



การพัฒนาระบบการส่งยาที่บ้านเพื่อ ลดความแออัดในคลินิกโรคเรื้อรัง สำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2566

(15 ตุลาคม พ.ศ.2565 - 30 ธันวาคม 2565)



โดยการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุข
ประจำหมู่บ้าน หมู่ที่ ๑๑ บ้านคลองลึก
ตำบลกระแสน อำเภอกาหลง จังหวัดระยอง

ฝ่ายโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

กองสาธารณสุข

๑. **ชื่อผลงาน :** การพัฒนาระบบการส่งยาที่บ้านเพื่อลดความแออัดในคลินิกโรคเรื้อรัง สำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โดยความร่วมมือร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน หมู่ที่ ๑๑ บ้านคลองลึก ตำบลกระแสน

๒. **ระยะเวลาดำเนินการ :** ตุลาคม ๒๕๖๕ - กันยายน ๒๕๖๖

๓. ความรู้ทางวิชาการหรือแนวความคิดที่ใช้ในการดำเนินการ

๓.๑ คู่มือการจัดการบริการคลินิกเบาหวาน ความดันโลหิตสูงวิถีใหม่ แบบยึดประชาชนเป็นศูนย์กลาง (สำหรับผู้ปฏิบัติงาน) ขั้นตอนการจัดการบริการสำหรับผู้ปฏิบัติงานในทีมสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง สำหรับใช้ในการปรับรูปแบบคลินิกการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่สอดคล้องกับทิศทางขององค์การอนามัยโลกโดยมีความมุ่งหวังให้เกิดผลลัพธ์ของการบริหารสุขภาพแบบเน้นคุณค่า (Value-based healthcare) คือ การสร้างประสบการณ์ใหม่ของการเข้ารับบริการที่ดีขึ้น ลดความแออัดของโรงพยาบาล สอดคล้องกับแนวทางป้องกันการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อทางเดินหายใจ สร้างวิถีใหม่ในการบริการทางการแพทย์ (The new normal medical service) การลดต้นทุนการบริการในรูปแบบที่ผู้ป่วยกลุ่มที่ควบคุมโรคได้ดี (Good Control) โดยไม่เสียประโยชน์ในการตรวจติดตามภาวะแทรกซ้อนประจำปี และผลลัพธ์สุขภาพของประชาชนในภาพรวมดีขึ้น

๓.๒ รูปแบบการจัดการโรคเรื้อรังของ Wagner (Wagner's Chronic care Model) ในปี ค.ศ. ๒๐๐๒ Edward Wagner และคณะได้เสนอรูปแบบการดูแลกลุ่มเสี่ยง/กลุ่มป่วยโรคเรื้อรัง ซึ่งปรับจากการดูแลแบบระดับบุคคลมาเป็นการดูแลแบบบูรณาการทำให้เข้าถึงประชากรและการป้องกันมากขึ้น เป้าหมายเพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตและผลลัพธ์ทางคลินิก โดยมีองค์ประกอบที่จำเป็น ๖ องค์ประกอบ คือ

- ทรัพยากรและนโยบายของชุมชนที่มีการเชื่อมโยงกับหน่วยงานบริการสุขภาพ
- หน่วยงานบริการสุขภาพที่มีโครงสร้าง เป้าหมาย และค่านิยมประกอบเป็นรากฐานให้องค์ประกอบอื่น ๆ
- การสนับสนุนการดูแลตนเอง
- การสนับสนุนการตัดสินใจ
- ระบบข้อมูลทางคลินิก
- การออกแบบระบบบริการ โดยทีมสหวิชาชีพทั้งทางการแพทย์และทางสาธารณสุขที่ประสานดำเนินการ

อย่างครอบคลุมเพื่อการดูแลกลุ่มเสี่ยง/กลุ่มป่วยในระยะยาว

๓.๓ กรอบแนวคิดขององค์การอนามัยโลก (WHO) องค์การอนามัยโลกได้พัฒนา WHO's Innovative Care for Chronic Conditions Framework เสนอให้มีการดำเนินงานรูปแบบการดูแลโรคเรื้อรังที่สอดคล้องและเหมาะสมกับบริบทของประเทศที่แตกต่างกัน โดยได้ให้ความสำคัญต่อเป้าหมายการจัดการโรคที่ ๓ ระดับของการดูแลสุขภาพ ได้แก่ ระดับนโยบาย ระดับระบบบริการสุขภาพและชุมชน ระดับของผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อให้เกิดการดำเนินงานของภาคีหุ้นส่วนอย่างผสมผสานต่อเนื่อง เกิดผลลัพธ์ที่พึงประสงค์ของการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ ซึ่งไม่ได้พิจารณาแต่ผลลัพธ์ทางคลินิกเท่านั้น แต่ต้องทำให้ผู้ป่วย ครอบครัว และผู้เกี่ยวข้องรวมทั้งชุมชน และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีศักยภาพในการจัดการปัญหาสุขภาพและกลุ่มเป้าหมายสามารถดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสม มีคุณภาพที่ดี มีการจัดการเพื่อลดและป้องกันความเสี่ยงให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในระยะยาวเพื่อผลลัพธ์สุขภาพของประชาชนดีขึ้น

๔. สรุปสาระสำคัญ และระเบียบกฎหมายที่เกี่ยวข้อง

สถานการณ์ของโรคเรื้อรังหรือโรคไม่ติดต่อในปัจจุบัน พบว่าเป็นสาเหตุการเสียชีวิตส่วนใหญ่ของคนไทย เกิดจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรังมากถึงร้อยละ ๖๐ เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ โรคมะเร็ง ปัสสาวะ ๔๗,๔๐๐ คน การรักษาโรคเรื้อรังไม่สามารถรักษาให้หายขาดและกลับคืนสู่ภาวะปกติได้ ผู้ป่วยต้องได้รับการดูแลและการฟื้นฟูเป็นระยะเวลายาวนาน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) เป็นสถานบริการระดับปฐมภูมิ (Primary care) ที่มีบทบาทสำคัญต่อการดูแลสุขภาพประชาชนอย่างเป็นองค์รวม ทั้งในด้านการส่งเสริมสุขภาพ การควบคุม ป้องกันโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสภาพรวมทั้งการจัดการปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ โดยเฉพาะอย่างยิ่งโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญของพื้นที่ การพัฒนาคุณภาพการดำเนินงาน

ของคลินิกโรคไม่ติดต่อ (NCD) ถือเป็นหัวใจสำคัญเชิงระบบที่ส่งผลต่อกระบวนการ และคุณภาพการให้บริการ เพื่อเป็นการลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรค ลดอัตราการป่วย และการลดภาวะแทรกซ้อนซึ่งการจัดระบบการให้บริการใหม่ เพื่อสนับสนุนการทำงานร่วมกันและการเชื่อมโยงการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เน้นให้ผู้ปฏิบัติเปลี่ยนการให้บริการ โดยสนับสนุนการจัดการตนเอง การเชื่อมโยงสู่ชุมชนเป็นสำคัญทำให้เกิดการพัฒนาาระบบสุขภาพที่ยั่งยืน

ในการนี้ผู้ขอรับการประเมินซึ่งปัจจุบันดำรงตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ ได้รับมอบหมายหน้าที่ ความรับผิดชอบงานคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ซึ่งจากการเก็บรวบรวมข้อมูลงานคลินิกโรคเรื้อรัง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคลองป่าไม้ ตำบลกระแสน อำเภอกะลา จังหวัดระยอง เปรียบเทียบข้อมูลผู้รับบริการ ปีงบประมาณ ๒๕๖๖ และปีงบประมาณ ๒๕๖๗ (รอบ ๖ เดือน) จำนวนผู้รับบริการเพิ่มขึ้น ๓๒ ราย และพบว่ากลุ่มผู้ป่วยที่รับบริการด้วยโรคความดันโลหิตสูงอย่างเดียวสูงถึงร้อยละ ๗๐ ของผู้รับบริการทั้งหมดที่ รักษาในคลินิกโรคเรื้อรังรพ.สต.คลองป่าไม้ และมีแนวโน้มจำนวนผู้รับบริการมีอัตราเพิ่มขึ้นในทุกปี โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคลองป่าไม้ยังไม่มีรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังโดยการมีส่วนร่วมของ ชุมชนอย่างชัดเจนในกลุ่มเป้าหมายผู้รับบริการโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมโรคได้ดี ผลลัพธ์ทางคลินิกดี ไม่มีภาวะแทรกซ้อนและสมัครใจรับยาที่บ้านเพื่อลดความแออัดและลดระยะเวลารอคอยในสถานบริการ จึงจำเป็นต้องพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังโดยการมีส่วนร่วมภาคีเครือข่ายภาคชุมชนนาร่องในกลุ่มผู้ป่วย โรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมโรคได้ดีในหมู่ที่ ๑๑ บ้านคลองลึก โดยการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุข ประจำหมู่บ้าน เพื่อให้ผู้ป่วยสะดวกมากขึ้น และชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยให้ตรงกับ ปัญหาและมีรูปแบบที่ชัดเจน ส่งเสริมส่งเสริมการดูแลสุขภาพต่อเนื่องให้เป็นส่วนหนึ่งของชุมชน ป้องกันการเกิด โรคแทรกซ้อน ลดความแออัด และสามารถดำรงชีวิตได้กับภาวะโรคที่เป็นอย่างปกติสุข

๕. ขั้นตอนการดำเนินงาน และ Flow Chart แสดงขั้นตอนการปฏิบัติงาน (โดยละเอียด)

ขั้นตอนการดำเนินงานโดยละเอียด: การพัฒนาระบบการส่งยาที่บ้านสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โดยการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน หมู่ที่ ๑๑ บ้านคลองลึก ตำบลกระแสน

๕.๑ ขั้นเตรียมความพร้อม (๓ สัปดาห์)

- จัดตั้งคณะกรรมการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โดยมีส่วนร่วมของชุมชน ประกอบด้วยตัวแทนจาก รพ.สต. อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โดยกำหนดเป้าหมาย กิจกรรม และ ตัวชี้วัด จัดทำเกณฑ์คุณสมบัติของอสม.ที่ดำเนินการส่งยาที่บ้าน และแผนผังขั้นตอนการดำเนินงานกิจกรรม ส่งยาที่บ้านสำหรับอสม. จัดทำเกณฑ์คัดเข้ากลุ่มของเป้าหมายโดยพิจารณาและจัดกลุ่มเป้าหมายตามหลักการ การดำเนินงานตามมาตรฐานคู่มือการจัดบริการคลินิกเบาหวาน ความดันโลหิตสูงวิถีใหม่ แบบยึดประชาชนเป็น ศูนย์กลาง (สำหรับผู้ปฏิบัติงาน) เกณฑ์คัดเลือกกลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ประกอบด้วย ค่าความดันโลหิต น้อยกว่าหรือเท่ากับ ๑๔๐/๙๐ mm.Hg ต่อเนื่องอย่างน้อย ๒ ครั้งของการรับบริการ มีข้อมูลการบันทึกผลค่า ความดันโลหิตหรือ Self-monitoring record เมื่อเข้าพบเจ้าหน้าที่ทุกครั้ง ไม่ใช่ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ถูกวินิจฉัย ว่าป่วยด้วยโดยความดันโลหิตสูงครั้งแรก และไม่ใช่ผู้ป่วยที่มีนัดพบแพทย์เพื่อติดตามผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ เป็นผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ที่อาศัยหมู่ที่ ๑๑ บ้านคลองลึก ตำบลกระแสน ผู้ป่วยไม่มีความเสี่ยงในการเกิด โรคหัวใจและหลอดเลือด (จากการประเมินโดยใช้แบบประเมิน CVD Risk) ผู้ป่วยสมัครใจเข้าร่วมกิจกรรม

- ฝึกอบรม อสม. เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง วิธีการวัดความดันโลหิต การให้คำแนะนำผู้ป่วย และการบันทึกข้อมูล

- ประชุม ชักซ้อม ขั้นตอนการดำเนินงานส่งยาที่บ้านระหว่างตัวแทนจาก รพ.สต. อาสาสมัคร สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

๕.๒ ขั้นดำเนินการ

๕.๒.๑ ทดลองดำเนินการในกลุ่มเป้าหมายขนาดเล็ก นาร่องในเขตรับผิดชอบพื้นที่ของอาสาสมัคร สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน หมู่ที่ ๑๑ บ้านคลองลึก ตำบลกระแสน

๕.๒.๒ สร้างกลุ่ม Line ในการติดต่อประสานงานส่งยาที่บ้าน ประกอบด้วย ตัวแทนจากรพ.สต. อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

๕.๒.๓ จัดพยาบาลคัดกรองหรือนักวิชาการสาธารณสุข เพื่อคัดเลือกผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมโรคได้ดี หมู่ที่ ๑๑ บ้านคลองลึก ที่มารับบริการรักษาในคลินิกโรคเรื้อรัง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคลองป่าไม้ โดยเกณฑ์คัดเลือกกลุ่มเป้าหมายเข้าเกณฑ์รับยาที่บ้านดังนี้ ค่าความดันโลหิตน้อยกว่าหรือเท่ากับ ๑๔๐/๙๐ mm.Hg ต่อเนื่องอย่างน้อย ๒ ครั้งของการรับบริการก่อนหน้านี้ ผู้ป่วยส่งผลค่าความดันโลหิต หรือ Self-monitoring record ทุกครั้งที่พบแพทย์หรือรับยา ไม่ใช่ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ถูกวินิจฉัยว่าป่วยด้วยความดันโลหิตสูงในครั้งแรก และไม่ใช่ผู้ป่วยที่มีนัดพบแพทย์เพื่อติดตามผลตรวจทางห้องปฏิบัติการเป็นผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่อาศัยหมู่ที่ ๑๑ บ้านคลองลึก ตำบลกระแสน ประเมินความเสี่ยงในการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด โดยใช้แบบประเมิน CVD Risk ลงบันทึกในแฟ้มเวชระเบียนผู้ป่วยประเมินความพร้อมของผู้ป่วยรับยาที่บ้าน

๕.๒.๔ พยาบาลเวชปฏิบัติ กระบวนการหลัก

- ประเมินผลและแปรผลการบันทึกสุขภาพด้วยตนเองร่วมกับผู้ป่วย
- เต็มยา (refilled/re-med)
- แนะนำการรับประทานยา เพิ่มแรงจูงใจในการดูแลตนเองด้วยการชม ถาม แนะนำ เป็น BA
- ออกใบนัด นัดผู้ป่วยมาที่หน่วยบริการทุก ๔ เดือน และแนะนำวันนัดแก่ผู้ป่วย
- ผู้ป่วยรับแบบบันทึก Home BP และสมุดประจำตัวผู้ป่วย
- แนะนำช่องทางสะดวกสำหรับติดต่อเจ้าหน้าที่ในกรณีที่มีอาการเปลี่ยนแปลงหรือผู้ป่วยมี

ข้อสงสัยต้องการปรึกษาโดยให้เบอร์โทรติดต่อโดยตรงของรพ.สต.

- มีทะเบียนรายชื่อติดตามกลุ่มเป้าหมายผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงรับยาที่บ้าน

- ๒๖ -

๕.๒.๕ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน หมู่ ๑๑ บ้านคลองลึก

๑. รับยาและจ่ายยาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคลองป่าไม้ เวลา ๑๕.๐๐ น.ของพุธสัปดาห์ที่ ๔ ของเดือน ในวันแพทย์ลงตรวจรักษา

๒. อสม.ดำเนินการส่งยาถึงมือผู้ป่วยที่บ้าน

๓. อสม.แนะนำการรับประทานยา ทบทวนวันนัดพบแพทย์ วันเจาะเลือด และการเตรียมตัวก่อนการเจาะเลือด

๔. อสม.ให้ผู้ป่วยทำแบบความพึงพอใจในการรับบริการส่งยาที่บ้านและนำส่งคืนเจ้าหน้าที่

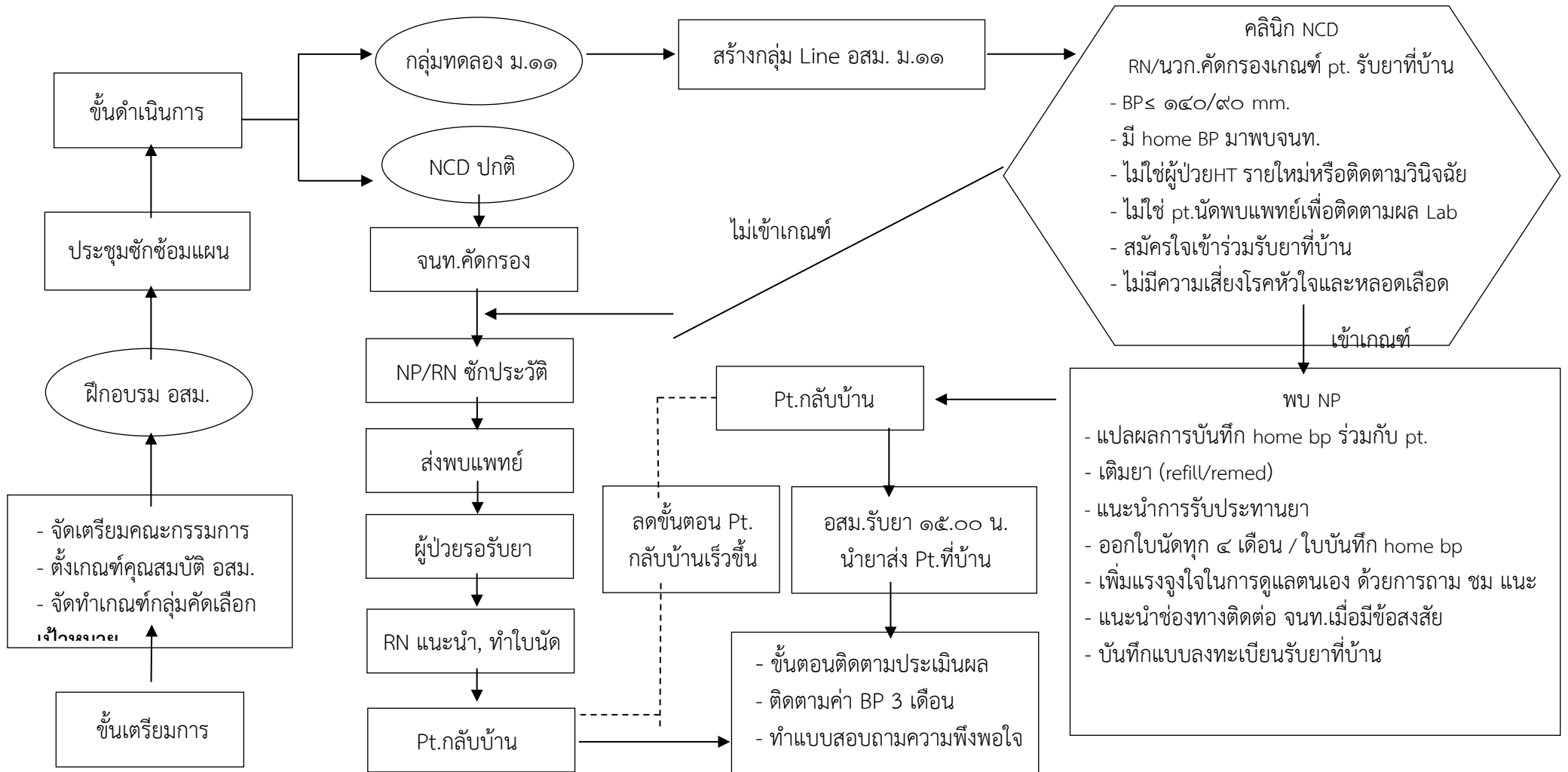
๕. อสม.ถ่ายรูปกิจกรรมส่งยาผู้ป่วยที่บ้านสำเร็จผ่านช่องทาง Line กลุ่มและบันทึกการปฏิบัติลงสมุดงาน

๖. ขึ้นติดตามประเมินผล

- เก็บรวบรวมข้อมูลหลังดำเนินการ ๓ เดือน เกี่ยวกับค่าความดันโลหิตเปรียบเทียบกับก่อนและหลังดำเนินการส่งยาที่บ้าน

- แบบสอบถามความพึงพอใจของผู้ป่วยเกี่ยวกับอสม.และบุคลากร/เจ้าหน้าที่รพ.สต.ที่เกี่ยวข้อง

Flow Chart แสดงขั้นตอนการดำเนินการพัฒนาระบบการส่งยาที่บ้านเพื่อลดความแออัดในคลินิก
โรคเรื้อรังสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โดยการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านหมู่ที่ ๑๑ บ้านคลองลึก ตำบลกระแสน



๖. ผลสำเร็จของงาน

๖.๑ เชิงปริมาณ

๖.๑.๑ กลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่สามารถควบคุมโรคได้ดี ได้รับการส่งยาโรคเรื้อรังที่บ้านสำเร็จ ร้อยละ ๑๐๐

๖.๑.๒ กลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่สามารถควบคุมโรคได้ดี มีความพึงพอใจระดับมาก/มากที่สุด ในการส่งยาโรคเรื้อรังที่บ้านร้อยละ ๙๐

๖.๑.๓ บุคลากรและเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง มีความพึงพอใจมาก/มากที่สุด ในระบบการบริการส่งยาโรคเรื้อรังที่บ้านร้อยละ ๙๐

๖.๒ เชิงคุณภาพ

๖.๒.๑ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคลองป่าไม้มีรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังกลุ่มโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมโรคได้ดี ส่งยาที่บ้านโดยการมีส่วนร่วมอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

๖.๒.๒ ลดความแออัด และระยะเวลาการรอคอยยาในสถานบริการ

๖.๒.๓ ผู้ป่วยสามารถรับยาที่บ้านได้สะดวก

๖.๒.๔ ชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพของสมาชิกในชุมชน

๖.๒.๕ ค่าความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงก่อน-หลังที่ได้รับการส่งยาที่บ้านอยู่ในเกณฑ์น้อยกว่าหรือเท่ากับ ๑๔๐/๙๐ mm.Hg

๗. การนำไปใช้ประโยชน์

การพัฒนากระบวนการส่งยาที่บ้านสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โดยการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านหมู่ที่ ๑๑ บ้านคลองลึก ตำบลกระแสน สามารถนำไปใช้ประโยชน์ทางตรงดังนี้

(๑) ใช้เป็นแนวทางจัดบริการการส่งยาที่บ้านสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ในคลินิกโรคเรื้อรังเบาหวาน ความดันโลหิตสูงโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคลองป่าไม้ เพื่อช่วยลดระยะเวลาการรอคอยยาให้แก่ผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมาย ลดความแออัดในสถานบริการ รวมทั้งส่งผลดีต่อกลุ่มผู้ป่วยผู้ที่ควบคุมโรคได้ไม่ดี หรือรุนแรงได้มีเวลาพบแพทย์ได้นานขึ้นเพื่อวิเคราะห์ปัญหาเชิงลึกให้แก่ผู้ป่วย และวางแผนการดูแล การตัดสินใจร่วมกันกับแพทย์

(๒) ใช้เป็นต้นแบบในการจัดกิจกรรมเพื่อแก้ไขปัญหาความแออัดในสถานบริการในชุมชนในกลุ่มโรคเรื้อรัง ซึ่งสามารถนำไปปรับใช้กับบริบทของพื้นที่อื่นได้ โดยให้การดูแลสุขภาพต่อเนื่องเป็นส่วนหนึ่งของชุมชน โดยการมีส่วนร่วมของเครือข่ายภาคชุมชน ได้แก่ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

(๓) ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของเครือข่ายภาคชุมชนในการดูแลสุขภาพของสมาชิกในชุมชน มีประโยชน์ทางอ้อม ดังนี้ สามารถนำข้อมูลมาประยุกต์ใช้วางแผนในงานคัดกรองด้านสุขภาพ เช่น การวางแผนการคัดกรองเชิงรุกและเชิงรับในชุมชน เพื่อป้องกันการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในชุมชน ค้นหากลุ่มเสี่ยง และติดตามเข้ากระบวนการติดตามวินิจฉัย ผู้บริหารสามารถใช้เป็นข้อมูลในการตัดสินใจแก้ไขปัญหา การสนับสนุน และพัฒนาระบบการดูแลต่อเนื่องในชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ การพัฒนาระบบการส่งยาที่บ้านสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โดยการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน สามารถปรับเปลี่ยนให้เหมาะสมกับบริบทของแต่ละพื้นที่ได้แต่สิ่งสำคัญคือต้องมีการมีส่วนร่วมของชุมชนในทุกขั้นตอนของกระบวนการ

๘. ความยุ่งยากในการดำเนินการ/ปัญหา/อุปสรรค

๘.๑ เพิ่มภาระงานของเจ้าหน้าที่

๘.๒ พบว่าอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน มีคุณสมบัติในการปฏิบัติงานไม่ครบตามเกณฑ์เป็นส่วนใหญ่ เช่น รถไม่มีพบบ. ไม่มีใบขับขี

๘.๓ ใช้บุคลากรมากขึ้นในการจัดบริการ ขาดแคลนเจ้าพนักงานเภสัชกรในการช่วยจ่ายยา ตรวจเช็คยา และให้คำแนะนำการใช้ยา

๙. วิธีการดำเนินการแก้ไขปัญหา/อุปสรรคจนเกิดผลสำเร็จ

๙.๑ ประเมินความพร้อมของเจ้าหน้าที่และบุคลากรที่เกี่ยวข้องในการจัดการระบบบริการส่งยาที่บ้าน อุปกรณ์ เครื่องมือเครื่องใช้ต่างๆ ให้พร้อมใช้งาน ประชุมวางแผนการดำเนินงานร่วมกับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และจัดทำแผนผังขั้นตอนปฏิบัติงานในการส่งยาผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่บ้านให้เข้าใจง่าย

๙.๒ วางแผนการจัดบริการนำร่องในหมู่บ้านที่ห่างจากรพ.สต.ไม่เกิน ๑๐ กิโลเมตร เพื่อให้ข้อสม.มารับยาที่จุดจ่ายยาได้ในระยะทางที่ใกล้ขึ้น ช่วยลดความเสี่ยงในการขับขี่ยานพาหนะและสวมใส่หมวกนิรภัยในการส่งยาที่บ้านทุกครั้ง

๙.๓ ประชุมชี้แจง แผนผังขั้นตอนการจัดบริการส่งยาที่บ้านในกลุ่มโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมโรคได้ดี โดยการกำหนดบทบาทที่ผสมผสานวิชาชีพและบุคลากรในรพ.สต.เพื่อสนับสนุนระบบการจัดส่งยาที่บ้าน

๑๐. ข้อเสนอแนะ

๑๐.๑ ขยายผลการจัดบริการส่งยาที่บ้านในกลุ่มโรคเรื้อรังในพื้นที่หมู่บ้านอื่นๆ ในตำบลกระแสนในพื้นที่รับผิดชอบ เพื่อให้เกิดความครอบคลุมและทั่วถึง เพิ่มความสะดวกให้แก่ผู้ป่วยและช่วยในการค้นหาปัญหาในการใช้ยาที่บ้านในกลุ่มโรคเรื้อรังได้ เป็นประโยชน์ในการดูแลให้คำแนะนำและการจัดบริการที่ตรงกับปัญหาของผู้ป่วยและครอบครัวมากขึ้น

๑๐.๒ จัดหางบประมาณสนับสนุนค่าเบี้ยเลี้ยงแก่กลุ่มอาสาสมัครประจำหมู่บ้านที่ส่งยาที่บ้านให้แก่ผู้ป่วย

๑๐.๓ การพัฒนาศักยภาพของเครือข่ายภาคประชาชนในกลุ่มอาสาสมัครประจำหมู่บ้านที่ให้บริการส่งยาที่บ้าน ได้แก่ การพัฒนาการองค์ความรู้ และการให้คำแนะนำในการใช้ยากกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ไม่มีโรคแทรกซ้อน องค์ความรู้ในการให้คำแนะนำสร้างแรงจูงใจในการดูแลสุขภาพ

๑๑. ผู้ร่วมดำเนินการ (ถ้ามี)

๑๑.๑ นางสาวเบญจพรณ ขวัญยืน สัตส่วนของผลงาน ร้อยละ ๑๐๐

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ).....

(นางสาวเบญจพรรณ ขวัญยืน)

ผู้ขอรับการประเมิน

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ขอรับรองว่าสัดส่วนหรือลักษณะงานในการดำเนินการของผู้เสนอข้างต้นถูกต้อง ตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ).....

(ลงชื่อ).....

(.....)

(.....)

ผู้ร่วมดำเนินการ

ผู้ร่วมดำเนินการ

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

.....

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ).....

(.....)

ผู้บังคับบัญชาที่ควบคุมดูแลการดำเนินการ (ผอ.สำนัก/กอง/หน.สป.)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

(ลงชื่อ).....

(.....)

ตำแหน่ง.....

(ปลัดองค์การบริหารส่วนจังหวัดระยอง)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

หมายเหตุ: เนื้อหาของผลงานที่เป็นผลการดำเนินงานที่ผ่านมาจะต้องมีความยาวไม่ต่ำกว่า 5

หน้ากระดาษ A4 และต้องไม่เกิน 15 หน้ากระดาษ A4 (ไม่รวมเอกสารประกอบ) มีขนาดตัวอักษรไม่เกิน ขนาด 16 และมีจำนวนบรรทัดต้องไม่ต่ำกว่าหน้าละ 28 บรรทัด โดยการย่อหน้าต้องไม่เป็นการหลีกเลี่ยง เพื่อให้มีจำนวนหน้าของผลงานเพิ่มขึ้น

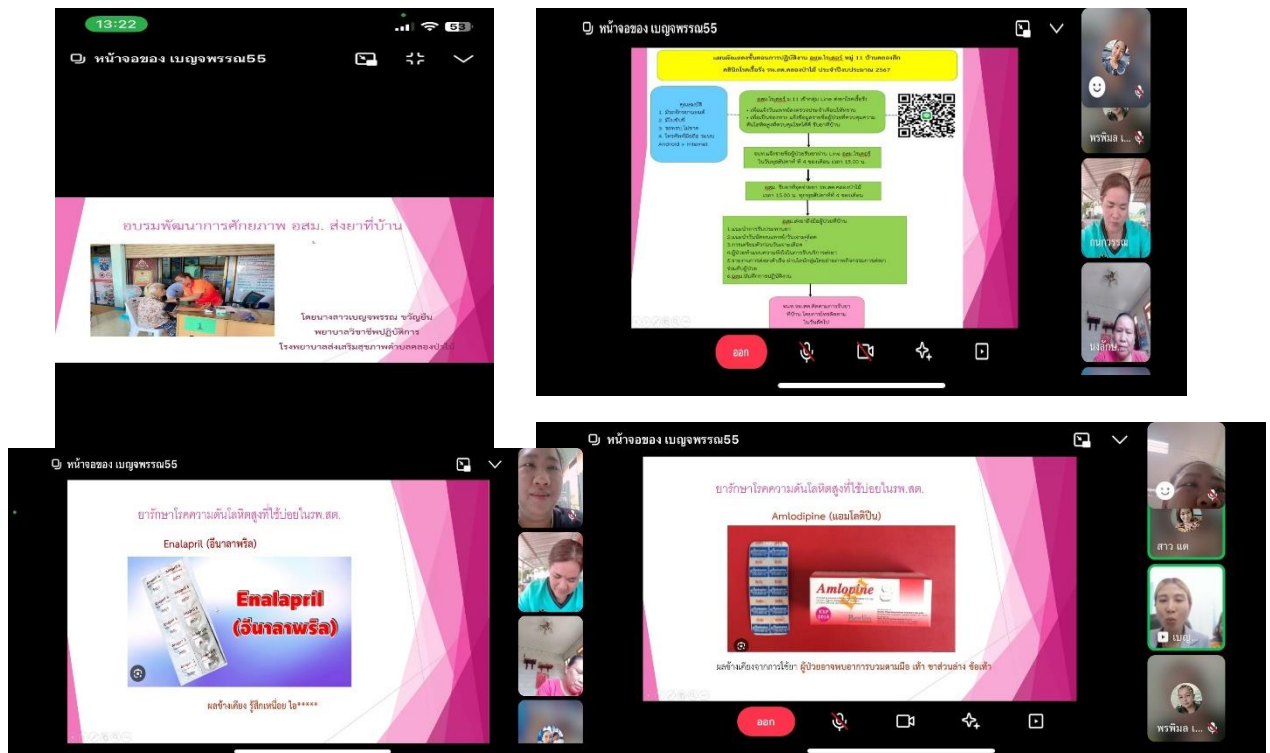
ภาพกิจกรรมการดำเนินงาน

ขั้นเตรียมการ

๑. จัดตั้งคณะกรรมการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงโดยมีส่วนร่วมของชุมชน ประกอบด้วยตัวแทนจาก รพ.สต. อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

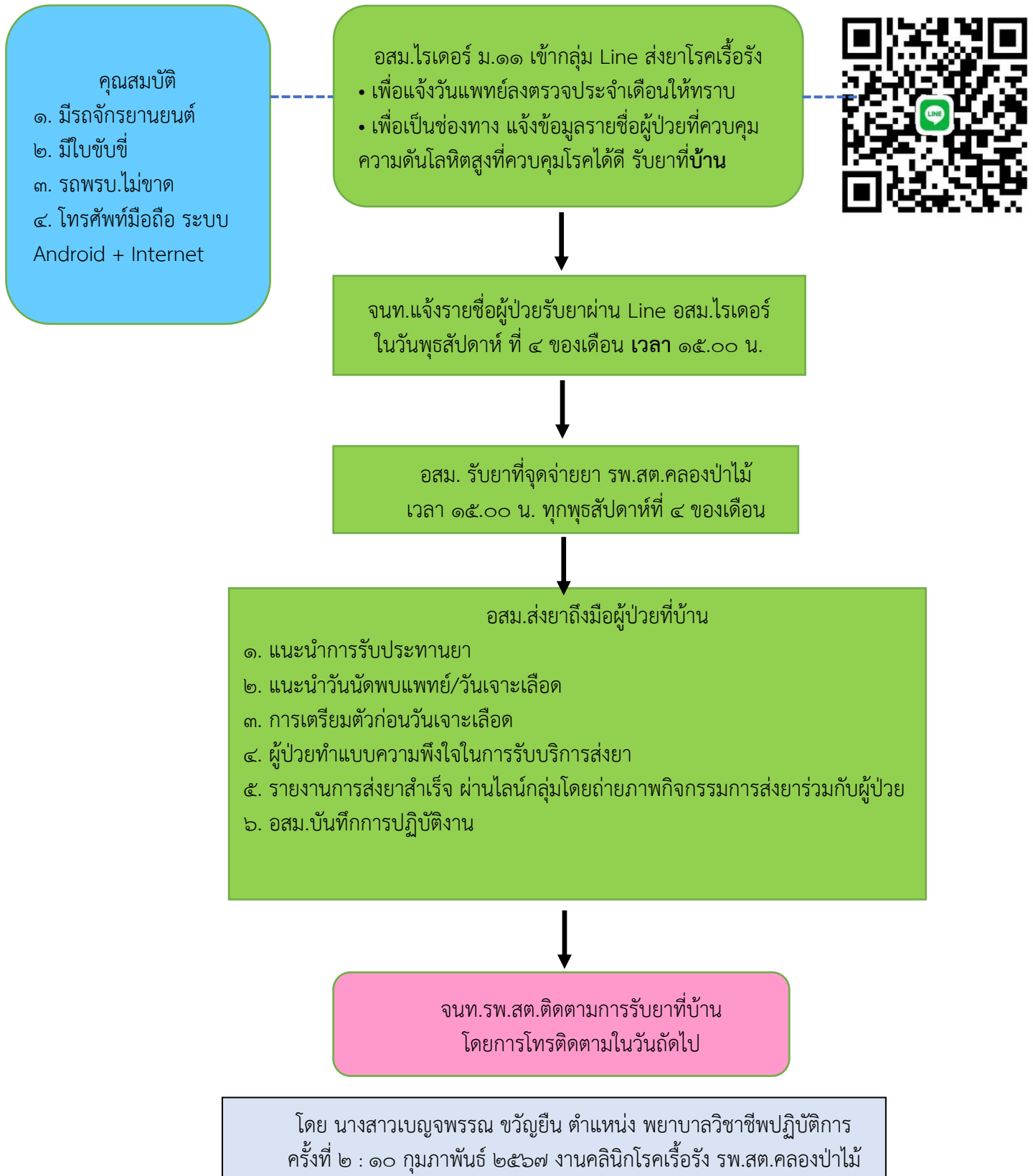


๒. อบรมพัฒนาศักยภาพ อสม. ให้ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง วิธีการวัดความดันโลหิต เทคนิคการให้คำแนะนำเพิ่มแรงจูงใจในการดูแลตนเอง และการบันทึกข้อมูล

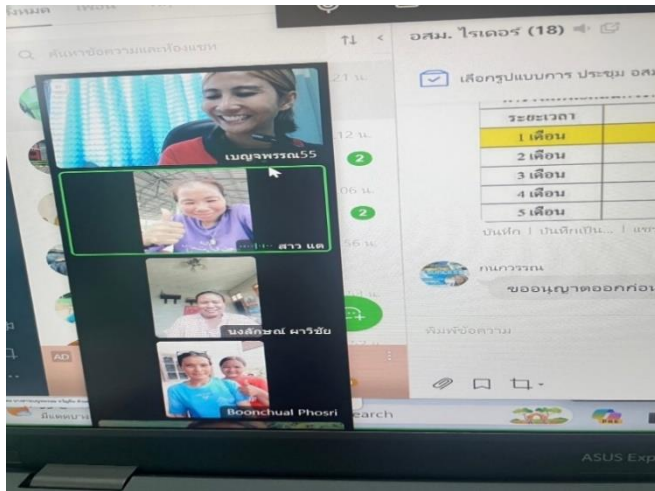


๓. ประชุมซักซ้อมซักซ้อมขั้นตอนการดำเนินงาน ส่งยาที่บ้าน ระหว่างตัวแทนจาก รพ.สต.อาสาสมัคร
สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง

**แผนผังแสดงขั้นตอนการปฏิบัติงาน อสม.ไรเตอร์ หมู่ ๑๑ บ้านคลองลึก
คลินิกโรคเรื้อรัง รพ.สต.คลองป่าไม้ ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๗**



๓. ประชุมซักซ้อมซักซ้อมขั้นตอนการดำเนินงาน ส่งยาที่บ้าน ระหว่างตัวแทนจาก รพ.สต.อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง (ต่อ)



ขั้นตอนการ

๑. จัดพยาบาลคัดกรอง หรือนักวิชาการสาธารณสุข คัดเลือกผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมโรคได้ดี หมู่ที่ ๑๑ บ้านคลองลึก ที่มารับบริการรักษาในคลินิกโรคเรื้อรัง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล คลองป่าไม้ โดยพยาบาลคัดกรอง/นักวิชาการสาธารณสุข คัดเลือกกลุ่มเป้าหมายเข้าเกณฑ์รับยาที่บ้าน



๒. เข้าเกณฑ์รับยาที่บ้าน พบพยาบาลเวชปฏิบัติ

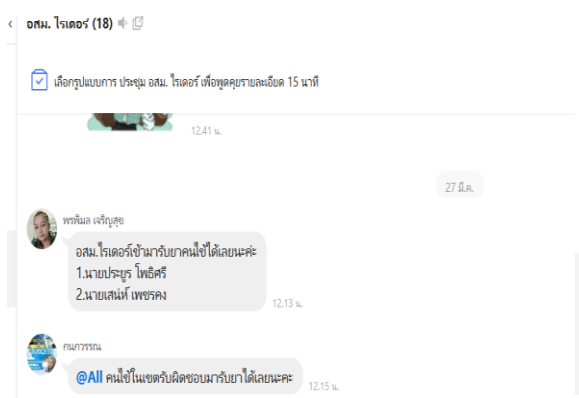
- ประเมินผลและแปรผลการบันทึกสุขภาพด้วยตนเองร่วมกับผู้ป่วย
- เติมนยา (refilled/re-med)
- แนะนำการรับประทานยา เพิ่มแรงจูงใจในการดูแลตนเองด้วยการชม ถาม แนะนำ เป็น BA
- ออกใบนัด นัดผู้ป่วยมาที่หน่วยบริการทุก ๔ เดือน และแนะนำวันนัดแก่ผู้ป่วย
- ผู้ป่วยรับแบบบันทึก Home BP และสมุดประจำตัวผู้ป่วย
- แนะนำช่องทางสะดวกสำหรับติดต่อเจ้าหน้าที่ในกรณีที่มีอาการเปลี่ยนแปลงหรือผู้ป่วยมีข้อสงสัย

ต้องการปรึกษาโดยให้เบอร์โทรติดต่อโดยตรงของรพ.สต.

- มีทะเบียนรายชื่อติดตามกลุ่มเป้าหมายผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงรับยาที่บ้าน



๓. เจ้าหน้าที่รพ.สต. แจกจ่ายรายชื่อผู้ป่วยความดันโลหิตสูงหมู่ที่ ๑๑ ส่งยาที่บ้านผ่านไลน์ อสม.รับยาแจกจ่ายยา โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคลองป่าไม้ เวลา ๑๕.๐๐ น. ของพุธสัปดาห์ที่ ๔ ของเดือน ในวันแพทย์ลงตรวจรักษา และปฏิบัติงานตามแผนผังขั้นตอนการดำเนินงานที่ได้ซักซ้อมไว้



บันทึก | บันทึกเป็น... | แชร์ | Keep



นงลักษณ์ พาวิชัย

ส่งยาให้ผู้ป่วยเรียบร้อยแล้วค่ะ

16.08 น.



บันทึก | บันทึกเป็น... | แชร์ | Keep



ขั้นตอนติดตามประเมินผล

๑. แบบสอบถามความพึงพอใจของผู้ป่วย อสม. และบุคลากร/เจ้าหน้าที่รพ.สต.ที่เกี่ยวข้อง
๒. มีทะเบียนรายชื่อติดตามกลุ่มเป้าหมายผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงรับยาที่บ้าน โดยการเก็บรวบรวมข้อมูลหลังดำเนินการ ๓ เดือน เกี่ยวกับค่าความดันโลหิตเปรียบเทียบก่อนและหลังดำเนินการส่งยาที่บ้าน



ทะเบียนติดตามผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงรับยาที่บ้าน คลินิกโรคเรื้อรัง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคลองป่าไม้										
วันเดือนปี	ลำดับ	ชื่อ-สกุล	อายุ	เบอร์โทร	บ้านเลขที่	หมู่ที่	วินิจฉัยโรค	ค่าความดันโลหิต		หมายเหตุ
								ก่อนรับยาที่บ้าน	หลังรับยาที่บ้าน	
2563-ก.ย.	1	นางดา ทรงทอง	78	014-5131108	45	11	HT	115/74	101/70	home BP
	2	นางศุภากร นนทรีย์	73	063-5153531	72	11	HT	131/71	120/56	
	3	นางสาววิภา ออค์คำ	66	086-1047044	82	11	HT	121/75	124/70	
	4	นางสาววิภา ออค์คำ	60	081-7043944	50	11	HT	137/76	133/68	
2563-ธ.ค.	1	นางสาววิภา ออค์คำ	72	089-8043915	72	11	HT	121/69	117/62	7
	2	นางสาววิภา ออค์คำ	62	088-8791605	44	11	HT	124/72	107/74	
	3	นางสาววิภา ออค์คำ	55	062-8483905	55	11	HT	137/75	126/78	
	4	นางสาววิภา ออค์คำ	60	085-1549230	60	11	HT	124/64	114/67	
	5	นางสาววิภา ออค์คำ	66	084-3471635	66	11	HT	130/73	129/72	
2564-ก.ย.	1	นางสาววิภา ออค์คำ	44	062-4365892	50/1	11	HT	137/64	135/66	
	2	นางสาววิภา ออค์คำ	61	063-4165553	47	11	HT	104/63	102/60	
	3	นางสาววิภา ออค์คำ	59	089-5462421	42	11	HT	124/72	118/65	
	4	นางสาววิภา ออค์คำ	62	094-7201441	32/2	11	HT	108/68	104/67	
	5	นางสาววิภา ออค์คำ	48	080-9023934			HT	116/66	103/65	

สรุปแบบสอบถามความพึงพอใจ
รายละเอียดและความพึงพอใจจากแบบสอบถาม
เรื่องความความพึงพอใจต่อระบบการส่งยาที่บ้าน

สำหรับผู้ประเมิน : กลุ่มเป้าหมายผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ม.๑๑ บ้านคลองลึก ที่ควบคุมความดันโลหิตได้ดี ที่รับบริการส่งยาที่บ้านโดยอสม.

จากแบบสอบถามเรื่องความความพึงพอใจต่อระบบการส่งยาที่บ้าน สำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โดยการมีส่วนร่วมของอสม. และได้รับแบบตอบกลับแบบประเมินจากกลุ่มเป้าหมาย เป็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ได้รับบริการส่งยาที่บ้านจำนวน ๑๔ ราย จากจำนวนผู้สมัครใจเข้าร่วมกิจกรรมจำนวนทั้งสิ้น ๑๔ คน คิดเป็น ร้อยละ ๑๐๐ โดยมีรายละเอียด ดังนี้

ตอนที่ ๑ ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบประเมิน

๑.๑ เพศ

เพศ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ชาย	๔	๒๘.๕๗
หญิง	๑๐	๗๑.๔๓
รวม	๑๔	๑๐๐

ผลการวิเคราะห์ : จำนวนผู้ตอบแบบประเมินเป็นเพศหญิง มากกว่า เพศชาย คือร้อยละ ๗๑.๔๓ และ ร้อยละ ๒๘.๕๗ ตามลำดับ

๑.๒ อายุ

อายุ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
น้อยกว่า ๒๐ ปี	-	-
๒๐-๓๐ ปี	-	-
๓๑-๔๐ปี	-	-
๔๑-๕๐ ปี	๕	๓๕.๗๑
๕๐ ปีขึ้นไป	๙	๖๔.๒๙
รวม	๑๔	๑๐๐

ผลการวิเคราะห์ : จำนวนผู้ตอบแบบประเมิน มีช่วงอายุมากกว่า ๕๐ ปีขึ้นไปมากที่สุด ร้อยละ ๖๔.๒๙ และอายุ ๔๑-๕๐ ปี ร้อยละ ๓๕.๗๑ ตามลำดับ

๑.๓ การศึกษา

ระดับการศึกษา	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ไม่ได้เรียน	๑	๗.๑๕
ประถมศึกษา	๑๒	๘๕.๗๐
มัธยมศึกษาตอนต้น	๑	๗.๑๕
มัธยมศึกษาตอนปลาย	-	-
ปวช./ปวส.	-	-
ปริญญาตรี	-	-
ปริญญาโท/เอก	-	-
รวม	๑๔	๑๐๐

ผลการวิเคราะห์ : จำนวนผู้ตอบแบบประเมิน จบการศึกษาระดับชั้นประถมศึกษามากที่สุด คิดเป็นร้อยละ ๘๕.๗๐ ไม่ได้เรียนหนังสือและจบชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น ร้อยละ ๗.๑๕ ตามลำดับ

ตอนที่ ๒ แบบสอบถามความพึงพอใจต่อระบบการส่งยาที่บ้าน

ประเด็นวัดความพึงพอใจ	ระดับความพึงพอใจ (คิดเป็นร้อยละ)				
	มากที่สุด (๕)	มาก (๔)	ปานกลาง (๓)	น้อย (๒)	น้อยที่สุด (๑)
๑. ความสะดวกในการรับบริการ					
การติดต่อนัดหมายเพื่อรับยา (ตรงต่อเวลา, สะดวก, เจ้าหน้าที่ให้บริการด้วยความสุภาพ)	๙๒.๘๕	๗.๑๕	-	-	-
การจัดส่งยา (ตรงเวลา, บรรจุภัณฑ์ดี, พนักงานสุภาพ)	๑๐๐	-	-	-	-
ช่องทางการติดต่อสอบถาม (สะดวก, รวดเร็ว, เจ้าหน้าที่ให้ข้อมูลครบถ้วน)	๘๕.๗๑	๑๔.๒๙	-	-	-
๒. ความถูกต้องของยาที่ได้รับ					
ยาที่ได้รับตรงตามใบสั่งยา	๑๐๐	-	-	-	-
ยาอยู่ในสภาพดี (ไม่มีรอยฉีกขาด, ยาไม่ละลาย)	๑๐๐	-	-	-	-
มีเอกสารข้อมูลเกี่ยวกับยาแนบมาให้ครบถ้วน	๑๐๐	-	-	-	-
๓. ความพึงพอใจต่อการให้บริการ					
เจ้าหน้าที่/อสม. (สุภาพ, บริการดี, ให้ข้อมูลครบถ้วน)	๘๕.๗๑	๑๔.๒๙	-	-	-
ความรวดเร็วในการจัดส่งยา	๑๐๐	-	-	-	-
คำแนะนำเกี่ยวกับการใช้ยาการดูแลตนเองของเจ้าหน้าที่/อสม.	๘๕.๗๑	๑๔.๒๙	-	-	-

ประเด็นวัดความพึงพอใจ	ระดับความพึงพอใจ (คิดเป็นร้อยละ)				
	มากที่สุด (๕)	มาก (๔)	ปานกลาง (๓)	น้อย (๒)	น้อยที่สุด (๑)
ชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพของคนในชุมชน	๘๕.๗๑	๑๔.๒๙	-	-	-
ความพึงพอใจโดยรวมต่อการส่งยาที่บ้าน(ลดความแออัด ระยะเวลารอคอยยา)	๘๒.๘๕	๗.๑๕	-	-	-
ค่าเฉลี่ยโดยรวม	๘๓.๕๐	๖.๕๐			

ตอนที่ ๓ ข้อเสนอแนะ

ต้องการให้มี อสม.มาส่งยาที่บ้านต่อไป เพื่อเป็นทีมสุขภาพร่วมกับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคลอง
ป่าไม้