

คู่มือการปฏิบัติงาน

เรื่อง

การเยี่ยมบ้าน

โดย

นางธีรนุช ชละเอม

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

งานรักษาพยาบาลชุมชน

กลุ่มงานเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า

คำนำ

การเยี่ยมบ้าน (Home visit) เป็นกิจกรรมสำคัญสำหรับการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน กิจกรรมการเยี่ยมบ้านของพยาบาลเป็นการเยี่ยมเพื่อให้การประเมิน และดูแลส่งเสริมความมั่นใจในการดูแลตนเองที่บ้าน เพื่อสนับสนุนการดูแลต่อเนื่องที่จำเป็น และเพื่อปฏิบัติการพยาบาลที่บ้าน การเยี่ยมบ้านเป็นการสร้างความมั่นใจให้ ผู้ป่วยและครอบครัวในการดูแลตนเองในช่วงเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่การดูแลตนเองที่บ้าน การเยี่ยมบ้านมีวัตถุประสงค์เฉพาะในการเยี่ยมบ้านในแต่ละครั้ง เป็นกิจกรรมที่มีต้นทุนสูงในการดำเนินการจึงต้องมีการวางแผนที่ดี และแสวงหาเทคโนโลยีที่เหมาะสมในการดำเนินการ และอำนวยความสะดวก ตลอดจนคำนึงถึงความปลอดภัย ของผู้เยี่ยมด้วยเนื่องจากเป็นการปฏิบัติงานนอกที่ตั้ง ดังนั้นการมีระบบสารสนเทศที่เป็นปัจจุบันประมวผลได้ จะส่งผลที่ดีต่อการวางแผนการเยี่ยมบ้าน

นางธีรณัฐ ชละเอม
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

คู่มืองานเยี่ยมบ้าน

หลักการและเหตุผล

การดูแลผู้ป่วยเรื้อรังเป็นปัญหาที่ทวีความสำคัญมากขึ้น โดยเฉพาะประเทศที่มีผู้สูงอายุจำนวนมาก ความก้าวหน้าทางการแพทย์ทำให้อัตราตายของผู้ป่วยเรื้อรังจากภาวะวิกฤตลดลง ผู้ป่วยเรื้อรังที่รอดชีวิตจากภาวะวิกฤตและไม่สามารถดูแลตนเองได้มีจำนวนมากขึ้น ผู้ป่วยเหล่านี้ต้องการการดูแลอย่างต่อเนื่อง เพราะมีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดโรคแทรกซ้อน และต้องการการฟื้นฟูสภาพ ซึ่งถ้าอยู่รักษาในโรงพยาบาลจนอาการทุเลาหรือดีขึ้นจะต้องใช้เวลาอย่างมากและเสียค่าใช้จ่ายสูง นโยบายของโรงพยาบาลในปัจจุบันนี้จึงพยายามที่จะจำหน่ายผู้ป่วยเรื้อรังกลับบ้านให้เร็วที่สุด โดยมีการส่งต่อผู้ป่วยให้แก่หน่วยงานที่ให้บริการการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังที่บ้าน ผู้ป่วยเรื้อรังที่ได้รับบริการนี้ส่วนใหญ่ ไม่จำเป็นต้องอยู่รักษาในโรงพยาบาลแต่ยังต้องการการพยาบาล การฟื้นฟูสภาพ หรือบริการบางอย่างจากพยาบาลหรือเจ้าหน้าที่ทางสุขภาพ และญาติผู้ดูแลยังขาดความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังที่บ้าน ต้องการการสอน คำแนะนำ และคำปรึกษาเป็นระยะ ตลอดจนการสนับสนุนทางด้านอุปกรณ์ และเครื่องมือทางการแพทย์ ในผู้ป่วยเรื้อรังที่ยังสามารถดูแลตนเองได้บางส่วน หรือทั้งหมด ต้องการการดูแลที่บ้านจากพยาบาลเกี่ยวกับคำแนะนำ ปรึกษาในการดูแล ในประเทศไทย การดูแลสุขภาพที่บ้านโดยพยาบาลและเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ได้เริ่มมีมาประมาณเกือบ ๕๐ ปี แล้ว

ในการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังและครอบครัวที่บ้าน พยาบาลมีบทบาทเป็นผู้อำนวยความสะดวกและสนับสนุนให้ผู้ป่วยเรื้อรังและครอบครัวสามารถปฏิบัติตามแผนการดูแล และประเมินผลลัพธ์ของการดูแลที่สอดคล้องกับเป้าหมาย ผู้ป่วยเรื้อรังที่ต้องการการพยาบาลบางอย่างที่จำเป็นเพื่อการคงไว้และหรือฟื้นฟูสุขภาพ ต้องการการสอน คำแนะนำ และคำปรึกษาเป็นระยะๆ เพื่อการดูแลตนเองที่ถูกต้อง ตลอดจนการสนับสนุนทางด้านอุปกรณ์ และเครื่องมือทางการแพทย์ที่จำเป็นต้องใช้ที่บ้าน ในการดูแลที่บ้านต้องยึดหลักการให้ผู้ป่วยเรื้อรังและครอบครัวมีส่วนร่วมในการตั้งเป้าหมายระยะสั้น เมื่อมีการเยี่ยมบ้าน และกำหนดวิธีปฏิบัติของผู้ป่วยเรื้อรังและครอบครัว เพื่อให้บรรลุเป้าหมายดังกล่าว ในการทำงานให้ประสบความสำเร็จนั้นยังต้องมีทีมสหสาขา ที่พยาบาลสามารถประสานงาน และทำร่วมกันอย่างเข้มแข็ง รวมทั้งการสนับสนุนอย่างต่อเนื่องจากผู้บริหารทั้งด้านนโยบาย งบประมาณ กำลังคน และสิ่งอำนวยความสะดวก นอกจากนี้พยาบาลต้องแสวงหาแหล่งประโยชน์ในชุมชนเพื่อที่จะเสริมแรงสนับสนุนทางสังคมให้แก่ผู้ป่วยเรื้อรังและครอบครัว เพื่อให้บรรลุเป้าหมายระยะยาว คือผู้ป่วยสามารถจัดการดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสมอยู่ที่บ้านได้โดยปราศจากภาวะแทรกซ้อนและมีคุณภาพชีวิตที่ดีตามสมควรแก่อัตภาพ

Home Health Care Nursing หรือการพยาบาลผู้ป่วยและครอบครัวที่บ้าน หมายถึงระบบบริการสุขภาพแบบเบ็ดเสร็จ เพื่อให้บริการแก่ผู้รับบริการหรือผู้ป่วยและครอบครัว โดยมีเป้าหมายเพื่อเน้นด้านการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาล และฟื้นฟูสุขภาพ โดยให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วมในการวางแผนการดูแลตนเอง ในขณะที่ต้องการการดูแลสุขภาพหรือ เจ็บป่วยด้วยโรคต่างๆ ที่อาจ

เกิดขึ้นระหว่างการดูแลสุขภาพที่บ้าน และการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายให้สามารถปรับตัวและจากโลกนี้ไปอย่างสงบ โดยมีการใช้ เทคโนโลยีขั้นสูงในการประเมินภาวะสุขภาพ และให้การรักษาพยาบาลที่บ้าน (High-tech Home care) และ โดยการให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วมกับการพยาบาลและทีมสุขภาพในการกำหนดปัญหา เป้าหมาย และกลวิธีในการดูแลตนเอง และ/หรือการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแลและครอบครัว (Self-Determination) ซึ่งมีหลักการสำคัญ เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยจัดการดูแลตนเองได้ ภายใต้องค์ประกอบที่สำคัญคือ ผู้ดูแล และครอบครัว สิ่งแวดล้อมที่บ้าน แหล่งประโยชน์ในชุมชน และผลลัพธ์ด้านสุขภาพไม่ได้หมายถึงการปลอดจากโรคเท่านั้น แต่หมายถึงภาวะที่สุขภาพอำนวยการประโยชน์สูงสุด(Optimal Health) ไม่ว่าจะป่วย พิกัด หรือกำลังจะตาย ในการพยาบาลผู้ป่วยและครอบครัวที่บ้าน พยาบาลต้องมีความรู้และทักษะในซีกประวัติ ตรวจร่างกาย และการสังเกต การสรุปข้อวินิจฉัยการพยาบาล การบันทึกข้อมูล และการวางแผนการพยาบาล ผู้ป่วยในการพยาบาลที่บ้านมีหลายระดับ ซึ่งปัญหาที่พบจะต่างกัน การแบ่งกลุ่มผู้ป่วยจะช่วยให้การวางแผนการพยาบาล การกำหนดเป้าหมาย กิจกรรมและการประเมินผลง่ายขึ้น ซึ่งผู้ป่วยที่ส่งต่อให้ได้รับการดูแลที่บ้านแบ่งได้เป็น ๕ กลุ่ม คือ

๑. Curable/recover ผู้ป่วยที่รักษาหายได้ ต้องการการดูแลระยะสั้น ส่วนใหญ่ไม่ใช่ผู้ป่วยเรื้อรัง
๒. Long-term chronic ผู้ป่วยเรื้อรัง เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง มีการเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิตเล็กน้อย ได้แก่ การควบคุมอาหาร กินยา และการออกกำลังกาย
๓. Long-term with mild disability มีการเปลี่ยนแปลง การดำเนินชีวิตค่อนข้างมาก ต้องมีคนช่วยเหลือในกิจวัตรประจำวัน ผู้ดูแลต้องการ การสอน และสาธิตการช่วยผู้ป่วยบางส่วนในกิจกรรมต่างๆ ในชีวิตประจำวัน
๔. Long-term with extreme disability การดูแลซับซ้อน โรคอาจรรุนแรงขึ้น ไม่สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ ผู้ดูแลต้องการ การสอน และสาธิตกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยเรื่องต่างๆ เช่น การให้อาหารทางสาย ผ่านทางจมูก การเคาะปอดและการดูดเสมหะ การสวนปัสสาวะ
๕. Terminally ill ผู้ป่วยระยะสุดท้าย หรือกำลังจะตาย อาจต้องกลับไปปรับการรักษาในโรงพยาบาล อาจแบ่งได้เป็น ๒ กลุ่ม คือ กลุ่มที่ยังดูแลตนเองในกิจวัตรประจำวันได้เอง หรือได้บ้าง และกลุ่มที่ดูแลตนเองไม่ได้เลย

หลักการสำคัญของการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องที่บ้านคือ

๑. ประเมินความรู้ของผู้ป่วย ผู้ดูแล และครอบครัวเกี่ยวกับการดำเนินโรค การดูแลตนเองในเรื่องต่างๆ การเข้าถึงระบบบริการสุขภาพ และระบบการสนับสนุนของผู้ป่วยและครอบครัว
๒. ประเมินภาวะสุขภาพ ภาวะเสี่ยงและภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วย การบริหารยาที่บ้าน ภาวะสุขภาพของผู้ดูแล รวมถึงการเผชิญปัญหา การปรับตัว หรือความเครียด ทุกครั้งของการเยี่ยมบ้าน
๓. สรุปภาวะสุขภาพทั้งของผู้ป่วยและผู้ดูแล ปัญหาที่มีผลกระทบต่อดูแลที่บ้านให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลทราบ และ ให้มีส่วนร่วมในการกำหนดเป้าหมายและกลวิธีปฏิบัติ หรือการจัดการกับปัญหา โดยพยาบาลเป็นผู้สนับสนุนในสิ่งที่ผู้ป่วยและผู้ดูแลต้องการ และประเมินผลลัพธ์ร่วมกัน
๔. กำหนดแผนการเยี่ยมที่เหมาะสมกับความต้องการของผู้ป่วย
๕. มีการประสานงาน กับ แพทย์เจ้าของไข้ และทีมสุขภาพที่รับผิดชอบผู้ป่วย

๖. ส่งต่อแหล่งประโยชน์ที่สามารถให้การช่วยเหลือผู้ป่วยตามที่ต้องการ เช่น สังคมสงเคราะห์และสถานฟื้นฟูสุขภาพ เป็นต้น

การพยาบาลผู้ป่วยและครอบครัวที่บ้าน อาจแบ่งได้เป็น ๓ ระดับ คือ

ระดับการป้องกันปฐมภูมิ คือเน้นการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ได้แก่ การดูแลมารดาและทารก หลังคลอด

ระดับการป้องกันทุติยภูมิ จะเน้นการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคหรือภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยที่มีโรคเรื้อรัง ได้แก่ผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูง หรือผู้ที่อยู่ในภาวะเสี่ยงทางด้านสุขภาพ

ระดับการป้องกันตติยภูมิ เน้นการดูแลผู้ป่วยที่ป่วยซับซ้อน มีความพิการหรือดูแลตนเองไม่ได้ และผู้ป่วยระยะสุดท้าย

พยาบาลมีหน้าที่ความรับผิดชอบดังนี้

๑. สอนหรือแนะนำบุคคล/ผู้ป่วย ผู้ดูแล และครอบครัว เกี่ยวกับโรคหรือความพิการ และช่วยให้ตระหนักถึงความต้องการการดูแลสุขภาพ โดยเน้นการส่งเสริมสุขภาพที่อำนวยความสะดวกสูงสุด หรือทำหน้าที่ได้ดีที่สุด และการดูแลตนเองในกิจวัตรประจำวัน แนะนำผู้ดูแลถึงวิธีการให้อาหารและสารน้ำที่เหมาะสมกับโรค และให้มีสารอาหารเพียงพอแก่ความต้องการของร่างกาย การดูแลความสะอาดของช่องปาก และผิวหนัง ผู้สูงอายุและผู้ป่วยเรื้อรังที่มีโรคเรื้อรังหลายโรคมักได้ยาหลายตัว ดังนั้น การทวนสอบการบริหารยาและอาการไม่พึงประสงค์ของยาจึงมีความสำคัญมาก ถ้าผู้สูงอายุ และผู้ป่วยเรื้อรังบริหารยาเองต้องประเมินสายตา การมองเห็น ความสามารถในการอ่านหนังสือ หาวิธีที่จะช่วยให้ได้รับยาตามแผนการรักษาของแพทย์ ถ้าผู้สูงอายุ และผู้ป่วยเรื้อรังมีโอกาสเกิดความคลาดเคลื่อนในการบริหารยาสูง พยาบาลจะต้องเยี่ยมบ้านเร็วขึ้น

๒. ให้การพยาบาลเพื่อส่งเสริมสุขภาพ การฟื้นฟูสุขภาพ และการพยาบาลแบบประคับประคอง (palliative-hospice) ผู้สูงอายุและผู้ป่วยเรื้อรังที่ส่งต่อมารับการดูแลที่บ้านมีระดับความสามารถในการดูแลที่แตกต่างกัน ดังนั้นพยาบาลต้องประเมินระดับความสามารถในการทำหน้าที่ในกิจวัตรประจำวัน การส่งเสริมสุขภาพเน้นการออกกำลังกายเพื่อเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ การป้องกันข้อติดแข็ง ลดความเจ็บปวดของกล้ามเนื้อ และข้อลดยุบัติเหตุจากการพลัดตกหกล้ม มีความทนต่อการทำกิจกรรมเพิ่มขึ้น และป้องกันภาวะแทรกซ้อน การจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันอุบัติเหตุเป็นอีกประเด็นหนึ่งที่สำคัญมากในการดูแลที่บ้าน การประเมินสุขภาพจิตและความปลอดภัยของสิ่งแวดล้อมจะช่วยลดความเสี่ยง เช่น การติดเชื้ และอุบัติเหตุ เป็นต้น การดัดแปลงปรับปรุงโต๊ะ เก้าอี้ และเตียงนอนให้เหมาะสมกับการให้การดูแลผู้สูงอายุและผู้ป่วยเรื้อรัง ถ้าไม่มีเงินสดแบบนั้นอาจต้องใช้อุปกรณ์เสริมช่วย บ้านต้องไม่มีสิ่งของวางเกะกะ พื้นไม้ลื่นหรือไม่เสมอกันที่จะทำให้ผู้สูงอายุสะดุดหกล้มง่าย ผู้สูงอายุและผู้ป่วยเรื้อรังที่มีความพร้อมในการดูแลตนเอง มีความซับซ้อนในการดูแล ต้องใช้เครื่องมือและอุปกรณ์ทางการแพทย์หลายอย่าง พยาบาลต้องคำนึงถึงความปลอดภัยของการใช้อุปกรณ์ สภาพของอุปกรณ์ว่ามีความพร้อมใช้ และสภาพบ้านที่เหมาะสม นอกจากนี้ต้องประเมินว่าเพิ่มภาระผู้ดูแลอย่างไร พยาบาลต้องให้ความสำคัญต่อภาวะสุขภาพของผู้ดูแลเช่นเดียวกัน ปัญหาที่พบบ่อยๆ คือนอนไม่หลับ พักผ่อนไม่พอ เหนื่อยล้า และมีความดันโลหิตสูง

๓. ให้คำปรึกษาเพื่อพัฒนาศักยภาพของผู้สูงอายุและผู้ดูแลในการคิดตัดสินใจในการจัดการกับอาการผิดปกติ การดูแลตนเอง หรือดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน การประเมินความรู้และประสบการณ์ของผู้ป่วยเรื้อรังและผู้ดูแลในการจัดการกับปัญหาในอดีตจะช่วยพยาบาลกำหนดความต้องการการพัฒนาศักยภาพทั้งของผู้ป่วยและผู้ดูแลได้ ต้องส่งเสริมผู้ป่วยเรื้อรังและครอบครัวให้มีกลไกการเผชิญปัญหาและการตัดสินใจที่เหมาะสม สำหรับการปรับเปลี่ยนวิถีการดำเนินชีวิต บทบาท และ อัตมโนทัศน์ ซึ่งเป็นผลจากความเจ็บป่วยหรือความพิการ ช่วยให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลกลับไปดำเนินชีวิตอยู่ใน ครอบครัว ชุมชนและสังคมอย่างมีคุณภาพ ระหว่างการเยี่ยมบ้าน กิจกรรมการพยาบาลที่บ้าน แบ่งได้เป็น

๑. ให้ข้อมูล สอน แนะนำ หรือให้ความรู้
๒. ให้คำปรึกษา และกำลังใจ
๓. สอน สาธิตกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยและการใช้อุปกรณ์ต่างๆ
๔. ให้การพยาบาล เช่น ทำแผล เปลี่ยน NG Tube, Foley's Catheter
๕. ส่งปรึกษาหรือส่งต่อหน่วยงานอื่น
๖. ประสานงาน กับ ทีมสหสาขา

สัมพันธภาพระหว่างพยาบาลและผู้ป่วยและครอบครัวระหว่างการพยาบาลที่บ้านแบ่งเป็น ๓ ระยะคือ

ระยะที่ ๑ พึ่งพาพยาบาลเยี่ยมบ้านเกี่ยวกับการดูแลเป็นส่วนใหญ่ เริ่มสอนสาธิตเกี่ยวกับการดูแลตนเองของผู้ป่วย และหรือสอนสาธิตผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วย

ระยะที่ ๒ เมื่อทักษะ ความรู้และความมั่นใจเพิ่มขึ้น ผู้ป่วย และผู้ดูแลกระทำกิจกรรมการดูแลเป็นส่วนใหญ่ พยาบาลเป็นผู้สนับสนุนชี้แนะ

ระยะที่ ๓ ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถดูแลตนเอง และจัดการกับความต้องการด้านสุขภาพได้ โดยต้องการความช่วยเหลือเพียงเล็กน้อยจากพยาบาล ซึ่งระยะนี้พยาบาลเตรียมผู้ป่วยและครอบครัวเพื่อจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

การพยาบาลที่บ้านต้องยึดหลักการให้ผู้ป่วยเรื้อรังและครอบครัวมีส่วนร่วมในการตั้งเป้าหมายของแต่ละครั้งที่พยาบาลไปเยี่ยมที่บ้าน และกำหนดวิธีปฏิบัติของผู้ป่วยเรื้อรังและครอบครัว เพื่อให้บรรลุเป้าหมายดังกล่าว พยาบาลมีบทบาทเป็นผู้อำนวยความสะดวกและสนับสนุนให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถปฏิบัติตามที่ได้วางแผนไว้ และประเมินผลลัพธ์ของการดูแลที่สอดคล้องกับเป้าหมาย การประเมินผลลัพธ์ของการพยาบาลที่บ้านได้แก่

๑. การมีส่วนร่วมในการวางแผนการดูแลตนเองของผู้ป่วยและครอบครัว
๒. การบรรลุเป้าหมายการพยาบาลที่บ้านที่วางแผนไว้
๓. การใช้ตัวชี้วัด เช่น ระดับน้ำตาลในเลือด ระดับความดันโลหิต
๔. ความสามารถดูแลตนเองของผู้ป่วยและครอบครัวที่บ้าน
๕. ความพึงพอใจต่อการพยาบาลที่ได้รับ
๖. ระดับคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

๗. การไม่มีปัญหาด้านจิตใจ และ จิตวิญญาณ (ปัญญา)

กระบวนการเยี่ยมบ้าน

กระบวนการเยี่ยมบ้าน กิจกรรมการเยี่ยมบ้านมีกระบวนการตั้งแต่ การเตรียมการเยี่ยมบ้าน การปฏิบัติการเยี่ยมบ้าน และการสรุปการเยี่ยมบ้าน

๑. การเตรียมเพื่อวางแผนการเยี่ยมบ้านนั้นจะต้องดำเนินการตั้งแต่ผู้ป่วยอยู่ในโรงพยาบาลจึงจะสามารถวางแผนการส่งต่อการเยี่ยมบ้านได้อย่างเหมาะสม ซึ่งเรียกว่ากิจกรรมการวางแผนจำหน่าย หรือ กิจกรรมวางแผนการดูแลต่อเนื่อง การเตรียมการเยี่ยมบ้านจะมีทั้งการเตรียมข้อมูล การประชุมร่วมก่อนการเยี่ยมบ้าน การนัดหมายการเยี่ยมและการเตรียมอุปกรณ์การเยี่ยม ยานพาหนะ และการเตรียมแผนที่ ในกรณีที่รับส่งต่อการเยี่ยมบ้านจากหน่วยงาน เครือข่าย การเยี่ยมครั้งแรกพร้อมเอกสารส่งต่อจะเป็นการเยี่ยมเพื่อวางแผน

๒. การปฏิบัติการเยี่ยมบ้าน ในแต่ละครั้งควรมีการนัดหมายให้ชัดเจน และมีการประเมินเบื้องต้นล่วงหน้า โดยอาจเป็นการประเมินผ่านโทรศัพท์ หรือประเมินโดยอาสาสมัครสาธารณสุข กิจกรรมปฏิบัติการเยี่ยมบ้านมีหลากหลาย โดยทุกกิจกรรมต้องรักษามาตรฐานการพยาบาลที่มี การดูแลบันทึก ตามมาตรฐานการพยาบาล กิจกรรมปฏิบัติการเยี่ยมบ้านมีหลากหลายดังนี้ กิจกรรมการประเมินสุขภาพ กิจกรรมการร่วมวางแผนสุขภาพกับผู้ป่วย ครอบครัว ผู้ดูแล กิจกรรมการประเมินผลลัพธ์การพยาบาล การปรับแผนการพยาบาล กิจกรรมการเป็นพี่เลี้ยงสนับสนุนการปฏิบัติการดูแล กิจกรรมการบริหารยาและการบันทึกการให้ยา กิจกรรมการส่งเสริม พื้นฟูสุขภาพ กิจกรรมการบันทึก เป็นกิจกรรมปฏิบัติการเยี่ยมบ้านที่สำคัญ สิ่งที่ควรบันทึกเช่น บันทึกการเปลี่ยนแปลงผู้ป่วย บันทึกกิจกรรมที่ให้การดูแลที่มีความต่อเนื่อง การบันทึกการเปลี่ยนแปลงเพื่อการส่งต่อ การบันทึกประกอบด้วยข้อความการประเมินผลลัพธ์ ข้อมูลอื่น ๆ ที่สำคัญต่อการวางแผนการดูแล การบันทึกเมื่อแรกรับ การบันทึกการส่งเสริม พื้นฟูสุขภาพ บันทึกการให้ยา และบันทึกการวางแผนจำหน่าย

๓. การสรุปการเยี่ยมบ้าน เป็นการสรุปผลการเยี่ยมบ้านในแต่ละครั้ง และวางแผนการเยี่ยมต่อเนื่องร่วมกับผู้ป่วย และครอบครัว การนัดหมายการเยี่ยมครั้งต่อไป

คุณสมบัติของพยาบาลเยี่ยมบ้าน การดูแลที่บ้านเป็นสถานการณ์ที่มีความแตกต่าง และมีความเฉพาะในแต่ละครอบครัว นอกจากนี้มีความต่างของผู้รับการดูแลที่มีผู้ป่วยทุกโรค ทุกวัย ดังนั้นพยาบาลที่ให้การดูแลที่บ้านจึงต้องมีความรู้ความสามารถที่หลากหลาย อาจกำหนดเกณฑ์คุณภาพให้พยาบาลเยี่ยมบ้านต้องมีประสบการณ์อายุรศาสตร์ ศัลยศาสตร์ ๑ ปี และมีศักยภาพการช่วยฟื้นคืนชีพ การพยาบาลที่บ้าน เป็นการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่บ้าน มีทั้งการสอน การให้คำแนะนำ เป็นการเตรียมผู้ป่วยให้สามารถพึ่งพาตนเองได้ในการดูแลตนเอง ซึ่งจะต้องรอบรู้ทั้งการพยาบาลชุมชน อายุรศาสตร์ ศัลยศาสตร์ เด็ก การบูรณาการทั้งผู้ดูแล และครอบครัวในการร่วมดูแล ตลอดจนดูแลการมีภาวะสุดท้ายอย่างสงบ ดังนั้นจึงต้องมีความรู้ความสามารถหลายด้านดังนี้

๑. มีศักยภาพในการสื่อสารกับทีมสุขภาพ และครอบครัว เนื่องจาก การปฏิบัติกรพยาบาลที่บ้าน เป็นการทำงานเป็นทีม ทั้งทีมสุขภาพ และทีมผู้ดูแลที่บ้าน ดังนั้น พยาบาลเยี่ยมบ้านจึงต้องสามารถสื่อสารทำความเข้าใจกับทุกกลุ่มเพื่อร่วมในการดูแลให้บรรลุเป้าหมายที่วางแผนร่วมกัน

๒. มีคุณธรรมจริยธรรมคงไว้ซึ่งการรักษาความลับของผู้ป่วย เพราะการเยี่ยมบ้านเป็นการได้รับ อนุญาตให้เข้าไปในส่วนตัว การรักษาความลับของผู้ป่วยจึงสำคัญมาก

๓. สามารถให้การพยาบาลได้ทุกช่วงวัย เพราะการให้การพยาบาลที่บ้านเปรียบเสมือนหอผู้ป่วยที่มีครบทุกเพศ ทุกวัย การดูแลผู้ดูแลจึงต้องมีความรู้ครอบคลุมจึงจะพร้อมในการให้การพยาบาล ซึ่งการวางระบบเครือข่ายจะช่วยให้ขอความช่วยเหลือ และเพิ่มประสิทธิภาพการทำงานได้เสมอ

๔. เป็นผู้สามารถจัดการเฉพาะกรณี เพื่อให้มีองค์ความรู้ และความสามารถในการจัดการเฉพาะกรณีได้อย่างมีประสิทธิภาพ

๕. สามารถทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพแม้ในภาวะที่ขาดความพร้อม เพราะในบางครั้งแม้จะมีการเตรียมความพร้อมไปแล้วแต่อาจพบปัญหาใหม่ ๆ ที่อุปกรณ์อาจไม่เพียงพอต่อกิจกรรมการพยาบาล หรือ สถานการณ์อาจไม่ปกติเหมือนในหอผู้ป่วยที่เรามีทีมพร้อมและจัดการสภาพแวดล้อมได้ ดังนั้นการมีความสามารถในการปรับตัว คิดสร้างสรรค์เพื่อให้สามารถทำงานได้ในความไม่พร้อมบางประการจึงมีความสำคัญ และความสามารถในการตัดสินใจ

๖. สามารถแสวงหาและใช้แหล่งประโยชน์เพื่อสนับสนุนการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน โดยการประสานกับ ชุมชน และแหล่งประโยชน์ต่างๆที่จะสามารถช่วยเหลือผู้ป่วยได้ เพราะการมีแหล่งประโยชน์ใกล้บ้านจะสนับสนุนให้ผู้ป่วยและครอบครัวเกิดความมั่นใจในศักยภาพการดูแลตนเอง

๗. มีความสามารถในการประสานงาน ทำงานเป็นทีมได้ การทำงานเป็นทีมร่วมกันจะต้องเข้าใจในขอบเขตบทบาทของแต่ละสาขาอาชีพ และสามารถแสดงบทบาทของตนได้เหมาะสมตามวาระ โอกาสคือเป็นผู้นำที่มีประสิทธิภาพ และเป็นผู้ตามที่ดี

๘. การมีทักษะที่ดีในการลดการติดเชื่อ การแพร่กระจายเชื่อ ดังนั้นจึงต้องแม่นยำในหลักการและสามารถปฏิบัติและให้คำแนะนำได้อย่างเหมาะสม

๙. ทักษะการประเมินที่บ้านผู้ป่วยต่างจากการประเมินที่หอผู้ป่วยเพราะต้องประเมินสิ่งแวดล้อม สังคม สภาพบ้านที่ปลอดภัย ความสัมพันธ์ของครอบครัวที่จะมีผลต่อการดูแลสุขภาพ และการจัดการสิ่งแวดล้อมให้ผู้ป่วย หากไม่พร้อมจะต้องประสานผู้เกี่ยวข้องให้การดูแลช่วยเหลือ เช่น กรณีต้องล้างไตทางหน้าท้องต่อเนื่องแต่สภาพบ้านไม่เอื้อ และครอบครัวยังไม่พร้อมที่จะช่วยดูแลได้ อาจต้องขอความช่วยเหลือจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นช่วยเหลือ เป็นต้น

๑๐. ความสามารถในการบริหารเวลา การเยี่ยมบ้านเป็นภารกิจที่ต้องวางแผนเวลาให้ดีเพราะมีการเดินทาง ความปลอดภัยในการเดินทาง ดังนั้น กิจกรรมการดูแลต้องวางแผน และเผื่อเวลาในการขัดข้องไม่เป็นตามแผนไว้ด้วยเพื่อไม่ให้เสียเวลา

๑๑. ทักษะเรื่องแผนที่ และการใช้กระเปาะเย็บเพื่อไม่ให้เสียเวลาในการเดินทาง การมีแผนที่จะช่วย
ให้ไปถึงบ้านเป้าหมายได้เร็วขึ้น นอกจากนี้การใช้กระเปาะเย็บจะต้องคล้องแคล้ว เพื่อให้เกิดความเชื่อถือ
มั่นใจกับผู้ป่วยและครอบครัว

๑๒. ทักษะการบันทึกโดยเฉพาะการจัดทำระบบบันทึกอิเล็กทรอนิกส์ โปรแกรมต่างๆ เพื่อให้ง่ายต่อ
การส่งต่อ การขอคำปรึกษา

เกณฑ์การเยี่ยมบ้าน การกำหนดความถี่ของการเยี่ยมบ้านพิจารณาจากหลายปัจจัยในระยะจำหน่าย
จากโรงพยาบาลในสัปดาห์แรก หรือรายที่มีกิจกรรมการดูแลเฉพาะ เช่น การให้อาหารทางสายยาง เป็นต้น
ความถี่ในการเยี่ยมกำหนดเป็น เย็บ ๑-๒ ครั้งต่อเดือน เย็บ ๒-๓ ครั้งต่อเดือน ๑-๒ ครั้งต่อสัปดาห์ หรือ
เย็บ ๓-๕ ครั้ง ต่อสัปดาห์ ทั้งนี้สำนักการพยาบาลกำหนดตัวบ่งชี้ผลลัพธ์เชิงคุณภาพที่สำคัญคือการเยี่ยมบ้าน
ภายใน ๑๔ วัน (สำนักการพยาบาล,๒๕๕๖)

เอกสารอ้างอิง

พรทิพย์ เกษรานนท์.2539. รูปแบบการดำเนินงานการดูแลสุขภาพที่บ้าน
ของโรงพยาบาลในสังกัดกองโรงพยาบาล

ภูมิภาค กระทรวงสาธารณสุข ภายในทศวรรษหน้า (พ.ศ. 2539-2549).

วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหิดล.

วิลาวัลย์ เสนารัตน์ ประยงค์ลิ้มตระกูล และพิมพ์ภากรณ์ กลั่นกลิ่น. 2540.

การให้บริการดูแลสุขภาพที่บ้านแก่ผู้ป่วยที่เข้ารับบริการโรงพยาบาลนครพิงค์.

โครงการดูแลสุขภาพที่บ้าน คณะพยาบาลศาสตร์.

สุคนธา รัตน์. 2543. การปฏิบัติกิจกรรมบริการสุขภาพที่บ้านของพยาบาลวิชาชีพในภาคใต้.

วิทยานิพนธ์หลักสูตร ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลอนามัยชุมชน
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.

สุภาณี อ่อนชื่นจิตร และฤทัยพร ตีตรง 2544 การบริการสุขภาพที่บ้าน ชานเมืองการพิมพ์ สงขลา.