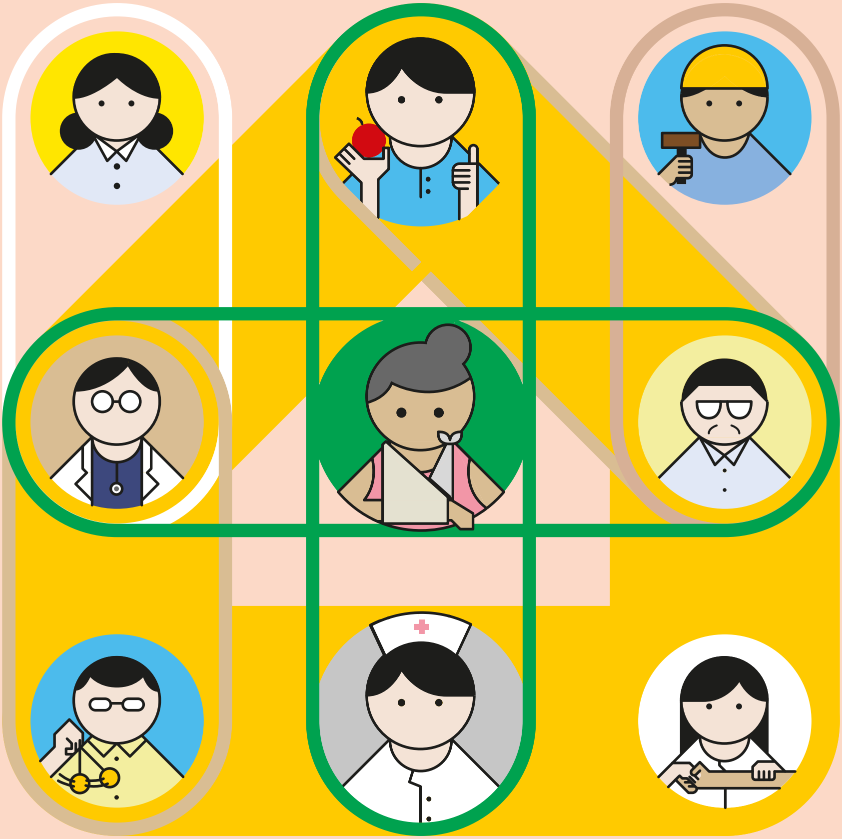


สุข
ตาม
สภาพ
(แวดล้อม)

แนวทางการปรับพื้นที่
สำหรับผู้ป่วยภาวะพึ่งพิง
กรณีศึกษาโรงพยาบาลลำสนธิ

สุขตามสภาพ(แวดล้อม)

แนวทางการปรับพื้นที่สำหรับผู้ป่วยภาวะพึ่งพิง
กรณีศึกษาโรงพยาบาลลำสนธิ

สุขตามสภาพ (แวดล้อม)

แนวทางการปรับพื้นที่สำหรับผู้ป่วยภาวะพึ่งพิง
กรณีศึกษาโรงพยาบาลลำสนธิ

ISBN: 978-616-278-327-2

คณะผู้แต่ง

สรนาถ สินอุไรพันธ์

สายทิวา รามสูต

ธนาศรี สัมพันธารักษ์ เพ็ชรยิ้ม

สุปรียา หวังพัชรพล

ขวัญชัย กาแก้ว

ประภัสรา นาคะ

สุพิชญา ศุภพิพัฒน์

คณินณัฏฐ์ โอฬารวงศ์สกุล

อตินันทน์ สินศิลาเกตุ

ศุภวรรณ สุขในศิลป์

ออกแบบกราฟฟิก

ณขวัญ ศรีอรุโณทัย

เอกสารนี้เป็นส่วนหนึ่งของการเผยแพร่ผลงานของ
โครงการพัฒนาเครือข่ายความรู้การออกแบบสิ่งแวดล้อมสรรค์สร้าง
อย่างมีส่วนร่วมเพื่อการสร้างเสริมสุขภาวะและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเชิงบวก
โดยทุนสนับสนุนจาก สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.)

ผู้จัดพิมพ์
กลุ่มวิจัยสิ่งแวดล้อมสรรค์สร้างเพื่อสุขภาวะ
(Built Environment for Health Research Unit)

คณะสถาปัตยกรรมศาสตร์
มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์
50 ถนนงามวงศ์วาน แขวงลาดยาว
เขตจตุจักร กรุงเทพฯ 10900

Faculty of Architecture, Kasetsart University
50 Ngamwongwan Road, Ladyao,
Chatuchak, Bangkok 10900

โทรศัพท์: 02 9428960-3 โทรสาร: 02 9405413
E-mail: be4h.aku@gmail.com
Website: http://www.builtenviforhealth.info

พิมพ์ที่
โรงพิมพ์ ภาพพิมพ์
296 ซอยอรุณอมรินทร์ 30 ถนนอรุณอมรินทร์ แขวง
ยี่ขัน เขตบางพลัด กรุงเทพฯ 10700
E-mail: parbpim@gmail.com
Website: http://www.parbpim.com

พิมพ์ครั้งที่ 1 สิงหาคม 2559
จำนวน 1,000 เล่ม

คำนำ

“โครงการพัฒนาเครือข่ายความรู้การออกแบบสิ่งแวดล้อมสรรค์สร้างอย่างมีส่วนร่วม เพื่อการสร้างเสริมสุขภาวะและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเชิงบวก” เป็นโครงการที่กลุ่มวิจัยสิ่งแวดล้อมสรรค์สร้างเพื่อสุขภาวะ คณะสถาปัตยกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ ได้รับทุนสนับสนุนการดำเนินงานจากสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) โดยโครงการมีวัตถุประสงค์เพื่อสร้างบุคลากรด้านการออกแบบและจัดการสิ่งแวดล้อมที่มีความรู้และความตระหนักถึงความจำเป็นของการออกแบบสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการสร้างสุขภาวะอย่างมีส่วนร่วม รวมถึงส่งเสริมให้สังคมมีความตระหนักในความสำคัญของสิ่งแวดล้อมสรรค์สร้างที่เอื้อต่อการสร้างสุขภาวะ เกิดการเรียนรู้การใช้พื้นที่อันนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการดำเนินชีวิต และสร้างเครือข่ายความร่วมมือระหว่างวิชาชีพอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง นำไปสู่การพัฒนาการออกแบบสิ่งแวดล้อมสรรค์สร้างอย่างต่อเนื่องในวงกว้าง

โดยในการนี้โครงการได้รับความร่วมมือจากโรงพยาบาลลำสนธิ จังหวัดลพบุรี ในการดำเนินการสำรวจพื้นที่สาธารณะในโรงพยาบาล รวมถึงลงพื้นที่ศึกษาแนวทางการปรับปรุงพื้นที่บ้านให้กับผู้ป่วยภาวะพึ่งพิง ในชุมชน อีกทั้งยังได้เรียนรู้และแลกเปลี่ยนประสบการณ์การทำงานกับทีมงานด้านสุขภาพของโรงพยาบาลลำสนธิ รวมถึงความรู้ด้านการออกแบบและการก่อสร้างจากช่างปรับสภาพบ้าน อันเป็นประโยชน์ในการออกแบบพื้นที่และปรับสภาพแวดล้อมเพื่อสร้างสุขภาวะให้กับผู้ป่วยภาวะพึ่งพิงกรณีอื่น ๆ

ทางโครงการจึงได้จัดทำเอกสารฉบับนี้เพื่อรวบรวมความรู้และประสบการณ์ที่ได้รับ ตลอดจนถอดบทเรียนที่ได้จากกระบวนการการออกแบบอย่างมีส่วนร่วม ร่วมกับโรงพยาบาลลำสนธิเพื่อเผยแพร่สู่สาธารณะและหวังว่าจะเป็นกรณีศึกษาที่เป็นประโยชน์แก่ผู้ที่ทำงานเกี่ยวข้องกับการออกแบบและการจัดการด้านสาธารณสุขชุมชนต่อไป

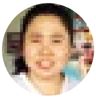
สารบัญ

ความเป็นมา	15
ผู้คนที่เกี่ยวข้อง	19
ผู้ป่วยภาวะพึ่งพิงและผู้ดูแล	30
การแบ่งระดับการดูแล	35
นโยบายหลัก อุดมการณ์สู่การพัฒนาที่ยั่งยืน	38
หลักการออกแบบและปรับปรุงพื้นที่	39
กรณีศึกษาบ้านผู้ป่วยที่ได้รับการปรับปรุงพื้นที่	46
ปัญหาที่ผ่านมาในการปรับปรุงพื้นที่	58

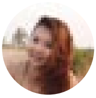
ขอบคุณ

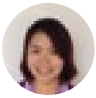
1

2

3

4

5

6

7

8

9

1 นายแพทย์สันติ ลาภเบญจกุล
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลลำสนธิ

2 คุณอุไรลักษณ์ ลาภเบญจกุล
พยาบาลเทคนิคชำนาญการ
ทีมดูแลด้านสุขภาพ โรงพยาบาลลำสนธิ

3 คุณเกศสุดา เกษรสุคนธ์
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
ทีมดูแลด้านสุขภาพ โรงพยาบาลลำสนธิ

4 คุณเทพศิรินทร์ อึ้งบรรจง นักกายภาพบำบัด
ทีมดูแลด้านสุขภาพ โรงพยาบาลลำสนธิ

5 คุณสมจิตต์ อินจาด นักบริบาลชุมชน
ทีมดูแลมิติด้านสังคม

6 คุณประมวล ศรีพิทักษ์ ช่างปรับสภาพบ้าน
ทีมดูแลมิติด้านสังคม

7 คุณเมลดา พุทธมาตร์ นักจิตวิทยา
ทีมดูแลด้านสุขภาพ โรงพยาบาลลำสนธิ

8 คุณชาญวิทย์ คุ้มวงศ์ ผู้สนับสนุนงานอำเภอ
ทีมดูแลมิติด้านสังคม

9 คุณภักษ์ภัสสร สระฉันทพงษ์ นักโภชนาการ
ทีมดูแลด้านสุขภาพ โรงพยาบาลลำสนธิ

คำสำคัญที่ควรรู้

จากการสำรวจและวิเคราะห์สภาพแวดล้อมในโรงพยาบาล รวมถึงลงพื้นที่สำรวจสภาพบ้านของผู้ป่วยภาวะพึ่งพิงในชุมชนร่วมกับทีมดูแลด้านสุขภาพของโรงพยาบาลลำสนธิ จังหวัดลพบุรี จึงมีคำสำคัญที่ควรรู้เพื่อให้เข้าใจลักษณะงานและขั้นตอนในการทำงานของทีมงานอันเกี่ยวเนื่องกับแนวทางการปรับปรุงพื้นที่บ้านผู้ป่วยภาวะพึ่งพิงได้ดียิ่งขึ้น

การดูแลแบบรอบด้าน (Holistic Care)

หมายถึง การให้การดูแลรักษาแบบองค์รวมโดยคำนึงถึงปัจจัยทางด้านกายภาพ จิตใจ ปัญญา และอารมณ์ โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อสร้างสุขภาพและสุขภาวะเชิงบวกให้กับผู้ป่วย

หมอครอบครัว (Family Medicine)

หมายถึง บุคลากรสาธารณสุขที่สำเร็จการศึกษาระดับประกาศนียบัตรขึ้นไปที่ปฏิบัติงานเกี่ยวกับด้านสาธารณสุขในพื้นที่ที่รับผิดชอบของ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) / ศูนย์สุขภาพชุมชนเมือง (ศสม.) / ท้องถิ่นและหน่วยบริการปฐมภูมิทุกสังกัดโดยรับผิดชอบประชากรประมาณ 1,250-2,500 คน/หมอครอบครัว ร่วมกับทีมหมอครอบครัวในโรงพยาบาล

ทีมดูแลด้านสุขภาพ (Health Care Team)

หมายถึง บุคลากรสายสุขภาพจากหลากหลายวิชาชีพทั้งในหน่วยบริการระดับปฐมภูมิ (Primary Care Unit) และหน่วยบริการระดับทุติยภูมิ (Secondary Care Unit) ทั้งนี้หมายรวมถึง แพทย์ ทันตแพทย์ เภสัชกร พยาบาล นักจิตวิทยา นักกายภาพ นักโภชนาการ เป็นต้น

ทีมดูแลมิติด้านสังคม (Social Care Team)

หมายถึง ภาคประชาชนในพื้นที่นั้นๆ ที่ทำหน้าที่ช่วยเหลือผู้ป่วยและครอบครัวในการดูแลตนเองหรือการให้การบริบาล ทำหน้าที่เสมือนญาติและครอบครัวของผู้ป่วย ช่วยประสานงานกับเจ้าหน้าที่ทางด้านการแพทย์และสาธารณสุข ดูแลขจัดทุกข์ด้านสังคม สิ่งแวดล้อม เศรษฐกิจ และช่วยเสริมสร้างคุณภาพชีวิตที่ดีให้กับครอบครัวและชุมชน ในที่นี้หมายรวมถึง อาสาสมัครสาธารณสุข นักบริบาล องค์การบริหารส่วนท้องถิ่น โรงเรียนและวัด เป็นต้น

ผู้ป่วยภาวะพึ่งพิง (Dependent Patient)

หมายถึง ผู้ป่วยติดบ้าน ผู้ป่วยติดเตียง และผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลเป็นพิเศษ ทั้งที่สามารถช่วยเหลือตนเองได้และไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ รวมทั้งผู้ป่วยระยะสุดท้าย ผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะวิกฤต ตลอดจนผู้ป่วยที่ผ่านการรักษาฟื้นฟูเยียวยาจนใกล้หายเป็นปกติ

การเยียวยารักษา (Long Term Care)

เรื้อรัง การดูแลผู้สูงอายุ และการดูแลกลุ่มคนที่อยู่ในภาวะเปราะบางต้องพึ่งพาผู้อื่น ได้แก่ ผู้พิการ ผู้ป่วยติดบ้าน ติดเตียง ผู้ป่วยระยะสุดท้าย เด็กพิเศษ เป็นต้น โดยเน้นการมีทีมดูแลถึงที่บ้าน

“ลำสนธิโมเดลคือ การสร้างระบบการดูแล ช่วยเหลือ
เยียวยา คุณภาพชีวิตผู้ป่วยด้อยโอกาส ภายใต้
กระบวนการดูแลอย่างต่อเนื่อง ดูแลอย่างมีคุณภาพ
และดูแลอย่างรอบด้าน ซึ่งเป็นการวางแผนการร่วม
มือระหว่างทุกๆ หน่วยงานในชุมชนลำสนธิ โดยมี
แนวความคิดการไม่ทอดทิ้งคนด้อยโอกาสในชุมชน
จึงเกิดความร่วมมือที่ทุกคนเป็นเจ้าของร่วมกัน”

– **นพ.สันติ ลาภเบญจกุล**, 2558

ลำสนธิโมเดล เป็นกระบวนการดูแลช่วยเหลือเยียวยาอย่างรอบด้าน เพื่อคุณภาพชีวิตและรอยยิ้มของผู้ป่วยด้อยโอกาสที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงด้วยมิติความเป็นมนุษย์ มีแนวคิดหลักที่เป็นแกนในการขับเคลื่อนให้ทุกภาคส่วนมีทัศนคติที่ตรงกันคือ “คนลำสนธิไม่ทอดทิ้งกัน” ซึ่งเป็นแนวคิดที่ขยายปัญหาด้านสาธารณสุขระดับชุมชนให้ทุกภาคส่วนได้รับรู้และมีส่วนร่วมในการเข้ามาร่วมแก้ปัญหา แทนที่จะเป็นหน้าที่ของแพทย์และพยาบาลเพียงอย่างเดียว ให้

กลายเป็น ระบบการดูแลสุขภาพระดับอำเภอ และเป็นการวางรากฐานระบบแนวทางการปฏิรูประบบสุขภาพของประเทศต่อไป

ปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อความความสำเร็จของลำสนธิโมเดล คือ การมีส่วนร่วมของชุมชนทั้งหมดและอบต. รวมถึงบุคลากรที่มีความรู้ความสามารถทางวิชาการด้านที่หลากหลาย ก่อให้เกิดประโยชน์ต่อการรักษาและเยียวยาสูงสุด

แผนภาพแสดงมิติการดูแลอย่างรอบด้าน

BACKGROUND

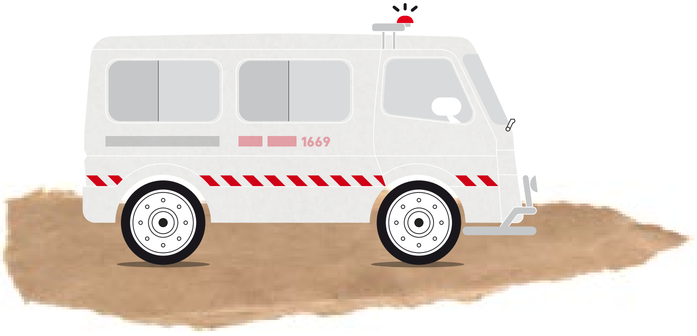
ความเป็นมา

รูปแบบการให้บริการของโรงพยาบาลในปัจจุบันสามารถแบ่งออกได้เป็น 2 ลักษณะด้วยกัน รูปแบบแรกคือการที่ผู้ป่วยมีความต้องการการบริการทางการแพทย์ ต้องเข้ามาใช้บริการภายในโรงพยาบาลเพื่อรับการดูแลรักษา และรูปแบบที่สองคือการที่ผู้ป่วยมีความต้องการการกายภาพบำบัดและการฟื้นฟู ในกรณีนี้ผู้ป่วยสามารถเข้ารับการรักษาบำบัดบัดฟื้นฟูได้ที่โรงพยาบาล และ/หรือภายในที่อยู่อาศัยของผู้ป่วยเอง โดยใช้การเรียนรู้ด้วยตนเองหรือมีเจ้าหน้าที่จากทางโรงพยาบาลไปให้บริการ ตัวอย่างที่ชัดเจนได้แก่ ผู้ป่วยที่เป็นผู้สูงอายุ และผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาจากอุบัติเหตุที่ต้องการการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสภาพร่างกายอย่างต่อเนื่อง อย่างไรก็ดีในบริบทของชุมชนในพื้นที่ต่างจังหวัดที่ห่างไกล นักกายภาพบำบัดส่วนใหญ่จะประจำอยู่ที่โรงพยาบาลประจำจังหวัด การเข้าถึงการรักษารวมทั้งการบำบัดฟื้นฟูของผู้ป่วยภาวะพึ่งพิงในชุมชนระดับอำเภอจึงเป็นไปได้ยาก จากการลงพื้นที่ในอำเภอลำสนธิในอดีตพบว่ามีผู้ป่วยภาวะพึ่งพิงมากกว่า 100 ราย ในขณะนั้นทำได้

เพียงแค่การตรวจอาการวัดความดันและให้กำลังใจ ทีมแพทย์และพยาบาลของโรงพยาบาลลำสนธิได้เล็งเห็นความสำคัญของการให้การรักษาและบำบัดฟื้นฟูผู้ป่วยกลุ่มนี้อย่างใกล้ชิด จึงได้คิดริเริ่มจัดตั้งหน่วยบริการชุมชนขึ้น

หน่วยบริการระดับปฐมภูมิทางการแพทย์และสาธารณสุขของโรงพยาบาลลำสนธิ จะทำหน้าที่ดูแลมิติทางด้านสุขภาพและสังคมของผู้ป่วยโดยมีบุคลากรที่สำคัญในทีมดังนี้

- แพทย์ (Family Physician)
- พยาบาล (Nurse)
- นักจิตวิทยา (Psychologist)
- นักกายภาพบำบัด (Physical Therapist)
- นักโภชนาการ (Nutritionist)
- ช่างปรับสภาพบ้าน (Technician)
- นักบริบาลชุมชน (Care giver & Care manager)
- ผู้สนับสนุนงานอำเภอ (PCM-Primary Care Cluster Manager)



รถหน่วยบริการลงพื้นที่ของโรงพยาบาลลำสนธิ

ตามหลักการแล้วบุคลากรที่เป็นนักกายภาพบำบัดจะต้องมีอย่างน้อย 1 คนต่อหน่วยบริการ แต่สำหรับหน่วยบริการของอำเภอลำสนธิ มีบุคลากรที่เป็นนักกายภาพถึง 3-4 คน แสดงให้เห็นถึงความเข้าใจในปัญหาและความตั้งใจในการให้การรักษาบำบัดและฟื้นฟูกลุ่มผู้ป่วยภาวะพึ่งพิงเป็นพิเศษ นอกจากนี้ยังมีผู้ทำหน้าที่ประสานงาน คอยช่วยเหลือติดต่อและประสานงานระหว่างองค์การปกครองส่วนท้องถิ่น ทีมสุขภาพ ผู้ป่วยและญาติ เพื่อให้การสื่อสารกันระหว่างภาคส่วนเป็นไปอย่างราบรื่น

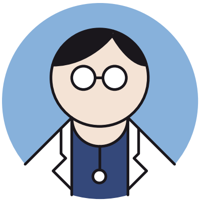
แนวทางการดำเนินการเบื้องต้น เมื่อพบผู้ป่วยรายใหม่ ทีมแพทย์และนักกายภาพบำบัดจะวางแผนเยียวยาระยะยาวก่อนออกจากโรงพยาบาล หลังจากนั้นส่งต่อให้ทีมชุมชน และส่งต่อสู่ครอบครัวให้ดูแล ซึ่งระบบสามารถรองรับการเยียวยาได้ตั้งแต่วินาทีแรกที่ผู้ป่วยกลับถึงบ้าน ขั้นตอนในการทำงานเบื้องต้น ทีมงานของหน่วยบริการจะทำการตรวจผู้ป่วยที่บ้านก่อนเพื่อประเมินสภาพทางร่างกายและสุขภาพของผู้ป่วย รวมถึงการเคลื่อนไหวของผู้ป่วยว่าสามารถช่วยเหลือตัวเองได้หรือไม่ แค่ไหน อย่างไร สัมภาษณ์ความเห็นของผู้ป่วยและผู้ดูแลว่าต้องการการปรับบ้านหรือไม่ อย่างไร และหารือแนวทางการดูแลกับชุมชน ก่อนการทำการปรับพื้นที่ทุกครั้ง

ปัจจุบันบุคคลากรที่มีความรู้ความสามารถเฉพาะ เช่น นักกิจกรรมบำบัดเฉพาะทางที่จะมาช่วยในการรักษาผู้ป่วยที่มีปัญหากล้ามเนื้อมัดเล็กยังคงเป็นที่ต้องการของหน่วยบริการของลำสนธิ เพื่อให้การดำเนินการเป็นไปอย่างเต็มประสิทธิภาพ นอกจากนี้ยังมีประเด็นของงบประมาณที่ต้องมีการบริหารจัดการได้ งบประมาณส่วนใหญ่จะมาจาก สปสช. และกองทุนประจำตำบลเหมาจ่ายรายหัว 45 บาท/คน นอกจากนี้ยังมีงบท้องถิ่นเองจะต้องมีการจัดสรรมาให้อย่างน้อย 10%ของงบประมาณด้านสาธารณสุข

ทั้งหมด และยังคงมีการระดมทุนอย่างต่อเนื่อง นอกจากนี้ได้มีการวางแผนยกระดับ(scaling up)ในภาพรวมจังหวัด รวมทุกภาคส่วน ทำบันทึกความเข้าใจ (Memorandum of understanding: MOU) หรือข้อตกลงร่วมกันที่จะทำการดูแลฟื้นฟูผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงในระดับอำเภอไปจนถึงระดับจังหวัด กล่าวคือจากลำสนธิโมเดลสู่ ลพบุรีโมเดลนั่นเอง

PARTICIPANTS

ผู้คนที่เกี่ยวข้อง



คุณหมอ/แพทย์ (Family Physician)

แพทย์ทำหน้าที่วินิจฉัยโรค วางแผนการดูแลผู้ป่วยก่อนออกจากโรงพยาบาล นอกเหนือจากการให้การดูแลทางด้านการแพทย์แล้ว แพทย์ยังให้คำแนะนำและการดูแลในด้านกิจวัตรประจำวัน สังคม และสิ่งแวดล้อมด้วย รวมถึงการให้บริการทางด้าน Home ward คือการที่ทีมแพทย์ไปให้การดูแลผู้ป่วยที่บ้าน

การดูแล: จะตรวจเช็คจากการโทรศัพท์คุยกับผู้ป่วยหรือผู้ดูแล หากมีอาการผิดปกติจะทำการนัดเข้ามาตรวจที่โรงพยาบาล

การลงพื้นที่: ไม่มีการลงพื้นที่ (หมอต้อมจะลงพื้นที่เพื่อพาอ.หมอไปดูงาน)

พยาบาล (Nurse)

ทีมพยาบาลให้ความช่วยเหลือทีมแพทย์ พร้อมทั้งจัดหาอุปกรณ์ให้ผู้ป่วย เพื่อให้สามารถดูแลตัวได้ ขณะอยู่ที่บ้าน ให้คำแนะนำญาติและผู้ดูแลผู้ป่วย ในการดูแลผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงหรือผู้ป่วยที่ต้องการความต้องการการดูแลพิเศษ

การดูแล: จัดการดูแลตามระดับอาการของผู้ป่วย เช่น กรณีต้องทำแผล เปลี่ยนสายให้อาหาร ที่ผู้ดูแลไม่สามารถทำเองได้

การลงพื้นที่: 1 ครั้ง/สัปดาห์/ราย ในกรณีผู้ป่วยติดเตียง

นักจิตวิทยา (Psychologist)

นักจิตวิทยาให้การบำบัดรักษาความผิดปกติและความแปรปรวนทางจิต เป็นที่ปรึกษาทางจิตวิทยาให้แก่ผู้ป่วย เกี่ยวกับบุคคลิกภาพ ความฉลาด ความสามารถ ทัศนคติ วุฒิภาวะทางจิตใจ นอกจากนี้ยังให้การบำบัดและให้คำปรึกษาแก่ญาติและผู้ดูแลผู้ป่วย ส่งเสริมให้มีสุขภาพจิตที่ดี และเผยแพร่ความรู้เพื่อป้องกันปัญหาสุขภาพจิตอีกด้วย

การดูแล: คุยกับผู้ดูแลที่เกิดความท้อใจจากการดูแลผู้ป่วย หรือผู้ป่วยที่เกิดท้อจากการบำบัด เช่น เลิกเหล้า

การลงพื้นที่: รอการติดต่อจากทางผู้ดูแลหรือผู้ป่วย การไปคุยจะต้องดำเนินการให้เสร็จภายใน1-2ครั้ง

นักกายภาพบำบัด (Physical Therapist)

นักกายภาพบำบัดทำหน้าที่รายงานและกำหนดเป้าหมายในการรักษาฟื้นฟูและปรับสภาพพื้นที่ ในการปรับสภาพพื้นที่ในแต่ละครั้งนักกายภาพและนายช่างต้องใช้วาทะศิลป์ในการเจรจาเพื่อขอความร่วมมือกัน ระหว่างผู้ป่วย ผู้ดูแลผู้ป่วย และคนในชุมชน แนวทางในการปรับปรุงพื้นที่ จะมุ่งเน้นไปที่การปรับเฉพาะมุม ให้ผู้ป่วย ผู้ดูแลและ/หรือญาติ อยู่ร่วมกันได้ ปรับตามสภาพอาการที่ดีขึ้น วัดผลเป็นรายเดือนโดยจะมีตารางการเยี่ยมดูอาการ ติดตามผลตลอด เป็นประจำทุกวัน นักกายภาพจะต้องเสริมในสิ่งที่ขาด ประเมินคนไข้เพื่อวางแผนการช่วยเหลืออย่างต่อเนื่อง

การดูแล: เข้าไปดูแลการฟื้นฟูด้านกายภาพ ตรวจสอบความคืบหน้าของผู้ป่วย เช่น การฝึกเดินโดยใช้อุปกรณ์ช่วย หากผู้ป่วยสามารถเดินได้ไกลขึ้นจะเพิ่มระดับการบำบัด โดยอาจจะเปลี่ยนเป็นเดินโดยไม่ใช้อุปกรณ์ช่วย แต่จะต้องมีประเมินความปลอดภัยก่อน

การลงพื้นที่: ลงพื้นที่ทุกวัน โดยมีการหมุนเวียนกันไป

นักโภชนาการ (Nutritionist)

นักโภชนาการจะทำหน้าที่วางแผนงาน ควบคุม และเตรียมกำหนดอาหารตามหลักโภชนาการให้แก่ผู้ป่วย โดยทำการคำนวณคุณค่าของอาหาร ให้คำแนะนำและให้ความรู้พื้นฐานในการแก้ปัญหาด้านสุขอนามัยเกี่ยวกับโภชนาการ รวมทั้งความปลอดภัยของอาหารที่บริโภค ได้แก่ การถนอมอาหาร การแปรรูปอาหาร การบริโภคให้ถูกสุขลักษณะ แหล่งวัตถุดิบที่มีคุณภาพ เป็นต้น

การดูแล: ประเมินภาวะของผู้ป่วยว่าสามารถประกอบอาหารเองได้หรือไม่/ มีผู้ดูแลจัดหาให้ นักโภชนาการจะคำนวณตามหลักโภชนาการให้ผู้ป่วย/ผู้ดูแลประกอบอาหารเอง

การลงพื้นที่: แล้วแต่กรณี ถ้าจำเป็นต้องมีการควบคุมอาหารอย่างใกล้ชิด นักโภชนาการจะต้องไปดูแลบ่อยขึ้น

นักบริบาลชุมชน (Caregiver & Care manager)

เป็นทีมที่จัดตั้งขึ้นใหม่เพื่อสนับสนุนการดูแลสุขภาพของคนในชุมชน จากจำนวนผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพิงมีมากกว่าทีมสุขภาพมากทำให้การดูแลเป็นไปด้วยความลำบากและไม่ทั่วถึง ลำสนธิโมเดลจึงสร้างกลุ่มผู้ดูแลขึ้นโดยการอบรมและฝึกสอนคนในชุมชนให้มีความรู้ด้านการปฐมพยาบาลและกายภาพเบื้องต้น เรียกว่า ทีมนักบริบาล สามารถช่วยเหลือทีมสุขภาพในการดูแลผู้ป่วยได้อย่างต่อเนื่อง โดยมีการว่าจ้างจากทางโรงพยาบาลซึ่งได้งบประมาณสนับสนุนจาก อบต.และนายอำเภอ โดยขณะนี้มีอัตราส่วนนักบริบาลต่อผู้ป่วยติดเตียง 1:4 โดยทีมนักบริบาลจะปฏิบัติหน้าที่

การดูแล: เน้นการดูแลสภาพแวดล้อมโดยรวม ให้การดูแลทางกายภาพเบื้องต้น เช่น ตัดเล็บ ตัดผม วัดความดัน อาบน้ำ ทำความสะอาด เช็ดตัว

การลงพื้นที่: 6-7 ราย/วัน ในกรณีผู้ป่วยไม่หนัก
1-2 ราย/วัน ในกรณีผู้ป่วยติดเตียง

ผู้สนับสนุนงานอำเภอ

(PCM-Primary Care Cluster Manager)

ผู้สนับสนุนงานอำเภอจะต้องคุยกับ นักกายภาพ ผู้ป่วย และญาติ เพื่อทำความเข้าใจในเป้าหมายของการรักษา และติดต่อ อบต. เพื่อสนับสนุนงบประมาณ แรงงาน ทั้งจากชุมชนและญาติ นอกจากนี้ก่อนทำการปรับปรุงพื้นที่ ผู้สนับสนุนงานอำเภอจะต้องทำการติดต่อผู้ใหญ่บ้าน เพื่อให้ผู้ใหญ่บ้านประสานงานกับทาง อบต. อสม. อบจ. เพื่อดำเนินงานต่อ รวมทั้งเป็นผู้ถ่ายทอดแนวคิดและแนวทางในการปฏิบัติงานของลำสนธิโมเดลสู่โมเดลระดับจังหวัดต่อไป

การดูแล: เป็นผู้จัดทำข้อมูลให้กับทางโรงพยาบาล

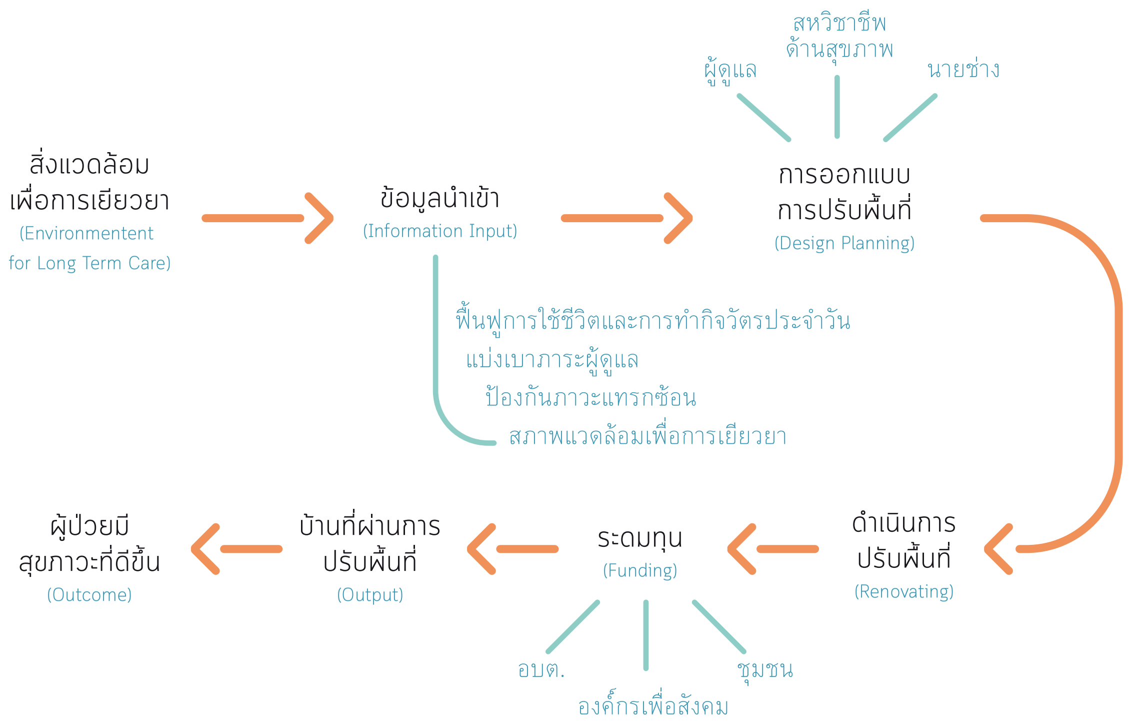
การลงพื้นที่: ไม่มีการลงพื้นที่ประจำ

นายช่างใหญ่/ช่างปรับสภาพบ้าน (Hope Maker or Technician)

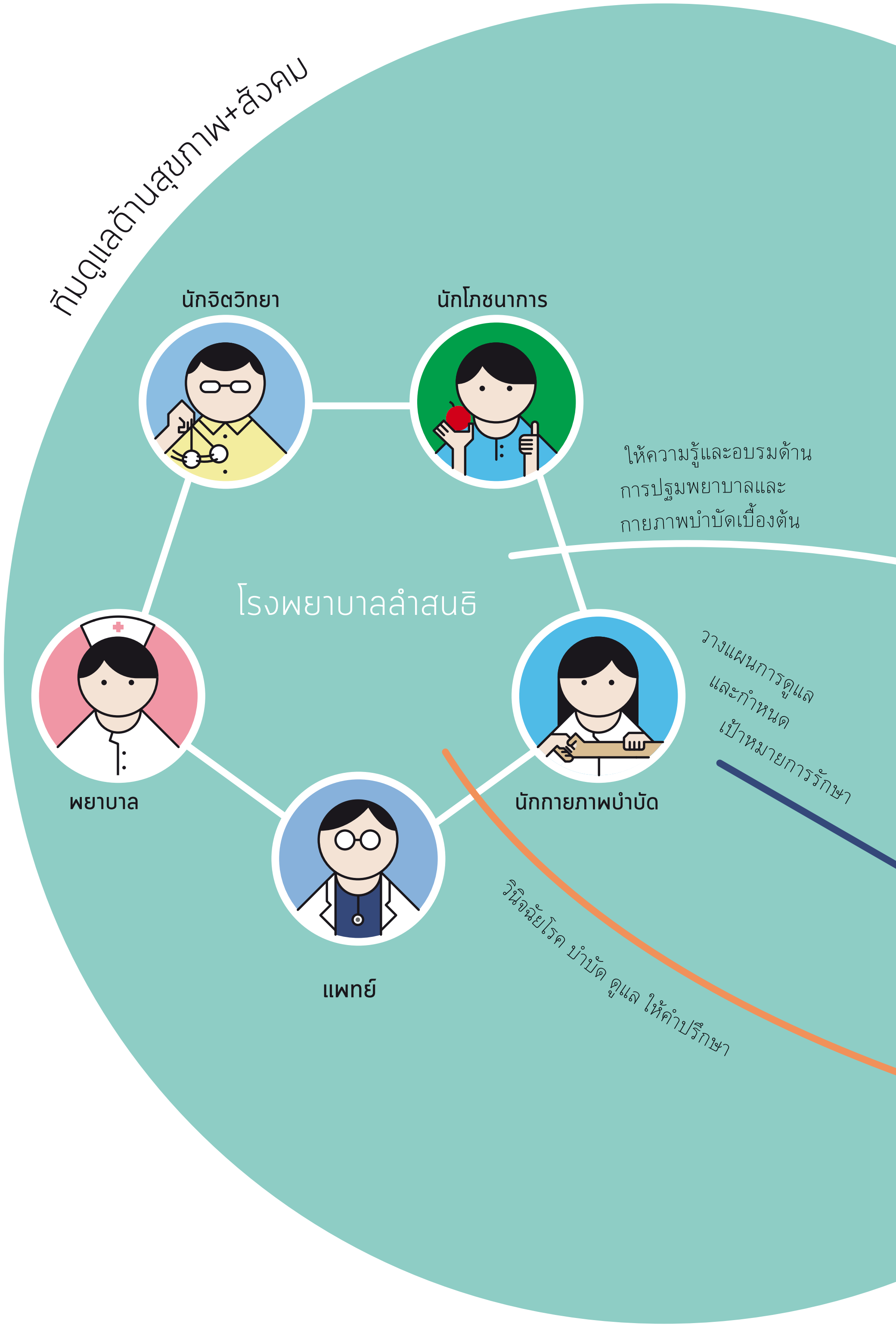
เป็นผู้ออกแบบพื้นที่และอุปกรณ์เพื่อการฟื้นฟูตามเป้าหมายของนักกายภาพบำบัด ทำแบบร่างเบื้องต้นและนำเสนอแนวทางปรับปรุงเพื่อไปคุยกับผู้ป่วยและผู้ดูแลก่อน รวมทั้งมีการทดลองและทดสอบอุปกรณ์ทั้งหมดเองก่อนการนำไปให้ผู้ป่วยทดลองและใช้งานจริงเสมอ นอกจากนี้ยังทำการเจรจากับผู้ป่วย คนดูแล พร้อมทั้งทำประชาคม ขอความร่วมมือคนในชุมชนในการก่อสร้างทั้งด้านแรงงานและงบประมาณ จะต้องทำการปรับพื้นที่ ติดตั้งอุปกรณ์ และเตรียมสถานที่ให้เรียบร้อยก่อนที่จะส่งผู้ป่วยกลับบ้าน

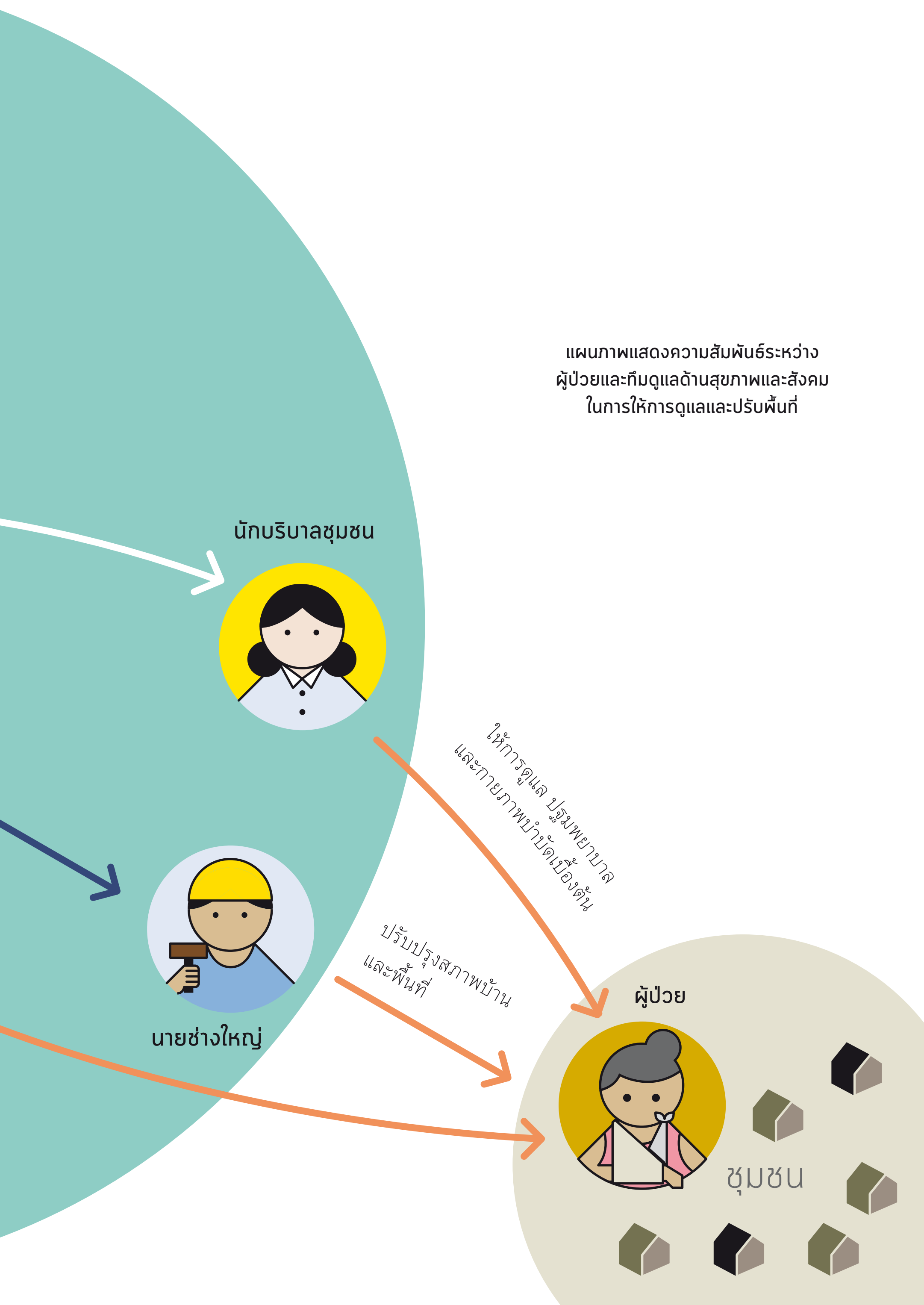
การดูแล: ออกแบบการปรับสภาพบ้านร่วมกับนักกายภาพบำบัด

การลงพื้นที่: ลงพื้นที่ปรับสภาพบ้าน 2-3วัน/สัปดาห์ วันอื่นๆ ทำงานที่โรงพยาบาล



แผนภาพแสดงกระบวนการปรับพื้นที่สำหรับผู้ป่วยภาวะพึ่งพิง


ทีมดูแลด้านสุขภาพ+สังคม
นักจิตวิทยา
นักโภชนาการ
ให้ความรู้และอบรมด้าน
การปฐมพยาบาลและ
กายภาพบำบัดเบื้องต้น
โรงพยาบาลลำสนธิ
พยาบาล
นักกายภาพบำบัด
วางแผนการดูแล
และกำหนด
เป้าหมายการรักษา
แพทย์
วินิจฉัยโรค บำบัด ดูแล ให้คำปรึกษา



แผนภาพแสดงความสัมพันธ์ระหว่าง
ผู้ป่วยและทีมดูแลด้านสุขภาพและสังคม
ในการให้การดูแลและปรับพื้นที่

DEPENDENT PATIENT & CAREGIVER

ผู้ป่วยภาวะพึ่งพิงและผู้ดูแล

ผู้ป่วยภาวะพึ่งพิง (Dependent Patient)

ผู้ป่วยภาวะพึ่งพิงหมายรวมทั้งผู้ป่วยติดบ้าน/ติดเตียง และผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลเป็นพิเศษ ทั้งที่สามารถช่วยเหลือตนเองได้และไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ ตั้งแต่ผู้ป่วยระยะสุดท้าย ผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะวิกฤต ตลอดจนผู้ป่วยที่ผ่านการรักษาฟื้นฟูจนใกล้จะหายเป็นปกติ

ผู้ป่วยติดบ้าน หมายถึง กลุ่มผู้ป่วยที่พอสามารถช่วยเหลือตนเองได้ สามารถใช้ชีวิตประจำวันได้ โดยต้องอาศัยผู้ดูแลในการช่วยเหลือและอำนวยความสะดวกบ้าง ตามแต่กรณี ผู้ป่วยติดบ้านส่วนใหญ่สามารถเข้าห้องน้ำและเข้านอนเองได้ อาบน้ำและสวมเสื้อผ้า รับประทานอาหารเองได้ แต่ไม่สามารถออกนอกบ้านเพียงลำพังได้ เนื่องจากสุขภาพยังไม่แข็งแรงเพียงพอ ควรให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและผู้ดูแลในการป้องกันภาวะต่างๆที่จะทำให้ผู้ป่วยอาการแย่ลง เช่น ให้กำลังใจ ส่งเสริมสุขภาพการออกกำลังกาย การรับประทาน

ลักษณะผู้ป่วยภาวะพึ่งพิง

อาหารที่มีประโยชน์และเหมาะสม เป็นต้น

ผู้ป่วยติดเตียง หมายถึง กลุ่มผู้ป่วยที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ ได้แก่ ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ผู้ป่วยอัมพาต ผู้ป่วยทางระบบสมอง ผู้ป่วยในกลุ่มนี้อาจหมายรวมถึงผู้ป่วยที่ต้องนอนรักษาตัวอยู่บนเตียงตลอดทั้งวัน ซึ่งมีโอกาสเสี่ยงต่อโรคแทรกซ้อนอื่นๆ เช่น อาการแผลกดทับ อาการข้อเสื่อมต่างๆ อาการปอดอักเสบ เป็นต้น

ภายในพื้นที่เขตการดูแลของโรงพยาบาลลำสนธิ จำนวนผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงจะได้รับข้อมูลและรายงานโดยตรงมาจากคนในพื้นที่ หรือมีการแจ้งจำนวนมาจากโรงพยาบาลประจำจังหวัดเพื่อทำการส่งตัวกลับมายังชุมชน รวมทั้งได้รับข้อมูลจากการลงสำรวจพื้นที่ของทีมแพทย์ในชุมชน กลุ่มผู้ป่วยและสาเหตุส่วนใหญ่ของอาการทุพพลภาพที่ทางโรงพยาลได้เข้าไปให้ความช่วยเหลือและทำการรักษาฟื้นฟู มาจาก 3 กลุ่มหลักด้วยกันคือ

1. กลุ่มวัยรุ่น ที่ประสบอุบัติเหตุร้ายแรง
2. กลุ่มวัยกลางคนถึงวัยชรา ที่มีภาวะอาการของโรคข้อเข่าเสื่อม และเส้นเลือดในสมองแตก
3. กลุ่มผู้สูงอายุตอนปลาย ที่มีภาวะอาการจากโรคต่างๆที่รักษาไม่หายแล้ว เช่น โรคไต โรคสมองเสื่อม อัมพาต เป็นต้น

ข้อมูลจากการสัมภาษณ์และสอบถามนักกายภาพพบว่า 98% ของผู้ป่วยอยากใช้ชีวิตบั้นปลายอยู่ที่บ้านพักอาศัยของตนเอง

ผู้ดูแล (Caregiver)

ผู้ดูแลอาจรวมถึง ผู้ดูแลผู้ป่วยที่เป็นญาติและที่ไม่ใช่ญาติของผู้ป่วยเช่น นักบริบาลชุมชน ทั้งนี้ลักษณะความสัมพันธ์ระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วยของลำสนธิเป็นแบบการอยู่ร่วมกันแบบพึ่งพาอาศัยกัน (Inter-Relationship) เช่น สามีภรรยาที่ดูแลกันและกัน เพื่อนบ้านที่แวะเวียนมาคอยดูแลผู้ป่วยที่ไม่มีครอบครัวญาติพี่น้องดูแล นักบริบาลชุมชนเข้ามาดูแลไถ่ถามสารทุกข์สุกดิบของผู้ป่วยอยู่เป็นประจำสม่ำเสมอ กลไกตามธรรมชาติของการเอื้ออาธรกันเหล่านี้ส่งเสริมให้เกิดลักษณะของชุมชนที่สามารถดูแลกันเองได้อย่างยั่งยืน

มิติทางด้านผู้ดูแลที่ควรคำนึงถึง มีการทำงานเป็นแบบ 3 ประสาน ดังนี้

1. **ครอบครัว** เป็นสิ่งแรกที่จะต้องคำนึงถึง เพราะมีความสำคัญต่อทั้งทางด้านการดูแลและสภาพจิตใจ ของผู้ป่วยมาก การอยู่ท่ามกลางครอบครัวเป็นการช่วยให้สภาพจิตใจของผู้ป่วยมีกำลังในการฟื้นตัวมากกว่าการอยู่ที่โรงพยาบาลและเป็นการลดภาระค่าใช้จ่ายในการมาเฝ้าไข้ของญาติผู้ป่วย

2. **ทีมสุขภาพ** เป็นทีมที่สร้างขึ้นก่อนเป็นอันดับแรกเพื่อเตรียมพร้อม ประกอบด้วย แพทย์ พยาบาล นักโภชนาการ นักกายภาพ โดยมีการดูแลผู้ป่วยดังนี้

- การดูแลทางตรง คือ การดูแลด้านกายภาพ การทำแผล เป็นต้น
- การดูแลทางอ้อม คือ การเยียวยาสภาพจิต ทั้งของผู้ป่วยและของผู้ดูแลให้มีกำลังใจในการดูแลญาติต่อไป

3. ทีมนักบริบาล เป็นทีมที่จัดตั้งขึ้นเพื่อส่งเสริมให้เกิดการดูแลสุขภาพของคนในชุมชน ส่งผลในการพัฒนาทางด้านสังคม โดยมีการจัดอบรมและฝึกสอนคนในชุมชนให้มีความรู้ด้านการปฐมพยาบาลและกายภาพเพื่อที่จะสามารถดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพิงเบื้องต้นได้

มิติทางการดูแลรักษาตามแนวทางของลำสนธิโมเดล

1. มิติด้านสุขภาพและสภาพโรค: การเยียวยารักษา การประครองอาการ
2. มิติของผู้ดูแล: การคำนึงถึงศักยภาพหลักของผู้ที่ดูแลก่อนเพื่อไม่ประสบปัญหาในภายหลัง
3. มิติด้านสังคมและสิ่งแวดล้อม: ปัจจัยที่ส่งเสริมสุขภาพทั้งหมด ตามแต่บริบทของผู้ป่วย

คุณค่าทางสังคมของการพึ่งพาอาศัยกัน เกิดจากการสร้างความอบอุ่นทางจิตใจให้แก่ผู้ป่วย การปฏิบัติต่อกันของคนในชุมชนเหมือนลูกหลาน ญาติพี่น้อง เป็นกระบวนการของชุมชน โดยชุมชน และเพื่อชุมชน

LEVELS OF CARE

การแบ่งระดับการดูแล

นักกายภาพได้ทำการแบ่งระดับของการดูแลตามประเด็นของทรัพยากร ผู้ดูแล งบประมาณ และความรู้ในการดูแล ออกเป็น 3 ลักษณะด้วยกันคือ

1. บ้านสีขาว

เป็นลักษณะของบ้านที่มีการดูแลและให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยในระดับดีถึงดีมาก มีทรัพยากรคนในการดูแลผู้ป่วยเพียงพอ ผู้ดูแลมีความรู้ความสามารถในการดูแลและให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยอย่างดี และเปิดรับในการเรียนรู้วิธีการดูแลและให้ความช่วยเหลือใหม่ๆ เพื่อให้ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้น มีงบประมาณเพียงพอในการปรับสภาพบ้านและพื้นที่ที่จะช่วยในการอำนวยความสะดวกให้แก่ผู้ป่วย และส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถช่วยเหลือตนเองได้มากขึ้น ส่งผลให้สุขภาวะโดยรวมของผู้ป่วยและผู้ดูแลอยู่ในเกณฑ์ดี พัฒนาการทางด้านความก้าวหน้าของการบำบัดรักษาโรคเป็นไปอย่างก้าวกระโดด

2. บ้านสีเทา

เป็นลักษณะของบ้านที่ต้องมีการกระตุ้นเพื่อให้เกิดการดูแลและให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยอย่างเหมาะสมจากบุคคลภายนอก หรือทีมดูแลด้านสุขภาพรวมถึงทีมดูแลมิติด้านสังคมของทางโรงพยาบาล หลังจากมีการกระตุ้นแล้วก็จะสามารถให้การดูแลและให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยได้ในระดับปานกลางถึงดี มีความพร้อมทางทรัพยากรด้านต่างๆในการดูแลผู้ป่วยโดยรวมดีพอควร ในที่นี้อาจมีจำนวนผู้ดูแลผู้ป่วยที่ไม่เพียงพอ หรือผู้ดูแลขาดความรู้และความสามารถแต่มีความสามารถในการเรียนรู้ได้ หรืออาจมีงบประมาณไม่เพียงพอหรือขาดแคลนทุนทรัพย์ในการปรับสภาพบ้านและพื้นที่ที่จะช่วยในการอำนวยความสะดวกแก่ผู้ป่วย หลากหลายประเด็นรวมกันหรือมีปัญหาด้านใดด้านหนึ่งเป็นประเด็นสำคัญ ส่งผลให้สุขภาวะโดยรวมของผู้ป่วยและผู้ดูแลอยู่ในเกณฑ์พอใช้ พัฒนาการทางด้านความก้าวหน้าของการบำบัดรักษาโรคเป็นไปอย่างช้าๆแต่ก็เป็นจุดเริ่มต้นที่ดี

3. บ้านสีดำ

เป็นลักษณะของบ้านที่ไม่มีผู้ดูแลผู้ป่วยที่ชัดเจน หรือผู้ป่วยไม่ได้รับการดูแลและให้ความช่วยเหลือจากญาติและบุคคลใกล้ชิด ในบางกรณีเป็นผู้ป่วยที่ไร้ญาติ ต้องช่วยเหลือและดูแลตนเองเพียงลำพังภายในบ้าน ในกรณีนี้ต้องมีการกระตุ้นอย่างมากเพื่อให้เกิดการดูแลและให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยจากญาติและบุคคลใกล้ชิด นอกจากนี้ยังต้องการความช่วยเหลือจากบุคคลภายนอก หรือทีมดูแลด้านสุขภาพ รวมถึงทีมดูแลมิติด้านสังคมของทางโรงพยาบาลเป็นพิเศษ เรียกได้ว่าขาดความพร้อมทางทรัพยากรในทุกๆด้านในการบำบัดรักษา ปรับสภาพบ้านและพื้นที่ที่จะอำนวยความสะดวกแก่ผู้ป่วยและต้องการงบประมาณจากภายนอกในการดูแล ส่งผลให้สุขภาวะโดยรวมของผู้ป่วยและผู้ดูแลอยู่ในระดับต่ำ พัฒนาการทางด้านความก้าวหน้าของการบำบัดรักษาโรคไม่ดีเท่าที่ควร

MISSION

นโยบายหลัก อุดมการณ์สู่การพัฒนาที่ยั่งยืน

ลำสนธิมีนโยบายหลักที่ว่าจะทำการปรับบ้านให้เต็มประสิทธิภาพที่สุดในงบประมาณที่น้อยที่สุด ไปจนถึงการมุ้งเน้นปรับปรุงพื้นที่เฉพาะจุดภายในงบประมาณที่จำกัดไปจนถึงการพัฒนาแนวคิดในการออกแบบอุปกรณ์ที่ช่วยในการฟื้นฟุประเภทที่สามารถถอดประกอบออกไปใช้ในพื้นที่อื่นๆได้ และการมุ่งเน้นการร่วมมือกันในชุมชนเพื่อความยั่งยืนในการพัฒนาและการดูแลกันของคนชุมชนในการฟื้นฟูผู้ป่วยมีภาวะพึ่งพิง นอกจากนี้ยังมีการประยุกต์ใช้นโยบายแนวป้องกัน ชะลอการเกิดอาการป่วยภาวะติดบ้านติดเตียง โดยการให้ความรู้คนในชุมชนเกี่ยวกับที่มาของโรคและแนวทางในการป้องกันมีการระดมทุนและระดมสมองภายในชุมชน โดยโรงพยาบาลมีบทบาทเป็นเพียงผู้ประสานงานหลัก และเน้นการสร้างคุณค่าให้คนในชุมชนได้ช่วยเหลือซึ่งกันและกันเป็นสำคัญ จากการเรียนรู้ผ่านกระบวนการต่างๆเหล่านี้ จะก่อให้เกิดการเข้าใจในความหมายของการมีชีวิตอยู่ร่วมกัน และการดูแลกันและกันอย่างยั่งยืนต่อไป

DESIGN GUIDELINES

หลักการออกแบบและปรับปรุงพื้นที่

สิ่งที่ต้องคำนึงถึงในการปรับปรุงพื้นที่บ้านของผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง มี 2 ส่วนสำคัญด้วยกันคือ

1. การปรับปรุงบ้านที่ยึดตามผู้ใช้งาน

การปรับปรุงพื้นที่ควรประเมินจากผู้ใช้งานพื้นที่เป็นหลัก โดยมีผู้ใช้งานหลักคือผู้ป่วย ในการปรับปรุงพื้นที่มีจุดประสงค์เพื่อให้ผู้ป่วยสามามารถดูแลตนเองได้ ขนาดพื้นที่และอุปกรณ์ต่างๆควรออกแบบอ้างอิงตามสัดส่วนของผู้ป่วย นอกจากนี้ผู้ใช้งานในที่นี้ยังรวมถึงญาติที่ต้องดูแลผู้ป่วยด้วย ระดับความสูงและขนาดของพื้นที่และอุปกรณ์จึงควรมีการอ้างอิงตามสัดส่วนผู้ดูแลควบคู่กันไปด้วย

เงื่อนไขและข้อจำกัด ความถี่ รวมทั้งการจัดลำดับความสำคัญในการปรับปรุงพื้นที่ ขึ้นอยู่กับตัวผู้ป่วยเป็นรายกรณีไป เรียงตามปัจจัยดังต่อไปนี้

1. ตามความรุนแรงของโรค
2. ความก้าวหน้าของโรค
3. ความพร้อมและสภาพเศรษฐกิจของครอบครัว

กรณีผู้ป่วยมีอาการสมองเสื่อมแทรกซ้อนด้วยไม่ควรทำการปรับพื้นที่บ้านมากหรือทำการย้ายตำแหน่งของเดิม นอกจากนี้ควรมีการออกแบบบริเวณที่ให้คนมองเห็นได้โดยรอบเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย

2. การปรับปรุงพื้นที่ยึดตามสภาพแวดล้อม

ในบางกรณีการปรับปรุงพื้นที่นอกจากจะประเมิณจากผู้ใช้งานเป็นหลักแล้ว สิ่งที่ต้องคำนึงถึงเป็นสำคัญอีกอย่างหนึ่งคือสภาพแวดล้อมเดิม โดยบริเวณที่ต้องมีการพิจารณาในการปรับปรุงเป็นพิเศษ ได้แก่

1. ห้องน้ำ
2. ตัวบ้าน
3. บันได
4. การสัญจรที่เกี่ยวกับผู้ป่วย

บริเวณที่มีการปรับหลักๆ ในส่วนของการสัญจรที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วย จะเน้นไปที่ทางสัญจรจากเตียงไปยังห้องน้ำ มีการปรับปรุงสภาพทางเดิน ทางลาด โดยมีเป้าหมายเพื่อให้ผู้ป่วยช่วยเหลือตัวเองได้มากที่สุด

พื้นที่บริเวณห้องน้ำมักทำเป็นร่องไม้ระแนงเพื่อระบายความชื้น มีม่านบังเพื่อให้คนอื่นเข้าไปช่วยเหลือได้ขณะทำกิจกรรมหรือเกิดอุบัติเหตุในบริเวณห้องน้ำ

นอกจากนี้ในการปรับปรุงพื้นที่บ้านยังต้องมีการกำหนดเป้าหมายในการรักษา (Goal) จากนักกายภาพตามลักษณะของผู้ป่วย อาการของโรคและเวลาที่เหลืออยู่ของผู้ป่วย (อายุขัยของคนป่วยว่าจะยืนยาวหรือไม่) มาเป็นเกณฑ์ในการปรับปรุงบ้าน โดยมีหลักการสังเกตอาการของคนไข้ดังนี้

1. กรณีของโรคที่ไม่สามารถรักษาหายได้ และคาดการณ์ว่าอาการไม่สามารถดีขึ้นแล้ว จะทำการวางแผนปรับปรุงพื้นที่ระยะยาวเพื่อให้ผู้ป่วยใช้งานได้นานๆ และสามารถดูแลตัวเองให้ได้มากที่สุดภายใต้ข้อจำกัดทางร่างกายในกิจกรรมพื้นฐาน เช่น แต่งตัว อาบน้ำ เข้าห้องน้ำ กินข้าว นอน เป็นต้น

2. กรณีของโรคที่ไม่สามารถรักษาให้หายได้ แต่สามารถบำบัดอาการให้ดีขึ้นได้ จะทำการวางแผนปรับพื้นที่ระยะสั้น โดยมีการปรับพื้นที่ตามอาการที่ดีขึ้น และการปรับสภาพแวดล้อมจะปรับเผื่ออาการของผู้ป่วยก่อนล่วงหน้าขั้นหนึ่งเสมอโดยการคาดการณ์ของนักกายภาพ จากที่มีการปรับบ้านมาแล้วพบว่าการปรับบ้านจะทำ 3-4 ครั้ง/กรณีผู้ป่วย 1 ราย

3. ลักษณะนิสัยของผู้ป่วย ในเชิงจิตวิทยา เช่นนิสัยใจคอพื้นฐาน เป็นคนใจร้อน ใจเย็น อยู่นิ่งได้หรือไม่ ขยันทำงานหรือเปล่า ชอบทำอะไรเป็นกิจวัตรเดิม การออกแบบปรับปรุงพื้นที่ที่ยังคงต้องส่งเสริมการทำกิจวัตรประจำวันและ/หรือกิจกรรมที่เป็นที่ชื่นชอบของผู้ป่วยได้ เป็นการช่วยฟื้นฟูและให้ผลทางด้านจิตใจอีกทางหนึ่ง

4. การใช้ความสามารถสูงสุดของผู้ป่วยเกี่ยวกับการบริหารร่างกาย สมรรถภาพทางกายส่งผลต่อการจัดการพื้นที่ การออกแบบปรับปรุงพื้นที่จึงต้องส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถฝึกฝนการใช้กล้ามเนื้อส่วนที่สามารถฟื้นฟูได้อย่างเต็มประสิทธิภาพ

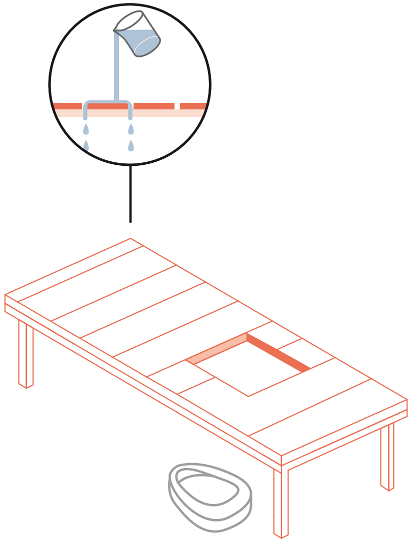
ภายหลังการปรับปรุงพื้นที่จะต้องมีการตรวจสอบและติดตามผลการพัฒนาการและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย และผู้ดูแลผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอ นอกจากนี้อาจจะมีการทำการปรับปรุงพื้นที่และอุปกรณ์เพิ่มเติม เช่น เพิ่มราวจับ ตามคำแนะนำของนักกายภาพ และออกแบบเพิ่มเติมตามคำร้องขอของผู้ป่วย และผู้ดูแล

จากการรวบรวมข้อมูล สังเกตการณ์ และสัมภาษณ์บุคคลที่เกี่ยวข้องในกระบวนการปรับปรุงพื้นที่บ้านผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง สามารถแสดงความสัมพันธ์ระหว่างรูปแบบและแนวทางในการปรับปรุงพื้นที่ตามระดับการดูแลและการช่วยเหลือได้ดังภาพประกอบ

**ภาพแสดงแนวทางการปรับปรุงพื้นที่บ้านผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง
ตามรูปแบบอาการ**

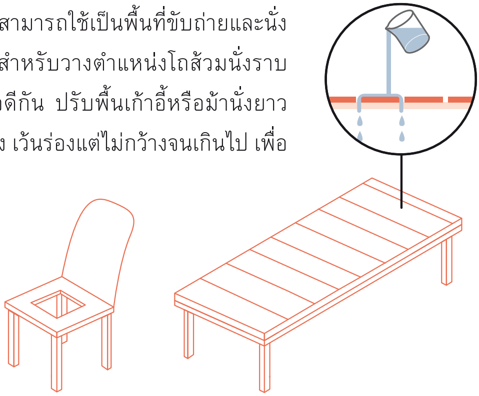
เส้นเลือดในสมองแตก (อัมพาต)

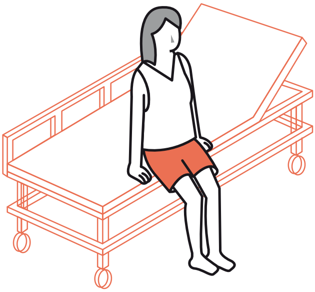
ปรับสภาพเตียงให้ผู้ป่วยสามารถขับถ่ายและอาบน้ำบนเตียงได้ โดยเจาะช่องสำหรับขับถ่ายพร้อมฝาปิด เว้นพื้นที่สำหรับวางกระโถนด้านล่าง ปรับพื้นเตียงให้มีลักษณะเป็นไม้ระแนงเว้นร่อง แต่ไม่กว้างจนเกินไป เพื่อระบายน้ำและอากาศได้ดี



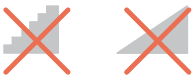
อัมพาตครึ่งตัว
(กล้ามเนื้ออ่อนแรงซีกซ้าย/ขวา)

- ติดตั้งราวจับเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถฝึกกล้ามเนื้อข้างที่ไม่อ่อนแรงได้เต็มประสิทธิภาพ
- ย่นระยะทางจากเตียงไปยังห้องน้ำเพื่อลดอุบัติเหตุจากการเดิน
- ปรับสภาพเก้าอี้ให้ผู้ป่วยสามารถใช้เป็นพื้นที่ขับถ่ายและนั่งอาบน้ำได้ โดยเจาะช่องสำหรับวางตำแหน่งโถส้วมนั่งราบโดยมีระดับความสูงที่พอดีกัน ปรับพื้นเก้าอี้หรือม้านั่งยาวให้มีลักษณะเป็นไม้ระแนง เว้นร่องแต่ไม่กว้างจนเกินไป เพื่อระบายน้ำและอากาศได้ดี





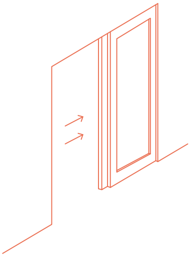
- ปรับระดับความสูงของเตียงให้พอดีกับสรีระของผู้ป่วย ไม่สูงหรือต่ำจนเกินไป เพื่อส่งเสริมให้เกิดการทำกายภาพบำบัดแบบลุก-นั่งกับเตียงได้

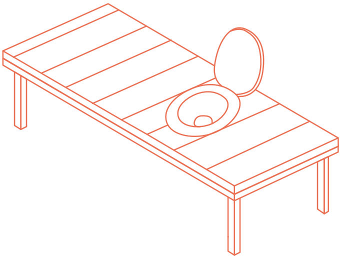


- ปรับสภาพพื้นให้เรียบเสมอกัน ลดความลาดชันและพื้นที่ต่างระดับ ได้แก่ บันได ทางลาดที่มีความชันสูง เป็นต้น

ข้อเข่าเสื่อม
(นั่งถัด)

- ปรับรูปแบบประตูให้เป็นแบบบานเลื่อน



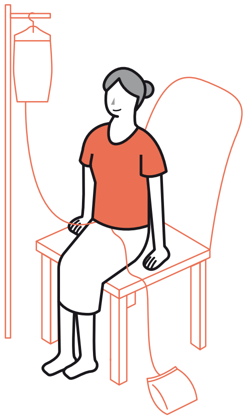


- ปรับระดับพื้นห้องนอนและห้องน้ำให้อยู่ในระดับเดียวกัน โดยระดับที่นั่งของโถส้วมแบบนั่งราบจะต้องเสมอกับระดับพื้น เพื่ออำนวยความสะดวกให้ผู้ป่วยสามารถถัดตัวไปขับถ่ายเองได้สะดวก

- ติดตั้งราวจับเพื่อช่วยพยุงตัวในกรณีที่เคลื่อนไหวร่างกายไม่สะดวก
- ปรับสภาพพื้นให้เรียบเสมอกัน กำจัดสิ่งกีดขวางออกจากเส้นทางสัญจรหลัก

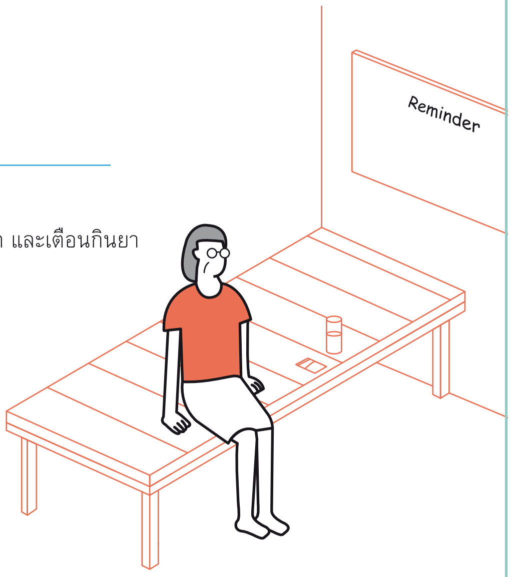
ไตเสื่อม

- จัดเตรียมพื้นที่สำหรับล้างไตด้วยตนเอง หรือแบบมีผู้ดูแลช่วยเหลือภายในบริเวณบ้าน



ความจำเสื่อม (อัลไซเมอร์)

- ติดตั้งกระดานเตือนความจำ และเตือนกินยา



CASE STUDIES

กรณีศึกษาบ้านผู้ป่วยที่ได้รับการปรับปรุงพื้นที่

หลักการออกแบบและปรับปรุงพื้นที่ที่สำคัญของโครงการลำสนธิโมเดล คือ การปรับปรุงพื้นที่โดยใช้เวลาในการปรับปรุงให้น้อยที่สุด ใช้งานได้จริงและเต็มประสิทธิภาพ ภายใต้แนวทางที่ว่า “ปรับพื้นที่โดยได้ประสิทธิภาพสูงสุดเพื่อบรรลุเป้าหมายในการรักษาในงบประมาณที่น้อยที่สุด” โดยวัสดุอุปกรณ์ส่วนใหญ่ที่ใช้ในการปรับพื้นที่จะเป็นของบริจาค หรือวัสดุเหลือใช้จากโรงพยาบาล

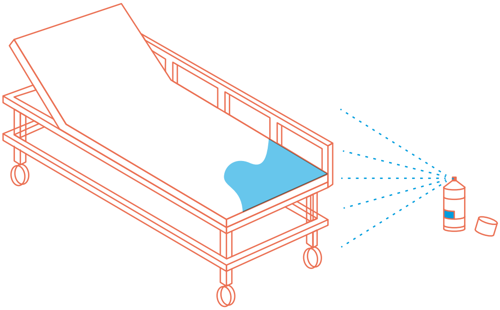
กรณีทั่วไปของการปรับเตียงและห้องน้ำของผู้ป่วยติดบ้าน

จากการสำรวจบ้านผู้ป่วยจะสังเกตเห็นได้ว่าพื้นที่ส่วนนอนและส่วนของห้องน้ำจะเป็นส่วนสำคัญที่สุดที่มักจะได้รับการปรับปรุงพื้นที่ดังกล่าวเป็นส่วนแรกๆ โดยแนวทางในการปรับเตียงสำหรับผู้ป่วยติดบ้านจะต้องมีการประเมิน

เป็นกรณี ตามอาการ ความเป็นไปได้ในการรักษา ความปลอดภัยและสัดส่วนของผู้ป่วย นายช่างใหญ่จะนำเตียงเก่าของทางโรงพยาบาลมาปรับใช้ใหม่ตามอาการของผู้ป่วย เพื่อเป็นการประหยัดงบประมาณ

กรณีที่ 1 ผู้ป่วยช่วยเหลือตัวเองได้

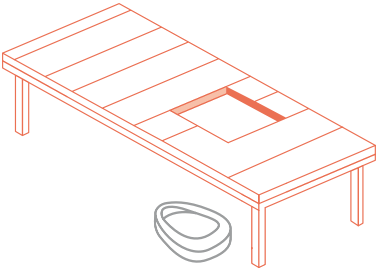
มีแนวโน้มในการรักษาอาการให้ดีขึ้น จะเน้นการปรับเตียงในรูปแบบที่ทำกายภาพบำบัดกับเตียงได้ โดยการฝึกนั่ง-ยืน เคลื่อนไหวร่างกายบริเวณแขน-ขา เพื่อให้กลับมาใช้งานได้ สามารถนำเตียงเก่ามาปรบปรุงใหม่โดยการทำความสะอาดและพ่นสี การปรับเตียงต้องคำนึงถึงสรีระของผู้ป่วย เช่น ความสูงในการนั่งต้องปรับระดับเตียงให้พอดีไม่สูงหรือต่ำเกินไป แต่ยังสามารถให้กำลังในการลุก-นั่งได้ เพื่อพัฒนากล้ามเนื้อแขน-ขา



→

กรณีที่ 2 ผู้ป่วยไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้

จำเป็นต้องทำกิจวัตรประจำวันอยู่กับที่ไม่สามารถเคลื่อนที่ไปทำกิจวัตรในห้องน้ำได้และแนวโน้มในการทำการภาพบำบัดมีน้อย จะทำการปรับเตียงโดยเจาะช่องสำหรับขับถ่าย ผู้ป่วยสามารถขับถ่ายและอาบน้ำบนเตียงได้เลย แต่ต้องมีผู้ดูแลช่วยเหลือด้านการเก็บทำความสะอาด

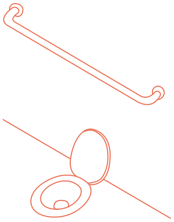


กรณีที่ 3 ผู้ป่วยสามารถเคลื่อนที่ได้ไม่ไกลมาก/มีปัญหาด้านการเดิน

ผู้ป่วยสามารถทำกายภาพบำบัดกับเตียงแบบ A ได้ แต่ไม่สามารถเคลื่อนที่ได้ไกลนักเนื่องจากมีปัญหาด้านการเดิน สะดุดล้ม นายช่างใหญ่จะทำเก้าอี้ที่สามารถอาบน้ำและขับถ่ายได้ในตัว สามารถติดตั้งไว้ใกล้ที่นอนของผู้ป่วยเพื่ออำนวยความสะดวก ลดการเดินในระยะทางไกลเพื่อลดอุบัติเหตุจากการเดิน

กรณีที่ 4 ผู้ป่วยนั่งถัด/ไม่สามารถเดินได้

การทำกิจกรรมต้องเปลี่ยนมาทำในแนวราบ ทำพื้นใหม่เพื่อสะดวกต่อการเคลื่อนที่ ส้วมที่ใช้จะต้องเปลี่ยนมาอยู่ระดับเดียวกับพื้นแทน ทำราวจับเพื่อช่วยพยุงตัวในกรณีที่เคลื่อนไหวร่างกายไม่สะดวก



กรณีการปรับบ้านผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง บ้านป้าเม็ก

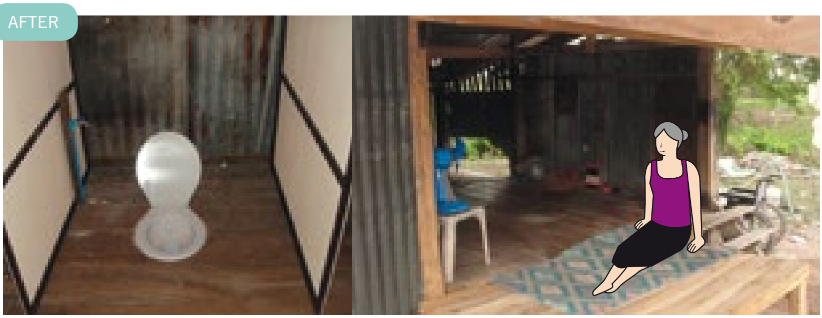
ลักษณะอาการ: เส้นเลือดในสมองแตก กล้ามเนื้ออ่อนแรงซีกขวา สื่อสารเป็นคำพูดไม่ได้ แต่เข้าใจความหมาย

ระดับการดูแล: บ้านสีขาว มีผู้ดูแลและได้รับการดูแลเป็นอย่างดี

การปรับบ้าน: มีการปรับบ้านเพื่อให้ผู้ดูแลสามารถดูแลผู้ป่วยได้สะดวก ปลอดภัยต่อผู้ป่วยและผู้ดูแล ปรับส้วมใหม่ให้สามารถทำธุระส่วนตัวบนบ้านได้ เนื่องจากเดิมเป็นบ้านยกพื้นสูง และห้องส้วมอยู่ภายนอกบ้าน หลังการปรับพื้นที่ผู้ป่วยสามารถถัดตัวจากส่วนนอนไปยังส่วนห้องส้วมได้ นอกจากนี้ยังเพิ่มส่วนระเบียงหน้าบ้านเพื่อให้ผู้ป่วยได้มีปฏิสัมพันธ์กับคนภายนอกได้สะดวกขึ้น

BEFORE

AFTER



กรณีการปรับบ้านผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง บ้านป้าตุ้ม

ลักษณะอาการ: เส้นเลือดในสมองตีบ กล้ามเนื้ออ่อนแรงซีกขวา กำลังกล้ามเนื้อซีกขวา เกรด 3++ มีอาการข้อเข่าเสื่อมร่วมด้วย

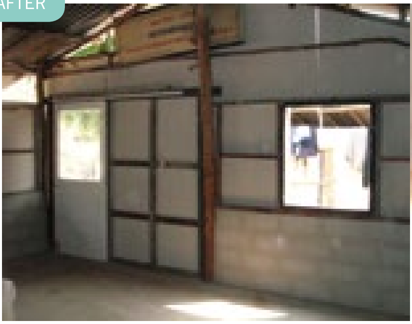
ระดับการดูแล: บ้านสีเทา ได้รับการดูแล 2 แบบ

1. ถ้ามีอาการที่ทรุดลงควรได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิด
2.ถ้ามีอาการที่สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ตามปกติก็ดูแลแบบเฝ้าระวัง

การปรับบ้าน: มีความจำเป็นต้องปรับบ้าน เนื่องจากช่วงแรกเป็นบ้านชั้นเดียวแต่ยกพื้นสูงบันได 3 ขั้น พื้นไม่สม่ำเสมอ มีประวัติสะดุดล้มในบ้านและกำลังกล้ามเนื้อขาอ่อนแรง ห้องน้ำอยู่นอกบ้าน เป็นส้วมซึม จึงต้องการการปรับบ้านเทพื้นปูน มีห้องน้ำในบ้านแบบชักโครกเพื่อย่นระยะทางจากส่วนนอนไปยังห้องน้ำ ปรับพื้นให้เรียบ และมีราวจับบริเวณทางเดิน ปรับรูปแบบประตูให้เป็นบานเลื่อน

BEFORE

AFTER



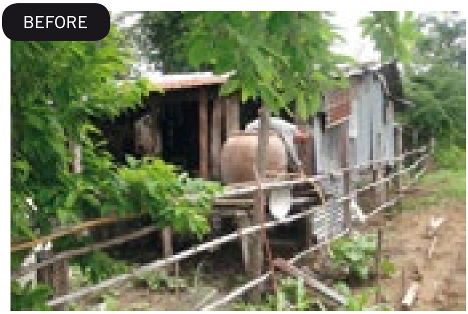
กรณีการปรับบ้านผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง บ้านป้ามาลี

ลักษณะอาการ: อัมพาต แขน-ขา กล้ามเนื้ออ่อนแรงซีกซ้าย เหนื่อยหอบ และมีภาวะเกร็ง ต้องใช้ไม้เท้า 3 ปุ่ม เพื่อช่วยในการเดิน ช่วยเหลือตัวเองได้น้อย จำเป็นต้องให้ญาติดูแลเกือบตลอดเวลา

ระดับการดูแล: บ้านสีเทา ผู้ดูแลไม่มีความรู้เพียงพอและให้การดูแลได้ไม่เต็มที่ ผู้ป่วยมีอาการที่ทรุดลงจึงควรได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิด

การปรับบ้าน: มีความจำเป็นต้องปรับบ้าน เนื่องจากเป็นบ้านยกพื้นสูงทำให้ขึ้น-ลงบ้านลำบาก จำเป็นต้องปรับที่นอนมาอยู่ด้านล่าง เทพื้นใหม่เพื่อให้ง่ายต่อการเดิน และปรับห้องน้ำใหม่โดยเปลี่ยนเป็นชักโครก มีม่านกั้นส่วนห้องส้วมเพื่อให้ผู้ดูแลเข้าไปช่วยเหลือได้สะดวก และมีราวจับเพื่อช่วยพยุงการเดิน ทางโรงพยาบาลได้ทำเตียงที่มีช่องระบายสามารถอาบน้ำและขับถ่ายบนเตียงได้ ไว้เผื่อกรณีที่ผู้ป่วยไม่สามารถเดิน หรือช่วยเหลือตนเองได้แล้ว

BEFORE



AFTER

กรณีการปรับบ้านผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง บ้านตาชม

ลักษณะอาการ: สะโพกข้างขวาหักจากอุบัติเหตุ ปัจจุบันกระดูกติดแล้วแต่ไม่สามารถงอสะโพกและหุบขาได้ ขาลีบไม่สามารถเดินได้แล้ว ใช้การถัดตัวเพื่อเคลื่อนย้ายตัวเอง มีภาวะทุพโภชนาการ หูไม่ได้ยิน และตาฝ้าฟาง

ระดับการดูแล: บ้านสีดำ ไม่มีญาติดูแล ชุมชนและโรงพยาบาลรับหน้าที่ดูแล

การปรับบ้าน: มีความจำเป็นต้องปรับบ้าน โดยซ่อมหลังคาเพื่อแก้ปัญหาน้ำรั่ว ทำช่องหน้าต่างเพิ่มให้รับลม ระบายอากาศ เปลี่ยนระเบียงหน้าบ้านใหม่ให้แข็งแรงมากขึ้น ทำส้วมใหม่สามารถขับถ่ายบนบ้านได้ ปรับระดับพื้นใหม่ให้เสมอกันสามารถถัดตัวจากส่วนนอนไปส่วนห้องน้ำได้สะดวก ทำประตูหน้าบ้านเชื่อมส่วนระเบียงใหม่โดยทำเป็นบานเลื่อนที่เลื่อนง่ายโดยใช้รางไม้ โดยผู้ป่วยสามารถเลื่อนเองได้ ดัดแปลงจากประตูเดิมของบ้านตาชมซึ่งแต่เดิมเป็นบานเปิด

BEFORE

AFTER

PROBLEM & OBSTACLE

ปัญหาที่ผ่านมาในการปรับปรุงพื้นที่

เป็นระยะเวลากว่า 8 ปีมาแล้ว ที่ได้มีการริเริ่มโครงการปรับปรุงพื้นที่สำหรับผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงในชุมชนลำสนธิ พบว่ามีปัญหาบางประการที่ยังต้องการการแก้ไขเพื่อให้การทำงานและการเข้าช่วยเหลือดูแลมีประสิทธิภาพเพิ่มมากขึ้นในอนาคต ปัญหาดังกล่าว ได้แก่

1. งบประมาณ

งบประมาณส่วนใหญ่ในขณะนี้มาจากเงินบริจาค ปัจจุบันมีผู้มีอุปการะให้เงินบริจาคแก่โรงพยาบาลทุกเดือนแต่ก็ยังคงไม่เพียงพอต่อค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นในกระบวนการปรับปรุงพื้นที่ แม้ว่าทีมงานจะพยายามจัดสรรงบประมาณและจัดการตัดลดค่าใช้จ่ายที่ไม่จำเป็นแล้วก็ตาม ปัญหาด้านงบประมาณนี้ในบางครั้งส่งผลต่อการดำเนินงานปรับปรุงพื้นที่ ทำให้แล้วเสร็จล่าช้าหรือถูกชะลอการดำเนินการไว้ก่อน

2. การประสานงาน

เนื่องจากในแต่ละขั้นตอนของการปรับปรุงพื้นที่จะมีผู้คนที่เกี่ยวข้องมากมาย ในบางครั้งจึงเกิดความล่าช้าหรือผิดพลาดในการติดต่อประสานงานและสื่อสารกัน โดยขั้นตอนหลักๆจะเป็นไป ดังนี้

ขั้นตอนแรก ไปทำการพูดคุยเจรจากับผู้ดูแล คนในบ้านและคนในพื้นที่เพื่อสร้างความเข้าใจและระดมทุน รวมทั้งขอกำลังแรงงาน

ขั้นที่สอง นายช่างใหญ่จะทำการวาดแบบขั้นต้นที่ออกแบบตามเป้าหมายในการรักษาของนักกายภาพ แล้วนำไปพูดคุยเพื่อปรับปรุง แก้ไขเพิ่มเติม ตามความต้องการหรือเงื่อนไขส่วนตัวของผู้ดูแล และผู้ป่วย

ขั้นที่สาม เมื่อทุกฝ่ายตกลงกันได้แล้ว ก็เริ่มทำการก่อสร้าง โดยนายช่างใหญ่จะได้สินเชื่อจากร้านวัสดุก่อสร้าง เพื่อนำวัสดุไปใช้ในการปรับปรุงพื้นที่ก่อนได้ แล้วทำการชำระค่าใช้จ่ายในภายหลัง

3. ผู้ป่วยเสียชีวิตก่อนได้ใช้งาน

ไม่ว่าจะเป็นการประเมินอาการและการคาดการณ์การรักษาที่ผิดพลาด ความล่าช้าในการก่อสร้างและปรับปรุงพื้นที่ รวมถึงเหตุสุดวิสัยที่ควบคุมไม่ได้ สิ่งต่างๆเหล่านี้ทำให้ทางโรงพยาบาลสูญเสียงบประมาณไปโดยไม่เกิดประโยชน์ ด้วยเหตุนี้จึงทำให้เกิดแนวคิดที่อยากจะสร้างพื้นที่หรืออุปกรณ์บำบัดฟื้นฟูแบบไม่ถาวรขึ้น ที่สามารถถอดประกอบ หรือขนย้ายไปใช้กับผู้ป่วยบ้านอื่นๆได้ เช่น ห้องล้างไตแบบknock-down เป็นต้น

นอกจากนี้ยังมีประเด็นทางวัฒนธรรมและวิถีชีวิตดั้งเดิมที่ควรคำนึงถึงด้วย ในการปรับบ้านผู้ป่วยต่างๆจะต้องคำนึงถึงระบบความเชื่อเดิมและวัฒนธรรมประเพณีของท้องถิ่นเช่นกัน เช่น ตำแหน่งของห้องน้ำที่ไม่ควรอยู่หน้าบ้าน การย้ายศาลที่กีดขวางทางเดิน การนอนสูงกว่าบุพการี การหันหัวนอนในทิศทางที่มีคติความเชื่อเกี่ยวกับความตาย โดยชาวบ้านมีความเชื่อว่าหากบ้านบ้านไปในทิศทางที่ขัดกับความเชื่อแล้วการทรุดลงของอาการและการเสียชีวิตอาจเป็นเหตุที่มาจากการทำผิดจารีตประเพณี ในกรณีนี้ควรมีการพูดคุยปรึกษากันระหว่างทีมงานและผู้ใช้งานก่อนเป็นอันดับแรก หากผู้ดูแลและญาติยอมรับได้ นักกายภาพยอมรับได้ ผู้ป่วยยอมรับได้ ก็จะสามารถทำการปรับปรุงพื้นที่ต่อไปได้

แหล่งข้อมูลศึกษาเพิ่มเติม

- สำนักบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. 2557. ทีมหมอครอบครัว (Family Care Team). กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด.
- https://www.hfocus.org/content/2014/11/8519 (11 พฤษภาคม 2559)
- รายการคนค้นคน (ออกอากาศ 8 ธันวาคม 2558)
- http://www.unigang.com/Article/83 (24 พฤษภาคม 2559)
- http://www.sps-successplus.com/index.php?lay=show&ac=article&Id=539219010 (24 พฤษภาคม 2559)
- http://www.oknation.net/blog/chuanhospital/2011/12/08/entry-1 (24 พฤษภาคม 2559)

“

ลำสนธิโมเดล คือ การสร้างระบบการดูแล
ช่วยเหลือ เยียวยา คุณภาพชีวิตผู้ป่วยด้อยโอกาส
ภายใต้กระบวนการดูแลอย่างต่อเนื่อง
ดูแลอย่างมีคุณภาพ และดูแลอย่างรอบด้าน
ซึ่งเป็นการวางแผนการร่วมมือระหว่าง
ทุกๆ หน่วยงานในชุมชนลำสนธิ
โดยมีแนวความคิดการไม่ทอดทิ้ง
คนด้อยโอกาสในชุมชน
จึงเกิดความร่วมมือ
ที่ทุกคนเป็นเจ้าของร่วมกัน

”

– นพ.สันติ ลาภเบญจกุล, 2558

ISBN: 978-616-278-327-2