

บทความ

บทบาทของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยที่บ้านในโรงพยาบาลระดับมหาวิทยาลัย THE ROLES OF HOME HEALTH CARE NURSE IN THE UNIVERSITY HOSPITAL

นิชิตา เสรีวิชัยสวัสดิ์*

พัชระกรพจน์ ศรีประสาร**

การเปลี่ยนแปลงของระบบสุขภาพในปัจจุบันที่เน้นการดูแลระดับปฐมภูมิให้มีความสำคัญและควบคู่ไปกับระดับทุติยภูมิและตติยภูมิ และการเปลี่ยนแปลงด้านประชากรศาสตร์คือการเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วของผู้สูงอายุ จึงเป็นแรงผลักดันให้เกิดความต้องการการรับบริการที่บ้านที่มากตามไปด้วย การดูแลผู้ป่วยที่บ้านนับวันจะมีความสำคัญและมีเพิ่มขีดความสามารถมากขึ้นในอนาคตอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ (วิโรจน์ วรรณภีระ, 2555) เพื่อรองรับการดูแลผู้ป่วยที่ซับซ้อนมากขึ้นหรือสูงกว่าศักยภาพของโรงพยาบาลในทุกระดับ ไม่ว่าจะเป็นโรค ความเจ็บป่วย หัตถการ การใส่ยา หรือเทคโนโลยีสมัยใหม่ จะเห็นว่าความพร้อมของการบริการที่บ้านเป็นกุญแจสำคัญในระบบสาธารณสุขยุคใหม่และในอนาคต (สายพิน หัตถรัตน์, 2553) อีกประเด็นหนึ่งที่สำคัญ คือ มีผู้ป่วยที่ไม่ต้องการหรือไม่มีความจำเป็นต้องรักษาในโรงพยาบาล (Ambulatory) มีแนวโน้มมากขึ้น ไม่ว่าจะเป็นโรคเรื้อรัง โรคเรื้อรัง หรือผู้ป่วยระยะสุดท้าย (ศรีเวียง ไพโรจน์กุล, 2556; สุลักษณ์ วงศ์ธีรภัก, 2556) บางส่วนของผู้ป่วยอาจแสดงความจำนงค์ที่จะขอรับการดูแลรักษาหรือใช้เวลาช่วงสุดท้ายที่บ้านเพื่อให้เสียชีวิตอย่างสงบ ส่วนผู้ป่วยพิการหรือได้รับอุบัติเหตุ ก็มีแนวโน้มที่จะอยู่รักษาต่อที่บ้านมากขึ้นในอนาคต เนื่องจากมีสิ่งอำนวยความสะดวกและเทคโนโลยีเข้ามาช่วย

สนับสนุนมากขึ้นเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพของการดูแล ดังนั้นการดูแลสุขภาพที่บ้านจึงเป็นกิจกรรมที่เป็นหัวใจสำคัญของการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง ต้องจัดให้มีขึ้นอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ มีความจำเป็นต้องจัดตั้งและพัฒนารูปแบบการบริการให้มีคุณภาพ นอกจากนี้การพยาบาลผู้ป่วยที่บ้านยังเป็นกลยุทธ์สำคัญที่ช่วยลดเวลาการนอนรักษาตัวในโรงพยาบาล ทำให้ปริมาณงานและค่าใช้จ่ายในภาพรวมลดลงด้วย (Clemen-Stone, Eigsti & Mc Grire, 1995)

การเยี่ยมบ้านและการดูแลผู้ป่วยที่บ้านเป็นกิจกรรมเชิงรุกและเชิงลึกที่ทำให้พยาบาลมองภาพการดูแลผู้ป่วยทั้งตัว ด้วยเหตุนี้พยาบาลจึงควรตระหนักในบทบาทที่ว่า การเยี่ยมบ้านถือเป็นงานเด่นและเป็นเอกลักษณ์ที่สำคัญ (วิโรจน์ วรรณภีระ, 2555) ที่ต้องให้เกิดขึ้นควบคู่กับการดูแลสุขภาพรูปแบบอื่นๆ จะเห็นว่าพยาบาลซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของบุคลากรทีมสุขภาพที่มีบทบาทสำคัญ โดยเฉพาะพยาบาลในโรงพยาบาลระดับมหาวิทยาลัย เพราะเป็นผู้ที่มีส่วนในการพัฒนาองค์ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยที่บ้านได้เป็นอย่างดี อันจะเห็นได้จากองค์ความรู้ใหม่ๆ รวมถึงแนวทางการการดูแลผู้ป่วยรูปแบบต่างๆ มักถูกคิดค้น พัฒนาและนำร่องในโรงพยาบาลระดับมหาวิทยาลัยเสมอๆ ทั้งนี้เพื่อให้การดูแลสามารถบรรลุวัตถุประสงค์ของทั้งผู้ให้บริการและผู้รับบริการ ผู้ป่วยและครอบครัวเกิด

ผู้รับผิดชอบหลัก: พัทธกรพจน์ ศรีประสาร งานการพยาบาลป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

* พยาบาลวิชาชีพ งานการพยาบาลป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

** พยาบาลวิชาชีพ งานการพยาบาลป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

ความมั่นใจในการดูแลที่บ้าน มีความพึงพอใจ สามารถแก้ไขปัญหาลักษณะในรูปแบบต่างๆที่เกิดขึ้นได้อย่างมีประสิทธิภาพหรือกระทั่งการเผชิญกับความตายอย่างสงบ สมศักดิ์ศรี ซึ่งเป็นบทบาทของ “พยาบาลสาธารณสุข” ที่พึงกระทำให้เกิดขึ้นที่บ้านได้

ความหมายการดูแลสุขภาพที่บ้าน

สมาคมพยาบาลอเมริกัน (American Nurse Association [ANA], 2008) ได้ให้ความหมายของการดูแลสุขภาพที่บ้านว่าเป็นการให้บริการด้านสุขภาพแก่ผู้ป่วย ครอบครัว และผู้ดูแล ที่มุ่งเน้นการบริการด้านสุขภาพขณะเจ็บป่วย ทั้งในระยะเฉียบพลัน ระยะเรื้อรัง และระยะสุดท้าย ซึ่งผู้ป่วยจะได้รับบริการภายในที่อยู่อาศัยของตนเอง (CHCA, 2008) การดูแลสุขภาพที่บ้านจะครอบคลุมการป้องกันโรค การสร้างเสริมสุขภาพ การฟื้นฟูสภาพ และการคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพที่ดี (Humphrey, 1988) สามารถทำหน้าที่ได้ตามปกติ ภายใต้เป้าหมายเดียวกันของผู้รับบริการและผู้ให้บริการ โดยมุ่งจัดการกับปัญหาสุขภาพที่มีอยู่หรือปัญหาสุขภาพที่อาจเกิดขึ้นได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Canadian Home Care Association [CHCA], 2008); (Community Health Nurse Association of Canada [CHCA], 2008) เกิดการพึ่งพาตนเองได้เมื่อเกิดความพิการหรือเจ็บป่วย รวมถึงการดูแลในระยะสุดท้ายของชีวิต โดยทีมสุขภาพจะมีการวางแผนการประสานงานร่วมกัน เพื่อให้บริการสุขภาพที่บ้านตามความเหมาะสมกับปัญหา เพื่อสนองต่อความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว (Stanhope, 1996) อย่างต่อเนื่องเป็นระบบบริการสุขภาพแบบเบ็ดเสร็จและองค์รวม (Holistic Care) ได้แก่ กาย จิต สังคม และสิ่งแวดล้อม (สุธีร์ ธรรมิกบวร, 2554) บริการที่ให้ต้องเหมาะสมตามความจำเป็นของผู้ป่วยในแต่ละคน และแต่ละครอบครัว รวมทั้งการช่วยเหลือ

สนับสนุนให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วมในการวางแผนการดูแลสุขภาพตามความต้องการจนสามารถดูแลตนเองได้ตามศักยภาพ (กองการพยาบาลสาธารณสุข สำนักอนามัย, 2555)

กล่าวโดยสรุป การดูแลสุขภาพที่บ้าน หมายถึง การให้บริการสุขภาพอย่างต่อเนื่องที่บ้านของผู้รับบริการโดยทีมสุขภาพ ที่ครอบคลุมทั้ง การสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษา พยาบาล การฟื้นฟูสภาพ และการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย เป็นการให้บริการที่ครอบคลุมทุกมิติทั้งด้านร่างกายและจิตใจ มุ่งเน้นการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยและครอบครัวเพื่อสนองต่อเป้าหมาย ความต้องการตามความเหมาะสมกับสภาพปัญหา และคงไว้ซึ่งศักยภาพในการดูแลตนเองและดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข

แนวคิดการดูแลสุขภาพที่บ้าน

การดูแลสุขภาพที่บ้าน เป็นการจัดบริการพยาบาล การดูแลผู้รับบริการอย่างมีคุณภาพภายใต้สิ่งแวดล้อมของผู้รับบริการ ซึ่งอาจจะเป็นบริการช่วงระยะเวลาหนึ่งหรือเป็นครั้งคราว โดยให้บริการสุขภาพบนแนวคิดของแรงจูงใจ วัฒนธรรม การมีส่วนร่วมของผู้รับบริการและครอบครัว โดยมีพยาบาลผู้ให้บริการที่บ้าน เป็นผู้อำนวยความสะดวกผ่านวิธีการให้ความรู้ การพิทักษ์สิทธิ์ และการดูแลแบบการจัดการรายกรณี เพื่อให้ผู้รับบริการมีความรู้ความเข้าใจ เกิดทักษะในการดูแล เกิดแรงจูงใจด้านบวก สามารถตัดสินใจด้านสุขภาพด้วยตนเองอย่างมีประสิทธิภาพจนสามารถยกระดับภาวะสุขภาพของตนเองเข้าสู่ภาวะปกติหรืออยู่ในภาวะที่ดีที่สุด (Rice, 1996) ตลอดจนการดูแลในระยะสุดท้ายของชีวิตเพื่อช่วยบรรเทาความทุกข์ทรมานต่างๆ และดำเนินชีวิตอย่างมีความสุขตามอัตภาพ หรือถ้าตายก็ให้ตายอย่างสมศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ โดยมีเป้าหมาย

ร่วมกันระหว่างผู้รับบริการและผู้ให้บริการ มุ่งเน้นให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพ เพื่อให้เกิดสมรรถนะในการดูแล ช่วยเหลือตนเอง สามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมโดยมีสุขภาวะที่ดีและมีความสุข (Stanhope & Lancaster, 1984)

แนวคิดการดูแลสุขภาพที่บ้านในประเทศไทย

ปัจจุบันการจัดการด้านสาธารณสุขของประเทศไทยได้เปลี่ยนรูปแบบไป โดยให้ความสำคัญกับการดูแลสุขภาพของตนเอง และขยายขอบเขตของความต้องการด้านสุขภาพจากโรงพยาบาลหรือสถานบริการด้านสุขภาพไปสู่การดูแลที่บ้านมากขึ้น (รุจา ภูไพบูลย์, 2541; สายพิน หัตถิรัตน์, 2553) โดยมีแนวคิดเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพที่บ้าน ดังต่อไปนี้

1. เป็นบริการเชิงรุกที่ให้บริการเชิงรุกที่บ้านของผู้รับบริการ (ประพิน วัฒนกิจ, 2541) ทั้งในผู้ที่มีภาวะสุขภาพดี เจ็บป่วย พิกัด หรือป่วยหนัก เพื่อทุเลาความเจ็บปวด ทุกข์ทรมาน หรือให้ตายอย่างสงบภายใต้สิ่งแวดล้อมที่เป็นอยู่ของผู้ป่วย (พรทิพย์ เกษุรานนท์, 2539)

2. เป็นการให้บริการโดยทีมสุขภาพ ซึ่งเป็นการปฏิบัติงานของบุคลากรในหลายสาขาวิชาชีพร่วมกัน (ประพิน วัฒนกิจ, 2541)

3. เป็นบริการสุขภาพแบบผสมผสาน ได้แก่ การสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสภาพ ร่วมกับการให้บริการทางสาธารณสุขมูลฐาน เพื่อแก้ไขปัญหาความต้องการของผู้ป่วย และครอบครัว (พรทิพย์ เกษุรานนท์, 2539; ประพิน วัฒนกิจ, 2541)

4. เป็นบริการที่ส่งเสริมให้เกิดการพึ่งพาตนเองของบุคคล ครอบครัว และชุมชนให้มีศักยภาพในการปฏิบัติตัว สามารถสังเกตอาการผิดปกติ และแก้ไขปัญหาสุขภาพที่เกิดขึ้น เพื่อให้สามารถช่วยเหลือตนเองได้ ยอมรับภาวะสุขภาพ และการ

ดำรงชีวิตอยู่ในสังคมอย่างมีความสุข (พรทิพย์ เกษุรานนท์, 2539; ประพิน วัฒนกิจ, 2541)

5. เป็นบริการที่เน้นความร่วมมือระหว่างสมาชิกในครอบครัว และชุมชน (พรทิพย์ เกษุรานนท์, 2539)

6. เป็นบริการที่มีระบบบันทึกข้อมูลข่าวสาร และมีการติดต่อสื่อสารอย่างต่อเนื่องระหว่างสถานบริการกับผู้ป่วยและครอบครัว (ประพิน วัฒนกิจ, 2541)

7. เป็นบริการที่จัดตามความเหมาะสมสอดคล้องกับปัญหา และความต้องการของผู้ป่วย และครอบครัวโดยคำนึงถึงทรัพยากรที่มีอยู่ (วิลาวัณย์ เสนารัตน์ และประยงค์ ลัมตระกูล, 2538)

กล่าวโดยสรุป แนวคิดการดูแลสุขภาพที่บ้านมีลักษณะเป็นการให้บริการแบบผสมผสาน และต่อเนื่องด้านสุขภาพแก่ผู้ที่มีสุขภาพดี และผู้ที่มีปัญหาทางสุขภาพ ทั้งนี้เพื่อส่งเสริมให้เกิดความร่วมมือและการพึ่งตนเองของผู้ป่วย ครอบครัว และชุมชน

วัตถุประสงค์การดูแลสุขภาพที่บ้าน

(ประพิน วัฒนกิจ, 2541; สายพิน หัตถิรัตน์, 2553)

1. พัฒนาศักยภาพของผู้ป่วยและครอบครัวในการดูแลตนเอง โดยได้รับความรู้ การฝึกปฏิบัติ คำแนะนำ การปฏิบัติตัวเมื่อเจ็บป่วย จากบุคลากรทีมสุขภาพจนเกิดความมั่นใจ สามารถพึ่งตนเองในการดูแลสุขภาพที่บ้านได้

2. ลดจำนวนผู้ป่วยและลดภาระค่าใช้จ่ายของโรงพยาบาล ซึ่งเป็นการลดภาระของโรงพยาบาล

3. ลดอัตราการเกิดโรคและอัตราการตายของประชากรในชุมชนได้ จากการให้การดูแลอย่างต่อเนื่อง และการสอนให้ประชาชนที่เจ็บป่วยรู้จักการดูแลสุขภาพตนเองอย่างถูกต้อง

4. ส่งเสริมภาวะสุขภาพจิตของผู้ป่วยให้ดีขึ้น โดยเฉพาะการได้ใกล้ชิดครอบครัวในยาม

เจ็บป่วย ซึ่งทีมสาธารณสุขจะรับผิดชอบดูแลให้
อย่างต่อเนื่อง

5. เพื่อปรับปรุงสภาวะสิ่งแวดล้อมที่บ้าน
เหมาะสมต่อโรคและการฟื้นฟูของโรค

6. เพื่อพัฒนาบริการสาธารณสุข มุ่งเน้น
ให้บริการเชิงรุกไปสู่ครอบครัวและชุมชนอย่างมี
ระบบ

ประโยชน์ของการดูแลสุขภาพที่บ้าน

การดูแลสุขภาพที่บ้านก่อให้เกิดประโยชน์ต่อ
ผู้รับบริการและสถานบริการสุขภาพหรือโรงพยาบาล
ดังนี้ (วิโรจน์ วรรณภิระ, 2555; ประยงค์ ลิ้มตระกูล,
2540; สายพิน หัตถิรัตน์, 2553; Quinlan &
Ohlund, 1995)

1. ผู้รับบริการและครอบครัวมีความรู้ความ
เข้าใจเกี่ยวกับความเจ็บป่วยมากขึ้น สามารถดูแล
ตนเองได้ อันเป็นแนวทางนำไปสู่การบรรลุเป้าหมาย
สูงสุดของการมีคุณภาพชีวิตที่ดี

2. ภาวะจิตใจของผู้ป่วยดีขึ้น เนื่องจากได้
อยู่ใกล้ชิดกับครอบครัวขณะเจ็บป่วย ได้อยู่ในสภาพ
แวดล้อมที่คุ้นเคย ร่วมทำกิจกรรมกับครอบครัวได้
และสามารถทำหน้าที่ของตนเองในครอบครัวได้ ทำ
ให้ความเครียดลดลง มีขวัญและกำลังใจที่ดี เกิด
ความอบอุ่นในครอบครัว

3. เป็นการลดปริมาณผู้ป่วยที่ไม่จำเป็นต้อง
ได้รับการบริการในโรงพยาบาลลง ทำให้โรงพยาบาล
สามารถให้บริการผู้ป่วยที่จำเป็นได้มากขึ้น

4. ช่วยลดค่าใช้จ่ายในการเดินทางและพัก
ค้างของผู้ป่วยและครอบครัว ในกรณีที่เจ็บป่วย
เล็กน้อยและสามารถดูแลที่บ้านได้

5. ช่วยลดค่าใช้จ่ายของโรงพยาบาล ในการ
จัดบริการให้ผู้ป่วยที่ไม่จำเป็นต้องมารับการตรวจ
รักษาที่โรงพยาบาล ทำให้สามารถนำค่าใช้จ่ายส่วนนี้
มาใช้กับผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรงกว่าได้มากขึ้น

6. เป็นการสร้างสัมพันธภาพที่ดีอย่างหนึ่ง
ระหว่างผู้รับบริการ ครอบครัว ชุมชน และสถาน
บริการสุขภาพหรือโรงพยาบาล เนื่องจากผู้รับบริการ
และครอบครัวได้รับการดูแลจากทีมสุขภาพเป็น
รายบุคคล ผู้รับบริการมีโอกาสได้พูดคุย ซักถาม
ปัญหา และร่วมกันแก้ไขปัญหาของตนเองกับทีม
สุขภาพ

7. ช่วยให้เกิดความเสมอภาคแก่ประชาชน
ทั้งในกลุ่มผู้ด้อยโอกาส กลุ่มเสี่ยงและกลุ่มผู้ยากจน
ที่ไม่สามารถมารับบริการที่สถานพยาบาลได้
เนื่องจากข้อจำกัดใดๆ ก็ตาม ระบบบริการสุขภาพที่
บ้านสามารถให้บริการแก่กลุ่มผู้รับบริการกลุ่มนี้ได้

8. เป็นการส่งเสริมนโยบายทางด้าน
สาธารณสุขของประเทศในการพัฒนาความสามารถ
ของผู้รับบริการและครอบครัวในการดูแลตนเองที่
บ้าน นำไปสู่การพึ่งพาตนเองเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิต
ตามเป้าหมายแผนพัฒนาสาธารณสุขของประเทศ

ขอบเขตของการดูแลสุขภาพที่บ้าน

โรวินสกี และซาสต็อคกี (Rovinski & Zastocki,
1989) ได้กล่าวถึงขอบเขตของการดูแลสุขภาพที่บ้าน
ว่าเป็นการให้บริการด้านสุขภาพแก่ผู้ป่วยอย่าง
ต่อเนื่องเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถช่วยเหลือตนเองและมี
คุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น เกิดความสะดวก สบายแก่ผู้ป่วย
การดูแลสุขภาพที่บ้านเป็นบทบาทอิสระของพยาบาล
สามารถตัดสินใจ โดยอาศัยความเชื่อมั่นของตนเองใน
การให้บริการแก่ผู้ป่วยและครอบครัว แต่ต้องกระทำ
ภายใต้ขอบเขตของวิชาชีพ (พวงรัตน์ บุญญานุรักษ์
และวรรณวิไล จันทราภา, 2536) เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับ
การดูแลอย่างต่อเนื่อง ถูกต้องและเหมาะสม (Clemen
– Stone, Eigsti, & McGuire, 1995)

วิวัฒนาการของการดูแลสุขภาพที่บ้าน

(รุจา ภูไพบูลย์, 2541)

มิสไนติงเกลเป็นนักทฤษฎีทางการพยาบาลคนแรกที่ทำให้แนวคิดเกี่ยวกับแนวปฏิบัติการดูแลสุขภาพที่บ้าน โดยได้มีการแบ่งการพยาบาลสมัยนั้นเป็น 2 ประเภทคือ พยาบาลประจำโรงพยาบาล (Hospital nurse) กับพยาบาลชุมชน (District nurse) ซึ่งต่อมาเรียกว่า Health missionaries ต่อมาในปี ค.ศ. 1876 มิสไนติงเกลได้ขยายบทบาทของพยาบาลเพิ่มอีกสาขาชื่อ พยาบาลประจำบ้าน (Home nurse) ที่มีหน้าที่ในการให้คำแนะนำมารดาเพื่อให้สามารถดูแลสุขภาพที่บ้านได้ดี ในปี ค.ศ. 1893 มิสไนติงเกล ได้กล่าวถึงความเชื่อของเธอที่ให้ความสำคัญแก่สตรีในการดูแลสุขภาพที่บ้าน ซึ่งท่านระบุว่าพยาบาลชุมชน (Health missionaries) จะต้องเข้าถึงครอบครัวตามบ้าน และพยาบาลให้ความรู้คำแนะนำมารดาเกี่ยวกับศิลปะในการดูแลสิ่งแวดล้อมในบ้านให้สะอาดและครอบครัวมีสุขภาพดี

แนวคิดนี้ได้ถูกนำมาประยุกต์ใช้ในการให้การพยาบาลชุมชนของพยาบาลสาธารณสุขในสหรัฐอเมริกา และยังเน้นการดูแลผู้ยากจนที่เจ็บป่วยตามบ้าน การพยาบาลสาธารณสุขในปี ค.ศ. 1892 การขยายบทบาทในการดูแลสุขภาพของชุมชนมากขึ้น หน่วยที่พยาบาลสาธารณสุขให้บริการก็ขยายจากการดูแลคนเจ็บตามบ้าน ไปสู่การบริการในโรงเรียน ในโรงงาน ในตลาด และชุมชนอื่นๆ ซึ่งไม่ใช่การดูแลสุขภาพเฉพาะครอบครัวเท่านั้นแต่เป็นการดูแลสุขภาพชุมชนทั้งหมด

วิวัฒนาการการดูแลสุขภาพที่บ้านของไทย

(รุจา ภูไพบูลย์, 2541)

วิวัฒนาการการดูแลสุขภาพที่บ้านของสังคมไทยไม่มีประวัติศาสตร์ที่ชัดเจนมากนัก ในอดีตการดูแลรักษาหรือเยี่ยมไข้ หรือการทำคลอด มักจะ

ทำที่บ้านเป็นส่วนใหญ่โดยมี แพทย์ประจำตำบล หมออนามัย พยาบาลผดุงครรภ์ รวมทั้งหมอดำแยเป็นผู้ให้บริการ แต่หลังจากที่ประเทศไทยได้มีการปฏิรูประบบสุขภาพมาตั้งแต่ปี พ.ศ.2544 โดยกำหนดนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เพื่อสร้างหลักประกันให้คนไทย ทุกคนสามารถ เข้าถึงบริการด้านสุขภาพที่มีมาตรฐานและเท่าเทียมกัน ส่วนหนึ่ง ที่สำคัญในระบบบริการสุขภาพ คือ การพัฒนางานบริการปฐมภูมิที่เน้น การส่งเสริมสุขภาพเชิงรุกของบุคคล ครอบครัว ชุมชน เพิ่มสมรรถนะด้านการ รักษาโรคเบื้องต้นของพยาบาลเพื่อให้สามารถลดปริมาณผู้ป่วยในโรงพยาบาลขนาดใหญ่ รวมถึงลดภาระค่าใช้จ่ายทั้งในระดับครัวเรือนของประชาชนและ งบประมาณของประเทศในระยะยาว (สำนักการพยาบาล, 2556) วิวัฒนาการของการดูแลสุขภาพที่บ้านในประเทศไทยเน้นการดูแลเป็นองค์รวมมากกว่าในอดีตที่ผ่านมา ดังจะเห็นได้จากเอกสารวิชาการเกี่ยวกับการพยาบาลต่างๆ มีการกระตุ้นให้พยาบาลยึดผู้ป่วยและครอบครัวเป็นจุดศูนย์กลางของการบริการมากขึ้น รวมทั้งมีการนำกระบวนการพยาบาลมาใช้ในการดูแลผู้ป่วยและครอบครัว

หน่วยบริการพยาบาลผู้ป่วยที่บ้าน งานการพยาบาลป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพ โรงพยาบาลรามาริบัติ (สุลักษณ์ วงศ์ธีรภัค, 2556)

ก่อตั้งขึ้นในปี พ.ศ.2515 มีจุดเริ่มต้นจากการพยาบาลกุมารเวชศาสตร์พบว่า ผู้ป่วยเด็กหลายรายมีการกลับมารักษาซ้ำ (readmission) ในโรงพยาบาลบ่อยๆ ด้วยปัญหาเดิมๆ ในขณะที่โรงพยาบาลรามาริบัติมีเตียงรับผู้ป่วยในจำนวนจำกัด จึงได้มีการปรึกษารื้อกับผู้บริหารฝ่ายการแพทย์และมีความเห็นว่าน่าจะมีพยาบาลสาธารณสุขเข้ามาช่วยงานด้านการสอนคนไข้และผู้ดูแลก่อนกลับบ้าน จึงได้ก่อตั้งงานการพยาบาลป้องกันโรค

และส่งเสริมสุขภาพขึ้น พร้อมทั้งประกาศรับสมัครพยาบาลสาธารณสุข และดำเนินการให้ความรู้คนไข้ทั้งผู้ป่วยนอก และผู้ป่วยใน โดยมีการจัดกิจกรรมในหอผู้ป่วยและสอนตามเตียง ในขณะที่เดียวกันก็กระตุ้นให้พยาบาลได้สอนคนไข้ด้วย รวมถึงมีการจัดพิมพ์เอกสารสำหรับผู้ป่วยและผู้มารับบริการแต่ปัญหาของการกลับมารักษาซ้ำ (readmission) ยังไม่ลดลง จึงได้มีการติดตามไปดูแลที่บ้าน ต่อมาการทำงานได้ปรับเปลี่ยนไปตามความเหมาะสม โดยมีการขึ้นไปหออผู้ป่วย พูดคุยกับญาติถึงวิธีการดูแลและแก้ไขปัญหที่บ้านแล้วช่วยกันเข้าไปหาทางช่วยเหลือ ซึ่งหน่วยบริการพยาบาลผู้ป่วยที่บ้าน (Home Health Care Unit) จะติดตามไปเยี่ยมบ้านถ้าไม่สามารถช่วยเหลือได้ก็จะไปประสานงานหรือขอความช่วยเหลือจากแหล่งประโยชน์ต่อไป

ความมุ่งหมาย/เจตจำนงของหน่วยงาน

1. ด้านการพยาบาล จัดให้มีการบริการเผยแพร่ความรู้ด้านสุขภาพอนามัย ปรีกษาปัญหาสุขภาพ และให้บริการพยาบาลต่อเนื่องจากโรงพยาบาลถึงบ้านแบบองค์รวม ครอบคลุมทั้ง 4 มิติ แก่ผู้ป่วย ครอบครัว และชุมชน ตามมาตรฐานและจริยธรรมแห่งวิชาชีพ

2. ด้านการศึกษา ส่งเสริมและพัฒนาความรู้ความสามารถของบุคลากรอย่างต่อเนื่อง สนับสนุนการทำวิจัย และนำผลการวิจัยมาใช้ในการบริการ รวมทั้งเป็นแหล่งฝึกทางการศึกษาพยาบาล

ปรัชญา / ค่านิยม

หน่วยบริการพยาบาลผู้ป่วยที่บ้าน งานการพยาบาลป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพเชื่อว่าผู้ป่วย ครอบครัวและชุมชน มีศักยภาพในการพัฒนาและสามารถดูแลตนเองได้ โดยการมีส่วนร่วมในการจัดบริการและยึดหลักการบริการที่มีคุณภาพตาม

มาตรฐาน รวมทั้งตระหนักถึงเกียรติ ศักดิ์ศรี คุณค่า และสิทธิของผู้รับบริการ เพื่อให้ผู้รับบริการเกิดความพึงพอใจ

พื้นที่ให้บริการ

พื้นที่ให้บริการดูแลสุขภาพที่บ้านจะตั้งอยู่ในเขตเมือง หรือเป็นเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาล ซึ่งตั้งอยู่บริเวณใกล้เคียงกับโรงพยาบาล มีการคมนาคมสะดวก และใช้ระยะเวลาเดินทางน้อย ในขณะที่การให้บริการพื้นที่นอกเมือง หรือพื้นที่ชนบทนั้น จะใช้สถานบริการสาธารณสุขที่อยู่ในท้องถิ่นเพื่อให้บริการดูแลสุขภาพที่บ้านในพื้นที่ซึ่งอยู่ในเขตรับผิดชอบของสถานบริการสาธารณสุขนั้นๆ ในบริบทของโรงพยาบาลรามธิบดีจะให้บริการครอบคลุมการเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้านในเขตรับผิดชอบ คือ กรุงเทพมหานคร และปริมณฑล

บทบาทของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยที่บ้านในโรงพยาบาลระดับมหาวิทยาลัย

1. วางแผนเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยและครอบครัวในการดูแลตนเองก่อนจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล (Discharge Planning) (สุลักษณ์ วงศ์ธีรภัค, 2556; วรณัน ประสารอริคม, 2557) กระบวนการวางแผนจำหน่ายเป็นการทำงานเป็นทีมของบุคลากรทางการแพทย์ โดยเน้นผู้ป่วยและครอบครัวเป็นศูนย์กลาง ผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลนั้นเป็นผู้ป่วยเรื้อรังที่มีปัญหายุ่งยากซับซ้อนในการดูแลทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม ส่วนมากมีอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่ต้องใช้ทักษะในการดูแล รวมทั้งผู้ป่วยที่ไม่มั่นใจในการดูแลตนเองและมีปัญหาที่ต้องการการดูแลต่อเนื่องที่บ้านโดยผู้ป่วยทั้งหมดจะได้รับการส่งปรึกษาจากแพทย์หรือพยาบาลบนหอผู้ป่วย หรือหน่วยตรวจผู้ป่วยนอก ตลอดจนผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาที่แผนกฉุกเฉิน และ

แผนกอื่น ๆ ในโรงพยาบาล โดยจะร่วมประชุมและวางแผนกับทีมสหสาขาซึ่งประกอบด้วย แพทย์ พยาบาล เภสัชกร นักโภชนาการ สังคมสงเคราะห์ กายภาพบำบัด ฯลฯ โดยมีขั้นตอนการดำเนินการดังนี้

1.1 ศึกษาข้อมูลเกี่ยวกับประวัติความเจ็บป่วยอย่างละเอียด การวินิจฉัยโรค การดำเนินโรค การพยากรณ์โรค แผนการรักษาพยาบาล เพื่อใช้เป็นข้อมูลเบื้องต้นในการประเมินปัญหาเกี่ยวกับผู้ป่วย เพื่อประโยชน์ในการวางแผนการดูแลผู้ป่วยภายหลังการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

1.2 ประเมินภาวะสุขภาพ ความรู้ ความสามารถ ความเชื่อทัศนคติ สัมพันธภาพในครอบครัว และความพร้อมของผู้ดูแล/ครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน

1.3 ประเมินสิ่งแวดล้อมที่บ้าน ลักษณะที่อยู่อาศัย ที่นอน ตลอดจนอุปกรณ์การดูแลที่จำเป็นจะสามารถดัดแปลงให้เหมาะสมสำหรับผู้ป่วย

1.4 ประเมินแหล่งสนับสนุนในชุมชน เช่น โรงพยาบาล สถานีนามัย หรือศูนย์บริการฟื้นฟูที่อยู่ใกล้บ้าน

1.5 สร้างสัมพันธภาพเชิงบำบัดเพื่อให้เกิด Trust bonding process ให้กับผู้ป่วยและครอบครัวเพื่อให้เกิดความไว้วางใจในการให้บริการและการให้คำปรึกษาโดยมีเป้าหมายเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวเข้าใจสภาพปัญหาที่เกิดขึ้นตามความเป็นจริง และพัฒนาศักยภาพและความสามารถในการหาแนวทางการแก้ไขปัญหา

1.6 การให้ข้อมูลเกี่ยวกับภาวะสุขภาพและการฝึกทักษะในการดูแล ซึ่งถือเป็นบทบาทด้านการให้ความรู้ (Health education) ที่สำคัญพยาบาลสามารถนำข้อมูลที่ได้รับมาวางแผนในการให้ความรู้และพัฒนาทักษะการดูแลตนเองในเรื่องต่างๆ เมื่อผู้ป่วยและญาติ/ผู้ดูแลพร้อมที่จะเรียนรู้

โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ป่วยที่มีโรคเรื้อรัง เช่นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ มีอุปกรณ์การแพทย์ในการดูแล ผู้ป่วยโรคเมเร็งที่ต้องให้การดูแลระยะสุดท้าย โดยใช้กระบวนการ METHOD ดังนี้ (ดวงมณี เลหาประสิทธิ์พร, 2550; สุลักษณ์ วงศ์ธีรภัค, 2556)

M : Medication & Adverse effects ยาที่ผู้ป่วยได้รับกลับบ้าน และการบริหารยาอย่างมีประสิทธิภาพ และปลอดภัย ในการสอนต้องคำนึงถึงว่าผู้บริหายาเป็นใคร และมีข้อจำกัดในการบริหารยาหรือไม่

E : Environment & Equipment การจัดสิ่งแวดล้อมให้ปลอดภัยสำหรับผู้ป่วย เอื้ออำนวยต่อการฟื้นฟูสภาพ การใช้อุปกรณ์ทางการแพทย์อย่างมีประสิทธิภาพ และปลอดภัย

T : Treatment แผนการรักษาที่ดำเนินต่อบ้าน เช่นการให้อาหารนั้นจะต้องให้ปริมาณและจำนวนครั้งเท่าใด ปริมาณออกซิเจนที่ผู้ป่วยควรได้รับ เป็นต้น

H : Health การให้ความรู้และสอนทักษะเฉพาะที่จำเป็นสำหรับผู้ป่วย ผู้ดูแล และครอบครัว ซึ่งสอดคล้องกับความต้องการการดูแลต่อเนื่อง ครอบคลุมถึงการวินิจฉัยโรค และการดำเนินโรค แผนการรักษา โรคแทรกซ้อน การปฏิบัติตัวหรือความต้องการการดูแลตนเองของผู้ป่วยในเรื่องต่างๆ

O : Outpatient (Follow up & Referral) การมาตรวจตามนัด การมาตรวจเมื่อเกิดเหตุฉุกเฉิน การส่งต่อไปรับการดูแลอย่างต่อเนื่องในชุมชน

D : Diet ภาวะโภชนาการที่เหมาะสม เช่นอาหาร และเครื่องดื่ม มีการจำกัดอาหารหรือไม่ ปริมาณน้ำดื่มในแต่ละวัน

1.7 การประเมินความพร้อมในการจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาลโดยการทวนสอบ

ความรู้ความเข้าใจ และทักษะที่จำเป็นต่างๆที่ต้องปฏิบัติเมื่อกลับไปพักฟื้นที่บ้าน

1.8 เป็นที่ปรึกษาให้ผู้ป่วยและครอบครัว ทั้งระยะก่อนและภายหลังการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถปรับตัวได้ดีขึ้น ภายใต้สถานการณ์ที่เป็นจริงที่บ้าน การประยุกต์เทคโนโลยีต่างๆให้เหมาะสมสำหรับครอบครัว การติดตามช่วยให้ครอบครัวสามารถพัฒนาศักยภาพในการเผชิญและแก้ไขปัญหา และคงไว้ซึ่งคุณภาพการดูแล

1.9 การประสานงานกับทีมสุขภาพที่เกี่ยวข้องทั้งภายใน เช่น แพทย์ พยาบาล เภสัชกร นักโภชนาการ สังคมสงเคราะห์ กายภาพบำบัด ฯลฯ และภายนอกโรงพยาบาล เช่น พยาบาลประจำศูนย์บริการสาธารณสุข ผู้แทนขายอุปกรณ์ทางการแพทย์ ที่ผู้ป่วยต้องใช้ เช่น เครื่องดูดเสมหะ เครื่องผลิตออกซิเจน เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลต่อเนื่องอย่างเหมาะสมตามแผนการรักษา เพื่อวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาลได้อย่างมีประสิทธิภาพ

2. ให้บริการพยาบาลและการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยที่บ้าน (Home Care Nursing) (สุลักษณ์ วงศ์ธีรภัค, 2556; วรณัน ประสารอติคม, 2557) ระบบบริการสุขภาพต่อเนื่องจากโรงพยาบาลสู่บ้าน เป็นบริการพยาบาลแบบองค์รวมและต่อเนื่องจากการวางแผนจำหน่าย และเพื่อการปรับเปลี่ยนสภาพแวดล้อมให้เหมาะสม เนื่องจากสภาพแวดล้อมที่บ้านแตกต่างจากโรงพยาบาล ผู้ป่วยอาจจะมีปัญหาในการดูแลตนเองในผู้ป่วยเรื้อรัง ซึ่งมีปัญหาสุขภาพที่ยุ่ยากซับซ้อน รวมทั้งผู้ป่วยที่มีอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่ต้องใช้ทักษะในการดูแล และต้องการการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน ในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล โดยมีเป้าหมายเพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถพัฒนาศักยภาพในการดูแล

ตนเอง เผชิญปัญหาได้ในภาวะสุขภาพที่เปลี่ยนแปลง และพึ่งพาตนเองได้ในระยะยาว โดยจะติดตามเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้านภายใน 7 วันแรกหลังจากผู้ป่วยถูกจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลเพื่อเพิ่มความมั่นใจในการดูแล โดยมีกิจกรรมการพยาบาลดังนี้

2.1 ตรวจร่างกายและประเมินภาวะสุขภาพของผู้ป่วย

2.2 ประเมินความรู้และความสามารถของผู้ดูแลและครอบครัวในการดูแลโดยให้ทวนสอบซ้ำในการดูแล เช่น การให้อาหารทางสายยาง การดูแลผู้ป่วยเจาะคอ การดูแลผู้ป่วยที่คาสายสวนปัสสาวะ ฯลฯ

2.3 ให้ความรู้และสอนสาธิตเพิ่มเติมเกี่ยวกับขั้นตอนการดูแลต่างๆให้ถูกต้องเหมาะสมกับผู้ป่วยเมื่ออยู่บ้าน และเน้นย้ำให้ผู้ดูแลตระหนักถึงภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดได้ พร้อมทั้งแนวทางการแก้ไขปัญหา

2.4 ปรับเปลี่ยนสภาพแวดล้อมให้เอื้อต่อการดูแลผู้ป่วย เช่น ความสะอาดของสถานที่อยู่อาศัย เติง ที่นอน อุปกรณ์เสริม

2.5 ให้กำลังใจ สนับสนุนให้คำแนะนำ และเพิ่มความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วย

2.6 ให้การสนับสนุนผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อนำศักยภาพที่มีอยู่มาพัฒนาความสามารถในการดูแลเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้บอกถึงการรับรู้ภาวะสุขภาพ ระบายความรู้สึก พร้อมทั้งเป็นที่ปรึกษาเพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวคลายความวิตกกังวลในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังต่างๆ โดยมีพยาบาลเป็นผู้ประสานงานระหว่างแหล่งสนับสนุนทางสังคมเพื่อให้การดูแลที่มีประสิทธิภาพและต่อเนื่อง

2.7 บันทึกรายงานการให้บริการพยาบาลที่บ้านแฟ้มประวัติการดูแลผู้ป่วยที่บ้านเพื่อติดตามและประเมินการเปลี่ยนแปลงการรักษาพยาบาล ลง

บันทึกใน Electric Medical Record (EMR) เพื่อสื่อสารการดูแลผู้ป่วยกับทีมสุขภาพ และบันทึกในระบบสารสนเทศ ของงานสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) เพื่อรายงานสถิติการดูแลผู้ป่วยในระดับประเทศ

2.8 ประสานงานกับทีมสุขภาพที่ให้การดูแลผู้ป่วย ประชุมปรึกษา เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยและครอบครัวอย่างต่อเนื่องครบวงจร

หลักเกณฑ์ในการแบ่งประเภทการดูแลสุขภาพผู้ป่วยที่บ้านเป็นระดับต่างๆ (กองการพยาบาล สาธารณสุข สำนักอนามัย, 2555; สุลักษณ์ วงศ์วิรัช, 2556; วรณัน ประสารอริคม, 2557)

ผู้ป่วยที่ให้การพยาบาลที่บ้านมีหลายระดับ ซึ่งปัญหาที่พบจะต่างกัน การแบ่งกลุ่มผู้ป่วยจะช่วยให้การวางแผนการพยาบาล การกำหนดเป้าหมาย กิจกรรมและการประเมินผลง่ายขึ้น ซึ่งผู้ป่วยที่ส่งต่อให้ได้รับการดูแลที่บ้านแบ่งได้เป็น 5 ระดับ คือ

ระดับที่ 1 ผู้ป่วยที่มีปัญหาเฉียบพลัน มีความเจ็บป่วยหรือพิการเพียงชั่วคราว สามารถหายเป็นปกติได้ (curable/recover) เช่น ปอดบวม ภาวะโภชนาการบกพร่อง ระบบทางเดินอาหารผิดปกติ และมีบาดแผลเล็กน้อย เป็นต้น

ระดับที่ 2 ผู้ป่วยที่มีปัญหาเรื้อรังในระดับต้น (long-term chronic) มีความเจ็บป่วยเฉียบพลันคงอยู่ระยะหนึ่ง เมื่ออาการทุเลาลงแล้วไม่สามารถหายเป็นปกติได้ แต่สามารถดูแลตนเองได้ เช่น โรคหัวใจ โรคเบาหวาน อัมพฤกษ์ที่ยังสามารถช่วยเหลือตนเองได้ โรคความดันโลหิตสูง มีการเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิตเล็กน้อย ได้แก่ การควบคุมอาหาร รับประทานยา และการออกกำลังกาย เป็นต้น

ระดับที่ 3 ผู้ป่วยที่มีปัญหาเรื้อรังในระดับกลาง (long-term with mild disability) และทวิ

ความรุนแรงเพิ่มขึ้นจนไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ในระยะเฉียบพลัน เมื่อได้รับการดูแลและฟื้นฟูสุขภาพแล้วสามารถพัฒนาศักยภาพในการดูแลตนเองได้บางส่วน เช่น อัมพาตครึ่งซีก โรคหัวใจและหัวใจล้มเหลว ผู้ป่วยถูกตัดขาและภาวะแทรกซ้อนจากเบาหวาน มีการเปลี่ยนแปลง การดำเนินชีวิตค่อนข้างมาก ต้องมีคนช่วยเหลือในกิจวัตรประจำวัน ผู้ดูแลต้องการการสอน และสาธิตการช่วยผู้ป่วยบางส่วนในกิจกรรมต่างๆในชีวิตประจำวัน เป็นต้น

ระดับที่ 4 ผู้ป่วยที่มีปัญหาเรื้อรังยุ่งยากซับซ้อนรุนแรง (long-term with extreme disability) ผู้ป่วยไม่สามารถดูแลช่วยเหลือตนเองได้ จำเป็นต้องพึ่งพาผู้อื่นทั้งหมด เช่น โรคหัวใจที่รุนแรง โรคหลอดเลือดสมอง โรคข้ออักเสบรุนแรงและโรคกระดูกงูระยะลุกลาม ซึ่งผู้ป่วยกลุ่มนี้มักจะอยู่ในภาวณอนติดเตียง (bed ridden) ผู้ดูแลต้องการการสอน และสาธิตกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยเรื่องต่างๆ เช่น การให้อาหารทางสายผ่านทางจมูก การให้สารอาหารทางหลอดเลือดดำ การเคาะปอดและการดูดเสมหะ การสวนปัสสาวะ เป็นต้น

ระดับที่ 5 ผู้ป่วยระยะสุดท้าย (terminally ill) เช่น ผู้ป่วยถุงลมโป่งพองในระยะสุดท้าย โรคกระดูกงู โรคไตวาย โรคหัวใจ โรคตับวาย โรคเอดส์ ผู้ป่วยในระยะนี้แพทย์มักจะวินิจฉัยว่าไม่สามารถรักษาได้ในทางการแพทย์ แต่ผู้ป่วยยังต้องการการดูแลต่อเนื่องเพื่อลด/บรรเทาความทุกข์ทรมานจากการเจ็บป่วย และสามารถมีความพร้อมเผชิญกับความตายอย่างสมศักดิ์ศรี เป็นต้น

ขั้นตอนในการให้การบริการพยาบาลและการดูแลสุขภาพผู้ป่วยที่บ้าน (สุลักษณ์ วงศ์วิรัช, 2556; วรณัน ประสารอริคม, 2557)

ผู้ป่วยเรื้อรังที่มีปัญหายุ่งยากซับซ้อนในการดูแลทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม ผู้ป่วยที่มี

อุปกรณ์ทางการแพทย์ที่ต้องใช้ทักษะในการดูแล รวมทั้งผู้ป่วยที่ไม่มั่นใจในการดูแลตนเองและมีปัญหาที่ต้องการการดูแลต่อเนื่องที่บ้านจะได้รับการส่งปรึกษาจากแพทย์หรือพยาบาลบนหอผู้ป่วย ตั้งแต่โรงพยาบาลจนถึงที่บ้านโดยร่วมประชุมและวางแผนกับทีมสหสาขา โดยมีขั้นตอนการดำเนินการโดยใช้กระบวนการพยาบาล (Nursing Process) ดังนี้

1. การรวบรวมข้อมูล (Assessment)

1.1 ประเมินผู้ป่วยและครอบครัวทั้งด้านร่างกาย จิตใจ เศรษฐกิจและสังคม โดยประยุกต์ตามแนวคิดทฤษฎีทางการพยาบาลมาเป็นกรอบในการประเมิน เช่น แนวคิดทฤษฎีการปรับตัวของรอย ในการอธิบายกรอบแนวคิดเกี่ยวกับการปรับตัวของบุคคล เพื่อก่อให้เกิดความสมดุลของร่างกาย แนวคิดเกี่ยวกับการดูแลตนเองของโอเรม (Orem, 1995) โดยบุคคลมีศักยภาพจะปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองเพื่อส่งเสริมดำรงรักษาภาวะปกติของสุขภาพและชีวิตได้ เป็นต้น

1.2 ประเมินครอบครัวทั้งโครงสร้างหน้าที่และความสามารถของครอบครัว, บทบาทของสมาชิก ศักยภาพของครอบครัวในเรื่องของการปรับตัว การมีส่วนร่วม การพัฒนาการ อารมณ์ความรู้สึก และการแก้ไขปัญหาด้วยการประเมิน Family Apgar

1.3 การประเมินสิ่งแวดล้อมภายในบ้านและภายนอกบ้าน เช่น ความแข็งแรง ความปลอดภัย ความสะอาด ความเป็นระเบียบเรียบร้อย และมลภาวะ

1.4 การประเมินแหล่งประโยชน์ต่างๆที่สามารถช่วยเหลือผู้ป่วย / ครอบครัวได้

1.5 การประเมินความเชื่อ คุณค่า ความหมายในชีวิต ความสามารถของผู้ป่วย ครอบครัว ซึ่งสะท้อนถึงความเข้มแข็ง (Strength) และข้อจำกัด

(Weak) ของแต่ละครอบครัว แนวคิดเรื่องวัฒนธรรมของครอบครัว เชื่อชาติ เพื่อใช้เป็นแนวทางในการเพิ่มความสามารถ การปรับตัวและเพิ่มพลังอำนาจของผู้ป่วยและครอบครัว

2. การกำหนดปัญหา เป็นข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล (Nursing Diagnosis) การรวบรวมปัญหาที่เกิดขึ้นของผู้ป่วยและครอบครัวที่ได้มาจากการประเมิน นำมาจัดลำดับความสำคัญก่อน-หลัง โดยให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วม เพื่อนำมาวางแผนการให้การพยาบาลอย่างต่อเนื่อง

3. การวางแผนการพยาบาล (Planning) การกำหนดเป้าหมายในการดูแลสุขภาพที่บ้าน

3.1 เป้าหมายระยะสั้น ผู้ป่วยสามารถบรรลุเป้าหมายการดูแลสุขภาพที่บ้านในแต่ละระดับดังนี้
ระดับที่ 1 สามารถฟื้นหายได้ (Recovery)
ระดับที่ 2 สามารถดูแลตนเองได้ (Self care)
ระดับที่ 3 สามารถฟื้นฟูสุขภาพได้ (Rehabilitation)
ระดับที่ 4 สามารถดำรงสภาพได้ (Maintenance)
ระดับที่ 5 สามารถมีความพร้อมเผชิญกับความตายอย่างสมศักดิ์ศรี (Physical comfort and psychological peace in the final phase of life)

3.2 เป้าหมายระยะยาว

3.2.1 ผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแล (Partnership)

3.2.2 ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถดูแลตนเองได้ (Self care)

3.2.3 ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง (Continuing care)

3.2.4 ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับการดูแลแบบองค์รวม (Holism)

4. การให้บริการพยาบาล (Implementation) มีหลายบทบาทดังนี้

4.1 การให้บริการพยาบาล (Nursing provider)

4.2 การให้ความรู้ (Educator) เป็นบทบาทที่มีพื้นฐานสำคัญและจำเป็นต้องเกิดขึ้นกับผู้ป่วยและครอบครัวทุกราย เพื่อให้การดูแลมีประสิทธิภาพ บรรลุวัตถุประสงค์ตามเป้าหมายของการดูแลสุขภาพที่บ้าน

4.3 การให้คำปรึกษา (Consultant)

4.4 การเป็นที่ปรึกษา (Counselor)

4.5 การเป็นผู้พิทักษ์สิทธิ์ (Advocator)

4.6 การประสานงาน (Coordinator)

4.7 การวางแผน (Planner)

4.8 การเป็นผู้ประเมินผล (Evaluator)

4.9 การเป็นผู้วิจัย (Researcher)

4.10 การเป็นผู้ชำนาญเฉพาะทาง (Specialist)

5. การประเมินผลการพยาบาล (Evaluation) เป็นการประเมินผลในด้านต่างๆ คือ

5.1 การประเมินความเจ็บป่วย (Clinical outcome) เป็นการประเมินการดูแล สุขภาพที่บ้านว่าบรรลุเป้าหมายที่ตั้งไว้หรือไม่ เช่นในการเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้านแต่ละครั้ง ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่เหมาะสมไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน

5.2 การประเมินภาวะสุขภาพ (Health status outcome) เป็นการประเมิน ภาวะการเปลี่ยนแปลงในทางสุขภาพ เช่น ผู้ป่วยที่ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ ภายหลังได้รับการดูแลสามารถช่วยเหลือตนเองได้ เป็นต้น

5.3 การประเมินความพึงพอใจ (Satisfaction outcome) เป็นการประเมินความคิดเห็นของผู้ป่วยและครอบครัวต่อการบริการพยาบาลที่บ้านที่ได้รับ

5.4 การประเมินข้อมูลต่างๆ (Utilization outcome) เป็นการประเมินข้อมูลการกลับเข้ามารับการรักษาในโรงพยาบาล เช่น การมาที่หน่วยเวชศาสตร์ฉุกเฉิน (Emergency unit) การกลับมารับรักษาซ้ำในโรงพยาบาล (Readmission)

5.5 การประเมินค่าใช้จ่าย (Financial outcome) เป็นการประเมินค่าใช้จ่ายที่จำเป็นในการดูแลสุขภาพที่บ้าน

3. การติดตามผลการให้บริการพยาบาลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง (Follow up) (สุลักษณ์ วงศ์จิรภัก, 2556; วรณัน ประสารอริคม, 2557; นิธิมา ศรีจำนงค์, 2553; ญัฏฐิรา ประสานแก้วและคณะ, 2555) เป็นการดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาในการดูแลที่บ้าน เมื่อมาตรวจตามนัด โดยให้บริการพยาบาล ให้บริการปรึกษาในหน่วยงาน/หน่วยตรวจโรคผู้ป่วยนอก หรือทางโทรศัพท์ ในกรณีที่ผู้ป่วย/ครอบครัวมีปัญหาหรือข้อสงสัยในการดูแลจะมีหมายเลขโทรศัพท์สำหรับปรึกษาฉุกเฉิน และการประสานงานกับหน่วยงานต่างๆในโรงพยาบาล การให้บริการปรึกษาปัญหาทางโทรศัพท์จะช่วยแก้ไขปัญหา อุปสรรคในการดูแล ลดความเครียด/วิตกกังวล สร้างความสบายใจ ความพึงพอใจให้แก่ผู้ป่วยและครอบครัว

4. การประสานงานกับแหล่งประโยชน์ในชุมชน (Referral service) (สุลักษณ์ วงศ์จิรภัก, 2556; วรณัน ประสารอริคม, 2557) ในสถานการณ์ปัจจุบันผู้ป่วยที่รับไว้ในโรงพยาบาลเป็นผู้ป่วยเรื้อรัง ยุ่งยากซับซ้อน ต้องการการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน มีผู้ป่วยจำนวนหนึ่งส่งต่อเข้ามารับการรักษาด้วยการใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า และจำนวนผู้ป่วยที่มีมากขึ้น จึงไม่เอื้อที่จะให้ติดตามดูแลโดยพยาบาลได้ ด้วยเหตุนี้การประสานงานเพื่อส่งต่อผู้ป่วยไปยังแหล่งประโยชน์ จึงมีความสำคัญมาก ดังนั้นผู้ป่วยที่อยู่นอกเขตกรุงเทพมหานคร หรืออยู่ในความรับผิดชอบของผู้อื่นและผู้ป่วยที่อยู่ต่างจังหวัด ที่ได้รับการส่งมารับการรักษาต่อที่โรงพยาบาล รามาธิบดี ซึ่งเป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ เมื่อผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาจนผ่านภาวะวิกฤติแล้ว การส่งต่อเป็นกระบวนการหนึ่งที่ช่วยให้ผู้ป่วยเรื้อรังและครอบครัวได้รับความช่วยเหลือและการดูแล

อย่างต่อเนื่องจากแหล่งประโยชน์ต่างๆ เช่น ศูนย์บริการสาธารณสุข สถานีนามัย กรมประชาสัมพันธ์ มูลนิธิต่างๆรวมทั้งองค์กรต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง โดยมีเป้าหมายเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีความมั่นใจในการดูแลตนเองภายหลังจากจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล และสามารถใช้แหล่งประโยชน์ที่มีอยู่ในชุมชนใกล้บ้าน

สรุปขั้นตอนการทำงาน

การเตรียมความพร้อมของหน่วยบริการพยาบาลผู้ป่วยที่บ้านจะเตรียมเมื่อ

1. ได้รับการส่งต่อจากแพทย์ พยาบาล หรือทีมสุขภาพขณะที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยในผู้ป่วยนอก หรือฉุกเฉิน โดยจะส่งต่อตั้งแต่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาและ/หรือ นอนโรงพยาบาล ซึ่งสามารถทำนายได้ว่าผู้ป่วยรายนี้ต้องการการดูแลต่อเนื่อง

2. ผู้ป่วย/ญาติเดินทางมาปรึกษาหลังจากได้รับการปรึกษาพยาบาลหน่วยบริการพยาบาลผู้ป่วยที่บ้านจะเริ่มเตรียมความพร้อมโดย แจ้งให้ผู้ป่วยทราบ และเตรียมผู้ดูแลผู้ป่วยโดยให้ความรู้ คำปรึกษา และจัดเตรียมอุปกรณ์ที่ต้องใช้ที่บ้าน ดังขั้นตอนต่อไปนี้

2.1 ศึกษาแฟ้มประวัติ การวินิจฉัย การรักษาของแพทย์ และข้อมูลจากพยาบาลประจำหอผู้ป่วย

2.2 สร้างสัมพันธภาพ แนะนำตัวเอง บอกวัตถุประสงค์เพื่อเสนอความช่วยเหลือแก่ผู้ป่วย ญาติ/ผู้ดูแล ในการวางแผนดูแลตนเองในระยะยาว แผนการแจ้งเพื่อจำหน่ายกลับบ้าน

2.3 เตรียมผู้ป่วยและญาติ/ผู้ดูแล

- สัมภาษณ์เพื่อประเมินความพร้อม/ความพร้อมพร้อมค้นหาสาเหตุ และช่วยแก้ไขปัญหาดังตามสาเหตุนั้นๆ

- ให้ความรู้ คำแนะนำ การให้คำปรึกษา โดยแบ่งเป็น 3 ส่วนคือ ทักษะความรู้เรื่องโรค ทักษะการดูแลตนเองกับอุปกรณ์ต่างๆ รวมถึงการจัดหาผู้ดูแล และทักษะการเผชิญปัญหาด้านอื่นๆที่ผู้ป่วย/ผู้ดูแลวิตกกังวลอยู่ ภายหลังให้ความรู้และคำแนะนำจะทบทวนซ้ำจนเข้าใจ ส่วนการให้คำปรึกษาจะร่วมกันหาทางแก้ไข

2.4 วางแผนจัดเตรียมอุปกรณ์การแพทย์ที่จำเป็นต้องใช้พร้อมแนะนำแหล่งประโยชน์ภายนอกที่พร้อมใช้

2.5 เตรียมประสานงานทางโทรศัพท์ติดตามอาการหลังจากผู้ป่วยกลับบ้านเพื่อวางแผนเยี่ยมบ้าน

2.6 เยี่ยมบ้านผู้ป่วยพร้อมสอน/สาธิตเพิ่มเติมในสิ่งที่ยังทำได้ไม่ถูกต้อง และเยี่ยมบ้านซ้ำจนญาติสามารถทำได้ถูกวิธี หรืออาการผู้ป่วยดีขึ้น

2.7 เมื่อเยี่ยมบ้านแล้วส่งต่อศูนย์บริการสาธารณสุขใกล้บ้าน เพื่อการดูแลอย่างต่อเนื่อง

สรุป

การดูแลผู้ป่วยที่บ้านในโรงพยาบาลระดับมหาวิทยาลัยเป็นรูปแบบการบริการที่มีความเฉพาะเหมือนบ้านเป็นโรงพยาบาล (Hospital at Home) เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องจากโรงพยาบาลสู่บ้าน โดยเน้นการมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยและครอบครัว จะเห็นว่าการให้บริการดูแลสุขภาพที่บ้านก่อให้เกิดผลดีต่อผู้ป่วยเป็นอย่างมาก ทั้งในเรื่องความรู้เกี่ยวกับโรค การปฏิบัติตัวในการดูแลตนเอง และคุณภาพชีวิตที่เปลี่ยนไปในทางที่ดีขึ้น

การดูแลผู้ป่วยที่บ้านเป็นบทบาทอิสระตามขอบเขตของวิชาชีพ พยาบาลต้องมีความรับผิดชอบที่จะทำงานได้ด้วยตนเอง สามารถควบคุมและวางแผนได้เอง มีการตัดสินใจที่ดีในการแก้ปัญหาที่ยืดหยุ่นและสร้างสรรค์ การจัดการเมื่อเกิดภาวะ

ฉุกเฉิน โดยคำนึงถึงทรัพยากรที่มีอยู่รวมทั้งมีความสามารถ และทักษะในด้านต่างๆ มีการนำกระบวนการพยาบาลมาใช้ พยาบาลจึงเปรียบเสมือนเป็นผู้จัดการให้เกิดระบบการดูแลที่ต่อเนื่องจากโรงพยาบาลสู่บ้าน โดยอาศัยบทบาทภายใต้ขอบเขตของวิชาชีพเป็นกลไกสำคัญเพื่อลดช่องว่างของรอยต่อระหว่างการรับบริการ นอกจากบทบาทดังกล่าวมาแล้วพยาบาลควรมีทักษะด้านอื่นๆ เพิ่มเติม เช่น ทักษะในการประเมินภาวะสุขภาพของผู้ป่วยและครอบครัว ทักษะในการสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพ ทักษะการให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยและครอบครัว ทักษะในการสอน ทักษะการให้ความรู้ รวมทั้งการนิเทศก์สมาชิกพยาบาลในทีมการดูแล การบันทึกเพื่อนำไปใช้ในการประเมินผลการบริการ รวมทั้งการประสานงานกับแหล่งประโยชน์ในชุมชนสำหรับบทบาทพยาบาลที่สำคัญและสอดคล้องกับความต้องการของผู้รับบริการมากที่สุดคือบทบาทผู้ให้ความรู้หรือผู้สอน (Health educator) ซึ่งเป็นบทบาทที่ช่วยให้การดูแลผู้ป่วยที่บ้านประสบความสำเร็จตามเป้าหมายทั้งของผู้ให้บริการและผู้รับบริการ

กรณีศึกษา

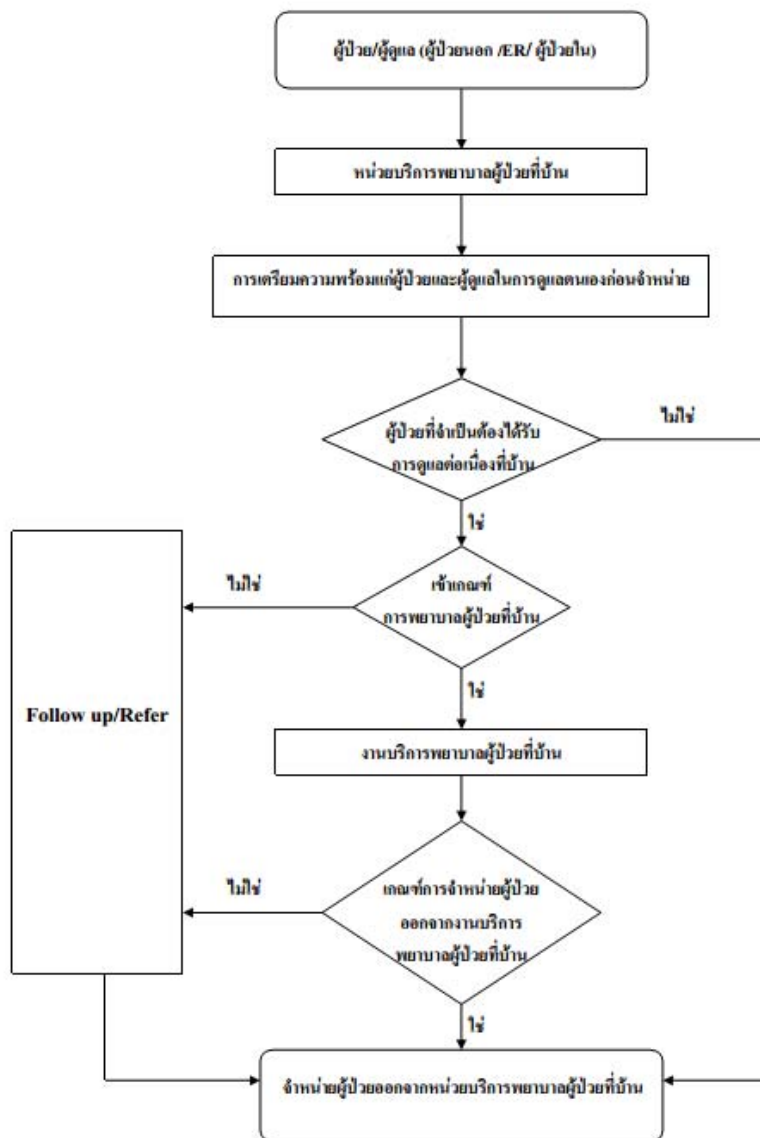
หญิงไทยวัย 72 ปี เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลรามาธิบดีด้วยภาวะกล้ามเนื้ออ่อนแรง (Myasthenia gravis) ขณะรักษาตัวในโรงพยาบาลมีภาวะหายใจลำบาก ไม่สามารถหายใจเองได้ อันเป็นผลเนื่องมาจากพยาธิสภาพของโรคที่แย่ลง แพทย์จึงให้การรักษาโดยเจาะคอควบคู่กับการใช้เครื่องช่วยหายใจชนิดแรงดันบวก 2 ระดับ (BiPAP) เมื่อผู้ป่วยพ้นจากภาวะวิกฤติจนอาการคงที่แล้ว บุคลากรทีมสุขภาพ ได้แก่ แพทย์เจ้าของไข้ พยาบาลเจ้าของไข้ และนักกายภาพบำบัดได้วางแผนร่วมกันเพื่อส่งปฎิบัติหน่วยบริการพยาบาลผู้ป่วยที่บ้านเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับ

การดูแลอย่างต่อเนื่อง โดยผ่านทางระบบด้วยคอมพิวเตอร์ (Refer to Amb) เรื่องที่ส่งปรึกษาได้แก่ การดูแลผู้ป่วยเจาะคอ การดูแลผู้ป่วยที่มีเครื่องช่วยหายใจชนิดแรงดันบวก 2 ระดับ (BiPAP) พร้อมทั้งการประสานงานการซื้อเครื่องช่วยหายใจ (BiPAP) และการให้อาหารทางสาย (NG-tube feeding) หลังจากได้รับการส่งปรึกษา พยาบาลเยี่ยมบ้านได้ขึ้นไปประสานงานกับทีมสุขภาพบนหอผู้ป่วยโดยเฉพาะพยาบาลเจ้าของไข้ เพื่อศึกษาประวัติการเจ็บป่วยรวมไปถึงการประสานติดต่อกับญาติเพื่อนัดหมายวันเวลาเพื่อเรียนรู้การดูแลผู้ป่วยที่บ้าน เมื่อนัดหมายได้ พยาบาลเยี่ยมบ้านจะเน้นบทบาทในเรื่องการให้ความรู้ลำดับแรก โดยสอนแสดงกับชุดสาธิตฝึกปฏิบัติจนญาติเกิดความมั่นใจ จึงพญาติขึ้นไปฝึกสาธิตกับผู้ป่วยจริง มีการนัดหมายเพื่อฝึกสาธิตกลับ (Return demonstration) เป็นระยะจนกว่าแพทย์จะมีคำสั่งจำหน่าย พยาบาลมีบทบาทในการประสานงานการติดต่อกับตัวแทนจำหน่ายและนำเครื่อง BiPAP มาทดลองใช้กับผู้ป่วย เมื่อแพทย์มีคำสั่งจำหน่ายกลับบ้านจึงส่งอุปกรณ์ที่จำเป็นต้องใช้ที่บ้านให้ พร้อมทั้งขอแผนที่บ้านเพื่อติดตามเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้านภายใน 7 วันหลังจากผู้ป่วยจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล เพื่อประเมินอาการของผู้ป่วยและการดูแลของญาติ พยาบาลเยี่ยมบ้านยังคงเน้นบทบาทการให้ความรู้ และบทบาทการเป็นผู้บริการพยาบาลโดยคำนึงถึงความปลอดภัยของผู้ป่วยและญาติเป็นสำคัญ ให้การพยาบาลครอบคลุมทุกมิติอย่างเป็นองค์รวมทั้งด้านร่างกายและจิตใจ การเยี่ยมบ้านจะช่วยแก้ไขในสิ่งที่ญาติยังบกพร่องเพื่อให้ญาติสามารถปฏิบัติการดูแลได้ถูกต้อง เกิดความมั่นใจ มีการนัดเยี่ยมบ้านอย่างสม่ำเสมอตามเกณฑ์ของการให้บริการ และระหว่างที่อยู่ในความดูแลของหน่วยบริการพยาบาลผู้ป่วยที่บ้านจะมีการโทรศัพท์ติดตามอาการเป็นระยะ ติดตามประเมินอาการและ

แผนการรักษาของแพทย์ที่หน่วยตรวจผู้ป่วยนอก
เป็นเพื่อนำมาวางแผนการดูแล ผู้ป่วยและครอบครัว
รายนี้สามารถให้การพยาบาลได้ดีแต่ยังขาดความ
เชื่อมั่นในตนเอง จึงประสานงานส่งต่อให้ศูนย์

บริการสาธารณสุขใกล้บ้านมาช่วยประเมินเพื่อให้
เกิดการดูแลอย่างต่อเนื่องและคงไว้ซึ่งการพยาบาลที่
มีประสิทธิภาพ

แผนภูมิการปฏิบัติงานหน่วยบริการพยาบาลผู้ป่วยที่บ้าน



ที่มา : สุกฤษณ์ วงศ์ธีรภัค. (2556, กรกฎาคม). Home health care in 2013. ในเอกสารประกอบการบรรยายการ
ประชุมเชิงปฏิบัติการเรื่อง Home health care in Ramathibodi hospital. คณะแพทยศาสตร์
โรงพยาบาลรามาธิบดี, กรุงเทพมหานคร.

เอกสารอ้างอิง

กระทรวงการคลัง *กล่มบัญชีกลาง. ค่าใช้จ่ายด้าน*

สุขภาพ 2552. Retrieved September 12, 2556, from http://www.hiso.or.th/hiso/picture/reporthealth/Thaihealth2009/Thai2009_6.pdf.

กองการพยาบาลสาธารณสุข สำนักอนามัย

กรุงเทพมหานคร. (2555). *คู่มือการดูแลสุขภาพที่บ้าน (Home Health Care) สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร*. (พิมพ์ครั้งที่ 1). กรุงเทพมหานคร: กพส.

จริยาวัตร คมพยัคฆ์. (2538). การดูแลสุขภาพที่บ้าน. *วารสารพยาบาล*, 44(2), 69-70.

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

ณัฐริรา ประสานแก้ว, แสงทอง ชีระทองคำและวันทนา มณีศรีวงศ์กุล. (2555). ผลของโปรแกรมการเยี่ยมบ้านร่วมกับการติดตามทางโทรศัพท์ ต่อความเชื่อด้านสุขภาพ และค่าความดันโลหิตของผู้ที่เป็นความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้. *วารสารสาธารณสุขศาสตร์*, 42(3), 19-31.

ดวงมณี เลหาประสิทธิพร. (2550). *Case management /Discharge planning*. Retrieved February 5, 2557, from http://www.si.mahidol.ac.th/km/cops/discharge_planning/admin/knowledge_files/652_0.pdf

นิชธิมา ศรีจำนงค์. (2553). *ผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความสามารถตนเองของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน*. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต

(สาธารณสุขศาสตร์) สาขาวิชาเอกการ

พยาบาลสาธารณสุข, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

ประพิณ วัฒนกิจ. (2536). *สุขภาพดีเริ่มที่บ้าน*. (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพมหานคร: สามเจริญพานิชย์.

ประพิณ วัฒนกิจ. (2541). แผนการเสนอผลงานระดับเขตและขยายผลการดำเนินงานให้ครอบคลุมทั่วประเทศ. *วารสารสุขภาพดีเริ่มที่บ้าน*, 1(1), 44-47.

ประพิณ วัฒนกิจ. (2542). *การประเมินผลลัพธ์การดำเนินงานบริการสุขภาพดีเริ่มที่บ้านในประเทศไทย*. กรุงเทพมหานคร : ม.ป.ท.

ประยงค์ ลิ้มตระกูล. (2540). *แนวคิดการดูแลสุขภาพที่บ้าน*. ในเอกสารประกอบการประชุมวิชาการ 14 จังหวัดภาคใต้เรื่องการดูแลสุขภาพที่บ้าน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.

พรทิพย์ เกตุรานนท์. (2539). *รูปแบบการดำเนินงานการดูแลสุขภาพที่บ้านของโรงพยาบาลในสังกัดกองโรงพยาบาลภูมิภาค กระทรวงสาธารณสุข ภายในทศวรรษหน้า (พ.ศ. 2539-2549)*. วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิต, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

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

รุจา ภูไพบูลย์. (2541). *การพยาบาลครอบครัว: แนวคิดทฤษฎีและการนำไปใช้*. (พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพมหานคร: วี เจ พรินต์.

วรรณัน ประสารอริคม. (มิถุนายน, 2557). *Home Health Care Concept*. ในเอกสารการ

- อบรมเชิงปฏิบัติการ เรื่อง การพยาบาลผู้ป่วยและครอบครัว. ณ ห้องแกรนด์บอลรูม ชั้น 3 โรงแรมดิ เอ็มเมอรัลด์, กรุงเทพมหานคร.
- วิลาวัณย์ เสนารัตน์ และประยงค์ ลิ้มตระกูล. (2538). การดูแลสุขภาพที่บ้าน. *วารสารสภาการพยาบาล*, 10(3), 1-6.
- วิโรจน์ วรรณภิระ. (มีนาคม, 2555). *การเยี่ยมบ้านและการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน* (Home visit and Home Care). ในเอกสารประกอบการฝึกอบรมเชิงปฏิบัติการศูนย์เรียนรู้เวชศาสตร์ครอบครัวเขต 18. ณ โรงพยาบาลกำแพงเพชร, กำแพงเพชร.
- สายพิน หัตถิรัตน์. (2551). *คู่มือหมอครอบครัวฉบับสมบูรณ์*. (พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์หมอชาวบ้าน.
- สายพิน หัตถิรัตน์. (2553). *คู่มือการดูแลสุขภาพครอบครัว*. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์หมอชาวบ้าน.
- สุรีย์ ธรรมิกบรร. (2554). *การพยาบาลองค์กรร่วม : กรณีศึกษา*. กรุงเทพมหานคร: บริษัทธนาเพรสจำกัด.
- สุลักษณ์ วงศ์ธีรภัค. (2556, กรกฎาคม). *Home health care in 2013*. ในเอกสารประกอบการบรรยายการประชุมเชิงปฏิบัติการเรื่อง Home health care in Ramathibodi hospital. คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี, กรุงเทพมหานคร.
- สำนักการพยาบาล สำนักงานปลัดกระทรวงกระทรวงสาธารณสุข. (2556). *การพยาบาลผู้ป่วยที่บ้าน (home ward)*. (พิมพ์ครั้งที่ 1). กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทยจำกัด.
- ศรีเวียง ไพโรจน์กุล. (2556). *Home-Based Palliative Care: Making it Happen*. ในลักษมี ชาญ เวชชี และดุสิต สภาว (บรรณาธิการ). *The Dawn of Palliative Care in Thailand* (หน้า 67-76). กรุงเทพฯ: บริษัท ปิยอนด์ เอ็นเทอร์ไพรซ์ จำกัด.
- American Nurse Association [ANA]. (2008). *Home health nursing: Scope and standards of practice*. Maryland: Author.
- Bliss, D. Z., Westra, B. L., Savik, K., & Hoe, Y. (2014). Effectiveness of wound, ostomy and continence-certified nurses on individual patient outcomes in home health care. *Home Healthcare Nurse*, 32(1) 31-38
- Canadian Home Care Association [CHCA]. (2008). *Home care. The next essential service: Meeting the needs of our aging population*. Ottawa: Author. Retrived January 6, 2013 from <http://www.cdnhomocare.ca/media.php?mid=1914>
- 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.
- Clemen-Stone, S., Eigsti, D.G., & McGuire, S.L. (1987). *Comprehensive family and*

- Community Health Nursing*. (2nded.). New York: McGraw Hill Book.
- Community Health Nurse Association of Canada [CHNAC]. (2008). *Canadian community health nursing standards of practice*. Toronto: Author
- Green, K., & Lydon, S. (2000). Home health cardiac rehabilitation. *Home Healthcare Nurse*, 13(2), 29 – 39.
- Humphrey, C.J. (1988). The home as a setting for care clarifying the boundaries of practice. *Nursing Clinics of North America*, 23(2), 305-314.
- Mildon, B., & Underwood, J. (2010). Competencies for Home Health Nursing: A Literature Review Prepared for the Community Health Nurses of Canada. *Community Health Nurses of Canada*, 3(1), 1-19.
- Orem, D. E. (1995). *Nursing: Concepts of practice* (5th ed.). St. Louis: Mosby-Year Book.
- Quinlan, J., & Ohlund, G. (1995). Psychiatric home care. *Home Healthcare Nurse*, 13(4), 20-24.
- Rice, R. (1996). *Home health nursing practice. Concepts & application*. (2nd ed.). St. Louis: Mosby – Year Book.
- Rovinski, C. A., & Zastocki, B. K. (1989). *Home care. A technical manual for the professional nursing*. Philadelphia: St Louis Mosby Company.
- Stanhope, M., & Lancaster, J. (1984). *Community health nursing: Process and practice for promotion health*. (2nded.). St. Louis: C. V. Mosby.
- Stanhope, M. (1996). *Community health nurse in home health and hospice*. In M. Stanhope & J. Lancaster (Eds.), *Community health nursing promoting health of aggregates, families, and individuals : community health nurse in home health and hospice care* (4th ed.) (pp.805-834). Missouri : Mosby-Year Book.