

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ เป็นการศึกษาคำแนะนำงานการดูแลสุขภาพที่บ้านของโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดน่าน ผู้ศึกษาได้ศึกษาเนื้อหาครอบคลุมหัวข้อดังต่อไปนี้

1. แนวคิดเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพที่บ้าน
2. การดำเนินงานการดูแลสุขภาพที่บ้าน
3. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

แนวคิดเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพที่บ้าน

1. ความหมายของการดูแลสุขภาพที่บ้าน

ได้มีผู้ให้ความหมายของการดูแลสุขภาพที่บ้านไว้ต่างกัน เช่น

สมาคมแพทย์อเมริกัน (The American Medical Association) ได้ให้ความหมายของการดูแลสุขภาพที่บ้านว่า เป็นการให้การพยาบาล การสังคมสงเคราะห์ การรักษาโรค การบริการทางอาชีพและสังคม ซึ่งจะให้บริการที่บ้านตามปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย และถือเป็นการรับผิดชอบในการบำบัดของแพทย์ โดยมีบุคคลให้บริการเป็นทีม เพื่อวางแผนและปรับปรุงการให้บริการดูแลสุขภาพที่บ้าน ภายใต้คำแนะนำของแพทย์ (Humphrey, 1988, p. 308)

ฟรายด์แมน (Friedman) ได้ให้ความหมายการดูแลสุขภาพที่บ้านว่า เป็นการให้บริการที่บ้านแก่บุคคลซึ่งเจ็บป่วย หรืออยู่ในภาวะที่ไม่สามารถทำหน้าที่ได้ตามปกติเหมือนในภาวะที่ร่างกายไม่เจ็บป่วย (Humphrey, 1988, p. 309)

สแตนโฮป (Stanhope, 1996, p. 806) ได้ให้ความหมายของการดูแลสุขภาพที่บ้านว่า เป็นการดูแลต่อเนื่องด้านสุขภาพแบบผสมผสาน ที่ผู้ให้บริการให้บริการแก่บุคคล และครอบครัวที่บ้านของผู้รับบริการ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อส่งเสริมสุขภาพ การคงไว้ซึ่งสภาวะสุขภาพที่ดี หรือเกิดการพึ่งตัวเองได้เมื่อเกิดความพิการ หรือเจ็บป่วย รวมถึงการดูแลในระยะสุดท้ายของชีวิต โดยทีมสุขภาพจะมีการวางแผน การประสานงานร่วมกัน เพื่อไปให้บริการดูแลสุขภาพที่บ้านตามความเหมาะสมของปัญหา และตามความต้องการของผู้ป่วยแต่ละคน แต่ละครอบครัว

ประพิณ วัฒนกิจ (2536, หน้า 5) ให้ความหมายการดูแลสุขภาพที่บ้านว่า หมายถึง บริการสาธารณสุขเชิงรุกที่ใช้บ้านของประชาชนเป็นสถานบริการพยาบาล โดยทีมสาธารณสุข จะให้การสนับสนุน แนะนำ ช่วยเหลือให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและครอบครัวในการดูแลตนเอง ทางด้านสุขภาพอนามัย โดยมีเครือข่ายติดต่อกับเจ้าหน้าที่ได้ตลอดเวลา เมื่อเกิดภาวะฉุกเฉินหรือ อันตราย

วิลาวัณย์ เสนารัตน์ และ ประยงค์ ลิ้มตระกูล (2538, หน้า 1) ให้ความหมายของการดูแลสุขภาพที่บ้านว่า หมายถึง การบริการทางสุขภาพที่จัดให้แก่บุคคลที่เจ็บป่วยเรื้อรัง ผู้สูงอายุ ผู้ที่ต้องการพักผ่อน หรือผู้ที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ ให้ได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง โดยบุคลากรในทีมสุขภาพที่มุ่งส่งเสริมและสนับสนุนการมีส่วนร่วมของบุคคลและครอบครัว ให้ดำรงไว้ซึ่งคุณภาพชีวิตที่ดี และมีความเป็นอิสระในการพึ่งพาตนเอง

กล่าวโดยสรุป การดูแลสุขภาพที่บ้าน หมายถึง การให้บริการแบบต่อเนื่อง ด้านสุขภาพอนามัยที่บ้านของผู้รับบริการ โดยทีมสุขภาพ ซึ่งให้บริการครอบคลุมในเรื่อง การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาลและการฟื้นฟูสภาพ ให้บริการแก่ ผู้ที่มีปัญหาด้านสุขภาพ และผู้เจ็บป่วยในระยะสุดท้าย เพื่อให้ลดความพิการ ความทุกข์ทรมาน ลดภาวะแทรกซ้อน ให้ได้รับการดูแลต่อเนื่องที่เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละคน และเน้นให้บุคคล ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลตนเอง เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดการพึ่งพาตนเองได้ สามารถดำรงชีวิตประจำวันได้ตามความเหมาะสม และดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุขตามอัตภาพ

2. แนวคิดเกี่ยวกับการดำเนินงานการดูแลสุขภาพที่บ้าน

มีผู้ให้แนวคิดเกี่ยวกับการดำเนินงานการดูแลสุขภาพที่บ้านไว้ดังนี้

2.1 เป็นบริการเชิงรุก ที่ให้บริการที่บ้านของผู้รับบริการ (ประพิณ วัฒนกิจ, 2541, หน้า 44) ทั้งในผู้ที่มีภาวะสุขภาพดี เจ็บป่วย พิกัด หรือป่วยหนัก เพื่อทุเลาความเจ็บปวด ทุกข์ทรมาน หรือให้ตายอย่างสงบภายใต้สิ่งแวดล้อมที่เป็นอยู่ของผู้ป่วย (ประนอม โอทกานนท์, 2536, อ้างใน พรทิพย์ เกษุรานนท์, 2539, หน้า 26)

2.2 เป็นบริการที่ให้โดยทีมสุขภาพ ซึ่งเป็นการปฏิบัติงานของบุคลากร ในหลายสาขาวิชาชีพพร้อมกัน (ประพิณ วัฒนกิจ, 2541, หน้า 82)

2.3 เป็นบริการที่ให้แก่ผู้ป่วยแบบผสมผสาน ได้แก่ การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสภาพ ร่วมกับการให้บริการสาธารณสุขมูลฐาน เพื่อแก้ไขปัญหาความต้องการของผู้ป่วย และครอบครัว (ประนอม โอทกานนท์, 2536, อ้างใน พรทิพย์ เกษุรานนท์, 2539, หน้า 26 ; ประพิณ วัฒนกิจ, 2541, หน้า 44)

2.4 เป็นบริการที่ส่งเสริมให้เกิดการพึ่งพาตนเองของบุคคล ครอบครัว ชุมชน ให้มีศักยภาพในการปฏิบัติตัว สามารถสังเกตอาการผิดปกติ และแก้ไขปัญหาสุขภาพที่เกิดขึ้น เพื่อให้สามารถช่วยเหลือตนเองได้ ยอมรับสภาวะสุขภาพ และการดำรงชีวิตอยู่ในสังคม อย่างมีความสุข (ประนอม โอทกานนท์, 2536 อ้างใน พรทิพย์ เกษุรานนท์, 2539, หน้า 26 ; ประพิน วัฒนกิจ, 2541, หน้า 44-45)

2.5 เป็นบริการที่เน้นความร่วมมือระหว่างสมาชิกในครอบครัวและชุมชน (ประนอม โอทกานนท์, 2536 อ้างใน พรทิพย์ เกษุรานนท์, 2539, หน้า 26)

2.6 เป็นบริการที่มีระบบบันทึกข้อมูลข่าวสาร และมีการติดต่อสื่อสารอย่างต่อเนื่อง ระหว่างสถานบริการกับผู้ป่วยและครอบครัว (ประพิน วัฒนกิจ, 2541, หน้า 45)

2.7 เป็นบริการที่จัดตามความเหมาะสม สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัวโดยคำนึงทรัพยากรที่มีอยู่ (วิลาวัลย์ เสนารัตน์ และ ประยงค์ ถิมตระกูล, 2538, หน้า 3)

กล่าวโดยสรุป แนวคิดเกี่ยวกับการดำเนินงานการดูแลสุขภาพที่บ้าน มีลักษณะเป็นการให้บริการแบบผสมผสานและต่อเนื่องด้านสุขภาพอนามัยแก่ผู้ที่มีสุขภาพดี และผู้ที่มีปัญหาทางสุขภาพที่บ้านโดยทีมสุขภาพ ทั้งนี้เพื่อส่งเสริมให้เกิดความร่วมมือ และการพึ่งพาตนเองของผู้ป่วย ครอบครัวและชุมชน

3. มาตรฐานการดำเนินงานการดูแลสุขภาพที่บ้าน

สมาคมพยาบาลแห่งสหรัฐอเมริกา (American Nurses Association (ANA)) ได้กำหนดมาตรฐานการดำเนินงานการดูแลสุขภาพที่บ้านไว้ดังนี้ (Standhope, 1996, pp. 814-817)

3.1 มาตรฐานข้อที่หนึ่ง หน่วยงานให้บริการที่บ้าน : หน่วยงานให้บริการที่บ้าน ทุกหน่วยต้องวางแผนกำหนดโครงสร้างขององค์กร และวางแผนบริหารจัดการภายในหน่วยงาน โดยพยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์ด้านการดูแลสุขภาพในชุมชนและด้านการบริหารจัดการ

3.2 มาตรฐานข้อที่สอง ทฤษฎี : พยาบาลต้องสามารถนำแนวคิดทฤษฎีต่าง ๆ มาประยุกต์ใช้ในการให้บริการดูแลสุขภาพที่บ้านได้

3.3 มาตรฐานข้อที่สาม การรวบรวมข้อมูล : พยาบาลต้องมีการรวบรวมข้อมูล และบันทึกข้อมูลอย่างถูกต้อง ต่อเนื่อง และเป็นระบบ

3.4 มาตรฐานข้อที่สี่ การวินิจฉัยปัญหาทางการพยาบาล : พยาบาลต้องสามารถนำข้อมูลจากการประเมินภาวะสุขภาพมาใช้ เพื่อช่วยวินิจฉัยปัญหาทางการพยาบาล

3.5 มาตรฐานข้อที่ห้า การวางแผนให้ความช่วยเหลือ : พยาบาลต้องกำหนดเป้าหมายของการให้ความช่วยเหลือ โดยอาศัยการวินิจฉัยทางการพยาบาลเป็นพื้นฐานและปรับแผนการดูแลให้เป็นไปตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ ด้วยการปฏิบัติการพยาบาลในด้านการบำบัดรักษา การป้องกันภาวะแทรกซ้อน และการฟื้นฟูสภาพ

3.6 มาตรฐานข้อที่หก การปฏิบัติตามแผนที่วางไว้ : พยาบาลต้องใช้แผนการพยาบาลเป็นเครื่องมือในการให้คำแนะนำ เพื่อการคงไว้ซึ่งสุขภาพ การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันภาวะแทรกซ้อนและการฟื้นฟูสภาพ

3.7 มาตรฐานข้อที่เจ็ด การประเมินผล : พยาบาลเป็นผู้ประเมินผลผู้รับบริการ และครอบครัวต่อการตอบสนองของแผนการช่วยเหลืออย่างต่อเนื่อง

3.8 มาตรฐานข้อที่แปด การดูแลอย่างต่อเนื่อง : เป็นความรับผิดชอบของพยาบาลที่จะให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่เหมาะสมและมีความต่อเนื่อง โดยอาศัยการวางแผนจำหน่าย การบริหารจัดการผู้ป่วย (case mangement) และการประสานงานกับแหล่งประโยชน์ในชุมชน

3.9 มาตรฐานข้อที่เก้า ความร่วมมือระหว่างทีมสุขภาพ : พยาบาลจะเป็นบุคคลที่จะจัดการ และติดต่อประสานงานกับกลุ่มผู้ให้บริการที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้มีการดูแลที่มีประสิทธิภาพกับผู้ป่วย

3.10 มาตรฐานข้อที่สิบ การพัฒนาวิชาชีพ : พยาบาลเป็นผู้มีความรับผิดชอบต่อวิชาชีพ ด้วยการพัฒนาวิชาชีพของตนเอง และกระจายการพัฒนาไปสู่วิชาชีพอื่นที่เกี่ยวข้อง

3.11 มาตรฐานข้อที่สิบเอ็ด การวิจัย : พยาบาลต้องเป็นผู้มีส่วนร่วมในการทำวิจัย เพื่อพัฒนาวิชาชีพ และองค์ความรู้ด้านการดูแลสุขภาพที่บ้านอย่างต่อเนื่อง

3.12 มาตรฐานข้อที่สิบสอง จริยธรรม : ให้พยาบาลใช้แนวทางการให้บริการของสมาคมพยาบาลแห่งสหรัฐอเมริกา ช่วยในการตัดสินใจในการให้บริการ

กล่าวโดยสรุป มาตรฐานการดำเนินงานการดูแลสุขภาพที่บ้าน เป็นเงื่อนไขที่ถูกระบุขึ้น เพื่อใช้เป็นแนวทางปฏิบัติในการจัดบริการทางด้านสุขภาพแก่ผู้ป่วยที่บ้าน ให้มีลักษณะ รูปแบบที่เหมือนกัน หรือใกล้เคียงกัน โดยพยาบาลจะเป็นผู้ทำหน้าที่หลักในการประสานงานและดำเนินงานด้านการดูแลสุขภาพที่บ้าน

การดำเนินงานการดูแลสุขภาพที่บ้าน

การดำเนินงานการดูแลสุขภาพที่บ้าน เป็นการปฏิบัติเพื่อให้เกิดความต่อเนื่องในการจัดบริการทางสุขภาพให้กับผู้ป่วย ซึ่งการดำเนินงานการดูแลสุขภาพที่บ้านจะประสบความสำเร็จหรือความล้มเหลวนั้น ขึ้นอยู่กับองค์ประกอบในการดำเนินงาน 3 ประการ ดังนี้

1. นโยบาย

นโยบาย คือ การกำหนดแนวทางปฏิบัติในเรื่องนั้น ๆ ว่าทำอะไร หรือประสงค์ จะทำสิ่งใดในปัจจุบันและอนาคต เพื่อให้บรรลุถึงวัตถุประสงค์ นโยบายที่ดีจะเป็นรากฐาน สำหรับการปฏิบัติที่ถูกต้อง (วันพี ทิพย์ถาวรบุญดล, 2539, หน้า 34)

1.1 นโยบายการดำเนินงานการดูแลสุขภาพที่บ้าน กระทรวงสาธารณสุข ได้กำหนดนโยบายขึ้นเมื่อ วันที่ 1 มีนาคม พ.ศ. 2538 (ประพิณ วัฒนกิจ., 2541, หน้า 12) ดังนี้

1.1.1 ดำเนินงานสุขภาพดีเริ่มที่บ้านให้ครอบคลุมทั่วประเทศ โดย ให้แต่ละจังหวัดดำเนินงานให้ครอบคลุมพื้นที่ ให้นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดเป็นผู้รับผิดชอบ ระดับจังหวัดทุกจังหวัด

1.1.2 ให้บรรจบบริการสุขภาพดีเริ่มที่บ้านเข้าไปในคู่มือการดำเนินงานของ โครงการพัฒนาระบบบริการของสถานบริการและหน่วยงานสาธารณสุขในส่วนภูมิภาค (พบส.) ให้จำแนกความรับผิดชอบงานแต่ละอย่าง และให้แต่ละคณะรับผิดชอบอย่างต่อเนื่อง

1.1.3 ให้กองการพยาบาลรับผิดชอบเป็นแกนนำ ประสานกับ กองโรงพยาบาลภูมิภาค และกองสาธารณสุขภูมิภาค ประสานการจัดทำโครงสร้าง แนวทาง วิธีการดำเนินงานระดับจังหวัด ระดับอำเภอ ระดับตำบล ให้ถือเป็นแนวทางปฏิบัติแจกไป ทั่วประเทศ

1.1.4 ให้แต่ละจังหวัดนำเสนอผลงาน เพื่อการเป็นตัวอย่างและเป็นพี่เลี้ยง ของจังหวัดอื่นต่อไป

1.1.5 แต่ละจังหวัดอาจมีเสรีภาพในการดำเนินงานสุขภาพดีเริ่มที่บ้าน ให้เป็นไปตามวัตถุประสงค์และเป้าหมายที่ได้ผลดี โดยยึดแนวทางกลางที่ส่งมาให้

นโยบายการดำเนินงานการดูแลสุขภาพที่บ้าน ที่กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนด ขึ้น จะใช้เป็นเครื่องมือในการควบคุม กำกับ และกำหนดทิศทางในการดำเนินงานการดูแลสุขภาพที่บ้านให้เกิดการปฏิบัติที่เป็นรูปธรรม บรรลุเป้าหมายการดำเนินงานที่ตั้งไว้ ซึ่งนโยบาย ถือว่าเป็น ปัจจัยหนึ่งที่สำคัญที่ช่วยให้การดำเนินงานการดูแลสุขภาพที่บ้านประสบผลสำเร็จ (วิลาวัณย์ เสนารัตน์ และคณะ, 2540, หน้า 64) เนื่องจากนโยบาย จะแสดงถึงทัศนคติและความตั้งใจของ

ผู้บริหารที่จะจัดการต่อการดำเนินงานในเรื่องต่าง ๆ ให้บรรลุเป้าหมายขององค์กร (ธงชัย สันติวงษ์, 2537, หน้า 174) นโยบายที่ดีควรมีหลักการที่แน่นอน มีแนวทางการปฏิบัติที่ชัดเจน และสามารถนำไปปฏิบัติได้จริง อันจะช่วยส่งเสริมให้บุคลากรในหน่วยงานมีการปฏิบัติตามเกณฑ์นั้น ๆ ได้ (อุทัย หิรัญโค, 2523 อ้างใน วันทนี ทิพย์ถาวรนกุล, 2539, หน้า 35)

การดำเนินงานการดูแลสุขภาพที่บ้านตามนโยบาย จะประสบผลสำเร็จได้ต้องมีองค์ประกอบต่าง ๆ อย่างน้อย 4 ประการ คือ องค์ประกอบด้านทีมสุขภาพและผู้รับผิดชอบงานการดูแลสุขภาพที่บ้าน งบประมาณ เกณฑ์การคัดเลือกผู้ป่วย และพื้นที่ให้บริการ ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

1.2 องค์ประกอบในการดำเนินงาน ต้องอาศัยทรัพยากรในการบริหาร อย่างน้อย 4 ประการ ได้แก่ คน (man) ถือว่าเป็นผู้ปฏิบัติงานในองค์กรนั้น ๆ เงิน (money) ที่ใช้เป็นค่าใช้จ่ายในการดำเนินงาน วัสดุอุปกรณ์ (material) เป็นอุปกรณ์ เครื่องมือ เครื่องใช้ต่าง ๆ รวมทั้งอาคารสถานที่ที่ใช้ในการดำเนินงาน และวิธีการดำเนินงาน (method) เป็นเทคนิค ความรู้ที่ต้องนำมาใช้ในการดำเนินงาน (สมคิด บางโม, 2538, หน้า 31-32) ดังนั้นการดำเนินงานการดูแลสุขภาพที่บ้านที่เหมาะสมจึงขึ้นอยู่กับองค์ประกอบต่าง ๆ ดังต่อไปนี้

1.2.1 ทีมสุขภาพ และผู้รับผิดชอบงานการดูแลสุขภาพที่บ้าน เป็นทีมที่ออกไปให้บริการดูแลสุขภาพที่บ้านผู้ป่วย ประกอบด้วย แพทย์ พยาบาล นักสังคมสงเคราะห์ นักกายภาพบำบัด นักอาชีวบำบัด นักพยาบาลวิชาชีพด้านการพูด นักโภชนาการ เภสัชกร พนักงานผู้ช่วยดูแลสุขภาพที่บ้าน และคนทำงานบ้าน ซึ่งแต่ละคนจะมีบทบาทดังนี้ (Kozier & Erb, 1983, pp. 49-51 ; Cookfair, 1996, pp. 568-570 ; Stanhope, 1996, pp. 817-819)

(1) แพทย์ จะทำหน้าที่เชื่อมผู้ป่วยเข้าสู่การดูแลสุขภาพที่บ้าน และจะรับผิดชอบในการรักษาผู้ป่วยตลอดการรักษาทั้งที่โรงพยาบาลและที่บ้าน โดยทั่วไปแพทย์จะต้องวางแผนการจำหน่าย และการดูแลผู้ป่วยต่อที่บ้านเพื่อให้การดูแลต่อเนื่อง ร่วมกับบุคลากรอื่นในทีมสุขภาพ ตลอดจนให้ข้อมูลที่จำเป็นกับทีมสุขภาพที่จะไปให้บริการดูแลสุขภาพที่บ้าน

(2) พยาบาล เป็นบุคคลหลักในทีมการดูแลสุขภาพที่บ้าน เป็นผู้ให้การพยาบาลที่ต้องมีความรู้ และทักษะเกี่ยวกับเทคนิคการพยาบาลที่จะให้การพยาบาลแก่ผู้ป่วยตามแผนการรักษาของแพทย์ สามารถประเมินความก้าวหน้าในการดูแลสุขภาพที่บ้าน นิเทศบุคลากรพยาบาลอื่น ๆ สอนและให้คำปรึกษากับผู้ป่วยและครอบครัว และโดยทั่วไปจะเป็นผู้บริหารจัดการกรณีผู้ป่วย (case management) และเป็นผู้วางแผนการออกบริการดูแลสุขภาพที่บ้าน โดยทำหน้าที่ประสานงานกับบุคลากรหลายวิชาชีพที่จะให้การดูแลรักษาพยาบาล และช่วยเหลือผู้ป่วยที่บ้าน บางครั้งอาจจะต้องทำหน้าที่ของบุคคลอื่นในทีมสุขภาพ

ถ้าในสถานที่นั้นไม่มีบุคคลในอาชีพนั้น เช่น พยาบาลอาจต้องทำหน้าที่แทนนักกายภาพบำบัด ในการสอนให้ผู้ป่วยที่เป็นอัมพาตได้ออกกำลังแขน ขา เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยได้ฟื้นฟูสภาพได้เร็วขึ้น

(3) นักสังคมสงเคราะห์ มีหน้าที่ช่วยเหลือผู้ป่วยและครอบครัวใน ปัญหาต่าง ๆ โดยเป็นผู้ประเมินสภาพครอบครัว และความต้องการทางด้านสังคมและอารมณ์ของ ผู้ป่วย เป็นผู้ให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วย ผู้ดูแลผู้ป่วย และสมาชิกในครอบครัวคนอื่น ๆ ตลอดจนเป็นผู้ประสานงานกับแหล่งช่วยเหลือต่าง ๆ ในชุมชนให้กับผู้ป่วย

(4) นักกายภาพบำบัด เป็นผู้ช่วยเหลือผู้ป่วยที่มีปัญหาทางการ เคลื่อนไหวของร่างกาย โดยการประเมินความแข็งแรง และความสามารถในการเคลื่อนไหวของ ผู้ป่วย หาวิธีการช่วยให้ผู้ป่วยได้ฟื้นฟูสมรรถภาพของตนเองได้ดีขึ้นและการป้องกันความพิการ ที่อาจจะเกิดขึ้นในอนาคต โดยใช้วิธีการให้ออกกำลังกาย การนวด การดึง การกระตุ้นด้วยไฟฟ้า การใช้ความร้อน และแนะนำผู้ป่วยถึงการฝึกทักษะต่าง ๆ ที่จำเป็น เช่น การใช้อวัยวะเทียม ตลอดจนสอนให้ญาติและครอบครัวในการออกกำลังกาย หรือการจัดทำทางให้กับผู้ป่วย

(5) นักอาชีพบำบัด มีหน้าที่ช่วยให้ผู้ป่วยที่มีอวัยวะของร่างกาย บกพร่อง หรือเสียหายที่ไปสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันในบ้าน และทำกิจกรรมในการทำงาน ตามสภาพของความจำกัดในภาวะเจ็บป่วยหรือพิการของผู้ป่วยที่อนุญาตให้ทำได้

(6) นักพยาธิวิทยาด้านการพูด เป็นผู้ประเมินปัญหา และให้การรักษากับผู้ป่วยที่มีปัญหาด้านการพูด การกลืน กิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการพูด การใช้ภาษาและการได้ยิน ให้สามารถที่จะสื่อสารกับผู้อื่นได้ และช่วยญาติที่จะทำการเข้าใจและเผชิญกับความพิการของ ผู้ป่วย

(7) นักโภชนาการ เป็นผู้วางแผนเกี่ยวกับอาหารสำหรับผู้พักฟื้น หรือบุคคลที่มีปัญหาสุขภาพเรื้อรัง เช่น โรคหัวใจ โรคเบาหวาน หรือโรคอ้วน เป็นต้น และนักโภชนาการจะเยี่ยมบ้านเพื่อพัฒนาแผนการจัดอาหาร ให้คำปรึกษาเกี่ยวกับอาหารโดยตรง แก่ผู้ป่วย และให้คำปรึกษาแก่เจ้าหน้าที่ให้บริการ เพื่อให้คำแนะนำด้านการจัดอาหารให้แก่ผู้ป่วย กับการบริการดูแลสุขภาพที่บ้าน

(8) เภสัชกร เป็นผู้ที่มีหน้าที่ในการเตรียม จัดหา และจ่ายยาให้แก่ ผู้ป่วยทั้งในโรงพยาบาลและผู้ป่วยที่ไปให้บริการที่บ้าน ให้คำแนะนำและให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วย เกี่ยวกับประสิทธิภาพของยา วิธีการใช้ยา ข้อควรระวังและข้อห้ามในการใช้ยา และอาการข้างเคียง ของยา ตลอดจนบันทึกคำแนะนำที่ให้กับผู้ป่วยลงในบันทึกของผู้ป่วย รวมถึงเป็นผู้ให้คำปรึกษา ทางด้านยาแก่บุคลากรในทีมสุขภาพ

(9) พนักงานผู้ช่วยการดูแลสุขภาพที่บ้าน เป็นผู้ช่วยผู้ป่วยในเรื่อง การดูแลส่วนบุคคลที่บ้าน เช่น การอาบน้ำ การแต่งตัว การเข้าห้องส้วม การเปลี่ยนท่า การช่วยให้ ลงจากเตียงและเดินรอบ ๆ เตียง และการออกกำลังกาย เป็นต้น ซึ่งจะใช้เวลาในการให้บริการ 1 ชั่วโมง หรือ 2-3 ชั่วโมงต่อวัน หรือต่อสัปดาห์ ในขณะที่หรือระหว่างที่พยาบาลเยี่ยมผู้ป่วย

(10) คนทำงานบ้าน เป็นผู้ให้บริการเกี่ยวกับงานบ้าน เช่น การเตรียม อาหาร การทำความสะอาดบ้านที่เป็นงานเบาและการดูแลเด็ก เป็นต้น

กล่าวได้ว่า ทีมสุขภาพที่ให้บริการดูแลสุขภาพที่บ้าน จะเป็นการประสานงาน และการร่วมกันทำงานของบุคลากรหลายสาขาวิชาชีพ เพื่อช่วยกันวางแผนแก้ไขปัญหาสุขภาพ ตามความต้องการของผู้ป่วย ซึ่งการทำงานของทีมสุขภาพทุกหน้าที่จะมีความสำคัญเท่าเทียมกัน เนื่องจากแต่ละคนมีความสามารถในหน้าที่ของตน จะขาดคนหนึ่งคนใดเสียมิได้ และการทำงานของ ทีมสุขภาพมีวัตถุประสงค์เดียวกัน คือ เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับการดูแลที่ดีที่สุด (สุปาณี วสินอมร, 2531, หน้า 7 ; Gabe & Gill-Forney, 1993, p. 33) แต่ในส่วนของ

โรงพยาบาลชุมชน ยังไม่พบว่ามีข้อกำหนดทีมสุขภาพที่ให้บริการดูแลสุขภาพที่บ้านอย่างชัดเจน การดูแลสุขภาพที่บ้านเป็นงานที่เริ่มดำเนินการอย่างเป็นทางการเป็นรูปธรรมในกระทรวง สาธารณสุขเมื่อปี พ.ศ. 2536 จึงไม่ได้กำหนดหน่วยงานรองรับ ทั้งยังไม่ได้มีการจัดทำ แผนภูมิโครงสร้างการบริหารของหน่วยงานอย่างชัดเจนและเป็นอิสระดังในต่างประเทศ (สุภาพร ไทยธานี, 2539, หน้า 16) ดังนั้นในส่วนของผู้รับผิดชอบงานการดูแลสุขภาพที่บ้านของ ประเทศไทย จึงได้มีการจัดโครงสร้างการบริหารองค์กรเป็นแบบคณะกรรมการ ทำให้ประสบ ปัญหาความไม่ชัดเจนในสายการบังคับบัญชา รวมถึงเกิดความสับสนในการแบ่งงาน การกำหนด บทบาทและลักษณะงานของกลุ่มงานการพยาบาลและกลุ่มงานเวชกรรมสังคมในการดำเนินงาน การดูแลสุขภาพที่บ้าน และมีปัญหาในการประสานงาน (พรทิพย์ เกษุรานนท์, 2539, หน้า 5) ทั้งนี้เนื่องจากการจัดโครงสร้างการบริหารองค์กรเป็นแบบคณะกรรมการ จึงไม่สามารถกำหนด ความรับผิดชอบไว้กับใครผู้หนึ่งได้อย่างชัดเจน เพราะคณะกรรมการมีลักษณะเป็นกลุ่มที่จะต้อง รับผิดชอบร่วมกัน ทำให้ความรับผิดชอบกระจายไปภายในกลุ่ม ซึ่งเป็นข้อเสียของ การจัดโครงสร้างองค์กรแบบนี้ (ธงชัย สันติวงษ์, 2537, หน้า 334) นอกจากนี้ ในส่วนผู้รับผิดชอบ งานการดูแลสุขภาพที่บ้านของโรงพยาบาลชุมชน ยังไม่พบว่ามีข้อกำหนดให้มีผู้รับผิดชอบ อย่างชัดเจนเช่นกัน

1.2.2 งบประมาณ ในการดำเนินงานการดูแลสุขภาพที่บ้านที่จัดให้บริการ โดยโรงพยาบาล (hospital-base agencies) ส่วนใหญ่นอกจากจะอาศัยโครงสร้างทางการบริหารของ โรงพยาบาลแล้ว ยังต้องอาศัยงบประมาณของโรงพยาบาล (Stanhope, 1996, p. 810) และ

รายได้จากภาษี (Cleman-Stone, Eigsti & McGurie, 1995, p. 784) มาใช้ในการดำเนินงานด้วย ทั้งนี้เพื่อให้มีความระมัดระวังในการใช้ทรัพยากรให้เกิดประโยชน์สูงสุด และให้การปฏิบัติงานบรรลุเป้าหมายตามที่ตั้งไว้ (เสนาะ ดิยาว์ และ กิ่งกนก พิทยานุคุณ, 2537, หน้า 181) อันจะช่วยควบคุมการปฏิบัติงานของผู้ให้บริการให้มีประสิทธิภาพ แต่ในทางกลับกันถ้าขาดการสนับสนุนในด้านงบประมาณ หรืองบประมาณที่ใช้มีไม่เพียงพอ จะทำให้การดำเนินงานไม่เป็นไปตามแผนหรือไม่บรรลุวัตถุประสงค์ งบประมาณจึงเป็นเครื่องแสดงถึงนโยบาย หรือแนวโน้มของผู้บริหารว่าจะสนับสนุนหรือเน้นหนักในเรื่องใด ทิศทางใดได้ (พรพรรณ เอกเผ่าพันธุ์, 2537, หน้า 61) ดังนั้นงบประมาณ จึงเป็นแผนการดำเนินงานที่แสดงออกมาเป็นจำนวนเงิน (เพ็ญศรี สุโรจน์, 2539, หน้า 483) ที่สามารถนำไปใช้ประโยชน์ได้หลายประการ ได้แก่ ใช้เป็นเครื่องมือในการวางแผน ควบคุมและจัดระบบการดำเนินงาน ใช้ในการประสานงานระหว่างหน่วยงาน อันจะทำให้เกิดการพัฒนากการทำงาน ช่วยขจัดความไม่แน่นอนต่าง ๆ ของการปฏิบัติงานที่อาจจะเกิดขึ้นในอนาคต รวมทั้งช่วยทำให้ทราบถึงความก้าวหน้าหรือความล้มเหลวของงาน (พรพรรณ เอกเผ่าพันธุ์, 2537, หน้า 78-79) จะเห็นได้ว่า ในการดำเนินงานนั้น จะต้องมียงบประมาณมาช่วยสนับสนุน จึงจะทำให้การดำเนินงานเหล่านั้นดำเนินไปด้วยความราบรื่น สำหรับงบประมาณที่นำมาเป็นแหล่งการเงินของโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข แบ่งเป็น 2 ประเภทใหญ่ ๆ ตามลักษณะของงบประมาณที่ได้มา คือ (กันยา กาญจนนุรานนท์, คนองยุทธ กาญจนกุล, และ พงษ์ศักดิ์ วิทยากร, 2533, หน้า 262-263 ; เพ็ญศรี สุโรจน์, 2539, หน้า 483) แหล่งการเงินในงบประมาณ เป็นรายรับจากเงินงบประมาณที่รัฐบาลจัดสรรให้ประจำปี ได้แก่ เงินรายได้จากภาษีและรัฐพาณิชย์ เงินกู้ทั้งในและนอกประเทศ และแหล่งการเงินนอกงบประมาณ เป็นรายรับจากการให้บริการของสถานพยาบาล ได้แก่ ค่ายา ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการ ค่าเอกซเรย์ ค่ารักษาผู้ป่วย รายรับจากการบริจาค และรายรับจากบัตรประกันสุขภาพ รวมถึงเงินกู้และเงินช่วยเหลือ

ในส่วนของการดำเนินงานการดูแลสุขภาพที่บ้าน จะมีลักษณะเป็นงานที่ฝากไว้กับฝ่ายใดฝ่ายหนึ่งของโรงพยาบาล ทำให้ขาดการจัดสรรงบประมาณมาให้โดยตรง และฝ่ายที่มีงานการดูแลสุขภาพที่บ้านสังกัดอยู่ จะแบ่งงบประมาณที่อยู่ในรูปของวัสดุอุปกรณ์ หรือเครื่องมือเครื่องใช้มาให้ใช้เท่าที่จำเป็นเท่านั้น จึงทำให้ประสบปัญหาการดำเนินงานอยู่พอสมควร เนื่องจากยังไม่มีแผนงบประมาณที่สนับสนุนงานนี้โดยเฉพาะ (พรทิพย์ เกษุรานนท์, 2539, หน้า 5)

จึงกล่าวได้ว่า การไม่มีงบประมาณสนับสนุน หรือมีงบประมาณในจำนวนจำกัด หรือไม่เพียงพอ จะทำให้การดูแลสุขภาพที่บ้านประสบปัญหาการดำเนินงานได้

1.3 เกณฑ์การคัดเลือกผู้ป่วย

กลุ่มของผู้ป่วยที่ให้บริการดูแลสุขภาพที่บ้าน มีหลักเกณฑ์ในการคัดเลือก ดังนี้

1.3.1 แบ่งตามประเภทของผู้รับบริการ ได้แก่

(1) ผู้ที่มีอาการผิดปกติทั้งหมด ซึ่งเจ็บป่วยโดยโรคปัจจุบัน อุบัติเหตุ โรคเรื้อรัง และมีความพิการทั้งทางด้านร่างกาย สมองและสติปัญญา (จรรยา เสียงเสนาะ และ วารี ระกิติ, 2537, หน้า 291) รวมถึงกลุ่มที่เจ็บป่วยด้วยโรคติดต่อ และโรคไม่ติดต่อ (ประพิณ วัฒนกิจ, 2536, หน้า 10)

(2) ผู้ที่ไม่มีความผิดปกติ แต่ต้องให้การดูแลเป็นพิเศษ เนื่องจากร่างกายมีการเปลี่ยนแปลงมาก ได้แก่ กลุ่มเด็กวัยต่าง ๆ (จรรยา เสียงเสนาะ และ วารี ระกิติ, 2537, หน้า 291) กลุ่มมารดาและทารก และกลุ่มวัยสูงอายุ (ประพิณ วัฒนกิจ, 2536, หน้า 11)

(3) ผู้ที่ขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับสุขภาพอนามัย และมีพฤติกรรมอนามัยไม่ถูกต้อง เช่น ไม่มาตรวจตามแพทย์นัด ไม่ปฏิบัติตามคำแนะนำด้านการรักษาพยาบาล (จรรยา เสียงเสนาะ และ วารี ระกิติ, 2537, หน้า 291)

(4) ผู้ที่มีปัญหาอื่น ๆ ที่นอกเหนือจากการเจ็บป่วย เช่น ผู้ป่วยที่ถูกทอดทิ้ง ขาดการดูแลเอาใจใส่จากญาติพี่น้อง มีปัญหาครอบครัว ปัญหาการว่างงาน ปัญหาความยากจน (จรรยา เสียงเสนาะ และ วารี ระกิติ, 2537, หน้า 292) และคิดยาเสพติด (ประพิณ วัฒนกิจ, 2536, หน้า 11)

1.3.2 แบ่งตามระยะการดูแล (วิลาวัลย์ เสนารัตน์ และ ประยงค์ ถิมตระกูล, 2538, หน้า 4) ได้แก่

(1) ผู้ที่ต้องการการดูแลระยะสั้น (short-term clients) เป็นผู้ที่ต้องการการดูแลต่ำกว่า 3 เดือน ได้แก่ ผู้ป่วยหลังผ่าตัด ผู้ป่วยที่ต้องให้ยาและสารน้ำทางหลอดเลือดดำ หรือผู้ป่วยที่ต้องการการฟื้นฟูสภาพระยะสั้น

(2) ผู้ที่ต้องการการดูแลระยะยาว (long-term clients) เป็นผู้ที่ต้องการการดูแลมากกว่า 3 เดือน ได้แก่ ผู้ป่วยเรื้อรัง ผู้พิการ ผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพ

(3) ผู้ป่วยระยะสุดท้ายของชีวิต (palliative clients) เป็นผู้ป่วยที่อยู่ในระยะสุดท้ายของชีวิต ต้องการบรรเทาอาการปวดโดยให้ยาควบคุมตลอดเวลา เช่น ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย หรือผู้ป่วยเอดส์ระยะสุดท้าย

สรุปได้ว่า การคัดเลือกผู้ป่วยที่จะให้บริการดูแลสุขภาพที่บ้าน จะใช้เกณฑ์เดียวหรือหลายเกณฑ์ในการคัดเลือกรับนั้น ควรพิจารณาใช้เกณฑ์ให้ครอบคลุมกลุ่มผู้ป่วยที่คาดว่า

จะมีปัญหาและความต้องการด้านสุขภาพมากที่สุด เพื่อที่ที่มีสุขภาพจะได้ให้บริการตรงกับปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยมากที่สุดด้วยเช่นกัน

1.4 พื้นที่ให้บริการ

จากการดำเนินงานของหน่วยงานบางแห่งที่ผ่านมา พื้นที่ให้บริการดูแลสุขภาพที่บ้านจะตั้งอยู่ในเขตเมือง (โรงพยาบาลสุโขทัย, 2537, หน้า 7 ; โรงพยาบาลชลบุรี, ม.ป.ป., หน้า 10) หรือเป็นพื้นที่ในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาล (แผน วรรณเมธี, 2538, หน้า 31 ; คณะทำงาน งานพัฒนาบริการเวชกรรมสังคม, 2540, หน้า 37) ซึ่งตั้งอยู่บริเวณใกล้เคียงกับที่ตั้งของโรงพยาบาล มีการคมนาคมสะดวก และใช้เวลาในการเดินทางน้อย ในขณะที่การให้บริการพื้นที่นอกเขตเมือง หรือพื้นที่เขตชนบทนั้น จะใช้สถานบริการสาธารณสุขที่อยู่ในท้องถิ่นให้บริการดูแลสุขภาพที่บ้านในพื้นที่ซึ่งอยู่ในเขตรับผิดชอบของสถานบริการสาธารณสุขนั้น ๆ เช่นกัน โดยส่งต่อผู้ป่วยไปให้ติดตามเยี่ยมตามระบบการส่งต่อผู้ป่วย (คณะทำงาน งานพัฒนาบริการเวชกรรมสังคม, 2540, หน้า 37) แต่มีพื้นที่นอกเขตเมืองที่อยู่ในเขตรับผิดชอบของสถานบริการบางแห่งไม่สามารถออกให้บริการได้ เนื่องจากอยู่ไกลและทุรกันดารเกินไป ทำให้การให้บริการยังไม่ครอบคลุม ฉะนั้นจะเห็นได้ว่าการดำเนินงานที่ผ่านมา มักกำหนดพื้นที่ให้บริการอยู่เฉพาะในเขตเมือง ซึ่งมีความเจริญเป็นส่วนใหญ่ ซึ่งขัดแย้งกับนโยบายการดูแลสุขภาพที่บ้านที่ได้กำหนดให้ครอบคลุมพื้นที่ทั้งเขตเมืองและเขตชนบท (ประพิณ วัฒนกิจ, 2541, หน้า 12)

ดังนั้นกล่าวได้ว่า พื้นที่ให้บริการดูแลสุขภาพที่บ้านของโรงพยาบาลชุมชนควรจะให้บริการครอบคลุมทั้งพื้นที่ที่อยู่ในเขตรับผิดชอบและนอกเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาล โดยให้โรงพยาบาลชุมชนเป็นแม่ข่ายในการส่งต่อผู้ป่วยไปให้สถานีอนามัยติดตามเยี่ยมตามระบบการส่งต่อผู้ป่วย ทั้งนี้เพื่อให้งานการดูแลสุขภาพที่บ้านบริการแก่ประชาชนได้ครอบคลุมทุกพื้นที่ยิ่งขึ้น

2. ขั้นตอนการให้บริการดูแลสุขภาพที่บ้าน

การกำหนดขั้นตอนการให้บริการดูแลสุขภาพที่บ้าน จะช่วยทำให้เกิดแนวทางในการจัดบริการดูแลสุขภาพที่บ้านทั้งในส่วนของสถานบริการสาธารณสุข และในส่วนที่บ้านของผู้ป่วย ประกอบด้วยขั้นตอนดังต่อไปนี้

2.1 ขั้นตอนการให้บริการ สิ่งที่ต้องดำเนินการได้แก่

2.1.1 การศึกษาข้อมูลของผู้ป่วยก่อนจำหน่ายจากโรงพยาบาล ข้อมูลที่ควรศึกษา ได้แก่ ชื่อ อายุ การวินิจฉัยโรค การรักษาที่ได้รับ และปัญหาที่ต้องให้ความช่วยเหลือ

ซึ่งจะศึกษาข้อมูลเหล่านี้ได้จากเวชระเบียนรายงานและแบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วย เพื่อทราบปัญหาเบื้องต้นสำหรับการวางแผนให้ความช่วยเหลือ (กรรณิการ์ พงษ์สนธิ, 2540, หน้า 71)

2.1.2 การประเมินภาวะสุขภาพของผู้ป่วย ผู้ป่วยต้องได้รับการประเมินสุขภาพทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม (สุภาวดี ลิ้มปนาทร, 2538, หน้า 31) เพื่อที่จะได้นำข้อมูลมาใช้ประกอบการวินิจฉัยปัญหาของผู้ป่วย

2.1.3 การวินิจฉัยปัญหาของผู้ป่วย ทั้งที่มสุขภาพ ผู้ป่วยและญาติต้องมีการวินิจฉัยปัญหาร่วมกัน (กองการพยาบาล, 2539, หน้า 4) จะเป็นการระบุภาวะสุขภาพของผู้ป่วยว่าปกติหรือผิดปกติอย่างไร (ศิริพร ชัมภลิจิต, 2533, หน้า 35) เพื่อจะได้นำไปวางแผนให้การช่วยเหลือผู้ป่วยต่อไป

2.1.4 การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย ผู้ป่วยจะต้องได้รับการวางแผนจำหน่ายซึ่งเป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นอย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง โดยการมีส่วนร่วมของบุคลากรในทีมสุขภาพ ผู้ป่วย และสมาชิกในครอบครัว (Clark, 1996, p. 173) ที่สามารถแสดงให้เห็นถึงแผนการฟื้นฟูสภาพ การให้ข้อมูลความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเองแก่ผู้ป่วยและญาติ (กองการพยาบาล, 2539, หน้า 3) การให้คำปรึกษา การสนับสนุนด้านจิตใจ และการจัดหาทรัพยากรที่จำเป็นเพื่อการดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่องภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล (Tabbitt, 1981 อ้างใน กองการพยาบาล, 2539, หน้า 2) โดยพยาบาลประจำตึกผู้ป่วยจะเป็นผู้ริเริ่มเตรียมผู้ป่วยในการดูแลตนเอง และเตรียมญาติในการช่วยดูแลผู้ป่วยเมื่อกลับบ้าน ตั้งแต่แรกรับผู้ป่วยเข้ารับการรักษามในโรงพยาบาลจนกระทั่งก่อนกลับบ้าน (Ringsven & Jorenby, 1988 อ้างใน พรทิพย์ เกตุรานนท์, 2539, หน้า 31) รวมทั้งเป็นผู้ประสานแผนจำหน่ายผู้ป่วยกับบุคลากรในทีมสุขภาพในเรื่องเกี่ยวกับยาและการรับประทานยาตามแผนการรักษา การจัดสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสมกับภาวะสุขภาพและการจัดการปัญหาด้านเศรษฐกิจ เป้าหมายการรักษาและทักษะที่จำเป็นในการปฏิบัติตามการรักษา ข้อจำกัดของสุขภาพร่างกาย การปฏิบัติตัวที่เหมาะสมและการทำกิจวัตรประจำวัน การมาตรวจตามนัด และการขอความช่วยเหลือจากเจ้าหน้าที่เมื่อเกิดภาวะฉุกเฉิน และอาหารที่เหมาะสมกับโรค (กองการพยาบาล, 2539, หน้า 14-15) เพื่อเตรียมผู้ป่วยและญาติให้มีความพร้อม และสามารถดูแลตนเองได้เมื่อกลับไปอยู่บ้าน (ศรีสุดา รัศมีพงศ์, 2537, หน้า 53 - 54)

2.1.5 การฝึกปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองให้แก่ผู้ป่วยและญาติตามแผนการจำหน่ายผู้ป่วย (ประพิณ วัฒนกิจ, 2536, หน้า 12) จะเป็นการผสมผสานกิจกรรมการช่วยเหลือให้แก่ผู้ป่วยและญาติในรูปแบบต่าง ๆ ทั้งด้านการสอน การให้คำแนะนำปรึกษา การฝึกฝนทักษะการดูแลตนเองตามการรักษาที่จำเป็น การจัดหาอุปกรณ์ เครื่องใช้ หรือ

ยากลับบ้าน และการดัดแปลงกิจกรรมการดูแลตนเองให้เหมาะสมกับสภาพของผู้ป่วยแต่ละคน (กองการพยาบาล, 2539, หน้า 4) รวมทั้งการเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติได้ซักถามข้อสงสัย และซักซ้อมความเข้าใจจนสามารถปฏิบัติได้ถูกต้อง (ประพิณ วัฒนกิจ, 2536, หน้า 13)

2.1.6 การเตรียมอุปกรณ์เครื่องใช้ในการบริการ และเอกสารให้ความรู้คำแนะนำ (กรณีการ พงษ์สนิท, 2540, หน้า 72) อุปกรณ์เครื่องใช้ที่ควรเตรียม ได้แก่ กระเป๋าย่อย ยาและเวชภัณฑ์ที่จำเป็น อุปกรณ์การตรวจร่างกาย สมุดบันทึก และแบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วย เพื่อนำไปใช้ในการรักษาพยาบาล การสาธิต และการช่วยเหลือต่าง ๆ ตามความเหมาะสม รวมถึงใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อให้การดูแลให้ถูกต้องและต่อเนื่อง ส่วนเอกสารที่ต้องเตรียมให้ผู้ป่วยและญาติ ได้แก่ คู่มือคำแนะนำการปฏิบัติตัวของผู้ป่วย ที่ต้องนำไปประกอบการให้ความรู้ คำแนะนำสำหรับผู้ป่วยและญาตินำไปปฏิบัติได้ถูกต้อง (ประพิณ วัฒนกิจ, 2536, หน้า 12)

2.1.7 การนัดหมายผู้ป่วยและญาติ ควรมีการนัดหมายผู้ป่วย และญาติล่วงหน้า ก่อนการให้บริการทุกครั้ง โดยกำหนดวันเวลาตามความเหมาะสมของผู้ป่วยแต่ละคน (กรณีการ พงษ์สนิท, 2540, หน้า 71)

2.1.8 การประชุมปรึกษาในทีมสุขภาพก่อนการให้บริการ (พรทิพย์ เกษรานนท์, 2539, หน้า 40) เพื่อวางแผนให้บริการตามลำดับความสำคัญของปัญหา

สรุป ขั้นตอนเตรียมการให้บริการ เป็นการประเมินและการระบุภาวะสุขภาพของผู้ป่วย โดยทีมสุขภาพ รวมทั้งเป็นการเตรียมผู้ป่วยและญาติให้มีความพร้อมในการดูแลตนเอง ก่อนกลับบ้าน

2.2 ขั้นการให้บริการ การให้บริการแก่ผู้ป่วยที่บ้าน สิ่งที่ต้องดำเนินการ ได้แก่

2.2.1 การติดตามผลการให้บริการในครั้งก่อน เพื่อประเมินผลว่าผู้ป่วยและญาติสามารถที่จะดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยที่บ้านได้มากน้อยเพียงใด (ศรีสุดา รัศมีพงศ์, 2537, หน้า 54)

2.2.2 การเก็บรวบรวมข้อมูลเพิ่มเติม ข้อมูลของผู้ป่วยมักมีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา ทีมสุขภาพควรเก็บรวบรวมข้อมูลทุกครั้งที่ใช้บริการ โดยอาศัยการสังเกต การซักถาม และการประเมินภาวะสุขภาพตามความเหมาะสม ข้อมูลที่ควรเก็บรวบรวมเพิ่มเติม เช่น ข้อมูลด้านสุขภาพอนามัย ข้อมูลบทบาทหน้าที่และความสัมพันธ์ของผู้ป่วยกับสมาชิกในครอบครัว รวมถึงข้อมูลการใช้ทรัพยากรที่มีอยู่ในครอบครัวและในชุมชนในการดูแลรักษาสุขภาพ (จรรยา เสี่ยงเสนาะ และ วารี ระกิติ, 2537, หน้า 304-305 ; กรณีการ พงษ์สนิท, 2540, หน้า 72)

2.2.3 การให้บริการแก่ผู้ป่วยตามแผนที่วางไว้ ทีมสุขภาพที่ออกให้บริการ ต้องมีความสามารถในการแก้ปัญหาตามความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว สามารถตอบสนอง ความต้องการให้แก่ผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม รวมทั้งช่วยให้ผู้ป่วยและญาติมีความเชื่อมั่นและมั่นใจ ในการดูแลสุขภาพตนเองได้ เพื่อก่อให้เกิดความร่วมมือและความเข้าใจของผู้ป่วยและญาติ ให้มีการปฏิบัติตามแผนที่วางไว้ (ศรีสุตา รัศมีพงศ์, 2537, หน้า 54) โดยทีมสุขภาพที่ออกให้บริการ จะเป็นผู้ชี้แนะให้ผู้ป่วยและญาติเลือกปฏิบัติตามความรู้ ความสามารถ และทรัพยากรที่มีอยู่ ซึ่งทีมสุขภาพสามารถให้ความช่วยเหลือแก่ผู้ป่วยและญาติได้ในลักษณะดังต่อไปนี้ (จรรยา เสียงเสนาะ และ วารี ระกิติ, 2537, หน้า 305 ; กรรณิการ์ พงษ์สนิท, 2540, หน้า 72-73) คือ

- (1) การสอนและการให้คำแนะนำปรึกษา ควรเน้นเรื่องที่สำคัญ และ เรื่องที่ผู้ป่วยและญาติปฏิบัติได้ตามความรู้ความสามารถ
- (2) การให้การรักษาพยาบาลในรายที่ไม่สามารถปฏิบัติได้ถูกต้องหรือไม่ปฏิบัติเลย เพื่อป้องกัน แก้ไขภาวะแทรกซ้อน ความพิการ และการฟื้นฟูสภาพ
- (3) การสาธิตการพยาบาล เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติสามารถนำไปปฏิบัติ ได้ถูกต้องเหมาะสมกับสภาพความเจ็บป่วย
- (4) การดัดแปลงอุปกรณ์ เครื่องใช้ต่าง ๆ ในครัวเรือนและในชุมชน มาประยุกต์ใช้กับการดูแลผู้ป่วย เพื่อลดความสิ้นเปลือง และนำสิ่งที่มีอยู่มาใช้ให้เกิดประโยชน์ อย่างเต็มที่

2.2.4 การสรุปและการประเมินผลย้อนกลับ ทีมสุขภาพควรสรุปให้ผู้ป่วยและ ญาติทราบถึงผลการให้บริการในเรื่องเกี่ยวกับ ปัญหาการเปลี่ยนแปลงภาวะสุขภาพอนามัยของ ผู้ป่วย การเจริญเติบโต พัฒนาการ และพฤติกรรมอนามัยที่ถูกต้องหรือไม่ถูกต้อง นอกจากนี้ ต้องประเมินผลย้อนกลับของการให้ความรู้ คำแนะนำ และการสาธิตต่าง ๆ ที่ได้ให้แก่ผู้ป่วยและ ญาติ เพื่อความถูกต้องในการนำไปปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง (กรรณิการ์ พงษ์สนิท, 2540, หน้า 73)

2.2.5 การนัดหมายผู้ป่วยและญาติ ทีมสุขภาพควรนัดหมายวันเวลาในการให้ บริการครั้งต่อไป เพื่อจะได้ไปติดตามผลการให้บริการในครั้งที่ผ่านมา (กรรณิการ์ พงษ์สนิท, 2540, หน้า 73)

2.2.6 การทำความสะอาดและการเก็บอุปกรณ์ เครื่องใช้ต่าง ๆ ที่นำออกไป ให้บริการแก่ผู้ป่วย ภายหลังการให้บริการแล้วทุกครั้งต้องมีการทำความสะอาดอุปกรณ์ เครื่องใช้ ต่าง ๆ เพื่อป้องกันการติดเชื้อ และป้องกันการแพร่กระจายเชื้อโรค (กรรณิการ์ พงษ์สนิท, 2540, หน้า 73) รวมถึงการเก็บอุปกรณ์เครื่องใช้เข้าที่ให้เรียบร้อยเพื่อสะดวกในการนำมาใช้ในครั้งต่อไป

2.2.7 การบันทึกรายงาน ต้องมีการบันทึกรายงานการให้บริการและผลการปฏิบัติงานทุกครั้งลงในเวชระเบียนรายงานและแบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วย เพื่อเก็บรวบรวมไว้เป็นหลักฐานการดำเนินการและหลักฐานการปฏิบัติงานของทีมสุขภาพ (ประพิณ วัฒนกิจ, 2536, หน้า 9 ; พรทิพย์ เกตุรานนท์, 2539, หน้า 41) นอกจากนี้การบันทึกรายงานที่ดี ยังสามารถนำไปใช้ประโยชน์ได้หลายประการ คือ (จรรยา เติงเสนาะ และ วารี ระกิติ, 2537, หน้า 307 ; กรรณิการ์ พงษ์สนิท, 2540, หน้า 74)

- (1) ใช้เป็นหลักฐานแสดงผลการให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยและญาติแก่ผู้ร่วมงาน และบุคคลหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง
- (2) ใช้เป็นข้อมูลสำหรับวางแผนในการให้บริการแก่ผู้ป่วยในครั้งต่อไป
- (3) ใช้แสดงความต่อเนื่องและความก้าวหน้าของการปฏิบัติงาน เพื่อนำไปใช้ปรับปรุงวิธีดำเนินการให้มีคุณภาพยิ่งขึ้น
- (4) ใช้เป็นเครื่องมือในการประเมินผลการดูแลผู้ป่วย และครอบครัว
- (5) ใช้เป็นแหล่งข้อมูลสำหรับเผยแพร่ความรู้แก่ผู้ปฏิบัติงานในทีมสุขภาพ และการศึกษาชั้นคว่ำต่าง ๆ
- (6) ใช้เป็นหลักฐานทางกฎหมาย

2.2.8 การประชุมปรึกษาของทีมสุขภาพภายหลังการให้บริการ เพื่อสรุปผลการให้บริการที่ให้แกผู้ป่วย และวางแผนการให้บริการในครั้งต่อไปให้สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย (ประพิณ วัฒนกิจ, 2536, หน้า 8 ; พรทิพย์ เกตุรานนท์, 2539, หน้า 40) รวมถึงเพื่อวางแผนสิ้นสุดการให้บริการ เมื่อผู้ป่วยมีสุขภาพดีขึ้น หรือมีสุขภาพใกล้เคียงกับภาวะปกติ หรือผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองและสามารถพึ่งตนเองได้ และญาติหรือครอบครัวสามารถให้การช่วยเหลือต่อไปได้ (Ringsven & Jorenby, 1988 อ้างใน พรทิพย์ เกตุรานนท์, 2539, หน้า 32)

สรุป ขั้นตอนการให้บริการ เป็นการให้บริการแก่ผู้ป่วยที่บ้านตามแผนที่วางไว้ โดยอาศัยการประสานงานของบุคลากรในทีมสุขภาพ เพื่อให้การดูแลรักษาพยาบาลแก่ผู้ป่วย และสามารถติดตามผู้ป่วยได้ (สุภาวดี ลิ้มปนาทร, 2538, หน้า 10-11) รวมถึงเป็นการสร้างความร่วมมือระหว่างผู้ป่วยและครอบครัวกับทีมสุขภาพในการแก้ไข้ปัญหา โดยเน้นให้ผู้ป่วยและครอบครัวช่วยเหลือตนเองได้มากที่สุด (จรรยา เติงเสนาะ และ วารี ระกิติ, 2537, หน้า 278)

2.3 ขั้นตอนประเมินผลการให้บริการ

การประเมินผลการให้บริการดูแลสุขภาพที่บ้าน สามารถทำได้ทั้งในขณะที่ให้บริการ (formative evaluation) ซึ่งเป็นการให้บริการและประเมินผลควบคู่กันไปพร้อมกันเป็นระยะ ๆ ตลอดเวลาที่ให้บริการ และการประเมินผลเมื่อสิ้นสุดการให้บริการ (summative

evaluation) จะเป็นการประเมินผลเมื่อสิ้นสุดการให้บริการแล้ว (อุทัย หิรัญโคต, 2532, หน้า 29 ; กองการพยาบาล, 2539, หน้า 21 ; เดือนทิพย์ เขษมโอภาส, 2539, หน้า 171) ทั้งนี้เพื่อให้ทราบข้อบกพร่อง ปัญหาและอุปสรรคในแต่ละระยะของการให้บริการ แล้วนำมาปรับปรุงแก้ไข การให้บริการในแต่ละระยะให้บรรลุตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ (ชลอสรี แดงเปี่ยม, 2528, หน้า 241) ซึ่งเมื่อบรรลุเป้าหมายของการให้บริการแล้ว การช่วยเหลือก็ยุติ แต่ในกรณีที่ไม่บรรลุเป้าหมายตามที่ตั้งไว้ ทีมสุขภาพจำเป็นต้องย้อนกลับมาประเมินในทุกขั้นตอนของการให้บริการว่ามีความบกพร่องในจุดใด เพื่อที่จะได้ปรับปรุงวิธีการช่วยเหลือผู้ป่วยไปจนกว่าจะบรรลุเป้าหมาย หรือเพื่อปรับเปลี่ยนเป้าหมายให้สอดคล้องกับความเป็นจริงมากขึ้น (ศิริพร ชัมภลิจิต, 2533, หน้า 37) ในการประเมินผลการให้บริการ สามารถทำได้หลายวิธี เช่น การตรวจร่างกาย การสังเกต การสอบถาม การสัมภาษณ์ แล้วจึงนำมาตัดสินใจว่าพฤติกรรม หรือการเรียนรู้ หรือความก้าวหน้าของผู้ป่วยเป็นไปตามเกณฑ์หรือไม่ (กองการพยาบาล, 2539, หน้า 21) รวมถึงการประเมินผลที่คาดว่าจะได้รับจากการพยาบาล และการตรวจสอบการพยาบาลจากบันทึก ถือว่าเป็นการใช้เครื่องมือในการประเมินผลที่สามารถนำมาประยุกต์ใช้ในการประเมินผลการให้บริการสาธารณสุขได้อีกด้วย (กันยา กาญจนบุรานนท์ และ พรทิพย์ เกษยานนท์, 2537, หน้า 84-89)

สรุป ขั้นตอนประเมินผลการให้บริการ เป็นเครื่องมือที่ใช้วัดความสำเร็จ หรือ ความล้มเหลวของงาน (จริยวัตร คมพยัคฆ์ และ อุดม คมพยัคฆ์, 2528, หน้า 168) ทำให้ผู้ปฏิบัติงานได้ทราบถึงข้อบกพร่องต่าง ๆ ในการทำงาน และเป็นแนวทางในการปรับปรุงงานให้ดียิ่งขึ้น (ประภา ลิ้มประสูตร และ พรณี เหมือนวงศ์, 2528, หน้า 828) จากที่กล่าวมาข้างต้น การประเมินผลการให้บริการดูแลสุขภาพที่บ้าน จะประเมินได้จากภาวะสุขภาพของผู้ป่วยเมื่อสิ้นสุดการให้บริการ และประเมินโดยการตรวจสอบจากการทำรายงาน ซึ่งจะช่วยให้ทราบถึงผลการให้บริการแก่ผู้ป่วยของทีมสุขภาพ ว่าบรรลุเป้าหมายตามเกณฑ์ที่ตั้งไว้หรือไม่ เพื่อที่จะได้นำมาปรับปรุงแก้ไขการบริการให้ดีขึ้นเมื่อพบข้อบกพร่อง

3. เครือข่ายการให้บริการดูแลสุขภาพที่บ้าน

ฮอร์นบี (Hornby, 1995, p. 780) ให้ความหมายเครือข่ายการให้บริการว่าเป็นกลุ่มของบุคคลตั้งแต่ 2 คนขึ้นไป หรือสถานบริการตั้งแต่ 2 แห่งขึ้นไปที่มีการเชื่อมต่อ หรือเชื่อมโยงการบริการกันอย่างใกล้ชิด

กรกมล รามบุตร (2535, หน้า 30) กล่าวว่าเครือข่าย เป็นกลุ่มขององค์กรซึ่งเชื่อมหรือติดต่อระหว่างกัน เพื่อสร้างระบบที่จะดำเนินการให้จุดมุ่งหมายบางอย่างประสบผลสำเร็จ การเชื่อมนี้จะต้องรวมกลไกการสื่อสารด้วย

ดังนั้น เครื่องข่ายการให้บริการดูแลสุขภาพที่บ้าน หมายถึง การสร้างระบบในการให้บริการดูแลสุขภาพที่บ้าน เพื่อให้เกิดกิจกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยและญาติร่วมกับทีมสุขภาพ โดยใช้การติดต่อประสานงานกันระหว่างสถานบริการกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง หรือสถานบริการกับผู้ป่วยและครอบครัว โดยใช้ระบบการส่งต่อผู้ป่วย และใช้ช่องทางการติดต่อสื่อสาร การให้บริการดูแลสุขภาพที่บ้านมีความเกี่ยวข้องกับเครือข่ายการให้บริการ ดังนี้

3.1 การดำเนินการระหว่างญาติ ครอบครัว ชุมชน และหน่วยงาน หรือองค์กรต่าง ๆ

3.1.1 บทบาทหน้าที่ของญาติและครอบครัว

ผู้ที่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยมากที่สุดคือญาติและครอบครัว ซึ่งญาติจะเป็นบุคคลที่มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยทางสายโลหิต ทางกฎหมาย หรือบุคคลที่เกิดจากระบบสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคล ซึ่งให้การช่วยเหลือแก่ผู้ป่วยทั้งขณะป่วยที่บ้านและในสถานบริการ สาธารณสุข รวมทั้งเป็นผู้ตอบสนองความต้องการการดูแลที่เกิดจากภาวะความพร่องทางร่างกายสติปัญญาและสภาวะอารมณ์ของผู้ป่วย (ยูพาฟิน ศิริโพธิ์งาม, 2539, หน้า 84) ส่วนครอบครัวเป็นการรวมกลุ่มของบุคคลที่มีความสัมพันธ์และคล้ายคลึงกันอย่างมากในทางด้านชีวภาพ สิ่งแวดล้อม และจิตใจ เมื่อเกิดการเจ็บป่วยหรือเกิดปัญหาสุขภาพของสมาชิกผู้ใดผู้หนึ่งขึ้นในครอบครัว จึงมีผลกระทบต่อสมาชิกคนอื่นหลายประการ เช่น ทำให้เกิดความทุกข์ ความวิตกกังวลต่อสิ่งที่เกิดขึ้น สมาชิกอื่นต้องทำหน้าที่แทนสมาชิกที่ไม่สามารถทำหน้าที่ของตนได้ ครอบครัวสูญเสียเวลาและทรัพย์สินในการดูแลรักษาหรือแก้ปัญหา กรณีที่เป็นโรคติดต่อ อาจทำให้สมาชิกอื่นในครอบครัวเกิดการติดเชื้อและเจ็บป่วยได้ (กรรณิการ์ พงษ์สนิท, 2540, หน้า 32) รวมถึงครอบครัวอาจมีความรู้สึกสูญเสียเกียรติยศชื่อเสียง ทำให้สังคมรังเกียจ (สมใจ ทนุกุล, 2537, หน้า 201) ดังนั้นจึงเป็นบทบาทหน้าที่ของญาติและครอบครัวที่ต้องปฏิบัติเมื่อมีสมาชิกในครอบครัวเกิดการเจ็บป่วยขึ้น ได้แก่ (กรรณิการ์ พงษ์สนิท, 2540, หน้า 32)

(1) สามารถสังเกตเห็นอาการผิดปกติต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นกับสมาชิกในครอบครัว เช่น อาการอ่อนเพลีย เบื่ออาหาร ซึม เหงื่อหอบ หงุดหงิด นอนไม่หลับ

(2) สามารถช่วยเหลือเมื่อมีอาการผิดปกติตามกำลังความสามารถ ความเชื่อและค่านิยม ตลอดจนนำไปปรับการตรวจรักษาจากสถานบริการสุขภาพเมื่ออาการไม่ทุเลา

(3) สามารถให้การดูแลและให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยในครอบครัวได้อย่างเหมาะสม เช่น การให้ยาตามเวลา และวิธีการที่แพทย์สั่ง จัดอาหารที่ไม่ขัดต่อการเจ็บป่วยช่วยเหลือดูแลทำความสะอาดร่างกายและอนามัยส่วนบุคคล

(4) จัดสภาพแวดล้อมในบ้านเรือนให้เหมาะสมกับสภาพความต้องการของผู้ป่วย เช่น จัดที่พักให้สะอาด ไม่มีเสียงรบกวน อากาศถ่ายเทสะดวก มีแสงสว่างและอุณหภูมิที่เหมาะสม

(5) รักษาสัมพันธภาพที่ดีระหว่างครอบครัวและชุมชน โดยมีให้การเจ็บป่วยของสมาชิกเป็นอุปสรรคต่อสัมพันธภาพของชุมชน ควรจัดให้สมาชิกมีสุขภาพดีไปร่วมกิจกรรมต่าง ๆ ของชุมชน ตามโอกาสที่เอื้ออำนวย

3.1.2 ความสำคัญของการดูแลผู้ป่วยโดยญาติและครอบครัว

ในภาวะเจ็บป่วย ผู้ป่วยมีความพร้อมในการดูแลตนเอง (สมจิต หนูเจริญกุล, 2539, หน้า 21) ทำให้การรู้คิดและตัดสินใจลดลง ทำให้การปฏิบัติตามคำแนะนำของทีมงานสุขภาพ และการดูแลตนเองไม่ถูกต้องเหมาะสม ญาติและครอบครัวจึงเป็นผู้ช่วยเหลือผู้ป่วยในสิ่งเหล่านี้ได้ติดตั้งแต่แรกเริ่มผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ทั้งยังจะช่วยให้ญาติและครอบครัวมีความพร้อมที่จะรับผู้ป่วยไปดูแลต่อเองที่บ้านเมื่อผู้ป่วยได้รับการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล นอกจากนี้ยังช่วยลดความเครียด ความวิตกกังวลของผู้ป่วยและครอบครัวได้ด้วย เพราะญาติได้ผ่านการฝึก ทดลองปฏิบัติจนค่อย ๆ ซึมซับและยอมรับภาระการดูแลผู้ป่วยต่อไป ส่วนผู้ป่วยจะได้รับการดูแลต่อเองที่บ้านอย่างถูกต้องเหมาะสม โอกาสการกลับเป็นซ้ำทำให้ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลอีก หรือมีภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ลดลง ระยะเวลาที่ผู้ป่วยมีอาการของโรคสงบยาวนานขึ้น (ทัศนีย์ อนันตพันธุ์พงศ์, 2540, หน้า 111-112)

3.1.3 ความสำคัญของชุมชน หรือองค์กรต่างๆ ต่อผู้ป่วย

ผู้ป่วย ญาติ และครอบครัวอาศัยอยู่ในชุมชนที่ประกอบขึ้นด้วยกลุ่มคนที่มีความผูกพัน มีปฏิสัมพันธ์ต่อกัน และมีหน้าที่เกี่ยวข้องกัน (Skrovan, Anderson & Gottschalk, 1974 cited in Clark, 1984, p. 5) สามารถให้ความช่วยเหลือสนับสนุนแก่ผู้ป่วย ญาติ และครอบครัวได้เช่นเดียวกับสถานบริการสุขภาพหรือสถานบริการด้านสังคมอื่น ๆ ทั้งนี้เพื่อให้ผู้ป่วย ญาติและครอบครัวบรรลุเป้าหมายของจิตสังคม (psychosocial) ที่ดี สามารถติดต่อสื่อสาร และมีปฏิสัมพันธ์กับชุมชนได้ (Warren, 1978 cited in Cleman-Stone, Eigsti & McGuire, 1995, pp. 81-82) ชุมชนในความหมายนี้ จึงหมายถึงบุคคลหรือกลุ่มบุคคลที่มีอิทธิพลต่อผู้ป่วย ญาติ และครอบครัว เช่น กลุ่มผู้นำชุมชนที่สามารถให้ความช่วยเหลือในด้านต่าง ๆ ได้แก่ อสม. กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน กลุ่มแม่บ้าน แต่เนื่องจากผู้ป่วย ญาติ และครอบครัว มีความสามารถจำกัด ทั้งทางด้านกำลังกายและกำลังความคิด ซึ่งไม่สามารถกระทำสิ่งใด ๆ ให้สำเร็จลุ่ล่งไปตามความต้องการทุกอย่างได้ด้วยตนเองโดยลำพัง (ธงชัย สันติวงษ์, 2537, หน้า 6) จึงต้องเกิดการพึ่งพาหน่วยงานหรือองค์กรที่เกี่ยวข้องทั้งภาครัฐบาลและเอกชนที่มีอยู่ในชุมชน เพื่อนำมาเป็น

แหล่งประโยชน์ และตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย ญาติ และครอบครัวต่อไป
หน่วยงานหรือองค์กรที่ให้บริการด้านสุขภาพที่มีอยู่ในชุมชน ได้แก่ ศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน
(ศสมข.) สถานีอนามัย และโรงพยาบาลชุมชน ส่วนหน่วยงานหรือองค์กรที่ไม่ได้ให้บริการ
ด้านสุขภาพที่มีอยู่ในชุมชน และสามารถให้ความช่วยเหลือแก่ผู้ป่วยและญาติได้ ได้แก่
องค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) ศูนย์ฝึกอาชีพ รวมถึงมูลนิธิต่าง ๆ ที่ตั้งขึ้นมาโดยมี
วัตถุประสงค์เฉพาะ

ฉะนั้นจึงกล่าวได้ว่า ญาติและครอบครัวมีอิทธิพลต่อความสามารถในการดูแล
ตนเองและการปรับตัวของผู้ป่วย รวมทั้งมีอิทธิพลต่อการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยที่บ้าน เพราะถือว่า
ญาติและครอบครัวเป็นเครือข่ายที่สำคัญ ที่เชื่อมโยงการดูแลรักษาพยาบาลจากสถานพยาบาลไปสู่
ผู้ป่วยได้โดยตรงและดีที่สุด การสนับสนุนส่งเสริมให้ญาติ ครอบครัว ชุมชน หน่วยงานหรือ
องค์กรต่าง ๆ มีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพที่บ้าน จะต้องอาศัยความร่วมมือและการดำเนินการที่มี
ประสิทธิภาพ จึงจะสามารถนำแหล่งประโยชน์จากญาติ ครอบครัว ชุมชน และหน่วยงานหรือ
องค์กรในชุมชนมาใช้ให้เกิดประโยชน์สูงสุดกับตัวผู้ป่วย ทั้งยังมีผลทางอ้อมในการช่วยลดจำนวน
ผู้ป่วยที่กลับเข้ามารับการรักษาในโรงพยาบาล ประหยัดค่าใช้จ่ายของโรงพยาบาลและของรัฐ
ได้อีกทางหนึ่งด้วย (ทัศนีย์ อนันตพันธุ์พงศ์, 2540, หน้า 112)

3.2 ระบบการส่งต่อผู้ป่วย

ได้มีผู้ให้แนวคิดและความหมายไว้ต่างกัน เช่น

วรรณวิไล จันทราภา (2536, หน้า 47-48) กล่าวถึงแนวคิดเกี่ยวกับระบบ
การส่งต่อผู้ป่วยว่า เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาที่ถูกต้องตามอาการ ตามขั้นตอนและตาม
ความรุนแรงของโรค และเพื่อให้ประชาชนได้รับการรักษาพยาบาลเบื้องต้นในท้องถิ่น หรือใน
สถานพยาบาลซึ่งอยู่ใกล้บ้านมากที่สุด จะเป็นการช่วยประหยัดค่าใช้จ่ายให้น้อยลง ถ้าผู้ป่วย
มีอาการรุนแรงหรือซับซ้อน ควรได้รับการรักษาพยาบาลจากผู้ชำนาญเฉพาะสาขา จะเป็
นการส่งต่อจากระดับล่างไปสู่ระดับบน หรือระดับหมู่บ้าน ตำบล อำเภอไปสู่ระดับจังหวัด
ส่วนการส่งต่อผู้ป่วยจากระดับบนลงสู่ระดับล่าง คือ เมื่อผู้ป่วยได้รับการรักษาในระดับจังหวัด
หรืออำเภอมีอาการทุเลาลง สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง แต่ยังคงต้องการการดูแล
ต่อเนื่อง เช่น แผลยังไม่หาย ต้องได้รับการทำแผลหรือฉีดยาทุกวัน หรือวันเว้นวัน สถานบริการ
เหล่านั้นก็อาจส่งผู้ป่วยกลับมารับการรักษาต่อเนื่องยังสถานบริการซึ่งอยู่ใกล้บ้านที่สุดได้
โดยไม่จำเป็นต้องค้างในสถานบริการนั้น เป็นการประหยัดค่าใช้จ่ายทั้งฝ่ายผู้ป่วยและงบประมาณ
ของรัฐบาล และยังทำให้ผู้ป่วยมีโอกาสฟื้นฟูสภาพได้เร็วขึ้น ทั้งนี้ระบบการส่งต่อผู้ป่วย
จะสัมฤทธิ์ผลตามวัตถุประสงค์ จะต้องมีการจัดระบบที่ดี เจ้าหน้าที่ในสถานบริการแต่ละระดับ

จะต้องเข้าใจวัตถุประสงค์ของการดำเนินงาน เห็นความสำคัญและความจำเป็นของการจัดให้มีระบบงานนี้ขึ้น ตลอดจนต้องมีความรู้ความเข้าใจในวิธีการดำเนินงานตามขั้นตอน สามารถประสานงานกันอย่างถูกต้องทั้งภายในและระหว่างหน่วยงาน

กัญญา กาญจนบุรานนท์ (2540, หน้า 24) กล่าวว่า การส่งต่อผู้ป่วย หมายถึง การส่งต่อผู้ป่วยอย่างเป็นทางการเป็นระบบจากผู้ให้บริการของสถานบริการสาธารณสุขแห่งหนึ่งไปยังอีกแห่งหนึ่ง ที่สามารถให้บริการผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสมกว่า โดยมีข้อมูลของผู้ป่วยส่งไปพร้อมด้วย ทั้งนี้เพื่อให้สถานบริการที่รับผู้ป่วยได้ทราบถึงการดูแลผู้ป่วยในเบื้องต้นและสามารถให้การดูแลต่ออย่างถูกต้อง เมื่อทำการรักษาผู้ป่วยต่อแล้ว จะต้องแจ้งผลการรักษาไปให้กับสถานบริการที่ส่งผู้ป่วยมาทราบผลการรักษาหรือการวินิจฉัยว่าเป็นโรคอะไร การส่งต่อผู้ป่วยอาจมีลักษณะดังนี้ คือ การส่งมาจากสถานบริการสุขภาพเอกชน ประชาชน อสม. หรืออาสาสมัครอื่น ๆ การส่งต่อระหว่างสถานบริการระดับต่าง ๆ การส่งต่อภายในสถานบริการ และการส่งต่อกลับสถานบริการเดิม

คลีแมนสโตน, อิกสไตท์, และ แม็กกัวร์ (Cleman-Stone, Eigsti & McGuire, 1995, pp. 353-357) ได้ให้แนวคิดของระบบการส่งต่อผู้ป่วย ประกอบด้วยขั้นตอนการมีปฏิสัมพันธ์ในการทำงานเพื่อแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารกับผู้ป่วย การประเมินความต้องการใช้ระบบการส่งต่อจากสภาพผู้ป่วย การกำหนดวัตถุประสงค์ของการส่งต่อผู้ป่วย การระบุแหล่งประโยชน์ที่จะขอความช่วยเหลือได้จากการส่งต่อผู้ป่วย การให้ผู้ป่วยตัดสินใจเลือกที่จะใช้หรือไม่ใช้ระบบส่งต่อ การดำเนินการส่งต่อผู้ป่วยไปยังแหล่งประโยชน์ การทำให้ระบบส่งต่อมีความง่ายในการใช้ และการประเมินติดตามผลการส่งต่อผู้ป่วย

คลาร์ก (Clark, 1996, pp. 180-181) กล่าวว่า ระบบการส่งต่อผู้ป่วย เป็นกระบวนการส่งผู้ป่วยไปยังสถานที่หรือแหล่งความช่วยเหลืออื่น ที่มีการเชื่อมโยงการดูแลสุขภาพกับการให้บริการ และเป็นส่วนหนึ่งของการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยแต่ละคนและครอบครัว โดยพยาบาลอนามัยชุมชน จะเป็นผู้กำหนดกระบวนการส่งต่อผู้ป่วยที่มีความต้องการทางด้านสุขภาพ ซึ่งวัตถุประสงค์ของระบบการส่งต่อผู้ป่วยมี 2 ประการ คือ เพื่อรักษาสภาวะสุขภาพของผู้ป่วยให้คงที่ โดยการทำให้ผู้ป่วยเข้าถึงการบริการสุขภาพ รวมถึงสนับสนุนให้เข้าถึงการบริการอย่างอื่น ๆ ที่ไม่ใช่บริการด้านสุขภาพ และเพื่อเป็นการวางแผนให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยในการป้องกันปัญหา และอาการแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้น โดยให้เข้าถึงแหล่งประโยชน์ที่จะให้การช่วยเหลือ

สรุป ระบบการส่งต่อผู้ป่วย . เป็นเครื่องมือที่สำคัญในการดำเนินการดูแลสุขภาพที่บ้าน (Chromiak, 1992, p. 39) เพื่อนำผู้ป่วยที่พร้อมจะจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลกลับไปยังบ้านหรือชุมชน ทั้งยังช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาอย่างถูกต้องและต่อเนื่อง

จากหน่วยบริการสาธารณสุขในระดับหมู่บ้าน ตำบล ได้แก่ อสม. ศสมช. และสถานีอนามัย ไปยังหน่วยบริการสาธารณสุขในระดับอำเภอ หรือจังหวัดตามลำดับ หรือในทางกลับกัน จะเป็นการส่งผู้ป่วยที่มีอาการทุเลาแล้วจากระดับจังหวัด หรือระดับอำเภอมายังหน่วยบริการสาธารณสุขในระดับตำบล หมู่บ้าน โดยต้องส่งข้อมูลของผู้ป่วยและข้อมูลการรักษามาพร้อมผู้ป่วยด้วย จะช่วยให้ทีมสุขภาพได้ทราบประวัติของผู้ป่วย และสามารถให้การดูแลรักษาฟื้นฟูสภาพแก่ผู้ป่วยได้เร็วขึ้น (Chromiak, 1992, pp. 39-40) ทำให้ประหยัดเวลาและค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ทั้งนี้เจ้าหน้าที่จะต้องมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับวัตถุประสงค์และขั้นตอนในการส่งต่อผู้ป่วยอย่างดี รวมถึงต้องมีการประสานงานที่ดีทั้งภายในและภายนอกหน่วยงาน

3.3 ช่องทางการติดต่อสื่อสาร

ช่องทางการติดต่อสื่อสาร หรือ สื่อ เป็นเครื่องมือที่ผู้ส่งสารใช้ส่งสารไปถึงบุคคล กลุ่มบุคคลซึ่งเป็นผู้รับสารโดยตรง หรือผู้รับสารใช้ส่งสารย้อนกลับมายังผู้ส่งสาร เพื่อให้รู้ผลย้อนกลับของสารที่ส่งไป (สุภาณี วศินอมร, 2531, หน้า 47) หรือเป็นวิธีที่เสนอข่าวสาร (อรุณ รักธรรม, 2527, หน้า 318) ไปยังผู้รับสารเพื่อให้เกิดการเรียนรู้ โดยใช้ประสาทสัมผัสอย่างใดอย่างหนึ่ง หรือหลายอย่างรวมกัน (สุทัศนีย์ มีชูทรัพย์, 2536, หน้า 497) ช่องทางการติดต่อสื่อสาร หรือสื่อ แบ่งออกเป็น 2 ประเภทใหญ่ๆ ได้แก่

3.3.1 การแบ่งประเภทของสื่อโดยใช้สื่อเป็นเกณฑ์ แบ่งได้ 5 ชนิด คือ

- (1) สื่อธรรมชาติ เช่น บรรยากาศที่อยู่รอบตัวมนุษย์
- (2) สื่อมนุษย์ เช่น คนนำสาร โฆษก ตัวแทนการเจรจา
- (3) สื่อสิ่งพิมพ์ เช่น หนังสือพิมพ์ วารสาร นิตยสาร แผ่นพับ แผ่นปลิว หนังสือ คารา
- (4) สื่ออิเล็กทรอนิกส์ เป็นเครื่องมือที่อาศัยไฟฟ้าในการทำงาน เช่น โทรศัพท์ โทรพิมพ์ วิทยุ โทรทัศน์ และเครื่องฉายภาพชนิดต่างๆ
- (5) สื่อระคน เป็นสื่อที่นำข่าวสารได้ แต่ไม่อาจจัดเข้าประเภทใดใน 4 ชนิดข้างต้นได้ เช่น ป้ายโฆษณาตามที่สาธารณะ วัตถุจารึก รวมถึงสื่อพื้นบ้านต่างๆ

3.3.2 การแบ่งประเภทของสื่อโดยใช้สัญลักษณ์ของการเข้าถึงตัวผู้รับสารเป็นเกณฑ์ แบ่งได้ 2 ชนิด คือ

- (1) สื่อระหว่างบุคคล เป็นสื่อที่ใช้สำหรับการติดต่อสื่อสารระหว่างบุคคลที่อยู่ใกล้หรือไกลกันก็ได้ มีลักษณะเป็นเฉพาะตัวเฉพาะกลุ่ม ไม่เกี่ยวกับผู้อื่นที่ไม่เกี่ยวข้องกับการสื่อสารขณะนั้นๆ เช่น จดหมาย โทรเลข โทรศัพท์ บันทึกช่วยจำ อนุทิน เป็นต้น

(2) สื่อมวลชน เป็นสื่อที่ใช้สำหรับติดต่อกับผู้รับจำนวนมากที่อยู่ห่างไกลกันในเวลาเดียวกัน เช่น โทรทัศน์ วิทยุ ภาพยนตร์ หนังสือพิมพ์

3.3.3 ความสำคัญของการติดต่อสื่อสารในการดูแลสุขภาพที่บ้าน การดูแลสุขภาพที่บ้าน เป็นบริการด้านสุขภาพที่จะต้องมีการติดต่อสื่อสารกับบุคคลต่างๆ เช่น ทีมสุขภาพ ผู้ป่วย ญาติ และติดต่อสื่อสารกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้เกิดความร่วมมือกันในการแก้ไขปัญหาของผู้ป่วย ช่องทางการติดต่อสื่อสาร จึงเป็นองค์ประกอบสำคัญประการหนึ่งในการดำเนินงานการดูแลสุขภาพที่บ้าน ซึ่งจะทำหน้าที่ช่วยนำข่าวสารจากทีมสุขภาพไปยังผู้ป่วยและญาติ หรือนำข่าวสารข้อมูลจากผู้ป่วยและญาติไปยังทีมสุขภาพ เพื่อให้เกิดการแลกเปลี่ยนข่าวสารข้อมูลซึ่งกันและกัน และยังช่วยนำข่าวสารไปยังบุคคลหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องด้วย ทำให้ข่าวสารที่ส่งออกไปนั้นบรรลุวัตถุประสงค์ของผู้ส่งสารและผู้รับสาร (บุญศรี ปราบณศักดิ์ และ ศิริพร จิรววัฒน์กุล, 2536, หน้า 31-32) อันจะเป็นประโยชน์ในการรักษาพยาบาล (สุลักษณ์ มีชูทรัพย์, 2536, หน้า 496) ซึ่งในสถานการณ์หนึ่ง ทีมสุขภาพ ผู้ป่วย หรือญาติ อาจทำหน้าที่เป็นผู้ส่งสาร แต่ในอีกสถานการณ์หนึ่งอาจทำหน้าที่เป็นผู้รับสารก็ได้ ดังนั้น ช่องทางการติดต่อสื่อสารสำหรับการดำเนินงานการดูแลสุขภาพที่บ้านจัดให้มีขึ้น เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติสามารถติดต่อกับทีมสุขภาพหรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขได้อย่างรวดเร็วเมื่อมีปัญหาเกิดขึ้นที่บ้าน หรือเพื่อให้ทีมสุขภาพสามารถติดต่อกับผู้ป่วยและญาติที่บ้านได้ (ประพิณ วัฒนกิจ, 2536, หน้า 13 ; มนัสนิตย์ บุญยธรรม, 2538, หน้า 18) ช่องทางการติดต่อสื่อสารที่ใช้ในการดำเนินงานการดูแลสุขภาพที่บ้าน จะใช้วิธีการติดต่อโดยผ่านทางโทรศัพท์ ไปรษณีย์ วิทยุสื่อสารของสถานีอนามัยหรือโรงพยาบาล แจกผ่าน อสม. หรือติดต่อด้วยตนเอง (ประพิณ วัฒนกิจ, 2536, หน้า 13)

กล่าวโดยสรุป ช่องทางการติดต่อสื่อสารที่นำมาใช้ในการดำเนินงานการดูแลสุขภาพที่บ้านมีหลายวิธี ผู้ใช้จะต้องเลือกใช้ช่องทางการติดต่อสื่อสารในแต่ละวิธีให้เหมาะสมกับการใช้งาน ทั้งนี้เพื่อให้เกิดความรวดเร็วในการแลกเปลี่ยนข่าวสารข้อมูลระหว่างผู้ป่วยกับทีมสุขภาพเมื่อมีปัญหาฉุกเฉิน อันจะช่วยลดอันตรายที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วยได้

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

จากการทบทวนวรรณกรรม ไม่พบว่ามีการศึกษาค้นคว้าเกี่ยวกับการดำเนินงานการดูแลสุขภาพที่บ้านของโรงพยาบาลชุมชนโดยตรง แต่มีการศึกษาเกี่ยวกับนโยบาย และขั้นตอนการให้บริการดูแลสุขภาพที่บ้านและเครือข่ายการให้บริการ ดังนี้

จากการศึกษาเกี่ยวกับนโยบายการดำเนินงานของ วันทนา ทิพย์ถาวรนุกูล (2539, หน้า 79) เรื่องปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการต่อการปฏิบัติตามหลักการป้องกันการติดเชื้อจากการให้บริการทางการแพทย์และสาธารณสุขของพยาบาลในโรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ในเขตกรุงเทพมหานคร โดยศึกษาในพยาบาลวิชาชีพและพยาบาลเทคนิคที่ปฏิบัติงานบริการพยาบาลในโรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ในเขตกรุงเทพมหานคร 4 แห่ง จำนวน 455 คน สุ่มตัวอย่างตามระดับชั้นอย่างเป็นสัดส่วน โดยใช้แบบสอบถาม ผลการศึกษาพบว่า นโยบายมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติตามหลักการป้องกันการติดเชื้อจากการให้บริการทางการแพทย์และสาธารณสุข อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 แสดงว่าพยาบาลมีการรับรู้ต่อนโยบายการป้องกันการติดเชื้อจากการให้บริการทางการแพทย์และสาธารณสุขในระดับดี และจากการศึกษาของบุญสวย ค่อชีพ (2539, หน้า ๖) เรื่องการบริหารจัดการการให้คำปรึกษาทางสุขภาพของโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดชัยภูมิ ศึกษาในโรงพยาบาลชุมชน 14 แห่ง ในหัวหน้างาน และผู้ปฏิบัติงาน พบว่า ปัญหาและอุปสรรคในการให้คำปรึกษาทางสุขภาพของผู้ปฏิบัติงานถึงร้อยละ 41.6 มีนโยบาย เป้าหมายและวิธีการดำเนินงานไม่ชัดเจน ร้อยละ 35 ไม่มีการกำหนดหน้าที่ความรับผิดชอบและมอบหมายงานเป็นลายลักษณ์อักษร จะเห็นได้ว่าองค์กรที่มีนโยบายที่ดี มีการแจ้งให้บุคลากรรับทราบเป็นลายลักษณ์อักษร เพื่อให้บุคลากรมีการรับรู้ และปฏิบัติตามนโยบาย จะทำให้การดำเนินงานมีประสิทธิภาพ

การวิจัยเกี่ยวกับขั้นตอนการให้บริการดูแลสุขภาพที่บ้านแก่ผู้ป่วย ได้แก่ การศึกษาของ วิลาวัณย์ เสนารัตน์ และคณะ (2540, หน้า 58-64) เรื่องการให้บริการดูแลสุขภาพที่บ้านแก่ผู้ป่วยที่เข้ารับบริการโรงพยาบาลนครพิงค์ โดยใช้แบบสำรวจข้อมูลจากบันทึกและรายงานผู้ป่วย และแบบสอบถาม จากผู้ป่วยที่ได้รับบริการดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่องที่บ้าน จำนวน 131 คน พบว่า ขั้นตอนการดูแลสุขภาพที่บ้านประกอบด้วย ขั้นตอนการรับผู้ป่วยเข้าโครงการ จะรับผู้ป่วยจากคลินิกต่าง ๆ ในแผนกผู้ป่วยนอก โดยแพทย์ที่ตรวจรักษาและพยาบาลประจำห้องตรวจเป็นผู้นำส่งผู้ป่วยให้พยาบาลประจำโครงการดูแลสุขภาพที่บ้าน และรับจากแผนกผู้ป่วยใน โดยแพทย์เจ้าของไข้และพยาบาลประจำหอผู้ป่วยเป็นผู้นำส่งผู้ป่วยให้พยาบาลประจำโครงการ ขั้นตอนเตรียมก่อนการให้บริการ จะมีพยาบาลประจำโครงการตรวจสอบประวัติและสอบถามความสมัครใจผู้ป่วย มีการประชุมปรึกษาของทีมสุขภาพและเตรียมความพร้อมผู้ป่วยก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ขั้นตอนการให้บริการดูแลสุขภาพที่บ้าน โดยพยาบาลประจำโครงการเป็นผู้ประสานงานกับผู้ป่วยและทีมสุขภาพในการจัดวัน เวลาออกให้บริการ รวมถึงเป็นผู้จัดเตรียมวัสดุ อุปกรณ์เวชภัณฑ์ที่จำเป็นในการให้บริการ และบันทึกรายงานการออกให้บริการ และขั้นตอนประเมินผล

การดำเนินงาน จะประชุมพิจารณาแบบแผนการดำเนินงานและปรับแผนการรักษาตามความจำเป็น โดยการติดตามและประเมินผลการให้บริการที่ให้กับผู้ป่วย เพื่อส่งต่อผู้ป่วยให้ได้รับการรักษา ที่ถูกต้อง หรือจำหน่ายออกจากโครงการตามสภาวะอาการของผู้ป่วย สอดคล้องกับการศึกษาของ พิมล พันธุ์ไว (2529, หน้า 89-90) เรื่องผลของการเตรียมผู้ป่วยและญาติ และการเยี่ยมบ้านของ พยาบาลสาธารณสุขในผู้ป่วยหลังผ่าตัดโรคนิวไคโนโตและท่อไต ถือเป็นขั้นตอนการให้บริการ ดูแลสุขภาพที่บ้าน พบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการเตรียมและการเยี่ยมบ้านจากพยาบาลสาธารณสุข มีอาการทั่วไปและการปฏิบัติตัวในระยะพักฟื้นที่บ้านดีกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับการเยี่ยม และจากการ ศึกษาของรุจิรา มังคละศิริ (2538, หน้า 34-43) เรื่องการจัดบริการสาธารณสุขในกลุ่มเสี่ยง : รูปแบบหนึ่งของการดูแลสุขภาพที่บ้าน โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเสนอกรณีตัวอย่างการจัดบริการ สาธารณสุขในกลุ่มเสี่ยงรูปแบบหนึ่งของการดูแลสุขภาพที่บ้านในงานเวชกรรมสังคม และ เสนอผลงานบางส่วนในการค้นหาคัดกรองกลุ่มเสี่ยงในพื้นที่เขต 1, 2 ของฝ่ายเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา ผลการศึกษาพบว่า ขั้นตอนในการดำเนินงานการจัดบริการ ประกอบด้วย ขั้นการจัดข้อมูลสาธารณสุขในระดับชุมชนให้เป็นระบบเป็นหมวดหมู่ ที่ง่ายต่อการใช้ ขั้นการสร้างและการใช้เครื่องมือในการค้นหา คัดกรองกลุ่มเสี่ยง ขั้นการจัด บริการเวชปฏิบัติครอบครัวแบบเบ็ดเสร็จ ผสมผสาน และครบวงจรแก่ผู้ที่มีความเสี่ยง และ ขั้นการค้นหาผู้มีอิทธิพลในครอบครัว เพื่อสร้างให้เป็นผู้ดำเนินการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเสี่ยง ตลอดจนดูแลสุขภาพของครอบครัวด้วยตนเอง

การศึกษาในเรื่องเครือข่ายของการให้บริการเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมของญาติ ได้แก่ การศึกษาของประคอง อินทรสมบัติ, ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม, ศิรินทร ถิ่นศิริการญจน์, ชวดี แยมวงษ์, และ สุวรรณ มหากาญจน์ (2539, หน้า 4-15) เรื่องผลของการให้ผู้ป่วยและญาติ มีส่วนร่วมในการดูแลต่อความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน ความผาสุก ภาวะแทรกซ้อน และจำนวนวันที่นอนในโรงพยาบาลของผู้ป่วยสูงอายุ ความพึงพอใจของผู้ป่วยและญาติ ต่อการพยาบาลที่ได้รับ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยสูงอายุและญาติที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วย อายุรกรรมสามัญ โรงพยาบาลรามธิบดี จำนวน 60 คู่ เลือกแบบเจาะจง แบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและ กลุ่มทดลองจำนวนกลุ่มละ 30 คู่ ทั้งสองกลุ่มได้รับการพยาบาลตามปกติ แต่กลุ่มทดลองได้รับการพยาบาลร่วมกับทำให้ผู้ป่วยและญาติมีส่วนร่วมในการดูแล พบว่า ความสามารถในการทำกิจ วัตรประจำวัน ความผาสุกของผู้ป่วยและความพึงพอใจต่อการพยาบาลที่ได้รับของผู้ป่วยและญาติ กลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001, .05 และ .001 ตามลำดับ สอดคล้องกับการศึกษาของ สุมณา แสนมาโนช (2541, หน้า ๖) ศึกษาผลของการส่งเสริมให้ญาติ มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุกระดูกสะโพกหักที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกต่อ

การฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัด ความวิตกกังวลของญาติ และความพึงพอใจของผู้ป่วยและญาติ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยสูงอายุกระดูกสะโพกหักและญาติที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยนครราชสีมา 40 คู่ เลือกแบบเจาะจง แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ ส่วนกลุ่มทดลองได้รับการพยาบาลตามปกติร่วมกับการส่งเสริมให้ญาติมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย พบว่า ผู้ป่วยสูงอายุกลุ่มทดลองมีการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัด ด้านความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และความพึงพอใจ สูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 เช่นเดียวกับการศึกษาของทัศนีย์ อนันตพันธ์พงศ์ (2538, หน้า ก-ข) เรื่องผลของการส่งเสริมญาติให้มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลต่อการฟื้นฟูสภาพ และความพึงพอใจของญาติต่อการพยาบาล กลุ่มตัวอย่างเป็นญาติและผู้ป่วยหญิงสูงอายุที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยสามัญหญิง โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ จำนวน 60 คู่ เลือกแบบเจาะจง แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ ส่วนกลุ่มทดลองได้รับการพยาบาลตามปกติร่วมกับการส่งเสริมให้ญาติมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย พบว่า การฟื้นฟูสภาพด้านจิตใจของผู้ป่วยกลุ่มทดลอง และความพึงพอใจต่อการพยาบาลของญาติกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 จะเห็นได้ว่า การส่งเสริมให้ญาติมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย จะสามารถพัฒนาการเรียนรู้ของญาติ และส่งผลให้การให้บริการดูแลสุขภาพที่บ้านเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ

สำหรับเครือข่ายของการให้บริการเกี่ยวกับระบบการส่งต่อผู้ป่วยนั้น มีการศึกษาของแลมพ์เลย์ และฟรีแมน (Lampley & Freeman, 1984 อ้างใน พรทิพย์ เกตุรานนท์, 2539, หน้า 59) ทำการศึกษาเรื่อง การใช้ประโยชน์และแบบแผนการส่งต่อสำหรับการบริการดูแลสุขภาพที่บ้าน : ข้อมูลพื้นฐานสำหรับการกำหนดความต้องการ โดยการสำรวจจากกลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นหน่วยงานการดูแลสุขภาพที่บ้านทั่วไปที่ให้บริการใน 11 เมือง ในรัฐมิสซิสซิปปี เกี่ยวกับลักษณะทางประชากร วิธีการส่งต่อไปดูแลที่บ้าน และลักษณะการวินิจฉัย ซึ่งผลการเปรียบเทียบการวินิจฉัยของประชาชนที่มีอายุ 65 ปี และอายุมากกว่า 65 ในการใช้ประโยชน์ในการบริการดูแลสุขภาพที่บ้าน พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่ที่ส่งต่อเข้ารับบริการเป็นผู้ป่วยที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาล และมีอายุมากกว่า 65 ปี ส่วนวิธีการส่งต่อนั้น พบว่า แพทย์และบุคลากรของโรงพยาบาลร่วมกันส่งต่อผู้ป่วย ร้อยละ 70 ของการส่งต่อ และที่เหลือจะเป็นการส่งต่อโดยชุมชน (Community Referrals) ซึ่งผู้ส่งต่อคือ พยาบาลการดูแลสุขภาพที่บ้านที่เป็นผู้ช่วยเหลือคนแรกที่ได้รับบริการมองเห็นและติดต่อกับในการดูแลสุขภาพที่บ้าน แสดงให้เห็นว่า การให้บริการดูแลสุขภาพที่บ้าน ถ้ามีการใช้เครือข่ายของการให้บริการโดยระบบการส่งต่อผู้ป่วย จะส่งผลให้การดำเนินงานการดูแลสุขภาพที่บ้านมีประสิทธิภาพได้

จากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่า การดูแลสุขภาพที่บ้าน เป็นการจัดการบริการแก่ผู้ป่วยให้ได้รับการดูแลต่อเนื่องตั้งแต่อยู่ในโรงพยาบาลจนกระทั่งกลับไปอยู่บ้าน ซึ่งในปัจจุบันนี้กระทรวงสาธารณสุขได้ขยายการดำเนินงานไปสู่ทุกระดับของสถานบริการแล้ว และในส่วนของโรงพยาบาลชุมชน ถือเป็นสถานบริการสาธารณสุขในระดับอำเภอที่ได้จัดการบริการดูแลสุขภาพที่บ้าน เพื่อตอบสนองนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขในการให้บริการแก่ผู้ป่วย ซึ่งในการดำเนินงานการดูแลสุขภาพที่บ้านของโรงพยาบาลชุมชน จะประสบผลสำเร็จได้นั้นจะต้องมีองค์ประกอบอย่างน้อย 3 ประการ คือ นโยบาย ขั้นตอนการให้บริการ และเครือข่ายการให้บริการ

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการศึกษา

การดำเนินงานการดูแลสุขภาพที่บ้านของโรงพยาบาลชุมชนนั้น ขึ้นอยู่กับองค์ประกอบที่เหมาะสม 3 ด้าน คือ นโยบาย ขั้นตอนการให้บริการ และเครือข่ายการให้บริการ ซึ่งการดำเนินงานที่มีประสิทธิภาพ จะช่วยให้ประชาชนสามารถดูแลตนเองทางด้านสุขภาพได้อย่างถูกต้องภายใต้การดูแลอย่างต่อเนื่องของทีมสาธารณสุขตั้งแต่ระดับจังหวัด อำเภอ ตำบล จนถึงระดับหมู่บ้าน นอกจากนี้การดูแลสุขภาพที่บ้านยังจะช่วยลดจำนวนผู้ป่วยในโรงพยาบาล ลดจำนวนวันที่ต้องนอนในโรงพยาบาล ลดค่าใช้จ่ายของทั้งรัฐบาลและประชาชนได้ ทำให้ประชาชนมีความมั่นใจ อบอุ่นทางจิตใจ รู้สึกว่ามีผู้คอยดูแลสุขภาพอนามัยถึงแม้จะอยู่ที่บ้าน เกิดความสัมพันธ์อันดีระหว่างประชาชนและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขทุกระดับ และพัฒนาศักยภาพการดูแลตนเองทางด้านสุขภาพอนามัยของประชาชน ประชาชนพึ่งตนเองได้ ดังนั้นการศึกษารายงานการดูแลสุขภาพที่บ้านของโรงพยาบาลชุมชนตามองค์ประกอบหลัก 3 ด้านนี้จะทำให้ทราบแนวทางการดำเนินงานของโรงพยาบาลชุมชน เพื่อนำไปใช้เป็นแนวทางในการกำหนดรูปแบบการดำเนินงานการดูแลสุขภาพที่บ้านที่เหมาะสมต่อไป