

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ในการวิจัยเรื่องบทบาทตามการคาดหวังและที่เป็นจริงในการดูแลผู้ป่วยที่บ้านตามการรายงานของพยาบาลวิชาชีพ ศูนย์บริการสาธารณสุข กรุงเทพมหานคร ผู้วิจัยได้ศึกษาเอกสาร ตำรา และแนวคิดทฤษฎีซึ่งเกี่ยวข้องกับบทบาทและหน้าที่ของพยาบาลเยี่ยมบ้าน ประกอบด้วย

1. สุขภาพและความเจ็บป่วย
 - 1.1 ความหมาย
 - 1.2 ระดับสุขภาพ
 - 1.3 การเจ็บป่วยเรื้อรัง
 - 1.4 การดูแลผู้ป่วยที่บ้าน
 - 1.5 การดูแลตนเอง
2. การดูแลผู้ป่วยต่อเนื่อง
 - 2.1 ความหมายของการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่อง
 - 2.2 แนวคิดในการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่อง
 - 2.3 กระบวนการพยาบาลผู้ป่วยต่อเนื่อง
 - 2.4 บทบาทพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่อง
3. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. สุขภาพและความเจ็บป่วย (Health and Illness Continuum)

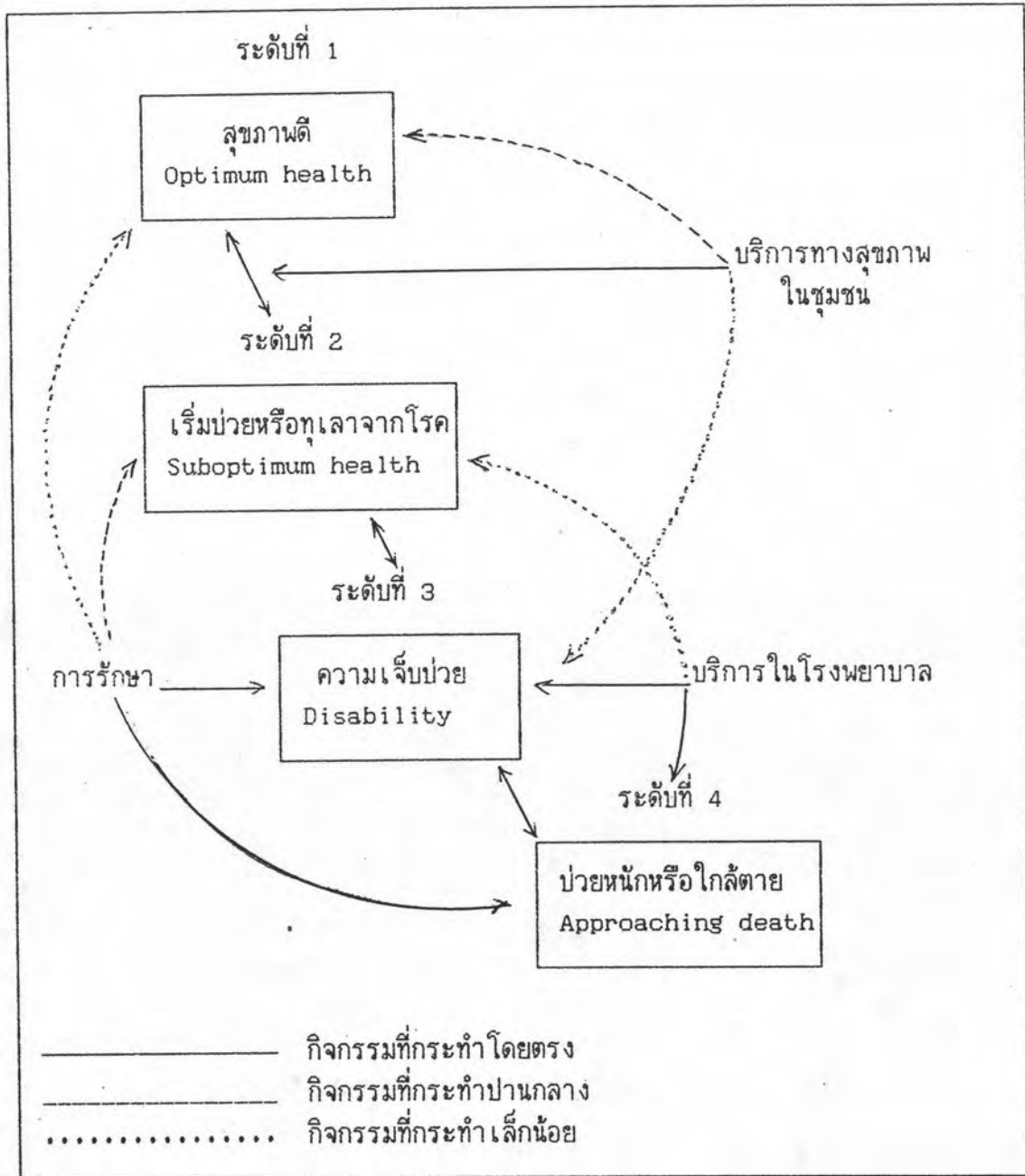
1.1 ความหมาย

สุขภาพและความเจ็บป่วยเป็นปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นได้ในทุกขั้นตอนของชีวิตภาวะสุขภาพของบุคคลจะเปลี่ยนแปลงไปเป็นกระบวนการต่อเนื่องหรือเปลี่ยนแปลงไปมา เกิดจากปฏิกิริยาของบุคคลต่อสิ่งแวดล้อม ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ เบอ์นาร์ต (อ้างถึงใน ฟาริตา อิบราฮิม, 2525) ได้กล่าวถึงภาวะสุขภาพและภาวะเจ็บป่วยว่า เป็นความสัมพันธ์ของมนุษย์และสิ่งแวดล้อม หากสิ่งแวดล้อมภายนอกและภายในร่างกายขาดการประสานงาน หรือมีความบกพร่อง

ของร่างกายในการปรับตัวให้เข้ากับสภาพแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไป จะทำให้เกิดภาวะไม่สมดุลย์ขึ้นในร่างกายเกิดเป็นความเจ็บป่วยและอาจมีผลคุกคามต่อชีวิตมนุษย์ได้

1.2 ระดับสุขภาพ

รอเจอร์ได้แบ่งภาวะสุขภาพของมนุษย์เป็น 4 ระดับ (Rogers อ้างถึงใน Mitchell, 1973) ดังนี้ ระดับที่ 1 สุขภาพดี (Optimum Health) หมายถึง ภาวะที่บุคคลมีสุขภาพสมบูรณ์ แข็งแรง สามารถปรับตัวอยู่ในสิ่งแวดล้อมได้อย่างสมดุลย์ และกระทำกิจกรรมตามหน้าที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ระดับที่ 2 เริ่มป่วยหรือทุเลาจากโรค (Suboptimum Health) หมายถึง ภาวะที่บุคคลเริ่มมีสุขภาพบกพร่อง เบี่ยงเบนไปจากปกติเพียงเล็กน้อย อาจเป็นภาวะที่เริ่มเจ็บป่วยหรือทุเลาจากโรคที่ป่วย ระยะนี้หากได้รับการดูแลที่ดีจะช่วยส่งเสริมให้ร่างกายปรับเปลี่ยนสภาวะสุขภาพไปสู่ระดับที่ 1 ได้ ระดับที่ 3 ความเจ็บป่วย (Disability) หมายถึง ภาวะที่บุคคลมีสุขภาพบกพร่องหรือเบี่ยงเบนไปจากปกติมาก มีอาการเจ็บป่วยหรือพิการ เป็นการปรับเปลี่ยนภาวะสุขภาพจากระดับที่ 2 เมื่อมีการคุกคามของโรคเพิ่มขึ้น และไม่ได้รับการดูแลเอาใจใส่หรือรับการรักษาที่เหมาะสม ระดับที่ 4 ป่วยหนักหรือใกล้ตาย (Approaching Death) หมายถึง ภาวะที่บุคคลอยู่ในระดับสุดท้ายของชีวิต โดยแสดงอาการเจ็บป่วยอย่างหนักหรือใกล้เสียชีวิต เป็นภาวะสุขภาพในระดับต่ำสุด เมื่อบุคคลสามารถปรับตัวให้ดำรงชีวิตอยู่ในสิ่งแวดล้อมได้น้อยมาก



แผนภูมิที่ 1 แสดงสภาวะสุขภาพและความเจ็บป่วย (Rogers, 1960 อ้างถึงใน Mitchell, 1973 : 8)

จากแผนภูมิที่ 1 แสดงให้เห็นถึงวงจรชีวิตของมนุษย์ทั้ง 4 ระดับอันอาจจะเปลี่ยนแปลงกลับไปมาได้ตลอดเวลา แต่จะมีความเป็นไปได้สูงมากน้อยต่างกัน กล่าวคือ บุคคลที่มีภาวะสุขภาพในระดับที่ 3 เมื่อมีความเจ็บป่วยจะเข้ารับการรักษาพยาบาลในโรงพยาบาล เมื่ออาการทุเลาลงเข้าสู่ระดับที่ 2 และระดับที่ 1 บุคคลจะกลับไปอยู่ที่บ้าน โดยอยู่ในความดูแลของพยาบาลเยี่ยมบ้านที่จะให้บริการโดยตรงต่อผู้ป่วยในระยะพักฟื้นเมื่อทุเลาจากอาการเจ็บป่วย โดยให้การดูแลต่อเนื่องจากโรงพยาบาลหรือให้บริการดูแลบุคคลที่เริ่มป่วยเพียงเล็กน้อยในระดับที่ 2 ให้มีสุขภาพดีเข้าสู่ระดับที่ 1 นอกจากนี้ยังต้องดูแลบุคคลที่มีภาวะสุขภาพในระยะสุดท้าย คือระดับที่ 4 ซึ่งไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ และจำหน่ายจากโรงพยาบาลมาอยู่ในความดูแลของครอบครัว จึงเป็นหน้าที่ของพยาบาลเยี่ยมบ้านที่จะต้องดูแลต่อเพื่อให้ครอบครัวยอมรับสภาวะสุขภาพในขณะนั้น ดูแลช่วยเหลือให้ทุเลาจากความเจ็บปวด ทุกข์ทรมาน หรือให้ตายอย่างสงบ

พยาบาลเยี่ยมบ้านเป็นบุคลากรสาธารณสุขในชุมชน มีหน้าที่โดยตรงในการดูแลสุขภาพของบุคคล ทั้งผู้ป่วยและผู้ที่มีสุขภาพดีให้ดำรงชีวิตอยู่ในระดับมาตรฐานทางสุขภาพ โดยการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค รักษา และฟื้นฟูสภาพ การปฏิบัติดังกล่าวเป็นการแสดงเอกภาพทางวิชาชีพ ซึ่ง สมจิต หนูเจริญกุล (2533) กล่าวว่า แนวคิดในการพยาบาลได้สร้างปรัชญาความเชื่อในการมองคนและสุขภาพแบบองค์รวม เข้าใจความสัมพันธ์ของคน สิ่งแวดล้อม สุขภาพ และการพยาบาล ซึ่งจะช่วยให้การปฏิบัติพยาบาลมีประสิทธิภาพ ช่วยให้ผู้คนรู้จักดูแลตนเองทั้งในภาวะสุขภาพดีและเจ็บป่วย สนับสนุนให้บุคคลสามารถปรับตัวต่อภาวะวิกฤตต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นในชีวิต และอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข

1.3 การเจ็บป่วยเรื้อรัง (Chronic Illness)

ฮาเบอร์ และคณะ (Haber and Other, 1982) ได้ให้ความหมายของการเจ็บป่วยเรื้อรังว่า หมายถึงความบกพร่องหรือภาวะที่เบี่ยงเบนไปจากปกติ อาจเป็นลักษณะอย่างใดอย่างหนึ่งหรือหลายอย่าง ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงอย่างถาวรหรือถาวร ความเจ็บป่วยดังกล่าวต้องใช้เวลาในการดูแลช่วยเหลือเป็นระยะเวลานาน และต้องการการฝึกฝนเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถฟื้นฟูสภาพและช่วยเหลือตนเองได้ ส่วน มิลเลอร์ (Miller, 1983) ได้กล่าวว่า การเจ็บป่วยเรื้อรังเป็นการเปลี่ยนแปลงทางสุขภาพ ซึ่งไม่สามารถรักษาให้หายได้โดยการผ่าตัดหรือรักษาทางยาในระยะสั้น ๆ

มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช (2528) ได้ให้ความหมายของผู้ป่วยเรื้อรังโดยครอบคลุมถึงผู้พิการ เป็นผู้ที่มีความผิดปกติของรูปร่างหรือหน้าที่ของอวัยวะ ไม่ว่าจะความผิดปกตินั้น จะโดยกำเนิดหรือเกิดขึ้นภายหลังก็ตาม นอกจากนี้ นารีรัตน์ จิตรมนตรี (2533) ได้ให้คำจำกัดความของการเจ็บป่วยเรื้อรังว่า หมายถึงความเจ็บป่วยที่ทำให้เกิดอาการและอาการแสดงเป็นระยะเวลานาน ซึ่งประกอบด้วยลักษณะตั้งแต่ 1 อย่างขึ้นไป คือ มีความพิการหลงเหลืออยู่ หรือมีพยาธิสภาพคงอยู่ตลอดไป ต้องการฟื้นฟูสภาพเป็นพิเศษ เป็นโรคที่ไม่สามารถรักษาให้หายได้ และใช้เวลาในการดูแลรักษานานเกิน 30 วัน

สมจิต หนูเจริญกุล (2534) กล่าวว่า ภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังนอกจากจะมีผลให้เกิดความไม่สุขสบายทางร่างกายแล้ว ยังมีผลต่อจิตใจด้วย ผู้ป่วยจะหมดกำลังใจ เกิดภาวะสูญเสียอำนาจ อาการทางร่างกายเกิดขึ้นอย่างสลับซับซ้อนโดยลักษณะของโรคเรื้อรังอาจเกิดขึ้นหลายโรคในเวลาเดียวกัน โรคหนึ่งนำไปสู่โรคอื่น ๆ ได้ ลักษณะของโรคและความเจ็บป่วยที่ยาวนาน จะมีความไม่แน่นอนเกิดขึ้น อาจเกิดภาวะวิกฤติโดยไม่อาจทำนายได้ การพยากรณ์โรคไม่แน่นอนทำให้เกิดความเครียดเพิ่มขึ้นด้วย

ในการรักษาผู้ป่วยเรื้อรังโดยทั่วไปไม่จำเป็นต้องรักษาในโรงพยาบาลตลอดเวลาของอาการเจ็บป่วย ผู้ป่วยที่กลับบ้านไม่ได้หมายความว่าหายจากโรคแล้ว สมจิต หนูเจริญกุล ให้แนวคิดว่าการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังจะต้องสังเกตและติดตามควบคุมอาการ ต้องปฏิบัติตามพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และการดำรงชีวิตเพื่อหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยง ผู้ป่วยและครอบครัวต้องมีส่วนร่วมในการดูแลตนเอง โดยมีบุคลากรในวิชาชีพสุขภาพคอยสนับสนุนช่วยเหลือให้ความรู้ และอำนวยความสะดวกเพื่อการดูแลตนเองของผู้ป่วยและครอบครัว

เมื่อพิจารณาถึงการส่งเสริมสุขภาพครอบครัวให้ปรับตัวต่อความเจ็บป่วยของสมาชิกในครอบครัว มุกดา สำนวนกลาง (2534) กล่าวว่า เป็นสิ่งที่เป็นไปได้ ผู้ป่วยเรื้อรังหรือสมาชิกในครอบครัว จะสามารถดูแลสุขภาพได้ด้วยตนเอง แต่ควรเป็นบทบาทของบุคลากรสาธารณสุขที่ต้องให้ความรู้เรื่องโรค การปฏิบัติตน และควรเปิดโอกาสให้ครอบครัวได้ดูแลผู้ป่วยตามลำพัง เพื่อให้สอดคล้องกับเหตุผลที่ว่าไม่สามารถแยกผู้ป่วยออกจากครอบครัวได้ เพราะครอบครัวมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมของผู้ป่วยทั้งทางร่างกาย จิตใจ และสังคม ส่วน กฤษดา แสงวงดี (2534) มีความ

เห็นว่าแนวโน้มในการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังจะได้รับการรักษาแบบผู้ป่วยนอก ฉะนั้นผู้ป่วยและครอบครัว จึงต้องเป็นผู้รับผิดชอบโดยตรงในการดูแลตนเอง ซึ่งอาจไม่ปฏิบัติตามกิจกรรมตามคำแนะนำของ บุคลากรสาธารณสุข จึงเป็นหน้าที่ของพยาบาลเยี่ยมบ้านต้องค้นหาสาเหตุและพยายามให้ข้อมูลกับ ญาติและผู้ป่วยให้เขาตัดสินใจดูแลตนเองหรือญาติ ไม่ตัดสินใจให้หรือบังคับให้ทำตาม

โดยทั่วไปเมื่อเกิดความเจ็บป่วยขึ้น ผู้ป่วยส่วนมากมีความปรารถนาจะหายป่วย และกลับมีกิจกรรมได้ตามปกติ แต่ในผู้ป่วยเรื้อรังหรือผู้ป่วยพิการจะยังมีความจำกัดอยู่ ไม่สามารถ กระทำกิจกรรมต่าง ๆ ได้ตามปกติ ภาวะความเจ็บป่วยเรื้อรังหรือพิการไม่ได้แสดงออกเพียงสภาวะ ทางร่างกายเท่านั้น หากยังคงมีความสัมพันธ์ต่อจิต อารมณ์ และสังคมด้วย ได้แก่ ความเจ็บปวด ความรู้สึกสูญเสียอวัยวะและอิสระแห่งตน ต้องพึ่งพาหรือเป็นภาระผู้อื่น อาจเป็นที่รังเกียจในสังคม ดังนั้นในการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้าน โดยเฉพาะผู้ป่วยเรื้อรังหรือพิการจึงต้องเน้นการพยาบาล แบบองค์รวม (Holistic Nursing Care) คือการดูแลทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และ สังคม ซึ่งเป้าหมายในการพยาบาลผู้ป่วยเรื้อรังหรือพิการคือให้เขาสามารถดูแลและช่วยเหลือ ตนเองได้ ไม่ต้องเป็นภาระแก่ครอบครัว หรือให้เป็นภาระน้อยที่สุด นอกจากนั้นยังเป็นการรับผิดชอบต่อ บุคคลและครอบครัวต่อสุขภาพตนเองด้วย ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ กัญญา กาญจนบุรานนท์ (2534) ได้กล่าวถึงระบบการพยาบาลเพื่อการดูแลตนเองควรรู้ระบบสนับสนุนโดยการสอน แนะนำ และนิเทศให้ผู้ดูแลในครอบครัวหรือผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้ ตลอดจนส่งเสริมให้กำลังใจเป็น ระยะอย่างสม่ำเสมอ

กล่าวโดยสรุปการเจ็บป่วยเรื้อรัง หมายถึง ภาวะสุขภาพที่เปลี่ยนแปลงไป ไม่อาจ รักษาให้หายขาดโดยการผ่าตัดหรือรักษาทางยาในระยะเวลานาน ต้องใช้เวลาการรักษาาน เกิน 30 วันขึ้นไป มีพยาธิสภาพตั้งแต่ 1 อย่างขึ้นไป จากการเจ็บป่วยที่ยาวนานและการพยากรณ์ โรคไม่แน่นอน ทำให้มีผลต่อร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคมด้วย ดังนั้นแนวคิดในการดูแลผู้ป่วย เรื้อรังจึงต้องเน้นการพยาบาลแบบองค์รวม และการดูแลต่อเนื่องที่บ้านเป็นสิ่งสำคัญ เพื่อให้ผู้ป่วย และครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลตนเอง โดยมีพยาบาลเยี่ยมบ้านคอยช่วยเหลือ สนับสนุน สอน แนะนำ และอำนวยความสะดวกเพื่อการดูแลตนเองของผู้ป่วยและครอบครัวให้สามารถดำรงชีวิต อยู่ในสังคมได้ตามสภาพที่เป็นอยู่

1.4 การดูแลผู้ป่วยที่บ้าน

การดูแลผู้ป่วยที่บ้าน หมายถึง การที่พยาบาลเยี่ยมบ้านนำบริการไปสู่ผู้ป่วยหรือสมาชิกในครอบครัวที่มีปัญหาทางสุขภาพ เป็นสิ่งซึ่งประกอบขึ้นด้วยความยึดมั่นและความศรัทธาของพยาบาลที่จะดำรงไว้ซึ่งสุขภาพของผู้ป่วยและครอบครัว (Keating and Kelman, 1988) สำนักกลาง (2534) กล่าวว่า การพยาบาลทางสุขภาพที่บ้านจะเน้นการดูแลผู้ป่วยที่ออกจากโรงพยาบาล เพื่อรับการดูแลต่อที่บ้านในระยะพักฟื้น รวมทั้งการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังที่ต้องอาศัยการดูแลระยะยาว ตลอดจนผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ต้องการเสียชีวิตที่บ้านด้วย ความตระหนักในหน้าที่อย่างแท้จริงของพยาบาลเยี่ยมบ้านจะช่วยสร้างสัมพันธภาพและศรัทธาของผู้รับบริการด้วย ก่อให้เกิดความร่วมมือร่วมใจ ยินยอมพร้อมใจในการร่วมปรึกษาหารือเพื่อบางแผนการพยาบาลปฏิบัติตามแผนและทำที่สุดคือการดูแลตนเองของผู้ป่วยหรือสมาชิกในครอบครัว พยาบาลเยี่ยมบ้านต้องอยู่ในสิ่งแวดล้อมของผู้ป่วยและครอบครัว อาจยอมรับหรือปฏิเสธบริการที่ให้ได้ ดังนั้นหากผู้รับบริการไม่ให้ความร่วมมือหรือไม่ยินยอมพร้อมใจ การดูแลตนเองเพื่อสุขภาพที่บ้านย่อมไม่เกิด ซึ่งจะมีผลเสียต่อสุขภาพอนามัยของบุคคล ครอบครัว และชุมชนด้วย

1.5 การดูแลตนเอง (Self-care)

โอเรม (Orem, 1991) ได้ให้แนวคิดในการดูแลตนเองว่าเป็นพฤติกรรมที่บุคคลแสดงออกอย่างต่อเนื่อง เพื่อการดำรงไว้ซึ่งชีวิตและการมีสุขภาพที่ดี ตามธรรมชาติผู้ใหญ่จะสามารถดูแลตนเองได้ ส่วนในวัยทารก เด็กเล็ก วัยรุ่น ผู้สูงอายุ และผู้ป่วย เป็นบุคคลที่ไม่สามารถดูแลตนเองได้อย่างสมบูรณ์ จึงต้องการการดูแลช่วยเหลือบางส่วนหรือทั้งหมด ขึ้นอยู่กับองค์ประกอบด้านอายุ สุขภาพทั่วไป รวมทั้งแบบแผนในการตอบสนองต่อสิ่งกระตุ้นทั้งภายในและภายนอกของบุคคลและสิ่งแวดล้อมซึ่งมีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเอง การดูแลตนเองเป็นธรรมชาติของมนุษย์ เพื่อให้ระบบต่าง ๆ ของร่างกายมีความสมดุลย์กับสิ่งแวดล้อม นอกจากนี้โอเรมยังกล่าวว่าการดูแลตนเองเป็นพฤติกรรมที่เรียนรู้ได้ และได้แบ่งการดูแลตนเองเป็น 3 ประเภท คือ

1.5.1 การดูแลตนเองตามธรรมชาติ (Universal Self-care) เป็นการดูแลตนเองในการดำรงชีวิตประจำวัน เพื่อมุ่งสนองความต้องการพื้นฐานได้แก่ อาหาร น้ำ อากาศ การขับถ่าย การป้องกันอันตราย เพื่อดำรงไว้ซึ่งโครงสร้างการดำรงชีวิตอยู่อย่างปกติสุข



1.5.2 การดูแลตนเองตามพัฒนาการ (Development Self-care) มนุษย์ย่อมมีการเปลี่ยนแปลงและมีพัฒนาการตลอดเวลา ตั้งแต่อยู่ในครรภ์มารดาจนเติบโตเป็นผู้ใหญ่ การดูแลตนเองจึงมุ่งส่งเสริมพัฒนาการตามกระบวนการของชีวิต

1.5.3 การดูแลตนเองตามการเบี่ยงเบนทางสุขภาพ (Health-deviation Self-care) เป็นการดูแลตนเองเมื่อการทำหน้าที่ต่าง ๆ ของร่างกายไม่เป็นไปตามปกติ อาจเกิดความเจ็บป่วยหรือพิการ ซึ่งจะมีอิทธิพลให้บุคคลเลือกหรือตัดสินใจทำกิจกรรมเพื่อกำจัดความไม่สุขสบาย โดยดูแลตนเองหรือพึ่งพาบุคคลอื่น เช่น พบแพทย์เพื่อการรักษา เป็นต้น

จินตนา ยูนิพันธุ์ (2529) ได้ให้แนวคิดว่า กิจกรรมการพยาบาล เป็นลักษณะเฉพาะที่เกี่ยวข้องกับความต้องการของแต่ละบุคคล การทำกิจกรรมการดูแลตนเองในลักษณะต่อเนื่อง เพื่อให้มีการดำรงรักษาชีวิตและสุขภาพ บรรเทาจากโรค ความเจ็บป่วย และปรับตัวกับผลของความเจ็บป่วยที่อาจเกิดขึ้นได้อย่างเหมาะสม ส่วนสมจิต หุญเจริญกุล (2534) กล่าวว่า การดูแลตนเองเป็นการกระทำที่จงใจมีเป้าหมาย และมีระบบระเบียบ มีขั้นตอนการกระทำอย่างมีประสิทธิภาพจะช่วยให้โครงสร้าง หน้าที่ และพัฒนาการ ดำเนินไปได้ถึงขีดสุดของแต่ละคน

บุคคลเมื่อเจ็บป่วยหากไม่สามารถดูแลตนเองได้ ย่อมต้องการความช่วยเหลือจากบุคลากรทางสุขภาพ จึงเข้ารับบริการในโรงพยาบาล ซึ่งภาวะเศรษฐกิจสังคมในปัจจุบันไม่เอื้ออำนวยให้ผู้ป่วยนอนพักรักษาพยาบาลอยู่ในโรงพยาบาลได้ในเวลานาน เนื่องจากความจำกัดของจำนวนเตียงและค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลสูงขึ้น จึงจำเป็นต้องจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้านให้เร็วขึ้นด้วย ดังนั้นสภาพสังคมปัจจุบัน แนวโน้มความต้องการบริการสาธารณสุขในชุมชนจึงมีมากขึ้น ซึ่งบทบาทของพยาบาลชุมชนต้องดูแลทั้งบุคคลที่มีภาวะสุขภาพดีและเจ็บป่วยด้วย โดยเน้นการส่งเสริมสุขภาพและมีการป้องกันเป็น 3 ระยะ คือ ระยะก่อนเกิดโรค ระยะเจ็บป่วย และระยะที่ทุเลาจากความเจ็บป่วย เพื่อให้บุคคลมีภาวะสุขภาพดี สามารถดำรงชีวิตในสังคมได้ตามสภาพของตนเอง (มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช, 2528)

จากกรอบแนวคิดและทฤษฎีการดูแลตนเอง มีความสัมพันธ์กับความต่อเนื่องของการมีสุขภาพดีและความเจ็บป่วย การดูแลตนเองจึงเป็นหนทางนำไปสู่การมีสุขภาพที่สมบูรณ์ พยาบาลเยี่ยมบ้านสามารถนำเอาแนวคิดดังกล่าวไปประยุกต์ได้ในการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้านได้อย่างมาก เพื่อมุ่งเน้นให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถดูแลตนเองและยอมรับสภาวะสุขภาพที่เป็นอยู่ ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ สมจิต หนูเจริญกุล (2534) ได้ให้ความเห็นว่าทฤษฎีการพยาบาลของโอเรม เหมาะที่จะนำมาศึกษาวิเคราะห์เพื่อเป็นแนวทางในการดูแลครอบครัว เนื่องจากพยาบาลมุ่งช่วยเหลือให้ผู้ป่วยดูแลตนเองและให้สมาชิกในครอบครัวดูแลผู้ป่วยได้ บทบาทของพยาบาลเยี่ยมบ้านค่อนข้างชัดเจนในการส่งเสริมความสามารถในการช่วยตนเอง และดูแลสุขภาพของสมาชิก ในครอบครัวด้วย นอกจากนี้ ฟาริดา อิบราฮิม (2525) ได้กล่าวว่า ระบบการพยาบาลของโอเรมใช้ได้เป็นอย่างดีในผู้ป่วย ซึ่งพ้นจากระยะรุนแรงหรือเฉียบพลัน โดยตนเองหรือบุคคลในครอบครัวสามารถกระทำกิจกรรมต่าง ๆ ได้ด้วยตนเอง และมีพยาบาลช่วยกระตุ้น ส่งเสริมแนะนำให้เขาสามารถช่วยเหลือตนเองได้

2. การดูแลผู้ป่วยต่อเนื่อง (Continuity of Care)

2.1 ความหมายของการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่อง

คิตติ้ง และเคลแมน (Keating and Kelman, 1988) ได้ให้ความหมายของการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องว่าเป็นบริการทางสุขภาพ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องขณะเจ็บป่วย เมื่ออาการทุเลาลงเพื่อให้กลับคืนสู่สภาพปกติ หรือดูแลจนกระทั่งผู้ป่วยตายโดยสงบไม่ทุกข์ทรมาน การดูแลต่อเนื่องเป็นบริการทางสุขภาพที่บ้าน ผู้ป่วยที่รับบริการอาจเป็นผู้ที่มาขอรับบริการเอง ได้รับการส่งต่อจากหน่วยงานอื่น หรือพบโดยตนเองขณะเยี่ยมบ้าน ส่วนใหญ่จะเป็นผู้ป่วยเรื้อรังที่ยังต้องการการดูแลต่อเนื่อง ในทำนองเดียวกัน พวงทิพย์ ชัยนิบาลสฤทธ์ (อ้างถึงใน กองการพยาบาลสาธารณสุข, 2535) กล่าวว่า การดูแลผู้ป่วยต่อเนื่อง หมายถึง การช่วยเหลือ สนับสนุน สอน หรือลงมือกระทำกิจกรรมอันเป็นการส่งเสริมสุขภาพอนามัยของผู้ป่วยทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและอารมณ์ เพื่อให้ผู้ป่วยมีความสุขสบายปราศจากความทุกข์ทรมาน และฟื้นฟูสมรรถภาพโดยเร็ว อันเป็นความเชื่อมต่อระหว่างการดูแลที่สถานบริการสุขภาพและที่บ้าน

2.2 แนวคิดในการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่อง

ในการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่อง ผู้รับบริการควรได้รับการประเมินภาวะสุขภาพจากข้อมูลต่าง ๆ เช่น ประวัติการรักษายาบาล ข้อมูลพื้นฐานทางครอบครัว สภาพแวดล้อม และทรัพยากรที่มีในชุมชนเพื่อวางแผนให้บริการได้อย่างเหมาะสม หรืออาจต้องมีการประสานงานกับหน่วยงานอื่นเพื่อการส่งต่อ ทั้งนี้ต้องได้รับความร่วมมือจากผู้ป่วยและครอบครัวด้วย ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของคลีแมน-สโตน (Cleman-Stone, 1991) ได้กล่าวถึงการดูแลต่อเนื่องว่าสามารถใช้ประโยชน์จากแผนการจำหน่ายผู้ป่วย และกระบวนการส่งต่อผู้ป่วย โดยมีหลัก ดังนี้ 1) ผู้รับบริการควรได้รับการดูแลเพื่อดำรงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพ 2) ผู้รับบริการอาจยอมรับหรือปฏิเสธบริการที่ให้ได้ 3) การวางแผนเพื่อการดูแลต้องนำทรัพยากรในชุมชนมาใช้ให้เกิดประโยชน์สูงสุด 4) ความร่วมมือและประสานงานระหว่างบุคคลและหน่วยงานองค์การเป็นสิ่งสำคัญที่ต้องคำนึงถึง 5) ผู้รับบริการสามารถเรียนรู้วิธีการที่จะดูแลตนเองได้

แมคเคลนแลน, เคลลี และบัควอลเทอร์ (McClelland, Kelly and Buckwalter, 1985) ได้ให้แนวคิดว่าการสร้างเพื่อการดูแลต่อเนื่องที่มีประสิทธิภาพจะต้องประกอบด้วย 1) เศรษฐกิจ เป็นองค์ประกอบที่มีอิทธิพลต่อการดูแลสุขภาพ เพราะเป็นตัวแปรที่จะทำให้บุคคลเลือกวิธีการดูแลที่เหมาะสมสำหรับตน 2) ผู้ให้บริการในชุมชน ต้องมีความรู้และทักษะในการให้การพยาบาล และตระหนักถึงความสำคัญของการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้าน 3) ผู้รับบริการ ต้องมีแนวโน้มที่จะช่วยเหลือตนเองภายใต้การดูแล และนิเทศของบุคลากรทางสาธารณสุข

แพคการ์ดและแลนคาสเตอร์ (Packard-Helie and Lancaster, 1989) ยังได้กล่าวว่า สิ่งสำคัญที่ควรคำนึงถึงในการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้าน คือ สัมพันธภาพที่ดี และการประสานงานระหว่างพยาบาลในโรงพยาบาลและพยาบาลเยี่ยมบ้าน ในการส่งต่อควรมีรายละเอียดต่าง ๆ เกี่ยวกับผู้ป่วยอย่างสมบูรณ์ เช่น การวินิจฉัยโรค ประวัติการรักษา ข้อมูลทางห้องทดลอง ข้อมูลพื้นฐานทางครอบครัว และอื่น ๆ ตลอดจนแผนการพยาบาลที่ควรให้อย่างต่อเนื่อง ข้อมูลต่าง ๆ เหล่านี้ จะช่วยให้พยาบาลเยี่ยมบ้านดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องด้วยความมั่นใจ ผู้ป่วยและครอบครัวจะไม่ถูกทอดทิ้งให้อยู่ที่บ้านโดยลำพัง ความรู้สึกหวาดกลัวและวิตกกังวลจะลดลง เกิดความรู้สึกมั่นคงและปลอดภัยเมื่อมีผู้คอยให้การดูแลและส่ง เสริมสนับสนุนที่บ้าน

จากแนวคิดต่าง ๆ จึงอาจสรุปได้ว่า การดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องเป็นบริการทางสุขภาพที่ให้แก่ผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องขณะเจ็บป่วยเมื่ออาการทุเลาหรือเลวลง เป็นบริการพยาบาลที่ให้ที่บ้าน ต่อเนื่องจากโรงพยาบาลเพื่อฟื้นฟูสุขภาพให้กลับคืนสู่สภาพปกติ หรือดูแลจนกระทั่งผู้ป่วยตายอย่างสงบ การให้บริการดังกล่าวผู้รับบริการอาจยอมรับหรือปฏิเสธบริการที่ให้ก็ได้ ผู้ป่วยที่ถูกส่งต่อหากถูกละเลยหรือไม่ได้รับการตามต้องการ อาจกลับไปรับบริการยังหน่วยงานเดิม ดังนั้นความสำเร็จของการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องจำเป็นต้องอาศัยความร่วมมือและประสานงานอย่างมีประสิทธิภาพระหว่างบุคคลและหน่วยงานเป็นสำคัญ

2.3 กระบวนการพยาบาลผู้ป่วยต่อเนื่อง

กระบวนการพยาบาลเป็นแกนสำคัญของการปฏิบัติพยาบาล ซึ่งใช้ประโยชน์จากแนวคิดและทฤษฎีทางการพยาบาลมากำหนดโครงสร้างพื้นฐานที่จะดำเนินการพยาบาลที่มีประสิทธิภาพต่อไป การปฏิบัติตามขั้นตอนของกระบวนการพยาบาล สามารถติดตามตรวจสอบวิเคราะห์การกระทำของพยาบาลต่อผู้รับบริการ ซึ่งจะสามารถปรับเปลี่ยนให้เหมาะสมได้

มีนักทฤษฎีทางการพยาบาลหลายท่านได้กล่าวถึงกระบวนการพยาบาลและให้ความหมายต่าง ๆ ซึ่ง ยูรา และวอลซ์ ได้สรุปไว้ ดังนี้ (Yura and Walsh, 1983) เพพลา (Peplau, 1952) กล่าวว่า "เป็นความสัมพันธ์ระหว่างพยาบาลและผู้ป่วยโดยการศึกษาควบคู่ไปกับการรักษา" และกล่าวว่า มี 4 ขั้นตอนเช่นเดียวกับ จอห์นสัน (Johnson, 1980) คือ "การประเมินภาวะสุขภาพการวินิจฉัยทางการพยาบาล การกระทำการพยาบาลและการประเมินผลการปฏิบัติ" ส่วน เฮนเดอร์สัน (Henderson, 1966) ให้ความเห็นว่า "กระบวนการพยาบาลเป็นการดูแลผู้ป่วยโดยมีการวางแผนการพยาบาลจากการวิเคราะห์ความต้องการของผู้ป่วยต่อเนื่อง" ในปี 1978 ลีวิน (Levine) ได้ให้นิยามกระบวนการพยาบาลว่า "เป็นวิธีการทางวิทยาศาสตร์เพื่อระบุรูปแบบการปรับตัวและการตอบสนองของผู้ป่วยแต่ละคน ต่อมาในปี 1980 โอเรม (Orem) ได้กล่าวถึงการพยาบาลว่า "เป็นกระบวนการระหว่างบุคคลซึ่งประกอบด้วย ขั้นตอนของการวินิจฉัยทางการพยาบาล การออกแบบระบบการพยาบาล และกระทำการพยาบาลเป็นวงจรของการช่วยเหลือ ตรวจสอบปรับปรุงโดยกระทำซ้ำ ๆ กัน" แตรอย (Roy, 1980) ให้ความหมายว่า "กระบวนการพยาบาลเป็นกระบวนการแก้ปัญหา มี 6 ขั้นตอน โดยประเมินภาวะสุขภาพ ค้นหาปัญหา ตั้งวัตถุประสงค์ เลือกวัตถุประสงค์ เลือกวิธีปฏิบัติ และประเมินผลการปฏิบัติ"

จากแนวคิดเกี่ยวกับกระบวนการพยาบาลข้างต้นจึงพอสรุปได้ว่า กระบวนการพยาบาลเป็นกระบวนการทางวิทยาศาสตร์ เพื่อการแก้ปัญหาทางสุขภาพ โดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ประกอบด้วยขั้นตอนที่เป็นวงจรต่อเนื่องกัน ได้แก่ การประเมินสภาวะสุขภาพ การวางแผนทางการพยาบาล การปฏิบัติพยาบาล และการประเมินผล เป็นการกำหนดโครงสร้างพื้นฐานทางการพยาบาล โดยอาศัยกรอบแนวคิดและทฤษฎีทางการพยาบาล ส่วนกระบวนการพยาบาลผู้ป่วยที่บ้าน ต้องอาศัยการประสานความร่วมมือระหว่างพยาบาล ผู้ป่วย และครอบครัว โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อส่งเสริมสนับสนุนแก้ไขปัญหา และฟื้นฟูสุขภาพผู้ป่วยและครอบครัวเป็นสำคัญ

ส่วนกระบวนการพยาบาลผู้ป่วยต่อเนืองนั้น เป็นกระบวนการพยาบาลที่ให้แกผู้ป่วยเรื้อรังที่บ้าน ซึ่งคิดตั้ง และเคลแมน (Keating and Kelman, 1988) กล่าวว่า กระบวนการพยาบาลที่บ้าน มีขั้นตอนเหมือนกับกระบวนการพยาบาลในโรงพยาบาล ประกอบด้วย การประเมินสภาวะสุขภาพ การวางแผนการพยาบาล ปฏิบัติตามแผน และประเมินผล เป็นการวางแผนการดูแลผู้ป่วยระยะยาว พยาบาลชุมชนจะรับผู้ป่วยส่งต่อจากโรงพยาบาลเพื่อการดูแลต่อเนืองที่บ้าน ในบันทึกการส่งต่อจะมีการวินิจฉัยทางการแพทย์ ซึ่งจะนำไปสู่การวินิจฉัยทางการพยาบาลด้วยพยาบาลเยี่ยมบ้านสามารถค้นหาปัญหาทางสุขภาพของผู้ป่วยได้จากการประสานงานระหว่างทีมสุขภาพหรือจากบันทึกการส่งต่อผู้ป่วย การวินิจฉัยทางการแพทย์ และการวินิจฉัยชุมชน

ในการค้นหาปัญหาพบว่า หลายปัญหาที่แก้ไขยาก ซึ่งพยาบาล ผู้ป่วย และครอบครัว ต้องปรึกษาหารือร่วมกันเพื่อจัดลำดับความสำคัญ ปฏิบัติตามความต้องการได้อย่างสอดคล้องเหมาะสม พยาบาลผู้ป่วยและครอบครัวต้องวางแผนระยะยาวร่วมกัน โดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ซึ่งจะนำไปสู่การวางแผนทางการพยาบาล และความคาดหวังในความสำเร็จทางการพยาบาล ในการวางแผนควรจะต้องรู้ว่าจะทำอะไร โดยใคร เมื่อไร เป็นอย่างไร ที่ไหน วิธีการอย่างไร และควรต้องมีการจัดบันทึกด้วย ซึ่ง ฮัมฟรี และมิลอน-นุซโซ (Humphrey and Milone - Nuzzo, 1991) กล่าวถึง กระบวนการพยาบาลผู้ป่วยที่บ้านว่า เป็นเครื่องมือที่ช่วยให้องค์การพยาบาลปฏิบัติหน้าที่ได้อย่างมีคุณภาพ การพยาบาลผู้ป่วยที่บ้านสามารถใช้กระบวนการพยาบาลเป็นแนวทางปฏิบัติการพยาบาลที่บ้านได้ กระบวนการพยาบาลเป็นการกระทำโดยมีจุดมุ่งหมายที่จะแก้ปัญหาให้ผู้ป่วยที่บ้าน โดยใช้ความรู้และทักษะของพยาบาลเยี่ยมบ้าน กระทำต่อผู้ป่วยและครอบครัวโดยตรง กระบวนการพยาบาลผู้ป่วยต่อเนืองที่บ้านมี 5 ขั้นตอน ดังนี้

2.3.1 การประเมินสภาวะสุขภาพ (Assessment) เป็นการประเมินสภาวะสุขภาพของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง และเป็นปัจจุบัน เพราะสภาวะสุขภาพจะมีการเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา ข้อมูลเดิมอาจทำให้การประเมินสภาวะสุขภาพผิดพลาดได้ ข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วยอาจรวบรวมขณะเยี่ยมบ้านครั้งแรก หรือจากบันทึกการส่งต่อผู้ป่วยข้อมูลที่จำเป็น ได้แก่ ข้อมูลพื้นฐานทางครอบครัว ข้อมูลสุขภาพทั้งร่างกายและจิตใจ ข้อมูลด้านเศรษฐกิจ และข้อมูลทางด้านการรักษาวิธีเก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ สังเกตและตรวจร่างกาย ข้อมูลต่าง ๆ ที่รวบรวมได้จะสะท้อนถึงภาพรวมของผู้ป่วยทั้งหมด ทำให้รู้ถึงลักษณะความแข็งแรงและความบกพร่องทางสุขภาพ ซึ่งจะนำไปสู่การวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ถูกต้อง

2.3.2 การวินิจฉัยทางการพยาบาล (Diagnosis) เป็นการวิเคราะห์ข้อมูลที่รวบรวมได้ เพื่อระบุปัญหาสาเหตุความต้องการทางสุขภาพของผู้ป่วยและครอบครัว ซึ่งพยาบาลสามารถดำเนินการได้ด้วยตนเอง เป็นสิ่งซึ่งชี้ให้เห็นถึงความเป็นอิสระแห่งวิชาชีพ ไม่ใช่เพียงทำตามคำสั่งแพทย์เท่านั้น การวินิจฉัยทางการพยาบาล มี 3 ขั้นตอน คือ ระบุปัญหา สาเหตุของปัญหา และอาการแสดงของปัญหา

2.3.3 การวางแผนทางการพยาบาล (Planning) เป็นการกำหนดเป้าหมายและกลยุทธ์ในการจัดการกับปัญหา ทั้งระยะสั้นและระยะยาว เป็นการบ่งชี้ถึงพฤติกรรม ซึ่งจะมีผลให้ปัญหาต่าง ๆ หดไป ลดลง หรือเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดปัญหาขึ้น เป้าหมายจึงต้องเขียนให้ชัดเจนรวมทั้งบันทึกรายงานด้วย การกำหนดเป้าหมายควรยึดหลัก 6 ประการ คือ ตั้งเป้าหมายเชิงพฤติกรรมโดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง เป้าหมายควรสังเกตและวัดได้ เป้าหมายควรมีกำหนดระยะเวลาของความสำเร็จ เป้าหมายควรชัดเจนและกระชับรัด เป็นสิ่งที่ทำได้จริง กำหนดเป้าหมายโดยการประสานและร่วมมือกันระหว่างพยาบาลผู้ป่วยและครอบครัว

2.3.4 การปฏิบัติตามแผน (Implementation) เป็นการกระทำกิจกรรมตามที่กำหนดไว้ในแผน เพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัวให้มีสภาวะสุขภาพสมบูรณ์ ส่งเสริมสนับสนุน ป้องกันและแก้ไขปัญหาสุขภาพให้สำเร็จตามเป้าหมาย พยาบาลต้องพิจารณาถึงบุคคลที่เหมาะสม จะกระทำการช่วยเหลือผู้ป่วยหรือให้ผู้ป่วยดูแลตนเองได้ โดยมีพยาบาลคอยติดตามนิเทศอย่างสม่ำเสมอ

2.3.5 การประเมินผลปฏิบัติการพยาบาล (Evaluation) เพื่อดูว่าผู้ป่วยได้รับการดูแลและพัฒนาไปสู่เป้าหมายได้เพียงใด ตลอดจนค้นหาปัญหาและอุปสรรคในการปฏิบัติด้วยการประเมินผลต้องกระทำเป็นระยะ ซึ่งหากไม่เป็นไปตามเป้าหมายอาจต้องปรับเปลี่ยนแผน ความร่วมมือระหว่างผู้ป่วยและพยาบาลเป็นจุดมุ่งหมายที่ต้องกระทำอย่างต่อเนื่อง การประเมินผลช่วงสุดท้ายจะกระทำเมื่อจำหน่ายผู้ป่วยออกจากความดูแล ซึ่งคาดหวังว่าผู้ป่วยจะมีความพึงพอใจและสำเร็จตามเป้าหมาย การประเมินผลทางการพยาบาลจะเป็นเครื่องมือช่วยให้พยาบาลจำหน่ายผู้ป่วยออกจากความดูแลได้อย่างเหมาะสม ซึ่งแสดงถึงประสิทธิภาพและประสิทธิผลของการดูแล

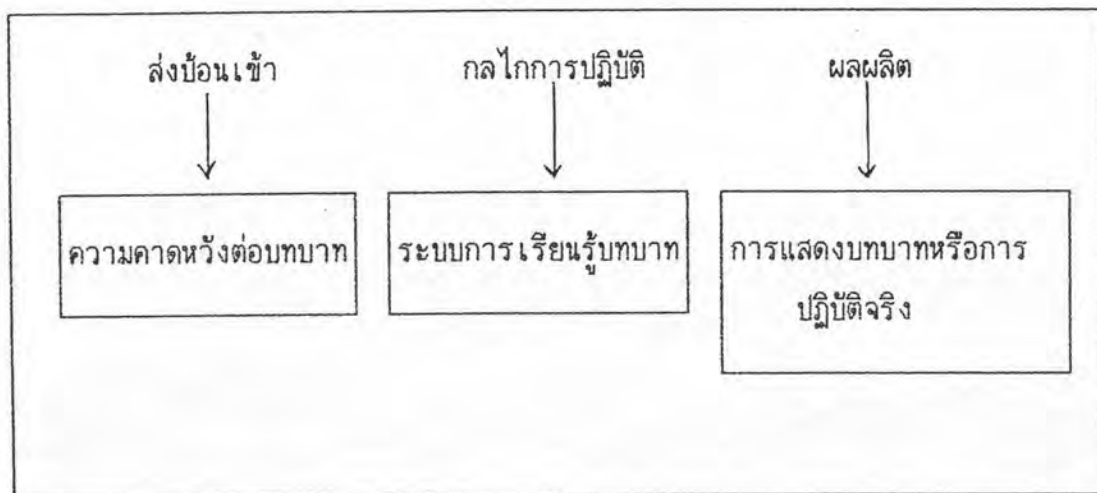
กล่าวโดยสรุปกระบวนการพยาบาลผู้ป่วยที่บ้าน มีขั้นตอนการปฏิบัติเช่นเดียวกับการพยาบาลผู้ป่วยในโรงพยาบาล โดยอาศัยความรู้และทักษะของพยาบาลเยี่ยมบ้าน ความร่วมมือและสัมพันธภาพระหว่างพยาบาล ผู้ป่วย และครอบครัวเป็นสิ่งสำคัญ ซึ่งจะนำไปสู่การดูแลตนเองของผู้ป่วยหรือสมาชิกในครอบครัวได้ในที่สุด

2.4 บทบาทพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่อง

บทบาท หมายถึง พฤติกรรมการแสดงออกของบุคคล แบ่งออกเป็น 2 ลักษณะ คือ บทบาทที่ต้องปฏิบัติตามหน้าที่ที่กำหนด และบทบาทตามการปฏิบัติจริง (Webster, 1985) ทั้งนี้ ฮอร์ตัน และฮันท์ ; เชเฟอร์ และคณะ (Horton and Hunt, 1984; Schaefer and others, 1992) ได้กล่าวว่า บทบาทเป็นพฤติกรรมที่คาดหวังตามสถานภาพหรือตำแหน่งหน้าที่ของแต่ละบุคคล การแสดงออกของพฤติกรรมตามบทบาทเป็นสิ่งที่คาดหวังของบุคคลทั่วไปในสังคม ซึ่งบางครั้งอาจไม่เป็นไปตามที่คาดหวังไว้หากมีความขัดแย้งในบทบาทนั้น



บทบาทเป็นองค์ประกอบสำคัญของโครงสร้างทางสังคม ซึ่งกำหนดว่าบุคคลใดควรแสดงพฤติกรรมอย่างไร ในทำนองเดียวกัน พวงรัตน์ บุญญาธิกรักษ์ (2529) ได้กล่าวว่า บทบาทประกอบด้วย กิจกรรมย่อย ๆ ที่พึงปฏิบัติในแต่ละตำแหน่งที่กำหนดขึ้น ส่วนตำแหน่งเป็นการกำหนดระดับของบุคคลในแต่ละสังคม ดังนั้นบทบาทและตำแหน่งจึงมีความสัมพันธ์กัน บุคคลจำเป็นต้องเรียนรู้บทบาท เพื่อให้การแสดงบทบาทเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ การพัฒนาบทบาทจะต้องเกิดขึ้นอย่างเป็นกระบวนการ ดังนี้



แผนภูมิที่ 2 แสดงการพัฒนาบทบาท (พวงรัตน์ บุญญาธิกรักษ์, 2529)

จากแผนภูมิที่ 2 อาจสรุปได้ว่า บุคคลสามารถพัฒนาบทบาทของตนได้ โดยการเรียนรู้ บทบาทของตนเอง ทั้งนี้องค์การต้องบ่งชี้กิจกรรมที่พึงปฏิบัติไว้อย่างชัดเจนและเฉพาะเจาะจง เพื่อให้ผู้ครองบทบาทได้แสดงบทบาทของตนออกมาได้ตรงตามความคาดหวัง

เทพนม เมืองแมน และสวิง สุวรรณ (2529) ได้ให้ความหมายของบทบาทว่าเป็นรูปแบบของพฤติกรรมมาตรฐานที่คาดหวังว่าบุคคลต้องกระทำตามตำแหน่ง ส่วนพฤติกรรมบทบาทเป็นการตอบสนองหน้าที่งานต่อบทบาทหรือสภาวะการณ์ของงาน พฤติกรรมบทบาทที่บุคคลกระทำจริง

อาจไม่สอดคล้องกับความคาดหวัง ในการปฏิบัติงานใดก็ตามองค์การควรกำหนดงานและหน้าที่รับผิดชอบเฉพาะของตำแหน่งนั้น ๆ มิฉะนั้นอาจเกิดความคลุมเครือในบทบาท ซึ่งจะก่อให้เกิดความกังวลใจ และทำให้การปฏิบัติงานด้อยคุณภาพได้

จากการประมวลความหมายของบทบาทจากนักวิชาการหลาย ๆ ท่าน อาจกล่าวได้ว่า บทบาทเป็นการแสดงออกซึ่งพฤติกรรมของบุคคลในตำแหน่งต่าง ๆ กัน ตำแหน่ง หน้าที่ และบทบาทจึงเป็นสิ่งที่ควบคู่กัน บางครั้งอาจเรียกรวมกันว่า บทบาทหน้าที่ ซึ่งแบ่งได้เป็น 2 ลักษณะ คือ บทบาทตามที่คาดหวัง (Role-Expectation) เป็นบทบาทที่กำหนดโดยบุคคลในสังคม หรือองค์การนั้น ๆ ว่าดำรงตำแหน่งหน้าที่ใด ควรแสดงพฤติกรรมอย่างไร เช่น พยาบาลเยี่ยมบ้าน ควรแสดงบทบาทอย่างไรในการปฏิบัติงานการดูแลผู้ป่วยต่อเนื้อ ส่วนบทบาทที่ปฏิบัติจริง (Role-Playing) เป็นพฤติกรรมของบุคคลที่แสดงออกจริงเป็นจริง ขณะปฏิบัติหน้าที่ที่ได้รับมอบหมาย

เนื่องจากปัญหาความขาดแคลนบุคลากรพยาบาลเยี่ยมบ้านของศูนย์บริการสาธารณสุข จึงจำเป็นต้องปรับเปลี่ยนบทบาทหน้าที่หลาย ๆ อย่าง ในเวลาใกล้เคียงกัน เช่น ทำหน้าที่ออกหน่วยแพทย์เคลื่อนที่ ทำการพยาบาลในห้องบำบัด ออกอนามัยโรงเรียน หรือบางครั้งต้องทำหน้าที่ในห้องยาเมื่อไม่มีเภสัชกร จึงอาจเกิดความขัดแย้งในบทบาทหรือปฏิบัติหน้าที่ไม่สมบทบาทได้ ซึ่งจะมีผลต่อคุณภาพการพยาบาลด้วย ดังนั้นหากมีการกำหนดกิจกรรมในแต่ละบทบาทให้ชัดเจนใช้เป็นระเบียบแบบแผนปฏิบัติในแนวทางเดียวกัน ย่อมทำให้การแสดงบทบาทเป็นไปตามความคาดหวัง ซึ่งหมายถึงประสิทธิภาพของงานด้วย

ส่วนบทบาทพยาบาลเป็นพฤติกรรมการแสดงออกของพยาบาลที่จะต้องกระทำตามความคาดหวังของบุคคลทั่วไปในสังคม ซึ่งพอทเทอร์และเพอร์รี่ (Potter and Perry, 1987) ได้กล่าวว่าบทบาทหน้าที่ของพยาบาลควรประกอบด้วย 8 บทบาท ดังนี้ ผู้ให้การดูแล ผู้ตัดสินใจ ผู้ปกป้องและสนับสนุน ผู้จัดการ ผู้ให้การฟื้นฟูสภาพ ผู้ให้การปลอบโยน ผู้ประสานงาน และผู้สอน

สำหรับแนวคิดของโอเรม (1991) กล่าวว่า บทบาทของพยาบาลในการช่วยเหลือผู้ป่วย ประกอบด้วย 5 บทบาท คือ การกระทำแทนผู้ป่วย การให้คำแนะนำ การสนับสนุนเพื่อส่งเสริมสุขภาพทั้งด้านร่างกายและจิตใจ การจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อพัฒนาการดูแลตนเอง และการสอน

สุนทรีย์ ภาณุทัต (สุโขทัยธรรมมาธิราช, 2532) ได้ให้ทรรศนะว่า การให้คำปรึกษาทางสุขภาพและการสอนทางสุขภาพอนามัยแก่ผู้ป่วยหรือญาติผู้เกี่ยวข้อง เป็นบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบของพยาบาลที่จะต้องให้ความสำคัญผสมผสานไปกับการให้บริการพยาบาลแก่ผู้รับบริการทุกรายตามความเหมาะสม การให้คำปรึกษาทางสุขภาพจะช่วยให้ความเครียดของผู้ป่วยลดลง การรับรู้จะดีขึ้น ซึ่งจะช่วยให้การพยาบาลมีประสิทธิภาพ และประสิทธิผลด้วย

ส่วนบทบาทของพยาบาลเยี่ยมบ้านในการดูแลผู้ป่วยต่อเนื้อนั้น คีทติ้ง และ เคลแมน (Keating and Kelman, 1988) ได้กล่าวถึงบทบาทของพยาบาลเยี่ยมบ้านว่า ต้องให้การดูแลสุขภาพของบุคคลทั้งสุขภาพดี เจ็บป่วย และเสียชีวิตที่บ้าน ส่วนบทบาทของพยาบาลเยี่ยมบ้านในการดูแลผู้ป่วยต่อเนื้อ เมื่อมีการส่งต่อผู้ป่วยให้มาอยู่ในความดูแลที่ชุมชน ต้องมีบทบาทในการส่งเสริม สนับสนุน เป็นที่ปรึกษา สอนและสาธิตวิธีการดูแลตนเอง เพื่อแก้ปัญหาสุขภาพให้กับผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัว

อย่างไรก็ตามบทบาทของพยาบาลเยี่ยมบ้านซึ่งเกี่ยวข้องกับ การดูแลผู้ป่วยต่อเนื้อนั้น ฮัมฟรีย์ และมิลอน-นัชโซ (Humphrey and Milone-Nuzzo, 1991) กล่าวว่าควรมีบทบาท 4 ประการ คือ ประการที่ 1 ต้องให้การดูแลโดยตรงต่อผู้ป่วยและครอบครัวขณะเยี่ยมบ้าน โดยปฏิบัติตามกระบวนการพยาบาลตลอดจนการสอน และสาธิต ต้องมีการวางแผนการพยาบาลทั้งระยะสั้นและระยะยาว ประการที่ 2 ประสานงานกับบุคลากรอื่น โดยร่วมประชุมปรึกษารื้อเพื่อให้อัฒมลูที่เป็นปัจจุบัน และเป็นประโยชน์ต่อผู้รับบริการ อาจต้องมีการส่งต่อผู้ป่วยไปยังหน่วยงานอื่น พยาบาลเยี่ยมบ้านจึงต้องรู้ถึงแหล่งสนับสนุนอื่น ๆ ในชุมชนด้วย ประการที่ 3 ต้องส่งเสริมสนับสนุน เป็นที่ปรึกษา เพื่อติดตามดูแลผู้ป่วยที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ประการที่ 4 ต้องตัดสินใจเกี่ยวกับกำหนดเวลาความถี่ห่างในการเยี่ยมบ้าน ตลอดจนตัดสินใจจำหน่ายผู้ป่วยออกจากความดูแลด้วย

พิกเกต และ แฮนลอน (Pickett and Hanlon, 1990) ได้กล่าวว่าในการปฏิบัติการพยาบาลตามแผนควรมีกิจกรรมต่าง ๆ ดังนี้ ให้การพยาบาลตามสภาพของผู้ป่วยอย่างเหมาะสม สอนและสาธิตการปฏิบัติพยาบาลด้วยตนเอง เป็นที่ปรึกษาของผู้ป่วยและครอบครัว ปรึกษาปัญหาผู้ป่วย ร่วมกับทีมสุขภาพอื่น และบันทึกรายงาน

คาเปล และ เคส (Capell and Case, 1976) ได้กล่าวถึงบทบาทของพยาบาลเยี่ยมบ้านในการดูแลผู้ป่วยต่อเนื้อว่าเป็นบทบาทที่มีความเป็นอิสระแห่งวิชาชีพ มีการตัดสินใจ และการปฏิบัติตนของพยาบาลเยี่ยมบ้าน ไม่จำเป็นต้องทำตามคำสั่งของแพทย์เสมอไป พยาบาลเยี่ยมบ้านจึงต้องมีความมั่นใจ สามารถปฏิบัติงานตามขอบเขต ตลอดจนเป็นที่ปรึกษาของผู้ป่วย และครอบครัวได้ ซึ่งขอบเขตของการพยาบาลต่อเนื้อควรมีดังนี้ 1) ประเมินภาวะสุขภาพของบุคคลและครอบครัว จากประวัติการรักษา การตรวจร่างกาย การสังเกต การสอบถาม เพื่อค้นหาปัญหาทางสุขภาพ 2) จัดให้การดูแลสุขภาพของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง โดยผู้รับบริการต้องมีความเชื่อมั่น ไว้วางใจ และยินยอมทำตามกฎเกณฑ์ ตลอดจนยอมให้มีการส่งต่อไปยังทีมสุขภาพอื่น 3) สามารถให้คำปรึกษากับบุคคล ครอบครัว และชุมชน เพื่อการส่งเสริมและคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพ 4) ให้ความร่วมมือและประสานงานกับทีมสุขภาพอื่น เพื่อให้บริการแก่บุคคลและครอบครัว

จากผลการประชุมพยาบาลระหว่างประเทศ ณ กรุงโตเกียว ประเทศญี่ปุ่น พ.ศ. 2530 (อ้างถึงใน อรรถ ๗ ระนอง และ ป่าหนัน บุญหลง, 253๐) ได้กำหนดบทบาทของพยาบาลเยี่ยมบ้าน อันประกอบด้วย บทบาทต่อไปนี้ 1) ประเมินสุขภาพ องค์กรวม ซึ่งเป็นความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัวโดยใช้กระบวนการพยาบาล 2) กระตุ้นและส่งเสริมความร่วมมือในการวางแผนการดูแลผู้ป่วย ร่วมกับผู้ป่วยครอบครัว และทีมสุขภาพ 3) ปฏิบัติการพยาบาลเพื่อการรักษาต่อเนื้อ 4) เป็นผู้ประสานงานในการส่งต่อผู้ป่วย 5) ให้คำแนะนำหรือให้สุขศึกษาในการดูแลสุขภาพของตนเอง 6) ประเมินผลสุขภาพ ซึ่งเป็นผลจากการปฏิบัติพฤติกรรมอนามัยของผู้ป่วยและครอบครัว

จากแนวคิดของนักวิชาการข้างต้น จึงสรุปได้ว่า บทบาทของพยาบาลเยี่ยมบ้านในการดูแลผู้ป่วยต่อเนื้อที่บ้านเป็นบทบาทอิสระ ซึ่งต้องอาศัยความรู้ ความเชื่อมั่นในตนเองที่จะตัดสินใจให้บริการแก่ผู้ป่วยและครอบครัว โดยอาศัยขั้นตอนของกระบวนการพยาบาล ซึ่งจะนำไปสู่การดูแลตนเองของผู้ป่วยและครอบครัวได้ในที่สุด ซึ่งบทบาทดังกล่าวควรครอบคลุมถึง

2.4.1 บทบาทการปฏิบัติการพยาบาล มีหน้าที่ให้การพยาบาลผู้ป่วยที่บ้านอย่างเหมาะสมตามความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว โดยใช้กระบวนการพยาบาลเป็นหลักปฏิบัติ

2.4.2 บทบาทการสอน มีหน้าที่ให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและครอบครัวในการส่งเสริมสุขภาพ ควบคุมโรค และฟื้นฟูสภาพ ตลอดจนฝึกสอนและสาธิตการพยาบาลแก่ผู้ป่วย/ผู้ดูแล ให้สามารถดูแลตนเองและสมาชิกในครอบครัวได้

2.4.3. บทบาทการให้คำปรึกษา มีหน้าที่ให้คำปรึกษาและแนะนำด้านสุขภาพอนามัยแก่ผู้ป่วย/ผู้ดูแล

2.4.4 บทบาทการนิเทศ มีหน้าที่ในการนิเทศการปฏิบัติพยาบาลของผู้ป่วยและครอบครัว

2.4.5 บทบาทการประสานงาน มีหน้าที่ติดต่อประสานงานภายในหน่วยงานหรือระหว่างหน่วยงาน รับการส่งต่อผู้ป่วยจากโรงพยาบาลหรือส่งต่อผู้ป่วยจากบ้านไปยังหน่วยงานอื่น เป็นต้น

2.4.6 บทบาทการนำการเปลี่ยนแปลง (Change Agent) มีหน้าที่ในการส่งเสริม สนับสนุนให้มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอนามัย ตลอดจนจัดสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสมในการส่งเสริมอนามัยของบุคคลและครอบครัว

2.4.7 บทบาทการวิจัย มีหน้าที่ในการค้นคว้าเพื่อการศึกษาวิจัยด้านการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่อง ซึ่งจะนำไปสู่การพัฒนาและปรับปรุงการปฏิบัติพยาบาลให้เหมาะสมสอดคล้องกับ ความก้าวหน้าทางเทคโนโลยี

3. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้าน มีดังนี้

บุษบา อุ่นวงศ์ภูวนาถ และคณะ (2529) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการให้การพยาบาลต่อเนื่องของพยาบาลเยี่ยมบ้าน สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร ผลการวิจัยพบว่า พยาบาลเยี่ยมบ้าน ร้อยละ 41.9 ยังมีความรู้ด้านการพยาบาลต่อเนื่องไม่เพียงพอ และพยาบาลเยี่ยมบ้านร้อยละ 86 เห็นความจำเป็นของการพยาบาลต่อเนื่อง

การศึกษาวิจัยเรื่องประสิทธิผลของการเตรียมผู้ป่วยและญาติและการเยี่ยมบ้านของพยาบาลสาธารณสุขในผู้ป่วยผ่าตัดโรคหัวใจในโตและท่อนโต โดยนิมล พันธุ์วิไล (2529) ผลการวิจัยพบว่า การเตรียมผู้ป่วย การเตรียมญาติ และการเยี่ยมบ้านของพยาบาลสาธารณสุข มีผลต่อการปรับตัวทางสรีระวิทยา อัมมโนภาพ บทบาทหน้าที่และการพึ่งพาอาศัยของผู้ป่วย ซึ่งสนับสนุน

ทฤษฎีการปรับตัวของรอย (Callista Roy) เป็นการยืนยันว่าทฤษฎีทางการพยาบาลสามารถนำมาใช้ให้บังเกิดผลได้ในการปฏิบัติพยาบาลสาธารณสุข

ดาร์ลี สุภาพ (2526) ได้ศึกษาวิจัยเรื่องการสร้างรูปแบบการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยเรื้อรัง ซึ่งผลการวิจัยพบว่าผู้ป่วยเรื้อรังมีปัญหาคือความต้องการด้านจิตใจและสังคมต้องการความรัก ความอบอุ่น จากสมาชิกในครอบครัว ต้องการคำแนะนำในการปฏิบัติตัวให้เหมาะสมกับอาการของโรค ผู้ป่วยร้อยละ 90 มีแนวโน้มจะช่วยเหลือตนเองให้มากที่สุดในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน นอกจากนี้ยังได้สร้างรูปแบบการพยาบาลผู้ป่วย โดยกระตุ้นให้ผู้ป่วยช่วยเหลือตนเองทีละน้อยจากง่ายไปยากตามลำดับ เพื่อลดการพึ่งพาอาศัยผู้อื่น ฟื้นฟูความรู้สึกเป็นอิสระ และสามารถมองเห็นคุณค่าของตนเอง ซึ่งจะนำไปสู่ภาวะปกติได้ในที่สุด

จากการศึกษาพฤติกรรมและศักยภาพในการดูแลตนเองของประชาชนจังหวัดเชียงใหม่ โดยสวิง สุวรรณ (2534) พบว่า ประชาชนร้อยละ 50 ให้ความสนใจและให้ความสำคัญต่อการมีสุขภาพดี เชื่อว่าสุขภาพดีเป็นสิ่งจำเป็นต่อชีวิต และร้อยละ 61 มีความตั้งใจจะดูแลตนเองด้านสุขภาพ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ อาริรัตน์ ขำอยู่ (2533) พบว่า ผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูก ระยะพักฟื้นมีความรู้และทักษะในการดูแลตนเองในระดับปานกลาง แต่ให้ความสำคัญต่อการดูแลตนเองในระดับสูง แสดงว่าผู้ป่วยยังขาดความรู้และทักษะในการดูแลตนเองที่บ้าน แม้จะเคยได้รับความรู้และคำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตนก่อนกลับบ้าน อาจเป็นผลจากบริการการดูแลผู้ป่วยยังไม่ต่อเนื่อง แต่การที่ผู้ป่วยให้ความสำคัญต่อการดูแลตนเองในระดับสูง แสดงว่า ผู้ป่วยมีความพร้อมจะเรียนรู้เรื่องการดูแลตนเองอยู่แล้ว จึงเป็นหน้าที่ของพยาบาลเยี่ยมบ้าน จะต้องเน้นบทบาทของตนเองในการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่อง เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ

การศึกษาวินิจฉัยเรื่องติดตามผลสัมฤทธิ์ของการสอนผู้ป่วยกระเพาะปัสสาวะพิการให้สวนปัสสาวะด้วยตนเองเป็นระยะ ๆ ด้วยเทคนิคที่สะอาดที่บ้าน โดย สมใจ ทรัพย์ม่วง (2527) พบว่าการสอนผู้ป่วยเป็นรายบุคคลให้ฝึกปฏิบัติ เป็นผลให้เกิดการเรียนรู้ สามารถสวนปัสสาวะได้ด้วยตนเอง การติดตามเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้านเป็นระยะ ๆ จะช่วยให้ผู้ป่วยและญาติมีกำลังใจ อบอุ่นใจ ในการปฏิบัติ รู้จักดัดแปลงเครื่องใช้ให้เหมาะกับสถานการณ์ จะช่วยประหยัดเวลาและเศรษฐกิจของผู้ป่วยด้วย

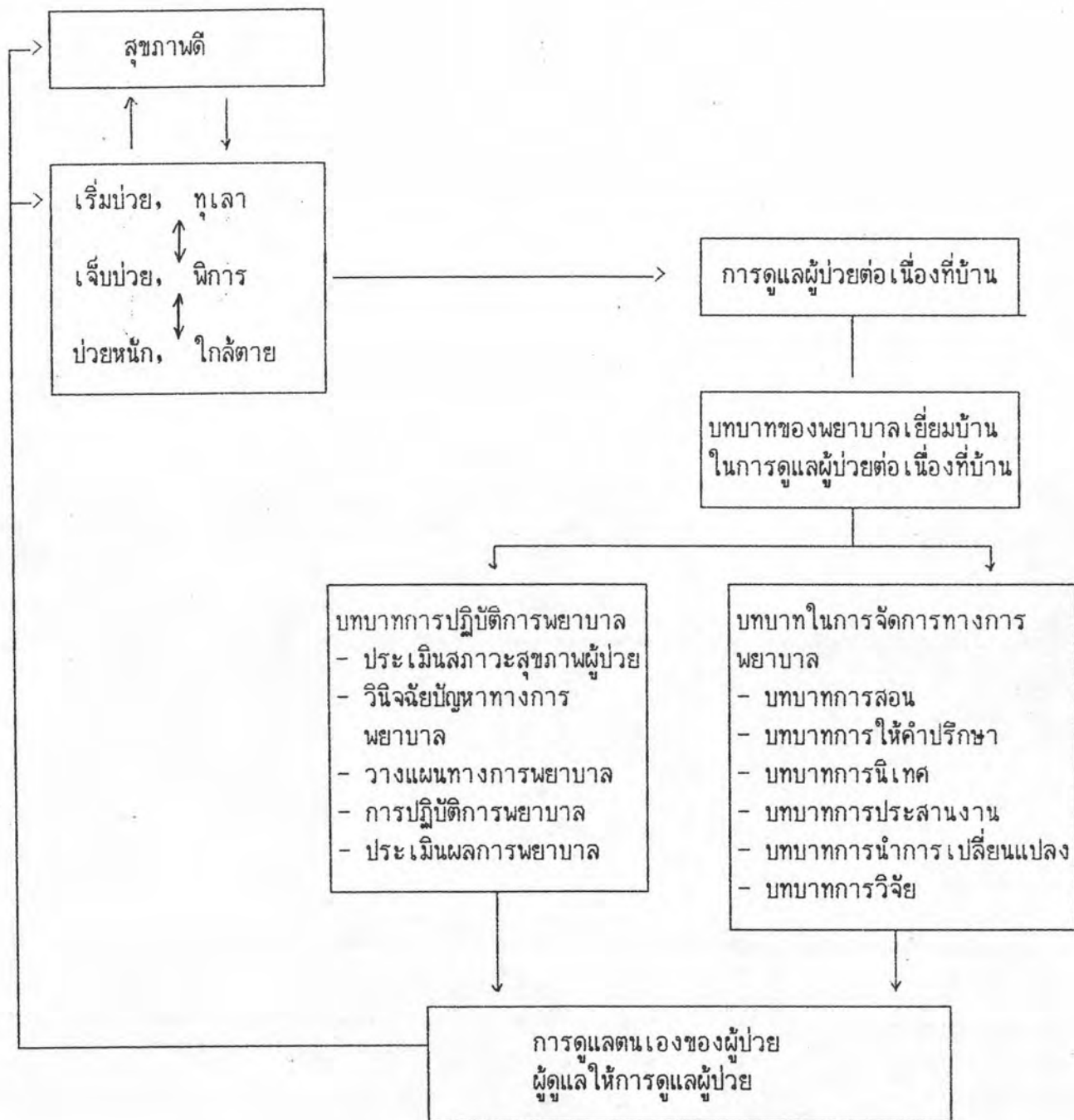
สุภาพ สุวรรณเดโช (2527) ได้ศึกษาวิจัยเรื่องความคิดเห็นและกิจกรรมของพยาบาลต่อระบบการส่งต่อผู้ป่วยในโรงพยาบาลทั่วไป ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ พบว่า ความคิดเห็นของพยาบาลต่อระบบการส่งต่อมีค่าเฉลี่ยอยู่ในเกณฑ์เห็นด้วยว่า ระบบการส่งต่อผู้ป่วยมีประโยชน์ ทำให้ผู้ป่วยได้รับบริการที่ถูกต้องรวดเร็ว และประหยัด ผู้ป่วยจะได้รับการรักษาพยาบาลที่ต่อเนื่อง ส่วนพยาบาลจะใช้ประโยชน์จากใบนำส่งผู้ป่วย โดยมีค่าเฉลี่ยอยู่ในเกณฑ์สม่ำเสมอ เพื่อค้นหาปัญหาของผู้ป่วย ซึ่งเป็นขั้นตอนหนึ่งของกระบวนการพยาบาล

การศึกษาวินิจฉัยเรื่องปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยในโรงพยาบาลรามาริบัติ โดยอมรา ปานทับทิม (2520) พบว่า ผู้ป่วยเรื้อรังร้อยละ 72 ต้องการให้มีผู้ติดตามเยี่ยมบ้าน เพื่อให้คำแนะนำต่าง ๆ ในระยะแรกที่กลับไปอยู่ที่บ้าน

จากการศึกษาเรื่องการรับรู้และความคาดหวังของพยาบาลไทยต่อเอกลักษณ์ของวิชาชีพพยาบาล โดย พวงรัตน์ บุญญานุรักษ์ (2526) พบว่า พยาบาลวิชาชีพมีความเห็นว่าทำให้การดูแลด้านความสบายของผู้ป่วยและการให้คำแนะนำช่วยเหลือฝึกฝนให้ผู้ป่วยได้ปฏิบัติตนถูกต้อง เพื่อส่งเสริมสุขภาพและหายจากโรคเป็นกิจกรรมการพยาบาลอันเป็นอิสระแห่งวิชาชีพพยาบาล ซึ่งก่อให้เกิดความพึงพอใจต่อวิชาชีพด้วย

จากกรอบแนวคิดทฤษฎีและการศึกษาวินิจฉัยดังกล่าว จะใช้เป็นแนวทางในการศึกษาบทบาทของพยาบาลเยี่ยมบ้านเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องของสำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร ในการวิจัยครั้งนี้จะมุ่งที่การดูแลช่วยเหลือตนเองของผู้ป่วยเรื้อรังและครอบครัว โดยอาศัยกรอบแนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ สุขภาพและความเจ็บป่วย และการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องเป็นโครงสร้างในการกำหนดบทบาทที่คาดหวัง เปรียบเทียบกับการปฏิบัติจริง ตลอดจนค้นหาปัญหาอุปสรรคในการปฏิบัติงาน เพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนางานการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องของสำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร ให้มีคุณภาพและประสิทธิภาพต่อไป

กรอบแนวคิดในการวิจัย



แผนภูมิที่ 3 แสดงกรอบแนวคิดในการวิจัย