

การปฏิบัติกิจกรรมบริการสุขภาพที่บ้านของพยาบาลวิชาชีพในภาคใต้
Home Health Care Activities of Professional Nurses in Southern Thailand



สุคนธา รัตน์
Sukonta Rattano

เลขหมู่	P RT120.4165 ก42 2510 ก. 2
Bib Key	204721
	/ 1 2 S.A. 2543 /

วิทยาลัยพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลอนามัยชุมชน
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
Master of Nursing Science Thesis in Community Health Nursing
Prince of Songkla University

2543

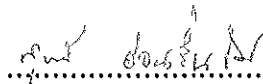
ชื่อวิทยานิพนธ์ การปฏิบัติกิจกรรมบริการสุขภาพที่บ้านของพยาบาลวิชาชีพในภาคใต้

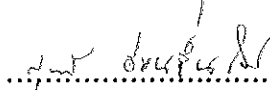
ผู้เขียน นางสาวสุคนธา รัตโน

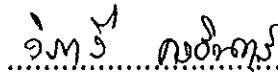
สาขาวิชา การพยาบาลอนามัยชุมชน

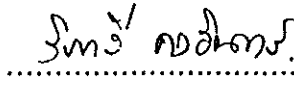
คณะกรรมการที่ปรึกษา

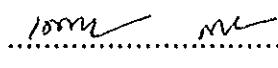
คณะกรรมการสอบ

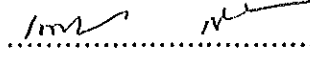
.....ประธานกรรมการ
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์สุภาณี อ่อนชื่นจิตร)

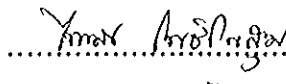
.....ประธานกรรมการ
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์สุภาณี อ่อนชื่นจิตร)

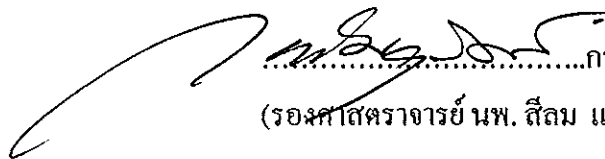
.....กรรมการ
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. วิภาวี คงอินทร์)

.....กรรมการ
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. วิภาวี คงอินทร์)


.....กรรมการ
(รองศาสตราจารย์ ดร. เพชรน้อย สิงห์ช่างชัย)

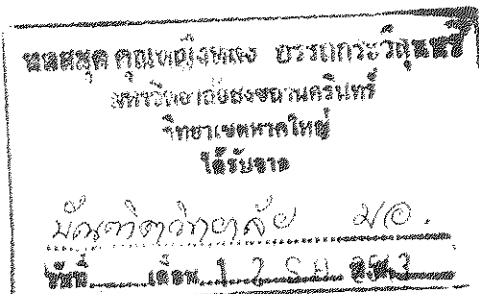
.....กรรมการ
(รองศาสตราจารย์ ดร. เพชรน้อย สิงห์ช่างชัย)

.....กรรมการ
(รองศาสตราจารย์ไชแสง โทธิโกสุม)

.....กรรมการ
(รองศาสตราจารย์ นพ. สีสม แจ่มอุติรัตน์)

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ อนุมัติให้บัณฑิตวิทยาลัยนี้เป็น
ส่วนหนึ่งของการศึกษาดำเนินการตามหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลอนามัย
ชุมชน

.....
(รองศาสตราจารย์ ดร. นพรัตน์ บำรุงรักษ์)
คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย



ชื่อวิทยานิพนธ์ การปฏิบัติกิจกรรมบริการสุขภาพที่บ้านของพยาบาลวิชาชีพในภาคใต้

ผู้เขียน นางสาวสุคนธา รัตโน

สาขาวิชา การพยาบาลอนามัยชุมชน

ปีการศึกษา 2543

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อ ศึกษาการปฏิบัติกิจกรรมบริการสุขภาพที่บ้านของพยาบาลวิชาชีพ การปฏิบัติของหน่วยงานเกี่ยวกับการบริการสุขภาพที่บ้าน ปัจจัยสนับสนุนและปัญหาอุปสรรคในการปฏิบัติกิจกรรมบริการสุขภาพที่บ้านของพยาบาลวิชาชีพ ประชากรศึกษาคือ พยาบาลวิชาชีพผู้รับผิดชอบและปฏิบัติงานบริการสุขภาพที่บ้านใน โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลชุมชน ในภาคใต้ จำนวน 116 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน และทดสอบความเที่ยงแบบสอบถามโดยวิธีสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.96 ส่งแบบสอบถามให้ตอบกลับทางไปรษณีย์ ได้รับแบบสอบถามที่สมบูรณ์คืนมา 109 ฉบับ คิดเป็นร้อยละ 93.97 นำข้อมูลมาวิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน และวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน

ผลการวิจัยพบว่า ก่อนเยี่ยมบ้าน กิจกรรมที่พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติมากที่สุดคือ การจัดเตรียมกระเป๋ายี่ยม อุปกรณ์ เครื่องมือให้พร้อมและเพียงพอก่อนออกให้บริการ ขณะเยี่ยมบ้าน กิจกรรมที่ปฏิบัติมากที่สุดคือ การประเมินปัญหาและความต้องการบริการสุขภาพของผู้รับบริการ โดยการตรวจร่างกาย เช่น สัญญาณชีพ การตรวจแผล เป็นต้น และหลังเยี่ยมบ้าน กิจกรรมที่ปฏิบัติมากที่สุดคือ การบันทึกข้อมูลต่างๆ ที่ได้จากการประเมินและการปฏิบัติตามแผนการดูแลขณะให้บริการสุขภาพที่บ้านอย่างครบถ้วน

พยาบาลวิชาชีพพบว่า โรงพยาบาลได้กำหนดนโยบายการบริการสุขภาพที่บ้านไว้อย่างชัดเจนเป็นลายลักษณ์อักษร ร้อยละ 66.1 กำหนดหน่วยงานรับผิดชอบงานบริการสุขภาพที่บ้านไว้อย่างชัดเจน ร้อยละ 91.7 เตรียมบุคลากรก่อนดำเนินงาน ร้อยละ 88.1 แต่งตั้งทีมสุขภาพอย่างเป็นทางการ ร้อยละ 84.4 ประสานงานภายในโรงพยาบาล ร้อยละ 91.7 และประสานงานภายนอกโรงพยาบาล ร้อยละ 75.2 โดยใช้วิธีการส่งต่อผู้รับบริการมากที่สุด ร้อยละ 38.2 และมีแบบฟอร์มระเบียบรายงานในการบันทึกการปฏิบัติงานบริการสุขภาพที่บ้าน ร้อยละ 98.2 ส่วนการจัดสรรงบประมาณงานบริการสุขภาพที่บ้านยังไม่ชัดเจน ร้อยละ 58.7

ปัจจัยสนับสนุน พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคล ไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติกิจกรรมบริการ
สุขภาพที่บ้านของพยาบาลวิชาชีพ งบประมาณ การประสานงานและการจัดระบบข้อมูลข่าวสาร
มีความสัมพันธ์ทางบวก กับการปฏิบัติกิจกรรมบริการสุขภาพที่บ้านของพยาบาลวิชาชีพอย่างมีนัย
สำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 นโยบายของโรงพยาบาลและการพัฒนาบุคลากรมีความสัมพันธ์ทาง
บวกกับการปฏิบัติกิจกรรมบริการสุขภาพที่บ้านของพยาบาลวิชาชีพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่
ระดับ .05

ปัญหาอุปสรรคในการปฏิบัติกิจกรรมบริการสุขภาพที่บ้านส่วนใหญ่ เป็นปัญหาด้านการ
บริหารจัดการคือ ไม่มีกรอบอัตรากำลังสำหรับพยาบาลผู้ให้บริการสุขภาพที่บ้าน พยาบาลผู้ให้
บริการสุขภาพที่บ้านขาดแหล่งสนับสนุนด้านความรู้เกี่ยวกับการบริการสุขภาพที่บ้าน ผู้รับบริการ
ขาดผู้ดูแล และปัญหาอุปสรรคด้านอื่น ๆ คือ ขาดยานพาหนะในการออกให้บริการ โดยปัญหา
อุปสรรคด้านพยาบาลผู้ให้บริการสุขภาพที่บ้านและด้านผู้รับบริการ มีความสัมพันธ์ทางลบกับการ
ปฏิบัติกิจกรรมบริการสุขภาพที่บ้านของพยาบาลวิชาชีพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ปัจจัยพยากรณ์การปฏิบัติกิจกรรมบริการสุขภาพที่บ้านของพยาบาลวิชาชีพ พบว่า การจัด
ระบบข้อมูลข่าวสาร การพัฒนาบุคลากร งบประมาณและปัญหาอุปสรรคด้านผู้รับบริการ สามารถ
ร่วมพยากรณ์การปฏิบัติกิจกรรมบริการสุขภาพที่บ้านของพยาบาลวิชาชีพได้ร้อยละ 23.4 อย่างมีนัย
สำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

Thesis Title Home Health Care Activities of Professional Nurses in Southern Thailand
Author Miss. Sukonta Rattano
Major Program Community Health Nursing
Academic Year 2000

Abstract

The purpose of this research was to study home health care activities provided by professional nurses, the working of hospitals related to home health care services, enhancing factors, problems and obstacles. A study group comprised of 116 professional nurses working and being in charge of home health care services from regional, general and community hospitals of the South. Information was obtained from the questionnaires, the content details of which were validated by five experts. Moreover, the reliability of the questionnaires was determined 0.96 by applying Cronbach ' s Alpha. Information, collected from 109 completed questionnaires (93.97%) which were posted back, was analyzed by using descriptive statistics, Pearson ' s Moment Correlation Coefficient and Stepwise Multiple Regression.

The results showed that prior to home visiting, preparation of some medical supplies and equipment was most frequently performed by the professional nurses. During the home-visiting, the assessment of both the problems and the health care services, required by the patients was most frequently conducted such as checking the vital signs and dressing the wounds. Meanwhile, during the post home-visiting, data recording which was obtained from assessment and the guiding nursing care activities was most highly performed. Besides, 66.1% professional nurse were aware of the explicit, written policy of hospital ' s home health care services, 91.7 % in the identification of home health care units, 88.1 % in personnel preparation, 84.4% in co-operation within the hospitals, 75.2% in co-operation outside the hospitals which included 38.2% in referral system, 98.2% in the report with the record of registration form of home health care activities, 58.7% in the unclear allocation of home health care budgets.

Concerning enhancing factors, personal factors were not related to the performance of home health care activities; however, budgets, co-ordination and information management system were positively related to the home health care activities with the statistical significance

at the level of .01. Meanwhile, the hospital policy and staff development were positively related to the performance of home health care by the professional nurses with the statistical significance at the level of .05. Most problems and obstacles stemmed from administration : a lack of nursing manpower, a scarcity of additional knowledge in home health care and the number of caregivers. Besides, the lack of vehicles necessarily required for transportation in providing home health care services was negatively related to the performance of home health care by the professional nurses with the statistical significance at the level of .05. Predictability factors have indicated that information management system, staff development, budget and problems of the patients could be used to predict the home health care activities 23.4%, with the statistical significance at the level of .05.

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้ สำเร็จได้ด้วยความกรุณาอย่างดียิ่งจาก ผศ. สุภาณี ย่อนชื่นจิตร ผศ. ดร. วิภาวี คงอินทร์ และ รศ. ดร. เพชรน้อย สิงห์ช่างชัย อาจารย์ที่ปรึกษาผู้ควบคุมวิทยานิพนธ์ ที่ได้กรุณาตลอดเวลาอันมีค่าของท่าน เพื่อให้คำแนะนำ ข้อคิดเห็น ตรวจสอบแก้ไขข้อบกพร่องต่าง ๆ และให้กำลังใจเป็นอย่างดีตลอดมา ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งในความกรุณาของท่านเป็นอย่างยิ่ง จึงขอกราบขอบพระคุณท่านมา ณ โอกาสนี้

ขอกราบขอบพระคุณรองศาสตราจารย์ไขแสง โพธิโกสม และรองศาสตราจารย์ นพ. สีสม แจ่มอุทิศรัตน์ คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ที่กรุณาให้ข้อคิดและคำแนะนำอันเป็นประโยชน์ยิ่งในการวิจัยครั้งนี้

ขอกราบขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่าน ที่กรุณาให้คำแนะนำ และข้อเสนอแนะในการแก้ไขปรับปรุงแบบสอบถาม ขอกราบขอบพระคุณผู้อำนวยการ โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชนในภาคใต้ทุกท่าน ที่กรุณานุญาตให้ทดลองใช้เครื่องมือในการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูลในครั้งนี้ และขอกราบขอบพระคุณพยาบาลวิชาชีพผู้ปฏิบัติงานบริการสุขภาพที่บ้านทุกท่าน ที่ให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม และให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ต่อการศึกษารั้งนี้

ท้ายที่สุด ผู้วิจัยขอกราบระลึกถึงพระคุณของคุณพ่อ คุณแม่ และคุณอาจารย์ซึ่งให้กำลังใจเป็นอย่างดีมาโดยตลอด ขอขอบคุณที่ ๆ นื่อง ๆ และเพื่อนทุกคนที่ให้ความช่วยเหลือ และเป็นกำลังใจจนวิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จได้ด้วยดี และขอขอบคุณบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ที่ได้ให้ทุนอุดหนุนการวิจัย

คุณค่าและประโยชน์อันพึงมีจากวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ ขอมอบแก่ผู้ที่สนใจใฝ่รู้ทางการศึกษา และทุกท่านที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการศึกษารั้งนี้

สุคนธา รัตโน

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อ.....	(3)
Abstract.....	(5)
กิตติกรรมประกาศ.....	(7)
สารบัญ.....	(8)
รายการตาราง.....	(10)
รายการภาพประกอบ.....	(11)
บทที่	
1 บทนำ.....	1
ปัญหาและความเป็นมาของปัญหา	1
วัตถุประสงค์ของการวิจัย	4
คำถามการวิจัย.....	4
กรอบแนวคิดการวิจัย.....	5
นิยามศัพท์.....	7
ขอบเขตการวิจัย.....	8
ความสำคัญของการวิจัย.....	8
2 เอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	9
แนวคิดการบริการสุขภาพที่บ้าน.....	9
การปฏิบัติกิจกรรมบริการสุขภาพที่บ้าน.....	20
การปฏิบัติของหน่วยงานเกี่ยวกับการบริการสุขภาพที่บ้าน.....	35
ปัจจัยสนับสนุนการปฏิบัติกิจกรรมบริการสุขภาพที่บ้าน.....	43
ปัญหาอุปสรรคในการปฏิบัติกิจกรรมบริการสุขภาพที่บ้าน.....	51
3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	55
ประชากรเป้าหมาย.....	55
เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล.....	55
การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ.....	57
การเก็บรวบรวมข้อมูล.....	58
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	58

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
4 ผลการวิจัยและการอภิปรายผล.....	60
ผลการวิจัย.....	60
การอภิปรายผล.....	84
5 สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ.....	109
สรุปผลการวิจัย.....	109
ข้อเสนอแนะ.....	113
บรรณานุกรม.....	115
ภาคผนวก.....	126
ภาคผนวก ก ข้อมูลการปฏิบัติกิจกรรมบริการสุขภาพที่บ้านของพยาบาลวิชาชีพ, การได้รับความรู้หรือข้อมูลเกี่ยวกับการบริการสุขภาพที่บ้าน, ทีมบริการสุขภาพที่บ้าน, แหล่งที่มาของกลุ่มเป้าหมายผู้รับบริการ การปฏิบัติของหน่วยงานเกี่ยวกับการบริการสุขภาพที่บ้านด้านอื่น ๆ.....	127
ภาคผนวก ข แบบสอบถาม.....	136
ภาคผนวก ค รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ.....	148
ประวัติผู้เขียน.....	149

รายการตาราง

ตาราง	หน้า
1 จำนวนและร้อยละของคุณลักษณะของพยาบาลวิชาชีพ จำแนกตาม อายุ สถานภาพ สมรส ระดับการศึกษา สถานที่ปฏิบัติงาน แผนกที่ปฏิบัติงาน ประสบการณ์การปฏิบัติงานวิชาชีพพยาบาลและประสบการณ์การปฏิบัติงานบริการสุขภาพที่บ้าน.....	61
2 จำนวนและร้อยละของการได้รับความรู้หรือข้อมูลเกี่ยวกับการบริการสุขภาพที่บ้านของพยาบาลวิชาชีพ.....	63
3 ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของการปฏิบัติกิจกรรมบริการสุขภาพที่บ้านของพยาบาลวิชาชีพจำแนกตามกิจกรรมก่อนเยี่ยมบ้าน.....	64
4 ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของการปฏิบัติกิจกรรมบริการสุขภาพที่บ้านของพยาบาลวิชาชีพจำแนกตามกิจกรรมขณะเยี่ยมบ้าน.....	66
5 ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของการปฏิบัติกิจกรรมบริการสุขภาพที่บ้านของพยาบาลวิชาชีพจำแนกตามกิจกรรมหลังเยี่ยมบ้าน.....	68
6 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของการปฏิบัติกิจกรรมบริการสุขภาพที่บ้านของพยาบาลวิชาชีพ.....	70
7 จำนวนและร้อยละของการกำหนดคน โยบายการบริการสุขภาพที่บ้านของโรงพยาบาล....	71
8 จำนวนและร้อยละของการจัดองค์การของศูนย์สุขภาพดีเริ่มที่บ้าน.....	71
9 จำนวนและร้อยละของการจัดสรรงบประมาณบริการสุขภาพที่บ้าน.....	74
10 จำนวนและร้อยละของการประสานงานบริการสุขภาพที่บ้าน.....	75
11 จำนวนและร้อยละของการพัฒนาบุคลากรบริการสุขภาพที่บ้าน.....	76
12 จำนวนและร้อยละของการจัดระบบข้อมูลข่าวสารการบริการสุขภาพที่บ้าน.....	77
13 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน ระหว่าง ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านหน่วยงาน และปัญหาอุปสรรคกับการปฏิบัติกิจกรรมบริการสุขภาพที่บ้านของพยาบาลวิชาชีพ...	79
14 จำนวนและร้อยละของปัญหาอุปสรรคในการปฏิบัติกิจกรรมบริการสุขภาพที่บ้าน จำแนกตามปัญหาด้านการบริหารจัดการ พยาบาลผู้ให้บริการสุขภาพที่บ้าน ผู้รับบริการ และปัญหาอื่น ๆ.....	81
15 สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณ ในการพยากรณ์การปฏิบัติกิจกรรมบริการสุขภาพที่บ้านของพยาบาลวิชาชีพ จากปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติกิจกรรมบริการสุขภาพที่บ้าน โดยการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน.....	83

รายการภาพประกอบ

ภาพประกอบ	หน้า
1 กรอบแนวคิดการวิจัย.....	6

บทที่ 1

บทนำ

ปัญหาและความเป็นมาของปัญหา

ความเจริญก้าวหน้าด้านวิทยาศาสตร์การแพทย์และสาธารณสุข ส่งผลกระทบต่อโครงสร้างประชากรของประเทศ อายุขัยเฉลี่ยสูงขึ้น ปัญหาการเจ็บป่วยเปลี่ยนไปจากอดีต มีความซับซ้อน เรื้อรังและพิการเพิ่มขึ้น (คณะกรรมการอำนวยการจัดทำแผนพัฒนาการสาธารณสุข, 2539 : 3; รุจา, 2537 : 211; นุหงา, 2537 : 163; จริยาวัตร, 2538 : 69) ผู้ป่วยเหล่านี้ มีความต้องการความช่วยเหลือ ในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลบางอย่างและการดูแลที่ต่อเนื่อง ซึ่งหน่วยงานบริการสาธารณสุขของรัฐ ไม่สามารถจัดหาบริการให้เพียงพอแก่ความต้องการได้ (สุภาณี, 2537 ข : 49) มีผลให้ผู้ป่วยดังกล่าวได้รับการรักษาในโรงพยาบาลเฉพาะในภาวะวิกฤติเท่านั้น พยาบาลจึงจำเป็นต้องช่วยเหลือผู้ป่วยและครอบครัวให้สามารถดูแลตนเองที่บ้านได้ ดังนั้น กระทรวงสาธารณสุขจึงได้กำหนดนโยบายพัฒนาการสาธารณสุข ตามแผนพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 7 (พ.ศ. 2535 - 2539) ในการส่งเสริมการศึกษา แสวงหา และพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยที่บ้านให้เหมาะสม และมีคุณภาพ (คณะกรรมการวางแผนพัฒนาการสาธารณสุข, 2535 : 50) มาใช้เป็นทางเลือกหนึ่ง ในการจัดบริการให้สอดคล้องกับสภาพการณ์ดังกล่าว กระทรวงสาธารณสุข ได้เริ่มดำเนินงาน บริการสุขภาพที่บ้านตั้งแต่ต้นปีงบประมาณ 2536 เป็นต้นมา โดยเริ่มจากการสัมมนาทางวิชาการ เพื่อเผยแพร่แนวคิด และวางแผนการดำเนินงานแก่โรงพยาบาลแม่ข่าย หรือโรงพยาบาลศูนย์ทั่วประเทศ เพื่อทำหน้าที่เป็นแกนนำและรับนโยบายไปปฏิบัติ รวมทั้งการเผยแพร่ให้โรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลชุมชนที่เป็นลูกข่าย นำไปปฏิบัติ เพื่อให้ครอบคลุมประชากรและพื้นที่รับผิดชอบ ซึ่งในขณะนี้ การดำเนินงานบริการสุขภาพที่บ้าน ครอบคลุมโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไปทุกแห่ง และครอบคลุมโรงพยาบาลชุมชนประมาณร้อยละ 85 (ชมรมสุขภาพดี เริ่มที่บ้านแห่งประเทศไทย, 2542 : 3)

การบริการสุขภาพที่บ้าน เป็นวิธีการที่จะนำบริการสุขภาพไปสู่ประชาชนอย่างหนึ่ง เป็นส่วนประกอบที่ต่อเนื่องของบริการสาธารณสุขแบบผสมผสาน ที่ให้บริการแก่บุคคลและครอบครัว เพื่อส่งเสริมสุขภาพและเพิ่มระดับการพึ่งพาตนเอง ลดภาวะการเจ็บป่วยและความพิการที่อาจจะเกิดขึ้น ตลอดจนการดูแลผู้ป่วยในระยะสุดท้ายของชีวิต เพื่อช่วยบรรเทาความทุกข์ทรมานต่าง ๆ และ ดำเนินชีวิตอย่างมีความสุขตามอัศัภาพ (จริยาวัตร, 2538 : 69; Stewart, 1979 : 48) มีการวางแผน

การประสานงาน และการจัดบริการให้แก่ผู้รับบริการและครอบครัวอย่างต่อเนื่อง โดยอาศัยความร่วมมือจากทีมสุขภาพ ประกอบด้วย แพทย์ พยาบาล เภสัชกร นักศึกษา นักกายภาพบำบัด นักรถบำบัด โภชนากร นักสังคมสงเคราะห์ พนักงานผู้ช่วยดูแลสุขภาพที่บ้าน ผู้ช่วยเหลือค้ำอื่น ๆ และแหล่งประโยชน์ในชุมชน (ประพิณ, 2536 : 1; สุภาวดี, 2538 : 8; Cookfair, 1996 : 568-570; Keating & Kelman, 1988 : 10; Rovinski & Zastocki, 1989 : 3) โดยมีพยาบาลวิชาชีพเป็นบุคลากรหลักในการให้บริการสุขภาพที่บ้าน มีบทบาทสำคัญต่อการจัดการบริการสุขภาพที่บ้านที่มีประสิทธิภาพ (ชนิดา, 2538 : 18; วิลาวัลย์และประยงค์, 2538 : 3) มีหน้าที่รับผิดชอบงานบริการสุขภาพที่บ้าน เป็นผู้นำทีมออกปฏิบัติงาน ให้บริการพยาบาลโดยตรง และประสานงานระหว่างทีมสุขภาพ รวบรวมข้อมูล รับข่าวสาร รายงานความก้าวหน้า และติดตามผลการดำเนินงานบริการสุขภาพที่บ้าน (ประพิณ, 2536 : 1)

การบริการสุขภาพที่บ้าน เป็นการปฏิบัติงานตามกรอบแนวคิดการบริการสุขภาพ โดยประยุกต์กระบวนการพยาบาลมาใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติงาน (Humphrey & Milone-Nuzzo, 1996 : 31; Keating & Kelman, 1988 : 84; Martin & Norris, 1996 : 78; Martin & Scheet, 1992 : 33 - 34; Rice, 1996 : 41; Rovinski & Zastocki, 1989 : 6) ร่วมกับขั้นตอนการเยี่ยมบ้าน ซึ่งเป็นเครื่องมือสำคัญที่จะช่วยให้พยาบาลสามารถจัดบริการสุขภาพที่บ้านได้สอดคล้องกับปัญหา และความต้องการของผู้รับบริการ (Humphrey & Milone-Nuzzo, 1996 : 43) ทำให้การดูแลผู้ป่วยเป็นไปอย่างมีคุณภาพและต่อเนื่อง (บุหงา, 2537 : 163) สามารถลดจำนวนวันที่ผู้ป่วยนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาลลงได้ และสามารถป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น จนทำให้ต้องกลับมานอนโรงพยาบาลซ้ำอีกได้ และช่วยลดต้นทุนค่าใช้จ่ายทั้งของโรงพยาบาลและผู้ป่วยลง (ประยงค์, 2540 : 1; สุภาวดี, 2537 : 50; Lowenstein & Hoff, 1994 : 45; Parker, Dunderdale, Turner, & Fulton, 1997 : 47) เป็นบริการที่มีต้นทุนค่าใช้จ่ายต่ำกว่าระบบการดูแลในโรงพยาบาล (Haddad, 1992 : 46; Longman, Atwood, Sherman, Benedict, & Shang, 1992 : 182; Rice, 1996 : 7)

การดำเนินงานบริการสุขภาพที่บ้าน มีการกำหนดนโยบายในระดับประเทศที่ชัดเจน และมีการบรรจุการดำเนินงานบริการสุขภาพที่บ้านเข้าไปใน โครงการพัฒนาระบบบริการของสถานบริการและหน่วยงานสาธารณสุขภูมิภาค (พบส.) (ประพิณ, 2541 : 12) แต่ยังไม่มีการบรรจุรายละเอียดของการบริการสุขภาพที่บ้านไว้ในคู่มือ พบส. (จันทง, 2541 : 25) รูปแบบและกรอบแนวคิดในการปฏิบัติงาน เป็นเรื่องที่ทางโรงพยาบาลจะต้องศึกษาเอง ทำให้ผู้ให้บริการขาดความเข้าใจในแนวคิดและหลักการที่ถูกต้อง ตลอดจนรูปแบบการจัดบริการที่เหมาะสม (วิลาวัลย์และประยงค์, 2538 : 2) จากการศึกษารูปแบบการดำเนินงานการดูแลสุขภาพที่บ้าน ของโรงพยาบาลในสังกัด กองโรงพยาบาลภูมิภาค กระทรวงสาธารณสุข ภายในทศวรรษหน้า (พ.ศ.2539-2549) ของพรทิพย์ (2539 : 244-267) โดยใช้เทคนิคการวิจัยอนาคตแบบชาติพรรณวรรณาแบบเคลฟาย (Ethnographic

Delphi Future Research : EDFR) ใช้แบบสอบถามที่สร้างจากผลการวิจัย สอบถามความคิดเห็น ผู้อำนวยการโรงพยาบาล 26 คน และสมาชิกทีมการดูแลสุขภาพที่บ้าน 330 คน ของโรงพยาบาล ศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไปในสังกัดกองโรงพยาบาลภูมิภาค ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างได้ แสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับปัญหาอุปสรรคที่อาจเกิดขึ้น จากการนำรูปแบบการดำเนินงานบริการ สุขภาพที่บ้านไปปฏิบัติ ประกอบด้วย นโยบายขาดความชัดเจน ขาดหน่วยงานรับผิดชอบหลัก การแบ่งงานไม่ชัด บุคลากรไม่เพียงพอ งบประมาณไม่เพียงพอ ไม่มีค่าตอบแทนบุคลากร ขาดการ เสริมบุคลากร บุคลากรไม่เห็นความสำคัญไม่ให้ความร่วมมือ ขาดความร่วมมือจากองค์กรและ ชุมชน ผู้บริหารไม่เห็นความสำคัญ ขาดทรัพยากร อุปกรณ์และสิ่งสนับสนุนต่าง ๆ ที่จะนำมาใช้ใน การดำเนินงาน ขาดบุคคลรับผิดชอบในการประสานงาน และขาดรูปแบบที่ดีในการประเมินผล การให้บริการ ผู้ป่วยและญาติไม่ยอมรับในการให้บริการของเจ้าหน้าที่ และต้องการที่จะพบแพทย์ ทุกครั้ง ผู้ป่วยบางรายไม่สามารถจ่ายค่าบริการได้ ผู้รับบริการไม่ยอมกลับบ้านหลังจากแพทย์ จำหน่ายออกจากโรงพยาบาลเพื่อไปรับบริการดูแลที่บ้านและผู้รับบริการขาดผู้ดูแล ประกอบกับ การจัดบริการในลักษณะนี้แตกต่างจากบริการสุขภาพอื่น เพราะเป็นการให้บริการในสิ่งแวดล้อม ของผู้รับบริการเอง ไม่ใช่สถานบริการสุขภาพคงที่ที่เคยปฏิบัติ จึงมีผลต่อองค์ประกอบการปฏิบัติ การพยาบาลหลายด้าน (มุกดา, 2534 : 2) มีผู้ให้บริการอีกจำนวนไม่น้อยที่มีคำถามเกี่ยวกับแนวคิด การบริการสุขภาพที่บ้าน รวมถึงแนวทางที่จะนำไปสู่การปฏิบัติ (รุจา, 2537 : 210) ซึ่งหน่วยงานที่มี นโยบายที่ชัดเจนจะให้แนวทางในการปฏิบัติงานที่ประสบผลสำเร็จตามเป้าหมาย (Stuart – Siddall, 1986 : 16)

จากการสำรวจเบื้องต้นของผู้วิจัย เกี่ยวกับการจัดบริการสุขภาพที่บ้านของโรงพยาบาล ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขในภาคใต้ทางโทรศัพท์ ประกอบด้วย โรงพยาบาลศูนย์ 5 แห่ง โรงพยาบาลทั่วไป 14 แห่ง และโรงพยาบาลชุมชน 124 แห่ง พบว่า โรงพยาบาลศูนย์และ โรงพยาบาลทั่วไป จัดบริการสุขภาพที่บ้านได้ครอบคลุม และมีการดำเนินการอย่างต่อเนื่องทุก โรงพยาบาล ส่วนโรงพยาบาลชุมชน พบว่า กำลังจะเริ่มดำเนินการบริการสุขภาพที่บ้าน 7 แห่ง ดำเนินการบริการสุขภาพที่บ้านได้อย่างต่อเนื่อง 77 แห่ง ดำเนินการบริการสุขภาพที่บ้านไประยะ หนึ่งและขณะนี้หยุดดำเนินการชั่วคราว 10 แห่ง และยังไม่มีการดำเนินการบริการสุขภาพที่บ้าน 30 แห่ง ซึ่งผลการดำเนินงานที่ผ่านมายังไม่ประสบความสำเร็จเท่าที่ควร จากผลสรุปการประชุมเสนอ ผลการดำเนินงานบริการสุขภาพดีเริ่มที่บ้านระดับเขต ระหว่างวันที่ 7 - 9 กุมภาพันธ์ 2539 ณ ห้อง ประชุม โรงแรมเนอเคียว กรุงเทพมหานคร โดยการประเมินผลจากการนำเสนอผลงานของแต่ละ เขต จำนวน 12 เขต ส่วนใหญ่ได้รับการประเมินด้วยคะแนนในระดับพอใช้ เนื่องจากปัจจัยที่ เกี่ยวข้องคือ การดำเนินงานยังไม่ครอบคลุมพื้นที่ในความรับผิดชอบ ขาดแผนงานและโครงการ ขยายบริการสุขภาพที่บ้านในระยะยาว ขาดความชัดเจนในหลักการและเทคนิคการดำเนินงานให้

บริการ การเก็บรวบรวมข้อมูล การประสานงานระหว่างบ้านกับทีมสุขภาพ (คณะกรรมการสุขภาพ
ดีเริ่มที่บ้าน, 2539 : 8-13) ซึ่งข้อมูลดังกล่าวเป็นเพียงข้อมูลสรุปการประชุมสัมมนา แต่ยังคงปัจจัย
ที่น่าเชื่อถือ จึงเป็นที่น่าสนใจว่าโรงพยาบาลในสังกัดกองสาธารณสุขภูมิภาคในภาคใต้ ที่ดำเนินการ
ให้บริการสุขภาพที่บ้านอย่างต่อเนื่องในปัจจุบัน มีการดำเนินงานบริการสุขภาพที่บ้านเป็นอย่างไร
ปฏิบัติกิจกรรมบริการสุขภาพที่บ้านอะไรบ้าง ตลอดจนปัจจัยสนับสนุนและปัญหาอุปสรรคในการ
ปฏิบัติงาน ผู้วิจัยตระหนักถึงความจำเป็นในการวิจัยดังกล่าว โดยเฉพาะการให้บริการสุขภาพที่บ้าน
ของพยาบาลวิชาชีพซึ่งเป็นบุคลากรหลักในการจัดบริการ ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาการปฏิบัติกิจกรรม
บริการสุขภาพที่บ้านของพยาบาลวิชาชีพในภาคใต้ รวมถึงการปฏิบัติของหน่วยงานเกี่ยวกับการ
บริการสุขภาพที่บ้าน ปัจจัยสนับสนุนและปัญหาอุปสรรคในการปฏิบัติงาน เพื่อจะได้นำข้อมูล
ดังกล่าวไปเป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนางานบริการสุขภาพที่บ้านที่เหมาะสม และกำหนด
กิจกรรมการดำเนินงานให้ชัดเจนขึ้น เป็นแนวทางปฏิบัติสำหรับพยาบาลวิชาชีพ ได้ดำเนินงานอย่าง
มีประสิทธิภาพต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาการปฏิบัติกิจกรรมบริการสุขภาพที่บ้านของพยาบาลวิชาชีพ ของ โรงพยาบาล
ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ในภาคใต้
2. เพื่อศึกษาการปฏิบัติของหน่วยงานเกี่ยวกับการบริการสุขภาพที่บ้านตามการรับรู้ของ
พยาบาลวิชาชีพ
3. เพื่อศึกษาปัจจัยสนับสนุนและปัญหาอุปสรรค ในการปฏิบัติกิจกรรมบริการสุขภาพ
ที่บ้านของพยาบาลวิชาชีพ

คำถามการวิจัย

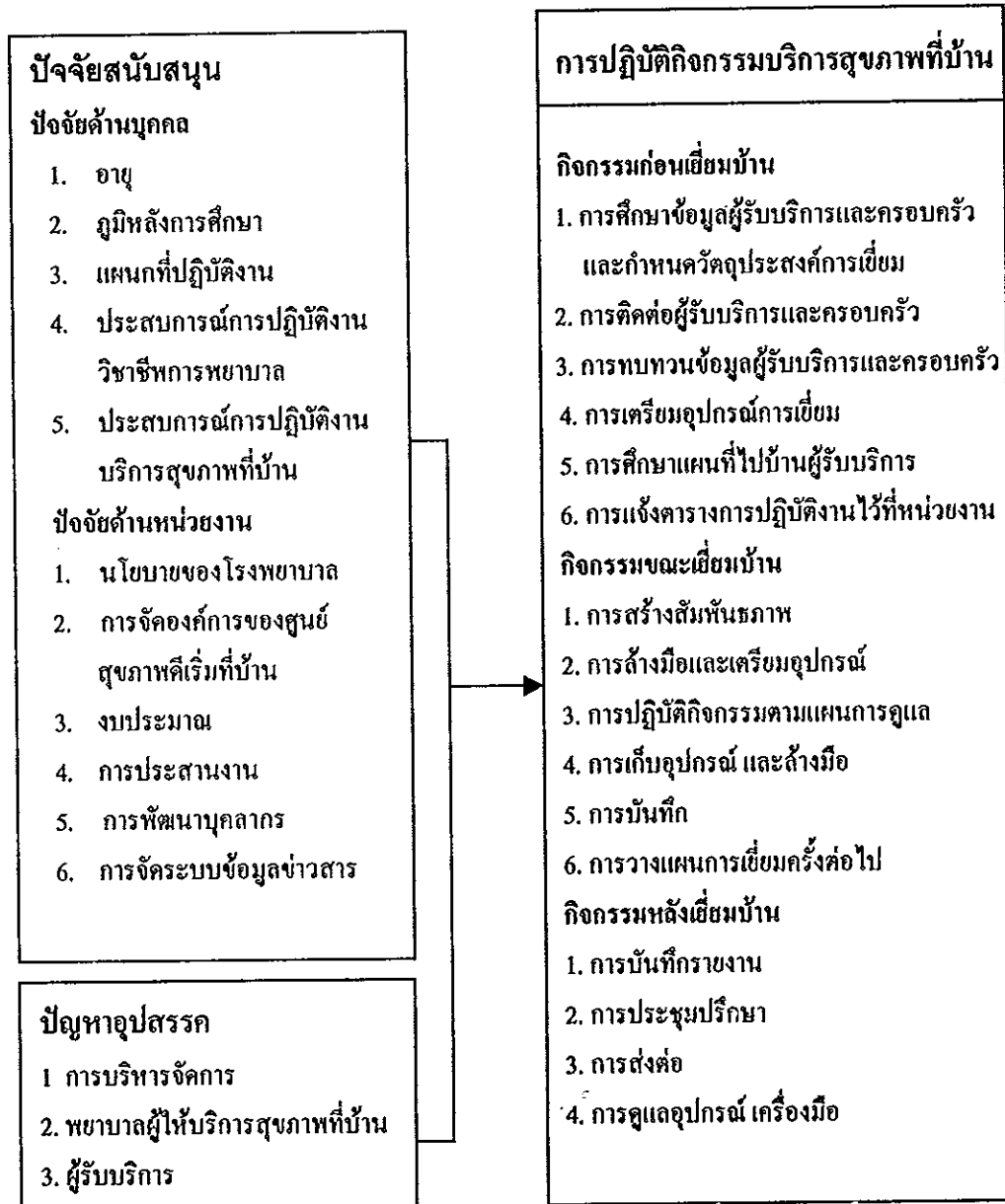
1. พยาบาลวิชาชีพ ซึ่งปฏิบัติงานบริการสุขภาพที่บ้านของโรงพยาบาล ในสังกัดกระทรวง
สาธารณสุขในภาคใต้ ปฏิบัติกิจกรรมอะไรบ้างในการจัดบริการสุขภาพที่บ้าน
2. การปฏิบัติของหน่วยงานเกี่ยวกับการบริการสุขภาพที่บ้าน ตามการรับรู้ของพยาบาล
วิชาชีพ มีกิจกรรมใดบ้าง
3. ปัจจัยสนับสนุน และปัญหาอุปสรรคในการปฏิบัติกิจกรรมบริการสุขภาพที่บ้านของ
พยาบาลวิชาชีพมีอะไรบ้าง

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษาการปฏิบัติกิจกรรมบริการสุขภาพที่บ้านของพยาบาลวิชาชีพครั้งนี้ จะประยุกต์กระบวนการเยี่ยมบ้านของ ฮัมฟรีย์และมิโลเน-นุซโซ (Humphrey & Milone-Nuzzo, 1996 : 43-47) เป็นกรอบแนวคิดในการศึกษา โดยพยาบาลบริการสุขภาพที่บ้านจะศึกษาข้อมูลผู้รับบริการและครอบครัวจากแฟ้มประวัติก่อนออกเยี่ยมบ้าน กำหนดวัตถุประสงค์ในการเยี่ยม ติดต่อผู้รับบริการและครอบครัวเพื่อยืนยันการเยี่ยม ทบทวนข้อมูลผู้รับบริการและครอบครัวโดยละเอียดอีกครั้งเพื่อกำหนดแผนการดูแล เตรียมอุปกรณ์ เครื่องมือให้เหมาะสมกับแผนการดูแล ศึกษาแผนที่การเดินทาง ไปบ้านผู้รับบริการ และแจ้งตารางการปฏิบัติงานไว้ที่หน่วยงานก่อนออกเดินทางกลับบ้านผู้รับบริการ เพื่อให้เพื่อนร่วมงานทราบว่าปฏิบัติงาน ณ ที่ใด เมื่อไปถึงบ้านผู้รับบริการก็สร้างสัมพันธภาพ เพื่อให้ผู้รับบริการและครอบครัวเกิดความไว้วางใจ และเริ่มปฏิบัติกิจกรรมตามแผนการดูแล โดยล้างมือหรือเช็ดมือให้สะอาด และนำอุปกรณ์ เครื่องมือออกจากกระเป๋าเยี่ยม มาจัดวางไว้ในที่ที่เตรียมไว้ เพื่อความสะดวกในการใช้ปฏิบัติกิจกรรมบริการ ปฏิบัติกิจกรรมตามแผนการดูแล ปรับปรุงแผนการดูแลตามกระบวนการพยาบาล และเก็บอุปกรณ์ เครื่องมือ ล้างมือหรือเช็ดมือให้สะอาดหลังให้บริการ บันทึกข้อมูลในแบบฟอร์มรายงานหรือสมุดบันทึกที่เตรียมมา และวางแผนการเยี่ยมในครั้งต่อไปร่วมกับผู้รับบริการและครอบครัวก่อนลากลับ เมื่อกลับถึงหน่วยงานก็ทบทวนแผนการดูแลและกิจกรรมทั้งหมด ลงบันทึกรายงานให้สมบูรณ์และจัดเก็บอย่างเป็นระบบ ประชุมปรึกษาและประสานงานกับทีมสุขภาพที่เกี่ยวข้อง ในปัญหาที่มีความยุ่งยากและซับซ้อน ปรับปรุงแผนการดูแลให้เหมาะสม ส่งต่อผู้รับบริการเพื่อให้ปัญหาเฉพาะด้านได้รับการแก้ไขอย่างเหมาะสม ทำความสะอาดกระเป๋าเยี่ยม อุปกรณ์ เครื่องมือต่าง ๆ และจัดเตรียมอุปกรณ์ให้พร้อมสำหรับการออกปฏิบัติงานในครั้งต่อไป

ในการปฏิบัติกิจกรรมดังกล่าวข้างต้น ขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายประการที่จะเอื้ออำนวยให้การปฏิบัติกิจกรรมสำเร็จตามเป้าหมาย จากการศึกษาเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้องพบว่า ปัจจัยสนับสนุนพฤติกรรมการทำงานของคุณคณด มักเกี่ยวข้องกับลักษณะส่วนบุคคล และการบริหารจัดการของหน่วยงาน (ปรียาพร, 2535 : 141) ดังนั้น ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาปัจจัยสนับสนุนการปฏิบัติกิจกรรมบริการสุขภาพที่บ้านของพยาบาลวิชาชีพพร้อมด้วยคือ ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ ภูมิหลังการศึกษา แผนที่ปฏิบัติงาน ประสบการณ์การปฏิบัติงานในวิชาชีพพยาบาลและประสบการณ์การปฏิบัติงานบริการสุขภาพที่บ้าน และปัจจัยด้านหน่วยงาน ซึ่งเป็นการปฏิบัติของโรงพยาบาลเกี่ยวกับการดำเนินงานบริการสุขภาพที่บ้าน ประกอบด้วย นโยบายของโรงพยาบาล การจัดองค์การของศูนย์สุขภาพที่บ้าน งบประมาณ การประสานงาน การพัฒนาบุคลากร และการจัดระบบข้อมูลข่าวสาร รวมถึงการศึกษาถึงปัญหาอุปสรรคที่มีผลต่อการปฏิบัติกิจกรรมบริการ

ได้แก่ ปัญหาด้านการบริหารจัดการ พยาบาลผู้ให้บริการสุขภาพที่บ้าน และผู้รับบริการ ดังแสดงในภาพประกอบ 1



ภาพประกอบ 1 แสดงกรอบแนวคิดการวิจัยการปฏิบัติกิจกรรมบริการสุขภาพที่บ้านของพยาบาลวิชาชีพ

นิยามศัพท์

การปฏิบัติกิจกรรมบริการสุขภาพที่บ้าน หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมการบริการสุขภาพที่บ้านของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติตามกระบวนการเยี่ยมบ้านที่ประยุกต์มาจากแนวคิดของ ฮัมฟรีย์ และมิโลน-นุสโซ (Humphrey & Milone-Nuzzo, 1996 : 43-47) ในการให้บริการสุขภาพที่บ้านในสถานการณ์จริง ตั้งแต่เริ่มต้นการปฏิบัติกิจกรรมก่อนเยี่ยม กิจกรรมขณะเยี่ยม และกิจกรรมหลังเยี่ยม เพื่อจัดบริการสุขภาพให้สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของผู้รับบริการและครอบครัว สนับสนุนให้ผู้รับบริการและครอบครัวสามารถตัดสินใจแก้ปัญหา และดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสม โดยประเมินจากแบบสอบถามการปฏิบัติกิจกรรมบริการสุขภาพที่บ้านที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น

การปฏิบัติของหน่วยงานเกี่ยวกับการบริการสุขภาพที่บ้าน หมายถึง การดำเนินงานบริการสุขภาพที่บ้านของโรงพยาบาล ในด้านการกำหนดนโยบาย การจัดองค์การของศูนย์สุขภาพดีเริ่มที่บ้าน งบประมาณ การประสานงาน การพัฒนาบุคลากร และการจัดระบบข้อมูลข่าวสาร โดยประเมินจากแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น

ปัจจัยสนับสนุนการปฏิบัติกิจกรรมบริการสุขภาพที่บ้าน หมายถึง ปัจจัยด้านบุคคลและปัจจัยด้านหน่วยงาน ที่เอื้ออำนวยหรือเป็นแรงจูงใจให้การปฏิบัติกิจกรรมบริการสุขภาพที่บ้านของพยาบาลวิชาชีพเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ โดยปัจจัยด้านบุคคลจะครอบคลุม อายุ ภูมิหลัง การศึกษา แผนกที่ปฏิบัติงาน ประสบการณ์การปฏิบัติงานวิชาชีพพยาบาล และประสบการณ์การปฏิบัติงานบริการสุขภาพที่บ้าน ส่วนปัจจัยด้านหน่วยงาน ประกอบด้วย นโยบายของโรงพยาบาล การจัดองค์การของศูนย์สุขภาพดีเริ่มที่บ้าน งบประมาณ การประสานงาน การพัฒนาบุคลากรและการจัดระบบข้อมูลข่าวสาร โดยประเมินจากแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น

ปัญหาอุปสรรคในการปฏิบัติกิจกรรมบริการสุขภาพที่บ้าน หมายถึง สิ่งที่ขัดขวางการปฏิบัติกิจกรรมบริการสุขภาพที่บ้านของพยาบาลวิชาชีพ จนเป็นผลให้การปฏิบัติกิจกรรมบริการสุขภาพที่บ้านล่าช้าหรือไม่ประสบผลสำเร็จ ประกอบด้วยปัญหาอุปสรรค ด้านการบริหารจัดการพยาบาลผู้ให้บริการสุขภาพที่บ้าน ผู้รับบริการ และด้านอื่น ๆ โดยประเมินจากแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น

พยาบาลวิชาชีพ หมายถึง พยาบาลวิชาชีพซึ่งเป็นผู้รับผิดชอบและปฏิบัติงานบริการสุขภาพที่บ้านในศูนย์สุขภาพดีเริ่มที่บ้าน ในโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชนสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ในภาคใต้ ที่จัดบริการสุขภาพที่บ้าน โดยได้ขึ้นทะเบียนเป็นผู้ประกอบโรคศิลป์สาขาการพยาบาลและผดุงครรภ์ชั้นหนึ่งตาม พ.ร.บ. ควบคุมการประกอบโรคศิลป์

ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาในกลุ่มพยาบาลวิชาชีพที่รับผิดชอบและปฏิบัติงานบริการสุขภาพที่บ้าน ในศูนย์สุขภาพดีเริ่มที่บ้านของโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลชุมชนสังกัดกระทรวงสาธารณสุขในภาคใต้ ในระหว่างเดือนธันวาคม 2542 – มกราคม 2543

ความสำคัญของการวิจัย

1. ได้ข้อมูลพื้นฐานสำหรับผู้บริหารโรงพยาบาล ใช้เป็นแนวทางในการปรับปรุงแก้ไขปัจจัยที่ไม่เอื้ออำนวยต่อการปฏิบัติกิจกรรมบริการสุขภาพที่บ้าน และพัฒนาการจัดระบบบริการสุขภาพที่บ้าน
2. ได้ข้อมูลพื้นฐานสำหรับผู้บริหารการพยาบาล และผู้บริหารการศึกษาพยาบาล ในการจัดเตรียมและพัฒนาบุคลากรเพื่อ ปฏิบัติงานบริการสุขภาพที่บ้านใน โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป และ โรงพยาบาลชุมชน
3. ได้ข้อมูลพื้นฐานการวิจัยที่ต่อเนื่องเกี่ยวกับการปฏิบัติกิจกรรมการบริการสุขภาพที่บ้านของพยาบาลวิชาชีพ

บทที่ 2

เอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาการปฏิบัติกิจกรรมบริการสุขภาพที่บ้านของพยาบาลวิชาชีพในภาคใต้ ในครั้งนี้ ได้กำหนดขอบเขตการทบทวนเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้องในเรื่องดังต่อไปนี้

แนวคิดการบริการสุขภาพที่บ้าน

การปฏิบัติกิจกรรมบริการสุขภาพที่บ้าน

การปฏิบัติของหน่วยงานเกี่ยวกับการบริการสุขภาพที่บ้าน

ปัจจัยสนับสนุนการปฏิบัติกิจกรรมบริการสุขภาพที่บ้าน

ปัญหาอุปสรรคในการปฏิบัติกิจกรรมบริการสุขภาพที่บ้าน

แนวคิดการบริการสุขภาพที่บ้าน

การบริการสุขภาพที่บ้าน เป็นวิธีการให้บริการสุขภาพแก่ประชาชนวิธีหนึ่ง เป็นส่วนประกอบที่ต่อเนื่องของการบริการสาธารณสุขสมบูรณ์แบบ (comprehensive) ที่ให้บริการแก่บุคคลและครอบครัว เพื่อส่งเสริมสุขภาพและเพิ่มระดับความสามารถในการดูแลตนเอง ลดภาวะการเจ็บป่วยและความพิการที่อาจจะเกิดขึ้น ตลอดจนการดูแลผู้ป่วยในระยะสุดท้ายของชีวิต เพื่อช่วยบรรเทาความทุกข์ทรมานต่าง ๆ และดำเนินชีวิตอย่างมีความสุขตามอัธยาศัย ให้บริการสุขภาพที่เหมาะสมตรงกับความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว มีการวางแผน การประสานงานและการจัดบริการให้แก่ผู้รับบริการและครอบครัวอย่างต่อเนื่อง (จริยาวัตร, 2538 : 69; มุกดา, 2534 : 2) โดยมีเป้าหมายที่จะช่วยให้ผู้รับบริการกลับสู่ภาวะสุขภาพที่สูงสุดและพึ่งตนเองได้ ซึ่งจะแตกต่างจากบริการสุขภาพอื่น ๆ ในลักษณะที่ผู้ให้บริการ ให้บริการในสิ่งแวดล้อมของผู้รับบริการที่ไม่ใช่สถานบริการสาธารณสุข (Rice, 1996 : 14) ซึ่งมีผลต่อองค์ประกอบการปฏิบัติการพยาบาลหลาย ๆ ด้าน ทั้งในด้านบทบาทหน้าที่และความรับผิดชอบของผู้ให้บริการ การทำงานมีลักษณะเป็นทีม ประกอบด้วย แพทย์ พยาบาล นักกายภาพบำบัด นักอรรถบำบัด นักสังคมสงเคราะห์ นักอาชีวบำบัด โภชนากร ผู้ช่วยดูแลสุขภาพที่บ้าน คนทำงานบ้าน ผู้ช่วยเหลือ้อื่น ๆ และแหล่งบริการต่าง ๆ ในชุมชน (ประพิณ, 2536 : 1; มุกดา, 2534 : 2; สุภาวดี, 2538 : 8; Cookfair, 1996 : 568-570; Keating & Kelman, 1988 : 10; Rovinski & Zastocki, 1983 : 3)

อัลเบรชท์ (Albrecht, 1990 : 121-122) ได้เสนอแนวคิดการบริการสุขภาพที่บ้านไว้ว่า เป็นความสัมพันธ์ขององค์ประกอบที่มีความจำเป็นในการดูแลผู้รับบริการและครอบครัวที่บ้าน ซึ่งแบ่งออกเป็น 3 องค์ประกอบ คือ โครงสร้าง กระบวนการและผลลัพธ์ โดยองค์ประกอบส่วนโครงสร้างจะรวมถึงคุณลักษณะทางประชากร เศรษฐกิจสังคมและตัวแปรด้านจิตใจของผู้รับบริการ สัมพันธภาพในครอบครัวผู้รับบริการ การกำหนดปรัชญา นโยบาย โครงสร้าง มาตรฐานการบริการ งบประมาณ การใช้เทคโนโลยีและเวลาในการบริการสุขภาพที่บ้านของหน่วยงานที่ให้ บริการ ทีมสุขภาพของหน่วยงานและพยาบาลวิชาชีพ ทำหน้าที่เป็นผู้ประสานงาน และนำผลการวางแผนการให้บริการของทีมไปสู่ผู้รับบริการที่บ้าน ส่วนกระบวนการ จะรวมถึง ประเภทของการบริการ ได้แก่ การให้ความรู้ การป้องกันปัญหาสุขภาพ การสนับสนุน การรักษาพยาบาล หรือการใช้เทคโนโลยีขั้นสูงในการดูแล จัดบริการบนพื้นฐานของกระบวนการพยาบาล โดยมีพยาบาลวิชาชีพรับผิดชอบในการประสานงานเพื่อให้เกิดการดูแลที่ต่อเนื่อง และส่วนผลลัพธ์ คือ ความพึงพอใจในบริการ คุณภาพการบริการ ความคุ้มทุน ภาวะสุขภาพ ความสามารถในการดูแลตนเอง และการใช้ประโยชน์ของการบริการสุขภาพที่บ้าน โดยการจัดการบริการจะต้องพิจารณาความสัมพันธ์ทั้งโครงสร้างพื้นฐาน กระบวนการและผลลัพธ์การบริการภายใต้ความต้องการ และปัญหาของผู้รับบริการ

คีททิงและเคลแมน (Keating & Kelman, 1988 : 68) กล่าวว่าบริการสุขภาพที่บ้านเป็นบริการที่เน้นความสัมพันธ์ระหว่างพยาบาลกับผู้รับบริการและครอบครัว และระบบสนับสนุนทางสังคม เป็นการสร้างความเข้าใจในการดูแลแก่ครอบครัว เพื่อส่งเสริมการพักผ่อนของผู้รับบริการ การคงไว้ซึ่งการมีสุขภาพที่ดีของครอบครัว และพัฒนาวิธีการดูแลสุขภาพตนเองของผู้รับบริการและครอบครัว โดยมีเป้าหมายสุดท้ายของกระบวนการ คือ ผู้รับบริการและครอบครัวมีการพัฒนาภาวะสุขภาพ และความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเองและครอบครัวได้อย่างอิสระ หรือพึ่งพิงบางส่วน เพื่อให้สามารถตอบสนองความต้องการดูแลสุขภาพได้

ไรซ์ (Rice, 1996 : 19-20) กล่าวว่า การบริการสุขภาพที่บ้าน เป็นการจัดการพยาบาล การดูแลผู้รับบริการที่มีคุณภาพ ภายใต้สิ่งแวดล้อมของผู้รับบริการ ซึ่งอาจจะเป็นบริการช่วงระยะเวลาหนึ่งหรือเป็นครั้งคราว โดยที่ผู้รับบริการ ครอบครัวและสิ่งแวดล้อมที่บ้าน จะถูกพิจารณาเป็นองค์ประกอบหลักที่จะทำให้แผนการดูแลประสบความสำเร็จหรือไม่ ให้บริการสุขภาพบนแนวคิดของแรงจูงใจ วัฒนธรรม การมีส่วนร่วมของผู้รับบริการและครอบครัว โดยพยาบาลผู้ให้บริการสุขภาพที่บ้าน จะมีบทบาทเป็นผู้อำนวยความสะดวกผ่านวิธีการให้ความรู้ การพิทักษ์สิทธิ และการดูแลแบบการจัดการเฉพาะราย เพื่อให้ผู้รับบริการเกิดความรู้ ความเข้าใจในความต้องการการ

ดูแล เกิดแรงจูงใจ สามารถตัดสินใจด้วยตนเองได้ สามารถยกระดับภาวะสุขภาพเข้าสู่ภาวะปกติหรืออยู่ในภาวะที่ดีที่สุด

โรวินสกีและซาสต็อคกี (Rovinski & Zastocki, 1989 : 3) ได้กล่าวว่า การบริการสุขภาพที่บ้าน เป็นองค์ประกอบของการบริการสุขภาพที่สมบูรณ์แบบ เป็นบริการที่จัดให้กับบุคคลและครอบครัวในสถานที่พักอาศัย โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อส่งเสริมสุขภาพ การดำรงรักษาสุขภาพหรือการคงภาวะสุขภาพที่ดี มีความพึงพอใจจากความเจ็บป่วยน้อยที่สุด รวมทั้งบริการที่ให้อุปการะเหมาะสมกับความต้องการของผู้รับบริการแต่ละคนและแต่ละครอบครัว โดยผู้ให้บริการต้องมีการวางแผนประสานงาน และให้บริการสุขภาพที่บ้านภายใต้แผนการดูแล รวมถึงองค์ประกอบบริการที่เหมาะสม เช่น การรักษาพยาบาล การดูแลฟัน การพยาบาล กายภาพบำบัด อรรถบำบัด อาชีวบำบัด สังคมสงเคราะห์ โภชนาการ ผู้ช่วยดูแลสุขภาพที่บ้าน การขนส่ง เครื่องมือและวัสดุทางการแพทย์

สแตนโฮป (Stanhope, 1996 : 806) กล่าวว่า การบริการสุขภาพที่บ้าน เป็นองค์ประกอบของการจัดบริการสุขภาพที่มีความต่อเนื่องและครอบคลุมแก่บุคคลและครอบครัว ณ ที่อยู่อาศัย โดยมีเป้าหมายเพื่อส่งเสริม ฟิ้นฟู และคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพที่ดี

ประพิน (2536 : 5) กล่าวถึงการบริการสุขภาพที่บ้านไว้ว่า เป็นบริการสาธารณสุขเชิงรุกที่ใช้บ้านของประชาชนเป็นสถานบริการ โดยทีมสุขภาพจะให้การสนับสนุน แนะนำช่วยเหลือ ให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและครอบครัวในการดูแลตนเองทางด้านสุขภาพ โดยมีเครือข่ายติดต่อกับเจ้าหน้าที่ได้ตลอดเวลา เมื่อเกิดภาวะฉุกเฉินหรืออันตราย

วิลาวัณย์และประยงค์ (2538 : 3) ได้กล่าวว่า การบริการสุขภาพที่บ้าน เป็นบริการสุขภาพที่จัดให้แก่บุคคลที่เจ็บป่วยเรื้อรัง ผู้สูงอายุ ผู้ที่ต้องการพักฟื้น หรือผู้ที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ ให้ได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง โดยบุคลากรในทีมสุขภาพที่มุ่งส่งเสริม และสนับสนุนการมีส่วนร่วมของบุคคลและครอบครัวให้ดำรงไว้ ซึ่งคุณภาพชีวิตที่ดี และความเป็นอิสระในการพึ่งตนเอง

จากแนวคิดและความหมายดังกล่าว สรุปได้ว่า การบริการสุขภาพที่บ้าน หมายถึง การให้บริการสุขภาพที่สอดคล้องกับความต้องการของผู้รับบริการและครอบครัว ภายใต้สถานการณ์สิ่งแวดล้อมที่บ้าน โดยมีทีมสุขภาพจากโรงพยาบาลออกมามาดูตามให้การรักษาพยาบาล ให้คำแนะนำปรึกษา เพื่อให้เกิดการดูแลที่ต่อเนื่อง ช่วยให้ผู้รับบริการกลับสู่ภาวะปกติ สามารถพึ่งพาตนเองได้มากที่สุด และดำรงชีวิตอยู่ในสังคมอย่างมีความสุขเท่าที่จะทำได้

พัฒนาการของการบริการสุขภาพที่บ้าน

การดำเนินงานบริการสุขภาพที่บ้าน เป็นแนวคิดการดูแลผู้ป่วยที่มีมาก่อนการรักษาทางการแพทย์ (ชนิตา, 2538 : 15) ในต่างประเทศ สหรัฐอเมริกาได้เริ่มให้บริการสุขภาพที่บ้านในปี ค.ศ.

1796 ด้วยการจัดโปรแกรมการบริการสุขภาพที่บ้านขึ้นในเมืองบอสตัน โดยร้านขายยาบอสตัน (The Boston Dispensary) ให้บริการแก่ผู้เจ็บป่วยและยากจน ที่ไม่สามารถไปรับบริการอย่างสม่ำเสมอที่โรงพยาบาลเมื่อเจ็บป่วยได้ (Jaffe, 1989 : 171) ในปี ค.ศ. 1877 สภาศรีแห่งนครนิวยอร์ก ซึ่งเป็นหน่วยงานอาสาสมัครพยาบาล ได้จ้างพยาบาลกลุ่มแรกให้บริการสุขภาพที่บ้าน โดยปฏิบัติงานตามแผนการรักษาของแพทย์ (Rice, 1996 : 3) ในปี ค.ศ. 1885 แนวคิดการบริการสุขภาพที่บ้านได้กระจายไปสู่ชุมชนต่าง ๆ และเริ่มมีหน่วยบริการอาสาสมัครให้บริการสุขภาพที่บ้านเกิดขึ้นมากมาย ในปี ค.ศ. 1886 ก็ได้มีการก่อตั้งสมาคมพยาบาลเยี่ยมบ้าน (Visiting Nurse Association) ขึ้น และในปี ค.ศ. 1898 แผนกสุขภาพของเมืองลอสแอนเจลิส ก็ได้จ้างพยาบาลจบใหม่มาให้บริการพยาบาล โดยการเยี่ยมบ้านแก่ผู้ยากจนที่เจ็บป่วย จึงเป็นแผนกสุขภาพที่เป็นทางการครั้งแรกที่จัดบริการนี้

ต่อมาในปี ค.ศ. 1940 โรงพยาบาลได้เริ่มมีงานบริการสุขภาพที่บ้านขึ้น เนื่องจากปัญหาการดูแลสุขภาพเปลี่ยนไปจากโรคติดต่อเฉียบพลันเป็นการเจ็บป่วยเรื้อรัง โรงพยาบาลมีผู้ป่วยมากขึ้น จึงหาวิธีที่จะลดค่าใช้จ่ายของการดูแลสุขภาพและลดการใช้เตียงลง โครงการบริการสุขภาพที่บ้านของโรงพยาบาลจึงได้เกิดขึ้น (Stewart, 1979 : 20 - 21) และในปี ค.ศ. 1947 อี เอ็ม บลูสโตน (E.M. Bluestone) ได้พบรูปแบบการบริการสุขภาพที่บ้านโดยใช้โรงพยาบาลเป็นฐาน (A model hospital-based home care program) ที่โรงพยาบาลมอนเทไฟออร์ (Montefiore Hospital) ในนิวยอร์ก โดยให้บริการด้านการแพทย์ การพยาบาลและบริการทางสังคมโดยตรงแก่ผู้เจ็บป่วยเรื้อรัง ต่อมาได้ขยายบริการไม่จำกัดเฉพาะผู้ยากจนหรือผู้สูงอายุ โดยให้บุคลากรในโรงพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยขณะอยู่โรงพยาบาลนั้น ได้ออกไปให้บริการสุขภาพที่บ้านแก่ผู้ป่วยคนเดียวกันด้วย และในปี ค.ศ. 1967 ได้มีการนำระบบประกันสุขภาพเข้ามาคุ้มครองประชาชน ภายใต้โครงการเมดิแคร์ (Medicare) ทำให้ความต้องการบริการสุขภาพของประชาชนมีมากขึ้น และในปี ค.ศ. 1983 เมดิแคร์ ได้นำระบบการเบิกจ่ายค่ารักษาตามการวินิจฉัยโรค (Diagnostic Related Groups : DRG) มาดำเนินการ ทำให้ผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะเจ็บป่วยต้องถูกจำหน่ายกลับบ้านทั้งที่ยังมีความต้องการดูแลเฉพาะด้านหรือต้องอาศัยเทคโนโลยีพิเศษ จึงมีผลทำให้การบริการสุขภาพที่บ้านถูกพัฒนาขึ้นเพื่อตอบสนองต่อปัญหาและความต้องการดังกล่าว โดยคำนึงถึงค่าใช้จ่ายที่ต่ำกว่าการอยู่โรงพยาบาล (Humphrey & Milone-Nuzzo, 1996 : 2; Rovinski & Zastocki, 1989 : 4)

ในประเทศไทย การบริการสุขภาพที่บ้านได้เริ่มมาประมาณ 70 ปี โดยเริ่มตั้งแต่สภากาชาดไทย ได้จัดตั้งโรงเรียนนางพยาบาลขึ้นเพื่อฝึกหัดพยาบาลให้มีความรู้ทางพยาบาล สำหรับเป็นผู้ช่วยแพทย์ในโรงพยาบาลต่าง ๆ หรือไปทำการพยาบาลตามบ้านเรือน โดยนางพยาบาลใน

ขณะนั้น มีหน้าที่เยี่ยมหญิงมีครรภ์ตามบ้าน ให้การพยาบาลมารดาและทารกเมื่อคลอดแล้ว การบริบาลทารก การดูแลสุขภาพเด็กวัยเรียน การเยี่ยมประชาชนตามบ้านเพื่อดูแลสุขภาพอนามัยทั่วไป ให้การปฐมพยาบาลเมื่อพบผู้เจ็บป่วย ช่วยทำแผล รักษาพยาบาล และแนะนำการไปรักษาที่โรงพยาบาลหากเกินกำลังที่จะดูแลที่บ้านได้ ตลอดจนแนะนำเรื่องสุขวิทยาของบุคคลและสิ่งแวดล้อมให้แก่ประชาชน (อาริยา, 2539 : 1) จนกระทั่งหลังสงครามโลกครั้งที่ 2 ได้มีการขยายตัวของระบบสาธารณสุขของประเทศ ทำให้มีการจัดตั้งโรงเรียนพยาบาลสาธารณสุขขึ้นใน ปี พ.ศ. 2496 และบทบาทของพยาบาลสาธารณสุขสมัยนั้นส่วนใหญ่ได้แก่ การดูแลสุขภาพมารดาและทารก การทำคลอดที่บ้าน การให้ภูมิคุ้มกันโรค การให้สุศึกษาและการเยี่ยมบ้าน

การบริการสุขภาพที่บ้านในลักษณะดังกล่าว ได้ดำเนินการอย่างต่อเนื่องเรื่อยมา โดยมีลักษณะเป็นส่วนหนึ่งของพยาบาลสาธารณสุขหรือพยาบาลอนามัยชุมชนที่ออกเยี่ยมบ้าน การจัดบริการเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้านส่วนใหญ่จะเน้นการป้องกันและควบคุมโรคติดต่อ การสอนสุศึกษา การเยี่ยมมารดาและทารกหลังคลอด (วิลาวัลย์และประยงค์, 2538 : 2) ในปี พ.ศ. 2515 โรงพยาบาลรามารบิต ได้เริ่มงานการบริการสุขภาพที่บ้านขึ้นที่แผนกกุมารเวชศาสตร์ โดยการนำงานพยาบาลสาธารณสุขเข้ามาประยุกต์ใช้ในโรงพยาบาล เนื่องจากผู้ป่วยเด็กมีปัญหา มาก ผู้ป่วยเรื้อรังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลไม่ได้ ต้องนอนรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาลเป็นเวลานานเกินความจำเป็น ทำให้การหมุนเวียนเตียงทำได้ช้า ผู้ป่วยที่จำหน่ายไปแล้วก็กลับมารับการรักษาที่โรงพยาบาลบ่อย ด้วยโรคเดิมทั้งผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก ขาดการติดตามผลการรักษาตามแพทย์นัด ทำให้การรักษาพยาบาลไม่ได้ผลดี (ชนิตา, 2538 : 15)

ในปัจจุบัน การบริการสุขภาพที่บ้านได้เริ่มเข้ามามีบทบาทในประเทศไทยมากขึ้น ในแผนพัฒนาการสาธารณสุขแห่งชาติฉบับที่ 7 (พ.ศ. 2535-2539) กระทรวงสาธารณสุข ได้มุ่งเน้นการพัฒนาาระบบบริการสุขภาพที่บ้านไว้อย่างชัดเจน (คณะกรรมการวางแผนพัฒนาการสาธารณสุข, 2535 : 50) และในปีงบประมาณ 2536 กระทรวงสาธารณสุขได้เริ่มดำเนินงานบริการสุขภาพที่บ้านขึ้น โดยในตอนต้นใช้ชื่อว่า “การดูแลสุขภาพอนามัยประชาชนที่บ้าน (home health care)” ซึ่งต่อมาอีกประมาณ 1 ปี ก็ได้มีการเปลี่ยนชื่อภาษาไทยให้มีความเข้าใจตรงกัน และง่ายต่อการจำว่า “บริการสุขภาพดีเริ่มที่บ้าน” โดยมีการถ่ายทอดแนวคิด และหลักการดำเนินงานให้กับโรงพยาบาลศูนย์ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ทำหน้าที่เป็นแม่ข่ายในระบบพัฒนาบริการสาธารณสุข (พบส.) กระจายความรู้และแนวคิดให้โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชนที่เป็นลูกข่าย นำไปปฏิบัติหรือร่วมมือเป็นทีมปฏิบัติการในโครงการ โดยมีวัตถุประสงค์ที่สำคัญ คือ 1) ให้การดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้าน ทุกกลุ่มเป้าหมายและทุกพื้นที่ 2) ให้บริการสาธารณสุขขั้นพื้นฐานแก่ประชาชน

และผู้ป่วยที่บ้านในระดับปฐมภูมิ 3) ให้บริการสาธารณสุขมูลฐานแก่ประชาชนแต่ละบ้าน และต่อเนื่องในระดับหมู่บ้าน ตำบล ให้สามารถพึ่งพาตนเองได้ 4) คิดอาวุธทางปัญญาให้แก่ประชาชน เพื่อคืนอำนาจการเลือกการตัดสินใจในด้านสุขภาพอนามัยให้แก่ประชาชน (ประพิณ, 2541 ข : 81) ซึ่งปัจจุบัน ได้มีนโยบายให้มีการดำเนินโครงการดูแลสุขภาพที่บ้านครอบคลุมพื้นที่ทั่วประเทศและบรรจุการดำเนินงานเข้าไปในโครงการพัฒนาระบบบริการของสถานบริการและหน่วยงานสาธารณสุขภูมิภาค (พบส.) และผลการดำเนินงานที่ผ่านมา การดำเนินงานครอบคลุมโรงพยาบาลศูนย์ และโรงพยาบาลทั่วไปทุกแห่ง และครอบคลุมโรงพยาบาลชุมชนประมาณร้อยละ 85 (ชมรมสุขภาพดีเริ่มที่บ้านแห่งประเทศไทย, 2542 : 3)

หน่วยงานบริการสุขภาพที่บ้าน

จากนโยบายของประเทศ และความต้องการบริการสุขภาพที่บ้านมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ตามปัญหาสุขภาพที่เปลี่ยนแปลงไป จึงทำให้มีหน่วยงานบริการสุขภาพที่บ้านขึ้น การบริหารจัดการและการจัดระบบโครงสร้างขององค์การ แบ่งได้เป็น 5 ประเภทดังนี้ (Gabe & Gill-Fomey, 1993 : 30; Stanhope, 1996 : 809-811; Lyon & Stephany, 1993 : 626-628)

1. หน่วยงานของรัฐ (official agencies or public agencies) เป็นหน่วยงานบริการสุขภาพที่ดำเนินการโดยคณะกรรมการ ซึ่งเป็นเจ้าหน้าที่ของรัฐในระดับท้องถิ่น งบประมาณการจัดบริการส่วนใหญ่ได้จากการเก็บภาษี และการเบิกเงินจากการประกันสุขภาพของรัฐบาล และบริษัทประกันสุขภาพของเอกชน เป็นบริการที่ไม่หวังผลกำไร มีการให้บริการด้านการดูแลสุขภาพ ให้สูงศึกษา การส่งเสริมสุขภาพ และการป้องกันโรคแก่บุคคลในชุมชน

2. หน่วยงานอาสาสมัครและเอกชนที่ไม่หวังผลกำไร (voluntary and private nonprofit agencies) บริหารงานโดยคณะกรรมการบริหาร ซึ่งเป็นตัวแทนจากชุมชนที่หน่วยงานตั้งอยู่ ได้รับการสนับสนุนช่วยเหลือด้านการเงินจากมูลนิธิต่าง ๆ แหล่งเงินทุนของเอกชน การประกันสุขภาพของรัฐบาลและค่าบริการจากผู้รับบริการ เป็นบริการที่ไม่หวังผลกำไร มุ่งให้บริการกับชุมชนที่หน่วยงานนั้นตั้งอยู่ในระดับเมือง เขต หรือรัฐ ให้บริการโดยคำนึงถึงความต้องการของผู้รับบริการ มากกว่าความสามารถในการจ่ายค่าบริการของผู้รับบริการ

3. หน่วยงานบริการแบบผสม (combination agencies) เป็นการรวมหน่วยงานบริการสุขภาพที่บ้านของรัฐบาลและหน่วยงานของอาสาสมัครเข้าด้วยกัน เพื่อให้บริการในบางชุมชน โดยไม่หวังผลกำไร เป็นการลดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลและป้องกันการซ้ำซ้อนในการให้บริการระหว่างเจ้าหน้าที่ของรัฐและเอกชน โดยผู้ให้บริการอาจมาจาก 2 หน่วยงานดังกล่าว และ/หรือจัดตั้งกรรมการบริหารชุดใหม่ขึ้น

4. หน่วยงานบริการของโรงพยาบาล (hospital-based agencies) เป็นหน่วยงานบริการสุขภาพที่จัดตั้งขึ้นโดยอาศัยโครงสร้างและงบประมาณของโรงพยาบาล เพื่อตอบสนองความต้องการการดูแลที่ต่อเนื่องจากโรงพยาบาลสู่บ้าน และลดต้นทุนค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลในโรงพยาบาลที่เพิ่มขึ้น

5. หน่วยงานบริการสุขภาพที่บ้านในรูปบริษัท (proprietary or profit-making agencies) เป็นหน่วยงานที่ให้บริการเพื่อการค้าหรือหวังผลกำไร เจ้าของหน่วยงานเป็นผู้รับผิดชอบในการจัดระบบการให้บริการ มีรายได้จากผู้รับบริการและการเบิกค่านจากบริษัทประกันสุขภาพ โดยหน่วยงานนั้นต้องมีใบอนุญาตประกอบการตามกฎหมาย

หน่วยงานให้บริการสุขภาพที่บ้านในประเทศไทยมีค่อนข้างจำกัด และยังไม่มีการแบ่งประเภทที่ชัดเจน บริการที่มีอยู่ในปัจจุบันจึงเป็นการดำเนินงานโดยโรงพยาบาลซึ่งเป็นหน่วยงานของรัฐ ใช้รูปแบบการบริการตามโครงสร้างการบริหารของแต่ละโรงพยาบาล

รูปแบบการบริการสุขภาพที่บ้าน

การบริการสุขภาพที่บ้าน เป็นการจัดระบบการให้บริการที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพอย่างต่อเนื่อง แก่บุคคลที่เจ็บป่วยหรือพิการที่บ้านหรือที่พักอาศัยโดยทีมสุขภาพ เพื่อให้ผู้รับบริการและครอบครัวสามารถพึ่งพาตนเองได้มากที่สุด โดยบริการจะต้องสอดคล้องกับความต้องการของผู้รับบริการแต่ละรายและครอบครัว เมื่อพิจารณาตามความต้องการบริการสุขภาพที่บ้านก็สามารถจัดรูปแบบของบริการสุขภาพที่บ้านออกเป็น 2 รูปแบบ คือ (สุภาณี, 2537 ก : 23-24)

1. การบริการโดยใช้โรงพยาบาลเป็นหลัก (hospital-based) กิจกรรมการบริการสุขภาพที่บ้านในรูปแบบการใช้โรงพยาบาลเป็นหลัก จะให้บริการแก่ผู้รับบริการของโรงพยาบาล ทั้งผู้รับบริการที่เข้ารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยใน และผู้ที่มารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก เพื่อลดปัญหาการเจ็บป่วยซ้ำ มีการวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วย และส่งต่อผู้ป่วยไปยังหน่วยงานที่ผู้ป่วยสามารถรับบริการได้สะดวก และติดตามผลการรักษาพยาบาล ทำให้เกิดการดูแลที่ต่อเนื่องระหว่างบ้านและโรงพยาบาล ซึ่งสถานบริการสุขภาพหรือโรงพยาบาลจะมีการกำหนดกลุ่มเป้าหมาย ลักษณะผู้รับบริการ และมาตรฐานการให้บริการไว้อย่างชัดเจน (Stewart, 1979 : 37-39)

2. การบริการโดยใช้ชุมชนเป็นหลัก (community-based) เป็นการจัดบริการสุขภาพที่บ้านโดยใช้ชุมชนเป็นหลัก การดำเนินงานในรูปแบบนี้ จะดำเนินการเช่นเดียวกับพยาบาลอนามัยชุมชน พยาบาลจะทำการประเมินและกำหนดข้อวินิจฉัยร่วมกับชุมชน สามารถเข้าถึงปัญหาสุขภาพของประชากรทุกกลุ่มอายุ พยาบาลสามารถกำหนดบทบาทและหน้าที่ของคนต่อบุคคลและครอบครัวได้พร้อม ๆ กับบทบาทและหน้าที่ต่อชุมชนโดยส่วนรวม การบริการมีทั้งบริการการดูแลการเจ็บ

ป่วย บริการสนับสนุนและส่งเสริมให้ผู้รับบริการ ครอบครัวและชุมชน มีสุขภาพดี การให้บริการในรูปแบบดังกล่าว จะมีพื้นที่ที่รับผิดชอบและกลุ่มประชากรเป้าหมายที่ชัดเจน และสามารถนำทรัพยากรในชุมชนมาใช้ประกอบการจัดบริการให้เกิดประโยชน์แก่ผู้รับบริการ และชุมชนได้มากที่สุด

จากการศึกษารูปแบบการดำเนินงานการดูแลสุขภาพที่บ้าน ของโรงพยาบาลในสังกัดกองโรงพยาบาลภูมิภาค กระทรวงสาธารณสุข ภายในทศวรรษหน้า (พ.ศ.2539-2549) ของพรทิพย์ (2539 : 244-267) โดยใช้เทคนิคการวิจัยอนาคตแบบชาติบรรณาการแบบเดลฟาย (Ethnographic Delphi Future Research : EDFR) เก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์และการตอบแบบสอบถามเดลฟายจากผู้เชี่ยวชาญด้านการแพทย์และสาธารณสุขที่เป็นผู้บริหาร นักวิชาการและผู้ปฏิบัติงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข และนักวิชาการในสังกัดทบวงมหาวิทยาลัย จำนวน 39 คน ใช้แบบสอบถามที่สร้างจากผลการวิจัย สอบถามความคิดเห็นผู้อำนวยการโรงพยาบาล 26 คน และสมาชิกทีมการดูแลสุขภาพที่บ้าน 330 คน ของโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไปในสังกัดกองโรงพยาบาลภูมิภาค ผลการวิจัยพบว่า รูปแบบที่ผู้เชี่ยวชาญเลือกมาเป็นอันดับ 1 คือรูปแบบที่ผสมผสานการดูแลสุขภาพที่บ้านแบบเน้นโรงพยาบาลเป็นฐานและเน้นชุมชนเป็นฐานเข้าด้วยกัน เป็นงานรวมของโรงพยาบาล มีการบริหารจัดการและการให้บริการโดย คณะกรรมการดำเนินงานการดูแลสุขภาพที่บ้านของโรงพยาบาล มีกลุ่มงานเวชกรรมสังคมและกลุ่มงานการพยาบาลเป็นผู้ประสานงาน โดยไม่มีหน่วยงานการดูแลสุขภาพที่บ้านรองรับ ให้บริการทั้งคนป่วยและคนปกติ ซึ่งในขั้นวิจัยเชิงสำรวจ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลและสมาชิกทีมการดูแลสุขภาพที่บ้าน มีความคิดเห็นเป็นไปในแนวเดียวกับผู้เชี่ยวชาญ คือ เลือกรูปแบบดังกล่าวเป็นอันดับ 1 เช่นกัน และจากการศึกษาการให้บริการดูแลสุขภาพที่บ้านแก่ผู้ป่วยที่เข้ารับบริการ โรงพยาบาลนครพิงค์ ของวิลาวัลย์, ประยงค์และพิมพ์ภรณ์ (2540 : 63-64) โดยการศึกษาความคิดเห็นของผู้ป่วย ปัญหาและข้อเสนอแนะเกี่ยวกับการดำเนินงานให้บริการดูแลสุขภาพที่บ้าน รวมทั้งเพื่อหารูปแบบการดูแลสุขภาพที่เหมาะสมแก่ผู้ป่วยและครอบครัว โดยศึกษาในผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องที่บ้าน ผลการศึกษาด้านรูปแบบการดูแลสุขภาพที่เหมาะสม พบว่า ขั้นตอนการดำเนินงานควรประกอบด้วย พยาบาลประจำโครงการดูแลสุขภาพที่บ้านรับผู้ป่วยจากแผนกผู้ป่วยนอกและแผนกผู้ป่วยใน ส่งให้ทีมให้บริการสุขภาพที่บ้านดำเนินการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย แล้วจึงให้บริการดูแลสุขภาพที่บ้าน และติดตามผลการรักษาหรือส่งต่อเพื่อรับการรักษาหรือจำหน่ายออกจากโครงการตามสภาวะอาการของผู้ป่วย

ดังนั้น ในการจัดบริการสุขภาพที่บ้านจะจัดรูปแบบใดนั้น จะต้องพิจารณาตามความพร้อมของโรงพยาบาล นโยบาย วัตถุประสงค์ และโครงสร้างการบริหารงานของหน่วยงาน รวมทั้ง

งบประมาณและแหล่งสนับสนุนการบริการของหน่วยงานนั้น ๆ เพื่อความคล่องตัวในการจัดบริการ ที่มีประสิทธิภาพ

การดำเนินงานการบริการสุขภาพที่บ้าน ในประเทศไทย ยังไม่มีการจัดระบบที่ชัดเจน (รุจา, 2537 : 212) แผนภูมิโครงสร้างการบริหารงานของหน่วยงานก็ไม่ชัดเจนเป็นอิสระเหมือนในต่างประเทศ แต่ได้มีการกำหนดแนวทางการดำเนินงานบริการสุขภาพที่บ้าน ของโรงพยาบาลศูนย์ และโรงพยาบาลทั่วไป สังกัดกองโรงพยาบาลภูมิภาค กระทรวงสาธารณสุข ไว้ดังนี้ (ประพิน, 2536 : 8-12; 2537 : 12)

1. กลวิธีหลักในการดำเนินงาน มีดังนี้

1.1 ปฏิบัติงานเป็นทีมสุขภาพในลักษณะเดียวกับการทำหน้าที่ในโรงพยาบาล แต่เป็นการให้บริการในเชิงรุก

1.2 ออกดำเนินการในภาคบ่ายอย่างน้อยสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ๆ ละ 2-3 ชั่วโมง ภายหลังเสร็จสิ้นภาระกิจของโรงพยาบาลในภาคเช้า

1.3 กลุ่มเป้าหมาย คือผู้ป่วยที่อาจเลือกตามกลุ่มปัญหาของพื้นที่

1.4 มีการดูแลอย่างต่อเนื่องตลอด 24 ชั่วโมง โดยผ่านศูนย์สุขภาพดีเริ่มที่บ้าน เพื่อให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ วิทยุสื่อสาร ผ่าน ศสมช. อสม. และทางไปรษณีย์เป็นต้น

1.5 รวบรวมผลงานประจำเดือนในโครงการสุขภาพดีเริ่มที่บ้าน

2. การดำเนินงานการบริการสุขภาพที่บ้าน มีขั้นตอนดังต่อไปนี้

2.1 แต่งตั้งคณะกรรมการดำเนินงานการดูแลสุขภาพที่บ้านและผู้รับผิดชอบ ดำเนินงานรับข่าวสารระหว่างบ้านกับโรงพยาบาล

2.2 การจัดตั้งศูนย์การดูแลสุขภาพที่บ้านที่อาจมีเพียงห้องหรือโต๊ะทำงานภายในสถานบริการ

2.3 การสำรวจข้อมูลหรือเลือกกลุ่มเป้าหมายที่จะดำเนินงานในระยะแรกเริ่ม

2.4 การดำเนินให้บริการ โดย

2.4.1 การสอน แนะนำ ให้ความรู้และฝึกหัดให้ประชาชนสามารถนำความรู้ไปปฏิบัติในการดูแลตนเองด้านสุขภาพและครอบครัวตนเองได้อย่างถูกต้อง สามารถที่จะสังเกตอาการผิดปกติ และรู้วิธีปฏิบัติเมื่อเกิดปัญหาเพื่อแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นได้ ตลอดจนการรายงานให้เจ้าหน้าที่ของศูนย์ทราบ

2.4.2 การประชุมปรึกษาหารือระหว่างทีมการดูแลสุขภาพที่บ้าน ในการเสนอผลการปฏิบัติงานและให้ข้อเสนอแนะในการปฏิบัติงานทั้งก่อนการลงมือ และหลังการให้บริการแต่ละครั้ง

2.4.3 การออกให้บริการดูแลสุขภาพที่บ้าน โดยทีมสุขภาพ ตลอดจนมีการติดต่อสื่อสารกับบ้านอย่างต่อเนื่อง

2.4.4 การให้บริการสนับสนุนคิดตามการดำเนินงาน โดยให้มีช่องทางที่จะให้มีการติดต่อระหว่างบ้านกับศูนย์ได้อย่างรวดเร็วและทันต่อเหตุการณ์ เช่น ติดต่อผ่านองค์การสาธารณสุขมูลฐาน

2.4.5 การประชุมเพื่อการรายงานผล และการหารือเพื่อแก้ปัญหาระหว่างทีมการดูแลสุขภาพที่บ้านเดือนละครั้ง ที่กระทำนอกเหนือจากการประชุมปรึกษาหารือ ระหว่างทีมการดูแลสุขภาพที่บ้าน

2.4.6 การบันทึกผลการให้บริการและผลการปฏิบัติงานทุกครั้ง เพื่อเก็บรวบรวมไว้เป็นหลักฐานการดำเนินงานและรวบรวมรายงานการปฏิบัติงาน

2.4.7 การประเมินผลและปรับปรุงขั้นตอนการดำเนินงานการดูแลสุขภาพที่บ้าน จากแนวทางการดำเนินงานที่กำหนดไว้ดังกล่าว หน่วยงานสาธารณสุขในส่วนภูมิภาคได้กำหนดแนวทางในการดำเนินงาน มีทั้งเหมือนกันและแตกต่างกันไปตามนโยบายและศักยภาพของแต่ละหน่วยงาน แต่มีขั้นตอนในการดำเนินงานที่มีลักษณะคล้ายคลึงกันดังนี้ (โรงพยาบาลกาฬสินธุ์, 2542 : 15-19; โรงพยาบาลสกลนคร, 2542 : 33-42; โรงพยาบาลอุดรธานี, 2542 : 20-28)

1. มีการจัดระบบการดำเนินงานในรูปคณะกรรมการดำเนินงาน และมีการประชาสัมพันธ์ให้บุคลากรในโรงพยาบาลทราบ

2. จัดตั้งศูนย์สุขภาพดีเริ่มที่บ้านภายในโรงพยาบาลเพื่อเป็นศูนย์กลางหน่วยบริการสุขภาพที่บ้าน โดยกำหนดเจ้าหน้าที่รับผิดชอบหลักในการดำเนินงาน ซึ่งเป็นพยาบาลวิชาชีพที่มาจากกลุ่มงานพยาบาลหรือกลุ่มงานเวชกรรมสังคม ทำหน้าที่ประสานงานและเก็บรวบรวมข้อมูล

3. กำหนดประเภทผู้รับบริการ ประกอบด้วย

3.1 ผู้รับบริการจากแผนกผู้ป่วยนอกและคลินิกพิเศษ โดยพยาบาลประจำแผนกหรือคลินิกเป็นผู้พิจารณาคัดเลือกผู้รับบริการตามเกณฑ์ที่กำหนด สอบถามความยินยอมให้เยี่ยม บันทึกข้อมูลในเวชระเบียนประจำครอบครัว นัดหมายการเยี่ยม และส่งต่อผู้รับบริการเพื่อการดูแลที่ต่อเนื่อง มายังศูนย์สุขภาพดีเริ่มที่บ้าน

3.2 ผู้รับบริการจากแผนกผู้ป่วยใน ที่ต้องได้รับการฟื้นฟูภาวะสุขภาพ โดยพยาบาลหัวหน้าหอผู้ป่วยหรือพยาบาลประจำการหอผู้ป่วยนั้น เป็นผู้พิจารณาคัดเลือกตามเกณฑ์ที่กำหนด สอบถามความยินยอมให้ออกเยี่ยม วางแผนจำหน่ายผู้ป่วย และแพทย์จะส่งต่อผู้รับบริการมายังศูนย์สุขภาพดีเริ่มที่บ้าน ซึ่งผู้ออกให้บริการสุขภาพที่บ้านส่วนใหญ่จะเป็นพยาบาลประจำแผนก

ผู้ป่วยในที่ได้รับการดูแลผู้รับบริการมาก่อนจำหน่าย

3.3 ผู้รับบริการที่ค้นพบในชุมชน เช่น ผู้สูงอายุ ผู้พิการ เป็นต้น พยาบาลเวชกรรม สังคม เป็นผู้พิจารณาคัดเลือกผู้รับบริการ และส่งต่อให้ได้รับการดูแลต่อเนื่องที่บ้านมายังศูนย์สุขภาพดีเริ่มที่บ้าน

4. จัดทำแบบฟอร์มเก็บรวบรวมข้อมูล เช่น ระเบียบครอบครัว แบบบันทึกการประเมินภาวะสุขภาพ และแบบบันทึกการให้บริการสุขภาพที่บ้าน เป็นต้น

5. การออกปฏิบัติงาน ประกอบด้วยกิจกรรมดังนี้

5.1 นัดหมายผู้รับบริการโดยโทรศัพท์แจ้งล่วงหน้า กรณีผู้รับบริการ ไม่มีโทรศัพท์ พยาบาลประจำศูนย์สุขภาพดีเริ่มที่บ้านจะส่งไปรษณียบัตรนัดหมายผู้ป่วยล่วงหน้าก่อนถึงวันเยี่ยมอย่างน้อย 1 สัปดาห์

5.2 นัดหมายทีมงานตามวันและเวลาที่กำหนด ส่วนใหญ่จะเป็นการดำเนินงานในภาคบ่าย ของวัน และเวลาราชการ สัปดาห์ละ 2-3 ครั้ง โดยจัดทีมงานสลับเปลี่ยนกันไปซึ่งขึ้นอยู่กับความเหมาะสมของแต่ละโรงพยาบาล

5.3 มีการประชุมวางแผนให้การดูแลผู้รับบริการ (pre-conference) ก่อนออกปฏิบัติงาน และตรวจสอบความเรียบร้อยของกระเป๋าเยี่ยมและเวชระเบียนต่างๆ ที่จะนำไปใช้ขณะให้บริการที่บ้าน

5.4 ให้บริการสุขภาพที่บ้าน ตามสภาพปัญหาและความต้องการของผู้รับบริการ และครอบครัว ครอบคลุมทั้งด้านการรักษาพยาบาล การป้องกันโรค การส่งเสริมสุขภาพ และการฟื้นฟูสภาพ

5.5 นัดหมายการเยี่ยมครั้งต่อไป พร้อมทั้งบันทึกข้อมูลการให้บริการ และคำแนะนำในเวชระเบียนที่กำหนดไว้

5.6 มีการประเมินผลและประชุมปรึกษาร่วมกับทีมสุขภาพ (post-conference) หลังสิ้นสุดการให้บริการ และวางแผนการเยี่ยมครั้งต่อไป

5.7 ลงบันทึกข้อมูลการเยี่ยม เมื่อกลับถึงสำนักงาน

6. การบริการสุขภาพที่บ้านสิ้นสุด เมื่อผู้ป่วยมีสุขภาพดีขึ้น กลับคืนสู่สภาพปกติ หรือผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองและสามารถพึ่งตนเองได้ และครอบครัวสามารถช่วยเหลือต่อไปได้เอง

จะเห็นได้ว่าการดำเนินงานบริการสุขภาพที่บ้านของโรงพยาบาลที่กล่าวมาข้างต้น รูปแบบการดำเนินงานส่วนใหญ่ จะมีกิจกรรมการดำเนินงานคล้ายกับหลักการดำเนินงานบริการสุขภาพที่บ้าน ของกระทรวงสาธารณสุข กิจกรรมบางอย่างอาจแตกต่างกันไปจากรูปแบบหลักบ้าง ทั้งนี้ก็เพื่อให้เกิดความคล่องตัวในการดำเนินงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ

การปฏิบัติกิจกรรมบริการสุขภาพที่บ้าน

การบริการสุขภาพที่บ้าน เป็นการจัดบริการสุขภาพ ณ ที่พักอาศัยของผู้รับบริการเพื่อให้เกิดการดูแลที่ต่อเนื่อง สนับสนุนและช่วยเหลือให้ผู้รับบริการและครอบครัวสามารถดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสม การจัดกิจกรรมบริการให้มีความต่อเนื่องและมีคุณภาพได้นั้น พยาบาลจะต้องมีความรู้ความเข้าใจในบทบาทและแนวทางปฏิบัติกิจกรรมบริการ เพื่อให้สามารถปฏิบัติกิจกรรมบริการสุขภาพที่บ้านได้อย่างมีประสิทธิภาพ

บทบาทพยาบาลผู้ให้บริการสุขภาพที่บ้าน

การบริการสุขภาพที่บ้านเป็นบทบาทอีกบทบาทหนึ่งของพยาบาลวิชาชีพ ที่จะให้การดูแลผู้รับบริการและครอบครัวเกิดความต่อเนื่องและมีคุณภาพ การปฏิบัติงานมีทั้งงานที่ปฏิบัติได้อย่างอิสระตามบทบาทหน้าที่ของพยาบาลวิชาชีพและงานที่ต้องประสานกับบุคลากรอื่น ๆ ในทีมสุขภาพ โดยมีการกำหนดบทบาทการให้บริการสุขภาพที่บ้านของพยาบาลวิชาชีพออกเป็น 2 บทบาทหลักคือ (มุกดา, 2534 : 10; Stanhope, 1996 : 813; Stewart, 1979 : 48-53)

1. บทบาทการดูแลโดยตรง (direct care) เป็นบทบาทที่จำเป็นสำหรับผู้รับบริการที่ไม่สามารถปฏิบัติหรือปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลได้ดีพอ มีการประเมินสภาวะสุขภาพผู้รับบริการและครอบครัว ให้บริการพยาบาลตามปัญหา เช่น การทำแผล การฉีดยา การใส่สายสวน ปัสสาวะ การให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ และการเปลี่ยนท่อเจาะคอช่วยหายใจ เป็นต้น รวมถึงการสอน ให้คำแนะนำปรึกษาแก่ผู้รับบริการและครอบครัว ให้สามารถปฏิบัติกรพยาบาลบางอย่างได้ และมีการติดตามประเมินผลการให้บริการ

2. บทบาทการดูแลโดยอ้อม (indirect care) เป็นบทบาทการสนับสนุนการดูแลโดยตรง โดยทำหน้าที่เป็นที่ปรึกษา เป็นผู้ประสานงาน เป็นผู้เฝ้าระวังแก่ผู้ช่วยผู้ดูแลผู้รับบริการที่บ้าน และเข้าร่วมประชุมปรึกษารื้อกับทีมสุขภาพ ในกรณีที่ผู้รับบริการมีความต้องการบริการที่ต้องใช้ทักษะและวิธีการพิเศษ ตลอดจนมีการติดตามประเมินผลการให้บริการของสมาชิกในทีมสุขภาพ ผู้ให้บริการระดับล่าง และมีบทบาทในการให้ความร่วมมือหรือทำวิจัย

จะเห็นได้ว่าพยาบาลวิชาชีพ ต้องปฏิบัติงานทั้งในบทบาทที่เกี่ยวข้องกับผู้รับบริการโดยตรง ผู้ร่วมงาน และบุคคลอื่น ๆ เพื่อให้เกิดความต่อเนื่องในดูแล ผู้รับบริการและครอบครัวสามารถพัฒนาการดูแลตนเองได้สำเร็จ จากการศึกษาของสุภาพร (2539 : 65) เรื่อง ความรู้และความคาดหวังในบทบาทเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพที่บ้านของพยาบาลวิชาชีพ ในโรงพยาบาลชุมชน เขต 6 โดยศึกษาในพยาบาลชีพ จำนวน 280 ราย พบว่า พยาบาลวิชาชีพ มีคะแนนความคาดหวังในบทบาททั้งโดยรวมและรายด้านอยู่ในระดับมาก คือ ด้านการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล

ด้านครูหรือผู้สอน ด้านเป็นที่ปรึกษา ด้านผู้ประสานงาน ด้านผู้ร่วมงาน ด้านผู้นิเทศ ด้านผู้ประเมินผลและพัฒนางาน และด้านผู้วิจัย คณะแนวความรู้ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคะแนนความคาดหวังในบทบาทเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพที่บ้าน เช่นเดียวกับการศึกษาของ ริชฌีย์ (2536 : 42) ซึ่งได้ศึกษา เกี่ยวกับบทบาทตามความคาดหวังและบทบาทที่เป็นจริงในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ตามการรายงานของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในศูนย์บริการสาธารณสุข กรุงเทพมหานคร จำนวน 174 คน พบว่า บทบาทที่ควรปฏิบัติคืออย่างยิ่งในการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้านคือ การปฏิบัติ การพยาบาล การสอน การให้คำปรึกษา และการนิเทศ ส่วนบทบาทที่อยู่ในระดับควรปฏิบัติ คือ การประสานงาน ผู้นำการเปลี่ยนแปลง และการวิจัย

การปฏิบัติกิจกรรมบริการสุขภาพที่บ้าน

การปฏิบัติกิจกรรมบริการสุขภาพที่บ้าน อาศัยการเยี่ยมบ้านเป็นกลวิธีสำคัญในการนำบริการสุขภาพให้เข้าถึงผู้รับบริการกลุ่มเสี่ยงในระดับบุคคลและครอบครัวได้มากที่สุด ตามความสามารถและขอบเขตหน้าที่รับผิดชอบของผู้ให้บริการ (มุกดา, 2534 : 10) ฮัมฟรีย์และมิโลนุสโต (Humphrey & Milone-Nuzzo, 1996 : 42-47) ได้เสนอแนวคิดในการปฏิบัติกิจกรรมบริการสุขภาพที่บ้าน โดยใช้การเยี่ยมบ้านเป็นแนวทางในการจัดบริการสุขภาพที่บ้าน ประกอบด้วย การปฏิบัติกิจกรรมบริการสุขภาพใน 3 ขั้นตอน คือ กิจกรรมก่อนเยี่ยมบ้าน กิจกรรมขณะเยี่ยมบ้าน และกิจกรรมหลังเยี่ยมบ้าน ซึ่งให้แนวทางในการปฏิบัติที่ชัดเจน ผู้วิจัยจึงได้ประยุกต์ และนำมาใช้เป็นกรอบแนวคิด ในการศึกษาการปฏิบัติกิจกรรมบริการสุขภาพที่บ้าน ของพยาบาลวิชาชีพ ในครั้งนี้ โดยมีรายละเอียดของการปฏิบัติแต่ละกิจกรรมดังนี้

1. กิจกรรมก่อนเยี่ยมบ้าน (previsit activities) เมื่อหน่วยงานบริการสุขภาพที่บ้านได้รับการส่งต่อผู้รับบริการมาจากแหล่งต่าง ๆ เช่น โรงพยาบาล คลินิก ผู้ให้บริการสุขภาพที่บ้าน ผู้รับบริการและครอบครัว และองค์การในชุมชน มาไว้ในความดูแลอย่างเป็นทางการ (Bolla & Lyon, 1993 : 145; Keating & Kelman, 1988 : 84) ก็จะมีการมอบหมายการดูแลให้กับพยาบาลเพื่อไปให้บริการสุขภาพที่บ้าน พยาบาลจะต้องมีการเตรียมตัวก่อนออกปฏิบัติงาน เพื่อให้มีแนวทางในการปฏิบัติงาน และประสบผลสำเร็จในการเยี่ยม ประกอบด้วยกิจกรรมดังนี้

1.1 การศึกษาข้อมูลผู้รับบริการและครอบครัว และกำหนดวัตถุประสงค์การเยี่ยม โดยพยาบาลผู้ให้บริการสุขภาพที่บ้าน จะต้องทำความเข้าใจผู้รับบริการและครอบครัวในเบื้องต้นก่อนด้วย การศึกษาทบทวนข้อมูลผู้รับบริการจากแฟ้มประวัติผู้รับบริการหรือข้อมูลจากแหล่งอื่น ๆ เช่น หนังสือส่งต่อ เจ้าหน้าที่ที่เคยดูแลผู้รับบริการมาก่อน เป็นข้อมูลเกี่ยวกับ ชื่อ อายุ ที่อยู่ การวินิจฉัย ภาวะสุขภาพ หมายเลขโทรศัพท์ ชนิดการประกันสุขภาพ เหตุผลในการส่งต่อ และแหล่งส่งต่อ เป็นต้น (Bolla & Lyon, 1993 : 145) เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานในการกำหนดแผน

การดูแลผู้รับบริการ รวมถึงการกำหนดวัตถุประสงค์การเยี่ยมให้ชัดเจนในแต่ละกลุ่มเป้าหมาย และจัดลำดับความสำคัญของวัตถุประสงค์ เพื่อให้ปัญหาที่สำคัญได้รับการแก้ไขตามลำดับ เพราะ การเยี่ยมแต่ละครั้งวัตถุประสงค์จะต่างกัน เช่น การเยี่ยมเพื่อเก็บรวบรวมข้อมูล การเยี่ยมเพื่อให้ บริการรักษาพยาบาล การเยี่ยมเพื่อประเมินผลการเยี่ยมครั้งที่ผ่านมา เป็นต้น การปฏิบัติดังกล่าว จะเป็นแนวทางในการจัดบริการ การพัฒนาสัมพันธภาพระหว่างพยาบาล ทีมสุขภาพและ ครอบครัวและบริการอื่นๆ แก่ผู้รับบริการและครอบครัว เพื่อภาวะสุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดีขึ้น

1.2 การติดต่อผู้รับบริการและครอบครัว เป็นการติดต่อผู้รับบริการและครอบครัว ก่อนเยี่ยมโดยใช้วิธีการโทรศัพท์ จดหมายหรือไปรษณียบัตร เพื่อแนะนำตัวเอง วัตถุประสงค์ การเยี่ยม นัดหมายและกำหนดระยะเวลาการเยี่ยม หรือเป็นการยืนยันการเยี่ยมในผู้รับบริการที่ เคยเยี่ยมและวางแผนการบริการร่วมกันมาก่อน ข้อความที่แจ้งควรเป็นเนื้อหาสรุปสั้น ๆ และอาจ มีการทบทวนคำราที่เกี่วข้องกับปัญหาสุขภาพผู้รับบริการที่รับทราบมา หรือประชุมปรึกษาร่วม กับทีมสุขภาพ เช่น แพทย์ผู้รักษาผู้รับบริการมาก่อน จะช่วยให้การวางแผนนัดหมายการเยี่ยมมี ประสิทธิภาพ และผู้รับบริการได้รับบริการที่มีคุณภาพ ซึ่งนัดหมายการเยี่ยมที่ดีนั้นต้องให้ผู้รับ บริการและครอบครัวเป็นผู้ตัดสินใจยินดีที่จะให้เยี่ยม (Stanhope, 1996 : 812) หากผู้รับบริการ และครอบครัวปฏิเสธการเยี่ยมบ้าน ควรซักถามเหตุผล หากเป็นเพราะครอบครัวนั้นสามารถเข้า ถึงบริการสาธารณสุขได้เองก็สามารถสิ้นสุดการเยี่ยมในผู้รับบริการและครอบครัวนั้นได้ ขณะ เดียวกันก็เปิดโอกาสสำหรับการติดต่อเพื่อเยี่ยมบ้านในโอกาสต่อไป แต่หากเป็นกรณีโรคติดต่อ ระบาด พยาบาลควรยืนยันที่จะเยี่ยมบ้าน (มุกดา, 2534 : 11) การติดต่อผู้รับบริการและครอบครัว ก่อนการเยี่ยมบ้าน เช่น ทางโทรศัพท์ จะทำให้พยาบาลสามารถประเมินความต้องการดูแลของผู้ รับบริการและครอบครัวขณะนั้นได้ สามารถเตรียมเครื่องมือเครื่องใช้ และการสนับสนุนอื่น ๆ ที่จะทำให้งิจกรรมการบริการครอบคลุมและสมบูรณ์มากขึ้น (Rice, 1996 : 42)

1.3 การทบทวนข้อมูลผู้รับบริการและครอบครัว เมื่อได้แจ้งให้ผู้รับบริการและ ครอบครัวทราบล่วงหน้าหรือได้รับการยืนยันการเยี่ยมแล้ว ก็เข้าสู่การศึกษาทบทวนเพิ่มประวัติ ของผู้รับบริการและครอบครัวทั้งหมดอย่างละเอียด ในปัญหาด้านการรักษาพยาบาล การใช้ยา และแผนการดูแล นอกจากนี้ยังศึกษาได้จากหนังสือส่งต่อ การปรึกษาหารือกับสมาชิกทีมสุขภาพ หรือผู้ให้บริการซึ่งเคยมีส่วนร่วมและให้การดูแลครอบครัวนี้มาก่อน เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานใน การเตรียมแผนการดูแลในแต่ละขั้นตอนนี้ได้ ซึ่งไรอันและวาสเซนเบิร์ก (Ryan & Wassenberg, 1980 : 327) กล่าวว่า ข้อมูลที่ได้มาจากเพิ่มประวัติของผู้ป่วยที่โรงพยาบาล ควรประกอบด้วย ประวัติการเจ็บป่วย การตรวจร่างกาย การวินิจฉัยโรคปัจจุบัน ระยะเวลาการรักษาในโรงพยาบาล แผนการรักษาของแพทย์ ประวัติการผ่าตัด และการบันทึกอาการก้าวหน้าครั้งสุดท้าย ร่วมกับการ

อภิปรายกับพยาบาลหรือแพทย์ นักกายภาพบำบัด หรือนักสังคมสงเคราะห์ที่ดูแลผู้รับบริการมาก่อน จะทำให้ได้ข้อมูลที่ตรงกับปัญหาของผู้รับบริการ ดังนั้น พยาบาลผู้ให้บริการสุขภาพที่บ้านควรมีการวางแผนการปฏิบัติงานของตนเองไว้ล่วงหน้า และมีการกำหนดกิจกรรมการปฏิบัติงาน การเยี่ยมแต่ละครั้งทั้งรายวัน และรายสัปดาห์ (Rice, 1996 : 24) โดยแผนการดูแลต้องมีความยืดหยุ่น ปรับเปลี่ยนได้ตามสภาพปัญหา และความต้องการของผู้รับบริการและครอบครัวที่อาจเปลี่ยนแปลงไปจากการเยี่ยมครั้งที่ผ่านมา

1.4 การเตรียมอุปกรณ์การเยี่ยม ก่อนเยี่ยมบ้านพยาบาลบริการสุขภาพที่บ้านจะต้องเตรียมของใช้หรืออุปกรณ์ที่จำเป็นให้พร้อมและครบถ้วนเสมอ เพื่อให้ การปฏิบัติกรพยาบาลดำเนินไปอย่างมีประสิทธิภาพ ไม่ต้องเสียเวลากลับไปสำนักงานเพื่อเอาของใช้ หรือการเยี่ยมไว้ก่อน อุปกรณ์และเครื่องมือ ที่จำเป็นต้องมีไว้ในกระเป๋าเยี่ยม ควรประกอบด้วย (Humphrey, 1986 : 7)

1.4.1 อุปกรณ์สำหรับล้างมือและป้องกันการติดเชื้อ ได้แก่ สบู่ ผ้าเช็ดมือ ผ้ากันเปื้อน เป็นต้น

1.4.2 อุปกรณ์ที่ใช้ในการประเมินภาวะสุขภาพ ได้แก่ เทอร์โมมิเตอร์วัดไข้ พูฟัง เครื่องวัดความดันโลหิต เป็นต้น

1.4.3 อุปกรณ์ เครื่องมือที่ใช้ในการปฏิบัติกิจกรรมพยาบาล ให้พิจารณาตามสถานการณ์ความต้องการและปัญหาของครอบครัว ควรใช้อุปกรณ์ที่ใช้ครั้งเดียวทิ้ง (disposable supplies) เช่น ถุงมือ ผ้ากันเปื้อนพลาสติก ไม้พันสำลี สำลี ผ้าก๊อช น้ำยาต่าง ๆ ที่จำเป็น

1.4.4 อุปกรณ์ประเภทกระดาษ ได้แก่ กระดาษสำหรับปูรองกระเป๋า ถุงใส่ อุปกรณ์ที่ใช้แล้วซึ่งจะนำไปทิ้ง เป็นต้น

1.4.5 ระเบียบรายงานและสมุดบันทึก เพื่อใช้เป็นเครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูลของครอบครัว และสมุดจดบันทึกเดือนความจำของพยาบาลเอง

1.5 การศึกษาแผนที่ไปบ้านผู้รับบริการ เป็นการศึกษาเส้นทางที่จะไปบ้านผู้รับบริการ ตลอดจนสภาพแวดล้อมรอบ ๆ บ้านผู้รับบริการ และลักษณะชุมชน ซึ่งเป็นสิ่งจำเป็นที่จะทำให้ การบริการสุขภาพที่บ้านประสบผลสำเร็จ (Fox, 1997 : 567) โดยการศึกษาจากแผนที่ซึ่งถูกบันทึกไว้ในแฟ้มผู้รับบริการ ตั้งแต่แรกรับผู้รับบริการเข้ามาในหน่วยบริการสุขภาพที่บ้าน พยาบาลต้องศึกษาแผนที่ และเส้นทางการเดินทางเป็นอย่างดีก่อนออกจากสำนักงานไปยังบ้านผู้รับบริการที่จะเยี่ยม หากมีข้อสงสัย ควรตรวจสอบกับพยาบาลผู้รับผิดชอบอยู่ก่อน (Keating & Kelman, 1988 : 85) หรือผู้ที่จะให้รายละเอียดเพิ่มเติมได้ ไรซ์ (Rice , 1996 : 42) กล่าวว่า การติดต่อผู้รับบริการก่อนเยี่ยมทางโทรศัพท์ จะทำให้ทราบทิศทางไปบ้านผู้รับบริการ ได้ชัดเจนขึ้น

1.6 การแจ้งตารางเวลาการปฏิบัติงานไว้ที่หน่วยงาน การแจ้งตารางเวลาการปฏิบัติงานไว้ที่หน่วยงานก่อนออกให้บริการ จะทำให้เพื่อนร่วมงานได้ทราบว่าปฏิบัติงานที่ใด สามารถติดต่อได้สะดวก เช่น ผู้รับบริการเดือนนัดการเยี่ยม แพทย์เปลี่ยนแปลงแผนการรักษา หลังจากได้ออกไปปฏิบัติงานแล้วไปแล้ว เพื่อนร่วมงานสามารถโทรศัพท์แจ้งแผนการรักษาที่เปลี่ยนแปลงและพยาบาลสามารถปฏิบัติต่อผู้รับบริการได้ทันที

นอกจากนี้ ในการออกปฏิบัติงานทุกครั้ง พยาบาลควรแต่งกายด้วยเครื่องแบบประจำของหน่วยงานเพื่อป้องกันความเข้าใจผิดของผู้รับบริการและครอบครัว หลีกเลี่ยงการใช้เครื่องประดับที่มีค่าหรือนำเงินติดตัวไปมาก ๆ เพราะอาจเป็นอันตรายแก่ตนเองได้ทั้งขณะเดินทางและที่บ้านผู้รับบริการ และก่อนออกเยี่ยมควรมีการประเมินความปลอดภัย ซึ่งความรู้เกี่ยวกับชุมชนและลักษณะที่อยู่อาศัยของผู้รับบริการ จะช่วยส่งเสริมให้เกิดความปลอดภัยแก่พยาบาลผู้ให้บริการสุขภาพที่บ้านได้มาก (Fox, 1997 : 569) จากการศึกษาวิจัยเชิงสังเกตที่มีผลต่อความปลอดภัยในขณะที่ออกเยี่ยมบ้านของ เคนดราและคณะ (Kendra et al., 1996 : 83) ซึ่งได้ศึกษาในพยาบาลผู้จัดการเฉพาะราย และผู้ปฏิบัติงานบริการสุขภาพที่บ้าน พบว่า ปัจจัยที่มีความเสี่ยงคือ ลักษณะทางภูมิศาสตร์ โจรผู้ร้ายซุกซม พฤติกรรมของผู้ดูแลหรือผู้ป่วยที่ไม่เหมาะสม โรคติดเชื้อ และการออกให้บริการในตอนเย็น ดังนั้น กรณีเสี่ยงควรมีผู้ร่วมเดินทางไปด้วย จากการศึกษาความพึงพอใจของพยาบาลผู้ให้บริการสุขภาพที่บ้านจำนวน 66 คน ของ ลินซ์ (Lynch, 1994 : 25) พบว่าพยาบาลผู้ให้บริการสุขภาพที่บ้านร้อยละ 95 มีความพึงพอใจในการมีเพื่อนออกร่วมปฏิบัติงาน การเตรียมตัวก่อนการเยี่ยมบ้านครั้งแรก จะช่วยลดความวิตกกังวลของพยาบาลและสามารถจัดกิจกรรมบริการได้อย่างเหมาะสม (Burgess, 1983 : 314)

2. กิจกรรมขณะเยี่ยมบ้าน (visiting activities) การเยี่ยมบ้านเป็นวิธีการที่พยาบาลนำบริการสุขภาพไปสู่ผู้รับบริการและครอบครัวที่บ้าน การให้บริการจะมีลักษณะที่แตกต่างไปจากการบริการในสถานบริการ (Humphrey & Milone-Nuzzo, 1996 : 42; Stanhope, 1996 : 806) เป็นการปฏิบัติกิจกรรมตามขั้นตอนของกระบวนการพยาบาล (รัศนา, 2533 : 91) ซึ่งเป็นกรอบแนวคิดที่อยู่บนหลักการของกระบวนการวิทยาศาสตร์ สามารถใช้ได้ในทุกสถานการณพยาบาล ไม่เกี่ยวข้องกับเวลาและสถานที่ โดยมีพื้นฐานทางทฤษฎีและกรอบแนวคิดที่ชัดเจน มีความยืดหยุ่น สามารถปรับเปลี่ยนได้ในแต่ละมิติของผู้ใช้ เป็นแผนนำการปฏิบัติ ทำให้การปฏิบัติการพยาบาลเป็นไปอย่างมีรูปแบบขั้นตอน มีระบบระเบียบและเจตนาเฉพาะ (สุจิตราและเอี่ยมพร, 2538 : 1) การปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้กระบวนการพยาบาลทั้งในคลินิกและชุมชน จะก่อให้เกิดประโยชน์ในการให้ผู้รับบริการได้รับบริการที่มีคุณภาพ (ศิริพร, 2532 : 11) ดังนั้นในการปฏิบัติการบริการสุขภาพที่บ้านส่วนใหญ่จะนำกระบวนการพยาบาลมาเป็นขั้นตอนในการปฏิบัติ

งาน (ชนิตา, 2538 : 15; สุภาวดี, 2538 : 8; Humphrey & Milone-Nuzzo, 1996 : 31; Keating & Kelman, 1988 : 84; Martin & Norris, 1996 : 78; Martin & Scheet, 1992 : 33-34; Rice, 1996 : 41; Rovinski & Zastocki, 1989 : 6) เป็นกรอบแนวคิดที่สามารถตรวจสอบและวิเคราะห์ได้ (Owen, 1983 : 361) ทำให้การจัดบริการสุขภาพที่บ้านเป็นระบบ ครอบคลุมปัญหาและความต้องการของผู้รับบริการ ซึ่งการดำเนินกิจกรรมขณะเยี่ยมจะเริ่มตั้งแต่พยาบาลผู้ให้บริการสุขภาพที่บ้าน มาถึงบ้านผู้รับบริการ เป็นจุดเริ่มต้นที่พยาบาล ผู้รับบริการและครอบครัวจะได้พบกัน ความพร้อมในขั้นเตรียมก่อนเยี่ยม จะทำให้การดำเนินกิจกรรมขณะเยี่ยมเป็นไปอย่างเรียบร้อย โดยมีขั้นตอนในการปฏิบัติกิจกรรมขณะเยี่ยมดังนี้

2.1 การสร้างสัมพันธภาพ การปฏิบัติงานที่บ้านผู้รับบริการ พยาบาลเป็นแขกผู้มาเยือน การทำงานให้มีประสิทธิภาพ พยาบาลต้องสร้างความไว้วางใจให้เกิดขึ้นกับครอบครัวผู้รับบริการ การสร้างสัมพันธภาพในการเยี่ยมครั้งแรกจะก่อให้เกิดผลต่อเนื่องไปถึงการเยี่ยมครั้งต่อไป (Wendt, 1996 : 94) การเยี่ยมครั้งแรกเป็นกิจกรรมที่สำคัญมาก หากพยาบาลกระทำไม่เหมาะสม อาจเป็นผลให้เกิดความล้มเหลวได้ (รัตนา, 2533 : 76) การเยี่ยมครั้งแรกพยาบาลต้องแนะนำตัว หน่วยงานที่สังกัด วัตถุประสงค์ของการเยี่ยม และกิจกรรมการบริการพยาบาล วิธีการแสดงตน ต่อผู้รับบริการและครอบครัวเป็นสิ่งที่สำคัญมาก เพราะจะทำให้เกิดสัมพันธภาพที่ดีติดตามมา หากผู้รับบริการปฏิเสธ พยาบาลจะต้องศึกษาข้อมูลของผู้รับบริการและครอบครัวเพิ่มเติม เพื่อปรับปรุงวิธีการเข้าเยี่ยมครอบครัวใหม่ หากได้รับการต้อนรับ พยาบาลควรดำเนินสัมพันธภาพต่อไป และปรับเปลี่ยนกิจกรรมไปสู่วัตถุประสงค์และแผนการเยี่ยมต่อไป

2.2 การล้างมือและเตรียมอุปกรณ์ เมื่อผ่านระยะการสร้างสัมพันธภาพ พยาบาลพร้อมที่จะปฏิบัติตามแผนการดูแล ก่อนให้บริการควรคำนึงถึงความสะอาด ทั้งอุปกรณ์ เครื่องมือเครื่องใช้ และวิธีปฏิบัติของผู้ให้บริการ ควรล้างมือให้สะอาดก่อนให้บริการทุกครั้ง หากไม่สามารถล้างมือด้วยน้ำสะอาดได้ ควรใช้อัลกอฮอล์หรือน้ำยาฆ่าเชื้อเช็ดมือแทนก็ได้ (Simmon et al., 1990 : 363; Rice, 1996 : 70) และหยิบอุปกรณ์ที่ต้องใช้ในการให้บริการมาจัดวางเรียงบนสิ่งปูรองที่เตรียมมา โดยจัดวางให้เรียบร้อย สะดวกต่อการหยิบใช้ ซึ่งเป็นเทคนิคในการใช้กระเป๋าเยี่ยม เพื่อการป้องกันการแพร่กระจายของเชื้อโรคระหว่างผู้รับบริการด้วยกัน จากพยาบาล ไปสู่ผู้รับบริการและจากผู้รับบริการสู่พยาบาล ซึ่งเทคนิคดังกล่าว ควรมีการปฏิบัติทุกครั้งที่มีการเยี่ยมบ้าน เพื่อให้การใช้กระเป๋าเยี่ยมมีประสิทธิภาพและประสิทธิผลมากที่สุด นอกจากนี้ควรคำนึงถึงการใช้อุปกรณ์ของผู้รับบริการที่มีอยู่ให้มากที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ เพื่อประหยัดเวลาในการเตรียมและทำความสะอาดอุปกรณ์ เครื่องมือ และลดต้นทุนค่าใช้จ่ายของหน่วยงาน (Humphrey & Milone-Nuzzo, 1996 : 46)

2.3 การปฏิบัติกิจกรรมตามแผนการดูแล แผนการดูแลเป็นแผนที่กำหนดไว้ล่วงหน้าก่อนเยี่ยมบ้าน สามารถปรับเปลี่ยนได้ตามความเหมาะสมในการเยี่ยมแต่ละครั้ง โดยอาศัยขั้นตอนกระบวนการพยาบาลเป็นเครื่องมือในการวางแผนให้บริการ ประกอบด้วยขั้นตอนต่าง ๆ ดังนี้

2.3.1 การประเมินผู้รับบริการและครอบครัว (assessment) การประเมินผู้รับบริการเป็นขั้นตอนแรก และสำคัญสุดของกระบวนการพยาบาล เน้นการเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อใช้เป็นพื้นฐานในการวินิจฉัยการพยาบาล ซึ่งเกี่ยวข้องกับภาวะสุขภาพของผู้รับบริการ ทั้งที่เป็นปัญหาและคาดว่าจะมีปัญหา เป็นกระบวนการที่ปฏิบัติต่อเนื่องตั้งแต่เริ่มต้นเยี่ยมครั้งแรก จนกระทั่งจำหน่ายผู้รับบริการออกจากบริการสุขภาพที่บ้าน (Buck, 1991 : 24) เนื่องจาก ภาวะสุขภาพจะมีการเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา ข้อมูลเดิมที่ศึกษามาก่อนและกำหนดแผนการดูแลก่อนเยี่ยมไว้ล่วงหน้าอาจไม่ตรงกับความเป็นจริงในขณะที่เยี่ยมก็ได้ พยาบาลจึงต้องเก็บรวบรวมข้อมูลอีกครั้งในขณะที่ให้บริการเพื่อปรับแผนการดูแล โดยมีการประเมินให้ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และสิ่งแวดล้อม ซึ่งการประเมินสิ่งแวดล้อมที่อยู่รอบ ๆ ตัวผู้รับบริการ จะทำให้พยาบาลมีแนวทางในการปฏิบัติที่จะสร้างสรรค์สิ่งแวดล้อมให้สอดคล้องกับ ความต้องการของผู้รับบริการ และเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้รับบริการให้สูงสุด (Narayan & Tennant, 1997 : 799) นอกจากนี้ ควรมีการประเมินเศรษฐกิจ วัฒนธรรม ความเชื่อ รวมถึงวิถีการดำเนินชีวิต แบบแผนการติดต่อสื่อสาร สัมพันธภาพในครอบครัว เทคนิคการจัดการความเครียด ศักยภาพของครอบครัวในการจัดการกับปัญหา การรับรู้และตอบสนองต่อสุขภาพและความเจ็บป่วย ซึ่งอาจเป็นปัจจัยที่มีผลต่อผู้รับบริการและครอบครัวได้ (Doherty , Hurley & Perfetti, 1994 : 484; Stewart, 1979 : 47)

การใช้แบบฟอร์มในการรวบรวมข้อมูล จะทำให้เก็บข้อมูลได้ครบถ้วนและรวดเร็วขึ้น (Ryan & Wassenberg, 1980 : 327) วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลที่พยาบาลควรใช้คือ การเก็บรวบรวมข้อมูล โดยการสัมภาษณ์ ผู้รับบริการ ครอบครัว และผู้ดูแล การสังเกต และการตรวจร่างกาย ข้อมูลต่าง ๆ ที่เก็บรวบรวมและบันทึกไว้ จะสะท้อนถึงภาพรวมของผู้รับบริการทั้งหมด สามารถวิเคราะห์ข้อมูลนำไปสู่ข้อวินิจฉัยการพยาบาลซึ่งเป็นข้อความเกี่ยวกับ สภาพปัญหา และสาเหตุของปัญหาที่เกิดขึ้นกับผู้รับบริการและครอบครัว อาจสรุปในรูปของภาวะสุขภาพ ปัญหาหรือความต้องการของผู้รับบริการและครอบครัว ทักษะในการประเมินภาวะสุขภาพและการวินิจฉัยการพยาบาล เป็นสิ่งจำเป็นที่จะทำให้พยาบาลสามารถจำแนกปัญหาสุขภาพของผู้รับบริการ สมาชิกในครอบครัว และเพื่อน ๆ ของผู้รับบริการ ซึ่งมีผลต่อการให้บริการสุขภาพแก่ผู้รับบริการได้ (Keating, 1994 : 282) เป็นบทบาทที่พยาบาลสามารถดำเนินการได้อย่างอิสระ

2.3.2 การวางแผนบริการสุขภาพ (planning) เป็นยุทธวิธีในการจัดการกับปัญหา ทั้งในระยะสั้นและระยะยาว โดยพยาบาล ผู้รับบริการและครอบครัว ร่วมกันจัดลำดับความสำคัญของปัญหาและวางแผนแก้ไขปัญหา เป้าหมายหลักเพื่อพัฒนาภาวะสุขภาพของผู้รับบริการและคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพของผู้รับบริการและครอบครัว (Keating & Kelman, 1988 : 88) ซึ่งการวางแผนการดูแลสุขภาพที่บ้าน ไม่ควรพิจารณาเฉพาะการเจ็บป่วยและการรักษาพยาบาลเพียงอย่างเดียว ควรพิจารณาสิ่งแวดล้อมรอบ ๆ ตัวผู้รับบริการด้วย และเปิดโอกาสให้ผู้ดูแลและครอบครัว เข้ามามีส่วนร่วมในกิจกรรมดังกล่าวด้วย (Rhoad, Dean, Cason & Blanlock, 1992 : 18) การกำหนดเป้าหมายจะต้องยึดผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง ข้อความชัดเจนกะทัดรัด สามารถสังเกตและวัดได้ มีกำหนดระยะเวลาของความสำเร็จ รวมถึงการประสานและร่วมมือของผู้รับบริการ ครอบครัวและพยาบาล และกำหนดกิจกรรมการพยาบาล โดยยึดเป้าหมายเป็นหลัก ให้ครอบครัวดูแลหน้าที่หลักของพยาบาลทั้ง 4 ด้าน คือ การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรคและภาวะแทรกซ้อน การรักษาพยาบาลและการฟื้นฟูสุขภาพ (สุจิตราและเอี่ยมพร, 2538 : 7) เขียนแผนการดูแลในแบบฟอร์มบันทึกการพยาบาลให้เป็นลายลักษณ์อักษรที่ชัดเจน เลือกกิจกรรมหรือแนวทางที่ผู้รับบริการและครอบครัวยอมรับและปฏิบัติได้ โดยมีพยาบาลให้การสนับสนุน กิจกรรมการพยาบาลสามารถปรับเปลี่ยนหรือกำหนดเพิ่มเติมได้จากการเยี่ยมบ้านในครั้งถัดไป ขึ้นอยู่กับสภาวะสุขภาพและสถานการณ์ของครอบครัว แผนการดูแลที่มีการประสานความร่วมมือระหว่าง พยาบาล ผู้รับบริการ ครอบครัว ผู้ดูแลและบุคลากรในทีมสุขภาพคนอื่นๆ เช่น นักสังคมสงเคราะห์ นักกายภาพบำบัดและโภชนากร เป็นต้น ผู้รับบริการจะได้รับการดูแลสุขภาพอย่างเหมาะสมที่สุดและคุ้มค่า ใช้จ่าย (Keating, 1994 : 283) ความต้องการบริการสุขภาพที่บ้านจะจัดการให้สำเร็จได้ ขึ้นอยู่กับ การมีส่วนร่วมในแผนการดูแลของผู้รับบริการและครอบครัว (Rice, 1996 : 20)

2.3.3 การปฏิบัติตามแผน (implementation) เป็นการกระทำกิจกรรมตามที่กำหนดไว้ในแผนเพื่อช่วยเหลือให้ผู้รับบริการและครอบครัวมีภาวะสุขภาพสมบูรณ์ ส่งเสริมสนับสนุน และป้องกันแก้ไขปัญหาสุขภาพให้สำเร็จตามเป้าหมาย การดำเนินงานในขั้นตอนนี้ อาศัยความรู้ ทักษะเกี่ยวกับเทคนิคการพยาบาลหรือกิจกรรมการพยาบาลและศิลปการปฏิบัติการพยาบาล (สุจิตราและเอี่ยมพร, 2538 : 7) กิจกรรมในขั้นตอนนี้ นอกจากหน้าที่ในการให้การพยาบาลโดยตรง เช่น การทำแผล การฉีดยา การเจาะเลือด การใส่สายสวนปัสสาวะ หรือการพยาบาลที่มีความซับซ้อนอื่น ๆ (Stanhope, 1996 : 813) รวมถึงการสอนผู้รับบริการและครอบครัว การให้ความรู้ คำแนะนำ การให้การปรึกษา การพิทักษ์สิทธิ์ผู้รับบริการ การใช้แหล่งประโยชน์ต่าง ๆ ในชุมชน และการประสานงาน เพื่อให้เกิดการดูแลที่ต่อเนื่อง (Martin & Sheet, 1996 : 76; Rice, 1996 : 20; Rovinski & Zastocki, 1989 : 8) โดยเฉพาะการสอนผู้รับบริการ

และครอบครัว จะเป็นบทบาทหน้าที่ที่สำคัญของผู้ให้บริการสุขภาพที่บ้าน ทำให้แผนการดูแลประสบความสำเร็จตามเป้าหมาย (Humphrey & Milone-Nuzzo, 1996 : 66) พยาบาลจะต้องพิจารณาถึงความพร้อมของผู้รับบริการและครอบครัว ที่จะพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเอง โดยพยาบาลต้องวางแผนการดำเนินกิจกรรมร่วมกับผู้รับบริการและครอบครัว สนับสนุนให้มีการปฏิบัติ และติดตามนิเทศอย่างสม่ำเสมอ

2.3.4 การประเมินผล (evaluation) เป็นขั้นตอนการประเมินคุณภาพและประสิทธิภาพของกิจกรรมการพยาบาลที่ให้กับผู้รับบริการและครอบครัว หรือตรวจสอบคุณภาพของกิจกรรม การพยาบาลที่มีต่อความสำเร็จในการแก้ปัญหาของผู้รับบริการ โดยประเมินกิจกรรมและผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นว่าผู้รับบริการได้รับการดูแลและพัฒนาไปสู่เป้าหมายได้เพียงใด ตลอดจนค้นหาปัญหาและอุปสรรคในการปฏิบัติกิจกรรมบริการ การประเมินผลควรกระทำเป็นระยะๆ ซึ่งหากไม่เป็นไปตามเป้าหมาย อาจต้องมีการปรับเปลี่ยนแผนการดูแล การประเมินจะช่วยให้พยาบาลจัดบริการพยาบาล ได้ตรงกับความต้องการของผู้รับบริการและครอบครัว ได้อย่างมีประสิทธิภาพ สามารถกำหนดเป้าหมายและกิจกรรมการพยาบาลได้ และใช้เป็นข้อมูลประกอบในการตัดสินใจจำหน่ายผู้รับบริการออกจากแผนการดูแลสุขภาพที่บ้าน โดยมีมาตรฐานในการพิจารณาจำหน่ายผู้รับบริการออกจากบริการสุขภาพที่บ้าน คือ 1) เป้าหมายของผู้รับบริการที่ร่วมกันกำหนดประสบความสำเร็จ 2) ผู้รับบริการไม่จำเป็นต้องใช้ทักษะทางด้านการพยาบาลหรือการรักษาต่อไป 3) ผู้รับบริการเข้ารับการรักษาคิวในโรงพยาบาลและไม่ทราบกำหนดเวลาที่ จะกลับมาอยู่บ้าน 4) ผู้รับบริการปฏิเสธบริการของหน่วยงาน 5) ผู้รับบริการย้ายออกจากพื้นที่ใน ความรับผิดชอบของหน่วยงาน 6) ผู้รับบริการตาย 7) ผู้รับบริการต้องการบริการที่มากกว่าบริการ ที่ในหน่วยงานมีอยู่ 8) ไม่มีเงินทุนที่จะจัดบริการ จึงส่งต่อผู้รับบริการไปหน่วยงานอื่น 9) สภาพการณ์ที่บ้านผู้รับบริการ ไม่มีความปลอดภัย ทำให้เข้าไปดูแลได้ไม่ต่อเนื่อง ไม่สามารถตอบสนองความต้องการดูแลของผู้รับบริการได้สำเร็จ (Humphrey & Milone-Nuzzo, 1996 : 39) จาก การศึกษา การวางแผนจำหน่ายผู้รับบริการออกจากบริการสุขภาพที่บ้าน และภาวะสุขภาพ ของผู้รับบริการหลังจำหน่ายของ สเตวอร์ท, บลาฮา, เว็สเฟลด์ และ ยูอาน (Stewart, Blaha, Weissfeld & Yuan, 1995: 90) ศึกษาโดยเก็บข้อมูลจากบันทึกการบริการสุขภาพที่บ้าน และ สัมภาษณ์ผู้รับบริการและผู้ดูแลหลังการจำหน่าย พบว่า ผู้ให้บริการสุขภาพที่บ้าน เป็นผู้วางแผน การจำหน่าย และภายหลังการติดตาม พบว่า มากกว่าครึ่งหนึ่งของผู้รับบริการมีสุขภาพดีขึ้น สองในสามสามารถช่วยเหลือตนเองในการดำเนินชีวิตประจำวันได้ และมีผู้รับบริการจำนวนน้อย ที่ต้องการบริการสุขภาพที่บ้านในรูปแบบที่เป็นทางการ สอดคล้องกับการศึกษาของเฮลเบิร์ก (Helberg, 1993b : 93) ซึ่งได้ศึกษาติดตามผู้รับบริการหลังจำหน่ายออกจากบริการสุขภาพที่บ้าน

ในกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยผู้ใหญ่ จำนวน 367 คน พบว่า ผู้ป่วยร้อยละ 61 สามารถพึ่งพาตนเองได้ หรือครอบครัวช่วยเหลือเพียงเล็กน้อย และ ผู้ป่วยร้อยละ 39 ที่มีความต้องการช่วยเหลือบางอย่างจากชุมชน

2.4 การเก็บอุปกรณ์ เครื่องมือและล้างมือ เมื่อปฏิบัติกิจกรรมบริการเสร็จ ทำความสะอาดอุปกรณ์ เครื่องมือต่าง ๆ และล้างมือให้สะอาด เก็บแยกอุปกรณ์เครื่องมือที่ใช้แล้วไว้ส่วนหนึ่งเพื่อนำกลับไปทำความสะอาดอีกครั้งที่สำนักงาน ส่วนอุปกรณ์ที่ต้องทิ้งให้ครอบครัวนำไปทิ้งและทำลายโดยวิธีฝังให้มีฉีดยาหรือเผา เพื่อป้องกันการแพร่กระจายของเชื้อ การใช้กระเป๋ายีเอ็มบ้านให้ใช้เทคนิคความสะอาดคือ กำเนิดถึงความสะอาดของเครื่องมือ เครื่องใช้และวิธีปฏิบัติของผู้ให้การพยาบาล ยกเว้นบางกรณีที่เป็นจริง ๆ จึงจะใช้หลักปราศจากเชื้อ (sterile technique) เช่นเดียวกับในโรงพยาบาล (จรรยาและวาริ, 2537 : 330) อุปกรณ์ให้จัดไว้ตามลำดับการใช้ก่อนหลัง เพื่อสะดวกในการหยิบใช้และป้องกันการปนเปื้อน (contamination)

2.5 การบันทึก ในขณะที่ดำเนินกิจกรรมการเยี่ยมบ้าน อาจมีการบันทึกการเยี่ยมชมอย่างย่อลงในสมุดบันทึกที่เตรียมไป เพื่อกันลืมและนำมาใช้ในการบันทึกรายงานการเยี่ยมบ้านได้ถูกต้องสมบูรณ์เมื่อกลับถึงสำนักงาน (จรรยาและวาริ, 2537 : 305) หรืออาจบันทึกในแบบฟอร์มการเยี่ยมบ้านของหน่วยงานที่เตรียมไป ซึ่งจะช่วยประหยัดเวลาในการจัดทำบันทึกรายงานหลังการเยี่ยมบ้าน โดยก่อนจดบันทึกควรขออนุญาตและอธิบายให้ผู้รับบริการและครอบครัวเข้าใจวัตถุประสงค์ของการบันทึกก่อน (Rice, 1996 : 6)

2.6 การวางแผนการเยี่ยมครั้งต่อไป เมื่อพยาบาลได้ปฏิบัติกิจกรรมการเยี่ยมเสร็จสิ้นแล้ว หากเป็นการเยี่ยมครั้งแรก พยาบาลควรทบทวนทำความเข้าใจกับผู้รับบริการและครอบครัวเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ การแก้ไขปัญหา แผนการดูแล และกิจกรรมบริการที่ครอบครัวจะได้รับจากหน่วยงานหรือสถานบริการสุขภาพอื่นๆ และร่วมกันกำหนดกิจกรรมการบริการครั้งต่อไป ซึ่งกิจกรรมดังกล่าวสามารถปรับเปลี่ยนหรือเพิ่มเติมได้เสมอจากการเยี่ยมบ้านในครั้งต่อไป ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับภาวะสุขภาพและสถานการณ์ของครอบครัว การใช้เวลาเยี่ยมครั้งแรกโดยเฉลี่ยไม่ควรเกิน 1 ชั่วโมง (Bolla & Lyon, 1993 : 149) จากการศึกษาการใช้เวลาในการให้บริการสุขภาพที่บ้านของพยาบาลบริการสุขภาพที่บ้าน ของสมาคมพยาบาลเยี่ยมบ้านของซีกาโคของ เฮดท์เค, แมคควีน และคาร์ (Hedtcke, MacQueen & Carr, 1992 : 20) ผลการศึกษาพบว่า มีการใช้เวลาในการให้บริการสุขภาพที่บ้านในการเยี่ยมครั้งแรก ประมาณ 57.42 นาที และใช้เวลาประมาณ 40.24 นาที สำหรับการเยี่ยมในครั้งต่อไป เมื่อสิ้นสุดการเยี่ยม ก่อนลากลับควรนัดหมายการเยี่ยมครั้งต่อไปเพื่อติดตามผล และให้ผู้รับบริการและครอบครัวเตรียมพร้อมในการรับบริการครั้ง

ต่อไป พยายามควรกำหนดคณิศหมายการเยี่ยมตามความเหมาะสม และตรงกับความต้องการของครอบครัว ความถี่ของการเยี่ยมที่น่าจะทำได้คือ (Humphrey, 1986 : 16-17)

2.6.1 การเยี่ยมทุกวัน เป็นการกำหนดสำหรับผู้ที่มิปัญหาสุขภาพต้องการการดูแลอย่างใกล้ชิด ผู้รับบริการที่ต้องการความรู้และทักษะในการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อการดูแลสมาชิกในครอบครัวที่บ้าน ในระยะแรกพยาบาลต้องเยี่ยมทุกวัน เพื่อให้บริการรักษาพยาบาล สาธิตและติดตามผลการปฏิบัติของผู้ดูแลในครอบครัว เช่น ผู้ป่วยเบาหวานที่ให้อินซูลิน ผู้ป่วยที่ต้องทำแผลทุกวัน

2.6.2 การเยี่ยม 2 ถึง 3 วันครั้ง เป็นการเยี่ยมเพื่อให้การสนับสนุนหรือประเมินผลการดูแลสุขภาพของครอบครัวซึ่งมีสมาชิกเจ็บป่วย ให้ความรู้เพิ่มเติมเกี่ยวกับสุขภาพหรือติดตามผลการรักษาและการปฏิบัติการพยาบาล

2.6.3 การเยี่ยมสัปดาห์ละครั้ง เป็นการเยี่ยมผู้รับบริการและครอบครัวที่สามารถช่วยตนเองได้แล้ว ต้องการติดตามผลการเปลี่ยนแปลงภาวะสุขภาพ ให้บริการตามผลการดูแลสุขภาพของครอบครัว ประเมินผลการปฏิบัติงานของผู้ดูแลสุขภาพครอบครัว หรือความสามารถของครอบครัวในการเผชิญปัญหา การยอมรับปัญหาและร่วมมือแก้ไขปัญหา เช่น การดูแลผู้ป่วยอัมพาตที่ครอบครัวให้การดูแลตนเองได้แล้ว

2.6.4 การเยี่ยมเดือนละครั้ง เป็นการเยี่ยมผู้ที่มีภาวะสุขภาพดีแต่เป็นกลุ่มเสี่ยงหรือให้บริการตามแผนการแก้ไขปัญหาที่กำหนดไว้ เช่น ผู้สูงอายุ เด็กวัยทารก เป็นต้น เป็นการเยี่ยมเพื่อส่งเสริมสนับสนุนครอบครัวในการพัฒนาสุขภาพ และป้องกันปัญหาสุขภาพที่จะเกิดขึ้นได้

จากการศึกษาวิจัยที่สัมพันธ์กับการใช้บริการพยาบาลอนามัยชุมชน ของเด็กสตรีและวอสท์-ธิคส์เซน (Kerkstra & Vorst-Thijssen, 1991 : 51-52) โดยศึกษาการให้บริการพยาบาลขณะเยี่ยมบ้านของพยาบาลอนามัยชุมชน จำนวน 137 คน และพยาบาลผู้ช่วย จำนวน 47 คน ภายใน 2 อาทิตย์ โดยเยี่ยมผู้ป่วย 3,315 คน รวม 12,847 ครั้ง ผลการศึกษาพบว่า สามารถแบ่งผู้ป่วยออกเป็น 3 กลุ่ม กลุ่มแรกจะเป็นผู้สูงอายุ ซึ่งไม่มีปัญหาด้านจิตสังคม จะมีความต้องการบริการด้านการช่วยเหลือในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน เช่น ช่วยเหลือในการอาบน้ำ แต่งกาย การเตรียมอาหารและเครื่องคัมจากพยาบาลอนามัยชุมชน ใช้ความถี่จำนวนครั้งและเวลาในการเยี่ยมระดับปานกลาง กลุ่มที่ 2 เป็นผู้ป่วยที่ได้รับความสะดวกทั้งหมดจากการเจ็บป่วยด้วยโรคต่าง ๆ ซึ่งมีอาการไม่คงที่ แต่ไม่มีปัญหาด้านจิตสังคม จะมีความต้องการบริการด้านการรักษาพยาบาล เช่น การดูแลแผลกดทับ การใส่ยา การสวนปัสสาวะ เป็นต้น จะมีความต้องการการเยี่ยมบ่อยที่สุด ผู้รับบริการกลุ่มสุดท้ายคือ ผู้ป่วยชายอาการไม่คงที่ ร่วมกับมีปัญหาด้านจิตสังคม ต้องการการดูแลด้านการสนับสนุนให้การช่วยเหลือและการให้ความรู้จากพยาบาล ซึ่งใช้เวลาในการเยี่ยมนาน

ที่สุดแต่ความถี่ในการเยี่ยมบ่อยกว่ากลุ่มที่ 2 สรุปโดยเฉลี่ยเยี่ยมคนละ 4 ครั้ง ๆ ละ ประมาณ 32 นาที จำนวนครั้งของการเยี่ยมจะมีความสัมพันธ์ในทางลบกับระยะเวลาในการเยี่ยม เฮย์เดล (Haydel, 1998 : 32) กล่าวว่าพยาบาลผู้ให้บริการสุขภาพที่บ้านจะต้องมีการปรับปรุงจำนวนครั้ง การเยี่ยมให้เหมาะสม ต้องรับผิดชอบในการลดจำนวนครั้งของการเยี่ยมเพื่อพัฒนาคุณภาพ บริการสุขภาพที่บ้าน

3. กิจกรรมหลังเยี่ยมบ้าน (postvisit activities) การเยี่ยมบ้านมิได้สิ้นสุดเมื่อออกจาก บ้านผู้รับบริการมาเท่านั้น มีกิจกรรมอีกหลายกิจกรรมที่เกิดขึ้นหลังการเยี่ยมบ้านก่อนที่ผู้ให้ บริการจะสิ้นสุดความรับผิดชอบ พยาบาลจะต้องรับผิดชอบปฏิบัติอย่างต่อเนื่องบนพื้นฐานของ ข้อมูลที่เก็บรวบรวมระหว่างปฏิบัติกิจกรรมให้บริการสุขภาพที่บ้าน ประกอบด้วยกิจกรรมดัง ต่อไปนี้

3.1 การบันทึกรายงาน การบันทึกเป็นข้อความสั้น ๆ ย่อ ๆ ที่เขียนลงในแบบฟอร์ม หรือสมุดบันทึก เพื่อความทรงจำ หรือเพื่อเป็นหลักฐานในการทำรายงานและนำไปใช้ประโยชน์ ต่อไป (รัตนา , 2533 : 80) การบันทึกการให้บริการเป็นเครื่องมือหลักของพยาบาลผู้ให้บริการ สุขภาพที่บ้านที่นำไปใช้ประกอบในการจัดบริการที่มีคุณภาพ (Jacob, 1985 : 17) พยาบาลผู้ให้ บริการสุขภาพที่บ้าน นอกจากมีทักษะด้านการปฏิบัติทางคลินิกแล้ว ต้องมีความสามารถในการ วิเคราะห์และเขียนบันทึกรายงาน (Morrissey-Ross, 1988 : 364) การบันทึกต้องถูกต้อง ตรวจสอบ ได้ (Humphrey & Milone-Nuzzo, 1996 : 80) ควรเริ่มบันทึกตั้งแต่การประเมินในครั้งแรกและครั้ง ต่อๆ ไปทั้งก่อนและหลังให้บริการเพื่อนำไปสู่การวัดผลลัพธ์การให้บริการ และการบันทึกรายงาน จำเป็นต้องมีการจัดเก็บอย่างเป็นระบบ เพื่อเป็นหลักฐานในการปฏิบัติงานและใช้ประโยชน์ใน การสื่อสารกับทีมสุขภาพคนอื่น ๆ ให้เกิดความเข้าใจตรงกัน (ประพิณ, 2536 : 9; พรทิพย์, 2536 : 41; Lyon & Stephany, 1993 : 632) ผู้ร่วมทีมจะได้ทราบภาวะการเปลี่ยนแปลงของปัญหาสุขภาพ ของผู้รับบริการแต่ละราย สามารถติดตามประเมินผลและให้การดูแลที่ต่อเนื่อง บันทึกรายงานที่ดี จะสะท้อนให้เห็นถึงการบริการที่มีคุณภาพ ใช้เป็นหลักฐานในการเบิกจ่ายเงินค่าบริการจากเงิน ประกันสุขภาพและการขอสนับสนุนเงินงบประมาณในการดำเนินงานได้อย่างเหมาะสม (Keating & Kelman, 1988 : 35; Rice, 1996 : 49) โดยแต่ละหน่วยงานจะมีแบบฟอร์มและเทคนิคในการ บันทึกเป็นของตนเอง

3.2 การประชุมปรึกษา เป็นกิจกรรมที่สำคัญอีกกิจกรรมหนึ่งหลังการเยี่ยม เพื่อเป็น การสื่อสารข้อมูลรายละเอียดที่สำคัญไปยังผู้ให้บริการสุขภาพคนอื่นในทีมสุขภาพ เพื่อประสาน การดูแลผู้รับบริการให้เกิดความต่อเนื่อง ร่วมพิจารณาทบทวนแผนการดูแลและกิจกรรมทั้งหมด การตอบสนองต่อแผนการดูแล และประเมินปัญหาอุปสรรคที่มีผลต่อการดูแลผู้รับบริการ เพื่อ

พัฒนาแผนการดูแลให้มีประสิทธิภาพ การประชุมปรึกษาร่วมกันของทีมสุขภาพในการวางแผน และจัดบริการ จะทำให้ทุกคนมีแนวทางในการปฏิบัติที่จะไปให้ถึงเป้าหมายการดูแลที่กำหนดไว้ (Gabe & Gill-Forney, 1993 : 33) ป้องกันการเกิดปัญหาซ้ำซ้อน และเป็นการสร้างสัมพันธภาพที่ดี ระหว่างสมาชิกในทีมด้วย (Marriner-Tomey, 1992 : 135) ก่อให้เกิดการบริหารจัดการบริการ สุขภาพที่บ้านที่มีคุณภาพ (Keating, 1994 : 282)

3.3 การส่งต่อ การส่งต่อเป็นกระบวนการนำไปสู่การดูแลที่ต่อเนื่อง โดยสมาชิก ในทีมสุขภาพทุกคนมีสิทธิที่จะส่งต่อผู้รับบริการ ซึ่งผู้ให้บริการในขั้นต้นจะเป็นผู้รับผิดชอบหลัก ในการส่งต่อ ส่วนใหญ่จะเป็นพยาบาลผู้ให้บริการสุขภาพที่บ้าน โดยให้ผู้รับบริการและครอบครัว มีส่วนร่วมในกระบวนการส่งต่อ ปฏิบัติได้ทั้งรูปแบบเป็นทางการและไม่เป็นทางการ รูปแบบที่เป็น ทางการนั้นต้องมีการเขียนและบันทึกเหตุผลในการส่งต่อและข้อมูลสนับสนุนต่าง ๆ เพื่อให้ เกิดการดูแลที่ต่อเนื่อง ส่วนการส่งต่อที่ไม่เป็นทางการก็จะใช้วิธีการพูดคุยทางโทรศัพท์ หรือพูดคุยแบบตัวต่อตัว แต่การส่งต่ออย่างเป็นทางการจะมีข้อได้เปรียบมากกว่า แสดงให้เห็นข้อมูลที่ถูก นำมาใช้ประโยชน์ได้อย่างชัดเจน หน่วยงานส่วนใหญ่จึงมักนิยมเลือกใช้รูปแบบที่เป็นทางการ เพื่อเป็นการประกันว่าผู้รับบริการจะได้รับการดูแลที่ต่อเนื่อง (Keating & Kelman, 1988 : 34) โดยอาจมีการส่งต่อไปยังผู้ให้บริการสุขภาพคนอื่น ๆ ในทีมสุขภาพในหน่วยงาน เช่น แพทย์ นักอาชีวบำบัด นักกายภาพบำบัด ผู้ช่วยดูแลสุขภาพที่บ้าน แหล่งประโยชน์ในชุมชน ตลอดจน บริการสังคมอื่น ๆ เพื่อให้ปัญหาผู้รับบริการได้รับการแก้ไขอย่างถูกต้องและเหมาะสม

3.4 การดูแลอุปกรณ์ เครื่องมือ หลังการเยี่ยมบ้านแต่ละครั้ง เมื่อกลับมาถึงสำนักงาน ควรทำความสะอาดกระเป๋าเยี่ยม อุปกรณ์ เครื่องใช้ต่าง ๆ เพื่อป้องกันการติดเชื้อและการแพร่ กระจายของเชื้อโรค (จรรยาและวารี, 2537 : 307) อุปกรณ์ของใช้ตามประเภทของสิ่งของ เช่น ผ้า เช็ดมือ ถุงผ้า ผ้าซั้่งน้ำหนัก ถุงผ้าบุกระเป๋า ควรนำมาซักและผึ่งแดดให้แห้ง กระเป๋าหนังควรนำมา เช็ดทำความสะอาดและนำออกผึ่งแดดไว้ประมาณ ½ - 1 ชั่วโมง ส่วนอุปกรณ์ของใช้ต่าง ๆ เช่น พรอท ควรนำมาแช่น้ำยาฆ่าเชื้อโรค และของใช้ประเภทต่าง ๆ ควรนำมาทำความสะอาดตาม ประเภทของสิ่งของเหล่านั้น ขวดน้ำยาต่าง ๆ ควรเติมให้อยู่ในปริมาณที่เพียงพอที่จะใช้ในครั้ง ต่อไป เตรียมอุปกรณ์ เครื่องมือที่จะใช้ในการเยี่ยมครั้งต่อไปให้ครบ พร้อมทั้งจะใช้งานได้ตลอดเวลา ในบางหน่วยงานจะมีนโยบาย ระบุเครื่องมือเครื่องใช้ที่จะบรรจุลงในกระเป๋าเยี่ยมไว้อย่าง ชัดเจน

จะเห็นได้ว่าการเยี่ยมบ้าน เป็นเครื่องมือและวิธีการที่สำคัญที่สุดที่พยาบาลใช้ในการ ปฏิบัติกิจกรรมบริการสุขภาพที่บ้าน ซึ่งได้ให้แนวทางการปฏิบัติอย่างเป็นขั้นตอน และมีความ ต่อเนื่อง เช่นเดียวกับการปฏิบัติกิจกรรมพยาบาลในคลินิกหรือในโรงพยาบาล ประสิทธิภาพของ

การให้บริการจะขึ้นอยู่กับความพร้อมและความสามารถของพยาบาล ที่จะจัดบริการได้สอดคล้องกับความต้องการของผู้รับบริการและครอบครัว ทำให้เกิดการดูแลที่ต่อเนื่องและมีคุณภาพ

ประโยชน์ของการบริการสุขภาพที่บ้าน

การให้บริการสุขภาพที่บ้าน ก่อให้เกิดประโยชน์ต่อผู้รับบริการและสถานบริการสุขภาพ หรือโรงพยาบาลดังนี้ (จริยวัตร, 2538 : 69-70; ประยงค์, 2540 : 3; Quinlan & Ohlund, 1995 : 20-24; Stewart, 1979 : 10)

1. ผู้รับบริการและครอบครัวมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการเจ็บป่วยมากขึ้น สามารถดูแลตนเองได้ อันเป็นแนวทางนำไปสู่การบรรลุเป้าหมายสูงสุดของการมีคุณภาพชีวิตที่ดี จากการศึกษาผลการดำเนินงานการให้บริการสุขภาพที่บ้านแก่ผู้ป่วยที่เข้ารับการบริการรักษาพยาบาล ในโรงพยาบาลนครพิงค์ ของวิลาวัณย์และคณะ (2540 : 53) โดยศึกษาในผู้ป่วยและครอบครัวที่โครงการดูแลสุขภาพที่บ้านเคยไปให้บริการ จำนวน 131 ราย พบว่า ผู้ป่วยและญาติทุกรายมีความพึงพอใจในบริการที่ได้รับ มีความมั่นใจในการดูแลสุขภาพตนเองมากขึ้น ร้อยละ 91.2 และมีอาการทุเลาและสามารถดูแลตนเองได้ ร้อยละ 55.5 และจากผลการประเมิน โครงการดูแลผู้สูงอายุที่บ้านในจังหวัดสุราษฎร์ธานีของ วิโรจน์, นัยนัปรพรและหิมล (2541 : 5) โดยการสัมภาษณ์ผู้สูงอายุจำนวน 118 คน เป็นผู้ได้รับการเยี่ยมจากทีมสุขภาพจำนวน 78 คน ไม่ได้รับการเยี่ยมจำนวน 40 คน พบว่า ผู้สูงอายุที่ได้รับการเยี่ยมส่วนใหญ่มีความรู้ด้านโภชนาการ ร้อยละ 52.6 และนำไปปฏิบัติได้ร้อยละ 44.9 รองลงมาคือความรู้ด้านการออกกำลังกาย ร้อยละ 34.6 และปฏิบัติได้ร้อยละ 35.9 และผลจากการนำความรู้ไปปฏิบัติ ผู้สูงอายุที่มีความรู้ดีกว่าสุขภาพดีขึ้น ร้อยละ 73.1 ส่วนกลุ่มผู้สูงอายุที่ไม่ได้รับการเยี่ยมมีความรู้ดีกว่าสุขภาพดีขึ้นเพียงร้อยละ 2.5 จากการศึกษาของอดิษฐ์ (2537 : บทคัดย่อ) ได้ทำการศึกษาความรู้และการปฏิบัติตัวในการดูแลตนเองก่อนและหลังการเยี่ยมบ้านของผู้ป่วยเบาหวาน เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง ในผู้ป่วยเบาหวาน จำนวน 15 คน ผลการศึกษา พบว่า คะแนนความรู้และการปฏิบัติตัวในการดูแลตนเองในโรคเบาหวาน หลังเยี่ยมบ้านดีกว่าก่อนเยี่ยมบ้าน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

2. ภาวะจิตใจของผู้รับบริการและครอบครัวดีขึ้น เนื่องจากในขณะที่เจ็บป่วย ผู้รับบริการส่วนใหญ่ต้องการอยู่ที่บ้านมากกว่าโรงพยาบาล เพราะได้อยู่ใกล้ชิดกับครอบครัวขณะเจ็บป่วย อยู่ในสภาพแวดล้อมที่คุ้นเคย ไม่จำเป็นต้องปรับตัวกับสภาพแวดล้อมใหม่ จะทำให้ความเครียดลดลง (Meneses & Burgess , 1993 : 10) มีขวัญกำลังใจที่ดี เกิดความอบอุ่นในครอบครัว มีความมั่นใจในการดูแลสุขภาพตนเองมากขึ้น รวมทั้งมีโอกาสสัมผัสกับโรคติดเชื้อน้อยลง ทำให้หายจากโรคเร็วขึ้นส่งผลช่วยลดอัตราการกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลด้วย (Haddad, 1992 : 46)

3. ช่วยให้เกิดความเสมอภาคแก่ประชาชนทั้งในกลุ่มผู้ด้อยโอกาส กลุ่มเสี่ยง และกลุ่มผู้ยากจน ที่ไม่สามารถมารับบริการที่สถานบริการพยาบาลได้ เนื่องจากข้อจำกัดใด ๆ ก็ตาม ระบบบริการสุขภาพที่บ้านสามารถให้บริการแก่ผู้รับบริการกลุ่มนี้ได้

4. ลดปริมาณผู้รับบริการที่ไม่จำเป็นต้องได้รับบริการในสถานบริการ หรือโรงพยาบาล ลดลง ทำให้ สามารถรับผู้ป่วยอื่นที่จำเป็นเข้ารับการรักษาได้เพิ่มขึ้น

5. ลดค่าใช้จ่ายของสถานบริการหรือโรงพยาบาลในการจัดบริการให้แก่ผู้รับบริการ ที่ไม่มีความจำเป็นหรือสามารถดูแลตนเองที่บ้านได้ ทำให้สามารถนำค่าใช้จ่ายส่วนนั้นให้บริการกับผู้รับบริการที่รุนแรงและจำเป็นได้มากขึ้น รวมทั้งประหยัดเวลาและค่าใช้จ่ายในการเดินทางและพักค้างของผู้รับบริการและครอบครัวที่เจ็บป่วยและสามารถดูแลที่บ้านได้ จากการศึกษาการดำเนินงานตามโครงการสุขภาพดีเริ่มที่บ้านของโรงพยาบาลยะลา ตั้งแต่วันที่ 28 ตุลาคม 2536 - 30 กันยายน 2537 โดยทิพย์วดี (2537 : 22-26) ซึ่งเป็นการให้บริการสุขภาพที่บ้านในผู้สูงอายุ จำนวน 149 คน ผลการประเมินพบว่า สามารถลดจำนวนครั้งการไปตรวจที่แผนกผู้ป่วยนอกของผู้ป่วยสูงอายุลงได้เฉลี่ยคนละ 3 ครั้ง และลดการนอนรักษาตัวในโรงพยาบาลได้เฉลี่ยคนละ 1 ครั้ง ๆ ละ 7 วัน ทำให้มีเตียงว่างสามารถรับผู้ป่วยอื่นได้อีก เป็นการเพิ่มรายรับให้กับโรงพยาบาลเป็นจำนวน 301,002 บาทและรวมผลลัพธ์ของโครงการนี้ สามารถลดค่าใช้จ่ายของโรงพยาบาลลงได้ จำนวน 1,618,584 บาท และผู้ป่วยและญาติ สามารถประหยัดค่าใช้จ่ายในการเดินทาง รวมทั้งญาติไม่ต้องหยุดงานมาดูแลผู้ป่วยที่ต้องนอนโรงพยาบาลทำให้ขาดรายได้ สามารถลดค่าใช้จ่ายรวมเป็นเงิน 108,240 บาท และจากการศึกษาผลการเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุที่ถูกจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ของอ็อกเทย์และวอลแลนด์ (Oktay & Valland, 1990 : 39) โดยให้บริการทั้งด้านการรักษาพยาบาลและบริการด้านสังคม ผลการให้บริการ พบว่า สามารถลดจำนวนวันที่ผู้สูงอายุกลับมาอนโรงพยาบาลลงได้ และประหยัดต้นทุนค่าใช้จ่ายได้ประมาณ 4,585 ดอลลาร์สหรัฐ/คน/ปี

6. เป็นการสร้างสัมพันธภาพที่ดีอย่างหนึ่งระหว่างผู้รับบริการ ญาติ ครอบครัว ชุมชนและสถานบริการสุขภาพหรือโรงพยาบาล เนื่องจากผู้รับบริการและครอบครัวได้รับการดูแลจากทีมสุขภาพเป็นรายบุคคล ผู้รับบริการมีโอกาสได้พูดคุย ซักถามปัญหา และร่วมแก้ไขปัญหของตนเองกับทีมสุขภาพ ทำให้เกิดความรู้สึกที่ดีต่อหน่วยงาน ภาพพจน์ของโรงพยาบาลดีขึ้น ประชาชนเลื่อมใสและศรัทธาในโรงพยาบาลมากขึ้น (จ่านง, 2541 : 24)

7. เป็นการส่งเสริมนโยบายทางด้านสาธารณสุขของประเทศ ในการพัฒนาความสามารถของผู้รับบริการและครอบครัวในการดูแลตนเองที่บ้าน นำไปสู่การพึ่งพาตนเอง เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตตามเป้าหมายแผนพัฒนาการสาธารณสุขของประเทศ (วิลาวณิชย์และคณะ, 2540 : 63)

ดังนั้น จะเห็นได้ว่าการบริการสุขภาพที่บ้านมีประโยชน์ต่อทั้งผู้รับบริการและสถานบริการสุขภาพ ซึ่งในการปฏิบัติงานบริการสุขภาพที่บ้านให้มีคุณภาพและประโยชน์ดังกล่าวข้างต้น ย่อมเกี่ยวข้องกับปัจจัยหลายประการที่จะส่งเสริม และเอื้ออำนวยให้การปฏิบัติกิจกรรมบริการสุขภาพที่บ้านประสบความสำเร็จตามเป้าหมาย ดังนั้น จึงควรมีการพิจารณาถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติบริการสุขภาพที่บ้านร่วมด้วย

การปฏิบัติของหน่วยงานเกี่ยวกับการบริการสุขภาพที่บ้าน

กระทรวงสาธารณสุข ได้เริ่มดำเนินงานบริการสุขภาพที่บ้านตั้งแต่ต้นปีงบประมาณ 2536 เป็นต้นมา โดยเริ่มจากการสัมมนาทางวิชาการเพื่อเผยแพร่แนวคิดและวางแผนการดำเนินงานแก่โรงพยาบาลศูนย์ เพื่อทำหน้าที่เป็นแกนนำและรับนโยบายไปปฏิบัติ รวมทั้งเผยแพร่ให้โรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลชุมชนนำไปปฏิบัติให้ครอบคลุมประชากรและพื้นที่รับผิดชอบ โดยแต่ละโรงพยาบาล จะมีการกำหนดแนวทางการดำเนินงานแตกต่างกันไปตามศักยภาพของแต่ละหน่วยงานทั้งในด้านการกำหนดนโยบาย การจัดตั้งศูนย์สุขภาพดีเริ่มที่บ้าน การเตรียมค่านบุคลากร วัสดุ อุปกรณ์ งบประมาณ และวิธีการต่าง ๆ ที่จะเอื้อให้การปฏิบัติงานมีความต่อเนื่อง โดยในภาพรวม หน่วยงานต่าง ๆ จะมีการดำเนินงานเกี่ยวกับการบริการสุขภาพที่บ้านในด้านต่าง ๆ ดังนี้

1. นโยบายของโรงพยาบาล ตามแผนพัฒนาการสาธารณสุขแห่งชาติฉบับที่ 7 (พ.ศ. 2535-2539) กระทรวงสาธารณสุขได้มีการกำหนดนโยบายที่มุ่งเน้นการพัฒนาระบบบริการสุขภาพที่บ้านอย่างชัดเจน (คณะกรรมการวางแผนพัฒนาการสาธารณสุข, 2535 : 50) และเมื่อวันที่ 1 มีนาคม 2538 กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดนโยบายการดำเนินงานบริการสุขภาพดีเริ่มที่บ้านไว้ดังนี้ (ประพิณ, 2541ค : 12)

1.1 ดำเนินงานสุขภาพดีเริ่มที่บ้านให้ครอบคลุมทั่วประเทศ โดยให้แต่ละจังหวัดดำเนินงานให้ครอบคลุมพื้นที่ ให้นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดเป็นผู้รับผิดชอบระดับจังหวัดทุกจังหวัด

1.2 ให้บรรจสุขภาพดีเริ่มที่บ้านเข้าไปอยู่ในคู่มือการดำเนินงานของโครงการพัฒนาระบบบริการของสถานบริการและหน่วยงานสาธารณสุขในส่วนภูมิภาค (พบส.) ให้จำแนกความรับผิดชอบงานแต่ละอย่าง และให้แต่ละคณะรับผิดชอบอย่างต่อเนื่อง

1.3 ให้กองการพยาบาลรับผิดชอบเป็นแกนนำ ประสานงานกองโรงพยาบาลภูมิภาค และกองสาธารณสุขภูมิภาค ประสานการจัดทำโครงสร้าง แนวทาง วิธีการดำเนินงานระดับจังหวัด ระดับอำเภอ ระดับตำบล ให้ถือเป็นแนวทางปฏิบัติแจกไปทั่วประเทศ

1.4 ให้แต่ละจังหวัดนำเสนอผลงาน เพื่อเป็นตัวอย่างและเป็นพี่เลี้ยงของจังหวัดอื่นต่อไป

1.5 แต่ละจังหวัดอาจมีเสรีภาพในการดำเนินงานสุขภาพดีเริ่มที่บ้าน ให้เป็นไปตามวัตถุประสงค์และเป้าหมายที่ได้ผลดี โดยยึดแนวทางกลางที่ส่งมาให้

นโยบายการบริการสุขภาพที่บ้าน เป็นนโยบายบริการเชิงรุกเพื่อให้ประชาชนทุกกลุ่ม ได้มีส่วนในการดูแลสุขภาพของตนเอง โดยโรงพยาบาลแต่ละแห่งที่รับนโยบายไปปฏิบัติจะดำเนินงานตามศักยภาพที่มีอยู่ โรงพยาบาลที่มีการกำหนดนโยบายที่ชัดเจน จะทำให้การดำเนินงานเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ เพราะนโยบายจะให้แนวทางในการปฏิบัติงานเพื่อก่อให้เกิดผลสำเร็จตามเป้าหมาย (Stuart-Siddall, 1986 : 16) นโยบายที่ดีควรจะเป็นข้อความที่เข้าใจง่ายและกำหนดได้เป็นลายลักษณ์อักษร มีการอธิบายและชี้แจงไปยังบุคลากรต่าง ๆ ในหน่วยงานให้มีความเข้าใจร่วมกัน (ประชุม, 2533 : 19) ส่งผลให้บุคลากรในหน่วยงานปฏิบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดได้

2. การจัดการของศูนย์สุขภาพดีเริ่มที่บ้าน องค์การเป็นหน่วยทางสังคมที่มีการประสานงานเข้าด้วยกัน มีขอบเขตชัดเจน มีหน้าที่เพื่อประกอบกิจกรรมอย่างใดอย่างหนึ่งอย่างต่อเนื่องเพื่อให้บรรลุเป้าหมายร่วมกัน (ธงชัย, 2541 : 1) การจัดการ เป็นการจัดรูปโครงสร้างของการบริหารงาน โดยกำหนดอำนาจหน้าที่ของหน่วยงานย่อยหรือของตำแหน่งต่าง ๆ ในหน่วยงานให้ชัดเจน พร้อมทั้งกำหนดลักษณะและวิธีการติดต่อกัน ความสัมพันธ์ตามอำนาจหน้าที่ ตามลำดับชั้นลดหลั่นกันไปเพื่อให้งานดำเนินไปอย่างมีระเบียบแบบแผน (สุลักษณ์, 2530 : 26) ในต่างประเทศ หน่วยงานบริการสุขภาพที่บ้านจะมีรูปแบบการจัดการที่เป็นระบบแยกเป็นฝ่าย ๆ และมีสายงานบังคับบัญชา กำหนดบทบาทหน้าที่รับผิดชอบของบุคลากรผู้ปฏิบัติงาน ตลอดจนการเชื่อมโยงกับหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้องอย่างชัดเจน (Humphrey & Milone-Nuzzo, 1996 : 8) การบริหารจัดการและการจัดระบบโครงสร้างขององค์การ ขึ้นอยู่กับลักษณะของหน่วยงานบริการสุขภาพที่บ้าน เช่น หน่วยงานของรัฐ จะดำเนินการบริหารโดยคณะกรรมการ ซึ่งมาจากเจ้าหน้าที่ของรัฐในระดับท้องถิ่น หน่วยงานอาสาสมัครและเอกชนที่ไม่หวังผลกำไร จะบริหารงานโดยคณะกรรมการบริหารซึ่งเป็นตัวแทนจากชุมชนที่หน่วยงานตั้งอยู่ หน่วยงานบริการแบบผสมซึ่งรวมหน่วยงานบริการสุขภาพที่บ้านของรัฐและหน่วยงานของอาสาสมัครเข้าด้วยกัน บริหารงานโดยกรรมการบริหารอาจมาจากทั้ง 2 หน่วยงานหรือจัดตั้งกรรมการบริหารชุดใหม่ขึ้นมา ส่วนหน่วยงานบริการของโรงพยาบาล จะบริหารงานโดยคณะกรรมการตามโครงสร้างของโรงพยาบาล (Stanhope, 1996 : 809-811)

ในประเทศไทย ยังไม่มีการจัดทำโครงสร้างการบริหารของหน่วยงานให้บริการสุขภาพที่บ้านอย่างชัดเจน และเป็นอิสระดังในต่างประเทศ (สุภาพร, 2539 : 16) มีการดำเนินงาน

โดยจัดตั้งศูนย์สุขภาพดีเริ่มที่บ้านภายในโรงพยาบาล เพื่อเป็นศูนย์กลางในการปฏิบัติงาน ซึ่งอาจตั้งอยู่จุดใดจุดหนึ่งภายในโรงพยาบาลที่สามารถติดต่อได้ง่ายและรวดเร็วตลอดเวลา เพราะอาจมีการติดต่อสื่อสารระหว่างบ้านกับหน่วยงาน โดยผ่านองค์การสาธารณสุขมูลฐาน เช่น อสม. ติดต่อด้วยตนเอง สื่อสารโดยใช้วิทยุ ไปรษณีย์บัตร หรือโทรศัพท์ เป็นต้น และศูนย์ดังกล่าว จะเป็นแหล่งรวบรวมข้อมูลของทุกครอบครัว และเวชระเบียนประจำบ้าน ซึ่งต้องนำไปทุกครั้งที่ออกปฏิบัติงาน ร่วมกับแจกคู่มือครอบครัวให้ทุกครอบครัวล่วงหน้าก่อนออกปฏิบัติงาน (ประพิณ, 2536 : 2) การจัดองค์การของศูนย์สุขภาพดีเริ่มที่บ้าน บริหารงานในรูปคณะกรรมการจัดบุคลากร โดยแต่งตั้งเป็นทีมสุขภาพในการปฏิบัติงาน กำหนดกลุ่มเป้าหมายในการให้บริการอย่างชัดเจน โดยพยาบาลประจำหน่วย จะทำหน้าที่เป็นผู้ประสานงานระหว่างทีมสุขภาพ และหน่วยงานอื่นนอกเหนือจากหน่วยงานหลัก เพื่อให้บริการมีความต่อเนื่อง โดยมีรายละเอียดของทีมสุขภาพและกลุ่มเป้าหมายในการให้บริการดังนี้

2.1 ทีมสุขภาพ ทีมสุขภาพในการบริการสุขภาพที่บ้าน ประกอบด้วย แพทย์ พยาบาล นักกายภาพบำบัด นักสังคมสงเคราะห์ นักอาชีวบำบัด เภสัชกร นักโภชนาการ นักอรรถบำบัด และทีมงานบริการสุขภาพอื่นๆ โดยจะทำงานร่วมกันเพื่อให้การดูแลสุขภาพตามความต้องการของผู้รับบริการ ซึ่งแต่ละคนจะมีบทบาทและหน้าที่รับผิดชอบดังนี้ (วิลาวัลย์และประยงค์, 2538 : 5-6; Cookfair, 1996 : 568-570; Humphrey & Milone-Nuzzo, 1996 : 6-7; Standhope, 1996 : 817-819)

2.1.1 แพทย์ เป็นผู้รับผิดชอบในการรักษาผู้ป่วยตลอดการรักษา ทั้งที่โรงพยาบาลและบ้าน โดยทั่วไปแพทย์จะต้องวางแผนจำหน่ายและส่งต่อ เพื่อให้ได้รับการดูแลที่ต่อเนื่องที่บ้าน ตลอดจนให้ข้อมูลข่าวสารที่จำเป็นแก่ทีมสุขภาพที่จะไปให้บริการสุขภาพที่บ้าน ทำให้การรักษามีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

2.1.2 พยาบาล เป็นบุคคลหลักในทีมบริการสุขภาพที่บ้าน วางแผนการออกบริการสุขภาพที่บ้าน โดยทำหน้าที่ประสานงานกับบุคลากรหลายวิชาชีพในทีมสุขภาพ ที่จะให้การดูแลสุขภาพและช่วยเหลือผู้รับบริการที่บ้าน ทำหน้าที่ในการคัดกรองผู้รับบริการเพื่อเสนอให้บริการสุขภาพที่บ้าน วางแผนจำหน่ายผู้ป่วยก่อนออกให้บริการสุขภาพที่บ้าน เป็นผู้รวบรวมข้อมูล รับข่าวสาร รายงานความก้าวหน้า ติดตามผลการดำเนินงาน และทำหน้าที่ให้การดูแลสุขภาพตามแผนการดูแลและสอนวิธีการพยาบาลให้แก่ผู้ป่วย พยาบาลผู้ให้บริการจำเป็นต้องมีความรู้ และทักษะเกี่ยวกับเทคนิคการพยาบาล สามารถวินิจฉัยปัญหาของผู้รับบริการและครอบครัว ส่งต่อไปสถานบริการต่าง ๆ เมื่อจำเป็นได้

2.1.3 นักกายภาพบำบัด เป็นผู้ทำงานเกี่ยวกับการคงไว้ซึ่งการทำหน้าที่ของร่างกาย และการป้องกันความพิการที่อาจจะเกิดขึ้นในอนาคตในผู้ป่วยที่ทุกข์ทรมานจากโรคการบาดเจ็บ หรือสูญเสียแขนขา โดยวิธีการให้ออกกำลังกาย การนวด การดึง การกระตุ้นด้วยไฟฟ้า และการใช้ความร้อน ตามแนวทางการรักษาของแพทย์ ตลอดจนการประเมินสภาพแวดล้อม ให้คำแนะนำปรับปรุงในการเปลี่ยนแปลงเพื่อความสะดวกสบาย ตลอดจนสอนญาติและครอบครัวในการออกกำลังกายหรือการจัดท่าทางให้กับผู้ป่วย

2.1.4 นักสังคมสงเคราะห์ มีหน้าที่ช่วยเหลือผู้รับบริการและครอบครัวในปัญหาต่าง ๆ โดยประเมินสภาพครอบครัว และความต้องการทางด้านสังคมและอารมณ์ของผู้ป่วย เป็นผู้ให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วย และผู้ดูแลผู้ป่วย หรือสมาชิกในครอบครัวคนอื่น ๆ ตลอดจนเป็นผู้ประสานงานกับแหล่งช่วยเหลือต่าง ๆ ในชุมชนให้กับผู้ป่วย

2.1.5 นักอาชีพบำบัด ทำหน้าที่ประเมินความสามารถของผู้ป่วยในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ช่วยเหลือและสอนให้ผู้ป่วยที่ขาดการประสานงานของมือหรือไม่สามารถควบคุมการเคลื่อนไหวของอวัยวะส่วนต่าง ๆ ของร่างกายประสานกันได้ ให้สามารถใช้งานได้อย่างสูงสุด เพื่อให้สามารถช่วยเหลือตนเองในชีวิตประจำวันได้ หรือสามารถประกอบอาชีพต่อไปได้

2.1.6 เภสัชกร เป็นผู้มีหน้าที่ในการเตรียม จัดหา และจ่ายยา ให้แก่ผู้ป่วยทั้งในโรงพยาบาลและผู้ป่วยที่ไปให้บริการที่บ้าน ให้ข้อมูลเกี่ยวกับการใช้ยาแก่นักลากรในทีมสุขภาพและผู้ดูแลผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับยาอย่างถูกต้อง ตลอดจนทราบผลข้างเคียงของยา

2.1.7 นักโภชนาการ เป็นผู้วางแผนเกี่ยวกับอาหารสำหรับผู้พักฟื้น หรือบุคคลที่มีปัญหาสุขภาพเรื้อรัง เช่น โรคหัวใจ เบาหวาน หรือ โรคอ้วน เป็นต้น และนักโภชนาการจะเยี่ยมบ้านเพื่อพัฒนาแผนการจัดอาหารและให้คำปรึกษาเกี่ยวกับอาหารโดยตรงแก่ผู้ป่วย และให้คำปรึกษาแก่เจ้าหน้าที่ให้บริการ เพื่อให้คำแนะนำด้านการจัดอาหารให้แก่ผู้ป่วยกับการบริการสุขภาพที่บ้าน

2.1.8 นักอรรถบำบัด เป็นผู้ประเมินปัญหาและให้การดูแลผู้รับบริการที่มีปัญหาด้านการพูด การกลืน กิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการพูด การใช้ภาษาและการได้ยิน ให้สามารถที่จะสื่อสารกับผู้อื่นได้

2.1.9 ทีมงานให้บริการอื่น ๆ เป็นทีมงานที่เกี่ยวข้องกับการบริการสุขภาพที่บ้าน ให้บริการทางสังคม และบริการช่วยงานบ้าน เช่น บริการดูแลความสะอาดบ้านและสิ่งแวดล้อม ช่วยจัดทำอาหาร อาบน้ำ ป้อนข้าว บริการซื้อของ หรือบริการนั่งเฝ้าในเวลากลางคืน เป็นต้น บางลักษณะเป็นบริการให้เปล่า และบางงานจำเป็นจะต้องจ่ายค่าบริการเองด้วย

จะเห็นได้ว่า ทีมสุขภาพที่ให้บริการสุขภาพที่บ้าน ประกอบด้วยบุคลากรหลายประเภท ในประเทศไทย ทีมสุขภาพในโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไปจะประกอบด้วยบุคลากรในวิชาชีพด้านสุขภาพ ได้แก่ แพทย์ พยาบาล นักสุขภาพ นักกายภาพบำบัด โภชนากร เภสัชกร นักสังคมสงเคราะห์ พนักงานวิทยาศาสตร์และเจ้าหน้าที่อื่น ๆ (ประพิณ, 2536 : 1) ส่วนทีมสุขภาพในโรงพยาบาลชุมชน ยังไม่พบว่ามีกำหนดทีมสุขภาพที่ให้บริการสุขภาพที่บ้านไว้อย่างชัดเจน

2.2 กลุ่มเป้าหมายผู้รับบริการสุขภาพที่บ้าน การบริการสุขภาพที่บ้าน มุ่งจัดบริการเพื่อตอบสนองความต้องการบริการสุขภาพให้สมาชิกของครอบครัวทุกคนที่มีปัญหาสุขภาพ โดยให้บริการด้านส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสภาพ ตามสภาพปัญหาและความต้องการบริการสุขภาพของผู้รับบริการแต่ละคน โดยแบ่งกลุ่มเป้าหมายของผู้รับบริการสุขภาพที่บ้านดังนี้

2.2.1 แบ่งตามระยะเวลาในการดูแล ซึ่งวิลาวัดย์และประยงค์ (2538 : 4) ได้แบ่งไว้ 3 ประเภทดังนี้

- 1) ผู้ต้องการการดูแลระยะสั้น (short-term clients) เป็นผู้ที่ต้องการการดูแลที่ต่ำกว่า 3 เดือน ได้แก่ผู้ป่วยหลังผ่าตัด ผู้ป่วยที่ต้องให้ยาและสารน้ำทางหลอดเลือดดำที่บ้าน หรือผู้ป่วยที่ต้องการการฟื้นฟูสภาพระยะสั้น
- 2) ผู้ต้องการการดูแลระยะยาว (long-term clients) เป็นผู้ป่วยเรื้อรัง ผู้พิการ ผู้สูงอายุที่มีปัญหาด้านสุขภาพ ต้องการการดูแลมากกว่า 3 เดือน
- 3) ผู้ป่วยระยะสุดท้าย (palliative clients) เป็นผู้ป่วยที่อยู่ในระยะสุดท้ายของชีวิต ต้องการบรรเทาอาการปวด โดยให้ยาควบคุมตลอดเวลา เช่น ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย หรือผู้ป่วยเอดส์ระยะสุดท้าย

2.2.2 แบ่งตามระดับการดูแล อิงสตรอม (Engstrom, 1987 : 30) แบ่งระดับการบริการดูแลสุขภาพที่บ้านสำหรับพยาบาลออกเป็น 3 ระดับ คือ

- 1) การดูแลที่บ้านระดับเฉพาะทาง (intensive skill home care) เป็นการให้บริการผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลเฉพาะทาง โดยเฉพาะในระยะป่วยรุนแรง ช่วงแรกอาจจะเยี่ยม 2-3 ครั้งต่อวัน การพยาบาลต้องใช้เทคนิคเฉพาะ มีการสังเกตอาการในผู้ป่วยที่มีอาการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา ในระยะนี้อาจมีระยะเวลา 1 เดือนโดยประมาณ หรือน้อยกว่า
- 2) การดูแลที่บ้านระดับปานกลาง (intermediate home care) เป็นการดูแลผู้ป่วยระดับปานกลางที่มีความต้องการการดูแลเฉพาะทางน้อยกว่าในระดับแรก อาจมีการเยี่ยมทุก 1-2 สัปดาห์ โดยผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นผู้ที่สามารถดูแลตนเองได้ในระดับหนึ่ง แต่ยังมี

ต้องการช่วยเหลือดูแลจากบุคลากรด้านสุขภาพ ผู้ป่วยเหล่านี้อาการทั่วไปจะดีขึ้นอย่างช้า ๆ และระยะเวลาในการดูแลอาจเป็นหลายเดือน

3) การดูแลที่บ้านระดับรักษาสุขภาพ (maintenance home care) เป็นผู้ป่วยที่มีภาวะสุขภาพคงที่ แต่ยังคงต้องการการดูแลบ้างเป็นครั้งคราว การดูแลเน้นที่การติดตามและการให้สุขศึกษา ส่วนใหญ่เป็นการดูแลผู้สูงอายุ ผู้ป่วยประเภทนี้มักเป็นผู้รับบริการดูแลจากพยาบาลมากกว่า 6 เดือนขึ้นไป

2.2.3 แบ่งตามสภาพปัญหาและความต้องการ โรวินสกีและซาสต็อคกี (Rovinski & Zastocki, 1989 : 4) ได้แบ่งผู้รับบริการตามสภาพปัญหาและความต้องการ ออกเป็น 2 กลุ่มคือ

1) กลุ่มที่ต้องการบริการทางการแพทย์ เป็นกลุ่มผู้รับบริการที่ต้องการบริการภายใต้แผนการรักษาของแพทย์ คืออาศัยอุปกรณ์ เทคโนโลยีขั้นสูง เช่น การให้อาหารทางสายยาง การใช้เคมีบำบัด การด่างไต การใช้เครื่องช่วยหายใจที่บ้าน และการฟื้นฟูสุขภาพ เป็นต้น

2) กลุ่มที่ต้องการการบริการเพื่อส่งเสริมการมีสุขภาพดี เป็นกลุ่มผู้รับบริการที่สามารถดูแลตนเองได้ ต้องการบริการในด้านส่งเสริมสุขภาพ ความรู้ คำแนะนำทางด้านอาหาร สุขภาพจิต การหยุดสูบบุหรี่ การออกกำลังกาย รวมถึงการบริการคำปรึกษาต่าง ๆ เพื่อให้สามารถดำรงชีวิตได้อย่างมีความสุข ผลของการบริการจะช่วยลดค่าใช้จ่าย และเกิดความสะดวกสบายต่อผู้รับบริการ ไม่ต้องสิ้นเปลืองเวลาและค่าใช้จ่ายในการเดินทางมารับบริการที่สถานบริการ จะเห็นได้ว่า กลุ่มเป้าหมายในการให้บริการสุขภาพที่บ้านจะขึ้นอยู่กับ ระดับความรุนแรง และความต้องการการดูแลของผู้รับบริการและครอบครัว เหมาะกับบุคคลหรือครอบครัวที่ไม่ต้องการดูแลแบบเต็มเวลา หรือสังเกตอาการตลอดเวลา ประกอบกับสถานการณ์ในปัจจุบัน รัฐบาลกำลังประสบกับปัญหาวิกฤติทางเศรษฐกิจ ทำให้รัฐบาลต้องลดงบประมาณของแผ่นดิน ลดอัตราการรับบุคคลเข้าทำงานใหม่ (กุลยาและสงศรี, 2541 : 1) ส่งผลให้บุคลากรและงบประมาณของกระทรวงสาธารณสุขถูกจำกัดลง การจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาลจะเร็วขึ้น และผู้ป่วยเหล่านี้ ไม่สามารถดูแลหรือช่วยเหลือตนเองที่บ้านได้โดยปราศจากการสอนของทีมสุขภาพ การบริการสุขภาพที่บ้านจึงมีความจำเป็น และการบริการสุขภาพที่บ้านที่ทราบกลุ่มเป้าหมายในการให้บริการชัดเจน จะทำให้บริการสุขภาพเป็นไปอย่างเหมาะสมและมีคุณภาพ

รูปแบบการจัดองค์การของศูนย์สุขภาพดีเริ่มที่บ้าน โครงสร้างมีทั้งเหมือนและแตกต่างกันไปตามนโยบายและศักยภาพของแต่ละหน่วยงาน โครงสร้างการจัดระบบบริการ

สุขภาพที่บ้านควรมีความยืดหยุ่น จะทำให้สามารถเข้าถึงปัญหาของผู้รับบริการในทุกกลุ่มอายุและทำให้เกิดการดูแลที่ต่อเนื่อง (Turner & Chavigny, 1988 : 354)

3. งบประมาณ งบประมาณเป็นแผนที่กำหนดแหล่งทรัพยากรและการควบคุมดูแลการใช้ตามแผนที่ขอมมา (Marriner-Tomme, 1992 : 74) งบประมาณเป็นสิ่งที่จำเป็นต้องใช้ในการบริหารและพัฒนางาน ทำให้มีอุปกรณ์เครื่องมือเครื่องใช้เหมาะสมและสะดวกในการให้บริการ ส่งเสริม สนับสนุน ชูใจและให้กำลังใจแก่ผู้ปฏิบัติงาน เพื่อให้การปฏิบัติงานเป็นไปตามมาตรฐานที่วางไว้ การบริการมีคุณภาพตามปรัชญาของโรงพยาบาล (สุลักษณ์, 2530 : 100) ในต่างประเทศ หน่วยงานบริการสุขภาพที่บ้านที่เป็นของรัฐบาล งบประมาณส่วนใหญ่มาจากเงินประกันสุขภาพของรัฐบาลและเอกชน และการจัดเก็บภาษี ส่วนหน่วยงานอาสาสมัครและเอกชนที่ไม่หวังกำไร งบประมาณส่วนใหญ่มาจาก การสนับสนุนจากมูลนิธิต่าง ๆ แหล่งเงินทุนของเอกชน เงินประกันสุขภาพของรัฐบาล และค่าบริการจากผู้รับบริการ และหน่วยงานบริการสุขภาพที่บ้านที่จัดโดยโรงพยาบาล งบประมาณมาจากเงินงบประมาณของโรงพยาบาลเอง โดยอาศัยโครงสร้างทางการบริหารของโรงพยาบาลจัดสรรงบประมาณ (Stanhope, 1996 : 809-810) การดำเนินงานบริการสุขภาพที่บ้านในประเทศไทย ไม่มีงบประมาณสนับสนุนสำหรับงานนี้โดยเฉพาะ แต่จะจัดสรรงบประมาณในรูปของวัสดุ อุปกรณ์หรือเครื่องมือเครื่องใช้ (พรทิพย์, 2539 : 5)

4. การประสานงาน การประสานงานเป็นการจัดให้คนในองค์กรทำงานให้สัมพันธ์และสอดคล้องกัน โดยต้องตระหนักถึงหน้าที่รับผิดชอบ วัตถุประสงค์ เป้าหมาย และมาตรฐานการปฏิบัติงานขององค์กรเป็นหลัก (ศิริอร, 2541 : 154) ควรมีอยู่ในทุกขั้นตอนของการบริหารงาน และประสานทั้งภายในหน่วยงานและกับหน่วยงานอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง จะช่วยให้การดำเนินงานเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพและส่งเสริมการทำงานเป็นทีม (สุลักษณ์, 2533 : 92) การประสานงานการดูแลผู้รับบริการเป็นจุดศูนย์กลางของการปฏิบัติบริการสุขภาพที่บ้าน (Cloonan & Shuster, 1990 : 204) การติดต่อประสานงานระหว่างสถานบริการกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง หรือสถานบริการกับผู้รับบริการและครอบครัว ทำได้โดยใช้ระบบการส่งต่อผู้ป่วย และการใช้ช่องทางการติดต่อสื่อสารได้แก่ การติดต่อด้วยตนเอง แจ้งผ่านอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) วิทยุสื่อสารของสถานีอนามัยหรือโรงพยาบาล โทรศัพท์ และไปรษณีย์บัตร เป็นต้น (ประพิณ, 2536 : 2) เป็นบทบาทหน้าที่รับผิดชอบที่สำคัญอย่างหนึ่งของพยาบาลวิชาชีพ เพราะบางกิจกรรมต้องปรึกษา ติดต่อสื่อสารประสานงานหรือส่งต่อผู้รับบริการให้กับบุคลากรในทีมสุขภาพที่เกี่ยวข้องเพื่อให้เกิดความต่อเนื่องในการดูแลและป้องกันการจัดการบริการที่ซ้ำซ้อน (Burgess, 1983 : 177; Humphrey & Milone-Nuzzo, 1996 : 27; Wearing, 1994 : 22) การประสานงานระหว่างแหล่งส่งต่อและแหล่งผู้รับบริการจะช่วยลดความไม่ต่อเนื่องของแผนการดูแลได้ (Packard-Helie & Lancaster, 1989 : 33)

ความสำเร็จของกระบวนการวางแผนการจำหน่ายจึงขึ้นอยู่กับการทำงานระหว่างโรงพยาบาลและผู้ให้บริการสุขภาพที่บ้าน โดยพยาบาลผู้ให้บริการสุขภาพที่บ้าน จะเริ่มต้นดูแลผู้ป่วยตั้งแต่อยู่ในโรงพยาบาลและต่อเนื่องไปถึงที่บ้าน (Rhoad et al., 1992 : 18) ดังนั้น ประสานงานควรมีทั้งในโรงพยาบาลและชุมชน

5. การพัฒนาบุคลากร ด้วยวิวัฒนาการด้านการแพทย์และการพยาบาลได้เกิดขึ้นตลอดเวลา การปฏิบัติงาน วิธีการ เทคนิคและหลักเกณฑ์ต่าง ๆ ย่อมเปลี่ยนไปด้วย การทำงานจะผิดพลาดไม่ได้ เนื่องจากเกี่ยวข้องกับชีวิตคน จึงต้องมีการพัฒนาบุคลากรทางการพยาบาลอย่างต่อเนื่องทั้งด้านความรู้ ทักษะและเจตคติ รังสรรค์ (2540 : 461-462) กล่าวว่า การพัฒนาบุคลากร เป็นการให้การศึกษาเพื่อส่งเสริมความรู้ ความสามารถ ความถนัดและทักษะแก่บุคลากร พัฒนาศักยภาพของคนในองค์กรให้สามารถปฏิบัติหน้าที่ที่อยู่ในความรับผิดชอบได้ดียิ่งขึ้น ทั้งในด้านความรู้ ความสามารถ ความชำนาญและประสบการณ์ รวมถึงพัฒนาทัศนคติและเจตคติของการปฏิบัติงานให้เป็นไปในทางที่ดี มีกำลังใจในการทำงานและมีความคิดที่จะปรับปรุงการปฏิบัติงานให้ดีขึ้น ซึ่งในการส่งเสริมและปรับปรุงทักษะการทำงานของบุคลากร สามารถทำได้โดยการฝึกอบรมหรือวิธีการอื่นเพื่อความก้าวหน้าในชีวิตการทำงานพร้อมทั้งพัฒนาอาชีพได้อย่างเหมาะสม (ปริยาพร, 2535 : 250) พยาบาลผู้ให้บริการสุขภาพที่บ้าน ต้องมีทักษะครอบคลุมในทุก ๆ ด้าน เพื่อช่วยเหลือผู้รับบริการได้ในทุกกลุ่ม ทุกระดับการดูแล ทั้งในระยะเฉียบพลัน ระยะเรื้อรังและระยะสุดท้าย ให้ได้รับการดูแลอย่างเหมาะสม (Fyke, 1994 : 27) เนื่องจาก พยาบาลผู้ให้บริการสุขภาพที่บ้านส่วนใหญ่เป็นพยาบาลที่ปฏิบัติงานบริการผู้ป่วยระยะเฉียบพลันในโรงพยาบาลมาก่อน อาจขาดประสบการณ์ด้าน การพยาบาลอนามัยชุมชน พยาบาลจึงต้องมีการเตรียมตัวก่อนเข้าสู่งานบริการสุขภาพที่บ้าน โดยเตรียมตัวทั้งด้านทฤษฎี และหาประสบการณ์ในด้านการประเมินภาวะสุขภาพในระดับบุคคลและชุมชน การคัดสรรใจ การจัดการเฉพาะราย การบริหารระบบบริการสุขภาพ การสอนผู้รับบริการ และการเป็นผู้นำ (Humphrey & Milone-Nuzzo, 1996 : 26) เคนยอนและคณะ (kenyon et al., 1990 : 36) กล่าวว่า ความสามารถทางด้านคลินิกสัมพันธ์กับความต้องการความรู้และทักษะของพยาบาลที่ปฏิบัติงานในชุมชน โดยความสามารถจะเกิดจากการปฏิบัติงาน

6. การจัดระบบข้อมูลข่าวสาร ข้อมูลทางการพยาบาลที่จะนำไปใช้ในการตัดสินใจเชิงปฏิบัติการพยาบาล การบริหารจัดการ การศึกษาและการวิจัย ประกอบด้วยข้อมูล 3 กลุ่ม คือ ข้อมูลทางการพยาบาล ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้รับบริการและข้อมูลเกี่ยวกับการใช้บริการ (วงจันทร์, 2540 : 11) งานบริการสุขภาพที่บ้านจะมีการจัดระบบบันทึกรายงาน รวบรวมข้อมูลข่าวสารทั้งที่เกี่ยวข้องโดยตรงกับผู้รับบริการและครอบครัว ข้อมูลที่เป็นหลักฐานการดำเนินงานและการเพิ่มพูนศักยภาพ การดูแลตนเองด้านสุขภาพอนามัยของประชาชน ได้แก่ บัตรครอบครัว เวชระเบียนประจำ

ครอบครัว คู่มือการดูแลสุขภาพตนเองสำหรับประชาชนที่บ้าน บทบาทหน้าที่ของศูนย์สุขภาพดีเริ่มที่บ้าน และข้อมูลทะเบียนผู้รับบริการ (ประพิณ, 2541ก : 42-43) บันทึกในการให้บริการสุขภาพที่บ้าน จึงเป็นเครื่องมือหลักของพยาบาลผู้ให้บริการสุขภาพที่บ้าน ใช้ในการจัดบริการที่มีคุณภาพ (Jacob, 1985 : 16) ใช้ในการประเมินความต้องการของผู้รับบริการ การวินิจฉัยปัญหา และการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล ใช้ทำนายแนวโน้มภาวะสุขภาพของผู้รับบริการ และเป็นข้อมูลพื้นฐานในการขอสนับสนุนเงินทุนและเพื่อความเป็นระเบียบของหน่วยงาน (Keating & Kelman, 1988 : 88) การบันทึกต้องถูกต้อง ตรวจสอบได้ (Humphrey & Milone-Nuzzo, 1996 : 80) มีการจัดเก็บให้เป็นระบบ เพื่อประโยชน์ในการสื่อสารกับทีมสุขภาพให้เกิดความเข้าใจตรงกัน และประสานงานบริการสุขภาพที่บ้านให้เกิดความต่อเนื่อง (Lyon & Stephany, 1993 : 632)

ปัจจัยสนับสนุนการปฏิบัติกิจกรรมบริการสุขภาพที่บ้าน

การให้บริการสุขภาพที่บ้านเป็นการดูแลที่ต่อเนื่อง เน้นการให้บริการสุขภาพทั้งด้านการรักษาพยาบาล การป้องกันโรค การส่งเสริมสุขภาพ และการฟื้นฟูสุขภาพ ที่ครอบคลุมผู้รับบริการในระดับบุคคลและครอบครัว เป็นบริการสุขภาพที่มีแนวโน้มความต้องการมากขึ้น และควรได้รับการตอบสนองอย่างเป็นระบบและมีประสิทธิภาพ (รุจา, 2537 : 211) เป็นอีกบทบาทหนึ่งของพยาบาลวิชาชีพ ที่ควรให้ความสนใจ และลงมือปฏิบัติอย่างจริงจัง เพราะจะทำให้การดูแลผู้ป่วยเป็นไปอย่างมีคุณภาพ และต่อเนื่อง (บุหงา, 2537 : 163) และในการปฏิบัติงานย่อมขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายประการที่จะเอื้ออำนวยให้การปฏิบัติงานเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ จากการทบทวนเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้องพบว่า ปัจจัยที่สนับสนุนพฤติกรรมการทำงานของบุคคล มักจะเกี่ยวข้องกับลักษณะส่วนบุคคลและทรัพยากรทางการบริหาร (ปริยาพร, 2535 : 141) การศึกษาปัจจัยดังกล่าวเป็นวิธีการหนึ่งที่สามารถนำข้อมูลที่ได้ไปเป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนางาน การบริการสุขภาพที่บ้านก็เช่นเดียวกัน มีปัจจัยหลายประการที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติงาน ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาปัจจัยสนับสนุนการปฏิบัติงาน เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานในการปรับปรุงแนวทางปฏิบัติกิจกรรมการบริการสุขภาพที่บ้าน ให้มีคุณภาพ โดยแบ่งกลุ่มปัจจัยที่ต้องการศึกษาออกเป็น 2 กลุ่ม คือ ปัจจัยส่วนบุคคล และปัจจัยด้านหน่วยงาน โดยมีการศึกษาปัจจัยต่าง ๆ ดังนี้

1. ปัจจัยส่วนบุคคล

ธงชัยและชัยยศ (2540 : 54) กล่าวว่า ควรมีการศึกษาปัจจัยหรือตัวแปรด้านบุคคลที่มีผลกระทบต่อพฤติกรรมการทำงานของบุคคลในองค์การ เพื่อจะได้นำเอาความรู้และผลที่ได้จากการ

ศึกษา มาคาดคะเนหรือกำกับพฤติกรรมของบุคคล ให้เป็นไปในแง่ที่มีผลดีต่อองค์การ ซึ่งปัจจัยด้านบุคคลที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติงานจะประกอบด้วย ประสบการณ์ อายุ สถานภาพสมรส ช่วงเวลาในการปฏิบัติงาน ระดับการศึกษาและระดับเงินเดือน (ปรียาพร, 2535 : 141) จากการทบทวนเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้องพบว่า ไม่เคยมีการศึกษาปัจจัยด้านบุคคลกับการปฏิบัติกิจกรรมบริการสุขภาพที่บ้านในประเทศไทยมาก่อน ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาตัวแปรดังกล่าวข้างต้น ยกเว้น สถานภาพสมรส และระดับเงินเดือน เนื่องจากจากการทบทวนเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่า สถานภาพสมรสส่วนใหญ่ไม่มีผลต่อการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพ เช่น ผลการศึกษาของ ผานิต (2537 : 49) พบว่า สถานภาพสมรสไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตการทำงานของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาล และผลการศึกษาของสุทธาทิพย์ (2535 : 34) พบว่า สถานภาพสมรสไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานสาธารณสุขมูลฐานของพยาบาลวิชาชีพ จากผลการศึกษาดังกล่าวจะเห็นได้ว่า สถานภาพสมรสไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพทั้งในโรงพยาบาลและในชุมชน ส่วนระดับเงินเดือน เนื่องจากยังไม่มีกรอบอัตราค่าจ้างของพยาบาลบริการสุขภาพที่บ้านโดยเฉพาะ ผู้วิจัยจึงเว้นที่จะศึกษาตัวแปร 2 ตัวดังกล่าวข้างต้น แต่จะศึกษาเพิ่มในตัวแปร แผนกที่ปฏิบัติงาน เนื่องจากคิททิง (Keating, 1994 : 282) กล่าวว่า ความรู้และทักษะในการพยาบาลอนามัยชุมชนเป็นสิ่งจำเป็นในการจัดบริการในชุมชนที่มีคุณภาพสูง และพยาบาลที่มีทักษะในการดูแลผู้ป่วยภาวะวิกฤติจากแผนกอายุรกรรมและศัลยกรรม จะมีความเหมาะสมมากที่สุดในการให้บริการสุขภาพที่บ้าน ผู้วิจัยจึงมีความต้องการที่จะศึกษาตัวแปรดังกล่าวร่วมกับตัวแปรข้างต้น โดยมีรายละเอียดของตัวแปรที่จะศึกษาคงต่อไปนี้

1.1 อายุ อายุมีความสัมพันธ์โดยตรงกับพัฒนาการ และระดับวุฒิภาวะในคนปกติ เมื่ออายุมากขึ้น ระดับวุฒิภาวะจะเจริญสูงขึ้นตามวัย ประสบการณ์มากขึ้น ความคิดอ่าน และการมองเห็นปัญหาชัดเจนถูกต้องตามความเป็นจริงมากขึ้น บุคลิกภาพทั้งด้านความคิดและการกระทำจะค่อย ๆ ปรับเปลี่ยนไปตามวัย (ทัสนา, 2538 : 190) ความคิดในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ก็จะมีควมรอบคอบมากขึ้น ทำให้การทำงานมีประสิทธิภาพ ประสบผลสำเร็จ และอายุมีส่วนเกี่ยวข้องกับระยะเวลาและประสบการณ์ในการทำงาน ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อผลของบุคคล จากการศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติงานสาธารณสุขมูลฐานของพยาบาลวิชาชีพ ที่ปฏิบัติงานในฝ่ายเวชกรรมสังคมโรงพยาบาลในส่วนภูมิภาค กระทรวงสาธารณสุข จำนวน 369 คน ของ สุทธาทิพย์ (2535 : 34) พบว่า อายุมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติงานสาธารณสุขมูลฐานของพยาบาลวิชาชีพ และจากการศึกษาของพีร์ซ , ฮาเซล และ ไมออน (Pierce, Hazel & Mion, 1996 : 48) เกี่ยวกับความพึงพอใจในงานและการย้ายงานของพยาบาลวิชาชีพ พบว่า พยาบาลที่อยู่ในกลุ่มสูงอายุ มีความพึงพอใจในงานโดยรวมอยู่ในระดับสูงกว่าพยาบาลที่อยู่ในกลุ่มอายุต่ำกว่า และจากการศึกษาความพึง

พอใจในงานของพยาบาลอนามัยชุมชนของ ริออร์แดน (Riordan, 1991 : 59) พบว่า อายุมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความพึงพอใจในงานของพยาบาล แต่ต่างจากการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการปฏิบัติงานของพยาบาลอนามัยชุมชนของ โคเออร์เนอร์ (Koemer, 1981: 43-48) โดยศึกษาในพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในสมาคมพยาบาลการเยี่ยมบ้านของฮาร์ทฟอร์ด จำนวน 32 คน พบว่า อายุมีความสัมพันธ์ทางลบกับการปฏิบัติงาน พยาบาลที่มีอายุน้อยจะมีคะแนนความสามารถในการปฏิบัติงานสูง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ จินตนาและคณะ (2531 : 15) เรื่อง การพัฒนาตนเองของพยาบาลไทย โดยศึกษาในพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหน่วยงานของรัฐทั่วประเทศ จำนวน 1,587 คน พบว่า พยาบาลที่มีอายุน้อย มีการพัฒนาตนเองมากกว่าผู้ที่มีอายุมาก โดยผู้ที่มีอายุน้อย (ต่ำกว่า 30 ปี) มีการอ่านและฟังวิทยุวิชาการพยาบาลสูงกว่าผู้ที่มีอายุมาก และการมีอายุมากขึ้นไป เป็นปัญหาที่ทำให้พยาบาลไม่ได้พัฒนาตนเองโดยการไปอบรม ดูงาน หรือลาศึกษาต่อ ส่วนการศึกษาของจินตนา (2541 : 103) เกี่ยวกับปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลเอกชน สังกัดมูลนิธิกรุงเทพมหานคร จำนวน 176 คน พบว่า อายุไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย จากผลการวิจัยดังกล่าว อาจกล่าวได้ว่า อายุเป็นตัวแปรหนึ่งที่มีความสำคัญ ซึ่งอาจมีผลต่อการปฏิบัติกิจกรรมการบริการสุขภาพที่บ้านของพยาบาลวิชาชีพ ผู้วิจัยจึงได้นำมาใช้เพื่อการศึกษาครั้งนี้

1.2 ภูมิหลังการศึกษา ภูมิหลังการศึกษาเป็นสิ่งที่มีความสำคัญในการที่จะช่วยให้บุคคลมีการแสดงพฤติกรรมความเป็นวิชาชีพได้อย่างดี และเป็นเครื่องบ่งชี้สถานภาพของวิชาชีพนั้นในสังคมส่วนหนึ่งด้วย (ทัศนาศ, 2538 : 192) บุคคลที่ได้รับการศึกษาสูงย่อมมีสติปัญญาในการพิจารณาสิ่งต่าง ๆ อย่างมีเหตุผล มีการรับรู้ต่อปัญหาที่เกิดขึ้น คิดหาแนวทางแก้ไขปัญหาได้ดีกว่าบุคคลที่มีการศึกษาค่ำ และถ้าลักษณะงานตรงความรู้ความสามารถ ก็จะทำให้ผู้ปฏิบัติได้มีโอกาสใช้ความรู้ความสามารถในการปฏิบัติงาน ซึ่งจะก่อให้เกิดความพึงพอใจในงาน จากผลการศึกษาของ อัครี (2536 : 58-59) เกี่ยวกับความพึงพอใจในงานของพยาบาลวิชาชีพซึ่งปฏิบัติงานในโรงพยาบาลของรัฐและเอกชนในจังหวัดเชียงใหม่ โดยศึกษาในพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 558 คน พบว่า พยาบาลวิชาชีพที่มีวุฒิการศึกษาแตกต่างกัน มีความพึงพอใจในงานโดยรวมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยพยาบาลที่จบการศึกษาในระดับปริญญาโท มีความพึงพอใจในงานมากกว่าพยาบาลที่จบการศึกษาระดับปริญญาตรี เช่นเดียวกับการศึกษาของฮูดและสมิธ (Hood & Smith, 1994 : 46) เกี่ยวกับ คุณภาพชีวิตในการทำงานของผู้ให้บริการสุขภาพที่บ้านที่ได้รับการสนับสนุนจากผู้นำขององค์กร ซึ่งได้ศึกษาในพยาบาลวิชาชีพที่ให้บริการสุขภาพที่บ้าน จำนวน 52 คน และคนทำงานบ้าน (homemaker) จำนวน 94 คน ผลการศึกษาพบว่า การศึกษาเป็นตัวแปรที่สามารถทำนาย

ความพึงพอใจในงาน และการปฏิบัติงานของพยาบาล ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยพยาบาลที่มีรายงานการศึกษาสูงกว่า จะมีความพึงพอใจในงาน และการปฏิบัติงานในระดับที่ต่ำกว่า

กัญญา (2541 : 54) ได้ศึกษาพฤติกรรมความเป็นวิชาชีพ ของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ โดยมีกลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 399 คน พบว่า ระดับการศึกษา มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมความเป็นวิชาชีพของพยาบาลวิชาชีพ ซึ่งใกล้เคียงกับการศึกษาของ แม็คคลอสคีย์และแม็คเคน (McCloskey & McCain, 1988 : 203) ได้ศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานของพยาบาลทุกระดับ พบว่า ระดับการศึกษา เป็นตัวแปรที่แยกการปฏิบัติงานในระดับสูงสุด และระดับปานกลางออกจากผู้ปฏิบัติงานในระดับต่ำได้อย่างชัดเจน แต่จากการศึกษาของสุทธาทิพย์ (2535 : 84) พบว่า วุฒิการศึกษาไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานสาธารณสุขมูลฐานของพยาบาลวิชาชีพ เช่นเดียวกับการศึกษาของจินตนา (2541 : 103) พบว่า ระดับการศึกษาไม่มีความสัมพันธ์กับการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพ ดังนั้น จึงอาจกล่าวได้ว่าวุฒิหลังการศึกษามิอาจเป็นตัวแปรหนึ่งที่มีผลต่อการปฏิบัติกิจกรรมการบริการสุขภาพที่บ้านของพยาบาลวิชาชีพ

1.3 แผนกที่ปฏิบัติงาน แผนกที่ปฏิบัติงานเกิดจากการขยายการบริหารงาน การแบ่งงาน โดยมีเป้าหมายเพื่อแยกโครงสร้างขององค์การ เพื่อให้ผู้บริหารจะได้มีขอบเขตในการปฏิบัติกิจกรรม (Marriner-Tomey, 1992 : 135) จากการศึกษาความรู้ คุณค่าและการปฏิบัติกิจกรรมการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยตามการรายงานของพยาบาลวิชาชีพ ในโรงพยาบาลศูนย์ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ของพรหมทิศา (2532 : 119) พบว่า พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานแผนกแตกต่างกัน มีรายงานการปฏิบัติกิจกรรมการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยแตกต่างกัน โดยแผนกคัดลยกรรมจะมีการปฏิบัติมากกว่าแผนกอายุรกรรม แต่จากการศึกษาของสุทธา (2539 : ๑) พบว่า การปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลด้านการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยของพยาบาลประจำการระดับวิชาชีพ โรงพยาบาลศูนย์ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ไม่มีความสัมพันธ์กับแผนกที่ปฏิบัติงาน จึงเป็นที่น่าสนใจว่า แผนกที่ปฏิบัติงานอาจมีผลต่อการปฏิบัติกิจกรรมการให้บริการสุขภาพที่บ้านของพยาบาลวิชาชีพ

1.4 ประสบการณ์การปฏิบัติงานวิชาชีพการพยาบาล ระยะเวลาในการปฏิบัติงานจะทำให้เกิดความชำนาญและประสบการณ์ ผู้ที่มีประสบการณ์ในการทำงานน้อย อาจทำให้ขาดความเชื่อมั่นในตนเอง ทั้งด้านความรู้และทักษะต่าง ๆ แต่อาจมีความกระตือรือร้นในการทำงานสูง และพร้อมที่จะแสวงหาความรู้ในเชิงวิชาชีพซึ่งจะทำให้วิชาชีพก้าวหน้ายิ่งขึ้น และจะนำมาซึ่งบุคลากรที่มีคุณภาพ จากการศึกษาของจินตนา และคณะ (2531 : 15) เกี่ยวกับการพัฒนาตนเองของพยาบาลไทย พบว่า พยาบาลที่มีประสบการณ์น้อย (ต่ำกว่า 5 ปี) มีการอ่าน การฟัง และดูโทรทัศน์วิชาการ

สูงกว่าพยาบาลที่มีประสบการณ์มากกว่า และจากการศึกษาของกัญญา (2541 : 53) พบว่า ระยะเวลาในการปฏิบัติงาน มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมความเป็นวิชาชีพของพยาบาลวิชาชีพ และจากการศึกษาของริออร์แดน (Riordan, 1991 : 59) พบว่า ระยะเวลาในการปฏิบัติงาน มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความพึงพอใจในงานของพยาบาลอนามัยชุมชน แต่จากการศึกษาของดวงใจ (2533 : บทคัดย่อ) เกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบางประการกับการใช้กระบวนการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ จำนวน 255 คน พบว่า ประสบการณ์ในการทำงาน ไม่มีความสัมพันธ์กับการใช้กระบวนการพยาบาลในการปฏิบัติการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพ ระยะเวลาในการปฏิบัติงานวิชาชีพพยาบาลจึงเป็นอีกตัวแปรหนึ่งที่ผู้วิจัยนำมาศึกษาในครั้งนี้

1.5 ประสบการณ์การปฏิบัติงานบริการสุขภาพที่บ้าน การมีประสบการณ์ในงานใดก็ตามย่อมเป็นผลให้บุคคลปฏิบัติงานนั้นได้ดี การศึกษาของ แม็คคลอสคีย์และแม็คเคน (McCloskey & McCain, 1988 : 205) ซึ่งได้ศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานของพยาบาลทุกระดับ พบว่าประสบการณ์ในการทำงาน เป็นตัวทำนายทักษะในการดูแลผู้ป่วยในภาวะวิกฤติได้ดีที่สุด และริออร์แดน (Riordan, 1991 : 59) ได้ศึกษาพบว่า ประสบการณ์ในการปฏิบัติงานในชุมชนและการเยี่ยมบ้านของพยาบาลอนามัยชุมชน มีความสัมพันธ์ในทางบวกกับความพึงพอใจในงานของพยาบาล และจากการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานของพยาบาลฝ่ายส่งเสริมสุขภาพของโรงพยาบาลชุมชนในภาคใต้ ของอุษณีย์และสุภาณี (2530 : 42) โดยศึกษาในพยาบาลวิชาชีพ ที่ปฏิบัติในตำแหน่งนักวิชาการส่งเสริมสุขภาพโรงพยาบาลชุมชน 14 จังหวัดภาคใต้ จำนวน 83 คน พบว่า ประสบการณ์เกี่ยวกับการสาธารณสุขมูลฐานซึ่งได้รับการศึกษาจากหลักสูตรมีความสัมพันธ์กับการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐาน

โคเออร์เนอร์ (Koerner, 1981 : 41) ได้ศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติงานของพยาบาลอนามัยชุมชน พบว่า ประสบการณ์ในการทำงานมีความสัมพันธ์ทางลบกับการปฏิบัติงาน โดยพยาบาลที่มีประสบการณ์ในการทำงานน้อยจะได้รับคะแนนการปฏิบัติงานสูง และจากการศึกษาของสุทธาทิพย์ (2535 : 69) พบว่า ระยะเวลาในการปฏิบัติงานทางด้านสาธารณสุขของพยาบาลวิชาชีพ ไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานสาธารณสุขมูลฐานในทุก ๆ ด้าน เช่นเดียวกับการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพ ในโรงพยาบาลเอกชน สังกัดมูลนิธิในเขตกรุงเทพมหานคร ของจินตนา (2541 : 103) พบว่า ประสบการณ์ในการทำงาน ไม่มีความสัมพันธ์กับการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพ ระยะเวลาในการปฏิบัติงานหรือประสบการณ์ในการปฏิบัติงานบริการสุขภาพที่บ้าน จึงเป็นอีกตัวแปรหนึ่งที่ผู้วิจัยนำมาศึกษาในครั้งนี้

2. ปัจจัยด้านหน่วยงาน

ปัจจัยด้านหน่วยงาน เป็นการปฏิบัติของโรงพยาบาลเกี่ยวกับการดำเนินงานบริการสุขภาพที่บ้าน เพื่อสนับสนุนการปฏิบัติงานบริการสุขภาพที่บ้านของพยาบาลวิชาชีพ ส่วนใหญ่เป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการบริหารจัดการ ที่จะเอื้ออำนวยให้การปฏิบัติกิจกรรมบริการสุขภาพที่บ้านของพยาบาลวิชาชีพ เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล โดยผู้วิจัยได้กำหนดตัวแปรที่จะศึกษาตามการปฏิบัติของหน่วยงาน ดังนี้

2.1 นโยบายของโรงพยาบาล โรงพยาบาลที่มีการกำหนดนโยบายที่ชัดเจน จะทำให้การดำเนินงานเป็นไปมีประสิทธิภาพ เพราะนโยบายจะให้แนวทางในการปฏิบัติงานเพื่อก่อให้เกิดผลสำเร็จตามเป้าหมาย (Stuart-Siddall, 1986 : 16) จากการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบางประการกับการปฏิบัติกรพยาบาลในโรงพยาบาล เพื่อเตรียมผู้ป่วยในการดูแลสุขภาพที่บ้านของพยาบาลโรงพยาบาลประจำจังหวัดเขต 1 สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ของดวงตา (2540 : 108) โดยมีกลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลวิชาชีพและพยาบาลเทคนิค พบว่า นโยบายของหน่วยงานเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติกรพยาบาลเพื่อเตรียมผู้ป่วยในการดูแลสุขภาพที่บ้าน ของพยาบาล และการศึกษาของริออร์เดน (Riordan, 1991 : 59) พบว่า นโยบายของหน่วยงานมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความพึงพอใจในงานของพยาบาลอนามัยชุมชน การศึกษาของสุทธาทิพย์ (2537 : 70) พบว่า องค์ประกอบด้านนโยบายและการบริหาร มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติงานสาธารณสุขมูลฐานของพยาบาลวิชาชีพในด้านการบริการ การนิเทศ การติดตามประเมินผล และการปฏิบัติงานรวม ดังนั้นนโยบายน่าจะเป็นปัจจัยหนึ่งในการสนับสนุนการปฏิบัติกิจกรรมบริการสุขภาพที่บ้านของพยาบาลวิชาชีพ

2.2 การจัดองค์การของศูนย์สุขภาพดีเริ่มที่บ้าน ศูนย์สุขภาพดีเริ่มที่บ้านจะจัดตั้งอยู่ภายในหน่วยงานใดหน่วยงานหนึ่งของโรงพยาบาล เป็นศูนย์กลางในการปฏิบัติงานบริการสุขภาพที่บ้าน มีการบริหารงานในรูปแบบคณะกรรมการซึ่งมาจากกลุ่มงานต่าง ๆ ร่วมกันรับผิดชอบการดำเนินงาน จัดบุคลากรโดยแต่งตั้งเป็นทีมสุขภาพในการปฏิบัติงาน กำหนดกลุ่มเป้าหมายในการให้บริการอย่างชัดเจน โดยพยาบาลประจำหน่วยจะทำหน้าที่เป็นผู้ประสานงานระหว่างทีมสุขภาพและหน่วยงานอื่นนอกเหนือจากหน่วยงานหลัก เพื่อให้บริการมีความต่อเนื่อง รูปแบบการจัดองค์การของศูนย์สุขภาพดีเริ่มที่บ้านแต่ละโรงพยาบาล จะมีโครงสร้างทั้งเหมือนและแตกต่างกันไปตามนโยบายและศักยภาพของแต่ละหน่วยงาน ซึ่งโครงสร้างการจัดระบบบริการสุขภาพที่บ้านที่มีความยืดหยุ่น จะทำให้สามารถเข้าถึงปัญหาของผู้รับบริการได้ในทุกกลุ่มอายุ และทำให้เกิดการดูแลที่ต่อเนื่อง (Turner & Chavigny, 1988 : 354) ดังนั้นการจัดการองค์การศูนย์สุขภาพดีเริ่มที่บ้าน น่าจะเป็นตัวแปรหนึ่งที่สนับสนุนการปฏิบัติกิจกรรมบริการสุขภาพที่บ้านของพยาบาลวิชาชีพ

2.3 งบประมาณ งบประมาณเป็นสิ่งที่จำเป็นต้องใช้ในการบริหารและพัฒนางาน ทำให้มีอุปกรณ์เครื่องมือเครื่องใช้เหมาะสมและสะดวกในการให้บริการ ส่งเสริมและสนับสนุน งบประมาณและให้กำลังใจแก่ผู้ปฏิบัติงาน เพื่อให้การปฏิบัติงานเป็นไปตามมาตรฐานที่วางไว้ การบริการมีคุณภาพตามปรัชญาของโรงพยาบาล (สุลักษณ์, 2530 : 100) จะเห็นได้ว่าในการดำเนินงานจะต้องมีงบประมาณมาช่วยสนับสนุน จากการศึกษาสภาพแวดล้อมขององค์กร และการให้บริการสุขภาพที่บ้าน ของสมาคมเย็บบ้านและหน่วยบริการสุขภาพที่บ้านที่ใช้โรงพยาบาลเป็นฐาน ของเบอร์แมน (Burman, 1992 : 289) พบว่า เงินทุน เป็นปัจจัยทางด้านองค์กรอีกปัจจัยหนึ่งที่สนับสนุนการปฏิบัติงานบริการสุขภาพที่บ้านของสมาคมพยาบาลเย็บบ้านและหน่วยบริการสุขภาพที่บ้านที่ใช้โรงพยาบาลเป็นฐาน โดยทั้ง 2 หน่วยงานได้รับแหล่งเงินทุนจากการประกันสุขภาพมากที่สุด คือ ร้อยละ 56.8 รองลงมา คือ จากรัฐบาล ร้อยละ 18.7 จากเอกชน ร้อยละ 9.9 จากผู้รับบริการ ร้อยละ 5.2 และเงินทุนจากแหล่งอื่น ๆ ร้อยละ 0.3 โดยหน่วยงานบริการสุขภาพที่บ้านที่ใช้โรงพยาบาลเป็นฐาน จะได้รับเงินทุนจากบริษัทประกันสุขภาพมากกว่าสมาคมพยาบาลเย็บบ้าน แต่สมาคมพยาบาลเย็บบ้านจะได้รับแหล่งเงินทุนสนับสนุนจากรัฐบาลมากกว่า งบประมาณจึงเป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่อาจจะสนับสนุนการปฏิบัติกิจกรรมบริการสุขภาพที่บ้านของพยาบาลวิชาชีพ

2.4 การประสานงาน การประสานงานการดูแลใช้ผู้รับบริการ เป็นศูนย์กลางของการปฏิบัติงาน (Cloonan & Shuster, 1990 : 204) เพื่อให้เกิดความต่อเนื่องในการดูแลและป้องกันการจัดบริการที่ซ้ำซ้อน (Burgess, 1983 : 177; Humphrey & Milone-Nuzzo, 1996 : 27; Packard-Helie & Lancaster, 1989 : 33; Wearing, 1994 : 22) หน่วยงานควรมีการประสานงานทั้งในโรงพยาบาลและชุมชนเพื่อให้เกิดการดูแลผู้ป่วยที่ต่อเนื่อง จากการศึกษาจากการศึกษาสภาพแวดล้อมขององค์กรและการให้บริการสุขภาพที่บ้านของสมาคมพยาบาลเย็บบ้าน และหน่วยบริการสุขภาพที่บ้านที่ใช้โรงพยาบาลเป็นฐาน ของเบอร์แมน (Burman, 1992 : 285) พบว่าปัจจัยทางด้านองค์กรที่สนับสนุนการปฏิบัติงานบริการสุขภาพที่บ้าน สมาคมพยาบาลเย็บบ้าน และหน่วยบริการสุขภาพที่บ้านที่ใช้โรงพยาบาลเป็นฐาน คือ แหล่งส่งต่อผู้รับบริการ ซึ่งเป็นการรับส่งต่อผู้รับบริการจากโรงพยาบาลและแพทย์ สถานพยาบาล องค์กรในชุมชน และผู้รับบริการและครอบครัว และการศึกษาของชุมชนและซัคเตอร์ (Cloonan & Shuster, 1990 : 204) เกี่ยวกับการใช้เวลาในกิจกรรมการประสานงานของพยาบาลบริการสุขภาพที่บ้าน จำนวน 143 คน เป็นการศึกษาย้อนหลังจากบันทึกรายงาน พบว่า พยาบาลใช้เวลาในการปฏิบัติกิจกรรมการประสานงานบริการสุขภาพที่บ้าน ร้อยละ 16 ของเวลาที่ใช้ในการปฏิบัติกิจกรรมทั้งหมด ดังนั้น การประสานงานจึงน่าจะเป็นอีกปัจจัยหนึ่งของหน่วยงาน ที่สนับสนุนการปฏิบัติกิจกรรมบริการสุขภาพที่บ้านของพยาบาลวิชาชีพ

2.5 การพัฒนาบุคลากร เนื่องจากพยาบาลผู้ให้บริการสุขภาพที่บ้านส่วนใหญ่เป็นพยาบาลที่ปฏิบัติงานบริการผู้ป่วยในโรงพยาบาล อาจขาดประสบการณ์ด้านการพยาบาลอนามัยชุมชน จึงต้องมีการเตรียมตัวก่อนเข้าสู่งานบริการสุขภาพที่บ้าน เพื่อให้มีทักษะครอบคลุมในทุก ๆ ด้าน สามารถช่วยเหลือผู้รับบริการได้ในทุกกลุ่ม ทุกระดับการดูแล และเมื่อบุคคลได้ปฏิบัติงานไประยะหนึ่ง นโยบาย เป้าหมาย โครงการ แผนงาน และวิธีการทำงานบางอย่างอาจเปลี่ยนไป หน่วยงานจำเป็นต้องพัฒนาบุคคลให้มีความรู้ ความเข้าใจที่ถูกต้องอยู่เสมอ (ริงสรรค์, 2540 : 465) จากการศึกษาของ ไค-ลอเรนซ์, เพ็ป โลสค์ และรัสเซล (Caie-Lawrence, Peplusk, & Russell, 1995 : 33) เกี่ยวกับความต้องการได้รับการฝึกอบรมของพยาบาลผู้ให้บริการสุขภาพที่บ้าน เพื่อพัฒนาระดับความสามารถในการให้บริการพยาบาลแก่ผู้รับบริการที่บ้าน โดยศึกษาในพยาบาลผู้ให้บริการสุขภาพที่บ้าน จำนวน 751 คน ผลการศึกษาพบว่า พยาบาลซึ่งมีประสบการณ์ในการทำงานในโรงพยาบาลมาก่อนแล้วไม่น้อยกว่า 4 ปี ให้ความสำคัญกับเนื้อหาที่คิดว่าตนเองมีความสามารถน้อย ได้แก่ เนื้อหาในเรื่องการ ประเมินภาวะสุขภาพ การให้คำปรึกษา การวินิจฉัยทางการแพทย์ และการปรับปรุงพัฒนาการวางแผนการพยาบาล และจากการศึกษาเชิงสำรวจถึงความต้องการความรู้และทักษะของพยาบาลผู้ให้บริการสุขภาพที่บ้าน ของ อากและนีส์ (Ark & Nies, 1996 : 296) โดยศึกษาในพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานบริการสุขภาพที่บ้าน จำนวน 16 คน พบว่าพยาบาลมีความต้องการความรู้ในด้าน การประเมินสุขภาพและการติดต่อสื่อสาร และความต้องการทักษะในด้าน การประเมินสุขภาพ การติดต่อสื่อสาร และการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำมากกว่าด้านอื่น ๆ การพัฒนาบุคลากร จึงเป็นปัจจัยอีกปัจจัยหนึ่งที่เอื้อต่อการปฏิบัติกิจกรรมการบริการสุขภาพของพยาบาลวิชาชีพ

2.6 การจัดระบบข้อมูลข่าวสาร บันทึกในการให้บริการสุขภาพที่บ้านเป็นเรื่องมีผลหลักของพยาบาลผู้ให้บริการสุขภาพที่บ้าน ใช้ในการประเมินผู้รับบริการ สามารถจัดกิจกรรมบริการได้ตรงกับความต้องการของผู้รับบริการและครอบครัวได้อย่างมีประสิทธิภาพ เป็นหลักฐานในการปฏิบัติงานของทีมสุขภาพ (พรทิพย์, 2539 : 41)) ต้องมีการบันทึกรายงานการให้บริการและผลการปฏิบัติงานทุกครั้งลงในเวชระเบียนรายงาน การมีแบบฟอร์มบันทึกทางการแพทย์พยาบาลจะช่วยทำให้พยาบาลมีความสะดวกและนำไปใช้มากขึ้น (วงจันทร์, 2537 : 48) การบันทึกต้องถูกต้อง ตรวจสอบได้ (Humphrey & Milone-Nuzzo, 1996 : 80) และจัดเก็บให้เป็นระบบ เพื่อประโยชน์ในการสื่อสารกับทีมสุขภาพให้เกิดความเข้าใจตรงกัน และประสานงานบริการสุขภาพที่บ้านให้เกิดความต่อเนื่อง (Lyon & Stephany, 1993 : 632) ดังนั้น การจัดระบบข้อมูลข่าวสาร จึงเป็นปัจจัยสนับสนุนอีกปัจจัยหนึ่งในการปฏิบัติกิจกรรมบริการสุขภาพที่บ้านของพยาบาลวิชาชีพ ให้เกิดความต่อเนื่องและมีคุณภาพ

จากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ปัจจัยที่สนับสนุนการปฏิบัติกิจกรรม บริการสุขภาพที่บ้าน ประกอบด้วยปัจจัยด้านบุคคลและปัจจัยด้านหน่วยงาน โดยเฉพาะปัจจัยด้าน หน่วยงาน เป็นปัจจัยสนับสนุนการปฏิบัติกิจกรรมบริการสุขภาพที่บ้านได้อย่างชัดเจน แต่ในการ ปฏิบัติงานอาจเกิดปัญหาอุปสรรคต่าง ๆ ขึ้นได้เสมอ ปัญหาบางปัญหาเป็นปัญหาที่รุนแรงเป็น อุปสรรคต่อการปฏิบัติบริการสุขภาพที่บ้าน จึงควรมีการค้นหาปัญหาอุปสรรคที่เกิดขึ้นในการ ปฏิบัติงาน เพื่อนำมาปรับปรุงพัฒนางานบริการสุขภาพที่บ้านให้มีคุณภาพ ผู้วิจัยจึงมีความสนใจ ที่จะศึกษาปัญหาอุปสรรคในการปฏิบัติกิจกรรมบริการสุขภาพที่บ้านในครั้งนี้ด้วย

ปัญหาอุปสรรคในการปฏิบัติกิจกรรมบริการสุขภาพที่บ้าน

พยาบาลวิชาชีพจะเป็นบุคลากรหลักในการบริการสุขภาพที่บ้าน ปฏิบัติกิจกรรมพยาบาล ทั้งทางตรงและทางอ้อม เพื่อตอบสนองความต้องการบริการสุขภาพของผู้รับบริการและครอบครัว มีบทบาทอิสระในการปฏิบัติกิจกรรมบริการตามขอบเขตของวิชาชีพ ซึ่งในการปฏิบัติงานอาจเกิด ปัญหาและอุปสรรคขึ้นได้เสมอ ปัญหาอุปสรรคดังกล่าวอาจเกิดจากตัวบุคคล ทั้งผู้ให้บริการและ ผู้รับบริการ หรืออาจเกิดจากหน่วยงาน จากการทบทวนเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่า ปัญหา อุปสรรคในการปฏิบัติกิจกรรมบริการสุขภาพที่บ้าน มีสาเหตุมาจากปัจจัยต่าง ๆ สรุปได้ดังนี้

1. ปัญหาด้านการบริหารจัดการ การบริหารจัดการ ประกอบด้วย กิจกรรมการบริหารที่มี ความสัมพันธ์ต่อเนื่องกัน โดยเริ่มตั้งแต่การวางแผน การจัดองค์การ การจัดบุคลากร การอำนวยการ การจัดสรรงบประมาณและการควบคุม จากการศึกษาของพรทิพย์ (2539 : 223-242) พบว่า ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลและสมาชิกทีมการดูแลสุขภาพที่บ้าน ได้แสดงความคิดเห็น เกี่ยวกับ ปัญหาอุปสรรค ที่อาจเกิดขึ้นจากการนำรูปแบบการดำเนินงานดูแลสุขภาพที่บ้านไปปฏิบัติ เป็น ปัญหาด้านการบริหารจัดการ ประกอบด้วย นโยบายขาดความชัดเจน การแบ่งงานไม่ชัดเจน บุคลากรไม่เพียงพอ ขาดหน่วยงานรับผิดชอบหลัก งบประมาณไม่เพียงพอ ไม่มีค่าตอบแทน บุคลากร ขาดการเตรียมบุคลากร บุคลากรไม่เห็นความสำคัญ ไม่ให้ความร่วมมือ ขาดความร่วมมือ จากองค์กรและชุมชน ผู้บริหารไม่เห็นความสำคัญ ขาดทรัพยากร อุปกรณ์และสิ่งสนับสนุนต่าง ๆ ที่จะนำมาใช้ในการดำเนินงาน ขาดบุคคลรับผิดชอบในการประสานงาน และขาดรูปแบบที่ดีใน การประเมินผลการให้บริการ จากการศึกษาของรัชสมัย (2536 : 67) เกี่ยวกับบทบาทตามความ คาดหวังและที่เป็นจริงในการดูแลผู้ป่วยที่บ้านตามการรายงานของพยาบาลวิชาชีพ พบว่า ผู้ป่วยที่ ต้องการการดูแลที่ต่อเนื่องที่บ้านไม่ได้รับการส่งต่ออย่างเป็นทางการ เป็นปัญหาอุปสรรคอีกด้าน หนึ่งในการปฏิบัติงานการดูแลผู้ป่วยที่ต่อเนื่องที่บ้าน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของพรรณทิพา

(2532 : 110) ได้ศึกษาความรู้ คุณค่า และการปฏิบัติกิจกรรมการวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วยตามการรายงานของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลศูนย์ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ พบปัญหาอุปสรรคในชั้นการกำหนดแผนการจำหน่ายผู้ป่วยคือ ขาดผู้ประสานงานในการประชุมวางแผนร่วมกับทีมสุขภาพ (ร้อยละ 24.32) และปัญหาอุปสรรคในชั้นประเมินผลคือ หน่วยงานไม่มีนโยบายเกี่ยวกับการประสานงานกับพยาบาลสาธารณสุข (ร้อยละ 18.92) และไม่มีการประชุมงานกับฝ่ายเวชกรรมสังคมในการติดตามผลการรักษาผู้ป่วย (ร้อยละ 16.89)

จากการศึกษาของวิลเลอร์และลีวิส (Wheeler & Lewis, 1993 : 13) เกี่ยวกับการพัฒนาโปรแกรมการดูแลเด็กที่เจ็บป่วยที่บ้านหลังจากจำหน่ายกลับไปอยู่ที่บ้าน ซึ่งอยู่ในเขตเมืองและชนบท ได้พบปัญหาและอุปสรรคในการปฏิบัติงานบริการสุขภาพที่บ้านทั้งในเขตเมืองและชนบท ประกอบด้วย การบริการพยาบาลขาดความครอบคลุมเนื่องจาก ขาดแคลนพยาบาล ขาดการประสานงานระหว่างโรงพยาบาลและหน่วยบริการสุขภาพที่บ้าน และขาดแคลนงบประมาณที่จะจ้างนักกายภาพบำบัด นักอาชีวบำบัด เข้าไปดูแลเพื่อบำบัดฟื้นฟูเด็กที่เจ็บป่วยในโรงเรียน และ คีแนนและฟาร์นอล (Keenan & Fanal, 1989 : 1078-1079) ได้สรุปปัญหาในการให้บริการสุขภาพที่บ้าน ว่าประกอบด้วย นโยบายของการบริการสุขภาพที่บ้านมีข้อจำกัด ทำให้ความต้องการบริการสุขภาพที่บ้านของผู้รับบริการมีข้อจำกัดและถูกละเว้นไป ขาดการประสานงานระหว่างโปรแกรมการให้บริการแต่ละประเภทและการเบิกจ่ายค่าบริการ ขาดแคลนแพทย์ที่จะเข้าไปให้บริการหรือเป็นผู้นำในการให้บริการ และด้านประกันคุณภาพวัดคุณภาพการดูแลเนื่องจากรูปแบบการให้บริการและสถานที่ให้บริการเปลี่ยนไปจากโรงพยาบาล

2. ปัญหาด้านพยาบาลผู้ให้บริการสุขภาพที่บ้าน พยาบาลผู้ให้บริการสุขภาพที่บ้าน เป็นผู้ นำในการดูแลผู้รับบริการและครอบครัวที่ต่อเนื่องและสมบูรณ์แบบ (Keating & Kelman, 1988 : 68) พยาบาลผู้ให้บริการสุขภาพที่บ้านส่วนใหญ่มาจากการดูแลผู้ป่วยในโรงพยาบาล เมื่อเข้ามาปฏิบัติงานบริการสุขภาพที่บ้าน จะขาดความรู้และทักษะทางด้านการพยาบาลอนามัยชุมชน ทำให้พยาบาลรู้สึกยุ่งยากกับความรับผิดชอบที่เพิ่มขึ้นทั้งในส่วนของบันทึกรายงาน และความต้องการด้านอื่น ๆ ที่เพิ่มขึ้นตามบทบาทใหม่ที่เปลี่ยนแปลงไป (Kenyon et al., 1990 : 33) หน่วยงานที่ขาดการเตรียมบุคลากรก่อนเข้าปฏิบัติงาน ทั้งในด้านความรู้ ทักษะการให้บริการ ทักษะคิดที่คิดต้องงาน อาจมีผลต่อการปฏิบัติงานได้ จากการศึกษาของรัชณีย์ (2536 : 68) พบว่า ปัญหาอุปสรรคจากการปฏิบัติงานการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้าน คือ บทบาทของพยาบาลเยี่ยมบ้านไม่ชัดเจน พยาบาลไม่มีเวลา และไม่มีโอกาสในการทำวิจัย และจากการศึกษาของ เบรดลีย์และ อัลเพอร์ (Bradley & Alpers, 1996 : 286) พบว่า ปัญหาและอุปสรรคในการดูแลครอบครัวของพยาบาลบริการสุขภาพที่บ้านคือ ภูมิหลังประสบการณ์การทำงานในโรงพยาบาลของพยาบาลที่มีมาก จะทำให้นุ่งการดูแล

ไปที่ภาวะการเจ็บป่วยของผู้รับบริการในปัจจุบันมากกว่าการดูแลครอบครัว จากการศึกษาของ บาลด์วินและไพรซ์ (Baldwin & Price, 1994 : 36) ได้ศึกษาความคิดเห็นเกี่ยวกับงานบริการสุขภาพ ที่บ้านในเขตเมืองและชนบท แถบตะวันออกเฉียงใต้ของอเมริกา ในพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงาน บริการสุขภาพที่บ้าน จำนวน 176 คน ซึ่งพยาบาลได้ให้ความคิดเห็นเกี่ยวกับปัญหาอุปสรรคที่ทำให้เกิดความยุ่งยาก หรือความเหน็ดเหนื่อยในการปฏิบัติงาน ประกอบด้วย การใช้คอมพิวเตอร์ การติดต่อประสานงานกับแผนกอื่น จำนวนผู้รับบริการเพิ่มขึ้น การบริหารเวลา การทำงานแข่งกับเวลา การจัดบุคลากร และการบันทึกรายงาน โดยเฉพาะการบันทึกรายงานเป็นประเด็นที่ยุ่งยาก ทำให้เกิดความเหน็ดเหนื่อยและใช้เวลามากที่สุด

3. ปัญหาด้านผู้รับบริการ ผู้รับบริการส่วนใหญ่หลังถูกจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล จะเกิดความไม่แน่ใจ ความสับสน ความวิตกกังวล และต้องการความช่วยเหลือจากพยาบาล (Cloonan & Belyea, 1993 : 746) ประมาณร้อยละ 50 ของผู้รับบริการและผู้ดูแลที่ไม่สามารถปฏิบัติตามทักษะที่เคยได้รับการสอนและสาธิตขณะอยู่โรงพยาบาล ไปใช้ปฏิบัติในการดูแลตนเองต่อที่บ้านได้ (Rhoads et al., 1992 : 18) จากการศึกษาของพรทิพย์ (2539 : 223-242) พบปัญหาอุปสรรคด้านผู้รับบริการคือ ผู้ป่วยและญาติไม่ยอมรับในการให้บริการของเจ้าหน้าที่และต้องการที่จะพบแพทย์ทุกครั้ง ผู้ป่วยบางรายไม่สามารถจ่ายค่าบริการได้ ผู้รับบริการไม่ยอมจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล เพื่อไปรับบริการดูแลที่บ้าน และขาดผู้ดูแล จากการศึกษาของรัชณีย์ (2536 : 67) พบว่า ปัญหาอุปสรรคการปฏิบัติงานการดูแลผู้ป่วยที่บ้านคือ ผู้ป่วยและผู้ดูแลไม่ให้ความร่วมมือ

จากการศึกษาบทวนเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง สรุปได้ว่า การบริการสุขภาพที่บ้านเป็นการบริการดูแลรักษาต่อเนื่องที่บ้าน มุ่งเน้นในด้านการรักษาพยาบาล การป้องกันโรค การส่งเสริมสุขภาพและการฟื้นฟูสภาพ เป็นการจัดบริการที่ปฏิบัติต่อเนื่องจากการวางแผนจำหน่ายผู้รับบริการออกจากโรงพยาบาลโดยระบบส่งต่อมายังหน่วยบริการสุขภาพที่บ้าน พยาบาลผู้มีหน้าที่รับผิดชอบ การให้บริการสุขภาพที่บ้านจะไปเยี่ยมผู้รับบริการก่อนที่แพทย์จะจำหน่ายกลับบ้าน หรือไปเยี่ยมผู้รับบริการที่บ้านในรายที่พักที่บ้านและให้บริการแก่ผู้รับบริการและครอบครัวที่แจ้งความประสงค์ว่าต้องการการดูแลสุขภาพต่อเนื่องที่บ้านด้วย โดยอาศัยขั้นตอนการเยี่ยมบ้าน เป็นเครื่องมือในการให้บริการสุขภาพที่บ้าน ซึ่งฮัมฟรีย์ และ มิโลเน-นุซโซ (Humphrey & Milone-Nuzzo, 1996 : 45) กล่าวว่า การเยี่ยมบ้านจะเป็นเครื่องมือที่สำคัญที่สุดในการปฏิบัติบริการสุขภาพที่บ้าน แนวคิดดังกล่าวได้นำเสนอขั้นตอนการปฏิบัติบริการสุขภาพที่บ้านไว้ค่อนข้างชัดเจน พยาบาลสามารถนำมาใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติกิจกรรมบริการสุขภาพที่บ้านได้ ครอบคลุมการปฏิบัติกิจกรรมทั้งก่อนให้บริการ ขณะให้บริการและหลังให้บริการ ประสิทธิภาพในการให้บริการขึ้นอยู่กับความสามารถของพยาบาลที่จะประยุกต์ขั้นตอนการเยี่ยมบ้าน มาใช้ในการบริการสุขภาพที่บ้าน เพื่อ

ช่วยเหลือแก้ไขปัญหาให้สอดคล้องกับความต้องการของผู้รับบริการและครอบครัว ภายใต้ขอบเขต
ความรับผิดชอบที่มีอยู่ ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจที่นำแนวคิดดังกล่าวมาเป็นกรอบในการศึกษา การ
ปฏิบัติกิจกรรมการบริการสุขภาพที่บ้านของพยาบาลวิชาชีพในภาคใต้ ร่วมกับการศึกษาหาปัจจัย
สนับสนุน และปัญหาอุปสรรคในการปฏิบัติกิจกรรมบริการสุขภาพที่บ้าน เพื่อจะได้ข้อมูลพื้นฐาน
เป็นแนวทางในการพัฒนางานบริการสุขภาพของพยาบาลวิชาชีพต่อไป

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (descriptive research) เพื่อศึกษาการปฏิบัติกิจกรรมบริการสุขภาพที่บ้านของพยาบาลวิชาชีพ การปฏิบัติของหน่วยงานเกี่ยวกับการบริการสุขภาพที่บ้าน ปัจจัยสนับสนุนและปัญหาอุปสรรคในการปฏิบัติกิจกรรมบริการสุขภาพที่บ้านของพยาบาลวิชาชีพ ในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ในภาคใต้

ประชากรเป้าหมาย

ประชากรเป้าหมายที่ใช้ในการศึกษานี้ เป็นพยาบาลวิชาชีพผู้รับผิดชอบและปฏิบัติงานบริการสุขภาพที่บ้านประจำศูนย์สุขภาพดีเริ่มที่บ้านของโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชน สังกัดกระทรวงสาธารณสุขในภาคใต้ ที่ดำเนินงานบริการสุขภาพที่บ้านอย่างต่อเนื่อง จำนวน 116 คน โดยผู้วิจัยสำรวจรายชื่อโรงพยาบาลในภาคใต้ จากปฏิทินสาธารณสุขปี 2542 (สมาคมอนามัยแห่งประเทศไทย, 2542 : 293-305) ได้โรงพยาบาลทั้งสิ้น จำนวน 143 แห่ง ประกอบด้วยโรงพยาบาลศูนย์ จำนวน 5 แห่ง โรงพยาบาลทั่วไป จำนวน 14 แห่ง และโรงพยาบาลชุมชน จำนวน 124 แห่ง มีโรงพยาบาลที่ดำเนินงานให้บริการสุขภาพที่บ้านอย่างต่อเนื่อง จำนวน 96 แห่ง ประกอบด้วย โรงพยาบาลศูนย์ จำนวน 5 แห่ง โรงพยาบาลทั่วไป จำนวน 14 แห่ง และโรงพยาบาลชุมชน จำนวน 77 แห่ง และพยาบาลวิชาชีพผู้รับผิดชอบและปฏิบัติงานให้บริการสุขภาพที่บ้านทั้งสิ้น 116 คน (ผู้วิจัยสอบถามข้อมูลทางโทรศัพท์ระหว่างวันที่ 1 - 30 มิถุนายน 2542)

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลครั้งนี้ เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง จากการศึกษาค้นคว้า ตำรา วารสาร เอกสาร บทความวิชาการ และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย 4 ส่วน คือ

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของพยาบาลวิชาชีพ เป็นข้อมูลเกี่ยวกับ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ภูมิหลังการศึกษา ประเภทของโรงพยาบาลที่ปฏิบัติงาน แผนกที่ปฏิบัติงานประจำ การรับรู้ข้อมูล

เกี่ยวกับการบริการสุขภาพที่บ้าน ประสพการณ์การปฏิบัติงานวิชาชีพพยาบาล ประสพการณ์การปฏิบัติงานบริการสุขภาพที่บ้าน รวมข้อคำถามทั้งหมด 9 ข้อ

2. ข้อมูลการปฏิบัติกิจกรรมบริการสุขภาพที่บ้านของพยาบาลวิชาชีพ ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับกิจกรรมบริการสุขภาพที่บ้านตามขั้นตอนการเยี่ยมบ้าน ประยุกต์มาจากแนวคิดการให้บริการสุขภาพที่บ้านของ ฮัมฟรีย์และมิโลเน-นุซโซ (Humphrey & Milone-Nuzzo, 1996 : 43-47) ซึ่งแบ่งกิจกรรมออกเป็น 3 ขั้นตอน คือ กิจกรรมก่อนเยี่ยมบ้าน กิจกรรมขณะเยี่ยมบ้านและ กิจกรรมหลังเยี่ยมบ้าน ประกอบด้วยข้อคำถาม จำนวน 40 ข้อ ดังนี้

2.1 กิจกรรมก่อนเยี่ยมบ้าน ประกอบด้วยกิจกรรม การศึกษาข้อมูลผู้รับบริการและครอบครัว และกำหนดวัตถุประสงค์การเยี่ยม การติดต่อผู้รับบริการและครอบครัวก่อนเยี่ยม การทบทวนข้อมูลผู้รับบริการและครอบครัวอย่างละเอียด เพื่อกำหนดแผนการดูแล การเตรียมอุปกรณ์ที่จะใช้ในการเยี่ยม การศึกษาแผนที่ไปบ้านผู้รับบริการ และการแจ้งตารางการปฏิบัติไว้ที่หน่วยงาน จำนวน 12 ข้อ ตั้งแต่ข้อ 1-12

2.2 กิจกรรมขณะเยี่ยมบ้าน ประกอบด้วยกิจกรรม การสร้างสัมพันธภาพกับผู้รับบริการและครอบครัว การล้างมือและจัดเตรียม อุปกรณ์ เครื่องมือ เพื่อปฏิบัติกิจกรรมบริการ การปฏิบัติกิจกรรมตามแผนการดูแลและปรับปรุงแผนการดูแลตามกระบวนการพยาบาล การเก็บอุปกรณ์ในการเยี่ยมและล้างมือหลังให้บริการ การบันทึกข้อมูล และวางแผนการเยี่ยมในครั้งต่อไป จำนวน 22 ข้อ ตั้งแต่ข้อ 13 - 34

2.3 กิจกรรมหลังเยี่ยมบ้าน ประกอบด้วยกิจกรรม การบันทึกรายงานและทบทวนแผนการดูแล การประชุมปรึกษา การส่งต่อผู้รับบริการ การดูแลอุปกรณ์ เครื่องมือ และการจัดเตรียมอุปกรณ์ให้พร้อมสำหรับการออกปฏิบัติงานในครั้งต่อไป จำนวน 6 ข้อ ตั้งแต่ข้อ 35 - 40

ลักษณะแบบสอบถามที่สร้างขึ้น คำถามประกอบด้วยข้อความทางบวกทั้งหมด แต่ละข้อมีคำตอบให้เลือกเป็นมาตราส่วนประเมินค่า 4 ระดับ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

คะแนน	ตัวเลือก	ความหมาย
4	ปฏิบัติทุกครั้ง	ข้อความดังกล่าวเป็นพฤติกรรมที่ผู้ตอบปฏิบัติกิจกรรมนั้นในผู้รับบริการทุกคน
3	ปฏิบัติบ่อยครั้ง	ข้อความดังกล่าวเป็นพฤติกรรมที่ผู้ตอบปฏิบัติกิจกรรมนั้นในผู้รับบริการเกือบทุกคน
2	ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง	ข้อความดังกล่าวเป็นพฤติกรรมที่ผู้ตอบปฏิบัติกิจกรรมนั้นในผู้รับบริการบางคน
1	ไม่เคยปฏิบัติ	ข้อความดังกล่าวเป็นพฤติกรรมที่ผู้ตอบไม่เคยปฏิบัติกิจกรรมนั้นในผู้รับบริการทุกคน

3. ข้อมูลการปฏิบัติของหน่วยงานเกี่ยวกับการบริการสุขภาพที่บ้าน ตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพ ประกอบด้วยคำถามเกี่ยวกับ นโยบายของโรงพยาบาล การจัดองค์การของศูนย์สุขภาพดีเริ่มที่บ้าน งบประมาณ การประสานงาน การพัฒนาบุคลากรและการจัดระบบข้อมูลข่าวสาร ซึ่งมีลักษณะคำถามแบบเลือกตอบว่ามีการปฏิบัติหรือไม่มีการปฏิบัติ และการเติมคำให้สมบูรณ์ จำนวน 20 ข้อ

4. ข้อมูลปัญหาอุปสรรคในการปฏิบัติกิจกรรมบริการสุขภาพที่บ้าน ตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพ ประกอบด้วยคำถามเกี่ยวกับปัญหาด้านการบริหารจัดการ พยาบาลผู้ให้บริการสุขภาพที่บ้าน ผู้รับบริการและปัญหาอื่น ๆ เป็นคำถามแบบให้เลือกตอบว่ามีปัญหาหรือไม่มีปัญหาในการปฏิบัติงาน จำนวน 4 ข้อ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การหาความตรงตามเนื้อหา (content validity)

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่สร้างขึ้นให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน โดยเป็นผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความรู้และประสบการณ์ด้านการให้บริการสุขภาพที่บ้าน คือแพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู จำนวน 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลอนามัยชุมชน และมีประสบการณ์ด้านการให้บริการสุขภาพที่บ้าน จำนวน 2 ท่าน พยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์ด้านการให้บริการสุขภาพที่บ้าน จำนวน 1 ท่าน และอาจารย์พยาบาลด้านการบริหารการพยาบาล จำนวน 1 ท่าน ตรวจสอบความเหมาะสมของภาษาและความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือ และนำมาปรับปรุงให้เหมาะสมตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ หลังจากนั้นนำไปให้อาจารย์ที่ปรึกษาตรวจสอบอีกครั้งหนึ่ง

การหาความเที่ยง (reliability)

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบความตรงเนื้อหา และได้รับการปรับปรุงแก้ไขแล้ว ไปทดลองใช้กับพยาบาลวิชาชีพที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับประชากรเป้าหมาย ซึ่งปฏิบัติงานบริการสุขภาพดีเริ่มที่บ้านในโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลชุมชนในภาคใต้ จำนวน 30 คน แล้วนำข้อมูลแบบสอบถามการปฏิบัติกิจกรรมบริการสุขภาพที่บ้านของพยาบาลวิชาชีพที่ได้ คำนวณหาค่าความเที่ยงโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์ ครอนบาค แอลฟา (Cronbach's alpha coefficient) (เพชรน้อย, ศิริพรและทัศนีย์, 2539 : 212) ผลการวิเคราะห์ ได้ค่าความเที่ยงของแบบสอบถามการปฏิบัติกิจกรรมบริการสุขภาพที่บ้าน เท่ากับ 0.96

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ในการศึกษานี้ ผู้วิจัยเป็นผู้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยส่งแบบสอบถามให้ตอบกลับทางไปรษณีย์ โดยดำเนินงานเป็นขั้นตอนดังนี้

1. ทำหนังสือขออนุญาตผ่านคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชน ทั้ง 14 จังหวัดภาคใต้ จำนวน 96 แห่ง เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์และขออนุญาตเก็บข้อมูล
2. ผู้วิจัยส่งแบบสอบถามทางไปรษณีย์พร้อมซองปิดผนึกจำนวน 116 ชุดให้แก่พยาบาลวิชาชีพซึ่งเป็นประชากรเป้าหมาย โดยผ่านหัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาล หัวหน้ากลุ่มงานเวชกรรมสังคม และหัวหน้างานส่งเสริมสุขภาพและรักษาพยาบาล พร้อมแนบจดหมายแนะนำตัว และขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม อธิบายให้ทราบถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ประโยชน์การวิจัย การพิทักษ์สิทธิ์และคำชี้แจงการตอบแบบสอบถาม โดยผู้วิจัยได้กำหนดเวลาขอรับแบบสอบถามคืนภายหลังส่งแบบสอบถามแล้ว 2 สัปดาห์ และรออีกประมาณ 2 สัปดาห์ หลังจากนั้นติดตามแบบสอบถามที่คงค้างทางโทรศัพท์อีก 2 ครั้ง แต่ครั้งห่างกัน 1 สัปดาห์ พร้อมส่งแบบสอบถามชุดใหม่ไปทางไปรษณีย์ และรอผลอีก 2 สัปดาห์ ใช้เวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูล 7 สัปดาห์
3. ผู้วิจัยได้รับแบบสอบถามกลับคืน จำนวน 111 ฉบับ ร้อยละ 95.67 ของแบบสอบถามทั้งหมด และตรวจสอบความสมบูรณ์ ได้แบบสอบถามที่สมบูรณ์ จำนวน 109 ฉบับ ร้อยละ 93.97
4. วิเคราะห์ข้อมูลที่ได้ด้วยวิธีการทางสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำแบบสอบถาม ที่ได้รับการตรวจสอบความสมบูรณ์ของการตอบคำถามแล้ว มาลงรหัสและบันทึกข้อมูล และนำไปวิเคราะห์ทางสถิติด้วยคอมพิวเตอร์ โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS/FW (Statistical Package for the Social Science/ for Window) (กัลยา, 2542) โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคล วิเคราะห์โดยแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. ข้อมูลการปฏิบัติกิจกรรมการบริการสุขภาพที่บ้าน วิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และกำหนดเกณฑ์การวัดระดับของ การปฏิบัติกิจกรรม บริการสุขภาพที่บ้านของพยาบาลวิชาชีพ โดยคิดจากค่าเฉลี่ยของคะแนนดังนี้

คะแนนเฉลี่ย	ความหมาย
3.50 – 4.00	มีการปฏิบัติเป็นประจำ
2.50 – 3.49	มีการปฏิบัติเป็นบางครั้ง
1.50 – 2.49	มีการปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง
1.00 – 1.49	มีการปฏิบัติน้อยที่สุด

3. ข้อมูลการปฏิบัติของหน่วยงานเกี่ยวกับการบริการสุขภาพที่บ้าน วิเคราะห์โดยการ จัดกลุ่มข้อมูล แจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

4. ข้อมูลปัญหาอุปสรรคในการปฏิบัติกิจกรรมการบริการสุขภาพที่บ้าน วิเคราะห์โดยการ แจกแจงความถี่ ร้อยละ

5. วิเคราะห์ปัจจัยสนับสนุนการปฏิบัติกิจกรรมการบริการสุขภาพที่บ้าน โดยการหาความสัมพันธ์ของการปฏิบัติกิจกรรมการบริการสุขภาพที่บ้านกับ ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านหน่วยงาน และข้อมูลปัญหาอุปสรรค วิเคราะห์โดยค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Product-Moment Correlation Coefficient) และวิเคราะห์ปัจจัยร่วมพยากรณ์การปฏิบัติกิจกรรม บริการสุขภาพที่บ้านของพยาบาลวิชาชีพ โดยใช้สถิติถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise Multiple Regression Analysis)

บทที่ 4

ผลการวิจัยและการอภิปรายผล

ผลการวิจัย

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้มาจาก การศึกษาการปฏิบัติกิจกรรมบริการสุขภาพที่บ้านของ
พยาบาลวิชาชีพในภาคใต้ นำเสนอเป็น 6 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของพยาบาลวิชาชีพ

ส่วนที่ 2 ข้อมูลการปฏิบัติกิจกรรมบริการสุขภาพที่บ้านของพยาบาลวิชาชีพ

ส่วนที่ 3 ข้อมูลการปฏิบัติของหน่วยงานเกี่ยวกับการบริการสุขภาพที่บ้านตามการรับรู้
ของพยาบาลวิชาชีพ

ส่วนที่ 4 ข้อมูลปัจจัยสนับสนุนการปฏิบัติกิจกรรมบริการสุขภาพที่บ้านของพยาบาล
วิชาชีพ

ส่วนที่ 5 ข้อมูลปัญหาอุปสรรคในการปฏิบัติกิจกรรมบริการสุขภาพที่บ้านตามการรับรู้
ของพยาบาลวิชาชีพ

ส่วนที่ 6 ข้อมูลปัจจัยพยากรณ์การปฏิบัติกิจกรรมบริการสุขภาพที่บ้าน ของพยาบาล
วิชาชีพ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของพยาบาลวิชาชีพ

ตาราง 1 จำนวนและร้อยละของคุณลักษณะของพยาบาลวิชาชีพ จำแนกตาม อายุ สถานภาพสมรส ภูมิหลังการศึกษา สถานที่ปฏิบัติงาน แผนกที่ปฏิบัติงาน ประสบการณ์การปฏิบัติงาน วิชาชีพพยาบาล และประสบการณ์การปฏิบัติงานบริการสุขภาพที่บ้าน

คุณลักษณะของพยาบาลวิชาชีพ	จำนวน (N = 109)	ร้อยละ
อายุ		
21 – 30 ปี	18	16.5
31 – 40 ปี	64	68.7
41 – 50 ปี	19	17.4
มากกว่า 50 ปี ขึ้นไป	8	7.4
สถานภาพสมรส		
โสด	31	28.4
คู่	75	68.8
ม่าย/หย่า/แยก	3	2.8
ภูมิหลังการศึกษา		
ปริญญาตรีหรือเทียบเท่า	104	95.4
ปริญญาโท	5	4.6
สถานที่ปฏิบัติงาน		
โรงพยาบาลศูนย์	9	8.3
โรงพยาบาลทั่วไป	26	23.9
โรงพยาบาลชุมชน	74	67.8
แผนกที่ปฏิบัติงาน		
กลุ่มงานการพยาบาล	81	74.3
แผนกผู้ป่วยนอก	42	51.8
แผนกผู้ป่วยใน	25	30.9
อื่นๆ	14	17.3
กลุ่มงานเวชกรรมสังคม	18	16.5
ฝ่ายส่งเสริมสุขภาพ	10	9.2

ตาราง 1 (ต่อ)

คุณลักษณะของพยาบาลวิชาชีพ	จำนวน (N = 109)	ร้อยละ
ประสบการณ์การปฏิบัติงานวิชาชีพพยาบาล		
น้อยกว่า 1 ปี	1	0.9
1 - 5 ปี	12	11.0
6 - 10 ปี	25	22.9
11 - 15 ปี	31	28.5
16 - 20 ปี	19	17.4
มากกว่า 20 ปี ขึ้นไป	21	19.3
ประสบการณ์การปฏิบัติงานบริการสุขภาพที่บ้าน		
น้อยกว่า 1 ปี	7	6.4
1 - 5 ปี	89	81.7
6 - 10 ปี	9	8.2
มากกว่า 10 ปี ขึ้นไป	4	3.7

จากตาราง 1 พยาบาลวิชาชีพส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 31-40 ปี ร้อยละ 68.7 อายุเฉลี่ย 37.2 ปี ($\bar{X} = 37.2$, S.D. = 7.49) เป็นเพศหญิงทั้งหมด สถานภาพสมรสคู่เป็นส่วนมาก ร้อยละ 68.8 การศึกษาระดับปริญญาตรีหรือเทียบเท่า ร้อยละ 95.4 ระดับปริญญาโท ร้อยละ 4.6 สถานที่ปฏิบัติงานส่วนใหญ่เป็นโรงพยาบาลชุมชน ร้อยละ 67.8 ขนาด 10, 30, 60, 90 และ 120 เตียง ร้อยละ 11.0, 42.3, 10.1, 3.7 และ 0.9 ตามลำดับ ปฏิบัติงานในกลุ่มงานการพยาบาลมากที่สุด ร้อยละ 74.3 ประกอบด้วย แผนกผู้ป่วยนอก ร้อยละ 38.5 แผนกผู้ป่วยใน ร้อยละ 22.9 และอื่น ๆ ได้แก่ หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาล งานสุขศึกษาประชาสัมพันธ์ งานห้องคลอด งานห้องผ่าตัด งานเทคนิคบริการทางการแพทย์ และศูนย์เวชปฏิบัติครอบครัว ร้อยละ 17.2 ประสบการณ์การปฏิบัติงานวิชาชีพพยาบาล ส่วนใหญ่มีระยะเวลา 11-15 ปี ร้อยละ 28.5 ประสบการณ์สูงสุด 35 ปี ต่ำสุด 8 เดือน เฉลี่ย 14 ปี ($\bar{X} = 14.0$, S.D. = 7.91) สำหรับประสบการณ์การปฏิบัติงานบริการสุขภาพที่บ้าน ส่วนใหญ่มีระยะเวลา 1-5 ปี ร้อยละ 81.7 โดยมีประสบการณ์สูงสุด 19 ปี ต่ำสุด 4 เดือน เฉลี่ย 3.47 ปี ($\bar{X} = 3.47$, S.D. = 2.65)

ตาราง 2 จำนวนและร้อยละของการได้รับความรู้หรือข้อมูลเกี่ยวกับการบริการสุขภาพที่บ้านของ
พยาบาลวิชาชีพ

การได้รับความรู้หรือข้อมูลเกี่ยวกับการบริการสุขภาพที่บ้าน	จำนวน (N = 109)	ร้อยละ
ไม่เคยได้รับ	9	8.3
เคยได้รับ*	100	91.7
ศึกษาในหลักสูตร	3	1.8
อบรมระยะสั้น	23	13.8
สัมมนาหรือประชุมวิชาการ	58	34.7
ศึกษาดูงานด้าน home health care	17	10.2
ศึกษาด้วยตนเองจากตำรา เอกสารหรือวารสารวิชาการ	60	35.9
ได้รับจากผู้ที่เคยเข้ารับการอบรม ประชุมและสัมมนา	6	3.6
รวม	167	100.0

*ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ

จากตาราง 2 พยาบาลวิชาชีพเคยได้รับความรู้หรือข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพที่บ้าน ร้อยละ 91.7 จากการศึกษาด้วยตนเองจากตำรา เอกสารหรือวารสารวิชาการมากที่สุด ร้อยละ 35.9 รองลงมาคือ การสัมมนาหรือประชุมวิชาการ การอบรมระยะสั้น และการศึกษาดูงาน ร้อยละ 34.7, 13.8 และ 10.2 ตามลำดับ ซึ่งการได้รับความรู้หรือข้อมูลเกี่ยวกับการบริการสุขภาพที่บ้านดังกล่าว ส่วนใหญ่เข้ารับการสัมมนาหรือประชุมวิชาการ จำนวน 1-2 ครั้ง ร้อยละ 79.3 และใช้ระยะเวลาในการสัมมนาหรือประชุมวิชาการ จำนวน 1-5 วัน ร้อยละ 79.3 จำนวนครั้ง/วัน เฉลี่ย 1.83 ครั้ง/3.84 วัน ได้รับการอบรมระยะสั้น จำนวน 1 ครั้ง ร้อยละ 52.2 ใช้ระยะเวลาในการอบรมระยะสั้น 1-2 วัน ร้อยละ 39.1 เฉลี่ย 1.52 ครั้ง/3.61 วัน การศึกษาดูงานมีทั้งภายในประเทศและต่างประเทศ โดยในประเทศ ประกอบด้วย โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลชุมชน ร้อยละ 58.8 และศึกษาดูงานในต่างประเทศ คือ สิงคโปร์ ร้อยละ 41.2 (ตาราง ก.2) นอกจากนี้ พบว่าประชากร ได้รับความรู้หรือข้อมูลเกี่ยวกับการบริการสุขภาพที่บ้านจาก การศึกษาในหลักสูตรทั้งในระดับปริญญาตรีและปริญญาโท ร้อยละ 1.8 ใช้เวลาการศึกษาเฉลี่ย 5.33 เดือน

ส่วนที่ 2 ข้อมูลการปฏิบัติกิจกรรมบริการสุขภาพที่บ้านของพยาบาลวิชาชีพ

ตาราง 3 ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของการปฏิบัติกิจกรรมบริการสุขภาพที่บ้าน
ของพยาบาลวิชาชีพ จำแนกตามกิจกรรมก่อนเยี่ยมบ้าน

กิจกรรมก่อนเยี่ยมบ้าน	การปฏิบัติ (N=109)		— X	S.D.
	ปฏิบัติ	ไม่เคยปฏิบัติ		
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)		
1. ศึกษาข้อมูลปัญหาและความต้องการบริการสุขภาพที่บ้านเบื้องต้น ของผู้รับบริการและครอบครัวล่วงหน้า	108 (99.1)	1 (.9)	3.65	.6
2. กำหนดวัตถุประสงค์การเยี่ยมผู้รับบริการและครอบครัวล่วงหน้า	108 (99.1)	1 (.9)	3.61	.59
3. แจ้งผู้รับบริการและครอบครัวทางโทรศัพท์ หรือไปรษณีย์บัตรหรือจดหมาย หรือบอกด้วยวาจา ให้ทราบล่วงหน้าก่อนออกให้บริการ	102 (93.6)	7 (6.4)	3.15	.95
4. ศึกษาและทบทวนประวัติของผู้รับบริการและครอบครัวจากแฟ้มประวัติต่าง ๆ และแหล่งส่งต่อ	109 (100)	-	3.57	.67
5. ทบทวนความรู้ที่เกี่ยวข้องกับปัญหา และภาวะสุขภาพของผู้รับบริการและครอบครัวล่วงหน้า	109 (100)	-	3.39	.71
6. ประชุมร่วมกับทีมสุขภาพเพื่อวิเคราะห์ปัญหาหรือความต้องการของผู้รับบริการและครอบครัวก่อนออกให้บริการ	99 (90.8)	10 (9.2)	2.72	.93
7. ศึกษาข้อมูลสภาพชุมชน แหล่งประโยชน์ หรือสวัสดิการต่าง ๆ ในชุมชน เพื่อประกอบการจัดบริการ	99 (90.8)	10 (9.2)	2.80	.94
8. กำหนดแผนการดูแลผู้รับบริการและครอบครัวล่วงหน้า	109 (100)	-	3.59	.60
9. พิจารณาความต้องการใช้ อุปกรณ์ เครื่องมือและเวชภัณฑ์ต่าง ๆ ตามสภาพปัญหาและความต้องการของผู้รับบริการเป็นรายบุคคล	109 (100)	-	3.69	.62
10. จัดเตรียมกระเป๋าเยี่ยม อุปกรณ์ เครื่องมือและเวชภัณฑ์ให้พร้อมและเพียงพอ ก่อนออกให้บริการ	107 (98.2)	2 (1.8)	3.82	.53

ตาราง 3 (ต่อ)

กิจกรรมก่อนเยี่ยมบ้าน	การปฏิบัติ		— X	S.D.
	(N=109)			
	ปฏิบัติ จำนวน (ร้อยละ)	ไม่เคยปฏิบัติ จำนวน (ร้อยละ)		
11. ศึกษาแผนที่ทางเข้าบ้านผู้รับบริการก่อนออกให้บริการ	107 (98.2)	2 (1.8)	3.80	.59
12. แจกตารางการปฏิบัติงานให้ทีมสุขภาพหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทราบล่วงหน้า ก่อนออกปฏิบัติงานในแต่ละวัน	106 (97.2)	3 (2.8)	3.67	.69
รวม			3.45	.39

จากตาราง 3 พบว่าค่าเฉลี่ยรวมการปฏิบัติกิจกรรมก่อนเยี่ยมบ้าน 3.45 หมายถึง ปฏิบัติกิจกรรมเป็นบางครั้ง เมื่อพิจารณารายละเอียดของการปฏิบัติกิจกรรม พบว่า กิจกรรมก่อนเยี่ยมบ้าน ปฏิบัติเป็นประจำ (8 ข้อ) ค่าเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 3.57 – 3.82 ปฏิบัติเป็นบางครั้ง (4 ข้อ) ค่าเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 2.72 – 3.39 และกิจกรรมที่ปฏิบัติมากที่สุด คือ การจัดเตรียมกระเป๋าเยี่ยม อุปกรณ์เครื่องมือให้พร้อมและเพียงพอก่อนออกให้บริการ รองลงมาคือ การศึกษาแผนที่ทางเข้าบ้านผู้รับบริการก่อนออกให้บริการ และการพิจารณาความต้องการใช้ อุปกรณ์ เครื่องมือและเวชภัณฑ์ต่าง ๆ ตามสภาพปัญหาและความต้องการของผู้รับบริการเป็นรายบุคคลตามลำดับ กิจกรรมก่อนเยี่ยมบ้านที่มีค่าเฉลี่ยการปฏิบัติน้อยที่สุดคือ การประชุมร่วมกับทีมสุขภาพเพื่อวิเคราะห์ปัญหาหรือความต้องการของผู้รับบริการและครอบครัวก่อนออกให้บริการ

ตาราง 4 ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของการปฏิบัติกิจกรรมบริการสุขภาพที่บ้าน
ของพยาบาลวิชาชีพ จำแนกตามกิจกรรมขณะเยี่ยมบ้าน

กิจกรรมขณะเยี่ยมบ้าน	การปฏิบัติ (N=109)		— X	S.D.
	ปฏิบัติ	ไม่ปฏิบัติตาม		
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)		
1. แนะนำตนเอง แจ้งวัตถุประสงค์การให้บริการสุขภาพที่บ้านเพื่อสร้างสัมพันธภาพและความไว้วางใจแก่ผู้รับบริการและครอบครัว	109 (100)	-	3.83	.44
2. ล้างมือด้วยสบู่หรือเช็ดมือให้สะอาดด้วยน้ำยาฆ่าเชื้อก่อนปฏิบัติกิจกรรมบริการ	104 (95.4)	5 (4.6)	2.99	.87
3. เตรียมและจัดวางอุปกรณ์ เครื่องมือตามความต้องการใช้ในการปฏิบัติกิจกรรมบริการ	108 (99.1)	1 (.9)	3.63	.60
4. ประเมินปัญหา และความต้องการบริการสุขภาพของผู้รับบริการ โดยการตรวจร่างกาย เช่น สัญญาณชีพ การตรวจแผล เป็นต้น	109 (100)	-	3.89	.34
5. สังเกตและประเมินสภาวะสิ่งแวดล้อม แหล่งประ โยชน์ภายในครอบครัวของผู้รับบริการ	109 (100)	-	3.77	.44
6. วิเคราะห์ปัญหาและความต้องการบริการสุขภาพที่บ้านจากข้อมูลที่รวบรวมได้ ร่วมกับผู้รับบริการและครอบครัว	108 (99.1)	1 (.9)	3.61	.62
7. ระบุปัญหาซึ่งมีผลต่อสุขภาพผู้รับบริการและครอบครัว	108 (99.1)	1 (.9)	3.69	.54
8. วางแผนการพยาบาลร่วมกับผู้รับบริการและครอบครัวตามสภาพปัญหา และความต้องการ	109 (100)	-	3.62	.61
9. ปรับกิจกรรมการพยาบาล ให้สอดคล้องกับสภาวะสุขภาพของผู้รับบริการ	109 (100)	-	3.74	.50
10. ให้การพยาบาล โดยมุ่งดูแลเรื่องความสะอาด ความสุขสบาย อาหาร การขับถ่าย การออกกำลังกาย และจัดสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสม	109 (100)	-	3.72	.49
11. ปรับอุปกรณ์ เครื่องใช้ที่มีอยู่ในครอบครัวผู้รับบริการมาใช้ให้เหมาะสมกับสภาพผู้รับบริการ	108 (99.1)	1 (.9)	3.46	.71

ตาราง 4 (ต่อ)

กิจกรรมขณะเยี่ยมบ้าน	การปฏิบัติ		— X	S.D.
	(N=109)			
	ปฏิบัติ จำนวน (ร้อยละ)	ไม่เคยปฏิบัติ จำนวน (ร้อยละ)		
12. นำแหล่งประโยชน์ในครอบครัวและชุมชนมาสนับสนุน การดูแลตนเองของผู้รับบริการและครอบครัว	105 (96.3)	4(3.7)	3.18	.83
13. ให้ความรู้ คำแนะนำตามสภาพปัญหา และสอดคล้อง กับความต้องการของผู้รับบริการและครอบครัว	109 (100)	-	3.83	.44
14. จัดหาเอกสารคู่มือเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพของผู้รับ บริการและครอบครัว ไว้ประจำครอบครัวผู้รับบริการ	106 (97.2)	3(2.8)	2.86	.82
15. ประเมินผลการให้บริการร่วมกับผู้รับบริการและ ครอบครัว โดยเทียบกับเป้าหมายที่กำหนดไว้ใน แผนการดูแล	106 (97.2)	3(2.8)	3.08	.82
16. นำผลการประเมินหลังให้บริการไปปรับปรุงแผน การดูแลครั้งต่อไปร่วมกับผู้รับบริการและครอบครัว	107 (98.2)	2(1.8)	3.13	.78
17. วางแผนจำหน่ายผู้รับบริการออกจากบริการ สุขภาพที่บ้านหลังจากประเมินผลแล้ว ผู้รับบริการ และครอบครัวสามารถดูแลตนเองได้	102 (93.6)	7(6.4)	3.26	.92
18. บันทึกข้อมูลตามแบบฟอร์ม ระเบียบรายงานของ หน่วยงาน	107 (98.2)	2(1.8)	3.82	.55
19. เก็บอุปกรณ์ เครื่องมือที่ใช้แล้วใส่กระเป๋ายืมโดย คำนึงถึงหลักของความสะอาด ป้องกันการแพร่กระจาย ของเชื้อโรค	109 (100)	-	3.79	.51
20. วางแผนการเยี่ยมและนัดหมายการเยี่ยมครั้งต่อไป ร่วมกับผู้รับบริการและครอบครัว	107 (98.2)	2(1.8)	3.71	.61
21. ปรับความถี่การเยี่ยมบ้านตามความเหมาะสมกับสภาพ ผู้รับบริการและความเป็นไปได้ของพยาบาลผู้ให้บริการ	108 (99.1)	1(9)	3.64	.66
22. ล้างมือด้วยสบู่หรือเช็ดมือให้สะอาดด้วยน้ำยาฆ่าเชื้อ หลังให้บริการ	108 (99.1)	1(9)	3.38	.74
รวม			3.52	.33

จากตาราง 4 พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติกิจกรรมขณะเยี่ยมบ้าน ค่าเฉลี่ยรวม 3.52 หมายถึง ปฏิบัติกิจกรรมเป็นประจำ เมื่อพิจารณารายละเอียดของการปฏิบัติกิจกรรมขณะเยี่ยมบ้าน พบว่า ปฏิบัติเป็นประจำ (14 ข้อ) ค่าเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 3.61 - 3.89 ปฏิบัติเป็นบางครั้ง (8 ข้อ) ค่าเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 2.86-3.46 และกิจกรรมที่ปฏิบัติมากที่สุด คือ การประเมินปัญหาและความต้องการบริการ สุขภาพของผู้รับบริการโดยการตรวจร่างกาย เช่น สัญญาณชีพ การตรวจแผล เป็นต้น รองลงมาคือ การให้ความรู้ คำแนะนำตามสภาพปัญหาและสอดคล้องกับความต้องการของผู้รับบริการและครอบครัว และการแนะนำตนเอง แจ้งวัตถุประสงค์การให้บริการสุขภาพที่บ้าน เพื่อสร้างสัมพันธภาพ และความไว้วางใจแก่ผู้รับบริการและครอบครัว ตามลำดับ กิจกรรมที่มีค่าเฉลี่ยการปฏิบัติน้อยที่สุด คือ การจัดหาเอกสารคู่มือเกี่ยวกับ การดูแลสุขภาพที่บ้านของผู้รับบริการและครอบครัวไว้ประจำ ครอบครัวผู้รับบริการ

ตาราง 5 ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของการปฏิบัติกิจกรรมบริการสุขภาพที่บ้าน ของพยาบาลวิชาชีพ จำแนกตามกิจกรรมหลังเยี่ยมบ้าน

กิจกรรมหลังเยี่ยมบ้าน	การปฏิบัติ		X	S.D.
	(N=109)			
	ปฏิบัติ	ไม่ยกปฏิบัติ		
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)		
1. เมื่อกลับถึงหน่วยงาน วิเคราะห์ ทบทวนแผนการดูแล และกิจกรรมที่ได้ปฏิบัติขณะเยี่ยมบ้าน	107 (98.2)	2 (1.8)	3.48	.73
2. ร่วมประชุมปรึกษากับบุคลากรในทีมสุขภาพที่เกี่ยวข้อง เพื่อร่วมประเมิน แก้ไขปัญหา และปรับแผนการดูแล ครั้งต่อไป ในผู้รับบริการที่มีปัญหาเฉพาะด้าน และผู้ให้บริการไม่สามารถปฏิบัติได้	100 (91.7)	9 (8.3)	2.88	.90
3. บันทึกข้อมูลต่าง ๆ ที่ได้จากการประเมินและการปฏิบัติ ตามแผนการดูแลขณะให้บริการสุขภาพที่บ้านอย่าง ครบถ้วน	108 (99.1)	1 (.9)	3.72	.56
4. ประสานงานการส่งต่อผู้รับบริการและครอบครัว ภายในหน่วยงานเพื่อให้ทีมผู้เชี่ยวชาญความสภาพ ปัญหาเฉพาะด้าน	106 (97.2)	3 (2.8)	3.18	.85

ตาราง 5 (ต่อ)

กิจกรรมหลังเยี่ยมบ้าน	การปฏิบัติ		— X	S.D.
	(N=109)			
	ปฏิบัติ จำนวน (ร้อยละ)	ไม่คงปฏิบัติ จำนวน (ร้อยละ)		
5. ประสานงานกับหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้อง เช่น โรงพยาบาล สถานีอนามัย ศูนย์บริการสาธารณสุข- เทศบาล เป็นต้น เพื่อส่งต่อผู้รับบริการ	99 (90.8)	10 (9.2)	2.81	.95
6. ทำความสะอาดกระเป๋ายืมและอุปกรณ์ เครื่องมือต่าง ๆ	108 (99.1)	1 (.9)	3.28	.81
รวม			3.22	.52

จากตาราง 5 พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติกิจกรรมหลังเยี่ยมบ้าน ค่าเฉลี่ยรวม 3.22 หมายถึง ปฏิบัติกิจกรรมเป็นบางครั้ง เมื่อพิจารณารายละเอียดของการปฏิบัติกิจกรรม พบว่า กิจกรรมหลังเยี่ยมบ้าน ปฏิบัติเป็นประจำ (1 ข้อ) ค่าเฉลี่ย 3.72 ปฏิบัติเป็นบางครั้ง (5 ข้อ) ค่าเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 2.81-3.48 และกิจกรรมที่ปฏิบัติมากที่สุดคือ การบันทึกข้อมูลต่าง ๆ ที่ได้จากการประเมิน และการปฏิบัติตามแผนการดูแลขณะให้บริการสุขภาพที่บ้านอย่างครบถ้วน รองลงมาคือ การวิเคราะห์หัตถ์พทวนแผนการดูแลและกิจกรรมที่ได้ปฏิบัติขณะเยี่ยม การทำความสะอาดกระเป๋ายืมและอุปกรณ์เครื่องมือต่าง ๆ ส่วนกิจกรรมที่มีค่าเฉลี่ยการปฏิบัติน้อยที่สุดคือ การประสานงานกับหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้อง เช่น โรงพยาบาล สถานีอนามัย ศูนย์บริการสาธารณสุขเทศบาล เป็นต้น เพื่อส่งต่อผู้รับบริการ

ตาราง 6 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของการปฏิบัติกิจกรรมบริการสุขภาพที่บ้าน
ของพยาบาลวิชาชีพ

การปฏิบัติกิจกรรมบริการสุขภาพที่บ้าน	\bar{X}	S.D.
1. กิจกรรมก่อนเยี่ยมบ้าน	3.45	.39
2. กิจกรรมขณะเยี่ยมบ้าน	3.52	.33
3. กิจกรรมหลังเยี่ยมบ้าน	3.22	.52
รวม	3.46	.32

จากตาราง 6 พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติกิจกรรมบริการสุขภาพที่บ้าน ค่าเฉลี่ยรวม 3.46 หมายถึง ปฏิบัติกิจกรรมเป็นบางครั้ง โดยมีการปฏิบัติกิจกรรมบริการสุขภาพที่บ้านขณะเยี่ยมบ้าน ค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ 3.52

ส่วนที่ 3 ข้อมูลการปฏิบัติของหน่วยงานเกี่ยวกับการบริการสุขภาพที่บ้านตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพ โดยวิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับนโยบายของโรงพยาบาล การจัดองค์การของศูนย์สุขภาพดีเริ่มที่บ้าน งบประมาณ การประสานงาน การพัฒนานวัตกรรมและการจัดระบบข้อมูลข่าวสาร ดังนี้

ตาราง 7 จำนวนและร้อยละของการกำหนดนโยบายการบริการสุขภาพที่บ้านของโรงพยาบาล

การกำหนดนโยบายการบริการสุขภาพที่บ้านของโรงพยาบาล	จำนวน (N=109)	ร้อยละ
การกำหนดนโยบาย วัตถุประสงค์การบริการสุขภาพที่บ้าน		
ชัดเจน เป็นลายลักษณ์อักษร		
ไม่กำหนด	37	33.9
กำหนด	72	66.1

จากตาราง 7 พยาบาลวิชาชีพส่วนใหญ่รับรู้ว่าเป็นโรงพยาบาลได้กำหนดนโยบาย วัตถุประสงค์การบริการสุขภาพที่บ้านไว้อย่างชัดเจน ร้อยละ 66.1 และไม่ชัดเจน ร้อยละ 33.9

ตาราง 8 จำนวนและร้อยละของการจัดองค์การของศูนย์สุขภาพดีเริ่มที่บ้าน

การจัดองค์การของศูนย์สุขภาพดีเริ่มที่บ้าน	จำนวน (N = 109)	ร้อยละ
การกำหนดหน่วยงานที่รับผิดชอบงานบริการสุขภาพที่บ้าน		
ไม่ชัดเจน	9	8.3
ชัดเจน	100	91.7
กลุ่มงานการพยาบาล	34	34.0
กลุ่มงานเวชกรรมสังคม	3	3.0
ฝ่ายส่งเสริมสุขภาพ	5	5.0
กลุ่มงานการพยาบาลและกลุ่มงานเวชกรรมสังคม	30	30.0
กลุ่มงานการพยาบาลและฝ่ายส่งเสริมสุขภาพ	19	19.0
อื่น ๆ	9	9.0

ตาราง 8 (ต่อ)

การจัดองค์การของศูนย์สุขภาพที่เริ่มที่บ้าน	จำนวน (N = 109)	ร้อยละ
การแต่งตั้งทีมให้บริการสุขภาพที่บ้านอย่างเป็นทางการ		
ไม่แต่งตั้ง	17	15.6
แต่งตั้ง*	92	84.4
แพทย์	65	18.1
พยาบาลวิชาชีพ	92	25.6
พยาบาลเทคนิค	61	17.0
นักสุขภาพ	23	6.4
เภสัชกร	44	12.3
นักสังคมสงเคราะห์	21	5.8
อื่น ๆ	53	14.8
รวม	359	100.0
จำนวนบุคลากรในการออกปฏิบัติงานบริการสุขภาพที่บ้าน		
แต่ละครั้ง		
ปฏิบัติงานร่วมกันเป็นทีม 1-3 คน	60	55.0
ปฏิบัติงานร่วมกันเป็นทีม 4-5 คน	30	27.5
เฉพาะพยาบาลวิชาชีพ 1-3 คน	15	13.8
เฉพาะพยาบาลวิชาชีพ 4-5 คน	4	3.7
การกำหนดกลุ่มเป้าหมายผู้รับบริการ		
ไม่กำหนด	5	4.6
กำหนด*	104	95.4
แผนกผู้ป่วยนอก	79	25.6
แผนกผู้ป่วยใน	96	31.2
รับการส่งต่อจากโรงพยาบาลอื่น	63	20.5
จากการสำรวจบ้านและชุมชน	61	19.8
อื่น ๆ	9	2.9
รวม	308	100.0

* ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ

จากตาราง 8 การจัดองค์การของศูนย์สุขภาพที่เริ่มที่บ้านในโรงพยาบาล ได้กำหนดหน่วยงานรับผิดชอบงานบริการสุขภาพที่บ้านไว้อย่างชัดเจน ร้อยละ 91.7 ส่วนใหญ่เป็นความรับผิดชอบร่วมกันระหว่างกลุ่มงานการพยาบาลกับกลุ่มงานอื่น ได้แก่ กลุ่มงานการพยาบาลและกลุ่มงานเวชกรรมสังคม ร้อยละ 30.0 กลุ่มงานการพยาบาลและฝ่ายส่งเสริมสุขภาพ ร้อยละ 19 และกลุ่มงานการพยาบาลร่วมกับกลุ่มงานอื่น ๆ ได้แก่ กลุ่มงานการพยาบาลร่วมกับฝ่ายสุขภาพจิตและสิ่งแวดล้อม และฝ่ายเภสัชกรรม ร้อยละ 9.0 ส่วนที่รับผิดชอบเพียงกลุ่มงานเดียว ส่วนใหญ่เป็นความรับผิดชอบของกลุ่มงานการพยาบาล ร้อยละ 34.0 และโรงพยาบาลได้แต่งตั้งทีมสุขภาพในการปฏิบัติงานบริการสุขภาพที่บ้านอย่างเป็นทางการ ร้อยละ 84.4 ประกอบด้วยพยาบาลวิชาชีพ ร้อยละ 25.6 รองลงมาคือ แพทย์ ร้อยละ 18.1 และพยาบาลเทคนิค ร้อยละ 17.0 พยาบาลวิชาชีพที่แต่งตั้งส่วนใหญ่ มีจำนวน 3 - 4 คน ร้อยละ 50.0 เฉลี่ย 3.58 คน แพทย์ที่แต่งตั้งส่วนใหญ่มีจำนวน 1 - 2 คน ร้อยละ 95.4 เฉลี่ย 1.16 คน และพยาบาลเทคนิคที่แต่งตั้ง มีจำนวน 1 - 2 คน ร้อยละ 57.4 เฉลี่ย 2.00 คน นอกจากนี้ทีมสุขภาพได้แต่งตั้ง เภสัชกร ร้อยละ 12.3 เจ้าหน้าที่งานสาธารณสุขชุมชน ร้อยละ 7.2 นักศึกษา ร้อยละ 6.4 นักสังคมสงเคราะห์ ร้อยละ 5.8 และอื่น ๆ ได้แก่ โภชนากร นักกายภาพบำบัด นักอาชีวบำบัด นักจิตวิทยา พยาบาลจิตเวช เจ้าหน้าที่งานสาธารณสุขชุมชน และเจ้าหน้าที่งานเภสัชชุมชน ร้อยละ 14.8 (ตาราง ก.3) ในการปฏิบัติงานแต่ละครั้ง ส่วนใหญ่จะออกปฏิบัติงานร่วมกันเป็นทีม ๆ ละ 1 - 3 คน ร้อยละ 55 รองลงมาทีมละ 4 - 5 คน ร้อยละ 27.5 และออกปฏิบัติงานเฉพาะพยาบาลวิชาชีพทีมละ 1 - 3 คน ร้อยละ 13.8 รองลงมาทีมละ 4-5 คน ร้อยละ 3.7 โดยกำหนดกลุ่มเป้าหมายในการให้บริการสุขภาพที่บ้านไว้ ร้อยละ 95.4 ซึ่งเป็นผู้รับบริการจากแผนกผู้ป่วยในเป็นส่วนใหญ่ ร้อยละ 31.2 รองลงมาจากแผนกผู้ป่วยนอก ร้อยละ 25.6 รับส่งต่อจากโรงพยาบาลอื่น ร้อยละ 20.5 จากการสำรวจบ้านและชุมชน ร้อยละ 19.8 และผู้รับบริการที่มาจากแผนกผู้ป่วยใน ส่วนใหญ่เป็นผู้รับบริการกลุ่มโรคเรื้อรัง ได้แก่ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูงและโรคหลอดเลือดสมอง และผู้สูงอายุที่เจ็บป่วย ร้อยละ 37.5 เช่นเดียวกับผู้รับบริการจากแผนกผู้ป่วยนอก ผู้รับบริการส่วนใหญ่เป็นผู้รับบริการกลุ่มโรคเรื้อรัง และผู้สูงอายุที่เจ็บป่วย ร้อยละ 40.5 ส่วนผู้รับบริการที่รับส่งต่อจากโรงพยาบาลอื่นจะเป็นผู้รับบริการในกลุ่มโรคที่ต้องการการดูแลที่ต่อเนื่องเป็นส่วนใหญ่ ร้อยละ 31.8 (ตาราง ก.4)

ตาราง 9 จำนวนและร้อยละของการจัดสรรงบประมาณบริการสุขภาพที่บ้าน

การจัดสรรงบประมาณบริการสุขภาพที่บ้าน	จำนวน (N=109)	ร้อยละ
ไม่ชัดเจน	64	58.7
ชัดเจน	45	41.3
เงินบำรุงของโรงพยาบาล	43	95.6
อื่น ๆ	2	4.4

จากตาราง 9 โรงพยาบาลส่วนใหญ่มีการจัดสรรงบประมาณในงานบริการสุขภาพที่บ้านไว้ไม่ชัดเจน ร้อยละ 58.7 และชัดเจนร้อยละ 41.3 โดยงบประมาณที่ชัดเจนส่วนใหญ่มาจากเงินบำรุงของโรงพยาบาล ร้อยละ 95.6 และอื่น ๆ ได้แก่ งบประมาณที่ได้จากกองทุนโครงการสุขภาพดีเริ่มที่บ้าน ร้อยละ 4.4

ตาราง 10 จำนวนและร้อยละของการประสานงานบริการสุขภาพที่บ้าน

การประสานงานบริการสุขภาพที่บ้าน	จำนวน (N=109)	ร้อยละ
การประสานงานบริการสุขภาพที่บ้านในโรงพยาบาล		
ไม่ประสานงาน	9	8.3
ประสานงาน	100	91.7
กลุ่มงานการพยาบาลกับกลุ่มงานเวชกรรมสังคม	22	22.0
กลุ่มงานการพยาบาลกับฝ่ายส่งเสริมสุขภาพ	40	40.0
อื่น ๆ	38	38.0
การประสานงานบริการสุขภาพที่บ้านนอกโรงพยาบาล		
ไม่ประสานงาน	27	24.8
ประสานงาน	82	75.2
สถานบริการสาธารณสุขที่รับ-ส่งต่อผู้รับบริการ	45	54.9
แหล่งประโยชน์ในชุมชน	9	11.0
อื่น ๆ	28	34.1
วิธีการประสานงาน*		
ร่วมประชุมปรึกษา	46	23.7
ใบส่งต่อ	74	38.2
โทรศัพท์	54	27.8
อื่น ๆ	20	10.3
รวม	194	100.0

* ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ

จากตาราง 10 โรงพยาบาลส่วนใหญ่อยู่ประสานงานบริการสุขภาพที่บ้าน ระหว่างหน่วยงานภายในโรงพยาบาล ร้อยละ 91.7 โดยประสานงานระหว่าง กลุ่มงานการพยาบาลกับฝ่ายส่งเสริมสุขภาพมากที่สุด ร้อยละ 40.0 รองลงมาคือ การประสานงานกับกลุ่มงานอื่นในทีมสุขภาพทุกกลุ่มงานที่เกี่ยวข้อง ร้อยละ 38.0 และมีการประสานงานกับหน่วยงานนอกโรงพยาบาล ร้อยละ 75.2 ส่วนใหญ่เป็นการประสานงานกับสถานบริการสาธารณสุข รับ-ส่งต่อผู้รับบริการ ร้อยละ 54.9 ประสานงานกับแหล่งประโยชน์ในชุมชนมีเพียง ร้อยละ 11.0 เท่านั้น ประสานงานโดยวิธี ใช้ใบส่งต่อตามระบบ มากที่สุด ร้อยละ 38.2 รองลงมา โดยวิธีโทรศัพท์ ร้อยละ 27.8 ร่วมประชุมปรึกษา ร้อยละ 23.7 และอื่น ๆ คือ ไปติดต่อประสานงานด้วยตนเอง ร้อยละ 10.3

ตาราง 11 จำนวนและร้อยละของการพัฒนาบุคลากรบริการสุขภาพที่บ้าน

การพัฒนาบุคลากรบริการสุขภาพที่บ้าน	จำนวน (N=109)	ร้อยละ
การเตรียมบุคลากรก่อนดำเนินงานบริการสุขภาพที่บ้าน		
ไม่เตรียม	13	11.9
เตรียม *	96	88.1
จัดประชุมชี้แจงให้เจ้าหน้าที่ทุกคนทราบ	72	47.7
จัดประชุมวิชาการและสัมมนา	29	19.2
ส่งผู้ปฏิบัติงานไปอบรมระยะสั้น	25	16.6
ส่งผู้ปฏิบัติงานไปศึกษาดูงาน	22	14.6
อื่นๆ	3	1.9
รวม	151	100.0
การจัดประชุมวิชาการเกี่ยวกับบริการสุขภาพที่บ้านภายใน หน่วยงาน		
ไม่มี	68	62.4
มี	41	37.6
1-2 ครั้ง/ปี	31	28.4
มากกว่า 2 ครั้ง/ปี	10	9.2
วิธีการสนับสนุนและส่งเสริมการพัฒนาบุคลากรที่ปฏิบัติงาน บริการสุขภาพที่บ้าน*		
จัดประชุมวิชาการและสัมมนา	24	19.2
ส่งผู้ปฏิบัติงานไปอบรมระยะสั้น	34	27.2
ส่งผู้ปฏิบัติงานไปศึกษาดูงาน	27	21.6
ส่งไปร่วมประชุมสัมมนาเมื่อมีหนังสือแจ้งมา	17	13.6
สนับสนุนให้ไปเสนอผลการดำเนินงาน	2	1.6
ร่วมประชุมปรึกษา	3	2.4
ไม่มีการสนับสนุนให้ไปอบรมหรือสัมมนาใด	18	14.4
รวม	125	100.0

*ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ

จากตาราง 11 โรงพยาบาลส่วนใหญ่ ได้เตรียมบุคลากรก่อนดำเนินงานบริการสุขภาพที่บ้าน ร้อยละ 88.1 โดยวิธีการจัดประชุมชี้แจงให้เจ้าหน้าที่ทุกคนทราบ ร้อยละ 47.7 รองลงมา การจัดประชุมวิชาการและสัมมนา ร้อยละ 19.2 ส่งผู้ปฏิบัติงานไปอบรมระยะสั้น ร้อยละ 16.6 ส่งไปศึกษาดูงาน ร้อยละ 14.6 โดยโรงพยาบาลมีการจัดประชุมวิชาการในหน่วยงาน ร้อยละ 37.6 เฉลี่ย 1.67 ครั้ง/ปี ($\bar{X} = 1.67, S.D. = .89$) และสนับสนุนส่งเสริมการพัฒนาบุคลากรที่ปฏิบัติงานบริการสุขภาพที่บ้านโดยวิธี ส่งผู้ปฏิบัติงานไปอบรมระยะสั้น ร้อยละ 27.2 ส่งไปศึกษาดูงาน ร้อยละ 21.6 จัดประชุมวิชาการและสัมมนา ร้อยละ 19.2 และระบุว่าไม่เคยได้รับการสนับสนุนให้อบรม ประชุม สัมมนา หรือศึกษาดูงาน ร้อยละ 14.4

ตาราง 12 จำนวนและร้อยละของการจัดระบบข้อมูลข่าวสารการบริการสุขภาพที่บ้าน

การจัดระบบข้อมูลข่าวสารการบริการสุขภาพที่บ้าน	จำนวน (N = 109)	ร้อยละ
แบบฟอร์มระเบียบรายงานการปฏิบัติบริการสุขภาพที่บ้าน		
ไม่มี	2	1.8
มี*	107	98.2
แบบบันทึกการประเมินภาวะสุขภาพ	74	32.2
เวชระเบียนครอบครัว	45	19.6
แบบบันทึกบริการสุขภาพที่บ้าน	101	43.9
อื่นๆ		
บันทึกใน OPD card	5	2.2
แบบฟอร์มส่งต่อครอบครัว	3	1.3
สมุดบันทึกการรับจำหน่ายผู้ป่วย	2	0.8
รวม	230	100.0
แบบฟอร์มระเบียบรายงานสื่อแผนการดูแล		
ไม่ชัดเจน	22	20.2
ชัดเจน	87	79.8
การจัดเก็บระเบียบรายงาน		
ไม่เป็นระบบ	28	25.7
เป็นระบบ	81	74.3

ตาราง 12 (ต่อ)

การจัดระบบข้อมูลข่าวสารการบริการสุขภาพที่บ้าน	จำนวน	ร้อยละ
การใช้ประโยชน์จากบันทึกรายงานบริการสุขภาพที่บ้าน*		
กำหนดแผนการดูแลผู้รับบริการ	96	42.7
ขอสนับสนุนงบประมาณ	30	13.4
ขอสนับสนุนอัตราค่าจ้าง	19	8.4
จัดอัตราค่าจ้าง	25	11.1
การศึกษาวิจัย	12	5.3
ประกอบการจัดทำเอกสารทางวิชาการเพื่อเลื่อนตำแหน่ง	35	15.6
รวบรวมเป็นผลการดำเนินงานของกลุ่มงาน	2	1.3
ไม่ได้นำไปใช้ประโยชน์ใด ๆ	5	2.2
รวม	225	100.0

*ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ

จากตาราง 12 โรงพยาบาลจัดทำแบบฟอร์มระเบียบรายงานเพื่อใช้บันทึกการปฏิบัติงานบริการสุขภาพที่บ้าน ร้อยละ 98.2 เป็นแบบบันทึกการให้บริการสุขภาพที่บ้าน ร้อยละ 43.9 แบบบันทึกการประเมินภาวะสุขภาพ ร้อยละ 32.2 เวชระเบียนครอบครัว ร้อยละ 19.6 และอื่น ๆ ได้แก่ บันทึกใน OPD card แบบฟอร์มการส่งต่อครอบครัวและสมุดบันทึกการจำหน่ายผู้ป่วย ร้อยละ 2.2, 1.3 และ 0.8 ตามลำดับ แบบฟอร์มระเบียบรายงาน สามารถสื่อแผนการดูแลได้ชัดเจน ร้อยละ 79.8 จัดเก็บระเบียบรายงานอย่างเป็นระบบร้อยละ 74.3 และนำไปใช้ประโยชน์ในการกำหนดแผนการดูแลผู้รับบริการมากที่สุด ร้อยละ 42.7

ส่วนที่ 4 ข้อมูลปัจจัยสนับสนุนการปฏิบัติกิจกรรมบริการสุขภาพที่บ้านของพยาบาลวิชาชีพ

ตาราง 13 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านหน่วยงานและปัญหาอุปสรรค
กับการปฏิบัติกิจกรรมบริการสุขภาพที่บ้านของพยาบาลวิชาชีพ

ตัวแปร	X ₁	X ₂	X ₃	X ₄	X ₅	X ₆	X ₇	X ₈	X ₉	X ₁₀	X ₁₁	X ₁₂	X ₁₃	X ₁₄	X ₁₅	Y
X ₁	1.000															
X ₂	.018	1.000														
X ₃	-.171	.089	1.000													
X ₄	.923**	.051	-.169	1.000												
X ₅	.276**	-.029	-.230*	.312**	1.000											
X ₆	-.098	-.121	.022	-.074	-.128	1.000										
X ₇	.043	.066	.005	.034	.064	.137	1.000									
X ₈	.008	-.099	-.059	.051	-.116	.247**	.018	1.000								
X ₉	.065	.066	-.074	.095	.088	.137	.516**	.252**	1.000							
X ₁₀	.048	.011	-.198	.097	.170	.177	.095	.118	.164	1.000						
X ₁₁	.017	-.072	-.029	.058	-.116	.288**	.052	.194*	.205*	.023	1.000					
X ₁₂	-.195	.098	.066	.257*	-.109	.267**	-.133	.179	.133	.216*	.205	1.000				
X ₁₃	-.136	-.019	-.048	.194*	.010	.171	.244*	.074	.154	.132	.351**	.441**	1.000			
X ₁₄	-.003	-.136	-.010	-.088	.033	.190*	.130	.001	.130	.131	.169	.341**	.365**	1.000		
X ₁₅	-.043	-.121	.022	-.079	-.056	-.146	.137	.050	.067	.037	.111	.151	.112	.270**	1.000	
Y	.145	-.021	-.075	.161	-.154	.234*	.111	.283**	.259**	.231*	.336**	-.186	-.295**	-.251**	.073	1.000

**P<.01, *P<.05

สัญลักษณ์ที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

ปัจจัยส่วนบุคคล :	X_1	แทน	อายุ
	X_2	แทน	ภูมิลำเนาการศึกษา
	X_3	แทน	แผนกที่ปฏิบัติงาน
	X_4	แทน	ประสบการณ์การปฏิบัติงานวิชาชีพพยาบาล
	X_5	แทน	ประสบการณ์การปฏิบัติงานบริการสุขภาพที่บ้าน
ปัจจัยด้านหน่วยงาน :	X_6	แทน	นโยบายของโรงพยาบาล
	X_7	แทน	การจัดองค์การของศูนย์สุขภาพที่บ้าน
	X_8	แทน	งบประมาณ
	X_9	แทน	การประสานงาน
	X_{10}	แทน	การพัฒนาบุคลากร
	X_{11}	แทน	การจัดระบบข้อมูลข่าวสาร
ปัญหาอุปสรรค :	X_{12}	แทน	ปัญหาอุปสรรคด้านการบริหารจัดการ
	X_{13}	แทน	ปัญหาอุปสรรคด้านพยาบาลผู้ให้บริการสุขภาพที่บ้าน
	X_{14}	แทน	ปัญหาอุปสรรคด้านผู้รับบริการ
	X_{15}	แทน	ปัญหาอุปสรรคด้านอื่น ๆ
	Y	แทน	การปฏิบัติกิจกรรมบริการสุขภาพที่บ้านของพยาบาลวิชาชีพ

จากตาราง 13 ปัจจัยส่วนบุคคล ประกอบด้วย อายุ ภูมิลำเนาการศึกษา แผนกที่ปฏิบัติงาน ประสบการณ์การปฏิบัติงานวิชาชีพพยาบาล และประสบการณ์การปฏิบัติงานบริการสุขภาพที่บ้าน ไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติกิจกรรมบริการสุขภาพที่บ้านของพยาบาลวิชาชีพ ปัจจัยด้านหน่วยงาน ประกอบด้วย งบประมาณ การประสานงาน และการจัดระบบข้อมูลข่าวสาร มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติกิจกรรมบริการสุขภาพที่บ้านของพยาบาลวิชาชีพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 นโยบายของโรงพยาบาลและการพัฒนาบุคลากร มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติกิจกรรมบริการสุขภาพที่บ้านของพยาบาลวิชาชีพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนปัญหาอุปสรรคด้านพยาบาลผู้ให้บริการสุขภาพที่บ้านและผู้รับบริการ มีความสัมพันธ์ทางลบกับการปฏิบัติกิจกรรมบริการสุขภาพที่บ้านของพยาบาลวิชาชีพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

ส่วนที่ 5 ข้อมูลปัญหาอุปสรรคในการปฏิบัติกิจกรรมบริการสุขภาพที่บ้านตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพ

ตาราง 14 จำนวนและร้อยละของปัญหาอุปสรรคในการปฏิบัติกิจกรรมบริการสุขภาพที่บ้าน
จำแนกเป็นปัญหา ด้านการบริหารจัดการ พยาบาลผู้ให้บริการสุขภาพที่บ้าน
ผู้รับบริการและปัญหาอื่น ๆ

ปัญหาอุปสรรค	จำนวน (N = 109)	ร้อยละ
ปัญหาด้านการบริหารจัดการ		
ไม่มีปัญหา	18	16.5
มีปัญหา*	91	83.5
นโยบายการปฏิบัติงานไม่ชัดเจน	45	16.4
ไม่มีหน่วยงานหลักรับผิดชอบ	21	7.7
ขาดงบประมาณสนับสนุน	42	15.3
ไม่มีกรอบอัตรากำลัง	63	23.0
ขาดแคลนบุคลากรในการปฏิบัติงาน	48	17.5
ขาดสถานที่ปฏิบัติงานที่เป็นสัดส่วนเฉพาะ	38	13.9
ผู้บริหารไม่ส่งเสริมและสนับสนุนการปฏิบัติงาน	17	6.2
รวม	274	100.0
ปัญหาด้านพยาบาลผู้ให้บริการสุขภาพที่บ้าน		
ไม่มีปัญหา	39	35.8
มีปัญหา *	70	64.2
ขาดความมั่นใจในการปฏิบัติงานด้านคลินิก	13	9.6
ขาดแหล่งสนับสนุนด้านความรู้เกี่ยวกับการบริการสุขภาพที่บ้าน	46	34.1
ไม่สมัครใจมาปฏิบัติงานนี้	13	9.6
ขาดผู้ให้คำปรึกษาเมื่อมีปัญหาในการปฏิบัติงาน	31	23.0
ปฏิบัติงานได้ไม่เต็มที่เนื่องจากมีงานอื่นต้องรับผิดชอบ	27	20.0
ไม่เคยผ่านการอบรมงานบริการสุขภาพที่บ้าน	5	3.7
รวม	135	100.0

ตาราง 14 (ต่อ)

ปัญหาอุปสรรค	จำนวน (N = 109)	ร้อยละ
ปัญหาด้านผู้รับบริการ		
ไม่มีปัญหา	34	31.2
มีปัญหา*	75	68.8
ผู้รับบริการและครอบครัวไม่ให้ความร่วมมือ	22	14.6
ฐานะทางเศรษฐกิจไม่ดี	56	37.1
ขาดผู้ดูแล	69	45.7
ไม่ต้องการให้ทีมสุขภาพไปเห็นสภาพที่อาศัย	4	2.6
รวม	151	100.0
ปัญหาด้านอื่น ๆ		
ไม่มีปัญหา	37	33.9
มีปัญหา*	72	66.1
อุปกรณ์ เครื่องมือทางการแพทย์มีไม่เพียงพอ	25	25.3
ขาดยานพาหนะ	59	59.6
ขาดขวัญกำลังใจในการปฏิบัติงาน	3	3.0
บ้านผู้รับบริการอยู่ในพื้นที่ที่ทรูกันควรทำให้เส้นทางไม่สะดวก	5	5.1
ไม่สามารถออกให้บริการนอกเขตพื้นที่รับผิดชอบได้	4	4.0
ขาดความร่วมมือจากหน่วยงานที่ส่งต่อผู้รับบริการ	3	3.0
รวม	99	100.0

*ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ

จากตาราง 14 พยาบาลวิชาชีพ มีปัญหาอุปสรรคด้านการบริหารจัดการมากที่สุด ร้อยละ 83.5 รองลงมา เป็นปัญหาอุปสรรคด้านผู้รับบริการ ร้อยละ 68.8 และปัญหาด้านพยาบาลผู้ให้บริการสุขภาพที่บ้านร้อยละ 64.2 โดยปัญหาด้านการบริหารจัดการพบว่า ส่วนใหญ่เป็นปัญหาไม่มีกรอบอัตรากำลัง ร้อยละ 23.0 รองลงมาขาดแคลนบุคลากรในการปฏิบัติงาน นโยบายการปฏิบัติงานไม่ชัดเจน และขาดงบประมาณสนับสนุน ร้อยละ 17.5, 16.4 และ 15.3 ตามลำดับ ส่วนปัญหาด้านพยาบาลผู้ให้บริการสุขภาพที่บ้าน ส่วนใหญ่พบปัญหาขาดแหล่งสนับสนุนด้านความรู้เกี่ยวกับการบริการสุขภาพที่บ้าน ร้อยละ 37.7 รองลงมา ขาดผู้ให้คำปรึกษาเมื่อมีปัญหาในการปฏิบัติงาน

และปฏิบัติงานได้ไม่เต็มที่เนื่องจากมีงานอื่นต้องรับผิดชอบด้วย ร้อยละ 23.0 และ 20.0 ตามลำดับ ปัญหาด้านผู้รับบริการส่วนใหญ่เป็นปัญหาผู้รับบริการขาดผู้ดูแล ร้อยละ 45.7 รองลงมาปัญหาฐานะทางเศรษฐกิจไม่ดี ร้อยละ 37.1 ผู้รับบริการและครอบครัวไม่ให้ความร่วมมือ ร้อยละ 14.6 และปัญหาอื่น ๆ ที่พบส่วนใหญ่เป็นปัญหา ขาดยานพาหนะ ร้อยละ 59.6 และจากตาราง 13 พบว่า ปัญหาอุปสรรคด้านพยาบาลผู้ให้บริการสุขภาพที่บ้านและผู้รับบริการ มีความสัมพันธ์ทางลบกับการปฏิบัติกิจกรรมบริการสุขภาพที่บ้านของพยาบาลวิชาชีพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

ส่วนที่ 6 ข้อมูลปัจจัยพยากรณ์การปฏิบัติกิจกรรมบริการสุขภาพที่บ้าน ของพยาบาลวิชาชีพ ตาราง 15 สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณ ในการพยากรณ์การปฏิบัติกิจกรรมบริการสุขภาพที่บ้าน ของพยาบาลวิชาชีพ จากปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติกิจกรรมบริการสุขภาพที่บ้าน โดยการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน

ตัวแปร	B	β	R^2	R^2 change	F
การจัดระบบข้อมูลข่าวสาร (X_{12})	.192	.260	.113	.113	13.650**
การพัฒนาบุคลากร (X_{10})	.117	.176	.163	.050	6.338*
งบประมาณ (X_8)	.139	.212	.202	.039	5.110*
ปัญหาอุปสรรคด้านผู้รับบริการ (X_{14})	-.128	-.185	.234	.032	4.410*

** $p < .0001$ * $p < .05$

จากตาราง 15 เมื่อนำตัวแปรมาวิเคราะห์ โดยใช้การวิเคราะห์ถดถอยแบบพหุคูณแบบขั้น ตอน เพื่อหาปัจจัยพยากรณ์การปฏิบัติกิจกรรมบริการสุขภาพที่บ้านของพยาบาลวิชาชีพ พบว่า ใน ขั้นตอนแรก การจัดระบบข้อมูลข่าวสาร (ปัจจัยด้านหน่วยงาน) เป็นตัวพยากรณ์การปฏิบัติกิจกรรม บริการสุขภาพที่บ้านของพยาบาลวิชาชีพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .0001$) โดยมีอำนาจการ พยากรณ์ ร้อยละ 11.3 ($R^2 = .113$) ขึ้นต่อมาพบว่า การพัฒนาบุคลากร (ปัจจัยด้านหน่วยงาน) เป็น ตัวพยากรณ์การปฏิบัติกิจกรรมบริการสุขภาพที่บ้านของพยาบาลวิชาชีพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) โดยมีอำนาจการพยากรณ์เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 16.3 ($R^2 = .163$) และลำดับต่อมา งบประมาณ (ปัจจัยด้านหน่วยงาน) เป็นตัวพยากรณ์การปฏิบัติกิจกรรมบริการสุขภาพที่บ้านของพยาบาลวิชาชีพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) โดยมีอำนาจการพยากรณ์เพิ่มขึ้นเป็น ร้อยละ 20.2 ($R^2 = .202$) และปัญหาอุปสรรคด้านผู้รับบริการเป็นตัวแปรลำดับสุดท้ายที่เข้าสู่สมการ โดยเป็นตัวพยากรณ์ และมีความสัมพันธ์เชิงผกผันกับการปฏิบัติกิจกรรมบริการสุขภาพที่บ้านของพยาบาลวิชาชีพ อย่าง

มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) โดยมีอำนาจการพยากรณ์เพิ่มขึ้นเป็น ร้อยละ 23.4 ($R^2 = .234$) แสดงให้เห็นว่า การจัดระบบข้อมูลข่าวสาร การพัฒนาบุคลากร งบประมาณและปัญหาอุปสรรค ด้านผู้รับบริการ สามารถร่วมพยากรณ์การปฏิบัติกิจกรรมบริการสุขภาพที่บ้านของพยาบาลวิชาชีพ ได้ร้อยละ 23.4 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

การอภิปรายผล

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลจากการวิจัยครั้งนี้ มีประเด็นที่นำมาอภิปรายผลตามลำดับดังนี้

1. การปฏิบัติกิจกรรมบริการสุขภาพที่บ้านของพยาบาลวิชาชีพ การปฏิบัติกิจกรรมบริการสุขภาพที่บ้านของพยาบาลวิชาชีพเป็นไปตามกระบวนการเยี่ยมบ้าน ประกอบด้วย กิจกรรม 3 ขั้นตอน คือ กิจกรรมก่อนเยี่ยมบ้าน กิจกรรมขณะเยี่ยมบ้าน และกิจกรรมหลังเยี่ยมบ้าน ผลการวิจัยในแต่ละขั้นตอนอภิปรายได้ดังนี้

1.1 กิจกรรมก่อนเยี่ยมบ้าน พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติกิจกรรมก่อนเยี่ยมบ้านเป็นประจำ 8 ข้อ (ค่าเฉลี่ยระหว่าง 3.57-3.82) และกิจกรรมที่ปฏิบัติเป็นบางครั้ง 4 ข้อ (ค่าเฉลี่ยระหว่าง 2.72-3.39) กิจกรรมก่อนบ้านเยี่ยมที่ปฏิบัติเป็นประจำและปฏิบัติมากที่สุดคือ การจัดเตรียมกระเป๋าเยี่ยม อุปกรณ์ เครื่องมือและเวชภัณฑ์ให้พร้อมและเพียงพอก่อนออกให้บริการ (ค่าเฉลี่ย 3.82) รองลงมา คือ ศึกษาแผนที่ทางเข้าบ้านผู้รับบริการก่อนออกให้บริการ (ค่าเฉลี่ย 3.80) และพิจารณาความต้องการใช้อุปกรณ์ เครื่องมือและเวชภัณฑ์ต่าง ๆ ตามสภาพปัญหาและความต้องการของผู้รับบริการเป็นรายบุคคล (ค่าเฉลี่ย 3.69) ส่วนกิจกรรมที่ปฏิบัติเป็นบางครั้งและมีค่าเฉลี่ยการปฏิบัติ น้อยที่สุดคือ การประชุมร่วมกับทีมสุขภาพ เพื่อวิเคราะห์ปัญหาหรือความต้องการของผู้รับบริการ และครอบครัวก่อนออกให้บริการ (ค่าเฉลี่ย 2.72) (ตาราง 3) แสดงให้เห็นว่า พยาบาลให้ความสำคัญกับการใช้กระเป๋าเยี่ยม การจัดเตรียมอุปกรณ์ เครื่องมือ มากที่สุด รองลงมาเป็นการศึกษาแผนที่การเดินทางไปบ้านผู้รับบริการ สอดคล้องกับแนวคิดของฮัมฟรีและมิโลเน-นุสโซ(Humphrey & Milone-Nuzzo, 1996 : 44-45) ว่า การดูแลและใช้กระเป๋าเยี่ยมอย่างมีประสิทธิภาพในทุกขั้นตอนของการเยี่ยมบ้าน จะช่วยให้การปฏิบัติกรพยาบาลมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล เพราะไม่ต้องเสียเวลากลับไปสำนักงานเพื่อเอาของใช้หรือจัดการเยี่ยมไว้ก่อน และการศึกษาแผนที่การเดินทางไปบ้านผู้รับบริการก่อนออกให้บริการจะทำให้การเดินทาง สะดวก รวดเร็วขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของรัชชัยี (2536 : 46) พบว่า การปฏิบัติกิจกรรมของพยาบาลเยี่ยมบ้านที่ปฏิบัติเป็นประจำ และค่าเฉลี่ยคะแนนอยู่ในระดับมากคือ การจัดเตรียมกระเป๋าเยี่ยมบ้านให้พร้อมก่อนออกเยี่ยมบ้าน และกิจกรรมที่มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับน้อย คือ การกำหนดเป้าหมายโดยการวางแผนร่วมกับทีม

สุขภาพอื่น แตกต่างกับการศึกษาของกัลยาณี (2542 : 54) พบว่า กิจกรรมที่ปฏิบัติมากที่สุดในช่วงเตรียมการก่อนให้บริการสุขภาพที่บ้านคือ การศึกษารายละเอียดข้อมูลของผู้ป่วยก่อนออกให้บริการดูแลสุขภาพที่บ้าน จากเวชระเบียนและรายงาน รองลงมาคือ การจัดเตรียมอุปกรณ์เครื่องใช้สำหรับออกให้บริการสุขภาพที่บ้าน และการประชุมปรึกษาถึงประวัติและแผนการให้บริการแก่ผู้ป่วยกับทีมสุขภาพก่อนออกให้บริการ และกิจกรรมที่ปฏิบัติน้อยที่สุดคือ การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยก่อนกลับบ้าน

กิจกรรมที่มีการปฏิบัติเป็นบางครั้งและค่าเฉลี่ยการปฏิบัติน้อยที่สุดคือ การประชุมร่วมกับทีมสุขภาพเพื่อวิเคราะห์ปัญหาหรือความต้องการของผู้รับบริการและครอบครัวก่อนออกให้บริการ เนื่องจากการปฏิบัติงานส่วนใหญ่จะออกปฏิบัติงานร่วมกันเป็นทีม ร้อยละ 80.5 (ตาราง 8) ดังนั้น ทีมสุขภาพที่ขาดความต่อเนื่องในการประชุมปรึกษาร่วมกัน อาจเป็นผลให้ขาดความชัดเจนในแผนการดูแล ดูแลผู้รับบริการได้ไม่สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของผู้รับบริการและครอบครัว การดูแลจึงไม่สำเร็จตามเป้าหมายที่กำหนดไว้ เพราะแผนการดูแลที่มีการประสานความร่วมมือระหว่างพยาบาล ผู้รับบริการ ครอบครัว ผู้ดูแล และบุคลากรในทีมสุขภาพคนอื่นๆ ผู้รับบริการจะได้รับการดูแลเหมาะสมที่สุดและคุ้มค่าใช้จ่าย (Keating, 1994 : 283) ทั้งนี้เนื่องจากหน่วยงานไม่ได้กำหนดนโยบาย วัตถุประสงค์การบริการสุขภาพที่บ้านไว้ชัดเจนเป็นลายลักษณ์อักษร ร้อยละ 33.9 (ตาราง 7) และผู้บริหารไม่ส่งเสริมและสนับสนุนการปฏิบัติงาน ร้อยละ 6.2 (ตาราง 13) ทำให้ทีมสุขภาพซึ่งมาจากกลุ่มงานต่าง ๆ ในโรงพยาบาลและมีภาระงานประจำอยู่แล้วขาดความชัดเจนในแนวทางการปฏิบัติงาน ไม่เห็นความสำคัญและประโยชน์ของงานบริการสุขภาพที่บ้าน ความร่วมมือในกิจกรรมดังกล่าวจึงมีน้อย ดังนั้น จึงควรสร้างความร่วมมือให้เกิดขึ้นในทีมสุขภาพ ผู้บริหารหน่วยงานควรแสดงออกให้ชัดเจนว่าส่งเสริมและสนับสนุนการปฏิบัติงานดังกล่าว โดยกำหนดนโยบายให้ชัดเจนเป็นลายลักษณ์อักษรและจัดประชุมชี้แจงนโยบายของโรงพยาบาลและวัตถุประสงค์การดำเนินงานให้บุคลากรทราบเป็นระยะ ๆ เพื่อกระตุ้นให้เกิดความตระหนักในความสำคัญของงานดังกล่าว และให้ความร่วมมือในการปฏิบัติงานอย่างต่อเนื่อง นอกจากนี้ ควรมีการระบุขอบเขตหน้าที่และความรับผิดชอบของบุคลากรในทีมสุขภาพให้ชัดเจน เพื่อให้ทีมสุขภาพทราบหน้าที่ความรับผิดชอบของตนเอง และพยาบาลผู้รับผิดชอบงานบริการสุขภาพที่บ้านจะต้องจัดระบบบริการและการประสานงานที่ดีในระหว่างทีมสุขภาพ ให้มีความเข้าใจตรงกันและร่วมปฏิบัติงานโดยพร้อมเพรียงกัน

1.2 กิจกรรมขณะเยี่ยมบ้าน พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติกิจกรรมขณะเยี่ยมบ้านเป็นประจำ 14 ข้อ (ค่าเฉลี่ยระหว่าง 3.61-3.89) และปฏิบัติกิจกรรมเป็นบางครั้ง 8 ข้อ (ค่าเฉลี่ยระหว่าง 2.86-3.46) กิจกรรมขณะเยี่ยมบ้านที่ปฏิบัติเป็นประจำและปฏิบัติมากที่สุดคือ การประเมินปัญหาและ

ความต้องการบริการสุขภาพของผู้รับบริการโดยการตรวจร่างกาย เช่น สัญญาณชีพ การตรวจแผล เป็นต้น (ค่าเฉลี่ย 3.89) รองลงมาคือ การให้ความรู้ คำแนะนำตามสภาพปัญหาและสอดคล้องกับความต้องการของผู้รับบริการและครอบครัว และการแนะนำตนเองแจ้งวัตถุประสงค์การให้บริการสุขภาพที่บ้านเพื่อสร้างสัมพันธภาพและความไว้วางใจแก่ผู้รับบริการและครอบครัว มีค่าเฉลี่ยเท่ากัน (ค่าเฉลี่ย 3.83) กิจกรรมที่มีการปฏิบัติเป็นบางครั้งและค่าเฉลี่ยการปฏิบัติน้อยที่สุดคือ การจัดหาเอกสารคู่มือเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพที่บ้านของผู้รับบริการและครอบครัว ไว้ประจำครอบครัวผู้รับบริการ (ค่าเฉลี่ย 2.86) (ตาราง 4)

กิจกรรมการประเมินปัญหาและความต้องการบริการสุขภาพของผู้รับบริการ โดยการตรวจร่างกาย เช่น สัญญาณชีพ การตรวจแผล เป็นต้น มีการปฏิบัติเป็นประจำ เนื่องจากภาวะสุขภาพอาจมีการเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา ข้อมูลและแผนการดูแลที่เตรียมไว้อาจไม่ตรงกับความเป็นจริงในขณะนั้น จึงต้องมีการเก็บรวบรวมข้อมูลอีกครั้งในขณะที่ให้บริการเพื่อปรับแผนการดูแลให้เหมาะสมกับสภาพปัญหาและความต้องการขณะเยี่ยม การประเมินผู้รับบริการเป็นขั้นตอนแรกและสำคัญที่สุดของการบวนการพยาบาล และต้องปฏิบัติอย่างต่อเนื่องตั้งแต่เริ่มต้นเยี่ยมครั้งแรกจนกระทั่งจำหน่ายผู้รับบริการออกจากบริการสุขภาพที่บ้าน (Buck, 1991 : 24) ทักษะในการประเมินภาวะสุขภาพ เป็นสิ่งจำเป็นที่ทำให้พยาบาลสามารถจำแนกปัญหาสุขภาพของผู้รับบริการและครอบครัวได้ ซึ่งมีผลต่อการจัดบริการสุขภาพแก่ผู้รับบริการ (Keating, 1994 : 283) และกิจกรรมดังกล่าวเป็นกิจกรรมที่พยาบาลปฏิบัติเป็นประจำอยู่แล้วในโรงพยาบาล ดังนั้น พยาบาลจึงให้ความสำคัญและปฏิบัติกิจกรรมได้ใกล้เคียงกัน

การให้ความรู้ คำแนะนำตามสภาพปัญหาและสอดคล้องกับความต้องการของผู้รับบริการและครอบครัว เป็นอีกกิจกรรมหนึ่งที่พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติเป็นประจำ เนื่องจาก การให้ความรู้ คำแนะนำด้วยการสอนสุขภาพเป็นบทบาทสำคัญที่พยาบาลวิชาชีพ สามารถปฏิบัติได้ตลอดเวลา ทุกสถานที่และสถานการณ์ เป็นบทบาทอิสระที่พยาบาลทุกคนตระหนักและปฏิบัติควบคู่ไปกับกิจกรรมการพยาบาลอื่น ๆ (จริยาวัตร, 2542 : 1) การให้ความรู้โดยการสอน เป็นสิ่งสำคัญที่จะทำให้ผู้รับบริการไปถึงเป้าหมาย (Humphrey & Milone-Nuzzo, 1996: 66; Keating & Kelman, 1988 : 3; Rice, 1996 : 20) จากการศึกษาของชนิตา (2537 : 241) เกี่ยวกับปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยเรื้อรังและผู้ดูแลที่บ้าน พบว่า ผู้ป่วยมีปัญหาทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม เศรษฐกิจและสิ่งแวดล้อม ต้องการการดูแลที่ต่อเนื่อง และผู้ดูแลมีความต้องการพยาบาลเยี่ยมบ้าน ร้อยละ 98.2 รองลงมา ต้องการคำแนะนำและความรู้ที่ถูกต้องในการดูแลผู้ป่วยและปฏิบัติการพยาบาล ร้อยละ 50 ดังนั้น พยาบาลผู้ให้บริการสุขภาพที่บ้านต้องติดตามดูแลอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้ความรู้ คำแนะนำและคำปรึกษาช่วยแก้ไขปัญหาดังกล่าว ทั้งของผู้ป่วยและครอบครัวซึ่งสอดคล้องกับ

นโยบายของแผนพัฒนาการสาธารณสุข ที่มุ่งเน้นให้ประชาชนสามารถดูแลตนเองและครอบครัวได้ คั้งนั้น การสอน การให้ความรู้ คำแนะนำปรึกษาจึงเป็นหน้าที่รับผิดชอบโดยตรงของพยาบาลผู้ให้บริการสุขภาพที่บ้านและเป็นสิ่งทำหายที่ต้องปฏิบัติให้ได้ (Johnson & Jackson, 1989 : 692) พยาบาลจึงปฏิบัติกิจกรรมดังกล่าวเป็นประจำ

การแนะนำตนเอง แจ้งวัตถุประสงค์การให้บริการสุขภาพที่บ้านเพื่อสร้างสัมพันธภาพและความไว้วางใจแก่ผู้รับบริการและครอบครัว เป็นอีกกิจกรรมหนึ่งที่พยาบาลให้ความสำคัญและปฏิบัติเป็นประจำ เนื่องจากการปฏิบัติการพยาบาลในการเยี่ยมแต่ละครั้งจะเกิดขึ้นจากการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างพยาบาลและครอบครัวผู้รับบริการ (Hanks & Smith, 1999 : 230) การแนะนำตัวและชี้แจงวัตถุประสงค์การเยี่ยมจึงเป็นสิ่งที่สำคัญมากในการออกให้บริการสุขภาพที่บ้าน (จรรยา และวาริ, 2537 : 305) การปฏิบัติการพยาบาลจะสำเร็จได้ต้องอาศัยสัมพันธภาพที่ดีและความไว้วางใจจากผู้รับบริการและครอบครัว การสร้างสัมพันธภาพในการเยี่ยมครั้งแรก จะก่อให้เกิดผลต่อเนื่องไปถึงการเยี่ยมครั้งต่อไป (Wendt, 1996 : 94) สอดคล้องกับแนวคิดของคีทิงและเคลแมน (Keating & Kelman, 1988 : 12) ว่า การสร้างสัมพันธภาพและศรัทธาของพยาบาลผู้ให้บริการสุขภาพที่บ้านต่อผู้รับบริการ จะก่อให้เกิดความร่วมมือร่วมใจอันเป็นผลต่อภาวะสุขภาพของบุคคล ครอบครัว และชุมชน เมื่อได้รับการต้อนรับก็จะปรับเปลี่ยนกิจกรรมไปสู่วัตถุประสงค์และแผนการเยี่ยมต่อไป ซึ่งใกล้เคียงกับการศึกษาของ รัชณีย์ (2536 : 70) ในบทบาทการเป็นผู้ดำเนินการเปลี่ยนแปลงในการดูแลสุขภาพที่บ้าน พบว่า กิจกรรมที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดทั้งด้านความคาดหวังและการปฏิบัติจริงคือการสร้างสัมพันธภาพเพื่อให้เกิดความร่วมมือ

การจัดหาเอกสารคู่มือเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ ไว้ประจำครอบครัวผู้รับบริการ เป็นกิจกรรมที่มีการปฏิบัติเป็นบางครั้งและค่าเฉลี่ยการปฏิบัติน้อยที่สุด ซึ่งใกล้เคียงกับการศึกษาของสุภาพร (2539 : 67) พบว่า ความคาดหวังในบทบาทครูหรือผู้สอนในการดูแลสุขภาพที่บ้านของพยาบาลวิชาชีพที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุดคือ ความคาดหวังว่าจะสามารถจัดทำเอกสาร/คู่มือประจำครอบครัวที่เกี่ยวข้องกับปัญหาสุขภาพผู้ป่วยได้ ทั้งนี้อาจเป็นเพราะ การจัดทำคู่มือต้องอาศัยความร่วมมือจากทีมสุขภาพ เพื่อให้ได้คู่มือที่สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของผู้รับบริการแต่ละราย และจำเป็นต้องใช้งบประมาณส่วนหนึ่งในการจัดทำ แต่ไม่มีงบประมาณสนับสนุนโดยเฉพาะจากส่วนกลาง ส่วนใหญ่ใช้เงินบำรุงของโรงพยาบาล ร้อยละ 95.6 (ตาราง 95.6) ประกอบกับการบริการไม่คิดค่าบริการถึงร้อยละ 74.3 (ตาราง ก.5)จึงทำให้มีข้อจำกัดด้านงบประมาณที่จะนำมาใช้ในการจัดทำคู่มือดังกล่าว เอกสารคู่มือเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพประจำครอบครัวผู้รับบริการมีความสำคัญมาก เนื่องจากผู้รับบริการและครอบครัวสามารถใช้ศึกษาและทบทวนความรู้และการปฏิบัติตนเพื่อรักษาสุขภาพอนามัยที่บ้านได้อย่างถูกต้องเหมาะสม ผู้บริหารควรส่งเสริมและสนับสนุนการ

ปฏิบัติกิจกรรมดังกล่าว เพื่อให้ทีมสุขภาพเกิดความตระหนักถึงความสำคัญและประโยชน์ของคู่มือดังกล่าวและร่วมมือกันจัดทำขึ้น กระทรวงสาธารณสุขควรจัดสรรงบประมาณสนับสนุนการดำเนินงานบริการสุขภาพที่บ้าน โดยเฉพาะขึ้นมา หรือหน่วยงานอาจจัดตั้งกองทุนสุขภาพดีเริ่มที่บ้านขึ้นภายในหน่วยงาน โดยขอสนับสนุนเงินร่วมบริจาคจากมูลนิธิต่าง ๆ หรือผู้มีจิตศรัทธา เพื่อนำมาใช้เป็นค่าใช้จ่ายในการจัดบริการสุขภาพที่บ้านให้ครอบคลุมในทุก ๆ ด้าน รุจา (2537 : 215) กล่าวว่า เพื่อให้โครงการคงอยู่และมีคุณภาพ ควรปรับปรุงระบบการเบิกจ่ายค่าบริการสุขภาพที่บ้าน ไม่เป็นบริการฟรีหรือสังคมสงเคราะห์เท่านั้น แต่ควรเบิกจ่ายจากระบบประกันสุขภาพของผู้ป่วยได้ด้วย

1.3 กิจกรรมหลังเยี่ยมบ้าน พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติกิจกรรมหลังเยี่ยมบ้านเป็นประจำ 1 ข้อ (ค่าเฉลี่ย 3.72) และปฏิบัติกิจกรรมเป็นบางครั้ง 5 ข้อ (ค่าเฉลี่ยระหว่าง 2.81-3.48) กิจกรรมหลังเยี่ยมบ้านที่ปฏิบัติเป็นประจำและปฏิบัติมากที่สุดคือ การบันทึกข้อมูลต่าง ๆ ที่ได้จากการประเมินและการปฏิบัติตามแผนการดูแลขณะให้บริการสุขภาพที่บ้านอย่างครบถ้วน (ค่าเฉลี่ย 3.72) รองลงมาคือ เมื่อกลับถึงหน่วยงาน มีการวิเคราะห์ทบทวนแผนการดูแลและกิจกรรมที่ได้ปฏิบัติขณะเยี่ยมบ้าน (ค่าเฉลี่ย 3.48) และการทำงานสะอาดกระเปาะเยี่ยมและอุปกรณ์เครื่องมือต่าง ๆ (ค่าเฉลี่ย 3.28) กิจกรรมหลังเยี่ยมบ้านที่ปฏิบัติเป็นบางครั้งและมีค่าเฉลี่ยการปฏิบัติน้อยที่สุดคือ การประสานงานกับหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้อง เช่น โรงพยาบาล สถานีอนามัย ศูนย์บริการสาธารณสุขเทศบาล เป็นต้น เพื่อส่งต่อผู้รับบริการ (ค่าเฉลี่ย 2.81) (ตาราง 5) สอดคล้องกับการศึกษาของสุภาพร (2539 : 66-67) พบว่า พยาบาลมีความคาดหวังในบทบาทด้านการปฏิบัติกิจกรรมพยาบาลในการดูแลสุขภาพที่บ้านอยู่ในระดับมากทุกกิจกรรมรายชื่อ โดยกิจกรรมรายชื่อที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยสูงสุดคือ ความคาดหวังว่าจะสามารถบันทึกรายงานต่างๆ ได้อย่างละเอียดครบถ้วนและถูกต้องภายหลังให้การปฏิบัติพยาบาล ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของกัลยาณี (2542 : 57) ในขั้นการประเมินผลสิ้นสุดการเยี่ยม พบว่า กิจกรรมที่ปฏิบัติมากที่สุดคือ การชี้แจงภาวะสุขภาพให้ผู้รับบริการ รองลงมาคือ การจัดทำรายงานและประเมินผลการบริการตามลำดับ แสดงให้เห็นว่าพยาบาลวิชาชีพให้ความสำคัญกับกิจกรรมการบันทึกหลังเยี่ยมบ้านมากและปฏิบัติเป็นประจำ ร่วมกับการวิเคราะห์และทบทวนแผนการดูแล เนื่องจากการบันทึกเป็นเครื่องมือหลักของพยาบาลผู้ให้บริการสุขภาพที่บ้าน ที่ใช้ประกอบในการจัดบริการสุขภาพที่มีคุณภาพ (Jacob, 1985 : 17) พยาบาลผู้ให้บริการสุขภาพที่บ้าน นอกจากต้องมีทักษะด้านการปฏิบัติพยาบาลทางคลินิกแล้ว ยังต้องมีความสามารถในการวิเคราะห์และเขียนบันทึกรายงานด้วย (Morrissey-Ross, 1988 : 364) และควรบันทึกตั้งแต่การประเมินในครั้งแรกและครั้งต่อ ๆ ไป ทั้งก่อนและหลังให้บริการ เพื่อเก็บรวบรวมข้อมูลไว้เป็นหลักฐานการดำเนินงานและการปฏิบัติงานของทีมสุขภาพ (ประพิณ, 2536 : 9;

พรทิพย์, 2539 : 41) ใช้ในการประเมินความต้องการของผู้รับบริการ การวินิจฉัยปัญหา การปฏิบัติกิจกรรมพยาบาล การทำนายแนวโน้มของภาวะสุขภาพผู้รับบริการ และใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการขอสนับสนุนงบประมาณ (Keating & Kelman, 1988 : 45) การบันทึกต้องถูกต้อง ตรวจสอบได้ (Humphrey & Milone-Nuzzo, 1996 : 80) และต้องจัดเก็บอย่างเป็นระบบ เพื่อใช้ประโยชน์ในการสื่อสารกับทีมสุขภาพคนอื่น ๆ ให้เกิดความเข้าใจตรงกัน (Lyon & Stephany, 1993 : 632) การมีแบบฟอร์มบันทึกทางการพยาบาลจะช่วยให้การบันทึกทางพยาบาล สะดวกและนำไปใช้มากขึ้น (วงจันทร์, 2537: 49) และโรงพยาบาลส่วนใหญ่มีแบบฟอร์มบันทึกในการให้บริการสุขภาพที่บ้าน ร้อยละ 98.2 และแบบฟอร์มดังกล่าวสามารถสื่อแผนการดูแลได้ชัดเจนร้อยละ 79.8 (ตาราง 12) จากความสำคัญของการบันทึกดังกล่าวและการมีแบบฟอร์มที่สะดวกในการบันทึก จึงส่งเสริมให้พยาบาลปฏิบัติกิจกรรมนี้เป็นประจำ และหลังการให้บริการสุขภาพที่บ้านทุกครั้ง พยาบาลจะทำความสะอาดอุปกรณ์เครื่องมือต่างๆ เพื่อป้องกันการติดเชื้อและป้องกันการแพร่กระจายของเชื้อโรค (จรรยาและวาริ, 2537 : 307) แต่พยาบาลปฏิบัติเป็นบางครั้ง เนื่องจากบางหน่วยงานได้กำหนดผู้รับผิดชอบการทำความสะอาดอุปกรณ์ เครื่องมือต่าง ๆ ของแต่ละกลุ่มงานไว้อย่างชัดเจนแล้ว

กิจกรรมหลังเยี่ยมบ้านที่ปฏิบัติเป็นบางครั้งและมีค่าเฉลี่ยการปฏิบัติน้อยที่สุด คือ การประสานงานกับหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้อง เช่น โรงพยาบาล สถานีอนามัย ศูนย์บริการสาธารณสุข เทศบาล เป็นต้น เพื่อส่งต่อผู้รับบริการ ทั้งนี้ เนื่องจากการประสานงานการส่งต่อกับหน่วยงานนอกโรงพยาบาล ส่วนใหญ่เป็นหน้าที่ของแพทย์และนักสังคมสงเคราะห์ พยาบาลมีส่วนร่วมในการส่งต่อผู้รับบริการน้อย ประกอบกับพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานบริการสุขภาพที่บ้าน ปฏิบัติงานประจำอยู่ตามแผนกต่าง ๆ ได้แก่ แผนกผู้ป่วยนอก ร้อยละ 51.9 แผนกผู้ป่วยใน ร้อยละ 30.9 กลุ่มงานเวชกรรมสังคม ร้อยละ 16.5 ฝ่ายส่งเสริมสุขภาพ ร้อยละ 9.2 และแผนกอื่น ๆ ร้อยละ 17.2 (ตาราง 1) ซึ่งแต่ละแผนกอาจมีหน้าที่การปฏิบัติงานบริการสุขภาพในรายละเอียดที่แตกต่างกัน เช่น แผนกผู้ป่วยใน จะเน้นในด้านการเตรียมความพร้อมของผู้รับบริการและครอบครัว การเตรียมวางแผนจำหน่ายร่วมกับทีมสุขภาพ เพื่อให้ผู้รับบริการและครอบครัวสามารถดูแลตนเองได้เมื่อกลับไปบ้าน ในขณะที่กลุ่มงานเวชกรรมสังคมและฝ่ายส่งเสริมสุขภาพ จะมีหน้าที่หลักในการประสานงาน การติดตามผลการดำเนินงานและการติดต่อกับผู้รับบริการและครอบครัว เพื่อให้การดำเนินงานมีประสิทธิภาพ (ศรีสุดา, 2537 : 52-53) และเนื่องจากระบบการส่งต่อดังกล่าวข้างต้น ดำเนินการอย่างเป็นทางการ เป็นไปตามขั้นตอนของระบบราชการซึ่งเปลี่ยนแปลงได้ยาก ทำให้ผู้รับบริการได้รับบริการล่าช้าและไม่ต่อเนื่อง มีผลต่อภาวะสุขภาพของผู้รับบริการได้ พยาบาลผู้รับผิดชอบควรมีสำเนาใบส่งต่ออีก 1 ชุดให้ผู้รับบริการนำไปแจ้งต่อหน่วยงานบริการสุขภาพที่บ้านที่รับการส่งต่อด้วยตนเอง ก็จะทำให้ได้รับการดูแลที่ต่อเนื่องได้

จะเห็นได้ว่า การปฏิบัติกิจกรรมบริการสุขภาพที่บ้านของพยาบาลวิชาชีพ ในกิจกรรมก่อนเยี่ยมบ้าน กิจกรรมขณะเยี่ยมบ้าน และกิจกรรมหลังเยี่ยมบ้านยังไม่สามารถปฏิบัติกิจกรรมได้ครอบคลุมในทุกขั้นตอน จึงทำให้ภาพรวมของการปฏิบัติกิจกรรมบริการสุขภาพที่บ้านของพยาบาลวิชาชีพทั้งหมดปฏิบัติเป็นบางครั้ง (ค่าเฉลี่ย 3.46) (ตาราง 6) ทั้งนี้เนื่องจากโรงพยาบาลยังไม่ได้กำหนดกิจกรรมการให้บริการสุขภาพที่บ้านอย่างชัดเจน และไม่ได้จัดทำคู่มือการปฏิบัติงานบริการสุขภาพที่บ้าน ร้อยละ 62.7 (ตาราง ก.5) ทำให้มีแนวทางในการปฏิบัติงานไม่ชัดเจน ประกอบกับพยาบาลวิชาชีพขาดแหล่งสนับสนุนด้านความรู้และข้อมูลเกี่ยวกับการบริการสุขภาพที่บ้าน ร้อยละ 34.1 ขาดผู้ให้คำปรึกษาเมื่อมีปัญหาในการปฏิบัติงาน ร้อยละ 23.0 ปฏิบัติงานบริการสุขภาพที่บ้านได้ไม่เต็มที่ เนื่องจากมีงานอื่นต้องรับผิดชอบด้วย ร้อยละ 20.0 (ตาราง 14) ทำให้ไม่สามารถปฏิบัติกิจกรรมครอบคลุมได้ในทุกกิจกรรม ดังนั้น ผู้รับผิดชอบควรร่วมมือกันพิจารณากำหนดแบบพรรณานงานบริการสุขภาพที่บ้านขึ้นมา เพื่อเป็นแนวทางในการปฏิบัติกิจกรรมบริการสุขภาพที่บ้านของพยาบาลวิชาชีพในทุกระดับของสถานบริการให้ขึ้นไปในทิศทางเดียวกัน เพราะจากผลการวิจัยครั้งนี้ บังคับส่วนบุคคลไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติกิจกรรมบริการสุขภาพที่บ้านของพยาบาลวิชาชีพ แสดงให้เห็นว่าพยาบาลวิชาชีพทุกคนสามารถปฏิบัติกิจกรรมได้ไม่แตกต่างกัน และควรมีการสนับสนุนความรู้หรือข้อมูลเกี่ยวกับการบริการสุขภาพที่อย่างต่อเนื่อง เพื่อให้พยาบาลตระหนักถึงความสำคัญของนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข ที่มุ่งเน้นการบริการสุขภาพที่บ้าน เกิดแรงจูงใจและพึงพอใจในการปฏิบัติงาน จากการศึกษาการประเมินผลลัพธ์การดำเนินงานบริการสุขภาพดีเริ่มที่บ้านจังหวัดสกลนคร ของประพิณและคณะ (2542 : 24) โดยศึกษาในทีมสุขภาพที่ปฏิบัติบริการสุขภาพดีเริ่มที่บ้านใน โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชนและสถานีอนามัยในจังหวัดสกลนครจำนวน 175 คน และผู้รับบริการ จำนวน 420 คน พบว่าทีมสุขภาพที่ปฏิบัติงานในสถานบริการสาธารณสุขที่แตกต่างกัน มีความตระหนักในคุณค่าและประโยชน์ของบริการสุขภาพดีเริ่มที่บ้านและความมุ่งมั่นในการปฏิบัติงานไม่แตกต่างกัน และจากการศึกษาผลลัพธ์การดำเนินงานบริการสุขภาพดีเริ่มที่บ้านในประเทศไทย ของประพิณและคณะ (2541 : 31-47) โดยสุ่มเลือกจากประชากรทั่วประเทศ ได้กลุ่มตัวอย่างเป็นทีมสุขภาพที่ให้บริการสุขภาพที่บ้านจำนวน 3,169 คน และประชาชนผู้รับบริการ 5,492 คน ผลการศึกษา พบว่า ทีมสุขภาพมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับบริการสุขภาพดีเริ่มที่บ้าน โดยภาพรวมระดับดี (ค่าเฉลี่ย .92) และมีความมุ่งมั่นในการดำเนินงานบริการสุขภาพดีเริ่มที่บ้านระดับปานกลาง (ค่าเฉลี่ย 1.19) โดยมีคะแนนสูงสุดในข้อ “ยินดีและเต็มใจออกปฏิบัติงาน ” ดังนั้น บุคคลที่มีความชอบและสนใจในงานที่ปฏิบัติ ก็จะมี ความพอใจในงานนั้นและปฏิบัติงานได้ดี นอกจากนี้ควรจัดกรอบอัตรากำลังให้มีพยาบาลผู้ให้บริการสุขภาพที่บ้านโดยเฉพาะ หรือพิจารณาให้รับผิดชอบงานประจำอื่นให้น้อยลง เพื่อให้มี

เวลาในการบริหารจัดการศูนย์สุขภาพดีเริ่มที่บ้าน และปฏิบัติกิจกรรมได้ครอบคลุมในทุกกิจกรรม เพื่อให้ผู้รับบริการได้รับบริการที่มีคุณภาพ

2. การปฏิบัติของหน่วยงานเกี่ยวกับการบริการสุขภาพที่บ้านตามการรับรู้ของพยาบาล

วิชาชีพ

2.1 นโยบายของโรงพยาบาล พยาบาลวิชาชีพส่วนใหญ่รับรู้ว่าเป็นโรงพยาบาลที่ตนปฏิบัติงานอยู่ ได้กำหนดนโยบาย วัตถุประสงค์การให้บริการสุขภาพที่บ้านไว้อย่างชัดเจนเป็นลายลักษณ์อักษร ร้อยละ 66.1 (ตาราง 7) สอดคล้องกับการศึกษาของ กัลยาณี (2542 : 44) ซึ่งได้ศึกษาการดำเนินงานการดูแลสุขภาพที่บ้านของโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดน่าน ในแพทย์และพยาบาล จำนวน 58 คน พบว่า กลุ่มตัวอย่างรับรู้ว่ามีหน่วยงานมีการกำหนดนโยบายดำเนินงานบริการสุขภาพที่บ้านเป็นลายลักษณ์อักษร ร้อยละ 77.6 อธิบายได้ว่า กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดนโยบายการพัฒนาาระบบบริการสุขภาพที่บ้านไว้อย่างชัดเจน ในแผนพัฒนาการสาธารณสุขแห่งชาติฉบับที่ 7 (พ.ศ 2535-2539) (คณะกรรมการวางแผนพัฒนาการสาธารณสุข, 2535 : 50) และสอดคล้องกับแผนพัฒนาการสาธารณสุขแห่งชาติ ฉบับที่ 8 (พ.ศ. 2540-2544) ที่เน้นการพัฒนาสาธารณสุขเชิงรุก ควบคู่ไปกับการเพิ่มประสิทธิภาพและความสามารถในการเข้าถึงบริการประชาชน โดยเน้นให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการพัฒนาอย่างแท้จริง (คณะกรรมการอำนวยการจัดทำแผนพัฒนาสาธารณสุข, 2539 : 7) โดยจัดบริการให้ครอบคลุมทุกสถานบริการทั่วประเทศ และให้บรรจุการดูแลสุขภาพที่บ้าน ไว้ในโครงการพัฒนาระบบบริการของสถานบริการและหน่วยงานสาธารณสุขภูมิภาค (พบส.) (ประพิณ, 2541ค : 12) เป็นผลให้โรงพยาบาลส่วนใหญ่ มีการกำหนดนโยบายการดูแลสุขภาพที่บ้านขึ้นมาเพื่อให้สอดคล้องกับนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข

นโยบายที่ชัดเจนจะให้แนวทางในการปฏิบัติงาน จนสามารถดำเนินการได้ผลสำเร็จตามเป้าหมาย (Stuart-Siddall, 1986 : 16) นโยบายเป็นข้อมูลสำหรับผู้บริหารพิจารณาใช้เพื่อตัดสินใจสั่งการ ช่วยให้บุคลากรในหน่วยงานได้เข้าใจถึงภารกิจของหน่วยงาน รวมทั้งวิธีการที่จะปฏิบัติให้ประสบผลสำเร็จ (ประชุม, 2533 : 19) ถ้าองค์กรมีนโยบายดี และประชาสัมพันธ์ให้บุคลากรที่เกี่ยวข้องทราบ จะทำให้บุคลากรรับรู้และปฏิบัติตามนโยบายนั้นได้ จากการศึกษาความคิดเห็นของผู้ให้บริการต่อการบริการสุขภาพที่บ้าน ของวัชรีย์ (2532 : ค) โดยสอบถามความคิดเห็นจากแพทย์และพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานประจำโรงพยาบาลของรัฐและเอกชน ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่ ผลการศึกษา กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เห็นด้วยว่า ควรจัดให้มีการส่งเสริมด้านความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการบริการสุขภาพที่บ้าน โดยประชาสัมพันธ์ในรูปแบบต่าง ๆ รวมทั้ง จัดนิทรรศการ และการเสนอบทความวิชาการ

2.2 การจัดองค์การของศูนย์สุขภาพดีเริ่มที่บ้าน พยาบาลวิชาชีพส่วนใหญ่รับรู้ว่า โรงพยาบาลได้กำหนดหน่วยงานที่รับผิดชอบงานบริการสุขภาพที่บ้านไว้อย่างชัดเจน ร้อยละ 91.7 ส่วนใหญ่เป็นความรับผิดชอบร่วมกันระหว่างกลุ่มงานการพยาบาลร่วมและกลุ่มงานอื่น ๆ ในโรงพยาบาล คือ กลุ่มงานการพยาบาลและกลุ่มงานเวชกรรมสังคมในโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป ร้อยละ 30.0 กลุ่มงานการพยาบาลและฝ่ายส่งเสริมสุขภาพในโรงพยาบาลชุมชน ร้อยละ 19.0 และกลุ่มงานการพยาบาลและกลุ่มงานอื่น ๆ ในโรงพยาบาลชุมชน ได้แก่ ฝ่ายสุขภาพิบาลและสิ่งแวดล้อม ฝ่ายเภสัชกรรม และกลุ่มงานเทคนิคบริการทางการแพทย์ ร้อยละ 9.0 ส่วนที่เป็นความรับผิดชอบเพียงกลุ่มงานเดียว ส่วนใหญ่เป็นกลุ่มงานการพยาบาล ร้อยละ 34.0 รองลงมา ฝ่ายส่งเสริมสุขภาพและกลุ่มงานเวชกรรมสังคม ร้อยละ 5.0 และ 3.0 ตามลำดับ (ตาราง 8) ทั้งนี้เนื่องจากโครงสร้างการบริหารงานบริการสุขภาพที่เป็นแบบคณะกรรมการ ซึ่งไม่สามารถกำหนดความรับผิดชอบเป็นของกลุ่มงานใดกลุ่มงานหนึ่งได้อย่างชัดเจน ต้องรับผิดชอบร่วมกัน ประกอบกับมีนโยบายให้กองการพยาบาลรับผิดชอบ และเป็นแกนนำในการดำเนินงานบริการสุขภาพที่บ้าน (ประพิณ, 2541ค : 12) เพราะพยาบาลเป็นบุคลากรกลุ่มใหญ่ที่สุดในระบบงานของโรงพยาบาล และเป็นผู้ที่มีความใกล้ชิดกับผู้รับบริการ สามารถรับรู้ปัญหาต่าง ๆ และมีความรับผิดชอบในการแก้ปัญหาเกี่ยวกับผู้รับบริการตลอดเวลา (Packard – Helie & Lancaster, 1989 : 32) ดังนั้น งานบริการสุขภาพที่บ้านส่วนใหญ่ จึงเป็นความรับผิดชอบของกลุ่มงานการพยาบาลและกลุ่มงานการพยาบาลร่วมกับกลุ่มงานอื่น ๆ ในโรงพยาบาล

โรงพยาบาลแต่งตั้งทีมสุขภาพที่ออกปฏิบัติงานบริการสุขภาพที่บ้าน อย่างเป็นทางการ ร้อยละ 84.4 ประกอบด้วยพยาบาลวิชาชีพ ร้อยละ 25.6 รองลงมา แพทย์ ร้อยละ 18.1 พยาบาลเทคนิค ร้อยละ 17 เภสัชกร ร้อยละ 12.3 นักสุขศึกษา ร้อยละ 6.4 นักสังคมสงเคราะห์ ร้อยละ 5.8 และอื่น ๆ ร้อยละ 14.8 (ตาราง 8) ได้แก่ โภชนากร นักอาชีวบำบัด นักกายภาพบำบัด นักจิตวิทยา พยาบาลจิตเวช เจ้าหน้าที่งานสาธารณสุขชุมชน และเจ้าหน้าที่งานเภสัชกรชุมชน ร้อยละ 14.8 (ตาราง ก.3) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของกัลยาณี (2542 : 44) พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่รับรู้ว่าหน่วยงานได้กำหนดทีมสุขภาพที่จะออกให้บริการสุขภาพที่บ้าน ร้อยละ 86.2

การศึกษาในครั้งนี้ พยาบาลวิชาชีพส่วนใหญ่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชน ร้อยละ 67.8 (ตาราง 1) จึงทำให้เกิดการรับรู้ว่าทีมสุขภาพส่วนใหญ่ประกอบด้วย แพทย์ พยาบาลวิชาชีพ และพยาบาลเทคนิค ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของประพิณ (2536 : 1) ที่ว่าทีมสุขภาพในโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป ควรประกอบด้วยบุคลากรในวิชาชีพด้านสุขภาพ ได้แก่ แพทย์ พยาบาล นักสุขศึกษา นักกายภาพบำบัด โภชนากร เภสัชกร นักสังคมสงเคราะห์ พนักงานวิทยาศาสตร์ และเจ้าหน้าที่อื่น ๆ ส่วนในโรงพยาบาลชุมชน ทีมสุขภาพ ประกอบด้วยแพทย์และ

พยาบาลเป็นหลัก ส่วนใหญ่ออกปฏิบัติงานร่วมกันเป็นทีมๆ ละ 1-3 คน ร้อยละ 55 รองลงมาทีมละ 4-5 คน ร้อยละ 27.5 (ตาราง 8) ซึ่งทีมสุขภาพที่ออกปฏิบัติงานส่วนใหญ่เป็นพยาบาลวิชาชีพและพยาบาลเทคนิค ทั้งนี้เนื่องจากขาดแคลนบุคลากรสาธารณสุขในการให้บริการ (คณะกรรมการจัดทำแผนพัฒนาการสาธารณสุข, 2539 : 37) และยังไม่มียุทธศาสตร์เฉพาะรองรับงานบริการสุขภาพที่บ้าน จึงได้จัดบุคลากรจากกลุ่มงานและฝ่ายต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง ซึ่งมีภาระงานประจำอยู่แล้ว มาร่วมทำงานเป็นทีมสุขภาพ (พรทิพย์, 2539 : 5) เป็นการเพิ่มภาระงานให้กับบุคลากร พยาบาลจึงรับรู้ว่าการปฏิบัติงานบริการสุขภาพที่บ้านได้ไม่เต็มที่ เนื่องจาก มีงานอื่นต้องรับผิดชอบด้วยถึง ร้อยละ 20.0 (ตาราง 14)

โรงพยาบาลกำหนดแหล่งที่มาของกลุ่มเป้าหมายผู้รับบริการไว้ชัดเจน ร้อยละ 95.5 เป็นผู้รับบริการที่มาจาก แผนกผู้ป่วยใน ร้อยละ 31.2 แผนกผู้ป่วยนอก ร้อยละ 25.6 รับส่งต่อจากโรงพยาบาลอื่น ร้อยละ 20.5 และจากการสำรวจบ้านและชุมชน ร้อยละ 19.8 (ตาราง 8) ซึ่งใกล้เคียงกับการศึกษาของ กัลยาณี (2542 : 51) พบว่า ผู้ป่วยที่ถูกคัดเลือกเข้ารับบริการสุขภาพที่บ้าน ส่วนใหญ่มาจาก แผนกผู้ป่วยใน ร้อยละ 53.4 รองลงมา ผู้ป่วยในชุมชน และผู้ป่วยนอก ร้อยละ 50 และ 48.3 ตามลำดับ เช่นเดียวกับการศึกษาของ เบอร์แมน (Burman, 1992 : 289-290) พบว่า ผู้รับบริการของสมาคมพยาบาลเยี่ยมบ้านและหน่วยงานบริการสุขภาพที่บ้าน ที่จัดโดยโรงพยาบาล ส่วนใหญ่รับการส่งต่อจากโรงพยาบาลและแพทย์ ร้อยละ 81.2 รับส่งต่อจากสถานพยาบาล ร้อยละ 4.2 จากองค์กรในชุมชน ร้อยละ 4.4 และจากการแจ้งความประสงค์ขอใช้บริการของผู้รับบริการ และครอบครัว ร้อยละ 10.2 ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ คีททิงและเคลแมน (Keating & Kelman, 1988 : 39) ว่า ผู้รับบริการสุขภาพที่บ้านมาจากการรับส่งต่อจากโรงพยาบาล สถานบริการสาธารณสุขในชุมชนและแหล่งบริการทางสังคมต่างๆ แสดงให้เห็นว่าการจัดบริการสุขภาพที่บ้านของหน่วยงานทั้งในประเทศและต่างประเทศ ใช้ทั้งรูปแบบการใช้โรงพยาบาลเป็นหลักและใช้ชุมชนเป็นหลัก

ผู้รับบริการสุขภาพที่บ้านส่วนใหญ่มาจากแผนกผู้ป่วยใน ทั้งนี้เนื่องจาก ปัจจุบันแนวโน้มการจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาลเร็วขึ้น จากผลกระทบของภาวะวิกฤติทางเศรษฐกิจ ส่งผลให้กระทรวงสาธารณสุข มีนโยบายให้จำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาลเร็วที่สุดเมื่ออาการเจ็บป่วยดีขึ้นและอาการคงที่โดยเปลี่ยนเป็นการบริการสุขภาพที่บ้านแทน (กฤษดา, ชีรพรและเรวดี, 2539 : 1) เมื่อถูกจำหน่ายจากแผนกผู้ป่วยใน ทั้งที่ยังคงต้องการการรักษาพยาบาลอยู่ จึงถูกคัดเลือกเข้ารับบริการสุขภาพที่บ้านเพื่อให้เกิดความต่อเนื่องในการดูแล ผู้รับบริการกลุ่มเป้าหมายส่วนใหญ่เป็นกลุ่มผู้ป่วยเรื้อรัง ผู้สูงอายุทั้งในภาวะปกติและเจ็บป่วย ผู้พิการ มารดาและทารก โรคเอดส์ วัณโรค และโรคจิตโรคประสาท (ตาราง ก.4) ซึ่งอาจมีความต้องการระยะเวลาในการดูแลที่

แตกต่างกัน ทั้งในระยะสั้น ระยะยาวและระยะสุดท้ายของชีวิต (วิลาวินัยและประยงค์, 2538 : 4) ทั้งระดับเฉพาะทาง ระดับปานกลางและระดับรักษาสภาพในผู้ป่วยที่มีภาวะสุขภาพคงที่ (Engstrom, 1987 : 30) เป็นทั้งกลุ่มที่ต้องการบริการทางการแพทย์ และกลุ่มที่ต้องการบริการเพื่อส่งเสริมการมีสุขภาพดี (Rovinski & Zastocki, 1989 : 4) สอดคล้องกับการศึกษาความคิดเห็น ของผู้ให้บริการสุขภาพที่บ้านของวัชรวิ (2536 : ค) พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความเห็นว่า หน่วยงานของรัฐและเอกชน ควรให้การสนับสนุนและร่วมมือในการรับผิดชอบจัดบริการดูแลสุขภาพที่บ้าน ผู้รับบริการที่สำคัญที่สุด ได้แก่ ผู้ป่วยเรื้อรัง ผู้พิการ ผู้สูงอายุที่เจ็บป่วย มารดาและทารก ผู้ป่วยระยะสุดท้าย ผู้สูงอายุ ภาวะปกติ และผู้ป่วยโรคจิต โรคประสาทตามลำดับ

2.3 งบประมาณ พยาบาลวิชาชีพส่วนใหญ่รับรู้ว่า โรงพยาบาลไม่ได้จัดสรรงบประมาณสนับสนุนงานบริการสุขภาพที่บ้านไว้อย่างชัดเจน ร้อยละ 58.7 (ตาราง 9) ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาของ กัลยาณี (2542 : 44) พบว่า แพทย์และพยาบาลวิชาชีพกลุ่มตัวอย่างรับรู้ว่า หน่วยงานได้จัดสรรงบประมาณไว้สนับสนุนโครงการดูแลสุขภาพที่บ้านอย่างชัดเจนร้อยละ 65.5 ทั้งนี้เนื่องจากหน่วยงานที่ศึกษา ไม่มีแผนงบประมาณสนับสนุนงานนี้โดยเฉพาะ แต่ละหน่วยงานจะใช้งบประมาณจากแหล่งที่แตกต่างกันตามสภาพการณ์ที่จะเอื้ออำนวยของโรงพยาบาลแต่ละแห่ง เงินงบประมาณที่ได้รับการจัดสรรอย่างชัดเจนนั้น เป็นเงินงบประมาณจากเงินบำรุงของโรงพยาบาลร้อยละ 95.6 และเงินกองทุนโครงการสุขภาพดีเริ่มที่บ้าน ร้อยละ 1.8 ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ พรทิพย์ (2539 : 5) ว่า งบประมาณในการดำเนินงานบริการสุขภาพที่บ้าน ส่วนใหญ่จะใช้เงินบำรุงของโรงพยาบาลมาดำเนินการ เช่นเดียวกับสแตนโฮป (Stanhope, 1996 : 810) กล่าวว่า หน่วยงานบริการสุขภาพที่บ้านที่จัดโดยโรงพยาบาล (hospital-based agencies) งบประมาณดำเนินงานส่วนใหญ่เป็นเงินงบประมาณตาม โครงสร้างการบริหารงานของโรงพยาบาล

2.4 การประสานงาน พยาบาลวิชาชีพส่วนใหญ่รับรู้ว่าหน่วยงานได้ประสานงานบริการสุขภาพที่บ้าน ทั้งภายในโรงพยาบาลและนอกโรงพยาบาล ร้อยละ 91.7 และ 75.2 ตามลำดับ (ตาราง 10) โดยเป็นการประสานงานระหว่างกลุ่มงานการพยาบาลกับฝ่ายส่งเสริมสุขภาพเป็นส่วนใหญ่ ร้อยละ 36.6 ทั้งนี้เนื่องจากพยาบาลส่วนใหญ่ปฏิบัติงานอยู่ในโรงพยาบาลชุมชน ซึ่งมีฝ่ายส่งเสริมสุขภาพเป็นกลุ่มงานหนึ่งในโรงพยาบาล จึงทำให้ภาพรวมของการประสานงานเป็นการประสานงานระหว่างกลุ่มงานการพยาบาลและฝ่ายส่งเสริมสุขภาพมากกว่ากลุ่มอื่น การประสานงานควรมิได้อยู่ในทุกขั้นตอนของการบริหารงานทั้งภายในหน่วยงาน และกับหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้อง ซึ่งจะช่วยให้การดำเนินงานเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ ส่งเสริมการทำงานเป็นทีม (สุลักษณ์, 2530 : 92) การประสานงานการดูแลให้ผู้รับบริการเป็นศูนย์กลางของการปฏิบัติงาน (Cloonan & Shuster, 1990 : 204) หน่วยงานควรประสานงานทั้งในโรงพยาบาลและชุมชน ซึ่งเป็นบทบาทสำคัญอีก

บทบาทหนึ่งที่พยาบาลวิชาชีพต้องรับผิดชอบร่วมด้วยเพราะ บางกิจกรรมต้องปรึกษา ติดต่อสื่อสาร ประสานงาน หรือส่งต่อให้กับบุคลากรในทีมสุขภาพคนอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้บริการมีความต่อเนื่อง ป้องกันการจับบริการที่ซ้ำซ้อน (Burgess, 1983 : 177; Harris, 1999 : 391; Humphrey & Milone-Nuzzo, 1996 : 27 ; Wearing, 1994 : 22) การประสานงานระหว่างแหล่งส่งต่อและแหล่งให้บริการ จะช่วยลดความไม่ต่อเนื่องของแผนการดูแลได้ (Packard-Helie & Lancaster, 1989 : 33)

การประสานงานบริการสุขภาพที่บ้านกับหน่วยงานนอกโรงพยาบาล ส่วนใหญ่ ประสานกับสถานบริการที่รับส่ง-ต่อผู้รับบริการร้อยละ 41.3 รองลงมาเป็นการประสานระหว่างสถานบริการที่รับส่ง-ต่อผู้รับบริการและแหล่งประโยชน์ในชุมชน ร้อยละ 25.6 วิธีการประสานงาน ส่วนใหญ่เลือกใช้วิธีการส่งต่อแบบเป็นทางการ โดยใช้ใบส่งต่อ ร้อยละ 38.2 (ตาราง 10) ระบบการส่งต่อผู้รับบริการ เป็นเครื่องมือสำคัญในการบริการสุขภาพที่บ้าน (Chromial, 1992 : 39) และการส่งต่ออย่างเป็นทางการ จะแสดงให้เห็นข้อมูลที่ถูกนำมาใช้ประโยชน์ได้อย่างชัดเจน หน่วยงานส่วนใหญ่จึงมักนิยมเลือกใช้รูปแบบที่เป็นทางการ เพื่อเป็นการประกันว่า ผู้รับบริการจะได้รับการดูแลที่ต่อเนื่อง สอดคล้องกับการศึกษาของ กัลยาณี (2542 : 58) พบว่า มีระบบส่งต่อผู้ป่วย ไปยังสถานพยาบาล ร้อยละ 89.7 และใช้ระบบการส่งต่อผู้ป่วยไปยังชุมชน ร้อยละ 72.4 และใช้แหล่งประโยชน์ในชุมชนเข้ามาช่วยเหลือสนับสนุนผู้ป่วยและญาติในการดูแลสุขภาพที่บ้าน ร้อยละ 77.6 แสดงให้เห็นว่า การประสานงานควรมีทั้งภายในหน่วยงานและนอกหน่วยงาน โดยเฉพาะการประสานงานกับองค์กรในชุมชน จะช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการส่งต่อเพื่อรับบริการที่เหมาะสม (วิลาวัลย์และคณะ, 2540 : 60) ดังนั้น จึงควรจัดให้มีการประสานงานกับชุมชน โดยประชาสัมพันธ์การดำเนินงานบริการสุขภาพที่บ้านให้ชุมชนทราบ และเข้าใจถึงวิธีการร่วมมือในการให้บริการ ซึ่งพยาบาลวิชาชีพรับรู้ว่า โรงพยาบาลได้ประชาสัมพันธ์การดำเนินงานบริการสุขภาพที่บ้านแก่ประชาชนทั่วไปร้อยละ 74.3 โดยการประกาศผ่าน อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) มากที่สุด ร้อยละ 55.0 รองลงมา แจกเอกสารในกลุ่มเป้าหมาย ประชุมชี้แจงชาวบ้าน และออกเสียงตามสายในโรงพยาบาล ร้อยละ 28.4, 25.7 และ 10.8 ตามลำดับ (ตาราง ก.5) ทำให้ผู้รับบริการได้รับรู้การดำเนินงานบริการสุขภาพที่บ้านของหน่วยงานและเลือกใช้บริการได้ และหน่วยงานสามารถจัดบริการ ได้ครอบคลุมพื้นที่รับผิดชอบ

2.5 การพัฒนานุเคราะห์ พยาบาลวิชาชีพส่วนใหญ่รับรู้ว่า หน่วยงานเตรียมบุคลากรก่อนดำเนินงานบริการสุขภาพที่บ้าน ร้อยละ 88.1 โดยวิธีการประชุมชี้แจงให้เจ้าหน้าที่ทุกคนทราบมากที่สุด ร้อยละ 47.7 รองลงมา เป็นการจัดประชุมวิชาการและสัมมนา ส่งผู้ปฏิบัติงานไปอบรมระยะสั้น ส่งผู้ปฏิบัติงานไปศึกษาดูงาน และประชุมปรึกษา ร้อยละ 19.2, 16.6, 14.6 และ 1.9 ตามลำดับ (ตาราง 11) ทั้งนี้เนื่องจาก การบริการสุขภาพที่บ้านเป็นสิ่งใหม่ อาจมีบุคลากรไม่เข้าใจ

และมีความรู้เกี่ยวกับการบริการสุขภาพที่บ้านอย่างพอเพียง และทางโรงพยาบาลตระหนักถึงความสำคัญของนโยบายดังกล่าว จึงเห็นความจำเป็นที่จะต้องพัฒนาความรู้และทักษะให้กับผู้ปฏิบัติงาน เพื่อให้มีความพร้อมในการปฏิบัติงานและส่งเสริมให้มีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง โดยจัดประชุมวิชาการเกี่ยวกับการบริการสุขภาพที่บ้านภายในหน่วยงาน ร้อยละ 37.6 โดยเฉลี่ย 1.6 ครั้ง/ปี ส่งผู้ปฏิบัติงานไปอบรมระยะสั้น ร้อยละ 27.2 รองลงมา ส่งไปศึกษาดูงานโรงพยาบาลที่ดำเนินงานบริการสุขภาพที่บ้าน ภายในประเทศ ร้อยละ 21.6 ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของรังสรรค์ (2540 : 465) ว่าเมื่อบุคคลปฏิบัติงานไประยะหนึ่ง โครงการ แผนงาน เป้าหมาย มาตรฐาน และวิธีการปฏิบัติงานบางอย่างอาจเปลี่ยนไป หน่วยงานจำเป็นต้องพัฒนาบุคคลให้มีความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องอยู่เสมอโดยอาจทำการฝึกอบรมขึ้นเอง ส่งไปฝึกอบรมหรือดูงานหรือศึกษาต่อ สอดคล้องกับสภาพการณ์ในปัจจุบัน จากภาวะวิกฤติทางเศรษฐกิจ ส่งผลให้รัฐบาลมีนโยบายลดขนาดกำลังคนลงเพื่อประหยัดค่าใช้จ่ายงบประมาณของแผ่นดิน กระทรวงสาธารณสุขจึงต้องปรับแผนลดขนาดกำลังคนทางด้านสาธารณสุข โดยลดการผลิตนักเรียนทุนลงและหันไปให้ความสำคัญกับการศึกษาต่อเนื่องและการพัฒนากำลังคนที่มีอยู่เดิมให้มากขึ้น (หน่วยคิดตามสถานะสุขภาพจากภาวะวิกฤติเศรษฐกิจ กระทรวงสาธารณสุข, 2542 : 140) และสอดคล้องกับแผนพัฒนาการสาธารณสุขแห่งชาติ ฉบับที่ 8 (พ.ศ. 2540 - 2544) เน้นคนเป็นศูนย์กลางของการพัฒนา

จากการศึกษาของ ไค-ลอเรนซ์, เพ็บ โลสค์ และรัสเซล (Caie-Lawrence, Peplusk, & Russell, 1995 : 33) เกี่ยวกับความต้องการได้รับการฝึกอบรมของพยาบาลบริการสุขภาพที่บ้าน เพื่อพัฒนาความสามารถในการให้การพยาบาลแก่ผู้รับบริการที่บ้าน และระดับความสามารถของพยาบาล โดยศึกษาในพยาบาลผู้ให้บริการสุขภาพที่บ้าน จำนวน 751 คน ผลการศึกษาพบว่าพยาบาลซึ่งมีประสบการณ์ในการทำงานในโรงพยาบาลมาก่อนแล้วไม่น้อยกว่า 4 ปี ให้ความสำคัญกับเนื้อหาที่คิดว่าตัวเองมีความสามารถน้อย ได้แก่ เนื้อหาในเรื่องการประเมินภาวะสุขภาพ การให้คำปรึกษา การวินิจฉัยทางการพยาบาล การปรับปรุงพัฒนาการวางแผนการพยาบาล และจากการศึกษาเชิงสำรวจถึงความต้องการความรู้และทักษะของพยาบาลผู้ให้บริการสุขภาพที่บ้าน ของอาร์คและนีส์ (Ark & Nies, 1996 : 296) ซึ่งได้ศึกษาในพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานบริการสุขภาพที่บ้าน จำนวน 16 คน พบว่า พยาบาลมีความต้องการความรู้ในด้านการประเมินสุขภาพและการติดต่อสื่อสาร และความต้องการทักษะในด้านการประเมินสุขภาพ การติดต่อสื่อสารและการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำมากกว่าด้านอื่น ๆ

แสดงให้เห็นว่า การส่งเสริมและปรับปรุงการทำงานของบุคลากร สามารถทำได้โดยการฝึกอบรมหรือวิธีการอื่น เพื่อความก้าวหน้าในชีวิตการทำงาน พร้อมทั้งพัฒนาอาชีพได้อย่างเหมาะสม (ปรียาพร, 2535 : 250) บุคลากรผู้ปฏิบัติงานต้องรู้งาน เรียนงานและพัฒนางานใน

ขอบเขตความรับผิดชอบ ดังนั้น องค์การที่ปรารถนาจะสร้างงานให้มีคุณภาพและบริการที่ประทับใจในระดับเหนือคู่แข่งได้ ต้องมีการพัฒนาปรับปรุงบุคลากรอย่างต่อเนื่อง ทั้งด้านส่วนตัวและเทคนิคการปฏิบัติงาน (ศิริพร, 2538 : 91) จากการศึกษาผลลัพธ์การดำเนินงานบริการสุขภาพที่เริ่มที่บ้านในประเทศไทย ของประพินและคณะ (2541 : 34) พบว่า ทีมสุขภาพบริการสุขภาพที่บ้านเสนอแนะให้จัดประชุมเกี่ยวกับการบริการสุขภาพที่บ้านอย่างน้อยปีละ 1 ครั้งอย่างต่อเนื่อง และในการพัฒนาบุคลากรผู้ให้บริการสุขภาพที่บ้านของโรงพยาบาลควรกระทำควบคู่ไปกับการพัฒนาบุคลากรในระดับสถานีอนามัยเพื่อรองรับผู้ป่วยที่ส่งต่อจากโรงพยาบาล เพราะหน่วยงานในระดับตำบลยังไม่เข้าใจวิธีการร่วมมือในการให้บริการสุขภาพที่บ้านอย่างทั่วถึง และวิธีรับ-ส่งต่อผู้ป่วยเพื่อดูแลต่อเนื่องที่บ้านอย่างชัดเจน จึงทำให้ความร่วมมือระหว่างหน่วยงานไม่สะดวก รวดเร็วตามความต้องการ

2.6 การจัดระบบข้อมูลข่าวสาร พยาบาลวิชาชีพส่วนใหญ่รับรู้ว่า หน่วยงานมีแบบฟอร์มระเบียบรายงานที่ใช้ในการบันทึกบริการสุขภาพที่บ้านร้อยละ 98.2 สามารถสื่อแผนการดูแลได้ชัดเจน ร้อยละ 79.8 และจัดเก็บอย่างเป็นระบบ ร้อยละ 74.3 ส่วนใหญ่นำไปใช้ประโยชน์ ในการกำหนดแผนการดูแลผู้รับบริการ ร้อยละ 42.7 รองลงมา ใช้ประกอบการจัดทำเอกสารทางวิชาการของบุคลากร เพื่อเลื่อนตำแหน่งให้สูงขึ้น และขอสนับสนุนงบประมาณ ร้อยละ 15.6 และ 13.4 ตามลำดับ (ตาราง 12) ซึ่งสอดคล้องแนวคิดของคิททิงและเคลแมน (Keating & Kelman, 1988 : 45) ว่า บันทึกรายงานบริการสุขภาพที่บ้านจะใช้ในการประเมินความต้องการของผู้รับบริการ การวินิจฉัยปัญหา การปฏิบัติกิจกรรมพยาบาล การทำนายแนวโน้มภาวะสุขภาพผู้รับบริการ เป็นข้อมูลพื้นฐานในการขอสนับสนุนงบประมาณและทำให้การปฏิบัติงานเป็นระเบียบขึ้น และจรรยาและวารี (2537 : 307) กล่าวว่า บันทึกรายงานเป็นเครื่องมือในการกำหนดแผนการดูแล ประเมินผลแผนการดูแล เป็นแหล่งข้อมูลสำหรับศึกษา ค้นคว้า วิจัย และเป็นหลักฐานทางกฎหมาย

3. ปัจจัยสนับสนุน และปัญหาอุปสรรคในการปฏิบัติกิจกรรมบริการสุขภาพที่บ้าน

3.1 ปัจจัยสนับสนุนการปฏิบัติกิจกรรมบริการสุขภาพที่บ้าน

จากการศึกษาหาความสัมพันธ์ ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยด้านหน่วยงานกับการปฏิบัติกิจกรรมบริการสุขภาพที่บ้านของพยาบาลวิชาชีพ ผลการวิเคราะห์ข้อมูลอภิปรายได้ดังนี้

3.1.1 ปัจจัยส่วนบุคคล

3.1.1.1 อายุไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติกิจกรรมบริการสุขภาพที่บ้านของพยาบาลวิชาชีพ อาจเป็นเพราะพยาบาลวิชาชีพส่วนใหญ่อายุใกล้เคียงกันคือ 31-40 ปี ร้อยละ 68.7 (ตาราง 1) และพยาบาลวิชาชีพส่วนใหญ่เต็มใจปฏิบัติงาน จากการศึกษา พบว่า พยาบาลเพียง

ร้อยละ 9.6 เท่านั้นที่ไม่สมัครใจปฏิบัติงาน (ตาราง 14) จึงปฏิบัติกิจกรรมได้ใกล้เคียงกัน ดังนั้นอายุ
 ไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติกิจกรรมบริการสุขภาพที่บ้าน แตกต่างจากการศึกษาของริออร์แดน
 (Riordan, 1991 : 59) ที่พบว่า อายุมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความพึงพอใจในการปฏิบัติงาน
 ของพยาบาลอนามัยชุมชน และการศึกษาของ โคเออร์เนอร์ (Koerner, 1981 : 43-48) พบว่า อายุมี
 ความสัมพันธ์ทางลบกับการปฏิบัติงานของพยาบาลอนามัยชุมชน

3.1.1.2 ภูมิหลังการศึกษาไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติกิจกรรมบริการ
 สุขภาพที่บ้านของพยาบาลวิชาชีพ ทั้งนี้เนื่องจากพยาบาลวิชาชีพมีภูมิหลังด้านการศึกษาคล้ายคลึง
 กัน คือ ระดับปริญญาตรีหรือเทียบเท่าทางการพยาบาล ร้อยละ 95.4 (ตาราง 1)ซึ่งในหลักสูตรผ่าน
 การศึกษาเกี่ยวกับการพยาบาลอนามัยชุมชนมาแล้ว และเคยได้รับความรู้และข้อมูลเกี่ยวกับการ
 บริการสุขภาพที่บ้าน ร้อยละ 91.7 (ตาราง 2) รวมทั้งมีประสบการณ์ในงานบริการสุขภาพที่บ้าน 1-
 5 ปี ร้อยละ 81.7 (ตาราง 1) จึงทำให้สามารถปฏิบัติกิจกรรมได้ไม่แตกต่างกัน จากการศึกษาจึง
 พบว่า ภูมิหลังการศึกษาไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติกิจกรรมบริการสุขภาพที่บ้าน สอดคล้อง
 กับการศึกษาของรัชฉัย (2536 : 57-59) พบว่า พยาบาลเยี่ยมบ้านที่มีวุฒิทางการพยาบาลสาธารณสุข
 และมีประสบการณ์การอบรมเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่อง มีความคาดหวังและการปฏิบัติจริงต่อ
 บทบาทพยาบาลเยี่ยมบ้าน ไม่แตกต่างจากพยาบาลเยี่ยมบ้านที่ไม่มีวุฒิทางการพยาบาลสาธารณสุข
 และไม่มีประสบการณ์การอบรมเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่อง . และใกล้เคียงกับการศึกษาของ
 สุทธาทิพย์ (2535 : 84) พบว่า วุฒิการศึกษาไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานสาธารณสุขมูลฐาน
 ของพยาบาลวิชาชีพ แต่ผลการศึกษแตกต่างจากการศึกษาของ กัญญา (2541 : 54) พบว่า
 ระดับการศึกษามีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมความเป็นวิชาชีพของพยาบาลวิชาชีพ

3.1.1.3 แผนกที่ปฏิบัติงาน ไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติกิจกรรม
 บริการสุขภาพที่บ้านของพยาบาลวิชาชีพ ทั้งนี้เนื่องจากพยาบาลส่วนใหญ่เต็มใจในการปฏิบัติงาน
 แม้ว่าจะมีความแตกต่างกันในแผนกที่ปฏิบัติงานก็ตามคือ กลุ่มงานการพยาบาล ร้อยละ 74.3 กลุ่ม
 งานเวชกรรมสังคมในโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป ร้อยละ 16.5 และฝ่ายส่งเสริมสุขภาพ
 ในโรงพยาบาลชุมชน ร้อยละ 9.2 (ตาราง 1) ซึ่งต้องปฏิบัติงานกิจกรรมบริการพยาบาลทั้งทางตรง
 และทางอ้อมอยู่แล้ว และพยาบาลอาจรู้สึกพอใจที่ได้ออกไปทำงานในชุมชนให้บริการสุขภาพที่
 บ้านโดยคิดว่าเป็นสิ่งท้าทาย (จอณพะจงและประภาพร, 2537 : 34; Rice, 1996 : 24) ประกอบกับ
 พยาบาลวิชาชีพเคยได้รับความรู้ หรือข้อมูลเกี่ยวกับการบริการสุขภาพที่บ้าน ร้อยละ 91.7 จึง
 สามารถปฏิบัติกิจกรรมบริการสุขภาพที่บ้านได้ใกล้เคียงกัน จากการศึกษาจึงพบว่า แผนกที่ปฏิบัติ
 งานไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติกิจกรรมบริการสุขภาพที่บ้าน ซึ่งใกล้เคียงกับการศึกษาของ
 สุชาดา (2539 : ๖) พบว่า การปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลด้านการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค

การรักษาพยาบาลและการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยของพยาบาลประจำการระดับวิชาชีพ โรงพยาบาล ศูนย์ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ไม่มีความสัมพันธ์กับแผนกที่ปฏิบัติงาน แต่แตกต่างจากการแนวคิดของคีททิง (Keating, 1994 : 282) เขาเชื่อว่า พยาบาลที่มีทักษะในการดูแลผู้ป่วยภาวะวิกฤติและทักษะในการใช้เครื่องมือเทคโนโลยีขั้นสูงจากแผนกอายุรกรรมและศัลยกรรม มีความเหมาะสมมากที่สุดในการให้บริการสุขภาพที่บ้าน

3.1.1.4 ประสิทธิภาพการปฏิบัติงานวิชาชีพการพยาบาล ไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติกิจกรรมบริการสุขภาพที่บ้านของพยาบาลวิชาชีพ ทั้งนี้แม้ว่าระยะเวลาของประสิทธิภาพการปฏิบัติงานวิชาชีพพยาบาลจะแตกต่างกัน แต่พยาบาลส่วนใหญ่มีความเต็มใจในการปฏิบัติงาน ประกอบกับกิจกรรมให้บริการสุขภาพที่บ้านส่วนใหญ่ไม่ต้องอาศัยเครื่องมือ เทคโนโลยีขั้นสูงหรือบุคคลที่ได้รับการอบรมมาโดยเฉพาะ จึงปฏิบัติกิจกรรมได้ใกล้เคียงกัน ผลการศึกษาจึงพบว่า ประสิทธิภาพในการปฏิบัติงานวิชาชีพการพยาบาล ไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติกิจกรรมบริการสุขภาพที่บ้าน แตกต่างจากแนวคิดของจอนอะจางและประภาพร (2537 : 33) ว่า พยาบาลผู้ให้บริการสุขภาพที่บ้านควรมีประสิทธิภาพทางด้านคลินิก ที่สามารถให้การดูแลสุขภาพในชุมชนได้ และควรมีประสิทธิภาพการดูแลผู้ป่วยด้านอายุรกรรมและศัลยกรรมอย่างน้อย 1 ปีหลังสำเร็จการศึกษา แต่ผลการศึกษาใกล้เคียงกับการศึกษาของดวงใจ (2533 : บทคัดย่อ) พบว่า ประสิทธิภาพในการทำงาน ไม่มีความสัมพันธ์กับการใช้กระบวนการพยาบาลในการปฏิบัติกรพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพ

3.1.1.5 ประสิทธิภาพการปฏิบัติงานบริการสุขภาพที่บ้าน ไม่มีความสัมพันธ์กับ การปฏิบัติกิจกรรมบริการสุขภาพที่บ้านของพยาบาลวิชาชีพ ทั้งนี้เนื่องจากระยะเวลาของประสิทธิภาพการปฏิบัติงานบริการสุขภาพที่บ้านส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 1-5 ปี ร้อยละ 81.7 จึงทำให้มีทักษะใกล้เคียงกัน และส่วนใหญ่มีความพึงพอใจในการปฏิบัติงาน จึงปฏิบัติกิจกรรมได้ใกล้เคียงกัน ผลการศึกษาจึงพบว่า ประสิทธิภาพการปฏิบัติงานบริการสุขภาพที่บ้าน ไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติกิจกรรมบริการสุขภาพที่บ้านของพยาบาลวิชาชีพ ผลการศึกษาใกล้เคียงกับการศึกษาของสุทธาทิพย์ (2535 : 69) พบว่า ระยะเวลาในการปฏิบัติงานทางด้านสาธารณสุขของพยาบาลวิชาชีพ ไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานสาธารณสุขมูลฐานของพยาบาลวิชาชีพ แตกต่างจากการศึกษาของ ริออร์แดน (Riordan, 1991 : 59) พบว่า ประสิทธิภาพในการปฏิบัติงานในชุมชนและการเยี่ยมบ้านของพยาบาลอนามัยชุมชน มีความสัมพันธ์ในทางบวกกับความพึงพอใจในงานของพยาบาล และการศึกษาของโคเออร์เนอร์ (Koerner, 1981 : 41) พบว่า ประสิทธิภาพในการทำงาน มีความสัมพันธ์ทางลบกับการปฏิบัติงานของพยาบาลอนามัยชุมชน และไม่สอดคล้องกับ

แนวคิดของ คีททิง (Keating, 1992 : 282) เขาเชื่อว่า ความรู้ ทักษะและประสบการณ์ในการพยาบาลอนามัยชุมชน เป็นสิ่งจำเป็นในการจัดบริการในชุมชนที่มีคุณภาพสูง

3.1.2 ปัจจัยด้านหน่วยงาน

3.1.2.1 นโยบายของโรงพยาบาล มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติกิจกรรมบริการสุขภาพที่บ้านของพยาบาลวิชาชีพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .248, p < .01$) นั่นคือถ้าหน่วยงานกำหนดนโยบายชัดเจน จะทำให้พยาบาลรับรู้และตระหนักถึงความสำคัญ มีแนวโน้มที่จะปฏิบัติตามนโยบายได้ดี พยาบาลส่วนใหญ่รับรู้ว่ โรงพยาบาลได้กำหนดนโยบายวัตถุประสงค์การดำเนินงานบริการสุขภาพที่บ้านชัดเจนเป็นลายลักษณ์อักษร ร้อยละ 66.1 องค์การที่มีนโยบายดีและได้แจ้งให้บุคลากรทราบเป็นลายลักษณ์อักษร จะทำให้บุคลากรได้รับรู้และปฏิบัติตามนโยบายนั้นได้ (ประชุม, 2533 : 16) พยาบาลจึงปฏิบัติกิจกรรมได้ใกล้เคียงกัน ผลการศึกษาจึงพบว่า นโยบายของโรงพยาบาลมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติกิจกรรมบริการสุขภาพที่บ้านของพยาบาลวิชาชีพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาของริออร์เดน (Riordan, 1991 : 59) พบว่า นโยบายของหน่วยงานมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความพึงพอใจในงานของพยาบาลอนามัยชุมชน และการศึกษาของ ควงตา (2540 : 108) พบว่า นโยบายของหน่วยงานมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติกรพยาบาลเพื่อเตรียมผู้ป่วยในการดูแลสุขภาพที่บ้านของพยาบาล

3.1.2.2 การจัดองค์การของศูนย์สุขภาพดีเริ่มที่บ้าน ไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติกิจกรรมบริการสุขภาพที่บ้านของพยาบาลวิชาชีพ เนื่องจากยังไม่มีคำตอบที่ชัดเจนสำหรับผู้ปฏิบัติโดยรวมว่า ผู้รับผิดชอบงานบริการสุขภาพที่บ้านควรเป็นใคร เป็นพยาบาลในชุมชน พยาบาลในตึกผู้ป่วยวิกฤติ พยาบาลเวชปฏิบัติหรือผู้ให้บริการจากสาขาวิชา (รุจา, 2537 : 214) การจัดองค์การของศูนย์สุขภาพดีเริ่มที่บ้านจึงใช้การบริหารงานในรูปแบบคณะกรรมการ ซึ่งเป็นความรับผิดชอบร่วมกันระหว่างกลุ่มงานต่าง ๆ ในโรงพยาบาล การดำเนินงานมีทั้งเหมือนและแตกต่างกันไปตามนโยบาย และศักยภาพของแต่ละ โรงพยาบาล โดยทุกหน่วยงานมีพยาบาลวิชาชีพซึ่งมาจากกลุ่มงานต่าง ๆ ในโรงพยาบาลเป็นบุคลากรหลักในการให้บริการสุขภาพที่บ้าน เป็นผู้นำทีมออกปฏิบัติงานทุกครั้ง และมีคุณสมบัติใกล้เคียงกันทั้งในอายุ ระดับการศึกษา ประสบการณ์การบริการสุขภาพที่บ้านและการได้รับความรู้หรือข้อมูลเกี่ยวกับการบริการสุขภาพที่บ้าน การปฏิบัติกิจกรรมจึงไม่แตกต่างกัน ผลการศึกษาจึงพบว่า การจัดองค์การของศูนย์สุขภาพดีเริ่มที่บ้าน ไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติกิจกรรมบริการสุขภาพที่บ้านของพยาบาลวิชาชีพ

3.1.2.3 งบประมาณ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติกิจกรรมบริการสุขภาพที่บ้านของพยาบาลวิชาชีพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .283, p < .01$) นั่นคือ ถ้าหน่วยงานสนับสนุนงบประมาณพยาบาลจะมีแรงจูงใจในการปฏิบัติกิจกรรมในระดับสูง จากผล

การวิจัย แม้ว่าพยาบาลวิชาชีพส่วนใหญ่รับรู้ว่าจะงบประมาณที่จัดสรรให้งานบริการสุขภาพที่บ้านขาดความชัดเจน ร้อยละ 58.7 (ตาราง 9) แต่ได้รับการจัดสรรโดยการสนับสนุนในรูปแบบของวัสดุอุปกรณ์ เครื่องมือที่มีอยู่ในโรงพยาบาลมาใช้ในการปฏิบัติงาน ทำให้พยาบาลสามารถปฏิบัติกิจกรรมได้ใกล้เคียงกัน ผลการศึกษาจึงพบว่า งบประมาณมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติกิจกรรมบริการสุขภาพที่บ้านของพยาบาลวิชาชีพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาสภาพแวดล้อมขององค์การและการให้บริการสุขภาพที่บ้าน ของสมาคมเย็บบ้านและหน่วยบริการสุขภาพที่บ้านที่ใช้โรงพยาบาลเป็นฐานของเบอร์แมน (Bumman, 1992 : 289)พบว่าเงินทุนเป็นปัจจัยทางด้านองค์การอีกปัจจัยหนึ่ง ที่สนับสนุนการปฏิบัติงานบริการสุขภาพที่บ้านของสมาคมพยาบาลเย็บบ้านและหน่วยบริการสุขภาพที่บ้านที่ใช้โรงพยาบาลเป็นฐาน

3.1.2.4 การประสานงาน มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติกิจกรรมบริการสุขภาพที่บ้านของพยาบาลวิชาชีพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .299, p < .01$) นั่นคือหน่วยงานที่ได้ดำเนินการประสานงานทั้งภายในและภายนอกหน่วยงาน จะส่งเสริมให้พยาบาลมีความพอใจและเกิดแรงจูงใจในการปฏิบัติงาน ปฏิบัติกิจกรรมได้ในระดับดีด้วย ผลการวิจัยพยาบาลวิชาชีพพบว่า โรงพยาบาลส่วนใหญ่ได้ประสานงานบริการสุขภาพที่บ้านภายในโรงพยาบาล ร้อยละ 91.7 และประสานงานกับหน่วยงานอื่นนอกโรงพยาบาล ร้อยละ 75.2 (ตาราง 10) การประสานทั้งภายในหน่วยงานและกับหน่วยงานอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องช่วยให้การดำเนินงานเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพและส่งเสริมการทำงานเป็นทีม (สุลักษณ์, 2530 : 92) ลดความไม่ต่อเนื่องของแผนการดูแลได้ (Packard-Helie & Lancaster, 1989 : 33) การประสานงานได้ทำในทุกขั้นตอนของการปฏิบัติงาน พยาบาลวิชาชีพจึงปฏิบัติกิจกรรมได้ใกล้เคียงกัน ผลการศึกษาจึงพบว่า การประสานงาน มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติกิจกรรมบริการสุขภาพที่บ้านของพยาบาลวิชาชีพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

3.1.2.5 การพัฒนาบุคลากร มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติกิจกรรมบริการสุขภาพที่บ้านของพยาบาลวิชาชีพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .257, p < .01$) เพราะการพัฒนาบุคลากร จะทำให้พยาบาลมีความรู้ ความมั่นใจในการปฏิบัติงาน สามารถปฏิบัติกิจกรรมได้ดี โรงพยาบาลส่วนใหญ่ เตรียมบุคลากรก่อนดำเนินงานบริการสุขภาพที่บ้าน ร้อยละ 88.1 และสนับสนุนให้มีการพัฒนาอย่างต่อเนื่องด้วยวิธีการต่าง ๆ ได้แก่ การส่งผู้ปฏิบัติงานไปอบรมระยะสั้น ส่งไปศึกษาดูงาน จัดประชุมวิชาการและสัมมนา เป็นต้น และมีเพียงร้อยละ 14.4 เท่านั้นที่ไม่มีการสนับสนุนให้ไปอบรมหรือสัมมนาใด ๆ (ตาราง 11) ซึ่งการละเลยโดยไม่ทำการอบรมหรือพัฒนาบุคลากร จะทำให้เกิดปัญหาเรื่องความล่าช้า ความไม่ทันการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น และทรัพยากรบุคคลจะกลายเป็นตัวถ่วงมิให้องค์การเจริญก้าวหน้าต่อไป (ธงชัย, 2541 : 65)

พยาบาลวิชาชีพซึ่งได้รับการอบรมดังกล่าวข้างต้น จึงมีความรู้ ความมั่นใจในการปฏิบัติงาน สามารถปฏิบัติกิจกรรมได้ใกล้เคียงกัน ผลการศึกษาจึงพบว่าการพัฒนาบุคลากรมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติกิจกรรมบริการสุขภาพที่บ้านของพยาบาลวิชาชีพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

3.1.2.6 การจัดระบบข้อมูลข่าวสาร มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติกิจกรรมบริการสุขภาพที่บ้านของพยาบาลวิชาชีพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .340, p < .01$) เพราะหน่วยงานที่จัดระบบข้อมูลข่าวสารที่ดี จะเอื้ออำนวยให้เกิดความสะดวกในการปฏิบัติงานและสามารถนำไปใช้ให้เกิดประโยชน์ทั้งด้านผู้ให้บริการและผู้รับบริการ ผู้ปฏิบัติงานมีความพึงพอใจในการปฏิบัติ จึงปฏิบัติกิจกรรมได้ใกล้เคียงกัน ผลการศึกษา พยาบาลวิชาชีพทราบว่าโรงพยาบาลส่วนใหญ่ มีแบบฟอร์มบันทึกงานบริการสุขภาพที่บ้าน ร้อยละ 98.2 และเป็นแบบบันทึกที่สามารถต่อแผนการดูแลได้อย่างชัดเจน ร้อยละ 79.8 และสามารถนำไปใช้ประโยชน์ได้หลายด้าน (ตาราง 12) ดังนั้น การบันทึกการให้บริการจึงเป็นเครื่องมือหลักของพยาบาลผู้ให้บริการสุขภาพที่บ้านที่นำไปใช้ประกอบการจัดบริการที่มีคุณภาพ (Jacob, 1985 : 17) และวงจันทร์ (2537 : 48) กล่าวว่าแบบฟอร์มบันทึกทางการพยาบาลช่วยให้พยาบาลมีความสะดวกและนำไปใช้มากขึ้น ด้วยเหตุผลดังกล่าว จึงส่งเสริมให้พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติกิจกรรมใกล้เคียงกัน และผลการศึกษาจึงพบว่า การจัดระบบข้อมูลข่าวสาร มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติกิจกรรมบริการสุขภาพที่บ้านของพยาบาลวิชาชีพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

จากการศึกษาครั้งนี้ พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ ภูมิหลังการศึกษา แผนกที่ปฏิบัติงาน ประสบการณ์การปฏิบัติงานวิชาชีพพยาบาล และประสบการณ์การปฏิบัติงานบริการสุขภาพที่บ้าน ไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติกิจกรรมบริการสุขภาพที่บ้านของพยาบาลวิชาชีพ ทั้งนี้เพราะพยาบาลวิชาชีพส่วนใหญ่ มีคุณสมบัติใกล้เคียงกัน คือ อายุอยู่ในช่วง 31-40 ปี ร้อยละ 68.7 ภูมิหลังการศึกษา ระดับการศึกษาปริญญาตรีหรือเทียบเท่า ร้อยละ 95.4 มีประสบการณ์ในงานบริการสุขภาพที่บ้าน ร้อยละ 81.7 เคยได้รับความรู้และข้อมูลเกี่ยวกับการบริการสุขภาพที่บ้าน ร้อยละ 91.7 ทำให้มีทักษะใกล้เคียงกัน ประกอบกับปัจจุบัน บริการสุขภาพที่บ้านไม่มีการขยายเท่าที่ควร กิจกรรมให้บริการส่วนใหญ่ไม่ได้อาศัยเครื่องมือ เทคโนโลยีขั้นสูงและบุคลากรที่ได้รับการอบรมมาโดยเฉพาะ การดูแลไม่สามารถทำได้ครบ 24 ชั่วโมง เหมือนกับการรักษาในโรงพยาบาล (สุภาณี, 2537ข : 12) พยาบาลวิชาชีพส่วนใหญ่จึงสามารถปฏิบัติกิจกรรมได้ใกล้เคียงกันได้ ปัจจัยส่วนบุคคลจึงไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติกิจกรรมบริการสุขภาพที่บ้านของพยาบาลวิชาชีพ และไม่เป็นปัจจัยสนับสนุนการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพ ส่วนปัจจัยด้านหน่วยงาน ได้แก่ นโยบายโรงพยาบาล งบประมาณ การประสานงาน การพัฒนาบุคลากร และการจัดระบบข้อมูลข่าว

สาร เป็นปัจจัยสนับสนุนการปฏิบัติกิจกรรมบริการสุขภาพที่บ้านของพยาบาลวิชาชีพ เพราะมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติกิจกรรมบริการสุขภาพที่บ้านของพยาบาลวิชาชีพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้เพราะหน่วยงานที่มีการกำหนดนโยบายชัดเจนเป็นลายลักษณ์อักษร จะให้แนวทางในการปฏิบัติงาน งบประมาณจะเป็นแรงจูงใจในการปฏิบัติงาน การประสานงานงานจะส่งเสริมให้การปฏิบัติงานเป็นทีมมีประสิทธิภาพ การพัฒนาบุคลากร ทำให้เกิดความรู้ ทักษะและความมั่นใจในการปฏิบัติงาน การจัดระบบข้อมูลข่าวสารทำให้เกิดแรงจูงใจในการปฏิบัติ ปัจจัยด้านหน่วยงานเหล่านี้ จึงเป็นองค์ประกอบสำคัญที่ทำให้พยาบาลมีความพึงพอใจในการปฏิบัติงาน และสามารถปฏิบัติงานนั้นได้ดีในระดับใกล้เคียงกัน

3.2 ปัญหาอุปสรรค

ปัญหาอุปสรรคในการปฏิบัติกิจกรรมบริการสุขภาพที่บ้านตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพ ผลการวิเคราะห์ข้อมูล อภิปรายได้ดังนี้

3.2.1 ปัญหาด้านการบริหารจัดการ พยาบาลวิชาชีพส่วนใหญ่รับรู้ว่ามีปัญหาด้านบริหารจัดการ ร้อยละ 83.5 เป็นปัญหาด้าน กรอบอัตรากำลังมากที่สุด ร้อยละ 23.0 รองลงมาคือ ขาดแคลนบุคลากรผู้ให้บริการ นโยบายการปฏิบัติงานไม่ชัดเจน และขาดงบประมาณสนับสนุน ร้อยละ 17.5, 16.4 และ 15.3 ตามลำดับ (ตาราง 14) ซึ่งใกล้เคียงกับการศึกษาของ กัลยาณี (2542 : 76-79) พบว่าปัญหาอุปสรรคในการบริการสุขภาพที่บ้าน ประกอบด้วย นโยบายการบริการสุขภาพที่บ้านไม่เขียนเป็นลายลักษณ์อักษร ขาดแคลนบุคลากรในการปฏิบัติงาน ทีมสุขภาพมีภาระงานประจํามาก ไม่มีงบประมาณสนับสนุน พื้นที่ในการให้บริการมีมากเกินไปและอยู่ห่างไกล ขาดการติดตามประเมินผลการให้บริการ การใช้ระบบส่งต่อมีน้อยละไม่ต่อเนื่อง ขาดความร่วมมือและสนับสนุนจากชุมชน และเกณฑ์คัดเลือกผู้รับบริการไม่ชัดเจน และการศึกษาของพรทิพย์ (2539 : 223-243) พบว่า ผู้อำนวยการ โรงพยาบาล และสมาชิกทีมการดูแลสุขภาพที่บ้าน ได้แสดงความคิดเห็น เกี่ยวกับปัญหาอุปสรรคที่อาจเกิดขึ้นจากการนำรูปแบบการดำเนินงานดูแลสุขภาพที่บ้านไปปฏิบัติ สรุปได้คือ นโยบายขาดความชัดเจน การมอบหมายงานไม่ชัด บุคลากรไม่เพียงพอ ขาดหน่วยงานรับผิดชอบหลัก งบประมาณไม่เพียงพอ ไม่มีค่าตอบแทนบุคลากร ขาดการเตรียมบุคลากร บุคลากรไม่เห็นความสำคัญ ไม่ให้ความร่วมมือ ขาดความร่วมมือจากองค์กรและชุมชน ผู้บริหารไม่เห็นความสำคัญ ขาดทรัพยากร อุปกรณ์และสิ่งสนับสนุนต่างๆ ที่จะนำมาใช้ในการดำเนินงาน ขาดการประสานงานระหว่างกลุ่มงานต่าง ๆ ขาดบุคคลรับผิดชอบในการประสานงาน และขาดรูปแบบที่ดีในการประเมินผลการให้บริการ ผลการศึกษาแตกต่างจากการศึกษาของ ประพินและคณะ (2541 : 39) พบว่า ปัญหาอุปสรรคในการปฏิบัติงานบริการสุขภาพที่บ้านมีมากที่สุด คือ การขยายการดำเนินงานให้ครอบคลุมพื้นที่รับผิดชอบเนื่องจากบุคลากรทีมสุขภาพมี

น้อย รองลงมาเป็นปัญหาอุปสรรคเกี่ยวกับความร่วมมือของหน่วยงาน เนื่องจากหน่วยงานในระดับอำเภอและตำบลยังไม่เข้าใจวิธีการร่วมมือในการให้บริการสุขภาพที่บ้าน และวิธีการรับส่ง-ต่อผู้ป่วยเพื่อดูแลต่อเนื่องที่บ้าน

จะเห็นได้ว่าปัญหาส่วนใหญ่เป็นปัญหาขาดแคลนบุคลากร นโยบายไม่ชัดเจนและขาดงบประมาณสนับสนุน ทั้งนี้เนื่องจากยังไม่มีอัตราตำแหน่งรองรับเฉพาะ จึงจัดบุคลากรจากกลุ่มงานและฝ่ายต่าง ๆ ซึ่งมีภาระงานประจำอยู่แล้วมาร่วมรับผิดชอบทำงานเป็นทีมสุขภาพ ซึ่งเป็นการเพิ่มภาระงานให้กับบุคลากร ไม่สามารถออกปฏิบัติงานร่วมกันได้ทุกครั้ง ทำให้ขาดแคลนบุคลากรในการปฏิบัติงาน และนโยบายการปฏิบัติงานที่ขาดความชัดเจน ทำให้แนวทางการปฏิบัติงานไม่ชัด และขาดการสนับสนุนงบประมาณเฉพาะจากส่วนกลาง พยาบาลวิชาชีพส่วนใหญ่จึงเห็นเป็นปัญหา อาจมีผลทำให้การปฏิบัติงานบริการดังกล่าวไม่มีประสิทธิภาพ เช่นเดียวกับการศึกษาในต่างประเทศ จากการศึกษาของวิลเลอร์และลีวิส (Wheeler & Lewis, 1993 : 13) เกี่ยวกับการพัฒนาโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยเด็กที่บ้านหลังจากจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ทั้งในเขตเมืองและชนบท พบว่า ปัญหาและอุปสรรคที่ทำให้ไม่สามารถให้บริการได้ครอบคลุม คือ ขาดแคลนพยาบาล และขาดงบประมาณในการจ้างนักกายภาพบำบัด นักอาชีวบำบัด เข้าไปบำบัดฟื้นฟูผู้ป่วยเด็กในโรงเรียน และขาดการประสานงานระหว่างโรงพยาบาลและหน่วยบริการสุขภาพที่บ้าน คีแนนและฟาร์นอล (Keenan & Fanal, 1989 : 1078-1079) กล่าวถึงปัญหาในการให้บริการสุขภาพที่บ้านว่าประกอบด้วย ข้อจำกัดทางด้านนโยบาย ทำให้ไม่สามารถให้บริการได้ครอบคลุมตามความต้องการของผู้รับบริการได้ ขาดการประสานงานระหว่างโปรแกรมการให้บริการแต่ละประเภทและการเบิกจ่ายค่าบริการ ขาดแคลนแพทย์ที่จะเข้าไปให้บริการหรือเป็นผู้นำในการให้บริการ และด้านประกันคุณภาพ วัตถุประสงค์การดูแลเนื่องจากรูปแบบการให้บริการและสถานที่ให้บริการเปลี่ยนไปจากโรงพยาบาล

จากปัญหาดังกล่าวข้างต้น ผู้มีหน้าที่ในการบริหารควรวางแผนจัดให้มีกรอบอัตรากำลังสำหรับผู้ปฏิบัติงานบริการสุขภาพที่บ้านขึ้นมา มีพยาบาลผู้ให้บริการสุขภาพที่บ้าน โดยเฉพาะกำหนดนโยบายบริการสุขภาพที่บ้านให้ชัดเจน ประชุมชี้แจงและประชาสัมพันธ์อย่างต่อเนื่อง เพื่อกระตุ้นให้บุคลากรเกิดความตระหนักในความสำคัญของงานดังกล่าว ให้ความร่วมมือในการปฏิบัติงานและปฏิบัติงานเป็นไปในทิศทางเดียวกัน ด้านงบประมาณ กระทรวงสาธารณสุขควรจัดสรรงบประมาณสนับสนุนการดำเนินงานบริการสุขภาพที่บ้านโดยเฉพาะขึ้นมา หรือหน่วยงานอาจจัดตั้งกองทุนสุขภาพดีเริ่มที่บ้านขึ้นภายในหน่วยงาน โดยขอสนับสนุนเงินร่วมบริจาคจากมูลนิธิต่างๆ หรือผู้มีจิตศรัทธา เพื่อนำมาใช้เป็นค่าใช้จ่ายในการจัดบริการสุขภาพที่บ้านให้ครอบคลุมในทุก ๆ ด้าน รุจา (2537 : 215) กล่าวว่า เพื่อให้โครงการคงอยู่และมีคุณภาพ ควรปรับปรุงระบบการเบิกจ่าย

เงินในการบริการสุขภาพที่บ้าน ไม่เป็นบริการฟรีหรือสังคมสงเคราะห์เท่านั้น แต่ควรเบี่ยงจาก ระบบประกันสุขภาพของผู้ป่วยได้ด้วย และสุภาวดี (2538 : 13) กล่าวว่า งบประมาณการดูแล สุขภาพที่บ้านอาจใช้วิธีการทางการเมืองออกกฎหมายเพื่อให้เกิดนโยบายสุขภาพ เพื่อประโยชน์ ของคนไข้ ประชาชนมั่นใจในสิทธิการได้รับการดูแลสุขภาพ รวมถึงการดูแลที่บ้านด้วย

3.2.2 ปัญหาด้านพยาบาลผู้ให้บริการสุขภาพที่บ้าน พยาบาลวิชาชีพส่วนใหญ่รับรู้ ว่ามีปัญหาในการปฏิบัติบริการสุขภาพที่บ้าน ร้อยละ 64.2 เป็นปัญหาการขาดแหล่งสนับสนุนด้าน ความรู้เป็นส่วนใหญ่ ร้อยละ 34.1 รองลงมาคือ ขาดผู้ให้คำปรึกษาเมื่อมีปัญหาในการปฏิบัติงาน ปฏิบัติงานได้ไม่เต็มที่เนื่องจากมีงานประจำที่ต้องรับผิดชอบอยู่แล้ว และขาดความมั่นใจในการ ปฏิบัติงานด้านคลินิก ร้อยละ 23.0, 20.0 และ 9.6 ตามลำดับ (ตาราง 14) ซึ่งใกล้เคียงกับการศึกษา การปฏิบัติงานของพยาบาลควบคุมการติดเชื้อโรงพยาบาลศูนย์ และโรงพยาบาลทั่วไป สังกัด กระทรวงสาธารณสุข ของ รัญญลักษณ์ (2542 : 58) โดยศึกษาในพยาบาลวิชาชีพซึ่งเป็นพยาบาล ควบคุมการติดเชื้อ จำนวน 109 คน พบว่า ปัญหาอุปสรรคในการปฏิบัติงานของพยาบาลควบคุม การติดเชื้อ คือขาดความรู้และความพร้อมมากที่สุด ร้อยละ 83.5 รองลงมา ขาดผู้ให้คำปรึกษาเมื่อมี ปัญหาในการปฏิบัติงาน ขาดความมั่นใจในการปฏิบัติงาน และทำงานหลายหน้าที่ ร้อยละ 50.5, 33.0 และ 23.9 ตามลำดับ การเตรียมความพร้อมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และความรู้ ให้อยู่ในสภาพที่ เหมาะสม จะทำให้เกิดความมั่นใจในการปฏิบัติงาน (จรรยาและวารี, 2537 : 306) ดังนั้น หน่วยงาน ควรส่งเสริมและสนับสนุนจัดให้มีห้องสมุด หรือจัดหาตำรา เอกสารเกี่ยวกับการบริการสุขภาพที่ บ้านไว้ให้บุคลากรได้ศึกษาค้นคว้าเพิ่มเติม และพิจารณาแต่งตั้งพยาบาลผู้ชำนาญการดูแลสุขภาพที่ บ้าน หรือพยาบาลผู้ชำนาญเฉพาะสาขานั้นในหน่วยงาน เพื่อสนับสนุนการปฏิบัติงานของพยาบาล ผู้ให้บริการสุขภาพที่บ้าน โดยให้ความรู้ คำแนะนำ ให้คำปรึกษาให้สามารถให้การดูแลได้สอดคล้อง กับความต้องการที่ซับซ้อนของผู้ป่วย และเป็นผู้ติดต่อประสานงานในชุมชน (จอนพะจงและ ประภาพร, 2537 : 36) และควรพิจารณาให้พยาบาลวิชาชีพผู้รับผิดชอบงานบริการสุขภาพที่บ้าน รับผิดชอบงานประจำอื่นให้น้อยลง เพื่อให้มีเวลาในการบริหารจัดการศูนย์สุขภาพดีเริ่มที่บ้านและ สามารถปฏิบัติกิจกรรมบริการได้ครอบคลุมในทุกชั้นตอน และควรส่งเสริมสนับสนุนให้พยาบาลผู้ ให้บริการสุขภาพที่บ้านเข้ารับการอบรม สัมมนา ประชุมวิชาการหรือศึกษาดูงานอย่างต่อเนื่อง เพื่อ ให้ความรู้และความมั่นใจในการปฏิบัติงาน

3.2.3 ปัญหาด้านผู้รับบริการ พยาบาลวิชาชีพส่วนใหญ่รับรู้ ปัญหาด้านผู้รับบริการ ร้อยละ 68.8 ส่วนมากเป็นปัญหาขาดผู้ดูแลหลักมากที่สุด ร้อยละ 45.7 รองลงมา ฐานะทาง เศรษฐกิจไม่ดี ผู้รับบริการและครอบครัวไม่ให้ความร่วมมือ และไม่ยอมให้ทีมสุขภาพไปเห็น สภาพที่อยู่อาศัย ร้อยละ 37.1, 14.6 และ 2.6 ตามลำดับ (ตาราง 14) ทั้งนี้เนื่องจาก การเปลี่ยนแปลง

ทางสังคม เศรษฐกิจ วัฒนธรรมที่เกิดขึ้นอย่างรวดเร็วทำให้แนวโน้มขนาดของครอบครัวไทยเล็กลง ประกอบกับค่าครองชีพที่สูงขึ้น บุคคลในครอบครัวจึงต้องออกไปทำงานนอกบ้าน ไม่มีผู้ดูแลผู้ป่วย ซึ่งใกล้เคียงกับการศึกษาของศึกษาของพรทิพย์ (2539 : 223-242) พบปัญหาอุปสรรคด้านผู้รับบริการคือ ปัญหาผู้ป่วยและญาติไม่ยอมรับในการให้บริการของเจ้าหน้าที่ และต้องการพบแพทย์ทุกครั้ง ผู้ป่วยบางรายไม่สามารถจ่ายค่าบริการได้ ผู้รับบริการไม่ยอมกลับไปรักษาต่อที่บ้านจึงไม่สามารถจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลได้เพราะขาดผู้ดูแลหลัก สอดคล้องกับการศึกษาของรัชสมัย (2536 : 67) พบว่าปัญหาอุปสรรคการปฏิบัติงานการดูแลผู้ป่วยที่บ้านคือ ผู้ป่วยและผู้ดูแลไม่ให้ความร่วมมือ ดังนั้น ในปัญหาผู้รับบริการขาดผู้ดูแล หน่วยงานควรพิจารณาใช้ประโยชน์จากแหล่งประโยชน์ที่มีอยู่ในชุมชนมาร่วมกันดูแลผู้รับบริการ โดยประชาสัมพันธ์และประสานงานบริการสุขภาพที่บ้านอย่างต่อเนื่อง เพื่อขอความร่วมมือกับหน่วยงานหรือองค์กรในระดับชุมชน โดยเฉพาะหน่วยงานหรือองค์กรที่ให้บริการด้านสุขภาพอนามัย ได้แก่ สถานีอนามัย ศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน(ศสมช.) และหน่วยงานหรือองค์กรที่ไม่ได้ให้บริการสุขภาพแต่สามารถให้ความช่วยเหลือแก่ผู้รับบริการและครอบครัวได้ เช่น องค์กรบริหารส่วนตำบล (อบต.) ศูนย์ฝึกอาชีพต่าง ๆ ในชุมชน และมูลนิธิต่าง ๆ รวมถึงกลุ่มผู้นำในชุมชน และหน่วยงานควรเน้นให้บุคลากรผู้ปฏิบัติงานบริการสุขภาพที่บ้าน ตระหนักถึงความสำคัญของการพึ่งพาหน่วยงานหรือองค์กรดังกล่าวข้างต้น โดยศึกษาข้อมูลสภาพชุมชน แหล่งประโยชน์หรือสวัสดิการต่าง ๆ ในชุมชนเพื่อประกอบการจัดบริการ การมีความรู้พื้นฐานต่าง ๆ และสามารถเข้าถึงแหล่งประโยชน์ของชุมชน เป็นคุณสมบัติอย่างหนึ่งของพยาบาลที่จะให้บริการสุขภาพที่บ้าน (สุภาวดี, 2538 : 12) ส่วนปัญหาผู้รับบริการและครอบครัวไม่ให้ความร่วมมือ อาจเนื่องมาจากขาดความมั่นใจ ไม่ไว้วางใจและไม่เข้าใจในผลประโยชน์ของบริการ หรือตัวผู้ให้บริการเป็นอุปสรรคต่อความร่วมมือโดยรู้เท่าไม่ถึงการณ์ เช่น ทักษะคติ การคุกคามในการตัดสินใจของผู้รับบริการ ผู้ให้บริการสุขภาพที่บ้านต้องสร้างความร่วมมือและปฏิบัติให้ได้มาซึ่งความร่วมมือ โดยสร้างบรรยากาศในการให้บริการอย่างมิตร ให้ผู้รับบริการและครอบครัวเกิดความศรัทธา ไว้วางใจและมั่นใจในบริการที่ได้รับ มีส่วนร่วมในการตัดสินใจในกิจกรรมเกี่ยวกับสุขภาพ (พุดสุข, 2541 : 23)

3.4.4 ปัญหาอื่น ๆ พยาบาลวิชาชีพพบว่า ยังมีปัญหาอื่น ๆ อีกร้อยละ 66.1 ส่วนใหญ่ คือ ขาดยานพาหนะ ร้อยละ 59.6 รองลงมา อุปกรณ์เครื่องมือแพทย์มีไม่เพียงพอ บ้านผู้รับบริการอยู่ในพื้นที่ทุรกันดารการเดินทางไม่สะดวก ไม่สามารถออกให้บริการนอกเขตพื้นที่รับผิดชอบได้ ขาดขวัญกำลังใจในการปฏิบัติงาน และขาดความร่วมมือจากหน่วยงานที่รับการส่งต่อผู้รับบริการ ร้อยละ 25.3, 5.1, 4.0, 3.0 และ 3.0 ตามลำดับ (ตาราง 14) ผลการศึกษานี้ใกล้เคียงกับการศึกษาของสุทธาทิพย์ (2535 : 91) ที่พบว่า ปัญหาอุปสรรคในการปฏิบัติงาน ของพยาบาลวิชาชีพที่

ปฏิบัติงานสาธารณสุขมูลฐาน คือ ยานพาหนะมีไม่เพียงพอ และผลการศึกษาใกล้เคียงกับการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อปัญหาการให้บริการสุขภาพที่บ้านของเฮลเบิร์ก (Helberg, 1993a :367) โดยการสัมภาษณ์ผู้รับบริการ การสังเกตการให้การพยาบาลโดยตรงและจากบันทึกการเยี่ยมบ้าน ในผู้รับบริการจำนวน 438 คน พบว่า ตำแหน่งที่ตั้งของที่อยู่อาศัยของผู้รับบริการมีความสัมพันธ์กับปัญหาการให้บริการสุขภาพที่บ้าน ทั้งนี้เนื่องจาก งานบริการสุขภาพที่บ้านไม่มีงบประมาณสนับสนุนโดยเฉพาะ งบประมาณที่จำกัด จึงทำให้เกิดปัญหาคั่งค้างไว้ ไม่สามารถปฏิบัติงานได้ครอบคลุม จะทำให้เกิดความขัดแย้งกับนโยบายการดูแลสุขภาพที่บ้าน ที่ได้กำหนดให้ครอบคลุมพื้นที่ ทั้งเขตเมืองและเขตชนบท (ประพิณ, 2541ค : 12) ดังนั้น กระทรวงสาธารณสุขจึงควรจัดสรรงบประมาณสนับสนุนงานบริการสุขภาพที่บ้านอย่างชัดเจน อาจเป็นการสนับสนุนการเบิกจ่ายค่าน้ำมันเชื้อเพลิง และค่าซ่อมยานพาหนะในผู้ให้บริการที่สมัครใจใช้ยานพาหนะของตนเองในการออกให้บริการ และควรมีมาตรการรักษาความปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สินของบุคลากร ที่ออกปฏิบัติงานบริการสุขภาพที่บ้านในพื้นที่ทุรกันดาร ห่างไกล และการคมนาคมลำบาก และควรจัดสรรงบประมาณค่าตอบแทนนอกเวลาให้กับผู้ปฏิบัติงาน เพื่อเป็นขวัญกำลังใจในการปฏิบัติงาน

จากการหาความสัมพันธ์ ระหว่างปัญหาอุปสรรค กับการปฏิบัติกิจกรรมบริการสุขภาพที่บ้านของพยาบาลวิชาชีพ พบว่า ปัญหาอุปสรรคด้านพยาบาลผู้ให้บริการสุขภาพที่บ้านและด้านผู้รับบริการ มีความสัมพันธ์ทางลบกับการปฏิบัติกิจกรรมบริการสุขภาพที่บ้านของพยาบาลวิชาชีพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) ดังนั้น การดำเนินการเพื่อลดปัญหาอุปสรรคดังที่กล่าวมาข้างต้น จะทำให้การปฏิบัติกิจกรรมบริการสุขภาพที่บ้านของพยาบาลวิชาชีพ เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ และประสิทธิผลมากขึ้น

3.3 ปัจจัยพยากรณ์การปฏิบัติกิจกรรมบริการสุขภาพที่บ้านของพยาบาลวิชาชีพ

จากการวิเคราะห์โดยใช้สถิติการถดถอยพหุคูณแบบขั้นต้น พบว่า การจัดระบบข้อมูลข่าวสาร การพัฒนามูลฐานและงบประมาณซึ่งเป็นปัจจัยด้านหน่วยงาน และปัญหาอุปสรรคด้านผู้รับบริการ สามารถรวมพยากรณ์การปฏิบัติกิจกรรมบริการสุขภาพที่บ้านของพยาบาลวิชาชีพ ได้ร้อยละ 23.4 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยปัญหาอุปสรรคด้านผู้รับบริการมีความสัมพันธ์เชิงผกผันกับการปฏิบัติกิจกรรมบริการสุขภาพที่บ้านของพยาบาลวิชาชีพ ซึ่งในตัวแปรทั้ง 4 ตัว การจัดระบบข้อมูลข่าวสาร สามารถพยากรณ์การปฏิบัติกิจกรรมบริการสุขภาพที่บ้านได้สูงสุดถึงร้อยละ 11.3 ในขณะที่ การพัฒนามูลฐาน งบประมาณและปัญหาอุปสรรคด้านผู้รับบริการ สามารถรวมอธิบายความแปรปรวนของการปฏิบัติกิจกรรมบริการสุขภาพที่บ้าน ได้เพิ่มขึ้นร้อยละ 12.1 อธิบายได้ว่าการจัดระบบข้อมูลข่าวสาร การพัฒนามูลฐาน งบประมาณและปัญหาอุปสรรคด้านผู้รับบริการ ร่วมกันพยากรณ์ได้ว่าการปฏิบัติกิจกรรมบริการสุขภาพที่บ้านของ

พยาบาลวิชาชีพจะเป็นไปได้มากน้อยเพียงใด โดยให้ความถูกต้อง ร้อยละ 23.4 แสดงว่า เมื่อปัจจัยเหล่านี้อยู่ในระดับที่ดี คือ หน่วยงานจัดระบบข้อมูลข่าวสารที่ดี พัฒนาศักยภาพอย่างต่อเนื่อง สนับสนุนงบประมาณในการปฏิบัติงานและแก้ไขปัญหายุ่งยากด้านผู้รับบริการให้อยู่ในระดับต่ำ ก็จะส่งผลให้พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติกิจกรรมบริการสุขภาพที่บ้านได้ครอบคลุมเพิ่มขึ้น เพราะการจัดระบบข้อมูลข่าวสารที่ดี จะทำให้มีแบบฟอร์มบันทึกทางการพยาบาล ช่วยให้พยาบาลมีความสะดวกและนำไปใช้มากขึ้น (วงจันทร์, 2537 : 48) และใช้สื่อสาร ประสานงานการดูแลระหว่างบุคลากรในทีมสุขภาพให้มีความเข้าใจตรงกัน เกิดความต่อเนื่องในการดูแลผู้รับบริการ (Lyon & Stephany, 1993 : 632) การพัฒนาศักยภาพ จะเป็นการเพิ่มศักยภาพของคนในองค์กรให้สามารถปฏิบัติหน้าที่ในความรับผิดชอบได้ดียิ่งขึ้น ทั้งในด้านความรู้ ความสามารถ ความชำนาญและประสบการณ์ รวมถึงมีกำลังใจในการทำงาน (รังสรรค์, 2540 : 461-462) การสนับสนุนงบประมาณที่เพียงพอ จะทำให้มีอุปกรณ์ เครื่องมือ เครื่องใช้เหมาะสมและสะดวกในการให้บริการ ส่งเสริมและสนับสนุน จูงใจและให้กำลังใจแก่ผู้ปฏิบัติงาน ทำให้การปฏิบัติงานเป็นไปตามมาตรฐานที่กำหนดไว้และบริการมีคุณภาพตามปรัชญาของโรงพยาบาล (สุลักษณ์, 2530 : 100) และการแก้ไขปัญหายุ่งยากด้านผู้รับบริการ โดยส่งเสริมการปฏิบัติให้ได้มาซึ่งความร่วมมือจากผู้รับบริการและครอบครัว และส่งเสริมการใช้ประโยชน์จากแหล่งประโยชน์ในชุมชน ก็จะส่งผลให้การปฏิบัติกิจกรรมบริการสุขภาพที่บ้านมีประสิทธิภาพและครอบคลุมเพิ่มขึ้น และเมื่อใดก็ตามที่ไม่สามารถคงไว้หรือรักษาสภาพปัจจัยทั้ง 4 ไว้ได้ ก็จะทำให้พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติกิจกรรมบริการสุขภาพที่บ้านในระดับต่ำลงได้

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ

สรุปผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (descriptive research) เพื่อศึกษาการปฏิบัติกิจกรรมบริการสุขภาพที่บ้านของพยาบาลวิชาชีพ การปฏิบัติของหน่วยงานเกี่ยวกับบริการสุขภาพที่บ้าน ปัจจัยสนับสนุนและปัญหาอุปสรรคในการปฏิบัติงาน ของโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขในภาคใต้ ซึ่งประกอบด้วย โรงพยาบาลศูนย์จำนวน 5 แห่ง โรงพยาบาลทั่วไปจำนวน 14 แห่ง และโรงพยาบาลชุมชน จำนวน 77 แห่ง

ประชากรที่ศึกษาครั้งนี้ เป็นพยาบาลวิชาชีพผู้รับผิดชอบและปฏิบัติงานบริการสุขภาพที่บ้านประจำศูนย์สุขภาพดีเริ่มที่บ้าน ของโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ในภาคใต้ จำนวน 116 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล เป็นแบบสอบถามซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง จากการศึกษาค้นคว้า ตำรา วารสาร เอกสาร บทความวิชาการและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ได้ทำการหาความตรงตามเนื้อหา (content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน และนำมาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ นำไปทดลองใช้กับพยาบาลวิชาชีพที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับประชากรที่ศึกษา ซึ่งปฏิบัติงานให้บริการสุขภาพที่บ้านใน โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชนในภาคใต้ จำนวน 30 คน คำนวณหาค่าความเที่ยงโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์ครอนบาค แอลฟา (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.96 เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนธันวาคม 2542 - มกราคม 2543 โดยส่งแบบสอบถามผ่านหัวหน้ากลุ่มงาน ให้กลุ่มประชากรตอบกลับโดยส่งทางไปรษณีย์ ได้รับแบบสอบถามกลับคืน จำนวน 111 ฉบับ คิดเป็นร้อยละ 95.67 และสามารถนำมาวิเคราะห์ผลการวิจัยได้ 109 ฉบับ ร้อยละ 93.97 ของประชากรที่สำรวจทั้งหมด

การวิเคราะห์ข้อมูล ใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS/FW (Statistical Package for the Social Science/for Window) โดยการแจกแจงความถี่ คำนวณร้อยละ ค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และหาปัจจัยสนับสนุน โดยการหาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านหน่วยงาน และปัญหาอุปสรรคกับการปฏิบัติกิจกรรมบริการสุขภาพที่บ้านของพยาบาลวิชาชีพ โดยใช้สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's product moment correlation coefficient) และหา

ปัจจัยพยากรณ์การปฏิบัติกิจกรรมบริการสุขภาพที่บ้านโดยใช้ สถิติถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (stepwise multiple regression analysis)

การศึกษาครั้งนี้ สามารถสรุปผลการวิจัย ได้ดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของพยาบาลวิชาชีพ กลุ่มประชากรศึกษาเป็นเพศหญิงทั้งหมด มีอายุระหว่าง 21- 58 ปี อายุเฉลี่ย 37.2 ปี ช่วงอายุ 31-40 ปี มากที่สุด ร้อยละ 68.7 ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 68.8 รองลงมา โสด ร้อยละ 28.4 การศึกษา ระดับปริญญาตรีหรือเทียบเท่ามากที่สุด ร้อยละ 95.4 ปริญญาโท ร้อยละ 4.6 ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชนมากที่สุด ร้อยละ 67.8 รองลงมา โรงพยาบาลทั่วไป ร้อยละ 29.3 และ โรงพยาบาลศูนย์ ร้อยละ 8.3 ประสบการณ์การทำงานในวิชาชีพพยาบาล 10-15 ปี มากที่สุด ร้อยละ 28.5 ปฏิบัติงานในกลุ่มงานการพยาบาลเป็นส่วนใหญ่ ร้อยละ 74.3 รองลงมาคือ กลุ่มงานเวชกรรมสังคม และฝ่ายส่งเสริมสุขภาพ ร้อยละ 16.5 และ 9.2 ตามลำดับ เคยได้รับความรู้หรือข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพที่บ้าน ร้อยละ 91.7 เป็นการศึกษาด้วยตนเองจากตำรา เอกสารหรือวารสารวิชาการมากที่สุด ร้อยละ 35.9 รองลงมา ได้เข้าร่วมสัมมนาหรือประชุมวิชาการ ร้อยละ 34.7 เข้าร่วมสัมมนาหรือประชุมวิชาการ 1-2 ครั้ง มากที่สุด ร้อยละ 79.3 มีประสบการณ์ในงานบริการสุขภาพที่บ้านเป็นเวลา 1-5 ปีมากที่สุด ร้อยละ 81.7

2. ข้อมูลการปฏิบัติกิจกรรมบริการสุขภาพที่บ้านของพยาบาลวิชาชีพ

กิจกรรมบริการสุขภาพที่บ้าน แบ่งออกเป็น 3 ขั้นตอน คือ กิจกรรมก่อนเยี่ยมบ้าน กิจกรรมขณะเยี่ยมบ้าน และกิจกรรมหลังเยี่ยมบ้าน สรุปได้ดังนี้

2.1 กิจกรรมก่อนเยี่ยมบ้าน กิจกรรมก่อนเยี่ยมบ้านที่ปฏิบัติมากที่สุด คือ การจัดเตรียมกระเป๋าเยี่ยม อุปกรณ์ เครื่องมือให้พร้อมและเพียงพอก่อนออกให้บริการ (ค่าเฉลี่ย 3.82) รองลงมา คือ การศึกษาแผนที่ทางเข้าบ้านผู้รับบริการก่อนออกให้บริการ (ค่าเฉลี่ย 3.80) และการพิจารณาความต้องการใช้ อุปกรณ์ เครื่องมือและเวชภัณฑ์ต่าง ๆ ตามสภาพปัญหาและความต้องการของผู้รับบริการเป็นรายบุคคล (ค่าเฉลี่ย 3.69) กิจกรรมก่อนเยี่ยมบ้านที่มีค่าเฉลี่ยการปฏิบัติน้อยที่สุดคือ การประชุมร่วมกับทีมสุขภาพ เพื่อวิเคราะห์ปัญหาหรือความต้องการของผู้รับบริการและครอบครัว ก่อนออกให้บริการ (ค่าเฉลี่ย 2.72)

2.2 กิจกรรมขณะเยี่ยมบ้าน กิจกรรมขณะเยี่ยมบ้านที่ปฏิบัติมากที่สุดคือ การประเมินปัญหาและความต้องการบริการสุขภาพของผู้รับบริการ โดยการตรวจร่างกาย เช่น สัญญาณชีพ การตรวจแผล เป็นต้น (ค่าเฉลี่ย 3.89) รองลงมาคือ การให้ความรู้ คำแนะนำตามสภาพปัญหาและสอดคล้องกับความต้องการของผู้รับบริการและครอบครัว (ค่าเฉลี่ย 3.83) และการแนะนำตนเอง แจกวัสดุประสงค์การให้บริการสุขภาพที่บ้าน เพื่อสร้างสัมพันธภาพและความไว้วางใจแก่ผู้รับบริการและครอบครัว (ค่าเฉลี่ย 3.83) กิจกรรมที่มีค่าเฉลี่ยการปฏิบัติน้อยที่สุด คือ การจัดหาเอกสารคู่มือ

เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพที่บ้านของผู้รับบริการและครอบครัว ไว้ประจำครอบครัวผู้รับบริการ (ค่าเฉลี่ย 2.86)

2.3 กิจกรรมหลังเยี่ยมบ้าน กิจกรรมหลังเยี่ยมบ้านที่ปฏิบัติมากที่สุด คือ การบันทึกข้อมูลต่าง ๆ ที่ได้จากการประเมินและการปฏิบัติตามแผนการดูแลและให้บริการสุขภาพที่บ้าน อย่างครบถ้วน (ค่าเฉลี่ย 3.72) รองลงมา คือ การวิเคราะห์ทบทวนแผนการดูแลและกิจกรรมที่ได้ปฏิบัติขณะเยี่ยม (ค่าเฉลี่ย 3.48) และ การทำความเข้าใจภาวะเป่าเยี่ยมและอุปกรณ์เครื่องมือต่าง ๆ (ค่าเฉลี่ย 3.28) ส่วนกิจกรรมที่มีค่าเฉลี่ยการปฏิบัติกันน้อยที่สุด คือ การประสานงานกับหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้อง เช่น โรงพยาบาล สถานีอนามัย ศูนย์บริการสาธารณสุขเทศบาลเป็นต้น เพื่อส่งต่อผู้รับบริการ (ค่าเฉลี่ย 2.81)

3. ข้อมูลการปฏิบัติของหน่วยงานเกี่ยวกับการบริการสุขภาพที่บ้านตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพ

พยาบาลวิชาชีพพบว่า โรงพยาบาลกำหนดนโยบาย วัตถุประสงค์การบริการสุขภาพที่บ้านชัดเจนและเป็นลายลักษณ์อักษร ร้อยละ 66.1 กำหนดหน่วยงานรับผิดชอบงานบริการสุขภาพที่บ้านไว้อย่างชัดเจน ร้อยละ 91.7 เป็นความรับผิดชอบของกลุ่มงานการพยาบาลมากที่สุด ร้อยละ 34.0 และแต่งตั้งทีมบริการสุขภาพที่บ้านอย่างเป็นทางการ ร้อยละ 84.4 ประกอบด้วยพยาบาลวิชาชีพเป็นส่วนใหญ่ ร้อยละ 25.6 รองลงมาเป็นแพทย์และพยาบาลเทคนิค ร้อยละ 18.1 และ 17.0 ตามลำดับ ซึ่งในการออกปฏิบัติงานแต่ละครั้ง ส่วนมากจะออกปฏิบัติงานร่วมกันเป็นทีม ๆ ละ 1 – 3 คน ร้อยละ 55. โดยกำหนดกลุ่มเป้าหมายผู้รับบริการไว้ ร้อยละ 95.4 เป็นผู้รับบริการจากแผนกผู้ป่วยในมากที่สุด ร้อยละ 31.2 รองลงมา แผนกผู้ป่วยนอกและรับส่งต่อจากโรงพยาบาลอื่น ร้อยละ 25.6 และ 20.5 ตามลำดับ ได้จัดสรรงบประมาณสำหรับงานบริการสุขภาพที่บ้านไว้ชัดเจนเพียง ร้อยละ 41.3 เท่านั้น ซึ่งเป็นงบประมาณเงินบำรุงของโรงพยาบาล ร้อยละ 95.6 การดำเนินงานได้ประสานงานภายในโรงพยาบาล ร้อยละ 91.7 และประสานงานกับหน่วยงานนอกโรงพยาบาล ร้อยละ 75.2 โดยใช้ใบส่งต่อในการประสานงานมากที่สุด ร้อยละ 38.2 ส่วนด้านการพัฒนาบุคลากร โรงพยาบาลได้เตรียมบุคลากรก่อนดำเนินงานบริการสุขภาพที่บ้าน ร้อยละ 88.1 ด้วยวิธีการส่งผู้ปฏิบัติงานไปอบรมระยะสั้นมากที่สุด ร้อยละ 27.2 และพัฒนาบุคลากรอย่างต่อเนื่องโดยการจัดประชุมวิชาการเกี่ยวกับงานบริการสุขภาพที่บ้านภายในหน่วยงาน ร้อยละ 37.6 เฉลี่ย 1.67 ครั้ง/ปี โรงพยาบาลส่วนใหญ่ได้จัดระบบข้อมูลข่าวสาร โดยมีแบบฟอร์มระเบียบรายงานใช้ใน การบันทึกการปฏิบัติงานบริการสุขภาพที่บ้าน ร้อยละ 98.2 ซึ่งสามารถสื่อแผนการดูแลได้ชัดเจน ร้อยละ 79.8 และได้จัดเก็บระเบียบรายงานไว้อย่างเป็นทางการ ร้อยละ 74.3

4. ปัจจัยสนับสนุนและปัญหาอุปสรรคในการปฏิบัติกิจกรรมบริการสุขภาพที่บ้านของ พยาบาลวิชาชีพ

ปัจจัยส่วนบุคคล ประกอบด้วย อายุ ภูมิหลังการศึกษา แผนกที่ปฏิบัติงาน ประสบการณ์การปฏิบัติงานวิชาชีพพยาบาล และประสบการณ์การปฏิบัติงานบริการสุขภาพที่บ้าน ไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติกิจกรรมบริการสุขภาพที่บ้านของพยาบาลวิชาชีพ

ปัจจัยด้านหน่วยงาน ประกอบด้วย งบประมาณ การประสานงาน และการจัดระบบข้อมูลข่าวสาร มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติกิจกรรมบริการสุขภาพที่บ้านของพยาบาลวิชาชีพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 นโยบายของโรงพยาบาลและการพัฒนาบุคลากร มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติกิจกรรมบริการสุขภาพที่บ้านของพยาบาลวิชาชีพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนการจัดองค์การของศูนย์สุขภาพดีเริ่มที่บ้าน ไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติกิจกรรมบริการสุขภาพที่บ้านของพยาบาลวิชาชีพ

ปัญหาอุปสรรคในการปฏิบัติกิจกรรมบริการสุขภาพที่บ้านของพยาบาลวิชาชีพ พบว่าพยาบาลวิชาชีพรับรู้ว่ามีปัญหาอุปสรรคด้านการบริหารจัดการมากที่สุด ร้อยละ 83.5 รองลงมา เป็นปัญหาอุปสรรคด้านผู้รับบริการ ร้อยละ 68.8 และปัญหาด้านพยาบาลผู้ให้บริการสุขภาพที่บ้าน ร้อยละ 64.2 ปัญหาด้านการบริหารจัดการคือ ปัญหาไม่มีกรอบอัตรากำลัง ร้อยละ 23.0 รองลงมาคือ ขาดแคลนบุคลากรในการปฏิบัติงาน นโยบายการปฏิบัติงานไม่ชัดเจน และขาดงบประมาณสนับสนุน ร้อยละ 17.5, 16.4 และ 15.3 ตามลำดับ ส่วนปัญหาด้านผู้รับบริการ ขาดผู้ดูแล ร้อยละ 45.7 รองลงมาคือ ฐานะทางเศรษฐกิจไม่ดี ร้อยละ 37.1 ผู้รับบริการและครอบครัวไม่ให้ความร่วมมือ ร้อยละ 14.6 ส่วนปัญหาด้านพยาบาลผู้ให้บริการสุขภาพที่บ้านคือ ขาดแหล่งสนับสนุนด้านความรู้เกี่ยวกับการบริการสุขภาพที่บ้าน ร้อยละ 34.1 รองลงมา ขาดผู้ให้คำปรึกษาเมื่อมีปัญหาในการปฏิบัติงาน ร้อยละ 23.0 และปฏิบัติงานบริการสุขภาพที่บ้านได้ไม่เต็มที่ เนื่องจากมีงานอื่นต้องรับผิดชอบด้วย ร้อยละ 20.0 และปัญหาอื่น ๆ พบว่าส่วนใหญ่เป็นปัญหา การขาดยานพาหนะ ร้อยละ 59.6 อุปกรณ์เครื่องมือแพทย์ไม่เพียงพอ ร้อยละ 25.3 และบ้านผู้รับบริการอยู่ในพื้นที่ทุรกันดารเดินทางไม่สะดวก ร้อยละ 5.1 และปัญหาอุปสรรคด้านพยาบาลผู้ให้บริการสุขภาพที่บ้าน และด้านผู้รับบริการมีความสัมพันธ์ทางลบกับการปฏิบัติกิจกรรมบริการสุขภาพที่บ้านของพยาบาลวิชาชีพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

ปัจจัยพยากรณ์การปฏิบัติกิจกรรมบริการสุขภาพที่บ้านของพยาบาลวิชาชีพ พบว่า การจัดระบบข้อมูลข่าวสาร การพัฒนาบุคลากร งบประมาณและปัญหาอุปสรรคด้านผู้รับบริการ สามารถร่วมพยากรณ์การปฏิบัติกิจกรรมบริการสุขภาพที่บ้านของพยาบาลวิชาชีพ ได้ร้อยละ 23.4 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยปัญหาอุปสรรคด้านผู้รับบริการเป็นตัวพยากรณ์ที่มีความสัมพันธ์

เชิงผกผันกับการปฏิบัติกิจกรรมบริการสุขภาพที่บ้านของพยาบาลวิชาชีพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ
ที่ระดับ .05

ข้อเสนอแนะ

จากผลการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยขอเสนอแนะ ดังนี้
การนำผลการวิจัยไปใช้

1. ด้านการบริหารการพยาบาล

1.1 ผลการศึกษาปัจจัยสนับสนุน พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ ภูมิหลังการศึกษา
แผนกที่ปฏิบัติงาน ประสบการณ์การปฏิบัติงานในวิชาชีพพยาบาลและประสบการณ์ในงานบริการ
สุขภาพที่บ้าน ไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติกิจกรรมบริการสุขภาพที่บ้านของพยาบาลวิชาชีพ
แสดงว่า พยาบาลวิชาชีพทุกคนสามารถปฏิบัติงานได้ไม่แตกต่างกัน น่าจะนำข้อค้นพบดังกล่าว ไป
พิจารณาเพื่อกำหนดบทบาทหน้าที่และแบบพรรณนางานของพยาบาลวิชาชีพ ผู้ปฏิบัติงานบริการ
สุขภาพที่บ้าน และถือปฏิบัติเป็นแนวทางเดียวกันก่อให้เกิดประโยชน์ต่อผู้รับบริการและครอบครัว
ได้มากที่สุด

1.2 จากข้อมูลปัญหาอุปสรรค ซึ่งเป็นสาเหตุให้การปฏิบัติงานบริการสุขภาพที่บ้านขาด
ความต่อเนื่อง ผู้วิจัยขอเสนอแนะดังนี้

1.2.1 ผู้บริหาร โรงพยาบาลควรกำหนดนโยบายให้ชัดเจนเป็นลายลักษณ์อักษร
และประชุมชี้แจงหรือประชาสัมพันธ์ ให้ผู้ปฏิบัติงานทุกระดับได้รับทราบและถือเป็นแนวปฏิบัติ
และชี้แจงนโยบายเป็นระยะ ๆ อย่างต่อเนื่องเพื่อให้บุคลากรผู้มาใหม่ได้รับทราบและเตือนความ
ทรงจำของบุคลากรเพื่อความร่วมมือในการปฏิบัติงาน

1.2.2 ควรกำหนดกรอบอัตราค่าจ้างให้ชัดเจน และมีผู้ทรงตำแหน่งปฏิบัติหน้าที่
บริการสุขภาพที่บ้าน โดยเฉพาะ

1.2.3 โรงพยาบาลควรจัดให้มีห้องสมุด และจัดหาตำราเอกสารเกี่ยวกับการ
บริการสุขภาพที่บ้านสำหรับบุคลากรศึกษาค้นคว้าเพิ่มเติม เพราะจากผลการศึกษาพบว่า พยาบาล
ส่วนใหญ่ได้รับความรู้เกี่ยวกับการบริการสุขภาพที่บ้านด้วยการศึกษาจากตำรา เอกสารหรือวารสาร
วิชาการ แต่ขาดแหล่งสนับสนุนทางด้านความรู้เกี่ยวกับการบริการสุขภาพที่บ้าน

1.2.4 ควรส่งเสริมและสนับสนุนให้พยาบาลผู้ให้บริการสุขภาพที่บ้าน ได้เข้า
อบรม ประชุมวิชาการ สัมมนา หรือศึกษาดูงานอย่างต่อเนื่อง เพื่อพัฒนาความรู้ ทักษะทางการ
พยาบาล และนำความรู้ที่ได้มาพัฒนางานให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

1.2.5 หน่วยงานระดับจังหวัดและอำเภอ ควรประชาสัมพันธ์และประสานงาน บริการสุขภาพที่บ้านกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทุกระดับอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะหน่วยงานหรือองค์ การที่ให้บริการด้านสุขภาพในชุมชน ได้แก่ สถานีอนามัย หน่วยงานหรือองค์การที่ไม่ได้ให้บริการ ด้านสุขภาพ แต่สามารถให้ความช่วยเหลือแก่ผู้รับบริการและครอบครัวได้ เช่น องค์การบริหาร ส่วนตำบล (อบต.) มูลนิธิต่าง ๆ ที่ตั้งขึ้นมาโดยมีวัตถุประสงค์เฉพาะ เพื่อขอความร่วมมือในการ ช่วยเหลือสนับสนุนด้านการเดินทางของพยาบาลหรือผู้รับบริการ หรือความช่วยเหลือด้านอื่น ๆ

1.2.6 กระทรวงสาธารณสุข ควรจัดสรรงบประมาณสนับสนุนงานบริการ สุขภาพที่บ้านอย่างชัดเจน

2. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล พยาบาลผู้ให้บริการสุขภาพที่บ้านทุกคน ควรพัฒนา ความรู้ของตนเองเกี่ยวกับทักษะทางการพยาบาล โดยศึกษาจากผลการวิจัยใหม่ ๆ หรือทำการวิจัย ด้วยตนเอง ตลอดจนติดตามข้อมูลข่าวสาร เทคโนโลยีใหม่ ๆ เกี่ยวกับการบริการสุขภาพที่บ้าน รวมทั้งเข้าร่วมฝึกอบรม ประชุม สัมมนา และศึกษาดูงาน เพื่อพัฒนาความรู้ในการปฏิบัติงานให้มี ประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

3. ด้านการศึกษาพยาบาล

3.1 สถาบันการศึกษาควรรับผิดชอบ เตรียมความพร้อมของพยาบาลผู้ให้บริการ สุขภาพที่บ้านก่อนปฏิบัติงาน และควรจัดอบรมฟื้นฟูทุกปี.

3.2 สถาบันการศึกษาควรจัดให้มีวิชา การบริการสุขภาพที่บ้าน ในหลักสูตรระดับ ปริญญาตรีทางการพยาบาล หรือหลักสูตรระยะสั้น เพื่อเสริมสร้างทักษะและประสบการณ์

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยในอนาคต

1. ควรศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพ ถึงการปฏิบัติกิจกรรมบริการสุขภาพที่บ้านของพยาบาล วิชาชีพ และปัจจัยที่สนับสนุนการปฏิบัติงาน โดยวิธีสัมภาษณ์ร่วมกับการสังเกตขณะปฏิบัติงาน

2. ควรศึกษาหาแนวทางปรับ โครงสร้างการบริหารงานของ โรงพยาบาล เพื่อส่งเสริมให้ พยาบาลผู้ให้บริการสุขภาพที่บ้าน สามารถปฏิบัติงานในบทบาทได้มากยิ่งขึ้นและมีความก้าวหน้า ในสายงานอาชีพ

3. ควรศึกษาหาแนวทางสร้างความร่วมมือในผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อจะได้จัดบริการให้ เหมาะสมและสอดคล้องกับความต้องการของผู้รับบริการ

บรรณานุกรม

- กฤษดา แสงวดี, ธีรพร สติรอังกูร, และเรวดี ศิรินคร. (2539). แนวทางการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- กัญญา โดท่าโรง. (2541). พฤติกรรมความเป็นวิชาชีพของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการบริหารการพยาบาล มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- กันยา กาญจนนุรานนท์. (2534). แนวคิดและกระบวนการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยเรื้อรังหรือพิการที่บ้าน. วารสารกองการพยาบาล, 18(2), 20-51.
- กัลยา วานิชย์บัญชา. (2542). การวิเคราะห์ข้อมูลด้วย SPSS for Windows (พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- กัลยาณี โนนินทร์. (2542). การดำเนินงานการดูแลสุขภาพที่บ้านของโรงพยาบาลชุมชนจังหวัดน่าน. วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- กุตยา ต้นศิลาชีวะ และส่งศรี กิตติรักษ์ตระกูล. (2534). วิชาชีพการพยาบาลในยุคเศรษฐกิจถดถอย. วารสารพยาบาล, 13(1), 1-7.
- คณะกรรมการวางแผนพัฒนาการสาธารณสุข. (2535). แผนพัฒนาการสาธารณสุขตามแผนพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 7 พ.ศ. 2535 - 2539. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
- คณะกรรมการสุขภาพดีเริ่มที่บ้าน. (2539). สรุปการประชุมเสนอผลการดำเนินงานบริการสุขภาพดีเริ่มที่บ้าน. วารสารกองการพยาบาล, 23(3), 5-14.
- คณะกรรมการอำนวยการจัดทำแผนพัฒนาการสาธารณสุข. (2539). แผนพัฒนาการสาธารณสุข ในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 8 (พ.ศ. 2540 - 2544). กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
- จรรยา เสียงเสนาะ และวารี ระกิติ. (2537). พยาบาลอนามัยชุมชนในงานเยี่ยมบ้าน ในเอกสารการสอนชุดวิชา กรณีเลือกสรรการพยาบาลอนามัยชุมชน หน่วยที่ 1-7 (พิมพ์ครั้งที่ 9 หน้า 277-347). นนทบุรี : โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช.
- จริยวัตร คมพยัคฆ์. (2538). การดูแลสุขภาพที่บ้าน. วารสารพยาบาล, 44(2), 69-70.
- จริยวัตร คมพยัคฆ์. (2542). ให้การพยาบาลด้วยการสอนสุขภาพ. วารสารพยาบาล, 14(3), 1-9.

จนผะจง เพ็งจาดและประภาพร จินันทยา. (2537). บทบาทพยาบาลผู้ดูแลสุขภาพที่บ้าน. วิทยาลัยพยาบาลสัตยาภิบาลศึกษาไทย, 19(1), 33-36.

จ่านง อิมสมบูรณ์. (2541). การสนับสนุนสุขภาพดีด้วยหน้าด้วยบริการสุขภาพดีเริ่มที่บ้าน. วารสารสุขภาพดีเริ่มที่บ้าน, 1(1), 24-25.

จินตนา คังเชาวลิตร์. (2541). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลเอกชนสังกัดมูลนิธิในเขตกรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) วิชาเอกบริหารสาธารณสุข มหาวิทยาลัยมหิดล.

จินตนา ยูนิพันธ์และคณะ. (2531). การพัฒนาตนเองของพยาบาลไทย. วารสารพยาบาล, 37(1), 10-19.

ชนิตา มณีวรรณ. (2538). ประสบการณ์ของพยาบาลที่ปฏิบัติงาน home health care แผนกป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพ โรงพยาบาลรามารับดี. สารสภากาพยาบาล, 10(3), 15-25.

ชนิตา มณีวรรณ. (2537). ปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยโรคเรื้อรังและผู้ดูแลที่บ้าน. วารสารพยาบาล, 43(4), 236-244.

ชมรมสุขภาพดีเริ่มที่บ้านแห่งประเทศไทย. (2542). บริการสุขภาพดีเริ่มที่บ้าน. วารสารสุขภาพดีเริ่มที่บ้าน, 2(1), 1-4.

ดวงใจ รัตนธัญญา. (2533). ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบางประการกับการใช้กระบวนการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพ ในโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) สาขาวิชาเอกพยาบาลสาธารณสุข มหาวิทยาลัยมหิดล.

ดวงตา นิมศรีทอง. (2533). ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบางประการกับการปฏิบัติการพยาบาลในโรงพยาบาลเพื่อเตรียมผู้ป่วยในการดูแลสุขภาพที่บ้าน ของพยาบาลโรงพยาบาลประจำจังหวัด เขต 1 สังกัดกระทรวงสาธารณสุข. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) สาขาวิชาเอกพยาบาลสาธารณสุข มหาวิทยาลัยมหิดล.

ทัศนาศุภา. (2538). ปัจจัยที่มีผลกระทบต่อบุคลิกภาพของพยาบาล. ใน เอกสารการสนทนาวิชาการประสบการณ์วิชาชีพการพยาบาล หน่วยที่ 1-8 (พิมพ์ครั้งที่ 7 หน้า 198-200). กรุงเทพฯ : อรุณการพิมพ์.

ทิพย์วดี บำเพ็ญบุญ. (2537). โครงการสุขภาพดีเริ่มที่บ้านของโรงพยาบาลยะลา. ยะลา : โรงพยาบาลยะลา. อัดสำเนา.

ธงชัย ตันติวงษ์. (2541). ทฤษฎีองค์การและการออกแบบ. กรุงเทพฯ : ไทยวัฒนาพานิช.

ธงชัย ตันติวงษ์ และชัยยศ ตันติวงษ์. (2540). พฤติกรรมบุคคลในองค์การ (พิมพ์ครั้งที่ 5). กรุงเทพฯ : ไทยวัฒนาพานิช.

- บุหงา ตโนภาส. (2537). มโนทัศน์พื้นฐานการดูแลสุขภาพที่บ้าน. วิทยาลัยสหราชอาณาจักร, 19(3), 163-167.
- ประชุม รอคประเสริฐ. (2533). นโยบายและการวางแผน: หลักการและทฤษฎี (พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพฯ : เนติกุลการพิมพ์.
- ประพิณ วัฒนกิจ. (2537). กลวิธีดำเนินงานบริการสุขภาพดีเริ่มที่บ้าน. วารสารกองการพยาบาล, 21(1), 12-18.
- ประพิณ วัฒนกิจ. (2541ก). การจัดระบบบริการสุขภาพดีเริ่มที่บ้าน. วารสารสุขภาพดีเริ่มที่บ้าน, 1(1), 42-43.
- ประพิณ วัฒนกิจ. (2541ข). การดูแลต่อเนื่องที่บ้าน. วารสารสุขภาพดีเริ่มที่บ้าน, 1(1), 81-82.
- ประพิณ วัฒนกิจ. (2541ค). นโยบายการดำเนินงานบริการสุขภาพดีเริ่มที่บ้าน. วารสารสุขภาพดีเริ่มที่บ้าน, 1(1), 12.
- ประพิณ วัฒนกิจ. (2536). บทบาทของทีมสุขภาพในการดูแลสุขภาพอนามัยของประชาชนที่บ้าน. เอกสารประกอบการสัมมนาเชิงปฏิบัติการ เรื่อง “ การดูแลสุขภาพอนามัยประชาชนที่บ้าน ” วันที่ 8-12 กุมภาพันธ์ 2536 ณ โรงแรมรอยัลริเวอร์ กรุงเทพมหานคร. อัดสำเนา.
- ประพิณ วัฒนกิจและคณะ. (2542). การประเมินผลลัพธ์การดำเนินงานบริการสุขภาพดีเริ่มที่บ้าน จังหวัดสกลนคร. วารสารสุขภาพดีเริ่มที่บ้าน, 2(1), 21-25.
- ประพิณ วัฒนกิจและคณะ. (2541). ผลลัพธ์การดำเนินการบริการสุขภาพดีเริ่มที่บ้านในประเทศไทย. วารสารสุขภาพดีเริ่มที่บ้าน, 1(2), 31-47.
- ประยงค์ ลีตระกูล. (2540). แนวคิดการดูแลสุขภาพที่บ้าน. ใน เอกสารประกอบการประชุมวิชาการ 14 จังหวัดภาคใต้ เรื่องการดูแลสุขภาพที่บ้าน: การปฏิบัติและการวิจัย วันที่ 24 - 30 มีนาคม 2540. สงขลา: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- ปรียาพร วงศ์อนุตรโรจน์. (2535). จิตวิทยาการบริหารงานบุคคล. กรุงเทพฯ : พิมพ์ดี.
- ภาลิต สกฤตวณะ. (2537). ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตการทำงานของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการบริหารการพยาบาล มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- พรทิพย์ เกษรานนท์. (2539). รูปแบบการดำเนินงานการดูแลสุขภาพที่บ้านของโรงพยาบาลในสังกัดกองสาธารณสุขภูมิภาค กระทรวงสาธารณสุข ภายในทศวรรษหน้า (พ.ศ. 2539 - 2549). วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหิดล.

พรรณทิพา ศิลป์ประสิทธิ์. (2532). การศึกษาความรู้ คุณค่า และการปฏิบัติกิจกรรมการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย ตามการรายงานของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลศูนย์ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. วิทยานิพนธ์ปริญญาครุศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

พูลสุข หิงคานนท์. (2541). ความร่วมมือ: บทบาทพยาบาลในการพัฒนาสุขภาพ. สารสาส์นการพยาบาล, 13(2), 23-27.

เพชรน้อย สึงษ์ช่างชัย, ศิริพร ชัมภลิจิต, และทัศนีย์ นะแส. (2539). วิจัยทางการพยาบาล: หลักการและกระบวนการ (พิมพ์ครั้งที่ 2). สงขลา : เหมการพิมพ์.

มุกดา สำนวนกลาง. (2534). การพยาบาลทางสุขภาพที่บ้าน. วารสารกองการพยาบาล, 18(2), 1-19.

รังสรรค์ ประเสริฐศรี. (2540). การพัฒนาบุคลากรและการฝึกอบรม ในเอกสารการสอนชุดวิชา องค์การและการจัดการงานบุคคล หน่วยที่ 9-15 (พิมพ์ครั้งที่ 3 หน้า 457-520). นนทบุรี : โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาราช.

รัชณีย์ ป้อมทอง. (2536). ศึกษาบทบาทตามการคาดหวังและที่เป็นจริงในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ตามการรายงานของพยาบาลวิชาชีพ ศูนย์บริการสาธารณสุข กรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

รัตนา วาฬบัณฑิตกุล. (2533). การพยาบาลอนามัยชุมชน. ภาควิชาการพยาบาลสาธารณสุข วิทยาลัยพยาบาลสภากาชาดไทย.

รุจา ภูไพบูลย์. (2537). การดูแลสุขภาพที่บ้าน: แนวคิดพื้นฐานสำหรับอนาคต. วารสารพยาบาล, 43(4), 210-216.

โรงพยาบาลกาฬสินธุ์. (2542). สรุปผลการดำเนินงานบริการสุขภาพดีเริ่มที่บ้านของจังหวัดเขต 6 ปีงบประมาณ 2541. เอกสารประกอบการนำเสนอผลการดำเนินงานบริการสุขภาพดี เริ่มที่บ้าน วันที่ 10-12 พฤษภาคม 2541 ณ โรงแรมมารี แอร์พอร์ต กรุงเทพมหานคร. อัดสำเนา.

โรงพยาบาลสกลนคร. (2542). สรุปผลการดำเนินงานบริการสุขภาพดีเริ่มที่บ้านของจังหวัดเขต 6 ปีงบประมาณ 2541. เอกสารประกอบการนำเสนอผลการดำเนินงานบริการสุขภาพดี เริ่มที่บ้าน วันที่ 10-12 พฤษภาคม 2541 ณ โรงแรมมารี แอร์พอร์ต กรุงเทพมหานคร. อัดสำเนา.

โรงพยาบาลอุครธานี. (2542). สรุปผลการดำเนินงานบริการสุขภาพดีเริ่มที่บ้านของจังหวัดเขต 6 ปีงบประมาณ 2541. เอกสารประกอบการนำเสนอผลการดำเนินงานบริการสุขภาพดี เริ่มที่บ้าน. วันที่ 10-12 พฤษภาคม 2541 ณ โรงแรมมารี แอร์พอร์ต กรุงเทพมหานคร. อัดสำเนา.

วงจันทร์ เพชรพิเชษฐเชียร. (2537). พยายามกับการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล. วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์, 14 (1), 48-61.

วงจันทร์ เพชรพิเชษฐเชียร. (2540). สารสนเทศทางการแพทย์พยาบาล: การบันทึกทางการแพทย์พยาบาลแนวโน้มที่ควรพัฒนา. วารสารพยาบาล, 46(1), 9-16.

วิลาวัลย์ เสนารัตน์ และประยงค์ ลิ้มตระกูล. (2538). การดูแลสุขภาพที่บ้าน. สารสาธาการพยาบาล, 10(3), 1-6.

วิลาวัลย์ เสนารัตน์, ประยงค์ ลิ้มตระกูล, และพิมพ์ภากรณ์ กลั่นกลิ่น. (2540). การให้บริการดูแลสุขภาพที่บ้านแก่ผู้ป่วยที่เข้ารับบริการในโรงพยาบาลในนครพิงค์. รายงานการวิจัย โครงการดูแลสุขภาพที่บ้าน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

วิโรจน์ ธนศิริรักษ์, นัยนัปร อักษรเผือก, และพิมพ์ วาณิชย์ปกรณ์. (2541). ผลการประเมินโครงการการดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน ในจังหวัดสุราษฎร์ธานี. วารสารวิชาการแพทย์เขต 11, 12(1), 5-9.

ศิริพร จัมภลิจิต. (2532). กระบวนการพยาบาล: มิติใหม่ทางการแพทย์พยาบาล. วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์, 9(1), 1-12.

ศิริพร คันติพิบูลวินัย. (2538). การพัฒนาคน พัฒนาคุณภาพงาน. วารสารพยาบาลรามาชินดี, 1(3), 91-95.

ศิริอร ชันชหัตถ์. (2541). องค์การและการจัดการ (พิมพ์ครั้งที่ 4). กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์ทิพย์วิสุทธิ์.

ศรีสุภา รัศมิพงศ์. (2537). บทบาทของพยาบาลกับการดูแลสุขภาพที่บ้าน. วารสารพยาบาลสาธารณสุข, 8(1), 50-56.

สมาคมอนามัยแห่งประเทศไทย. (2542). ปฏิทินสาธารณสุข. กรุงเทพฯ: สหประชาพานิชย์.

สุจิตรา เหลืองอมรเลิศ และเอี่ยมพร ทองกระจาย. (2538). กระบวนการพยาบาล: วิชาการความสำคัญ แนวคิดและทฤษฎี. ใน สุจิตรา เหลืองอมรเลิศ, สุจิตรา ลิ้มอำนวยลาภ และวิภา เสนารัตน์ (บก.), กระบวนการพยาบาล: ทฤษฎีและการนำไปใช้ (พิมพ์ครั้งที่ 4 หน้า 1-15). ขอนแก่น : ขอนแก่นการพิมพ์.

สุชาดา เสตพันธ์. (2539). การศึกษากิจกรรมพยาบาลด้านการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาลและการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วย ของพยาบาลประจำการระดับวิชาชีพ โรงพยาบาลศูนย์ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต ภาควิชาพยาบาลศึกษา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ศุทธาทิพย์ หวังสีศิริเพชร. (2535). ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติงานสาธารณสุขมูลฐานของพยาบาลวิชาชีพ ฝ่ายเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลในส่วนภูมิภาค กระทรวงสาธารณสุข. รายงานการวิจัย.

สุภาณี อ่อนชื่นจิตร. (2537 ก). การบริการพยาบาลที่บ้านตามทฤษฎีของโอเร็ม. ภาควิชาการพยาบาลสาธารณสุขศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.

สุภาณี อ่อนชื่นจิตร. (2537 ข). การวางแผนจำหน่าย. วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์, 14 (2), 49-57.

สุภาพร ไชยธานี. (2539). ความรู้ และความคาดหวังในบทบาทเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพที่บ้าน ของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลชุมชน เขต 6. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

สุภาวดี ลิ้มปนาทร.(2538). การดูแลผู้ป่วยที่บ้าน: สิ่งควรคิดในอนาคต. สารสภากาพยาบาล, 10(3), 7-14.

สุลักษณ์ มีชูทรัพย์. (2530). การบริหารการพยาบาล. กรุงเทพฯ: กรุงเทพมหานครพิมพ์.

หน่วยศึกษตามสถานะสุขภาพจากภาวะวิกฤตเศรษฐกิจ กระทรวงสาธารณสุข. (2542). ผลกระทบของวิกฤตเศรษฐกิจต่อการพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ. วารสารการพัฒนาศาสตร์พยาบาลมนุษยด้านสุขภาพ, 1(2), 139-142.

อดิษฐ์ ภูมิวิเศษ.(2537). ผลของการเยี่ยมบ้านต่อการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน. การค้นคว้าแบบอิสระ สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

อัครี จิตต์ภักดี. (2536). ความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพซึ่งปฏิบัติงานในโรงพยาบาลของรัฐและเอกชน ในจังหวัดเชียงใหม่. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการบริหารการพยาบาล มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

อาริยา สัพพะเลข. (2539). พัฒนาการของการดูแลสุขภาพที่บ้านในประเทศไทย.กรุงเทพฯ : กระทรวงสาธารณสุข.

อุษณีย์ คัตตริบุรณ์ และสุภาณี อ่อนชื่นจิตร. (2530). ปัจจัยที่มีผลต่อการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐาน ของพยาบาลฝ่ายส่งเสริมสุขภาพโรงพยาบาลชุมชนในภาคใต้. รายงานการวิจัย. สงขลา : คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.

Albrecht, M. N. (1990). The Albrecht Nursing Model for home health care: Implication of research, practice and education. *Public Health Nursing*, 7(2),118-126.

Anderson, M.A., & Helms, L. B. (1998). Comparison of continuing care communication. *Image: Journal of Nursing Scholarship*, 30(3), 255-260.

- Ark, P. D., & Nies, M. (1996). Knowledge & skills of the home health care nurse. *Home Healthcare Nurse*, 14(4), 292-297.
- Baldwin, D. R., & Price, S. A. (1994). Work excitement: The energizer for home healthcare nursing. *The Journal of Nursing Administration*, 24(9), 37-42.
- Bolla, C. D., & Lyon, J. C. (1993). The home visit. In J. M. Swanson & M. Albrecht (Eds.). *Community Health nursing: Promoting the health of aggregates* (pp.143-161). Philadelphia : W. B. Saunders Company.
- Bradley, P.J., & Alpers, R. (1996). Home healthcare nurse should regain their family focus. *Home Healthcare Nurse*, 14(1), 281-288.
- Buck, J. M. (1991). Planning for successful home health care. *Home Healthcare Nurse*, 9(1), 24-29.
- Burgess, W. (1983). *Community health nursing: Philosophy, process, practice*. Norwalk : Appleton -- Century -- Crofts.
- Burman, M. E. (1992). The organizational environments and services of VNAs and hospital-based home health care agencies. *Research in Nursing & Health*, 15 (4), 285-294.
- Caie-Lawrence, J., Peploski, J., & Russell, J. (1995). Training needs of home healthcare nurse. *Home Healthcare Nurse*, 13(2), 33-61.
- Chromiak, D. M., (1992). Referral sources in home healthcare. *The Journal of Nursing Administration*, 22(12), 35-45.
- Cloonan, P. A., & Belyea, M.J. (1993). Limit of using patient characteristic in predicting home health care coordination. *Western Journal of Nursing Research*, 15(6), 742-751.
- Cloonan, P. A., & Shuster, G. F. (1990). Care coordination: A resource-intensive component of home health nursing practice. *Public Health Nursing*, 7(4), 204-208.
- Cookfair, J. M. (Ed.). (1996). *Nursing Care in the Community* (2nd ed). St. Louis : Mosby Year Book.
- Doherty, M., Hurley, S. J., & Perfetti, C. B. (1994). Suburban home care . Cost, financing, and delivery. *The Nursing Clinics of North America*, 29(3), 483-493.
- Engstrom, M. (1987). Home health utilization review. *Home Healthcare Nurse*, 5 (6),30-33.

- Fox, L. (1997). Communities and home care practice. *Home Healthcare Nurse*, 15 (8),567-570.
- Fyke, L. D. (1994). Caring begins at home. *The Canadian Nurse*, 90(2), 27-28.
- Gabe, M., & Gill – Forney, B. (1993). Reacting for the ideal in home care. *Home Healthcare Nurse*, 11(6),30-34.
- Haddad, A. M. (1992). Ethical problems in home health care. *The Journal of Nursing Administration*, 22(3), 46-51.
- Hanks, C. A., & Smith, J. (1999). Implementing nurse home visitation programs. *Public Health Nursing*, 16(4), 235-245.
- Harris, M. D. (1999). The nurse as a member of the home healthcare team. *Home Healthcare Nurse*, 17(6), 391-394.
- Haydel, J. (1998). Help for home health strategies. *The Nursing Clinics of North America*, 29(2), 30-32
- Hedtcke, C. S., MacQueen, L., & Carr, A. (1992). How do home health nurses spend their time?. *The Journal of Nursing Administration*, 22(1), 18-22.
- Helberg, J.L. (1993a). Factors influencing home care nursing problems and nursing care. *Research in Nursing & Health*, 16 (5), 363-370.
- Helberg, J.L. (1993b). Patients' s status at home care discharge. *Image : Journal of Nursing Scholarship*, 25(2), 93-98.
- Hood, J. N., & Smith, H. L. (1994). Quality of work life in home care : the contribution of leaders' personal concern for staff. *The Journal of Nursing Administration*, 24 (1), 40-47.
- Humphrey, C. J. (1986). *Home care nursing handbook*. Norwalk : Appleton – Century – Crofts.
- Humphrey, C. J., & Milone-Nuzzo, P. (1996). *Orientation to home care nursing* (2nd ed). Gaithersburg : Aspen Publishers, Inc.
- Jacob, S. R. (1985). The impact of documentation in home health care. *Home Healthcare Nurse*, 3(5), 16-20.
- Jaffe, K. B. (1989). Home health care and rehabilitation nursing. *The Nursing Clinics of North America*, 21(1), 171-178.

- Johnson, E.A., & Jackson, J.E. (1989). Teaching the home care client. . *The Nursing Clinics of North America*, 24(3), 687-693.
- Keating, S. B. (1994). Hospital nursing care expanding in to the home. *Geriatric Nursing*, 15(5), 282-283.
- Keating, S. B., & Kelman, G. B. (1988). *Home health care nursing: Concepts and practice*. Philadelphia: J.B.Lippincott.
- Keenan, J. M., & Fanale, J. E. (1989). Home care: Past and present, problems and potential. *Journal of American Geriatrics Society*, 37(11), 1076-1082.
- Kendra K M., et al. (1996). Safety concerns affecting delivery of home care. *Public health Nursing*, 13(2), 83-89.
- Kenyon, S., et al. (1990). Clinical competencies for community health nursing. *Public health Nursing*, 7(1), 35-39.
- Kerkstra, A., & Vorst - Thijssen, M. (1991). Factors related to the use of community nursing services in the Netherlands. *Journal of Advanced Nursing*, 16(1), 47-54.
- Knollmeller, R. N. (1993). The roal of prevention in home healthcare nursing practice. *Home Healthcare Nurse*, 11(1), 21-23.
- Koerner, B. L. (1981). Selected correlates of job performance of community health nurses. *Nursing Research*, 3(1), 43-48.
- Longman, A. J., Atwood, J. R., Sherman, J. B., Benedict, J., & Shang, T-C. (1992). Care needs of home- based cancer patients and their care givers. *Cancer Nursing*, 15(3), 182-190.
- Lowenstein, A. J., & Hoff, P. S. (1994). Discharge planning: A study of nursing staff involvement. *Journal of Nursing Administration*, 24(4), 45-50.
- Lynch, S. A. (1994). Job satisfaction of home health nurses. *Home Healthcare Nurse*, 12(5), 21-28.
- Lyon, J. C., & Stephany, T. M. (1993). Home health care. In J. M. Swanson & M. Albrecht (Eds.). *Community health nursing: Promoting the health of aggregates* (pp.625-640). Philadelphia: W. B. Saunders Company.

- Marriner-Tomey, A. (1992). **Guide to nursing management** (4 th ed). St.Louis: Mosby Year Book.
- Martin, K. S. & Norris, J. (1996). The Omaha system : A model for describing practice. **Holistic Nursing Practice**, 11(1), 75-83.
- Martin, K. S., & Scheet, N. J. (1992). **The Omaha system: Application for community health nursing**. Philadelphia : W.B.Saunders Company.
- McCloskey, J. C., & McCain, B. (1988). Variables related to nurse performance. **Image : Journal of Nursing Scholarship**, 20(4), 203-207.
- Menees, M. R., & Burgess Perry, G. R. (1993). The plight of caregivers. **Home Healthcare Nurse**, 11(4), 10-14.
- Morrissey-Ross, M. (1988). Documenttation: If you haven' t written it, you haven' t done it. **The Nursing Clinics of North America**, 23(2), 363-371.
- Narayan, M. C., & Tennant, J. (1997). Environmental assessment. **Home Healthcare Nurse**, 15(5), 799-805.
- Oktay, J. S., & Valland, P. J. (1990). Post-hospital support program for the frail elderly and their caregivers:a quasi-experimental evaluation. **American Journal of Public Health**, 80(1), 39-46.
- Owen, C. M. (1983). **Health visiting** (2nd ed.). London : Baillier Tindal.
- Packard-Helie, M. T., & Lancaster, D. B. (1989). A vital link in continuity of care. **Nursing Management**, 20(8), 32-34.
- Parker, C., Dunderdale, J., Turner, N., & Fulton, T. R. (1997). Streamlining discharge planning.**The Canadian Nurse**, 93(5), 47-48.
- Pearlman, I. J. (1984). Discharge planning: The team is behind you!. **Nursing Management**, 15(8), 36-38.
- Pierce, L. L., Hazel, G. M., & Mion L. C. (1996). Effect of a professional practice model on octonomy, job satisfaction and turnover. **Nursing Management**, 27(2), 48h-48m.
- Quinlan, J., & Ohlund, G.(1995). Psychiatric home care. **Home Healthcare Nurse**, 13 (4), 20-24.
- Rhoad, C., Dean, J., Cason, C., & Blaylock, A. (1992). Comphehensive discharge planning: A hospital- home healthcare partnership. **Home Healthcare Nurse**, 10(6), 13-18.

- Rice, R. (1996). **Home health nursing practice: Concept & application** (2nd ed).
St. Louis : Mosby year book.
- Riordan, J. (1991). Prestige: Key to job satisfaction for community health nurse.
Public Health Nursing, 8(1) : 59-64.
- Rovinski, C.A., & Zastocki, D.K. (1989). **Home care: A technical manual for the professional nurse**. Philadelphia : W.B. Saunders Company.
- Ryan, J. J., & Wassenberg, C. (1980). A hospital – base home care program. **The Nursing Clinics of North America**, 15(2), 323-338.
- Simmons, B., et al. (1990). Infection control for home health. **Infection Control and Hospital Epidemiology**, 11(7), 362-370.
- Stanhope, M. (1996). Community health nurse in home health and hospice care. In M. Stanhope & J. Lancaster (Eds.). **Community health nursing: Promoting health of aggregates, families and individuals** (4th ed pp. 805-834). Philadelphia: Lippincott.
- Stewart, J. E. (1979). **Home health care**. St. Louis: The C. V. Mosby Company.
- Stewart, C. J., Blaha, A. J., Weissfeld, L., & Yuan, W. (1995). Discharge planning form home health care and patient status post-discharge. **Public Health Nursing**, 12 (2), 90-98.
- Stuart-Siddall, S. (1986). **Home health care nursing: Administration and clinical perspectives**. New York: An aspen publication.
- Turner, J. G., & Chavigny, K. H. (1988). **Community health nursing: An epidemiologic perspective through the nursing process**. Philadelphia: Lippincott Company.
- Wearing, J. (1994). The new emphasis at home care. **The Canadian Nurse**, 90(3), 22-26.
- Wendt, D. (1996). (1996). Building trust during the initial home visit. **Home Healthcare Nurse**, 14(2), 92-98.
- Wheeler, T. W., & Lewis C. C. (1993). Home care for medically fragile children: Urban versus rural setting. **Issues in Comprehensive Pediatric Nursing**, 16(1), 13-30.
- Zelewsky, M. G., & Birchfield, M. (1992). Common ground: the nurse 's role in caring for terminally ill patients with cancer or human immunodeficiency virus disease. **Home Healthcare Nurse**, 10(4), 12-17.

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก

ตาราง ก.1 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติ
กิจกรรมบริการสุขภาพที่บ้าน จำแนกเป็นรายชื่อ

กิจกรรมบริการสุขภาพที่บ้าน	การปฏิบัติ				\bar{X}	S.D.
	ทุกครั้ง(%)	บ่อยครั้ง(%)	นานๆครั้ง(%)	ไม่เคย(%)		
กิจกรรมก่อนเยี่ยมบ้าน						
1.ศึกษาข้อมูลปัญหาและความต้องการบริการสุขภาพที่บ้านเบื้องต้นของผู้รับบริการและครอบครัวล่วงหน้า	77(70.6)	27(24.8)	4(3.7)	1(9)	3.65	.6
2.กำหนดวัตถุประสงค์การเยี่ยมผู้รับบริการและครอบครัวล่วงหน้า	71(65.1)	34(32.1)	3(2.8)	1(9)	3.61	.59
3.แจ้งผู้รับบริการและครอบครัวทางโทรศัพท์ หรือไปรษณียบัตรหรือจดหมาย หรือบอกด้วยวาจา ให้ทราบล่วงหน้าก่อนออกให้บริการ	51(46.8)	30(27.5)	21(19.3)	7(6.4)	3.15	.95
4.ศึกษาและทบทวนประวัติของผู้รับบริการและครอบครัวจากแฟ้มประวัติต่าง ๆ และแหล่งส่งต่อ	73(67.0)	25(22.9)	11(10.1)	-	3.57	.67
5.ทบทวนความรู้ที่เกี่ยวข้องกับปัญหา และภาวะสุขภาพของผู้รับบริการและครอบครัวล่วงหน้า	57(52.3)	38(34.9)	14(12.8)	-	3.39	.71
6.ประชุมร่วมกับทีมสุขภาพเพื่อวิเคราะห์ปัญหาหรือความต้องการของผู้รับบริการและครอบครัวก่อนออกให้บริการ	26(23.9)	36(33.0)	37(33.9)	10(9.2)	2.72	.93
7.ศึกษาข้อมูลสภาพชุมชน แหล่งประโยชน์ หรือสวัสดิการต่าง ๆ ในชุมชน เพื่อประกอบการจัดบริการ	39(26.6)	39(35.8)	31(28.4)	10(9.2)	2.80	.94
8.กำหนดแผนการดูแลผู้รับบริการและครอบครัวล่วงหน้า	70(64.2)	33(30.3)	6(5.5)	-	3.59	.60
9.พิจารณาความต้องการใช้ อุปกรณ์ เครื่องมือและเวชภัณฑ์ต่าง ๆ ตามสภาพปัญหาและความต้องการของผู้รับบริการเป็นรายบุคคล	84(77.1)	16(14.7)	9(8.3)	-	3.69	.62
10.จัดเตรียมกระเป๋าเยี่ยม อุปกรณ์ เครื่องมือและเวชภัณฑ์ให้พร้อมและเพียงพอ ก่อนออกให้บริการ	94(86.2)	12(11.0)	1(9)	2(1.8)	3.82	.53
11.ศึกษาแผนที่ทางเข้าบ้านผู้รับบริการก่อนออกให้บริการ	95(87.2)	8(7.3)	4(3.7)	2(1.8)	3.80	.59
12.แจ้งตารางการปฏิบัติงานให้ทีมสุขภาพหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทราบล่วงหน้า ก่อนออกปฏิบัติงานในแต่ละวัน	84(77.1)	17(15.6)	5(4.6)	3(2.8)	3.67	.69

ตาราง ก.1 (ต่อ)

กิจกรรมบริการสุขภาพที่บ้าน	การปฏิบัติ				\bar{X}	S.D.
	ทุกครั้ง(%)	บ่อยครั้ง(%)	นานๆครั้ง(%)	ไม่เคย(%)		
กิจกรรมขณะเยี่ยม						
13.แนะนำตนเอง แจ้งวัตถุประสงค์การให้บริการสุขภาพที่บ้านเพื่อสร้างสัมพันธภาพและความไว้วางใจแก่ผู้รับบริการและครอบครัว	94(86.2)	12(11.0)	3(2.8)	-	3.83	.44
14.ล้างมือด้วยสบู่หรือเช็ดมือให้สะอาดด้วยน้ำยาฆ่าเชื้อก่อนปฏิบัติกิจกรรมบริการ	35(32.1)	43(39.4)	26(23.9)	5(4.6)	2.99	.87
15.เตรียมและจัดวางอุปกรณ์ เครื่องมือตามความต้องการใช้ในการปฏิบัติกิจกรรมบริการ	75(68.8)	20(26.6)	4(3.7)	1(9)	3.63	.60
16.ประเมินปัญหา และความต้องการบริการสุขภาพของผู้รับบริการ โดยการตรวจร่างกาย เช่น สัญญาณชีพ การตรวจแผล เป็นต้น	98(89.9)	10(9.2)	1(9)	-	3.89	.34
17.สังเกตและประเมินสภาวะสิ่งแวดล้อม แหล่งประโยชน์ภายในครอบครัวของผู้รับบริการ	85(78.0)	23(21.1)	1(9)	-	3.77	.44
18.วิเคราะห์ปัญหาและความต้องการบริการสุขภาพที่บ้านจากข้อมูลที่รวบรวมได้ ร่วมกับผู้รับบริการและครอบครัว	74(67.9)	29(26.6)	5(4.6)	1(9)	3.61	.62
19. ระบุปัญหาซึ่งมีผลต่อสุขภาพผู้รับบริการและครอบครัว	78(71.6)	29(26.6)	1(9)	1(9)	3.69	.54
20.วางแผนการพยาบาลร่วมกับผู้รับบริการและครอบครัวตามสภาพปัญหา และความต้องการ	75(68.8)	27(24.8)	7(6.4)	-	3.62	.61
21.ปรับกิจกรรมการพยาบาล ให้สอดคล้องกับสภาวะสุขภาพของผู้รับบริการ	84(77.1)	22(20.2)	3(2.8)	-	3.74	.50
22.ให้การพยาบาลโดยมุ่งดูแลเรื่องความสะอาด ความสุขสบาย อาหาร การขับถ่าย การออกกำลังกายและจัดสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสม	81(74.3)	26(23.9)	2(1.8)	-	3.72	.49
23.ปรับอุปกรณ์ เครื่องใช้ที่มีอยู่ในครอบครัวผู้รับบริการมาใช้ให้เหมาะสมกับสภาพผู้รับบริการ	63(57.8)	34(31.2)	11(10.1)	1(9)	3.46	.71

ตาราง ก.1 (ต่อ)

กิจกรรมบริการสุขภาพที่บ้าน	การปฏิบัติ				\bar{X}	S.D.
	ทุกครั้ง(%)	บ่อยครั้ง(%)	นานๆครั้ง(%)	ไม่เคย(%)		
24.นำแหล่งประโยชน์ในครอบครัวและชุมชนมาสนับสนุนการดูแลตนเองของผู้รับบริการและครอบครัว	45(41.3)	43(39.4)	17(15.6)	4(3.7)	3.18	.83
25.ให้ความรู้ คำแนะนำตามสภาพปัญหา และสอดคล้องกับความต้องการของผู้รับบริการและครอบครัว	94(86.2)	12(11.0)	3(2.8)	-	3.83	.44
26.จัดหาเอกสารคู่มือเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพของผู้รับบริการและครอบครัวไว้ประจำครอบครัว	27(24.8)	43(39.4)	36(33.0)	3(2.8)	2.86	.82
27.ประเมินผลการให้บริการร่วมกับผู้รับบริการและครอบครัว โดยเทียบกับเป้าหมายที่กำหนดไว้ในแผนการดูแล	38(34.9)	45(41.3)	23(21.1)	3(2.8)	3.08	.82
28.นำผลการประเมินหลังให้บริการไปปรับปรุงแผนการดูแลครั้งต่อไปร่วมกับผู้รับบริการและครอบครัว	39(35.8)	47(43.1)	21(19.3)	2(1.8)	3.13	.78
29.วางแผนจำหน่ายผู้รับบริการออกจากบริการสุขภาพที่บ้านหลังจากประเมินผลแล้ว ผู้รับบริการและครอบครัวสามารถดูแลตนเองได้	56(51.4)	32(29.4)	14(12.8)	7(6.4)	3.26	.92
30.บันทึกข้อมูลตามแบบฟอร์ม ระเบียบรายงานของหน่วยงาน	95(87.2)	10(9.2)	2(1.8)	2(1.8)	3.82	.55
31.เก็บอุปกรณ์ เครื่องมือที่ใช้แล้วใส่กระเป๋ายึดโดยคำนึงถึงหลักของความสะอาด ป้องกันการแพร่กระจายของเชื้อโรค	91(83.5)	13(11.9)	5(4.6)	-	3.79	.51
32.วางแผนการเยี่ยมและนัดหมายการเยี่ยมครั้งต่อไปร่วมกับผู้รับบริการและครอบครัว	84(77.1)	20(18.3)	3(2.8)	2(1.8)	3.71	.61
33.ปรับความถี่การเยี่ยมบ้านตามความเหมาะสมกับสภาพผู้รับบริการและความเป็นไปได้ของพยาบาลผู้ให้บริการ	80(73.4)	20(18.3)	8(7.3)	1(0.9)	3.64	.66
34.ล้างมือด้วยสบู่หรือเช็ดมือให้สะอาดด้วยน้ำยาฆ่าเชื้อหลังให้บริการ	57(52.3)	37(33.9)	14(12.8)	1(0.9)	3.38	.74

ตาราง ก.1 (ต่อ)

กิจกรรมบริการสุขภาพที่บ้าน	การปฏิบัติ				X	S.D.
	ทุกครั้ง(%)	บ่อยครั้ง(%)	นานๆครั้ง(%)	ไม่เคย(%)		
กิจกรรมหลังเยี่ยมบ้าน						
35.เมื่อกลับถึงหน่วยงาน วิเคราะห์ ทบทวนแผนการดูแล และกิจกรรมที่ได้ปฏิบัติขณะเยี่ยมบ้าน	65(59.6)	33(30.3)	9(8.3)	2(1.8)	3.48	.73
36.ร่วมประชุมปรึกษากับบุคลากรในทีมสุขภาพที่เกี่ยวข้อง เพื่อร่วมประเมิน แก้ไขปัญหา และปรับแผนการดูแลครั้งต่อไป ในผู้รับบริการที่มีปัญหาเฉพาะด้านและผู้ให้บริการไม่สามารถปฏิบัติได้	29(26.6)	47(43.1)	24(22.0)	9(8.3)	2.88	.90
37.บันทึกข้อมูลต่าง ๆ ที่ได้จากการประเมินและการปฏิบัติตามแผนการดูแลขณะให้บริการสุขภาพที่บ้าน อย่างครบถ้วน	84(77.1)	21(19.3)	3(2.8)	1(0.9)	3.72	.56
38.ประสานงานการส่งต่อผู้รับบริการและครอบครัว ภายในหน่วยงานเพื่อให้ผู้ป่วยเชี่ยวชาญตามสภาพ ปัญหาเฉพาะด้าน	48(44.0)	36(33.0)	22(20.2)	3(2.8)	3.18	.85
39.ประสานงานกับหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้อง เช่น โรงพยาบาล สถานีอนามัย ศูนย์บริการสาธารณสุข-เทศบาล เป็นต้น เพื่อส่งต่อผู้รับบริการ	30(27.5)	38(34.9)	31(28.4)	10(9.2)	2.81	.95
40.ทำความสะอาดกระเป๋าเยี่ยมและอุปกรณ์ เครื่องมือต่าง ๆ	54(49.5)	33(30.3)	21(19.3)	1(0.9)	3.28	.81
รวม					3.46	.33

ตาราง ก.2 จำนวนและร้อยละของพยาบาลวิชาชีพ จำแนกตามการได้รับความรู้หรือข้อมูลเกี่ยวกับการบริการสุขภาพที่บ้าน ระยะเวลาการศึกษาในหลักสูตร จำนวนครั้งการอบรมระยะสั้น จำนวนวันการอบรมระยะสั้น จำนวนครั้งการสัมมนาหรือประชุมวิชาการ จำนวนวันการสัมมนาหรือประชุมวิชาการ สถานที่ศึกษาดูงาน และจำนวนวันการศึกษาดูงาน

การได้รับความรู้หรือข้อมูลเกี่ยวกับการบริการสุขภาพที่บ้าน *	จำนวน	ร้อยละ
ระยะเวลาการศึกษาในหลักสูตร		
1 – 3 เดือน	2	66.7
มากกว่า 3 เดือน	1	33.3
รวม	3	100.0
$\bar{X} = 5.33$, S.D. = 5.86		
จำนวนครั้งการอบรมระยะสั้น		
1 ครั้ง	12	52.2
2 ครั้ง	10	43.5
3 ครั้ง	1	4.3
รวม	23	100.0
$\bar{X} = 1.52$, S.D. = .59		
จำนวนวันการอบรมระยะสั้น		
1 – 2 วัน	9	39.1
3 – 4 วัน	6	26.1
5 – 6 วัน	6	26.1
มากกว่า 6 วันขึ้นไป	2	8.7
รวม	23	100.0
$\bar{X} = 3.61$, S.D. = 2.04		

ตาราง ก.2 (ต่อ)

การได้รับความรู้หรือข้อมูลเกี่ยวกับการบริการสุขภาพที่บ้าน *	จำนวน	ร้อยละ
จำนวนครั้งการสัมมนาหรือประชุมวิชาการ		
1 - 2 ครั้ง	46	79.3
3 - 4 ครั้ง	10	17.2
มากกว่า 4 ครั้งขึ้นไป	2	3.5
รวม	58	100.0
$\bar{X} = 1.83, S.D. = 1.30$		
จำนวนวันการสัมมนาหรือประชุมวิชาการ		
1 - 5 วัน	46	79.3
6 - 10 วัน	8	13.8
มากกว่า 10 วันขึ้นไป	4	6.9
รวม	58	100.0
$\bar{X} = 3.84, S.D. = 3.41$		
สถานที่ศึกษาดูงาน		
ในประเทศ	10	58.8
ต่างประเทศ	7	41.2
รวม	17	100.0
จำนวนวันการศึกษาดูงาน		
1 - 2 วัน	12	70.6
3 - 4 วัน	4	23.5
มากกว่า 4 วันขึ้นไป	1	5.9
รวม	17	100.0
$\bar{X} = 1.82, S.D. = 1.19$		

*ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ

ตาราง ก.3 จำนวนและร้อยละ ของทีมบริการสุขภาพที่บ้านที่ได้รับการแต่งตั้ง

ทีมบริการสุขภาพที่บ้าน*	จำนวน	ร้อยละ
แพทย์	65	18.1
1-2 คน	62	95.4
3-4 คน	3	4.6
$\bar{X} = 1.16, S.D. = .61$		
พยาบาลวิชาชีพ	92	25.6
1-2 คน	22	23.9
3-4 คน	46	50.0
มากกว่า 4 คนขึ้นไป	24	26.1
$\bar{X} = 3.58, S.D. = 2.86$		
พยาบาลเทคนิค	61	17.0
1-2 คน	35	57.4
3-4 คน	20	32.8
มากกว่า 4 คนขึ้นไป	6	9.8
$\bar{X} = 2.00, S.D. = 1.34$		
นักสุขศึกษา	23	6.4
เภสัชกร	44	12.3
นักสังคมสงเคราะห์	21	5.8
อื่นๆ		
โภชนากร	6	1.7
นักกายภาพบำบัด	10	2.8
นักอาชีวบำบัด	2	0.6
นักจิตวิทยา	2	0.6
พยาบาลจิตเวช	2	0.6
เจ้าพนักงานสาธารณสุขชุมชน	26	7.2
เจ้าพนักงานเภสัชชุมชน	5	1.3
รวม	359	100.0

* ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ

ตาราง ก.4 จำนวนและร้อยละของกลุ่มเป้าหมายผู้รับบริการสุขภาพที่บ้าน จำแนกตามแหล่งที่มา

แหล่งที่มาของกลุ่มเป้าหมายผู้รับบริการสุขภาพที่บ้าน*	จำนวน	ร้อยละ
แผนกผู้ป่วยนอก	79	25.6
ผู้ป่วยโรคเรื้อรังและผู้สูงอายุที่เจ็บป่วย	32	40.5
ผู้ป่วยเอดส์ และวัณโรค	22	27.8
ทุกกลุ่มโรคที่ต้องการการดูแลที่ต่อเนื่อง	16	20.3
ไม่ระบุกลุ่มโรค	9	11.4
แผนกผู้ป่วยใน	96	31.2
ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง และผู้สูงอายุที่เจ็บป่วย	36	37.5
มารดาและทารกหลังคลอด	21	21.9
ผู้ป่วยหลังจำหน่ายที่ต้องการการดูแลที่ต่อเนื่อง	23	24.0
ไม่ระบุกลุ่มโรค	16	16.6
รับการส่งต่อจากโรงพยาบาลอื่น	63	20.5
ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง : มะเร็ง โรคหลอดเลือดสมอง	17	26.9
ผู้ป่วยโรคจิต โรคประสาท	6	9.5
ทุกกลุ่มโรคที่ต้องการการดูแลที่ต่อเนื่อง	20	31.8
ไม่ระบุกลุ่มโรค	20	31.8
จากการสำรวจบ้านและชุมชน	61	19.8
ผู้ป่วยเรื้อรัง	24	39.3
ผู้สูงอายุภาวะปกติและเจ็บป่วย	27	44.3
ผู้ป่วยพิการและพัฒนาการช้า	10	16.4
อื่น ๆ		
ให้บริการเฉพาะในเขตพื้นที่รับผิดชอบ	9	2.9
รวม	308	100.0

*ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ

ตาราง ก.5 จำนวนและร้อยละของการปฏิบัติของหน่วยงานเกี่ยวกับการบริการสุขภาพที่บ้าน
ด้านอื่น ๆ

การปฏิบัติของหน่วยงานเกี่ยวกับการบริการสุขภาพที่บ้าน	จำนวน (N=109)	ร้อยละ
ระยะเวลาการดำเนินงานบริการสุขภาพที่บ้านของโรงพยาบาล		
1 - 3 ปี	46	42.2
4 - 6 ปี	49	45.0
7 ปีขึ้นไป	14	12.8
การประชาสัมพันธ์การดำเนินงานบริการสุขภาพที่บ้านแก่ประชาชน		
ไม่ประชาสัมพันธ์	28	25.7
ประชาสัมพันธ์*	81	74.3
ประกาศทางวิทยุ	3	1.8
ออกเสียงตามสายในโรงพยาบาล	18	10.8
ออกเสียงตามสายตามหอกระจายข่าวในหมู่บ้าน	6	3.6
แจกเอกสารในกลุ่มเป้าหมาย	31	28.4
ประชุมชี้แจงชาวบ้าน	28	25.7
ประกาศผ่าน อสม.	60	55.0
อื่น ๆ	20	12.0
รวม	166	100.0
การจัดทำคู่มือการปฏิบัติงานบริการสุขภาพที่บ้าน		
ไม่จัดทำ	68	62.7
จัดทำ	41	37.6
การคิดค่าบริการสุขภาพที่บ้าน		
ไม่คิดค่าบริการ	81	74.3
คิดค่าบริการ	28	25.7

ภาคผนวก ข

คณะพยาบาลศาสตร์

มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

16 ธันวาคม 2542

เรื่อง ขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม

เรียน ผู้ตอบแบบสอบถามที่นับถือ

สิ่งที่ส่งมาด้วย แบบสอบถาม จำนวน 1 ชุด

ด้วยดิฉัน นางสาวสุคนธา รัตโน นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลอนามัยชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อวิทยานิพนธ์ เรื่อง การปฏิบัติกิจกรรมบริการสุขภาพที่บ้านของพยาบาลวิชาชีพ ในภาคใต้ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อ ศึกษาการปฏิบัติกิจกรรมบริการสุขภาพที่บ้านของพยาบาลวิชาชีพได้ การปฏิบัติของหน่วยงาน และปัญหาอุปสรรคในการปฏิบัติงานบริการสุขภาพที่บ้าน ในโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชนในภาคใต้ ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้ คาดว่า จะ เป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนางานบริการสุขภาพที่บ้านที่เหมาะสมต่อไป

ท่านเป็นผู้ที่มีความเหมาะสม และมีคุณสมบัติในการตอบแบบสอบถามฉบับนี้ ดิฉันจึงใคร่ขอความอนุเคราะห์จากท่าน ช่วยกรุณาตอบแบบสอบถามที่แนบมานี้ให้ครบถ้วนและตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด ข้อมูลที่ได้รับจากท่านจะนำมาใช้เพื่อการวิจัยและนำเสนอเป็นส่วนรวม จึงขอมิให้เกิดผลกระทบกระเทือนหรือความเสียหายใด ๆ ต่อท่าน ทั้งในหน้าที่การงานและส่วนตัว คำตอบของท่านจึงมีความสำคัญยิ่งที่จะทำให้การวิจัยครั้งนี้สำเร็จลุล่วงด้วยดี และใคร่ขอความกรุณาส่งแบบสอบถามกลับคืนดิฉันทางไปรษณีย์ ภายใน 2 สัปดาห์ หลังจากที่ท่านได้รับแบบสอบถาม โดยใช้ซองที่แนบมานี้

ดิฉันหวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความร่วมมือจากท่านด้วยดี และขอขอบพระคุณอย่างสูงที่กรุณาสละเวลาในการตอบแบบสอบถามครั้งนี้

ขอแสดงความนับถือ

(นางสาวสุคนธา รัตโน)

นักศึกษาระดับปริญญาโท สาขาวิชาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

แบบสอบถาม

เรื่อง การปฏิบัติกิจกรรมบริการสุขภาพที่บ้านของพยาบาลวิชาชีพในภาคใต้

คำชี้แจง

1. แบบสอบถามชุดนี้เป็นคำถามเกี่ยวกับกิจกรรมบริการสุขภาพที่บ้านซึ่งท่านได้ปฏิบัติและกรุณาตอบตามประสบการณ์จริงของท่านโดยไม่ต้องลงชื่อ
2. แบบสอบถามชุดนี้แบ่งออกเป็น 4 ส่วน คือ
 - ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล จำนวน 9 ข้อ
 - ส่วนที่ 2 ข้อมูลการปฏิบัติกิจกรรมบริการสุขภาพที่บ้านของพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 40 ข้อ
 - ส่วนที่ 3 ข้อมูลการปฏิบัติของหน่วยงานเกี่ยวกับการบริการสุขภาพที่บ้านตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 20 ข้อ
 - ส่วนที่ 4 ข้อมูลปัญหาอุปสรรคในการปฏิบัติกิจกรรมการบริการสุขภาพที่บ้านตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 4 ข้อ
3. โปรดตอบแบบสอบถามทุกส่วนทุกตอนและทุกข้อ เพื่อจะนำคำตอบของท่านไปใช้เป็นข้อมูลในการวิจัยต่อไป

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

- คำชี้แจง 1. โปรดทำเครื่องหมาย / ลงในช่อง () หน้าคำตอบที่ต้องการเพียงช่องเดียว ยกเว้น
คำถามระบุว่าให้ตอบได้มากกว่าหนึ่งคำตอบ
4. ในบางคำถามต้องการคำตอบที่ระบุลงไปโดยชัดเจน ขอให้ท่านเติมคำในช่องว่างที่
เว้นไว้

1. เพศ () ชาย () หญิง
2. ปัจจุบันท่านอายุ.....ปี
3. สถานภาพสมรส () โสด () คู่ () หม้าย/หย่า/แยก
4. การศึกษาระดับชั้นสูงสุด
() ปริญญาตรีหรือเทียบเท่า () ปริญญาโท (ระบุสาขา.....)
() อื่น ๆ โปรดระบุ.....
5. ระดับของโรงพยาบาลที่ท่านปฏิบัติงานอยู่
() โรงพยาบาลศูนย์ () โรงพยาบาลทั่วไป
() โรงพยาบาลชุมชน (ระบุขนาดโรงพยาบาล.....เตียง)
6. ขณะนี้ตำแหน่งของท่าน ปฏิบัติงานประจำหน่วยงานใด
() แผนกผู้ป่วยนอก () แผนกผู้ป่วยใน (ระบุหอผู้ป่วย.....)
() ฝ่ายส่งเสริมสุขภาพ () กลุ่มงานเวชกรรมสังคม (ระบุงาน.....)
() อื่น ๆ ระบุ.....
7. ท่านเคยได้รับความรู้หรือข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพที่บ้านหรือไม่
() ไม่เคย
() เคย โปรดระบุแหล่งความรู้ที่ได้รับ
() ศึกษาในหลักสูตร (ระบุระยะเวลา.....เดือน.....ปี)
() อบรมระยะสั้น จำนวน.....ครั้ง.....วัน
() สัมมนาหรือประชุมวิชาการ จำนวน.....ครั้ง.....วัน
() ศึกษาดูงานด้าน home health care (ระบุสถานที่.....
ระยะเวลา.....)
() ศึกษาโดยตนเอง โดยการอ่านจากตำรา เอกสารหรือวารสารวิชาการ
() อื่น ๆ ระบุ.....
8. ประสบการณ์ในการปฏิบัติงานวิชาชีพพยาบาล.....ปี.....เดือน
9. ประสบการณ์ที่ปฏิบัติงานให้บริการสุขภาพที่บ้าน.....ปี.....เดือน

ส่วนที่ 2 ข้อมูลการปฏิบัติกิจกรรมการบริการสุขภาพที่บ้านของพยาบาลวิชาชีพ

คำชี้แจง โปรดใส่เครื่องหมาย / ลงในช่องหลังข้อความที่เป็นการปฏิบัติกิจกรรมการบริการสุขภาพที่บ้านของท่าน และระบุเหตุผลในช่องหมายเหตุกรณีไม่เคยปฏิบัติ โดยมีเกณฑ์การพิจารณาดังนี้

การปฏิบัติกิจกรรมการบริการสุขภาพที่บ้าน หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมการบริการสุขภาพที่บ้าน ของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติตามขั้นตอนการเยี่ยมบ้าน ตั้งแต่ ก่อนออกเยี่ยม ขณะเยี่ยม และ หลังเยี่ยม เพื่อจัดบริการสุขภาพให้สอดคล้องกับปัญหา และความต้องการของผู้รับบริการและครอบครัว สนับสนุนให้ผู้รับบริการและครอบครัวสามารถตัดสินใจแก้ปัญหา และดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสม โดยประเมินจากแบบสอบถามการปฏิบัติกิจกรรมการบริการสุขภาพที่บ้านที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น

การปฏิบัติทุกครั้ง หมายถึง ปฏิบัติกิจกรรมนั้นทุกครั้งที่ออกให้บริการสุขภาพที่บ้าน
 การปฏิบัติบ่อยครั้ง หมายถึง ปฏิบัติกิจกรรมนั้นเกือบทุกครั้งที่ออกให้บริการสุขภาพที่บ้าน
 การปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง หมายถึง ปฏิบัติกิจกรรมนั้นบางครั้งดำมีเวลาที่ออกให้บริการสุขภาพที่บ้าน
 ไม่เคยปฏิบัติ หมายถึง ไม่เคยปฏิบัติกิจกรรมดังกล่าวที่ออกให้บริการสุขภาพที่บ้าน

กิจกรรมการบริการสุขภาพที่บ้าน	การปฏิบัติ				หมายเหตุ
	ทุกครั้ง	บ่อยครั้ง	นาน ๆ ครั้ง	ไม่เคยปฏิบัติ	
กิจกรรมก่อนเยี่ยมบ้าน 1. ศึกษาข้อมูลปัญหาและความต้องการบริการสุขภาพที่บ้านเบื้องต้น ของผู้รับบริการและครอบครัวล่วงหน้า 2. กำหนดวัตถุประสงค์การเยี่ยมผู้รับบริการและครอบครัวล่วงหน้า 3. แจ้งผู้รับบริการและครอบครัวทางโทรศัพท์ หรือไปรษณียบัตรหรือจดหมาย หรือบอกด้วยวาจา ให้ทราบล่วงหน้า ก่อนออกให้บริการ 4. ศึกษาและทบทวนประวัติของผู้รับบริการและครอบครัวจากแฟ้มประวัติต่าง ๆ และแหล่งส่งต่อ 5. ทบทวนความรู้ที่เกี่ยวข้องกับปัญหา และภาวะสุขภาพของผู้รับบริการและครอบครัวล่วงหน้า					

กิจกรรมบริการสุขภาพที่บ้าน	การปฏิบัติ				หมายเหตุ
	ทุกครั้ง	บ่อยครั้ง	นานๆ ครั้ง	ไม่เคย ปฏิบัติ	
6. ประชุมร่วมกับทีมสุขภาพเพื่อวิเคราะห์ปัญหาหรือความต้องการของผู้รับบริการและครอบครัวก่อนออกให้บริการ					
7. ศึกษาข้อมูลสภาพชุมชน แหล่งประโยชน์ หรือสวัสดิการต่าง ๆ ในชุมชน เพื่อประกอบการจัดบริการ					
8. กำหนดแผนการดูแลผู้รับบริการและครอบครัวล่วงหน้า					
9. พิจารณาความต้องการใช้ อุปกรณ์ เครื่องมือและเวชภัณฑ์ต่าง ๆ ตามสภาพปัญหาและความต้องการของผู้รับบริการเป็นรายบุคคล					
10. จัดเตรียมกระเป๋าเยี่ยม อุปกรณ์ เครื่องมือ และเวชภัณฑ์ให้พร้อมและเพียงพอ ก่อนออกให้บริการ					
11. ศึกษาแผนที่ทางเข้าบ้านผู้รับบริการก่อนออกให้บริการ					
12. แจกตารางการปฏิบัติงานให้ทีมสุขภาพหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทราบล่วงหน้าก่อนออกปฏิบัติงานในแต่ละวัน					
กิจกรรมขณะเยี่ยมบ้าน					
13. แนะนำตนเอง แจ้งวัตถุประสงค์การให้บริการสุขภาพที่บ้านเพื่อสร้างสัมพันธภาพ และความไว้วางใจแก่ผู้รับบริการและครอบครัว					
14. ล้างมือด้วยสบู่หรือเช็ดมือให้สะอาดด้วยน้ำยาฆ่าเชื้อ ก่อนปฏิบัติกิจกรรมบริการ					
15. เตรียมและจัดวางอุปกรณ์ เครื่องมือตามความต้องการใช้ในการปฏิบัติกิจกรรมบริการ					
16. ประเมินปัญหา และความต้องการบริการสุขภาพของผู้รับบริการ โดยการตรวจร่างกาย เช่น สัญญาณชีพ การตรวจแผล เป็นต้น					
17. สังเกตและประเมินสภาวะสิ่งแวดล้อม แหล่งประโยชน์ภายในครอบครัวของผู้รับบริการ					

กิจกรรมบริการสุขภาพที่บ้าน	การปฏิบัติ				หมายเหตุ
	ทุกครั้ง	บ่อยครั้ง	นานๆ ครั้ง	ไม่เคย ปฏิบัติ	
18. วิเคราะห์ปัญหาและความต้องการบริการสุขภาพที่บ้านจากข้อมูลที่รวบรวมได้ ร่วมกับผู้รับบริการและครอบครัว					
19. ระบุปัญหาซึ่งมีผลต่อสุขภาพผู้รับบริการและครอบครัว					
20. วางแผนการพยาบาลร่วมกับผู้รับบริการและครอบครัวตามสภาพปัญหาและความต้องการ					
21. ปรับกิจกรรมการพยาบาลให้สอดคล้องกับสภาวะสุขภาพของผู้รับบริการ					
22. ให้การพยาบาลโดยมุ่งดูแลเรื่องความสะอาด ความสุขสบาย อาหาร การขับถ่าย การออกกำลังกาย และจัดสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสม					
23. ปรับอุปกรณ์ เครื่องใช้ที่มีอยู่ในครอบครัวผู้รับบริการมาใช้ให้เหมาะสมกับสภาพผู้รับบริการ					
24. นำแหล่งประโยชน์ในครอบครัวและชุมชนมาสนับสนุนการดูแลตนเองของผู้รับบริการและครอบครัว					
25. ให้ความรู้ กำแนะนำตามสภาพปัญหา และสอดคล้องกับความต้องการของผู้รับบริการและครอบครัว					
26. จัดหาเอกสารคู่มือเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพของผู้รับบริการและครอบครัว ไว้ประจำครอบครัวผู้รับบริการ					
27. ประเมินผลการให้บริการร่วมกับผู้รับบริการและครอบครัว โดยเทียบกับเป้าหมายที่กำหนดไว้ในแผนการดูแล					
28. นำผลการประเมินหลังให้บริการ ไปปรับปรุงแผนการดูแลครั้งต่อไป ร่วมกับผู้รับบริการและครอบครัว					
29. วางแผนจำหน่ายผู้รับบริการออกจากบริการสุขภาพที่บ้านหลังจากประเมินผลแล้ว ผู้รับบริการและครอบครัวสามารถดูแลตนเองได้					
30. บันทึกข้อมูลตามแบบฟอร์ม ระเบียบรายงานของหน่วยงาน					

กิจกรรมบริการสุขภาพที่บ้าน	การปฏิบัติ				หมายเหตุ
	ทุกครั้ง	บ่อยครั้ง	นานๆ ครั้ง	ไม่เคย ปฏิบัติ	
<p>31. เก็บอุปกรณ์ เครื่องมือที่ใช้แล้วใส่กระเป๋าเย็บม โดยคำนึงถึงหลักของความสะอาด ป้องกันการแพร่กระจายของเชื้อโรค</p> <p>32. วางแผนการเยี่ยมและนัดหมายการเยี่ยมครั้งต่อไป ร่วมกับผู้รับบริการและครอบครัว</p> <p>33. ปรับปรุงการเยี่ยมบ้านตามความเหมาะสมกับสภาพผู้รับบริการและความเป็นไปได้ของพยาบาลผู้ให้บริการ</p> <p>34. ล้างมือด้วยสบู่หรือเช็ดมือให้สะอาดด้วยน้ำยาฆ่าเชื้อหลังให้บริการ</p> <p>กิจกรรมหลังเยี่ยมบ้าน</p> <p>35. เมื่อกลับถึงหน่วยงาน วิเคราะห์ ทบทวนแผนการดูแลและ กิจกรรมที่ได้ปฏิบัติขณะเยี่ยมบ้าน</p> <p>36. ร่วมประชุมปรึกษากับบุคลากรในทีมสุขภาพที่เกี่ยวข้อง เพื่อร่วมประเมิน แก้ไขปัญหา และปรับแผนการดูแลครั้งต่อไป ในผู้รับบริการที่มีปัญหาเฉพาะด้าน และผู้ให้บริการไม่สามารถปฏิบัติได้</p> <p>37. บันทึกข้อมูลต่าง ๆ ที่ได้จากการประเมินและการปฏิบัติ ตามแผนการดูแลขณะให้บริการสุขภาพที่บ้าน อย่างครบถ้วน</p> <p>38. ประสานงานการส่งต่อผู้รับบริการและครอบครัว ภายในหน่วยงานเพื่อให้ให้พบผู้เชี่ยวชาญตามสภาพปัญหาเฉพาะด้าน</p> <p>39. ประสานงานกับหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้อง เช่น โรงพยาบาล สถานีอนามัย ศูนย์บริการสาธารณสุข เทศบาล เป็นต้น เพื่อส่งต่อผู้รับบริการ</p> <p>40. ทำความสะอาดกระเป๋าเย็บม และอุปกรณ์และเครื่องมือต่าง ๆ</p>					

ส่วนที่ 3 ข้อมูลการปฏิบัติของหน่วยงานเกี่ยวกับการบริการสุขภาพที่บ้านตามการรับรู้ของ
พยาบาลวิชาชีพ

- คำชี้แจง 1. โปรดทำเครื่องหมาย / ลงในช่อง () หน้าคำตอบที่ต้องการเพียงช่องเดียว ยกเว้น
คำถามระบุว่าให้ตอบได้มากกว่า 1 คำตอบ
2. ในบางคำถามต้องการคำตอบที่ระบุลงไปโดยชัดเจน ขอให้ท่านเติมคำลงในช่องว่าง

1. โรงพยาบาลได้ดำเนินงานให้บริการสุขภาพที่บ้านมาแล้ว.....ปี.....เดือน
2. โรงพยาบาลได้กำหนดนโยบาย วัตถุประสงค์ในการบริการสุขภาพที่บ้านไว้อย่างชัดเจนเป็นลายลักษณ์อักษรหรือไม่
() ไม่มี () มี
3. โรงพยาบาลได้ประชาสัมพันธ์การดำเนินงานบริการสุขภาพที่บ้านแก่ประชาชนทั่วไปหรือไม่
() ไม่ประชาสัมพันธ์ () ประชาสัมพันธ์ โดยวิธีใด (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)
() ประกาศทางวิทยุ
() ออกเสียงตามสายในโรงพยาบาล
() ออกเสียงตามสายตามหอกระจายข่าวในหมู่บ้าน
() แจกเอกสารในกลุ่มเป้าหมาย
() ประชุมชี้แจงชาวบ้าน
() ประกาศผ่าน อสม.
() อื่น ๆ ระบุ.....
4. โรงพยาบาลได้มีการกำหนดแหล่งที่มาของกลุ่มเป้าหมายผู้รับบริการไว้หรือไม่
() ไม่กำหนด () กำหนด เป็นผู้รับบริการจากแหล่งใด (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)
() แผนกผู้ป่วยนอก (ระบุกลุ่มโรค.....)
() แผนกผู้ป่วยใน (ระบุกลุ่มโรค.....)
() รับการส่งต่อจากโรงพยาบาลอื่น (ระบุกลุ่มโรค.....)
() จากการสำรวจบ้านและชุมชน(ระบุกลุ่มโรค.....)
() อื่น ๆ ระบุ.....
5. โรงพยาบาลได้แต่งตั้งทีมให้การบริการสุขภาพที่บ้านอย่างเป็นทางการหรือไม่
() ไม่มีการแต่งตั้ง () แต่งตั้ง ประกอบด้วยใครบ้าง (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)
() แพทย์.....คน
() พยาบาลวิชาชีพ..... คน
() พยาบาลเทคนิค..... คน
() นักศึกษา
() เกษีกร
() นักสังคมสงเคราะห์
() อื่น ๆ ระบุ.....

6. โรงพยาบาลกำหนดหน่วยงานที่รับผิดชอบงานบริการสุขภาพที่บ้านไว้อย่างชัดเจนหรือไม่
 () ไม่ชัดเจน () ชัดเจน เป็นหน่วยงานกลุ่มใด
 () กลุ่มงานการพยาบาล
 () กลุ่มงานเวชกรรมสังคม
 () ฝ่ายส่งเสริมสุขภาพ
 () กลุ่มงานการพยาบาลและกลุ่มงานเวชกรรมสังคม
 () กลุ่มงานการพยาบาลและฝ่ายส่งเสริมสุขภาพ
 () อื่น ๆ ระบุ.....
7. โรงพยาบาลได้จัดทำคู่มือการปฏิบัติงานให้บุคลากรผู้ปฏิบัติงานบริการสุขภาพที่บ้านหรือไม่
 () ไม่จัดทำ () จัดทำ
8. การออกปฏิบัติงานบริการสุขภาพที่บ้านในแต่ละครั้ง โรงพยาบาลจะจัดบุคลากรที่ติดต่อผู้รับบริการ 1 ราย
 () ปฏิบัติงานร่วมกันเป็นทีม (ระบุจำนวน.....คน) () เฉพาะพยาบาลวิชาชีพ.....คน
 () อื่น ๆ ระบุ.....
9. โรงพยาบาลได้จัดสรรงบประมาณสำหรับการจัดบริการสุขภาพที่บ้านไว้อย่างชัดเจนหรือไม่
 () ไม่ชัดเจน () ชัดเจน จากแหล่งใด (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)
 () เงินงบประมาณแผ่นดิน
 () เงินบำรุงของ โรงพยาบาล
 () อื่น ๆ ระบุ.....
10. โรงพยาบาลให้บริการสุขภาพที่บ้าน โดยคิดค่าบริการหรือไม่
 () ไม่คิดค่าบริการ () คิดค่าบริการ
11. โรงพยาบาลมีการประสานงานบริการสุขภาพที่บ้านเพื่อดำเนินงานร่วมกันระหว่างหน่วยงานในโรงพยาบาลหรือไม่
 () ไม่มี () มี โดยประสานงานในกลุ่มงานใด
 () กลุ่มงานการพยาบาลกับกลุ่มงานเวชกรรมสังคม
 () กลุ่มงานการพยาบาลกับฝ่ายส่งเสริมสุขภาพ
 () อื่น ๆ ระบุ.....
12. โรงพยาบาลมีการประสานงานบริการสุขภาพที่บ้านเพื่อดำเนินงานร่วมกันกับหน่วยงานนอกโรงพยาบาลหรือไม่
 () ไม่มี () มี โดยประสานงานกับหน่วยงานใด (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)
 () สถานบริการสาธารณสุขที่รับ-ส่งต่อผู้รับบริการ
 () แหล่งประโยชน์ในชุมชน
 () อื่น ๆ ระบุ.....

13. การปฏิบัติงานบริการสุขภาพที่บ้าน มีการติดต่อประสานงานการดูแลผู้รับบริการกับหน่วยงานต่าง ๆ โดยวิธีใด (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)
- () ร่วมประชุมปรึกษา () ไปส่งต่อ
() โทรศัพท์ () อื่น ๆ ระบุ.....
14. โรงพยาบาลได้เตรียมบุคลากรก่อนดำเนินงานบริการสุขภาพที่บ้านหรือไม่
- () ไม่เตรียม () เตรียม โดยวิธีใด (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)
- () จัดประชุมชี้แจงให้เจ้าหน้าที่ทุกคนทราบ
() จัดประชุมวิชาการและสัมมนา
() ส่งผู้ปฏิบัติงานไปอบรมระยะสั้น
() ส่งผู้ปฏิบัติงานไปศึกษาดูงาน
() อื่น ๆ ระบุ.....
15. โรงพยาบาลได้มีการจัดประชุมวิชาการเกี่ยวกับบริการสุขภาพที่บ้านภายในหน่วยงานบ้างหรือไม่
- () ไม่มี () มี (ระบุ.....ครั้ง/เดือน/ปี)
16. โรงพยาบาลได้สนับสนุนและส่งเสริมการพัฒนาบุคลากรที่ปฏิบัติงานบริการสุขภาพที่บ้าน โดยวิธีใดบ้าง (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)
- () จัดประชุมวิชาการและสัมมนา (ระบุ.....ครั้ง/ปี) () ส่งผู้ปฏิบัติงานไปอบรมระยะสั้น
() ส่งผู้ปฏิบัติงานไปศึกษาดูงาน () อื่น ๆ ระบุ.....
17. โรงพยาบาลได้จัดทำแบบฟอร์มระเบียบรายงานเพื่อใช้ในการบันทึกในการปฏิบัติงานบริการสุขภาพที่บ้านหรือไม่
- () ไม่มี () มี ประกอบด้วยแบบฟอร์มใดบ้าง (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)
- () แบบบันทึกการประเมินภาวะสุขภาพ
() เวชระเบียนครอบครัว
() แบบบันทึกการให้บริการสุขภาพที่บ้าน
() อื่น ๆ ระบุ.....
18. แบบฟอร์มระเบียบรายงานสามารถสื่อแผนการดูแลผู้รับบริการที่บ้านได้อย่างชัดเจนหรือไม่
- () ไม่ชัดเจน () ชัดเจน
19. การจัดเก็บระเบียบรายงานได้จัดทำอย่างเป็นระบบหรือไม่
- () ไม่เป็นระบบ () เป็นระบบ
20. ข้อมูลจากระเบียบรายงานการบริการสุขภาพที่บ้าน ได้มีการนำไปใช้ประโยชน์ในด้านใดบ้าง (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)
- () กำหนดแผนการดูแลผู้รับบริการ () ขอสนับสนุนงบประมาณ
() ขอสนับสนุนอัตรากำลัง () จัดอัตรากำลัง
() การศึกษาวิจัย () ประกอบการจัดทำเอกสารทางวิชาการเพื่อเลื่อนตำแหน่งให้สูงขึ้น
() อื่น ๆ ระบุ.....

ส่วนที่ 4 ข้อมูลปัญหาอุปสรรคในการปฏิบัติกิจกรรมบริการสุขภาพที่บ้านตามการรับรู้ของ
พยาบาลวิชาชีพ

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย / ลงในช่อง () หน้าข้อความที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด ว่าในการปฏิบัติกิจกรรมบริการสุขภาพที่บ้าน ท่านประสบกับปัญหาอุปสรรคใดบ้างที่เป็นผลให้การปฏิบัติงานของท่านล่าช้าหรือไม่ประสบผลสำเร็จ โดยคำตอบของท่านไม่มีข้อใดถูกผิด แต่เป็นสภาพที่เป็นจริง

1. ปัญหาด้านการบริหารจัดการ

- () ไม่มีปัญหา
- () มีปัญหา ในเรื่องใดบ้าง (ตอบได้มากกว่า 1 คำตอบ)
- () นโยบายการปฏิบัติงานไม่ชัดเจน
 - () ไม่มีหน่วยงานหลักรับผิดชอบ
 - () ขาดงบประมาณสนับสนุน
 - () ไม่มีกรอบอัตรากำลัง
 - () ขาดแคลนบุคลากรในการปฏิบัติงาน
 - () ขาดสถานที่ปฏิบัติงานที่เป็นสัดส่วนเฉพาะ
 - () ผู้บริหารไม่ส่งเสริมและสนับสนุนการปฏิบัติงาน
 - () อื่น ๆ ระบุ.....
 -
 -
 -

2. ปัญหาด้านพยาบาลผู้ให้บริการสุขภาพที่บ้าน

- () ไม่มีปัญหา
- () มีปัญหา ในเรื่องใดบ้าง (ตอบได้มากกว่า 1 คำตอบ)
- () ขาดความมั่นใจในการปฏิบัติงานด้านคลินิก
 - () ขาดแหล่งสนับสนุนด้านความรู้เกี่ยวกับการบริการสุขภาพที่บ้าน
 - () ไม่สมัครใจมาปฏิบัติงานนี้
 - () ขาดผู้ให้คำปรึกษาเมื่อมีปัญหาในการปฏิบัติงาน
 - () อื่น ๆ ระบุ.....
 -
 -
 -

3. ปัญหาด้านผู้รับบริการ

- () ไม่มีปัญหา
- () มีปัญหา ในเรื่องใดบ้าง (ตอบได้มากกว่า 1 คำตอบ)
- () ผู้รับบริการและครอบครัวไม่ให้ความร่วมมือ
 - () ฐานะทางเศรษฐกิจไม่ดี
 - () ขาดผู้ดูแล
 - () อื่น ๆ ระบุ.....
-
-
-

4. ปัญหาอื่น ๆ

- () ไม่มีปัญหา
- () มีปัญหา ในเรื่องใดบ้าง
- () อุปกรณ์เครื่องมือทางการแพทย์ไม่เพียงพอ
 - () ขาดยานพาหนะ
 - () อื่น ๆ ระบุ.....
-
-
-

ภาคผนวก ก

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

- | | |
|-------------------------------------|---|
| 1. รองศาสตราจารย์ประยงค์ ลิ้มตระกูล | ภาควิชาการพยาบาลสาธารณสุข
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ |
| 2. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ชนิตา มณีวรรณ | แผนกการพยาบาลป้องกันโรค
ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์
โรงพยาบาลรามาริบัติ |
| 3. รองศาสตราจารย์ไชแสง โหริโกสุม | ภาควิชาการบริหารการศึกษาพยาบาลและ
บริการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ |
| 4. แพทย์หญิงสุพมาลย์ ศรีทวี | กลุ่มงานเวชกรรมฟื้นฟู
โรงพยาบาลหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา |
| 5. นางสุจินต์ สุรภาคย์พงศ์ | พยาบาลวิชาชีพ 8 กลุ่มงานการพยาบาล
โรงพยาบาลหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา |

ประวัติผู้เขียน

ชื่อ – สกุล นางสาวสุคนธา รัตโน

วัน เดือน ปีเกิด 28 เมษายน 2510

วุฒิการศึกษา

วุฒิ	ชื่อสถาบัน	ปีที่สำเร็จการศึกษา
ประกาศนียบัตรวิชาการพยาบาลและ ศุภงครรภ์ระดับต้น	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นราธิวาส	2531
สาธารณสุขศาสตรบัณฑิต (บริหารสาธารณสุข)	มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช	2536
ประกาศนียบัตรพยาบาลศาสตร์ (ต่อเนื่อง 2 ปี เทียบเท่าปริญญาตรี)	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสงขลา	2537
ตำแหน่งและสถานที่ทำงาน	พยาบาลวิชาชีพ 5 โรงพยาบาลกงหรา อำเภอกงหรา จังหวัดพัทลุง	