

“ประสบการณ์มนุษย์”: กรอบคิดเพื่อพัฒนาคุณภาพระบบสาธารณสุข ยุค 2030

ในปัจจุบัน หากพิจารณาทิศทางในการทำความเข้าใจปรากฏการณ์ความเจ็บป่วยและการดูแลสุขภาพ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในระบบสาธารณสุขซึ่งเป็นกลไกที่เป็นทางการในการดูแลสุขภาพของผู้คนในสังคม จะพบว่าแนวทางหนึ่งที่ได้รับการยอมรับและแพร่หลายมากขึ้นเรื่อย ๆ ในระดับสากล คือ การให้ความสำคัญกับ “ประสบการณ์” (experience) ของผู้ใช้บริการ ซึ่งทิศทางที่เกิดขึ้นได้รับอิทธิพลมาจากการพัฒนาองค์กรในภาคธุรกิจที่หันมาให้ความสำคัญกับ “ประสบการณ์ลูกค้า” (customer experience) (Wolf et al., 2014) ในฐานะที่เป็นทั้งจุดเริ่มต้นและเป็นเป้าหมายของการพัฒนาการให้บริการเพื่อให้ลูกค้าได้รับความพึงพอใจสูงสุดเพื่อทำให้สินค้าและบริการนั้น ๆ ประสบความสำเร็จในการแข่งขันในตลาด อย่างไรก็ตาม ในระบบสาธารณสุขซึ่งเป็นการบริการที่ดำเนินการโดยภาครัฐเป็นสำคัญนั้น การหยิบยืมแนวทางดังกล่าวได้ถูกประยุกต์ให้เหมาะสมมากขึ้น เพราะถึงที่สุดแล้ว ผู้รับบริการหรือผู้ป่วย โดยเฉพาะในการให้บริการของภาครัฐ ไม่อาจถูกมองในฐานะที่เป็น “ลูกค้า” เท่านั้น เนื่องจากอีกด้านหนึ่งพวกเขาถือเป็นพลเมืองซึ่งการเข้าถึงการรักษาพยาบาลที่มีคุณภาพถือเป็นสิทธิขั้นพื้นฐานประการหนึ่ง ดังนั้น จึงมีการพัฒนากรอบคิดเรื่อง “ประสบการณ์ผู้ป่วย” (patient experience) ขึ้นเพื่อให้เหมาะสมกับบริบทการทำงานด้านสาธารณสุข

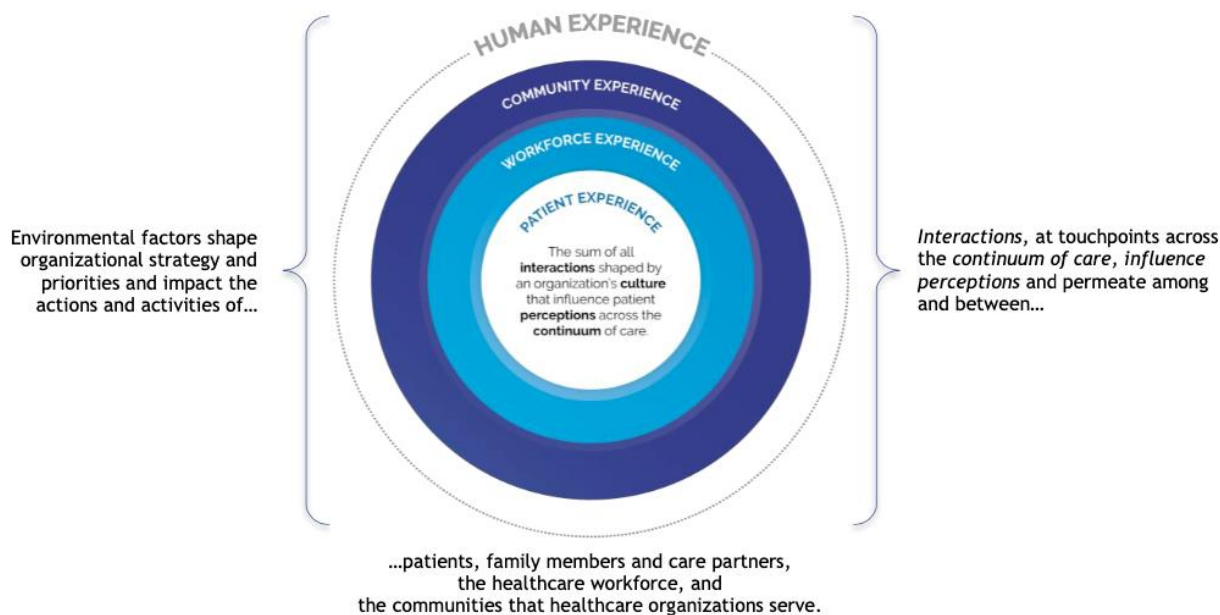
ในปี ค.ศ.2014 Beryl Institute สถาบันระดับโลกที่เป็นผู้นำในการผลักดันการพัฒนาคุณภาพการให้บริการที่ให้ความสำคัญกับประสบการณ์ผู้ป่วย ได้กลับไปทบทวนนิยามของคำว่า “ประสบการณ์ผู้ป่วย” ซึ่งถูกนิยามและนำไปใช้อย่างหลากหลายตั้งแต่ปี ค.ศ.2000 เป็นต้นมา เพื่อค้นหาลักษณะร่วมที่ถือเป็นองค์ประกอบพื้นฐานของคำ ๆ นี้ และในขณะเดียวกันก็เพื่อสนับสนุนและส่งเสริมให้การทำงานภายใต้ความหมายดังกล่าวมีทิศทางร่วมกันมากยิ่งขึ้น ไม่ว่าจะเป็นการประยุกต์ใช้ในทางวิชาการ ตลอดจนการนำไปใช้พัฒนาคุณภาพการให้บริการและการปฏิบัติทางคลินิก ทั้งนี้ สำหรับ Beryl Institute เองได้ให้คำจำกัดความของคำว่า patient experience ในภาษาอังกฤษไว้ว่า *“the sum of all interactions, shaped by an organization’s culture, that influence patient perceptions, across the continuum of care”* (Wolf et al., 2014: 8) ซึ่งแปลได้ว่า *“ผลรวมของปฏิสัมพันธ์ทั้งหมดซึ่งเป็นผลมาจากวัฒนธรรมองค์กรและส่งผลกระทบต่อความรู้สึกของผู้ป่วยตลอดกระบวนการที่ต่อเนื่องของการดูแล”* ในเบื้องต้น นิยามดังกล่าวสะท้อนให้เห็นว่าประสบการณ์ของผู้ป่วยแต่ละคนเป็นผลมาจากการเข้าไปปฏิสัมพันธ์กับบุคลากร การสื่อสาร วิธีการดูแล ระบบงาน รวมถึงสิ่งแวดล้อมของระบบบริการ ซึ่งถูกกำหนดและปฏิบัติการอยู่ภายใต้วัฒนธรรมเฉพาะของหน่วยงานนั้น ๆ ที่สำคัญ ความรู้ดังกล่าวยังเป็นกระบวนการที่ดำเนินไปอย่างต่อเนื่อง ที่อาจกล่าวได้ว่าเกิดขึ้นตั้งแต่ก่อน ระหว่าง และหลังรับบริการ ทั้งนี้ จะเห็นว่านิยามดังกล่าว

ตั้งอยู่บนกรอบคิดที่สนับสนุนการบูรณาการเรื่องคุณภาพ (quality) และความปลอดภัย (safety) ของผู้ป่วย การคำนึงถึงผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ตลอดจนการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยและครอบครัว

อย่างไรก็ดี ในปี ค.ศ.2021 การพัฒนาคุณภาพการให้บริการภายใต้กรอบคิดเรื่องประสบการณ์ผู้ป่วยก็ยังคงเป็นทิศทางที่ได้รับการตอบรับเป็นอย่างดี แต่ถึงกระนั้น Beryl Institute ได้ย้อนกลับไปสำรวจและทบทวนนิยามเพื่อพัฒนากรอบคิดในการพัฒนาระบบสาธารณสุขที่สอดคล้องกับพลวัตในโลกปัจจุบันมากยิ่งขึ้น โดยการศึกษาของ Wolf และคณะ (2021) (เป็นคณะวิจัยเดียวกันที่ทบทวนกรอบคิดเรื่องประสบการณ์ผู้ป่วยในปี ค.ศ.2014) พบว่ากรอบการนิยามและกรอบการทำงานที่เคยใช้ไม่สอดคล้องและไม่เพียงพอต่อความเปลี่ยนแปลงของปรากฏการณ์ด้านสุขภาพและประสบการณ์ของผู้คนที่มีต่อระบบบริการในปัจจุบัน พวกเขาจึงนำเสนอกรอบคิดที่ขยับขยายจากเดิม นั่นคือ กรอบคิดที่ว่าด้วย “ประสบการณ์มนุษย์” (human experience) ที่เป็นเหมือนดอกไม้ที่ค่อยๆ เติบโตจากรากเหง้าของ “ประสบการณ์ผู้ป่วย”

ปรากฏการณ์ที่ส่งผลอย่างสำคัญต่อการพัฒนากรอบคิด “ประสบการณ์มนุษย์” คือการระบาดระดับโลกของโรคโควิด-19 ซึ่งได้เปิดเผยให้เห็นความเปราะบางของระบบสาธารณสุขของแต่ละประเทศ โดยเฉพาะการย้อนกลับมาทำให้เรามองเห็นความสำคัญของการดูแลบุคลากรทางการแพทย์ เพราะพวกเขาในฐานะผู้ทำหน้าที่ดูแลผู้อื่น แต่คุณภาพชีวิตของพวกเขา มักจะถูกละเลยหรือไม่ได้รับการใส่ใจดูแลมากเท่าที่ควร และประสบการณ์ของบุคลากรก็มีความสำคัญต่อระบบสาธารณสุขไม่น้อยไปกว่าประสบการณ์ของคนกลุ่มอื่น นอกจากโรคระบาดครั้งใหญ่แล้ว ปัญหาอคติทางเชื้อชาติที่แฝงฝังอย่างเป็นระบบ (systemic racism) ในสังคมและความไม่เป็นธรรมในการเข้าถึงระบบบริการสุขภาพก็ยังเป็นปัญหาสำคัญที่ต่างส่งผลกระทบซึ่งกันและกัน

ทั้งปรากฏการณ์ของโรคระบาดระดับโลกและปัญหาอคติทางเชื้อชาติเป็นแรงผลักดันที่ทำให้เกิดการทบทวนทิศทางการพัฒนาระบบสาธารณสุขที่ให้คำนึงถึงความเปราะบางของความเป็นมนุษย์ที่ไม่ว่าจะเป็นมนุษย์ในตำแหน่งหน้าที่การงานใดหรือเชื้อชาติใดก็ตามต่างเผชิญร่วมกัน และในขณะเดียวกัน การแก้วิกฤติเหล่านี้ก็ต้องอาศัยการทำความเข้าใจประสบการณ์มนุษย์อย่างเป็นองค์รวมและเน้นการสร้างร่วมมือระหว่างกัน กรอบคิดเพื่อพัฒนาระบบสาธารณสุขจึงขยับขยายและสร้างสายสัมพันธ์จากผู้ป่วยไปสู่บุคลากรทางการแพทย์ (healthcare workforce) และชุมชน (community) ดังแผนผังด้านล่าง



แผนผัง ประสบการณ์มนุษย์ในระบบสาธารณสุข
(Wolf et al., 2021)

อย่างไรก็ดี ก่อนที่จะขยายความกรอบคิดประสบการณ์มนุษย์ Wolf และคณะ ได้เน้นย้ำถึงแก่นหลักของการทำความเข้าใจประสบการณ์ในระบบสาธารณสุขที่ยังคงมีความต่อเนื่องมาจากกรอบคิดว่าด้วยประสบการณ์ผู้ป่วย ซึ่งมีองค์ประกอบหลัก 6 ประการ ได้แก่

ประการแรก ประสบการณ์ในฐานะที่เป็นกระบวนการต่อเนื่องของการดูแล (the continuum of care) ซึ่งไม่ได้จำกัดอยู่เฉพาะการดูแลในสถานพยาบาลหรือการดูแลทางคลินิกเท่านั้น แต่รวมถึงทุกจุดปะทะ (touch point) ที่ผู้ป่วยเข้าไปใช้บริการในหน่วยงานนั้น ๆ

ประการที่สอง ประสบการณ์ไม่อาจวัดได้ด้วยเครื่องมือเชิงปริมาณและไม่ได้เป็นเพียงผลที่ได้จากการทำแบบสอบถามซึ่งช่วยเก็บข้อมูลได้เพียงบางส่วนของเส้นทางของคนไข้ (patient journey) เท่านั้น แต่การเก็บข้อมูลประสบการณ์จำเป็นต้องทำความเข้าใจปฏิสัมพันธ์ทั้งหมดที่ผู้ป่วยเผชิญ รวมถึงผลกระทบที่ระบบบริการส่งผลต่อผู้ป่วยรายบุคคล รวมถึงครอบครัวของพวกเขา

ประการที่สาม ประสบการณ์มีรากฐานสำคัญอยู่ที่ความคาดหวัง (expectation) และความรับรู้ (perception) ของผู้คนกลุ่มต่าง ๆ ที่เข้ามาเกี่ยวข้องกับระบบบริการ พวกเขาเข้ามาพร้อมกับชุดของความเชื่อและความหวังซึ่งมีที่มาจากประสบการณ์ในอดีต และสิ่งเหล่านี้มีส่วนกำหนดให้ความเป็นจริงที่พวกเขาเผชิญเมื่อเข้ามาใช้บริการแต่ละครั้งมีความเฉพาะเจาะจงแตกต่างกันออกไป

ประการที่สี่ ประสบการณ์การเป็นสิ่งที่ถูกสร้างขึ้นจากหลักการของ “การดูแลที่มีผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง” (patient-centered care) รวมถึงการสร้างการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยและ

ครอบครัว ดังนั้น แนวทางการทำงานเพื่อสร้างประสบการณ์ที่ดีจึงเป็นสิ่งที่ครอบคลุมกว้างขวางมากกว่าพื้นที่และการดูแลทางคลินิกเท่านั้น

ประการที่ห้า ประสบการณ์มีลักษณะเชิงปัจเจกและมีความเฉพาะบุคคล (individual and personalized) ดังนั้น วิธีปฏิบัติและกระบวนการต่าง ๆ จึงจำเป็นต้องสอดคล้องกับความเฉพาะเจาะจงของปัจเจกบุคคล

ประการที่หก ประสบการณ์เป็นสิ่งที่มากกว่าความพึงพอใจ (satisfaction) เนื่องจากความพึงพอใจเป็นเพียงตัวชี้วัดสิ่งที่เกิดขึ้นในช่วงเวลาหนึ่งเท่านั้น แต่ประสบการณ์เป็นสิ่งที่บรรจุทุกสิ่งทุกอย่างตลอดกระบวนการที่เกิดขึ้น ทั้งการรับรู้ที่ผู้คนมีและเรื่องที่เขาบอกเล่าออกมา

จากความเข้าใจเรื่องประสบการณ์ข้างต้น นำมาสู่การพัฒนากรอบคิดและการนิยามประสบการณ์มนุษย์ที่ขยายจากคำจำกัดความเดิมของประสบการณ์ผู้ป่วย ซึ่งยังคงประกอบด้วยองค์ประกอบหลัก 4 ส่วน ได้แก่ ผลรวมของประสบการณ์ (sum of all interactions) วัฒนธรรมองค์กร (organization culture) ความรับรู้ของผู้ป่วยและครอบครัว (patient and family perception) และกระบวนการที่ต่อเนื่องของการดูแล (continuum of care) โดยแต่ละองค์ประกอบได้ถูกปรับปรุงให้เหมาะสมกับกรอบคิด “ประสบการณ์มนุษย์” ดังนี้

ผลรวมของประสบการณ์ ยังคงให้ความสำคัญกับประสบการณ์ทั้งหมดของการเข้ามาปฏิสัมพันธ์กับแต่ละจุดปะทะของระบบบริการ อย่างไรก็ตามได้ขยายจากการสนใจเฉพาะประสบการณ์ของผู้ป่วย มาสู่ประสบการณ์ของผู้คนกลุ่มอื่น ๆ โดยเฉพาะอย่างยิ่งบุคลากรทางการแพทย์ ครอบครัว รวมถึงผู้ดูแลภายใต้บริบทของสิ่งแวดล้อมและชุมชนที่มีความแตกต่างหลากหลาย

วัฒนธรรมองค์กร ไม่เพียงให้ความสำคัญกับผลกระทบจากวัฒนธรรมองค์กรที่ระบบบริการมีต่อผู้ป่วย แต่ต้องคำนึงถึงผลกระทบที่วัฒนธรรมดังกล่าวส่งผลโดยตรงต่อประสบการณ์การทำงานของบุคลากรทางการแพทย์เช่นกัน

ความรับรู้ของผู้ป่วยและครอบครัว ยังคงให้ความสำคัญกับเรื่องเล่าต่าง ๆ (stories) ที่ถูกบอกเล่า รวมถึงภาพขององค์กรที่ถูกรับรู้และถูกกล่าวถึง ซึ่งล้วนแล้วแต่มีอิทธิพลต่อความรู้ของมนุษย์ทั้งในฐานะที่เป็นสิ่งที่ส่งผลทางสังคม ทางอารมณ์ความรู้สึก และทางกายภาพ ผลลัพธ์เหล่านี้ต่างมีที่มาจาก การเข้ามาปฏิสัมพันธ์กับระบบสาธารณสุขทั้งสิ้น

กระบวนการที่ต่อเนื่องการดูแล ไม่ได้เป็นสิ่งที่จำกัดอยู่ภายใต้พื้นที่และขั้นตอนต่าง ๆ ในสถานพยาบาลหรือในทางคลินิกเท่านั้น แต่กระบวนการที่ต่อเนื่องของการดูแลยังเชื่อมโยงออกไปสู่ชุมชน รวมถึงระบบนิเวศที่ผู้คนใช้ชีวิตและในพื้นที่นั้น ๆ ที่ระบบสาธารณสุขกำลังทำงานอยู่ ดังนั้น การทำความเข้าใจกระบวนการที่ต่อเนื่องของการดูแลจึงไม่จำกัดอยู่ที่เส้นทางภายในการทำงานของระบบการแพทย์อีกต่อไป แต่เป็นการทำความเข้าใจวงจรชีวิตของการดูแล (care lifecycle) ที่แผ่ขยายออกไปสู่ประสบการณ์ของมนุษย์ในภาพรวม

ด้วยเหตุนี้ กรอบคิดว่าด้วยประสบการณ์มนุษย์ในที่นี้จึงเป็นการผนวกรวมผลรวมของปฏิสัมพันธ์ทั้งหมด ในทุก ๆ การเข้ามาสัมพันธ์กันระหว่างผู้ป่วย ครอบครัว ผู้ดูแล และบุคลากรทางการแพทย์ ซึ่งปฏิสัมพันธ์ดังกล่าวถูกขับเคลื่อนด้วยวัฒนธรรมของระบบการแพทย์ วัฒนธรรมองค์กร และระบบต่าง ๆ ที่เข้ามาทำงานอย่างต่อเนื่อง เพื่อสนับสนุนระบบนิเวศของการดูแลซึ่งปฏิบัติการอยู่ภายใต้กระบวนการที่เนื่องของการดูแลที่เชื่อมโยงกับชุมชนรวมถึงสิ่งแวดล้อมภายนอกที่มีการเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา

การทบทวนและพัฒนากรอบคิดดังกล่าว ทำให้ Beryl Institute เสนอให้ “ประสบการณ์มนุษย์” เป็นทิศทางของการพัฒนาคุณภาพระบบสาธารณสุขในยุค 2030 (Wolf, 2020) ซึ่งเป็นข้อเสนอที่นำไปประยุกต์ใช้ในเชิงปฏิบัติมากขึ้น โดยมีรากฐานสำคัญ 3 ประการ ได้แก่

ประการแรก ธรรมชาติอย่างตื่นตัวและมุ่งตรงไปสู่นโยบายของภาครัฐทุกระดับสากลและระดับท้องถิ่นในการสนับสนุนให้เกิดการเข้าถึงการดูแลที่กว้างขวางมากขึ้น และให้ความสำคัญกับประเด็นเรื่องความยั่งยืนรวมถึงมีความมุ่งมั่นอย่างแท้จริงในการสนับสนุนเรื่องการใส่ใจดูแลและประสบการณ์มนุษย์

ประการที่สอง ปรับเปลี่ยนกรอบการวัดประสบการณ์ โดยการประเมินอย่างเป็นองค์รวมทั้งในแง่ของความปลอดภัย คุณภาพ การบริการ และการมีส่วนร่วมซึ่งสะท้อนให้เห็นคุณค่าของการดูแล (value of care)

ประการที่สาม ขยายความเป็นหุ้นส่วน (partnership) และความร่วมมือ (collaboration) ทั้งระหว่างและภายในระบบสาธารณสุขเพื่อแลกเปลี่ยนทั้งแนวคิดและปฏิบัติการ รวมถึงค้นหาข้อมูลอย่างเปิดกว้างและตื่นตัวจากอุตสาหกรรมอื่น ๆ เพื่อให้การตอบสนองต่อความต้องการของผู้รับบริการมีประสิทธิภาพและสร้างผลลัพธ์ที่ดีขึ้นกว่าเดิม

ทั้งนี้ มียุทธศาสตร์ในการขับเคลื่อนที่ทั้งหน่วยงานทางสาธารณสุขและชุมชนควรนำมาพิจารณาร่วมกันเพื่อผลักดันให้การพัฒนาคุณภาพของระบบบริการมุ่งสู่ทิศทางของกรอบคิดประสบการณ์มนุษย์ ดังนี้

1.ปรับเปลี่ยนวิธีคิดของระบบบริการจากบริโภคนิยม (consumerism) มาสู่การสร้างความเป็นหุ้นส่วนกับผู้ป่วย เปิดโอกาสเกิดการออกแบบร่วม (co-designing) กับผู้ป่วยและญาติ รวมถึงการสร้างความปลอดภัยในการวัดประสิทธิภาพการทำงานและต้นทุนของการดูแล

2.สร้างประสบการณ์การดูแลที่แม่นยำโดยการใช้ข้อมูลและการวิเคราะห์แบบเรียลไทม์ ซึ่งส่งเสริมให้เกิดระบบที่เรียบง่ายไม่ซับซ้อน มีประสิทธิภาพ และขยายการเข้าถึงการดูแล ข้อมูล และความรู้

3.ให้ความสำคัญและตระหนักถึงประเด็นเรื่องภาระงานของบุคลากรทางการแพทย์ ศึกษาสถานการณ์ในปัจจุบันและในอนาคตเพื่อทำความเข้าใจสิ่งที่อาจบั่นทอนศักยภาพของบุคลากร และเพื่อสร้างประสบการณ์ที่ดีที่สุดให้กับพวกเขา

4.ปรับเปลี่ยนตัวแบบทางวิชาชีพของบุคลากรทางการแพทย์ โดยการสร้างรูปแบบการศึกษาแบบใหม่ให้กับบุคลากร โดยไม่ได้ฝึกฝนทักษะเฉพาะทางวิชาชีพเท่านั้น แต่ยังเน้นการศึกษาข้ามสาขาวิชา รวมถึงการเข้าไปรับรู้ประสบการณ์ชีวิตของผู้ป่วยและชุมชนในโลกแห่งความเป็นจริง

5.ยับยั้งขยายจากการจัดการโรคไปสู่การตระหนักถึงการสร้างคุณภาพชีวิตที่ดีของชุมชนตระหนักถึงข้อบกพร่องของระบบสาธารณสุขที่ยังไม่สามารถช่วยแก้ไขความเหลื่อมล้ำและสร้างความเป็นธรรมทางสุขภาพได้ และประเด็นนี้เป็นเรื่องเชิงระบบที่ไม่อาจจำกัดให้เป็นปัญหาของประเทศใดประเทศหนึ่ง

6.เข้าไปพบปะกับชีวิตจริงของผู้คนในสถานที่ที่พวกเขาใช้ชีวิต ในสถานที่ที่พวกเขาต้องการความช่วยเหลือ และติดตามไปยังที่ที่พวกเขาไป ทั้งที่บ้านและในชุมชน เพื่อให้การเดินทางเพื่อเข้าถึงระบบการดูแลของพวกเขาเป็นสิ่งที่ง่าย สะดวก และไร้รอยต่อ

โดยสรุป กรอบคิดว่าด้วย “ประสบการณ์มนุษย์” เป็นสิ่งที่ต่อยอดมาจาก “ประสบการณ์ผู้ป่วย” และเป็นหนึ่งในทิศทางของการพัฒนาคุณภาพระบบสาธารณสุขในยุค 2030 โดยการเสนอให้ระบบสาธารณสุขหันมาให้ความสำคัญกับประสบการณ์มนุษย์ซึ่งเกิดขึ้นจากปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้คนหลากหลายกลุ่มทั้งผู้ป่วย ครอบครัว ผู้ดูแล โดยเฉพาะอย่างยิ่งบุคลากรทางการแพทย์ และคำนึงถึงการสร้างความเชื่อมโยงระหว่างผู้คน ชุมชน และสิ่งแวดล้อม ภายใต้บริบทเฉพาะทางสังคมวัฒนธรรมที่ระบบบริการนั้น ๆ ตั้งอยู่ เพื่อให้การดูแลมีความละเอียดอ่อนและตอบสนองต่อความเป็นมนุษย์มากยิ่งขึ้น

ผู้เขียน

ชัชชล อัจฉนาภิตติ นักวิจัย

ฝ่ายวิจัยและส่งเสริมวิชาการ ศูนย์มานุษยวิทยาสิรินธร (องค์การมหาชน)

บรรณานุกรม

- Wolf J. A., Niederhauser, V., Marshburn, D. & LaVela, S.L. 2021. Reexamining “Defining Patient Experience”: The human experience in healthcare. *Patient Experience Journal*, 8(1), 16-29.
- Wolf, J. A. 2020. Human Experience 2030: A Vision for the Future of Healthcare. The Beryl Institute.
- Wolf J. A., Niederhauser, V., Marshburn, D. & LaVela, S.L. 2014. Defining Patient Experience. *Patient Experience Journal*, 1(1), 7-19.