

การพยาบาล ผู้ป่วยที่

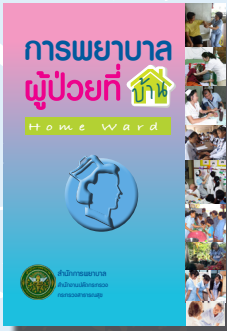


Home ward



สำนักการพยาบาล
สำนักงานปลัดกระทรวง
กระทรวงสาธารณสุข





หนังสือการพยาบาลผู้ป่วยที่บ้าน

ISBN 978-616-11-1502-9

ที่ปรึกษา

ดร.กาญจนา จันทร์ไทย

ผู้อำนวยการสำนักการพยาบาล

บรรณาธิการ

นางนวลชนิษฐ์ ลิขิตลือชา

สำนักการพยาบาล

นางทิพย์สุดา ลาภภักดี

สำนักการพยาบาล

นางสาวพัชรีย์ กัดจ่อมพงษ์

สำนักการพยาบาล

ผู้เขียนและเรียบเรียง

นางนวลชนิษฐ์ ลิขิตลือชา

สำนักการพยาบาล

ดร.ธีรพร สติรอังกูร

สำนักการพยาบาล

นางทิพย์สุดา ลาภภักดี

สำนักการพยาบาล

พิมพ์ครั้งที่ 1 จำนวน 17,000 เล่ม

พิมพ์ที่ โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย

โทร. 0 2525 4807 โทรสาร 0 2525 4855



การพยาบาล ผู้ป่วยที่บ้าน

สำนักการพยาบาล
สำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข



คำนำ

กระทรวงสาธารณสุข กำหนดนโยบายการพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนที่ครอบคลุมภารกิจทุกมิติ โดยเฉพาะการสร้างเสริมสุขภาพ มีเป้าหมายเพื่อลดอัตราป่วย ตาย และผลกระทบจากโรคเรื้อรัง เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง หัวใจ หลอดเลือดสมอง และมะเร็ง การพยาบาลผู้ป่วยที่บ้านถือเป็นเครื่องมือสำคัญและเป็นจุดแข็งที่แสดงเอกลักษณ์ของการบริการพยาบาลในระดับปฐมภูมิ เพื่อสนองตอบความต้องการพื้นฐานทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม เศรษฐกิจ และวัฒนธรรม การมีพยาบาลดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดที่บ้านจะช่วยให้ผู้ป่วยกลับสู่ภาวะสุขภาพดีและสามารถดูแลตนเองได้

สำนักการพยาบาล ในฐานะหน่วยงานวิชาการด้านการพยาบาลของกระทรวงสาธารณสุขได้พัฒนามาตรฐานการพยาบาลในชุมชน ตัวชี้วัดคุณภาพการพยาบาลในชุมชน การพยาบาลชุมชน: การจัดบริการ เพื่อสนับสนุนงานบริการพยาบาลในระดับปฐมภูมิมาโดยตลอด อีกทั้งได้เป็นหน่วยงานที่ริเริ่มโครงการการดูแลสุขภาพที่บ้าน (Home Health Care) ในปี พ.ศ. 2536 และสนับสนุนการดำเนินงานดูแลผู้ป่วยที่บ้านอย่างต่อเนื่อง ดังนั้น เมื่อกระทรวงสาธารณสุขมีนโยบายมุ่งเน้นงานบริการปฐมภูมิ สำนักการพยาบาลจึงได้จัดทำหนังสือ “การพยาบาลผู้ป่วยที่บ้าน” ขึ้น

หนังสือเล่มนี้มีจุดมุ่งหมายให้พยาบาลที่ปฏิบัติงานปฐมภูมิในสถานบริการทุกระดับ ใช้เป็นแนวทางในการจัดบริการพยาบาลผู้ป่วยที่บ้าน เนื้อหาภายในประกอบด้วย ความสำคัญของการพยาบาลผู้ป่วยที่บ้าน แนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการพยาบาลผู้ป่วยที่บ้าน การพยาบาลผู้ป่วยที่บ้าน ปัจจัยนำเข้า กระบวนการ และผลลัพธ์การดำเนินงานการพยาบาลผู้ป่วยที่บ้าน ซึ่งเนื้อหาเหล่านี้มาจากการประชุมระดมสมองคณะทำงาน ซึ่งเป็นผู้ปฏิบัติงาน



การพยาบาลระดับปฐมภูมิ ผ่านการพิจารณาเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ ทั้งภายใน และภายนอกกระทรวงสาธารณสุข

สำนักการพยาบาลขอขอบพระคุณ ผู้ทรงคุณวุฒิ และคณะทำงานทุกท่านที่กรุณาสละเวลามาร่วมคิดและให้ข้อคิดเห็นต่าง ๆ อันเป็นประโยชน์ ทำให้หนังสือนี้สำเร็จด้วยดี สำนักการพยาบาลหวังว่า แนวทางการพยาบาลผู้ป่วยที่บ้านเล่มนี้ จะช่วยให้พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมภูมิ นำไปใช้พัฒนาบริการดูแลผู้ป่วยที่บ้านให้มีประสิทธิภาพดีกว่าเดิมได้

สำนักการพยาบาล

ตุลาคม 2556



สารบัญ

	หน้า
คำนำ	
บทที่ 1 บทนำ	1
• ความสำคัญของการพยาบาลผู้ป่วยที่บ้าน	3
• วัตถุประสงค์ของการจัดทำหนังสือการพยาบาลผู้ป่วยที่บ้าน	7
• ข้อตกลงเบื้องต้น	7
• ขั้นตอนการพัฒนาหนังสือการพยาบาลผู้ป่วยที่บ้าน	8
บทที่ 2 แนวคิด ทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง	9
• แนวคิดการจัดทำหนังสือการพยาบาลผู้ป่วยที่บ้าน	11
• ความหมายที่เกี่ยวข้องกับการพยาบาลผู้ป่วยที่บ้าน	15
• ทฤษฎีการพยาบาลที่ใช้ในการประเมินบุคคล ครอบครัว ชุมชน	17
บทที่ 3 การพยาบาลผู้ป่วยที่บ้าน	31
• วัตถุประสงค์การพยาบาลผู้ป่วยที่บ้าน	33
• เป้าหมายของการพยาบาลผู้ป่วยที่บ้าน	34
• ประโยชน์ของการพยาบาลผู้ป่วยที่บ้าน	35
• กรอบแนวคิดการพยาบาลผู้ป่วยที่บ้าน	35
บทที่ 4 ปัจจัยนำเข้าการดำเนินงาน	43
• ทีมเยี่ยมบ้าน	45
• คุณสมบัติของพยาบาลผู้ให้การพยาบาลผู้ป่วยที่บ้าน	46
• บทบาทของพยาบาลในการให้การพยาบาลผู้ป่วยที่บ้าน	47



● หน้าที่ความรับผิดชอบของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน	50
● ทักษะจำเป็นของพยาบาลที่ให้การดูแลผู้ป่วยที่บ้าน	50
● สมรรถนะของพยาบาลผู้ให้การพยาบาลผู้ป่วยที่บ้าน	52
● ระบบการพยาบาลเชื่อมโยงการดูแลผู้ป่วย	54
● อุปกรณ์ / เครื่องใช้	62
● ปัจจัยสนับสนุนการพยาบาลผู้ป่วยที่บ้าน	63
● การเลือกใช้แหล่งประโยชน์ในชุมชน	66
บทที่ 5 กระบวนการดำเนินงาน	71
● การแบ่งกลุ่มผู้ป่วยเพื่อให้การพยาบาลที่บ้าน	73
● การกำหนดระยะเวลาและความถี่การเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้าน	74
● ระดับความรุนแรงของผู้ป่วย และความต้องการช่วยเหลือที่บ้าน	76
● กระบวนการดำเนินงาน	77
● หลักการบันทึกทางการพยาบาลที่บ้าน	93
บทที่ 6 ผลลัพธ์การดำเนินงาน	97
บรรณานุกรม	111
ภาคผนวก	121
ภาคผนวกที่ 1 ตัวอย่างการบันทึกการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยที่บ้าน โดยใช้เครื่องมือ INHOMESSS	123
ภาคผนวกที่ 2 แบบตรวจประเมินเท้าในผู้ป่วยเบาหวาน	132
ภาคผนวกที่ 3 แบบประเมิน Barthel Activity of Daily Living Scale	133



	หน้า
ภาคผนวกที่ 4 แบบสอบถาม : ความพึงพอใจ ของผู้รับบริการเยี่ยมบ้าน	135
ภาคผนวกที่ 5 แบบสอบถาม : แรงจูงใจ ขวัญกำลังใจ และความพึงพอใจของทีมเยี่ยมบ้าน	141
ภาคผนวกที่ 6 รายนามผู้ทรงคุณวุฒิและคณะทำงาน	151
ภาคผนวกที่ 7 รายนามคณะกรรมการวิชาการ	154



สารบัญตาราง

หน้า

ตารางที่ 1 แสดงประเด็นสำคัญในการจัดบริการพยาบาลที่บ้าน	78
จำแนกความรุนแรง 3 ระดับ	

สารบัญแผนภาพ

หน้า

แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการพยาบาลผู้ป่วยที่บ้าน	36
แผนภาพที่ 2 ระบบการดูแลต่อเนื่องระหว่างโรงพยาบาล	57
บ้าน และชุมชน	



ບຸກຄົນ



ບຸກຄົນ 1



ความสำคัญของการพยาบาลผู้ป่วยที่บ้าน

ประเทศไทยได้มีการปฏิรูประบบสุขภาพมาตั้งแต่ปี พ.ศ.2544 โดยกำหนดนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เพื่อสร้างหลักประกันให้คนไทยทุกคนสามารถเข้าถึงบริการด้านสุขภาพที่มีมาตรฐานและเท่าเทียมกัน ส่วนหนึ่งที่สำคัญในระบบบริการสุขภาพ คือ การพัฒนางานบริการปฐมภูมิที่เน้นการส่งเสริมสุขภาพเชิงรุกของบุคคล ครอบครัว ชุมชน เพิ่มสมรรถนะด้านการรักษาโรคเบื้องต้นของพยาบาลเพื่อให้สามารถลดปริมาณผู้ป่วยในโรงพยาบาลขนาดใหญ่รวมถึงลดภาระค่าใช้จ่ายทั้งในระดับครัวเรือนของประชาชนและงบประมาณของประเทศในระยะยาว จากข้อมูลสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข ระบุว่าปี 2551 มีผู้ป่วยโรคเรื้อรัง 17.5 ล้านคน ใช้งบประมาณในการดูแลรักษาเป็นเงิน 308,337 ล้านบาทต่อปี และมีแนวโน้มสูงขึ้นเรื่อยๆ ทำให้ภาครัฐและเอกชนต้องใช้งบประมาณทั้งสิ้น 335,539 ล้านบาทต่อปีในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์, 2551) ดังนั้นการพยาบาลผู้ป่วยที่บ้านจึงเป็นกลยุทธ์สำคัญที่ช่วยลดเวลาการนอนรักษาตัวในโรงพยาบาลทำให้ปริมาณงานและค่าใช้จ่ายในภาพรวมลดลง (Clemen-Stone, Eigsti & Mc Grire, 1995) พยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยที่บ้านมีโอกาสใกล้ชิดและรับทราบปัญหาทั้งหมดทุกด้านที่มีผลกระทบต่อการฟื้นหายของผู้ป่วย ช่วยให้การค้นหาสาเหตุร่วมของการเจ็บป่วยและการแก้ปัญหาได้ตรงจุดมากขึ้น การพยาบาลผู้ป่วยที่บ้านเป็นงานบริการปฐมภูมิที่สนับสนุนนโยบายการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า โดยเน้นการจัดบริการสุขภาพแบบผสมผสานให้กับประชาชนทุกกลุ่มอายุ



ด้านการส่งเสริมสุขภาพ การควบคุมป้องกันโรค การรักษาโรคเบื้องต้นและฟื้นฟูสุขภาพ เพื่อสนับสนุนการดูแลตนเองของประชาชน และสร้างการมีส่วนร่วมในการจัดการสุขภาพตนเองของสมาชิกในครอบครัวและชุมชน นอกจากนี้การพยาบาลผู้ป่วยที่บ้านยังส่งเสริมการแสดงบทบาทอิสระของวิชาชีพพยาบาล นำกระบวนการพยาบาลมาเป็นเครื่องมือสำหรับการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน โดยมีการวางแผนร่วมกับทีมการรักษาพยาบาลในโรงพยาบาลก่อนจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล เพื่อให้เกิดกระบวนการการพยาบาลผู้ป่วยต่อเนื่อง (Continuing of Care) เชื่อมโยงการบริการพยาบาลจากโรงพยาบาลมายังสถานบริการในชุมชนและที่บ้าน พยาบาลจึงเปรียบเสมือนเป็นผู้จัดการให้การดูแลผู้ป่วยที่บ้านเกิดระบบการดูแลต่อเนื่องกับโรงพยาบาล โดยมีพยาบาลเป็นกลไกสำคัญช่วยลดช่องว่างของรอยต่อระหว่างการบริการสุขภาพในระดับปฐมภูมิ ทุติยภูมิ และตติยภูมิโดยการส่งเสริมการให้ความรู้และการสื่อสารที่เหมาะสม (Green & Lydon, 2000) เพื่อให้การดำเนินการดูแลต่อเนื่องเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ โดยใช้การวางแผนจำหน่าย (Discharge Planning) เข้ามาช่วยให้การดูแลต่อเนื่องเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น

สำหรับงานวิจัยการพยาบาลผู้ป่วยที่บ้านได้มีการวิจัยศึกษาไว้ ดังนี้ ผลงานวิจัยของแอนนา สุมะโน (2550) พบว่า การช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวรับรู้โอกาสเสี่ยง ความรุนแรง ประโยชน์ อุปสรรคเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพขณะอยู่ที่บ้าน ร่วมกับการให้แรงสนับสนุนทางสังคมอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้ผู้ป่วยวัดโรคปอดร่วมมือปฏิบัติตามแผนการดูแลสุขภาพดีขึ้น ผลงานวิจัยของ สุชาติดา อุกพัทธวานิชย์ (2550) พบว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุกลุ่มที่ได้รับการดูแลสุขภาพที่บ้านโดยทีมสุขภาพ มีความรู้และมีพฤติกรรมการดูแลตนเองดีกว่าก่อนได้รับการดูแลสุขภาพที่บ้าน และดีกว่ากลุ่มที่รับบริการตามปกติที่โรงพยาบาล ซึ่งสอดคล้องกับผลงานวิจัยของ ราตรี มณีขัติย์ (2550) ที่พบว่า การเยี่ยมบ้านอย่างมีแบบแผนของพยาบาลสามารถส่งเสริม



พฤติกรรมที่เหมาะสมในกลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง และผลงานวิจัยของ มาลีจิตร ชัยเนตร (2552) ศึกษาพบว่า การมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง หลังเยี่ยมบ้านดีกว่าก่อนได้รับการเยี่ยมบ้าน จากผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการพยาบาลผู้ป่วยที่บ้าน สามารถนำมาใช้เป็นแนวทางพยาบาลผู้ป่วยที่บ้าน โดยนำผลงานวิจัยมาบูรณาการให้เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละรายเพื่อช่วยให้สามารถช่วยเหลือตนเองและปรับตัวใช้ชีวิตอยู่ในบ้าน/ชุมชนได้ตามศักยภาพของผู้ป่วย

จากผลการศึกษาวิจัยจะเห็นว่า การที่พยาบาลติดตามไปเยี่ยมดูแลผู้ป่วยที่บ้านหรือการเยี่ยมบ้านมีประโยชน์ต่อผู้ป่วยและครอบครัว เป็นการสนับสนุนให้คนในชุมชนสามารถดูแลสุขภาพตนเองและครอบครัวได้ ทำให้เกิดเครือข่ายสุขภาพในครอบครัวและชุมชน ซึ่งสามารถพัฒนาไปเป็นแกนนำสุขภาพครอบครัว ผู้ป่วยที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาลก็จะรู้สึกอุ่นใจที่มีพยาบาลไปดูแลที่บ้าน ญาติพี่น้องก็จะเข้าใจภาวะความเจ็บป่วยให้ความสนใจดูแลผู้ป่วยมากขึ้น ผู้ป่วยและครอบครัวให้ความร่วมมือในการรักษาทำให้ฟื้นหายเร็ว การรักษาได้ผลดี ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น (มาลีจิตร ชัยเนตร, 2552) ดังนั้นพยาบาลที่ทำหน้าที่พยาบาลผู้ป่วยที่บ้านจึงจำเป็นต้องเป็นผู้ที่มีความรู้ความสามารถอย่างสูงในการปฏิบัติการพยาบาลโดยตรง รวมทั้งเป็นผู้ประสานงานระหว่างทีมสุขภาพกับผู้ป่วยและครอบครัวร่วมกับเครือข่ายต่างๆในชุมชน

สำนักการพยาบาลมีบทบาทหน้าที่ในการพัฒนามาตรฐาน รูปแบบและระบบบริการพยาบาลทั้งระดับปฐมภูมิ ทติยภูมิ ตติยภูมิ รวมทั้ง Excellence Center ได้ดำเนินการพัฒนางานการพยาบาลระดับปฐมภูมิอย่างต่อเนื่อง และเผยแพร่เอกสารวิชาการที่สำนักการพยาบาลจัดทำสำหรับพยาบาลที่ปฏิบัติงานการพยาบาลในสถานบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิทั่วประเทศ สำหรับงานการพยาบาลผู้ป่วยที่บ้าน กองการพยาบาล กระทรวงสาธารณสุขได้พัฒนาโครงการ “สุขภาพดีเริ่มที่บ้าน (Home Health Care) ” ในปี พ.ศ. 2536 โดย



มี ดร.ประพิณ วัฒนกิจ เป็นหัวหน้าโครงการ ทำให้เกิดการดูแลสุขภาพที่บ้านขึ้นในประเทศไทย การดำเนินงานในระยะแรกเริ่มให้โรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไปเป็นแม่ข่ายดำเนินงานก่อน ต่อมาขยายพื้นที่การดำเนินงานครอบคลุมสถานบริการทุกระดับและได้บรรจุแผนการดำเนินงานบริการดูแลสุขภาพที่บ้านเข้าไปในโครงการพัฒนาระบบบริการของสถานบริการและหน่วยงานสาธารณสุขในส่วนภูมิภาค (พบส.) กิจกรรมการบริการที่ให้ได้แก่ การประเมินภาวะสุขภาพ รวมทั้งสิ่งแวดล้อมและให้การรักษาพยาบาลตามอาการที่ตรวจพบ ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตัว รวมทั้งการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วย โดยการให้บริการแบบองค์รวม ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและสิ่งแวดล้อม โดยทีมสุขภาพร่วมกับบริการสาธารณสุขมูลฐาน (ประพิณ วัฒนกิจ, 2542) ต่อมากระทรวงสาธารณสุขกำหนดนโยบายการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ และกำหนดให้บูรณาการงานเยี่ยมบ้านด้วยนั้น พบว่า การดำเนินงานดูแลสุขภาพที่บ้านที่ดำเนินการมาอย่างแพร่หลายยังไม่มีหน่วยงานส่วนกลางใดของกระทรวงสาธารณสุขที่กำหนด แนวทางการดูแลสุขภาพที่บ้านต่างๆ ที่มีความจำเป็นอย่างยิ่ง ทำให้พยาบาลที่ปฏิบัติงานขาดความเข้าใจที่ชัดเจน การดำเนินงานจึงมีหลากหลายรูปแบบซึ่งแต่ละจังหวัดได้พยายามที่จะพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาลให้ได้มาตรฐาน

สำนักการพยาบาล กระทรวงสาธารณสุข ตระหนักถึงความจำเป็นนี้ ประกอบกับปัจจุบันสถานบริการพยายามหารูปแบบบริการเพื่อลดจำนวนวันนอนในโรงพยาบาล จำนวนผู้ป่วยโรคเรื้อรังมีภาวะโรคซับซ้อนอาศัยอยู่ที่บ้านมากขึ้น พยาบาลเป็นบุคลากรที่ต้องดูแลสุขภาพประชาชนที่มีภาวะความเจ็บป่วยในชุมชน จากภาระงานของพยาบาลที่เพิ่มขึ้นตามจำนวนผู้ป่วยดังกล่าว สำนักการพยาบาลจึงได้จัดทำหนังสือ “การพยาบาลผู้ป่วยที่บ้าน” ขึ้น เพื่อช่วยให้พยาบาลและทีมการพยาบาลมีแนวทางปฏิบัติในการจัดบริการการพยาบาลผู้ป่วยที่บ้าน ในสถานบริการทุกระดับ ซึ่งเป็นภารกิจหลักพื้นฐานของงานการพยาบาลในชุมชน เนื้อหาในหนังสือประกอบด้วย แนวคิด ทฤษฎีที่สามารถนำ



มาประยุกต์ใช้กับการพยาบาลผู้ป่วยที่บ้าน ผู้ปฏิบัติจะต้องศึกษาเนื้อหาทั้งหมดแล้วนำมาให้ทีมการพยาบาลจัดระบบ นำไปใช้ดำเนินการให้สอดคล้องกับความต้องการบริการของประชาชนในพื้นที่ให้เหมาะสมกับจำนวนบุคลากรของทีมการพยาบาลที่มีอยู่ ดูแลผู้ป่วยและครอบครัวเพื่อส่งเสริมการดูแลตนเองและเห็นความสำคัญของการป้องกันการเจ็บป่วย การเสริมสร้างสุขภาพที่ดี พร้อมต่อการฟื้นฟูสภาพได้ในช่วงระยะเวลาพักฟื้น เมื่อผู้ป่วยจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลทีมการพยาบาลต้องจัดทำแผนวางแผนจำหน่ายร่วมกันของเครือข่ายบริการสุขภาพที่จะต้องรับผู้ป่วยไว้ในความดูแลต่อ เพื่อการจัดการโรคและการดูแลผู้ป่วยที่ต่อเนื่อง สอน/แนะนำครอบครัว/ผู้ดูแลให้สามารถปฏิบัติการดูแลได้เหมาะสม ป้องกันการเจ็บป่วยซ้ำ ติดตามประเมินผลการดูแลสุขภาพของผู้ป่วย และช่วยแก้ปัญหาต่างๆ ที่มีผลกระทบต่อสุขภาพของผู้ป่วยและครอบครัว โดยมีระบบส่งต่อผู้ป่วยไปรับการรักษายังสถานบริการที่มีแพทย์ดูแลรักษาในกรณีที่อาการเจ็บป่วยเกินความสามารถให้การดูแลได้

วัตถุประสงค์ของการจัดทำหนังสือการพยาบาลผู้ป่วยที่บ้าน

เพื่อให้พยาบาล และบุคลากรทางการพยาบาลที่ปฏิบัติงานเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ใช้เป็นแนวทางจัดบริการพยาบาลผู้ป่วยที่บ้านของสถานบริการทุกระดับ ช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัว ได้รับบริการสุขภาพต่อเนื่องจากทีมการพยาบาลในโรงพยาบาลและทีมเยี่ยมบ้าน

ข้อตกลงเบื้องต้น

การใช้หนังสือการพยาบาลผู้ป่วยที่บ้าน มีข้อตกลงเบื้องต้น ดังนี้

1. การพยาบาลผู้ป่วยที่บ้านนี้ เป็นแนวทางที่กำหนดในระดับสถาบัน ซึ่งผู้นำไปใช้ต้องประยุกต์ และกำหนดเป็นแนวทางการพยาบาลที่เฉพาะโรค/อาการ และบริบทของสถานบริการ เพื่อให้สามารถนำไปใช้เป็นแนวทางปฏิบัติระดับหน่วยงานได้



2. การพยาบาลผู้ป่วยที่บ้านกำหนดขึ้นสำหรับพยาบาลที่ปฏิบัติงานให้การพยาบาลที่บ้าน ทั้งนี้ หากบุคลากรสุขภาพอื่นๆ นำไปประยุกต์ใช้ต้องคำนึงถึงขอบเขตความสามารถในการปฏิบัติตามบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบของแต่ละวิชาชีพ

ขั้นตอนการพัฒนาหนังสือการพยาบาลผู้ป่วยที่บ้าน

มีดังนี้

1. ประชุมระดมสมองคณะทำงาน 3 ครั้ง เพื่อจัดทำร่างหนังสือการพยาบาลผู้ป่วยที่บ้าน โดยคณะทำงานตัวแทนจากพื้นที่ในทุกภาค จำนวน 23 คน (ภาคผนวกที่ 6)

2. ประชุมร่วมกับผู้ทรงคุณวุฒิประกอบด้วย ผู้บริหาร จำนวน 9 คน และผู้ปฏิบัติ จำนวน 14 คน เพื่อพิจารณาความสมบูรณ์เหมาะสมของเนื้อหา

3. ผู้เขียนจัดทำรายละเอียดและปรับความสมบูรณ์ของเนื้อหาหนังสือการพยาบาลผู้ป่วยที่บ้าน ประกอบด้วย การพยาบาลผู้ป่วยที่บ้านใช้แนวคิดเชิงระบบ ซึ่งประกอบด้วย ปัจจัยนำเข้าการดำเนินงาน (Input) กระบวนการดำเนินงาน (Process) และผลลัพธ์ดำเนินงาน (Output and Outcome)

4. การทดลองปฏิบัติจริงในพื้นที่ต้นแบบซึ่งเป็นหน่วยบริการปฐมภูมิที่คณะทำงานปฏิบัติงานอยู่ จำนวน 4 แห่ง คือ โรงพยาบาลศรีธาตุ ศูนย์สุขภาพชุมชนโรงพยาบาลทุ่งฝน จังหวัดอุดรธานี โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเครือข่ายโรงพยาบาลหาดใหญ่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเพชรเจริญ จังหวัดเลย

5. ปรับปรุงแก้ไขแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยที่บ้านโดยคณะทำงานของสำนักงานการพยาบาล

6. พัฒนาหนังสือการพยาบาลผู้ป่วยที่บ้าน และผ่านการพิจารณาเนื้อหาจากคณะกรรมการวิชาการของสำนักงานการพยาบาล

7. จัดพิมพ์และเผยแพร่





แนวคิด
ทฤษฎี
ที่เกี่ยวข้อง



แนวคิด ทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง

การพยาบาลผู้ป่วยที่บ้าน กำหนดขอบเขตการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง
3 ประเด็น

1. แนวคิดการจัดทำหนังสือการพยาบาลผู้ป่วยที่บ้าน
2. ความหมายที่เกี่ยวข้องกับการพยาบาลผู้ป่วยที่บ้าน
3. ทฤษฎีการพยาบาลที่ใช้ในการประเมินบุคคล ครอบครัว ชุมชน

1. แนวคิดการจัดทำหนังสือการพยาบาลผู้ป่วยที่บ้าน

1. แนวคิดทฤษฎีระบบ
2. ทฤษฎีทางการพยาบาล
3. กระบวนการพยาบาล
4. การพยาบาลแบบองค์รวม
5. การดูแลต่อเนื่อง

แนวคิดที่ 1 ทฤษฎีระบบ เป็นการนำแนวคิดทฤษฎีระบบมาเป็นกรอบช่วยในการบริหารจัดการการดูแลผู้ป่วยที่บ้านโดยมองการทำงานเป็นกระบวนการต่อเนื่องมีความเกี่ยวข้องกัน ตั้งแต่ 1) ปัจจัยนำเข้า (Input) เป็นการวางแผนเตรียมทรัพยากรที่ต้องใช้ในกระบวนการทำงานแต่ละเรื่องแต่ละอย่าง เพื่อให้มีความพร้อมด้านปัจจัยและทรัพยากรที่ใช้ในการทำงานเรื่องนั้น



เช่น การตรวจคัดกรองภาวะสุขภาพประชาชน ต้องรู้ว่าโรคใด มีภาวะใด อาการเริ่มแรกเป็นอย่างไร และต้องรู้ผล Lab ว่าควรจะตรวจอะไรระยะใดของการดำเนินของโรค เพื่อจะนำมาใช้ประกอบการวินิจฉัยภาวะ การตรวจคัดกรองโรค ทีมสุขภาพที่จะไปช่วยทำงานควรประกอบด้วย สหสาขาใดหรือทีมการพยาบาล ต้องใช้กี่คน ใครจะไปทำหน้าที่ใดจึงจะทำให้ทีมทำงานสำเร็จบรรลุวัตถุประสงค์อย่างมีประสิทธิภาพ การกำหนดปัจจัยนำเข้าจะมองที่องค์ประกอบที่เป็นโครงสร้างของการทำงาน เช่น กำหนดบทบาทหน้าที่และคุณลักษณะของพยาบาล อุปกรณ์ เครื่องมือ เครื่องใช้ ปัจจัยสนับสนุน ความรู้ของคนสมรรถนะของคนที่จะต้องใช้ในการทำงานแต่ละเรื่อง แต่ละกิจกรรม

2) กระบวนการ (Process) หมายถึง กระบวนการปฏิบัติการพยาบาลในการคัดกรองภาวะสุขภาพประกอบการบริการอะไรบ้าง และในแต่ละงานบริการประกอบด้วยกิจกรรมการพยาบาลอะไร ใช้แนวทางปฏิบัติของใคร ในหนังสือเล่มนี้ได้กำหนดกระบวนการปฏิบัติเป็น 3 ระยะ คือ ก่อนเยี่ยมบ้าน ระหว่างเยี่ยมบ้าน และหลังเยี่ยมบ้าน

3) ผลลัพธ์ (Output) เป็นผลลัพธ์ที่เกิดจากการประเมินผลที่เกิดขึ้นหลังดำเนินการกระบวนการที่ประกอบด้วย กิจกรรมการพยาบาล เช่น การคัดกรองภาวะสุขภาพ ต้องการให้เกิดผลลัพธ์อะไรจากการตรวจคัดกรอง ผลลัพธ์ที่วัดได้อาจเป็นผลลัพธ์ระยะสั้นที่เกิดขึ้นหลังทำกิจกรรมการพยาบาลทันทีแต่ละกิจกรรม หรือเป็นผลลัพธ์ระยะยาวที่เกิดเป็นภาพรวมของการทำกิจกรรมการพยาบาลทุกกิจกรรมเสร็จเรียบร้อยแล้ว ก็ได้

แนวคิดที่ 2 ทฤษฎีทางการพยาบาล เป็นองค์ความรู้เฉพาะเกี่ยวกับหลักการพยาบาลที่นำมาใช้เป็นกรอบแนวคิดในการใช้กระบวนการพยาบาลวางแผนดูแลผู้ป่วยที่บ้าน พยาบาลวิชาชีพจะต้องทำความเข้าใจและสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติการพยาบาลได้เป็นอย่างดี ทฤษฎีเหล่านี้เป็นองค์ความรู้เฉพาะผู้ประกอบวิชาชีพพยาบาลที่ได้รับการยอมรับและนำไปเป็นหลักปฏิบัติ ในที่นี้กำหนดเฉพาะทฤษฎีที่นำไปประยุกต์ใช้ให้การพยาบาลที่บ้าน



ได้แก่ ทฤษฎีทางการพยาบาลของฟลอเรนซ์ไนติงเกล ทฤษฎีการปรับตัวของ รอย ทฤษฎีการดูแลแบบองค์รวมของวัตสัน ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม ทฤษฎีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ และการมีส่วนร่วมของชุมชน

แนวคิดที่ 3 กระบวนการพยาบาล เป็นกระบวนการแก้ไขปัญหาย อย่างเป็นระบบ โดยอาศัยหลักการและวิธีการทางวิทยาศาสตร์ ซึ่งเป็นเครื่องมือ ที่พยาบาลใช้ในการดำเนินการให้การพยาบาลผู้ป่วยที่สำคัญของระบบที่นำมาสู่ การจัดการให้มีปัจจัยนำเข้าพร้อมที่จะดำเนินการตามกระบวนการ เพื่อให้เกิด ผลลัพธ์ตามที่คาดหวัง คือ คุณภาพการพยาบาลที่พึงปรารถนา กระบวนการ พยาบาลจึงเป็นพื้นฐานสำคัญสำหรับการกำหนดมาตรฐานการปฏิบัติการ พยาบาล (กองการพยาบาล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2544) ซึ่งหลักการของกระบวนการพยาบาล ประกอบด้วย 5 ขั้นตอน คือ

- 1) การประเมินปัญหาและความต้องการ
- 2) การวินิจฉัยทางการพยาบาล
- 3) การวางแผนการพยาบาล
- 4) การปฏิบัติการพยาบาล
- 5) การประเมินผลการ ปฏิบัติการพยาบาล (Kozier และคณะ, 2000)

แนวคิดที่ 4 การพยาบาลแบบองค์รวม เป็นการพยาบาลที่ดูแล บุคคลเป็นหนึ่งเดียวโดย ผสมผสานระหว่างร่างกาย จิตวิญญาณ อารมณ์ สังคม และสิ่งแวดล้อม มีความสัมพันธ์และมีอิทธิพลต่อกัน การพยาบาลแบบองค์รวม มุ่งตอบสนองความต้องการของมนุษย์ในเรื่องภาวะสุขภาพ การพยาบาลคนหนึ่ง คน ต้องคำนึงถึงการดูแลด้านร่างกายที่กำลังเจ็บป่วยจากโรค และคนคนนั้นอาจ จะมีความกังวลทุกขใจจากการเจ็บป่วยทำงานไม่ได้ ซึ่งอาจมีผลกระทบต่อรายได้/ อาชีพ และอื่น ๆ ความทุกข์ท้อใจของบุคคลจะส่งผลต่อการฟื้นหายของการ เจ็บป่วยทางกาย หรือเมื่อมีความจำกัดทางการเงิน มีความทุกข์ใจเกิดขึ้น ก็จะมี อิทธิพลต่อการทำงานของอวัยวะทุกระบบในร่างกาย จะส่งผลต่อการฟื้นหาย จากโรค การพยาบาลผู้ป่วย พยาบาลต้องให้การดูแลโดยคำนึงถึงคน ทั้งเรื่องโรค ภาวะจิตใจ สภาพแวดล้อมและอื่น ๆ ซึ่งมีอิทธิพลต่อการฟื้นหายจาก



การเจ็บป่วยทางกาย การพยาบาลแบบองค์รวมเป็นส่วนสำคัญของการปฏิบัติการพยาบาล จึงเป็นกรอบแนวคิดสำคัญของการปฏิบัติการพยาบาลในชุมชน

แนวคิดการพยาบาลแบบองค์รวม สามารถสรุปได้ ดังนี้

1. เป็นการพยาบาลที่มองคนทั้งคน และถือว่าบุคคลเป็นหน่วยเดียวที่มีการผสมผสานระหว่างร่างกาย จิตวิญญาณ อารมณ์ สังคม และสิ่งแวดล้อมรวมเป็นหนึ่งเดียว หากผู้ป่วยมีอาการเจ็บป่วยทางกายก็จะส่งผลให้จิตใจไม่มีความสุข และหากผู้ป่วยมีอาการเจ็บป่วยทางจิต ก็จะส่งผลกระทบต่อให้เกิดปัญหาการเจ็บป่วยทางกายภาพได้

2. บุคคลเป็นระบบเปิดและเป็นระบบย่อยของระบบอื่น เช่น ครอบครัวเป็นระบบย่อยของชุมชนในระบบเปิด มนุษย์มีความสามารถที่จะเสาะแสวงหาความรู้ สร้างวิถีคิดของตนเองเพื่อใช้เลือกกลยุทธ์ในการจัดการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นในชีวิต คนที่มีสุขภาพดี คือ คนที่รู้จักตนเองเป็นอย่างดี รู้ว่าตนเองจะก้าวไปทางใด รู้จักจัดระบบระเบียบของตนเองในการเลือกรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ต่อสุขภาพ หลีกเลี่ยงสิ่งที่มีผลเสียต่อสุขภาพ และมีเป้าหมายในชีวิตว่าต้องการมีสุขภาพแบบใด

2.1 เจตคติ ค่านิยม การรับรู้และความเชื่อจะมีผลต่อภาวะสุขภาพ และเป็นปัจจัยนำที่สามารถทำให้มีการเปลี่ยนแปลงภาวะสุขภาพได้

2.2 การพยาบาลมุ่งช่วยเหลือบุคคลให้พัฒนาความสามารถที่มีอยู่มาใช้ตอบสนองความต้องการของตนเอง เพื่อความผาสุกและการมีสุขภาพที่ดีขึ้น

แนวคิดที่ 5 การดูแลต่อเนื่อง เป็นการดูแลเพื่อตอบสนองความต้องการด้านสุขภาพของบุคคลโดยความร่วมมือของสหวิชาชีพ ไม่ว่าบุคคลจะอยู่ที่ใด เช่น อยู่รับการรักษาในโรงพยาบาล จำหน่ายกลับมาฟื้นฟูสภาพ/พักฟื้นที่บ้านฯ พยาบาลจะต้องวางแผนจำหน่ายเพื่อใช้เป็นเครื่องมือช่วยให้เกิดการดูแลต่อเนื่องจากกระยะวิกฤติในโรงพยาบาลเชื่อมโยงมาถึงระยะฟื้นฟูสภาพ



ที่บ้าน โดยใช้เครื่องมือทางการพยาบาล เช่น แผนการดูแล (Guide Line) การวางแผนจำหน่าย (Discharge Planning) หรือเครื่องมือการดูแลอื่นๆ ทำเป็นแผนการดูแลร่วมกันระหว่างทีมสหสาขา และทีมการพยาบาลทั้งในโรงพยาบาลและในชุมชน เพื่อให้แผนการจำหน่ายที่กำหนดไว้ในระยะเฉียบพลันขณะรักษาในโรงพยาบาล ได้รับการดำเนินการต่อให้แผนการดูแลได้มีการปรับให้สอดคล้องกับความต้องการการดูแลตามสภาวะโรคของผู้ป่วยพื้นหายหรือควบคุมภาวะโรคไม่ให้อาการรุนแรงขึ้น และสามารถปรับตัวอยู่กับโรคได้โดยไม่รู้สึกรำคาญเป็นความจำกัดของการดำรงชีวิตต่อไป

2. ความหมายที่เกี่ยวข้องกับการพยาบาลผู้ป่วยที่บ้าน

การดูแลสุขภาพที่บ้านมีความเกี่ยวข้องกับคำในภาษาไทยและภาษาอังกฤษหลายคำ เพื่อให้เกิดความเข้าใจที่ตรงกัน สำนักงานการพยาบาลได้กำหนดความหมายของคำไว้ ดังนี้

Home Health Care มีการแปลเป็นภาษาไทยไว้หลากหลาย ได้แก่ การพยาบาลที่บ้าน การดูแลสุขภาพที่บ้าน การดูแลผู้ป่วยที่บ้าน การบริการสุขภาพที่บ้าน เป็นต้น ดร.ประพิณ วัฒนกิจ ได้ให้ความหมายว่า การดูแลสุขภาพอนามัยตนเองที่บ้านซึ่งหมายถึง บริการสาธารณสุขเชิงรุกที่ใช้บ้านของประชาชนเป็นสถานบริการพยาบาล มีทีมสาธารณสุขให้การสนับสนุน แนะนำช่วยเหลือให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและครอบครัวในการดูแลตนเองทางด้านสุขภาพอนามัย โดยมีเครือข่ายติดต่อกับเจ้าหน้าที่ได้ตลอดเวลา เมื่อเกิดภาวะฉุกเฉินหรืออันตราย (ประพิณ วัฒนกิจ, 2536) จุดเน้นของ Home Health Care คือ การที่ทีมสหสาขาวิชาชีพ ได้แก่ แพทย์ พยาบาล เภสัชกร นักกายภาพบำบัด นักโภชนาการ และอื่นๆ ร่วมกันเป็นทีมสาธารณสุขให้การดูแลผู้ป่วยที่บ้านนั่นเอง



Home Visit ภาษาไทยใช้คำว่า การเยี่ยมบ้าน เป็นกิจกรรมหรือเป็นกลวิธีที่สำคัญที่สุดในการดูแลสุขภาพบุคคลและผู้ป่วยที่บ้าน

Home Ward ภาษาไทยใช้คำว่า การใช้บ้านเป็นเตียงดูแลผู้ป่วย หมายถึง การดูแลผู้ป่วยเพื่อให้ได้รับการดูแลต่อเนื่องจากโรงพยาบาล โดยใช่บ้านแต่ละหลังเสมือนเป็นเตียงผู้ป่วยในโรงพยาบาล ผู้ป่วยกลุ่มนี้เป็นผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพซับซ้อนต้องการการดูแลจากผู้ประกอบวิชาชีพอย่างต่อเนื่อง เช่น ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง โรคไต อัมพาต ผู้ป่วยอุบัติเหตุ ผู้ป่วยวาระสุดท้าย ฯลฯ การดูแลผู้ป่วยที่บ้านเป็นการพัฒนาศักยภาพการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยและครอบครัวให้ปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อน การฟื้นฟูหรือทุเลาจากความเจ็บป่วย มีสุขภาวะที่ดีที่สุดตามศักยภาพที่มีอยู่ และ/ หรือสร้างความอบอุ่นในครอบครัว ช่วยให้ครอบครัวมีโอกาสดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด เตรียมความพร้อมสมาชิกในครอบครัวเมื่อต้องสูญเสียบุคคลในครอบครัว

หน่วยบริการปฐมภูมิ หมายถึง หน่วยบริการที่ให้บริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิในการดูแลประชาชนในความรับผิดชอบ แบบองค์รวม ผสมผสาน และต่อเนื่อง มีชื่อเรียกตามหน่วยงาน เช่น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และศูนย์สุขภาพชุมชนเมือง งานเวชปฏิบัติครอบครัวและชุมชนในโรงพยาบาล ชุมชน งานเวชกรรมสังคมในโรงพยาบาลทั่วไป/โรงพยาบาลศูนย์ ที่มีการให้บริการเยี่ยมบ้านในชุมชน

การพยาบาลผู้ป่วยที่บ้าน หมายถึง การบริการสุขภาพสำหรับบุคคลผู้ป่วย และครอบครัว โดยพยาบาลใช้ที่อยู่อาศัย/บ้านของบุคคลและผู้ป่วยเป็นสถานที่ให้บริการสุขภาพ ให้การดูแล ช่วยเหลือ สนับสนุน ส่งเสริม ฝึกทักษะสอน ให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยและครอบครัวให้มีความสามารถในการดูแลตนเอง ป้องกันภาวะแทรกซ้อนและฟื้นฟูจากความเจ็บป่วย เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยกลับสู่ภาวะสุขภาพดีหรือใกล้เคียงกับภาวะปกติมากที่สุด สามารถใช้ชีวิตได้ตามปกติหรือใกล้เคียงปกติได้ตามศักยภาพ สามารถพึ่งตนเองได้ภายใต้บริบทและสภาพ



แวดล้อมของครอบครัว โดยมีครอบครัวร่วมให้การดูแลช่วยเหลือตามความจำเป็น มีเครือข่ายติดต่อกับเจ้าหน้าที่ได้ตลอดเวลา เมื่อเกิดภาวะฉุกเฉินหรืออันตราย ตลอดจนพัฒนาศักยภาพชุมชนให้สามารถเป็นแหล่งประโยชน์ด้านสุขภาพสำหรับสมาชิกได้

3. ทฤษฎีการพยาบาลที่ใช้ในการประเมินบุคคล ครอบครัว ชุมชน

การพยาบาลผู้ป่วยที่บ้านนั้น พยาบาลต้องมีความรู้ ความเข้าใจในหลักการ และแนวคิดของทฤษฎีทางการพยาบาล และสามารถบูรณาการแนวคิดจากทฤษฎีการพยาบาลต่างๆ มาประยุกต์ใช้ในการพยาบาลผู้ป่วยที่บ้าน หนังสือเล่มนี้ นำทฤษฎีที่ใช้ในการประเมินบุคคล ครอบครัว ชุมชน เพื่อให้การพยาบาลที่บ้านได้แก่ ทฤษฎีการพยาบาลของไนติงเกล ทฤษฎีการปรับตัวของรอย ทฤษฎีการดูแลของวัตสัน ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม ทฤษฎีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ และการมีส่วนร่วมของชุมชน โดยมีรายละเอียดของแต่ละทฤษฎี ดังนี้

1. **ทฤษฎีการพยาบาลของ ไนติงเกล** เป็นทฤษฎีที่มีความเชื่อว่า คนมีพลังที่จะฟื้นหายจากโรค และความเจ็บป่วย พยาบาลจะต้องช่วยผู้ป่วยให้อยู่ในสถานะส่งเสริมกระบวนการฟื้นหาย โดยการจัดการสิ่งแวดล้อมให้ถูกสุขลักษณะเหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย ช่วยส่งเสริมการฟื้นหายจากโรค นำมาประยุกต์ใช้ในการดูแลด้านการจัดสิ่งแวดล้อมที่สะอาดเหมาะสมและส่งเสริมให้บุคคลสามารถปรับตัวเข้ากับสภาพแวดล้อมได้ตามปกติ เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยหายเร็วขึ้น การป้องกันการติดเชื้อ เป้าหมายของการพยาบาล คือ การจัดสิ่งแวดล้อมให้เป็นธรรมชาติ กับบริบทการดำเนินชีวิตของผู้ป่วย และมีการให้คำแนะนำเพื่อส่งเสริมให้บุคคลปรับตัวได้ดีในสภาพแวดล้อมที่อาจมีการเปลี่ยนแปลงตามสถานะการเปลี่ยนความสามารถทางกายของผู้ป่วยแต่ละคน



ทฤษฎีนี้สามารถใช้ในการพยาบาลด้านการจัดสภาพแวดล้อมโดยสามารถช่วยเหลือให้มีความสุขสบาย ความปลอดภัยและให้กำลังใจเพื่อให้ผู้ป่วยได้พักผ่อนอย่างสุขสบาย เกิดความรู้สึกผ่อนคลาย มีความไว้วางใจและเชื่อมั่นในการรักษาพยาบาล ซึ่งจะช่วยให้สุขภาพกายและสุขภาพจิตดีพร้อมที่จะฟื้นฟูร่างกาย พยาบาลเยี่ยมบ้านควรแนะนำผู้ป่วยในเรื่องการปฏิบัติตัวขณะอยู่ที่บ้าน เพื่อผู้ป่วยจะสามารถปฏิบัติตัวได้อย่างถูกต้องและปรับตัวได้ตามสภาพแวดล้อม

ตัวอย่างการนำทฤษฎีการพยาบาลของ ไนติงเกล มาประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีอาการอัมพาต พยาบาลมีหน้าที่ ใช้ประโยชน์จากสิ่งแวดล้อมเพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยให้พ้นภัยจากการเจ็บป่วย (Nightingale, 1860 & 1969) การปรับสภาพบ้านและสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสมกับสภาวะของผู้ป่วย เป็นจุดเน้นหลักของทฤษฎีการพยาบาลไนติงเกลเพื่อสร้างความปลอดภัย ป้องกันอุบัติเหตุและสร้างความสะดวกในการดำเนินชีวิต รวมถึงสภาพแวดล้อมที่สะอาดถูกหลักอนามัย พยาบาลต้องเข้าใจผู้ป่วยก็มีความต้องการเหมือนคนทั่วไปที่ต้องการช่วยเหลือตัวเองเท่าที่ความสามารถจะทำได้ ตามความจำเป็นและความต้องการพื้นฐาน คือ การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การใช้ชีวิตภายในบ้านอย่างอิสระโดยที่ไม่ต้องพึ่งพาผู้อื่นหรือเป็นภาระกับครอบครัวให้น้อยที่สุด สภาพแวดล้อมต่างๆภายในบ้านต้องจัดวางในพื้นที่ที่อำนวยความสะดวกให้ผู้ป่วยเข้าถึงง่ายสะดวกในการหยิบใช้ ขจัดอุปสรรคที่มีอยู่หรือปรับปรุงดัดแปลงสภาพแวดล้อม รวมทั้งประยุกต์วัสดุอุปกรณ์บางอย่างให้เกิดความสะดวกสบายต่อการใช้งาน ตัวอย่างเช่น การปรับโถส้วมจากแบบนั่งยองมาเป็นโถนั่งแบบชักโครก การทำราวจับตามผนังห้องน้ำเพื่อความปลอดภัยในการใช้ห้องน้ำห้องส้วม การปรับขนาดประตูทางเข้าเพื่อให้เก้าอี้ล้อเข็นเข้าออกได้สะดวก กรณีที่มีธรณีประตูควรเสริมทางลาดเพื่อง่ายต่อการใช้อุปกรณ์ช่วยเดินที่มีล้อ เป็นต้น สิ่งต่าง ๆ เหล่านี้เป็นการช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความมั่นใจสามารถช่วยเหลือตนเองได้ เกิดความภาคภูมิใจในตนเองทำให้อุณหภูมิชีวิตของผู้ป่วยดีขึ้น และช่วยลดภาระการดูแลผู้ป่วยของคนในครอบครัว



2. ทฤษฎีการปรับตัวของรอย เชื่อว่ามนุษย์เป็นระบบที่มีการปรับตัวแบบองค์รวม (Holistic Adaptation System) โดยมนุษย์จะมีความสามารถในการคิด พิจารณาเพื่อการปรับตัวให้เหมาะสมกับสิ่งแวดล้อมทั้งภายในและภายนอก ร่างกาย การเจ็บป่วยเป็นสิ่งเร้าที่ทำให้ร่างกาย จิตใจของบุคคลเกิดผลกระทบ จำเป็นที่พยาบาลต้องให้ความช่วยเหลือบุคคลให้สามารถปรับตัวเพื่ออยู่ในภาวะสมดุล โดยการนำกระบวนการพยาบาลมาประเมินพฤติกรรมและสิ่งเร้าที่มีผลต่อการปรับตัวของผู้ป่วย รอยได้แบ่งระดับการปรับตัวเป็น 4 ลักษณะ คือ

2.1 การปรับตัวด้านร่างกาย (Physiological Mode) เป็นความสัมพันธ์ของกระบวนการและสารเคมีในร่างกายที่คอยควบคุมการทำงานของอวัยวะและระบบต่าง ๆ เพื่อให้ร่างกายอยู่ในภาวะสมดุล รวมถึงการรับรู้ถึงการทำหน้าที่ของระบบประสาท ระบบต่อมไร้ท่อ การประเมินพฤติกรรมปรับตัวด้านร่างกาย ประเมินได้จากการตรวจร่างกาย การตรวจพิเศษ การประเมินการใช้เครื่องมือวัดปริมาณการได้รับออกซิเจน ภาวะโภชนาการ ฯ

2.2 การปรับตัวด้านอัตมโนทัศน์ (Self Concept Mode) เป็นการรับรู้จากความเชื่อ ค่านิยมเกี่ยวกับตัวเอง และปฏิกิริยาจากคนรอบข้างเกี่ยวกับภาพลักษณ์ของตนเอง (Body Image) ความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเอง

2.3 การปรับตัวตามบทบาทหน้าที่ (Role Function Mode) ได้แก่ การทำบทบาทตามความคาดหวังของสังคม หรือการแสดงบทบาทตามตำแหน่งหน้าที่ที่ได้รับมอบหมายได้เหมาะสม

2.4 การปรับตัวด้านการพึ่งพาระหว่างกัน (Interdependence Mode) เน้นการปรับตัวด้านการพึ่งพาผู้อื่นและพึ่งตนเองในขอบเขตที่เหมาะสม สังคมยอมรับ การพึ่งพาจะอยู่ภายใต้ความรัก ความห่วงใย ช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกมั่นคง ปลอดภัย



ตัวอย่างการนำทฤษฎีการพยาบาลของรอย มาประยุกต์ในการดูแล ผู้ป่วยที่บ้าน ผู้ป่วย Stroke มีความจำกัดในด้านการเคลื่อนไหว ผู้ป่วยจะรู้สึกหมดหวังไม่อยากมีชีวิตอยู่ อยากตาย และจะไม่ร่วมมือปฏิบัติตามแผนการรักษา ไม่ยอมทำกิจกรรมฟื้นฟูสภาพ พยาบาลต้องพูดคุยและใช้เทคนิคการฟื้นฟูสภาพจิตใจเพื่อให้ผู้ป่วยเกิดกำลังใจทำใจยอมรับสภาพความพิการที่เกิดขึ้นได้ และมีกำลังใจที่จะฟื้นฟูเพื่อให้ร่างกายส่วนที่ตีกลับมาทำหน้าที่ทดแทน มีความหวังที่จะมีชีวิตอยู่ต่อไปและพยายามทำทุกอย่างเพื่อเอาชนะความพิการ และสามารถมีชีวิตอยู่ต่อไปแม้จะมีความพิการก็ตาม ผู้ป่วยอาจต้องทำกายภาพบำบัด และต้องเรียนรู้การใช้กายอุปกรณ์ เพื่อการดำรงชีวิตอยู่โดยไม่พึ่งพาใคร นอกจากนี้บทบาทในครอบครัวจากการเป็นผู้นำต้องหาเลี้ยงครอบครัว ต้องปรับบทบาทหน้าที่ทั้งในครอบครัวและในสังคมจากบทบาทผู้นำมาเป็นบทบาทสมาชิก การปรับตัวอาจต้องใช้เวลาและความเข้าใจตลอดจนวิธีคิดเพื่อการยอมรับสภาพโดยมีพยาบาลเป็นผู้ช่วยให้สามารถปรับตัวได้

3. ทฤษฎีการดูแลของวัตสัน เน้นการดูแลที่อาศัยการสร้างสัมพันธ์ภาพระหว่างผู้ให้การดูแลกับผู้ที่ได้รับการดูแลภายใต้ความรักในความเป็นเพื่อนมนุษย์ วัตสันมีความเชื่อว่าการให้การพยาบาลด้วยความรักจะเป็นพลังช่วยผลักดันให้เกิดกระบวนการบำบัดเพื่อการฟื้นฟูหาย การปฏิบัติกรพยาบาลจะทำได้ดี พยาบาลและผู้ป่วยต้องมีการเข้าถึงจิตใจยอมรับซึ่งกันและกัน ระหว่างคนสองคนเพื่อให้เกิดการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ชีวิต ความเจ็บป่วยของผู้ป่วย และยอมรับปฏิบัติตามคำแนะนำ เช่น ความทุกข์ทรมาน สภาพปัญหาจากโรคและอาการความรู้สึกที่มีต่ออาการเจ็บป่วย ความหวังถ่ายทอดมาให้พยาบาลได้เข้าใจ เพื่อพยาบาลจะได้นำแนวทางจากความต้องการของผู้ป่วยมากำหนดประเด็น คำแนะนำช่วยเหลือสอดแทรกลงไปในการรับรู้ของผู้ป่วยได้ ซึ่งการสอดแทรกความช่วยเหลือนั้นจะเป็นการเยียวยา เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยรู้สภาพการเจ็บป่วยของตนเองตามความเป็นจริงของการดำเนินของโรค และอาการแสดงที่



เผชิญอยู่ ผู้ป่วยจะเข้าใจยอมรับสภาพการเจ็บป่วยของตนเองพร้อมที่จะสร้างสัมพันธภาพ โดยให้ความร่วมมือในการรักษาตามอาการของโรค เพื่อการฟื้นฟู ถึงแม้จะเป็นผู้ป่วยในระยะสุดท้ายที่หมดหวังจากการรักษาแล้วก็ตาม เพื่อนำไปสู่ความสมดุลของผู้ป่วยทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และจิตวิญญาณเป็นการให้การดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม

หลักการพยาบาลของวัตสัน ประกอบด้วย

3.1 พยาบาลต้องมีเมตตาต่อเพื่อนมนุษย์ ปฏิบัติการพยาบาลและดูแลผู้ป่วยด้วยความรักและเมตตา

3.2 พยาบาลต้องไวต่อการรับรู้ความรู้สึกของผู้ป่วย จากคำพูดหรือการแสดงออกของผู้ป่วยกับบุคคลที่แวดล้อมตัวผู้ป่วย เป็นภาวะที่ตรงกับคำพูด คำบอกเล่าและพยายามทำความเข้าใจกับปัญหาของผู้ป่วยกับบริบทแวดล้อม

3.3 ส่งเสริมให้ผู้ป่วยแสดงความรู้สึกออกมาทั้งทางบวกและลบเพื่อจะได้เข้าใจถึงความต้องการของผู้ป่วย

3.4 ใช้วิธีการแก้ปัญหาและตัดสินใจอย่างเป็นระบบ โดยใช้ศาสตร์และองค์ความรู้มาเป็นส่วนหนึ่งของกระบวนการดูแล เพื่อถ่ายทอดสู่การปฏิบัติที่ทำให้ผู้ป่วยสัมผัสได้ถึงความรักที่พยาบาลปฏิบัติการดูแลช่วยเหลืออย่างจริงใจ

3.5 ส่งเสริมการเรียนรู้จากประสบการณ์ของตัวผู้ป่วยเอง จากปัญหาและวิธีปฏิบัติ เพื่อให้ผู้ป่วยพัฒนาการเรียนรู้จากสิ่งง่ายไปสู่สิ่งซับซ้อนภายในกรอบการพยาบาลที่พยาบาลตั้งเป้าหมายไว้

3.6 สนับสนุนแก้ไขสิ่งแวดล้อมด้านกายภาพ เพื่อสร้างสรรค์สภาพแวดล้อมแห่งการบำบัด สำหรับผู้ป่วยแต่ละราย

ตัวอย่างการนำทฤษฎีการพยาบาลของวัตสัน มาประยุกต์ในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ผู้ป่วย Stroke มีความจำกัดในด้านการเคลื่อนไหว ผู้ป่วยรู้สึก



หมดหวังไม่อยากมีชีวิตอยู่ อยากตาย และไม่ร่วมมือปฏิบัติตามแผนการรักษา ไม่ยอมทำกิจกรรมฟื้นฟูสภาพ พยาบาลต้องพูดคุยและใช้เทคนิคการฟื้นฟูสภาพจิตใจเพื่อให้ผู้ป่วยเกิดกำลังใจ มีความหวังที่จะมีชีวิตอยู่ต่อไปและพยายามทำทุกอย่างเพื่อเอาชนะความพิการ สามารถมีชีวิตอยู่ต่อไปแม้จะมีความพิการก็ตาม พยาบาลเยี่ยมบ้านต้องประเมินความสัมพันธ์ของผู้ป่วยกับสมาชิกในครอบครัว การแสดงออกของผู้ป่วยต่อบุคคลแวดล้อมและสภาพปัญหาของผู้ป่วย ใครคือคนที่รักและหวังใยดูแลผู้ป่วย ใครคือคนที่ผู้ป่วยพึ่งพาได้ยามเจ็บป่วย พยาบาลต้องรู้ว่าอะไรที่ผู้ป่วยสามารถและอะไรที่ไม่สามารถ ส่งเสริมให้เรียนรู้จากประสบการณ์ของตัวเอง สอนผู้ดูแลแล้วควรช่วยอย่างไร เมื่อไรจึงจะเหมาะสม พยาบาลต้องช่วยผู้ป่วยด้วยความรักเหมือนญาติ แสดงความสม่ำเสมอ ความหวังใยให้ผู้ป่วยไวใจเรื่องสุขภาพยอมรับร่วมมีรักษา ฝึกสอนผู้ป่วยด้วยความอดทนเพื่อมุ่งให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติ/ทำได้ในสิ่งที่ไม่เกินความสามารถ นัดหมายพาทีมสหสาขาเข้ามาร่วมดูแลรักษาเมื่อพร้อม และปลูกฝังความคิดให้ผู้ป่วยลดการพึ่งพา และพยาบาลแสดงความพร้อมช่วยเหลือด้านสุขภาพตลอดเวลา

4. ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเรียม เชื่อว่าบุคคลเมื่อมีความเจ็บป่วยหรือพิการจะส่งผลกระทบต่อทำให้บุคคลมีความพร้อมในการดูแลตนเอง ซึ่งความพร้อมจะนำมาสู่ความสามารถที่จำกัดในการดูแลตนเองของบุคคลอาจมีความจำกัดที่เกิดจากรอยโรค หรือจากรอยโรคที่ทำให้มีความต้องการการดูแลตนเองเพิ่มขึ้น พยาบาลจึงมีบทบาทในการช่วยเหลือบุคคลหรือส่งเสริมให้สมาชิกครอบครัว ผู้ดูแล เข้ามาร่วมให้การช่วยเหลือดูแลที่เหมาะสมโดยการกระทำให้หรือทำการสอน ฝึก ชี้แนะ สนับสนุนให้กำลังใจ ปรับสภาพแวดล้อม หาสิ่งสนับสนุนที่จำเป็นในการช่วยเหลือ ให้การดูแลที่จำเป็นในการตอบสนองความต้องการและรักษาไว้ซึ่งสุขภาพ และอยู่ได้อย่างปกติสุข (สมจิต หนูเจริญกุล, 2544)



หลักการพยาบาลของโอเร็ม ประกอบด้วย

4.1 บุคคลทุกคนมีศักยภาพในการกระทำเกี่ยวกับตนเองถ้าตั้งใจและมีความสามารถในการจัดระเบียบปฏิบัติกิจกรรมเพื่อดูแลตนเองได้ เปิดรับข้อมูลข่าวสารต่าง ๆ เพื่อการเปลี่ยนแปลงตนเองอยู่เสมอ

4.2 บุคคลและสิ่งแวดล้อมมีอิทธิพลต่อกันไม่สามารถแยกออกจากกันได้ สิ่งแวดล้อมที่ดีจะเป็นแรงจูงใจให้บุคคลปรับพฤติกรรมและพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองได้บรรลุเป้าหมายที่ตั้งใจ

4.3 สุขภาพดี คือ คนที่สามารถทำหน้าที่ได้ทั้งด้านสรีระ จิตใจและสังคม และมีความสัมพันธ์ที่ดีกับบุคคลอื่นรอบข้าง สามารถดำรงชีวิตอยู่ในสิ่งแวดล้อมได้ตามศักยภาพของตน

จากแนวคิดของโอเร็ม พยาบาลจะต้องประเมินความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยและผู้ดูแลว่ามีศักยภาพเพียงพอที่จะตอบสนองต่อความต้องการการดูแลตนเองตามสภาพของความเจ็บป่วย โดยการช่วยสอนให้รู้วิธีปฏิบัติ ฝึกทักษะและปฏิบัติการพยาบาลให้ เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลตามความต้องการในระดับที่เพียงพอและต่อเนื่อง พยาบาลจะต้องวางแผนว่าจะต้องช่วยเพิ่มความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยและลดบทบาทการช่วยเหลือด้วยการทำแทนของพยาบาลและผู้ดูแลลงเรื่อย ๆ จนในที่สุดผู้ป่วยจะมีชีวิตอยู่ได้เองอย่างอิสระไม่ต้องพึ่งพาหรือพึ่งพาผู้ดูแล/พยาบาล น้อยลง

ตัวอย่างการนำทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม มาประยุกต์ในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ผู้ป่วยได้รับบาดเจ็บจากการถูกยิงที่กระดูกสันหลัง มีผลให้เป็นอัมพาตครึ่งท่อนล่าง ระยะแรกผู้ป่วยทำใจไม่ได้กับภาวะพิการของตนเอง ไม่ร่วมมือในการรับประทานยา ไม่รับประทานอาหารฯ พยาบาลต้องพูดคุยให้กำลังใจ และให้การช่วยเหลือ เช็ดตัวทำความสะอาดร่างกายให้ทั้งหมด และแนะนำให้รู้จักผู้ที่เป็นโรคเดียวกับผู้ป่วยที่เป็นอัมพาตนั่งรถเข็นมาพูดคุยด้วย



หลาย ๆ คน หลายครั้งผ่านไป ผู้ป่วยเริ่มสนใจรับประทานอาหารและตัดสินใจใช้ชีวิต การทำกายภาพบำบัดเริ่มขึ้นพยาบาลปรับบทบาทให้การช่วยเหลือน้อยลง เช่น นำผ้าเช็ดตัวพร้อมถังน้ำมาให้ผู้ป่วยเช็ดตัวเอง พยาบาลช่วยเช็ดหลังให้ และแนะนำวิธีทำความสะอาดสระอาตรา่างกายให้ญาติ/ผู้ดูแลให้รู้ว่าควรช่วยเหลือกิจกรรมใด อย่างไร และควรส่งเสริมการใช้ศักยภาพที่มีอยู่ของผู้ป่วย ต่อมา ผู้ป่วยแข็งแรงสามารถนั่งรถเข็นไปเช็ดตัวที่ห้องน้ำเอง เมื่อผู้ป่วยได้รับอนุญาตให้กลับบ้าน บ้านผู้ป่วยเป็นห้องแถวมีธรณีประตู ผู้ป่วยนั่งรถเข็นอยู่ในบ้านโดยไม่ได้ออกไปไหน พยาบาลเยี่ยมบ้านแนะนำให้ทำทางลาดข้ามธรณีประตู ผู้ป่วยสามารถใช้รถเข็นนั่งไปเยี่ยมบ้านเพื่อนได้ และในที่สุดก็เลือกอาชีพขายลอตเตอรี่ ใช้ชีวิตมีความสุขอยู่กับครอบครัว

5. ทฤษฎีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์

เพนเดอร์ (Pender, 1996) กล่าวว่า พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเป็นการปฏิบัติตนในชีวิตประจำวันเพื่อการมีสุขภาพดีทั้งด้านร่างกาย จิตใจและสังคม ประกอบด้วย การปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวัน 6 ด้าน ได้แก่ ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ (Health Responsibility) ด้านกิจกรรมทางกาย (Physical Activity) ด้านโภชนาการ (Nutrition) ด้านการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล (Interpersonal Relations) ด้านการพัฒนาจิตวิญญาณ (Spiritual Growth) และด้านการจัดการกับความเครียด (Stress Management)

ประเภทของพฤติกรรมสุขภาพ แบ่งเป็น 2 ประเภท (Pender, 1996) คือ

1. พฤติกรรมในการป้องกันโรค (Health Protecting Behavior) ซึ่งเป็นการป้องกัน หรือการค้นหาความผิดปกติในระยะที่ไม่แสดงอาการเป็นการป้องกันภาวะความเจ็บป่วยเช่น การฉีดวัคซีนฯ และการได้รับอันตรายต่างๆ

2. พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (Health Promotion Behavior) เป็นกิจกรรมหรือแบบแผนการดำเนินชีวิตของบุคคลเพื่อควบคุมและส่งเสริมสุขภาพ



ให้ดีขึ้น เช่น การออกกำลังกายที่สม่ำเสมอ การมีกิจกรรมต่างๆ เพื่อลดความเครียด การพักผ่อนที่เพียงพอ การมีภาวะโภชนาการที่เหมาะสม (Pender, 1996)

การส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ มีพื้นฐานมาจากแนวคิดด้านการคิดรู้ ประกอบด้วย ความคาดหวังต่อผลลัพธ์ของการปฏิบัติพฤติกรรม (Outcome Expectancies) และความคาดหวังในความสามารถของตนเอง (Self-Efficacy Expectancies) ที่สะท้อนให้เห็นถึงความสัมพันธ์ที่อธิบายเกี่ยวกับปัจจัยทำให้บุคคลเกิดแรงจูงใจปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (Pender, N.J., Murdaugh, C.L. & Parsons, M.A., 2006)

พยาบาลที่ปฏิบัติงานเยี่ยมบ้านจะต้องสร้างแรงจูงใจให้บุคคลมีการพัฒนาหรือปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของตนเองโดยพยาบาลต้องทำความเข้าใจสาเหตุและทำให้ประชาชน ดังนี้

1. รับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรม (Perceived Benefits of Action) และมีความคาดหวังผลที่จะได้รับภายหลังการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ

2. การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรม (Perceived Barriers to Action) หมายถึง การรับรู้ถึงสิ่งขัดขวางที่ทำให้บุคคลไม่สามารถปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ประกอบด้วย อุปสรรคภายใน ได้แก่ ความขี้เกียจ ความไม่รู้ ไม่มีเวลา ไม่พึงพอใจ ถ้าต้องปฏิบัติพฤติกรรมและความเข้าใจผิดเกี่ยวกับพฤติกรรม เป็นต้น อุปสรรคภายนอก ได้แก่ สถานภาพทางเศรษฐกิจขาดแคลนสิ่งเอื้ออำนวยในการปฏิบัติพฤติกรรม เช่น ค่าใช้จ่ายสูง การรับรู้ว่ายาก สภาพอากาศ และความไม่สะดวก เป็นต้น อุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพนี้อาจเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นจริงหรือเป็นสิ่งที่บุคคลคาดคิดไปเองก็ได้ ซึ่งมีอิทธิพลต่อความตั้งใจที่จะทำหรือมีผลต่อแรงจูงใจของบุคคลให้หลีกเลี่ยงที่จะปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ



3. การรับรู้ความสามารถของตนเอง (Perceived Self-Efficacy) หมายถึง ความเชื่อมั่นของบุคคลเกี่ยวกับความสามารถของตนเองในการกระทำพฤติกรรมใดๆ ภายใต้อุปสรรคหรือสภาวะต่างๆ ในการส่งเสริมสุขภาพ

4. ความรู้สึกที่มีต่อพฤติกรรม (Activity-Related Affect) หมายถึง ความรู้สึกในทางบวกหรือลบที่เกิดขึ้นก่อน ระหว่าง และหลังการปฏิบัติพฤติกรรม ความรู้สึกที่ดีหรือความรู้สึกทางบวกมีผลต่อแรงจูงใจของบุคคลในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ แต่ถ้าบุคคลเกิดความรู้สึกในทางลบ ก็จะมีผลให้หลีกเลี่ยงการปฏิบัติพฤติกรรมดังกล่าว

5. อิทธิพลระหว่างบุคคล (Interpersonal Influences) หมายถึง พฤติกรรม ความเชื่อ หรือทัศนคติของคนอื่นที่มีอิทธิพลต่อความคิดของบุคคล ได้แก่ ครอบครัว เพื่อน และบุคลากรทางสุขภาพ นอกจากนี้ อิทธิพลระหว่างบุคคล หมายรวมถึง ความคาดหวังหรือความเชื่อของบุคคลที่สำคัญ กลุ่มบุคคล ชุมชนซึ่งได้วางมาตรฐานการปฏิบัติพฤติกรรมเอาไว้ การสนับสนุนทางสังคม ทั้งด้านวัตถุ ข้อมูลข่าวสาร และอารมณ์ การเห็นแบบอย่าง การเรียนรู้จากการสังเกตผู้อื่นที่กระทำพฤติกรรมนั้นๆ อิทธิพลระหว่างบุคคลมีอิทธิพลโดยตรงต่อการตัดสินใจปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของบุคคล

6. อิทธิพลจากสถานการณ์ (Situational Influences) หมายถึง การรับรู้เงื่อนไขที่มาสนับสนุน ความต้องการ และความราบรื่นสุขสบายของสภาพแวดล้อมในการปฏิบัติพฤติกรรม บุคคลมักจะเลือกทำกิจกรรมที่เข้ากับวิถีชีวิต รู้สึกปลอดภัยและมั่นคงเมื่อปฏิบัติพฤติกรรมสอดคล้องกับสภาพแวดล้อมของตนเอง

ตัวอย่างการนำทฤษฎีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ มาประยุกต์ในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน พยาบาลเยี่ยมบ้านแจ้งผลการตรวจน้ำตาลในเลือดอยู่ในกลุ่มเสี่ยงให้บุคคลทราบพร้อมกันทั้งกลุ่ม ชวนกลุ่มคุยถึงผู้ป่วยโรค



เบาหวานที่คนในกลุ่มรู้จักว่าชีวิตเป็นอย่างไร หลังจากได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรค จะต้องมีความจำกัดในการดำเนินชีวิตเพื่อควบคุมโรคอย่างไรบ้าง เกิดภาวะแทรกซ้อนแล้วเป็นอย่างไร ขณะนี้ถ้าป้องกันได้จะทำหรือไม่ อนาคตอยากให้อายุสุขภาพเป็นอย่างไร ตั้งเป้าหมาย และเชิญชวนให้มาร่วมกิจกรรม เริ่มจากชวนมาตุกลุ่มทำกิจกรรม ให้ลองทำดูนิดหน่อยแล้วถามความรู้สึกเปรียบเทียบก่อนและหลังทำกิจกรรม ให้สมาชิกกลุ่มมาคุยให้ฟังว่าทำตอนแรกเป็นอย่างไรทำต่อแล้วเป็นอย่างไรให้เพื่อนในกลุ่มชักชวนร่วมกิจกรรมให้ทำไปเรื่อยๆ ถ้าทำแล้วไม่ดีต้องสอบถามเหตุผลแล้วหาวิธีปรับแก้ให้บุคคลรู้สึกที่ดีขึ้นไปเรื่อยๆ และจัดให้มีการตรวจสุขภาพซ้ำเปรียบเทียบผลการตรวจว่าสุขภาพดีขึ้นในเรื่องอะไรบ้าง โดยให้บุคคลประเมินตนเองร่วมด้วย เพื่อส่งเสริมการเรียนรู้ประโยชน์ของการทำกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ

6. การมีส่วนร่วมของชุมชน (Community Participation)

ความหมายของการมีส่วนร่วม การมีส่วนร่วมของชุมชน หมายถึง กระบวนการที่ประชาชนในชุมชนเข้ามามีส่วนเกี่ยวข้องในการดำเนินการพัฒนา ร่วมใช้ความคิดสร้างสรรค์ ความรู้ และความชำนาญร่วมกันในการเปลี่ยนแปลงเรื่องใดเรื่องหนึ่ง เพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ มุ่งสู่เป้าหมายที่กำหนดร่วมกันไว้

ขอบเขตของการมีส่วนร่วม โคเฮิน และอัฟฮอฟฟ์ (Cohen & Uphoff, 1980) ได้เสนอกรอบความคิดเบื้องต้นในขอบเขตของการมีส่วนร่วม 4 ขั้นตอน ได้แก่

1. การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ (Decision Making) คือ ร่วมกันในการคิดถึงปัญหาโดยระบุความต้องการของชุมชน จนเกิดการตัดสินใจดำเนินการโดยองค์กรของชุมชน หรือประชากรในชุมชน
2. การมีส่วนร่วมในการปฏิบัติการ (Implementation) ซึ่งประกอบด้วย การสนับสนุนด้านทรัพยากรต่างๆ การบริหารงาน การทำกิจกรรมและการประสานงานขอความช่วยเหลือ เพื่อให้บรรลุจุดประสงค์ที่ต้องการ



3. การมีส่วนร่วมในผลประโยชน์ (Benefits) ทางด้านวัตถุ สังคม ของแต่ละบุคคล

4. การมีส่วนร่วมในการประเมินผล (Evaluation)

สมาคมสาธารณสุขของสหรัฐอเมริกา (American Public Health Association, 1983.) ได้กำหนดระดับการเข้ามามีส่วนร่วมของประชาชนเป็น 3 ระดับคือ

1. ระดับการตัดสินใจ (Decision-Making) ในระดับนี้ประชาชนจะเข้ามามีส่วนร่วมในการวางแผน เลือกกำหนดแผนกิจกรรมในแต่ละแผน และจัดการกับกิจกรรมการพัฒนาด้วยตัวของเขาเองดังนั้นจึงถือว่าการมีส่วนร่วมในระดับนี้เป็นระดับการรับผิดชอบด้วยตนเอง (Level of Responsibility by Themselves) การพัฒนาระดับนี้ชุมชนต้องมีทีมแกนนำที่เข้มแข็ง

2. ระดับความร่วมมือ (Co-Operation) ในระดับนี้ประชาชนจะให้ความร่วมมือต่อแผนงานที่ริเริ่มโดยหน่วยงานภายนอก ซึ่งอาจต้องการความช่วยเหลือจากประชาชนในด้านเวลา ทรัพยากรและแรงงาน เพื่อให้ประชาชนประสบผลสำเร็จจากการมีส่วนร่วมในระดับที่ยอมรับได้ (Acceptable Level of Participation)

3. ระดับการใช้ประโยชน์ (Utilization) ในระดับนี้ประชาชนจะยอมรับและมีส่วนร่วมใช้ประโยชน์ในฐานะเป็นผู้รับบริการเท่านั้น

ตัวอย่างการนำการมีส่วนร่วมของชุมชน มาประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน พยาบาลเวชปฏิบัติวิเคราะห์ข้อมูลสุขภาพของประชาชนในพื้นที่พบว่าหมู่ 1 มีผู้ป่วย COPD จำนวนมากกว่าหมู่อื่นจากการสอบถามสาเหตุ ตั้งข้อสังเกตว่าครอบครัวที่มีสมาชิกสูบบุหรี่ในบ้านส่วนใหญ่มีเด็กเป็น COPD จึงนำข้อมูลไปพูดคุยกับครอบครัวที่สูบบุหรี่ในชุมชน และแนะนำให้พ่อที่สูบบุหรี่คอยติดตามบันทึกว่าลูกมีการเข้าโรงพยาบาลกี่ครั้งๆ ละกี่วัน แล้วลองเลิกสูบบุหรี่



ในบ้าน นำมาเปรียบเทียบกันเพื่อดูความแตกต่างของผลที่บันทึกไว้ เกี่ยวกับการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลถี่หรือห่าง จำนวนวันนอนรับการรักษาในโรงพยาบาลนานกี่วัน ความรุนแรงของอาการเจ็บป่วยมีระดับแตกต่างกันไหม พยาบาลคอยติดตามข้อมูล และชี้ประเด็นให้ชุมชนตระหนักพร้อมขอให้เลิกสูบบุหรี่ในบ้าน เงินที่พ่อใช้ซื้อบุหรี่ก็นำมาหยอดกระปุกไว้ พยาบาลแนะนำให้ลูกที่เป็น COPD เขียนจดหมายถึงพ่อในวันพ่อหรือวันเกิดลูกขอให้พ่อเลิกสูบบุหรี่เป็นของขวัญเพื่อลูก พยาบาลร่วมกับแกนนำชุมชนจัดทำโครงการในชุมชนทำสัญญาบ้านปลอดบุหรี่ ประกาศชื่อพ่อที่เลิกสูบบุหรี่ต่อที่ประชุมของชุมชนเมื่อพ่อเลิกสูบบุหรี่มีจำนวนมากขึ้น จัดให้ชุมชนกำหนดมาตรการการควบคุม โดยกำหนดพื้นที่สูบบุหรี่ให้อยู่ท้ายหมู่บ้าน ใครสูบบุหรี่ให้เสียค่าปรับ 100 บาท ในที่สุดคนในชุมชนสามารถเลิกสูบบุหรี่ บ้านหมู่ 1 กลายเป็นหมู่บ้านปลอดบุหรี่ได้ในที่สุด







การพยาบาล ผู้ป่วยที่บ้าน



การพยาบาลผู้ป่วยที่บ้าน

การพยาบาลผู้ป่วยที่บ้านเป็นบริการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่อง โดยมีการจัดกิจกรรมการดูแลตามความเหมาะสมสอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย เพื่อดำรงไว้ซึ่งคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัว การพยาบาลผู้ป่วยที่บ้าน โดยการนำกระบวนการพยาบาลมาใช้ในการประเมินปัญหาสุขภาพภายใต้ความเป็นอยู่ในสภาพแวดล้อมที่บ้าน ช่วยให้พยาบาลสามารถค้นหาปัญหาที่แท้จริงของผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อประโยชน์ในการวางแผนการพยาบาลที่เหมาะสมในระยะฟื้นฟูสุขภาพ

การพยาบาลผู้ป่วยที่บ้านจึงเป็นการบริการพยาบาลเชิงรุกที่ดูแลต่อเนื่องจากโรงพยาบาลมาที่บ้านให้บุคคลที่เจ็บป่วยเรื้อรัง ผู้สูงอายุ ผู้ที่ต้องการการฟื้นฟูสุขภาพ ผู้ที่ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ และผู้ป่วยระยะสุดท้าย ซึ่งยังมีปัญหาสุขภาพที่ต้องได้รับการดูแลจากทีมสุขภาพอย่างเหมาะสมกับความจำเป็น โดยให้บริการทางการพยาบาลในหน้าที่ผู้ป่วยและผู้ดูแลขาดทักษะ / มีความรู้ไม่เพียงพอ / ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ เพื่อสร้างความมั่นใจเป็นกำลังใจแก่ผู้ป่วยและครอบครัวในการดูแลตนเอง ให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี สามารถดำรงชีวิตอยู่ที่บ้านและในสังคมได้ตามศักยภาพ

วัตถุประสงค์การพยาบาลผู้ป่วยที่บ้าน

1. เพื่อประเมินภาวะสุขภาพของผู้ป่วย ความพร้อมผู้ดูแล ครอบครัว สิ่งแวดล้อม และวิเคราะห์ปัญหาความต้องการด้านสุขภาพ ประเมินการวางแผนจำหน่ายต่อเนื่องจากโรงพยาบาล รวมถึงปัจจัยเกี่ยวข้องที่ช่วยให้ผู้ป่วย



ดำรงชีวิตอยู่ที่บ้าน เพื่อนำมาใช้เป็นข้อมูลปรับแผนการพยาบาลเพิ่มเติมจากปัญหาที่พบที่บ้าน

2. เพื่อให้คำแนะนำ ฝึกทักษะ ให้ผู้ป่วยและครอบครัวยอมรับและปรับพฤติกรรมในระยะฟื้นฟูสภาพได้เหมาะสมสามารถดูแลตนเองที่บ้านได้ถูกต้อง

3. เพื่อให้บริการพยาบาลในส่วนที่ผู้ป่วยและผู้ดูแลไม่สามารถให้การดูแลตนเองได้

4. เพื่อติดตามผลการรักษาพยาบาลและการฟื้นฟูสภาพอย่างต่อเนื่องลดอาการรุนแรงเฉียบพลันของภาวะการเจ็บป่วยและพิการ เพื่อดำรงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพที่ดี

5. เพื่อเสริมสร้างความมั่นใจและเป็นกำลังใจแก่ผู้ป่วยและครอบครัวในการใช้ชีวิตอยู่ร่วมกับผู้ป่วยและมีส่วนร่วมดูแลผู้ป่วยให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี

เป้าหมายของการพยาบาลผู้ป่วยที่บ้าน

การพยาบาลผู้ป่วยที่บ้านมุ่งจัดบริการเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัวที่มีปัญหาสุขภาพโดยให้บริการผสมผสานเป็นองค์รวมด้านส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาลและการฟื้นฟูสภาพตามสภาพปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยแต่ละรายเพื่อช่วยเหลือสนับสนุนให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วมวางแผนและดำเนินการตามแผนการดูแลเหมาะสมกับความต้องการ สามารถดูแลตนเองให้เกิดสุขภาพได้



ประโยชน์ของการพยาบาลผู้ป่วยที่บ้าน

1. จัดบริการเพื่อเพิ่มการเข้าถึง กระจายบริการพยาบาลไปในชุมชนถึงบ้านช่วยให้มีความเสมอภาคแก่ประชาชนกลุ่มผู้ป่วยที่บ้านที่มีความต้องการการวางแผนจำหน่าย มีความจำกัด/ด้อยโอกาสในการไปรับบริการ
2. พัฒนาศักยภาพของประชาชนในการดูแลตนเองด้านสุขภาพอนามัย

กรอบแนวคิดการพยาบาลผู้ป่วยที่บ้าน

การพยาบาลผู้ป่วยที่บ้านใช้แนวคิดเชิงระบบ ประกอบด้วย ปัจจัยนำเข้าการดำเนินงาน (Input) กระบวนการดำเนินงาน (Process) และผลลัพธ์การดำเนินงาน (Output and Outcome) ซึ่งแสดงตามแผนภาพที่ 1



ผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมายต่าง ๆ
ความต้องการการพยาบาลที่บ้าน



Input

1. ทีมเยี่ยมบ้าน
2. ระบบการพยาบาลเชื่อมโยง
การดูแลผู้ป่วย
3. อุปกรณ์ / เครื่องใช้
4. ปัจจัยสนับสนุนการพยาบาล
ผู้ป่วยที่บ้าน
 - 4.1 ศักยภาพของชุมชน
 - 4.2 ผู้ดูแลผู้ป่วยที่บ้าน
 - 4.3 แหล่งประโยชน์ในชุมชน



ก่อนเยี่ยมบ้าน

- เตรียมข้อมูลสุขภาพ
- กำหนดแผนและวัตถุประสงค์
การเยี่ยม
- เตรียมอุปกรณ์/ เครื่องใช้



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการพยาบาลผู้ป่วยที่บ้าน



Process

Output

ระหว่างเยี่ยมบ้าน

- ประเมินภาวะสุขภาพ สิ่งแวดล้อม /ชุมชน ครอบครัว/ผู้ดูแล
- วินิจฉัยทางการพยาบาล
- วางแผนการพยาบาล
- ปฏิบัติการพยาบาล
- ประเมินผลการพยาบาล
- บันทึกการพยาบาล

หลังเยี่ยมบ้าน

- ประเมินผลตาม วัตถุประสงค์ และแผนการเยี่ยม
- กำหนดแผนการพยาบาลต่อเนื่อง
- การจำหน่าย
- การส่งต่อ
- บันทึกการพยาบาล

ประเมินผลการดูแลสุขภาพที่บ้าน

1. อัตราความครอบคลุม การเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้าน
2. อัตราผู้ป่วยส่งกลับ ได้รับการเยี่ยมบ้าน
3. จำนวนชั่วโมงเยี่ยมบ้าน
4. อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อน
5. ร้อยละผู้ป่วยสามารถควบคุมภาวะโรค
6. อัตราการตอบกลับข้อมูล
7. ความพึงพอใจของผู้รับบริการ
8. ความพึงพอใจของทีมเยี่ยมบ้าน

ข้อมูลป้อนกลับ



จากแผนภาพที่ 1 แสดงกรอบแนวคิดการพยาบาลผู้ป่วยที่บ้านโดยใช้แนวคิดเชิงระบบ ซึ่งมีรายละเอียดในแต่ละประเด็น ดังนี้

1. ปัจจัยนำเข้าการดำเนินงาน (Input) ประกอบด้วย

- 1.1 ทีมเยี่ยมบ้าน
- 1.2 ระบบการพยาบาลเชื่อมโยงการดูแลผู้ป่วย
- 1.3 อุปกรณ์ / เครื่องใช้
- 1.4 ปัจจัยสนับสนุนการพยาบาลผู้ป่วยที่บ้าน
 - 1.4.1 ศักยภาพของชุมชน
 - 1.4.2 ผู้ดูแลผู้ป่วยที่บ้าน
 - 1.4.3 แหล่งประโยชน์ในชุมชน

2. กระบวนการดำเนินงาน (Process) แบ่งออกเป็น 3 ระยะ คือ

2.1 ระยะก่อนเยี่ยมบ้าน

- 2.1.1 เตรียมข้อมูลสุขภาพ
- 2.1.2 กำหนดแผนและวัตถุประสงค์การเยี่ยม
- 2.1.3 เตรียมอุปกรณ์/เครื่องใช้

2.2 ระยะระหว่างเยี่ยมบ้าน

- 2.2.1 ประเมินภาวะสุขภาพ สิ่งแวดล้อม /ชุมชน/ครอบครัว/ผู้ดูแล
- 2.2.2 วินิจฉัยทางการพยาบาล
- 2.2.3 วางแผนการพยาบาล



2.2.4 ปฏิบัติการพยาบาล

2.2.5 ประเมินผลการพยาบาล

2.2.6 บันทึกการพยาบาล

2.3 ระยะหลังเยี่ยมบ้าน

2.3.1 ประเมินผลตามวัตถุประสงค์และแผนการเยี่ยม

2.3.2 กำหนดแผนการพยาบาลต่อเนื่อง

2.3.3 การจำหน่าย

2.3.4 การส่งต่อ

2.3.5 บันทึกการพยาบาล

3. ผลลัพธ์การดำเนินงาน (Output) ใช้เป็นเครื่องชี้วัดคุณภาพการพยาบาลผู้ป่วยที่บ้าน ที่วัดทั้งด้านโครงสร้าง (Structural Indicators) กระบวนการ (Process Indicators) และผลลัพธ์ (Outcome Indicators) ของบริการพยาบาลผู้ป่วยที่บ้าน ในมิติของคุณภาพการให้การดูแลทางคลินิก (Clinical Quality Indicators) และคุณภาพการบริการพยาบาล (Nursing Service Quality Indicators) โดยเลือกมาเพียง 4 ด้าน คือ ด้านประสิทธิผล (Effectiveness) ความต่อเนื่อง (Continuity) ประสิทธิภาพ (Efficiency) และทันต่อเวลา (Timeliness)

กรอบแนวคิดการพยาบาลผู้ป่วยที่บ้าน

การพยาบาลผู้ป่วยที่บ้านจะต้องมีทรัพยากรเป็นปัจจัยที่เอื้อต่อการดำเนินงานคือ มีพยาบาลวิชาชีพทำหน้าที่เป็นหัวหน้าทีมการพยาบาล จัดวางระบบการเยี่ยมบ้าน ประกอบด้วย



1. ปัจจัยนำเข้าการดำเนินงาน (Input) คือ คุณลักษณะต่างๆ ของเจ้าหน้าที่ ความเพียงพอของอุปกรณ์ / เครื่องใช้ ซึ่งเป็นปัจจัยนำเข้าของการบริการพยาบาลผู้ป่วยที่บ้าน การจัดระบบบริการ ซึ่งประกอบด้วย

1.1 ทีมเยี่ยมบ้าน ประกอบด้วย พยาบาลวิชาชีพ แพทย์ นักกายภาพบำบัด เภสัชกร และบุคลากรสาธารณสุขอื่นๆ ที่มีอยู่ในหน่วยปฐมภูมิ เช่น นักวิชาการสาธารณสุข ทันตภิบาลฯ และภาคีเครือข่ายอื่นๆ ทั้งภาครัฐและเอกชน ที่มีเป้าหมาย ร่วมกันในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน

1.2 ระบบการพยาบาลเชื่อมโยงการดูแลผู้ป่วย เนื่องจากผู้ป่วยที่จำหน่ายจากโรงพยาบาลยังต้องการการฟื้นฟูสภาพอีกระยะหนึ่ง ผู้ป่วยที่มีรอยโรคส่งผลกระทบต่อสภาพลักษณ์ และมีความจำกัดในการดูแลช่วยเหลือตนเอง ไม่สามารถปรับตัวได้ จำเป็นต้องได้รับการดูแลช่วยเหลือต่อที่บ้าน พยาบาลผู้ให้การพยาบาลผู้ป่วยที่บ้าน ต้องจัดระบบการดูแลที่บ้านให้เชื่อมต่อกับโรงพยาบาลที่รักษาผู้ป่วย ด้วยการจัดวางระบบการพยาบาลเกี่ยวกับ

1.2.1 ระบบการวางแผนจำหน่าย (Discharge Planning)

1.2.2 ระบบการสนับสนุนการดูแลตนเองของผู้ป่วยและครอบครัว

2. กระบวนการดำเนินงาน (Process) คือ ปฏิสัมพันธ์ระหว่างทีมเยี่ยมบ้านกับผู้ป่วย / ครอบครัว กิจกรรมการพยาบาลที่เกิดขึ้นตลอดกระบวนการดำเนินงานที่แสดงความรู้ของผู้ให้บริการที่นำศาสตร์ด้านต่างๆ มาประยุกต์ใช้ปฏิบัติเพื่อตอบสนองปัญหาด้านสุขภาพ พยาบาลต้องนำกระบวนการพยาบาลมาใช้เป็นเครื่องมือในการดำเนินการทุกขั้นตอน ในแต่ละระยะของการดำเนินงาน ทั้งระยะก่อนดำเนินงาน ระยะระหว่างการดำเนินงาน ระยะหลังดำเนินงาน



3. ผลลัพธ์การดำเนินงาน (Output และ Outcome) เป็นผลลัพธ์ของการบริการที่สะท้อนถึงคุณภาพที่เกิดจากการทำงานเยี่ยมบ้าน สามารถใช้บ่งบอกผลการปฏิบัติงานให้บริการในด้านต่างๆ เช่น ประสิทธิภาพการเข้าถึงบริการ ความเหมาะสมของการดูแลฯ ทั้งในส่วนที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน บริการสนับสนุนการดูแลตนเอง และระบบการทำงานของทีมเยี่ยมบ้าน ที่มีผลต่อผู้ป่วยรับบริการการดูแลที่บ้าน ทั้งผลที่เกิดขึ้นระยะสั้นและระยะยาว

ผลลัพธ์ความสำเร็จการพยาบาลผู้ป่วยที่บ้านสามารถวัดได้ด้วยตัวชี้วัดผลการดำเนินงานเยี่ยมบ้าน ทั้งตัวชี้วัดปัจจัยนำเข้า ตัวชี้วัดกระบวนการ และตัวชี้วัดผลสำเร็จที่เกิดขึ้นจากการพยาบาลผู้ป่วยที่บ้าน ซึ่งในหนังสือเล่มนี้กำหนดไว้จำนวน 8 ตัวชี้วัด คือ

- ตัวชี้วัดที่ 1 อัตราความครอบคลุมการเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้านไม่น้อยกว่าร้อยละ 80
- ตัวชี้วัดที่ 2 อัตราผู้ป่วยส่งกลับจาก รพศ./รพท./รพช.ได้รับการเยี่ยมบ้านภายใน 14 วัน ร้อยละ 100
- ตัวชี้วัดที่ 3 จำนวนชั่วโมงการเยี่ยมบ้านของเจ้าหน้าที่ไม่น้อยกว่า 6 ชั่วโมง /สัปดาห์/คน
- ตัวชี้วัดที่ 4 อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยที่บ้านไม่เกินร้อยละ 5
- ตัวชี้วัดที่ 5 ผู้ป่วยได้รับการเยี่ยมบ้านสามารถควบคุมภาวะโรค /ดูแลตนเองได้ ร้อยละ 80
- ตัวชี้วัดที่ 6 อัตราการส่งข้อมูลผู้ป่วยระดับ 3 ถึงหน่วยบริการปลายทางภายใน 5 วันร้อยละ 80
- ตัวชี้วัดที่ 7 ความพึงพอใจของผู้รับบริการไม่น้อยกว่าร้อยละ 80



ตัวชี้วัดที่ 8 ความพึงพอใจของทีมเยี่ยมบ้าน ไม่น้อยกว่าร้อยละ 80

ตัวชี้วัดที่นำมาใช้วัดผลลัพธ์ ต้องสามารถวัดผลการดำเนินงานได้อย่างแท้จริง ซึ่งไม่ว่าจะเลือกตัวชี้วัดใดมาดำเนินการ ตัวชี้วัดทุกตัวต้องผลักดันทิศทางการพยาบาลผู้ป่วยเพื่อมุ่งสู่ผลลัพธ์สุดท้าย คือ ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้ การพยาบาลผู้ป่วยที่บ้าน แม้ขณะปฏิบัติงานพยาบาลตั้งวัตถุประสงค์ให้เกิดผลลัพธ์ตาม Output แต่ถ้าพยาบาลทุกคนปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยที่บ้านให้เกิดผลลัพธ์ที่ดี มุ่งส่งเสริมผู้ป่วยช่วยเหลือตนเองลดการพึ่งพาผู้อื่น ก็จะส่งผลให้เกิดผลลัพธ์ในภาพรวมของประเทศ Outcome ซึ่งดูได้จากผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้ กลุ่มเสี่ยงลดลง อุบัติการณ์กลุ่มป่วยลดลง อุบัติการณ์กลุ่มป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนลดลง ลดอัตราความพิการและการสูญเสียชีวิตจากโรค ชุมชนสามารถพึ่งพากันเองได้ เพิ่มคุณภาพชีวิตของประชาชนในชุมชนได้ในที่สุด

ในการดำเนินงานตามกรอบแนวคิดการเยี่ยมบ้าน พยาบาลต้องคำนึงถึงบริบทแวดล้อมการปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้องกับการเมือง เศรษฐกิจสังคม และเทคโนโลยีที่มีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา ซึ่งจะส่งผลต่อการปฏิบัติงานเยี่ยมบ้าน พยาบาลผู้ปฏิบัติงานจะต้องนำมาประยุกต์ให้สอดคล้องกับความต้องการของประชาชนที่เปลี่ยนแปลงไปอย่างเหมาะสม

การพยาบาลผู้ป่วยที่บ้าน มีการดำเนินงานตามกรอบแนวคิดเชิงระบบ ประกอบด้วย ปัจจัยนำเข้า กระบวนการ และผลลัพธ์การดำเนินงาน ซึ่งผู้ที่สนใจสามารถศึกษารายละเอียด ในบทที่ 4 ปัจจัยนำเข้การดำเนินงาน บทที่ 5 กระบวนการดำเนินงาน และบทที่ 6 ผลลัพธ์การดำเนินงานในบทต่อไป





ปัจจัยนำเข้า
การดำเนินงาน



ปัจจัยนำเข้าการดำเนินงาน

การพยาบาลผู้ป่วยที่บ้านต้องมีทรัพยากรที่เอื้อต่อการดำเนินการได้แก่ ทีมเยี่ยมบ้าน ระบบงาน ทั้งระบบการพยาบาลเชื่อมโยงการดูแลผู้ป่วย อุปกรณ์ / ของใช้ รวมทั้งปัจจัยสนับสนุนการพยาบาลผู้ป่วยที่บ้าน แหล่งประโยชน์ในชุมชน ดังรายละเอียด

1. ทีมเยี่ยมบ้าน

ทีมเยี่ยมบ้าน หมายถึง เป็นทีมที่พยาบาลวิชาชีพมีการประสานการดำเนินงานในลักษณะเครือข่าย/ทีมสหสาขาวิชาชีพ ประกอบด้วย พยาบาลวิชาชีพ แพทย์ นักกายภาพบำบัด เกษัชกรฯ และบุคลากรสาธารณสุขอื่น ๆ ที่มีอยู่ในหน่วยปฐมภูมิ เช่น นักวิชาการสาธารณสุข ทันตภิบาลฯ และภาคีเครือข่ายอื่นๆ ทั้งภาครัฐและเอกชน ที่มีเป้าหมายการดำเนินงานร่วมกันในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน โดยทีมสหวิชาชีพ แต่ละสาขาวิชาชีพ จะเข้ามาร่วมในกรณีผู้ป่วยมีสภาพปัญหาต้องการการดูแลจากผู้ประกอบวิชาชีพสาขานั้นๆ เช่น ถ้าผู้ป่วยต้องการการกายภาพบำบัด นักกายภาพบำบัดจะเข้าร่วมทีม และภาคีเครือข่ายที่มาร่วมทีม อาจเป็นจิตอาสาที่เป็นประชาชนในชุมชน มาเป็นผู้เยี่ยมให้กำลังใจผู้ป่วย เพื่อนบ้านที่ช่วยรับหน้าที่ดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยในกรณีผู้ป่วยไม่มีผู้ดูแล ฯลฯ

ในหนังสือเล่มนี้จะกล่าวถึงเฉพาะคุณสมบัติ บทบาท หน้าที่ความรับผิดชอบ ทักษะและสมรรถนะของพยาบาลผู้ให้บริการพยาบาลที่บ้าน



คุณสมบัติของพยาบาลผู้ให้การพยาบาลผู้ป่วยที่บ้าน มีดังนี้

1. มีการตัดสินใจที่ดี เหมาะสมกับสถานการณ์
2. มีความสุขและเต็มใจที่ได้ปฏิบัติงานใกล้ชิดอยู่กับคนในชุมชน
3. มีความรู้ด้านการรักษาโรคเบื้องต้น มีการพัฒนาตัวเองให้มีความรู้เพิ่มพูนตามประสบการณ์การทำงานและสามารถประยุกต์ใช้ในการจัดบริการพยาบาลที่บ้านได้
4. มีความชำนาญทางคลินิกหรือมีประสบการณ์ด้านการพยาบาลอายุรกรรม และศัลยกรรมเพื่อเป็นพื้นฐานการพยาบาลที่บ้าน
5. จบการศึกษาระดับบัณฑิตศึกษา หรือระดับปริญญาโทสาขาการพยาบาล ซึ่งประกอบด้วยทักษะด้านการบริหารมีวิสัยทัศน์ และเป้าหมายของการดูแลครอบครัวและชุมชนด้วยกลยุทธ์การเยี่ยมบ้าน
6. มีทักษะในการสื่อสารกับคนในชุมชนได้ทุกระดับ สามารถพูดให้ผู้ป่วย ครอบครัวเข้าใจได้ และร่วมมือปฏิบัติตามได้ถูกต้อง
7. มีภาวะผู้นำ กล้าแสดงความคิดเห็น มีวิสัยทัศน์ เป็นผู้ที่มีความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ในการทำงาน ประสานงานกับชุมชน และผู้ที่เกี่ยวข้องได้
8. มีความเข้าใจวัฒนธรรมท้องถิ่น เข้าใจวิถีปฏิบัติตนของชาวบ้านตามความเชื่อเกี่ยวกับสุขภาพ และนำมาปรับใช้ให้การพยาบาลผู้ป่วยที่บ้านได้
9. สามารถใช้คอมพิวเตอร์และระบบสารสนเทศได้ เพื่อใช้ในการจัดเก็บข้อมูล และนำข้อมูลมาวิเคราะห์แก้ปัญหาในชุมชน การใช้ระบบสารสนเทศเพื่อการสืบค้นข้อมูลในการพัฒนาตนเองและการรับข้อมูลข่าวสารที่ทันสมัย
10. มีทักษะการสื่อสารสาธารณะและจัดทำข้อมูลนำเสนอ/ทำสื่อเผยแพร่ได้



บทบาทของพยาบาลในการให้การพยาบาลผู้ป่วยที่บ้าน ดังนี้

1. บทบาทการเป็นผู้จัดการการดูแลสุขภาพ (Care Manager) พยาบาลต้องแสดงบทบาทเป็นผู้จัดการระบบบริการที่บ้าน โดยการประเมินปัญหาและความต้องการ วางแผน กำหนดทิศทาง การติดตามควบคุมกำกับ และการเป็นตัวแทนของผู้ป่วยและครอบครัว โดยการจัดการบริการดูแลสุขภาพ ครอบคลุมบุคคล ครอบครัว ให้มีคุณภาพได้มาตรฐาน

2. บทบาทการเป็นผู้นำ (Leader) พยาบาลต้องมีลักษณะของผู้นำ คือ กล้าแสดงความคิดเห็น มีวิสัยทัศน์ เป็นผู้ที่มีความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ในการทำงาน ประสานงานกับชุมชนและผู้ที่เกี่ยวข้องได้ เป็นผู้ริเริ่มโน้มน้าวนำผู้ป่วยที่บ้านกลุ่มเป้าหมายเดียวกัน ให้มีการตัดสินใจกำหนดเป้าหมายสุขภาพของตนเอง การเป็นแบบอย่างที่ดีของการมีสุขภาพดี และร่วมกันกำหนด แนวทางปฏิบัติเพื่อนำไปสู่การดูแลสุขภาพเพื่อบรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้ ส่งเสริมให้ผู้ป่วยและญาติมีส่วนร่วมกำหนดแผนและนโยบายด้านการพัฒนาสุขภาพของผู้ป่วยที่บ้าน

3. บทบาทของการดูแลเอาใจใส่ (Care Provider) พยาบาลต้องแสดงให้เห็นถึงความห่วงใยในสุขภาพของผู้ป่วยและญาติและยอมรับในความ เป็นบุคคล เอาใจใส่เยี่ยมบ้านและให้การดูแลเหมือนเครือญาติ

4. บทบาทการเป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลง (Change Agent) พยาบาลโน้มน้าวให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเพื่อให้มีสุขภาพดีขึ้น ในระดับบุคคล ครอบครัวและชุมชน เช่น ลดพฤติกรรมเสี่ยงของผู้ป่วย ส่งเสริมการออกกำลังกาย พยาบาลเป็นผู้กระตุ้นให้ชุมชนมีชมรมออกกำลังกาย เพื่อให้ผู้ป่วยมีการออกกำลังกาย ซึ่งจะเป็นผลดีต่อชุมชนในอนาคต

5. บทบาทการเป็นที่ปรึกษา (Counselor) เป็นผู้ให้คำปรึกษาที่เน้นการช่วยเหลือให้บุคคลพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเอง ได้แก่ กรณีเยี่ยม



มารดาและทารกแรกเกิดที่อายุน้อยกว่า 6 สัปดาห์ เนื่องจากมีภาวะแทรกซ้อนหลังคลอด เช่น การช่วยเหลือมารดาที่ต้องการเลี้ยงลูกด้วยน้ำนมแม่ เป็นพี่เลี้ยงให้กับพ่อแม่เมื่อใหม่ในระยะแรกติดตามการเจริญเติบโต พัฒนาการ และการได้รับยาต่อเนื่องในทารกหลังคลอดที่มีภาวะพร่องไทรอยด์ฮอร์โมน นอกจากนี้ยังช่วยเยี่ยมบ้านในผู้ป่วยที่ต้องการ Psychosocial Support โดยทำ Counseling ที่บ้าน หรือติดตามประเมินผลการปรับตัวของผู้ป่วยที่มีปัญหาทางจิตใจที่ต้องอยู่ร่วมกับครอบครัวและผู้อื่นในชุมชน และการติดตามทางโทรศัพท์ในกรณีที่อาการคงที่และต้องติดตามระยะยาว

6. บทบาทการเป็นผู้สอนหรือให้ความรู้ด้านสุขภาพ (Educator) ให้สุขศึกษารูปแบบต่างๆ ที่เหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมายที่เยี่ยมบ้านโดยให้ข้อมูลเพื่อให้ผู้ใช้บริการสามารถตัดสินใจและช่วยเหลือตัวเองภายใต้สิ่งแวดล้อมที่บ้านได้

7. บทบาทของการเป็นผู้ติดต่อสื่อสารและผู้ช่วยเหลือ (Communicator / Helper) ต้องมีทักษะในการสื่อสารกับคนในครอบครัวได้ทุกระดับ สามารถพูดให้ผู้ป่วยและครอบครัวเข้าใจได้เพราะการติดต่อสื่อสารช่วยสร้างความไว้วางใจ และรับบทบาทของการช่วยเหลือมีส่วนร่วมช่วยสร้างสัมพันธภาพที่ดีและสร้างการมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพบุคคล ครอบครัว

8. บทบาทการเป็นผู้รักษาประโยชน์และสิทธิผู้ใช้บริการ (Client Advocate) ส่งเสริมให้ประชาชนมีความรู้เกี่ยวกับสิทธิของตนเองในด้านสุขภาพ เช่น สิทธิพื้นฐานในการรับบริการ การรับรู้ข้อมูลด้านสุขภาพของตนเอง การรักษาของแพทย์ เป็นต้น ดังนั้น การพิทักษ์สิทธิผู้ป่วยจึงนับว่าเป็นบทบาทอิสระที่พยาบาลสามารถที่จะช่วยรับรองและคุ้มครองผู้รับบริการหรือเป็นการรักษาผลประโยชน์ รวมถึงช่วยให้ผู้รับบริการที่บ้านรับรู้ถึงความมีคุณค่าแห่งตนได้ ซึ่งบริการในด้านนี้เป็นส่วนหนึ่งของจริยธรรมของพยาบาล (Reid, 1995)



9. บทบาทเป็นนักวิจัย (Researcher) สามารถค้นคว้าหาความรู้อย่างเป็นระบบมีการรวบรวมข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูล เพื่อนำไปสู่การแก้ปัญหาด้านสุขภาพ ซึ่งจำเป็นต้องมีการศึกษาวิจัย หรือนำผลวิจัยที่เกี่ยวกับบริการเยี่ยมบ้านมาปรับใช้ในการดูแลสุขภาพของบุคคลที่บ้าน ครอบครัว และชุมชน

จากบทบาท 9 บทบาทข้างต้นพยาบาลจะต้องนำบทบาทที่เกี่ยวข้องกับกิจกรรมมาดำเนินการหาแหล่งทรัพยากร เพื่อให้การสนับสนุน ส่งเสริมให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับการพยาบาลตามแผนการจำหน่ายเพื่อการฟื้นฟูและการฟื้นฟูสภาพเป็นไปตามแผนการพยาบาลบรรลุเป้าหมายการพยาบาลที่ตั้งไว้นอกจากนี้ แสตนโฮป (Stanhope,1996) ได้ขยายบทบาทของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน (Home Health Care Nurse) เป็น 2 บทบาทหลัก คือ **บทบาทการดูแลโดยตรง** เป็นการให้บริการพยาบาลตามปัญหา เช่น การทำแผล การฉีดยา การใส่สายสวนปัสสาวะ การให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ เป็นต้น รวมถึงการสอน การให้คำแนะนำปรึกษาแก่ผู้ป่วยและครอบครัว ให้สามารถปฏิบัติการพยาบาลบางอย่างได้และมีการติดตามประเมินผลการให้บริการ และ**บทบาทการดูแลโดยอ้อม** เป็นบทบาทการสนับสนุนการดูแลโดยตรงซึ่งทำหน้าที่เป็นผู้พิทักษ์สิทธิของบุคคลและครอบครัว การคุ้มครองผู้บริโภค การส่งต่อให้ได้รับการดูแลต่อเนื่องตามความจำเป็น

ดังนั้น พยาบาลที่ทำหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยที่บ้านจึงจำเป็นต้องเป็นผู้ที่มีความรู้ ความสามารถใช้ทักษะทางการพยาบาลและศาสตร์ที่เกี่ยวข้อง มีความละเอียดอ่อน ช่างสังเกต ตัดสินใจได้รวดเร็วเกี่ยวกับการส่งผู้ป่วยไปรับการรักษาได้ทันเวลา แก้ปัญหาในเชิงสร้างสรรค์ และรับผิดชอบอย่างสูงจะช่วยให้การดูแลผู้ป่วยที่บ้านมีคุณภาพ เพิ่มมากขึ้น



หน้าที่ความรับผิดชอบของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน

ดังนี้

1. ศึกษาข้อมูลผู้ป่วยและครอบครัว นำมาใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการวางแผนการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน
2. วางแผนการดูแลผู้ป่วยที่บ้านร่วมกับทีมสุขภาพ ติดตามความก้าวหน้าของการพยาบาลผู้ป่วยที่บ้าน
3. ประเมินภาวะสุขภาพผู้ป่วย โดยการตรวจร่างกาย วินิจฉัยแยกโรค และให้การดูแลเบื้องต้น
4. ให้ความรู้ สอน สาธิต การให้คำปรึกษา ฝึกทักษะการดูแลผู้ป่วยในเรื่องต่างๆ ปฏิบัติการพยาบาลร่วมกับครอบครัวและผู้ดูแลในเรื่องที่จำเป็น เช่น การให้อาหารทางสายยาง การป้องกันและดูแลแผลกดทับ การดูแลให้ได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอ การดูดเสมหะ การทำแผล การล้างไตผ่านทางช่องท้อง เป็นต้น
5. เป็นผู้ประสานงานในการหาแหล่งประโยชน์ ที่จะช่วยจัดการกับปัญหาต่างๆ ให้ผู้ป่วยและครอบครัว
6. ประเมินผลการพยาบาลผู้ป่วยที่บ้านโดยพิจารณาผลที่เกิดกับผู้ป่วยและครอบครัว ความพึงพอใจของผู้ป่วยและครอบครัว คุณภาพบริการตามมาตรฐานวิชาชีพ
7. บันทึกกิจกรรม สรุปปัญหาที่พบและแนวทางการช่วยเหลือ

ทักษะจำเป็นของพยาบาลที่ให้การดูแลผู้ป่วยที่บ้าน

การเตรียมทักษะต่างๆ ของผู้ปฏิบัติงานเป็นสิ่งสำคัญที่จะสร้างความมั่นใจให้กับผู้ปฏิบัติงาน เนื่องจากการปฏิบัติงานในชุมชนต้องมีการติดต่อกับบุคคลหลายกลุ่ม จำเป็นต้องมีทักษะ ดังนี้



1. ทักษะทางคลินิก หรือ Clinical Skill โดยเฉพาะด้านการรักษาพยาบาล หัตถการ การดูแลช่วยเหลือเบื้องต้นแก่ผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะฉุกเฉินและภาวะปกติ ภายใต้ข้อจำกัดของเครื่องมือและผู้ที่คอยช่วยเหลือ

2. ทักษะการเข้าถึงชุมชน ต้องมีความรู้เกี่ยวกับชุมชนนั้นๆว่าเป็นอย่างไร มีลักษณะทางภูมิศาสตร์ วัฒนธรรมประเพณี อาชีพเป็นเช่นใด ซึ่งเป็นหัวใจของการทำงานเชิงรุกในชุมชน การสร้างสัมพันธ์ภาพและเข้าถึงชุมชนได้ จะช่วยทำให้เกิดการมีส่วนร่วมของชุมชนในทุกขั้นตอนของการดำเนินงาน

3. ทักษะการเป็นผู้นำ คือ ความสามารถในการเป็นผู้นำของกลุ่มคนกล้าตัดสินใจในเรื่องต่าง ๆ โดยสามารถหาข้อมูลและเหตุผลต่างๆ มาสนับสนุนกล้ารับผิดชอบในผลที่เกิดขึ้นจากการตัดสินใจ รวมถึงการกำหนดทิศทางเป้าหมาย วิธีการทำงาน ตลอดจนจนความสามารถในการโน้มน้าวชักจูงให้ผู้อื่นหรือทีมงานปฏิบัติตามหรือมีความคิดเห็นคล้อยตาม เพื่อให้การดำเนินงานเป็นไปอย่างราบรื่น และบรรลุวัตถุประสงค์การเป็นผู้นำสุขภาพในชุมชนจะต้องทำให้เกิดการปรับรูปแบบ และวิธีการทำงานที่เหมาะสมสอดคล้องกับสภาพปัญหาของผู้ป่วย ครอบครัวและชุมชน

4. ทักษะการทำงานเป็นทีม เป็นสิ่งจำเป็นสำหรับความสำเร็จของการดูแลสุขภาพผู้ป่วยที่บ้าน ซึ่งต้องอาศัยความร่วมมือจากทีมสุขภาพและภาคีเครือข่ายที่ทำงานร่วมกัน โดยมีการแลกเปลี่ยนความรู้ ทักษะซึ่งกันและกัน

5. ทักษะการประสานงาน การปฏิบัติงานในชุมชนต้องประสานงานกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น กลุ่มวิชาชีพอื่นๆ เช่น ครู พัฒนาการ นักสังคมสงเคราะห์ในชุมชน เพื่อเป็นแหล่งสนับสนุนความช่วยเหลือแก่ผู้ป่วยและครอบครัว การประสานงานที่มีประสิทธิภาพ จะทำให้เกิดความร่วมมือที่ดี ลดความขัดแย้ง และเสริมสร้างบรรยากาศที่ดีในการทำงานร่วมกับองค์กรภายนอก



6. ทักษะการสื่อสารและการจูงใจ การสื่อสารเป็นศิลปะของการพูดที่สุภาพถูกกาลเทศะ ให้ความรู้สึกเป็นกันเอง และเข้าใจง่าย การสื่อสารสามารถแสดงออกทางสีหน้า ท่าทาง น้ำเสียง การสบตา ซึ่งให้ความรู้สึกที่แตกต่างกัน ทักษะการจูงใจเป็นทักษะสำคัญในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ป่วย ซึ่งต้องเลือกใช้ในแต่ละโอกาส เช่น การเสริมแรงทางบวก โดยการให้กำลังใจ การให้รางวัล เป็นต้น

7. ทักษะการจัดเก็บข้อมูลและการเลือกใช้ข้อมูลทางสุขภาพ

การจัดเก็บข้อมูลสุขภาพ ข้อมูลต้องน่าเชื่อถือและสามารถบอกได้ชัดเจนว่านำไปใช้ประโยชน์อย่างไร มีความเหมาะสมที่จะจัดเก็บเป็นรายงานข้อมูลทางสุขภาพอาจได้มาจากระบบรายงานและการสำรวจ ดังนั้นพยาบาลสามารถเลือกใช้ข้อมูลสุขภาพจากแหล่งที่มีอยู่อย่างเหมาะสม เพื่อนำไปวางแผนจัดการปัญหาสุขภาพของผู้ป่วย ครอบครัวและชุมชนได้

8. ทักษะการสร้างเสริมพลังอำนาจด้านสุขภาพ คือ การสร้างความมั่นใจให้กับผู้ป่วยได้ตรงตามความต้องการ ยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (Patient-Center Care) มีส่วนร่วมในการตัดสินใจในเรื่องวิธีการรักษา และสามารถกลับไปดูแลตนเองต่อได้อย่างมั่นใจ โดยการให้คำแนะนำ ตอบข้อซักถาม หรือช่วยในการตัดสินใจ (Decision Making) เลือกวิธีการรักษา ดังนั้น การสร้างเสริมพลังอำนาจด้านสุขภาพของพยาบาลในชุมชนจึงเป็นผู้สนับสนุนให้ความช่วยเหลือ เป็นที่ปรึกษา เป็นผู้ประสานงาน เป็นผู้เอื้ออำนวยความสะดวก และแนะนำการหาแหล่งประโยชน์ให้แก่ผู้ป่วย และครอบครัว

สมรรถนะของพยาบาลผู้ให้การพยาบาลผู้ป่วยที่บ้าน

การพยาบาลผู้ป่วยที่บ้านเป็นการให้บริการเชิงรุกแบบผสมผสานอย่างเป็นองค์รวม ครอบคลุม 4 มิติ และต่อเนื่อง มีการเชื่อมโยงและส่งต่อการดูแลผู้ป่วยระหว่างหน่วยบริการปฐมภูมิ ทุติยภูมิและตติยภูมิอย่างเป็นระบบ



โดยการมีส่วนร่วมของผู้ป่วย ครอบครัว ชุมชน และภาคีเครือข่าย เพื่อให้ประชาชนมีสุขภาพะ สามารถดูแลสุขภาพของตนเองทั้งในระดับบุคคล ครอบครัว และชุมชน พยาบาลผู้ให้การพยาบาลผู้ป่วยที่บ้านควรมีสมรรถนะ ดังนี้

1. มีความสามารถให้การดูแลและปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่บ้านได้ตามมาตรฐานวิชาชีพ
2. ให้การพยาบาลผู้ป่วยที่บ้านโดยคำนึงถึงหลักเหตุผลทางคุณธรรม จริยธรรม และจรรยาบรรณวิชาชีพ
3. มีความสามารถประเมินสถานการณ์ และตัดสินใจได้เหมาะสมรวดเร็ว
4. มีความสามารถทำงานเป็นทีมให้เป็นที่ยอมรับของทีมสุขภาพและภาคีเครือข่ายได้
5. มีความสามารถในการประสานงานเพื่อให้เกิดความร่วมมือ และสนับสนุนการดำเนินงาน
6. มีความสามารถเป็นผู้นำในการเปลี่ยนแปลง บริหารจัดการระบบบริการเยี่ยมบ้าน รวมถึงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลสุขภาพของผู้ป่วยและครอบครัว
7. มีความสามารถเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ป่วย/ครอบครัว/ชุมชน เพื่อการจัดการดูแลสุขภาพ
8. มีความสามารถจัดการข้อมูล และใช้เทคโนโลยีการสื่อสารด้านสุขภาพ เพื่อนำสู่การพัฒนางานบริการพยาบาลที่บ้านและการจัดการสุขภาพของชุมชนได้
9. มีความสามารถในการให้คำปรึกษา และเจรจาต่อรอง



10. สามารถแสวงหาแหล่งประโยชน์และต้นทุนทางสังคม เพื่อนำมาปรับใช้ให้สอดคล้องกับวัฒนธรรมสุขภาพท้องถิ่น วิถีชุมชน ในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน
11. แสวงหาความรู้ เพิ่มพูนทักษะ พัฒนาตนเอง เพื่อใช้พัฒนางานเยี่ยมบ้านสม่ำเสมอ
12. มีความสามารถสื่อสาร ประชาสัมพันธ์ เผยแพร่ผลการดำเนินงานต่อสาธารณะ

พยาบาลผู้ให้การพยาบาลผู้ป่วยที่บ้าน ควรพัฒนาตนเองให้มีสมรรถนะดังกล่าว เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถดูแลตนเองได้ และแสดงให้เห็นประชาชนประจักษ์ในผลการปฏิบัติงานของพยาบาล ส่งผลให้กลุ่มเสี่ยงลดลง อุบัติการณ์กลุ่มผู้ป่วยมีภาวะแทรกซ้อนลดลง ลดอัตราความพิการ และการสูญเสียชีวิตจากโรค ลดเวลาการนอนรักษาในโรงพยาบาล เพิ่มการใช้ต้นทุนทางสังคมให้คุ้มค่า ช่วยลดการสูญเสียทรัพยากรในระบบสุขภาพ ลดค่าใช้จ่ายในการรักษารวมถึงค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยลดลง เกิดภาคีเครือข่ายมีส่วนร่วม ผู้ป่วยและครอบครัวมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น เพิ่มผลลัพธ์ทางสุขภาพในภาพรวมของประเทศ

2. ระบบการพยาบาลเชื่อมโยงการดูแลผู้ป่วย

พยาบาลที่ให้การดูแลผู้ป่วย เป็นทีมที่ปฏิบัติงานอยู่ในโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จะต้องสร้างระบบการพยาบาลเชื่อมโยงการดูแลผู้ป่วยในลักษณะเครือข่ายทีมการพยาบาล และจัดระบบการเยี่ยมบ้านให้เป็นระบบเดียวกัน มีการสร้างเครื่องมือทางการพยาบาลผู้ป่วยแต่ละกลุ่มโรคใช้ร่วมกันทั้งจังหวัด เพื่อการประสานการดูแลผู้ป่วยภายในจังหวัด การจัดตั้งศูนย์การดูแลต่อเนื่องเป็นศูนย์ประสานการดูแลผู้ป่วยในสถานบริการทุกระดับทั้งจังหวัด โดยผลักดันให้มีระบบ ดังนี้



1.2.1 ระบบการวางแผนจำหน่าย การดูแลผู้ป่วยจากโรงพยาบาลมาถึงบ้าน ตามแผนการจำหน่ายที่กำหนดจากโรงพยาบาลให้มีการดำเนินการตามแผนอย่างต่อเนื่องเป็นแผนเดียวกันอย่างกลมกลืนในระหว่างที่ผู้ป่วยสภาพอยู่ที่บ้าน ทีมการพยาบาลที่อยู่ในสถานพยาบาลทุกระดับตั้งแต่โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ต้องเข้าใจและใช้แผนการจำหน่ายแผนเดียวกัน เพื่อให้แผนการพยาบาลมีความต่อเนื่องมุ่งสู่เป้าหมายการพยาบาลที่กำหนดไว้

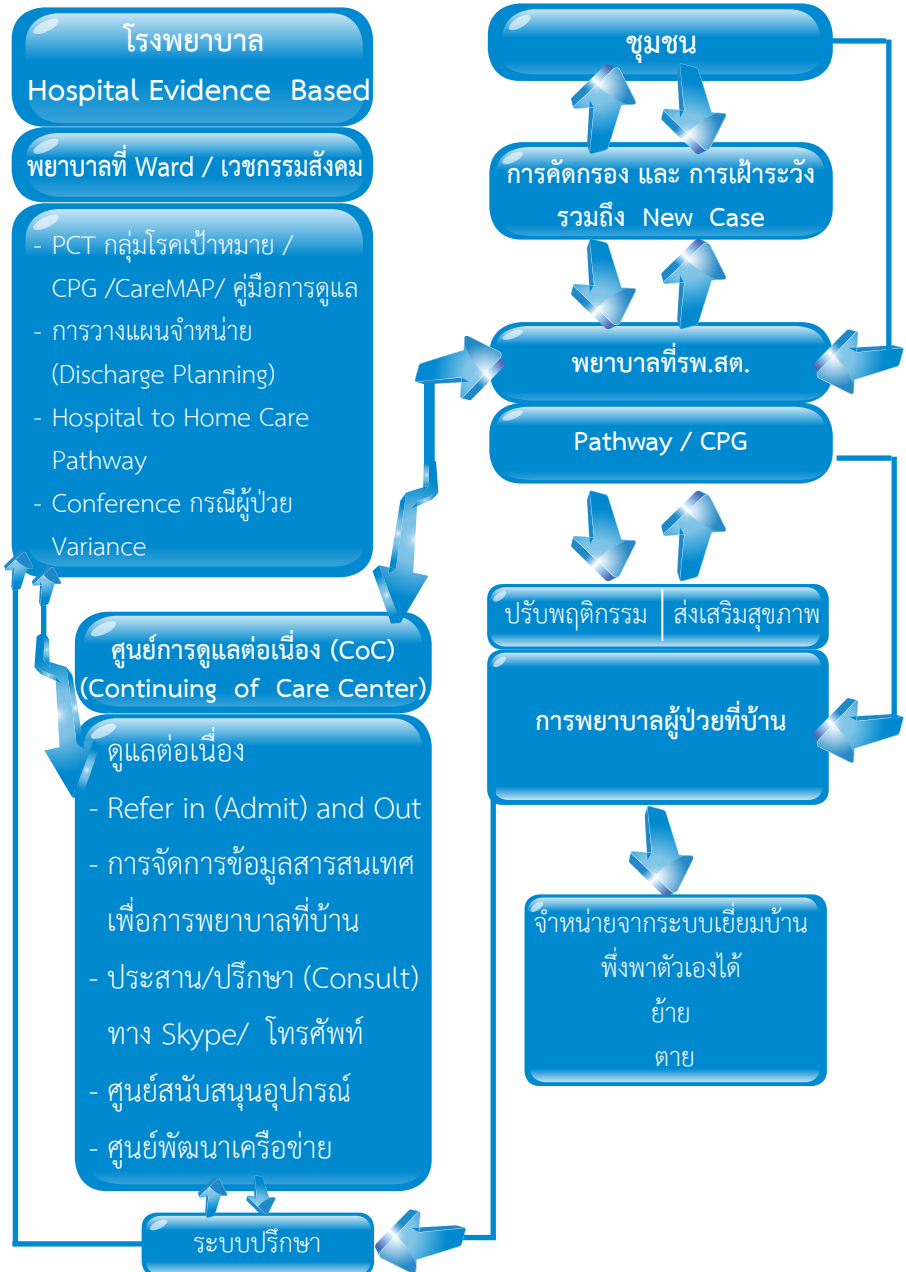
1.2.2 ระบบการสนับสนุนการดูแลตนเองของผู้ป่วยและครอบครัว ต้องประเมินและจำแนกความต้องการ เพื่อจัดทำแผนการดูแลที่สอดคล้องกับการวางแผนจำหน่าย และประสานทีมสหสาขาเข้ามาร่วมดูแล เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการส่งเสริมการฟื้นฟูสภาพตามระยะการดำเนินของโรคและความต้องการจำเป็นที่ประเมินได้ การกำหนดช่วงเวลาความถี่ของการเยี่ยมบ้าน แต่ละครั้งต้องคำนึงถึงความต้องการจำเป็นของแผนการพยาบาลที่จะต้องติดตามประเมินความก้าวหน้าการดูแลตนเองของผู้ป่วย/ทักษะการช่วยเหลือของผู้ดูแลและครอบครัว โดยวิเคราะห์ตั้งแต่สิ่งแวดล้อม ที่อยู่อาศัย การใช้ยา การมีอุปกรณ์ช่วยพิเศษติดตัวผู้ป่วยๆ เพื่อให้บรรลุตามวัตถุประสงค์การเยี่ยมบ้านแต่ละครั้ง ใช้ข้อมูลในระบบฐานข้อมูลมาวิเคราะห์เพื่อการประสานทีมสหสาขามาร่วมกันวางแผนเยี่ยมบ้านผู้ป่วยแต่ละราย และสร้างภาคีเครือข่าย เพื่อให้ได้รับความร่วมมือสนับสนุนทรัพยากรในการเยี่ยมบ้านของชุมชน

การจัดระบบเชื่อมโยงการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน เป็นกระบวนการสำคัญที่จะช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลจากพยาบาลเยี่ยมบ้าน การจัดระบบเพื่อให้เกิดความเชื่อมโยงการดูแลจากโรงพยาบาลทุกระดับมาถึงบ้านของผู้ป่วย ควรจัดระบบบริการให้เป็นระบบเดียวกันทั้งจังหวัด โดยมีศูนย์การดูแลต่อเนื่อง (Continuing of Care Center) เป็นศูนย์ประสานการดูแลต่อเนื่องทั้งในและนอกโรงพยาบาล พยาบาลที่อยู่ศูนย์การดูแลต่อเนื่องต้องมีระบบฐานข้อมูล



ผู้ป่วยที่ต้องเยี่ยมบ้าน จัดทำเกณฑ์จำแนกระดับความต้องการการดูแลที่กำหนด ทีมสหสาขาที่จะต้องร่วมทีมไปดูแลผู้ป่วยตามสภาพปัญหา เพื่อสะดวกต่อการ กำหนดนัดทีมเยี่ยมบ้านวางแผนการดูแลและกำหนดระยะเวลาที่ห่างในการเยี่ยม บ้านตามปัญหาความต้องการการดูแลของผู้ป่วยแต่ละราย นำแนวทางการ วางแผนจำหน่ายมากำหนดเป้าหมายการพยาบาลระยะยาว เป็นเป้าหมาย สุดท้ายของการดูแล เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยฟื้นสภาพได้ดีที่สุดที่สภาวะใดเป็น เป้าหมายที่ต้องการให้เกิดกับผู้ป่วยก่อนจำหน่ายจากระบบเยี่ยมบ้านของ หน่วยงาน แล้วจึงนำเป้าหมายสุดท้ายมากำหนดเป้าหมายการพยาบาล ให้สอดคล้องกับการฟื้นสภาพในแต่ละระยะเป็นแผนระยะสั้น เพื่อทำการ วางแผนจำหน่ายผู้ป่วยเป็นระยะๆ ซึ่งแผนการพยาบาลจะต้องกำหนดให้ สอดคล้องกับการวางแผนจำหน่ายในแต่ละระยะของแผนระยะสั้น เพื่อเตรียม ความพร้อมของผู้ป่วยจากภาวะความเจ็บป่วยจากระดับหนึ่งไปสู่การฟื้นสภาพดีขึ้น อีกระดับหนึ่งของการดูแลและเตรียมความพร้อมเพื่อจำหน่ายผู้ป่วยออกจาก ระบบการดูแลของทีมสุขภาพ ไปสู่การดูแลตนเองที่บ้านได้ตามบริบทของ ผู้ป่วยแต่ละราย





แผนภาพที่ 2 ระบบการดูแลต่อเนื่องระหว่างโรงพยาบาล บ้านและชุมชน



จากแผนภาพที่ 2 แสดงช่องทางที่ผู้ป่วยจะเข้าระบบการดูแลสุขภาพที่บ้านได้ 2 ทาง

ช่องทางที่ 1 ประชาชนที่อาศัยอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบของสถานบริการ จะได้รับการตรวจคัดกรองภาวะผิดปกติในระยะเริ่มแรกจากระบบการทำงานของทีมสุขภาพในชุมชนที่กำหนดไว้ในแผนการปฏิบัติงานของสถานบริการ แต่ละปี หากพบผู้ป่วยรายใหม่ ก็จะบันทึกข้อมูลผู้ป่วยเข้าระบบฐานข้อมูลและจัดระบบการดูแลตามภาวะการดำเนินของโรคแต่ละโรคที่กำหนดไว้ ผู้ป่วยและผู้มีภาวะเสี่ยงต้องได้รับการเฝ้าระวังจากทีมสุขภาพในรพสต. สำหรับผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์ต้องได้รับการพยาบาลที่บ้านจะเข้าสู่ระบบการเยี่ยมบ้านของ รพสต. / รพช. /รพศ.

ช่องทางที่ 2 ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล จะได้รับการดูแลตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยแต่ละโรค และได้รับการวางแผนจำหน่ายในกลุ่มโรคเป้าหมาย ตาม CPG / CareMAP แนวทางการดูแลที่กำหนดไว้จากทีมการดูแลรักษาในโรงพยาบาล เมื่อผู้ป่วยได้รับอนุญาตให้กลับไปรักษาตัวที่บ้าน พยาบาลผู้จัดการดูแลจะประสานไปที่ศูนย์การดูแลต่อเนื่อง เพื่อการบันทึกข้อมูลในระบบการเยี่ยมบ้าน ประสานส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยที่เกี่ยวข้องกับการดูแลต่อเนื่องเข้าสู่ระบบการส่งต่อการดูแลไปยังทีมการพยาบาลที่บ้านใน รพสต.หรือข่ายบริการใกล้บ้านผู้ป่วย เมื่อมีอาการแปรปรวนไม่เป็นไปตามแผนการดูแลที่กำหนดไว้ ทีมการพยาบาลในชุมชนจะต้องติดต่อประสานกลับไปของทีมการพยาบาลในโรงพยาบาล เพื่อร่วมกันค้นหาสาเหตุของการไม่บรรลุเป้าหมายและช่วยกันกำหนดแผนการดูแลใหม่ เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยแต่ละรายมีการฟื้นฟูสภาพเป็นไปตามแผนและบรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้ในแผนการจำหน่ายแต่ละระยะ

ศูนย์การดูแลต่อเนื่อง ทำหน้าที่เป็นศูนย์ประสานการส่งต่อการดูแลเพื่อให้เกิดการดูแลต่อเนื่องจากโรงพยาบาลไปถึงบ้าน ศูนย์นี้จะรับข้อมูลจากหอผู้ป่วยและประสานส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยไปที่โรงพยาบาลที่รับดูแลต่อ ทั้งส่งต่อใน



ระดับโรงพยาบาลที่มีศักยภาพการรักษาสูงกว่าและต่ำกว่า และต้องจัดระบบติดตามประเมินผลการดูแลรับประสาน เป็นที่ปรึกษาให้กับบุคลากรที่ปฏิบัติงานในโซนพื้นที่ที่ประสานการดูแลร่วมกัน ซึ่งทีมการดูแลสุขภาพที่บ้านและทีมการพยาบาลในโรงพยาบาลจะใช้เครื่องมือการดูแลผู้ป่วยในกลุ่มโรคเดียวกันร่วมกัน และมีการประสานข้อมูล การให้คำปรึกษาในการร่วมกันแก้ปัญหาสุขภาพ ผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมายร่วมกัน เพื่อส่งเสริมการดูแลให้มีความต่อเนื่องเชื่อมโยงระหว่างโรงพยาบาลและบ้านของผู้ป่วย โดยมีผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางในการกำหนดแผนการดูแล

ระบบการส่งต่อ (Referral System) เป็นกระบวนการส่งต่อผู้ป่วยจากโรงพยาบาลกลับมาดูแลต่อที่บ้านหรืออาจส่งผู้ป่วยจากบ้านเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล โดยพยาบาลจะต้องจัดระบบเตรียมความพร้อมด้านความรู้ การพัฒนาศักยภาพ ทักษะของผู้ป่วย ผู้ดูแลและระบบสนับสนุนจากโรงพยาบาล เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถกลับมาฟื้นฟูสภาพอยู่ที่บ้านได้ภายใต้การติดตามดูแลของทีมสุขภาพ ในกระบวนการส่งต่อจะรวมถึงการประสานให้เกิดกิจกรรมการดูแลรับผิดชอบร่วมกันระหว่างบุคลากรและทีมการพยาบาลในโรงพยาบาลทำงานร่วมกับทีมสุขภาพของ รพ.สต. และการส่งต่อผู้ป่วยไปรับการรักษาในโรงพยาบาลเมื่อมีปัญหาเจ็บป่วยเฉียบพลัน เพื่อช่วยเหลือให้การดูแลผู้ป่วยมีความต่อเนื่องทั้งระยะเฉียบพลันและระยะฟื้นฟูสภาพ

การดูแลต่อเนื่อง (Continuing of Care) หมายถึง การดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม และบูรณาการที่ตอบสนองความต้องการหรือปัญหาของผู้ป่วยที่ครอบคลุมตั้งแต่โรงพยาบาลถึงบ้าน (Bull & Gross, 2000) เป็นการดูแลเพื่อจัดเตรียมให้ผู้ป่วยมีความพร้อมดูแลตนเองภายใต้บริบทและทรัพยากรที่เป็นไปได้ การดูแลจะต้องมีความต่อเนื่องในทุกปัญหาที่ผู้ป่วยต้องการการดูแลจากผู้ประกอบวิชาชีพเพื่อให้สามารถช่วยตัวเองในการทำกิจวัตรประจำวัน เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยเรียนรู้ ปัญหาที่เกิดจากภาวะโรคและกระบวนการแก้ปัญหาที่สามารถ



ทำได้เอง และปัญหาสุขภาพที่ต้องให้บุคลากรสาธารณสุขเข้าร่วมแก้ปัญหา การดูแลต่อเนื่องจึงเป็นกระบวนการดูแลทั้งในระยะมีปัญหาวิกฤตเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล เชื่อมโยงมาถึงระยะฟื้นฟูสภาพหลังจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาลกลับมาอยู่ที่บ้าน และมีการติดตามดูแลจากทีมสุขภาพในโรงพยาบาลเป็นระยะๆ จากพยาบาลหรือทีมสหสาขา เพื่อให้เกิดกระบวนการดูแลต่อเนื่องเน้นการดูแลแบบองค์รวม โดยมีการสื่อสารระหว่างทีมสุขภาพในสถานบริการแต่ละระดับที่ชัดเจน เพื่อการประสานแผนการดูแลที่มีคุณภาพ รวมถึงการจัดระบบสนับสนุนให้เกิดกิจกรรมการดำเนินงานร่วมกันระหว่างโรงพยาบาลกับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เช่น กิจกรรมการตรวจสุขภาพในช่วงเวลาเดียวกัน การบันทึกและใช้ข้อมูลร่วมกัน การจัดทีมเยี่ยมบ้าน เป็นต้น เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับการดูแลเหมาะสม ตามสภาพปัญหาในแต่ละระยะเพื่อมุ่งสู่เป้าหมายสุดท้ายของการดูแล คือ ผู้ป่วยสามารถพึ่งพาตนเองได้ในการดูแลสุขภาพ

การวางแผนจำหน่าย เป็นกระบวนการช่วยผู้ป่วยให้ปลอดภัยในการกลับไปอยู่บ้านซึ่งไม่มีทีมสุขภาพดูแลใกล้ชิด โดยมีการประสานงานกันระหว่างบุคลากรหลายๆ ด้าน เพื่อให้ผู้ป่วยที่บ้านได้รับการดูแลที่ต่อเนื่องจนสามารถดูแลช่วยเหลือตนเอง แก้ปัญหาสุขภาพจากโรคที่เป็นอยู่รวมถึงการประเมินความต้องการการดูแลที่บ้านตลอดจนการทำงานร่วมกันกับผู้รับบริการและญาติ เพื่อวางแผนเตรียมความพร้อมผู้ป่วย/ผู้ดูแล ทักษะการปฏิบัติตัวที่บ้านได้ด้วยตนเองเกี่ยวกับการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองที่ซับซ้อนมาก และกิจกรรมที่ซับซ้อนน้อยจนถึงระดับพึ่งพาตนเองได้ (McKeeHan, 1981 อ้างถึงในวันเพ็ญ พิเชิตพรชัยและอุษาวดี อัครวิเศษ, 2546) การวางแผนการจำหน่ายเป็นบทบาทหน้าที่ของบุคลากรสุขภาพทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วย ต้องจัดกระบวนการบริการอย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง การวางแผนการจำหน่ายต้องอาศัยความรู้และความเข้าใจร่วมกันทั้งด้านปัญหาสุขภาพและความ



ต้องการของผู้ป่วย ความสามารถของครอบครัว ความต้องการการพึ่งพาของผู้ป่วย ตามภาวะโรค ปัญหาที่ต้องการพยาบาล การทำกายภาพบำบัด การฝึกอาชีวอนามัย การฝึกพูด ความต้องการการสนับสนุนบริการสังคม รวมทั้งความรู้เกี่ยวกับ บริการที่จะต้องได้รับต่อเนื่องที่บ้าน แผนการจำหน่ายผู้ป่วยที่ถูกกำหนดไว้ใน โรงพยาบาลขณะรับผู้ป่วยไว้รักษา จะต้องมีการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย เป็นแผนระยะสั้น ในช่วงอาการเฉียบพลันและแผนการดูแลต่อเนื่องตามภาวะโรค ซึ่งเป็นแผนระยะยาว เพื่อช่วยเหลือสนับสนุนให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลเกิดการเรียนรู้ และมั่นใจวิธีปฏิบัติการดูแลสุขภาพตนเองและบุคคลในครอบครัวภายใต้บริบท บ้านและครอบครัวของตัวเอง ในกรณีทำกายภาพบำบัด หากผู้ป่วยที่บ้าน สามารถไปรับบริการแบบผู้ป่วยนอกได้ ก็จัดทำเป็นผู้ป่วยนอก

การจำหน่ายผู้ป่วยจากระบบเยี่ยมบ้าน (Case Closure) ผู้ป่วยแต่ละ รายเมื่อได้รับการดูแลจากทีมการพยาบาลเยี่ยมบ้านตามแผนการจำหน่ายเป็น ระยะๆ จนบรรลุเป้าหมายการพยาบาลที่เป็นเป้าหมายสุดท้ายที่กำหนดร่วมกับ ทีมสหสาขาวิชาชีพ ผู้ป่วยได้รับการเตรียมความพร้อมด้านความรู้ พฤติกรรม และทักษะการดูแลตนเองของผู้ป่วย/ผู้ดูแล ปัญหาลดความรุนแรง ผู้ป่วย/ผู้ดูแล สามารถช่วยเหลือทำกิจกรรมด้วยตนเองได้ดีติดต่อกันมาเป็นระยะเวลาต่อเนื่อง พยาบาล ประเมินผลผู้ป่วยและผู้ดูแลแล้วพบว่าไม่มีวิธีปฏิบัติที่วางใจได้ พยาบาล เจ้าของไข้จะต้องประเมินภาวะสุขภาพผู้ป่วย ผู้ดูแล สมาชิกครอบครัว สิ่งแวดล้อมในส่วนที่เกี่ยวข้องข้องกับวิถีการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยที่ช่วยให้ผู้ป่วย ดำเนินชีวิตอยู่ที่บ้านได้ ประเมินผลการรักษา การฟื้นฟูสภาพและทักษะในการ ดูแลตนเอง เมื่อมีปัญหาสุขภาพรวมถึงการสร้างเสริมสุขภาพเพื่อให้ปราศจาก ภาวะแทรกซ้อน เมื่อประเมินแล้วมั่นใจว่าผู้ป่วยและครอบครัวมีความพร้อม สามารถจัดการปัญหาได้เองพึ่งพาตนเองได้ หรือมีการย้ายที่อยู่ หรือในกรณี ผู้ป่วยเสียชีวิต การติดตามให้การพยาบาลผู้ป่วยที่บ้านจะยุติลง ผู้ป่วยจะถูก จำหน่าย ออกจากระบบการเยี่ยมบ้าน



3. อุปกรณ์ / เครื่องใช้

สำหรับการเตรียมตัวก่อนออกเยี่ยมบ้านอุปกรณ์เครื่องมือเป็นสิ่งสำคัญ ซึ่งควรเตรียมให้พร้อมสำหรับการพยาบาลผู้ป่วยที่บ้าน ประกอบด้วย

อุปกรณ์ประเภทที่ 1 สำหรับการเยี่ยมผู้ป่วยที่มีระดับความรุนแรงระดับที่ 1-2 คือ กระเป๋าเยี่ยมบ้านและอุปกรณ์ที่ต้องมี ประกอบด้วย แบบบันทึกข้อมูล เบอร์โทรศัพท์ผู้ป่วย เครื่องชั่งน้ำหนัก สายวัดรอบเอว เครื่องวัดความดันแบบพกพา หูฟัง เครื่องวัดระดับน้ำตาลแบบพกพา ปรอทวดใช้ไฟฉาย ไม้กดลิ้น ชุดทำแผล น้ำยาสำหรับการทำแผล เช่น แอลกอฮอล์ 70 % น้ำยาโปรวิดีน น้ำเกลือล้างแผล พลาสเตอร์ และเวชภัณฑ์ยาที่สำคัญในการพยาบาลเบื้องต้น เช่น ยาแก้ไอ ยาแก้ท้องเสีย ยาแก้แพ้ ยาแก้เวียนศีรษะ ยาแก้ปวดท้อง ผงเกลือแร่ ยาน้ำแอมโมเนีย เป็นต้น

อุปกรณ์ประเภทที่ 2 เครื่องมือที่ต้องเตรียมเฉพาะราย สำหรับการเยี่ยมผู้ป่วยที่มีระดับความรุนแรงระดับที่ 3 เช่น สายสวนปัสสาวะและชุดสวนปัสสาวะ สายยางให้อาหาร ชุดออกซิเจน สายดูดเสมหะ สารหล่อลื่น และสื่อการสอน / แผ่นพับประกอบการสอนสุขศึกษา หรืออุปกรณ์ที่ต้องเตรียมเฉพาะราย เครื่องมือช่วยฟื้นคืนชีพเบื้องต้นที่ควรมีคือ Ambu Bag

อุปกรณ์ประเภทที่ 3 เป็นอุปกรณ์อื่นๆ เช่น กล้องถ่ายภาพ เพื่อติดตามความก้าวหน้าสภาพบาดแผลหรือภาพภายในครอบครัว และเป็นเครื่องเตือนความทรงจำหรือเก็บเป็นหลักฐานนำมาสู่การปรึกษาวางแผนจัดสิ่งแวดล้อมกับทีมสุขภาพเพื่อปรับสิ่งแวดล้อมเหมาะสมกับผู้ป่วย แต่ต้องขออนุญาตก่อนโดยเช็ตยินยอมเป็นลายลักษณ์อักษรในรูปแบบฟอร์มตามแนวทางการพิจารณาเชิงจริยธรรมการให้บริการสุขภาพ



4. ปัจจัยสนับสนุนการพยาบาลผู้ป่วยที่บ้าน

การเจ็บป่วยเรื้อรังมีภาวะโรคที่ยุ่งยากซับซ้อนของการรักษา และมีการเปลี่ยนแปลงจากปกติ พยาธิสภาพที่เกิดขึ้นไม่สามารถกลับคืนสู่ภาวะปกติ ต้องการการฟื้นฟูสภาพและต้องใช้เวลายาวนานในการดูแลและควบคุมให้อาการคงที่ อย่างไรก็ตามถ้าผู้ป่วยไม่สามารถพึ่งพาตนเองได้ ครอบครัว ญาติผู้ดูแล จึงเข้ามามีบทบาทสำคัญในการช่วยเหลือผู้ป่วยเพื่อไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ญาติผู้ดูแลต้องมีการปรับตัว เรียนรู้วิธีการดูแลผู้ป่วยซึ่งเป็นภาระที่ยาวนาน สัมพันธภาพระหว่างญาติผู้ดูแลกับผู้ป่วยถ้ามีความใกล้ชิดกันมากจะมีความผูกพัน สิ่งที่ต้องคำนึงถึงคือ การดูแลผู้ป่วยเป็นเวลานานโดยไม่มีเวลาเป็นส่วนตัวของตัวเอง ไม่มีกิจกรรมผ่อนคลาย ผู้ดูแลอาจเกิดภาวะเครียดซึ่งส่งผลกระทบต่อชีวิตของผู้ดูแลได้ ดังนั้น ปัจจัยสนับสนุนการพยาบาลผู้ป่วยที่บ้านที่ต้องคำนึงถึงคือ ศักยภาพของชุมชน ผู้ดูแลผู้ป่วยที่บ้าน และแหล่งประโยชน์ในชุมชน ดังรายละเอียด ดังนี้

4.1 ศักยภาพของชุมชน

ศักยภาพของชุมชน การดำเนินงานเยี่ยมบ้าน เป็นภารกิจที่พยาบาลต้องสร้างระบบการดูแลให้ผู้ป่วยและญาติเกิดความมั่นใจว่าผู้ป่วยจะได้รับการดูแลอย่างปลอดภัย เป็นการดำเนินงานในชุมชน ซึ่งไม่มีบุคลากรสาธารณสุขอยู่ประจำตลอด 24 ชั่วโมง จำเป็นต้องได้รับความร่วมมือจากชุมชนช่วยดูแลผู้ป่วยที่บ้าน โดยการหาคนในครอบครัว/เพื่อนบ้าน/จิตอาสา/อสม. ฯลฯ มาช่วยเยี่ยมบ้าน ติดตามทุกข์ สุข ความเป็นอยู่ของผู้ป่วย และครอบครัว เพื่อเป็นคนส่งข่าวความต้องการการช่วยเหลือในช่วงเวลาที่ว่างเว้นการเยี่ยมบ้านของทีมพยาบาล

4.2 ผู้ดูแลผู้ป่วยที่บ้าน

ผู้ดูแล หมายถึง ญาติหรือบุคคลซึ่งอาจเป็นบิดา มารดา สามี ภรรยา บุตร ญาติพี่น้อง เพื่อน หรือแม้แต่บุคคลสำคัญในชีวิตที่ได้รับมอบหมายให้ทำ



หน้าที่ช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยซึ่งมีภาวะสุขภาพเปลี่ยนแปลงไป เนื่องจากภาวะของโรค ความพิการหรือความเสื่อมถอยของสมรรถภาพทางกาย จิตใจ หรืออารมณ์ ที่มีผลทำให้ผู้ป่วยมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน หรือต้องการการดูแลรักษาเฉพาะโรค เป็นการช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยที่บ้านในชุมชน แหล่งที่พักอาศัยหรือสถานพยาบาลต่างๆ ก็ได้ โดยอาจจะเป็นผู้ดูแลหลัก คือ ผู้รับผิดชอบดูแลผู้ป่วยโดยตรงอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ หรือเป็นผู้ดูแลร่วม คือ ช่วยเหลือให้การดูแลเป็นครั้งคราว ซึ่งผู้ดูแลต้องได้รับการสอน ฝึกทักษะที่จำเป็นจากพยาบาลและมีความเข้าใจแผนการรักษาและวิธีการปฏิบัติดูแลตามสภาพปัญหาผู้ป่วย เพื่อให้สามารถดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยได้ถูกต้อง

ผู้ดูแลที่บ้านสามารถจำแนกตามระดับความรับผิดชอบการดูแล ดังนี้

1. **ผู้ดูแลหลัก (Primary Caregiver)** รับผิดชอบดูแลผู้ป่วยโดยตรงสม่ำเสมอและต่อเนื่องมากกว่า ผู้อื่นจะรู้รายละเอียดวิธีปฏิบัติในเรื่อง การรับประทาน อาหาร ยาที่ต้องรับประทาน การพักผ่อน การขับถ่ายและวิธีการดำเนินชีวิตที่เป็นปกติในแต่ละวันของผู้ป่วย

2. **ผู้ดูแลรอง (Secondary Caregiver)** บุคคลอื่นที่อยู่ในเครือข่ายการให้การดูแล อาจจะช่วยทำกิจกรรมบางอย่างแต่ไม่ได้ทำอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง เช่น ให้การดูแลผู้ป่วยแทนผู้ดูแลหลักเป็นครั้งคราวเมื่อจำเป็น หรือเป็นผู้ช่วยของผู้ดูแลหลักเท่านั้น

คุณลักษณะผู้ดูแลหลัก (Primary Caregiver) มีดังนี้

1. มีความรู้เกี่ยวกับโรคที่ผู้ป่วยกำลังเป็นอยู่ ผลที่จะเกิดขึ้นจากการดำเนินของโรคเป็นอย่างไร
2. มีความเข้าใจแผนการดูแลรักษาผู้ป่วย
3. มีความไวต่อการรับรู้การเปลี่ยนแปลงภาวะการเจ็บป่วยที่ผิดไปจาก



ภาวะปกติและให้การช่วยเหลือที่ถูกต้องเหมาะสมทันทั่วถึง

4. รู้ข้อจำกัดของตัวเองและรู้จักใช้แหล่งสนับสนุนที่เกี่ยวข้อง สิทธิประโยชน์ที่พึงมีและสามารถขอความช่วยเหลือจากแหล่งประโยชน์ที่เหมาะสม

5. มีความเข้าใจและอดทนต่อพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมของผู้ป่วยขณะเจ็บป่วยและพร้อมรับฟังสิ่งที่ผู้ป่วยพูด

6. ผู้ดูแลสามารถบริหารจัดการดูแลตนเองและครอบครัว โดยแบ่งเวลาที่เป็นส่วนตัวของตนเอง/ครอบครัว (Vacation Time) หากมีปัญหาสุขภาพต้องเตือนตนเองในการปฏิบัติดูแลตนเองตามแผนการรักษาของแพทย์

4.3 แหล่งประโยชน์ในชุมชน เพื่อการพยาบาลผู้ป่วยที่บ้าน

พยาบาลต้องรู้จักชุมชน ทราบถึงเครือข่ายชุมชนและแหล่งประโยชน์ในชุมชน เพื่อสามารถขอความร่วมมือในเรื่องต่างๆ ให้เหมาะสมและเกิดประโยชน์สูงสุด

4.3.1 เครือข่ายชุมชน องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.), สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัด (พมจ.), เกษตรอำเภอบริการและส่งเสริมอาชีพการเกษตรทุกสาขา , การศึกษานอกโรงเรียน (กศน.), ผู้นำศาสนา (พระ/โต๊ะอิหม่าม/บาทหลวง), เครือข่ายคนพิการ, โรงเรียน, องค์การพัฒนาเอกชน หรือ อพช. โดยทั่วไปรู้จักในนาม “เอ็นจีโอ” (NGOs) ที่มีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหาสังคมโดยเฉพาะปัญหาด้านคุณภาพชีวิตของกลุ่มบุคคลผู้ด้อยโอกาส และประชาชนผู้ทุกข์ยาก สภากาชาดไทย ทำหน้าที่ให้ความช่วยเหลือ/ดูแล เอาใจใส่และส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุแบบรอบด้าน รวมทั้งพระภิกษุ สามเณร เด็กก่อนวัยเรียน เด็กวัยเรียน ให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี สามารถที่จะดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างเป็นสุข สตรีอาสาสมัครผู้สูงอายุ มูลนิธิต่างๆ ศูนย์เรียนรู้คนพิการ ศูนย์สนับสนุนอุปกรณ์ฟื้นฟูสภาพ ร้าน/บริษัทรับคนพิการเข้าทำงาน กลุ่มจิตอาสาในชุมชน อาสาสมัคร



สาธารณสุข (อสม.) ประชาชนชาวบ้าน กลุ่มหมอนวดแผนไทย

4.3.2 แหล่งประโยชน์ในชุมชน อาจเป็นบุคคลหรือหน่วยงาน กลุ่มบุคคล ร้านค้าที่มีอยู่ในชุมชนที่เอื้อต่อการดูแลตนเอง คือ ร้านขายผักไร้สารพิษ ร้านทำอาหารผสม วิทยาลัยเทคนิคช่วยตัดแปลงบ้าน ช่างซ่อมอุปกรณ์ประจำหมู่บ้าน กลุ่มหมอนวดพื้นบ้าน ร้านดังบรรจ้ออกซิเจน ร้านขายอุปกรณ์สุขภาพ ร้านอาหารสุขภาพ ผู้ป่วยต้นแบบที่ดูแลตนเองดี

4.3.3 การสร้างเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน การดูแลผู้ป่วยที่บ้านเกิดจากความจำเป็นของปัญหาสุขภาพที่ยังไม่หายกลับสู่สภาพปกติภาวะความเจ็บป่วยยังมีปัญหาที่ต้องให้การดูแลโดยทีมสุขภาพ การบริการจึงต้องจัดให้มีความเชื่อมโยงจากโรงพยาบาล การสร้างเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน มีความจำเป็นอย่างมาก เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยที่บ้านได้รับการดูแล การมีทรัพยากรจำนวนจำกัด ย่อมเป็นไปได้ที่องค์กรใดองค์กรหนึ่ง จะทำงานให้ประสบความสำเร็จได้ด้วยตนเอง จำเป็นต้องมีการประสานการทำงานร่วมกันระหว่างกลุ่มองค์กร หรือการสร้างเครือข่ายในการทำงาน เพื่อร่วมกันในการดูแลผู้ป่วยให้มีประสิทธิภาพ พยาบาลมีบทบาทในการสร้างความสัมพันธ์ให้เกิดเครือข่ายที่เกื้อกูลกัน ในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน เพื่อให้เกิดเครือข่ายสุขภาพจากทุกภาคส่วนในชุมชนให้สามารถดำเนินงานเยี่ยมบ้านร่วมกับทีมสุขภาพได้

การเลือกใช้แหล่งประโยชน์ในชุมชน

แหล่งประโยชน์ในชุมชนจะเป็นต้นทุนในชุมชน มีส่วนสำคัญที่ทำให้กระบวนการทำงานของพยาบาล ในการจัดการดูแลผู้ป่วยและผู้ดูแลให้สามารถขับเคลื่อนการดำเนินงานได้เป็นอย่างดี โดยทุนที่นำมาใช้สำหรับการจัดการดูแลได้แก่



1. ทูตันด้านบุคคล เป็นการใช้นคนในชุมชนสำหรับการขับเคลื่อนให้มีการดำเนินงานในการดูแลผู้ป่วย ซึ่งอาจเป็นผู้นำในชุมชน ผู้นำศาสนา ประชาชนชาวบ้าน อาสาสมัครสาธารณสุข หรือจิตอาสา เพื่อนบ้าน กลุ่มเยาวชน ชมรมต่างๆ เป็นต้น

- ผู้นำชุมชน หรือผู้นำกลุ่มอย่างไม่เป็นทางการที่มีฐานะเป็นผู้นำของชุมชนท้องถิ่นเป็นผู้มีบทบาทสนับสนุนช่วยเหลือประชาชนกลุ่มด้อยโอกาส ถูกทอดทิ้ง ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ด้านสวัสดิการโดยจัดหางบประมาณสนับสนุนจากชุมชนและหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้อง

- ประชาชนชาวบ้าน หรือนักคิดท้องถิ่นหรือครูภูมิปัญญาไทย เป็นชาวบ้านที่มีภูมิความรู้เป็นที่ยอมรับในหมู่บ้านมีภูมิปัญญาหลายด้าน บุคคลเหล่านี้จะเป็นที่เคารพนับถือและมีอิทธิพลด้านจิตใจที่สามารถใช้ความศรัทธาความเชื่อเป็นสื่อโน้มน้าวให้มีการระดมทุนในการช่วยเหลือ รวมถึงพระสงฆ์ และบุคคลอื่นๆ ที่มีการพูดให้กำลังใจ ข้อคิดเห็น คำปรึกษา โน้มน้าวจิตใจให้ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลสุขภาพ

- อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (Village Health Volunteer) มีบทบาทให้การช่วยเหลือผู้ป่วยที่บ้านตามคำแนะนำของพยาบาล สื่อสารข้อมูลความเจ็บป่วยของคนในชุมชนให้ทีมสุขภาพ แนะนำกิจกรรมบริการของสถานบริการสุขภาพใกล้บ้าน เป็นผู้นำทางให้พยาบาลติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยและครอบครัวในชุมชน

- จิตอาสา /เพื่อนบ้าน เป็นผู้ช่วยเหลือ ปฏิบัติกิจกรรมในการดูแลผู้ป่วย เช่น ทำความสะอาดร่างกาย จัดหาอาหาร ป้อนอาหาร จัดยา ดูแลด้านสิ่งแวดล้อม พูดคุยให้กำลังใจ

- ผู้นำทางศาสนา เป็นผู้นำศาสนาต่างๆ ที่มีอยู่ในชุมชน โดยเป็นศูนย์รวมยึดเหนี่ยวจิตใจของชาวบ้าน มีอิทธิพลต่อการโน้มน้าว ชักชวนบุคคล



มาร่วมดูแลสนับสนุนให้ความช่วยเหลือ ทั้งด้านสิ่งของ การเงินและมีส่วนร่วมเยี่ยมผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่บ้าน

- ชมรมต่างๆ เช่น ชมรมผู้สูงอายุ กลุ่ม/ชมรมผู้ป่วยเรื้อรัง มีบทบาทในการเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้าน ให้กำลังใจหรือมอบสิ่งของ เป็นต้น

- หน่วยงานองค์กรต่างๆ ในชุมชน ที่พยาบาลสามารถแนะนำญาติและผู้ป่วยขอความช่วยเหลือได้แก่

1) องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) เป็นองค์กรที่ให้การสนับสนุนงบบุคลากรและงบกองทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่น เพื่อแก้ไขปัญหาสุขภาพในท้องถิ่นและส่วนขาตต่างๆ ตามความจำเป็น รวมถึงการให้บริการในรูปแบบต่าง ๆ เช่น การรับส่งต่อผู้ป่วยในชุมชน สนับสนุนอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็น ช่วยผู้ป่วยดำเนินชีวิตอยู่ที่บ้านได้ ฯ

2) สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) เป็นองค์กรที่ให้การสนับสนุนงบกองทุนโรคเรื้อรัง สามารถทำโครงการพัฒนาระบบบริการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่บ้าน เพื่อแก้ปัญหาให้ประชาชนเข้าถึงบริการที่มีคุณภาพได้มาตรฐาน

3) สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) เป็นองค์กรที่ให้การสนับสนุนงบบริการสร้างเสริมสุขภาพ ประชาชน เพื่อจัดสรรสำหรับการบริการเชิงรุกให้บุคคลและครอบครัวในชุมชนได้เข้าถึงบริการ เช่น การดูแลสุขภาพที่บ้าน ฯลฯ

4) สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัด (พมจ.) เป็นองค์กรที่ให้การสนับสนุน งบประมาณในการดำเนินการอบรมอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ มีหน้าที่ประสานงานร่วมกันหรือสนับสนุนช่วยเหลือผู้ประสบปัญหาทางเศรษฐกิจและสังคมในชุมชน รวมทั้งส่งต่อผู้ป่วยให้หน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้องร่วมดูแล



5) องค์กรพัฒนาเอกชน (Non Government Organization : NGOs) เป็นองค์กรที่มีส่วนช่วยแก้ปัญหาสังคมโดยเฉพาะปัญหาด้านคุณภาพชีวิตของกลุ่มผู้ด้อยโอกาส

2. ทุนภูมิปัญญา พยาบาลสามารถนำเอาภูมิปัญญาพื้นบ้านที่หาได้ง่ายในชุมชน เช่น สมุนไพร มาใช้ร่วมกับการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยร่วมกับการแพทย์แผนปัจจุบัน การนำสิ่งที่มีผู้ป่วยมีความเชื่อมาใช้เยียวยาแล้วทำให้ผู้ป่วยรู้สึกมีกำลังใจที่จะเผชิญความเจ็บป่วยได้

3. ทุนทรัพยากร ในชุมชนมีการเอื้อเพื่อทรัพยากร เช่น มีทุนที่เป็นกองทุนหมู่บ้านด้านการเงินที่ได้รับทุนสนับสนุนจากมูลนิธิต่างๆ ทุนการประกอบอาชีพเสริม เป็นต้น

ดังนั้น พยาบาลที่ให้บริการพยาบาลผู้ป่วยที่บ้านต้องสามารถประสานให้ผู้ป่วยที่บ้านมีผู้ดูแลและมอบหมายความรับผิดชอบในบทบาทผู้ดูแลหลักหรือผู้ดูแลรอง ทำหน้าที่ดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยที่บ้านเหมาะสมตามสภาพปัญหาความต้องการการช่วยเหลือของผู้ป่วยแต่ละราย ในรายที่ต้องการการสนับสนุนทรัพยากรพยาบาลก็รู้แหล่งประโยชน์ในชุมชนและสามารถเลือกใช้แหล่งประโยชน์ในชุมชนช่วยเหลือได้เหมาะสม / แนะนำให้ข้อมูลบุคคล ช่วยเหลือสนับสนุนให้ผู้ป่วยเข้าถึงแหล่งประโยชน์ เพื่อช่วยเหลือให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติหรือปรับพฤติกรรมในการดำเนินชีวิตใหม่อีกครั้งหลังพ้นหาย โดยมีเป้าหมายส่งเสริมให้สามารถพึ่งตนเองได้ตามบริบทและตามความสามารถที่ผู้ป่วยและครอบครัวมีอยู่





กระบวนการ ดำเนินงาน

กระบวนการดำเนินงาน

กระบวนการดำเนินงานบริการพยาบาลผู้ป่วยที่บ้านแบ่งเป็น 3 ระยะ ได้แก่ ระยะก่อนเยี่ยมบ้าน ระยะระหว่างเยี่ยมบ้าน และระยะหลังเยี่ยมบ้าน ดังนั้น ก่อนให้บริการพยาบาลต้องมีความรู้ความเข้าใจประเด็นการแบ่งกลุ่มผู้ป่วย การกำหนดระยะเวลาให้เหมาะสมสอดคล้องกับผู้ป่วยแต่ละราย

การแบ่งกลุ่มผู้ป่วยเพื่อให้บริการพยาบาลที่บ้าน แบ่งเป็น 4 กลุ่ม ดังนี้

กลุ่มที่ 1 กลุ่มที่มีภาวะความเจ็บป่วยอยู่ในระยะที่มีอาการดีขึ้น อากาศคงที่ ไม่ต้องใช้เครื่องมือเทคโนโลยีทางการแพทย์คอยควบคุมติดตามอาการเปลี่ยนแปลงหรืออยู่ในความดูแลใกล้ชิดจากแพทย์ พยาบาล แบ่งได้เป็น

1.1 ผู้ป่วยมีภาวะฉุกเฉิน เช่น หมดสติ มีบาดแผล ต้องการการช่วยเหลือเมื่อเกิดเหตุทันที ต้องการการประสานติดต่อเพื่อขอความช่วยเหลือ พยาบาลต้องมีความรู้และทักษะในการช่วยเหลือเบื้องต้นในที่เกิดเหตุ มีอุปกรณ์ที่ใช้ปฐมพยาบาลเบื้องต้น เพื่อลดความรุนแรงและป้องกันอันตรายมากขึ้น ก่อนส่งไปรับการรักษาต่อตามความจำเป็น

1.2 ผู้ป่วยมีภาวะโรคเฉียบพลัน เช่น ท้องร่วง หอบ ฯลฯ เป็นการประเมินอาการ สัญญาณเตือน และช่วยเหลือตามอาการ การติดต่อขอคำปรึกษาเพื่อการรักษาเบื้องต้น ต้องการการดูแลเพื่อบรรเทาอาการ ลดความรุนแรง และส่งต่อไปรับการรักษาได้ทันเวลา

1.3 ผู้ป่วยมีภาวะโรคเรื้อรัง การเยี่ยมบ้านจะเป็นการทำกิจกรรมการพยาบาลตามแผนการจำหน่ายต่อจากโรงพยาบาลเพื่อช่วยผู้ป่วย เช่น



การป้องกันการสำลักในกรณีผู้ป่วยที่มีภาวะกลืนลำบาก การป้องกันกล้ามเนื้อลีบ ข้อยึดติดฯ รวมถึงการติดตามผลการรักษา และการปฏิบัติตัวให้เหมาะสมกับสภาวะโรค การเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้านจะมุ่งที่การประเมินความก้าวหน้าการดำเนินของโรค เพื่อนำมาเป็นข้อมูลวางแผนดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องระยะยาว

กลุ่มที่ 2 กลุ่มที่มีอาการเจ็บป่วยต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ด้วยการคลอดบุตร การผ่าตัด โรคไข้เลือดออก ฯลฯ หลังออกจากโรงพยาบาลเพื่อการติดตามประเมินอาการหลังได้รับการรักษาจากโรงพยาบาล หรือสาเหตุที่ผู้ป่วยไม่มาตรวจตามนัด อันเป็นเหตุให้ได้รับการรักษาไม่ต่อเนื่องไม่สามารถประเมินผลหลังการรักษา

กลุ่มที่ 3 กลุ่มที่มีความจำกัดในการไปใช้บริการ แต่ต้องการการประเมินเพื่อติดตามสภาวะสุขภาพ เช่น ผู้สูงอายุ เด็ก ผู้พิการ ผู้ป่วย ที่มีความจำกัดในการไปรับบริการลำบาก ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ ฯลฯ ควรได้รับการเยี่ยมเพื่อประเมินภาวะสุขภาพ และความต้องการจำเป็นในการดูแลรักษาสุขภาพ ตลอดจนประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันด้วยตัวเอง

กลุ่มที่ 4 กลุ่มที่มีการดำเนินโรคในระยะสุดท้าย เช่น โรคมะเร็งระยะสุดท้าย โรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย ฯลฯ การเยี่ยมผู้ป่วยเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยได้รับความสุขสบายมากที่สุด โดยการให้การพยาบาลเพื่อลดอาการรบกวน เช่น ความเจ็บปวด ลดอาการแน่นอึดอัดในช่องท้อง ลดอาการเหนื่อยหอบ ฯลฯ นอกจากช่วยลดอาการไม่สุขสบายแล้ว พยาบาลต้องเตรียมความพร้อมของผู้ป่วย และญาติในการช่วยให้ผู้ป่วยจากไปอย่างสงบสมศักดิ์ศรี และช่วยให้สมาชิกครอบครัวทำใจให้พร้อมต่อการสูญเสียบุคคลที่รัก

การกำหนดระยะเวลาและความถี่การเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้าน

ระยะเวลาและความถี่ของการเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้านนั้น ขึ้นอยู่กับการวินิจฉัยอาการของผู้ป่วย ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยและ/หรือ



ครอบครัว รวมถึงบริบทของผู้ป่วยเป็นสำคัญ ส่วนใหญ่ในสัปดาห์แรกของการดูแลจะมีความถี่ในการติดตามดูแลผู้ป่วยที่บ้านอย่างใกล้ชิด และจะห่างออกไปตามอาการของผู้ป่วยที่ดีขึ้น การวางแผนเรื่องระยะเวลาในการดูแลและความถี่ในการดูแลจะเป็นปฏิทินในการวางแผนการดูแลผู้ป่วยในรายงานการพยาบาลผู้ป่วยที่บ้าน สอดคล้องกับการตั้งช่วงระยะเวลาในการเยี่ยมบ้าน (Humphrey & Milone-Nuzzo , 1996)

การกำหนดระยะเวลาและความถี่ของการเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้าน จึงไม่มีรูปแบบที่ตายตัวในการกำหนดความถี่ในการเยี่ยม แต่มีปัจจัยที่พยาบาลต้องประเมินสภาพผู้ป่วยเพื่อกำหนดระยะเวลาและความถี่ของการเยี่ยมตามการเปลี่ยนแปลงของอาการที่เกิดขึ้นตลอดเวลา ซึ่งความถี่ของการเยี่ยมขึ้นอยู่กับทักษะของพยาบาลในการประเมิน สุรีย ลี้มงคล ได้พูดถึงปัจจัยการกำหนดความถี่การเยี่ยมบ้าน (สุรีย ลี้มงคล, 2553) ไว้ดังนี้

1. สภาวะสุขภาพของผู้ป่วยในขณะนั้น ที่จำเป็นต้องได้รับการดูแลสุขภาพที่บ้าน
2. เป้าหมายที่วางไว้ร่วมกันในระยะเวลาที่กำหนดระหว่างผู้ป่วย ครอบครัว และทีมเยี่ยมบ้าน
3. การพยากรณ์โรค ความเสี่ยงในการเกิดภาวะแทรกซ้อน
4. เพื่อติดตามประเมินผลของการพยาบาลที่ให้และประเมินผลความก้าวหน้าตามเป้าหมาย
5. เพื่อการติดตามผลสัมฤทธิ์ / ผลลัพธ์การสอนผู้ป่วยและผู้ดูแล
6. ชนิดและความซับซ้อนในการให้การพยาบาลที่จำเป็น
7. ภาวะจิตใจของผู้ป่วย และความเข้าใจของพยาบาลต่อสภาพ และความรู้ด้านความเจ็บป่วยของผู้ป่วย
8. สภาพแวดล้อมของที่พัก / บ้านของผู้ป่วย



9. ความสามารถของผู้ป่วยและผู้ดูแล ในการปฏิบัติตามคำแนะนำ

พยาบาลซึ่งมีบทบาทเป็นหัวหน้าทีมการพยาบาลผู้ป่วยที่บ้านเป็นผู้ติดตามประเมินผลการดูแลผู้ป่วยในพื้นที่รับผิดชอบและนำมาวางแผน จัดทีมเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้านตามสภาพปัญหาสุขภาพและความต้องการการดูแล การกำหนดระยะเวลาเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้านจะตั้งช่วงเวลายาวนานเท่าไรขึ้นกับการวินิจฉัยปัญหาทางการพยาบาล อาการและอาการแสดงของผู้ป่วย ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยและญาติ / ผู้ดูแล พยาบาลต้องใช้เครื่องมือต่างๆ มาประเมินภาวะผู้ป่วย เช่น ADL (ภาคผนวกที่ 3) , INHOMESSS (ภาคผนวกที่ 1), แบบตรวจประเมินเท้าผู้ป่วยเบาหวาน (ภาคผนวกที่ 2) , Nursing Process ฯลฯ แล้วนำข้อมูลจากการใช้เครื่องมือดังกล่าวมาพิจารณาร่วมกับระดับความรุนแรง ซึ่งสำนักการพยาบาลจำแนกไว้แล้ว ดังนี้

ระดับความรุนแรงของผู้ป่วยและความต้องการการช่วยเหลือที่บ้าน

ความรุนแรงระดับที่ 1 หมายถึง กลุ่มผู้ป่วยที่เริ่มเจ็บป่วยระยะแรกจากการเป็นโรคเรื้อรัง มีการเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิตเล็กน้อย ยังไม่มีภาวะแทรกซ้อนหรือการเกิดภาวะโรคร่วม ผู้ป่วยช่วยเหลือตัวเองได้ แต่ขาดความรู้ความเข้าใจและทักษะเกี่ยวกับโรคและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้เหมาะสมกับสภาวะของโรค

ความรุนแรงระดับที่ 2 หมายถึง กลุ่มผู้ป่วยที่มีการดำเนินของโรคส่งผลกระทบต่อวิถีชีวิตปกติ มีความจำกัด / ไร้ความสามารถเล็กน้อย ช่วยเหลือตัวเองได้ไม่เต็มที่ ศักยภาพในการดูแลตนเองไม่เพียงพอ ต้องการผู้ดูแล / คนช่วยเหลือในการทำกิจกรรมบางส่วน

ความรุนแรงระดับที่ 3 หมายถึง กลุ่มผู้ป่วยที่พยาธิสภาพของโรคทำให้เกิดความพิการ/จำกัดความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันด้วยตนเองหรือใส่เครื่องมือทางการแพทย์เพื่อช่วยในการดำรงชีวิต จำเป็นต้องมีผู้ดูแลช่วยเหลือการทำกิจวัตรประจำวันให้



แบ่งออกเป็น 3 ระยะ ดังนี้ คือ 1) ระยะก่อนการเยี่ยมบ้าน 2) ระยะระหว่างการเยี่ยมบ้าน และ 3) ระยะหลังการเยี่ยมบ้าน

1. ระยะก่อนการเยี่ยมบ้าน เป็นระยะของการเตรียมความพร้อม ซึ่งมี 3 ขั้นตอน ดังนี้

1.1 เตรียมข้อมูลสุขภาพชุมชน ข้อมูลเฉพาะตัวผู้ป่วยหรือครอบครัว วิเคราะห์ข้อมูลสุขภาพโดยศึกษาข้อมูลผู้ป่วยทั้งจากกรณีที่ส่งต่อจากโรงพยาบาลและข้อมูลจากชุมชน โดยประเมินจากแบบส่งต่อหรือใน Family Folder ของผู้ป่วย พยาบาลค้นหาข้อมูลสุขภาพในพื้นที่รับผิดชอบ ร่วมกับการเตรียมความรู้ ศึกษาข้อมูลพื้นฐานของชุมชนเพื่อนำไปใช้ในการพยาบาลและการให้คำแนะนำผู้ป่วยและครอบครัวเกี่ยวกับสุขภาพ ประเด็นความรู้ที่ต้องเตรียมและจัดทำสื่อถ่ายทอด ได้แก่ โรคที่เป็นมากในพื้นที่หรือโรคของผู้ป่วยที่จะเยี่ยมบ้าน ต้องรู้การดำเนินโรค อาการ การรักษา ภาวะแทรกซ้อนและระยะเวลาในการพักฟื้น การรักษาที่ได้รับ เช่น หัตถการต่างๆ ที่เคยได้รับหรืออาจได้รับในระยะต่อมา ชนิดและการใช้ยารักษาเฉพาะโรค การตรวจวินิจฉัย การปฐมพยาบาลดูแลเบื้องต้นเมื่อเกิดภาวะฉุกเฉินกับผู้ป่วยในแต่ละโรคที่อาจพบในช่วงการเยี่ยมบ้าน การดูแลผู้ป่วยต้องมีความต่อเนื่อง เชื่อมโยงระหว่างโรงพยาบาลและที่บ้านควรมีแผนการจำหน่ายผู้ป่วยจากโรงพยาบาลและพยาบาลผู้ให้การดูแลที่บ้านต้องนำมาดำเนินการอย่างต่อเนื่อง โดยการใช้ข้อมูลสุขภาพที่ประเมินที่บ้าน เพื่อวางแผนการพยาบาลอย่างเหมาะสม

1.2 กำหนดแผนการดูแล โดยกำหนดวัตถุประสงค์ของการเยี่ยมเพื่อเป็นแนวทางการกำหนดกิจกรรมปฏิบัติงาน กำหนดประเภทของการเยี่ยมตามระดับความรุนแรง ซึ่งแบ่งออกเป็น 3 ระดับ ดังนั้น พยาบาลควรดำเนินการช่วยเหลือผู้ป่วยและครอบครัวตามแผนที่กำหนดไว้ ทั้งนี้ แผนการเยี่ยมอาจ



ปรับเปลี่ยนได้หากผลลัพธ์ที่ประเมินแล้วไม่เป็นไปตามเป้าหมาย ประเด็นสำคัญในการจัดบริการพยาบาลผู้ป่วยที่บ้านตามความรุนแรงแต่ละระดับ ได้จัดทำไว้ในตารางที่ 1 ดังนี้

ตารางที่ 1 แสดงประเด็นสำคัญในการจัดบริการพยาบาลที่บ้านจำแนกความรุนแรง 3 ระดับ

ประเด็นสำคัญในการจัดบริการพยาบาล	ความรุนแรงระดับ 1	ความรุนแรงระดับ 2	ความรุนแรงระดับ 3
เป้าหมายการจัดบริการ	<ol style="list-style-type: none"> คงภาวะสุขภาพและความสามารถอย่างต่อเนื่อง พัฒนาความสามารถในการใช้ศักยภาพและภูมิปัญญาให้เกิดประโยชน์ต่อผู้ป่วย ครอบครัว ชุมชน และสังคมอย่างต่อเนื่อง 	<ol style="list-style-type: none"> ดำรงภาวะการมีสุขภาพดี ป้องกันภาวะแทรกซ้อน ป้องกันภาวะเสื่อมถอยของการทำหน้าที่และภาวะทุพพลภาพรายใหม่ และป้องกันการเกิดโรคใหม่ 	<ol style="list-style-type: none"> ดำรงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพที่เป็นอยู่ ป้องกันภาวะแทรกซ้อนและการเกิดทุพพลภาพเพื่อให้สามารถใช้ชีวิตในครอบครัวและชุมชนได้ตามอัตภาพ ส่งเสริมการช่วยเหลือหรือการดูแลจากครอบครัว ชุมชน สังคมตามความต้องการ



ประเด็นสำคัญในการจัดบริการพยาบาล	ความรุนแรงระดับ 1	ความรุนแรงระดับ 2	ความรุนแรงระดับ 3
กิจกรรมการเยี่ยมติดตามที่บ้านแต่ละครั้ง / โปรแกรม / เครื่องมือ	1. ประเมินสิ่งแวดล้อมที่มีอิทธิพลต่อการฟื้นฟูหายจากการเจ็บป่วย เช่น ลักษณะบ้าน ที่ตั้งของบ้าน ลักษณะชุมชนรวมทั้งเครือข่าย และทุนทางสังคมอื่นในชุมชน	1. ประเมินสิ่งแวดล้อมที่มีอิทธิพลต่อการฟื้นฟูหายจากการเจ็บป่วย เช่น ลักษณะบ้าน ที่ตั้งของบ้าน ลักษณะชุมชน รวมทั้งเครือข่าย และทุนทางสังคมอื่นในชุมชน	1. ประเมินสิ่งแวดล้อมที่มีอิทธิพลต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนและการเกิดทุพพลภาพ
	2. ประเมินความสัมพันธ์ของสมาชิกในครอบครัว ประเมินผู้ดูแลเพื่อดูความพร้อมของการมีผู้ดูแล	2. ประเมินความสัมพันธ์ของสมาชิกในครอบครัว ประเมิน ผู้ดูแลเพื่อดูความพร้อมของการมีผู้ดูแล	2. ประเมินความสัมพันธ์ของสมาชิกในครอบครัว ประเมินผู้ดูแล คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลและการปรับตัวต่อการดูแลในระยะยาวเพื่อป้องกันผู้ดูแลอ่อนล้า



ประเด็นสำคัญในการจัดบริการพยาบาล	ความรุนแรงระดับ 1	ความรุนแรงระดับ 2	ความรุนแรงระดับ 3
	3. ประเมินภาวะเจ็บป่วยทั้งด้านร่างกายและจิตใจ รวมทั้งการประเมินวิถีชีวิต จิตสังคม	3. ประเมินภาวะเจ็บป่วยทั้งด้านร่างกายและจิตใจ รวมทั้งการประเมินวิถีชีวิต จิตสังคม	3. ประเมินภาวะเจ็บป่วยทั้งด้านร่างกายและจิตใจ รวมทั้งการประเมินวิถีชีวิต จิตสังคม
	3.1 การประเมินร่างกาย การตรวจร่างกายเบื้องต้น เช่น การวัดรอบเอว BMI V/S DTX	3.1 การประเมินร่างกายเบื้องต้น และการเปรียบเทียบผล Lab และ ADL รวมทั้ง การประเมินภาวะความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อน เพื่อควบคุมความก้าวหน้าของโรค / ภาวะแทรกซ้อน	3.1 การประเมินร่างกายเบื้องต้น และการเปรียบเทียบผล Lab และ ADL รวมทั้ง การประเมินภาวะความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนเพื่อควบคุมความรุนแรงของโรค / ความพิการหรือการสูญเสียหน้าที่ของอวัยวะ ประเมินทักษะการดูแล / การใช้อุปกรณ์ การแพทย์ ที่ติดตัวอยู่กับผู้ป่วย เช่น ข้อเทียม ETT, Colostomy, อุปกรณ์ล้างไต NG tube Foley's Cath การประเมินปัญหาภาวะเศรษฐกิจ ครอบครัว ผู้ดูแล การประเมินปัญหาและความต้องการอื่นๆ



ประเด็นสำคัญในการจัดบริการพยาบาล	ความรุนแรงระดับ 1	ความรุนแรงระดับ 2	ความรุนแรงระดับ 3
	3.2 การติดตามผลการตรวจคัดกรองที่สัมพันธ์กับกลุ่มโรค การแนะนำให้ได้รับการตรวจตามเกณฑ์	3.2 การติดตามผลการตรวจคัดกรองที่สัมพันธ์กับกลุ่มโรค การแนะนำให้ได้รับการตรวจตามเกณฑ์	3.2 การติดตามผลการตรวจคัดกรองที่สัมพันธ์กับกลุ่มโรค การแนะนำให้ได้รับการตรวจตามเกณฑ์
	3.3 ประเมินพฤติกรรมการดูแลตนเอง และประเมินพฤติกรรมเสี่ยงที่มีผลต่อความรุนแรงของโรค เช่น การรับประทานอาหาร การใช้ยาที่เหมาะสม อาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา การออกกำลังกาย บุหรี่ สุรา สารเสพติด การไปตรวจตามนัด (ตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในการประเมิน : INHOMESSS 2Q สมุดบันทึกสุขภาพประจำตัว การศึกษาข้อมูลจาก Family Folder เป็นต้น	3.3 ประเมินพฤติกรรมการดูแลตนเอง และประเมินพฤติกรรมเสี่ยงที่มีผลต่อความรุนแรงของโรค เช่น การรับประทานอาหาร การใช้ยาที่เหมาะสม อาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา การออกกำลังกาย บุหรี่ สุรา สารเสพติด การไปตรวจตามนัด (ตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในการประเมิน : INHOMESSS 2Q สมุดบันทึกสุขภาพประจำตัว การศึกษาข้อมูลจาก Family Folder เป็นต้น	3.3 ประเมินพฤติกรรมการดูแลตนเอง และประเมินพฤติกรรมเสี่ยงที่มีผลต่อความรุนแรงของโรค เช่น การรับประทานอาหาร การใช้ยาที่เหมาะสม อาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา การออกกำลังกาย บุหรี่ สุรา สารเสพติด การไปตรวจตามนัด (ตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในการประเมิน : INHOMESSS 2Q สมุดบันทึกสุขภาพประจำตัว การศึกษาข้อมูลจาก Family Folder เป็นต้น



ประเด็นสำคัญในการจัดบริการพยาบาล	ความรุนแรงระดับ 1	ความรุนแรงระดับ 2	ความรุนแรงระดับ 3
	3.4 ประเมินการรับรู้เพื่อให้เกิดการตระหนักในการแก้ไข้ปัญหาของตนเอง	3.4 ประเมินการรับรู้เพื่อให้เกิดการตระหนักในการแก้ไข้ปัญหาของตนเอง	3.4 ประเมินการรับรู้เพื่อให้เกิดการตระหนักในการแก้ไข้ปัญหาของตนเอง
	4. การวางแผนแก้ไข้ปัญหา การกำหนดเป้าหมาย จัดอันดับความสำคัญของปัญหา และหาทางเลือกในการแก้ไข้ปัญหา ร่วมกัน (Partnership) เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อน / ความก้าวหน้าของโรค	4. การวางแผนแก้ไข้ปัญหา การกำหนดเป้าหมาย จัดลำดับความสำคัญของปัญหา และหาทางเลือกในการแก้ไข้ปัญหา ร่วมกันเพื่อควบคุมไม่ให้ภาวะแทรกซ้อนมีความรุนแรงมากขึ้น และเป็นการเตรียมผู้ดูแลให้มีความรู้ และทักษะในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อน	4. การวางแผนแก้ไข้ปัญหา การกำหนดเป้าหมาย จัดลำดับความสำคัญของปัญหา และหาทางเลือกในการแก้ไข้ปัญหา ร่วมกันเพื่อป้องกันการสูญเสียหน้าที่ของอวัยวะเพิ่มขึ้น และเป็นการเตรียมความพร้อมของครอบครัว ผู้ดูแลในการเผชิญปัญหาที่รุนแรงได้อย่างเหมาะสม



ประเด็นสำคัญในการจัดบริการพยาบาล	ความรุนแรงระดับ 1	ความรุนแรงระดับ 2	ความรุนแรงระดับ 3
	5.ปฏิบัติการพยาบาลตามแผนการพยาบาล (ตามบทบาทพยาบาล 9 บทบาทโดยเลือกใช้ตามความเหมาะสม)	5.ปฏิบัติการพยาบาลตามแผนการพยาบาล (ตามบทบาทพยาบาล 9 บทบาทโดยเลือกใช้ตามความเหมาะสม)	5.ปฏิบัติการพยาบาลตามแผนการพยาบาล (ตามบทบาทพยาบาล 9 บทบาทโดยเลือกใช้ตามความเหมาะสม)
	6. ประเมินผลลัพธ์การพยาบาล 6.1 ระยะสั้น การประเมินกิจกรรมการพยาบาล 6.2 ระยะยาว : การหาย การไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน	6. ประเมินผลลัพธ์การพยาบาล 6.1 ระยะสั้น การประเมินกิจกรรมการพยาบาล 6.2 ระยะยาว : การหาย การลดภาวะแทรกซ้อน	6. ประเมินผลลัพธ์การพยาบาล 6.1 ระยะสั้น การประเมินกิจกรรมการพยาบาล 6.2 ระยะยาว : การหาย การลดความรุนแรงภาวะแทรกซ้อน
	7.การวางแผนกำหนดการเยี่ยมครั้งต่อไป	7.การวางแผนกำหนดการเยี่ยมครั้งต่อไป	7. การวางแผนกำหนดการเยี่ยมครั้งต่อไป



ประเด็นสำคัญในการจัดบริการพยาบาล	ความรุนแรงระดับ 1	ความรุนแรงระดับ 2	ความรุนแรงระดับ 3
ระยะเวลาการให้บริการพยาบาลที่บ้านครั้งแรก	ภายใน 1 เดือน	ภายใน 2 - 3 สัปดาห์	ภายใน 1 - 2 สัปดาห์
ระยะห่างของการเยี่ยมเพื่อติดตามอาการผู้ป่วยครั้งต่อไป	ทุก 6 เดือน หรือตามสภาพปัญหา	ทุก 3 เดือน หรือตามสภาพปัญหา	ทุก 1 เดือน หรือตามสภาพปัญหา
ลักษณะการจัดบริการ	ติดตามเยี่ยมเพื่อสนับสนุนและให้ความรู้ (Educative Supportive Nursing System)	การจัดบริการสุขภาพเป็นแบบทดแทนบางส่วน (Partly Compensatory Nursing System) โดยทีมเยี่ยมบ้านจะเป็นผู้ช่วย หรือฝึกทักษะให้ผู้ป่วย และผู้ดูแลสามารถทำกิจกรรมด้วยตัวเองได้	การจัดบริการเป็นระบบที่ต้องให้การดูแลทดแทนผู้ป่วยทั้งหมด หรือเกือบทั้งหมด (Complete Compensatory Nursing System) ระยะเวลาสั้นๆ ทีมสุขภาพจะเป็นผู้ช่วยเหลือ ผู้ดูแลผู้ป่วยให้มีศักยภาพในการดูแลผู้ป่วย และสามารถฝึก/กระตุ้นให้ผู้ป่วยช่วยเหลือตนเองได้



1.3 อุปกรณ์ / เครื่องใช้สำหรับการพยาบาลผู้ป่วยที่บ้าน

สำหรับการเยี่ยมบ้านอุปกรณ์เครื่องใช้เป็นสิ่งสำคัญ ซึ่งควรเตรียมให้พร้อมสำหรับการพยาบาลผู้ป่วยที่บ้านแต่ละราย ขณะปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลผู้ป่วย ควรจัดสภาพแวดล้อมโดยคำนึงถึงหลัก Universal Precaution เพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากเทคนิคบริการ และสภาพแวดล้อมพยาบาลต้องล้าง/ ทำความสะอาดมือ ก่อนและหลังการให้บริการ ขยะที่เกิดจากกระบวนการการให้บริการต้องทิ้งในภาชนะที่มีฝาปิดมิดชิด ในกรณีมีขยะติดเชื้อ ยาอันตรายต้องนำกลับมาทำลายด้วยขบวนการที่ถูกต้อง และต้องคำนึงถึงการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อในชุมชน เครื่องใช้/อุปกรณ์ ที่ใช้แล้วต้องแยกจากของสะอาดเพื่อป้องกันการปนเปื้อน

2. ระยะระหว่างการเยี่ยมบ้าน

ระยะระหว่างการเยี่ยมบ้าน พยาบาลควรประเมินสัมพันธภาพของผู้ป่วยกับสมาชิกในบ้านและสิ่งแวดล้อมเพื่อนำมาใช้ประกอบการวางแผนการพยาบาล นำกระบวนการพยาบาลมาใช้เป็นเครื่องมือประเมินและให้การพยาบาลผู้ป่วยที่บ้าน โดยการระบุปัญหาและความต้องการด้านสุขภาพของผู้ป่วย กำหนดแผนการพยาบาลให้ทีมสุขภาพ ผู้ป่วยและผู้ดูแลนำไปปฏิบัติ ทำกิจกรรมตามวัตถุประสงค์ของการเยี่ยมบ้านโดยการประเมินปัญหาเดิม ประเมินปัญหาใหม่ที่อาจเกิดขึ้น โดยใช้ INHOMESSS และ Nursing Process เป็นเครื่องมือประเมิน

กระบวนการพยาบาลผู้ป่วยที่บ้าน เป็นกระบวนการแก้ปัญหาที่มีความเป็นวิทยาศาสตร์และมีวิธีคิดที่เป็นระบบ (ศิริพร ชัมภลิจิต, 2539) ประกอบด้วยขั้นตอนมีทิศทางชัดเจน เน้นการแก้ไขปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยมากกว่ามุ่งแก้ไขความผิดปกติหรือการรักษาโรคเพียงอย่างเดียว การนำไปใช้ควรดำเนินการให้ครบขั้นตอน ดังนี้



1. การประเมินภาวะสุขภาพ (Health Assessment)
2. การวินิจฉัยทางการพยาบาล (Nursing Diagnosis)
3. การวางแผนการพยาบาล (Nursing Care Plan)
4. การปฏิบัติการพยาบาล (Nursing Intervention)
5. การประเมินผลการพยาบาล (Evaluation)

1. การประเมินภาวะสุขภาพ เป็นขั้นตอนของการเก็บรวบรวมข้อมูลพยาบาลจะต้องพยายามรวบรวมข้อมูลอาการ อาการแสดงที่เป็นผลจากพยาธิสภาพและส่งผลให้เกิดปัญหาทั้งทางกาย จิตสังคมและจิตวิญญาณอย่างครบถ้วน โดยคำนึงถึงความแตกต่างทางสังคมวัฒนธรรม แบบแผนการดำเนินชีวิต และบริบทของชุมชนที่พยาบาลควรศึกษา ได้แก่ ประวัติความเป็นมา โครงสร้าง ลักษณะที่ตั้งบ้านเรือน สภาพทางเศรษฐกิจ สังคม การคมนาคม ขนบธรรมเนียมประเพณี ความเชื่อ และทัศนคติ สภาวะสิ่งแวดล้อมทั้งด้านกายภาพและชีวภาพ แหล่งประโยชน์หรือทรัพยากรที่มีอยู่ในชุมชน ที่ครอบครัวสามารถใช้ในการดูแลสุขภาพ การประเมินสภาพพยาบาลสามารถสร้างเครื่องมือหรือมีแบบประเมินต่างๆ เพื่อให้ได้กรอบแนวคิดขอบเขตในการรวบรวมข้อมูลทั้งจากบุคคล หรือข้อมูลจากแฟ้มประวัติต่างๆ อย่างครอบคลุม ซึ่งจะช่วยให้เข้าใจปัญหาทั้งจากโรคและปัญหาทางสังคมที่ส่งผลกระทบต่อการฟื้นหายของผู้ป่วยได้มากขึ้น เช่น แบบประเมินภาวะท้องผูก ผู้ป่วยโรคหัวใจ การพยาบาลผู้ป่วยที่บ้านใช้ INHOMESSS เป็นแนวทางการประเมินภาวะสุขภาพ

ดังนั้นการประเมินภาวะสุขภาพ จึงมีความสำคัญมากเนื่องจากจะทำให้พยาบาลได้ทราบข้อมูลของผู้ป่วย ทั้งที่ทำให้เกิดปัญหาสุขภาพ หรือมีแนวโน้มจะทำให้เกิดปัญหาสุขภาพ และข้อมูลที่ส่งเสริมภาวะสุขภาพดี ซึ่งนำไปสู่การพยาบาลที่มีเป้าหมายเด่นชัด โดยใช้ข้อมูลของบุคคล ครอบครัวและชุมชนเป็นพื้นฐานเพื่อให้การพยาบาลมุ่งไปสู่เป้าหมายที่ต้องการของผู้รับบริการ



2. การวินิจฉัยทางการแพทย์ การกำหนดข้อวินิจฉัยทางการแพทย์ ต้องกำหนดภายใต้ข้อมูลสนับสนุนเชิงประจักษ์ที่มีความชัดเจนว่าเป็นสภาพปัญหา การเขียนข้อวินิจฉัยที่ดีจะต้องช่วยชี้นำการปฏิบัติการพยาบาล และจะต้องมีข้อมูลสนับสนุนทั้งที่เป็นคำบอกเล่า และจากการสังเกตพฤติกรรมต่างๆ ที่ผู้รับบริการแสดงออกและส่งผลกระทบต่อสุขภาพที่สามารถแก้ไข / ช่วยเหลือได้โดยใช้หลักการพยาบาล

ขั้นตอนนี้เป็นการวิเคราะห์ข้อมูลต่างๆ จากการรวบรวมเพื่อระบุปัญหาสุขภาพของผู้ป่วยพร้อมทั้งสาเหตุที่สนับสนุนปัญหา ทั้งนี้ ข้อวินิจฉัยทางการแพทย์ มี 2 ลักษณะ คือ ข้อวินิจฉัยทางการแพทย์ที่เกิดขึ้นจริง และข้อวินิจฉัยทางการแพทย์ที่มีโอกาสเกิดหรืออาจจะเกิด การจัดลำดับความสำคัญของปัญหาเป็นการนำปัญหาสุขภาพของผู้ป่วยมาเรียงลำดับความสำคัญตามความรุนแรงเร่งด่วนของปัญหา โดยเกณฑ์ที่ใช้ในการพิจารณาจัดลำดับความสำคัญของปัญหาประกอบด้วย 1) สิ่งที่คุณคัมต่อชีวิตของผู้ป่วย 2) สิ่งที่คุณคัมต่อร่างกายและจิตใจของผู้ป่วยซึ่งมีความเสี่ยงสูง 3) สิ่งที่มีผลต่อการคงไว้ซึ่งภาวะปกติของร่างกายและจิตใจของผู้ป่วย การวินิจฉัยทางการแพทย์จึงเป็นข้อความที่บอกถึงการตอบสนองของคนต่อสุขภาพที่ดี หรือปัญหาสุขภาพที่เกิดขึ้นแล้ว หรือมีโอกาที่จะเกิดขึ้น เพื่อนำไปสู่การวางแผน และปฏิบัติการพยาบาลที่สอดคล้องกับสภาวะสุขภาพ โดยอยู่ในขอบเขตของการพยาบาล สามารถจัดการแก้ไขได้ตามความรู้ ประสบการณ์ และตามขอบเขตของกฎหมายวิชาชีพ

3. การวางแผนการพยาบาล การวางแผนการพยาบาลเป็นการนำปัญหาทั้งหมดที่ประเมินได้มาวางแผนการพยาบาล ซึ่งต้องตัดสินใจเลือกวิธีการปฏิบัติให้เหมาะสมกับแต่ละบุคคลและต้องตอบสนองความต้องการสำคัญของผู้ป่วยโดยคำนึงถึงข้อมูลที่ถูกต้องและครอบคลุม แผนการพยาบาล ประกอบด้วย การกำหนดวัตถุประสงค์ของการแก้ไขปัญหา การกำหนดเป้าหมายระยะสั้น ระยะยาว การระบุกิจกรรมเพื่อแก้ปัญหา การกำหนดแนวทางและเกณฑ์การ



ประเมินผล

การวางแผนการพยาบาลเป็นเครื่องมือในการสื่อสารให้เข้าใจเกี่ยวกับสภาพปัญหาของผู้ป่วยและแนวทางการปฏิบัติการพยาบาลที่จะช่วยแก้ไขปัญหาด้านสุขภาพของผู้ป่วย ซึ่งพยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลเห็นแผนจะเข้าใจมองภาพรวมทั้งหมดของปัญหาการพยาบาล จุดมุ่งหมายหรือเป้าหมาย เกณฑ์การประเมินผลและกิจกรรมการพยาบาลที่จะช่วยเหลือผู้ป่วยได้อย่างชัดเจน การวางแผนการพยาบาลที่ดีจะช่วยให้พยาบาลสามารถให้การดูแลผู้ป่วยเฉพาะรายได้อย่างมีคุณภาพ ก่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดแก่ผู้ป่วยในการแก้ไขหรือช่วยเหลือเพื่อลดปัญหาสุขภาพ (จันทร์เพ็ญ สันตวาจา, 2552)

4. การปฏิบัติการพยาบาล หลักการสำคัญที่ต้องคำนึงถึง คือ การให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพตนเอง พยาบาลต้องให้การดูแลตามเป้าหมายที่ได้ร่วมกำหนดไว้ ดูแลผู้ป่วยตามหลักของมนุษยชนคำนึงถึงความเชื่อมโยงโดยรวมทั้งหมดของบุคคลในทุกมิติ การรู้จักใช้เวลา รู้จักฟัง ให้ความสนใจอย่างจริงจัง รวมทั้งคำนึงถึงวัฒนธรรมของผู้ป่วย มีการนำศาสตร์อื่นๆ เข้ามาสอดแทรกในการดูแลแบบผสมผสานเพื่อสนับสนุนให้ผู้ป่วยตั้งศักยภาพที่มีอยู่ของตนเองมาใช้ ทั้งนี้ การปฏิบัติการพยาบาล พยาบาลผู้ให้การดูแลต้องอาศัยทักษะความชำนาญทางการพยาบาล ทักษะการสื่อสาร ทักษะการจัดการมาใช้ได้อย่างเหมาะสมกับสถานการณ์ เพื่อให้ผู้ป่วยร่วมมือปฏิบัติตามแผนการพยาบาล และมีความก้าวหน้าไปสู่เป้าหมายการพยาบาลระยะสั้นและระยะยาวที่กำหนดไว้

5. การประเมินผลการพยาบาล (Evaluation) เป็นขั้นตอนสุดท้ายของกระบวนการพยาบาลซึ่งเป็นขั้นตอนการตรวจสอบผลที่เกิดจากการปฏิบัติการกิจกรรมการพยาบาล ว่าเป็นไปตามจุดมุ่งหมายที่กำหนดไว้หรือไม่ และผลของการประเมินจะนำไปสู่การทบทวนข้อมูลที่ใช้วางแผนการพยาบาล (Re - Assessment) เพื่อหาข้อมูลสนับสนุนเพิ่มเติมหรือปรับวิธีการปฏิบัติการพยาบาลให้บรรลุจุดมุ่ง



หมายอีกครั้ง หรือกำหนดจุดมุ่งหมายใหม่ตามปัญหาการพยาบาลที่เปลี่ยนไป

การปฏิบัติขณะเยี่ยมบ้านเมื่อไปถึงบ้านผู้ป่วยควรเริ่มด้วยการสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยและครอบครัว ให้เกิดความไว้วางใจจะช่วยให้สามารถค้นหาปัญหาที่แท้จริงของผู้ป่วยและครอบครัว ทักเษในการสื่อสารเพื่อสร้างสัมพันธภาพ ค้นหาปัญหา ร่วมแก้ปัญหาของผู้ป่วยและครอบครัวโดยมองความสัมพันธ์แบบองค์รวม นอกจากนี้ ยังต้องมีทักษะการให้บริการด้านจิตวิทยาสังคม และทักษะการใช้เครื่องมือทางด้านมานุษยวิทยา ได้แก่ ชีวประวัติ (Explanatory Model Illness Episode Record) ผังครอบครัว (Family Tree หรือ Genogram) และการเยี่ยมจะเป็นไปตามวัตถุประสงค์ซึ่งถูกกำหนดจากปัญหาของผู้ป่วยและครอบครัวเป็นสำคัญ นอกจากนี้ เพื่อให้เกิดบริการแบบองค์รวมการเยี่ยมจะต้องประเมินสภาพครอบครัวในเรื่องที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพของผู้ป่วยและครอบครัว โดยใช้เครื่องมือแนวทางเวชปฏิบัติครอบครัว INHOMESSS ดังนี้

I = Immobility เป็นการประเมินว่าผู้ป่วยสามารถดูแลตัวเองได้หรือต้องอาศัยผู้อื่นดูแลในการทำกิจวัตรประจำวัน การใช้โทรศัพท์ การจัดยากินเอง

N = Nutrition เพื่อดูภาวะโภชนาการของผู้ป่วยในส่วนที่สัมพันธ์กับภาวะโรค การเตรียมปรุงอาหาร วิธีเก็บอาหาร นิสัยการกินและอาหารโปรด เช่น ผู้สูงอายุทานอะไร เด็กทานสารอาหารอะไร ผู้ป่วยเบาหวานคุมอาหารอย่างไร ประเมินเพื่อดูความเหมาะสมภาวะโภชนาการกับโรคที่เป็น รวมถึงวิธีการจัดเก็บอาหารที่ปรุงเสร็จแล้ว

H = Home Environment สภาพสิ่งแวดล้อมในบ้านและรอบบ้าน เป็นปัจจัยหนึ่งที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพผู้ป่วยและครอบครัว เช่น สภาพบ้าน แออัด มีโรงงานอุตสาหกรรมใกล้บ้าน การถ่ายเทอากาศ ใกล้ไกลชุมชน เพื่อนบ้านมีความสัมพันธ์กันอย่างไร ช่วยเหลือพึ่งพากันได้หรือไม่



O = Other People สมาชิกในครอบครัวมีความสัมพันธ์กันอย่างไร บทบาทของสมาชิกในครอบครัวต่อผู้ป่วย บุคคลที่เป็นผู้รับผิดชอบ ตัดสินใจแทนผู้ป่วย

M = Medications การซักประวัติเรื่องยา รวมถึงการใช้สมุนไพร ยาพื้นบ้าน ของผู้ป่วยมีความจำเป็นเพื่อประเมินเรื่องการใช้ยา การดูแลตนเอง และการแสวงหาแหล่งพึ่งพาทางด้านสุขภาพของผู้ป่วยรักษาอยู่กับแพทย์หลาย แห่งหรือไม่ ความร่วมมือปฏิบัติตามแผนการรักษา การกินยาตรงตามแผนการ รักษาหรือไม่ ความสามารถในการจัดยากินเอง

E = Examination การตรวจร่างกายขณะเยี่ยมบ้าน เช่น การวัด ความดันโลหิต การดูแลแผล การตรวจมารดาและทารกหลังคลอด เพื่อ ประเมินผู้ป่วยในขณะนั้นเพื่อนำมาปรับแผนการดูแล

S = Spiritual Health ความเชื่อ ทศนคติ ค่านิยม วัฒนธรรม และประเพณีต่าง ๆ การค้นหาปัจจัยทางด้านจิตวิทยาสังคมที่มีต่อผู้ป่วยและ ครอบครัว ทำให้รู้จักและเข้าใจผู้ป่วยถึงพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยและ ครอบครัว การประเมินความหมายของการดำรงชีวิตอยู่ คุณค่าการใช้ชีวิต สิ่ง ที่ใช้ยึดเหนี่ยวทางใจ

S = Service ประเมินความเข้าใจของครอบครัว ญาติ ให้ตรงกัน ความรู้สึกที่มีต่อระบบในการวางแผนดูแลผู้ป่วย และต้องรู้การดูแลที่เชื่อมโยง ระหว่างบ้านและโรงพยาบาลว่าต้องการการดูแลอย่างไร แผนการรักษาเป็น อย่างไร จะติดต่อใครได้อย่างไร บริการใกล้เคียงบ้านพักมีอะไรที่เหน็บ้าง

S = Safety การประเมินสภาพแวดล้อมของผู้ป่วยตั้งแต่โครงสร้าง ของบ้าน บันไดมีความชัน เฟอร์นิเจอร์ อุปกรณ์อำนวยความสะดวก พื้นห้องน้ำ ว่ามีความปลอดภัยเพียงพอหรือไม่



กิจกรรมการพยาบาลผู้ป่วยที่บ้านแต่ละครั้ง มีดังนี้

การเยี่ยมครั้งที่ 1 เป็นการประเมินปัญหาแบบองค์รวมของผู้ป่วยที่บ้านโดยใช้แบบประเมินภาวะสุขภาพครอบครัว หรือเครื่องมืออื่นที่สามารถประเมินการดูแลแบบองค์รวมได้ เช่น เครื่องมือแนวทางเวชปฏิบัติครอบครัว (INHOMESSS) ในกรณีผู้ป่วยที่ส่งต่อจากโรงพยาบาลให้ประเมินทักษะการดูแลตนเองตามการวางแผนจำหน่ายหรือปัญหาที่ส่งต่อ และให้การดูแลพยาบาลตามปัญหาที่พบภายใน 2 สัปดาห์ หลังออกจากโรงพยาบาล

การเยี่ยมครั้งต่อไป เป็นการติดตามผลการพยาบาลผู้ป่วยที่บ้านในครั้งที่ผ่านมา ประเมินปัญหาใหม่ที่เกิดขึ้นในระหว่างอยู่ที่บ้าน ประเมินการบรรลุเป้าหมายการพยาบาลที่วางแผนไว้ในเบื้องต้น และให้การพยาบาลตามปัญหาที่เหลือจนกว่าปัญหาสุขภาพจะลดลง หรือผู้ป่วย ผู้ดูแลสามารถดูแลตนเองได้

สิ่งที่พยาบาลเยี่ยมบ้านควรกระทำในขณะที่เยี่ยมบ้านของผู้ป่วย คือ การใช้ทักษะการสื่อสารที่ดีเพื่อสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยและครอบครัวโดยการ

1. สนใจพูดคุยและรับฟังข้อมูลทั้งความทุกข์และความสุขของผู้ดูแลเสมอ โดยเฉพาะในกรณีที่ผู้ป่วยมีความจำกัดในการช่วยเหลือตัวเอง
2. ตั้งใจรับฟังสิ่งที่ผู้ดูแลพูด เพราะการรับฟังจะเป็นการช่วยให้เขาได้ระบายความรู้สึกบางอย่างกับใครสักคน แม้ไม่ได้ช่วยเหลือทำอะไรให้ก็สามารถช่วยเหลือให้เขาลดภาวะเครียดลงได้
3. ให้ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค ภาวะแทรกซ้อน การรักษาและผลข้างเคียงของการรักษาให้เท่าที่ผู้ดูแลต้องการและให้ข้อมูลที่สัมพันธ์กับปัญหาที่พบจากภาวะโรคในช่วงเวลาปัจจุบันเท่านั้น เพื่อให้รู้ สังเกตได้และปฏิบัติได้สอดคล้อง ตามสภาวะการเจ็บป่วย ไม่จำเป็นต้องรีบให้รู้ทุกอย่างทั้งหมดในคราวเดียว



4. มีช่องทางให้ผู้ดูแลสามารถติดต่อสอบถามหรือขอความช่วยเหลือจากทีมบุคลากรได้หลายช่องทาง

5. ช่วยประสานความช่วยเหลือต่างๆ ที่มีอยู่ในชุมชน เช่น กลุ่มผู้ดูแล กลุ่มผู้ป่วยโรคเดียวกัน จิตอาสา หน่วยงานสังคมสงเคราะห์ ผู้นำชุมชนต่างๆ เพื่อนบ้าน เป็นต้น

6. ดูแลสุขภาพของผู้ดูแลอย่างเหมาะสม เพราะหากผู้ดูแลป่วยจะมีผลต่อผู้ป่วยได้

7. การเตรียมใจให้พร้อมต่อการสูญเสีย การเสียชีวิตของผู้ป่วยเป็นการเปลี่ยนแปลงที่สำคัญของผู้ดูแล พยาบาลผู้รับผิดชอบควรพูดคุยกับสมาชิกครอบครัวไว้ล่วงหน้าและมีการเตรียมความพร้อมเพื่อให้ผู้ป่วยจากไปอย่างสมศักดิ์ศรี หากประเมินว่าผู้ป่วยเข้าสู่ระยะสุดท้ายของโรคแล้ว

3. ระยะหลังการเยี่ยมบ้าน

ภายหลังการเยี่ยมบ้านต้องมีการนำข้อมูลที่ได้จากการเยี่ยมบ้านมาประชุมร่วมกันในทีมว่าใครคุยกับญาติ เพื่อนบ้านได้ข้อมูลมาประกอบและหาข้อสรุปเพื่อกำหนดแนวทางการแก้ปัญหาอย่างครอบคลุมเป็นองค์รวมมากขึ้น เขียนบันทึกในแบบฟอร์มการเยี่ยมบ้านหรือใน Nurse's Note ใน OPD Card เพื่อสื่อสารให้บุคลากรในทีมสุขภาพที่เกี่ยวข้องได้รับข้อมูลที่เพียงพอสำหรับการวางแผนการดูแลผู้ป่วยต่อไป การบันทึกทางการพยาบาล เป็นการบันทึก ข้อมูลที่ได้จากการเก็บรวบรวมของพยาบาลและบันทึกทางคลินิก โดยเขียนข้อมูลและกิจกรรมการพยาบาลให้ตรงตามวัตถุประสงค์การเยี่ยมบ้านแต่ละครั้ง สรุปกิจกรรมการพยาบาลและการช่วยเหลือผู้ป่วยที่ให้ในแต่ละครั้งของการเยี่ยมบ้าน ปัญหาที่ต้องติดตามเยี่ยมในครั้งต่อไป จึงเป็นเครื่องมือเพิ่มประสิทธิภาพการปฏิบัติงานของพยาบาลเยี่ยมบ้าน



ภายหลังการเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้านต้องมีการทบทวน สรุปประเด็นให้ผู้ป่วยเข้าใจโดยมีการบันทึกและวางแผนการปฏิบัติตัว และการติดตามประเมินของทีมเยี่ยมบ้านครั้งต่อไปร่วมกัน และเมื่อเสร็จจากการเยี่ยมบ้านพยาบาลต้องมีการสรุป วิเคราะห์ บันทึกข้อมูล ทำความสะอาดเครื่องมือ กระจ่างเป่า เยี่ยม และวางแผนการดูแลในครั้งต่อไป

หลักการบันทึกทางการพยาบาลที่บ้าน

การบันทึกการพยาบาลแบบใช้ปัญหาเป็นหลัก (SOAP Charting) เป็นการดูแลแบบองค์รวมตามปัญหาที่พบทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ทำให้สามารถวิเคราะห์ปัญหาของผู้ป่วยได้ครบถ้วน ซึ่งบาร์บารา (Barbara Bates, 1995) ได้กำหนดแนวทางการบันทึกไว้ ดังนี้

S = Subjective Data เป็นข้อมูลที่ผู้ป่วยบอกเพื่อแสดง อาการ หรือความรู้สึกของตนเอง เช่น อาการสำคัญ ประวัติปัจจุบัน ประวัติอดีต ประวัติส่วนตัว ประวัติครอบครัว ควรบันทึกเฉพาะประวัติที่สำคัญ มีความสัมพันธ์กับปัญหาความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น ซึ่งอาจเป็นความสัมพันธ์ในแง่สาเหตุ อาการแทรกซ้อนหรือความรุนแรง ไม่จำเป็นต้องเขียนการค้นพบที่เป็นลบ (Negative Finding) ที่ไม่มีนัยสำคัญ ให้ถือว่าสิ่งที่ไม่เขียนคือสิ่งที่ไม่มีในประวัติ

O = Objective Data ข้อมูลส่วนที่สามารถตรวจหรือวัดได้ ได้แก่ ผลการตรวจร่างกาย ผลการตรวจเลือด X-ray ที่มีจนถึงวันที่เขียนบันทึก ต้องเป็นข้อมูลที่สัมพันธ์กับปัญหานั้นๆ รวมถึงท่าที่อวัยวะภาษาทั้งของผู้ป่วยและญาติรวมทั้งข้อมูลด้านสิ่งแวดล้อมที่วินิจฉัยแล้วว่าเป็นสาเหตุสนับสนุนให้เกิดปัญหาสุขภาพ

A = Assessment คือ การประเมินปัญหาผู้ป่วยและครอบครัวว่ายังคงมีปัญหายุ่งหรือไม่ มีการเปลี่ยนแปลงของปัญหาอย่างไรบ้าง การประเมินจะสมบูรณ์ ต้องมีข้อมูลสนับสนุนเพียงพอ



P = Plan Management คือ แผนการดูแลที่ต้องให้ครอบคลุมการแก้ปัญหาที่เบ็ดเสร็จ ผสมผสานเป็นองค์รวมและต่อเนื่อง โดยเฉพาะอย่างยิ่ง การส่งเสริมการดูแลตนเองและการนำศักยภาพของครอบครัวและเครือข่ายทางสังคมมาใช้ให้เหมาะสมด้วย หลังจากการเยี่ยมบ้านและลงบันทึกแล้วในการประชุมทีม หรือการประชุมวิชาการทุกครั้ง ควรนำเอาข้อมูลของผู้ป่วยและครอบครัวมาแลกเปลี่ยนเรียนรู้กันในที่ประชุมเป็นประจำ

สิ่งที่ควรบันทึกเพื่อให้การบันทึกครบถ้วน มีดังนี้

- การเปลี่ยนแปลงทางด้านพฤติกรรมของผู้ป่วยและผู้ดูแล
- ระบุปัญหาปัจจุบันที่ยังต้องติดตาม การเปลี่ยนแปลงภาวะการเจ็บป่วย
- อาการและอาการแสดงที่ไม่ปกติ รุนแรงขึ้นและข้อบ่งชี้ถึงการเกิดภาวะแทรกซ้อน
- การปฏิบัติการพยาบาลต่าง ๆ และการดูแลกิจวัตรประจำวันที่มีความสำคัญเกี่ยวกับการเจ็บป่วย
- การตรวจเยี่ยมโดยบุคลากรในทีมสุขภาพ
- ผลจากการปฏิบัติการพยาบาล
- ผลการตรวจรักษาต่างๆ เช่น ผลหลังการผ่าตัดเป็นอย่างไร เต้านมระยะให้นมบุตร ความเจ็บปวด ความไม่สุขสบายต่างๆ
- วางแผนกิจกรรมที่จะทำครั้งต่อไป
- ต้องคำนึงถึงความสำคัญของการบันทึกด้านกฎหมายทุกครั้งที่บันทึกเพราะสิ่งที่บันทึกจะสะท้อนถึงคุณภาพการปฏิบัติงานของพยาบาลผู้ปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยเสมอ



ตัวอย่างการบันทึกทางการพยาบาลโดยวิธี SOAP โดยใช้แนวคิดของ Gordon ในการวินิจฉัยทางการพยาบาล

S. : นางเป็ย บอกว่าเพิ่งทราบว่าป่วยเป็นเบาหวาน เมื่อเดือนก่อน แพทย์ไม่ได้แนะนำการปฏิบัติตัวและไม่ทราบว่าตนเป็นโรคเบาหวานได้อย่างไร แต่ก็รับประทานยาตามแพทย์สั่งทุกวัน เมื่อวานรับประทานทุเรียน 2 พู กลางคืน ตื่นมาปัสสาวะ 1-2 ครั้ง ตื่นมาแล้วนอนไม่หลับ ไม่เคยออกกำลังกาย

O. : ผลการตรวจ FBS = 285 mg%

A. : นางเป็ย มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพไม่เหมาะสมกับโรคเบาหวานเนื่องจากขาดความรู้

P. : ให้ความรู้เรื่องโรคและการปฏิบัติตัวเกี่ยวกับโรคเบาหวาน รวมทั้งแนะนำการเข้าร่วมชมรมเบาหวานเพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์และแบ่งปันวิธีการปฏิบัติตัวเพื่อการควบคุมเบาหวาน

การประเมินผลการพยาบาลผู้ป่วยที่บ้าน เพื่อทบทวนการปฏิบัติงานเยี่ยมบ้าน และหาจุดพัฒนาการบริการให้มีคุณภาพมากกว่าเดิม ประกอบด้วย

1. วิเคราะห์ข้อมูลรายบุคคล โดยวิเคราะห์ตามเป้าหมายการดูแล และปัญหาของผู้ป่วย ซึ่งควรวิเคราะห์หลังการเยี่ยมทุกครั้งพร้อมมีการเปรียบเทียบว่าดีขึ้นหรือแย่ลง จะนำมาสู่การปรับแผนบริการพยาบาลครั้งต่อไปโดยทีมที่ให้บริการในรายนั้นๆ

2. การวิเคราะห์ข้อมูลภาพรวมระดับองค์กร เพื่อประเมินกระบวนการให้การพยาบาลที่บ้าน หรือเพื่อเป็นการประเมินผลลัพธ์การดูแลด้านคลินิกในผู้ป่วยแต่ละกลุ่ม พร้อมทั้งรายงานผลการดำเนินงานแก่ผู้เกี่ยวข้องอย่างน้อยทุก 3-6 เดือน

3. การคืนข้อมูลสู่ครอบครัวและชุมชนในการดูแลของพยาบาลเป็น



ระยะๆ เพื่อเปิดโอกาสให้ครอบครัวและชุมชนรับรู้สภาพการเจ็บป่วยและเข้ามามีส่วนร่วมดูแล มีการแลกเปลี่ยนการดูแลที่ดีในชุมชน ซึ่งเป็นการทำให้เกิดการพึ่งพาตนเองของชุมชนได้ในระยะยาว

หากพยาบาลเยี่ยมบ้านให้การพยาบาลผู้ป่วยแล้วพบว่า ผลลัพธ์การพยาบาลไม่เป็นไปตามเป้าหมายที่กำหนดไว้ ให้ใช้เครื่องมือกระบวนการพยาบาลมารวบรวมข้อมูลเพิ่มเติม เพื่อการวินิจฉัยใหม่ ปรับแผนการพยาบาลให้สอดคล้องกับการวินิจฉัยปัญหาทางการพยาบาล และปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลตามแผนที่วางไว้ แล้วจึงประเมินผลใหม่อีกครั้ง





พลัสพีธ
การดำเนินงาน



ผลลัพธ์การดำเนินงาน

สำนักการพยาบาล มองเห็นความสำคัญของการนำแนวคิดการจัดการ ผลลัพธ์ (Outcome Management) มาใช้ในการปรับปรุงวิธีการทำงาน เพื่อ บอกละเอียดผลลัพธ์บริการที่จัดให้ประชาชนได้ว่ามีคุณภาพ การดำเนินงานเกี่ยวกับการ จัดการผลลัพธ์นี้ จำเป็นต้องมีการกำหนดเครื่องชี้วัดคุณภาพหรือตัวชี้วัด คุณภาพไว้เป็นเครื่องมือประเมินหรือสะท้อนว่าการพยาบาลผู้ป่วยที่บ้านที่เรา มอบให้ผู้ป่วย/ผู้ใช้บริการที่บ้านมีคุณภาพอยู่ในระดับใด หลังจากพัฒนาการ ดำเนินงานไปได้ระยะเวลาหนึ่ง ตัวชี้วัดสะท้อนผลลัพธ์การดำเนินงานมีคุณภาพ ในระดับที่หน่วยงานยอมรับ หากหน่วยงานต้องการพัฒนายกระดับบริการให้ นำตัวชี้วัดมาใช้เปรียบเทียบระดับคุณภาพในช่วงเวลาต่างๆ เช่น เปรียบเทียบ ผล 6 เดือนแรกกับ 6 เดือนหลังของปีเดียวกัน เปรียบเทียบผลงานกับปีที่ผ่านมา หรือใช้เปรียบเทียบกับหน่วยงานอื่นที่ให้บริการเยี่ยมบ้าน เพื่อการพัฒนา ยกระดับคุณภาพบริการ

สำหรับการกลั่นกรองกำหนดตัวชี้วัดคุณภาพการพยาบาลผู้ป่วยที่บ้าน ในหนังสือเล่มนี้ คณะทำงานได้กำหนดตัวชี้วัดคุณภาพพยาบาลผู้ป่วยที่บ้านขึ้น เพื่อใช้วัดผลลัพธ์บริการพยาบาลที่บ้านในภาพรวม โดยคณะทำงานทบทวน วรรณกรรมและร่วมกันคัดเลือกตัวชี้วัด โดยคำนึงถึง

1. พิจารณาคัดเลือกตัวชี้วัดคุณภาพการพยาบาลที่สะท้อนถึงการดูแล ต่อเนื่องเชื่อมโยงจากโรงพยาบาลถึงบ้าน
2. ใช้กรอบแนวคิดการกำหนดตัวชี้วัดผลลัพธ์ตาม The Outcome Model for Health Care Research (Holezemer, 2010) เพื่อใช้เป็นกรอบ



แนวความคิดกำหนดตัวชี้วัดปัจจัยเกี่ยวข้องที่จะก่อให้เกิดผลลัพธ์ทางการพยาบาลที่พึงประสงค์ สำนักการพยาบาล จัดทำมาเพียง 8 ตัวชี้วัด หากนำไปใช้ปฏิบัติและต้องการพัฒนาบริการการพยาบาลผู้ป่วยที่บ้านได้มีคุณภาพมากขึ้น อาจพิจารณาปรับเปลี่ยนตัวชี้วัดได้ตามการพัฒนางานการพยาบาลที่ทำให้เกิดคุณภาพที่สามารถวัดได้ชัดเจนตรงประเด็นมากขึ้น

3. ตัวชี้วัดคุณภาพการพยาบาลผู้ป่วยที่บ้านที่ผ่านการคัดกรอง ประกอบด้วย

ตัวชี้วัดที่ 1 อัตราความครอบคลุมการเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้านไม่น้อยกว่า ร้อยละ 80

ตัวชี้วัดที่ 2 อัตราผู้ป่วยส่งกลับจาก รพศ./รพท./รพช.ได้รับการเยี่ยมบ้านภายใน 14 วัน ร้อยละ 100

ตัวชี้วัดที่ 3 จำนวนชั่วโมงการเยี่ยมบ้านของเจ้าหน้าที่ไม่น้อยกว่า 6 ชั่วโมง /สัปดาห์/คน

ตัวชี้วัดที่ 4 อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่บ้านไม่เกินร้อยละ 5

ตัวชี้วัดที่ 5 อัตราผู้ป่วยได้รับการเยี่ยมบ้านสามารถควบคุมภาวะโรค /ดูแลตนเองได้ร้อยละ 80

ตัวชี้วัดที่ 6 อัตราการส่งข้อมูลผู้ป่วยระดับ 3 ถึงหน่วยบริการปลายทางภายใน 5 วัน ร้อยละ 80

ตัวชี้วัดที่ 7 ความพึงพอใจของผู้รับบริการไม่น้อยกว่าร้อยละ 80

ตัวชี้วัดที่ 8 ความพึงพอใจของทีมเยี่ยมบ้าน ไม่น้อยกว่าร้อยละ 80

การพยาบาลผู้ป่วยที่บ้านใช้กระบวนการพยาบาลเป็นเครื่องมือในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมาย ซึ่งมีความต้องการการดูแลต่อเนื่องขณะอยู่ที่บ้าน เช่น กลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังรักษาไม่หายขาด กลุ่มผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลปัญหาการเจ็บป่วยที่ซับซ้อน ใช้ทักษะหรือเครื่องมือพิเศษ เป็นต้น จึงเป็นบริการพยาบาลที่สำคัญ ส่งผลให้ผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมายได้รับการดูแลครบถ้วนต่อเนื่อง



ทั้งการให้ความรู้ ฝึกทักษะ ติดตามผลการปฏิบัติตามแผนการรักษา และให้การช่วยเหลือสนับสนุนในกรณีไม่สามารถปฏิบัติเองได้ ให้มีความสามารถในการดูแลตนเองและมีภาวะสุขภาพดีขึ้น ความสำคัญของคุณภาพการพยาบาลผู้ป่วยที่บ้าน ซึ่งมีเป้าหมายมุ่งเน้นการส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเอง ขณะอยู่ที่บ้านของผู้ป่วย และการได้รับการสนับสนุนอย่างเหมาะสมเพื่อส่งเสริมความสามารถเหล่านั้น จึงได้มีการกำหนดตัวชี้วัดการพยาบาลผู้ป่วยที่บ้าน สำหรับพยาบาลวิชาชีพผู้ปฏิบัติงานในชุมชนใช้เป็นตัวสะท้อนผลการทำงานให้การพยาบาลผู้ป่วยที่บ้าน เพื่อใช้ในการประเมินตนเอง ทบทวน และปรับปรุงคุณภาพอย่างต่อเนื่อง

<p>ตัวชี้วัดที่ 1</p> <p>อัตราความครอบคลุมการเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้าน ไม่น้อยกว่าร้อยละ 80</p>	<p>ประเภทตัวชี้วัด</p> <p>ผู้ให้บริการด้านกระบวนการ (Provider - Process)</p>
--	--

วัตถุประสงค์ เพื่อประเมินประสิทธิผลการดำเนินงานการพยาบาลผู้ป่วยที่บ้าน ซึ่งเป็นกิจกรรมสำคัญที่นำมาสู่การติดตามให้การพยาบาลมีความต่อเนื่องตามแผนการจำหน่ายจากโรงพยาบาลมาถึงบ้าน ช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลทั่วถึงครอบคลุม

นิยาม อัตราความครอบคลุมการเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้าน หมายถึง สัดส่วนของประชากรแต่ละกลุ่มเป้าหมาย เช่น โรคเรื้อรัง แต่ละโรค ผู้ป่วยจิตเวช ผู้สูงอายุ ฯลฯ ในเขตพื้นที่รับผิดชอบที่ได้รับการเยี่ยมบ้านเพื่อให้การพยาบาลผู้ป่วยที่บ้าน ตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ในแต่ละกลุ่มเป้าหมาย

สูตรคำนวณ

$$\frac{\text{จำนวนผู้ป่วยในแต่ละกลุ่มเป้าหมายที่ได้รับการเยี่ยมบ้าน}}{\text{จำนวนผู้ป่วยในกลุ่มเป้าหมายโรคเดียวกันทั้งหมด}} \times 100$$



ตัวชี้วัดที่ 2

อัตราผู้ป่วยส่งกลับจาก รพศ. / รพท. / รพช. ได้รับการเยี่ยมบ้านใน 14 วัน ร้อยละ 100

ประเภทตัวชี้วัด

องค์กรด้านผลลัพธ์ - กระบวนการ (Setting - Outcome - Process)

วัตถุประสงค์ เพื่อประเมินประสิทธิผลด้านระยะเวลาที่ผู้ป่วยและผู้ดูแลได้รับการประเมินความพร้อมในการดูแลตนเองที่บ้านต่อจากโรงพยาบาล และได้รับการช่วยเหลือให้สามารถปรับตัวดูแลตนเอง/ดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยได้ ตามสภาพปัญหาที่พบเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน เร็วที่สุด

นิยาม ผู้ป่วยส่งกลับจาก รพศ. / รพท. / รพช. หมายถึง ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาจากโรงพยาบาลศูนย์ /ทั่วไป / ชุมชน โดยได้เข้านอนพักรับการรักษาแบบผู้ป่วยใน หลังการรักษามีอาการดีขึ้น แพทย์อนุญาตให้กลับมาพักรักษาต่อที่บ้านได้ จำแนกประเภทแล้วเป็นประเภทที่ต้องได้รับการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน จะต้องได้รับการเยี่ยมบ้านภายใน 14 วัน นับจากวันที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

สูตรคำนวณ

จำนวนผู้ป่วยส่งกลับจาก รพศ./ รพท./ รพช. ที่ได้รับการเยี่ยมบ้านใน 14 วัน ในรอบเวลา 1 เดือน $\times 100$
 จำนวนผู้ป่วยส่งกลับจาก รพศ./ รพท./ รพช. ในรอบเวลาเดียวกัน



<p>ตัวชี้วัดที่ 3 จำนวนชั่วโมงการเยี่ยมบ้านของเจ้าหน้าที่ ไม่น้อยกว่า 6 ชั่วโมง /สัปดาห์/คน</p>	<p>ประเภท ตัวชี้วัด องค์กรด้านผลลัพธ์ (Setting - Outcome)</p>
---	---

วัตถุประสงค์

เพื่อประเมินประสิทธิผลการดำเนินงานจัดบริการการพยาบาลผู้ป่วยที่บ้าน ซึ่งเป็นกิจกรรมสำคัญที่จะช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลต่อเนื่อง จำนวนชั่วโมงการปฏิบัติงานให้การพยาบาลผู้ป่วยที่บ้านจึงถือเป็นปัจจัยหนึ่งที่ส่งผลให้เจ้าหน้าที่มีเวลาเพียงพอต่อการให้คำแนะนำ การปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลเพื่อฟื้นฟูสุขภาพ ตามแผนการรักษาพยาบาล

นิยาม

ชั่วโมงการเยี่ยมบ้านของเจ้าหน้าที่หมายถึง จำนวนชั่วโมงการปฏิบัติงานให้การดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ในเขตพื้นที่รับผิดชอบ โดยเจ้าหน้าที่ทุกคนในทีมสุขภาพต้องรับผิดชอบดูแลผู้ป่วยที่บ้าน และให้การดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้านตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ ตามประเภทของผู้ป่วย และเจ้าหน้าที่แต่ละคนต้องมีจำนวนชั่วโมงการเยี่ยมบ้านไม่น้อยกว่า 6 ชั่วโมง/สัปดาห์/คน

สูตรคำนวณ

$$\frac{\text{จำนวนเจ้าหน้าที่ของทีมสุขภาพที่มีจำนวนชั่วโมงการเยี่ยมบ้านไม่น้อยกว่า 6 ชั่วโมง}}{\text{จำนวนเจ้าหน้าที่ของทีมสุขภาพทั้งหมด}} \times 100$$



ตัวชี้วัดที่ 4

อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่บ้าน
ไม่เกินร้อยละ 5

ประเภทตัวชี้วัด

ผลลัพธ์ของกระบวนการบริการ
(Setting - Outcome)

วัตถุประสงค์

เพื่อประเมินประสิทธิภาพการดำเนินงานการพยาบาลผู้ป่วยที่บ้าน ที่ต้องมีการวางแผนและให้การพยาบาลผู้ป่วย ให้คำแนะนำ และการประเมินผลการปฏิบัติตามแผนการรักษาอย่างครอบคลุม รวมถึงการประเมินสภาพแวดล้อมของผู้ป่วยและญาติ เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น

นิยาม

การเกิดภาวะแทรกซ้อนที่บ้าน หมายถึง ผู้ป่วยอยู่ที่บ้าน ได้รับการจัดให้อยู่ในกลุ่มที่ต้องเยี่ยมบ้าน เกิดแผลกดทับ ภาวะติดเชื้อจากบาดแผลผ่าตัด / การใส่เครื่องมือคาไว้เพื่อการรักษา / การดูดเสมหะ ฯลฯ ภาวะต่างๆ เหล่านี้ มีสาเหตุจากได้รับคำแนะนำ / การสอน / การฝึกทักษะจากทีมเยี่ยมบ้านที่ให้การพยาบาลผู้ป่วยที่บ้านไม่เพียงพอ ทำให้ปฏิบัติไม่ถูกต้องหรือไม่มีการเตรียมอุปกรณ์เครื่องใช้ให้เพียงพอต่อการปฏิบัติการดูแลตนเองที่บ้านเป็นสาเหตุให้เกิดภาวะแทรกซ้อน

สูตรคำนวณ

$$\frac{\text{จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการเยี่ยมบ้านเกิดภาวะแทรกซ้อน}}{\text{จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการเยี่ยมบ้านทั้งหมดในกลุ่มเป้าหมายเดียวกัน}} \times 100$$



ตัวชี้วัดที่ 5
ผู้ป่วยได้รับการเยี่ยมบ้านสามารถควบคุม
ภาวะโรค / ดูแลตนเองได้ร้อยละ 80

ประเภท ตัวชี้วัด
ผู้รับบริการด้านผลลัพธ์
(Client – Outcome)

วัตถุประสงค์ เพื่อประเมินประสิทธิภาพการดำเนินงานให้การพยาบาลผู้ป่วยที่บ้านของทีมเยี่ยมบ้านว่ามีกระบวนการและปฏิบัติการพยาบาลตามแผนได้อย่างมีประสิทธิภาพเพื่อให้ผู้ป่วยบรรลุผลลัพธ์ ตามวัตถุประสงค์และเป้าหมายที่กำหนดไว้

นิยาม ผู้ป่วยที่ได้รับการเยี่ยมบ้าน จะได้รับการประเมินสภาพปัญหา ความต้องการการพยาบาล/ การดูแลช่วยเหลือให้สามารถปฏิบัติตัว เพื่อควบคุมอาการที่เกิดจากโรคไม่ให้ความรุนแรงเฉียบพลัน หรือ สามารถปฏิบัติตัวเพื่อควบคุมภาวะโรคได้เมื่อมีอาการแสดงเพียงเล็กน้อย หรือสามารถปฏิบัติตามขั้นตอนคำแนะนำเพื่อดูแลตัวเองได้ตามสภาพปัญหา เช่น การดูแลบาดแผลของผู้ป่วยเบาหวาน การเลือกรับประทานอาหารเพื่อควบคุมน้ำตาลฯ โดยพยาบาลได้ประเมินแล้วว่าผู้ป่วยและผู้ดูแลสามารถปฏิบัติได้เองอย่างถูกต้องตามขั้นตอน

สูตรคำนวณ

$$\frac{\text{จำนวนผู้ป่วยที่เยี่ยมบ้านสามารถควบคุมภาวะโรค / ดูแลตนเองได้}}{\text{จำนวนผู้ป่วยที่เยี่ยมบ้านกลุ่มเป้าหมายทั้งหมดในรอบปี พ.ศ. เดียวกัน}} \times 100$$


ตัวชี้วัดที่ 6

อัตราการส่งข้อมูลผู้ป่วยระดับ 3
ถึงปลายทางภายใน 5 วัน ร้อยละ 80

ประเภทตัวชี้วัด

องค์กรด้านกระบวนการ
(Setting - Process)

วัตถุประสงค์ เพื่อประเมินประสิทธิผลด้านระยะเวลาที่ข้อมูลรายละเอียดเกี่ยวกับความเจ็บป่วยปัจจุบันของผู้ป่วยที่อยู่ในเกณฑ์เยี่ยมบ้าน ระดับ 3 ที่ต้องการการดูแลต่อจากโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ/ทุติยภูมิ ถูกส่งไปให้ทีมสุขภาพในรพสต. ดูแลต่อเนื่อง

นิยาม การส่งข้อมูลผู้ป่วยระดับ 3 ถึงปลายทางภายใน 5 วัน ข้อมูลของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาจาก รพศ./รพท./รพช. อากาศดีขึ้น แพทย์อนุญาตให้กลับมาพักรักษาที่บ้าน จำแนกประเภทผู้ป่วยที่ต้องได้รับการดูแลต่อเนื่องที่บ้านอยู่ในเกณฑ์เยี่ยมบ้าน ระดับ 3 หน่วยงานที่ส่งต่อผู้ป่วยต้องส่งข้อมูลผู้ป่วยถึงหน่วยบริการที่รับผู้ป่วยดูแลต่อภายใน 5 วัน

สูตรคำนวณ

$$\frac{\text{จำนวนข้อมูลที่ส่งมาภายใน 5 วัน}}{\text{จำนวนผู้ป่วยระดับ 3 ที่จำหน่ายทั้งหมดในรอบเวลาเดียวกัน}} \times 100$$



<p>ตัวชี้วัดที่ 7</p> <p>ความพึงพอใจของผู้รับบริการ ไม่น้อยกว่าร้อยละ 80</p>	<p>ประเภทตัวชี้วัด</p> <p>ผู้รับบริการด้านผลลัพธ์ (Client - Outcome)</p>
--	---

วัตถุประสงค์ เพื่อประเมินประสิทธิผลการให้การพยาบาลผู้ป่วยที่บ้านของผู้ป่วย/ครอบครัวต่อบริการเยี่ยมบ้านที่ได้รับ

นิยาม ความพึงพอใจของผู้รับบริการ หมายถึง คะแนนความคิดเห็นของผู้ป่วย / ผู้รับบริการและครอบครัวที่มีต่อบริการพยาบาลที่ได้รับขณะพักอยู่ที่บ้าน เกี่ยวกับการได้รับข้อมูลข่าวสาร การแนะนำแหล่งประโยชน์ การพยาบาลและการดูแลเอาใจใส่ของเจ้าหน้าที่ โดยการตอบแบบสอบถาม (ภาคผนวกที่ 4)

สูตรคำนวณ

$$\frac{\text{ผลรวมของคะแนนความพึงพอใจของผู้ป่วยที่ได้รับการพยาบาลที่บ้าน}}{\text{ผลรวมคะแนนเต็มของแบบสอบถาม}} \times 100$$



ตัวชี้วัดที่ 8

ความพึงพอใจของทีมเยี่ยมบ้าน
ไม่น้อยกว่าร้อยละ 80

ประเภทตัวชี้วัด

ผู้ให้บริการด้านผลลัพธ์
(Provider-Outcome)

วัตถุประสงค์ เพื่อประเมินประสิทธิผลของกระบวนการบริหารจัดการด้านบุคลากรในประเด็นเกี่ยวกับความพึงพอใจในการทำงานดูแลผู้ป่วยที่บ้าน/การเยี่ยมบ้าน ซึ่งมีผลต่อกระบวนการทำงาน/การให้บริการผู้ป่วยที่บ้านมีคุณภาพ

นิยาม ความพึงพอใจของทีมเยี่ยมบ้าน หมายถึง ความคิดเห็นของพยาบาลวิชาชีพ นักวิชาการสาธารณสุข แพทย์ ฯ รวมถึงผู้ให้บริการเยี่ยมบ้านที่มีเวลาทำงานประจำเต็มเวลาอยู่ในหน่วยบริการนั้นทุกคน เกี่ยวกับความพึงพอใจในการทำงานดูแลผู้ป่วยที่บ้าน/การเยี่ยมบ้าน ซึ่งวัดได้จากแบบสอบถามแรงจูงใจ ขวัญกำลังใจและความพึงพอใจของทีมเยี่ยมบ้านผู้ให้การดูแลผู้ป่วยที่บ้าน (ภาคผนวกที่ 5)

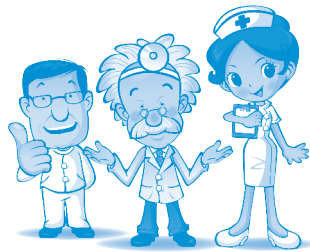
สูตรคำนวณ

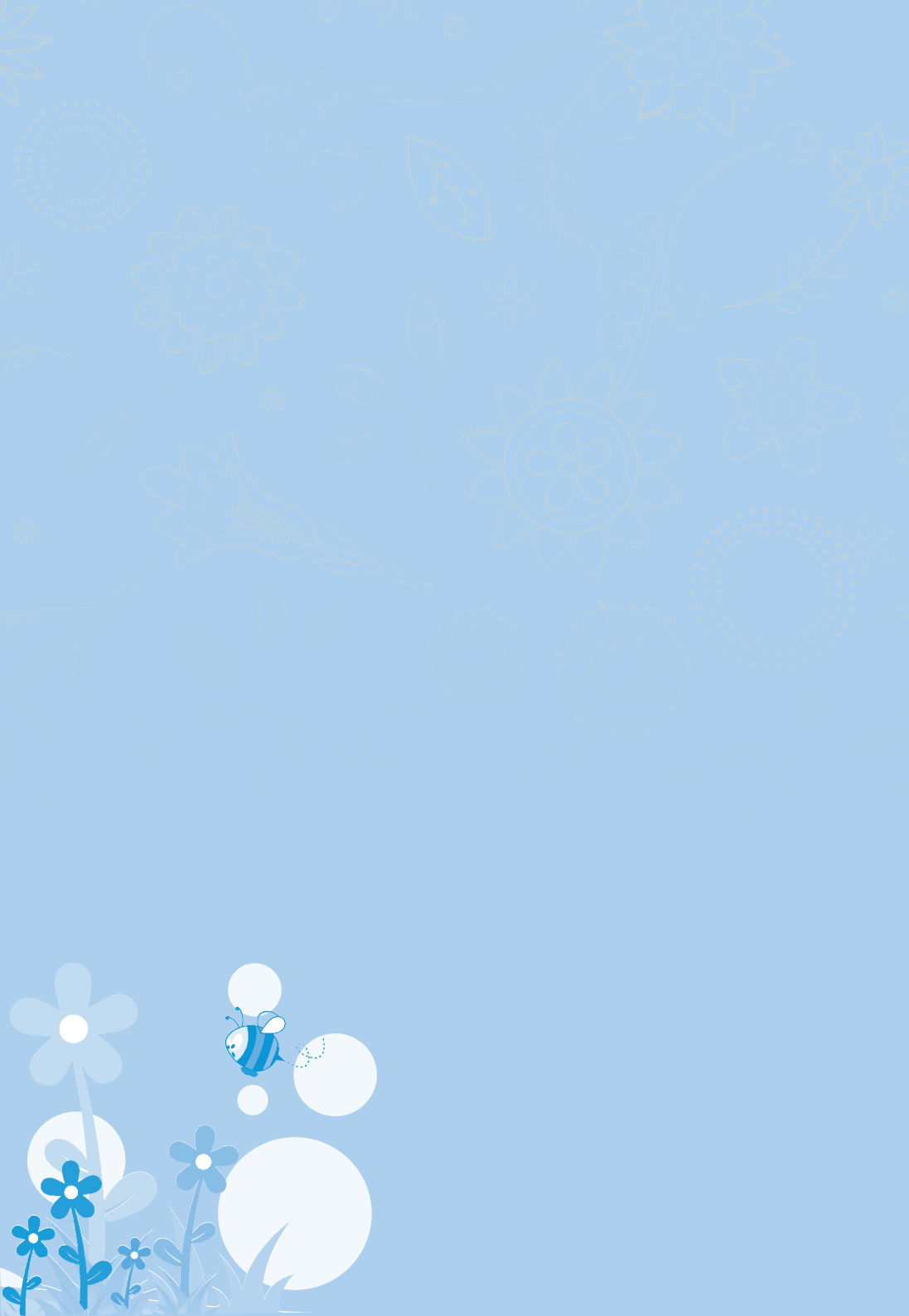
$$\frac{\text{ผลรวมของคะแนนความพึงพอใจที่ได้จากการประเมิน}}{\text{ผลรวมคะแนนเต็มของแบบประเมินทั้งหมด}} \times 100$$



ตัวชี้วัดคุณภาพการพยาบาลผู้ป่วยที่บ้านที่กำหนดในหนังสือเล่มนี้ทั้ง 8 ตัวชี้วัดดังกล่าว เป็นตัวชี้วัดที่บอกคุณภาพการพยาบาลผู้ป่วยที่บ้าน อย่างไรก็ตาม พยาบาลเยี่ยมบ้านอาจกำหนดตัวชี้วัดอื่นที่แสดงและชี้บ่งคุณภาพการพยาบาลที่เฉพาะเจาะจงเพิ่มขึ้น ทั้งนี้ต้องคำนึงถึงหลักการเลือกตัวชี้วัด คือ ต้องเป็นตัวชี้วัดที่ไวและบ่งชี้ผลจากการพยาบาลผู้ป่วยที่บ้าน และสามารถแสดงคุณค่าของพยาบาลเยี่ยมบ้านได้ นอกจากนี้การเลือกใช้เครื่องมือในการวัดผลลัพธ์ทางการพยาบาลก็มีส่วนสำคัญ ซึ่งต้องเลือกเครื่องมือวัดผลที่มีความไว (Sensitivity) ได้รับการตรวจสอบคุณภาพด้านความตรง (Validity) และความเที่ยง (Reliability) อย่างเหมาะสม ถูกต้องตามหลักวิชาการ

พยาบาลเยี่ยมบ้านต้องมีระบบการรวบรวมและวิเคราะห์ผลลัพธ์ทางการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง เพื่อเห็นแนวโน้มของการดำเนินงานเยี่ยมบ้าน และนำผลดังกล่าวมาพัฒนาระบบการพยาบาลเยี่ยมบ้านอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้เกิดประโยชน์ต่อผู้ป่วย ครอบครัว และชุมชนต่อไป







បទបញ្ជាបុគ្គល

១

บรรณานุกรม

- กรรณิการ์ พงษ์สนธิ และคณะ. (2541). รายงานการวิจัยเรื่องการมีส่วนร่วมของชุมชนในการพัฒนาคุณภาพชีวิต. เชียงใหม่ : คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ .
- กนกรัตน์ ทิพนี. (2552). กระบวนการมีส่วนร่วมในการส่งเสริมสุขภาพของชุมชนบ้านวังธาร อำเภอดอยสะเก็ด จังหวัดเชียงใหม่. วิทยานิพนธ์ปริญญาศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการส่งเสริมสุขภาพบัณฑิต วิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.
- กองการพยาบาล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2539). บทบาทหน้าที่ ความรับผิดชอบของเจ้าหน้าที่ทางการพยาบาล : ที่ปฏิบัติการพยาบาลในชุมชน. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- กองการพยาบาล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2545). แนวทางการจัดบริการพยาบาลระดับปฐมภูมิ. (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด.
- กองการพยาบาล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2544). มาตรฐานการพยาบาลในชุมชน. (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- จันทร์ สังข์สุวรรณ. (2538). การศึกษาสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพในสถานีนอนามัย สังกัดกระทรวงสาธารณสุข. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาบริหารการพยาบาลบัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, กรุงเทพมหานคร.
- จันทร์เพ็ญ สันตวาจา. (2552). แนวคิดพื้นฐาน ทฤษฎีและกระบวนการพยาบาล. (พิมพ์ครั้งที่ 5). กรุงเทพฯ: บริษัทนาเพรส จำกัด.



- จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์. (2543). เครื่องชี้วัดคุณภาพโรงพยาบาล (Hospital Quality Indicators). (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ : บริษัททีไอซ์ จำกัด.
- ทัศนาศ นุญทอง. (2544). สมรรถนะหลักของพยาบาลวิชาชีพและสมรรถนะหลักของผดุงครรภ์ชั้นหนึ่งในการพัฒนาการจัดการศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต เพื่อตอบสนองการปฏิรูประบบสุขภาพไทย. กรุงเทพมหานคร : ศักดิ์โสภณาการพิมพ์.
- จันยาภรณ์ ทองเสริม. (2551). รูปแบบการดูแลสุขภาพที่บ้านโดยประยุกต์ทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็มต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองและความเจ็บปวดข้อเข่าในผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน บัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยบูรพา, ชลบุรี.
- นางพิมพ์ นิมิตอนันท์. (2549). สมรรถนะพยาบาลชุมชนในสถานบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ. วารสารพยาบาลทหารบก. 7(2), 9-14.
- ประพิณ วัฒนกิจ. (2536). สุขภาพดีเริ่มที่บ้าน. (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ : สามเจริญพานิชย์.
- ประพิณ วัฒนกิจ. (2542). การประเมินผลลัพธ์การดำเนินงานสุขภาพดีเริ่มที่บ้านในประเทศไทย. นนทบุรี : กองการพยาบาล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข.
- ปรางทิพย์ ฉายพุทธ. (2550). วิธีการปรับตัวของผู้ป่วยอายุรกรรมและศัลยกรรมต่อการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลโดยใช้กรอบแนวคิดทฤษฎีการปรับตัวของรอย. วารสารสภาการพยาบาล. 22(2), 87- 98.
- พีระศักดิ์ เลิศตระการนนท์. (2547). การเยี่ยมบ้านโดยแพทย์เวชปฏิบัติครอบครัว. เชียงใหม่ : คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- เพลินพิศ วิยะทัศน์. (2542). การดูแลสุขภาพที่บ้าน. ขอนแก่น : มหาวิทยาลัยขอนแก่น.



- มาลีจิตร ชัยเนตร. (2552). ผลของการเยี่ยมบ้านต่อการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยอุ้งก้นเรื้อรัง อำเภอแม่ลาว จังหวัดเชียงราย.วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลชุมชน บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่
- ราตรี มณีขัติย์. (2550). ผลของการเยี่ยมบ้านต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้ที่มีความดันโลหิตสูง ตำบลอุโมงค์ จังหวัดลำพูน. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลชุมชน บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.
- เรณู หาญวาทิ. (2540). อนามัยชุมชน. นนทบุรี: ยุทธรินทร์การพิมพ์.
- วันเพ็ญ ปันราช และคณะ. (2551). การดูแลต่อเนื่องที่บ้าน. (เอกสารประชุมวิชาการการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน รพ.ศรีธาตุ จ.อุดรธานี). อุดรธานี : โรงพยาบาลศรีธาตุ.
- วันเพ็ญ พิขิตพรชัย, และ อุษาวดี อัสตรวิเศษ. (2546). การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย แนวคิดและการประยุกต์ใช้. (ฉบับปรับปรุง). กรุงเทพฯ : คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- วิลาวัลย์ เสนารัตน์ และ ประยงค์ ลิ้มตระกูล. (2538). การดูแลสุขภาพที่บ้าน. วารสารสภาการพยาบาล, 10(3), 1-6.
- วิโรจน์ ชนศิริรักษ์, และคณะ. (2541). ผลการประเมินโครงการการดูแลผู้สูงอายุที่บ้านในจังหวัดสุราษฎร์ธานี. วารสารวิชาการแพทย์เขต 11, 12(1), 5-9.
- ศิริพร ชัมภลิจิต. (2539). แบบแผนสุขภาพ : การเก็บรวบรวมข้อมูล. กรุงเทพฯ : เทมการพิมพ์.
- ศิราณี อินทรหนองไผ่. (2553). กระบวนการพยาบาล : เครื่องมือนักจัดการสุขภาพองค์รวมเพื่อพัฒนาสุขภาพระดับปฐมภูมิ. (พิมพ์ครั้งที่ 4). มหาสารคาม : สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.



สมจิต หนูเจริญกุล. (2544). การดูแลตนเองกับทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็ม การพยาบาลศาสตร์ของการปฏิบัติ (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพมหานคร : วิ.เจ.พรินติ้ง.

สภาการพยาบาล. (2553). สมรรถนะและการออกวุฒิบัตรรับรองความรู้และความชำนาญเฉพาะทางของผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูง. กรุงเทพฯ : ศิริยอดการพิมพ์.

สภาการพยาบาล. (2548). ประกาศสภาการพยาบาล เรื่อง มาตรฐานการบริการพยาบาลและการผดุงครรภ์ ระดับปฐมภูมิ. (เอกสารอัดสำเนา) นนทบุรี : สภาการพยาบาล.

สุชาติ อุปัทธวานิชย์. (2550). ผลของการดูแลสุขภาพที่บ้านโดยทีมสุขภาพ ต่อความรู้ พฤติกรรมการ ดูแลตนเองและค่าความดันโลหิตของผู้ป่วย ความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ โรงพยาบาลแก่งหางแมว จังหวัด จันทบุรี. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขา เวชปฏิบัติชุมชน บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยบูรพา, ชลบุรี.

สุภาณี อ่อนชื่นจิตร, และ ฤทัยพร ตรีตรง. (2549). การบริการสุขภาพที่บ้าน. สงขลา : ชานเมืองการพิมพ์.

สุภาวดี พงสุภา. (2552). ลักษณะทางจิตสังคมและลักษณะทางพุทธที่เกี่ยวข้อง กับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของพยาบาล ศูนย์การแพทย์ โรงพยาบาลกรุงเทพ. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ประยุกต์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัย ศรีนครินทรวิโรฒ, กรุงเทพมหานคร.

สุรีย์ ลีมงคล. (2553). คู่มือการจำแนกประเภทผู้ป่วยในการดูแลต่อเองที่บ้าน. กรุงเทพมหานคร : โรงพยาบาลศิริราช.

สำนักการพยาบาล กระทรวงสาธารณสุข. (2550). มาตรฐานการพยาบาลใน โรงพยาบาล.(ปรับปรุงครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์องค์การ สงเคราะห์ทหารผ่านศึก.



- สำนักงานโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข. (2544). แนวทางการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในระยะเปลี่ยนผ่าน. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์องค์การรับส่งสินค้าและพัสดุภัณฑ์.
- สำเร็จ แหียงกระโทก และ รุจิรา มังคละศิริ. (2545). ศูนย์สุขภาพชุมชนหนองสูงระบบบริการที่พึงประสงค์. นครราชสีมา : แสงโชติมาเกิดตั้ง จำกัด.
- อดิศักดิ์ ภูมิวิเศษ. (2537). ผลของการเยี่ยมบ้านต่อการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน. วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.
- อารีญา ด้านผาทอง. (2549). การรับรู้การให้บริการอย่างเอื้ออาทรของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลระดับจังหวัด. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาบริหารการพยาบาลบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยนเรศวร, พิษณุโลก.
- แอนนา สุขะโน. (2550). ผลของโปรแกรมการเยี่ยมบ้านต่อการปฏิบัติตามแผนการดูแลสุขภาพผู้ป่วยวัยโรคปอด อัมเภอศรีราชา จังหวัดชลบุรี. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาเวชปฏิบัติชุมชน บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา, ชลบุรี.
- American Nurses Association. (1992). Nursing's Agenda for Health Care Reform. Washington, D.C. : Nursesbooks.org.
- American Public Health Association. (1983). Community Participation in Primary Health Care.
- Bates , B. (1995). A guide to physical examination and history taking. 6th ed. Philadelphia : J.B. Lippincott Company.
- Bull, M. J., Hansen, H. E., & Gross, C. R. (2000). A professional-patient partnership model of discharge planning with elders hospitalized with heart failure. *Applier Nursing Research*. 13, 19-28.



- Clark ,M.J. (1999). Nursing in The Community. Stanford : Appleton & Lane.
- Clemen-Stone, S., Eigsti, D.G., & Mc Guire, S. L. (1995). Comprehensive community health nursing Family, aggregate & community practice. 4th ed. St.Louis : Mosby Year Book.
- Cohen, J. M., & Uphoff, N. T. (1980). Participation's place in rural development : Seeking clarity through specificity. World Development. 8(3), 219-222.
- Cookfair, J.M. (1996). Nursing Care in The Community. 2nd ed. St.Louis : Mosby Year Book.
- Green, K., & Lydon, S. (2000). Home health cardiac rehabilitation. Home Healthcare Nurse,13(2) , 29 – 39.
- Hitchcock, J.E., Schubert, P.E., & Thomas, S.A. (1999). Community Health Nursing. New York : Delma Plubisher.
- Holezemer, William L. (2010). Improving Health through Nursing Research. Chichester, Wiley- Blackwell. P.114.
- Holezemer, William L. (1994). The impact of nursing care in Latin America and the Carribbean : A focus on outcomes. Journal of Advanced Nursing. 20 (1), 5-12.
- Humphrey, C., & Milone-Nuzzo, P. (1996). Orientation to Home Care Nursing. United States : Aspen Publishers, Inc.
- Keating, S.B., & Kelman, G.B. (1988). Home health care nursing: Concepts and practice.Philadelphia : J.B. Lippincott Company .
- Kozier, b., Erb., G., & Berman, A. J. (2000). Fundamentals of nursing : Concepts, process, and practice. 6thed. New Jersey : Prentice-Hall, Inc.



- McKeehan, K.M. (1981). Continuing care: A multidisciplinary approach to discharge to discharge planning. St.Louis: C.V. Mosby.
- Nies, M.A., & McEwen, M. (2001). Community Health Nursing. 3rd ed. Philadelphia : W.B. Saunders Company .
- Nightingale, Florence. (1860, reprinted in 1969). Notes on Nursing. Mineola, NY : Dover Publication.
- Orem, D.E. (2001). Nursing : Concepts of practices. 6th ed. St. Louis : Mosby Year Book.
- Pender, N.J. (1996). Health Promotion in Nursing Practice. 3rd ed. Connecticut : Appleton & Lange.
- Pender, N.J., Murdaugh, C.L., & Parsons, M.A. (2002). Health Promotion in nursing practice. 4thed. New Jersey : Appleton & Lange.
- Pender, N.J., Murdaugh, C.L. & Parsons, M.A. (2006). Health Promotion in Nursing Practice. 5th ed. New Jersey : Pearson Education, Inc.
- Reid, N. (1995). The Roles of Conditioning in Inference. Statistical Science. 10(2), 138-199.
- Rice, R. (1996). Home health care nursing : Concepts & application. 2nd ed. Philadelphia : Mosby Year Book.
- Roy, Sister Callista., Andrew , Heather, A. (1991). The Roy Adaptation Model : The Definitive Statement. California : Appleton & Lange.
- Roy, Sister Callista., Andrews , Heather A. (1999). The Roy Adaptation Model : The Definitive Statement . California :



Appleton & Lange.

Simnett, I., & Wright, L. (1999). Evidence- Base Health Promotion. New York : John Wiley and Sons.

Smith, C.M., & Maurer, F.A. (2000). Community Health Nursing Theory and Practice. 2nd ed. Philadelphia : W.B.Saunders.

Stanhope,M., & Lancaster, J. (1996). Community health nursing in home health and hospice. In M.Stanhope & J.Lancaster (Eds.). Community health nursing promoting health of aggregates,families, and individuals : Community health nursing in home health care and hospice care. 4th ed. Philadelphia : J.B. Lippincott Company.

Tovey, P. (2000). Contemporary Primary Care. Buckingham : Open University.

Watson , J. (1985). Nursing : The philosophy and science of caring. Colorado : Associated University Press.

William, E. (1976). Partilipation management : Concept, theory and implementation. Georgia : Georgia State University.

World Health Organization. (1996). Nursing practice : Report of WHO Expert committee. Geneva : World Health Organization 1996. WHO Technical Report Series.





MAWUNON



การเยี่ยมบ้านผู้ป่วยที่บ้านโดยใช้เครื่องมือ INHOMESSS

<p>I : Immobility / Impairment (ความสามารถในการดูแลตนเอง)</p>	<p>ด้านกิจวัตรประจำวันพื้นฐาน เช่น ลุกจากที่นอน อาบน้ำ เข้า ห้องน้ำ แต่งตัวเองได้ กินได้ ควบคุม การขับถ่ายได้</p> <p>ด้านกิจวัตรอื่นๆ ที่ใช้แรงมากขึ้น เช่น ทำงานบ้าน จ่ายตลาด ทำอาหาร รับโทรศัพท์ จัดยากินเองได้ ล้างรถ เลี้ยงสุนัขเป็นต้น รวมถึงต้องดูว่ามีขา หรือแขนเริ่มอ่อนแรง เดินข้อเท้าตก นั่งยองลุกไม่ขึ้น กำน้ำมือเราไม่ได้ แบมือยกแขนเหยียดออก</p>
<p>N : Nutrition (ภาวะโภชนาการ)</p>	<p>ประเมินว่า ผู้ป่วยมีภาวะโภชนาการ อย่างไร อาหารโปรด วิธีเตรียมอาหาร วิธีเก็บอาหารปริมาณที่กิน นิสัยการกิน ก่อนหรือหลังกินข้าวชอบสูบบุหรี่ ดื่ม เหล้าหรือไม่ อาหารที่ต้องแนะนำและ หลีกเลี่ยง คือการปรุงรสเพิ่มด้วยเกลือ หรือน้ำปลา ประเภททอดหรือมัน</p>



<p>H : Home Environment (สภาพแวดล้อมในบ้าน/รอบบ้าน)</p>	<p>ลักษณะบ้านปูนชั้นเดียวหลังคามุงสังกะสี ห้องผู้ป่วยอยู่ทางหลังบ้านติดกับห้องน้ำ พื้นลาดปูนซีเมนต์ขัดมัน มีราวไม้ติดกับเตียงให้เกาะเดินกันลื่นล้ม เปิดหน้าต่างให้แสงสว่างส่องถึงมากขึ้น รอบๆ บ้านสะอาดไม่มีขยะ</p>
<p>O : Other People (สัมพันธ์ภาพกับครอบครัว)</p>	<p>ผู้ป่วยอาศัยอยู่กับสามี และหลานชายอายุ 8 ปีมีสัมพันธ์ภาพที่ดีทั้งครอบครัวและเพื่อนบ้านใกล้เคียง ลูกชายคนโตแยกครอบครัวอยู่ไกลๆ ห่างไปอีก 1 กิโลเมตร ลูกชายคนที่ 2 ทำงานอยู่กรุงเทพฯ ส่งเงินมาให้บ้าง ผู้ป่วยและสามีไม่ได้ประกอบอาชีพอะไรเพราะชรภาพลูกๆ ส่งเงินให้ใช้และดูแลยามเจ็บป่วย</p>
<p>M : Medication (ยา/การรักษาที่ได้รับ)</p>	<p>Atenolol(50) 1x1 pc Enalapril (5) 1x1 pc สามีเป็นคนจัดยาให้กินทุกครั้ง ประเมินผลข้างเคียง เช่น เวียนศีรษะเวลาลุกยืน หัวใจเต้นช้าต้องไม่ให้น้อยกว่า 60 ครั้ง/นาที อาจมีปัญหาหน้ามืดเวลาออกแรง เป็นลมได้ง่ายขึ้น</p>



<p>E : Examination/Evaluation (การตรวจร่างกาย)</p>	<p>BP 150/100 mmHg P 100/min แรงเท่ากันทั้งสองข้าง เมื่อคืบนอนไม่ หลับ กังวลเป็นห่วงเรื่องลูกไม่สบายอยู่ กรุงเทพฯ มีอาการมีน็ศีรษะตอนเช้า ไม่มีอ่อนแรง ไม่เจ็บหน้าอก ได้ วางแผนร่วมกับญาติให้ผู้ป่วยได้พูด ระบายความเครียด และโทรศัพท์ ติดต่อถามอาการญาติที่ป่วยว่าดีขึ้น หรือไม่ วางแผนมาวัดความดันซ้ำอีก 1 สัปดาห์</p>
<p>S : Safety (ความปลอดภัย)</p>	<p>พื้นลาดปูนซีเมนต์ขัดมันเงา สภาพ ภายในบ้านมีดี แสงสว่างไม่เพียงพอ เสี่ยงต่อการลื่นหกล้มได้ สามิทำราวไม้ ให้เกาะเดินแล้ว</p>
<p>S : Service (บริการที่ได้รับ)</p>	<p>สอนการใช้ Walker แบบ 4 ขา โดย ให้ผู้ป่วยหัดเดิน ประเมิน ADL ได้ 9 คะแนน จัดเป็นผู้ สูงอายุติดบ้าน ประเมินภาวะซึมเศร้า 2Q พบมีภาวะ ซึมเศร้า ประเมินด้วย 9Q ได้ 7 คะแนน เป็น ซึมเศร้ายกระดับน้อย เฝ้าระวังและวางแผนประเมินซ้ำอีก 1-2 เดือน</p>



S : Spiritual (ความเชื่อ ทศนคติ)	ทราบและรับรู้การเจ็บป่วย เชื่อเรื่องบาปบุญ คุณโทษ ใส่บาตรและสวดมนต์ทุกวัน
Idea ความคิดต่อการเจ็บป่วย	ผู้ป่วยคิดว่าป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงเพราะทานอาหารเค็ม
Feeling ความรู้สึกของผู้ป่วย/ครอบครัว	ผู้ป่วยมีกำลังใจมากขึ้น และคิดว่าการเจ็บป่วยครั้งนี้ไม่รุนแรงแต่ต้องใช้เวลาในการรักษา และครอบครัวต้องช่วยเหลือดูแล ให้กำลังใจซึ่งกันและกัน
Function ความสามารถในอาชีพ	ผู้ป่วยไม่ได้ประกอบอาชีพ เพราะชราภาพ ทำกิจวัตรประจำวันได้
Expectation ความคาดหวัง	ผู้ป่วยอยากช่วยเหลือตัวเองได้มากกว่านี้ อยากเดินได้คล่องเหมือนเก่า ไปไหนมาไหนสะดวกไม่ปวดขา สายตามองเห็นได้ชัดเจนขึ้น
Concern ความใส่ใจในปัญหา	ผู้ป่วยใส่ใจในการกินยา โดยสามีคอยจัดยาให้กินทุกมื้อ มีพื้นที่หัดเดินอยู่หลังบ้าน ผู้ป่วยหัดเดินโดยใช้ Walker 4 ขา สามารถทำได้ เดินสะดวกดีขึ้น
Protection ศักยภาพผู้ป่วยและครอบครัว	ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถดูแลตนเองในเรื่องการเจ็บป่วยได้ ต้องการให้มีการเยี่ยมบ้านอีก

จากการใช้ INHOMESSS ประเมินข้อมูลสามารถนำข้อมูลมาวิเคราะห์การมีส่วนร่วมของครอบครัว/ชุมชนในการแก้ไขปัญหาของผู้ป่วยและครอบครัวได้ ดังนี้



ทีมสุขภาพ ผู้ป่วยและครอบครัวร่วมกันในการวิเคราะห์ปัญหาของผู้ป่วยและครอบครัว พบว่าผู้ป่วยมีโรคประจำตัวคือ ความดันโลหิตสูง มีความชราภาพ ไม่มีรายได้เพราะไม่ได้ประกอบอาชีพ ทาง อสม. ซึ่งเป็นอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุจะคอยมาเยี่ยมให้กำลังใจ และติดตามอาการของผู้ป่วยเป็นประจำ ถ้าพบปัญหาหรือสิ่งผิดปกติจะโทรศัพท์แจ้ง/รายงาน พยาบาล หรือ รพ.สต.ให้ทราบ เพื่อการดูแลผู้ป่วยที่บ้านต่อไป ส่วนเรื่องการมารับยาที่ รพ.สต.ลำบาก ทีมสุขภาพออกเยี่ยมบ้านได้ตรวจร่างกาย ชักประวัติผู้ป่วยที่บ้าน แล้วปรึกษาแพทย์เพื่อสั่งยาและจัดยาฝากไปกับ อสม. ทุกเดือน

วางแผนและการดูแล

1. ให้ความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูงและการปฏิบัติตัว
2. แนะนำเรื่องการฝึกหัดเดิน
3. ประสาน อบต.ในการจัดหา Walker แบบ 4 ขา สำหรับให้ผู้ป่วยหัดเดิน

การให้คำปรึกษาครอบครัว

1. ให้ความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูง การปฏิบัติตัว และการออกกำลังกาย ฝึกการเดินภายในบ้าน
2. การดูแลเรื่องการกินยา และการให้กำลังใจผู้ป่วยจากสมาชิกในครอบครัวและเพื่อนบ้านใกล้เคียง
3. ให้ อสม. ผู้รับผิดชอบเยี่ยมให้กำลังใจผู้ป่วย ถ้าพบปัญหาหรือสิ่งผิดปกติ โทร.แจ้ง/รายงานพยาบาล หรือ จนท. ให้ทราบด่วน



สรุปผลการติดตามดูแลผู้ป่วยที่บ้าน

ผู้ป่วยและครอบครัวมีกำลังใจมากขึ้น สามีของผู้ป่วยคอยดูแลเอาใจใส่เป็นอย่างดี ผู้ป่วยไม่ขาดยา สามารถเดินได้เองโดยไม่ต้องใช้ไม้เท้าค้ำยันช่วย จุดอ่อน คือ ผู้ป่วยมีภาวะชราภาพ ประสาน อบต.จัดหา Walker แบบ 4 ขา ให้ผู้ป่วย ทาง อบต.มีโครงการอยู่แล้ว สามารถดำเนินการได้

สิ่งที่ได้เรียนรู้

1. การวิเคราะห์จุดอ่อนและจุดแข็งของผู้ป่วย ครอบครัวและชุมชน เป็นเรื่องสำคัญในการวางแผนการดูแลรักษาผู้ป่วยและครอบครัว โดยอาศัย ศักยภาพของบุคคลในครอบครัว อาสาสมัครในชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการ แก้ไขปัญหาให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

2. การเยี่ยมบ้านเป็นสิ่งที่มีความสำคัญต่อเจ้าหน้าที่ ผู้ป่วยและครอบครัว ชุมชน ซึ่งจะส่งผลให้คนในชุมชนสามารถดูแลสุขภาพตนเองและครอบครัวได้ ครอบครัวและชุมชนมีความรักใคร่ สามัคคีกันมากขึ้น



แบบตอบกลับการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน

ตัวอย่างการบันทึกของโรงพยาบาลลอง อ.ลอง จ.แพร่

โรงพยาบาลลอง/รพสต.....ครั้งที่1.....
 ชื่อ-สกุลผู้ป่วยที่ติดตามเยี่ยม.....นายหนุ่ม रुपงาม..... อายุ.....75 ปี.....
 ที่อยู่.....11/3 ม.3 ต.เวียงต้า อ.ลอง จ.แพร่.....
 ญาติที่ดูแลผู้ป่วยชื่อ.....นางสาว สวยเสมอ..... อายุ.....51 ปี.....
 อาชีพ.....ไม่ประกอบอาชีพ.....
 ประวัติการเจ็บป่วยในครอบครัว.....อาศัยอยู่คนเดียว.....

*หากไม่พบผู้ป่วย โปรดระบุเหตุผล.....

การประเมินผู้ป่วย

- 1. Immobility** การเคลื่อนไหว/ความสามารถในการดูแลตนเอง...ช่วยเหลือตนเองได้ทุกอย่าง ทำกิจวัตรประจำวันได้เอง การเคลื่อนไหวมีปัญหาเล็กน้อยเวลาเดินหลังจะค่อมทำให้สะดุดล้มได้ง่าย
- 2. Nutrition** อาหารรับประทานอาหารที่บ้าน ประกอบอาหารเอง ชอบรับประทานผัก ไม่ชอบทานอาหารที่มีไขมัน ทานอาหารซ้ำๆ ในแต่ละวัน เช่นปรุงอาหารมื้อเช้าแล้วจะเก็บมื้อกลางวันและมื้อเย็นไปด้วย
- 3. Housing** สภาพบ้าน...บ้านไม่ได้สูง แต่ผู้ป่วยอาศัยนอนอยู่ชั้นล่าง มีห้องน้ำแยกออกไปจากตัวบ้าน ห่างประมาณ 20 เมตร ห้องนอนโล่งอากาศถ่ายเทดี ไม่แออัด
- 4. Other People** สัมพันธภาพในครอบครัว/เพื่อนบ้าน...มีญาติและเพื่อนบ้านที่คุ้นเคยมาเยี่ยมเป็นประจำ มีความสัมพันธ์ที่ดีกับคนในครอบครัว ลูกอยู่กรุงเทพส่งเงินมาให้จ้างคนดูแล โทรศัพท์มาคุยด้วยสม่ำเสมอ
- 5. Medication** การใช้ยา...รับประทานยาตามแผนการรักษา มีหลานสาวที่เป็น อสม.คอยจัดยามาให้รับประทานทุกวัน ไม่เคยซื้อยาสมุนไพรหรือยาอื่นมาทานเอง
- 6. Examinations** การตรวจร่างกาย...อาการทั่วไปปกติ ไม่ไอ ไม่มีไข้ รับประทานได้ปกติ ไม่มีอาการข้างเคียงจากยา BP 130/84 mm Hg P 80 ครั้ง/นาที R 20 ครั้ง/นาที T 37 °c Lung clear mm Hg



- 7. Safety ความปลอดภัย...สภาพแวดล้อมในบ้านปลอดภัย แต่ห้องน้ำอยู่ไกลตัวบ้าน อาจเกิดอุบัติเหตุได้ตอนกลางคืน
- 8. Spiritual จิตวิญญาณ...ไปวัด ทำบุญสม่ำเสมอ ไม่เชื่อเรื่องไสยศาสตร์...
- 9. Service แหล่งให้บริการ...ไปรับการรักษาที่ รพ.สต.ใกล้บ้าน

ปัญหาที่พบ/การดูแลที่ให้/การดูแลตามแผนการดูแลที่ทางโรงพยาบาลวางไว้/การประเมิน

แผนการดูแล/ปัญหาที่พบ	การดูแล/ช่วยเหลือ	ผลการดูแล/การประเมิน
เสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุ	แนะนำให้ใช้กระโถน	ผู้ป่วยรับฟังและปฏิบัติตาม
สิ้นลี้มเวลาเข้าห้องน้ำ	ในเวลากลางคืน	

ความต้องการให้โรงพยาบาลช่วยเหลือหรือสนับสนุน...ควรให้หน้ากากอนามัยแก่ผู้ป่วย หากผู้ป่วยไปรับยาครั้งต่อไป.....

- สรุปสภาพผู้ป่วยหลังได้รับการดูแล
- สามารถสิ้นสุดการเยี่ยมได้
 - สมควรได้รับการติดตามเยี่ยมต่อ
 - สมควรส่งต่อมารักษาที่โรงพยาบาล

ลงชื่อผู้ติดตามเยี่ยม ...นายภาคภูมิ ใจดี.....

(.....)

วัน/เดือน/ปี30/07/2556.....







ภาคผนวกที่ 2



แบบตรวจประเมินเท้าในผู้ป่วยเบาหวาน (Initial Foot Assessment Form for Diabetes)

ชื่อ.....นามสกุล.....อายุ.....ปี

ที่อยู่.....

<p>ประวัติ</p> <p>ประเภทเบาหวาน <input type="checkbox"/> Type 1 <input type="checkbox"/> Type 2 <input type="checkbox"/> Others</p> <p>เป็นเบาหวานนาน.....ปี</p> <p>เคยมีแผลที่เท้า <input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่</p> <p>เคยตัดนิ้ว/ขาเท้า <input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่</p> <p>การสูญเสียความรู้สึก <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ซา <input type="checkbox"/> ปวด</p> <p>ปัจจุบันสูบบุหรี่ <input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่</p> <p>ค่า HbA1C / FBSเมื่อ.....</p> <p>รองเท้าที่ใช้เป็นประจำคือ</p>	<p>ประเมินสภาพเท้า</p> <p>-เล็บ มีปัญหา <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี คือ.....</p> <p>-มีหูด คาปลา <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี คือ.....</p> <p>-เท้าผิดรูป <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี คือ.....</p> <p>-สภาพผิวหนัง</p> <p>สีผิว <input type="checkbox"/> ปกติ <input type="checkbox"/> แดง <input type="checkbox"/> ซีด <input type="checkbox"/> คล้ำ</p> <p>มีขนหาย หลุด <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี</p> <p>อุณหภูมิต่ำ <input type="checkbox"/> ปกติ <input type="checkbox"/> เย็น</p> <p>-การติดเชื้อรา <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี</p>
<p>แผลที่เท้า</p> <p>กำลังเป็นแผล <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ <input type="checkbox"/> ใช่</p> <p>ตำแหน่งของแผล <input type="checkbox"/> เท้าขวา <input type="checkbox"/> เท้าซ้าย</p> <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;">   </div> <p>ขนาด.....</p>	<p>การประเมินประสาทความรู้สึก</p> <p>ประเมินด้วย Monofilament 10 g.</p> <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;">   </div> <p>เท้าขวา <input type="checkbox"/> สูญเสีย.....จุด <input type="checkbox"/> ปกติ</p> <p>เท้าซ้าย <input type="checkbox"/> สูญเสีย.....จุด <input type="checkbox"/> ปกติ</p>
<p>ประเมินชีพจรเส้นเลือดแดง</p> <p>เท้าซ้าย</p> <p>คลำ Pulse Dorsalis Pedis <input type="checkbox"/> คลำได้ <input type="checkbox"/> คลำไม่ได้</p> <p>คลำ Pulse Posterior Tibial <input type="checkbox"/> คลำได้ <input type="checkbox"/> คลำไม่ได้</p> <p>เท้าขวา</p> <p>คลำ Pulse Dorsalis Pedis <input type="checkbox"/> คลำได้ <input type="checkbox"/> คลำไม่ได้</p> <p>คลำ Pulse Posterior Tibial <input type="checkbox"/> คลำได้ <input type="checkbox"/> คลำไม่ได้</p> <p>มีเนื้อตาย (Gangrene) <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี</p>	<p>การจำแนกความเสี่ยง และการติดตาม</p> <p><input type="checkbox"/> เสี่ยงต่ำ (Low Risk) ไม่มี การสูญเสียประสาทความรู้สึก ; ติดตามทุก 1 ปี</p> <p><input type="checkbox"/> เสี่ยงปานกลาง (Moderate Risk) มีการสูญเสียประสาทความรู้สึก ; ติดตามทุก 6 เดือน</p> <p><input type="checkbox"/> เสี่ยงสูง (High Risk) สูญเสียประสาท + / ปัญหาหลอดเลือด + / เท้าผิดรูป ; ติดตามทุก 3 เดือน</p> <p><input type="checkbox"/> เสี่ยงสูงมาก (Very High Risk) มีแผล / ประวัติตัดเท้า ; ติดตามทุก 1 เดือน</p>

ที่มา ของแบบตรวจประเมินเท้าในผู้ป่วยเบาหวาน

ดัดแปลงจาก : แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน พ.ศ. 2551



ภาคผนวกที่ 3

แบบประเมิน Barthel Activity of Daily Living Scale

ที่มาจาก : แนวทางปฏิบัติงานศูนย์เยี่ยมบ้านโรงพยาบาลพพบพระ จังหวัดตาก, 2553

โปรดใส่ระดับคะแนนตามระดับกิจกรรมที่ประเมินได้ในช่อง ในการเยี่ยมแต่ละครั้ง

ระดับการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย	ครั้งที่ 1	ครั้งที่ 2	ครั้งที่ 3	ครั้งที่ 4	ครั้งที่ 5	ครั้งที่ 6
	วันที่....	วันที่.....	วันที่.....	วันที่.....	วันที่.....	วันที่.....
1.การรับประทานอาหาร						
0 ต้องมีคนป้อน						
5 ต้องมีคนช่วย แต่พอตักอาหารได้						
10 สามารถรับประทานอาหารได้						
2.การจัดทรงผมหวีผม						
0 ต้องมีคนช่วย						
5 ทำได้เอง						
3.การถ่ายอุจจาระ						
0 ไม่สามารถควบคุมการถ่ายอุจจาระได้เลย						
5 มีอุจจาระราดเป็นครั้งคราว						
10 ควบคุมการขับถ่ายได้						
4.การถ่ายปัสสาวะ						
0 ไม่สามารถควบคุมการถ่ายปัสสาวะได้เลย						
5 มีปัสสาวะราดเป็นครั้งคราว						
10 ควบคุมการขับถ่ายได้						
5.การแต่งตัว						
0 ช่วยตัวเองไม่ได้เลย						
5 ต้องมีคนช่วยในการแต่งตัว						
10 สามารถแต่งตัวได้เอง						
6.การเคลื่อนย้ายจากเก้าอี้ไปยังเตียง						
0 ช่วยตัวเองไม่ได้เลย						
5 นั่งได้เอง ต้องมีคนช่วยย้ายจากเก้าอี้ไปยังเตียง						



10	ต้องมีคนช่วยพยุงบ้างเล็กน้อย						
15	ไปได้เองโดยไม่ต้องมีคนช่วย						
7.การเข้าห้องน้ำและการดูแลตนเองระหว่างถ่ายอุจจาระและปัสสาวะ							
0	ไม่สามารถช่วยตัวเองได้เลย						
5	ต้องมีคนอื่นช่วยดูแล						
10	สามารถแต่งตัวได้เอง						
8.การเคลื่อนที่							
0	ไม่สามารถเคลื่อนที่ตัวเอง						
5	เดินไม่ได้ แต่เคลื่อนที่ตัวเองโดยใช้รถเข็น (wheel chair)						
10	เดินได้ถ้ามีคนพยุง หรือใช้ไม้เท้า						
15	เดินได้เอง						
9.การขึ้นลงบันไดได้							
0	ไม่สามารถขึ้นลงบันไดได้						
5	ต้องมีคนพยุง						
10	ขึ้นลงบันไดได้เอง						
10.การอาบน้ำ							
0	ต้องมีคนช่วยอาบน้ำ						
5	อาบน้ำได้เอง						
รวมคะแนน							
ผู้ประเมิน							

การแปลผลแบบประเมิน Barthel Activity of Daily Living Scale

0-20 = ไม่มีความสามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ในระดับรุนแรงที่สุด

25-45 = ไม่มีความสามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ในระดับรุนแรง

50-70 = สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ในระดับปานกลาง

75-95 = สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ในระดับต่ำ

100 = สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ปกติ



ภาคผนวกที่ 4

แบบสอบถาม : ความพึงพอใจของผู้รับบริการเยี่ยมบ้าน

วันที่ ณ

คำชี้แจง กรุณาตอบตามความเป็นจริง เพื่อเป็นข้อมูลให้ทีมเยี่ยมบ้านนำมาใช้พัฒนาบริการให้ดีขึ้น ทั้งนี้ข้อมูลจะมีความน่าเชื่อถือต้องได้รับแบบสอบถามฯ กลับมาไม่น้อยกว่าร้อยละ 80 ขอขอบคุณทุกท่านที่กรุณาตอบแบบสอบถาม

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้รับบริการ กรุณาใส่เครื่องหมาย ✓ ลงใน ○ หน้าคำตอบ

1. เพศ ชาย หญิง
2. อายุ ปี (ระบุปีเต็ม)
3. ระดับการศึกษาสูงสุด
 ประถมศึกษา มัธยมศึกษาปวส./ปวท./ อนุปริญญา
ปริญญาตรี ปริญญาโทหรือสูงกว่า
4. ประเภทผู้รับบริการตามสิทธิการรักษา
 บัตรทอง ประกันสังคม ข้าราชการ/เจ้าหน้าที่ของรัฐ
 ภาคเอกชน อื่นๆ (ระบุ).....
5. หน่วยงานให้บริการเยี่ยมบ้าน รพศ. รพท. รพช.
 รพสต./ชุมชน สถาบัน



ตอนที่ 2 ข้อมูลความพึงพอใจ กรุณาใส่เครื่องหมาย ✓ ในช่องว่างที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด

ประเด็นความพึงพอใจ	ระดับความคิดเห็น				
	พึงพอใจมากที่สุด (5)	พึงพอใจมาก (4)	พึงพอใจปานกลาง (3)	พึงพอใจน้อย (2)	พึงพอใจน้อยที่สุด (1)
1. ด้านกระบวนการ/ขั้นตอนการให้บริการ					
1) มีการติดต่อนัดหมายก่อนมาเยี่ยมบ้านทุกครั้ง					
2) ได้รับการดูแลช่วยเหลือ / ให้คำแนะนำที่เหมาะสมกับผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง					
3) ใช้เวลาในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยอย่างเหมาะสม					
4) ความสะดวกรวดเร็วในการติดต่อเจ้าหน้าที่ มีช่องทาง/วิธีการขอรับบริการ หรือสอบถามข้อมูล/เสนอข้อคิดเห็น/ร้องเรียน					
5) มีคนในชุมชนมาสนับสนุนช่วยเหลือ					
โปรดระบุสิ่งที่ไม่พึงพอใจ.....					
.....					
.....					



ประเด็นความพึงพอใจ	ระดับความคิดเห็น				
	พึงพอใจมากที่สุด (5)	พึงพอใจมาก (4)	พึงพอใจปานกลาง (3)	พึงพอใจน้อย (2)	พึงพอใจน้อยที่สุด (1)
2. ด้านเจ้าหน้าที่/บุคลากรผู้ให้บริการ					
6) ความสุภาพ อ่อนน้อม และมีมนุษยสัมพันธ์					
7) ความเอาใจใส่รับฟังปัญหา กระจ้อหรือร้อน เต็มใจให้บริการ					
8) มีความสามารถเชี่ยวชาญในการให้บริการ					
9) ให้บริการเท่าเทียมกันทุกรายโดยไม่เลือกปฏิบัติ					
10) มีสื่อ/ช่องทางติดต่อเจ้าหน้าที่ได้สะดวกรวดเร็ว					
11) ได้รับความสะดวกในการยื่นอุปรณ์การแพทย์ไปใช้ที่บ้าน					
โปรดระบุสิ่งที่ไม่พึงพอใจ.....					
.....					
.....					



ประเด็นความพึงพอใจ	ระดับความคิดเห็น				
	พึงพอใจมากที่สุด (5)	พึงพอใจมาก (4)	พึงพอใจปานกลาง (3)	พึงพอใจน้อย (2)	พึงพอใจน้อยที่สุด (1)
3. ด้านคุณภาพการให้บริการ					
12) ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถปฏิบัติเพื่อดูแลตัวเองได้					
13) มีความรู้สึกมั่นใจที่มีเจ้าหน้าที่คอยดูแลช่วยเหลือ/ให้คำปรึกษา					
14) ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้น					
โปรดระบุสิ่งที่ไม่พึงพอใจ.....					
.....					
.....					

ตอนที่ 3 ความพึงพอใจในภาพรวม กรุณาใส่เครื่องหมาย ✓ ใน ○ ที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด

คะแนนมากที่สุด ← → คะแนนน้อยที่สุด

1. ความพึงพอใจในภาพรวม	10	9	8	7	6	5	4	3	2	1

ตอนที่ 4 ข้อคิดเห็น/ข้อเสนอแนะอื่นๆ

.....

.....

.....

ขอขอบพระคุณอย่างยิ่ง



รายละเอียดเกี่ยวกับแบบประเมิน

1. คุณลักษณะของแบบสอบถาม

แบบสอบถาม มีลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Likert scales) มีจำนวน 10 ข้อ ใช้ประเมินผลลัพธ์ของการพยาบาลจากความคิดเห็นของผู้ป่วย หรือผู้ใช้บริการต่อบริการพยาบาลที่ให้การดูแลผู้ป่วยที่บ้าน

2. การวิเคราะห์ข้อมูลจากแบบสอบถาม

2.1 การให้ค่าน้ำหนักคะแนนสำหรับระดับความพึงพอใจ มีความหมาย ดังนี้

มากที่สุด	มีค่าคะแนนเท่ากับ	5
มาก	มีค่าคะแนนเท่ากับ	4
ปานกลาง	มีค่าคะแนนเท่ากับ	3
น้อย	มีค่าคะแนนเท่ากับ	2
น้อยที่สุด	มีค่าคะแนนเท่ากับ	1

2.2 การคำนวณคะแนนแบบสอบถามความพึงพอใจ

(1) ตรวจแบบประเมินแต่ละฉบับเพื่อเจงนับคะแนนของแบบประเมินแต่ละชุดโดยแปลงค่าระดับความพึงพอใจเป็นค่าคะแนนตามที่กำหนด จากนั้นนำมาคำนวณหาค่าผลรวมของคะแนนแต่ละฉบับ

(2) เปรียบเทียบค่าคะแนนความพึงพอใจกับเกณฑ์ ดังนี้

ต่ำกว่า 45 คะแนน หมายถึง ความพึงพอใจอยู่ในระดับที่
ต้องปรับปรุง

45-51 คะแนน หมายถึง ความพึงพอใจอยู่ในระดับ
พอใช้



52-59	คะแนน	หมายถึง	ความพึงพอใจอยู่ในระดับดี
60	คะแนนขึ้นไป	หมายถึง	ความพึงพอใจอยู่ในระดับดีมาก

2.3 นับจำนวนของแบบสอบถามที่มีผลรวมค่าคะแนนความพึงพอใจอยู่ในระดับดีถึงดีมาก หรือแบบสอบถามที่มีผลรวมค่าคะแนนความพึงพอใจตั้งแต่ 52 คะแนนขึ้นไป

2.4 คำนวณความพึงพอใจของผู้ใช้บริการตามสูตร

สูตรคำนวณ ร้อยละความพึงพอใจของผู้ป่วย/ผู้ให้บริการต่อบริการพยาบาลผู้ป่วยที่บ้าน

$$= \frac{\text{ผลรวมคะแนนความพึงพอใจ}}{\text{ผลรวมคะแนนเต็มของแบบสอบถาม}} \times 1,000$$

ตัวตั้ง : ผลรวมคะแนนความพึงพอใจ หมายถึง ผลรวมของคะแนนความพึงพอใจของผู้ป่วย/ผู้ให้บริการต่อบริการพยาบาลที่ให้การดูแลผู้ป่วยที่บ้านทั้งหมดที่ตอบแบบสอบถาม

ตัวหาร : ผลรวมคะแนนเต็มของแบบสอบถาม หมายถึง ผลรวมคะแนนเต็มของแบบสอบถามที่ผู้ป่วย/ผู้ให้บริการต่อบริการพยาบาลที่ให้การดูแลผู้ป่วยที่บ้านตอบแบบสอบถามในช่วงเวลาเดียวกัน กรณีที่ไม่ตอบแบบสอบถามข้อใดข้อหนึ่งให้หักคะแนนเต็มของข้อนั้นออก



ภาคผนวกที่ 5

แบบสอบถาม

แรงจูงใจ ขวัญกำลังใจและความพึงพอใจของทีมเยี่ยมบ้าน

คำชี้แจง

แบบสอบถามแรงจูงใจ ขวัญกำลังใจและความพึงพอใจของทีมนักเยี่ยมบ้านผู้ให้การดูแลผู้ป่วยที่บ้าน สร้างจากแนวคิดของ Herzberg เพื่อศึกษาความคิดเห็นของทีมนักเยี่ยมบ้านผู้ให้การดูแลผู้ป่วยที่บ้านและประเมินผลลัพธ์ของกระบวนการบริหารจัดการด้านบุคลากรในประเด็นเกี่ยวข้องกับแรงจูงใจ ขวัญกำลังใจและความพึงพอใจในการ

ทำงาน ผู้ตอบแบบสอบถามชุดนี้คือ ทีมนักเยี่ยมบ้านผู้ให้การดูแลผู้ป่วยที่บ้าน

แบบสอบถามชุดนี้ แบ่งออกเป็น 4 ตอน ได้แก่

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม

ตอนที่ 2 ระดับแรงจูงใจ ขวัญกำลังใจและความพึงพอใจในการ

ทำงานของทีมนักเยี่ยมบ้านผู้ให้การดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ซึ่งประกอบด้วย 2 ส่วนคือ

1. ระดับความคิดเห็นในสำคัญด้านแรงจูงใจ ขวัญกำลังใจในแต่ละประเด็นของการสอบถาม

2. ความคิดเห็นด้านความพึงพอใจในการทำงานแต่ละประเด็นของการสอบถาม

ตอนที่ 3 ความคิดจะโอน / ย้ายหรือลาออกจากงาน

ตอนที่ 4 ข้อเสนอแนะอื่น ๆ

ขอความร่วมมือทุกท่านในการตอบแบบสอบถามตามความเป็นจริง ข้อมูลนี้จะนำมาวิเคราะห์ในภาพรวมของทีมสุขภาพผู้ให้การดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ซึ่งจะไม่ส่งผลกระทบต่อใด ๆ ต่อท่าน แต่สามารถนำข้อมูลมาใช้ประโยชน์ในการปรับปรุง พัฒนาการบวนการบริหารจัดการบุคลากรให้มีความสุขในการทำงานดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ซึ่งจะส่งผลให้การดูแลผู้ป่วยที่บ้านมีคุณภาพมากยิ่งขึ้น

ขอขอบคุณสำหรับการตอบแบบสอบถาม



ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

1. เพศ () ชาย () หญิง

อายุ () ต่ำกว่า 20 ปี () 21-30 ปี () 31-40 ปี

() 41-50 ปี () 51 ปีขึ้นไป

2. หน่วยงานที่ปฏิบัติงาน

() โรงพยาบาลศูนย์ () โรงพยาบาลทั่วไป

() โรงพยาบาลชุมชน () โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

3. ทีมสหสาขาวิชาชีพ

() แพทย์ () พยาบาลวิชาชีพ

() ผู้ช่วยเหลือคนไข้ () นวก.สาธารณสุข

() ทันตแพทย์ () เจ้าพนักงานทันตสาธารณสุข

() เภสัชกร () จพง.เภสัชกรรมชุมชน

() โภชนากร () จพง.สาธารณสุข

() นักกายภาพบำบัด () นักกิจกรรมบำบัด

() นัก/ช่างกายอุปกรณ์ () นักเทคนิคการแพทย์

() แพทย์แผนไทย () ผู้ช่วยแพทย์แผนไทย

อื่น ๆ ระบุ.....



4. ประเภท

- () ข้าราชการ () พนักงานของรัฐ
 () ลูกจ้างประจำ () ลูกจ้างชั่วคราว

5. ระยะเวลาในการปฏิบัติงานในตำแหน่งปัจจุบัน (เศษของปีมากกว่า 6 เดือน คิดเป็น 1 ปี)

- () ต่ำกว่า 1 ปี () 2-3 ปี () 4-5 ปี
 () 6-10 ปี () 11 ปีขึ้นไป



ตอนที่ 2 ระดับแรงจูงใจ ขวัญกำลังใจและความพึงพอใจในการทำงาน
ของทีมเยี่ยมบ้านผู้ให้การดูแลผู้ป่วยที่บ้าน

คำชี้แจง กรุณาทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องระดับความสำคัญของแรงจูงใจ ขวัญกำลังใจ และระดับความพึงพอใจ ที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุดเพียงช่องเดียว

ข้อที่	ประเด็นสอบถาม	คำถามแรงจูงใจ ขวัญกำลังใจ	ระดับ	
			มากที่สุด	มาก
1.	ความสำเร็จในงานที่ปฏิบัติ	ข้าพเจ้าเห็นว่าความสำเร็จในงานที่ปฏิบัติ จูงใจให้ข้าพเจ้าเกิดขวัญกำลังใจในการทำงาน		
2.	การได้รับการยอมรับนับถือ	ข้าพเจ้าเห็นว่า การได้รับการยอมรับนับถือจากผู้ร่วมงาน ผู้บริหาร จูงใจให้ข้าพเจ้าเกิดขวัญกำลังใจในการทำงาน		
3.	ความก้าวหน้าในตำแหน่ง การงาน	ข้าพเจ้าเห็นว่า การได้รับความก้าวหน้าในตำแหน่งการงาน จูงใจให้ข้าพเจ้าเกิดขวัญกำลังใจในการทำงาน		
4.	หน้าที่ความรับผิดชอบ	ข้าพเจ้าเห็นว่า หน้าที่ความรับผิดชอบ จูงใจให้ข้าพเจ้าเกิดขวัญกำลังใจในการทำงาน		



ความสำคัญ			คำถามความพึงพอใจ	ระดับความพึงพอใจ				
ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด		มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
			ข้าพเจ้าพึงพอใจในความสำเร็จของงานที่ข้าพเจ้าปฏิบัติ					
			ข้าพเจ้าพึงพอใจในการได้รับความยอมรับนับถือจากผู้ร่วมงาน ผู้บริหาร					
			ข้าพเจ้าพึงพอใจในความก้าวหน้าในตำแหน่งการงานของข้าพเจ้า					
			ข้าพเจ้าพึงพอใจในหน้าที่ความรับผิดชอบของข้าพเจ้า					



ข้อที่	ประเด็นสอบถาม	คำถามแรงจูงใจ ขวัญกำลังใจ	ระดับ	
			มากที่สุด	มาก
5.	ภาระงานที่เหมาะสม	ข้าพเจ้าเห็นว่าภาระงานที่ได้รับจูงใจให้ข้าพเจ้าเกิดขวัญและกำลังใจในการทำงาน		
6.	นโยบายในการพัฒนาบุคลากร/งาน	ข้าพเจ้าเห็นว่านโยบายการพัฒนาบุคลากร/งาน จูงใจให้ข้าพเจ้าเกิดขวัญกำลังใจในการทำงาน		
7.	การบริหารงานที่เป็นธรรม	ข้าพเจ้าเห็นว่าการบริหารงานที่เป็นธรรม จูงใจให้ข้าพเจ้าเกิดขวัญกำลังใจในการทำงาน		
8.	การมีสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ร่วมงาน/ผู้บริหาร	ข้าพเจ้าเห็นว่า การมีสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ร่วมงาน/ผู้บริหารจูงใจให้ข้าพเจ้าเกิดขวัญกำลังใจในการทำงาน		
9.	รายได้/ค่าตอบแทนต่าง ๆ	ข้าพเจ้าเห็นว่า รายได้/ค่าตอบแทนต่าง ๆ จูงใจให้ข้าพเจ้าเกิดขวัญและกำลังใจในการทำงาน		
10.	สวัสดิการที่นอกเหนือจากรายได้/ค่าตอบแทน	ข้าพเจ้าเห็นว่า สวัสดิการที่นอกเหนือจากรายได้/ค่าตอบแทนจูงใจให้ข้าพเจ้าเกิดขวัญและกำลังใจในการทำงาน		



ความสำคัญ			คำถามความพึงพอใจ	ระดับความพึงพอใจ				
ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด		มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
			ข้าพเจ้าพึงพอใจในภาระงานที่เหมาะสมของข้าพเจ้า					
			ข้าพเจ้าพึงพอใจในนโยบายการพัฒนาบุคลากร/งานของผู้บริหาร					
			ข้าพเจ้าพึงพอใจในการบริหารงานที่เป็นธรรม					
			ข้าพเจ้าพึงพอใจ ในสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ร่วมงาน/ผู้บริหาร					
			ข้าพเจ้าพึงพอใจในรายได้/ค่าตอบแทนต่าง ๆ ที่ข้าพเจ้าได้รับในปัจจุบัน					
			ข้าพเจ้าพึงพอใจในสวัสดิการนอกเหนือจากรายได้/ค่าตอบแทนที่ข้าพเจ้าได้รับในปัจจุบัน					



ข้อที่	ประเด็นสอบถาม	คำถามแรงจูงใจ ขวัญกำลังใจ	ระดับ	
			มากที่สุด	มาก
11.	ความมั่นคงของหน้าที่ การงาน	ข้าพเจ้าเห็นว่า ความมั่นคงของหน้าที่ การงาน จูงใจให้ข้าพเจ้าเกิดขวัญและ กำลังใจในการทำงาน		
12.	โอกาสความก้าวหน้าในงาน	ข้าพเจ้าเห็นว่าโอกาสความก้าวหน้า ในงานจูงใจให้ข้าพเจ้าเกิดขวัญกำลังใจ ในการทำงาน		
13.	สภาพแวดล้อมอุปกรณ์ เครื่องมือเครื่องใช้ที่เพียงพอ เหมาะสม/ปลอดภัย	ข้าพเจ้าเห็นว่าสภาพแวดล้อม อุปกรณ์ เครื่องมือเครื่องใช้ที่เพียงพอ เหมาะสม จูงใจให้ข้าพเจ้าเกิดขวัญ และกำลังใจในการทำงาน		
14.	ความสมดุลระหว่างงานและ ชีวิตส่วนตัว	ข้าพเจ้าเห็นว่า ความสมดุลระหว่าง งานและชีวิตส่วนตัวจูงใจให้ข้าพเจ้า เกิดขวัญกำลังใจในการทำงาน		



ความสำคัญ			คำถามความพึงพอใจ	ระดับความพึงพอใจ				
ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด		มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
			ข้าพเจ้าพึงพอใจในความมั่นคงของหน้าที่การงานที่ข้าพเจ้าปฏิบัติในปัจจุบัน					
			ข้าพเจ้าพึงพอใจในโอกาสความก้าวหน้าในงานของข้าพเจ้า					
			ข้าพเจ้าพึงพอใจในสภาพแวดล้อม อุปกรณ์ เครื่องมือเครื่องใช้ที่เพียงพอเหมาะสม/ปลอดภัย					
			ข้าพเจ้าพึงพอใจในความสมดุลระหว่างงานและชีวิตส่วนตัวของข้าพเจ้า					



ตอนที่ 3 ความพึงพอใจในงาน ความคิดจะขอปรับเปลี่ยน / ย้ายหรือลาออก
จากงานการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน

15. ขณะนี้ ท่านมีความพึงพอใจต่อการทำงานของทีมงานเยี่ยมบ้านผู้ให้การดูแล
ผู้ป่วยที่บ้านอย่างไร

- () พึงพอใจมากที่สุด () พึงพอใจมาก () พึงพอใจปานกลาง
() พึงพอใจน้อย () ไม่พึงพอใจ

16. ขณะนี้ ท่านมีความคิดที่จะขอปรับเปลี่ยน หรือลาออกจากทีมเยี่ยมบ้าน
ผู้ให้การดูแลผู้ป่วยที่บ้านอยู่หรือไม่

- () ไม่เคยมีความคิดนี้เลย () คิดอยู่บ้างบางเวลา
() คิดถึงเรื่องนี้อยู่ตลอดเวลา

17. ขณะนี้ ท่านมีความคิดที่จะลาออกจากทีมเยี่ยมบ้านผู้ให้การดูแลผู้ป่วย
ที่บ้านอยู่หรือไม่

- () ไม่เคยมีความคิดนี้เลย () คิดอยู่บ้างบางเวลา
() คิดถึงเรื่องนี้อยู่ตลอดเวลา

ตอนที่ 4 ข้อเสนอแนะอื่น ๆ

.....

.....

.....

.....

หมายเหตุ- แบบสอบถามนี้ ปรับปรุงจากแบบสอบถามความพึงพอใจ
บุคลากรทางการแพทย์ ของสำนักงานพยาบาล กระทรวง
สาธารณสุข และจากแบบสอบถาม แรงจูงใจ ขวัญกำลังใจและ
ความพึงพอใจในการทำงานของบุคลากรสุขภาพ กระทรวง
สาธารณสุข



ภาคผนวกที่ 6

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิและคณะทำงาน “การพยาบาลผู้ป่วยที่บ้าน”

1. รองศาสตราจารย์ ดร.จริยาวัตร คมพัยค์ค์
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ
2. ดร.ทัศนีย์ รวีวรกุล
ภาควิชาการพยาบาลสาธารณสุข
คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
3. รศ. เรณู อัจสาลี
ข้าราชการบำนาญคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
4. ดร.มุกดา สำนวนกลาง
ศูนย์อนามัยที่ 1 กรุงเทพมหานคร
5. นางสาวประภัสศรี ชาวงษ์
โรงพยาบาลขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น
6. นางกชพรรณ หนูทอง
โรงพยาบาลศรีธาตุ จังหวัดอุดรธานี
7. นางมลทา ทายิดา
ศูนย์สุขภาพชุมชนโรงพยาบาลทุ่งฝน จังหวัดอุดรธานี
8. นายสมชาย ชื่นสุขอุรา
โรงพยาบาลนครพิงค์ จังหวัดเชียงใหม่
9. นางสาวจินนาภา ทีปสว่าง
โรงพยาบาลอุดรธานี จังหวัดอุดรธานี



10. นางสาวสิริวรรณ เดียวสุรินทร์
โรงพยาบาลหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา
11. นางพรรณี ทิพย์ธราดล
ข้าราชการบำนาญปลัดกระทรวงสาธารณสุข
12. นางสาวสุภาวดี อิศรกุล
โรงพยาบาลพบพระ จังหวัดตาก
13. นางมณฑาทิพย์ สีหะอำไพ
โรงพยาบาลพรหมพิราม จังหวัดพิษณุโลก
14. นางสาวเพียงพิมพ์ ปันระสี
โรงพยาบาลลานสัก จังหวัดอุทัยธานี
15. นางสาวบุญเดือน เหลืองเลิศขจร
โรงพยาบาลหนองฉาง จังหวัดอุทัยธานี
16. นางปัทมา รติปาน
โรงพยาบาลกรงปินัง จังหวัดยะลา
17. นางสุภาพร สุโพธิ์
โรงพยาบาลแกดดำ จังหวัดมหาสารคาม
18. นางอัญชลี ทองภูบาล
โรงพยาบาลแกดดำ จังหวัดมหาสารคาม
19. นางปภาดา ชมภูนิติย์
โรงพยาบาลตรอน จังหวัดอุดรธานี



20. ดร.ธีรพร สติรอังกูร
 สำนักงานพยาบาล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
21. นางนวลชนิษฐ์ ลิขิตลือชา
 สำนักงานพยาบาล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
22. นางทิพย์สุดา ลาภภักดี
 สำนักงานพยาบาล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
23. นางสาวขวัญนภา ขวัญสถาพรกุล
 สำนักงานพยาบาล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข




ภาคผนวกที่ 7

รายงานคณะกรรมการวิชาการ
พิจารณาเนื้อหาหนังสือการพยาบาลผู้ป่วยที่บ้าน
สำนักการพยาบาล

1. นางสาวอัมภา ศรารัตต์
2. นางศิริมา ลีละวงศ์





*"if you want to build a ship,
don't herd people together to collect wood,
- and don't assign them tasks
and work but rather teach them to long
for the endless immensity of the sea."*

Antoine de Saint-exupery