**III-5 การให้ข้อมูลและเสริมพลังแก่ผู้ป่วย/ครอบครัว**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ประเด็นคุณภาพ/ความเสี่ยงที่สำคัญ:** ผู้ป่วยและครอบครัวควรได้รับข้อมูลเกี่ยวกับสภาวะสุขภาพและกิจกรรมที่วางแผนไว้เพื่อเสริมพลังให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถดูแลตนเองได้อย่างถูกต้อง | | | | | | | | |
| ข้อมูล/ตัวชี้วัด | | เป้าหมาย | | 2556 | 2557 | 2558 | 2559 | 2560 |
| อัตราการ Re-admit ภายใน 28 วัน ด้วยโรคเดิม โดยไม่ได้วางแผน | | ≤ 3% | | 0.92% | 0.77% | 1.11% | 2.10% | 2.03% |
| อัตราผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีคะแนน ADL เพิ่มขึ้น | | ≥ 80 | | N/A | 87.14% | 89.65% | 90.9% | 93.10 |
| อัตราการรักษาวัณโรคหายขาด | | 100% | | 100% | 95.24% | 100% | 100% | 100% |
| อัตราการเลิกบุหรี่สำเร็จในผู้ป่วย COPD | | 60% | | N/A | 41.66% | 50% | 83%  (10/12) | 50%  (7/14) |
| **บริบท:**การให้ข้อมูลความรู้ที่ถูกต้องแก่ผู้ป่วยและญาติเป็นสิ่งที่จำเป็นเพื่อให้ผู้ป่วยและญาติสามารถที่จะดูแลตัวเองได้อย่างถูกต้องและมีประสิทธิภาพสามารถลดโอกาสในการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคได้  **ตัวอย่างโรคที่คุณภาพการให้ข้อมูลและเสริมพลังมีความสำคัญ**: กลุ่มโรคเรื้อรังที่ต้องปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและการดูแลต่อเนื่อง เช่น DM, HT, Stroke, HIV, TB, ผู้ป่วยระยะสุดท้าย, ผู้ป่วยจิตเวชและมารดาหลังคลอด รวมถึงการเสริมพลังให้กับญาติผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาในการดูแลตนเอง  **ลักษณะประชากร/ผู้รับบริการที่มีผลต่อการให้ข้อมูลและเสริมพลัง**: ผู้ป่วย HIV, DM, HT, ผู้ป่วย Stroke,และญาติผู้ดูแล, ผู้ป่วยระยะสุดท้ายและญาติผู้ดูแล และมารดาหลังคลอดและญาติผู้ดูแล ผู้ป่วยจิตเวชและญาติผู้ดูแล ผู้พิการ และผู้ป่วยสูงอายุที่ไม่มีผู้ดูแล  **กระบวนการ:**  **บทเรียนเกี่ยวกับการวางแผนและกำหนดกิจกรรมการเรียนรู้**   * ในกลุ่มผู้ป่วย HIV ที่ใช้สูตรยาต้านที่มียา TDF ในสูตรจะมีโอกาสเกิดอาการข้างเคียงจากยาเรื่อง TDF Induce Nephrotoxicity จากการทบทวนย้อนหลังมีผู้ป่วย Admit ด้วย AKI และต้องปรับยา จึงมีกิจกรรมแนะนำรายกลุ่ม/รายบุคคล ในเรื่องปัจจัยที่ส่งเสริมร่วมกับยาที่ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนทางไต เช่น อาหารรสเค็ม การควบคุมความดันเบาหวานให้ได้เป้าหมาย การใช้ยาร่วมเช่น ยาแก้ปวด NSAIDs สมุนไพร เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจและดูแลตัวเองได้ * ในผู้ป่วย Stroke พบว่าปัญหาผู้ป่วยกลับมาโรงพยาบาลด้วยข้อติดแข็ง เกิดจากผู้ดูแลดูแลไม่ถูกต้อง จึงปรับโดยให้นักกายภาพบำบัดมาสอนให้ความรู้ ฝึกปฏิบัติการออกกำลังกายแก่ผู้ป่วยจนผู้ดูแลเกิดความมั่นใจ และวางแผนติดตามเยี่ยมบ้านโดยนักกายภาพบำบัด * จากการทบทวนพบว่าผู้ป่วยจิตเวช พบปัญหาขาดยา กินยาไม่ต่อเนื่อง เนื่องจากขาดผู้ดูแล พยาบาลคลินิกจิตเวชได้ออกเยี่ยมบ้านในกลุ่มผู้ป่วยขาดนัดและค้นหาผู้ดูแลในชุมชน เพื่อให้ติดตามดูแลผู้ป่วยเรื่องการทานยา * จากปัญหาผู้ป่วยวัณโรคที่เป็นพระภิกษุสงฆ์ พบว่าการกินยาไม่ถูกต้อง เนื่องจากไม่มีผู้ดูแล จึงมีการจัดทีมผู้ดูแลเสริมพลังโดยการให้กำลังใจ ให้ความรู้เกี่ยวกับข้อดีข้อเสียของการรับประทานยาและเน้นย้ำความสำคัญของการรับประทานยาต่อเนื่องเพื่อป้องกันการดื้อยา และเพิ่มช่องทางการสื่อสารให้ผู้ป่วยโทรปรึกษาเมื่อมีภาวะแทรกซ้อน ผลจากการเสริมพลังผู้ป่วยวัณโรคผู้ป่วยกินยาครบถ้วน ร้อยละ 100   **บทเรียนเกี่ยวกับการให้ข้อมูลที่จำเป็น การสร้างการเรียนรู้ เพื่อการดูแลตนเองและพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม:**   * จากการทบทวนผู้ป่วย Stroke พบปัญหาการให้ข้อมูลและการสร้างการเรียนรู้เรื่องการออกกำลังกาย เพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน ทีมสหสาขาวิชาชีพมีการประเมินความสามารถของผู้ป่วยและญาติในการดูแลตนเอง เพื่อวางแผนในการให้ความรู้ มีการติดตามเยี่ยมบ้านเมื่อพบปัญหานำมาแก้ไขร่วมกันกับทีมสหสาขาวิชาชีพและผู้ดูแล สามารถลดภาวะแทรกซ้อนในกลุ่มผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลต่อเนื่อง * จากการประเมินน้ำหนักของหญิงตั้งครรภ์ที่เพิ่มขึ้นไม่เหมาะสม พบว่าหญิงตั้งครรภ์ติดการดื่มน้ำอัดลม จึงมีการให้นักโภชนากรให้ความรู้เรื่องการรับประทานอาหารที่เหมาะสมในหญิงตั้งครรภ์ เพื่อป้องกันการเกิดเบาหวานในหญิงตั้งครรภ์ * จากการทบทวนกลุ่มผู้ป่วย HIV มีกลุ่มผู้ป่วยขาดยาเนื่องจากผู้ป่วยปฏิเสธการรักษา จึงมีกิจกรรมให้คำปรึกษาและเยี่ยมบ้านในผู้ป่วยติดเชื้อ HIV ในกลุ่มที่ขาดยา/กลุ่มที่มีแนวโน้มในการรักษาที่ล้มเหลว เพื่อติดตามการกินยาและให้คำปรึกษาในการดูแลตนเอง ทำให้ผู้ติดเชื้อได้รับยาต้านไวรัสรับประทานยาได้ถูกต้องและต่อเนื่อง ในปี 2559 คิดเป็นร้อยละ 96.67 และมีผล VL < 2000 คิดเป็นร้อยละ 95   **บทเรียนเกี่ยวกับการให้ความช่วยเหลือด้านอารมณ์ จิตใจ และคำปรึกษา:**   * จากการทบทวนการฆ่าตัวตายสำเร็จ พบเป็นกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังและสูงอายุ ทีมสุขภาพจิตจึงได้เพิ่มการคัดกรองให้ครอบคลุมในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังและสูงอายุมากขึ้น โดยการใช้แบบประเมิน 2Q, 9Q ในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ผู้สูงอายุ จะทำให้พบปัญหาด้านจิตใจและอารมณ์ผู้ป่วยได้ดีและสามารถวางแผนการดูแล และการให้คำปรึกษาได้เหมาะสม   **บทเรียนเกี่ยวกับการร่วมกันกำหนดแผนการดูแลผู้ป่วยโดยทีมผู้ให้บริการกับผู้ป่วย/ครอบครัว:**   * จากการทบทวนอัตราการ Re-Admit ภายใน 28 วัน พบผู้ป่วยกลุ่ม COPD ที่มีการ Re-Admit สูง เนื่องจากผู้ป่วยยังมีพฤติกรรมการสูบบุหรี่ ได้มีการติดตามเยี่ยมบ้าน ประเมินซ้ำ และกระตุ้นให้ผู้ป่วยเข้ารับการบำบัดตั้งแต่นอนอยู่ในโรงพยาบาล * จากการทบทวนผู้ป่วยติดเตียงที่มีแผล Bed sore ที่กลับมาด้วยแผลติดเชื้อ พบเกิดจากการดูแลแผลไม่ถูกต้อง ทีมสหวิชาชีพลงติดตามเยี่ยมบ้าน ประเมินซ้ำ เรื่องการดูแลแผลและประสาน รพ.สต. ในเครือข่าย ให้ร่วมกันดูแล   **บทเรียนเกี่ยวกับการจัดกิจกรรมเสริมพลัง/เสริมทักษะให้แก่ผู้ป่วย/ครอบครัว ให้มีความสามารถในการดูแลตนเอง**:   * ในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานจะพบว่าผู้ป่วยควบคุมระดับน้ำตาลได้ไม่ดี เนื่องจากการรับประทานอาหาร ทีมผู้ดูแลมีการประเมินศักยภาพของผู้ป่วยและญาติผู้ดูแล ก่อนดำเนินกิจกรรมให้ความรู้ กรณีผู้ป่วยมีศักยภาพดูแลตนเองได้ดีจะจัดกิจกรรมโดย Self Health Group ให้ผู้ป่วยได้มีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์กัน และกระตุ้นให้มีต้นแบบที่ดีในกลุ่มผู้ป่วย กรณีผู้ป่วยสูงอายุ หรือมีศักยภาพในการดูแลตนเองน้อยมีการจัดกิจกรรม โดยให้คู่มือ คำแนะนำ และสาธิตแก่ผู้ดูแลหลัก ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลสามารถปฏิบัติตามคำแนะนำได้ถูกต้อง ผลลัพธ์ด้านสุขภาพผู้ป่วยดีขึ้น * จากการทบทวนผู้ป่วย COPD มีปัญหาการพ่นยาไม่ถูกต้อง มีการสอนพ่นยาที่ถูกวิธีโดยเภสัชกรและสอนซ้ำในกรณีที่มีการปรับยาเพิ่ม ทำให้อัตราการเกิด Exacerbationลดลง จากปี 2558 = 12.53% เป็น ในปี 2559 = 7.43% และ ปี 2560 = 2.20%   **บทเรียนเกี่ยวกับการประเมินผลกระบวนการเรียนรู้และเสริมพลัง:**   * การประเมินผลการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและญาติโดยการแนะนำและสาธิตพบว่า ญาติผู้ป่วย ที่มารับฟังการให้ความรู้ ไม่ใช้ผู้ดูแลที่แท้จริง จึงทำให้ต้องยืดระยะเวลาการนอนโรงพยาบาลของผู้ป่วยเพื่อรอญาติที่จะดูแลผู้ป่วยแท้จริงมารับทราบข้อมูล * ผู้ป่วย COPD พบปัญหาการใช้ยาพ่นไม่ถูกต้อง เภสัชกรจะเป็นผู้ประเมินผลการใช้ยาผู้ป่วยและจะสาธิต และให้ผู้ป่วยทดลองพ่นเป็นรายบุคคล จนมั่นใจว่าผู้ป่วยสามารถปฏิบัติได้ ทำให้ผู้ป่วยพ่นยาได้ถูกต้องเพิ่มขึ้น   **ผลการพัฒนาที่สำคัญ:**   * พัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วย Stroke โดยทีมสหสาขาวิชาชีพ ทำให้ญาติและผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้ถูกต้องไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรค Stroke * พัฒนาคลินิกเลิกบุหรี่/สุรา | | | | | | | | |
| **มาตรฐาน** | **Score** | | **ประเด็นในแผนการพัฒนา 1-2 ปีข้างหน้า** | | | | | |
| 1. การให้ข้อมูลและเสริมพลัง | 3 | | * มีการวางแผนสร้างเสริมสุขภาพที่เข้ากับผู้ป่วยแต่ละโรค ในทุกขั้นตอน * พัฒนาระบบเครือข่ายในการสร้างเสริมสุขภาพในชุมชน ในเรื่อง การเลิกสูบบุหรี่ และการเลิกสุรา * ประเมินการรับรู้และการปฏิบัติได้จริงในทุกกลุ่มโรคสำคัญ และจัดเครือข่ายแลกเปลี่ยนเรียนรู้ | | | | | |