

บทความปริทัศน์

การจัดฝึกอบรมแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเวชศาสตร์ครอบครัวให้สอดคล้องกับระบบสุขภาพและชุมชน: บูรณาการโครงการชุมชนและข้อเสนอเพื่อพัฒนาการฝึกอบรม

สุภัค สงวนทรัพย์, พบ., วว.เวชศาสตร์ครอบครัว

ภาควิชาเวชศาสตร์ครอบครัว คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพมหานคร

ผู้รับผิดชอบบทความ:

สุภัค สงวนทรัพย์, พบ.,

ภาควิชาเวชศาสตร์ครอบครัว

คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาล

รามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล,

กรุงเทพมหานคร 10400,

ประเทศไทย

Email: supak.san@mahidol.ac.th

Received: September 27, 2024;

Revised: October 27, 2024;

Accepted: November 8, 2024

บทคัดย่อ

คุณสมบัติสำคัญของแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวคือทำงานให้สอดคล้องกับระบบสุขภาพและชุมชนที่รับผิดชอบ เนื่องจากแผนการฝึกอบรมผู้เชี่ยวชาญเวชศาสตร์ครอบครัวมีทั้งที่เป็นหลักสูตรที่ใช้โรงพยาบาลเป็นฐาน และใช้ชุมชนเป็นฐาน มีการจัดการเรียนบางส่วนต่างกัน อีกทั้งแพทย์ต้องทำโครงการชุมชน เพื่อนำทักษะการจัดการชุมชนมาใช้ในการแก้ไขปัญหา จึงต้องการศึกษาแนวทางการจัดการฝึกอบรมด้านการทำเวชปฏิบัติให้สอดคล้องกับระบบสุขภาพและการทำงานโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน รวมถึงศึกษารูปแบบการทำโครงการชุมชนของแพทย์ประจำบ้านเวชศาสตร์ครอบครัวที่อยู่ในระหว่างการฝึกอบรม พบว่าความเข้าใจและแนวทางการจัดการเรียนการสอนด้านนี้มีความแตกต่างกันตามบริบทของแต่ละสถาบัน ส่งผลให้ผู้เรียนได้ความรู้และทักษะที่แตกต่างกันมาก จึงควรมีการสนับสนุนด้านวิชาการจากราชวิทยาลัยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวแห่งประเทศไทย กำหนดแนวทางการจัดการเรียนการสอน การประเมินผลที่ชัดเจนขึ้น และสนับสนุนงบประมาณการจัดฝึกอบรมเพื่อความยั่งยืนในการผลิตและพัฒนาแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวให้มีคุณสมบัติเหมาะสมกับความต้องการของประเทศ และช่วยพัฒนาระบบสุขภาพไทยให้ดียิ่งขึ้น

คำสำคัญ: การฝึกอบรมแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว ระบบสุขภาพ ชุมชนเป็นฐาน

ORIGINAL ARTICLE

Aligning Family Physician Training Programs with Community- Based Health Systems: Integrating Community Projects and Suggestions for Development

Supak Sanguansap, MD., Family Medicine

Department of Family Medicine, Faculty of Medicine, Ramathibodi Hospital, Mahidol University, Bangkok, Thailand

Corresponding author :

Supak Sanguansap, MD., Department of Family Medicine, Faculty of Medicine, Ramathibodi Hospital, Mahidol University, Bangkok 10400, Thailand
Email: supak.san@mahidol.ac.th

Received: September 27, 2024;

Revised: October 27, 2024;

Accepted: November 8, 2024

ABSTRACT

The essential quality of a family physician is the ability to work in harmony with the healthcare system, and the community he is responsible. The training programs, which are hospital-based and community-based, provide different educational arrangement. Additionally, they are required to undertake community projects to apply their community skills in solving problems. This study aims to explore management for training in relation to health system and community and examine the implementation of community projects by family medicine residents. There are differences in understanding and educational approaches based on the contexts of each institution, resulting in learners acquiring significantly different knowledge and skills. Therefore, it is essential to provide academic support from the Royal College of Family physicians of Thailand to establish more explicit assessment guidelines and to allocate budgetary resources for training programs; this will ensure the sustainable development of qualified family physicians to meet Thailand's needs and further improve the healthcare system.

Keywords: Family medicine training, health system, community-based

บทนำ

ในประเทศไทยเริ่มมีการฝึกอบรมหลักสูตรแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวตั้งแต่ พ.ศ. 2542 จนถึงปัจจุบันเป็นระยะเวลากว่า 20 ปี ได้มีการปรับปรุงและพัฒนาหลักสูตรอย่างต่อเนื่อง เริ่มตั้งแต่ พ.ศ. 2541 เป็นปีที่เริ่มต้นมีหลักสูตรการอบรมแพทย์ผู้เชี่ยวชาญสาขาเวชศาสตร์ครอบครัว (family medicine, FM) อย่างเป็นทางการเป็นครั้งแรกในประเทศไทยโดยแพทยสภาอนุมัติ แทนการอบรมแพทย์ผู้เชี่ยวชาญสาขาเวชปฏิบัติทั่วไป ในปี พ.ศ. 2542 มีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว ที่ผ่านการฝึกอบรมอย่างชัดเจนตามหลักสูตร จบเป็นรุ่นแรกในปี พ.ศ. 2545¹

แพทย์สาขาเวชศาสตร์ครอบครัวนอกจากต้องอาศัยความรู้การดูแลผู้ป่วยอย่างเป็นองค์รวม ครอบคลุมทุกมิติของการดูแลสุขภาพ ทั้งในระดับบุคคล ครอบครัวและชุมชนในบริบทปฐมภูมิ มุ่งเน้นด้านการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรคการรักษาและการฟื้นฟูสุขภาพ และการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน โดยเป็นการดูแลสำหรับประชากรทุกกลุ่มวัย ตั้งแต่เกิดจนตาย แพทย์ผู้รับการอบรมผู้เชี่ยวชาญเวชศาสตร์ครอบครัวจึงควรมีความรู้ครอบคลุมเนื้อหาดังกล่าวทั้งในด้านทฤษฎีและปฏิบัตินอกจากความรู้และทักษะด้านเวชศาสตร์ครอบครัวแล้ว ควรมีความสามารถด้านอื่น ๆ ที่สำคัญ ได้แก่ การสื่อสารและปฏิสัมพันธ์การทำงานเป็นทีม การบริหารจัดการความรู้ความเข้าใจในระบบสุขภาพ ตลอดจนกระบวนการคุณภาพและความปลอดภัยเพื่อให้มีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง มีความรับผิดชอบ มีจริยธรรม ทักษะคิดและเจตคติที่ดีต่อผู้ป่วย ผู้ร่วมงาน และองค์กร เพื่อก่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดต่อการบริการทางเวชศาสตร์ครอบครัว

นอกจากบทบาทที่กล่าวข้างต้น หน้าที่หลักสำคัญของแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวคือการดูแลสุขภาพประชากรในชุมชนพื้นที่รับผิดชอบของตน ต้องอาศัยความรู้ความเข้าใจมิติทางสังคม ประเมินความต้องการทางด้านสุขภาพของชุมชน ร่วมกับทักษะการทำงานร่วมกับชุมชนเพื่อวางแผนแก้ไขปัญหาให้สอดคล้องกับบริบทของแต่ละพื้นที่และระบบสุขภาพของประเทศไทยได้อย่างเหมาะสม² จึงมีการกำหนดไว้เป็นหนึ่งในคุณสมบัติและความรู้ความสามารถตามสมรรถนะหลักของแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว คือ การทำเวชปฏิบัติให้สอดคล้องกับระบบสุขภาพ (sys-

tem-based practice) และการทำงานโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน

เนื่องจากแผนการฝึกอบรมผู้เชี่ยวชาญของราชวิทยาลัยฯ ประกอบด้วย 2 แผนการฝึกอบรมได้แก่ 1) การฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านแบบใช้โรงพยาบาลเป็นฐาน (hospital-based training) และ 2) การฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านแบบใช้ชุมชนเป็นฐาน (community-based training) ทั้งสองแผนการฝึกอบรมจะได้รับวุฒิบัตรฯ แต่สำหรับอีกหนึ่งช่องทางสำหรับแพทย์ที่ทำเวชปฏิบัติปฐมภูมิตั้งน้อย 5 ปี สามารถยื่นสอบหนังสืออนุมัติได้ ซึ่งแต่ละบริบทมีการจัดประสบการณ์การเรียนการสอนเกี่ยวกับการทำเวชปฏิบัติให้สอดคล้องกับระบบสุขภาพและการทำงานโดยมีชุมชนเป็นฐาน (community based) ที่แตกต่างกัน ร่วมกับตลอดการฝึกอบรมมีการกำหนดให้แพทย์ต้องดำเนินโครงการชุมชน 1 โครงการ เพื่อแสดงให้เห็นถึงศักยภาพในการนำความรู้และทักษะการดูแลชุมชนมาใช้ในการแก้ไขปัญหาจริง

จึงเป็นที่มาของการทบทวนบทความในครั้งนี้เพื่อศึกษาแนวทางการจัดการฝึกอบรมด้านการทำเวชปฏิบัติให้สอดคล้องกับระบบสุขภาพและการทำงานโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน (system-based practice and community-based) โดยการทบทวนจาก มคอ. 1 และ มคอ. 2 ของราชวิทยาลัยฯ และสถาบันฝึกอบรม รวมทั้งศึกษาผลงานที่เป็นการทำโครงการชุมชนของแพทย์ในหลักสูตรแพทย์เฉพาะทางสาขาเวชศาสตร์ครอบครัวแห่งประเทศไทยโดยเปรียบเทียบในบริบทของสถานที่ฝึกอบรมที่ต่างกัน เพื่อนำข้อมูลที่ได้มาพัฒนาหลักสูตรการฝึกอบรมให้แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวมีความรู้และทักษะในการดูแลสุขภาพชุมชนให้สอดคล้องกับระบบสุขภาพได้ดียิ่งขึ้น

1. การจัดการฝึกอบรมด้านการทำเวชปฏิบัติให้สอดคล้องกับระบบสุขภาพและการทำงานโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน (system-based practice and community-based)

นับตั้งแต่ปีแรกของการเปิดหลักสูตรแพทย์เฉพาะทางสาขาเวชศาสตร์ครอบครัว วัตถุประสงค์ของหลักสูตร คือ ต้องการแพทย์ที่จบมาทำงานปฐมภูมิ ดูแลรักษาต่อเนื่อง

มีการผสมผสาน ส่งเสริมป้องกัน และสามารถปฏิบัติงานในชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ มีความทันสมัยก้าวหน้าระดับสากล โดยเน้นการเวชปฏิบัติให้สอดคล้องกับระบบสุขภาพ และการทำงานโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน

คำว่า “ระบบสุขภาพ” ถูกเขียนไว้ในหลักสูตรตั้งแต่ต้น เป็นหนึ่งในคุณสมบัติและสมรรถนะหลักที่คาดหวังให้แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวมีความรู้เกี่ยวกับการจัดการบริการปฐมภูมิ (primary care management) การทำงานโดยมีชุมชนเป็นฐาน แต่ไม่ได้ถูกหยิบยกขึ้นมาอธิบายชัดเจนในแง่ของแผนการฝึกอบรม กลวิธีการฝึกอบรม รวมถึงการประเมินผลการเรียนรู้ ส่งผลให้การจัดการเรียนเกี่ยวกับระบบสุขภาพและการทำงานโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน มีความแตกต่างกันไปตามแต่ละบริบทของสถาบันฝึกอบรม

1.1 มาตรฐานคุณวุฒิความรู้ความชำนาญในการประกอบวิชาชีพ (มคอ.1) สาขาเวชศาสตร์ครอบครัว พ.ศ.2562³

ในปี พ.ศ. 2562 ทางราชวิทยาลัยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวแห่งประเทศไทยได้มีการพัฒนามาตรฐานคุณวุฒิความรู้ความชำนาญในการประกอบวิชาชีพ (มคอ.1) สาขาเวชศาสตร์ครอบครัว พ.ศ. 2562 เพื่อพัฒนาการฝึกอบรมให้สอดคล้องกับหลักสูตรที่เปลี่ยนเป็นหลักสูตรฐานสมรรถนะ (competency-based curriculum) ซึ่งขณะนั้นการฝึกอบรมผู้เชี่ยวชาญของราชวิทยาลัยฯ ประกอบด้วย 2 แผนการฝึกอบรม ได้แก่ การฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านแบบใช้โรงพยาบาลเป็นฐาน และการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านแบบใช้ชุมชนเป็นฐาน

อ้างอิงจากมาตรฐานคุณวุฒิฯ (มคอ.1) สาขาเวชศาสตร์ครอบครัว พ.ศ. 2562 ได้มีการกำหนดสมรรถนะหลักทั้งหมด 6 ด้าน ดังนี้ 1) การบริหารผู้ป่วย 2) ความรู้และทักษะหัตถการทางเวชกรรม 3) ทักษะระหว่างบุคคลและการสื่อสาร 4) การเรียนรู้และพัฒนาจากฐานการปฏิบัติ 5) วิชาชีพนิยม และ 6) การทำเวชปฏิบัติให้สอดคล้องกับระบบสุขภาพ ซึ่งในแต่ละสมรรถนะหลักได้มีการระบุสมรรถนะย่อยในแต่ละด้านไว้ชัดเจนมากยิ่งขึ้น

ในบทความนี้จะกล่าวถึงสมรรถนะด้านการทำเวชปฏิบัติให้สอดคล้องกับระบบสุขภาพ ซึ่งในหลักสูตรมีการระบุความรู้ และหัวข้อสมรรถนะย่อย ดังนี้

- มีความรู้เกี่ยวกับระบบสุขภาพของประเทศ
- มีความรู้เกี่ยวกับการจัดการบริการปฐมภูมิ
- มีความรู้และมีส่วนร่วมในระบบพัฒนาคุณภาพการดูแลรักษาผู้ป่วย
- ใช้ทรัพยากรสุขภาพอย่างเหมาะสม (cost consciousness medicine) และสามารถปรับเปลี่ยนการดูแลรักษาผู้ป่วยให้เข้ากับบริบทของการบริการสาธารณสุขได้ตามมาตรฐานวิชาชีพ
- สามารถทำหน้าที่เป็นแหล่งข้อมูลให้กับประชาชนในความดูแล (resource person of a defined population)
- เข้าใจเรื่องความปลอดภัยของผู้ป่วย (patient safety)
- สามารถร่วมดำเนินการประกันคุณภาพและควบคุมคุณภาพอย่างต่อเนื่อง (quality assurance, QA and continuous quality improvement, CQI)

มาตรฐานการเรียนรู้: ในมาตรฐานคุณวุฒิฯ (มคอ.1) สาขาเวชศาสตร์ครอบครัว พ.ศ. 2562 มีการปรับปรุงแบบให้สอดคล้องกับหลักสูตรฐานสมรรถนะ โดยราชวิทยาลัยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวแห่งประเทศไทย ได้กำหนดกิจกรรมวิชาชีพเชื่อมั่นได้ (entrustable professional activities: EPAs) ไว้ 7 กิจกรรม ร่วมกับกำหนดขั้นขีดความสามารถของกิจกรรมวิชาชีพที่เชื่อมั่นได้ (milestones) ดังตารางที่ 1 ขั้นขีดความสามารถที่แพทย์ประจำบ้านต้องปฏิบัติได้ในแต่ละขั้นปี

1) กิจกรรมวิชาชีพเชื่อมั่นได้ (entrustable professional activities: EPAs) ทั้ง 7 กิจกรรม กำหนดขึ้นเพื่อเป็นตัววัดประเมินผลสมรรถนะหลักทั้ง 6 ด้านของแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว โดยแต่ละกิจกรรมวิชาชีพเชื่อมั่นได้ต้องอาศัยสมรรถนะที่แตกต่างกัน พบว่าสมรรถนะด้านการทำเวชปฏิบัติให้สอดคล้องกับระบบสุขภาพ เป็นส่วนหนึ่งของ EPAs ได้แก่ การดูแลผู้ป่วยและครอบครัวที่บ้าน การดูแลระดับประคอง การดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง การสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับบุคคล ครอบครัว และชุมชน และการทำโครงการชุมชนการทำวิจัย

กลวิธีการฝึกอบรม: ในมาตรฐานคุณวุฒิฯ (มคอ.1) สาขาเวชศาสตร์ครอบครัว พ.ศ. 2562 ได้กำหนดไว้คือให้ทีมงานเวชปฏิบัติครอบครัวต้องไม่น้อยกว่าร้อยละ 50.00 ของเวลาฝึกอบรมทั้งหมด ซึ่งงานเวชปฏิบัติครอบครัว

ตารางที่ 1. ขั้นตอนความสามารถที่แพทย์ประจำบ้านต้องปฏิบัติได้ในแต่ละชั้นปี

EPA	ขั้นตอนความสามารถ		
	ชั้นปีที่ 1	ชั้นปีที่ 2	ชั้นปีที่ 3
1. การดูแลผู้ป่วยและครอบครัวที่บ้าน	3	4	5
2. การดูแลระดับประคอง	1	2	3
3. การดูแลผู้ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง	2	3	4
4. การสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค สำหรับบุคคล ครอบครัว ชุมชน	2	3	4
5. สามารถให้การดูแลที่ครอบคลุมทั้งการรักษา ส่งเสริม ป้องกันและฟื้นฟูสุขภาพ	2	3	4
6. การให้ความรู้กับผู้ป่วยและญาติ	2	3	4
7. การทำโครงการชุมชน	1	2	3

หมายเหตุ ขั้นตอนความสามารถ (milestones)

- 1 สามารถปฏิบัติกิจกรรมได้ภายใต้การควบคุมของอาจารย์อย่างใกล้ชิด
- 2 สามารถปฏิบัติกิจกรรมได้ภายใต้การชี้แนะของอาจารย์
- 3 สามารถปฏิบัติกิจกรรมได้โดยมีอาจารย์ให้ความช่วยเหลือเมื่อต้องการ
- 4 สามารถปฏิบัติกิจกรรมได้ด้วยตนเองโดยไม่ต้องกำกับดูแล
- 5 สามารถปฏิบัติกิจกรรมได้ด้วยตนเองโดยไม่ต้องกำกับดูแล และควบคุมผู้มีประสบการณ์น้อยกว่าได้

ประกอบด้วย การปฏิบัติงานที่คลินิกเวชปฏิบัติครอบครัว การดูแลผู้ป่วยที่บ้านและการปฏิบัติงานในชุมชน การดูแลผู้ป่วยใน ผ่านการเรียนรู้จากการปฏิบัติงาน การเรียนรู้ในห้องเรียน และการเรียนรู้แบบอื่นที่สถาบันจัดให้เพื่อส่งเสริมความรู้และทักษะตามสมรรถนะหลัก ดังนี้

- การเรียนรู้จากการปฏิบัติงาน: มีการจัดประสบการณ์เรียนรู้สำหรับแพทย์ประจำบ้านแตกต่างกันตามแผนการฝึกอบรม

- o แผนการฝึกอบรมที่ใช้โรงพยาบาลเป็นฐาน (hospital-based): มีการจัดประสบการณ์การปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชน (community hospital experience) อย่างน้อย 2 เดือน เพื่อให้มีประสบการณ์และเข้าใจระบบการทำงานของโรงพยาบาลชุมชน

- o แผนการฝึกอบรมที่ใช้ชุมชนเป็นฐาน (community-based): มีสัดส่วนของการปฏิบัติเวชปฏิบัติครอบครัวมากกว่าแผนการฝึกอบรมที่ใช้โรงพยาบาลเป็นฐานในระดับชั้นปีที่ 1-2 แต่ไม่ต้องแยกจัดประสบการณ์การปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชน (community hospital experience) เนื่องจากปฏิบัติงานหลักอยู่ในหน่วยบริการปฐมภูมิ เช่น โรงพยาบาลชุมชน ศูนย์บริการสุขภาพ

- การเรียนรู้ในห้องเรียน: มีการกำหนดชุดการเรียนรู้ (Learning modules) ตามกิจกรรมวิชาชีพเชื่อมั่นได้ และเพิ่ม 1 ชุดการเรียนรู้เกี่ยวกับวิจัยรวมเป็นทั้งหมด 8 ชุดการเรียนรู้ โดยเน้นการเรียนรู้ในรูปแบบการประชุมเชิงปฏิบัติการ (workshop) บางเรื่องอาจใช้การบรรยายกลุ่มใหญ่แบบมีปฏิสัมพันธ์ (interactive lecture) โดยส่วนกิจกรรมวิชาชีพเชื่อมั่นลำดับที่ 7 เป็น EPA เกี่ยวกับการจัดการเชิงระบบ และการทำโครงการในชุมชน จัดเป็นรูปแบบประชุมเชิงปฏิบัติการ ซึ่งแพทย์ประจำบ้านสามารถเลือกเข้าร่วมการประชุมที่จัดโดยราชวิทยาลัยฯ หรือที่จัดโดยสถาบันฝึกอบรมหลักได้

การประเมินผลการเรียนรู้: ในมาตรฐานคุณวุฒิฯ (มคอ.1) สาขาเวชศาสตร์ครอบครัว พ.ศ.2562 แบ่งการวัดประเมินผลออกเป็น 2 ส่วน ดังนี้

- การวัดประเมินผลระหว่างการศึกษาและการเลื่อนชั้นปี ใน 7 มิติ มีการประเมิน EPAs ทั้ง 6 กิจกรรมและโครงการชุมชนเป็นส่วนสำคัญร่วมกับมิติอื่น เช่น ผลการสอบจัดโดยสถาบัน รายงานเยี่ยมบ้าน งานวิจัย และการเข้าร่วมประชุมเชิงปฏิบัติการด้านเวชศาสตร์ครอบครัว

- การวัดประเมินผลเพื่อวัดผู้ปฏิบัติและหนังสืออนุมัติ มีวิธีการประเมินร่วมกันหลายวิธี ได้แก่ การสอบข้อเขียน ประเมินภาคปฏิบัติ การประเมินผลงานวิจัย รายงานเยี่ยมบ้าน และโครงการชุมชน

จากแนวทางการประเมินของหลักสูตรจะเห็นได้ว่า โครงการชุมชนเป็นส่วนสำคัญในการประเมินสมรรถนะด้านการทำเวชปฏิบัติให้สอดคล้องกับระบบสุขภาพ แต่ต้องประเมินผ่านกิจกรรมร่วมด้วยจึงจะเห็นครบทุกด้าน

1.2 มาตรฐานคุณวุฒิความรู้ความชำนาญ

ในการประกอบวิชาชีพเวชกรรม (มคอ.2):

แผนการฝึกอบรมของแต่ละสถาบัน⁴

เนื่องจากแต่ละสถาบันฝึกอบรมมีความแตกต่างทั้งด้านทรัพยากรการฝึกอบรม การบริหารกิจการและการจัดการเช่น อาจารย์ ทีมสหสาขาวิชาชีพ ขนาดของโรงพยาบาล และชุมชน เป็นต้น จึงมีการกำหนดให้แต่ละสถาบันฝึกอบรมเขียน มคอ.2 ซึ่งเป็นแผนการฝึกอบรมของแต่ละสถาบันขึ้นมา เพื่อเป็นแนวทางการฝึกอบรมให้เป็นไปตามมาตรฐานคุณวุฒิฯ มคอ.1 ของราชวิทยาลัยฯ

หลังจากการทบทวนข้อมูล มคอ.2 ของแต่ละแผนการฝึกอบรมพบว่าแนวทางการสอน เกี่ยวกับการทำเวชปฏิบัติให้สอดคล้องกับระบบสุขภาพ สรุปได้ดังนี้

กลวิธีการฝึกอบรม: การเรียนรู้การปฏิบัติงาน และการเรียนรู้ในห้องเรียน มีลักษณะต่าง ๆ ดังนี้

- หลักสูตรการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านแบบใช้โรงพยาบาลเป็นฐาน (hospital-based practice)

- o การปฏิบัติงาน: มีการจัดประสบการณ์การทำงานในโรงพยาบาลชุมชนในเครือข่าย หรือโรงพยาบาลที่สถาบันเห็นว่าเหมาะสม เพื่อเรียนรู้การทำงานในโรงพยาบาลชุมชนและระบบสุขภาพ รวมถึงการทำโครงการชุมชน

- o การเรียนรู้ในห้องเรียน: รูปแบบกิจกรรมวิชาการมีความหลากหลายขึ้นกับบริบทของแต่ละสถาบัน

ฝึกอบรม โดยจะมีรูปแบบผสมกัน เช่น การสอนบรรยาย, case conference, topic discussion โดยอ้างอิงเนื้อหาสาระสำคัญของสมรรถนะหลักทำเวชปฏิบัติให้สอดคล้องกับระบบสุขภาพ

- หลักสูตรการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านแบบใช้ชุมชนเป็นฐาน

- o การปฏิบัติงาน: ในกลุ่มแพทย์ที่ฝึกอบรมในหลักสูตรนี้มีข้อได้เปรียบด้านประสบการณ์การทำงานในโรงพยาบาลชุมชน และหน่วยบริการปฐมภูมิ เนื่องจากมีโอกาสฝึกปฏิบัติงานที่หน่วยบริการปฐมภูมิได้มาก หรือตลอดการฝึกอบรม ได้เรียนรู้ระบบสุขภาพจากการทำงานจริง มีชุมชนที่ได้รับมอบหมายให้ดูแลตลอดการฝึกอบรมสามารถทำโครงการชุมชนแต่ติดตามผลได้ระยะเวลานานหรือเห็นการเปลี่ยนได้ เข้าถึงเรียนรู้และเข้าใจชุมชนได้ง่ายกว่ากลุ่มที่ใช้โรงพยาบาลเป็นฐาน

- o การเรียนรู้ในห้องเรียน: รูปแบบกิจกรรมวิชาการมีความหลากหลายขึ้นกับบริบทของแต่ละสถาบัน

ฝึกอบรม โดยจะมีรูปแบบผสมกัน เช่น การสอนบรรยาย, case conference, topic discussion โดยอ้างอิงเนื้อหาสาระสำคัญของสมรรถนะหลักทำเวชปฏิบัติให้สอดคล้องกับระบบสุขภาพ ส่วนใหญ่เป็นการนำประสบการณ์จริงการเรียนรู้ร่วมกัน เช่น case conference, การเข้าร่วมทีมพัฒนางานคุณภาพหรือความปลอดภัยของผู้ป่วยในโรงพยาบาลที่ฝึกปฏิบัติงาน

การประเมินผลการเรียนรู้: ในส่วนของการประเมินสมรรถนะหลักการทำเวชปฏิบัติให้สอดคล้องกับระบบสุขภาพ ทั้งสองแผนการฝึกอบรมใช้การประเมิน EPAs แต่มีการปรับแบบประเมินให้สอดคล้องกับกิจกรรมการเรียนรู้และการประเมินที่เหมาะสมของแต่ละสถาบันฝึกอบรม เช่น สังเกตจากการปฏิบัติงานจริง การประเมินจากทีมและชุมชนร่วมกับโครงการชุมชน

จากแนวคิดแผนการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านแบบใช้ชุมชนเป็นฐาน^{5,6} โดยผู้เรียนทำงานในหน่วยบริการปฐมภูมิ เช่น โรงพยาบาลชุมชน หลักสูตรคาดหวังว่าผู้เรียนจะได้มีการลงชุมชนและปฏิบัติงานปฐมภูมิมากกว่าแผนการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านแบบใช้โรงพยาบาลเป็นฐาน แต่การปฏิบัติงานจริงในปัจจุบันกลับเป็นรูปแบบคล้ายการใช้โรงพยาบาลเป็นฐาน เพราะปฏิบัติงานในโรงพยาบาลมากกว่าออกปฏิบัติงานในชุมชน

1.3 ปัจจัยที่ส่งผลต่อการจัดการฝึกอบรมด้านการ ทำเวชปฏิบัติให้สอดคล้องกับระบบสุขภาพและการ ทำงานโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน (system-based prac- tice and community-based)

จากการทบทวนข้อมูลจาก มคอ.1 มคอ.2 และ
สอบถามเพิ่มเติมจากแต่ละสถาบัน พบว่ามีหลายปัจจัยที่
ส่งผลต่อการจัดการเรียนการสอนแพทย์ประจำบ้านเกี่ยว
กับทักษะการทำงานให้สอดคล้องกับระบบสุขภาพและ
ชุมชน สามารถสรุปปัจจัยได้ดังนี้

1) หลักสูตร

○ หลักสูตรเวชศาสตร์ครอบครัวมีเป้าหมายหลัก
คือ การผลิตแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวที่มีความรู้เกี่ยว
กับการบริหารงานบริการปฐมภูมิ มุ่งเน้นการทำงานร่วม
กับชุมชน และสอดคล้องกับระบบสุขภาพ

○ คำว่า ระบบ (system) และการทำงานโดยใช้
ชุมชนเป็นฐาน ได้มีการเขียนชัดเจนไว้ในหลักสูตรตั้งแต่
เริ่มต้น

○ แต่ในแง่ของการฝึกอบรมไม่ได้ระบุแนวทาง
การฝึกอบรมให้ชัดเจน ไม่มีตัวอย่างรูปธรรมการฝึกอบรม
ที่ชัดเจน ส่งผลให้เกิดความแตกต่างกันไปตามแต่ละบริบท
ของสถาบันฝึกอบรม

2) การประเมินผล

○ ในหลักสูตรช่วงแรกมีการประเมินผลสมรรถนะ
หลัก (competency) ด้านการทำงานร่วมกับชุมชนผ่าน
รายงานโครงการชุมชน ซึ่งไม่สามารถประเมินความรู้และ
ทักษะการทำงานให้สอดคล้องกับระบบสุขภาพและชุมชน
ได้ครอบคลุมทุกมิติ และไม่ได้มีการระบุแนวทางการประเมิน
ผลเชิงความรู้ และทักษะที่เกี่ยวข้องที่ชัดเจน

○ ได้มีการปรับเปลี่ยนเป็นหลักสูตรที่เน้นผลลัพธ์
(outcome-based curriculum) และมีแนวทางการ
ประเมินผลสมรรถนะหลักโดยใช้เครื่องมือ EPAs ร่วมกับ
การประเมินขีดขั้นความสามารถ (milestones) ของแต่ละ
ระดับชั้นปี ซึ่งอาศัยการประเมินผ่านกิจกรรมการเรียน
การสอนที่หลากหลาย เช่น การสังเกตจากการปฏิบัติงาน
จริง โครงการชุมชน การประชุมเชิงปฏิบัติการ ส่งผล
ให้การประเมินผลแต่ละสมรรถนะครอบคลุมทุกมิติมาก
ขึ้น สามารถติดตามพัฒนาการของผู้เรียน และส่งเสริมให้
ผู้เรียนมีความมั่นใจมากขึ้น แต่แนวทางการประเมินของ

แต่ละสถาบันยังมีความแตกต่าง และบางสถาบันยังไม่มี
การประเมินด้านนี้ที่ชัดเจน

3) ราชวิทยาลัยฯ

○ เป็นหน่วยงานหลักที่กำหนดหลักสูตรและ
แนวทางการฝึกอบรมรวมถึงเกณฑ์ในการประเมินเพื่อ
สอบวุฒิปบัตร/หนังสืออนุมัติ

○ รวมถึงมีส่วนสำคัญในการสนับสนุนทางด้าน
วิชาการ เช่น การจัดประชุมวิชาการประจำปีสำหรับแพทย์
ประจำบ้าน ซึ่งที่ผ่านมามีเนื้อหาด้านนี้อยู่พอสมควร แต่
อาจยังไม่ได้กำหนดแนวทางการประเมินที่ชัดเจน

4) นโยบายของรัฐบาล

○ นโยบายจากรัฐบาลมีส่วนสำคัญมากในการ
กำหนดทิศทางของระบบสุขภาพของประเทศไทย เห็นได้
ชัดเจนหลังจากการประกาศ พรบ.ระบบสุขภาพปฐมภูมิ
พ.ศ. 2562 ส่งผลให้เกิดการผลักดันและสนับสนุนการ
ผลิตแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวเพิ่มขึ้น

○ มีการสนับสนุนงบประมาณในการผลิตแพทย์
และโครงการด้านระบบสุขภาพปฐมภูมิมากขึ้นแต่จำกัด
เฉพาะแพทย์ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข

○ มีส่วนสำคัญในการผลักดันนโยบายที่เน้นงาน
บริการปฐมภูมิ และการทำงานร่วมกับชุมชน เช่น ระบบ
สุขภาพระดับอำเภอ (district health system, DHS)

5) สถาบันฝึกอบรม

○ ผู้สอน: เนื่องจากอาจารย์ผู้สอนที่มีประสบการณ์
และความเชี่ยวชาญเกี่ยวกับงานส่งเสริมและป้องกัน
สุขภาพ (health prevention and promotion) โดย
เฉพาะการทำงานกับระบบสุขภาพและชุมชน มีจำนวน
น้อยมาก อาจารย์ส่วนใหญ่ที่ผ่านหลักสูตรเฉพาะทาง
เวชศาสตร์ครอบครัว มักมีประสบการณ์การทำงานร่วม
กับชุมชนค่อนข้างน้อย ส่งผลให้ผู้เรียนอาจได้รับมุมมอง
หรือประสบการณ์ที่น้อยแตกต่างกันขึ้นกับอาจารย์ผู้สอน

■ นอกจากนี้ตลอดการฝึกอบรม การเรียนการ
สอนและการฝึกปฏิบัติงานจริงส่วนใหญ่เน้นการดูแล
ผู้ป่วยรายบุคคล (individual) และครอบครัว (family)
โดยใช้แนวทางการดูแลโดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (pa-
tient-centered care) และเน้นครอบครัวเป็นศูนย์กลาง
(family oriented care) ส่งผลให้แพทย์มีความมุมมอง
เจตคติและความเชี่ยวชาญในการดูแลระดับบุคคลและ

ครอบคลุมมากกว่ามุมมองการดูแลในระดับชุมชน (community)

• ระบบงานบริการปฐมภูมิ

o เนื่องจากแผนการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านมีทั้งใช้โรงพยาบาลเป็นฐาน และใช้ชุมชนเป็นฐาน ซึ่งแต่ละสถาบันฝึกอบรมมีลักษณะการจัดระบบบริการปฐมภูมิ (primary care) และพื้นที่รับผิดชอบดูแล (catchment area) แตกต่างกัน เช่น กลุ่มสถาบันโรงเรียนแพทย์ในกรุงเทพมหานครที่ไม่มีพื้นที่รับผิดชอบที่ชัดเจนทำให้มีข้อจำกัดในการติดตามดูแลชุมชนของตนเอง ซึ่งแตกต่างจากกลุ่มสถาบันฝึกอบรมที่ใช้ชุมชนเป็นฐาน มีงานบริการปฐมภูมิและพื้นที่ชุมชนที่รับผิดชอบตลอดการฝึกอบรมมีส่วนช่วยส่งเสริมให้ผู้เรียนเกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้การทำงานร่วมกับชุมชนได้มากกว่า

o บทบาทของแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวไม่ชัดเจนเนื่องจากความรู้และทักษะของแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวสามารถนำไปปรับใช้ได้กับลักษณะงานที่หลากหลายและครอบคลุมทุกกลุ่มวัย เช่น ตรวจผู้ป่วยนอกผู้ป่วยใน งานบริการปฐมภูมิในชุมชน งานดูแลกลุ่มผู้สูงอายุ งานเยี่ยมบ้าน เป็นต้น ส่งผลให้แพทย์เกิดความสับสนในบทบาทและภาระงานโดยเฉพาะงานเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพชุมชน

2. โครงการชุมชน

อ้างอิงจากมาตรฐานคุณวุฒิฯ (มคอ.1) สาขาเวชศาสตร์ครอบครัว พ.ศ. 2562 เกี่ยวกับการวัดและประเมินผล ได้กำหนดให้โครงการชุมชนเป็นเอกสารประกอบการประเมิน EPAs และใช้ประเมินผลเพื่อวัดผลและหนังสืออนุมัติ เนื่องจากเป็นกิจกรรมวิชาชีพที่เชื่อมั่นได้ที่ต้องใช้สมรรถนะหลักหลายข้อโดยเฉพาะด้านการทำเวชปฏิบัติให้สอดคล้องกับระบบสุขภาพ และสะท้อนทักษะการทำงานกับชุมชนได้

จากการทบทวนโครงการชุมชนที่แพทย์ส่งขอประเมินผลเพื่อวัดผลและหนังสืออนุมัติในช่วง พ.ศ. 2563-2565 จำนวนทั้งหมด 465 โครงการ ข้อมูลจากตารางที่ 2 พบว่าส่วนใหญ่ร้อยละ 52.47 เป็นแพทย์ประจำบ้านแผนการฝึกอบรมโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน เรื่องที่เลือกทำโครงการชุมชน 3 อันดับแรกเหมือนกันทั้ง 3 กลุ่ม ได้แก่ 1) กลุ่มโรค

ไม่ติดต่อเรื้อรัง (non-communicable diseases: NCDs) 2) การส่งเสริมสุขภาพ (health promotion) และ 3) COVID-19 ในกลุ่มแพทย์ประจำบ้านมากกว่าร้อยละ 90 .00 ทำโครงการระยะสั้นใช้เวลาดำเนินงานน้อยกว่า 6 เดือน แต่ในกลุ่มประเมินหนังสืออนุมัติจำนวน ร้อยละ 29.17 ทำโครงการระยะยาวใช้เวลาดำเนินงานมากกว่า 6 เดือน ซึ่งมากกว่ากลุ่มแพทย์ประจำบ้าน กลุ่มประชากรที่เลือกทำโครงการ 3 อันดับแรกเหมือนกันทั้ง 3 กลุ่ม ได้แก่ 1) ผู้ป่วยเบาหวานหรือความดันโลหิตสูง 2) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และ 3) ผู้สูงอายุ โดยรูปแบบกิจกรรมส่วนใหญ่เป็นการให้ความรู้แบบเดี่ยว กลุ่ม หรือชุมชน และวัดผลเป็นคะแนน pre-post test

สำหรับการเรียนการสอนการทำโครงการชุมชน มีความหลากหลายเช่น มีการบรรยายในห้องเรียน เข้าร่วมประชุมวิชาการประจำปีสำหรับแพทย์ประจำบ้านที่ราชวิทยาลัยฯ จัดให้ ศึกษาดูงานที่โรงพยาบาลชุมชนที่ได้ไปฝึกปฏิบัติงาน เป็นต้น ทั้งนี้จะเห็นได้ว่าประสบการณ์การเรียนรู้ที่ผู้เข้าฝึกอบรมได้รับมีความแตกต่างกัน ขึ้นกับทรัพยากรการฝึกอบรมของแต่ละสถาบัน ผลจากการทบทวนพบว่ากลุ่มแพทย์ประจำบ้านแบบใช้ชุมชนเป็นฐานที่ได้รับมอบหมายให้ดูแลตลอดการฝึกอบรมกลับพบรูปแบบการทำโครงการชุมชนเหมือนกันกับกลุ่มที่ใช้โรงพยาบาลเป็นฐาน คือเป็นโครงการระยะสั้น และเน้นการให้ความรู้ แต่ในกลุ่มประเมินหนังสืออนุมัติที่มีการปฏิบัติงานเวชปฏิบัติปฐมภูมิมานานกว่า พบว่ามีแนวโน้มทำโครงการชุมชนระยะยาวมากกว่า อาจเป็นเพราะทำงานมานานและมีเวลาในการติดตามผลนานขึ้น

นอกจากนี้พบข้อสังเกตว่าการใช้โครงการชุมชนในการประเมิน EPAs เป็นการคิดโมเดลเดียวสำหรับสถาบันฝึกที่มีชุมชนที่ต้องรับผิดชอบดูแลอยู่เดิม แต่ไม่ได้คำนึงถึงชุมชนเมืองอื่นๆ เช่น กรุงเทพมหานคร ซึ่งไม่ได้มีบริบทชุมชนเหมือนต่างจังหวัด อีกทั้งแต่ละสถาบันมีการเรียนรู้ที่ต่างกันและเข้าใจไม่ตรงกัน เนื่องจากไม่ได้มีการนิยามชัดเจนถึงโครงการชุมชนที่คาดหวังให้ทำ มีการระบุสมรรถนะที่สัมพันธ์กับกิจกรรมนี้ แต่ไม่ได้ขยายความแนวทางการจัดการเรียนที่ชัดเจนว่ามีทางเลือกอย่างไรบ้าง เพื่อจะช่วยให้การทำโครงการชุมชนมีส่วนร่วมพัฒนาสมรรถนะการทำงานให้สอดคล้องกับระบบสุขภาพและสามารถแก้ปัญหาสุขภาพชุมชนได้ยั่งยืนมากขึ้น

ตารางที่ 2. โครงการชุมชนส่งขอประเมินผลเพื่อผู้สมัครและหนังสืออนุมัติในช่วง พ.ศ. 2563-2565 (n=465)

	Community-based n=244 (ร้อยละ)	Hospital-based n=125 (ร้อยละ)	อว. n=96 (ร้อยละ)	p-value
ปี พ.ศ.				
2563	101 (41.39)	68 (54.40)	36 (37.50)	205
2564	101 (41.39)	36 (28.80)	35 (36.46)	172
2565	42 (17.21)	21 (16.80)	25 (26.04)	88
หัวข้อเรื่อง				
โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง	83 (34.02)	36 (28.80)	26 (27.08)	145
การส่งเสริมสุขภาพ	63 (25.82)	35 (28.00)	23 (23.96)	121
COVID-19	21 (8.61)	16 (12.80)	10 (10.42)	47
ผู้สูงอายุ	19 (7.79)	8 (6.40)	10 (10.42)	37
กระดูกและข้อ	12 (4.92)	6 (4.80)	3 (3.13)	21
การดูแลผู้ป่วยระดับประคอง	10 (4.10)	5 (4.00)	3 (3.13)	18
อื่น ๆ	36 (14.75)	20 (16.00)	20 (20.83)	18
ระยะเวลาดำเนินงาน				
น้อยกว่า 6 เดือน	223 (91.39)	120 (96.00)	68 (70.83)	411
6 เดือน ขึ้นไป	21 (8.61)	5 (4.00)	28 (29.17)	54
รูปแบบกิจกรรม				
ให้ความรู้แบบเดี่ยว กลุ่ม ชุมชน	212 (86.89)	112 (69.51)	71 (73.96)	395
การคัดกรอง	11 (4.51)	6 (3.61)	5 (5.21)	22
ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม	5 (2.05)	3 (1.64)	4 (4.17)	12
การจัดการระบบบริการ	2 (0.82)	2 (0.66)	6 (6.25)	10
อื่น ๆ	13 (5.32)	3 (2.40)	10 (10.42)	9
กลุ่มประชากร				
เบาหวาน ความดันโลหิตสูง	49 (20.08)	25 (20.00)	18 (18.75)	92
อาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้าน	47 (19.26)	22 (17.60)	7 (7.29)	76
ผู้สูงอายุ	26 (10.66)	14 (11.20)	11 (11.46)	51
นักเรียนและวัยรุ่น	25 (10.25)	14 (11.20)	8 (8.33)	47
ประชาชนทั่วไป	19 (7.79)	12 (9.60)	4 (4.17)	35
อื่น ๆ	78 (31.96)	38 (30.40)	48 (50.00)	29

3. ข้อเสนอเพื่อพัฒนาการฝึกอบรม

เนื่องจากในบริบทประเทศไทยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวมีบทบาทสำคัญต่องานปฐมภูมิและชุมชน คือ

- การรวบรวมปัญหาเป็นองค์รวมและประสานงาน (integrated and coordinated)
- การสื่อสารระหว่างแพทย์กับผู้ป่วย (doctor and patient communication) อย่างเข้าใจ
- การจัดการบริการปฐมภูมิ ให้สอดคล้องกับบริบทชุมชน
- การดูแลชุมชน (community care) ในบทบาทของการเป็นแหล่งข้อมูลด้านวิชาการ (resource person) สนับสนุนให้เกิดการแก้ปัญหาเชิงระบบร่วมกับการลงมือ

คิดและพัฒนาสุขภาพชุมชนโดยตรง (system thinking skill or implement community development health) ด้วยแพทย์หรือบุคลากรทางการแพทย์ ซึ่งเป็นบทบาทหน้าที่หลักของงานเวชศาสตร์ชุมชนหรือสาธารณสุขจากการทบทวนการจัดการฝึกอบรมด้านการทำเวชปฏิบัติให้สอดคล้องกับระบบสุขภาพ และการทำงานโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน พบว่ามีการการตีความ นิยาม และแนวทางการฝึกอบรมที่แตกต่างหลากหลาย และวัดประเมินผลได้ยากถึงแม้จะมีเครื่องมือ เช่น กิจกรรมวิชาชีพเชื่อมั่นได้ แต่การนำแบบประเมินไปใช้มีการปรับตามความเข้าใจและบริบทของแต่ละสถาบัน ส่วนการทำโครงการชุมชนเนื่องจากนิยามและแนวทางไม่ชัดเจนรูปแบบ

โครงการส่วนใหญ่จึงเน้นการให้ความรู้ซึ่งวัดผลได้ง่าย และอาจไม่ช่วยแก้ปัญหาชุมชนได้อย่างยั่งยืน อีกทั้งแสดงถึงความรู้ความเข้าใจของแพทย์ต่อการทำงานร่วมกับชุมชนได้ไม่มาก ผู้เขียนจึงขอเสนอแนวทางพัฒนาเพิ่มเติม ดังนี้

- การสนับสนุนด้านวิชาการ: มีการจัดการเรียนการสอนที่หลากหลาย ตามบริบทของแต่ละสถาบัน ขึ้นกับความเชี่ยวชาญของอาจารย์และทรัพยากรที่มีของแต่ละสถาบัน ส่งผลให้แพทย์ได้รับความรู้และทักษะที่แตกต่างกันมาก หากมีการจัดทำแหล่งสนับสนุนทางวิชาการ ให้แพทย์สามารถศึกษาเพิ่มเติมได้ด้วยตนเอง สามารถเป็นพื้นที่แลกเปลี่ยนประสบการณ์และแบ่งปันทรัพยากรโดยเฉพาะอาจารย์ผู้สอนที่เชี่ยวชาญด้านนี้ซึ่งมีปริมาณน้อยมาก เช่น E-learning หัวข้อ เช่น community diagnosis, community project, community-based practice, health system การประชุมวิชาการประจำปีสำหรับแพทย์ประจำบ้านของราชวิทยาลัยฯ หรือ interhospital Conference เป็นต้น

- การประเมินผล: โดยเฉพาะโครงการชุมชนควรมีการกำหนดนิยาม วัตถุประสงค์ แนวทางการจัดการเรียนและเกณฑ์การประเมินที่ชัดเจนมากขึ้น รวมถึงแนวทางการประเมินสมรรถนะย่อยด้านอื่นให้สอดคล้องกับบริบทแต่ละสถาบันนำไปใช้ได้ง่ายขึ้น

- งบประมาณสนับสนุนการจัดฝึกอบรม: ในปัจจุบันสถาบันสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ได้รับเงินสนับสนุนการจัดการเรียนการสอน มาเป็นครั้งคราว ตามโครงการแต่ในมหาวิทยาลัยหรือโรงเรียนแพทย์ ไม่ได้มีงบประมาณสนับสนุนการจัดการเรียนการสอนสำหรับแพทย์ประจำบ้าน จึงขอเสนอให้รัฐบาลมีงบสนับสนุนต่อเนื่อง ทั้งในระบบกระทรวงสาธารณสุขและมหาวิทยาลัย เพื่อความยั่งยืนในการพัฒนาแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวให้มีคุณสมบัติเหมาะสมกับความต้องการของประเทศ เพื่อเป็นกำลังหลักในงานปฐมภูมิ⁷ ทำงานร่วมกับชุมชน เพราะเมื่อชุมชนดี คนในชุมชนจะมีสุขภาพที่ดีขึ้นด้วย^{8,9} และช่วยพัฒนาระบบสุขภาพไทยให้ดียิ่งขึ้น

สรุป

หนึ่งในคุณสมบัติที่สำคัญของแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวคือสามารถทำงานให้สอดคล้องกับระบบสุขภาพ และการทำงานโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน จากการทบทวนการจัดการ

เรียนการสอนด้านนี้ในปัจจุบันมีการพยายามตีความและทำความเข้าใจที่แตกต่างกันไปตามบริบทของแต่ละสถาบันส่งผลให้ผู้เรียนได้ความรู้และทักษะที่แตกต่างกันมาก จึงควรมีการสนับสนุนด้านวิชาการจากราชวิทยาลัยฯ แนวทางการประเมินผลที่ชัดเจนนำไปปรับใช้ได้ง่าย และสนับสนุนงบประมาณการจัดฝึกอบรม

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณราชวิทยาลัยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวแห่งประเทศไทย ในการสนับสนุนกระบวนการศึกษาดำเนินงานในครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. Wiwanitkit V. Family medicine in Thailand: System, training, and obstacles. Medical Journal of Dr. DY Patil University. 2016;9:4-6.
2. Aggarwal M, Abdelhalim R. Are early career family physicians prepared for practice in Canada? A qualitative study. BMC Med Ed. 2023;23:370.
3. ราชวิทยาลัยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวแห่งประเทศไทย. มาตรฐานคุณวุฒิความรู้ความชำนาญในการประกอบวิชาชีพเวชกรรม (มคอ.1) สาขาเวชศาสตร์ครอบครัว พ.ศ. 2562. กรุงเทพฯ: รักการพิมพ์ (ประเทศไทย). 2562. หน้า 242.
4. ราชวิทยาลัยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวแห่งประเทศไทย. มาตรฐานคุณวุฒิความรู้ความชำนาญในการประกอบวิชาชีพเวชกรรม (มคอ.2):แผนการฝึกอบรมของแต่ละสถาบัน [อินเทอร์เน็ต]. 2565 [เข้าถึงเมื่อ 19 ก.ย. 2567]. เข้าถึงได้จาก <https://thaifammed.org/training/page-08-4/>
5. Lochner J, Lankton R, Rindfleisch K, Arndt B, Edgoose J. Transforming a family medicine residency into a community-oriented learning environment. Fam Med. 2018;50:518-25.
6. Gimpel N, Pagels P, Roy V, Tullius Z, Kindratt T. Family Medicine Resident Education: An Innovative Model of Community Medicine Training. Journal of Community Medicine and Health Education. 2013;3:197.
7. Taniguchi SI, Park D, Inoue K, Hamada T. Education for Community-based Family Medicine: A Social Need in the Real World. Yonago Acta Med. 2017;60:77-85.
8. Wheat S. Community: The heart of family medicine. Fam Med. 2021;53:528-31.
9. Khan T, Eschbach C, Cuthbertson CA, Newkirk C, Contreras D, Kirley K. Connecting Primary Care to Community-Based Education: Michigan Physicians' Familiarity With Extension Programs. Health Promot Pract. 2020;21:175-80.