

ประสบการณ์ผู้ป่วย : เสียงสะท้อนระบบคุณภาพบริการสาธารณสุข

ปิยวรรณ ลิ้มปัญญาเลิศ¹

ชาญณรงค์ วงศ์วิชัย²

วีชรากร นาคทองกุล³

หากการมองกระบวนการทัศน์ “ผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง” ทั้งการร่วมหารือกับผู้ป่วยเพื่อศึกษาความต้องการ แบ่งปันข้อมูลกับผู้ป่วย และให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการตัดสินใจซึ่งจะมีผลต่อการดูแลที่ผู้ป่วยได้รับ ซึ่งนับเป็นหลักสำคัญของการให้บริการดูแลสุขภาพที่เปี่ยมด้วยคุณภาพ โดยมีความพยายามส่งเสริมให้แพทย์และบุคลากรสุขภาพ นำหลักการนี้ไปใช้ในการปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วยทุกคน แต่ถึงกระนั้นการกำหนดนโยบายและแนวทางเวชปฏิบัติก็ยังคงต้องอยู่อาศัยหลักฐานเชิงประจักษ์ การนำข้อมูลประสบการณ์ของผู้ป่วยในแต่ละแง่มุมมาใช้ประกอบการร่างนโยบายและแนวทางปฏิบัติ ตัวอย่างเช่น การสำรวจความคิดเห็นจากผู้ป่วยที่เพิ่งออกจากโรงพยาบาลในทั่วประเทศ จะชี้ให้เห็นภาพรวมด้านทัศนคติของผู้ป่วยต่อการดูแลที่ได้รับ ข้อมูลจากประสบการณ์ผู้ป่วยและเสียงสะท้อนจึงเป็นข้อมูลที่มีความสำคัญในการพัฒนาระบบสุขภาพไทย



ที่มา : มาตรฐาน HA 1-3 การมุ่งเน้นผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน

ประสบการณ์ของผู้ป่วยและญาติ (Patient Experience) การรับฟังเสียงสะท้อนผู้รับบริการและผู้ป่วย กระบวนการเหล่านี้ เพื่อนำมาสู่การพัฒนาการรับฟังเสียงสะท้อนและประสบการณ์ของผู้ป่วยและญาติของ สถานพยาบาล และสร้างองค์ความรู้ในการขับเคลื่อนแนวคิดมิติจิตตปัญญาในการพัฒนาคุณภาพ สถานพยาบาล ให้เกิดระบบบริการสุขภาพที่มีความเชื่อมโยงอย่างไร้รอยต่อ สร้างความรู้ความเข้าใจผ่านบุคลากรด้านสุขภาพให้มี มุมมองทางด้านมิติความ ปลอดภัย มีมาตรฐานการทำงาน ร่วมกับการใช้มิติที่ละเอียดอ่อนในการรับรู้ความ ต้องการของผู้รับบริการ ปรับระบบบริการให้ตอบสนองต่อผู้ป่วย ญาติและชุมชนมากยิ่งขึ้น ภายใต้หลักคิดดังกล่าว เป็นการมุ่งสร้าง “ระบบบริการที่มีหัวใจความเป็นมนุษย์” เป้าหมายเข้าใจต่อความเป็นมนุษย์ อ่อนน้อมต่อ

¹ ปิยวรรณ ลิ้มปัญญาเลิศ รองผู้อำนวยการ สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) ความเห็นและข้อเสนอแนะที่ปรากฏใน เอกสารนี้เป็นของผู้เขียน ไม่จำเป็นต้องตรงกับความเห็นของสถาบันต้นสังกัด

² ชาญณรงค์ วงศ์วิชัย นักวิชาการระบบคุณภาพ สำนักพัฒนาองค์กร สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) ความเห็นและ ข้อเสนอแนะที่ปรากฏในเอกสารนี้เป็นของผู้เขียน ไม่จำเป็นต้องตรงกับความเห็นของสถาบันต้นสังกัด

³ วีชรากร นาคทองกุล คณะทำงานเครือข่ายภาคประชาชนเพื่อความปลอดภัย (Thailand Patients for Patient Safety)

ธรรมชาติ เข้าใจถึงความทุกข์ยากและไม่ก่อให้เกิดระบบที่ยุ่งยาก เข้าใจการเรียนรู้พร้อมทั้งการจัดการตนเอง หลักการดังกล่าวจึงเป็นการนำเสียงสะท้อนจากผู้ป่วยและผู้รับบริการ (Patient and family experience) เพื่อนำมาสู่การพัฒนาคุณภาพในสถานพยาบาลอย่างเหมาะสมระบบที่สำคัญที่ทุกภาคส่วนต่างต้องการคือ “**สะท้อนและรับฟัง**” เพื่อสร้างสะพานเชื่อมระหว่างฝ่ายบริการและผู้รับบริการ หากสะพานนี้เชื่อมสำเร็จแล้วเราจะพบปลายทางร่วมกัน “**ความเข้าใจ**” ที่เกิดขึ้น หากแต่ว่าคงไม่สามารถเกิดขึ้นได้เพียงระยะเวลาที่สั้น หากเมื่อวิเคราะห์หาสาเหตุในเบื้องต้นจะพบว่าปัจจัยที่ “**มีหรือไม่มี และทำไมต้องมี**”

ทำไมเราไม่ฟัง/รับรู้?

ทำไมเราต้องรับฟัง ?

- | | |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> (1) ไม่มีเวลาในการรับฟัง (2) เสียงสะท้อนที่ออกมานั้นมีแต่ด้านลบ (3) ไม่ยอมรับว่าเรานั้นเกิดปัญหา (4) ไม่มีเวลาในการทำ (5) เราไม่จำเป็นต้องฟัง เพราะเรานั้นเป็นผู้รักษาโดยตรง (6) เราจะสามารถรับฟังเสียงสะท้อนที่เกิดขึ้นอย่างไร | <ul style="list-style-type: none"> (1) ความขัดแย้งเกิดขึ้นได้และมีความรุนแรงทางการแพทย์มากขึ้นทุกวัน จำเป็นต้องฟัง (2) ความคาดหวังที่เกิดต่อทั้งผู้ให้บริการและผู้ป่วย (3) ความคิดและความเข้าใจที่ต่างกัน (4) การแพทย์และระบบสังคมนั้นมีความซับซ้อนมากขึ้น (5) เสียงสะท้อนสามารถเป็นเสียงที่นำมาปรับระบบได้ |
|--|--|

ที่มา ; ดัดแปลงจากเอกสารประกอบการบรรยาย นพ.โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ “เสียงสะท้อนประสบการณ์งานคุณภาพ”

ระบบสะท้อนและรับฟังเป้าหมายสู่ความเข้าใจและพัฒนา

หลายกรณีที่เกิดขึ้นในสังคมประเด็นความขัดแย้งหรือความไม่เข้าใจทางการแพทย์ เกิดขึ้นอย่างหลากหลาย ทั้งจากกระบวนการเรื่องระบบบริการ ระบบเรื่องความปลอดภัย ฯลฯ สิ่งที่เป็นประเด็นสำคัญที่เรามองคือ ทุกคนจากระบบต่างมุ่งหวังสิ่งเดียวกันคือ “**การดูแลรักษาอย่างปลอดภัยและห่วงใยกัน**” คำนี้เป็นนัยยะสำคัญที่สะท้อนถึง หลักการคือ “**การฟัง+ระบบสะท้อนกลับเพื่อพัฒนา+ความเข้าใจ**” จากข้อมูลเบื้องต้นพบว่า กรณีคดีความหรือข้อพิพาททางการแพทย์นั้น ได้มีการพัฒนาหรือทวีความรุนแรงเพิ่มขึ้นตามลำดับ ทั้งหมดมาจากทั้งเป็นกรณีที่เกิดจาก Adverse Events เกิดจากการให้บริการ ฯลฯ และที่สำคัญมากที่สุดกระบวนการบางส่วนยังไม่มีกระบวนการ “**สื่อสารและรับฟังอย่างไว้วางใจทั้ง 2 ฝ่ายอย่างแท้จริง**” ทั้งนี้หากพิจารณาข้อมูลดังตารางเบื้องต้นพบว่า

ปี	ศาลชั้นต้น			
	2556	2557	2558	2559 (ม.ค-เม.ย)
สถานพยาบาลรัฐบาล	18	43	71	17
สถานพยาบาลเอกชน	87	103	111	23
สถานบริการความงามและสุขภาพ	77	22	15	8
ร้านขายยา	1	1	1	1
รวม	183	169	198	49

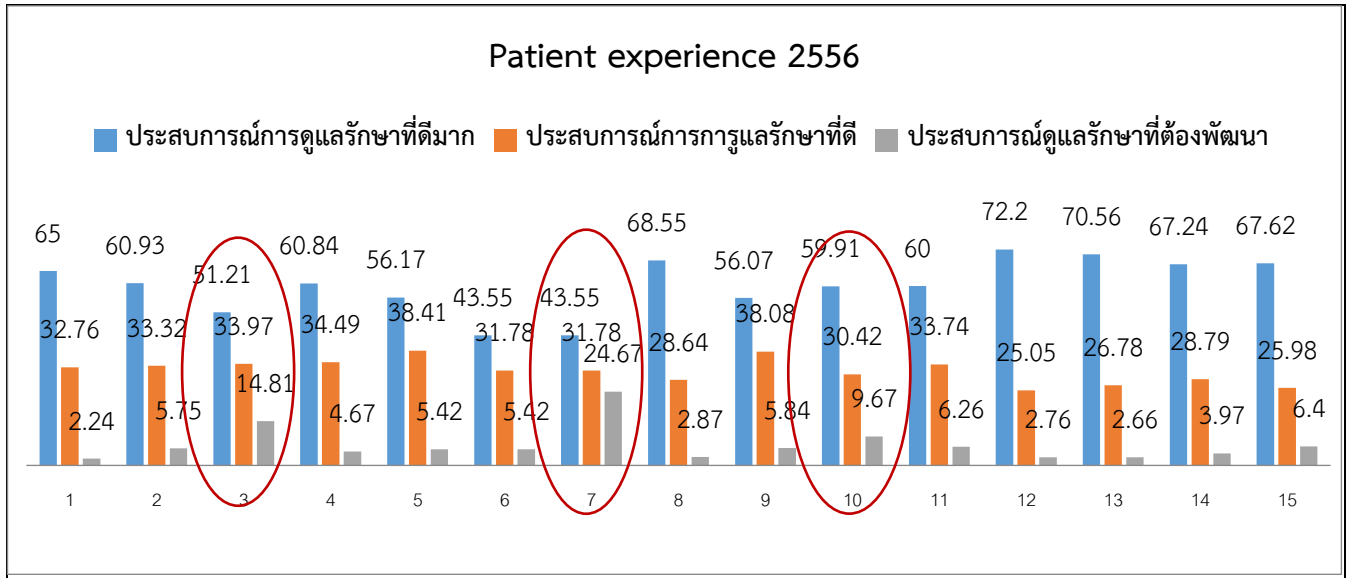
ที่มา : จำนวนคดีเบื้องต้น ท่านเมทินี ชโลธร ผู้พิพากษาหัวหน้าคณะในศาลฎีกา, การนำเสนอ "ผ่าตัดคดีแพทย์: สิทธิแพทย์ สิทธิผู้ป่วย" จัดโดยสำนักงานศาลยุติธรรม เมื่อวันที่ 9 มิถุนายน 2559

จากกระแสดังกล่าวระบบการรับฟังผู้ป่วย (Patient Listening) นั้นจึงเป็นเหมือนสะพานที่เป็นหนทางที่สามารถทำและปรับได้จากงานไปพร้อมกัน พร้อมทั้งเป็นส่วนหนึ่งในการกระตุ้นให้เกิดการพัฒนาคุณภาพและสร้างความเข้าใจและไวต่อผู้ป่วยที่จะเกิดขึ้น พร้อมทั้งเป็นการเชื่อมโยงถึงการรับรู้ถึง “ประสบการณ์ชีวิตร่วม” ทั้งจากผู้บริการและผู้รับบริการในระบอบสุขภาพเทคนิคในเบื้องต้นในการปรับ 3 กระบวนการ (1) *ปรับกระบวนการคิด (Change mindset)* : วิธีการที่สำคัญที่สุดคือ “การมองเขานั่นเหมือนญาติของเรา” เมื่อเราในฐานะหมอหรือพยาบาลมองอย่างนั้น เราจะพบว่าความรู้สึกเราจะเปลี่ยน เพราะเราจะรู้สึกเขาเหมือนคนในครอบครัว และสัมผัสได้ในสิ่งที่เขานั่นกำลังบอกเราถึง “Illness & Suffering” ความรู้สึกดังกล่าวจะนำมาสู่ “วิถีคิดและการกระทำที่ออกมาจากใจ” เพราะสิ่งที่เราทำคือการที่เอาใจเขามาใส่ใจเราที่เกิดขึ้น (2) *สองเป็นผู้ใช้รับฟัง* : ในบทบาทผู้บริการทางสาธารณสุขเอง สิ่งที่ต้องสามารถนำออกมาได้คือ “การที่ทำให้ผู้ป่วยรับรู้ได้ว่าเราฟังพร้อมทั้งเรานั่นใส่ใจเขา” ในบทบาทการรับฟังที่ดีนี้ สามารถทำได้คือ การฟังด้วยการเปิดใจและเป็นการฟังที่ไม่ตัดสิน การสัมผัสด้วยความรัก การใช้สายตาสื่อความหมาย หรือแสดงออกที่สื่อความหมายด้วยการให้เกียรติ โดยทั้งหมดจะรวมสิ่งที่เรียกว่า อัจฉริยะภาษาเข้าไปด้วย (3) *รับรู้อย่างเข้าใจและสื่อสารอย่างมีความหมาย* : ฟังอย่างเข้าใจในนั้นหมายถึงการฟังที่เป็น การ “รับฟังและยอมรับผู้ป่วย” ขณะเดียวกันการพูดอย่างมีความหมายนั้นคือ “การทวนสอบเจตนาของผู้ป่วยและญาติพร้อมทั้งการเสริมพลังไปด้วย” เพื่อเข้าใจและหาความหมายจากผู้ป่วยและช่วยเหลือในแนวทางที่เหมาะสม เนื่องจากการช่วยเหลือทาง “โรค” แล้วยังมีทาง “โลก” พร้อมทั้งใช้เรื่องเล่า มีการสื่อสารอย่างสันติ คิดบวกในระหว่างฟัง ใจเย็น/ช้าลง/ใคร่ครวญ ลดอัตรา สร้างสัมพันธ์ภาพ.

ดังนั้นแล้ว หลักการสำคัญในกระบวนการ “รับฟัง” นั้นสิ่งที่มีความสำคัญเหมือนกันคือ ผู้พูดและผู้ฟังนั้นมีความสำคัญเท่ากันเมื่อเห็นประเด็นดังกล่าวจะเกิด Empathy เกิดขึ้นทั้ง 2 ฝ่ายสร้างการสื่อสาร (Communication) ภาษาที่สามารถเข้าใจกันได้อย่างถ่องแท้ มีส่วนสำคัญในการรับฟังเพราะการรับฟัง รับฟังอย่างลึกซึ้ง (Deep listening) กับการกระทำจริงการฟังนั้นจะเป็นการ Empower และการมองสิ่งที่เกิดขึ้นและการเห็นกระบวนการทำงานออกมา “เมื่อเราบริหารใจเราได้ จะบริหารคนอื่นได้ด้วย”

ค้นหาโอกาสจากการรับฟังผู้ป่วย : พัฒนาจากระบบเสียงสะท้อน

จากการแนวคิดดังกล่าวมีการทดลองนำร่องการพัฒนากระบวนการ โดย สรพ.และกลุ่มโรงพยาบาลนำร่อง ในปี 2556-2557 โดยวิธีการดำเนินงานสถานพยาบาลที่ผ่านการรับรองที่สมัครใจเข้าร่วมนำร่องในการพัฒนา จำนวน 27 แห่ง ใช้แบบสอบถามประสบการณ์ผู้ป่วยที่ปรับมาจาก Picker s Institute เป็นคำถาม 15 ข้อและ 8 มิติของการใช้ผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง โดยวิธีการสัมภาษณ์และสนทนากลุ่ม (Focus group) ผู้รับบริการใน ER LR OR IPD และชุมชน ทั้งนี้ผลการศึกษาในเบื้องต้น เป็นการสรุปข้อมูลจากแบบสอบถาม จากผู้ตอบแบบสอบถาม ทั้งหมดจำนวน 2,140 คน พร้อมทั้งมีการสัมภาษณ์ (in depth interview) ผลการศึกษาพบเสียงสะท้อนเพื่อให้เกิดการพัฒนากระบวนการจำนวน 3 ข้อ ที่เกิดจากข้อเสนอและระบบรับฟังต่อสถานพยาบาล



ที่มา : รายงานโครงการการศึกษาประสบการณ์ของผู้ป่วยและญาติ (Patient Experience).

1. แบบสอบถามข้อที่ 7 “ผู้ป่วยและญาติผู้ป่วยได้รับข้อมูลเพียงพอในการเข้าร่วมการตัดสินใจในการรักษาตนเองหรือไม่” ผลปรากฏว่า **ตอบว่าไม่ใช่หรือต้องพัฒนาเพิ่มเติมมีมากถึง 24.67%**
 - 1.1 วิเคราะห์โอกาสพัฒนาตามหลักการของ 8 มิติที่ผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ได้แก่ในมิติที่ 3 การสื่อสารข้อมูลให้ถึงพร้อม และในมิติที่ 6 เน้นการมีส่วนร่วมของญาติ
 - 1.2 วิเคราะห์โดยอิงกรอบมาตรฐาน HA พบโอกาสพัฒนาตามมาตรฐานในส่วนที่เกี่ยวข้อง ดังนี้
 - มาตรฐานตอนที่ III-3 การวางแผนดูแลผู้ป่วย (Planning of Care) ทีมผู้ให้บริการจัดทำแผนดูแลผู้ป่วยที่มีการประสานกันอย่างดี และมีเป้าหมายชัดเจน สอดคล้องกับปัญหา ความต้องการสุขภาพของผู้ป่วย ขณะเดียวกันผู้ป่วยและครอบครัวมีโอกาสในการตัดสินใจเลือกวิธีการรักษาหลังจากได้รับข้อมูลที่เพียงพอ และร่วมในการวางแผนการดูแล
 - มาตรฐานที่ III-5 การให้ข้อมูลเสริมพลังแก่ผู้ป่วยและครอบครัว ทีมผู้ให้บริการให้ข้อมูลที่จำเป็นและช่วยเหลือให้เกิดการเรียนรู้ สำหรับการดูแลตนเองและมีพฤติกรรมสุขภาพที่เอื้อต่อการมีสุขภาพที่ดีอย่างเหมาะสมที่ง่ายต่อความเข้าใจและปฏิบัติ ขณะเดียวกันมีการช่วยเหลือทางด้านอารมณ์จิตใจ และคำปรึกษาที่เหมาะสมกับผู้ป่วยและครอบครัว

2. แบบสอบถามข้อที่ 3 “ที่ผ่านมามีท่านได้รับข้อมูลหรือคำแนะนำจากแพทย์พยาบาล ผู้ให้บริการอื่นๆ เกี่ยวกับความเจ็บป่วยหรือบริการที่แตกต่างกันหรือ ที่ตอบว่า **“แตกต่างกันเสมอ” มากถึง 14.81%**
 - 2.1 วิเคราะห์โอกาสพัฒนาตามหลักการของ 8 มิติที่ผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ได้แก่มิติที่ 3 การสื่อสารข้อมูลให้ถึงพร้อม
 - 2.2 วิเคราะห์โอกาสพัฒนาตามมาตรฐาน HA
 - มาตรฐาน III-3 การวางแผนดูแลผู้ป่วย ทีมผู้ให้บริการจัดทำแผนดูแลผู้ป่วยที่มีการประสานกันอย่างดี และมีเป้าหมายชัดเจน สอดคล้องกับปัญหา ความต้องการสุขภาพของผู้ป่วย และระบบการสื่อสารที่เป็นแนวทางเดียวกันระหว่างวิชาชีพ เพื่อการทำงานเป็นทีมร่วมกันในการดูแลผู้ป่วย

3. แบบสอบถาม ข้อ 10 “ถ้าคุณได้รับความเจ็บปวดคุณเคยได้รับการช่วยเหลือเพื่อบรรเทาอาการเจ็บปวดหรือไม่” จากแบบสอบถามดังกล่าวเป็นระบบการตรวจสอบเรื่อง Pain management การบรรเทาอาการเจ็บปวด **ทั้งนี้ที่ตอบไม่เลยหรือไม่ได้รับ 9.67% หรือ จำนวน 207 คน**

3.1 วิเคราะห์โอกาสพัฒนาตามหลักการของ 8 มิติที่ผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ได้แก่ในมิติที่ 3 การสื่อสาร ข้อมูลให้ถึงพร้อมและมิติที่ 7 การติดตามดูแลอย่างต่อเนื่อง

3.2 วิเคราะห์ตามมาตรฐาน HA

- มาตรฐาน III-4 การดูแลผู้ป่วย และ III-4.1 การดูแลทั่วไป General Care Delivery ดูแลผู้ป่วยอย่าง ทันท่วงที ปลอดภัย เหมาะสม และเป็นไปตามมาตรฐานวิชาชีพ เป็นจุดที่ต้องมีการดำเนินการไปสู่ ผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางต่อไป
- มาตรฐาน ตอนที่ III-4.3 การดูแลเฉพาะ ทีมผู้ให้บริการสร้างความมั่นใจว่าจะให้การดูแลในระบบ บริการเฉพาะที่สำคัญและทันท่วงที ปลอดภัย เหมาะสมและเป็นไปตามมาตรฐานวิชาชีพ

จากรูปแบบหนึ่งในระบบการรับฟังเสียงสะท้อน ทั้งแบบสอบถาม กระบวนการสนทนากลุ่ม การรับฟัง พร้อมทั้งการสัมภาษณ์ พบประสบการณ์การดูแลและรักษาการรับฟังเสียงประสบการณ์ผู้ป่วย สะท้อนให้เห็นว่า จากความต้องการของผู้ป่วย (Customer need) การรับรู้และผ่านถึงความรู้สึกใส่ใจผู้ให้บริการ ข้อมูลดังกล่าวจะ นำมาสู่การออกแบบและการพัฒนาระบบเพื่อให้เกิด “ระบบการแพทย์ที่น่าไว้วางใจและมีหัวใจความเป็นมนุษย์ ได้” ทั้งนี้หากใครครวญคิด ผ่านกระบวนการสำคัญ 4S เพื่อการนำมาปรับปรุงระบบ ประกอบด้วย (1) Safety การรับฟังประสบการณ์ของผู้ป่วยหรือ ญาติของผู้ป่วยที่เกิด adverse event เช่น จากคดีฟ้องร้องต่างๆ หรือจาก การติดตามด้วย รพ.เอง น่าจะทำให้เราได้รับรู้ concern บางอย่างในช่วงก่อนที่จะเกิดเหตุ และนำ concern เหล่านั้นมาพิจารณาว่าจะใช้ประโยชน์ในการดูแลผู้ป่วยอย่างไร เป็นการเชื่อมโยงกับการตัดสินใจทาง คลินิกจะรับรู้ concern อย่าง proactive ได้อย่างไรจะแยกแยะอย่างไรว่า concern นั้น serious เพียงใด ตัวอย่างกรณีแพทย์ ชาวออสเตรเลียที่มีเลือดออกในช่องท้องและมี EKGผิดปกติ ตัวอย่างของผู้ป่วยที่ประสบอุบัติเหตุแล้วเสียชีวิต เนื่องจาก subdural hematoma ในเวลาต่อมา (2) Standard การรับฟังประสบการณ์ของผู้ป่วยเพื่อให้เป็น องค์กรที่มุ่งเน้นผู้ป่วยมากขึ้นเพื่อสร้างความจงรักภักดีและความผูกพันกับผู้ป่วย ด้วยวิธีการรับฟังที่หลากหลาย สำหรับแต่ละกลุ่มทั้งผู้ใช้บริการในปัจจุบัน ในอดีต และในอนาคตเพื่อให้ได้ข้อมูลที่เป็นปัจจัยจูงใจในการมาใช้ บริการหรือเกิดความเชื่อมั่น วิธีการที่หลากหลายอาจจะเป็นการสนทนากลุ่มการตรวจเยี่ยมในจุดให้บริการต่างๆ การรับฟังชุมชน การเข้าร่วมกิจกรรมของชุมชน ที่สำคัญคือ ต้องเชื่อมโยงกับการตัดสินใจของผู้บริหาร (3) Spiritual เป็นการรับฟังประสบการณ์ของผู้ป่วยเพื่อเรียนรู้ความต้องการด้านจิตวิญญาณและนำมาปรับ กระบวนการซักประวัติที่ทำให้สามารถดึงความต้องการดังกล่าวออกมาเพื่อตอบสนองได้ (4) Shared decision เป็นการรับฟังประสบการณ์ของผู้ป่วยเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจโดยนำความนิยม (preference) และ วิธีชีวิตมาประกอบกับข้อมูลวิชาการรับฟังว่าเสียงสะท้อนว่าการให้ข้อมูลและการเปิดโอกาสให้มีส่วนในการ ตัดสินใจนั้นอยู่ในระดับใดผู้ป่วยรู้สึกอย่างไรที่ได้มีหรือไม่มีส่วนร่วม ทั้งนี้รวมไปถึงการมีส่วนร่วมในการวางแผน ดูแลตนเองด้วย

พรหมวิหาร 4 ประกอบด้วย เมตตา กรุณา มุทิตา อุเบกขา ซึ่งแพทย์เข้าใจระบบมีเมตตาหรือกรุณาอย่างเดียวนั้นไม่ได้ จึงต้องมีครบทั้ง 4 อย่าง นอกจากนี้แพทย์ยังต้องเป็นผู้ที่ให้ความยุติธรรมแก่ผู้ป่วย ต้องปราศจากอคติทั้งหลาย คือ ฉันทาคติ โทสาคติ ภยาคติ โมหาคติ คือจะต้องอยู่ในความเป็นกลางหรือทางแพทย์คือไม่เลือกปฏิบัติแก่ผู้ป่วย เท่านั้นก็เป็นจริยธรรมของแพทย์ อย่างไรก็ตาม เมื่อทั้ง 2 ฝ่ายเข้าใจภาพพจน์ของวิชาชีพในลักษณะแบบนี้ปัญหาการฟ้องจะเกิดขึ้นน้อยลง เพราะความสำคัญของผู้ป่วยและผู้ประกอบวิชาชีพก็จะดีทั้ง 2 ฝ่าย ฉะนั้นแพทย์ควรรับฟังผู้ป่วยให้มาก และผู้ป่วยก็ต้องอธิบายให้แพทย์เข้าใจ และถ้าความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับผู้ป่วยดีก็จะมีปัญหาเกิดขึ้น

ที่มา : ศ.เกียรติคุณ นพ.วิฑูรย์ อึ้งประพันธ์
ที่ปรึกษาคุณภาพและจริยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
สัมภาษณ์เรื่อง ผ่าตัดคดีแพทย์ สิทธิแพทย์ สิทธิผู้ป่วย 9 มิถุนายน 2559
<http://www.matichon.co.th>

เอกสารอ้างอิง

The Picker Institute Implementation Manual. Boston, MA: Picker Institute, 1999.

Coulter A, Cleary PD. Patients' experiences with hospital care in five countries. *Health Aff* 2001; **20**: 24–52.

Jenkinson C, Fitzpatrick R, Argyle M. The Nottingham Health Profile: an analysis of its sensitivity in differentiating illness groups. *Soc Sci Med* 1988; **27**: 1411–1414.

โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์.(2557) *เสียงสะท้อนผู้ป่วย: เสียงสะท้อนคุณภาพ*. กรุงเทพฯ เอกสารประกอบการประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย : WHO Patients for Patient Safety ระหว่างวันที่15-16 สิงหาคม 2557 ณ โรงแรมริชมอนด์ จังหวัดนนทบุรี

ดวงสมร บุญผดุง,วารสารณัฏ สักกะโต,ชาณณรงค์ วงศ์วิชัย.(2557) *รายงานโครงการการศึกษาประสบการณ์ของผู้ป่วยและญาติ (Patient Experience)*. กรุงเทพฯ: สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน)

ปิยวรรณ ลิ้มปัญญาเลิศ.(2558) *CoP : Customer* การมุ่งเน้นผู้รับผลงาน กรุงเทพฯ : สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) เอกสารประกอบการประชุมเชิงปฏิบัติการ CoP Customer 19 กุมภาพันธ์ 2558

อนุวัฒน์ ศุภชุตินกุล. (2557) *กรอบแนวคิดการพัฒนา 4S*. กรุงเทพฯ สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน)