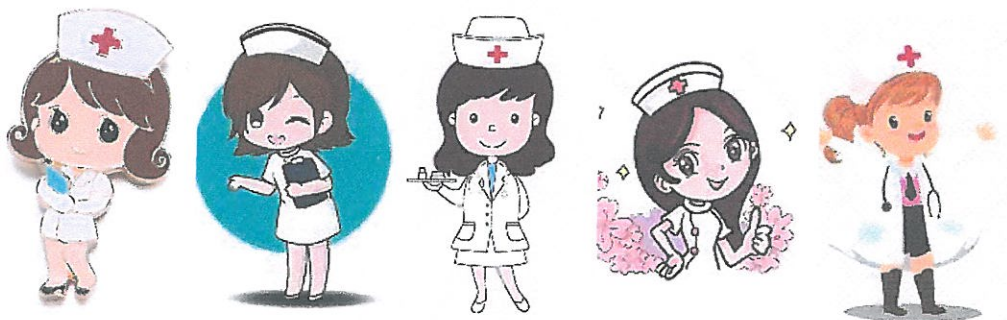




คู่มือการให้บริการ เรื่อง การดูแลต่อเนื่องที่บ้าน
(Continuity of care)

ฝ่ายบริการสาธารณสุข ส่วนบริการสาธารณสุข
สำนักสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม เมืองพญา





คู่มือการให้บริการ เรื่อง การดูแลต่อเนื่องที่บ้าน
(Continuity of care)

ฝ่ายบริการสาธารณสุข ส่วนบริการสาธารณสุข
สำนักสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม เมืองพัทยา

เรื่อง: การดูแลต่อเนื่องที่บ้าน (Continuity of care)

วันที่ : - 2 ม.ค. 2568

คณะผู้จัดทำ: ฝ่ายบริการสาธารณสุข ส่วนบริการสาธารณสุข
สำนักสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม เมืองพัทยา

ผู้ควบคุมกำกับ.....

(นางสาววารุณี เรือนแก้ว)

หัวหน้าฝ่ายบริการสาธารณสุข

ผู้อนุมัติ.....

(ร้อยตำรวจเอกหญิง พรพนา โชคไทย)

ผู้อำนวยการส่วนบริการสาธารณสุข

คำนำ

คู่มือการให้บริการ เรื่อง การดูแลต่อเนื่องที่บ้าน (Continuity of care) เล่มนี้ จัดทำขึ้นเพื่อให้เจ้าหน้าที่ บุคลากรเครือข่าย เมืองพัทยา ได้ศึกษาและเป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องจากโรงพยาบาลถึงชุมชน ให้เป็นแนวทางปฏิบัติในทิศทางเดียวกัน โดยเน้นให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองที่บ้านได้อย่างมีคุณภาพ ไม่มีภาวะแทรกซ้อนและปลอดภัย

ฝ่ายบริการสาธารณสุข ส่วนบริการสาธารณสุข
สำนักสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม เมืองพัทยา

ศูนย์บริการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน (Continuity of care)

การดูแลต่อเนื่อง เป็นการเชื่อมต่อจากโรงพยาบาลถึงชุมชน ฝ่ายบริการสาธารณสุข ส่วนบริการสาธารณสุข สำนักสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม เมืองพัทยา ได้ดำเนินการตามภารกิจหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้าน เมื่อผู้ป่วยได้รับการจำหน่ายให้กลับไปรักษาตัวที่บ้าน และกำหนดการออกเยี่ยมบ้านตามประเภทและความซับซ้อนโดยทีมเยี่ยมบ้าน ฝ่ายบริการสาธารณสุข และทีมสหสาขาวิชาชีพ รวมทั้งทีม อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านของเมืองพัทยา(อสม.เมืองพัทยา) และผู้ดูแลผู้สูงอายุ (CARE GIVER: CG) เพื่อให้เกิดการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องไร้รอยต่อ และลดภาระค่าใช้จ่าย อำนวยความสะดวกในการดูแลผู้ป่วย และลดปัญหาความเครียดในการดูแลผู้ป่วยของญาติ ตลอดจนลดปัญหาในการเดินทางพาผู้ป่วยมารับบริการที่โรงพยาบาล อีกทั้งยังได้รับบริการเป็นไปตามมาตรฐานการดูแลอย่างถูกต้องตามหลักวิชาการ อันจะส่งผลให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี

๑. วัตถุประสงค์

เพื่อใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ บุคลากรเครือข่าย ในพื้นที่เมืองพัทยา ในการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้าน

๒. ขอบเขต

การดำเนินงานครอบคลุมการเยี่ยมบ้าน เพื่อสำรวจข้อมูลสภาวะสุขภาพของบุคคลและครอบครัว การวางแผน หรือการดูแลต่อเนื่อง โดยรับผู้ป่วยจากโรงพยาบาลเมืองพัทยา กลุ่มงานเวชกรรมสังคม แผนกหลังคลอด ส่วนส่งเสริมสุขภาพ อาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้านของเมืองพัทยา (อสม.เมืองพัทยา) ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (CARE GIVER: CG) ผู้นำชุมชนและประชาชน ผู้ป่วยที่ส่งต่อมาจากโรงพยาบาลหรือหน่วยบริการอื่นๆ การประสานงาน ส่งต่อ- ส่งกลับหลังดูแลต่อเนื่อง การสนับสนุนอุปกรณ์ และการปฏิบัติการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน ในกลุ่มประชาชนที่อยู่ในความรับผิดชอบของพื้นที่ความรับผิดชอบของเมืองพัทยา

๓. นิยามศัพท์เฉพาะ

การบริการดูแลสุขภาพบุคคลและครอบครัวที่บ้าน (Home Care) หมายถึง งานบริการดูแลสุขภาพทั้งระดับบุคคลและ/หรือ ครอบครัว เพื่อการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค การดูแลรักษาพยาบาลและฟื้นฟูสุขภาพผู้ป่วยแบบบูรณาการที่บ้านของผู้ป่วย เพื่อให้เกิดความต่อเนื่องในการรักษาและสนับสนุนการดำรงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพดีโดยครอบคลุมทั้งโรคเฉียบพลันและโรคเรื้อรังต่างๆ

Home Visit หมายถึง การดูแลต่อเนื่องที่บ้านเพื่อประเมินภาวะสุขภาพของบุคคลและครอบครัว ดูแลทุกปัญหาแบบบูรณาการตามปัญหากลุ่มวัยของแต่ละบุคคล

Home Health Care หมายถึง การดูแลต่อเนื่องที่บ้าน การเยี่ยมรายโรคตามกลุ่มวัย เป็นการดูแลกลุ่มผู้ป่วยเรื้อรัง ผู้พิการ ผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตัวเองได้น้อยหรือช่วยเหลือตัวเองไม่ได้และขาดผู้ดูแล ผู้ป่วยทางจิตเวช และกลุ่มผู้ป่วยที่ส่งตัวกลับจากโรงพยาบาลและมีปัญหาซับซ้อน และ อสม.ประจำหมู่บ้านเป็นผู้ดูแล

Home Ward/Home bed หมายถึง การดูแลผู้ป่วยที่บ้านและครอบครัวที่มีปัญหาสุขภาพหรือเจ็บป่วยด้วยโรคซับซ้อน ต้องการการดูแลจากผู้อื่นเกือบทั้งหมด ได้แก่

- ผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีภาวะแทรกซ้อน
- ผู้ป่วยที่ต้องใช้/มีอุปกรณ์การแพทย์

ทีมดูแลต่อเนื่องที่บ้าน (Home Care provider-Team) หมายถึง บุคคลที่มีหน้าที่ติดตามดูแลผู้ป่วย/หรือผู้รับบริการที่บ้าน ที่อาจมาจากหน่วยงานภายนอกหรือ กำหนดขึ้นในหน่วยงานของตนเอง ที่ปฏิบัติงานในฝ่ายบริการสาธารณสุข โรงพยาบาลเมืองพัทยา และส่วนส่งเสริมสุขภาพ ประกอบไปด้วย พยาบาลวิชาชีพ นักวิชาการสาธารณสุข เจ้าพนักงานสาธารณสุข แพทย์แผนไทย และอื่นๆ

ทีมสหวิชาชีพ (Home Patient Care -Team) หมายถึง บุคคลที่มีหน้าที่ให้คำปรึกษา หรือร่วมติดตามดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะซับซ้อน หรือการดูแลที่ย่างยากจำเป็นต้องใช้ความรู้ความชำนาญของวิชาชีพในการดูแล ประกอบไปด้วย แพทย์ พยาบาลที่มีความรู้ความชำนาญเฉพาะ เกสซิก ทันตแพทย์ นักกายภาพบำบัด แพทย์แผนไทย นักสังคมสงเคราะห์ และนักสุขภาพครอบครัว หมายถึง พยาบาลวิชาชีพ นักวิชาการสาธารณสุข เจ้าพนักงานสาธารณสุข แพทย์แผนไทย อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลเมืองพัทยา และศูนย์แพทย์ชุมชนเมืองพัทยา

แนวทางการจัดบริการดูแลต่อเนื่อง มีดังนี้

๑.การเตรียมผู้ป่วยส่งเยี่ยมบ้าน ทางโปรแกรม Home Health Care(HHC)ของโรงพยาบาลเมืองพัทยา ให้แก่ฝ่ายบริการสาธารณสุข ส่วนบริการสาธารณสุข สำนักสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม (ทีมเยี่ยมบ้าน) รายละเอียดดังนี้

๑.๑ แผนกหอผู้ป่วยใน/ผู้ป่วยนอก

๑) พยาบาลประจำแผนก ประเมินสภาวะสุขภาพของผู้ป่วยที่ควรได้รับการดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่อง จากโรงพยาบาลถึงบ้าน

๒) พยาบาลประจำแผนก สอบถาม ความต้องการของผู้ป่วย และญาติต่อการได้รับการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน เพื่อเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อส่งเสริมสุขภาพ ฟื้นฟู และป้องกันโรค ตลอดจนบำบัดต่างๆ เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถดูแลตนเองได้ และดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างปกติสุข

๓) พยาบาลประจำแผนก กรอกข้อมูลการส่งต่อผู้ป่วยเพื่อเยี่ยมบ้าน ครบสมบูรณ์ ลงในโปรแกรม Thai care cloud หน้าเว็บไซต์ ของโรงพยาบาลเมืองพัทยาในวันที่ผู้ป่วยจำหน่าย โดยกรอกข้อมูลส่งต่อผู้ป่วยเยี่ยมบ้าน ตามคู่มือ การลงโปรแกรม Thai care cloud หน้าเว็บไซต์พร้อมคลิก บันทึกข้อมูลทุกครั้ง

๔) ข้อมูลส่งผู้ป่วยเยี่ยมบ้านที่บันทึกแล้ว จะถูกส่งไปในโปรแกรม Thai care cloud ของโรงพยาบาลเมืองพัทยาโดยอัตโนมัติ ซึ่งฝ่ายบริการสาธารณสุข ส่วนบริการสาธารณสุข/ กลุ่มงานเวชกรรมสังคมโรงพยาบาลเมืองพัทยา และสถานบริการสาธารณสุข ทุกแห่งใน จังหวัดชลบุรี สามารถใส่รหัสสถานบริการของตน เพื่อเปิดดูข้อมูลผู้ป่วยที่ส่งเยี่ยมบ้าน และนำไปใช้ในการติดตามเยี่ยมบ้าน การตอบกลับข้อมูลเยี่ยมบ้าน

ให้โรงพยาบาลเมืองพัทยา เพื่อสื่อสารเชื่อมต่อกันระหว่างโรงพยาบาลเมืองพัทยา และสถานบริการสาธารณสุขต่างๆในจังหวัดชลบุรี ทางอินเทอร์เน็ต ในโปรแกรม Thai care cloud ของ โรงพยาบาลเมืองพัทยาได้ และสามารถพิมพ์รายงานข้อมูลการเยี่ยมบ้าน เพื่อนำไปใช้ประโยชน์ได้

๒.เกณฑ์การคัดเลือกผู้ป่วยรับบริการเยี่ยมบ้าน ดังนี้

๒.๑ ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

๑) CVA : รายใหม่ที่ได้รับรักษาการผ่าตัด หรือ ไม่ผ่าตัด ที่ต้องได้รับการฟื้นฟูสภาพต่อเนื่องในระยะ Acute ,Sub acute และ chronic ต้องการ Rehabilitation ,มีปัญหากล้ามเนื้ออ่อนแรง Motor Power < grad ๔ ,คะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน น้อยกว่าหรือเท่ากับ ๕๐ คะแนน ,มีปัญหาทางด้านร่างกายที่ต้องการดูแลอย่างต่อเนื่อง เช่น On NG for feed , On foley's cathหรือมีแผลกดทับ เป็นต้น

๒) COPD : ที่ Re-admit บ่อย หรือ Re-admit ภายใน ๒๘ วัน หรือ Re-visit ที่ ER บ่อย เช่น ต้องมารับ การพ่นยาขยายหลอดลมบ่อยครั้ง ปฏิบัติตัวไม่ถูกต้อง เช่น การรับประทานยา การพ่นยา การ บริหาร การหายใจ มีการใช้ออกซิเจนที่บ้าน ,มีภาวะเครียดหรือด้านจิตใจ ,ขาดคนดูแล ,ขาดนัด หรือ สิ่งแวดล้อมภายใน และภายนอกบ้านไม่เหมาะสม

๓) DM : มีปัญหาในการควบคุมระดับ Insulin ไม่ได้ ,ผู้ป่วยที่ฉีด Insulin รายใหม่ หรือรายเก่า ที่ฉีด Insulin ไม่ถูกต้อง ,Chronic Ulcer คุมระดับน้ำตาลไม่ได้ มีภาวะ Hyperglycemia หรือ ภาวะ Hypoglycemia บ่อยไม่มีผู้ดูแล หรือขาดนัด

๔) HT : มีปัญหาควบคุม BPไม่ได้ ,มา Re-admit บ่อย, ปฏิบัติตัวไม่ถูกต้อง เช่น ทานยาไม่ถูกต้อง ,ขาด คนดูแล,ขาดนัด หรือ เสี่ยงเกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ

๕) Heart : STEMI หรือโรคหัวใจชนิดต่างๆ รายใหม่ อยู่ในระยะที่ต้องเฝ้าระวัง หรือปฏิบัติตัวไม่ถูกต้อง

๖) TB : รายใหม่ เสมหะพบเชื้อ เสี่ยงต่อการแพร่เชื้อ หรือเสมหะไม่พบเชื้อ หรือผู้ป่วยวัณโรค ปอดดื้อ ยา ,ปฏิบัติตัวไม่ถูกต้อง หรือเป็นผู้สูงอายุ ไม่มีผู้ดูแลกำกับการกินยา เป็นต้น

๗) CRF :ผู้ป่วยล้างไตทางหน้าท้อง(CAPD) หรือ Hemodialysis หรือไตวายระยะสุดท้ายที่มีภาวะแทรกซ้อน

๘) CA :ระยะต่างๆ โดยเฉพาะผู้ป่วยระยะสุดท้าย ,มีปัญหาด้านจิตใจ ,ปัญหาการดูแลของสมาชิกใน ครอบครัว, End of life care

๙) HIV : มีภาวะแทรกซ้อน,มีปัญหาด้านจิตใจ ที่ต้องการได้รับการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน

๑๐) Head injury หรือ Spinal injury ได้รับการรักษา โดยไม่ผ่าตัด หรือ ผ่าตัดสมอง ผ่าตัดกระดูกสันหลัง ช่วยเหลือตนเองได้น้อย ต้องการการฟื้นฟูสภาพต่อเนื่อง หรือมีอุปกรณ์ติดตัว เช่น T.T tube, Ng tube for feed ,Foley's cath เป็นต้น

๑๑) ผู้ป่วยโรคอื่นๆ ติดเตียง ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ หรือได้น้อย ที่มีปัญหาการดูแลของญาติ เสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อน

๒.๒ ผู้ป่วยต้องการการรักษาพยาบาลต่อเนื่องที่บ้าน เช่น การทำแผล การดูดเสมหะ การใช้ ออกซิเจน ผู้ป่วยที่คา สายต่างๆกลับบ้าน เช่น Tracheostomy , Retained Foley's cath ,On NG -Tube ,On PCN เป็นต้น

๒.๓ ผู้ป่วยระยะสุดท้าย (End of life) ต้องการการดูแลแบบประคับประคอง

๒.๔ ผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพจิต - ซึมเศร้า, ฆ่าตัวตาย และเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย - ผู้ป่วยจิตเวชที่มี ปัญหาการดูแลตนเอง

๒.๕ ผู้ป่วย HIP Fx. ที่ได้รับการผ่าตัด หรือดึง Skin traction ต่อที่บ้าน

๒.๖ ผู้ป่วยหลังผ่าตัดต่างๆ ที่มีปัญหาเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน หรือการติดเชื้อ

๒.๗ ผู้ป่วยเด็ก

- เด็กที่มีปัญหาพัฒนาการล่าช้า ,พิการสมอง ที่มีปัญหาการดูแล

- เด็กติดเชื้อ HIV ที่มีปัญหาในการเลี้ยงดู

๓.การจัดแบ่งผู้ป่วยออกเยี่ยมบ้านตามเกณฑ์การแบ่งประเภทผู้ป่วย/ผู้พิการ ที่ให้การดูแลต่อเนื่องที่บ้าน ตามระดับความรุนแรงของผู้ป่วยและความต้องการความช่วยเหลือแต่ละพื้นที่รับผิดชอบในเขต เมืองพญา ดังนี้

ประเภทที่ ๑ (สีเขียว) หมายถึง สามารถปฏิบัติกิจกรรมประจำวันได้ทั้งหมด คือกลุ่มผู้ป่วยที่เริ่มเจ็บป่วย ระยะแรก มีการเปลี่ยนแปลงชีวิตประจำวันเล็กน้อย ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ช่วยเหลือตนเองได้แต่ขาดความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค และการดูแลตนเอง

ประเภทที่ ๒ (สีเหลือง) หมายถึง สามารถปฏิบัติกิจกรรมประจำวันได้บางส่วน คือกลุ่มผู้ป่วยที่โรคส่งผล ให้ผู้ป่วยช่วยเหลือตัวเองได้แต่ไม่เต็มที่ ต้องการการดูแลบางส่วน และขาดความรู้ความเข้าใจในการดูแลตนเอง

ประเภทที่ ๓ (สีแดง) หมายถึง ไม่สามารถปฏิบัติกิจกรรมประจำวันได้ต้องมีผู้ดูแลตลอดเวลา คือกลุ่ม ผู้ป่วยที่มีพยาธิสภาพของโรค ทำให้เกิดความพิการ /จำกัดความสามารถในการทำกิจกรรมของตนเอง หรือมีอุปสรรค ทางกายภาพช่วยในการดำรงชีวิต จำเป็นต้องมีผู้ดูแลช่วยเหลือการทำกิจวัตรประจำวันให้

การจัดแยกประเภทผู้ป่วย

ในครอบครัวที่มีปัญหาสุขภาพและจำเป็นต้องติดตามเยี่ยมบ้านอย่างต่อเนื่อง แบ่งประเภทของผู้ป่วยเป็น ๓ ประเภท ตามการดูแล

ผู้ป่วยประเภทที่ ๓ หมายถึง ครอบครัวที่มีปัญหาเจ็บป่วยด้วยโรคซับซ้อนที่มีความยุ่งยากในการดูแล ต้องการ การดูแลจากผู้อื่นเกือบทั้งหมด มีทีมสหวิชาชีพ ดูแลร่วมกับทีมพยาบาล มีผู้ดูแล CARE GIVER ดูแลทุกวัน ที่สามารถดูแลกลุ่มเป้าหมายได้จริง

ผู้ป่วยประเภทที่ ๒ หมายถึง ครอบครัวที่มีปัญหาสุขภาพหรือเจ็บป่วยและเริ่มมีภาวะแทรกซ้อนแต่ ยังไม่ สามารถดูแลตัวเองได้บางส่วน พยาบาลสามารถดูแลได้ และส่งปรึกษากับทีมสหวิชาชีพ/ผู้เชี่ยวชาญที่มีความ จำเป็น มี CARE GIVER เป็นผู้ดูแล

ผู้ป่วยประเภทที่ ๑ หมายถึง ครอบครัวที่มีปัญหา สุขภาพ หรือ เจ็บป่วยที่สามารถดูแลตัวเองได้ดี มีอสม.ประจำ เป็นผู้ดูแล

๔. การรับ case เยี่ยมบ้านทางโปรแกรม Thai care cloud เครือข่ายโรงพยาบาลเมืองพัทยาและหน่วยบริการอื่น

๔.๑ รับ case ทางเว็บไซต์ โปรแกรมเยี่ยมบ้าน Thai care cloud จาก IPD ,OPD แผนกต่างๆ ของโรงพยาบาลเมืองพัทยา และหน่วยบริการอื่น

๔.๒ ลงทะเบียนผู้ป่วยเยี่ยมบ้านรายใหม่

๔.๓ ศึกษา Case จากข้อมูลและประวัติการรักษาของผู้ป่วย ที่ส่งต่อเยี่ยมบ้านในคอมพิวเตอร์ (โปรแกรม Thai care cloud) เครือข่ายโรงพยาบาลเมืองพัทยา และหน่วยบริการอื่น (กรณี โรงพยาบาลเมืองพัทยาให้หน่วยงานแจ้งทีมเยี่ยมบ้านร่วมประเมินผู้ป่วยก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลเมืองพัทยา)

๔.๔ จัดแบ่งผู้ป่วยออกเยี่ยมบ้านตามเกณฑ์การแบ่งประเภทผู้ป่วย/ผู้พิการ พร้อมจัดทำแผนการปฏิบัติงานติดตามดูแลต่อเนื่องที่บ้าน ตามระดับความรุนแรงของผู้ป่วยและความต้องการความช่วยเหลือ ดังนี้ แบ่งระดับ ตามสี ได้แก่ สีแดง เหลือง เขียว แยกดังนี้ (สีเขียว) กลุ่มผู้ป่วยที่เริ่มเจ็บป่วยระยะแรกจากการเป็นโรคเรื้อรัง มีการเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิตเล็กน้อย ยังไม่มีภาวะแทรกซ้อนหรือเกิดภาวะโรคร่วม ผู้ป่วยช่วยเหลือตนเองได้ แต่ขาดความรู้ความเข้าใจและทักษะเกี่ยวกับโรค และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้เหมาะสมกับสภาวะของโรค เยี่ยมภายใน ๑ เดือน (สีเหลือง) กลุ่มผู้ป่วยที่มีการดำเนินของโรคส่งผลกระทบต่อวิถีชีวิตปกติมีความจำกัด/ไร้ความสามารถ เล็กน้อย ช่วยเหลือตัวเองได้ไม่เต็มที่ ศักยภาพในการดูแลตนเองไม่เพียงพอ ต้องการผู้ดูแล/คนช่วยเหลือในการทำกิจกรรมบางส่วนเยี่ยมภายใน ๒ สัปดาห์ (๑๔วัน) ได้แก่ผู้ป่วยกระดูกข้อโพกหัก ได้รับการผ่าตัด หรือ on skin traction ที่บ้าน เป็นต้น (สีแดง) กลุ่มผู้ป่วยที่พยาธินาฬิกาของโรค ทำให้เกิดความพิการ/จำกัดความสามารถในการทำกิจวัตร ประจำวันด้วยตนเองหรือใส่เครื่องมือทางการแพทย์ เพื่อช่วยในการดำรงชีวิต จำเป็นต้องมีผู้ดูแลช่วยเหลือการทำกิจวัตรประจำวันให้ เยี่ยมภายใน ๑ สัปดาห์ (๑-๗ วัน) ตามสภาวะสุขภาพของผู้ป่วยในขณะนั้น ที่จำเป็นต้องได้รับการ ดูแล แรงด่วน ดังนี้ เยี่ยมภายใน ๑-๒ วันหลังจำหน่าย เช่นผู้ป่วย STEMI หรือโรคหัวใจชนิดต่างๆ รายใหม่ ที่จำหน่ายจากรพ. อยู่ในระยะที่ต้องเฝ้าระวังอาการหรือผู้ป่วย มีผลกดทับกว้าง ได้รับการผ่าตัดตกแต่งแผลหรือ หลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล หรือ ผู้ป่วยที่ต้องช่วยเตรียมใช้ออกซิเจนที่บ้าน ใช้ยาพ่นร่วมออกซิเจนที่บ้านหลังจำหน่ายหรือผู้ป่วยหนักระยะ สุดท้าย End of life ที่ญาติ การปั๊มหัวใจและการใส่ท่อช่วยหายใจ ขอกลับบ้านไปดูแลระดับประคองที่บ้าน เป็นต้น เยี่ยมภายใน ๗ วัน หลังจำหน่าย ได้แก่ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่โรงพยาบาลส่งให้เยี่ยมตามเกณฑ์PCT หรือผู้ป่วยที่ใส่เครื่องมือทางการแพทย์กลับบ้าน เช่น TT.Tube , NG tube , foley's cathหรือ ผู้ป่วยวัณโรคที่มีเสมหะพบเชื้ออยู่ในระยะแพร่เชื้อ เป็นต้น

๔.๕ ประสานทีมเยี่ยมบ้าน สหสาขาวิชาชีพร่วมออกเยี่ยมบ้าน ตามสภาพและปัญหาของผู้ป่วย ได้แก่ แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว ,นักกายภาพบำบัด, พยาบาลจิตเวช , นักสังคมสงเคราะห์ ,เภสัชกร เป็นต้น

๔. ศูนย์อุปกรณ์เครื่องมือ อุปกรณ์การแพทย์และกายอุปกรณ์มีหน้าที่ ดังนี้

๔.๑.สำรวจเครื่องมือ อุปกรณ์การแพทย์ หรือ กายอุปกรณ์ที่จำเป็นต้องใช้ในการดูแลต่อเนื่อง

๔.๒ จัดทำทะเบียนเครื่องมือ อุปกรณ์ต่างๆ และทะเบียนการยืม รับคืน จากผู้ป่วยหรือญาติ

๔.๓ เป็นผู้ประสานงานกับหน่วยงานต่างๆในกรณีที่ต้องใช้อุปกรณ์การแพทย์หรือ กายอุปกรณ์ ผู้รับผิดชอบการดูแลต่อเนื่อง ในหน่วยบริการปฐมภูมิ มีหน้าที่ดังนี้

๑) ประสานความร่วมมือ ประสานข้อมูลและส่งต่อข้อมูลแผนการดูแลต่อเนื่องที่บ้านกับบุคลากรอื่นๆทั้งในและนอกหน่วยงาน

- ๒) ร่วมติดตามดูแลต่อเนื่องที่บ้านของประชาชนในพื้นที่ร่วมกับบุคลากรอื่นๆ
- ๓) ติดตามผลและรายงานผลการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน และประสานกับศูนย์การดูแลต่อเนื่องที่บ้าน ในกรณีการดูแลไม่ดีขึ้นและต้องการให้มีทีมสหวิชาชีพช่วยเหลือ
- ๔) จัดทำฐานข้อมูลการดูแลต่อเนื่องที่บ้านในพื้นที่รับผิดชอบ
- ๕) สรุปวิเคราะห์และประเมินผล รวมถึงปัญหาอุปสรรคต่างๆจากการดำเนินงาน เพื่อนำไปสู่การ ปรับปรุงระบบให้ดีขึ้น

กรณีเยี่ยมกายอุปกรณ์

- ๑. ญาติผู้ป่วย ติดต่อขอรับบริการที่ฝ่ายบริการสาธารณสุข ส่วนบริการสาธารณสุข สำนักสาธารณสุข และสิ่งแวดล้อม เมืองพัทยา(อาคารศูนย์บริการสาธารณสุข ชั้น ๒) ในเวลาราชการ
- ๒. เจ้าหน้าที่แนะนำขั้นตอนการขอรับบริการการอุปกรณ์เครื่องช่วยผู้พิการ
- ๓. บันทึกรายละเอียดต่างๆในแบบฟอร์มการเยี่ยมอุปกรณ์เครื่องช่วยผู้พิการที่กำหนดไว้
- ๔. เจ้าหน้าที่ลงทะเบียนการเยี่ยม
- ๕. เจ้าหน้าที่จัดเตรียมอุปกรณ์เครื่องช่วยผู้พิการที่ยืม
- ๖. ฝึกทักษะในการใช้อุปกรณ์เครื่องช่วยผู้พิการแก่ญาติหรือผู้ป่วย รวมถึงวิธีการดูแลรักษาอุปกรณ์ต่างๆให้แก่ผู้ป่วยและญาติ

๗. ระยะเวลาในการยืม ไม่จำกัด

๘. ผู้ป่วยหรือญาติ มารับอุปกรณ์เครื่องช่วยด้วยตัวเอง

แนวทางการปฏิบัติ กรณียืม

- ๑. ญาติผู้ป่วย หรือ ทีมดูแลต่อเนื่องในพื้นที่ ติดต่อขอรับบริการที่ ฝ่ายบริการสาธารณสุขส่วนบริการสาธารณสุข สำนักสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม เมืองพัทยา(อาคารศูนย์บริการสาธารณสุข ชั้น ๒) ในเวลาราชการ
- ๒. เจ้าหน้าที่ตรวจสอบอุปกรณ์เครื่องช่วย
- ๓. บันทึกรายละเอียดต่างๆในแบบฟอร์มการเยี่ยมอุปกรณ์เครื่องช่วยผู้พิการที่กำหนดไว้
- ๔. เจ้าหน้าที่ลงทะเบียนไว้ในทะเบียนการยืมต่อของหน่วยงาน

แนวทางการปฏิบัติ กรณีคืนอุปกรณ์เครื่องช่วยเมื่อครบกำหนด / เลิกใช้งาน

- ๑. ญาติผู้ป่วยหรือทีมดูแลต่อเนื่องในพื้นที่ติดต่อขอรับบริการที่ฝ่ายบริการสาธารณสุข ส่วนบริการสาธารณสุข สำนักสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม เมืองพัทยา(อาคารศูนย์บริการสาธารณสุข ชั้น ๒) ในเวลาราชการ
- ๒. เจ้าหน้าที่ตรวจสอบอุปกรณ์เครื่องช่วย เพื่อตรวจสอบความเสียหาย
- ๓. หากชำรุดการให้ชุดใช้ตามความเสียหายพิจารณาเป็นรายๆไป

Flow chart : งานเยี่ยมบ้าน

รับส่งต่อผู้ป่วย จาก รพ.เมืองพัทยา รพ.อื่นๆ, ส่วนส่งเสริมสุขภาพ, อสม., ผู้นำชุมชน, ระบบ TC เป็นต้น

ลงทะเบียน

วางแผนการเยี่ยมบ้าน โดยศึกษาข้อมูลผู้ป่วยเพิ่มเติม ประสานสหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง และเครือข่ายชุมชน

เตรียมเอกสาร วัสดุ อุปกรณ์ ทางกายภาพต่างๆ

ออกเยี่ยมบ้านโดยประเมินอาการให้การ

ผู้ป่วยจำแนกเป็น

ผู้ป่วยทำหัตถการ

ผู้ป่วยพิการและ
ทุพพลภาพที่ต้อง
ได้รับการดูแลทาง
เวชศาสตร์ฟื้นฟู

ผู้สูงอายุที่มี
ภาวะพึ่งพิง
ระยะยาว

มารดาและทารก
หลังคลอด

ผู้ป่วยจิตเวช

เยี่ยมบ้านเดือนละ
๑ ครั้ง หรือตาม
ความจำเป็นที่ต้อง
ทำหัตถการ

เยี่ยมบ้าน
เดือนละ ๒ ครั้ง

เยี่ยมบ้าน
เดือนละ ๑ ครั้ง

เยี่ยมบ้านภายใน
๗,๑๔,๒๑ วัน
จำนวน ๓ ครั้ง

เยี่ยมบ้าน
เดือนละ ๑ ครั้ง

- ประเมิน ADL
- ประเมิน

ประเมินผลและบันทึกข้อมูลใน ๔๓ แฟ้ม

เยี่ยมบ้านต่อเนื่อง

ยุติการเยี่ยมบ้าน

-นัดหมายผู้ป่วย
- ขออนุญาตเข้าเยี่ยม
- เตรียมอุปกรณ์ กระเป๋าเยี่ยมบ้าน

ส่งต่อข้อมูลกลับระบบ COC

เกณฑ์การประเมินผู้ป่วย Home ward care (สีแดง สีเหลือง สีเขียว)

ประเภท	สีแดง	สีเหลือง	สีเขียว
๑. ผู้พิการ	• ADL = ๐-๔ (Modified Barthel Index) หมายถึง ผู้พิการที่ช่วยเหลือตัวเองได้น้อยมากหรือไม่ได้เลย หรือสูญเสียความสามารถในการทำกิจกรรมประจำวันมากที่สุด • ผู้พิการเกิดภาวะแทรกซ้อนรุนแรงเสี่ยงต่อการติดเชื้อหรือเสียชีวิต	• ADL = ๐-๔ (Modified Barthel Index) หมายถึง ผู้พิการที่ช่วยเหลือตนเองได้บ้างในการทำกิจกรรมประจำวัน หรือสูญเสียความสามารถในการทำกิจกรรมประจำวันมาก • ผู้พิการเกิดภาวะแทรกซ้อนปานกลาง ไม่รุนแรงถึงขั้นเสียชีวิต	• ADL = ๐-๔ (Modified Barthel Index) หมายถึง ผู้พิการที่ช่วยเหลือตัวเองได้ค่อนข้างดี หรือสูญเสียความสามารถในการทำกิจกรรมประจำวันเล็กน้อยถึงปานกลาง • ผู้พิการไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนหรือเกิดภาวะแทรกซ้อนเล็กน้อย
๒. CKD/CRF ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย	• ผู้ป่วยไตวายระยะสุดท้ายที่ล้างไตทางช่องท้อง (CAPD) หรือฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (Hemodialysis) และเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงเสี่ยงต่อการเสียชีวิต • ผู้ป่วยไตวายระยะสุดท้ายที่ล้างไตทางช่องท้อง(CAPD)รายใหม่	• ผู้ป่วยไตวายระยะสุดท้ายที่ล้างไตทางช่องท้อง (CAPD) หรือฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (Hemodialysis) และเกิดภาวะแทรกซ้อนที่ไม่รุนแรง • ผู้ป่วยไตวายระยะสุดท้ายที่ล้างไตทางช่องท้อง(CAPD)และไม่ปฏิบัติถูกต้อง,เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น ติดเชื้อในช่องท้องเป็นต้น	• ผู้ป่วยไตวายระยะสุดท้ายที่ล้างไตทางช่องท้อง (CAPD) หรือฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (Hemodialysis) และสามารถดูแลตัวเองได้ดี และไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน • ผู้ป่วยไตวาย CKD ที่มีผล GFR Stage ๓-๕ มีปัญหาเรื่องพฤติกรรมดูแลตนเอง (Self-care) ขาดนัด/ขาดยา
๓. จิตเวช	• ผู้ป่วยที่พยายามฆ่าตัวตายในระยะเวลา ๑ เดือน • ผู้ป่วยจิตเวช มีความคิดทำร้ายตนเองและมีประวัติเคยทำร้ายตนเอง/ฆ่าตัวตายมาแล้ว • ผู้ป่วยจิตเวช มีความหลงผิด หูแว่ว เห็นภาพหลอน ทำร้ายผู้อื่น มีประวัติทำร้ายคนอื่นหรือทำลายข้าวของ เช่น เผาบ้าน เผาของใช้ • ผู้ป่วยจิตเวชอยู่คนเดียวขาดญาติดูแล ขาดนัดบ่อย ทานยาไม่สม่ำเสมอ ยังมีอาการทางจิต สามารถช่วยเหลือตัวเองได้น้อย	• ผู้ป่วยจิตเวช คิ่่มสุราร่วมด้วยเป็นประจำ • ผู้ป่วยจิตเวช ที่ขาดนัดบ่อย มีอาการทางจิต ทานยาไม่สม่ำเสมอ แต่มีญาติดูแล	• ผู้ป่วยจิตเวช ที่ทานยาสม่ำเสมอ ไม่มีอาการทางจิต ไม่ขาดนัด มีญาติดูแล

ประเภท	สีแดง	สีเหลือง	สีเขียว
๔. DM โรคเบาหวาน	• HbA๑c > ๑๔ • FBS > ๒๐๐ mg% ๓ ครั้งขึ้นไป • ผู้ป่วยเบาหวานที่ขาดนัดซึ่งพยายามติดตามทุกช่องทางแล้ว ผู้ป่วยยังไม่มาตรวจ ภายในระยะเวลา ๓ เดือน • ผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนรุนแรง เช่น Hypo-Hyperglycemic coma มีแผลที่เท้า, มีปัญหาเรื่องตาจากเบาหวาน เป็นต้น • ผู้ป่วยเบาหวานที่เริ่มใช้ยาฉีด insulin รายใหม่	• HbA๑c > ๑๐-๑๔ • FBS > ๑๕๕-๑๘๒ mg% ๓ ครั้งขึ้นไป • มีปัญหาเรื่องพฤติกรรม การดูแลตนเอง (Self-care)	• HbA๑c > ๗-๑๐ • FBS > ๑๒๖-๑๕๔ mg% ๓ ครั้งขึ้นไป • สามารถดูแลตนเองได้ ไม่ขาดนัด
๕. HT โรคความดันโลหิตสูง	• BP > ๑๘๐/๑๑๐ mmHg ๓ ครั้งขึ้นไป • ผู้ป่วยที่ความดันโลหิตสูงที่ขาดนัด ซึ่งพยายามติดตามทุกช่องทางแล้วผู้ป่วยยังไม่มาตรวจ 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
๖. CVD โรคระบบหัวใจและหลอดเลือด	• ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ (Acute MI) และหรือโรคหลอดเลือดสมองตีบหรือแตก (Acute Stroke) รายใหม่	• ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (DM&HT) ที่ได้รับการประเมิน CVD Risks โอกาสเสี่ยงจะเป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายและอัมพฤกษ์อัมพาต แปลผลได้ตั้งแต่ ๓๐ %	• ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (DM&HT) ที่ได้รับการประเมิน CVD Risks โอกาสเสี่ยงจะเป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายและอัมพฤกษ์อัมพาต แปลผลได้ < ๓๐ %
๗. Elderly สูงอายุ	• ผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่า ๖๐ ปีขึ้นไป ที่ได้รับการประเมิน ADL (Modified Barthel Index) = ๐-๔ คะแนน	• ผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่า ๖๐ ปีขึ้นไป ที่ได้รับการประเมิน ADL (Modified Barthel Index) = ๕-๑๑ คะแนน	• ผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่า ๖๐ ปีขึ้นไป ที่ได้รับการประเมิน ADL (Modified Barthel Index) = ๑๒-๒๐ คะแนน

ตัวชี้วัดคุณภาพงานเยี่ยมบ้าน

๑. จำนวนชั่วโมงเยี่ยมบ้านไม่น้อยกว่า ๖ ชม/สัปดาห์
๒. อัตราการย้ายประเภทเตียงจากเตียง ๑, ๒ เป็นเตียง ๓ ไม่เกิน ๑๐%
๓. อัตราความพึงพอใจของผู้รับบริการในชุมชน $\geq 85\%$
๔. ความพึงพอใจของทีมเยี่ยมบ้านมากกว่าร้อยละ ๙๐%

ตัวชี้วัดคุณภาพงานเยี่ยมบ้านเตียงประเภท ๓

๑. อัตราความครอบคลุมการเยี่ยมบ้านภายใน ๑-๒ สัปดาห์ $\geq 80\%$
๒. คุณภาพชีวิตดีขึ้น 50% (ยกเว้น Palliative Care)
๓. อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่ป้องกันได้ไม่เกิน 20%
๔. อัตราการ Unplanned Readmission rate ภายใน ๒๘ วัน ไม่เกิน 5%

ตัวชี้วัดคุณภาพงานเยี่ยมบ้านเตียงประเภท ๒

๑. อัตราความครอบคลุมการเยี่ยมภายใน ๒-๓ สัปดาห์ $\geq 60\%$
๒. อัตราการ Unplanned Readmission rate ภายใน ๒๘ วัน ไม่เกิน 10%

ตัวชี้วัดคุณภาพงานเยี่ยมบ้านเตียงประเภท ๑

๑. อัตราความครอบคลุมการเยี่ยมภายใน ๒-๓ สัปดาห์ $\geq 80\%$
๒. อัตราการ Unplanned Readmission rate ภายใน ๒๘ วัน ไม่เกิน 10%

ตัวชี้วัดคุณภาพงานเยี่ยมกลุ่ม Palliative Care

อัตราความครอบคลุมการได้รับการเยี่ยมกลุ่ม Palliative Care ภายใน ๑-๒ สัปดาห์ ตามมาตรฐาน $\geq 80\%$

แนวปฏิบัติการเยี่ยมบ้าน

ขั้นตอนการเยี่ยมบ้าน มี ๓ ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ ๑ การเยี่ยมบ้าน

- ๑.๑ ข้อมูลในการเยี่ยมบ้าน ทีมเยี่ยมบ้านต้องมีการเตรียมตัวในด้านต่างๆ เช่น
 - การวางแผนและกำหนดวัตถุประสงค์ในการเยี่ยมบ้าน
 - ทำความเข้าใจชุมชน โดยการศึกษาข้อมูลพื้นฐานทั้งด้านเศรษฐกิจ สังคม โครงสร้างชุมชน
 - หาข้อมูลผู้รับบริการ จากแฟ้มประวัติการส่งต่อ จากประวัติ (Family Folder) จากการซักถาม การสังเกต

- การเตรียมตัวของทีมเยี่ยมบ้าน เช่น เตรียมความรู้ เตรียมเวชภัณฑ์ อุปกรณ์ที่จำเป็น และ กระเป๋าเยี่ยมบ้าน

๑.๒ อุปกรณ์ในการเยี่ยมบ้าน

การไปเยี่ยมบ้านควรมีอุปกรณ์สำหรับเยี่ยมบ้าน โดยบรรจุอุปกรณ์ในกระเป๋า ได้แก่

- แผนที่ในการเดินทางและหมายเลขโทรศัพท์ของผู้ป่วย
- หูฟัง (Stethoscope)
- เครื่องวัดความดันและที่พันขนาดต่างๆ (Sphygmomanometer and various cuff size)
- เครื่องตรวจหูและตา (Otoscope and ophthalmoscope)
- สารหล่อลื่น
- แฟ้มบันทึกประวัติครอบครัว
- ไบโกล็อก
- ไม้กดลิ้น (Tongue depressors)
- ถุงมือใช้แล้วทิ้ง
- ไฟฉาย
- พรอพวูดใช้

อุปกรณ์อื่นๆ อาจจะจัดเตรียมตามความจำเป็นของการเยี่ยมบ้าน เช่น เตรียมชุดทำแผล สำหรับบาดแผลประคบเยี่ยมบ้านเพื่อทำแผล ชุดตรวจระดับน้ำตาลในเลือด แผ่นพับเรื่องโรคต่างๆ ที่จำเป็น เครื่องชั่ง น้ำหนัก คอมพิวเตอร์พกพา เป็นต้น

ขั้นตอนที่ ๒ การเยี่ยมบ้าน

๒.๑ ขณะเยี่ยมบ้าน

การเข้าเยี่ยม เริ่มต้นด้วยธรรมเนียมปฏิบัติที่ดี มีท่าทีที่อดทนการใช้ทักษะที่เหมาะสม ใช้ภาษา เข้าใจง่าย ควรคำนึงถึงธรรมเนียมที่ควรปฏิบัติ เช่น การขออนุญาต การให้ความเคารพ เกรงใจ ช่างสังเกต การตั้งคำถามให้เหมาะสมขณะเดียวกันการให้บริการ ควรให้สอดคล้องกับความต้องการ มีความรู้

หลักการและเหตุผล รวมถึงการใช้กระเป๋าเยี่ยม ยึดหลักสะอาด ปลอดภัย ป้องกันการติดเชื้อ มีความมั่นใจ โดยมีแนวทาง INHOMESSS

I=Immobility เป็นการประเมินว่าผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้หรือต้องอาศัยผู้อื่นในการดูแล

N= Nutrition เพื่อภาวะด้านโภชนาการของผู้ป่วย เพราะอาหารส่งผลกระทบต่อสุขภาพโดยตรง เช่น ผู้สูงอายุทานข้าวไม่ได้ เด็กขาดสารอาหาร ผู้ป่วยเบาหวานคุมอาหารอย่างไร

H= Home environment สภาพสิ่งแวดล้อมในบ้านและรอบบ้าน เป็นปัจจัยหนึ่งที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพผู้ป่วยและครอบครัว เช่น สภาพบ้านแออัด มีโรงงานอุตสาหกรรมในบ้าน

O= Other people สมาชิกในครอบครัวมีความสัมพันธ์กันอย่างไร เพื่อนบ้านมีการช่วยเหลือพึ่งพากันบ้างหรือไม่

M= Medications การชักประวัติเรื่องยา รวมถึงการใช้สมุนไพร ยาพื้นบ้านของผู้ป่วยมีความจำเป็นเพื่อประเมินเรื่องการแพ้ยา การดูแลตนเองและการแสวงหาแหล่งพึ่งพาทางด้านสุขภาพของผู้ป่วย

E= Examination การตรวจร่างกายขณะเยี่ยมบ้าน เช่น การวัดความดัน การดูแลแผล การตรวจมารดาและทารก หลังคลอดเพื่อประเมินผู้ป่วยในขณะนั้น

S= Spiritual Health ความเชื่อ ทศนคติ ค่านิยม วัฒนธรรม ประเพณีต่างๆ การค้นหาปัจจัยทางด้านจิตวิทยาสังคมที่มีต่อผู้ป่วยและครอบครัว ทำให้รู้จักและเข้าใจผู้ป่วยถึงพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยและครอบครัว

S= Service การประเมินที่บ้านถึงบริการสุขภาพที่มีผู้ป่วยได้รับนั้น ทำให้ทราบถึงความรู้สึกที่มีต่อระบบบริการและสะท้อนถึงการบริการให้แก่ผู้ป่วยและครอบครัว ก่อให้เกิดประโยชน์แก่ผู้ป่วยและผู้ให้บริการเอง เพื่อปรับปรุงบริการที่มีคุณภาพและประชาชนเข้าถึงบริการยิ่งขึ้น

S= Safety ประเมินความปลอดภัยในบ้าน เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยและญาติปรับสภาพภายในที่บ้านที่อาจเป็นอันตรายต่อสุขภาพได้

๒.๒ ระยะเวลาหลังการเยี่ยมบ้าน

ภายหลังการเยี่ยมบ้านมีการนำข้อมูลที่ได้นำลงบันทึกในแบบฟอร์มการเยี่ยมบ้าน

กิจกรรมขณะเยี่ยมบ้าน

๑. แนะนำตนเอง สร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยและญาติ

๒. บอกวัตถุประสงค์การเยี่ยมบ้าน

๓. สอบถามประวัติ และอาการของผู้ป่วย

๔. ประเมินการปฏิบัติตัวในการดูแลสุขภาพของผู้ป่วย ได้แก่

๔.๑ ด้านการใช้ยา (Medication) ได้แก่ ประเมินวิธีการใช้ยา จำนวนยาที่ได้รับประทาน การรับประทานยาสม่ำเสมอและถูกต้องหรือไม่ การเก็บยาที่ถูกต้องเหมาะสม อาการข้างเคียงจากการใช้ยา การปรึกษาเจ้าหน้าที่สาธารณสุข หรือแพทย์เมื่อเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา

๔.๒ ด้านการรับประทานอาหาร ชนิดของอาหาร ประเภทของอาหารที่สามารถรับประทานได้และอาหารที่ควรหลีกเลี่ยง

๔.๓ ด้านการจัดการสิ่งแวดล้อมภายในบ้าน นอกบ้านว่าเหมาะสมกับโรคที่ผู้ป่วยเป็นหรือไม่

๔.๔ ด้านการออกกำลังกาย ที่เหมาะสมกับสภาพและโรคที่ผู้ป่วยเป็นอยู่

- ๔.๕ ด้านการตรวจตามแพทย์นัด อาการผิดปกติที่ควรมาพบแพทย์ก่อนนัด
- ๔.๖ ด้านจิต สังคม ประเพณี วัฒนธรรม ความเชื่อของผู้ป่วยและญาติ
๕. การตรวจร่างกาย (Examination)
๖. การตรวจวัดสัญญาณชีพ (Vital sign)
๗. ให้การส่งเสริม สนับสนุน กระตุ้น ให้กำลังใจให้คำปรึกษาแนะนำการปฏิบัติตัวในการดูแลสุขภาพที่เหมาะสมแก่ผู้ป่วยและญาติตามบริบท
๘. กรณีที่ผู้ป่วยไม่ได้รับการดูแลเรื่องหัตถการต่างๆ ต้องสอนและฝึกทักษะให้แก่ผู้ป่วยและญาติ
 - ๘.๑ มีแผล bed sore สอนการทำแผลและการพลิกตัว
 - ๘.๒ กรณี On-Ng tube สอนการดูแล การให้อาหารทางสายยาง และการทำอาหาร
 - ๘.๓ กรณี Retain Foley's catheter สอนการดูแล
 - ๘.๔ กรณีให้ออกซิเจนที่บ้าน สอนการดูแลและการให้ออกซิเจนที่ถูกต้อง
 - ๘.๕ กรณีผู้ป่วยเบาหวาน ที่ฉีด Insulin สอนการฉีดและฝึกปฏิบัติจนสามารถปฏิบัติได้ถูกต้อง
๙. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพทุกขั้นตอน
๑๐. ส่งต่อ Case ไปยังโรงพยาบาลในกรณีที่จำเป็น กรณีที่อาการดีขึ้น สามารถดูแลตัวเองได้ถูกต้อง เปลี่ยนกลุ่มผู้ป่วย ให้การดูแลตามเกณฑ์ผู้ป่วย

ขั้นตอนที่ ๓ หลังการเยี่ยมบ้าน

หลังการเยี่ยม ภายหลังการเยี่ยมต้องมีการทบทวน สรุปประเด็นให้ผู้รับบริการเข้าใจ มีการบันทึกการวางแผนงานครั้งต่อไปร่วมกัน และเมื่อเสร็จจากการเยี่ยมบ้าน ทีมเยี่ยมบ้านต้องมีการสรุป วิเคราะห์ บันทึก ทำความสะอาดเครื่องมือ กระเป๋าเยี่ยม และวางแผนการทำงานวันต่อไป

แนวทางการดูแลของทีมสหวิชาชีพ

งานกายภาพ

๑. แนวคิดเยี่ยมบ้านงานกายภาพ

ผู้ป่วยเมื่อจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ต้องกลับไปใช้ชีวิตที่บ้าน ที่ชุมชนและไม่สะดวกในการเดินทาง กลับมารับการฟื้นฟูสมรรถภาพที่โรงพยาบาล จึงต้องมีการฟื้นฟูสมรรถภาพที่บ้านโดยครอบครัวและชุมชน เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติ สามารถดูแลตนเองได้มากที่สุด

๒. วัตถุประสงค์การเยี่ยมบ้าน

๑. ผู้ป่วยได้รับการฟื้นฟูสภาพและฝึกทักษะได้ด้วยตนเอง
๒. ผู้ป่วยสามารถช่วยเหลือตนเองได้มากขึ้น

๓. ขั้นตอนการเยี่ยมบ้าน

๑. รวบรวมข้อมูลผู้ป่วยที่จำเป็นต้องได้รับการฟื้นฟูสภาพ
๒. ทีมเยี่ยมบ้านประสานงานกายภาพบำบัด สหวิชาชีพและพื้นที่ เพื่อจัดโปรแกรมออกบริการเยี่ยมบ้าน
๓. นักกายภาพบำบัด ประเมินผู้ป่วย วางแผนการฟื้นฟูสภาพ ฝึกทักษะและวางแผนเยี่ยมติดตาม
๔. ประเมินผลการเยี่ยมบ้านและรายงานผล

๔. การแบ่งกลุ่มผู้รับบริการที่ไปเยี่ยม

๑. ผู้ป่วยติดบ้าน
๒. ผู้ป่วยติดเตียง

๕. การแบ่งระดับผู้เยี่ยม

๑. นักกายภาพบำบัด
๒. เจ้าหน้าที่สาธารณสุขอื่นๆ

๖. ความต้องการความร่วมมือจากเครือข่ายและหุ้นส่วน

๑. อสม./ ประธานชุมชน รวบรวมข้อมูลผู้ป่วย
๒. อสม./ ประธานชุมชน ติดตามและลงเยี่ยมบ้านด้วยตนเอง
๓. อสม./ ประธานชุมชน มีการประเมินภาพรวมของพื้นที่

งานโภชนาการ

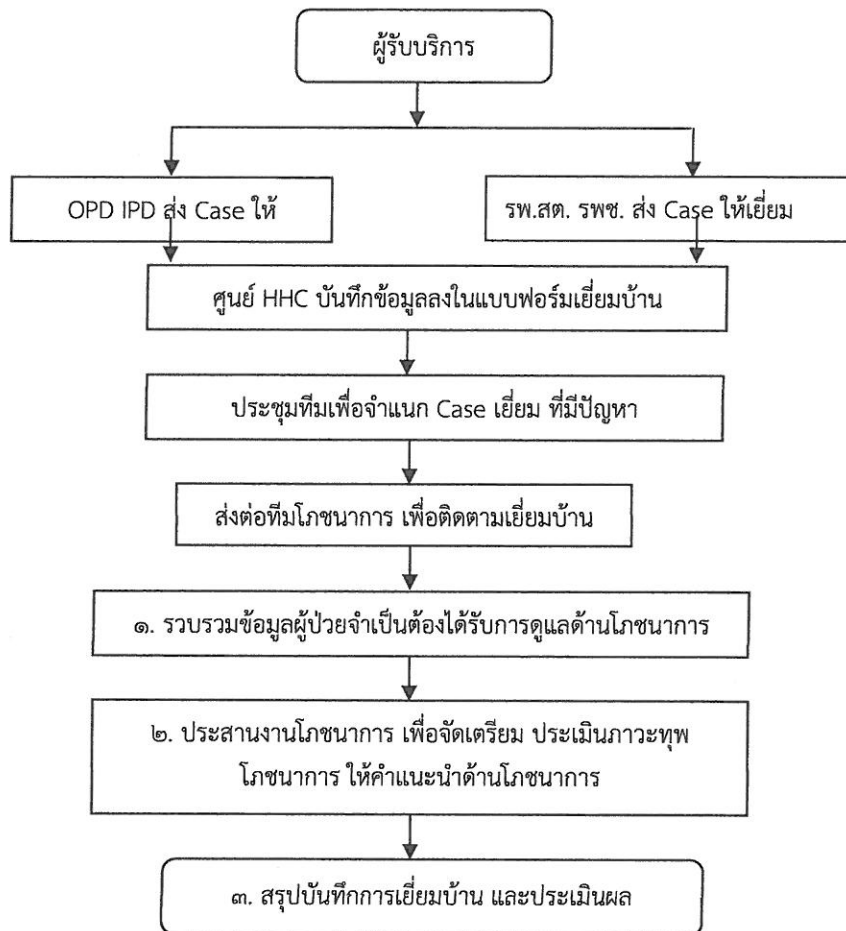
๑. แนวคิดการเยี่ยมบ้าน

ระบบเครือข่ายการเยี่ยมบ้านและการให้ความรู้ด้านโภชนาการ เป็นการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวมเป็นทีมสหสาขาวิชาชีพตั้งแต่การจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล (Discharge) เข้าสู่กระบวนการในการดูแลผู้ป่วยลงสู่หน่วยบริการปฐมภูมิ (Primary care) รวมถึงการดูแลผู้ป่วยกลุ่มต่างๆ ต่อเนื่องในชุมชน/ บ้านและการมาตรวจตามนัด (Follow-up) เพื่อให้ผู้ป่วยได้เข้าถึงการบริการด้านโภชนาการ และได้รับการดูแลตามมาตรฐานแบบองค์รวมและเท่าเทียมกัน

๒. วัตถุประสงค์ของการเยี่ยมบ้าน

๑. เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการประเมินทางด้านโภชนาการได้ถูกต้องตามหลักโภชนาการ
๒. เพื่อเป็นแนวทางและส่งเสริมให้ผู้ป่วยและญาติเกิดความเข้าใจ แลเห็นความสำคัญของอาหารที่เป็นส่วนหนึ่งในการบำบัดโรคและสามารถนำไปปฏิบัติอยู่บ้านได้
๓. เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลด้านโภชนาการอย่างต่อเนื่องตรงกับสภาพปัญหาที่เป็นอยู่

๓. ขั้นตอนการเยี่ยมบ้านด้านโภชนาการ



๔. กลุ่มเป้าหมาย

๑. กลุ่มผู้ป่วยระยะสุดท้าย ๒. ผู้ป่วยมะเร็ง ๓. ผู้ป่วยจิตเวช ๔. ผู้ป่วยพิการ ผู้สูงอายุ ๕. ผู้ป่วยเบาหวาน
๖. ผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ๗. โรคสำคัญในแต่ละ PCT เช่น Stroke, CAPC, CKD เป็นต้น

๕. ผู้รับผิดชอบ

ลำดับที่	ผู้รับผิดชอบ
๑.	ร้อยตำรวจเอกหญิงพรพนา โชคไทย ผู้อำนวยการส่วนบริการสาธารณสุข (ผู้ควบคุมงาน)
๒.	นางสาววราภรณ์ เรือนแก้ว ตำแหน่งหัวหน้าฝ่ายบริการสาธารณสุข
๓.	นางสาวนฤมล อยู่สุข ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
๔.	นางสาวรัชพร เนตรทิพย์ ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
๕.	นางสาวนิศารัตน์ ศรีเดช ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ
๖.	นายมานิตย์ บุตรพวง ตำแหน่งนักกายภาพบำบัดชำนาญการ
๗.	นางสาวชุติมา หม่วยนอก ตำแหน่งผู้ช่วยเหลือคนไข้
๘.	นางสาวสุภัตราคำภา ตำแหน่งผู้ช่วยเหลือคนไข้
๙.	นายศุภชัย วัดฟุ้งเฟื่อง ตำแหน่งพนักงานขับรถยนต์

๖. ความต้องการความร่วมมือจากเครือข่าย

๑. การประสานทีมสหวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง
๒. วิเคราะห์สภาพปัญหาผู้ป่วยเพื่อเชื่อมโยงการดำเนินงานในการใช้เครื่องมือที่ช่วยสื่อสารเนื้อหาสาระ และประสบการณ์ต่างๆ จากผู้สอนไปสู่ผู้เรียนช่วยให้เกิดการเรียนรู้ เกิดความเข้าใจได้อย่างชัดเจน ตรงตามที่ต้องการอำนวยความสะดวก และยังช่วยสร้างบรรยากาศที่ดีในการเรียนรู้อีกด้วย ได้แก่ หนังสือ โปสเตอร์ แผ่นพับ ของจริงทรัพยากรจากแหล่งชุมชน เป็นต้น โดยสอดคล้องเหมาะสมกับบริบทของพื้นที่นั้นๆ

๗. ตัวชี้วัดของการเยี่ยมบ้าน

๑. ผู้ป่วยได้รับการประเมินทางด้านภาวะทุพโภชนาการร้อยละ ๘๐

๘. อุปกรณ์ที่ใช้ในการเยี่ยมบ้าน

๑. สายวัด ๒. เครื่องชั่งน้ำหนัก ๓. โมเดลอาหาร ๔. ภาพพลิกอาการ ๕. อาหารฝึกกลืน ๕. แผ่นพับอาหารเกี่ยวกับโรคต่างๆ

แนวทางการดูแลผู้ป่วยที่มีอุปกรณ์การแพทย์

การล้างแผลเจาะคอ

ขั้นตอน

๑. ดูดเสมหะ หรือให้ผู้ป่วยไอขับเสมหะ
๒. แกะพลาสติกและก๊อชปิดแผลออก
๓. ล้างมือให้สะอาด
๔. นำถ้วยล้างแผล, เทน้ำเกลือลงในถ้วย, ใส่สำลี ๔-๕ ก้อนลงในถ้วย,
๕. ใช้ฟอรัเซปคิปปิจับสำลี ปิดสำลีให้หมดด้วยฟอรัเซป เช็ดทำความสะอาด

ขั้นตอนดังนี้

- สำลีก้อนที่ ๑ เช็ดรอบๆ ท่อ (เช็ดออกด้านนอก)
 - สำลีก้อนที่ ๒ เช็ดตัวท่อชั้นนอก
 - สำลีก้อนที่ ๓ เช็ดใต้แป้นรอบๆ ท่อเจาะคอ (แผลเจาะคอ)
๖. ใช้ผ้าก๊อชพับเป็นรูปตัว I สอดใต้แป้นท่อเจาะคอ ปิดพลาสติกที่ก๊อชป้องกันการลื่นหลุด
 ๗. นำท่อชั้นในที่ยื่นแล้ว นำกลับมาใส่ที่เดิม

หากผู้ป่วยมีเสมหะมาก เหนียว ขับออกยาก (ผู้ป่วยไม่มีโรคประจำตัวที่มีผลต่อการได้รับน้ำ) ดื่มน้ำมากๆ เทน้ำใส่กะละมังให้ผู้ป่วยสูดน้ำร้อน จะช่วยให้เสมหะอ่อนตัว และให้ผู้ป่วยไอขับเสมหะออกได้ไม่ปิดพลาสติก บนมฝีหนัง ปิดเฉพาะผ้าก๊อช ลดการระคายเคืองต่อผิวหนังผู้ป่วยการจับท่อเหล็กตัวใน ห้ามจับบริเวณ ก้านท่อเหล็ก เพื่อป้องกันนำเชื้อโรคเข้าสู่ผู้ป่วย

วิธีทำความสะอาดแผลรอบท่อหลอดลมคอ

- ล้างมือให้สะอาดก่อนและหลังทำแผลทุกครั้ง
- ญาติ/ ผู้ดูแลจะต้องได้รับการฝึกทำแผลจนชำนาญจากแพทย์หรือพยาบาล

อาการผิดปกติที่ควรพาผู้ป่วยไปพบแพทย์

- ผู้ป่วยเริ่มรู้สึกหายใจไม่สะดวก
- ท่อเจาะคอตัวนอกหลุด
- เสมหะมีเลือดปน มีกลิ่นเหม็นแผลรอบท่อเจาะคอบวมแดง

ถ้าผู้ป่วยทำเองได้ให้ใช้กระจกช่วยส่องดู พร้อมทั้งสังเกตแผลโดยรอบด้วย ถ้ามีอาการผิดปกติ เช่น บวม แดง ปวดเจ็บ มีหนองไหล หรือมีอาการอื่นๆ รีบกลับไปพบแพทย์ทันที การทำความสะอาดท่อหลอดลมคอ ควรทำอย่างน้อยวันละ ๒ ครั้ง หรือบ่อยเท่าที่จำเป็นขณะที่ใส่หลอดลมคออยู่ ไม่ควรอาบน้ำฝักบัว หรือลงว่ายน้ำ ในลำคลอง กันไม่ให้น้ำเข้าหลอดลมคอ หรือสิ่งสกปรกอื่นลงไปด้วย

การทำความสะอาดสายดูดเสมหะ

- ถ้าต้องการนำสายยางกลับไปใช้ซ้ำอีกควรแช่สายยางในถังที่ผสมน้ำยาฆ่าเชื้อ นาน ๓๐ นาที
- ล้างสายดูดเสมหะด้วยน้ำต้มสุกที่เย็นแล้วให้สะอาดก่อนนำไปผึ่งให้แห้ง
- เก็บสายดูดเสมหะไว้ในภาชนะที่สะอาดและมีฝาปิดมิดชิด

การทำความสะอาดขวดเก็บเสมหะ

- เทเสมหะทิ้ง ล้างขวดด้วยน้ำสบู่ ผึ่งให้แห้งแล้วเติมน้ำยาเชฟลอน ๒๐ ซีซี ลงในขวดปิดจุกขวดไว้เพื่อพร้อมใช้งาน
- ควรทำความสะอาดวันละ ๒ ครั้ง เช้า เย็นหรือทุกครั้งที่มีเสมหะเต็ม ทำความสะอาดขวดแก้วและปากคิ้วยด้วยน้ำสบู่ ผึ่งขวดแก้วให้แห้งต้มปากคิ้วยด้วยน้ำเดือดนาน ๑๕-๒๐ นาที วันละ ๑-๒ ครั้ง

การดูแลผู้ป่วยที่ใส่คาสายสวนปัสสาวะที่บ้าน

๑. ดูแลให้ถุงปัสสาวะอยู่ต่ำกว่าบริเวณกระเพาะปัสสาวะของผู้ป่วย เพื่อป้องกันการไหลย้อนกลับของปัสสาวะเข้าสู่กระเพาะปัสสาวะซึ่งอาจก่อให้เกิดการติดเชื้อได้ถ้าจำเป็นต้องยกถุงปัสสาวะให้สูงกว่าระดับกระเพาะปัสสาวะจะต้องพับสายสวนปัสสาวะก่อนชั่วคราว โดยการใช้มือพับหรือใช้ยางรัดสายสวนปัสสาวะแล้วรีบคลายออกเมื่อจัดวางให้อยู่ในสภาพเดิม
๒. ดูแลสายสวนปัสสาวะ ระวังให้เป็นระบบปิดเสมอโดยต้องไม่มีรอยแตก รั่วซึมซึ่งจะเป็นช่องทางนำเชื้อโรคเข้าสู่ระบบได้
๓. ดูแลสายสวนปัสสาวะไม่ให้เลื่อนเข้า – ออก หรือเกิดการดึงรั้งของสายโดยยึดสายสวนปัสสาวะติดกับหน้าขาด้วย
๔. ไม่ควรนั่งทับสายสวนปัสสาวะ หรือนั่งทับถุงรองรับน้ำปัสสาวะดูแลสายสวนปัสสาวะไม่ให้เกิดการอุดตันโดยการคลึงบริเวณสายสวนปัสสาวะและหมั่นสังเกตว่าปัสสาวะไหลลงถุงรองรับน้ำปัสสาวะได้สะดวก
๕. เทปัสสาวะออกจากถุงวันละ ๒-๓ ครั้ง หรือ อย่างน้อยทุก ๘ ชั่วโมง
๖. ดื่มน้ำให้เพียงพอับความต้องการของร่างกาย อย่างน้อยวันละ ๘- ๑๒ แก้ว หรือปริมาณน้ำตามคำแนะนำของแพทย์ พยาบาลและควรมีการเปลี่ยนอริยาบถเสมอ เพื่อป้องกันการตกตะกอนของปัสสาวะ
๗. ทำความสะอาดบริเวณอวัยวะสืบพันธุ์และรูเปิดของท่อปัสสาวะทุกวัน วันละ ๒ ครั้ง เช้า-เย็น ด้วยสบู่และน้ำสะอาดขยับสายปัสสาวะหมุนไปมาเล็กน้อยเพื่อให้สายสวนไม่อุดตัน
๘. สามารถอาบน้ำทำความสะอาดได้ตามปกติและไม่ควรโรยแป้งบริเวณอวัยวะสืบพันธุ์
๙. บันทึกจำนวนปัสสาวะในแต่ละวันเพื่อดูปริมาณของปัสสาวะและสังเกตหากมีอาการผิดปกติ เช่น ปัสสาวะแดง มีหนอง ชุ่น เป็นตะกอน ปวดท้องปัสสาวะมีกลิ่นเหม็นปวดแสบปวดร้อนบริเวณท่อปัสสาวะ หนาวสั่น มีไข้ควรรีบปรึกษาแพทย์
๑๐. ควรเปลี่ยนสายปัสสาวะทุก ๔ สัปดาห์หรือเร็วกว่านี้ในรายที่มีการอุดตันหรือเกิดความผิดปกติ โดยไปพบแพทย์เมื่อมีอาการผิดปกติดังกล่าว

การดูแลผู้ป่วยและป้องกันการเกิดแผลกดทับ (Bed sore)

ลักษณะของแผลกดทับ

ระดับที่ ๑ ผิวหนังไม่มีการฉีกขาด แต่เป็นรอยแดง บริเวณรอยแดงไม่จางหายภายใน ๓๐ นาที

ระดับที่ ๒ ผิวหนังส่วนบนหลุดลอกฉีกขาดเป็นแผลตื้นๆ มีรอยแดงบริเวณเนื้อเยื่อรอบๆ มีอาการปวด บวม แดง ร้อน มีสารคัดหลั่งจากแผลปริมาณเล็กน้อยหรือปานกลาง

ระดับที่ ๓ มีการทำลายผิวหนังถึงชั้นไขมัน มีรอยแผลลึกเป็นหลุมโพรง มีสารคัดหลั่งออกมาจากแผลมาก มีกลิ่นเหม็น

ระดับที่ ๔ มีการทำลายถึงเส้นเอ็น กล้ามเนื้อ กระดูก แผลเป็นโพรงมีสารคัดหลั่งออกมาจากแผลมากมีกลิ่นเหม็น

ขั้นตอนการทำความสะอาดแผลกดทับ

๑. ล้างมือให้สะอาดด้วยสบู่

๒. แกะแผลและประเมินแผล

๓. ล้างมือให้สะอาดด้วยน้ำสบู่

๔. คีบสำลีปราศจากเชื้อใส่ในถ้วยที่ตม แล้วเทน้ำเกลือลงไปคีบสำลีที่ชุบน้ำเกลือหมาดๆ เช็ดหนอง น้ำเหลืองออกจนสะอาด

๕. เช็ดผิวหนังรอบๆ แผลด้วยสำลีชุบแอลกอฮอล์ ๗๐% วนจากทางด้านในออกทางด้านนอกกว้าง ประมาณ ๒ นิ้ว

๖. แผลที่ทำความสะอาดด้วยน้ำเกลือเรียบร้อยแล้วนั้นใช้ผ้ากอซชุบน้ำบิดหมาดๆ ปิดแผลแล้วใช้ผ้ากอซแห้งปิดทับแล้วปิดพลาสติกให้เรียบร้อย

๗. สำลีและผ้ากอซที่ใช้แล้วให้ทิ้งในถุงพลาสติก ปิดปากถุงให้เรียบร้อยก่อนนำไปฝังหรือเผา

ข้อควรระวัง การเปลี่ยนผ้าปิดแผลที่ผู้ป่วยถ้ามีรอบศรพลาสติกติดแน่น ให้ใช้สำลีชุบโลชั่น หรือน้ำมันมะกอก เช็ดเพื่อให้ดึงออกง่ายเมื่อเปิดแผลให้สังเกตสีน้ำเหลืองหรือหนองที่ออกมา กลิ่นและลักษณะแผลว่าอยู่ในระดับไหน เช่น แผลแดง แผลเริ่มมีสีเหลืองๆ แผลมีเนื้อตาย สีดำคล้ำ สังเกตความกว้าง ความลึกของแผล

แผลกดทับระดับที่ ๓, ๔ ควรปรึกษาบุคลากรทางการแพทย์เพื่อพิจารณาเลือกวิธีการ การเลือกใช้วัสดุในการใส่แผลให้ถูกต้องเหมาะสมในการดูแลแผลแต่ละชนิด

การเคลื่อนย้าย

- การเคลื่อนย้ายผู้ป่วยควรใช้แรงยกไม่ควรใช้วิธีลากไม่ควรเคลื่อนย้ายตามลำพัง ถ้าผู้ป่วยช่วยเหลือตนเองไม่ได้
- ขณะเคลื่อนย้ายโดยใช้รถเข็น ควรสวมรองเท้าหุ้มส้นทุกครั้งและรัดสายรัดกันเท้าตก เพื่อป้องกันการเกิดอุบัติเหตุขณะเคลื่อนย้าย
- ผู้ป่วยที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ไม่ควรอยู่ในท่านั่งนานเกิน ๑ ชั่วโมง

ภาวะโภชนาการ

- ถ้าผู้ป่วยรับประทานอาหารได้น้อยหรือรับประทานอาหารไม่ได้เลยควรพิจารณาใส่สายยางให้อาหาร
- ควรเพิ่มอาหารประเภทโปรตีนเพื่อส่งเสริมการหายของแผล เช่น นม ไข่ เนื้อสัตว์ต่างๆ
- วิตามินซี เช่น ส้ม ผัก ผลไม้สด มีผลต่อการหายของแผล ช่วยเพิ่มภูมิคุ้มกันและป้องกันการทำลายเนื้อเยื่อ
- วิตามินเอ ได้แก่ นม ไข่ ผักคะน้า ผักใบเขียว เป็นต้น ช่วยให้แผลหายเร็วขึ้น สังกะสี เช่น หอยแมลงภู่ เมล็ดทานตะวัน ช่วยในการสังเคราะห์โปรตีนสร้างคอลลาเจน

แบบประเมินความพึงพอใจของผู้รับบริการเยี่ยมบ้าน

ตอนที่ ๑ ข้อมูลทั่วไปของผู้รับบริการ กรุณาใส่เครื่องหมาย✓ ลงใน ☐ หน้าคำตอบ

๑. เพศ ☐ ชาย ☐ หญิง

๒. อายุปี

๓. ระดับการศึกษาสูงสุด

☐ ไม่ได้รับการศึกษา

☐ ประถมศึกษา

☐ มัธยมศึกษา

☐ ปวส./ปวท./อนุปริญญา

☐ ปริญญาตรี

☐ ปริญญาโทหรือสูงกว่า

๔. ประเภทผู้รับบริการตามสิทธิการรักษา

☐ บัตรทองทั่วไป

☐ บัตรผู้พิการ

☐ บัตรผู้สูงอายุ

☐ ประกันสังคม

☐ ข้าราชการ/เจ้าหน้าที่ของรัฐ

☐ อื่นๆ (ระบุ).....

๕. หน่วยงานให้บริการเยี่ยมบ้าน

☐ รพ.เมืองพัทยา

☐ 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) ให้บริการเท่าเทียมกันทุกราย โดยไม่เลือกปฏิบัติ					
๑๐) มีสื่อ/ช่องทางติดต่อเจ้าหน้าที่ได้สะดวกรวดเร็ว					

ประเด็นความพึงพอใจ	ระดับความคิดเห็น				
	พึงพอใจมากที่สุด (๕)	พึงพอใจมาก (๔)	พึงพอใจปานกลาง (๓)	พึงพอใจน้อย (๒)	พึงพอใจน้อยที่สุด (๑)
๒.ด้านเจ้าหน้าที่/บุคลากรผู้ให้บริการ (ต่อ)					
๑๑) ได้รับความสะดวกในการยื่นอุปกรณ์การแพทย์ไปใช้ที่บ้าน					
๓. ด้านคุณภาพการให้บริการ					
๑๒) ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถปฏิบัติเพื่อดูแลตัวเองได้					
๑๓) มีความรู้สึกมั่นใจที่มีเจ้าหน้าที่คอยดูแลช่วยเหลือ/ให้คำปรึกษา					

ตอนที่ ๓ ข้อคิดเห็น/ข้อเสนอแนะอื่นๆ

.....

.....

.....

.....

.....

แบบประเมินความเครียดของผู้ป่วยเฝ้าบ้าน

ชื่อ-สกุลอายุ.....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. เป็นเรื่องกังวล เรื่องสารพิษหรือมลภาวะในอากาศ																				
๕. รู้สึกว่าต้องแข่งขัน หรือเปรียบเทียบ																				
๖. เงินไม่พอจ่าย																				
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 (Care giver's Strain Index)

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

ข้อคำถาม	/...../.....		/...../.....		/...../.....	
	ใช่	ไม่ใช่	ใช่	ไม่ใช่	ใช่	ไม่ใช่
๑.มีปัญหาเกี่ยวกับการถูกรบกวนเวลาพักผ่อน (เช่น ผู้ป่วยลุกเดินรอบๆห้องในตอนกลางคืน เป็นต้น)						
๒.มีความรู้สึกยุ่งยาก (เช่น ต้องให้ความช่วยเหลือตลอดเวลา และเป็นเวลานาน)						
๓.มีความเครียดทางด้านร่างกาย (เช่น ต้องยกผู้ป่วยจากเก้าอี้ ซึ่งต้องให้ความพยายาม และต้องใช้ความทุ่มเทมาก)						
๔.มีข้อจำกัดต่างๆ (เช่น ถูกจำกัดทางด้านเวลา ไม่มีเวลาเป็นส่วนตัว ไม่ได้ออกสังคมนอกบ้าน)						
๕.มีการเปลี่ยนแปลงทางด้านครอบครัว (เช่น การช่วยเหลือทำให้กิจกรรมที่ทำเป็นประจำแย่ลง คือ ไม่มีเวลาในการปฏิบัติ)						
๖.มีการเปลี่ยนแปลงในแผนการดำเนินชีวิต (เช่น ออกจากงานที่ทำ คือไม่สามารถทำได้เนื่องจากการดูแลผู้ป่วย)						
๗.มีภาระงานอื่นที่ต้องปฏิบัติ (เช่น จากสมาชิกในครอบครัวอื่นที่ต้องให้การดูแล)						
๘.มีการเปลี่ยนแปลงทางด้านอารมณ์ (เช่น มีการถกเถียงกับผู้ป่วยมากขึ้น)						
๙.มีพฤติกรรมบางอย่างที่ผิดปกติจากเดิม (เช่น การกลืนปัสสาวะไม่ได้ มีปัญหาเกี่ยวกับความจำ)						
๑๐.ผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลงที่มากขึ้นจากเดิมที่เป็นอยู่ทำให้ต้องดูแลมากขึ้น						
๑๑.มีการเปลี่ยนแปลงด้านการทำงาน (เช่น ออกจากงานที่ทำ)						
๑๒.ปัญหาเกี่ยวกับค่าใช้จ่าย						
๑๓.มีความรู้สึกเหน็ดเหนื่อย อ่อนแรง (เช่น เป็นห่วงเกี่ยวกับผู้ป่วยการจัดการกับภาระงานนั้นๆ)						
คะแนนรวม						

**จากการประเมินที่ได้ ถ้ามีคะแนนที่ตอบ “ใช่” มากกว่าหรือเท่ากับ ๗ คะแนน ถือว่าผู้ดูแลมีภาวะเครียด



แบบบันทึกการเยี่ยมบ้าน

ชื่อ - สกุลผู้ป่วย อายุ ปี การวินิจฉัยโรค

วันที่เยี่ยม เวลา น. ครั้งที่เยี่ยม / 25

ทีมเยี่ยมบ้าน ☐ พยาบาล ☐ นักกายภาพบำบัด

☐ แพทย์ ☐ ผู้ช่วยเหลือคนไข้

การวางแผนก่อนเยี่ยมบ้าน (ข้อบ่งชี้ในการเยี่ยมบ้าน/ประวัติ/ข้อมูลการเจ็บป่วย)

สถานะที่พบขณะเยี่ยมบ้าน (องค์รวม : มิติด้านกาย จิตวิญญาณ ปัจจัยที่เกี่ยวข้องด้านสังคม เศรษฐกิจและสภาพแวดล้อม)

สัญญาณชีพ Temp C 1.PR /min RR /min BP / mmHg

2.PR /min RR /min BP / mmHg

น้ำหนัก Kgs ส่วนสูง Cms ดัชนีมวลกาย เส้นรอบเอว Cms

DTX mg% ☐ งดน้ำงดอาหาร ☐ หลังอาหาร ชั่วโมง O2 Sat %

ข้อมูลเยี่ยมบ้าน Visit ที่ 1 ประเมินตาม INHOMESS Checklist วันที่ออกเยี่ยม

I : การเคลื่อนไหว (Impairment / Immobility) การช่วยเหลือตนเอง () ช่วยเหลือตนเองได้ดี () ช่วยเหลือตนเองได้บางส่วน () ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ () พิการ กิจกรรมประจำวันพื้นฐาน (Activity of day living) () ทำได้ () ทำไม่ได้ ระบุ..... กิจกรรมประจำวันที่ใช้เครื่องมือต่างๆ (Instrumental ADLs) () ทำได้ () ทำไม่ได้ ระบุ..... ผู้ป่วยติดเตียง (Bedbound) () ไม่ใช่ () ใช่ ผู้ป่วยติดบ้าน (Homebound) () ไม่ใช่ () ใช่ ปัญหาการทรงตัวหรือการเดิน (Balance / Gait problem) () ไม่ใช่ () ใช่ ปัญหาระบบประสาทสัมผัส (Sensory Impairment) () ไม่ใช่ () ใช่	O : สมาชิกคนอื่นในบ้าน (Other People) ความสัมพันธ์ของบุคคลในครอบครัว () รักใคร่กันดี () ทะเลาะและขัดแย้งกัน () อื่นๆ..... ความช่วยเหลือซึ่งกันและกันของบุคคลในครอบครัว () ช่วยเหลือกันเมื่อมีปัญหา () ไม่ช่วยเหลือกัน () อื่นๆ..... บุคคลที่มีอิทธิพลต่อการดูแลสุขภาพของผู้ป่วย คือ เกี่ยวข้องเป็น..... ความสัมพันธ์กับเพื่อนบ้าน () รักใคร่กันดี () ทะเลาะและขัดแย้งกัน () อื่นๆ..... ความช่วยเหลือของเพื่อนบ้าน () ช่วยเหลือกันเมื่อมีปัญหา () ไม่ช่วยเหลือกัน () อื่นๆ.....
N : ภาวะโภชนาการ / อาหาร (Nutrition) จำนวนมื้อ / วัน..... อาหารประจำวัน..... ลักษณะอาหารที่รับประทาน () อาหารธรรมดา () อาหารอ่อน () อาหารเหลว () อาหารทางการแพทย์..... นิสัยในการกิน () รับประทาน () มักรับ () เหมียว () อื่นๆ..... เหนื่อยเมื่อกิน () เหนื่อย () ไม่เหนื่อย คุณภาพอาหาร () ปรุงสุกที่บ้าน () ซื้อสำเร็จรูป () อาหารแช่แข็ง อื่นๆ..... วิธีการรับประทานอาหาร () รับประทานเอง () ถูกป้อน () ให้ทางสายยาง ลักษณะรูปร่างทั่วไป () ผอม () เฉลียว () หนา () อ้วนมาก การดื่มสุรา / เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ () ไม่ดื่ม () ดื่มปริมาณต่อวัน..... ช่วงเวลา..... บุหรี่ / ยาสูบ / ยาเสพติด () สูบ () ไม่สูบ ปรึกษา..... อารมณ์ / อาหาร.....	M : Medication (ยาที่ผู้ป่วยใช้) ยาที่กินประจำ (รักษาโรคประจำตัว) () ไม่มี () มียา/ขนาดที่กิน..... การบริหารยา () จัดยาด้วยตัวเอง () จัดหาโดยผู้ดูแล ความรู้เรื่องยา () เข้าใจ () ไม่เข้าใจ ระบุ..... วิธีการรับประทานยา () รับประทานอย่างถูกต้อง (ดูชื่อ, ขนาด, เวลา) () รับประทานยาไม่ถูกต้อง..... ปัญหาในการให้ยา () ไม่มีปัญหา () มีปัญหา..... อาหารเสริม.....
H : สภาพบ้าน (Home Environment) ภายในตัวบ้านและอาณาบริเวณบ้าน () สะอาด () ไม่สะอาด..... () เป็นระเบียบ () ไม่เป็นระเบียบ..... แสงสว่าง / อากาศถ่ายเทในบ้าน () เพียงพอ () ไม่เพียงพอ..... () อากาศถ่ายเทสะดวก () อากาศไม่ถ่ายเท..... ความปลอดภัยในบ้าน () ปลอดภัย () ไม่ปลอดภัย..... สภาพแวดล้อมรอบๆ บ้าน () ขึ้นอยู่กับน้ำข้างเป็นหย่อมๆ () ลัดหลังติดบ้าน / รอบบ้าน ระบุชนิดสัตว์..... () เข้าใจเรื่องอันตราย () มีเพื่อนบ้านอาศัยอยู่รอบๆ บ้านอย่างน้อย 1 หลัง () อื่นๆ.....	E : การตรวจร่างกาย (Examination) T : °C PR : ครั้ง/นาที RR : ครั้ง/นาที BP : มม. Hg น้ำหนัก..... kgs สูง..... cms. รอยแผล..... cms BMI..... DIX..... mmHg การตรวจร่างกาย.....

S : ความปลอดภัย (Safety) อะไร, ประเด็นอะไรที่ต้องเฝ้าระวังให้กับผู้ป่วย ระบุความเสี่ยง คลินิกทั่วไป env.	S : แหล่งบริการสุขภาพใกล้บ้าน การปฏิบัติตัวเมื่อป่วย (Service) เมื่อเจ็บป่วยไปรับบริการที่ใด () โรงพยาบาลรัฐ () โรงพยาบาลเอกชน () คลินิกเอกชน () สถานิอนามัย () ร้านยา () อื่นๆ
S : สุขภาวะทางจิตวิญญาณ (Spiritual Health) ความเชื่อต่อการเจ็บป่วย () เป็นเรื่องของเวรกรรม () ถูกผีสิง / ลงโทษ () เป็นเพราะกรรมพันธุ์ () อื่นๆ ทัศนคติต่อการรักษา () หมอเน้นบัต / หมอผี () ยาสมุนไพรพื้นบ้าน () แพทย์แผนปัจจุบัน () อื่นๆ สิ่งที่ผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัวให้ความเคารพ นับถือ.....	

แบบติดตามเยี่ยมมารดา ทารกหลังคลอดที่เยี่ยมบ้าน โรงพยาบาลเมืองพัทยา

ชื่อมารดา นามสกุล อายุ ปี GPA อายุครรภ์ สัปดาห์
 วิถีคลอด ลิขิการักษา ทานนมแม่ครบ ๖ เดือน ☐ ครบ ☐ ไม่ครบ

๗ วัน เยี่ยมครั้งที่ ๑ วันที่	๑๔ วัน เยี่ยมครั้งที่ ๒ วันที่	๒๑ วัน เยี่ยมครั้งที่ ๓ วันที่
สภาพแวดล้อม ☐ สะอาดเหมาะสม ☐ ไม่สะอาด	สภาพแวดล้อม ☐ สะอาดเหมาะสม ☐ ไม่สะอาด	สภาพแวดล้อม ☐ สะอาดเหมาะสม ☐ ไม่สะอาด
สุขภาพของแม่ ☐ ดี ☐ ปวดแผล ☐ ปกติ	สุขภาพของแม่ ☐ ดี ☐ ปวดแผล ☐ ปกติ	สุขภาพของแม่ ☐ ดี ☐ ปวดแผล ☐ ปกติ
ตรวจหลังคลอด ☐ ตรวจวันที่ ☐ ยังไม่ตรวจ	ตรวจหลังคลอด ☐ ตรวจวันที่ ☐ ยังไม่ตรวจ	ตรวจหลังคลอด ☐ ตรวจวันที่ ☐ ยังไม่ตรวจ
BP/..... น้ำตาลปลา	BP/..... น้ำตาลปลา	BP/..... น้ำตาลปลา
การวางแผนครอบครัว	วางแผนครอบครัว	การวางแผนครอบครัว
สุขภาพทารก น้ำหนักKg ☐ ปกติ ☐ ตัวเหลือง ☐ มีไข้ ☐ ตาและ	สุขภาพทารก น้ำหนักKg ☐ ปกติ ☐ ตัวเหลือง ☐ มีไข้ ☐ ตาและ	สุขภาพทารก น้ำหนักKg ☐ ปกติ ☐ ตัวเหลือง ☐ มีไข้ ☐ ตาและ
การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ☐ นานไม่หลับ ☐ ให้น้อย ☐ หัวนมแตก ☐ เจ็บหัวนม ☐ ปกติ	การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ☐ นานไม่หลับ ☐ ให้น้อย ☐ หัวนมแตก ☐ เจ็บหัวนม ☐ ปกติ	การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ☐ นานไม่หลับ ☐ ให้น้อย ☐ หัวนมแตก ☐ เจ็บหัวนม ☐ ปกติ
ลูกกินนมแม่ ☐ นมแม่+นมผสม ☐ นมผสม	ลูกกินนมแม่ ☐ นมแม่+นมผสม ☐ นมผสม	ลูกกินนมแม่ ☐ นมแม่+นมผสม ☐ นมผสม
อาหารมารดา ☐ อาหารเฉพาะอย่าง เช่น	อาหารมารดา ☐ อาหารเฉพาะอย่าง เช่น	อาหารมารดา ☐ อาหารเฉพาะอย่าง เช่น
การทานยาของมารดา ☐ ครบถูกต้อง ☐ ไม่ครบ ☐ ไม่ถูกต้อง	การทานยาของมารดา ☐ ครบถูกต้อง ☐ ไม่ครบ ☐ ไม่ถูกต้อง	การทานยาของมารดา ☐ ครบถูกต้อง ☐ ไม่ครบ ☐ ไม่ถูกต้อง
ข้อมูลมารดาหลังคลอด..... เบอร์ติดต่อ	ข้อมูลมารดาหลังคลอด..... เบอร์ติดต่อ	ข้อมูลมารดาหลังคลอด..... เบอร์ติดต่อ

ผู้ติดตามเยี่ยม

แบบฟอร์ม ยืม/คืน วัสดุ อุปกรณ์ ฝ่ายบริการสาธารณสุข (เยี่ยมบ้าน)

วันที่ เดือน พ.ศ.

ข้าพเจ้าขอ ยืม วัสดุ อุปกรณ์ ตามรายการและจำนวนต่อไปนี้

ลำดับ ที่	รายการ	จำนวน/ หน่วย	วัน/เดือน/ปี ที่รับของ	คุณลักษณะอุปกรณ์ ที่ยืม (ณ วันที่รับของ)	วัน/เดือน/ปี ที่คืนของ	คุณลักษณะอุปกรณ์ ที่คืน (ณ วันที่คืนของ)

ลงชื่อ..... ผู้ขอยืม

(.....)

เบอร์โทรติดต่อ.....

ลงชื่อ..... ผู้อนุมัติยืม (เจ้าหน้าที่)

(.....)

บัดนี้ ข้าพเจ้าได้คืนวัสดุ อุปกรณ์ แก่ฝ่ายบริการสาธารณสุข (หน่วยเยี่ยมบ้าน) เป็นที่เรียบร้อยแล้ว
ตามจำนวนและคุณลักษณะตามรายละเอียดข้างต้น

ลงชื่อ..... ผู้คืน

(.....)

เบอร์โทรติดต่อ.....

วัน/เดือน/ปี.....

ลงชื่อ..... ผู้รับคืน (เจ้าหน้าที่)

(.....)



ชื่อ-สกุล.....อายุ.....ปี

แบบประเมินผู้สูงอายุตามกลุ่มศักยภาพ ตามความสามารถในกิจวัตรประจำวัน (Barthel Activities of Daily Living :ADL)

ความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน	วันที่	วันที่	วันที่
๑. Feeding (รับประทานอาหารเมื่อเตรียมสำหรับไว้ให้เรียบร้อยต่อหน้า) ๐ ไม่สามารถดื่อกอาหารเข้าปากได้ ต้องมีคนป้อนให้ ๑ ดื่อกอาหารเองได้แต่ต้องมีคนช่วย เช่น ช่วยใช้ช้อนตักเตรียมไว้ให้หรือตัดเป็นชิ้นเล็กๆ ๒ ดื่อกอาหารและช่วยตัวเองได้ปกติ			
๒. Grooming (ล้างหน้า ทวีผม แปรงฟัน ในระยะเวลา ๒๔-๒๘ ชั่วโมงที่ผ่านมา) ๐ ต้องการความช่วยเหลือ ๑ ทำเองได้ (รวมทั้งที่ทำได้เองถ้าเตรียมอุปกรณ์ไว้ให้)			
๓. Transfer (ลุกนั่งจากที่นอน หรือจากเตียงไปยังเก้าอี้) ๐ ไม่สามารถนั่งได้ (ลุกนั่งแล้วจะล้มเสมอ) หรือต้องใช้คน ๒ คนช่วยกันยกขึ้น ๑ ต้องใช้คนแข็งแรงหรือมีทักษะ ๑ คน/ใช้คนทั่วไป ๒ คนพยุงดันขึ้นมาจึงจะนั่งอยู่ได้ ๒ ต้องการความช่วยเหลือบ้าง เช่น ช่วยพยุงเล็กน้อย/ ต้องมีคนดูแลเพื่อความปลอดภัย ๓ ทำเองได้			
๔. Toilet use (ใช้ห้องน้ำ) ๐ ช่วยตัวเองไม่ได้ ๑ ทำเองได้บ้าง ต้องการความช่วยเหลือในบางสิ่ง ๒ ช่วยเหลือตัวเองได้ดี			
๕. Mobility (การเคลื่อนที่ภายในห้องหรือบ้าน) ๐ เคลื่อนที่ไปไหนไม่ได้ ๑ ต้องใช้รถเข็นช่วยตัวเองให้เคลื่อนที่ได้เอง(ไม่ต้องมีคนเข็นให้) เข้าออกมุมห้องหรือประตูได้ ๒ เดินหรือเคลื่อนที่โดยมีคนช่วย เช่น พยุง ๓ เดินหรือเคลื่อนที่ได้เอง			
๖. Dressing (การสวมใส่เสื้อผ้า) ๐ ต้องมีคนสวมใส่ให้ ช่วยตัวเองแทบไม่ได้หรือได้น้อย ๑ ช่วยตัวเองได้ประมาณร้อยละ ๕๐ ที่เหลือต้องมีคนช่วย ๒ ช่วยตัวเองได้ดี (รวมทั้งการติดกระดุม รูดซิป หรือใช้เสื้อผ้าที่ดัดแปลงให้เหมาะสมก็ได้)			
๗. Stairs (การขึ้นลงบันได ๑ ชั้น) ๐ ไม่สามารถทำได้ ๑ ต้องการความช่วยเหลือ ๒ ขึ้นลงได้เอง(ถ้าต้องใช้เครื่องช่วยเดิน เช่น Walker จะต้องเอาขึ้นลงได้ด้วย)			
๘. Bathing (การอาบน้ำ) ๐ ต้องมีคนช่วยทำให ๑ อาบน้ำเองได้			
๙. Bowels (การกลั่นถ่ายอุจจาระในระยะเวลา ๑ สัปดาห์ที่ผ่านมา) ๐ กลั่นไม่ได้ หรือต้องการการสวนอุจจาระอยู่เสมอ ๑ กลั่นไม่ได้บางครั้ง (เป็นน้อยกว่า ๑ ครั้งต่อสัปดาห์) ๒ กลั่นได้ปกติ			
๑๐. Bladder (การกลั่นปัสสาวะในระยะเวลา ๑ สัปดาห์ที่ผ่านมา) ๐ กลั่นไม่ได้ หรือใส่สายสวนปัสสาวะแต่ไม่สามารถดูแลเองได้ ๑ กลั่นไม่ได้บางครั้ง (เป็นน้อยกว่า ๑ ครั้ง) ๒ กลั่นได้ปกติ			
รวมคะแนน			

ผลการประเมิน

คะแนนรวม ADL ๒๐ คะแนน	แปลผล
๐ - ๔ คะแนน	ภาวะพึ่งพาโดยสมบูรณ์ : very low initial score, total dependence
๕ - ๘ คะแนน	ภาวะพึ่งพารุนแรง : low initial score, severe dependence
๙ - ๑๑ คะแนน	ภาวะพึ่งพาปานกลาง : intermediate initial score, moderately severs dependence
๑๒ - ๒๐ คะแนน	ไม่เป็นการพึ่งพา : intermediate high, mildly severs dependence, consideration of discharging home

Barthel Activities of Daily Living : ADL () เพิ่มขึ้น () ลดลง () เท่าเดิม