

คู่มือ การปฏิบัติงานศูนย์ดูแลต่อเนื่อง

งานเยี่ยมบ้าน กลุ่มการพยาบาล
โรงพยาบาลจุน



คำนำ

คู่มือการปฏิบัติงานศูนย์ดูแลต่อเนื่อง เล่มนี้จัดทำขึ้นเพื่อให้เจ้าหน้าที่ บุคลากรเครือข่าย
สุขภาพอำเภอจุน ได้ศึกษาและเป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องจากโรงพยาบาลถึงชุมชน ให้เป็นในแนว
ปฏิบัติไปในทิศทางเดียวกัน โดยเน้นให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองที่บ้านได้อย่างมีคุณภาพไม่มีภาวะแทรกซ้อน
และปลอดภัย

งานเยี่ยมบ้าน กลุ่มงานการพยาบาล
โรงพยาบาลจุน

สารบัญ

เรื่อง	หน้า
คำนำ	ก
สารบัญ	ข
บทบาทหน้าที่	๑
ขั้นตอนการปฏิบัติ	๑
แนวทางการจัดบริการดูแลต่อเนื่อง	๒
การจัดลำดับความสำคัญในการดูแลโดยการติดตามเยี่ยมดูแลต่อเนื่อง	๓
ตัวชี้วัด ศูนย์การดูแลต่อเนื่อง (COC) และการเยี่ยมบ้าน	๓
โครงสร้างระบบประสานงาน/ความร่วมมือเกี่ยวกับระบบการดูแลต่อเนื่อง	๔
โรงพยาบาลชุมชนและเครือข่ายบริการสุขภาพ	
ระบบการส่งต่อและแนวทางเยี่ยมบ้าน เครือข่ายสุขภาพอำเภอ	๖
เกณฑ์การประเมินผู้ป่วย Home ward care เครือข่ายสุขภาพอำเภอ	๗
การจำแนกประเภทผู้ป่วย	๑๑
เอกสาร COC No.๑	๑๒
เอกสาร COC No.๒	๑๓
เอกสาร COC No.๓	๑๕
เอกสาร COC No.๔	๑๖
เอกสาร COC No.๕	๑๗
เอกสาร COC No.๖	๑๘
เอกสาร COC No.๗	๒๐
เอกสาร COC No.๘	๒๒
เอกสาร COC No.๙	๒๓
เอกสาร COC No.๑๐	๒๔
แนวทางการดูแลผลกตทัตตามระดับความเสี่ยง	๒๕
เอกสาร COC No.๑๑	๒๖
เอกสาร COC No.๑๒	๒๗
เอกสาร COC No.๑๓	๒๘
เอกสาร COC No.๑๔	๓๐
เอกสาร COC No.๑๕	๓๑
เอกสาร COC No.๑๖	๓๓
ระดับแรงจูงใจ ขวัญกำลังใจและความพึงพอใจในการทำงานของทีมเยี่ยมบ้าน	๓๔
ผู้ให้การดูแลผู้ป่วยที่บ้าน	
ความพึงพอใจในงาน ความคิดจะขอปรับเปลี่ยน/ย้ายหรือลาออกจากงาน	
การดูแลผู้ป่วยที่บ้าน	๓๖

ศูนย์ดูแลต่อเนื่อง (Continuity of care: COC) โรงพยาบาลจุฬ

การดูแลต่อเนื่อง : การเชื่อมต่อนอกจากโรงพยาบาลถึงชุมชน (Continuity of care: COC)

โรงพยาบาลจุฬ จัดตั้งศูนย์ดูแลต่อเนื่อง แยกเป็นสัดส่วนอยู่ภายในตึกผู้ป่วยใน อยู่ภายใต้โครงสร้างของกลุ่มการพยาบาล มีบุคลากรพยาบาลวิชาชีพที่รับผิดชอบ ๑ คน เป็นหัวหน้างานศูนย์ COC และมีคณะกรรมการทำหน้าที่ประสานงานการส่งต่อจาก รพท./รพศ./รพช. เพื่อรับผู้ป่วยจะกลับไปรักษาต่อเนื่องใกล้บ้าน และกำหนดการออกเยี่ยมบ้านครั้งแรกตามประเภทผู้ป่วยและความซับซ้อนโดยทีมสหสาขาและทีมหมอครอบครัว (มอค.) หลังจากจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล เพื่อดำเนินการให้เกิดเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องไร้รอยต่อ

๑. บทบาทหน้าที่

เป็นศูนย์กลางดำเนินงานและวางระบบการควบคุมกำกับในระดับอำเภอ มีการวางแผนการจำหน่าย (Discharge Plan) การเตรียมผู้ป่วยและญาติ เพื่อกลับไปดูแลและฟื้นฟูที่บ้านโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ ร่วมกันฝึกให้ผู้ป่วยและญาติเกิดทักษะที่จะดูแลตนเองที่บ้านและชุมชนเพื่อวางแผนการดูแลคนไข้ต่อเนื่องกับพยาบาล/เจ้าหน้าที่สาธารณสุข (รพ.สต.) และทีมหมอครอบครัว (มอค.) และนำข้อมูลตามตัวชี้วัดมาวิเคราะห์ เพื่อเทียบเคียงและหาโอกาสพัฒนาอย่างต่อเนื่อง (CQI) ในระดับโรงพยาบาลชุมชน

โดยกำหนดบทบาทหน้าที่ของศูนย์ดูแลผู้ป่วยต่อเนื่อง (Continuity of care: COC) โรงพยาบาล ดังนี้

๑. ประสานความร่วมมือ/การส่งต่อข้อมูลการเยี่ยมบ้าน/แผนการดูแลต่อเนื่องกับทีมสุขภาพที่เกี่ยวข้องทั้งภายในและภายนอกองค์กรในการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่อง
๒. จำแนกประเภทผู้ป่วย/กลุ่มผู้ป่วย เพื่อจัดทีมให้บริการการดูแลต่อเนื่อง ตามข้อบ่งชี้ผู้ป่วย (Criteria) และประเมินตามเกณฑ์ Discharge Plan Score
๓. ร่วมติดตามเยี่ยมบ้านโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ/ทีมหมอครอบครัว ในพื้นที่ที่ได้รับมอบหมาย
๔. จัดตั้งศูนย์อุปกรณ์ทางการแพทย์เพื่อใช้กับผู้ป่วยที่บ้าน
๕. สรุปวิเคราะห์ผลการดำเนินงานและปัญหา ตัวชี้วัด ติดตามรายงาน/ผลการดูแลผู้ป่วยในชุมชน รวมทั้งผู้ป่วยที่ส่งต่อ (refer) เพื่อประสานการดูแล/จัดการประชุมเพื่อทบทวนการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องในรายที่มีปัญหาซับซ้อนและผลการดูแลไม่ดีขึ้น
๖. จัดทำฐานข้อมูลเกี่ยวกับระบบ/กระบวนการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่อง ผลการดำเนินการเยี่ยมและรายงานให้กับทีม/หน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อนำไปใช้ประโยชน์ในการพัฒนาระบบ/งานที่เกี่ยวข้อง

วางแผนการพัฒนารูปแบบการดูแลต่อเนื่อง การเชื่อมจุดต่อจากโรงพยาบาลถึงบ้าน

นำข้อมูลที่ได้จาก หน่วยงานภายในโรงพยาบาล/รพ.สต. เครือข่าย มาพิจารณาวิเคราะห์เพื่อวางแผนการพัฒนาคุณภาพหน่วยบริการในภาพรวมของอำเภอ สร้างขบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ โดยมีการประสานความร่วมมือระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพ และ รพ.สต. เครือข่าย เน้นมีส่วนร่วมของชุมชนและภาคีเครือข่าย จัดทำแนวทาง/คู่มือพัฒนาระบบการดูแลต่อเนื่องการเชื่อมจุดต่อจากโรงพยาบาลถึงบ้าน และการส่งต่อในเครือข่ายบริการ และจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในเครือข่ายอำเภอทุกปี เพื่อสนับสนุน/กระตุ้นให้เกิดการรวมตัวของคนทำงานทั้งในโรงพยาบาล รพ.สต. เครือข่าย สรุปผลการประชุมและการดำเนินงานให้ผู้บริหารรับทราบ และให้ข้อคิดเชิงนโยบายนำสู่การปฏิบัติอย่างยั่งยืน เป็นศูนย์กลางประสานงานกับหน่วยงานต่างๆที่เกี่ยวข้อง เพื่ออำนวยความสะดวกให้กับทีมรวมถึงผู้ป่วย และญาติ เช่น สนับสนุนการสรรหาวัสดุ/อุปกรณ์เครื่องมือแพทย์ให้พร้อมใช้กับผู้ป่วย การจัดช่องทางส่งวัสดุอุปกรณ์เพื่อทำลายเชื้อ

๒. ขั้นตอนการปฏิบัติ

๑. มีการจัดตั้งศูนย์การดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องและกำหนดผู้รับผิดชอบศูนย์การดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องในแต่ละเครือข่ายที่ชัดเจน

๒. กำหนดผู้ป่วยเป้าหมายเพื่อดูแลต่อเนื่องโดยแบ่งประเภทผู้ป่วยเป็น ๓ ประเภท และกำหนดผู้ป่วยประเภทที่ ๓ เป็นกลุ่มเป้าหมาย

๓. ทำหน้าที่ประสานงานการส่งต่อผู้ป่วยจาก รพศ./รพท./รพช. ไปยัง รพ.สต. ที่ผู้ป่วยจะกลับไปรักษาต่อเนื่องใกล้บ้านและจะออกเยี่ยมบ้านครั้งแรกในกลุ่มผู้ป่วยที่มีปัญหาซับซ้อน (ผู้ป่วยประเภทที่ ๓) โดยทีมสหสาขาวิชาชีพภายใน ๑ สัปดาห์ หลังจากจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล ช่องทางการสื่อสารในเครือข่ายในจังหวัดพะเยา จะมีการรับ-ส่งข้อมูลจาก ทาง Internet ใช้โปรแกรมเชื่อมโยงการดูแลต่อเนื่อง (Thai COC) รับและตอบกลับตามโปรแกรมนี้ โทรศัพท์หรือไลน์เพื่อยืนยันการรับเอกสารหรือข้อมูลอื่นที่ส่วนนอกเครือข่ายจังหวัดพะเยา จะติดต่อทางโทรศัพท์หรือส่งข้อมูลทางไปรษณีย์

๓. แนวทางการจัดบริการดูแลต่อเนื่อง (Home Ward) มีดังนี้

๓.๑ ประเภทของผู้ป่วยที่เยี่ยมบ้าน แบ่งเป็น ๓ ประเภท ดังนี้

ประเภทที่ ๑ (สีเขียว) สามารถปฏิบัติกิจกรรมประจำวันได้ทั้งหมด คือ กลุ่มผู้ป่วยที่เริ่มเจ็บป่วยระยะแรก มีการเปลี่ยนแปลงในชีวิตประจำวันเล็กน้อย ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ช่วยเหลือตนเองได้ แต่ขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและการดูแลตนเอง

ประเภทที่ ๒ (สีเหลือง) สามารถปฏิบัติกิจกรรมประจำวันได้บางส่วน คือ กลุ่มผู้ป่วยที่โรคส่งผลให้ผู้ป่วยช่วยเหลือตนเองได้แต่ไม่เต็มที่ต้องการผู้ดูแลบางส่วน และขาดความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและการดูแลตนเอง

ประเภทที่ ๓ (สีแดง) ไม่สามารถปฏิบัติกิจกรรมประจำวันได้ต้องมีผู้ดูแลตลอดเวลา คือ กลุ่มผู้ป่วยที่มีพยาธิสภาพของโรค ทำให้เกิดความพิการ/จำกัดความสามารถในการทำกิจกรรมของตนเองหรือมีอุปสรรคทางการแพทย์เพื่อช่วยในการดำรงชีวิต มีความจำเป็นต้องมีผู้ดูแลช่วยเหลือการทำกิจวัตรประจำวันให้

๓.๒ จัดระบบ Home Ward

โดยใช้เขต หมู่บ้าน/ชุมชน เป็นขอบเขตของ Ward และมีครัวเรือนเป็นเตียง โดยแบ่งภาวะสุขภาพครอบครัว (เตียง) เป็น ๓ ประเภท ดี / เสี่ยง/ ป่วย, พิจารณ เน้นในกลุ่มเป้าหมาย CANDO (เด็ก ๐-๕ ปี, หญิงตั้งครรภ์, ผู้ป่วยโรคเรื้อรังและโรคติดต่อ, ผู้พิการและผู้สูงอายุ)

๓.๓ การจัดแยกประเภทผู้ป่วย

ในครอบครัว ที่มีปัญหาด้านสุขภาพและมีความจำเป็นต้องติดตามเยี่ยมบ้าน (Round ward) อย่างต่อเนื่อง และให้แบ่งประเภทผู้ป่วยเป็น ๓ ประเภทตามระดับความต้องการการดูแล

ผู้ป่วยประเภทที่ ๓ หมายถึง ครอบครัวที่มีปัญหาสุขภาพหรือเจ็บป่วยด้วยโรคซับซ้อนมีความยุ่งยากในการดูแล ต้องการการดูแลจากผู้อื่นเกือบทั้งหมด มีสหสาขาวิชาชีพร่วมการดูแลกับพยาบาลประจำ รพ.สต. และนสค.ประจำบ้าน มีผู้ดูแล (Care giver) ดูแลประจำทุกวัน และเป็น Care giver ที่สามารถดูแลกลุ่มเป้าหมายได้จริง ผ่านการฝึกอบรม หรือฝึกทักษะการดูแลเฉพาะราย

ผู้ป่วยประเภทที่ ๒ หมายถึง ครอบครัวที่มีปัญหาสุขภาพหรือเจ็บป่วยและเริ่มมีภาวะแทรกซ้อนแต่ยังสามารถดูแลตัวเองได้บางส่วน พยาบาลประจำ รพ.สต.และ นสค. ประจำบ้านสามารถดูแลได้ และส่งปรึกษากับสหสาขาวิชาชีพ/ผู้เชี่ยวชาญในรายที่มีความจำเป็น มี Care giver/อสม./นสค.ประจำบ้านเป็นผู้ดูแล

ผู้ป่วยประเภทที่ ๑ หมายถึง ครอบครัวที่มีปัญหาสุขภาพหรือเจ็บป่วยที่สามารถดูแลตัวเองได้มี นสค.ประจำบ้าน และอสม. ประจำครอบครัวเป็นผู้ดูแล

๔. การจัดลำดับความสำคัญในการดูแลโดยการติดตามเยี่ยมดูแลต่อเนื่อง

ผู้ป่วยประเภทที่ ๓ การติดตามเยี่ยมดูแลต่อเนื่อง โดยพยาบาล/เจ้าหน้าที่สาธารณสุข+นสค. ประจำบ้าน + อสม + Care giver + สหสาขาวิชาชีพภายใน ๑ สัปดาห์ และติดตามเยี่ยมดูแลอย่างน้อยเดือนละ ๑ ครั้ง (ตามสภาพปัญหาของผู้ป่วยในแต่ละโรค) จนกว่าจะย้ายเป็นผู้ป่วยประเภทที่ ๒

ผู้ป่วยประเภทที่ ๒ การติดตามเยี่ยมดูแลต่อเนื่อง โดยพยาบาลประจำ รพ.สต. และ นสค. ประจำบ้าน + อสม. + Care giver ภายใน ๑๐ วัน และเยี่ยมอย่างน้อย ๒ - ๓ เดือนต่อครั้ง (ตามสภาพปัญหาของผู้ป่วยในแต่ละโรค) เมื่อมีความจำเป็นจนกว่าจะย้ายเป็นผู้ป่วยประเภทที่ ๑

ผู้ป่วยประเภทที่ ๑ การติดตามเยี่ยมดูแลต่อเนื่อง โดย นสค.ประจำบ้าน + อสม.ประจำครอบครัว ภายใน ๑๔ วันและเยี่ยมทุก ๓ - ๖ เดือนต่อครั้ง (ตามสภาพปัญหาของผู้ป่วยในแต่ละโรค)

สำหรับครอบครัวสุขภาพดีและสุขภาพเสี่ยง

ให้มีกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพและให้การดูแลคัดกรองภาวะเสี่ยงตามกลุ่มอายุ โดยทีมสุขภาพของ รพ.สต. + นสค.ประจำบ้าน + อสม. ๑ ครั้ง/ปี

๕. ตัวชี้วัด ศูนย์การดูแลต่อเนื่อง (COC) และการเยี่ยมบ้าน

๕.๑ ผลการปฏิบัติงานการเยี่ยมบ้าน

๕.๑.๑ อัตราครอบคลุมการติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยประเภทที่ ๓ ที่บ้านไม่น้อยกว่าร้อยละ ๘๐

๕.๑.๒ จำนวนชั่วโมงการเยี่ยมบ้านของเจ้าหน้าที่ไม่น้อยกว่า ๖ ชม./สัปดาห์/คน

๕.๒ คุณภาพการเยี่ยมบ้าน

๕.๒.๑ อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่ป้องกันได้ในผู้ป่วยที่บ้าน ได้แก่ แผลกดทับ, ข้อติด, UTI, Fall ภายใน ๑ เดือนไม่เกินร้อยละ ๕

๕.๒.๒ อัตราผู้ป่วยได้รับการเยี่ยมบ้านสามารถควบคุมภาวะโรค/ดูแลตนเองได้ ร้อยละ ๘๐

๕.๓ ประสิทธิภาพของผู้ให้บริการเยี่ยมบ้าน

๕.๓.๑ ความพึงพอใจของทีมเยี่ยมบ้านไม่น้อยกว่าร้อยละ ๘๐

๕.๓.๒ ความพึงพอใจของผู้รับบริการไม่น้อยกว่าร้อยละ ๘๐

๕.๔ ประสิทธิภาพการดูแลที่ไร้รอยต่อ

๕.๔.๑ อัตราผู้ป่วยส่งกลับจาก รพศ./รพท./รพช. ได้รับการเยี่ยมบ้านภายใน ๑๔ วัน ร้อยละ ๑๐๐

๕.๔.๒ อัตราการส่งข้อมูลผู้ป่วยระดับ ๓ ถึงหน่วยบริการปลายทางภายใน ๕ วันร้อยละ ๘๐

๖. การติดตามประเมินผล

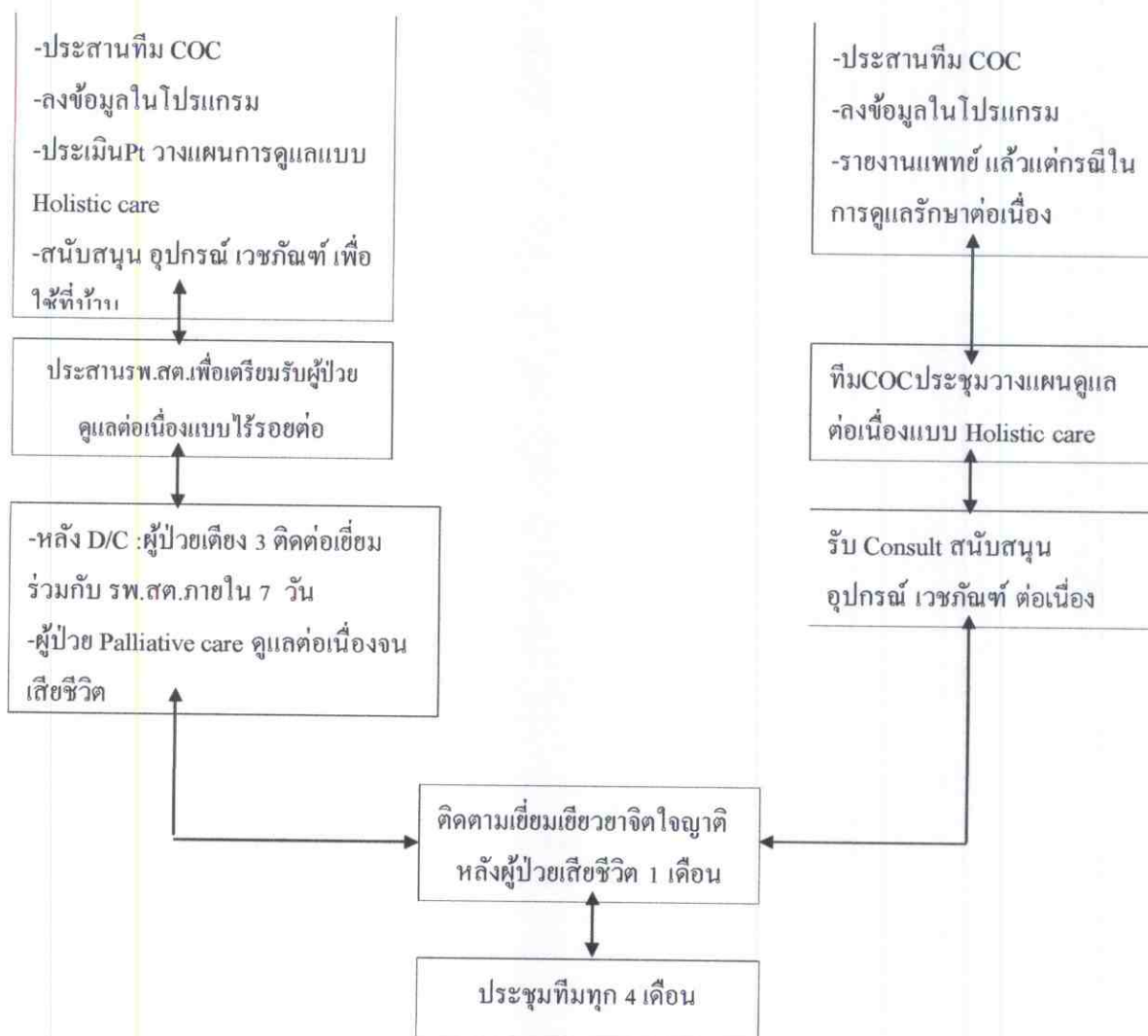
๖.๑ มีการกำกับและรายงานผลการดำเนินงานโดยศูนย์การดูแลต่อเนื่อง (COC) ของ รพ.สต.เครือข่ายทุกเดือน

๖.๒ โรงพยาบาลต้องมีการทบทวนการดูแล Case เมื่อมีการส่งกลับจาก รพ.สต.

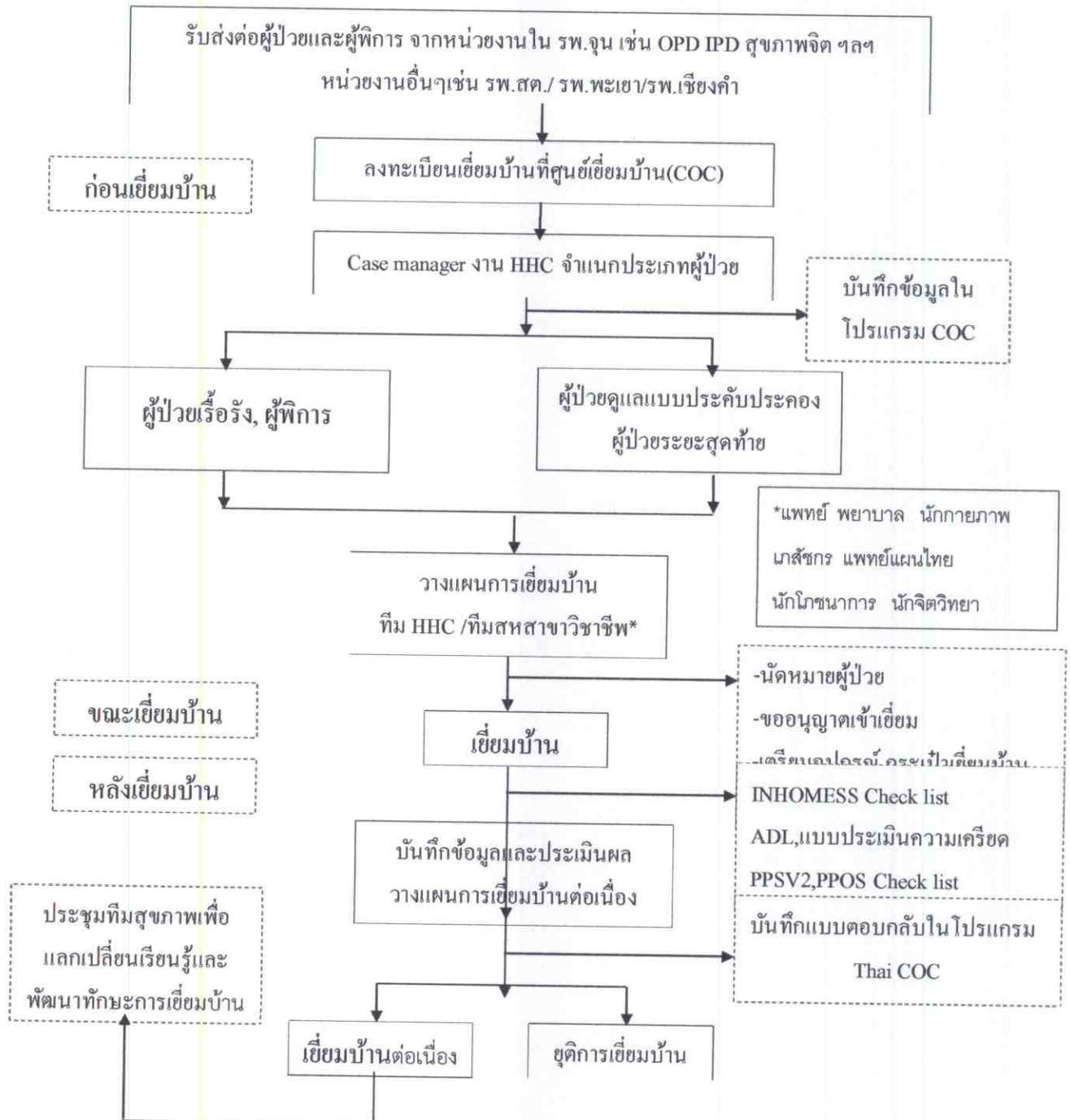
๖.๓ มีการทำ conference case กรณีที่มีความซับซ้อนหรือน่าสนใจในเครือข่าย

๖.๔ ศูนย์การดูแลต่อเนื่องสรุปภาพรวมให้ รพ.สต.เครือข่าย เพื่อเป็นการ Feed back ข้อมูลทุก ๓ เดือน

๖.๕ มีการพัฒนาศักยภาพเครือข่ายดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้านอย่างน้อยปีละครั้ง



ระบบการส่งต่อและแนวทางเยี่ยมบ้าน เครือข่ายสุขภาพอำเภอจุน



เกณฑ์การประเมินผู้ป่วย Home ward care (สีแดง สีเหลือง สีเขียว) เครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอจุน

ประเภท	สีแดง	สีเหลือง	สีเขียว
๑. ผู้พิการ	- ADL = ๐-๔ (Modified Barthel Index) หมายถึง ผู้พิการที่ช่วยเหลือตัวเองได้น้อยมากหรือไม่ได้เลย หรือสูญเสียความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันมากที่สุด - ผู้พิการเกิดภาวะแทรกซ้อนรุนแรงเสี่ยงต่อการติดเชื้อหรือเสียชีวิต	- ADL = ๕-๑๑ (Modified Barthel Index) หมายถึง ผู้พิการที่ช่วยเหลือตัวเองได้บ้างในการทำกิจวัตรประจำวัน หรือสูญเสียความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันมาก - ผู้พิการเกิดภาวะแทรกซ้อนปานกลาง ไม่รุนแรงถึงขั้นเสียชีวิต	- ADL = ๑๒ -๒๐ (Modified Barthel Index) หมายถึง ผู้พิการที่ช่วยเหลือตัวเองได้ค่อนข้างดี หรือสูญเสียความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันเล็กน้อยถึงปานกลาง - ผู้พิการไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนหรือเกิดภาวะแทรกซ้อนเล็กน้อย
๒. COPD : ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง	- GOLD: very severe/ severe - มีอาการหอบเหนื่อยตลอดเวลา - มีอาการกำเริบ (exacerbation) รุนแรงมากและบ่อยครั้ง - มีการใช้ออกซิเจนตลอดเวลา - เกิดภาวะแทรกซ้อนที่เสี่ยงต่อการเสียชีวิต - Re-admit , Re-visit บ่อยครั้ง	- GOLD: Moderate - มีอาการหอบเหนื่อยมากขึ้นจนรบกวนกิจวัตรประจำวัน - มีอาการกำเริบ (exacerbation) รุนแรงมาก - มีการใช้ออกซิเจนที่บ้าน (Home O₂ Therapy) เป็นระยะเวลาหอบเหนื่อย	- GOLD: Mild - มีอาการหอบเหนื่อยเล็กน้อย - มีอาการกำเริบ (exacerbation) ไม่รุนแรง - สามารถดูแลตนเองได้ และทานยาต่อเนื่อง - ใช้ยาพ่นเองที่บ้าน
๓. CKD / CRF ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย	- ผู้ป่วยไตวายระยะสุดท้ายที่ล้างไตทางทางช่องท้อง (CAPD) หรือฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (Hemodialysis) และเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงเสี่ยงต่อการเสียชีวิต - ผู้ป่วยไตวายระยะสุดท้ายที่ล้างไตทางทางช่องท้อง	- ผู้ป่วยไตวายระยะสุดท้ายที่ล้างไตทางทางช่องท้อง (CAPD) หรือฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (Hemodialysis) และเกิดภาวะแทรกซ้อนที่ไม่รุนแรง - ผู้ป่วยไตวายระยะสุดท้ายที่ล้างไตทาง	ผู้ป่วยไตวายระยะสุดท้ายที่ล้างไตทางทางช่องท้อง (CAPD) หรือฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (Hemodialysis) และที่สามารถดูแลตัวเองได้ดี และไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน

ประเภท	สีแดง	สีเหลือง	สีเขียว
	(CAPD) รายใหม่	ทางช่องท้อง (CAPD) และปฏิบัติตัวไม่ถูกต้อง, เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น ติดเชื้อในช่องท้อง เป็นต้น	ผู้ป่วยไตวาย CKD ที่มีผล GFR Stage ๓ – ๕ มีปัญหาเรื่องพฤติกรรมดูแลตนเอง (Self-care) ขาดนัด/ขาดยา
๔. จิตเวช	- ผู้ป่วยที่พยายามฆ่าตัวตายในระยะเวลา ๑ เดือน - ผู้ป่วยจิตเวช มีความคิดทำร้ายตนเอง และมีประวัติเคยทำร้ายตนเอง/ฆ่าตัวตายมาแล้ว - ผู้ป่วยจิตเวช มีหลงผิด หูแว่ว เห็นภาพหลอน ทำร้ายผู้อื่น มีประวัติทำร้ายคนอื่นหรือทำลายข้าวของ เช่น เผาบ้าน เผาของใช้ - ผู้ป่วยจิตเวชอยู่คนเดียว ขาดญาติดูแล ขาดนัดบ่อย ทานยาไม่สม่ำเสมอ ยังมีอาการทางจิต สามารถช่วยเหลือตัวเองได้น้อย	- ผู้ป่วยจิตเวช ดื่มสุรา ร่วมกับเป็นประจำ - ผู้ป่วยจิตเวช ที่ขาดนัดบ่อย มีอาการทางจิต ทานยาไม่สม่ำเสมอ แต่มีญาติดูแล	ผู้ป่วยจิตเวช ที่ทานยาสม่ำเสมอ ไม่มีอาการทางจิต ไม่ขาดนัด มีญาติดูแล
๕. Palliative (ผู้ป่วยแบบประคับประคอง/ระยะสุดท้าย)	- PPS v_๒ ๐ – ๓๐% คือ ผู้ป่วยที่อยู่ในระยะวาระสุดท้ายของชีวิต (end of life) ได้แก่ ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย หรือผู้ป่วยโรคอื่นๆ ที่มีอาการรุนแรงและไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ เช่น ไตวายเรื้อรัง ระยะสุดท้ายที่ปฏิเสธการรักษาโดยการฟอกไต เป็นต้น - ผู้ป่วยมะเร็งทุกระยะ ที่มี	PPS v_๒ ๔๐ – ๖๐% คือ ระยะเปลี่ยนผ่าน (transitional) ได้แก่ ผู้ป่วยมะเร็งที่มีการลุกลามของโรคมามาก หรือผู้ป่วยโรคอื่นๆ ที่มีอาการอาการของโรคมากแต่ไม่รุนแรง	PPS v_๒ ๗๐ – ๑๐๐% คือ ระยะคงที่ (stable) ได้แก่ ผู้ป่วยมะเร็งที่มีการคงที่ ไม่มีการลุกลามของโรค หรือผู้ป่วยโรคอื่นๆ ที่ไม่มีอาการของโรคมากแต่ไม่รุนแรง

ประเภท	สีแดง	สีเหลือง	สีเขียว
	อาการรบกวนของโรค รุนแรง เช่น มีอาการปวด มาก, มีอาการหอบ เหนื่อยมาก		
๖. DM โรคเบาหวาน	■ HbA_{1c} > ๑๔ ■ FBS > ๒๐๐ mg% ๓ ครั้งขึ้นไป ■ ผู้ป่วยเบาหวานที่ขาดนัด ซึ่งพยายามติดตามทุกช่องทางแล้ว ผู้ป่วยยังไม่มาตรวจ ภายในระยะเวลา ๓ เดือน ■ ผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนรุนแรง เช่น hypo-hyperglycemic coma, มีแผลที่เท้า, มีปัญหาเรื่องตาจากเบาหวาน เป็นต้น ■ ผู้ป่วยเบาหวานที่เริ่มใช้ยาฉีด insulin รายใหม่ ■	■ HbA_{1c} > ๑๐ -๑๔ ■ FBS > ๑๕๕-๑๘๒ mg% ๓ ครั้งขึ้นไป ■ มีปัญหาเรื่องพฤติกรรม การดูแลตนเอง (Self-care)	■ HbA_{1c} > ๗-๑๐ ■ FBS ๑๒๖-๑๕๔ mg% ๓ ครั้งขึ้นไป ■ สามารถดูแลตนเองได้ ไม่ขาดนัด
๗. HT โรคความดันโลหิตสูง	■ BP > ๑๘๐/๑๑๐ mmHg ๓ ครั้งขึ้นไป ■ ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ขาดนัด ซึ่งพยายามติดตามทุกช่องทางแล้ว ผู้ป่วยยังไม่มาตรวจ ภายในระยะเวลา ๓ เดือน	■ BP ๑๖๐/๑๐๐-๑๗๙ / ๑๐๙ mmHg ๓ ครั้งขึ้นไป ■ มีปัญหาเรื่องพฤติกรรม การดูแลตนเอง (Self-care)	■ BP ๑๔๐/๙๐-๑๕๙ / ๙๙ mmHg ๓ ครั้งขึ้นไป ■ สามารถดูแลตนเองได้ ไม่ขาดนัด
๘. HIV-AIDS : โรคเอดส์	■ ผู้ป่วยเอดส์ ที่มีโรคติดเชื้อฉวยโอกาสรุนแรง เช่น PCP, วัณโรคนอกปอด, เชื้อราเยื่อหุ้มสมอง, ฝีในสมอง, พิกัดติดเตียง ■ ผู้ติดเชื้อที่รับยาต้านไวรัสใหม่ ใน ๒ สัปดาห์แรก	■ ผู้ติดเชื้อที่มีโรคติดเชื้อฉวยโอกาสไม่รุนแรง เช่น ฝ้าเชื้อราในปาก ■ ผู้ติดเชื้อที่มีความพิการแต่ช่วยเหลือตนเองได้	■ ผู้ติดเชื้อที่ไม่มีโรคติดเชื้อฉวยโอกาส ช่วยเหลือตัวเองได้ ไม่มีความพิการ

ประเภท	สีแดง	สีเหลือง	สีเขียว
๙. TB วัณโรค	- ผู้ป่วยรายใหม่ทุกรายที่เริ่มการรักษาด้วยยาภายใน ๑อาทิตย์แรก จนถึง ๒เดือน - ผู้ป่วยวัณโรคในปอดรายใหม่ทุกรายที่ยินยอมให้เยี่ยมบ้านผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนอันตรายถึงแก่ชีวิต - ผู้ป่วยวัณโรคประเภทดื้อยา	๑.ผู้ป่วยวัณโรคในปอดและนอกปอดรายใหม่หลังจากรักษาด้วยยาตั้งแต่ ๒เดือนขึ้นไป จนถึง ๖เดือน ๒.ผู้ป่วยวัณโรคที่มีปัญหาเรื่องการดูแลตนเอง	ผู้ป่วยวัณโรคทุกประเภทที่สามารถดูแลตนเองได้ ไม่มีภาวะแทรกซ้อนหรือความพิการเกิดขึ้น
๑๐. CVD โรกระบบ หัวใจและ หลอดเลือด	ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ (Acute MI) และหรือโรคหลอดเลือดสมองตีบหรือแตก (Acute stroke) รายใหม่	ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (DM & HT) ที่ได้รับการประเมิน CVD Risks โอกาสเสี่ยงที่จะเป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายและอัมพฤกษ์ อัมพาต แปลผลได้ ตั้งแต่ ๓๐ %	ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (DM & HT) ที่ได้รับการประเมิน CVD Risks โอกาสเสี่ยงที่จะเป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายและอัมพฤกษ์ อัมพาต แปลผลได้ < ๓๐ %
๑๑. Elderly สูงอายุ	ผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่า ๖๐ ปีขึ้นไปที่ได้รับการประเมิน ADL (Modified Bathel Index) = ๐-๔ คะแนน	ผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่า ๖๐ ปีขึ้นไปที่ได้รับการประเมิน ADL (Modified Bathel Index) = ๕-๑๑ คะแนน	ผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่า ๖๐ ปีขึ้นไปที่ได้รับการประเมิน ADL (Modified Bathel Index) = ๑๒-๒๐ คะแนน
ความถี่	ติดตามดูแลทุก ๑-๒ เดือน	ติดตามดูแลทุก ๒-๓ เดือน	ติดตามดูแลทุก ๓-๖ เดือน
ความ เร่งด่วน	*ติดตามเยี่ยมภายใน ๑ สัปดาห์	*ติดตามเยี่ยมภายใน ๑๐ วัน	*ติดตามเยี่ยมภายใน ๒ สัปดาห์

*สีแดง = ติดตามเยี่ยมบ้านเร่งด่วนพิเศษ (Home ward/Palliative care /Home Health Care)และตอบกลับภายใน ๑ สัปดาห์หลังจำหน่าย

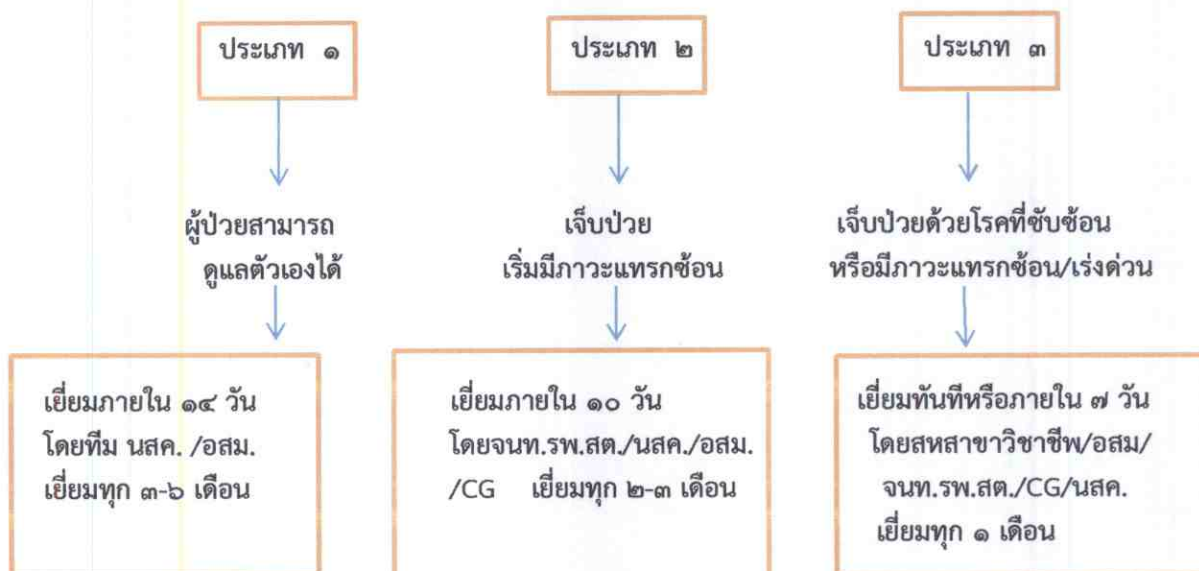
*สีเหลือง = ติดตามเยี่ยมบ้านเร่งด่วน (Home Health Care)และตอบกลับภายใน ๑๐ วัน หลังจำหน่าย

*สีเขียว = ติดตามเยี่ยมบ้านตามมาตรฐาน (Home visit) และตอบกลับภายใน ๒ สัปดาห์

การจำแนกประเภทผู้ป่วย

เกณฑ์	ประเภทผู้ป่วย / (ค่าคะแนนแต่ละประเภท)		
	๑	๒	๓
๑. Self care (ดูจาก ADL Barthel's index)	๑๒-๒๐/(๑)	๕-๑๑/(๒)	๐-๔/(๓)
๒.ภาวะพึ่งพาผู้ดูแล	ช่วยเหลือตัวเองได้/ไม่พึ่งพา(๑)	พึ่งพาผู้ดูแลบางกิจกรรม/เกือบทั้งหมด(๒)	พึ่งพาผู้ดูแลทั้งหมด(๓)
๓.อาการทางคลินิก/สภาพปัญหา	น้อย/(๑)	ปานกลาง/(๒)	รุนแรง/(๓)
ค่าคะแนนรวม	๐-๓	๔-๖	๗-๙

แนวทางการดูแลต่อเนื่อง จากรพ.สู่ชุมชน (Home ward care)





บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ โรงพยาบาลจุฬ โรงพยาบาลจุฬ ไทร .๐๕๔-๔๐๔๒๐๐-๑๔ ต่อ ๒๑๖

ที่ พย ๐๐๓๒.๓๐๕/ พิเศษ.....

วันที่.....

เรื่อง ขอยืมชุดอุปกรณ์ออกซิเจน/อุปกรณ์ทางการแพทย์

ผู้ป่วยชื่อ.....อายุ.....ปี HN.....
ที่อยู่.....หมู่.....ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด พะเยา ได้ยืม

๑. ชุดอุปกรณ์ออกซิเจน ๑ ชุด

- ถังออกซิเจน จำนวน ๑ ถัง (๓,๗๐๐ บาท).....☐
- เกยออกซิเจน จำนวน ๑ ชุด (๓,๕๐๐ บาท).....☐
- ชุดกระเปาะใส่น้ำ จำนวน ๑ ชุด (๕๐๐ บาท)..... ☐
- ประแจไขเกยออกซิเจน จำนวน ๑ อัน (๒๐๐ บาท)..... ☐
- รถเข็นถังออกซิเจน จำนวน ๑ คัน (๑,๗๐๐ บาท)..... ☐

๒. เครื่องทำออกซิเจน พร้อมอุปกรณ์ (ชุดกระเปาะใส่น้ำและสายต่อ) (๒๐,๐๐๐ บาท)

๓. ที่นอนลม (๘,๐๐๐ บาท)

๔. เครื่องดูดเสมหะ (๕,๕๐๐ บาท)

๕. เตียงผู้ป่วย (๑๘,๐๐๐ บาท)

ทั้งนี้ได้มัดจำเงินจำนวน ๑,๐๐๐ บาท (หนึ่งพันบาทถ้วน) ไว้กับทาง โรงพยาบาลจุฬ หากนำชุด

อุปกรณ์ ที่ได้ยืมจากทาง โรงพยาบาลดังกล่าวมาคืนในสภาพเดิมโรงพยาบาลจุฬจะคืนเงินมัดจำให้ หากอุปกรณ์
ที่ยืมไป ชำรุดหรือสูญหายให้ชำระเงินให้กับทางโรงพยาบาลตามจำนวนที่ระบุ

หากไม่ได้ใช้อุปกรณ์ดังกล่าวแล้ว กรุณานำอุปกรณ์มาคืนในวันและเวลาราชการ

.....

(.....) ผู้ป่วย

.....

(.....) ญาติเบอร์โทรศัพท์ที่ติดต่อ.....

.....

(.....) จนท.

แบบบันทึกติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วย ศูนย์การดูแลต่อเนื่อง (Continuing of care)

โรงพยาบาลจุน จังหวัดพะเยา

ผู้ป่วย.....เพศ.....อายุ.....ปี

ประวัติการเจ็บป่วย.....

เยี่ยมครั้งที่.....วันที่.....เวลา

ประเภทผู้ป่วย () แดง () เหลือง () เขียว

S:.....

O:.....

E- examination การตรวจร่างกาย T..... BP.....mm.Hg P.....ครั้ง/นาที R.....ครั้ง/นาที DTX.....mg%

O๒ sat.....BW.....Kg ส่วนสูง.....

การตรวจทั่วไป.....

ตรวจหาคอจุก.....

หัวใจ.....

ปอดและทรวงอก.....

แขนและขา.....

ระบบประสาท.....

ผู้ดูแล.....

ผังครอบครัว

(A)ปัญหาทางการพยาบาล.....

(P)การแก้ไขเบื้องต้น.....

I-immobility

กิจวัตรประจำวัน () ได้ () ไม่ได้

ADL =

นอนติดเตียง () ใช่ () ไม่ใช่

มีปัญหาในการเดิน () ไม่ใช่ () ใช่ ระบุ.....

N-nutrition (โภชนาการ) () อ้วน () สมส่วน () ผอม

อาหาร () ปรองเอง () ซื้อมา ผู้ปรุง.....

พฤติกรรมกรรมการบริโภค () เหมาะสมกับโรค () ไม่เหมาะสม.....

คัมสุรา () ไม่ดื่ม () ดื่ม ปริมาณ.....ต่อ.....

สูบบุหรี่ () ไม่สูบ () สูบ ปริมาณ.....ต่อ.....

H-housing ภายในบ้าน.....

ภายนอกบ้าน.....

O-other people (สมาชิกอื่นในบ้าน/ความสัมพันธ์กับบุคคล).....

M-medication ยาจาก รพ.....

การบริหารยา () ทานเอง () มีคนจัดให้

การใช้ยา () ถูกต้อง () ไม่ถูกต้อง อย่างไร.....

ยาที่ซื้อทาน.....

S-safety ความมั่นคงปลอดภัย () ปลอดภัย () ไม่ปลอดภัย ระบุ.....

S-spiritual health สุขภาวะทางจิตวิญญาณ.....

S-service แหล่งบริการสุขภาพ.....

(E)การประเมินผล () ผู้ป่วย/ครอบครัวสามารถดูแลตัวเองที่บ้านได้/ไม่พบปัญหาที่ต้องติดตามต่อเนื่อง

() ไม่มีภาวะแทรกซ้อน

() มีภาวะแทรกซ้อน ระบุ.....

() ต้องติดตามประเมินภาวะสุขภาพต่อเนื่องด้าน.....

.....

ความต้องการให้โรงพยาบาลช่วยเหลือหรือสนับสนุน.....

.....

สรุปสภาพหลังผู้ป่วยได้รับการดูแล () สีแดง () สีเหลือง () สีเขียว

- สามารถสิ้นสุดการเยี่ยม
- สมควรได้รับการเยี่ยมต่อไป
- สมควรส่งต่อมาโรงพยาบาลจน

ลงชื่อผู้ติดตามการเยี่ยม

แบบประเมินการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (Barthel Activities of Daily Living:ADL)

ชื่อ-สกุล ผู้ป่วย.....อายุ.....ปี การวินิจฉัย.....

ลำดับ	กิจกรรม	/...../.....	/...../.....	/...../.....	/...../.....
กินอาหาร	ไม่สามารถตักอาหารเข้าปากได้ต้องมีคนป้อนให้	๐	๐	๐	๐
	ตักอาหารเองได้ แต่ต้องมีคนช่วย	๑	๑	๑	๑
	ตักอาหารเองและช่วยตัวเองได้เป็นปกติ	๒	๒	๒	๒
ล้างหน้า,หวีผม, แปรงฟัน	ต้องการความช่วยเหลือ	๐	๐	๐	๐
	ไม่ต้องการความช่วยเหลือ	๑	๑	๑	๑
ลุก/นั่งจากที่ นอน	ไม่สามารถนั่งได้(นั่งแล้วจะล้มเสมอ)	๐	๐	๐	๐
	ต้องการความช่วยเหลืออย่างมากจึงจะนั่งได้	๑	๑	๑	๑
	ต้องการความช่วยเหลือบ้าง	๒	๒	๒	๒
	ทำได้เอง	๓	๓	๓	๓
ใช้ห้องสุขา	ช่วยตัวเองไม่ได้	๐	๐	๐	๐
	ทำเองได้บ้าง	๑	๑	๑	๑
	ช่วยตัวเองได้ดี	๒	๒	๒	๒
การเคลื่อนที่	เคลื่อนที่ไปไหนไม่ได้	๐	๐	๐	๐
	ต้องใช้รถเข็นช่วยตัวเองให้เคลื่อนที่ได้เอง	๑	๑	๑	๑
	เดินหรือเคลื่อนที่โดยมีคนช่วย	๒	๒	๒	๒
	เดินหรือเคลื่อนที่ได้เอง	๓	๓	๓	๓
การสวมใส่ เสื้อผ้า	ต้องมีคนสวมใส่ให้	๐	๐	๐	๐
	ช่วยตัวเองได้ประมาณร้อยละ ๕๐	๑	๑	๑	๑
	ช่วยตัวเองได้ดี	๒	๒	๒	๒
การขึ้นลงบันได ๑ ชั้น	ไม่สามารถทำได้	๐	๐	๐	๐
	ต้องการคนช่วย	๑	๑	๑	๑
	ขึ้นลงได้เอง	๒	๒	๒	๒
การอาบน้ำ	ต้องมีคนช่วยหรือทำให้	๐	๐	๐	๐
	อาบน้ำได้เอง	๑	๑	๑	๑
การถ่าย อุจจาระ	กลั้นไม่ได้หรือต้องการสวนอุจจาระอยู่เสมอ	๐	๐	๐	๐
	กลั้นไม่ได้บางครั้ง	๑	๑	๑	๑
	กลั้นได้ปกติ	๒	๒	๒	๒
ปัสสาวะ	กลั้นไม่ได้	๐	๐	๐	๐
	กลั้นไม่ได้บางครั้ง(เป็นน้อยกว่าวันละ ๑ ครั้ง)	๑	๑	๑	๑
	กลั้นได้ปกติ	๒	๒	๒	๒
รวมคะแนน					

แบบประเมินความเครียดของผู้ป่วยของสวนปรง

ชื่อ-สกุล.....อายุ.....ปี ที่อยู่.....

ระดับความเครียด ๑ ไม่รู้สึก ๒ เล็กน้อย ๓ ปานกลาง ๔ มาก ๕ มากที่สุด

คำถามในระยะ ๖ เดือนที่ผ่านมา	ระดับของความเครียด																			
	ครั้งที่ ๑					ครั้งที่ ๒					ครั้งที่ ๓					ครั้งที่ ๔				
	วันที่.....					วันที่.....					วันที่.....					วันที่.....				
	๑	๒	๓	๔	๕	๑	๒	๓	๔	๕	๑	๒	๓	๔	๕	๑	๒	๓	๔	๕
๑.กลัวทำงานพลาด																				
๒.ไปไม่ถึงเป้าหมายที่วางไว้																				
๓.ครอบครัวมีความขัดแย้งเรื่องเงินในบ้าน																				
๔.เป็นเรื่องกังวลเรื่องสารพิษหรือมลภาวะในอากาศ																				
๕.รู้สึกว่าต้องแข่งขันหรือเปรียบเทียบ																				
๖.เงินไม่พอใช้จ่าย																				
๗.กล้ามเนื้อปวดตึง																				
๘.ปวดหัวจากความตึงเครียด																				
๙.ปวดหลัง																				
๑๐.ความอยากอาหารเปลี่ยนแปลง																				
๑๑.ปวดหัวข้างเดียว																				
๑๒.รู้สึกวิตกกังวล																				
๑๓.รู้สึกคับข้องใจ																				
๑๔.รู้สึกโกรธหรือหงุดหงิด																				
๑๕.รู้สึกเศร้า																				
๑๖.ความจำไม่ดี																				
๑๗.รู้สึกสับสน																				
๑๘.ตั้งสมาธิลำบาก																				
๑๙.รู้สึกเหนื่อยง่าย																				
๒๐.เป็นหวัดบ่อยๆ																				
รวม																				

คะแนนรวม.....

แบบประเมินความเครียดในผู้ดูแล (Caregiver's Strain Index)

ชื่อ-สกุล.....อายุ.....ปี การวินิจฉัย.....

ข้อคำถาม	/...../.....		/...../.....		/...../.....	
	ใช่	ไม่ใช่	ใช่	ไม่ใช่	ใช่	ไม่ใช่
๑.มีปัญหาเกี่ยวกับการถูกรบกวนเวลาพักผ่อน(เช่นผู้ป่วยลุกเดินรอบๆห้องในตอนกลางคืน เป็นต้น)						
๒.มีความรู้สึกยุ่งยาก (เช่น ต้องให้ความช่วยเหลือตลอดเวลา และเป็นเวลานาน)						
๓.มีความเครียดทางด้านร่างกาย(เช่น ต้องยกผู้ป่วยจากเก้าอี้ ซึ่งต้องให้ความพยายาม และต้องใช้ความทุ่มเทมาก)						
๔.มีจำกัดต่างๆ(เช่นถูกจำกัดในด้านเวลา ไม่มีเวลาเป็นส่วนตัว ไม่ได้ออกสังคมนอกบ้าน)						
๕.มีการเปลี่ยนแปลงทางด้านครอบครัว (เช่น การช่วยเหลือทำให้งิจกรรมที่ทำเป็นประจำแยลง คือ ไม่มีเวลาในการปฏิบัติ)						
๖.มีการเปลี่ยนแปลงในแผนการดำเนินชีวิต (เช่น ออกจากงานที่ทำ คือไม่สามารถได้ เนื่องจากการดูแลผู้ป่วย)						
๗.มีการะงานอื่นที่ต้องปฏิบัติ (เช่น จากสมาชิกในครอบครัวคนอื่นที่ต้องให้การดูแล)						
๘.มีการเปลี่ยนแปลงทางด้านอารมณ์(เช่นมีการถกเถียงกับผู้ป่วยมากขึ้น)						
๙.มีพฤติกรรมบางอย่างที่ผิดปกติจากเดิม(เช่นการกลั่นปัสสาวะไม่ได้ มีปัญหาเกี่ยวกับความจำ)						
๑๐.ผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลงที่มากขึ้นจากเดิมที่เป็นอยู่ทำให้ต้องดูแลมากขึ้น						
๑๑.มีการเปลี่ยนแปลงด้านการงาน(เช่นออกจากงานที่ทำ)						
๑๒.ปัญหาเกี่ยวกับค่าใช้จ่าย						
๑๓.มีความรู้สึกที่เหน็ดเหนื่อย อ่อนแรง(เช่น เป็นห่วงเกี่ยวกับผู้ป่วยการจัดการกับภาระงานนั้นๆ)						
คะแนนรวม						

จากการประเมินที่ได้ ถ้ามีคะแนนที่ตอบ “ใช่” มากกว่าหรือเท่ากับ ๗ คะแนน ถือว่าผู้ดูแลมีภาวะเครียด

แบบประเมินระดับผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง ฉบับสวนดอก

ชื่อ-สกุล.....อายุ.....ปี การวินิจฉัย.....

ระดับ PPS ร้อยละ	การเคลื่อนไหว	การปฏิบัติกิจกรรมและการ ดำเนินโรค	การดูแลตนเอง	การ รับประทานอาหาร	ระดับความ รู้สึกตัว
๑๐๐	การเคลื่อนไหวปกติ	ทำกิจกรรมและทำงานได้ ตามปกติและไม่มีอาการของ โรค	ทำตัวเอง	ปกติ	รู้สึกตัวดี
๙๐	การเคลื่อนไหวปกติ	ทำกิจกรรมและทำงานได้ ตามปกติและมีอาการของโรค บางอาการ	ทำตัวเอง	ปกติ	รู้สึกตัวดี
๘๐	การเคลื่อนไหวปกติ	ต้องออกแรงอย่างมากในการ ทำกิจกรรมตามปกติ มีอาการ ของโรคบางอาการ	ทำตัวเอง	ปกติ หรือ ลดลง	รู้สึกตัวดี
๗๐	ความสามารถในการเคลื่อนไหว ลดลง	ไม่สามารถทำงานได้ตามปกติ มีอาการของโรคอย่างมาก	ทำตัวเอง	ปกติ หรือ ลดลง	รู้สึกตัวดี
๖๐	ความสามารถในการเคลื่อนไหว ลดลง	ไม่สามารถทำงานอดิเรก/งาน บ้านได้ มีอาการของโรคอย่าง มาก	ต้องการความ ช่วยเหลือครั้ง คราว	ปกติ หรือ ลดลง	รู้สึกตัวดี หรือสับสน
๕๐	นั่ง/นอน เป็นส่วนใหญ่	ไม่สามารถทำงานได้เลยมีการ ลุกลามของโรคมามากขึ้น	ต้องการความ ช่วยเหลือในการ ปฏิบัติกิจกรรม บางอย่าง	ปกติ หรือ ลดลง	รู้สึกตัวดี หรือสับสน
๔๐	นอนอยู่บนเตียงเป็นส่วนใหญ่	ทำกิจกรรมได้น้อยมาก มีการ ลุกลามของโรคมามากขึ้น	ต้องการความ ช่วยเหลือเป็น ส่วนใหญ่	ปกติ หรือ ลดลง	รู้สึกตัวดี หรือว่าง ซึม+/-สับสน
๓๐	อยู่บนเตียงตลอดเวลา	ไม่สามารถทำกิจกรรมใดๆ มี การลุกลามของโรคมามากขึ้น	ต้องการการ ดูแลทั้งหมด	ปกติ หรือ ลดลง	รู้สึกตัวดี หรือว่าง ซึม+/-สับสน
๒๐	อยู่บนเตียงตลอดเวลา	ไม่สามารถทำกิจกรรมใดๆ มี การลุกลามของโรคมามากขึ้น	ต้องการการ ดูแลทั้งหมด	จิบน้ำได้ เล็กน้อย	รู้สึกตัวดี หรือว่าง ซึม+/-สับสน
๑๐	อยู่บนเตียงตลอดเวลา	ไม่สามารถทำกิจกรรมใดๆ มี การลุกลามของโรคมามากขึ้น	ต้องการการ ดูแลทั้งหมด	รับประทานอาหาร ไม่ได้(บ้วน ปากได้เท่านั้น)	ว่างซึม หรือไม่ รู้สึกตัว+/- สับสน
๐	เสียชีวิต	-	-	-	-

ครั้งที่	ว.ด.ป.ที่ ประเมิน	ระดับ PPS v๒ที่ประเมินได้	เปรียบเทียบระดับ PPS v๒(%)	สรุปจำนวนวัน โดยประมาณที่ผู้ป่วยมี ชีวิตอยู่ จนกระทั่ง เสียชีวิต
๑		/ผู้ประเมิน	๑๐	๒ - ๕
๒		/ผู้ประเมิน	๒๐	๕ - ๑๐
๓		/ผู้ประเมิน	๓๐	๑๓ - ๒๔
๔		/ผู้ประเมิน	๔๐	๒๔ - ๓๖
๕		/ผู้ประเมิน	๕๐	๓๗ - ๔๗
๖		/ผู้ประเมิน	๖๐	๔๘ - ๗๗
๗		/ผู้ประเมิน	๗๐	๗๘ - ๙๐

แบบประเมินผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง
(Palliative care Outcome Scale)

กรุณาตอบคำถามต่อไปนี้โดยทำเครื่องหมาย / ใน ☐ ให้ตรงกับคำตอบที่ท่านคิดว่าตรงกับความรู้สึกของผู้ป่วยที่สุด

๑. ในช่วงสามวันที่ผ่านมาผู้ป่วยมีอาการปวดหรือไม่

- ☐ ๐ ไม่มีอาการ
☐ ๑ ปวดเล็กน้อยแต่ไม่รบกวนจึงไม่ต้องจัดการกับความปวด
☐ ๒ ปวดปานกลางความปวดทำให้ไม่สามารถทำกิจกรรมบางอย่างได้
☐ ๓ ปวดรุนแรงจนมีผลกระทบอย่างมากต่อการใช้สมาธิในการทำงานหรือการทำกิจกรรมต่างๆ
☐ ๔ ปวดอย่างมากมายทรมานจนคิดอะไรไม่ออก

๒. ในช่วงสามวันที่ผ่านมาผู้ป่วยมีอาการอื่นที่มีผลกระทบต่อความรู้สึกของผู้ป่วยเช่นรู้สึกไม่สบาย ไอ ท้องผู้หรือไม่

- ☐ ๐ ไม่เลย
☐ ๑ เล็กน้อย
☐ ๒ ปานกลาง
☐ ๓ รุนแรง
☐ ๔ มากมายทรมาน

๓. ในช่วงสามวันที่ผ่านมาผู้ป่วยรู้สึกหงุดหงิดหรือกังวลใจเกี่ยวกับความเจ็บป่วยหรือการรักษาหรือไม่

- ☐ ๐ ไม่กังวลเลยหรือไม่หงุดหงิดเลย
☐ ๑ กังวลใจบ้างหรือหงุดหงิดนานๆครั้ง
☐ ๒ กังวลใจบ้างหรือหงุดหงิดเป็นบางครั้งเป็นบ้างไม่เป็นบ้าง
☐ ๓ กังวลใจหรือหงุดหงิดเกือบตลอดเวลาจนมากแล้วมีผลกระทบกับความคิดหรือสมาธิของผู้ป่วย
☐ ๔ กังวลใจหรือหงุดหงิดตลอดเวลาจนไม่สามารถคิดอะไรออกเลย

๔. ในช่วงสามวันที่ผ่านมาสมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยหรือเพื่อนของผู้ป่วยมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับผู้ป่วยหรือไม่

- ☐ ๐ ไม่วิตกกังวลเลย
☐ ๑ นานๆครั้ง
☐ ๒ เป็นบางครั้งมีผลกระทบบ้างต่อความคิดหรือสมาธิของสมาชิกในครอบครัวหรือเพื่อน
☐ ๓ วิตกกังวลเป็นส่วนมาก
☐ ๔ วิตกกังวลตลอดเวลา

๕. ในช่วงสามวันที่ผ่านมาผู้ป่วยและท่านและสมาชิกในครอบครัวหรือเพื่อนของผู้ป่วยได้รับทราบข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลรักษามากน้อยเพียงใด

- ☐ ๐ ได้รับทราบข้อมูลเพิ่มเติมที่รู้สึกสบายใจที่ได้ถามแพทย์หรือพยาบาลในสิ่งที่สงสัย
☐ ๑ ได้รับทราบข้อมูลแต่ผู้ป่วยไม่เข้าใจ
☐ ๒ ได้รับทราบข้อมูลก็ต่อเมื่อถามไปยังแพทย์และพยาบาลแต่จริงๆแล้วอยากทราบข้อมูลมากกว่านี้
☐ ๓ ได้รับทราบข้อมูลน้อยมากและในบางคำถามแพทย์และพยาบาลหลีกเลี่ยงที่จะตอบคำถาม
☐ ๔ ไม่ได้รับทราบข้อมูลเลย

๖. ในช่วงสามวันที่ผ่านมาผู้ป่วยได้เล่าระบายความรู้สึกของเขาให้กับสมาชิกในครอบครัวหรือเพื่อนหรือไม่

- ☐ ๐ ไขผู้ป่วยได้เล่าทุกอย่างที่อยากจะพูด
- ☐ ๑ ได้เล่าระบายความรู้สึกเป็นส่วนมาก
- ☐ ๒ ได้เล่าระบายความรู้สึกเป็นบางครั้ง
- ☐ ๓ ไม่ค่อยได้เล่าบ่อยนานๆครั้ง
- ☐ ๔ ไม่เคยเล่ากับใครเลย

๗. ในช่วงสามวันที่ผ่านมาท่านคิดว่าผู้ป่วยเศร้าใจหรือไม่

- ☐ ๐ ไม่เลย
- ☐ ๑ ไม่ค่อยบ่อย
- ☐ ๒ เป็นบางครั้ง
- ☐ ๓ ค่อนข้างบ่อย
- ☐ ๔ ตลอดเวลา

๘. ในช่วงสามวันที่ผ่านมาท่านคิดว่าผู้ป่วยรู้สึกดีกับตัวเองหรือไม่

- ☐ ๐ ไขรู้สึกดีกับตัวเองตลอดเวลา
- ☐ ๑ ค่อนข้างบ่อย
- ☐ ๒ เป็นบางครั้ง
- ☐ ๓ ไม่ค่อยบ่อย
- ☐ ๔ ไม่รู้สึกดีกับตัวเองเลย

๙. ในช่วงสามวันที่ผ่านมาท่านรู้สึกว่าผู้ป่วยเสียเวลาในการนัดหมายเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยหรือไม่ เช่น รอรถมาส่งที่โรงพยาบาลหรือเสียเวลาในการรอคอยการเจาะเลือดซ้ำหรือเสียเวลาในการรอคอยการเอกซเรย์ซ้ำ

- ☐ ๐ ผู้ป่วยไม่เสียเวลาเลย
- ☐ ๒ ผู้ป่วยเสียเวลาเกือบครึ่งวัน
- ☐ ๔ ผู้ป่วยเสียเวลามากกว่าครึ่งวัน

๑๐. ในช่วงสามวันที่ผ่านมาผู้ป่วยได้รับการช่วยเหลือในการแก้ไขปัญหาที่เกิดจากความเจ็บป่วยของผู้ป่วยทั้งด้านปัญหาการเงินหรือปัญหาส่วนตัวหรือไม่

- ☐ ๐ ได้รับการช่วยเหลือทันเวลาตามที่ต้องการ
- ☐ ๒ ปัญหา กำลังได้รับความช่วยเหลือ
- ☐ ๔ ปัญหายังมีอยู่และยังไม่ได้รับการช่วยเหลือ
- ☐ ๐ ไม่มีปัญหาอะไรเลย

๑๑. อะไรคือปัญหาหลักหรือปัญหาสำคัญของผู้ป่วยในช่วงสามวันที่ผ่านมา

๑.
๒.
๓.

๑๒. ระดับ Palliative Performance Scale ของผู้ป่วย คือ PPS.....%

ใบบันทึกคะแนนผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง
(Palliative care Outcome Scale)

คะแนนผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง	.../.../...	.../.../...	.../.../...
๑.อาการปวด			
๒.อาการอื่นๆที่มีผลกระทบต่อความรู้สึกของผู้ป่วย ได้แก่			
๓.ความวิตกกังวลเกี่ยวกับความเจ็บป่วย			
๔.ความวิตกกังวลของครอบครัวผู้ป่วยเกี่ยวกับความเจ็บป่วย			
๕.การได้รับข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยและการดูแลรักษา			
๖.การได้รับการระบายความรู้สึก			
๗.ความรู้สึกซึมเศร้า			
๘.ความรู้สึกดีกับตัวเอง			
๙.การเสียเวลาในการได้รับการดูแลรักษา			
๑๐.การได้รับความช่วยเหลือเรื่องปัญหาการเงิน/ปัญหาอื่นๆที่เกิดจาก ความเจ็บป่วย			
คะแนนรวม			
ปัญหาสำคัญของผู้ป่วย			

ESAS (Edmonton Symptom Assessment System) ฉบับภาษาไทย

โปรด / หมายเลขที่ตรงกับระดับความรู้สึกของท่านที่สุด ณ ขณะนี้										/..../....	/..../....	/..../....
ไม่มีอาการ					มีอาการปวดรุนแรงที่สุด							
๑	๒	๓	๔	๕	๖	๗	๘	๙	๑๐			
ไม่มีอาการคลื่นไส้					มีอาการคลื่นไส้รุนแรงที่สุด							
๑	๒	๓	๔	๕	๖	๗	๘	๙	๑๐			
ไม่มีอาการซึมเศร้า					มีอาการซึมเศร้ามากที่สุด							
๑	๒	๓	๔	๕	๖	๗	๘	๙	๑๐			
ไม่วิตกกังวล					วิตกกังวลมากที่สุด							
๑	๒	๓	๔	๕	๖	๗	๘	๙	๑๐			
ไม่มีอาการง่วงซึม/สับสน					มีอาการง่วงซึม/สับสนมากที่สุด							
๑	๒	๓	๔	๕	๖	๗	๘	๙	๑๐			
ไม่เบื่ออาหาร					เบื่ออาหารมากที่สุด							
๑	๒	๓	๔	๕	๖	๗	๘	๙	๑๐			
สบายดีทั้งกายและใจ					ไม่สบายกายและใจ							
๑	๒	๓	๔	๕	๖	๗	๘	๙	๑๐			
ไม่มีอาการเหนื่อยหอบ					มีอาการเหนื่อยหอบมากที่สุด							
๑	๒	๓	๔	๕	๖	๗	๘	๙	๑๐			
ปัญหาอื่นๆได้แก่.....												
๑	๒	๓	๔	๕	๖	๗	๘	๙	๑๐			

แบบประเมิน Braden Risk Assessment Scale

ประเมินครั้งที่		๑	๒	๓	๔	๕	๖	๗	๘	๙	๑๐
วัน เดือน ปี											
๑.การรับรู้	-ไม่ตอบสนองต่อความเจ็บปวด	๑	๑	๑	๑	๑	๑	๑	๑	๑	๑
	-ตอบสนองต่อความเจ็บปวดเมื่อถูกกระตุ้นแต่ไม่สามารถพูดสื่อสารได้	๒	๒	๒	๒	๒	๒	๒	๒	๒	๒
	-อาจทำตามคำสั่งได้บ้าง สื่อสารเป็นคำพูดได้บ้าง	๓	๓	๓	๓	๓	๓	๓	๓	๓	๓
	-ทำตามคำสั่งได้ มีการรับรู้ปกติ	๔	๔	๔	๔	๔	๔	๔	๔	๔	๔
๒.การเบี่ยงเบน	-ควบคุมการขับถ่ายไม่ได้เบี่ยงเบนตลอดเวลา	๑	๑	๑	๑	๑	๑	๑	๑	๑	๑
	-ควบคุมการขับถ่ายไม่ได้บางส่วน(เปลี่ยนผ้าอย่างน้อย ๑ ครั้ง/วัน)	๒	๒	๒	๒	๒	๒	๒	๒	๒	๒
	-ควบคุมการขับถ่ายไม่ได้นานๆครั้ง(เปลี่ยนผ้าอย่างน้อย ๑ ครั้ง/วัน)	๓	๓	๓	๓	๓	๓	๓	๓	๓	๓
	-ควบคุมการขับถ่ายได้ทุกอย่าง	๔	๔	๔	๔	๔	๔	๔	๔	๔	๔
๓.การทำกิจกรรม	-อยู่บนเตียงตลอดเวลา ลงเองไม่ได้	๑	๑	๑	๑	๑	๑	๑	๑	๑	๑
	-ทรงตัวไม่อยู่ ต้องมีคนช่วยพยุงหรือใช้รถเข็น	๒	๒	๒	๒	๒	๒	๒	๒	๒	๒
	-เดินเองไม่ได้บ้างระยะสั้นๆ ใช้เครื่องพยุง ส่วนใหญ่อยู่บนเตียงหรือเก้าอี้	๓	๓	๓	๓	๓	๓	๓	๓	๓	๓
	-เดินเองได้ ทำกิจกรรมได้เองทุกอย่าง	๔	๔	๔	๔	๔	๔	๔	๔	๔	๔
๔.การเคลื่อนไหว	-ขยับเปลี่ยนท่าเองไม่ได้เลย	๑	๑	๑	๑	๑	๑	๑	๑	๑	๑
	-ขยับเปลี่ยนท่าเองได้เล็กน้อยทำได้เป็นบางครั้ง ต้องให้คนอื่นช่วย	๒	๒	๒	๒	๒	๒	๒	๒	๒	๒
	-เปลี่ยนท่าได้เองเป็นส่วนใหญ่ทำได้บ่อย	๓	๓	๓	๓	๓	๓	๓	๓	๓	๓
	-เปลี่ยนท่าได้เองโดยไม่ต้องมีคนช่วย	๔	๔	๔	๔	๔	๔	๔	๔	๔	๔
๕.ภาวะโภชนาการ	-NPO กินได้ < ๑ ๓ ถาด Feed รับไม่ได้	๑	๑	๑	๑	๑	๑	๑	๑	๑	๑
	-กินได้ < ๑ ๒ ถาด Feed รับไม่ได้ไม่หมด	๒	๒	๒	๒	๒	๒	๒	๒	๒	๒
	-กินได้ < ๑ ๒ ถาด Feed รับได้หมด	๓	๓	๓	๓	๓	๓	๓	๓	๓	๓
	-กินได้ทุกมื้อ ไม่ต้องการอาหารเสริมทดแทน	๔	๔	๔	๔	๔	๔	๔	๔	๔	๔
๖.แรงเสียดทานและแรงเฉือน	-ต้องการคนช่วยเลื่อนหรือช่วยพลิกตัว อย่างน้อย ๒ คน	๑	๑	๑	๑	๑	๑	๑	๑	๑	๑
	-พลิกตัวได้บ้าง แต่ต้องการคนช่วยเหลือ	๒	๒	๒	๒	๒	๒	๒	๒	๒	๒
	-เคลื่อนไหวได้เองอิสระ ทรงตัวได้ดีตลอดเวลา	๓	๓	๓	๓	๓	๓	๓	๓	๓	๓
	สรุปคะแนน										
	ผู้ประเมิน										

หมายเหตุ : ถ้า คะแนน ๑๕-๑๖ หรือ คะแนน ๑๕-๑๘ ถ้าอายุ ๗๐ ปีขึ้นไป

- Low risk คะแนน ๑๓-๑๔ - modene risk คะแนน ๖-๑๒ - high risk

ให้ประเมินผู้ป่วย รับใหม่/รับย้าย ทุกราย ประเมินซ้ำทุกสัปดาห์ หรือมีการเปลี่ยนแปลง เพื่อเป็นการป้องกัน ลดการเกิดแผลกดทับ

แนวทางการดูแลแผลกดทับตามระดับความเสี่ยง

เริ่มมีภาวะเสี่ยง(คะแนน ๑๕-๑๘) -พลิกตัวบ่อยๆ ทุก ๒ ชั่วโมง -กระตุ้นให้มีการเคลื่อนไหวให้มากที่สุด -ป้องกันบริเวณสัมผัสเท้าไม่ให้เกิดแผล -ดูแลจัดการความชื้นของผิวหนัง,ภาวะโภชนาการ,และแรงเสียดสีและแรงเสียดสีและแรงเสียดสี ถ้าต้องพักอยู่บนเตียงหรือเก้าอี้ *ถ้าประเมินพบปัจจัยเสี่ยงสำคัญ (สูงอายุ,มีไข้,ได้รับสารอาหารประเภทโปรตีนน้อย BPd<๖๐, การไหลเวียนโลหิตไม่คงที่)ดูแลและตามความเสี่ยงระดับต่อไป	การจัดการความเปื่อยขึ้น -ใช้ผลิตภัณฑ์ป้องกันความเปื่อยขึ้น -ใช้ผ้าอนามัยหรือผ้าอ้อมช่วยดูดซับและเก็บกักความเปื่อยขึ้น -ค้นหาสาเหตุของความเปื่อยขึ้น -สอบถามความต้องการอุจจาระ ปัสสาวะและตึมน้ำ -พลิกตัวผู้ป่วยตามเวลาที่กำหนด
ภาวะเสี่ยงปานกลาง (คะแนน ๑๓-๑๔) -กำหนดเวลาการพลิกตัว -ใช้หมอนช่วยในการจัดท่านอนตะแคง ๓๐ องศา -ใช้อุปกรณ์ช่วยลดแรงกด -กระตุ้นให้มีการเคลื่อนไหวให้มากที่สุด -ป้องกันบริเวณสัมผัสเท้าไม่ให้เกิดแผล -ดูแลจัดการความชื้นของผิวหนัง,ภาวะโภชนาการ,และแรงเสียดสีและแรงเสียดสีและแรงเสียดสี *ถ้าประเมินพบปัจจัยเสี่ยงสำคัญ ดูแลตามความเสี่ยงระดับต่อไป	การจัดการด้านโภชนาการ -ให้อาหารโปรตีนเพิ่มขึ้น -ให้อาหารที่เพิ่มพลังงานเพื่อสำรองการใช้โปรตีน -เสริมอาหารประเภทวิตามินรวม (ควรมีส่วนประกอบของวิตามินเอ,ซี และอี) -ให้การดูแลอย่างเร่งด่วนเพื่อบรรเทาภาวะขาดสารอาหาร -ปรึกษาโภชนาการ
เสี่ยงสูง (คะแนน ๑๐-๑๒) -เพิ่มการพลิกตัวให้บ่อยขึ้น -เพิ่มการขยับตัว -ใช้อุปกรณ์ช่วยลดแรงกด -ใช้หมอนช่วยในการจัดท่านอนตะแคง ๓๐ องศา -กระตุ้นให้มีการเคลื่อนไหวให้มากที่สุด -ป้องกันบริเวณสัมผัสเท้าไม่ให้เกิดแผล -ดูแลจัดการความชื้นของผิวหนัง,ภาวะโภชนาการ,และแรงเสียดสีและแรงเสียดสีและแรงเสียดสี	การจัดการแรงเสียดสีและแรงเสียดสี -นอนหัวสูงไม่เกิน ๓๐ องศา -ใช้กระดานเลื่อนตัวช่วยในการเคลื่อนย้าย -ป้องกันบริเวณข้อศอกและสัมผัสเท้าไม่ให้เกิดการเสียดสี
เสี่ยงสูงมาก(คะแนน๘หรือมากกว่า) -ดูแลตามวิธีการทั้งหมดข้างบน ร่วมกับใช้อุปกรณ์ช่วยกระจายแรงกดถ้าไม่สามารถควบคุมความเจ็บปวดในผู้ป่วยได้ หรือมีความเจ็บปวดเพิ่มขึ้นเมื่อพลิกตัว หรือมีปัจจัยเสี่ยงร่วม	การดูแลทั่วไปอื่นๆ -ไม่นวดผิวหนังที่แดงโดยเฉพาะบริเวณปุ่มกระดูก -ไม่ใช้อุปกรณ์รองรับรูปโดนัท ดูแลให้ได้รับน้ำอย่างเพียงพอหลีกเลี่ยงไม่ให้ผิวหนังแห้ง

แบบประเมินผลเกี่ยวกับโรคถุงลมโป่งพอง (COPD Assessment Test :CAT)

						.../.../...	.../.../...	.../.../...
๑.ข้าพเจ้าไม่เคยมีอาการไอ ตลอดเวลา						ข้าพเจ้าไอ		
๐	๑	๒	๓	๔	๕			
๒.ข้าพเจ้าไม่มีเสมหะในปอดเลย ด้วยเสมหะ						ปอดของข้าพเจ้าเต็มไปด้วยเสมหะ		
๐	๑	๒	๓	๔	๕			
๓.ข้าพเจ้าไม่รู้สึกรู้สึกระแ้นหน้าอกเลย หน้าอกมาก						ข้าพเจ้ารู้สึกรู้สึกระแ้นหน้าอกมาก		
๐	๑	๒	๓	๔	๕			
๔.เมื่อข้าพเจ้าเดินขึ้นเนินหรือขึ้นบันไดหนึ่งชั้น ข้าพเจ้าเหนื่อยหอบอย่างมาก						เมื่อข้าพเจ้าเดินขึ้นเนินหรือขึ้นบันไดหนึ่งชั้น ข้าพเจ้าเหนื่อยหอบอย่างมาก		
๐	๑	๒	๓	๔	๕			
๕.ข้าพเจ้าทำกิจกรรมต่างๆที่บ้านได้โดยไม่จำกัด ข้าพเจ้าทำกิจกรรมต่างๆที่บ้านได้อย่างจำกัด						ข้าพเจ้าทำกิจกรรมต่างๆที่บ้านได้โดยไม่จำกัด		
๐	๑	๒	๓	๔	๕			
๖.ข้าพเจ้ามีความมั่นใจที่จะออกไป ไปนอกบ้านทั้งที่ปอดข้าพเจ้ามีปัญหา						ข้าพเจ้าไม่มีความมั่นใจที่จะออกไป นอกเพราะปอดข้าพเจ้ามีปัญหา		
๐	๑	๒	๓	๔	๕			
๗.ข้าพเจ้านอนหลับสนิท ข้าพเจ้านอนหลับไม่สนิทเพราะปอดข้าพเจ้ามีปัญหา						ข้าพเจ้านอนหลับไม่สนิทเพราะปอดข้าพเจ้ามีปัญหา		
๐	๑	๒	๓	๔	๕			
๘.ข้าพเจ้ารู้สึกกระตือรือร้นอย่างมาก และเหนื่อยง่าย						ข้าพเจ้ารู้สึกอ่อนเพลียและเหนื่อยง่าย		
๐	๑	๒	๓	๔	๕			
คะแนนรวม								

The COPD Assessment (CAT)

มีคะแนนเต็ม 40 คะแนน และแบ่งเป็นกลุ่มคือ

- ⇒ Mild คะแนน 0-10 =สีเขียว
- ⇒ Moderate 11-20 =สีเหลือง
- ⇒ Severe 21-30 =สีส้ม
- ⇒ Very severe 31-40 =สีแดง

ถ้าผู้ป่วยมีคะแนนมากแสดงว่าอาการมาก พยายามไปคะแนนน้อยลงก็ถือว่าดีขึ้น

มาตรฐาน ๑๔ ประการ ในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน (Home ward care)
(ตามแนวคิดและแนวทางปฏิบัติ นพ.โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์)

ชื่อ.....DX.....สี.....

วันที่.....

ลำดับ	รายการ	มี	ไม่มี	หมายเหตุ
๑	รู้ครอบคลุมในการดูแลรักษาเช่น อาหาร ยา การออกกำลังกาย ภาวะสุขภาพบำบัด ฯ			
๒	รู้การจัดการอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่ได้รับ			
๓	รู้การรักษาและป้องกันความปลอดภัยในบริเวณบ้าน			
๔	รู้การจัดการเวชภัณฑ์สิ้นเปลืองที่ต้องใช้ที่บ้าน			
๕	รู้วิธีการกำจัดขยะอันตรายแต่ละประเภทที่บ้าน			
๖	รู้เรื่องความสะอาดและการป้องกันการติดเชื้อ			
๗	การรักษาความลับของผู้ป่วยและครอบครัว			
๘	มีการตั้งศักยภาพชุมชนและเครือข่ายมีส่วนร่วม			
๙	รู้ระบบส่งต่อและช่องทางการสื่อสาร			
๑๐	รู้จักการป้องกันตนเองของผู้ที่เกี่ยวข้อง			
๑๑	ผู้ที่เกี่ยวข้องรู้ถึงบทบาทและหน้าที่ของตน			
๑๒	รู้เรื่องpalliative care ,การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย			
๑๓	ประเมินปัญหาและสถานการณ์ความเสี่ยงที่จะเกิดกับผู้ป่วย			
๑๔	มีทักษะการสื่อสารเพื่อประสานความร่วมมือและสนับสนุน การดูแลให้เข้มแข็ง			

ผู้ประเมิน.....

(.....)

ตำแหน่ง.....

แผนการดูแลรักษาผู้ป่วยที่บ้าน Home ward care เครือข่ายสุขภาพอำเภอจุน

ชื่อ.....อายุ.....เตียง.....

DX/อาการ.....

ว.ด.ป	ORDERS FOR ONE DAY		ORDERS FOR CONTINUEUTION		
Progress note สหสาขา	ว.ด.ป	Orders	ว.ด.ป	Orders	ลายเซ็น
		-Consult แพทย์ ปัญหาความเจ็บป่วย,การ รักษา -Consult นักกายภาพบำบัด นักกิจกรรมบำบัด เรื่องการฟื้นฟู,การทำ กายภาพ -Consult สุขภาพจิต ดูแลด้านจิตใจผู้ป่วยและญาติ -Consult เภสัชกร ดูแลการใช้ยา -Consult ทันตกรรม การดูแลสุขภาพฟัน -Consult โภชนาการ ด้านการรับประทานอาหาร -Consult ชุมรรมผู้พิการ เรื่องสิทธิ,การทำบัตรผู้พิการ		-ติดตามอาการและการดูแลต่อเนื่อง ที่บ้าน =>ทีมเยี่ยมบ้าน.....ครั้ง/เดือน =>จิตอาสา.....ครั้ง/สัปดาห์ -Active & Passive exercise โดย..... =>ผู้ดูแล ทุกวัน =>จิตอาสา.....ครั้ง/สัปดาห์ =>นักกายภาพบำบัด.....ครั้ง/ เดือน -นัดพบครอบครัว, ญาติ, ญาติ ที่บ้าน(เช็คแท็ก ย่างขวาง ฮ้างขวัญ ฯลฯ) =>จนท.แพทย์แผนไทย.....ครั้ง/ เดือน =>จิตอาสาหมอมือ.....ครั้ง/ เดือน =>จิตอาสาผู้บำบัด.....ครั้ง/เดือน -ดูแล personal hygiene =>ทีมเยี่ยมบ้าน.....ครั้ง/เดือน =>จิตอาสา.....ครั้ง/เดือน -ทำแผลที่บ้าน =>ผู้ดูแลทุกวัน =>จิตอาสา.....ครั้ง/เดือน	

แผ่นต่อ

ว.ด.ป	ORDERS FOR ONE DAY		ORDERS FOR CONTINEUTION		
Progress note สหสาขา	ว.ด.ป	Orders	ว.ด.ป	Orders	ลายเซ็นต์

เอกสาร COC No.๑๔

แบบแจ้งผลการดูแลสุขภาพที่บ้าน
โรงพยาบาลจุน อำเภोजุน จังหวัดพะเยา

HN.....
COC รับ.....
ส่ง.....
หน่วยงาน.....

วัน/เดือน/ปี.....

จาก.....

ถึง.....

ตามที่ท่านได้ส่งผู้ป่วย ชื่อ.....อายุ.....ปี
บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ตำบล.....การวินิจฉัยโรค.....
มาเพื่อดำเนินการตามประสงค์นั้น ขอส่งรายละเอียดมาเพื่อทราบ ดังนี้
๑.บริการดูแลสุขภาพที่บ้าน/การพยาบาล ที่ให้แก่ผู้ป่วยและครอบครัว ดังนี้
ตรวจวัดสัญญาณชีพ BP= / mmHg. PR= ครั้ง/นาที RR= ครั้ง/นาที
๒.อาการทั่วไปที่พบ

๓.บริการดูแลสุขภาพที่บ้านที่ให้แก่ผู้ป่วยและครอบครัว

๔.สรุปอาการเจ็บป่วย

☐ หาย ☐ ทุกเช้า ☐ คงเดิม ☐ ไม่ดีขึ้น ☐ ไม่พบ ☐ ถึงแก่กรรม ☐ ดูแลตนเองได้
กรณีที่ดูแลตนเองไม่ได้ มีการดำเนินการดังนี้
☐ ส่งต่อ รพ..... ☐ ติดต่อเยี่ยมบ้านต่อเนื่อง
☐ อื่นๆ ระบุ

ลงชื่อ(ผู้เยี่ยม/ตำแหน่ง).....

ว.ด.ป.....

***หมายเหตุ: กรุณาส่งผลการติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยภายใน 7 วัน
หรือโทรแจ้งศูนย์ดูแลต่อเนื่อง(COC) 054-409200ต่อ216

แบบประเมินความพึงพอใจของผู้รับบริการเยี่ยมบ้าน

ตอนที่ ๑ ข้อมูลทั่วไปของผู้รับบริการ กรุณาใส่เครื่องหมาย / ลงใน ☐ หน้าคำตอบ๑. เพศ ☐ ชาย ☐ หญิง

๒. อายุ.....ปี

๓. ระดับการศึกษาสูงสุด

☐ ไม่ได้รับการศึกษา☐ ประถมศึกษา☐ มัธยมศึกษา☐ ปวส./ปวท./อนุปริญญา☐ ปริญญาตรี☐ ปริญญาโทหรือสูงกว่า

๔. ประเภทผู้รับบริการตามสิทธิการรักษา

☐ บัตรทองทั่วไป☐ บัตรผู้พิการ☐ บัตรผู้สูงอายุ☐ ประกันสังคม☐ ข้าราชการ/เจ้าหน้าที่ของรัฐ ☐ อื่นๆ(ระบุ).....

๕. หน่วยงานให้บริการเยี่ยมบ้าน

☐ รพ.พะเยา☐ รพ.สต.....☐ องค์กรส่วนท้องถิ่น☐ จิตอาสา☐ อื่นๆ.....

ตอนที่ ๒ ข้อมูลความพึงพอใจ กรุณาใส่เครื่องหมาย / ในช่องว่างที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด

ประเด็นความพึงพอใจ	ระดับความคิดเห็น				
	พึงพอใจมากที่สุด (๕)	พึงพอใจมาก (๔)	พึงพอใจปานกลาง (๓)	พึงพอใจน้อย (๒)	พึงพอใจน้อยที่สุด (๑)
๑.ด้านกระบวนการ/ขั้นตอน					
๑) มีการติดต่อนัดหมายก่อนมาเยี่ยมบ้านทุกครั้ง					
๒) ได้รับการดูแลช่วยเหลือ/ให้คำแนะนำที่เหมาะสมกับผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง					
๓) ใช้เวลาในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยอย่างเหมาะสม					
๔) ความสะดวกรวดเร็วในการติดต่อเจ้าหน้าที่ มีช่องทาง/วิธีการขอรับบริการ หรือสอบถามข้อมูล/เสนอข้อคิดเห็น/ร้องเรียน					
๕) มีคนในชุมชนมาสนับสนุนช่วยเหลือ					
๒.ด้านเจ้าหน้าที่ / บุคลากรผู้ให้บริการ					
๖) ความสุภาพ อ่อนน้อม และมีมนุษยสัมพันธ์					
๗) ความเอาใจใส่รับฟังปัญหา กระตือรือร้น เต็มใจให้บริการ					
๘) มีความสามารถเชี่ยวชาญในการให้บริการ					
๙) ให้บริการเท่าเทียมกันทุกรายโดยไม่เลือกปฏิบัติ					
๑๐) มีสื่อ / ช่องทางติดต่อเจ้าหน้าที่ได้สะดวกรวดเร็ว					
๑๑) ได้รับความสะดวกในการเยี่ยมอุปกรณ์การแพทย์ไปใช้ที่บ้าน					

แรงจูงใจ ขวัญกำลังใจและความพึงพอใจของทีมเยี่ยมบ้าน

ตอนที่ ๑ ข้อมูลทั่วไป

- ๑.เพศ () ชาย () หญิง
 อายุ () ต่ำกว่า ๒๐ ปี () ๒๑-๓๐ ปี () ๓๑-๔๐ ปี
 () ๔๑-๕๐ ปี () ๕๑ ปีขึ้นไป

๒.หน่วยงานที่ปฏิบัติงาน

- () โรงพยาบาลจุน หน่วยงานที่ปฏิบัติงาน.....
 () โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

๓.ทีมสหสาขาวิชาชีพ

- () แพทย์ () พยาบาล
 () พนักงานช่วยเหลือคนไข้ () นวก.สาธารณสุข
 () ทันตแพทย์ () เจ้าพนักงานทันตสาธารณสุข
 () เภสัชกร () จพง.เภสัชกรรมชุมชน
 () โภชนาการ () จพง.สาธารณสุข
 () นักกายภาพบำบัด () นักกิจกรรมบำบัด
 () นัก/ช่างกายอุปกรณ์ () นักเทคนิคการแพทย์
 () แพทย์แผนไทย () ผู้ช่วยแพทย์แผนไทย

อื่นๆระบุ.....

๔.ประเภท

- () ข้าราชการ () พนักงานของรัฐ () พกส.
 () ลูกจ้างประจำ () ลูกจ้างชั่วคราว () ลูกจ้างรายวัน

๕.ระยะเวลาในการปฏิบัติงานในตำแหน่งปัจจุบัน (เศษของปีมากกว่า ๖ เดือน คิดเป็น ๑ ปี)

- () ต่ำกว่า ๑ ปี () ๒-๓ปี () ๔-๕ปี
 () ๖-๑๐ ปี () ๑๑ ปีขึ้นไป

**ตอนที่ ๒ ระดับแรงจูงใจ ขวัญกำลังใจและความพึงพอใจในการทำงานของทีมเยี่ยมบ้านผู้ให้การดูแล
ผู้ป่วยที่บ้าน**

คำชี้แจง : กรุณาทำเครื่องหมาย/ลงในช่องระดับความสำคัญของแรงจูงใจ ขวัญกำลังใจและระดับความพึงพอใจ ที่ตรงกับความคิดเห็น
ของท่านมากที่สุดเพียงข้อเดียว

ข้อ	ประเด็น สอบถาม	คำถามแรงจูงใจขวัญ กำลังใจ	ระดับความสำคัญ					คำถามความ พึงพอใจ	ระดับความพึงพอใจ				
			มาก ที่สุด	มาก	ปาน กลาง	น้อย	น้อย ที่สุด		มาก ที่สุด	มาก	ปาน กลาง	น้อย	น้อย ที่สุด
๑	ความสำเร็จใน งานที่ปฏิบัติ	ข้าพเจ้าเห็นว่าความสำเร็จใน งานที่ปฏิบัติ จูงใจให้ข้าพเจ้า เกิดขวัญกำลังใจในการทำงาน						ข้าพเจ้าพึง พอใจใน ความสำเร็จ ของงานที่ ข้าพเจ้าปฏิบัติ					
๒	การได้รับ ความยอมรับ นับถือ	ข้าพเจ้าเห็นว่า การได้รับความ ยอมรับนับถือจากผู้ร่วมงาน ผู้บริหาร จูงใจให้ข้าพเจ้าเกิด ขวัญกำลังใจในการทำงาน						ข้าพเจ้าพึง พอใจในการ ได้รับความ ยอมรับนับถือ จากผู้ร่วมงาน ผู้บริหาร					
๓	ความก้าวหน้า ในตำแหน่ง การงาน	ข้าพเจ้าเห็นว่า การได้รับ ความก้าวหน้าในตำแหน่งการ งาน จูงใจให้ข้าพเจ้าเกิดขวัญ กำลังใจในการทำงาน						ข้าพเจ้าพึง พอใจใน ความก้าวหน้า ในตำแหน่ง					
๔	หน้าที่ความ รับผิดชอบ	ข้าพเจ้าเห็นว่า หน้าที่ความ รับผิดชอบ จูงใจให้ข้าพเจ้า เกิดขวัญกำลังใจในการทำงาน						ข้าพเจ้าพึง พอใจในหน้าที่ ความ รับผิดชอบของ ข้าพเจ้า					
๕	ภาระงานที่ เหมาะสม	ข้าพเจ้าเห็นว่า ภาระงานที่ ได้รับ จูงใจให้ข้าพเจ้าเกิดขวัญ และกำลังใจในการทำงาน						ข้าพเจ้าพึง พอใจในภาระ งานที่ เหมาะสมของ ข้าพเจ้า					
๖	นโยบายใน การพัฒนาบุ คลากร/งาน	ข้าพเจ้าเห็นว่า นโยบายการ พัฒนาบุคลากร/งาน จูงใจให้ ข้าพเจ้า						ข้าพเจ้าพึง พอใจใน นโยบายการ พัฒนา บุคลากร/งาน ของผู้บริหาร					
๗	การ บริหารงานที่ เป็นธรรม	ข้าพเจ้าเห็นว่า การบริหารงาน ที่เป็นธรรม จูงใจให้ข้าพเจ้าใน การทำงาน						ข้าพเจ้าพึง พอใจในการ บริหารงานที่ เป็นธรรม					

ข้อ	ประเด็น สอบถาม	คำถามแรงจูงใจขวัญ กำลังใจ	ระดับความสำคัญ					คำถามความ พึงพอใจ	ระดับความพึงพอใจ				
			มาก ที่สุด	มาก	ปาน กลาง	น้อย	น้อย ที่สุด		มาก ที่สุด	มาก	ปาน กลาง	น้อย	น้อย ที่สุด
๘	การมีสัมพันธภาพที่ดีกับ ผู้ร่วมงาน/ ผู้บริหาร	ข้าพเจ้าเห็นว่าการมีสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ร่วมงาน/ผู้บริหาร จูงใจให้ข้าพเจ้าเกิดขวัญ กำลังใจในการทำงาน						ข้าพเจ้าพึง พอใจการมี สัมพันธภาพที่ ดีกับ ผู้ร่วมงาน/ ผู้บริหาร					
๙	รายได้/ ค่าตอบแทน ต่างๆ	ข้าพเจ้าเห็นว่ารายได้/ ค่าตอบแทนต่างๆจูงใจให้ ข้าพเจ้าเกิดขวัญและกำลังใจใน การทำงาน						ข้าพเจ้าพึง พอใจรายได้/ ค่าตอบแทน ต่างๆ					
๑๐	สวัสดิการที่ นอกเหนือจาก รายได้/ ค่าตอบแทน	ข้าพเจ้าเห็นว่าสวัสดิการที่ นอกเหนือจากรายได้/ ค่าตอบแทนจูงใจให้ข้าพเจ้า เกิดขวัญกำลังใจในการทำงาน						ข้าพเจ้าพึง พอใจ สวัสดิการที่ นอกเหนือจาก รายได้/ ค่าตอบแทน					
๑๑	ความมั่นคง ของหน้าที่การ งาน	ข้าพเจ้าเห็นว่าหน้าที่ความ มั่นคงของหน้าที่การงาน จูงใจ ให้ข้าพเจ้าเกิดขวัญกำลังใจใน การทำงาน						ข้าพเจ้าพึงพ พอใจความมั่งค งของหน้าที่การ งาน					
๑๒	โอกาส ความก้าวหน้า ในงาน	ข้าพเจ้าเห็นว่าโอกาส ความก้าวหน้าในงานรับจูงใจ ให้ข้าพเจ้าเกิดขวัญและ กำลังใจในการทำงาน						ข้าพเจ้าพึง พอใจโอกาส ความก้าวหน้า ในงาน					
๑๓	สภาพแวดล้อม อุปกรณ์ เครื่องมือ เครื่องใช้ที่ เพียงพอ เหมาะสม/ ปลอดภัย	ข้าพเจ้าเห็นว่าสภาพแวดล้อม อุปกรณ์ เครื่องมือเครื่องใช้ที่ เพียงพอเหมาะสม/ปลอดภัย จูงใจให้ข้าพเจ้าเกิดขวัญและ กำลังใจในการทำงาน						ข้าพเจ้าพึง พอใจ สภาพแวดล้อม อุปกรณ์ เครื่องมือ เครื่องใช้ที่ เพียงพอ เหมาะสม/ ปลอดภัย					
๑๔	ความสมดุล ระหว่างงาน และชีวิต ส่วนตัว	ข้าพเจ้าเห็นว่าความสมดุล ระหว่างงานและชีวิตส่วนตัว จูงใจให้ข้าพเจ้าในการทำงาน						ข้าพเจ้าพึงพ พอใจความสมด ลระหว่างงาน และชีวิต ส่วนตัว					

ตอนที่ ๓ ความพึงพอใจในงาน ความคิดจะขอปรับเปลี่ยน / ย้ายหรือลาออกจากการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน

๑๕.ขณะนี้ ท่านมีความพึงพอใจต่อการทำงานของทีมงานผู้ให้การดูแลผู้ป่วยที่บ้านอย่างไร

- () พึงพอใจมากที่สุด () พึงพอใจมาก () พึงพอใจปานกลาง
() พึงพอใจ () ไม่พึงพอใจ

๑๖.ขณะนี้ ท่านมีความคิดที่จะขอปรับเปลี่ยนหรือ ลาออกจากทีมงานผู้ให้การดูแลผู้ป่วยที่บ้านอยู่หรือไม่

- () ไม่เคยมีความคิดนี้เลย () คิดอยู่บ้างบางเวลา () คิดถึงเรื่องนี้อยู่ตลอดเวลา

๑๗.ขณะนี้ ท่านมีความคิดที่จะลาออกจากทีมงานผู้ให้การดูแลผู้ป่วยที่บ้านหรือไม่

- () ไม่เคยมีความคิดนี้เลย () คิดอยู่บ้างบางเวลา () คิดถึงเรื่องนี้อยู่ตลอดเวลา

ตอนที่ ๔ ข้อคิดเห็น/ข้อเสนอแนะอื่นๆ

.....

.....

.....

.....

หมายเหตุ แบบสอบถามนี้ ปรับปรุงจากแบบสอบถามความพึงพอใจบุคลากรทางการแพทย์ ของสำนักงาน
พยาบาล กระทรวงสาธารณสุขและจากแบบสอบถามแรงจูงใจ ขวัญกำลังใจและความพึงพอใจในการทำงาน
ของบุคลากรสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข