

ผลการดำเนินงาน BPSC รพ. พัฒนานิคม

วันที่ 12 ตุลาคม 2569



ข้อมูลแนวโน้มนั้ปัญหา ของผู้ป่วยโรค NCD ใน sw.

- สาเหตุหลักของกลุ่มโรค NCD คือพฤติกรรมเสี่ยงต่างๆ ในการดำเนินชีวิต เช่น การบริโภคอาหาร หวานจัด เค็มจัด อาหารที่มีไขมันสูง ความเครียด การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และการสูบบุหรี่
- โรงพยาบาลมีผู้ป่วยกลุ่มโรค NCD เพิ่มขึ้นทุกปี โดยเฉพาะโรค DM ซึ่งการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมทำได้ยากและต้องใช้เวลา
- เจ้าหน้าที่ให้สุขศึกษาหรือให้คำแนะนำเพียงอย่างเดียว ไม่นานผู้ป่วยจะกลับไปมีพฤติกรรมเดิม ทำให้ป่วยด้วยโรคเดิมซ้ำ



แนวคิดและแรงจูงใจการพัฒนากระบวนการบริการกลุ่ม NCD ด้วยนวัตกรรม BPSC

- เพราะผู้ป่วยไม่ได้ต้องการเพียงการรักษา แต่ต้องการความสามารถในการดูแลตนเอง ดังนั้น BPSC ช่วยให้บุคลากรเปลี่ยนจากการ “บอกให้ผู้ป่วยทำ” เป็น “ค้นหาสิ่งที่ผู้ป่วยพร้อมจะเปลี่ยน”
- เพราะการเปลี่ยนพฤติกรรมต้องใช้เวลา ดังนั้น BPSC “เปลี่ยนจากการให้บริการเป็นครั้ง เป็นการดูแลต่อเนื่องตลอดเส้นทางสุขภาพของผู้ป่วย”
- เพราะผู้ป่วยแต่ละคนไม่เหมือนกัน ดังนั้นระบบบริการจึงต้องดูแลแบบเฉพาะบุคคล



แนวคิดและแรงจูงใจการพัฒนากระบวนการบริการกลุ่ม NCD ด้วยนวัตกรรม BPSC

“การพัฒนานวัตกรรม BPSC เป็นการจัดการโรค NCD ที่ยั่งยืนไม่ใช่
เพียงการควบคุมโรค แต่คือการทำให้ผู้ป่วยสามารถเปลี่ยนพฤติกรรม
และดูแลตนเองได้อย่างต่อเนื่อง”

เพื่อสอดคล้องกับเข็มมุ่ง รพ. ป้องกันภาวะแทรกซ้อน (3S)



จุดเริ่มต้นของ รพ. พัฒนานิคม จาก BPSC Intervention สู่ BPSC Service

เรียนรู้ BPSC



พัฒนาทีมบุคลากร



นำเครื่องมือเข้าสู่ NCD Clinic



พัฒนาระบบคัดกรองและส่งต่อ



เชื่อมโยง รพ.สต./อสม./ครอบครัว



ไม่ได้หยุดที่การอบรมหรือกิจกรรม แต่พัฒนาเป็นระบบบริการ

ผู้ป่วย NCD ทุกคนได้รับการดูแลแบบองค์รวม

จิตใจ



ร่างกาย



พฤติกรรม

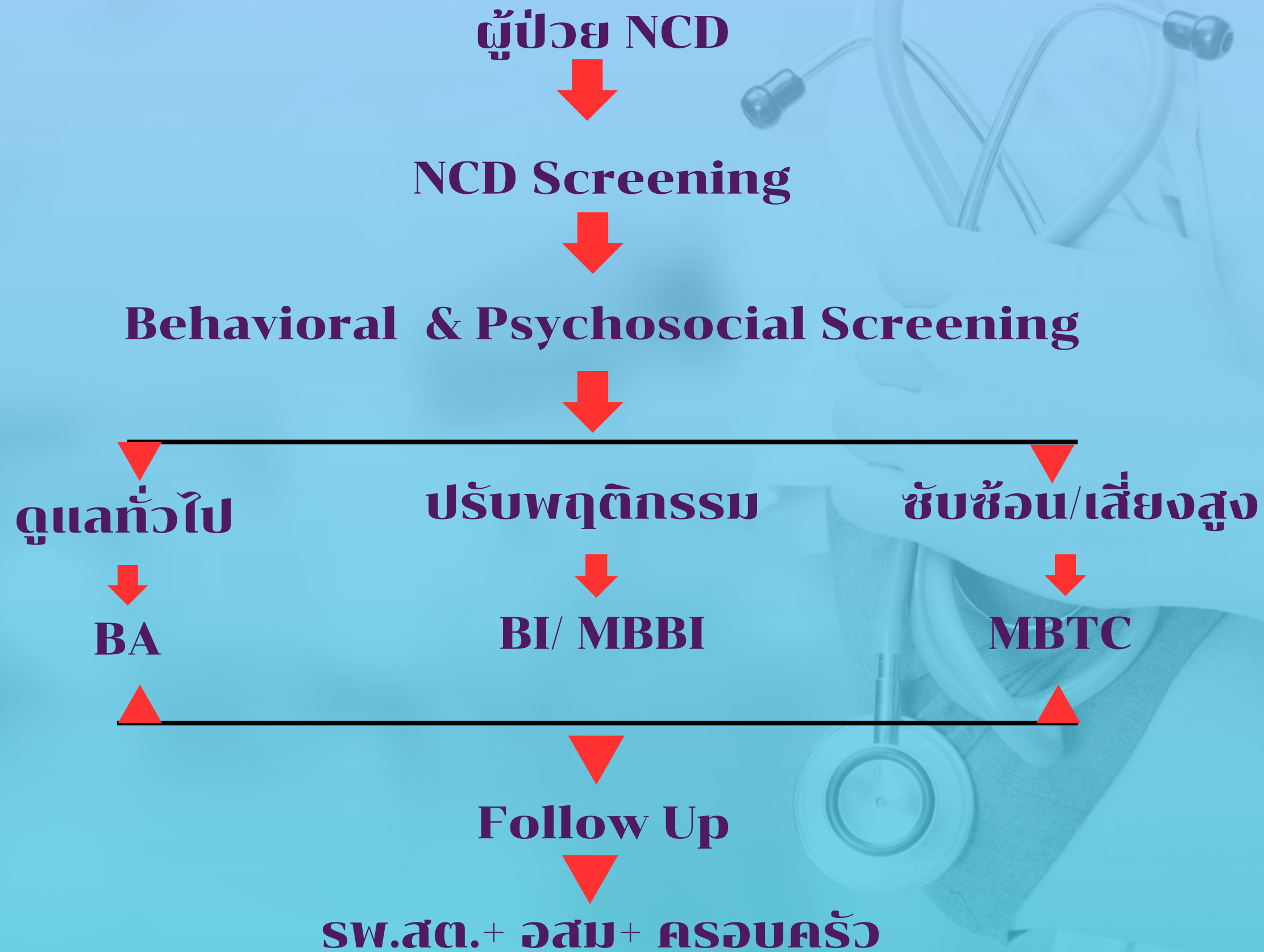


ชุมชน

ครอบครัว



เส้นทางบริการ NCD รพ. พัฒนานิคม



สถิติ

พบว่าโรค DM มียอดผู้ป่วยสะสมจนถึงปี 2569 จำนวน 4,519 ราย

สิ่งที่เปลี่ยนแปลง

เพื่อให้ผู้ป่วยมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ยั่งยืนและเหมาะสม

นวัตกรรม

การดูแลด้านพฤติกรรม และจิตสังคม (BPSC) ดังนี้

1. ให้คำแนะนำแบบสั้น (BA)
2. ให้คำปรึกษาแบบสั้น (BI)
3. การฝึกสติแบบสั้น (MBBI)
4. การทำสติบำบัด (MBTC)



กลุ่มเป้าหมาย

กลุ่มโรค NCD



เพิ่มเติม



ผู้ติดสารเสพติด
(Methamphetamine)

โรคซึมเศร้า
(Depression)



BA/BI



BA แผนกผู้ป่วยนอก

ทำ BA ในคลินิกเฉพาะโรค เช่น DM และ
มีการฝึกทำสมาธิให้กับผู้มารับบริการ ในช่วงเช้า
ร่วมกับการให้สุขศึกษา (ก่อนแพทย์มาตรวจ)



BA แผนกเภสัชกรรม



ให้คำแนะนำ BA ในผู้ป่วยเบาหวานที่ยา
หมดก่อนนัด กินยาไม่ถูกต้อง และอาการ
ข้างเคียงจากยา

BA กลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิ และองค์รวม

1. ให้คำแนะนำ BA ในชุมชนด้านการควบคุมไข้ระวังและป้องกันโรค DM ร่วมกับการตรวจคัดกรอง/การเยี่ยมบ้าน
2. ให้คำแนะนำ BA ในคลินิก ANC/EPI คลินิกวัณโรค



BA ในชุมชน

- เยี่ยมบ้านผู้ป่วย
- เฝ้าระวัง ควบคุม ป้องกันโรค
- ตรวจคัดกรอง



BI งานโภชนาการ

นักโภชนาการให้คำปรึกษา BI ในผู้ป่วย DM
ที่มีค่า FBS > 180 และ HbA1C > 7 จำนวน
47 ราย พบว่า 18 ราย มีพฤติกรรมการบริโภค
อาหารที่ดีขึ้น คิดเป็นร้อยละ 38



BI ตักผู้ป่วยในหญิง



ทำ BI ในผู้ป่วย DM Hypo-Hyperglycemia
19 ราย พบว่า 16 ราย ไม่กลับมา Re - Admit
ด้วยภาวะ Hypo-Hyperglycemia ซ้ำ
ภายใน 28 วัน คิดเป็นร้อยละ 84

BI กลุ่มงานจิตเวช และยาเสพติด



ทำ BI ในผู้ป่วยเลิกบุหรี่ ที่ส่งมาจากคลินิก
NCD จำนวน 57 ราย พบว่า 11 ราย
สามารถเลิกบุหรี่ได้นานถึง 6 เดือน
คิดเป็นร้อยละ 19.3

MBTC กลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติด ร่วมกับกายภาพบำบัด

ทำกลุ่ม MBTC ในผู้บำบัดสารเสพติด (Methamphetamine)
จำนวน 4 ราย พบว่าไม่กลับไปเสพซ้ำภายใน 6 เดือน
(หลังจบการบำบัด) จำนวน 3 ราย คิดเป็นร้อยละ 75



โครงการกินถูกโรค ออกกำลังกายถูกใจ จิตแจ่มใส ห่างไกลเบาหวาน ต.หนองบัว อ.พัฒนานิคม จ.ลพบุรี (ปี 2568 งบ สสส.)

กิจกรรมให้ความรู้ด้านสุขภาพ



กิจกรรม MBBI



สมาธิลดความว้าวุ่นใจ



สติการเคลื่อนไหว
และการใช้ชีวิตประจำวัน

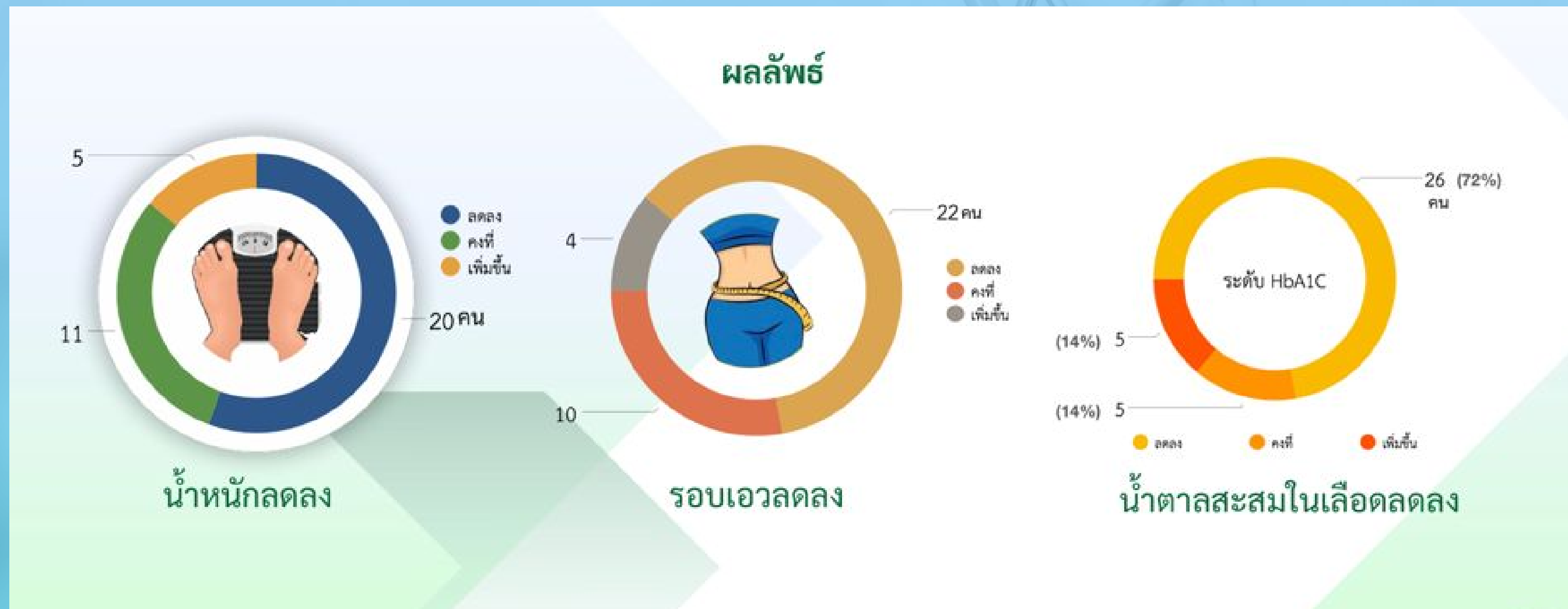


สติในการกิน



สติในการเผชิญอารมณ์

โครงการกินถูกโรค ออกกำลังกายถูกใจ จิตแจ่มใส ห่างไกลเบาหวาน ต.หนองบัว อ.พัฒนานิคม จ.ลพบุรี (ปี 2568 งบ สสส.)



ผลงานที่ภาคภูมิใจ

รับโล่ประกาศเกียรติคุณ
โรงพยาบาลขยายผลดีเด่น
ด้าน BPSC ปี 2568



ผลงานที่ภาคภูมิใจ



เข้าร่วมกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ MBTC สติบำบัด
ระยะที่ 4 ครั้งที่ 15 ประธาน อ.นพ.ยงยุทธ วงศ์ภิรมย์ศานติ์

เข้าร่วมกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ MBTC สติบำบัด
ระยะที่ 5 ครั้งที่ 1 ประธาน อ.นพ.ยงยุทธ วงศ์ภิรมย์ศานติ์

มีผู้บำบัดอิสระ 2 คน

อุปสรรคในการ ดำเนินงาน

1. สถานที่ในการทำกลุ่มสติบำบัด
2. ภาระงานของเจ้าหน้าที่
3. ขาดการติดตามผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง
4. ขาดการนำ BPSC ไปใช้ในชุมชน



สิ่งที่จะพัฒนาต่อไปในอนาคต

1. ทำกลุ่ม MBTC ในผู้ป่วยบำบัดยาเสพติดและซึมเศร้า
2. การติดตาม Case อย่างต่อเนื่อง อาจเพิ่มช่องทางการติดตามทาง Line
3. นำระบบ BPSC ลงชุมชนเพิ่มขึ้น
4. สนับสนุนการเป็นผู้บำบัดเบื้องต้นและผู้บำบัดอิสระ
5. จัดทำโครงการมีสติ เปลี่ยนความคิด พิชิตเบาหวาน



การควบคุม NCD ไม่ได้เกิดจากการรักษาเพียงอย่างเดียว แต่เกิดจากการเปลี่ยนพฤติกรรมและระบบสนับสนุนรอบตัวผู้ป่วย

