานด้านความคิดที่สำคัญอยู่ 6 ด้าน คือ การบริการเชิงรุกที่เข้าถึงประตูบ้าน การดูแลแบบบูรณาการ ความเป็นสหสาขาวิชาชีพในการให้บริการ การเชื่อมโยงกิจกรรมเพื่อความต่อเนื่องในการบริการ เน้นการสนับสนุนให้บุคคล ครอบครัว และชุมชนสามารถมีการดูแลจัดการเพื่อตนเองและช่วยเหลือภายในกลุ่มให้ได้มากที่สุด และการสร้างช่องทางการเข้าถึงการบริการ

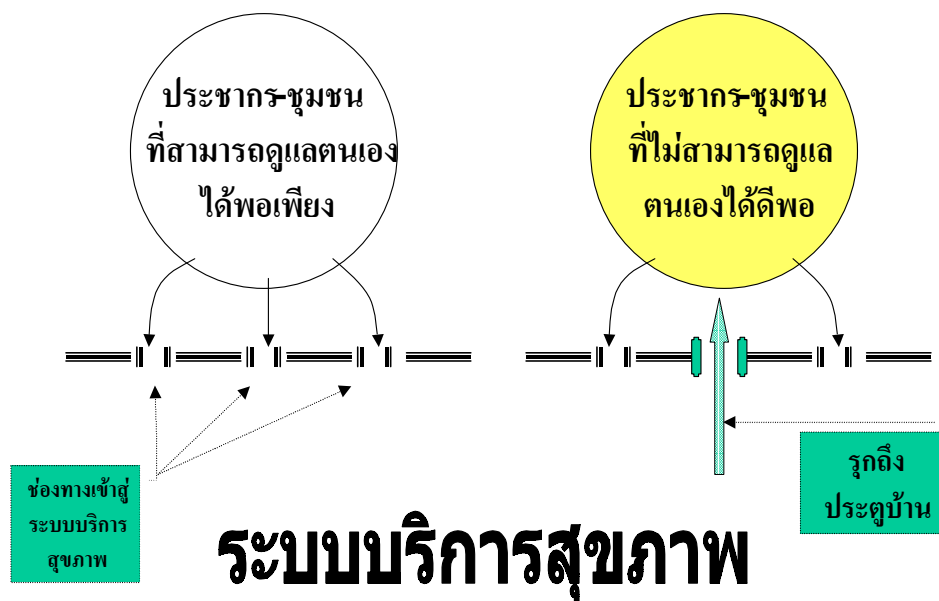
- การบริการเชิงรุกที่เข้าถึงประตูบ้าน เป็นลักษณะสำคัญที่สุดของมโนทัศน์ด้านการบริการของโครงการกรุงเทพ 7 มีผ่านมามากจะพิจารณาคำว่าเชิงรุกว่าหมายถึง การส่งเสริมและการป้องกัน หรือการที่ชุมชนมีส่วนร่วม (Community participation) ทำให้กระบวนการให้บริการที่ผ่านมาไม่สามารถเข้าถึงความต้องการการบริการที่แท้จริง และไม่อาจตอบสนองต่อความจำเป็นในอนาคต แต่ในโครงการนี้มีมุมมองของคำว่าเชิงรุกที่เป็นการรุกเข้าถึงกลุ่มประชากรที่มีความจำเป็นต่อการได้รับบริการหรือต่อการเข้าถึงระบบบริการ โดยมุ่งไปถึงระดับบุคคลและครอบครัว ทำให้กำหนดมโนทัศน์ของกระบวนการให้บริการชุมชนมีลักษณะที่จะต้องเข้าถึงครัวเรือนอย่างแท้จริง
- การดูแลแบบบูรณาการ (Comprehensive care) ในกระบวนการบริการได้ครอบคลุมทั้งการบริการด้านสุขภาพและด้านสังคม สำหรับการบริการด้านสุขภาพยังบูรณาการทั้งสี่มิติ คือ การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรคและปัญหาทางสุขภาพ (พฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม สิ่งแวดล้อมที่ไม่ปลอดภัย สภาพการทำงานที่ไม่ดี โรคต่างๆ ความพิการ และปัญหาความรุนแรงในครอบครัว) การจัดการดูแลในระดับต้นสำหรับโรคและปัญหาทางสุขภาพที่เกิดขึ้น การจัดการให้มีความต่อเนื่องต่อการรักษา (Adherence to management) ของกลุ่มโรคเรื้อรัง และการฟื้นฟูสมรรถภาพเพื่อให้สามารถกลับมีสถานะสุขภาพหรือสมรรถภาพที่เหมาะสมอีกครั้ง นอก

จากนั้นจะต้องครอบคลุมประชากรในพื้นที่รับผิดชอบ โดยเพื่อคนทุกวัย ทุกสถานะสุขภาพ และทุกรูปแบบของครอบครัว ไม่ว่าจะเป็นลักษณะของบ้านชัดเจน หรือแม้แต่อยู่ในสถานะเร่ร่อนก็ตาม

- ความเป็นสหสาขาวิชาชีพ (Multidisciplinary cooperation) ในการให้บริการ เป็นโมเดลที่ต่อเนื่องจากโมเดลของการดูแลแบบบูรณาการ เนื่องจากการจัดบริการในชุมชนเชิงรุกอย่างบูรณาการจำเป็นต้องอาศัยการสอดประสาน (Integration) ระหว่างวิชาชีพต่างๆ ที่สำคัญคือ แพทย์-แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว พยาบาลครอบครัว-พยาบาลชุมชน นักกายภาพบำบัด และนักสังคมสงเคราะห์ นอกจากนั้นทันตแพทย์ เภสัชกร และนักสุขภาพ เป็นบุคลากรวิชาชีพที่มีส่วนสนับสนุนได้อย่างดี
- การเชื่อมโยงกิจกรรมในการบริการ (Linkage of activities) มีความจำเป็นสำหรับการดำเนินการให้เกิดความเป็นสหสาขา การจัดการให้เกิดการบริการที่ต่อเนื่อง และการดำเนินการติดตามประเมินและกำกับระบบการบริการให้มีประสิทธิภาพและประสิทธิผล ทั้งนี้รูปแบบความเชื่อมโยงต้องชัดเจน และบุคลากรทุกระดับจะต้องทราบภาระกิจและบทบาทที่แน่นอนของตน ความเชื่อมโยงกิจกรรมที่ดีจะนำไปสู่คุณภาพของความต่อเนื่องในการให้บริการและความร่วมมือระหว่างวิชาชีพ นอกจากนั้นในกรณีที่มีการจัดระบบข้อมูลและสารสนเทศเพื่อสนับสนุนความเชื่อมโยงดังกล่าวจะเป็นประโยชน์ต่อการบริหารจัดการระบบการบริการ
- เน้นการสนับสนุนให้บุคคล ครอบครัว และชุมชนสามารถมีการดูแลจัดการเพื่อตนเองและช่วยเหลือภายในกลุ่มให้ได้มากที่สุด (Self care, self reliance) หมายถึง ต้องยึดหลักการสำคัญของการไม่เข้าไปแย่งความรับผิดชอบของบุคคล ครอบครัว และชุมชนเกินความจำเป็น แต่จะต้องมุ่งในการเสริมและสนับสนุนให้บุคคล ครอบครัวและชุมชนสามารถดูแลตนเอง สามารถมีวิถีชีวิตที่เหมาะสม และสามารถตัดสินใจเข้าใช้ระบบที่เป็นทางการได้อย่างเหมาะสม แต่จะต้องพร้อมที่จะเข้าถึงเพื่อการช่วยเหลือและปกป้องบุคคลหรือครอบครัวที่ล้มเหลวในการดูแลตนเอง ไม่สามารถมีวิถีชีวิตที่เหมาะสม หรือไม่สามารเข้าถึงระบบบริการที่เป็นทางการเมื่อมีความจำเป็น
- การสร้างช่องทางการเข้าถึงบริการ (Channels of contact) เป็นโมเดลพื้นฐานของการสาธารณสุขมูลฐาน (Primary health care) การสร้างช่องทางที่เหมาะสมคือการทำให้ประชากรในชุมชนมีโอกาสที่เป็นธรรม (Vertical equity) ที่สามารถเข้าถึงระบบสุขภาพได้สอดคล้องกับความจำเป็น (Need) รูปแบบของช่องทางจึงขึ้นกับลักษณะของประชากรทำให้ต้องมีการจำแนกกลุ่มประชากรและออกแบบ

ช่องทางที่หลากหลายเพียงพอ สำหรับการบริการเชิงรุกถึงที่บ้านเหมาะสมกับกลุ่มประชากรที่มีความเสี่ยงหรือมีโอกาสเข้าถึงระบบสุขภาพได้ยากหรือไม่สามารถดูแลตนเอง (Self care) ได้ดีพอ แต่อาจไม่เหมาะกับกลุ่มประชากรที่สามารถดูแลเองได้ดี และมีโอกาสเข้าถึงระบบบริการสุขภาพได้อย่างเพียงพอ (รูปที่ 7) อย่างไรก็ตามช่องทางอื่นๆยังต้องได้รับการพิจารณาปรับปรุงให้ดีขึ้น อาทิ ความเชื่อมโยงกับการบริการผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน การนำส่งหรือนำแจ้งโดยอาสาสมัครหรือผู้นำชุมชนหรือเพื่อนบ้าน เป็นต้น หรือการสร้างช่องทางใหม่ อาทิ การนำส่งหรือนำแจ้งโดยเจ้าหน้าที่ในภาคส่วนอื่นๆ การเปิดบริการให้ข้อมูลหรือให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ การติดป้ายประกาศเพื่อทราบถึงการบริการที่มีหรือการกระตุ้นเตือนด้านการดูแลสุขภาพ เป็นต้น

รูปที่ 7 มโนทัศน์ของการสร้างช่องทางการเข้าถึงการบริการ (Channels of contact) ที่สอดคล้องกับความจำเป็นของกลุ่มประชากร



มโนทัศน์ด้านความเชื่อมโยงระหว่างบริการที่บ้านกับการดำเนินการกิจกรรมชุมชน (Community intervention)

การให้บริการสุขภาพชุมชนมักจะได้รับการพิจารณาแยกเป็นสองส่วน คือ ส่วนแรกเป็นการบริการสุขภาพที่บ้าน (Home health care) ซึ่งที่ผ่านมานี้จะเน้นในรูปแบบการบริการต่อเนื่องจากโรงพยาบาล (Extended care) และมักมีลักษณะการบริการจำเพาะโรคบางโรคเท่านั้น และส่วนที่สองเป็นการให้บริการส่งเสริมสุขภาพ-ป้องกันโรคโดยกระบวนการกิจกรรมชุมชนที่มักจะเรียกกันว่าบริการ P&P ทำให้การดำเนินการทั้งสองมีลักษณะแยกส่วนทั้งในด้านงบประมาณและบุคลากร และเป็นผลให้เกิดความไม่สมบูรณ์ในผลที่ได้รับ

โครงการกรุงเทพ 7 ตระหนักชัดถึงประโยชน์ของความเชื่อมโยงของระบบการบริการที่บ้านเชิงรุกและกระบวนการกิจกรรมชุมชน และมุ่งพัฒนาให้การดำเนินการทั้งสองระบบเกิดการสอดคล้องประสานกันจะยังประสิทธิภาพและประสิทธิผลสูงสุด ไม่ว่าจะเป็นแง่มุมของประโยชน์ด้านการบริการ การใช้บุคลากรร่วมกัน การสร้างความมีส่วนร่วมของชุมชนได้อย่างเข้มแข็ง และการใช้งบประมาณอย่างมีประสิทธิภาพ นอกจากนี้ยังเป็นการเสริมคุณลักษณะ “จากล่างสู่บน” (Bottom up) ของระบบกิจกรรมชุมชน (Community intervention) ให้ชัดเจน

มโนทัศน์ด้านการพัฒนาในรูปแบบการศึกษาเชิงปฏิบัติการอย่างมีส่วนร่วม

ในการดำเนินการศึกษาเชิงปฏิบัติการอย่างมีส่วนร่วมอย่างในกรณีของโครงการกรุงเทพ 7 ไม่ใช่แค่เพียงการทดลองรูปแบบ แต่เป็นการพัฒนาเพื่อสู่การดำเนินการที่ต่อเนื่อง อีกทั้งกลุ่มเป้าหมายที่เข้าดำเนินการพัฒนาคือบุคลากรในศูนย์บริการสาธารณสุขที่ 16 ซึ่งสังกัดสำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร ทำให้จำเป็นต้องกำหนดมโนทัศน์ด้านการพัฒนาให้ชัดเจน อันประกอบไปด้วย

1. การสร้างพลัง

การสร้างพลังให้แก่บุคลากรที่เข้าร่วมโครงการกรุงเทพ 7 เป็นสิ่งสำคัญที่สุดของการพัฒนาครั้งนี้ ซึ่งจะต้องทำให้เกิดการพัฒนาที่สร้างสรรอย่างสม่ำเสมอต่อเนื่อง กลยุทธ์เพื่อให้เกิดการพลังหรือความมุ่งมั่นในการดำเนินการร่วมกัน ประกอบไปด้วย

- i. การสร้างให้เห็นเป้าหมายร่วมกัน ทั้งในระดับกลุ่มผู้บริหารองค์กร (โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์และสำนักอนามัย) และกลุ่มผู้ปฏิบัติ (ในศูนย์บริการสาธารณสุข 16 และที่มาจากแหล่งต่างๆ) เป็นกลยุทธ์ที่จำเป็นสูงในระยะต้นของการดำเนินการ
- ii. เสริมสร้างพฤติกรรมซึ่งจำเป็นที่จะต้องคงอยู่อย่างต่อเนื่อง ทำให้ต้องมีการดำเนินการเสริมสร้างพฤติกรรมโดยแนวทางสองประการ คือ

- การกระตุ้น (Motivation) โดยการทำให้เกิด ความมีส่วนร่วม (Participation) ความภูมิใจในงานและผลงาน (Pride) ความรู้สึกรักสนุกกับงาน (Fun) และการได้รับการยอมรับ (Recognition)
- การหลีกเลี่ยงความไม่พอใจ (Avoidance of dissatisfaction) โดยการทำให้กลุ่มผู้ปฏิบัติได้รับในสิ่งที่สมควรจะได้ เช่น ได้รับคำตอบแทนและสิทธิประโยชน์ที่เหมาะสม ไม่ได้รับผลในทางลบใดๆหรือได้รับผลดีคุ้มค่างับผลเสียจากการร่วมดำเนินการพัฒนา และหลีกเลี่ยงการดำเนินการที่มีผลให้เกิดความไม่มีความสุข (Unhappiness) ของกลุ่มผู้ปฏิบัติให้ได้มากที่สุด

iii. ดำเนินการพัฒนาในลักษณะกัลยาณมิตรคือแสดงให้ประจักษ์ชัดเจนอยู่ตลอดว่าเป็นเพื่อนที่มุ่งดำเนินการเพื่อส่วนรวม และพร้อมให้การสนับสนุนอย่างเต็มที่ในทุกด้าน

2. ความไว้วางใจและมองในมุมบวก

เป็นสิ่งที่ต้องมีและมอบให้ทุกคนที่อยู่ในกลุ่มพัฒนาทั้งที่เป็นบุคลากรประจำของศูนย์บริการสาธิตสุขที่ 16 บุคลากรจากหน่วยงานอื่นที่เข้าร่วมงาน และบุคลากรจากการจัดจ้าง โดยต้องเชื่อมั่นว่า “คุณสมบัติพื้นฐานของทุกคนคือ ต้องการสร้างคุณประโยชน์เพื่อส่วนรวม และทุกคนต้องการมีส่วนร่วมเพื่อกิจการนั้น” มโนทัศน์นี้สำคัญอย่างมากสำหรับการดำเนินการพัฒนาอย่างมีส่วนร่วมเช่นในกรณีของโครงการกรุงเทพ 7

3. การถ่ายโอนความเป็นเจ้าของ

ในการพัฒนาเพื่อให้สิ่งที่พัฒนามีความยั่งยืนทั้งในด้านการดำเนินการและการพัฒนาตัวเอง จำเป็นที่จะต้องถ่ายโอนความเป็นเจ้าของภาระกิจและระบบไปสู่กลุ่มผู้ปฏิบัติ (ศูนย์บริการสาธิตสุขที่ 16) โดยต้องทำเป็นขั้นตอนในลักษณะของการ Coaching จากความคิดและช่วยทำ ไปสู่การช่วยคิดช่วยทำ ไปสู่การสนับสนุนความคิดและการทำ จนไปสู่การปล่อยให้คิดให้ทำเองในที่สุด อันรวมทั้งการพัฒนาระบบบริการ และระบบบริหารจัดการ “ในกระบวนการถ่ายโอนเป็นเจ้าของนอกจากจะเป็นการถ่ายโอนภาระกิจแล้ว จำเป็นจะต้องถ่ายโอนความเป็นเจ้าของผลงาน (รางวัล) ไปพร้อมกันด้วย” อันจะเป็นการดำรงพลังของการดำเนินการที่สำคัญอย่างยิ่ง

บทที่สี่

ระบบบริการสุขภาพชุมชนที่ได้พัฒนาขึ้น

บทที่สี่:

ระบบบริการสุขภาพชุมชนที่ได้พัฒนา

ระบบบริการสุขภาพชุมชนที่ทำการพัฒนาขึ้นในพื้นที่บริการ จะได้รับการนำเสนอเป็นสามด้าน คือ ด้านการบริการ ด้านบุคลากร และด้านการบริหารจัดการเพื่อคุณภาพ เนื่องจากประสงค์ให้เห็นความชัดเจนในแต่ละด้านซึ่งมีประเด็นเฉพาะของตัวเอง สำหรับด้านการบริการ ยังต้องพิจารณาในองค์ประกอบของโครงสร้างการบริการ งานบริการสำคัญในส่วนการบริการที่บ้าน และกระบวนการกิจกรรมชุมชน สาระในบทที่สองนี้จะครอบคลุมกิจกรรมต่างๆที่ได้พัฒนาขึ้น ซึ่งส่วนใหญ่จะเป็นการดำเนินการของกิจกรรมที่เป็นประจำหรือมีอยู่เนืองๆ แต่กิจกรรมบางอย่างจะมีเป็นครั้งคราวตามความจำเป็นที่เกิดขึ้นกับผู้รับบริการ

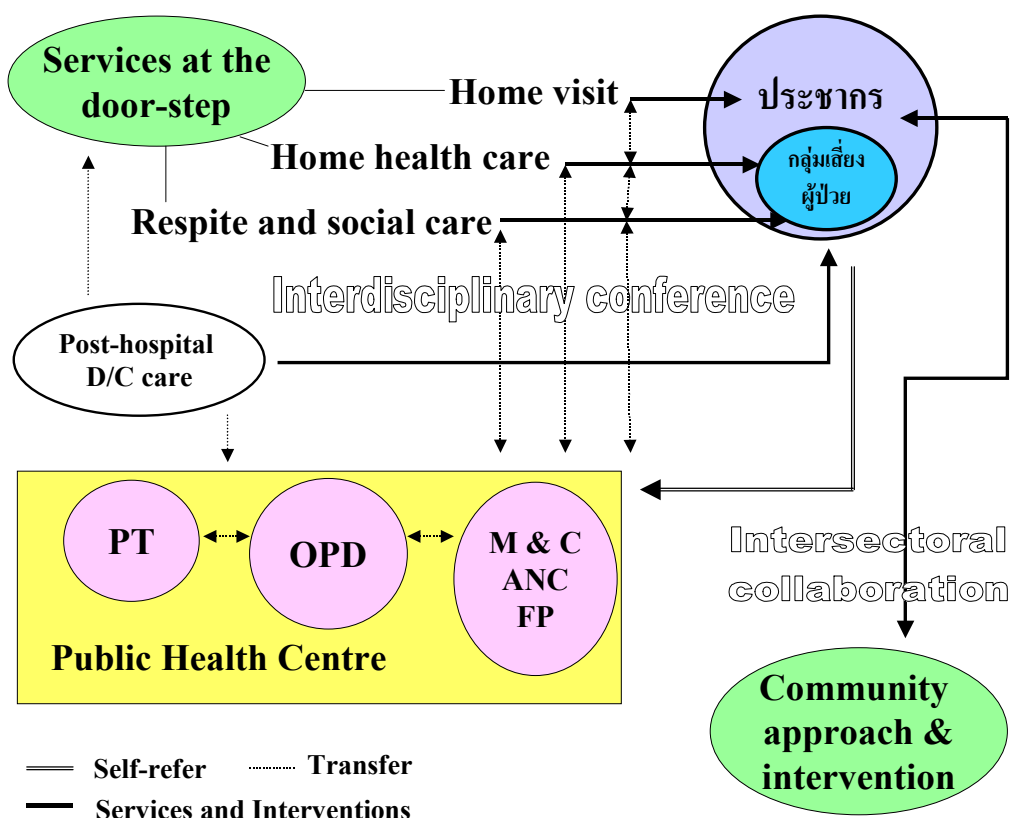
การบริการ

โครงสร้างการบริการ

การบริการสุขภาพชุมชนประกอบด้วยสองส่วนหลัก คือ ระบบการบริการที่บ้าน (Home-based services) สำหรับบุคคลและครอบครัว และการดำเนินการด้านกิจกรรมชุมชน (Community intervention) ทั้งสองส่วนมีความสัมพันธ์และเกี่ยวพันซึ่งกันและกัน (รูปที่ 8) อันจะนำไปสู่ความสำเร็จในการจัดการเพื่อสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดีของประชากรในชุมชน ตัวอย่างเช่น ในการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์และผู้ติดเชื้อเอดส์เป็นรายบุคคล จะได้ประโยชน์สูงจากการรณรงค์สร้างความมีส่วนร่วมในการจัดการดูแลโดยชุมชนและการดำเนินการให้ชุมชนตื่นตัวในการป้องกัน หรือในการดำเนินกิจกรรมชุมชนเพื่อการกำจัดขยะมูลฝอย ลูกน้ำ และแหล่งเพาะพันธุ์ จะได้ประโยชน์จากระบบการเยี่ยมบ้านที่สามารถใช้เป็นช่องทางเข้าถึงเพื่อให้ความรู้ เข้าถึงแหล่งเพาะพันธุ์ขยะมูลฝอยภายในบริเวณบ้าน และการดำเนินการกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์อย่างต่อเนื่อง หรือ ในการบริการที่บ้านเพื่อกระตุ้นและสนับสนุนผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงให้ติดตามการรักษาต่อเนื่อง และมีความรู้เพื่อมีพฤติกรรมที่เหมาะสม จะได้ประโยชน์จากกิจกรรมชุมชนเพื่อกระตุ้นการมีพฤติกรรมที่ดี การสื่อความรู้ความเข้าใจอย่างต่อเนื่อง และการสื่อให้ตระหนักถึงความจำเป็นในการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคสำหรับประชากรทั่วไป เป็นต้น

ถึงแม้กระบวนการดำเนินการของการบริการทั้งสองส่วนมีความแตกต่างกันค่อนข้างมาก แต่เสริมประโยชน์แก่การบริการสุขภาพอย่างสูงและในการดำเนินการจริงพบว่าไม่เกิดอุปสรรคต่อผู้ให้บริการทั้งในด้านการจัดการดำเนินการและการสอดคล้องประสานเป้าหมายของภาระกิจเข้าด้วยกัน ประการสำคัญ จากการศึกษาครั้งนี้พบว่า กลุ่มผู้ให้บริการสามารถดำเนินการบริการทั้งสองส่วนไปพร้อมๆกันได้เป็นอย่างดี

รูปที่ 8 โครงสร้างระบบบริการสุขภาพชุมชน (System dynamic) และความเชื่อมโยง



งานบริการและกิจกรรมในระบบการบริการที่บ้าน (Home-based services)

ระบบการบริการที่พัฒนาขึ้นประกอบไปด้วยงานบริการและกิจกรรมจำนวนมาก (ตารางที่ 2) ซึ่งมีความเชื่อมโยงกัน โดยกิจกรรมพื้นฐานที่สุดคือ การเยี่ยมบ้านประจำ (Regular home visit) กิจกรรมอีกประการที่มีการดำเนินการประจำคือ การประชุมกลุ่มสหสาขาวิชาชีพ (Multidisciplinary team meeting) สำหรับบริการและกิจกรรมอื่น ๆ จะมีขึ้นตามความจำเป็นและ

ความต้องการของประชากรและผู้ป่วยในพื้นที่ ทั้งนี้การบริการหรือกิจกรรมตามความต้องการเหล่านี้จำนวนหนึ่งจะมีการดำเนินการอยู่บ่อยหรือค่อนข้างสม่ำเสมอ แต่อีกจำนวนหนึ่งจะเกิดขึ้นไม่มากนัก โดยขึ้นอยู่กับความต้องการและการประเมินของกลุ่มผู้ให้บริการที่จะดำเนินการตามแผนที่วางไว้แก่ผู้รับบริการเป็นรายๆไป

ตารางที่ 2 กิจกรรมบริการที่รุกเข้าถึงบ้านในระบบบริการสุขภาพชุมชนที่พัฒนาขึ้น

- บริการเยี่ยมบ้านประจำ (Regular home visit)
 - การประเมินที่บ้าน (Home-based assessment)
 - การประชุมสหสาขาวิชาชีพ (Multidisciplinary team meeting)
 - การให้ความรู้และคำปรึกษาที่บ้าน (Home education and counselling)
 - การพยาบาลที่บ้าน (Home nursing)
 - การฟื้นฟูสมรรถภาพที่บ้าน (Home rehabilitation)
 - การบริการเพื่อความคิดเนื่องต่อการรักษาโรคเรื้อรัง (Services for chronic disease adherence)
 - การบริการประคับประคองและการดูแลระยะสุดท้ายของชีวิต (Palliative and end of life care)
 - การบริการดูแลทดแทน (Respite care)
-

หน้าที่ (Function) หลักของระบบการบริการที่บ้าน มีดังต่อไปนี้

1. เป็นช่องทางการเข้าถึงระบบบริการสุขภาพของประชากรทั่วไป ประชากรกลุ่มเสี่ยง ผู้ป่วยและครอบครัวที่มีปัญหาทางสุขภาพ โดยเป็นช่องทางในลักษณะรุกของกลุ่มผู้ให้บริการที่เข้าถึง “บันไดประตูบ้าน” หน้าที่นี้เป็นงานพื้นฐานสำคัญของ “การสาธารณสุขมูลฐาน” (Primary health care) ซึ่งแตกต่างจากสิ่งที่เคยทำกันมาในประเทศไทย โดยมีลักษณะสำคัญดังนี้
 - ก. พัฒนาการดำเนินการด้านสุขภาพแบบบูรณาการที่ครอบคลุมตั้งแต่การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การดูแลรักษาพื้นฐาน และการฟื้นฟูสมรรถภาพ
 - ข. ขยายขอบข่ายการดำเนินการไปสู่ความครอบคลุมในด้านโรคไม่ติดต่อ โรคเรื้อรัง และการดูแลระยะยาว (Long-term care)
 - ค. สร้างการสอดคล้องประสานระหว่างบริการสุขภาพ กับบริการและสวัสดิการ

สังคม อย่างเป็นรูปธรรม

- ง. เสริมสร้างการจัดการความเชื่อมโยงภายในกลุ่มผู้ให้บริการและระหว่างผู้ให้บริการกับผู้รับ-ตัวแทนชุมชน-อาสาสมัคร
2. ให้การบริการเพื่อสร้างความติดเนื่องของการรับการรักษาโรคเรื้อรังของผู้ป่วย (โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง วัณโรค)
3. เสริมสร้างระบบการดูแลระยะยาว (Long-term care) ซึ่งเป็นการสนับสนุนให้ครอบครัวสามารถให้การดูแลผู้ป่วยที่อยู่ในสถานะพึ่งพาได้อย่างมีคุณภาพและต่อเนื่อง
4. เป็นช่องทางให้ได้มาซึ่งข้อมูลด้านสุขภาพของชุมชนเพื่อประโยชน์ในกระบวนการวินิจฉัยชุมชน (Community diagnosis) และสอดคล้องประสานการดำเนินการเข้ากับงานกิจกรรมชุมชน (Community intervention)

○ บริการเยี่ยมบ้านประจำ (Regular home visit)

การบริการนี้จะเป็นการเยี่ยมบ้านทุกบ้านในพื้นที่ที่กำหนดว่ามีความจำเป็น (แต่ไม่ใช่ทุกบ้านที่จะดำเนินการเยี่ยมได้) โดย “กลุ่มบริการพื้นที่” ซึ่งประกอบไปด้วยพยาบาลครอบครัวหนึ่งคนในฐานะหัวหน้ากลุ่มและพนักงานสุขภาพชุมชนที่มีจำนวน 2-3 คนต่อกลุ่ม การเยี่ยมส่วนใหญ่จะกระทำโดยพนักงานสุขภาพชุมชน ในกระบวนการเยี่ยมจะมี “มาตรฐานการปฏิบัติ” (Standard operation) สำหรับการเยี่ยมบ้านประจำ (ภาคผนวก ก-1) และ “แบบบันทึกครอบครัว กทม.โซน 7” ในลักษณะของแบบลงข้อมูล (Check list) ที่จำเป็นจะต้องทำการเก็บ (ภาคผนวก ก-2) ในแบบลงข้อมูลจะมีช่องสำหรับเติมข้อมูลจากการสัมภาษณ์และการสังเกตเพื่อให้ได้ข้อมูลของครอบครัว บุคคลในครอบครัว และสภาพครัวเรือน โดยจัดออกเป็น 6 ส่วน คือ หนึ่ง- ส่วนข้อมูลพื้นฐานของครัวเรือนและบุคคล สอง- ส่วนข้อมูลของประชากรจำเพาะซึ่งจัดเป็นกลุ่มเสี่ยง (เด็กอายุ 0-6 ปี, ผู้สูงอายุที่มีอายุ 70 ปีขึ้นไป, หญิงตั้งครรภ์และหญิงหลังคลอด) สาม- ส่วนข้อมูลบุคคลที่มีพฤติกรรมเสี่ยง (สูบบุหรี่ เมสุราประจำ ไข้ยาเสพติด) สี่- ส่วนข้อมูลเด็กอายุ 0-6 ปีที่มีปัญหาพัฒนาการและบุคคลที่มีภาวะทุพพลภาพ-พึ่งพา (บุคคลที่อยู่ในสถานะพึ่งพาสำหรับกิจกรรมวัตรประจำวัน) ห้า- ส่วนข้อมูลบุคคลที่มีโรคหรือความผิดปกติที่เป็นเป้าหมาย (ปัญญาอ่อน สมอกลี้ม-หลง ซึมเศร้า-ฆ่าตัวตาย ความดันโลหิตสูง เบาหวาน อัมพาต-อัมพฤกษ์ วัณโรค) และหก- ส่วนข้อมูลสภาพครัวเรือน-ที่อยู่อาศัยและความเสี่ยงทางสังคมของครอบครัว (เครือข่ายสนับสนุนทางสังคม และสถานะการเงิน)

ข้อมูลในหัวข้อหลังจะเป็นข้อมูลเพื่อการค้นหา (Case finding) และเพื่อการคัดกรองบุคคล/ครัวเรือนที่มีภาวะเสี่ยงทางสุขภาพและสังคม (Screening) โดยพนักงานสุขภาพชุมชนจะต้องนำผลที่ได้นำเสนอต่อพยาบาลครอบครัวที่เป็นหัวหน้ากลุ่ม พยาบาลครอบครัวจะทำการพิจารณาและกำหนดแผนการเยี่ยมซ้ำเพื่อการประเมินและ/หรือการให้บริการต่อเนื่อง เพื่อการนี้ได้มีการจัดทำแนวทางการบริการ หรือ Practice guideline (ภาคผนวก ก-1) และแนวทางการประเมิน (ภาคผนวก ก-3) เพื่อช่วยให้กลุ่มบริการสามารถปฏิบัติได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ภายหลังจากการประเมิน พยาบาลครอบครัวจะเป็นผู้กำหนดแผนดำเนินการต่อเนื่อง ซึ่งโดยทั่วไปมีแนวทางปฏิบัติได้ 4 แนวทางคือ

- | | | |
|--------------|---|--|
| แนวทางแรก | - | ให้การบริการที่อยู่ภายใต้ขอบข่ายที่กลุ่มบริการพื้นที่สามารถดำเนินการได้หรือประสานได้ |
| แนวทางที่สอง | - | ดำเนินการประสานบุคลากรวิชาชีพ (แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว นักกายภาพบำบัด นักสังคมสงเคราะห์) เข้าเยี่ยมบ้านและร่วมทำการประเมินและวางแผนหรือให้การบริการ |
| แนวทางที่สาม | - | นำข้อมูล (ทั้งที่กลุ่มบริการพื้นที่ประเมินและรวบรวมไว้และที่ได้จากบุคลากรวิชาชีพที่สนับสนุนในแนวทางที่สอง) เสนอในการประชุมกลุ่มสหสาขาวิชาชีพ |
| แนวทางที่สี่ | - | ไม่ดำเนินการต่อ หากผลการประเมินพบว่าไม่มีความจำเป็นต่อความต้องการการบริการ อย่างไรก็ตาม ในกรณีที่ยังไม่ชัดเจน พยาบาลครอบครัวอาจเลือกกลวิธีตามเยี่ยมและประเมินซ้ำเพื่อให้ได้ข้อมูลเพิ่มเติม |

○ การประเมินที่บ้าน (Home-based assessment)

ในระบบการบริการที่บ้าน ภายหลังจากพบบุคคลหรือครอบครัวเป้าหมาย ซึ่งจะ เป็นโดย “การเยี่ยมบ้านประจำ” “การแจ้งโดยตรงจากบุคคลหรือครอบครัวมายังผู้ให้บริการ” “การแจ้งจากผู้นำชุมชนหรืออาสาสมัคร” หรือ “การส่งต่อข้อมูลจากระบบบริการในส่วนอื่นๆ เช่น จากคลินิกผู้ป่วยนอก จากโรงพยาบาล เป็นต้น” ก็ตาม จำเป็นที่จะต้องมีการประเมินบุคคลหรือครอบครัว ซึ่งเป็นบริการสำคัญในการกำหนดประเด็น ความต้องการ และแนวทางการจัดการต่อไป

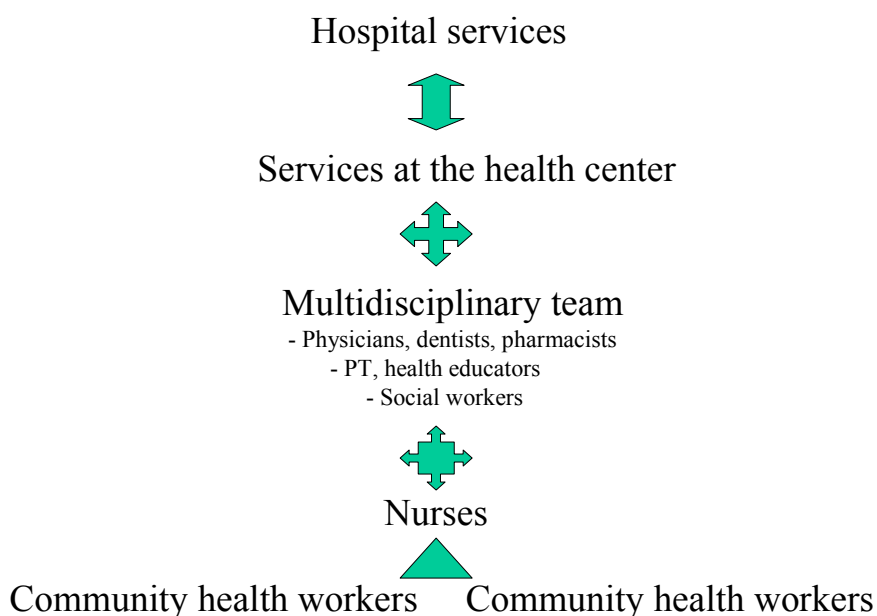
ในการประเมิน บุคคลที่มีความสำคัญลำดับแรกและเป็นผู้เชื่อมโยงหรือประสาน การประเมินและการดำเนินการต่อเนื่อง คือ พยาบาลครอบครัว ที่เป็นเจ้าของพื้นที่ แน่ใจว่า การประเมินหลักจะเป็นการประเมินในแนวทางของการพยาบาล แต่พยาบาลครอบครัว จำเป็นจะต้องมีความรู้ความเข้าใจในรูปแบบและกระบวนการประเมินขั้นต้นในมิติอื่นๆที่เกี่ยวข้องกับวิชาชีพต่างๆ (ภาคผนวก ก-3) โดยเฉพาะการประเมินปัญหาสุขภาพกายและข้อมูลทางการแพทย์ (Physical assessment and medical data) การประเมินด้านจิตอารมณ์ และปัญญา (Psychological and mental assessment) การประเมินสมรรถนะและกิจกรรมประจำวัน (Functional assessment) และการประเมินด้านสังคม (Social assessment) เพื่อให้ พยาบาลครอบครัวในฐานะผู้รับผิดชอบหลักจะดำเนินการประสานบุคลากรสนับสนุนให้ เข้าร่วมในการประเมินและให้บริการ หรือนำข้อมูลทั้งหมดรวมทั้งข้อมูลจากการประเมิน เข้านำเสนอในการประชุมกลุ่มสหสาขาวิชาชีพ (Multidisciplinary team meeting)

ดังนั้น ถึงแม้ การประเมินที่บ้าน จะดูเหมือนเป็นกิจกรรมการบริการหลักของ พยาบาลครอบครัว แต่บุคลากรสาขาวิชาชีพอื่นๆก็จะมีส่วนในการประเมินเช่นนี้ด้วย โดย เป็นไปตามการประสานจากพยาบาลครอบครัว สำหรับพนักงานสุขภาพชุมชนจะมีส่วนร่วม สนับสนุนการประเมินโดยใช้คู่มือหรือแบบประเมินเฉพาะที่พัฒนาขึ้นภายใต้การ กำกับของพยาบาลครอบครัว นอกจากนั้นข้อมูลจากการสังเกตของพนักงานสุขภาพชุมชน ยังเป็นประโยชน์ต่อกระบวนการประเมินทางวิชาชีพด้วยเช่นกัน

○ การประชุมกลุ่มสหสาขาวิชาชีพ (Multidisciplinary team meeting)

ในระบบการบริการที่บ้าน มีกลุ่มงานสำคัญอยู่สองประเภท กลุ่มแรกคือ กลุ่ม บริการพื้นที่ (มีหลายกลุ่มซึ่งรับผิดชอบพื้นที่ต่าง ๆ กัน) ประกอบด้วยพยาบาลครอบครัว หนึ่งคนในฐานะหัวหน้ากลุ่ม และพนักงานสุขภาพชุมชนจำนวน 2-3 คน และกลุ่มที่สอง คือ กลุ่มบุคลากรสนับสนุนซึ่งเป็นบุคลากรวิชาชีพ ได้แก่ แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว นัก กายภาพบำบัด และนักสังคมสงเคราะห์ (รูปที่ 9)

รูปที่ 9 รูปแบบการเชื่อมโยงในมุมมองของกลุ่มงาน กลุ่มสหสาขาวิชาชีพ และหน่วยบริการ



ในการบริการ เมื่อพยาบาลครอบครัวพบมีผู้ป่วยหรือครอบครัวจำนวนหนึ่งที่มีปัญหาซับซ้อน ต้องการการประเมิน และอาจได้ประโยชน์จากการบริการแบบบูรณาการร่วมกันระหว่างสหสาขาวิชาชีพ หรืออาจได้ประโยชน์จากการระดมความเห็นในแง่มุมมองต่างๆของกลุ่มผู้ให้บริการ พยาบาลครอบครัวที่เป็นหัวหน้ากลุ่มบริการพื้นที่จะนำข้อมูลผู้ป่วยหรือครอบครัวเหล่านี้เข้านำเสนอใน “การประชุมกลุ่มสหสาขาวิชาชีพ” ซึ่งเป็นกิจกรรมที่จัดเป็นประจำทุกสัปดาห์ โดยพยาบาลครอบครัวทุกคนและกลุ่มบุคลากรสนับสนุนจะเข้าร่วมประชุมพร้อมกัน พยาบาลครอบครัวจะเป็นผู้นำเสนอข้อมูลและบุคลากรสหสาขาวิชาชีพจะร่วมกันให้ความเห็นและทำการประเมินร่วมกัน จากนั้นทำการกำหนดประเด็นของปัญหาหรือความต้องการ กำหนดแผนการบริการหรือการประเมินต่อเนื่อง กำหนดเป้าหมายที่มีกรอบเวลา และกำหนดบุคลากรที่จะเข้าร่วมการบริการหรือการประเมิน ข้อมูลและแผนต่างๆที่ได้กำหนดร่วมกันจะได้รับการบันทึกในบันทึกการประชุมเพื่อใช้ติดตามในการประชุมกลุ่มสหสาขาวิชาชีพครั้งต่อไป ซึ่งจะเป็นเช่นนั้นจนกว่าจะจำหน่ายออก ดังนั้นในการประชุมกลุ่มสหสาขาวิชาชีพจะประกอบไปด้วยทั้งกรณีผู้ป่วยหรือครอบครัวที่นำเข้าหาหรือใหม่และกรณีที่เป็นการติดตามต่อเนื่อง

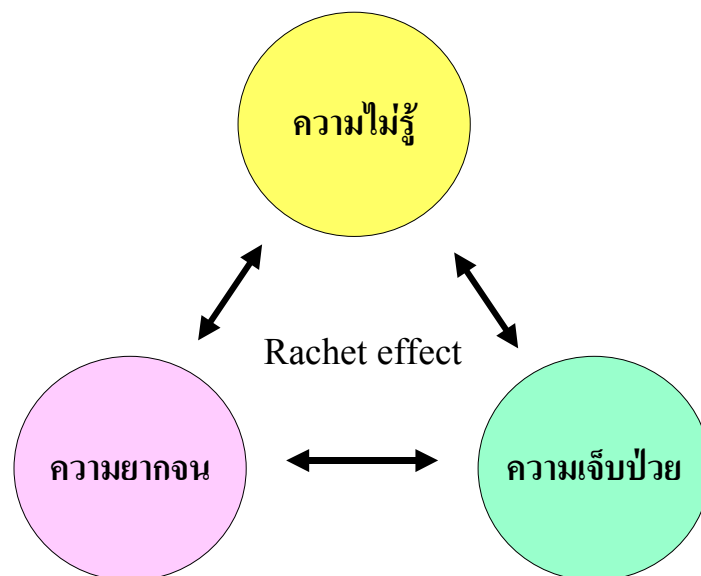
ในกระบวนการประชุมสหสาขาวิชาชีพ จะมีการกำหนดประธานและเลขานุการที่ทำหน้าที่จดบันทึกการประชุมกลุ่ม บุคลากรวิชาชีพสามารถให้ความเห็นได้อย่างเสรี แต่มุ่งที่จะได้ข้อสรุปร่วมกันในแผนการดำเนินการต่อเนื่อง ทั้งนี้ ผลประโยชน์ที่ได้นอกจากจะเกิดกับผู้ป่วยหรือครอบครัวแล้ว ยังเกิดประโยชน์ในด้านการเรียนรู้ร่วมกันระหว่างกลุ่มผู้ให้บริการอีกด้วย

○ การให้ความรู้และคำปรึกษาที่บ้าน (Home education and counselling)

บริการให้ความรู้และคำปรึกษาเป็นบริการพื้นฐานที่ดำเนินการโดยบุคลากรทุกประเภท โดยครอบคลุมความรู้ด้านสุขภาพทั่วไปและสุขอนามัย ความรู้ด้านพฤติกรรมสุขภาพ ความรู้ด้านการป้องกันโรค ความรู้ด้านโรคและการปฏิบัติที่เหมาะสม ความรู้ด้านการดูแลสุขภาพและการจัดการเมื่อเกิดการเจ็บป่วย ความรู้ด้านสภาพแวดล้อม และการให้คำปรึกษาเป็นเฉพาะกรณี ซึ่งรวมถึงประเด็นทางครอบครัวและสังคม นอกจากนี้ยังรวมถึงการให้ความรู้ผ่านสื่อ เช่น แผ่นพับ ในประเด็นต่างๆที่เห็นว่าเป็นส่วนหนึ่งของภาระกิจหรือเป็นการสนับสนุนงานกิจกรรมชุมชน (Community intervention)

อาวุธหรือแนวทางที่สำคัญที่สุดของการสร้างเสริมสุขภาพ คือ “การสร้างปัญญาและการให้ความรู้” เนื่องจากเป็นที่ยอมรับกันทั่วไปว่าเป็นกลยุทธ์สำคัญที่สุดที่จะหยุดยั้งความสัมพันธ์ที่เป็นผลต่อเนื่องระหว่าง “ความยากจน” “ความไม่รู้” และ “ความเจ็บป่วย” (Ratchet effect) (รูปที่ 10) ระบบบริการสุขภาพชุมชนที่พัฒนาขึ้นได้ให้ความสำคัญกับระบบการให้ความรู้แก่ประชากรที่รับผิดชอบโดยตระหนักว่า การจัดการด้านความรู้เป็นสิ่งที่นำไปสู่การได้ผลอย่างยั่งยืน

การให้ความรู้ทางสุขภาพ (Health education) สามารถดำเนินการผ่านช่องทางสำคัญสองช่องทาง คือ ช่องทางแรก เป็นการให้ความรู้โดยตรงผ่านระบบบริการโดยเฉพาะระบบบริการปฐมภูมิที่สามารถเข้าถึงบุคคลและครอบครัวและสามารถให้ความรู้ที่ตรงกับความต้องการเป็นรายบุคคลหรือครอบครัวได้อย่างต่อเนื่อง และช่องทางที่สองเป็นการให้ความรู้ในระดับสาธารณะโดยการผ่านสื่อสารมวลชน การรณรงค์รูปแบบต่างๆ และการสร้างเครือข่ายหน่วยงานและกลุ่มงานทั้งในภาครัฐ เอกชน และประชาชน ซึ่งสามารถทำให้เกิดผลทั่วไปในวงกว้าง



○ การพยาบาลที่บ้าน (Home nursing)

เป็นการบริการโดยพยาบาลครอบครัวและมีพนักงานสุขภาพชุมชนเป็นผู้ช่วยซึ่งอยู่ภายใต้การกำกับอย่างใกล้ชิด กิจกรรมบริการมีตั้งแต่ การให้คำแนะนำด้านสุขอนามัย และความรู้ที่เกี่ยวกับปัญหาสุขภาพ การให้คำปรึกษาเฉพาะปัญหา เช่น การดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม เป็นต้น การสนับสนุนญาติให้สามารถดูแลผู้ป่วยหรือสมาชิกที่มีปัญหาสุขภาพ การให้บริการทำแผล การเปลี่ยนสายสวนปัสสาวะและสายยางให้อาหารทางหลอดอาหาร และการจัดการการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative care) นอกจากนั้นยังรวมถึงการบริการประเมินผู้ป่วยในขอบข่ายของการพยาบาล

○ การฟื้นฟูสมรรถภาพที่บ้าน (Home rehabilitation)

เป็นบริการที่มีสำหรับผู้รับบริการเฉพาะราย โดยเป็นผู้ป่วยที่อยู่ในสถานะพึ่งพา และได้ประโยชน์จากการฟื้นฟูสมรรถภาพ แต่ไม่สามารถหรือมีข้อจำกัดในการเดินทางไปรับบริการที่ศูนย์กายภาพบำบัดชุมชน ขอบข่ายการบริการจะเป็นการทำกายภาพบำบัดพื้นฐาน ทั้งที่เป็น Passive exercise, Active exercise หรือการใช้กลวิธีอื่นๆ เช่น การใช้ความร้อน หรือการนวด โดยอาจเป็นการดำเนินการโดยนักกายภาพบำบัดโดยตรง หรือเป็นการฝึกอบรมให้พนักงานสุขภาพชุมชนหรือญาติผู้ดูแลในครอบครัวเป็นผู้ปฏิบัติภายใต้การกำกับจากนักกายภาพบำบัดและพยาบาลครอบครัว

- การบริการเพื่อความติดเนื่องต่อการรักษาโรคเรื้อรัง (Services for chronic disease adherence)

วัตถุประสงค์หลักประการหนึ่งของระบบการบริการที่พัฒนาขึ้น คือ การทำให้ผู้ป่วยโรคเรื้อรังรับการรักษาต่อเนื่อง โดยในการพัฒนาระยะที่ผ่านมาได้กำหนดเลือก โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง และโรคหัวใจเป็นเป้าหมายสำคัญ เนื่องจากเป็นโรคที่เป็นปัญหาสาธารณสุขและนำไปสู่ความเจ็บป่วยเรื้อรังและพิการได้ กระบวนการดำเนินการในการบริการนี้ประกอบไปด้วย การประเมินความต่อเนื่องของการติดตามการรักษา (ภาคผนวก ก-3) การประเมินปัจจัยหรือสาเหตุของความไม่ต่อเนื่อง การให้ความรู้ถึงความจำเป็นของการติดตามการรักษาและประโยชน์ที่ได้รับ และการดำเนินการจัดการเพื่อสนับสนุนให้ผู้ป่วยติดตามการรักษา

งานบริการนี้เป็นบริการใหม่ที่พัฒนาขึ้นอย่างเป็นระบบ โดยอาศัยระบบบริการที่บ้านเป็นฐานรองรับ ซึ่งยังต้องการการพัฒนาต่อเนื่องทั้งในด้านกลวิธีและระบบการจัดการที่มีประสิทธิภาพและประสิทธิผลและการขยายขอบข่ายโรคเรื้อรังที่ต้องให้การบริการให้กว้างขวางขึ้น

- การบริการประคับประคองและการดูแลระยะสุดท้ายของชีวิต (Palliative and end of life care)

เป็นการบริการเพื่อการสนับสนุนระบบดูแลระยะยาว (Long-term care) โดยเป็นการบริการตามความต้องการเป็นรายบุคคลและครอบครัว การบริการนี้ประกอบด้วยการให้คำปรึกษาเฉพาะเรื่อง การให้ความรู้ด้านการดูแล การสนับสนุนการใช้ยาและสายต่อต่างๆ (สายสวนปัสสาวะ สายยางหลอดอาหาร) การสนับสนุนด้านจิตใจ และการประสานการบริการสังคม บุคลากรสหสาขาวิชาชีพจะมีส่วนร่วมในการดำเนินการ โดยมีกลุ่มบริการพื้นที่เป็นกลไกประสาน นอกจากการบริการโดยตรง ยังอาจดำเนินการประสานไปยังแพทย์เจ้าของไข้และกลุ่มผู้ให้บริการที่อยู่ในโรงพยาบาลเพื่อทราบข้อมูลและประเด็นเฉพาะอันเป็นประโยชน์ต่อการจัดการสนับสนุนการดูแลแก่ผู้ป่วยบางราย

- การบริการดูแลทดแทน (Respite care)

การบริการดูแลทดแทนเป็นการบริการที่สนับสนุนให้ผู้ดูแลและญาติสามารถมีเวลาที่จะต้องปฏิบัติกิจที่จำเป็น เช่น ไปรับการรักษา โดยที่กลุ่มผู้ให้บริการจะให้บริการสนับสนุนการดูแลผู้ป่วยที่พึ่งพาแทนในช่วงเวลาที่ไม่อยู่ อาจเป็นโดยการทดแทนที่บ้าน การที่ผู้ดูแลนำผู้ป่วยมาฝากช่วงกลางวันที่ยุทธบริการสาธารณสุข การนำผู้ป่วยไปฝาก

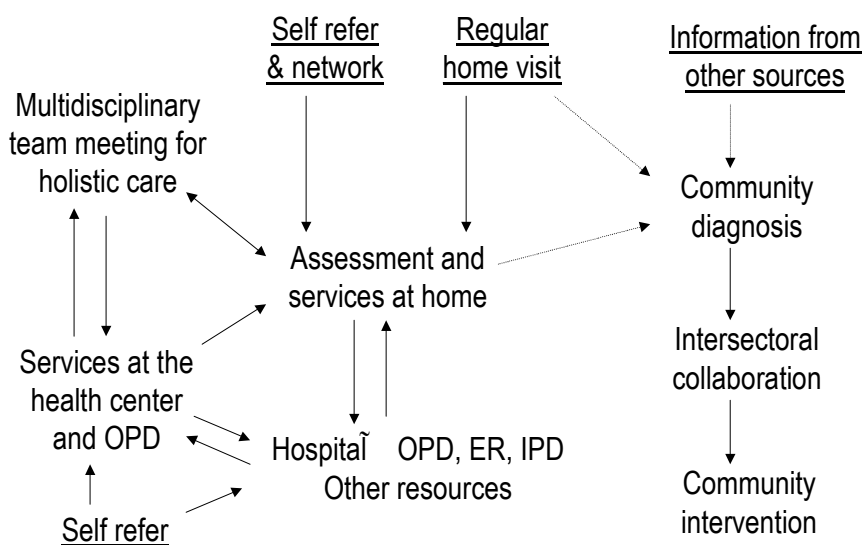
ช่วงกลางวัน ณ.พื้นที่จำเพาะในชุมชนโดยการประสานงานของกลุ่มบริการพื้นที่ ทั้งนี้ผู้ดูแลทดแทนอาจเป็นพนักงานสุขภาพชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุข หรือเพื่อนบ้าน ก็ได้

บริการนี้ไม่ได้มีขึ้นสำหรับผู้ป่วยที่อยู่ในสถานะพึ่งพาทุกคน แต่จะมีสำหรับผู้ป่วยในสถานะพึ่งพาที่มีผู้ดูแลหรือญาติจำกัดไม่เพียงพอจะดำเนินการทดแทนกันภายในครอบครัวได้ ดังนั้นการประเมินทางสังคมและเครือข่ายในครอบครัวจึงมีความจำเป็นก่อนที่จะดำเนินการให้บริการนี้

ในบางกรณี การบริการดูแลทดแทนจะอยู่ในลักษณะการนำส่งผู้ป่วยไปยังสถานบริการเพื่อการตรวจรักษาแทนญาติ ซึ่งตรงกันข้ามกับในกรณีข้างต้น แต่การบริการเช่นนี้จะอยู่ในดุลยพินิจของกลุ่มบริการพื้นที่ที่ทำการตัดสินใจตามความจำเป็นของผู้ป่วยแต่ละราย หลักสำคัญ คือ บริการนี้จะต้องไม่ไปแย่งความรับผิดชอบของสมาชิกในครอบครัว แต่เน้นในกรณีที่จำเป็นเท่านั้น

ความเชื่อมโยงระหว่างบริการ

การบริการต่างๆข้างต้นมีความเชื่อมโยงต่อเนื่องกัน โดยมีกลุ่มบริการพื้นที่เป็นผู้ประสานและเป็นผู้ให้บริการหลัก โดยการบริการพื้นฐานคือ “บริการเยี่ยมบ้านประจำ” และจัดเป็นกระบวนการคัดกรอง (Screening) และการค้นหาผู้ป่วย (Case finding) ซึ่งเป็นช่องทางสำคัญของการเข้าถึงระบบบริการสุขภาพ จากบริการนี้นำไปสู่ “การประเมินที่บ้าน” โดยกลุ่มบริการพื้นที่ที่มีพยาบาลครอบครัวเป็นแกน จากนั้นพยาบาลครอบครัวจะเป็นผู้เชื่อมโยงไปสู่การประเมินร่วมกันโดยบุคลากรสหสาขาวิชาชีพ หรือการประเมินเฉพาะโดยบุคลากรสนับสนุน ตลอดจนการจัดบริการต่อเนื่อง ที่อาจเป็นเพียงการให้ความรู้และคำปรึกษา การบริการจำเพาะของสาขาวิชาชีพ เช่น การฟื้นฟูสมรรถภาพที่บ้าน การดูแลทดแทน การพยาบาลที่บ้าน การบริการเพื่อความต่อเนื่องในการรับการรักษาโรคเรื้อรัง หรือการให้การรักษาเฉพาะกรณี เป็นต้น หรือการบริการแบบเป็นองค์รวม ได้แก่ การบริการประคับประคองและการดูแลระยะวาระสุดท้ายของชีวิต หรือการให้บริการร่วมกันโดยกลุ่มสหสาขาวิชาชีพ (รูปที่ 11)



ช่องทางเข้าถึงการบริการ

ถึงแม้ “บริการเยี่ยมบ้านประจำ” จะเป็นช่องทางพื้นฐานและเป็นช่องทางเชิงรุกของระบบบริการสุขภาพชุมชน แต่ยังมีช่องทางอื่นๆทั้งที่เป็นเชิงรุกและรับที่ผู้ป่วยหรือครอบครัวที่มีปัญหาสุขภาพจะเข้าถึงระบบบริการได้ (ตารางที่ 3) ซึ่งการเข้าถึงช่องทางเหล่านั้นได้รับการพัฒนากลไกเกื้อหนุนให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น ได้แก่ การเปิดโทรศัพท์สายตรงเพื่อให้ประชากรในชุมชนสามารถติดต่อขอรับคำปรึกษาหรือการบริการได้โดยสะดวก การติดป้ายประชาสัมพันธ์ประเภทการบริการในที่สาธารณะ การใช้เครือข่ายผู้นำชุมชนและอาสาสมัครสาธารณสุขโดยการประชุมชี้แจงให้เกิดความเข้าใจในประเภทการบริการและประโยชน์ที่จะได้รับ การประสานกับแพทย์ผู้ให้บริการผู้ป่วยนอกทั้งที่ศูนย์บริการสาธารณสุขที่ 16 และที่โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ การประสานกับคลินิกพิเศษ เช่น คลินิกวัณโรค การเชื่อมโยงข้อมูลผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ภายใต้สิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า (30 บาทรักษาทุกโรค) ที่สังกัดกับโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

ตารางที่ 3

ช่องทางเข้าถึงระบบสุขภาพภายใต้ระบบบริการสุขภาพชุมชนที่พัฒนาขึ้น

- การเยี่ยมบ้านประจำ (Regular home visit)
- อาสาสมัครสาธารณสุข (ออส) และผู้นำชุมชน
- การมาพบเอง (Self refer) หรือติดต่อรับการรักษาทันทีผ่านโทรศัพท์สายตรง (Hot line)
- การบริการผู้ป่วยนอกที่ศูนย์บริการสาธารณสุขที่ 16
- การบริการผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในที่โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

การแบ่งพื้นที่บริการ

ในการพัฒนาระบบบริการในพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ (โซน 7) ซึ่งประกอบด้วยแขวงลุมพินีและแขวงปทุมวัน เขตปทุมวัน มีประชากรรวมทั้งสิ้นประมาณ 60,000 คน (เป็นผู้ที่ได้สิทธิในระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้าราว 22,000 คน) ทั้งนี้ประชากรมีเศรษฐกิจและสภาพความเป็นอยู่ในหลายลักษณะซึ่งมีความยากง่ายในการเข้าถึงแตกต่างกัน และมีระดับของปัญหาสุขภาพต่างกัน เพื่อให้การปฏิบัติงานเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพจึงทำการจำแนกพื้นที่ออกเป็นสามประเภท ดังนี้

พื้นที่จัดตั้ง หมายถึงพื้นที่ที่มีลักษณะครัวเรือนแออัดและมีเศรษฐกิจค่อนข้างต่ำ ทั้งที่อยู่ในแนวราบ เช่น ชุมชนแออัด หรือในแนวตั้ง เช่น แฟลต ซึ่งพื้นที่จัดตั้งที่มีในโซน 7 มีทั้งหมด 6 ชุมชน คือ ชุมชนพัฒนาบ่อนไก่ เกษะชุมชนบ่อนไก่ ชุมชนโปโล ชุมชนพระเจน ชุมชนร่วมฤดี และชุมชนหลังวัดปทุมวนาราม จำนวนครัวเรือนทั้งหมดในพื้นที่จัดตั้งมีทั้งหมด 3,585 ครัวเรือน และมีประชากรประมาณ 20,000 คน

พื้นที่เข้าถึงยาก หมายถึงพื้นที่ที่เป็นที่อยู่อาศัยของผู้มีรายได้สูงหรือค่อนข้างสูง มักอยู่ในลักษณะบ้านเดี่ยว ทาวน์เฮาส์ราคาแพง และคอนโดมิเนียม

พื้นที่เฉพาะ หมายถึงพื้นที่ที่มีลักษณะเฉพาะ โดยไม่ได้เป็นที่อยู่อาศัย แต่ประชากรในพื้นที่ดังกล่าวใช้เวลาในพื้นที่นั้นเป็นระยะเวลานานๆ ได้แก่ โรงเรียน และสถานประกอบการต่างๆ

การจำแนกพื้นที่ดังกล่าวข้างต้นเป็นประโยชน์ในการลำดับความสำคัญของการดำเนินการ การกำหนดกลยุทธ์ในการให้บริการ และความแตกต่างของช่องทางเข้าถึงบริการ โดยพื้นที่จัดตั้งจะเป็นพื้นที่ที่มีลำดับความสำคัญสูง เลือกใช้กลยุทธ์เชิงรุกเต็มรูปแบบ และเปิดช่องทางเข้าถึงการบริการครบทุกช่องทาง ในขณะที่พื้นที่เข้าถึงยากเป็นพื้นที่ที่ผู้อยู่อาศัยสามารถดูแลตนเองได้ดีกว่า จึงมีลำดับความสำคัญต่ำกว่าและเลือกใช้กลยุทธ์การบริการและการเปิดช่องทางในเชิงรับ (จะไม่

ดำเนินการเยี่ยมบ้านประจำแก่ประชากรในพื้นที่) สำหรับพื้นที่เฉพาะจัดเป็นพื้นที่ที่เน้นการดำเนินการในส่วน “กิจกรรมชุมชน” โดยถือเป็นชุมชนพิเศษที่ต้องการการดำเนินการกิจกรรมบางอย่าง อาทิ กิจกรรมด้านสุขภาพฟัน และหาในโรงเรียนระดับต่ำกว่ามัธยม เป็นต้น

กระบวนการกิจกรรมชุมชน (Community activities)

ในการดำเนินการพัฒนากระบวนการกิจกรรมชุมชน เป็นความพยายามสร้างรูปแบบของการดำเนินการในลักษณะ “จากล่างสู่บน” (Bottom up) คือกลุ่มให้บริการพื้นที่และกลุ่มงานสนับสนุนเป็นแกนกลางในการดำเนินการที่มีความสอดคล้องกับความต้องการหรือลักษณะของชุมชน เพื่อทำแผนและหาทรัพยากรสนับสนุน โดยเน้นความมีส่วนร่วมจากชุมชน หน่วยงานและองค์กรในพื้นที่ และหน่วยงานและองค์กรในภาคส่วนต่างๆที่มีส่วนร่วมดำเนินการในชุมชน ทั้งนี้มุ่งให้สามารถดำเนินการอย่างมีประสิทธิภาพและเป็นจริงในทางปฏิบัติ ตั้งแต่กระบวนการกำหนดปัญหา-ประเด็นสุขภาพ กระบวนการลำดับความสำคัญ กระบวนการทำแผนและการจัดการตามแผน การสร้างความมีส่วนร่วมจากชุมชน และการประสานการดำเนินการระหว่างภาคส่วน (ตารางที่ 4)

ตารางที่ 4 ขั้นตอนของการดำเนินการด้านกิจกรรมชุมชน

- กระบวนการกำหนดปัญหา-ประเด็นสุขภาพ
- กระบวนการลำดับความสำคัญ
- กระบวนการทำแผน และการจัดการตามแผน
- การสร้างความมีส่วนร่วมจากชุมชนและการประสานการดำเนินการระหว่างภาคส่วน

กระบวนการกำหนดปัญหา-ประเด็นสุขภาพ

เป็นกระบวนการแรกสุดของการดำเนินการด้านกิจกรรมชุมชน โดยมีขั้นตอนสำคัญสองขั้นตอน คือ ขั้นตอนการรวบรวมข้อมูลของปัญหาและประเด็นสุขภาพ และขั้นตอนการสร้างการมีส่วนร่วมและการยอมรับจากชุมชนและภาคส่วนต่างๆ

แหล่งที่มาของข้อมูลด้านปัญหาและประเด็นสุขภาพมีด้วยกันหลายแหล่ง ในความเข้าใจที่มีโดยทั่วไปหรือทางทฤษฎีมักจะเน้นการได้ปัญหา/ประเด็นจากการสำรวจชุมชนทางระบาดวิทยา ซึ่งอาจเหมาะสมในการตรวจค้นโรคติดต่อหรือในกลุ่มประชากรที่ไม่มีข้อมูลจากแหล่งใดๆเลยหรือ

มีน้อยมาก แต่ในทางปฏิบัติแล้วการดำเนินการสำรวจชุมชนเป็นสิ่งที่ใช้เวลาและทรัพยากรค่อนข้างมาก มักจะไม่เหมาะต่อการดำเนินการของผู้ให้บริการในพื้นที่ซึ่งมีภาระกิจในการให้บริการมากอยู่แล้ว ทำให้มีการปฏิบัติจริงน้อยมาก สำหรับหน่วยบริการที่ได้ดำเนินการสำรวจชุมชนเพื่อการนี้อยู่บ้างก็มักจะได้ประโยชน์ไม่มากนัก ส่วนใหญ่จะเน้นไปที่การรายงานผลในลักษณะงานวิจัยในพื้นที่หรือการทำรายงานเสนอทั่วไป

สำหรับโครงการกรุงเทพ 7 ชุมชนที่ดำเนินการพัฒนาอยู่ไม่ใช่ชุมชนแปลกใหม่แต่อย่างใด และมีรายงานการศึกษาวิจัยต่างๆในพื้นที่เขตกรุงเทพมหานครที่เพียงพอต่อการให้ข้อมูลสุขภาพ และสามารถใช้ทดแทนการสำรวจชุมชนได้เป็นอย่างดี ดังนั้นในกระบวนการดำเนินการของระบบบริการสุขภาพชุมชนครั้งนี้ จะไม่ทำการสำรวจชุมชนในลักษณะดังกล่าว แต่จะใช้ข้อมูลจากหลายๆ แหล่งด้วยกัน คือ

- จากข้อมูลการสำรวจต่างๆที่มีมาในอดีต โดยเฉพาะเป็นข้อมูลจากการสำรวจของประชากรในพื้นที่กรุงเทพมหานคร
- จากข้อมูลรายงานด้านโรคและสุขภาพของหน่วยงานต่างๆในพื้นที่เขตกรุงเทพมหานคร เช่น สำนักอนามัย ข้อมูลโรงพยาบาล เป็นต้น
- จากข้อมูลรายงานต่างๆที่มีความสัมพันธ์กับลักษณะประชากรในพื้นที่
- จากข้อมูลที่ได้จากการบริการเยี่ยมบ้านประจำ
- จากข้อมูลที่ได้จากการบริการของศูนย์บริการสาธารณสุขที่ 16 และโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ที่มีมาก่อนหน้า
- จากความเห็นของผู้นำและตัวแทนชุมชน

จากข้อมูลต่างๆข้างต้น จะได้รับการนำมาประมวลวิเคราะห์ ให้ได้ปัญหา-ประเด็นสุขภาพเท่าที่จะเป็นไปได้ และนำเสนอในกระบวนการกลุ่ม (สัมมนาเชิงปฏิบัติการ) อันประกอบไปด้วยผู้นำและตัวแทนชุมชน ผู้แทนหน่วยงาน-องค์กรในพื้นที่ เช่น โรงเรียน เป็นต้น ผู้แทนจากองค์กรหรือหน่วยงานในภาคส่วนต่างๆที่มีส่วนในการพัฒนาดูแลชุมชน และกลุ่มแกนผู้ให้บริการกระบวนการกลุ่มโดยการใช้เทคนิคการระดมสมอง (Brain storm) จะนำไปสู่การให้ความเห็นและการกำหนดปัญหาและประเด็นทางสุขภาพอีกครั้ง อันเป็นขั้นตอนสำคัญที่ให้ประโยชน์ทั้งของการได้มาซึ่งข้อมูล การยอมรับในประเด็นต่างๆร่วมกัน และการมีส่วนร่วมในการดำเนินการที่จะช่วยให้การดำเนินกิจกรรมชุมชนอย่างมีส่วนร่วมประสบความสำเร็จ

ในการดำเนินการของผู้ให้บริการในการศึกษาครั้งนี้ ได้ปัญหา-ประเด็นสุขภาพ จำนวน 14 ประเภท (ตารางที่ 5) ซึ่งได้นำเข้าสู่กระบวนการลำดับความสำคัญต่อไป

กระบวนการลำดับความสำคัญ

เมื่อได้ปัญหา-ประเด็นสุขภาพจำนวน 14 ประเภท ได้จัดให้มีกระบวนการกลุ่มขึ้นอีกครั้ง (สัมมนาเชิงปฏิบัติการ) เพื่อร่วมกันลำดับความสำคัญโดยใช้เทคนิคโมดิฟายด์เดลไฟ (Modified Delphi technique) และลำดับความสำคัญออกมาได้ดังแสดงในตารางที่ 5 ผลที่ได้นี้จะเป็แนวทางสำคัญของการตัดสินใจเลือกปัญหา-ประเด็นสุขภาพที่จะดำเนินการและในการจัดทำแผนปฏิบัติการ ทั้งนี้ ไม่ได้หมายความว่ากลุ่มผู้ให้บริการจะต้องดำเนินการตามลำดับความสำคัญโดยเคร่งครัด แต่กลุ่มผู้ให้บริการจะต้องพิจารณาความเป็นไปได้และความพร้อมของทรัพยากรที่จะมีสนับสนุนประกอบกันไปด้วย นอกจากนั้นปัญหา-ประเด็นสุขภาพที่มีอยู่ เมื่อแปลงสู่แผนปฏิบัติการอาจมีความเชื่อมโยงระหว่างปัญหา-ประเด็นสุขภาพหลายประเภทไปในแผนปฏิบัติการเดียวกัน และในทางตรงกันข้ามปัญหา-ประเด็นสุขภาพเพียงอย่างเดียวก็อาจมีแผนปฏิบัติการที่เกี่ยวข้องได้หลายแผนเช่นกัน

กระบวนการทำแผน และการจัดการตามแผน

เมื่อได้ลำดับความสำคัญของปัญหา-ประเด็นสุขภาพ กลุ่มผู้ให้บริการจะทำการประชุมกลุ่มภายในเพื่อร่วมกันวิเคราะห์ในรายละเอียดของปัญหา-ประเด็นสุขภาพ ทำการจัดกลุ่มโดยอิงกับลำดับความสำคัญและความเป็นไปได้ในการดำเนินการ กำหนดโครงการดำเนินการเป็นส่วนๆ และจัดทำแผนปฏิบัติการ (Action plan) ขึ้นตามโครงร่างดังกล่าว ทั้งนี้ในการดำเนินการระบบบริการสุขภาพชุมชนครั้งนี้ ได้จัดทำแผนปฏิบัติการออกเป็น 4 แผน (ภาคผนวก ข) โดยในแผนปฏิบัติการแต่ละแผนจะระบุชื่อแผน เหตุผลหรือจุดมุ่งหมาย วัตถุประสงค์ กิจกรรม-ขั้นตอนการดำเนินการ ผู้รับผิดชอบหลักและผู้รับผิดชอบรายกิจกรรม กรอบเวลาดำเนินการรายกิจกรรม ทรัพยากรที่ต้องการ และเงื่อนไขต่างๆที่จำเป็นในการดำเนินการ การจัดทำแผนปฏิบัติการเช่นนี้เป็นประโยชน์ในการดำเนินการอย่างมากและช่วยให้การจัดการประสบความสำเร็จ โดยจากการดำเนินการพบว่าพยาบาลครอบครัวที่ได้รับการกำหนดให้เป็นผู้จัดทำแผนปฏิบัติการและผู้รับผิดชอบหลักสามารถดำเนินการได้ตามที่คาดหวังไว้เป็นอย่างดี

ตารางที่ 5 ประเด็นและลำดับความสำคัญของปัญหา-ประเด็นสุขภาพที่ได้จากการสัมมนาเชิงปฏิบัติการในการดำเนินการระบบบริการสุขภาพชุมชนที่พัฒนา

ประเด็น	ลำดับความสำคัญ
- การขาดจิตสำนึกต่อความรับผิดชอบในครอบครัว-ชุมชน	1
- การสร้างเสริมสุขภาพ-ป้องกันโรค	2
- ปัญหายาเสพติด	3
- การติดตามรักษาโรคเรื้อรัง	4
- ปัญหายุงลาย	5
- ปัญหาคนว่างงาน	6
- แหล่งอบายมุขในชุมชน	7
- ผู้พิการ-ผู้สูงอายุ-ผู้ด้อยโอกาส	8
- สุขภาพช่องปากในเด็กวัยเรียน	9
- ขาดความเข้าใจในการเข้าใช้บริการสุขภาพ	10
- โภชนาการในนักเรียน	11
- ปัญหาสิ่งแวดล้อม, ขยะ, ท่อระบายน้ำ	11
- ปัญหาการมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควร	13
- ปัญหาอุบัติเหตุการจราจร	14

การสร้างควมมีส่วนร่วมจากชุมชนและการประสานระหว่างภาคส่วน

เมื่อได้แผนปฏิบัติการ ผู้รับผิดชอบหลักจะดำเนินการประสานทรัพยากร และความร่วมมือจากชุมชนและภาคส่วนต่างๆ พบว่าการเข้าถึงและการได้ความร่วมมือจากชุมชนเป็นสิ่งที่ง่ายมาก เนื่องจากกระบวนการบริการเชิงรุกถึงประตูบ้านและการดำเนินการกลุ่มที่มีมาก่อนหน้าได้ทำให้ผู้นำชุมชน ตัวแทนชุมชน อาสาสมัคร และประชาชนในชุมชนพร้อมที่จะให้ความร่วมมือเป็นอย่างดี ในขณะที่การประสานความร่วมมือจากภาคส่วนอื่นๆต้องอาศัยความละเอียดอ่อนและทักษะในการดำเนินการพอสมควร ทั้งนี้อาจเป็นผลมาจากความเป็นราชการของหน่วยงาน การติดขัดในความเป็นเจ้าของผลงาน และกฎระเบียบต่างๆที่ไม่เอื้อต่อการประสานทรัพยากร โดยเฉพาะด้านงบประมาณ

อย่างไรก็ตาม จากประสบการณ์ที่ได้ดำเนินการจริงพบว่า กลวิธีบางประการสามารถช่วยให้การประสานความร่วมมือประสบความสำเร็จได้ ดังนี้

- การสร้างมิตรภาพกับหน่วยงานต่างๆและผู้รับผิดชอบในส่วนที่เกี่ยวข้องกับกิจกรรมชุมชน ที่ต้องการพัฒนา ซึ่งต้องอาศัยทั้งทักษะส่วนตัวและการเกื้อหนุนจากระบบราชการ
- การสร้างความมีส่วนร่วมตั้งแต่กระบวนการทำแผนปฏิบัติการและโครงการ โดยจะต้องเชิญตัวแทนจากภาคส่วนต่างๆที่ควรเข้าร่วมดำเนินการมาประชุมระดมสมองให้ความเห็น ตั้งแต่แรกๆ
- การสร้างความเป็นเจ้าของร่วมกันในโครงการ โดยทุกหน่วยงานที่มีส่วนร่วมสำคัญจะต้องมีชื่อในฐานะเจ้าของโครงการ ประการสำคัญ หน่วยงานใดที่ควรเป็นหน่วยงานหลักในการดำเนินการหรือจัดสรรทรัพยากร จะต้องให้หน่วยงานนั้นได้ชื่อเป็นเจ้าของหลักของโครงการ
- การจัดประชุมภายในกลุ่มผู้รับผิดชอบแผนปฏิบัติการสม่ำเสมอต่อเนื่อง ไม่ว่าจะเป็นการประชุมที่เป็นทางการหรือไม่เป็นทางการ และจำเป็นจะต้องเชิญผู้แทนชุมชนเข้าร่วมในการประชุมให้ได้มากที่สุด พร้อมทั้งหมั่นแจ้งความคืบหน้าให้ผู้แทนชุมชนและผู้แทนหน่วยงานทราบสม่ำเสมอ
- ในการดำเนินกิจกรรมชุมชน ต้องจัดให้ผู้แทนหน่วยงานและผู้แทนชุมชนมีส่วนร่วมและได้มีส่วนที่จะแสดงถึงความร่วมมือร่วมใจของตนให้ปรากฏแก่สาธารณะ

บริการอื่นๆที่พัฒนาขึ้น

ในระบบบริการสุขภาพชุมชนที่พัฒนาขึ้น ได้ดำเนินการจัดตั้งบริการเฉพาะขึ้นที่ศูนย์บริการสาธารณสุขที่ 16 โดย คือ การจัดตั้ง “ศูนย์กายภาพบำบัดชุมชน” และ “คลินิกฝังเข็ม” ซึ่งเป็นการบริการเพื่อการสนับสนุนระบบบริการสุขภาพชุมชน

- ศูนย์กายภาพบำบัดชุมชน

ศูนย์กายภาพบำบัดชุมชนได้รับการจัดตั้งขึ้นโดยเป็นองค์ประกอบสำคัญอย่างมากในระบบบริการสุขภาพชุมชน ด้วยเหตุผลหลักสี่ประการ คือ หนึ่ง-จากการศึกษาการพัฒนากระบวนการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุในชุมชนแออัดคลองเตยในช่วงปีพ.ศ.2535-2538 (โครงการเซส)⁽³²⁾ พบว่าประชากรทุกกลุ่มอายุมีความต้องการการบริการนี้สูงมากในชุมชน สอง-ผลการศึกษา Cost-minimization ของการบริการกายภาพบำบัดขั้นพื้นฐานในชุมชนเปรียบเทียบกับในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์พบว่ามีความคุ้มค่า⁽³⁷⁾ สาม-การบริการนี้เป็นการสนับสนุนการบริการฟื้นฟูสมรรถภาพที่บ้านและยังเป็นสถานที่ฝึกอบรมทักษะแก่กลุ่มบริการพื้นที่อีกด้วย และสี่-การบริการนี้เป็นองค์ประกอบสำคัญของระบบการดูแลระยะยาวในชุมชน

ศูนย์กายภาพบำบัดชุมชนจะเน้นการบริการกายภาพบำบัดพื้นฐานโดยไม่ต้องใช้เครื่องมือหรืออุปกรณ์ที่ซับซ้อน และได้ประโยชน์แก่ผู้ป่วยส่วนใหญ่ที่มีความรุนแรงของ

ปัญหาในระดับน้อยถึงปานกลาง ลักษณะของปัญหาที่ได้ประโยชน์ ได้แก่ ปัญหาอัมพฤกษ์-อัมพาต ปัญหากระดูก-ข้อและกล้ามเนื้อที่ต้องการการฟื้นฟูสมรรถภาพ ปัญหาอาการเจ็บปวดส่วนต่างๆของร่างกาย เป็นต้น

ศูนย์กายภาพบำบัดนี้ดำเนินการโดยนักกายภาพบำบัด 1 คน โดยมีพยาบาลครอบครัวและพนักงานสุขภาพชุมชนพลัดเวียนกันช่วยการบริการ และเป็นโอกาสที่พยาบาลและพนักงานสุขภาพชุมชนจะได้ฝึกฝนทักษะและมีประสบการณ์ด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพอันเป็นประโยชน์ต่องานบริการที่บ้าน นอกจากนี้ยังเป็นแหล่งเชื่อมโยงข้อมูลและความต่อเนื่องระหว่างผู้ป่วยในชุมชนกับผู้ป่วยที่มารับบริการที่ศูนย์แห่งนี้ การบริการนี้มีสัปดาห์ละ 4 วัน วันละ 3 ชั่วโมง (13.00-16.00 น.) ในช่วงเวลาอื่นๆนักกายภาพบำบัดจะออกเยี่ยมบ้านเพื่อสนับสนุนการบริการที่บ้านหรือเข้าประชุมสหสาขาวิชาชีพ ในแต่ละช่วงเวลาที่ทำให้บริการจะมีผู้ป่วยมารับบริการเฉลี่ย 7-8 คน

○ คลินิกฝังเข็ม

คลินิกฝังเข็มเป็นคลินิกที่บริการโดยแพทย์ที่มีความชำนาญด้านการฝังเข็ม หลักการพื้นฐานของการจัดตั้ง คือ การให้มีการบริการการแพทย์ทางเลือกแก่ผู้ป่วย โดยเฉพาะผู้ป่วยที่ไม่สามารถใช้ยา ผู้ป่วยที่มีอายุมากๆ ผู้ป่วยที่ไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยการแพทย์แผนปัจจุบัน และผู้ป่วยที่ไม่ต้องการการรักษาด้วยการแพทย์แผนปัจจุบัน นอกจากนี้ยังเป็นการสนับสนุนการบริการฟื้นฟูสมรรถภาพอีกด้วย

การบริการนี้ถือเป็นการทดลองจัดตั้งในระดับการบริการปฐมภูมิ และพบว่ามีผู้ป่วยจำนวนมากมาขอรับการบริการซึ่งในช่วงระยะเวลา 4 เดือนแรกได้ให้การบริการจากสัปดาห์ละ 1 ช่วงเวลา (ครึ่งวัน) มีผู้ป่วยมารับการบริการทั้งสิ้น 120 คนรวม 420 ครั้ง คิดเป็นผู้รับบริการในแต่ละวันประมาณ 20-24 ราย ปัญหาส่วนใหญ่ของผู้ป่วยที่มารับการบริการเป็นปัญหาด้านระบบกล้ามเนื้อและโครงร่าง ระบบประสาทส่วนปลาย โรคอ้วนและอัมพฤกษ์-อัมพาต โดยร้อยละ 93 ของผู้ป่วยมีอาการดีขึ้น และร้อยละ 64 จะกลับมารักษาด้วยวิธีนี้อีกหากมีการเจ็บป่วยใหม่ นอกจากนั้นร้อยละ 80 จะแนะนำผู้อื่นให้มารับการรักษาด้วยวิธีนี้

บุคลากร

โครงสร้าง

ข้อเท็จจริงที่สำคัญของการพัฒนาระบบบริการสุขภาพชุมชนนี้คือ กำลังบุคลากรที่มีอยู่จริงของศูนย์บริการสาธารณสุข ของสำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร ซึ่งรวมถึงศูนย์บริการสาธารณสุขที่ 16 เน้นไปที่การบริการในศูนย์มากกว่าในชุมชน ทั้งนี้เนื่องจากการตอบสนองต่อภาระกิจรูปแบบเก่าที่เน้นการบริการในศูนย์และการดำเนินการกิจกรรมชุมชนแบบรวมศูนย์ที่มีลักษณะดำเนินการตามแผนงานที่กำหนดมาจากส่วนกลาง (Top-down approach) เป็นส่วนใหญ่ ดังนั้นกำลังบุคลากรที่มีอยู่จึงไม่เพียงพอต่อการดำเนินการเชิงรุกที่มุ่งเข้าถึงประตูบ้าน ข้อเท็จจริงอีกประการคือ ถึงแม้บุคลากรที่ปฏิบัติงานชุมชน (พยาบาลชุมชน) จะเข้าใจในเบื้องานกิจกรรมชุมชน แต่ความเข้าใจในระบบบริการเชิงรุกเช่นที่โครงการนี้ต้องการพัฒนาให้เกิดขึ้นยังไม่ชัดเจน และยังขาดความรู้และทักษะบางประการในการดำเนินการในฐานะพยาบาลครอบครัวและการบริหารจัดการกลุ่มงาน นอกจากนี้ในปัจจุบันยังไม่มีหน่วยบริการปฐมภูมิของรัฐที่ใดเลยในประเทศไทยที่มีนักกายภาพบำบัดปฏิบัติงานประจำ และยังมีควมไม่เพียงพอของแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวในหน่วยบริการปฐมภูมิโดยทั่วไป

ด้วยข้อเท็จจริงดังกล่าว ร่วมกับข้อมูลจากประสบการณ์การพัฒนาระบบบริการชุมชนสำหรับผู้สูงอายุในชุมชนแออัดคลองเตย ทำให้จำเป็นต้องเตรียมบุคลากรเพื่อการปฏิบัติงาน โดยมีที่มาแตกต่างกัน ดังนี้

- | | |
|--------------------------|--|
| ○ พยาบาลครอบครัว | จำนวน 4 คน จากศูนย์บริการสาธารณสุขที่ 16 สำนัก |
| ○ อนามัย | |
| ○ พนักงานสุขภาพชุมชน | จำนวน 12 คน จาก “การจัดจ้าง” |
| ○ นักกายภาพบำบัด | จำนวน 1 คน จาก “การจัดจ้าง” |
| ○ แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว | จำนวน 1 คน จากโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ |
| ○ นักสุศึกษา | จำนวน 1 คน จาก “การจัดจ้าง” |
| ○ นักสังคมสงเคราะห์ | จำนวน 1 คน จากศูนย์บริการสาธารณสุขที่ 16 สำนัก |
| ○ อนามัย | |

บุคลากรทั้งหมดดังกล่าวจำแนกออกได้เป็นสองกลุ่ม คือ “กลุ่มบริการพื้นที่ (Area-based team)” อันได้แก่ พยาบาลครอบครัวและพนักงานสุขภาพชุมชน และ “กลุ่มสนับสนุน (Supporting team)” อันได้แก่ นักกายภาพบำบัด แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว นักสุศึกษา และนักสังคมสงเคราะห์

สำหรับบุคลากรกลุ่มบริการพื้นที่มีทั้งหมด 5 กลุ่มงาน แต่ละกลุ่มงานจะมีพยาบาลครอบครัว 1 คนเป็นหัวหน้า และมีพนักงานสุขภาพชุมชน 2-3 คน โดยแต่ละกลุ่มงานจะรับผิดชอบครัวเรือนที่ต้องให้บริการเชิงรุกเป็นประจำ (พื้นที่จัดตั้ง) โดยเฉลี่ย 500-700 ครัวเรือนต่อกลุ่ม และยังมีพื้นที่ที่เข้าถึงยากที่ต้องรับผิดชอบ (ประชากรที่ต้องรับผิดชอบทั้งหมดประมาณ 15,000 คนหรือ 3,000-4,000 ครัวเรือน)

บทบาทของบุคลากรแต่ละประเภทแตกต่างกันแต่จะปฏิบัติงานเชื่อมโยงกัน โดยกลุ่มบริการพื้นที่ เป็นกลไกหลักของการให้บริการ ดังนี้

- พยาบาลครอบครัว

พยาบาลที่ปฏิบัติงานอยู่มีความรู้และทักษะด้านการพยาบาลในระดับสูงและพร้อมที่จะปฏิบัติงานทางวิชาชีพได้อย่างดี คุณสมบัติที่ต้องเพิ่มเติม คือความรู้ความเข้าใจในระบบบริการสุขภาพชุมชน ทักษะในการบริหารจัดการกลุ่มงาน ทักษะในการสื่อสารเพื่อความร่วมมือกิจกรรมบริการและกับกลุ่มสนับสนุน ทักษะในการวางแผนปฏิบัติการและการจัดการตามแผน ความรู้และทักษะในระบบการประเมินและกำกับภายใน (Internal control) และทักษะในการบริหารความเสี่ยง

- พนักงานสุขภาพชุมชน

เป็นกลุ่มบุคลากรใหม่สำหรับในเขตเมือง แต่ถ้าเรียกขานในชื่อภาษาอังกฤษ “Community health worker” ก็จะคล้ายกับกลุ่มเจ้าหน้าที่สถานีอนามัยซึ่งมีมาก่อนหน้า อย่างไรก็ตามบทบาทและทักษะของกลุ่มพนักงานสุขภาพชุมชนที่มีในโครงการนี้จะแตกต่างจากเจ้าหน้าที่สถานีอนามัย และความร่วมมือในกลุ่มงานจะแตกต่างกันอย่างชัดเจน

การสร้างบุคลากรกลุ่มใหม่นี้มีเหตุผลสำคัญสองประการ คือ หนึ่ง- จำนวนบุคลากรที่มีอยู่โดยเฉพาะพยาบาลครอบครัว ไม่สามารถให้บริการครอบคลุมประชากรได้เพียงพอภายใต้ระบบบริการที่มุ่งพัฒนาขึ้นในโครงการกรุงเทพ 7 นี้ พนักงานสุขภาพชุมชนได้รับการออกแบบให้เป็นผู้ช่วยสนับสนุนการดำเนินการของพยาบาลครอบครัวโดยเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่มบริการพื้นที่และเป็นตัวเชื่อมต่อกับชุมชน และสอง- อาสาสมัครที่รวมถึงอาสาสมัครสาธารณสุข (อสส.) ที่ไม่สามารถร่วมกิจกรรมต่อเนื่อง ไม่สามารถมีเวลามากพอที่จะเข้าร่วมกิจกรรมการบริการ ไม่พร้อมที่จะรับการฝึกอบรมต่อเนื่อง และมีอัตราการหยุดเลิก (Drop out rate) ที่สูงกว่าบุคลากรที่จัดจ้าง ทำให้การพัฒนาบริการที่บูรณาการและต้องการความสม่ำเสมอและความต่อเนื่องสูงต้องใช้บุคลากรกลุ่มใหม่จากการจัดจ้าง

บทบาทของพนักงานสุขภาพชุมชนประกอบไปด้วย บทบาทผู้ช่วยในกระบวนการเยี่ยมบ้านประจำ การสนับสนุนการให้บริการทั้งการให้ความรู้ การสนับสนุนการพยาบาล

พื้นฐาน การสนับสนุนบริการกายภาพบำบัด การร่วมให้บริการดูแลทดแทน (Respite care) การติดตามประเมินผลการให้บริการ การเชื่อมโยงกับอาสาสมัครและผู้นำชุมชน และการสนับสนุนกิจกรรมชุมชน

สำหรับบุคลากรกลุ่มสนับสนุนจะเป็นบุคลากรวิชาชีพ ได้แก่ แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว นักกายภาพบำบัด นักศึกษา และนักสังคมสงเคราะห์ ซึ่งมีบทบาทเพื่อการสนับสนุนการบริการของกลุ่มบริการพื้นที่ทั้งในส่วนการให้บริการสุขภาพ (Provision of services) และการส่งเสริมสุขภาพชุมชน (Promotion of health in community) บทบาทของบุคลากรกลุ่มสนับสนุนมีดังนี้

- แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว

แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวมีบทบาทสำคัญในฐานะแกนของกลุ่มสนับสนุน โดยเฉพาะในการดำเนินการประชุมสหสาขาวิชาชีพ ร่วมทำการประเมินผู้รับบริการทั้งที่บ้านและที่ศูนย์ ให้การรักษาจัดการทางการแพทย์ และร่วมการดำเนินกิจกรรมต่างๆในการส่งเสริมสุขภาพชุมชน นอกจากนั้นยังมีส่วนร่วมสำคัญในระบบบริหารจัดการ

- นักกายภาพบำบัด

นักกายภาพบำบัดจะมีบทบาทสำคัญในการประเมินสมรรถภาพและความต้องการการฟื้นฟูสภาพ ทำหน้าที่สำคัญในการให้บริการกายภาพบำบัด ฝึกสอนพนักงานสุขภาพชุมชนและพยาบาลครอบครัวในด้านการประเมินและการให้บริการกายภาพบำบัดพื้นฐาน และติดตามให้คำแนะนำสนับสนุน (Supervision) แก่กลุ่มบริการพื้นที่ในการให้บริการที่บ้านและการประเมินต่อเนื่อง

- นักศึกษา

นักศึกษามีบทบาทสำคัญในการรณรงค์กิจกรรมชุมชน การให้บริการและรณรงค์แก่กลุ่มประชากรในชุมชนเฉพาะเช่นโรงเรียน สนับสนุนการขยายช่องทางบริการแก่กลุ่มประชากรในพื้นที่เข้าถึงยาก จัดเตรียมสื่อการสอนนักศึกษาและสื่อการรณรงค์ สนับสนุนพยาบาลครอบครัวในการประสานงาน และสนับสนุนความเชื่อมโยงกับอาสาสมัคร-ผู้นำชุมชน และภาคส่วนต่างๆ

○ นักสังคมสงเคราะห์

นักสังคมสงเคราะห์เป็นสมาชิกสำคัญในกลุ่มสหสาขาวิชาชีพ เป็นตัวแทนของการเชื่อมภาคส่วนการบริการสุขภาพเข้ากับการบริการสังคม และเป็นผู้เชื่อมโยงเข้าหาระบบสวัสดิการสังคมของประเทศ นอกจากนี้ยังเป็นผู้ประสานความร่วมมือและการสนับสนุนจากองค์กรพัฒนาเอกชน (Non-government organization) และภาคเอกชน สำหรับการบริการบุคคลและครอบครัว จะเป็นผู้ให้บริการคำปรึกษาแก่ผู้รับบริการและสมาชิกในครอบครัว และสนับสนุนกลุ่มบริการพื้นที่ในการประเมินเพื่อการจัดบริการที่จำเป็น อาทิ การบริการดูแลทดแทน

บทบาทและความมีส่วนร่วมของผู้นำชุมชนและอาสาสมัครในระบบบริการ

ผู้นำชุมชนและอาสาสมัครมีบทบาทสำคัญทั้งในระบบบริการบุคคลและครอบครัว (Provision of services) และการดำเนินการกิจกรรมชุมชน (Promotion of health in community) ไม่ว่าจะเป็นการเชื่อมโยงกลุ่มบริการพื้นที่กับประชากรเป้าหมาย การสนับสนุนการบริการบุคคลและครอบครัว การให้ข้อมูลข่าวสารทางสุขภาพทั้งจากประชากรมายังผู้ให้บริการและจากผู้ให้บริการไปยังประชากร การมีส่วนร่วมในการกำหนดประเด็นและลำดับความสำคัญของปัญหาทางสุขภาพในชุมชน การสนับสนุนการจัดสรรทรัพยากรและการมีส่วนร่วมในกิจกรรมชุมชน และการร่วมประเมินผลการบริการและการดำเนินการต่างๆ

จากประสบการณ์ของการพัฒนาระบบบริการในโครงการกรุงเทพ 7 พบว่ากลุ่มผู้นำชุมชนและอาสาสมัครมีส่วนร่วมอย่างมากในการดำเนินการ และสามารถสนับสนุนกิจกรรมต่างๆ ได้อย่างดี อย่างไรก็ตามพบว่าไม่สามารถทดแทนพนักงานสุขภาพชุมชนได้ การสื่อสารที่ดีและการนำกลุ่มผู้นำชุมชนและอาสาสมัครเข้ามีส่วนร่วมในการดำเนินการอย่างสม่ำเสมอจะช่วยให้เกิดความกระตือรือร้นและได้รับความร่วมมืออย่างสูงจากบุคคลเหล่านี้

ระบบการบริหารจัดการเพื่อคุณภาพ

ในระบบบริการอย่างบูรณาการเช่นที่พัฒนาขึ้นในโครงการกรุงเทพ 7 นอกจากมีความซับซ้อนในด้านเทคนิคของความเชื่อมโยงและทักษะของการบริการแล้ว ยังมีความซับซ้อนในด้านการบริหารจัดการและการกำกับให้ระบบที่พัฒนาขึ้นดำเนินไปได้อย่างต่อเนื่อง ดังนั้นหากจะกล่าวเฉพาะระบบการบริการแต่เพียงอย่างเดียวโดยไม่ได้แสดงให้เห็นถึงระบบการบริหารจัดการเพื่อคุณภาพก็จะไม่ครบถ้วน และไม่เพียงพอที่จะสื่อองค์ความรู้ในโครงการกรุงเทพ 7 ไปสู่การปฏิบัติจริงในพื้นที่อื่นๆ

การบริหารจัดการเพื่อคุณภาพและแนวทางการกำกับในระดับพื้นที่มีประเด็นที่สำคัญอยู่ 3 ประเด็น คือ

1. การบริหารจัดการให้เกิดความสม่ำเสมอในระบบการบริการ
2. การจัดการความเสี่ยง
3. การติดตามกำกับผลลัพธ์

การบริหารจัดการให้เกิดความสม่ำเสมอในระบบการบริการ

การจะบริหารระบบบริการให้มีความสม่ำเสมอจะต้องสร้างระบบการบริหารให้เรียบง่าย (Simple) และอยู่ในงานประจำ (Routine) ซึ่งมีโครงสร้างสำคัญอยู่สามส่วน คือ

- ระบบรายงาน (Reporting system) โดยผู้ให้บริการจะต้องมีการรายงานกระบวนการบริการที่เกิดขึ้นภายใต้ความรับผิดชอบของตน ในการรายงานจะต้องเป็นการรายงานตัวชี้วัด (Indicators) ที่สำคัญในจำนวนเท่าที่จำเป็น เช่น กลุ่มบริการพื้นที่แต่ละกลุ่มทำการรายงานยอดครัวเรือนที่ได้รับการเยี่ยมประจำและยอดรวมรายไตรมาส ทำการรายงานจำนวนบุคคลที่อยู่ในกลุ่มเสี่ยงหรือมีปัญหาต่างๆ ทำการรายงานจำนวนบุคคลและครอบครัวที่ได้รับการบริการและจำนวนครั้งที่ให้บริการ เป็นต้น หรือกลุ่มสนับสนุน อาทิ นักกายภาพบำบัดรายงานจำนวนบุคคลที่ได้เข้าสนับสนุนในระบบเยี่ยมบ้าน และจำนวนผู้ป่วยและจำนวนครั้งในรอบเดือนที่ได้ให้บริการที่ศูนย์กายภาพบำบัด จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการนำเสนอในที่ประชุมสหสาขาวิชาชีพ จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการส่งตัวไปยังคลินิกในศูนย์บริการสาธารณสุขที่ 16 และหน่วยงานอื่นๆ แผนปฏิบัติการและการดำเนินการกิจกรรมชุมชน เป็นต้น
- การจัดทำคู่มือปฏิบัติมาตรฐาน (Standard operation) และแนวทางการบริการ (Practice guideline) เพื่อประกันระบบการบริการ โดยเฉพาะการเตรียมสำหรับการใช้โดยพนักงานสุขภาพชุมชนและพยาบาลครอบครัว (ภาคผนวก ก.)
- การติดตามกระบวนการประจำ โดยเป็นการติดตามในระบบบริหารว่ามีการจัดประชุมเพื่อการบริหารตามแผนที่กำหนด อันประกอบไปด้วย
 - การประชุมกลุ่มบริการพื้นที่ ที่ควรมีทุกวัน เพื่อการสรุปงานที่ผ่านมา การพิจารณาปัญหาหรือข้อมูลร่วมกัน และการวางแผนงานและกำหนดภาระกิจในวันต่อไป
 - การประชุมกลุ่มพยาบาลครอบครัว ที่ควรมีทุกสัปดาห์ เพื่อการปรึกษาหารือภาพรวมของการจัดการ-การให้บริการ-และงานกิจกรรมชุมชนที่

ดำเนินการอยู่ การติดตามประเมินงานของกลุ่มบริการพื้นที่แต่ละกลุ่ม และการวางแผนการพัฒนาร่วมกัน

- การประชุมกลุ่มบริการพื้นที่ร่วม ที่ควรมีทุกเดือน โดยเป็นการประชุมกลุ่มพยาบาลครอบครัวและพนักงานสุขภาพชุมชนทั้งหมด เพื่อการประเมินความต้องการสนับสนุนหรือฝึกอบรม การรวบรวมประเด็นอุปสรรคต่างๆ การให้ข้อมูลป้อนกลับ (Feedback) การสรุปความเสี่ยงที่เกิดขึ้นและการจัดการ และการวางแผนงานและการกำหนดภาระกิจต่างๆ
- การประชุมกลุ่มสหสาขาวิชาชีพ (Multidisciplinary team meeting) ที่มีทุกสัปดาห์ เพื่อการนำเสนอรายงานผู้ป่วยที่มีปัญหาและต้องการการสวดประสานการบริการจากวิชาชีพต่างๆ การระดมความคิดในการประเมิน และการแก้ไขปัญหาแก่ผู้ป่วยร่วมกัน และการบันทึกและติดตามผลต่อเนื่อง
- การประชุมภาคส่วน (Intersectoral meeting) ที่ควรมีทุก 2-3 เดือน โดยเป็นการประชุมภาคส่วนต่างๆทั้งที่เป็นตัวแทนผู้รับบริการคือชุมชน (เช่น ชุมชนจัดตั้ง โรงเรียน) และตัวแทนผู้ให้บริการ (เช่น เขต ศูนย์บริการสาธารณสุขที่ 16) เพื่อกำหนดประเด็น-ปัญหาร่วมกัน การวางแผน ดำเนินการกิจกรรมชุมชนร่วมกัน การจัดสรรทรัพยากรสนับสนุน และการร่วมมือในการดำเนินการ และการติดตามประเมินผล

การจัดการความเสี่ยง

ในการดำเนินการบริการที่มีคุณภาพจำเป็นจะต้องป้องกันให้มีโอกาสของการเกิดความเสี่ยง (Risks)ให้น้อยที่สุด โดยต้องมีระบบการรายงานความเสี่ยงอันหมายถึงปัญหาอุปสรรคต่อการให้บริการ ผลเสียที่เกิดขึ้นกับผู้รับบริการจากการให้บริการในชุมชน และผลเสียหรือความเสียหายต่างๆที่เกี่ยวพันกับการดำเนินการของบุคลากร (เช่น มีของหายในบ้านผู้รับบริการระหว่างการเยี่ยมบ้าน เกิดการโต้เถียงระหว่างผู้ให้บริการกับผู้รับบริการ) นอกจากนั้นยังต้องมีกระบวนการเพื่อจัดการความเสี่ยงและการวางระบบหรือเกณฑ์ปฏิบัติเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดความเสี่ยงเช่นเดิมอีกในอนาคต

การติดตามกำกับผลลัพธ์

หมายถึงกระบวนการติดตามประเมินผลลัพธ์สำคัญของการบริการ (Monitor and evaluation of critical output) ได้แก่ อัตราความครอบคลุม (Coverage rate) ของบริการเยี่ยมบ้านประจำ อัตราผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงในพื้นที่ที่ติดตามการรักษาต่อเนื่อง จำนวน

และอัตราความครอบคลุมของพื้นที่แหล่งเพาะพันธุ์งูลายที่ได้รับการแก้ไข อัตราการได้รับวัคซีนครบถ้วนในเด็กชั้นประถมศึกษาปีที่ 1 และอัตราการมีฟันผุในเด็กที่เรียนชั้นประถมศึกษา เป็นต้น

ในการดำเนินการอาจเป็นได้ทั้งการสำรวจหรือการรวบรวมข้อมูลจากในระบบ หรือเป็นการติดตามประเมินจากภายนอกก็ได้ แต่ถ้เป็นการดำเนินในกรณีแรกจะต้องพิจารณาในเรื่องความเหมาะสมของเวลาและแรงงาน โดยอาจใช้วิธีการต่างๆทางระบาดวิทยาเข้าช่วย เช่น การสุ่มตัวอย่าง เป็นต้น

บทที่ห้า

ผลการให้บริการ

บทที่ห้า: ผลการให้บริการ

ผลการให้บริการแก่บุคคล

ในการดำเนินการกิจกรรมต่างๆรวมถึงการบริการที่ให้ตรงแก่บุคคลและครอบครัว ได้มีการรวบรวมข้อมูลผลการให้บริการเพื่อใช้ในการติดตามวางแผนกิจกรรมและการให้บริการ ผลการบริการต่างๆสามารถสรุปได้ดังนี้

ผลการเยี่ยมบ้านประจำครั้งที่ 1 (ตุลาคม 2545 – มีนาคม 2546)

จากระบบการเยี่ยมบ้านประจำที่ได้ดำเนินการในพื้นที่จัดตั้ง มีครัวเรือนเป้าหมายทั้งหมด 3,585 ครัวเรือน ทำการเยี่ยมบ้านได้จริง 1,836 ครัวเรือน คิดเป็นร้อยละ 51.2 ได้จำนวนครอบครัวที่เยี่ยมได้จริงทั้งหมด 3,104 ครอบครัว ประชากรทั้งหมดที่สำรวจได้คือ 7,472 คน เป็นชาย 3,435 คน หญิง 4,037 คน

แยกประเภทตามกลุ่มเสี่ยงและกลุ่มที่มีปัญหาสุขภาพ ได้ดังนี้

- กลุ่มประชากรจำเพาะ จำนวน 1,031 คน คิดเป็นร้อยละ 13.8 ของประชากรทั้งหมด
 - บุคคลอายุ 0-6 ปี จำนวน 603 คน คิดเป็นร้อยละ 8.1 ของประชากรทั้งหมด
 - บุคคลอายุ 70 ปีขึ้นไป จำนวน 348 คน คิดเป็นร้อยละ 4.7 ของประชากรทั้งหมด
 - หญิงตั้งครรภ์ จำนวน 32 คน และหญิงหลังคลอดในระยะ 6 สัปดาห์ จำนวน 12 คน
- บุคคลที่มีพฤติกรรมเสี่ยง จำนวน 1,039 คน คิดเป็นร้อยละ 13.9 ของประชากรทั้งหมด
 - บุคคลสูบบุหรี่ อย่างน้อย 1 มวนต่อสัปดาห์ จำนวน 749 คน คิดเป็นร้อยละ 10 ของประชากรทั้งหมด
 - บุคคลที่สูราและเมาทุกสัปดาห์ จำนวน 282 คน คิดเป็นร้อยละ 3.8 ของประชากรทั้งหมด
 - บุคคลใช้ยาเสพติด 8 คน
- บุคคลอายุ 0-6 ปีที่มีปัญหาพัฒนาการล่าช้า จำนวน 2 คน

- บุคคลอายุมากกว่า 6 ปีที่ต้องพึ่งพาผู้อื่นในการประกอบกิจวัตรประจำวันพื้นฐาน (Basic activity of daily living) จำนวน 39 คน คิดเป็นร้อยละ 0.5 ของประชากรทั้งหมด
- ประชากรที่มีปัญหาสุขภาพ-โรค
 - โรคความดันเลือดสูง จำนวน 470 คน คิดเป็นร้อยละ 6.3 ของประชากรทั้งหมด
 - โรคเบาหวาน จำนวน 255 คน คิดเป็นร้อยละ 3.4 ของประชากรทั้งหมด
 - อัมพาต-อัมพฤกษ์ จำนวน 42 คน คิดเป็นร้อยละ 0.6 ของประชากรทั้งหมด
 - ข้อเข่าเสื่อม จำนวน 64 คน คิดเป็นร้อยละ 0.9 ของประชากรทั้งหมด
 - ไขมันในเลือดสูง จำนวน 22 คน คิดเป็นร้อยละ 0.3 ของประชากรทั้งหมด
 - ภูมิแพ้ จำนวน 96 คน คิดเป็นร้อยละ 1.3 ของประชากรทั้งหมด
 - หอบ/หอบหืด จำนวน 51 คน คิดเป็นร้อยละ 0.7 ของประชากรทั้งหมด
 - สมองเสื่อม จำนวน 5 คน
 - โรคและความผิดปกติอื่นๆ จำนวน 361 คน คิดเป็นร้อยละ 4.8 ของประชากรทั้งหมด
- ครอบครัวที่มีสถานะเสี่ยง
 - ความเสี่ยงด้านสุขภาพจิต จำนวน 324 ครอบครัว คิดเป็นร้อยละ 10.4 ของทั้งหมด
 - ความเสี่ยงด้านการเงิน จำนวน 120 ครอบครัว คิดเป็นร้อยละ 3.9 ของทั้งหมด
 - ความเสี่ยงด้านเครือข่ายสังคม จำนวน 511 ครอบครัว คิดเป็นร้อยละ 16.5 ของทั้งหมด

ผลการประเมินและการให้บริการที่บ้าน (ธันวาคม 2545 - กรกฎาคม 2546)

ภายหลังจากการเยี่ยมบ้านประจำ ได้มีการให้บริการประเมินปัญหาแก่บุคคลที่มีความผิดปกติ – โรค หรือความเสี่ยง และได้ให้บริการตามความเหมาะสม โดยสรุปได้ดังนี้

- บุคคลที่รับบริการทั้งหมด จำนวน 1,027 คน คิดเป็นร้อยละ 13.7 ของประชากรทั้งหมด โดยจำนวนครั้งที่มีการให้บริการเท่ากับ 1,714 ครั้ง และจำแนกบุคคลที่ได้รับบริการเป็นกลุ่มดังนี้
 - ประชากรจำเพาะ 166 คน จำนวน 181 ครั้ง
 - ประชากรกลุ่มเสี่ยง 12 คน จำนวน 12 ครั้ง

- ประชากรที่มีโรค-ปัญหาสุขภาพ 849 คน จำนวน 1,514 ครั้ง
- บุคคลที่ได้รับการนำเข้าหรือในการประชุมสหสาขาวิชาชีพ จำนวน 25 คน (ทุกรายจะได้รับติดตามไปโดยตลอดจนกว่าการดำเนินการให้บริการจะสัมฤทธิ์ผล และที่ประชุมมีมติจำหน่ายออก)

ผลการบริการอื่นๆแก่บุคคล

ในระบบบริการที่ได้พัฒนาขึ้นอันเป็นการบริการเพิ่มเติมจากที่มีอยู่ทั่วไปในการบริการของศูนย์บริการสาธารณสุขอื่นๆ มีผลการให้บริการดังนี้

- บุคคลที่รับบริการกายภาพบำบัดที่ศูนย์กายภาพบำบัด ณ.ศูนย์บริการสาธารณสุขที่ 16 (สิงหาคม 2545 – กรกฎาคม 2546) จำนวน 107 คน คิดเป็นจำนวนครั้งของการบริการทั้งหมด 595 ครั้ง
- บุคคลที่รับบริการฝังเข็มที่คลินิกฝังเข็ม ณ.ศูนย์บริการสาธารณสุขที่ 16 (มีนาคม – มิถุนายน 2546) จำนวน 120 คน คิดเป็นจำนวนครั้งของการบริการทั้งหมด 420 ครั้ง
- บุคคลที่ได้รับความรู้ทางสุขภาพเป็นการจำเพาะตามปัญหาที่มีและตามความต้องการของแต่ละบุคคลโดยนักสุขศึกษา (ตุลาคม 2545 – กรกฎาคม 2546)
 - บุคคลที่รับบริการ ณ.ศูนย์บริการสาธารณสุขที่ 16 จำนวน 111 คน
 - บุคคลที่รับบริการในชุมชน จำนวน 86 คน

การบริการบุคคล



แพทย์เวชปฏิบัติครอบครัวและCHW เยี่ยมติดตามผู้ป่วยอัมพาต (CVA)



ทีมสหวิชาชีพ เยี่ยมประเมินผู้ป่วย Mental retardation



พยาบาลครอบครัวและ CHW เยี่ยมประเมินหญิงตั้งครรภ์



ทีมสหวิชาชีพเยี่ยมประเมินพัฒนาการเด็กที่มีบิดา – มารดา เป็นไข้



นักกายภาพบำบัดฝึกการลง weight ในผู้ป่วย Paraplegia



พยาบาลครอบครัวเปลี่ยนสาย NG tube ในผู้ป่วยอัมพาต



คลินิกฝังเข็ม



คลินิกกายภาพบำบัด

ผลการดำเนินการกิจกรรมชุมชน

จากการดำเนินการสัมมนาระดมสมองอย่างมีส่วนร่วมของชุมชนและภาคส่วนต่างๆ ทำให้สามารถจัดตั้งกลุ่มการดำเนินการกิจกรรมชุมชนเป็น 4 กลุ่ม (กลุ่ม A, B, C, D) และสามารถจัดทำเป็นโครงการ/แผนปฏิบัติการทั้งหมด 6 โครงการ/แผน ดังนี้

- A: โครงการออกหน่วยตรวจสุขภาพ
- B: โครงการกองปราบยุงลายและพัฒนาสิ่งแวดล้อม
- B: โครงการปัญหาเสพติด กทม. โซน 7
- C: โครงการรวมใจพิชิตเหา
- C: โครงการฟันแข็งแรงแบบยั่งยืน
- D: โครงการการดำเนินการขยายช่องทางบริการ

ทั้งนี้ ในการดำเนินการตามโครงการ/แผนปฏิบัติการทั้ง 6 โครงการ/แผนปฏิบัติการ มีกิจกรรมในชุมชนที่เกิดขึ้นระหว่างเดือนมีนาคม – กรกฎาคม 2546 ทั้งหมด 50 กิจกรรม

กิจกรรมในชุมชน



โครงการออกหน่วยตรวจสุขภาพ



โครงการรณรงค์ปราบปรามยาเสพติดและพัฒนาสิ่งแวดล้อม



โครงการรณรงค์แก้ปัญหายาเสพติด



โครงการฟันแข็งแรงแบบยั่งยืน

บทที่หก

กระบวนการดำเนินการให้เกิดการพัฒนา
อย่างมีส่วนร่วม (Participatory action
research) ระหว่างคณะผู้วิจัย ศูนย์
บริการสาธารณสุขที่ 16 และ
โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

บทที่หก:

การดำเนินการให้เกิดการพัฒนาอย่างมีส่วนร่วม (Participatory action research)

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้จัดเป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการอย่างมีส่วนร่วมคณะผู้วิจัยโดยเฉพาะผู้วิจัยหลักมุ่งดำเนินการให้ศูนย์บริการสาธารณสุขที่ 16 สามารถพัฒนาระบบบริการสุขภาพชุมชนที่บูรณาการขึ้นอย่างมีประสิทธิภาพ อันแตกต่างจากการวิจัยประเภทเดียวกันที่ส่วนใหญ่จะมุ่งสู่ชุมชนโดยตรง ดังนั้น ในการพัฒนาระบบบริการดังกล่าว โครงการกรุงเทพ 7 มีประเด็นที่ต้องเข้าใจอย่างยิ่งสามประการ คือ ประการที่หนึ่ง- ศูนย์บริการสาธารณสุขที่ 16 เป็นหน่วยงานของรัฐที่ไม่ได้อยู่ในสังกัดเดียวกับคณะผู้วิจัย ทำให้การดำเนินการมีโอกาสเกิดอุปสรรคจากความเป็นราชการ (Bureaucratic obstacle) ของหน่วยงาน ไม่ว่าจะเป็นระเบียบ การสั่งการจากผู้บังคับบัญชาที่จำเป็นต้องดำเนินการให้เป็นไปตามภาระกิจที่มีอยู่เดิม ข้อจำกัดของการจัดทำลงบุคลากรซึ่งนอกจากคิดระเบียบยังเป็นการจัดทำเพื่อการดำเนินการในกระบวนทัศน์เดิม (Old paradigm) เป็นต้น ประการที่สอง- ไม่มีใครในศูนย์บริการสาธารณสุขที่ 16 ที่เข้าใจและมีประสบการณ์เกี่ยวกับระบบที่จะทำการพัฒนาขึ้นอย่างเพียงพอ ต้องยอมรับว่าบุคลากรในศูนย์บริการสาธารณสุขจำนวนหนึ่งมีความรู้และประสบการณ์ที่ดี แต่ก็เพียงความรู้และประสบการณ์ในกระบวนทัศน์เดิมและในระบบการปฏิบัติเดิมเหมือนดังการที่จะบรรยายว่าน้ำตกในแอ่งการามีลักษณะและงดงามเพียงใดให้แก่ผู้ที่ไม่เคยเห็น จนมีความเข้าใจเพียงพอที่จะวาดรูปออกมาได้ (ปฏิบัติได้) เป็นเรื่องที่เป็นไปได้ยากในระยะเวลาอันสั้น และประการที่สาม- วัฒนธรรมองค์กรของหน่วยราชการที่มักไม่เอื้อต่อการเปลี่ยนแปลง ดังนั้นในกระบวนการพัฒนาอย่างมีส่วนร่วมในโครงการกรุงเทพ 7 จึงจำเป็นต้องมียุทธศาสตร์การดำเนินการที่ชัดเจน ซึ่งมีดังต่อไปนี้

1. กำหนดต้นแบบโครงสร้างของระบบบริการสุขภาพที่จะพัฒนาขึ้นให้ชัด และถ่ายทอดสู่บุคลากรในศูนย์บริการสาธารณสุขที่ 16 อย่างเป็นขั้นตอนและสม่ำเสมอ โดยเริ่มต้นจาก
 - i. การเน้นถึงเหตุผลและความจำเป็นของการพัฒนา ซึ่งใช้วิธีการประชุม สัมมนา การบรรยาย การประชุมกลุ่ม การพูดคุยในวงเล็ก และการจัดมอบเอกสารที่เกี่ยวข้องเพื่อการเรียนรู้
 - ii. การสร้างความไว้วางใจและการสร้างเป้าหมายร่วมกัน โดยการหลีกเลี่ยงจากประเด็นผลประโยชน์องค์กรโดยเฉพาะด้านการเงิน แต่เน้นเป้าหมาย

เพื่อประโยชน์แก่สาธารณะ นอกจากนั้นยังสร้างความสัมพันธ์ในลักษณะ
ของเพื่อนร่วมงานและให้มีบรรยากาศแห่งมิตรภาพที่จริงใจ

- iii. การทำความเข้าใจด้านมโนทัศน์และต้นแบบโครงสร้างระบบบริการสุขภาพชุมชน และการแสดงถึงรูปแบบระบบความเชื่อมโยงภายในซึ่ง
ดำเนินการโดยใช้วิธีการประชุมสัมมนา การบรรยาย การประชุมกลุ่ม การ
พูดคุยในวงเล็ก และการจัดมอบเอกสารที่เกี่ยวข้องเพื่อการเรียนรู้ ทั้งนี้
การพูดคุยในวงเล็กให้ประโยชน์สูงสุด

2. ศึกษาโครงสร้างของศูนย์บริการสาธารณสุขที่ 16 และระบบงานที่เป็นอยู่ และทำ
การจัดเตรียมทรัพยากรที่เพียงพอเพื่อเสริมในส่วนที่จำเป็น ซึ่งทรัพยากรที่สำคัญมี
สามด้าน คือ

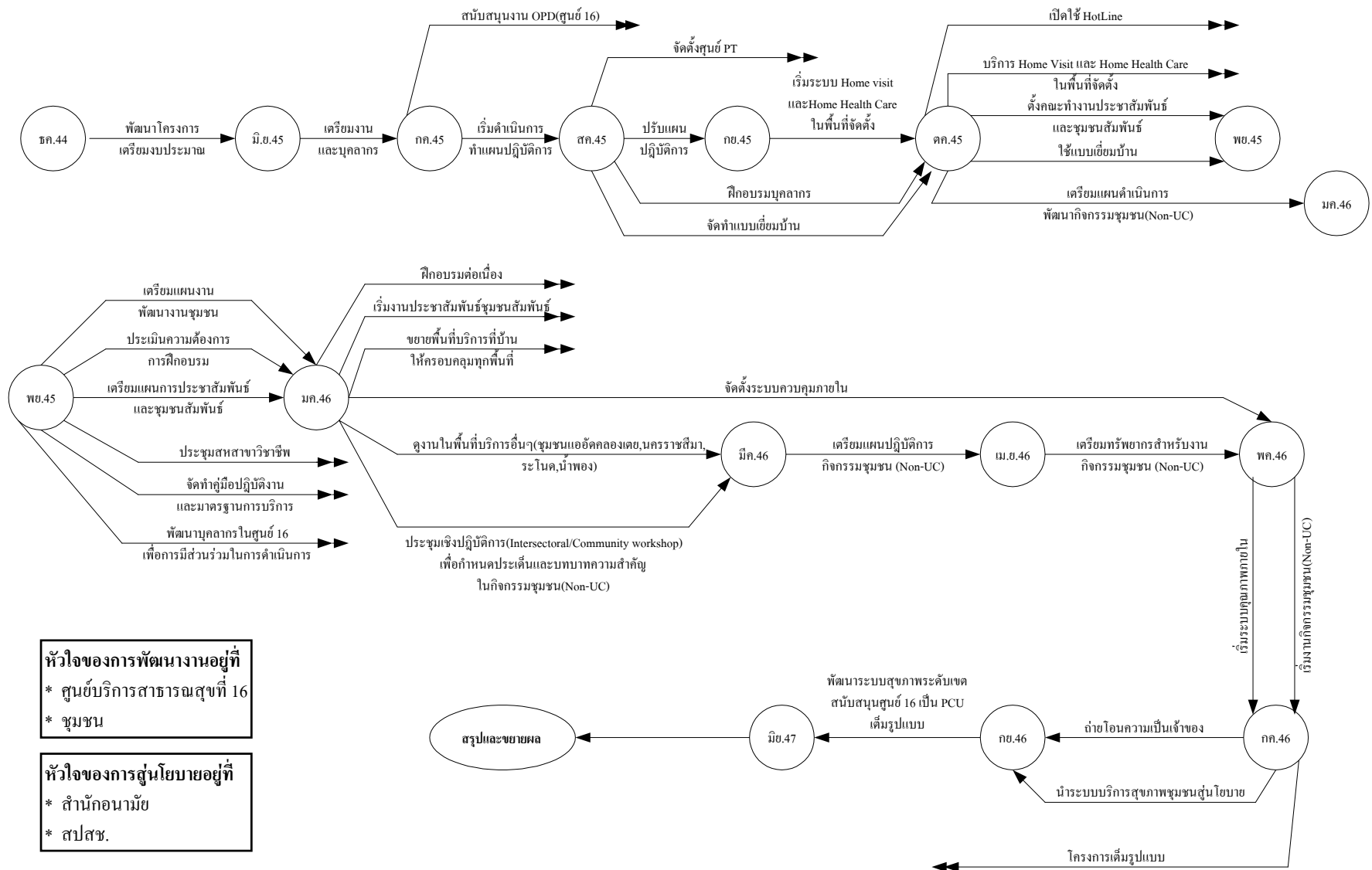
- i. ด้านบุคลากร จากประสบการณ์และโครงสร้างระบบบริการที่กำหนดไว้
ร่วมกับข้อมูลด้านโครงสร้างบุคลากรของศูนย์บริการสาธารณสุขที่ 16
และข้อมูลลักษณะประชากรในพื้นที่รับผิดชอบ ทำให้สามารถกำหนด
ประเภทและจำนวนบุคลากรที่ต้องมีเพิ่มเติม อันได้แก่ พนักงานสุขภาพ
ชุมชนจำนวน 12 คน แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว 1 คน นักกายภาพบำบัด
1 คน และนักสุขศึกษา 1 คน นอกเหนือจากนั้นจะเป็นบุคลากรสนับสนุน
จากฝ่ายผู้ป่วยนอกที่มาจากศูนย์เวชศาสตร์ครอบครัวและหน่วยสุขศึกษา
งบประมาณสำหรับการจัดจ้างพนักงานสุขภาพชุมชน นักกายภาพบำบัด
และนักสุขศึกษาได้รับการสนับสนุนจากสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข
ส่วนบุคลากรอื่นๆเป็นการสนับสนุนจากโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์
- ii. ด้านการฝึกอบรมและการศึกษาดูงาน งบประมาณและบุคลากรเพื่อ
สนับสนุนการฝึกอบรมและการศึกษาดูงานภายนอก ซึ่งจำเป็นในการ
พัฒนาพนักงานสุขภาพชุมชนและพยาบาลครอบครัว ได้รับการ
สนับสนุนงบประมาณจากสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข และได้รับการ
สนับสนุนบุคลากรในการฝึกอบรมและช่วยให้คำแนะนำการปฏิบัติงาน
จากวิทยาลัยพยาบาลสภากาชาดไทย ฝ่ายผู้ป่วยนอกและฝ่ายเวชศาสตร์
ฟื้นฟู โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์
มหาวิทยาลัย และคณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
- iii. ด้านการสนับสนุนข้อตกลงการเงินในโครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค ที่
โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์เป็นแม่ข่าย (Main contractor) และศูนย์บริการ
สาธารณสุขที่ 16 เป็นเครือข่าย (Sub-contractor) ทั้งนี้ได้ดำเนินการให้โรง
พยาบาลจุฬาลงกรณ์ทำข้อตกลงการเงินที่เอื้อต่อศูนย์บริการสาธารณสุข

อันเป็นการช่วยผ่อนคลายแรงดึงของความกังวลด้านการเงิน และยังเป็น การแสดงถึงเจตจำนงชัดเจนของโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์และคณะแพทย ศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ที่ต้องการสนับสนุนการพัฒนาระบบ บริการชุมชนในโครงการนี้

3. กำหนด “แผนที่การพัฒนา” ที่ชัดเจนแต่ยืดหยุ่นต่อการปรับตามสถานการณ์ (รูปที่ 12) โดยเป็นแผนที่เพื่อการบริหารโครงการ (Program Evaluation and Review Technique - PERT) ซึ่งผู้วิจัยหลักได้เป็นผู้จัดทำขึ้นและดำเนินการพัฒนาตามแผนที่ดังกล่าวโดยไม่เปิดเผยแผนที่นี้แก่ผู้ใด จนกระทั่งผ่านไปสี่เดือนหลังจาก เริ่มการพัฒนา (เริ่มการพัฒนาในวันที่ 1 กรกฎาคม พ.ศ.2545) จึงได้เริ่มแสดงแผนที่นี้ต่อกลุ่มงานที่ร่วมกันพัฒนา เหตุผลที่ไม่ได้เปิดเผยในช่วงแรกเนื่องจากการ ผลักดันในระยะนั้นต้องอาศัยผู้วิจัยหลักเป็นกลไกสำคัญและยังไม่ประสงค์จะให้ เกิดแรงเครียดแก่บุคลากร โดยเมื่อสามารถดำเนินการพัฒนาความพร้อมทั้งใน ด้านพลังและความเข้าใจของบุคลากรได้ดีพอจึงได้แสดงแผนที่นี้อย่างเป็นทางการ ไปทีละอย่างก้าวอย่างต่อเนื่อง
4. สร้างกลไกเพื่อเป็นเฟืองในการผลักดันการดำเนินการ โดยในการพัฒนานี้ได้ อาศัยกลไกการประชุมกลุ่มทั้งที่เปิดเผยและไม่เปิดเผย ดังต่อไปนี้
 - i. การประชุมคณะกรรมการ P&P ของโซน 7 โดยประกอบด้วย กรรมการที่มาจากโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ศูนย์บริการสาธารณสุขที่ 16 ผู้ แทนชุมชน คณะผู้วิจัยและบุคลากรสนับสนุน โดยผู้วิจัยหลักเป็น ประธาน ทำการประชุมทุกเดือน โดยมีภารกิจหลักในการติดตามผลการ ดำเนินการและระดมความคิดเห็นเพื่อการสนับสนุนการพัฒนา
 - ii. ประชุมกลุ่มผู้ปฏิบัติงานของศูนย์บริการสาธารณสุขที่ 16 และบุคลากร สนับสนุนเป็นระยะแต่ไม่กำหนดเวลาประจำ ทั้งในรูปแบบการประชุม เชิง

รูปที่ 12

“แผนที่การพัฒนา” (Program Evaluation and Review Technique - PERT) เพื่อการบริหารโครงการ กรุงเทพ 7



- ปฏิบัติการ การประชุมปรึกษาหารือในกระบวนการพัฒนาและการดำเนินการ และการประชุมเพื่อบรรยายหรือนำเสนอรูปแบบ
- iii ประชุมกลุ่มแกนปฏิบัติเป็นประจำทุกสัปดาห์ ซึ่งประกอบด้วยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว นักกายภาพบำบัด และนักสุขศึกษา (ทั้งสามคนเป็นบุคคลที่ผู้วิจัยหลักคัดเลือกเข้ามาปฏิบัติงานเป็นการเจาะจง) โดยผู้วิจัยหลักเป็นผู้ดำเนินการประชุม ทั้งนี้เป็นการประชุมที่มีจุดประสงค์สำคัญสามประการ คือ หนึ่ง- เพื่อทำความเข้าใจแก่กลุ่มแกนปฏิบัติในเรื่องระบบบริการสุขภาพชุมชนอย่างกระจ่างเพื่อให้กลุ่มแกนปฏิบัติสามารถถ่ายทอดอย่างสม่ำเสมอสู่บุคลากรในศูนย์บริการสาธารณสุขได้อย่างถูกต้อง โดยมุ่งให้เป็นการถ่ายทอดอย่างไม่เป็นทางการที่เกิดขึ้นในระหว่างกระบวนการปฏิบัติงาน สอง- เพื่อที่ผู้วิจัยหลักจะได้รับข้อมูลการดำเนินการและอุปสรรคที่เกิดขึ้นในกระบวนการพัฒนาอย่างสม่ำเสมอและทันต่อเหตุการณ์ และสาม- เพื่อใช้กลุ่มแกนนำเป็นกลไกในการขับเคลื่อนการพัฒนาให้เป็นไปตามแผนที่วางไว้ เหตุผลสำคัญที่ผู้วิจัยหลักจำเป็นต้องใช้กลุ่มแกนปฏิบัติในวัตถุประสงค์เหล่านี้ เพราะผู้วิจัยหลักไม่มีโอกาสที่จะอยู่ในพื้นที่ได้ตลอดและไม่ประสงค์ที่จะเข้าไปผลักดันโดยตรงเพื่อหลีกเลี่ยงความตึงและการต่อต้านที่อาจเกิดขึ้น แต่ประสงค์ให้เกิดกระบวนการเปลี่ยนแปลงอย่างช้าๆและนุ่มนวล
 - iv ประชุมหารือกับบุคลากรหลักของการพัฒนาเป็นครั้งคราว โดยเฉพาะผู้ช่วยหัวหน้าพยาบาลซึ่งเป็นผู้รับผิดชอบการดำเนินการบริการในชุมชน และพบว่าได้ประโยชน์อย่างมากในการสอดแทรกความคิดเห็น ประเด็นในการพัฒนา และกลวิธีที่เหมาะสมในการปฏิบัติ นอกจากนั้นยังมีโอกาสได้รับรู้ประสบการณ์ตลอดจนทราบข้อมูลที่สำคัญต่อโอกาสในการพัฒนา
5. ใช้กระบวนการประชุมเชิงปฏิบัติการและการทำแผนปฏิบัติการ ซึ่งได้ประโยชน์อย่างมากทั้งในการพัฒนาระบบการบริการบุคคลและครอบครัว และการพัฒนาระบบกิจกรรมชุมชน และนำผลจัดทำเป็นแผนปฏิบัติการ โดยมีแพทย์และพยาบาลครอบครัวรับผิดชอบแต่ละแผน ซึ่งพบว่าช่วยให้สามารถดำเนินการให้เป็นไปตามแผนงาน
 6. สร้างแรงจูงใจ (Motivation) โดยทำให้บุคลากรที่ร่วมการพัฒนา เกิดความภูมิใจ (Pride) ที่ได้มีส่วนร่วมในการพัฒนาอันเป็นประโยชน์ต่อส่วนรวม มีความสนุก (Fun) ต่อภาระกิจที่ทำอยู่ มีส่วนร่วม (Participation) ในการพัฒนาโดยเฉพาะด้านความคิด

และ การตระหนักถึงความชื่นชมจากผู้อื่นต่อผลงานที่ได้ร่วมกันทำ (Recognition) ทั้งในรูปคำชมเชย การให้กำลังใจ และการมีโอกาสร่วมในการแสดงผลงานต่อการประชุมและสาธารณะ

7. เข้าร่วมกิจกรรมทุกขั้นตอนอย่างกัลยาณมิตรและพร้อมให้การสนับสนุนทรัพยากรอย่างเต็มกำลัง เป็นกลยุทธ์สำคัญที่ทั้งท่านที่ปรึกษา (รศ.นพ.ปรีดา ทัศนประดิษฐ์) และผู้วิจัยหลักใช้โดยตลอด และพบว่าช่วยให้เกิดผลในทางปฏิบัติ
8. ถ่ายโอนความเป็นเจ้าของพร้อมผลงาน ให้แก่กลุ่มผู้ปฏิบัติและแก่ศูนย์บริการสาธารณสุขที่ 16 ทั้งในกระบวนการให้บริการ กระบวนการบริหารจัดการ และงานพิธีต่างๆ ที่ผู้วิจัยถือเป็นกลยุทธ์หลักที่ต้องแสดงให้เห็นประจักษ์ชัดว่าผู้ที่สมควรได้รับความชื่นชมและเป็นเจ้าของผลงานการพัฒนาที่แท้จริงคือกลุ่มบุคลากรที่ร่วมแรงกายกันพัฒนา (ผู้วิจัยหลักเข้าร่วมการบริการในบางจุดและบางโอกาสเท่านั้น) อันหมายรวมถึงศูนย์บริการสาธารณสุขที่ 16 ที่เป็นหน่วยปฏิบัติสำคัญ (ไม่ใช่ฝ่ายผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์)

การติดตามเพื่อรวบรวมองค์ความรู้ต่างๆเป็นภาระกิจสำคัญประการหนึ่งของผู้วิจัยหลัก และคณะนักวิจัยจากสถาบันวิจัยสังคม จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กระบวนการติดตามสำคัญของผู้วิจัยหลักมาจากการลงแรงทำงานพัฒนา การประชุมกลุ่มต่างๆ และการพูดคุยกับผู้ปฏิบัติและผู้รับบริการในระดับและทุกส่วน นอกจากนั้นยังได้จากการบันทึกของผู้ปฏิบัติที่ได้ดำเนินการให้บริการ ตลอดจนจากรายงานการประชุมที่มีการเก็บไว้อย่างเป็นระบบ

องค์ความรู้ที่รวบรวมได้ ใช้เพื่อการจัดทำรายงานอันจะเป็นประโยชน์ต่อวงการวิชาการและในการนำไปปฏิบัติในพื้นที่อื่นๆต่อไป นอกจากนั้นยังใช้เพื่อประโยชน์ในการกำหนดแนวทางนโยบายและการดำเนินการในอนาคต

บทที่ ๘

ข้อเสนอแนะทางนโยบายและ
การดำเนินการในอนาคต

บทที่เจ็ด:

ข้อเสนอแนะทางนโยบายและทิศทางการพัฒนาในอนาคต

รูปแบบระบบบริการสุขภาพชุมชนที่พัฒนาขึ้นในชื่อ “รูปแบบกรุงเทพ 7” มีเป้าหมายสุดท้ายคือการนำสู่นโยบายและเกิดประโยชน์ต่อประชาชนไทยทั้งในห้วงเวลาปัจจุบันและในอนาคต ทำให้ภายหลังจากการพบว่า รูปแบบกรุงเทพ 7 ที่พัฒนาขึ้นสามารถดำเนินการได้เป็นอย่างดีโดยไม่เกิดข้อจำกัดด้านงบประมาณและบุคลากร และแสดงให้เห็นถึงความเหมาะสมที่จะนำสู่นโยบายโดยเฉพาะการสร้างระบบสุขภาพชุมชนในเขตเมือง จึงควรที่จะมีการดำเนินการเพื่อการนำสู่นโยบายและสนับสนุนให้มีการปฏิบัติอย่างมีประสิทธิภาพ

ส่วนสำคัญส่วนหนึ่งของการกระบวนการนำสู่โยบายคือการจัดทำข้อเสนอแนะทางนโยบายและทิศทางของการพัฒนาต่อเรื่องที่ตรงประเด็นและกระชับ ซึ่งเป็นสาระสำคัญของบทที่ห้า โดยในบทนี้ประกอบไปด้วยองค์ประกอบหลักสามส่วนคือ

- ส่วนที่หนึ่ง - องค์ความรู้ที่สำคัญต่อนโยบายและข้อเสนอแนะทางนโยบายและทิศทางการพัฒนาในอนาคต
- ส่วนที่สอง - แผนการดำเนินการต่อเนื่องเพื่อการสนับสนุนให้มีการนำไปปฏิบัติได้อย่างมีประสิทธิภาพ
- ส่วนที่สาม - แผนการศึกษาต่อเนื่องเพื่อพัฒนาระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ

องค์ความรู้ที่สำคัญต่อนโยบายและข้อเสนอแนะทางนโยบายและทิศทางการพัฒนาในอนาคต

- ระบบบริการสุขภาพชุมชนแบบบูรณาการดังเช่นรูปแบบกรุงเทพ 7 ไม่ใช่เรื่องเฉพาะการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค หรือที่นิยมเรียกกันว่า P&P แต่ครอบคลุมไปถึงการจัดการเพื่อลดทอนภาวะทุพพลภาพ (Prevention of disability) โดยเฉพาะในกระบวนการจัดการให้มีการติดตามรักษาโรคเรื้อรังต่อเนื่อง และการฟื้นฟูสมรรถภาพ นอกจากนั้นยังสอดคล้องประสานกับการบริการทางสังคมอีกด้วย อันเป็นเหตุผลสำคัญที่ทุกคนที่มีส่วนร่วมในโครงการไม่ประสงค์จะเรียกขานหรือใช้ชื่อ P&P ทั้งนี้ในการขยาย

ผลสู่พื้นที่อื่นๆจะต้องพิจารณาครอบคลุมการบริการที่บูรณาการที่มีประสิทธิภาพอย่างแท้จริง โดยไม่ติดขัดแค่กระบวนการนับจำนวนบ้านที่เยี่ยมได้

- รูปแบบกรุงเทพ 7 เป็นรูปแบบที่มุ่งสู่ระบบบริการที่ดำเนินการตามความต้องการของผู้รับบริการ (Client-driven) มากกว่าความต้องการของผู้ให้บริการ (Provider-driven) และแพทเทิร์นการดำเนินการด้านการดูแลระยะยาว (Long-term care) ที่มีความต่อเนื่องเพื่อสร้างเสริมศักยภาพของครอบครัวและชุมชนให้สามารถดูแลผู้ทุพพลภาพได้อย่างมีคุณภาพและต่อเนื่อง อันเป็นกลยุทธ์ที่สำคัญที่ช่วยลดทอนความต้องการการเข้าอยู่ในสถานบริการเรื้อรังซึ่งควรเป็นรูปแบบสุดท้ายของการดำเนินการ
- ลักษณะเด่นประการหนึ่งของรูปแบบกรุงเทพ 7 คือ การจำแนกชุมชนเป็นประเภทต่างๆ ซึ่งมีการเปิดช่องทางการเข้าถึงการบริการแตกต่างกันตามศักยภาพของชุมชนในการดูแลตนเอง อันเป็นลักษณะสำคัญของการปฏิบัติจริงที่ทำให้ทั้งไม่แย่งความรับผิดชอบของการดูแลตนเองมาเป็นภาระของส่วนรวมโดยไม่จำเป็น และทำให้การจัดสรรทรัพยากรคุ้มค่าและเป็นไปตามกฎการบริการ (Care law) คือทรัพยากรจะต้องจัดสรรมากน้อยตามความจำเป็น (Need) โดยผู้ที่มีความจำเป็นมากควรได้ทรัพยากรสนับสนุนมากกว่าผู้ที่มีความจำเป็นน้อย ดังนั้น การนำรูปแบบกรุงเทพ 7 ไปใช้ในพื้นที่อื่นๆจะต้องปรับให้เหมาะกับโครงสร้างชุมชนที่มีในแต่ละพื้นที่ และทำให้องค์กรหรือหน่วยงานที่รับผิดชอบในภาพรวมจำเป็นจะต้องเกลี่ยทรัพยากรภายในให้เหมาะสม ตัวอย่าง สำนักอนามัยจำเป็นต้องเกลี่ยทรัพยากรระหว่างพื้นที่ที่มีชุมชนจัดตั้งจำนวนมาก เช่นเขตลาดกระบัง กับพื้นที่ที่มีชุมชนจัดตั้งน้อยมาก เช่น บริเวณใจกลางเมืองในเขตสาเหิง-เขาวราช เป็นต้น
- การที่รูปแบบกรุงเทพ 7 สอดคล้องกับกฎการบริการ (Care law) และยังเป็นระบบบริการเชิงรุกที่เข้าถึงประชากรและบุคคลที่ช่วยลดทอนการกีดกันจากระยะทาง (Distance barrier) จึงทำให้เกิดความเป็นธรรมในการเข้าถึงระบบบริการมากยิ่งขึ้น ดังนั้นรูปแบบกรุงเทพ 7 นี้นอกจากจะเป็นการพัฒนาาระบบสาธารณสุขมูลฐานแล้ว ยังเป็นการเสริมเจตจำนงของโครงการประกันสุขภาพถ้วนหน้าด้านความเป็นธรรมในการเข้าถึงระบบบริการสุขภาพให้สมบูรณ์ขึ้น
- ถึงแม้รูปแบบกรุงเทพ 7 จะได้รับการพัฒนาขึ้นในเขตกรุงเทพมหานคร แต่ความจำเป็นหลักต่อการมีระบบบริการสุขภาพชุมชนของพื้นที่ชนบทไม่ได้ต่างไปจากเขตเมือง ไม่มีเหตุผลใดที่โครงสร้างของระบบและความเชื่อมโยงในกิจกรรมต่างๆของรูป

แบบกรุงเทพ 7 จะไม่สามารถประยุกต์ใช้กับพื้นที่ชนบทได้ด้วย ปัจจัยหรือเงื่อนไขสำคัญที่สุดของการนำรูปแบบนี้ไปประยุกต์ใช้ในเขตชนบทคือ “บุคลากร” ที่มีอยู่ในปัจจุบันที่จำเป็นจะต้องมีปรับ และการจัดขนาดพื้นที่ความรับผิดชอบของหน่วยบริการให้เหมาะสม การศึกษาของการนำรูปแบบกรุงเทพ 7 ไปประยุกต์ในพื้นที่ชนบทควรได้รับการสนับสนุนให้มากขึ้น

- ในการให้บริการสุขภาพชุมชนไม่ว่าในมิติหรือกิจกรรมใดๆก็ตาม ไม่อาจกำหนดที่จะเลือกให้เฉพาะผู้มีสิทธิเป็นบางกลุ่มหรือบางคนได้ กล่าวให้ชัดเจนในทางปฏิบัติ ผู้ให้บริการไม่สามารถเลือกปฏิบัติที่จะให้บริการกับบางบุคคลในครัวเรือนที่มีสิทธิบัตรทองหรือแก่บางครัวเรือนที่มีสิทธิบัตรทองทั้งครัวเรือนโดยละเลยบุคคลหรือครัวเรือนอื่นๆที่อยู่ในชุมชนเดียวกัน อันที่จริงความรู้นี้มีมาตั้งแต่การดำเนินการในโครงการเซสเมื่อสิบปีก่อน แต่ความรู้ที่ได้จากโครงการนี้ก็เป็นการยืนยันชัดเจน ด้วยเหตุผลนี้ การจัดสรรงบประมาณให้แก่ระบบบริการสุขภาพชุมชนภายใต้ระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้าจึงจำเป็นต้องให้สำหรับประชากรทุกคนไม่ว่าจะอยู่ภายใต้สิทธิใดก็ตาม และเป็นหน้าที่ของสำนักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช) ที่จะต้องเจรจาทำความเข้าใจกับผู้รับผิดชอบการเงินของประชากรที่อยู่ภายใต้สิทธิอื่นๆ อาทิ กระทรวงการคลัง และสำนักงานประกันสังคม
- จำเป็นจะต้องมีการพัฒนาระบบบริหารจัดการและระบบควบคุมภายในของแต่ละหน่วยบริการให้เข้มแข็ง แต่ที่สำคัญยิ่งกว่าคือ การที่ต้องเปลี่ยนกระบวนทัศน์ (Paradigm) ของการติดตามประเมินผล (Evaluation) จากองค์กรหลัก (อาทิ สำนักอนามัยต้องติดตามประเมินผลการดำเนินการของศูนย์บริการสาธารณสุข) จากการใช้ตัวเลขง่ายๆ เช่น ความครอบคลุมครัวเรือนที่ได้รับการเยี่ยมบ้าน ซึ่งไม่สอดคล้องกับภารกิจและรูปแบบบริการใหม่ ไปเป็นการประเมินผลลัพธ์โดยรวมในพื้นที่ เช่น อัตราการได้รับวัคซีนครบในเด็กชั้นประถมปีที่หนึ่ง หรือจำนวนคน-ครั้งที่ได้รับการที่บ้านนอกเหนือจากการเยี่ยมบ้านประจำ หรือร้อยละของผู้ที่มีโรคความดันโลหิตสูงที่ติดตามรับการรักษาต่อเนื่อง ยิ่งไปกว่านั้น จำเป็นต้องมีระบบรับรองคุณภาพระบบบริการสุขภาพชุมชนและหน่วยบริการปฐมภูมิเช่นเดียวกับที่มีระบบรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (Hospital accreditation)
- ระบบบริการสุขภาพชุมชนตามรูปแบบกรุงเทพ 7 เป็นการสนับสนุนทั้งการสาธารณสุขมูลฐาน (Primary health care) และระบบสุขภาพระดับเขต-อำเภอ (District health

system) ทั้งนี้ระบบสุขภาพระดับเขต-อำเภอมีแนวโน้มที่จะเป็นลักษณะสำคัญของระบบสุขภาพในอนาคตซึ่งจะต้องมีการกระจายอำนาจ (Decentralization) หรืออย่างน้อยที่สุดจะต้องมีการผ่อนคลายกฎระเบียบ (Deregulation) อันเป็นผลที่มาจากและเอื้อต่อความสำเร็จของโครงการประกันสุขภาพถ้วนหน้า ยิ่งกว่านั้นยังชี้ถึงความจำเป็นของการพัฒนาตัวชี้วัด (Indicators) และการประเมินผลการดำเนินการของระบบสุขภาพระดับพื้นที่ (Area-based health system performance)

- เป็นที่ทราบกันโดยทั่วไปว่างานสาธารณสุขหมายถึง “การดำเนินการอย่างมีส่วนร่วมภายในสังคมเพื่อพัฒนาสุขภาพของประชากรและลดทอนความไม่เป็นธรรม” โดยรายงานการศึกษานี้ใช้ชื่อเรียกว่า “กิจกรรมชุมชน (Community intervention)” ซึ่งภายใต้ขอบเขตอย่างจำกัดจะไม่รวม “การบริการบุคคล” ไว้ อย่างไรก็ตามในระบบบริการสุขภาพชุมชนดังเช่นรูปแบบกรุงเทพ 7 ได้แสดงชัดเจนให้เห็นถึงความสัมพันธ์ของงานทั้งสองอย่างอันก่อผลประโยชน์ที่เกิดขึ้นแก่ทั้งชุมชนไม่ว่าจะในมุมมองของประชากรหรือบุคคลก็ตาม ยิ่งไปกว่านั้นรูปแบบกรุงเทพ 7 ได้แสดงให้เห็นถึงศักยภาพของบุคลากรที่สามารถดำเนินการเพื่องานทั้งสองอย่างเพื่อการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกัน ควบคุม และจัดการปัญหาทางสุขภาพอย่างบูรณาการ ผลจากการศึกษานี้ชี้ว่า บุคลากรสาธารณสุข อย่างน้อยที่สุดรวมถึง แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว พยาบาลครอบครัว นักกายภาพบำบัดชุมชน และพนักงานสุขภาพชุมชน จำเป็นจะต้องรับการผลิตให้มีศักยภาพและความสามารถในการดำเนินการอย่างสอดคล้องทั้งงานการบริการบุคคลที่บูรณาการและงานสาธารณสุข (กิจกรรมชุมชน) และควรที่จะเป็นวาระแห่งชาติด้านการผลิตบุคลากรสาธารณสุข

แผนการดำเนินการต่อเนื่องเพื่อการสนับสนุนให้มีการนำรูปแบบกรุงเทพ 7 ไปปฏิบัติได้อย่างมีประสิทธิภาพ

สำหรับการสนับสนุนให้มีการนำไปปฏิบัติอย่างมีประสิทธิภาพ โดยเฉพาะในระดับพื้นที่มุ่งให้มีการขยายผลในเขตกรุงเทพมหานคร จำเป็นจะต้องเตรียมการสนับสนุนหลักการ ดังนี้

- ให้ข้อมูลด้านทรัพยากรที่ต้องจัดสรรอย่างเพียงพอ โดยเฉพาะด้านบุคลากรและงบประมาณแก่ผู้บริหารของสำนักงาน

- เตรียมการฝึกอบรม ทั้งนี้ต้องเน้นที่การฝึกครูเป็นลำดับแรก (Training for the trainers) ซึ่งนอกจากการให้ความรู้ยังต้องเตรียมการฝึกปฏิบัติ-ดูงานในพื้นที่ที่ดำเนินการอยู่คือ ณ.ศูนย์บริการสาธารณสุขที่ 16 และในชุมชนเขตโซน 7 ที่ให้บริการอยู่
- เตรียมการทำความเข้าใจและส่งต่อความรู้ไปยังหน่วยงานของสำนักอนามัยที่ทำหน้าที่ในด้านมาตรฐาน การนิเทศ และการฝึกอบรม เพื่อที่จะเป็นกลไกในการฝึกอบรมและพัฒนาต่อเนื่อง
- เตรียมการสนับสนุนการฝึกอบรมบุคลากรวิชาชีพเป็นการเฉพาะ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว และพยาบาลครอบครัว
- จัดทำรายงานรูปแบบกรุงเทพ 7 และเอกสารความรู้หรือมาตรฐานต่างๆที่ได้จากโครงการที่เหมาะสม เพื่อเป็นข้อมูลหลักสำหรับผู้ที่จะต้องนำไปปฏิบัติในพื้นที่อื่นๆ
- สร้างเครือข่ายสนับสนุนการฝึกอบรม ได้แก่ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย และวิทยาลัยพยาบาล สภากาชาดไทย เป็นต้น ตลอดจนองค์กรที่มีส่วนสำคัญในการกำหนดนโยบายด้านการศึกษาและการฝึกอบรม เช่น แพทยสภา สภาการพยาบาล สมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทย วิทยาลัยแพทยศาสตร์ครอบครัว เป็นต้น

เอกสารอ้างอิง

1. Jitapunkyul S, Chayovan N, Yodpet S, Kespichayawathana J. Ageing in Thailand: 2001 – Key Issues and New Challenges. Bangkok: Preparatory Committee for the Second World Assembly on Ageing, National Commission on the Elderly, 2002.
2. Jitapunkul S, Bunnag S. Ageing in Thailand 1997. Bangkok, Thai Society of Gerontology and Geriatric Medicine 1998.
3. นภาพร ชโยวรรณ. ประชากรสูงอายุไทย. ใน: สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, นภาพร ชโยวรรณ, ศศิพัฒน์ ยอดเพชร(บรรณาธิการ). ผู้สูงอายุในประเทศไทย: รายงานทบทวนองค์ความรู้และสถานการณ์ในปัจจุบัน ตลอดจนข้อเสนอแนะทางนโยบายและการวิจัย. กรุงเทพมหานคร: คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย 2545:2-1-2-42.
4. World Health Organization. Health and Ageing. Geneva: WHO 2001.
5. สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล. Active ageing เรื่องเล่าใหม่ในศตวรรษที่ 21. วารสารพญาวินยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ 2544:2:1-3.
6. สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล. สถานะของประชากรสูงอายุไทยในปัจจุบันและการดำเนินการต่างๆของประเทศไทย. กรุงเทพมหานคร: สาขาวิชาเวชศาสตร์ผู้สูงอายุและพญาวินยา ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, พ.ศ.2543.
7. สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, มัทนา พนานิรามัย, ศศิพัฒน์ ยอดเพชร และคณะ. ร่างแผนผู้สูงอายุแห่งชาติฉบับที่ 2 (พ.ศ.2545-พ.ศ.2564). กรุงเทพมหานคร: คณะทำงานร่างแผนผู้สูงอายุระยะยาวฉบับที่ 2, คณะอนุกรรมการจัดทำร่างแผนผู้สูงอายุระยะยาวฉบับที่ 2, คณะกรรมการส่งเสริมและประสานงานผู้สูงอายุแห่งชาติ, พ.ศ.2544.
8. แผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ.2545-2564). กรุงเทพฯ, คณะกรรมการส่งเสริมและประสานงานผู้สูงอายุแห่งชาติ สำนักนายกรัฐมนตรี, พ.ศ.2545.
9. The Thai Working Group on Burden of Disease and Injuries. Burden of Disease and Injuries in Thailand. Nonthaburi: Ministry of Public Health, 2002
10. Smutharaks B, Wecharak P, Kongkamned R, Sitthi-Amorn C. Quantitative Assessments of Disease Impact on Society: a conceptual approach to prioritization & agenda setting of health problems for policy determination in Thailand. Bangkok: The College of Public Health, Chulalongkorn University, 1997.

11. Murray CJL, Lopez AD, eds. The Global Burden of Disease: a comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries, and risk factors in 1990 and projected to 2002. Cambridge MA: Harvard School of Public Health, 1996 (Global Burden of Disease and Injuries Series, vol I).
12. สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, ชัยยศ คุณานุสนธิ์, วิพุธ พูลเจริญ, ไพบุลย์ สุริยะวงศ์ไพศาล. ปัญหาสุขภาพผู้สูงอายุไทย. กรุงเทพมหานคร: สถาบันวิจัยสาธารณสุขไทย มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ และ สำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2542.
13. World Health Organization. Adherence to long-term therapy. Geneva: World Health Organization 2003.
14. World Health Organization. Innovative care for chronic condition. Geneva: World Health Organization, 2001.
15. สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล. การขยายตัวของโรคเรื้อรังและภาวะทุพพลภาพในประชากรไทย : สมมติฐานที่เริ่มจากข้อมูลงานวิจัยในประชากรสูงอายุ. วารสารพัฒนาวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ พ.ศ.2543;1(1):42-9.
16. ธนารดี คำยา, สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล. ประชากรไทยอายุยืนขึ้นแต่ทำงานเพิ่มขึ้นในสัดส่วนเดียวกันหรือไม่?: ผลการศึกษาอายุคาดหวังเฉลี่ยในการทำงาน. วารสารพัฒนาวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ พ.ศ.2543;1(1):4-10.
17. สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, ชัยยศ คุณานุสนธิ์, วิพุธ พูลเจริญ, ไพบุลย์ สุริยะวงศ์ไพศาล. อภิปรายสรุปและข้อเสนอแนะทางนโยบาย. ใน: ปัญหาสุขภาพผู้สูงอายุไทย. กรุงเทพมหานคร: สถาบันวิจัยสาธารณสุขไทย มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ และสำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข, พ.ศ. 2542 หน้า 90-6.
18. สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล. ผู้สูงอายุหญิงในประเทศไทย: สถานะในปัจจุบัน. กรุงเทพมหานคร: สมาคมพัฒนาวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ.2542.
19. ศศิพัฒน์ ยอดเพชร. ครอบครัวและผู้สูงอายุ. ใน: สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, นภาพร ชโยวรรณ, ศศิพัฒน์ ยอดเพชร(บรรณาธิการ). ผู้สูงอายุในประเทศไทย: รายงานทบทวนองค์ความรู้และสถานการณ์ในปัจจุบัน ตลอดจนข้อเสนอแนะทางนโยบายและการวิจัย. กรุงเทพมหานคร: คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย 2545:3-1 – 3-22.

20. นภาพร ชโยวรรณ, แซกซารี ชิมเมอร์. สุขภาพกับการจัดการทางสังคมของบิดามารดาสูงอายุในประเทศไทย: บุตรหลานอยู่ที่ไหนและทำอะไรกันอยู่. วารสารพัฒนาวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ พ.ศ.2543;1(2):24-41.
21. สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล. ใครจะดูแลผู้สูงอายุในอนาคต (บทบรรณาธิการ). วารสารพัฒนาวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ 2543;1(2):3-4.
22. สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล. สาธารณสุขมูลฐานกับการปฏิรูประบบบริการ. จุฬาลงกรณ์เวชสาร พ.ศ.2543;44:69-74.
23. สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล. หลักสำคัญของเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ. กรุงเทพมหานคร: สาขาวิชาเวชศาสตร์ผู้สูงอายุและพัฒนาวิทยา ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย พ.ศ.2541.
24. สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล. การดูแลระยะยาว (Long-term care) และทิศทางนโยบายที่ควรจะเป็นสำหรับประเทศไทยและภูมิภาคเอเชียแปซิฟิก. วารสารพัฒนาวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ 2545;3(4):40-5.
25. World Health Organization. The World Health Report 2000. Health Systems: Improving Performance. Geneva: World Health Organization, 2000.
26. ปรีดา ทศนประดิษฐ์, เกื้อ วงศ์บุญสิน, สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, สุวณี เสี่ยงสังข์, แกมทอง อินทรัตน์. รายงานการศึกษา “การประเมินศักยภาพระบบสุขภาพ”. นำเสนอต่อ สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, พ.ศ.2545.
27. World Health organization. Primary Health Care: Report of International Conference on Primary Health Care, Alma Alta, Union of Soviet Socialist Republics, 6-12 September 1978. Geneva: World Health Organization, 1978.
28. Tarimo E, Webster EG. Primary Health Care Concepts and Challenges in a Changing World (Alma-Ata revisited). Geneva: World Health Organization, 1997.
29. WHO Expert Committee on the Role of Hospitals at the First Referral Level. Hospitals and health for all. Geneva: World Health organization Tech Rep Ser 1987;744:1-82.
30. Paine LHW, Tjam FS. Hospitals and the health care revolution, Geneva, World Health Organization, 1988.
31. WHO Study Group on Home-based Long-term Care. Home-based Long-term Care (WHO Technical Report Series No.898). Geneva: World Health Organization, 1999.

32. สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล. การบริการแบบบูรณาการในชุมชนแก่ผู้สูงอายุ. วารสารพัฒนาวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ 2543;1(2):67-79.
33. การสาธารณสุขไทย พ.ศ.2542/2543. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข, พ.ศ.2545.
34. สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล. โครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค: ข้อเท็จจริงและข้อเสนอแนะทางการพัฒนา. คลินิก 2545;18(5):327-34.
35. Care for the Elderly in Klong Toey Slum (CES project): a final report for HelpAge International. Bangkok, Chulalongkorn University, 1995.
36. Jitapunkul S. A randomised controlled trial of regular surveillance in Thai elderly using a simple questionnaire administered by non-professional personnel. J Med Assoc Thai 1998;81:352-6.
37. Jitapunkul S, Bunnag S, Ebrahim S. Effectiveness and cost analysis of community-based rehabilitation service in Bangkok. J Med Assoc Thai 1998;81:572-8.
38. World Health Organization. Alma-Ata 1978: Primary health care. Geneva, World Health Organization, 1978 ("Health for All" Series, No.1).

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก. :

คู่มือการปฏิบัติงานและแบบบันทึกต่างๆที่ได้พัฒนาขึ้น

ภาคผนวก ก.1

: มาตรฐานการปฏิบัติ (Standard operation) และ
แนวทางการบริการ (Practice guideline)

ภาคผนวก ก.2

: แบบบันทึกข้อมูลการบริการและคู่มือ

ภาคผนวก ก.3

: แบบประเมินบุคคลและคู่มือ

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก.1

:มาตรฐานการปฏิบัติ (Standard operation) และ
แนวทางการบริการ (Practice guideline)

Standard Operation for Regular Home Visit /Home Care

1. กำหนดบ้านที่จะทำการเยี่ยม (ตามความสำคัญ, เร่งด่วน)
2. ทบทวนข้อมูลการเยี่ยมบ้านที่ผ่านมา ปัญหาทางสุขภาพ ของสมาชิกในครอบครัว ปัญหาด้านสังคมและสิ่งแวดล้อม
3. กำหนดแผนการเยี่ยมบ้าน วันที่ และวัตถุประสงค์ในการเยี่ยม
4. ออกเยี่ยมบ้าน พร้อมข้อมูลพื้นฐาน และแบบประเมินสุขภาพจำเพาะ
5. กล่าวทักทายและแนะนำตนเอง แจ้งวัตถุประสงค์การเยี่ยมบ้าน
6. สัมภาษณ์ พูดคุยประเมินปัญหาและลงบันทึกผลตามแบบสัมภาษณ์และแผนที่ได้กำหนดไว้
7. จัดทำรายงานการเยี่ยมบ้าน และลงทะเบียนในสมุดรายงานการเยี่ยมบ้านประจำ
8. รายงานผลให้พยาบาลครอบครัวทราบภายใน 48 ชั่วโมง
9. ประชุมกลุ่มย่อย เพื่อวางแผนแก้ไขปัญหาและกำหนดการเยี่ยมครั้งต่อไป

Standard Operation for Family Assessment

1. พยาบาลครอบครัวกำหนดบุคคลหรือครอบครัวเป้าหมายที่จะทำการเยี่ยม (จากการเยี่ยมบ้านโดยพนักงานสุขภาพชุมชน, อาสาสมัครสาธารณสุข, ผู้นำชุมชน หรือจากโรงพยาบาล)
2. ประมวลข้อมูลพื้นฐานของครอบครัว, โรค และปัญหาจากแฟ้มครอบครัวและบุคคล หรือใบส่งต่อ
3. กำหนดแผนการเยี่ยมบ้าน วันที่ และวัตถุประสงค์ในการเยี่ยม
4. ออกเยี่ยมบ้าน กล่าวทักทายและแนะนำตนเอง แจ้งวัตถุประสงค์การเยี่ยมบ้าน
5. ประเมินปัญหาด้านสุขภาพทางกาย และทางการแพทย์ (Physical and Medical Assessment)
6. ประเมินสภาพจิตใจ อารมณ์ และสติปัญญาเบื้องต้น (Psychological and Mental Assessment)
7. ประเมินสมรรถนะ และการดำเนินกิจวัตรประจำวัน (Functional Assessment)
8. ประเมินสภาพครอบครัว สังคม และเศรษฐกิจ (Socioeconomic Assessment)
9. ให้สุศึกษา หรือคำปรึกษาที่บ้าน
10. ให้การพยาบาล/กายภาพบำบัดที่จำเป็น
11. บันทึกรายงานการเยี่ยมบ้าน และลงทะเบียนในสมุดรายงานการเยี่ยมบ้าน
12. ประมวลข้อมูลที่ได้จากการประเมินเพื่อวางแผนในการแก้ไขปัญหา หรือประสานบุคลากรในสาขาที่เกี่ยวข้อง
13. นำเสนอในการประชุมสหสาขาวิชาชีพถ้ามีปัญหาที่ไม่สามารถดำเนินการได้

Standard Operation for Multidisciplinary Conference

1. กำหนด case ที่พบปัญหาจากการเยี่ยมบ้าน
2. CHW ที่รับผิดชอบนำเสนอข้อมูลพื้นฐานของ case ทั้งทางด้านสุขภาพร่างกาย, จิตใจ ข้อมูลครอบครัวด้านความสัมพันธ์ (Relationship) ระดับชั้นในครอบครัว (Hierarchy) สังคมและเศรษฐกิจ (Socioeconomy)
3. ชี้แจงประเด็นปัญหาที่พบจากข้อมูลที่ได้
4. สมาชิกในที่ประชุมแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับปัญหา และแนวทางในการแก้ไขปัญหา
5. สรุปแนวทางและวางแผนการแก้ปัญหาจากที่ประชุม
6. กำหนดการติดตามรายงานผลในที่ประชุม ภายใน 1 เดือน
7. เลขที่ประชุมบันทึกผลการประชุม case นั้นๆ และสรุป case เกี่ยวกับปัญหาและแนวทางการแก้ปัญหาเดิม
8. CHW และพยาบาลครอบครัวที่รับผิดชอบ case รายงานผลการดำเนินการให้ที่ประชุมทราบ
9. สมาชิกในที่ประชุมแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับปัญหา และแนวทางในการแก้ไขปัญหาครั้งต่อไป
10. สรุปแนวทางและวางแผนการแก้ปัญหาจากที่ประชุม
11. จำหน่าย case ออกจากการประชุม เมื่อปัญหาได้รับการแก้ไข หรือปัญหาที่แก้ไขเป็นที่ยอมรับได้ของครอบครัวและที่ประชุม

Guideline for Caring Dependent Patients

1. ประเมินสภาพร่างกายทั่วไป และสภาพจิตใจของผู้ป่วย (สังเกต)
2. ประเมินโรคประจำตัวอื่น/โรคที่เป็นสาเหตุ และการรักษา (สัมภาษณ์)
 - * ทานยาหรือไม่ (ถ้าทาน รับยาที่ใด)
 - * ต่อเนื่องหรือไม่ (ถ้าไม่ ทำไม)
3. ประเมินความสามารถของผู้ป่วย (สัมภาษณ์ + ตรวจ)
 - การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (Modified Barthel ADL Index)
 - ความจำเป็นในการใช้กายอุปกรณ์เสริม (prosthosis) , กายอุปกรณ์เทียม (orthosis), อุปกรณ์ช่วยเดิน(walking aids)
4. ประเมินภาวะแทรกซ้อน (สัมภาษณ์ + ตรวจ)
 - แผลกดทับ (pressure sore)
 - ข้อยึดติด (joint stiffness) / อาการปวดตามข้อ (arthalgia)
 - อาการบวมของแขน ขา (edema)
5. ประเมินความสามารถในการประกอบอาชีพ
 - อาชีพเดิม / อาชีพปัจจุบัน
 - ความคาดหวังในการประกอบอาชีพ
6. ประเมินสภาพที่อยู่อาศัย (สังเกต)
7. ประเมินผู้ดูแล / ญาติ (สัมภาษณ์ + สังเกต)
 - ความสามารถและทักษะในการดูแลผู้ป่วย
 - สุขภาพร่างกาย จิตใจ
8. ให้ความรู้
 - การดำเนินโรค และภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้
 - ทักษะการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและวิธีการช่วยเหลือผู้ป่วย
 - การพลิกตะแคงตัว การเคลื่อนย้ายผู้ป่วย
 - การบริหารกล้ามเนื้อและข้อต่อต่างๆ
 - การใช้กายอุปกรณ์เสริม, กายอุปกรณ์เทียม, และอุปกรณ์ช่วยเดิน
 - การปรับสภาพแวดล้อม ภายในบ้าน เพื่อสะดวกแก่ผู้ป่วย และผู้ดูแล
9. ให้การดูแล พยาบาลที่เหมาะสมตามความจำเป็น
10. ประสานกับบุคคล / หน่วยงาน ที่เกี่ยวข้อง

Guideline for Caring Tuberculosis Patients

1. ประเมินการวินิจฉัย (สัมภาษณ์)
 - ที่ใด
 - ตรวจเสมหะหรือไม่ ถ้าตรวจ พบเชื้อหรือไม่
2. ประเมินการรักษา (สัมภาษณ์)
 - เริ่มรักษา / ทานยา เมื่อไหร่ (วันที่/เดือน/ปี)
 - รับยาที่ใด / โดยใคร
 - ทานยาต่อเนื่องทุกวันหรือไม่ ถ้าไม่ ทำไม
3. ประเมินผลการรักษา (สัมภาษณ์)
 - อาการโดยทั่วไปดีขึ้นหรือไม่
 - ทานอาหารได้มากขึ้นหรือไม่
 - น้ำหนักเพิ่มขึ้น / อ้วนขึ้นหรือไม่
4. ประเมินภาวะแทรกซ้อนจากการรักษา / ยา (สัมภาษณ์ + ตรวจ)
 - อาการตาเหลืองตัวเหลือง
 - อาการผิดปกติอื่นๆ
5. ประเมินสภาพห้องนอน ที่อยู่อาศัย สิ่งแวดล้อม (สังเกต)
6. ประเมินการปฏิบัติตัวเวลาไอ จาม กำจัดเสมหะ (สัมภาษณ์ + สังเกต)
7. ให้ความรู้
 - การรักษา ระยะเวลา ความจำเป็นในการทานยาอย่างต่อเนื่อง
 - ภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดจากการทานยา ถ้ามีอาการผิดปกติให้ปรึกษาแพทย์
 - การปฏิบัติตนที่ถูกต้องเวลาไอ จาม กำจัดเสมหะ
 - ญาติ คนใกล้ชิด ให้แยกห้องนอน ของใช้ และสังเกตอาการตนเอง
 - สภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัย ห้องนอนเปิดหน้าต่างให้อากาศถ่ายเท
8. ให้การดูแล พยาบาลที่เหมาะสมตามความจำเป็น

Guideline for Caring Diabetic Patients

1. ประเมินการรักษา (สัมภาษณ์)
 - เริ่มรักษา / ทานยา เมื่อไหร่ (ปีใด)
 - ปัจจุบันรับยาที่ใด / โดยใคร
 - ทานยาต่อเนื่องทุกวันหรือไม่ ถ้าไม่ ทำไม
2. ประเมินผลการรักษา (สัมภาษณ์)
 - ผลตรวจน้ำตาลในเลือดครั้งสุดท้ายเท่าใด
3. ประเมินภาวะแทรกซ้อนจากโรค (สัมภาษณ์ + ตรวจ)
 - อาการตามัว (จากจอประสาทตาเสื่อม)
 - อาการชา ปวดแสบร้อนที่ปลายมือ เท้า (ปลายประสาทผิดปกติ)
 - ไตเสื่อม / ไตวาย
 - โรคหลอดเลือดสมอง / อัมพฤกษ์-อัมพาต
 - โรคหลอดเลือดหัวใจตีบ
 - แผลเรื้อรังที่เท้า (นานกว่า อาทิตย์)
4. ประเมินภาวะแทรกซ้อนจากการรักษา / ยา (สัมภาษณ์)
 - หมดสติ
 - น้ำตาลในเลือดสูงมาก / ต่ำมากจนต้องนอนโรงพยาบาล
5. ประเมินการปฏิบัติตัว (สัมภาษณ์)
 - การทานอาหาร
 - การออกกำลังกาย
6. ให้ความรู้
 - การรักษา ความจำเป็นในการทานยา / รักษาอย่างต่อเนื่อง
 - ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากโรค และการทานยา ถ้ามีอาการผิดปกติให้ปรึกษาแพทย์
 - การดูแลสุขภาพ การทานอาหาร ออกกำลังกาย
 - ข้อควรปฏิบัติเวลามีอาการน้ำตาลในเลือดต่ำ
7. ให้การดูแล พยาบาลที่เหมาะสมตามความจำเป็น

Guideline for Caring Hypertensive Patients

1. ประเมินการรักษา (สัมภาษณ์)
 - เริ่มรักษา / ทานยา เมื่อไหร่ (ปีใด)
 - ปัจจุบันรับยาที่ใด / โดยใคร
 - ทานยาต่อเนื่องทุกวันหรือไม่ ถ้าไม่ ทำไม
2. ประเมินผลการรักษา (สัมภาษณ์)
 - ผลตรวจความดันโลหิต
3. ประเมินภาวะแทรกซ้อนจากโรค (สัมภาษณ์ + ตรวจ)
 - อาการตามัว (จากจอประสาทตาเสื่อม)
 - ไตเสื่อม / ไตวาย
 - โรคหลอดเลือดสมอง / อัมพฤกษ์-อัมพาต
 - โรคหลอดเลือดหัวใจตีบ
4. ประเมินภาวะแทรกซ้อนจากการรักษา / ยา (สัมภาษณ์)
 - หมดสติ เป็นลม
 - น้ำหนักมีด เวียนศีรษะ เวลาลุกนั่งหรือยืน
5. ประเมินการปฏิบัติตัว (สัมภาษณ์)
 - การทานอาหาร
 - การออกกำลังกาย
6. ให้ความรู้
 - การรักษา ความจำเป็นในการทานยา / รักษาอย่างต่อเนื่อง
 - ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากโรค และการทานยา ถ้ามีอาการผิดปกติให้ปรึกษาแพทย์
 - การดูแลสุขภาพ การทานอาหาร ออกกำลังกาย
7. ให้การดูแล พยาบาลที่เหมาะสมตามความจำเป็น

Guideline for Caring Older Persons

1. ประเมินสภาพร่างกายทั่วไป
2. ประเมินความสามารถของผู้สูงอายุ (สัมภาษณ์ + ตรวจ)
 - การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (Chula ADL Index Modified Barthel ADL Index)
 - ความจำเป็นในการใช้อุปกรณ์ช่วยเดิน(walking aids)
3. ประเมินสภาพจิตใจและความจำของผู้สูงอายุ (สัมภาษณ์ + ตรวจ)
 - ภาวะ / โรคซึมเศร้า
 - ถ้าผิดปกติ ประเมินซ้ำด้วย Chula Mental Test (CMT) , three thing recall , Clock drawing test โดยพยาบาล, แพทย์
4. ประเมินปัจจัยเสี่ยงการหกล้มในผู้สูงอายุ
 - ปัจจัยด้านบุคคล เช่น เพศ อายุ สายตา/การมองเห็น โรคประจำตัว สติปัญญา การทรงตัว เป็นต้น
 - ยาที่ใช้เป็นประจำ เช่น ยานอนหลับ
 - สภาพที่อยู่อาศัย
5. ประเมินผู้ดูแล / ญาติ (สัมภาษณ์ + สังเกต)
 - ความสามารถและทักษะในการดูแลผู้สูงอายุ
 - สุขภาพร่างกาย จิตใจ ต่อการดูแลผู้สูงอายุ
6. ให้ความรู้
 - การทานอาหาร การออกกำลังกายสำหรับผู้สูงอายุ
 - การใช้อุปกรณ์ช่วยเดินที่เหมาะสมและถูกต้อง
 - การปรับสภาพแวดล้อม ภายในบ้าน เพื่อสะดวกแก่ผู้สูงอายุในการเดิน
7. ให้การดูแล พยาบาลที่เหมาะสมตามความจำเป็น

แนวทางปฏิบัติการบริการ “การดูแลสายสวนปัสสาวะ”

พยาบาลต้องเน้นให้ผู้ป่วยหรือผู้ดูแลปฏิบัติดังนี้

1. วางถุงปัสสาวะให้อยู่ต่ำกว่าบริเวณกระเพาะปัสสาวะของผู้ป่วยเสมอ ถ้าจำเป็นต้องยกถุงสูงกว่าระดับดังกล่าวให้พับสายปัสสาวะก่อนชั่วคราว แล้วรีบคลายออกพร้อมทั้งจัดวางให้อยู่ในสภาพเดิม
2. ดูแลสายสวนปัสสาวะและถุงปัสสาวะให้เป็นระบบปิดเสมอ คือต้องไม่มีรอยแตก รั่วซึม ซึ่งจะทำให้เชื้อโรคเข้าสู่ร่างกายได้
3. ปลายเปิดของถุงปัสสาวะต้องปิดไว้เสมอและควรมีผ้าก๊อชสะอาดหุ้มป้องกันเชื้อโรคและสิ่งสกปรก
4. ดูแลไม่ให้สายปัสสาวะเลื่อนเข้า – ออก หรือเกิดการคั่งรังของสายโดยการยึดตรึงสายสวนปัสสาวะให้ติดกับหน้าขาโดยใช้พลาสติก
5. ถ้าไม่มีที่แขวนถุงปัสสาวะ ให้ใช้ภาชนะสะอาดรองรับถุงปัสสาวะไว้ ไม่วางถุงปัสสาวะบนพื้น เพราะอาจมีเชื้อโรคเข้าไปได้
6. เทปัสสาวะออกจากถุงวันละ 2-3 ครั้ง ถ้าผู้ป่วยมีปัญหาเรื่องความสมดุลของน้ำ ให้ดวงปัสสาวะทุกครั้ง
7. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับน้ำอย่างพอเพียงในแต่ละวัน โดยไม่ควรน้อยกว่าวันละ 2000 ซีซี ยกเว้นผู้ป่วยที่ต้องจำกัดน้ำ เพื่อช่วยให้ปัสสาวะใส ไม่เป็นตะกอน ป้องกันการอุดตันของสายสวนปัสสาวะ
8. ทำความสะอาดบริเวณอวัยวะสืบพันธุ์และรูเปิดของท่อปัสสาวะอย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง เช้า – เย็น
9. เปลี่ยนสายสวนปัสสาวะทุก 4 สัปดาห์หรือเร็วกว่านี้ในรายที่ปัสสาวะขุ่นและมีการอุดตัน
10. ถ้าผู้ป่วยมีอาการผิดปกติ เช่น มีไข้ ปัสสาวะขุ่น มีตะกอนมากควรปรึกษาแพทย์

แนวการปฏิบัติการบริการ “การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย”

1. ให้คำแนะนำแก่ญาติ / ผู้ดูแลในการปฏิบัติเพื่อป้องกัน / ลดปัญหาด้านร่างกาย จิตใจ ของตนเองดังนี้
 - ต้องคำนึงถึงความต้องการของตนเอง การหยุดพักและการมีเวลาเป็นส่วนตัว
 - ต้องมีกิจกรรมนอกเหนือจากการดูแลผู้ป่วยบ้าง เพื่อลดความเครียด
 - กล่าวขอความช่วยเหลือจากบุคคลในครอบครัวคนอื่น/ญาติ เพื่อแบ่งเบาภาระการดูแลในบางวัน
 - ต้องมีวิธีคลายเครียดให้แก่ตนเอง เช่น ออกกำลังกาย ทำสมาธิ ทำงานอดิเรก
2. ให้คำแนะนำแก่ญาติ / ผู้ดูแลในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยในสิ่งต่างๆ ดังนี้
 - การดูแลความสะอาดของอวัยวะต่างๆ ทั้งร่างกาย
 - การช่วยบริหารร่างกาย
 - การช่วยดูแลผิวหนัง
 - การช่วยเรื่องการรับประทานอาหาร
 - การช่วยเหลือการขับถ่าย
 - การใช้อุปกรณ์การแพทย์ที่จำเป็นของผู้ป่วย
3. ให้คำแนะนำแก่ญาติ / ครอบครัวเพื่อเตรียมรับภาวะการเสียชีวิตของผู้ป่วย
4. ให้คำแนะนำแก่ญาติ / ผู้ดูแลในการสังเกตอาการแสดงทางร่างกายที่แสดงว่าผู้ป่วยใกล้ชีวิต
5. ให้การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง การดูแลด้านจิตใจและการดูแลตามอาการ
6. ให้การดูแลญาติ / ครอบครัว ภายหลังการเสียชีวิตของผู้ป่วยอีกคนหนึ่ง เพื่อให้ญาติ / ครอบครัวปรับตัวได้

แนวทางปฏิบัติการบริการ “การดูแลผู้มีปัญหากลั้นปัสสาวะไม่ได้”

1. ให้คำแนะนำเรื่องการรักษาความสะอาดบริเวณอวัยวะสืบพันธุ์
2. สอนการเกร็งกล้ามเนื้อในอุ้งเชิงกราน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 ต้องค้นหากล้ามเนื้อในอุ้งเชิงกราน (Pelvic floor muscle) ให้พบอาการกระทำโดยในขณะปัสสาวะพยายามเกร็งกล้ามเนื้อเพื่อหยุดการไหลของปัสสาวะ ถ้าเกร็งแล้วสามารถทำให้ปัสสาวะหยุดไหลได้นั้นคือ กล้ามเนื้อ Pubococcygeus ซึ่งเป็นกล้ามเนื้อในอุ้งเชิงกราน กล้ามเนื้อนี้จะอยู่ลึกเข้าไปในช่องคลอดหรือลึกเข้าไปในทวารหนักประมาณ 1 นิ้ว ซึ่งสามารถสอดนิ้วเข้าไปสัมผัสได้

ขั้นตอนที่ 2 เกร็งกล้ามเนื้อในอุ้งเชิงกราน นาน 2 วินาที (โดยการนับ 1 ถึง 2) และผ่อนคลายนาน 10 วินาที (โดยการนับ 1 ถึง 10) ทำซ้ำ 10 ครั้ง และควรทำอย่างน้อยวันละ 2 รอบ ในขณะเกร็งกล้ามเนื้อในอุ้งเชิงกราน ไม่ควรเกร็งหน้าท้อง บริเวณก้น และหน้าขา ควรหายใจปกติ ไม่ควรกลั้นการหายใจ

ขั้นตอนที่ 3 เมื่อปฏิบัติได้ถูกต้อง ควรเพิ่มเวลาในการเกร็งกล้ามเนื้อในอุ้งเชิงกรานให้มากขึ้น อาจกระทำโดยค่อยๆ เพิ่มเวลาที่ละน้อย จนในที่สุดควรเกร็งกล้ามเนื้อนาน 10 วินาที และผ่อนคลายนาน 10 วินาที ทำซ้ำ 10 ครั้ง ในการออกกำลังกาย 1 รอบ ข้อควรระวังคือ ไม่กลั้นหายใจ ขณะเกร็งกล้ามเนื้อและไม่เกร็งกล้ามเนื้อมัดอื่นๆ

3. สอนการฝึกหัดการควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะ

- 3.1 เมื่อครบกำหนดเวลาในการขับถ่ายปัสสาวะ เช่น ผู้รับบริการต้องขับถ่ายปัสสาวะทุก 2 ชั่วโมง และเมื่อถึงกำหนดเวลาต้องพยายามปัสสาวะให้ได้ แม้ว่าจะก่อนจะถึงเวลาที่กำหนดผู้รับบริการ ถ่ายปัสสาวะเล็ดหรือปัสสาวะกระปริดกระปรอยไปแล้วก็ตาม
- 3.2 ก่อนถึงกำหนดเวลาการถ่ายปัสสาวะประมาณ 30 นาที ให้ผู้รับบริการดื่มน้ำ 1 แก้ว เพื่อให้มีน้ำปัสสาวะเพิ่มขึ้น เป็นการช่วยเพิ่มแรงดันในกระเพาะปัสสาวะ
- 3.3 งดเครื่องดื่มจำพวกน้ำผลไม้หรือโซดา เพราะจะกระตุ้นกระเพาะปัสสาวะทำให้ปวดปัสสาวะบ่อยขึ้น และไม่ควรดื่มน้ำชา กาแฟ หรือเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์ก่อนนอนเพื่อป้องกันการถ่ายปัสสาวะบ่อยครั้งในเวลากลางคืน
- 3.4 ฝึกการออกกำลังกายโดยวิธี Sit-up ร่วมไปด้วย ในขณะที่อยู่ในช่วงเวลาของการฝึกหัดควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะ โดยทำได้บ่อยครั้งตามความสามารถของผู้รับบริการที่จะปฏิบัติได้

- 3.5 เมื่อผู้ใช้บริการสามารถควบคุมการถ่ายภาพปัสสาวะได้ตามแผนที่กำหนดไว้แล้ว ควรปรับเปลี่ยนระยะเวลาในการถ่ายปัสสาวะให้นานขึ้นกว่าเดิม อาทิ เช่น ทุก 3 ชั่วโมง ในเวลากลางวัน เป็นต้น
 - 3.6 ควรให้กำลังใจ การสนับสนุน ชมเชย ตลอดเวลาในการฝึกหัดควบคุมการถ่ายภาพปัสสาวะ การให้กำลังใจเป็นสิ่งสำคัญที่จะทำให้ผู้ใช้บริการสามารถอดทน และเป็น การเสริมแรงให้ประสบความสำเร็จได้
3. ให้การสนับสนุนเพื่อสร้างพลังอำนาจให้แก่ผู้มีปัญหาเพื่อให้มีความพยายามเพื่อควบคุมการถ่ายภาพปัสสาวะ เพื่อฟื้นฟูสู่ภาวะปกติ

การควักอุจจาระ (Removing Impaction)

คำจำกัดความ

เป็นการควักอุจจาระออกเมื่อใช้ยาเหน็บไม่ได้ผลเนื่องจากอุจจาระแข็งและใหญ่มาก

วัตถุประสงค์

1. เพื่อเป็นการนำอุจจาระที่แข็งออกจากลำไส้
2. เพื่อช่วยลดการแน่นอึดอัดท้อง
3. ลดอาการท้องผูก

อุปกรณ์

1. ถุงมือ
2. วาสลิน
3. ผ้ายาง
4. หม้อนอนพร้อมผ้าปิด
5. สำลีชำระ

ขั้นตอนการปฏิบัติ

1. อธิบายให้ผู้ป่วยทราบเหตุผลการทำและการปฏิบัติตัวของผู้ป่วย
2. จัดท่าให้เหมาะสม โดยจัดให้นอนตะแคงซ้ายชันเข่า การนอนตะแคงซ้ายช่วยให้ลำไส้ใหญ่ส่วนโค้งอยู่ในลักษณะหงาย แรงดันในลำไส้มีมาก ทำให้ขับอุจจาระออกได้ดี
3. ก้นม่าน ปูผ้ายางรองก้นผู้ป่วย ไม่เปิดเผยผู้ป่วย
4. สอดหม้อนอนให้ผู้ป่วย
5. ใส่ถุงมือหล่อลื่นด้วยวาสลินที่นิ้วชี้
6. สอดนิ้วชี้เข้าในลำไส้ตรงผนังด้านข้าง
7. ใช้นิ้วควักอุจจาระก้อนแข็งออกทีละน้อย เพื่อลดความไม่สุขสบายของผู้ป่วย
8. ขณะที่อุจจาระไหลออก สังเกตอาการของผู้ป่วย
9. ให้ผู้ป่วยสูดลมหายใจเข้าลึก ๆ เพื่อช่วยผ่อนคลาย
10. หลังจากที่ได้ควักอุจจาระออกหมด ดูแลทำความสะอาด
11. เก็บหม้อนอนพร้อมผ้าปิด ถอดถุงมือทิ้ง
12. ช่วยพาผู้ป่วยเข้าห้องน้ำเมื่อยังรู้สึกอยากถ่ายอีก
13. เก็บอุปกรณ์ต่าง ๆ ทำความสะอาดให้เรียบร้อยเพื่อลดการแพร่กระจายของเชื้อโรค

การทำ Intermittent catheterization

คำจำกัดความ

เป็นการฝึกการกลั้นปัสสาวะสำหรับผู้ป่วยที่ใส่สายสวนปัสสาวะที่บ้านให้สามารถควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะได้เอง

วัตถุประสงค์

1. เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะได้ภายหลังการเอาสายสวนปัสสาวะออก
2. ป้องกันการติดเชื้อของระบบทางเดินปัสสาวะ
3. เพื่อสร้างความมั่นใจให้แก่ผู้ป่วย

อุปกรณ์

1. หม้อนอน/กระบอกล้างปัสสาวะ
2. Clamp สำหรับปิด-เปิด สายสวนปัสสาวะ
3. สำลีชำระ
4. ถุงมือ

ขั้นตอนการปฏิบัติ

1. อธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจขั้นตอนการปฏิบัติอย่างชัดเจน
2. เตรียมอุปกรณ์ต่าง ๆ ให้พร้อมใช้
3. ดูแลทำความสะอาดบริเวณช่องทางเดินปัสสาวะให้สะอาด
4. แนะนำวิธีฝึกการกลั้นปัสสาวะ ดังนี้
 - 4.1 ปิด Clamp สายสวนปัสสาวะทุก 2 ชั่วโมง
 - 4.2 เปิด Clamp สายสวนปัสสาวะเป็นระยะๆ สอนให้ผู้ป่วยเขม่วท้องเพื่อกดกระเพาะปัสสาวะและขับปัสสาวะออกมาให้หมด
 - 4.3 สอนให้ผู้ป่วยหรือผู้ดูแลทราบวิธีการปิด – เปิด สายสวนปัสสาวะอย่างต่อเนื่องจนกระทั่งผู้ป่วยสามารถกลั้นปัสสาวะได้ในปริมาณ 250 ซีซี
5. พิจารณาเอาสายสวนปัสสาวะออกได้เมื่อผู้ป่วยสามารถกลั้นปัสสาวะได้เอง
6. แนะนำให้ผู้ป่วยฝึกการกลั้นปัสสาวะจนสามารถกักเก็บปัสสาวะได้ในปริมาณมากขึ้น
7. แนะนำผู้ป่วยหรือผู้ดูแลให้บันทึกจำนวนน้ำดื่มและปัสสาวะได้อย่างถูกต้อง
8. ดูแลเอาใจใส่ ปลอดภัยและให้กำลังใจแก่ผู้ป่วย
9. ทำความสะอาดอุปกรณ์ต่าง ๆ ตามมาตรฐานการป้องกันการติดเชื้อ

การดูแลสายให้อาหารทางหน้าท้องผู้ป่วยที่บ้าน

คำจำกัดความ

เป็นการดูแลความสะอาดแผลและการให้อาหารทางสายหน้าท้อง

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ได้รับปริมาณอาหารและยาตามที่กำหนด
2. ป้องกันภาวะติดเชื้อ
3. เพื่อดูแลสภาพในปากให้อยู่ในสภาวะปกติ

การทำความสะอาดแผล

อุปกรณ์

1. ถ้วยปากกว้างเล็ก ๆ 1 ใบ ปากคิ๊บ 1 – 2 อัน ต้มในน้ำเดือดครึ่งชั่วโมง
2. สำลีสะอาดปราศจากเชื้อ 4 – 5 ก้อน
3. แอลกอฮอล์ 70%
4. ผ้าก๊อซ
5. พลาสเตอร์

ขั้นตอนการปฏิบัติ

1. บอกให้ผู้ป่วยทราบว่า จะทำความสะอาดแผล
2. ล้างมือให้สะอาด
3. แกะผ้าก๊อซปิดแผลออกอย่างเบา ๆ หากติดกับแผลให้ใช้น้ำต้มสุกหยดลงบนแผล จะทำให้ผ้าก๊อซหลุดออกมาได้
4. เทแอลกอฮอล์ 70% ลงในสำลีพอหมาด ใช้ปากคิ๊บเช็ดแผลจากด้านในวนออกไปด้านนอก 2 – 3 ครั้ง หลังจากนั้นเช็ดสายให้อาหาร โดยเช็ดจากด้านที่อยู่ติดกับแผลออกไปตามสาย
5. ปิดผ้าก๊อซและปิดพลาสเตอร์

การให้อาหารทางสายให้อาหารทางหน้าท้อง

อุปกรณ์

1. อาหารเหลว
2. กระบอกให้อาหารพร้อมลูกสูบ
3. สำลีสะอาดชุบน้ำต้มสุก

ขั้นตอนการปฏิบัติ

1. บอกให้ผู้ป่วยทราบ พร้อมจัดทำให้ผู้ป่วยศีรษะสูงประมาณ 30 องศาจากพื้น
2. ล้างมือให้สะอาด
3. ปลดจุกที่ปิดปลายสายให้อาหารออก และใช้นิ้วพับสายยาง เพื่อป้องกันไม่ให้อากาศเข้าไป
4. ใช้สำลีชุบน้ำต้มสุกเช็ดรอบ ๆ ปลายสายยางให้สะอาด
5. ทดสอบว่ามีอาหารค้างในกระเพาะอาหารหรือไม่ โดยใช้กระบอกให้อาหารดูดออกมา หากมีอาหารค้างเกินครึ่งหนึ่งของปริมาณที่ให้ ให้งดหรือเลื่อนเวลาไปอีกครั้ง หรือหนึ่งชั่วโมง แล้วทดสอบใหม่อีกครั้ง
6. นำกระบอกให้อาหารต่อเข้ากับปลายสายยางให้อาหาร
7. ใช้นิ้วมือพับสายยางไว้ก่อน
8. เทอาหารเหลวใส่กระบอกและค่อย ๆ ปล่อยนิ้วมือที่พับสายยาง ยกกระบอกอาหารให้สูงขึ้นอาหารจะค่อย ๆ ไหลลงสู่กระเพาะอาหาร

การดูแลการให้อาหารทางสายให้อาหารทางจมูกผู้ป่วยที่บ้าน

คำจำกัดความ

เป็นการเตรียมอาหารเหลวที่จะให้ทางสายให้อาหารและวิธีการให้อาหารทางสายแก่ผู้ป่วย

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้อาหาร น้ำหรือยาในกรณีที่ผู้ป่วยรับประทานอาหารทางปากไม่ได้หรือได้ไม่เพียงพอจากสาเหตุใด ๆ ก็ตาม
2. เพื่อป้องกันการเกิดสำลักอาหาร ในกรณีที่ผู้ป่วยมีความบกพร่องทางการกลืน เช่น ในรายที่ผู้ป่วยเป็นโรคทางสมองหรือผู้ป่วยสูงอายุ

อุปกรณ์

1. กระบอกให้อาหารที่มีหัวต่อกว้างขึ้นเป็นกระเปาะ เพื่อสวมกับปลายสายให้อาหารได้
2. คลิปใส่สำลิจับน้ำดื่มสุก
3. อาหารเหลวอาจเป็นอาหารสำเร็จรูปที่เป็นผงหรือน้ำ หรือเป็นอาหารปั่น ขึ้นอยู่กับภาวะของผู้ป่วย ในการเตรียมอาหารจะต้องระมัดระวังเรื่องความสะอาด ควรเตรียมไว้ใช้ภายใน 24 ชั่วโมงและเก็บไว้ในตู้เย็น เมื่อจะให้แก่ผู้ป่วย ควรนำขวดอาหารแช่ในอ่างใส่น้ำอุ่น เพื่อให้อาหารอุ่นหรือเท่ากับอุณหภูมิห้อง
4. ยาชนิดรับประทาน ถ้าเป็นเม็ดควรบดให้ละเอียดและละลายน้ำไว้ ถ้าเป็นยาแคปซูล ควรถอดแคปซูลออกและบดให้ละเอียดละลายน้ำ
5. เตรียมน้ำดื่มไว้ 1 แก้ว

ขั้นตอนการปฏิบัติ

1. นำอุปกรณ์ที่เตรียมไว้มาวางข้างตัวผู้ป่วย
2. บอกให้ผู้ป่วยทราบว่า จะให้อาหาร และจัดทำให้ผู้ป่วยนอนศีรษะอยู่สูงอย่างน้อย 45 องศา ในรายที่ผู้ป่วยไม่รู้สีกัด ควรให้หนุนหมอนตั้งแต่หลังจนถึงศีรษะ โดยใช้หมอน 2 ใบใหญ่ หรือจัดให้ผู้ป่วยนั่งพิงพนักเตียงหรือนั่งเก้าอี้
3. ผู้ที่จะให้อาหารต้องล้างมือให้สะอาด
4. ดึงจุดที่ปิดหัวต่อปลายสายให้อาหารออก ขณะเดียวกันใช้นิ้วพับสายคลิบเอาไว้ เพื่อป้องกันลมเข้ากระเพาะอาหาร ผู้ป่วย เพราะจะทำให้ผู้ป่วยท้องอืดได้
5. ใช้สำลิจับน้ำดื่มสุก บีบพองมาดเช็ดรอบหัวต่อ
6. นำกระบอกให้อาหารพร้อมลูกสูบต่อกับหัวต่อและปล่อยนิ้วที่คลิบสายออก
7. ทดสอบว่าปลายสายให้อาหารยังอยู่ในกระเพาะหรือไม่ โดยทำดังนี้คือ

- a. ใช้กระบอกล้างอาหารคุดอาหารหรือน้ำออกจากกระเพาะ ถ้ามีมากเกินไป 50 ซีซี ให้คุดอาหาร น้ำกลับคืนไปอย่างช้า ๆ และเลื่อนเวลาออกไปครั้งถึง 1 ชั่วโมง แล้วมาทดสอบดูใหม่ ถ้ามีไม่เกิน 50 ซีซี ให้คุดอาหาร น้ำ กลับคืนไปอย่างช้า ๆ และให้อาหารได้
 - b. ถ้าคุดออกมาแล้ว ไม่มีอาหารตามขึ้นมาเลย ให้คุดลมเข้ามาในกระบอกอาหารประมาณ 20 ซีซี แล้วต่อเข้ากับสายให้อาหาร พร้อมกันนั้นเอาฝ่ามืออีกด้านหนึ่ง หรือหูแนบเข้ากับใต้ชายโครงด้านซ้าย คัดลมในกระบอกให้เข้าไปในกระเพาะอย่างรวดเร็ว ถ้าสายอยู่ในกระเพาะอาหารจะรู้สึกหรือได้ยินเสียงลมเข้าไปในกระเพาะ จากนั้นให้ดึงลมออกด้วย ซึ่งอาจจะได้น้อยกว่า 20 ซีซีก็ไม่ใช่ไร
8. พับสายยาง ปลดกระบอกล้างอาหารออก เอาลูกสูบออกจากกระบอก แล้วต่อกระบอกเข้ากับสายให้อาหารใหม่
 9. เทอาหารใส่กระบอกล้างประมาณ 50 ซีซี ยกกระบอกล้างสูงกว่าศีรษะผู้ป่วยประมาณ 1 ฟุต ปลดให้อาหารไหลตามสายช้า ๆ อย่าให้อาหารไหลเร็ว ถ้าเร็วมากต้องลดกระบอกล้างต่ำลงเพราะการให้อาหารเร็วมากเกินไป จะทำให้ผู้ป่วยคลื่นไส้ อาเจียน ปวดท้องหรือท้องเดิน
 10. เติมน้ำใส่กระบอกล้างเพิ่ม อย่าให้อาหารในกระบอกลดระดับลงจนมีอากาศในสาย เพราะอากาศจะทำให้ผู้ป่วยท้องอืดได้
 11. เมื่ออาหารกระบอกล้างสุดท้ายเกือบหมด ให้เติมน้ำและยาหลังอาหารที่เตรียมไว้ เติมน้ำตามอีกครั้ง จนยาไม่ติดอยู่ตามสายให้อาหาร และไม่ควรมีน้ำเหลือค้างอยู่ในสาย
 12. พับสาย ปลดกระบอกล้างอาหารออก เช็ดหัวต่อด้วยสำลีชุบน้ำต้มสุก ปิดจุกหัวต่อให้เรียบร้อย
 13. ให้ผู้ป่วยนอนในท่าที่ศีรษะสูงหรือนั่งพัก หลังให้อาหารต่อไปอีกประมาณ 1 ชั่วโมง

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก.2
:แบบบันทึกข้อมูลการบริการและคู่มือ

แบบบันทึกครอบครัว – กทม. โซน7

สถานะครอบครัว					หัวหน้าครอบครัว _____ ลำดับ [][] ชื่อสถานที่พัก _____ บ้านเลขที่ _____ ตรอก/ซอย _____ ถนน _____ โทร. _____ โทรสาร _____ ประเภทที่พัก 1. ของตน 2. พักอาศัย 3. เช่าซื้อ 4. เช่า (ที่ดิน,บ้าน) 5. อื่นๆ _____ ประเภทชุมชน 1. ชุมชนจัดตั้ง 2. ชุมชนกลาง 3. ชุมชนเข้าถึงยาก 4. ชุมชนเฉพาะ _____ ผู้ให้ข้อมูล – ลำดับ [][]
Po	RF	DD	Ds	F	

ลำดับ	ชื่อ-สกุล	ปีเกิด พ.ศ.	อายุ ปี	เพศ ช/ญ	สถานะ 1.โสด 2.คู่ 3.หม้าย 4.หย่าแยก	สัมพันธ์ หัวหน้า	สิทธิ (@)	ประชากรจำเพาะ (Po)		
								0-6 ปี	70+ ปี	Preg / PP
1.										
2.										
3.										
4.										
5.										
6.										
7.										
8.										
9.										
10.										

(@) สิทธิการรับบริการทางสุขภาพทั่วไป (ให้ลงหมายเลข – ถ้ามีมากกว่าหนึ่งสิทธิให้ลงหมายเลขทุกสิทธิ):
1.ข้าราชการ 2.รัฐวิสาหกิจ 3.ประกันสังคม 4.บัตรทอง 5.ประกันเอกชน 6.เบิกจากบริษัทเอกชนโดยตรง 7.ไม่ทราบ

ลำดับ	พฤติกรรมเสี่ยง (RF)			พัฒนาการ (0-6 ปี) (D-)				ฟังก์ชัน-ทูลพลภาพ (อายุ 6 ปีขึ้นไป) (-D)				
	บุหรื (1+ มวน/wK)	สุรา (เมาทุก สัปดาห์)	ยาเสพติด	3 เดือนป้อแป้ไม่ เริ่มชันคอ	6 เดือนยัง คว้าไม่ได้	10 เดือน ยังไม่นั่ง	ขวบครึ่ง ยังไม่พูด	ใส่เสื้อ- อาบน้ำ	พาเข้าสู่- จัดการให้	ป้อนข้าว- ล้างหน้า	เดินไม่ ได้	เผ่าระวัง- ช่วยเดิน
1												
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												

สภาพครัวเรือน (ประเมิน-ตรวจดู) (F)	ข้อมูลครอบครัว (สอบถาม) (F)
☐ สภาพทั่วไปในบ้าน รกรุงรัง-สกปรก ☐ สภาพถ่ายเทอากาศ ไม่ดี – อับ ☐ แสงสว่างไม่เพียงพอ ☐ ไม่มีภาชนะรองรับขยะ หรือมีไม่เหมาะสม ☐ มีน้ำขังในบริเวณบ้าน-ที่พัก อื่นๆ _____ _____ _____	● สถานะการเงินหรือการใช้จ่ายของครอบครัว... เพียงพอ-พอใช้ หรือไม่? 1. พอใช้ – ไม่มีปัญหา 2. พออยู่ได้ – แต่ไม่มีเก็บ 3. ไม่พอใช้จ่าย 4. ไม่ตอบ ● หากมีปัญหาครอบครัว บุคคลที่ไม่ได้อยู่ในบ้านหลังนี้จะช่วยเหลือหรือเป็นที่ปรึกษาได้คือใคร? 1. บุคคลแรกที่น่าจะช่วยให้ _____ 2. บุคคลอื่นๆ _____ 3. ไม่มี – ไม่รู้ – นึกไม่ออก – ไม่ตอบ

สภาพครอบครัวเสี่ยง หมายถึง มีสภาพทั่วไปที่ไม่ดีข้อใดข้อหนึ่ง หรือ สถานะการเงินของครอบครัวที่ไม่ดี (ไม่พอใช้จ่าย หรือ ไม่ตอบ) หรือ ไม่มีการสนับสนุนทางสังคม (ไม่มี-ไม่รู้-นึกไม่ออก-ไม่ตอบ)

ลำดับ	โรค - ความผิดปกติ (Ds) – มีใครในครอบครัวมีโรคหรือปัญหาต่อไปนี้?							
	ปัญหาอ่อน เรียนไม่ทัน	สมองเสื่อม หลง	ซึมเศร้า ฆ่าตัวตาย	ความดัน เลือดสูง	เบาหวาน	อัมพาต- อัมพฤกษ์	วัณโรค	อื่นๆ (ระบุ)
1								
2								
3								
4								
5								
6								
7								
8								
9								
10								

สรุป-ความเสี่ยง ■ ไม่มีความเสี่ยง ■ มีประชากรกลุ่มเสี่ยง Po ■ มีสมาชิกที่มีพฤติกรรมเสี่ยง RF ■ มีสมาชิกที่มีปัญหาพัฒนาการ-พึงพา-ทุพพลภาพ DD ■ มีสมาชิกที่มีโรค-ความผิดปกติ Ds ■ มีความเสี่ยงระดับครัวเรือน-ครอบครัว F	แผนดำเนินการ ■ เยี่ยมบ้านทั่วไป 6 เดือน และ “แบบเยี่ยมบ้านทั่วไป” ■ เยี่ยมบ้าน 1-3 เดือนตามสภาพปัญหา และ “แบบประเมินบุคคล” ■ เยี่ยมบ้าน 3 เดือน “แบบประเมินบุคคล” และให้คำแนะนำ ■ เยี่ยมบ้าน 1-3 เดือนตามสภาพปัญหาพร้อมสหวิชาชีพ (+/-แบบประเมิน) ■ เยี่ยมบ้าน 1 เดือนพร้อมสหวิชาชีพ (+/-แบบประเมิน) ■ เยี่ยมบ้าน 3-6 เดือนเพื่อให้คำแนะนำ ประเมินซ้ำ และประสานการจัดการ
Po RF DD Ds F	➢ เยี่ยมครั้งถัดไปภายใน/เมื่อ _____ ➢ โดย CHW: <u>เยี่ยมทั่วไป</u> <u>ประเมินซ้ำ</u> <u>แบบประเมินบุคคล</u> ➢ โดย Nurse: <u>ตรวจสอบ</u> <u>แนะนำ</u> <u>อื่นๆ</u> _____

1. สรุปผลการติดตามสถานะครั้งที่ 1 (วันที่ _____)	2. สรุปผลการติดตามสถานะครั้งที่ 2 (วันที่ _____)
3. สรุปผลการติดตามสถานะครั้งที่ 3 (วันที่ _____)	4. สรุปผลการติดตามสถานะครั้งที่ 4 (วันที่ _____)
5. สรุปผลการติดตามสถานะครั้งที่ 5 (วันที่ _____)	6. สรุปผลการติดตามสถานะครั้งที่ 6 (วันที่ _____)

แบบเยี่ยมบ้านทั่วไป

หัวหน้าครอบครัว _____

ที่อยู่ _____

ผู้ให้สัมภาษณ์ _____

1. ขณะนี้ ในครอบครัวของท่านมีสมาชิกเข้ามาอยู่ใหม่หรือไม่?

- a. ไม่มี
- b. มี ระบุ

ให้เติมลงในแบบบันทึกครอบครัว ประเมินเพิ่มเติม ระบุด้วยว่า “ใหม่” และลงวันที่กำกับ

2. มีบุคคลในครอบครัวท่านที่ย้ายออกหรือเสียชีวิตในระยะ 6 เดือนที่ผ่านมาบ้างหรือไม่?

- a. ไม่มี
- b. มี ระบุ

ให้ขีดฆ่ารายชื่อในแบบบันทึกครอบครัว ระบุด้วยว่า “ย้ายออก” หรือ “เสียชีวิต”

และลงวันที่กำกับ

3. ขณะนี้มีหญิงตั้งครรภ์ หรือหญิงหลังคลอดบ้างหรือไม่?

4. ในระยะ 3 เดือนที่ผ่านมา มีใครในบ้านเจ็บป่วยร้ายแรงบ้าง?

5. ในระยะ 3 เดือนที่ผ่านมา มีใครในบ้านเป็นโรคเบาหวาน หรือความดันเลือดสูงบ้างหรือไม่?

6. ในระยะ 3 เดือนที่ผ่านมา มีใครในบ้าน เกิดอุบัติเหตุบ้างหรือไม่?
-
7. ในระยะ 3 เดือนที่ผ่านมา มีใครในบ้าน หกล้มมากกว่า 1 ครั้งบ้างหรือไม่?
-
8. ขณะนี้มีใครในบ้านที่เดินไม่ได้ หรือ ต้องการคนช่วยเดินหรือคอยเฝ้าระวังเวลาเดินบ้างหรือไม่?
-
9. ขณะนี้มีใครในบ้านที่ต้องการความช่วยเหลือฉุกเฉิน เช่น อาบน้ำ ใส่เสื้อผ้า พาเข้าห้องสุขา หรือจัดการการขับถ่ายให้ บ้างหรือไม่?
-
10. ขณะนี้มีใครในครอบครัวที่มีปัญหาสุขภาพและต้องการความช่วยเหลือบ้างหรือไม่?
-
11. มีใครในบ้านที่มีปัญหาเรียนหนังสือไม่ได้ หรือ เรียนหนังสือไม่ทันชั้นเรียน บ้างหรือไม่?
-
12. ในระยะ 6 เดือนที่ผ่านมา มีใครที่เริ่มสูบบุหรี่ หรือกลับมาสูบบุหรี่หลังจากเลิกไปแล้ว?
-
13. ในระยะ 6 เดือนที่ผ่านมา มีใครบ้างที่เริ่มดื่มสุรา หรือกลับมาดื่มใหม่ และมีการเมาอยู่บ่อยๆ (ทุกสัปดาห์)?
-
14. ในระยะ 6 เดือนที่ผ่านมา มีใครบ้างที่ใช้จ่ายผิด?
-
15. ประเมินสภาพบ้านและสิ่งแวดล้อม
- ☐ สภาพทั่วไปในบ้าน รกรุงรัง-สกปรก
 - ☐ สภาพถ่ายเทอากาศ ไม่ดี – อับ
 - ☐ ไม่มีภาชนะรองรับขยะ หรือมีไม่เหมาะสม
 - ☐ มีน้ำขังในบริเวณบ้าน-ที่พัก
 - ☐ มีน้ำขังในบริเวณรอบบ้าน-ที่พัก
 - ☐ อื่นๆ _____
-

คำแนะนำการลงบันทึก

แบบบันทึกครอบครัว-กทม. โชน7

แบบบันทึกครอบครัว

หมายถึง แบบบันทึกการสำรวจข้อมูลทางด้านสุขภาพของครอบครัวในเขตกทม. โชน 7 ซึ่งประกอบด้วยข้อมูลทั่วไป ข้อมูลด้านประชากร ข้อมูลเกี่ยวกับพฤติกรรมเสี่ยงของสมาชิกในครอบครัว ข้อมูลเกี่ยวกับภาวะพึงพิงของสมาชิกในครอบครัว ข้อมูลเกี่ยวกับสภาพครอบครัว ข้อมูลเกี่ยวกับโรคและความผิดปกติที่พบในครอบครัว และอื่น ๆ แบ่งเป็น 6 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ตารางสรุปสถานะของครอบครัว

ส่วนที่ 2 ข้อมูลทั่วไปของครอบครัว

ส่วนที่ 3 ข้อมูลส่วนบุคคล

ส่วนที่ 4 ข้อมูลสภาพครัวเรือนเสี่ยง

ส่วนที่ 5 ส่วนสรุป ความเสี่ยง และแผนดำเนินการ

ส่วนที่ 6 สรุปผลการติดตามสถานะของครอบครัวครั้งต่อ ๆ ไป

วันประเมิน หมายถึง วันที่ผู้ประเมินสำรวจ / เยี่ยมบ้าน โดยระบุวัน เดือน ปี ที่ได้ข้อมูลครั้งแรก

ทีม หมายถึง ทีมของบุคลากรทางสุขภาพ ซึ่งประกอบด้วย พยาบาลครอบครัว และ

พนักงานสุขภาพชุมชน

โดยระบุ หมายเลขทีมที่เข้าสำรวจดังนี้

ทีม 1 รับผิดชอบชุมชน ชุมชนพัฒนาบ่อนไก่ ชุมชนร่วมฤดี

พยาบาลครอบครัว นางวิไลวรรณ อธิมดิชัยกุล

รท.หญิงทศพร ศรีบริกิจ

พนักงานสุขภาพชุมชน นายฤทธิ์โรจน์ คชประดิษฐ์

นางสาวเสาวนีย์ คลองแสนเมือง

นางสาววันวิสาข์ ใจเพียร

นางสาวพิสมัย เทียงเป

ทีม 2	รับผิดชอบชุมชน	เคหะชุมชนบ่อนไก่
	พยาบาลครอบครัว	นางสุรางค์รัตน์ วงศ์วิวัฒน์เสรี
	พนักงานสุขภาพชุมชน	นางสาวพรชนก มีสัตย์ นางสาวสายฝน ทิศกระโทก
ทีม 3	รับผิดชอบชุมชน	ชุมชนพระเจดีย์ ชุมชนโปโล
	พยาบาลครอบครัว	นางนิภาภรณ์ อังสุวรรณ รท.หญิงทศพร ศรีบริกิจ
	พนักงานสุขภาพชุมชน	นางสาวจินรัตน์ ยิกสังข์ นางสาวสุภาภรณ์ แดงขนิฐ นางสาวน้ำอ้อย อุปวิวงศ์ นายณรงค์ฤทธิ์ ภู่วี
	รับผิดชอบชุมชน	ชุมชนหลังวัดปทุมวนาราม
	พยาบาลครอบครัว	นางสมใจ เตชะหงษา
ทีม 4	พนักงานสุขภาพชุมชน	นางสาวบุศรา เวชสวัสดิ์ นายอนุชา นาครักษ์

โซน หมายถึง พื้นที่ในเขตรับผิดชอบของศูนย์บริการสาธารณสุข 16 ลุ่มพินิจ ที่ทำการสำรวจ โดยระบุตัวอักษรแทน ดังนี้

โซน A หมายถึง แขวงลุมพินิจ

โซน B หมายถึง แขวงปทุมวัน

พื้นที่ หมายถึง ชุมชนในเขตรับผิดชอบของศูนย์บริการสาธารณสุข 16 ลุ่มพินิจ ที่ทำการสำรวจ โดยระบุตัวเลขดังนี้

01	หมายถึง	ชุมชนพัฒนาบ่อนไก่
02	หมายถึง	เคหะชุมชนบ่อนไก่
03	หมายถึง	ชุมชนร่วมฤดี
04	หมายถึง	ชุมชนโปโล
05	หมายถึง	ชุมชนพระเจดีย์
06	หมายถึง	ชุมชนหลังวัดปทุมวนาราม
07	หมายถึง	อื่น ๆ

เลขที่ หมายถึง อันดับเลขที่ของครอบครัวที่ได้รับการสำรวจด้วย แบบบันทึกครอบครัว-
ครัว-กทม. โชน 7นับต่อเนื่องจนครบจำนวนครอบครัวที่รับผิดชอบ โดยระบุเลข
ที่...../ปี พ.ศ.ที่สำรวจ เช่น 001/45\

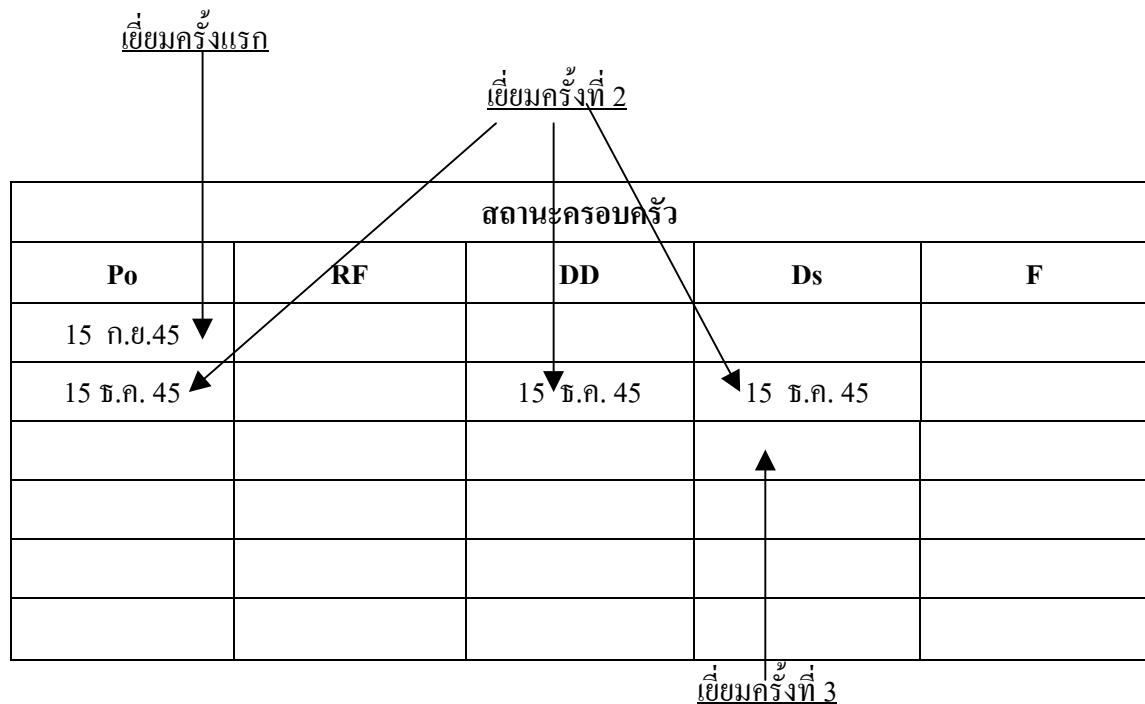
ส่วนที่ 1 ตารางสรุปสถานะของครอบครัว

หมายถึง ตารางบันทึกสรุปสถานะเสี่ยงของครอบครัวทั้ง 5 ด้านที่ได้จากการสำรวจ เป็นตารางที่สร้างขึ้นเพื่อช่วยให้สังเกตได้ง่ายๆ ว่าครอบครัวนั้นมีสถานะทาง สุขภาพอย่างไร โดยระบุวันที่ที่เข้าทำการสำรวจในช่องที่ครอบครัวนั้นมีปัญหาและในการติดตามเยี่ยมครั้งต่อไปก็สามารถระบุวันที่ที่ติดตามเยี่ยมและสำรวจพบปัญหานั้นๆเพิ่มอีกได้ เช่น

ครอบครัว**มีสมบุรณ์** เข้าสำรวจวันแรกในวันที่ 15 ก.ย .2545 พบมีสมาชิกในครอบครัว 4 คน คือ **นายมากมี**(หัวหน้าครอบครัว) อายุ 35 ปี อาชีพรับราชการ **นางศรีสุข**(ภรรยา) อายุ 33 ปี อาชีพค้าขาย **นายรวยทรัพย์**(บุตร) อายุ 19 ปี กำลังศึกษาอยู่ระดับปริญญาตรี และ**นายดำ**(บิดา) อายุ 72 ปี สภาพแวดล้อมภายในบ้านเหมาะสมไม่ก่อให้เกิดปัญหาสุขภาพ รายได้ทั้งครอบครัว 55,000 บาทต่อเดือน เพียงพอต่อการใช้จ่าย ทุกคนในบ้านสุขภาพแข็งแรงดีไม่มีโรคประจำตัวไม่มีพฤติกรรมเสี่ยงใดๆ สามารถปฏิบัติตามกิจวัตรประจำวันได้ตามปกติ

เมื่อเข้าเยี่ยมครั้งที่ 2 ในวันที่ 15 ธ.ค. 2545 พบว่านายดำหกล้ม กระดูกสะโพกร้าว ไม่สามารถ
เดินเองได้ และทำกิจวัตรประจำวันเองไม่ได้อีกหลายอย่าง

เมื่อเข้าเยี่ยมอีกครั้งในวันที่ 15 ม.ค. 2546 นายดำเสียชีวิตแล้ว และสมาชิกในบ้านทุกคนยังคงมีสุขภาพที่แข็งแรงดี



ซึ่งอักษรต่าง ๆ แทนภาวะเสี่ยงดังนี้

Po; Population หมายถึง ในครอบครัวที่ประเมินมีประชากรจำเพาะอาศัยอยู่

RF; Risk Factor หมายถึง ในครอบครัวที่ประเมินมีสมาชิกที่มีพฤติกรรมเสี่ยง

DD; Development and Depend-on หมายถึง ในครอบครัวที่ประเมินมีสมาชิกที่มีภาวะพึ่งพา

Ds; Diseases หมายถึง ในครอบครัวที่ประเมินมีสมาชิกที่เป็นโรคและปัญหาต่างๆ

F; Family หมายถึง ครอบครัวที่ประเมินเป็นครอบครัวที่มีสภาพครอบครัวเสี่ยง

ส่วนที่ 2 ข้อมูลทั่วไปของครอบครัว

หัวหน้าครอบครัว หมายถึง สมาชิกในครอบครัวที่มีบทบาทสำคัญในการดำรงอยู่ของครอบครัว เช่น ผู้หารายได้หลักของครอบครัว ผู้มีอำนาจตัดสินใจในครอบครัว เป็นต้น พร้อมระบุ ลำดับเป็นตัวเลข 2 ตำแหน่ง ตามลำดับที่บันทึกในชุดข้อมูลส่วนบุคคล ที่จะกล่าวถึงต่อไป

ชื่อสถานที่พัก..... หมายถึง บ้าน อาคาร ที่ครอบครัวที่ประเมินอยู่อาศัย เช่น แฟลต....., คอนโดมิเนียม.... เป็นต้น หากไม่มีชื่อสถานที่พักไม่ต้องระบุ

บ้านเลขที่.....,ตรอก/ซอย.....,ถนน.....,โทร.....,โทรสาร.....

หมายถึง บ้านเลขที่,ถนน,ตรอก/ซอย,โทร,โทรสาร ของครอบครัว
ที่ประเมินอาศัยอยู่ หากไม่มีหัวข้อใด ไม่ต้องระบุ

ประเภทที่พัก

- ของตน** หมายถึง บ้านที่ครอบครัวซึ่งได้รับการสำรวจมีกรรมสิทธิ์ครอบครองบ้านที่อาศัยนั้น
- พักอาศัย** หมายถึง บ้านที่ครอบครัวซึ่งได้รับการสำรวจไม่ได้มีกรรมสิทธิ์ครอบครองบ้าน แต่ไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายใด ๆ ในการพักอาศัย
- เช่าซื้อ** หมายถึง บ้านที่ครอบครัวซึ่งได้รับสำรวจมีกรรมสิทธิ์ครอบครองบ้านที่อาศัยนั้นชั่วระยะเวลาหนึ่ง โดยการทำสัญญาในการพักอาศัย และเสียค่าตอบแทนในระยะเวลายาวนาน
- เช่า (ที่/บ้าน)** หมายถึง บ้านที่ครอบครัวซึ่งได้รับการสำรวจไม่ได้มีกรรมสิทธิ์ในการครอบครอง โดยเสียค่าตอบแทนในการเข้าพัก หรือการปลุกบ้านอาศัยเป็นรายเดือน รายปี
- อื่น ๆ (ระบุ)** หมายถึง บ้านที่ครอบครัวซึ่งได้รับการสำรวจ อยู่นอกเหนือลักษณะข้างต้นที่ได้กล่าวไว้ เช่น หน่วยงานจัดให้ เป็นต้น

ประเภทชุมชน

ชุมชนจัดตั้ง เป็นชุมชนที่มีคณะกรรมการชุมชนและจดทะเบียนจัดตั้งอย่างเป็นทางการ จากสำนักงานเขตศูนย์บริการสาธารณสุข 16 ลุมพินี ได้ดำเนินการให้บริการเป็นประจำ ได้แก่

- | | | |
|----|---------|------------------------|
| 01 | หมายถึง | ชุมชนพัฒนาบ่อนไก่ |
| 02 | หมายถึง | เคหะชุมชนบ่อนไก่ |
| 03 | หมายถึง | ชุมชนร่วมฤดี |
| 04 | หมายถึง | ชุมชนโปโล |
| 05 | หมายถึง | ชุมชนพระเจน |
| 06 | หมายถึง | ชุมชนหลังวัดปทุมวนาราม |
| 07 | หมายถึง | อื่น ๆ |

ชุมชนกลาง เป็นชุมชนที่เป็นบ้านหรือที่อยู่อาศัยในพื้นที่ราบ เป็นลักษณะซอยที่ไม่ได้ขึ้นทะเบียนจัดตั้งจากสำนักงานเขต และไม่ใช่อาคารในพื้นที่ส่วนบุคคล หรือนิติบุคคล ศูนย์บริการสาธารณสุข 16 ลุมพินี ได้ดำเนินการให้บริการเป็นประจำ เช่น ซอยปลูกจิต 2 – 3 ซอยหลังสวน เป็นต้น

ชุมชนเข้าถึงยาก เป็นชุมชนที่มีลักษณะเป็นอาคารชุด หอพัก อยู่ในพื้นที่ส่วนบุคคล, นิติบุคคล หรือหมู่บ้านใหญ่ที่มีฐานะดี เช่น พระราม 4 ซิดี คอร์ท โปโลปาร์ค บ้านส่วนบุคคลในซอยร่วมฤดี 1 – 5 เป็นต้น

ชุมชนเฉพาะ หรือชุมชนหน่วยงาน เป็นชุมชนที่อยู่ในลักษณะหน่วยงาน องค์กร สถานที่ทำงาน ซึ่งผู้ที่อาศัยในชุมชนมิได้อยู่พักอาศัย แต่มาร่วมกันเพื่อการศึกษาหรือทำงานหรือทำกิจกรรมต่างๆร่วมกัน เช่น โรงเรียน สวนลุมพินี โบสถ์มหาไถ่ โปโลคลับ ศูนย์การค้า สถานทูต เป็นต้น

ผู้ให้ข้อมูล หมายถึง สมาชิกภายในครอบครัวที่เป็นผู้ให้รายละเอียดเกี่ยวกับครอบครัวแก่ผู้ประเมิน โดยระบุลำดับสมาชิกตามลำดับข้อมูลส่วนบุคคล

ส่วนที่ 3 ข้อมูลส่วนบุคคล

ลำดับ หมายถึง ลำดับของสมาชิกในครอบครัว โดยให้หัวหน้าครอบครัวอยู่ในช่องที่ 1

ชื่อ – สกุล หมายถึง ชื่อ – สกุลตามบัตรประชาชน

ปีเกิด (พ.ศ.) หมายถึง ปีพ.ศ.ที่เกิดของบุคคลนั้น

อายุ (ปี) หมายถึง อายุนับตามปีปฏิทิน

เพศ หมายถึง เพศชาย หรือ เพศหญิง

สถานะ หมายถึง สถานภาพสมรส ได้แก่ การเป็นโสด คู่ หม้าย หย่า แยก ระบุโดยกำหนดเป็นหมายเลขดังนี้

1. โสด
2. คู่
3. หม้าย
4. หย่าแยก

สัมพันธ์หัวหน้า หมายถึง ความสัมพันธ์ของสมาชิกในครอบครัว กับหัวหน้าครอบครัว ในฐานะ สามี ภรรยา บุตร ญาติ หรือผู้อาศัย

สิทธิ (@)

หมายถึง สวัสดิการ การรักษาพยาบาล (เบิกได้) เมื่อบุคคลนั้นเจ็บป่วย ให้
ระบุประเภทของสวัสดิการดังนี้

1. ข้าราชการ
2. รัฐวิสาหกิจ
3. ประกันสังคม
4. บัตรทอง
5. ประกันเอกชน
6. เบิกจากบริษัทเอกชนโดยตรง
7. ไม่ทราบ

ประชากรจำเพาะ (Po) หมายถึง กลุ่มประชากรที่อยู่ในกลุ่มอายุที่เสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพ
แบ่งเป็น 3 กลุ่ม คือ

1. กลุ่มวัยแรกเกิด – 6 ปี
2. กลุ่มอายุ 70 ปีขึ้นไป
3. กลุ่มหญิงตั้งครรภ์ และหญิงหลังคลอด

การบันทึก ทำเครื่องหมาย / ลงในช่องตามกลุ่มอายุนั้น แต่หากเป็นกลุ่มตั้งครรภ์
และหลังคลอดให้ระบุด้วยว่าเป็นประเภทใด และขณะที่สำรวจนั้นมีอายุครรภ์เท่าใด หรือหลังคลอด
ได้กี่วัน หรือกี่สัปดาห์ (แต่ต้องไม่เกิน 8 สัปดาห์) เช่น

ประชากรจำเพาะ		
0 – 6 ปี	70 + ปี	Preg / PP
	/	

พฤติกรรมเสี่ยง (RF) หมายถึง การปฏิบัติตนของบุคคลที่เป็นปัจจัยก่อให้เกิดการเจ็บป่วย ทั้งด้าน
ร่างกาย จิตใจ และอาจนำไปสู่ภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง หรือพิการ ทุพพลภาพ แบ่งเป็น
3 กลุ่ม คือ

1. สูบบุหรี่มากกว่า 1 มวน ต่อสัปดาห์

2. คัมสุรา จนกระทั่งทำให้เกิดความผิดปกติต่างๆของร่างกาย เช่น พฤติกรรมเปลี่ยน ความสามารถในการรับรู้ผิดปกติ ความสามารถในการทรงตัวผิดปกติ

3. ยาเสพติด ได้แก่ เฮโรอีน กัญชา ยาบ้า ฝิ่น ฯลฯ

การบันทึก ทำเครื่องหมาย / ลงตามช่องที่สมาชิกลำดับนั้นปฏิบัติ และถ้าเป็นกลุ่มยาเสพติด ควรระบุว่า เป็นยาเสพติดประเภทใด หากไม่พบไม่ต้องทำเครื่องหมายใด ๆ

พัฒนาการ (0 – 6 ปี) (D-) หมายถึง การประเมินเพื่อค้นหาความผิดปกติของพัฒนาการในเด็กแรกเกิดถึง 6 ปี โดยยึดเกณฑ์การพิจารณา ดังนี้

1. 3 เดือนป้อนแปรงไม่ชันคอ
2. 6 เดือนยังคว้าไม่ได้
3. 10 เดือนยังไม่นั่ง
4. ขวบครึ่งยังไม่พูด

การบันทึก ทำเครื่องหมาย / ลงตามช่องที่สมาชิกลำดับนั้น ไม่สามารถปฏิบัติได้

พิ้งพา – ทูพพลภาพ (อายุ 6 ปีขึ้นไป) (- D) หมายถึงการประเมินภาวะพิ้งพา – ทูพพลภาพของสมาชิกในครอบครัวที่มีอายุ 6 ปี ขึ้นไป โดยยึดเกณฑ์การพิจารณาดังนี้

1. ใส่เสื้อ – อาบน้ำ (ไม่สามารถใส่เสื้อ – อาบน้ำเองได้)
2. พาเข้าสุขา – จัดการให้ (ไม่สามารถเข้าสุขา - จัดการเองได้)
3. ป้อนข้าว – ล้างหน้า (ไม่สามารถรับประทานอาหาร - ล้างหน้าเองได้)
4. เดินไม่ได้ (ไม่สามารถเดินได้)
5. ฝึกระวัง – ช่วยเดิน (ต้องให้ความช่วยเหลือขณะเดิน)

การบันทึก หากสมาชิกลำดับใดในครอบครัวไม่สามารถปฏิบัติข้อ 1 – 3 ได้ และต้องมีผู้ช่วยเหลือในการปฏิบัติข้อ 4 – 5 ให้ทำเครื่องหมาย / ลงตามข้อที่ไม่ผ่านเกณฑ์การพิจารณาพร้อมระบุผู้ดูแล ผู้ช่วยเหลือในกิจกรรมนั้นๆ ว่าเป็นใคร

โรค – ความผิดปกติ (Ds) หมายถึง การค้นหาโรคและปัญหาสุขภาพที่เกิดขึ้นกับสมาชิกในครอบครัว ดังนี้

1. ปัญญาอ่อน – เรียนไม่ทัน
2. สมองเสื่อม – หลง
3. ซึมเศร้า –ฆ่าตัวตาย
4. ความดันโลหิตสูง
5. เบาหวาน
6. อัมพาต – อัมพฤกษ์
7. วัณโรค
8. อื่นๆ (ระบุ)

การบันทึก หากสัมภาษณ์และได้ประวัติว่าบุคคลในครอบครัวมีโรค หรือ ปัญหาสุขภาพในข้อ 1 – 7 ให้ทำเครื่องหมาย / ลงในช่องที่พบโรคนั้นๆ ให้ตรงกับลำดับสมาชิกที่มีโรคและปัญหา หรือหากพบโรคหรือปัญหาอื่นนอกเหนือข้อ 1 – 7 ให้ระบุลงในช่องที่ 8 ว่าสมาชิกลำดับนั้นๆมีโรค หรือปัญหาใด เช่น เอดส์ ข้อเสื่อม ไทรอยด์ หอบหืด โรคหัวใจ เป็นต้น พร้อมทั้งระบุสถานที่รักษาว่าเป็นสถานบริการประเภทใด เช่น ศ.บ.ศ. 16 , ร.พ.จุฬา ,ร.พ.เอกชน ,คลินิก เป็นต้น

ส่วนที่ 4 ข้อมูลสภาพครอบครัวเสี่ยง (F)

เป็นการประเมินความเสี่ยงของครอบครัวในด้านสิ่งแวดล้อมของสภาพครัวเรือน สถานะทางการเงินของครอบครัว และแหล่งสนับสนุนทางสังคมของครอบครัว

สภาพครัวเรือน ใช้การสัมภาษณ์ และสังเกตในการประเมินข้อมูล โดยพิจารณาดังนี้

1. สภาพทั่วไปในบ้านรกรุงรัง- สกปรก
2. สภาพถ่ายเทอากาศไม่ดี – อับ
3. แสงสว่างไม่เพียงพอ
4. ไม่มีภาชนะรองรับขยะ หรือมีไม่เหมาะสม
5. มีน้ำขังในบริเวณบ้าน – ที่พัก
6. อื่น ๆ (ระบุ)

การบันทึก หากสัมภาษณ์ และสังเกตพบสิ่งต่างในข้อ 1 – 5 หรืออื่นๆ เช่น บริเวณบ้านมีเสียงดังรบกวน มีกลิ่นเหม็นรบกวน บ้านไม่มีส้วมใช้ภายในครอบครัว หรือมีพาหะนำโรค เช่น

หนู แมลงสาบ ขู เป็นฉัน ทำเครื่องหมาย / ลงตามช่องนั้น สำหรับสิ่งที่นอกเหนือเกณฑ์พิจารณาที่กำหนดให้ ให้ระบุด้วยว่าสัมภาษณ์ หรือ สังเกต พบสิ่งใด

ข้อมูลครอบครัว ใช้การสัมภาษณ์ในการประเมินข้อมูล

**** สถานะทางการเงิน หรือการใช้จ่ายในครอบครัว... เพียงพอ พอใช้ หรือไม่**

1. พอใช้ - ไม่มีปัญหา
2. พออยู่ได้ - ไม่มีเก็บ
3. ไม่พอใช้จ่าย
4. ไม่ตอบ

การบันทึก เมื่อสัมภาษณ์ได้ข้อมูลใด ให้ทำเครื่องหมาย/ ทับข้อนั้นๆ

**** หากมีปัญหาครอบครัว บุคคลที่ไม่ได้อยู่ในบ้านหลังนี้ที่จะช่วยเหลือหรือเป็นที่ปรึกษาได้คือใคร**

1. บุคคลแรกที่น่าจะช่วยให้.....
2. บุคคลอื่นๆ...
3. ไม่มี - ไม่รู้ - ไม่ตอบ - นึกไม่ออก

การบันทึก เมื่อสัมภาษณ์ด้านแหล่งสนับสนุนของครอบครัวด้วยคำถามข้างต้นแล้ว เมื่อผู้ถูกสัมภาษณ์ตอบ ให้ระบุด้วยว่าบุคคลในข้อ 1 และ 2 คือใคร อาจระบุเป็นสรพนามก็ได้ เช่น ลูกของ... บิดาของ ... เป็นต้น หากไม่ตอบ หรือ ไม่มี ไม่รู้ นึกไม่ออก ให้ทำเครื่องหมาย / ตรงกับข้อ 3

***** สภาพครอบครัวเสี่ยง หมายถึง มีสภาพทั่วไปที่ไม่ดี ข้อใดข้อหนึ่ง หรือสถานะการเงินของครอบครัวไม่ดี (ไม่พอใช้จ่าย หรือ ไม่ตอบ) หรือไม่มีแหล่งสนับสนุนทางสังคม (ไม่มี - ไม่รู้ - ไม่ตอบ - นึกไม่ออก) *****

ส่วนที่ 5 สรุปความเสี่ยง และแผนการดำเนินการ

เป็นส่วนของข้อมูลที่จะสรุปว่าครอบครัวที่ทำการประเมินนี้มีความเสี่ยงในด้านใดบ้าง โดยใช้ข้อมูลที่เก็บได้ในส่วนที่ 1 – 4 ในการประเมิน เมื่อประเมินแล้วเพื่อความสะดวกในการตรวจสอบควรสรุปสถานะของครอบครัวไว้ด้วย โดยทำเครื่องหมายวงกลมล้อมรอบอักษรย่อต่าง ๆ ตามปัญหานั้นๆ เช่น ในครอบครัวมีสมาชิกที่มีอายุ 70 ปีขึ้นไป

Po RF DD Ds F

ในครอบครัวมีสมาชิกที่มีโรคหรือปัญหาสุขภาพ

Po RF DD Ds F

และนำเสนอสรุปสถานะของครอบครัวมาช่วยในการสรุปความเสี่ยงของครอบครัว ซึ่งแบ่งได้ดังนี้

1. ไม่มีความเสี่ยง
2. มีประชากรกลุ่มเสี่ยง Po
3. มีสมาชิกที่มีพฤติกรรมเสี่ยง RF
4. มีสมาชิกที่มีปัญหาพัฒนาการ – ฟังพา – ทูพลภาพ DD
5. มีสมาชิกที่เป็นโรค – ความผิดปกติ Ds
6. มีความเสี่ยงระดับครัวเรือน – ครอบครัว F

และมีแผนดำเนินการในแต่ละปัญหาดังนี้

1. ไม่มีความเสี่ยง $\Rightarrow$ เยี่ยมบ้านทั่วไป 6 เดือน พร้อม “แบบเยี่ยมบ้านทั่วไป”
2. มีประชากรกลุ่มเสี่ยง Po $\Rightarrow$ เยี่ยมบ้าน 1 – 3 เดือนตามสภาพปัญหา พร้อม “แบบประเมินบุคคล”
3. มีสมาชิกที่มีพฤติกรรมเสี่ยง RF $\Rightarrow$ เยี่ยมบ้าน 3 เดือน พร้อม “แบบประเมินบุคคล” พร้อมให้คำแนะนำตามปัญหา
4. มีสมาชิกที่มีปัญหาพัฒนาการ – ฟังพา – ทูพลภาพ DD $\Rightarrow$ เยี่ยมบ้านทุก 1 - 3 เดือนตามสภาพปัญหา พร้อมสหวิชาชีพ
5. มีสมาชิกที่มีโรค – ความผิดปกติ Ds $\Rightarrow$ เยี่ยมบ้านทุก 1 เดือน พร้อมสหวิชาชีพ
6. ความเสี่ยงระดับครัวเรือน – ครอบครัว F $\Rightarrow$ เยี่ยมบ้าน 3 – 6 เดือน เพื่อให้คำแนะนำ ประเมินซ้ำ และประสานงานจัดการ

*** พร้อมให้กำหนดวัน เวลาที่จะเยี่ยม ครั้งต่อไป , บุคลากรที่จะทำการเยี่ยมในครั้งต่อไป และสิ่งที่จะปฏิบัติในการเยี่ยมครั้งต่อไป เช่น

- เยี่ยมครั้งต่อไปภายใน/ เมื่อ 15 ธันวาคม 2545
- โดย CHW : เยี่ยมทั่วไป ประเมินซ้ำ แบบประเมินบุคคล
- โดย Nurse : ตรวจสอบ แนะนำ อื่นๆ (ระบุ)

ส่วนที่ 6 ส่วนสรุปผลการติดตามสถานะในการเยี่ยมครั้งต่อไป

เป็นส่วนใหญ่สรุปการประเมินสถานะของครอบครัวในการเยี่ยมครั้งต่อไป โดยระบุวัน เดือน ปี ที่เข้าเยี่ยมในแต่ละครั้งด้วย เพื่อให้บุคลากรสามารถติดตามสถานะของครอบครัวได้อย่างสะดวกและต่อเนื่อง เช่น

1. สรุปผลการติดตามสถานะครั้งที่ 1 (15 ธ.ค. 2545)

ครอบครัวมีสมบูรณ์ มี สมาชิกในครอบครัว 4 คน มีประชากรจำเพาะ 1 คน อยู่ในกลุ่มอายุมากกว่า 70 ปี มีปัญหาสุขภาพ คือ หกล้ม กระดูกสะโพกร้าวไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันด้วยตนเองได้ สมาชิกในครอบครัวคนอื่นๆ ไม่มีพฤติกรรมเสี่ยงใดๆ ไม่มีโรคประจำตัว หรือปัญหาสุขภาพ ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ตามปกติ สภาพแวดล้อมภายในครอบครัวเหมาะสมไม่ก่อให้เกิดปัญหาสุขภาพ รายได้/เดือนของครอบครัวเพียงพอต่อการใช้จ่าย

แผนดำเนินการ เยี่ยมครั้งต่อไป 15 ม.ค. 2546 โดย CHW และสหวิชาชีพ

2. สรุปผลการติดตามสถานะครั้งที่ 2 (15 ม.ค. 2546)

ครอบครัวมีสมบูรณ์ มีสมาชิกในครอบครัว 3 คน ไม่มีประชากรจำเพาะ (นายคำอายุ 72 ปี ถึงแก่กรรมแล้ว) ไม่มีสมาชิกคนใดมีพฤติกรรมเสี่ยง ไม่มีสมาชิกในครอบครัวที่มีปัญหาสุขภาพ และภาวะพึ่งพา ไม่มีความเสี่ยงในครัวเรือน-ครอบครัว

แผนดำเนินการ เยี่ยมครั้งต่อไป 15 ก.ค. 2546 โดย CHW

คู่มือการดำเนินการเยี่ยมบุคคลและครอบครัว (HOME CARE)

1. การจัดระบบข้อมูล

จัดระบบแฟ้มข้อมูลจากการสำรวจแบ่งเป็น 3 กลุ่ม คือ

1. กลุ่มป่วย (DD และ DS)
2. กลุ่มเสี่ยง (PO ; RF และ F)
3. กลุ่มไม่มีปัญหาสุขภาพ

วิธีดำเนินการ

1. เรียงลำดับข้อมูลสำรวจ (HV. สีเขียว) โดยใช้เรียงจากบ้านเลขที่น้อยสุดไปยังมากที่สุดตามลำดับในแต่ละกลุ่ม
2. นำข้อมูลที่สำรวจเดิมมาจัดให้เข้าเป็นระบบเดียวกัน
3. ตรวจเช็คบ้านที่สำรวจกับแผนที่อีกครั้ง
4. เก็บตกข้อมูลสำรวจ (HV. สีเขียว) ในบ้านที่มีแต่แฟ้มข้อมูลเก่า
5. เรียงลำดับเลขที่ข้อมูลแบบบันทึกครอบครัว (หัวมุมขวามุมบนสุดใบ HV. สีเขียว) ตามลำดับบ้านเลขที่
6. ลงทะเบียนข้อมูลในสมุดทะเบียนสีเขียว (เรียงตามบ้านเลขที่น้อยไปมาก)
7. จัดข้อมูลทั้งหมดลงลิ้นชักเอกสารในแต่ละชุมชน

2. จัดลำดับการเยี่ยม

CHW เยี่ยมโดยใช้แบบประเมินในเบื้องต้นหลังจากการสำรวจ HV. เสร็จสิ้นลง
ดังนี้

1. เยี่ยมผู้ป่วยอัมพฤกษ์ – อัมพาต, ผู้ป่วยภาวะทุพพลภาพพึ่งพา
2. ผู้ป่วยเรื้อรัง
 - 2.1 ผู้ป่วยโรคติดต่อ เช่น เอชไอวี วัณโรค
 - 2.2 ผู้ป่วยที่มีหลายๆ โรค เช่น เป็นความดันสูง + เบาหวาน + ไขมันสูง ฯลฯ
 - 2.3 ผู้ป่วยที่ไม่ไปตรวจรักษา, ขาดนัด
3. กลุ่มประชากรจำเพาะที่มีปัญหา เช่น อนามัยแม่และเด็ก (หญิงตั้งครรภ์ และหลังคลอด) เด็กภาวะทุพโภชนาการ ฯลฯ

3. ระยะเวลาการเยี่ยมติดตาม

ประเภทผู้ป่วย	ระยะเวลาการเยี่ยม
1. ผู้ป่วยอัมพฤกษ์ – อัมพาต, ทูพพลภาพพึ่งพา, พัฒนาการช้า	- เยี่ยม 1 – 3 เดือน / ตามสภาพปัญหา พร้อมสหวิชาชีพ
2. ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง	- เยี่ยม 1 – 3 เดือน / ตามสภาพปัญหา, ± สหวิชาชีพ
3. หญิงตั้งครรภ์	- เยี่ยมเดือนละ 1 ครั้ง และ 2 ครั้งในเดือนสุดท้ายก่อนคลอด / ตามสภาพปัญหา
4. หญิงหลังคลอด	- เยี่ยมในช่วง 1 – 2 สัปดาห์ หลังคลอด - เยี่ยมในช่วง 6 – 8 สัปดาห์ หลังคลอด ± สหวิชาชีพ
5. ผู้สูงอายุ 70+ ปี	- เยี่ยม 1 – 3 เดือน / ตามสภาพปัญหา, ± สหวิชาชีพ
6. ปัญหาเด็กภาวะทุพโภชนาการ	- เยี่ยม 1 – 3 เดือน / ตามสภาพปัญหา, ± สหวิชาชีพ
7. เยี่ยมทั่วไป	- ทุก 6 เดือน ตามสภาพปัญหา

หมายเหตุ

1. ถ้ามีผู้ป่วย Acute Case หรือ Case refer จาก ร.พ. ให้พิจารณาเยี่ยมก่อน
2. เตรียม Case เยี่ยมในแต่ละวัน และ Plan การเยี่ยมในสมุดแผนงานประจำเดือน (สีขาว)
(ปริมาณการเยี่ยม ผู้ป่วย 4 – 5 คน : CHW 1 คน : 1 ครั้ง)

4. การลงบันทึกข้อมูล

4.1 การลงบันทึกการเยี่ยม

- ทำใบแบบประเมินบุคคลตามประเภทของการเยี่ยม
- เขียนรายงานการติดตามเยี่ยมทุกครั้ง
- ถ้ามีบุคคลที่ต้องประเมินและติดตามเยี่ยมมากกว่า 1 คน ตั้งแต่คนที่

สองขึ้นไปให้เขียนรายงานการเยี่ยมในกระดาษขาว กทม. โชน 7

- ส่งบันทึกการติดตามเยี่ยมให้พยาบาลครอบครัวประจำชุมชนรับ

ทราบทุกครั้ง

4.2 การลงบันทึกในสมุดทะเบียน (สีเขียว)

- ลงวันที่การวางแผนหรือลงวันที่หลังจากการเยี่ยมจริงแล้วต้องลงให้

ตรงกับชื่อบุคคลที่เยี่ยม

- ถ้าเป็นการวางแผนเยี่ยม ให้ใส่วันที่วางแผนว่าจะไม่เยี่ยมในช่องบน
-

มค.	กพ.	มีค.
	6	

(ตัวอย่าง วางแผนว่าจะไปผู้ป่วยนาง ก. วันที่ 6 กพ. 46)

- หลังการเยี่ยมบ้านแล้วให้ลงวันที่เยี่ยมจริง ในช่องล่าง

มค.	กพ.	มีค.
	6 8	

(ตัวอย่าง จะเห็นว่าไปเยี่ยมจริงคือ วันที่ 8 กพ. 46)

ลงวันที่วางแผนการเยี่ยมครั้งต่อไปทุกครั้งหลังจากมีการเยี่ยมจริง

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก.3
: แบบประเมินบุคคลและคู่มือ

แบบประเมินบุคคล เด็กอายุ 0 – 6 ปี

ชื่อ..... นามสกุล.....

วัน/เดือน/ปี เกิด..... น้ำหนักแรกคลอด.....กรัม

มีปัญหาหรือภาวะแทรกซ้อนระหว่างคลอดหรือไม่

☐ มี (ระบุ)..... ☐ ไม่มี

เลือกกาเครื่องหมาย ✓ ในข้อที่ทำได้หรืออยู่ในเกณฑ์

	ครั้งที่....	ครั้งที่....	ครั้งที่....	ครั้งที่....	ครั้งที่....
ผู้ประเมิน (วัน / เดือน / ปี)					
1. มีโรคประจำตัวหรือไม่					
• มี (ระบุ).....	☐	☐	☐	☐	☐
• ไม่มี	☐	☐	☐	☐	☐
2. เคยมีอุบัติเหตุทางสมองหรือไม่					
• มี	☐	☐	☐	☐	☐
• ไม่มี	☐	☐	☐	☐	☐
3. เคยเป็นโรคติดเชื้อทางสมองหรือไม่					
• มี (ระบุ).....	☐	☐	☐	☐	☐
• ไม่มี	☐	☐	☐	☐	☐
4. มีประวัติชักหรือไม่					
• มี	☐	☐	☐	☐	☐
• ไม่มี	☐	☐	☐	☐	☐
6. เด็กมีรูปร่างลักษณะอย่างไร					
• ปกติ	☐	☐	☐	☐	☐
• ผอมมาก	☐	☐	☐	☐	☐
• อ้วนมาก	☐	☐	☐	☐	☐
7. มีอาการบวมหรือไม่					
• มี	☐	☐	☐	☐	☐
• ไม่มี	☐	☐	☐	☐	☐
8. มีผผสีจาง ร่วงง่ายและเปราะบางหรือไม่					
• มี	☐	☐	☐	☐	☐
• ไม่มี	☐	☐	☐	☐	☐
9. เป็นปากนกกระจอก / แผลที่มุมปากเป็นๆหายๆหรือไม่					
• มี	☐	☐	☐	☐	☐
• ไม่มี	☐	☐	☐	☐	☐

	ครั้งที่....	ครั้งที่....	ครั้งที่....	ครั้งที่....	ครั้งที่....
10. มีอาการคันเส้นเอ็นหรือไม่					
• มี	☐	☐	☐	☐	☐
• ไม่มี	☐	☐	☐	☐	☐
11. มีอาการอุจจาระร่วงบ่อยๆ (อย่างน้อยเดือนละ 1 ครั้ง) หรือไม่					
• มี	☐	☐	☐	☐	☐
• ไม่มี	☐	☐	☐	☐	☐
12. เด็กได้รับการฉีดวัคซีนป้องกันโรคครบตามอายุหรือไม่ (ดูสมุดบันทึกสุขภาพเด็กประกอบ)					
• ครบ	☐	☐	☐	☐	☐
• ไม่ครบ	☐	☐	☐	☐	☐
13. พ่อแม่สังเกตว่าเด็กมีพฤติกรรม หรือพัฒนาการที่ผิดปกติจากเด็กในวัยเดียวกันหรือไม่					
• มี (ระบุ).....	☐	☐	☐	☐	☐
• ไม่มี	☐	☐	☐	☐	☐
14. อาหารที่เด็กทาน(ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)	(อายุ) 0 – 4 เดือน		4 – 12 เดือน		
นมแม่	☐		☐		
นม					
ผง	☐		☐		
นมข้นหวาน	☐		☐		
อาหารเสริม (ระบุ)	☐		☐		
15. เด็กอายุ 1 – 6 ปี รับประทานอาหารหลักครบ 3 มื้อหรือไม่					
☐ ครบ 3 มื้อ	☐ < 3 มื้อ		☐ > 3 มื้อ		

ตารางประเมินพัฒนาการเด็ก 0 – 6 ปี

เลือกกาเครื่องหมาย ✓ ถ้าเด็กทำได้ในช่วงอายุนั้น และกาเครื่องหมาย × ถ้าเด็กทำไม่ได้ในช่วงอายุนั้น

อายุ พัฒนาการ	3 เดือน	4 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	12 เดือน	15 เดือน
1. ชันคอ ยกศีรษะจากพื้นเมื่อนอนคว่ำ 2. มองจ้องได้ชั่วครู่ 3. แสดงท่าทางเมื่อได้ยินเสียง 4. ทำเสียง อือ อา ในคอ 5. ยิ้มหรือส่งเสียงตอบเมื่อมีคนพูดด้วย						
1. พลิกตะแคงตัวได้ 2. กางมือออกแล้วกำของเล่นได้ มือประสานกันกลางลำตัว 3. หันตามเสียง 4. เล่นน้ำลาย 5. แสดงท่าทางดีใจและส่งเสียงหัวเราะ						
1. นั่งทรงตัวได้ 2. คว่ำจับของได้ทั้ง 2 มือ หยิบของเปลี่ยนมือได้ 3. สนใจวัตถุ ของเล่น 4. เปล่งเสียงโต้ตอบผู้อื่น 5. สนใจคนพูด จ้องมองหรือร้องไห้เมื่อเห็นคนแปลกหน้า						
1. เกาะยืน เริ่มเกาะเดินได้ 2. ใช้นิ้วโป้งกับนิ้วชี้หยิบของชิ้นเล็กๆ ได้ 3. สนใจคนพูด ทำตามคำสั่งง่ายๆ เมื่อใช้ท่าทางประกอบ 4. รู้จักปฏิเสธด้วยการแสดงท่าทาง 5. หยิบของเข้าปากได้เอง						
1. ยืนคนเดียวได้ เดินโดยช่วยงูมมือเด็กทั้ง 2 ข้างได้ 2. รู้จักรูปร่างของวัตถุ หรือเทของออกจากถ้วยหรือกล่อง 3. ชี้อัตตามคำบอกได้ถูกต้อง หรือชี้สิ่งที่อยากได้ 4. ออกเสียงเลียนคำพูดได้อย่างใกล้เคียง เข้าใจคำว่าไม่ 5. ดื่มน้ำจากถ้วย แก้วหรือขันเล็กๆ ได้						
1. เดินได้คล่อง 2. คำว่าขวดเทเพื่อเอาขนมหรือของเล่นในขวด 3. ไปหยิบสิ่งของจากที่อื่นมาได้ 4. พูดคำที่มีความหมายได้อย่างน้อย 4 คำ 5. ร่วมมือในการแต่งตัว						

พัฒนาการ อายุ	1 ½ ปี	2 ปี	3 ปี	4 ปี	5 ปี
1. เริ่มวิ่ง ปีนป่ายเกาะไต่ เดินข้าม หลบสิ่งกีดขวาง 2. เลียนแบบการขีดเส้นในแนวดิ่ง 3. ชื่อวัยาะของร่างกายได้ 4 – 5 ส่วน 4. พูดย่อขึ้น เข้าใจคำสั่งง่ายๆ พร้อมแสดงท่าทียกประกอบ 5. ถอดใส่หมวก ถุงเท้า รองเท้า ได้เอง ใช้ช้อนส้อมได้					
1. วิ่งชน เลี้ยวหมุนตัวกลับได้ทันทีโดยไม่ต้องหยุดเตะบอลได้ กระโดด 2 ขาอยู่กับที่พร้อมกัน 2. เลียนแบบการลากเส้นในแนวนอน 3. รู้จักชื่อตนเอง มีจินตนาการ 4. จำเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นเมื่อวานได้ดี 5. บอกได้เมื่อต้องการขยับถ่าย เป็นตัวของตัวเองมากขึ้น					
1. ยืนขาเดียวได้นาน 1 วินาที ถีบจักรยาน 3 ล้อได้ 2. หมุนเปิดขวดฝาเกลียวได้ 3. รู้จักสี จับคู่สีไม่ได้ 4. พุดเป็นประโยคง่ายๆ ได้ 5. ช่วยตัวเองเรื่องการถอด ใส่ เสื้อผ้า ล้างมือ ทานข้าวได้					
1. เดินบนกระดานแผ่นเดียว หรือเดินต่อเท้าได้ ยืนขาเดียวได้นานหลายวินาที 2. วาดรูปคนได้ 3. รู้จักสีอย่างน้อย 4 สี 4. นับเลขได้ 1 – 10 หรือบอกอายุตนเองได้ 5. ช่วยแต่งตัวได้ดีขึ้น					
1. กระโดดสลับขาได้ ชอบปีนป่าย 2. วาดรูป □ ได้ตามแบบ และจับดินสอถูกต้องสำหรับเขียน 3. เล่าเรื่องราว นิทานได้ 4. เข้าใจความหมายตรงกันข้าม 5. แต่งตัวเองได้ดี ก่อนข้างละเอียด ชอบเล่นเป็นกลุ่มเล็กๆ แต่ไม่แบ่งเพศ					

16. เด็กมีอาการเหล่านี้หรือไม่ (อายุ 1 ½ - 6 ปี)

* ไม่มีสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น ไม่สบตาพ่อแม่ ไม่สนใจใคร ชอบเล่นคนเดียว ไม่ยิ้มตอบ ไม่แสดงอาการกลัว

☐ มี

☐ ไม่มี

* มีภาษาเป็นของตนเอง เลียนเสียงโดยไม่เข้าใจความหมาย มีพัฒนาการพูดช้า

☐ มี

☐ ไม่มี

* ร้องไห้บ่อย ชอบแยกตัว เฉยเมย ไม่สนใจตัวเอง เหม่อลอยเป็นประจำ

☐ มี

☐ ไม่มี

คู่มือการกรอกแบบประเมินบุคคล เด็กอายุ 0-6 ปี

ข้อมูลทั่วไป

ปัญหา / ภาวะแทรกซ้อนระหว่างคลอด

บันทึกเป็น ปัญหา หรือ ภาวะที่ผิดปกติหรือ มีสาเหตุอื่นที่ต้องนอนโรงพยาบาลหลังคลอด ซึ่งจะเป็นสาเหตุจากมารดา หรือทารกก็ได้ สาเหตุจากทารกขณะคลอด และหลังคลอด เช่น เหลือง ซัก คลอดก่อนกำหนด ส่วนสาเหตุจากมารดา เช่น บวม ความดันโลหิตสูง

ผู้ให้ข้อมูล

บันทึกเป็น ความสัมพันธ์ที่เกี่ยวข้องกับเด็ก เช่น บิดา, มารดา, ตา-ยาย, พี่เลี้ยง ฯลฯ

ข้อมูลจำเพาะ

อายุ, น้ำหนัก, ส่วนสูง, ภาวะโภชนาการ

อายุ บันทึกเป็น เดือน หรือ ปี ของเด็ก ณ.วันที่ได้ประเมินน้ำหนัก, ส่วนสูง “.....” กิโลกรัม จากการสอบถามผู้ปกครองเด็ก หรือดูสมุดบันทึกสุขภาพเด็กดีโดยบันทึกค่าครั้งล่าสุดที่ซ่ง / วัดมาไม่นานเกิน 3 เดือน และระบุวันที่ ที่ได้ทำการซ่ง / วัด

ภาวะโภชนาการ บันทึกเป็น อยู่ในเกณฑ์ปกติ, ขาดสารอาหารระดับที่ 1, 2, 3 หรือ โภชนาการเกิน โดยเปรียบเทียบทั้งความสูงและน้ำหนัก ต่ออายุ (ดูได้จากสมุดสุขภาพเด็กดี)

พัฒนาการ

บันทึกเป็น ✓ หมายถึง สามารถทำได้ตามเกณฑ์อายุ

X หมายถึง ไม่สามารถทำได้ตามเกณฑ์อายุ

ไม่แน่ใจ / จำไม่ได้ ถ้าผู้ให้ข้อมูลไม่สามารถบอกได้ชัดเจน หรือไม่ได้ดูแลเด็กในอายุนั้น

การได้รับวัคซีน (ให้อุ้มสมุดบันทึกสุขภาพเด็กดีประกอบ)

บันทึกเป็น ครบ ถ้าอุ้มสมุดบันทึกและเด็กได้รับวัคซีนตามเกณฑ์อายุ

ไม่ครบ ถ้าอุ้มสมุดบันทึกและเด็กได้รับวัคซีนไม่ครบตามเกณฑ์อายุ

ถ้าไม่มีสมุดบันทึกสุขภาพเด็กดี ให้อุ้มบันทึกตามผู้ปกครองเด็กบอก แต่ให้หมายเหตุด้วยว่าไม่มีสมุดคู่มือสุขภาพเด็กดี

นม (เลือกได้มากกว่า 1 ข้อ)

บันทึกเป็น ✓ ในช่องของลักษณะนมที่เด็กได้รับประทานจริงในช่วงอายุที่สอบถาม

(เว้นว่าง) ในช่องของลักษณะนมที่เด็กไม่ได้รับประทานในช่วงอายุที่สอบถามนั้น

อาหารเสริม

บันทึกเป็น ✓ ในช่องของลักษณะอาหารเสริมที่เด็กได้เริ่มรับประทานจริงตามเกณฑ์อายุ
(ในวงเล็บ) หมายถึง อายุที่เด็กควรได้รับอาหารเสริมเหล่านั้น ซึ่งจะเพิ่มขึ้นตามวัยที่เหมาะสม

X ในช่องของลักษณะอาหารเสริมที่เด็กไม่ได้รับประทานตามเกณฑ์อายุ

อาหารสำหรับเด็กอายุ 1-6 ปี

บันทึกเป็น ✓ ในช่องของลักษณะอาหารหลักที่เด็กได้เริ่มรับประทานจริง

X ในช่องของลักษณะอาหารหลักที่เด็กไม่ได้รับประทาน

ปัญหาหรืออาการผิดปกติ

สอบถามจากผู้ปกครองเด็กว่ามีอาการหรือปัญหาเหล่านี้หรือไม่ในช่วงระยะเวลาตั้งแต่แรกคลอดจนถึงวันที่ทำการประเมินครั้งที่ 1. และ ในช่วงระยะเวลาของการประเมินครั้งต่อไป

โรคประจำตัว บันทึกเป็น ชื่อโรค ที่ได้รับการวินิจฉัยโดยแพทย์ (ยังรักษาอยู่หรือไม่ก็ได้)

อุบัติเหตุทางสมองที่รุนแรง บันทึกเป็น ชื่อโรค, พยาธิสภาพ หรือความผิดปกติในสมองของเด็ก เช่น เลือดออกในสมอง (อุบัติเหตุทางสมองที่รุนแรง หมายถึงมีพยาธิสภาพในสมองที่เกิดจากอุบัติเหตุ ที่รุนแรงจนต้องนอนรักษาที่โรงพยาบาล หรือมีพฤติกรรมเปลี่ยนไปจากเดิม หรือมีพัฒนาการช้าลง)

โรคติดเชื้อทางสมอง บันทึกเป็น ชื่อโรค, พยาธิสภาพในสมองที่เกิดจากการติดเชื้อ เช่น เยื่อหุ้มสมองอักเสบ, ฝีในสมอง เป็นต้น

อาการบวม, ชัก, ผสมสีจาง ร่วงและเปราะบาง, เป็นแผลที่มุมปาก (ปากนกกระจอก) เป็นๆ หายๆ (บันทึกข้อมูลจากการสัมภาษณ์ผู้ปกครองเด็ก หรือจากการตรวจร่างกายขณะนั้น)

บันทึกเป็น ✓ ในช่อง ถ้าเด็กมีอาการผิดปกติเหล่านั้น ในช่วงระยะเวลาของการสัมภาษณ์แต่ละครั้ง

X ในช่อง ถ้าเด็กมีอาการผิดปกติเหล่านั้น ในช่วงระยะเวลาของการสัมภาษณ์แต่ละครั้ง

คู่มือประเมินการเจริญเติบโตและพัฒนาการ เด็ก 0-6ปี

การวัดการเจริญเติบโตของร่างกาย

1. น้ำหนักตัว

ทารกแรกเกิด น้ำหนักปกติ (N) 2500 – 3500 กรัม

ทารก อายุ 0 – 12 เดือน มีน้ำหนักเป็น $[\text{age (mth)} + 9] / 2 \text{ kg}$

เด็กอายุ 1 – 6 ปี ” ” $[\text{age (yr)} * 2] + 8 \text{ kg}$

เด็กอายุ 6 - 12 ปี ” ” $\{ [\text{age (yr)} * 7] - 5 \} / 2 \text{ kg}$

2. ความสูง

ทารกแรกเกิด มีส่วนสูงหรือความยาวปกติ 50 เซนติเมตร

ทารก อายุ 6 เดือน ยาว / สูงประมาณ 65 เซนติเมตร

ทารก อายุ 1 ปี ” ” 75 เซนติเมตร

เด็ก อายุ 2 – 12 ปี สูงประมาณ $[\text{age (yr)} * 6] + 77 \text{ เซนติเมตร}$

เกณฑ์การประเมินภาวะโภชนาการ

น้ำหนักและความสูงตามอายุดูได้จากกราฟ ตามมาตรฐานน้ำหนักและส่วนสูงของเด็ก
ไทย ซึ่งทำการศึกษาโดยกองโภชนาการ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุขปี พ.ศ. 2543

วิธีประเมินและบันทึก

: น้ำหนักมากเกินไปเกณฑ์

: น้ำหนักค่อนข้างมาก

: น้ำหนักตามเกณฑ์

: น้ำหนักค่อนข้างน้อย

: น้ำหนักน้อยกว่าเกณฑ์

การประเมินความรุนแรงภาวะทุพโภชนาการเพื่อวางแผนการรักษา

ระดับการ ขาดสารอาหาร เกณฑ์การ ประเมิน	น้ำหนัก ตามอายุ	ความสูง ตามอายุ	น้ำหนัก ตามส่วนสูง
เด็กปกติ	ปกติ	ปกติ	ปกติ
เด็กขาดสารอาหารระยะเริ่มต้น	ลดผิดปกติ	ปกติ	ลดผิดปกติ
เด็กขาดสารอาหารระยะเรื้อรัง	ลดผิดปกติ	ลดผิดปกติมาก	ปกติ/ลดผิดปกติ
เด็กขาดสารอาหารระยะเรื้อรัง และมี การขาดสารอาหารซ้ำเติมใหม่	ลดผิดปกติมากๆ	ลดผิดปกติมาก	ลดผิดปกติมาก

แบบประเมินพัฒนาการสำหรับเด็ก 0 – 6 ปี

อายุ	พัฒนาการ	วิธีและเกณฑ์การประเมิน
3 เดือน	1. ชันคอ ยกศีรษะจากพื้นเมื่อนอนคว่ำ 2. มองจ้องได้ชั่วครู่ 3. แสดงท่าทางเมื่อได้ยินเสียง 4. ทำเสียง อ้อ อา ในคอ 5. ยิ้มหรือส่งเสียงตอบเมื่อมีคนพูดด้วย	1. จับเด็กนอนคว่ำบนพื้นเรียบ กระตุ้นให้เด็กยกศีรษะขึ้น <u>ผ่าน</u> เมื่อเด็กผงกศีรษะขึ้น 45° - 90° ได้นาน 5 วินาที 2. จับเด็กนอนหงาย หันศีรษะไปทางซ้ายหรือขวา ใช้ของเล่นล่อห่างจากตาเด็ก 8 นิ้ว หรือ 20 เซนติเมตร เคลื่อนของเล่นผ่านแนวกลางสายตาไปอีกด้านหนึ่ง กว้าง 180° <u>ผ่าน</u> ถ้าเด็กมองตามตลอดโดยไม่คลาดสายตา (ลองทำ 2 – 3 ครั้ง) 3. เขย่าของเล่นที่มีเสียงข้างศีรษะห่างไปหู 8 นิ้ว หรือ 20 เซนติเมตร สังเกตปฏิกิริยาเด็ก <u>ผ่าน</u> ถ้าเด็กมีปฏิกิริยาตอบสนอง เช่น มีการเคลื่อนไหวมากขึ้น กระพริบตา เบิกตา หรือหยุดการเคลื่อนไหว 4. และ 5. จับเด็กหันหน้าเข้าหาเราเด็กจ้องหน้าตอบ <u>ผ่าน</u> เด็กยิ้มได้ตอบ ตอบรับท่าที่ได้ถูกต้อง หรือออกเสียง อ้อ อา เมื่อเราพูดเล่นด้วย

อายุ	พัฒนาการ	วิธีและเกณฑ์การประเมิน
4 เดือน	1. พลิกตะแคงตัวได้ 2. กางมือออกแล้วกำของเล่นได้ มือประสานกันกลางลำตัว 3. หันตามเสียง 4. เล่นน้ำลาย 5. แสดงท่าทางดีใจและส่งเสียงหัวเราะ	1. ในท่านอนคว่ำ เด็กใช้ฝ่ามือและแขนยันตัวยกศีรษะและหน้าอกขึ้น โดยข้อศอกไม่แนบกับพื้น <u>ผ่าน</u> ถ้าอยู่ในท่านี้นาน 30 วินาที การคว่ำก้นจากเด็กท่านอนหงายพลิกคว่ำเองและพลิกหงายโดยไม่ต้องช่วย อาจใช้ของเล่นล่อด้านข้างให้พลิกตัว <u>ผ่าน</u> ถ้าเด็กก้มลงคว่ำหงายได้ครบวงจร 2. ในท่านอนหงายสังเกตการเคลื่อนไหวของแขนขาทั้ง 2 ข้าง หรือเอาของเล่นแตะที่นิ้วเด็ก <u>ผ่าน</u> ถ้าเด็กนอนจับมือเล่นกันเองระหว่างอก เมื่อแตะของเล่นที่นิ้วเด็ก จะกางมือออกแล้วกำของเล่นได้ <u>ไม่ผ่าน</u> ถ้าเด็กเคลื่อนไหวแขนขาข้างใดข้างหนึ่งเพียงข้างเดียว 3. เมื่อเขย่าของเล่นที่มีเสียงข้างศีรษะ หรือเรียกชื่อเด็กห่างจากใบหู 8 นิ้ว หรือ 20 เซนติเมตร (ทำซ้ำทั้งซ้ายและขวา) <u>ผ่าน</u> หันหน้าตามเสียงได้ถูกต้อง 4. สังเกตเด็ก <u>ผ่าน</u> ฟันน้ำลายเล่น พร้อมมีเสียง อ้อ อา 5. สังเกต เมื่ออุ้มเด็ก เล่นกับเด็ก ส่งของเล่นให้เด็ก หรือป้อนอาหารให้เด็ก <u>ผ่าน</u> เด็กแสดงท่าดีใจ หรือหัวเราะ
6 เดือน	1. นั่งทรงตัวได้ 2. คลำจับของได้ทั้ง 2 มือ หยิบของเปลี่ยนมือได้ 3. สนใจวัตถุ ของเล่น 4. เปล่งเสียงโต้ตอบผู้อื่น	1. จับเด็กนั่งไม่ประคองศีรษะ วางของเล่นไว้ด้านข้าง <u>ผ่าน</u> นั่งได้นาน 2 นาทีขึ้นไปโดยไม่เอียงศีรษะไปมา หรือเอี้ยวตัวหนีของเล่นได้โดยไม่ล้ม 2. วางแท่งไม้ 2 แท่งไว้ บอกให้เด็กหยิบ <u>ผ่าน</u> ถ้าเด็กถือไม้ไว้ในมือพร้อมกันทั้ง 2 ข้าง นาน 1 – 2 นาที โดยไม่ทิ้งข้างใดข้างหนึ่ง 3. เรียกชื่อเด็ก ยื่นของเล่นให้ดู <u>ผ่าน</u> จะเอามือจับบีบ บางครั้งใส่เข้าปาก หมุน เคาะ เปลี่ยนมือ ขว้างทิ้งแล้วหยิบมาเล่นใหม่ ทำซ้ำๆ 4. พูดยหรือเล่นกับเด็ก <u>ผ่าน</u> เด็กเปล่งเสียงดังโต้ตอบที่ไม่มีมีความหมาย ได้มากกว่า อ้อ อ้า

อายุ	พัฒนาการ	วิธีและเกณฑ์การประเมิน
	5. สนใจคนพูด จ้องมองหรือร้องไห้เมื่อเห็นคนแปลกหน้า	5. ขณะเล่นอยู่ตามลำพัง ให้แม่หรือคนคุ้นเคยนั่งเล่นอยู่ใกล้ๆ เปรียบเทียบกับคนแปลกหน้า <u>ผ่าน</u> เด็กจ้องมอง แสดงอาการตื่นกลัว หรือร้องไห้เมื่อเห็นคนแปลกหน้า
9 เดือน	1. เกาะยืน เริ่มเกาะเดินได้ 2. ใช้นิ้วโป้งกับนิ้วชี้หยิบของชิ้นเล็กๆ ได้ 3. สนใจคนพูด ทำตามคำสั่งง่ายๆ เมื่อใช้ท่าทางประกอบ 4. รู้จักปฏิเสธด้วยการแสดงท่าทาง 5. หยิบของเข้าปากได้เอง	1. จากทำนั่งบนพื้นราบ เด็กใช้มือหนึ่งขบขบโต๊ะหรือเก้าอี้ดึงตัวขึ้นยืน เกาะได้เอง หรือวางเด็กให้ยืนเกาะขบโต๊ะ เก้าอี้ หายของเล่นล่อเด็กให้เดินไปด้านข้าง <u>ผ่าน</u> สามารถหนึ่งขบขบโต๊ะ เก้าอี้ยืนเกาะได้เอง และเกาะเดินไปด้านข้าง 4-5 ก้าว โดยหันหน้าเข้าหาที่เกาะ 2. วางของชิ้นเล็กๆ ไว้ตรงหน้าเด็ก เช่น ลูกบิด ลูกเกด บอกให้เด็กหยิบหรือหยิบแสดงให้ดูเป็นตัวอย่าง <u>ผ่าน</u> เด็กสามารถใช้นิ้วโป้ง นิ้วชี้ โดยฝ่ามือไม่สัมผัสของ และลูกบิดไม่ตก 3. ออกคำสั่ง เช่น ดบมือ บ้ายบาย (อาจทำท่าทางให้เด็กดู) <u>ผ่าน</u> เด็กสามารถทำตามท่าทางตามได้ถูกต้อง 4. สังเกตท่าทาง สีหน้าแสดงความต้องการของเด็กเอง <u>ผ่าน</u> ผลักมือ เม้มปาก เมื่อป้อนอาหารให้เด็กกินเมื่ออิ่ม สันหน้า พยักหน้า บอกได้ 5. ยื่นขนมให้เด็ก <u>ผ่าน</u> เด็กหยิบขนมใส่ปากกัดเคี้ยว และกลืนได้เอง <u>ไม่ผ่าน</u> หยิบขนมกัด แต่ไม่กลืน หรือคายทิ้ง
12 เดือน	1. ยืนคนเดียวได้ เดินโดยช่วยจูงมือเด็กทั้ง 2 ข้างได้ 2. รู้จักรูปร่างของวัตถุ หรือเทของออกจากถ้วยหรือกล่อง 3. ชี้อัตตามคำบอกได้ถูกต้อง หรือชี้สิ่งที่อยากได้	1. จากทำเกาะยืน ปล่อยมือทั้ง 2 ข้างให้ยืนตามลำพัง แล้วจับมือเด็กยกขึ้นระดับอก 2 ข้าง ดึงมือเด็กเบาๆ ให้ก้าวเท้าเดิน <u>ผ่าน</u> ยืนตามลำพังได้นาน 4-5 วินาที และเด็กก้าวเดินไปข้างหน้าโดยสลับเท้ากัน เมื่อช่วยจูงมือเด็ก 2. วางแท่งไม้ ก้อนลูกบาศก์วางไว้ตรงหน้า <u>ผ่าน</u> สามารถนำมาเรียงซ้อนกันเป็นหอคอย หรือเรียงกันเป็นแถวได้ 3. วางสิ่งของหรือของเล่น เช่น ช้อน ตี๊กตา ไว้ตรงหน้าแล้วถามทีละอย่างว่า “ช้อนอยู่ไหน” <u>ผ่าน</u> ชี้อ้างได้ถูกต้องตามคำบอก หรือสามารถชี้ หรือดึงมือผู้ใหญ่เพื่อแสดงความต้องการ โดยไม่ร้องไห้

อายุ	พัฒนาการ	วิธีและเกณฑ์การประเมิน
	4. ออกเสียงเลียนคำพูดได้ อย่างใกล้เคียง เข้าใจคำว่า “ไม่” 5. ดื่มน้ำจากถ้วย แก้วหรือขัน เล็กๆ ได้	4. พูดคำพูดง่ายๆ ให้เด็กพูดตาม เช่น แมว หมา หมี <u>ผ่าน</u> สามารถพูดตามได้ใกล้เคียง 5. ยื่นแก้วน้ำ ขันน้ำเล็กๆ ให้ <u>ผ่าน</u> สามารถใช้ 2 มือจับแก้ว ขันน้ำดื่มได้เอง อาจมีหกบ้าง
15 เดือน	1. เดินได้คล่อง 2. ค่ำวาดเทเพื่อเอาขนม หรือของเล่นในขวด 3. ไปหยิบสิ่งของจากที่อื่นมา ได้ 4. พูดคำที่มีความหมายได้ อย่างน้อย 4 คำ 5. ร่วมมือในการแต่งตัว	1. สังเกตเวลาเดิน <u>ผ่าน</u> เดินได้คล่องแกว่งแขนตามสบาย ไม่หกล้มบ่อย 2. ยื่นถ้วยปากเล็กๆ หรือขวดที่มีขนมหรือของเล่นข้างใน (ถ้าทำไม่ได้ ลองเทให้ดูแล้วหยิบขนมใส่ใหม่) <u>ผ่าน</u> ค่ำวาดเทขนมออกมาได้ 3. สั่งให้เด็กไปหยิบของที่คุ้นเคย เช่น หมอน ตุ๊กตา ของเล่น <u>ผ่าน</u> สามารถนำมาให้ได้ถูกต้อง 4. สามารถพูดคำที่มีความหมาย เช่น ไม่ พ่อ แม่ ยาย <u>ผ่าน</u> สามารถพูดได้ถูกต้องเองโดยไม่ต้องพูดนำ 5. สังเกตเวลาใส่เสื้อผ้า <u>ผ่าน</u> สามารถยื่น หรือหัดแขน ขาช่วย เวลาถอดหรือใส่เสื้อผ้า
18 เดือน	1. เริ่มวิ่ง ปีนป่ายเก้าอี้ เดิน ข้าม หลบสิ่งกีดขวาง 2. เลียนแบบการขีดเส้นใน แนวตั้ง 3. ชี้อวัยวะของร่างกายได้ 4 – 5 ส่วน 4. พูดชัดขึ้น เข้าใจคำสั่งง่ายๆ พร้อมแสดงท่าทาง ประกอบ 5. ถอดใส่หมวก ถุงเท้า รอง เท้า ได้เอง ใช้ช้อนส้อมได้	1. สังเกตเด็กขณะปกติ <u>ผ่าน</u> สามารถทำได้คล่อง ไม่หกล้มบ่อย 2. วางกระดาษไว้ตรงหน้าเด็ก ขีดเส้นแนวตั้งให้เด็กดู <u>ผ่าน</u> สามารถวาดตามได้ 3. บอกให้เด็กชี้อวัยวะ เช่น หู ตา จมูก แขน มือของเด็ก <u>ผ่าน</u> สามารถชี้ได้ถูกต้องอย่างน้อย 4 ส่วน 4. บอกให้เด็กพูดและทำตามท่าทางประกอบเกี่ยวกับการกระทำต่างๆ เช่น นั่ง ยืน สวัสดี ขอบใจ <u>ผ่าน</u> สามารถพูดตาม ทำท่าประกอบคำสั่งได้ถูกต้อง 5. บอกให้ใส่ ถอดหมวก ถุงเท้า รองเท้า หรือสังเกตเวลาแต่งตัว ทานข้าว <u>ผ่าน</u> สามารถทำได้ อาจไม่เรียบร้อย หรือทานข้าวด้วยช้อนส้อมได้ อาจมี หกบ้าง

อายุ	พัฒนาการ	วิธีและเกณฑ์การประเมิน
2 ปี	1. วิ่งชน เลี้ยวหมุนตัวกลับ ได้ทันทีโดยไม่ต้องหยุดเตะบอลได้ กระโดด 2 ขา อยู่กับที่พร้อมกัน 2. เลียนแบบการลากเส้นในแนวนอน 3. รู้จักชื่อตนเอง มีจินตนาการ 4. จำเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นเมื่อวานได้ดี 5. บอกได้เมื่อต้องการจับถ่ายเป็นตัวของตัวเองมากขึ้น	1. สังเกตเวลาเด็กวิ่งเล่น หรือชวนเด็กเตะบอล กระโดดแล้วให้เด็กทำตาม หรือถามจากแม่ <u>ผ่าน</u> เด็กสามารถทำได้ดังกล่าว 2. ลากเส้นแนวนอนให้เด็กดู แล้วให้เด็กวาดตาม <u>ผ่าน</u> สามารถวาดตามได้ 3. เรียกชื่อเด็กขณะกำลังเล่น และสังเกตการเล่นของเด็ก <u>ผ่าน</u> เด็กจะมีการเล่นตุ๊กตา มีการสมมติตัวละคร เมื่อเรียกชื่อเด็กหันหน้าตามเสียง 4. ถามแม่ว่าเด็กสามารถเล่าเหตุการณ์ต่างๆเป็นเรื่องราวได้หรือไม่ <u>ผ่าน</u> สามารถเล่าเรื่องราวต่อเนื่องได้ 5. ถามแม่ว่าเด็กบอกด้วยคำพูดได้หรือไม่เวลา อี นี <u>ผ่าน</u> สามารถบอกได้ แต่อาจจะยังควบคุมการจับถ่ายได้ไม่ดี รู้จักกลัว อายุเวลาถ่ายเลอะเทอะ
3 ปี	1. ยืนขาเดียวได้นาน 1 วินาที ถีบจักรยาน 3 ล้อได้ 2. หมุนเปิดขวดฝาเกลียวได้ 3. รู้จักสี จับคู่สีไม่ได้ 4. พุดเป็นประโยคง่ายๆได้ 5. ช่วยตัวเองเรื่องการถอดใส่ เสื้อผ้า ล้างมือ ทานข้าวได้	1. ยืนขาเดียวให้เด็กดูแล้วทำตาม ให้ขี่จักรยาน 3 ล้อให้ดู หรือถามจากแม่ <u>ผ่าน</u> ทำตามได้ดังกล่าว 2. เปิดขวดฝาเกลียวที่มีขนมข้างในให้เด็กดู แล้วปิด ยืนให้เด็กทำตาม <u>ผ่าน</u> ทำตามได้ สามารถเปิดหยิบขนมออกมาได้ 3. ให้หยิบสีไม่ตามสีที่บอก หรือชี้สิ่งของ แล้วถามว่าสีอะไร (สีแดง ส้ม เหลือง) <u>ผ่าน</u> สามารถตอบถูก จับคู่สีได้อย่างน้อย 1 – 2 สี 4. สังเกตว่าพุดถามคำถามง่ายๆได้ เช่น แม่ไปไหน นันอะไร ขนมอะไร <u>ผ่าน</u> สามารถพุดได้ 5. สังเกต หรือถามแม่ว่าเด็กสามารถทำเองได้หรือไม่ <u>ผ่าน</u> สามารถทำเองได้ อาจยังติดกระดุม รูดซิป ผูกโบว์ไม่ได้

อายุ	พัฒนาการ	วิธีและเกณฑ์การประเมิน
4 ปี	1. เดินบนกระดานแผ่นเดียว หรือเดินต่อเท้าได้ ยืนขาเดียวได้นานหลายวินาที 2. วาดรูปคนได้ 3. รู้จักสีอย่างน้อย 4 สี 4. นับเลขได้ 1 – 10 หรือบอกอายุตนเองได้ 5. ช่วยแต่งตัวได้ดีขึ้น	1. ยืนขาเดียว หรือเดินต่อเท้าโดยเอาสันสัมผัสสลายเท้าให้ดูผ่าน สามารถยืนขาเดียวได้นานหลายวินาที เมื่อให้เดินต่อเท้า สามารถเดินได้โดยไม่เซเกาะวัตถุ และสันไม่เหยียบสลายเท้า 8 ก้าวขึ้นไป 2. บอกให้วาดรูปคนผ่าน วาดรูปคนที่มีอวัยวะต่างๆของร่างกายได้ 3 ส่วนขึ้นไป อวัยวะที่เป็นคู่ เช่น ตา หู แขน ขา ให้คิดเป็น 1 ส่วน 3. ชี้วัตถุ แล้วถามชื่อสี หรือบอกชื่อสีแล้วให้เด็กหยิบสีให้ผ่าน สามารถจับคู่ได้ถูกต้อง อย่างน้อย 4 สี 4. ถามอายุเด็ก หรือให้เด็กนับ 1 – 10ผ่าน ตอบอายุตนเองได้ถูกต้อง ใกล้เคียง และสามารถนับ 1 – 10 ได้ 5. สังเกต หรือถามแม่ว่าเด็กติดกระดุม รูดซิป ผูกโบว์ได้เองหรือไม่ผ่าน สามารถทำได้เอง แต่อาจไม่เรียบร้อย
5 ปี	1. กระโดดสลับขาได้ ชอบปีนป่าย 2. วาดรูป □ ได้ตามแบบ และจับดินสอถูกต้องสำหรับเขียน 3. เล่าเรื่องราว นิทานได้ 4. เข้าใจความหมายตรงกันข้าม 5. แต่งตัวเองได้ดี ก่อนข้างละเอียด ชอบเล่นเป็นกลุ่มเล็กๆ แต่ไม่แบ่งเพศ	1. สังเกตขณะเด็กเล่น หรือถามจากแม่ คนเลี้ยงดูผ่าน สามารถทำได้ 2. วาดรูป □ ให้ดูให้เด็กทำตาม พร้อมสังเกตขณะให้เด็กเขียนหรือวาดรูปว่าจับดินสออย่างไรผ่าน สามารถวาดรูป □ ได้ และจับดินสอได้ถูกต้อง 3. ถามว่าวันนี้ทำอะไรบ้างที่โรงเรียน หรือให้เล่านิทานที่เด็กชอบฟัง 1 เรื่องผ่าน สามารถเล่าเหตุการณ์ที่โรงเรียนได้อย่างน้อย 3 อย่าง หรือเล่านิทานได้เป็นเรื่องราว 4. ถามประโยคต่อไปนี้แล้วให้เด็กต่อให้จบ “ไปรื้อน น้ำแข็ง.....” “แม่เป็นผู้หญิง พ่อเป็น” “ม้าตัวโต หนูตัว.....” ผ่าน ถ้าเด็กตอบ “เย็น” “ผู้ชาย” “เล็ก” โดยไม่ต้องแนะ หรือพูดนำ 5. ถามแม่ หรือสังเกตเด็กขณะแต่งตัว หรือเล่นกันเป็นกลุ่มผ่าน สามารถติดกระดุม รูดซิป ผูกโบว์ได้เองอย่างเรียบร้อย ชอบเล่นเป็นกลุ่มเล็กๆ แต่ไม่แบ่งเพศ

แบบประเมินบุคคล หญิงตั้งครรภ์

ชื่อ.....นามสกุล.....
 ฝากครรภ์ที่.....อายุครรภ์..... เดือน
 ประจำเดือนครั้งสุดท้าย / LMPกำหนดคลอด / EDC
 ผู้ประเมิน.....วัน / เดือน / ปี

เลือกกาเครื่องหมาย ✓ หรือ ✗ ในข้อที่เป็นจริง

1. มีปัจจัยเสี่ยงต่อการตั้งครรภ์เหล่านี้หรือไม่

- | | | |
|--|-----------------------------|--------------------------------|
| 1.1 มารดาอายุ < 20 ปี หรือ > 35 ปี | ☐ มี | ☐ ไม่มี |
| 1.2 บิดาอายุ > 55 ปี | ☐ มี | ☐ ไม่มี |
| 1.3 แต่งงานกันในเครือญาติ | ☐ มี | ☐ ไม่มี |
| 1.4 มีประวัติโรคทางพันธุกรรม ทั้งบิดาและมารดา เช่น | | |
| ธาลัสซีเมีย ปัญญาอ่อน พิกการแต่กำเนิด หูหนวก | ☐ มี | ☐ ไม่มี |
| 1.5 มารดาสูบบุหรี่ | ☐ มี | ☐ ไม่มี |
| 1.6 มารดาคัดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ | ☐ มี | ☐ ไม่มี |
| 1.7 มารดามีโรคประจำตัวที่สำคัญ เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ โรคไต โรค | | |
| ปอด วัณโรค โรคเลือดที่วินิจฉัยโดยแพทย์ | ☐ มี | ☐ ไม่มี |

(ข้อ 1.8 – 1.12 เฉพาะผู้ที่เคยตั้งครรภ์มาก่อน)

- | | | |
|--|-----------------------------|--------------------------------|
| 1.8 เคยมีประวัติแท้งลูกคนก่อน หรือคลอดก่อนกำหนด | ☐ มี | ☐ ไม่มี |
| 1.9 เคยมีประวัติทารกตายคลอด ตายหลังคลอด 7 วัน หรือ พิกการแต่กำเนิด | ☐ มี | ☐ ไม่มี |
| 1.10 เคยคลอดทารกโตกว่าปกติ (น้ำหนักแรกคลอด > 4000 กรัม) | ☐ มี | ☐ ไม่มี |
| 1.11 เคยตั้งครรภ์นอกมดลูก เคยผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง | ☐ มี | ☐ ไม่มี |
| 1.12 เคยตกเลือดทั้งก่อนและหลังคลอด | ☐ มี | ☐ ไม่มี |

2 ฝากครรภ์ตามแพทย์นัดทุกครั้ง

☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่

3. ความดันโลหิต

- | | |
|--|--|
| ☐ 90 – 119 / 60 - 79 | ☐ 120 – 139 / 80 – 89 |
| ☐ 140 – 159 / 90 - 99 | ☐ 160 – 179 / 100 – 109 |
| ☐ ≥ 180 / ≥ 110 | |

4. มีเลือดออกทางช่องคลอด
☐ มี ☐ ไม่มี
5. มีน้ำเดินออกทางช่องคลอด
☐ มี ☐ ไม่มี
6. ปวดท้องน้อยรุนแรง
☐ มี ☐ ไม่มี
7. คลื่นไส้อาเจียนมากผิดปกติ ทานอาหารไม่ได้เลย
☐ มี ☐ ไม่มี
8. ตกขาวมากผิดปกติ มีกลิ่นเหม็น
☐ มี ☐ ไม่มี
9. ปวดศีรษะ ตาพร่ามัว จุกเสียดขยอออก
☐ มี ☐ ไม่มี
10. บวมหรือน้ำหนักเพิ่มขึ้นมากกว่าสัปดาห์ละ ½ กิโลกรัม
☐ มี ☐ ไม่มี
11. ปัสสาวะลำบาก ปวด ขัดเวลาปัสสาวะ
☐ มี ☐ ไม่มี
12. ไข้ หนาวสั่น
☐ มี ☐ ไม่มี
13. รู้สึกว่าเด็กดิ้นครั้งแรกเมื่ออายุครรภ์
 ครรภ์แรก ช่วงอายุครรภ์ 16-18 สัปดาห์ ☐ มี ☐ ไม่มี
 ครรภ์ที่ 2 ขึ้นไป ช่วงอายุครรภ์ 18-20 สัปดาห์ ☐ มี ☐ ไม่มี
14. เด็กไม่ดิ้น หรือเด็กดิ้นน้อยกว่า 1 ครั้ง หลังทานอาหาร 1 ชั่วโมง
☐ มี ☐ ไม่มี
15. มีก้อนเนื้อคล้ายเมล็ดสาครออกมาจากช่องคลอด
☐ มี ☐ ไม่มี

แบบประเมินบุคคล หญิงหลังคลอด

ชื่อ.....นามสกุล.....
คลอดโดยวิธี ☐ ทางช่องคลอด ☐ ผ่าตัดคลอด
บุตร ☐ น้ำหนักแรกคลอด.....กรัม
เพศ ☐ ชาย ☐ หญิง
อายุ (วันประเมน) ☐ 1 – 2 สัปดาห์ ☐ 6 – 8 สัปดาห์
ผู้ประเมิน.....วัน / เดือน / ปี.....

เลือกกาเครื่องหมาย ✓ หรือ ✗ ในข้อที่เป็นจริง

- เจ็บบริเวณฝีเย็บ หรือแผลผ่าตัดหรือไม่
☐ มี ☐ ไม่มี
- ยังมีน้ำคาวปลาเป็นสีเลือดสด (ควรเป็นน้ำสีเหลืองใส หลังคลอด 1 สัปดาห์)
☐ มี ☐ ไม่มี
- มีน้ำคาวปลามีกลิ่นเหม็นเน่า คล้ายหนองหรือไม่
☐ มี ☐ ไม่มี
- มีอาการคัดตึงเต้านม ปวด บวมแดง หรือหัวนมแตกเป็นแผล
☐ มี ☐ ไม่มี
- มีการวางแผนคุมกำเนิด เช่น ทำหมัน (ถ้ามีลูก ≥ 2 คน) จี๊ด / ทานยาคุมหรือไม่
☐ มี (ระบุ)..... ☐ ไม่มี
- ทารกทานอะไรบ้าง
☐ นมมารดาอย่างเดียว ☐ นมผงอย่างเดียว
☐ นมมารดา และนมผง ☐ อาหารเสริมอื่นร่วมด้วย
- ทารกมีอาการเหลืองหรือไม่
☐ มี ☐ ไม่มี

แบบประเมินบุคคล พึ่งพาและคุณภาพ (อายุระหว่าง 6 – 70 ปี)

ชื่อ.....นามสกุล.....อายุ.....ปี

อาการสำคัญ.....เริ่มมีอาการครั้งแรกเมื่อใด.....

ปัจจุบันรักษาที่.....

คนดูแล ☐ ไม่มี ☐ มีแต่ไม่อยู่ด้วยกันตลอดเวลา ☐ อยู่ด้วยกันตลอดเวลา

โรคประจำตัว ☐ ไม่มี ☐ เบาหวาน ☐ ความดันโลหิตสูง ☐ โรคหัวใจ

☐ อื่นๆ(ระบุ).....

กาเครื่องหมาย ✓ ในช่อง (ประเมินทุก 1 - 3 เดือน)

	ครั้งที่ 1.	ครั้งที่ 2.	ครั้งที่ 3.	ครั้งที่ 4.	ครั้งที่ 5.
ผู้ประเมิน (วัน / เดือน / ปี)					
1. ภาวะแทรกซ้อน					
1.1 ไม่มี	☐	☐	☐	☐	☐
1.2 แผลกดทับ	☐	☐	☐	☐	☐
1.3 ข้อยึดติด	☐	☐	☐	☐	☐
1.4 บวมแขน-ขา	☐	☐	☐	☐	☐
1.5 อ่อนแรงแขน-ขา	☐	☐	☐	☐	☐
1.6 เกร็งแขน-ขา	☐	☐	☐	☐	☐
1.7 กลั้นปัสสาวะ-อุจจาระไม่อยู่	☐	☐	☐	☐	☐
2. อาการสำคัญอื่นๆ					
2.1 ไม่มี	☐	☐	☐	☐	☐
2.2 ปวดคอ	☐	☐	☐	☐	☐
2.3 ปวดไหล่	☐	☐	☐	☐	☐
2.4 ปวดแขน	☐	☐	☐	☐	☐
2.5 ปวดหลัง	☐	☐	☐	☐	☐
2.6 ปวดขา	☐	☐	☐	☐	☐
2.7 ปวดขา	☐	☐	☐	☐	☐
3. การประกอบอาชีพ					
3.1 ไม่ได้ประกอบอาชีพอยู่แล้ว	☐	☐	☐	☐	☐
3.2 ไม่สามารถประกอบอาชีพได้	☐	☐	☐	☐	☐
3.3 เปลี่ยนอาชีพ	☐	☐	☐	☐	☐
3.4 ประกอบอาชีพเดิมแต่ประสิทธิภาพลดลง	☐	☐	☐	☐	☐
3.5 สามารถประกอบอาชีพเดิมได้ตามปกติ	☐	☐	☐	☐	☐

Modified Barthel ADL Index (คะแนนเต็ม 20 คะแนน)

	ครั้งที่ 1	ครั้งที่ 2	ครั้งที่ 3	ครั้งที่ 4	ครั้งที่ 5
1. การรับประทานอาหาร (0-2)					
2. การล้างหน้า-แปรงฟัน (0-1)					
3. การลุกนั่งจากพื้นนอน (0-3)					
4. การเข้าใช้ห้องสุขา (0-2)					
5. การขึ้น-ลงบันได ขึ้นบน-ล่าง (0-2)					
6. การสวมใส่เสื้อผ้า (0-2)					
7. การอาบน้ำ (0-1)					
8. การเดินในบ้าน/ห้อง (0-3)					
9. การกลั้นอุจจาระ (0-2)					
10. การกลั้นปัสสาวะ (0-2)					
คะแนนรวม					

Modified Barthel ADL Index (คะแนนเต็ม 20 คะแนน)	
1. การรับประทานอาหาร (0) ต้องการคนช่วยป้อนข้าว (1) ต้องการคนเตรียมอาหารเป็นคำไว้ล่วงหน้า (2) รับประทานอาหารได้เอง	6. การสวมใส่เสื้อผ้า (0) ใส่เองไม่ได้ ต้องการคนทำให้เป็นส่วนใหญ่ (1) พอใส่เองได้ แต่ต้องการช่วยบ้าง (2) ใส่ได้เอง
2. การล้างหน้า-แปรงฟัน (0) ต้องการคนช่วยล้างหน้า-แปรงฟัน (1) ล้างหน้า-แปรงฟันได้เอง	7. การอาบน้ำ (0) ต้องการคนช่วยเหลือหรือทำให้ (1) ทำได้เอง
3. การลุกนั่งจากพื้นนอน (0) ลุกนั่งเองไม่ได้ (1) ต้องการการช่วยเหลือมากในการจับลุกขึ้นนั่ง (2) ต้องมีคนช่วยดูแลหรือช่วยพยุงบ้างในการลุกนั่ง (3) ลุกนั่งได้เอง	8. การเดินในบ้าน/ห้อง (0) ไม่สามารถเดินได้ (1) ใช้รถเข็นจัดการเองได้ แม้แต่เข้ามุมห้อง-ออกประตู (2) เดินได้แต่ต้องการคนช่วยพยุง-เฝ้าระวัง (3) เดินได้เอง
4. การเข้าใช้ห้องสุขา (0) เข้าใช้ห้องสุขาไม่ได้ (1) เข้าได้แต่ต้องการคนช่วยเหลือในการจัดการ (2) ช่วยตัวเองในการเข้าใช้ห้องสุขา	9. การกลั้นอุจจาระ (0) กลั้นไม่ได้หรือต้องการการสวนเป็นประจำ (1) กลั้นไม่ได้บางครั้ง-เป็นน้อยกว่าสัปดาห์ละครั้ง (2) กลั้นได้
5. การขึ้น-ลงบันได ขึ้นบน-ล่าง (0) ทำไม่ได้ (1) ต้องการคนช่วย (2) ขึ้น-ลงได้เอง	10. การกลั้นปัสสาวะ (0) กลั้นไม่ได้หรือใส่สายสวนปัสสาวะ (1) กลั้นไม่ได้บางครั้ง-เป็นน้อยกว่าวันละครั้ง (2) กลั้นได้

แบบประเมินบุคคล – ผู้สูงอายุ 70+ ปี

ปัญหาสุขภาพที่มีอยู่

พึ่งพา - ทูพพลภาพ

		วัน-เดือน-ปี			
Chula ADL Index (คะแนนเต็ม 9)		รวมคะแนน			
1. การเดินออกบ้าน					
2. การเตรียมอาหาร					
3. ถูบ้าน-ซักเสื้อผ้า					
4. ทอนเงิน					
5. ใช้รถเรือสาธารณะ					

		วัน-เดือน-ปี			
Modified Barthel ADL Index (คะแนนเต็ม 20)		รวมคะแนน			
1. การรับประทานอาหาร (0-2)					
2. การล้างหน้า-แปรงฟัน (0-1)					
3. การลุกนั่งจากที่นอน (0-3)					
4. การเข้าใช้ห้องสุขา (เข้าส้วม) (0-2)					
5. การเดินในบ้าน/ห้อง (0-3)					
6. การสวมใส่เสื้อผ้า (0-2)					
7. การขึ้นลงบันได ขั้นบน-ล่าง (0-2)					
8. การอาบน้ำ (0-1)					
9. การกลืนอาหาร (0-2)					
10. การกลืนยาสีฟัน (0-2)					

ความจำ (ถามญาติประกอบ)

ผู้สูงอายุมีปัญหาความจำหรือไม่? → ไม่มี - หยุดถาม

มี ↓

ในระยะ 3-6 เดือนที่ผ่านมา ลืมมากขึ้นหรือบ่อยขึ้นหรือไม่? → ไม่บ่อยขึ้น - หยุดถาม

บ่อยขึ้น ↓

เวลาที่บอกเรื่องราว หรือเล่าอะไรให้ฟัง หรือขอให้ช่วยทำอะไรก็ตาม มักจะลืมหรือจำไม่ได้หรือไม่?

ไม่ ↓

ใช่ / ไม่แน่ใจ

	วัน-เดือน-ปี				
☐ อาจมีปัญหาความจำ					

พฤติกรรม (ถามญาติประกอบ)

	วัน-เดือน-ปี				
☐ ผู้สูงอายุมีปัญหาหิวกระหายที่ไม่สมเหตุผล เช่น ระบุว่ามีคนขโมยของ หรือระบุว่าสามี-ภรรยาอกใจ					
☐ ผู้สูงอายุมีการร้องไห้ หรือเศร้าโศก ผิดไปจากเดิม					
☐ ผู้สูงอายุซึม เก็บตัวแต่ในบ้านมากขึ้น					
☐ ผู้สูงอายุบ่นเรื่องตายบ่อยๆ คิดหรือพยายามฆ่าตัวตาย					

หกล้ม

	วัน-เดือน-ปี				
☐ ในระยะ 3 เดือนที่ผ่านมา มีการหกล้ม 2 ครั้งหรือมากกว่า					

สภาพทั่วไป (ประเมิน)

	วัน-เดือน-ปี				
☐ สภาพโภชนาการ – ผอมมาก – อาจขาดอาหาร					
☐ อาจไม่ได้การดูแลที่ดีจากบุคคลในครอบครัว					

คู่มือประเมินสถานะพึ่งพา-คุณภาพ – ปัญญา – ชีพเศร้า – กลั้นปัสสาวะไม่ได้

Chula ADL Index (คะแนนเต็ม 9)

1. การเดินในบ้าน ☐ เดินไม่ได้ (0) ☐ ใช้รถเข็นได้เอง หรือต้องการคนพุงสองข้าง (1) ☐ ต้องการคนพุง หรือดูแล (2) ☐ เดินได้เอง (3)	4. ทอนเงิน ☐ ทำไม่ได้ (0) ☐ ทำได้เอง (1)
2. การเตรียมอาหาร ☐ ทำไม่ได้ (0) ☐ ต้องการคนช่วยจัดเตรียมไว้ล่วงหน้า จึงทำได้ (1) ☐ ทำได้เอง (2)	5. ใช้รถเรือสาธารณะ ☐ ทำไม่ได้ (0) ☐ ต้องมีคนช่วยดูแล พาไป (1) ☐ ไปได้เอง (2)
3. ถูบ้าน – ซักเสื้อผ้า ☐ ทำไม่ได้-ต้องการคนช่วย (0) ☐ ทำได้เอง (1)	

Modified Barthel ADL Index (คะแนนเต็ม 20)

1. การรับประทานอาหาร ☐ ต้องการคนช่วยป้อนอาหาร (0) ☐ ต้องการคนเตรียมอาหารเป็นคำไว้ล่วงหน้า (1) ☐ รับประทานอาหารได้เอง (2)	6. การสวมใส่เสื้อผ้า ☐ ใส่เองไม่ได้ ต้องการคนทำให้เป็นส่วนใหญ่ (0) ☐ พอใส่เองได้ แต่ต้องการช่วยบ้าง (1) ☐ ใส่ได้เอง (2)
2. การล้างหน้า-แปรงฟัน ☐ ต้องการคนช่วยล้างหน้า-แปรงฟัน (0) ☐ ล้างหน้าแปรงฟันได้เอง (1)	7. การขึ้นลงบันได ขึ้นบนล่าง ☐ ทำไม่ได้ (0) ☐ ต้องการคนช่วย (1) ☐ ขึ้นลงได้เอง (2)
3. การลุกนั่งจากที่นอน ☐ ลุกนั่งเองไม่ได้ (0) ☐ ต้องการการช่วยเหลือมากในการจับลุกขึ้นนั่ง (1) ☐ ต้องมีคนช่วยดูแลหรือช่วยพยุงบ้างในการลุกนั่ง (2) ☐ ลุกนั่งได้เอง (3)	8. การอาบน้ำ ☐ ต้องการคนช่วยหรือทำให้ (0) ☐ ทำได้เอง (1)
4. การเข้าใช้ห้องสุขา (เข้าส้วม) ☐ เข้าใช้ห้องสุขาไม่ได้ (0) ☐ เข้าได้แต่ต้องการคนช่วยเหลือในการจัดการ (1) ☐ ช่วยตัวเองในการเข้าใช้ห้องสุขา (2)	9. การกลั้นอุจจาระ ☐ กลั้นไม่ได้หรือต้องการการสวนประจำ (0) ☐ กลั้นไม่ได้บางครั้ง – เป็นน้อยกว่าสัปดาห์ละครั้ง (1) ☐ กลั้นได้ (2)
5. การเดินในบ้าน/ห้อง ☐ ไม่สามารถเดินได้ (0) ☐ ใช้รถเข็น จัดการเองได้ แม้แต่เข้ามุมห้อง-ออกประตู (1) ☐ เดินได้แต่ต้องการคนช่วยพยุง-เฝ้าระวัง (2) ☐ เดินได้เอง (3)	10. การกลั้นปัสสาวะ ☐ กลั้นไม่ได้ หรือสายสวนปัสสาวะ (0) ☐ กลั้นไม่ได้บางครั้ง – เป็นน้อยกว่าวันละครั้ง (1) ☐ กลั้นได้ (2)

แบบทดสอบสภาพจิตจุฬา (Chula Mental Test; CMT)

คำถาม	คำตอบ	คะแนน
1. ปีนี้คุณอายุเท่าไร ?		1 / 0
2. ขณะนี้กี่โมง ? (อาจตอบคลาดเคลื่อนได้ 1 ชั่วโมง)		1 / 0
3. พูดคำว่า "ร่ม, กระตะ, ประดู" ให้ฟังซ้ำๆ ซัก 2 ครั้ง แล้วบอกให้ผู้ถูกทดสอบทวนชื่อทั้งสามดังกล่าวทันที (ชื่อที่ถูก 1 ชื่อ = 1 คะแนน)	"ร่ม" "กระตะ" "ประดู"	1 / 0 1 / 0 1 / 0
4. เดือนนี้เดือนอะไร ? (อาจตอบเป็นเดือนไทย/เดือนสากลก็ได้)		1 / 0
5. คนนั้นเป็นใคร ? (ให้ถามถึงบุคคล 2 คน เช่น แพทย์, พยาบาล, หรือบุคคลใกล้เคียง)	บุคคลที่ 1 บุคคลที่ 2	1 / 0 1 / 0
6. ข้าว 1 ถัง มีกี่ลิตร/กิโลกรัม	20 ลิตร/15 กก.	1 / 0
7. ให้ผู้ถูกทดสอบทำตามคำสั่ง ที่จะบอกต่อไปนี้ "ให้ตบมือสามทีแล้วกอดอก" (ให้ 1 คะแนน ถ้าทำได้ถูกต้องครบทุกขั้นตอน)		1 / 0
8. จงบอกความหมายของสุภาษิตต่อไปนี้ "หนีเสือปะจระเข้" <u>ตัวอย่างคำตอบที่ถูกต้อง</u> 1. หนีจากสิ่งที่ไม่ดีไปพบสิ่งที่ไม่ดีอีก 2. หนีจากสถานการณ์หรือบุคคลที่เป็นอันตรายไปพบสถานการณ์หรือบุคคลที่เป็นอันตรายอีก 3. หนีจากสิ่งที่เลวร้ายไปพบสิ่งที่เลวร้ายกว่าเดิม		1 / 0
9. บอกผู้ถูกทดสอบว่าจงฟังประโยคต่อไปนี้ให้ดี เมื่อฟังจบแล้วให้พูดตามทันที <u>"ฉันชอบดอกไม้ เสียงเพลง แต่ไม่ชอบหมา"</u> (ให้ 1 คะแนนถ้าพูดได้ถูกต้องตามลำดับทั้งประโยค)		1 / 0

คำถาม	คำตอบ	คะแนน
10. ถามผู้ถูกทดสอบว่า "ถ้าลืมกุญแจบ้านจะอย่างไร" (ให้ 1 คะแนน ถ้าคำตอบมีเหตุผลเหมาะสม โดยที่คำตอบนั้นแสดงถึงความพยายามที่จะแก้ไขปัญหา ด้วยความเป็นไปได้และไม่ก่อให้เกิดความเสียหายมาก) <u>ตัวอย่างคำตอบที่ได้คะแนน</u> 1. ทดลองนำกุญแจอันอื่นหรือวัสดุที่ใช้แทนได้ที่มีอยู่ในบริเวณใกล้เคียงมาลองไขกุญแจ 2. ตามช่างทำกุญแจ (ถ้าอยู่ไม่ไกลนัก) 3. ไปขอกุญแจที่ผู้อื่นมีเก็บไว้ (เช่นญาติ) ในกรณีที่อยู่ไม่ไกลจากบ้าน 4. หาทางเข้าบ้าน (ถ้าสามารถทำได้) หรือขอความช่วยเหลือจากผู้อยู่ใกล้เคียง เช่น ปีนหน้าต่าง, จัดช่องลม <u>ตัวอย่างคำตอบที่ไม่ได้คะแนน</u> 1. ไม่รู้จะอย่างไร นั่งรอนกว่าจะมีคนอื่นกลับมา 2. พังประตูเข้าไป 3. ไปเอากุญแจที่บุคคลอื่นในบ้านเก็บไว้แต่อยู่ไกลมาก เช่นอยู่ต่างจังหวัดหรือใช้เวลาเดินทางนานมาก	1 / 0	
11. บอกให้ผู้ถูกทดสอบนับเลขจาก 10-20 (ให้ 1 คะแนน ถ้าสามารถนับได้ถูกต้องตามลำดับทั้งหมด)	1 / 0	
12. ชี้ไปที่ <u>นาฬิกา</u> แล้วถามว่าคืออะไร ? / เรียกว่าอะไร ? ชี้ไปที่ <u>ปากกา</u> แล้วถามว่าคืออะไร ? / เรียกว่าอะไร ?	1 / 0	1 / 0
13. บอกให้ผู้ถูกทดสอบลบเลขทีละ 3 จาก 20 ทั้งหมด 3 ครั้ง 20 - 3 = a 17 - 3 = b 14 - 3 = c (ให้คะแนนตามจำนวนเลขที่ลบได้ถูกต้องครั้งละ 1 คะแนน)	a = 17 b = 14 c = 11	1 / 0 1 / 0 1 / 0

หมายเหตุ

1. คะแนนที่ต่ำกว่า 15 แสดงว่าน่าจะมีความคิดปกติของ cognitive function (คะแนนสูงสุด 19; ต่ำสุด 0)
2. ในกรณีที่ผู้ป่วยหมดสติ (coma) หรือเกือบหมดสติ (sent-coma) หรือ aphasia หรือ in-cooperate ให้คะแนนศูนย์ แต่ลงบันทึกไว้ถึงลักษณะของผู้ป่วยดังกล่าว

การทดสอบวาดหน้าปัดนาฬิกา (clock drawing test)

เตรียมกระดาษที่มีวงกลมเส้นผ่าศูนย์กลาง 10-12 เซนติเมตร พร้อมดินสอหรือปากกาของผู้สูงอายุ

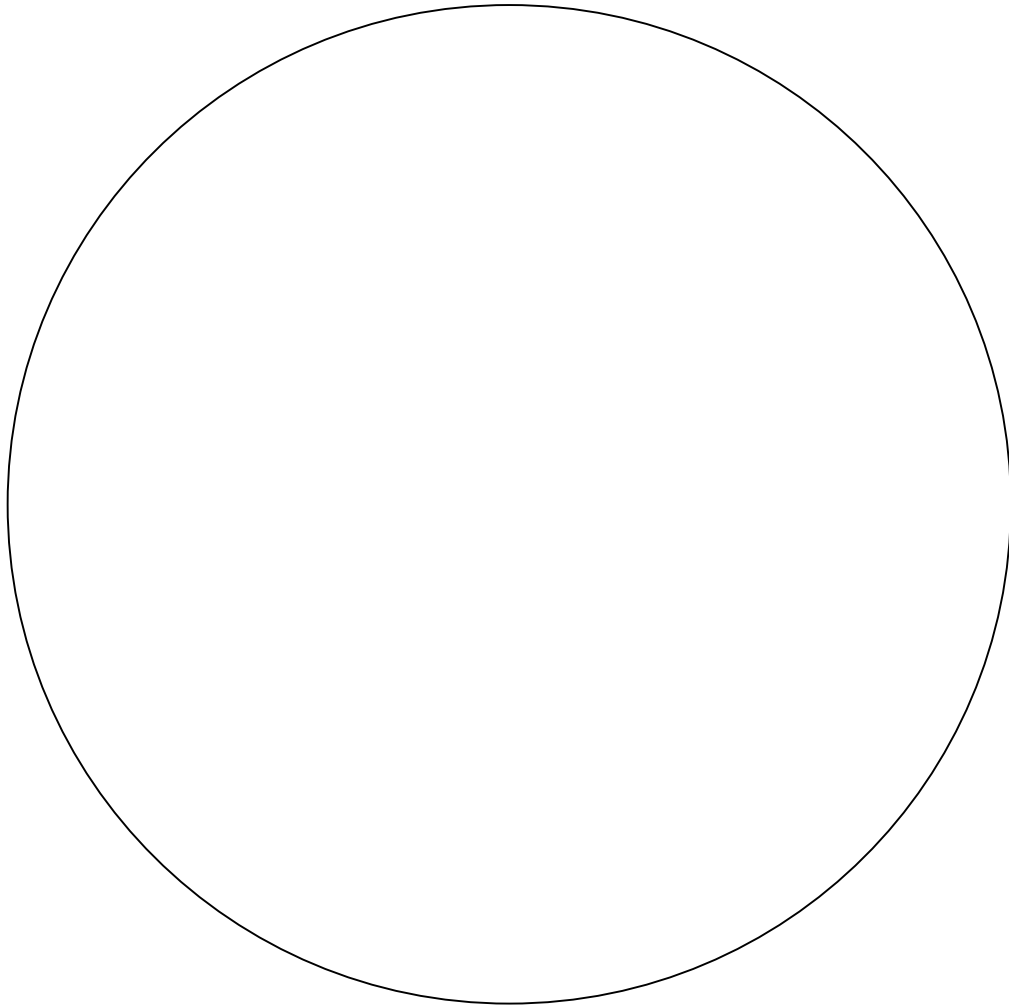
“ให้วาดรูปนาฬิกาโดยให้เขียนเลขให้ถูกต้อง และใส่เข็มสั้น-เข็มนาน โดยให้ชื่อบอกเวลา
10 โมง 10 นาที”

สามารถทวนคำสั่งได้ตามความจำเป็น แต่ไม่ให้อธิบายเพิ่มเติม ในการทดสอบนี้ไม่มีการจำกัดเวลา (พิจารณาตามความเหมาะสม)

Chula Clock-drawing Scoring System

	2 points	1 points	0 points
A จำนวนตัวเลข 1 - 12	ถูกต้อง - ครบถ้วน	ขาดหายหรือเกิน 1-2 ตัวเลข	ขาดหายหรือเกิน 3 ตัวเลข หรือมากกว่า
B ผิดพลาดของจำนวนเลขใน quadrant ที่แย่ที่สุด (*)	ไม่ผิดพลาดเลย	ผิดพลาด 1-2 ตัวเลข	ผิดพลาด 3 ตัวเลข หรือมากกว่า
C ทิศทางและลำดับตัวเลข	ตัวเลขเรียงลำดับถูกต้องที่ ขอบในของวงกลม มีความผิด พลาดได้เล็กน้อยในตำแหน่ง และระยะห่างระหว่างตัวเลข	ตัวเลขเรียงถูกต้องที่ขอบใน ของวงกลม แต่เรียงทวนเข็มนาฬิกา หรือไม่เรียงตามลำดับ	ปะปะ / ผิดพลาดมาก
D ลักษณะเข็ม	ปรากฏลักษณะเข็มสั้น-ยาวถูก ต้อง และ มีลักษณะที่แสดงว่า มีจุดร่วมของแกนทั้งสอง (ไม่ จำเป็นต้องเขียนจุดศูนย์กลาง)	ลักษณะของเข็มสั้น-ยาวไม่ชัดเจน หรือ ไม่มีลักษณะของการ มีจุดร่วมของทั้งสองเข็ม	มีเข็มอันเดียว หรือไม่เห็น ลักษณะของเข็มครบสองอัน หรือ ไม่มีเข็มเลย หรือ มีเข็มมากกว่า 2 เข็ม
E ตำแหน่งเข็มชื่อบอกเวลา	ถูกต้อง / ใกล้เคียง	เข็มชี้เวลาผิด 1 เข็ม (ผิดชั่วโมงหรือนาที) (เขียนเป็นตัวเลขแทนเข็มก็ถือว่าผิด)	ชี้ผิดทั้งนาทีและชั่วโมง หรือ เขียนเป็นตัวเลข

(*) แบ่งวงกลมเป็น 4 ส่วนโดยให้ลากเส้นตรงผ่านจุดกลางวงกลมและเลข 12 (หรือรอยขีดที่แทนเลข 12) จากนั้นให้ลากเส้นตรงเส้นที่สองผ่านจุดศูนย์กลางวงกลมและตั้งฉากกับเส้นตรงเส้นแรก นับจำนวนตัวเลขหรือรอยขีดในพื้นที่แต่ละส่วน ตัวเลขหรือรอยขีดที่อยู่บนเส้นตรงให้นับรวมอยู่ในพื้นที่ที่อยู่ถัดไปตามเข็มนาฬิกา ถ้าพื้นที่ (quadrant) ใดมีมากกว่าหรือน้อยกว่า 3 ตัวเลขหรือรอยขีดถือว่าผิดปกติ จำนวนตัวเลขหรือรอยขีดที่มากเกินไปของพื้นที่ที่ผิดปกติที่สุดจะใช้สำหรับการให้คะแนน



Three things recall:

ในการทดสอบ CMT เมื่อจบให้ลองถามของสามอย่างที่ให้จำไว้ในคำถามข้อ 3 (ร่ม, กระตะ, ประค) ตอบถูกหนึ่งอย่างได้ 1 คะแนน ถ้าได้น้อยกว่า 2 คะแนน หมายถึง อาจไม่ปกติ

Recent memory check:

ให้ลองถามอาหารมื้อสุดท้ายหรือมื้อก่อนสุดท้ายที่รับประทานว่ามีอะไรบ้าง อย่าให้ญาติช่วย และทำการตรวจสอบกับญาติ หากจำไม่ได้ หรือสับสน ให้สงสัยว่าไม่ปกติ

โรคซึมเศร้า

อาการและอาการแสดงของโรคซึมเศร้าซึ่งจะให้การวินิจฉัยควรมีอาการอย่างน้อย 5 ใน 9 ข้อ และอย่างน้อยต้องมีอาการในข้อ 1 หรือข้อ 2 รวมด้วย

1. อารมณ์เศร้า (บอกเล่าโดยผู้ป่วยหรือถูกสังเกตพบโดยผู้อื่น)
 2. หหมดหรือลดความสนใจในกิจกรรมต่างๆอย่างมาก (บอกเล่าโดยผู้ป่วยหรือถูกสังเกตพบโดยผู้อื่น)
 3. น้ำหนักลดหรือเพิ่มผิดปกติอย่างมาก (เช่น ร้อยละห้าในเวลาหนึ่งเดือน) หรือมีความอยากอาหารลดลงหรือเพิ่มขึ้นผิดปกติติดต่อกันเกือบทุกวัน
 4. นอนไม่หลับหรือนอนมากเกือบทุกวัน
 5. มีการเคลื่อนไหวในกิจต่างๆผิดปกติติดต่อกันเกือบทุกวัน ได้แก่ เชื่องช้า หรือ พลุ่พล่าน วุ่นวาย (เป็นอาการแสดงที่พบโดยญาติหรือผู้ใกล้ชิด)
 6. มีอาการอ่อนเพลียไม่มีแรง (มักเป็นอาการบอกเล่าจากผู้ป่วย)
 7. รู้สึกไม่มีค่าหรือได้ทำความผิดหรือทำบาปกรรมเอาไว้ (มากผิดปกติ)
 8. สมาธิลดลง ไม่สามารถใช้ความคิดได้ตามปกติ (ถดถอยลง) หรือ ไม่สามารถตัดสินใจในเหตุการณ์ต่างๆได้ตามปกติ (บอกเล่าโดยผู้ป่วยหรือถูกสังเกตพบโดยผู้อื่น)
 9. คิดถึงความตายอยู่เนืองๆ หรือ มีความคิดอยากตาย (ไม่มีแผนการจะทำ) หรือ ตั้งใจจะฆ่าตัวตาย
-

การจำแนกประเภทของการกลั้นปัสสาวะไม่ได้

	<u>Stress</u>	<u>Urge</u>	<u>Overflow</u>	<u>Reflex</u>	<u>Functional</u>
จำนวนปัสสาวะ	น้อย	ปานกลาง/มาก	น้อย แต่ออก เรื่อย ๆ	ปานกลาง	มาก/ปานกลาง
อาการปวด อยาก ปัสสาวะ	ไม่มี	มี	ไม่มี / มี	ไม่มี	มี
ปัจจัยกระตุ้น	ไอ-หัวเราะ	ไม่ชัดเจน อากาศเย็น เสียงน้ำไหล	ไม่มี	ไม่มี	ไม่มี
อาการของ ปัสสาวะลำบาก	-	- / +	+ / -	-	-
ตรวจร่างกาย	Cystocele	+ / -	กลัไดกระเพาะ ปัสสาวะ, ต่อมลูกหมากโต	ความผิดปกติ ของไขสันหลัง	ภาวะเคลื่อนที่ไม่ได้ สมองเสื่อม

กลั้นปัสสาวะไม่ได้ชั่วคราว

กลุ่มที่เป็นชั่วคราว (transient incontinence) มักจะมีประวัติเป็นมาไม่นานอาจเป็นวันหรือเป็นสัปดาห์ และการรักษาปัญหากลั้นปัสสาวะไม่ได้ในผู้ป่วยเหล่านี้จะเป็นการรักษาสาเหตุซึ่งเมื่อสาเหตุหมดไปความผิดปกติก็จะดีขึ้นโดยไม่จำเป็นจะต้องให้การรักษาการกลั้นปัสสาวะผิดปกติเป็นการเฉพาะแต่อย่างใด สาเหตุของความผิดปกติในกลุ่มนี้ได้แก่

- ภาวะสับสนฉับพลันจากสาเหตุต่างๆ
- การติดเชื้อในทางเดินปัสสาวะ
- Atrophic urethritis / vaginitis
- ยา
- ปัญหาทางจิตเวช โดยเฉพาะโรคซึมเศร้า

- ความผิดปกติของระบบต่อมไร้ท่อและเมตะบอลิซึม เช่น แคลเซียม หรือน้ำตาลในเลือดสูง
- ภาวะเคลื่อนที่ไม่ได้หรือได้จำกัด
- ภาวะอุจจาระอุดตัน

ยาที่มักเป็นสาเหตุของปัญหาคลื่นไส้สภาวะผิดปกติ

กลุ่มยา	กลไกของการเกิดปัญหาคลื่นไส้สภาวะผิดปกติ
● ยานอนหลับ ยากล่อมประสาท ● สุรา ● ยาขับปัสสาวะ ● ยาที่มีฤทธิ์ต้าน โดปามีน	ง่วงซึม สับสน เคลื่อนที่ไม่ได้ เมา ไม่ได้สติ ปัสสาวะมากขึ้น ปัสสาวะเพิ่มขึ้น กล้ามเนื้อกระเพาะปัสสาวะคลายตัว (ปัสสาวะคั่ง) ซึม สับสน อุจจาระอุดตัน
● ยาแก้ปวด	กล้ามเนื้อกระเพาะปัสสาวะคลายตัว (ปัสสาวะคั่ง) ท้องผูก- อุจจาระอุดตัน ซึม
● Alpha-adrenergic antagonists ● Alpha-adrenergic agonists ● Calcium channel blockers ● Angiotensin converting enzyme (ACE) inhibitors	กล้ามเนื้อหูรูดที่ท่อปัสสาวะส่วนต้นคลายตัว กล้ามเนื้อหูรูดที่ท่อปัสสาวะส่วนต้นเกร็งตัว (ปัสสาวะคั่ง) กล้ามเนื้อกระเพาะปัสสาวะคลายตัว (ปัสสาวะคั่ง) ไอ

สาเหตุจากสภาพแวดล้อมของปัญหาคลื่นไส้สภาวะผิดปกติ

- เครื่องเรือนมีความสูงหรือลักษณะไม่เหมาะสม เช่นเตียง เก้าอี้
- ห้องสุขามีลักษณะไม่เหมาะสม
- ห้องสุขาอยู่ไกลหรือไปถึงได้โดยลำบาก
- แสงทางเดินและภายในห้องสุขาไม่พอเพียง
- เสื้อผ้าที่สวมใส่ไม่เหมาะสม
- อุณหภูมิในห้องต่ำหรือมีลมโกรกเย็น
- มีเสียงหรือเห็นน้ำไหล

แบบประเมินปัจจัยเสี่ยงการหกล้มของผู้สูงอายุไทยในชุมชน

1. เพศหญิง	3 คะแนน
2. อายุ 70+ ปี	1 คะแนน
3. การมองเห็นบกพร่อง - ไม่สามารถอ่าน Snellen chart 6/12 เมตร ได้เกินครึ่งหนึ่ง	3 คะแนน
4. ปัญญา-การรับรู้บกพร่อง - CMT < 15	4 คะแนน
5. การทรงตัวบกพร่อง – ยืนต่อเท้าไม่ได้ หรือได้นานน้อยกว่า 10 วินาที	3 คะแนน
6. เดินออกนอกบ้านอิสระไม่ได้ ต้องมีคนช่วยหรือใช้อุปกรณ์	3 คะแนน
7. มีโรคใดโรคหนึ่งต่อไปนี้ – โรคหลอดเลือดสมอง, โรคพาร์กินสัน, โรคความดันโลหิตสูง	4 คะแนน
8. ใช้ยาอย่างใดอย่างหนึ่งต่อไปนี้ – ยานอนหลับ, ยากล่อมประสาท, ยารักษาโรคความดันโลหิตสูง, ยาขับปัสสาวะ	4 คะแนน
9. มีประวัติหกล้มในระยะ 6 เดือนที่ผ่านมา	7 คะแนน
10. สภาพที่อยู่อาศัย เป็นบ้านทรงไทยยกพื้นสูงหรือกระท่อม-เพิง	3 คะแนน

ผลคะแนนรวม 13-32 หมายถึง: มีความเสี่ยงต่อการหกล้ม

แบบประเมินบุคคล ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง – โรคเบาหวาน

ชื่อ.....นามสกุล..... อายุ.....ปี

โรคประจำตัว	ปี(พ.ศ.) ที่วินิจฉัย / เริ่มรักษา	วิธีการรักษา / สถานพยาบาลรักษา
เบาหวาน		☐ ไม่ได้ใช้ยา, ควบคุมอาหาร ☐ ใช้ยาแผนปัจจุบัน รับมาจาก ☐ ซื้อจากร้านขายยา ☐ โรงพยาบาล..... ☐ คลินิก ☐ อื่นๆ (ระบุ)..... ☐ ใช้สมุนไพร ได้มาจาก ☐ ซื้อจากร้านขายยา ☐ โรงพยาบาล..... ☐ คลินิก ☐ อื่นๆ (ระบุ).....
ความดันโลหิตสูง		☐ ไม่ได้ใช้ยา, ควบคุมอาหาร ☐ ใช้ยาแผนปัจจุบัน รับมาจาก ☐ ซื้อจากร้านขายยา ☐ โรงพยาบาล..... ☐ คลินิก ☐ อื่นๆ (ระบุ)..... ☐ ใช้สมุนไพร ได้มาจาก ☐ ซื้อจากร้านขายยา ☐ โรงพยาบาล..... ☐ คลินิก ☐ อื่นๆ (ระบุ).....

ปัญหาสุขภาพอื่นๆ (เลือกได้มากกว่า 1 ข้อ)

- ☐ โรคหลอดเลือดหัวใจตีบ / อุดตัน
- ☐ โรคหลอดเลือดสมองแตก / ตีบ / อุดตัน
- ☐ โรคไตวายเรื้อรัง
- ☐ อื่นๆ (ระบุ).....

กาเครื่องหมาย ✓ ในข้อที่ทำได้หรืออยู่ในเกณฑ์ (ประเมินทุก 1 - 3 เดือน)

	ครั้งที่.....	ครั้งที่.....	ครั้งที่.....	ครั้งที่.....	ครั้งที่.....
ผู้ประเมิน					
(วัน / เดือน / ปี)					
1. การทานยา					
- ไม่ได้ทานยา	☐	☐	☐	☐	☐
- สม่าเสมอ ไม่เคยขาด	☐	☐	☐	☐	☐
- ขาดยาอาทิตย์ละ 2-3 วัน	☐	☐	☐	☐	☐
- ขาดยาเดือนละ 2-3 วัน	☐	☐	☐	☐	☐
	ครั้งที่.....	ครั้งที่.....	ครั้งที่.....	ครั้งที่.....	ครั้งที่.....
2. ระดับน้ำตาลในเลือดครั้งล่าสุด					
- ไม่ทราบ	☐	☐	☐	☐	☐
- < 100 มก./ ดล.	☐	☐	☐	☐	☐
- 100 – 140 มก./ ดล.	☐	☐	☐	☐	☐
- 140 – 180 มก./ ดล.	☐	☐	☐	☐	☐
- 180 – 250 มก./ ดล.	☐	☐	☐	☐	☐
- ≥ 250 มก./ ดล.	☐	☐	☐	☐	☐
3. ความดันโลหิต					
- ≤ 139 / 89 มม.ปรอท	☐	☐	☐	☐	☐
- 140-159 / 90-99 มม.ปรอท	☐	☐	☐	☐	☐
- 160-179 / 100-109 มม.ปรอท	☐	☐	☐	☐	☐
- ≥ 180 / 110 มม.ปรอท	☐	☐	☐	☐	☐
4. มีอาการมึนชาปลายมือ / ปลายเท้าหรือไม่					
- ไม่มีอาการ	☐	☐	☐	☐	☐
- มีอาการเป็นๆ หายๆ	☐	☐	☐	☐	☐
- มีอาการทุกวัน ตลอดเวลา	☐	☐	☐	☐	☐
5. มีบาดแผลที่เท้าหรือไม่					
- มี	☐	☐	☐	☐	☐
- ไม่มี	☐	☐	☐	☐	☐
6. เคยมีอาการหน้ามืด ใจสั่น เหงื่อออก เมื่อทานของหวาน แล้วดีขึ้นหรือไม่					
- เดือนละ 1-2 ครั้ง	☐	☐	☐	☐	☐
- อาทิตย์ละ 1-2 ครั้ง	☐	☐	☐	☐	☐
- ไม่เคย	☐	☐	☐	☐	☐

	ครั้งที่.....	ครั้งที่.....	ครั้งที่.....	ครั้งที่.....	ครั้งที่.....
7. มีอาการหน้ามืด เวียนศีรษะเวลาลุกนั่ง หรือลุกขึ้นยืน					
- บ่อยๆ มากกว่า 3-4 ครั้งต่ออาทิตย์	☐	☐	☐	☐	☐
- เดือนละ 1-2 ครั้ง	☐	☐	☐	☐	☐
- อาทิตย์ละ 1-2 ครั้ง	☐	☐	☐	☐	☐
- ไม่เคย	☐	☐	☐	☐	☐
8. เคยได้รับความรู้เกี่ยวกับอาหารสำหรับผู้ป่วยเบาหวานหรือความดันหรือไม่					
- เคย	☐	☐	☐	☐	☐
- ไม่เคย	☐	☐	☐	☐	☐
- ไม่แน่ใจ	☐	☐	☐	☐	☐
9. ออกกำลังกาย (นานอย่างน้อย 20 นาที) เป็นประจำหรือไม่					
- ไม่ออกกำลังกาย	☐	☐	☐	☐	☐
- ออกกำลังกายบ้างแต่ไม่เป็นประจำ	☐	☐	☐	☐	☐
- ออกกำลังกายเป็นประจำ (≥ 3 ครั้ง/อาทิตย์)	☐	☐	☐	☐	☐

แบบประเมินผู้ป่วยวัณโรค

ชื่อ.....นามสกุล.....อายุ.....ปี

วินิจฉัย / เริ่มทานยาเมื่อ (เดือน/ปี).....

รักษาที่.....

ผลการตรวจเสมหะครั้งแรก

☐ ไม่ได้ตรวจ

☐ พบเชื้อ

☐ ไม่พบเชื้อ

เลือกทำเครื่องหมาย ✓ ในช่อง

	ครั้งที่ 1.	ครั้งที่ 2.	ครั้งที่ 3.	ครั้งที่ 4.	ครั้งที่ 5.	ครั้งที่ 6.
ผู้ประเมิน (วัน / เดือน / ปี)						
1. ทานยาสม่ำเสมอหรือไม่						
- สม่ำเสมอ / ไม่ขาดยา	☐	☐	☐	☐	☐	☐
- ขาดยามาไม่เกิน 2 สัปดาห์	☐	☐	☐	☐	☐	☐
- ขาดยามา 2 – 8 สัปดาห์	☐	☐	☐	☐	☐	☐
- ขาดยามานานกว่า 8 สัปดาห์	☐	☐	☐	☐	☐	☐
2. ไปพบแพทย์ตามนัดทุกครั้งหรือไม่						
- ใช่	☐	☐	☐	☐	☐	☐
- ไม่ใช่	☐	☐	☐	☐	☐	☐
3. เดือนที่ผ่านมาได้ตรวจเสมหะหาเชื้อหรือไม่						
- ตรวจ แต่ไม่พบเชื้อ	☐	☐	☐	☐	☐	☐
- ตรวจ และพบเชื้อ	☐	☐	☐	☐	☐	☐
- ไม่ได้ตรวจ	☐	☐	☐	☐	☐	☐
4. มีใครเป็นผู้ดูแลเรื่องการทานยา						
- ทานเอง	☐	☐	☐	☐	☐	☐
- ญาติ	☐	☐	☐	☐	☐	☐
- อสส.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
- มาทานกับเจ้าหน้าที่ศูนย์ 16	☐	☐	☐	☐	☐	☐
5. อาการดีขึ้นหรือไม่						
- ดีขึ้น	☐	☐	☐	☐	☐	☐
- เหมือนเดิม	☐	☐	☐	☐	☐	☐
- แย่ลง	☐	☐	☐	☐	☐	☐
6. ทานอาหารได้มากขึ้นหรือไม่						
- ทานได้มากขึ้น	☐	☐	☐	☐	☐	☐
- ทานได้เท่าๆเดิม	☐	☐	☐	☐	☐	☐
- ทานได้ลดลง	☐	☐	☐	☐	☐	☐

คู่มือการดำเนินการเยี่ยมบุคคลและครอบครัว (HOME CARE)

1. การจัดระบบข้อมูล

จัดระบบแฟ้มข้อมูลจากการสำรวจแบ่งเป็น 3 กลุ่ม คือ

1. กลุ่มป่วย (DD และ DS)
2. กลุ่มเสี่ยง (PO ; RF และ F)
3. กลุ่มไม่มีปัญหาสุขภาพ

วิธีดำเนินการ

1. เรียงลำดับข้อมูลสำรวจ (HV. สีเขียว) โดยใช้เรียงจากบ้านเลขที่น้อยสุดไปยังมากที่สุดตามลำดับในแต่ละกลุ่ม
2. นำข้อมูลที่สำรวจเดิมมาจัดให้เข้าเป็นระบบเดียวกัน
3. ตรวจเช็คบ้านที่สำรวจกับแผนที่อีกครั้ง
4. เก็บตกข้อมูลสำรวจ (HV. สีเขียว) ในบ้านที่มีแต่แฟ้มข้อมูลเก่า
5. เรียงลำดับเลขที่ข้อมูลแบบบันทึกครอบครัว (หัวมุมขวามบนสุดใบ HV. สีเขียว) ตามลำดับบ้านเลขที่
6. ลงทะเบียนข้อมูลในสมุดทะเบียนสีเขียว (เรียงตามบ้านเลขที่น้อยไปมาก)
7. จัดข้อมูลทั้งหมดลงลิ้นชักเอกสารในแต่ละชุมชน

2. จัดลำดับการเยี่ยม

CHW เยี่ยมโดยใช้แบบประเมินในเบื้องต้นหลังจากการสำรวจ HV. เสร็จสิ้นลง
ดังนี้

1. เยี่ยมผู้ป่วยอัมพฤกษ์ – อัมพาต, ผู้ป่วยภาวะทุพพลภาพพึ่งพา
2. ผู้ป่วยเรื้อรัง
 - 2.1 ผู้ป่วยโรคติดต่อ เช่น เอชไอวี วัณโรค
 - 2.2 ผู้ป่วยที่มีหลายๆ โรค เช่น เป็นความดันสูง + เบาหวาน + ไขมันสูง ฯลฯ
 - 2.3 ผู้ป่วยที่ไม่ไปตรวจรักษา, ขาดนัด

3. กลุ่มประชากรจำเพาะที่มีปัญหา เช่น อนามัยแม่และเด็ก (หญิงตั้งครรภ์ และหลังคลอด) เด็กภาวะทุพโภชนาการ ฯลฯ

3. ระยะเวลาการเยี่ยมติดตาม

ประเภทผู้ป่วย	ระยะเวลาการเยี่ยม
1. ผู้ป่วยอัมพฤกษ์ – อัมพาต, ทูพพลภาพพึ่งพา, พัฒนาการช้า	- เยี่ยม 1 – 3 เดือน / ตามสภาพปัญหา พร้อมสหวิชาชีพ
2. ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง	- เยี่ยม 1 – 3 เดือน / ตามสภาพปัญหา, ± สหวิชาชีพ
3. หญิงตั้งครรภ์	- เยี่ยมเดือนละ 1 ครั้ง และ 2 ครั้งในเดือนสุดท้ายก่อนคลอด / ตามสภาพปัญหา
4. หญิงหลังคลอด	- เยี่ยมในช่วง 1 – 2 สัปดาห์ หลังคลอด - เยี่ยมในช่วง 6 – 8 สัปดาห์ หลังคลอด ± สหวิชาชีพ
5. ผู้สูงอายุ 70+ ปี	- เยี่ยม 1 – 3 เดือน / ตามสภาพปัญหา, ± สหวิชาชีพ
6. ปัญหาเด็กภาวะทุพโภชนาการ	- เยี่ยม 1 – 3 เดือน / ตามสภาพปัญหา, ± สหวิชาชีพ
7. เยี่ยมทั่วไป	- ทุก 6 เดือน ตามสภาพปัญหา

หมายเหตุ

1. ถ้ามีผู้ป่วย Acute Case หรือ Case refer จาก ร.พ. ให้พิจารณาเยี่ยมก่อน
2. เตรียม Case เยี่ยมในแต่ละวัน และ Plan การเยี่ยมในสมุดแผนงานประจำเดือน (สีขาว)
(ปริมาณการเยี่ยม ผู้ป่วย 4 – 5 คน : CHW 1 คน : 1 ครั้ง)

4. การลงบันทึกข้อมูล

4.1 การลงบันทึกการเยี่ยม

- ทำใบแบบประเมินบุคคลตามประเภทของการเยี่ยม
- เขียนรายงานการติดตามเยี่ยมทุกครั้ง
- ถ้ามีบุคคลที่ต้องประเมินและติดตามเยี่ยมมากกว่า 1 คน ตั้งแต่คนที่สองขึ้นไปให้เขียนรายงานการเยี่ยมในกระดาษขาว กทม. โชน 7
- ส่งบันทึกการติดตามเยี่ยมให้พยาบาลครอบครัวประจำชุมชนรับทราบทุกครั้ง

4.2 การลงบันทึกในสมุดทะเบียน (สีเขียว)

- ลงวันที่การวางแผนหรือลงวันที่หลังจากการเยี่ยมจริงแล้วต้องลงให้ตรงกับชื่อบุคคลที่เยี่ยม

- ถ้าเป็นการวางแผนเยี่ยม ให้ใส่วันที่วางแผนว่าจะไม่เยี่ยมในช่องบน
-

มค.	กพ.	มีค.
	6	

(ตัวอย่าง วางแผนว่าจะไปผู้ป่วยนาง ก. วันที่ 6 กพ. 46)

- หลังการเยี่ยมบ้านแล้วให้ลงวันที่เยี่ยมจริง ในช่องล่าง

มค.	กพ.	มีค.
	6 8	

(ตัวอย่าง จะเห็นว่าไปเยี่ยมจริงคือ วันที่ 8 กพ. 46)

ลงวันที่วางแผนการเยี่ยมครั้งต่อไปทุกครั้งหลังจากมีการเยี่ยมจริง

ภาคผนวก

ภาคผนวก ข.

:แผนปฏิบัติการของกิจกรรมชุมชน (Community intervention)
ที่ได้พัฒนาขึ้นและนำสู่การปฏิบัติ

สรุปผลการประชุมเชิงปฏิบัติการ
“การค้นหาปัญหาในชุมชนของแกนนำในชุมชน กทม. โซน 7”
(11 กุมภาพันธ์ 2546)

1. ผู้ป่วยไม่ตระหนักถึงการติดตามการรักษาโรคเรื้อรัง
2. ประชาชนขาดการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค
 - * ขาดความตระหนักถึงความสำคัญ
 - * ไม่มีเวลา เนื่องจากต้องประกอบอาชีพ, เด็กๆต้องเรียนพิเศษ
 - * มีโครงการสร้างเสริมสุขภาพในชุมชน แต่ขาดความต่อเนื่อง ยั่งยืน
3. ไม่มีสวัสดิการยามเจ็บป่วย
 - * คนยากจน
 - * ประชากรที่ย้ายถิ่น (ไม่มีสำเนาทะเบียนบ้านในเขต)
4. ปัญหาความยากจน , ฐานะเศรษฐกิจ
5. ภาวะว่างงาน ตกงานในชุมชน
 - * การเลิกงาน
 - * ไม่มีตลาดรองรับคนที่ผ่านการฝึกอาชีพแล้ว
 - * มีอาชีพ,สินค้า แต่ไม่มีตลาด
6. ปัญหาผู้สูงอายุ, ผู้ด้อยโอกาสทางสังคม
 - * ขาดคนดูแล ทั้งภายในครอบครัว, ชุมชน
 - * เป็นภาระแก่คนในชุมชน
 - * ได้รับการดูแล รังเกียจจากคนในสังคม
 - * ขาดสถานที่พักผ่อน หรือดูแลสำหรับผู้ด้อยโอกาสทางสังคม, ผู้สูงอายุ
7. ปัญหาครอบครัวแตกแยก
8. ปัญหาเด็ก และวัยรุ่น
 - * ก้าวร้าว
 - * ขอบลอง เช่น แข่งมอเตอร์ไซด์, สารเสพติด
 - * มีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควร
 - * โรคติดต่อในโรงเรียน เช่น เหา
 - * สุขภาพในเด็กวัยเรียน เช่น ฟันผุ, อ้วน หรือผอมกว่าปกติ, หอบหืด, เครียด, อุบัติเหตุ

9. ขาดความร่วมมือของผู้ปกครองในการร่วมกันดูแลเด็ก
10. ปัญหา / สารเสพติด
11. แหล่งอบายมุขในชุมชน
12. ปัญหาสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ
 - * ขยะ พื้นที่สกปรก
 - * ท่อระบายน้ำอุดตัน
 - * มีสัตว์นำโรคมก เช่น ยุงลาย หนู แมลงสาบ
 - * เจ้าของไม่ดูแลสัตว์เลี้ยงของตน ปลปล่อยให้ถ่ายเรี่ยราด
 - * สภาพถนนขรุขระ ทำให้เกิดอุบัติเหตุและน้ำท่วมขัง
13. ปัญหาการบุกรุกพื้นที่ ก่อสร้างสิ่งปลูกสร้าง ที่อยู่อาศัย แล้วแบ่งให้เช่า
 - * คนภายนอกมาอยู่อาศัย ขาดความรับผิดชอบต่อสังคม สิ่งแวดล้อม
14. ขาดความสามัคคีในชุมชน
15. สภาพจิตใจของคนในสังคมเสื่อมลง
 - * ความเครียดมากขึ้นจากสภาพเศรษฐกิจ ความเป็นอยู่ การแข่งขันในสังคม มีบุตรมาก
 - * ขาดจิตสำนึกต่อความรับผิดชอบในชุมชน มักง่าย ส่วนใหญ่เป็นคนนอกมาอาศัยในพื้นที่
16. ขาดการประชาสัมพันธ์ที่มีคุณภาพ
 - * ความรู้ด้านสุขภาพอนามัย, การให้สุขศึกษา
 - * ด้านการบริการต่างๆ ทั้งที่โรงพยาบาลจุฬาฯ และ ศบส.16 ลุมพินี
 - * โครงการ “30 บาท รักษาทุกโรค”
17. บุคลากร / เจ้าหน้าที่สาธารณสุขไม่เพียงพอ
18. ขาดความต่อเนื่องในนโยบายต่างๆ
 - * การปฏิบัติงาน
 - * งบประมาณ

สรุปผลการจัดลำดับความสำคัญของปัญหาในชุมชน กทม.โซน 7
(11 มีนาคม 2546)

ประเด็นปัญหา	ครั้งที่ 1		ครั้งที่ 2	
	คะแนน	ลำดับที่	คะแนน	ลำดับที่
A. การติดตามรักษาโรคเรื้อรัง	139	5	124	4
B. การสร้างเสริมสุขภาพ-ป้องกันโรค	121	3	82	2
C. ปัญหาผู้สูงอายุ ผู้พิการ ผู้ด้อยโอกาส	178	13	165	8
D. ปัญหายาเสพติด	107	2	88	3
E. ปัญหาการมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควร	176	12	181	13
F. สุขภาพช่องปากในเด็กวัยเรียน	166	11	169	9
G. ปัญหาภาวะโภชนาการในเด็กวัยเรียน	165	10	173	11
H. ปัญหาอุบัติเหตุการจราจร	207	14	231	14
I. ปัญหาสิ่งแวดล้อม ขยะ พื้นที่สกปรก ท่อระบายน้ำ อุดตัน	158	8	173	11
J. ปัญหาขุงลาย	134	4	137	5
K. การขาดจิตสำนึกต่อความรับผิดชอบในครอบครัว-ชุมชน	74	1	77	1
L. ขาดความเข้าใจในการเข้าใช้บริการสุขภาพ (การเข้าถึงการให้ความรู้-สุขภาพ การให้บริการของโรงพยาบาลจุฬา – ศูนย์ฯ 16; โครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค)	160	9	170	10
M. ปัญหาคนว่างงาน (ไม่มีตลาดแรงงาน, ไม่มีตลาดสินค้า)	147	6	161	6
N. แหล่งอบายมุขในชุมชน (ตู้เกมส์ โต๊ะสนุกเกอร์ กลุ่มพนัน)	151	7	162	7

หมายเหตุ การจัดลำดับความสำคัญของปัญหา โดยแกนนำในชุมชน บุคลากรทางสาธารณสุขและ
ทีมสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้องกับชุมชน รวม 21 คน

การดำเนินการกิจกรรมชุมชน

ตารางการดำเนินงาน

กิจกรรม	วันที่ดำเนินงาน
* ค้นหาปัญหาในชุมชนของแกนนำชุมชน กทม.โซน 7	11 กุมภาพันธ์ 2546
* จัดลำดับความสำคัญของปัญหาในชุมชน กทม.โซน 7	11 มีนาคม 2546
* ทีมปฏิบัติงานร่วมคิดแผน / โครงร่างการปฏิบัติงานแก้ไขปัญหา	11 มีนาคม 2546 – 30 เมษายน 2546
* ดำเนินกิจกรรมตามโครงการต่างๆ	1 พฤษภาคม 2546 เป็นต้นไป

สรุปการค้นหาปัญหาในชุมชนของแกนนำชุมชน กทม.โซน 7

- B. การติดตามรักษาโรคเรื้อรัง
- C. การสร้างเสริมสุขภาพ-ป้องกันโรค
- D. ปัญหาผู้สูงอายุ ผู้พิการ ผู้ด้อยโอกาส
- D. ปัญหายาเสพติด
- E. ปัญหาการมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควร
- F. สุขภาพช่องปากในเด็กวัยเรียน
- G. ปัญหาภาวะโภชนาการในเด็กวัยเรียน
- H. ปัญหาอุบัติเหตุการจราจร
- I. ปัญหาสิ่งแวดล้อม ขยะ พื้นที่สกปรก ท่อระบายน้ำอุดตัน
- J. ปัญหาขูกลาย
- K. การขาดจิตสำนึกต่อความรับผิดชอบในครอบครัว – ชุมชน
- L. ขาดความเข้าใจในการเข้าใช้บริการสุขภาพ (การเข้าถึงการให้ความรู้-สุขศึกษา การให้บริการของโรงพยาบาลจุฬา – ศูนย์ 16; โครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค)
- M. ปัญหาคนว่างงาน (ไม่มีตลาดแรงงาน, ไม่มีตลาดสินค้า)
- N. แหล่งอบายมุขในชุมชน (ตู้เกมส์ โต๊ะสนุกเกอร์ กลุ่มพนัน)

กลุ่มงานรับผิดชอบการทำแผนปฏิบัติการและดำเนินการ

ภัทรพร, ดวงพร, วิไลวรรณ, กำพล

A. การติดตามรักษาโรคเรื้อรัง
การสร้างเสริมสุขภาพ - ป้องกันโรค
ปัญหาผู้สูงอายุ - ผู้พิการ

ทศพร, นิภาภรณ์, สุรางค์รัตน์

B. ปัญหายาเสพติด
ปัญหาขุงลาย
ปัญหาสิ่งแวดล้อม

ปทุม, ประภาศรี

C. สุขภาพช่องปากในเด็กนักเรียน
โภชนาการในเด็กวัยเรียน

ดวงพร , ประภาศรี

D. ขยายช่องทางการบริการ
(การประชาสัมพันธ์)

แผน A : โครงการออกหน่วยตรวจสอบสภาพ

สาเหตุและที่มา ของปัญหา	วัตถุประสงค์	กิจกรรม / ขั้นตอนการปฏิบัติงาน	ผู้รับผิดชอบ	ระยะเวลา	ทรัพยากรที่ต้องการ	เป้าหมาย / ตัวชี้วัด
* ประเด็นปัญหาจากการ ระดมสมองและจัดลำดับ ความสำคัญของปัญหา (ในวันที่ 11 ก.พ. 2546 และ 11 มี.ค. 2546 ตาม ลำดับ) ของแกนนำชุมชน (อสส. , สข.) เจ้าหน้าที่ ศูนย์ฯ 16 ลุ่มพินี , สำนัก งานเขตปทุมวัน, สถานี ตำรวจ, ตัวแทนอาจารย์ โรงเรียนในแขวงลุ่มพินี และแขวงปทุมวัน เขต ปทุมวัน	1. ตรวจสอบเครื่อง / คัน หาผู้ป่วยเบาหวานและ ความดันในชุมชน 2. ให้สุศึกษาเกี่ยวกับ โรคเบาหวาน ความดัน โลหิตสูงและสุขภาพทั่ว ไป 3. ให้คำปรึกษาทางด้าน กายภาพบำบัด 4. ประชาสัมพันธ์ และ ขยายช่องทางบริการของ ศูนย์บริการสา-ธารณสุข 16 ลุ่มพินี	1. ขั้นเตรียมการ 1.1 ประชุมคณะกรรมการดำเนินงานเพื่อวาง แผนกำหนดกิจกรรม 1.2 ประชุมบุคลากรที่เกี่ยวข้องเพื่อชี้แจงให้ ทราบถึงหลักการ,วัตถุประสงค์ และ กิจกรรม 1.3 กำหนดกิจกรรมตรวจสอบสุขภาพ, วันเวลา และสถานที่, หัวข้อการให้สุศึกษาและ นิทรรศการ 1.4 ประสานผู้ที่เกี่ยวข้อง * ฝ่ายสุศึกษา กองส่งเสริมสาธารณสุข สำนักอนามัย กทม. * ฝ่ายเวชโรค สำนักอนามัย กทม. * หน่วยงานสนับสนุน	<u>พ.ญ.ภัทรพร,</u> <u>วิไลวรรณ,</u> <u>ดวงพร, กำพล</u>	25 มี.ค.46 - 30 เม.ย.46		
		2. ขั้นดำเนินการ 2.1 ดำเนินการประชาสัมพันธ์แจ้งกำหนด การและกิจกรรม * เสี่ยงตามสาย * Cable ท้องถิ่น * Board ประชาสัมพันธ์ในชุมชน * แผ่นพับ		15-30 มี.ย.46		* ประชาชนในพื้นที่ ทราบถึงกิจกรรมและ กำหนดการ
		2.2 เตรียมอุปกรณ์ในการสอนสุศึกษา และ จัดนิทรรศการ	<u>ประกาศรี,</u> CHW	1-30 พ.ค. 2546		* อุปกรณ์ในการสอนสุ ศึกษาตามหัวข้อที่กำหนด

สาเหตุและที่มา ของปัญหา	วัตถุประสงค์	กิจกรรม / ขั้นตอนการปฏิบัติงาน	ผู้รับผิดชอบ	ระยะเวลา	ทรัพยากรที่ต้องการ	เป้าหมาย / ตัวชี้วัด
		2.3 ดำเนินกิจกรรมออกหน่วยตรวจสุขภาพ <u>กำหนดการ</u> ๕ มุมชนเคหะบ่อนไก่, มุมชนพัฒนาบ่อนไก่, มุมชนกุหลาบแดง วันที่ 2 ก.ค.46 ๕ มุมชนโปโล, มุมชนร่วมฤดี, มุมชนพระเจด วันที่ 3 ก.ค.46 ๕ มุมชนหลังวัดปทุมวนาราม วันที่ 30 ก.ค.46	ภัทรพร, วิไลวรรณ, กำพล, พยาบาลครอบครัว CHW	2, 3, 30 ก.ค. 2546		* จำนวนผู้ที่มีบริการ * จำนวนผู้ที่มีปัญหาเบา- หวาน , ความดันโลหิตสูง รายใหม่ * จำนวนผู้ป่วยที่มีความ ผิดปกติของเอกซเรย์
		<u>กิจกรรม</u> * ชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง คำนวณค่า BMI วัดความดัน ซีฟเจอร์ * เจาะเลือดตรวจน้ำตาลในเลือด * Chest x-ray (เอกซเรย์ปอด) * ตรวจเช็คสุขภาพฟัน * แนะนำให้คำปรึกษาปัญหาสุขภาพพร่าง กาย และสุขภาพจิต * ให้บริการแนะนำกายภาพบำบัด * จัดนิทรรศการให้ความรู้ DM, HT, Dyslipidemia, CVA, กายภาพบำบัด	CHW พยาบาลครอบครัว หน่วย x-ray, CHW ผู้ช่วยทันตกรรม ภัทรพร กำพล ดวงพร, วิไลวรรณ, ประภาศรี CHW	2, 3, 30 ก.ค. 2546	เครื่องวัดความดัน, ที่วัด ส่วนสูง, เครื่องชั่งน้ำหนัก Set เจาะเลือด / ตรวจเลือด รถ X-ray อุปกรณ์ตรวจฟัน อุปกรณ์นิทรรศการ	* จำนวนผู้ที่มีบริการ * จำนวนผู้ที่มีปัญหาเบา- หวาน , ความดันโลหิตสูง รายใหม่ * จำนวนผู้ป่วยที่มีความ ผิดปกติของเอกซเรย์ ปอด

แผนการดำเนินงานกิจกรรม “หน่วยตรวจสอบสภาพ”

กิจกรรม	เม.ย.46	พค.46	มิย.46	กค.46	ส.ค.46	กย.46	ต.ค.46	พ.ย.46	ธ.ค.46	ม.ค.47	ก.พ.47	มี.ค.47
ประชุมคณะกรรมการและบุคลากรที่เกี่ยวข้องเพื่อวางแผนการดำเนินการ	↔											
2. กำหนดกิจกรรมตรวจสอบสภาพ, วันเวลา และสถานที่	↔											
3. กำหนดหัวข้อการให้สุศึกษาและนิทรรศการ	↔											
4. เตรียมอุปกรณ์ในการสอนสุศึกษา และจัดนิทรรศการ	↔											
5. ประสานผู้ที่เกี่ยวข้อง	↔											
6. ดำเนินการประชาสัมพันธ์แจ้งกำหนดการและกิจกรรม(เสียงตามสาย, Cable ท้องถิ่น, Board ประชาสัมพันธ์ในชุมชน, แผ่นพับ)		↔										
7. ดำเนินกิจกรรมออกหน่วยตรวจสอบสภาพ				1-3 ↔								
8. ให้สุศึกษาและนิทรรศการ				1-3 ↔								
9. สรุปและประเมินผล					(4-15) ↔							

แผน B : โครงการกองปราบยุ้งลายและพัฒนาสิ่งแวดล้อม

สาเหตุและที่มาของปัญหา	วัตถุประสงค์	กิจกรรม / ขั้นตอนการปฏิบัติ	ผู้รับผิดชอบ	ระยะเวลา	ทรัพยากรที่ต้องการ	เครื่องชี้วัด / เป้าหมาย
จากการประชุมค้นหาปัญหาในชุมชนและจัดลำดับความสำคัญของปัญหา ได้มีแนวทางการทำกิจกรรมในชุมชนเรื่อง กองปราบยุ้งลายและพัฒนาสิ่งแวดล้อม ซึ่งเป็นปัญหาสำคัญในปัจจุบัน และยังมีผู้ป่วยอยู่อีกเป็นจำนวนมาก	1. เพื่อการระดมพลังและการสร้างความร่วมมือจากหน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้องเพื่อสร้างกระแสดความตื่นตัวของประชาชนในชุมชนในมีส่วนร่วมในการแก้ปัญหาโรคไข้เลือดออก	1. การเดินรณรงค์ “โรคไข้เลือดออก”ในชุมชน <u>ขั้นเตรียมการ</u> 1. ประชุมคณะกรรมการดำเนินงานเพื่อวางแผนกำหนดกิจกรรมและวิธีการดำเนินงาน	เพ็ญทิพย์, ปทุม, นิภาภรณ์, ประภาศรี ทศพร, ปทุม, นิภาภรณ์, ดวงพร, ประภาศรี ผู้แทนชุมชนทั้ง 6 ชุมชน วีระ, สนธยา, สมชาย, สุรินทร์, นิธิ, พรหม, อภิวัดน์	22 เม.ย.46 – 9 ม.ค. 46 22 เม.ย. 46		มีกิจกรรมการเดินรณรงค์ ในวันที่ 9 พ.ค. 46
		2. ประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ แก่ร.ร.สังกัด กทม. (ปลุกจิต, สวนลุมพินี, หลังวัดปทุมฯ) สำนักงานเขตปทุมวัน (ฝ่ายพัฒนาชุมชน, ฝ่ายสิ่งแวดล้อมฯ)	ทศพร, ปทุม, นิภาภรณ์	23 เม.ย. 46		
		3. เตรียมอุปกรณ์การรณรงค์	เพ็ญทิพย์, ปทุม, นิภาภรณ์ ดวงพร, ประภาศรี	24 เม.ย.46 – 6 พ.ค.46	- เลียงตามสาย - โทรโฆ่ง -เครื่องดนตรีนำ ขบวน เช่น กลองยาว (ของชุมชนหรือ ร.ร) - ป้ายรณรงค์ - ทราชะเบต - เอกสารแผ่นพับ	

สาเหตุและที่มาของปัญหา	วัตถุประสงค์	กิจกรรม / ขั้นตอนการปฏิบัติ	ผู้รับผิดชอบ	ระยะเวลา	ทรัพยากรที่ต้องการ	เครื่องชี้วัด / เป้าหมาย
		4. ดำเนินการประชาสัมพันธ์ในชุมชนแจ้งกำหนดการและกิจกรรม	พยาบาลครอบครัวประจำเขต, ผู้แทนชุมชนทั้ง 6 ชุมชน, ประภาศรี, เจ้าหน้าที่งานสุขภาพชุมชน	1 – 8 พ.ค. 46	- เสียตามสาย - รถโฆษณาเคลื่อนที่ - เคเบิลทีวีท้องถิ่น - โทรโข่ง - โปสเตอร์	
		<u>ขั้นตอนการ</u> 1. สถานที่ดำเนินการ - ดำเนินการณรงค์ทุกชุมชนพร้อมๆ กัน ดังนี้ 1. ชุมชนพัฒนาบ่อนไก่อ่วมกับเคหะชุมชนบ่อนไก่อ 2. ชุมชนโปโลร่วมกับชุมชนร่วมฤดี 3. ชุมชนพระเจน 4. ชุมชนหลังวัดปทุมวนาราม 2. ทุกคนต้องพร้อมกันตั้งขบวนที่จุดนัดพบ ณ ศูนย์สุขภาพประจำชุมชน เวลา 08.30 น. 3. เริ่มเดินณรงค์เวลา 09.00 น. ไปทั่วทุกบ้าน ทุกซอย ในชุมชน โดย ทุกคนๆ เชิญชวนสร้างความตระหนัก ให้ความรู้ในการป้องกันโรค ใช้เสื้อดอกกับประชาชนในชุมชนนั้นๆ 4. ปฏิบัติภารกิจเสร็จเมื่อเดินการณรงค์ครบทั่วชุมชนแล้ว	ผู้แทนชุมชน(กรรมการชุมชน, อสส. , สข.), คณะครูและนักเรียน, พยาบาลครอบครัวและเจ้าหน้าที่ศ.16, พนักงานสุขภาพชุมชน, จนท. ฝ่ายพัฒนาชุมชนฯและฝ่ายสิ่งแวดล้อมเขตปทุมวัน, ประชาชนที่สนใจ	9 พ.ค. 46	- เสียตามสาย - โทรโข่ง - เครื่องดนตรีนำขบวน เช่น กลองยาว (ของชุมชนหรือร.ร) - ป้ายณรงค์ - ทราชะเบท - เอกสารแผ่นพับ	

สาเหตุและที่มาของปัญหา	วัตถุประสงค์	กิจกรรม / ขั้นตอนการปฏิบัติ	ผู้รับผิดชอบ	ระยะเวลา	ทรัพยากรที่ต้องการ	เครื่องชี้วัด / เป้าหมาย
	2. เพื่อให้ประชาชนในชุมชนร่วมมือกำจัดลูกน้ำยุงลาย และดูแลปรับปรุงสิ่งแวดล้อมไม่ให้成为แหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย	2. การสำรวจและกำจัดแหล่งน้ำ, ขยะ ภายนอกและภายในชุมชน 2.1 การกำจัดแหล่งน้ำ, ขยะบริเวณภายนอกชุมชน (นอกครัวเรือน) * สำรวจแหล่งน้ำขังและทำรายงานทุก 3 เดือน สรุปผล นำเสนอต่อ - ผู้อำนวยการเขตปทุมวัน - ผู้อำนวยการ สบส. 16 ลุมพินี - คณะกรรมการการดำเนินงาน	นิภาพรณ, ภัทรพร (สบส.16) นิภาพรณ, ภัทรพร, ประภาศรี (แกนนำชุมชนทั้ง 6 ชุมชน) วีระ, สนธยา, สมชาย, นิธิ, สุรินทร์, พรหม, อภิวัฒน์ (สำนักงานเขตปทุมวัน) ฝ่ายพัฒนาชุมชนฯ และฝ่ายสิ่งแวดล้อมฯ	พ.ค.46, ส.ค.46, พ.ย.46	รถตู้พร้อมคนขับ (สบส.16 ลุมพินี)	- จำนวนแหล่งน้ำที่มีอยู่เดิม - จำนวนแหล่งน้ำที่สำรวจได้ - จำนวนแหล่งน้ำที่มีใหม่ - ร้อยละของแหล่งน้ำที่กำจัดได้ (<u>แหล่งน้ำที่กำจัดได้ x 100</u>) แหล่งน้ำที่มีอยู่เดิม - ร้อยละของแหล่งน้ำใหม่ (<u>แหล่งน้ำที่มีใหม่ x 100</u>) แหล่งน้ำที่มีอยู่เดิม
		* ดำเนินการแก้ไข - ประสานฝ่ายที่เกี่ยวข้องภายในสำนักงานเขตปทุมวัน ได้แก่ ฝ่ายรักษาความสะอาด ฯลฯ - ประสานงานฝ่ายทรัพย์สินส่วนพระมหากษัตริย์ - ดำเนินการกำจัดแหล่งน้ำขังและแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย	สำนักงานเขตปทุมวัน (ฝ่ายพัฒนาชุมชนฯ และฝ่ายสิ่งแวดล้อมฯ) ผู้แทนชุมชน	มิ.ย.46, ก.ย.46, ธ.ค.46		
		* ติดตามผล	สำนักงานเขตปทุมวัน (ฝ่ายพัฒนาชุมชนฯ, ฝ่ายสิ่งแวดล้อมฯ) ผู้แทนชุมชน	ทุกเดือน		

สาเหตุและที่มาของปัญหา	วัตถุประสงค์	กิจกรรม / ขั้นตอนการปฏิบัติ	ผู้รับผิดชอบ	ระยะเวลา	ทรัพยากรที่ต้องการ	เครื่องชี้วัด / เป้าหมาย
		2.2 การกำจัดแหล่งน้ำขังภายในชุมชน (ในครัวเรือน เช่น ใต้ถุนบ้าน) * สำรวจแหล่งน้ำและทำรายงานทุก 3 เดือน สรุปผลนำเสนอต่อ - ผู้อำนวยการเขตปทุมวัน - ผู้อำนวยการ ศบส. 16 ลุ่มพินี - คณะกรรมการการดำเนินงาน	<u>นิภาภรณ์, อสส.ชุมชน</u> <u>จัดตั้งทั้ง 6 ชุมชน</u> (พรทิวา ขนิษฐา อรุณ จัสวีร์ อภิวัฒน์ แสงจันทร์) พยาบาลครอบครัวประจำเขต, ภัทรพร, ประภาศรี	16 พ.ค.46, 15 ส.ค.46, 14 พ.ย.46		- จำนวนแหล่งน้ำที่มีอยู่เดิม - จำนวนแหล่งน้ำที่สำรวจได้ - จำนวนแหล่งน้ำที่มีใหม่ - ร้อยละของแหล่งน้ำที่กำจัดได้ <u>(แหล่งน้ำที่กำจัดได้x100)</u> แหล่งน้ำที่มีอยู่เดิม - ร้อยละของแหล่งน้ำใหม่ <u>(แหล่งน้ำที่มีใหม่ x 100)</u> แหล่งน้ำที่มีอยู่เดิม
		* ดำเนินกิจกรรมกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำยุงลาย - ใส่จุลินทรีย์ชีวภาพทุกวันศุกร์ที่ 3 ของเดือน - สนับสนุนการเลี้ยงปลาหางนกยูง	อสส. ชุมชนจัดตั้งทั้ง 6 ชุมชน, เจ้าพนักงานสุขภาพประจำชุมชน	ทุกเดือน	- จุลินทรีย์ชีวภาพ (เบิกจากฝ่ายสัตวน้ำโรค บางจาก สำนักอนามัย กทม. - เอกสารแผ่นพับ - ปลาหางนกยูง (สนับสนุนจากภายในชุมชนเอง ได้แก่ กลุ่มกรรมการชุมชน, อสส. เพาะพันธุ์แจกจ่ายให้ประชาชน	

สาเหตุและที่มาของปัญหา	วัตถุประสงค์	กิจกรรม / ขั้นตอนการปฏิบัติ	ผู้รับผิดชอบ	ระยะเวลา	ทรัพยากรที่ต้องการ	เครื่องชี้วัด / เป้าหมาย
		* ติดตามผล (ลงรายงานในแบบบันทึกและส่งพยาบาลประจำรอบครัวทุกวันที่ 25 ของเดือน)	อสส. ชุมชนจัดตั้งทั้ง 6 ชุมชน, เจ้าพนักงานสุขภาพประจำชุมชน, พยาบาลครอบครัวประจำทุกชุมชน	ทุกเดือน (วันที่ 25)	แบบบันทึกรายงาน ตารางการปฏิบัติงาน ควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออก ศบส.16	
3.เพื่อให้ประชาชนในชุมชนร่วมมือกำจัดลูกน้ำยุงลายทั้งในบ้าน โรงเรียน และชุมชนทุกสัปดาห์	3.การสำรวจและทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำยุงลายในชุมชน	3.1 แก่นนำชุมชนหากลุ่มนักเรียน (อายุประมาณ 9 – 15 ปี) ภายในชุมชนของตนเอง ส่งรายชื่อให้พยาบาลครอบครัวประจำเขต - นักเรียน 1 คน รับผิดชอบสำรวจลูกน้ำยุงลายประมาณ 10 – 15 หลังคาเรือน	นิภาภรณ์, ภัทรพร แก่นนำชุมชนจัดตั้ง 6 ชุมชน,อสส. , พยาบาลครอบครัวประจำเขต	ส่งรายชื่อภายในวันที่ 6 พ.ค.46	- แผนที่ชุมชนแบ่งบ้านที่รับผิดชอบ	ได้รายชื่อนักเรียนร่วมโครงการ (นักเรียน 1 คน รับผิดชอบสำรวจลูกน้ำยุงลายประมาณ 10–15 หลังคาเรือน)
		3.2 จัดอบรมความรู้เรื่องโรคไข้เลือดออก (เน้นวิธีการสำรวจลูกน้ำยุงลายและการทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย)	นิภาภรณ์, ภัทรพร, ดวงพร, วิไลวรรณ, วรรณเพ็ญ, ประภาศรี	12 พ.ค.46	- สื่อการเรียนการสอนจากฝ่ายสุขศึกษา ศ.16 และ ร.พ.จุฬา - โปสเตอร์ - ชุดนิทรรศการ - เอกสารแผ่นพับ	นักเรียนมีความรู้ ความเข้าใจในการสำรวจลูกน้ำยุงลายได้ถูกวิธี
		- สำรวจลูกน้ำยุงลายทุกวันศุกร์ที่ 3 ของเดือน		ทุกเดือน	แบบสำรวจลูกน้ำยุงลาย	สำรวจได้ตามกำหนด

สาเหตุและที่มาของปัญหา	วัตถุประสงค์	กิจกรรม / ขั้นตอนการปฏิบัติ	ผู้รับผิดชอบ	ระยะเวลา	ทรัพยากร ที่ต้องการ	เครื่องชี้วัด / เป้าหมาย
		3.3 นักเรียนส่งตารางสำรวจลูกน้ำยุงลายแก่ อาสาสมัคร ครูประจำชั้นให้ดาวรางวัล (เมื่อ เปิดภาคเรียน) (อสส. รายงานผลพยาบาลครอบครัว ประจำเขตทุก วันที่ 25 ของเดือน	นักเรียนในชุมชน, แกนนำชุมชน (ทั้ง 6 ชุมชน) พยาบาลครอบครัวประจำ เขต	ทุกเดือน		<u>จำนวนบ้านที่พบลูกน้ำ x 100</u> จำนวนบ้านที่สำรวจ
		3.4 ทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย (อสส. ดำเนิน การในบ้านที่สำรวจพบลูกน้ำยุงลายและบ้านที่ มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรค กิจกรรม – ใส่ทรายอะเบท - จุลินทรีย์ชีวภาพ - สนับสนุนการเลี้ยงปลาหางนกยูง - การให้ความรู้ คำแนะนำ และ แจกเอกสารแผ่นพับ - การพ่นหมอกควัน	อสส.ประจำชุมชน, พนักงานสุขภาพชุมชน, พยาบาลครอบครัวประจำ เขต, นักศึกษา ฝ่ายสัตว์นำโรค กองควบคุมโรค สำนักอนามัย กทม.	ดำเนินการ ทันทีหลัง จากมีการ สำรวจพบ ลูกน้ำยุงลาย เมื่อมีผู้ป่วย เกิดขึ้นใน พื้นที่หรือ ชุมชนร้อง ขอเมื่อมียุง ลายชุกชุม	- ทราย อะเบท - จุลินทรีย์ ชีวภาพ * ชนิดน้ำ * ชนิดเม็ด - ปลาหาง นกยูง - เอกสาร แผ่นพับ	<u>จน.บ้านที่กำลังจัดลูกน้ำยุงลายx100</u> จน.บ้านที่สำรวจพบลูกน้ำยุงลาย

สาเหตุและที่มาของปัญหา	วัตถุประสงค์	กิจกรรม / ขั้นตอนการปฏิบัติ	ผู้รับผิดชอบ	ระยะเวลา	ทรัพยากรที่ต้องการ	เครื่องชี้วัด / เป้าหมาย
		3.5 การประเมินผล เกณฑ์การประเมินค่าดัชนีลูกน้ำยุงลาย (VT classification) * ดี = HI < 10 พอใช้ = HI ≤ 20 ปรับปรุง = HI > 75	นิภาภรณ์, ภัทรพร		ค่า HI < 75	*ข้อมูลจากกองระบาดวิทยา ปี 2544
	4. เพื่อเผยแพร่ประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนในชุมชนตระหนักถึงปัญหาและความร่วมมือป้องกันโรคไข้เลือดออก 5. เพื่อส่งเสริมให้ประชาชนมีส่วนร่วมกันทำกิจกรรมในการกำจัดลูกน้ำยุงลายและแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย	<u>4. ดำเนินการเยี่ยมติดตามสอบสวนโรคและการให้สุศึกษาความรู้เรื่องโรคไข้เลือดออก</u> 4.1 ดำเนินการเยี่ยมติดตามสอบสวนโรคไข้เลือดออกและผู้สัมผัสโรคในเขตรับผิดชอบของศูนย์ฯ 16 ลุ่มพินิจ	ประภาศรี, ภัทรพร (ที่ปรึกษา) พยาบาลครอบครัว, พนักงานสุขภาพชุมชน ประจำเขต, ภัทรพร (ที่ปรึกษา)	ดำเนินการทันทีเมื่อมีผู้ป่วยโรคไข้เลือดออก	- แบบสอบสวนโรค - เอกสารแผ่นพับ - ทรายอะเบท - จุลินทรีย์ชีวภาพ	ติดตามเยี่ยมและสอบสวนโรคผู้ป่วยไข้เลือดออก 100%
		4.2 ให้สุศึกษาความรู้เรื่องโรคไข้เลือดออก และการทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำยุงลายให้กับแกนนำชุมชนและประชาชนในชุมชน กิจกรรม - ทำบอร์ดความรู้เรื่องโรคไข้เลือดออก ที่ ศสช. , บอร์ดความรู้ภายในชุมชน - เสี่ยงตามสาย - เเคเบิ้ลท้องถิ่น - แจกเอกสารแผ่นพับ	ประภาศรี, ดวงพร, พยาบาลครอบครัวประจำเขต	ทุกเดือน	- เสี่ยงตามสาย - รถโฆษณาเคลื่อนที่ - โทรโข่ง - เอกสารแผ่นพับ - โปสเตอร์ - ชุดนิทรรศการ	เกิดกิจกรรมทุกชุมชน (อย่างน้อย 1 กิจกรรม / 1 ครั้ง / 1 เดือน

เหตุและที่มาของปัญหา	วัตถุประสงค์	กิจกรรม / ขั้นตอนการปฏิบัติ	ผู้รับผิดชอบ	ระยะเวลา	ทรัพยากรที่ต้องการ	เครื่องชี้วัด / เป้าหมาย
		4.3 การประกวด “บ้านนี้ปลอดลูกน้ำยุงลาย” - อสส. แจกผลการสำรวจลูกน้ำยุงลายกับพยาบาลครอบครัวประจำเขต (โดย อสส. เ็นชื่อบัตรรับประกัน) ส่งต่อกองควบคุมโรค - กองควบคุมโรคออกสุ่มตรวจตามบ้าน	นิภาภรณ์, พยาบาลครอบครัวประจำเขต, พนักงานสุขภาพชุมชน กองควบคุมโรค สำนักอนามัย กทม.	1 – 30 มิ.ย.46 และ 1 – 31 ก.ค.46	บัตรรับประกันบ้านนี้ปลอดยุงลาย	เกิดกิจกรรมการประกวดบ้านนี้ปลอดลูกน้ำยุงลาย

แผน B : โครงการปัญหาเสพติด กทม. โซน7

สาเหตุและที่มา ของปัญหา	วัตถุประสงค์	กิจกรรมและขั้นตอนการปฏิบัติ	ผู้รับผิดชอบ	ระยะเวลา	ทรัพยากรที่ต้องการ	เครื่องชี้วัดและเป้าหมาย
จากการประชุมค้นหา ปัญหาในชุมชน และจัดลำดับ ความสำคัญของปัญหา ได้มี แนวคิดทำกิจกรรมในชุมชน เรื่อง ยาเสพติด ซึ่งเป็นปัญหา สำคัญในปัจจุบัน และยังเป็น หนทางเกิดการแพร่กระจาย ของเชื้อไวรัส HIV อีกด้วย	1. เพื่อให้ประชาชน ทราบแผนงานและแนว ทางการปฏิบัติพร้อมทั้ง มีส่วนร่วม 2. เพื่อให้ประชาชนมี ความรู้และความเข้าใจ เกี่ยวกับยาเสพติดและ โรคเอดส์ 3. เพื่อสร้างเจตคติที่ดี แก่เครือข่ายและผู้นำ ชุมชน 4. เพื่อให้ประชาชนมี ความรู้เกี่ยวกับช่องทาง ในการบำบัดยาเสพติด 5. เพื่อให้ประชาชน สามารถสร้างกลไก ความร่วมมือระหว่าง หน่วยงานต่างๆได้	1.โครงการเครือข่ายชุมชนต่อต้าน ยาเสพติด 1. การประชาสัมพันธ์เรื่องยาเสพติดและโรคเอดส์ 2. ให้ความรู้ในชุมชนเรื่องยาเสพติดและโรคเอดส์	ผู้แทนชุมชนทั้ง 6 ชุมชน (กรรมการ ชุมชน และ คณะ กรรมการ อสส. ศูนย์ฯ16), พยาบาล ครอบครัว, ควพร, ประภาศรี	4 มิ.ย. 46	Future board, เอกสาร- แผ่นพับ เครื่องขยายเสียง,	เด็กและเยาวชนรู้จักใช้เวลา ว่างให้เกิดประโยชน์และมีคุณค่าต่อตนเอง เกิดกิจกรรมกลุ่มสัมพันธ์ อย่างต่อเนื่องในชุมชน ชุมชนมีความรู้ในชุมชน เรื่องยาเสพติดและโรคเอดส์

สาเหตุและที่มา ของปัญหา	วัตถุประสงค์	กิจกรรมและขั้นตอนการปฏิบัติ	ผู้รับผิดชอบ	ระยะเวลา	ทรัพยากรที่ต้องการ	เครื่องชี้วัดและเป้าหมาย
		2. <u>โครงการศึกษาดูงาน</u> <u>“วัดพระบาทน้ำพุ”</u>	ผู้แทนชุมชนทั้ง 6 ชุมชน (กรรมการ ชุมชน และ คณะ กรรมการ อสส. ศูนย์ฯ 16), พยาบาล ครอบครัว, ประภาศรี	4 ก.ค. 46	งบสนับสนุนการ ศึกษาดูงานของกอง ควบคุมโรคเอดส์ สำนักงานมัย กทม.	ผู้แทนชุมชนเข้าร่วมศึกษาดูงาน ร้อยละ 60

สาเหตุและที่มา ของปัญหา	วัตถุประสงค์	กิจกรรมและขั้นตอนการปฏิบัติ	ผู้รับผิดชอบ	ระยะเวลา	ทรัพยากรที่ต้องการ	เครื่องชี้วัดและเป้าหมาย
		<u>3. แผนการประชาสัมพันธ์บริการ คลินิกยาเสพติด สบส. 16 และ การให้ ความรู้กับชุมชนในเรื่อง ยาเสพติด</u> <u>กิจกรรม</u> - ผู้แทนชุมชนให้คำแนะนำบริการของ ศูนย์ฯ 16 แก่ผู้ติดยาเสพติดที่กล้าเปิด เผย - จัดทำบอร์ดความรู้เรื่องการรักษาแบบ เมทธาโดนและจิตสังคมบำบัด (เผย แพร่ไว้ตลอด) - จัดทำบอร์ดความรู้เรื่องชนิดและพิษ ภัยของยาเสพติด (เผยแพร่ไว้ตลอด) - การเปิดเสียงตามสายเรื่องยาเสพติด (ทุกวันจันทร์ โดยเปิดเวลาที่ให้บริการ ในศูนย์สุขภาพ ชุมชนแต่ละแห่ง) - การถ่ายทอดความรู้เรื่องยาเสพติดทาง เคเบิลท้องถิ่น (เดือนละ 1 ครั้ง) - แจกเอกสารและแผ่นพับเรื่องพิษภัย ของ ยาเสพติด (มีเอกสารที่ ศสช. ทุกแห่ง)	ผู้แทนชุมชน วีระ, สังเวียน, สุรินทร์, นิธิ,อภิวัฒน์,พรหม สบส. 16 และ ร.พ.จุฬา (แพทย์ทิพย์, สุรางค์ รัตน์, วิไลวรรณ, ประภาศรี, ดวงพร, พรรษา, สุนีย์)	ทุกเดือน ทุกเดือน ทุกสัปดาห์ ทุกเดือน	บอร์ดที่ติดตั้งในชุมชน (ทุกพื้นที่ที่มีความ พร้อม) วัสดุอุปกรณ์ ได้แก่ ฟิวเจอร์บอร์ด, กระดาษโปสเตอร์, กระดาษกาว 2 หน้า แบบบาง, เทปและ วัสดุที่สนัเกี่ยวกับ ยาเสพติด (สำนักอนามัย กทม.) โปสเตอร์, เอกสาร, แผ่นพับ(กองยาเสพติด สนอ. กทม. ฝ่ายสุฯ ศึกษา ร.พ.จุฬา)	ประชาชนมีความรู้เรื่องยาเสพติดและทราบช่องทางบริการ คลินิกยาเสพติด สบส. 16ชุมชน

แผน B : โครงการปัญหาเสพติด กทม. โซน7

สาเหตุและที่มา ของปัญหา	วัตถุประสงค์	กิจกรรมและขั้นตอนการปฏิบัติ	ผู้รับผิดชอบ	ระยะเวลา	ทรัพยากรที่ต้องการ	เครื่องชี้วัดและเป้าหมาย
จากการประชุมค้นหา ปัญหาในชุมชน และจัดลำดับ ความสำคัญของปัญหา ได้มี แนวคิดทำกิจกรรมในชุมชน เรื่อง ยาเสพติด ซึ่งเป็นปัญหา สำคัญในปัจจุบัน และยังเป็น หนทางเกิดการแพร่กระจาย ของเชื้อไวรัส HIV อีกด้วย	1. เพื่อให้ประชาชน ทราบแผนงานและแนว ทางการปฏิบัติพร้อมทั้ง มีส่วนร่วม 2. เพื่อให้ประชาชนมี ความรู้และความเข้าใจ เกี่ยวกับยาเสพติดและ โรคเอดส์ 3. เพื่อสร้างเจตคติที่ดี แก่เครือข่ายและผู้นำ ชุมชน 4. เพื่อให้ประชาชนมี ความรู้เกี่ยวกับช่องทาง ในการบำบัดยาเสพติด 5. เพื่อให้ประชาชน สามารถสร้างกลไก ความร่วมมือระหว่าง หน่วยงานต่างๆได้	1.โครงการเครือข่ายชุมชนต่อต้าน ยาเสพติด 1. การประชาสัมพันธ์เรื่องยาเสพติดและโรคเอดส์ 2. ให้ความรู้ในชุมชนเรื่องยาเสพติดและโรคเอดส์	ผู้แทนชุมชนทั้ง 6 ชุมชน (กรรมการ ชุมชน และ คณะ กรรมการ อสส. ศูนย์ฯ16), พยาบาล ครอบครัว, ควพร, ประภาศรี	4 มิ.ย. 46	Future board, เอกสาร- แผ่นพับ เครื่องขยายเสียง,	เด็กและเยาวชนรู้จักใช้เวลา ว่างให้เกิดประโยชน์และมีคุณค่าต่อตนเอง เกิดกิจกรรมกลุ่มสัมพันธ์ อย่างต่อเนื่องในชุมชน ชุมชนมีความรู้ในชุมชน เรื่องยาเสพติดและโรคเอดส์

สาเหตุและที่มา ของปัญหา	วัตถุประสงค์	กิจกรรมและขั้นตอนการปฏิบัติ	ผู้รับผิดชอบ	ระยะเวลา	ทรัพยากรที่ต้องการ	เครื่องชี้วัดและเป้าหมาย
		2. <u>โครงการศึกษาดูงาน</u> <u>“วัดพระบาทน้ำพุ”</u>	ผู้แทนชุมชนทั้ง 6 ชุมชน (กรรมการ ชุมชน และ คณะ กรรมการ อสส. ศูนย์ฯ 16), พยาบาล ครอบครัว, ประภาศรี	4 ก.ค. 46	งบสนับสนุนการ ศึกษาดูงานของกอง ควบคุมโรคเอดส์ สำนักงานมัย กทม.	ผู้แทนชุมชนเข้าร่วมศึกษาดูงาน ร้อยละ 60

สาเหตุและที่มา ของปัญหา	วัตถุประสงค์	กิจกรรมและขั้นตอนการปฏิบัติ	ผู้รับผิดชอบ	ระยะเวลา	ทรัพยากรที่ต้องการ	เครื่องชี้วัดและเป้าหมาย
		3. แผนการประชาสัมพันธ์บริการ คลินิกยาเสพติด สบส. 16 และ การให้ ความรู้กับชุมชนในเรื่อง ยาเสพติด <u>กิจกรรม</u> - ผู้แทนชุมชนให้คำแนะนำบริการของ ศูนย์ฯ 16 แก่ผู้ติดยาเสพติดที่กล้าเปิด เผย - จัดทำบอร์ดความรู้เรื่องการรักษาแบบ เมทธาโดนและจิตสังคมบำบัด (เผย แพร่ไว้ตลอด) - จัดทำบอร์ดความรู้เรื่องชนิดและพิษ ภัยของยาเสพติด (เผยแพร่ไว้ตลอด) - การเปิดเสียงตามสายเรื่องยาเสพติด (ทุกวันจันทร์ โดยเปิดเวลาที่ให้บริการ ในศูนย์สุขภาพ ชุมชนแต่ละแห่ง) - การถ่ายทอดความรู้เรื่องยาเสพติดทาง เคเบิลท้องถิ่น (เดือนละ 1 ครั้ง) - แจกเอกสารและแผ่นพับเรื่องพิษภัย ของ ยาเสพติด (มีเอกสารที่ ศสช. ทุกแห่ง)	ผู้แทนชุมชน วีระ, สังเวียน, สุรินทร์, นิธิ,อภิวัฒน์,พรหม สบส. 16 และ ร.พ.จุฬา (แพทย์ทิพย์, สุรางค์ รัตน์, วิไลวรรณ, ประภาศรี, ดวงพร, พรรษา, สุนีย์)	ทุกเดือน ทุกเดือน ทุกสัปดาห์ ทุกเดือน	บอร์ดที่ติดตั้งในชุมชน (ทุกพื้นที่ที่มีความ พร้อม) วัสดุอุปกรณ์ ได้แก่ ฟิวเจอร์บอร์ด, กระดาษโปสเตอร์, กระดาษกาว 2 หน้า แบบบาง, เทปและ วัสดุที่สนัเกี่ยวกับ ยาเสพติด (สำนักอนามัย กทม.) โปสเตอร์, เอกสาร, แผ่นพับ(กองยาเสพติด สนอ. กทม. ฝ่ายสุฯ ศึกษา ร.พ.จุฬา)	ประชาชนมีความรู้เรื่องยาเสพติดและทราบช่องทางบริการ คลินิกยาเสพติด สบส. 16ชุมชน

แผน C : โครงการร่วมใจ พิชิตเหา

สาเหตุและที่มาของปัญหา	วัตถุประสงค์	กิจกรรม / ขั้นตอนการปฏิบัติ	ทรัพยากร	ผู้รับผิดชอบ	ระยะเวลา	เครื่องชี้วัดและเป้าหมาย
จากสภาพปัญหาสาธารณสุขและปัญหาทางด้านเศรษฐกิจที่ได้เปลี่ยนแปลงไปทำให้ครอบครัวและเยาวชนขาดความเอาใจใส่ในการดูแลสุขภาพอนามัยส่วนบุคคล จึงเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้เยาวชนเจ็บป่วยเป็นจำนวนมาก ซึ่งในปัจจุบันการรักษาความสะอาดส่วนบุคคลเป็นส่วนหนึ่งที่นักเรียนมักจะละเลยและรับผิดชอบการดูแลทำความสะอาดร่างกายให้สะอาดอยู่เสมอ จึงทำให้นักเรียนเกิดการเจ็บป่วยต่างๆ ตามมา เช่น โรคเหา โรคกลากเกลื้อน โรคฟื่นผุ เป็นต้น ซึ่งโรคต่างๆ เหล่านี้ทำให้นักเรียนเสียบุคลิกภาพและออกห่างจากสังคมเพื่อน ดังนั้น การดูแลสุขภาพส่วนบุคคลจึงเป็นสิ่งที่สำคัญสำหรับนักเรียนจากการจัดลำดับความสำคัญของปัญหาจากการประชุม กทม. โซน 7 ซึ่งคณะครูโรงเรียนในสังกัด	1. เพื่อให้นักเรียนมีความรู้ ความเข้าใจในการกำจัดเหา 2. เพื่อให้นักเรียนตระหนักถึงความสำคัญและมีเจตคติที่ดีต่อการป้องกันและกำจัดเหา 3. เพื่อให้นักเรียนมีการปฏิบัติตนที่ถูกต้องในการป้องกันและกำจัดเหา	1. <u>ขั้นเตรียมการ</u>		ปทุม, ประภาศรี	2, 3, 4 มิ.ย. 46	
		1.1 ประชุมคณะครูเพื่อให้ทราบหลักการที่จะให้ความสะดวกต่างๆ ส่งเสริมร่วมกันแก้ไขปัญหาและสนับสนุนกิจกรรมนักเรียนที่รับบริการ				
		1.2 แต่งตั้งคณะกรรมการดำเนินงาน		คณะครู	2, 3, 4 มิ.ย. 46	
		1.3 จัดหาอาสาสมัครสาธารณสุขมูลฐานโรงเรียนใหม่และทำการฝึกอบรม		ปทุม, คณะครู, ประภาศรี	17, 20, 24 มิ.ย.46	จำนวน อสร.ที่เข้าฝึกอบรม
		1.4 เตรียมอุปกรณ์ในการจัดนิทรรศการและการสอนสุขศึกษาความรู้เรื่อง “โรคเหา”	แผ่นพับ, ใบปลิว, เอกสารความรู้โรคเหา	ประภาศรี, CHW	พ.ค. 46	
		2. <u>ขั้นดำเนินการ</u>		ปทุม, ประภาศรี	19 พ.ค. 46	
		2.1 ชี้แจงให้คณะกรรมการดำเนินงานทราบและดำเนินการประชาสัมพันธ์				
		2.2 จัดนิทรรศการความรู้เรื่อง “โรคเหา”	นิทรรศการ	ประภาศรี, CHW	ทุกวันที่ 16	การตอบคำถามประจำเดือน
		2.3 ระบายเสียงตามสาย “สุขภาพ”	บทความสุขภาพ	ประภาศรี, อสร.	ทุกสัปดาห์	การตอบคำถามประจำเดือน
		2.4 สอนความรู้เรื่อง “โรคเหา”	คู่มือกำจัดเหา	ปทุม, ประภาศรี	เดือนละ 1 ครั้ง	นักเรียนมีความรู้ ตระหนักถึงความสำคัญและปฏิบัติตนในการป้องกันเหาได้

สาเหตุและที่มาของปัญหา	วัตถุประสงค์	กิจกรรม / ขั้นตอนการปฏิบัติ	ทรัพยากร	ผู้รับผิดชอบ	ระยะเวลา	เครื่องชี้วัดและเป้าหมาย
กรุงเทพมหานครได้เข้าร่วมประชุมได้ตระหนักถึงความสำคัญของโรคเหาเป็นโรคที่สำคัญโรคหนึ่งที่ทำให้นักเรียนเสียบุคลิกภาพ รบกวนการเรียนและเป็นที่ยรังเกียจแก่เพื่อนๆ จากปัญหาดังกล่าว ทางศูนย์บริการสาธารณสุข 16 ลุมพินี นำโดยพยาบาลอนามัยโรงเรียน นักสุขศึกษาร่วมกับคณะครูโรงเรียนสังกัดกรุงเทพมหานคร ได้จัดทำโครงการ “ร่วมใจ พิชิตเหา” ขึ้นเพื่อแก้ปัญหาเรื่องโรคเหาให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น		2.5 ตรวจและดำเนินการกำจัดเหา	อุปกรณ์กำจัดเหา	ปทุม, ประภาศรี, CHW	เดือนละ 1 ครั้ง	นักเรียนในโรงเรียนไม่เป็นเหา
		3. <u>สรุปผลการดำเนินงาน</u>		ปทุม, ประภาศรี	ทุกเดือน	บันทึกรายงานการกำจัดเหา เสนอ 1.ผู้อำนวยการโรงเรียน 2.ผู้อำนวยการศูนย์ฯ 16 ลุมพินี

แผนการดำเนินงานกิจกรรมร่วมใจ พิชิตเหา

กิจกรรม	เม.ย.46	พ.ค.46	มิ.ย.46	ก.ค.46	ส.ค.46	ก.ย.46	ต.ค.46	พ.ย.46	ธ.ค.46	ม.ค.47	ก.พ.47	มี.ค.47
1. ประชาสัมพันธ์การกำจัดเหาให้แก่ผู้ปกครองได้รับทราบ	30	1, 4										
2. ชี้แจงแนวทางและขั้นตอนการปฏิบัติงาน		19										
3. ทำการฝึกอบรมอาสาสมัครสาธารณสุขโรงเรียน			17,20,24									
4. ประชาสัมพันธ์และจัดเสียงตามสายรายการ “สุขภาพ”		←										→
5. จัดเตรียมอุปกรณ์ในการจัดนิทรรศการ “โรคเหา”		↔										
6. จัดนิทรรศการ “โรคเหา” ในโรงเรียนสังกัด กทม.		←				ทุกวัน	ที่ 16					→
7. ให้ความรู้เรื่อง “โรคเหา”				←								→
8. ดำเนินการตรวจเหา และทำการกำจัดเหา				←			เดือนละ	1 ครั้ง				→
10. ติดตามผู้ที่ยังเป็นโรคเหา										←	→	
11. ติดตามประเมินผล				←							→	
12. สรุปผลการดำเนินงาน												↔

แผน C : โครงการฟันแข็งแรง แบบยั่งยืน

สาเหตุและที่มาของปัญหา	วัตถุประสงค์	กิจกรรม / ขั้นตอนการปฏิบัติ	ทรัพยากร	ผู้รับผิดชอบ	ระยะเวลา	เครื่องชี้วัดและเป้าหมาย
จากการค้นหาปัญหาและจัดลำดับความสำคัญของปัญหา โดยมีผู้แทนจากชุมชน รวมทั้งผู้แทนจากโรงเรียนในสังกัดของกรุงเทพมหานคร พบว่า ปัญหาเรื่องสุขภาพในช่องปากยังคงเป็นปัญหาที่สำคัญที่สุดในการที่จะดำเนินการแก้ไขปัญหาด้านสุขภาพในโรงเรียน ซึ่งในปัจจุบันนักเรียนส่วนใหญ่ประสบปัญหาสุขภาพด้านเหงือกและฟัน เช่น ฟันผุ ฟันเก ฟันซ้อน เหงือกอักเสบ ซึ่งก่อให้เกิดผลเสียต่อบุคลิกภาพและการทำงานของระบบการย่อยอาหารของร่างกาย ซึ่งสาเหตุสำคัญอย่างหนึ่งของปัญหาเกิดจากนักเรียนขาดความรู้ความเข้าใจ มีเจตคติที่ไม่ถูกต้องต่อการดูแลสุขภาพของปากและฟัน ดังนั้น การดำเนินโครงการ “ฟันแข็งแรง แบบยั่งยืน” จึงเป็นแนวทางหนึ่งที่จะช่วยแก้ไขปัญหาด้านสุขภาพและส่งเสริมให้นักเรียนสนใจดูแลสุขภาพภายในช่องปากได้อย่างเหมาะสม	1.เพื่อให้เด็กนักเรียนมีความรู้เกี่ยวกับสุขภาพอนามัยช่องปากและโภชนาการที่ส่งเสริมสุขภาพเหงือกและฟัน 2.เพื่อให้เด็กนักเรียนมีเจตคติที่ถูกต้องในการดูแลสุขภาพเหงือกและฟัน 3.เพื่อให้เด็กนักเรียนมีทักษะในการแปรงฟันที่ถูกต้อง	1. <u>ขั้นเตรียมการ</u> 1.1 ประสานงานกับผู้บริหารของโรงเรียนสังกัดกรุงเทพมหานคร เพื่อชี้แจงแนวทางและขั้นตอนการปฏิบัติงาน		ปทุม, ประภาศรี	2, 3, 4 มิ.ย. 46	
		1.2 รับสมัครอาสาสมัครสาธารณสุขโรงเรียน		คณะครู	1 – 15 มิ.ย. 46	
		1.3 ประชาสัมพันธ์และจัดรายการเสียงตามสายด้านทันตสุขภาพ	บทความ	ประภาศรี, คณะครู, อสร.	ทุกสัปดาห์	การตอบคำถามประจำเดือน
		1.4 เตรียมนิทรรศการเรื่องเกี่ยวกับทันตสุขภาพ	โปสเตอร์, ฟิวเจอร์บอร์ด	ประภาศรี, CHW	พ.ค. 46	
		2. <u>ขั้นดำเนินการ</u> 2.1 จัดนิทรรศการเรื่องเกี่ยวกับทันตสุขภาพ	นิทรรศการ	ประภาศรี, CHW	ทุกวันที่ 16	การตอบคำถามประจำเดือน
		2.2 ทำการอบรม อาสาสมัครสาธารณสุขโรงเรียนเรื่องสุขภาพอนามัยและการดูแลสุขภาพอนามัยในช่องปาก	คู่มือ อสร.	ปทุม, ประภาศรี, CHW	17, 20, 24 มิ.ย. 46	จำนวน อสร.ที่เข้าฝึกอบรม
		2.3 สอนสุขศึกษาเรื่อง “ทันตสุขภาพ”	ภาพพลิก, Pre-Post test	ปทุม, ประภาศรี	เดือนละ 1 ครั้ง	นักเรียนมีความรู้ ตระหนักถึงความสำคัญและปฏิบัติตนในการป้องกันฟันผุได้

สาเหตุและที่มาของปัญหา	วัตถุประสงค์	กิจกรรม / ขั้นตอนการปฏิบัติ	ทรัพยากร	ผู้รับผิดชอบ	ระยะเวลา	เครื่องชี้วัดและเป้าหมาย
		2.4 ดำเนินการสำรวจสภาวะอนามัยในช่องปากของนักเรียนทุกคนและทำหนังสือขออนุญาตผู้ปกครอง	หนังสือขออนุญาต	<u>ทันตแพทย์</u> , ประกาศรี	2 – 4 ก.ค.46	
		2.5 ดำเนินการบำบัดรักษา ชั้นอนุบาล ทำการเคลือบฟลูออไรด์ ชั้น ป.6, ป.5, ป.4, ป.3, ป.2, ป.1 โดยรับนักเรียนไปรักษาที่คลินิกทันตกรรมศูนย์ฯ 16 ลุมพินี	เอกสาร แผ่นพับ	<u>ทันตแพทย์</u> , <u>ผู้ช่วยทันตฯ</u> , ประกาศรี	มิ.ย. – ธ.ค. 46	1. ชั้นอนุบาลได้รับการเคลือบฟลูออไรด์ทุกคน 2. นักเรียนทุกคนได้รับการบำบัดรักษาทางทันตกรรม
		2.7 ทำการติดตามผู้ที่ยังไม่ได้รับการรักษาให้ได้รับการรักษา		<u>ประกาศรี</u> , คณะครู	ม.ค. – ก.พ.47	จำนวนนักเรียนที่มีฟันผุได้รับการบำบัดเพิ่มขึ้น
		2.8 ประเมินสุขภาพเหงือกและฟันประจำปี	เกียรติบัตร	<u>คณะครู</u> , ปทุม	ปีละ 1 ครั้ง	นักเรียนตระหนักถึงความสำคัญในการรักษาสุขภาพฟัน
		3. <u>สรุปผลการดำเนินงาน</u>		<u>ปทุม</u> , ประกาศรี	มี.ค. 47	บันทึกรายงานการตรวจสุขภาพฟันและการบำบัดรักษา เสนอ 1. ผู้อำนวยการโรงเรียน 2. ผู้อำนวยการศูนย์ฯ 16 ลุมพินี

แผนการดำเนินงานกิจกรรมฟันแข็งแรง แบบยั่งยืน

กิจกรรม	เม.ย.46	พ.ค.46	มิ.ย.46	ก.ค.46	ส.ค.46	ก.ย.46	ต.ค.46	พ.ย.46	ธ.ค.46	ม.ค.47	ก.พ.47	มี.ค.47
1. ประชาสัมพันธ์การดูแลสุขภาพอนามัยในช่องปากให้แก่ผู้ปกครองได้รับทราบ	30	1, 4										
2.ชี้แจงแนวทางและขั้นตอนการปฏิบัติงาน		19										
3. ทำการฝึกอบรมอาสาสมัครสาธารณสุขโรงเรียน			17,20,24									
4. ประชาสัมพันธ์และจัดเสียงตามสาย “ทันตสุขภาพ”		←										→
5. จัดเตรียมอุปกรณ์ในการจัดนิทรรศการ “ทันตสุขภาพ”		↔										
6. จัดนิทรรศการ “ทันตสุขภาพ” ในโรงเรียนสังกัด กทม.		←				ทุกวัน	ที่ 16					→
7. ให้ความรู้เรื่อง “ทันตสุขภาพ”				←								→
8. จัดสถานที่และทำการแปรงฟันหลังอาหาร				←								→
9. ดำเนินการตรวจสุขภาพฟัน และทำหนังสือขออนุญาต				2, 3, 4								
10. ให้การบำบัดรักษาสุขภาพอนามัยในช่องปาก				←								→
11. ติดตามผู้ที่ยังไม่ได้รับการรักษา										←	→	
12. ติดตามประเมินผล				←							→	
13. สรุปผลการดำเนินงาน												↔

แผน D : โครงการการดำเนินการขยายช่องทางบริการ

[illegible]

หลักการ / แนวคิด	วัตถุประสงค์	พื้นที่ดำเนินการ	ผู้รับผิดชอบ	ทรัพยากร	ระยะเวลา	ตัวชี้วัด
		2.8 ศาลพระพรหม จรด ร.ร.มาแตร์เดอี 2.9 ตรงข้างตึก Q House – หจก. ป่วยทีเชอร์วิส 2.10 สถานทูตอังกฤษ – รร.ฮิวตัน จรดอาคารนายเลิศ 2.11 เฟลิจิตาเขตจรดทางด่วน – คลองแสนแสบ 2.12 อาคารอัลมาลิกซ์ จรดเซ็นทรัล ซิดลม - คลองแสนแสบ			6 – 7 ส.ค. 46 11 ส.ค. 46 13 – 14 ส.ค. 46 18 – 19 ส.ค. 46 20 ส.ค. 46 21 ส.ค. 46, 25 ส.ค. 46	

ภาคผนวก

ภาคผนวก ค.

: คุณสมบัติและบทบาทของบุคลากรในระบบบริการ

สุขภาพชุมชน

บทบาทและหน้าที่พยาบาลชุมชน (Family nurse)

1. วางแผนการปฏิบัติงาน
2. มอบหมายงานกำกับดูแลติดตามและประเมินผลการปฏิบัติงานของพนักงานสุขภาพชุมชน
3. ให้คำแนะนำช่วยเหลือพนักงานสุขภาพชุมชน
4. ให้การดูแลสุขภาพแก่บุคคล ครอบครัว และชุมชน ที่อยู่ในภาวะสุขภาพดี ภาวะเสี่ยง ผู้ป่วยเรื้อรัง และการฟื้นฟูสภาพทั้งในชุมชนและในสถานบริการ
5. ให้การดูแล ป้องกัน แก้ไขปัญหาของชุมชนตามสภาพปัญหาที่จะส่งผลให้ประชาชนทุกกลุ่มมีการดำเนินชีวิตได้อย่างเหมาะสมแลปกตสุขภาพ
6. ให้ความรู้ทางสุขภาพ ให้คำปรึกษาแนะนำ
7. ประสานงานกับบุคลากรหรือหน่วยงานต่างๆที่เกี่ยวข้องในการดูแลบุคคล ครอบครัว และชุมชน
8. เป็นผู้บริหาร ผู้จัดการดูแลผู้รับบริการ
9. เป็นผู้พิทักษ์สิทธิในทุกกลุ่มอายุ
10. เป็นวิทยากรด้านสุขภาพให้แก่หน่วยงานอื่นๆเช่น โรงงาน โรงเรียน สถานบริการ
11. ประเมินผลการบริการ จัดทำรายงาน

คุณสมบัติของพยาบาลชุมชน (Job specification)

ความรู้	- ปริญญาตรีสาขาการพยาบาล
ทักษะ	- มีทักษะการปฏิบัติการพยาบาลของคลินิกและชุมชน
	- มีความสามารถในการติดตติดต่อสารและถ่ายทอดความรู้ด้านสุขภาพ
เจตคติ	- มีวิสัยทัศน์
	- มีความอดทน ยึดหยุ่นในการปฏิบัติงาน
	- มีมนุษยสัมพันธ์ที่ดี
	- มีทัศนคติที่ดีต่อวิชาชีพ ผู้ร่วมงาน และผู้รับบริการ

บทบาทและหน้าที่พนักงานสุขภาพชุมชน

(Community health worker)

1. ช่วยดูแลสุขภาพบุคคล ครอบครัว และชุมชนที่อยู่ในภาวะสุขภาพดี ภาวะเสี่ยง และผู้ป่วยที่ไม่รุนแรง ภายใต้การกำกับดูแลของพยาบาลชุมชน
2. ช่วยสำรวจ รวบรวมบันทึกข้อมูลเบื้องต้นของบุคคล ครอบครัว และชุมชน
3. วางแผนปฏิบัติงานตามที่ได้รับมอบหมายในแต่ละวัน
4. ช่วยปฏิบัติงานคลินิกต่างๆในภาคปายตามที่ได้รับมอบหมาย
5. ช่วยติดต่อประสานงานและประชาสัมพันธ์กิจกรรมต่างๆในชุมชน

คุณสมบัติของพนักงานสุขภาพชุมชน

(Job specification)

ความรู้	- มีความรู้ขั้นต่ำระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย
ทักษะ	- มีความสามารถในการติดต่อ สื่อสารกับบุคคล ครอบครัว และชุมชน
	- มีความสามารถในการให้บริการเบื้องต้นแก่ผู้รับบริการ
เจตคติ	- มีมนุษยสัมพันธ์ที่ดี
	- มีทัศนคติที่ดีต่องาน ผู้ร่วมงานและผู้รับบริการ
	- มีความตั้งใจ อดทน และรับผิดชอบในการปฏิบัติงาน

บทบาทแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว (Family Doctors)

1. ตรวจรักษาผู้ป่วยทั้ง Emergency care, Acute care, และ Chronic care
2. ให้บริการการดูแลด้านจิตวิทยาสังคม (Psycho-social care) ควบคู่ไปกับด้านชีวการแพทย์ (Bio-medical care)
3. เน้นให้คำปรึกษาและค้นหาศักยภาพของผู้ป่วย เพื่อให้เกิดการดูแลตนเอง (Self care)
4. ร่วมกับทีมสุขภาพกำหนดแนวทางการบริการด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค รวมถึงการค้นหา / คัดกรองผู้ป่วยในระยะเริ่มแรกอย่างมีมาตรฐาน
5. ร่วมกับทีมสุขภาพรับผิดชอบผู้ป่วย ครอบครัว และชุมชนในเขตบริการ (Universal Coverage) เช่นการออกเยี่ยมบ้านผู้ป่วยตามปัญหาและความเสี่ยง, บริการให้คำปรึกษา หรืออย่างน้อยที่สุด เพื่อสร้างสัมพันธภาพ รู้จักและเข้าใจผู้ป่วยและครอบครัว เป็นพื้นฐานในการบริการอย่างต่อเนื่อง
6. ติดตามเยี่ยมผู้ป่วยที่ได้รับการส่งต่อมานอนรักษาตัว (admit) ที่โรงพยาบาล เพื่อแลกเปลี่ยนข้อมูล กับแพทย์เฉพาะทางและพยาบาลในโรงพยาบาล ลดปัญหาการสื่อสารระหว่างแพทย์และผู้ป่วย / ญาติ
7. ร่วมกับทีมสุขภาพจัดกิจกรรม รณรงค์ส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรค การดูแลสุขภาพตนเอง และฟื้นฟูสุขภาพ ตามปัญหาและความเสี่ยงในชุมชน
8. ร่วมกับทีมสุขภาพจัดทำระบบข้อมูลผู้ป่วยและครอบครัว (Family folder) เพื่อการบริการอย่างเป็นองค์รวมและต่อเนื่อง
9. เป็นแกนนำในการจัดทำมาตรฐานในการให้บริการ และพัฒนาคุณภาพการบริการ และจัด On the job training ให้พยาบาลและทีมเจ้าพนักงานชุมชนอย่างสม่ำเสมอ

คุณสมบัติของแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว

(Job specification)

ความรู้	- ปริญญาตรีสาขาแพทยศาสตรบัณฑิต - ผ่านการเพิ่มพูนทักษะ - วุฒิบัตร/อนุมัติบัตรผู้เชี่ยวชาญสาขาเวชศาสตร์ครอบครัว
ทักษะ	- มีทักษะการปฏิบัติการแพทย์ทั้งด้านคลินิกและชุมชน - มีทักษะความเป็นผู้นำที่ดี - มีความสามารถในการติดตีสื่อสารและถ่ายทอดความรู้ด้านสุขภาพ - มีความสามารถในการประสานงานกับหน่วยงานต่างๆ ทั้งภาครัฐและเอกชน ในการให้ความช่วยเหลือแก้ไขปัญหา
เจตคติ	- มีวิสัยทัศน์ - มีมนุษยสัมพันธ์ที่ดี - มีทัศนคติที่ดีต่อวิชาชีพ ผู้ร่วมงาน และผู้รับบริการ - มีความอดทน และตั้งใจในการปฏิบัติงาน

บทบาทและหน้าที่นักกายภาพบำบัด (Physical therapist)

งานกายภาพบำบัดเป็นส่วนหนึ่งที่สำคัญในระบบการบริการด้านสุขภาพทางการแพทย์ นักกายภาพบำบัดปฏิบัติการระกกิจอย่างวิชาชีพอิสระร่วมกับวิชาชีพสาขาต่างๆ โดยปฏิบัติงานตามหลักจรรยาบรรณแห่งวิชาชีพ

I. งานด้านการรักษาและการฟื้นฟูสภาพ

1. ตรวจประเมินทางกายภาพบำบัดในผู้ป่วยที่พ้นจิดอันตราย (Emergency crisis) แล้ว
2. มีส่วนร่วมในการตั้งเป้าหมาย (Goal) ในการรักษา และวางแผนการรักษาให้แก่บุคลากรในทีม
3. ให้การรักษาผู้ป่วยด้วยวิธีการทางกายภาพ (Physics) ได้แก่ การใช้เครื่องมือทางไฟฟ้า เช่น Ultrasound ,Electrotherapy ,Diathermy ,Traction ,Cryotherapy ,Hydrotherapy เป็นต้น การนวด ดัด ดึง ,ให้โปรแกรมการออกกำลังกาย ,การฝึกผู้ป่วยทำกิจวัตรประจำวันทีบกพร่องไป
4. ประเมินผลการรักษา และตรวจผู้ป่วยซ้ำเป็นระยะๆ เพื่อติดตามผลการรักษา
5. รับผิดชอบในการบริหารบุคลากรในทีม
6. ให้คำปรึกษาด้านกายอุปกรณ์เสริม(orthoses) อุปกรณ์เทียม (prostheses) และ อุปกรณ์ช่วยเดิน (Walking aids)
7. เป็นส่วนหนึ่งในการประชุมกลุ่มสหสาขาวิชาชีพ (Multidisciplinary conference)
8. ประสานงานกับบุคลากรหรือหน่วยงานต่างๆที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วย

ขอบเขตงานกายภาพบำบัด

1. กลุ่ม Neuromuscular disorders เช่น อัมพาตจากโรคหลอดเลือดสมอง (stroke) สมองพิการ (cerebral palsy) บาดเจ็บไขสันหลัง (spinal cord injury) เส้นประสาทผิดปกติ เช่น nerve injury ,nerve entrapment เป็นต้น
2. กลุ่ม Musculoskeletal disorders เช่น tendinitis ,bursitis ,osteoarthritis ,fracture เป็นต้น
3. กลุ่ม Amputee เช่น Above knee
4. กลุ่ม Cardiopulmonary disorders เช่น COPD ,asthma ,pneumonia เป็นต้น
5. กลุ่ม Miscellaneous เช่น มะเร็ง ,ไตวายเรื้อรัง เป็นต้น

II. งานด้านการส่งเสริมและการป้องกัน

1. ขยายงานบริการสู่ชุมชนในระดับครอบครัวโดยการเยี่ยมผู้ป่วยตามบ้าน
2. ให้คำปรึกษาแนะนำทางกายภาพบำบัด เช่น วิธีการออกกำลังกายที่เหมาะสมแก่บุคคลในภาวะต่างๆ ,การป้องกันภาวะปวดตามส่วนต่างๆของร่างกายจากการทำงานที่ผิดท่าทาง และวิธีการป้องกันการบาดเจ็บจากการเล่นกีฬา
3. เป็นส่วนหนึ่งในทีมรณรงค์จัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพในชุมชน
4. มีส่วนร่วมในการให้ข้อมูลและติดต่อประสานงานหน่วยงานต่างๆที่เกี่ยวข้องเพื่อใช้ในการผลิตสื่อเผยแพร่แก่ประชาชน

คุณสมบัติของนักกายภาพบำบัด

(Job specification)

ความรู้	-	ได้รับวุฒิการศึกษา ปริญญาตรีวิทยาศาสตร์บัณฑิต สาขากายภาพบำบัด
ทักษะ	-	ได้รับใบประกอบโรคศิลปะประกอบวิชาชีพภายใต้พระราชบัญญัติการประกอบโรคศิลปะและปฏิบัติงานอยู่ในจรรยาบรรณวิชาชีพกายภาพบำบัดของสมาคมกายภาพบำบัดแห่งประเทศไทย
เจตคติ	-	มีเจตคติที่ดีต่อวิชาชีพและงานบริการด้านสาธารณสุขในชุมชน
	-	มีทัศนคติและมนุษยสัมพันธ์ที่ดีต่อผู้ร่วมงาน

บทบาทและหน้าที่นักสังคมสงเคราะห์ (Social worker)

1. ให้คำปรึกษาแนะนำช่วยเหลือผู้มีปัญหา ในทุกวัย ทุกเพศอายุ เพื่อคลี่คลายปัญหาโดยใช้หลักการสังคมสงเคราะห์พยายามให้เขาช่วยเหลือตนเองได้ ในที่สุดไม่ต้องพึ่งพาผู้อื่น และพิทักษ์สิทธิเด็ก ผู้สูงอายุ และด้อยโอกาสได้เข้าถึงบริการทางสังคม
2. ให้ความรู้ในการช่วยเหลือสังคม ป้องกันและปกป้องคุ้มครองประชาชนทุกกลุ่มเป้าหมาย ให้การส่งเสริมสร้าง สังคม ประชาชนและครอบครัวให้เกิดการพึ่งพาตนเองได้ และมีความเข้มแข็ง
3. ช่วยสำรวจ ร่วมวางแผนกับผู้ร่วมงานในสหสาขาวิชาชีพ เพื่อให้การดำเนินงานบรรลุเป้าหมายตามวัตถุประสงค์ อย่างมีประสิทธิภาพ
4. ประสานงานกับหน่วยงานอื่นๆที่เกี่ยวข้องทั้งภาครัฐและเอกชน
5. ร่วมประชุมปรึกษา วางแผนในการปฏิบัติงานให้เกิดประสิทธิภาพและประสิทธิผลในการทำงาน ให้บรรลุวัตถุประสงค์
6. รวบรวม ประเมินผลงานที่ได้ปฏิบัติ

คุณสมบัติของนักสังคมสงเคราะห์ (Job specification)

ความรู้	-	ปริญญาตรีทางสังคมสงเคราะห์
ทักษะ	-	มีวิสัยทัศน์
	-	มีทักษะในการปฏิบัติงาน
	-	มีความสามารถในการติดต่อประสานงานทั้งภาครัฐและเอกชนในการให้ความช่วยเหลือแก้ไขปัญหา
เจตคติ	-	มีมนุษยสัมพันธ์ที่ดี
	-	มีทัศนคติที่ดีต่อวิชาชีพ
	-	มีความอดทน และตั้งใจในการปฏิบัติงาน

บทบาทและหน้าที่นักสุขภาพศึกษา (Health Educator)

ดำเนินงานสุขภาพศึกษา โดยการพัฒนาวิชาการ ระบบ รูปแบบหรือกระบวนการสุขภาพศึกษา ทำการศึกษาหารูปแบบ วิธีการเฝ้าระวังพฤติกรรมสุขภาพและพัฒนาเทคโนโลยีและสื่อสุขภาพศึกษาแก่ประชาชนกลุ่มเป้าหมาย พัฒนาระบบการถ่ายทอดความรู้ให้แก่ประชาชนทุกกลุ่มเป้าหมายให้ครอบคลุมและทั่วถึงในทุกระดับ เผยแพร่ข้อมูลข่าวสารทางสุขภาพผ่านทางสื่อมวลชนทุกสาขา สื่ออิเล็กทรอนิกส์ให้ประชาชนมีความรู้และทักษะในการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพให้เหมาะสม เพื่อส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ทั้งระดับบุคคล ครอบครัวและชุมชน ตลอดจนมีส่วนร่วมในการแก้ปัญหาสาธารณสุขของชุมชน

หน้าที่ของนักสุขภาพศึกษา

1. พัฒนาวิชาการ ระบบ และการดำเนินงานด้านสุขภาพศึกษา รวมทั้งพฤติกรรมสุขภาพแก่กลุ่มงานต่างๆ ในหน่วยงานและหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้อง
2. เป็นศูนย์กลางในการพัฒนา ผลิต และสนับสนุน เทคโนโลยีสารสนเทศด้านสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพ พัฒนาระบบและเครือข่ายข้อมูลข่าวสารเพื่อการบริหาร การบริการและการประชาสัมพันธ์เผยแพร่ข่าวสารความรู้ เพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพแก่กลุ่มงานต่างๆ ในหน่วยงานและหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้อง
3. เผยแพร่ข้อมูลข่าวสารความรู้โดยผสมผสานการใช้สื่อและช่องทางที่เหมาะสมสอดคล้องกับเทคโนโลยีการสื่อสารและวิถีชีวิตของกลุ่มเป้าหมายทั้งในสื่ออิเล็กทรอนิกส์ สื่อสิ่งพิมพ์ สื่อโทรคมนาคม สื่อท้องถิ่น เป็นต้น
4. ประสานความร่วมมือระหว่างองค์กรภาครัฐ องค์กรเอกชน และองค์กรประชาชน เพื่อสนับสนุนการดำเนินงานสุขภาพศึกษาและพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ
5. ส่งเสริมสนับสนุนการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนทั้งในระดับบุคคลและครอบครัวให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม ทั้งในสถานศึกษา ชุมชน สถานบริการ สาธารณสุข และสถานประกอบการ

คุณสมบัติของนักสุขศึกษา

(Job specification)

ระดับการศึกษา	- ปริญญาตรี สาขา การพยาบาล - ปริญญาโท สาขา สุขศึกษา
ทักษะ	- มีเทคนิคหรือกลวิธีทางสุขศึกษาที่สามารถนำไปใช้ได้ - มีความสามารถในการผลิตและใช้สื่อได้หลายรูปแบบ - มีทักษะในการสื่อสาร - มีทักษะในการปฏิบัติการด้านการพยาบาล
เจตคติ	- มีใจรักในงานสุขศึกษาและพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ - มีความมานะ อดทน ขยัน เพื่อที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพของปัจเจกบุคคล - ประชาชน คือ บุคคลในครอบครัว (การมีมนุษยสัมพันธ์ที่ดี)

สารบัญตาราง

	หน้า
ตารางที่1	
จำนวนประชากรสูงอายุ (ร้อยละ) ที่คาดว่าจะมีปัญหาดูแลสุขภาพ การพึ่งพาในการดูแล ผู้หลักชณะส่วนตน และกลุ่มอาการสมองเสื่อมในปี พ.ศ.2543, 2548, 2553, 2558, 2563, 2568 และ 2573 จำแนกตามเพศ	23
ตารางที่2	
กิจกรรมบริการที่รุกเข้าถึงบ้านในระบบบริการสุขภาพชุมชนที่พัฒนาขึ้น	44
ตารางที่3	
ช่องทางเข้าถึงระบบสุขภาพภายใต้ระบบบริการชุมชนที่พัฒนาขึ้น	54
ตารางที่4	
ขั้นตอนของการดำเนินการด้านกิจกรรมชุมชน	55
ตารางที่5	
ประเด็นและลำดับความสำคัญของปัญหา-ประเด็นปัญหาสุขภาพที่ได้จากการสัมมนาเชิงปฏิบัติ การในการดำเนินการระบบบริการสุขภาพชุมชนที่พัฒนา	58

สารบัญรูปภาพ

	หน้า
รูปที่ 1 โครงสร้างประชากรของประเทศไทยในปีพ.ศ. 2503,2523,2543,และ2563	19
รูปที่ 2 ระบบสุขภาพและระบบย่อยที่เป็นอยู่จริงในสังคมไทย	25
รูปที่ 3 สาธารณสุขมูลฐาน	26
รูปที่ 4 บทบาทของการบริการระดับปฐมภูมิในสาธารณสุขมูลฐาน	27
รูปที่ 5 โครงสร้างการบริการของโครงการเซส	34
รูปที่ 6 วงจรชีวิตของมนุษย์เมื่อพิจารณาจากสมรรถภาพและการดำรงชีวิตอย่างอิสระ	36
รูปที่ 7 มโนทัศน์ของการสร้างช่องทางการเข้าถึงการบริการ (Channels of contact) ที่สอดคล้องกับ ความจำเป็นของกลุ่มประชากร	39
รูปที่ 8 โครงสร้างระบบบริการสุขภาพชุมชน (Syatem dynamic) และความเชื่อมโยง	43
รูปที่ 9 รูปแบบการเชื่อมโยงในมุมมองของกลุ่มงาน กลุ่มสาขาวิชาชีพ และหน่วยบริการ	48
รูปที่ 10 ความสัมพันธ์ระหว่าง “ความยากจน” “ความไม่รู้” และความเจ็บป่วย	50
รูปที่ 11 ความเชื่อมโยงระหว่างบริการในระบบบริการสุขภาพชุมชนที่พัฒนาขึ้น	53
รูปที่ 12 “แผนที่การพัฒนา” (Program Evaluation and Review Technique - PERT) เพื่อการ บริหารโครงการกรุงเทพ 7	81