

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาการดูแลที่เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางตามการรับรู้ของผู้ป่วยในหอผู้ป่วยพิเศษ โรงพยาบาลพิจิตร ในครั้งนี้ผู้ศึกษาได้ทำการศึกษาเอกสารที่เกี่ยวข้องครอบคลุมตามหัวข้อต่อไปนี้

1. การดูแลที่เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง
2. การดูแลที่เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางตามการรับรู้ของผู้ป่วย
3. การดูแลที่เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางของผู้ป่วยในหอผู้ป่วยพิเศษ โรงพยาบาลพิจิตร

การดูแลที่เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง

จุดมุ่งหมายของบริการในปัจจุบันอยู่ที่คุณภาพ หลายโรงพยาบาลได้นำการดูแลที่เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางมาเป็นปรัชญาขององค์กร และใช้เป็นแนวทางในการทำงานและนำไปปฏิบัติ (Oxler, 1997) โดยการปฏิบัติตามปรัชญาการดูแลที่เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางต้องมีการวางแผนการบริหารองค์กร การวางระบบทรัพยากรใหม่ การบริหารบุคคล ผู้ปฏิบัติงาน แพทย์ การบริหารเครื่องมือ เครื่องใช้ และเทคโนโลยี เพื่อให้สามารถสนองความต้องการของผู้ป่วย และเป็นการปฏิบัติเพื่อเพิ่มความพึงพอใจของผู้ป่วยด้วยกลไกการบริหารงานที่เหมาะสม (Timmreck, 1987) การดูแลที่เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางได้รับการยอมรับมากขึ้น เพราะเป็นสิ่งสำคัญสำหรับผู้ให้บริการในการดูแลที่มีคุณภาพสูง (Mead & Bower, 2000) การดูแลที่มีคุณภาพต้องเป็นบริการที่ตรงกับความคาดหวังและตอบสนองความต้องการของผู้ใช้บริการ จึงจะทำให้ผู้ใช้บริการเกิดความพึงพอใจ ซึ่งความพึงพอใจเป็นสิ่งจำเป็นในการดึงดูดผู้ใช้บริการในภาวะที่มีการแข่งขันอย่างสูงในการให้บริการสุขภาพ (Chang, 1997) ความพึงพอใจจะเกิดขึ้นได้ต้องมีความสมดุลกันระหว่างการบริการที่ผู้ป่วยต้องการกับการบริการที่ผู้ป่วยได้รับ (Brody et al., 1989) เป็นบริการที่เป็นความต้องการตามมุมมองและการรับรู้ของผู้ป่วยแต่ละบุคคล การดูแลที่เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางเป็นการสร้างวัฒนธรรมขององค์กร เพื่อนำไปสู่การสร้างระบบประกันคุณภาพและการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง (บุญใจ ศรีสถิตยัณรากร, 2544) การดูแลที่เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง มีประโยชน์สำหรับผู้ป่วย เนื่องจากสามารถเพิ่มความพึงพอใจของผู้ป่วยและครอบคลุมถึงการมีส่วนร่วมของผู้ป่วย

การมีปฏิสัมพันธ์ที่ดีระหว่างผู้ให้บริการและผู้รับบริการ การส่งเสริมสุขภาพและความสนใจในการดำรงชีวิตของผู้ป่วยซึ่งไม่เพียงแต่ให้ผลลัพธ์ที่ดีทางด้านสุขภาพเท่านั้น แต่ยังเพิ่มประสิทธิภาพการดูแลอีกด้วย (Little et al., 2001b)

ความหมายของการดูแลที่เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง

การดูแลที่เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง มีการใช้คำในภาษาอังกฤษที่มีความหมายเหมือนกันหลายคำ เช่น patient-centered, patient-centered care, patient-centredness, patient focused ซึ่งในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ผู้ศึกษาใช้คำว่า patient-centered care คำนี้มีผู้ให้ความหมายในลักษณะที่คล้ายคลึงกัน แบ่งออกเป็น 2 กลุ่มคือ ความหมายในมุมมองของผู้ให้บริการและความหมายในมุมมองของผู้รับบริการหรือผู้ป่วย

1. ความหมายในมุมมองของผู้ให้บริการ ความหมายในมุมมองของผู้ให้บริการเป็นการให้ความหมายตามประสบการณ์ของผู้ให้บริการซึ่งมีผู้ให้ความหมายในมุมมองนี้หลายราย เช่น การดูแลที่เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางตามแนวคิดของเฮนเบสและสจิวต์ (Henbest & Stewart, 1990) ได้ให้ความหมายการดูแลที่เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางว่า เป็นการดูแลที่ตอบสนองต่อผู้ป่วยโดยให้ผู้ป่วยได้แสดงออกถึงเหตุผลที่มาโรงพยาบาล อาการแสดง ความคิด ความรู้สึกและความคาดหวังของผู้ป่วย ส่วนเลนและเดวิดอฟฟ์ (Laine & Davidoff, 1996) กล่าวว่า การดูแลที่เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางเป็นการดูแลสุขภาพที่มีความเท่าเทียมกันระหว่างผู้ป่วยและแพทย์ โดยแพทย์จะต้องเป็นกันเองกับผู้ป่วย และตอบสนองความต้องการที่จำเป็นและเป็นທີ່พอใจของผู้ป่วย โลว์ส์ (Lowes, 1997) ได้ให้ความหมายการดูแลที่เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางว่า เป็นการปฏิบัติต่อผู้ป่วยในฐานะผู้มีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพของตนเอง โดยให้ผู้ป่วยมีส่วนเกี่ยวข้องในการวางแผนการดูแลและสนับสนุนให้ผู้ป่วยสามารถดูแลสุขภาพในขอบเขตของตนเองได้

สจิวต์ (Stewart, 2001) ได้ให้ความหมายของการดูแลที่เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางในทำนองเดียวกัน ว่าเป็นการปฏิบัติตามความต้องการของผู้ป่วยในการให้ข้อมูลข่าวสาร การให้อำนาจในการตัดสินใจและการให้การปฏิบัติที่ตอบสนองอย่างเหมาะสม สอดคล้องกับเกร์และเกล (Gary & Gail, 2001) ที่ให้ความหมายการดูแลที่เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางว่าเป็นการพัฒนาการดูแลตามมุมมองของผู้ป่วย เป็นการส่งเสริมพลังอำนาจของผู้ป่วย เน้นการให้ข้อมูลข่าวสารและการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและญาติ รวมถึงการสนับสนุนให้มีส่วนร่วมในการดูแลร่วมกับผู้ให้บริการ สำหรับหน่วยวิจัยด้านการดูแลสุขภาพและสถาบันคุณภาพแห่งชาติสาขาสุขภาพจิต (Agency for Healthcare Research and Quality National Institute of Mental Health, 2002) ได้ให้ความหมาย

ของการดูแลที่เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางไว้ว่า เป็นการดูแลสุขภาพโดยสร้างการมีส่วนร่วมระหว่างผู้ให้การดูแล ผู้ป่วยและครอบครัวของผู้ป่วยเพื่อรับรองว่าการตัดสินใจเป็นการยอมรับความต้องการที่จำเป็นและสิ่งที่ชอบของผู้ป่วยและชักชวนโดยให้ความรู้ สนับสนุนให้ผู้ป่วยมีความต้องการที่มีส่วนร่วมในการตัดสินใจและให้มีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพด้วยตนเอง ซึ่งคล้ายกับ Little et al., (2001a) ที่ให้ความหมายการปฏิบัติที่เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางในมุมมองของแพทย์ผู้ให้บริการ ว่าเป็นในการค้นหาสาเหตุของผู้ป่วยที่มาการรักษา การทำความเข้าใจความรู้สึกของผู้ป่วยและแก้ปัญหาตามอาการของผู้ป่วย ทำความเข้าใจในความรู้สึก และความต้องการด้านข้อมูล การตรวจสอบความเข้าใจของผู้ป่วยตลอดจนข้อมูลเกี่ยวกับโลกส่วนตัวของผู้ป่วยซึ่งก็คือความเป็นคนทั้งคนของผู้ป่วย ความต้องการด้านอารมณ์และประสบการณ์ ค้นหาข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับการรับรู้ปัญหาและข้อตกลงเกี่ยวกับการจัดการร่วมกัน การตระหนักถึงความต้องการและสิทธิส่วนบุคคล เพื่อให้ผู้ป่วยได้เข้ามามีส่วนร่วมในการจัดการให้บริการด้านสุขภาพโดยการป้องกันและส่งเสริมสุขภาพและส่งเสริมการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับผู้ป่วย ขณะให้บริการสุขภาพ Mead & Bower, (2000) มีความเห็นว่าการดูแลที่เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางเป็นการดูแลที่ครอบคลุมด้านร่างกาย จิตใจ สังคม ผู้ป่วยเป็นเสมือนบุคคลทั้งคน การมีส่วนร่วมในพลังอำนาจและความรับผิดชอบ การเป็นพันธมิตรเพื่อการรักษา และผู้ให้บริการ คือแพทย์เป็นเสมือนบุคคลคนหนึ่ง

สำหรับนักวิชาการไทยกล่าวถึงการให้การดูแลที่เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางว่า เป็นการจัดการดูแลที่มีคุณภาพตามความคาดหวังของผู้ป่วย และสามารถสัมผัสได้ มีความน่าเชื่อถือและไว้วางใจ ตอบสนองความต้องการ เกิดความปลอดภัยและเห็นอกเห็นใจ เข้าถึงจิตใจของผู้ป่วย (บุญใจ ศรีสถิตยัณราทร, 2544) เป็นการดูแลผู้ป่วยโดยมีการสำรวจ หรือสอบถามความต้องการของผู้ป่วย การบริหารความเสี่ยง การดูแลด้านความปลอดภัย การพิทักษ์สิทธิ ความเชื่อและศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ให้กับผู้ป่วย เป็นการตอบสนองความต้องการและรับเสียงสะท้อนจากผู้ป่วย (ประเสริฐ ผลิตผลการพิมพ์, 2544) ซึ่งความหมายของนักวิชาการไทยมีความสอดคล้องกับความหมายที่นักวิชาการชาวต่างประเทศได้กล่าวแล้วข้างต้น

สรุปได้ว่าความหมายการดูแลที่เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางในมุมมองของผู้ให้บริการ ได้มีผู้นำไปใช้ศึกษาในกลุ่มวิชาชีพแพทย์เป็นส่วนใหญ่ เป็นการให้บริการตามความต้องการและความคาดหวังของผู้ป่วยโดยเน้นความต้องการของผู้ป่วยในลักษณะองค์รวม เป็นการปฏิบัติระหว่างผู้ให้บริการและผู้รับบริการที่เน้นความเป็นบุคคลของทั้งผู้ให้บริการและผู้ป่วย เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการตัดสินใจรับการรักษา การพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย การจัดการบริการที่มุ่งการส่งเสริมสุขภาพและส่งเสริมปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ให้บริการและผู้ป่วย

2. ความหมายในมุมมองของผู้ให้บริการหรือผู้ป่วย จากการศึกษาก่อนของเกอร์ตีสและคณะ (Gerteis et al., 1993) พบว่าผู้ป่วยมีความต้องการ 7 ด้าน ได้แก่ 1) การยอมรับในคุณค่า ความพอใจ และความต้องการของผู้ป่วย 2) การประสานงานและการบูรณาการในการดูแล 3) การให้ข้อมูลข่าวสาร การติดต่อสื่อสารและการให้ความรู้ 4) ความสุขสบายทางด้านร่างกาย 5) การสนับสนุนด้านจิตใจ การบรรเทาความกลัวและความวิตกกังวล 6) การมีส่วนร่วมของครอบครัวและผู้ใกล้ชิด และ 7) การส่งต่อและการดูแลต่อเนื่อง การปฏิบัติที่สนองความต้องการของผู้ป่วยทั้ง 7 ด้านนี้ เรียกว่าการดูแลที่เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง

แนวคิดการดูแลที่เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง

จากการศึกษาเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้องพบว่า มีผู้ที่ศึกษาวิจัยและเสนอแนวคิดเกี่ยวกับการดูแลที่เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (patient-centered care) ไว้ 2 กลุ่ม เช่นเดียวกันกับการให้ความหมายของแนวคิดนี้

แนวคิดที่มาจากประสบการณ์ของผู้ให้บริการ ลิตเติลและคณะ (Little et al., 2001) สรุปแนวคิดการดูแลที่เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางว่าประกอบด้วย 5 ด้าน ได้แก่

1. การค้นหาประสบการณ์ของผู้ป่วยเกี่ยวกับโรคและความเจ็บป่วย เช่น ให้ผู้ป่วยแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับปัญหาที่เกิดขึ้น แสดงความรู้สึก ความคาดหวังในการมาตรวจ และผลกระทบต่อการทำงานของร่างกาย
2. ผู้ให้บริการจะต้องมีความเข้าใจในความเป็นบุคคล การค้นหาความเข้าใจในการบูรณาการเกี่ยวกับความเป็นส่วนตัวของผู้ป่วย เช่น ความเป็นบุคคลทั้งคน ความรู้สึกที่เข้าใจความต้องการด้านอารมณ์และสภาพแวดล้อมของผู้ป่วยเกี่ยวกับครอบครัวและสิ่งที่มีผลกระทบต่อชีวิตของผู้ป่วย
3. การค้นหาปัญหาพื้นฐานว่าอะไรคือปัญหา และมีความเห็นตกลงร่วมกันเกี่ยวกับการปฏิบัติในการรักษา
4. การส่งเสริมการป้องกันโรคและการส่งเสริมสุขภาพ การลดความเสี่ยงต่างๆ ที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วย และการได้รับการวินิจฉัยและสามารถคัดกรองปัญหาได้ตั้งแต่แรกเริ่ม
5. การให้อำนาจผู้ป่วยในการตัดสินใจที่จะรับการรักษา การส่งเสริมสัมพันธภาพอย่างต่อเนื่องระหว่างผู้ป่วยและแพทย์ หรือ ผู้ป่วยกับผู้ให้บริการ

มีดและบาวเวอร์ (Mead & Bower, 2000) ได้วิเคราะห์รายงานเอกสารเกี่ยวกับการดูแลที่เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง พบว่าการดูแลที่เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางเป็นการปฏิสัมพันธ์ระหว่างแพทย์และผู้ป่วย 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)

แนวคิดการดูแลที่เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางที่มาจากประสบการณ์ของผู้ให้บริการซึ่งเป็นแพทย์เป็นส่วนใหญ่ เป็นแนวคิดที่เน้นปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล 2 คน คือ ผู้ให้บริการคือแพทย์ และผู้ใช้บริการคือผู้ป่วย เน้นความเป็นองค์รวม และการมีอำนาจและความรับผิดชอบร่วมกันทั้งสองฝ่าย

สำหรับแนวคิดการดูแลที่เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางในประเทศไทย สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (2545) ได้กำหนดไว้ ดังนี้

1. ความต้องการของผู้ป่วย การสอบถามความต้องการของผู้ป่วยที่พื้นฐานมากที่สุดคืออาการสำคัญของผู้ป่วยครบถ้วนเพียงพอที่ใช้สื่อสารกับหน่วยงานอื่น ต้องมีความรอบรู้ความต้องการทางคลินิกของผู้ป่วยที่ผู้ป่วยไม่สามารถเรียกร้องได้ด้วยตนเอง
2. การบริหารความเสี่ยง เป็นส่วนหนึ่งของการบริการที่เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง เป็นความต้องการแฝงของผู้ป่วย ระบบบริหารความเสี่ยงตั้งอยู่บนฐานของวัฒนธรรมการเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางและการทำงานเป็นทีมสหสาขาวิชาชีพ
3. การพิทักษ์สิทธิ ความเชื่อ และศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ ต้องรณรงค์ให้ผู้ป่วยใช้สิทธิทั้งสิบประการตามประกาศ หากผู้ป่วยใช้สิทธิของตนเองได้เหมาะสมจะช่วยให้เกิดความพึงพอใจในบริการได้ ความเชื่อของผู้ป่วยเกี่ยวข้องกับองค์ประกอบทางจิตวิญญาณซึ่งจำเป็นต้องได้รับการดูแล เพราะสิ่งที่ผู้ป่วยกลัวมากที่สุดคือ การเจ็บปวดและความตายนำมาซึ่งความทุกข์ศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ในการรักษาความลับของผู้ป่วย และการพิจารณายุติการช่วยชีวิต

เมื่อเปรียบเทียบกับแนวคิดการดูแลที่เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางตามประสบการณ์ หรือมุมมองของผู้ให้บริการดังที่กล่าวข้างต้นแล้ว พบว่าสถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลไม่ได้เจาะจงเฉพาะแพทย์ผู้ให้บริการ แต่เน้นปฏิสัมพันธ์ระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพกับผู้ใช้บริการหรือผู้ป่วย และเน้นความเป็นองค์รวมของผู้ป่วยเช่นเดียวกัน

แนวคิดการดูแลที่เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ที่ได้มาจากประสบการณ์ของผู้ป่วย หรือจากมุมมองของผู้ป่วย เป็นแนวคิดที่ได้มาจากการศึกษาของเกอร์ตีสและคณะ (Gerties et al.,1993) ซึ่งพบว่าผู้ป่วยที่พักรักษาในโรงพยาบาลระบุความต้องการของตนใน 7 ด้าน ได้แก่

1. การยอมรับในคุณค่า ความพอใจ และความต้องการของผู้ป่วย
2. การประสานงานและการบูรณาการในการดูแล
3. ข้อมูลข่าวสาร การติดต่อสื่อสาร และการให้ความรู้
4. ความสุขสบายทางด้านร่างกาย
5. การสนับสนุนด้านจิตใจ การบรรเทาความกลัวและความวิตกกังวล
6. การมีส่วนร่วมของครอบครัวและผู้ใกล้ชิด
7. การส่งต่อและการดูแลต่อเนื่อง

จากความต้องการทั้ง 7 ด้าน ดังกล่าว เกร์ตีสและคณะ (Gerteis et al., 1993) เสนอแนะให้ผู้ให้บริการ ซึ่งหมายถึง แพทย์ พยาบาล รวมทั้งเจ้าหน้าที่ในทีมสุขภาพอื่นๆ ปฏิบัติดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. การยอมรับในคุณค่า ความพอใจ และความต้องการของผู้ป่วย (respect for patients' values, preferences, and expressed needs) ผู้ป่วยต้องการความเป็นส่วนตัวในโรงพยาบาลและการรักษา ความลับ ต้องการความเข้าใจ ต้องการธำรงความมีศักดิ์ศรีในตนเองและได้รับการเคารพในความเป็นบุคคล รวมทั้งต้องการข้อมูลที่เกี่ยวข้องและครอบคลุมเพื่อใช้ประกอบการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาซึ่งอาจจะมีผลกระทบต่อชีวิตของผู้ป่วย ดังนั้นผู้ให้บริการจะต้องให้ความสำคัญกับการรักษาความลับของผู้ป่วย การทำความเข้าใจผู้ป่วย การรักษาเกียรติและศักดิ์ศรีและความเป็นบุคคลของผู้ป่วย การยอมรับและเคารพในความเป็นส่วนตัว รวมถึงการให้ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับโรคหรือความเจ็บป่วยและการรักษาที่อาจมีผลกระทบต่อชีวิตและการดำรงชีวิตของผู้ป่วยอย่างครอบคลุม เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถตัดสินใจ ตลอดจนการสร้างความเป็นอิสระให้แก่ผู้ป่วย ทั้งนี้ผู้ให้บริการผู้ป่วยจะต้องให้ความสนใจในสิ่งต่อไปนี้

1.1 คุณภาพชีวิต (quality of life) ความเจ็บป่วยและการรักษามีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต ดังนั้น ผู้ให้บริการจะต้องคำนึงถึงคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย โดยจัดการดูแลรักษาที่สอดคล้องกับรูปแบบการดำเนินชีวิต ค่านิยมทางวัฒนธรรม หรือความเชื่อทางศาสนาของผู้ป่วย ให้ผู้ป่วยได้รับทราบถึงผลกระทบของการเจ็บป่วยหรือการรักษาต่อคุณภาพชีวิต สุขภาวะทางจิต ให้ความช่วยเหลือในการดูแลสุขภาพ ที่จะช่วยให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีทั้งในปัจจุบันและอนาคต รวมทั้งให้ทราบถึงข้อจำกัดในการรักษา อีกด้วย

1.2 การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ (involvement in decision making) ผู้ป่วยต้องการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจกับผู้รักษา ครอบครัว และผู้ใกล้ชิดตลอดเวลาหรือตามระดับความเจ็บป่วยที่ผู้ป่วยสามารถทำได้ ผู้ให้บริการจะต้องเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลรักษาร่วมกันตลอดเวลาอย่างเหมาะสมกับระยะเวลาหรือระดับของความเจ็บป่วย โดยคำนึงถึงความพอใจของผู้ป่วยเป็นสำคัญ

1.3 การเคารพในศักดิ์ศรี (dignity) ผู้ป่วยต้องการความเป็นส่วนตัวทั้งด้านร่างกายและจิตใจ รวมทั้งได้รับการแสดงความเคารพในความเป็นบุคคล ได้รับการรักษาอย่างมีศักดิ์ศรี ได้รับความนับถือและรับรู้ต่อค่านิยมทางวัฒนธรรม ผู้ให้บริการจะต้องให้การยอมรับความเป็นส่วนตัว และการแสดงความต้องการทั้งทางด้านร่างกายและอารมณ์ ให้การดูแลรักษาด้วยการเคารพในศักดิ์ศรี ให้การยอมรับและตอบสนองความรู้สึกลึกซึ้งต่อคุณค่าทางวัฒนธรรมของผู้ป่วย โดยทีมผู้ให้บริการต้องดูแลผู้ป่วยด้วยความเป็นมิตรและให้การยอมรับผู้ป่วยอย่างจริงใจ

1.4 ความต้องการและความเป็นอิสระ (needs and autonomy) ผู้ป่วยแต่ละคนมีความต้องการหรือคาดหวังการบริการจากผู้ให้บริการหรือระบบการดูแลผู้ป่วยที่แตกต่างกัน ผู้ให้บริการต้องทราบและตอบสนองความต้องการ หรือความคาดหวังของผู้ป่วยต่อการบริการจากผู้ให้บริการ หรือระบบการให้บริการดูแลสุขภาพ ทั้งนี้ผู้ให้บริการจะต้องคำนึงถึงความแตกต่างของบุคคล เนื่องจากผู้ป่วยจะมีความสามารถในการดูแลตนเองที่ไม่เท่ากัน

2. การประสานงานและการบูรณาการในการดูแล (coordination and integration of care) ผู้ป่วยต้องการผู้ปฏิบัติงานที่มีความสามารถและมีความห่วงใยในการดูแล ทำให้เกิดความเชื่อถือและไว้วางใจ ดังนั้นผู้ให้บริการจะต้องมีศักยภาพเพียงพอในการจัดการดูแลผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพ ทำให้ผู้ป่วยเกิดความเชื่อมั่นและไว้วางใจ โดยมีการประสานงาน การจัดการสิ่งแวดล้อมของโรงพยาบาล และสิ่งสนับสนุนหรืออำนวยความสะดวกในการดูแลสุขภาพ ใน 3 ด้าน ดังนี้

2.1 การประสานงานและการบูรณาการเกี่ยวกับการดูแลทางคลินิก (coordination and integration of clinical care) ผู้ป่วยต้องการทีมผู้ให้บริการที่ได้รับการยอมรับจากผู้ป่วย และสมาชิกในทีมมีการสื่อสารระหว่างกันอย่างมีประสิทธิภาพ และให้ข้อมูลที่ตรงกันแก่ผู้ป่วยและครอบครัว ผู้ให้บริการต้องร่วมมือกันจัดบริการด้านการรักษาดูแลผู้ป่วยอย่างเป็นระบบและมีประสิทธิภาพ รวมทั้งการจัดการกับข้อมูล ข่าวสาร ที่แน่นอนเที่ยงตรง โดยใช้ระบบการสื่อสาร และการส่งต่อข้อมูลของทีมผู้ให้บริการรักษาหรือทีมสุขภาพอย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อให้ทีมผู้ให้บริการรักษาสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง และต่อเนื่องตลอดระยะเวลาของการรักษา และสามารถส่งต่อข้อมูลของผู้ป่วยในการดูแลรักษา ระหว่างทีมผู้ให้บริการรักษาได้ รวมทั้งให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับทราบข้อมูลข่าวสารที่จำเป็นเพื่อให้สามารถดูแลตนเองได้อย่างต่อเนื่อง

2.2 การประสานงานและการบูรณาการ เกี่ยวกับการสนับสนุนการบริการ (coordination and integration of ancillary and support services) ผู้ป่วยต้องการได้รับการพิจารณาความต้องการและความคิดเห็นของผู้ป่วย ข้อมูลข่าวสารที่ให้แกผู้ป่วยถูกคนและเหมาะสมกับเวลา รวมทั้งผู้ป่วยและครอบครัวเข้าใจการสั่งการรักษา บริการ หัตถการหรือการปรึกษาโรค และผลกระทบที่ผู้ป่วยได้รับ ผู้ให้บริการจะต้องจัดให้มีระบบสนับสนุนที่เอื้อต่อการให้บริการ ทั้งด้านเครื่องมือเครื่องใช้ที่มีประสิทธิภาพ มีผู้เชี่ยวชาญในการใช้และมีการพัฒนาศักยภาพของผู้ให้บริการให้สามารถสั่งการวินิจฉัยและการรักษาในผู้ป่วยแต่ละคนอย่างเหมาะสม ทันเวลา และถูกต้องตามมาตรฐานวิชาชีพ มีการจัดตารางการให้บริการ กระบวนการ ขั้นตอน หรือการให้คำปรึกษาที่ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถเข้าใจ และเข้ารับบริการได้อย่างสะดวกสบาย ถูกต้องและรวดเร็ว

2.3 การประสานงานและการบูรณาการเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโดยตรง (coordination and integration of “front – line” patient care) ผู้ป่วยต้องการบุคคลที่สามารถขอความช่วยเหลือได้เหมาะสมกับเวลา การบริหารและการสนับสนุนที่จำเป็นในการดูแลผู้ป่วย การประสานงานข้ามหน่วยงานในการดูแลอย่างมีประสิทธิภาพ ผู้ให้บริการจะต้องจัดโครงสร้างการทำงาน การมอบอำนาจและหน้าที่ความรับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วยโดยตรงอย่างชัดเจน รวมทั้งมีการให้ความรู้ ให้ข้อมูลที่เป็นต่อการปฏิบัติงานของผู้ให้บริการที่มีหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยโดยตรง ตลอดจนมีการสนับสนุนการบริหารจัดการและการจัดองค์การ เพื่อให้ผู้ที่รับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วยโดยตรงสามารถปฏิบัติงานได้อย่างครบถ้วน รวมทั้งมีการประสานงานข้ามสายงานอย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถขอความช่วยเหลือจากผู้ให้บริการได้อย่างถูกต้องและเหมาะสมกับระยะเวลา ตรงตามความต้องการและตรงกับสภาพปัญหาของผู้ป่วย

3. ข้อมูลข่าวสาร การติดติดสื่อสาร และการให้ความรู้ (information, communication, and education) ในยุคของเทคโนโลยีข้อมูลข่าวสาร ผู้ให้บริการสามารถจัดการให้มีความรวดเร็วในการติดต่อสื่อสาร การแลกเปลี่ยนข้อมูล การรายงานผล การเชื่อมโยงข้อมูลต่าง ๆ ที่มีอยู่ ผู้ให้บริการจะต้องเน้นถึงการให้ข้อมูลข่าวสารแก่ผู้ป่วย ตามความต้องการของผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพ และมีประสิทธิภาพ ดังนี้

3.1 ข้อมูลเกี่ยวกับสภาพการเจ็บป่วย ความคืบหน้าของการรักษา และการพยากรณ์โรค (information on clinical status, progress, and prognosis) ผู้ป่วยต้องการข้อมูลที่ครบถ้วนและชัดเจนเกี่ยวกับการเจ็บป่วย และการพยากรณ์โรค และได้รับข้อมูลในภาษาที่เข้าใจได้ง่าย เป็นข้อมูลที่ทันต่อเวลาและครอบครัวได้รับข้อมูลการเปลี่ยนแปลงที่สำคัญๆ อย่างเหมาะสม ผู้ให้บริการจะต้องมีการอธิบายข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วย การวินิจฉัยโรค การรักษาและพยากรณ์โรค

เพื่อให้ผู้ป่วยรับรู้และเข้าใจ และจัดให้มีระบบในการให้ข้อมูลที่ทำให้ผู้ป่วยมีความเชื่อมั่นในข้อมูลที่ได้รับ และผู้ให้บริการต้องใช้ภาษาที่เข้าใจง่าย ตลอดจนรู้จักการให้ข้อมูลในเวลาที่เหมาะสม

3.2 ข้อมูลเกี่ยวกับขั้นตอนการดูแล (information on process of care) จากการศึกษาศึกษาของเกอร์ติสและคณะ(Gerteis et al., 1993) พบว่า ผู้ป่วยมีความต้องการข้อมูล เกี่ยวกับสาเหตุของการเกิดโรค หรือคำอธิบายเกี่ยวกับวิธีการดูแลรักษา เช่น แผนของการรักษาโรค วิธีการดูแลการใช้ยา เป็นต้น และต้องการมีความเข้าใจเกี่ยวกับเกณฑ์ทางเลือกในการรักษา ซึ่งอาจมีผลกระทบต่อความผาสุกของแต่ละบุคคล รวมทั้งต้องการเหตุผลในการตัดสินใจรักษา ผู้ให้บริการจะต้องอธิบายเหตุผลของการให้การดูแลให้แก่ผู้ป่วย บอกถึงแผนของการรักษาโรคให้ผู้ป่วยทราบ สร้างทางเลือกในการดูแลรักษา รวมทั้งผลกระทบในการดูแลรักษา หลังจากนั้นผู้ให้บริการจะต้องมีการประเมินผลความเข้าใจของผู้ป่วย เกี่ยวกับการอธิบายและภาษาที่ใช้ในการให้ข้อมูล เพื่อการมีส่วนร่วมในการวางแผนการดูแลรักษาและการตัดสินใจในการดูแลรักษา

3.3 ข้อมูลข่าวสารและการให้ความรู้ เพื่อความเป็นอิสระในการดูแลตนเอง และการสร้างเสริมสุขภาพ (information and education to facilitate autonomy , self-care , and health promotion) ผู้ป่วยและครอบครัวต้องการทราบถึงการจัดการดูแลตนเอง ต้องการการช่วยเหลือ การฟื้นฟูและการป้องกันการเจ็บป่วย ผู้ให้บริการจะต้องให้ความรู้แก่ผู้ป่วยโดยเน้นความสำคัญของผู้ป่วยและครอบครัว ใช้รูปแบบการมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่อง การที่จะประสบความสำเร็จได้นั้นองค์การต้องสนับสนุนและไม่ควรจำกัดเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยที่อยู่ในโรงพยาบาลเท่านั้น การประสานงานอย่างต่อเนื่องของการดูแลสุขภาพ และการเข้าถึงความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว จะทำให้การดูแลแบบเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางประสบความสำเร็จได้ ผู้ให้บริการต้องมีทักษะในการให้ข้อมูลและการให้ความรู้ สามารถบอกแหล่งข้อมูลหรือจัดหาข้อมูล เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงและเลือกได้หลากหลาย ซึ่งสามารถใช้ประกอบการตัดสินใจในการดูแลสุขภาพตนเองและการสร้างเสริมสุขภาพตนเองได้อย่างอิสระและต่อเนื่อง เช่น การจัดโปรแกรมการดูแลตนเอง (self – care program) กลุ่มช่วยเหลือ (self help group) หรือมีผู้ที่ผู้ป่วยเชื่อถือ ไว้วางใจในการขอข้อมูลและให้การให้ความรู้แก่ผู้ป่วย

4. ความสุขสบายทางด้านร่างกาย (physical comfort) การดูแลที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดความสุขสบายเป็นส่วนหนึ่งของการให้บริการ เกอร์ติสและคณะ(Gerteis et al., 1993) พบว่า ผู้ป่วยต้องการให้ผู้ให้บริการจัดการความเจ็บปวด ต้องการมีสภาพแวดล้อมรอบๆ ตัวที่สุขสบายและพึงพอใจ รวมทั้งบรรยากาศที่เป็นมิตร ดังนี้

4.1 การจัดการกับความเจ็บปวด (pain management) ผู้ป่วยต้องการความสนใจรับฟังเกี่ยวกับความเจ็บปวดของตนและได้รับการบรรเทาอาการเจ็บปวดได้ทันเวลาด้วยวิธีที่มี

ประสิทธิภาพ มีการอธิบายการจัดการกับความเจ็บปวด ในการจัดการกับความเจ็บปวดที่มีประสิทธิผล ผู้ให้บริการจะต้องตระหนักถึงความเจ็บปวดของแต่ละบุคคล ตลอดจนความสามารถของผู้ป่วยในการสื่อสารกับบุคลากรทางการแพทย์ เกี่ยวกับความเจ็บปวดของตน ผู้ให้บริการจะต้องมีการประเมินความเจ็บปวดที่ถูกต้อง และลงมือปฏิบัติกิจกรรมเพื่อบรรเทาความเจ็บปวดในทันที และประเมินผลการตอบสนองของผู้ป่วยต่อการรักษา

4.2 การช่วยเหลือในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (help with activities of daily living) ในภาวะเจ็บป่วยที่ผู้ป่วยได้รับการรักษาขณะพักรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาล ทำให้เกิดความไม่อิสระและไม่สบาย ผู้ป่วยอาจต้องการความช่วยเหลือในด้านสุขลักษณะส่วนบุคคล การลุกนั่ง การเดิน การเคลื่อนไหว การรับประทานอาหาร การขับถ่าย การนอนหลับ ความต้องการเหล่านี้ ผู้ให้บริการที่มีบทบาทในการดำเนินการตอบสนองคือพยาบาล ซึ่งการดูแลที่มีคุณภาพต้องใช้ความรู้ ความสามารถ มีทักษะ เข้าใจลักษณะ และความสามารถของผู้ป่วย รวมทั้งหาวิธีดำเนินการเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถมีส่วนร่วมในการดูแลตนเอง ให้ครอบครัวและผู้ใกล้ชิดมีความสามารถและมีส่วนร่วมในการช่วยดูแลผู้ป่วยตามความต้องการของผู้ป่วย

4.3 สภาพแวดล้อมทางด้านกายภาพ (surroundings and hospital environment) ผู้ป่วยต้องการสิ่งแวดล้อมที่สะอาด มีความสะดวก สามารถเข้าถึงครอบครัวและผู้ใกล้ชิดได้ และง่ายต่อการค้นหาผู้ป่วย การจัดการและการเก็บรักษาอุปกรณ์ที่อาจกระตุ้นให้เกิดความกลัว ความวิตกกังวล ความต้องการสถานที่ที่เป็นส่วนตัว สภาพแวดล้อมรอบ ๆ ตัวผู้ป่วยมีผลต่ออารมณ์และความคิดของผู้ป่วย ห้องนอนของผู้ป่วยควรมีการระบายอากาศที่ดี ปราศจากเสียงรบกวน และมีความเป็นส่วนตัว ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกผ่อนคลาย การใช้สีทาผนังห้อง และการเลือกเครื่องตกแต่งห้อง มีผลต่อสภาพจิตใจของผู้ป่วยและความสุขของผู้ปฏิบัติงาน สภาพแวดล้อมด้านกายภาพมีผลต่อกระบวนการหายจากการเจ็บป่วย การส่งเสริมความเป็นอยู่และสภาพจิตใจที่ดี ลดความเครียดและความกดดัน ดังนั้นผู้ให้บริการจึงต้องดำเนินการในการจัดสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาลที่เหมาะสม ดังนี้

4.3.1 สร้างสภาพแวดล้อมที่สบาย ได้แก่ การจัดสวนหย่อมหรืออุปกรณ์ตกแต่งเพื่อช่วยให้เกิดความเพลิดเพลิน ผ่อนคลาย สภาพพื้นที่สะอาดไม่ก่อให้เกิดอุบัติเหตุและเสียงดัง หลีกเลี่ยงการใช้อุปกรณ์ที่ก่อให้เกิดเสียงดังรบกวนผู้ป่วยหรือทำให้ผู้ป่วยตื่นตกใจ ควรใช้สัญญาณเสียง (beeper) หรือโทรศัพท์แท่นกริ่ง หรือใช้เครื่องพูดติดต่อ (intercom) หากผู้ป่วยต้องการบริการ นอกจากนั้นควรใช้เสียงดนตรีหรือเสียงอื่นๆ ที่ทำให้ผู้ป่วยสงบเงียบและตกใจน้อยที่สุด

4.3.2 ห้องพักผู้ป่วย ต้องมีลักษณะที่จำเป็น คือ มีหน้าต่างให้ได้รับแสงสว่าง และผู้ป่วยสามารถมองออกไปด้านนอกได้ ทำให้ผู้ป่วยไม่รู้สึกถูกตัดออกจากโลกภายนอก แสงไฟไม่รบกวนผู้ป่วยและผู้ป่วยสามารถปรับเปลี่ยนได้ ควรมีม่านกันระหว่างเตียงและตู้ใส่ของส่วนตัว เพิ่มความเป็นส่วนตัว มีสิ่งอำนวยความสะดวก เช่น ปฏิทิน นาฬิกา แก้วน้ำ โต๊ะและอุปกรณ์ในการรับประทานอาหารสำหรับผู้ป่วยและญาติ เป็นต้น

4.3.3 บริเวณที่พักของผู้มาเยี่ยม การจัดบริเวณที่รอ ควรมีความสะดวกสบาย และจัดสิ่งแวดล้อม ที่รู้สึกผ่อนคลายจากการรอคอย และลดความวิตกกังวล นอกจากนั้นควรมีการจัดให้เหมาะสมกับกิจกรรมต่าง ๆ เช่น การสนทนา ดูโทรทัศน์ หรือการพักผ่อน โดยแยกออกเป็นสัดส่วน เป็นต้น

4.3.4 บริเวณที่ทำการวินิจฉัยและทำกิจกรรมการพยาบาล ต้องไม่ทำให้ผู้ป่วยเกิดความกลัวและตื่นตกใจ โดยควรจัดสถานที่และจัดเก็บเครื่องมือให้เป็นสัดส่วน มีอุปกรณ์และการตกแต่งที่ทำให้ผู้ป่วยผ่อนคลาย ลดความกลัวและความวิตกกังวล

4.3.5 บริเวณทางเดิน ต้องมีความสวยงาม ไม่ก่อให้เกิดเสียง มีความปลอดภัย และสะดวกสบาย สำหรับผู้ป่วยและผู้ให้บริการ

5. การสนับสนุนด้านจิตใจ การบรรเทาความกลัว และความวิตกกังวล (emotional support and alleviation of fear and anxiety) ผู้ป่วยต้องการการสนับสนุน และการดูแล เพื่อบรรเทาความกลัวและวิตกกังวลเกี่ยวกับความเจ็บป่วย ดังนั้นการดูแลผู้ป่วยผู้ให้บริการต้องให้ความสนใจในสิ่งต่อไปนี้

5.1 ความวิตกกังวลของผู้ป่วยเกี่ยวกับสภาพความเจ็บป่วย การรักษา และการพยากรณ์โรค (anxiety over clinical status, treatment, and prognosis) ผู้ป่วยต้องการผู้ให้บริการที่ไว้วางใจและเชื่อถือที่ตนสามารถบอกถึงความกลัวและความวิตกกังวลของตน และสามารถเข้าถึงได้ ผู้ให้บริการต้องมีข้อมูลข่าวสารที่จำเป็นและมีการสื่อสารมีประสิทธิภาพเพียงพอที่จะตอบคำถามของผู้ป่วย ในการดูแลผู้ป่วย ผู้ให้บริการจะต้องประเมินสิ่งที่ก่อให้เกิดความกลัว ความวิตกกังวล สร้างความไว้วางใจ และความเชื่อถือในตัวผู้ให้บริการที่ผู้ป่วยจะสามารถบอกถึงความกลัว หรือความวิตกกังวลได้ ผู้ให้บริการจะต้องเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยแสดงความรู้สึก และความกลัว รวมทั้งให้ข้อมูลที่มีความเที่ยงตรงเหมาะสมและมีประโยชน์ มีการพัฒนาวิธีการที่เหมาะสม เพื่อเตรียมตอบสนองความต้องการที่ผันแปรตามความเครียดของผู้ป่วยแต่ละบุคคล

5.2 ความวิตกกังวลของผู้ป่วยเกี่ยวกับผลกระทบของความเจ็บป่วยต่อตนเอง และครอบครัว (anxiety over the impact of the illness on self and family) ผู้ป่วยวิตกกังวลเกี่ยวกับผลกระทบของการเจ็บป่วยต่อความสามารถที่จะดูแลตนเองหรือต่อการใช้ชีวิตผู้อื่น ต้องการผู้ให้บริการ

ที่มีความรู้และสามารถเข้าถึง สามารถช่วยเหลือหรือให้บริการการส่งต่อที่เหมาะสม ผู้ให้บริการจะต้องประเมินความวิตกกังวลของผู้ป่วย เกี่ยวกับผลกระทบของความเจ็บป่วยต่อความสามารถที่จะดูแลตนเองหรือการพึ่งพาผู้อื่น รวมทั้งประเมินถึงผลกระทบของความเจ็บป่วยที่เกิดต่อผู้ใกล้ชิดหรือครอบครัว สถานบริการต้องมีผู้ให้บริการที่มีความสามารถให้ความช่วยเหลือ เพื่อลดความวิตกกังวล หรือให้บริการส่งต่อที่เหมาะสม

5.3 ความวิตกกังวลของผู้ป่วย ด้านการเงินจากความเจ็บป่วย (anxiety over the financial impact of the illness) ผู้ป่วยวิตกกังวลเกี่ยวกับการใช้จ่ายค่ารักษาพยาบาลหรือระหว่างการรักษาในโรงพยาบาล วิตกกังวลเกี่ยวกับการสูญเสียรายได้จากการต้องหยุดงาน ผู้ป่วยต้องการผู้ให้บริการที่มีความสามารถให้การช่วยเหลือหรือมีการส่งต่อที่เหมาะสม ผู้ให้บริการจะต้องประเมินความวิตกกังวล เกี่ยวกับค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล หรือการนอนโรงพยาบาล และการสูญเสียรายได้จากการเจ็บป่วย ผู้ให้บริการต้องมีความสามารถในการให้การช่วยเหลือสนับสนุน และให้ข้อมูลเกี่ยวกับแหล่งประโยชน์ที่จะสามารถช่วยเหลือผู้ป่วยได้

6. การมีส่วนร่วมของครอบครัวและผู้ใกล้ชิด (involvement of family and friends) ผู้ป่วยมักกังวลเกี่ยวกับผลกระทบของความเจ็บป่วยของเขาต่อครอบครัวและผู้ใกล้ชิด การดูแลที่เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางเกี่ยวกับครอบครัว ผู้ให้บริการจะต้องเข้าใจบทบาทหลักของสมาชิกในครอบครัวหรือญาติผู้ป่วย ในการช่วยเหลือดูแลผู้ป่วย ควรมีการประเมินเพื่อทราบข้อมูลสมาชิกในครอบครัวหรือญาติผู้ป่วย เกี่ยวกับประสบการณ์ในความเจ็บป่วยและความสนใจต่อความวิตกกังวลของผู้ป่วย ผลกระทบของความเจ็บป่วยของผู้ป่วยต่อสมาชิกครอบครัวและญาติ ผู้ให้บริการควรมีการปฏิบัติดังนี้

6.1 ความช่วยเหลือของครอบครัวและผู้ใกล้ชิด (accommodation of family and friends) ผู้ป่วยต้องการให้ครอบครัวและญาติมีส่วนร่วมในการดูแล และการตัดสินใจ รวมทั้งครอบครัวและญาติก็ต้องการมีส่วนร่วมในการดูแล เป็นกำลังใจและให้ความรักต่อผู้ป่วย ผู้ให้บริการต้องค้นหาผู้ที่ผู้ป่วยไว้วางใจพึ่งพา ในด้านการสนับสนุนทางสังคมและด้านจิตใจ เป็นตัวแทนในการตัดสินใจและพิทักษ์สิทธิ์ในการต่อรองต่างๆ เนื่องจากผู้ป่วยมักเป็นผู้ที่ไร้ความสามารถ ดังนั้นผู้ให้บริการควรแสดงอาการรับรู้ถึงความต้องการความรักและกำลังใจของผู้ป่วยจากครอบครัว และญาติ

6.2 การมีส่วนร่วมของครอบครัวในการตัดสินใจ (involving family in decision making) ผู้ป่วยต้องการความเข้าใจและได้รับความช่วยเหลือจากผู้ให้บริการในด้านการสนับสนุนทางสังคมและด้านจิตใจ ต้องการให้ครอบครัวมีส่วนร่วมและเป็นผู้พิทักษ์สิทธิ์หรือตัวแทนในการตัดสินใจ ต้องการข้อมูลข่าวสารที่จำเป็น เพื่อการแสดงบทบาทอย่างมีประสิทธิภาพ ผู้ให้บริการ

ต้องให้ความสำคัญ และยอมรับสมาชิกของครอบครัว ที่ทำหน้าที่เป็นตัวแทนในการตัดสินใจและพิทักษ์สิทธิให้กับผู้ป่วย เปิดโอกาสให้มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย ทั้งในการป้องกัน การรักษา และการฟื้นฟูสภาพ ซึ่งการมีส่วนร่วมและการตัดสินใจดังกล่าว ครอบครัวต้องได้รับข้อมูลเกี่ยวกับภาวะสุขภาพของผู้ป่วย ความก้าวหน้าของโรคหรืออาการ และการพยากรณ์โรค รวมทั้งได้รับการปรึกษาหารือกับบุคลากรผู้ให้บริการรักษา เมื่อต้องมีการตัดสินใจครั้งสำคัญ หรือในยามเกิดภาวะวิกฤตต่อครอบครัว นอกจากนั้น ผู้ให้บริการต้องรับฟังความคิดเห็นของครอบครัวในการตัดสินใจในการดูแลรักษาผู้ป่วย

6.3 การสนับสนุนครอบครัวให้เป็นผู้ดูแล (supporting the family as caregiver)
ครอบครัวหรือญาติมีความสามารถที่จะให้บริการสนับสนุนทางร่างกายและดูแลผู้ป่วยขั้นพื้นฐาน พวกเขาต้องการการให้กำลังใจและการสนับสนุนบทบาทในการดูแลผู้ป่วย ต้องการข้อมูลข่าวสารและทักษะที่จำเป็น เพื่อใช้ในการดูแลอย่างมีประสิทธิภาพ ผู้ให้บริการต้องให้ความสนใจต่อความต้องการการช่วยเหลือของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง ครอบครัวต้องได้รับการเตรียมความพร้อมสำหรับบทบาทของการเป็นผู้ดูแล รวมทั้งการให้กำลังใจ และการสนับสนุนในบทบาทนั้น ๆ เพื่อให้ครอบครัวสามารถให้บริการด้านร่างกายและการดูแลขั้นพื้นฐานให้กับ ผู้ป่วย นอกจากนั้นผู้ป่วยต้องได้รับการปรึกษาหารือกับเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาล เกี่ยวกับความสามารถในการดูแลที่บ้านหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล

6.4 การเข้าใจความต้องการของครอบครัว (recognizing the need of the family)
ผู้ป่วยและครอบครัวต้องการให้ผู้ให้บริการทราบถึงผลกระทบความเจ็บป่วยต่อความเคลื่อนไหว และการทำหน้าที่ของครอบครัว และผลที่อาจเกิดต่อการรักษาของผู้ป่วย ต้องการการสนับสนุนหรือช่วยเหลือตามความต้องการ และต้องการแหล่งทรัพยากรที่สามารถช่วยเหลือได้ ผู้ให้บริการสุขภาพต้องยอมรับสิ่งที่ผู้ป่วยต้องการจากครอบครัวและสิ่งที่ครอบครัวต้องการเพื่อตัวเอง ครอบครัวต้องการข้อมูล ความเข้าใจและความเคารพ และในขณะเดียวกันในบทบาทผู้ดูแล ครอบครัวอาจมีความต้องการด้านจิตใจ และต้องการความช่วยเหลือในการดูแลผู้ป่วย ผู้ให้บริการต้องแสดงให้ครอบครัวเกิดความมั่นใจว่า เจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลจะดูแลผู้ป่วยและให้บริการอย่างดีที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ และยังต้องการความรู้สึกว่าพวกเขามีความหวัง นอกจากนั้นผู้ให้บริการต้องให้ครอบครัวได้เรียนรู้ทักษะการดูแล และให้รับทราบเกี่ยวกับแหล่งประโยชน์ที่สามารถเข้าถึงและขอความช่วยเหลือได้

7. การส่งต่อและการดูแลต่อเนื่อง (transition and continuity) ผู้ป่วยต้องการคำอธิบาย ที่เกี่ยวกับความวิตกกังวล และต้องการความสนใจเกี่ยวกับการดูแลตนเองเมื่ออยู่ห่างจากสถาน บริการรักษาพยาบาล ผู้ให้บริการต้องให้ความสนใจในด้านการดูแลที่เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง โดยการเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยและครอบครัวเกี่ยวกับหัวข้อต่อไปนี้

7.1 การให้ข้อมูลข่าวสาร (information) ผู้ป่วยและครอบครัวต้องการความรู้และ ความเข้าใจเกี่ยวกับการปฏิบัติตัว การรักษาและการดูแลต่อเนื่อง การติดตามและสัญญาณอันตรายที่ จะต้องเฝ้าระวังเมื่อออกจากโรงพยาบาล ผู้ป่วยและครอบครัวควรได้รับความรู้เกี่ยวกับข้อมูล แนวทางการรักษาระหว่างอยู่โรงพยาบาล และการปรับวิถีชีวิตหลังการจำหน่ายจากโรงพยาบาล การสร้างเสริมสุขภาพ และการฟื้นฟูสภาพ รวมทั้งการป้องกันโรคไม่ให้กลับเป็นซ้ำอีก

7.2 การประสานงานและการวางแผนการดูแล (coordination and planning) ผู้ป่วย ต้องการให้มีการวางแผนหรือประสานงานบริการเพื่อให้มั่นใจว่าจะมีการดูแลและการรักษาอย่าง ต่อเนื่อง ผู้ให้บริการต้องมีการประสานงานระหว่างสหสาขาวิชาชีพ เช่น แพทย์ผู้ให้การรักษา โรงพยาบาล นักสังคมสงเคราะห์ เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับข้อมูลข่าวสารการดูแลรักษาอย่าง ต่อเนื่อง และเป็นระบบ

7.3 การสนับสนุน (support) ผู้ป่วยและครอบครัวต้องการเข้าถึงการสนับสนุนทาง การรักษา ด้านสังคม ทางการเงินขั้นพื้นฐานอย่างต่อเนื่อง ต้องการการสนับสนุนจาก แหล่งที่สามารถขอความช่วยเหลือได้ ผู้ป่วยและครอบครัวต้องได้รับการสนับสนุนให้ได้รับรู้และมี ส่วนร่วมในการจัดการดูแลทั้งในขณะที่อยู่ในโรงพยาบาล และต่อเนื่องไปถึงชุมชน มีการอำนวยความสะดวก และแจ้งให้ผู้ป่วยทราบถึงแหล่งที่ให้การช่วยเหลือ สนับสนุนตามที่ผู้ป่วยต้องการ

แนวคิดของการดูแลที่เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางของเกอร์ติสและคณะ (Gerteis et al., 1993) กล่าวว่า การปฏิบัติที่สนองความต้องการของผู้ป่วยทั้ง 7 ด้านนั้น ทำให้ผู้ป่วยเกิดความพึงพอใจในบริการในขณะที่พักรักษาในโรงพยาบาล และเป็นวิธีที่เข้าถึงความคาดหวังของผู้ป่วย

การดูแลที่เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางตามการรับรู้ของผู้ป่วย

จากการทบทวนเอกสารที่เกี่ยวข้องพบว่า มีการศึกษาวิจัยเฉพาะในบางเรื่องที่ใกล้เคียงกับการดูแลที่เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางหรือในบางประเด็นเท่านั้น ซึ่งผู้ศึกษานำเสนอตามแนวคิดของเกอร์ติสและคณะ ที่ครอบคลุมการดูแล 7 ด้าน ดังต่อไปนี้

1. ด้านการยอมรับในคุณค่า ความพอใจ และความต้องการของผู้ป่วย การดูแลในด้านนี้เป็นการตอบสนองความต้องการความเป็นส่วนตัวของผู้ป่วยในโรงพยาบาล การรักษาความลับ การแสดงความเข้าใจ และให้การรักษานำบัดโดยธำรงความมีศักดิ์ศรีของผู้ป่วย และเคารพในความเป็นบุคคล รวมทั้งให้ข้อมูลที่เกี่ยวข้องและครอบคลุมเพียงพอ เพื่อใช้ประกอบการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาซึ่งอาจจะมีผลกระทบต่อชีวิตของผู้ป่วย ซึ่งเกอร์ติสและคณะ (Gerteis et al., 1993) ได้ศึกษาในผู้ป่วยหลังจำหน่ายกลับบ้านจำนวน 6,000 คนจาก 62 โรงพยาบาลในประเทศสหรัฐอเมริกาพบว่า มีผู้ป่วยร้อยละ 57 ที่คิดว่าพวกเขาควรได้มีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษา และผู้ที่ต้องการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจดังกล่าวส่วนใหญ่เป็นผู้ที่มีอายุน้อย โดยร้อยละ 67 อยู่ในช่วงอายุ ระหว่าง 18- 40 ปี และ ผู้ป่วยในวัยที่อายุมากกว่า 65 ปีมีเพียงร้อยละ 37 ที่ต้องการ และยังพบว่าส่วนใหญ่เป็นผู้ที่มีการศึกษาดี โดยร้อยละ 66 จบการศึกษาระดับวิทยาลัย สอดคล้องกับลิตเติลและคณะ (Little et al., 2001) ที่ได้ทำการศึกษาถึงความพอใจของ ผู้ป่วย 865 คน ต่อการปฏิบัติที่เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางในระหว่างที่มีการปรึกษาในการดูแลระดับปฐมภูมิ โดยให้การสังเกต พบว่า ผู้ป่วยร้อยละ 77-87 เห็นด้วยต่อการมีส่วนร่วมในการดูแลระหว่างผู้ให้บริการและผู้ใช้บริการ

สำหรับในประเทศไทยการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจยังเป็นข้อบกพร่องที่ควรปรับปรุง ดังเช่นการศึกษาของสมทรง เพ็งสุวรรณ, นวลอนงค์ บุญจรรณศิลป์ และ บังอร ริดใจบุญ (2541) ได้ศึกษาความคิดเห็นของผู้ใช้บริการ ต่อการบริการในโรงพยาบาลศิริราช กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยสามัญในโรงพยาบาลศิริราชจำนวน 493 คน ใช้กรอบแนวคิดทฤษฎีการพยาบาลแบบองค์รวมของ แบลทเนอร์ (Blattner) ผลการศึกษาพบว่า ผู้ใช้บริการพึงพอใจในบริการพยาบาล การมีสัมพันธภาพกับผู้ป่วย และบุคลิกภาพของพยาบาล แต่ก็ยังมีข้อบกพร่องที่ควรปรับปรุง ได้แก่ การให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ การแนะนำให้ผู้รู้จักกฎระเบียบของโรงพยาบาล ทั้งนี้ ผู้วิจัยได้แนะนำว่าการให้การพยาบาลควรจะเน้นการพยาบาลทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม ควบคู่ไปพร้อมกัน รวมไปถึงญาติของผู้ป่วยด้วย ทั้งนี้เพื่อให้ผู้มาใช้บริการเกิดความพึงพอใจ อันจะเกิดประโยชน์อย่างสูงสุด

2. การประสานงานและการบูรณาการในการดูแล การดูแลในด้านนี้ผู้ให้บริการต้องมีความสามารถและมีความห่วงใยในการดูแล ทำให้เกิดความเชื่อถือและไว้วางใจ จัดการดูแลผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพ มีการประสานงาน การจัดการสิ่งแวดล้อมของโรงพยาบาล และสิ่งสนับสนุนหรืออำนวยความสะดวกในการดูแลสุขภาพ ปาล์มเมอร์, สเตรน, โรทรีคและ ฮู (Palmer, Strain, Rothrock & Hsu, 1983 อ้างใน Gerteis et al., 1993) ได้ตรวจสอบการดูแลรักษากลุ่มผู้ป่วยเด็กพบว่า ผู้ให้การตรวจรักษาไม่สามารถติดตามผลการตรวจที่ผิดปกติซึ่งเป็นหลักฐานที่สำคัญ ถึงร้อยละ 52 เนื่องจากความล้มเหลวในการตัดสินใจ และการที่ข้อมูลไม่ตรงกับตัวผู้ป่วยการเกิดความสับสนของหน้าที่และระบบ หรือ ความผิดพลาดของมนุษย์

ศรีธนา มรกตศรีวรรณ (2544) ได้ศึกษาการติดตามดูแลผู้ป่วยศัลยกรรมอย่างต่อเนื่องในชุมชนโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ จากการตอบแบบสอบถามความคิดเห็นของผู้ใช้บริการ พบว่ามีความพึงพอใจกับการดำเนินงานอยู่ในระดับมาก และต้องการให้ขยายการดำเนินงานต่อไป ซึ่งผลของการดำเนินงานของทีมสหสาขาวิชาชีพ ทำให้มีการเรียนรู้ในการดำเนินงานคุณภาพเพื่อแก้ไขปัญหาสุขภาพผู้ป่วยร่วมกัน

3. ข้อมูลข่าวสาร การติดต่อสื่อสารและการให้ความรู้ การศึกษาที่ผ่านมาพบว่า ผู้ป่วยรับรู้ว่าการตอบสนองความต้องการด้านนี้แตกต่างกัน เช่น การศึกษาของ เกอร์ติสและคณะ (Gerteis et al., 1993) พบว่า ผู้ป่วยร้อยละ 21 รายงานว่า แพทย์ หรือพยาบาลไม่ได้อธิบายถึงความไม่สะดวกสบายที่จะได้รับขณะตรวจว่ามีอย่างไร เกือบร้อยละ 25 ของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกล่าวว่า ศัลยแพทย์ไม่ได้อธิบายถึงความไม่สะดวกสบายที่จะได้รับหลังการผ่าตัดว่ามีมากอย่างไร และไม่ได้รับข้อมูลที่แน่นอนว่าเขาจะรู้สึกอย่างไรหลังการผ่าตัด และ ร้อยละ 10 ของผู้ป่วยที่ศึกษาตอบว่าไม่ได้รับการสื่อสารถึงข้อมูลที่พวกเขาต้องการหนึ่งในสามของผู้ป่วยเหล่านี้ต้องการข้อมูลด้านการเงินและการประกันมากกว่าที่ได้รับ เบอร์ตากิส,โรเตอร์ และพัทนาม (Bertakis, Roter & Putnam, 1991 อ้างใน Gerteis et al., 1993) ศึกษาในผู้ป่วยนอกแผนกอายุรกรรม มากกว่า 500 คน พบว่า การสื่อสารในระหว่างการมาตรวจ และ ความพึงพอใจของผู้ป่วย มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญ ทั้งการที่แพทย์ถามเกี่ยวกับด้านชีวภาพ (biomedical) และ การที่ผู้ป่วยเล่าเกี่ยวกับด้านชีวภาพ พบว่ามีความสัมพันธ์กับการลดระดับความพึงพอใจของผู้ป่วย ในทางตรงข้าม การที่แพทย์ถามและให้คำปรึกษาเกี่ยวกับประเด็นด้านจิตสังคม และการที่ผู้ป่วยได้เล่าเกี่ยวกับประเด็นด้านจิตสังคมมีความสัมพันธ์กับการเพิ่มความพึงพอใจของผู้ป่วย

ราวและคณะ (Rao et al., 2000) ได้ศึกษา ผลที่ได้รับจากการเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางพบว่า ผู้ป่วยมีความคาดหวังในการได้รับข้อมูลมากกว่าการปฏิบัติดูแลเป็นพิเศษจากพยาบาล แต่พยาบาลไม่ได้รับรู้ถึงความคาดหวังของผู้ป่วยเลย จากการถามผู้ป่วย 19 ราย ได้ประเมินความ

พึงพอใจ หลังการได้รับการเยี่ยมตรวจจากพยาบาลแล้ว พยาบาลที่เข้าถึงและรับรู้ความต้องการและความคาดหวังของผู้ป่วยจะได้รับความพึงพอใจมากกว่า ซึ่งผู้ป่วยต้องการข้อมูลข่าวสารที่เพียงพอเกี่ยวกับสภาพการเจ็บป่วย การวินิจฉัยโรค การพยากรณ์โรค และทางเลือกในการรักษา และมีการเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารที่ดี ต้องการการปฏิบัติด้วยรูปแบบเดียวกัน ต้องการให้ผู้ปฏิบัติวิชาชีพสนใจเกี่ยวกับโรคและปัญหาที่แตกต่างกันในผู้ป่วยแต่ละระดับของแต่ละคน ให้ข้อมูลการวิจัยทางคลินิกเพื่อใช้ในการแก้ปัญหาเกี่ยวกับโรค ยา และลดช่องว่างในเรื่องความรู้ ต้องการทรัพยากรที่เพียงพอ เช่นงบประมาณสนับสนุนในการดูแลสุขภาพและบริการทางสังคม การพิทักษ์สิทธิของผู้ใช้บริการ ความเข้าใจจุดมุ่งหมายของการให้คำปรึกษาและการบันทึกข้อมูลในแบบฟอร์มที่เข้าใจง่าย

สำหรับในประเทศไทยพบว่า มีการตอบสนองความต้องการในด้านนี้เพียงพอ เช่น การศึกษาของสุวดี ชูสุวรรณ (2543) ศึกษาคุณภาพบริการพยาบาลในโรงพยาบาลต้ง รวบรวมข้อมูลโดยการสอบถาม พบว่าด้านที่ผู้ใช้บริการมีความพึงพอใจในระดับดี คือ เจ้าหน้าที่พูดคุยกักถามต้อนรับด้วยความเต็มใจ เจ้าหน้าที่อธิบายข้อมูลเกี่ยวกับอาการเจ็บป่วยและการรักษาพยาบาลของผู้ป่วยชัดเจน

4. ความสุขสบายทางด้านร่างกาย การตอบสนองความต้องการในด้านนี้ผู้ใช้บริการต้องจัดความเจ็บปวดของผู้ป่วย จัดสภาพแวดล้อมที่สุขสบายและตามความพึงพอใจของผู้ป่วย รวมทั้งจัดบรรยากาศที่เป็นมิตร จากการศึกษาของโดโนแวน, ดิลลอนและ แมคไกวอร์ (Donovan, Dillon, & McGuire., 1987 อ้างใน Gerteis et al., 1993) ศึกษาพบว่า ร้อยละ 58 ของผู้ป่วยอายุรกรรมและศัลยกรรม ซึ่งมีความเจ็บปวดในระหว่างบางช่วงระยะเวลาของการรักษาในโรงพยาบาล โดยการสุ่มกลุ่มตัวอย่าง รายงานว่ามีความเจ็บปวดอย่างรุนแรง หรือ ทรมานในบางครั้ง และมีเพียงหนึ่งในสามเท่านั้นที่ รายงานว่า สามารถหาทางบรรเทาความเจ็บปวดได้ตลอดเวลา ผู้ป่วยร้อยละ 61 ถูกปลุกให้ตื่นเนื่องจากความเจ็บปวด และมากกว่า 2 ใน 3 ของผู้ป่วยอายุรกรรมและศัลยกรรมได้เล่าถึงประสบการณ์ความเจ็บปวดขณะที่อยู่ในโรงพยาบาล และร้อยละ 86 ของผู้ป่วยเหล่านี้รู้สึกว่ ความเจ็บปวดอย่างมากของพวกเขาสามารถขจัดได้ด้วยความร่วมมือในการดูแลของผู้ปฏิบัติงานในโรงพยาบาล

วดี สุขสมบูรณ์, สาลี บุญศรีรัตน์ และสุจินต์ สุรภาคย์พงศ์ (2538) ได้ศึกษาความพึงพอใจของผู้ใช้บริการในโรงพยาบาลของรัฐ 5 จังหวัดชายแดนภาคใต้ กลุ่มตัวอย่างมีทั้งกลุ่มผู้ใช้บริการแผนกผู้ป่วยนอกและแผนกผู้ป่วยใน ผลการวิจัยพบว่า กิจกรรมที่ผู้ใช้บริการแผนกผู้ป่วยในพอใจมีจำนวนสูงสุดคือ ความสะอาดของสิ่งแวดล้อม และเครื่องนอน ที่ไม่พอใจมีจำนวนสูงสุดคือการระบายอากาศซึ่งคล้ายคลึงกับผลการศึกษาของสุวดี ชูสุวรรณ (2543) ที่ศึกษาคุณภาพบริการ

พยาบาลในโรงพยาบาลต้ง พบว่าด้านที่ผู้ให้บริการมีความพึงพอใจในระดับดี คือความสะอาดและ สะดวกสบายของห้องนอน ห้องน้ำห้องส้วม และการให้บริการน้ำดื่มอย่างเพียงพอ

พรรณี ไพศาลทักษิณ, นันทา เล็กสวัสดิ์, มรรยาท ณ นคร และอรรณพ คุณพันธ์ (2541) ศึกษาความสุขสบายในผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องครบ 24, 72 ชั่วโมงและก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล โดยศึกษาในผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องที่รักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ พบว่า 1) กลุ่มตัวอย่างหลังผ่าตัดช่องท้องครบ 24 ชั่วโมงมีความสุขสบายโดยรวมต่ำสุดและค่อยๆ เพิ่มขึ้นในระยะหลังผ่าตัดครบ 72 ชั่วโมงและเพิ่มมากขึ้นในระยะก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล และ 2) ความสุขสบายโดยรวม ความสุขสบายด้านร่างกาย ด้านจิตวิญญาณ และด้านสิ่งแวดล้อมและความสุขสบายด้านสังคมในกลุ่มตัวอย่างหลังผ่าตัดช่องท้องครบ 24, 72 ชั่วโมงและก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลแตกต่างกัน

5. การสนับสนุนด้านจิตใจ การบรรเทาความกลัวและความวิตกกังวล จากรายงานการศึกษาที่ผ่านมาสรุปได้ว่ามีผู้สังเกตการปฏิบัติในด้านนี้น้อย และไม่พบว่ามีการศึกษาการรับรู้ของผู้ป่วย ดังเช่น บทความของทักษิณ ทองประทีป (2543) กล่าวว่า จิตวิญญาณเป็น องค์ประกอบหนึ่งที่มีความสำคัญในการให้การพยาบาลบุคคลแบบองค์รวม ในอดีตการเรียนการสอนในวิชาชีพพยาบาลมักเน้นที่การดูแลบุคคลทางด้านร่างกายและด้านจิตใจ ส่วนการดูแลด้านจิตวิญญาณมักมีการกล่าวถึงน้อย และมักกล่าวรวมๆ ในการดูแลด้านจิตใจ และไม่ได้กล่าวถึงวิธีการนำไปใช้และบุคคลมีความต้องการด้านจิตวิญญาณที่แตกต่างกันจึงไม่สามารถระบุเป็นกฎตายตัวและนำไปใช้ได้กับทุกคน

ทัศนา ชูวรรณะปรกรณ์ (2544) กล่าวว่า การพยาบาลผู้สูงอายุในประเทศไทย : หลักการพยาบาลแบบองค์รวม และการพยาบาลที่เป็นจริง เป็นหลักการพยาบาลที่ยึดถือกับการปฏิบัตินั้น ไม่สอดคล้องกัน ได้แก่ การพยาบาลผู้สูงอายุ ตั้งอยู่บนหลักการพยาบาลแบบองค์รวม ในขณะที่การปฏิบัติที่เป็นจริงเป็นไปตามหลักชีวการแพทย์ พยาบาลให้การดูแลผู้ป่วยสูงอายุโดยมุ่งเน้นที่โรคและการรักษาของการแพทย์ ตอบสนองความต้องการด้านร่างกายของผู้ป่วยมากกว่าด้านอื่นๆ ซึ่งอาจเนื่องมาจากการที่พยาบาลมีภาระงานมาก จึงมุ่งทำแต่งงานให้เสร็จ และมีเวลาให้กับผู้สูงอายุน้อย เกิดความบกพร่องในการติดต่อสื่อสารรวมทั้งการดูแลทางด้านจิตใจ

6. การมีส่วนร่วมของครอบครัวและผู้ใกล้ชิด การปฏิบัติในด้านนี้จากรายงานการศึกษาที่ผ่านมาสรุปได้ว่ายังมีการปฏิบัติไม่มากนัก ดังเช่นการศึกษาของเกอร์ติสและคณะ (Gerteis et al., 1993) ศึกษาในผู้ดูแลผู้ป่วย ถึงการที่ผู้ให้บริการเปิดโอกาสให้มีส่วนร่วมในการตัดสินใจต่อการดูแลสุขภาพ พบว่า ร้อยละ 75 ของผู้ดูแลเท่านั้นที่ได้มีโอกาสมีส่วนร่วมในการตัดสินใจทั้งหมด ร้อยละ 21 ต้องการมีส่วนร่วมมากกว่าที่ได้รับ และมีเพียงร้อยละ 1 เท่านั้นที่ต้องการมีส่วนร่วมน้อย

กว่าที่ได้รับ นอกจากนี้ ยังพบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยร้อยละ 14 ไม่ได้รับข้อมูลการเจ็บป่วย สภาพการเจ็บป่วย ความก้าวหน้าของอาการในแต่ละวัน การเปลี่ยนแปลงด้านอาการที่รุนแรง และการพยากรณ์โรค ร้อยละ 40 ไม่ได้ได้รับการปรึกษาเกี่ยวกับการรักษาผู้ป่วยอย่างเพียงพอ และ ร้อยละ 21 ไม่ทราบแม้กระทั่งว่าได้มีการเปลี่ยนแพทย์ผู้ทำการรักษาแล้ว

ในด้านความต้องการของครอบครัวต่อการช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง เมื่อผู้ป่วยถูกจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลนั้น เกอร์ติสและคณะ (Gerteis et al., 1993) ได้ศึกษาพบว่า ร้อยละ 24 ของผู้ให้การดูแลมีความวิตกกังวลอย่างรุนแรง และกังวลเกี่ยวกับความสามารถของตนเองที่จะดูแลผู้ป่วยมากที่สุด ในขณะที่มีเพียงร้อยละ 17 ของผู้ให้การดูแลที่ได้รับการปรึกษาหารือจากเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลเกี่ยวกับความสามารถในการดูแลที่บ้านหลังการจำหน่าย

7. การส่งต่อและการดูแลอย่างต่อเนื่อง เกอร์ติสและคณะ (Gerteis et al., 1993) กล่าวว่า ผู้ป่วยต้องการคำอธิบายที่เกี่ยวกับความวิตกกังวล และต้องการความสนใจเกี่ยวกับการดูแลตนเองเมื่ออยู่ห่างจากสถานบริการรักษาพยาบาล ผู้ให้บริการต้องมีการเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยและครอบครัวแต่จากการศึกษาของเกอร์ติสและคณะ (Gerteis et al., 1993) ได้ทำการศึกษาในผู้ป่วยหลังการจำหน่ายและกลับไปอยู่ในชุมชน พบว่า ร้อยละ 30 ไม่ได้รับข้อมูลเกี่ยวกับฤทธิ์ข้างเคียงของยา ร้อยละ 36 ไม่ได้รับการบอกถึงอาหารที่ควรและไม่ควรรับประทาน และหลายคนไม่ได้รับความรู้ว่าอะไรเป็นสัญญาณอันตรายของอาการเจ็บป่วยที่พวกเขาต้องระวัง ส่วนในเรื่องของการดูแลที่บ้าน (Walter, 1991 อ้างใน Gerteis et al., 1993) ได้ทำการสำรวจถึงระยะเวลาที่ผู้ให้บริการสุขภาพให้แก่ผู้ป่วยเกี่ยวกับการอธิบายถึงการดูแลที่บ้าน พบว่า ผู้ป่วยร้อยละ 22 กล่าวว่าแพทย์ใช้เวลาน้อยกว่า 5 นาที และ ร้อยละ 37 กล่าวว่า พยาบาลใช้เวลาน้อยกว่า 5 นาที และผู้ป่วยร้อยละ 98 เห็นด้วยเมื่อมีทางเลือกในการรักษามากกว่า 1 ทาง และทางเลือกนั้นควรได้รับการอธิบายกับผู้ป่วยด้วย

จากการศึกษาดังกล่าวข้างต้น จะเห็นได้ว่าผู้ป่วยสามารถรับรู้การปฏิบัติของผู้ให้บริการได้ในแต่ละด้าน และมีการรับรู้ยังมีการปฏิบัติที่ยังไม่เพียงพอในบางด้าน ส่วนการศึกษาการรับรู้ของผู้ป่วยในประเทศไทยยังมีไม่ครบทุกด้าน

การดูแลที่เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางในหอผู้ป่วยพิเศษ โรงพยาบาลพิจิตร

หอผู้ป่วยพิเศษ โรงพยาบาลพิจิตร เป็นหอผู้ป่วยที่ตั้งอยู่ในอาคารเฉลิมพระเกียรติ จึงเรียกว่าหอผู้ป่วยพิเศษเฉลิมพระเกียรติ หอผู้ป่วยนี้ได้รับนโยบายจากโรงพยาบาลและกลุ่มงานการพยาบาลมาดำเนินการพัฒนาคุณภาพภายในหน่วยงาน โดยให้การดูแลที่เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง คำนึงถึงความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัวเป็นสำคัญ มีปรัชญาในการดำเนินงานของหอผู้ป่วยพิเศษ คือ “พิทักษ์สิทธิ์ ชีวิตปลอดภัย คนไข้เป็นศูนย์กลาง สร้างความเป็นส่วนร่วมครบถ้วนมาตรฐานการดูแล ร่วมแก้ปัญหาเป็นทีม”

ลักษณะของหอผู้ป่วยพิเศษเฉลิมพระเกียรติ เป็นอาคาร 5 ชั้น ในแต่ละชั้นเป็น 1 หอผู้ป่วย ซึ่งมีจำนวนห้องพักรักษาตัว 13 ห้อง รวมมีห้องพิเศษทั้งหมด 65 ห้อง เรียกชื่อหอผู้ป่วยตามชั้นดังนี้ หอผู้ป่วยพิเศษเฉลิมพระเกียรติ 1 หอผู้ป่วยพิเศษเฉลิมพระเกียรติ 2 หอผู้ป่วยพิเศษเฉลิมพระเกียรติ 3 หอผู้ป่วยพิเศษเฉลิมพระเกียรติ 4 และหอผู้ป่วยพิเศษเฉลิมพระเกียรติ 5 ให้บริการผู้ป่วยทุกประเภทที่แพทย์อนุญาตให้เข้าพักรักษาในหอพิเศษได้ ไม่จำกัดอายุ เพศ ในทุกสาขาโรค ทั้งแผนกอายุรกรรม ศัลยกรรม ศัลยกรรมกระดูก สูติรีเวชกรรม กุมารเวชกรรม และ หู ตา คอ จมูก แต่ละห้องจัดไว้สำหรับผู้ป่วยแต่ละรายที่ต้องการห้องพักเป็นสัดส่วน ภายในห้องพักเป็นห้องปรับอากาศ มีโทรทัศน์ ตู้เย็น ปุ่มกดเรียก (beeper) สำหรับติดต่อขอความช่วยเหลือจากเจ้าหน้าที่เมื่อจำเป็น มีตู้สำหรับใส่เสื้อผ้า มีโต๊ะหัวเตียง มีห้องน้ำอยู่ในห้องพัก ด้านหลังห้องสามารถเปิดออกไปนั่งพักผ่อนที่ระเบียงหลังห้องได้

บุคลากร ในแต่ละหอมีพยาบาลวิชาชีพปฏิบัติงานเวรละ 1-2 คน ผู้ช่วยเหลือผู้ป่วยเวรละ 1 คน มีการกำหนดคุณสมบัติเฉพาะของบุคลากรพยาบาล ได้แก่

- พยาบาลประจำการ มีคุณสมบัติ ดังนี้

คุณสมบัติเฉพาะ

- 1) มีประสบการณ์ทำงานในโรงพยาบาลพิจิตรอย่างต่อเนื่อง อย่างน้อย 3 ปี
- 2) มีความรู้ความสามารถในการให้การพยาบาลผู้ป่วยทุกสาขาโรค
- 3) ผ่านการอบรม การให้คำปรึกษา

คุณสมบัติทั่วไป

- 1) มีมนุษยสัมพันธ์ดี ยิ้มแย้ม แจ่มใส
- 2) มีวุฒิภาวะทางอารมณ์ อดทน
- 3) มีความประพฤติส่วนตัวดี
- 4) มีบุคลิกภาพ และพฤติกรรมบริการที่เหมาะสม

- 5) ไม่เคยมีประวัติที่ทำให้เสื่อมเสียแก่วิชาชีพ และองค์กร
- 6) มีความซื่อสัตย์ และรับผิดชอบ
- 7) มีความรู้ ความเข้าใจในนโยบาย และแผนงานด้านต่างๆ ของส่วนราชการ
- 8) มีความสามารถติดต่อประสานงาน
 - ผู้ช่วยเหลือผู้ป่วย มีคุณสมบัติ ดังนี้คือ
 - 1) มีมนุษยสัมพันธ์ดี ยิ้มแย้ม ร่าเริงใส
 - 2) มีบุคลิกภาพและพฤติกรรมบริการที่เหมาะสม มีความประพฤติส่วนตัวดี
 - 3) มีความสามารถในการติดต่อประสานงาน

หน้าที่ของบุคลากรประจำวัน ให้การดูแลผู้ป่วยในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ขั้นพื้นฐาน การรักษา การให้ยา การทำหัตถการทางการแพทย์ และการช่วยแพทย์ การวางแผนการรักษาพยาบาล การสอนสุขศึกษาเกี่ยวกับโรค และการปฏิบัติตนแก่ผู้ป่วย

การควบคุมคุณภาพการปฏิบัติงาน ได้มีการดำเนินการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง ในการพัฒนาคุณภาพนั้น การมีส่วนร่วมของบุคลากรเป็นสิ่งที่มีความสำคัญ จึงได้จัดการบริหารงานแบบมีส่วนร่วม โดยมีคณะกรรมการบริหารภายในหน่วยงาน คณะกรรมการประกันคุณภาพ คณะกรรมการบริหารพัสดุ คณะกรรมการควบคุมโรคติดเชื้อ คณะกรรมการวิชาการ คณะกรรมการสารสนเทศ กำหนดหน้าที่ของคณะกรรมการต่างๆ จัดประชุมในรูประดมสมองความคิดเห็นเป็นส่วนรวม มีระบบการรายงานตามสายบังคับบัญชา มีการสื่อสารภายในหอผู้ป่วย โดยการติดประกาศ, การรับ – ส่งเวร และการประชุมประจำเดือน มีการใช้ทรัพยากรอย่างคุ้มค่า มีข้อเสนอแนะการใช้และตรวจสอบอุปกรณ์ เครื่องมือ และมีการประเมินความพร้อมในการใช้อุปกรณ์ เครื่องมือ ทุก 1 เดือน เจ้าหน้าที่ในหอผู้ป่วยพิเศษได้ผ่านการอบรมการช่วยฟื้นคืนชีพ และกำหนดแนวทางปฏิบัติของทีมบุคลากรที่รับผิดชอบ มีการจัดทำมาตรฐานการดูแลผู้ป่วย (clinical practice guideline) มีการจัดแนวทางการให้ข้อมูลผู้ป่วยอย่างชัดเจน จัดทำแผนการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยเฉพาะโรค การวางแผนการจำหน่าย และการส่งต่อเพื่อการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน ในเรื่องความพึงพอใจของผู้ป่วย แผนกผู้ป่วยในได้ทำการสำรวจความพึงพอใจของผู้ป่วยในหอผู้ป่วยพิเศษทุก 6 เดือน

การดำเนินการที่เกี่ยวข้องกับการดูแลที่เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง เพื่อให้มองเห็นภาพการดูแลที่เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางในหอผู้ป่วยพิเศษ โรงพยาบาลพิจิตร ให้ชัดเจนยิ่งขึ้น ผู้ศึกษาขอเสนอรายละเอียดตามกรอบแนวคิดของเกอร์ติส และคณะ (Gerteis et al., 1993) ทั้ง 7 ด้าน ดังนี้

1. การยอมรับในคุณค่า ความพอใจ และความต้องการของผู้ป่วย การปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับด้านนี้ได้แก่ การจัดให้เจ้าหน้าที่ทุกคนเข้าร่วมประชุมเพื่อทราบถึงสิทธิผู้ป่วย 10 ประการ และติดประกาศไว้ให้เจ้าหน้าที่ทุกคนได้ตระหนักถึงสิทธิที่ผู้ป่วยจะได้รับ และการพิทักษ์สิทธิ แพทย์

พยาบาลจะมีการให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยและญาติ เกี่ยวกับการดูแลรักษาของผู้ป่วยก่อนตัดสินใจทำผ่าตัด หรือหัตถการต่างๆ ถ้าผู้ป่วยหรือญาติไม่เข้าใจสามารถซักถามจากพยาบาลได้ตลอดเวลา ในเรื่อง การรักษาความลับของผู้ป่วย ได้ใช้ระเบียบปฏิบัติเกี่ยวกับการเข้าถึงเวชระเบียนของผู้ป่วย ที่แผนก เวชระเบียนได้จัดทำขึ้น ซึ่งใช้เป็นแนวทางเดียวกันทั้งโรงพยาบาล จัดให้มีผู้รับผิดชอบการเห็นของผู้ป่วยที่หน้าหอผู้ป่วยทุกหอ เนื่องจากเป็นห้องพิเศษที่เป็นสัดส่วนสำหรับผู้ป่วยแต่ละราย มีประตู ปิดมิดชิด และประตูกระจกจะมีม่านกัน ผู้ป่วยจึงได้อยู่ในห้องที่มีความเป็นส่วนตัว หอผู้ป่วยพิเศษ ทุกหอได้จัดให้มีโต๊ะหมุ่บูชา และพระพุทธรูปอยู่บริเวณหน้าห้องทำงานพยาบาล เพื่อผู้ป่วยได้ กราบไหว้ หรือซื้อพวงมาลัยมาบูชา ไม่มีการห้ามกรณีที่ผู้ป่วยและญาติต้องการทำพิธีต่างๆ เกี่ยวกับผู้ป่วย แต่จะมีการพิจารณาการกระทำที่ไม่เป็นอันตรายต่อผู้ป่วยเท่านั้น

2. การประสานงาน และการบูรณาการในการดูแล หอผู้ป่วยพิเศษได้มีการจัดตั้งคณะกรรมการ ทีมพัฒนาคุณภาพงานหอผู้ป่วยพิเศษ ซึ่งเป็นทีมสหสาขาวิชาชีพ มีการจัดโครงสร้าง องค์กรของหอผู้ป่วยพิเศษ มีสายประสาน และสายการบังคับบัญชาทั้งในแนวนอนและแนวตั้ง มีการ ประสานงานกับทีมสหสาขาวิชาชีพอื่นๆ ได้จัดทำระเบียบในการปรึกษาแพทย์นอกเวลาราชการ และการปรึกษาแพทย์ข้ามแผนก การปฏิบัติงานของพยาบาลในแต่ละเวรจะมีการรับ-ส่งเวร เพื่อส่ง ต่อข้อมูล ปัญหา การรักษาพยาบาล และการดูแลอย่างต่อเนื่อง มีการมอบหมายงานเป็นลายลักษณ์ อักษร มีพยาบาลวิชาชีพเป็นหัวหน้าเวร จัดให้มีการสอนสุขศึกษา ให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยและญาติ รายบุคคล นอกจากนี้หอผู้ป่วยพิเศษยังมีการจัดตั้งคณะกรรมการบริหารพัสดุ มีการตรวจสอบ อุปกรณ์ เครื่องมือ เครื่องใช้ ทุกเดือน เพื่อให้พร้อมใช้งานอยู่ตลอดเวลา อีกทั้งยังมีการส่งเสริม สนับสนุนให้ผู้ปฏิบัติงานได้พัฒนาความรู้ ความสามารถ โดยกำหนดว่าพยาบาลทุกคนต้องได้รับ ฟังการบรรยายทางวิชาการอย่างน้อยคนละ 10 ชม./ปี

3. ข้อมูลข่าวสาร การติดต่อสื่อสาร และการให้ความรู้ หอผู้ป่วยพิเศษได้มีการสอน สุขศึกษาให้แก่ผู้ป่วยและญาติ โดยให้ความรู้ในเรื่องอาการและอาการสำคัญของโรค ภาวะแทรกซ้อน และการใช้ยา มีเอกสารแผ่นพับเฉพาะ โรคแจกให้แก่ผู้สนใจ และจัดทำบอร์ดวิชาการเพื่อเผยแพร่ความรู้ และอยู่ระหว่างดำเนินการจัดทำระเบียบปฏิบัติเกี่ยวกับการให้ข้อมูลผู้ป่วยและญาติ สำหรับผู้ป่วยที่รับใหม่ทุกรายจะมีเจ้าหน้าที่ปฐมนิเทศเกี่ยวกับระเบียบของโรงพยาบาล อาคาร สถานที่ และการปฏิบัติระหว่างอยู่ในโรงพยาบาล รวมทั้งได้มีการจัดทำแผนการจำหน่ายผู้ป่วย เฉพาะโรค

4. ความสุขสบายทางด้านร่างกาย หอผู้ป่วยพิเศษได้มีการกำหนดระเบียบปฏิบัติ และ วิธีปฏิบัติเกี่ยวกับการบริการพยาบาล โดยเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องมีส่วนร่วมในการกำหนดการจัดทำ ระเบียบปฏิบัติ เรื่องการรับผู้ป่วยไว้รักษาในหอผู้ป่วยพิเศษ เรื่องการรับคำสั่งการรักษาของแพทย์

เมื่อมีการรับผู้ป่วยเข้าพักรักษาในหอผู้ป่วยพิเศษ พยาบาลวิชาชีพจะประเมินปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย รวมทั้งวางแผนการพยาบาลและปฏิบัติการพยาบาลให้เหมาะสมกับข้อมูลที่ได้รับ ประเมินสภาพในกรณีที่ต้องการไม่สุขสบายไม่ทุเลาลง เพื่อให้การรักษาเพิ่มเติมหรือเปลี่ยนแปลงการรักษา สื่อสารข้อมูลและผลการพยาบาลให้แก่ทีมพยาบาลและทีมสุขภาพอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง

ด้านสภาพแวดล้อมของผู้ป่วย หอผู้ป่วยพิเศษได้จัดสิ่งแวดล้อม อาคารสถานที่ให้สะอาดเรียบร้อย เงียบสงบ มีการจัดแยกพื้นที่ใช้สอยภายในหอผู้ป่วย มีแนวทางปฏิบัติในการใช้และการดูแลความสะอาดในพื้นที่ มีสัญลักษณ์หรือป้ายบอกทาง ป้ายเตือนที่ชัดเจน มองเห็นง่าย จัดให้ห้องพักรักษาผู้ป่วยมีความเป็นส่วนตัว เงียบสงบ มีสิ่งอำนวยความสะดวกในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและความเพลิดเพลินของผู้ป่วยอย่างเพียงพอ เช่น เสื้อผ้า ผ้าปูที่นอน หมอนอน โถปัสสาวะ โทรทัศน์ ตู้เย็น หรือเครื่องปรับอากาศ เป็นต้น ซึ่งจากการดำเนินงานตามนโยบาย 5 ส. ของโรงพยาบาล หอผู้ป่วยพิเศษได้รับรางวัล 5 ส. ดีเด่น

5. การสนับสนุนด้านจิตใจ การบรรเทาความกลัวและความวิตกกังวล พยาบาลในหอผู้ป่วยพิเศษได้มีการประเมินด้านจิตใจของผู้ป่วยจากการตรวจเยี่ยมแต่ละครั้ง เมื่อพบว่าผู้ป่วยมีปัญหาด้านจิตใจ บุคลากรทางการพยาบาลจะรับดำเนินการแก้ไขด้วยตนเอง ซึ่งพยาบาลทุกคนในหอผู้ป่วยพิเศษผ่านการอบรมการให้คำปรึกษาแนะนำแก่ผู้ป่วยและญาติ หากพบว่าเกินความสามารถ จะมีการส่งต่อให้หัวหน้าหอทราบ และอาจมีการปรึกษากับหน่วยจิตเวช ของโรงพยาบาล ถ้าหากปัญหาที่พบเกินความสามารถ ทั้งนี้หน่วยจิตเวชของโรงพยาบาลยังได้จัดบริการคลินิกคลายเครียด

6. การมีส่วนร่วมของครอบครัวและผู้ใกล้ชิด หอผู้ป่วยพิเศษได้ให้ครอบครัวและญาติผู้ป่วยได้มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย โดยครอบครัวและญาติสามารถเฝ้าผู้ป่วยได้ตลอด 24 ชม. ได้มีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลแก่ผู้ป่วย มีการเตรียมความพร้อมสำหรับการดูแลผู้ป่วยให้สามารถดูแลขั้นพื้นฐาน ทั้งขณะพักรักษาในหอผู้ป่วยพิเศษและหลังการจำหน่าย มีการให้สุศึกษา การให้ความรู้ และการปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยที่ต้องกลับไปดูแลต่อเนื่องที่บ้าน

7. การส่งต่อและการดูแลต่อเนื่อง หอผู้ป่วยพิเศษได้มีการดำเนินในด้านนี้ โดยได้มีการจัดทำวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วยเฉพาะโรค ในโรคเรื้อรัง และต้องได้รับการดูแลต่อเนื่อง เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง เป็นต้น มีการกำหนดมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยกลับไปใช้ชีวิตปกติกับครอบครัวอย่างรวดเร็วที่สุด ทั้งนี้โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อลดระยะเวลาการนอนในโรงพยาบาลให้สั้นที่สุดและผู้ป่วยได้รับการดูแลและฟื้นฟูสภาพอย่างต่อเนื่องทั้งขณะที่อยู่ในโรงพยาบาลและเมื่อกลับไปอยู่กับครอบครัว โดยพยาบาลและทีมสุขภาพจะใช้ข้อมูลจากการประเมินในระยะแรก รับ และระยะเวลาการดูแลอย่างต่อเนื่อง เพื่อวินิจฉัย คาดการณ์ปัญหาสุขภาพในระยะยาว ที่อาจจะ

ยังคงเหลืออยู่ภายหลังการจำหน่าย และความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยและญาติเตรียมความพร้อม ก่อนการจำหน่ายของผู้ป่วยแต่ละรายตามสภาพและปัญหาของผู้ป่วย โดยแผนการสอนและฝึกทักษะในการดูแลสุขภาพตนเองก่อนกลับบ้านที่เหมาะสมกับปัญหาของผู้ป่วย รวมทั้งประสานงาน หรือประชุมปรึกษารื้อกับบุคลากรทีมสุขภาพที่เกี่ยวข้อง เพื่อร่วมแก้ไขปัญหามองผู้ป่วย มีการประเมินความพร้อมก่อนจำหน่ายของผู้ป่วยและญาติเป็นระยะ และมีการส่งต่อผลการประเมินแก่บุคลากรทีมสุขภาพที่เกี่ยวข้อง และจัดหา/ผลิตเอกสารเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเองและมอบให้ผู้ป่วย เพื่อเป็นแนวทางปฏิบัติตัวที่บ้าน สรุปผลการพยาบาลผู้ป่วยและปัญหาที่ยังเหลืออยู่ลงในแบบฟอร์ม และส่งแผนการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน ไปยังเจ้าหน้าที่ หน่วยงานที่รับผิดชอบ เช่น ฝ่ายเวชกรรมสังคม/โรงพยาบาลชุมชน จากนั้นฝ่ายเวชกรรมสังคม จะเป็นผู้ประสานงานระหว่างผู้ป่วยและครอบครัว กับทีมสุขภาพที่เกี่ยวข้อง เพื่อดำเนินการวางแผนการพยาบาลที่บ้านหรือส่งต่อผู้ป่วยเข้ารับการรักษายาบาลในสถานบริการสาธารณสุข เมื่อมีภาวะแทรกซ้อนเกินขีดความสามารถในการดูแลที่บ้าน

ในภาพรวมของการดำเนินการของหอผู้ป่วยพิเศษ โรงพยาบาลพิจิตร ถึงแม้จะมีการดำเนินการตามนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข โดยยึดแนวคิดการดูแลที่เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางของสถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล เมื่อจำแนกตามแนวคิดของเกอร์ตีสและคณะ (Gerteis et al., 1993) พบว่ามีการปฏิบัติตามแนวคิดของเกอร์ตีสและคณะ (Gerteis et al., 1993) ทุกด้าน

กรอบแนวคิดในการศึกษา

ในการศึกษาการดูแลที่เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางตามการรับรู้ของผู้ป่วยในหอผู้ป่วยพิเศษ โรงพยาบาลพิจิตร เป็นการศึกษาตามกรอบแนวคิดของเกอร์ตีสและคณะ (Gerteis et al., 1993) เป็นลักษณะการดูแลสุขภาพด้วยการมีส่วนร่วมระหว่างผู้ป่วยและผู้ให้บริการด้วยการปฏิบัติของผู้ให้บริการที่ตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย โดยผู้ป่วยสามารถรับรู้บริการนั้น ซึ่งความต้องการของผู้ป่วยครอบคลุม 7 ด้าน ได้แก่ 1) การยอมรับในคุณค่า ความพอใจ และความต้องการของผู้ป่วย 2) การประสานงานและการบูรณาการในการดูแล 3) ข้อมูลข่าวสาร การติดต่อสื่อสาร และการให้ความรู้ 4) ความสุขสบายทางด้านร่างกาย 5) การสนับสนุนด้านจิตใจ การบรรเทาความกลัวและความวิตกกังวล 6) การมีส่วนร่วมของครอบครัวและผู้ใกล้ชิด และ 7) การส่งต่อและการดูแลรักษาต่อเนื่อง