



การดูแลที่ยึดผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง: บริการสุขภาพในศตวรรษที่ 21 Patient-Centered Care: Health Care Services for the 21st Century

พิมพิมล วงศ์ไชยา^{1*} อมาวสี อัมพันศิริรัตน์² และพินทอง ปินใจ¹

Pimpimon Wongchaiya^{1*}, Amavasee Ampansirirat², and Pintong Pinjai¹

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี พะเยา¹, วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี สงขลา²

บทคัดย่อ

ในยุคศตวรรษที่ 21 ปัญหาสุขภาพได้เปลี่ยนแปลงไป นั่นคือ การเพิ่มขึ้นของโรคไม่ติดต่อ และโรคเรื้อรัง และการเพิ่มขึ้นของอัตราผู้สูงอายุ นอกจากนี้ ประชาชนมีความสนใจเรื่องคุณภาพและความปลอดภัย ในการดูแลรักษาสุขภาพมากขึ้น และต้องการมีส่วนร่วมในการดูแลรักษามากขึ้น จึงได้มีความพยายามปรับปรุงรูปแบบของการให้บริการสุขภาพ เป็นการดูแลที่ยึดผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง ซึ่งจะช่วยให้ประสิทธิภาพการดูแลรักษาดีขึ้น และผู้รับบริการความพึงพอใจ ต่อบริการสูงขึ้น รวมทั้งลดค่าใช้จ่ายในการรักษา องค์การอนามัยโลก ได้สนับสนุนให้นำหลักการการดูแล ที่ประชาชนเป็นศูนย์กลาง มาบูรณาการในการให้บริการสุขภาพ อย่างไรก็ตาม มีอุปสรรคในการนำแนวคิดนี้ไปใช้ในการปฏิบัติ ส่วนหนึ่งเกิดจากความไม่เข้าใจต่อแนวคิด และทัศนคติของบุคลากร ผู้ให้บริการสุขภาพ ที่ยังไม่เปลี่ยนจากผู้ให้บริการเป็นศูนย์กลาง เป็นผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง การเตรียมผู้ให้บริการสุขภาพ ให้มีความรู้และความเข้าใจ และทักษะการดูแลที่ยึดผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง จึงเป็นขั้นตอนสำคัญที่จะช่วยให้ผู้ให้บริการสุขภาพมีความพร้อม ในการให้บริการสุขภาพแบบผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง บทความนี้อธิบายคำจำกัดความ และองค์ประกอบของการดูแล ที่ยึดผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง รวมทั้งอุปสรรคของการปฏิบัติ และแนวทางการนำแนวคิดสู่การปฏิบัติ

คำสำคัญ: การดูแลรักษาที่ยึดผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง, การบริการสุขภาพ, การเตรียมบุคลากรสุขภาพ

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: pimpimon.w@bcnpy.ac.th เบอร์โทรศัพท์ 081-9616204)



Abstract

In our starting 21st century, major health problems have changed from infectious diseases to non-communicable diseases and other chronic diseases, especially among aging population. Therefore, health care services have to be adjusted in order to suit health problems. Other important factors that lead to change in services includes needs of patients to receive safe and quality care, and involve in health care decision-making and care deliveries. The patient-centered care principle has been adopted as a fundamental for health care services. As positive results of integrating that principle has been reported; increasing quality of care and patient's satisfaction, and decreasing cost of health care. The WHO has called for a shift of health care management by integrating person-centered principle. However, major barriers to successfully integration are a lack of patient/person-centered care insight and skills, and negative attitudes of health care providers. This article examines definitions and characteristic of patient-centered care, major barriers and how to prepare health care providers for of patient-centered care.

Keywords: Patient/Person-Centered Care, Health Care Services, Preparing Health Care Professionals

บทนำ

กระทรวงสาธารณสุข ได้จัดทำแผนยุทธศาสตร์ชาติด้านสาธารณสุขระยะ 20 ปี โดยมุ่งลดการเหลื่อมล้ำ เพิ่มการเข้าถึงระบบสุขภาพ ตั้งเป้าหมายให้ประชาชนสุขภาพดี เจ้าหน้าที่มีความสุข ระบบสุขภาพยั่งยืน ขับเคลื่อนด้วยค่านิยมองค์กร ซึ่งหนึ่งในนั้นคือ People Centered Approach โดยการยึดประชาชน เป็นศูนย์กลาง ในการให้บริการสุขภาพ (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2559) สอดคล้อง กับยุทธศาสตร์ ขององค์การอนามัยโลก ที่เริ่มพัฒนาในทศวรรษที่ผ่านมาจนถึงปัจจุบัน ที่เน้นการดูแลสุขภาพที่ยึดประชาชนเป็นศูนย์กลาง อันเนื่องจากปัญหาของบริการสุขภาพ ในยุคปัจจุบันหลายประการ ซึ่งเกี่ยวข้องกับ ความเหลื่อมล้ำของการเข้าถึงบริการ บริการที่แยกส่วน และไม่มีคุณภาพ การรักษาพยาบาลที่เน้นการรักษาโรค และให้ความสนใจองค์ประกอบอื่นของมนุษย์น้อย การขาดการมีส่วนร่วมของผู้รับบริการ เนื่องจากมีความรู้ด้านสุขภาพไม่เพียงพอ และระบบการบริการที่ขาดความต่อเนื่อง (World Health Organization, 2016) ผลกระทบ ของการใช้เทคโนโลยี การเปลี่ยนแปลงองค์กร และค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ รวมถึงกระแสผลักดันในเรื่องสิทธิผู้ป่วย ในการร่วมคิดและตัดสินใจ (Greene, Tuzzio, Cherkin, 2012; Longtin, Sax, Leape, Sheridan, Donaldson & Pittet, 2010) องค์การอนามัยโลก จึงกำหนดให้การดูแลที่ยึดผู้รับบริการเป็นยุทธศาสตร์บริการสุขภาพสำคัญ และได้พัฒนากิจกรรมการทำงานเพื่อให้บรรลุเป้าหมาย (World Health Organization, 2016) จึงมีการผลักดัน ให้มีการเปลี่ยนแปลง จากระบบการให้บริการสุขภาพแบบเดิม ที่ผู้รับบริการไม่ได้มีส่วนร่วมคิด และร่วมตัดสินใจในการรักษาพยาบาลตนเองเท่าที่ควร อย่างไรก็ตาม แนวคิดนี้จะเกิดผล เมื่อทีมสุขภาพ ซึ่งประกอบด้วย



สหสาขาวิชาชีพ อาทิ แพทย์ พยาบาล เภสัช มีความเข้าใจ และได้รับการเตรียมที่เหมาะสม และมีจุดมุ่งหมายร่วมกัน

ดังนั้น การเตรียมบุคลากรให้มีความเข้าใจแนวคิด และสามารถนำไปใช้ในการปฏิบัติ จึงมีความจำเป็นและสำคัญในระยะแรกของการนำยุทธศาสตร์สู่การวางแผนปฏิบัติ บทความนี้มีจุดมุ่งหมาย คือ นำเสนอตัวอย่างแนวทางหลักการการดูแลที่ยึดผู้บริการเป็นศูนย์กลางไปใช้ในการเรียนการสอนบุคลากรสุขภาพเพื่อพัฒนาผู้เรียนให้เกิดความตระหนัก และเกิดทักษะการดูแลที่ยึดผู้บริการเป็นศูนย์กลาง โดยเริ่มจากการอธิบายคำจำกัดความและองค์ประกอบของการดูแล ที่ยึดผู้บริการเป็นศูนย์กลาง อุปสรรคของการนำแนวคิดสู่การปฏิบัติ และแนวทางการเตรียมความรู้และทักษะการดูแลที่ยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง

ความหมายและองค์ประกอบของการดูแลที่ยึดผู้บริการเป็นศูนย์กลาง

มีการใช้คำศัพท์ที่มีความหมายใกล้เคียงกัน เช่น การดูแลที่ยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (Patient-Centered Care) และการดูแลที่ยึดบุคคลเป็นศูนย์กลาง (Person-Centered Care) นอกจากนี้ยังมีคำอื่น อาทิ Patient Participation, Patient Involvement หรือ Patient Engagement การให้ความหมายการดูแลที่ยึดผู้บริการเป็นศูนย์กลาง จึงแตกต่างกันไปบ้าง ขึ้นอยู่กับบริบทของสถาบัน หรือหน่วยงานที่นำไปใช้ (Small & Small, 2011) โดยทั่วไปเข้าใจกันว่า หมายถึง การดูแลที่ให้ผู้ป่วยและครอบครัว เป็นส่วนหนึ่งในการตัดสินใจและการดูแลรักษา (Huge, 2011) ในทางการแพทย์ คำที่มักใช้ คือ การดูแลที่ยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (Patient-Centered Care) (American Academic of Pediatrics, 2012; Epstein & Street, 2011) ซึ่งหมายถึง บุคคลที่ได้รับการดูแลรักษา และครอบครัวหรือผู้ที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วย สำหรับคำว่า การดูแลที่ยึดบุคคลเป็นศูนย์กลาง (Person-Centered Care) มีนัยยะที่หมายถึงอิสรภาพของบุคคล ในการเลือกและตัดสินใจ ในบริบทของบริการสุขภาพที่กว้างกว่า สามารถใช้ครอบคลุมกลุ่มผู้บริการสุขภาพ ที่มีความหลากหลายมากกว่า (Zhoa, Gao, Wang, Lio, & Hao, 2016) ส่วนการดูแลที่ยึดประชาชนเป็นศูนย์กลาง (People Centered Care) จะครอบคลุมถึงการมีส่วนร่วมของชุมชนในเชิงนโยบาย จึงมีความหมายที่กว้างกว่า Patient/Person Centered Care

การดูแลที่ยึดผู้บริการ หมายถึง การดูแลรักษาที่เน้นผู้บริการเป็นสำคัญ บนพื้นฐานความร่วมมือกันระหว่างผู้ป่วย กับทีมรักษาพยาบาล ในการวางแผนการดูแล การให้การดูแล และการประเมิน (American Academic of Pediatrics (AAP), 2012) โดยปฏิบัติต่อผู้บริการอย่างเคารพนับถือ ในคุณค่าและศักดิ์ศรีของบุคคล ให้การดูแลที่ตอบสนองต่อความต้องการ ค่านิยม และการเลือกของผู้บริการ (Institute of Medicine, 2001) ตระหนักถึงความแตกต่างของบุคคล การปกป้องศักดิ์ศรีของบุคคล การเคารพสิทธิ และการตัดสินใจ และการมีสัมพันธภาพที่ผลต่อการบำบัดระหว่างผู้ให้บริการ และผู้บริการ อันเกิดจากการไว้วางใจ และความเข้าใจซึ่งกันและกัน (Australian College of Nursing, 2014; McCormack, Dewing & McCane, 2011) และแม้ว่าวิธีการดูแลรักษาที่ใช้ จะมีแนวทางที่มีหลักฐานเชิงประจักษ์ แต่ต้องคำนึงถึงการเลือก และตัดสินใจของผู้ป่วย การยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง เป็นทั้งจริยธรรมของการปฏิบัติงาน สิทธิของผู้บริการ และเป็นคุณภาพของการให้บริการ (Epstein & Street, 2011)

องค์ประกอบของการดูแล ที่ยึดบุคคลเป็นศูนย์กลาง ครอบคลุมถึง ความเสมอภาค การเคารพในศักดิ์ศรีระหว่างผู้ให้บริการ และผู้บริการ และการยอมรับความแตกต่าง ไม่ว่าจะเป็นเชื้อชาติ ศาสนา หรือสีผิวการ



ยอมรับทางเลือก และค่านิยมของผู้รับบริการ การมีส่วนร่วมของผู้รับบริการ และครอบครัวในการตัดสินใจ การร่วมมือของทีมสุขภาพในการวางแผน และดูแลผู้รับบริการ การคำนึงถึงมิติทางด้านอื่น ๆ ของผู้รับบริการที่นอกเหนือไปจากปัญหาทางกาย ที่อาจส่งผลต่อสุขภาพกายและใจ ของผู้รับบริการ การสื่อสารเพื่อการประคับประคองจิตใจ ทั้งผู้ป่วยและญาติ และเพื่อให้ข้อมูลที่ถูกต้อง เชื่อถือได้ การสอนและการเสริมสร้างศักยภาพ ให้สามารถดูแลตนเอง และมีความมั่นใจ ความต่อเนื่องของบริการและยึดหยุ่น (AAP, 2012; Meed & Bower, 2000; Gerteis, Edgemen Levitan, Darly & Delbango, 1993)

รูปแบบการดูแลที่ยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ถูกพัฒนาหลายรูปแบบ อย่างไรก็ตามมีแนวคิดร่วมกัน ซึ่ง Constand, MacDermid, Bello-Has & Law (2014) ได้ทำการทบทวนอย่างเป็นระบบ ซึ่งพบว่า มีองค์ประกอบร่วม คือ การสื่อสาร (Communication) การร่วมมือ (Partnership) และการส่งเสริมสุขภาพ (Health Promotion) ทั้งนี้ การสื่อสารครอบคลุมถึงการให้ข้อมูล การแสดงถึงความห่วงใย ความเข้าใจ และการเสริมพลังอำนาจ และการไวต่อความต้องการของผู้ป่วย ส่วนการร่วมมือ หมายถึง การร่วมมือกับผู้ป่วยและทีมสุขภาพ และการส่งเสริมสุขภาพ หมายถึง การใช้การจัดการรายกรณี และการใช้ทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพในการส่งเสริมสุขภาพ

จะเห็นได้ว่า การดูแลที่ยึดผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง ไม่ใช่แค่การตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการ แต่หมายถึงความร่วมมือกับผู้ป่วยและครอบครัว บนพื้นฐานของการยอมรับ นับถือซึ่งกันและกันระหว่างผู้ให้บริการและผู้รับบริการ เพื่อให้ผู้รับบริการมีลดความเจ็บป่วยทางกาย และใช้ศักยภาพที่มีอยู่ในการดูแลตนเองได้ดีขึ้น ตระหนักถึงความรับผิดชอบในการดูแลสุขภาพตนเอง ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดมนุษยนิยม ซึ่งเน้นความเข้าใจถึงความต้องการของบุคคล และเชื่อมั่นในศักยภาพของมนุษย์ นอกจากนี้ยังคำนึงถึงองค์รวมของผู้รับบริการ ทั้งนี้ โดยอาศัยการสื่อสารเป็นเครื่องมือสำคัญในการให้ข้อมูล และทำความเข้าใจมิติทางกาย จิต และสังคมของผู้รับบริการ เพื่อร่วมมือกับผู้ให้บริการหาทางเลือกที่เหมาะสม เป็นประโยชน์สูงสุด ดังนั้น ผู้ให้บริการที่ให้ความสำคัญกับการดูแลที่ผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง จะพยายามทำความเข้าใจความต้องการของผู้ป่วย และยอมรับนับถือความเป็นบุคคลของผู้ป่วย และสร้างเสริมสมรรถนะของผู้ป่วยให้สามารถดูแลตนเองและจัดการความเจ็บป่วยของตนเองได้

อุปสรรคการนำแนวคิดสู่การปฏิบัติ

แม้ว่าการดูแลที่ยึดผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง จะเป็นแนวคิดที่เป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาคุณภาพของบริการสุขภาพ การนำแนวคิดนี้สู่การปฏิบัติยังมีอุปสรรค ที่เกิดจากทั้งทางฝ่ายผู้รับบริการ และผู้ให้บริการ ปัจจัยที่ทำให้ผู้รับบริการมีส่วนร่วมน้อย มักเกี่ยวข้องกับองค์ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับความเจ็บป่วยไม่เพียงพอ (รัชนิ นามจันทร์, 2552; Longtin, et al., 2010) นอกจากนี้ยังเกี่ยวข้องกับทัศนคติของผู้ป่วยในการมีส่วนร่วมดูแล และสัมพันธ์ภาพกับผู้ให้บริการ ความไม่พร้อมของผู้ป่วย การขาดความมั่นใจในการมีส่วนร่วม ขาดความเข้าใจจากบุคลากร และระบบที่ไม่สนับสนุน (จันทร์ พรหมน้อย, เพลินพิศ ฐานิวัฒน์านนท์ และประนอม หนูเพชร, 2548; Larrison, Sahsten, Segesten & Plos, 2011; Longtin, Sax, Leape, Sheridan, Donaldson & Pittet, 2010, Sherman & Hilton, 2014) ปัจจัยส่วนบุคคลมีมักเกี่ยวข้องกับระดับของการมีส่วนร่วม ในการตัดสินใจในการดูแลรักษา อาทิ ผู้สูงอายุมีความต้องการมีส่วนร่วมน้อยในการรักษา ผู้ป่วยที่ระดับการศึกษา และ

วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้

The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health

สถานะทางเศรษฐกิจสังคม ที่ต่ำกว่ามักมีส่วนร่วมในการตัดสินใจในการดูแลรักษาน้อยกว่า และปัจจัยด้านผู้ที่มีความเจ็บป่วยที่รุนแรงต้องการมีส่วนร่วมในการดูแลรักษาน้อย (Longtin, Sax, Leape, Sheridan, Donaldson, & Pittet, 2010) สำหรับอุปสรรคด้านบุคลากร มีการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างพยาบาล พบว่า อุปสรรคเกิดจาก 3 ด้าน คือ ด้านทีมงานทำงาน ปัญหาส่วนตัว และด้านองค์กร ได้แก่ การขาดความเข้าใจร่วมกันในทีมสุขภาพเกี่ยวกับการดูแลที่ยืดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ปัญหาส่วนตัวจากการขาดแรงจูงใจเนื่องจากงานหนัก ค่าตอบแทนน้อย และปัญหาในการบริหารจัดการบุคคล เช่น ความขัดแย้งในทีม ขาดการสนับสนุนการพัฒนาตนเอง ขาดการยอมรับและชื่นชม (Esmaili, Ali Cheraghi & Salsali, 2014) นอกจากนี้ บุคลากรยังมีทัศนคติว่าตนเป็นผู้ที่รู้มากกว่า ไม่ยอมรับการมีส่วนร่วมของผู้ป่วย (Longtin, Sax, Leape, Sheridan, Donaldson & Pittet, 2010) บางส่วนคิดว่าตนเองเข้าใจแนวคิด และได้นำปฏิบัติแล้ว ซึ่งในความเป็นจริงยังไม่ถูกต้อง (Griffith, 2014) จะเห็นได้ว่า อุปสรรคสำคัญประการหนึ่ง ของการนำการนำแนวคิดไปปฏิบัติด้านผู้ให้บริการ เกิดจากความไม่เข้าใจแนวคิดและทัศนคติที่ยังไม่ปรับเปลี่ยน ดังนั้น การเตรียมผู้ให้บริการจึงเป็นส่วนสำคัญ ที่จะนำไปแนวทางการดูแลที่ยืดผู้รับบริการไปสู่การปฏิบัติอย่างมีประสิทธิภาพ

แนวทางการเตรียมบุคลากรในการดูแลที่ยืดผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง

วิธีการที่นำมาไปใช้ในการสอนนักศึกษา ให้เกิดทักษะและมีความตระหนัก ในการดูแลที่ยืดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ได้แก่ การสอนทักษะการสื่อสาร การสะท้อนคิด การเป็นแบบอย่าง ร่วมกับการสอนเนื้อหาที่เกี่ยวกับดูแลที่ยืดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง การสื่อสารซึ่งถือว่าเป็นพื้นฐานสำคัญ ของการดูแลที่ยืดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง มีผลดีต่อความพึงพอใจ การปฏิบัติตามแผนการรักษาของผู้รับบริการ และการดูแลตนเองในกลุ่มที่เป็นโรคเรื้อรัง ตัวอย่างหลักสูตรที่เน้นการสื่อสาร มักพบในการเตรียมนักศึกษาแพทย์ (Levinson, Lesser & Epstein, 2010) พบว่า มีหลายแห่งที่เน้นปรับเปลี่ยนการสื่อสาร ที่มีความเข้มข้นมากน้อยต่างกัน และการฝึกมีการใช้สถานการณ์จำลอง ร่วมกับการใช้ผู้ป่วยมาตรฐาน (Standard Patients) บางแห่งมีการบูรณาการแนวคิดการดูแลที่ยืดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ในหลักสูตร ร่วมกับการสื่อสารระหว่างแพทย์ กับผู้ป่วย (Communication) และที่จะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถนำข้อมูลความรู้ไปใช้ในการดูแลสุขภาพได้อย่างเป็นรูปธรรม ผลของการฝึกการสื่อสาร ขึ้นอยู่กับผลลัพธ์ของแต่ละโปรแกรม ที่ต้องการเนื่องจากรูปแบบของโปรแกรมมีหลากหลาย และขอบเขตของการดูแลที่ยืดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางกว้าง และซับซ้อน แต่ละแห่งจึงออกแบบผลลัพธ์และการประเมินผลลัพธ์ที่แตกต่างกัน นอกจากนี้ ประสิทธิภาพของหลักสูตรหรือโปรแกรม ยังขึ้นกับความเข้มข้นของการออกแบบการสอนและการฝึก

ตัวอย่าง หลักสูตร เช่น คณะแพทย์ของมหาวิทยาลัยมิชิแกน (Parent, Jones, Phillips, Stojan & House, 2016) ได้จัดเพิ่มเติมวิชาสองวิชา ที่จะช่วยพัฒนานักศึกษาแพทย์ให้เข้าใจ และสามารถประยุกต์แนวคิดการดูแลที่ยืดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง เรียกว่าวิชาการเป็นแพทย์ (Doctoring) ซึ่งเน้นการความเอื้ออาทร (Caring) ต่อผู้ป่วย ครอบครัว และชุมชน ประกอบด้วยเนื้อหา และการสอนทักษะในการร่วมมืออย่างใกล้ชิดกับผู้ป่วย (Partnership) และการเยี่ยมบ้าน เพื่อช่วยปลูกฝังจิตใจที่ละเอียดอ่อนและเรียนรู้ทักษะทางคลินิกด้วยในขณะเดียวกัน และวิชาประสบการณ์พื้นฐานทางคลินิก ซึ่งสอนเกี่ยวผู้ป่วย ทีม และระบบ ทั้งสองวิชานี้ มุ่งเน้นพัฒนาการสื่อสารระหว่างนักศึกษาแพทย์กับผู้ป่วย



การเตรียมนักศึกษาเภสัชเกี่ยวกับการดูแลที่ยืดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ของมหาวิทยาลัยแคลิฟอร์เนีย ที่ซานฟรานซิสโก มีวัตถุประสงค์หลัก คือ สร้างความตระหนักถึงการใส่ใจผู้รับบริการด้วยหัวใจ ซึ่งสอนโดยวิทยากร ภายนอก ใช้กรณีศึกษา การสะท้อนคิดในกลุ่มย่อยและการเขียนบันทึก การสอนใช้เวลา 1 เครดิต มี 5 ตอน 1 ประกอบด้วย 1) การอยู่กับผู้รับบริการอย่างใส่ใจและไม่ตัดสิน 2) การใส่ใจต่อตนเองโดยสะท้อนให้ตระหนัก ถึงความสมดุลการดำเนินชีวิตของตนเอง การตระหนักถึงผลของกายและจิตที่มีต่อสุขภาพ 3) ผลของการอยู่กับ ผู้ป่วยและการฟังต่อการเยียวยา 4) เปิดโอกาสให้ผู้เรียนได้เรียนรู้และรับรู้ถึงความสุขที่ได้เป็นผู้ให้ในฐานะ ผู้ประกอบวิชาชีพ และ 5) การสะท้อนคิดประสบการณ์ของผู้เรียนในการสร้างพื้นที่ปลอดภัย (Safe Zone) ในขณะที่ปฏิสัมพันธ์กับผู้รับบริการ การประเมินทำโดยการสะท้อนคิดเมื่อสิ้นสุดการเรียนและใช้แบบประเมิน (Klempay, 2012)

สำหรับพยาบาล ซึ่งเป็นบุคลากรสำคัญของการให้บริการด้านสุขภาพ และคุณภาพการพยาบาลเป็น ปัจจัยสำคัญอันหนึ่ง ที่มีผลต่อความพึงพอใจของบริการสุขภาพ (Small & Small, 2011) การเตรียมพยาบาลให้ เป็นผู้ที่ตระหนักถึงความสำคัญของการดูแลที่ยืดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง และสามารถนำไปใช้ได้ จะเป็นก้าวสำคัญ ของคุณภาพของการดูแลในการค้นคว้าครั้งนี้ พบว่า มีการศึกษาทางการพยาบาลที่นำหลักการนี้ ไปใช้ไม่มากนัก อาจเนื่องจากการศึกษาพยาบาล ได้ใช้แนวคิดและหลักการที่คล้ายกันไปไข้อยู่แล้วในหลักสูตร หลักสูตรส่วนใหญ่ได้บูรณาการมนุษยศาสตร์ และจิตวิทยาในศาสตร์ และศิลปะการพยาบาล และทฤษฎีทางการพยาบาล หลาย ทฤษฎีพัฒนามาจากแนวคิดทางมนุษยวิทยา และจิตวิทยา ตัวอย่างทฤษฎีทางการพยาบาล ที่พัฒนาจากทฤษฎี จิตวิทยากลุ่มมนุษยนิยม เช่น ทฤษฎีการดูแลที่บุคคลเป็นศูนย์กลาง (Human Centered Care)

Susan Kleiman นักทฤษฎีทางการพยาบาล กล่าวว่า การพยาบาลที่ยืดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง เป็น พื้นฐานของคุณภาพการพยาบาล โคลแมน พัฒนาทฤษฎี การดูแลที่ยืดบุคคลเป็นศูนย์กลาง (Human Centered Care) จากพื้นฐานทฤษฎีการพยาบาลเชิงมนุษยนิยม (Humanistic Nursing) ที่พัฒนาโดย แพทเทอร์สัน และเซดราด (Patterson and Zderad) ทฤษฎีการดูแลที่ยืดบุคคลเป็นศูนย์กลาง ของโคลแมน เน้นความสัมพันธ์ระหว่าง พยาบาลกับผู้ป่วย เป็นส่วนสำคัญของการพยาบาล การพยาบาลที่ยืดบุคคลเป็นศูนย์กลาง เน้นความจำเป็นของ ความรู้ที่เป็นศาสตร์ ความรู้ และความเข้าใจเกี่ยวกับชีวิต ความเข้าใจต่อความต้องการของมนุษย์อย่างลึกซึ้ง พยาบาลต้องตระหนักถึงความแตกต่าง และที่มาของแต่ละบุคคล ไม่ตัดสินบุคคลอื่นจากค่านิยม และประสบการณ์ ของตนเอง การมีความห่วงใย สนใจต่อผู้อื่น และต่อตนเอง การอยู่เคียงข้าง และสร้างความไว้วางใจ และด้วยวิธี เหล่านี้ จะทำให้ผู้ป่วยได้ตระหนักในศักยภาพของตนเอง สามารถจัดการกับสุขภาพ และความเจ็บป่วยของตนเอง ในขณะที่เดียวกัน พยาบาลจะเกิดความเข้าใจตนเอง และสามารถพัฒนาความสามารถของตนเองได้อย่างเต็ม ศักยภาพ โคลแมน ได้เสนอวิธีการจัดการเรียนการสอนพยาบาล ที่ใช้หลักการของมนุษยนิยม ซึ่งประกอบด้วย การสอนแนวคิด มนุษยนิยม และแนวคิดอัตถิภาวะนิยม และการสะท้อนคิดปรากฏการณ์ (Phenomenological Reflection) ซึ่งจะทำให้เข้าใจผู้ป่วย และเข้าใจธรรมชาติของปรากฏการณ์ ต่าง ๆ ที่นักศึกษาจะได้พบ ในการ ปฏิบัติการพยาบาล และธรรมชาติของมนุษย์อย่างลึกซึ้ง บนพื้นฐานที่ตระหว่างอาจารย์กับนักศึกษา โดยใช้สุนทรีย สนทนา (Dialogue) เป็นเครื่องมือ (Kleiman, 2007) จะเห็นได้ว่า แนวคิดของโคลแมน นำเอาทั้งการสื่อสาร การสะท้อนคิด มาเป็นเป็นเครื่องมือในการสอน

Smith-Stoner (2011) ใช้การดูแลแบบผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (Patient-Centered Care) ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย โดยเน้นการสื่อสารกับครอบครัวและญาติที่เข้าใจง่าย และการเปิดโอกาสให้ซักถาม และการฟัง ทุกขั้นตอนให้ตระหนักถึงการดูแลที่ยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางของ Meed & Bower (2000) ได้แก่ กาย-จิต-สังคม ผู้ป่วยในฐานะบุคคล การมีอำนาจ และความรับผิดชอบร่วม การร่วมมือเพื่อบำบัด และแพทย์หรือทีมสุขภาพอื่น ๆ ในฐานะบุคคล วิธีการสอนหลักที่ใช้ คือ การเป็นตัวแบบ (Role Model) โดยเฉพาะอย่างยิ่งการเป็นแบบอย่างในการสื่อสาร ซึ่งอาจสาธิตโดยใช้ Simulation กับ สถานการณ์ ในห้องปฏิบัติการ อีกวิธีที่ใช้ช่วยให้ผู้เรียนเกิดการเรียนรู้ คือ ใช้หลักการของวิธีการเรียนรู้ (Ways of Knowing) สี่ด้านของ Carpers (1978) ได้แก่ การทบทวน และเรียนรู้จากประสบการณ์ การใช้ศิลปะและความงาม ความรู้ที่เป็นศาสตร์ และทฤษฎี การเรียนรู้ในแง่มุมมอง จริยธรรม และกฎหมาย และด้านความเท่าเทียมและค่านิยมในสังคมของ Chinn & Kramer (2010) ทั้งหมดอยู่บนพื้นฐานความสัมพันธ์ เพื่อความร่วมมือระหว่างผู้ป่วยกับพยาบาล สมิต สโตนเนอร์ ยังเน้นความสัมพันธ์ที่เอื้ออาทรระหว่างผู้เรียนกับผู้สอน ซึ่งจะเป็นแบบอย่างที่ดีของการเรียนรู้ที่จะนำไปสู่การเปลี่ยนแปลง การเรียนการสอนควรยึดผู้เรียนเป็นศูนย์กลางด้วย (Student-Centered)

หลักสูตรพยาบาลศาสตร์ ของสถาบันในสังกัดสถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข อาศัยกรอบแนวคิด การดูแลที่ยึดผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง ในการกำหนดอัตลักษณ์ของบัณฑิต ประกอบด้วย การมีจิตบริการ การคิดวิเคราะห์ และการมีส่วนร่วมของผู้รับบริการ และการคำนึงถึงสิทธิของผู้รับบริการ นับว่าเป็นนโยบายสำคัญของส่วนกลาง ของกระทรวงสาธารณสุข ที่จะผลักดันให้เกิดการการดูแลที่ยึดผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง ในขั้นตอนการเตรียมบุคลากร เพื่อให้บัณฑิตได้นำแนวคิดไปสู่การปฏิบัติงาน กิจกรรมการเรียนการสอนที่ส่งเสริมให้เกิดอัตลักษณ์ อาทิ การเรียนรู้จากสภาพจริง (Authentic Learning) เพื่อสร้างความตระหนักถึงความแตกต่าง และความเข้าใจบริบท และที่มาของผู้รับบริการแต่ละคนซึ่งอาจเกี่ยวข้องกับพฤติกรรม สุขภาพ และปัญหาสุขภาพ การนำเอาแนวทางของสุนทรียสนทนามาประยุกต์ใช้ เพื่อสร้างทัศนคติที่ไม่ตัดสินผู้อื่นด้วยความรู้ และประสบการณ์ของตนเอง โดยการฟังอย่างลึกซึ้ง และแขวนลอยความคิดไม่ตัดสินผู้อื่น ยอมรับผู้อื่น การเรียนรู้เกี่ยวกับจิตบริการด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ การคิดอย่างเป็นระบบในสังคมพหุวัฒนธรรม และระบบครอบครัวเสมือน ซึ่งมีการศึกษาผลการพัฒนาทั้งอาจารย์ และอาจารย์พี่เลี้ยง ซึ่งพบว่า เป็นสามารถพัฒนาจิตบริการด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ ของอาจารย์และอาจารย์พี่เลี้ยงได้ และสามารถนำไปใช้ในการถ่ายทอดต่อไปได้ (ศุภกิจ เจริญสุข, จรัสศรี เพชรคง และพัทธวรรณ ชูเลิศ, 2558; เพลินตา พรหมบัวศรี, จิรียา อินทนา, กัลยา ศรีมหันต์ และเยาวลักษณ์ มีบุญมาก, 2558)

อย่างไรก็ตาม แม้ว่าจะมีการเตรียมบุคลากรในระบบการศึกษา หรือการอบรมเกี่ยวกับการดูแลที่ยึดผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง ยังมีปัจจัยที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการนำหลักการไปสู่การปฏิบัติ (McCormick, Dewing & McCane, 2011) กล่าวถึง ปัจจัยที่สำคัญ คือ บริบท ซึ่งได้แก่ วัฒนธรรมองค์กร วัฒนธรรมการเรียนรู้ และสิ่งแวดล้อมทางกายภาพของหอผู้ป่วย หรือโรงพยาบาล ซึ่งเป็นสิ่งที่ทำลาย การเปลี่ยนแปลงระดับบุคคลไม่สามารถนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงได้ การนำเอาไปใช้ต้องศึกษาวัฒนธรรมองค์กรของแต่ละที่ได้แก่ ค่านิยม ลักษณะการทำงานเป็นทีม ซึ่งมีความแตกต่างกันออกไป วัฒนธรรมการ สิ่งที่สนับสนุนการเรียนรู้ และสิ่งแวดล้อมที่สนับสนุนการดูแลที่ยึดผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง เช่น ให้ความสำคัญกับความงาม ไม่มุ่งุนาย



สรุป

การดูแลที่ยืดผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง เป็นหลักการที่ถูกกล่าวถึงมาก และมุ่งหวังให้มีการนำไปใช้ให้เกิดผลดีต่อสุขภาพ ของผู้ป่วยและประชาชนทั่วไป อย่างไรก็ตามสำหรับประเทศไทย ยังไม่มีแนวปฏิบัติที่ชัดเจน ซึ่งเกิดจากความไม่พร้อมของบุคลากร อันเกิดจากการขาดความเข้าใจบทบาทของผู้ดูแล ที่ยืดผู้รับบริการเป็นศูนย์กลางในระดับผู้ปฏิบัติ การเตรียมระดับบุคคล และระดับองค์กร ยังพบว่ามีน้อย ทั้งระดับวิทยาลัย หรือมหาวิทยาลัย และหลังจากเข้าปฏิบัติงาน สอนให้ผู้เรียนเกิดการเรียนรู้เกี่ยวกับการดูแลที่ยืดผู้รับบริการ เป็นศูนย์กลาง มีองค์ประกอบสำคัญ คือ การให้ความรู้และสร้างความเข้าใจ แนวคิดที่เกี่ยวข้องกับการดูแลที่ยืดผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง และการสอนทักษะที่สำคัญได้แก่การสื่อสาร (Communication) การสนทนา (Dialogue) และการสะท้อนคิด (Reflection) บนพื้นฐานการมีสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้สอนกับผู้เรียน เพื่อเป็นแนวทางที่เป็นแบบอย่าง การสร้างความสัมพันธ์ภาพกับผู้ป่วยและครอบครัว และฝึกฝนจิตใจและทักษะ ให้ตระหนักถึงความรัก และเอื้ออาทรต่อผู้อื่น อย่างไรก็ตามยังมีการดูแลที่ยืดผู้รับบริการเป็นศูนย์กลางมีหลากหลายรูปแบบ รูปแบบอื่น ๆ ที่เน้นการสร้างเสริมศักยภาพผู้ป่วย ให้สามารถดูแลตนเองได้ โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยที่เป็นโรคเรื้อรัง เช่น ทักษะการจัดการตนเอง ซึ่งมีความซับซ้อนมากกว่า และมีความจำเพาะกับบริบทของผู้ป่วย หรือสถานบริการ จึงมักสอนในระดับบุคลากร ที่มีประสบการณ์ในการทำงานแล้ว ดังนั้น จึงไม่ได้กล่าวถึงในที่นี้

ข้อเสนอแนะ

ด้านการศึกษา

การพัฒนาการให้บริการด้านสุขภาพ ให้มีคุณภาพ ปลอดภัย และผู้รับบริการมีความพึงพอใจ ควรเริ่มจากการนำเอาหลักการการดูแลที่ยืดผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง มาใช้ในการผลิต และการเตรียมบุคลากรให้มีความรู้ ความตระหนัก และมีทักษะที่จำเป็นในการดูแลที่ยืดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ทั้งนี้โดยการผลิตนักศึกษา และเตรียมบุคลากร ควรบูรณาการในหลักสูตรที่สอนที่มีการออกแบบอย่างเป็นระบบ และมีขั้นตอนชัดเจนสามารถปฏิบัติได้ หลักสูตรควรมีความเข้มข้น และต่อเนื่องเพื่อให้เกิดผลจริง และทำในทุกกลุ่มสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง เพื่อเกิดค่านิยมร่วมของวิชาชีพสาขาสุขภาพ จนเกิดเป็นวัฒนธรรมขององค์กรในการดูแลสุขภาพ

ด้านบริการสุขภาพ

การนำหลักการการดูแลที่ยืดผู้รับบริการเป็นศูนย์กลางไปใช้ ต้องอาศัยความมุ่งมั่น และเวลา มีการออกแบบขั้นตอน และการประเมินผลที่ชัดเจน เนื่องจากเป็นการทำงานร่วมกันเป็นทีม อันประกอบด้วยหลายสาขาวิชาชีพ ซึ่งอาจได้รับการเตรียมมาแตกต่างกัน และไม่เท่ากัน แต่ละหน่วยบริการจึงควรมีการพัฒนาบุคลากร ให้มีเป้าหมายร่วมกัน และพัฒนาแนวทางปฏิบัติ ซึ่งควรให้ผู้ปฏิบัติมีส่วนร่วม ในบรรยากาศที่มีความเอื้ออาทร และการสนับสนุนเชิงนโยบายที่ชัดเจน จากผู้บริหารที่มีความมุ่งมั่นให้เกิดการเปลี่ยนแปลง นอกจากนี้บรรยากาศการทำงานที่เน้นการมีส่วนร่วม และการนับถือซึ่งกันและกัน จะเป็นแบบอย่างที่ดีที่จะนำไปสู่การปฏิบัติต่อผู้รับบริการที่ยืดผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง

ด้านการวิจัย

ควรมีการวิจัยเกี่ยวกับ การใช้หลักการการดูแลที่ยืดผู้รับบริการ เนื่องจากขาดวิจัยพื้นฐานเกี่ยวกับเรื่องนี้ และควรมีการวิจัยเชิงปฏิบัติการ หรือวิจัยเชิงพัฒนา ทั้งในการจัดการศึกษา และฝึกอบรม เพื่อพัฒนารูปแบบการนำไปใช้ เพื่อช่วยให้การนำไปใช้เป็นระบบ



รายการอ้างอิง

- จันทร์หา พรหมน้อย, เพลินพิศ ฐานิวัฒนานนท์ และประนอม หนูเพชร. (2548). ปัจจัยทำนายการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลผู้สูงอายุในโรงพยาบาล: กรณีศึกษาโรงพยาบาลสงขลานครินทร์, *สงขลานครินทร์เวชสาร*, 23(6): 406-412.
- รัชนี้ นามจันทร์หา. (2552). การดูแลที่เน้นผู้ป่วยและครอบครัวเป็นศูนย์กลาง: รูปแบบการบริการสุขภาพที่ท้าทาย. *วารสารสภาการพยาบาล*, 24(1): 5-10.
- เพลินตา พรหมบัวศรี, จิรียา อินทนา, กัลยา ศรีมหันต์ และเยาวลักษณ์ มีบุญมาก. (2558). การพัฒนาหลักสูตรการพัฒนาศักยภาพการดูแลด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ สำหรับพยาบาลที่เลี้ยงในแหล่งฝึกภาคปฏิบัติของนักศึกษาพยาบาล, *วารสารการพยาบาลและการศึกษา*, 8(1): 129-151
- ศุภกรใจ เจริญสุข, จรัสศรี เพ็ชรคง และพัทธวรรณ ชูเลิศ. (2558). การพัฒนาหลักสูตรสำหรับพัฒนาอาจารย์ในการจัดการศึกษาแบบบูรณาการ เพื่อพัฒนากระบวนการคิดอย่างเป็นระบบและจิตบริการด้วยหัวใจ ความเป็นมนุษย์ในสังคมพหุวัฒนธรรม. *วารสารสภาการพยาบาล*, 30(3): 25-38
- สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2559). *แผนยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี*. สืบค้นเมื่อ 3 มี.ค. 60 จาก http://bps.moph.go.th/new_bps/sites/default/files/plan20year8sep2016.pdf
- American Academic of Pediatrics (2012). *Patient and Family Centered Care and the Pediatrician's Role*. Retrieved March 5, 2017 from www.pediatric.org/cgi/doi/10.1542/peds.2011-3084
- Australian College of Nursing. (2014). *Person-Centered Care: Position Statement*. Retrieved December 17, 2016 from https://www.acn.edu.au/sites/default/files/advocacy/submissions/PS_Person-centered_Care_C2.pdf
- Carper, B. (1978). Fundamental Patterns of Knowing in Nursing. *Advances in Nursing Science*, 1(1): 13-23.
- Chinn, P. & Kramer, M. (2010). *Integrated Theory & Knowledge Development in Nursing*. St. Louis: Mosby.
- Constand, M. K., MacDermid, J. C., Bello-Has, V. D. & Law, M. (2014). Scoping Review of Patient-Centered Care Approaches in Health Care, *BMC Health Services Research*; 414: 271 DOI: 10.1186/1472-6963-14-271
- Epstein, R. M. & Street, R. L. (2011). The Values and Value of Patient-Centered Care. *Annals of Family Medicine*, 9(2): 100-103.
- Esmaeili, M., Ali Cheraghi, M. & Salsali, M. (2014). Barriers to Patient-Centered Care: A Thematic Analysis Study. *International Journal of Nursing Knowledge*, 25: 2-8 Retrieved March 3, 2017 from <http://www.medscape.com/viewarticle/824621>



- Gerteis, M., Edgemen Levetan, S., Darly, J. & Delbango, T. (1993). *Through the Patient's Eyes: Understanding and Promoting Patient-Centered Care*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Greene, M. G, Tuzzio, L, Cherkin, D. (2012). A Framework for Making Patient-Centered Care Front and Center. *The Permanente Journal*, 16(3).
- Griffith, J. (2014). *Barriers to Person-Centred Care*. Retrieved March 3, 2017 from <https://www.rcm.org.uk/news-views-and-analysis/news/barriers-to-person-centred-care>
- Institute of Medicine. (2001). *Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century*. Retrieved December 16, 2016 from [https://www.nationalacademies.org/hmd/~media/Files/Report%20Files/2001/Crossing-the-Quality-Chasm/Quality%20Chasm%202001%20%20report%20brief.pdf](https://www.nationalacademies.org/hmd/~/media/Files/Report%20Files/2001/Crossing-the-Quality-Chasm/Quality%20Chasm%202001%20%20report%20brief.pdf)
- Klieman, S. (2007). *Human Centered Nursing: The Foundation of Quality Care*. F. A. Davis
- Klempay, J. (2012). *Teaching Student Pharmacists to Be Patient-Centered*. Retrieved March 3, 2017 from <http://edtheory.blogspot.com/2012/11/teaching-student-pharmacists-to-be.html>
- Larsson, I. E., Sahsten, M., Segesten, K. & Plos, K. (2011) Patients' Perception of Barrier for Participation in Nursing Care. *Scandinavian Journal of Caring Science*, 25: 575-582.
- Levinson, W., Lesser C. S. & Epstein, R. M. (2010). Developing Physician Communication Skills for Patient-Centered Care. *Health Affairs*, 29(7): 1310-1318
- Longtin, Y., Sax, H., Leape, L. L, Sheridan, S. E., Donaldson, L., & Pittet, D. (2010). Patient Participation: Current Knowledge and Applicability to Patient Safety. *Mayo Clin Proc*, 85(1): 53-62.
- McCormick, B., Dewing, J. & McCance, T. (2011). Developing Person-Centered Care: Addressing Contextual Challenges Through Practice Development. *The Online Journal of Issues in Nursing*, 16(2).
- Meed, N. & Bower, P. (2000). Patient-Centredness: A Conceptual Framework and Review of the Empirical Literature. *Social Science Medicine*, 51(7): 1087-110.
- Parent, K., Jones, K., Phillips, L., Stojan, J. N. & House, J. B. (2010). Teaching Patient and Family-Centered Care: Integrating Shared Humanity into Medical Education Curricula. *AMA Journal of Ethics*, 18(1): 24-32.
- Sherman, R. O. & Hilton, N. (2014). The Patient Engagement Imperative. *American Nurse Today*, 9(2):1-5



Small, D. & Small, R. (2011). Patients First! Engaging the Hearts and Minds of Nurses with a Patient-Centered Practice Model. *The Online Journal of Issues in Nursing*, 16(2) DOI: 10.3912/OJIN.Vol16No02Man02

Stoner, M. (2011). Teaching Patient-Centered Care during the Silver Hour. *The Online Journal of Issues in Nursing*, 16(2) DOI: 10.3912/OJIN.Vol16No02Man06

World Health Organization. (2016). *Framework on Integrated, People Centered Health Service*, Retrieve March 3, 2017 from http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA69/A69_39-en.pdf?ua=1

Zhoa, J., Gao, S., Wang, J, Lio, Z., & Hao, Y. (2016). Differentiation Between Two Healthcare Concepts: Person-Centered and Patient-Centered care, *International Journal of Nursing Science*; 3(4): 398-402.