

โรงพยาบาลแห่งการดูแล: ข้อค้นพบเบื้องต้นจากสนามการออกแบบ โรงพยาบาลที่ผสมผสานความรู้ทางมานุษยวิทยาในประเทศไทย

โรงพยาบาลถือเป็นอีกหนึ่งพื้นที่สำคัญในชีวิตของผู้คนในสังคมร่วมสมัย ไม่เพียงเพราะเป็นสถานที่ที่เกี่ยวพันกับชีวิตของคน ๆ หนึ่งในทุกช่วงเวลาตั้งแต่ลืมตาดูโลกไปจนถึงวาระสุดท้ายของชีวิต แต่ยังมีค่าสำคัญในฐานะที่สามารถสะท้อนให้เห็นความสัมพันธ์ทางสังคมและวัฒนธรรมในระดับชุมชนหรือรัฐได้เป็นอย่างดี ด้วยเหตุนี้ โรงพยาบาลจึงกลายเป็นสนามหรือพื้นที่ในการศึกษาเชิงลึกของนักมานุษยวิทยาเพื่อทำความเข้าใจความสัมพันธ์ระหว่างผู้คนและโครงสร้างทางสังคมในมิติต่าง ๆ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ในด้านที่เกี่ยวข้องกับประสบการณ์การเฝ้าวยารักษาโรค การควบคุมและป้องกันโรค ระบบสวัสดิการ ตลอดจนวัฒนธรรมสุขภาพที่มีความแตกต่างหลากหลาย ซึ่งมิติเหล่านี้เกี่ยวพันเงื่อนไขทางสังคมและเศรษฐกิจอย่างใกล้ชิด

อย่างไรก็ดี ความท้าทายประการหนึ่งของการทำงานวิจัยทางมานุษยวิทยาในโรงพยาบาล ไม่ได้หยุดอยู่ที่การเข้าไปศึกษาด้วยวิธีการสังเกตการณ์อย่างมีส่วนร่วม (participant observation) เพื่อสร้างความเข้าใจและเขียนบทวิเคราะห์ปรากฏการณ์ที่นักวิจัยสนใจในโรงพยาบาลเท่านั้น แต่ยังสามารถขยายไปสู่การนำแนวคิดและวิธีวิจัยทางมานุษยวิทยาไปประยุกต์ใช้เพื่อสร้างความเปลี่ยนแปลงอย่างเป็นรูปธรรม ดังนั้น ศูนย์มานุษยวิทยาสิรินธร (องค์การมหาชน) และสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) จึงได้ร่วมมือกันริเริ่ม “โครงการวิจัยชาติพันธุ์นิพนธ์โรงพยาบาลและมานุษยวิทยาของการใส่ใจดูแล” ซึ่งได้ดำเนินงานมาตั้งแต่ช่วงปลายปี พ.ศ.2565 เป็นต้นมา โดยมีเป้าหมายสำคัญอยู่ที่การนำความรู้ด้านมานุษยวิทยาเป็นส่วนหนึ่งของ “การออกแบบโรงพยาบาลเพื่อการใส่ใจดูแล” หรือหากกล่าวอย่างกระชับ อาจกล่าวได้ว่าเป็นความพยายามที่จะพัฒนา “โรงพยาบาลแห่งการดูแล” ขึ้น โดยมีโรงพยาบาลนำร่องที่สนใจเข้าร่วมกระบวนการจำนวน 3 แห่ง ได้แก่ 1.โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชจอมบึง จ.ราชบุรี 2.ศูนย์การแพทย์สมเด็จพระเทพฯ จ.นครนายก และ 3.โรงพยาบาลเซนต์หลุยส์ กรุงเทพฯ ซึ่งมีความแตกต่างกันทั้งในสถานะที่เป็นโรงพยาบาลรัฐ-โรงพยาบาลเอกชน โรงพยาบาลที่ตั้งอยู่ในเมือง-ชานเมือง ระบบบริการและความเชี่ยวชาญ ขนาดของโรงพยาบาลที่มีตั้งแต่ 500 เตียง - 60 เตียง ไปจนถึงความแตกต่างของบริบททางวัฒนธรรม

การทำงานชาติพันธุ์นิพนธ์โรงพยาบาล (hospital ethnography) ซึ่งเป็นการศึกษาภาคสนามด้วยวิธีวิจัยทางมานุษยวิทยาในพื้นที่โรงพยาบาลในโครงการวิจัยนี้วางอยู่บน 2 แนวคิดหลัก ได้แก่ มานุษยวิทยาของการใส่ใจดูแล (anthropology of care) และมานุษยวิทยาออกแบบ (design anthropology) แนวคิดแรกให้ความสำคัญกับการย้อนกลับมาสนใจ “การใส่ใจดูแล” (care) ซึ่งมักจะเป็นการปฏิบัติ (practice) ที่ถูกมองข้าม

และไม่ได้รับการใส่ใจ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง การชี้ให้เห็นว่าการดูแลที่ดีนั้นไม่มีสูตรสำเร็จ หากแต่เกิดขึ้นผ่านการต่อรองระหว่างแพทย์ ผู้ป่วย รวมไปถึงวัตถุและสิ่งของรอบตัว การดูแลจึงเป็นการกระทำที่มีความซับซ้อนและมีลักษณะเฉพาะที่เกิดจากการร่วมกันสร้างขึ้นภายใต้บริบทต่าง ๆ ด้วยเหตุนี้ การหันมาทำความเข้าใจปฏิบัติการของการดูแลและประสบการณ์การดูแลที่เกิดขึ้นจริงในชีวิตประจำวันของผู้คนจึงเป็นสิ่งสำคัญ และสอดคล้องกับทิศทางการศึกษาด้านมานุษยวิทยาออกแบบที่เน้นการทำความเข้าใจประสบการณ์การใช้งานในชีวิตประจำวันของผู้ใช้ (user) และชี้ให้เห็นว่าแท้จริงแล้วผู้ใช้งานซึ่งเป็นคนธรรมดาทั่ว ๆ ไปต่างก็มีความสามารถในการสร้างสรรค์ (creativity) และการด้นสด (improvisation) ซึ่งทำให้พื้นที่หรือวัสดุอุปกรณ์ต่าง ๆ ถูกออกแบบใหม่จากการใช้งานจริง และไม่จำเป็นต้องเป็นไปตามที่นักออกแบบกำหนดไว้แต่อย่างใด ดังนั้น การศึกษาโรงพยาบาลในโครงการวิจัยนี้จึงเป็นการศึกษาประสบการณ์การดูแลในชีวิตประจำวัน ซึ่งเกิดขึ้นจากการใช้งานพื้นที่โรงพยาบาลที่เกี่ยวข้องกันทั้งผู้ป่วย ญาติ บุคลากร วัสดุอุปกรณ์ ไปจนถึงสิ่งแวดล้อมต่าง ๆ เพื่อทำความเข้าใจประสบการณ์การใช้งานโรงพยาบาลเชิงลึกที่จะสามารถนำไปใช้เป็นข้อมูลสำคัญในการออกแบบโรงพยาบาลที่สะท้อนการใส่ใจดูแลผู้คนกลุ่มต่าง ๆ อย่างครอบคลุมและเป็นหนึ่งเดียวกัน ไม่ว่าจะเป็นผู้ป่วย ญาติ หรือบุคลากรทางการแพทย์

อย่างไรก็ดี เนื่องจากการดำเนินโครงการวิจัยต้องการทำงานร่วมกับบุคลากรฝ่ายต่าง ๆ ในโรงพยาบาลโดยการประยุกต์ใช้ความรู้และวิธีการเชิงมานุษยวิทยาเพื่อทำความเข้าใจประสบการณ์การดูแลที่มีความละเอียดลึกซึ้งมากขึ้น ตัวแทนบุคลากรทางการแพทย์ในที่นี้จึงไม่ได้อยู่ในฐานะผู้ให้ข้อมูล (informant) เท่านั้น ในทางกลับกัน พวกเขาเป็นส่วนหนึ่งของผู้เก็บข้อมูลหรือผู้ร่วมทำงานกับคณะวิจัย ดังนั้น คณะบุคลากรในแต่ละโรงพยาบาลจึงได้เริ่มต้นเรียนรู้แนวทางและวิธีการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพที่ประยุกต์ใช้ความรู้ทางมานุษยวิทยาด้วยกระบวนการฝึกรวมเชิงปฏิบัติการ ซึ่งในที่นี้โครงการวิจัยฯ ได้นำศาสตร์ 2 ด้านมาประยุกต์ใช้ร่วมกัน ได้แก่

1. เรื่องเล่าทางการแพทย์ (narrative medicine) ซึ่งนำเทคนิควิธีการจากศาสตร์ของการเล่าเรื่อง (narratology) มาเป็นส่วนหนึ่งของกระบวนการดูแลรักษาโรค โดยอาศัยทักษะด้านการฟัง การอ่าน การเขียน การบอกเล่าเข้ามาประยุกต์ใช้อย่างจริงจัง เช่น การฟังเชิงลึก (deep listening) การอ่านละเอียด (close reading) และการเขียนอย่างใคร่ครวญ (reflective writing) ซึ่งการฝึกฝนทักษะเหล่านี้จะช่วยให้บุคลากรทางการแพทย์มีความสามารถในการซึมซับ รับฟัง และถ่ายทอดประสบการณ์ของผู้ป่วยและญาติที่ครอบคลุมทั้งเรื่องโรค (disease) ซึ่งเป็นอาการทางร่างกายหรือชีววิทยาที่ยึดโยงกับคำอธิบายหรือมุมมองทางการแพทย์ ความเจ็บป่วย (illness) ซึ่งเป็นความรู้และพฤติกรรมที่มีต่อโรคในมุมมองของคนไข้ และสุดท้าย ความทุกข์ (suffering) ซึ่งเป็นความเดือดร้อนหรือความยากลำบากที่เกี่ยวข้องกับโรคและความเจ็บป่วยที่ผู้ป่วยกำลังเผชิญ ที่กว้างขวางกว่าอาการทุกข์กายทุกข์ใจ แต่เป็นความทุกข์ทางเศรษฐกิจหรือสังคม

2. กระบวนการคิดเชิงออกแบบ (design thinking) ซึ่งเป็นเทคนิควิธีการที่ใช้กันอย่างแพร่หลายในแวดวงการออกแบบ นั่นคือให้ความสำคัญกับการทำความเข้าใจประสบการณ์เชิงลึกจากมุมมองผู้ใช้ โดยเฉพาะในขั้นตอนของการร่วมรู้สึก (empathize) ที่ถือเป็นขั้นตอนสำคัญ ซึ่งในที่นี้สอดคล้องกับทักษะของศาสตร์เรื่องเล่าทางการแพทย์ที่พยายามทำความเข้าใจประสบการณ์การดูแลและความเจ็บป่วยอย่างละเอียดลึกซึ้ง ก่อนที่จะนำไปสู่ขั้นตอนการระดมสมองเพื่อสร้างความเป็นไปได้ในการออกแบบโครงการต้นแบบ (prototype) ทั้งนี้ เครื่องมือสำคัญอันหนึ่งในการทำความเข้าใจประสบการณ์การดูแลที่เกิดขึ้นคือการติดตามเส้นทางการรักษาของผู้ป่วย (patient journey) เพื่อทำความเข้าใจประสบการณ์ที่ผู้ป่วยและญาติต้องเผชิญในแต่ละขั้นตอนหรือเหตุการณ์ (moment) ย่อย ๆ ในการมาใช้บริการโรงพยาบาล ตั้งแต่เตรียมตัวออกจากบ้าน มาถึงโรงพยาบาล หาที่จอดรถ รอคิวตรวจ เข้าห้องตรวจ รับยา จ่ายเงิน และเดินทางกลับบ้าน หรือในบางกรณีการต้องเข้ารับการดูแลในหอผู้ป่วยใน หรืออาจต่อเนื่องไปจนถึงดูแลประคับประคองและการเยียวยาญาติ หลังจากที่ผู้ป่วยเสียชีวิต การติดตามเส้นทางการรักษาของผู้ป่วยซึ่งเป็นการเดินทางในแนวนราบ (horizontal) ผ่านแผนกต่าง ๆ ในโรงพยาบาล จะช่วยให้บุคลากรมองเห็นช่องว่างหรือความซ้ำซ้อนของระบบบริการได้มากขึ้น เนื่องจากโดยปกติบุคลากรในองค์กรสมัยใหม่ที่มีการบริหารจัดการอย่างซับซ้อนเช่นโรงพยาบาลนั้นมีลักษณะเป็นองค์กรแนวตั้ง (vertical) ที่มีลำดับชั้นของการบริหารจัดการและการแบ่งงานกันทำอย่างชัดเจนในแผนกต่าง ๆ ทำให้บุคลากรส่วนใหญ่มองเห็นจากมุมมองของแผนกตนเองเป็นหลัก ขณะที่ประสบการณ์การรับบริการของผู้ป่วยนั้นเป็นการเดินทางที่ตัดผ่านแผนกต่าง ๆ ในแนวนราบ

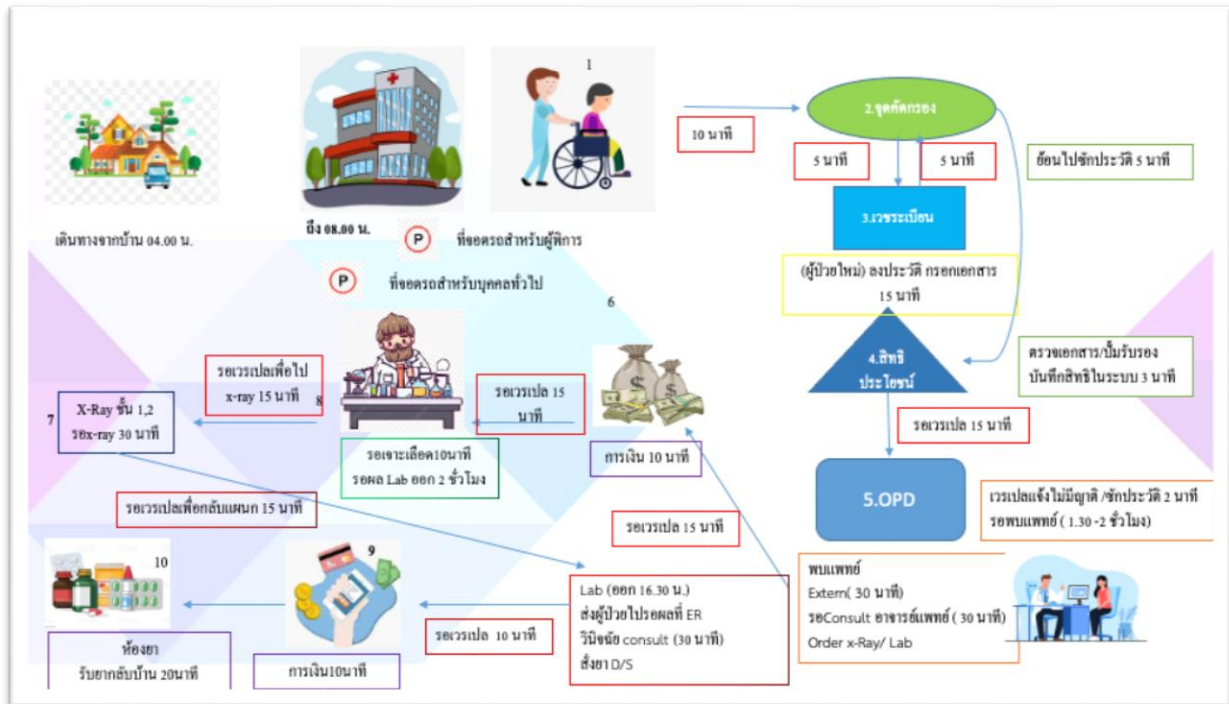
การฝึกอบรมทักษะพื้นฐานทั้ง 2 ด้านข้างต้นช่วยให้คณะบุคลากรที่ทำงานร่วมกับโครงการวิจัยได้ขยายขอบเขตความเข้าใจที่มีต่อประสบการณ์การดูแลที่กว้างขวางขึ้นโดยการเข้าไปสัมผัสรับฟังเรื่องเล่าและประสบการณ์การใช้บริการจากมุมมองของผู้ป่วยในแผนกต่าง ๆ ทั้งผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก โดยการพูดคุยไปพร้อม ๆ กับการติดตามเส้นทางการรักษาทั้งจากตัวผู้ป่วย ญาติ และบุคลากรทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้อง ตัวอย่างหนึ่งที่น่าสนใจจากการติดตามเส้นทางการรักษา คือ กรณีของ “ตารันทด”

ตารันทดเป็นผู้พิการ อายุ 80 ปี เดินทางมาจากอีกจังหวัดที่ตั้งอยู่ไกลโรงพยาบาลเกือบ 200 กิโลเมตร เขาเดินทางมาคนเดียวด้วยการขับรถจักรยานยนต์ผู้พิการ โดยต้องออกจากบ้านตั้งแต่เวลา 4.00 น. ถึงโรงพยาบาลประมาณ 7.00 น. และได้กลับบ้าน 18.00 น. ระยะเวลาการรอคอยเข้ารับการรักษาและการดำเนินการในขั้นตอนต่าง ๆ ของผู้ป่วยรายนี้ใช้เวลามากกว่า 10 ชั่วโมง การทำเส้นทางการรักษา (patient journey) ทำให้เจ้าหน้าที่ทีมผู้ป่วยนอกเห็นความซ้ำซ้อนของขั้นตอนการดำเนินงานในจุดคัดกรอง งานเวชระเบียนและสิทธิประโยชน์ โดยเฉพาะผู้ป่วยรายนี้ซึ่งเป็นผู้ป่วยใหม่จึงไม่เคยมีประวัติ โดยเมื่อผู้ป่วยมาถึงจุดคัดกรองต้องส่งตัวไปยังฝ่ายเวชระเบียนเพื่อลงประวัติและกรอกเอกสารผู้ป่วยใหม่ ใช้เวลาประมาณ 15 นาที จากนั้นผู้ป่วยต้องถูกส่งตัวย้อนกลับไปจุดคัดกรองอีกครั้งเพื่อชกประวัติ จากนั้น

ผู้ป่วยต้องเคลื่อนย้ายไปตรวจสิทธิประโยชน์เพื่อบันทึกสิทธิในระบบ ใช้เวลา 15 นาที รอเรียก เวย์เปลอีก 15 นาที เพื่อพาไปยังแผนกตรวจ ใช้เวลาในการรอเข้าห้องตรวจอีกประมาณ 2 ชั่วโมง ผู้ป่วยรายนี้แพทย์สั่งให้ผู้ป่วยต้องได้รับการตรวจเอกซเรย์และตรวจแล็บ ซึ่งผู้ป่วยต้องชำระเงินที่การเงินชั้น 1 ก่อนจึงจะสามารถขึ้นไปเอกซเรย์ ในส่วนของการตรวจแล็บ ผู้ป่วยต้องขึ้นไปชำระเงินที่การเงินชั้น 2 ก่อนจึงจะนำใบตรวจไปยื่นตรวจแล็บ ชั้น 2 ได้ โดยมีระยะเวลาการรอคอยผล 2 ชั่วโมง ผลออกเวลา 16.30 น. ปรากฏว่าห้องตรวจผู้ป่วยนอกปิดทำการแล้ว ผู้ป่วยรายนี้จึงต้องไปตรวจกับแพทย์ฉุกเฉินที่แผนกฉุกเฉินและได้กลับบ้านเวลา 18.00 น. แน่นนอนว่าเขาต้องใช้เวลาขับรถมอเตอร์ไซด์กลับบ้านอีกกว่า 2-3 ชั่วโมง



แผนผังเส้นทางการรักษาของตารันทด ฉบับร่าง



แผนผังเส้นทางการรักษาของตารันตด ฉบับสมบูรณ์

การติดตามเส้นทางการรักษาของผู้ป่วยไม่ได้เป็นเพียงการเดินตามเส้นทางจากจุดหนึ่งไปยังจุดหนึ่งเท่านั้น แต่แก่นสำคัญอยู่ที่การเข้าไปร่วมสัมผัสรับรู้ประสบการณ์การเข้ารับบริการหรือประสบการณ์การดูแลที่ผู้ป่วยและญาติได้สัมผัส โดยใช้การสังเกตการณ์การกระทำและการตอบสนองต่าง ๆ ของผู้ป่วยที่เกิดขึ้นจริงในชีวิตประจำวัน ไม่ว่าจะเป็นภาษากายหรือการพูดคุยกับบุคคลต่าง ๆ ตลอดจนอารมณ์ความรู้สึก เช่น ความกังวล กลัว ปิติยินดี โศกเศร้า โดดเดี่ยว ไร้ค่า ที่เกิดขึ้นในแต่ละพื้นที่และเวลาซึ่งดำเนินไปอย่างซับซ้อน ทั้งนี้ จากการเก็บข้อมูลประสบการณ์การใช้งานโรงพยาบาลหรือประสบการณ์ผู้ป่วยไม่ว่าจะเป็นผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยในหรือผู้ป่วยระยะระดับประครองในที่นี้ จะพบว่าเกิดขึ้นจากการประกอบกันของปัจจัยสำคัญ 3 ด้าน ได้แก่ 1.บุคคลที่เกี่ยวข้อง (people) โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ดูแล (caregiver) ซึ่งในที่นี้มักจะเป็นบุคลากรทางการแพทย์ที่ให้การดูแลรักษา 2.สถานที่และสิ่งแวดล้อม (place) ซึ่งหมายถึงพื้นที่ วัสดุอุปกรณ์ รวมถึงบรรยากาศของสถานที่ต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องโดยตรงกับการสร้างประสบการณ์เชิงสัมผัส เช่น จุดพักคอย ห้องตรวจ โรงอาหาร สวนหย่อม อาหาร เป็นต้น 3.ระบบ (process) ซึ่งหมายถึงขั้นตอน ข้อกำหนด ลำดับหรือเส้นทางการให้บริการที่ถูกออกแบบมาให้ผู้ป่วยแต่ละกลุ่มต้องเข้ารับการรักษา กล่าวได้ว่าทั้ง 3 ปัจจัยหลักต่างก็เข้ามาเป็นส่วนหนึ่งของการสร้างประสบการณ์การดูแลที่เกิดขึ้นในโรงพยาบาลของผู้ป่วยพร้อม ๆ กัน มีความสัมพันธ์กันอย่างใกล้ชิด และไม่อาจทำความเข้าใจแต่ละปัจจัยอย่างแยกขาดจากกันได้ จนอาจกล่าวได้ว่าการออกแบบโรงพยาบาลเพื่อการใส่ใจดูแลนั้น แท้จริงแล้วก็คือการพัฒนาคุณภาพของปัจจัยหลักทั้ง 3 อย่างข้ออย่างเป็นระบบและสอดคล้องกัน

ประสบการณ์การดูแลที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย ญาติ และบุคลากรที่เกี่ยวข้องเข้ามาเป็นจุดตั้งต้นสำคัญของการออกแบบโครงการต้นแบบในการพัฒนาคุณภาพการดูแลในโรงพยาบาลนำร่อง ซึ่งแต่ละโรงพยาบาลก็มีเงื่อนไขและบริบทต่าง ๆ ที่แตกต่างกัน ดังนั้น แนวทางการดำเนินงานในโครงการต้นแบบของแต่ละโรงพยาบาลจึงมีความเฉพาะเจาะจงที่แตกต่างกันออกไป โดยแต่ละโรงพยาบาลมีโครงการต้นแบบ ดังนี้ 1. ศูนย์การแพทย์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี อ.องครักษ์ จ.นครนายก มีโครงการต้นแบบในการลดระยะเวลารอคอยและเพิ่มประสบการณ์ที่ดีในการดูแลกลุ่มผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน 2. โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชจอมบึง จ.ราชบุรี มีโครงการต้นแบบในการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่เชื่อมโยงการดูแลที่บ้าน ชุมชน และโรงพยาบาลอย่างไร้รอยต่อ และ 3. โรงพยาบาลเซนต์หลุยส์ กรุงเทพฯ มีโครงการต้นแบบในการเพิ่มประสบการณ์ที่ดีในการดูแลกลุ่มผู้ป่วยทั้งผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน ไปพร้อม ๆ กับการเสริมศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยและสร้างประสบการณ์ที่ดีในการทำงานของบุคลากร (คณะนักวิจัยจะเขียนถึงรายละเอียดที่น่าสนใจในโครงการต้นแบบของแต่ละโรงพยาบาลในบทความชิ้นต่อ ๆ ไป)

ในที่นี่ ผู้เขียนจะนำเสนอข้อค้นพบเบื้องต้นและตัวอย่างของการออกแบบที่เกิดขึ้นในโครงการต้นแบบของโรงพยาบาลนำร่อง โดยยึดโยงกับ 3 ปัจจัยหลักที่ส่งผลต่อการสร้างประสบการณ์การใช้งานโรงพยาบาล

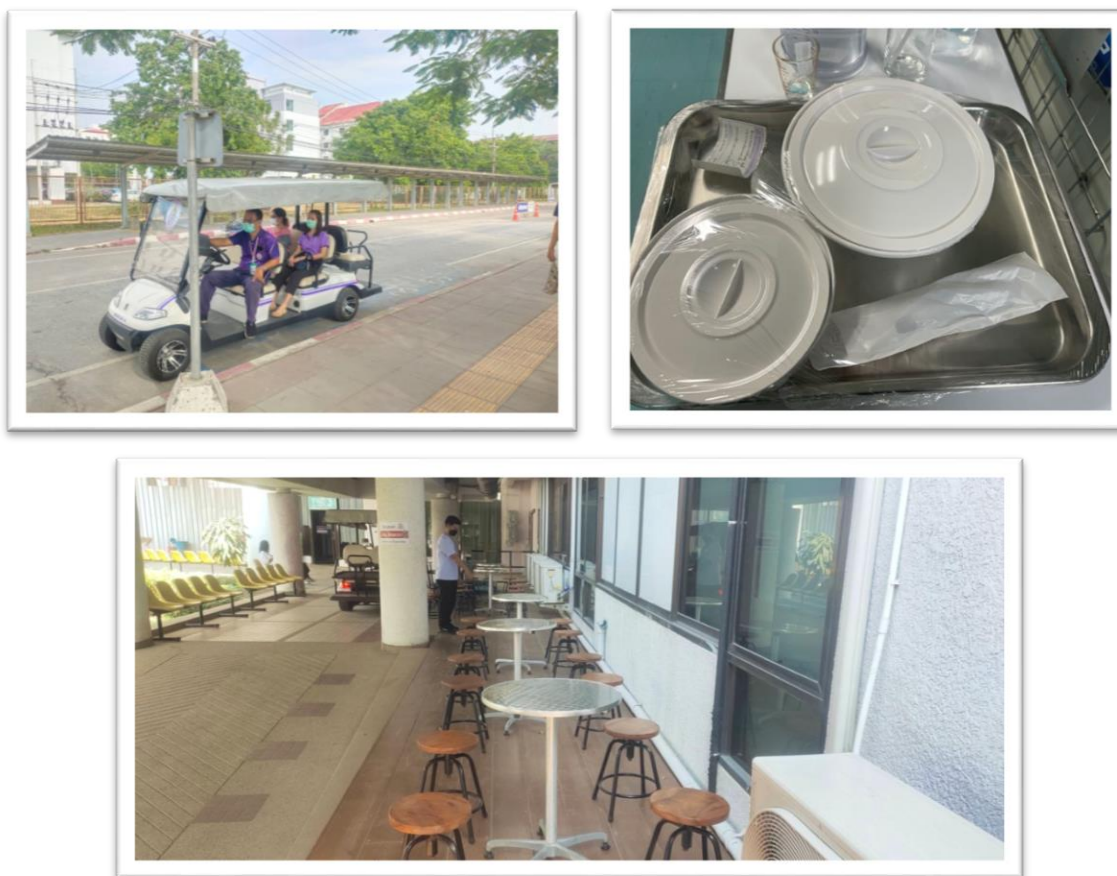
1. บุคคล การใช้ศาสตร์ของเรื่องเล่าทางการแพทย์ถูกนำไปประยุกต์ใช้ในระบบการดูแลผู้ป่วยในชีวิตประจำวันอย่างเป็นระบบมากขึ้น อาทิ การออกแบบสมุดบันทึกความต้องการประจำวันของผู้ป่วยที่เข้ามารักษาตัวในหอผู้ป่วยในของโรงพยาบาลเซนต์หลุยส์ หรือการจัดทำบันทึกคู่ขนาน (parallel record) ในการดูแลผู้ป่วย โดยเฉพาะกรณีที่เป็นผู้ป่วยระยะประคับประคอง โดยเกิดการออกแบบการจัดทำบันทึกคู่ขนานขึ้นทั้งในโรงพยาบาลเซนต์หลุยส์ และโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชจอมบึง ซึ่งได้สร้างความเปลี่ยนแปลงต่อบุคคลที่เกี่ยวข้องกับการดูแล โดยเฉพาะในฝั่งบุคลากรทางการแพทย์ได้สะท้อนว่าการเปิดพื้นที่ให้พวกเขาได้บันทึกและรับรู้เรื่องราวของคนไข้ในมิติที่กว้างขวางขึ้นส่งผลให้พวกเขามีความละเอียดอ่อนในการดูแลคนไข้แต่ละรายอย่างเฉพาะเจาะจงมากขึ้น พยาบาลรายหนึ่งสะท้อนว่า *“ทำงานละเอียดขึ้น ความละเอียดนั้นสะท้อนกลับมาให้เราคิดใคร่ครวญถึงตัวเองด้วย หันมาสนใจความรู้สึกมากขึ้นกว่าเดิมที่สนใจแต่เหตุผล”* ขณะเดียวกันคนไข้ก็สัมผัสได้ถึงใส่ใจดูแลที่มีจุดเริ่มต้นสำคัญอยู่ที่ *“การฟัง”* เสียงและอารมณ์ความรู้สึกของคนไข้ ในบางกรณี เมื่อคนไข้ได้เห็นสมุดบันทึกที่ระบุข้อความ *“มีอะไรให้ช่วยไหมคะ”* วางอยู่ในห้องพัก คนไข้และญาติบอกเล่าว่าเขาารู้สึกว่าไม่จำเป็นต้องเขียนอะไรลงในสมุดเลยก็ได้ แต่รู้ว่าสามารถแจ้งความต้องการให้กับทีมบุคลากรผู้ดูแลได้อย่างวางใจ



+ Progression note	
18/07/2023 16:14	
S :	-
O :	
<p>ขณะเดินเยี่ยมอาการผู้ป่วยซึ่งนอนโรงพยาบาลมาเป็นเวลาหลายวันวันนี้สังเกตเห็นว่าผู้ป่วยสีหน้าไม่สดชื่นและเขาเจาะคอใส่ท่อหลอดลมคอไว้ทำให้ผู้ป่วยพูดไม่ได้สื่อสารลำบากผู้ป่วยเขียนหนังสือบอกญาติให้แจ้งว่าต้องการกลับบ้าน จึงได้เดินเข้าไปพูดคุยกับผู้ป่วยเพื่อสอบถามความต้องการผู้ป่วยเมื่อถามว่าคนไข้ต้องการกลับบ้านผู้ป่วยรับพยักหน้าสังเกตสายตาของเขาดีใจมากและเข้าใจและยอมรับกับการเจ็บป่วยของตนเองได้ และต้องการกลับไปรักษาแบบประจำที่โรงพยาบาลได้ อยู่กับครอบครัว</p>	
A :	-
P :	-

สมุดบันทึกความต้องการประจำวันของผู้ป่วย โรงพยาบาลเซนต์หลุยส์
และบันทึกคู่ขนาน โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชจอมบึง

2. สถานที่และสิ่งแวดล้อม มีการปรับเปลี่ยนสถานที่และสิ่งแวดล้อม รวมถึงระบบการดูแลที่เกี่ยวข้องกับการใช้พื้นที่ต่าง ๆ ตามเส้นทางการรักษาของคนไข้ เช่น การเพิ่มพื้นที่จอดรถให้ผู้ป่วยในกลุ่มโรคร้ายแรง หรือผู้พิการให้มีมากขึ้น หรือกรณีพื้นที่จอดรถตั้งอยู่ไกลจากตัวโรงพยาบาลก็มีการจัดระบบให้มีรถรับ-ส่งระหว่างโรงพยาบาลแลที่จอดรถ การปรับพื้นที่พักผ่อนให้มีโต๊ะเก้าอี้ที่เหมาะสมสำหรับการทำกิจกรรมต่าง ๆ ร่วมกันระหว่างญาติและคนไข้ เช่น การทานอาหารหรือการพูดคุย ตลอดจนการปรับเปลี่ยนภาชนะใส่อาหารในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งซึ่งมีความอ่อนไหวต่อการรับรส โดยเฉพาะกลิ่นของอาหารที่ใส่ในภาชนะแสดนเลสซึ่งผู้ป่วยหลายรายเล่าว่าทำให้พวกเขาทานอาหารได้ยาก หรืออยากอาเจียนเมื่อได้กลิ่น หรือบางรายเล่าว่าเพียงแค่ได้ยินเสียงรถเป็นอาหารเคลื่อนไถลเข้ามากรู้สึกอยากอาเจียน ทั้ง ๆ ที่อาหารยังมาไม่ถึงที่ห้องพัก



การปรับเปลี่ยนสถานที่และสิ่งแวดล้อม ศูนย์การแพทย์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี

3. ระบบ เกิดการพัฒนาระบบในหลายระดับซึ่งมีความน่าสนใจ เช่น ระบบการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลที่มีการนำตัวแทนของบุคลากรทุกฝ่ายและทุกระดับ ตั้งแต่บุคลากรที่ทำงานด้านหน้า เช่น แผนกเวรเปลไปจนถึงผู้บริหารโรงพยาบาลเข้ามาอยู่ในคณะกรรมการชุดเดียวกันตั้งแต่เริ่มต้นการเปลี่ยนแปลงเพื่อให้การสื่อสารข้อมูลทันต่อเหตุการณ์และสามารถปรับเปลี่ยนหรือพัฒนาในจุดต่าง ๆ ได้อย่างรวดเร็วมากขึ้น ทั้งยังทำให้รูปแบบการบริหารกายมีความเป็นองค์กรแนวราบมากขึ้น ส่วนการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วย ในหลายโครงการมีการลดขั้นตอนที่ซ้ำซ้อนและไม่จำเป็นลง เช่น การสร้างช่องทางพิเศษให้กับผู้ป่วยบางกลุ่มที่มีลักษณะเฉพาะ การปรับเส้นทางเดินของผู้ป่วยให้สามารถไปเจาะเลือดหรือส่งตัวอย่างได้ทันที โดยให้ไปชำระเงินเป็นจุดสุดท้ายก่อนกลับบ้านเพียงครั้งเดียว หรือการนำเทคโนโลยีเข้ามาสนับสนุน เช่น การใช้ตู้กดบัตรคิวอัตโนมัติ การเพิ่มจำนวนคอมพิวเตอร์ในห้องตรวจให้กับผู้ช่วยแพทย์ หรือการสร้างระบบการให้คำปรึกษาออนไลน์ผ่านแอปพลิเคชัน เหล่านี้ช่วยให้ระยะเวลารอคอยของผู้ป่วยลดลงอย่างมีนัยสำคัญ เพิ่มประสิทธิภาพในการดูแลคนไข้ และยังทำให้ภาระงานของบุคลากรไม่มีมากเกินไปอีกด้วย

โดยสรุป การประยุกต์และผสมผสานความรู้ทางมานุษยวิทยาเข้ามาเป็นส่วนหนึ่งของการออกแบบโรงพยาบาลเพื่อสะท้อนให้เห็นการใส่ใจดูแลที่เกิดขึ้นในกรณีศึกษาข้างต้น เป็นจุดเริ่มต้นหนึ่งที่ทำให้เห็นความเป็นไปได้ใหม่ ๆ ของการนำความรู้และวิธีการวิจัยทางมานุษยวิทยาเข้าไปทำงานในพื้นที่ใหม่ ๆ อย่างไรก็ดี ต้องเข้าใจว่าการออกแบบนั้นไม่ใช่กระบวนการที่เบ็ดเสร็จ แต่เป็นโครงการไม่มีวันเสร็จสมบูรณ์ เพราะต้องเคลื่อนไปตามพลวัตที่เปลี่ยนแปลง นอกจากนี้ การประยุกต์ใช้ความรู้ทางมานุษยวิทยาไม่จำเป็นต้องจำกัดตัวอยู่ที่โรงพยาบาลหรือระบบสาธารณสุขเท่านั้น แต่การทำความเข้าใจประสบการณ์ของผู้คนกลุ่มต่าง ๆ อย่างลึกซึ้งซึ่งสามารถเป็นจุดเริ่มต้นในการออกแบบเพื่อสร้างความเปลี่ยนแปลงในประเด็นอื่น ๆ ได้เช่นกัน ที่สำคัญ ต้องไม่ลืมว่าความรู้ทางมานุษยวิทยาซึ่งเน้นมุมมองเชิงวิพากษ์และการทำความเข้าใจปัญหาเชิงโครงสร้างก็ยังคงเป็นสิ่งจำเป็นเพื่อนำไปสู่การสร้างการเปลี่ยนแปลงระดับนโยบายที่จะส่งผลกระทบต่อในวงกว้างมากขึ้น แม้จะเริ่มต้นจากกรณีศึกษาที่เป็นรูปธรรมจากจุดเล็ก ๆ ก็ตาม

ผู้เขียน

ชัชชล อัจฉนาภิตติ

นักวิจัย ฝ่ายวิจัยและส่งเสริมวิชาการ ศูนย์มานุษยวิทยาสิรินธร (องค์การมหาชน)