

The Community of Evidence-Based Practice in Family Practice: Application of Social Constructivism Educational Theory

Hathaitip Tumviriyakul, MD

Diploma Thai Board of Family Medicine,

M.Sc. Epidemiology LSHTM UK.

Academic Fellowship in Family Medicine and Clinical Research Certificate

Department of Family and Community Medicine,

University of Toronto Canada

Email: pooktumviriyakul@yahoo.co.uk

Abstract

Currently, teaching evidence-based medicine is challenging in medical practice. Physicians tend to work individually and less interact with each other; thus, there is limited space for learning and sharing their experiences in a welcoming environment. Creating a pleasant atmosphere and resources for education is essential. Cultivating a community of evidence-based practice based on the social constructivism educational theory and a framework of a community of practice is a pilot idea for building both learning resources and human resources. The initial point is discovering a current group of physicians who are interested in evidence-based medicine and cultivating them to be a community of practice, creating a learning resource for medical students, residents, and other professions. Since people who participated in the community of practice have planned and designed in common motivating topics, this feature will reduce the obstacles of applying evidence-based medicine into practice and allow innovation in medical education to take place in family practice.

Keywords: evidence-based medicine, community of practice, social constructivism, family practice, application

การสร้างชุมชนการใช้หลักฐานการแพทย์เชิงประจักษ์ในเวชปฏิบัติครอบครัว : การประยุกต์ทฤษฎีคอนสตรัคติวิสต์เชิงสังคม

แพทย์หญิง หทัยทิพย์ ธรรมวิริยะกุล
ว.เวชศาสตร์ครอบครัว

M.Sc. Epidemiology LSHTM UK.

Academic Fellowship in Family Medicine and Clinical Research Certificate

Department of Family and Community Medicine,

University of Toronto Canada

กลุ่มงานเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลหาดใหญ่

Email: pooktumviriyakul@yahoo.co.uk

บทคัดย่อ

เวชศาสตร์เชิงประจักษ์ (evidence-based medicine) เป็นหัวข้อการเรียนการสอนที่มีความท้าทายสำหรับเวชปฏิบัติในปัจจุบัน โดยเฉพาะในบริบททางสังคมที่มีการทำงานอย่างแยกส่วนและมีปฏิสัมพันธ์ต่อกันน้อยทำให้มีข้อจำกัดในการเรียนรู้และการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในบรรยากาศที่เป็นมิตร การสร้างบรรยากาศที่เป็นมิตรและสร้างแหล่งเรียนรู้ที่เหมาะสมเป็นสิ่งจำเป็น โครงการสร้างชุมชนการใช้หลักฐานการแพทย์เชิงประจักษ์ (community of evidence-based practice) โดยประยุกต์จากทฤษฎีการศึกษาคอนสตรัคติวิสต์เชิงสังคม (social constructivism educational theory) และหลักการของชุมชนนักปฏิบัติ (Community of Practice) เป็นแนวคิดในการสร้างแหล่งเรียนรู้และพัฒนาศักยภาพของบุคคล โดยเริ่มจากอาจารย์ที่มีความสนใจด้านเวชศาสตร์เชิงประจักษ์รวมตัวกันสร้างเป็นชุมชนให้เป็นทรัพยากรบุคคลสำหรับสอนนักศึกษาแพทย์ แพทย์ประจำบ้าน และสหวิชาชีพ การสร้างชุมชนการใช้หลักฐานการแพทย์เชิงประจักษ์ (community of evidence-based practice) ในเวชปฏิบัติครอบครัวจะสามารถลดอุปสรรคความยากในการนำเวชศาสตร์เชิงประจักษ์ไปใช้ได้ เนื่องจากเกิดจากการร่วมวางแผนและออกแบบจากผู้ที่มีความสนใจร่วมกันและสามารถสร้างนวัตกรรมทางการศึกษาทางการแพทย์ให้เกิดขึ้นได้

คำสำคัญ : เวชศาสตร์เชิงประจักษ์, ชุมชนนักปฏิบัติ, ทฤษฎีการศึกษาคอนสตรัคติวิสต์เชิงสังคม, เวชปฏิบัติครอบครัว, การประยุกต์ใช้

บทนำ

การเรียนรู้จากเวชปฏิบัติอย่างต่อเนื่องเป็นหนึ่งในสมรรถนะหลักของหลักสูตรการฝึกอบรมแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวในประเทศไทย⁽¹⁾ เวชศาสตร์เชิงประจักษ์ (evidence-based medicine) มุ่งเน้นการค้นหาความรู้ การวิเคราะห์วิจารณ์ และการประยุกต์ความรู้ทางคลินิกเข้ากับวิจญาณของแพทย์เพื่อพัฒนาการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง⁽²⁾ จึงนับเป็นหัวข้อการเรียนรู้ที่มีความจำเป็นในการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านรวมทั้งการฝึกอบรมของสหวิชาชีพที่ต้องทำงานเป็นส่วนหนึ่งของทีมหมอครอบครัว ความสนใจด้านเวชศาสตร์เชิงประจักษ์มักจำกัดอยู่ในกลุ่มเฉพาะที่สนใจในงานวิจัยและนักวิจัย ไม่ได้มีการนำไปใช้อย่างแพร่หลายในเวชปฏิบัติ การจัดการเรียนการสอนเวชศาสตร์เชิงประจักษ์สำหรับนักเรียนแพทย์ แพทย์ประจำบ้านและสหวิชาชีพยังขาดทั้งแหล่งเรียนรู้และทรัพยากรบุคคล การพัฒนาศักยภาพของอาจารย์และแหล่งฝึกอบรม จึงยังเป็นการท้าทายของเวชศาสตร์ครอบครัวประเทศไทย

ปัจจุบันการทำงานในเวชปฏิบัติมักแยกส่วนและมีปฏิสัมพันธ์ต่อกันเฉพาะในเวทีของการประชุมประจำเดือนของหน่วยงาน จึงมีเวลาสำหรับการสร้างองค์ความรู้จากหลักฐานทางการแพทย์และแบ่งปันประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยในบรรยากาศที่เป็นมิตรได้น้อย ความเชี่ยวชาญด้านเวชศาสตร์เชิงประจักษ์มีความหลากหลาย ตั้งแต่การมีความรู้ในการปฏิบัติตามแนวทางเวชปฏิบัติต่างๆ ไปจนถึงความสามารถในการวิเคราะห์วิจารณ์หลักฐานทางการแพทย์เพื่อนำไปประยุกต์ใช้กับผู้ป่วยในเวชปฏิบัติของตนเอง การสร้างชุมชนการใช้หลักฐานการแพทย์เชิงประจักษ์ (community of evidence-based practice) ในกลุ่มที่มีความสนใจให้เป็นทรัพยากรบุคคลและแหล่งเรียนรู้สำหรับนักเรียนแพทย์ แพทย์ประจำบ้าน และสหวิชาชีพจะเป็นกลยุทธ์ในการพัฒนาหลักสูตรเวชศาสตร์เชิงประจักษ์ในเวชปฏิบัติครอบครัว มีงานวิจัยสนับสนุนการใช้หลักการของชุมชนนักปฏิบัติ (Community of Practice: CoP) สามารถทำให้ผู้เข้าร่วมประชุมเพื่อวิพากษ์วิจารณ์วารสารทางการแพทย์ (Journal clubs) และการประชุมเพื่อวิเคราะห์สาเหตุการเจ็บป่วยและการตายจากกรณีผู้ป่วย (case morbidity and mortality conferences) ใช้หลักฐานทางการแพทย์ไปสู่การปฏิบัติจริงได้อย่างเป็นรูปธรรม⁽³⁾ การสร้างชุมชนนักปฏิบัติ (CoP) นอกจากสามารถทำในรูปแบบที่เป็นทางการแล้วยังรวมถึงการสร้างแบบไม่เป็น

ทางการร่วมด้วย⁽⁴⁾ เช่น ในประเทศอังกฤษมีการสร้างเครือข่ายจดหมายอิเล็กทรอนิกส์ (email) เพื่อแลกเปลี่ยนความรู้และพัฒนาการดูแลผู้ป่วยโดยใช้หลักฐานทางการแพทย์เชิงประจักษ์ในเครือข่ายวิชาชีพ⁽⁵⁾ นอกจากนี้การสร้างเครือข่ายชุมชนนักปฏิบัติ (CoP) ผ่านระบบคอมพิวเตอร์ (online) ยังช่วยให้เกิดการพัฒนาอาจารย์ในแหล่งฝึกอบรมร่วมด้วย⁽⁶⁾ อย่างไรก็ตาม การเรียนรู้ที่จะเกิดขึ้นในชุมชนการใช้หลักฐานการแพทย์เชิงประจักษ์ (community of evidence-based practice) นั้น ขึ้นกับปัจจัยอื่นร่วมด้วย ได้แก่ พฤติกรรมการรับรู้ส่วนบุคคล วิชาชีพ หลักฐานทางการแพทย์ ผู้ป่วย แหล่งความรู้ องค์กร และความต่อเนื่องในการเรียนรู้⁽³⁾

บริบททางสังคมมีความสำคัญต่อการพัฒนาองค์ความรู้ ทฤษฎีการศึกษาคอนสตรัคติวิสต์เชิงสังคม (Social Constructivism) โดย Vygotsky ซึ่งเกิดขึ้นตั้งแต่ในปี ค.ศ. 1978 เชื่อว่าการสร้างความรู้ของแต่ละบุคคลจะเกิดขึ้นเมื่อมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมกับผู้อื่นในบริบทรอบๆ ตัว⁽⁷⁾ บทความนี้จะกล่าวถึงแนวทางการสร้างชุมชนการใช้หลักฐานการแพทย์เชิงประจักษ์ในเวชปฏิบัติครอบครัวตามแนวทางทฤษฎีการศึกษาคอนสตรัคติวิสต์เชิงสังคม (social constructivism educational theory) เพื่อสร้างชุมชนนักปฏิบัติให้เป็นแหล่งเรียนรู้ด้านเวชศาสตร์เชิงประจักษ์ร่วมกับพัฒนาอาจารย์ให้กับนักศึกษาแพทย์ แพทย์ประจำบ้านและสหวิชาชีพ

ทฤษฎีการศึกษาคอนสตรัคติวิสต์เชิงสังคม (Social Constructivism)

ต้นกำเนิดของทฤษฎีการศึกษานี้ เกิดจากการสังเกตการเรียนรู้ของเด็กโดยเน้นหลักการสำคัญคือ เด็กจะสามารถเรียนรู้ได้ดีที่สุดเมื่อได้รับการชี้แนะที่ถูกต้องจากผู้ใหญ่หรือเพื่อนผู้มีประสบการณ์ ทฤษฎีการเรียนรู้แบบคอนสตรัคติวิสต์เชิงสังคม (Social Constructivism) เชื่อว่าการเรียนรู้จะเกิดขึ้นเมื่อมีสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสม⁽⁸⁾ Vygotsky ได้อธิบายกระบวนการเรียนรู้ที่อ้างอิงกับช่วงของการพัฒนาทักษะและความรู้ที่สำคัญ เรียกว่า Zone of Proximal Development (ZPD)⁽⁷⁾ ซึ่งเป็นช่วงระหว่างระดับการพัฒนาที่เด็กมีอยู่และระดับการพัฒนาที่จะเกิดขึ้นเมื่อได้รับการแนะนำจากผู้ใหญ่หรือเพื่อนผู้มีประสบการณ์ นอกจากนี้คอนสตรัคติวิสต์เชิงสังคม (Social Constructivism) ยังให้ความสำคัญกับความเข้าใจระหว่างบุคคลที่เกิดขึ้นขณะที่กำลังสื่อสาร (Intersubjectivity) และ กระบวนการยอมรับและให้คุณค่าต่อ

วัฒนธรรมหรือสังคมในบริบทนั้นๆ (enculturation)⁽⁹⁾ ดังนั้นผู้เรียนจึงมีการสร้างความรู้ในช่วงของการพัฒนาทักษะ (ZPD) ผ่านทางการสื่อสารกับผู้รู้ในบริบทวัฒนธรรมหนึ่งๆ

มิติในการเรียนรู้ตามแนวทางคอนสตรัคติวิสต์เชิงสังคม (Social Constructivism) มี 3 มิติ ได้แก่ reality, knowledge, และ learning⁽¹⁰⁾

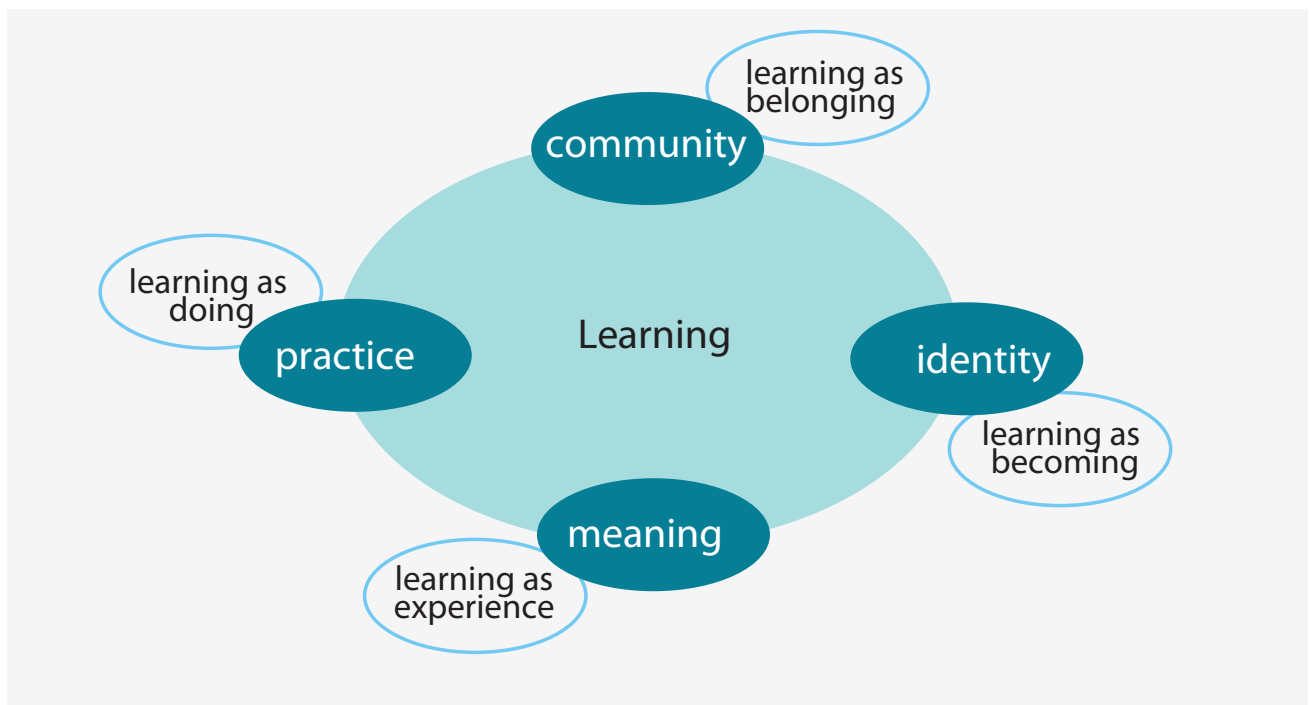
Reality หมายถึง การเรียนรู้ที่เกิดจากกิจกรรมของมนุษย์และจะไม่เกิดขึ้นจนกว่าจะมีการปฏิสัมพันธ์ต่อกัน

Knowledge หมายถึง ความรู้ที่เป็นผลจากการปฏิสัมพันธ์กันระหว่างมนุษย์และกับสิ่งแวดล้อม

Learning เป็นกระบวนการทางสังคมที่ขัดเกลาจากปัจจัยภายนอกเมื่อได้มีการร่วมมือในชุมชนนั้นๆ

ชุมชนนักปฏิบัติ (community of practice)

ชุมชนนักปฏิบัติ (community of practice) หรือเรียกสั้นๆ ว่า CoP ได้รับการยอมรับครั้งแรกในแวดวงทางธุรกิจมากกว่าทางการแพทย์ โดย Wenger และคณะ⁽⁴⁾ ได้อธิบายลักษณะของ CoP คือ กลุ่มคนที่แบ่งปันเรื่องราวที่สนใจตั้งประเด็นปัญหาาร่วมกัน จนบุคคลนั้นเกิดการสร้างความรู้และความเชี่ยวชาญในเรื่องนั้น จากการปฏิสัมพันธ์ต่อกัน คนเหล่านั้นไม่จำเป็นต้องทำงานด้วยกันทุกวัน แต่จะมาเจอกันเพราะพบคุณค่าของการได้มีปฏิสัมพันธ์ต่อกัน หลักการของ CoP อ้างอิงตามทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม (Social learning theory) ที่เกี่ยวข้องเชื่อมโยงต่อกัน 4 ประการ ได้แก่ การให้ความหมาย (meaning) การปฏิบัติ (practice) การสร้างชุมชน (community) และการมีเอกลักษณ์ (identity)⁽¹¹⁾ (รูปที่ 1) ปัจจุบันทฤษฎีการเรียนรู้ดังกล่าวได้มีการนำมาประยุกต์ใช้กับทางสุขภาพและการดูแลทางสังคมมากขึ้น และมีหลักฐานงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเพิ่มขึ้นมากมายตั้งแต่ปี ค.ศ.2007⁽¹²⁾



รูปที่ 1 องค์ประกอบของทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม (Social Learning Theory)

แนวทางการนำไปใช้ประโยชน์

กรณีศึกษาโครงการฝึกอบรมแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวโรงพยาบาลหาดใหญ่

จากหลักการของทฤษฎีการศึกษาคอนสตรัคติวิสต์เชิงสังคม (Social Constructivism) บุคลากรทางสุขภาพสามารถเรียนรู้จากเวชปฏิบัติและสร้างความรู้ได้จากการปฏิสัมพันธ์ต่อกัน การนำหลักฐานอ้างอิงทางการแพทย์ไปใช้กับผู้ป่วยในปัจจุบันกำลังละเลยการให้ความสำคัญกับการสื่อสารระหว่างแพทย์ด้วยกันเองและการสื่อสารระหว่างแพทย์กับผู้ป่วย รวมถึงการคำนึงถึงบริบทของการดูแลผู้ป่วย⁽¹³⁾ ความรู้ทางคลินิกจะเกิดขึ้นจากการแปลความ การปฏิสัมพันธ์ และเกิดเป็นประสบการณ์ จุดเริ่มต้นสามารถเริ่มจากกลุ่มอาจารย์ที่มีความสนใจในเวชศาสตร์เชิงประจักษ์อยู่เดิมแล้ว ซึ่งจะเป็นการพัฒนาศักยภาพของอาจารย์และความเป็นวิชาชีพรวมทั้งจะเกิดแหล่งเรียนรู้ด้านเวชศาสตร์เชิงประจักษ์ขึ้นในบริบทนั้น

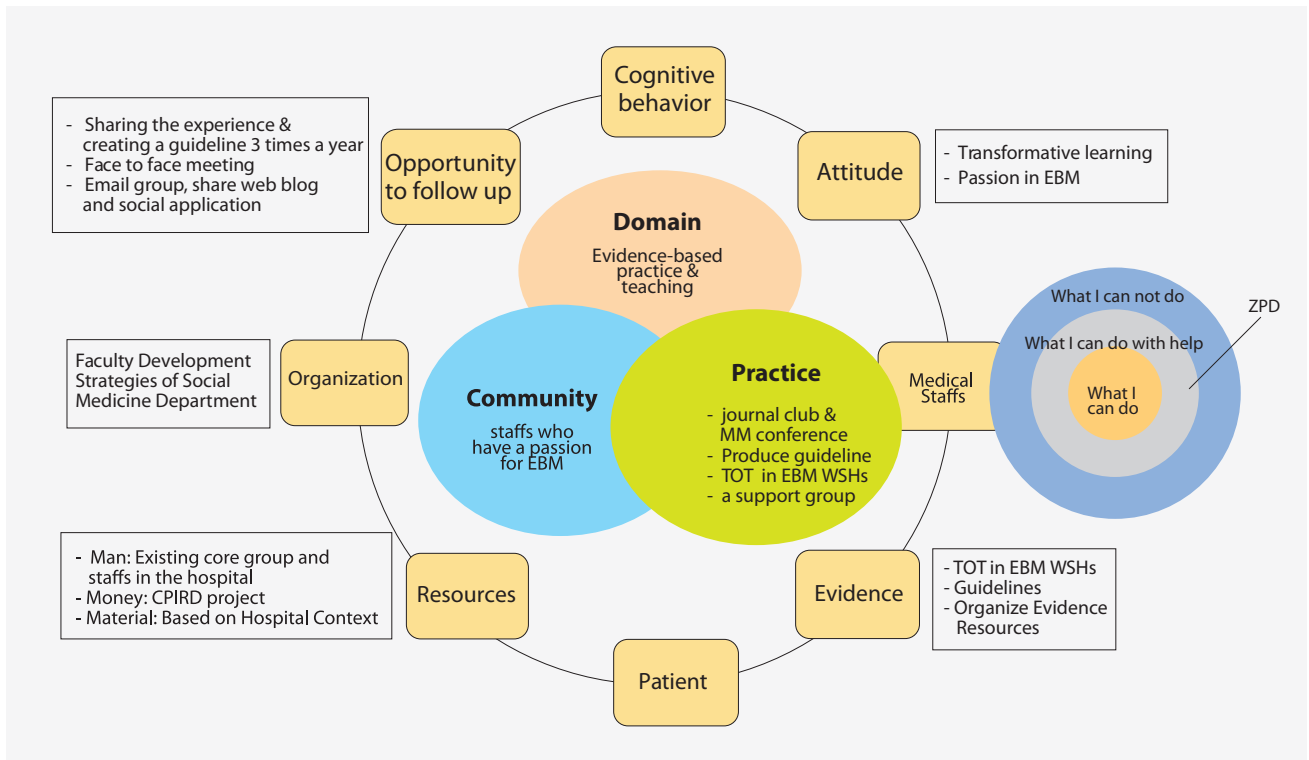
แนวทางกลยุทธ์

ระยะค้นหา (discover phase) : เป็นระยะที่มีการค้นหาผู้ที่มีความสนใจในหัวเรื่องเดียวกัน เกิดการรวมตัวกัน เช่น ในการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านเวชศาสตร์ครอบครัว

ของโรงพยาบาล ต้องอาศัยความร่วมมือจากหลากหลายวิชาชีพรวมทั้งแพทย์เฉพาะทางหลายสาขาเพื่อทำงานร่วมกัน เป็นเครือข่ายและเป็นแหล่งเรียนรู้ของแพทย์ประจำบ้าน หากพบว่าในเครือข่ายการทำงานมีกลุ่มคนที่มีความสนใจในเวชศาสตร์เชิงประจักษ์ร่วมกันอยู่เดิมแล้วจำนวน 5-6 คน การสร้างชุมชนนักปฏิบัติ (CoP) สามารถสร้างได้จากกลุ่มที่มีอยู่ โดยธรรมชาติดังกล่าว เป็นต้น

วางแผนชุมชน (planning community) : การวางแผนชุมชนนักปฏิบัติมีองค์ประกอบ 3 ประการ (รูปที่ 2) ได้แก่

ขอบเขต (domain) หมายถึง การกำหนดขอบเขตของลักษณะชุมชนที่กำลังจะเกิดขึ้น ซึ่งจะทำให้สมาชิกในชุมชนเห็นเป้าหมายเดียวกันและเดินไปในทิศทางเดียวกัน ทิศทางดังกล่าวเกิดจากการกำหนดโดยสมาชิกของชุมชน ผู้นำอาจเกิดจากผู้นำโดยธรรมชาติในชุมชนหรือผู้นำที่มีการจัดสรรขึ้น ทั้งนี้ขึ้นกับสมาชิกในชุมชนกำหนด ตัวอย่างเช่น กลุ่มอาจารย์แพทย์ที่สนใจดำเนินการสร้างชุมชนการใช้หลักฐานการแพทย์เชิงประจักษ์ (community of evidence-based-practice) กำหนดขอบเขตร่วมกัน (domain) คือ การฝึกปฏิบัติและการสอนเวชศาสตร์เชิงประจักษ์ เป็นต้น



รูปที่ 2 กรอบแนวคิดการสร้างชุมชนการใช้หลักฐานการแพทย์เชิงประจักษ์ (community of evidence-based practice) กรณีศึกษาจากโครงการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านโรงพยาบาลหาดใหญ่

ชุมชน (community) หมายถึง ลักษณะของสมาชิกที่เมื่อมารวมกลุ่มกันเกิดเป็นเอกลักษณ์ของชุมชน มีความไว้วางใจกันและปฏิสัมพันธ์กัน ในกรณีตัวอย่าง ได้แก่ กลุ่มอาจารย์แพทย์ในโรงพยาบาลที่มีความสนใจและอาสาสมัครมารวมกลุ่มและสร้างเอกลักษณ์ของกลุ่มจากการมีปฏิสัมพันธ์กัน

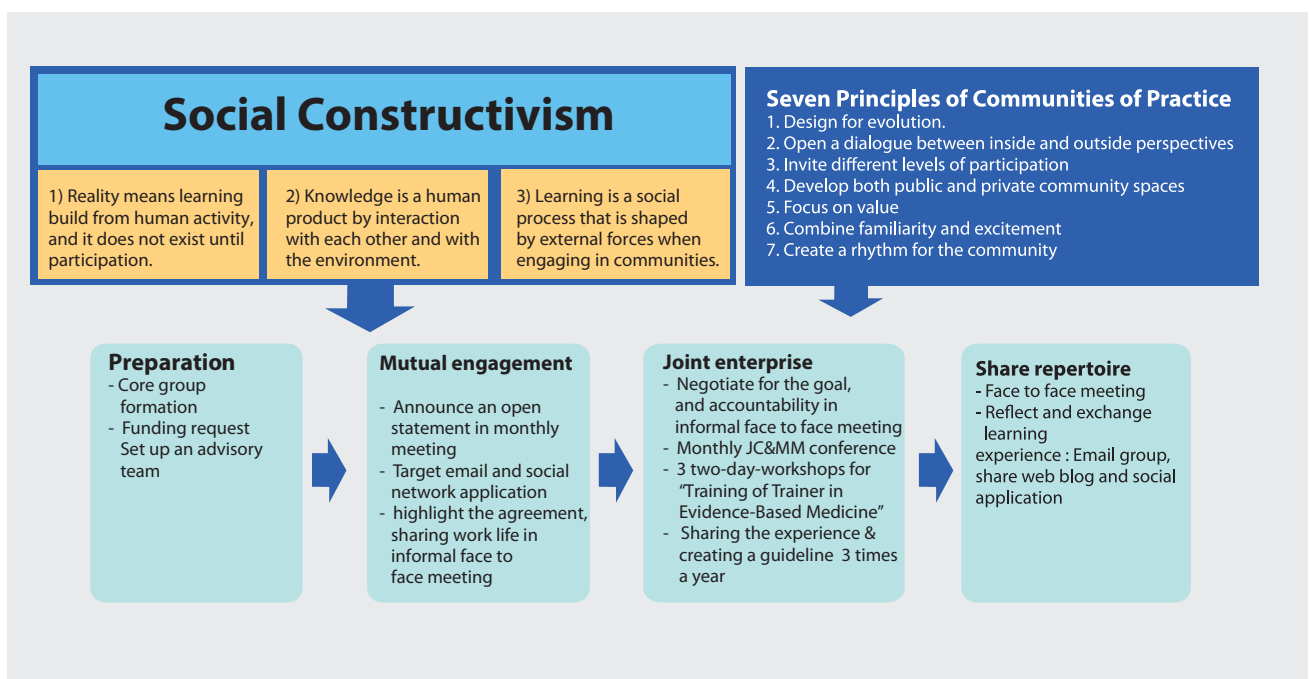
การปฏิบัติ (practice) หมายถึง กิจกรรมที่มีการแลกเปลี่ยนและเรียนรู้ไปด้วยกัน ในกรณีตัวอย่าง ได้แก่ กิจกรรมวิพากษ์วิจารณ์วารสารทางการแพทย์ (journal clubs) และการประชุมเพื่อวิเคราะห์สาเหตุการเจ็บป่วยและการตายจากกรณีผู้ป่วย (case morbidity and mortality conferences) รวมทั้งการสร้างแนวทางการดูแลผู้ป่วยในเวชปฏิบัติครอบครัวและการสร้างกลุ่มเพื่อสนับสนุนการเรียนการสอนเวชศาสตร์ครอบครัว

ออกแบบชุมชน (design community)

ในการออกแบบชุมชน สามารถแบ่งได้เป็น 3 ระยะ⁽¹¹⁾ ได้แก่ การสร้างข้อตกลง (mutually agreement phase), การสร้างกิจกรรมร่วม (joint enterprise phase) และการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ (share repertoire phase) (รูปที่ 3)

การสร้างข้อตกลง (mutually agreement phase) : การประกาศอย่างเป็นทางการในเวทีประชุมประจำเดือนของแพทย์ที่กำลังจะมีการสร้างชุมชนการใช้หลักฐานการแพทย์เชิงประจักษ์เกิดขึ้นในโรงพยาบาล จะเป็นการสร้างข้อตกลงร่วมกันอย่างเป็นทางการและในขณะเดียวกันการหาช่องทางสื่อสารทางสื่ออิเล็กทรอนิกส์และสื่อสังคมออนไลน์ (email and social network application) รวมทั้งการพบปะเพื่อพูดคุยเรื่องราวประจำวันอย่างไม่เป็นทางการร่วมด้วย จะทำให้การปฏิสัมพันธ์มีความผ่อนคลายและเกิดความไว้วางใจ สร้างความสัมพันธ์ที่เข้มแข็งยิ่งขึ้น

การสร้างกิจกรรมร่วม (joint enterprise phase) : ในระยะนี้จะเกิดการสร้างข้อตกลงในขอบเขตและประเด็นที่สนใจให้มีความกระชับยิ่งขึ้น จะมีการคิดรูปแบบกระบวนการ การแบ่งความรับผิดชอบตามความสนใจ เพื่อสร้างชุมชนร่วมกัน ซึ่งเมื่อเกิดการปฏิสัมพันธ์กันก็จะเกิดการเรียนรู้จากการแลกเปลี่ยนกับผู้ที่มีความรู้และประสบการณ์ตามทฤษฎีการศึกษาคอนสตรัคติวิสต์เชิงสังคม (Social Constructivism) ซึ่งกล่าวถึง ZPD ดังที่กล่าวมาแล้ว⁽⁸⁾ ตัวอย่างกิจกรรมที่สามารถเกิดขึ้นได้ในระยะนี้ เช่น การจัดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ด้านเวชศาสตร์เชิงประจักษ์ระหว่าง



รูปที่ 3 การประยุกต์ทฤษฎีคอนสตรัคติวิสต์เชิงสังคม (Social Constructivism theory) และ หลักการของชุมชนนักปฏิบัติ (Community of Practice) เพื่อสร้างชุมชนการใช้หลักฐานการแพทย์เชิงประจักษ์ (community of evidence-based practice)

กลุ่มงานหรือในกลุ่มงานด้วยกัน (inter-department and intra-department journal club) และ การประชุมเพื่อวิเคราะห์สาเหตุการเจ็บป่วยและการตายจากกรณีผู้ป่วย (case morbidity and mortality conference) ซึ่งจะเป็นการเปิดโอกาสให้เกิดการสร้างการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องจากความเชี่ยวชาญทางการแพทย์ที่หลากหลาย ผู้ที่เข้าร่วมในการประชุมแต่ละแผนกอาจมีการแลกเปลี่ยนกันเป็นผู้เชี่ยวชาญด้านการใช้หลักฐานการแพทย์เชิงประจักษ์ในการจัดประชุมแต่ละครั้ง ในด้านการสร้างแหล่งเรียนรู้สำหรับสมาชิกในชุมชน สามารถทำได้หลายวิธี เช่น จัดอบรมสร้างครูแพทย์ด้านเวชศาสตร์เชิงประจักษ์โดยสมาชิกในกลุ่มสามารถเสนอเรื่องที่น่าสนใจต่อกลุ่มเพื่อเชิญผู้ที่มีความเชี่ยวชาญมาเป็นแหล่งเรียนรู้ เป็นต้น

การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ (share repertoire phase) : สมาชิกของชุมชนจะสะท้อนคิดและแลกเปลี่ยนประสบการณ์การเรียนรู้ที่เกิดขึ้นจากกระบวนการที่ได้มีส่วนร่วมในชุมชน โดยการสะท้อนคิดและเปลี่ยนประสบการณ์นั้นสามารถทำได้ทั้งในห้องเรียนและนอกห้องเรียน เช่น การจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้เพื่อถอดบทเรียนและสร้างแนวทางการดูแลผู้ป่วยเชิงประจักษ์ในเวชปฏิบัติครอบครัว การใช้สื่อสังคมออนไลน์ (social media and social application) และ เว็บบล็อก (web blog) ในการแลกเปลี่ยนข้อมูลและสร้างแหล่งค้นหาข้อมูล รวมทั้งการจัดทำฐานข้อมูลทางการแพทย์การจัดให้มีเวทีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้และการสะท้อนคิดของสมาชิกจะทำให้เกิดนวัตกรรมในกระบวนการทำงานของชุมชนนั้นและเกิดการพัฒนาย่างต่อเนื่องต่อไป

บทเรียนจากกรณีศึกษาโรงพยาบาลหาดใหญ่

ชุมชนการใช้หลักฐานการแพทย์เชิงประจักษ์ (community of evidence-based practice) ในโรงพยาบาลหาดใหญ่ก่อตัวขึ้นจากกลุ่มอาจารย์แพทย์ที่มีความสนใจอยู่เดิมตามธรรมชาติ เริ่มจากกลุ่มเล็กสามถึงสี่คนและขยายตัวเพิ่มสมาชิกโดยรับอาสาสมัครอาจารย์แพทย์ผู้เชี่ยวชาญที่สนใจโดยใช้กรอบการทำงานของอาจารย์แพทย์ที่มุ่งเน้นการเพิ่มประสิทธิภาพการจัดการเรียนการสอนด้านเวชศาสตร์เชิงประจักษ์ในโรงพยาบาล ร่วมกับการสนับสนุนจากโครงการผลิตแพทย์เพิ่มเพื่อชาวชนบทในด้านนโยบายและการจัดเวทีประชุมเพื่อพัฒนาแหล่งเรียนรู้ของสมาชิก ทำให้เกิดการ

พัฒนารูปแบบและมีความยั่งยืนของกิจกรรมเวชศาสตร์เชิงประจักษ์ในหน่วยงานที่เข้าร่วม เวชกรรมสังคมโรงพยาบาลหาดใหญ่เป็นสถาบันหลักในโครงการฝึกอบรมเพื่อวุฒิบัตรเวชศาสตร์ครอบครัว ได้ดำเนินการให้มีการจัดกิจกรรมเรียนรู้ด้านเวชศาสตร์เชิงประจักษ์ในหน่วยงานอย่างสม่ำเสมอและเป็นรูปธรรม เช่น การอ่านวารสารทางการแพทย์และการวิพากษ์วิจารณ์ตามแนวทางเวชศาสตร์เชิงประจักษ์ประจำสัปดาห์ภายใต้บรรยากาศการเรียนการสอนที่เป็นกัลยาณมิตร ทำให้เอื้อต่อการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างทั้งอาจารย์แพทย์และแพทย์ในโครงการฝึกอบรมเพื่อวุฒิบัตรเวชศาสตร์ครอบครัว การจัดทำตำราการเรียนการสอนด้านเวชศาสตร์เชิงประจักษ์โดยอาจารย์แพทย์ในชุมชนนักปฏิบัติ การจัดเวทีพัฒนาความรู้อาจารย์แพทย์ด้านงานวิจัยอย่างสม่ำเสมอ อย่างไรก็ตาม แนวทางการสร้างชุมชนนักปฏิบัติให้เข้มแข็งยิ่งขึ้น สามารถทำได้โดยการส่งเสริมการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ของสมาชิก เช่น การสร้างแนวทางการดูแลผู้ป่วยตามหลักฐานการแพทย์เชิงประจักษ์ร่วมกัน การใช้สื่อสังคมออนไลน์เพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้ รวมทั้งการส่งเสริมความผูกพันของสมาชิกโดยการสร้างกิจกรรมร่วมกันทั้งในรูปแบบที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการจนทำให้เกิดเป็นวัฒนธรรมในการนำเวชศาสตร์เชิงประจักษ์ไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยอย่างยั่งยืน

อนาคต

ทฤษฎีการศึกษาคอนสตรัคติวิสต์เชิงสังคม (Social Constructivism) เน้นการเรียนรู้จากบริบททางสังคมซึ่งเกิดจากการปฏิสัมพันธ์กัน การสร้างชุมชนนักปฏิบัติ (CoP) เป็นการสร้างบริบททางสังคมที่เอื้อต่อการเรียนรู้และแลกเปลี่ยนประสบการณ์ การนำทั้งสองทฤษฎีมาประยุกต์ใช้จะเป็นการพัฒนาวัฒนธรรมการเรียนการสอนให้เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน การพัฒนากลุ่มอาจารย์ที่มีความสนใจอยู่แล้วเป็นพื้นฐาน ให้เป็นกลุ่มที่มีความเข้มแข็งโดยมีวัฒนธรรมองค์กรที่คอยสนับสนุนจะเป็นตัวกำหนดความสำเร็จของโครงการ ชุมชนนักปฏิบัติจะทำให้เกิดความต่อเนื่องของการนำเวชศาสตร์เชิงประจักษ์ไปใช้และส่งเสริมให้เกิดการเรียนรู้เชิงบวกและสร้างบรรยากาศที่เอื้อในการทำงาน อย่างไรก็ตามการสร้างชุมชนนักปฏิบัติจำเป็นต้องอาศัยทักษะในการเป็นผู้นำและการรับมือกับภาระงานประจำในการดูแลผู้ป่วย ในขณะที่ผลของการสร้างชุมชนนักปฏิบัติอาจจะยากต่อการคาดการณ์เพราะขึ้นกับความสนใจที่หลากหลายของ

แต่ละบุคคลและทิศทางของชุมชน ในยุคที่มีการสนับสนุนการผลิตแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวและมีความขาดแคลนอาจารย์การประยุกต์ใช้หลักการดังที่กล่าวมาแล้วนั้นถือเป็นโอกาสที่ดีในการพัฒนาการจัดการเรียนการสอนเวชศาสตร์เชิงประจักษ์ให้มีศักยภาพมากขึ้นต่อไป

Reference

1. Royal College of Family Physician of Thailand. Course Syllabus and Training Criteria of Residency Training in Family Medicine for Diploma of the Thai Board of Family Medicine. pdf. Bangkok: Royal College of Family Physician of Thailand, 2018 Contract No.: 3 December
2. Sackett D, Straus SE, Richardson WS, Rosenberg W, Haynes RB. EBM: How to Practice and Teach Evidence Based Medicine. 2 ed. London: BMJ Publishing Group 2003.
3. Price DW, Felix KG. Journal clubs and case conferences: from academic tradition to communities of practice. *The Journal of continuing education in the health professions.* 2008;28(3):123-30.
4. Wenger E, McDermott R, Snyder WM. *Cultivating Community of Practice: a guide to managing knowledge.* Boston,Massachusetts: Harvard Business School Press; 2002.
5. Russell J, Greenhalgh T, Boynton P, Rigby M. Soft networks for bridging the gap between research and practice: illuminative evaluation of CHAIN. *BMJ (Clinical research ed).* 2004;328(7449):1174.
6. Sherer PD, Shea TP, Kristensen E. Online Communities of Practice: A Catalyst for Faculty Development. *Innovative Higher Education.* 2003;27(3):183-94.
7. Vygotsky LS. *Mind in Society: The Development of Higher Psychological Processes.* Cambridge: Harvard University Press; 1978.
8. Jing S. Compare and Contrast of Constructivism and Community of Practice. 3rd International Conference on Social Science, Management and Economics (SSME)2017.
9. Woo Y, Reeves TC. Meaningful interaction in web-based learning: A socialconstructivist interpretation. *Internet and Higher Education.* 2007;10:15-25.
10. Kim B. Social Constructivism [pdf]. M. Orey; 2001 [updated 25 June 2012; cited 2018 3 December]. Available from: <http://cmapsconverted.ihmc.us/rid=1N5QXBJZF-20SG67F-32D4/Kim%20Social%20constructivism.pdf>.
11. Wenger E. *Communities of practice : Learning,Meaning,and Identity.* United States of America: Cambridge University press; 2008.
12. Ranmuthugala G, Plumb JJ, Cunningham FC, Georgiou A, Westbrook JI, Braithwaite J. How and why are communities of practice established in the healthcare sector? A systematic review of the literature. *BMC health services research.* 2011;11:273-.
13. Malterud K. The social construction of clinical knowledge – the context of culture and discourse. Commentary on Tonelli (2006), Integrating evidence into clinical practice: an alternative to evidence-based approaches. *Journal of Evaluation in Clinical Practice.* 2006;12:248-56.