

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ผู้ศึกษาได้ทำการศึกษาหรือทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการดูแลที่เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางตามลำดับ ดังนี้

1. การดูแลที่เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง
2. การดูแลที่เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางตามการรับรู้ของผู้ป่วย
3. การดำเนินงานของหอผู้ป่วยพิเศษ โรงพยาบาลอุตรดิตถ์ เกี่ยวกับการดูแลที่เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง

การดูแลที่เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง

การดูแลที่เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางนั้น ปัจจุบันได้รับการยอมรับมากขึ้นเพราะเป็นสิ่งสำคัญสำหรับผู้ให้บริการในการดูแลที่มีคุณภาพสูง (Mead & Bower, 2000) เพื่อให้การบริการสามารถตอบสนองความต้องการตามความคาดหวังของผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยเกิดความพึงพอใจ (Rao, Weinberger, & Kroenke, 2000) การดูแลที่เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง กลายเป็นปรัชญาในการบริหารโรงพยาบาลและการบริหารจัดการที่แตกต่างจากที่เคยเป็น ทำให้มีการวางระบบทรัพยากร การบริหาร ผู้ปฏิบัติงาน แพทย์ เทคโนโลยี และเครื่องใช้ ให้สอดคล้องกับตามความต้องการของผู้ป่วย (Timmreck, 1987)

ความหมายของการดูแลที่เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง

การดูแลที่เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางนั้น มีการใช้คำในภาษาอังกฤษ ซึ่งมีความหมายเหมือนกันหลายคำเช่น patient centred approach, patient centeredness, patient focused ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้ผู้ศึกษาใช้คำว่า patient centered care และได้มีผู้ให้ความหมายของการดูแลที่เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางไว้ หลายท่าน ซึ่งจากการศึกษาและทบทวนเอกสารและรายงานการศึกษาที่เกี่ยวข้องกับการดูแลที่เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง สรุปได้ว่า มีผู้ให้ความหมาย 2 กลุ่มคือ ความหมายตามมุมมองของผู้ให้บริการ ซึ่งเป็นความหมายที่นักวิชาการ สรุปขึ้นจากประสบการณ์ทำงานของผู้ให้บริการ

และความหมายตามมุมมองของผู้รับบริการ ซึ่งผู้ให้ความหมายสรุปขึ้นจากการศึกษาความต้องการของผู้ป่วยหรือผู้รับบริการ

1. ความหมายการดูแลที่เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางจากมุมมองของผู้ให้บริการ มีผู้ให้ความหมายในมุมมองนี้ไว้หลายราย เช่น

เฮนเบสและสจิวต (Henbest & Stewart, 1990) ให้ความหมายว่าเป็นการที่ผู้ให้บริการปฏิบัติตามความต้องการของผู้ป่วย โดยให้ผู้ป่วยได้สามารถแสดงถึงเหตุผลที่มารับการรักษา อาการเจ็บป่วย ความคิด ความรู้สึกที่เกี่ยวข้องกับความเจ็บป่วย และความคาดหวังจากการมารับบริการ

เลนและเดวิดออฟ (Laine & Davidoff, 1996) ได้กล่าวไว้ว่า การดูแลที่เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางเป็นการดูแลสุขภาพที่มีความเท่าเทียมกันอย่างเป็นกันเอง และเพื่อเป็นการตอบสนองความต้องการที่จำเป็นและตามความชอบของผู้ป่วย

โลว์เวส (Lowes, 1997) ให้ความหมายของการดูแลที่เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางว่า เป็นการปฏิบัติต่อผู้ป่วยในฐานะผู้ที่มีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพในการดูแลสุขภาพของตนเอง โดยผู้ป่วยควรมีส่วนร่วมในการวางแผนการดูแล และได้รับการสนับสนุนให้สามารถดูแลสุขภาพในขอบเขตของตนเองได้

มีดและเบาเวอร์ (Mead & Bower, 2000) ให้ความหมายว่า การดูแลที่เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง เป็นการดูแลที่ครอบคลุม ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ การมองผู้ป่วยเป็นเสมือนบุคคลทั้งคน การมีส่วนร่วมและความรับผิดชอบในการรักษา การรักษาด้วยสัมพันธภาพที่ดีด้วยความเป็นมิตร และแพทย์เป็นเสมือนบุคคลคนหนึ่งเช่นกัน

ลิตเติล เอเวอร์ริท วิลเลียมสัน วอร์เนอร์ มัว กู๊ด เฟอร์เรอร์ และเพนนิ (Little, Everitt, Williamson, Warner, Moor, Gould, Ferrer, & Payne, 2001) ได้ให้ความหมายการปฏิบัติที่เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางในมุมมองของแพทย์ผู้ให้บริการ ว่าเป็นในการค้นหาสาเหตุของผู้ป่วยที่มารับการรักษา การทำความเข้าใจความรู้สึกของผู้ป่วยและแก้ปัญหาตามอาการของผู้ป่วย ทำความเข้าใจในความต้องการด้านข้อมูล การตรวจสอบความเข้าใจของผู้ป่วย ตลอดจนข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับโลกส่วนตัวของผู้ป่วยซึ่งก็คือความเป็นคนทั้งคนของผู้ป่วย ความต้องการด้านอารมณ์และประสบการณ์ ค้นหาข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับการรับรู้ปัญหา และข้อตกลงเกี่ยวกับการจัดการร่วมกัน เพื่อให้ผู้ป่วยได้เข้ามามีส่วนร่วมในการจัดการให้บริการด้านสุขภาพ โดยการป้องกันและส่งเสริมสุขภาพ และส่งเสริมการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับผู้ป่วยขณะให้บริการสุขภาพ

สจิวต (Stewart, 2001) ให้ความหมายว่า การดูแลที่เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางนั้น เป็นการที่ผู้ให้บริการปฏิบัติตามความต้องการของผู้ป่วยในการให้ข้อมูลข่าวสาร การให้อำนาจในการตัดสินใจ และการให้การปฏิบัติที่ตอบสนองอย่างเหมาะสม

หน่วยวิจัยการดูแลสุขภาพและสถาบันคุณภาพแห่งชาติสาขาสุขภาพจิต (Agency for Health Care Research and Quality National Institute of Mental Health, 2001) ได้ให้ความหมายของการดูแลที่เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางไว้ว่า เป็นการดูแลสุขภาพโดยสร้างการมีส่วนร่วมระหว่างผู้ให้การดูแล ผู้ป่วยและครอบครัวของผู้ป่วย เพื่อรับรองว่าการตัดสินใจเป็นการยอมรับความต้องการที่จำเป็นและสิ่งที่ชอบของผู้ป่วยและชักชวนโดยให้ความรู้ สนับสนุนให้ผู้ป่วยมีความต้องการที่มีส่วนร่วมในการตัดสินใจและให้มีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพด้วยตนเอง

จากความหมายดังกล่าวข้างต้น จะเห็นได้ว่า ครอบคลุมการปฏิบัติเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยในลักษณะองค์รวม ที่ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ เป็นการปฏิบัติที่มุ่งให้ผู้ป่วย/ผู้ใช้บริการมีส่วนร่วมในการดูแล และรักษาสัมพันธ์ภาพที่ดีระหว่างผู้ให้บริการ ซึ่งส่วนใหญ่กล่าวถึงแพทย์ กับผู้ใช้บริการ หรือผู้ป่วย

สำหรับในประเทศไทย มีผู้ให้ความหมายในลักษณะที่คล้ายคลึงกัน ดังเช่น

บุญใจ ศรีสถิตย์นรากร (2544) ให้ความหมายการดูแลที่เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางว่า เป็นการปฏิบัติเพื่อให้เกิดบริการที่มีคุณภาพและตอบสนองความต้องการตามความคาดหวังของผู้ป่วยที่สามารถสัมผัสได้ มีความน่าเชื่อถือและไว้วางใจ เกิดความปลอดภัยและเห็นอกเห็นใจ เข้าถึงจิตใจของผู้ป่วย การดูแลดังกล่าวเป็นการสร้างวัฒนธรรมขององค์กร เพื่อนำไปสู่การสร้างระบบประกันคุณภาพและการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง

ประเสริฐ ผลิตผลการพิมพ์ (อ้างในสถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล, 2544) ให้ความหมายของการปฏิบัติที่เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางว่า หมายรวมถึง การดูแลผู้ป่วยโดยมีการสำรวจหรือการสอบถามความต้องการของผู้ป่วย การดูแลด้านความปลอดภัย รวมทั้งการพิทักษ์สิทธิ์ ความเชื่อ และศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ให้กับผู้ป่วย

สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (2544) ให้ความหมายของการปฏิบัติที่เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางว่า เป็นการตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย โดยผู้ให้บริการจะต้องศึกษาและรับฟังความต้องการและเสียงสะท้อนจากผู้ป่วย

ความหมายของการดูแลที่เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางของนักวิชาการไทยนั้น มีความสอดคล้องกับความหมายที่นักวิชาการชาวต่างประเทศได้กล่าวแล้วข้างต้น และความหมายในมุมมองของผู้ให้บริการนั้น ส่วนใหญ่นำไปใช้ศึกษาในกลุ่มวิชาชีพแพทย์ ว่าเป็นการให้บริการตามความต้องการและความคาดหวังของผู้ป่วยโดยเน้นความต้องการของผู้ป่วยในลักษณะองค์รวม เป็นการปฏิบัติระหว่างผู้ให้บริการและผู้รับบริการที่เน้นความเป็นบุคคลของทั้งผู้ให้บริการและผู้ป่วย เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการตัดสินใจรับการรักษา การพิทักษ์สิทธิ์ผู้ป่วยและมุ่งการส่งเสริมสุขภาพและส่งเสริมปฏิสัมพันธ์ ระหว่างผู้ให้บริการและผู้ป่วย

2. ความหมายการดูแลที่เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางที่มาจากมุมมองของผู้ป่วยหรือผู้ใช้บริการโดยตรง ความหมายในมุมมองนี้ เสนอโดย เกอร์ติสและคณะ (Gerteis et al., 1993) ซึ่งทำการศึกษาในผู้ป่วยที่พักรักษาในโรงพยาบาล พบว่าผู้ป่วยมีความต้องการ 7 ด้าน ได้แก่ 1) การยอมรับในคุณค่า ความพอใจ และความต้องการของผู้ป่วย 2) การประสานงานและการบูรณาการในการดูแล 3) ข้อมูลข่าวสาร การตัดสินใจสื่อสาร และการให้ความรู้ 4) ความสุขสบายทางด้านร่างกาย 5) การสนับสนุนด้านจิตใจ การบรรเทาความกลัว และความวิตกกังวล 6) การมีส่วนร่วมของครอบครัวและผู้ใกล้ชิด และ 7) การส่งต่อและการดูแลต่อเนื่อง ซึ่งการปฏิบัติของผู้ให้บริการครอบคลุมบุคลากรด้านสุขภาพ เช่น แพทย์ พยาบาลและสาขาวิชาชีพอื่น เพื่อตอบสนองความต้องการ ทั้ง 7 ด้านนี้ เรียกว่า การดูแลที่เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง

แนวคิดการดูแลที่เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง

ดังได้กล่าวไว้ในความหมายของการดูแลที่เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางแล้วว่า มีผู้ให้ความหมาย 2 กลุ่ม คือ ในมุมมองของผู้ให้บริการและผู้รับบริการ ซึ่งการนำเสนอแนวคิดการดูแลที่เน้นผู้ป่วย เป็นศูนย์กลาง ผู้ศึกษาของนำเสนอเป็น 2 กลุ่มดังนี้

1. แนวคิดการดูแลที่เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางในมุมมองของผู้ให้บริการ

ผู้ศึกษาพบว่ามีผู้นำเสนอรายละเอียดแนวคิดการดูแลที่เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ดังนี้

มีคและบาวเวอร์ (Mead & Bower, 2000) ได้วิเคราะห์รายงานเอกสารเกี่ยวกับการดูแลที่เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง พบว่า การดูแลที่เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางเป็นปฏิสัมพันธ์ระหว่างแพทย์และผู้ป่วย ซึ่งมีคุณลักษณะ 5 ประการ กล่าวคือ

- 1) เป็นมิติที่ครอบคลุมภาวะจิตสังคม (biopsychosocial)
- 2) เป็นการยอมรับผู้ป่วยในฐานะบุคคล (patient-as-person)
- 3) มีการแบ่งปันพลังอำนาจและความรับผิดชอบของทั้งสองฝ่าย (sharing power and responsibility)
- 4) เป็นปฏิสัมพันธ์ที่เน้นพันธมิตรเพื่อการรักษา (therapeutic alliance) และ
- 5) การยอมรับแพทย์ในฐานะบุคคล (doctor-as-person)

ลิตเติลและคณะ (Little et al., 2001a) มีแนวคิดตามรูปแบบการดูแลที่เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง 5 ด้านดังนี้

1) การค้นหาประสบการณ์ของผู้ป่วยเกี่ยวกับโรคและความเจ็บป่วย เช่น ให้ผู้ป่วย แสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับปัญหาที่เกิดขึ้น แสดงความรู้สึก ความคาดหวังในการมาตรวจ และผลกระทบต่อการทำงานของร่างกาย

2) เข้าใจในความเป็นบุคคล การค้นหาความเข้าใจในการบูรณาการเกี่ยวกับ ความเป็นส่วนตัวของผู้ป่วย เช่น ความเป็นบุคคลทั้งคน ความรู้สึกที่เข้าใจความต้องการด้านอารมณ์ และสภาพแวดล้อมของผู้ป่วยเกี่ยวกับครอบครัวและสิ่งที่มีผลกระทบต่อชีวิตของผู้ป่วย

3) การค้นหาปัญหาพื้นฐานว่าอะไรคือปัญหา และมีความเห็นตกลงร่วมกันเกี่ยวกับการปฏิบัติในการรักษา

4) การส่งเสริมการป้องกันโรคและการส่งเสริมสุขภาพ การลดความเสี่ยงต่างๆ ที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วย การได้รับการวินิจฉัยและค้นพบโรคได้แต่เนิ่น ๆ

5) การให้อำนาจผู้ป่วยในการตัดสินใจที่จะรับการรักษา การส่งเสริมสัมพันธภาพอย่างต่อเนื่องระหว่างผู้ป่วยและแพทย์ หรือผู้ป่วยกับผู้รับบริการ

แนวคิดการดูแลที่เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางที่มาจากประสบการณ์ของผู้ให้บริการ ซึ่งเป็นแพทย์เป็นส่วนใหญ่ เป็นแนวคิดที่เน้นปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล 2 คน คือ ผู้ให้บริการ คือ แพทย์ และผู้ใช้บริการ คือ ผู้ป่วย เน้นความเป็นองค์รวมและการมีอำนาจ และความรับผิดชอบร่วมกันทั้งสองฝ่าย

สำหรับแนวคิดการดูแลที่เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางที่พบในประเทศไทยนั้น ผู้ศึกษาพบว่า สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (2544) ได้ให้รายละเอียดแนวคิดการดูแลที่เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางไว้ ดังนี้

1) ความต้องการของผู้ป่วยในการสอบถามความต้องการของผู้ป่วยที่สำคัญที่สุด คือ อาการสำคัญทางคลินิกของผู้ป่วย ที่ผู้ป่วยไม่สามารถเรียกร้องได้ด้วยตนเอง

2) การบริหารความเสี่ยง เป็นความต้องการที่แฝงของผู้ป่วย ที่ต้องอาศัยการทำงานเป็นทีมของสหสาขาวิชาชีพ

3) การพิทักษ์สิทธิ ความเชื่อ และศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ ต้องรณรงค์ให้ผู้ป่วยใช้สิทธิ ทั้งสิทธิประการตามประกาศ หากผู้ป่วยใช้สิทธิของตนเองโดยเหมาะสมจะช่วยให้เกิดความพึงพอใจในบริการ ความเชื่อของผู้ป่วยเกี่ยวข้องกับองค์ประกอบทางจิตวิญญาณ ซึ่งจำเป็นต้องได้รับการดูแล เพราะสิ่งที่ผู้ป่วยกลัวมากที่สุด คือ การเจ็บปวดและความตาย นำมาซึ่งความทุกข์ ศักดิ์ศรี ความเป็นมนุษย์ในการรักษาความลับของผู้ป่วย การพิจารณายุติการช่วยชีวิต

จะเห็นได้ว่าแนวคิดการดูแลที่เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางของสถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล มีส่วนคล้ายคลึงกับแนวคิดของ ลิตเติ้ลและคณะ และแนวคิดของ มิดและบาวเวอร์

ในด้านการตอบสนองความต้องการและการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยและญาติ แต่ในส่วนที่แตกต่างจากแนวคิดอื่นก็คือ การมุ่งเน้นการปฏิบัติระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพ

2. แนวคิดการดูแลที่เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางในมุมมองของผู้ให้บริการ ซึ่งเป็นแนวคิดของเกอร์ตีสและคณะ (Gerteis et al., 1993) ครอบคลุมการตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย 7 ด้าน ดังต่อไปนี้

2.1 การยอมรับในคุณค่า ความพอใจ และความต้องการของผู้ป่วย (respect for patient's values, preferences, and expressed needs) จากการศึกษาของ เกร์ตีสและคณะ (Gerteis et al., 1993) พบว่า ผู้ป่วยต้องการความเป็นส่วนตัวในโรงพยาบาลและการรักษาความลับ ต้องการความเข้าใจ และการรักษาด้วยความมีศักดิ์ศรีและเคารพในความเป็นบุคคล รวมทั้งต้องการข้อมูลที่เกี่ยวข้อง และครอบคลุมการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาซึ่ง อาจจะมีผลกระทบต่อชีวิตของผู้ป่วย ดังนั้นผู้ให้บริการจะต้องให้ ความสำคัญกับการรักษาความลับของผู้ป่วย การทำความเข้าใจ การรักษาเกียรติ และศักดิ์ศรี และความเป็นบุคคลของผู้ป่วย การยอมรับ และเคารพในความเป็นส่วนตัว รวมถึงการให้ ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับโรคหรือความเจ็บป่วย และการรักษาที่อาจมีผลกระทบต่อชีวิต และการดำรงชีวิตของผู้ป่วยอย่างครอบคลุม เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถตัดสินใจ ตลอดจนการสร้างความเป็นอิสระให้แก่ผู้ป่วย โดยผู้ให้การดูแลผู้ป่วยจะต้องให้ความสนใจในสิ่งต่อไปนี้

2.1.1 คุณภาพชีวิต (quality of life) ผู้ป่วยต้องการการดูแลที่ครอบคลุมถึงผลกระทบจากความเจ็บป่วยหรือการรักษาที่สอดคล้องกับวิถีชีวิต ค่านิยมทางวัฒนธรรมหรือความเชื่อทางศาสนาของตน ดังนั้นในการดูแลผู้ป่วย ผู้ให้บริการจะต้องคำนึงถึงคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย โดยจัดการดูแลรักษาที่สอดคล้องกับรูปแบบการดำเนินชีวิต ค่านิยมทางวัฒนธรรมหรือความเชื่อทางศาสนาของผู้ป่วย ให้ผู้ป่วยได้รับทราบถึง ผลกระทบของการเจ็บป่วยหรือการรักษาต่อคุณภาพชีวิต สุขภาวะทางจิต ให้ความช่วยเหลือการดูแลสุขภาพที่จะช่วยให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีทั้งในปัจจุบันและอนาคต รวมทั้งให้ทราบถึงข้อจำกัดในการรักษา อีกด้วย

2.1.2 การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ (involvement in decision making) ผู้ป่วยต้องการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจกับผู้รักษา ครอบครัว และผู้ใกล้ชิดตลอดเวลาหรือตามระดับความเจ็บป่วยที่ผู้ป่วยสามารถจะทำได้ ผู้ให้บริการต้องเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วมในการตัดสินใจในการดูแลรักษา ร่วมกันตลอดเวลาที่เหมาะสมกับระยะเวลา หรือระดับของความเจ็บป่วย โดยคำนึงถึงความพอใจของผู้ป่วยเป็นสำคัญ

2.1.3 การเคารพในศักดิ์ศรี (dignity) ผู้ป่วยต้องการความเป็นส่วนตัวทั้งด้านร่างกายและจิตใจ รวมทั้งได้รับการแสดงความเคารพในความเป็นบุคคล ได้รับการรักษาอย่างมีศักดิ์ศรี ได้รับความเคารพ และรับรู้ต่อค่านิยมทางวัฒนธรรม ดังนั้นผู้ให้บริการจะต้องให้การยอมรับ

ความเป็นส่วนตัว และการแสดงความต้องการทั้งทางด้านร่างกายและอารมณ์ ให้การดูแล รักษาด้วยการเคารพในศักดิ์ศรี ให้การยอมรับ และตอบสนองความรู้สึกต่อคุณค่าทางวัฒนธรรมของผู้ป่วย โดยทีมผู้ให้บริการต้องดูแลผู้ป่วยด้วยความเป็นมิตรและให้การยอมรับผู้ป่วยอย่างจริงใจ

2.1.4 ความต้องการและความเป็นอิสระ (needs and autonomy) ผู้ป่วยต้องการหรือคาดหวังการบริการจากผู้ให้บริการหรือระบบการดูแลผู้ป่วย ผู้ให้บริการต้องทราบและตอบสนองความต้องการ หรือความคาดหวังของผู้ป่วยต่อบริการจากผู้ให้บริการ หรือระบบการให้บริการดูแลสุขภาพ ทั้งนี้ผู้ให้บริการจะต้องคำนึงถึงความแตกต่างของบุคคล ผู้ป่วยจะมีความสามารถในการดูแลตนเองที่ไม่เท่ากัน และตลอดจนมีความต้องการการดูแลจากผู้ให้บริการที่แตกต่างกัน

ความต้องการของผู้ป่วยในด้านการยอมรับในคุณค่า ความพอใจ และความต้องการของผู้ป่วย ผู้ศึกษา พบว่า ลิตเติลและคณะ (Little et al, 2001) รายงานผลการศึกษาที่สนับสนุน เกอร์ติสและคณะ โดยลิตเติลและคณะได้ศึกษาถึงความพอใจของผู้ป่วย 865 ราย ต่อการปฏิบัติที่เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางในการรับบริการการปรึกษาในการดูแลระดับปฐมภูมิ โดยใช้การสังเกต พบว่าผู้ป่วยร้อยละ 77-87 เห็นด้วยต่อการเป็นหุ้นส่วนการดูแลระหว่างผู้ให้บริการและผู้รับบริการ

สำหรับการปฏิบัติของผู้ให้บริการเกี่ยวกับด้านการยอมรับในคุณค่า ความพอใจและความต้องการของผู้ป่วย พบว่า มีการศึกษาของ วิไล อามาศย์มณี (2544) ซึ่งศึกษาการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อพิทักษ์สิทธิผู้ป่วยของพยาบาลในกลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ ในแผนกผู้ป่วยใน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถามการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อพิทักษ์สิทธิผู้ป่วยใน 11 ด้านคือ 1) การเคารพในสิทธิและศักดิ์ศรีของผู้ป่วยโดยเท่าเทียมกัน 2) ด้านการปกป้องสิทธิส่วนบุคคลของผู้ป่วย 3) ด้านการรักษาความลับของผู้ป่วย 4) ด้านการให้คำอธิบายให้ข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วย 5) ด้านการปฏิบัติเพื่อให้ผู้ป่วยทราบชื่อ สกุล และตำแหน่งของผู้ให้บริการ 6) ด้านการยอมรับเมื่อผู้ป่วยร้องเรียนบริการของโรงพยาบาล 7) ด้านการปฏิบัติเมื่อผู้ป่วยขอคำแนะนำ หรือความคิดเห็นจากบุคลากร 8) ด้านการให้คำชี้แจง เกี่ยวกับการบริการต่าง ๆ ของโรงพยาบาล 9) ด้านการให้คำชี้แจงเกี่ยวกับขั้นตอนของการตรวจรักษาแก่ผู้ป่วยและญาติ 10) ด้านการยินยอมให้ผู้ป่วยตรวจสอบและให้คำชี้แจงเกี่ยวกับคำรักษาพยาบาล และ 11) ด้านการให้คำชี้แจงแก่ผู้ป่วยจนเข้าใจและยินยอมรับการรักษาย่างเป็นลายลักษณ์อักษร ผลการวิจัยพบว่าพยาบาลมีการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อพิทักษ์สิทธิผู้ป่วยอยู่ในระดับปานกลาง และไม่พบความแตกต่างระหว่างการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อพิทักษ์สิทธิผู้ป่วยของพยาบาลที่มีอายุ ระดับการศึกษาและประสบการณ์ทำงานที่ต่างกัน และ เซลเลอร์สและเฮก (Sellers & Haag, 1998 อ้างใน ทศนีย์ทองประทีป, 2000) ที่ได้ทำการศึกษาพยาบาล 208 คน จากสามมลรัฐในประเทศสหรัฐอเมริกา

(Minnesota, Iowa, & North Dakota) พบว่า มีพยาบาลถึงหนึ่งในสามกล่าวว่า ไม่ได้ให้การพยาบาลด้านจิตวิญญาณ

2.2 การประสานงานและการบูรณาการในการดูแล (coordination and integration of care) ผู้ป่วยต้องการผู้ปฏิบัติงานที่มีความสามารถและมีความห่วงใยในการดูแล ทำให้เกิดความเชื่อถือน่าเชื่อถือและไว้วางใจ ดังนั้นผู้ให้บริการต้องมีศักยภาพเพียงพอในการจัดการดูแลผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพ ทำให้ผู้ป่วยเกิดความเชื่อมั่นและไว้วางใจ โดยมีการประสานงาน การจัดการสิ่งแวดล้อมของโรงพยาบาลและสิ่งสนับสนุนหรืออำนวยความสะดวกในการดูแลสุขภาพ ใน 3 ด้าน ดังนี้

2.2.1 การประสานงานและการบูรณาการเกี่ยวกับการดูแลทางคลินิก (coordination and integration of clinical care) ผู้ป่วยต้องการทีมผู้ให้บริการที่ได้รับการยอมรับจากผู้ป่วย และสมาชิกในทีมมีการสื่อสารระหว่างกันอย่างมีประสิทธิภาพ และให้ข้อมูลที่ตรงกันแก่ผู้ป่วยและครอบครัว ผู้ให้บริการต้องร่วมมือกันจัดบริการด้านการรักษาดูแลผู้ป่วยอย่างเป็นระบบและมีประสิทธิภาพ รวมทั้งการจัดการกับข้อมูลข่าวสารที่แน่นอนเที่ยงตรง โดยใช้ระบบการสื่อสารและการส่งต่อข้อมูลของทีมผู้ให้บริการรักษา หรือทีมสุขภาพอย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อให้ทีมผู้ให้บริการรักษาสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้องและต่อเนื่องตลอดระยะเวลาของการรักษา และสามารถส่งต่อข้อมูลของผู้ป่วยในการดูแลรักษาระหว่างทีมผู้ให้บริการรักษาได้ รวมทั้งให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับทราบข้อมูลข่าวสารที่จำเป็นเพื่อให้สามารถดูแลตนเองได้อย่างต่อเนื่อง

2.2.2 การประสานงานและการบูรณาการเกี่ยวกับการสนับสนุนการบริการ (coordination and integration of ancillary and support services) ผู้ป่วยต้องการให้ผู้ให้บริการพิจารณาความต้องการและความคิดเห็นของผู้ป่วย ข้อมูลข่าวสารที่ให้แก่ผู้ป่วยต้องถูกคนและเหมาะสมกับเวลา รวมทั้งผู้ป่วยและครอบครัวเข้าใจการสั่งการรักษา บริการ หัตถการหรือการปรึกษาโรคและผลกระทบที่ผู้ป่วยได้รับ ผู้ให้บริการจะต้องจัดให้มีระบบสนับสนุนที่เอื้อต่อการให้บริการทั้งด้านเครื่องมือ เครื่องใช้ ที่มีประสิทธิภาพมีผู้เชี่ยวชาญในการใช้ และมีการพัฒนาศักยภาพของผู้ให้บริการให้สามารถสั่งการวินิจฉัยและการรักษาในผู้ป่วยแต่ละคนอย่างเหมาะสมทันเวลาและถูกต้องตามมาตรฐานวิชาชีพ มีการจัดตารางการให้บริการ กระบวนการ ขั้นตอน หรือการให้คำปรึกษาที่ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถเข้าใจ และเข้ารับบริการได้อย่างสะดวกสบาย ถูกต้อง และรวดเร็ว

2.2.3 การประสานงานและการบูรณาการเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโดยตรง (coordination and integration of “front – line” patient care) ผู้ป่วยต้องการบุคคลที่สามารถขอความช่วยเหลือได้เหมาะสมกับเวลา การบริหารและการสนับสนุนที่จำเป็นในการดูแลผู้ป่วย การประสานงานข้ามหน่วยงานในการดูแลอย่างมีประสิทธิภาพ ผู้ให้บริการจะต้องจัดโครงสร้าง

การทำงาน การมอบอำนาจ และหน้าที่ความรับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วยโดยตรงอย่างชัดเจน รวมทั้งมีการให้ความรู้ ให้ข้อมูลที่จำเป็นต่อการปฏิบัติงานของผู้ให้บริการที่มีหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยโดยตรง ตลอดจนมีการสนับสนุนการบริหารจัดการและการจัดองค์การ เพื่อให้ผู้ที่มีรับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วยโดยตรงสามารถปฏิบัติงานได้ครบถ้วน รวมทั้งมีการประสานงานข้ามสายงานอย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถขอความช่วยเหลือจากผู้ให้บริการได้อย่างถูกต้อง และเหมาะสมกับระยะเวลาตรงตามความต้องการและสภาพปัญหาของผู้ป่วย

ผู้ศึกษาพบว่ามีการศึกษาที่สนับสนุนแนวคิดของ เกอร์ติสและคณะกล่าวคือ ปาล์มเมอร์ สเตรน โรทริคและ ฮู (Palmer, Strain, Rothrock & Hsu., 1983. cited in Gerteis et al., 1993) ตรวจสอบการปฏิบัติของแพทย์ในกลุ่มผู้ป่วยเด็ก พบว่า แพทย์ผู้ทำการตรวจรักษาไม่ประสบความสำเร็จในการติดตามผลการตรวจที่ผิดปกติ ซึ่งเป็นหลักฐานที่สำคัญถึงร้อยละ 52 เนื่องจากปฏิบัติการที่ล้มเหลวในการตัดสินใจและส่วนหนึ่งรวมไปถึง การที่ข้อมูลที่ได้อาจไม่ตรงกับตัวผู้ป่วย ความสับสนของหน้าที่ และ ระบบ หรือ ความผิดพลาดของมนุษย์ นอกจากนี้เกอร์ติสและคณะ (Gerteis et al., 1993) ยังพบว่า ร้อยละ 10 – 11 ของผู้ป่วยที่ศึกษารายงานถึงสิ่งที่ถูกกระทำ ทั้งที่ไม่สมควร จะถูกกระทำ หรือ ถูกกระทำในทางตรงข้ามเกิดขึ้น เมื่อพวกเขาอยู่ในโรงพยาบาล แสดงว่าผู้ป่วยสามารถรับรู้การกระทำที่ไม่ถูกต้องของผู้ให้บริการ

2.3 ข้อมูลข่าวสาร การติดต่อสื่อสาร และการให้ความรู้ (information, communication and education) ในยุคของเทคโนโลยีข้อมูลข่าวสาร ผู้ให้บริการสามารถจัดการให้มีความรวดเร็วในการติดต่อสื่อสาร การแลกเปลี่ยนข้อมูล การรายงานผล การเชื่อมโยงข้อมูลต่างๆ ที่มีอยู่ ผู้ให้บริการจะต้องเน้นถึงการให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยตามความต้องการของผู้ป่วยที่มีประสิทธิผลและมีประสิทธิภาพ ดังนี้

2.3.1 ข้อมูลเกี่ยวกับสภาพการเจ็บป่วย ความก้าวหน้า และการพยากรณ์โรค (information on clinical status, progress, and prognosis) ผู้ป่วยต้องการข้อมูลที่ครบถ้วนและตรงไปตรงมาเกี่ยวกับการเจ็บป่วย และการพยากรณ์โรค และได้รับข้อมูลในภาษาที่เข้าใจได้ง่าย เป็นข้อมูลที่ทันต่อเวลา และครอบครัวได้รับข้อมูลการเปลี่ยนแปลงที่สำคัญ ๆ อย่างเหมาะสม ผู้ให้บริการจะต้องมีการอธิบายข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วย การวินิจฉัยโรค และทำนายพยาธิสภาพของโรค เพื่อให้ผู้ป่วยรับรู้และเข้าใจและจัดให้มีระบบในการให้ข้อมูลที่ทำให้ผู้ป่วยมีความเชื่อมั่นในข้อมูลที่รับ และผู้ให้บริการจะต้องใช้ภาษาที่เข้าใจง่าย และควรให้ข้อมูลในเวลาที่เหมาะสม

2.3.2 ข้อมูลเกี่ยวกับขั้นตอนการดูแล (Information on process of care) ผู้ป่วยมีความต้องการข้อมูลเกี่ยวกับสาเหตุของการเกิดโรค หรือคำอธิบายเกี่ยวกับวิธีการดูแลรักษา เช่น แผนของการรักษาโรค วิธีการดูแล การใช้ยา เป็นต้น ผู้ให้บริการจะต้องอธิบายเหตุผลของการให้

การดูแลให้แก่ผู้ป่วย บอกถึงแผนของการรักษาโรคให้ผู้ป่วยทราบ สร้างทางเลือกในการดูแลรักษา รวมทั้งผลกระทบในการดูแลรักษา หลังจากนั้นผู้ให้บริการจะต้องมีการประเมินผลความเข้าใจของผู้ป่วยเกี่ยวกับการอธิบาย และภาษาที่ใช้ในการให้ข้อมูล เพื่อการมีส่วนร่วมในการวางแผนการดูแลรักษา และการตัดสินใจในการดูแลรักษา

2.3.3 ข้อมูลข่าวสารและการศึกษา เพื่อความเป็นอิสระ การดูแลตนเอง และการสร้างเสริมสุขภาพ (information and education to facilitate autonomy, self-care, and health promotion) ผู้ป่วย และครอบครัวต้องการทราบถึงการจัดการดูแลตนเอง ต้องการความช่วยเหลือ พี่นุและ การป้องกันการเจ็บป่วย ผู้ให้บริการจะต้องให้ความรู้แก่ผู้ป่วย โดยเน้นความสำคัญของผู้ป่วยและครอบครัว ใช้รูปแบบการมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่อง การที่จะประสบความสำเร็จได้นั้น องค์กรต้องสนับสนุน และไม่ควรถกัเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยที่อยู่ในโรงพยาบาล เท่านั้น การประสานงานอย่างต่อเนื่องของการดูแลสุขภาพ และการเข้าถึงความต้องการของผู้ป่วย และครอบครัว จะทำให้การดูแลที่เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางประสบความสำเร็จได้ ผู้ให้บริการต้องมีทักษะในการให้ข้อมูลและการให้ความรู้ สามารถบอกแหล่งข้อมูลหรือจัดหาข้อมูล เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงและเลือกได้หลากหลาย ซึ่งสามารถใช้ประกอบการตัดสินใจในการดูแลสุขภาพตนเองและการสร้างเสริมสุขภาพตนเองได้อย่างอิสระและต่อเนื่อง เช่น การจัดโปรแกรมการดูแลตนเอง (self-care program) กลุ่มช่วยเหลือ (self help group) หรือมีแหล่งที่ผู้ป่วยเชื่อถือไว้วางใจในการขอข้อมูลและให้การศึกษาแก่ผู้ป่วย

2.4 ความสุขสบายทางด้านร่างกาย (physical comfort) การดูแลที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดความสุขสบายเป็นส่วนหนึ่งของการให้บริการ เกอร์ดีสและคณะ (Gerteis et al.,1993) พบว่าผู้ป่วยต้องการให้ ผู้ให้บริการขจัดความเจ็บปวด ต้องการมีสภาพแวดล้อมรอบ ๆ ตัวที่สุขสบายและพึงพอใจ ดังนี้

2.4.1 การจัดการกับความเจ็บปวด ผู้ป่วยต้องการความสนใจรับฟังเกี่ยวกับการเจ็บปวด และการบรรเทาอาการเจ็บปวดได้ทันเวลา ด้วยวิธีที่มีประสิทธิภาพ และคำอธิบายถึงการจัดการกับความเจ็บปวด ซึ่งในการจัดการกับความเจ็บปวดที่มีประสิทธิผลนั้น ผู้ให้บริการจะต้องตระหนักถึงความเจ็บปวดของแต่ละบุคคล ตลอดจนความสามารถของผู้ป่วยในการสื่อสารกับบุคลากรทางการแพทย์เกี่ยวกับความเจ็บปวดของตน ผู้ให้บริการจะต้องมีการประเมินความเจ็บปวดที่ถูกต้อง และลงมือปฏิบัติกิจกรรมเพื่อบรรเทาความเจ็บปวดในทันที และประเมินผลการตอบสนองของผู้ป่วยต่อการรักษา

2.4.2 การช่วยเหลือในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (help with activities of daily living) ในภาวะเจ็บป่วยที่ผู้ป่วยได้รับการรักษาขณะพักรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาลทำให้เกิดความไม่อิสระ

และไม่สุขสบาย อาจต้องการความช่วยเหลือในด้านสุขลักษณะส่วนบุคคล การลุกนั่ง การเดิน การเคลื่อนไหว การรับประทานอาหาร การขับถ่าย การนอนหลับ ความต้องการเหล่านี้ ผู้ให้บริการที่มีบทบาทในการดำเนินการตอบสนองคือพยาบาล ซึ่งการดูแลที่มีคุณภาพต้องใช้ความรู้ ความสามารถ มีทักษะ เข้าใจลักษณะและความสามารถของผู้ป่วย รวมทั้งหาวิธีดำเนินการเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถมีส่วนร่วมในการดูแลตนเอง ให้ครอบครัวและผู้ใกล้ชิดสามารถและมีส่วนร่วมในการช่วยดูแลผู้ป่วยตามความต้องการของผู้ป่วย

2.4.3 สภาพแวดล้อม (surroundings and hospital environment) ผู้ป่วยต้องการการรักษาความสะอาด ความสะดวกและตอบสนองความพึงพอใจ สามารถเข้าถึงครอบครัวและผู้ใกล้ชิดได้ และง่ายต่อการค้นหาผู้ป่วย การจัดการด้านอุปกรณ์ที่อาจกระตุ้นให้เกิดความกลัว ความวิตกกังวล ได้รับการเก็บรักษา ความต้องการความเป็นส่วนตัว สภาพแวดล้อมรอบๆ ตัวผู้ป่วย มีผลต่ออารมณ์ และความคิดของผู้ป่วย ซึ่งห้องนอนของผู้ป่วย การระบายอากาศ เสียง และความเป็นส่วนตัวมีผลต่อการรู้สึกผ่อนคลาย การใช้สี และการเลือกเครื่องตกแต่งห้องมีผลต่อสภาพจิตใจของผู้ป่วย และความสุขของผู้ปฏิบัติงาน สภาพแวดล้อมด้านกายภาพมีผลต่อกระบวนการหายจากการเจ็บป่วย การส่งเสริมความเป็นอยู่และสภาพจิตใจที่ดี ลดความเครียด และความกดดัน ดังนั้นผู้ให้บริการจึงต้องดำเนินการในการจัดสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาลที่เหมาะสม ดังนี้

2.4.3.1 สร้างสภาพแวดล้อมที่สุขสบายได้แก่ การจัดสวนหย่อมหรืออุปกรณ์ตกแต่งเพื่อช่วยให้เกิดความเพลิดเพลินและผ่อนคลาย สภาพพื้นที่สะอาดไม่ก่อให้เกิดอุบัติเหตุและเสียงดัง หลีกเลี่ยงการใช้อุปกรณ์ที่ก่อให้เกิดเสียงดังรบกวนผู้ป่วยหรือทำให้ผู้ป่วยตื่นตกใจ ควรใช้ปุ่มกดเรียก (beeper) หรือโทรศัพท์ที่แทนกริ่ง หรือเครื่องพูด (intercom) ในการเรียก และควรใช้เสียงคนตรีหรือเสียงอื่นๆ ที่ทำให้ผู้ป่วยสงบเงียบและตกใจน้อยที่สุด

2.4.3.2 ห้องพักผู้ป่วยต้องมีลักษณะที่จำเป็นคือ มีหน้าต่างให้ได้รับแสงสว่างและผู้ป่วยสามารถมองออกไปด้านนอกได้ ทำให้ผู้ป่วยไม่รู้สึกรู้สึกตัดออกจากโลกภายนอก แสงไฟไม่รบกวนผู้ป่วยและผู้ป่วยสามารถปรับเปลี่ยนได้ ควรมีม่านกั้นระหว่างเตียงและตู้ใส่ของส่วนตัวเพิ่มความเป็นส่วนตัว มีสิ่งอำนวยความสะดวก เช่น ปฏิทิน นาฬิกา แก้วน้ำ โต๊ะ และอุปกรณ์ในการรับประทานอาหารสำหรับผู้ป่วยและญาติ

2.4.3.3 บริเวณที่พักของผู้มาเยี่ยม การจัดบริเวณที่รอควรมีความสะอาดสบาย และจัดสิ่งแวดล้อมที่รู้สึกผ่อนคลายจากการรอคอย และลดความวิตกกังวล นอกจากนั้นควรมีการจัดให้เหมาะสมกับกิจกรรมต่าง ๆ เช่น การสนทนา การดูโทรทัศน์หรือการพักผ่อน โดยแยกออกเป็นส่วนๆ

2.4.3.4 บริเวณที่ทำกรวิจฉัยและทำกิจกรรมการพยาบาล ต้องไม่ทำให้ผู้ป่วยเกิดความกลัวและตื่นตกใจ โดยควรจัดสถานที่และจัดเก็บเครื่องมือให้เป็นสัดส่วน มีอุปกรณ์และการตกแต่งที่ทำให้สุขสบาย ผ่อนคลาย ลดความกลัวและความวิตกกังวล

2.4.3.5 บริเวณทางเดิน ต้องมีความสวยงาม ไม่ก่อให้เกิดเสียง มีความปลอดภัย และสะดวกสบาย สำหรับผู้ป่วยและผู้รับบริการ

จากการศึกษาเอกสารรายงานที่เกี่ยวข้องกับด้านความสุขสบายด้านร่างกาย ผู้ศึกษาพบว่า มีการศึกษาที่สนับสนุนแนวคิดของ เกอร์ติสและคณะ(Gerteis et al., 1993) ที่กล่าวว่า ผู้ป่วยต้องประสบกับความเจ็บปวดในขณะที่พักรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาล เช่น การศึกษาของพรณีไพศาลทักษิณ, นันทา เล็กสวัสดิ์, มรรยาท ฃ นคร และอรรณพ ภูณพันธ์ (2541) ได้ศึกษาความสุขสบายในผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องครบ 24, 72 ชั่วโมง และก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล โดยศึกษาในผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องที่รักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ ใช้แบบสัมภาษณ์ความสุขสบายที่ผู้วิจัยดัดแปลงมาจากแบบสอบถามความสุขสบายของคอลลคาบา (Kolcaba) พบว่า 1) กลุ่มตัวอย่างหลังผ่าตัดช่องท้องครบ 24 ชั่วโมงมีความสุขสบายโดยรวมต่ำสุดและค่อยๆ เพิ่มขึ้นในระยะหลังผ่าตัดครบ 72 ชั่วโมงและเพิ่มมากขึ้นในระยะก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 2) ความสุขสบายโดยรวม ความสุขสบายด้านร่างกาย ด้านจิต-วิญญาณ และด้านสิ่งแวดล้อมและความสุขสบาย ด้านสังคมในกลุ่มตัวอย่างหลังผ่าตัดช่องท้องครบ 24, 72 ชั่วโมง และก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลแตกต่างกัน แสดงว่า ในช่วงแรก ๆ ของการเข้ารับการรักษา โดยเฉพาะในช่วงหลังผ่าตัด ผู้ป่วยจะมีความสุขน้อยอย่างมาก แต่การศึกษาดังกล่าวนี้ไม่ได้อธิบายถึงการปฏิบัติที่ผู้ป่วยได้รับแต่อย่างใด

2.5 การสนับสนุนด้านจิตใจ การบรรเทาความกลัว และความวิตกกังวล (emotional support and alleviation of fear and anxiety) ผู้ป่วยต้องการการสนับสนุน และการดูแลเพื่อบรรเทาความกลัวและวิตกกังวลเกี่ยวกับความเจ็บป่วย ดังนั้นผู้ให้บริการต้องให้ความสนใจในเรื่องต่อไปนี้

2.5.1 ความวิตกกังวลของผู้ป่วยเกี่ยวกับสภาพความเจ็บป่วย การรักษา และการพยากรณ์โรค (anxiety over clinical status, treatment and prognosis) ผู้ป่วยต้องการผู้ให้บริการที่ไว้วางใจและเชื่อถือ สามารถบอกถึงความกลัวและความวิตกกังวล และสามารถเข้าถึงได้ ผู้ให้บริการทราบข้อมูลข่าวสารที่จำเป็น และมีการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพเพียงพอที่จะตอบคำถามของผู้ป่วย ในการดูแลผู้ป่วยผู้ให้บริการจะต้องประเมินสิ่งที่ก่อให้เกิดความกลัวและความวิตกกังวล สร้างความไว้วางใจ และความเชื่อถือในตัวผู้ให้บริการที่ผู้ป่วยจะสามารถบอกถึงความกลัว หรือความวิตกกังวลได้ ผู้ให้บริการจะต้องประเมินสิ่งที่ก่อให้เกิดความกลัว ความวิตกกังวล สร้างความไว้วางใจ

และความเชื่อถือในตัวผู้ให้บริการที่ผู้ป่วยจะสามารถบอกถึงความกลัว หรือความวิตกกังวลได้ ผู้ให้บริการจะต้องเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยแสดงความเชื่อ ความรู้สึกและความกลัว รวมทั้งให้ข้อมูลที่มีความเที่ยงตรงเหมาะสมและมีประโยชน์ มีการพัฒนาวิธีการที่เหมาะสม เพื่อเตรียมตอบสนองความต้องการที่ผันแปรตามความเครียดของผู้ป่วยแต่ละบุคคล

2.5.2 ความวิตกกังวลของผู้ป่วยเกี่ยวกับผลกระทบของความเจ็บป่วยของตนเองและครอบครัว (anxiety over the impact of the illness on self and family) ผู้ป่วยวิตกกังวลเกี่ยวกับผลกระทบของการเจ็บป่วยต่อความสามารถที่จะดูแลตนเองหรือต่อการพึ่งพาผู้อื่น ต้องการผู้ให้บริการที่มีความรู้และสามารถเข้าถึงได้ รวมทั้งสามารถช่วยเหลือหรือให้บริการการส่งต่อที่เหมาะสม ผู้ให้บริการจึงต้องประเมินความวิตกกังวลเกี่ยวกับผลกระทบของความเจ็บป่วยต่อความสามารถที่จะดูแลตนเองหรือการพึ่งพาผู้อื่น รวมทั้งประเมินถึงผลกระทบของความเจ็บป่วยที่เกิดต่อญาติหรือครอบครัว สถานบริการต้องมีผู้ให้บริการที่มีความสามารถให้ความช่วยเหลือ เพื่อลดความวิตกกังวล หรือให้บริการส่งต่อที่เหมาะสม

2.5.3 ความวิตกกังวลของผู้ป่วย ด้านการเงินจากความเจ็บป่วย (anxiety over the financial impact of the illness) ผู้ป่วยวิตกกังวลเกี่ยวกับการจ่ายค่ารักษาพยาบาลหรือการนอนโรงพยาบาล วิตกกังวลเกี่ยวกับการสูญเสียรายได้ ผู้ให้บริการจะต้องประเมินความวิตกกังวลเกี่ยวกับค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลหรือการนอนโรงพยาบาล และการสูญเสียรายได้ จากการเจ็บป่วย ผู้ให้บริการต้องมีความสามารถในการให้การช่วยเหลือสนับสนุน และให้ข้อมูลเกี่ยวกับแหล่งประโยชน์ที่จะสามารถช่วยเหลือผู้ป่วยได้

การศึกษาทบทวนเอกสารรายงานที่ผ่านมา พบว่า การปฏิบัติเพื่อตอบสนองความต้องการในด้านนี้ ไม่เพียงพอ เช่น ทศนา ชูวรรณะปรกรณ์ (2544) ทำการวิจัยเชิงคุณภาพ เรื่องการพยาบาลผู้สูงอายุในประเทศไทย : หลักการพยาบาลแบบองค์รวมและการพยาบาลที่เป็นจริง พบว่าการปฏิบัติกรพยาบาลตามความเป็นจริง (The reality of practice) จากโรงพยาบาลที่ศึกษา เป็นการปฏิบัติกรพยาบาลได้รับอิทธิพลจากหลักการของชีวการแพทย์ (Biomedical model) กล่าวคือ การพยาบาลมีเป้าหมายเพื่อแก้ไขพยาธิสภาพและการรักษาโรค (cure) มากกว่าการดูแล (care) หรือตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยแต่ละคน ซึ่งเป็นหลักการที่ชี้้นำให้การพยาบาลมุ่งการทำงานเพื่อตอบสนองปัญหาทางด้านร่างกาย (Physical care) ค่อนข้างมาก และงานของพยาบาลประกอบด้วยปริมาณงานจำนวนมาก ซึ่งหลาย ๆ งานไม่ใช่งานเพื่อการพยาบาล ทำให้พยาบาลมีปริมาณงานมากจนล้นมือ เป้าหมายการทำงานให้เสร็จสิ้นในแต่ละเวรจึงมีความสำคัญมากกว่า ทำให้การพยาบาลทางด้านจิตใจและอารมณ์มีน้อย

2.6 การมีส่วนร่วมของครอบครัวและญาติ (involvement of family and friends) ผู้ป่วยกังวลเกี่ยวกับผลกระทบของความเจ็บป่วยของเขา ที่อาจจะเกิดต่อครอบครัวและญาติ การดูแลที่เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางเกี่ยวกับครอบครัว ผู้ให้บริการจะต้องเข้าใจบทบาทหลักของสมาชิกในครอบครัวหรือผู้ใกล้ชิดผู้ป่วย ในการช่วยเหลือดูแลผู้ป่วย ควรมีการประเมินสมาชิกในครอบครัวหรือผู้ญาติผู้ป่วย เกี่ยวกับประสบการณ์ในความเจ็บป่วยและความสนใจต่อความวิตกกังวลของผู้ป่วย ผลกระทบของความเจ็บป่วยของผู้ป่วยต่อสมาชิกครอบครัวและญาติ ผู้ให้บริการควรมีการปฏิบัติดังนี้

2.6.1 ความช่วยเหลือของครอบครัวและผู้ใกล้ชิด (accommodation of family and friends) ผู้ป่วยต้องการให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลและการตัดสินใจ รวมทั้งครอบครัวและญาติที่ต้องการมีส่วนร่วมในการดูแล เป็นกำลังใจ และให้ความรักต่อผู้ป่วย ผู้ให้บริการต้องค้นหาผู้ที่ผู้ป่วยไว้วางใจพึ่งพาในด้านการสนับสนุนทางสังคมและด้านจิตใจ เป็นตัวแทนในการตัดสินใจ และพิทักษ์สิทธิในการต่อรองต่างๆ เนื่องจากผู้ป่วยมักเป็นผู้ที่ไร้ความสามารถ ผู้ให้บริการควรแสดงอาการรับรู้ถึงความต้องการความรักและกำลังใจของผู้ป่วยจากครอบครัว และญาติ

2.6.2 การมีส่วนร่วมของครอบครัวในการตัดสินใจ (involving family in decision making) ผู้ป่วยต้องการความเข้าใจและได้รับความช่วยเหลือจากผู้ให้บริการในด้านการสนับสนุนทางสังคมและด้านจิตใจ ต้องการให้ครอบครัวมีส่วนร่วมและเป็นผู้พิทักษ์สิทธิ หรือตัวแทนในการตัดสินใจ ต้องการข้อมูลข่าวสารที่จำเป็น เพื่อการแสดงบทบาทอย่างมีประสิทธิภาพ ผู้ให้บริการต้องให้ความสำคัญ และยอมรับสมาชิกของครอบครัวที่ทำหน้าที่เป็นตัวแทนในการตัดสินใจ และพิทักษ์สิทธิให้กับผู้ป่วย เปิดโอกาสให้มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย ทั้งในการป้องกัน การรักษา และการฟื้นฟูสภาพ ซึ่งการมีส่วนร่วมและการตัดสินใจดังกล่าว ครอบครัวต้องได้รับข้อมูลเกี่ยวกับภาวะสุขภาพของผู้ป่วย ความก้าวหน้าของโรคหรืออาการและการพยากรณ์โรค รวมทั้งได้รับการปรึกษาหารือกับบุคลากรผู้ให้บริการรักษา เมื่อต้องมีการตัดสินใจครั้งสำคัญหรือในยามเกิดภาวะวิกฤตต่อครอบครัว นอกจากนั้นผู้ให้บริการต้องรับฟังความคิดเห็นของครอบครัวในการตัดสินใจในการดูแลรักษาผู้ป่วย

2.6.3 การสนับสนุนครอบครัวให้เป็นผู้ดูแล (supporting the family as caregiver) ครอบครัวหรือญาติมีความสามารถที่จะให้บริการสนับสนุนทางร่างกาย และดูแลผู้ป่วยขั้นพื้นฐาน พวกเขาต้องการการให้กำลังใจ และการสนับสนุนบทบาทในการดูแลผู้ป่วย อีกทั้งต้องการข้อมูลข่าวสารและทักษะที่จำเป็นเพื่อใช้ในการดูแลอย่างมีประสิทธิภาพ ผู้ให้บริการต้องให้ความสนใจต่อความต้องการการช่วยเหลือของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง ครอบครัวต้องได้รับการเตรียมความพร้อมสำหรับบทบาทของการเป็นผู้ดูแล รวมทั้งการให้กำลังใจและ

การสนับสนุนในบทบาทนั้น ๆ เพื่อให้ครอบครัวสามารถให้บริการด้านร่างกายและการดูแลขั้นพื้นฐานให้กับผู้ป่วย นอกจากนี้ผู้ป่วยต้องได้รับการปรึกษาหารือกับเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลเกี่ยวกับความสามารถในการดูแลที่บ้านหลังจำหน่าย

2.6.4 การเข้าใจความต้องการของครอบครัว (recognizing the need of the family) ผู้ป่วยและครอบครัวต้องการให้ผู้ให้บริการทราบถึงผลกระทบความเจ็บป่วยต่อความเคลื่อนไหวและการทำหน้าที่ของครอบครัว และผลที่อาจเกิดต่อการรักษาของผู้ป่วย ต้องการการสนับสนุน หรือช่วยเหลือตามความต้องการ และต้องการแหล่งทรัพยากรที่สามารถช่วยเหลือได้ ผู้ให้บริการสุขภาพต้องยอมรับสิ่งที่ผู้ป่วยต้องการจากครอบครัว และสิ่งที่ครอบครัวต้องการเพื่อตัวเอง ครอบครัวต้องการข้อมูล ความเข้าใจ และความเคารพ และในขณะเดียวกันในบทบาทผู้ดูแลครอบครัว อาจมีความต้องการด้านจิตใจ และต้องการความช่วยเหลือในการดูแลผู้ป่วย ผู้ให้บริการต้องแสดงให้ครอบครัวเกิดความมั่นใจว่า เจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลจะดูแลผู้ป่วย และให้บริการอย่างดีที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ และยังคงต้องการความรู้สึกว่าพวกเขามีความหวัง นอกจากนี้ผู้ให้บริการต้องให้ครอบครัวได้เรียนรู้ทักษะการดูแล และให้รับทราบเกี่ยวกับแหล่งประโยชน์ที่สามารถเข้าถึง และขอความช่วยเหลือได้

การศึกษาทบทวนเอกสารรายงานที่ผ่านมา พบว่า ผู้ป่วยและญาติ มีความต้องการที่สนับสนุนแนวคิดของเกอร์ติสและคณะ ดังเช่น การศึกษาของพรทิพย์ โกศลวัฒน์ (2541) ซึ่งศึกษาความต้องการของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตในหอผู้ป่วยอุบัติเหตุ 2 โรงพยาบาลศิริราชที่มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยโดยเป็น บิดา มารดา คู่สมรส หรือบุตร โดยใช้เครื่องมือวัดความต้องการของญาติผู้ป่วยภาวะวิกฤตของ อุไรพร พงศ์พัฒนามุขีและกรอบแนวคิดของมอลเตอร์ (Molter) และดาเลย์ (Daley) ประกอบด้วยความต้องการ 5 ด้าน ได้แก่ ความต้องการลดความวิตกกังวล ความต้องการข้อมูล ความต้องการใกล้ชิดผู้ป่วย ความต้องการกำลังใจและการระบายความรู้สึกและความต้องการส่วนบุคคล ผลการศึกษา พบว่า สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยมีความต้องการในแต่ละด้านแตกต่างกัน และในความต้องการทั้ง 5 ด้าน ครอบครัวผู้ป่วยให้ความสำคัญเรื่อง ความต้องการลดความวิตกกังวลมากที่สุด รองลงมาเป็นความต้องการข้อมูล ความต้องการอยู่ใกล้ชิดผู้ป่วย ความต้องการส่วนบุคคล ความต้องการกำลังใจและระบายความรู้สึกตามลำดับ และอีแวนและคณะ (Evan et al., 1988 cited in Gerteis et al., 1993) ได้ศึกษาในผู้ดูแลผู้ป่วยโรคลมปัจจุบัน (stroke) พบว่าการให้ความรู้และการปรึกษาหารือแก่ผู้ดูแล ทำให้ผู้ดูแลมีความรู้เพิ่มขึ้นและสามารถทำหน้าที่ของครอบครัวได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงให้เห็นว่า การให้ญาติมีส่วนร่วมเป็นสิ่งสำคัญที่จะช่วยให้การดูแลผู้ป่วยมีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้น

2.7 การส่งต่อและการดูแลต่อเนื่อง (transition and continuity) ผู้ป่วยต้องการอธิบายถึงความวิตกกังวลและต้องการความสนใจ เกี่ยวกับการดูแลตนเองเมื่ออยู่ห่างจากสถานบริการรักษาพยาบาล ผู้ให้บริการต้องให้ความสนใจในด้านการดูแลที่เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง โดยการเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยและครอบครัวเกี่ยวกับ

2.7.1 การให้ข้อมูลข่าวสาร (information) ผู้ป่วยและครอบครัวต้องการความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับการปฏิบัติตัว การรักษาและการดูแลต่อเนื่อง การติดตามและสัญญาณอันตรายที่จะต้องเฝ้าระวังเมื่อออกจากโรงพยาบาล ผู้ป่วยและครอบครัวควรได้รับความรู้เกี่ยวกับข้อมูล แนวทางการรักษาระหว่างอยู่โรงพยาบาล และการปรับวิถีชีวิตหลังการจำหน่ายจากโรงพยาบาล การสร้างเสริมสุขภาพและการฟื้นฟูสภาพ รวมทั้งการป้องกันโรคไม่ให้กลับเป็นซ้ำอีก

2.7.2 การประสานงานและการวางแผนการดูแล (coordination and planning) ผู้ป่วยต้องการให้มีการวางแผนหรือประสานงานบริการเพื่อให้มั่นใจว่าจะมีการดูแลและการรักษาอย่างต่อเนื่อง ผู้ให้บริการต้องมีการประสานงานระหว่างสหสาขาวิชาชีพ เช่น แพทย์ผู้ให้การรักษาพยาบาล นักสังคมสงเคราะห์ เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับข้อมูลข่าวสารการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง และเป็นระบบ

2.7.3 การสนับสนุน (support) ผู้ป่วยและครอบครัวต้องการเข้าถึงการสนับสนุนทางการรักษา ด้านสังคม ทางการเงินขั้นพื้นฐานอย่างต่อเนื่อง ต้องการการสนับสนุนจากแหล่งที่สามารถขอความช่วยเหลือได้ ผู้ป่วยและครอบครัวต้องได้รับการสนับสนุนให้ได้รับรู้ และมีส่วนร่วมในการจัดการดูแลทั้งในขณะที่อยู่ในโรงพยาบาลและต่อเนื่องไปถึงชุมชน มีการอำนวยความสะดวก และแจ้งให้ผู้ป่วยทราบถึงแหล่งที่ให้การช่วยเหลือ สนับสนุนตามที่ผู้ป่วยต้องการ

สรุปแนวคิดการดูแลที่เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางทั้งในมุมมองของผู้ให้บริการและผู้ให้บริการนั้นส่วนใหญ่มีความคล้ายคลึงกัน โดยแนวคิดของเกอร์ตีสและคณะซึ่งเป็นแนวคิดในมุมมองของผู้ให้บริการนั้น มีส่วนคล้ายคลึงกับแนวคิดของลิตเติลและคณะ (Little et al., 2001) ซึ่งเป็นแนวคิดในมุมมองของผู้ให้บริการ ในด้านการมองความเป็นปัจเจกบุคคล ความคาดหวังสำหรับการมาโรงพยาบาล การรับรู้ ความรู้สึกและการรับฟังความคิดเห็นของผู้ป่วย และแนวคิดของมีดและบาวเวอร์ (Mead & Bower, 2001) เกี่ยวกับการดูแลที่ครอบคลุมชีวิตสังคม การยอมรับผู้ป่วยในฐานะบุคคล ยังเป็นการสนับสนุนแนวคิดของเกอร์ตีสและคณะ นอกจากนี้แนวคิดของเกอร์ตีสและคณะ ยังมีความสอดคล้องกับของแนวคิดสถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล ทั้งในด้านการสอบถามถึงความต้องการของผู้ป่วย การบริหารความเสี่ยง และการพิทักษ์สิทธิ์ ความเชื่อและศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ให้แก่ผู้ป่วย โดยแนวคิดให้รายละเอียดและจัดเป็นหมวดหมู่ชัดเจนกว่า

การดูแลที่เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางตามการรับรู้ของผู้ป่วย

การดูแลที่เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางนั้น ได้มีการศึกษากันอย่างแพร่หลาย แต่สำหรับการศึกษาถึงการรับรู้ของผู้ป่วยต่อการดูแลที่เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางยังมีไม่มากนัก ในประเทศไทยนั้น ยังไม่มีการศึกษาที่ครอบคลุม และมาจากมุมมองของผู้ป่วยโดยตรง มีเพียงบางเรื่องที่เกี่ยวข้อง หรือเป็นการศึกษาบางประเด็น ที่สอดคล้องกับการดูแลที่เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางตามแนวคิดของ เกอร์ติสและคณะ ซึ่งผู้ศึกษาขอเสนอเอกสารหรืองานวิจัยดังกล่าวตามแนวคิดการดูแลที่เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางของเกอร์ติสและคณะดังนี้

1. ด้านการยอมรับในคุณค่า ความพอใจ และความต้องการของผู้ป่วย ในส่วนของการรับรู้ของผู้ป่วยต่อการปฏิบัติของผู้ให้บริการด้านการยอมรับในคุณค่า ความพอใจ และความต้องการของผู้ป่วยนั้น ศรีวรรณ มีบุญ (2539) ซึ่งทำการศึกษาความตระหนักต่อสิทธิผู้ป่วยของพยาบาล การปฏิบัติการพยาบาลที่เป็นการเคารพสิทธิผู้ป่วยและการรับรู้ของผู้ป่วยต่อการปฏิบัติการพยาบาล โดยทำการศึกษาในพยาบาลที่ปฏิบัติงานด้านการพยาบาลผู้ป่วยผู้ใหญ่ ในโรงพยาบาลทั่วไป ฝายกาย 3 แห่งในสังกัดกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข จำนวน 257 คน และในผู้ป่วยผู้ใหญ่ จำนวน 300 คน ที่เข้ารับการรักษาอย่างน้อย 3 วัน ในหอผู้ป่วยเดียวกับพยาบาล ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยมีการรับรู้ต่อการปฏิบัติพยาบาลที่เป็นการเคารพสิทธิผู้ป่วย ซึ่งเป็นกิจกรรมที่ตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคม ในระดับสูง และผู้ป่วยรับรู้ต่อการปฏิบัติการพยาบาลในด้านการให้การพยาบาลด้วยความเคารพในเป็นบุคคลในระดับสูงมาก โดยเฉพาะในเรื่อง การมีโอกาสปฏิบัติตามความเชื่อทางศาสนาที่ไม่ขัดกับการรักษา หรือไม่รบกวนผู้ป่วยอื่น ซึ่งพบว่าผู้ป่วยร้อยละ 95 ได้รับการปฏิบัติเป็นประจำ

2. ด้านการประสานงานและการบูรณาการในการดูแล ในส่วนของการรับรู้ของผู้ป่วย ด้านการประสานงานและการบูรณาการในการดูแลนั้น ศรีธยา มรกตศรีวรรณ (2544) ได้ศึกษาการติดตามดูแลผู้ป่วยศัลยกรรมอย่างต่อเนื่อง ในชุมชนโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่มีคุณภาพ เกิดความมั่นใจ ฟังพอใจ และสร้างเครือข่ายพัฒนาความรู้และศักยภาพ เพื่อให้เกิดการเรียนรู้ร่วมกันของทีมสหสาขาวิชาชีพ ในการดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วย โดยมีพยาบาลเป็นตัวจักรสำคัญ ผลการศึกษาความคิดเห็นของผู้รับบริการ พบว่า มีความพึงพอใจกับการดำเนินกิจกรรมอยู่ในระดับมาก และต้องการให้ขยายการดำเนินงานต่อไป และเกิดการพัฒนาทีมสหสาขาวิชาชีพ และรูปแบบในการดำเนินกิจกรรมคุณภาพการดูแลรักษาพยาบาล โดยมีการเรียนรู้ในการดำเนินกิจกรรมคุณภาพเพื่อแก้ไขปัญหาสุขภาพของผู้ป่วยร่วมกัน

3. ด้านข้อมูลข่าวสาร การติดติดสื่อสาร และการให้ความรู้ ในส่วนของการรับรู้ของผู้ป่วยต่อการดูแลด้านข้อมูลข่าวสาร การติดต่อดสื่อสาร และการให้ความรู้ ผู้ศึกษาพบว่า มีการศึกษาของเกอร์ติสและคณะ (Gerteis et al., 1993) ซึ่งศึกษาในผู้ป่วยหลังการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลในประเทศสหรัฐอเมริกาว่า 6,000 คน พบว่า ผู้ป่วยร้อยละ 21 รายงานว่า แพทย์ หรือพยาบาล ไม่ได้อธิบายถึง ความไม่สะดวกสบายที่จะได้รับขณะตรวจ ว่ามีมากอย่างไร เกือบร้อยละ 25 ของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกล่าวว่า ศัลยแพทย์ไม่ได้อธิบายถึงความไม่สะดวกสบายที่จะได้รับหลังการผ่าตัด ว่ามีมากอย่างไร และไม่ได้รับข้อมูลที่แน่นอนว่าเขาจะรู้สึกอย่างไรหลังการผ่าตัด และร้อยละ 10 ของ ผู้ป่วยที่ศึกษาตอบว่า ไม่ได้รับการสื่อสารถึงข้อมูลที่พวกเขาต้องการ โดยหนึ่งในสามของผู้ป่วยเหล่านี้ ต้องการข้อมูลด้านการเงินและการประกันมากกว่าที่ได้รับ

นอกจากนี้ยังมีการศึกษาที่สอดคล้องกับการศึกษาของเกอร์ติสและคณะ (Gerteis et al., 1993) ในส่วนของการรับรู้ของผู้ป่วยเกี่ยวกับด้านข้อมูลข่าวสาร การติดต่อดสื่อสาร และการศึกษากล่าวคือ สุวดี ชูสุวรรณ (2543) ศึกษาคุณภาพบริการพยาบาลในโรงพยาบาลจริง เก็บข้อมูลโดยการสอบถาม พบว่าด้านที่ผู้รับบริการมีความพึงพอใจในระดับดี คือ เจ้าหน้าที่พูดคุยซักถามต้อนรับด้วยความเต็มใจ เจ้าหน้าที่อธิบายข้อมูลเกี่ยวกับอาการเจ็บป่วยและการรักษาพยาบาลของผู้ป่วยชัดเจน และการศึกษาของพิรุณ รัตนวนิช และสุวดี ชูสุวรรณ (2543) ที่ได้ศึกษาความคิดเห็นของผู้ใช้บริการต่อบริการพยาบาลของโรงพยาบาลสาธารณสุข จังหวัดศรีสะเกษ 9 แห่ง พบว่า ความคิดเห็นต่อการรับรู้ของผู้ป่วยนอกต่อการรับรู้ข้อมูลเกี่ยวกับโรคที่เป็นและวิธีปฏิบัติตัวมากที่สุด คือ ได้รับและเข้าใจดี 8 โรงพยาบาล ได้รับแต่ไม่ค่อยเข้าใจ 1 โรงพยาบาล คำแนะนำเกี่ยวกับการใช้ยา ได้รับและเข้าใจดีมากที่สุด 9 โรงพยาบาล ส่วนความคิดเห็นต่อการรับรู้ข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยในพบว่า การได้รับคำแนะนำรายละเอียดเกี่ยวกับโรคที่เป็นมากที่สุด คือ ได้รับและเข้าใจดี 9 โรงพยาบาล การได้รับข้อมูลการตรวจเลือด เอกซเรย์ ได้รับและเข้าใจดีมากที่สุด 8 โรงพยาบาล ได้รับแต่ไม่ค่อยเข้าใจ 1 โรงพยาบาล คำอธิบายเกี่ยวกับการผ่าตัดในกลุ่มที่ได้รับการผ่าตัด พบว่าไม่ได้รับมากที่สุด 6 โรงพยาบาล ได้รับและเข้าใจดีมากที่สุด 3 โรงพยาบาล ได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวก่อนออกจากโรงพยาบาลมากที่สุด 9 โรงพยาบาล ผู้ที่ทราบและรู้จักชื่อแพทย์ ผู้รักษา มากที่สุด 6 โรงพยาบาล ทราบแต่ไม่รู้จักชื่อ มากที่สุด 3 โรงพยาบาล

เบอร์ตาคิส โรเตอร์และพัทแนม (Bertakis, Roter & Putnam., 1991 cited in Gerteis et al., 1993) ศึกษาในผู้ป่วยนอกแผนกอายุรกรรม มากกว่า 500 คน พบว่า การสื่อสารในระหว่างการมาตรวจ และ ความพึงพอใจของผู้ป่วย มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญ ทั้งการที่แพทย์ถามเกี่ยวกับด้านชีวการแพทย์ (biomedical) และการที่ผู้ป่วยเล่าเกี่ยวกับด้านชีวการแพทย์ พบว่า มีความสัมพันธ์กับการลดระดับความพึงพอใจของผู้ป่วย ในทางตรงข้าม การที่แพทย์ถาม และให้คำปรึกษาเกี่ยวกับ

ประเด็นด้านจิตสังคม และการที่ผู้ป่วยได้เล่าเกี่ยวกับประเด็นด้านจิตสังคม มีความสัมพันธ์กับการเพิ่มความพึงพอใจของผู้ป่วย

โดยสรุป การศึกษาการรับรู้ของผู้ป่วยเกี่ยวกับการปฏิบัติของผู้ให้บริการในด้านนี้ ผู้ป่วยได้รับการปฏิบัติในระดับที่ค่อนข้างมาก

4. ด้านความสบายทางด้านร่างกาย ในส่วนของการรับรู้ของผู้ป่วยด้านความสบายทางด้านร่างกาย นั้น พบว่า ผู้ป่วยรับรู้ว่าการปฏิบัติในระดับที่แตกต่างกัน เช่น การศึกษาของโดโนแวน (Donovan, 1983 cited in Gerteis et al., 1993) ศึกษาในผู้ป่วยหลังการผ่าตัด พบว่า ร้อยละ 31 รู้สึกว่าได้รับการบรรเทา ความเจ็บปวดไม่เพียงพอ มีเพียง ร้อยละ 14 เท่านั้น ที่กล่าวว่าพึงพอใจต่อการควบคุมความเจ็บปวดที่ได้รับ และการศึกษาของโดโนแวน ดิลลอน และแมคไกวร์ (Donovan, Dillon & McGuire, 1987 cited in Gerteis et al., 1993) ซึ่งพบว่า ร้อยละ 58 ของผู้ป่วยอายุรกรรมและศัลยกรรม ซึ่งมีความเจ็บปวดในระหว่างบางช่วงระยะเวลาของการรักษาในโรงพยาบาล กลุ่มตัวอย่างมีความเจ็บปวดอย่างรุนแรงหรือทรมาณในบางครั้ง และมีเพียงหนึ่งในสามเท่านั้นที่รายงานว่า สามารถหาทางบรรเทาความเจ็บปวดได้ตลอดเวลา ผู้ป่วยร้อยละ 61 ถูกปลุกให้ตื่นเนื่องจากความเจ็บปวด และมากกว่า 2 ใน 3 ของผู้ป่วยอายุรกรรมและศัลยกรรม ที่เกอร์ติสและคณะ (Gerteis et al., 1993) ศึกษา ได้เล่าถึงประสบการณ์ความเจ็บปวดขณะที่อยู่ในโรงพยาบาล และร้อยละ 86 ของผู้ป่วยเหล่านี้รู้สึกว่า ความเจ็บปวดอย่างมากของพวกเขาสามารถขจัดได้ด้วยความร่วมมือในการดูแลของผู้ปฏิบัติงานในโรงพยาบาล

ในส่วนของการรับรู้ของผู้ป่วยต่อการปฏิบัติเกี่ยวกับสภาวะแวดล้อมนั้น พบว่า มีผู้รายงานที่ผู้ป่วยรับรู้ว่าการปฏิบัติในระดับดี เช่น วดี สุขสมบุญรณ์ สาทิ บุญศิริรัตน์ และสุจินต์ สุรภาคย์พงศ์ (2538) ได้ศึกษาความพึงพอใจของผู้ใช้บริการในโรงพยาบาลของรัฐ 5 จังหวัดชายแดนภาคใต้ กลุ่มตัวอย่างมีทั้งกลุ่มผู้ใช้บริการแผนกผู้ป่วยนอกและแผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลสงขลา หาดใหญ่ สตูล ปัตตานี ยะลา เบตง นราธิวาส และสุโขทัย ผลการวิจัยพบว่า กิจกรรมที่ผู้ใช้บริการแผนกผู้ป่วยในแผนกผู้ป่วยในพอใจมีจำนวนสูงสุดคือ ความสะอาดของสิ่งแวดล้อมและเครื่องนอน ที่ไม่พอใจมีจำนวนสูงสุดคือการระบายอากาศ

ในปี พ.ศ. 2543 สุวดี ชูสุวรรณ ศึกษาคุณภาพบริการพยาบาลในโรงพยาบาลต่งเก็บข้อมูลโดยการสอบถาม พบว่า ด้านที่ผู้รับบริการมีความพึงพอใจในระดับดี คือความสะอาดและสะดวกสบายของห้องนอน ห้องน้ำห้องส้วม และการให้บริการน้ำดื่มอย่างเพียงพอ

5. ด้านการสนับสนุนด้านจิตใจ การบรรเทาความกลัว และความวิตกกังวล ผู้ศึกษาพบว่า มีการศึกษาที่สนับสนุนแนวคิดของเกอร์ติสและคณะ (Gerteis et al., 1993) ที่กล่าวถึงการปฏิบัติที่ช่วยสนับสนุนด้านจิตใจ การบรรเทาความกลัวและความวิตกกังวล เช่น การศึกษาของ

นันทพร แสนศิริพันธ์ สุกัญญา ปริสฺณญกุล และฉวี เบาพรวง (2541) ซึ่งศึกษาผลการเยี่ยมก่อนผ่าตัด คลอดทางหน้าท้องโดยพยาบาลห้องผ่าตัด ในหญิงมีครรภ์ที่ตั้งครรภ์ครบกำหนด และรับไว้ใน โรงพยาบาล เพื่อรับการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องที่หน่วยผ่าตัดสูติ - นรีเวชวิทยา โรงพยาบาลมหาราชนคร เชียงใหม่ โดยใช้แผนการเยี่ยมก่อนผ่าตัด 4 ขั้นตอนคือ ขั้นที่ 1 เข้าไปเยี่ยมและชี้แจงวัตถุประสงค์ ของการเยี่ยมให้ทราบ ขั้นที่ 2 เปิดโอกาสให้หญิงมีครรภ์ระบายความวิตกกังวล และความกลัวเกี่ยวกับ การผ่าตัด ขั้นที่ 3 ให้ข้อมูลเกี่ยวกับบุคลากรและสิ่งแวดล้อมในห้องผ่าตัด รวมทั้งสิ่งที่ผู้ป่วยต้อง ประสบในวันผ่าตัดและขณะผ่าตัด ขั้นที่ 4 การพูดคุยให้กำลังใจจนกระทั่งเข้าห้องผ่าตัด และคู่มือ เตรียมผู้ป่วยเพื่อผ่าตัด ใช้มาตราวัดที่ดัดแปลงมาจากวิธีการของวีเวอร์และโลวี (Wewer & Lowe) ผลการวิจัยพบว่า ความวิตกกังวลของหญิงมีครรภ์ในกลุ่มที่ได้รับการเยี่ยมก่อนผ่าตัดต่ำกว่าหญิงมีครรภ์ กลุ่มที่ไม่ได้รับการเยี่ยมก่อนผ่าตัด

6. **ด้านการมีส่วนร่วมของครอบครัวและผู้ใกล้ชิด** ในส่วนของการรับรู้ของผู้ป่วย ผู้ศึกษาพบว่าความต้องการมีส่วนร่วมของครอบครัวและผู้ใกล้ชิด ได้รับการตอบสนองในระดับที่ แตกต่างกัน เช่น การศึกษาของ เกอร์ติสและคณะ (Gerteis et al., 1993) ซึ่งศึกษาในผู้ดูแลผู้ป่วยกว่า 2,000 ราย ในประเทศ สหรัฐอเมริกา ถึงการที่ผู้ให้บริการเปิดโอกาสให้มีส่วนร่วมในการตัดสินใจ ต่อการดูแลสุขภาพ พบว่า ร้อยละ 75 ของผู้ดูแลเท่านั้นที่ได้มีโอกาสมีส่วนร่วมในการตัดสินใจทั้งหมด ร้อยละ 21 ต้องการมีส่วนร่วมมากกว่าที่ได้รับ และมีเพียงร้อยละ 1 เท่านั้น ที่ต้องการมีส่วนร่วม น้อยกว่าที่ได้รับ นอกจากนี้เกอร์ติสและคณะ (Gerteis et al., 1993) ยังพบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วย ร้อยละ 14 ไม่ได้รับข้อมูลการเจ็บป่วย สภาพการเจ็บป่วย ความก้าวหน้าของอาการในแต่ละวัน การเปลี่ยนแปลง ด้านอาการที่รุนแรง และการพยากรณ์โรค ร้อยละ 40 ไม่ได้รับคำปรึกษาเกี่ยวกับการรักษาผู้ป่วยอย่าง เพียงพอ และร้อยละ 21 ไม่ทราบแม้กระทั่งว่าได้มีการเปลี่ยนแพทย์ผู้ทำการรักษาแล้ว ในด้านความ ต้องการของครอบครัวต่อการช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง และเมื่อผู้ป่วยถูกจำหน่ายออกจาก โรงพยาบาลนั้น พบว่า ร้อยละ 24 ของผู้ให้การดูแลมีความวิตกกังวลอย่างรุนแรง และกังวลเกี่ยวกับ ความสามารถของตนเองที่จะดูแลผู้ป่วยมากที่สุด ในขณะที่มีเพียงร้อยละ 17 ของผู้ให้การดูแลที่ได้รับ คำปรึกษาจากเจ้าหน้าที่ใน โรงพยาบาลเกี่ยวกับความสามารถในการดูแลที่บ้านหลังการจำหน่าย

7. **ด้านการส่งต่อและการดูแลต่อเนื่อง** ในส่วนของการรับรู้ของผู้ป่วยต่อการปฏิบัติ ด้าน การส่งต่อและการดูแลต่อเนื่องนั้น พบว่ายังมีรายงานแสดงว่าการปฏิบัติในด้านนี้ ไม่ครบถ้วน เช่น เกอร์ติสและคณะ (Gerteis et al., 1993) ศึกษาในผู้ป่วยหลังการจำหน่ายและกลับไปอยู่ในชุมชน ในประเทศสหรัฐอเมริกาว่า 6,000 คนโดยเลือกจากโรงพยาบาลทั้งหมด 62 แห่ง พบว่า ร้อยละ 30 ไม่ได้รับข้อมูลเกี่ยวกับฤทธิ์ข้างเคียงของยา ร้อยละ 36 ไม่ได้รับการบอกถึงอาหารที่ควรและไม่ควร รับประทาน และหลายคนไม่ได้รับความรู้ว่าอะไรเป็นสัญญาณอันตรายของอาการเจ็บป่วยที่พวกเขา

ต้องระวัง และวอลเตอร์ (Walter, 1991 cited in Gerteis et al., 1993) ได้ทำการสำรวจถึงระยะเวลาที่ผู้ให้บริการสุขภาพให้แก่ผู้ป่วย เกี่ยวกับการอภิปรายถึงการดูแลที่บ้าน พบว่า ผู้ป่วยร้อยละ 22 กล่าวว่าแพทย์ใช้เวลาน้อยกว่า 5 นาที และ ร้อยละ 37 กล่าวว่า พยาบาลใช้เวลาน้อยกว่า 5 นาที

จากเอกสารและงานวิจัยดังกล่าวข้างต้น จะเห็นได้ว่าผู้ป่วยสามารถรับรู้การปฏิบัติของผู้ให้บริการได้ในแต่ละด้าน และมีการรับรู้ว่าจะมีการปฏิบัติที่ยังไม่เพียงพอในบางด้าน การศึกษาการรับรู้ของผู้ป่วยในประเทศไทย เกี่ยวกับการดูแลที่เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางนั้นยังมีไม่ครบทุกด้าน

การดำเนินการของหอผู้ป่วยพิเศษ โรงพยาบาลอุดรดิตถ์เกี่ยวกับการดูแลที่เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง

1. การดำเนินการทั่วไปในหอผู้ป่วยพิเศษ โรงพยาบาลอุดรดิตถ์ โรงพยาบาลอุดรดิตถ์ เป็นโรงพยาบาลศูนย์ขนาด 590 เตียง มีหน้าที่ให้บริการด้านสุขภาพแก่ประชาชน ทั้งในด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกัน รักษา และฟื้นฟูสุขภาพ และสามารถให้บริการทางวิชาการตลอดจนงานวิจัยเพื่อพัฒนาคุณภาพบริการอย่างต่อเนื่อง โรงพยาบาลได้เข้าร่วมโครงการรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (Hospital Accreditation) โดยมีความมุ่งมั่นที่จะพัฒนางานบริการทั้งองค์กรให้ได้มาตรฐาน นโยบายในการปฏิบัติงานข้อหนึ่งที่มีความสำคัญคือการทำงานร่วมกันเป็นทีม โดยมีผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง

หอผู้ป่วยพิเศษ โรงพยาบาลอุดรดิตถ์ มีจำนวนทั้งสิ้น 8 หอผู้ป่วย จำนวน 89 ห้อง โดยแบ่งเป็นหอผู้ป่วยพิเศษพัชรม 3 หอ คือ หอผู้ป่วยพิเศษ 1 ชั้นที่ 1 มีจำนวน 13 ห้อง หอผู้ป่วยพิเศษ 1 ชั้นที่ 2 มีจำนวน 12 ห้อง หอผู้ป่วยพิเศษ 2 มีจำนวน 11 ห้อง และหอผู้ป่วยพิเศษปรับอากาศ มีจำนวน 5 หอคือ หอผู้ป่วยพิเศษ 4 มีจำนวน 10 ห้อง หอผู้ป่วยพิเศษ 5 มีจำนวน 11 ห้อง หอผู้ป่วยพิเศษ 6 มีจำนวน 11 ห้อง หอผู้ป่วยพิเศษ 7 มีจำนวน 10 ห้อง และ หอผู้ป่วยพิเศษ 8 มีจำนวน 11 ห้อง เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติได้รับความสะดวกสบาย หอผู้ป่วยพิเศษจึงจัดให้ห้องพิเศษมีความเป็นส่วนตัวของผู้ป่วย แต่ละห้องมีห้องน้ำ – สุขาภัณฑ์ เครื่องทำน้ำอุ่น หมอนอน อยู่ในห้อง เครื่องใช้ภายในห้องประกอบด้วยมีมอด หรือ intercom ที่ผู้ใช้บริการจะสามารถขอความช่วยเหลือจากเจ้าหน้าที่ได้ เตียงผู้ป่วย ตู้ข้างเตียง โต๊ะคร่อมเตียง โซฟา 2 ตัว เตียงสำหรับญาติ ตู้ใส่ของใช้ ตู้เย็น พัดลม หรือ เครื่องปรับอากาศ ถังขยะชนิดมีฝาปิด ทุกห้องมีประตูหลังที่สามารถเปิดออกไประเบียงได้ โดยมีมุ้งลวดกันยุงและแมลง มีพัดลมดูดอากาศ ทำให้อากาศถ่ายเทได้สะดวก ไม่อับชื้น ภายในห้องมีไฟ 4 จุด ได้แก่ ไฟในห้องน้ำ ไฟพดานกลางห้อง 2 จุด และ ไฟเหนือเตียงผู้ป่วย

การรับผู้ป่วยเข้าพักรักษาในหอผู้ป่วยพิเศษนั้น จะรับผู้ป่วยทุกประเภทที่แพทย์พิจารณาว่าไม่อยู่ในภาวะวิกฤตและอนุญาตให้เข้าพักรักษาในหอผู้ป่วยพิเศษได้ รวมทั้งต้องมีความสามารถ

ชำระหรือมีสิทธิเบิกค่าห้อง และค่ารักษาพยาบาลได้ โดยติดต่อของห้องพิเศษได้ที่ ประชาสัมพันธ์ โรงพยาบาลอุตรดิตถ์ ตึกผู้ป่วยนอก การของห้องพิเศษทำได้สองกรณี คือ ของขณะเข้ารับการรักษาพยาบาลในโรงพยาบาลและของล่วงหน้าก่อนเข้ารับการรักษาพยาบาลภายใน 7 วัน นอกจากนี้ ในบางกรณี ยังรับผู้ป่วยที่แพทย์เห็นสมควรให้แยกห้อง เพื่อป้องกันการติดเชื้อ เนื่องจากโรงพยาบาลอุตรดิตถ์ยังไม่มีห้องแยก เพื่อป้องกันการติดเชื้อไว้ให้บริการแก่ผู้ป่วย โดยจะรับไว้ในหอผู้ป่วยพิเศษที่เป็นห้องพิเศษพัศดม

อัตราค่าบริการ ค่าห้องพิเศษแตกต่างกันในแต่ละหอดังนี้ ห้องพิเศษพัศดม ได้แก่ หอผู้ป่วยพิเศษ 2 ราคาวันละ 700 บาท หอผู้ป่วยพิเศษ 1 ชั้นที่ 1 และ หอผู้ป่วยพิเศษ 1 ชั้นที่ 2 ราคาวันละ 750 บาท ส่วนห้องพิเศษปรับอากาศ ได้แก่ หอผู้ป่วย 4,5,6,7 และ 8 ราคาวันละ 800 บาท ในรายที่เบิกค่ารักษาพยาบาลจากหน่วยงานราชการหรือรัฐวิสาหกิจได้ และมีหนังสือรับรองสิทธิการรักษาพยาบาลที่สามารถเบิกค่าห้องพิเศษได้วันละ 600 บาท จะต้องชำระเงินเพิ่มในส่วนที่เกินสิทธิการรักษา โดยทางโรงพยาบาลอุตรดิตถ์จะลดการชำระในส่วนเกินสิทธิให้แก่ผู้มีสิทธิเบิกจากหน่วยงานราชการ 50 % ส่วนผู้มีสิทธิเบิกจากรัฐวิสาหกิจ เก็บส่วนเกินสิทธิเต็มอัตรา โดยต้องชำระเงินล่วงหน้า 7 วัน ส่วนผู้ที่ชำระเงินเอง ต้องชำระเงินล่วงหน้า 7 วันโดยโรงพยาบาลจะออกใบสำคัญรับเงินให้เป็นหลักฐาน

ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2545 จากรายงานผลการปฏิบัติงาน ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลอุตรดิตถ์ (2545) พบว่า อัตราการครองเตียงของผู้ป่วยในหอผู้ป่วยพิเศษเฉลี่ย 8 หอผู้ป่วย คิดเป็นร้อยละ 91.32 โดยมีจำนวนผู้ป่วยเฉลี่ย 81.28 คน / วัน เมื่อจำแนกตามประเภทผู้ป่วย ได้ดังนี้

ประเภทที่ 1 ผู้ป่วยที่อยู่ในขั้นวิกฤต (critical ill) จำนวน 1.16 คน/ วัน คิดเป็นร้อยละ 1.43

ประเภทที่ 2 ผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะกึ่งวิกฤต (semi - critical ill) จำนวน 17.57 คน/วัน คิดเป็นร้อยละ 21.62

ประเภทที่ 3 ผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะเจ็บป่วยแต่ไม่รุนแรง (moderate ill) จำนวน 58.85 คน/วัน คิดเป็นร้อยละ 72.40

ประเภทที่ 4 ผู้ป่วยระยะพักฟื้น (convalescence) จำนวน 3.7 คน/วัน คิดเป็นร้อยละ 4.55

จำนวนบุคลากรในหอผู้ป่วยพิเศษแต่ละหอผู้ป่วยมีดังนี้

หัวหน้าหอผู้ป่วย 1 คน

พยาบาลวิชาชีพ 4 คน

พยาบาลเทคนิค 1-2 คน

พนักงานช่วยเหลือคนไข้ 1 คน

พนักงานทำความสะอาด 2 – 3 คน

ลักษณะทีมการทำงานของหอผู้ป่วยพิเศษ เป็นดังนี้

เวรเช้า 08.00 – 16.00 น. วันราชการ ทีมการพยาบาลประกอบด้วย

หัวหน้าตึก 1 คน

พยาบาลวิชาชีพ 1 คน

พยาบาลเทคนิค 1 คน

พนักงานช่วยเหลือคนไข้ 1 คน

พนักงานทำความสะอาด 1 คน

เวรบ่าย 16.00 – 24.00 น. และเวรเช้าในวันหยุดราชการ ทีมการพยาบาลประกอบด้วย

พยาบาลวิชาชีพ 1 คน

พยาบาลเทคนิค 1 คน

พนักงานทำความสะอาด 1 คน

เวรตึก 24.00 – 08.00 น. ทีมการพยาบาลประกอบด้วย

พยาบาลวิชาชีพ 1 คน

พนักงานทำความสะอาด 1 คน

เนื่องจากพยาบาลเทคนิคในหอผู้ป่วยพิเศษแต่ละหอมีไม่เพียงพอ หอผู้ป่วยพิเศษได้ดำเนินการ โดยการจ้างพยาบาลจากหอผู้ป่วยอื่นๆ ให้มาปฏิบัติงานแทน

สำหรับการบริหารของหอผู้ป่วยพิเศษแต่ละหอจะมีการจัดตั้งคณะกรรมการ 4 งาน คือ คณะอนุกรรมการบริหาร คณะอนุกรรมการบริการ คณะอนุกรรมการวิชาการ คณะอนุกรรมการงานเฝ้าระวังควบคุมการแพร่กระจายเชื้อ โดยมอบหมายให้พยาบาลวิชาชีพเป็นผู้รับผิดชอบแต่ละคณะกรรมการ

การปฏิบัติงานของหัวหน้าเวร/หัวหน้าทีม โดยจะขึ้นรับเวรก่อน 15 นาที เช่น ชื่อลงเวลาการปฏิบัติงานที่ห้องฝ่ายการพยาบาล จากนั้นตรวจเยี่ยม (quick round) ผู้รับบริการที่รับผิดชอบ ตรวจสอบความเรียบร้อยทั่วไปภายในหอผู้ป่วย อาคารสถานที่ ตรวจสอบรถฉุกเฉินและยาสำรองภายในหอผู้ป่วย จากนั้นรับเวรและเยี่ยมตรวจผู้รับบริการร่วมกับผู้ส่งเวร นำทีมประชุมปรึกษาหารือ ก่อนปฏิบัติงาน มอบหมายงานให้เจ้าหน้าที่ทุกคนในทีม ร่วมการตรวจเยี่ยมเมื่อแพทย์มาตรวจรักษาผู้ป่วย ให้การพยาบาลแก่ผู้ป่วย ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาพยาบาลครบถ้วนและต่อเนื่อง รวมทั้งให้คำปรึกษาแนะนำ ให้สุขศึกษาแก่ผู้ป่วยและญาติ นิเทศและติดตาม ประเมินผลงานที่มอบหมายให้สมาชิกทีมทุกคน รวมทั้งให้คำแนะนำเพิ่มเติม ตรวจสอบดูความเรียบร้อยของอาคาร

สถานที่ และสิ่งแวดล้อม ตรวจสอบหน้าที่พิเศษต่าง ๆ ของสมาชิกทีม ตรวจสอบงานผู้ป่วยทั้งหมด ในทีม ตรวจสอบแผนการพยาบาลในคาร์เดกซ์ นำทีมประชุมปรึกษาหลังการปฏิบัติงาน ส่งเวรให้เวรต่อไป เยี่ยมตรวจผู้รับบริการร่วมกับผู้รับเวร

การปฏิบัติงานของพยาบาลเทคนิค โดยจะขึ้นรับเวรก่อน 15 นาที เช่นชื่อ ลงเวลาการปฏิบัติงานที่ห้องฝ่ายการพยาบาล จากนั้นตรวจเยี่ยม (quick round) ผู้รับบริการที่รับผิดชอบปฏิบัติหน้าที่ตามที่ได้รับมอบหมาย เช่น ตรวจเช็กของ เครื่องมือ เครื่องใช้ รับเวร พร้อมทั้งตรวจเยี่ยมผู้ป่วยร่วมกับผู้ส่งเวร รับมอบหมายงานจากหัวหน้าเวร ร่วมประชุมปรึกษาหารือก่อนปฏิบัติงาน นำแผนการพยาบาล และหน้าที่ที่ได้รับมอบหมายไปปฏิบัติ รับผิดชอบทำความสะอาดร่างกายของผู้ป่วยและดูแลสิ่งแวดล้อม ให้การพยาบาลแก่ผู้ป่วยตามที่ได้รับมอบหมาย เช่น จัด แจกยาชนิดรับประทาน วัคซีน ฉีดวัคซีนให้ผู้ป่วย ตรวจรายงานการพยาบาลลงในบันทึกการพยาบาล ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับการพยาบาลตามแผนอย่างครบถ้วน และต่อเนื่อง รับผิดชอบในหน้าที่ที่ได้รับมอบหมาย เช่น ดูแลความสะอาดเรียบร้อยของรถปฏิบัติการพยาบาล เตรียมของใช้ส่งมอบ/ หนึ่ง ดูแลการเบกน้ำเกลือ และยาน้ำ เป็นต้น ร่วมปรึกษาหารือหลังการปฏิบัติงานกับหัวหน้าทีม ตรวจสอบดูความเรียบร้อยทั่วไปก่อนลงเวร

การปฏิบัติงานของผู้ช่วยเหลือคนไข้ จะขึ้นรับเวรก่อน 15 นาที เช่นชื่อ ลงเวลาการปฏิบัติงานที่ห้องฝ่ายการพยาบาล ตรวจสอบของใช้ เครื่องมือ เครื่องใช้ และตรวจนับของใช้ในส่วนที่มีหน้าที่รับผิดชอบ แลกของเครื่องใช้จากศูนย์จ่ายกลาง ดูแลความสะอาดร่างกายผู้ป่วย และสิ่งแวดล้อมที่ได้รับมอบหมาย ดูแลเตรียมเหยือกน้ำ แก้วน้ำ และถาดน้ำในห้องผู้ป่วย รวบรวมสิ่งส่งตรวจส่งแผนกชันสูตรโรค และติดตามผลสิ่งส่งตรวจ รับยาของผู้ป่วยจากห้องจ่ายยา ปฏิบัติงานตามที่หัวหน้าตึกหรือหัวหน้าเวรมอบหมาย

การปฏิบัติงานของพนักงานทำความสะอาด จะขึ้นรับเวรก่อน 15 นาที เช่นชื่อ ลงเวลาการปฏิบัติงานที่ห้องฝ่ายการพยาบาล ตรวจสอบของใช้ เครื่องมือ เครื่องใช้ และตรวจนับของใช้ในส่วนที่มีหน้าที่รับผิดชอบ ทำความสะอาดหน้าหอผู้ป่วย ห้องปฏิบัติงานพยาบาล ห้องเก็บของ ทำความสะอาดห้องผู้ป่วยและห้องน้ำทุกห้อง วันละ 2 ครั้ง (เวรเช้าและเวรบ่าย) ทำความสะอาดห้องผู้ป่วยเมื่อมีการจำหน่ายหรือย้ายผู้ป่วยออกจากตึก เพื่อเตรียมรับผู้ป่วยใหม่ ส่งผ้าเปื้อนซักที่แผนกซักฟอก และรับผ้าที่ซักแล้วจากแผนกซักฟอกคืนในตอนบ่าย เบิกอาหารให้ผู้ป่วยวันละ 3 มื้อ พร้อมทั้งเก็บถาดอาหารส่งคืนฝ่ายโภชนาการ ดูแลน้ำที่ตู้ น้ำเสี้ยน เทและล้างถังขยะวันละ 2 ครั้ง (เวรเช้าและเวรบ่าย) รับย้ายผู้ป่วยจากหอผู้ป่วยสามัญ ส่งและรับผู้ป่วยเมื่อผู้ป่วยต้องออกไปตรวจรักษานอกหอผู้ป่วยพิเศษ ปฏิบัติงานตามที่หัวหน้าหอผู้ป่วยหรือหัวหน้าเวรมอบหมาย

การเตรียมพร้อมรับผู้ป่วย หัวหน้าเวรรับแจ้งชื่อ และ หอผู้ป่วยที่ผู้ป่วยพักรักษาอยู่จากประชาสัมพันธ์ จากนั้นสอบถามเจ้าหน้าที่ของหอผู้ป่วย ถึง ชื่อ - สกุล อายุ เพศ การวินิจฉัยโรค การรักษาหรือการตรวจพิเศษที่ให้แก่ผู้ป่วย แผนการรักษา อาการปัจจุบัน สิทธิประโยชน์ เช่น สิทธิการเบิก ต่างๆ จากนั้นหัวหน้าเวรจะแจ้งสมาชิกทีม เพื่อการเตรียมพร้อม เครื่องมือ เครื่องใช้ และ อุปกรณ์ที่เหมาะสมกับผู้ป่วย เมื่อพร้อมพยาบาลในหอผู้ป่วยพิเศษ พร้อมด้วยพนักงานเปลจะไปรับย้ายผู้ป่วยจากหอผู้ป่วยเดิม หรือกรณีรับใหม่ เจ้าหน้าที่จากหอผู้ป่วยนอกจะเป็นผู้ส่งผู้ป่วยเข้าหอผู้ป่วยพิเศษ

เมื่อผู้ป่วยมาถึงเจ้าหน้าที่ในหอผู้ป่วยพิเศษจะให้การต้อนรับตามมาตรฐานพฤติกรรมบริการโรงพยาบาลอุดรดิตต์ (ระเบียบปฏิบัติที่ 0153) และพฤติกรรมบริการหอผู้ป่วยพิเศษ (ระเบียบปฏิบัติที่ 0141) ด้วยความรวดเร็ว และให้การพยาบาลขั้นต้น โดยการบันทึกสัญญาณชีพ และอาการต่าง ๆ เพื่อวางแผนการรักษาพยาบาล และบันทึกการให้การรักษายาบาลลงในแบบบันทึก

2. การดูแลที่เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางของหอผู้ป่วยพิเศษ โรงพยาบาลอุดรดิตต์ แม้โรงพยาบาลอุดรดิตต์จะมีนโยบายการดูแลที่เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง โดยมีการให้บริการการรักษาพยาบาล ที่มุ่งตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย แต่ยังไม่ได้จัดเป็นหมวดหมู่ที่ชัดเจน ผู้ศึกษาจะนำเสนอตามลำดับ 7 ด้าน ของการดูแลที่เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางตามแนวคิดของเกอร์ดีสและคณะต่อไปนี้

2.1 ด้านการยอมรับในคุณค่า ความพอใจ และความต้องการของผู้ป่วย หอผู้ป่วยพิเศษได้มีการปฏิบัติ ดังนี้ มีกล่องแสดงความคิดเห็นและข้อร้องเรียน มีการติดคำประกาศสิทธิของผู้ป่วยไว้ที่ที่ผู้ป่วยและญาติสามารถมองเห็นได้ชัดเจน มีระเบียบปฏิบัติเรื่องแนวทางการรักษาความลับของผู้ป่วยทั่วไป (ระเบียบปฏิบัติที่ 0242) ซึ่งระบุถึงการให้ข้อมูลที่จำเป็นแก่ผู้ให้บริการ รวมทั้งการให้คำอธิบายที่ชัดเจนเกี่ยวกับการเจ็บป่วย และการตรวจรักษา โดยให้คำแนะนำ/อธิบายอย่างชัดเจนก่อนให้การรักษายาบาลทุกครั้ง โดยใช้ภาษาที่เข้าใจง่าย เปิดโอกาสและยินดีตอบข้อซักถามข้อสงสัยของผู้ใช้บริการ ทบทวนความเข้าใจของผู้ใช้บริการ ถ้าผู้ให้บริการไม่เข้าใจ ต้องอธิบายให้ฟังใหม่จนผู้ให้บริการเข้าใจ และในการปฏิบัติกรพยาบาลตามแผนการพยาบาล และกิจกรรมการรักษาตามแผนการรักษาของแพทย์ พยาบาลควรให้คำแนะนำในการปฏิบัติตนด้วย

การปฏิบัติกิจกรรมการให้ข้อมูลต่าง ๆ ของผู้ป่วย มีแนวทางการปฏิบัติ คือ เมื่อมีผู้มาติดต่อสอบถาม ต้องการทราบข้อมูลของผู้ป่วย เจ้าหน้าที่จะต้องสอบถาม ผู้มาติดต่อว่าเป็นใคร เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยในฐานะใด มีความประสงค์อะไร/นำไปใช้ประโยชน์อย่างไร เกี่ยวกับอะไรบ้าง และเจ้าหน้าที่แจ้งให้ผู้ป่วยทราบว่ามิใครมาติดต่อขอข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วย ต้องขออนุญาตผู้ป่วยก่อน

ทุกครั้ง ถ้าผู้ป่วยอนุญาตจึงจะให้ข้อมูลได้ ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่รู้สีกตัวหรือไม่บรรลุนิติภาวะ ต้องขอ อนุญาตจากญาติก่อน เช่น สามี ภรรยา บุตร บิดา มารดา หรือผู้ปกครอง ไม่ให้ข้อมูลการรักษา พยาบาลแก่ผู้ที่ไม่ใช่ญาติใกล้ชิด ยกเว้นในกรณีที่ผู้ป่วยยินยอม หรือการปฏิบัติหน้าที่ตามกฎหมาย ไม่ตอบข้อมูลด้านการรักษาพยาบาลของผู้ป่วยทางโทรศัพท์ ไม่นำเรื่องราวของผู้ป่วยมาถกเถียง หรือวิจารณ์ให้ผู้อื่นได้ยิน การกล่าวถึงผู้ป่วยควรเป็นเรื่องราวที่เกี่ยวกับการบริการรักษาพยาบาลเท่านั้น การให้คำปรึกษาแนะนำผู้ป่วย ควรพูดในสถานที่ที่เหมาะสม เป็นส่วนตัว และเป็นส่วนตัว วงการ เขียนชื่อโรคที่หน้าห้องผู้ป่วย

การปฏิบัติกิจกรรมการรักษาไม่เปิดเผยร่างกายของผู้ใช้บริการ โดยก่อนให้บริการ จะต้องแจ้งให้ผู้ให้บริการทราบทุกครั้งว่าจะทำอะไร พร้อมเหตุผล และควรได้รับคำยินยอมก่อน ใน กรณีต้องเปิดเผยร่างกาย ให้บริการในห้องที่มีประตูปิดมิดชิด หรือกั้นม่านทุกครั้ง การบริการใน กรณีฉุกเฉิน ไม่มีห้องหรือไม่มีม่านปิดมิดชิด ใช้ผ้าคลุมร่างกายผู้ให้บริการ เปิดเฉพาะส่วนที่ ต้องการรักษาพยาบาลเท่านั้น กรณีผู้ให้บริการเป็นเพศหญิง ผู้ให้บริการเป็นเพศชาย ต้องมีเจ้าหน้าที่ เพศหญิงร่วมให้บริการ 1 คน ผู้ให้บริการแนะนำตนเอง ชี้แจงขั้นตอนการให้บริการ ดูแลช่วยเหลือ และให้บริการตลอดเวลาจนเสร็จสิ้นกิจกรรม ขณะให้บริการ เจ้าหน้าที่ควรสำรวจ ไม่พูดเรื่องอื่น ที่ไม่เกี่ยวข้องกับการรักษาพยาบาล ไม่หัวเราะหรือส่งเสียงดัง จัดสถานที่ให้บริการ มีแสงสว่าง เพียงพอ อากาศถ่ายเทสะดวก มีประตูปิดมิดชิด

สำหรับกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยนั้น หอผู้ป่วยพิเศษอาจยังไม่ สามารถจัดการดูแลรักษา ที่สอดคล้องกับรูปแบบการดำเนินชีวิต ค่านิยมทาง วัฒนธรรมหรือ ความเชื่อทางศาสนาของผู้ป่วยได้สมบูรณ์ครบถ้วนนัก ทั้งนี้อาจเนื่องจากความหลากหลายของ ผู้ป่วย และข้อจำกัดด้านสถานที่ และผู้ปฏิบัติงาน

หอผู้ป่วยพิเศษได้ทำการสำรวจความพึงพอใจของผู้ใช้บริการในหอผู้ป่วยพิเศษทุก 6 เดือน เพื่อเป็นการประเมินผลการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ ว่าได้ตอบสนองความต้องการแก่ผู้ใช้ บริการเพียงใด และได้นำผลการสำรวจดังกล่าวมาพัฒนาการปฏิบัติงานอยู่เสมอ โดยในการสำรวจ ความพึงพอใจของ ผู้ใช้บริการ เดือนกันยายน 2545 พบว่า อัตราความพึงพอใจในภาพรวมของหอ ผู้ป่วยพิเศษ คิดเป็น ร้อยละ 87.30 โดยอัตราความพึงพอใจด้านการได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการ ให้บริการ คิดเป็นร้อยละ 85.41 ด้านอาคารสถานที่ และการอำนวยความสะดวก คิดเป็นร้อยละ 85.89 ด้านพฤติกรรมบริการของเจ้าหน้าที่ คิดเป็นร้อยละ 89.67 และด้านการช่วยเหลือบรรเทา อาการ หรือการให้การพยาบาล คิดเป็นร้อยละ 88.22 (ฝ่ายการพยาบาล, 2545)

2.2 ด้านการประสานงานและการบูรณาการในการดูแล เจ้าหน้าที่ในหอผู้ป่วยพิเศษได้ เข้าร่วมเป็นสมาชิกทีมการให้การดูแลผู้ป่วยแบบสหสาขาวิชาชีพ (patient care team) ของแต่ละ

สาขาที่เกี่ยวข้อง มีการจัดทำมาตรฐานและคู่มือในการปฏิบัติงานทั้งในแผนกและร่วมกันระหว่างแผนก มีการรับการเยี่ยมชมสำรวจจากภายในโรงพยาบาลและทีมเยี่ยมชมสำรวจจากภายนอกโรงพยาบาล เพื่อช่วยในการแนะนำและแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น รวมถึงการควบคุมคุณภาพการให้บริการอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งได้มีการพัฒนาระบบการสื่อสารและการส่งต่อข้อมูลของทีมผู้ให้บริการรักษาหรือทีมสุขภาพอย่างมีประสิทธิภาพ โดยการนำคอมพิวเตอร์ระบบ LAN มาใช้ในโรงพยาบาล ทำให้มีการเชื่อมโยงข้อมูลการดูแลรักษาพยาบาลได้สะดวกยิ่งขึ้น เพื่อให้ทีมผู้ให้บริการรักษาสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้องและต่อเนื่องตลอดระยะเวลาของการรักษา และสามารถส่งต่อข้อมูลของผู้ป่วยในการดูแลรักษา ระหว่างทีมผู้ให้บริการรักษาได้

ในด้านเครื่องมือ เครื่องใช้ที่มีประสิทธิภาพนั้น ในหอผู้ป่วยพิเศษได้มีการจัดให้เพียงพอ ส่วนเครื่องมือบางอย่างที่ใช้ในการรักษาพยาบาลบางชนิดซึ่งมักจะใช้ในผู้ป่วยที่อยู่ในประเภท 1 (critical ill) หรือ 2 (semi - critical ill) นั้นบางชนิดไม่มีอยู่ในหอผู้ป่วยพิเศษ เนื่องจากจำนวนผู้ป่วยดังกล่าวมีจำนวนน้อย แต่หากต้องการใช้ก็สามารถหยิบยืมจากหอผู้ป่วยสามัญซึ่งอยู่ใกล้เคียงกันได้

การประสานงานและการบูรณาการเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโดยตรง (coordination and integration of "front - line" patient care) หอผู้ป่วยพิเศษได้จัดโครงสร้างการทำงาน การมอบอำนาจ และหน้าที่ความรับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วยโดยตรงอย่างชัดเจน โดยจะมีพยาบาลวิชาชีพเป็นหัวหน้าเวรทุกเวร แต่เวรปฏิบัติงานนอกวันหยุดราชการและเวรในช่วงระยะเวลา 16.00 – 24.00 น. จะไม่มีหัวหน้าพยาบาลและพนักงานผู้ช่วยเหลือผู้ป่วยขึ้นปฏิบัติงาน และในช่วงระยะเวลา 24.00 – 08.00 น. จะมีเพียงพยาบาลวิชาชีพเพียงคนเดียวที่รับผิดชอบดูแลผู้ป่วย

หอผู้ป่วยพิเศษได้มีการส่งเสริมให้ผู้ปฏิบัติงานได้พัฒนาความรู้และทักษะที่จำเป็นสำหรับการปฏิบัติงาน โดย กำหนดว่าพยาบาลผู้ปฏิบัติงานทุกคนจะต้องได้รับการฝึกอบรมหรือรับฟังการบรรยายทางวิชาการอย่างน้อย คนละ 10 ชั่วโมงต่อปีและ ทุกคนต้องผ่านการฝึกทักษะการช่วยฟื้นคืนชีพ ปีละ 1 ครั้ง

หอผู้ป่วยพิเศษยังปฏิบัติตามระเบียบปฏิบัติที่ 0244 เรื่อง ผู้ป่วยมีสิทธิที่จะได้รับทราบชื่อ-สกุลและประเภทของผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพที่เป็นผู้ให้บริการแก่ตน ซึ่งระบุว่าเจ้าหน้าที่ทุกคนจะต้องติดป้ายแสดงชื่อ ตำแหน่งงาน ให้ผู้รับบริการได้รับทราบอย่างเคร่งครัด และในการพบกันครั้งแรกระหว่างแพทย์ประจำหอผู้ป่วยพิเศษกับผู้ป่วย พยาบาลจะเป็นผู้แจ้งให้ผู้ป่วยทราบแพทย์ชื่ออะไร รวมทั้งมีการติดป้ายแสดงชื่อแพทย์ผู้ทำการรักษาไว้หน้าห้องผู้ป่วยด้วย

2.3 ด้านการให้ข้อมูลข่าวสาร การติดต่อสื่อสาร และการให้ความรู้ หอผู้ป่วยพิเศษทุกหอจะมีคณะกรรมการด้านวิชาการ ทำหน้าที่รับผิดชอบเกี่ยวกับการจัดให้มีการให้สุศึกษาแก่ผู้รับบริการ และการจัดบอร์ดวิชาการเผยแพร่ความรู้ และการประชาสัมพันธ์เสียงตามสาย เพื่อ

เผยแพร่ความรู้และข้อมูลข่าวสารแก่ผู้ป่วยและญาติ นอกจากนี้ในระเบียบปฏิบัติเรื่องแนวทางการรักษาความลับของผู้ป่วยทั่วไป (ระเบียบปฏิบัติที่ 0242) ได้ระบุถึงการให้ข้อมูลที่จำเป็นแก่ผู้ให้บริการ รวมทั้งการให้คำอธิบายที่ชัดเจนเกี่ยวกับการเจ็บป่วยและการตรวจรักษา โดยให้คำแนะนำ/อธิบายอย่างชัดเจนก่อนให้การรักษายาบาลทุกครั้ง โดยใช้ภาษาที่เข้าใจง่าย เปิดโอกาสและยินดีตอบข้อซักถาม ข้อสงสัยของผู้ใช้บริการ ทบทวนความเข้าใจของผู้ใช้บริการ ถ้าผู้บริการไม่เข้าใจ ต้องอธิบายให้ฟังใหม่จนผู้บริการเข้าใจ และในการปฏิบัติการพยาบาลตามแผนการพยาบาล และกิจกรรมการรักษาตามแผนการรักษาของแพทย์ พยาบาลควรให้คำแนะนำในการปฏิบัติตนด้วย

2.4 ด้านความสบายทางร่างกาย หอผู้ป่วยพิเศษได้มีดำเนินการประกันคุณภาพบริการทางการแพทย์ตามนโยบายของฝ่ายการพยาบาล โดยคุณภาพบริการที่กำลังดำเนินการที่สำคัญประการหนึ่งคือการดูแลความสบายทางร่างกายของผู้ป่วย การจัดการกับอาการรบกวนต่างๆ ของผู้ป่วยโดยได้มีการกำหนดมาตรฐานวิธีปฏิบัติด้านบริการพยาบาลผู้ป่วยต่างๆ ซึ่งเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องมีส่วนร่วมในการกำหนด เมื่อมีการรับใหม่หรือรับย้ายผู้ป่วยเข้าพักในหอผู้ป่วยพิเศษ พยาบาลวิชาชีพจะประเมินปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย รวมทั้งวางแผนการพยาบาล และปฏิบัติการพยาบาลให้เหมาะสมกับข้อมูลที่ได้รับ ประเมินแพทย์ในกรณีมีอาการไม่สุขสบายไม่ทุเลาลง เพื่อให้การรักษาเพิ่มเติมหรือเปลี่ยนแปลงการรักษา สื่อสารข้อมูลและผลการพยาบาลให้แก่ทีมพยาบาลและทีมสุขภาพอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง ทั้งภายใน และนอกหน่วยงาน

นอกจากนี้ในการดูแลสภาพแวดล้อมของผู้ป่วย หอผู้ป่วยพิเศษได้จัดสิ่งแวดล้อม อาคารสถานที่ให้สะอาดเรียบร้อย มีความเป็นส่วนตัว เงียบสงบ มีการจัดแยกพื้นที่ใช้สอยภายในหอผู้ป่วยเป็นเขตสะอาด เขตที่มีการปนเปื้อน และเขตอันตราย โดยมีแนวทางปฏิบัติในการใช้และการดูแลความสะอาดในพื้นที่ดังกล่าว มีสัญลักษณ์หรือป้ายบอกทาง ป้ายเตือนที่ชัดเจน มองเห็นง่าย จัดให้ห้องพักผู้ป่วยมีความเป็นส่วนตัว เงียบสงบ มีสิ่งอำนวยความสะดวกในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และความเพลิดเพลินของผู้ป่วยอย่างเพียงพอ เช่น เสื้อผ้า ผ้าปูที่นอน หมอนอน โถปัสสาวะ โทรทัศน์ ตู้เย็น พัดลมหรือเครื่องปรับอากาศ เป็นต้น

2.5 ด้านการสนับสนุนด้านจิตใจ การบรรเทาความกลัว และความวิตกกังวลพยาบาลในหอผู้ป่วยพิเศษจะมีการประเมินด้านจิตใจของผู้ป่วยจากการตรวจเยี่ยมแต่ละครั้ง เมื่อพบว่ามีปัญหาด้านจิตใจ บุคลากรทางการแพทย์จะรีบดำเนินการแก้ไขด้วยตนเอง ซึ่งบุคลากรส่วนใหญ่ผ่านการอบรมการให้คำปรึกษาแนะนำแก่ผู้ป่วยและญาติ หากพบว่าเกินความสามารถ อาจมีการปรึกษากับหน่วยจิตเวชของโรงพยาบาล ซึ่งมีบริการคลินิกหลายเครือข่าย แต่ยังไม่มีความเป็นรูปแบบชัดเจน

2.6 ด้านการมีส่วนร่วมเกี่ยวข้องกับของครอบครัวและผู้ใกล้ชิด หอผู้ป่วยพิเศษได้อนุญาตให้ญาติเฝ้าดูแลผู้ป่วยได้ตลอดเวลา ทำให้ครอบครัวและผู้ใกล้ชิดผู้ป่วยได้มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย โดยเปิดโอกาสให้ครอบครัวและผู้ใกล้ชิดได้มีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลแก่ผู้ป่วย มีการเตรียมความพร้อมสำหรับบทบาทการเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยให้สามารถดูแลขั้นพื้นฐานแก่ผู้ป่วย โดยพยาบาลจะให้ข้อมูลและคำแนะนำ หรือสอน ครอบครัวและญาติในการเฝ้าสังเกตอาการ และให้ครอบครัวและญาติมีส่วนในการช่วยเหลือดูแลผู้ป่วย โดยเฉพาะเกี่ยวกับการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน รวมทั้งการจัดหาเอกสาร แผ่นพับ หรือสื่อเผยแพร่ความรู้ เกี่ยวกับโรคและการปฏิบัติตัว ทั้งขณะพักรักษาในหอผู้ป่วยพิเศษและหลังการจำหน่าย และการจัดให้ได้ปรึกษาหารือกับเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วย แต่ด้านการมีส่วนร่วมของครอบครัวและผู้ใกล้ชิด ยังไม่มีแนวทางปฏิบัติที่เป็นรูปแบบชัดเจน

2.7 ด้านการส่งต่อและการดูแลต่อเนื่อง หอผู้ป่วยพิเศษได้มีการดำเนินในด้านนี้ โดยได้มีการกำหนดมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยเกี่ยวกับกระบวนการที่จะช่วยให้ผู้ป่วยกลับไปใช้ชีวิตปกติกับครอบครัวอย่างรวดเร็วที่สุด ทั้งนี้โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อลดระยะเวลาการนอนในโรงพยาบาลให้สั้นที่สุด และผู้ป่วยได้รับการดูแลและฟื้นฟูสภาพอย่างต่อเนื่อง ทั้งขณะที่อยู่ในโรงพยาบาล และเมื่อกลับไปอยู่กับครอบครัว โดยคำนึงถึงระดับความรู้/ความสามารถ / ข้อจำกัดของผู้ป่วย และ / หรือครอบครัว เช่น การวางแผนการจำหน่าย (ระเบียบปฏิบัติที่ 0064) โดยพยาบาลและทีมสุขภาพจะใช้ข้อมูลจากการประเมินในระยะแรกเริ่ม และระยะเวลาการดูแลอย่างต่อเนื่อง เพื่อวินิจฉัยคาดการณ์ปัญหาสุขภาพในระยะยาวที่อาจจะยังคงเหลืออยู่ภายหลังการจำหน่าย และความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยและผู้ดูแล วินิจฉัยความบกพร่องของการดูแลของผู้ป่วย แล้วกำหนดแผนการฟื้นฟูสภาพในแต่ละวันลงในคาร์เดกซ์ เพื่อสนับสนุนการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และเตรียมความพร้อม ก่อนการจำหน่ายของผู้ป่วยแต่ละรายตามสภาพและปัญหาของผู้ป่วย โดยแผนการสอนและฝึกทักษะในการดูแลสุขภาพตนเองก่อนกลับบ้านใช้รูปแบบ M-E-T-H-O-D (รายละเอียดแสดงในภาคผนวก ก) เป็นแนวทางในการปฏิบัติ จากนั้นปฏิบัติแผนการฟื้นฟูสภาพ และแผนการฝึกทักษะให้เหมาะสมกับปัญหาของผู้ป่วย รวมทั้งประสานงาน หรือประชุมปรึกษารื้อกับบุคลากรทีมสุขภาพที่เกี่ยวข้อง เพื่อร่วมแก้ไขปัญหาผู้ป่วย มีการประเมินความพร้อมก่อนจำหน่ายของผู้ป่วยและผู้ดูแลเป็นระยะ และมีการส่งต่อผลการประเมินแก่ทีมสุขภาพผู้เกี่ยวข้อง และจัดหา/ผลิตเอกสารเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเอง และมอบให้ผู้ป่วย เพื่อเป็นแนวทางปฏิบัติตัวที่บ้าน สรุปผลการพยาบาลผู้ป่วยและปัญหาที่ยังเหลืออยู่ลงในแบบฟอร์ม และส่งแผนการดูแลต่อเนื่องที่บ้านไปยังเจ้าหน้าที่ หน่วยงานที่รับผิดชอบ เช่นฝ่ายเวชกรรมสังคม/โรงพยาบาลชุมชน/หรือหน่วยงานดูแลสุขภาพที่บ้าน (Home health care) จากนั้นพยาบาลประจำหน่วยงานดูแลสุขภาพที่บ้าน จะเป็น

ผู้ประสานงานระหว่างผู้ป่วยและครอบครัว กับทีมสุขภาพที่เกี่ยวข้อง เพื่อดำเนินการวางแผน การพยาบาลที่บ้าน หรือส่งต่อผู้ป่วยเข้ารับการรักษายาบาลในสถานบริการสาธารณสุข เมื่อมีภาวะ แพทย์ช้อนเกินขีดความสามารถในการดูแลที่บ้าน แต่ทั้งนี้ยังไม่สามารถดำเนินการได้อย่างครอบคลุม กับผู้ป่วยทุกคน ส่วนใหญ่ให้กับผู้ป่วยที่เป็นโรคเรื้อรัง หรือผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน หรือผู้ป่วยที่มีปัญหาเฉพาะ

แม้การดำเนินการเกี่ยวกับการดูแลที่เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางของหอผู้ป่วยพิเศษ โรงพยาบาลอุตรดิตถ์ดังกล่าวข้างต้น จะเป็นการดำเนินการตามนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขโดยใช้ แนวคิดของสถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล เมื่อจำแนกตามแนวคิดของเกอร์ตีสและ คณะ (Gerteis et al., 1993) ก็พบว่ามี การปฏิบัติตามแนวคิดของเกอร์ตีสและคณะ (Gerteis et al., 1993) ทุกด้าน

กรอบแนวคิดในการศึกษา

การศึกษาการดูแลที่เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางตามการรับรู้ของผู้ป่วยในหอผู้ป่วยพิเศษ โรงพยาบาลอุตรดิตถ์ ครั้งนี้ ใช้กรอบแนวคิดการดูแลที่เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางของ เกอร์ตีสและ คณะ (Gerteis et al., 1993) ซึ่งเน้นลักษณะการดูแลสุขภาพ ที่อาศัยการมีส่วนร่วมระหว่างผู้ป่วยและ ผู้ให้บริการ เป็นการปฏิบัติของผู้ให้บริการที่ตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย ซึ่งครอบคลุม 7 ด้าน ได้แก่ 1) การยอมรับในคุณค่า ความพอใจ และความต้องการของผู้ป่วย 2) การประสานงานและ การบูรณาการในการดูแล 3) ข้อมูลข่าวสาร การตัดสินใจสื่อสาร และการให้ความรู้ 4) ความสุขสบาย ทางด้านร่างกาย 5) การสนับสนุนด้านจิตใจ การบรรเทาความกลัว และความวิตกกังวล 6) การมี ส่วนร่วมของครอบครัวและผู้ใกล้ชิด และ 7) การส่งต่อและการดูแลต่อเนื่อง ซึ่งการปฏิบัติเพื่อ ตอบสนองความต้องการทั้ง 7 ด้านนี้ ผู้ป่วยสามารถรับรู้ได้