

## บทที่ 5

## สรุปผลการศึกษา อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การศึกษารุ่นนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาดำเนินงาน การดูแลสุขภาพที่บ้านของโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดน่าน ในด้านนโยบายการดำเนินงาน การดูแลสุขภาพที่บ้าน ขั้นตอน และเครือข่ายการให้บริการ รวมถึงปัญหา อุปสรรคที่พบ ในการดำเนินงานและแนวทางแก้ไข เลือกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงจากแพทย์และพยาบาล ที่ให้บริการดูแลสุขภาพที่บ้านของโรงพยาบาลชุมชน 12 แห่ง จังหวัดน่าน จำนวน 58 คน รวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม ที่ผ่านการตรวจสอบความเที่ยงตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน หลังจากนั้นนำมาปรับปรุงแก้ไข และนำไปทดลองใช้กับผู้ให้บริการดูแลสุขภาพ ที่บ้านซึ่งปฏิบัติงานอยู่ในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดเชียงใหม่ จำนวนทั้งหมด 30 คน แล้วนำมาวิเคราะห์หาความเชื่อมั่นโดยวิธีคูเคอร์ริชาร์ดสัน ในส่วนที่ 2 และส่วนที่ 4 ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.72 และ 0.69 ตามลำดับ สำหรับส่วนที่ 3 นำมาวิเคราะห์หาความเชื่อมั่น โดยวิธีสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.97 หลังจากปรับปรุงแก้ไขอีกครั้ง แล้วจึงนำไปสอบถามกลุ่มตัวอย่าง และวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ผลการศึกษา สรุปได้ดังนี้

## สรุปผลการศึกษา

## 1. ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม

กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 58 คน เป็นเพศหญิง ร้อยละ 82.8 เพศชาย ร้อยละ 17.2 อายุต่ำสุด 22 ปี อายุสูงสุด 40 ปี โดยมีอายุเฉลี่ย 31.01 ปี ( $\pm 5.06$ ) อายุระหว่าง 30-34 ปี มากที่สุด ร้อยละ 29.3 ระดับการศึกษาปริญญาตรี ร้อยละ 72.4 มีตำแหน่งในการปฏิบัติงานเป็น พยาบาลวิชาชีพ ร้อยละ 65.5 พยาบาลเทคนิค ร้อยละ 22.4 และแพทย์ ร้อยละ 12.1 ปฏิบัติงาน ประจำอยู่ฝ่ายการพยาบาลถึง ร้อยละ 62 โดยปฏิบัติงานในแผนกผู้ป่วยนอกและฉุกเฉิน มีจำนวน เท่ากับปฏิบัติงานฝ่ายส่งเสริมสุขภาพคือร้อยละ 25.9 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระยะเวลา การปฏิบัติงานด้านการดูแลสุขภาพที่บ้าน 1-3 ปี ร้อยละ 44.8 เฉลี่ยระยะเวลาการปฏิบัติงาน

2.29 ปี และส่วนใหญ่ไม่เคยมีประสบการณ์การทำงานการดูแลสุขภาพที่บ้านจากสถานบริการแห่งอื่นมาก่อนเลย ร้อยละ 89.7

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่ได้เป็นผู้รับผิดชอบโครงการดูแลสุขภาพที่บ้านโดยตรง แต่เป็นเพียงผู้ร่วมปฏิบัติงานร้อยละ 87.9 และกลุ่มตัวอย่างทุกคนมีภาระงานประจำอื่นที่ต้องรับผิดชอบคือ ภาระด้านงานบริหาร บริการ และวิชาการของโรงพยาบาล มีจำนวนเท่ากับงานบริการแผนกผู้ป่วยในคือร้อยละ 24.1 ส่วนใหญ่เคยได้รับความรู้การดูแลสุขภาพที่บ้านมาแล้ว ร้อยละ 89.7 โดยได้รับจากการประชุม อบรม สัมมนามากที่สุด ร้อยละ 71.2

## 2. นโยบายการดำเนินงานการดูแลสุขภาพที่บ้าน

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่รับทราบนโยบายการดำเนินงานการดูแลสุขภาพที่บ้านของโรงพยาบาลชุมชน มีคะแนนเฉลี่ย 15.47 จากคะแนนเต็ม 19 คิดเป็นร้อยละ 81.42 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 3.32 เมื่อจำแนกเป็นรายข้อพบว่า กลุ่มตัวอย่างรับทราบว่าโรงพยาบาลชุมชนทุกแห่งมีการกำหนดพื้นที่ให้บริการ รองลงมาทราบว่าผู้คัดเลือกผู้ป่วยเข้ารับบริการ ร้อยละ 96.6 รับทราบมีการสนับสนุนการดำเนินงานจากผู้บริหารของโรงพยาบาล และรับทราบการจัดประเภทผู้ป่วยที่ให้บริการ ดูแลสุขภาพที่บ้านแต่ละครั้งมีความเหมาะสม ร้อยละ 89.7 เท่ากัน และกลุ่มตัวอย่างไม่มีการรับทราบนโยบายการดำเนินงานในเรื่องโรงพยาบาลชุมชนมีการจัดสรรงบประมาณมาสนับสนุนโครงการดูแลสุขภาพที่บ้าน ร้อยละ 34.5

กลุ่มตัวอย่างรับทราบการกำหนดให้ทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องร่วมกันเป็นทีมสุขภาพและหมุนเวียนกันออกมีร้อยละ 50 รองลงมาให้ทีมสุขภาพที่มีพยาบาลเป็นแกนนำหลักของทีมออกให้บริการ ร้อยละ 36.2 รับทราบว่าโรงพยาบาลได้มีการจัดทำคู่มือการปฏิบัติตัวผู้ป่วยถึงร้อยละ 62.1 ในเรื่องโรคเบาหวาน ร้อยละ 41.7 และโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 38.9 ส่วนใหญ่รับทราบการกำหนดระยะเวลาหรือความถี่ในการให้บริการดูแลสุขภาพที่บ้าน ร้อยละ 86.2 โดยกำหนดให้ออกบริการสัปดาห์ละ 1 วัน วันละ 3-4 ชั่วโมงมากที่สุดคือร้อยละ 39.7 รับทราบมีผู้คัดเลือกผู้ป่วยที่เข้ารับบริการมากที่สุดเป็นพยาบาลแผนกผู้ป่วยใน ร้อยละ 72.4 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่รับทราบแหล่งที่ผู้ป่วยถูกคัดเลือกเข้ารับบริการคือแผนกผู้ป่วยใน และผู้ป่วยในชุมชน ร้อยละ 53.4 และ 50 และรับทราบว่าโรงพยาบาลได้ให้บริการครอบคลุมพื้นที่ทั้งในเขตและนอกเขตรับผิดชอบถึงร้อยละ 65.6

### 3. ขั้นตอนการให้บริการดูแลสุขภาพที่บ้าน

การปฏิบัติในขั้นเตรียมการให้บริการดูแลสุขภาพที่บ้าน กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยการปฏิบัติเท่ากับ 1.07 หมายถึง ปฏิบัติเป็นบางครั้ง เมื่อพิจารณารายละเอียดของการปฏิบัติงานพบว่า ปฏิบัติบางครั้งทุกข้อเช่นกัน โดยมีค่าเฉลี่ย 0.73 - 1.43 และปฏิบัติมากที่สุดคือ การศึกษารายละเอียดข้อมูลของผู้ป่วยก่อนออกให้บริการดูแลสุขภาพที่บ้านจากเวชระเบียนและรายงานรอมลงมาคือ การจัดเตรียมอุปกรณ์ เครื่องใช้สำหรับออกให้บริการดูแลสุขภาพที่บ้าน

การปฏิบัติในขั้นการให้บริการดูแลสุขภาพที่บ้าน กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยการปฏิบัติเท่ากับ 1.47 หมายถึง ปฏิบัติบางครั้ง เมื่อพิจารณารายละเอียดของการปฏิบัติงานพบว่า ปฏิบัติบ่อย (6 ข้อ) โดยมีค่าเฉลี่ย 1.57 - 1.75 และปฏิบัติบางครั้ง (6 ข้อ) โดยมีค่าเฉลี่ย 1.14 - 1.47 และปฏิบัติมากที่สุดคือ การให้ความรู้ คำแนะนำปรึกษาแก่ผู้ป่วยและญาติที่บ้าน รอมลงมาคือ การสอนญาติในการพยาบาลง่าย ๆ แก่ผู้ป่วย

การปฏิบัติในขั้นประเมินผลการให้บริการดูแลสุขภาพที่บ้าน กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยการปฏิบัติเท่ากับ 1.05 หมายถึง ปฏิบัติบางครั้ง เมื่อพิจารณารายละเอียดของการปฏิบัติงานพบว่า ปฏิบัติบางครั้งทุกข้อ (5 ข้อ) โดยมีค่าเฉลี่ย 0.73 - 1.43 และปฏิบัติมากที่สุดคือ การชี้แจงภาวะสุขภาพให้แก่ผู้ป่วยและญาติหลังให้บริการ รอมลงมาคือ มีการจัดทำรายงานผลการปฏิบัติงานบริการดูแลสุขภาพที่บ้าน

### 4. เครื่องมือการให้บริการดูแลสุขภาพที่บ้าน

กลุ่มตัวอย่างใช้เครื่องมือการให้บริการดูแลสุขภาพที่บ้าน มีค่าเฉลี่ย 5.12 จากคะแนนเต็ม 6 คิดเป็นร้อยละ 85.3 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.19 จำแนกเป็นรายข้อพบว่า เครื่องมือที่ใช้มากที่สุด คือ การกระตุ้นและเน้นให้ญาติผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย ให้ปฏิบัติตัวตามคำแนะนำของทีมสุขภาพ มีร้อยละ 94.8 รอมลงมามีการใช้ระบบการส่งต่อผู้ป่วยไปยังสถานพยาบาล ร้อยละ 89.7 เมื่อพิจารณากลุ่มตัวอย่างที่ไม่มีการใช้เครื่องมือในการให้บริการพบว่า ไม่มีการใช้ระบบการส่งต่อผู้ป่วยไปยังชุมชน ร้อยละ 27.6 และไม่มีการใช้แหล่งประโยชน์ในชุมชนเข้ามาช่วยเหลือ สนับสนุนผู้ป่วยและญาติในด้านการดูแลสุขภาพที่บ้าน ร้อยละ 22.4

### 5. ปัญหา อุปสรรคที่พบในการดำเนินงานการดูแลสุขภาพที่บ้าน และแนวทางแก้ไข

5.1 ด้านนโยบายการดำเนินงานการดูแลสุขภาพที่บ้าน มีปัญหา อุปสรรค ร้อยละ 53.4 ในเรื่องโรงพยาบาลไม่มีการเขียน หรือกำหนดนโยบายการดำเนินงานเป็นลายลักษณ์อักษรที่ชัดเจน ทำให้การปฏิบัติงานไม่เป็นไปในแนวทางเดียวกันมีมากที่สุดคือ

ร้อยละ 44.8 โดยกลุ่มตัวอย่างเสนอแนวทางแก้ไขว่า ผู้บริหารโรงพยาบาลชุมชนควร กำหนดให้มีนโยบายการดำเนินงานเป็นลายลักษณ์อักษรชัดเจน แน่นอนที่สามารถนำไปดำเนินงานต่อไปได้ ร้อยละ 37.9 แต่เมื่อพิจารณาถึงรายละเอียด พบว่า

5.1.1 ด้านที่มสุขภาพที่ออกให้บริการดูแลสุขภาพที่บ้าน มีปัญหา อุปสรรค ร้อยละ 84.4 มากที่สุดในเรื่อง ขาดบุคลากรที่จะร่วมทีมสุขภาพออกให้บริการดูแลสุขภาพที่บ้าน และทีมสุขภาพมีภาระงานประจำ มีร้อยละ 25.9 และ 24.1 ตามลำดับ โดยกลุ่มตัวอย่างเสนอแนวทางแก้ไขว่า ควรกำหนดทีมสุขภาพที่ออกให้บริการให้ชัดเจน ร้อยละ 50 ส่วนในด้าน ผู้รับผิดชอบงานการดูแลสุขภาพที่บ้าน มีปัญหา อุปสรรค ร้อยละ 60.2 มากที่สุดในเรื่อง ผู้รับผิดชอบมีภาระงานมาก ทั้งยังต้องรับผิดชอบงานประจำอีก ทำให้ไม่มีเวลาเพียงพอที่จะปฏิบัติงานด้านการดูแลสุขภาพที่บ้าน ร้อยละ 31 โดยกลุ่มตัวอย่างเสนอแนวทางแก้ไขว่า ควรกำหนดให้มีผู้รับผิดชอบงานการดูแลสุขภาพที่บ้านโดยเฉพาะ แน่นอน ร้อยละ 39.7

5.1.2 ด้านงบประมาณที่ใช้ในโครงการดูแลสุขภาพที่บ้าน มีปัญหา อุปสรรค ร้อยละ 44.9 มากที่สุดในเรื่อง ไม่มีงบประมาณสนับสนุนการดำเนินงานการดูแลสุขภาพที่บ้าน โดยเฉพาะจากส่วนกลาง ร้อยละ 39.7 โดยกลุ่มตัวอย่างเสนอแนวทางแก้ไขว่า กระทรวงสาธารณสุขควรจัดสรรงบประมาณมาช่วยสนับสนุนการดำเนินงานการดูแลสุขภาพที่บ้านมาให้โรงพยาบาลชุมชนอย่างทั่วถึงและเพียงพอ ร้อยละ 32.8

5.1.3 ด้านเกณฑ์การคัดเลือกผู้ป่วยที่ให้บริการดูแลสุขภาพที่บ้าน มีปัญหา อุปสรรค ร้อยละ 19 มากที่สุดในเรื่อง ไม่ได้กำหนดเกณฑ์การคัดเลือกผู้ป่วยที่ครอบคลุม และชัดเจน ร้อยละ 13.8 โดยกลุ่มตัวอย่างเสนอแนวทางแก้ไขว่า ควรกำหนดเกณฑ์การคัดเลือกผู้ป่วยให้ชัดเจนเป็นลายลักษณ์อักษรให้สามารถปฏิบัติได้ และแจ้งให้ผู้เกี่ยวข้องปฏิบัติตามอย่างเคร่งครัด ร้อยละ 19

5.1.4 ด้านพื้นที่ให้บริการ มีปัญหา อุปสรรค ร้อยละ 31 มากที่สุดในเรื่อง พื้นที่ให้บริการมีมากเกินไปและอยู่ห่างไกล การเดินทางลำบากจึงไม่สะดวกที่จะออกไปให้บริการได้อย่างต่อเนื่อง ร้อยละ 22.4 โดยกลุ่มตัวอย่างเสนอแนวทางแก้ไขว่า โรงพยาบาลควรมีการประสานงานกับเจ้าหน้าที่สถานีอนามัยในท้องที่ที่ผู้ป่วยอาศัยอยู่ แล้วส่งต่อผู้ป่วยไปที่สถานีอนามัยติดตามเยี่ยมต่อ ร้อยละ 17.2

## 5.2 ขั้นตอนการให้บริการดูแลสุขภาพที่บ้าน

5.2.1 ขั้นเตรียมการให้บริการ มีปัญหา อุปสรรค ร้อยละ 36.2 มากที่สุดในเรื่อง ขาดความต่อเนื่องในการประชุมปรึกษาของทีมสุขภาพก่อนออกให้บริการ มีร้อยละ 19

โดยกลุ่มตัวอย่างเสนอแนวทางแก้ไขว่า ควรกำหนดแนวทางการประชุมปรึกษาก่อนออกให้บริการ ร้อยละ 19

5.2.2 ขั้นการให้บริการ มีปัญหา อุปสรรค ร้อยละ 24.1 มากที่สุดในเรื่อง ไม่มีมาตรฐานการให้บริการดูแลสุขภาพที่บ้าน ร้อยละ 22.4 โดยกลุ่มตัวอย่างเสนอแนวทางแก้ไขว่า ควรกำหนดมาตรฐานการให้บริการดูแลสุขภาพที่บ้าน ร้อยละ 20.7

5.2.3 ขั้นประเมินผลการให้บริการ มีปัญหา อุปสรรค ร้อยละ 41.4 มากที่สุดในเรื่อง การติดตามประเมินผลการให้บริการขาดความต่อเนื่องและไม่สม่ำเสมอ ร้อยละ 24.1 โดยกลุ่มตัวอย่างเสนอแนวทางแก้ไขว่า ควรกำหนดมาตรฐานการประเมินผลการให้บริการดูแลสุขภาพที่บ้าน ร้อยละ 25.9

### 5.3 เครือข่ายการให้บริการ

5.3.1 ด้านการสนับสนุนของญาติและครอบครัวในการดูแลสุขภาพที่บ้าน มีปัญหา อุปสรรค ร้อยละ 32.8 มากที่สุดในเรื่อง ผู้ป่วยได้รับความเอาใจใส่จากญาติและครอบครัวเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพที่บ้านไม่ดีเท่าที่ควร ร้อยละ 19 โดยกลุ่มตัวอย่างเสนอแนวทางแก้ไขว่า ควรเตรียมญาติ เผยแพร่และให้ความรู้การดูแลสุขภาพที่บ้านแก่ผู้ป่วยและครอบครัว ร้อยละ 26

5.3.2 ด้านการสนับสนุนของชุมชน หน่วยงานหรือองค์กรในชุมชนที่มีต่อโครงการดูแลสุขภาพที่บ้าน มีปัญหา อุปสรรค ร้อยละ 46.6 มากที่สุดในเรื่อง ขาดความร่วมมือและขาดการสนับสนุนการดำเนินงานจากชุมชน ร้อยละ 34.6 โดยกลุ่มตัวอย่างเสนอแนวทางแก้ไขว่า หน่วยงานสาธารณสุขควรประสานงานกับชุมชน หน่วยงาน หรือองค์กรต่าง ๆ ให้มากขึ้น ร้อยละ 24.2 และหน่วยงานสาธารณสุขควรประชาสัมพันธ์งานโครงการดูแลสุขภาพที่บ้านสู่ชุมชน หน่วยงาน หรือองค์กรต่าง ๆ ให้กว้างขวางยิ่งขึ้น ร้อยละ 17.2

5.3.3 ด้านการใช้ระบบการส่งต่อผู้ป่วยในการดูแลสุขภาพที่บ้าน มีปัญหา อุปสรรค ร้อยละ 31 มากที่สุดในเรื่อง การใช้ระบบการส่งต่อผู้ป่วยในการดำเนินการดูแลสุขภาพที่บ้านมีน้อยและไม่ต่อเนื่อง ร้อยละ 17.2 โดยกลุ่มตัวอย่างเสนอแนวทางแก้ไขว่า ควรประชุมวางแผนหารูปแบบการส่งต่อผู้ป่วยในการดูแลสุขภาพที่บ้านร่วมกับ คปสอ. ร้อยละ 27.6

5.3.4 ด้านการใช้ช่องทางการติดต่อสื่อสารในการดูแลสุขภาพที่บ้าน มีปัญหา อุปสรรค ร้อยละ 17.2 มากที่สุดในเรื่อง มีความล่าช้าของการติดต่อสื่อสารจากการใช้ช่องทางการติดต่อสื่อสารที่ไม่เหมาะสม ร้อยละ 10.4 โดยกลุ่มตัวอย่างเสนอแนวทางแก้ไขว่า ควรวางแผน จัดระบบการใช้ช่องทางการติดต่อให้มีความสะดวกและง่ายต่อการใช้ ร้อยละ 10.3

## 6. ความคิดเห็นของกลุ่มตัวอย่างต่อการดำเนินงานการดำเนินงานการดูแลสุขภาพที่บ้านของโรงพยาบาลชุมชน

พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 81.1 เห็นว่าการดำเนินงานการดูแลสุขภาพที่บ้านของโรงพยาบาลชุมชนโดยรวมประสบผลสำเร็จ โดยร้อยละ 43.1 เห็นว่าประสบผลสำเร็จปานกลาง

### อภิปรายผลการศึกษา

#### 1. นโยบายการดำเนินงานการดูแลสุขภาพที่บ้าน

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างรับทราบนโยบายการดำเนินงานการดูแลสุขภาพที่บ้านของโรงพยาบาลชุมชนมีค่าเฉลี่ย 15.47 จากคะแนนเต็ม 19 คิดเป็นร้อยละ 81.42 อธิบายได้ว่า กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดนโยบายการดูแลสุขภาพที่บ้านขึ้นเมื่อปี พ.ศ. 2536 โดยให้จัดบริการครอบคลุมทุกสถานบริการทั่วประเทศ และได้ให้บรรจุการดูแลสุขภาพที่บ้านไว้ใน พบส. (ประพิน วัฒนกิจ, 2536, หน้า 3) ทั้งยังสอดคล้องกับแผนพัฒนาสาธารณสุขแห่งชาติ ฉบับที่ 8 (พ.ศ. 2540-2544) ที่เน้นให้มีการพัฒนาสาธารณสุขเชิงรุก ควบคู่ไปกับการเพิ่มประสิทธิภาพและความสามารถในการเข้าถึงบริการประชาชน โดยเน้นให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการพัฒนาอย่างแท้จริง (คณะกรรมการอำนวยการจัดทำแผนพัฒนาการสาธารณสุข, 2539, หน้า 3-10) ประกอบกับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดน่าน ได้ให้โรงพยาบาลชุมชนดำเนินงานการดูแลสุขภาพที่บ้านมาตั้งแต่ ปี พ.ศ. 2539 และกลุ่มตัวอย่างยังคงได้รับความรู้หรือข้อมูลการดูแลสุขภาพที่บ้านมาแล้วถึงร้อยละ 89.7 โดยได้รับมากที่สุดคือ จากการประชุม อบรม สัมมนา ร้อยละ 71.2 จึงช่วยให้กลุ่มตัวอย่างเข้าใจวัตถุประสงค์ นโยบาย และการดำเนินงานการดูแลสุขภาพที่บ้านได้ (วิจิตร อวระกุล, 2537, หน้า 20) ส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการรับทราบนโยบาย

เมื่อพิจารณารายละเอียดพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่รับทราบนโยบายการดำเนินงานการดูแลสุขภาพที่บ้านทุกข้อ โดยมีร้อยละ 62.1 - 100 เช่น กลุ่มตัวอย่างทุกคนมีการรับทราบนโยบายการดำเนินงานมากที่สุดในเรื่องการกำหนดพื้นที่ให้บริการ รองลงมา มีผู้คัดเลือกผู้ป่วยเข้ารับบริการ ร้อยละ 96.6 มีการสนับสนุนการดำเนินงานจากผู้บริหารของโรงพยาบาล และการจัดประเภทผู้ป่วยที่ให้บริการดูแลสุขภาพที่บ้านแต่ละครั้งมีความเหมาะสม ร้อยละ 89.7 เท่ากัน แสดงให้เห็นว่า โรงพยาบาลชุมชนได้มีการเตรียมความพร้อมและปัจจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้องในการดำเนินงาน เพื่อให้สอดคล้องกับนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขที่กำหนดให้

โรงพยาบาลทุกแห่งใช้กลยุทธ์สุขภาพดีเริ่มที่บ้าน เป็นแนวทางในการแก้ไขปัญหของประเทศ มาตั้งแต่ พ.ศ. 2536 (ประพิณ วัฒนกิจ, 2536, หน้า 3 ; 2541, หน้า 37 ; สุภาพร ไทยธานี, 2539, หน้า 12) และการดำเนินงานตามนโยบาย จะช่วยนำไปสู่ผลสำเร็จตามเป้าหมาย (ชงชัย สันติวงษ์, 2537, หน้า 174)

แม้ว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่จะรับทราบนโยบาย แต่การปฏิบัติตามนโยบาย ดังกล่าวมีปัญหาอุปสรรคถึงร้อยละ 53.4 มากที่สุดในเรื่อง โรงพยาบาลไม่มีการเขียนหรือกำหนด นโยบายการดำเนินงานเป็นลายลักษณ์อักษรที่ชัดเจน ร้อยละ 44.8 กลุ่มตัวอย่าง ได้เสนอแนวทางแก้ไขว่า ผู้บริหารโรงพยาบาลชุมชนควรกำหนดให้มียุทธศาสตร์เป็นลายลักษณ์ อักษรชัดเจนแน่นอน ที่สามารถนำไปดำเนินงานได้จริง ร้อยละ 37.9 เพราะนโยบายจะเป็นข้อมูลที่ ผู้บริหารพิจารณาใช้เพื่อการตัดสินใจสั่งการ และช่วยให้บุคลากรทุกระดับชั้นในองค์กร หรือหน่วยงาน ได้เข้าใจถึงภารกิจของหน่วยงานที่ตนสังกัด รวมทั้งวิธีการที่จะปฏิบัติภารกิจ ให้ประสบผลสำเร็จ (ประชุม รอดประเสริฐ, 2535, หน้า 16) ซึ่งถ้าองค์กรมีนโยบายที่ดี และ มีการแจ้งให้บุคลากรทราบเป็นลายลักษณ์อักษร จะทำให้บุคลากรมีการรับรู้และปฏิบัติตาม นโยบายนั้น ดังนั้นโรงพยาบาลชุมชนที่มีนโยบายการดำเนินงานการดูแลสุขภาพที่บ้าน ซึ่งกำหนด แนวทางการปฏิบัติงานชัดเจน และสามารถนำไปปฏิบัติได้จริง จะช่วยส่งเสริมให้บุคลากร มีความคุ้นเคย และมีการปฏิบัติตามนโยบายการดำเนินงานการดูแลสุขภาพที่บ้านจนเกิดเป็น ความเคยชิน (อุทัย หิรัญโต, 2523 อ้างใน วันทนีย์ ทิพย์ถาวรกุล, 2539, หน้า 35, 79)

เมื่อพิจารณาถึงองค์ประกอบด้านนโยบายการดำเนินงานการดูแลสุขภาพที่บ้าน พบว่า

1.1 ด้านทีมสุขภาพและผู้รับผิดชอบงานการดูแลสุขภาพที่บ้าน ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการรับทราบการกำหนดทีมสุขภาพที่ออกให้บริการดูแลสุขภาพ ที่บ้านของโรงพยาบาลชุมชนใน 2 ลักษณะ คือ ให้ทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องร่วมกันเป็นทีมสุขภาพ ร้อยละ 50 และให้พยาบาลเป็นแกนนำหลักของทีมสุขภาพ มีร้อยละ 36.2 ทั้งนี้เนื่องจากการดูแลสุขภาพที่บ้านมีหลายระดับ ได้แก่ การดูแลที่บ้านระดับเฉพาะทาง ระดับปานกลาง และ ระดับรักษาสภาพในผู้ป่วยที่มีภาวะสุขภาพคงที่ (Engstrom, 1987 อ้างใน รุจา ภูไพบูลย์, 2537, หน้า 213) และลักษณะผู้ป่วยที่ให้บริการดูแลสุขภาพที่บ้านมีหลายประเภท (สุภาพร ไทยธานี, 2539, หน้า 24-26) ตั้งแต่ผู้ป่วยที่มีอาการผิดปกติเพียงเล็กน้อยไปจนถึงมีอาการผิดปกติทั้งหมด (ประพิณ วัฒนกิจ, 2536, หน้า 10-11 ; จรรยา เสียงเสนาะ และ วารี ระกิติ, 2537, หน้า 291-292) รวมทั้งผู้ป่วยยังมีความต้องการระยะเวลาในการดูแลแตกต่างกันทั้งในระยะสั้น ระยะยาว และ ระยะสุดท้ายของชีวิต (วิลาวัลย์ เสนารัตน์ และ ประยงค์ ลิ้มตระกูล, 2538, หน้า 4) ดังนั้น

จึงควรมีบุคลากรเป็นทีมในการดูแลผู้ป่วย ซึ่งเป็นผู้ที่มีความรู้ ความสามารถในการให้บริการทั้งด้านการรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วย (พลสุข หิงคานนท์, 2537, หน้า 19)

อย่างไรก็ตาม มีปัญหา อุปสรรคด้านทีมสุขภาพที่ออกให้บริการดูแลสุขภาพที่บ้าน ถึงร้อยละ 84.4 มากที่สุดในเรื่อง การขาดบุคลากรที่จะมาร่วมทีมสุขภาพออกให้บริการดูแลสุขภาพที่บ้าน ร้อยละ 25.9 และทีมสุขภาพมีภาระงานประจำไม่พร้อมออกให้บริการ ร้อยละ 24.1 กลุ่มตัวอย่างได้เสนอแนวทางแก้ไขว่า ควรจัดตั้งหรือกำหนดทีมสุขภาพที่ออกให้บริการให้ชัดเจน ร้อยละ 37.9 ให้ทีมสุขภาพมีการประสานงานกันและกำหนดนัดหมายวันเวลาออกให้บริการให้ชัดเจน ร้อยละ 13.8 ทั้งนี้เนื่องจาก มีความจำกัดหรือขาดแคลนบุคลากรสาธารณสุขในการให้บริการ (คณะกรรมการอำนวยการจัดทำแผนพัฒนาการสาธารณสุข, 2539, หน้า 37) และยังไม่มียุทธศาสตร์หรือแผนรองรับในงานการดูแลสุขภาพที่บ้าน จึงจัดบุคลากรจากกลุ่มงานและฝ่ายต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องซึ่งมีภาระงานมากอยู่แล้วมาร่วมทำงานเป็นทีมสุขภาพ (พรทิพย์ เกตุรานนท์, 2539, หน้า 5) รวมทั้งการออกให้บริการนอกสถานบริการ อาจเป็นการเพิ่มภาระงานให้บุคลากรที่ปฏิบัติงานในสถานบริการ ผู้ร่วมทีมสุขภาพจึงไม่ได้ให้ความสำคัญในการไปปฏิบัติงานนอกสถานที่มากนัก และจากผลการศึกษาครั้งนี้พบว่า มีบุคลากรพยาบาลที่มาร่วมทีมสุขภาพปฏิบัติงานประจำฝ่ายการพยาบาลถึงร้อยละ 62 จะต้องปฏิบัติงานขึ้นเวรเป็นงานประจำ และบุคลากรทุกคนยังมีภาระงานประจำอื่นที่ต้องรับผิดชอบ ทำให้บุคลากรซึ่งมาจากหลายสาขาวิชาชีพในโรงพยาบาลชุมชน ที่จะมาร่วมเป็นทีมสุขภาพให้บริการดูแลสุขภาพที่บ้าน เกิดการประสานงานและร่วมกันทำงานในการวางแผนแก้ไขปัญหาสุขภาพตามความต้องการของผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับการดูแลที่ดีที่สุด (สุปราณี วศินอมร, 2531, หน้า 7 ; Gabe & Gill-Forney, 1993, p. 33) ดังนั้น การระดมทีมสุขภาพที่จะออกให้บริการให้ชัดเจนจะช่วยให้บุคลากรที่จะมาร่วมทีมสุขภาพทราบถึงภาระหน้าที่ของตนเองที่จะต้องปฏิบัติ ส่วนการประสานงานและกำหนดเวลาออกให้บริการที่ชัดเจน จะช่วยทำให้บุคลากรที่มาร่วมทีมสุขภาพมีความพร้อมเพรียงในการปฏิบัติงาน และมีการเตรียมความพร้อมของตนเอง ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และด้านความรู้ ให้อยู่ในสภาพที่เหมาะสม อันจะทำให้เกิดความมั่นใจในการออกให้บริการ (จรรยา เสียงเสนาะ และ วารี ระกิติ, 2537, หน้า 301)

ส่วนด้านผู้รับผิดชอบงานการดูแลสุขภาพที่บ้าน ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 87.9 ไม่ได้เป็นผู้รับผิดชอบโครงการดูแลสุขภาพที่บ้านโดยตรง แต่เป็นเพียงผู้ร่วมปฏิบัติงาน จึงทำให้มีปัญหาคาดอุปสรรคด้านผู้รับผิดชอบงานการดูแลสุขภาพที่บ้านร้อยละ 60.2 มากที่สุดในเรื่อง ผู้รับผิดชอบมีภาระงานมาก ทั้งยังต้องรับผิดชอบ



งานประจำอีก ทำให้ไม่มีเวลาเพียงพอที่จะปฏิบัติงานด้านการดูแลสุขภาพที่บ้าน ร้อยละ 30 กลุ่มตัวอย่างได้เสนอแนวทางแก้ไขว่า ควรกำหนดให้มีผู้รับผิดชอบงานการดูแลสุขภาพที่บ้าน โดยเฉพาะแน่นอน ร้อยละ 39.7 สอดคล้องกับการศึกษาของประพิณ วัฒนกิจ และคณะ (2541, หน้า 31-47) เรื่องผลลัพธ์การดำเนินงานการบริการสุขภาพดีเริ่มที่บ้านในประเทศไทย โดยใช้แบบสอบถาม ซึ่งสุ่มเลือกจากประชากรทั่วประเทศ และใช้วิธีสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งเขตและแบ่งกลุ่มในพื้นที่ 12 เขต จำนวน 41 จังหวัด ได้กลุ่มตัวอย่างเป็นทีมสุขภาพ 3,169 คนและประชาชนผู้รับบริการสุขภาพดีเริ่มที่บ้าน 5,492 คน พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่เป็นทีมสุขภาพเสนอแนะให้มีบุคลากรรับผิดชอบงานการดูแลสุขภาพที่บ้านมากที่สุดคือร้อยละ 23.7 อธิบายได้ว่า การระบุให้มีผู้รับผิดชอบงานการดูแลสุขภาพที่บ้านที่ชัดเจน จะสามารถกำหนดหน้าที่ความรับผิดชอบไว้กับผู้หนึ่งผู้ใดได้อย่างชัดเจน (ธงชัย สันติวงษ์, 2537, หน้า 334) อันจะเป็นผลดีในการติดต่อประสานงาน และเกิดความคล่องตัวในการทำงาน ซึ่งจะส่งผลต่อการดำเนินงานการดูแลสุขภาพที่บ้านให้มีความต่อเนื่อง และเนื่องจากการดูแลสุขภาพที่บ้านเป็นงานที่เริ่มต้นดำเนินการอย่างเป็นทางการเป็นรูปธรรมในกระทรวงสาธารณสุขเมื่อปี พ.ศ. 2536 (ประพิณ วัฒนกิจ, 2536, หน้า 3) จึงยังไม่มีกำหนดคำตอบที่ชัดเจนสำหรับผู้ปฏิบัติโดยรวมว่าผู้รับผิดชอบควรจะเป็นใคร (รุจา ภูไพบูลย์, 2537, หน้า 214 ; อาริยา สัพพะเลข, 2539, หน้า 2) ทั้งยังไม่ได้กำหนดหน่วยงานรองรับว่าควรอยู่ในความรับผิดชอบของหน่วยงานใดของโรงพยาบาล (พรทิพย์ เกษุรานนท์, 2539, หน้า 5) ซึ่งแตกต่างกับในต่างประเทศที่มีหน่วยงานรับผิดชอบเป็นเอกเทศ และมีแผนภูมิโครงสร้างการบริหารของหน่วยงานอย่างชัดเจน (พรทิพย์ เกษุรานนท์, 2539, หน้า 5 ; สุภาพร ไทยธานี, 2539, หน้า 16) แสดงให้เห็นว่า โรงพยาบาลชุมชนยังไม่สามารถกำหนดให้มีผู้รับผิดชอบงานการดูแลสุขภาพที่บ้านโดยเฉพาะได้ จึงขาดผู้ประสานงานกับบุคคลและหน่วยงานอื่น ทำให้โรงพยาบาลชุมชนดำเนินงานได้ไม่ต่อเนื่องมากนัก สอดคล้องกับผลการศึกษารุ่นนี้ที่พบว่า ปัญหา อุปสรรคด้านผู้รับผิดชอบงานการดูแลสุขภาพที่บ้านของโรงพยาบาลชุมชนคือ ไม่ได้ระบุให้มีผู้รับผิดชอบโดยเฉพาะที่ชัดเจน ร้อยละ 15.5 และพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้รับผิดชอบโครงการดูแลสุขภาพที่บ้านของโรงพยาบาลชุมชนโดยตรงเพียงร้อยละ 13.8 เท่านั้น

นอกจากนี้ผลการศึกษายังพบว่า ฝ่ายที่รับผิดชอบงานการดูแลสุขภาพที่บ้านของโรงพยาบาลชุมชนเป็นงานหลักคือ ฝ่ายการพยาบาล อธิบายได้ว่า ทั้งผู้ร่วมปฏิบัติงาน ร้อยละ 87.9 และผู้รับผิดชอบโครงการ ร้อยละ 13.8 สังกัดอยู่ฝ่ายการพยาบาลถึงร้อยละ 62 เนื่องจากฝ่ายการพยาบาลเป็นฝ่ายที่มีบุคลากรสังกัดอยู่มากกว่าฝ่ายอื่น ๆ ในโรงพยาบาลชุมชน

1.2 ด้านงบประมาณที่ใช้ในโครงการดูแลสุขภาพที่บ้าน กลุ่มตัวอย่าง ระบุว่า โรงพยาบาลชุมชนมีการจัดสรรงบประมาณมาสนับสนุนโครงการดูแลสุขภาพที่บ้าน ร้อยละ 65.5 และในการปฏิบัติงานกลุ่มตัวอย่างมีปัญหา อุปสรรคด้านงบประมาณที่ใช้ในโครงการดูแลสุขภาพที่บ้าน ร้อยละ 44.9 ในเรื่องไม่มีงบประมาณสนับสนุนการดำเนินงาน การดูแลสุขภาพที่บ้าน โดยเฉพาะจากส่วนกลาง ร้อยละ 39.7 อาจเป็นเพราะลักษณะงาน การดูแลสุขภาพที่บ้านเป็นงานที่ต้องออกไปให้บริการแก่ผู้ป่วยนอกสถานบริการ จำเป็นต้องใช้ยา เวชภัณฑ์ วัสดุอุปกรณ์ เครื่องมือเครื่องใช้ และยานพาหนะ จึงทำให้เกิดความจำเป็น ในการใช้งบประมาณ แต่ในปัจจุบันนี้ ยังไม่มีแผนงบประมาณที่มาสนับสนุนการดำเนินงาน การดูแลสุขภาพที่บ้าน โดยเฉพาะ ดังนั้น งบประมาณที่ใช้ในการดำเนินงานการดูแลสุขภาพที่บ้าน ของแต่ละหน่วยงาน จึงใช้งบประมาณที่มาจากแหล่งต่าง ๆ กันตามสภาพการเอื้ออำนวย ของแต่ละจังหวัด ซึ่งส่วนใหญ่จะใช้เงินบำรุงของโรงพยาบาลมาดำเนินการ ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับ ความสามารถของโรงพยาบาลแต่ละแห่งในการหางบประมาณมาใช้ (พรทิพย์ เกษรานนท์, 2539, หน้า 5-6)

กลุ่มตัวอย่างได้เสนอแนวทางแก้ไขว่า กระทรวงสาธารณสุขควรจัดสรร งบประมาณมาช่วยสนับสนุนการดำเนินงานการดูแลสุขภาพที่บ้านมาให้โรงพยาบาลชุมชน อย่างทั่วถึงและเพียงพอ มีร้อยละ 32.8 ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของสุภาวดี ลิมนานทร (2538, หน้า 13) ที่กล่าวว่า งบประมาณการดูแลสุขภาพที่บ้าน อาจใช้วิธีการทางเมือง เพื่อให้เกิดนโยบาย สุขภาพ และเพื่อประโยชน์ของคนไข้ จำเป็นต้องรู้เรื่องทางการเมืองบ้างในการออกกฎหมาย เพื่อให้ประชาชนมั่นใจในสิทธิการได้รับการดูแลสุขภาพ ทั้งนี้รวมถึงการดูแลที่บ้านด้วย

1.3 เกณฑ์การคัดเลือกผู้ป่วย พบว่า กลุ่มตัวอย่างระบุว่ามีการคัดเลือกผู้ป่วย เข้ารับบริการดูแลสุขภาพที่บ้าน โดยพยาบาลแผนกผู้ป่วยในมากที่สุด ร้อยละ 72.4 และผู้ป่วย ส่วนใหญ่ยังถูกคัดเลือกมาจากแผนกผู้ป่วยใน ถึงร้อยละ 53.4 ทั้งนี้เนื่องจาก พยาบาลที่ปฏิบัติงาน แผนกผู้ป่วยในเป็นบุคลากรที่มีสุขภาพที่มีความใกล้ชิด และให้เวลากับผู้ป่วยมากที่สุด จึงทำให้ ทราบปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย (รัตนา ทองสวัสดิ์, 2532, หน้า 167) ประกอบกับ แผนกผู้ป่วยในของโรงพยาบาลชุมชน เป็นสถานที่สำหรับรับผู้ป่วยเข้ารักษาในโรงพยาบาล ซึ่งปัจจุบันแนวโน้มการจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาลจะเร็วขึ้น เมื่อผู้ป่วยอยู่ในสภาพ ที่สามารถดูแลตนเองได้ในระดับหนึ่ง (กองการพยาบาล, 2539, หน้า 1 ; สุภาพร ไทยธานี, 2539, หน้า 2 ; Gabe & Gill-Forney, 1993, p. 30) ทั้งนี้ผู้ป่วยยังต้องการการรักษาพยาบาลอยู่ (Lasater, 1993, p. 38) จึงทำให้ผู้ป่วยที่จำหน่ายออกจากแผนกผู้ป่วยในของโรงพยาบาลชุมชน ถูกคัดเลือก เข้ารับบริการดูแลสุขภาพที่บ้านมากที่สุด เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลต่อเนื่องตั้งแต่โรงพยาบาล

จนถึงที่บ้าน สอดคล้องกับการศึกษาของวิลาวุธย์ เสนารัตน์ และคณะ (2540, หน้า 58-64) ที่พบว่า ขึ้นการรับผู้ป่วยเข้าโครงการดูแลสุขภาพที่บ้าน จะรับผู้ป่วยจากแผนกผู้ป่วยใน โดยแพทย์เจ้าของไข้และพยาบาลประจำหอผู้ป่วยเป็นผู้นำส่งผู้ป่วยให้พยาบาลประจำโครงการ

ปัญหา อุปสรรคด้านเกณฑ์การคัดเลือกผู้ป่วยมีร้อยละ 19 ในเรื่อง ไม่ได้กำหนดเกณฑ์การคัดเลือกผู้ป่วยที่ครอบคลุมและชัดเจน ร้อยละ 13.8 กลุ่มตัวอย่าง ได้เสนอแนวทางแก้ไขว่า ควรกำหนดเกณฑ์การคัดเลือกผู้ป่วยให้ชัดเจนเป็นลายลักษณ์อักษร ให้สามารถปฏิบัติได้และแจ้งให้ผู้เกี่ยวข้องปฏิบัติตามอย่างเคร่งครัด ร้อยละ 19 อธิบายได้ว่าการกำหนดเกณฑ์การคัดเลือกผู้ป่วย จะทำให้การปฏิบัติในการคัดเลือกผู้ป่วยที่จะให้บริการดูแลสุขภาพที่บ้านเป็นไปในแนวทางเดียวกัน อันจะช่วยลดปัญหาการจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาลในสภาพที่ผู้ป่วยและญาติไม่พร้อม ซึ่งจะส่งผลให้ผู้ป่วยและญาติขาดความรู้ความเข้าใจ ในการดูแลสุขภาพตนเองที่บ้าน เกิดปัญหาและมีความยุ่งยากในการปรับตัว ทำให้โรคมีอาการกำเริบรุนแรงขึ้นได้ และเกิดโรคแทรกซ้อนตามมา (กองการพยาบาล, 2539, หน้า 1)

1.4 พื้นที่ให้บริการ พบว่า กลุ่มตัวอย่างรับทราบว่ามีพื้นที่ให้บริการดูแลสุขภาพที่บ้านทั้งในเขตและนอกเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาล ร้อยละ 65.5 สอดคล้องกับนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขที่ให้สถานบริการสาธารณสุขจัดบริการเชิงรุกให้ครอบคลุมพื้นที่ทั่วประเทศมาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2536 (ประพิณ วัฒนกิจ, 2536, หน้า 3 ; 2541, หน้า 12) เพื่อให้ประชาชนเกิดการพึ่งพาตนเอง และสามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข (ประนอม โอทกานนท์, 2536, อ้างใน พรทิพย์ เกษุรานนท์, 2539, หน้า 26) ดังนั้นโรงพยาบาลทั่วไปซึ่งดำเนินงานได้เต็มรูปแบบแล้วและสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดน่าน จึงเร่งการดำเนินงานไปสู่สถานบริการสาธารณสุขในระดับอำเภอ เพื่อให้ครอบคลุมพื้นที่ตามเป้าหมายที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนดไว้

เมื่อศึกษาถึงปัญหา อุปสรรคด้านพื้นที่ให้บริการพบว่ามีร้อยละ 31 ในเรื่องพื้นที่ให้บริการมีมากเกินไปและอยู่ห่างไกล การเดินทางลำบากจึงไม่สะดวกที่จะออกไปให้บริการได้อย่างต่อเนื่อง ร้อยละ 22.4 ซึ่งกลุ่มตัวอย่างได้เสนอแนวทางแก้ไขว่า โรงพยาบาลควรมีการประสานงานกับเจ้าหน้าที่สถานีอนามัยในท้องที่ที่ผู้ป่วยอาศัยอยู่ แล้วส่งต่อผู้ป่วยไปที่สถานีอนามัยติดตามเยี่ยมต่อ ร้อยละ 17.2 เพราะลักษณะพื้นที่ส่วนใหญ่ของจังหวัดน่านประมาณ ร้อยละ 88 ของพื้นที่ทั้งหมดเป็นเทือกเขามีความสูงชัน (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดน่าน, 2541, หน้า 5) ทำให้ไม่สะดวกที่จะออกไปให้บริการได้อย่างต่อเนื่อง จึงทำให้เกิดปัญหาการออกให้บริการได้ในบางพื้นที่ ถ้าหากมีการประสานงานกับเจ้าหน้าที่สถานีอนามัยที่มีกระจายอยู่ในทุกตำบลเพื่อให้ดูแลผู้ป่วยที่อยู่ในเขตรับผิดชอบของสถานีอนามัย จะช่วยลดปัญหา

ความไม่สะดวกในการเดินทางที่เกี่ยวข้องกับพื้นที่บริการของทีมสุขภาพจากโรงพยาบาลที่จะออกไปให้บริการได้มาก

## 2. ขั้นตอนการให้บริการดูแลสุขภาพที่บ้าน

ประกอบด้วย ขั้นตอนการให้บริการ ขั้นตอนการให้บริการ และขั้นประเมินผล การให้บริการ ในแต่ละขั้นตอนมีค่าเฉลี่ยของการปฏิบัติเท่ากับ 1.07, 1.47 และ 1.05 ตามลำดับ หมายถึง กลุ่มตัวอย่างมีการปฏิบัติบ้างครั้งในทุกขั้นตอนของการให้บริการดูแลสุขภาพที่บ้าน อธิบายได้ว่า พยาบาลที่ร่วมให้บริการจะปฏิบัติงานประจำอยู่ตามแผนกต่าง ๆ ได้แก่ แผนกผู้ป่วยนอกและฉุกเฉิน และฝ่ายส่งเสริมสุขภาพ ร้อยละ 25.9 เท่ากัน แผนกผู้ป่วยใน ร้อยละ 22.4 และแผนกอื่น ๆ ร้อยละ 13.7 เนื่องจาก ในแต่ละแผนกจะมีรายละเอียดของลักษณะงาน ที่ให้บริการดูแลสุขภาพที่บ้านต่างกัน เช่น พยาบาลแผนกผู้ป่วยใน มีหน้าที่ในการเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยและญาติ และวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยร่วมกับทีมสุขภาพ เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติสามารถดูแลตนเองได้เมื่อกลับไปอยู่บ้าน ในขณะที่พยาบาลฝ่ายส่งเสริมสุขภาพ มีหน้าที่หลักในการประสานงาน เพื่อให้ดำเนินงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ (ศรีสุดา รัชมีพงศ์, 2537, หน้า 52-53) จึงอาจทำให้พยาบาลทุกคนที่ให้บริการ ไม่สามารถเข้าร่วมปฏิบัติกิจกรรมการให้บริการในบางเรื่องและบางขั้นตอนได้ แต่เมื่อพิจารณารายละเอียดของการปฏิบัติในแต่ละขั้นตอน พบว่า

2.1 ขั้นตอนการให้บริการดูแลสุขภาพที่บ้าน กลุ่มตัวอย่างปฏิบัติมากที่สุดคือการศึกษารายละเอียดข้อมูลของผู้ป่วยก่อนออกให้บริการดูแลสุขภาพที่บ้านจากเวชระเบียน และรายงาน มีค่าเฉลี่ย 1.43 รองลงมาคือ การจัดเตรียมอุปกรณ์ เครื่องใช้สำหรับออกให้บริการดูแลสุขภาพที่บ้าน มีค่าเฉลี่ย 1.41 และประชุมปรึกษาถึงประวัติและแผนการให้บริการแก่ผู้ป่วยกับทีมสุขภาพก่อนออกให้บริการ มีค่าเฉลี่ย 1.22 อธิบายได้ว่า การศึกษาข้อมูลของผู้ป่วยเป็นสิ่งจำเป็นที่พยาบาลควรปฏิบัติก่อนออกให้บริการ โดยศึกษาได้จากเวชระเบียนรายงาน และแบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วยที่ถูกระบุไว้ (กรรณิการ์ พงษ์สนิท, 2540, หน้า 71) เพื่อนำมาใช้วิเคราะห์และแปลความหมายภาวะสุขภาพอนามัยของผู้ป่วยร่วมกับทีมสุขภาพ อันจะนำไปสู่การวินิจฉัยปัญหาและความต้องการ ตลอดจนวางแผนเพื่อให้การช่วยเหลือต่อไป (ดวงตา วัฒนะเสน, 2541, หน้า 11-12) การศึกษารายละเอียดข้อมูลของผู้ป่วย จะช่วยให้ผู้ให้บริการทราบข้อมูลพื้นฐานและปัญหาของผู้ป่วยที่ต้องการแก้ไข รวมทั้งใช้เป็นแนวทางในการวางแผนการจัดเตรียมอุปกรณ์ เครื่องใช้สำหรับออกให้บริการดูแลสุขภาพที่บ้าน ได้แก่ กระเป๋าเยี่ยม ยาและเวชภัณฑ์ที่จำเป็น อุปกรณ์การตรวจร่างกาย สมุดบันทึกและแบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วย เพื่อจะนำไปใช้ในการรักษาพยาบาล การสาธิตและการช่วยเหลือต่าง ๆ ตามความเหมาะสม และ

ใช้ในการรวบรวมข้อมูล เพื่อให้การดูแลแก่ผู้ป่วยอย่างถูกต้องและต่อเนื่อง รวมทั้งการจัดเตรียมเอกสาร หรือคู่มือคำแนะนำการปฏิบัติตัวผู้ป่วยไปให้ผู้ป่วยและญาติ เพื่อจะนำไปใช้ประกอบการให้ความรู้ คำแนะนำสำหรับผู้ป่วยและญาตินำไปปฏิบัติได้ถูกต้อง (ประพิณ วัฒนกิจ, 2536, หน้า 12)

เมื่อสอบถามกลุ่มตัวอย่างถึงปัญหา อุปสรรคในการปฏิบัติในขั้นเตรียมการให้บริการ พบว่ามี ร้อยละ 36.2 ในเรื่องขาดความต่อเนื่องในการประชุมปรึกษาของทีมสุขภาพ ก่อนออกให้บริการ ร้อยละ 19 ซึ่งกลุ่มตัวอย่างได้เสนอแนวทางแก้ไขว่า ควรกำหนดแนวทางการประชุมปรึกษาก่อนออกให้บริการ ร้อยละ 19 อธิบายได้ว่า การขาดความต่อเนื่องในการประชุมปรึกษาของทีมสุขภาพ อาจเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้เกิดผลเสียแก่ผู้ป่วยได้ เนื่องจากทีมสุขภาพที่ออกให้บริการดูแลสุขภาพที่บ้านมาจากฝ่ายต่าง ๆ ในโรงพยาบาลชุมชนจะไม่ทราบถึงแผนการให้ความช่วยเหลือ ทำให้ผู้ป่วยได้รับการช่วยเหลือไม่ตรงจุด หรืออาจทำให้การช่วยเหลือผู้ป่วยขาดความต่อเนื่อง ดังนั้น การประชุมปรึกษาของทีมสุขภาพก่อนออกให้บริการเป็นกิจกรรมในขั้นเตรียมการให้บริการ เพื่อร่วมกันพิจารณาถึงข้อวินิจฉัยทางสุขภาพของผู้ป่วยในด้านต่าง ๆ และหาแนวทางการให้ความช่วยเหลือได้สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย ตามลำดับความสำคัญของปัญหา (ศิริพร ชัมภลิจิต, 2533, หน้า 36)

2.2 ขั้นการให้บริการดูแลสุขภาพที่บ้าน กลุ่มตัวอย่างปฏิบัติมากที่สุดในการให้ความรู้ คำแนะนำปรึกษาแก่ผู้ป่วยและญาติที่บ้าน มีค่าเฉลี่ย 1.75 รองลงมาคือการสอนญาติในการพยาบาลง่าย ๆ แก่ผู้ป่วย ค่าเฉลี่ย 1.73 ทั้งนี้เนื่องจาก ผู้ให้บริการดูแลสุขภาพที่บ้านส่วนใหญ่เป็นพยาบาลถึงร้อยละ 87.9 ซึ่งเคยได้รับความรู้หรือข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพที่บ้านมาแล้ว ร้อยละ 89.7 จึงมีความรู้ ความชำนาญและมีทักษะเกี่ยวกับเทคนิคการพยาบาล สามารถให้การพยาบาลแก่ผู้ป่วยที่บ้าน รวมทั้งสามารถสอนและให้คำปรึกษากับผู้ป่วยและครอบครัว (Kozier & Erb, 1983, pp. 49-51; Cookfair, 1996, pp. 568-570 ; Stanhope, 1996, pp. 817-819) เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยและญาติเกิดการพัฒนาความรู้ ทักษะ และพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเอง (สมจิต หนูเจริญกุล, 2539, หน้า 44)

แม้ว่าการปฏิบัติในขั้นการให้บริการจะมีปัญหา อุปสรรคเพียงร้อยละ 24.1 ในเรื่องไม่มีมาตรฐานการให้บริการดูแลสุขภาพที่บ้าน ร้อยละ 22.4 แต่เนื่องจากการให้บริการที่บ้านเป็นขั้นตอนที่ต้องอาศัยความรู้และทักษะในการแก้ปัญหา ซึ่งกลุ่มตัวอย่างได้เสนอแนวทางแก้ไขว่า ควรกำหนดมาตรฐานการให้บริการดูแลสุขภาพที่บ้าน ร้อยละ 20.7 เพราะการมีแนวทางในการปฏิบัติงานที่เป็นรูปแบบเดียวกัน จะส่งผลให้ผู้ปฏิบัติงาน

ได้ปฏิบัติงานด้วยความถูกต้องตามขั้นตอน เกิดความมั่นใจ และลดความผิดพลาดในการปฏิบัติงาน (วิน เชื้อโพธิ์หัก, 2537, หน้า 16)

2.3 ชั้นประเมินผลการให้บริการดูแลสุขภาพที่บ้าน กลุ่มตัวอย่างปฏิบัติมากที่สุด คือ การชี้แจงภาวะสุขภาพให้แก่ผู้ป่วยและญาติหลังให้บริการ มีค่าเฉลี่ย 1.45 รองลงมาคือ มีการจัดทำรายงานผลการปฏิบัติงานบริการดูแลสุขภาพที่บ้าน มีค่าเฉลี่ย 1.25 การประเมินผลการให้บริการที่ดี จะช่วยบอกถึงสัมฤทธิ์ผลของการดำเนินงานการดูแลสุขภาพที่บ้าน ที่ได้ทำไปแล้วว่าบรรลุวัตถุประสงค์มากน้อยเพียงใด (ประกา ลิ้มประสูตร และ พรรณี เหมือนวงศ์, 2528, หน้า 829) ซึ่งในส่วนของผู้ป่วยและญาติ จะประเมินโดยการชี้แจงภาวะสุขภาพให้แก่ผู้ป่วยและญาติทราบหลังให้บริการ เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติทราบถึงผลของการให้บริการ รวมถึงปัญหาและการเปลี่ยนแปลงภาวะสุขภาพอนามัยของผู้ป่วย การเจริญเติบโต พัฒนาการ และพฤติกรรมอนามัยที่ถูกต้องหรือไม่ถูกต้อง (กรรณิการ์ พงษ์สนธิ, 2540, หน้า 73) อันจะทำให้ผู้ป่วยและญาตินำมาปรับปรุงพฤติกรรมของตนเองให้สอดคล้องกับเป้าหมายของการดูแลรักษาพยาบาล ทั้งยังส่งเสริมให้ผู้ป่วยและญาติมีส่วนในการดูแลตนเอง มีส่วนร่วมวางแผนกับพยาบาลเพื่อแก้ไขปัญหาสุขภาพตนเอง (เดือนทิพย์ เขมมโสภาส, 2539, หน้า 169) ในส่วนของการดำเนินงานของโรงพยาบาลโดยทั่วไป จะประเมินจากการจัดทำรายงานผลการปฏิบัติงาน หรืออาจประเมินผลการให้บริการดูแลสุขภาพที่บ้านด้วยวิธีต่าง ๆ ตามที่โรงพยาบาลชุมชนได้จัดขึ้น เพื่อจะได้ทราบถึงข้อบกพร่อง ปัญหาและอุปสรรคในแต่ละระยะของการให้บริการ อันจะนำมาใช้ประโยชน์ในการปรับปรุงแก้ไขการดำเนินงานในแต่ละระยะให้บรรลุตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ (ชลอศรี แดงเปี่ยม, 2528, หน้า 241)

ปัญหา อุปสรรคในชั้นประเมินผลการให้บริการมีร้อยละ 41.4 ในเรื่องการติดตามประเมินผลการให้บริการขาดความต่อเนื่องและไม่สม่ำเสมอ ร้อยละ 24.1 กลุ่มตัวอย่างได้เสนอแนวทางแก้ไขว่า ควรกำหนดมาตรฐานการประเมินผลการให้บริการดูแลสุขภาพที่บ้าน ร้อยละ 25.9 เพราะเท่าที่ผ่านมายังไม่มีการกำหนดมาตรฐานหรือรายละเอียดการดำเนินงานในขั้นตอนต่าง ๆ อย่างชัดเจน แม้ว่านโยบายการดำเนินงานการดูแลสุขภาพที่บ้านจะได้บรรจุไว้ในโครงการพัฒนาระบบบริการของสถานบริการและสาธารณสุขในส่วนภูมิภาค (พบส.) ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2536 แต่ในคู่มือ พบส. ยังไม่มีรายละเอียดเรื่องการดำเนินงานการดูแลสุขภาพที่บ้านของสถานบริการในระดับต่าง ๆ เลย (จ่านงค์ อัมสมบุญ, 2541, หน้า 30) จึงอาจจะเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้ขาดความต่อเนื่อง และไม่มีควมสม่ำเสมอในการประเมินผลการให้บริการ เพราะขาดแนวทางในการปฏิบัติที่กำหนดเป็นมาตรฐานโดยส่วนกลาง ซึ่งมาตรฐานจะช่วยทำให้เกิดแนวทางแก่ผู้ปฏิบัติงานในการประเมินผลการดำเนินงาน (วิเชียร ทวีลาภ, 2534, หน้า 75-76)

### 3. เครื่องช่วยการให้บริการ

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการใช้เครื่องช่วยการให้บริการดูแลสุขภาพที่บ้าน มีค่าเฉลี่ย 5.12 จากคะแนนเต็ม 6 คิดเป็นร้อยละ 85.3 ทั้งนี้อธิบายได้ว่า เครื่องช่วยการให้บริการจะเป็นสื่อกลางที่ช่วยทำให้ผู้ป่วยมีความสัมพันธ์กับบุคคลและองค์กรในชุมชน ส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับความช่วยเหลือในด้านต่าง ๆ ทั้งจากบุคคลและองค์กร (Jeger & Slotnick, 1982, pp. 319-320) ดังนั้น ผู้ให้บริการจึงได้ตระหนักถึงประโยชน์ของการใช้เครื่องช่วยการให้บริการ ที่สามารถจะช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับการดูแลที่ต่อเนื่อง ทั้งยังจะช่วยให้การดำเนินงานการดูแลสุขภาพที่บ้านเป็นไปด้วยความราบรื่น จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการใช้เครื่องช่วยในการให้บริการทุกรูปแบบ เมื่อพิจารณารายละเอียดในแต่ละด้าน พบว่า

3.1 เครื่องช่วยญาติ และครอบครัว ผลการศึกษาพบว่า มีการกระตุ้นและเน้นให้ญาติผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยให้ปฏิบัติตัวตามคำแนะนำของทีมสุขภาพ ร้อยละ 94.8 และมีการปรึกษากับญาติผู้ป่วยในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ร้อยละ 87.9 อย่างไรก็ตาม มีปัญหาอุปสรรคด้านการสนับสนุนของญาติและครอบครัวในการดูแลสุขภาพที่บ้าน ร้อยละ 32.8 ในเรื่องผู้ป่วยได้รับความเอาใจใส่จากญาติและครอบครัวเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพที่บ้านไม่ดีเท่าที่ควร ร้อยละ 19 กลุ่มตัวอย่างได้เสนอแนวทางแก้ไขว่า ควรเตรียมญาติ เผยแพร่ และให้ความรู้การดูแลสุขภาพที่บ้านแก่ผู้ป่วยและครอบครัว ร้อยละ 26

อธิบายได้ว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่ล้วนต้องการได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิดและอบอุ่นจากญาติและครอบครัว (นาถยา วิสุทธิใจ, 2539, หน้า 171) เนื่องจาก ญาติจะเป็นผู้ตอบสนองความต้องการการดูแลที่เกิดจากภาวะความพร่องทางร่างกาย สติปัญญา และสภาวะอารมณ์ของผู้ป่วย (ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม, 2539, หน้า 84) ส่วนครอบครัวจะเป็นบุคคลกลุ่มแรกที่ทำให้ความช่วยเหลือแก่ผู้ป่วยมากที่สุดทั้งทางร่างกาย จิตใจ สังคมและเศรษฐกิจ (นาถยา วิสุทธิใจ, 2539, หน้า 158) ญาติและครอบครัวจึงมีบทบาทสำคัญในการกระตุ้นให้ผู้ป่วยปฏิบัติตามคำแนะนำของทีมสุขภาพ โดยญาติจะต้องมีส่วนร่วมปรึกษากับทีมสุขภาพด้วย ดังนั้น การเตรียมญาติและครอบครัวในการดูแลสุขภาพผู้ป่วยที่บ้านจะเป็นการช่วยลดความเครียด ความวิตกกังวลของญาติและครอบครัวได้ เพราะญาติได้ผ่านการฝึก ทดลองปฏิบัติจนค่อย ๆ ซึมซับ และยอมรับการดูแลผู้ป่วยต่อไป (ทัศนีย์ อนันตพันธุ์พงศ์, 2540, หน้า 111-112) สอดคล้องกับการศึกษาของยุวราณี สุขวิญญาณ์ (2536, หน้า ก) เรื่องผลของการเตรียมญาติเพื่อดูแลผู้ป่วยอัมพาตครึ่งล่างที่บ้านต่อการป้องกันแผลกดทับ โดยใช้แบบสังเกต รวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นญาติของผู้ป่วยอัมพาตครึ่งล่าง จำนวน 5 คน พบว่า ผู้ป่วยอัมพาตครึ่งล่างทั้ง 5 คนที่ผู้วิจัยเตรียมญาติซึ่งเป็นกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย ไม่เกิดแผลกดทับตลอดระยะเวลาดำเนินการวิจัย และ

ญาติสามารถปฏิบัติกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยได้ถูกต้อง สนับสนุนการศึกษาของสุภาภรณ์ อุดมลักษณ์ (2531, หน้า ก-ข) เรื่องผลของการเตรียมครอบครัวต่อความสามารถในการดูแลตนเอง และควบคุมโรคของผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง โดยใช้แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปและแบบสัมภาษณ์ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง และบุคคลในครอบครัวที่ติดตามมาดูแลผู้ป่วยขณะมารับการตรวจรักษาที่คลินิกโรคไตแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ และ โรงพยาบาลศูนย์ลำปาง จำนวน 14 ราย พบว่า ภายหลังได้รับการเตรียมครอบครัว ผู้ป่วยมีความสามารถในการดูแลตนเองมากกว่าก่อนได้รับการเตรียมครอบครัวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .005 แสดงให้เห็นว่า การนำญาติและครอบครัวมาใช้เป็นเป็นแหล่งประโยชน์ของผู้ป่วย ในการดำเนินการดูแลสุขภาพที่บ้าน จะช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลเอาใจใส่จากญาติและครอบครัวมากขึ้น ส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่บ้านอย่างต่อเนื่องจากญาติและครอบครัว

3.2 เครือข่ายชุมชน หน่วยงาน หรือองค์กร ผลการศึกษาพบว่า มีการใช้แหล่งประโยชน์ในชุมชนเข้ามาช่วยเหลือ สนับสนุนผู้ป่วยและญาติในด้านการดูแลสุขภาพที่บ้าน ร้อยละ 77.6 เมื่อพิจารณาปัญหา อุปสรรค ด้านการสนับสนุนของชุมชน หน่วยงาน หรือองค์กร ในชุมชนที่มีต่อการดูแลสุขภาพที่บ้านพบว่ามีร้อยละ 46.6 ในเรื่องขาดความร่วมมือและขาดการสนับสนุนการดำเนินงานจากชุมชน ร้อยละ 34.6 กลุ่มตัวอย่างได้เสนอแนวทางแก้ไขว่า หน่วยงานสาธารณสุขควรประสานงานกับชุมชน หน่วยงาน หรือองค์กรต่าง ๆ ให้มากขึ้น ร้อยละ 24.2 และหน่วยงานสาธารณสุขควรประชาสัมพันธ์งานการดูแลสุขภาพที่บ้านสู่ชุมชน หน่วยงาน หรือองค์กรต่าง ๆ ให้กว้างขวางยิ่งขึ้น ร้อยละ 17.2 อธิบายได้ว่า การประสานงานเป็นวิธีการหนึ่ง ที่ช่วยให้ทุกฝ่ายทุกระดับได้ร่วมกันทำงาน (ธงชัย สันติวงษ์, 2539, หน้า 305) เนื่องจากการประสานงานและการประชาสัมพันธ์การดำเนินการดูแลสุขภาพที่บ้านกับองค์กรชุมชน จะช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการช่วยเหลือ หรือการส่งต่อ เพื่อรับบริการที่เหมาะสม (วิลาวัลย์ เสนารัตน์ และคณะ, 2540, หน้า 20) รวมทั้งชุมชน หน่วยงาน หรือองค์กรยังสามารถให้ความช่วยเหลือ สนับสนุนทั้งด้านข่าวสารข้อมูล วัสดุ สิ่งของ หรือการสนับสนุนทางด้านจิตใจ (บุญเยี่ยม ตระกูลวงศ์, 2528 อ้างใน ดวงฤทัย พงศ์บุญเชี่ยว, 2537, หน้า 28) แก่ผู้ป่วย ญาติและครอบครัวได้ เพื่อให้ผู้ป่วย ญาติและครอบครัวบรรลุเป้าหมายของจิตสังคม (psychosocial) ที่ดี (Warren, 1978 cited in Cleman-Stone, Eigsti & McGuire, 1995, pp. 81-82) ดังนั้น จึงเป็นหน้าที่ของชุมชน และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องที่ต้องให้การช่วยเหลือสนับสนุนครอบครัวให้เข้มแข็ง และสามารถให้การดูแลผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม (นาถยา วิสุทธิใจ, 2539, หน้า 171) แสดงให้เห็นว่า การพึ่งพา หน่วยงาน หรือองค์กรที่เกี่ยวข้องทั้งภาครัฐบาลและเอกชนที่มีอยู่ในชุมชน เพื่อนำมาใช้เป็นแหล่งประโยชน์ในการดำเนินการดูแลสุขภาพที่บ้าน และตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย



ญาติและครอบครัว จะต้องอาศัยการประสานงานและการประชาสัมพันธ์ดี เพื่อความร่วมมือในการดำเนินงาน

3.3 ระบบการส่งต่อผู้ป่วย ผลการศึกษาพบว่า มีการใช้ระบบการส่งต่อผู้ป่วยไปยังสถานพยาบาล ร้อยละ 89.7 และมีการใช้ระบบการส่งต่อผู้ป่วยไปยังชุมชน ร้อยละ 72.4 ทั้งนี้เนื่องจาก ระบบการส่งต่อผู้ป่วย เป็นเครื่องมือที่สำคัญในการดำเนินงานการดูแลสุขภาพที่บ้าน เพื่อนำผู้ป่วยที่พร้อมจะจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลกลับไปยังบ้านหรือชุมชน หรือนำผู้ป่วยที่ต้องการการรักษาจากชุมชนไปยังโรงพยาบาล ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาอย่างถูกต้อง และต่อเนื่องจากหน่วยบริการสาธารณสุขในระดับต่าง ๆ (Chromiak, 1992, pp. 39-40) สอดคล้องกับการศึกษาของแลมเพลย์ และ ฟรีแมน (Lampley & Freeman, 1984 อ้างใน พรทิพย์ เกษุรานนท์, 2539, หน้า 59) ที่พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่ที่ส่งต่อเข้ารับบริการดูแลสุขภาพที่บ้าน เป็นผู้ป่วยที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาล และมีอายุมากกว่า 65 ปี โดยมีแพทย์และบุคลากรของโรงพยาบาลร่วมกันส่งต่อผู้ป่วยถึงร้อยละ 70 ของการส่งต่อ และที่เหลือจะเป็นการส่งต่อโดยชุมชน (Community Referrals) ซึ่งผู้ส่งต่อคือ พยาบาลการดูแลสุขภาพที่บ้านที่เป็นผู้ช่วยเหลือคนแรกที่ผู้รับบริการมองเห็นและติดต่อด้วยในการดูแลสุขภาพที่บ้าน

อย่างไรก็ตาม มีปัญหา อุปสรรค ด้านการใช้ระบบการส่งต่อผู้ป่วย ร้อยละ 31 ในเรื่อง มีการใช้ระบบการส่งต่อผู้ป่วยในการดำเนินงานการดูแลสุขภาพที่บ้านไม่ต่อเนื่อง ร้อยละ 17.2 กลุ่มตัวอย่างได้เสนอแนวทางแก้ไขว่า ควรประชุมวางแผนหารูปแบบการส่งต่อผู้ป่วยในการดูแลสุขภาพที่บ้านร่วมกับ คปสอ. ร้อยละ 27.6 เนื่องจาก การใช้ระบบการส่งต่อผู้ป่วยให้บรรลุผลได้ตามวัตถุประสงค์นั้น จะต้องมีการจัดระบบการส่งต่อที่ดี โดยอาศัยการประสานงานระหว่างหน่วยงานที่ส่งและหน่วยงานที่รับผู้ป่วย ทั้งยังต้องมีระบบระบบข่าวสารที่ดี ถูกต้อง มีช่องทางการส่งต่อและวิธีการส่งต่อข้อมูลอย่างเหมาะสม (กองการพยาบาล, 2537, หน้า 71) และเจ้าหน้าที่ในสถานบริการแต่ละระดับ จะต้องเข้าใจวัตถุประสงค์ของการดำเนินงาน เห็นความสำคัญและความจำเป็นของการจัดให้มีระบบงานนี้ขึ้น ตลอดจนต้องมีความรู้ความเข้าใจในวิธี การดำเนินงานตามขั้นตอนการส่งต่อผู้ป่วย (วรรณวิไล จันทราภา, 2536, หน้า 47-48)

3.4 ช่องทางการติดต่อสื่อสาร พบว่ามีการใช้ช่องทางการติดต่อสื่อสารกับผู้ป่วย และ/หรือ ญาติที่บ้าน ร้อยละ 81 โดยส่วนใหญ่ติดต่อด้วยวิธีแจ้งข่าวผ่าน อสม. รองลงมา ใช้วิทยุสื่อสารของโรงพยาบาลหรือสถานีอนามัย และใช้จดหมายหรือไปรษณียบัตร ตามลำดับ สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ที่ใช้ช่องทางในการติดต่อสื่อสาร ทำหน้าที่ช่วยนำข่าวสารจากทีมสุขภาพไปยังผู้ป่วยและญาติ หรือนำข่าวสารข้อมูลจากผู้ป่วยและญาติไปยังทีมสุขภาพ เพื่อให้เกิดการแลกเปลี่ยนข่าวสารข้อมูลซึ่งกันและกัน อันจะทำให้ข่าวสารที่ส่งออกไปนั้นบรรลุ

วัตถุประสงค์ของผู้ส่งสารและผู้รับสาร (บุญศรี ปราบณศักดิ์ และ ศิริพร จิรวัดน์กุล, 2536, หน้า 31-32) และเป็นประโยชน์ในการรักษาพยาบาล (สุลักษณ์ มีชูทรัพย์, 2536, หน้า 496) ช่องทางการติดต่อสื่อสารสำหรับการดำเนินงานการดูแลสุขภาพที่บ้านจัดให้มีขึ้น เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติสามารถติดต่อกับทีมสุขภาพ หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขได้อย่างรวดเร็วเมื่อมีปัญหาเกิดขึ้นที่บ้าน หรือเพื่อให้ทีมสุขภาพสามารถติดต่อกับผู้ป่วยและญาติที่บ้านได้ (ประพิณ วัฒนกิจ, 2536, หน้า 13 ; มนัสนิตย์ บุญขรรพ, 2538, หน้า 18)

ปัญหา อุปสรรคด้านการใช้ช่องทางการติดต่อสื่อสารมีร้อยละ 17.2 ในเรื่องของความล่าช้าของการติดต่อสื่อสารจากการใช้ช่องทางการติดต่อสื่อสารที่ไม่เหมาะสม ร้อยละ 10.4 ซึ่งกลุ่มตัวอย่างได้เสนอแนวทางแก้ไขว่า ควรวางแผนและจัดระบบการใช้ช่องทางการติดต่อสื่อสารให้มีความสะดวกและง่ายต่อการใช้ ร้อยละ 10.3 ทั้งนี้เนื่องจากช่องทางการติดต่อสื่อสารหรือสื่อมีหลายประเภท (สุลักษณ์ มีชูทรัพย์, 2536, หน้า 497) ในบางครั้งผู้ส่งสารอาจเลือกใช้โดยไม่สมเหตุผล ดังนั้น การจัดระบบการใช้ช่องทางการติดต่อสื่อสารจะช่วยทำให้ผู้ป่วยได้รับการติดตามอย่างรวดเร็วเมื่อเกิดปัญหาสุขภาพ และมีความใกล้ชิดกับทีมสุขภาพ อันจะเป็นผลดีต่อผู้ป่วย

#### 4. ความคิดเห็นของกลุ่มตัวอย่างต่อการดำเนินงานการดำเนินงานการดูแลสุขภาพที่บ้านของโรงพยาบาลชุมชน

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 81.1 เห็นว่าการดำเนินงานการดูแลสุขภาพที่บ้านของโรงพยาบาลชุมชนโดยรวมประสบผลสำเร็จ โดยร้อยละ 43.1 เห็นว่าประสบผลสำเร็จปานกลาง การดำเนินงานการดูแลสุขภาพที่บ้านที่มีประสิทธิภาพ สามารถพัฒนาศักยภาพของผู้รับบริการในการดูแลสุขภาพตนเองได้ ช่วยลดจำนวนวันที่พักรักษาในโรงพยาบาล ลดค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของประชาชนและรัฐบาล ลดอัตราการป่วยด้วยโรคที่หลีกเลี่ยงและป้องกันได้ และช่วยลดการใช้บริการในโรงพยาบาลของรัฐ รวมทั้งยังช่วยให้ประชาชนทุกระดับชั้นได้รับบริการอย่างทั่วถึงโดยบุคลากรทีมสุขภาพ (ประพิณ วัฒนกิจ, 2541, หน้า 38) สอดคล้องกับการศึกษาของไลบี และ ชูบ (Leiby & Shupe, 1992, pp. 37-42) ที่ได้ศึกษาผู้ป่วยด้วยโรคหัวใจ โรคระบบทางเดินหายใจ และกระดูกเชิงกรานหัก ซึ่งมีอายุตั้งแต่ 65 ปีขึ้นไป จำนวน 105 คน โดย 37 คนได้รับการดูแลสุขภาพที่บ้านเป็นระยะเวลา 6 เดือน ส่วนอีก 68 คนที่เหลือไม่ได้รับการดูแลสุขภาพที่บ้าน ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มที่ได้รับการดูแลสุขภาพที่บ้านกลับเข้ามารักษาในโรงพยาบาลใหม่น้อยกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับการดูแลสุขภาพที่บ้าน และมีระยะเวลาที่อยู่โรงพยาบาลน้อยกว่าอีกกลุ่มอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เช่นเดียวกับการศึกษาของมาร์เทนส์ และ

เมลเลอร์ (Martens & Mellor, 1997, pp. 123-129) พบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยในครั้งแรกว่าเป็นโรคหัวใจล้มเหลวจากภาวะเลือดคั่ง (congestive heart failure) และได้รับการดูแลสุขภาพที่บ้าน จะกลับเข้ามารักษาในโรงพยาบาลซ้ำภายในช่วงระยะเวลา 90 วัน มีจำนวนลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

นอกจากนี้ กลุ่มตัวอย่างยังให้ความเห็นว่า การดำเนินงานการดูแลสุขภาพที่บ้านของโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดน่าน ประสบผลสำเร็จมากที่สุดในด้านผู้ป่วยและญาติที่สามารถเข้าใจและเกิดการเรียนรู้การดูแลสุขภาพของตนเองได้ เนื่องจากการดูแลสุขภาพที่บ้านเป็นการติดตามผู้ป่วยเพื่อให้การรักษาพยาบาล และให้การดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่องที่บ้าน ทั้งยังช่วยสอนให้ผู้ป่วยและครอบครัวรู้จักสังเกตอาการผิดปกติ หรือรักษาสุขภาพอนามัยให้ถูกต้อง เพื่อลดภาวะความเจ็บป่วยและความรุนแรงที่เกิดขึ้น (ประพิณ วัฒนกิจ, 2536, หน้า 3-6 ; กรรณิการ์ พงษ์สนิท, 2540, หน้า 67) จึงส่งผลให้ผู้ป่วยและญาติมีความมั่นใจในการดูแลสุขภาพตนเอง สอดคล้องกับการศึกษาของประพิณ วัฒนกิจ และคณะ (2541, หน้า 34) ที่พบว่า ประชาชนและผู้รับบริการมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองโดยรวม และความพึงพอใจโดยรวมอยู่ในเกณฑ์ดี เช่นเดียวกับการศึกษาของนิภา วรรัตนะภูติ, สมพร เลิศวิริยเสถียร, และ พรทิวา อินทร์พรหม (2539, หน้า 115-125) เรื่องความพึงพอใจของผู้รับบริการต่อบริการสุขภาพดีเริ่มที่บ้านของโรงพยาบาลลำปาง โดยใช้แบบสอบถาม ตามกลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลลำปางและได้รับการติดตามดูแลต่อเนื่องที่บ้าน และญาติผู้ดูแลผู้ป่วย จำนวน 100 คน พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความพึงพอใจโดยรวมอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 90.69 แสดงให้เห็นว่า การดูแลสุขภาพที่บ้านเป็นกลวิธีที่ช่วยให้ผู้ป่วยและญาติสามารถดูแลสุขภาพตนเองได้ภายใต้การดูแลช่วยเหลือของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

ข้อเสนอแนะในการนำผลการศึกษาไปใช้

จากผลการศึกษานี้ ผู้ศึกษาให้ข้อเสนอแนะในการนำผลการศึกษาไปใช้ ดังต่อไปนี้

#### 1. ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

หน่วยงานสาธารณสุขในระดับจังหวัดและระดับอำเภอ ควรมีการกำหนดนโยบายการดำเนินงานการดูแลสุขภาพที่บ้านให้เป็นลายลักษณ์อักษร กำหนดขั้นตอนการให้บริการ และการใช้เครือข่ายการให้บริการให้ชัดเจน รวมทั้งมีการสนับสนุนทรัพยากรบริหารด้านบุคลากรงบประมาณ วัสดุอุปกรณ์ และวิธีการดำเนินงานให้เหมาะสม

## 2. ข้อเสนอแนะเชิงปฏิบัติ

2.1 ผู้บริหาร ควรมีการประชุมชี้แจงเกี่ยวกับนโยบายการดำเนินงาน การดูแลสุขภาพที่บ้าน ขั้นตอนการให้บริการ และการใช้เครือข่ายการให้บริการแก่ผู้ปฏิบัติงาน ทุกระดับได้รับทราบโดยทั่วถึง เพื่อให้ถือเป็นแนวปฏิบัติไปในทิศทางเดียวกัน

2.2 ควรกำหนดผู้ร่วมทีมสุขภาพที่ออกให้บริการดูแลสุขภาพที่บ้าน และ ระบุหน้าที่ความรับผิดชอบในการปฏิบัติงานให้ชัดเจน เพื่อให้ทุกสาขาวิชาชีพเข้ามามีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหาของผู้ป่วยที่บ้าน และมีส่วนร่วมในการให้บริการ

2.3 ควรระบุหรือแต่งตั้งผู้รับผิดชอบโครงการดูแลสุขภาพที่บ้านให้ชัดเจน โดยอาจพิจารณาให้มีผู้รับผิดชอบโดยเฉพาะ หรือพิจารณาให้รับผิดชอบงานการดูแลสุขภาพที่บ้าน เป็นงานหลักโดยรับผิดชอบงานประจำอื่นให้น้อยลง ทั้งนี้เพื่อให้ง่ายต่อการบริหารจัดการ โครงการ และการดำเนินงานมีความต่อเนื่อง

2.4 หน่วยงานระดับจังหวัดและระดับอำเภอ ควรประสานงานและประชาสัมพันธ์ การดำเนินงานการดูแลสุขภาพที่บ้านกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทุกระดับ โดยผ่านสื่อต่าง ๆ อย่างต่อเนื่อง เพื่อขอความร่วมมือในการดำเนินงาน

ข้อเสนอแนะสำหรับการทำการศึกษาครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาการดำเนินงานการดูแลสุขภาพที่บ้านของโรงพยาบาลชุมชนที่มี ขนาดเท่ากันในพื้นที่อื่นที่ในลักษณะเดิม โดยนำเครื่องมือในการศึกษาครั้งนี้ไปปรับปรุงก่อนใช้

2. ควรมีการศึกษาประสิทธิภาพการดำเนินงานการดูแลสุขภาพที่บ้านของ โรงพยาบาลชุมชน โดยศึกษาจากผู้รับบริการ

3. ควรศึกษาความรู้ ทักษะ และ การปฏิบัติของทีมสุขภาพต่อการดำเนินงาน การดูแลสุขภาพที่บ้านของโรงพยาบาลชุมชน

4. ควรศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการดำเนินงานการดูแลสุขภาพที่บ้านเชิงคุณภาพ โดยการสัมภาษณ์เจาะลึกผู้ปฏิบัติงานด้านการดูแลสุขภาพที่บ้าน