

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปราย และข้อเสนอแนะ

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. ศึกษาบทบาทที่คาดหวังและการปฏิบัติจริงของพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยต่อ
ที่บ้าน
2. เปรียบเทียบบทบาทที่คาดหวังและการปฏิบัติจริงของพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วย
ต่อที่บ้าน
3. เปรียบเทียบบทบาทที่คาดหวังและการปฏิบัติจริงของพยาบาลวิชาชีพในการดูแล
ผู้ป่วยต่อที่บ้านระหว่างพยาบาลที่มีและไม่มีวุฒิทางการพยาบาลสาธารณสุข
4. เปรียบเทียบบทบาทที่คาดหวังและการปฏิบัติจริงของพยาบาลวิชาชีพในการดูแล
ผู้ป่วยต่อที่บ้านระหว่างพยาบาลที่มีและไม่มีประสบการณ์อบรมเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยต่อ
ที่บ้าน
5. ศึกษาปัญหาและอุปสรรคในการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วย
ต่อที่บ้าน

สมมติฐานของการวิจัย

1. บทบาทตามความคาดหวังของพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยต่อที่บ้าน มี
ความแตกต่างจากการปฏิบัติจริง
2. พยาบาลวิชาชีพที่มีวุฒิทางการพยาบาลสาธารณสุขมีคะแนนความคาดหวังและการ
ปฏิบัติจริง แตกต่างจากพยาบาลวิชาชีพที่ไม่มีวุฒิทางการพยาบาลสาธารณสุข
3. พยาบาลวิชาชีพที่เคยได้รับการอบรมเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยต่อที่บ้าน มีคะแนนความ
คาดหวังและการปฏิบัติจริงแตกต่างจากพยาบาลวิชาชีพที่ไม่เคยได้รับการอบรมเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย
ต่อที่บ้าน

ประชากร

ประชากรที่ศึกษาได้แก่พยาบาลวิชาชีพ ซึ่งทำหน้าที่เยี่ยมบ้านของศูนย์บริการสาธารณสุข 58 แห่ง และโรงพยาบาลชุมชน 2 แห่ง สังกัดสำนักอนามัยกรุงเทพมหานคร ปฏิบัติหน้าที่มาแล้วไม่น้อยกว่า 1 ปี จำนวนรวมทั้งสิ้น 174 คน การศึกษาครั้งนี้ศึกษามาจากประชากรทั้งหมดโดยไม่มี การสุ่มตัวอย่าง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถาม ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นเองมี 2 ส่วน

ส่วนที่ 1 คำถามเกี่ยวกับสถานภาพทั่วไปของประชากร

ส่วนที่ 2 คำถามเกี่ยวกับบทบาทของพยาบาลเยี่ยมบ้านในการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้าน ประกอบด้วย 2 ตอน

ตอนที่ 1 แบบสอบถามเกี่ยวกับบทบาทการปฏิบัติการพยาบาล

ตอนที่ 2 แบบสอบถามเกี่ยวกับบทบาทในการจัดการของการพยาบาลมี 6 ด้าน

ได้แก่ บทบาทการสอน บทบาทการให้คำปรึกษา บทบาทการนิเทศ บทบาทการประสานงาน บทบาท การนำการเปลี่ยนแปลง และบทบาทการวิจัย

แบบสอบถามส่วนที่ 2 เป็นการสอบถาม 2 ลักษณะ คือความคาดหวัง และการปฏิบัติจริง โดยให้คะแนนเป็นมาตราประมาณค่า 4 ระดับ

แบบสอบถามทั้ง 2 ส่วน ได้รับการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 20 ท่าน (ดังรายชื่อในภาคผนวก หน้า 85) ทดสอบความเที่ยงของแบบสอบถามโดยกลุ่มตัวอย่างที่สุ่มจากประชากรจำนวน 30 คน คำนวณค่าความเที่ยงโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟา (α - Coefficient) ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .98

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยได้ทำการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS (Statistical Package for the Social Science) เพื่อคำนวณค่าสถิติดังนี้

1. ข้อมูลส่วนที่ 1 เกี่ยวกับสถานการณ์ของประชากร วิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่ และหาค่าร้อยละ

2. ข้อมูลส่วนที่ 2 เกี่ยวกับความคาดหวัง และการปฏิบัติจริงในการดูแลผู้ป่วยต่อเรื่องที่บ้าน วิเคราะห์โดย

2.1 หาค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานในกิจกรรมของแต่ละบทบาทเป็นรายข้อ

2.2 ทดสอบความมีนัยสำคัญทางสถิติระหว่างค่าเฉลี่ยของคะแนนความคาดหวัง และคะแนนการปฏิบัติจริง โดยการทดสอบค่าที (t-test) สำหรับข้อมูลประชากรกลุ่มเดียวกัน

2.3 ทดสอบความมีนัยสำคัญทางสถิติระหว่างค่าเฉลี่ยของคะแนนความคาดหวัง และคะแนนการปฏิบัติจริง ระหว่างพยาบาลที่มีและไม่มีวุฒิทางการพยาบาลสาธารณสุข และพยาบาลที่มีและไม่มีประสบการณ์การอบรมเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยต่อเรื่อง โดยการทดสอบค่าที (t-test) สำหรับข้อมูลประชากรคนละกลุ่ม

สรุปผลการวิจัย

1. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนความคาดหวัง และคะแนนการปฏิบัติจริงในการดูแลผู้ป่วยต่อเรื่องที่บ้าน จำแนกเป็นรายด้านและรายข้อ (ตารางที่ 4-11)

1.1 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนความคาดหวัง และคะแนนการปฏิบัติจริงในการดูแลผู้ป่วยต่อเรื่องที่บ้าน จำแนกเป็นรายด้านพบว่า พยาบาลเยี่ยมบ้านมีคะแนนเฉลี่ยความคาดหวัง และการปฏิบัติจริงแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .01 ทั้งโดยรวม และรายด้าน จึงสอดคล้องกับสมมติฐาน ข้อที่ 1 "บทบาทตามความคาดหวังของพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยต่อเรื่องที่บ้านมีความแตกต่างจากการปฏิบัติจริง"

เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า พยาบาลเยี่ยมบ้านมีความคาดหวังมากใน 4 บทบาท คือ "การปฏิบัติการพยาบาล" "การสอน" "การให้คำปรึกษา" และ "การนิเทศ" ส่วนบทบาทอื่นมีความคาดหวังในระดับปานกลาง ในการปฏิบัติจริง พบว่า บทบาท"การปฏิบัติการพยาบาล" มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด ส่วนบทบาท"การวิจัย" มีคะแนนเฉลี่ยต่ำสุด" และในทุกบทบาท มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง

1.2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนความคาดหวัง และคะแนนการปฏิบัติจริงในการดูแลผู้ป่วยต่อเรื่องที่บ้าน จำแนกเป็นกิจกรรมรายข้อ พบว่าค่าคะแนนเฉลี่ยความคาดหวังแตกต่างจากการปฏิบัติจริง ทุกกิจกรรม ดังมีรายละเอียดของแต่ละบทบาทดังนี้

1.2.1 บทบาทการปฏิบัติการพยาบาล มีค่าเฉลี่ยของคะแนนความคาดหวังแต่ละกิจกรรมส่วนใหญ่อยู่ในระดับมาก ส่วนค่าเฉลี่ยของคะแนนการปฏิบัติจริงมีเพียง 3 กิจกรรมที่อยู่ในระดับมาก หมายถึง ได้ปฏิบัติเป็นประจำคือ "จัดเตรียมกระบะเบ้าเยี่ยมบ้านให้พร้อมก่อนออกเยี่ยมบ้าน" "ส่งเสริมและให้กำลังใจขณะให้การพยาบาล" และ "ทำความสะอาดเครื่องมือเครื่องใช้ในกระบะเบ้าหลังการเยี่ยมบ้าน" ค่าเฉลี่ยของคะแนนการปฏิบัติจริงในระดับน้อยมี 2 กิจกรรมคือ "กำหนดนโยบายโดยวางแผนร่วมกับทีมสุขภาพอื่น" และ "นำแหล่งประโยชน์มาสนับสนุนการดูแลตนเอง"

1.2.2 บทบาทการสอน ค่าเฉลี่ยคะแนนความคาดหวังส่วนใหญ่อยู่ในระดับมาก ส่วนการปฏิบัติจริงทุกกิจกรรมมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง

1.2.3 บทบาทการให้คำปรึกษา ค่าเฉลี่ยคะแนนความคาดหวังอยู่ในระดับมากและปานกลาง ส่วนการปฏิบัติจริงมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลางทุกกิจกรรม

1.2.4 บทบาทการนิเทศ ค่าเฉลี่ยของคะแนนความคาดหวังอยู่ในระดับมากทุกกิจกรรม หมายถึงควรปฏิบัติอย่างยิ่ง แต่ในการปฏิบัติจริงมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง

1.2.5 บทบาทการประสานงาน ค่าเฉลี่ยคะแนนความคาดหวังอยู่ในระดับมากเพียงกิจกรรมเดียวคือ "ประสานงานกับทีมสุขภาพภายในศูนย์" กิจกรรมอื่น ๆ มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง ส่วนการปฏิบัติจริงคะแนนเฉลี่ยส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง มีเพียง 2 กิจกรรมที่ปฏิบัติได้นาน ๆ ครั้ง คือ "ส่งต่อผู้ป่วยไปหน่วยงานอื่น" และ "ประสานงานกับหน่วยงานอื่น"

1.2.6 บทบาทการนำการเปลี่ยนแปลง ค่าเฉลี่ยคะแนนความคาดหวังส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลางมีเพียงกิจกรรมเดียวที่มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก คือ "การสร้างสัมพันธภาพ" ส่วนการปฏิบัติจริงมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลางทุกกิจกรรม

1.2.7 บทบาทการวิจัย มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก 3 กิจกรรม คือ "ค้นหาปัญหาที่พบจากการปฏิบัติงาน" "เก็บข้อมูลอย่างมีระบบ" และ "ให้ความร่วมมือในการวิจัยของผู้อื่น" ส่วนกิจกรรมอื่น ๆ มีคะแนนเฉลี่ยระดับปานกลางในการปฏิบัติจริงมีค่าเฉลี่ยคะแนนระดับปานกลาง และน้อย

2. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนความคาดหวัง และคะแนนการปฏิบัติจริงระหว่างพยาบาลที่มีและไม่มีวุฒิทางการพยาบาลสาธารณสุข (ตารางที่ 12) พบว่า พยาบาลที่มี และไม่มีวุฒิทางการพยาบาลสาธารณสุข มีคะแนนเฉลี่ยความคาดหวังและการปฏิบัติจริงไม่แตกต่างกันทั้ง โดยรวม และรายด้าน จึงไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 2 "พยาบาลวิชาชีพที่มีวุฒิทางการพยาบาลสาธารณสุข มีคะแนนความคาดหวังและการปฏิบัติจริงแตกต่างจากพยาบาลวิชาชีพที่ไม่มีวุฒิทางการพยาบาลสาธารณสุข"

3. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความคาดหวัง และคะแนนการปฏิบัติจริง ระหว่างพยาบาลที่มีและไม่มีประสบการณ์การอบรมเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่อง (ตารางที่ 13) พบว่า พยาบาลที่มีและไม่มีประสบการณ์การอบรมเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่อง มีคะแนนเฉลี่ยความคาดหวังและการปฏิบัติจริง ไม่แตกต่างกัน จึงไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 3 "พยาบาลวิชาชีพที่เคยได้รับการอบรมเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่อง มีคะแนนความคาดหวังและการปฏิบัติจริงแตกต่างจากพยาบาลวิชาชีพที่ไม่เคยได้รับการอบรม"

เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่าค่าเฉลี่ยของคะแนนการปฏิบัติจริงมีความแตกต่างกันเพียงด้านเดียว คือ ในบทบาท "การประสานงาน" มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .01

4. ปัญหาอุปสรรคที่พบจากการปฏิบัติงาน (ตารางที่ 14) พบว่า

4.1 ด้านการปฏิบัติการพยาบาล พบว่า ปัญหาส่วนใหญ่ ได้แก่ พยาบาลเยี่ยมบ้าน มีภาระหน้าที่งานหลายด้าน ข้อมูลที่ได้รับจากการส่งต่อไม่ชัดเจนและไม่ละเอียดพอ ผู้ป่วย/ผู้ดูแล และไม่ให้ความร่วมมือ ผู้ป่วยเรื้อรังที่ต้องการการดูแลต่อเนื่องส่วนใหญ่ไม่ได้รับการส่งต่ออย่างเป็นทางการ และไม่พบผู้ป่วยหรือผู้ดูแล

4.2 ด้านการสอน พบว่า ปัญหาส่วนใหญ่ ได้แก่ ผู้ป่วย/ผู้ดูแล และไม่ให้ความร่วมมือและพยาบาลเยี่ยมบ้านมีภาระหน้าที่งานหลายด้าน

4.3 ด้านการให้คำปรึกษา พบว่าปัญหาได้แก่ผู้ป่วย/ผู้ดูแลไม่ให้ความร่วมมือที่จะปฏิบัติตามคำแนะนำ

4.4 ด้านการนิเทศ พบว่าปัญหาพยาบาลเยี่ยมบ้านมีภาระหน้าที่งานหลายด้าน

- 4.5 ด้านการประสานงาน พบว่าปัญหาได้แก่พยาบาลไม่มีหน้าที่ในการส่งต่อผู้ป่วย และบุคคลากรอื่นไม่เห็นความสำคัญของการเยี่ยมบ้าน
- 4.6 ด้านการนำการเปลี่ยนแปลง พบปัญหาผู้ป่วย/ผู้ดูแลไม่ให้ความร่วมมือ
- 4.7 ด้านการวิจัย พบว่าปัญหาพยาบาลไม่มีเวลา/โอกาสในการทำวิจัย และหากจะทำก็ไม่ทราบว่าจะปรึกษาใคร

อภิปรายผลการวิจัย

1. ผลการศึกษาเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนความคาดหวัง และคะแนนการปฏิบัติจริง ในการดูแลผู้ป่วยที่บ้านจำแนกเป็นรายด้าน พบว่ามีความแตกต่างกัน โดยมีความคาดหวังสูงกว่าการปฏิบัติจริง

จากข้อค้นพบดังกล่าวอธิบายได้ว่าพยาบาลเยี่ยมบ้าน มีความเห็นว่าการดูแลผู้ป่วยต่อเนืองที่บ้าน บทบาทของพยาบาลทั้ง 7 ด้าน มีบทบาทที่ควรปฏิบัติเป็นอย่างยิ่ง 4 บทบาท คือ บทบาท "การปฏิบัติการพยาบาล" "การสอน" "การให้คำปรึกษา" และ "การนิเทศ" ส่วนบทบาท "การประสานงาน" "การนำการเปลี่ยนแปลง" และ "การวิจัย" เป็นบทบาทที่ควรปฏิบัติ จึงสอดคล้องกับความเห็นของพิกเกต และแฮนลอน (Pickett and Hanlon, 1990) กล่าวว่าในการปฏิบัติพยาบาลตามแผน ควรมียุทธศาสตร์ต่าง ๆ ดังนี้ ให้การพยาบาลตามสภาพของผู้ป่วย สอนและสาธิตการปฏิบัติการพยาบาล เป็นที่ปรึกษาของผู้ป่วย/ครอบครัว ปรึกษานักวิชาการร่วมกับทีมสุขภาพอื่น และบันทึกรายงาน ซึ่งการบันทึกรายงานเป็นกิจกรรมหนึ่งในบทบาทการปฏิบัติการพยาบาล และการปรึกษานักวิชาการร่วมกับทีมสุขภาพอื่น เป็นกิจกรรมในบทบาทของการประสานงาน

ในการปฏิบัติจริงตามบทบาทต่าง ๆ ทั้ง 7 ด้าน ปรากฏว่าการปฏิบัติอยู่ในระดับปานกลาง แสดงว่าได้ปฏิบัติบ่อยครั้ง แต่ไม่ได้ปฏิบัติเป็นประจำทุกครั้งที่ตามความคาดหวังว่าควรปฏิบัติอย่างยิ่ง อาจเนื่องจากสำนักอนามัยยังไม่ได้มีการกำหนดบทบาทหน้าที่ และกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยต่อเนืองที่บ้านไว้อย่างเฉพาะเจาะจง ดังที่วงรัตน์ บุญญารักษ์ (2529) กล่าวว่า "องค์กรต้องบ่งชี้กิจกรรมที่พึงปฏิบัติไว้อย่างชัดเจน และเฉพาะเจาะจง เพื่อให้ผู้ครองบทบาทได้แสดงบทบาทของตนออกมาได้ตรงตามความคาดหวัง" เหตุผลอีกประการคือ การที่พยาบาลเยี่ยมบ้านมีภาระ

หน้าทำงานหลายด้าน แสดงให้เห็นว่า พยาบาลมีบทบาทหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยต่อเรื่องที่บ้านไม่ชัดเจน (ตารางที่ 14) ประกอบกับความจำกัดในการใช้รถยนต์เพื่อการเยี่ยมบ้าน การปฏิบัติจริงจึงไม่เป็นไปตามความคาดหวัง

พิจารณาความคาดหวัง และการปฏิบัติจริงในแต่ละบทบาทได้ดังนี้

1.1 บทบาทการปฏิบัติการพยาบาลโดยรวม มีความคาดหวังอยู่ในระดับมาก ส่วนการปฏิบัติจริงอยู่ในระดับปานกลาง เพื่อพิจารณาแต่ละกิจกรรมความคาดหวังส่วนใหญ่อยู่ในระดับมาก และการปฏิบัติจริงในระดับมากมีเพียง 3 กิจกรรม คือ "จัดเตรียมกระเป๋ายาเยี่ยมบ้าน และวัสดุอุปกรณ์ให้พร้อม" "ส่งเสริมให้กำลังใจโดยการพูดคุยแนะนำตอบข้อซักถามและให้คำปรึกษาในขณะให้การพยาบาล" และ "ทำความสะอาดเครื่องมือเครื่องใช้ในกระเป๋ายาหลังการเยี่ยมบ้าน" แสดงให้เห็นว่าพยาบาลเยี่ยมบ้านให้ความสำคัญกับการใช้กระเป๋ายาเยี่ยมบ้าน เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของฮัมฟรีย์ และมิลลอน-นุซโซ (Humphrey and Milone-Nuzzo, 1991) ที่ว่าการดูแล และใช้กระเป๋ายาเยี่ยมบ้านอย่างมีประสิทธิภาพในทุกขั้นตอนของการเยี่ยมบ้าน จะช่วยให้การปฏิบัติการพยาบาลมีประสิทธิภาพ และประสิทธิผลด้วย ส่วนการส่งเสริมให้กำลังใจโดยการพูดคุยแนะนำตอบข้อซักถาม และให้คำปรึกษาในขณะเยี่ยมบ้านเป็นกิจกรรมที่มีความสำคัญมาก เป็นจิตสำนึกของพยาบาลทุกคนที่จะกระทำกิจกรรมดังกล่าว ขณะให้การพยาบาลทุกครั้ง ซึ่ง ดาริณี สุภาพ (2526) ได้ศึกษาการสร้างรูปแบบการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยเรื้อรัง พบว่า ผู้ป่วยเรื้อรังต้องการคำแนะนำในการปฏิบัติตัวให้เหมาะสมกับโรค และสอดคล้องกัน อมรา ปานทับทิม (2520) ศึกษาปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยในโรงพยาบาลรามาธิบดี พบว่า ผู้ป่วยเรื้อรังร้อยละ 72 ต้องการให้มีผู้ติดตามเยี่ยมบ้าน เพื่อให้คำแนะนำต่าง ๆ ในระยะแรกที่กลับไปอยู่บ้าน ส่วนการปฏิบัติจริงในระดับน้อย หมายถึง ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง มี 2 กิจกรรม คือ "กำหนดเป้าหมายโดยวางแผนร่วมกับทีมสุขภาพอื่น เช่น แพทย์ นักสังคมสงเคราะห์" กิจกรรมดังกล่าวไม่ได้ปฏิบัติเนื่องจากพยาบาลเยี่ยมบ้านให้ความเห็นว่าไม่มีเวลา และทีมสุขภาพอื่นโดยเฉพาะแพทย์ไม่ให้ความสำคัญกับงานเยี่ยมบ้าน ส่วนกิจกรรม "นำแหล่งประโยชน์ในครอบครัว และชุมชนมาสนับสนุนการดูแลตนเอง" เป็นกิจกรรมที่ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง อาจเนื่องจากปัญหาเศรษฐกิจจึงไม่มีแหล่งประโยชน์ในครอบครัวและชุมชน เป็นปัญหาอุปสรรคที่ระบุไว้ในตารางที่ 14 ซึ่งแมคเคลนแลน,

เคลลี และบัตวอลเทอร์ (McClelland, Kelly and Buckwalter, 1985) ก็มีความเห็นว่า เศรษฐกิจเป็นองค์ประกอบสำคัญในการดูแลสุขภาพ เป็นตัวแปรที่ทำให้บุคคลเลือกวิธีการดูแลที่เหมาะสมกับตนด้วย

1.2 บทบาทการสอน และบทบาทผู้ให้คำปรึกษา ความคาดหวังโดยรวมและกิจกรรม รายชื่อ ส่วนใหญ่อยู่ในระดับมาก การปฏิบัติจริงโดยรวมและกิจกรรมรายชื่ออยู่ในระดับปานกลาง แสดงว่า พยาบาลเห็นว่าบทบาทด้านการสอนและการให้คำปรึกษาเป็นสิ่งที่ควรปฏิบัติอย่างยิ่ง จึงสอดคล้องกับความเห็นของสุนทรี ภาณุทัต (สุโขทัยธรรมมาธิราช, 2532) ที่ให้ทรรศนะว่าการให้คำปรึกษาและการสอนทางสุขภาพอนามัยแก่ผู้ป่วย หรือญาติผู้เกี่ยวข้องเป็นบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบของพยาบาลที่จะต้องให้ความสำคัญผสมผสานไปกับการให้การพยาบาลแก่ผู้รับบริการทุกรายตามความเหมาะสม การให้คำปรึกษาจะช่วยให้ความเครียดของผู้ป่วยลดลง การรับรู้ดีขึ้น ซึ่งจะช่วยให้การพยาบาลบังเกิดประสิทธิภาพ และประสิทธิผลด้วย ส่วนในการปฏิบัติจริงมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง พยาบาลเยี่ยมบ้านให้ความเห็นว่าไม่มีเวลา และผู้ป่วย/ผู้ดูแล ไม่ให้ความร่วมมือ (ตารางที่ 14)

1.3 บทบาทการนิเทศ พยาบาลเยี่ยมบ้านเห็นว่า เป็นบทบาทที่ควรปฏิบัติอย่างยิ่ง โดยมีความคาดหวังอยู่ในระดับมาก ซึ่งการปฏิบัติจริงก็ได้ปฏิบัติบ่อยครั้ง จึงสอดคล้องกับคำกล่าวของ ฮัมฟรี และมิลอน-นุซโซ (Humphrey and Milone-Nuzzo, 1991) ที่กล่าวว่าพยาบาลเยี่ยมบ้านควรมีบทบาทในการส่งเสริมสนับสนุน และติดตามดูแลผู้ป่วยที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

1.4 บทบาทการประสานงาน พยาบาลเยี่ยมบ้านมีความคาดหวังและการปฏิบัติจริง ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ความคาดหวังอยู่ในระดับมากเพียงกิจกรรมเดียวคือ "ประสานงานกับทีมสุขภาพภายในศูนย์ฯ" และการปฏิบัติจริงในระดับน้อย ซึ่งได้ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง มี 2 กิจกรรมคือ "ประสานงานกับหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้อง" และกิจกรรม "ส่งต่อผู้ป่วยไปยังหน่วยงานอื่น" กิจกรรมดังกล่าวปฏิบัตินาน ๆ ครั้งด้วยเหตุผลที่ว่าเป็นหน้าที่ของแพทย์ และนักสังคมสงเคราะห์เท่านั้น พยาบาลจะไม่มีส่วนร่วมในการส่งต่อผู้ป่วย (ตารางที่ 14) จะมีหน้าที่เพียงประสานงานกับทีมสุขภาพภายในศูนย์ฯ ซึ่งมีความคาดหวังในระดับมากจึงสอดคล้องกับแนวคิดของคาเปิลและเคส (Capell and Case, 1976) ที่กล่าวว่าพยาบาลเยี่ยมบ้านจะต้องให้ความร่วมมือ และประสานงานกับทีมสุขภาพอื่น เพื่อให้บริการแก่บุคคล และครอบครัว

1.5 บทบาทการนำการเปลี่ยนแปลง ความคาดหวังและการปฏิบัติจริงโดยรวม อยู่ในระดับปานกลาง เมื่อพิจารณากิจกรรมเป็นรายชื่อ พบว่ากิจกรรม "สร้างสัมพันธภาพเพื่อให้เกิดความร่วมมือ" เป็นกิจกรรมที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงที่สุดทั้งความคาดหวัง และการปฏิบัติจริงแสดง

ว่าพยาบาลให้ความสำคัญกับการสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อให้เกิดความร่วมมือ ซึ่งคิตติ้ง และเคลแมน (Keating and Kelman, 1988) ได้กล่าวว่า การสร้างสัมพันธภาพ และศรัทธาของพยาบาลเยี่ยมบ้านต่อผู้รับบริการจะก่อให้เกิดความร่วมมือร่วมใจได้อันจะเป็นผลต่อ สุขภาพอนามัยของบุคคล ครอบครัว และชุมชนด้วย

1.6 บทบาทผู้วิจัย ความคาดหวัง และการปฏิบัติจริงโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อพิจารณากิจกรรมเป็นรายข้อแล้วพบว่า มี 3 กิจกรรมที่ความคาดหวังอยู่ในระดับมาก และคะแนนเฉลี่ยใกล้เคียงกันได้แก่ "ค้นหาปัญหาที่พบจากการปฏิบัติงาน" "เก็บข้อมูลของผู้ป่วยอย่างมีระบบ" และ "ให้การสนับสนุนร่วมมือในการวิจัยของผู้อื่น" ซึ่งการปฏิบัติจริงก็ได้ปฏิบัติบ่อยครั้ง ส่วนกิจกรรมอื่น ๆ ปฏิบัติเพียงนาน ๆ ครั้ง โดยมีผู้ระบุในปัญหาอุปสรรคว่า ยังไม่ค่อยมีงานวิจัย ทำในระดับศูนย์ เหตุผลสำคัญคือไม่มีเวลา และหากจะทำวิจัยก็ไม่ทราบว่าจะปรึกษาใคร (ตาราง ที่ 14)

2. ผลการศึกษาเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนความคาดหวัง และคะแนนการปฏิบัติจริงต่อบทบาทของพยาบาลเยี่ยมบ้าน ระหว่างพยาบาลที่มีและไม่มีวุฒิทางการพยาบาลสาธารณสุข (ตารางที่ 12) พบว่า พยาบาลที่มีวุฒิทางการพยาบาลสาธารณสุขมีความคาดหวัง และการปฏิบัติจริงไม่แตกต่างจากพยาบาลที่ไม่มีวุฒิทางการพยาบาลสาธารณสุข อธิบายได้ ดังนี้

2.1 พยาบาลเยี่ยมบ้านในสังกัดสำนักอนามัยก่อนจะถูกส่งตัวไปปฏิบัติงานยัง ศูนย์บริการสาธารณสุขจะต้องได้รับการปฐมนิเทศและฝึกการเยี่ยมบ้านเพื่อดูแลผู้ป่วยต่อ ที่บ้านทุกคน

2.2 สถาบันการศึกษาพยาบาลต่าง ๆ อาจสร้างแนวคิดเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ไว้ในหลักสูตรการพยาบาลทั่วไปไม่แตกต่างกัน

2.3 พยาบาลเยี่ยมบ้านอาจมีแนวคิดตรงกับข้อค้นพบของ พวงรัตน์ บุญญาภิรักษ์ (2526) ซึ่งกล่าวว่าพยาบาลวิชาชีพมีความเห็นว่า การให้การดูแลด้านความสบายของผู้ป่วยและการให้คำแนะนำช่วยเหลือฝึกฝนให้ผู้ป่วยได้ปฏิบัติตนเอง เพื่อส่งเสริมสุขภาพและหายจากโรค เป็นกิจกรรมการพยาบาลอันเป็นอิสระแห่งวิชาชีพพยาบาล และก่อให้เกิดความพึงพอใจด้วย

3. ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนความคาดหวัง และการปฏิบัติจริงต่อบทบาทของพยาบาลเยี่ยมบ้าน ระหว่างพยาบาลที่มีและไม่มีประสบการณ์การอบรมเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย ต่อเนื่อง (ตารางที่ 13) พบว่า พยาบาลที่มีประสบการณ์การอบรมเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่อง

มีความคาดหวัง และการปฏิบัติจริงไม่แตกต่างจากพยาบาลที่ไม่มีประสบการณ์การอบรมเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยต่อเนื้อ และมึคะแนนความคาดหวังอยู่ในระดับมาก

จากข้อค้นพบดังกล่าวแสดงว่าประสบการณ์การอบรมเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยต่อเนื้อ ไม่มีผลต่อการดูแลผู้ป่วยต่อเนื้อที่บ้าน อาจเนื่องจากในปัจจุบันพยาบาลทุกคนต้องผ่านการปฐมนิเทศก่อนปฏิบัติหน้าที่เยี่ยมบ้าน และได้ฝึกการเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้านมาแล้ว ดังนั้นความคาดหวังและการปฏิบัติจริงจึงไม่แตกต่างกัน นอกจากนี้การที่พยาบาลมีความคาดหวังในทุกบทบาทอยู่ในระดับมาก แสดงว่า พยาบาลเยี่ยมบ้านให้ความสำคัญกับการดูแลผู้ป่วยต่อเนื้อ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของบุษบา อุ่นพงค์วานาน และคณะ (2529) พบว่า พยาบาลเยี่ยมบ้าน ร้อยละ 86 เห็นความจำเป็นของการพยาบาลต่อเนื้อ

4. ปัญหาอุปสรรคที่พบจากการปฏิบัติงาน (ตารางที่ 14) จากผลการวิจัยพบว่าพยาบาลเยี่ยมบ้านมีปัญหอุปสรรคต่าง ๆ ที่มีผลต่อการปฏิบัติงานการดูแลผู้ป่วยต่อเนื้อที่บ้าน จำแนกเป็นรายด้าน ดังนี้

4.1 ด้านการปฏิบัติการพยาบาล พบว่า ปัญหาส่วนใหญ่ได้แก่ พยาบาลเยี่ยมบ้านมีภาระหน้าที่งานหลายด้าน ข้อมูลที่ได้รับจากการส่งต่อไม่ชัดเจนและไม่ละเอียดพอ ผู้ป่วย/ผู้ดูแลไม่ให้ความร่วมมือ ผู้ป่วยเรื้อรังที่ต้องการการดูแลต่อเนื้อส่วนใหญ่ไม่ได้รับการส่งต่ออย่างเป็นทางการ และไม่พบผู้ป่วยหรือผู้ดูแล

4.1.1 จากปัญหาที่พยาบาลมีภาระหน้าที่งานหลายด้าน ตลอดจนมีงานนโยบายเร่งด่วนต่าง ๆ จากสำนักอนามัยที่ต้องปฏิบัติให้แล้วเสร็จตามกำหนดเวลา จึงทำให้การปฏิบัติงานการดูแลผู้ป่วยต่อเนื้อที่บ้านไม่สอดคล้องกับความคาดหวัง แสดงให้เห็นว่า บทบาทหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยต่อเนื้อที่บ้านไม่ชัดเจน

4.1.2 ข้อมูลที่ได้รับจากการส่งต่อไม่ละเอียดพอ เนื่องจากปัจจุบันสำนักอนามัยได้รับการส่งต่อผู้ป่วยอย่างเป็นทางการเพียง 2 แห่ง คือ จากโรงพยาบาลรามาริบัติ และโรงพยาบาลราชวิถี โดยมีการประสานงานกับกองการพยาบาลสาธารณสุขเป็นอย่างดี จึงได้ข้อมูลจากการส่งต่อชัดเจน แต่ยังมีบางโรงพยาบาลที่ส่งต่อผู้ป่วยมายังศูนย์บริการสาธารณสุขโดยตรง และไม่มีการประสานงานกันมาก่อนข้อมูลที่ได้อาจไม่ชัดเจนและเพียงพอโดยเฉพาะอย่างยิ่ง แผนกที่ทางเข้าบ้านไม่ชัดเจน จึงมักมีปัญหากการหาบ้านผู้ป่วยไม่พบด้วย ซึ่งคลีแมน-สโตน (Cleman-Stone, 1991) กล่าวว่าความร่วมมือ และประสานงานระหว่างบุคคล และหน่วยงานองค์การเป็นสิ่งสำคัญที่ต้องคำนึงถึงในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน

4.1.3 ผู้ป่วย/ผู้ดูแล ไม่ให้ความร่วมมือในการตอบข้อซักถามเพื่อหาข้อมูลเพิ่มเติม ไม่ร่วมมือในการวางแผนให้การดูแล และไม่ปฏิบัติตามคำแนะนำ อาจเนื่องจากปัญหาเศรษฐกิจจำเป็นต้องทำมาหากิน จึงไม่ให้ความร่วมมือเท่าที่ควร

4.1.4 ผู้ป่วยเรื้อรังที่ต้องการ การดูแลต่อเนื่องไม่ได้รับการส่งต่ออย่างเป็นทางการ ส่วนใหญ่พยาบาลจะเยี่ยมพบเอง ดังนั้นจึงไม่ได้ข้อมูลด้านการรักษาพยาบาล และประวัติการเจ็บป่วย ซึ่งจะมีผลต่อการประเมินภาวะสุขภาพ และการดูแลผู้ป่วยด้วย จากรายงานการส่งต่อผู้ป่วยตั้งแต่ 1 ตุลาคม 2534 - 1 ตุลาคม 2535 สำนักอนามัยได้รับการส่งต่อผู้ป่วยจากโรงพยาบาลรามาริบัติ และโรงพยาบาลราชวิถีเพียง 46 ราย (กองการพยาบาลสาธารณสุข, 2530-2536) แต่จากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลที่บ้านมีจำนวนถึง 360 คน (ตารางที่ 3) ข้อค้นพบดังกล่าว แสดงให้เห็นว่าสำนักอนามัยได้รับการส่งต่อผู้ป่วยอย่างเป็นทางการน้อยมาก ส่วนใหญ่จะพบเอง หรือโรงพยาบาลส่งต่อผู้ป่วยมายังศูนย์บริการสาธารณสุขโดยตรงโดยไม่ผ่านกองการพยาบาลสาธารณสุข ซึ่งการส่งต่ออย่างไม่เป็นทางการหรือเยี่ยมพบเองผู้ป่วยอาจได้รับการดูแลซ้ำ ขาดข้อมูลที่จำเป็นต่อการดูแล และทั้งขาดการประสานงานระหว่างองค์กรอันจะมีผลต่อสุขภาพของผู้ป่วยด้วย ซึ่งแนวคิดของแพคการ์ดและแลนคาสเตอร์ (Packard-Helie and Lancaster, 1989) เห็นว่าสิ่งสำคัญที่ควรคำนึงในการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้านคือสัมพันธภาพที่ดีและการประสานงานระหว่างพยาบาลในโรงพยาบาลและพยาบาลเยี่ยมบ้าน เพื่อให้ได้ข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วยชัดเจนละเอียดเพียงพอ ซึ่งจะช่วยให้พยาบาลเยี่ยมบ้านดูแลผู้ป่วยด้วยความมั่นใจ ผู้ป่วยและครอบครัวจะไม่ถูกทอดทิ้งให้อยู่ที่บ้านโดยลำพัง ความวิตกกังวลจะลดลงเกิดความมั่นคงและปลอดภัย เมื่อมีผู้คอยให้การดูแลและสนับสนุนที่บ้าน

4.1.5 ปัญหาการไม่พบผู้ป่วย/ผู้ดูแล เป็นปัญหาสืบเนื่องจากปัญหาเศรษฐกิจ บางครั้งเยี่ยมบ้านแล้วไม่พบผู้ป่วย ผู้ป่วยที่ช่วยตัวเองได้ต้องทำมาหากิน หรือไม่พบผู้ดูแล พบว่าผู้ป่วยอยู่บ้านเพียงลำพัง ทำให้มีอุปสรรคในการซักถามเพื่อหาข้อมูลเพิ่มเติมในการให้คำแนะนำต่าง ๆ ผู้ป่วยอาจสับสนจำไม่ได้ ไม่เข้าใจ เนื่องจากสภาพความเจ็บป่วยทางร่างกาย และความวิตกกังวลจึงอาจมีผลต่อการรับรู้ด้วย

4.2 ด้านการสอนและด้านการให้คำปรึกษา พบว่า ส่วนใหญ่ได้แก่ ผู้ป่วย/ผู้ดูแลไม่ให้ความร่วมมือ และพยาบาลเยี่ยมบ้านมีภาระหน้าที่งานหลายด้าน การที่ผู้ป่วย/ผู้ดูแลไม่ให้ความร่วมมือในการสอน/สาธิตการพยาบาลง่าย ๆ เพื่อการดูแลตนเอง ตลอดจนไม่ปฏิบัติตามคำแนะนำจากการรายงานพบว่า ผู้ดูแลคิดว่าเป็นหน้าที่ของพยาบาลต้องทำให้ และอาจเนื่องจากปัญหาเศรษฐกิจ

จำเป็นต้องมุ่งเรื่องการทำความเข้าใจไม่สนใจ และไม่ให้ความร่วมมือเท่าที่ควร ซึ่งแมคเคลนแลน เคลลี และบัควอลเทอร์ (McClelland, Kelly and Buckwalter, 1985) กล่าวว่า เศรษฐกิจเป็นองค์ประกอบสำคัญที่มีอิทธิพลต่อการดูแลสุขภาพของบุคคล

4.3 ด้านการนิเทศ พบปัญหาพยาบาลมีภาระหน้าที่งานหลายด้าน การวางแผนเพื่อการนิเทศติดตามจึงไม่ได้ทำตามที่คาดหวังไว้

4.4 ด้านการประสานงาน พบว่า พยาบาลเยี่ยมบ้านไม่มีหน้าที่ในการส่งต่อผู้ป่วยโดยตรง แต่เป็นหน้าที่ของแพทย์หรือนักสังคมสงเคราะห์ การปฏิบัติจริงในบทบาทด้านการประสานงานจึงน้อยกว่าความคาดหวัง

4.5 ด้านการวิจัย พยาบาลเยี่ยมบ้านระบุว่าไม่มีเวลา นอกจากนี้ยังให้ความเห็นว่า ในระดับการปฏิบัติงานที่ศูนย์บริการสาธารณสุข ไม่มีโอกาสทำการวิจัยด้วยตนเอง และหากจะทำการวิจัยก็ไม่ทราบว่าจะปรึกษาใคร ซึ่งสอดคล้องกับผลการวิจัยที่พบว่า ในบทบาท "การวิจัย" มีคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติจริงต่ำสุด และอยู่ในระดับปานกลาง

ข้อเสนอแนะทั่วไป

1. จากผลการวิจัยที่พบว่า พยาบาลเยี่ยมบ้านมีความคาดหวังและปฏิบัติจริงในการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้านแตกต่างกันโดยรวมและรายด้าน โดยมีความคาดหวังสูงกว่าการปฏิบัติจริงและความคาดหวังโดยรวมอยู่ในระดับมาก นอกจากนี้เมื่อเปรียบเทียบความคาดหวังและการปฏิบัติจริงระหว่างพยาบาลที่มีและไม่มีวุฒิทางการพยาบาลสาธารณสุข และเปรียบเทียบระหว่างพยาบาลที่มีและไม่มีประสบการณ์การอบรมเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่อง แล้วยังพบว่า ไม่มีความแตกต่างกัน โดยมีความคาดหวังโดยรวมอยู่ในระดับมากเช่นกัน แสดงว่า พยาบาลเยี่ยมบ้านต่างก็มีความคาดหวังตรงกันว่า ในการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้านพยาบาลควรมีบทบาทหน้าที่รับผิดชอบประกอบด้วย การปฏิบัติการพยาบาล การสอน การให้คำปรึกษา การนิเทศ การประสานงาน การนำการเปลี่ยนแปลง และการวิจัย ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความเห็นว่าน่าจะนำข้อค้นพบดังกล่าวไปพิจารณาเพื่อกำหนดบทบาทหน้าที่และกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้านสำหรับพยาบาลวิชาชีพที่ทำหน้าที่เยี่ยมบ้านจะได้ปฏิบัติเป็นแนวทางเดียวกันต่อไปก็อาจก่อให้เกิดประโยชน์ต่อผู้รับบริการได้

เป็นอย่างดีด้วย ซึ่ง พวงรัตน์ บุญญาธิ์ (2529) กล่าวว่า "องค์การต้องบ่งชี้กิจกรรมที่พึงปฏิบัติได้อย่างชัดเจนและเจาะจง เพื่อให้ผู้ครองบทบาทได้แสดงบทบาทของตนออกมาได้ตรงตามความคาดหวัง"

2. การที่พยาบาลเยี่ยมบ้านระบุนปัญหาอุปสรรคที่พบจากการปฏิบัติงาน (ตารางที่ 14) อาจเป็นสาเหตุที่ทำให้พยาบาลเยี่ยมบ้านไม่สามารถปฏิบัติงานการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องได้ตรงตามความคาดหวัง จึงน่าจะได้พิจารณาหาทางแก้ไขปัญหาต่าง ๆ เพื่อให้การปฏิบัติงานเป็นไปด้วยความราบรื่นสอดคล้องกับบทบาทที่คาดหวัง ผู้วิจัยจึงขอเสนอแนะ ดังนี้

2.1 จากปัญหาพยาบาลเยี่ยมบ้านมีภาระหน้าที่หลายด้าน ตลอดจนถึงงานนโยบายต่าง ๆ ที่ต้องปฏิบัติให้เสร็จตามกำหนดเวลา แสดงให้เห็นว่า บทบาทหน้าที่ของพยาบาลเยี่ยมบ้านไม่ชัดเจน เป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้พยาบาลเยี่ยมบ้านปฏิบัติงานการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องได้ไม่ตรงตามความคาดหวัง จึงควรทบทวนบทบาทหน้าที่ของพยาบาลเยี่ยมบ้านให้มีความชัดเจนและเฉพาะเจาะจงขึ้น

2.2 จากปัญหาที่ผู้ป่วยเรื้อรังยังไม่ได้รับการส่งต่ออย่างเป็นทางการ ทำให้ข้อมูลที่ได้รับไม่ชัดเจนเพียงพอ ผู้ป่วยได้รับการดูแลซ้ำทำให้มีผลต่อสุขภาพด้วย สำนักงานมัยจึงควรขยายเครือข่ายระบบการส่งต่อเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะโรงพยาบาลขนาดใหญ่ในกรุงเทพมหานคร เพื่อให้การส่งต่อผู้ป่วยเป็นระบบระเบียบมีการประสานงานที่ถูกต้องชัดเจนสอดคล้องกับโครงการพัฒนาระบบส่งต่อตามแผนพัฒนากรุงเทพมหานคร ฉบับที่ 4 (พ.ศ. 2535-2539) เพื่อให้ผู้ป่วยเรื้อรังที่จำหน่ายจากโรงพยาบาล และยังคงต้องการการดูแลต่อเนื่องได้รับบริการที่มีประสิทธิภาพต่อไป

2.3 จากปัญหาบุคลากรอื่นไม่เห็นความสำคัญของการเยี่ยมบ้าน ทำให้เป็นอุปสรรคต่อการปฏิบัติงานการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องด้วย เป็นหน้าที่ของพยาบาลทุกคนที่จะต้องเพิ่มการประชาสัมพันธ์งานของพยาบาลเยี่ยมบ้าน โดยเฉพาะงานการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้านให้ เป็นรูปธรรมชัดเจนขึ้น เพื่อให้เกิดการยอมรับและเห็นความสำคัญได้ในที่สุด

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

1. จากผลการวิจัยที่พบว่า การปฏิบัติงานการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้านไม่เป็นไปตามความคาดหวัง โดยมีความคาดหวังสูงกว่าการปฏิบัติจริงทุกบทบาท จึงควรศึกษาวิเคราะห์ระบบการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน เพื่อนำข้อค้นพบมาปรับปรุงการปฏิบัติงานให้มีประสิทธิภาพต่อไป

2. จากข้อค้นพบในปัญหาอุปสรรค (ตารางที่ 14) ที่ว่า ผู้ป่วย/ผู้ดูแล ไม่ให้ความร่วมมือ ซึ่งไม่สอดคล้องกับงานวิจัยของ ดาริณี สุภาพ และ สวิง สุวรรณ (2526, 2534) ที่พบว่า ผู้ป่วยและครอบครัวต้องการคำแนะนำในการปฏิบัติตัว และมีความตั้งใจจะดูแลตนเองด้านสุขภาพ จากข้อค้นพบดังกล่าวจึงน่าจะศึกษาความต้องการบริการดูแลผู้ป่วยต่อเนืองที่บ้านของประชาชนในเขตกรุงเทพมหานคร เพื่อให้บริการที่เหมาะสมและสอดคล้องกับความต้องการของผู้รับบริการ

3. จากข้อค้นพบในปัญหาอุปสรรค (ตารางที่ 14) ผู้ป่วยเรื้อรังที่ต้องการการดูแลต่อเนืองที่บ้านส่วนใหญ่ไม่ได้รับการส่งต่ออย่างเป็นทางการ จากการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลที่บ้านมีจำนวนถึง 360 คน (ตารางที่ 3) ในจำนวนนี้เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการส่งต่ออย่างเป็นทางการเพียง 46 คน ส่วนที่เหลือเป็นการส่งต่ออย่างไม่เป็นทางการและเยี่ยมพบเอง จึงน่าจะศึกษาถึงความเป็นไปได้ในการขยายเครือข่ายการส่งต่อผู้ป่วย โดยเฉพาะโรงพยาบาลขนาดใหญ่ในกรุงเทพมหานคร เช่น โรงพยาบาลสังกัดทบวงมหาวิทยาลัย โรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข และโรงพยาบาลสังกัดกรุงเทพมหานคร

