



สรุปประสบการณ์

การทำงานด้านเวชศาสตร์ครอบครัว



Knowledge Management
In Family Medicine

: *From Experience to Expertise*



โดย สำนักงานวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน

สรุปประสบการณ์การทำงานด้านเวชศาสตร์ครอบครัว

Knowledge Management in Family Medicine

: From Experience to Expertise

เมษายน 2553

ที่ปรึกษา

พญ.สุพัตรา ศรีวณิชชากร

ผู้เขียน

นพ.สุรสิทธิ์ จิตรพิทักษ์เลิศ

พญ.สายพิน หัตถิรัตน์

นพ.ปกรณ์ ทองวิไล

นพ.สตางค์ ศุภผล

พญ.สายรัตน์ นกน้อย

พญ.อรวรรณ ตะเวทิพงศ์

เรียบเรียง

นส.ผการัตน์ ฤทธิ์ศรีบุญ นส.พฤษภา บุกบุญ

นางทัศนีย์ ญาณะ

ปกและรูปเล่ม

JDesign



0867773 www.fhmresearch.com

สรุปประสบการณ์
การทำงานด้านเวชศาสตร์ครอบครัว
จากการประชุมเชิงปฏิบัติการ
การจัดการความรู้ด้านเวชศาสตร์ครอบครัว

ระหว่างวันที่ 7 – 8 พฤศจิกายน 2552
ณ โรงแรมโกลเด้น คลิป เฮาส์ พัทยาใต้ จังหวัดชลบุรี



โดย สำนักงานวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน



หน้า

การจัดประชุมเชิงปฏิบัติการ “การจัดการความรู้ด้านเวชศาสตร์ครอบครัว” ที่จัดขึ้นระหว่างวันที่ 7-8 พฤศจิกายน 2552 ณ โรงแรมโกลเด้น คลิฟ เฮาส์ พัทยาใต้ จังหวัดชลบุรี เป็นกิจกรรมหนึ่งภายใต้โครงการพัฒนาระบบสนับสนุน เพื่อเพิ่มศักยภาพการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิซึ่งดำเนินการโดย สถาบันวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข ร่วมกับชมรมอาจารย์แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว และศูนย์การเรียนรู้ด้านเวชศาสตร์ครอบครัว 5 ภูมิภาค สนับสนุนงบประมาณโดยสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติโดยมีเป้าหมายเพื่อรวบรวมรูปธรรมและบทเรียนการทำงานด้านเวชศาสตร์ครอบครัวในกลุ่มแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวซึ่งเป็นบุคคลสำคัญกลุ่มหนึ่งในการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ และเป็นเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์ซึ่งกันและกัน รวมทั้ง เป็นการส่งเสริมให้แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวรุ่นพี่และรุ่นน้อง ได้เล่าเรื่องและหารือปัญหาที่เกิดขึ้นจากบริบทการทำงานที่แตกต่าง รวมทั้งได้ร่วมเสนอแนะแนวทางพัฒนาด้านเวชศาสตร์ครอบครัวต่อไป

การประชุมครั้งนี้ จำนวนผู้เข้าร่วมการประชุมเชิงปฏิบัติการ



มีทั้งหมด 42 คน ประกอบด้วย แพทย์ที่มาจากสถาบันการศึกษา จำนวน 11 คน จากโรงพยาบาลศูนย์จำนวน 13 คน โรงพยาบาลชุมชน จำนวน 7 คน และแพทย์ปฏิบัติงานในศูนย์แพทย์ชุมชน จำนวน 2 คน และคณะทำงานส่วนกลาง และทีมจากองค์กรภาคีที่เกี่ยวข้องรวมจำนวน 9 คน

จากการประเมินระหว่างการประชุมกิจกรรม แบบสอบถาม และกระบวนการ Before and After action review (BAAR) ในภาพรวมของกิจกรรมนี้ ถือได้ว่าประสบความสำเร็จค่อนข้างมาก เนื่องจาก การสื่อสารล่วงหน้าเรื่องความสำคัญของประเด็นที่จะแลกเปลี่ยน และการเชิญแบบระบุบุคคลเพื่อเตรียมแลกเปลี่ยนเฉพาะแต่ละประเด็น ตลอดจนการให้ความสำคัญต่อการร่วมกิจกรรมของผู้เข้าร่วมประชุม ซึ่งกระตุ้นหรือล้นแลกเปลี่ยนประสบการณ์ซึ่งกันและกัน

เอกสารนี้ชุดนี้ มาจากการสรุปและสังเคราะห์ประเด็นที่ได้จาก เนื้อหาการแลกเปลี่ยนพูดคุย โดยกระบวนการกลุ่มย่อยใน 4 เนื้อหาหลัก (การบริการ การบริหารจัดการ การศึกษาวิจัยและพัฒนา การจัดการศึกษา) การประกอบกับการนำเสนอและแลกเปลี่ยน อภิปรายทั่วไปกลุ่มใหญ่ของผู้เข้าร่วมประชุมเพื่อให้ได้ข้อสรุปเบื้องต้นและข้อเสนอเพื่อการพัฒนาต่อไป

สำนักงานวิจัยและพัฒนาาระบบสุขภาพชุมชน
มกราคม 2553



คำนำ	5
เวชศาสตร์ครอบครัว กับการบริการ	
Service in Different Setting	9
เวชศาสตร์ครอบครัวกับการจัดการในเวชปฏิบัติปฐมภูมิ	
Practice Management	21
การศึกษาวิจัย	
Appropriate Type of Research for Family Medicine	27
เวชศาสตร์ครอบครัวกับการจัดการศึกษา	
Undergraduate / Postgraduate	33
AAR	
การประชุมเชิงปฏิบัติการการจัดการความรู้ด้านเวชศาสตร์ครอบครัว	59





1. วิชาศาสตร์รอบตัว กบิการบริการ Service in Different Setting

1. ปัญหาอันหลากหลาย

ปัญหาที่ผู้ป่วยนำมาพบแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวนั้น คงมีความหลากหลาย ตามธรรมชาติของงานด้านนี้ แต่ผู้ป่วยที่แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวมองว่ายาก (difficult patients) จากการแลกเปลี่ยนกันในครั้งนี้ แบ่งได้เป็น 2 กลุ่มใหญ่ๆ คือ

1. ผู้ป่วยที่ยากเพราะตัวปัญหาที่ผู้ป่วยนำมาปรึกษา เช่น ผู้ป่วย somatisation ผู้ป่วยที่มีปัญหา psychosocial สลับซับซ้อน และผู้ป่วยที่มีปัญหาความรุนแรง หรือ abuse ในครอบครัว

2. ผู้ป่วยที่ยากเพราะพฤติกรรมการมาใช้บริการสาธารณสุข เช่น ผู้ป่วยที่เปลี่ยนสถานพยาบาลไปเรื่อยๆ หรือ “shopping” ผู้ป่วยที่มาใช้บริการมากเกินไปจนเกินความจำเป็น (overutilization) ผู้ป่วยที่ไม่ร่วมมือในการดูแลรักษา เช่น ไม่มาตามนัด และผู้ป่วยที่ติดสถานพยาบาลขนาดใหญ่โดยไม่เคยยอมกลับไปรับการดูแลที่สถานพยาบาลใกล้บ้าน

แต่ปัญหาที่เป็นปัญหาจริงๆ สำหรับแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว คือ ปัญหาที่ตัวบริบทในการทำงาน ได้แก่ ปัญหาภาระงานมาก ทำให้การดูแลผู้



ป่วยตามหลักการเวชศาสตร์ครอบครัวเป็นไปได้อย่าง ที่ภาระงานมากเพราะ ต้องตรวจผู้ป่วยจำนวนมาก บางคนต้อง ตรวจคนไข้ถึงวันละ 80-100 คน และมีงานหลายหน้าที่ กล่าวคือ แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวส่วนใหญ่จะสังกัดโรงพยาบาล ไม่ว่าจะเป็นรพช.หรือ รพท./รพศ.

นอกจากจะตรวจผู้ป่วยที่ OPD ของโรงพยาบาลแล้ว ยังมีภาระงานอื่นอีกที่ทุกคนมีเหมือนกัน คือการดูแลผู้ป่วยและช่วยพัฒนาสถานบริการปฐมภูมิที่เป็นเครือข่ายของโรงพยาบาล และงานอื่นๆที่แตกต่างกันไปในแต่ละคน เช่น งานดูแลผู้ป่วยใน

งานการเรียนการสอน งานการแพทย์ทางเลือก เช่นฝังเข็ม และงานอื่นที่ได้รับมอบหมายในโรงพยาบาล เช่น HA เป็นต้น ในขณะที่การดูแลผู้ป่วยในเวชปฏิบัติครอบครัวที่ตึ้นนั้น ต้องใช้เวลาพอสมควรอย่างน้อยก็ในครั้งแรก

ปัญหาอุปสรรคสำคัญอีกอย่าง สำหรับแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว และในบางกรณีก็เป็นต้นเหตุของปัญหาข้างต้นด้วย นั่นคือ การที่ผู้บังคับบัญชาและผู้ร่วมงาน ไม่เข้าใจหลักการดูแลแบบเวชศาสตร์ครอบครัว ที่ต้องอาศัยความสัมพันธ์เป็นพื้นฐาน และต้องการความต่อเนื่องในการดูแลผู้ป่วย ทำให้แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวมักได้รับมอบหมาย หรือถูกร้องขอให้ทำงานซึ่งไม่เข้ากับหลักการเวชศาสตร์ครอบครัวและเป็นการเพิ่มภาระงานจนไม่สามารถดูแลตามหลักการเวชศาสตร์ครอบครัวได้ ที่เห็นชัดเจนที่สุดคือ การได้รับมอบหมายให้ตรวจคนไข้นอกของแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวที่อยู่รพท./รพศ. ซึ่งคนไข้มักเปลี่ยนหน้าไปเรื่อยๆไม่ซ้ำกัน (คนไข้ที่มาต่อเนื่องมักเป็นคนไข้ที่ต้องพบแพทย์เฉพาะทาง และ ถูกจัดเข้าระบบนัดแล้ว) และบ่อยครั้งที่คนไข้เหล่านี้ มีปัญหาทางกายที่ซับซ้อนเกินกว่า แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวจะดูแลได้ จึงเป็นเรื่องท้าทายสำหรับแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวทุกคนที่จะหาจุดสมดุลในบริบทงานของตนเองให้ได้

นอกจากนี้ยังมีปัญหาบางอย่างที่ไม่ได้เกิดกับทุกคน แต่เมื่อเกิดแล้วก็ปัญหาอุปสรรคในการทำงานของแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวมากพอสมควร เช่น การมีทีมงานที่อายุงานและประสบการณ์น้อย ซึ่งทีมงานมีส่วนสำคัญอย่างมากในการทำงานของแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ในบริบทที่แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวมีภาระงานมาก ทีมงาน เช่นพยาบาลที่ยังไม่มั่นใจในการทำงานมีส่วน ทำให้แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวต้องเหนื่อยมากยิ่งขึ้น และในบางพื้นที่มีปัญหาการเมืองท้องถิ่น ทำให้การทำงานกับชุมชนเป็นไปด้วยความยากลำบาก เป็นต้น

2. วิธีการ/ทักษะ/เครื่องมือที่ใช้ในการทำงาน

เนื่องจากต้องเผชิญกับปัญหาหลากหลาย และความปรารถนาที่จะดูแลผู้ป่วยอย่างเป็นองค์รวมท่ามกลางสิ่งแวดล้อมในการทำงานที่ไม่ค่อยเอื้ออำนวย แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวต้องประยุกต์ใช้ทักษะ หรือเครื่องมือในการดูแลผู้ป่วย และวิธีการในการทำงานที่หลากหลายมากกว่าแค่ ทักษะทางคลินิก (clinical skills) ในการดูแลผู้ป่วยทั่วไป ในที่นี้จะกล่าวถึงเฉพาะวิธีการ/ทักษะ/เครื่องมือที่แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวพูดถึงในการแลกเปลี่ยนเรียนรู้เท่านั้น โดยแบ่งเป็นหมวดหมู่ ดังนี้

1. *การประเมิน illness experience* ได้แก่ FIFE (feeling idea function และ expectation) และ concern ของผู้ป่วย ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของ patient-centered clinical method เป็นเครื่องมือที่แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวทุกคนพูดถึง เนื่องจากเป็นสิ่งที่จะเปิดประตูไปสู่ความเข้าใจปัญหาที่แท้จริงของผู้ป่วย และส่งสัญญาณไปยังผู้ป่วยว่าแพทย์ให้ความสนใจในตัวเขา และปัญหาที่เขานำมาปรึกษา อันจะนำไปสู่



ความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างแพทย์กับผู้ป่วย และการให้ความช่วยเหลือที่ตรงกับความต้องการและบริบทของผู้ป่วย

2. สร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยและครอบครัว ด้วยการแสดงออกถึงความเป็นกันเองกับผู้ป่วย ไม่ถือตัว และการใส่ใจให้ความช่วยเหลือผู้ป่วย หรืออย่างน้อยก็รับฟังปัญหา และแสดงความเห็นใจผู้ป่วย (empathy)

3. การเยี่ยมบ้าน แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวส่วนใหญ่ได้ พยายามหาเวลาไปเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้าน เพื่อประเมินปัญหาในสิ่งแวดล้อมจริงของผู้ป่วย ให้การช่วยเหลือผู้ป่วยที่ไม่สามารถมารับบริการที่สถานพยาบาลได้ และในทำนองเดียวกับ FIFE การไปเยี่ยมบ้านผู้ป่วยทำให้ผู้ป่วยและญาติรับรู้ว่ายี่สิบใจในตัวเองและเป็นการสร้างความสัมพันธ์ที่ดี

4. สิ่งหนึ่งที่แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวหลายคนพูดเป็นเสียงเดียวกัน คือ ในการช่วยเหลือผู้ป่วยที่มีปัญหา **แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวไม่ได้ช่วยแก้ปัญหาเหล่านั้นให้ผู้ป่วยโดยตรง** แต่ช่วยด้วยการให้ผู้ป่วยได้ระบายและแพทย์เป็นผู้รับฟัง โดยใช้ทักษะการสื่อสาร (basic communication skills) ที่ดี หรือการฟังอย่างตั้งใจ (active/attentive/reflective listening) ซึ่งมีพลังมากพอที่จะช่วยเยียวยา (heal) จิตใจของผู้ป่วยได้ระดับหนึ่ง และอาจทำให้ผู้ป่วยมีกำลังใจที่จะจัดการปัญหาต่างๆได้ด้วยตนเอง นอกจากนี้แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวยังทำหน้าที่เป็น counsellor ไปด้วยในตัว ด้วยการชวนผู้ป่วยพูดคุยหรือถามคำถามที่เหมาะสม เพื่อกระตุ้นให้ผู้ป่วยได้ทำความเข้าใจปัญหาของตนเอง ได้มีมุมมองใหม่ๆต่อปัญหานั้น และได้ค่อยๆคิดหาทางแก้ปัญหาด้วยตนเอง (facilitator role) หรือในบางครั้ง ก็ช่วยให้ผู้ป่วยได้ปล่อยวางและรอให้เวลาช่วยคลี่คลายปัญหาหรือเยียวยาจิตใจ



5.เมื่อมีอารมณ์ความรู้สึกเกิดขึ้น เช่นหงุดหงิดคนไข้ หรือมีความรู้สึกร่วมไปกับผู้ป่วยมากจนเกินไป ก็พยายามรู้ให้เท่าทันอารมณ์นั้น (self-awareness) และแสดงออกอย่างเหมาะสม

6.ในด้านวิชาการ แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวต้องรักษาโรคได้ และได้พยายามพัฒนาตนเองในด้านความรู้ด้าน *biomedical science* ด้วยเช่นกัน มีการนำความรู้ทาง Evidence Based Medicine(EBM) มาใช้ และ เป็น EBM ที่คำนึง illness experience และ บริบทของผู้ป่วยตาม ธรรมชาติของแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวนั่นเอง ซึ่งในความเป็นจริงแล้ว การ ประยุกต์ใช้ EBM นั้นต้องคำนึงถึงสิ่งเหล่านี้ อยู่แล้ว แต่แพทย์ส่วนมากอาจ จะไม่เข้าใจหรือไม่เห็นความสำคัญ เพราะ ฉะนั้นอาจกล่าวได้ว่า แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวมีศักยภาพที่จะนำความรู้ EBM ไปใช้ประโยชน์ในการดูแลคนไข้ได้เป็นอย่างดี

7.ลักษณะเด่นอีกอย่างของแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวที่ต่างจาก แพทย์ผู้เชี่ยวชาญคือ *ให้ความสำคัญและสามารถอธิบาย หรือให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วย และญาติด้วยข้อมูลที่ชัดเจน เข้าใจง่าย*

8.การให้ความมั่นใจกับผู้ป่วยและครอบครัว (reassurance) ก็ เป็นวิธีหนึ่งที่แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวช่วยให้ผู้ป่วย และญาติลดความวิตกกังวลลงได้ ซึ่งก็เพียงพอแล้วในบางสถานการณ์

9.ด้วยสถานการณ์ที่แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว ต้องดูแลผู้ป่วย จำนวนมากในเวลาจำกัด ในขณะที่การดูแลผู้ป่วยตามหลักการเวชศาสตร์ ครอบครัวต้องใช้เวลาพอสมควร *แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวต้องนำศาสตร์ ต่างๆ มาใช้โดยประยุกต์ให้เข้ากับสถานการณ์* และบางครั้งก็หลีกเลี่ยงไม่ได้ ที่จะต้องอาศัยการจัดการระบบงานให้สอดคล้องกับวิธีการดูแลผู้ป่วยด้วย

9.1.ไม่ใช่ patient-centered method เต็มรูปแบบกับผู้ป่วยทุกราย ผู้ป่วยบางรายสามารถให้การดูแล โดยใช้เวลาเพียงสั้น



ในการ พุดคุย ตรวจสอบและให้ยา แต่แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวจะมองหาว่า ผู้ป่วยรายใดที่มีปัญหาซับซ้อน และต้องใช้เวลาในการค้นหาปัญหา และ ให้ความช่วยเหลือ โดยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวจะสังเกตจากสีหน้า ท่าทาง น้ำเสียง และเรื่อง que ผู้ป่วยนำ มาปรึกษาแพทย์บางคนถึงขนาดบอกว่า บางครั้งไม่ต้องมองหน้าผู้ป่วย ก็ยังรู้สึกได้ว่าเป็นผู้ป่วยที่มีปัญหา สิ่งนี้เป็น ลักษณะเด่นอย่างหนึ่งของแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวเลยก็ว่าได้ ในการที่จะมีความยืดหยุ่นในการดูแลผู้ป่วย โดยอยู่บนพื้นฐานความเป็นจริง (being realistic) นั่นเอง

9.2. ซักประวัติไปด้วยในขณะที่ทำการตรวจร่างกาย

9.3. กำหนดหลักเกณฑ์ในการส่งปรึกษา (consult)

แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว ไม่ใช่ตรวจผู้ป่วยนอกทุกราย เช่น กำหนดว่ารับ ปรึกษาเฉพาะผู้ป่วยที่มีความยากในการดูแล (difficult patients) โดยระบุ ด้วยว่ายากแบบไหนบ้าง กรณีนี้เกิดขึ้นในโรงพยาบาล ขนาดใหญ่ และอยู่บน แนวคิดที่ว่าเวชศาสตร์ครอบครัวเป็นสาขาเฉพาะทางสาขาหนึ่งในรพท./รพศ.

9.4. จำกัดจำนวนผู้ป่วย เช่น ไม่รับผู้ป่วยเรื้อรังนอกเขต รับผิดชอบ ซึ่งผู้เขียนถือว่ารับได้ เพราะผู้ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ควรจะได้รับการดูแลที่สะดวก ใกล้บ้าน ใกล้ใจ แต่อาจต้องพิจารณาด้วยว่าในพื้นที่นั้นๆ มีสถานพยาบาลที่มีศักยภาพเพียงพอหรือไม่

9.5. สร้างทีมงานที่มีศักยภาพในการทำงานหลายๆด้าน (polyvalent team) โดยการให้ความรู้สนับสนุนการทำงานของ ทีม เพื่อให้เกิดความมั่นใจ และมอบหมายงานให้ทำ เช่น พัฒนาพยาบาลให้ สามารถร่วมตรวจรักษาผู้ป่วยคู่ขนานไปกับแพทย์ โดยดูแลผู้ป่วยที่เป็นโรค ง่ายๆ ไม่ซับซ้อน หรือดูแลผู้ป่วยเรื้อรังที่อาการหรือระดับการควบคุมโรคคงที่ และ มาเพื่อมารับยาเท่านั้น

9.6. ให้ความรู้ สุขศึกษาแก่ประชาชนเพื่อสามารถดูแล ตนเองได้



9.7. ในโรงพยาบาลโรงเรียนแพทยอย่างรามาริบัติ มีการจัดคลินิกโรคเรื้อรังเฉพาะโรค เพื่อให้ดูแลผู้ป่วยได้มีประสิทธิภาพมากขึ้น อาจจะดูเป็นการแยกส่วนอยู่บ้าง แต่น่าจะเหมาะสมกับบริบทโรงพยาบาลโรงเรียนแพทย์เท่านั้น

10. แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวต้องเป็น**นักประสาน** (coordinator) ที่ดี โดยประสานงานกับฝ่ายอื่นในองค์กรหรือกับหน่วยงานอื่น เพื่อให้เกิดการใช้ทรัพยากรให้เกิดประโยชน์กับผู้ป่วยและการดูแลที่ดี

11. แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวหลายคน **หันมาดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้วย** เพราะผู้ป่วยเหล่านี้มักมีความทุกข์ทรมานทั้งร่างกายและจิตใจ และไม่ค่อยได้รับการดูแลที่ดีเท่าที่ควรจากบุคลากรสาธารณสุขและอาจ เป็นเพราะ หลักการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายใกล้เคียงกันมากกับหลักการของเวชศาสตร์ครอบครัว จนมีผู้กล่าวว่า การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายเป็น ภารกิจของแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว

12. ในบางครั้งแพทย์ต้องไปอยู่ในสถานการณ์ที่มีความขัดแย้งระหว่างคนในชุมชน แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวก็พยายามวางตัวเป็นกลาง โดยแสดงให้เห็นว่าให้การดูแลทุกฝ่าย เนื่องจากมองเห็นว่าหากเสียความสัมพันธ์กับฝ่ายหนึ่งฝ่ายใดแล้วจะทำงานได้ยากขึ้น

13. การใช้ patient-centered clinical method ของแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวนั้นไม่ได้จำกัดอยู่แค่กับผู้ป่วย แต่ยังมีการประยุกต์ใช้กับผู้บังคับบัญชา เพื่อนร่วมงานหรือประชาชนในชุมชนด้วย

14. แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวบางคน ต้องแสดงบทบาทในการเป็นผู้นำ โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้นำในการพัฒนา PCU ในเครือข่ายบริการปฐมภูมิที่เริ่มมาจากการเป็นสถานีอนามัย โดยช่วยประสานงานในบางส่วนที่ทำได้ ปกป้องผลประโยชน์ของลูกทีม และเมื่องานประสบความสำเร็จก็ให้



PCU ออกหน้าเพื่อให้เกิดความภาคภูมิใจ

เป็นที่น่าสังเกตว่าแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวพูดถึง องค์ประกอบต่างๆในการทำเวชปฏิบัติแบบให้ผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางบ่อยครั้ง โดยเฉพาะอย่างยิ่งองค์ประกอบที่ 1: exploring both disease and illness แต่พูดคำว่า patient-centered method ค่อนข้างน้อย ทั้งนี้เมื่อพิจารณาดูจะพบว่า มีการพูดถึงองค์ประกอบต่างๆเกือบครบทุกองค์ประกอบ ที่ชัดเจนคือ องค์ประกอบที่ 1, องค์ประกอบที่ 4 ส่งเสริมสุขภาพ, องค์ประกอบที่ 5 สัมพันธภาพ (relationship) และที่โดดเด่นคือ องค์ประกอบที่ 6 being realistic ได้แก่ การยืดหยุ่นในการประยุกต์ทักษะต่างๆในเวชปฏิบัติครอบครัวในการดูแลผู้ป่วย การบริหารจัดการเวลา และทรัพยากร และการสร้างทีมเพื่อให้สามารถดูแลผู้ป่วยจำนวนมากได้ดีในระดับหนึ่ง

ส่วนองค์ประกอบที่ 3: finding common ground ถึงแม้ไม่มีพูดถึงตรงๆ แต่ก็มีโดยอ้อมและเชื่อว่าแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวทุกคนได้ใช้ประโยชน์จากข้อมูลที่ได้จากการประเมินปัญหา เพื่อทำให้เกิดความเข้าใจในตัวผู้ป่วย และนำไปสู่แนวทางการดูแลที่เป็นหนทางร่วมกัน หรือพอใจทั้งสองฝ่ายอยู่แล้ว ในส่วนองค์ประกอบที่ 2 นั้นมีการพูดถึงการลงชุมชนเล็กน้อย อาจเป็นไปได้ว่าแพทย์ไม่มีเวลา หรือบทบาทด้านนี้มีพยาบาลซึ่งเป็นผู้ร่วมทีมกับแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวทำอยู่แล้ว และแทบไม่มีการพูดถึงการประเมินหรือดูแลครอบครัวเลย ในความเป็นจริง แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวก็คงประเมินปัญหา และให้การดูแลในระดับครอบครัวอยู่บ้าง แต่อาจจะยังไม่ชัดเจนมากนัก ซึ่งขัดแย้งกับประเด็นว่าการดูแลครอบครัวเป็นจุดเด่นที่ทำให้แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวแตกต่างจากแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป (GP) และ specialists

สิ่งหนึ่งที่โดดเด่นจากการทำงานของแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว

ซึ่งอาจเรียกว่าเป็นกลไกที่เกิดขึ้นจากการประยุกต์ใช้ทักษะและเครื่องมือต่างๆ ที่กล่าวมาแล้ว นั่นคือ ความเข้าใจ ความเข้าใจที่เกิดจากการทำงานของแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวนั้น เกิดขึ้นในหลายมิติ ตั้งแต่แพทย์เข้าใจผู้ป่วยและปัญหาของผู้ป่วย ผู้ป่วยเข้าใจปัญหาของตนเองมากขึ้น ผู้ป่วยและญาติเข้าใจกัน และยังรวมไปถึงการที่แพทย์เข้าใจตนเองมากขึ้นด้วย ความเข้าใจเหล่านี้ทำให้เกิดสัมพันธภาพที่ดีระหว่างแพทย์ผู้ป่วยและญาติ ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญในการทำเวชปฏิบัติครอบครัวที่ได้กล่าวไปแล้ว และเป็นตัวเชื่อมไปสู่การให้บริการที่ดี เหมาะสมกับบริบท และเป็นที่พอใจของผู้ป่วย

3. สิ่งสนับสนุน /วิธีการจัดการกับตัวเอง เมื่อต้องอยู่กับปัญหาในการทำงาน

- 1.บริบทงานที่เอื้อต่อการประยุกต์ใช้วิชาเวชศาสตร์ครอบครัวในการดูแลผู้ป่วย ซึ่งส่วนใหญ่แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวต้องต่อสู้ฝ่าฟันเพื่อให้ได้สิ่งเหล่านี้
- 2.การมีผู้นำที่เสียสละ และเป็นตัวอย่างที่ดีในการทำงาน
- 3.ความรู้สึกร่วมกัน และเป็นพี่น้องในกลุ่มแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว
- 4.ไม่คาดหวังกับการทำงานและอนาคตของตนเองมากเกินไป
- 5.พึ่งพาตนเองให้มากที่สุด ถ้าผู้บังคับบัญชาไม่สนับสนุน
- 6.มีจุดยืนชัดเจนและแม่นยำในเรื่องหลักการเวชศาสตร์ครอบครัวไม่หวั่นไหวถึงแม้การปฏิบัติงานอาจมีความยืดหยุ่นได้



7. การได้พูดระบายความรู้สึกบ้างเช่นเดียวกับที่คนไข้ได้ระบาย
สิ่งที่น่าสนใจ คือแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวกล่าวถึง การได้มีโอกาสพูด
ระบายกับผู้ป่วยด้วยเช่นกัน ในลักษณะของการบอกความรู้สึกตรงๆ
แก่ผู้ป่วย หรือการที่แพทย์ได้พูดคุยกับผู้ป่วยในเรื่องที่นอกเหนือไปจาก
ปัญหาของผู้ป่วย

8. วิธีการอื่นๆที่แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวกล่าวถึง ในการที่จะ
ทำให้ตนเองผ่อนคลาย ไม่เครียดจนเกินไป เช่น อ่านหนังสือ เล่น internet
 เป็นต้น

9. การปล่อยวางจากปัญหาของผู้ป่วย วิธีการหนึ่งคือใช้หลักพุทธ
ศาสนาเข้ามาช่วย ด้วยการมีสติ อยู่กับปัจจุบัน ไม่ยึดติดกับอารมณ์ความรู้
สึกที่เกิดขึ้นในขณะที่รับฟังปัญหาของผู้ป่วย นั่นคือทำให้ไม่เกิด sympathy
 นั่นเอง

4. ผลลัพธ์และการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นจากการทำงาน

แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวให้ความเห็นว่า ทักษะ และเครื่องมือ
ต่างๆ ดังที่กล่าวมาแล้วนั้น มีประโยชน์ในการช่วยเหลือผู้ป่วย
และครอบครัวได้ และผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจากการใช้ทักษะเหล่านี้ คือ ผู้ป่วย
เรียกร้องน้อยลงในสิ่งที่ไม่จำเป็น เช่น ยาผิด ผู้ป่วยและญาติพึงพอใจ
ให้การยอมรับในตัวแพทย์ มีความคุ้นเคย อยากมาพบแพทย์ ทั้งที่บางครั้ง
ไม่ได้มีปัญหาอะไร นั่นคือเกิดเป็นความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างผู้ป่วยและญาติ
กับแพทย์นั่นเอง ส่วนตัวแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวเองก็กล่าวว่าทำงานได้
ดีขึ้น ง่ายขึ้น และสิ่งที่เกิดขึ้นภายในและมีความสำคัญมากคือมีความสุขใน
การทำงาน



สรุป

แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวส่วนใหญ่ ทั้งในบริบทการทำงาน (setting) ที่เป็นโรงพยาบาลใหญ่หรือโรงพยาบาลชุมชน ต้องทำงานในบริบทที่ไม่เอื้อให้เกิดการดูแล ตามแนวทางเวชศาสตร์ครอบครัวที่ดีได้โดยง่าย อันเป็นผลมาจาก ผู้บังคับบัญชาและเพื่อนร่วมงานไม่เข้าใจหลักการเวช ศาสตร์ครอบครัว ภาระงานในการดูแลผู้ป่วยจำนวนมาก และการทำงานหลายหน้าที่ ทำให้เกิดความเครียดและบางครั้งรู้สึกท้อแท้ แต่แพทย์เหล่านี้ก็หาทางออกท่ามกลางข้อจำกัด ด้วยการมีความยืดหยุ่นในการนำหลักการเวชศาสตร์ครอบครัวมาประยุกต์ใช้ในการดูแลคนไข้ร่วมไปกับการพยายามต่อสู้ เพื่อจัดระบบและสิ่งแวดล้อมในการทำงานให้สอดคล้องกับวิธีการดูแลผู้ป่วยของตนเอง เป็นการหาจุดที่สมดุลของตัวเองท่ามกลางบริบทงานของแต่ละคนได้อย่างเหมาะสม

การประเมิน FIFE การใช้ทักษะการสื่อสารที่ดีโดยเฉพาะ active listening และความเอาใจใส่เป็นทักษะหรือเครื่องมือหลักในการช่วยเหลือดูแลผู้ป่วย โดยมีกลไกที่โดดเด่นในกระบวนการดูแลคือความเข้าใจและความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างผู้ป่วย ครอบครัว และแพทย์ แต่ดูเหมือนว่าแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวจะใช้ความรู้และทักษะ ในการประเมินและให้การดูแลในระดับครอบครัวน้อยไปอยู่บ้าง และควรจะให้ความสำคัญกับเรื่องนี้มากขึ้น อย่างไรก็ตาม การทำงานของแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวถือว่าประสบความสำเร็จ สังเกตได้จากการที่ผู้ป่วยและญาติเกิดการยอมรับ มีความพึงพอใจ และที่สำคัญแพทย์เองก็มีความสุขในการทำงาน อาจกล่าวได้ว่านอกจากรักษาโรคแล้วแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวเป็นแพทย์ที่ทำงานอยู่กับความเข้าใจและความสัมพันธ์อย่างแท้จริง





โอบตาสตร์รอรบครวักบการจ้ดการ ในวेषปฏิบัติปฐมฐม Practice Management

การจ้ดการในวेषปฏิบัติปฐมฐม หมายถึง งานที่แพทยวेषศาสตร้ครอบครว้ และทีมงานจ้าเป็นต้องทำในทุกด้าน เพื่อถึเกิรระบบการบรึการ/การดูแลคนไข้แ ละประชาชนที่ดึหรือดึกว่าเดม ซึ่เป็นลึ่ที่นอกรเหนือจาก การเน้นเฉพาะเรื่งการดูแลรึษาทางคลึนึกหรือการดูแลคนไข้

แพทยวेषศาสตร้ครอบครว้หลายท่านที่มีคุณวุฒึ ในการเป็นผู้อำนวยการรึองพยาบาลชุมชน หัวหน้ากลุ่มงานวेषกรรมสังคมของรึองพยาบาลศูนย์ แลแพทยผู้ปฏิบัติงานที่สนใจการจ้ดการในวेषปฏิบัติปฐมฐมดึ่างเห็นว้า การจ้ดการไม่ใช่เป็นหน้าถึเฉพาะของผูบรึหารหน่วยงานเท่านั้น แต่เก็ยวข้องกับแพทยวेषศาสตร้ครอบครว้ทุกคนทุกระดับ เพื่อการพัฒนาระบบการดูแลประชาชนที่ดึหรือดึกว่าเดม ประเด็นส้าคัญจากการแลกเปลี่ยนในที่ประชม สรूपเป็นหลัการดึงต่อไปนี้

1. แพทยวेषศาสตร้ครอบครว้ ทักษะความรู้ความสามารถที่ดึต้องมีและใช้ในการจ้ดการคือ การทำควมเข้าใจกับบริบท หรือลึ่แวดล้อม ที่แพทยวेषศาสตร้ครอบครว้ท่านนั้นปฏิบัติงาน การแสวงหาโอกาสหรือป้จจ้ยภายนอกที่จ้ส่งเสริมให้งานปฐมฐมกั้วหน้า การมองเป้าหมายไปข้างหน้าอย่างชัดเจน การวางแผนกลยุทธ์ การเข้าใจควมดึองการ



หรือความจำเป็นที่แท้จริงของประชาชนในพื้นที่ การสื่อสารกับทีมงานของตนเองและผู้เกี่ยวข้องทั้งในและนอกกระทรวงสาธารณสุข การใช้ข้อมูลทั้งเชิงคุณภาพและปริมาณในการวางแผน ติดตามกำกับและประเมินผลสัมฤทธิ์ นอกจากนี้การจัดระบบการศึกษา ฝึกอบรม และนิเทศทีมงานก็เป็นทักษะที่สำคัญยิ่งในการขยายแนวคิดเวชศาสตร์ครอบครัวไปสู่ทีมงานเพื่อสร้างแรงบันดาลใจและความสุขในการทำงานทั่วทั้งองค์กร

2.ระบบการจัดการทรัพยากร ในทุกแห่งจะมีระบบการจัดการทรัพยากรเพื่อดูแลเครือข่ายบริการปฐมภูมิผ่านทางโรงพยาบาล ยกเว้น เครือข่ายบริการปฐมภูมิอำเภอเมืองนครราชสีมา ที่มีรูปแบบการจัดการที่แยกออกจากโรงพยาบาลศูนย์ขนาดใหญ่ ผู้ป่วยหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าจะต้องรับบริการที่ศูนย์แพทย์ชุมชนใกล้บ้าน หากเกินขีดความสามารถจะถูกส่งตัวมาที่โรงพยาบาล

- **ระบบการจัดคลินิกบริการ** หลายอำเภอเริ่มมีแนวคิด ในการยกคลินิกบริการปฐมภูมิออกจากโรงพยาบาล เพื่อให้ประชาชนเข้าถึงบริการได้สะดวกขึ้น และมีโอกาสที่ทีมงานจะได้ดำเนินงานตามแนวทาง เข้าถึงง่าย องค์กรผสมผสาน ต่อเนื่อง ประสาน และชุมชนมีส่วนร่วม การมีพื้นที่รับผิดชอบดูเหมือนส่งเสริมให้เป็นความโดดเด่น และ อัตลักษณ์ของแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวชัดเจนมากขึ้น แต่ในบางบริบท ที่มีพื้นที่รับผิดชอบไม่มากนัก การได้ดูแลคนไข้คนเดิมต่อเนื่องก็เป็นอีกแนวทางหนึ่งในจัดบริการ สิ่งสำคัญอีกประการหนึ่ง คือการมีแนวทางเวชปฏิบัติที่ช่วยให้เห็นถึงการบริการในแต่ละระดับ และการตัดสินใจเพื่อส่งต่อผู้ป่วยมารับบริการที่โรงพยาบาล

- **ระบบการจัดการการเงิน** CUP โรงพยาบาลที่ประสบความสำเร็จในการจัดการทางการเงิน จะมีผู้รับผิดชอบทางการเงินชัดเจน มีการจัดทำบัญชีที่สามารถแยกได้ว่าในส่วนของบริการปฐมภูมิมีการได้

และใช้งบประมาณ/เงินบำรุงมีประสิทธิภาพเพียงใด ในฐานะผู้บริหาร CUP แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวจะต้องมองว่า สถานีอนามัยหรือศูนย์สุขภาพชุมชนต้องอยู่รอดด้วย ไม่มองเพียงว่าโรงพยาบาลต้องอยู่รอดเท่านั้น หากสามารถหาแหล่งทุนหรือแหล่งรายได้อื่นเข้ามาสู่ระบบจะช่วยเสริมสภาพคล่องทางการเงินให้ CUP ได้มากขึ้น

- **ระบบการจัดการบุคลากร** ที่หลายพื้นที่มีการขาดแคลนพยาบาลวิชาชีพ ในสถานีอนามัย เมื่อมีการคิดเป็นภาพรวมของทั้งอำเภอ ประกอบกับการประสานงานกับสาธารณสุขอำเภออย่างเป็นเอกภาพ จะช่วยทำให้การกระจายทรัพยากรมีประสิทธิภาพมากขึ้น ไม่แบ่งเขาแบ่งเรา และควรมีระบบการส่งเสริมแรงจูงใจเชิงบวก สำหรับบุคลากรที่ร่วมลงทำงานในชุมชน

- **ระบบการจัดการด้านยาและเวชภัณฑ์** หน่วยบริการปฐมภูมิและโรงพยาบาลควรใช้ยาเหมือนกัน เพื่อให้ประชาชนมั่นใจได้ว่า ไปรับบริการที่ใดก็ได้ยาคุณภาพเดียวกัน แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวและทีมงานสามารถเป็นทีมประสานงานกลางที่เชื่อมต่อระหว่างหน่วยบริการปฐมภูมิและโรงพยาบาลได้ นอกจากนี้หากที่ใดมีเภสัชกรเพียงพอ จะช่วยในการดำเนินงานเรื่องการจ่ายยาอย่างปลอดภัยได้ดียิ่งขึ้น

- **ระบบการจัดการทางห้องปฏิบัติการ** การลงทุนด้านห้องปฏิบัติการ จะมีค่าใช้จ่ายสูง ถ้ามีการจัดระบบการขนส่งที่ดีในการรับส่งสิ่งส่งตรวจ ก็ไม่จำเป็นต้องสร้างห้องปฏิบัติการในศูนย์สุขภาพชุมชนยกเว้นว่า ศูนย์สุขภาพชุมชนนั้นเป็นหน่วยบริการประจำ ที่ต้องดูแลเครือข่ายปฐมภูมิ และ ชีตความสามารถสูงเทียบเท่ากับ OPD ของโรงพยาบาลชุมชน การลงทุนตรวจทางห้องปฏิบัติการบางตัว (LAB TEST) ที่ใช้บ่อยในพื้นที่ น่าจะคุ้มค่า สถานบริการหลายแห่งพัฒนาระบบการรายงานผลตรวจออนไลน์ ช่วยอำนวยความสะดวก และเพิ่มความรวดเร็วในการดูแลคนไข้



ได้ อย่างชัดเจน

- **ระบบการจัดการเพื่อเยี่ยมบ้าน** ด้วยความก้าวหน้าของเทคโนโลยีสารสนเทศ สามารถช่วยให้การวางแผนเพื่อเยี่ยมบ้านมีประสิทธิภาพมากขึ้น ในทุกเช้าหน่วยบริการปฐมภูมิจะสามารถทราบข้อมูลว่า มีใครในพื้นที่ที่มานอนพักที่โรงพยาบาล เพื่อติดตามเข้ามาเยี่ยมคนไข้ในช่วงบ่าย มีใครบ้าง ที่จะถูกส่งตัวกลับไปพักที่บ้าน เพื่อทีมแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวจะได้วางแผนการเยี่ยมบ้าน การส่งข้อมูลกลับออนไลน์ เป็นอีกรูปแบบหนึ่ง que เริ่มนิยมใช้กันมากขึ้น ในอนาคตอาจเป็นไปได้ว่าระบบส่งตัวนี้อาจไม่จำเป็นต้องใช้กระดาษ นอกจากนี้ หากเมื่อสิ้นสุดการบริการในคลินิกในช่วงเช้า ถ้าทีมงานมีการสรุปผลการบริการว่า ผู้ป่วยรายใดควรได้รับการเยี่ยมบ้าน ผู้ป่วยรายใดที่มีความจำเป็นที่แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวจะต้องร่วมไปเยี่ยมบ้าน หลังเยี่ยมบ้านมีการแลกเปลี่ยนข้อมูลพูดคุย เพื่อพัฒนาระบบงาน ก็จะช่วยเสริมคุณภาพการดูแลคนไข้ได้มากขึ้น

- **ระบบการจัดการศึกษา** ฝึกอบรมและนิเทศงานใน CUP จากภาวะที่กำลังคนด้านสุขภาพยังไม่สมบูรณ์ การจัดการศึกษา ฝึกอบรม และนิเทศงาน จะช่วยให้การพัฒนาศักยภาพที่ทีมงานบริการปฐมภูมิทำงานได้บรรลุวัตถุประสงค์มากขึ้น การจัดการเรียนรู้สามารถทำได้ตั้งแต่การให้พยาบาลหรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ที่มีวัตถุประสงค์การพัฒนา อย่างชัดเจน หรือผ่านการทำ needs assessment แล้ว มาฝึกงานที่โรงพยาบาล หรือศูนย์แพทย์ชุมชนหลักภายใต้การดูแลของแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว บางแห่งใช้รูปแบบแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวลงไปนิเทศ ที่หน่วยบริการปฐมภูมิที่เจ้าหน้าที่ปฏิบัติงานจริง บางแห่งแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวร่วมให้บริการและให้คำปรึกษาเจ้าหน้าที่ที่ตรวจบริการคนไข้ในห้องข้างกัน การเรียนรู้ที่เห็นผลที่สุดคือการสังเกตการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่โดยตรง (direct observation)

นอกจากการจัดการศึกษาให้แก่บุคลากรใน CUP แล้ว การจัดการศึกษา สำหรับนักศึกษาแพทย์ ถือเป็นรากฐานที่สำคัญในการขยายผลวิชาเวชศาสตร์ครอบครัวในอนาคต การเรียนรู้ในหน่วยบริการปฐมภูมิที่มีระบบบริการที่ทรงประสิทธิภาพ จะช่วยให้นักศึกษาแพทย์เข้าใจการประยุกต์ใช้แนวคิดเวชศาสตร์ครอบครัวในการดูแลคนไข้ และเห็นรูปธรรมการทำงานกับชุมชนได้ง่ายขึ้น

3. ผู้บริหาร

แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวที่อยู่ในระดับปฏิบัติงานหลายท่าน อาจจะรอการสนับสนุนจากผู้บริหารของหน่วยงาน หลักการที่น่าทดลองใช้คือ ตัวแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว และทีมงานต้องตั้งเป้าหมายให้ชัดเจนว่า ทีมเราต้องการทำอะไร มีการวิธีกทำอย่างไร เพื่อให้บรรลุเป้าหมาย การสื่อสารที่ดีซึ่งเป็นทักษะที่เราใช้ในการดูแลคนไข้สามารถนำมาประยุกต์ใช้ได้ในชีวิตประจำวัน ในการสื่อสารกับผู้บริหาร ทีมแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวต้องมีผลการวิเคราะห์ข้อมูล และเตรียมการนำเสนอข้อมูลพร้อมข้อเสนอแนะบนฐานความเป็นจริงที่ผู้บริหารจะสามารถนำไปประกอบการพิจารณาตัดสินใจได้

4. องค์กรหรือภาคีเครือข่ายอื่นๆ

หากแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวและทีมงานมองว่า หน้าที่ที่สำคัญอีกประการหนึ่ง คือผู้ประสานงานสุขภาพให้แก่ประชาชนในพื้นที่ จะช่วยให้ผู้เกี่ยวข้องที่เป็นองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ภาคีเครือข่าย ชมรมจิตอาสาต่างๆ ในชุมชน ซึ่งมีทั้งที่เสริมและต้านการทำงานของจัดการบริการปฐมภูมิในอำเภอ หากแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวและทีมงานได้ร่วมเรียนรู้ และร่วมกันวิเคราะห์ปัจจัยภายนอกเหล่านี้ จะช่วยให้เข้าใจและเลือกใช้กลยุทธ์ที่เหมาะสมในการพัฒนาต่อไป



สรุป

แพทยเวชศาสตร์ครอบครัวกับการจัดการในเวชปฏิบัติปฐมภูมิ ถือเป็นสิ่งที่แพทยเวชศาสตร์ครอบครัวและทีมงานต้องเรียนรู้ ทั้งในมิติการพัฒนatanเองและพัฒนาทีมงานร่วมกัน เพื่อให้ประชาชนในพื้นที่รับผิดชอบได้รับบริการที่เท่าเทียมกัน มีประสิทธิภาพ สังคมตรวจสอบได้ และที่สำคัญคุณภาพบริการปฐมภูมิ ไม่ได้ด้อยลงไปกว่า การจัดบริการในโรงพยาบาลชุมชน หรือโรงพยาบาลขนาดใหญ่



การศึกษาวิจัย

Appropriate Type of Research for Family Medicine

การแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในการประชุมเชิงปฏิบัติการการจัดการความรู้ด้านเวชศาสตร์ครอบครัวกลุ่มการศึกษาวิจัย ได้มีการพูดคุยในหลายประเด็นซึ่ง ประเด็นหลักๆ ประกอบด้วย

แรงจูงใจหรือปัจจัยที่ทำให้แต่ละคนทำงานวิจัย หัวข้อที่สมาชิกในกลุ่มได้ทำการศึกษา ตั้งแต่อดีตและงานที่ทำอยู่ในปัจจุบัน ปัญหาและอุปสรรคของการทำการศึกษาวิจัย การสนับสนุนในอนาคต และทิศทางการผลักดันให้เกิดการศึกษาวิจัยในเวชศาสตร์ครอบครัวและบริการปฐมภูมิ

1. ปัจจัยสนับสนุนที่ทำให้เกิดความสนใจและผลิตงานวิจัย

ความตระหนักถึงความสำคัญของการศึกษาวิจัย ในเวชศาสตร์ครอบครัวเป็นปัจจัยที่สำคัญ เวชศาสตร์ครอบครัวจะเข้มแข็งได้ ต้องอาศัยงานวิจัย เพื่อให้เห็นว่าเราสามารถสร้างความรู้ได้ มีศาสตร์ของตัวเองและมีการเผยแพร่

ปัจจัยอื่นๆ ที่ทำให้เกิดการทำการศึกษาวิจัย คือ การได้รับการชักชวนให้ร่วมงานกับทีมศึกษาวิจัย การได้รับทุนสนับสนุน ความรู้สึก



ศึกษาวิจัยการทำวิจัยนั้นง่าย ความรู้สึกชอบ สนุกกับการค้นหา และหาคำตอบงานวิจัยเป็นปัจจัยที่สำคัญ การมีประสบการณ์ที่ดีจากการเริ่มทำการศึกษาวิจัยชิ้นแรก เป็นสิ่งสำคัญที่ทำให้เกิดการผลิตงานวิจัยออกมาอย่างต่อเนื่อง

การสำรวจในกลุ่มแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว ที่เข้าร่วมประชุมปฏิบัติการ ผู้ตอบแบบสอบถามทั้งสิ้น 28 คน พบว่า 27 เคยมีประสบการณ์ในการทำการศึกษาวิจัย และ มากกว่าครึ่งในปัจจุบันมีงานศึกษาวิจัยประมาณ 1/4 มีความสนใจให้ความสำคัญ และทำการศึกษาอย่างต่อเนื่อง อย่างไรก็ตามพบว่า 1/4 ของผู้ตอบแบบสอบถาม ยังลังเลใจว่าจะทำการศึกษาวิจัยต่อไปดีหรือไม่

2. ประเด็นและรูปแบบการศึกษาวิจัย

การวิจัยในเวชศาสตร์ครอบครัวมีความหลากหลายจากการสำรวจพบว่า มีผู้ที่ทำการศึกษาวิจัย เรื่องการจัดบริการปฐมภูมิ (11/28) ประเด็นการจัดบริการที่ตอบสนองความจำเป็นและ ความต้องการของพื้นที่ การบริหารจัดการระบบบริการปฐมภูมิ การพัฒนา คุณภาพการบริการ การวิจัยชุมชน การสำรวจเฝ้าระวังความเสี่ยงทางสุข ภาพ การวิจัยทาง แพทย์ศาสตร์ศึกษา การศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรม ทั้งในด้าน การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในโรคเรื้อรัง และพฤติกรรมของผู้ ป่วยต่อโรคเรื้อรัง การศึกษาที่เกี่ยวกับเวชปฏิบัติ(Clinical practice) เช่น การใช้ยาปฏิชีวนะ โรคหวัด การดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง และการใช้ ยาในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง การทำการศึกษาเชิงคุณภาพ ประเด็นอื่นๆ ได้แก่ การดูแลผู้ป่วยสูงอายุ การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย การสำรวจความ ต้องการในการเยี่ยมบ้าน การดู

และผู้ป่วยเฉพาะกลุ่มเช่นกลุ่มผู้ต้องขังหญิง ใช้สารเสพติด หรือติดเชื่อ เอชไอวี การศึกษาเชิงสังคมศาสตร์ ปรัชญา แพทย์ศาสตร์ และพระพุทธศาสนา ความตาย การทำการศึกษาระบบวัด วิทยา และการทำ systematic review การทำการวิจัยเชิงทดลอง การ ศึกษาวิจัยจากงานประจำเพื่อพัฒนา งานและสร้างองค์ความรู้ใหม่

3. ปัญหาและอุปสรรค

พบว่าปัญหาที่สำคัญที่สุดคือ *เรื่องเวลา และภาระงาน* ที่ทำอยู่ในปัจจุบันซึ่งมากอยู่แล้ว ไม่เอื้อต่อการทำวิจัย (20/28) อุปสรรคสำคัญรองลงมา คือ ยังขาดความรู้โดยเฉพาะ ความรู้เรื่องสถิติ การจัดการข้อมูล การวิเคราะห์ ข้อมูล การวิจัยเชิงคุณภาพ และการเขียนบทความผลงาน ผล ปัญหาที่เป็นอุปสรรครองลงมาจากรื่อง เวลาภาระงาน และความรู้คือเรื่องขาดการสนับสนุนเรื่องทุน ซึ่งรวมถึงไม่ทราบว่าจะขอทุนจากที่ไหนได้บ้าง ความยุ่งยากในเรื่องของขั้นตอนและการเขียนเสนอเพื่อขอทุน นอกจากนี้อุปสรรคที่สำคัญคือ *ขาดทีมงานผู้ให้ความช่วยเหลือในการวิจัย และผู้ให้คำปรึกษา* อุปสรรคที่เป็นปัจจัยรองลงมาได้แก่ การขาดประสบการณ์ ปัญหาเรื่องภาษาซึ่งจะช่วยให้สามารถตีพิมพ์งานเป็นภาษาอังกฤษ และ การขาดตำราภาษาอังกฤษซึ่งเป็นความรู้ที่เชื่อม ต่อระหว่างเวชศาสตร์ครอบครัวกับพุทธศาสนา



4. ปัจจัยที่ต้องการการสนับสนุนเพื่อผลักดันให้เกิดการพัฒนางานวิจัย

ผู้ให้คำปรึกษา (11/28) และ การเพิ่มพูนความรู้เพื่อให้สามารถทำวิจัยได้มีคุณภาพ (10/28) ซึ่งความรู้ซึ่งต้องการเพิ่มเติมประกอบด้วย สถิติ ระเบียบวิธีวิจัย การออกแบบเครื่องมือ การเขียนรายงานเพื่อ ตีพิมพ์ การมีช่องทางการทำ การทบทวนวรรณกรรม การบริหารจัดการข้อมูล การรวบรวมข้อมูล การทำการวิจัยเชิงคุณภาพ การสนับสนุนเรื่องทุน เป็นส่วนที่ต้องการได้รับในระดับรองลงมา (7/28) ซึ่งส่วนนี้รวมการให้ คำชี้แนะเกี่ยวกับแหล่งทุน ปัจจัยอื่นๆ ที่มีความต้องการในการสนับสนุน คือ การสร้างเครือข่ายเพื่อการทำการวิจัยร่วมกัน การมีผู้ช่วยในการทำวิจัย การทำการศึกษาที่เป็น multi-center study การสร้างทีม และการสนับสนุนจากหน่วยงานที่ทำงานอยู่

สรุป

สิ่งที่เป็นปัจจัยในการทำให้เกิดความสนใจและแรงจูงใจในการทำวิจัยของแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว ได้แก่การที่เห็นประโยชน์จากการ วิจัย ซึ่งเป็นกระบวนการ ซึ่งกระตุ้นให้เกิดการเรียนรู้และเกิดองค์ความรู้ใหม่ๆ ขึ้นมาอย่างมากมาย เมื่อเห็นว่า มีประโยชน์ผู้ทำการวิจัยก็ทำการวิจัยต่อ ความรู้สึกว่างานวิจัยเป็นเรื่องง่าย และการได้รับการสนับสนุนจากหน่วยงาน รวมทั้งการมีประสบการณ์ที่ดีใน แต่อย่างไรก็ตาม อุปสรรคที่สำคัญ คือ การที่มีภาระงานประจำมากทำให้ไม่มีเวลาที่เหลือสำหรับการทำ การวิจัย การมีทีมสนับสนุนเป็นส่วนสำคัญโดยเฉพาะทีมที่เข้ามาช่วยเรื่อง การบริหารจัดการ การรวบรวมข้อมูล การสนับสนุนให้คำปรึกษา

ข้อเสนอองค์ประกอบเพื่อการพัฒนาประกอบด้วย

1. การมีนโยบายและกรอบพัฒนาการวิจัยที่ชัดเจน เพื่อให้ทุกคนเห็นแนวทางและเป้าหมายร่วมกัน รวมทั้งการบริหารจัดการที่ดีเพื่อให้เกิดการประสานงานและผลักดันให้เกิดงานวิจัยออกมา
2. การพัฒนาฐานข้อมูลที่จำเป็น
3. การพัฒนาระบบข้อมูลเพื่อสามารถรองรับการศึกษา multi-center
4. การมีเครือข่ายร่วมดำเนินการ
5. การกระตุ้นให้เกิดแรงจูงใจในการวิจัย
6. การสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อให้การทำวิจัยในครั้งแรกที่ราบรื่น
7. การสนับสนุนให้มีการนำเสนอเพื่อแลกเปลี่ยนพัฒนางานและการตีพิมพ์ให้เกิดการเผยแพร่ความรู้ ขยายผลในวงกว้าง





วิวัฒนาการของระบบการศึกษาระดับปริญญาตรี / โดCTOR

Undergraduate / Postgraduate

ได้มีการแบ่งปันประสบการณ์การเรียนการสอน วิชาศาสตร์ครอบครัวในประเทศไทย ที่กระจายอยู่ตามสถาบันต่างๆ เพื่อรวบรวมหลากหลายประสบการณ์ที่เกิดขึ้นจริงและปัญหาอุปสรรค เพื่อพัฒนาการดำเนินงานด้านการเรียนการสอนที่เหมาะสม สำหรับบริบท ประเทศไทยต่อไป โดยให้ตัวแทนจากแต่ละสถาบันเล่าประสบการณ์ การจัดการเรียนการสอนของสถาบันตนเอง เปิดโอกาสให้ซักถามแบบ เป็นมิตร ซึ่งทำให้แต่ละสถาบันได้เรียนรู้บริบท ทรัพยากรที่หลากหลาย รวมทั้งเทคนิคการเรียนการสอนที่น่าสนใจของแต่ละสถาบัน ซึ่งเนื้อหาด้ำน การจัดการเรียนการสอนวิชาศาสตร์ครอบครัวแบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ระดับปริญญาตรี (แพทยศาสตรบัณฑิต) หรือ Undergraduate Level ระดับหลังปริญญา (แพทย์ประจำบ้าน) หรือ Graduate Level ระดับการศึกษาต่อเนื่อง (Continuing medical education) เนื่องจากมี เวลาจำกัดจึงแลกเปลี่ยนได้เพียง 2 ระดับแรก โดยแลกเปลี่ยนกันถึงเรื่อง ของภาพรวมหลักสูตร กิจกรรมการเรียนการสอน การวัดและประเมินผล รวมถึงการพัฒนาอาจารย์

ผู้เข้าประชุมเป็นตัวแทนจากสถาบันต่างๆที่มีการจัดการเรียน การสอนวิชาศาสตร์ครอบครัว โดยสามารถแบ่งเป็นสองกลุ่มใหญ่



ได้แก่ 1) **กลุ่มอาจารย์มหาวิทยาลัย** ได้แก่ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น มหาวิทยาลัยมหิดล (รามานธิบัติ) 2) **กลุ่มอาจารย์จากสถาบันสมทบร่วมผลิตแพทย์เพิ่ม** เพื่อ ขวชนบท (สบ.พช.) ได้แก่ โรงพยาบาลศูนย์ขอนแก่น โรงพยาบาลหาดใหญ่ โรงพยาบาลศูนย์ราชบุรี โรงพยาบาลสรรพสิทธิ์ประสงค์ จ.อุบลราชธานี

1. รูปแบบการจัดการเรียนการสอนระดับแพทยศาสตรบัณฑิต

การจัดการเรียนการสอนมีความหลากหลาย แล้วแต่บริบทและ ทรัพยากรของสถาบัน กลุ่ม สบ.พช. จะมีการจัดการสอนในชั้นคลินิก กลุ่ม มหาวิทยาลัยบางแห่งมีการจัดการเรียนการสอนตั้งแต่ระดับปริคlinikขึ้นไป เช่น มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ มหาวิทยาลัยขอนแก่น และมหาวิทยาลัย สงขลานครินทร์ ซึ่งจะเน้นไปที่การเรียนรู้ชุมชน

เกือบทุกหลักสูตรจะมีการจัดรายวิชาที่ผสมผสานระหว่างวิชาเวช ศาสตร์ครอบครัว เวชศาสตร์ชุมชน และ อาชีวเวชศาสตร์ แต่จะมีการเน้น ไปที่วิชาใดวิชาหนึ่งมากกว่า เช่น มหาวิทยาลัยเชียงใหม่จะมีเฉพาะวิชา เวชศาสตร์ครอบครัวและเวชศาสตร์ชุมชน ในขณะที่มหาวิทยาลัยสงขลา นครินทร์ จะจัดการเรียนการสอนทั้งสามวิชา แต่จะมีจุดเด่นที่วิชาเวช ศาสตร์ครอบครัวและชุมชนมากกว่าอาชีวเวชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล (รามานธิบัติ) มีการจัดการเรียนการสอนร่วมกับกองของวิชาจิตเวชศาสตร์

ในระดับคลินิกทุกสถาบันมีการจัดการเรียนการสอน วิชาเวชศาสตร์ครอบครัว อย่างน้อยปีละ 3-6 สัปดาห์ ในลักษณะ Block Rotation บางสถาบันมีการจัดการเรียนการสอนในชั้นปีที่ 4- 5 บางแห่งจัดสอนในชั้นปีที่ 4 และ 6 และอีกหลายสถาบันจัดการเรียน การ สอนตั้งแต่ชั้นปีที่ 4-6 ยังไม่มีสถาบันใดที่จัดการเรียนการสอนแบบ

longitudinal rotation ได้อย่างเต็มรูปแบบ แต่จะมีการผสมผสานไว้ดัง เช่นที่รามาริบัติที่มีการจัดให้ นักศึกษาเยี่ยมบ้านอย่างต่อเนื่องตั้งแต่ปีที่ 4 ถึง ปี 5 ระหว่าง 1 ปีนั้น นักศึกษาต้องหาเวลากลับมา discuss คนไข้เยี่ยม บั านคนเดิมกับอาจารย์ที่ปรึกษาปีละ 3 - 4 ครั้งโดยนักศึกษาต้องจัดเวลา เอง ถึงแม้จะอยู่คนละ ภาควิชาฯ ก็จะต้องหาทางไปเยี่ยมบ้านด้วยกันและมานำ เสนอกับอาจารย์ ถือว่าเป็นการเรียนรู้อย่างต่อเนื่อง ในเรื่องการเยี่ยมบ้าน และศาสตร์อื่นๆ ของการเป็นแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวด้วย

วัตถุประสงค์ของการเรียนการสอน เน้นไปที่การดูแลผู้ป่วยแบบ เป็นศูนย์กลาง และการสื่อสารกับผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพ ทุกสถาบันมี อาจารย์แพทย์ที่มีความรู้ความเข้าใจหลักการของวิชาเวชศาสตร์ครอบครัว และมีความรู้ความชำนาญในเวชปฏิบัติด้วย อาจารย์ทุกสถาบัน ผ่านการ พัฒนาอาจารย์โดยการอบรมเชิงปฏิบัติการ เพื่อพัฒนาอาจารย์แพทย์เวช ศาสตร์ครอบครัว (5-weekend workshop in Family Medicine for faculty development)

วิธีการจัดการเรียนการสอน ส่วนใหญ่เป็นลักษณะเรียนจากปัญหา หรือ เรียนจากผู้ป่วยจริง มีการสอนลักษณะบรรยาย (lecture) บ้าง แต่ จะเน้นไปที่การเรียนแบบ adult learning คือ ให้นักศึกษาค้นคว้าความ รู้เพิ่มเติมเอง และมีอาจารย์ที่ปรึกษาให้ มีการจัดกิจกรรมกลุ่ม (Group Work) เพื่อให้เรียนด้วยตนเอง นักศึกษาจะมีโอกาสได้ตรวจผู้ป่วยด้วยตน เอง ได้ไปเยี่ยมบ้านผู้ป่วย ได้ไปฝึกงานที่รพ.ชุมชน โดยมีอาจารย์จาก สถาบันหลักเป็น ผู้กำหนดหลักสูตรการเรียนรู้

มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

มีการจัดการเรียนการสอนเวชศาสตร์ครอบครัวให้ตั้งแต่นักศึกษา



แพทย์ชั้นปี 2 และ 3 ในรายวิชา MPD โดยเวชศาสตร์ชุมชนจะสอนวิจัยเวชศาสตร์ครอบครัวจะสอนการดูแลครอบครัว สอนบรรยายในชั้นเรียน 250 คน แล้วแจกครอบครัวให้นักศึกษาดูแลรวมทั้งสิ้นประมาณ 70 ครอบครัว ในสัดส่วนนักศึกษา 3 คนต่อ 1 ครอบครัว ติดตามไปเยี่ยมบ้านเองตั้งแต่ปี 2 ถึงชั้นปี 6 โดยไม่มีอาจารย์คุม ปัญหาอุปสรรคที่พบ คือ การให้นักศึกษาไปเยี่ยมเองนักศึกษายังไม่มีคุณสมบัติของความเป็นแพทย์ทำให้นักศึกษามีทัศนคติที่ไม่ดีต่อกับวิชานี้ รวมทั้งยังไม่สามารถทำงานร่วมกับชุมชนได้ ไม่สามารถหาบ้านที่อยู่ในเขตเมืองและเต็มใจให้นักศึกษาไปเยี่ยมได้เพียงพอ ทางชาวบ้านเองคาดหวังจะได้หมอเยี่ยมบ้าน เมื่อเป็นนักศึกษาแพทย์ที่ช่วยเขาไม่ได้ จึงไม่เต็มใจให้เยี่ยม เนื้อหาการเยี่ยมบ้านส่วนใหญ่เป็นเรื่องที่ไม่เกี่ยวกับการแพทย์ ทำให้นักศึกษาเบื่อ ไม่เห็นความสำคัญ

สำหรับการสอนนักศึกษาแพทย์ชั้นปีที่ 4 มีนักศึกษา 21 คนต่อ 1 กองๆละ 4 สัปดาห์ นักศึกษาจะหมุนเวียนมา 2 กองติดกัน แล้วเว้น 1 กอง เนื้อหาเป็นเรื่องเวชศาสตร์ครอบครัวมากขึ้น มีกิจกรรมทั้งการตรวจ OPD (8 ครั้ง) และ การเยี่ยมบ้าน (8 ครั้ง) ซึ่งอาจารย์คุมเยี่ยมบ้านด้วย นอกจากนี้นักศึกษาได้นำเสนอบ้านที่ตนไปเยี่ยมมาตั้งแต่ปี 2 จำนวนรวม 21 บ้าน ขณะตรวจ OPD อาจารย์จะตรวจผู้ป่วยของตนเองไปด้วย ผู้ป่วยที่ได้รับในปี 4 มีทั้งผู้ป่วยนอกเขตรับผิดชอบ ผู้ป่วย palliative care และ ผู้ป่วยในหอผู้ป่วยใน ปัญหาอุปสรรคที่สำคัญคือกำลังอาจารย์ที่สอนจริงมีประมาณ 4 คน

การสอนสำหรับนักศึกษาแพทย์ชั้นปีที่ 5 มีจำนวนนักศึกษากองละ 15 คน นาน 4 สัปดาห์ หมุนเวียนตลอดปี มีเนื้อหาทั้งเวชศาสตร์ครอบครัวและเวชศาสตร์ชุมชน กิจกรรมเป็นการตรวจ OPD (5 ครั้ง) เยี่ยมบ้าน (5 ครั้ง) งานกลุ่ม (5 ครั้ง) เพื่อสลับกลุ่มหมุนเวียน เนื่องจากกำลังอาจารย์ไม่เพียงพอ ที่ต้องสอนที่ทุกชั้นปีในเวลาทับซ้อนกัน ปัญหาอุปสรรคพบว่า

นักศึกษามีทัศนคติที่ไม่ดีตั้งแต่ก่อนขึ้นเรียน

มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

การเรียนการสอนดูแลโดยอาจารย์ 10 คน รวมทั้งเวชศาสตร์ชุมชน เวชศาสตร์ครอบครัว และอาชีวเวชศาสตร์ และมีการจัดการเรียนการสอน ตั้งแต่ นักศึกษาแพทย์ปีที่ 2 และ 3 ในรายวิชาเวชศาสตร์ชุมชน

สำหรับนักศึกษาปี 2 แบ่งนักศึกษาเป็น 10 กลุ่มๆละ 20 คน หมุนเวียนมาองละ 1 เดือน มีกรการบรรยายเนื้อหาระบาดวิทยา และจัดให้นักศึกษาได้เรียนรู้ community diagnosis และ survey หาปัญหาสุขภาพชุมชน มีการเยี่ยมบ้านในขณะที่ทำ community survey เพื่อหาปัญหาชุมชน หลังจากนั้นให้ทำ poster presentation, oral presentation และ ทำรายงาน

สำหรับนักศึกษาปี 3 จัดลำดับความสำคัญของปัญหาในชุมชนที่ หามาได้จากชั้นปี 2 นักศึกษาเขียนของบโครงการ prevention project ให้ชุมชน มีการบรรยายระบาดวิทยา การเยี่ยมบ้าน เพื่อสำรวจปัญหาสุขภาพชุมชน ฝึกการทำงานกลุ่มของนักศึกษา

สำหรับนักศึกษาปี 4 มีนักศึกษา 20 คนต่อกองๆละ 4 สัปดาห์ มีอาชีวเวชศาสตร์ 1 สัปดาห์ และเนื้อหาเวชศาสตร์ครอบครัวส่วนที่เหลือ จัดอาจารย์ที่ปรึกษากลุ่มให้ เรียนเป็นกลุ่ม ไม่มีชั้นเรียนบรรยาย มีการจัด OPD ให้นักศึกษาที่ PCU นอกโรงพยาบาล

สำหรับนักศึกษาปี 5 มีนักศึกษา 15 คนต่อกองๆละ 5 สัปดาห์ มีเนื้อหาเวชศาสตร์ครอบครัวและเวชศาสตร์ชุมชน เนื้อหาเกี่ยวกับ difficult patient และ palliative care case ให้นักศึกษาออกตรวจ OPD ที่ PCU และวิจัยเพื่อตีพิมพ์



สำหรับนักศึกษาปี 6 จำนวนนักศึกษา 10 คนต่อกองๆละ 3 สัปดาห์ มีเนื้อหาเวชศาสตร์ครอบครัวและเวชศาสตร์ชุมชน มีการออกโรงพยาบาลชุมชน และการตรวจ OPD ที่ PCU

นักศึกษาชั้นปีที่ 4 -6 ขึ้นกองพร้อมกัน มีนโยบายการจัดการเรียนการสอนด้วยการเปิดโอกาสให้นักศึกษาได้เรียนรู้ด้วยตนเองมากกว่า การสอนแบบเป็นบรรยาย จึงมีการจัดชั่วโมงเรียนเป็นการทำงานกลุ่มมาก มีอาจารย์ประจำกลุ่มเป็นผู้ดูแล เปิดโอกาสให้นักศึกษานำเสนอซักถามกันเองก่อน แล้วอาจารย์จึงเพิ่มเติมเป็นบางส่วน มีการจัดการเรียนการสอนโดยเน้นไปที่การศึกษาด้วยตนเอง โดยจะมีการจัดแบ่งหัวข้อสำหรับ การเรียนรู้ตามโรคที่พบบ่อย (20 common problems) ให้นักศึกษา แบ่งกลุ่มไปศึกษาค้นคว้า นำมานำเสนอให้เพื่อนๆในชั้นเรียน และให้มีการซักถามและอภิปรายร่วมกัน จากนั้นอาจารย์ที่เข้าร่วมฟังการอภิปรายจะนำสิ่งที่นักศึกษาพูดคุยกันไปออกข้อสอบ ดังนั้น ข้อสอบในแต่ละปีจึงไม่ค่อยซ้ำกัน เพราะเกิดจากการที่นักศึกษาแต่ละชั้นปีตั้งข้อสงสัย และสอบถามกันเอง มีการออกข้อสอบใหม่ทุกกลุ่ม

กิจกรรมที่น่าสนใจ คือ การสอบแบบ Open book โดยอาจารย์จะออกข้อสอบจาก evidence-based medicine ที่นักศึกษาอ่านมาตลอดจากการออกตรวจ OPD, home visit, และ hospital accreditation (HA) มีการเก็บ logbook มีเวลาสำหรับ SDL มาก

ปัญหาอุปสรรค คือ กำลังอาจารย์ไม่เพียงพอ

มหาวิทยาลัยขอนแก่น

เริ่มการสอนตั้งแต่ นักศึกษาปี 1 โดยมีการสอนบรรยายให้นักศึกษา

288 คนฟัง 1 ครั้ง/สัปดาห์ พาไปดูงานระบบบริการสาธารณสุข และบริการทางสังคม เช่น ศูนย์/บ้านพักคนชรา

สำหรับชั้นปี 2 มีการบรรยายเนื้อหาเวชศาสตร์ครอบครัว เยี่ยมบ้าน ผู้ป่วยโรคเรื้อรังในเขตเมือง และเครื่องมือสำรวจชุมชน 7 ชิ้น เพื่อให้ นักศึกษารู้จักทุกข์ของผู้ป่วย

สำหรับนักศึกษาปี 3 มีการสอนบรรยาย และฝึกงานกับนักศึกษาสายสุขภาพอื่นๆ โดยนักศึกษาจำนวน 600 คน กระจายกันอยู่ในชุมชน 6 หมู่บ้าน จัดนักศึกษา 10 คนต่อบ้าน อยู่บ้านละ 8 วัน นักศึกษาจะต้องช่วยคิดแก้ปัญหาสุขภาพให้ชุมชน มีการสอน evidence based medicine

สำหรับนักศึกษาแพทย์ปี 4 กองละ 4 สัปดาห์ จำนวน 16-20 คน/กอง จำนวน 8 กอง/ปี การจัดการเรียนรู้เหมือนโรงพยาบาลศูนย์ ขอนแก่น และโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ พาไปโรงพยาบาลอุบลรัตน์ 3 วัน ไปอยู่โรงพยาบาลชุมชน เพื่อดูงานทุกระบบแล้วนำเสนอแต่ละกลุ่ม ส่วนสัปดาห์ที่ 3 และ 4 มีการออกตรวจ OPD และจัดสัมมนา

สำหรับนักศึกษาปี 5 กองละ 4 สัปดาห์ มีการสอนทำวิจัย การออก OPD ที่ PCU การเยี่ยมบ้าน การออก OPD อาชีวเวชศาสตร์ การ walk through survey การออกหน่วยเคลื่อนที่คัดกรองโรคในชุมชน

คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

มีอาจารย์ 24 คนในภาควิชาฯ นักศึกษา 130 คนต่อชั้นปี มีการ



สอนเริ่มตั้งแต่ชั้นปี 3

การสอนในชั้นปี 3 มีการสอนบรรยายให้ทั้งชั้นเรียน 1 ชั่วโมงเรื่อง patient- centred care ส่วนทางศูนย์สำนักงานเวชศาสตร์ชุมชนจะรับสอนเรื่องเวชศาสตร์ชุมชนแยกต่างหากโดยจะพานักศึกษาปี 3 ไปอยู่หมู่บ้านต่างจังหวัด 3 วัน

การสอนในชั้นปี 4 มีนักศึกษาผ่านมากองละ 18 - 20 คน นาน 3 สัปดาห์ มีการสอนผสมผสานกับศูนย์สำนักงานเวชศาสตร์ชุมชน เช่น สอนวันเว้นวัน โดยมีเนื้อหาหลักเป็นของเวชศาสตร์ชุมชน ทางเวชศาสตร์ครอบครัวมีการสอนบรรยาย 1 วันแรก โดยมีหัวข้อ How to approach case in primary care, Introduction to Family Medicine, home health care เป็นการสอนแบบ small group และ interactive lecture รวมทั้งเตรียมทบทวนเวชระเบียนผู้ป่วย ที่จะให้นักศึกษารับผิดชอบเยี่ยมบ้านตลอด 1 ปี ในวันหลังๆ เวชศาสตร์ครอบครัวจะสอนการออกตรวจ OPD และการเยี่ยมบ้าน มีการแบ่งนักศึกษาเป็น 2 กลุ่มๆ ละ 10 คน และแบ่งกลุ่มย่อยอีก 3 กลุ่ม เพื่อให้อาจารย์คุมได้ทั่วถึง นักศึกษา 2 กลุ่มจะแบ่งกันออกตรวจ OPD และเยี่ยมบ้าน นักศึกษาปี 4 แต่ละคนจะได้ตรวจ OPD 2 ครั้ง เยี่ยมบ้านกับอาจารย์ 2 ครั้งในช่วง 3 สัปดาห์ เมื่อเยี่ยมบ้านเสร็จจะมีการสรุปบทเรียนจากการเยี่ยมบ้าน และนักศึกษาจะต้องเยี่ยมบ้านไปตลอดเองทุก 3-4 เดือนจนถึงชั้นปี 5 นำกลับมาสรุปในชั้นเรียน ถึงแม้จะลงกองไปแล้ว นักศึกษาจะต้องรวมกลุ่มกันนัดหมายไปเยี่ยมบ้านผู้ป่วย และนัดกลับมารายงานให้อาจารย์ที่ปรึกษากลุ่มทราบทุกครั้ง นอกจากนี้ยังมีการสอน medical ethics โดยอาจารย์บุญเลิศ ที่มีความกรุณาสอนให้ภาคคามายาวนานแล้ว

การสอนในชั้นปี 5 มีนักศึกษากองละ 10 -12 คน นานกองละ 3 สัปดาห์ เนื้อหาส่วนใหญ่เป็นเวชศาสตร์ครอบครัวมากกว่าเวชศาสตร์ชุมชน

นักศึกษา 1 คนจะออกตรวจ OPD 8 ครั้งในช่วง 3 สัปดาห์ มีอาจารย์ประจำ 1:2 ให้ความสำคัญแก่นักศึกษาอย่างต่อเนื่อง 2 ท่านในช่วงออก OPD มีการเยี่ยมบ้านร่วมกับแพทย์ประจำบ้านและทีมสหวิชาชีพ ผู้ป่วยเยี่ยมบ้านจะเป็นผู้ป่วยที่ยากและสลับซับซ้อนขึ้นกว่ารายที่เลือกให้เมื่อขึ้นปี 4 ซึ่งจะเป็นการติดตามผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ไม่ค่อยมีปัญหามากนัก ในชั้นปี 5 มีการสอน interactive lecture เรื่อง smoking cessation ซึ่งได้รับความนิยมสูง มีการสอนเนื้อหา Working with couple, Working with the family of the dying เนื้อหาอาชีพเวชศาสตร์(Introduction to occupational medicine, principle of walk through survey) มีการพาสำรวจปัญหาด้านอาชีวอนามัย (hospital walk through, factory walk through survey) ส่วนเนื้อหาที่สอนโดยอาจารย์สำนักงานศูนย์เวชศาสตร์ชุมชนในชั้นปี 5 จะเป็นเรื่อง Evidence-based medicine ต่อจากชั้นปี 4 การพาไปดูระบบบริการ องค์กรพัฒนาเอกชนแบบไม่แสวงหากำไร และกระบวนการ empowerment ต่างๆ เป็นต้น

การสอนในชั้นปี 6 มีนักศึกษา 10 คนต่อกลุ่มละ 4 สัปดาห์ นักศึกษาออกฝึกงานโรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดนครราชสีมา แบ่งเป็น 3 กลุ่มๆละ 1 โรงพยาบาลชุมชน เนื้อหาส่วนใหญ่เป็นเวชศาสตร์ชุมชน มีส่วนของ เวชศาสตร์ครอบครัวคือ การทำ difficult case conference 3 ชั่วโมง โดยอาจารย์เวชศาสตร์ครอบครัวจะเดินทางไปทำ conference กับนักศึกษาที่เวชกรรมสังคม โรงพยาบาลมหาสารคามนครราชสีมา นักศึกษาแต่ละกลุ่มจากต่างโรงพยาบาลชุมชนจะคัดเลือก difficult case ที่เจอในชุมชนมานำเสนอและวางแผนดูแลรักษา

การจัดการเรียนการสอนเวชศาสตร์ครอบครัวตลอดหลักสูตร ยังมีการพัฒนาปรับปรุงไปเรื่อยๆ ความพึงพอใจนักศึกษาเพิ่มขึ้นจากอันดับต่ำสุดของคณะมาเป็นอันดับต้นๆ นักศึกษาชอบที่จะได้ออกตรวจผู้ป่วย



ด้วยตนเองและมีอาจารย์ที่ปรึกษาคุณ ซึ่งต่างจากภาควิชาอื่นที่ไม่ค่อยอยากให้นักศึกษาตรวจเองส่วนใหญ่ให้ไปสังเกตการณ์นอกจากนี้นักศึกษายังได้เรียนเนื้อหาเวชศาสตร์ครอบครัว ที่สามารถนำไปใช้ปฏิบัติได้จริงทั้งกับครอบครัวตนเองและผู้ป่วย

โรงพยาบาลศูนย์หาดใหญ่

มีอาจารย์ 8 คน จบวุฒิปัตรี 4 คน และจบ อนุมัติปัตรี 4 คน
รับผิดชอบสอนนักศึกษาปี 4 กงละ 4 สัปดาห์ มีนักศึกษาทั้งหมด 30 คน
และสอนนักศึกษาปี 5 กงละ 5 สัปดาห์ จำนวนนักศึกษา 30 คน

สำหรับการสอนนักศึกษาปี 4 มีการสอนใช้เครื่องมือสำรวจชุมชน 7
ชั้นของ อ.โกมาตร เนื้อหา working with family and family life cycle
การดูแลผู้ป่วยแบบ Palliative care การเยี่ยมบ้าน การทำโครงการวิจัย
การศึกษาดูงาน Health service system การบรรยายโดยอาจารย์
อาชีวเวชศาสตร์ จิตเวชและดมยา การสอน evidence-based medi-
cine เป็นลักษณะ problem-based learning ในหัวข้อ Diagnostic
study เนื้อหาจึงมีส่วนผสมของทั้งเวชศาสตร์ครอบครัว เวชศาสตร์ชุมชน
และอาชีวเวชศาสตร์

สำหรับนักศึกษาปี 5 มีนักศึกษาผ่านกงละ 10 คน 3 กง/ปี แบ่ง
ปฏิบัติงานที่โรงพยาบาลหาดใหญ่ 2 สัปดาห์ โรงพยาบาลชุมชน 3 สัปดาห์
(ได้แก่ โรงพยาบาลระโนด เทพา จะนะ)

ช่วงที่อยู่ในโรงพยาบาลหาดใหญ่ มีการสอน communication
skills โดยให้เล่น role play, ดู VDO, breaking bad news, difficult
patient มีการสอน evidence-based medicine ต่อจากปี 4 มีการออก

OPD ที่ CMU ของโรงพยาบาลหาดใหญ่ โดยมี พยาบาลเวชปฏิบัติทำงาน อยู่ด้วยนอกจากอาจารย์แพทย์ มีการเชิญผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชน มาสอนบรรยายเรื่อง rural medicine, humanized health care

ช่วงที่อยู่โรงพยาบาลชุมชน มีการสอน evidence based medicine โดยให้หา PICO ระหว่างปฏิบัติงานนักศึกษาต้องเก็บ logbook และเขียน reflection และมีการจัด conference ที่โรงพยาบาลชุมชน

การสอบมีการใช้ Standardized patient (SP) 5 ราย สำหรับสอบ communication skills ซึ่งได้ใช้สำหรับ การสอนแพทย์ ประจำ บ้านในสถาบันและการสอบแพทย์ประจำบ้านของราชวิทยาลัยด้วย โดยมีการเตรียม SP เป็น 2 กลุ่ม กลุ่มหนึ่งไว้สอน และให้นักศึกษาฝึกหัด อีกกลุ่มไว้สอบโดยเฉพาะ

โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์

มีจำนวนอาจารย์ 5 คน ทำหน้าที่สอน 1 คน บริหาร 1 คน และบริการ 2 คน มีการสอนร่วมกับเวชศาสตร์ชุมชนของ มข. มีนักศึกษาปี 4 จำนวน 52 คน ปี 5 จำนวน 42 คน ขึ้นปีละ 3 กอง แยกชั้นปี ไม่ทับซ้อนกัน

มีการจัดการเรียนการสอนชั้นปีที่ 4 และ 5 โดยมีการผสมผสาน ทั้งวิชาเวชศาสตร์ครอบครัว เวชศาสตร์ชุมชน และอาชีวเวชศาสตร์

สำหรับนักศึกษาปี 4 มี 4 สัปดาห์ จัดให้ออกโรงพยาบาลชุมชน 3 โรงพยาบาลแยกกันนาน 1 สัปดาห์ มีการลงไปใช้ชีวิตอยู่กับครอบครัวชาวบ้านให้รู้วิถีชุมชน(Home stay) นาน 3 วัน แล้วทำโครงการช่วยชาวบ้าน 1 โครงการ/กลุ่ม ประสบความสำเร็จดี นักศึกษามีโครงการที่น่าสนใจให้



ชาวบ้าน จากนั้นกลับมา มีบรรยาย 1 สัปดาห์ อยู่โรงพยาบาลศูนย์ 1 สัปดาห์ และสัปดาห์สุดท้ายสรุปการเรียนรู้ 1 สัปดาห์

สำหรับนักศึกษาปี 5 มีเวลา 4 สัปดาห์ทำวิจัย ออกตรวจ OPD CMU และ มีการปฏิบัติสำหรับอาชีวเวชศาสตร์ นำเสนอ case เยี่ยมบ้าน แต่นักศึกษาทำวิจัยมากกว่าการออกตรวจ OPD หรือเยี่ยมบ้าน มีการสอน communication skills ศุภร่ำบาย เดือนละ 1 ครั้ง จำนวน 10 ครั้ง/ปี รวมกันทั้ง ปี 4 และ 5 โดยแจกโจทย์ไปก่อนเพื่อให้นักศึกษาซ้อม แล้วมาอัด VDO กับ Standardized patient แล้วนำวีดีทัศน์มานำเสนอ พร้อมรับ specialty comment

กิจกรรมการเรียนการสอนมีหลายลักษณะ คือ Interactive lecture, Case-based learning, OPD(CMU) teaching และมีการใช้หน่วยวิจัยของโรงพยาบาลศูนย์มาเป็นอาจารย์สอนเรื่องการทำวิจัยให้นักศึกษา และนักศึกษาจะต้องทำโครงการวิจัย 1 โครงการภายในระยะเวลาประมาณ 3 สัปดาห์

โรงพยาบาลศูนย์ขอนแก่น

มีการสอนให้แก่นักศึกษาปี 4 จำนวน 36 คน /ปี แบ่งเป็น 8 กองๆละ 5-6 คน นาน 4 สัปดาห์ มีบรรยาย 3 วันแรกเรื่องเวชศาสตร์ครอบครัวและอาชีวเวชศาสตร์ไปดูงานผู้นำสุขภาพแนวใหม่ที่โรงพยาบาลอุบลรัตน์ ออกโรงพยาบาลชุมชน 1 สัปดาห์ กลับมาอยู่ที่โรงพยาบาลศูนย์ 2 สัปดาห์

กิจกรรมที่ทำได้แก่ seminar 1 สัปดาห์ ออกตรวจ PCU 3 halfday/สัปดาห์ มีการเยี่ยมบ้าน มีการเรียน communication skills

ร่วมกับมข. 1 half day ส่วนเนื้อหาอาชีพเวชศาสตร์มีการออก OPD และ walk through survey

มีจำนวนอาจารย์ 10 คน เป็น วว. 6 คน อว. 2 คน ป.โทจากออสเตรเลีย 1 คน และ ป.เอกด้าน EBM 1 คน ใช้ข้อสอบจาก มข. ตัดเกรดร่วมกับ มข.

สำหรับนักศึกษาปี 6 มีชั่วโมงเรียน humanized health care ในชั้นเรียน 1 half day/เดือน

โรงพยาบาลศูนย์ราชบุรี

มีการจัดการเรียนการสอนสำหรับนักศึกษาแพทย์ชั้นปีที่ 4 และ 6 เป็นนักศึกษาในโครงการ สบ.พช. ภายใต้การดูแลของคณะแพทยศาสตร์ ศิริราชพยาบาล เมื่อขึ้นชั้นปี 4 นักศึกษาจะออกมาปฏิบัติงานที่ รพศ.ราชบุรี โดยมีนักศึกษาผ่านมากองละ 16 คน นาน 6 สัปดาห์ มีเพียง 1 กองต่อปี มีจำนวนอาจารย์แพทย์ 3 ท่าน แบ่งงานกันรับผิดชอบ โดยจัดอาจารย์สำหรับบริการ 1 คน งานการศึกษา 1 คน งานบริหาร 1 คน ใน 6 สัปดาห์มีการจัดการบรรยาย 1 สัปดาห์แรก จากนั้นไปฝึกงานที่ โรงพยาบาลชุมชนในเครือข่าย 2 สัปดาห์ กลับมาอยู่ PCU และ Family practice ของ รพศ.ราชบุรีอีก 2 สัปดาห์ สัปดาห์สุดท้ายเป็นสัปดาห์สรุปบทเรียน

กิจกรรมการเรียนการสอนมีการทดลองนวัตกรรมใหม่ที่มีความหลากหลาย ได้แก่

- การตรวจ OPD โดยสังเกตผ่านกล้องวิดีโอ (camera)



- การทำงานกลุ่ม(group work) ให้การบ้านนำผู้ป่วยใน ward medicine มาทำ conference โดยมีการบรรยายเรื่อง Difficult patient นำก่อนเพื่อให้รู้ลักษณะคนไข้และจัดกลุ่มผู้ป่วยได้ ก่อนไปหา case จริงมานำเสนอ
- การทำ “Photo voice contest” โดย ประมวลภาพถ่ายคนไข้ เยี่ยมบ้านจากฝีมือนักศึกษาตาม theme ที่กำหนดไว้ จากนั้นจัดแสดงภาพถ่ายติดบอร์ด เขียนคำบรรยายได้รูป มี commentator ให้ ทำให้นักศึกษา สนุกและดูเหมือนการประกวดจริง
- การทำหนังสือทำมือ จาก reflection ของนักศึกษา กับ case ของตนเองที่ผ่านมาจาก ward ต่างๆ ในชื่อเรื่องเกี่ยวกับ หมอมือใหม่ที่มีหัวใจเป็นมนุษย์ เย็บเป็นหนังสือแจก นักศึกษาภูมิใจมากที่สุดที่มีหนังสือเป็นของตนเอง

สำหรับการเรียนการสอนนักศึกษาปี 6 มีนักศึกษา 16 คนต่อกองๆละ 6 สัปดาห์ ปฏิบัติ OPD 4 สัปดาห์ที่โรงพยาบาลชุมชน และ PCU ของ รพศ. ส่วนอีก 2 สัปดาห์เป็นการสรุปเนื้อหา และมีการสอนเรื่อง palliative care และ working with the family สิ่งที่มีการริเริ่มใหม่ คือ เริ่มมีการรับปรึกษาจากหอผู้ป่วยในของแผนกต่างๆ (ward consultation) อาจารย์จะพานักศึกษาไปรับ case ด้วย

เนื้อหาเน้นเวชศาสตร์ครอบครัวเป็นหลัก ส่วนเวชศาสตร์ชุมชน ได้รับขณะออกไปปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชน สิ่งที่ยังขาด คือ การสอนเนื้อหาเวชศาสตร์ชุมชน (ระบาดวิทยา ระบบบริการ การทำงานวิจัย และ Evidence based medicine) เนื่องจาก ขาดแคลนอาจารย์ผู้สอน แผน คือ พัฒนาศักยภาพของอาจารย์ เชิญวิทยากรผู้ทรงคุณวุฒิมา

สอน หรือ ประสานงานกับหน่วยวิจัยของโรงพยาบาลเพื่อให้มาช่วยสอน

2. สื่อการสอน

มีการใช้สื่อการสอนหลายรูปแบบ ไม่ว่าจะเป็น การอัดวิดีโอ สำหรับให้ feedback แก่นักศึกษา การเรียนรู้ผ่านภาพถ่ายชุมชน การเขียนบรรยายสิ่งที่นักศึกษาได้เรียนรู้ การใช้ผู้ป่วยจำลอง (standardized patients) สำหรับฝึกเรื่อง communication skills และ breaking bad news

3. การประเมินผล

มีทั้งการสอบแบบ formative และ summative evaluation แต่สำหรับนักศึกษาแพทย์ จะมีการเก็บคะแนนมาเรื่อยๆก่อนจะสอบ final ด้วยการสอบแบบ informal จากการตรวจคนไข้ การตรวจการบ้านเยี่ยมบ้าน การนำการบ้านมา present และ discuss กับเพื่อนในชั้นเรียน และมีการสอบปลายภาค เป็นแบบข้อเขียนทั้ง MCQ, MEQ, Short answer, Simulated patients etc. บางแห่งมีการจัด OSCE ในส่วนที่นักศึกษาต้องใช้สำหรับสอบ National Test III

4. ปัญหาอุปสรรค

ส่วนใหญ่ เกิดจากการที่มีอาจารย์แพทย์ไม่เพียงพอ ที่จะกำกับดูแลนักศึกษาอย่างใกล้ชิด บางสถาบันจะใช้บุคลากรสาธารณสุขด้านอื่น



เช่น พยาบาลวิชาชีพ มาช่วยทำงานบริการแทน ระหว่างที่อาจารย์แพทย์สอน นักเรียน หรือ ประสานงานกับหน่วยวิจัยเพื่อให้ช่วยดูแลเรื่องงานวิจัย ของนักศึกษาแพทย์ นอกนั้นเป็นปัญหาเรื่องการที่นักศึกษาแพทย์มีทัศนคติที่ไม่ดีต่อวิชาเวชศาสตร์ครอบครัว การขาดความรู้ทางด้านการให้ feedback หรือ การประเมินผล รวมทั้งมีงานบริการมากจนไม่มีประสิทธิภาพในการสอน

5. ข้อเสนอแนะ

การประสานงานกับเครือข่าย เพื่อเติมเต็มในส่วนที่สถาบันนั้นๆ ยังขาด เช่น งานด้านวิชาการการแข่งป็นทรัพยากรทั้งด้านบุคลากรการบริหารจัดการ วิธีการสอน เพื่อให้การสอนมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น เสนอให้มีการพัฒนาอาจารย์อย่างต่อเนื่อง เพื่อเรียนรู้วิธีการสอน การ feedback และ การประเมินผล ในรูปแบบต่างๆมากยิ่งขึ้น รวมทั้งจัดเวทีพบปะเพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้งานตนเองเทียบกับเพื่อนอย่างไม่เป็นทางการ

6. บทวิเคราะห์การจัดการเรียนการสอนระดับปริญญาตรี

จุดเด่นการจัดการเรียนการสอนวิชาเวชศาสตร์ครอบครัวในรอบทศวรรษที่ผ่านมาแบ่งเป็นด้านต่างๆดังต่อไปนี้

6.1 ระดับอาจารย์ผู้สอน มีงานวิจัยกล่าวว่า 3 สิ่งที่สำคัญเกี่ยวกับการสร้างระบบการศึกษาอย่างดี ได้แก่

1. หาบุคคลที่เหมาะสมมาเป็นครู
2. พัฒนาครูเหล่านี้ให้เป็นผู้สอนที่มีประสิทธิภาพ และ

3. สร้างระบบการศึกษาที่มั่นใจได้ว่าจะสามารถให้การสอนที่ดีที่สุดเท่าที่เป็นไปได้แก่เด็กทุกคน ดังนั้นการจะพัฒนาการเรียนการสอนวิชาได้ให้เป็นปึกแผ่นมั่นคงทางวิชาการ จะต้องมีความเชื่อใจในครู ครูเคยมีรายงานอ้างไว้ว่า “คนคนหนึ่งไม่สามารถให้(ความรู้) ในสิ่งที่เขาไม่มี(ความรู้) ได้” (One cannot give what one does not have) กว่าทศวรรษที่ผ่านมา มีแพทย์จำนวนหนึ่งที่ได้รับการคัดเลือกหรือสมัครด้วยความตั้งใจ เพื่อเข้าเรียนตามหลักสูตรแพทย์ประจำบ้านและเรียนจบมาเพื่อเป็นอาจารย์ประจำภาควิชาเวชศาสตร์ครอบครัวของมหาวิทยาลัยและสถาบันสมทบต่างๆ แต่คนที่เก่งหรือมีความสามารถ ทางด้านคลินิกเป็นหลักก็ยังคงได้รับการเพิ่มการพัฒนาศักยภาพครูในระยะยาวด้วย เพราะ ถึงแม้จะได้บุคคลที่มีความสามารถทางด้านความเป็นแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวเป็นเลิศ มาเป็นครูแพทย์แล้ว ก็ยังต้องมีการฝึกฝนให้เป็นผู้สอนที่มีประสิทธิภาพเป็นเลิศด้วย

4. มีบุคลากรผู้ทรงคุณวุฒิจำนวนเพิ่มขึ้นซึ่งเป็นผู้มีศักยภาพในการปรับบทเรียนให้สอดคล้อง กับการทำงานในบริบทที่แตกต่างกัน ทำให้สามารถสอนนักศึกษาให้รู้จักปรับตัวต่อพื้นที่ที่จะลงไป ทำงานจริงได้

5. อาจารย์จะได้รับการพัฒนาศักยภาพในการสอนเป็นระยะ โดยผ่านโครงการอบรมเชิงปฏิบัติการ เพื่อพัฒนาอาจารย์แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว (5 weekend workshop for faculty development) ซึ่งในปัจจุบันขยายผลไปถึงการทำเครือข่ายเรียนรู้ภาคต่างๆ เพื่อเป็นการเผยแพร่ แลกเปลี่ยนเรียนรู้ และรวบรวมองค์ความรู้เกี่ยวกับการเรียนการสอนวิชาเวชศาสตร์ครอบครัว

ตราวจจนถึงปัจจุบัน แม้จะมีบุคลากรเกี่ยวกับการเรียนการสอนที่มีศักยภาพมากขึ้น แต่ก็ยังต้องพัฒนาความสามารถต่อไปเรื่อยๆ



อย่างไม่หยุดยั้ง เพื่อให้สอดคล้องกับวิชาการที่เปลี่ยนแปลงไปเรื่อยๆ ให้บุคลากรผู้สอนเป็นแบบอย่างของการเรียนรู้แบบไม่สิ้นสุด

6.2 ระดับหลักสูตรการเรียนการสอน ช่วงเวลากว่าทศวรรษที่ผ่านมา หลักสูตรการเรียนการสอนวิชาวิทยาศาสตร์ครอบครัว มีการปรับเปลี่ยนเพื่อให้สอดคล้องบริบทของแต่ละสถาบัน หลักสูตรโดยภาพรวมจะเน้นไปที่การดูแลผู้ป่วยแบบเป็นศูนย์กลาง การดูแลอย่างต่อเนื่อง ผสมผสานทั้งศาสตร์และศิลป์ของงานบริการและการประสานงานกับหน่วยงานอื่น เพื่อให้เกิดการดูแลผู้ป่วยอย่างเป็นองค์รวม ครอบคลุมปัจจัยที่ก่อให้เกิดความเจ็บป่วยของบุคคลคนหนึ่ง

การจัดการเรียนการสอนจะเป็นลักษณะ Block rotation ในทุกสถาบัน แต่จะเพิ่มสัดส่วนการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง เช่น การเยี่ยมบ้านที่จัดเป็นการดูแลอย่างต่อเนื่องทั้งปี โดยให้นักศึกษาแพทย์ไปเยี่ยมผู้ป่วยแม้จะไม่ได้เรียนอยู่ที่ภาควิชาวิทยาศาสตร์ครอบครัวแล้วก็ตาม ถึงแม้จะไม่ได้เป็นการดูแล แบบต่อเนื่องอย่างเต็มรูปแบบ แต่ก็จัดว่าเป็นการปรับหลักสูตรให้สอดคล้องกับการดูแลอย่างต่อเนื่องมากขึ้นหรือการจัดกิจกรรมเพื่อให้นักศึกษาได้ลงไปเรียนรู้วิถีชุมชน

นอกจากเรื่องวิธีการจัดกลุ่มนักศึกษาแพทย์เพื่อเรียนรู้แล้ว ก็ยังมีการปรับปรุงหลักสูตรที่ผสมผสานเนื้อหาระหว่างวิชาวิทยาศาสตร์ครอบครัว วิทยาศาสตร์ชุมชน และ อาชีวเวชศาสตร์

จุดเด่นของหลักสูตรระดับปริญญาตรีในปัจจุบันคือ มีเนื้อหาวิชาวิทยาศาสตร์ครอบครัวในสัดส่วนที่เข้มข้นมากขึ้น ในขณะที่ไม่ได้ลดทอนความสำคัญของวิชาวิทยาศาสตร์ชุมชนและอาชีวเวชศาสตร์ แต่มีการจัดการเรียนการสอนให้ผสมผสานกัน ทำให้การมองภาพรวมของการเยียวยาความเจ็บป่วยของบุคคลหนึ่งเป็นไปในรูปแบบสหสาขาวิชาซีพมากขึ้น การนำเอาวิชาวิทยาศาสตร์ครอบครัวเข้ามาเป็นส่วนเติมเต็มในหลักสูตร ก็เพื่อที่

จะทำให้นักศึกษาเข้าใจวิถีความเจ็บป่วยของบุคคลอย่างเป็นรูปธรรมก่อน แล้วจึงขยายผลไปสู่การเรียนรู้วิถีชุมชนและงานอาชีวอนามัยเป็นลำดับ

รูปแบบการเรียนการสอนที่เป็นลักษณะ case-based คือ ให้นักศึกษาเรียนรู้จากผู้ป่วยที่ตนเองดูแลจริง ทำให้นักศึกษาสามารถเชื่อมโยงสิ่งที่เรียนรู้กับการดูแลผู้ป่วยแบบเป็นศูนย์กลางจริงๆ

จุดด้อย คือ ในบางสถาบัน ยังไม่สามารถจัดการเรียนการสอนครบ ทั้งสามวิชาอย่างกลมกลืนกันได้ เนื่องจากสาเหตุหลักๆสองประการ ได้แก่ เวลาที่จำกัด และ บุคลากรผู้ทรงคุณวุฒิไม่เพียงพอ

ข้อเสนอแนะ คือ การประสานงานระหว่างเครือข่ายเรียนรู้ของ ภาครต่างๆ เพื่อขอความร่วมมือในการช่วยเหลือในส่วนบุคลากรผู้ทรงคุณวุฒิ ที่อาจจะส่งนักศึกษาไปเรียนกับอาจารย์ในเครือข่าย หรือเชิญอาจารย์ผู้เชี่ยวชาญ มาสอนที่สถาบันของตนเอง นอกจากนี้ ยังมีผู้ทรงคุณวุฒิจากแผนกอื่นของโรงพยาบาลหรือสถาบัน ที่สามารถประสานงานให้มาช่วยสอนได้

6.3ระดับการบริหารจัดการและทรัพยากร ในช่วงทศวรรษที่ผ่านมา ผู้บริหารระดับกระทรวงและระดับประเทศ มองเห็นความสำคัญของวิชาเวชศาสตร์ครอบครัว และผลักดันให้เข้าไปบรรจุอยู่ในหลักสูตรการเรียนการสอนระดับปริญญาตรี ซึ่งถึงแม้ว่าจะไม่ได้มีทรัพยากรบุคคลที่จะเป็น อาจารย์เพิ่มขึ้นอย่างมาก แต่ความพยายามที่จะผลิตนักศึกษาแพทย์ที่มีความรู้ความเข้าใจ เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยแบบเป็นศูนย์กลาง ก็ยังคงได้รับการตอบสนองจากสถาบันต่างๆ อย่างต่อเนื่อง นับว่าเป็นการเดินทางที่ไม่ได้สูญเปล่าแต่อย่างใด

การบริหารจัดการหลักสูตรระดับปริญญาตรีนั้น ขึ้นตรงกับภาควิชาและมหาวิทยาลัยต้นสังกัด หากเป็นสถาบันสมทบก็จะมีการจัดหลัก



สูตรที่อ้างอิงจากมหาวิทยาลัยที่เป็นสถาบันหลัก แต่สามารถจัดการเรียนการสอน และประเมินผลด้วยตนเองได้การจัดหลักสูตร โดยรวมอิงหลักเกณฑ์การผลิตแพทย์ของแพทยสภาแห่งประเทศไทย

ในด้านงบประมาณการสนับสนุน มีการให้ทุนส่งเสริม การพัฒนาอาจารย์แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวบางสถาบันมีการให้ทุนนักศึกษาแพทย์ ที่ต้องการเป็นอาจารย์ตั้งแต่เรียนอยู่ระดับปริญญาตรี และมีตำแหน่งให้เรียนต่อแพทย์ประจำบ้านสาขาเวชศาสตร์ครอบครัวได้ โดยจัดว่าเป็นสาขาขาดแคลน ทุกสถาบัน และโรงพยาบาลสามารถขอตำแหน่งแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวได้อย่างไม่จำกัด

อย่างไรก็ตาม นโยบายที่จะสนับสนุนทางด้านบริการปฐมภูมิที่ดูเหมือนจะมีความชัดเจน ก็ยังไม่สามารถจูงใจให้แพทย์เลือกเรียนสาขาเวชศาสตร์ครอบครัว ทั้งนี้ปัจจัยทางด้านการขาดต้นแบบของแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวที่แท้จริง ความไม่เข้าใจในหลักการและองค์ความรู้ทางด้านเวชศาสตร์ครอบครัว และอนาคตทางด้านวิชาชีพที่ไม่แน่นอน ทำให้แพทย์จบใหม่ไม่กล้าเลือกเรียนวิชาเวชศาสตร์ครอบครัว

ความน่าจะเป็นในอนาคตที่จะมีแพทย์มาเรียนด้านเวชศาสตร์ครอบครัวมากขึ้น น่าจะมาจากการที่มีอาจารย์แพทย์ที่มีศักยภาพมากขึ้น องค์ความรู้ชัดเจนมากขึ้น มีการเรียนการสอนวิชาเวชศาสตร์ครอบครัวในระดับปริญญาตรีในทุกมหาวิทยาลัยและสถาบันสมทบทำให้นักศึกษาแพทย์มีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยแบบเป็นศูนย์กลาง และนำไปปฏิบัติได้จริง ซึ่งเป็นการกระตุ้นให้นักศึกษามองเห็นวิชาเวชศาสตร์ครอบครัวเป็นทางเลือกในการเรียนต่อเฉพาะทางต่อไป

ระดับหลังปริญญา (แพทย์ประจำบ้าน) มีการจัดการเรียนการสอนตามหลักสูตรแพทย์ประจำบ้านสาขาเวชศาสตร์ครอบครัวของราชวิทยาลัย

แพทยเวชศาสตร์ครอบครัวแห่งประเทศไทย โดยมีการจัดการเรียนการสอนเป็นลักษณะ Block rotation สำหรับแพทย์ประจำบ้านชั้นปีที่ 1 ซึ่งมีข้อยกเว้นสำหรับแพทย์ประจำบ้านที่ผ่านการเพิ่มพูนทักษะจากการไปใช้ทุนแล้ว ก็สามารถเรียนในชั้นปีที่ 2 และ 3 ได้เลย

การจัดกิจกรรมสำหรับการเรียนรู้จะเป็นแบบการเรียนรู้แบบผู้ใหญ่ (Adult learning) และ เป็นผู้เรียนรู้ด้วยตนเองอย่างต่อเนื่อง ตลอดชีวิต (lifelong learners) เพื่อให้แพทย์ประจำบ้านมีความเชี่ยวชาญ (expertise) ในสาขาที่จัดว่าเป็นแพทย์เฉพาะทางสาขาหนึ่ง นอกจากนี้ แพทย์ประจำบ้านยังต้องพัฒนาศักยภาพให้สามารถเป็นผู้สอน (trainers) ให้กับนักศึกษาแพทย์ แพทย์รุ่นน้อง และทีมงานของตนเองได้ด้วย

กิจกรรมการเรียนรู้ ประกอบด้วย

1.การทำ Half day conference ซึ่งมีความแตกต่างกันไปในแต่ละสถาบัน เช่น บางแห่งสามารถจัด Half day conference ได้ถึงสองครั้งต่อสัปดาห์ บางแห่งสามารถจัดได้แค่สัปดาห์ละครั้ง สิ่งที่ได้ทำในกิจกรรม Half day อาจจะเป็นการทำ Difficult case discussion, Family Medicine Topics, Evidence based topic, Home care conference, Journal club ฯลฯ

2.Chart stimulating review ในช่วงเวลาเย็น เพื่อให้แพทย์ประจำบ้านได้ปรึกษาเกี่ยวกับผู้ป่วยที่ตนเองดูแลกับอาจารย์ที่ปรึกษา

3.Home health care

4.Morning conference

5.Tutorial session



6.การออกตรวจผู้ป่วย ณ OPD ของเวชศาสตร์ครอบครัว หรือ PCU หรือ CMU แล้วแต่รูปแบบการจัดบริการของแต่ละสถาบัน

7.Community setting มีการส่งแพทย์ประจำบ้านไปปฏิบัติงาน ณ Community setting รูปแบบต่างๆ เช่น ไปทำงานที่โรงพยาบาลชุมชน หรือไปออกตรวจที่ PCU อื่นๆ

8.Elective ในสาขาวิชาที่แพทย์ประจำบ้านสนใจเป็นพิเศษ หรือ ต้องนำไปใช้ในการปฏิบัติงานในพื้นที่ที่ตนเองต้องกลับไปทำงาน

9.Practice management การบริหารจัดการบริการปฐมภูมิ

วิธีการประเมินผล

1.Formative evaluation บางสถาบันมีการใช้ informal feedback ระหว่างที่ทำ conference หรือ chart stimulating review บางสถาบันมีการทำ log book หรือ มีการให้แพทย์ประจำบ้านทำ portfolio ของตนเอง อีกวิธีที่นิยมคือ ใช้การอัด VDO ระหว่างการตรวจรักษา เพื่อนำมาทบทวนกับอาจารย์ และสามารถให้ feedback แก่แพทย์ประจำบ้านได้

2.Summative evaluation บางสถาบันมีการจัดสอบอย่างเป็นรูปธรรม เช่น สอบ MCQ, short essay, spot diagnosis มีการให้คะแนนเป็นแบบสอบได้และสอบตก

3.จัด Mentor ให้แก่แพทย์ประจำบ้าน ไว้สำหรับให้คำปรึกษา และดูแลเรื่องทุกๆด้าน ทั้งการเรียน การใช้ชีวิตในภาควิชา การจบออกไปปฏิบัติงาน และชีวิตส่วนตัว เนื่องจากการเรียนแบบแพทย์ประจำบ้าน จะไม่มีการสอบวัดคะแนนแบบเป็นรูปธรรมเหมือนนักศึกษาแพทย์ แต่จะเป็น

การฝึกฝนเพื่อให้เกิดความชำนาญในวิชาชีพเฉพาะทาง ลักษณะการเรียนการสอนจะเป็นแบบ Apprenticeship มากกว่าแบบทำตามตำรา ระบบ Mentor จึงเป็นอีกวิธีหนึ่งที่จะประเมินผลการเรียนรู้ของแพทย์ประจำบ้าน รวมไปถึงการเป็น Role model ของแพทย์ประจำบ้านคนนั้นอีกด้วย

7. การวิเคราะห์การเรียนหลังปริญญา

จุดเด่นของระบบการเรียนหลังปริญญา ได้แก่ 1) การมีความยืดหยุ่นของหลักสูตร ทำให้จัดการเรียนการสอนตามบริบทของสถาบันได้ และสามารถจัดให้แพทย์ประจำบ้านเลือกเรียนรู้อะไรที่อยากจริงๆ ได้ 2) การมีแพทย์ประจำบ้านจำนวนไม่มากเกินไปในแต่ละสถาบัน ทำให้มีความใกล้ชิดกับอาจารย์ที่ปรึกษา มาก 3) กิจกรรมสำหรับการเรียนรู้มีรูปแบบที่เป็น case-based ค่อนข้างมาก ทำให้แพทย์ประจำบ้านเรียนรู้จากผู้ป่วยจริงที่ 4) กิจกรรมเสริมหลักสูตรหลายอย่างที่น่าสนใจ เช่น การใช้ภาพยนตร์เป็นตัวกลางให้เกิดการเรียนรู้เกี่ยวกับ family life cycle

จุดด้อย ได้แก่ 1) ความเข้าใจเกี่ยวกับองค์ความรู้ด้านเวชศาสตร์ครอบครัวยังไม่ชัดเจนเป็นไปในแนวทางเดียวกัน มีการเปลี่ยนแปลงไปตามแต่สถาบันจะตีความ 2) อาจารย์ผู้สอนบางคนยังไม่แน่ใจในศักยภาพของตนเอง และไม่มีโปรแกรมเรียนรู้อย่างต่อเนื่องสำหรับอาจารย์ที่อยากเพิ่มพูนทักษะด้านการสอน 3) หลักสูตรกลางไม่ชัดเจนและ 4) การสนับสนุนระดับนโยบายไม่ชัดเจน

ข้อเสนอแนะ 1) พัฒนาศักยภาพอาจารย์ผู้สอน 2) ปรับปรุงโครงสร้างหลักสูตร และ 3) ส่งเสริมระดับนโยบายระดับประเทศ



ข้อเสนอเพื่อการพัฒนา

จากการสรุปภาพรวม และอภิปรายกลุ่มระหว่างผู้เข้าร่วมประชุม มีการรวบรวม ความเห็นและข้อเสนอแนะ เพื่อการพัฒนาต่อเนื่อง ดังนี้

ในเชิงการบริหารจัดการเครือข่าย เสนอให้มีการประชุมเครือข่ายอย่างต่อเนื่อง เนื่องจากเนื่อหามาก โดยเฉพาะประเด็นการเรียนการสอน ควรพัฒนาเครือข่ายที่ปรึกษาให้ชัดเจน และเริ่มดำเนินการโดยเร็ว กิจกรรมเฉพาะกลุ่ม เป้าหมายของแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวตามระดับ หรือรุ่นที่จบ เช่นกลุ่มระดับแหล่ง ฝึกอบรม /กลุ่มผู้ปฏิบัติหลังจบ เพื่อรวบรวมประสบการณ์เพื่อไว้ติดตามความก้าวหน้าแต่ละพื้นที่ นอกจากนี้ หัวข้อเฉพาะที่มีความจำเป็น เช่น งานวิจัย การพัฒนาทางแก้ไขปัญหา เรื่อง การขาดแคลนแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวที่จะทำงานในชุมชน หน่วยบริการปฐมภูมิ หรือ ชนบท หรือมีวาระการสังเคราะห์หาแนวทางการแก้ไข หรือแนวทางการดำเนินการร่วมกันระยะยาว

ในเชิงการขยายผลพัฒนา เสนอให้มีการจัดทำแบบสอบถามความเข้าใจ เกี่ยวกับแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวในหน่วยงานข้างนอก ความคาดหวังและแนวทางการสนับสนุนของผู้บริหารต่อเวชศาสตร์ครอบครัวในพื้นที่ รวมทั้ง ขยายพันธมิตรเฉพาะทาง โดยใส่ความเป็นเวชศาสตร์



ครอบครัว

สุดท้ายที่ยังคงต้องมี คือ กลไกกลางที่ประสานให้เกิดการทำงานเครือข่าย เพื่อสร้างความสัมพันธ์ และพัฒนาความเข้มแข็งทั้งวิชาการ และพัฒนางานของเครือข่าย ได้อย่างต่อเนื่อง ซึ่งต้องใช้ความร่วมมือจากองค์กรสนับสนุนที่เกี่ยวข้องต่อไป



AAR

การประชุมเชิงปฏิบัติการ การจัดการความรู้ด้านเวชศาสตร์ครอบครัว

ระหว่างวันที่ 7-8 พฤศจิกายน 2552 Golden Cliff House Pattaya

จำนวนผู้เข้าร่วมการประชุมเชิงปฏิบัติการครั้งนี้ มีทั้งหมด 42 คน แยกได้ดังนี้ แพทย์ที่มาจากสถาบันการศึกษา จำนวน 11 คน จากโรงพยาบาลศูนย์ จำนวน 13 คน โรงพยาบาลชุมชน จำนวน 7 คน แพทย์ปฏิบัติงานในศูนย์แพทย์ชุมชน จำนวน 2 คน และทีมงานส่วนกลาง จำนวน 9 คน

การจัดประชุมเชิงปฏิบัติการครั้งนี้ เพื่อสรุปบทเรียนการทำงาน ด้านเวชศาสตร์ครอบครัวในกลุ่มแพทย์ เวชศาสตร์ครอบครัว ครั้งนี้ ถือได้ว่าประสบความสำเร็จค่อนข้างมาก เนื่องจากการสื่อสารล่วงหน้า เรื่อง ความสำคัญของประเด็นที่จะแลกเปลี่ยน และการเชิญแบบระบุบุคคลเพื่อ เตรียมแลกเปลี่ยนเฉพาะแต่ละประเด็น ตลอดจนการให้ความสำคัญของผู้ เข้าร่วมประชุมที่กระตือรือร้นต่อการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ซึ่งกันและกัน เนื้อหาการประชุมครั้งนี้ก็มีความหลากหลาย อย่างไรก็ตาม การประชุมครั้งนี้ส่งเสริมให้แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวรุ่นพี่ และรุ่นน้องได้เล่าเรื่อง และหารือปัญหาที่เกิดขึ้นจากบริบทการทำงานที่แตกต่าง รวมทั้งได้ร่วม เสนอแนะแนวทางพัฒนาเครือข่ายเวชศาสตร์ครอบครัวต่อไป

AAR



ช่วงแรกผู้เข้าร่วมกิจกรรมเสนอความคาดหวังการเข้าร่วมประชุมเชิงปฏิบัติการครั้งนี้ ในภาพรวมครอบคลุมประเด็น

- ◆ ความสนใจต้องการมาเรียนรู้ประสบการณ์จากรุ่นพี่ว่าที่ผ่านมาได้ทำอะไรบ้าง และสนใจด้านจิตใจ อยากมีความสุขในการทำงาน
- ◆ เรียนรู้ประสบการณ์จากแพทย์ภาคอื่นเพื่อพัฒนางานที่รับผิดชอบอยู่
- ◆ ได้พบปะพี่ๆ เพื่อนๆ เพื่อสร้างกำลังใจในการทำงาน
- ◆ สนใจเรียนรู้เรื่องการบริหารผู้บริหาร
- ◆ ฟัง/แลกเปลี่ยนประสบการณ์ และอยากเห็นสาขาเวชศาสตร์ครอบครัวเป็นที่ยอมรับ

เสียงสะท้อนจากผู้เข้าร่วมประชุมเชิงปฏิบัติการ ผ่านแบบสอบถามที่ได้รับกลับจากผู้เข้าร่วมประชุม จำนวน 23 ชุดจากผู้เข้าทั้งแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวที่เข้าร่วมทั้งหมด 33 คน

สิ่งที่ได้เรียนรู้จากการเข้าร่วม w/s

- ◆ ประสบการณ์การทำงานและการสอนจากเพื่อนๆ
- ◆ ประสบการณ์การเรียนการสอน, วิจัย, การบริการ ของที่อื่นที่ไม่เคยได้รู้เห็นมาก่อน ได้เทคนิคใหม่ๆ เข้าใจอุปสรรคของแต่ละคนได้กำลังใจ
- ◆ ได้ศึกษางานของเพื่อนๆ คนอื่นซึ่งมีสิ่งดี ๆ อยู่จะได้นำไปปฏิบัติในการ

Knowledge Management in Family Medicine

ทำงาน เช่นงานวิจัย งานบริหาร

- ◆ แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว มีคนร่วมทีมเพิ่มขึ้นและเข้มแข็งขึ้น
- ◆ ได้update ข่าวสารในแวดวงของแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว
- ◆ ไอเดียใหม่ๆในการทำงาน จากเพื่อนๆ ที่อยู่ setting ต่างกัน ความคิดรวบยอดในการจัดการความรู้
- ◆ แนวคิด ประสบการณ์ ดีๆ วิธีการใช้ชีวิตของผู้ที่ทำงานมานานกว่า
- ◆ ได้รับแนวความคิดใหม่ๆ ในหลายๆด้านทั้ง บริหารจัดการ,วิชาการ, การบริการและประสบการณ์ของพี่ๆเพื่อนๆ ที่ทำงาน
- ◆ ได้แนวทางการจัดบริการ/บริหาร /วิจัย บางส่วน
- ◆ เปิดมุมมองและโลกทัศน์ใหม่ว่า แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวทำอะไร ได้มากกว่าที่คิด
- ◆ การจัดการเรียนการสอนของสถานที่ต่างๆ ทั้ง undergraduate / postgraduate
- ◆ เทคนิคการปรับตัวจัดการเรื่องการสอน / แนวทางการจัด Training FM
- ◆ รับรู้แนวทางเดิมของเวชศาสตร์ครอบครัว ทั้งในเรื่องการเรียนการสอน การตรวจสอบคุณภาพ
- ◆ ประสบการณ์การเรียนการสอน นำมาประยุกต์กับด้านบริหารบุคคล พัฒนาเจ้าหน้าที่ได้



- ◆ ได้แนวคิดในการนำไปใช้ได้จริงในการทำงานปัจจุบัน
โดยเฉพาะเทคนิคในการสอน นศพ./ resident การจัดระบบ OPD
- ◆ การกระตุ้นการทำงาน การพัฒนาการสอน วิจัย การบริการ
- ◆ รับรู้แนวทางและโอกาสทำวิจัยที่อาจเอื้อในอนาคต/
แนวทางการพัฒนางานวิจัย PC
- ◆ การเรียนรู้การCoping กับ อารมณ์ตัวเอง
- ◆ ได้เห็นแนวทางการแก้ปัญหาของงานที่ทำโดยได้รับคำแนะนำดีๆ
จากเพื่อนๆ
- ◆ ได้เห็นภาพลักษณะการทำงานของแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวที่ชัดเจนขึ้น
- ◆ ได้แนวทางการพัฒนางานเวชศาสตร์ครอบครัวในบริบทของตนเอง
- ◆ ความรักใคร่ สามัคคี กลมเกลียวกัน ในหมู่แพทย์เวชศาสตร์
ครอบครัว

สิ่งที่ได้มากกว่าความคาดหวัง

- ◆ กำลังใจ / ความรู้และทักษะเทคนิคต่างๆ
- ◆ การร่วมมือของแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว ที่มากขึ้นเรื่อยๆ
- ◆ ได้พบเจอคนที่ไม่ได้เจอมานาน / ได้พบปะ / สร้างเครือข่าย / ความ
สนุกสนานในการได้พบเจอเพื่อน

Knowledge Management in Family Medicine

- ◆ มิตรภาพ และคำแนะนำจากเพื่อนๆ
- ◆ แรงบันดาลใจให้พัฒนางานมากขึ้น
- ◆ เน้นช่องทาง สื่อสารที่ใช้ในการเข้าใจแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว
- ◆ ได้กำลังใจ ในการปฏิบัติงาน และกลวิธีในการกลับไปทำงานให้ประสบความสำเร็จ
- ◆ ทุกคนมีสิ่งดีๆ ที่ มากมายมาแบ่งปันกัน มีความตั้งใจในการพัฒนางานด้านเวชศาสตร์ครอบครัว ให้เข้มแข็ง มีความสุขที่ได้มาเจอกัน แลกเปลี่ยน ช่วยเหลือกัน
- ◆ แนวทางการหา staff ใหม่ๆ แบบ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

สิ่งที่ได้น้อยกว่าความคาดหวัง

- ◆ เวลาที่น้อยไป ทำให้ยังคุยกันได้ไม่จบ ไม่เต็มที่
- ◆ เนื่องจากเวลาประชุมนานมาก ทำให้ไม่ได้เล่นน้ำ เดินชมชายหาด / การพักผ่อนน้อยไป
- ◆ ยังจัดการกับระบบ In-service training ให้ดีไม่ได้
- ◆ ยังไม่ได้ร่วมกันคิดแก้ปัญหาต่างๆ ที่เกิดขึ้นอย่างเต็มที่
- ◆ การวางแผนและวางแผนเครือข่ายร่วมกัน
- ◆ การได้เรียนรู้จาก case study การนำหลักการของเวชศาสตร์ครอบครัว



ครีวไปใช้ในการดูแลคนไข้

- ◆ รูปแบบการประสานงานเครือข่ายแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวที่ effective
- ◆ เครือข่ายการวิจัย/การพัฒนางานวิจัยที่เป็นรูปธรรม
- ◆ เป้าหมาย อนาคตของเวชศาสตร์ครอบครัวจะเป็นอย่างไร เพราะยังเป็นปัญหาเรื่องความไม่แน่นอน แนวทางไม่ชัดเจน หรือแนวทางแก้ไขยังไม่ชัดเจน

ถ้าจะทำให้ดีขึ้น มีข้อเสนออะไร อย่างไร

- ◆ ควรมีช่วง Entertainment /สร้างสรรค์ เพื่อนพี่น้องชาวเวชศาสตร์ครอบครัว ช่วงกลางคืน
- ◆ ใช้เวลาประชุมถึง 5 โมงเย็น แล้วให้เดินเล่น ผ่อนคลาย หรือออกกำลังกายบ้าง ก็จะได้ไม่น้อย
- ◆ เนื้อหามาก อาจต้องแยกประเด็นการเรียนการสอนออกไปอีกวาระหนึ่ง
- ◆ ใช้วิธี Mind map ในการรวบรวมข้อมูล
- ◆ สรุป implication / action plan และให้มีคนรับผิดชอบ
- ◆ สร้างเครือข่ายที่ปรึกษาให้เสร็จโดยเร็ว
- ◆ ลองจัด Class ต่อในอีกหลายกลุ่ม เช่น กลุ่มระดับแหล่งฝึกอบรม /

กลุ่มผู้ปฏิบัติหลังจบ รวมประสบการณ์เพื่อไว้ติดตามความก้าวหน้า
แต่ละพื้นที่

- ◆ ทำแบบสอบถามความเข้าใจเกี่ยวกับแพทยเวชศาสตร์ครอบครัวใน
หน่วยงานข้างนอก

**ความคาดหวัง และแนวทางการสนับสนุนของผู้บริหารต่อเวชศาสตร์
ครอบครัวในพื้นที่**

- ◆ หัวข้อเฉพาะมากขึ้น ที่เป็นทางการบางเรื่อง เช่น วิจัยใน PC ส่วนหัว
ข้ออื่นๆจัดนอกเวลาเช่น เวลาอาหารจัดกลุ่มพูดคุย กัน เอง หรือถ้า
ต้องการรายละเอียดมาก ควรลดหัวข้อที่ใช้ในการประชุมหรือจะลด
รายละเอียดเชิงลึก เพื่อวิเคราะห์ให้ครบ เพราะหัวข้อสรุปไม่ชัดเจน
- ◆ เพิ่มพันธมิตรเฉพาะทาง โดยใส่ความเป็นเวชศาสตร์ครอบครัว
- ◆ อยากให้คุยเรื่องการขาดแคลนแพทยเวชศาสตร์ครอบครัวในชนบท
ที่จะทำงานในชุมชน PCU และยังต้องทำงานในโรงพยาบาล
- ◆ ส่งเคราะห์หาแนวทางการแก้ไข หรือแนวทางการดำเนินการร่วมกัน
ให้มากกว่าการเล่าเรื่อง
- ◆ จัดประชุมสังเคราะห์วิจัยภายใน ภายนอก
- ◆ การรวมตัวบ่อยขึ้น
- ◆ คงการประชุมไว้อย่างต่อเนื่อง เพื่อ update ความสัมพันธ์



และการทำงานเน้นเครือข่าย ปีละ 1-2 ครั้ง และ**ทำเป็นวัฒนธรรม**
ขององค์กรเรา







สปสช.
สำนักงานพัฒนาระบบสุขภาพแห่งชาติ

