

# แนวทางการดูแลต่อเนื่องอำเภอบ้านเขว้า

จัดทำโดย

คณะกรรมการพัฒนาระบบการดูแลต่อเนื่องโรงพยาบาลบ้านเขว้า

พัฒนาจากแนวทางการดูแลต่อเนื่องจังหวัดชัยภูมิ

ปรับปรุงเมื่อ 22 สิงหาคม 2559

## สารบัญ

เรื่อง	หน้า
ความหมายที่เกี่ยวข้องกับการดูแลต่อเนื่อง	1
การจัดระบบดูแลต่อเนื่องอำเภอบ้านเขว้า	3
1. ปัจจัยนำเข้า (Input)	3
- ด้านโครงสร้าง	5
- ด้านทีมในการดูแลต่อเนื่อง	5
- ด้านบทบาทหน้าที่ของผู้จัดการดูแล	5
- ด้านระบบการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน	5
2. ปัจจัย ด้านกระบวนการดูแล (Process)	5
- การแบ่งกลุ่มผู้ป่วยเพื่อให้การพยาบาลที่บ้าน	5
- ระดับความรุนแรงของการเจ็บป่วยและเกณฑ์การเยี่ยม	6
- กระบวนการเยี่ยมบ้าน	7
- เกณฑ์การจำหน่าย	12
3. ปัจจัยด้านผลลัพธ์การดำเนินงาน (outcome)	12
- ตัวชี้วัดระดับจังหวัด	12
- ตัวชี้วัดระดับรพศ./รพช./รพสต.	12
4. Flow การจัดระบบดูแลต่อเนื่องอำเภอบ้านเขว้า	29

## แนวทางการดูแลต่อเนื่องอำเภอบ้านเขว้า

ปัจจุบันโรคเรื้อรัง ผู้สูงอายุ ผู้พิการ เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ ที่ต้องได้รับการจัดการอย่างเป็นระบบเพื่อลดการเกิดภาวะแทรกซ้อน ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างมีคุณภาพ และมีคุณภาพชีวิตที่ดี ดังนั้น คณะกรรมการพัฒนาระบบดูแลต่อเนื่องอำเภอบ้านเขว้า จึงได้กำหนดแนวทางการดูแลต่อเนื่อง เพื่อให้โรงพยาบาล โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ใช้เป็นแนวทางในการดูแลต่อเนื่องที่สอดคล้องกับสภาพปัญหาของแต่ละพื้นที่ ตลอดจนมีระบบการดูแลต่อเนื่องที่ชัดเจน

### ความหมายที่เกี่ยวข้องกับการดูแลต่อเนื่อง

การดูแลสุขภาพที่บ้านมีความเกี่ยวข้องกับคำในภาษาไทยและภาษาอังกฤษหลายคำ เพื่อให้เกิดความเข้าใจที่ตรงกันจึง ได้กำหนดความหมายของคำไว้ ดังนี้ (สำนักการพยาบาล)

**การดูแลต่อเนื่อง ( Continuing of Care )** หมายถึง การดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม และบูรณาการที่ตอบสนองความต้องการหรือปัญหาของผู้ป่วยที่ครอบคลุมตั้งแต่โรงพยาบาลถึงบ้าน เพื่อจัดเตรียมให้ผู้ป่วยมีความพร้อมดูแลตนเองภายใต้บริบทและทรัพยากรที่เป็นไปได้ การดูแลจะต้องมีความต่อเนื่องในทุกปัญหาที่ผู้ป่วยต้องการการดูแลจากผู้ประกอบวิชาชีพเพื่อให้สามารถช่วยตัวเองในการทำกิจวัตรประจำวัน เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยเรียนรู้ปัญหาที่เกิดจากภาวะโรคและกระบวนการแก้ปัญหาที่สามารถทำได้เอง และปัญหาสุขภาพที่ต้องให้บุคลากรสาธารณสุขเข้าร่วมแก้ปัญหา การดูแลต่อเนื่องจึงเป็นกระบวนการดูแลทั้งในระยะที่มีปัญหาวิกฤต เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล เชื่อมโยงมาถึงระยะฟื้นฟูสภาพหลังจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาลกลับบ้าน และมีการติดตามดูแลจากทีมสุขภาพในโรงพยาบาลเป็นระยะๆ จากพยาบาลหรือทีมสหสาขา เพื่อให้เกิดกระบวนการดูแลต่อเนื่องเน้นการดูแลแบบองค์รวม โดยมีการสื่อสารระหว่างทีมสุขภาพในสถานบริการแต่ละระดับที่ชัดเจน เพื่อการประสานแผนการดูแลที่มีคุณภาพรวมถึงการจัดระบบสนับสนุนให้เกิดกิจกรรมการดำเนินงานร่วมกันระหว่างโรงพยาบาลกับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับการดูแลเหมาะสม ตามสภาพปัญหาในแต่ละระยะ และมุ่งสู่เป้าหมายสุดท้ายของการดูแล คือ ผู้ป่วยสามารถพึ่งพาตนเองได้ในการดูแลสุขภาพ

**Home Health Care** มีการแปลเป็นภาษาไทยไว้หลากหลาย ได้แก่ การพยาบาลที่บ้าน การดูแลสุขภาพที่บ้าน การดูแลผู้ป่วยที่บ้าน การบริการสุขภาพที่บ้าน เป็นต้น ดร.ประพิณ วัฒนกิจ ได้ให้ความหมายว่าการดูแลสุขภาพอนามัยตนเองที่บ้านซึ่งหมายถึง บริการสาธารณสุขเชิงรุกที่ใช้บ้านของประชาชนเป็นสถานบริการพยาบาล มีทีมสาธารณสุขให้การสนับสนุน แนะนำช่วยเหลือให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและครอบครัวในการดูแลตนเองทางด้านสุขภาพอนามัย โดยมีเครือข่ายติดต่อกับเจ้าหน้าที่ได้ตลอดเวลา เมื่อเกิดภาวะฉุกเฉินหรืออันตราย (ประพิณ วัฒนกิจ, 2536) จุดเน้นของ Home Health Care คือ การที่ทีมสหสาขาวิชาชีพ ได้แก่ แพทย์ พยาบาล เภสัชกร นักกายภาพบำบัดนักโภชนาการ และอื่นๆ ร่วมกันเป็นทีมสาธารณสุขให้การดูแลผู้ป่วยที่บ้านนั่นเอง

**Home Visit** ภาษาไทยใช้คำว่า การเยี่ยมบ้าน เป็นกิจกรรมหรือเป็นกลวิธีที่สำคัญที่สุดในการดูแลสุขภาพบุคคลและผู้ป่วยที่บ้าน

**Home Ward** ภาษาไทยใช้คำว่า การใช้บ้านเป็นเตียงดูแลผู้ป่วยหมายถึง การดูแลผู้ป่วยเพื่อให้ได้รับการดูแลต่อเนื่องจากโรงพยาบาล โดยใช้บ้านแต่ละหลังเสมือนเป็นเตียงผู้ป่วยในโรงพยาบาล ผู้ป่วยกลุ่มนี้เป็นผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพซับซ้อนต้องการการดูแลจากผู้ประกอบวิชาชีพอย่างต่อเนื่อง เช่น ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง โรคไต อัมพาต ผู้ป่วยอุบัติเหตุ ผู้ป่วยวาระสุดท้าย ฯลฯ การดูแล ผู้ป่วยที่บ้านเป็นการพัฒนาศักยภาพการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยและครอบครัวให้ปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อน การฟื้นฟูหรือทุเลาจากความ

เจ็บป่วยมีสุขภาวะที่ดีที่สุดตามศักยภาพที่มีอยู่ และ/ หรือสร้างความอบอุ่นในครอบครัวช่วยให้ครอบครัวมีโอกาสดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด เตรียมความพร้อมสมาชิกในครอบครัวเมื่อต้องสูญเสียบุคคลในครอบครัว แวดล้อมของครอบครัว โดยมีครอบครัวร่วมให้การดูแลช่วยเหลือตามความจำเป็น มีเครือข่ายติดต่อกับเจ้าหน้าที่ได้ตลอดเวลา เมื่อเกิดภาวะฉุกเฉินหรืออันตราย ตลอดจนพัฒนาศักยภาพชุมชนให้สามารถเป็นแหล่งประโยชน์ด้านสุขภาพสำหรับสมาชิกได้

**หน่วยบริการปฐมภูมิ** หมายถึง หน่วยบริการที่ให้บริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิในการดูแลประชาชนในความรับผิดชอบ แบบองค์รวม ผสมผสานและต่อเนื่อง มีชื่อเรียกตามหน่วยงาน เช่น โรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบลและศูนย์สุขภาพชุมชนเมือง งานเวชปฏิบัติครอบครัวและชุมชนในโรงพยาบาลชุมชน งานเวชกรรมสังคมในโรงพยาบาลทั่วไป/โรงพยาบาลศูนย์ ที่มีการให้บริการเยี่ยมบ้านในชุมชน

**การพยาบาลผู้ป่วยที่บ้าน** หมายถึง การบริการสุขภาพสำหรับบุคคลผู้ป่วย และครอบครัว โดยพยาบาลใช้ที่อยู่อาศัย/บ้านของบุคคลและผู้ป่วยเป็นสถานที่ให้บริการสุขภาพ ให้การดูแล ช่วยเหลือ สนับสนุน ส่งเสริม ฝึกทักษะสอน ให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยและครอบครัวให้มีความสามารถในการดูแลตนเองป้องกันภาวะแทรกซ้อนและฟื้นฟูหายจากความเจ็บป่วย เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยกลับสู่ภาวะสุขภาพดีหรือใกล้เคียงกับภาวะปกติมากที่สุด สามารถใช้ชีวิตได้ตามปกติหรือใกล้เคียงปกติได้ตามศักยภาพ สามารถพึ่งตนเองได้ภายใต้บริบทและสภาพ

**การวางแผนจำหน่าย** เป็นกระบวนการช่วยผู้ป่วยให้ปลอดภัยในการกลับไปอยู่บ้านซึ่งไม่มีทีมสุขภาพดูแลใกล้ชิด โดยมีการประสานงานกันระหว่างบุคลากรหลายๆ ด้าน เพื่อให้ผู้ป่วยที่บ้านได้รับการดูแล

ที่ต่อเนื่องจนสามารถดูแลช่วยเหลือตนเอง แก้ปัญหาสุขภาพจากโรคที่เป็นอยู่รวมถึงการประเมินความต้องการ การดูแลต่อที่บ้านตลอดจนการทำงานร่วมกันกับผู้รับบริการและญาติ เพื่อวางแผนเตรียมความพร้อมผู้ป่วย/ผู้ดูแล ทักษะการปฏิบัติตัวที่บ้านได้ด้วยตนเองเกี่ยวกับการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองที่ซับซ้อนมาก และกิจกรรมที่ซับซ้อนน้อยจนถึงระดับพึ่งพาตนเองได้ การวางแผนการจำหน่ายเป็นบทบาทหน้าที่ของบุคลากรสุขภาพทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วย ต้องจัดกระบวนการบริการอย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง การวางแผนการจำหน่ายต้องอาศัยความรู้และความเข้าใจร่วมกันทั้งด้านปัญหาสุขภาพและความต้องการของผู้ป่วย

ความสามารถของครอบครัว ความต้องการการพึ่งพาของผู้ป่วยตามภาวะโรค ปัญหาที่ต้องการพยาบาล การทำ กายภาพบำบัด การฝึกอาชีวอนามัยการฝึกพูด ความต้องการการสนับสนุนบริการสังคม รวมทั้งความรู้เกี่ยวกับบริการที่จะต้องได้รับต่อเนื่องที่บ้าน แผนการจำหน่ายผู้ป่วยที่ถูกกำหนดไว้ในโรงพยาบาลขณะรับผู้ป่วยไว้รักษา จะต้องมีการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยเป็นแผนระยะสั้น ในช่วงอาการเฉียบพลันและแผนการดูแลต่อเนื่องตามภาวะโรคซึ่งเป็นแผนระยะยาว เพื่อช่วยเหลือสนับสนุนให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลเกิดการเรียนรู้และมั่นใจวิธี ปฏิบัติการดูแลสุขภาพตนเองและบุคคลในครอบครัวภายใต้บริบทบ้านและครอบครัวของตนเอง ในกรณีทำ กายภาพบำบัด หากผู้ป่วยที่บ้านสามารถไปรับบริการแบบผู้ป่วยนอกได้ ก็จัดทำเป็นผู้ป่วยนอก

#### วัตถุประสงค์การดูแลต่อเนื่อง

๑. เพื่อให้เกิดระบบการดูแลต่อเนื่องที่ชัดเจนในทุกอำเภอ
๒. เพื่อให้เกิดระบบการประสานงานการดูแลต่อเนื่องในสถานบริการสาธารณสุขทุกระดับ
๓. เพื่อให้มีระบบข้อมูล สารสนเทศเกี่ยวกับการดูแลต่อเนื่องที่มีประสิทธิภาพ
๔. เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลต่อเนื่องที่มีประสิทธิภาพ ปลอดภัย ลดการเกิดภาวะแทรกซ้อน

## การจัดระบบดูแลต่อเนื่องอำเภอบ้านเขว้า

### ปัจจัยนำเข้า (Input)

๑. **ด้านโครงสร้าง** โรงพยาบาลทุกแห่งควรมีศูนย์ดูแลต่อเนื่อง ซึ่งโครงสร้างอาจจะอยู่ กลุ่มการพยาบาลหรือกลุ่มงานเวชฯ (ตามบริบทของโรงพยาบาล) ส่วนในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล กำหนดให้มีผู้รับผิดชอบระบบดูแลต่อเนื่อง ทำหน้าที่เป็นศูนย์ประสานการส่งต่อการดูแลต่อเนื่อง เพื่อให้เกิดการดูแลต่อเนื่องจากโรงพยาบาลไปถึงบ้าน

๒. **ด้านทีมในการดูแลต่อเนื่อง** ในโรงพยาบาลทุกแห่งควรมีผู้รับผิดชอบระบบดูแลต่อเนื่องซึ่งประกอบด้วย พยาบาลวิชาชีพ เป็นผู้รับผิดชอบหลัก อย่างน้อย 1 คนขึ้นไป เพื่อทำหน้าที่เป็นผู้จัดการดูแล (Care Manager) และมีลูกจ้างอย่างน้อย 1 คน โดยการทำงานร่วมกับสหวิชาชีพ (ควรมีคำสั่งแต่งตั้งทีมสหวิชาชีพ ประกอบด้วยแพทย์เป็นประธานและทีมสหวิชาชีพ ที่เกี่ยวข้องเป็นกรรมการพัฒนาระบบดูแลต่อเนื่อง) และควรกำหนดบทบาทหน้าที่ของผู้เกี่ยวข้องที่ชัดเจน

### ๓. ด้านบทบาทหน้าที่ของผู้จัดการดูแล (Care Manager) ประจำศูนย์ดูแลต่อเนื่อง

๓.๑ จัดระบบบริการดูแลต่อเนื่องร่วมกับทีมสหวิชาชีพ ตั้งแต่การรับผู้ป่วยจนกระทั่งจำหน่าย โดยการประเมิน ปัญหาและความต้องการ วางแผน กำหนดทิศทาง การติดตามควบคุมกำกับและการเป็นตัวแทนของผู้ป่วยและครอบครัว โดยการจัดบริการดูแลสุขภาพ ครอบคลุมบุคคล ครอบครัว ให้มีคุณภาพได้มาตรฐาน

#### ๓.๒ จัดระบบบริหารจัดการในการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน เช่น

๓.๒.๑ ระบบสนับสนุนเครื่องมืออุปกรณ์การแพทย์ที่จำเป็นต้องใช้ในการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน ได้แก่ ออกซิเจน ที่นอนลม ที่นอน ที่นอนเจล เตียง เครื่องดูดเสมหะ กายอุปกรณ์ที่จำเป็น

๓.๒.๒ วัสดุการแพทย์ เช่น set ทำแผล , สายออกซิเจน ,สาย NG

๓.๒.๓ ระบบการประสานในการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน เช่นการประสานทีมสหวิชาชีพ การแสวงหาแหล่งประโยชน์ในชุมชนเพื่อสนับสนุนการพยาบาลที่บ้าน เช่นทุนบุคคล ทุนภูมิปัญญา ทุนทรัพยากร

๓.๒.๔ ระบบการให้คำปรึกษา กรณีฉุกเฉิน และทั่วไป

๓.๒.๕ จัดระบบข้อมูลและสารสนเทศเกี่ยวกับการดูแลต่อเนื่อง เช่น ข้อมูลผู้ป่วย การบันทึกการดูแล ผลลัพธ์การดูแลที่บ้าน

๔. **ด้านระบบการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน** โรงพยาบาลและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุกแห่งควรจัดให้มีระบบการดูแลต่อเนื่องที่ครอบคลุมทั้งการส่งต่อและส่งกลับ ตาม Flow



จากแผนภาพแสดงช่องทางที่ผู้ป่วยจะเข้าระบบการดูแลสุขภาพที่บ้านได้ 2 ทางได้แก่

**ช่องทางที่ 1** ประชาชนที่อาศัยอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบของสถานบริการจะได้รับการตรวจคัดกรองภาวะผิดปกติในระยะเริ่มแรกจากระบบการทำงานของทีมสุขภาพในชุมชน ที่กำหนดไว้ในแผนการปฏิบัติงานของสถานบริการแต่ละปี หากพบผู้ป่วยรายใหม่ ก็จะบันทึกข้อมูลผู้ป่วยเข้าระบบฐานข้อมูลและจัดระบบการดูแลตามภาวะ การดำเนินของโรคแต่ละโรคที่กำหนดไว้ ผู้ป่วยและผู้มีภาวะเสี่ยงต้องได้รับการเฝ้าระวังจากทีมสุขภาพในรพสต. สำหรับผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์ต้องได้รับการพยาบาลที่บ้านจะเข้าสู่ระบบการเยี่ยมบ้านของ รพสต. /รพช. /รพศ.

**ช่องทางที่ 2** ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล จะได้รับการดูแลตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยแต่ละโรค และได้รับการวางแผนจำหน่ายในกลุ่มโรคเป้าหมาย ตาม CPG / Care MAP แนวทางการดูแลที่กำหนดไว้ จากทีมการดูแลรักษาในโรงพยาบาล เมื่อผู้ป่วยได้รับอนุญาตให้กลับไปรักษาตัวที่บ้าน พยาบาลผู้จัดการดูแลจะประสานไปที่ศูนย์การดูแลต่อเนื่อง เพื่อการบันทึกข้อมูลในระบบการเยี่ยมบ้าน ประสานส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยที่เกี่ยวข้องกับการดูแลต่อเนื่องเข้าระบบการส่งต่อการดูแลไปยังทีมการพยาบาลที่บ้านใน รพสต. เครือข่ายบริการใกล้บ้านผู้ป่วย เมื่อมีอาการแปรปรวนไม่เป็นไปตามแผนการดูแลที่กำหนดไว้ ทีมการพยาบาลในชุมชนจะต้องติดต่อประสานกลับไปทีมการพยาบาลในโรงพยาบาล เพื่อร่วมกันค้นหาสาเหตุของการไม่บรรลุเป้าหมายและช่วยกันกำหนดแผนการดูแลใหม่ เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยแต่ละรายมีการฟื้นสภาพเป็นไปตามแผนและบรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้ในแผนการจำหน่ายแต่ละระยะ

**ศูนย์การดูแลต่อเนื่อง** ทำหน้าที่เป็นศูนย์ประสานการส่งต่อการดูแลเพื่อให้เกิดการดูแลต่อเนื่องจากโรงพยาบาลไปบ้าน ศูนย์นี้จะรับข้อมูลจากหอผู้ป่วยและประสานส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยไปให้โรงพยาบาลที่รับดูแลต่อ ทั้งส่งต่อในระดับโรงพยาบาลที่มีศักยภาพการรักษาส่งกว่าและต่ำกว่า และต้องจัดระบบติดตาม

ประเมินผลการดูแลรับประสาน เป็นที่ปรึกษาให้กับบุคลากรที่ปฏิบัติงานในเขตพื้นที่ที่ประสานการดูแลร่วมกัน ซึ่งทีมการดูแลสุขภาพที่บ้านและทีมการพยาบาลในโรงพยาบาลจะใช้เครื่องมือการดูแลผู้ป่วยในกลุ่มโรคเดียวกันร่วมกันและมีการประสานข้อมูล การให้คำปรึกษาในการร่วมกันแก้ปัญหาสุขภาพผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมายร่วมกัน เพื่อส่งเสริมการดูแลให้มีความต่อเนื่องเชื่อมโยงระหว่างโรงพยาบาลและบ้านของผู้ป่วย โดยมีผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางในการกำหนดแผนการดูแล

**ระบบการส่งต่อ ( Referral System)** เป็นกระบวนการส่งต่อผู้ป่วยจากโรงพยาบาลกลับมาดูแลต่อที่บ้านหรืออาจส่งผู้ป่วยจากบ้านเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล โดยพยาบาลจะต้องจัดระบบเตรียมความพร้อมด้านความรู้การพัฒนาศักยภาพ ทักษะของผู้ป่วย ผู้ดูแลและระบบสนับสนุนจากโรงพยาบาล เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถกลับมาฟื้นฟูสภาพอยู่ที่บ้านได้ภายใต้การติดตามดูแลของทีมสุขภาพ ในกระบวนการส่งต่อจะรวมถึงการประสานให้เกิดกิจกรรมการดูแลรับผิดชอบร่วมกันระหว่างบุคลากรและทีมการพยาบาลในโรงพยาบาลทำงานร่วมกับทีมสุขภาพของ รพ.สต. และการส่งต่อผู้ป่วยไปรับการดูแลรักษาใน โรงพยาบาลเมื่อมีปัญหาเจ็บป่วยเฉียบพลัน เพื่อช่วยเหลือให้การดูแลผู้ป่วยมีความต่อเนื่องทั้งระยะเฉียบพลันและระยะฟื้นฟูสภาพ

**การจำหน่ายผู้ป่วยจากระบบเยี่ยมบ้าน (Case Closure)** ผู้ป่วยแต่ละรายเมื่อได้รับการดูแลจากทีมการพยาบาลเยี่ยมบ้านตามแผนการจำหน่ายเป็นระยะๆ จนบรรลุเป้าหมายการพยาบาลที่เป็นเป้าหมายสุดท้ายที่กำหนดร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ ผู้ป่วยได้รับการเตรียมความพร้อมด้านความรู้ พฤติกรรมและทักษะการดูแลตนเองของผู้ป่วย/ผู้ดูแล ปัญหาลดความรุนแรง ผู้ป่วย/ผู้ดูแลสามารถช่วยเหลือทำกิจกรรมด้วยตนเองได้ดี ติดต่อกันมาเป็นระยะเวลาต่อเนื่องพยาบาลประเมินผลผู้ป่วยและผู้ดูแลแล้วพบว่าวิธีปฏิบัติที่วางใจได้ พยาบาลเจ้าของไข้จะต้องประเมินภาวะสุขภาพผู้ป่วย ผู้ดูแล สมาชิกครอบครัว สิ่งแวดล้อมในส่วนที่เกี่ยวข้องกับวิถีการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยที่ช่วยให้ผู้ป่วยดำเนินชีวิตอยู่ที่บ้านได้ ประเมินผลการรักษา การฟื้นฟูสภาพ และทักษะในการดูแลตนเอง เมื่อมีปัญหาสุขภาพรวมถึงการสร้างเสริมสุขภาพเพื่อให้ปราศจากภาวะแทรกซ้อน เมื่อประเมินแล้วมั่นใจว่าผู้ป่วยและครอบครัวมีความพร้อมสามารถจัดการปัญหาได้เองพึ่งพาตนเองได้ หรือมีการย้ายที่อยู่ หรือในกรณีผู้ป่วยเสียชีวิต การติดตามให้การพยาบาลผู้ป่วยที่บ้านจะยุติลง ผู้ป่วยจะถูกจำหน่ายออกจากระบบการเยี่ยมบ้าน

### ปัจจัย ด้านกระบวนการดูแล (Process)

กระบวนการดำเนินงานบริการพยาบาลผู้ป่วยที่บ้านแบ่งเป็น 3 ระยะ ได้แก่ ระยะก่อนเยี่ยมบ้าน ระยะระหว่างเยี่ยมบ้าน และระยะหลังเยี่ยมบ้านดังนั้น ทีมสุขภาพต้องมีความรู้ความเข้าใจประเด็นการแบ่งกลุ่มผู้ป่วย การกำหนดระยะเวลาให้เหมาะสมสอดคล้องกับผู้ป่วยแต่ละราย ดังนี้ (สำนักการพยาบาล)

**การแบ่งกลุ่มผู้ป่วยเพื่อให้การพยาบาลที่บ้าน เป็น ๔ กลุ่มตาม ADL ดังนี้**

**กลุ่มที่ ๑** กลุ่มที่มีภาวะความเจ็บป่วยอยู่ในระยะที่มีอาการดีขึ้น อาการคงที่ ไม่ต้องใช้เครื่องมือเทคโนโลยีทางการแพทย์คอยควบคุมติดตามอาการเปลี่ยนแปลงหรืออยู่ในความดูแลใกล้ชิดจากแพทย์ พยาบาล แบ่งได้เป็น

๑.๑ ผู้ป่วยมีภาวะฉุกเฉิน เช่น หหมดสติ มีบาดแผล ต้องการการช่วยเหลือเมื่อเกิดเหตุทันที ต้องการการประสานติดต่อเพื่อขอความช่วยเหลือพยาบาลต้องมีความรู้และทักษะในการช่วยเหลือเบื้องต้นในที่เกิดเหตุ มีอุปกรณ์ที่ใช้ปฐมพยาบาลเบื้องต้น เพื่อลดความรุนแรงและป้องกันอันตรายมากขึ้นก่อนส่งไปรับการรักษาต่อตามความจำเป็น

๑.๒ ผู้ป่วยมีภาวะโรคเฉียบพลัน เช่น ท้องร่วง หอบ ฯลฯ เป็นการประเมินอาการ สัญญาณเตือน และช่วยเหลือตามอาการ การติดต่อขอคำปรึกษาเพื่อการรักษาเบื้องต้น ต้องการการดูแลเพื่อ บรรเทาอาการ ลดความรุนแรง และส่งต่อไปรับการรักษาได้ทันเวลา

๑.๓ ผู้ป่วยมีภาวะโรคเรื้อรัง การเยี่ยมบ้านจะเป็นการทำกิจกรรม การพยาบาลตาม แผนการจำหน่ายต่อจากโรงพยาบาลเพื่อช่วยผู้ป่วย เช่น การป้องกันการสำลักในกรณีผู้ป่วยที่มีภาวะกลืน ลำบาก การป้องกันกล้ามเนื้อ ลีบ ซ้ำยัดติตา รวมถึงการติดตามผลการรักษา และการปฏิบัติตัวให้เหมาะสม กับสภาวะโรค การเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้านจะมุ่งที่การประเมินความก้าวหน้าการดำเนินของโรค เพื่อนำมาเป็นข้อมูล วางแผนดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องระยะยาว

**กลุ่มที่ ๒** กลุ่มที่มีอาการเจ็บป่วยต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลด้วยการคลอดบุตร การ ผ่าตัด โรคไขเลือดออก ฯลฯ หลังออกจากโรงพยาบาลเพื่อการติดตามประเมินอาการหลังได้รับการรักษาจาก โรงพยาบาล หรือสาเหตุที่ผู้ป่วยไม่มาตรวจตามนัด อันเป็นเหตุให้ได้รับการรักษาไม่ต่อเนื่องไม่สามารถ ประเมินผลหลังการรักษา

**กลุ่มที่ ๓** กลุ่มที่มีความจำกัดในการไปใช้บริการ แต่ต้องการการประเมินเพื่อติดตามสภาวะ สุขภาพ เช่น ผู้สูงอายุ เด็ก ผู้พิการ ผู้ป่วย ที่มีความจำกัดในการไปรับบริการลำบาก ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ ฯลฯ ควรได้รับการเยี่ยมเพื่อประเมินภาวะสุขภาพ และความต้องการจำเป็นในการดูแลรักษาสุขภาพตลอดจน ประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันด้วยตัวเอง

**กลุ่มที่ ๔** กลุ่มที่มีการดำเนินโรคในระยะสุดท้าย เช่น โรคมะเร็ง ระยะสุดท้าย โรคไตวาย เรื้อรังระยะสุดท้าย ฯลฯ การเยี่ยมผู้ป่วยเพื่อช่วยให้ ผู้ป่วยได้รับความสุขสบายมากที่สุด โดยการให้การ พยาบาลเพื่อลดอาการรบกวน เช่น ความเจ็บปวด ลดอาการแน่นอึดอัดในช่องท้อง ลดอาการเหนื่อยหอบ ฯลฯ นอกจากช่วยลดอาการไม่สุขสบายแล้ว พยาบาลต้องเตรียมความพร้อมของผู้ป่วย และญาติในการช่วยให้ผู้ป่วย จากไปอย่างสงบสมศักดิ์ศรี และช่วยให้สมาชิกครอบครัวทำใจให้พร้อมต่อการสูญเสียบุคคลที่รัก

### ระดับความรุนแรงของการเจ็บป่วยและเกณฑ์การเยี่ยม

โรงพยาบาลทุกแห่งควรมีการจำแนก ประเภทผู้ป่วยเพื่อสะดวกต่อการกำหนดนัดทีมเยี่ยมบ้านวาง แผนการดูแลและกำหนดระยะถี่ห่างในการเยี่ยมบ้านตามปัญหาความต้องการการดูแลของผู้ป่วยแต่ละราย นำ แนวทางการวางแผนจำหน่ายมากำหนดเป้าหมายการพยาบาลระยะยาว เป็นเป้าหมายสุดท้ายของการดูแล เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยฟื้นสภาพได้ดีที่สุด โดยจังหวัดชัยภูมิจำแนกความรุนแรงตามสำนักการพยาบาลดังนี้

**ความรุนแรงระดับที่ ๑** หมายถึง กลุ่มผู้ป่วยที่เริ่มเจ็บป่วยระยะแรกจากการเป็นโรคเรื้อรัง มี การเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิตเล็กน้อย ยังไม่มีภาวะแทรกซ้อนหรือการเกิดภาวะโรคร่วม ผู้ป่วยช่วยเหลือตัวเองได้ แต่ขาดความรู้ความเข้าใจและทักษะเกี่ยวกับโรคและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้เหมาะสมกับสภาวะของโรค

**ความรุนแรงระดับที่ ๒** หมายถึง กลุ่มผู้ป่วยที่มีการดำเนินของโรคส่งผลกระทบต่อวิถีชีวิต ปกติ มีความจำกัด / ไร้ความสามารถเล็กน้อย ช่วยเหลือตัวเองได้ไม่เต็มที่ ศักยภาพในการดูแลตนเองไม่ เพียงพอ ต้องการผู้ดูแล / คนช่วยเหลือในการทำกิจกรรมบางส่วน

**ความรุนแรงระดับที่ ๓** หมายถึง กลุ่มผู้ป่วยที่พยาธิสภาพของโรคทำให้เกิดความพิการ/จำกัด ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันด้วยตนเองหรือใส่เครื่องมือทางการแพทย์เพื่อช่วยในการดำรงชีวิต จำเป็นต้องมีผู้ดูแลช่วยเหลือการทำกิจวัตรประจำวันให้และกำหนดระยะเวลาการเยี่ยมบ้านตามความรุนแรง ดังนี้

ความรุนแรงระดับ 1 เยี่ยมโดย โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และผู้ดูแล (care provider) ภายใน 14 วัน หรือตามแผนการดูแล



ความรุนแรงระดับ 2 เยี่ยมโดยทีมสหวิชาชีพ ร่วมกับ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และผู้ดูแล (care provider) ภายใน 10 วันหรือตามแผนการดูแล

ความรุนแรงระดับ 3 เยี่ยมโดยทีมสหวิชาชีพ ร่วมกับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และผู้ดูแล (care provider) ภายใน 7 วันหรือตามแผนการดูแล

กระบวนการเยี่ยมบ้าน แบ่งเป็น ๓ ระยะ ดังนี้

### 1. ระยะก่อนการเยี่ยมบ้าน เป็นระยะของการเตรียมความพร้อมซึ่งมี 3 ขั้นตอน ดังนี้

**1.1 เตรียมข้อมูลสุขภาพชุมชน** ข้อมูลเฉพาะตัวผู้ป่วยหรือครอบครัว วิเคราะห์ข้อมูลสุขภาพ โดยศึกษาข้อมูลผู้ป่วยทั้งจากกรณีที่ส่งต่อจากโรงพยาบาลและข้อมูลจากชุมชน โดยประเมินจากแบบส่งต่อหรือใน Family Folder ของผู้ป่วย ข้อมูลสุขภาพในพื้นที่รับผิดชอบ พร้อมกับการเตรียมความรู้ ศึกษาข้อมูลพื้นฐานของชุมชนเพื่อนำไปใช้ในการพยาบาลและการให้คำแนะนำผู้ป่วยและครอบครัวเกี่ยวกับสุขภาพ ประเด็นความรู้ที่ต้องเตรียมและจัดทำสื่อถ่ายทอด ได้แก่ เรื่องโรคที่เป็นมากในพื้นที่หรือ

โรคของผู้ป่วยที่จะเยี่ยมบ้าน ต้องรู้การดำเนินโรค อาการ การรักษา ภาวะแทรกซ้อนและระยะเวลาในการพักฟื้น การรักษาที่ได้รับ เช่น หัตถการต่างๆที่เคยได้รับหรืออาจได้รับในระยะต่อมา ชนิดและการใช้ยารักษา เฉพาะโรคการตรวจวินิจฉัย การปฐมพยาบาลดูแลเบื้องต้นเมื่อเกิดภาวะฉุกเฉินกับผู้ป่วย ในแต่ละโรคที่อาจพบในช่วงการเยี่ยมบ้าน การดูแลผู้ป่วยต้องมีความต่อเนื่องเชื่อมโยงระหว่างโรงพยาบาลและที่บ้านควรมีแผนการจำหน่ายผู้ป่วยจากโรงพยาบาลและพยาบาลผู้ให้การดูแลที่บ้านต้องนำมาดำเนินการอย่างต่อเนื่อง โดยการใช้ข้อมูลสุขภาพที่ประเมินที่บ้าน เพื่อวางแผนการพยาบาลอย่างเหมาะสม

**1.2 กำหนดแผนการดูแล** โดยกำหนดวัตถุประสงค์ของการเยี่ยมเพื่อเป็นแนวทางการกำหนดกิจกรรมปฏิบัติงาน กำหนดประเภทของการเยี่ยมตามระดับความรุนแรง ซึ่งแบ่งออกเป็น 3 ระดับ ดังนั้นพยาบาลควรดำเนินการช่วยเหลือผู้ป่วยและครอบครัวตามแผนที่กำหนดไว้ ทั้งนี้สามารถปรับเปลี่ยนได้หากผลลัพธ์ที่ประเมินแล้วไม่เป็นไปตามเป้าหมาย ประเด็นสำคัญในการจัดบริการพยาบาลผู้ป่วยที่บ้านตามความรุนแรงแต่ละระดับดังนี้

### ประเด็นสำคัญในการจัดบริการที่บ้านตามความรุนแรง (สำนักการพยาบาล)

ประเด็นสำคัญในการจัดบริการ	ความรุนแรงระดับ 1	ความรุนแรงระดับ 2	ความรุนแรงระดับ 3
เป้าหมายการจัดบริการ	1. คงภาวะสุขภาพและความสามารถอย่างต่อเนื่อง 2. พัฒนาความสามารถในการใช้ศักยภาพและภูมิปัญญาให้เกิดประโยชน์ต่อผู้ป่วย ครอบครัว ชุมชน และสังคมอย่างต่อเนื่อง	1. ดำรงภาวะการมีสุขภาพดี 2. ป้องกันภาวะแทรกซ้อน 3. ป้องกันภาวะเสื่อมถอยของการทำหน้าที่และภาวะทุพพลภาพรายใหม่ และป้องกันการเกิดโรคใหม่	1. ดำรงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพที่เป็นอยู่ 2. ป้องกันภาวะแทรกซ้อนและการเกิดทุพพลภาพเพื่อให้สามารถใช้ชีวิตในครอบครัวและชุมชนได้ตามอัตภาพ 3. ส่งเสริมการช่วยเหลือหรือการดูแลจากครอบครัว ชุมชน สังคมตามความต้องการ

ประเด็นสำคัญในการจัดบริการ	ความรุนแรงระดับ 1	ความรุนแรงระดับ 2	ความรุนแรงระดับ 3
กิจกรรมการเยี่ยมติดตามที่บ้านแต่ละครั้ง / โปรแกรม / เครื่องมือ	1. ประเมินสิ่งแวดล้อมที่มีอิทธิพลต่อการฟื้นฟูจากการเจ็บป่วย เช่น ลักษณะบ้าน ที่ตั้งของบ้าน ลักษณะชุมชนรวมทั้งเครือข่าย และทุนทางสังคมอื่นในชุมชน	1. ประเมินสิ่งแวดล้อมที่มีอิทธิพลต่อการฟื้นฟูจากการเจ็บป่วย เช่น ลักษณะบ้าน ที่ตั้งของบ้านลักษณะชุมชน รวมทั้งเครือข่าย และทุนทางสังคมอื่นในชุมชน	1. ประเมินสิ่งแวดล้อมที่มีอิทธิพลต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนและการเกิดทุพพลภาพ
	2. ประเมินความสัมพันธ์ของสมาชิกในครอบครัว ประเมินผู้ดูแลเพื่อดูความพร้อมของการมีผู้ดูแล	2. ประเมินความสัมพันธ์ของสมาชิกในครอบครัว ประเมิน ผู้ดูแลเพื่อดูความพร้อมของการมีผู้ดูแล	2. ประเมินความสัมพันธ์ของสมาชิกในครอบครัว ประเมินผู้ดูแล คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลและการปรับตัวต่อการดูแลในระยะยาว เพื่อป้องกันผู้ดูแลอ่อนล้า
	3. ประเมินภาวะเจ็บป่วยทั้งด้านร่างกายและจิตใจ รวมทั้งการประเมินวิถีชีวิต จิตสังคม	3. ประเมินภาวะเจ็บป่วยทั้งด้านร่างกายและจิตใจ รวมทั้งการประเมินวิถีชีวิต จิตสังคม	3. ประเมินภาวะเจ็บป่วยทั้งด้านร่างกายและจิตใจ รวมทั้งการประเมินวิถีชีวิต จิตสังคม
	3.1 การประเมิน ร่างกาย การตรวจร่างกายเบื้องต้น เช่น การวัดรอบเอว BMI V/S DTX	3.1 การประเมินร่างกายเบื้องต้นและการเปรียบเทียบผล Lab และADL รวมทั้ง การประเมินภาวะความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อน เพื่อควบคุมความก้าวหน้าของโรค /ภาวะแทรกซ้อน	3.1 การประเมินร่างกายเบื้องต้น และการเปรียบเทียบผลLab และ ADL รวมทั้งการประเมินภาวะความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนเพื่อควบคุมความรุนแรงของโรค /ความพิการหรือการสูญเสียหน้าที่ของอวัยวะ ประเมินทักษะการดูแล / การใช้อุปกรณ์การแพทย์ ที่ติดตัวอยู่กับผู้ป่วย เช่น Colostomy, อุปกรณ์ล้างไต, NG tube Foley's Cath การประเมินปัญหา ภาวะเศรษฐกิจ ครอบครัว ผู้ดูแล การประเมินปัญหาและความต้องการอื่นๆ
	3.2 การติดตามผลการตรวจคัดกรองที่สัมพันธ์กับกลุ่มโรค	3.2 การติดตามผลการตรวจคัดกรองที่สัมพันธ์กับกลุ่ม	3.2 การติดตามผลการตรวจคัดกรองที่สัมพันธ์กับกลุ่ม

ประเด็นสำคัญในการจัดบริการ	ความรุนแรงระดับ 1	ความรุนแรงระดับ 2	ความรุนแรงระดับ 3
	การแนะนำให้ได้รับการตรวจตามเกณฑ์	โรคการแนะนำให้ได้รับการตรวจตามเกณฑ์	โรคการแนะนำให้ได้รับการตรวจตามเกณฑ์
	3.3 ประเมินพฤติกรรมการดูแลตนเอง และประเมินพฤติกรรมเสี่ยงที่มีผลต่อความรุนแรงของโรค เช่น การรับประทานอาหาร การใช้ยาที่เหมาะสม อาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา การออกกำลังกาย บุหรี่ สุรา สารเสพติด การไปตรวจตามนัด (ตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในการประเมิน : INHOMESSS 2Q สมุดบันทึกสุขภาพประจำตัว การศึกษา ข้อมูลจาก Family Folder เป็นต้น	3.3 ประเมินพฤติกรรมการดูแลตนเอง และประเมินพฤติกรรมเสี่ยงที่มีผลต่อความรุนแรงของโรค เช่น การรับประทานอาหาร การใช้ยาที่เหมาะสม อาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา การออกกำลังกาย บุหรี่ สุรา สารเสพติด การไปตรวจตามนัด (ตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในการประเมิน : INHOMESSS 2Q สมุดบันทึกสุขภาพประจำตัว การศึกษา ข้อมูลจาก Family Folder เป็นต้น	3.3 ประเมินพฤติกรรมการดูแลตนเอง และประเมินพฤติกรรมเสี่ยงที่มีผลต่อความรุนแรงของโรค เช่น การรับประทานอาหาร การใช้ยาที่เหมาะสม อาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา การออกกำลังกาย บุหรี่ สุรา สารเสพติด การไปตรวจตามนัด (ตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในการประเมิน : INHOMESSS 2Q สมุดบันทึกสุขภาพประจำตัว การศึกษา ข้อมูลจาก Family Folder เป็นต้น
	3.4 ประเมินการรับรู้เพื่อให้เกิดการตระหนักในการแก้ไขปัญหาของตนเอง	3.4 ประเมินการรับรู้เพื่อให้เกิดการตระหนักในการแก้ไขปัญหาของตนเอง	3.4 ประเมินการรับรู้เพื่อให้เกิดการตระหนักในการแก้ไขปัญหาของตนเอง
	4. การวางแผนแก้ไขปัญหาการกำหนดเป้าหมาย จัดอันดับความสำคัญของปัญหาและหาทางเลือกในการแก้ไขปัญหาาร่วมกัน (Partnership) เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อน / ความก้าวหน้าของโรค	4. การวางแผนแก้ไขปัญหาการกำหนดเป้าหมาย จัดลำดับความสำคัญของปัญหาและหาทางเลือกในการแก้ไขปัญหาาร่วมกันเพื่อควบคุมไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อนมีความรุนแรงมากขึ้นและเป็นการเตรียมผู้ดูแลให้มีความรู้ และทักษะในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อน	4. การวางแผนแก้ไขปัญหาการกำหนดเป้าหมาย จัดลำดับความสำคัญของปัญหาและหาทางเลือกในการแก้ไขปัญหาาร่วมกันเพื่อป้องกันการสูญเสียหน้าที่ของอวัยวะเพิ่มขึ้นและเป็นการเตรียมความพร้อมของครอบครัว ผู้ดูแลในการเผชิญปัญหาที่รุนแรงได้อย่างเหมาะสม
	5. ปฏิบัติการพยาบาลตามแผนการดูแล	5. ปฏิบัติการพยาบาลตามแผนการดูแล	5. ปฏิบัติการพยาบาลตามแผนการดูแล
	6. ประเมินผลลัพธ์การดูแล 6.1 ระยะสั้น การประเมินกิจกรรมการดูแล	6. ประเมินผลลัพธ์การดูแล 6.1 ระยะสั้น การประเมินกิจกรรมการดูแล	6. ประเมินผลลัพธ์การดูแล 6.1 ระยะสั้น การประเมินกิจกรรมการดูแล

ประเด็นสำคัญในการจัดบริการ	ความรุนแรงระดับ 1	ความรุนแรงระดับ 2	ความรุนแรงระดับ 3
	6.2 ระยะยาว : การหาย การไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน	6.2 ระยะยาว : การหาย การไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน	6.2 ระยะยาว : การหาย การไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน
	7.การวางแผนกำหนดการเยี่ยมครั้งต่อไป	7.การวางแผนกำหนดการเยี่ยมครั้งต่อไป	7.การวางแผนกำหนดการเยี่ยมครั้งต่อไป
ระยะเวลาการ ให้บริการพยาบาลที่บ้าน	ภายใน 14 วัน	ภายใน 10 วัน	ภายใน 7 วัน
ระยะห่างของการเยี่ยมเพื่อติดตามอาการผู้ป่วยครั้งต่อไป	ทุก 6 เดือน หรือตามสภาพปัญหา	ทุก 3 เดือน หรือตามสภาพปัญหา	ทุก 1 เดือน หรือตามสภาพปัญหา
ลักษณะการจัดบริการ	ติดตามเยี่ยมเพื่อสนับสนุน และการให้ความรู้(Educative Supportive Nursing System)	การจัดบริการสุขภาพเป็นแบบทดแทนบางส่วน (Partly Compensatory Nursing System) โดยทีมเยี่ยมบ้านจะเป็น ผู้ช่วย หรือฝึกทักษะให้ผู้ป่วย และผู้ดูแลสามารถทำกิจกรรมด้วยตัวเองได้	การจัดบริการเป็นระบบที่ต้องให้การดูแลทดแทนผู้ป่วยทั้งหมด หรือเกือบทั้งหมด(Complete Compensatory Nursing System ) ระยะสั้นๆ ทีมสุขภาพจะเป็นผู้ช่วยเหลือ ผู้ดูแลผู้ป่วยให้มีศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยและสามารถฝึก/กระตุ้นให้ผู้ป่วยช่วยเหลือตนเองได้

1.3 อุปกรณ์ / เครื่องใช้สำหรับให้การพยาบาลผู้ป่วยที่บ้านสำหรับการเยี่ยมบ้าน อุปกรณ์เครื่องใช้เป็นสิ่งสำคัญ ซึ่งควรเตรียมให้พร้อมสำหรับการพยาบาลผู้ป่วยที่บ้านแต่ละราย ขณะปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลผู้ป่วย ควรจัดสภาพแวดล้อมโดยคำนึงถึงหลัก Universal Precaution เพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากเทคนิคบริการ และสภาพแวดล้อม บุคลากรต้องล้าง/ ทำความสะอาดมือ ก่อนและหลังการให้บริการ ชะยะที่เกิดจากกระบวนการการให้บริการต้องทิ้งในภาชนะที่มีฝาปิดมิดชิด ในกรณีมีขยะติดเชื้อ ยาอันตรายต้องนำกลับมาทำลายด้วยขบวนการที่ถูกต้อง และต้องคำนึงถึงการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อในชุมชน เครื่องใช้/อุปกรณ์ ที่ใช้แล้วต้องแยกจากของสะอาดเพื่อป้องกันการปนเปื้อน

2. ระยะระหว่างการเยี่ยมบ้าน ทีมสุขภาพควรประเมินสัมพันธภาพของผู้ป่วยกับสมาชิกในบ้านและสิ่งแวดล้อมเพื่อนำมาใช้ประกอบการวางแผนการดูแล นำเครื่องมือประเมินผู้ป่วยเพื่อค้นหาปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย ตามตัวอย่างแบบประเมินในภาคผนวก เพื่อวางแผนการดูแล และให้การดูแลที่สอดคล้องกับปัญหาผู้ป่วยแต่ละราย

สิ่งที่ทีมเยี่ยมบ้านควรกระทำในขณะที่เยี่ยมบ้านของผู้ป่วย คือการใช้ทักษะการสื่อสารที่ดีเพื่อสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยและครอบครัวโดยการ

1. สนใจพูดคุยและรับฟังข้อมูลทั้งความทุกข์และความสุขของผู้ดูแลเสมอ โดยเฉพาะในกรณีที่ผู้ป่วยมีความจำกัดในการช่วยเหลือตัวเอง
2. ตั้งใจรับฟังสิ่งที่ผู้ดูแลพูด เพราะการรับฟังจะเป็นการช่วยให้เขาได้ระบายความรู้สึกบางอย่างกับใครสักคน แม้ไม่ได้ช่วยเหลือทำอะไรให้ก็สามารถช่วยเหลือให้เขาลดภาวะเครียดลงได้
3. ให้ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค ภาวะแทรกซ้อน การรักษาและผลข้างเคียงของการรักษาให้เท่าที่ผู้ดูแลต้องการและให้ข้อมูลที่สัมพันธ์กับปัญหาที่พบจากภาวะโรคในช่วงเวลาปัจจุบันเท่านั้น เพื่อให้รู้ สังกัดได้และปฏิบัติได้สอดคล้อง ตามสภาวะการเจ็บป่วย ไม่จำเป็นต้องรีบให้รู้ทุกอย่างทั้งหมดในคราวเดียว
4. มีช่องทางให้ผู้ดูแลสามารถติดต่อสอบถามหรือขอความช่วยเหลือจากทีมบุคลากรได้หลายช่องทาง
5. ช่วยประสานความช่วยเหลือต่างๆ ที่มีอยู่ในชุมชน เช่น กลุ่มผู้ดูแลกลุ่มผู้ป่วยโรคเดียวกัน จิตอาสา หน่วยงานสังคมสงเคราะห์ ผู้นำชุมชนต่างๆ เพื่อนบ้าน เป็นต้น
6. ดูแลสุขภาพของผู้ดูแลอย่างเหมาะสม เพราะหากผู้ดูแลป่วยจะมีผลต่อผู้ป่วยได้
7. การเตรียมใจให้พร้อมต่อการสูญเสีย การเสียชีวิตของผู้ป่วยเป็นการเปลี่ยนแปลงที่สำคัญของผู้ดูแล พยาบาลผู้รับผิดชอบควรพูดคุยกับสมาชิกครอบครัวไว้ล่วงหน้าและมีการเตรียมความพร้อมเพื่อให้ผู้ป่วยจากไปอย่างสมศักดิ์ศรี หากประเมินว่าผู้ป่วยเข้าสู่ระยะสุดท้ายของโรคแล้ว

**3. ระยะเวลาหลังการเยี่ยมบ้าน** ภายหลังจากการเยี่ยมบ้านต้องมีการนำข้อมูลที่ได้จากการเยี่ยมบ้านมาประชุมร่วมกันในทีมที่เกี่ยวข้อง เพื่อนำข้อมูลมาประกอบและหาข้อสรุปในการกำหนดแนวทางการแก้ปัญหาอย่างครอบคลุมเป็นองค์รวมมากขึ้น เขียนบันทึกในแบบฟอร์มการเยี่ยมบ้านในแบบบันทึกของแต่ละหน่วยงาน กำหนดเพื่อใช้สื่อสารการดูแลผู้ป่วยร่วมกันในทีมสุขภาพที่เกี่ยวข้อง สำหรับการวางแผนการดูแลผู้ป่วยต่อไป ภายหลังจากเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้านต้องมีการทบทวน สรุปประเด็นให้ผู้ป่วยหรือผู้ดูแลเข้าใจโดยมีการบันทึกและวางแผนการปฏิบัติตัว และการติดตามประเมินของทีมเยี่ยมบ้านครั้งต่อไป ร่วมกัน และเมื่อเสร็จจากการเยี่ยมบ้าน ทีมสุขภาพต้องมีการสรุป วิเคราะห์ บันทึกข้อมูล ทำความสะอาดเครื่องมือ กระเป๋าเยี่ยม และวางแผนการดูแลในครั้งต่อไป

**เกณฑ์การจำหน่าย จังหวัดชัยภูมิกำหนดเกณฑ์การจำหน่ายผู้ป่วยที่บ้านดังนี้**

๑. ผู้ป่วยและครอบครัวมีความพร้อมสามารถจัดการปัญหาได้เองพึ่งพาตนเองได้
๒. ย้ายที่อยู่
๓. ผู้ป่วยเสียชีวิต
๔. ปฏิเสธการรักษา

## ปัจจัยด้านผลลัพธ์การดำเนินงาน (out come)

เพื่อเป็นการติดตามผลลัพธ์การดูแล ทีมดูแลต่อเนื่องจังหวัดชัยภูมิได้กำหนดตัวชี้วัดที่ใช้ติดตามความสำเร็จของการพัฒนาระบบดูแลต่อเนื่องดังนี้

๑. ระดับจังหวัด : ระดับความสำเร็จของการพัฒนาระบบดูแลต่อเนื่องจังหวัดชัยภูมิ (ตามระดับของสำนักงานพยาบาล) ระดับ ๓ มากกว่า 50%

๒. ระดับรพศ./รพช./รพสต.

ตัวชี้วัดที่ ๑ อัตราความครอบคลุมการเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้านไม่น้อยกว่าร้อยละ 80

ตัวชี้วัดที่ ๒ อัตราผู้ป่วยส่งกลับจาก รพศ./รพท./รพช. ได้รับการเยี่ยมบ้านภายใน 14 วัน ร้อยละ 100

ตัวชี้วัดที่ ๓ จำนวนชั่วโมงการเยี่ยมบ้านของเจ้าหน้าที่ไม่น้อยกว่า 6 ชั่วโมง /สัปดาห์/คน

ตัวชี้วัดที่ ๔ อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่บ้านไม่เกินร้อยละ 5

ตัวชี้วัดที่ ๕ อัตราผู้ป่วยได้รับการเยี่ยมบ้านสามารถควบคุมภาวะโรค /ดูแลตนเองได้ร้อยละ 80

ตัวชี้วัดที่ ๖ อัตราการส่งข้อมูลผู้ป่วยระดับ 3 ถึงหน่วยบริการปลายทางภายใน 5 วัน ร้อยละ 80

ตัวชี้วัดที่ ๗ ความพึงพอใจของผู้รับบริการไม่น้อยกว่าร้อยละ 80

ตัวชี้วัดที่ ๘ ความพึงพอใจของทีมเยี่ยมบ้าน ไม่น้อยกว่าร้อยละ 80

ตัวชี้วัดที่ ๙ อัตราการ Re-admit ภายใน 28 วันหลังจำหน่าย <5%

ตัวชี้วัดที่ ๑๐ ร้อยละคุณภาพชีวิตระดับดีของผู้ป่วยที่บ้าน  $\geq$  50%

ตัวชี้วัดที่ ๑๑ อัตราหน่วยบริการไม่สามารถสนับสนุนเครื่องมืออุปกรณ์การดูแลที่บ้าน < ๑๐ %

ตัวชี้วัดที่ ๑๒ อัตราการส่งผู้ป่วยกลุ่มที่ต้องได้รับการเยี่ยมภายใน 7 วันถึงหน่วยบริการปลายทางภายใน 5 วัน (เช่น หลังคลอด วัณโรครายใหม่ ) 100%

ตัวชี้วัดที่ ๑๓ ตัวชี้วัดรายโรค (ตามปัญหาพื้นที่)

หมายเหตุ ตัวชี้วัดที่ ๑-๘ ตามสำนักงานพยาบาล

## คำจำกัดความตัวชี้วัด

## ตัวชี้วัดระดับจังหวัด

ระดับความสำเร็จของการพัฒนาระบบดูแล ต่อเนื่องจังหวัดชัยภูมิ (ตามระดับของสำนัก การพยาบาล) ระดับ ๓ มากกว่า 50%	ประเภทตัวชี้วัด
วัตถุประสงค์	ติดตามประเมินผลของการดำเนินงานตามเกณฑ์คุณภาพงาน บริการเยี่ยมบ้านของสถานบริการสุขภาพ
นิยาม	<p>ระดับความสำเร็จของการพัฒนาระบบดูแลต่อเนื่องจังหวัด ระดับ ๓ หมายถึง งานบริการเยี่ยมบ้านที่ผ่านการประเมิน ระดับ 3 ตามเกณฑ์คุณภาพ ( ตามเกณฑ์คุณภาพงานเยี่ยม บ้าน).</p> <p>สถานบริการสุขภาพ หมายถึง รพศ. รพท. รพช. รพสต.ที่มี หน่วยให้บริการพยาบาลเยี่ยมบ้าน เช่น เวชกรรมสังคม เวช ปฏิบัติครอบครัวและชุมชน ฯลฯ</p> <p>เกณฑ์งานบริการเยี่ยมบ้าน ระดับ 1 หมายถึง ประเมิน Input/process ได้คะแนน 1- 30 คะแนน รวมทั้งตัวชี้วัด Out put สำเร็จ ไม่น้อยกว่า 4 ตัว</p> <p>เกณฑ์งานบริการเยี่ยมบ้าน ระดับ 2 หมายถึง ประเมิน Input/process ได้คะแนน 31 -36 คะแนน รวมทั้งตัวชี้วัด Out put สำเร็จ ไม่น้อยกว่า 6 ตัว</p> <p>เกณฑ์งานบริการเยี่ยมบ้าน ระดับ 3 หมายถึง ประเมิน Input/process ได้คะแนน 37 -39 คะแนน รวมทั้งตัวชี้วัด Out put สำเร็จ ครบ 8 ตัว</p>

## เกณฑ์คุณภาพงานเยี่ยมบ้าน

ชื่อสถานพยาบาล/โรงพยาบาล.....

## ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....

ชื่อผู้ประเมิน.....วัน เดือน ปี ที่ประเมิน.....

## ส่วนที่ 2 เกณฑ์การเยี่ยมบ้าน

องค์ประกอบ	ประเด็น	เกณฑ์ย่อยแต่ละประเด็น	เกณฑ์ประเมินย่อย	ผลการประเมิน		ข้อมูลสนับสนุน
				มี (1)	ไม่มี(0)	
Input	ระบบที่เกี่ยวข้องกับการเยี่ยมบ้าน	ระบบงาน	1. มีระบบการดูแลเชื่อมโยงจากโรงพยาบาลมาถึงบ้านที่สนับสนุนการดูแลตนเองของผู้ป่วย			-คู่มือ/เอกสารที่แสดงระบบการดูแลต่อเนื่องของ CUP -Flow chart การดูแลต่อเนื่อง
			2. มีระบบฐานข้อมูลการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยสะดวกในการใช้และเป็นปัจจุบัน			-ทะเบียนข้อมูลผู้ป่วยจำแนกตามระดับความรุนแรงเป็นกลุ่มโรคเป้าหมายสำคัญ -แบบฟอร์มการส่งต่อ
			3. มีระบบสร้างภาคีเครือข่ายสนับสนุนความร่วมมือจากชุมชน			-รายงานการประชุมของภาคีเครือข่ายด้านสุขภาพ -รายชื่อภาคีเครือข่าย
	ทีมเยี่ยมบ้าน	ทีมเยี่ยมบ้านของสถานบริการปฐมภูมิ	4. เยี่ยมโดยพยาบาลวิชาชีพ			-ใบมอบหมายงานตามลักษณะความต้องการการดูแล -เอกสารขอบเขตความรับผิดชอบตาม Flow chart ในข้อ 1
			5. เยี่ยมโดยบุคลากรสาธารณสุขอื่นๆของหน่วยปฐมภูมินั้นๆ			
			6. เยี่ยมโดยบุคลากรของหน่วยปฐมภูมิร่วมกับทีมภาคีเครือข่ายจากหน่วยงานอื่นๆทั้งภาครัฐและเอกชน			-อธิบายคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการ/คณะทำงานระดับอำเภอ/จังหวัด -บันทึกการเยี่ยมบ้าน
		การทำงาน	7. ทีมสหสาขารับผิดชอบ			-ใบมอบหมายงาน



องค์ ประ กอบ	ประเด็น	เกณฑ์ย่อยแต่ ละประเด็น	เกณฑ์ประเมินย่อย	ผลการประเมิน		ข้อมูลสนับสนุน
				มี (1)	ไม่มี(0)	
		เป็นทีม(ทั้ง ภายในและ ภายนอก)	เยี่ยมบ้านตามขอบเขตสาขา วิชาชีพและทำงานร่วมกัน อย่างเป็นระบบ			-บันทึกการเยี่ยมบ้าน ของแต่ละสาขาวิชาชีพ
			8. มีพยาบาลวิชาชีพเป็น ผู้จัดการ กำหนดเป้าหมาย การเยี่ยมผู้ป่วย การวางแผน จำหน่ายและจัดทีมเยี่ยม บ้าน			-คำสั่งแต่งตั้ง/คำสั่ง มอบหมายงาน
			9. มีการวางแผนการ จำหน่าย/ปรับแผนตาม สภาพปัญหาผู้ป่วย และมี การประเมินผลลัพธ์การดูแล ร่วมกันของทีมเยี่ยมบ้าน			-แผนการจำหน่าย
		สมรรถนะ ของทีมเยี่ยม บ้าน	10. มีความรู้เรื่องโรค ยา อาการแทรกซ้อน/ซับซ้อน สามารถคัดกรองและส่งต่อ ได้ทันเวลา			-บันทึกการเยี่ยมบ้าน -สัมภาษณ์ทีมเยี่ยม บ้าน
			11. เลือกใช้หรือสร้าง เครื่องมือเฉพาะโรค ตาม สภาพปัญหาผู้ป่วยได้ เหมาะสม เช่น ADL,PPS,2Q,9Q ฯลฯ			- เอกสารหลักฐานการ ใช้เครื่องมือที่เหมาะสม กับผู้ป่วยแต่ละโรค
			12. วิเคราะห์ต้นทุนทาง สังคม ข้อมูลความเจ็บป่วย และคืนข้อมูลเพื่อ empowerment ให้เกิด ความร่วมมือ			- บันทึกการเยี่ยมบ้าน - จากการสอบถาม ชุมชน/ผู้ป่วย/ญาติ เกี่ยวกับการคืนข้อมูล
		การสร้างการ มีส่วนร่วม	13. พัฒนาให้เกิดภาคี เครือข่ายภาครัฐ และ ภาคเอกชนเข้ามามีส่วนร่วม ดำเนินการเยี่ยมบ้าน			- เอกสาร/ภาพถ่าย แสดงความร่วมมือของ ภาคีเครือข่าย
			14. สร้างความเข้มแข็งและ ขยายเครือข่ายภาค ประชาชนมีบทบาทร่วมทีม เยี่ยมบ้าน			- เอกสาร/ภาพถ่าย กิจกรรมแสดง ความร่วมมือของประชาชน - กองทุน - กรรมการ

องค์ประกอบ	ประเด็น	เกณฑ์ย่อยแต่ละประเด็น	เกณฑ์ประเมินย่อย	ผลการประเมิน		ข้อมูลสนับสนุน
				มี (1)	ไม่มี(0)	
			15. มีระบบสอน แนะนำที่ช่วยให้ อสม./จิตอาสา รู้วิธีปฏิบัติ ในบทบาททีมเยี่ยมบ้านภาคประชาชน			- เอกสาร/ภาพถ่าย แสดงการสอนแนะนำ ทีมเยี่ยมบ้านภาคประชาชน
	ปัจจัยสนับสนุนการจัดบริการ	วัสดุอุปกรณ์-เครื่องใช้	16. มีอุปกรณ์เยี่ยมบ้านครบถ้วนสภาพพร้อมใช้			- กระเป๋าเยี่ยมบ้านครบถ้วนสภาพพร้อมใช้
			17. มีการบริหารจัดการวัสดุอุปกรณ์ เครื่องใช้ให้มีประสิทธิภาพเพียงพอต่อการใช้			- หลักฐานการตรวจสอบอุปกรณ์ เครื่องใช้รายวัน เช่น กระเป๋าเยี่ยมบ้านฯ
			18. มีการประยุกต์ใช้อุปกรณ์ที่มีในบ้าน/ชุมชน เพื่อให้เหมาะกับผู้ป่วยแต่ละราย			- เอกสาร/ภาพถ่าย
Processes	งานบริการเยี่ยมบ้าน	กลุ่มเป้าหมายเยี่ยมบ้าน	19. มีเกณฑ์คัดกรองกำหนดผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมายเยี่ยมบ้านเป็นรายโรค			- เกณฑ์การคัดกรองผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมาย
			20. มีระบบสารสนเทศผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมายเยี่ยมบ้านเป็นปัจจุบัน			- ข้อมูลระบบสารสนเทศที่ใช้
			21. มีผังแสดงความชุกของกลุ่มเป้าหมายในพื้นที่ตามระดับความรุนแรง			- SPOT MAP
		กระบวนการเยี่ยมบ้าน	22. มีกระบวนการเยี่ยมบ้านตามแผนการรักษาและความถี่การเยี่ยมบ้านเป็นรายกลุ่ม/รายโรคตามเกณฑ์ที่กำหนด เพื่อมุ่งส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วยหมายเหตุ ภายใน CUP ร่วมกันหาแนวทางการดูแลผู้ป่วยรายโรค และแผนการเยี่ยมบ้าน			- แนวทางการดูแลผู้ป่วยรายโรค - แผนการเยี่ยมบ้าน ประกอบกับบันทึกการเยี่ยมบ้านและผลการเยี่ยมบ้าน

องค์ประกอบ	ประเด็น	เกณฑ์ย่อยแต่ละประเด็น	เกณฑ์ประเมินย่อย	ผลการประเมิน		ข้อมูลสนับสนุน
				มี (1)	ไม่มี(0)	
			23. มีการเยี่ยมบ้านในกรณีเกิดภาวะเฉียบพลันได้ทันเวลาตามสภาพความรุนแรง/ซับซ้อน ของแต่ละโรค หมายเหตุ ภายใน CUP ร่วมกันหาแนวทางปฏิบัติการเยี่ยมบ้านกรณีเกิดภาวะเฉียบพลัน			- แนวทางปฏิบัติการเยี่ยมบ้านกรณีเกิดภาวะเฉียบพลัน
			24. มีการติดตาม ควบคุม กำกับ ผลการดำเนินงาน			- สัมภาษณ์ผู้นิเทศและผู้ปฏิบัติงานเยี่ยมบ้าน - รายงานสรุปประเมินผล
		กิจกรรมการพยาบาลที่บ้าน	25. ติดตามผลการรักษา/ทำหัตถการที่จำเป็น/ฟื้นฟูสภาพ ป้องกันภาวะแทรกซ้อน			- บันทึกการเยี่ยมบ้าน - สุ่มเยี่ยมบ้าน
			26. ให้การพยาบาลเพื่อลดอาการไม่สุขสบาย/อาการรบกวน			
			27. การประสานเพื่อการรักษาเบื้องต้น/ส่งต่อ/ช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับการช่วยเหลือตามความเหมาะสม			
	ระบบการดูแลต่อเนื่อง	การประสานการดูแลต่อเนื่อง	28. มีช่องทางการสื่อสารเพื่อประสานและปรับแผนการจำหน่ายตามภาวะของผู้ป่วยระหว่างเครือข่ายบริการที่มีประสิทธิภาพ			- หลักฐานช่องทางการสื่อสาร - บันทึกการรับโทรศัพท์
			29. มีผู้รับผิดชอบหลักในการวางแผนจำหน่ายทุกหน่วยบริการ			- หลักฐานการมอบหมายงาน
			30. มีระบบข้อมูลสารสนเทศ เทคโนโลยีการสื่อสารข้อมูลงานเยี่ยมบ้านระหว่างสถานบริการที่เหมาะสมกับบริบท			- หลักฐานช่องทางการสื่อสาร - แบบบันทึกการส่งต่อ line หรือช่องทางอื่น - ข้อมูลจาก 21 पै้ม

องค์ ประ กอบ	ประเด็น	เกณฑ์ย่อยแต่ ละประเด็น	เกณฑ์ประเมินย่อย	ผลการประเมิน		ข้อมูลสนับสนุน
				มี (1)	ไม่มี(0)	
		ศูนย์การดูแล ต่อเนื่อง (COC)	31. มีการดำเนินการ วางแผนจำหน่ายและการ จัดการสารสนเทศ ข้อมูล การดูแลต่อเนื่อง การ ประสาน ส่งต่อ หน่วยงาน ต่างๆ			- หลักฐานการประสาน ข้อมูลการดูแล - หลักฐานการส่งต่อ
			32. มีทีมงานและมีการ พัฒนาศักยภาพเครือข่าย ดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้าน			- หลักฐานการพัฒนา ศักยภาพเครือข่ายฯ
			33. มีศูนย์/เครือข่าย แหล่ง สนับสนุนเครื่องมืออุปกรณ์ ทางการแพทย์ใช้ที่บ้าน ผู้ป่วย			- หลักฐานการ สนับสนุนเครื่องมือ อุปกรณ์ โดยศูนย์ฯใน กรณีไม่มีของหน่วยงาน เองต้องบอกได้ว่าใช้ ร่วมกับใคร
		การเยี่ยมบ้าน ร่วมกัน ระหว่างหน่วย บริการ	34. มีระบบการเยี่ยมบ้าน ร่วมกันระหว่างหน่วยบริการ กรณีผู้ป่วยส่งต่อมีปัญหา ซับซ้อน			- หลักฐานการเยี่ยม บ้านร่วมกันระหว่าง หน่วยงาน
			35. มีการใช้แผนการ จำหน่ายร่วมกันระหว่าง สถานบริการต่างระดับ			
			36. มีกระบวนการให้ คำปรึกษา/ระบบพี่เลี้ยงใน ระดับตติยภูมิ/ทุติยภูมิ/ปฐม ภูมิ			- หลักฐานการ จัดระบบ พี่เลี้ยงใน เครือข่าย
		การบันทึก ข้อมูลการ เยี่ยมบ้าน	37. มีการบันทึกข้อมูลการ ให้บริการทุกครั้ง			- บันทึกการเยี่ยมบ้าน
			38. มีข้อมูลการ เปลี่ยนแปลงปัญหาสุขภาพ และการดูแลช่วยเหลือที่ตรง ความต้องการ			
			39. มีการบันทึกที่แสดงถึง การใช้กระบวนการ พยาบาลกำหนดประเด็น			



## ข้อเสนอแนะ

.....  
 .....

สรุปการประเมินคุณภาพงานเยี่ยมบ้านอยู่ในระดับ  ระดับ 1  ระดับ 2  
 ระดับ 3

ลงชื่อ.....ผู้ตรวจ  
 ลงชื่อ.....ผู้รับการตรวจ  
 วันที่.....

การจัดระดับการพัฒนาตามเกณฑ์เยี่ยมบ้านโดยนำคะแนนที่ประเมินได้รวมทุกข้อแล้วนำมาเทียบระดับคะแนน ดังนี้

คะแนน Input/process และ Output

คะแนน Input/process ได้ 1 – 30 คะแนน รวมตัวชี้วัดผลลัพธ์สำเร็จ (Out put) ไม่น้อยกว่า 4 ตัว ผ่านเกณฑ์เยี่ยมบ้าน ระดับ 1

คะแนน Input/process ได้ 31 – 36 คะแนน รวมตัวชี้วัดผลลัพธ์สำเร็จ (Out put) ไม่น้อยกว่า 6 ตัว ผ่านเกณฑ์เยี่ยมบ้าน ระดับ 2

คะแนน Input/process ได้ 37 – 39 คะแนน รวมตัวชี้วัดผลลัพธ์สำเร็จ (Out put) ไม่น้อยกว่า 8 ตัว ผ่านเกณฑ์เยี่ยมบ้าน ระดับ 3

## คำอธิบายผลการประเมินตามเกณฑ์เยี่ยมบ้าน

ระดับของเกณฑ์เยี่ยมบ้าน	ผลการประเมิน
ระดับ 1	- อยู่ในระดับเริ่มต้นของการพัฒนา ยังมีประเด็นที่ต้องพัฒนาและการปฏิบัติตามเกณฑ์เยี่ยมบ้านเพื่อให้สมบูรณ์ตามเกณฑ์ต้นแบบ
ระดับ 2	- การพัฒนามีความสมบูรณ์ตามเกณฑ์ต้นแบบเป็นส่วนใหญ่ แต่ยังมีประเด็นที่ต้องพัฒนาเพิ่มเติมเพื่อให้สมบูรณ์ตามเกณฑ์ต้นแบบ
ระดับ 3	- มีการพัฒนาและการปฏิบัติตามเกณฑ์เยี่ยมบ้านครบถ้วนเป็นหน่วยบริการปฐมภูมิต้นแบบการเยี่ยมบ้าน

## ตัวชี้วัดระดับโรงพยาบาล/รพสต.

ตัวชี้วัดที่ 1 อัตราความครอบคลุมการ เยี่ยมผู้ป่วยที่บ้าน ไม่น้อยกว่าร้อยละ 80	ประเภทตัวชี้วัด ผู้ให้บริการด้านกระบวนการ (Provider - Process)
วัตถุประสงค์	เพื่อประเมินประสิทธิผลการดำเนินงานการพยาบาลผู้ป่วยที่บ้าน ซึ่งเป็น กิจกรรมสำคัญที่นำมาสู่การติดตามให้การพยาบาลมีความต่อเนื่องตาม แผนการจำหน่ายจากโรงพยาบาลมาที่บ้าน ช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการดูแล ทั่วถึงครอบคลุม
นิยาม	อัตราความครอบคลุมการเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้าน หมายถึง สัดส่วนของประชากร แต่ละกลุ่มเป้าหมาย เช่น โรคเรื้อรังแต่ละโรค ผู้ป่วยจิตเวช ผู้สูงอายุ ฯลฯ ในเขตพื้นที่รับผิดชอบที่ได้รับการเยี่ยมบ้านเพื่อให้การพยาบาลผู้ป่วยที่บ้าน ตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ในแต่ละกลุ่มเป้าหมาย
<p>สูตรคำนวณ</p> $\frac{\text{จำนวนผู้ป่วยในแต่ละกลุ่มเป้าหมายที่ได้รับการเยี่ยมบ้าน}}{\text{จำนวนผู้ป่วยในกลุ่มเป้าหมายโรคเดียวกันทั้งหมด}} \times 100$	

ตัวชี้วัดที่ 2 อัตราผู้ป่วยส่งกลับจาก รพ ศ. / รพท. / รพช. ได้รับการเยี่ยมบ้านใน 14 วัน ร้อยละ 100	ประเภทตัวชี้วัด องค์กรด้านผลลัพธ์ - กระบวนการ (Setting - Outcome - Process)
วัตถุประสงค์	เพื่อประเมินประสิทธิผลด้านระยะเวลาที่ผู้ป่วยและผู้ดูแลได้รับการประเมิน ความพร้อม ในการ ดูแลตนเองที่บ้านต่อจากโรงพยาบาลและได้รับการ ช่วยเหลือให้สามารถปรับตัวดูแลตนเอง/ดูแล ช่วยเหลือผู้ป่วยได้ ตาม สภาพปัญหาที่พบเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้านเร็วที่สุด
นิยาม	ผู้ป่วยส่งกลับจาก รพศ. / รพท. / รพช. หมายถึง ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาจาก โรงพยาบาลศูนย์ / ทั่วไป / ชุมชน โดยได้เข้านอนพักรับการรักษแบบผู้ป่วยใน หลังการรักษามีอาการดีขึ้นแพทย์อนุญาตให้กลับมาพักรักษาต่อที่บ้านได้ จำแนกประเภทแล้วเป็นประเภทที่ต้องได้รับการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน จะต้อง ได้รับการเยี่ยมบ้านภายใน 14 วัน นับจากวันที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

<p>สูตรคำนวณ</p> $\frac{\text{จำนวนผู้ป่วยส่งกลับจาก รพศ./ รพท./ รพช.ที่ได้รับการเยี่ยมบ้านใน 14 วัน ในรอบเวลา 1 เดือน}}{\text{จำนวนผู้ป่วยส่งกลับจาก รพศ./ รพท./ รพช. ในรอบเวลาเดียวกัน}} \times 100$	
--	--

<p>ตัวชี้วัดที่ 3 จำนวนชั่วโมงการเยี่ยมบ้าน ของเจ้าหน้าที่ ไม่น้อยกว่า 6 ชั่วโมง / สัปดาห์/คน</p>	<p>ประเภท ตัวชี้วัด องค์กรด้านผลลัพธ์ (Setting - Outcome)</p>
<p>วัตถุประสงค์</p>	<p>เพื่อประเมินประสิทธิผลการดำเนินงานจัดบริการการพยาบาลผู้ป่วยที่บ้าน ซึ่งเป็นกิจกรรมสำคัญที่จะช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลต่อเนื่อง จำนวนชั่วโมงการปฏิบัติงานให้การพยาบาลผู้ป่วยที่บ้านจึงถือเป็นปัจจัยหนึ่งที่ส่งผลให้เจ้าหน้าที่มีเวลาเพียงพอต่อการให้คำแนะนำ การปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลเพื่อฟื้นฟูสุขภาพ ตามแผนการรักษาพยาบาล</p>
<p>นิยาม</p>	<p>ชั่วโมงการเยี่ยมบ้านของเจ้าหน้าที่หมายถึง จำนวนชั่วโมงการปฏิบัติงานให้การดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ในเขตพื้นที่รับผิดชอบ โดยเจ้าหน้าที่ทุกคนในทีมสุขภาพต้องรับผิดชอบดูแลผู้ป่วยที่บ้านและให้การดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้าน ตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ ตามประเภทของผู้ป่วย และเจ้าหน้าที่แต่ละคนต้องมีจำนวนชั่วโมง การเยี่ยมบ้านไม่น้อยกว่า 6 ชั่วโมง/สัปดาห์/คน</p>
<p>สูตรคำนวณ</p> $\frac{\text{จำนวนเจ้าหน้าที่ของทีมสุขภาพที่มีจำนวนชั่วโมงการเยี่ยมบ้านไม่น้อยกว่า 6 ชั่วโมง}}{\text{จำนวนเจ้าหน้าที่ของทีมสุขภาพทั้งหมด}} \times 100$	



ตัวชี้วัดที่ 4 อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่บ้าน ไม่เกินร้อยละ 5	ประเภทตัวชี้วัด ผลลัพธ์ของกระบวนการบริการ( Setting - Outcome)
วัตถุประสงค์	เพื่อประเมินประสิทธิภาพการดำเนินงานการพยาบาลผู้ป่วยที่บ้านที่ต้องมีการวางแผนและให้ การพยาบาลผู้ป่วย ให้คำแนะนำและการประเมินผลการปฏิบัติตามแผนการรักษาอย่างครอบคลุม รวมถึงการประเมินสภาพแวดล้อมของผู้ป่วยและญาติ เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น
นิยาม	การเกิดภาวะแทรกซ้อนที่บ้าน หมายถึง ผู้ป่วยอยู่ที่บ้าน ได้รับการจัดให้อยู่ในกลุ่มที่ต้องเยี่ยมบ้าน เกิดผลกดทับ ภาวะติดเชื้อจากบาดแผลผ่าตัด / การใส่เครื่องมือคาไว้เพื่อการรักษา / การดูดเสมหะ ฯลฯ ภาวะต่างๆ เหล่านี้ มีสาเหตุจากได้รับคำแนะนำ / การสอน / การฝึกทักษะจากทีมเยี่ยมบ้านที่ให้การพยาบาลผู้ป่วยที่บ้านไม่เพียงพอ ทำให้ปฏิบัติไม่ถูกต้องหรือไม่มีการเตรียมอุปกรณ์เครื่องใช้ให้เพียงพอต่อการปฏิบัติดูแลตนเองที่บ้านเป็นสาเหตุให้เกิดภาวะแทรกซ้อน
<p>สูตรคำนวณ</p> $\frac{\text{จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการเยี่ยมบ้านเกิดภาวะแทรกซ้อน}}{\text{จำนวนผู้ป่วยได้รับการเยี่ยมบ้านทั้งหมดในกลุ่มเป้าหมายเดียวกัน}} \times 100$	

<p>ตัวชี้วัดที่ 5 ผู้ป่วยได้รับการเยี่ยมบ้านสามารถควบคุม ภาวะโรค / ดูแลตนเองได้ร้อยละ 80</p>	<p>ประเภท ตัวชี้วัด ผู้รับบริการด้านผลลัพธ์(Client – Outcome)</p>
<p>วัตถุประสงค์</p>	<p>เพื่อประเมินประสิทธิภาพการดำเนินงานให้การพยาบาลผู้ป่วย ที่บ้านของทีมเยี่ยมบ้านว่ามี การ วางแผนและปฏิบัติการ พยาบาลตามแผนได้อย่างมีประสิทธิภาพเพื่อให้ผู้ป่วยบรรลุ ผลลัพธ์ ตามวัตถุประสงค์ และเป้าหมายที่กำหนดไว้</p>
<p>นิยาม</p>	<p>ผู้ป่วยที่ได้รับการเยี่ยมบ้าน จะได้รับการประเมินสภาพปัญหา ความต้องการการพยาบาล/ การดูแลช่วยเหลือให้สามารถ ปฏิบัติตัว เพื่อควบคุมอาการที่เกิดจากโรคไม่ให้ความรุนแรง เฉียบพลัน หรือ สามารถ ปฏิบัติตัวเพื่อควบคุมภาวะโรคได้ เมื่อมีอาการแสดงเพียงเล็กน้อย หรือสามารถปฏิบัติตาม ขั้นตอนคำแนะนำเพื่อดูแลตัวเองได้ตามสภาพปัญหา เช่น การ ดูแล บาดแผลของผู้ป่วยเบาหวาน การเลือกรับประทาน อาหารเพื่อ ควบคุมน้ำตาลฯ โดยพยาบาลได้ประเมิน แล้วว่าผู้ป่วยและผู้ดูแลสามารถปฏิบัติได้เองอย่างถูกต้องตาม ขั้นตอน</p>

สูตรคำนวณ

$$\frac{\text{จำนวนผู้ป่วยที่เยี่ยมบ้านสามารถควบคุมภาวะโรค / ดูแลตนเองได้}}{\text{จำนวนผู้ป่วยที่เยี่ยมบ้านกลุ่มเป้าหมายทั้งหมดในรอบปี พ.ศ. เดียวกัน}} \times 100$$

ตัวชี้วัดที่ 6 อัตราการส่งข้อมูลผู้ป่วยระดับ 3 ถึงปลายทางภายใน 5 วัน ร้อยละ 80	ประเภทตัวชี้วัด องค์กรด้านกระบวนการ (Setting - Process)
วัตถุประสงค์	เพื่อประเมินประสิทธิผลด้านระยะเวลาที่ข้อมูลรายละเอียดเกี่ยวกับความเจ็บป่วยปัจจุบันของผู้ป่วยที่อยู่ในเกณฑ์เยี่ยมบ้าน ระดับ 3 ที่ต้องการการดูแลต่อจากโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ/ทุติยภูมิ ถูกส่งไปให้ทีมสุขภาพในรพสต. ดูแลต่อเนื่อง
นิยาม	การส่งข้อมูลผู้ป่วยระดับ 3 ถึงปลายทางภายใน 5 วัน ข้อมูลของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาจาก รพศ./รพท./รพช. อากาศดีขึ้นแพทย์อนุญาตให้กลับมาพักรักษาต่อที่บ้าน จำแนกประเภทผู้ป่วยที่ต้องได้รับการดูแลต่อเนื่องที่บ้านอยู่ในเกณฑ์เยี่ยมบ้านระดับ 3 หน่วยงานที่ส่งต่อผู้ป่วยต้องส่งข้อมูลผู้ป่วยถึงหน่วย บริการที่รับผู้ป่วยดูแลต่อภายใน 5 วัน
<p>สูตรคำนวณ</p> $\frac{\text{จำนวนข้อมูลที่ส่งมาภายใน 5 วัน}}{\text{จำนวนผู้ป่วยระดับ 3 ที่จำหน่ายทั้งหมดในรอบเวลาเดียวกัน}} \times 100$	

ตัวชี้วัดที่ 7 ความพึงพอใจของผู้รับบริการไม่น้อยกว่าร้อยละ 80	ประเภทตัวชี้วัด ผู้รับบริการด้านผลลัพธ์ (Client - Outcome)
วัตถุประสงค์	เพื่อประเมินประสิทธิผลการให้การพยาบาลผู้ป่วยที่บ้านของผู้ป่วย/ครอบครัวต่อบริการเยี่ยมบ้านที่ได้รับ
นิยาม	ความพึงพอใจของผู้รับบริการ หมายถึง คะแนนความคิดเห็นของผู้ป่วย / ผู้รับบริการและครอบครัวที่มีต่อบริการพยาบาลที่ได้รับขณะพักอยู่ที่บ้าน เกี่ยวกับการได้รับข้อมูลข่าวสารการแนะนำแหล่งประโยชน์ การพยาบาลและการดูแลเอาใจใส่ของเจ้าหน้าที่ โดยการตอบแบบสอบถาม
<p>สูตรคำนวณ</p> $\frac{\text{ผลรวมของคะแนนความพึงพอใจของผู้ป่วยที่ได้รับการพยาบาลที่บ้าน}}{\text{ผลรวมคะแนนเต็มของแบบสอบถาม}} \times 100$	

ตัวชี้วัดที่ 8 ความพึงพอใจของทีมเยี่ยมบ้านไม่น้อยกว่าร้อยละ 80	ประเภทตัวชี้วัด ผู้ให้บริการด้านผลลัพธ์(Provider-Outcome)
วัตถุประสงค์	เพื่อประเมินประสิทธิผลของกระบวนการบริหารจัดการด้านบุคลากรในประเด็นเกี่ยวกับความพึงพอใจในการทำงานดูแลผู้ป่วยที่บ้าน/การเยี่ยมบ้าน ซึ่งมีผลต่อกระบวนการทำงาน/การให้บริการผู้ป่วยที่บ้านมีคุณภาพ
นิยาม	ความพึงพอใจของทีมเยี่ยมบ้าน หมายถึง ความคิดเห็นของพยาบาลวิชาชีพ นักวิชาการสาธารณสุข แพทย์ ฯ รวมถึงผู้ให้บริการเยี่ยมบ้านที่มีเวลาทำงานประจำเต็มเวลาอยู่ในหน่วยบริการนั้นทุกคน เกี่ยวกับความพึงพอใจในการทำงานดูแลผู้ป่วยที่บ้าน/การเยี่ยมบ้าน ซึ่งวัดได้จากแบบสอบถามแรงจูงใจ ขวัญกำลังใจและความพึงพอใจของทีมเยี่ยมบ้านผู้ให้การดูแลผู้ป่วยที่บ้าน

## สูตรคำนวณ

$$\frac{\text{ผลรวมของคะแนนความพึงพอใจที่ได้จากการประเมิน}}{\text{ผลรวมคะแนนเต็มของแบบประเมินทั้งหมด}} \times 100$$

ตัวชี้วัดที่ ๙ อัตราการ Re-admit ภายใน 28 วันหลัง จำหน่าย <5%	ประเภทตัวชี้วัด ผู้รับบริการ ด้านผลลัพธ์ (Client - Outcome)
วัตถุประสงค์	เพื่อประเมินประสิทธิภาพการดูแลที่บ้านในผู้ป่วยที่ต้องได้รับการดูแลที่บ้าน
นิยาม	จำนวนผู้ป่วยที่จำหน่ายจากโรงพยาบาลและเป็นกลุ่มเป้าหมายที่ต้องดูแลต่อที่บ้าน กลับมารักษาซ้ำที่แผนกผู้ป่วยในด้วยภาวะแทรกซ้อนของโรคหรืออาการที่กำเริบ ภายใน 28 วัน

สูตรคำนวณ
$\frac{\text{จำนวนผู้ป่วยที่รักษาต่อเนื่องที่บ้านกลับมาอนโรงพยาบาลซ้ำโดยไม่ได้นัดหมายภายใน ๒๘ วัน} \times 100}{\text{จำนวนผู้ป่วยที่จำหน่ายจากโรงพยาบาลและต้องได้รับการดูแลต่อเนื่องในเดือนก่อนหน้า}}$

ตัวชี้วัดที่ ๑๐ ร้อยละระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่บ้าน ที่อยู่ในระดับดี $\geq 50\%$	ประเภทตัวชี้วัด ผู้รับบริการ ด้านผลลัพธ์ (Client - Outcome)
วัตถุประสงค์	เพื่อประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่บ้าน ในด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านปฏิสัมพันธ์กับสังคมและด้านสิ่งแวดล้อม
นิยาม	ผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลที่บ้าน โดยที่มีสุขภาพ มีคุณภาพชีวิตด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านปฏิสัมพันธ์กับสังคมและด้านสิ่งแวดล้อมอยู่ในระดับดี

สูตรคำนวณ
$\frac{\text{จำนวนแบบสำรวจที่มีคะแนนระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่บ้านที่อยู่ในระดับดี} \times 100}{\text{จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการสำรวจทั้งหมด}}$

ตัวชี้วัดที่ ๑๑ อัตราหน่วยบริการไม่สามารถสนับสนุน เครื่องมืออุปกรณ์การดูแลที่บ้าน < ๑๐ %	ประเภทตัวชี้วัด ด้านปัจจัยนำเข้า
วัตถุประสงค์	เพื่อประเมินประสิทธิภาพและความเพียงพอของเครื่องมือ อุปกรณ์ในการดูแลต่อเนืองที่บ้าน
นิยาม	หน่วยบริการไม่สามารถสนับสนุนเครื่องมืออุปกรณ์การดูแลที่ บ้านให้กับผู้ป่วยได้

## สูตรคำนวณ

จำนวนครั้งที่หน่วยบริการ ไม่สามารถสนับสนุนเครื่องมือให้ผู้ป่วยไปใช้ที่บ้าน ได้ตามแผนการรักษา X100

จำนวนครั้งที่หน่วยบริการสนับสนุนเครื่องมืออุปกรณ์ทั้งหมด

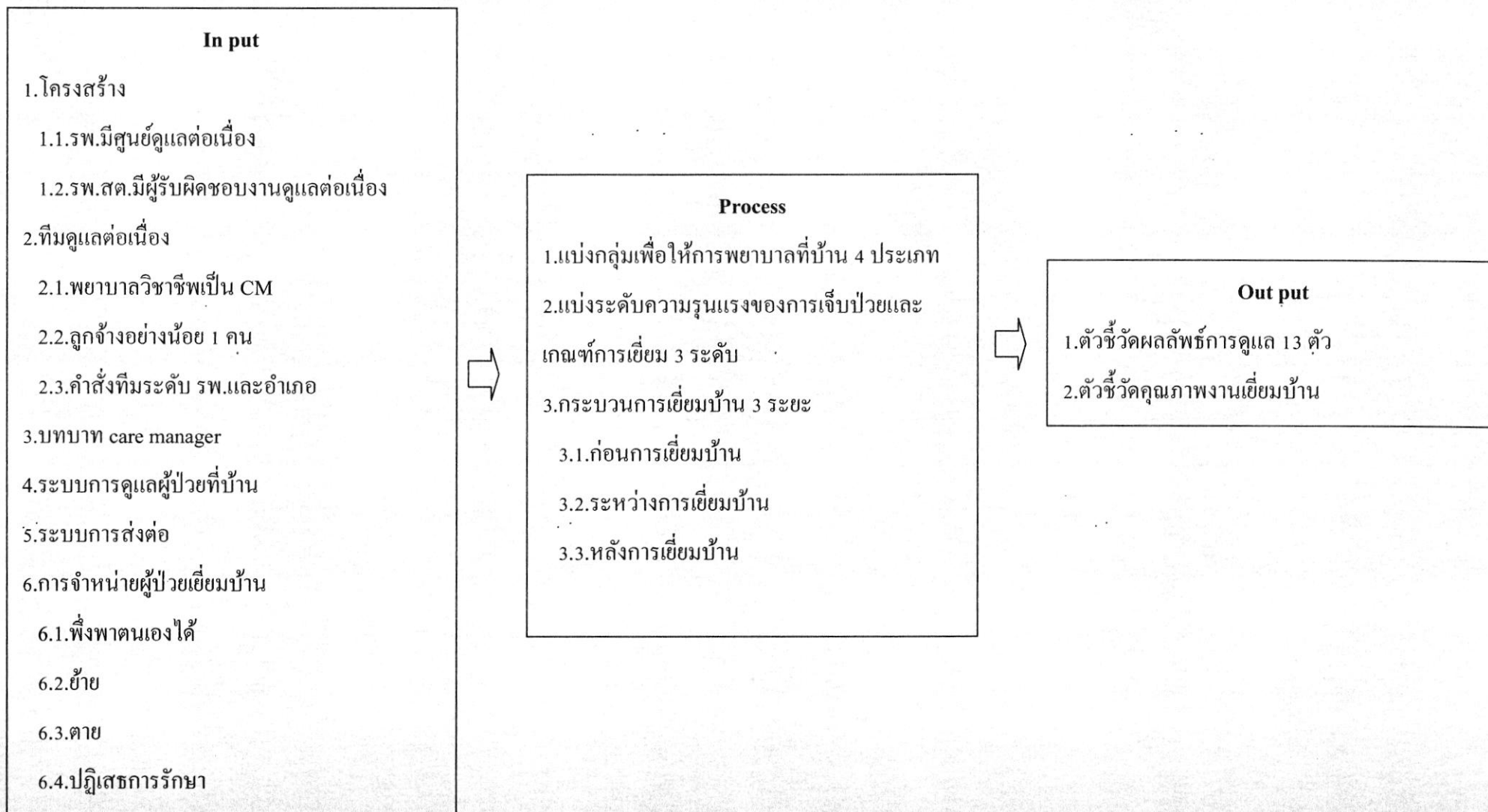
ตัวชี้วัดที่ ๑๒ อัตราการส่งผู้ป่วยกลุ่มที่ต้อง ได้รับการเยี่ยมภายใน 7 วันถึงหน่วยบริการ ปลายทางภายใน 5 วัน (เช่น หลังคลอด วัณ โรครายใหม่ ) 100%	ประเภทตัวชี้วัด ผู้รับบริการด้าน กระบวนการดูแล (process outcome)
วัตถุประสงค์	เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่รวดเร็ว สอดคล้องกับปัญหา สุขภาพของผู้ป่วย
นิยาม	จำนวนผู้ป่วยต้องได้รับการเยี่ยมภายใน 7 วัน ที่ได้รับการส่ง ต่อข้อมูลภายใน 5 วัน

## สูตรคำนวณ

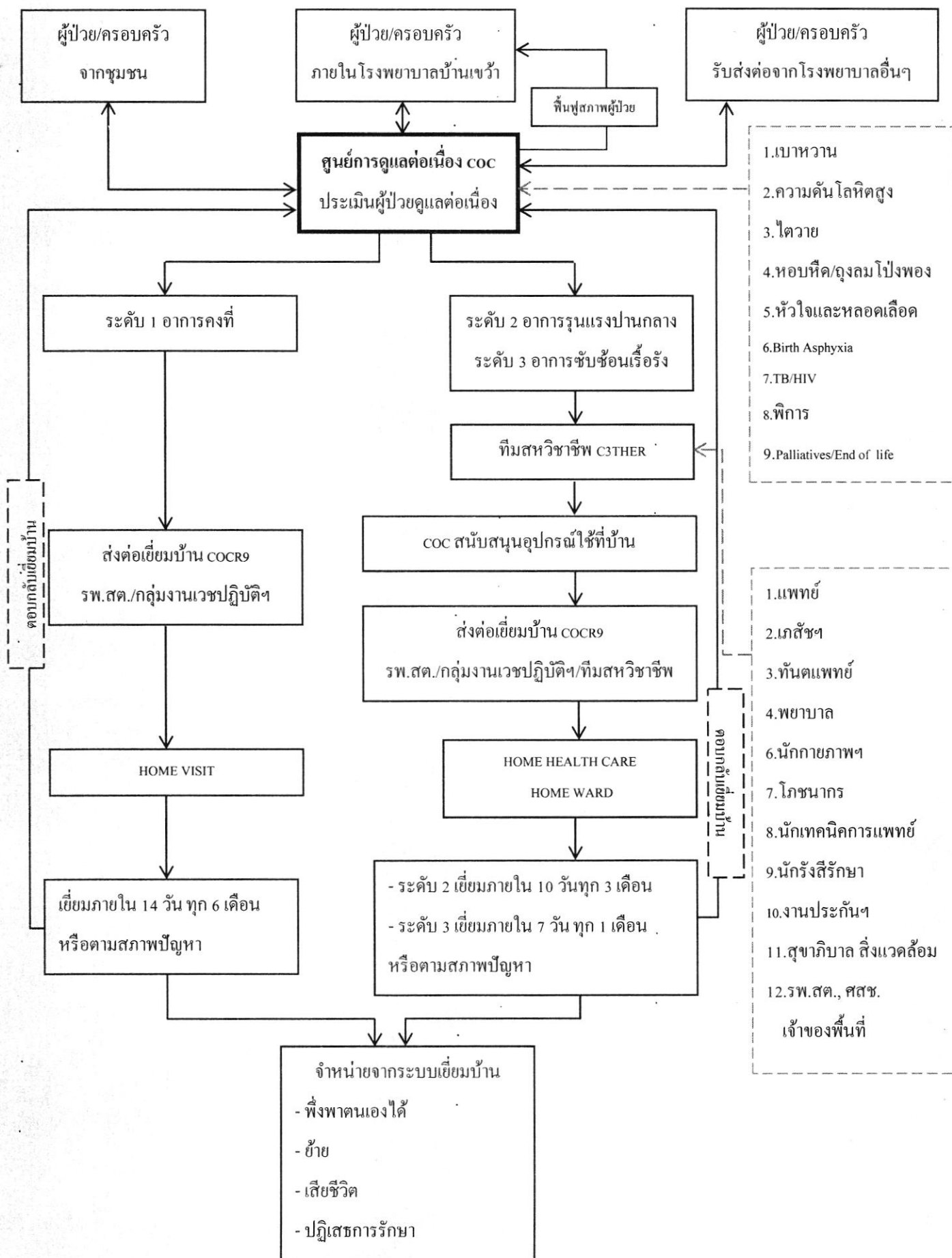
จำนวนผู้ป่วยที่ต้องได้รับการเยี่ยมภายใน 7 วัน ที่ได้รับการส่งต่อข้อมูลภายใน 5 วัน X100

จำนวนผู้ป่วยประเภทที่บ้านที่ต้องได้รับการดูแลต่อเนืองทั้งหมด

## Flow การจั้ระบบดูแลต่อเนื่องอำเภอบ้านเขว้า ปี งบประมาณ 2559



Flow การดูแลต่อเนื่อง ศูนย์การดูแลต่อเนื่องอำเภอบ้านเขว้า (ปรับปรุง 13 กรกฎาคม 2559)



- 1.เบาะหวาน
- 2.ความดันโลหิตสูง
- 3.ไตวาย
- 4.หอบหืด/ถุงลมโป่งพอง
- 5.หัวใจและหลอดเลือด
- 6.Birth Asphyxia
- 7.TB/HIV
- 8.พิการ
- 9.Palliatives/End of life

- 1.แพทย์
  - 2.เภสัชฯ
  - 3.ทันตแพทย์
  - 4.พยาบาล
  - 6.นักร่างกายภาพฯ
  - 7.โภชนากร
  - 8.นักเทคนิคการแพทย์
  - 9.นักรังสีรักษา
  - 10.งานประกันฯ
  - 11.สุขภาพิบาล สิ่งแวดล้อม
  - 12.รพ.สต., ศสช.
- เจ้าของพื้นที่

จำหน่ายจากระบบเยี่ยมบ้าน

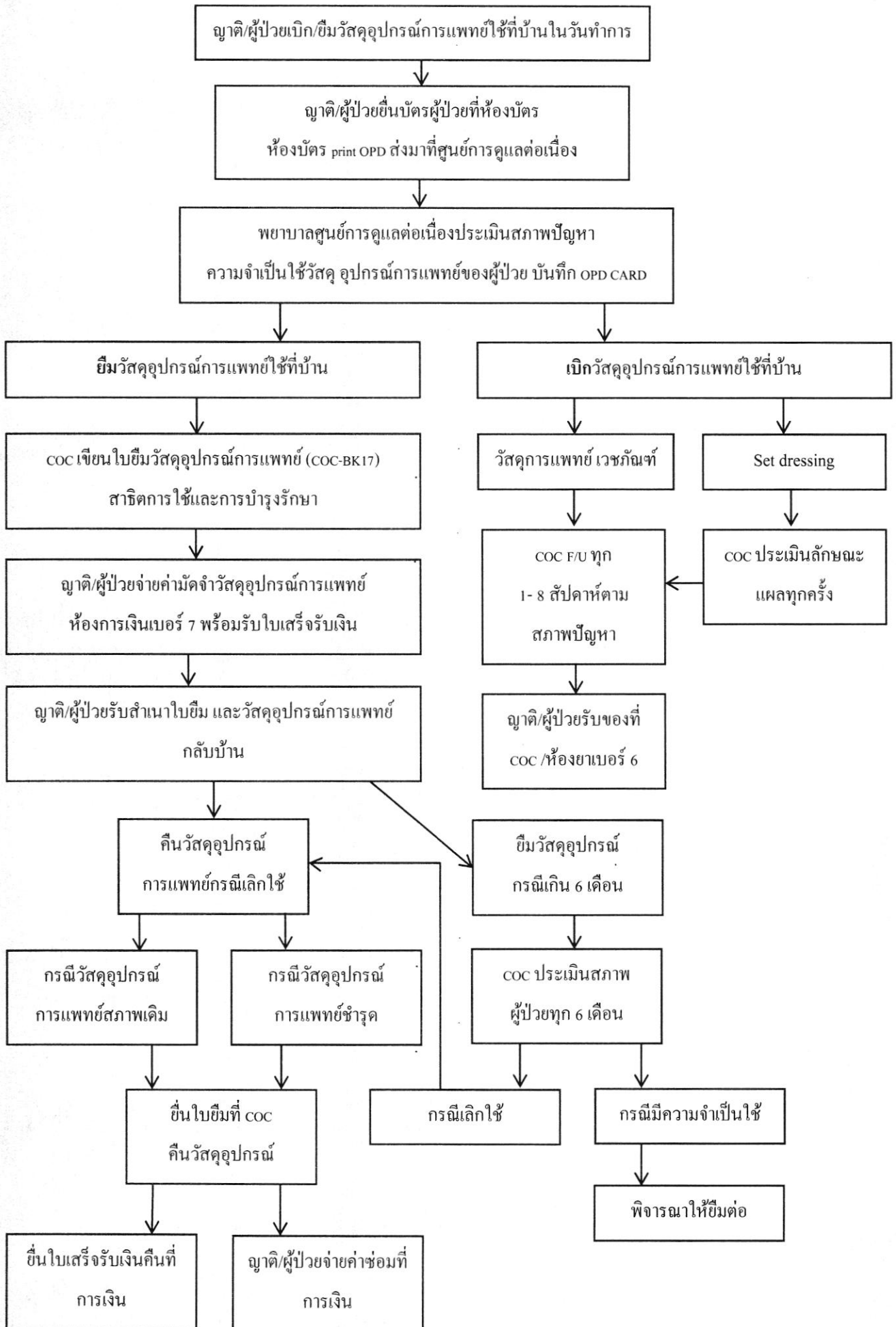
- ฟังพาดตนเองได้
- ย้าย
- เสียชีวิต
- ปฏิเสธการรักษา



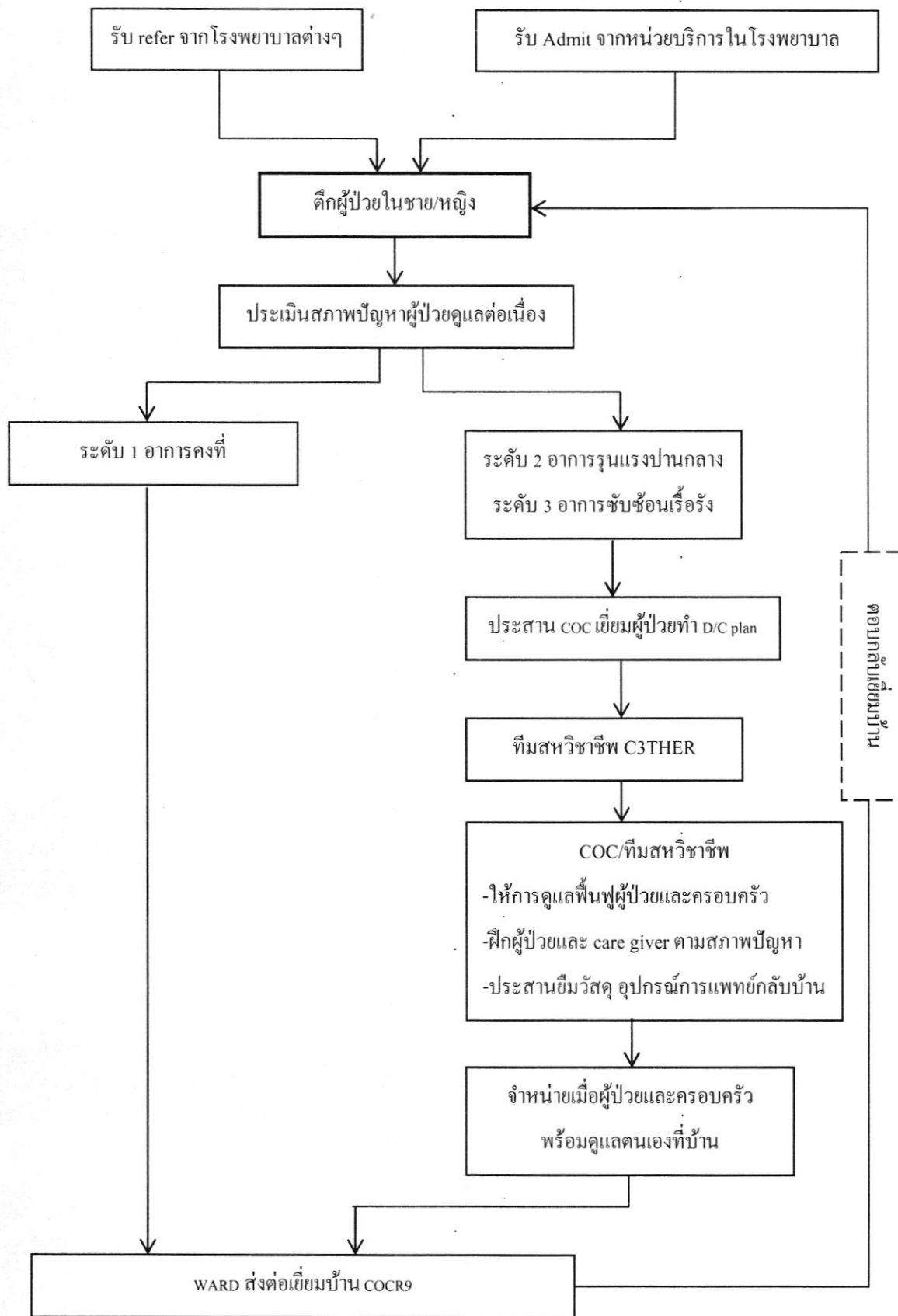
Flow 1 การเบิก/ยืมวัสดุ อุปกรณ์ทางการแพทย์ ศูนย์การดูแลต่อเนื่องอำเภอบ้านเขว้า (จัดทำเมื่อ 13 กรกฎาคม 2559)



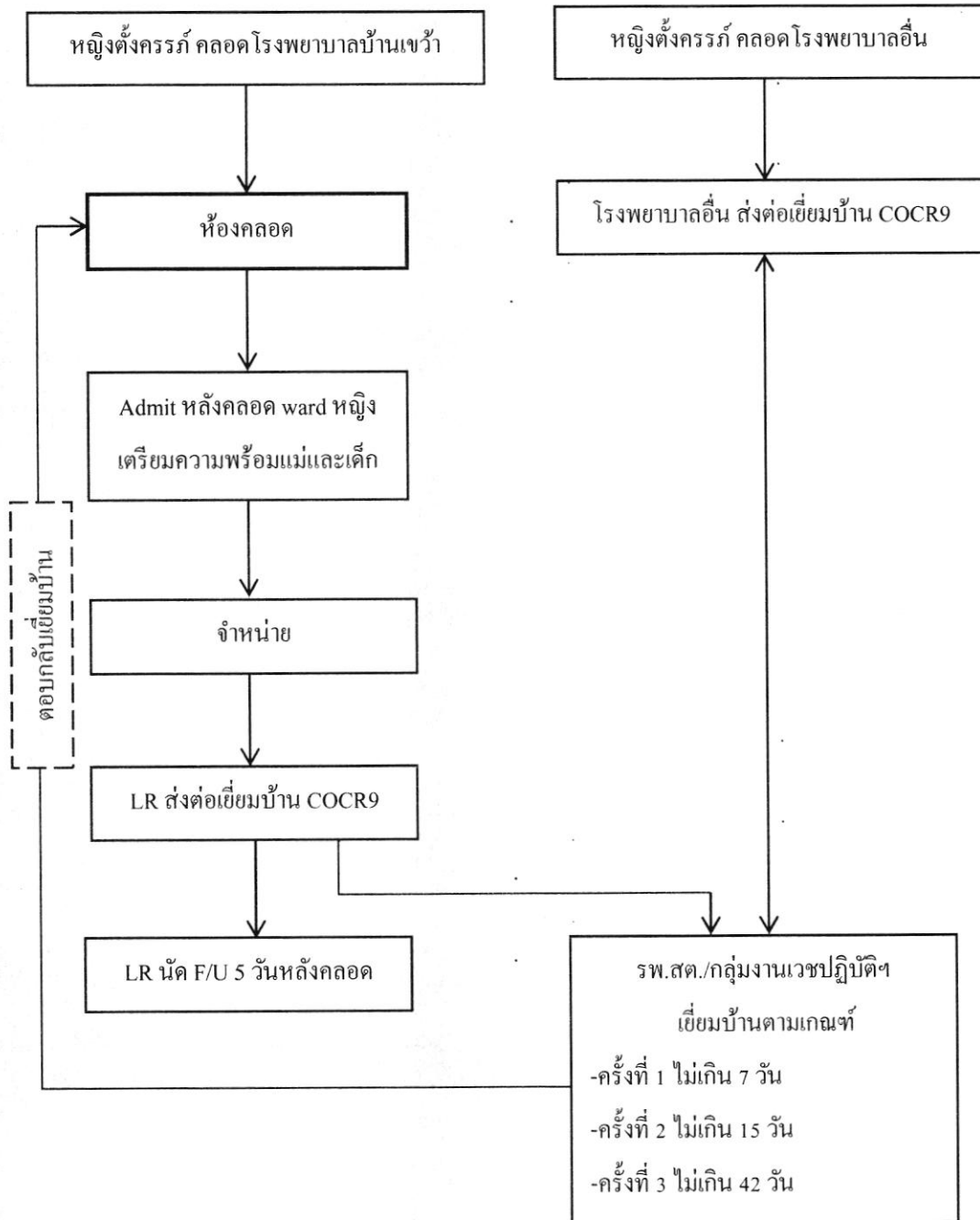
Flow 2 การเบิก/ยืมวัสดุ อุปกรณ์ทางการแพทย์ ศูนย์การดูแลต่อเนื่องอำเภอบ้านเขว้า (จัดทำเมื่อ 13 กรกฎาคม 2559)



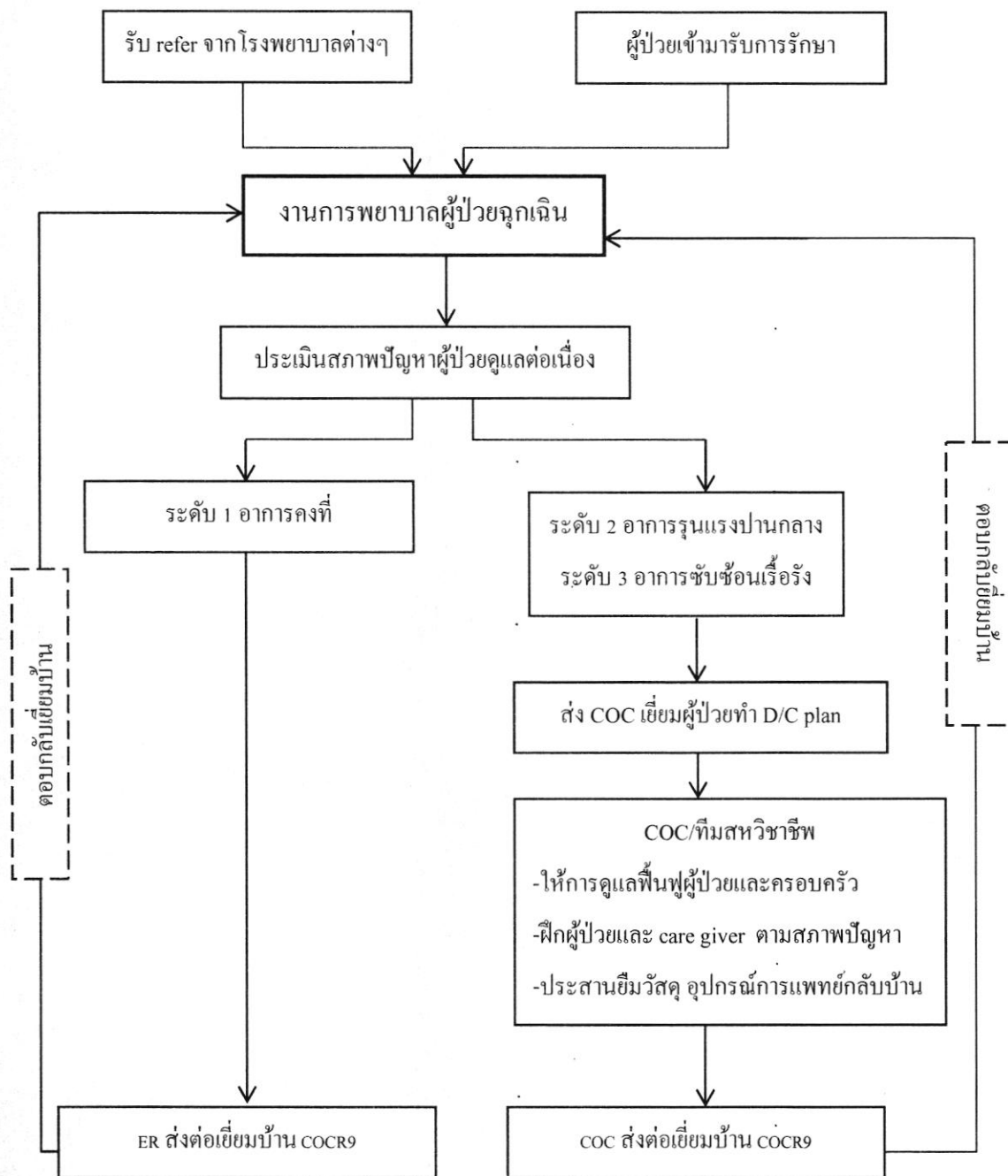
Flow การดูแลต่อเนื่อง กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยใน อำเภอบ้านเขว้า (จัดทำเมื่อ 13 กรกฎาคม 2559)



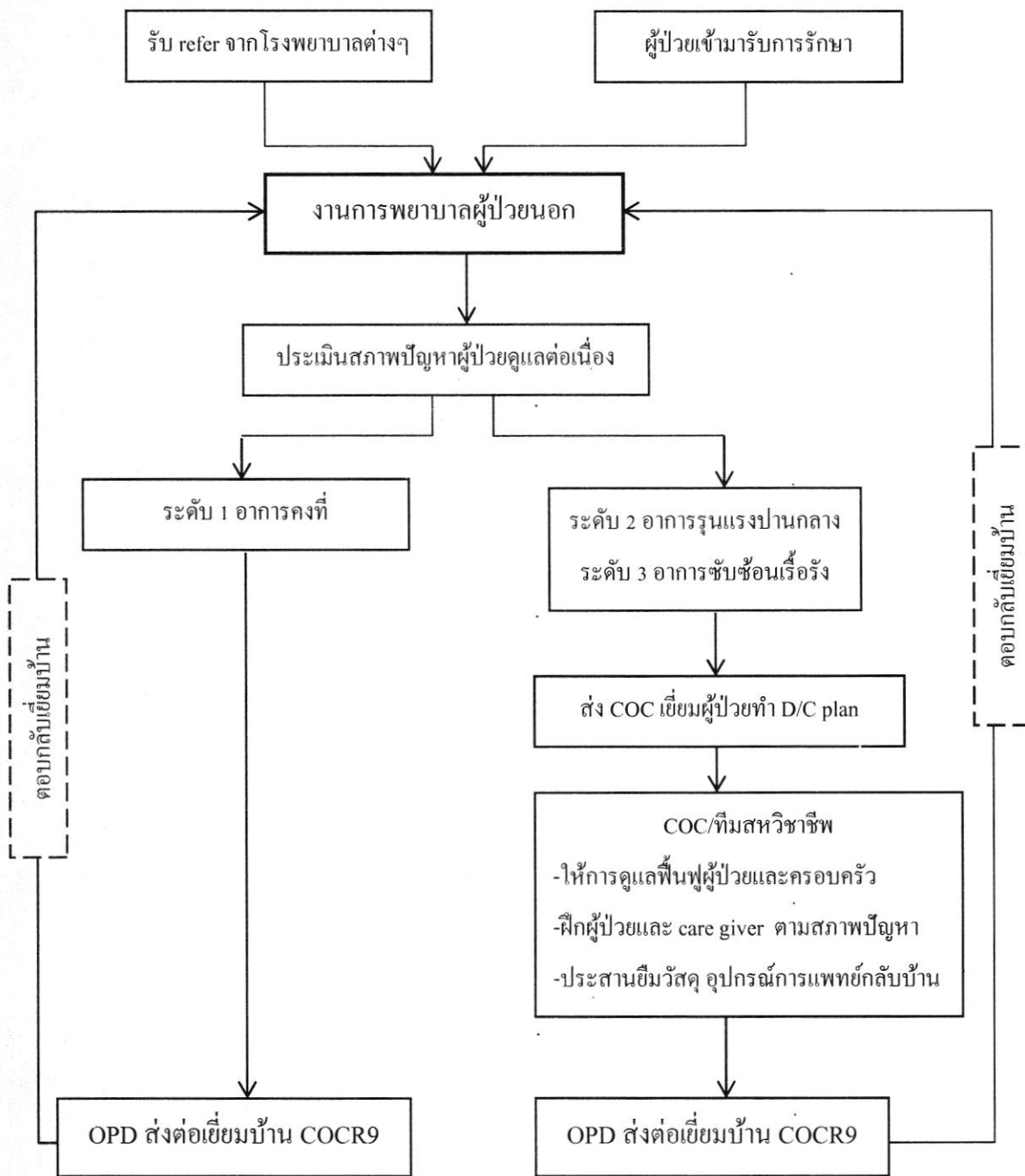
Flow การดูแลต่อเนื่อง กลุ่มงานการพยาบาลผู้คลอด/ผ่าตัด อำเภอบ้านเขว้า (จัดทำเมื่อ 13 กรกฎาคม 2559)



Flow การดูแลต่อเนื่อง งานการพยาบาลผู้ป่วยฉุกเฉิน อำเภอบ้านเขว้า (จัดทำเมื่อ 13 กรกฎาคม 2559)



Flow การดูแลต่อเนื่อง งานการพยาบาลผู้ป่วยนอก อำเภอบ้านเขว้า (จัดทำเมื่อ 13 กรกฎาคม 2559)



**Flow การดูแลต่อเนื่อง งานการพยาบาลผู้ป่วยนอก clinic ต่างๆ อำเภอบ้านเขว้า**  
(จัดทำเมื่อ 13 กรกฎาคม 2559)

