



ทีมหมอ ครอบครัว

ประชาชนอุ่นใจ มีญาติทั่วไทยเป็นทีมหมอรอบครัว



สำนักบริหารการสาธารณสุข
สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

ทีมหมอครอบครัว (Family Care Team)



ประชาชนอุ่นใจ มีญาติทั่วไทยเป็นทีมหมอครอบครัว



ประชาชนอุ่นใจ มีญาติทั่วไทยเป็นทีมหมอบริการ

ทีมหมอบริการ (Family Care Team)

ISBN : 978-616-11-2363-5

จัดทำโดย : สำนักบริหารการสาธารณสุข
สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

ปีที่พิมพ์ : 2557

จำนวนพิมพ์ : 3,000 เล่ม

พิมพ์ที่ : โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด

สารบัญ

คำนิยามรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข (ศ.นพ.รัชตะ รัชตะนาวิน)	6
คำนิยามรัฐมนตรีช่วยว่าการกระทรวงสาธารณสุข (นพ.สมศักดิ์ ชุณหรัศม์)	8
คำนิยามปลัดกระทรวงสาธารณสุข (นพ.ณรงค์ สหเมธาพัฒน์)	10
บทที่ 1 ภาพรวมนโยบายของทีมหมอบอกครัว	13
• ความหมาย	16
• องค์ประกอบทีมหมอบอกครัว	17
• แนวทางการสร้างทีมหมอบอกครัว	19
บทที่ 2 แก่นแท้ คุณลักษณะ และบทบาทของทีมหมอบอกครัว	23
• แก่นแท้ทีมหมอบอกครัว	24
• คุณลักษณะและบทบาททีมหมอบอกครัว	26
• กลไกการสร้างและบูรณาการทีมหมอบอกครัว	29

สารบัญ

บทที่ 3 บทบาททีมสหวิชาชีพในบริการปฐมภูมิและทีมหมอครอบครัว	32
บทที่ 4 บทบาทอาสาสมัคร องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น	55
• บทบาทอาสาสมัครสาธารณสุขในทีมหมอครอบครัว	56
• บทบาทองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) กับการสนับสนุนทีมหมอครอบครัว	57
• บทบาททีมหมอครอบครัวในการสร้างความร่วมมือกับภาคีที่เกี่ยวข้อง	58
บทที่ 5 กรณีศึกษา	58
• กรณีศึกษาที่ 1 บ้านใหม่ที่มีแสงสว่างของสายรุ้ง	59
• กรณีศึกษาที่ 2 ใครคือ Care give ตัวจริง	60
• กรณีศึกษาที่ 3 ผลกระทบจากสถานการณ์ไม่สงบ จากสามจังหวัดชายแดนภาคใต้	63
• กรณีศึกษาที่ 4 ทีมโอบอุ้ม	73
• กรณีศึกษาที่ 5 รูปแบบการดูแลระยะยาว (Long term care) อำเภอลำสนธิ	78
บทที่ 6 บทส่งท้าย	58
ประชาชนจะได้อะไรจากทีมหมอครอบครัว	97
บรรณานุกรม	102
รายนามคณะทำงานจัดทำคู่มือทีมหมอครอบครัว	103



ประธานผู้เฒ่า มีญาติพี่น้องเป็นหมอครอบครัว

คำนิยามรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข

(ศ.บพ.รัชตะ รัชตะนาวัน)



รัฐบาลภายใต้การนำของ ฯพณฯ ท่านนายกรัฐมนตรี พลเอกประยุทธ์ จันทร์โอชา มีนโยบายเน้นหนักที่จะมุ่งเน้นประโยชน์ที่เกิดกับประชาชนอย่างเป็นรูปธรรมและมีความเสมอภาค โดยเน้นการพัฒนาบุคลากรสุขภาพให้มีศักยภาพ สามารถทำงานได้อย่างมีความสุข มีความภาคภูมิใจ ปฏิบัติงานอย่างมีเกียรติและศักดิ์ศรี ในการนี้ ในฐานะรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขมีความมุ่งมั่นที่จะนำนโยบายดังกล่าวไปสู่การปฏิบัติให้เป็นรูปธรรมและมีความยั่งยืน ดังนั้น จึงกำหนดให้กระทรวงสาธารณสุขจัดทำโครงการการดูแลและพัฒนาสุขภาพเป็นของขวัญปีใหม่ 2558 ให้กับประชาชนทุกกลุ่มวัย ทุกครัวเรือนทุกพื้นที่ทั่วประเทศ อาทิเช่น โครงการสร้างเสริมสุขภาวะสำหรับผู้สูงอายุและผู้ที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง รวมทั้งผู้ป่วยในระยะสุดท้ายของชีวิต โดยการคัดกรองจำแนกกลุ่มผู้สูงอายุตามภาวะพึ่งพิงและประเมินความจำเป็นด้านการสนับสนุนบริการและการจัดบริการด้านสุขภาพและสังคมโดยมีนักบริบาลสุขภาพ (Care giver) และผู้จัดการสุขภาพ (Case Manager) อย่างพอเพียง เพื่อช่วยดูแลผู้สูงอายุและผู้อยู่ในระยะพึ่งพิงดังกล่าวอย่างมีประสิทธิภาพ จากที่กล่าวมาจะเห็นได้ว่าความสามารถในการจัดบริการสุขภาพได้อย่างทั่วถึงถึงรายครัวเรือนเป็นสิ่งสำคัญอย่างยิ่ง ดังนั้น จึงมีความจำเป็นอย่างเร่งด่วนในการพัฒนาสร้างความเข้มแข็งให้แก่ระบบบริการปฐมภูมิ เพื่อจะทำให้ทุกคนทุกครอบครัวบนแผ่นดินไทยสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพที่มีคุณภาพ ประสิทธิภาพ ความครอบคลุม สามารถเข้าถึงได้อย่างเป็นธรรม โดยมีการจัดสรรและใช้ทรัพยากรสุขภาพร่วมกันอย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งจะก่อให้เกิดระบบสุขภาพที่สามารถตอบสนองปัญหาสุขภาพได้อย่างรวดเร็ว มีประสิทธิภาพ และมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน ดังนั้น ของขวัญปีใหม่นี้ที่สำคัญ คือ การส่งมอบ “ทีมหมอครอบครัว (Family Care Team)” เพื่อให้ไปบริการดูแลสุขภาพของประชาชนทุกครัวเรือนทั่วไทยทั้งในเขตเมืองและชนบท

โดยมีบุคลากรทางด้านสุขภาพในระดับต่างๆทำงานร่วมกันเป็นทีม ตั้งแต่ระดับชุมชน ตำบล อำเภอ และจังหวัด โดยจะมีบุคลากรทางสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) เป็นเจ้าของครอบครัว ทำหน้าที่ให้บริการสุขภาพ ให้คำปรึกษา ประสานการเยี่ยมให้บริการสุขภาพที่บ้านและประสานการส่งต่อไปยังโรงพยาบาล โดยมีแพทย์ที่โรงพยาบาลชุมชน (รพช.) หรือ โรงพยาบาลศูนย์ (รพศ.) โรงพยาบาลทั่วไป (รพท.) เป็นที่ปรึกษา ซึ่งจะมีทีมงานดูแลสุขภาพของ รพช. รพศ. และ รพท. เข้ามาร่วมกันทำงานเพื่อให้เกิดการบริการสุขภาพที่มีคุณภาพ รวมถึงทีมงานระดับชุมชน เช่น นักบริหารชุมชน อสม. อบต. เป็นต้น เข้ามาร่วมกันในการสร้างคุณภาพชีวิตให้แก่ผู้ป่วยและครอบครัว ซึ่งจะเห็นได้ว่าการทำงานแบบใหม่นี้ไม่ได้มุ่งเพียงเรื่องการพัฒนาคุณภาพการรักษาพยาบาลเท่านั้น แต่มุ่งส่งเสริมให้เกิดการดูแลสุขภาพให้ครอบคลุมในทุกมิติ แบบองค์รวม โดยความร่วมมือร่วมใจของทุกคนเพื่อการดูแลประชาชนในครอบครัวที่ตนเองรับผิดชอบ

ในนามของกระทรวงสาธารณสุข จึงหวังเป็นอย่างยิ่งว่า “ทีมหมอครอบครัว” จะเป็นของขวัญปีใหม่ขึ้นสำคัญที่จะสามารถสร้างความสุขให้แก่ประชาชน ที่จะมีทีมสุขภาพไปดูแลอย่างใกล้ชิด เสมือนเพื่อนหรือญาติสนิทของครอบครัว และสร้างความสุขและความภาคภูมิใจให้กับบุคลากรสุขภาพทุกคนที่จะร่วมกันดำเนินการเพื่อให้ประชาชนและครอบครัว เกิดความเชื่อมั่น ไว้วางใจ และศรัทธา ในการให้บริการของบุคลากรสุขภาพ รวมถึงเกิดความรัก ความสามัคคี และความไว้วางใจซึ่งกันและกันในการทำงานเป็นทีม แบบพี่กับน้อง ครูกับศิษย์ ของบุคลากรสุขภาพ ซึ่งกระผมหวังเป็นอย่างยิ่งว่าทุกคนบนผืนแผ่นดินไทยจะก้าวไปพร้อมกัน สร้างสรรค์ให้เกิดสังคมที่ไม่ทอดทิ้งกัน

โดยคู่มือเล่มนี้จะเป็นแนวทางในการทำงานของบุคลากรสุขภาพที่เกี่ยวข้องนำไปประยุกต์ใช้ให้เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ของตนเองต่อไป

ค่านิยมริ้วมนตรียช่วยว่าการกระทรวงสาธารณสุข (บพ.สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์)



ประเทศไทยได้มีการพัฒนาระบบบริการสุขภาพอย่างต่อเนื่องและยาวนาน โดยเฉพาะอย่างยิ่งการพัฒนาระบบบริการสุขภาพที่ใช้เทคโนโลยีทางการแพทย์ขั้นสูงในโรงพยาบาลขนาดใหญ่ เช่น โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน ซึ่งมีการรักษาพยาบาลที่มีประสิทธิภาพ แต่มีค่าใช้จ่ายที่ค่อนข้างสูง ไม่สามารถทำให้ชุมชนเข้าถึงบริการสุขภาพได้อย่างครอบคลุมและเป็นธรรม ระบบบริการสุขภาพที่สำคัญและจำเป็นซึ่งจะทำให้ประชาชนเข้าถึงบริการสุขภาพดังกล่าวข้างต้น เป็นระบบที่จะต้องสามารถให้บริการสุขภาพได้ครบถ้วนในทุกมิติ อันประกอบด้วย การรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และการฟื้นฟูสภาพ ตลอดจนการคุ้มครองผู้บริโภคนั้น ก็คือระบบบริการปฐมภูมิ ซึ่งมีความใกล้ชิดกับประชาชนและชุมชนมากที่สุด โดยมีโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) และศูนย์สุขภาพชุมชนเมือง(ศสม.) เป็นผู้รับผิดชอบจัดบริการสุขภาพ โดยมุ่งหวังที่จะให้ประชาชนและครอบครัวสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพได้อย่างสะดวก ได้รับการดูแลสุขภาพที่มีคุณภาพ มีความต่อเนื่องในลักษณะองค์รวม มีการบูรณาการและสร้างความเชื่อมโยงช่วยเหลือจากทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ ซึ่งในปัจจุบันมีรากฐานการทำงานในรูปแบบที่เรียกว่าระบบสุขภาพระดับอำเภอ (District Health System: DHS) ซึ่งมีเป้าหมายที่สำคัญร่วมกันอันหนึ่งคือการทำให้เกิดระบบบริการปฐมภูมิที่เข้มแข็ง

ปัจจัยความสำเร็จที่สำคัญอย่างยิ่งยวดของการทำให้เกิดระบบบริการปฐมภูมิที่มีการพัฒนาต่อยอดและเกิดความยั่งยืนภายใต้การดำเนินงานในรูปแบบของระบบสุขภาพระดับอำเภอก็คือการมี “ทีมหมอครอบครัว (Family Care Team)” ที่จะร่วมขับเคลื่อนบริการปฐมภูมิที่มีคุณภาพ มีประสิทธิภาพไปสู่ประชาชนทุกกลุ่มวัย ทุกครอบครัว และทุกชุมชน ด้วยความร่วมมือร่วมใจของทุกภาคส่วน และนับว่าเป็นการปฏิรูปการดูแลสุขภาพในรูปแบบใหม่ที่มีการต่อยอดเพิ่มเติมจากฐานการทำงานเดิมของระบบบริการสุขภาพของไทย โดยมีสุขภาพของคนในครอบครัวเป็นเป้าหมายและจุดศูนย์กลางในการทำงานร่วมกันแบบที่ระหว่างบุคลากรสุขภาพ วิชาชีพต่างๆ ที่ปฏิบัติงานอยู่ในระดับต่างๆ แบบบูรณาการ และรวมไปถึงการประสานการทำงานกับทุกภาคส่วนนอกภาคสาธารณสุขซึ่งจะนำมาสู่การทำให้ประชาชนและครอบครัวมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น จึงหวังเป็นอย่างยิ่งว่านโยบายทีมหมอครอบครัวจะเป็นของขวัญปีใหม่ชิ้นสำคัญให้กับประชาชนและครอบครัวที่จะได้รับการดูแลสุขภาพที่มีคุณภาพมากยิ่งขึ้น มีความมั่นใจ เชื่อใจ ไว้วางใจ ทีมบุคลากรสุขภาพ เสมือนหนึ่งเป็นเพื่อนสนิทหรือญาติของครอบครัว เชื่อมั่นว่าคู่มือฉบับนี้จะเป็นแนวทางเบื้องต้นให้กับผู้เกี่ยวข้องได้นำไปประยุกต์ใช้เพื่อการพัฒนาบริการปฐมภูมิภายใต้รูปแบบการทำงานของระบบสุขภาพระดับอำเภอที่สามารถตอบสนองปัญหาสุขภาพของทุกครอบครัวในพื้นที่ของท่านให้เข้มแข็งและมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่องยั่งยืนตลอดไป

คำนิยมปลดกระทรวงสาธารณสุข (นพ.ณรงค์ สหเมธาพัฒน์)



ตลอดระยะเวลาเกือบ 2 ปีที่ผ่านมากระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดวิสัยทัศน์ต้องการให้ประชาชนไทยทุกคนมีอายุยืนเกินกว่า 80 ปี โดยมีสุขภาพร่างกายที่แข็งแรง ดังนั้นกระทรวงสาธารณสุขจึงให้ความสำคัญในการที่จะบูรณาการงานของกรม กอง ต่างๆ ให้เป็นไปในทิศทางเดียวกัน เพื่อลดความสับสนของผู้ปฏิบัติงานในพื้นที่ และลดความซ้ำซ้อนในการปฏิบัติ โดยที่กระทรวงได้มีการจัดตั้งคณะกรรมการบูรณาการงานทั้งสิ้น 15 คณะ ประกอบด้วย ประเด็นบูรณาการ 5 กลุ่มวัย 5 ระบบบริการสุขภาพ และ 5 ประเด็นสุขภาพที่สำคัญ ซึ่งในส่วนของการบูรณาการระบบบริการสุขภาพนั้น ระบบบริการปฐมภูมิเป็นหนึ่งในระบบที่กระทรวงสาธารณสุขให้ความสำคัญ โดยมีการจัดทำมาตรการหลักที่สำคัญในการขับเคลื่อนงาน 3 มาตรการ ประกอบด้วย มาตรการจัดบริการสุขภาพตามกลุ่มวัย มาตรการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ ลดความแออัด เพิ่มการเข้าถึง และการพัฒนาศักยภาพของระบบสุขภาพระดับอำเภอ (District Health System) ซึ่งสอดคล้องกับนโยบายรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข และรัฐมนตรีช่วยว่าการกระทรวงสาธารณสุข ในการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ โดยเห็นพ้องต้องกันว่าบุคลากรสุขภาพที่ปฏิบัติงานหน้าที่จะในการให้บริการสุขภาพจะต้องได้รับการพัฒนาวิธีในการทำงานในรูปแบบของ “ทีมหมอครอบครัว (Family Care Team)” เพื่อที่จะสามารถให้การดูแลสุขภาพแก่ประชาชนในทุกครอบครัว ทุกกลุ่มวัย ทั้งในสถานบริการ ที่บ้าน โดยสามารถตอบสนองต่อความจำเป็นด้านสุขภาพของประชาชนและครอบครัวตลอดเวลา โดยการสนับสนุนของแพทย์ในหน่วยบริการที่มีศักยภาพที่สูงขึ้น เช่น โรงพยาบาลชุมชน เป็นต้น และเป็นไปตามมาตรการหลักในการทำงานแบบบูรณาการของระบบบริการปฐมภูมิ รวมถึง

การสร้างความรัก ความเชื่อถือ ความไว้วางใจ ซึ่งกันและกันระหว่างครอบครัวและ
ทีมสุขภาพ ประจวบเป็นเพื่อนหรือญาติของประชาชนทุกคนในครอบครัว

จึงหวังว่า **“ทีมหมอครอบครัว (Family Care Team)”** จะเป็นของขวัญ
ปีใหม่อันสำคัญที่ก่อให้เกิดพลังในการขับเคลื่อนให้ประชาชนไทยทุกคนมีสุขภาพ
ดีตามวิสัยทัศน์ของกระทรวงต่อไป



ประชาชนอุ่นใจ มีญาติทั่วไทยเป็นทีมหมอกรอบครัว

บทที่ 1

ภาพรวมนโยบาย
ทีมหมอกรอบครัว
ร่วมกันสร้าง
“ทีมหมอกรอบครัว”

“...พัฒนา ‘ทีมหมอกครอบครัว (Family Care Team)’ ดูแลประชาชน
ทุกครัวเรือน โดยแบ่งหมู่บ้านให้บุคลากรสาธารณสุขแต่ละคนดูแล
ให้คำปรึกษา ดูแลถึงบ้าน ประสานงานส่งต่อโดยมีแพทย์เป็นที่ปรึกษา...”
ศ.นพ.รัชตะ รัชตะนาวิน, 20 ตุลาคม 2557

รู้และยอมรับกันทั่วโลกว่าการร่วมกันดูแลสุขภาพประชาชนเป็นทีม
สหสาขาวิชาชีพดีกว่าทุกอย่างต้องเริ่มต้นและจบลงที่แพทย์ โดยเฉพาะ
ประเทศไทยซึ่งมีอัตราส่วนแพทย์ต่อประชากรน้อยกว่าประเทศอังกฤษ
(ปี พ.ศ. 2553 ไทยมีอัตราส่วนแพทย์ต่อประชากร 1 : 2,893 ขณะที่
อังกฤษมี 1:357) รวมทั้งบุคลากรทางการแพทย์อื่นๆ ก็ยังน้อยกว่าด้วย
เราจึงไม่สามารถมีแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปหรือแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว
ทำหน้าที่เป็นแพทย์ประจำครอบครัวให้การดูแลประชาชนที่อาศัยอยู่รอบๆ
คลินิกได้แบบประเทศอังกฤษ แต่การมีแพทย์น้อยก็กลับเป็นข้อด้อยอย่างหนึ่ง
เพราะทำให้หน่วยบริการปฐมภูมิของไทยต้องเริ่มต้นจากบุคลากรสาธารณสุข
ที่ไม่ใช่แพทย์ทำงานในระดับตำบลพัฒนาเรื่อยมาจนมีแพทย์ในระดับอำเภอ
ไปสนับสนุนการทำงานและร่วมกันช่วยเหลือดูแลประชาชนเป็นทีม

ระบบสุขภาพที่ดีควรมุ่งดูแลสุขภาพตั้งแต่ยังไม่เจ็บป่วย แต่ถ้าเจ็บป่วย
ก็ควรมีคนช่วยดูแลให้คำปรึกษาแล้วส่งต่อถ้าจำเป็น แต่ถ้าไม่จำเป็นก็สามารถ
จัดการได้ใกล้บ้านไม่ต้องเดินทางไปไกล ถ้าจะให้ดีกว่านั้นคือเมื่อเจ็บป่วย
เรื้อรังเดินทางลำบากก็ควรมีคนมาดูแลที่บ้านแล้วคอยเป็นที่ปรึกษาช่วยเหลือ
ให้ความรู้คำแนะนำให้กับญาติหรือผู้ดูแล

ระบบสุขภาพของไทยสั่งสมประสบการณ์ทำงานเชิงรุกลงไปดูแลประชาชน
ในชนบทถึงชุมชนและครอบครัว สร้างรูปแบบการดูแลตั้งแต่เมื่อยังแข็งแรง
ดีไปจนถึงเวลาเกิดเจ็บป่วยเรื้อรังหรือถึงขั้นติดบ้านติดเตียงต้องการการดูแล
ที่บ้านเป็นส่วนใหญ่หรือทั้งหมดแทนที่จะต้องเคลื่อนย้ายผู้ป่วยมารับบริการ
ที่โรงพยาบาลทุกครั้ง

หลังจากประเทศไทยมีระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่เน้นการสร้างระบบบริการปฐมภูมิให้เข้มแข็งมานานกว่า13ปี ขณะนี้เรามาถึงจุดที่จะต้องสร้างความเข้มแข็งให้การทำงานของบุคลากรสาธารณสุขด้านหน้าให้สามารถทำงานได้อย่างมีคุณภาพและบูรณาการมากยิ่งขึ้นโดยเราสามารถรวมพลังทำงานร่วมกันเป็นทีมหลายระดับตั้งแต่ระดับปฐมภูมิไปจนถึงระดับตติยภูมิ ดูแลสุขภาพเชิงรุกสร้างความคุ้นเคยจนประชาชนทุกคนรอบครัวอุ่นใจว่ามีอะไรก็สามารถปรึกษาได้เมื่อเจ็บป่วยก็มาที่หน่วยบริการใกล้บ้าน หากจำเป็นก็จะถูกส่งต่อไปหน่วยบริการในระดับที่สูงขึ้นหรือเมื่อมีสมาชิกในครอบครัวเจ็บป่วยถึงขั้นติดบ้านหรือติดเตียงก็มีทีมมาคอยดูแลที่บ้านและไม่จำกัดแค่เรื่องสุขภาพเท่านั้นแต่ยังระดมภาคส่วนอื่นๆ มาช่วยดูแลด้วย เช่นการทำกายภาพบำบัด การปรับสภาพบ้านหรือช่วยเหลือเรื่องรายได้และการเดินทางยามจำเป็น

ในช่วงเวลาแห่งการปฏิรูปที่ทุกฝ่ายต่างมีความหวังพร้อมรวมพลังสร้างสิ่งที่ดีกว่าให้ส่วนรวมเป็นโอกาสที่พวกเราชาวสาธารณสุขจะมาร่วมกันสร้าง **“ทีมหมอครอบครัว”** ให้กับทุกครอบครัวทั่วไทยต่อยอดจากความคิดริเริ่มดีๆ ที่ได้พัฒนาต่อเนื่องมาตามลำดับ

ขอขอบคุณทุกฝ่ายที่ร่วมกันรวบรวมเรื่องราวดีที่เป็นปัญหาปฏิบัติสะสมเพิ่มพูนจากคนทำงานจริงในพื้นที่ ขอขอบคุณนักวิชาการที่ร่วมกันนำเสนอแนวทางการทำงานเพื่อกระตุ้นความคิดให้คนทำงานได้นำไปปรับใช้และสร้างรูปแบบการทำงานใหม่ๆ ที่สอดคล้องกับบริบทหมุนวนกลับมาเป็นตัวอย่างดีๆ ให้คนทำงานด้วยกัน ให้การสร้างทีมหมอครอบครัวมีพัฒนาการต่อเนื่องบนฐานการเรียนรู้จากการลงมือทำจริง

เชื่อมั่นว่า **“ทีมหมอครอบครัว”** ที่ทุกฝ่ายกำลังร่วมกันทำให้เป็นจริง จะสร้างความสัมพันธ์ใหม่ระหว่างประชาชนกับระบบสุขภาพให้ประชาชนและครอบครัวเกิดความมั่นใจร่วมสร้างสุขภาพอุ่นใจยามเจ็บป่วย ดูแลตัวเอง

ทั้งยามแข็งแรงหรือแม้ยามเจ็บป่วยโดยมี **“ทีมหมอครอบครัว”** เป็นกัลยาณมิตร นำไปสู่การใช้ทรัพยากรของทุกฝ่ายอย่างคุ้มค่าไม่เป็นภาระกับประชาชน เกิดประสิทธิภาพในระบบบริการและยังระดมกำลังจากภาคีเครือข่ายท้องถิ่น และชุมชนเข้าร่วมกันสร้างสุขภาพอย่างจริงจังต่อเนื่องและยั่งยืน

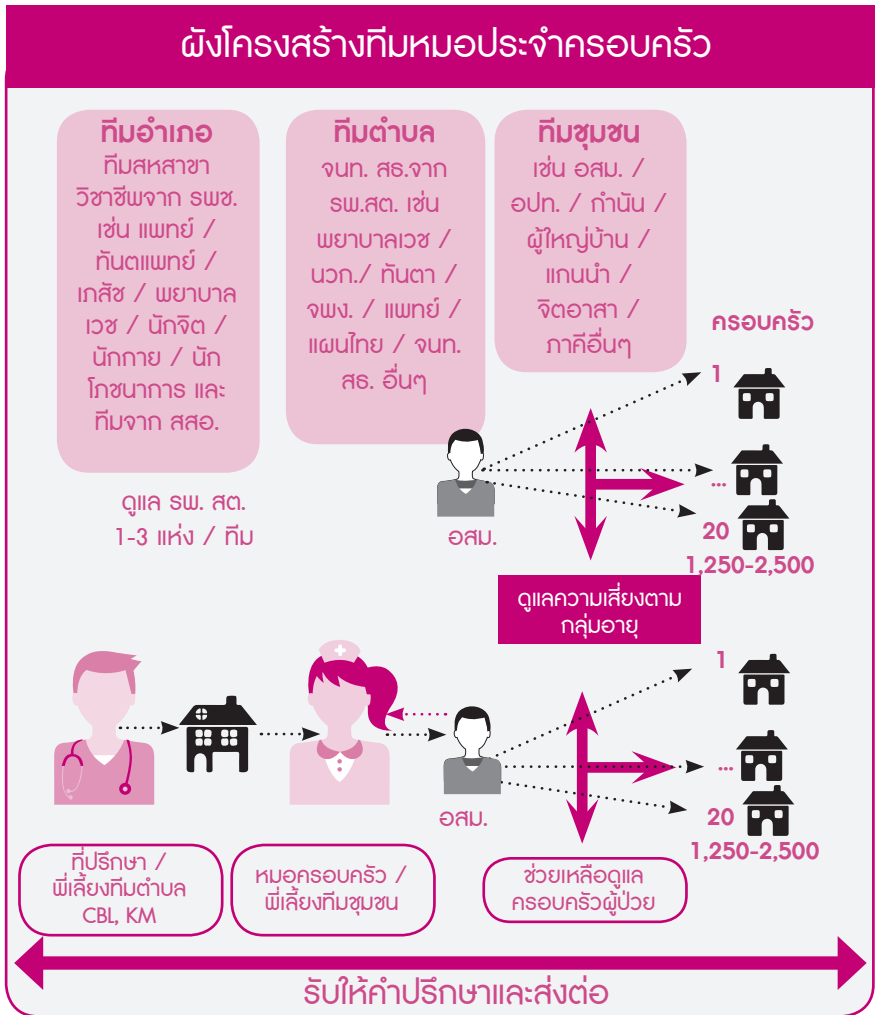
ความหมาย

ทีมหมอครอบครัว หมายถึง ทีมที่ประกอบด้วยสหวิชาชีพทั้งด้านการแพทย์และการสาธารณสุขทั้งในหน่วยบริการใกล้บ้านและในโรงพยาบาล รวมถึง อสม. อปท. ชุมชน ภาคประชาชน และผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลสุขภาพของประชาชน เพื่อดูแลปัญหาด้านกาย ครอบคลุมทั้งรักษา ส่งเสริม ป้องกัน และดูแลด้านจิตใจ สังคม บรรเทาทุกข์ พัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ครอบครัว ชุมชน อย่างใกล้ชิด เข้าถึง เข้าใจ

หมอครอบครัว หมายถึง บุคลากรสาธารณสุขที่สำเร็จการศึกษาระดับประกาศนียบัตรขึ้นไปปฏิบัติงานเกี่ยวข้องกับด้านสาธารณสุขในพื้นที่ที่รับผิดชอบของ รพ.สต. /ศสม./ท้องถิ่น และหน่วยบริการปฐมภูมิทุกสังกัด โดยรับผิดชอบประชากรประมาณ 1,250 - 2,500 คน/หมอครอบครัว ร่วมกับทีมหมอครอบครัวในโรงพยาบาล

แพทย์ที่ปรึกษา/แพทย์หัวหน้าทีม หมายถึง แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป/แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว/แพทย์เฉพาะทางหรือแพทย์ที่มีความสนใจในงานบริการระดับปฐมภูมิ

องค์ประกอบทีมหมอครอบครัว



ระดับอำเภอ ประกอบด้วย แพทย์และสหวิชาชีพ เช่น แพทย์เวชศาสตร์/
แพทย์เฉพาะทาง/ แพทย์ทั่วไป/ ทันตแพทย์/ เภสัชกร/ พยาบาลเวชปฏิบัติ/
พยาบาลวิชาชีพ/ นักกายภาพบำบัด/ นักสังคมสงเคราะห์/ นักสุขภาพจิต

ในรพ. และทีมจาก สสอ. มีหน้าที่เป็นที่ปรึกษา พี่เลี้ยงให้การสนับสนุน วิชาการ พัฒนาศักยภาพทางคลินิกทีมตำบล ชุมชน รวมถึงสนับสนุนทรัพยากร ทุกประเภทที่จำเป็น เพื่อให้เกิดระบบบริการสุขภาพที่ดีที่สุดกับครอบครัวใน เขตรับผิดชอบ ประสานงานส่งต่อและติดตามความ คืบหน้าของผู้ป่วยใน การไปรับบริการสุขภาพยังสถานบริการในทุกระดับ

ระดับตำบล ประกอบด้วย บุคลากรในหน่วยบริการปฐมภูมิ (รพ.สต./ ศูนย์แพทย์ชุมชน/ศูนย์สุขภาพชุมชนเมือง/ศูนย์บริการสาธารณสุขเทศบาล/ คลินิกชุมชนอบอุ่น) คือ พยาบาลวิชาชีพ พยาบาลเวชปฏิบัติ นักวิชาการ สาธารณสุข เจ้าหน้าที่งานสาธารณสุขชุมชน เจ้าหน้าที่บริหารงานสาธารณสุข ทันตภิบาล เจ้าหน้าที่สาธารณสุขอื่นๆ ซึ่งทำหน้าที่เป็นหมอครอบครัว ดูแล ปัญหาสุขภาพด้านการรักษาพยาบาล ประสานส่งต่อผู้ป่วยที่เกินขีด ความสามารถ ผสมผสานกับงานด้านการส่งเสริมสุขภาพ และป้องกันโรค ให้แก่ครอบครัว ชุมชน เชื่อมประสานกับ องค์กรท้องถิ่น ภาครัฐอื่นๆ เพื่อ ร่วมแก้ไขปัญหาด้านสังคม สิ่งแวดล้อม เศรษฐกิจ จัดทุกข์ เพิ่มสุข ก่อให้ เกิดการพัฒนาคุณภาพชีวิตให้กับครอบครัวและชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ เพิ่มพลังอำนาจใน การพึ่งพาตนเองของครอบครัว ชุมชน

ระดับชุมชน ประกอบด้วย ภาคประชาชนในพื้นที่นั้น เช่น อสม. อบท. กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน จิตอาสา นักบริหาร แกนนำครอบครัว มีหน้าที่ช่วยเหลือ ผู้ป่วยและครอบครัวในการดูแลตนเองหรือการให้การบริบาล ทำหน้าที่ประจักษ์ ญาติของผู้ป่วยและครอบครัว ช่วยประสานงานกับเจ้าหน้าที่ทางด้านการ แพทย์และสาธารณสุข ทั้งในยามที่ต้องไปรับการรักษาพยาบาลที่ รพ.สต. หรือที่โรงพยาบาลชุมชน อีกทั้งช่วยเหลือ ดูแลและจัดทุกข์ด้านสังคม สิ่งแวดล้อม เศรษฐกิจ เสริมสร้างคุณภาพชีวิตที่ดีของครอบครัว ชุมชน

แนวทางการสร้างทีมหมอบกรอบครัว

รูปแบบการจัดการทีมหมอบกรอบครัวในหน่วยบริการปฐมภูมิใกล้บ้านร่วมกับโรงพยาบาลในบริบทต่างๆ มีดังนี้

- **พื้นที่เขตชนบท(รพ.สต.):** บุคลากรสาธารณสุขใน รพ.สต. แบ่งพื้นที่ที่รับผิดชอบ โดยรับผิดชอบประชากรประมาณ 1,250 - 2,500 คน/หมอบกรอบครัว โดยเพิ่มการมีแพทย์ที่ปรึกษาหรือแพทย์หัวหน้าทีมจากโรงพยาบาลชุมชน เพื่อให้คำปรึกษาและรับส่งต่อและมีทีมหมอบกรอบครัวซึ่งเป็นทีมสหวิชาชีพจากโรงพยาบาลรวมทั้งมีทีมสุขภาพในชุมชน เช่น อสม., จิตอาสา, นักบริบาล, อปท., กำนัน ผู้ใหญ่บ้านและประชาชนคอยช่วยเหลือในการดูแลประชาชนในพื้นที่รับผิดชอบ
- **พื้นที่เขตเมือง (ศสม./ท้องถื่น/เอกชน/สังกัดอื่น):** ทุกชุมชนในเขตเทศบาลมีทีมหมอบกรอบครัว ซึ่งประกอบด้วย พยาบาล นักวิชาการ/เจ้าหน้าที่สาธารณสุข 2-3 คนต่อชุมชน โดยมีแพทย์ผู้รับผิดชอบ เป็นแพทย์ที่ปรึกษา (แพทย์ 1 คนต่อ 1 ศสม.) ร่วมกับทีมสหวิชาชีพ
- **พื้นที่เขตอำเภอเมืองนอกเขตเทศบาล:** ดำเนินการเหมือนพื้นที่เขตชนบท(รพ.สต.) โดยที่โรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป มอบหมายให้มีแพทย์ที่ปรึกษาและทีมสหวิชาชีพ ร่วมดูแล 1-3 รพ.สต.ต่อทีม หรือจัดหาแพทย์พร้อมกับสหวิชาชีพ ให้ปฏิบัติงานในเครือข่าย รพ.สต.ที่รวมกลุ่มในขนาดที่เหมาะสม

การจัดการระดับอำเภอ

1. กำหนดโครงสร้างทีมหมอครอบครัวทั้งในหน่วยบริการปฐมภูมิใกล้บ้าน และทีมในโรงพยาบาล ปรับและจัดตั้งทีมให้มีความเหมาะสมกับบริบทพื้นที่ และจำนวนทรัพยากรที่มีอยู่

2. บริหารจัดการในรูปแบบระบบสุขภาพระดับอำเภอ (District Health System: DHS) แบบมีส่วนร่วมระหว่างภาคสาธารณสุขและภาคอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง เชื่อมประสานแบ่งปันทรัพยากร เพื่อให้เกิดการดูแลและพัฒนา สุขภาพของประชาชนในอำเภอได้อย่างมีประสิทธิภาพ มีเป้าหมายร่วมกัน สนับสนุนการทำงานของหมอครอบครัว จะทำให้เกิดการทำงานที่มีประสิทธิภาพ มากยิ่งขึ้น

3. โรงพยาบาลชุมชน/ทีมงานระบบบริการปฐมภูมิ ในรพศ./รพท.เป็นฐานในการพัฒนาศักยภาพทีมหมอครอบครัวให้มีความสามารถเพิ่มขึ้น สอดคล้องกับบริบท โดยใช้กระบวนการ CBL/KM/PCA ในการพัฒนาสร้าง การเรียนรู้ตามบริบทของพื้นที่ และส่วนขาดที่ต้องเติมเต็มให้ตามกลุ่มผู้เรียน

4. สนับสนุนการใช้เครื่องมือและเทคโนโลยีในการสื่อสารของทีมหมอครอบครัว เพื่อให้เกิดการสื่อสารที่คล่องตัวภายในทีม และการสื่อสารเพื่อการดูแลผู้ป่วยและครอบครัวอย่างมีประสิทธิภาพ เช่น โทรศัพท์มือถือ (รวมค่าโทร) Smartphone การศึกษาผ่านไลน์หรือสไกป์ เป็นต้น

5. ส่งเสริมการสร้างขวัญกำลังใจ/แรงจูงใจเพื่อธำรงรักษาทีมหมอครอบครัวให้สามารถทำงานได้อย่างยั่งยืนและมีคุณค่าในรูปแบบต่างๆ เช่น ให้งบประมาณ พิจารณาความดีความชอบ ให้รางวัล เชิดชูเกียรติ เสริมคุณค่า เป็นต้น

การจัดการระดับจังหวัด

1. เป็นศูนย์กลางการเชื่อมประสานการพัฒนา Family Care Team โดยพัฒนาอำเภอต้นแบบให้เป็นแหล่งเรียนรู้ และเป็นฐานในการจัดกระบวนการเรียน CBL/KM/PCA รวมทั้งเป็นศูนย์กลางการจัดการการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างอำเภอ
2. พัฒนาระบบการจัดสรร และกระจายกำลังคน แก้ไขปัญหาให้พื้นที่ที่ขาดแคลนบุคลากรสายวิชาชีพ
3. สนับสนุนระบบการสร้างแรงจูงใจในการพัฒนาทีมหมอครอบครัวใช้เป็นเกณฑ์ในการ พิจารณาความดีความชอบทั้งเครือข่าย เชิดชูเสริมคุณค่าอย่างสมศักดิ์ศรี

การจัดการระดับเขต

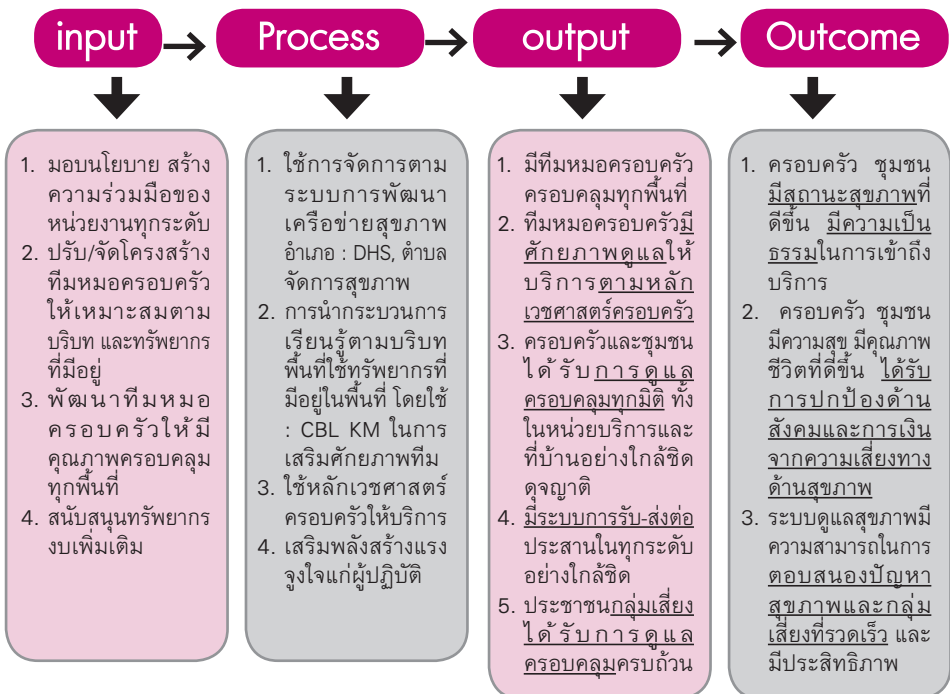
1. กำหนดโครงสร้างในระดับเขต ทำหน้าที่ในการถ่ายทอดนโยบายในระดับชาติ สู่การปฏิบัติในระดับพื้นที่ โดยเป็นการเชื่อมเป้าหมายทางสุขภาพในระดับชาติลงสู่พื้นที่
2. เป็นจุดเชื่อมประสานงานระหว่างกรมวิชาการและสถาบันการศึกษาในเขตพื้นที่เพื่อถ่ายทอดองค์ความรู้ทางด้านเทคนิคเพื่อให้เกิดการให้บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิของทีมหมอครอบครัวมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง เป็นศูนย์กลางทางด้านการวิจัยและพัฒนาองค์ความรู้เพื่อให้ตอบสนองต่อปัญหาสุขภาพของพื้นที่ รวมถึงเกิดการแลกเปลี่ยนความรู้

การจัดการระดับประเทศ

1. กำหนดหน่วยงานที่ทำหน้าที่เป็น Secretariat office ในกระทรวงสาธารณสุขเพื่อประสานงานกับหน่วยงานและองค์กรอื่นๆ ในระดับชาติ รวมถึงเป็นหน่วยงานในการกำกับติดตาม สนับสนุนการนำนโยบายที่ทีมหมอครอบครัวสู่การปฏิบัติอย่างเป็นรูปธรรม

2. แต่งตั้งคณะทำงานขับเคลื่อนนโยบายที่ทีมหมอครอบครัวเพื่อทำหน้าที่ช่วยประสาน สนับสนุน และกำกับติดตาม โดยรายงานต่อรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข

กรอบเป้าหมายกระบวนการ และผลลัพธ์ของนโยบาย FCT





บทที่ 2

แก่นแท้ คุณสมบัติ และบทบาท
“ทีมหมอครอบครัว”

แก่นแท้กับหมอครอบครัว

“วันนั้น แม่ตื่นมาเข้าห้องน้ำกลางดึก แล้วเวียนหัว บ้านหมุน ตาลายคว้าง แม่ก็รีบหลับตา มันไม่ดีขึ้น ค่อยๆ นอนตะแคง มันก็ยังไม่ดีขึ้น กลับหงิกขึ้น ตกใจมาก มือไม้เย็นไปหมด มันหมดเรี่ยวแรง มันหมุนตลบไปหมด ไปไหนไม่ได้ คืนนั้นถ้าอยู่บ้านคนเดียว ป่านนี้คงตายไปแล้ว พอดีลูกนอนห้องข้างๆ แต่เขาชี้เขา เรียกเท่าไรก็ไม่ได้ยิน พยายามเคาะพื้นไม้ เคาะอยู่นานกว่าลูกจะได้ยิน ห้องแม่ล๊อค เขาเลยป็นห้องน้ำเข้ามา มาถึงเขาก็ช่วยจับแม่พุงนั่งพิง บิบนวด ตอนนั้นตัวเย็นไปหมด นึกว่ากำลังจะตาย แต่รู้ตัวตลอดไม่ได้สลับ เพียงแต่ลืมตาไม่ได้ บอกเขาว่าหัวหมุน เขาพยายามช่วยแต่ไม่ดีขึ้น เขาเรียก 1669 บุรุษพยาบาลมาวัดความดัน บอกวัดไม่ได้ แม่บอกเขาให้ช่วยโทรหาหมอครอบครัวของแม่ให้ที พอหมอเขารู้เรื่อง เขาก็ประสานทาง รพ.ไว้ให้ พอไปถึงทาง รพ. เขาก็ดูแลรักษาแล้วรับแม่ไว้นอน รพ. เพราะความดันไม่ลงเลย 250 ตลอด หัวก็ยังหมุน หมอครอบครัวของแม่เขาก็ตามมาดู แล้วปรึกษาหมออายุรกรรมมาช่วยดู หมอของแม่เขาจะคุยกับแม่ตลอดว่าเขานึกถึงโรคอะไร แล้วกำลังจะตรวจอะไรไปทำไม วันต่อๆ มา หมออายุรกรรมมาบอกว่าจะให้แม่อดน้ำอดอาหาร เจาะเลือดโน่นนี่ซ้ำอีก จะตรวจสแกนสมอง จะตรวจอะไรสารพัด แม่ก็บอกว่าขอแม่ปรึกษาหมอครอบครัวของแม่ก่อน”

ภาพข้างต้นเป็นภาพที่คนไทยแต่ละคนต้องการ ความมั่นใจ ความปลอดภัยที่มี **“หมอครอบครัว”** ที่เป็นที่ไว้วางใจ ปรึกษาหารือกันได้ พูดคุยกันได้ เข้าใจปัญหาเฉพาะของแต่ละคนแต่ละครอบครัว ช่วยดูแล และประสานส่งต่อการรักษาอย่างเหมาะสม

“หมอ” ในความหมายของประชาชน อาจไม่ได้หมายถึง **“แพทย์”** เสมอไป แต่อาจเป็นบุคลากรสายสุขภาพใดๆที่เขาให้ความไว้วางใจในการตรวจ วินิจฉัย รักษาความเจ็บป่วยของเขา หากจะมั่นใจที่สุดก็น่าจะเป็นแพทย์ ซึ่งเป็นวิชาชีพด้านนี้โดยตรง แต่ด้วยความจำกัดของจำนวนแพทย์ใน

ประเทศไทย ทำให้ถึงวันนี้ประชาชนไทยอาจจะยังไม่สามารถมีแพทย์ประจำตัว ประจำครอบครัวได้ถ้วนหน้าทุกคนทุกครัวเรือน และต่อให้มีแพทย์ ก็ต้องมี ทีมทำงานร่วมกัน แพทย์ที่ทำงานคนเดียวโดยไม่เชื่อมต่อกับระบบบริการ สาธารณสุขที่มีอยู่ จะทำให้ขาดคุณภาพในการบริการ ที่ตอบสนองต่อความต้องการทางสุขภาพที่ซับซ้อนหลายมิติ

อย่างไรก็ตามประเทศไทยมีทรัพยากรบุคคลด้านสุขภาพที่กระจายกัน ทำงานอยู่ทั่วทุกภูมิภาคของประเทศ ซึ่งหากได้รับการพัฒนาให้มีความรู้ความสามารถและพัฒนาเป็นเครือข่ายในการทำงานร่วมกับแพทย์ที่มีอยู่จำกัด ก็จะทำให้ประชาชนชาวไทยมีความอุ่นใจได้ว่ามี **“ทีมหมอครอบครัว”** คอยดูแลเรื่องสุขภาพให้กับเขา

“หมอครอบครัว” หมายถึง บุคลากรวิชาชีพสายสุขภาพที่ประชาชนพึงได้ โดยประชาชน รู้สึกไว้วางใจ รวมถึงระบุได้ว่าใครคือหมอครอบครัวของเขา กล่าวคือ สามารถดูแลสุขภาพของเขาได้ทุกด้าน ไม่ว่าจะเป็นการดูแลรักษาเยียวยา บำบัดฟื้นฟู ยามเขาและครอบครัวป่วยไข้ การสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคให้เขาและครอบครัวมีความแข็งแรงและมีความสุขตามสมควร การช่วยประสานส่งต่อเพื่อแก้ไขปัญหาสุขภาพด้านต่างๆ ให้เขาและครอบครัว การเสริมพลังให้เขาและครอบครัวเข้าใจสุขภาพตนเอง และทำนุบำรุงสุขภาพของตนเองเป็น การพร้อมที่จะให้เขาและครอบครัวปรึกษาได้ทุกเรื่อง หมอครอบครัวต้องเข้าใจเรื่องราวประวัติชีวิตของเขาและครอบครัว รวมถึงเข้าใจว่า เรื่องราวเหล่านั้นมีความสัมพันธ์กับสุขภาพของเขาและครอบครัวอย่างไร ต้องสามารถเชื่อมโยงสื่อสาร เพื่อพัฒนาความสัมพันธ์ภายในครอบครัวให้มีสุขภาวะที่ดีขึ้น

ในทีมหมอครอบครัวดังกล่าว ประกอบด้วยบุคลากรสายสุขภาพจากหลากหลายวิชาชีพ เพื่อตอบสนองต่อ ความต้องการด้านสุขภาพที่หลากหลายซับซ้อน ซึ่งเป็นเอกลักษณ์ของปัญหาสุขภาพที่พบใน **“เวชปฏิบัติปฐมภูมิ”** เนื่องจากลักษณะของงานบริการด้านหน้าของระบบบริการสุขภาพ คนที่เข้า

สู่ระบบบริการ จึงมีปัญหาสุขภาพที่ไม่จำแนกสภาพ ไม่จำแนกโรค ไม่ตรงไปตรงมา ไม่ใช่ปัญหาเดียวโดดๆ แต่จะมีการทับซ้อนของมิติกาย จิต สังคม และบริบทแวดล้อมอื่นๆ อย่างแยกส่วนกันไม่ได้ การทำงาน ของทีมจึงต้องมีความเป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน พุดคุยและประสานข้อมูลกันภายใน เพื่อร่วมกันแลกเปลี่ยนมุมมองจากต่างวิชาชีพ เพื่อทำความเข้าใจ และช่วยเหลือดูแลปัญหาสุขภาพที่แท้จริงของแต่ละคน แต่ละครอบครัวให้ได้มากที่สุด รวมถึงทีมต้องมีการทำงานร่วมกับโรงพยาบาลและเครือข่ายการส่งต่อ องค์กรท้องถิ่นหรือภาคประชาชน และภาครัฐอื่นๆ เพราะถือว่าชีวิตและสุขภาพคือเรื่องเดียวกัน อย่างแยกไม่ออก หากชีวิตความเป็นอยู่ของเขายังไม่ดี สุขภาพก็ไม่ดีไปด้วย

แม้ว่าในทีมหนึ่งๆ จะประกอบด้วยบุคลากรวิชาชีพสายสุขภาพที่มีความหลากหลาย แต่ในทุกทีม ควรมีแพทย์ที่เข้าใจพื้นฐานของเวชศาสตร์ครอบครัว เพราะจะสามารถเข้าใจสุขภาพในมิติที่กว้างขึ้น ไม่เพียงแต่โรคของบุคคลเท่านั้น แต่มองว่าทุกประเด็นหรือปัญหาทางสุขภาพของบุคคลหนึ่งจะเกี่ยวข้องกับชีวิตคนอื่นในครอบครัวเสมอ การดูแลปัญหาสุขภาพจึงไม่ใช่เพียงการรักษาโรคให้รายบุคคล แต่เป็นการดูแลโดยนึกถึงภาพครอบครัวไปควบคู่กัน

คุณลักษณะและบทบาทหมอครอบครัว

หมอครอบครัว คือ บุคลากรสาธารณสุขที่สำเร็จการศึกษาระดับประกาศนียบัตรชั้นไป ที่ปฏิบัติงานเกี่ยวข้องกับด้านสาธารณสุขในพื้นที่ที่รับผิดชอบของ รพ.สต./ ศสม./ หรือหน่วยบริการปฐมภูมิทุกสังกัด โดยรับผิดชอบประชากรประมาณ 1,250 - 2,500 คน:หมอครอบครัว เป็นผู้รับผิดชอบหลักทำหน้าที่ดูแลสุขภาพทั้งในด้านของการสร้างเสริมสุขภาพ และเป็นที่พึ่งในยามที่เจ็บป่วยประจักษ์เป็นญาติมิตรของครอบครัวโดยมีบทบาทหน้าที่ ที่สำคัญได้แก่

1. การสร้างเสริมสุขภาพ เพื่อส่งเสริมสุขภาพและลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพครอบคลุมตลอดช่วงอายุวัย

2. การดูแลและเป็นที่พึ่งในยามเจ็บป่วย โดยเฉพาะการดูแลโรคเรื้อรัง การดูแลผู้สูงอายุและการดูแลกลุ่มคนที่อยู่ในภาวะเปราะบางต้องพึ่งพาผู้อื่น ได้แก่ ผู้พิการ ผู้ป่วยติดบ้าน ติดเตียง ผู้ป่วยระยะสุดท้าย เด็กพิเศษ เป็นต้น ซึ่งต้องการการดูแลระยะยาว (Long Term Care) หรือการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative care) โดยเน้นการมีทีมดูแลถึงที่บ้าน

3. การดูแลรักษา เยียวยา บำบัดฟื้นฟู และเป็นที่พึ่งให้ประชาชนและครอบครัวในยามที่เจ็บไข้ได้ป่วยในภาวะต่างๆ

4. ให้อำนาจและคำแนะนำ โดยประชาชนสามารถมีช่องทางในการปรึกษากับหมอครอบครัว ผ่านทางโทรศัพท์มือถือ หรือช่องทางอื่นๆที่เข้าถึงได้ง่าย

5. การดูแลในกรณีมีการส่งต่อ โดยมีหน้าที่เชื่อมประสานกับหน่วยรับส่งต่อเพื่อให้การส่งต่อ เป็นไปอย่างราบรื่นและผู้รับบริการมีความอุ่นใจและติดตามหลังการส่งต่อจนสิ้นสุดปัญหาความเจ็บป่วย

6. การเสริมพลังให้ประชาชนและครอบครัวเข้าใจสุขภาพตนเอง และสนับสนุนให้เกิดการดูแลรักษาสุขภาพตนเอง (Self Care)

7. การจัดทำข้อมูลสถานะสุขภาพประจำครอบครัว (Family Health Status) เพื่อให้รู้ปัจจัยเสี่ยง รวมถึงแนวทางในการสร้างเสริมสุขภาพของคนในครอบครัวโดยหมอครอบครัวต้องเข้าใจเรื่องราวประวัติชีวิตของประชาชนและครอบครัว รวมถึงเข้าใจเรื่องราวความสัมพันธ์เหล่านั้น เพื่อพัฒนาให้มีสุขภาพที่ดีขึ้น

เนื่องจากบทบาทที่ต้องเกี่ยวข้องกับสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่มีความซับซ้อนหลากหลายมิติ หมอครอบครัวจึงต้องมีความรู้และทักษะที่หลากหลายสาขา (multidisciplinary) ทั้งด้านการแพทย์ สาธารณสุข สังคม และการบริหารจัดการ หมอครอบครัว จึงต้องแสดงบทบาทที่มีความหลากหลาย ซึ่งสามารถสรุปได้ดังนี้

1. **ผู้ให้บริการ (health care provider)** ให้บริการเบ็ดเสร็จดังกล่าวข้างต้น

2. **ครู (teacher)/ ที่ปรึกษา (consultant)/ ผู้แนะแนว (counselor)** ถ่ายทอดความรู้ และเทคโนโลยีด้านสุขภาพแก่ประชาชน รวมทั้งให้คำปรึกษาแนะแนวเพื่อให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพ ซึ่งสามารถกระทำได้ทั้งในสถานบริการในบ้าน และในชุมชน

3. **ผู้จัดการ (manager)** บริหารจัดการในการแก้ไขปัญหาต่างๆ ให้มีประสิทธิภาพ

4. **ผู้ประสานงาน (coordinator)/ ผู้สนับสนุน (supporter)** ประสานงานกับหน่วยงานทั้ง ในภาคสาธารณสุข (intrasectoral) และนอกภาคสาธารณสุข (intersectoral) และสนับสนุน ให้ชุมชนสามารถพัฒนาสุขภาพที่ดีขึ้น

5. **นายประตู (gate-keeper)** เผื่อระวังปัญหาที่เกิดขึ้น เช่น การเจ็บป่วยของบุคคล ปัญหาสังคม ปัญหาครอบครัว โรคระบาด เป็นต้น และหาทางป้องกันและแก้ไขให้ทันกาล

6. **ผู้เป็นแบบอย่างที่ดี (role model)** ทำตัวเป็นแบบอย่างในการดูแลสุขภาพตนเองและครอบครัว เช่น การออกกำลังกาย อาหาร สุขภาพ การควบคุมอารมณ์ การหลีกเลี่ยงสิ่งเสพติดให้โทษ การมีครอบครัวที่อบอุ่น การช่วยเหลือผู้อื่น เป็นต้น

7. **นักรณรงค์ (advocate)/ ผู้นำชุมชน (community leader)** เป็นผู้นำและรณรงค์สนับสนุน ให้เกิดโครงสร้างเสริมสุขภาพ เช่น การออกกำลังกาย การลดละบุหรี่ แอลกอฮอล์ เป็นต้น

8. **ผู้เรียนรู้ (leader)** เรียนรู้สิ่งใหม่ทุกๆ ด้านอยู่ตลอดเวลา เพื่อนำไปใช้ในการดำรง ชีวิตและแก้ไขปัญหาต่างๆ จนเกิดผลสำเร็จ ความภูมิใจ และความสุข

กลไกการสร้างและบูรณาการทีมหมอกรอบครัว

หัวใจสำคัญของการสร้างทีมหมอกรอบครัวให้มีคุณภาพคือการสร้างกลไก เพื่อให้เกิดความเชื่อมโยง ระหว่างหมอกรอบครัว หน่วยบริการปฐมภูมิ และทีมสหสาขาวิชาชีพในโรงพยาบาล อย่างเป็นทีมเดียวกัน ซึ่งการจะสร้างทีมนั้นต้องอาศัยผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในทุกๆ ระดับตั้งแต่ผู้บริหาร ในระดับอำเภอ จนถึงเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงาน ร่วมกันวางแผน ออกแบบระบบ การพร้อมใจกันปฏิบัติ เรียนรู้และพัฒนาจนเกิดทีมหมอกรอบครัวที่เข้มแข็ง นอกจากนั้น จะต้องอาศัยกลไกการสนับสนุน(Supportive mechanism) เพื่อให้เกิดการบูรณาการของทีมหมอกรอบครัวซึ่งสามารถสรุปได้ดังนี้

1. การกำหนดมาตรฐาน (standardization): เช่น การจัดทำคู่มือแนวทางในการดูแล ผู้ป่วย(CPG) แนวทางการให้คำปรึกษา บทบาทหน้าที่ของส่วนต่างๆ เป็นต้น

2. การฝึกอบรม (training): ทีมสหสาขาวิชาชีพต้องทำการฝึกอบรมหมอกรอบครัว เพื่อให้เกิดความรู้ความสามารถเพื่อสามารถปฏิบัติหน้าที่ได้อย่างตรงตามแนวทางที่กำหนด ซึ่งสามารถทำได้ในหลากหลายรูปแบบ เช่น การบรรยาย การฝึกปฏิบัติ การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ เป็นต้น ซึ่งวัตถุประสงค์นอกจากจะเกิดความรู้ความสามารถแล้ว ยังทำให้เกิดความเข้าใจและการทำงานเป็นทีมระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพ และหมอกรอบครัวอีกด้วย

3. การนิเทศงาน(supervisor): เน้นเป็นการนิเทศงานในเชิงราบ (horizontal supervision) โดยการนิเทศงาน นอกจากจะทำให้เกิดการเรียนรู้เพื่อเติมเต็มในสิ่งที่ขาดแล้ว ยังต้องการให้เกิดการสร้างแรงบันดาลใจแก่หมอกรอบครัว รวมถึงความเข้าใจกัน ระหว่างทีมงานอีกด้วย

4. การออกแบบระบบการให้คำปรึกษาและระบบการส่งต่อ (consultation and referral system): เน้นให้เกิดความชัดเจนว่าหมอกรอบครัวสามารถที่จะปรึกษาใครและผ่านทางช่องทางใด และใครในทีมสหสาขาวิชาชีพเป็นส่วนหนึ่งของทีมหมอกรอบครัว รวมถึงการออกแบบแนวทางในการส่งต่อกรณีต้องการการดูแลในระดับโรงพยาบาล

5. การออกแบบระบบการดูแลและระบบสารสนเทศ (system design and information system): สหสาขาวิชาชีพจำเป็นต้องออกแบบระบบแนวทางในการดูแลผู้ป่วยตาม มาตรฐานวิชาชีพและตรงตามบริบทของหน่วยบริการปฐมภูมิในพื้นที่ รวมถึงการจัดระบบสารสนเทศเพื่อให้เกิดความเชื่อมโยงระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพและหมอครอบครัว

ผู้จัดการระบบ/ผู้ประสานงานระดับอำเภอ

เนื่องจากหัวใจสำคัญของการสร้างทีมหมอครอบครัว คือ บูรณาการความร่วมมือจากหลายฝ่าย ทั้งภายในโรงพยาบาล สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และหน่วยงานนอกกระบวนการสาธารณสุข ดังนั้นการจะดำเนินงานให้มีประสิทธิภาพนั้นควรมีผู้ประสานงานระดับอำเภอ โดยบทบาทของผู้ประสานงานระดับอำเภอนั้นอาจจะเป็นเจ้าหน้าที่ที่อยู่ในโรงพยาบาลหรือในสาธารณสุขอำเภอก็ได้ โดยบทบาทที่สำคัญของผู้ประสานงาน ได้แก่

1. เป็นผู้ประสานนโยบาย มีหน้าที่สำคัญคือการสื่อสารนโยบายจากผู้บริหารสู่ระดับปฏิบัติการ และนำเสนอปัญหาในการปฏิบัติงานจริงให้ผู้บริหารทราบ เพื่อแก้ปัญหา หรือปรับนโยบาย ให้สอดคล้องกับสถานการณ์ในพื้นที่ ดังนั้นผู้ประสานงานจึงต้องเป็นผู้ที่เกาะติด ความเปลี่ยนแปลงของนโยบาย และมองเห็นความ สอดคล้องของนโยบายจากส่วนกลาง และปัญหาสุขภาพจริงในพื้นที่ได้

2. เป็นผู้ติดตามข้อมูลหรือตัวชี้วัดที่สำคัญ เพื่อให้ทราบสถานการณ์และความคืบหน้าของ แผนงานต่างๆ รวมถึงการรายงานให้ผู้บริหารทราบด้วย

3. เป็นผู้แก้ปัญหาเบื้องต้นให้กับทีม ในกรณีเป็นปัญหาที่เกิดขึ้นบ่อย อาจเป็นการแก้ปัญหา เฉพาะหน้าเป็นครั้งๆ ไป แต่อาจจะต้องพิจารณาปรับในเชิงระบบ หากเป็นปัญหาที่เกิดขึ้นๆ หลายครั้ง ดังนั้นผู้ประสานงานต้องเป็นผู้เข้าใจระบบต่างๆ ระดับอำเภอและตำบลเป็นอย่างดี การแก้ปัญหาต่างๆ

เหล่านี้ต้องทำร่วมกับบทบาทการเป็นผู้ประสานกับวิชาชีพต่างๆ เพื่อตั้งให้สหวิชาชีพมาร่วมแก้ปัญหาไปด้วยกัน

4. เป็นผู้ประสานสหวิชาชีพ เพื่อให้ปฏิบัติงานร่วมกันเป็นสหวิชาชีพได้อย่างมีประสิทธิภาพ รวมถึง ประสานงานหน่วยงานต่างๆ นอกกระบบสาธารณสุขในระดับอำเภอด้วย บทบาทการประสานงานนี้นับเป็นบทบาทที่สำคัญมาก มิเช่นนั้นสหวิชาชีพจะดูแลคนไข้ในลักษณะต่างคนต่างทำ อาจทำให้เกิดความสับสนแก่ผู้ป่วย และเกิดความขัดแย้งภายในทีมสหวิชาชีพได้

นอกจากนั้นประเด็นสำคัญอีกประการในการสร้างทีมหมอครอบครัวคือจำเป็นต้องเข้าใจถึง คุณลักษณะที่สำคัญของการดูแลแบบหมอครอบครัว และหลักเวชศาสตร์ปฐมภูมิ (Family medicine and Primary care principle) ซึ่งสามารถสรุปได้ดังนี้

1. มีประชาชนที่รับผิดชอบชัดเจน และรู้ว่าใครเป็นหมอครอบครัว (catchment area /population)

2. ให้การบริการแบบเบ็ดเสร็จ (comprehensive care) โดยมีความหมาย ดังนี้

- ดูแลทุกมิติ ทั้ง กาย จิต สังคม สิ่งแวดล้อม (holistic care)
- ให้บริการแบบผสมผสานหรือ บูรณาการทั้งในเรื่องส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค รักษา พยาบาลฟื้นฟูสภาพ (integrated care)
- ดูแลทุกระยะของวงจรชีวิต (life cycle) ตั้งแต่ปฏิสนธิ จนถึงเชิงตะกอน ดูแลทั้งในระดับบุคคล ครอบครัว และชุมชน
- ดูแลปัญหาทั้งในเรื่องของโรค (disease) การเจ็บป่วย (illness) และทุกข์ทรมาน (suffering) ในด้านการดูแลรักษาพยาบาลครอบคลุมทั้งอาการเจ็บป่วยในระยะแรกเริ่ม (new, undifferentiated problems) โรคเรื้อรัง (chronic diseases) และการเจ็บป่วยระยะสุดท้าย (terminal illness)

3. ให้การดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง (continuous care) กล่าวคือ ติดตามจนสิ้นสุดการเจ็บป่วยแต่ละครั้ง (episode) ติดตามดูแลทั้งที่บ้าน

สถานบริการด้านหน้าและโรงพยาบาล รวมทั้ง ติดตามดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องไปตลอดช่วงชีวิต

4. ให้บริการทั้งในและนอกสถานบริการ ทั้งเชิงรับและรุกโดยมีบริการที่โดดเด่น เช่น การมีเวลา พุดคุย อธิบายให้ความมั่นใจเกี่ยวกับโรคและอาการเจ็บป่วย การให้คำปรึกษาแนะแนว (counselling) เพื่อนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การเยี่ยมบ้าน (home visit) และการดูแลสุขภาพที่บ้าน (home health care) การติดตามผู้ป่วยอย่างเข้มข้น (active follow-up) การสนับสนุนทางด้านจิต-สังคม (psychosocial support) เป็นต้น

5. เป็นแกนหลักในการสนับสนุนการดูแลสุขภาพตนเอง (self-care) ของประชาชน ทั้งในด้านการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และการรักษาตนเอง โดยผ่านกลไกการเยี่ยมบ้าน/ การดูแลสุขภาพที่บ้าน การบริการเชิงรุกในชุมชน และการทำงานร่วมกับเครือข่ายชุมชน เช่น องค์กรชุมชน ผู้นำ กลุ่มแม่บ้าน อาสาสมัครสาธารณสุข หมอพื้นบ้าน ครู นักเรียน พระนักบวช องค์กรพัฒนาเอกชน เป็นต้น

6. เป็นจุดเชื่อมต่อที่สำคัญ (critical link) ระหว่างเทคโนโลยีทางการแพทย์กับวัฒนธรรมชุมชน กิจกรรมทางการแพทย์และสาธารณสุข (health activities) กับกิจกรรมทางสังคม (social activities) ทีมหมอครอบครัวจึงเป็นจุดเชื่อมต่อที่เอื้อให้เกิดการดูแลสุขภาพประชาชน อย่างมีคุณภาพ ประสิทธิภาพและมีความเป็นธรรม

7. สามารถทำงานเอนกประสงค์ (skill mix) ประสานเชื่อมโยงกับโรงพยาบาล หน่วยงานทุกภาคส่วน และเครือข่ายชุมชน เข้าถึงปัญหาชุมชน และตอบสนองต่อปัญหาชุมชนโดยใช้ข้อมูลครอบครัว (family file) และข้อมูลชุมชน (community file) ในการวางแผนประเมินผลโดยอาศัย กลยุทธ์การเสริมพลังอำนาจชุมชน (empowerment) ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของประชาชน (people participation) และ ระดมทรัพยากรและภูมิปัญญาในท้องถิ่น



ประชาชนอุ่นใจ มีญาติทั่วไทยเป็นทีมหมอกครอบครัว

บทที่ 3

บทบาททีมสหวิชาชีพ
ในบริการปฐมภูมิและ
“ทีมหมอกครอบครัว”

เป็นทีมงานในระดับอำเภอมีหน้าที่สนับสนุนให้หน่วยบริการปฐมภูมิ และหมอครอบครัวสามารถทำบทบาทหน้าที่ได้อย่างเต็มศักยภาพตรงตามเป้าหมายที่คาดหวังไว้และร่วมบริการ เป็นส่วนหนึ่งของทีมหมอครอบครัวโดยทีมสหวิชาชีพมีหน้าที่หลัก 3 ประการได้แก่

1. สนับสนุนด้านวิชาการและด้านบริหารจัดการเพื่อวางระบบการดูแล (Supporter and Setting care system)
2. ออกแบบระบบการให้คำปรึกษาและระบบการรับส่งต่อ (Consultation and Referral system)
3. ร่วมให้บริการโดยเป็นส่วนหนึ่งของทีมหมอครอบครัว (Provider)

โดยหน้าที่หลัก 3 ประการนี้ ต้องถูกออกแบบและจัดทำรายละเอียด เพื่อให้เกิดการเชื่อมโยงระหว่างทีมสหวิชาชีพในโรงพยาบาลและหมอครอบครัว อย่างชัดเจนและแนบแน่น จนนำไปสู่การมี ทีมหมอครอบครัวที่เป็นที่พึ่งให้กับประชาชนอย่างมีคุณภาพ เพื่อให้เห็นรายละเอียดบทบาทของสหวิชาชีพ จนสามารถนำไปปฏิบัติก่อให้เกิดผลสำเร็จในการสร้างทีมหมอครอบครัวที่มีประสิทธิภาพจึงขอยกตัวอย่างรูปแบบแยกตามรายวิชาชีพดังนี้

บทบาทของแพทย์ในทีมหมอครอบครัว

แพทย์ในทีมหมอครอบครัวคือแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป/แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว/แพทย์เฉพาะทาง หรือแพทย์ที่มีความสนใจในงานบริการระดับปฐมภูมิ มีหน้าที่เป็นแพทย์ที่ปรึกษาหรือแพทย์หัวหน้าทีม โดยทุกๆ ทีมหมอครอบครัวต้องมีแพทย์เพื่อทำหน้าที่ให้คำปรึกษา หรือ เป็นหัวหน้าทีมอย่างชัดเจน โดยสามารถสรุปบทบาทของแพทย์ได้ดังนี้

1. เป็นแพทย์ผู้ให้บริการปฐมภูมิ โดยปฏิบัติงานเป็นหัวหน้า ให้บริการครบวงจรแก่ ประชาชนในเขตรับผิดชอบร่วมกับทีมหมอครอบครัวในหน่วยบริการใกล้บ้าน ทั้งด้านการรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และการฟื้นฟูสภาพ รวมทั้งการเยี่ยมบ้านและทำงานเชิงรุกในชุมชนโดยประยุกต์หลักการและวิธีการทาง เวชศาสตร์ครอบครัวอย่างเต็มรูปแบบมีปฏิสัมพันธ์ที่ดีกับผู้ป่วย ครอบครัว และชุมชน ทำให้เข้าใจและเข้าถึงผู้รับบริการ สามารถให้การดูแลผู้ป่วยอย่างเป็นองค์รวม ผสมผสาน และต่อเนื่อง รวมทั้งส่งเสริม การมีส่วนร่วมของชุมชน

แนวคิดสำคัญ คือ แพทย์และทีมงานด้านเวชศาสตร์ครอบครัวจะต้องมีความรู้ทางการ แพทย์ (biomedicine) ที่ลึก และสามารถตัดตอนมาประยุกต์กับการดูแลผู้ป่วยได้อย่างดี ไม่ใช่รู้อย่างตื้นๆง่ายๆ ขณะเดียวกันก็ต้องมีความเข้าใจความละเอียดของความเป็นมนุษย์ สามารถให้บริการขั้นพื้นฐาน แก่ปัญหาที่ไม่ซับซ้อนด้านเทคนิค แต่ซับซ้อนด้านกาย-จิต-สังคม (difficult cases) ได้

2. เป็นครู ถ่ายทอดวิชาความรู้ทางการแพทย์และความรู้ทางเวชศาสตร์ครอบครัวแก่บุคลากร ทุกสาขา เช่น ฝึกอบรมพยาบาลเวชปฏิบัติ จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การอภิปรายปัญหาผู้ป่วย (case conference) เป็นต้น

3. เป็นผู้นำและที่ปรึกษาแก่ทีมงาน ในการให้บริการปฐมภูมิแก่ชุมชน ในทางการแพทย์ทั้งในส่วน ของการให้บริการในหน่วยบริการปฐมภูมิและการเยี่ยมบ้านของสหวิชาชีพ มีการนำปัญหาผู้ป่วยที่เยี่ยมบ้านมาอภิปรายแลกเปลี่ยน และร่วมกันหาทางออกให้แก่ผู้ป่วย โดยมีแพทย์เป็นผู้นำทางวิชาการที่ช่วยชี้แนะและให้คำปรึกษาอย่างใกล้ชิดรวมถึงต้องออกแบบช่องทางการสื่อสารระหว่างแพทย์กับทีมงานอย่างชัดเจน

4. เป็นนักจัดการเครือข่ายปฐมภูมিরดับอำเภอ แพทย์มีบทบาทร่วมกับทีมสหวิชาชีพในการค้นหาและวิเคราะห์ ปัญหาสุขภาพในชุมชน วางแผน

ดำเนินการ ประเมินโครงการ และสรุปบทเรียนร่วมกับทีมโรงพยาบาล
สาธารณสุขอำเภอ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล องค์กรปกครอง
ส่วนท้องถิ่น และเครือข่ายชุมชนอย่างต่อเนื่องตามวงจร **"Plan-Do-Check-
Act"** ซึ่งจะเสริมความเข้มแข็งแก่เครือข่ายบริการปฐมภูมิของอำเภอในการ
แก้ไข และป้องกันปัญหาสุขภาพในชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล

บทบาทของพยาบาลวิชาชีพในบริการปฐมภูมิและ ทีมหมอครอบครัว

1. บทบาทของพยาบาลวิชาชีพในฐานะหมอครอบครัว

1) ด้านการดูแลความเจ็บป่วยในครอบครัว

ก. พัฒนา/จัดการ/กำกับ ดูแลด้านสุขภาพและด้านสังคมที่เกี่ยวข้อง
ของครอบครัวที่รับผิดชอบ

ข. มีการดูแลที่บ้านในครอบครัวที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง และเข้าถึงบริการ
ได้ยากโดยการ ดูแลพิจารณาถึงผลกระทบจากความเจ็บป่วยของ index case
ต่อสมาชิกในครอบครัว และผลกระทบจากครอบครัวต่อ index case จาก
มุมมองของผู้ป่วยเองและครอบครัว

ค. ประยุกต์ความรู้ในการดูแลเพื่อให้ตรงตามความต้องการของครอบครัว
มากที่สุด สร้างทางเลือกการดูแล

ง. ปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้ข้อมูล (Evidence base practice) และ
ยึดความคุ้มค่า คุ้มค่า เหมาะสมตามบริบทของครอบครัว

2) สนับสนุนพลังอำนาจครอบครัว / การสอน / การฝึก / การเป็น พี่เลี้ยงในการปฏิบัติ ในการดูแลครอบครัวมีศักยภาพในการดูแล ตนเองเท่าที่เป็นไปได้ตามบริบท

- 3) ให้คำปรึกษา/แนะนำ ด้านสุขภาพ แก่ครอบครัวที่รับผิดชอบ เพื่อให้ครอบครัว ดูแลตนเองได้ และ/หรือมีการให้คำปรึกษา ผ่านเทคโนโลยีที่ครอบครัวสามารถใช้ได้ใช้เป็น เช่น โทรศัพท์ line (ครอบครัวทราบวิธีการติดต่อ หมอครอบครัวของตนเอง)
- 4) มีการประสานและปฏิบัติงานแบบเป็นหุ้นส่วน ทั้งในทีมด้านสุขภาพ และทีมด้านสังคม และผู้เกี่ยวข้องต่างๆ ในชุมชน บนพื้นฐานการแลกเปลี่ยนเรียนรู้และพัฒนาทักษะ
- 5) การพิทักษ์สิทธิ์ครอบครัวในความรับผิดชอบ โดยประสานผ่าน manger ระดับตำบล
- 6) เมื่อต้องส่งต่อ ทำหน้าที่ประสานงานการส่งต่อและติดตามภายหลังจนปัญหาด้านนั้นจบลง

2. บทบาทของพยาบาลวิชาชีพในฐานะ Case manager ระดับตำบล

- 1) จัดการข้อมูลสุขภาพ และสังคมที่เกี่ยวข้องทุกครอบครัวตำบลในเขตความรับผิดชอบ
- 2) ช่วยเหลือ สนับสนุนหมอครอบครัวในเขตความรับผิดชอบ และติดตาม ประเมินผลในครอบครัวที่มีผู้ป่วยติดบ้าน ติดเตียง
- 3) ประสานทีมสนับสนุนในระดับตำบล ในการสนับสนุนหมอครอบครัวในเขต รับผิดชอบ
- 4) ประสานทีมสหวิชาชีพจากทีมระดับอำเภอเข้าดูแลร่วมกับทีมระดับตำบล ในกรณีที่ทีมดูแลในระดับตำบลต้องการการสนับสนุนให้ร่วมดูแลผู้ป่วยเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพ การบริการ
- 5) ประสานการให้คำปรึกษา/ส่งต่อกับทีมระดับอำเภอ

3. บทบาทของพยาบาลวิชาชีพในฐานะทีมระดับอำเภอ

- 1) มีส่วนร่วมในการพัฒนาระบบบริการสุขภาพระดับอำเภอ
- 2) ประสานงานช่วยเหลือ สนับสนุนกับทีมระดับตำบล
- 3) บริหารจัดการธนาคารอุปกรณ์ เพื่อสนับสนุนการทำงานในพื้นที่
- 4) ออกแบบระบบการจำหน่ายผู้ป่วยจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน (discharge plan)

บทบาทนักกายภาพบำบัดในบริการปฐมภูมิและทีมหมอครอบครัว

ปัจจุบันนักกายภาพบำบัดจัดเป็นหนึ่งในทีมสหวิชาชีพที่มีบทบาทสำคัญในการดูแลและให้บริการในระบบสุขภาพในทุกระดับตั้งแต่ระดับปฐมภูมิ ทุติยภูมิ ตติยภูมิ โดยเกี่ยวข้องกับการรักษาฟื้นฟู ส่งเสริม และป้องกันปัญหาทางด้านสุขภาพ ในผู้ที่มีปัญหาเกี่ยวข้องกับการเคลื่อนไหวและการช่วยเหลือตนเอง ในชีวิตประจำวันทั้งในเด็ก ผู้สูงอายุ ผู้พิการ รวมถึงผู้ที่มีปัญหาบกพร่องทางกายที่เกิดจาก การทำงานที่ผิดปกติของระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ ระบบประสาท ระบบหายใจและหลอดเลือด โดยสามารถแบ่งเป็น 2 ลักษณะ ตามงานบริการปฐมภูมิและทีมหมอครอบครัว คือ งานหน้าด่านที่ต้องลงชุมชน และการดูแลผู้ป่วยที่มารักษาในแผนก โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1. การดูแลรักษาฟื้นฟูผู้ป่วยระยะกึ่งเฉียบพลันและระยะเรื้อรังในชุมชน เนื่องจากผู้ป่วยระยะ กึ่งเฉียบพลันนั้นเป็นกลุ่มที่มีโอกาสกลับมาใช้ชีวิตเป็นปกติได้ เช่น ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกึ่งเฉียบพลันจะมีโอกาสสามารถกลับมาเคลื่อนไหวเป็นปกติได้ หากได้รับการรักษาฟื้นฟูนานและมากเพียงพอภายในระยะเวลา 6 เดือนแรกของการเกิดโรค (5 วัน/สัปดาห์) แต่หากไม่ได้รับการฟื้นฟู ก็อาจจะกลายสภาพไปเป็น ผู้พิการและ

เป็นการให้แก่วรรณกรรมและสังคม เป็นต้น รวมถึง ผู้ป่วยในระยะเรื้อรังที่อาจจะมีศักยภาพที่จะช่วยฝึกให้ผู้ป่วยกลับมาช่วยเหลือตนเองให้มากที่สุดเท่าที่ร่างกายจะสามารถทำได้ ซึ่งจะช่วยลดภาระแก่ครอบครัวและชุมชนลงได้ ส่วนในผู้ป่วยระยะเรื้อรังที่ไม่สามารถทำอะไรได้แล้ว การให้การดูแลเพื่อป้องกันปัญหาของโรคแทรกซ้อน เช่น แผลกดทับ ข้อติด การปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ หรือความรู้สึกไม่สบายกายจากการนอนนาน การดูแลด้วยการช่วยการเคลื่อนไหว จะช่วยให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยดีขึ้น ซึ่งในกลุ่มนี้สามารถใช้จิตอาสาในชุมชนหรือผู้ดูแล (care giver) เข้ามาให้การช่วยเหลือได้ โดยผู้ป่วย ผู้พิการทุกรายจะได้รับการดูแลเท่าที่ศักยภาพและความสามารถในการฟื้นฟูของผู้ป่วยแต่ละราย โดยดูจากระดับของความพิการ (disability levels) ซึ่งจะช่วยให้ผู้รักษาสมาสามารถให้การดูแลรักษาได้อย่างเหมาะสมกับผู้ป่วย แต่ละราย

2. งานชุมชนเพื่อรักษาฟื้นฟูผู้ป่วยหรือผู้พิการ เช่น การให้คำแนะนำในการดูแลตนเอง การวางแผนการออกกำลังกาย หรือการรักษาให้แก่ผู้พิการหรือผู้ป่วยที่อยู่ตามบ้านและไม่สามารถจะเดินทางมารักษาได้ โดยอาจจะให้ญาติหรืออาสาสมัครทางด้านสุขภาพมีส่วนร่วม ในการช่วยเหลือผู้ป่วย

3. การคัดกรองผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคที่เกี่ยวข้องกับการเคลื่อนไหว โรคไม่ติดต่อหรือโรคติดต่อของทางเดินหายใจ เช่น การคัดกรองทำผู้ป่วยเบาหวาน การทดสอบสมรรถภาพของผู้สูงอายุ การคัดกรองเด็กพิการ จะช่วยให้จำนวนผู้ป่วยที่จะไหลเข้าสู่โรงพยาบาลใหญ่ลดน้อยลง โดยผู้ที่เริ่มมีอาการเล็กน้อยหรืออยู่ในกลุ่มเสี่ยงก็จะได้รับการแก้ไขหรือจัดการตั้งแต่วัยแรก ส่วนผู้ที่มีอาการมากและจำเป็นที่จะต้องได้รับการรักษามากขึ้นจะถูกส่งต่อไปรักษาฟื้นฟูที่โรงพยาบาลในระดับทุติยภูมิ และตติยภูมิต่อไป

4. การส่งเสริมป้องกันปัญหาเกี่ยวกับโรคไม่ติดต่อ เช่น ปัญหาปวดหลัง ปวดเข่า โรคหัวใจ โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง รวมถึงโรคติดเชื้อทางเดินหายใจ เช่น ปอดบวมในเด็กเล็กหรือคนชรา วัณโรค เป็นต้น เพื่อให้ประชาชนสามารถที่จะดูแล รักษาสุขภาพของตนเองในเบื้องต้นได้ เช่น การอบรมให้ความรู้เกี่ยวกับโรค การดูแลตนเอง การออกกำลังกายเพื่อเพิ่มความแข็งแรงหรือรักษาตนเอง เป็นต้น

5. การอบรมให้ความรู้แก่อาสาสมัครหรือจิตอาสาในชุมชน เช่น การยกเคลื่อนย้ายผู้ป่วย การช่วยเหลือคนไขว้อ่อนแอเพื่อป้องกันข้อติด เพื่อให้อาสาสมัครหรือจิตอาสาสามารถให้การช่วยเหลือผู้สูงอายุ ผู้ป่วยหรือผู้พิการที่ต้องการความช่วยเหลือจากชุมชนได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม ลดความเสี่ยงต่อการบาดเจ็บจากการเคลื่อนไหวทั้งผู้ป่วยและผู้ดูแล

บทบาทของนักกายภาพบำบัดสามารถแบ่งตามระดับหน่วยงานได้ดังนี้

1. บทบาทนักกายภาพบำบัดในโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป

นักกายภาพบำบัดในโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไปมีบทบาทที่สำคัญในการสนับสนุนด้านวิชาการและให้บริการกายภาพบำบัดในระดับที่ต้องการความเชี่ยวชาญเฉพาะด้าน นอกจากนั้นยังมีบทบาทในฐานะผู้จัดการระบบ โดยเป็นผู้ประสานงานหลัก ออกแบบระบบงาน สร้างเครือข่ายนักกายภาพบำบัดในเขตสุขภาพ สร้างภาคีเครือข่ายกับสหวิชาชีพและภาคประชาสังคม แก้ไขปัญหาในระดับจังหวัด เป็นที่ปรึกษา นิเทศติดตาม และสรุปผลการดำเนินงานในระดับจังหวัด

2. บทบาทนักกายภาพบำบัดในโรงพยาบาลชุมชน

นักกายภาพบำบัดในโรงพยาบาลชุมชนมีบทบาทเป็นผู้จัดการในระดับอำเภอ ทำหน้าที่ ประสานงาน ให้คำปรึกษาการดูแลผู้ป่วย ส่งต่อและรับ

กลับผู้ป่วยเพื่อสนับสนุนการทำหน้าที่ของทีมงานครอบครัว เป็นผู้ให้คำแนะนำแก่ทีมนักบริบาล ออกเยี่ยมบ้าน ตรวจประเมินวิเคราะห์ ระดับความสามารถในการเคลื่อนไหว จัดทำแผนการดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาการเคลื่อนไหว รับผิดชอบ ระบบข้อมูลและส่งต่อข้อมูลกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง แก้ไขปัญหาในระดับอำเภอ และสรุปผลการดำเนินงาน นอกจากนี้ยังเป็นผู้ประสานงานจัดหาอุปกรณ์เครื่องช่วยในการเคลื่อนไหว (assistive devices) ที่เหมาะสมกับสภาพของผู้ป่วยแต่ละราย เป็นวิทยากรอบรมอาสาสมัคร/ผู้ดูแลคนพิการ รวมทั้งเสริมพลัง ให้ชุมชนและชมรมคนพิการให้เข้มแข็ง

3. บทบาทนักกายภาพบำบัดในระดับตำบล

นักกายภาพบำบัดในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหรือที่ประจำอยู่ในชุมชนมีบทบาทหลักเป็นผู้ให้บริการและร่วมเป็นทีมครอบครัวและทำงานร่วมกับทีมอาสาสมัครและ Care giver ในการดูแลผู้ป่วย ติดตามประเมินผลการให้บริการ และติดตามการเปลี่ยนแปลงความสามารถในการเคลื่อนไหวของผู้ป่วย และทำหน้าที่ประเมินการทำงานของ Care giver

บทบาทวิชาชีพจิตวิทยาในบริการปฐมภูมิ และทีมครอบครัว

เป็นผู้ให้บริการในทีมครอบครัวในด้านการส่งเสริม ป้องกัน รักษาฟื้นฟูในชุมชน โรงพยาบาล สถานศึกษา ประกอบด้วย

1. ให้บริการคำปรึกษาแก่ประชาชนที่มีปัญหาสุขภาพจิตของประชาชนกลุ่มเสี่ยงต่างๆ โดยใช้เครื่องมือทางจิตวิทยา เช่น ผู้ป่วยโรคทางกายเรื้อรัง (NCD) ผู้ติดสารเสพติด ผู้ป่วยจิตเวช ผู้ป่วยที่มีภาวะเครียด วิตกกังวล ซึมเศร้า ผู้พิการ บุคคลที่มีปัญหาบุคลิกภาพ การประเมินคัดกรองทางเขาวนปัญญา / พัฒนาการและผลสัมฤทธิ์ด้านการเรียนในเด็กที่มีปัญหาพัฒนาการ ปัญหาการเรียนรู้

2. ร่วมให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางด้านจิตใจ แก่ผู้ป่วยที่มีปัญหาทางด้านสุขภาพจิต จิตเวชและสารเสพติด

3. เป็นผู้ประสานงานการให้ความช่วยเหลือแก่ประชาชน ในรายการที่มีความจำเป็น เช่น การซ่อมแซมที่พักอาศัย เบี้ยยังชีพ ตลอดจนการส่งต่อเพื่อเข้ารับบริการยังโรงพยาบาลจิตเวชฯ

4. เป็นที่ปรึกษาและถ่ายทอดองค์ความรู้ ให้แก่ทีมหมอครอบครัวและทีมสหวิชาชีพ และภาคส่วนต่างๆ รวมถึงประชาชนในชุมชนอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้สามารถเฝ้าระวัง คัดกรอง ส่งต่อ และร่วมดูแลสุขภาพจิตของประชาชนได้อย่างเหมาะสมและครบวงจร

5. ให้บริการการส่งเสริม ป้องกัน ส่งต่อ บุคคลที่มีปัญหาสุขภาพจิต โดยเฉพาะ ในกลุ่มเสี่ยง (ผู้สูงอายุ ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ผู้พิการ หรือในกลุ่มญาติที่ดูแลผู้ป่วย) และประชาชนทั่วไป การสืบค้นปัญหาสุขภาพจิตในระยะเริ่มแรกของกลุ่มเสี่ยงต่างๆ โดยใช้เครื่องมือทางจิตวิทยาอย่างง่าย เช่น แบบประเมินหรือแบบคัดกรองทางจิตวิทยาหรือทางสุขภาพจิต การถ่ายทอดความรู้ทางจิตวิทยาและพฤติกรรมสุขภาพแก่ชุมชน ตลอดจนงานเยี่ยมบ้านผู้ได้รับผลกระทบจากสถานการณ์ เช่น ภัยพิบัติทางธรรมชาติต่างๆ หรือเหตุการณ์ไม่สงบจากสามจังหวัดชายแดนภาคใต้ เป็นต้น

6. สร้างเครือข่ายการบริการสุขภาพจิตในชุมชน เป็นการส่งเสริมให้ประชาชนสามารถเข้าถึงระบบบริการสาธารณสุขได้โดยง่าย ผ่านทีมสหวิชาชีพ และทีมสหสาขา เพื่อนำไปขยายผลในพื้นที่ของตนเอง เช่น การนำเสนองานที่เกี่ยวข้องกับงานจิตวิทยาในวันประชุมสำคัญของอำเภอ ร่วมกิจกรรมรณรงค์ในวันสำคัญกับทีมสหวิชาชีพ และช่องทางการสื่อสารสนเทศในปัจจุบัน เป็นต้น

7. เป็นผู้รวบรวมและจัดระบบองค์ความรู้ ที่เกี่ยวข้องกับงานจิตวิทยาในชุมชนและข้อมูลงานสุขภาพจิตในชุมชน (งานพัฒนาวิชาชีพและองค์ความรู้ของตนเอง) เพื่อกำหนดเป็นแผนหรือแนวทางในการดำเนินงานอย่างเป็นระบบ

และสอดคล้องกับบริบทของพื้นที่ร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น นักจิตวิทยา เก็บข้อมูลเด็กนักเรียนที่เข้ารับการประเมินความสามารถทางเชาว์ปัญญาหรือความบกพร่องด้านการเรียนรู้ โดยการคืนข้อมูลดังกล่าวให้ผู้บริหารเขตพื้นที่ ประถมศึกษาและสถานศึกษา เพื่อเป็นแนวทางในการวางแผนจัดชั้นให้เหมาะสมต่อไป เป็นต้น

8. มีการประชุมเพื่อทบทวนองค์ความรู้อย่างสม่ำเสมอ ร่วมทีมสหวิชาชีพและทีมสาขาวิชาชีพ พร้อมแลกเปลี่ยนความรู้และปัญหาอุปสรรคเพื่อแก้ไขให้สามารถดำเนินการได้อย่างราบรื่น เช่น การจัดประชุมครูอนามัยที่ดูแลเด็กพิเศษประจำสถานศึกษาร่วมกับเจ้าหน้าที่ รพ.สต. หรือทบทวนองค์ความรู้ทางสุขภาพจิตแก่ รพ.สต. อสม. และผู้นำชุมชน เป็นต้น

บทบาทวิชาชีพเกื้อหนุนในบริการปฐมภูมิและทีมหมอครอบครัว

หลักฐานเชิงประจักษ์ที่แสดงให้เห็นถึงปัญหาการใช้ยาในระดับบุคคล ครอบครัว และชุมชน ซึ่งประกอบด้วย

1) ปัญหาเกี่ยวกับการใช้ยาในระดับบุคคลและครอบครัว เช่น การใช้ยาเองตั้งแต่ 1 ขนานจนถึง 13 ขนาน, ใช้ยาไม่ถูกต้องตามแพทย์สั่ง, ผู้ป่วยเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา, ได้รับยาในขนาดที่ต่ำและสูงเกินไป, การได้ยาที่อันตรกิริยาต่อกัน นอกจากนี้ ยังพบว่าผู้ป่วยมียาเหลือทิ้งที่ไม่ได้ใช้ยาเสื่อมสภาพ และยาหมดอายุ เป็นจำนวนมาก เป็นต้น

2) ปัญหาเกี่ยวกับยาในระดับชุมชน จากหลักฐานเชิงประจักษ์แสดงให้เห็นว่า พบยาอันตรายกระจายอยู่ในชุมชนเป็นจำนวนมาก การเข้าถึงยาอย่างเสี่ยง การใช้ยาอย่างไม่สมเหตุ สมผล การใช้ยาเกินจำเป็น การใช้ยาไม่ถูกวิธี ไม่ถูกขนาด การนิยมใช้ยาตามโฆษณาทางวิทยุในผู้สูงอายุและผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ผู้ป่วยใช้ยาจากหน่วยบริการหลายแห่ง เช่น โรงพยาบาล

คลินิก ร้านขายยา(Poly pharmacy), การแพ้ยาซ้ำของผู้ป่วย เป็นต้น การนิยมใช้ยาชุดทั้งที่ประชาชนไม่มีความรู้ในการเลือกซื้อยาและการใช้ยา และผู้ประกอบการไม่มีความรู้ในการสั่งจ่ายยาอย่างเหมาะสม ทำให้เกิดปัญหาที่รุนแรงตามมา เช่น การดื้อยา การแพ้ยาอย่างรุนแรงถึงขั้นเสียชีวิต

กรอบงานเภสัชกรรมปฐมภูมิ ประกอบด้วย

1. พัฒนาระบบยาในหน่วยบริการปฐมภูมิ ได้แก่

- **งานบริหารเวชภัณฑ์** ได้แก่ การพัฒนาระบบคลังยาและเวชภัณฑ์ของหน่วยบริการปฐมภูมิ

- **งานบริหารเภสัชกรรม** ได้แก่ การทบทวนและประเมินการใช้ยา การเฝ้าระวัง การคัดกรอง การส่งมอบยา เป็นต้น โดยผลลัพธ์จากกิจกรรมนี้คือผลการรักษาของผู้ป่วยเป็นไปตามเป้าหมาย

2. งานดูแลผู้ป่วยในระดับบุคคลและครอบครัวต่อเนื่องด้านเภสัชกรรม

ได้แก่ การทบทวนและค้นหาปัญหาใช้ยา การให้ความรู้ การเสริมพลังด้านยาและสุขภาพ การวางแผนร่วมกันในการดูแลแก้ไขด้านสุขภาพ การออกแบบการบริหารยาเฉพาะรายที่บ้าน ร่วมกับผู้ป่วย ครอบครัวและทีมสุขภาพ

3. งานคุ้มครองผู้บริโภคด้านยาและสุขภาพ

ซึ่งมิได้มีบทบาทเพียงแค่พนักงานเจ้าหน้าที่ในการ ตรวจสอบ แต่ครอบคลุมบทบาทถึง

- **การจัดการความเสี่ยง** ด้านยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพ (Risk management)

- **การให้ความรู้** การรณรงค์ และการเป็นที่ปรึกษาให้แก่ชุมชนด้านยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพ (Empowerment)

4. งานส่งเสริมการพึ่งพาตนเองด้านสมุนไพรและสุขภาพ

วิธีการทำงานร่วมกันในทีมหมอครอบครัวระดับอำเภอและตำบล ประกอบด้วย

1. มีการตั้งทีมปฐมภูมิ หรือ Family care team ในระดับอำเภอโดยเฉพาะ ซึ่งประกอบด้วยหลายวิชาชีพที่สนใจงานด้านปฐมภูมิ โดยวิชาชีพเภสัชกรรมก็เป็นส่วนหนึ่งของทีมนี้ ทั้งในระดับ รพ. รพ.สต. และ สสอ. โดยได้รับการสนับสนุนทางด้านนโยบายและงบประมาณจากผู้บริหารในระดับอำเภอ เช่น ผู้อำนวยการโรงพยาบาล และสาธารณสุขอำเภอ

2. ทีมดังกล่าวควรมีการกำหนดหน้าที่ และรูปแบบการประสานงานระหว่างโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและสาธารณสุขอำเภอที่ชัดเจน กำหนดประเด็นในการทำงานระดับครอบครัวและชุมชนที่ชัดเจน (Case selection) ในกรณีของงานเภสัชกรรม เช่น การเข้าถึงยาของผู้ป่วย แก้ปัญหา Poly pharmacy หรือ การออกแบบวิธีการบริหารยาเฉพาะรายที่บ้าน ให้แก่ผู้ป่วยที่ไม่มี Care giver และทีมดังกล่าวควรสนับสนุนวิชาการที่จำเป็นให้แก่ผู้ปฏิบัติงาน

3. การสนับสนุนให้มีกิจกรรมการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ระหว่างทีมปฐมภูมิ หรือทีมหมอครอบครัว อย่างต่อเนื่อง

4. การนิเทศงานที่เน้นการรับรอง ยกย่อง เชิดชู (Appreciation) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เป็นกระบวนการที่ควรนำมาใช้ในการพัฒนาระบบยาของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและสร้างความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างทีมงาน

5. การกำหนดเป็น KPI เพื่อกระตุ้นให้เกิดการดำเนินงาน

บทบาทของกันตบุคลากรในบริการปฐมภูมิและทีมหมอครอบครัว

ปัญหาสุขภาพช่องปากมีความเชื่อมโยงต่อสุขภาพโดยรวมในทุกช่วงวัย ตั้งแต่หญิงตั้งครรภ์ไปจนถึงผู้สูงอายุ การเกิดโรคปริทันต์เป็นโรคที่เกิดจากภาวะผิวดึงของกลไกเมตาบอลิกของร่างกายจึงจะส่งผลต่อทารกในครรภ์ และมีโอกาสที่จะคลอดก่อนกำหนด ใน 3 ขวบปีแรกของชีวิตเป็นช่วงสำคัญที่เด็กจำเป็นต้องได้อาหารครบถ้วนเพื่อมีพัฒนาการที่สมวัย ปัญหาโรคฟันผุในเด็กเป็นปัญหาหลักที่ทำให้เด็กไม่สามารถได้รับสารอาหารเพียงพอและส่งผลต่อภาวะเตี้ยและมีผลต่อการเรียนรู้ของเด็ก ปัญหาภาวะเตี้ยมีความสัมพันธ์ต่อเนื่องมาในกลุ่มเด็กวัยเรียนและเยาวชน

นอกจากนี้ ยังพบว่าปัญหาสุขภาพช่องปากในเด็กเป็นปัญหาที่สัมพันธ์กับภาวะภูมิแพ้ที่พบอุบัติการณ์มากขึ้นเรื่อยๆ ในวัยทำงานและผู้สูงอายุที่เผชิญต่อปัญหากลุ่มโรค NCD การมีสุขภาพช่องปากทั้งโรคปริทันต์ โรคฟันผุ การสูญเสียฟันล้วนมีผลต่อการเกิดโรค NCD โรคปริทันต์มีผลกับภาวะ Stoke เบาหวาน และภาวะทุพโภชนาการในผู้สูงอายุ ทั้งนี้การดูแลสุขภาพช่องปากจะช่วยให้สุขภาพโดยรวมดีขึ้นด้วย

การดูแลด้านทันตกรรมในระดับปฐมภูมิและทีมหมอครอบครัวจะเป็นจุดคานงัดที่จะยกระดับพัฒนา ระบบบริการสาธารณสุขให้ดีขึ้นได้ ทีมหมอครอบครัวผู้ซึ่งเป็นบุคลากรแกนนำของระบบบริการปฐมภูมิ จึงมีความสำคัญมากในการดำเนินงานบริการเพื่อมุ่งสู่สุขภาพประชาชน โดยมีบทบาทที่สำคัญดังนี้

1. การจัดการบริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในช่องปาก จัดบริการส่งเสริมสุขภาพ เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงเชิงปัจจัยทางสังคมและสิ่งแวดล้อม เพื่อที่จะทำให้อายุขัยเฉลี่ยอยู่ในบริบท ที่เอื้อต่อการเกิดพฤติกรรมสุขภาพ ทั้งนี้ดำเนินการตั้งแต่ระดับครอบครัว ชุมชนและองค์กร อาทิ การเฝ้าระวังภาวะเสี่ยงที่สำคัญในแต่ละกลุ่มวัย การรณรงค์ ครอบครัวอ่อนหวาน ตู้เย็น

ปลอดภัยต่อลม การจัดระเบียบ ร้านค้าในชุมชน เป็นต้น บริการทันตกรรม ป้องกัน จำแนกประชากรเสี่ยงและให้บริการป้องกัน ได้แก่ การใช้ฟลูออไรด์ เฉพาะที่ การให้บริการเคลือบหลุมร่องฟัน

2. การคัดกรองกลุ่มเสี่ยงและการจัดบริการตามความจำเป็น ได้แก่ การคัดกรองรอยโรคก่อนมะเร็งในช่องปาก (Potentially malignant disorder) และกลุ่มที่ควรเข้าถึงการรักษา

3. การให้บริการทันตสุขภาพในระดับปฐมภูมิ เน้นการจัดบริการที่ไม่ยุ่งยากซับซ้อนและเป็นไปตามชุดสิทธิประโยชน์ ได้แก่

- รักษาป้องกันเบื้องต้น (กรณีมีทันตบุคลากร) อุดฟัน ขูดหินปูน ถอนฟันอย่างง่าย เคลือบหลุมร่องฟัน เคลือบฟลูออไรด์ ทำการควบคุม ภาวะฟันผุภายในช่องปาก รับส่งต่อจากทีมหมอครอบครัวในพื้นที่เครือข่ายและพิจารณาส่งต่อไปหน่วยบริการที่สูงขึ้น และติดตามผลการส่งต่อ
- ประสานการส่งต่อเพื่อรับการบริการรักษาในผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลซับซ้อน และติดตามกรณีมีการส่งกลับมาเพื่อดูแล

4. การดูแลอย่างต่อเนื่องที่บ้าน ได้แก่ กรณีเด็กเล็กที่จำเป็นต้องฝึกพ่อแม่ ผู้ปกครองให้สามารถทำความสะอาดช่องปากให้ลูกได้อย่างถูกวิธี กรณีของผู้ป่วยติดเตียง ผู้พิการที่จำเป็นต้องได้รับการดูแลอาการต่อเนื่อง หรือในบางครั้งให้บริการรักษาที่บ้าน กรณีผู้ป่วยโรคปริทันต์ ซึ่งจะต้องควบคุมสภาพในช่องปากไม่ให้เกิดโรคซ้ำอีก ซึ่งผู้ป่วยเหล่านี้มักมีโรคทางระบบซ้ำซ้อนอยู่ด้วย อาการของโรคในช่องปากและสุขภาพกายโดยรวมจะมีความสัมพันธ์กันอย่างต่อเนื่อง

โดยการทำหน้าที่ของงานทันตกรรม มีวัตถุประสงค์หลักเพื่อสนับสนุน ทีมหมอครอบครัวให้เกิด การทำหน้าที่อย่างมีประสิทธิภาพและต้องครอบคลุม ทั้งสามประเด็นได้แก่

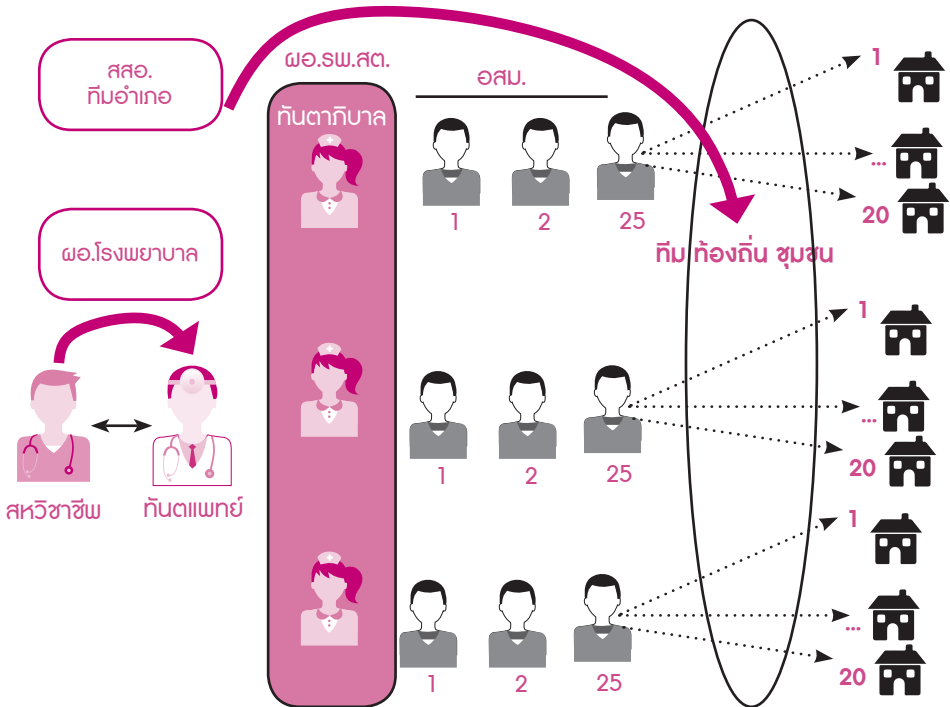
- สนับสนุนด้านวิชาการและด้านบริหารจัดการเพื่อวางระบบการดูแล (Supporter and Setting care system)
- ออกแบบระบบการให้คำปรึกษาและระบบการรับส่งต่อ (Consultation and Referral system)
- ร่วมให้บริการโดยเป็นส่วนหนึ่งของทีมหมอครอบครัว (Provider)

ซึ่งสามารถสรุปเป็นภาพการทำงานของเครือข่ายเชื่อมโยงกันได้ดังนี้

การเชื่อมโยงเครือข่าย หมอครอบครัว ด้านสุขภาพช่องปาก

ระดับอำเภอ : ทันตแพทย์ / สหวิชาชีพ

ระดับตำบล : ทันตภิบาล, พยาบาล, জন. สาธารณสุข และ อสม. (ทีมชุมชน)



ประชาชนเข้าถึงบริการ พึ่งพาตนเองได้ด้านสุขภาพช่องปาก

บทบาทของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) และสาธารณสุขอำเภอในทีมหมอครอบครัว

เนื่องจากทีมหมอครอบครัวเป็นบุคลากรที่มาจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในรพ.สต. หรือหน่วยบริการปฐมภูมิสังกัดอื่นๆ รพ.สต. จึงเป็นผู้สนับสนุนหลักในการทำงานของหมอครอบครัว ดังนั้นการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิในรพ.สต. ให้มีความเข้มแข็งจึงเป็นฐานที่สำคัญของการทำหน้าที่หมอครอบครัว นอกจากนี้บทบาทในการสนับสนุนหมอครอบครัวของ รพ.สต. ยังเป็นกลไกที่สำคัญที่จะทำให้ ทีมหมอครอบครัวเกิดการทำงานที่มีประสิทธิภาพ ซึ่งสามารถแบ่งบทบาทของ รพ.สต. ได้เป็น 3 ประเด็นดังนี้

บทบาท รพ.สต. ต่อทีมหมอครอบครัว

1. **จัดตั้งทีมงานภายใน รพ.สต.** ให้ดูแลสุขภาพประชาชนต่อเนื่องในลักษณะหมอครอบครัว ให้มีความเหมาะสมและเพียงพอกับจำนวนประชากรในเขตรับผิดชอบ มีการถ่ายทอดและสร้างความเข้าใจแนวคิดตลอดจนเจตคติที่ดีเกี่ยวกับการดำเนินงานทีมหมอครอบครัว

2. **การพัฒนาบุคลากร** เพื่อให้ทีมหมอครอบครัวได้รับความรู้หรือทักษะใหม่ หรืออาจเป็นการทบทวนความรู้/ทักษะเดิมให้ถูกต้องตามมาตรฐานโดยผ่านกระบวนการอบรม ศึกษาดูงาน หรือฝึกปฏิบัติงาน การพัฒนาองค์ความรู้ทักษะที่จำเป็นแก่ทีมหมอครอบครัวควรทำอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้สามารถให้บริการแก่ประชาชนหรือผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม ซึ่งอาจมีการค้นหาส่วนขาดขององค์ความรู้และทักษะ หรืออาจสำรวจดูจากความต้องการหรือความสนใจในการพัฒนาศักยภาพ จากนั้นจึงจัดทำแผนพัฒนาบุคลากรและฝึกอบรมให้สัมพันธ์กับองค์ความรู้และทักษะที่ยังขาด

3. มีการจัดการระบบข้อมูลที่มีอยู่ให้สามารถเข้าถึงได้ง่าย ข้อมูลมีความถูกต้อง ครบถ้วน ทันสมัยสามารถนำมาวางแผนแก้ไขปัญหา และพัฒนางานด้านสาธารณสุขได้อย่างมีประสิทธิภาพ

4. มีการจัดทำแผนปฏิบัติการ เพื่อสนับสนุนการทำงานของทีมงานครอบครัว เพื่อกำหนดทิศทางการดำเนินงาน การพัฒนางานและให้เกิดการใช้ทรัพยากรอย่างคุ้มค่า

5. ส่งเสริมการเรียนรู้และสร้างแรงจูงใจทีมงานครอบครัว โดย

- จัดบรรยากาศส่งเสริมให้เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ภายในทีมงานครอบครัว กระตุ้นให้ทีมงานครอบครัวมีความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ ใช้ความรู้และทักษะในการปฏิบัติงานอย่างเต็มที่

- จัดให้เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างหน่วยงาน หรือศึกษาดูงานหน่วยงานอื่นที่ดำเนินงานได้ประสบความสำเร็จเป็นอย่างดี

- สนับสนุนและเปิดโอกาสให้ทีมงานครอบครัวได้มีโอกาสศึกษาต่อฝึกอบรมวิชาการต่างๆ เพื่อนำความรู้มาพัฒนางาน

- สนับสนุนความก้าวหน้า ยกย่องชมเชย

6. มีการจัดระบบเพื่อสนับสนุนการปฏิบัติงานของทีมงานครอบครัว

- การจัดอาคารสถานที่และสิ่งแวดล้อมให้มีความสวยงาม เป็นระเบียบ สะอาดเอื้อต่อความสะดวก ปลอดภัยของผู้มารับบริการและบุคลากรสาธารณสุข

- มีระบบการเฝ้าระวังป้องกัน ควบคุมการติดเชื้อและการแพร่กระจายเชื้อ เพื่อลดความเสี่ยงการติดเชื้อในผู้รับบริการและบุคลากรสาธารณสุข

- การบริหารเวชภัณฑ์ให้มีจำนวนเพียงพอ เหมาะสมและมีคุณภาพ

- การจัดหาเครื่องมือ วัสดุอุปกรณ์ที่มีความจำเป็นให้มีความพร้อมและเพียงพอต่อการใช้งาน

- พัฒนาระบบการสื่อสารให้มีประสิทธิภาพ

7. การติดตามประเมินผลการดำเนินงาน เพื่อให้ทราบความก้าวหน้า และผลสัมฤทธิ์ของการดำเนินงาน ทราบปัญหาและอุปสรรคและหาแนวทางการพัฒนาให้ประสบความสำเร็จดียิ่งขึ้นไป

8. ส่งเสริมการทำงานเป็นทีมและมีความสามัคคี เน้นการทำงานแบบ เชิงรุก

บทบาท รพ.สต. ในการประสานเชื่อมโยงบริการ กับทีมหมอครอบครัวในโรงพยาบาล

1. สนับสนุนให้มีการสำรวจกลุ่มประชากร เพื่อค้นหาประเมินปัจจัยเสี่ยงต่อภาวะสุขภาพ และค้นหากลุ่มเป้าหมายที่จำเป็นต้องได้รับบริการ นำข้อมูลที่ได้มาใช้ในการวางแผนดำเนินงาน

2. วางแผนและให้บริการอย่างเป็นองค์รวม(กาย จิต สังคม และจิตวิญญาณ โดยคำนึงถึง ปัจจัยทางด้านสังคม เศรษฐกิจ การศึกษา ศาสนา วิถีชีวิต) ผสมผสาน(บริการที่ให้การส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค รักษาพยาบาลและฟื้นฟูไปพร้อมๆกัน)และต่อเนื่อง โดยการจัดบริการร่วมกัน ระหว่างทีมหมอครอบครัวและทีมสหสาขาวิชาชีพ

3. ประสานงานกับทีมสหสาขาวิชาชีพเพื่อจัดบริการที่เหมาะสมให้กับประชาชนกลุ่มเป้าหมาย เช่น ประสานงานกับนักกายภาพบำบัดในการติดตามดูแลผู้พิการหรือผู้ที่จำเป็นต้องฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกาย ประสานงานกับนักจิตวิทยาในการติดตามดูแลผู้ป่วยจิตเวช หรือผู้ที่มีปัญหาทุกพหุขบวนการ อาจต้องประสานงานกับนักโภชนาการในการดูแลช่วยเหลือ เป็นต้น โดยการเยี่ยมบ้านร่วมกันระหว่างสหสาขาวิชาชีพกับทีมหมอครอบครัว

4. ประสานงานเพื่อให้เกิดช่องทางในการให้คำปรึกษาแก่ทีมหมอครอบครัว กรณีมีข้อสงสัยต้องการคำแนะนำในเรื่องต่างๆจากทีมสหสาขาวิชาชีพ

5. ผู้รับบริการที่เกินขีดความสามารถต้องได้รับการดูแลเบื้องต้นจาก หมอครอบครัวและส่งต่ออย่างรวดเร็วและเหมาะสม ทีมหมอครอบครัวควร อธิบายความสะดวกให้แก่ผู้ป่วยโดยคำนึงถึงศักยภาพของผู้ป่วยและ ครอบครัวแต่ละราย ตั้งแต่การประสานงาน การจัดหายานพาหนะสำหรับ ผู้ป่วยบางราย เนื่องจากมีผู้ป่วยหลายรายเมื่อได้รับการส่งต่อแล้วมีปัญหา ติดขัดเรื่องการเดินทางเป็นต้น

บทบาท รพ.สต. ในการบูรณาการกับภาคส่วนอื่นๆ

1. มีการถ่ายทอด และสร้างความเข้าใจ แนวคิดเกี่ยวกับการดำเนินงาน ทีมหมอครอบครัว เพื่อสร้างแรงสนับสนุนในการดำเนินงานจากชุมชน
2. เชิญชวนกลุ่มต่างๆให้เข้ามาเป็นทีมงานหมอครอบครัว
3. นำเสนอข้อมูลให้ชุมชนได้รับทราบสถานการณ์ภาวะสุขภาพของ ประชาชน
4. ประสานให้ทุกกลุ่ม (อปท./อสม./จิตอาสา/นักบริบาล/ผู้นำชุมชน) ได้เข้ามามีส่วนร่วมในการจัดทำแผนสุขภาพ
5. มีการประสานงานและร่วมดำเนินงานกับผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการ พัฒนาสุขภาพ ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และช่วยเหลือทางด้านสังคม เช่น อปท. อสม. จิตอาสา ผู้นำชุมชน ผู้นำทางศาสนา และเครือข่ายพัฒนาสังคม และความมั่นคงของมนุษย์(พม.)
6. ประสานงานกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น(อปท.)ให้เป็นหน่วยงาน หลักในเรื่องการส่งต่อผู้ป่วยไปยังรพ.แม่ข่าย และรพ.ระดับจังหวัด ตลอดจน การรับผู้ป่วยกลับ(บางกรณี)
7. ประสานงานกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น(อปท.)ให้สนับสนุน งบประมาณในการดำเนินงาน ในหลายๆด้าน เช่น การดำเนินการเรื่อง นักบริบาลให้เพียงพอและเหมาะสมต่อการดูแลประชาชน กลุ่มเป้าหมาย การจัดหางบประมาณในการปรับปรุงที่อยู่อาศัยและสิ่งแวดล้อม ฯลฯ

บทบาทสาธารณสุขอำเภอในการสนับสนุนทีมหมอครอบครัว

สาธารณสุขอำเภอมีความสำคัญอย่างยิ่งในฐานะเป็นผู้นำของ รพ.สต. ในพื้นที่ ดังนั้น สาธารณสุขอำเภอจึงควรเข้าใจบทบาทหน้าที่ต่อการพัฒนา ทีมหมอครอบครัว ซึ่งสามารถสรุปรายละเอียดได้ดังนี้

1. ชี้แจงและกำหนดผู้รับผิดชอบงาน กำหนดเป้าหมายของการดำเนินงานของหมอครอบครัวทุกระดับ (ระดับอำเภอ/ตำบล)
2. สร้างความเข้าใจร่วมกันระหว่างเจ้าหน้าที่ของสาธารณสุขอำเภอ เจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และประสานกับโรงพยาบาลในการดำเนินงานของทีมหมอครอบครัว
3. วางแผนเพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ของการดำเนินงาน
4. กำหนดบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบของเจ้าหน้าที่ทุกสาขาวิชาชีพในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในการดำเนินงานทีมหมอครอบครัว
5. ร่วมกำหนดองค์ประกอบและโครงสร้างทีมหมอครอบครัว
6. ชี้แจงนโยบายและแนวทางการดำเนินงานของทีมหมอครอบครัว แก่องค์กรชุมชน ภาคประชาชนและผู้บริหารระดับอำเภอ
7. ให้โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล วิเคราะห์ข้อมูล สภาพปัญหา สถานะสุขภาพของพื้นที่ เพื่อเตรียมความพร้อมการดำเนินงาน
8. ให้โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล วิเคราะห์ตนเอง และวิเคราะห์ส่วนขาดตามแนวทางการดำเนินงานของทีมหมอครอบครัวเพื่อขอรับการสนับสนุน
9. จัดหาและสนับสนุนทรัพยากรในการดำเนินงาน ทั้งงบประมาณ บุคลากร วัสดุ อุปกรณ์ พัฒนาศักยภาพของเจ้าหน้าที่ เกี่ยวกับการปฏิบัติงานในบทบาทของทีมหมอครอบครัว

10. ติดตาม ควบคุม กำกับ และประเมินผลการดำเนินงานตามแผนที่กำหนด
11. จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้การดำเนินงาน
12. รายงานผลการดำเนินงานที่มอบครอบครัวให้ทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องทราบ



บทที่ 4

บทบาทอาสาสมัครสาธารณสุข
องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น
และภาคีที่เกี่ยวข้องใน
“ทีมหมอกครอบครัว”

บทบาทอาสาสมัครสาธารณสุขในทีมหมอครอบครัว

อาสาสมัครสาธารณสุข หรือที่เราเรียกย่อ ๆ ว่า อสม. นั้น เป็นรูปแบบหนึ่งของการมีส่วนร่วมของประชาชนในการดูแลสุขภาพของตนเอง ครอบครัว และชุมชน (self care) โดยผ่านกระบวนการอบรมให้ความรู้จากพี่เลี้ยง คือ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และปฏิบัติงานด้วยความเสียสละต่อประชาชนในหมู่บ้าน เป็นบุคคลที่ได้รับการคัดเลือกจากชาวบ้านในแต่ละหมู่บ้านและได้รับการอบรมตามหลักสูตรที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด

โดยมีบทบาทหน้าที่สำคัญในฐานะผู้นำการเปลี่ยนแปลงด้านพฤติกรรมสุขภาพอนามัย (Change agents) การสื่อสารข่าวสารสาธารณสุข การแนะนำเผยแพร่ความรู้ การวางแผน และประสานกิจกรรมพัฒนาสาธารณสุข ตลอดจนการให้บริการสาธารณสุขด้านต่างๆ เช่น การส่งเสริมสุขภาพ การเฝ้าระวังและป้องกันโรค การช่วยเหลือและรักษาพยาบาลขั้นต้น โดยชี้ยาและเวชภัณฑ์ตามขอบเขตที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด การส่งต่อผู้ป่วยไปรับบริการ การฟื้นฟูสุขภาพ และจัดกิจกรรมพัฒนาสุขภาพภาคประชาชนในหมู่บ้าน/ท้องที่และชุมชน/ตำบล ตามโครงการตำบลจัดการสุขภาพ ซึ่ง อสม. สามารถเป็นกำลังเสริมภาคประชาชนที่เข้มแข็งให้กับทีมหมอครอบครัวได้โดยมีบทบาท ดังนี้

1. ให้สุศึกษาสำหรับเพื่อนบ้านและชุมชนอย่างใกล้ชิด รวมทั้งการรับทราบปัญหาครอบครัว สังคม สิ่งแวดล้อม เพื่อการปรึกษาและแก้ปัญหาต่อไป

2. มีส่วนร่วมในการวิเคราะห์ปัญหาด้านสุขภาพของชุมชน เพื่อจัดทำแผนสุขภาพชุมชน/ตำบล และโครงการเพื่อแก้ไขปัญหาโดยเน้นการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่เป็นปัญหาสำคัญของชุมชน/ท้องถิ่น เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง ไข้เลือดออก

3. ดำเนินกิจกรรมด้านการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ตามปฏิทินสุขภาพของชุมชนและตามกลุ่มวัย ในเรื่อง 3 อ. 2 ส. (อาหาร ออกกำลังกาย

6. มีการดำเนินงานตาม โครงการ/กิจกรรม ที่ได้วางไว้ รวมทั้งกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ 3อ 2ส

7. สนับสนุนการพัฒนาความรู้และศักยภาพด้านสุขภาพของ อสม. และประชาชนอย่างต่อเนื่อง

8. จัดให้มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ สรุปบทเรียน ทั้งในชุมชนและระหว่างชุมชน เพื่อตอบสนองปัญหาและความต้องการของประเทศ

9. สนับสนุนขวัญกำลังใจ แก่ ชุมชน บุคคล ครอบครัว อาทิจัดมอบรางวัล แก่ บุคคล ครอบครัว ตัวอย่าง

บทบาททีมหมอครอบครัวในการสร้างความร่วมมือกับภาคที่เกี่ยวข้อง

ปัญหาสุขภาพในปัจจุบัน เป็นปัญหาที่มีซับซ้อนมีความเชื่อมโยงกับปัญหาด้านเศรษฐกิจ สังคม สิ่งแวดล้อมและความเป็นอยู่ เช่น ปัญหาความปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สิน ปัญหาที่อยู่อาศัย ปัญหาการเข้าถึงบริการของรัฐ เป็นต้น ซึ่งปัญหาเหล่านี้ส่งผลให้มีผู้ด้อยโอกาสกลุ่มต่างๆ อาทิ ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ผู้พิการ ผู้มีรายได้น้อย ฯลฯ ได้รับผลกระทบต่อการดำรงชีวิตเป็นอย่างมาก

ดังนั้น ในการแก้ปัญหาสุขภาพจึงมีความจำเป็นที่ทีมหมอครอบครัว จะต้องมีการบูรณาการไปพร้อมกับการพัฒนาคุณภาพชีวิต ทั้งด้านสังคมความเป็นอยู่ และการสาธารณสุข โดยให้ส่วนราชการ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ภาคเอกชนและภาคีภาคประชาชน ร่วมกันขับเคลื่อนการดูแลคุณภาพชีวิตของประชาชน เพื่อให้บรรลุเป้าหมายคือ คุณภาพชีวิตและสถานะสุขภาพของประชาชนดีขึ้น



บทที่ 5

กรณีศึกษา

กรณีศึกษาที่ 1



“บ้านใหม่ที่มีแสงสว่างของสายรุ้ง”

นายสายรุ้ง (นามสมมุติ) เป็นคนพิการ จากการที่ได้รับอุบัติเหตุซ้ำรทบ รรทุกชนกับรรถกระบะเมื่อ 13 ปีที่แล้ว ปัจจุบันอายุ 32 ปี สายรุ้งเป็น อัมพาตท่อนล่างตั้งแต่เอวลงมา ปัจจุบันอาศัยอยู่กับพ่อที่บ้านเลขที่ 426 หมู่ 8 ตำบลสูงเนิน มารดาเสียชีวิตแล้ว สายรุ้งเป็นลูกคนเล็ก มีพี่น้องแต่ แยกครอบครัวไปแล้ว มีพี่สาว 1 คนที่อยู่ไม่ไกลกันมากแวะมาดูให้บ้างเวลา พ่อไม่อยู่

เมื่อก่อนพ่อสายรุ้งไม่มีที่อยู่เป็นหลักแหล่ง รับจ้างทำไร่ และเช่าที่ทำไร่ ไปเป็นรายปีไปเรื่อยๆ เมื่อเอาสายรุ้งมาอยู่ก็ลำบาก เจ้าของที่ดินสงสารจึง แบ่งที่ดินไร่มันขายให้ 1 งานอยู่ตอนท้ายไร่ เพื่อให้สร้างบ้านอยู่กับลูก โดย เจ้าของที่ให้ผ่อนส่งเงินไปเรื่อยๆจนครบ 5 หมื่นบาท บ้านสายรุ้งอยู่ในไร่มัน ห่างจากถนนของอบต.ลงไปประมาณ 800 เมตร ซึ่งทางเข้าลำบากมาก ฤดูฝนเข้าออกลำบากมาก สภาพบ้านไม่ถาวร เป็นไม้เก่ามุงสังกะสี ไม่มี ไฟฟ้าใช้ ฝนตกจะสาดเข้าไปในบ้านได้ สายรุ้งจะนอนอยู่ที่ประจำไม่ลุกไปไหน มีอาการFoot drop แก่ไข่มไม่ได้แล้ว

หมอหนู (นามสมมุติ) เจ้าพนักงานสาธารณสุขชุมชนที่รับผิดชอบ หมู่บ้านนี้ มา 3 ปี ซึ่งมารับแทนเจ้าพนักงานสาธารณสุขที่เป็นผู้ชายที่ไม่ ค่อยได้เข้ามาเยี่ยมในชุมชน หมอหนูรับทราบข้อมูลของสายรุ้งจาก อสม. ที่นานๆ แวะเข้าไปเยี่ยมเพราะการเดินทางไปลำบากและเปลี่ยว อสม.กลัว ไม่ปลอดภัย จึงเข้าไปเยี่ยมบ้าน พบปัญหาของสายรุ้งที่กลั่นแกล้งจะบัสสวะ ไม่ได้ แต่พ่อได้ทำตามทีอสม.แนะนำให้อาณพลาสดิกมาใส่ที่อวัยวะเพศ

และปิดพลาสติกไว้ บางวันใช้ยางมัดไว้เพราะพลาสติกไม่มี ส่วนอุจจาระ ก็เอาผ้าพลาสติกกรองไว้ แล้วพ่อจะเป็นคนมาเปลี่ยนวันละครึ่ง บ้านสายรุ้ง ไม่มีไฟฟ้าใช้ อาศัยขอฟ่วงมาจากเพื่อนบ้านที่อยู่ห่างกัน 400 เมตร มีไฟฟ้าเท่าที่จำเป็น แต่ต้องรับภาระค่าไฟฟ้าทั้งหมดแทนเจ้าของบ้านที่ขอฟ่วงไปมาใช้ เสียค่าไฟเดือนละ 1,400 บาท ซึ่งเป็นภาระของสายรุ้งและพ่ออย่างมาก เพราะ อบต. ให้เบี้ยคนพิการของสายรุ้ง 500 บาท และรายได้ผู้สูงอายุของพ่อ 700 บาท ซึ่งต้องนำไปจ่ายค่าไฟฟ้าทุกเดือน

หมอหนูได้นำปัญหาของสายรุ้งมาคุยในที่ประชุมทีมงานชุมชน ทีมงานที่เป็นพยาบาลจึงออกไปเยี่ยมพร้อมกับ อสม. ซึ่งได้พบปัญหาของครอบครัวนี้เพิ่มเติมว่า ด้านร่างกายของสายรุ้งที่พิการท่อนล่างไม่มีแผลกดทับ เพราะพ่อและสายรุ้งพยาบาลช่วยขยับตัว พลิกตะแคง วันละ 1-2 ครั้ง สายรุ้งพยายามช่วยเหลือตัวเองตอนรับประทานอาหารโดยสามารถรับประทานเองได้ แต่ได้คุณค่าอาหารไม่ครบถ้วน ไม่ได้กินยาประจำเพราะไปหาหมอไม่ได้ จะกินยาตามอาการที่พ่อไปหามาให้ได้ แต่สายรุ้งจะมีภาวะเครียดเรื่องค่าใช้จ่ายของครอบครัว เพราะพ่อก็อายุมากแล้วไม่มีคนหารายได้ พี่สาวก็เอาข้าวมาให้ทุกสัปดาห์ ส่วนอาหารก็ข้าวเป็นหลัก กับข้าวไม่เพียงพอ บางครั้งบ่นไม่อยากมีชีวิตอยู่สงสารพ่อ ส่วนพ่อก็ไม่ได้ไปหาหมอเลยเพราะต้องคอยดูแลสายรุ้ง เจ็บป่วยก็บอกลูกสาวให้ไปบอก อสม. ช่วยขอยาหมอมาให้

ทีมพยาบาลได้วางแผนให้นักกายภาพและนักจิตวิทยาออกไปเยี่ยมด้วย และรายงาน Case ให้แพทย์ทราบ วางแผนออกเยี่ยมร่วมกับ อสม. ระยะแรกทุกสัปดาห์ จนประเมินว่า สายรุ้งเครียดลดลง ก็เยี่ยมห่างออก 2 สัปดาห์ และทุกเดือน โดยนยาและอุปกรณ์ ที่จำเป็นไปไว้ให้ใช้ เช่นถุงพลาสติกไว้เก็บปัสสาวะ ผ้าอ้อมผู้ใหญ่และตรวจร่างกายให้พ่อสายรุ้ง ไม่มีโรคเบาหวานความดัน มีอาการซีดเล็กน้อย ให้คำแนะนำการสังเกตตัวเองเมื่อมีอาการผิดปกติ ให้รีบไปหา อสม. ที่อยู่ใกล้ที่สุด ซึ่ง อสม. ที่ดูแลครอบครัว

นี้ทำหน้าที่อย่างดี จะเข้ามาเยี่ยมเกือบทุกสัปดาห์และนำปัญหาไปแจ้งให้ทีมหมอบรรจากรอบครัวทราบอย่างต่อเนื่อง และทีมหมอบรรจากรวก็นำปัญหานี้ไปคุยให้กรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพของ อบต.รับทราบ นายก อบต.ให้ความสำคัญลงไปเยี่ยมบ้านด้วยกันกับทีมหมอบรรจากรว นายก อบต.ได้นำข้อมูลไปขอความช่วยเหลือจากนายอำเภอสูงเนิน โดยให้ทีมหมอบรรจากรวช่วยทำรายงานข้อเท็จจริงเกี่ยวกับปัญหาของครอบครัวนี้ จนวันที่ 12 พฤศจิกายน 2557 ที่ผ่านมามีไม่กี่วัน เราไปร่วมเป็นสักขีพยานรับมอบสัญญาในการสร้างบ้านหลังใหม่ให้ครอบครัวสายรุ่งมูลค่า 150,000 บาท จากงบประมาณของ อบต. และหน่วยงานไฟฟ้าอำเภอได้ดำเนินการช่วยเหลือโดยการจัดหาไฟฟ้าฟรีให้กับครอบครัวมูลค่ากว่า 50,000 บาท และแม่บ้านกิ่งกาชาดได้นำเงินและอาหารบริจาคช่วยเหลือ

บ้านใหม่ที่มีแสงสว่างของสายรุ่งหลังนี้จะไม่เกิดขึ้นถ้าวันนั้นเราไม่เล่าเรื่องนี้ให้นายกอบต.และกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพฟังในที่ประชุม ซึ่งได้เห็นภาพของชุมชนในวันนั้นที่พยายามที่จะช่วยเหลือกันและหาทางช่วยเหลือกันเมื่อเกินกำลังของชุมชน ทีมหมอบรรจากรวจากกลุ่มเวชศาสตร์ครอบครัวและบริการปฐมภูมิ โรงพยาบาลสูงเนินมีความภูมิใจที่ได้ทำหน้าที่ในการบอกเรื่องราว (ประสบการณ์) ที่เกิดขึ้นในสังคมเล็กๆ ที่ชุมชนมีน้ำใจให้กันและกัน ที่สำคัญเห็นทีมสุขภาพของจริงที่มีทุกภาคส่วนในชุมชนไม่ทอดทิ้งร่วมมือกันดูแลสุขภาพของคนในชุมชน ไม่ใช่มีแต่บุคลากรสาธารณสุขเท่านั้น บ้านใหม่ที่มีแสงสว่างของสายรุ่งหลังนี้จะเป็นของขวัญชิ้นสำคัญให้กับครอบครัวของสายรุ่งที่จะทำให้มีกำลังใจฟันฝ่าอุปสรรคในการดำเนินชีวิตต่อไป

กรณีศึกษาที่ 2

“ใครคือ Care giver ตัวจริง”



“สูงอีกแล้ว น้ำตาลสูงอีกแล้ว เปื่อ แท้ แท้ บ่ ต้องไปเฮ็ดยังกันละ หอบกันมาแต่โรงบาล” เสียงของคุณมอน ภรรยาของ คุณวิเชียร (นามสมมุติ) ผู้ป่วยโรคเบาหวานร่วมกับโรคหัวใจ โรคปอด บ่นไปพร้อมกับมือของเธอปรับอินซูลินแบบปากกา ตามที่เภสัชกรประจำโรงพยาบาลสอน แล้วให้เธอสาธิตการฉีดยาให้ดู เธอสาธิตวิธีการฉีดอินซูลินและการจัดยาวันโรค ได้อย่างคล่องแคล่วไม่มีข้อผิดพลาดเลยทุกครั้งที่เธอพาคุณวิเชียร มาได้รับการรักษาที่โรงพยาบาล แต่สิ่งที่ทำให้ฉันแปลกใจที่สุดว่าทำไม ระดับน้ำตาลในเลือดของคุณวิเชียร ไม่เคยต่ำกว่า 300 mg% เลย ทั้งที่ คุณมอน ได้รับความรู้และร่วมกันวางแผนการดูแลผู้ป่วยกับทีมสหสาขาวิชาชีพ ที่โรงพยาบาล ทุกครั้งก่อนกลับบ้าน

คุณวิเชียร อายุ 40 ปี พิกัดไม่มีมือและแขนท่อนล่าง ทั้ง 2 ข้าง ตั้งแต่เกิด ป่วยเป็นโรคเบาหวานมาหลายปี เมื่อ 2 เดือนที่ผ่านมา คุณวิเชียร ไข้ ไอ น้ำหนักลดลง จึงมาได้รับการรักษาที่โรงพยาบาลตระการพืชผล ตรวจพบโรคปอด หลังเริ่มกินยาวันโรค ระดับน้ำตาลในเลือดสูงเกิน 300 mg% ตลอด แพทย์จึงปรับยาเบาหวานเป็นอินซูลินแบบฉีด โดยมี คุณมอน ภรรยาของผู้ป่วย เป็นคนมาเฝ้าผู้ป่วยขณะนอนพักรักษาตัวที่โรงพยาบาลและพาผู้ป่วยมารับยาตามนัดตลอด ทุกครั้งที่มา คุณวิเชียร จะนั่งเงียบ ไม่ค่อยพูด มีแต่ยิ้มน้อยๆที่มุมปาก มีแต่คุณมอน จะเป็นคนให้ข้อมูล ปรึกษา และบ่นตลอด ว่าไม่อยากพาสามีมาโรงพยาบาลบ่อยๆ เพื่อปรับระดับน้ำตาลในเลือดให้ต่ำกว่า 200 mg% ตามแผนการรักษาของแพทย์ คุณมอน จะอ้างถึงเหตุผลที่ไม่อยากพาผู้ป่วยมาโรงพยาบาลว่า เสียเงินค่ารถ, ขาดรายได้, ไม่ได้ไปนา, ผู้ป่วยดื้อ บอกอะไรก็ไม่ทำตาม น้ำตาลในเลือดเลยสูง นี่คือข้อมูลที่

ฉันได้จากผู้ป่วยและญาติขณะที่มาโรงพยาบาล มันยังไม่สามารถตอบโจทย์ในใจฉันได้ว่า “ทำไม ระดับน้ำตาลในเลือด ของผู้ป่วยไม่เคยต่ำกว่า 200 mg% ซักที” ฉันจึงตัดสินใจ ไปเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้าน

ฉันประสานงานไปที่ รพ.สต.ใหม่เจริญ ตำบลนาสะไม ตามที่อยู่ของ ผู้ป่วย ทาง รพ.สต. ได้ประสานงานกับ อสม.และผู้ใหญ่บ้าน พร้อมกับลงพื้นที่เยี่ยมผู้ป่วยร่วมกัน

เมื่อไปถึงบ้านผู้ป่วย พบว่าบ้านผู้ป่วยเป็นบ้านปูนชั้นเดียวหลังเล็ก ๆ เขาอาศัยอยู่ในบ้านหลังนี้กับภรรยาและลูกอีก 2 คน ลูกสาวอายุ 15 ปี, ลูกชายอายุ 9 ปี ผู้ป่วยทำอาชีพเป็นนักดนตรี ในวงดนตรีคนพิการ ไปแสดง ตามงานต่างๆ ช่วงนี้เขาป่วยไม่สามารถไปเล่นดนตรีได้ จึงขาดรายได้ มีเพียงภรรยาที่ไปนาเพื่อเก็บผักไปขายที่ตลาด หารายได้เข้าครอบครัวเท่านั้น

เขาไม่มีมือที่จะสามารถหยิบจับอะไรได้ เขาจึงไม่สามารถทำอาหารและฉีดอินซูลินเองได้ ต้องรอภรรยากลับมาจากทำนาและซื้อข้าวมาจากตลาด รอลูกสาวกลับมาจากโรงเรียนเพื่อจะมาหุงข้าวให้กิน แต่ภรรยาของเขาชอบดื่มเหล้าที่ตลาดก่อนกลับบ้านทำให้กลับบ้านไม่ตรงเวลาและเมา จึงไม่มีใครฉีดอินซูลินให้เขา ส่วนใหญ่แล้วเขาจะอยู่บ้านกับลูกมากกว่าภรรยา ซึ่งลูกสาวจะเป็นคนจัดยารักษาโรคฉี่หนูโรคปอดให้เขากิน ตามฉลากหน้าซองยา แต่วิธีการฉีดอินซูลินลูกสาวฉีดไม่เป็น เพราะไม่ได้รับการสอนฉีดยาจากคุณมอน เพราะคุณมอน ไปนาตั้งแต่เช้า กว่าจะกลับบ้านได้ก็มืดค่ำ ลูกๆ ก็หลับหมดแล้ว คุณมอนจึงไม่ค่อยคุยกับลูกๆ หรือบางครั้งก็เมาเหล้า พูดกับลูกไม่รู้เรื่อง

ฉันจึงเข้าใจทุกอย่างแล้วว่า ทำไมระดับน้ำตาลในเลือดคุณวิเชียร ไม่เคยลดลงซักที เพราะผู้ป่วยไม่เคยได้รับการฉีดอินซูลินที่บ้านเลย คนที่ได้รับการให้ความรู้ที่โรงพยาบาล ไม่ใช่ Care giver หรือผู้ดูแลผู้ป่วยที่บ้านอย่างแท้จริง ข้อมูลต่างที่ได้รับที่โรงพยาบาล ไม่ได้ถูกส่งต่อแก่ Care giver

ตัวจริง ทำให้ผู้ป่วยอาการไม่ดีขึ้น ทั้งๆที่ได้รับการวางแผนการดูแลผู้ป่วยร่วมกันระหว่าง ผู้ป่วย,ญาติ,ทีมสหสาขาวิชาชีพ ที่โรงพยาบาล เป็นอย่างดี ก่อนกลับบ้าน ฉันต้องวางแผนการดูแลคุณวิเชียรใหม่ ฉันต้องหา Care giver ตัวจริงให้ได้ แล้วใครกันล่ะ ที่จะเป็น “Care giver ตัวจริง” ให้ผู้ป่วย

ฉัน เจ้าหน้าที่ รพ.สต.ใหม่เจริญ ผู้ใหญ่บ้าน และ อสม. วางแผนการรักษาร่วมกัน โดยการจัดทีม อสม.ใกล้บ้าน ผู้ป่วย เปลี่ยนกันเยี่ยมไปผู้ป่วยทุกวัน และการให้ความรู้ ข้อมูลต่างๆ,การวางแผนการดูแลผู้ป่วย แก่ลูกสาวของคุณวิเชียรแทนภรรยาเพราะลูกสาวคือ “Care give ตัวจริง” ในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน

หลังจากนั้นน้ำตาลของคุณวิเชียรมีค่าลดลงจาก 495 mg% เป็น 370 mg% 192 mg% การส่งตรวจเสมหะไม่พบเชื้อวัณโรค ผลการถ่ายภาพเอ็กซเรย์ปอดอาการดีขึ้น เขาแข็งแรงขึ้นสามารถกลับไปเล่นดนตรีหาเลี้ยงครอบครัวได้เหมือนเดิม จากเรื่องราวครั้งนี้ ทำให้ฉันได้รับบทเรียนว่า การหา “Care giver” ตัวจริงให้พบสำคัญกว่าการวางแผนการรักษาพยาบาลที่ยอดเยี่ยมเสียอีก

กรณีศึกษาที่ 3

“ผลกระทบจากสถานการณ์ไม่สงบ จากสามจังหวัดชายแดนภาคใต้”



จากเหตุการณ์ความไม่สงบที่เกิดขึ้นในสามจังหวัดชายแดนภาคใต้ รวมถึง 4 อำเภอของจังหวัดสงขลา ส่งผลให้มีผู้ได้รับผลกระทบเกิดขึ้นมากมายทั้งสูญเสียชีวิต สูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก สูญเสียทรัพย์สิน สูญเสียโอกาส บางรายส่งผลให้เกิดความพิการ ปัญหาพฤติกรรมและปัญหาสุขภาพจิตตามมา

อำเภอสุโงปาดิ เป็นอำเภอหนึ่งที่ได้รับผลกระทบค่อนข้างรุนแรงมีผู้ได้รับผลกระทบ 251 ราย มีเด็กกำพร้า 102 ราย มีหญิงหม้าย 79 คน และมีผู้พิการ 7 ราย (ข้อมูลตั้งแต่ปี 2549-2554 จากศูนย์เยียวยาฟื้นฟูสุขภาพจิต รพ.สุโงปาดิ)

หญิงไทย อายุ 40 ปี นับถือศาสนาอิสลาม เป็นผู้ได้รับผลกระทบ จากเหตุการณ์ระเบิดรถยนต์ที่หน้าโรงแรมเมอร์ลิน อ.สุโงโก-ลก เมื่อวันที่ 6 ตุลาคม 2552 ขณะเกิดเหตุได้เกิดไฟไหม้ที่ร้านเสื้อผ้าที่ตัวผู้ป่วยทำงานอยู่ทำให้ผู้ป่วยโดนไฟคลอก 70% ของร่างกายและลึกถึงระดับกล้ามเนื้อ และถูกนำตัวส่งรพ.สุโงโก-ลก หลังจากนั้นผู้ป่วยถูกส่งตัวไปรักษาตัวต่อยังโรงพยาบาลศูนย์ยะลาเป็นระยะเวลา 5 เดือน หลังจากนั้นโรงพยาบาลศูนย์ยะลาได้จำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้าน แต่ยังต้องมารับการรักษาโดยต้องทำแผลอย่างต่อเนื่องที่โรงพยาบาลใกล้บ้าน(รพ.สุโงปาดิ) เมื่อผู้ป่วยมารับบริการที่ รพ.สุโงปาดิ เจ้าหน้าที่งานอุบัติเหตุฉุกเฉินได้ประสานมายังทีมเยียวยาและฟื้นฟูสุขภาพจิต รพ.สุโงปาดิ เพื่อดำเนินการดูแลด้านสุขภาพจิตทางทีมเยียวยาฟื้นฟูสุขภาพจิต รพ.สุโงปาดิได้พูดคุยและลงเยี่ยมบ้านและ

ประเมินภาวะสุขภาพจิตอย่างต่อเนื่อง โดยจากการได้ลงเยี่ยมและพูดคุยแต่ละครั้ง ทำให้ได้ทราบถึงปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยดังต่อไปนี้

1. ปัญหาเรื่องภาวะความเจ็บป่วยของผู้ป่วย เนื่องจากผู้ป่วยโดนไฟคลอกและมีเนื้อเยื่อที่เกิดขึ้นใหม่ทำให้เกิดการติ่งรังของผิวหนัง โดยเฉพาะส่วนของมือและเท้าที่ติ่งรังขึ้นเรื่อยๆจนผู้ป่วยรู้สึกเจ็บปวดแผล และมีความรู้สึกท้อใจ อีกทั้งต้องไปรับการรักษาอย่างต่อเนื่องที่โรงพยาบาลศูนย์ยะลา แต่เนื่องจากผู้ป่วยไม่สามารถนั่งรถทางไกลได้เพราะมีแผลเนื้อที่บริเวณก้นและบนท้าย เมื่อนั่งทับบริเวณที่มีแผลทำให้เกิดความเจ็บปวดและเกิดแผลกดทับตามมา จึงทำให้ไม่ได้ไปรับการรักษาตามนัดของแพทย์โรงพยาบาลศูนย์ยะลา ทำให้มีอาการติ่งรังมากขึ้นการเคลื่อนไหวและการช่วยเหลือตนเองทำได้น้อยเนื่องจากบาดแผลที่เกิดขึ้น รวมถึงการขับถ่ายในชีวิตประจำวันไม่สามารถนั่งถ่ายได้ตามปกติผู้ป่วยต้องนั่งติดกับโถส้วม เสี่ยงต่อการติดเชื้อหลายอย่าง

2. ปัญหาครอบครัว ผู้ป่วยสถานภาพสมรสและมีบุตร 2 คน คนโตเพศชายอายุ 9 ขวบ คนเล็กเพศหญิงอายุ 6 ขวบ ตัวผู้ป่วยมีความเครียดเรื่องสามีเนื่องจากสามีมีภรรยาอีกหนึ่งคน และช่วงเวลาที่ตนเองได้รับบาดเจ็บจากสถานการณ์สามีไม่เคยมาดูแลตนเอง และหลังจากกลับมาอยู่บ้านสามีก็ไม่ได้มาดูแลตนเองอีก ปล่อยให้ตนเองอยู่ลำพังกับลูก จะช่วยเหลือเพียงแค่อပ်ส่งลูกไปโรงเรียน ให้เงินผู้ป่วยวันละ 40 บาท ทำให้เกิดความเครียดน้อยใจและเสียใจเป็นอย่างมาก

3. ปัญหาเรื่องสิทธิการเยียวยา ผู้ป่วยได้รับเงินเยียวยาเพียง 50,000 บาท หลังเกิดเหตุการณ์เพียงอย่างเดียวไม่ได้รับเงินยังชีพรายเดือน เนื่องจากเกิดปัญหาในเรื่องของการยื่นเรื่องในการขอรับความช่วยเหลือ เนื่องจากตัวผู้ป่วยภูมิลำเนาอยู่ที่สุโขทัย แต่เกิดเหตุที่อำเภอสุโขทัย-ลก อีกทั้ง

ผู้ป่วยได้รับบาดเจ็บสาหัสจึงต้องพักรักษาตัวเป็นระยะเวลานาน ทำให้การดำเนินการทุกอย่างเป็นไปได้ช้า

เมื่อได้ข้อมูลที่เป็นปัญหาจากผู้ป่วย ทีมเยี่ยมยาและฟื้นฟูสุขภาพจิต รพ.สุไหงปาดี จึงได้วางแผนและทำการช่วยเหลือโดยมีเป้าหมายในการช่วยเหลือ ดังนี้

- 1) เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง
- 2) เพื่อให้ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้น เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดูแลและช่วยเหลือตัวเองได้มากขึ้น
- 3) เพื่อเสริมสร้างขวัญและกำลังใจให้ผู้ป่วยและผู้ป่วยเกิดความตระหนักในคุณค่าของตัวเอง

- 4) เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับสิทธิประโยชน์ที่พึงได้อย่างครอบคลุม

เมื่อทราบปัญหา และกำหนดเป้าหมายในการดูแลผู้ป่วยได้แล้ว จึงดำเนินการช่วยเหลือเยียวยาจิตใจผู้ป่วยโดยมีแนวทาง ดังนี้

1. สร้างสัมพันธภาพ เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจ และสร้างความสัมพันธ์ที่ดีให้เกิดขึ้น
2. ประเมินผู้ป่วยอย่างครอบคลุม ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม
 - ประเมินและสอบถามความต้องการอย่างเร่งด่วนด้านร่างกาย และจิตใจ
 - ประเมินสภาพจิตใจ โดยการประเมินว่าผู้ป่วยอยู่ในอารมณ์อย่างไร
 - ประเมินความต้องการทางสังคม ประสานญาติผู้ใกล้ชิด แหล่งช่วยเหลือ

3. เสริมทักษะด้านการจัดการปัญหาและลดความเจ็บปวดทางใจ
4. ให้สุขภาพจิตศึกษาและข้อมูลที่จำเป็นแก่ผู้ป่วย เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตอย่างปกติโดยเร็ว

การให้ความช่วยเหลือ

1. **พูดคุยสร้างสัมพันธภาพ** เพื่อให้ผู้ป่วยได้ระบายความรู้สึก และช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความเข้าใจความรู้สึกของตนเองมากขึ้น

2. **ฝึกเทคนิคการผ่อนคลายความเครียด** ได้แก่ การฝึกการหายใจ การสัมผัสเพื่อการผ่อนคลาย

3. **ประสานงานงานเยี่ยมยาพื้นฟูสุขภาพจิต** โรงพยาบาลศูนย์ยะลา เพื่อขอข้อมูลและรายละเอียดของผู้ป่วยในคราวที่ผู้ป่วยพักรักษาตัวอยู่ที่โรงพยาบาลศูนย์ยะลาและให้ประสานหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยไปรับการรักษาต่อ

4. **ขออนุมัติใช้รถราชการ** (รถโรงพยาบาล) ในการรับส่งผู้ป่วยไปรักษาที่โรงพยาบาลศูนย์ยะลา โดยเริ่มไปในตั้งแต่วันที่ 9 กันยายน 2553 – 13 มกราคม 2554 โดยมีเจ้าหน้าที่ (นักจิตวิทยา) พร้อมพนักงานขับรถยนต์ของโรงพยาบาลนำผู้ป่วยไปยังโรงพยาบาลศูนย์ยะลา การรักษาพยาบาลที่ผู้ได้รับจากโรงพยาบาลศูนย์ยะลา คือการทำ Laser และการทำกิจกรรมบำบัด เพื่อช่วยให้เนื้อเยื่อเรียบเสมอกัน และกระตุ้นการทำงานของกล้ามเนื้อช่วยให้การเคลื่อนไหวดีขึ้น ปัจจุบันทางโรงพยาบาลศูนย์ยะลา ได้ส่งต่อผู้ป่วยไปรักษายังโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ อำเภอหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา ทีมเยี่ยมยาและฟื้นฟูสุขภาพจิต โรงพยาบาลสุโขทัย ได้ขออนุมัติใช้รถราชการ ในการรับส่งผู้ป่วย เพื่ออำนวยความสะดวกแก่ผู้ป่วย ในการไปรับการรักษาจนกว่าผู้ป่วยจะมีอาการดีขึ้น และสามารถช่วยเหลือตนเองได้มากขึ้น

5. เยี่ยมบ้านผู้ป่วยโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ (พยาบาล นักจิตวิทยา นักกายภาพ พัฒนาสังคม เจ้าหน้าที่ปกครอง อสม. แกนนำชุมชน) ทุก 1 เดือน เพื่อประเมินภาวะสุขภาพจิตโดยใช้เครื่องมือทางสุขภาพจิต เช่น แบบประเมินความเครียด แบบประเมินภาวะซึมเศร้าและการฆ่าตัวตาย แบบประเมินภาวะ PTSD และประเมินสุขภาพกาย รวมถึงการดูแลตนเอง รวมถึงสิ่งแวดล้อมของผู้ป่วย และให้กำลังใจผู้ป่วย

6. ประสานงานการเงินของโรงพยาบาล เพื่อทำเรื่องขอเบิกค่าพาหนะ ในการรักษาตัวต่อเนื่องให้แก่ผู้ป่วยกรณีได้รับบาดเจ็บจากสถานการณ์

7. ประสานงานกายภาพบำบัด และงานผู้พิการ ร่วมประเมินและให้การดูแลผู้ป่วยร่วมกันโดยงานกายภาพบำบัด เน้นการดูแลเรื่องการเคลื่อนไหวของผู้ป่วย การช่วยเหลือตนเอง งานผู้พิการ ดูแลเรื่องสิทธิผู้พิการ บัตรรับรองความพิการ

8. ประสานงาน ศูนย์ประสานงานวิชาการให้ความช่วยเหลือผู้ได้รับผลกระทบจากเหตุการณ์ความไม่สงบจังหวัดชายแดนภาคใต้ มหาวิทยาลัย นราธิวาสราชนครินทร์ (ศวชต.มจร.) ซึ่งเป็นองค์กรอิสระ เพื่อให้เข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย โดยทาง ศวชต.มจร.ได้มอบเก้าอี้นั่งถ่ายสามขา เพราะผู้ป่วยไม่สามารถนั่งถ่ายบนโถส้วมปกติ เนื่องจากมีแผลดิ่งรั้ง จึงทำให้ยากแก่การขับถ่าย อีกทั้งเป็นผู้ประสานงานไปยังหน่วยงานต่างๆ เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างรวดเร็วมากขึ้น

9. ให้การปรึกษาในเรื่องปัญหาครอบครัว โดยให้ผู้ป่วยได้ตระหนักถึงคุณค่าในตัวเองและศักยภาพของผู้ป่วยออกมา ให้นึกถึงกำลังใจที่สำคัญที่ตนเองมีอยู่นั้นคือลูก เพราะทำให้ผู้ป่วยมีกำลังใจในการใช้ชีวิตมากขึ้น ทั้งนี้ทางทีมร่วมให้กำลังใจแก่ผู้ป่วย

10. ประสานงานเยี่ยมยาอำเภอและงานเยี่ยมยาจังหวัด เพื่อติดตามเรื่องสิทธิประโยชน์ที่ควรได้แก่ผู้ป่วย

11. ประสานงานผู้ป่วยนอก เพื่อให้ผู้ป่วยมาทำจิตอาสา

12. ติดตามอย่างต่อเนื่องโดยการเยี่ยมบ้าน โทรศัพท์ติดตามและให้อสม.ที่อยู่ใกล้บ้านดูแลผู้ป่วยร่วมกัน

จากการดำเนินงานดังกล่าวผลลัพธ์ที่ได้ คือ

1. ผู้ป่วยได้ระบายความรู้สึกที่ตนเองมีอยู่ให้ทางทีมเยี่ยมยาฟังและคลายความเครียดลง

2. ผู้ป่วยมีเทคนิคในการดูแลตนเองเมื่อมีเรื่องเครียดได้ และใช้หลักศาสนาเข้ามาช่วยในการดูแลสุขภาพจิตตนเอง

3. ผู้ป่วยได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง โดยใช้รพ.โรงพยาบาลพร้อมเจ้าหน้าที่ (นักจิตวิทยา) และพนักงานขับรถ นำผู้ป่วยไปรักษา โดยการทำเลเซอร์และทำกิจกรรมบำบัด ทั้งนี้ได้พบแพทย์เฉพาะทางที่โรงพยาบาลศูนย์ยะลา ปัจจุบันผู้ป่วยสามารถเดินได้คล่องขึ้น เดินในระยะทางไกลได้มากขึ้น

4. ผู้ป่วยได้รับเงินช่วยเหลือจากโรงพยาบาลเป็นค่าพาหนะในการรักษาตัวต่อเนื่องกรณีบาดเจ็บสาหัส เป็นจำนวน 5,000 บาท (กรณีบาดเจ็บสาหัส) และอยู่ระหว่างการดำเนินการขออนุมัติเพิ่มเติมอีก 5,000 บาท เนื่องจากผู้ป่วยมีความพิการร่วมด้วย

5. ผู้ป่วยได้รับการดูแลแบบสหวิชาชีพซึ่งประกอบไปด้วย แพทย์ พยาบาลวิชาชีพ นักจิตวิทยา นักกายภาพบำบัด นักวิชาการสาธารณสุข ทำให้ผู้ป่วยได้รับขวัญและกำลังใจ ทั้งนี้ผู้ป่วยได้รับบริการทุกระบบจากโรงพยาบาล

6. ผู้ป่วยได้รับเก้าอี้นั่งถ่ายสามขาจาก ศวชต.มนร. ซึ่งเป็นองค์กรอิสระที่เป็นผู้สนับสนุนการให้การช่วยเหลือแก่ทีมเหยี่ยวยาและฟื้นฟูสุขภาพจิตรพ.สุโขทัย และตัวผู้ป่วยเองด้วย โดยมีส่วนร่วมในการประสานกับหน่วยงานภาครัฐหลายแห่ง ทำให้ผู้ป่วยได้รับการช่วยเหลืออย่างรวดเร็วมากขึ้น และจากการมอบเก้าอี้นั่งถ่ายสามขาให้แก่ผู้ป่วย ทำให้สามารถช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความสะดวกในการขับถ่ายและลดการติดเชื้อจากจากสัมผัสกับโถส้วมปกติโดยตรง

7. ผู้ป่วยมีกำลังใจในการดูแลตนเองมากขึ้น สามารถบอกเล่าเรื่องราวของตนเองให้ผู้อื่นทราบและให้นำเอาเรื่องราวของตนเองเป็นวิทยาทานแก่บุคคลอื่นได้

8. ผู้ป่วยได้รับสิทธิ โดยได้รับเงินเยียวยาจาก กยต. จำนวน 200,000 บาท และจากกระทรวงยุติธรรม 50,000 บาท และกระทรวงศึกษาธิการได้มอบทุนการศึกษาให้แก่บุตรทั้งสองคนจนจบระดับปริญญาตรี และอยู่ระหว่างการดำเนินการขอได้รับได้เงินยังชีพรายเดือน เดือนละ 4,500 บาท

สิ่งที่ได้จากการดูแลผู้ป่วย

1. ผู้ป่วยรายนี้มีปัญหาทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ ซึ่งมากมายกว่าคนปกติมากมายนัก แต่ผู้ป่วยสามารถมีวิธีการในการดูแลตนเอง ผู้ป่วยใช้ปัญหาที่ตนเองได้รับมาเป็นแรงผลักดันให้ตนเองมีความเข้มแข็งทางทางด้านร่างกายและจิตใจ ที่จะก้าวผ่านอุปสรรคไปได้ด้วยดี

2. ผู้ป่วยมีจิตอาสาในการดูแลผู้อื่นทั้งที่ตนเองมีความผิดปกติทางร่างกาย โดยสามารถบอกเล่าเรื่องราวที่ตนเองประสบและแนวทางการแก้ไขปัญหาให้ผู้อื่นได้ทราบ โดยไม่ปิดบัง เพื่อช่วยให้บุคคลที่ได้ฟังหรือรับรู้ เกิดการกำลังใจ และสามารถยืนหยัดสู้ได้ด้วยตนเอง เหมือนเช่นตนเอง

3. ความเข้มแข็งทางจิตใจของผู้ป่วย ความใส่ใจของชุมชน หน่วยงาน
ภาครัฐเอกชน ทำให้ผู้ป่วยเกิดการฟื้นตัวและสามารถกลับมาอยู่ในสังคม
อีกครั้ง

กรณีศึกษาที่ 4 “ทีมโอบอุ้ม”



“โอบอุ้ม” เป็นชื่อทีมอาสาสมัครกลุ่มหนึ่งของอำเภอแก่งคอย จังหวัดสระบุรี ที่เข้ามาช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุ ผู้ป่วย ผู้พิการ รวมทั้งผู้ที่ด้อยโอกาสในชุมชน เดิมทีการดูแลภาวะการเจ็บป่วยของประชาชนในพื้นที่จะเป็นบทบาทหน้าที่ของเจ้าหน้าที่และบุคลากรด้านสาธารณสุข ซึ่งทางโรงพยาบาลแก่งคอยได้มีการร่วมมือกับสำนักงานสาธารณสุขอำเภอแก่งคอย ในการออกให้บริการดูแลผู้ป่วย ผู้สูงอายุ และผู้พิการในพื้นที่มาอย่างต่อเนื่อง แต่ในขณะที่ได้ดำเนินการมาระยะหนึ่งพบว่าผู้ป่วย ผู้พิการ เหล่านี้มีจำนวนมาก ยิ่งได้มีการลงพื้นที่มากเท่าใดก็จะพบผู้ป่วย ผู้พิการ ตลอดจนผู้ด้อยโอกาสมากยิ่งขึ้น ในปี พ.ศ. 2553 ทางคณะกรรมการ คปสอ.ม.แก่งคอย จึงได้ขอความร่วมมือกับชุมชน ท้องถิ่นในการสำรวจจำนวนผู้สูงอายุ ผู้ป่วย ผู้พิการ และผู้ด้อยโอกาสในสังคม อย่างครอบคลุมทุกพื้นที่ เพื่อร่วมมือวางแผน และหาแนวทางในการช่วยเหลือบุคคลเหล่านี้ จากการสำรวจเบื้องต้นพบว่าผู้สูงอายุ ผู้พิการ ผู้ป่วย ผู้ด้อยโอกาสจำนวน 1684 ราย ในจำนวนนี้เป็นผู้ที่ต้องการความช่วยเหลือ ทั้งด้านเศรษฐกิจ ด้านการเจ็บป่วย ด้านอาชีพ และด้านขาดที่พึ่งพิง มีจำนวนมากถึง 212 คน แม้ว่าทางทีมสุขภาพจะได้มีการจัดบริการช่วยเหลือบุคคลเหล่านี้แล้วก็ตาม แต่ยังไม่สามารถที่จะให้บริการได้อย่างทั่วถึง ปัญหาดังกล่าวจึงนำมาสู่แนวคิดในการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุ ผู้ป่วย ผู้พิการ และผู้ด้อยโอกาส โดยการให้คนในชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพของคนในชุมชนตนเอง โดยใช้หลักแนวคิดชุมชนไม่ทอดทิ้งกัน

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ผู้ป่วย ผู้พิการ และประชาชนผู้ด้อยโอกาสได้รับการดูแล/ช่วยเหลืออย่างทั่วถึง
2. เพื่อให้เกิดอาสาสมัครในชุมชน ที่จะช่วยเหลือผู้ป่วย ผู้พิการ และผู้ด้อยโอกาส
3. เพื่อให้เกิดความร่วมมือของภาคีเครือข่ายในการดูแลสุขภาพประชาชนในชุมชน

กลวิธีการดำเนินงาน

จากการดำเนินการ เริ่มแรกได้ให้เจ้าหน้าที่ รพ.สต.ทั้ง 19 แห่ง ค้นหาอาสาสมัครที่มีใจอยากช่วยเหลือคนในชุมชน เข้ามาอบรมเบื้องต้น แห่งละ 2 คน ได้จิตอาสา รวม 38 คน ในระหว่างการทำงานได้มีจิตอาสาบางรายขอลาออกบ้างด้วยเหตุผลส่วนตัวและมีเข้ามาใหม่บ้าง ตามคำชักชวนของเพื่อนอาสาด้วยกัน และมีสมาชิกจำนวนมากที่คงอยู่กับทีมโอบอุ้มมานาน โดยให้เหตุผลว่าเห็นคนทุกข์ยากแล้วได้เข้ามาช่วยเหลือ เหมือนตนเองได้ทำบุญตลอดระยะเวลา 4 ปี (ตั้งแต่ปี 2553 – ปัจจุบัน) แห่งการทำงานช่วยเหลือเพื่อนมนุษย์ ทำให้มีสมาชิกโอบอุ้มของอำเภอแก่งคอยจำนวนทั้งหมด 237 คน ซึ่งครอบคลุมพื้นที่ทุกตำบลของอำเภอแก่งคอย

ขั้นตอนที่ 1

1.รวบรวมข้อมูล ผู้ป่วย ผู้พิการ และ ผู้ด้อยโอกาส

หาสาเหตุของ
ปัญหา

หาแนวทาง
ร่วมกันในการ
แก้ไขปัญหา

นำเสนอต่อ
คณะกรรมการ
คปสอ.

2.จัดตั้ง คณะกรรมการ ภาคีเครือข่าย

เจ้าหน้าที่
โรงพยาบาล

เจ้าหน้าที่
รพ.สต.

ประชาชน

3.วิเคราะห์ ความต้องการ ที่แท้จริงของ ชุมชน

สัมภาษณ์/
สอบถาม
ประชาชนในพื้นที่

ความต้องการให้
เกิดจิตอาสาใน
ชุมชน

4.ประสานงาน กับองค์กร ปกครองท้องถิ่น, ผู้นำชุมชน

เสนอปัญหา

เพื่อหาแนวทาง
การดำเนินงานใน
ท้องถิ่น

ขั้นตอนที่ 2

1.รับสมัคร ผู้มีใจอาสา

ทุกตำบลสมัคร
ผ่าน รพ.สต.19
แห่ง และผู้นำชุมชน

2.จัดอบรม หลักสูตร การดูแล ช่วยเหลือผู้ป่วย

ภาคทฤษฎี

- ความรู้เบื้องต้น
ในการดูแลผู้ป่วย
ผู้พิการที่บ้าน
- #### ภาคปฏิบัติ
- เยี่ยมผู้ป่วยใน
พื้นที่ โดยมี จนก.
พี่เลี้ยง

3. มอบ หมายความรับผิดชอบ

ดูแลผู้ป่วย
ผู้พิการ และด้อย
โอกาสในชุมชน
ของตนเอง ตาม
ศักยภาพของ
พื้นที่

4. แลกเปลี่ยน ประสบการณ์ ทำงาน

จัดเวทีแลกเปลี่ยน
เรียนรู้ ทั้งด้าน
ประสบการณ์
ทำงาน และฟื้นฟู
ด้านวิชาการ
ทุกเดือน

ขั้นตอนที่ 3

1. รายงานการปฏิบัติที่มีโออบอุ้ม ของแต่ละตำบล

แก่ จนก. รพ.สต. และผู้นำชุมชน ใน
แต่ละตำบล ทุกเดือน

2. คณะกรรมการ การมีส่วน ร่วมในการดูแลผู้ป่วย ผู้พิการ และด้อยโอกาส

สรุปผลการดำเนินงาน
นำเสนอต่อ คณะกรรมการ
ภาคีเครือข่าย ทุก 3 เดือน

สิ่งสนับสนุนต่อการทำงาน

เครือข่ายสุขภาพอำเภอแก่งคอยได้มีการสนับสนุนการทำงานของทีมโอบอุ้มลงสู่ผู้สูงอายุผู้ป่วย ผู้พิการและผู้ด้อยโอกาส ในเรื่องอุปกรณ์ทางการแพทย์ เครื่องดูดเสมหะ เครื่องผลิตออกซิเจน เตียง ที่นอนลม รถเข็น กายอุปกรณ์ต่างๆ รวมทั้งการปรับสภาพที่อยู่อาศัยให้เหมาะสมกับผู้พิการ การจัดหาแหล่งอาชีพ นอกจากนี้ยังมีกองทุนพัฒนาคุณภาพชีวิตอำเภอแก่งคอย ร่วมสนับสนุนถุงยังชีพ วัสดุ-อุปกรณ์ก่อสร้าง สำหรับปรับปรุงบ้านและอาหาร น้ำดื่ม แก่ผู้ด้อยโอกาสเหล่านั้น

ในส่วนทีมโอบอุ้มทางเครือข่ายสุขภาพอำเภอแก่งคอย ได้สนับสนุนความรู้ทางด้านวิชาการ และการจัดกิจกรรมต่างๆที่เป็นการฟื้นฟูและแลกเปลี่ยนประสบการณ์การทำงาน ทั้งยังคอยเป็นที่ปรึกษาให้คำปรึกษาและให้กำลังใจแก่สมาชิกทีมโอบอุ้ม ในการปฏิบัติงานอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้สมาชิกเกิดความรู้สึกเหมือนเป็นทีมสุขภาพเดียวกัน

ผลลัพธ์จากการดำเนินงาน

ผู้สูงอายุ ผู้ป่วย ผู้พิการ ด้อยโอกาสในพื้นที่อำเภอแก่งคอยได้รับการดูแลจากทีมโอบอุ้ม และทีมสุขภาพอำเภอแก่งคอย

ผู้ด้อยโอกาสในชุมชนได้รับการช่วยเหลือให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี นอกจากปัญหาด้านสุขภาพ แล้วยังได้รับการช่วยเหลือจากหน่วยงานภาครัฐ ภาคเอกชน และชุมชนในท้องถิ่นในด้านการประกอบอาชีพ การปรับปรุงสภาพที่อยู่อาศัย ตลอดจนความเป็นอยู่ที่ดีขึ้น

ความภาคภูมิใจ

การดูแลผู้สูงอายุ ผู้ป่วย ผู้พิการ และผู้ด้อยโอกาส เป็นการสร้างโอกาสที่ทำให้เกิดการทำงานช่วยเหลือสังคมร่วมกันระหว่างเจ้าหน้าที่กับประชาชนในพื้นที่ ทำให้เกิดกระบวนการเรียนรู้ในการแก้ไขปัญหาในชุมชน

- มีการขยายผลจากจำนวนสมาชิกทีมโอบอุ้มที่เพิ่มขึ้นครอบคลุมทุกตำบล
- ประชาชนมีจิตศรัทธาช่วยเหลือ และบริจาคสิ่งของและงบประมาณในการดำเนินงาน
- ชุมชน/องค์กรท้องถิ่น สนับสนุนบุคลากรและยานพาหนะในการออกดูแลคนในพื้นที่
- ภาคเอกชนสนับสนุนงบประมาณในการดำเนินงาน

สำหรับความภาคภูมิใจของสมาชิกทีมโอบอุ้ม คือ **“การช่วยเหลือผู้อื่นโดยไม่หวังผลตอบแทน”**

กรณีศึกษาที่ 5



“รูปแบบการดูแลระยะยาว (Long term care)

อำเภอลำสนธิ (Family Care Team : Lamsonthi model)”

เป้าหมายและวัตถุประสงค์

เพื่อให้ทีมหมอบรรณครวช่วยเหลือนเียวยาวพัฒนาคุณภาพชีวิตและเพิ่มสถานะสุขภาพของผู้ที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงทั้งผู้สูงอายุและไมใช่ผู้สูงอายุโดยมีทีมหมอบรรณครวที่ให้การดูแลที่บ้านทั้งในด้านสุขภาพ ด้านกิจวัตรประจำวัน และบริการช่วยเหลือด้านสังคมโดยการสนับสนุนซึ่งกันและกันระหว่างผู้่วยครอบครัวและทีมหมอบรรณครวของอำเภอลำสนธิ

กลุ่มเป้าหมาย

กลุ่มเป้าหมายหลักของระบบการดูแลระยะยาวจะดูแลผู้ที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงครอบคลุมทุกพื้นที่ในอำเภอลำสนธิ โดยมีผู้มีภาวะพึ่งพิงจำนวน 343 คน จากประชากรของอำเภอ 26,287 คน โดยในจำนวนนี้ แยกเป็นผู้สูงอายุที่อายุเกินกว่า 60 ปี จำนวน 2,169 คน โดยมีผู้มีภาวะพึ่งพิงในอำเภอทั้งสิ้น 343 คน เป็นผู้สูงอายุ 167 คน นอกจากนั้นระบบดูแลระยะยาวยังครอบคลุมไปถึงผู้ที่อยู่ในภาวะเปราะบางช่วยเหลือตนเองได้น้อยอย่างเช่นกลุ่มผู้ป่วยระยะสุดท้าย กลุ่มผู้ป่วยจิตเวชและเด็กพิเศษอีกด้วย โดยใช้เกณฑ์การประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน ด้วยดัชนีบาร์เธอเดีแอล (Barthel ADL index) ซึ่งมีข้อคำถามทั้งหมด 10 ข้อ แต่ละข้อจำแนกคะแนนเป็น 0-2 คะแนน และคะแนนเต็ม 20 คะแนน ดังนี้

กลุ่มที่ 1 (กลุ่มติดสังคม) สามารถพึ่งตนเองได้ ช่วยเหลือผู้อื่น ชุมชน และสังคมได้ มีผลรวมคะแนน ADL ตั้งแต่ 12 คะแนนขึ้นไป

กลุ่มที่ 2 (กลุ่มติดบ้าน) สามารถดูแลตัวเองได้บ้าง มีผลรวมคะแนน ADL อยู่ในช่วง 5-11 คะแนน

กลุ่มที่ 3 (กลุ่มติดเตียง) ไม่สามารถพึ่งตนเองได้ พิการ หรือทุพพลภาพ มีผลรวมคะแนน ADL อยู่ในช่วง 0 – 4 คะแนน

ตารางที่ 1 จำนวนผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงของ อำเภอลำสนธิ

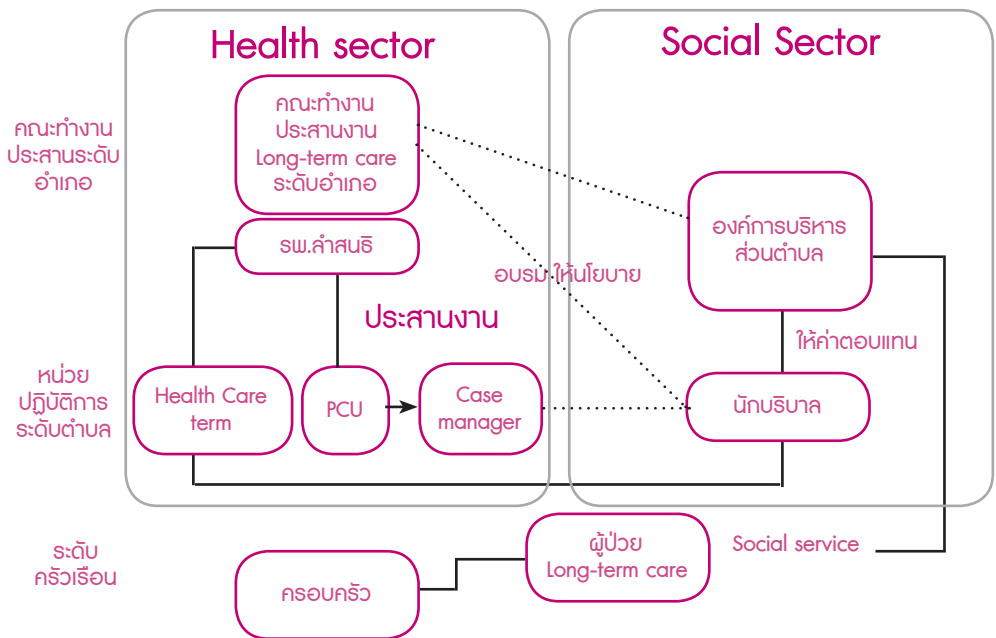
ประเภท	จำนวนผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง		รวม
	ผู้สูงอายุ (อายุ 60 ปี ขึ้นไป)	ไม่ใช่ผู้สูงอายุ	
ระดับ 1 ติดสังคม (Mild)	99	142	241
ระดับ 2 ติดบ้าน (Moderate)	44	21	65
ระดับ 3 ติดเตียง (Severe)	24	13	37
รวม	167	176	343

ที่มา : (สกุลพาณิชย์, et al., 2556) คำนวณจากข้อมูลการสำรวจผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงปีงบประมาณ 2556 โดยนักบริบาล

โครงสร้างทีมหมอครอบครัวในการดูแลระยะยาวผู้ป่วยในภาวะพึ่งพิง

ปัจจุบันการอภิบาลบริการดูแลระยะยาวของอำเภอลำสนธิ ประกอบด้วย การบูรณาการหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในสี่ระดับได้แก่ คณะกรรมการจัดบริการดูแลระยะยาวระดับอำเภอ คณะทำงานประสานงานดูแลระยะยาวระดับอำเภอ คณะทำงานปฏิบัติการระดับตำบล และ ระดับครัวเรือนโดยมี คณะทำงานประสานงานดูแลระยะยาวระดับอำเภอ เป็นผู้ประสานงานและเชื่อมโยงการทำงานในทุกระดับต่างๆ เข้าหากัน แสดงดังแผนภูมิข้างล่าง

คณะกรรมการ long-term care ระดับอำเภอ



1. คณะกรรมการ LTC ระดับอำเภอ

คณะกรรมการ LTC ระดับอำเภอ มีนายอำเภอลำสนธิเป็นประธาน นายกองค์การบริหารส่วนตำบล และปลัดองค์การบริหารส่วนตำบลทุกตำบล ในอำเภอลำสนธิเป็นกรรมการ โดยมีผู้อำนวยการโรงพยาบาลลำสนธิเป็น กรรมการและเลขานุการ มีหน้าที่กำหนดนโยบาย วางแผน กำหนดทิศทาง วางกรอบการบูรณาการระหว่างหน่วยงานสาธารณสุขและองค์กรปกครอง ส่วนท้องถิ่น และสนับสนุนงบประมาณและกำลังคนเพื่อให้เกิดระบบการดูแล ระยะยาวในอำเภอลำสนธิ

1.1 บริการระยะยาวด้านสุขภาพ ดำเนินการโดย หน่วยงานสาธารณสุข ซึ่ง ประกอบด้วยโรงพยาบาลลำสนธิ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอและ รพสต. ในอำเภอลำสนธิ

1.2 บริการระยะยาวด้านสังคม ดำเนินการโดยองค์การบริหารส่วน ตำบลทุกแห่งในอำเภอลำสนธิ มีหน้าที่ จัดบริการสวัสดิการสังคม โดยจ้าง นักบริบาลชุมชนประจำหมู่บ้าน (Formal caregiver) เพื่อให้การช่วยเหลือ ผู้ต้องการบริการระยะยาว และการช่วยเหลือที่เป็นสวัสดิการสังคมอื่น เช่น ค่าครองชีพการดูแลปัจจัยสี่ที่จำเป็น เช่น การปรับสภาพที่อยู่อาศัยสิ่งแวดล้อม รวมถึงการสร้างอาชีพ เป็นต้น

2. คณะทำงานประสานงานดูแลระยะยาวระดับอำเภอ : Long Term Care coordinator (LTCc) ประกอบด้วย บุคลากรของสหวิชาชีพของ โรงพยาบาลลำสนธิ โดยมีผู้อำนวยการโรงพยาบาลเป็นหัวหน้าทีม สมาชิก ในทีมประกอบด้วย พยาบาล นักกายภาพบำบัด นักจิตวิทยา นักโภชนาการ ช่างปรับสภาพบ้าน และคนขับรถ โดยมีหน้าที่

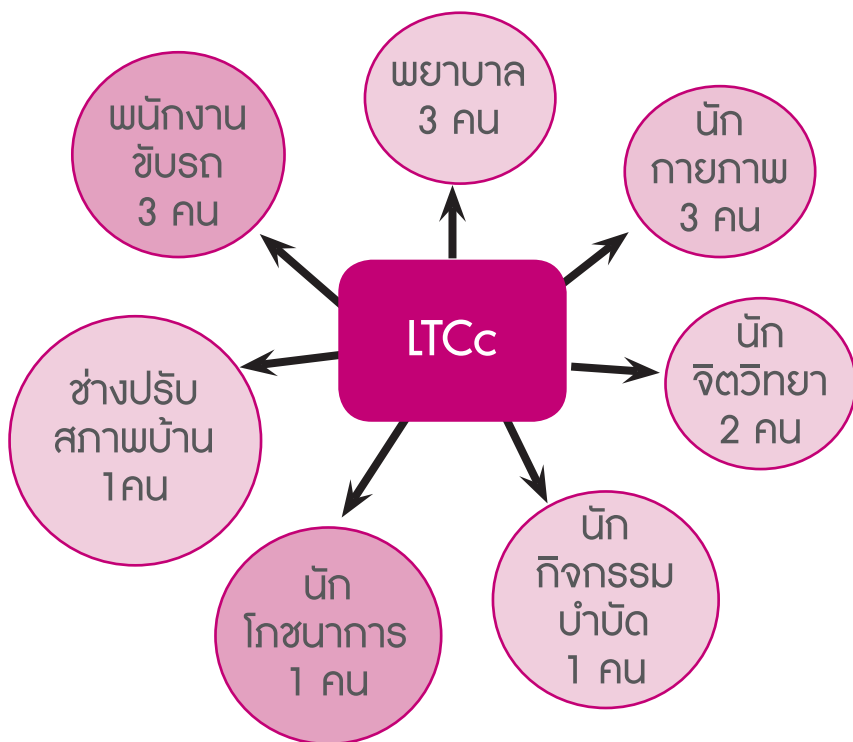
2.1 เลขานุการกิจให้กับคณะกรรมการ LTC ระดับอำเภอ

2.2 การวิเคราะห์สังเคราะห์สารสนเทศเพื่อการบริหารการบริการระยะยาว เช่น การวิเคราะห์กำลังคนและภาระงาน การรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูล เป็นต้น

2.3 การพัฒนามาตรฐานการทำงาน เช่น การวางแผนปฏิบัติ การอบรมทางวิชาการ

2.4 การพัฒนาวิธีการวางแผนดูแลผู้ป่วยรายบุคคล

2.5 ประสานงานและสนับสนุนการทำงานของหน่วยปฏิบัติการระดับตำบล และการประสานงานกับหน่วยงานภายนอก



3. หน่วยปฏิบัติการระดับตำบล : Community long term care team (CLT)

มีหน้าที่ประสานงานสถานพยาบาลและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เพื่อกำหนดแผนการดูแลระยะยาวสำหรับผู้พึ่งพิงรายบุคคล (Individual long term care program: ILP) ในการดูแลผู้ที่พึ่งพิงแต่ละคน รวมถึงการกำกับ และติดตามการดูแลผู้ที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง ทั้งนี้แต่ละหน่วยในระดับตำบล ประกอบด้วย Case manager ซึ่งเป็นพยาบาลวิชาชีพประจำสถานพยาบาล ปฐมภูมิ (PCU) เช่น รพ.สต. หรือ หน่วยปฐมภูมิของโรงพยาบาลชุมชน และหมอประจำครอบครัวที่เป็นเจ้าของครอบครัวหลักร่วมกับเจ้าหน้าที่และ อาสาสมัคร 4 กลุ่ม คือ ทีมบริการสุขภาพ (Community health care) ทีมช่วยเหลือกิจวัตรประจำวัน (Daily activity care) ทีมบริการสวัสดิการสังคม (Social delivery service) และ อาสาสมัครอื่น (Volunteer) ทีมปฏิบัติการ ในระดับตำบล (CLT) ประกอบไปด้วยทีมย่อยแบ่งตามบทบาทหน้าที่ ดังนี้

หมอประจำครอบครัว : มีหน้าที่เป็นเจ้าของครอบครัวหลักทำหน้าที่ ดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวมและ ประสานงานกับทีมอื่นๆจนดูแลผู้ป่วยให้มีสุขภาพ และคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

ผู้จัดการบริการ (Case manager) : มีหน้าที่วางแผนกำหนดการให้ บริการแก่ผู้ที่ต้องพึ่งพิง กำหนดบทบาทหน้าที่ของบุคลากรในทีมงาน มอบ หมายงานแก่ทีมงานรวมทั้งคนในครอบครัว กำกับติดตามทุกๆ สัปดาห์ วิเคราะห์ปัญหาและผลลัพธ์ของการดูแลโดยประสานงานกับหมอประจำ ครอบครัวอย่างใกล้ชิด

ทีมบริการสุขภาพชุมชน (Community health care) : ประกอบไปด้วยเจ้าหน้าที่ประจำPCU และสหสาขาวิชาชีพจากLTCc ประจำตำบลนั้นๆ ได้แก่ นักกายภาพบำบัดประจำตำบล นักจิตวิทยา นักกิจกรรมบำบัด นักโภชนาการ นายช่างปรับสภาพบ้าน เป็นต้น มีหน้าที่ให้บริการสุขภาพและสนับสนุนให้บุคคลในครัวเรือนช่วยเหลือปัญหาสุขภาพของผู้พึ่งพิงในครอบครัว

ทีมบริการดูแลกิจวัตรประจำวัน (Daily activity care) : ประกอบไปด้วยนักบริบาลชุมชนประจำหมู่บ้าน ที่ถูกจ้างโดยอบต.และจัดอบรมหลักสูตรนักบริบาลโดยโรงพยาบาลลำสนธิ โดยนักบริบาลมีหน้าที่ให้การบริบาลและดูแลกิจวัตรประจำวันรวมทั้งให้การช่วยเหลือและประคับประคองในด้านต่างๆ เช่น การชำระร่างกาย การแต่งตัว การป้อนอาหาร การให้กำลังใจและรวมถึงการประคับประคองญาติ(Respite care) เป็นต้น

ทีมบริการสวัสดิการสังคม (Social delivery service) : หน่วยงานหลักคือ อบต. ทุกๆตำบล มีหน้าที่ให้การช่วยเหลือเชิงสังคมต่างๆเช่น การปรับสภาพแวดล้อม ช่วยเหลือค่าครองชีพ ปัจจัยสี่ต่างๆ เป็นต้น

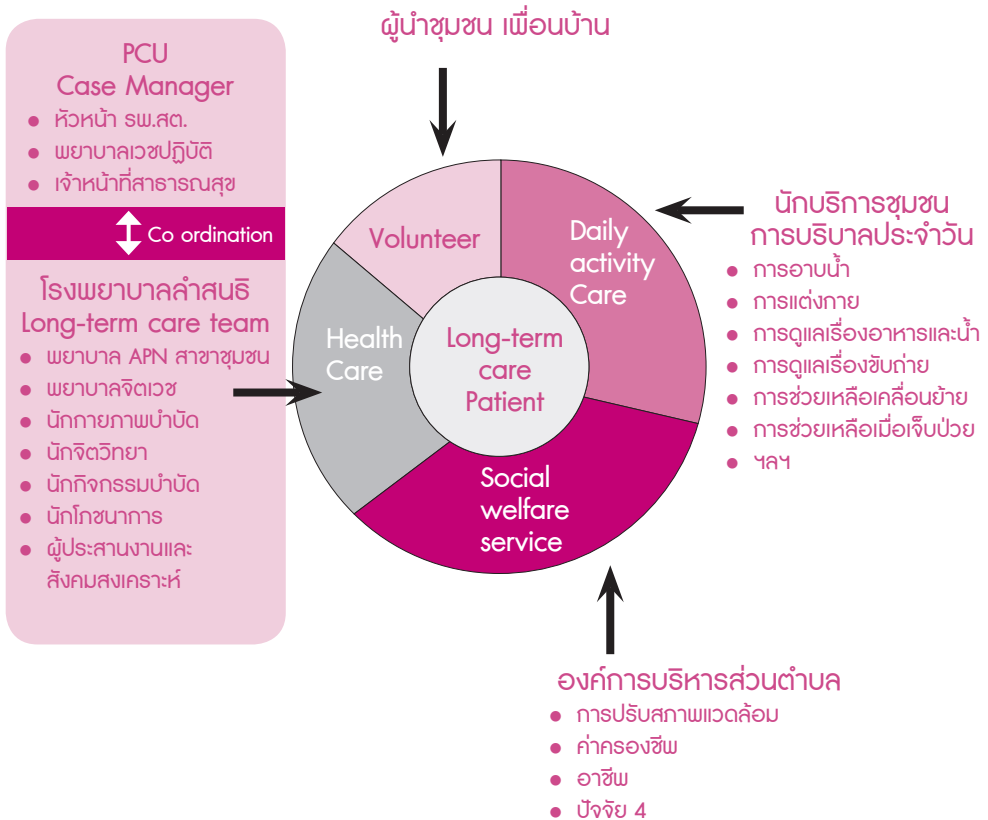
ทีมอาสาสมัครอื่น (Volunteer) เช่น กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน อสม ชาวบ้าน ซึ่งมีบทบาทเป็นทีมเสริมแบบจิตอาสาในเรื่องอื่นๆตามวัฒนธรรมแบบคนลำสนธิไม่ทอดทิ้งกัน

4. ระดับครัวเรือน

ซึ่งเป็นแกนหลักของระบบบริการระยะยาวของอำเภอลำสนธิ ประกอบด้วยสมาชิกในครอบครัวของผู้ที่ต้องการพึ่งพิง รวมถึงญาติ และเพื่อนบ้าน

กระบวนการประสานการบูรณาการ

ปัจจุบันทีมหมอบรรณครวอำเภอลำสนธิให้บริการดูแลระยะยาวครอบคลุมผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงทุกคน ซึ่งประมาณครึ่งหนึ่งเป็นผู้สูงอายุโดยมีหมอบรรณครวซึ่งเป็นเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเป็นเจ้าของครอบครัวหลักและทำงานบูรณาการกับทีมอื่นๆ โดยรูปแบบการดูแลของลำสนธิสามารถสรุปได้ดังนี้ คือ



1. เน้นการออกแบบการดูแลที่บ้านและชุมชน เนื่องจากผู้ที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงส่วนใหญ่จะอาศัยอยู่กับครอบครัวที่บ้านและการเคลื่อนย้ายเป็นไปด้วยความยากลำบาก โดยมีการประสานงานอย่างใกล้ชิดกับโรงพยาบาลในบางกรณีที่ต้องได้รับการดูแลที่โรงพยาบาล โดยทุกหน่วยงานที่เกี่ยวข้องต้องรับรู้และทำงานสอดคล้องไปในทิศทางเดียวกัน

2. มีการดูแลทั้งในส่วนทางด้านสุขภาพและด้านสังคม ควบคู่กันไปอย่างแยกกันไม่ได้รวมถึงระบบที่ออกแบบต้องก้าวข้ามการดูแลเฉพาะด้านไปสู่การดูแลชีวิตทั้งชีวิต (holistic care)

3. เสริมพลังกันในการดูแลทั้ง family care health care และ social care เนื่องจากคนในครอบครัวเป็นบุคคลหลักที่อาศัยอยู่กับผู้ที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง จำเป็นต้องมีการช่วยสนับสนุนอย่างเหมาะสมให้ครอบครัวสามารถทำหน้าที่ได้อย่างดีที่สุด

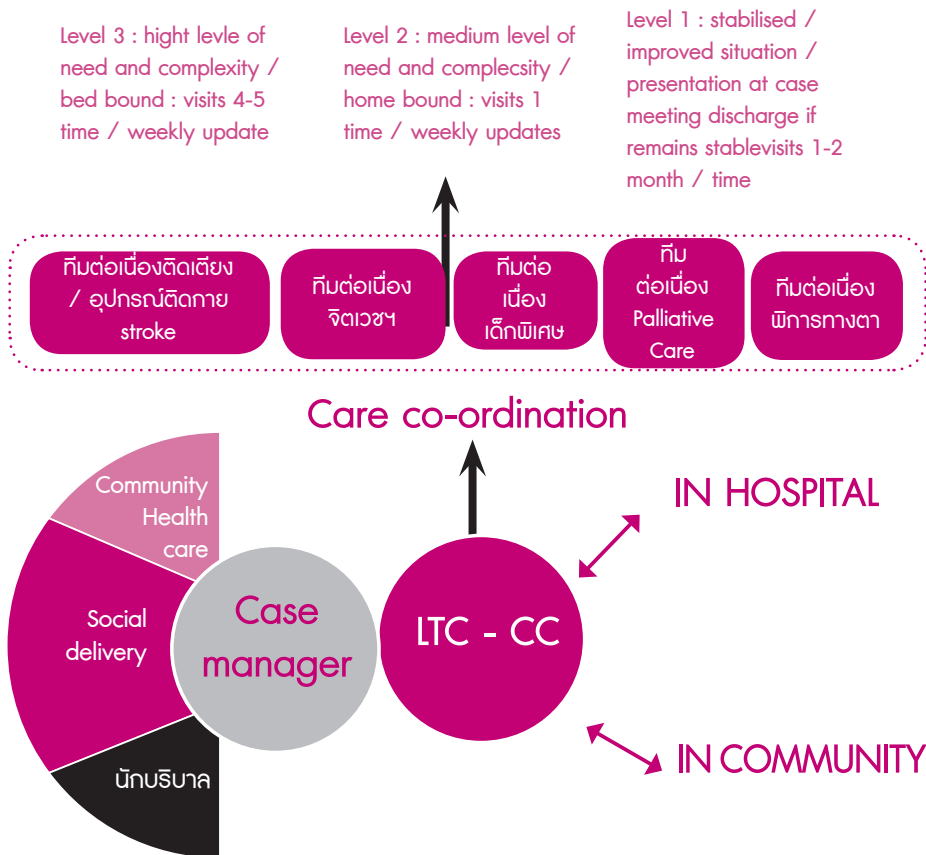
4. ภายใต้อำนาจและการออกแบบระบบ จำเป็นต้องมีการออกแบบรายละเอียดในการดูแลในแต่ละครอบครัวตามสภาพและบริบทของผู้ที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงและบริบทของครอบครัวนั้นๆซึ่งต้องอาศัยการดูแลอย่างรอบด้าน ความละเอียดอ่อน การมองแบบองค์รวมและใส่ใจในมิติของความทุกข์สุขในชีวิต

5. การดูแลระยะยาวจำเป็นต้องดูแลบุคคลในครอบครัว ร่วมไปกับการดูแลผู้ที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงเพราะการดูแลครอบครัวร่วมไปด้วยเป็นหลักประกันของการดูแลระยะยาวอย่างยั่งยืน

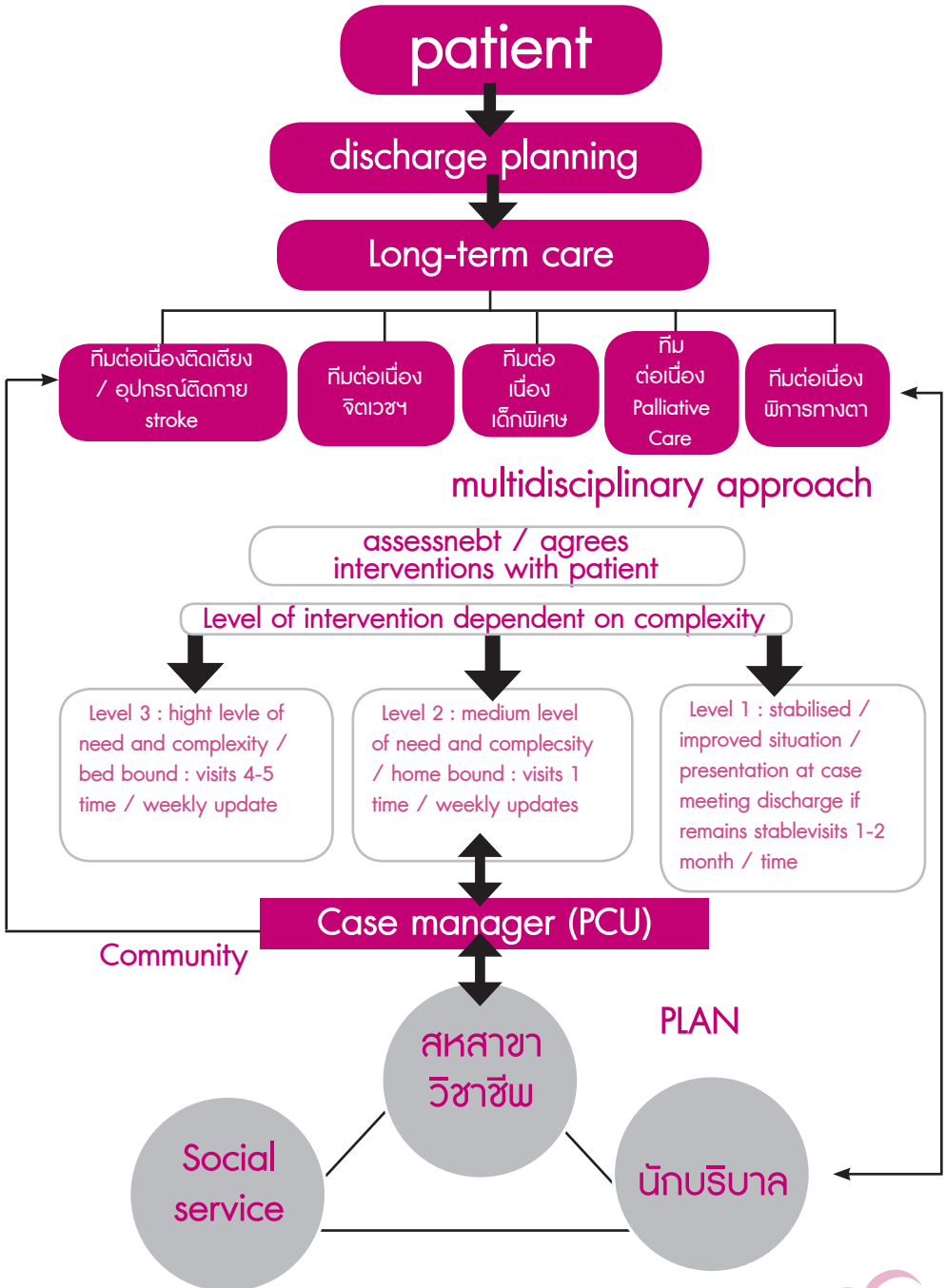
6. เป็นการทำงานภายใต้แนวคิด ของหมอทีมหมอประจำครอบครัว และมีเจ้าของครอบครัวชัดเจน

อย่างไรก็ตาม ระบบบูรณาการการดูแลระยะยาวของอำเภอลำสนธิในปัจจุบันซึ่งมีเพียงการดูแลที่บ้านและชุมชนยังไม่สามารถดูแลผู้ที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงที่ไม่มีญาติซึ่งต้องมีการพัฒนาต่อยอดต่อไปในอนาคต โดยต้องมีงบประมาณสนับสนุนเพิ่มเติม

กระบวนการบูรณาการ (Process of care co-ordination)



Process of care co-ordination



การขึ้นทะเบียนดูแลระยะยาว

การรับผู้ที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงเข้าสู่ระบบการดูแลระยะยาวแบ่งออกเป็น 2 ช่องทางได้แก่ ผ่านทางโรงพยาบาลและผ่านทางชุมชนโดยจะมี LTCc เป็นผู้รับแจ้ง ประเมินสภาพสุขภาพและลงทะเบียนเข้าสู่ระบบการดูแลระยะยาว เพื่อวางแผนการดูแลต่อไป ในส่วนของโรงพยาบาลนั้นแผนกต่างๆ ที่ให้บริการผู้ป่วยเมื่อมี case ที่เข้าเกณฑ์ก็จะแจ้งไปยัง LTCc โดยตรงซึ่งส่วนใหญ่จะผ่านทางแผนกผู้ป่วยในเป็นหลัก LTCc จะทำหน้าที่ประเมินและตัดสินใจลงทะเบียนผู้ป่วย เข้าสู่ระบบดูแลระยะยาว จากนั้นจะทำ discharge plan ร่วมกับแผนกผู้ป่วยในรวมถึงการประเมินสภาพบ้านตั้งแต่ตอนที่ผู้ป่วยยังรับการรักษาในโรงพยาบาล สำหรับช่องทางจากชุมชนนั้นสามารถแจ้งมายัง LTCc ได้หลากหลายช่องทางเช่น จาก รพสต.เจ้าของตำบล จากนักบริบาล จาก อบต. รวมถึงจากญาติและประชาชนทั่วไป

การวางแผนการดูแลและประสานงาน (Planning and coordination)

หลังจากที่ได้รับการลงทะเบียนแล้ว LTCc จะทำหน้าที่ประเมินและวางแผนแนวทางในการดูแลอย่างรอบด้านและส่งข้อมูลไปยัง Case manager ในระดับตำบล case manager จะทำหน้าที่ประชุมร่วมกับ CLT ตำบลนั้นๆ เพื่อจัดทำ Individual long term care program (ILP) มอบหมายมอบประจำครอบครัวหลักและมอบหมายหน้าที่ของแต่ละ sector เพื่อร่วมดูแลผู้ป่วยต่อไป

การจัดบริการ (Service and process)

CLT ประจำตำบลนั้นๆ จะให้การดูแลตามแผนปฏิบัติการ โดยมีหมอประจำครอบครัวที่ได้รับมอบหมายเป็นผู้ดูแลในภาพรวมตามแนวทางของ

Family medicine ถ้ามีข้อติดขัดหรือปัญหาในระหว่างการดูแลหมอประจำครอบครัวจะทำหน้าที่ประสานงานกับ Case manager เพื่อแก้ปัญหาต่อไป

การกำกับ (Meeting and analysis)

Case manager จะทำหน้าที่นัดประชุมเพื่อกำกับติดตามพัฒนากระบวนการรวมถึงการวิเคราะห์และส่งต่อข้อมูลไปยัง LTCc สัปดาห์ละหนึ่งครั้ง

บทบาทหน้าที่ของทีมสหวิชาชีพในการดูแลระยะยาว

1. พยาบาลวิชาชีพ

- 1) การรับและประเมินผู้ป่วยเพื่อเตรียมเข้าสู่การดูแลระยะยาว
- 2) ส่งเสริมการเตรียมพร้อมก่อนกลับบ้านร่วมกับหอผู้ป่วยใน (discharge plan)
- 3) การเป็นผู้จัดการระบบ (care manager)
- 4) บทบาทการฝึกอบรมเพื่อพัฒนาวิชาชีพต่างๆให้เกิดองค์ความรู้ที่หลากหลาย
- 5) ประสานงานช่วยเหลือ สนับสนุนกับทีมระดับตำบลในการดูแลระยะยาว
- 6) บริหารจัดการธนาคารอุปกรณ์ เพื่อสนับสนุนการทำงานในพื้นที่

2. นักกายภาพบำบัด

- 1) เป็นผู้บริการร่วมกับเจ้าหน้าที่ รพ.สต.
- 2) เป็นผู้จัดการและวางแผนการฟื้นฟูให้เหมาะสมกับผู้ป่วยในแต่ละราย (individual long term care program)
- 3) เป็นผู้ฝึกสอนให้ความรู้กับญาติและนักบริบาลชุมชนเพื่อร่วมในการดูแลผู้ป่วย
- 4) เป็นผู้ประสานงานและรับคำปรึกษาระหว่างหมอครอบครัวกับทีมนักกายภาพบำบัด

- 5) ร่วมออกแบบและสนับสนุนรพ.สต. ให้เกิดการพัฒนาคุณภาพในด้านการเฝ้าระวังฟื้นฟู

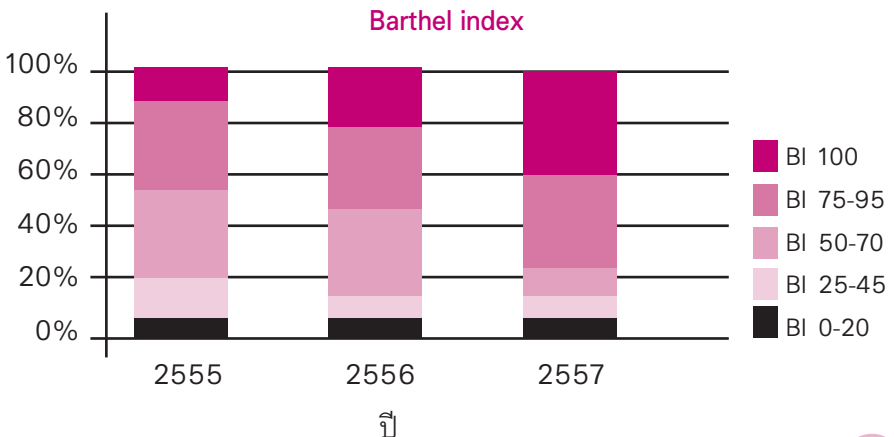
3. นักจิตวิทยา

- 1) ให้บริการส่งเสริมสุขภาพจิตแก่ประชาชนในเขตรับผิดชอบ
- 2) ให้บริการป้องกันการเกิดปัญหาสุขภาพจิตของประชาชนกลุ่มเสี่ยงต่างๆ เช่น ผู้ป่วยโรคทางกายเรื้อรัง ผู้ติดสารเสพติด ผู้ป่วยจิตเวช ผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้า คนพิการ เด็กที่มีปัญหาพัฒนาการ ปัญหาการเรียน ปัญหาบุคลิกภาพ เป็นต้น
- 3) ให้บริการตรวจวินิจฉัยทางจิตวิทยา บำบัดผู้ป่วยที่มีปัญหาทางด้านจิตใจและพฤติกรรม ผู้ติดสารเสพติด ผู้ป่วยจิตเวช คนพิการ เด็กที่มีปัญหาพัฒนาการ ปัญหาการเรียนรู้อยู่
- 4) ให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางด้านจิตใจ แก่ผู้ป่วยที่มีปัญหาทางด้านสุขภาพจิต จิตเวชและสารเสพติด เป็นต้น
- 5) เป็นทีมบริการร่วมกับเจ้าหน้าที่ รพ.สต. โรงเรียน ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ชุมชน
- 6) เป็นผู้ประสานงานระหว่าง รพ.สต. โรงเรียน ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ชุมชนกับ LTC
- 7) เป็นผู้จัดการและวางแผนรักษา ฟื้นฟู ให้เหมาะสมกับผู้ป่วยโรคทางกายเรื้อรัง ผู้ติดสารเสพติด ผู้ป่วยจิตเวช ผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้า คนพิการ เด็กที่มีปัญหาพัฒนาการ ปัญหาการเรียน ปัญหาบุคลิกภาพ จัดทำ (ILP) ในผู้ป่วยที่มีภาวะซ้ำซ้อน
- 8) เป็นผู้ฝึกสอนให้ความรู้กับญาติและนักบริบาลชุมชน

ผลสัมฤทธิ์

จากการพัฒนารูปแบบการดำเนินการบูรณาการจัดบริการดูแลระยะยาว ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2554 ซึ่ง อบต. เริ่มจัดงบประมาณในการจ้างนักบริบาลชุมชน ประจำหมู่บ้านเพื่อการดูแลทางด้านสังคมและกิจวัตรประจำวันอย่างเป็นทางการ และมีการบริหารระบบการดูแลระยะยาวให้เป็นระบบมากขึ้น โดยแบ่งระดับการประสานงานและการดูแลเป็นสามระดับอย่างชัดเจนได้แก่ระดับอำเภอ ระดับตำบลและระดับครอบครัว รวมทั้งมีคณะกรรมการระดับอำเภอที่มี นายอำเภอเป็นประธาน เพื่อประสานงานกันระหว่างองค์กรบริหารระดับ ตำบลทุกแห่งในอำเภอลำสนธิ และสถานพยาบาลในอำเภอลำสนธิให้มีการ ดำเนินงานไปในทิศทางเดียวกัน พบว่า ผู้ที่สูญเสียความสามารถในการทำ กิจวัตรประจำวันมาก น้อยกว่า 45 คะแนน) มีจำนวนคงที่และมีคุณภาพ ชีวิตดีขึ้น และสัดส่วนผู้ที่สูญเสียความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน ระดับปานกลางลงมา มีการเปลี่ยนแปลงระดับความสามารถในการทำกิจวัตร ประจำวันดีขึ้นอย่างชัดเจนจากการประเมินจากดัชนี Barthel index ตลอด ช่วง 3 ปี ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2555-2557

การบูรณาการการจัดบริการดูแลระยะยาวในแต่ละกรณีนั้น จำเป็นต้อง มีการดำเนินการแก้ปัญหาต่างกันไป ตามแต่บริบทของผู้พึ่งพิงแต่ละคน โดย



มีครอบครัวเป็นแกนหลัก ร่วมกับความช่วยเหลือด้วยใจจากเพื่อนบ้าน นักบริหารประจำตำบล ทีมสหวิชาชีพทางสาธารณสุข และการสนับสนุนอย่างเป็นระบบจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ดังแสดงให้เห็นในกรณีตัวอย่าง 3 กรณี ดังนี้

กรณีศึกษาที่ 1

หญิงไทย อายุ 53 ปี มีโรคประจำตัวเป็นลิ้นหัวใจตีบ เกิดเป็นอัมพาตจากลิ่มเลือดอุดตันในสมอง มีอาการอ่อนแรงซีกซ้าย กำลังกลืนเนื้อซีกซ้ายเกรด 0 ขยับแขนขาไม่ได้เลย นอนติดเตียง ต้องการความช่วยเหลือในการทำวัตรประจำวันอย่างมาก

ได้เริ่มทำการรักษาฟื้นฟูและสอนญาติช่วยออกกำลังกายให้กับผู้ป่วย ตั้งแต่อยู่ในโรงพยาบาล หน่วยปฏิบัติการระดับตำบลวางแผนการดูแลตั้งแต่ก่อนที่จะส่งคนไขกลับบ้าน โดยทำการปรับเปลี่ยนสภาพบ้าน และเอาเตียงผู้ป่วยไปให้ใช้ที่บ้าน รวมทั้งจัดโปรแกรมฟื้นฟูสภาพโดยนักกายภาพ และนักบริบาลชุมชน ร่วมกับสามีและลูกสาว จนผู้ป่วยสามารถเดินได้ด้วยไม้สามขาแต่ยังต้องมีคนประคอง และต้องการความช่วยเหลือการทำวัตรประจำวันในระดับปานกลาง

แต่ต่อมาเกิดอาการเครียดและซึมเศร้า เนื่องจากปัญหาทางการเงิน ลูกสาวคนโตต้องย้ายไปทำงานที่กรุงเทพฯ และสามีป่วยหนักต้องเจาะคอเพื่อช่วยหายใจ นักจิตวิทยาต้องเข้ามาช่วยสร้างกำลังใจ และได้ความช่วยเหลือจากองค์กรบริหารส่วนตำบลในการปรับสภาพบ้านอีกครั้ง เพื่อให้ทั้งภรรยาและสามีที่มีโรคประจำตัวและมีภาวะพึ่งพิงสามารถช่วยเหลือตนเองได้ดีขึ้น ลดภาระการดูแลของสามี ประกอบกับลูกสาวสามารถหางานทำใกล้บ้านได้ ครอบครัวได้มีการมาอยู่กันพร้อมส่งผลให้ผู้ป่วยมีกำลังใจดีขึ้น และการเคลื่อนไหวทางด้านร่างกายก็ดีขึ้นเช่นกัน

ปัจจุบันผู้ป่วยสามารถเดินโดยใช้ไม้ สามขาโดยมีคนช่วยประคองเพียงเล็กน้อย รวมทั้งความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันดีขึ้น ต้องการความช่วยเหลือในระดับน้อย

กรณีศึกษาที่ 2

ผู้ป่วยชายไทยคู่อายุ 59 ปี อาศัยอยู่กับ ครอบครัวซึ่งประกอบด้วย ภรรยา หลานและลูกสาว ผู้ป่วยเป็นหัวหน้าหลักของครอบครัวประกอบอาชีพ เลี้ยงแพะและทำไร่อ้อย เข้ารักษาในโรงพยาบาลด้วยเรื่องอัมพาต อ่อนแรง ร่างกายซีกขวาพูดไม่ชัด นอนติดเตียง ผู้ป่วยรู้สึกท้อและหมดกำลังใจ รับสภาพของตนเองไม่ได้ที่เป็นแบบนี้ หน่วยปฏิบัติการระดับตำบลได้วางแผน การฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยร่วมกับภรรยาและลูกสาวผู้ป่วย ในสัปดาห์แรกของการ ฝึกผู้ป่วยไม่ค่อยให้ความร่วมมือฝึกไปผู้ป่วยร้องไห้ไป จนเมื่อผู้ป่วยผ่านการ ฝึกแบบเป็นลำดับขั้นตอน โดยมีผู้ช่วยนักกายภาพคือภรรยาและลูกทำการ ฝึกเพิ่มเติม เอาใจใส่ ให้กำลังใจผู้ป่วยเสมอ และมีนักบริบาลคอยช่วยเหลือ ในกิจวัตรประจำวัน

ประมาณ 1 เดือน อาการดีขึ้นชัดเจนหลังจากฝึกประมาณ 1 เดือน ผู้ป่วยเริ่มยืนลงน้ำหนักที่ขาทั้งสองข้างได้ หลังจากนั้นประมาณ 2 เดือน ผู้ป่วยสามารถเดินก้าวแรกได้ในราวคู่นานทำจากไม้ไผ่ซึ่งสร้างโดยเพื่อน บ้านตามคำแนะนำของนักกายภาพบำบัด ผู้ป่วยดีใจมากจนหัวเราะเสียงดัง จนเพื่อนบ้านต้องเดินออกมาดู สิ่งที่ภรรยาพูดขึ้นมาคือ “รีบเดินได้ไวๆ นะตา จะได้ไปไร่” เสียงผู้ป่วยตอบ “เออ เออ จะไปเลี้ยงแพะ” น้ำเสียงไม่ซัดนัก ปัจจุบันผู้ป่วยสามารถ ใส่เสื้อผ้า กินข้าว เดินรอบๆบ้านได้เองโดยใช้ไม้สามขา และสามารถเดินไปใส่บาตรพระที่หน้าบ้านพร้อมภรรยาได้ทุกวัน

กรณีศึกษาที่ 3

คุณตาอายุ 70 ปี เป็นอัมพาตซีกซ้าย แขนซ้ายเกร็งอยู่ในท่าอและปลายเท้าตก เคลื่อนย้ายตัวเองด้วยการถัดตัว อาศัยอยู่กับคุณยายอายุรุ่นเดียวกัน เดินหลังค่อม ปวดหลัง ตาฟ้าฟาง อาศัยอยู่ในบ้านชั้นเดียวใต้ถุนสูงที่ร้อนอบอ้าวและมีกลิ่นปัสสาวะอบอวนอยู่ในบ้าน เนื่องจากผู้ป่วยไม่สามารถไปเข้าห้องน้ำใต้ถุนบ้านได้เอง

จากการประเมินพบว่า คุณตาซึมเศร้าคิดฆ่าตัวตาย และสูญเสียความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันระดับมาก โดยมีระดับคะแนน Barthel Index of Activities of Daily Living (BI) อยู่ที่ระดับคะแนน 45 คะแนน แต่จากการฟื้นฟูสภาพจิตใจโดยนักจิตวิทยา โดยใช้เทคนิคการวางเงื่อนไข และการให้รางวัลหลังจากผู้ป่วยทำตามเงื่อนไขได้ ประกอบกับการฟื้นฟูสภาพอย่างเข้มข้นโดยนักกายภาพบำบัดร่วมกับนักบริบาลชุมชนประจำตำบล

ตั้งแต่การฝึกเคลื่อนไหวข้อต่อ จนถึงขั้นการฝึกการทรงตัวในท่านั่ง ฝึกขึ้น-ลงเตียงโดยใช้อุปกรณ์ช่วย (step) และการช่วยเหลือขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และผู้นำชุมชนในการปรับสภาพบ้าน ทำห้องน้ำชั้นบนให้ ระดับการพึ่งพิงผู้ป่วยลดลงมาอยู่ในระดับปานกลาง โดยมีค่าคะแนน BI เพิ่มขึ้นเป็น 85 คะแนน สุขภาพจิตกลับมาอยู่ในระดับปกติ ภายใน 3 เดือน



ประชาชนอุ่นใจ มีญาติที่ทั่วไทยเป็นทีมหมอรอบครัว

บทที่ 6

บทส่งท้าย

ปฏิรูประบบสุขภาพทศวรรษใหม่ “หมอครอบครัวเพื่อคนไทยทุกคน”

ประชาชนได้อะไรจากหมอครอบครัว

- ประชาชนมีช่องทางการสื่อสารและขอคำปรึกษา ดูแลต่อเนื่อง กับผู้ให้บริการสุขภาพมากขึ้น มีชื่อทีมหมอครอบครัวที่เป็นเจ้าของในการดูแลครอบครัวอย่างชัดเจน การบริการสุขภาพก็จะมืออย่างทั่วถึงและครอบคลุม โดยเฉพาะการดูแลผู้สูงอายุที่ต้องได้รับการดูแลพิเศษ ผู้ป่วยติดบ้าน ติดเตียง
- หมอครอบครัวจะเป็นผู้ดูแลต่อเนื่อง ช่วยประสานงานเรื่องการส่งต่อผู้ป่วยไปโรงพยาบาล ในกรณีที่มีปัญหาซับซ้อนที่หมอครอบครัวดูแลไม่ได้ โดยไม่ต้องถือใบส่งตัวไปโรงพยาบาลเหมือนในอดีต
- เป็นจุดเริ่มต้นของการปฏิรูประบบบริการสุขภาพในทศวรรษนี้ที่เพิ่มคุณภาพต่อยอดจากการปฏิรูประบบบริการสุขภาพให้มีความทั่วถึงในทศวรรษที่ผ่านมา ช่วยลดปัญหาโรคภัยร้ายแรงต่างๆ ได้เนื่องจากเมื่อมีหมอครอบครัว ประชาชนจะได้รับการดูแล ส่งเสริมสุขภาพอย่างเป็นองค์รวม มีการตรวจคัดกรองโรค ดูแลต่อเนื่อง ทำให้พบปัญหาสุขภาพเร็วขึ้น การดูแลรักษาก็จะไม่ยากอีกต่อไป

ทีมหมอครอบครัวทำอะไรบ้างที่เป็นการปฏิรูประบบบริการสุขภาพในทศวรรษนี้

- ทีมหมอครอบครัวจะต้องจัดระบบบริการสุขภาพขั้นพื้นฐานให้มีประสิทธิภาพและก่อประโยชน์ต่อประชาชนมากที่สุด ดูแลแต่แรก ทุกเรื่อง ต่อเนื่อง เบ็ดเสร็จ ผสมผสาน บริการ ณ ที่เข้าถึงสะดวก จัดระบบปรึกษาและส่งต่อ
- ทีมหมอครอบครัวจะต้องมีการสื่อสารกับแต่ละครอบครัวที่ตนเองดูแล ผ่านเครื่องมือสื่อสารแห่งยุคศตวรรษที่ 21 เช่น โทรศัพท์มือถือ เครื่องมือสื่อสารเคลื่อนที่ แอปพลิเคชัน ในการปรึกษา ความเจ็บป่วย การดูแลสุขภาพตนเอง หรือการจัดการสุขภาพตนเองในครอบครัว และการเยี่ยมบ้านที่สามารถเชื่อมโยงกับการช่วยเหลือทางสุขภาพได้อย่างบูรณาการ (การปรึกษา คือ การเสนอปัญหาที่ผู้รับผิดชอบดูแลผู้ป่วย ขณะนั้นไม่สามารถตัดสินใจได้ หรือไม่สามารถทำเองได้ หรือเป็นความประสงค์ของผู้ป่วยและญาติ ที่ต้องการความเห็นจากผู้ชำนาญคนอื่น เพื่อประกอบการพิจารณา ยินยอมให้แพทย์รักษา การปรึกษาไม่ใช่การถ่ายโอนความรับผิดชอบต่อผู้ป่วย หากแต่เป็นการขอความเห็นเพื่อการปฏิบัติเฉพาะราย เมื่อได้รับคำตอบแล้ว แพทย์ผู้รับผิดชอบอาจปฏิบัติตามทั้งหมด หรือบางส่วนหรืออาจเลือกไม่ปฏิบัติตามนั้นก็ได้ แต่ควรมีคำอธิบาย เป็นเหตุผลที่ผู้รับปรึกษาเข้าใจและยอมรับ เพื่อมิให้ผิดจรรยาบรรณระหว่างผู้ร่วมวิชาชีพ)
- ทีมหมอครอบครัวระดับตำบลจะมีข้อมูลสุขภาพของผู้ป่วยและครอบครัว อาจมีการจัดเก็บประมวลผลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปต่างๆ ที่สามารถระบุตำแหน่งบ้าน และรายละเอียดของปัญหาสุขภาพ มีเบอร์โทรศัพท์ในการติดต่อกันกับแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวที่ปรึกษา และทีมสหสาขาวิชาชีพ

- ทีมหมอครอบครัวจะมีเครื่องมือทางการแพทย์ วัคซีน ยาที่จำเป็น และ ทันตัมย พร้อมที่จะให้บริการอยู่ที่ หน่วยบริการใกล้บ้าน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล หรือโรงพยาบาลชุมชน หรือสามารถนำมาส่งที่เครือข่ายได้ทันเวลาผ่านการขนส่งโลจิสติกส์ ที่มีประสิทธิภาพ
- ทีมหมอครอบครัว ปรับระบบการบริการรูปแบบใหม่ให้มีคุณภาพเพิ่มขึ้น ที่เน้นทำงานเชิงรุกอย่างแท้จริง เน้นการดูแลสุขภาพอย่างผสมผสาน ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค ค้นหาและคัดกรองผู้ป่วยโรคเรื้อรัง และผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง ให้คำแนะนำการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่พอดี คัดกรองผู้ป่วยโรค ให้การดูแลผู้ป่วยในระยะฉุกเฉิน (เช่น หอบหืด ลมชัก น้ำตาลในเลือดสูง-ต่ำเกินไป สมอฆาตเลือดเฉียบพลัน หัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ฯลฯ) และประสานการส่งต่อผู้ป่วยได้อย่างปลอดภัย (การส่งต่อ คือ การโอนความรับผิดชอบต่อผู้ป่วยไปให้ผู้รับส่งต่อจนผู้รับโอนสามารถกระทำการรักษาแก้ปัญหาที่ปรึกษาจนเสร็จสิ้น แล้วจึงโอนผู้ป่วยคืนไปอยู่ในความดูแลรับผิดชอบของแพทย์ครอบครัวคนเดิม)

ที่ว่า “ทีมหมอครอบครัว” นั้น ประกอบด้วยใครบ้าง

- ทีมหมอครอบครัวจะประกอบด้วยทีมสุขภาพในหน่วยบริการใกล้บ้าน (รพ.สต. ศสม. ศูนย์บริการสุขภาพ ฯลฯ) ร่วมกับทีมสุขภาพในโรงพยาบาล ทีมหมอครอบครัวในหน่วยบริการใกล้บ้าน ประกอบด้วยพยาบาล เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ที่ดูแลสุขภาพอย่างผสมผสานต่อเนื่อง และมีทีมสนับสนุนให้คำปรึกษา ดูแลร่วมกันอย่างชัดเจนกับทีมสหวิชาชีพในโรงพยาบาล ซึ่งแพทย์เป็นหัวหน้าทีม (แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป หรือแพทย์เฉพาะทางที่มีความสนใจและได้รับการเรียนรู้เพิ่มเติมด้านเวชศาสตร์ครอบครัว)

- ทีมหมอครอบครัวในหน่วยบริการใกล้บ้าน จะทำงานร่วมกับทีมในชุมชน ได้แก่ อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ทีมจิตอาสา ฯลฯ
- ทีมหมอครอบครัวในโรงพยาบาล เป็น แพทย์ พยาบาลเวชปฏิบัติ พยาบาลวิชาชีพ หรือพยาบาลชุมชน ทันตแพทย์ เภสัชกร นักกายภาพบำบัด นักเทคนิคการแพทย์ นักจิตวิทยาคลินิก นักโภชนาการ แพทย์แผนไทย และสหวิชาชีพอื่นๆ ที่มีการจัดทีมดูแลรับผิดชอบเป็นครอบครัวร่วมกับทีมหมอครอบครัวในหน่วยบริการใกล้บ้านอย่างชัดเจน ต่อเนื่อง

บรรณานุกรม

- ประจวบเหมาะ, ว., 2555. การประเมินแผนผู้สูงอายุแห่งชาติฯ ฉบับที่ 2 (พ.ศ.2545-2564) ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 1 พ.ศ.2552, กรุงเทพมหานคร: วิทยาลัยประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย (มส.ผส.), 2556. รายงานประจำปี สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย 2555, กรุงเทพมหานคร: มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย (มส.ผส.).
- สกุลพานิชย์, ถ., วงษ์ศิลป์, อ. และ ลาภเบญจกุล, ส., 2556. รายงาน ต้นทุนต่อวันสำหรับการช่วยเหลือผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง กรณีศึกษา โรงพยาบาลลำนธิ, นนทบุรี: สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย.

รายนามคณะกรรมการจัดทำคู่มือทบทวนครอบครัว

	รายนาม	หน่วยงาน
1	ศ.นพ.ไพจิตร ปวะบุตร	
2	นพ.ชูชัย ศรชำนิ	สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
3	พญ.สุพัตรา ศรีวณิชชากร	สถาบันวิจัยและพัฒนาาระบบสุขภาพชุมชน
4	ผศ.ดร.นพ.ภูติพ เตชาดิวัฒน์	มหาวิทยาลัยนวมินทราชิราช
5	พญ.สายพิณ หัตถิรัตน์	คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามธิบดี
6	ดร.ธีรพร สติธังกร	สำนักการพยาบาล
7	นางจุฬาดา สุขุมารวรรณ์	สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
8	นส.สุรทิตย์ จันทักษ์	กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน
9	นพ.ประสิทธิ์ชัย มั่งจิตร และทีมงาน รพ.แก่งคอย	โรงพยาบาลแก่งคอย จ.สระบุรี
10	นพ.สันติ ลาภเบญจกุล และทีมงาน รพ.ลำสนธิ	โรงพยาบาลลำสนธิ จ.ลพบุรี
11	นพ.สิริชัย นามทรงศนี	โรงพยาบาลกุนิหารายณ์ จ.กาฬสินธุ์
12	นพ.ปกรณ์ ทองวิไล	โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา จ.นครราชสีมา
13	นพ.สุทธิพงษ์ ชยณัฐพงศ์	โรงพยาบาลพรหมคีรี จ.นครศรีธรรมราช
14	นางจรรยาวัฒน์ ทับจันทร์	โรงพยาบาลสูงเนิน จ.นครราชสีมา
15	นส.บุศบา การกล้า	โรงพยาบาลตระการพืชผล จ.อุบลราชธานี
16	ทญ.ปิยดา ประเสริฐสม	สำนักทันตสาธารณสุข
17	ทญ.เยาวภา จันทบุตร	โรงพยาบาลโพธิ์ทอง จ.ร้อยเอ็ด
18	ทญ.มาลี วันทนาศิริ	โรงพยาบาลลำลูกกา จ.ปทุมธานี
19	ดร.สงครามชัย ลีทองดี	คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

	รายนาม	หน่วยงาน
20	นางเกษร วงษ์มณี	สสอ.หล่มสัก จ.เพชรบูรณ์
21	นายสาคร นาดี๊ะ	รพ.สต.บ้านต๋อม อ.เมือง จ.พะเยา
22	นายปรเมษฐ์ จินา	สสอ.บ้านนาสาร จ.สุราษฎร์ธานี
23	นายธาดา วรรณปิยกุล	สสอ.บ้านกรวด จ.บุรีรัมย์
24	นางนาริรัตน์ พงษ์สิทธิถาวร	โรงพยาบาลสระบุรี
25	นายวันชาติ แก้วปาน	โรงพยาบาลชุมพวง
26	ผศ.ดร.กานดา ชัยภิญโญ	คณะสหเวชศาสตร์ ม.ศรีนครินทรวิโรฒ
27	ดร.พัชรี คำคุณ	คณะสหเวชศาสตร์ ม.ธรรมศาสตร์
28	อ.นงนุช ล่วงพันธ์	คณะสหเวชศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน
29	นส.ปิยาภรณ์ วโดมน์ธนกิจ	โรงพยาบาลเจ็ดเสมียน
30	ผศ.ภญ.ดร.วรรณฯ ศรีวิริยานุภาพ	คณะเภสัชศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
31	ภญ.พชรณัฐภูมิ ชยณัฐพงศ์	โรงพยาบาลพรหมคีรี
32	ภญ.ดร.ศิริรัตน์ ตันปิชาติ	สมาคมเภสัชกรรม ชุมชน (ประเทศไทย)
33	ภก.ธนพัฒน์ เลาวหุตานนท์	แผนงานยาฯ
34	นางเกวลิณ ชื่นเจริญสุข	สำนักบริหารการสาธารณสุข
35	ดร.จุฑาทิพย์ พิทักษ์	สำนักบริหารการสาธารณสุข
36	นางบำรุง ชลเดช	สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
37	นางชาลิมาศ ตันสุเทพวีรวงศ์	สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ในนามของกระทรวงสาธารณสุข
“ทีมหมอครอบครัว”
สามารถสร้างความสุขให้แก่ประชาชน
ที่จะมีทีมสุขภาพไปดูแลอย่างใกล้ชิด
เสมือนเพื่อนหรือญาติสนิทของครอบครัว
และสร้างความสุขและความภาคภูมิใจให้กับบุคลากรสุขภาพทุกคน
ที่จะร่วมกันดำเนินการเพื่อให้ประชาชนและครอบครัว
เกิดความเชื่อมั่น ไว้วางใจ และศรัทธา
ในการให้บริการของบุคลากรสุขภาพ รวมถึงเกิดความรัก
ความสามัคคี และความไว้วางใจซึ่งกันและกันในการทำงานเป็นทีม
แบบพี่กับน้อง ครูกับศิษย์ ของบุคลากรสุขภาพ
หวังเป็นอย่างยิ่งว่าทุกคนบนพื้นแผ่นดินไทย
จะก้าวไปพร้อมกัน สร้างสรรค์ให้เกิดสังคมที่ไม่ทอดทิ้งกัน