ระบบการดูแลที่มีผู้คนเป็นศูนย์กลาง
(Person-Centered Care)

การดูแลและเยียวยารักษาความเจ็บป่วยในโรงพยาบาลซึ่งเป็นพื้นที่ของระบบการแพทย์สมัยใหม่ที่มีความซับซ้อนเชิงเทคนิคและการบริหารจัดการทำให้บ่อยครั้ง "ประสบการณ์ของผู้ป่วย" (patient's experience) เต็มไปด้วยเหตุการณ์และอารมณ์ความรู้สึกที่ไม่พึงประสงค์ ซึ่งเกิดจากระบบการดูแลที่ถูกออกแบบให้เอาความสะดวกของผู้ปฏิบัติงานเป็นที่ตั้ง (provider-centricity) ขณะที่ประสบการณ์ของผู้ป่วยเป็นเรื่องรอง และดูเหมือนว่าการไปโรงพยาบาลแต่ละครั้งเต็มไปด้วยความยากลำบาก มิหนำซ้ำ การเข้าไปนอนพักรักษาตัวเป็นระยะเวลานานกลายเป็นเรื่องที่ผู้ป่วยไม่ต้องการให้เกิดขึ้น กล่าวได้ว่าประสบการณ์เชิงลบที่เกิดขึ้นในการไปโรงพยาบาลเป็นสิ่งที่ผู้ป่วยหลายคนต้องเผชิญไม่แตกต่างกัน อย่างไรก็ดี ในช่วงกลางทศวรรษ 1980 ได้มีความพยายามในการทดลองปรับเปลี่ยนระบบการดูแลที่แตกต่างจากเดิมโดยสิ้นเชิง โดยการนำแนวคิดการดูแลที่มีลักษณะเป็นองค์รวมและมีผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (patient-centered approach) เข้ามาใช้ในศูนย์การแพทย์แห่งหนึ่งในซานฟรานซิสโก ประเทศสหรัฐอเมริกา โดยการริเริ่มขององค์กรสาธารณะที่ชื่อว่า Planetree (Frampton, 2009a)

การเกิดขึ้นขององค์กร Planetree ซึ่งเป็นหน่วยงานสำคัญที่ผลักดันให้แนวคิดการดูแลที่มีผู้ป่วยเป็นที่เป็นศูนย์กลางได้ปรากฏอย่างเป็นรูปธรรม เริ่มจากจุดเล็ก ๆ ซึ่งเป็นประสบการณ์ของผู้ป่วยคนหนึ่ง นั่นคือ Angelica Thieriot ในช่วงปลายทศวรรษ 1970 เธอได้ล้มป่วยอย่างรุนแรง หากแต่ประสบการณ์ที่เธอได้รับภายใต้การดูแลกลับทำให้เธอรู้สึกถึงโรงพยาบาลที่เต็มไปด้วยความเหินห่างของความเป็นสถาบันที่ใหญ่โตและไม่เป็นส่วนตัว เธอได้บันทึกถึงอารมณ์ความรู้สึกที่เกิดขึ้นว่าเธอรู้สึกแปลกแยก หวาดกลัว สิ้นหวัง โดดเดี่ยว และถูกลดทอนความเป็นมนุษย์ อารมณ์เหล่านี้ถาโถมเข้ามาในช่วงเวลาที่เธอต้องนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาล และทำให้เธอรู้สึกยากลำบากยิ่งขึ้นในการมีชีวิตรอดจากโรคร้าย (Thieriot, 2009) ประสบการณ์เหล่านี้เกิดขึ้นทั้งจากสภาพแวดล้อมในโรงพยาบาลที่มีแต่ผนังสีขาวที่ว่างเปล่าอยู่รายรอบ เสียงดังอื้ออึงของผู้คนและอุปกรณ์ทางการแพทย์ ตลอดจนระบบและวิธีการดูแล เช่น การรบกวนในช่วงกลางคืน การจำกัดเวลาเยี่ยม รวมถึงโอกาสในการเข้าถึงข้อมูลการรักษาที่มีอย่างจำกัด และนั่นทำให้ Angelica Thieriot มีความปรารถนาอย่างแรงกล้าที่จะสร้างความเปลี่ยนแปลงหลังจากเธอรอดชีวิต เธอจึงรวบรวมผู้คนที่ต้องการเปลี่ยนแปลงโรงพยาบาลและร่วมก่อตั้งองค์กร Planetree ขึ้นในปี ค.ศ.1978 โดยมีความฝันว่าโรงพยาบาลควรจะเป็นสถานที่ดูแลผู้ป่วยทั้งร่างกาย จิตใจ และจิตวิญญาณ และเป็นสถานที่ซึ่งความเอาใจใส่ ความเมตตา และความเคารพได้รับความสำคัญต่อผลการรักษาเท่า ๆ กับเทคนิควิธีในการรักษาโรค (Frampton, 2009a)

การลองผิดลองถูกเพื่อสร้างตัวแบบเชิงทดลองที่เกิดขึ้นโดยความร่วมมือระหว่าง Planetree และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเริ่มต้นขึ้นในปี ค.ศ.1981 ในซานฟรานซิสโก ก้าวแรกของพวกเขาคือการสร้างศูนย์ข้อมูลทางสุขภาพ (health resource center) ซึ่งทำหน้าที่เหมือนห้องสมุดที่มีหนังสือด้านสุขภาพกว่าสองพันเล่ม รวมถึงตำราและบทความวิชาการด้านการแพทย์ สมุดรายชื่อกลุ่มช่วยเหลือและหน่วยงานด้านสุขภาพ และยังเปิดเป็นร้านหนังสือ คลังข้อมูลเหล่านี้ได้กลายเป็นแหล่งข้อมูลสำคัญให้คนไข้ในยุคสมัยนั้นซึ่งผู้ป่วยยังไม่ได้รับอนุญาตให้เข้าถึงห้องสมุดของโรงพยาบาลหรือโรงเรียนแพทย์ ต่อมาศูนย์ข้อมูลในรูปแบบดังกล่าวได้กลายเป็นตัวแบบที่แพร่กระจายไปทั่วประเทศ (Frampton, 2009b: xxx)

การเข้าถึงข้อมูลด้านสุขภาพเป็นเพียงส่วนหนึ่งในวิสัยทัศน์ของการทำงานเท่านั้น ต่อมาในปี ค.ศ.1985 Planetree ได้เปิดหน่วยทดลอง (Planetree model hospital unit) ซึ่งเป็นหน่วยแรกในจำนวนทั้งหมดห้าหน่วยขึ้นที่ Pacific Presbyterian Medical Center ในซานฟรานซิสโกเช่นเดียวกัน หน่วยดังกล่าวรับผู้ป่วยได้ 13 เตียง สามารถตรวจรักษาและทำการผ่าตัดได้ หน่วยทดลองดังกล่าวเป็นพื้นที่ของการพยายามปรับเปลี่ยนระบบการดูแลที่ตั้งอยู่บนแนวทางการตอบสนองต่อผู้รับบริการ (consumer-responsive) และการดูแลที่มีผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ซึ่งยังถือเป็นรูปแบบที่ใหม่มากในขณะนั้น การปรับเปลี่ยนระบบการดูแลอาศัยข้อมูลที่ได้จากการพูดคุยและการอภิปรายกลุ่มร่วมกับผู้ป่วย ครอบครัว รวมถึงบุคลากรทางการแพทย์ และถูกออกแบบขึ้นโดยการใช้ทั้งเทคโนโลยีที่ทันสมัย ร่วมกับการสร้างสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อความสะดวกสบายและการดูแลเพื่อปรับเปลี่ยนประสบการณ์ของผู้ป่วยให้รู้สึกถึงโรงพยาบาลในฐานะสถาบันที่มีบรรยากาศของการดูแล การเยียวยา และการเรียนรู้ (Frampton, 2009b: xxxi)

ขณะเดียวกันวิถีการดูแลก็ถูกเปลี่ยนแปลงไปในหลายรูปแบบ อาทิ การเปิดให้คนไข้สามารถสื่อสารโดยตรงกับแพทย์ของพวกเขา คนไข้ได้รับการกระตุ้นให้พูดคุยสอบถามและมีส่วนร่วมในการดูแลตนเอง การสนทนาที่เปิดกว้าง (open communication) ส่งผลเชิงบวกทั้งต่อคนไข้และแพทย์ โดยเฉพาะการทำให้แผนการรักษาสะท้อนความต้องการของผู้ป่วยมากขึ้น นอกจากนี้ ยังมีการออกแบบพื้นที่และสิ่งแวดล้อมโดยผู้เชี่ยวชาญเพื่อการส่งเสริมให้เกิดการดูแล การเรียนรู้ และการมีส่วนร่วมของผู้ป่วย อาทิ แผงกั้นพื้นที่ระหว่างคนไข้และเจ้าหน้าที่ถูกยกออก เพื่อให้เกิดพื้นที่โล่งที่อากาศถ่ายเทและให้ความรู้สึกถึงการเป็นพื้นที่เปิด นอกจากนี้ยังมีการทาสีที่เหมาะสมกับการดูแลผู้ป่วยที่มีความเฉพาะเจาะจงมากขึ้น การทำพื้นที่เลาจน์เพื่อให้คนไข้ ครอบครัว และเพื่อนได้มีโอกาสพูดคุย ทานอาหาร ชมภาพยนตร์เพื่อความผ่อนคลาย และพื้นที่นี้ก็เป็นสถานที่ที่ให้หนังสือและข้อมูลต่าง ๆ คล้ายศูนย์ข้อมูลสุขภาพขนาดย่อม นอกจากนี้ ยังมีพื้นที่ทำให้อาหารที่ผู้ป่วยและญาติสามารถประกอบอาหารที่เตรียมมาจากบ้านหรือคนไข้บางรายที่หิวก็สามารถปรุงอาหารทานก่อนจะถึงเวลาอาหารที่เจ้าหน้าที่ต้องจัดเตรียมให้ นอกจากนี้ยังมีการปรับรูปแบบอีกข้อที่สำคัญมากเพื่อลดความรู้สึกโดดเดี่ยวของผู้ป่วย นั่นคือการไม่มีเวลาเยี่ยมที่ตายตัว และเด็ก ๆ ได้รับอนุญาตให้เข้าเยี่ยมผู้ป่วยได้ ขณะที่ญาติที่

ต้องการนอนค้างคืนสามารถนอนในห้องผู้ป่วยหรือบนโซฟาในเลานจ์ได้ สำหรับผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยซึ่งจะต้องรับหน้าที่ต่อหลังจากผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล จะได้รับโอกาสในการเข้ามามีส่วนร่วมเรียนรู้วิธีการดูแลที่จำเป็นจากบุคลากรทางการแพทย์ รวมถึงการให้ความรู้และข้อมูลอย่างต่อเนื่องทั้งต่อตัวผู้ป่วยและผู้ดูแลหลัก ซึ่งรวมถึงวิธีการปฏิบัติอย่างหนึ่งที่โดดเด่นเป็นอย่างมากนั่นคือการเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยอ่านเวชระเบียน (open medical chart) ของตนเองเป็นประจำทุกวัน โดยมีบุคลากรคอยตอบคำถามและพูดคุย นอกจากนี้ ผู้ป่วยยังได้รับการสนับสนุนให้จดบันทึกประสบการณ์และการสังเกตอาการของตนเองเพื่อบันทึกความก้าวหน้าในการรักษาอีกด้วย ซึ่งการปรับเปลี่ยนระบบทั้งหมดนี้ไม่ได้มีเป้าหมายเพื่อให้ผู้ป่วยหายเร็วขึ้นเท่านั้น แต่เพื่อให้พวกเขาหายจากการเจ็บป่วยได้ยาวนานขึ้น ลดโอกาสที่จะต้องเข้ามานอนโรงพยาบาลอีกในอนาคต และตอบสนองความต้องการการดูแลทั้งทางร่างกาย จิตใจ และจิตวิญญาณ (Frampton, 2009b: xxxi - xxxiii)

ตัวแบบข้างต้นนับเป็นสิ่งใหม่มากในทศวรรษ 1980 ซึ่งต่อมาได้รับการเก็บข้อมูลในเชิงวิชาการโดยทีมวิจัยของมหาวิทยาลัยวอชิงตันพบว่าผลลัพธ์ในการดูแลผู้ป่วยในหน่วยทดลองเป็นสิ่งที่น่าพอใจกว่าจากการศึกษาโดยเปรียบเทียบกับหน่วยที่ไม่ได้มีการปรับเปลี่ยนระบบการดูแลในโรงพยาบาลเดียวกัน ความสำเร็จจากหน่วยทดลองดังกล่าวทำให้เกิดการขยายพื้นที่ต้นแบบออกไปอีก 4 แห่ง และต่อมาเครือข่ายของสถาบันทางการแพทย์ที่เข้ามาร่วมในแนวทางนี้ก็เพิ่มมากขึ้นเข้าสู่หลักร้อยแห่ง (Planetree, 2023) โดยการประยุกต์องค์ประกอบ 10 ประการจากตัวแบบของ Planetree ซึ่งสามารถสรุปอย่างกระชับ ได้ดังนี้ (Frampton, 2009a)

1. ปฏิสัมพันธ์ระหว่างมนุษย์ (Human Interactions) หมายถึง การสร้างวัฒนธรรมองค์กรที่สนับสนุนให้เกิดการใส่ใจดูแล ความเมตตา และความเคารพในทุก ๆ ปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วย ครอบครัว และบุคลากรทางการแพทย์

2. การสนับสนุนโดยครอบครัว เพื่อน และสังคม (Family, Friends, and Social Support) หมายถึง การส่งเสริมให้ครอบครัวและเพื่อนในฐานะผู้ที่อยู่เคียงข้างผู้ป่วยในประสบการณ์การดูแลได้เข้ามีส่วนร่วมในการดูแลให้มากที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้

3. การเข้าถึงข้อมูล (Access to Information) หมายถึง การส่งข้อมูลและความรู้ให้ผู้ป่วยเพื่อให้สามารถมีส่วนร่วมอย่างแข็งขันในการดูแลตนเอง เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยเข้าถึงเวชระเบียนของตนเอง หรือสามารถเข้าร่วมการพูดคุยระหว่างคนไข้ ญาติ แพทย์ และพยาบาลที่ข้างเตียง รวมถึงการให้สิทธิในการใช้ห้องสมุดหรือศูนย์ข้อมูลสุขภาพ

4. สิ่งแวดล้อมเพื่อการเยียวยาโดยการออกแบบทางสถาปัตยกรรม (Healing Environments Through Architectural Design) หมายถึง การสร้างพื้นที่ที่สงบและเยียวยาโดยใช้หลักการออกแบบที่มีหลักฐานเชิงประจักษ์ ซึ่งสามารถสร้างพื้นที่ที่ให้ความรู้สึกเหมือนอยู่บ้านและเป็นพื้นที่พร้อมให้การต้อนรับ ปราศจากสิ่งกีดขวางระหว่างผู้ป่วย ครอบครัว และผู้ดูแล

5. อาหารและโภชนาการ (Food and Nutrition) หมายถึง การจัดหาอาหารรสชาติดี มีคุณค่าทางโภชนาการ และมีตัวเลือกให้กับผู้ป่วย ครอบครัว และบุคลากร ตลอด 24 ชั่วโมง ต่อวัน และเจ็ดวันต่อสัปดาห์

6. ศิลปะและความบันเทิง (Arts and Entertainment) หมายถึง การสร้างพื้นที่ของความเบิกบานและความรื่นรมย์โดยการจัดแสดงผลงานศิลปะในห้องพักผู้ป่วยหรือในพื้นที่ต่าง ๆ และส่งเสริมให้มีอาสาสมัครมาช่วยให้ผู้ป่วยได้สร้างสรรค์งานศิลปะของตนเอง โดยการเชิญศิลปินหรือนักดนตรีในท้องถิ่นมามีส่วนร่วม

7. จิตวิญญาณ (Spirituality) หมายถึง การสนับสนุนให้ผู้ป่วย ครอบครัว รวมถึงบุคลากรได้มีโอกาสเชื่อมโยงกับพลังชีวิตด้านใน โดยการเปิดโอกาสให้เข้าถึงผู้นำด้านศาสนาหรือพื้นที่ในการสักการะ

8. การสัมผัสของมนุษย์ (Human Touch) หมายถึง การใช้การสัมผัสที่อ่อนโยนและการนวดเพื่อลดความวิตกกังวล ความเจ็บปวด และความเครียดในกลุ่มผู้ป่วย ญาติ หรือบุคลากร

9. การรักษาทางเลือก (Complementary Therapies) หมายถึง การเปิดโอกาสและนำเสนอทางเลือกที่หลากหลายในการรักษาให้กับผู้ป่วย เช่น การฝังเข็ม โยคะ หรือการแพทย์ทางเลือกอื่น ๆ

10. ชุมชนที่แข็งแรง (Healthy Communities) หมายถึง การเพิ่มบทบาทของโรงพยาบาลและการสร้างมุมมองใหม่ต่อระบบสุขภาพที่รวมเอาความแข็งแรงและสุขภาวะของชุมชนเข้ามาเป็นส่วนหนึ่ง โดยการทำงานร่วมกับโรงเรียน ศูนย์ผู้สูงอายุ หน่วยงานด้านศาสนาหรือหน่วยงานอื่น ๆ ในชุมชน

ต่อมาในทศวรรษ 1990 แนวทางดังกล่าวได้รับการยอมรับอย่างแพร่หลายในกระบวนการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล ทั้งจากสถาบันทางการแพทย์ระดับท้องถิ่นไปจนถึงองค์กรระดับโลกอย่างองค์การอนามัยโลกภายใต้ชื่อที่คุ้นเคยกันว่า “ระบบการดูแลที่มีผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง” (Patient-Centered Care) อย่างไรก็ดี หากพิจารณาในองค์ประกอบพื้นฐานทั้ง 10 ประการจะพบว่าแท้จริงแล้ว ระบบการดูแลดังกล่าวไม่เพียงเน้นผู้ป่วยเท่านั้น แต่ให้ความสัมพันธ์กับการดูแลและปฏิสัมพันธ์ที่ครอบคลุมเชื่อมโยงทั้งผู้ป่วย บุคลากร และชุมชน ในระยะหลังจึงมีการปรับชื่อเรียกเป็น “ระบบการดูแลที่มีผู้คนเป็นศูนย์กลาง” (Person-Centered Care) ซึ่งล้วนเป็นสิ่งที่มีใจกลางสำคัญเหมือนกัน นอกจากนี้ยังเป็นสิ่งที่มีความหมายเดียวกับ “ระบบการดูแลที่ผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วม” (Patient and Family Engaged Care) ซึ่งเป็นแนวปฏิบัติที่ถูกพัฒนาและนำเสนอขึ้นโดยสภาการแพทย์ของสหรัฐอเมริกาโดยมี Planetree เป็นส่วนหนึ่งของหน่วยงานที่เข้าไปมีส่วนร่วมในการพัฒนาแนวปฏิบัติดังกล่าว ซึ่งแนวปฏิบัติดังกล่าวได้รับการเผยแพร่ตั้งแต่ปี ค.ศ.2017 เป็นต้นมา (Guastello & Jay, 2019)

การพัฒนาระบบการดูแลที่มีผู้คนเป็นศูนย์กลางนั้นไม่เพียงเป็นการปรับเปลี่ยนในสถานพยาบาลเท่านั้น แต่เป็นการเปลี่ยนแปลงเชิงนโยบายในหลากหลายระดับ หัวใจสำคัญของการเปลี่ยนแปลงอยู่ที่การให้ความสำคัญกับประสบการณ์และ “เสียงของผู้ป่วย” โดยการสนับสนุนให้หน่วยงานเชิงนโยบายระดับต่าง ๆ ใช้แนวทางการพัฒนาคุณภาพที่ตั้งอยู่บนการติดตามเส้นทางการรักษา (journey-based approach) ที่สามารถช่วยให้เข้าใจประสบการณ์การดูแลในเชิงลึกและใช้ต้นทุนต่ำ ซึ่งสามารถนำไปสู่การปรับปรุงสิ่งต่าง ๆ ได้แก่ สภาพพื้นที่และสิ่งแวดล้อม การวัดคุณภาพการให้บริการ แนวทางการชำระค่าบริการและการเบิกจ่าย การศึกษาวิจัย ระบบการส่งต่อและการดูแลที่เชื่อมโยงระหว่างโรงพยาบาล บ้าน และชุมชน (Clancy, Corrigan, & Mcneill, 2009)

โดยสรุป ระบบการดูแลที่มีผู้คนเป็นศูนย์กลางซึ่งเติบโตอย่างค่อยเป็นค่อยไปในช่วงปลายทศวรรษ 1970 จากประสบการณ์ของผู้ป่วยคนหนึ่งจนมาสู่การสร้างความเปลี่ยนแปลงที่ส่งผลกระทบเชิงสถาบันนับเป็นตัวอย่างที่เป็นรูปธรรมของการแสดงให้เห็นความเป็นไปได้และการลองผิดลองถูกที่ถือเป็นหัวใจสำคัญของปฏิบัติการการดูแลที่ไม่มีสูตรสำเร็จหรือมีแบบแผนที่กำหนดไว้ล่วงหน้าอย่างตายตัว ขณะเดียวกันระบบดังกล่าวก็เป็นสิ่งที่มีพลวัตรเชื่อมโยงกับเงื่อนไขและบริบทแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงอยู่เสมอ หากแต่หัวใจสำคัญอยู่ที่การรับฟังประสบการณ์ที่หลากหลายและลึกซึ้งของผู้คนที่เกี่ยวข้องกับการดูแลทั้งผู้ป่วย ครอบครัว และบุคลากร และนำเรื่องราวเหล่านั้นมาเป็นจุดเริ่มต้นของการสร้างความเปลี่ยนแปลง

……

ผู้เขียน

ชัชชล อัจนากิตติ

นักวิจัย ศูนย์มานุษยวิทยาสิรินธร (องค์การมหาชน)

บรรณานุกรม

Clancy, C. M. Corrigan, J. M., & Mcneill, D. N. 2009. Patient-Centered Care as Public Policy: The Role of Government, Payers, and the General Public. In S. B. Frampton & P. A. Charmel (Eds.), Putting Patients First: Best Practices in Patient-Centered Care B. (pp. 267-284). San Francisco: Jossey-Bass.

Frampton, 2009a. Creating a Patient-Centered System. *AJN*, 109(3), 30-33.

Frampton, S. B. 2009b. Introduction: Patient-Centered Care Moves into the Mainstream. In S. B. Frampton & P. A. Charmel (Eds.), Putting Patients First: Best Practices in Patient-Centered Care (pp. xxvii-2). San Francisco: Jossey-Bass.

Guastello, S & Jay, K. 2019. Improving the Patient Experience through a Comprehensive Performance Framwork to Evaluate Excellence in Person-Centered Care. BMJ Open Quality, 8:e000737. doi:10.1136/bmjoq-2019-000737.

Planetree, 2023. Planetree’s History, So Far. Retrieve from www.planetree.org

Thieriot, A. 2009. Prolouge. In S. B. Frampton & P. A. Charmel (Eds.), Putting Patients First: Best Practices in Patient-Centered Care (pp. xxiii-xxvi). San Francisco: Jossey-Bass.