

PCFM

วารสารระบบบริการปฐมภูมิและเวชศาสตร์ครอบครัว
JOURNAL OF PRIMARY CARE
AND FAMILY MEDICINE

VOLUME 2 No2 MAY-AUGUST 2019 ISSN 2651-0553

LEARNING AND EDUCATION



วารสารระบบบริการปฐมภูมิและเวชศาสตร์ครอบครัว

Journal of Primary Care and Family Medicine (PCFM)

เป็นวารสารราย 4 เดือน จัดทำโดย ราชวิทยาลัยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวแห่งประเทศไทยและสมาคมแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป/เวชศาสตร์ครอบครัวแห่งประเทศไทย ร่วมกับ มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาสุขภาพชุมชน ชมรมแพทย์เวชปฏิบัติครอบครัว และภาคีร่วมพัฒนาบริการปฐมภูมิและเวชศาสตร์ครอบครัว เพื่อเผยแพร่ผลงานวิชาการและงานวิจัยด้านระบบบริการปฐมภูมิและเวชศาสตร์ครอบครัว

คณะผู้จัดทำ

ที่ปรึกษา

ผศ.ดร.นพ.อภินันท์ อร่ามรัตน์

บรรณาธิการ

พญ.สุพัตรา ศรีวณิชชากร

พญ.สายรัตน์ นกน้อย

รองบรรณาธิการ

ผศ.พญ.สายพิน หัตถิรัตน์

ดร.นพ.ชัยสิริ อังกระวราพันธ์

นพ.ปกรณ ท่องวิไล

นพ.สตาจค์ ศุภผล

กองบรรณาธิการ

รศ.ดร.พญ.ฉัญฉรัสน์ อโนทัยสินทวี

รศ.นพ.อภิชัย วรรณะพิศิษฐ์

รศ.พญ.สรญา แก้วพูลย์

ผศ.นพ.กฤษณะ สุวรรณภูมิ

ผศ.พญ.กนกพร ภิญโญพรพาณิชย์

ผศ.ดร.พญ.ศิรินาถ ตงศิริ

ผศ.นพ.กิตติพล นาควโรจน์

ผศ.พญ.ปัทมา โกมทบุตร

ผศ.ดร.ภัทระ แสนไชยสุริยา

นพ.โรจนศักดิ์ ทองคำเจริญ

พญ.สุกัญญา หังสพฤกษ์

นพ.กรภัทร มยุระสาคร

พญ.อรุณี ทิพย์วงศ์

พญ.สุดารัตน์ วิจิตรเศรษฐกุล

นพ.นนท์ ไสวณณะ

พญ.อรวรรณ ตะเวทิพงศ์

พญ.ศรินภา ศิริพร ณ ราชสีมา

ดร.นพ.วิน เตชะเคหะกิจ

ดร.พญ.จิรฐา บุตรแก้ว

ทพญ.ปิยะดา ประเสริฐสม

ภก.จตุพร ทองอัม

ภก.ธีรภัทร์ ฉันทพันธ์

ดร.สุรศักดิ์ อธิคมานนท์

นส.สุรรัตน์ ธนากิจ

นส.ผการัตน์ ฤทธิศรีบุญ

สถานที่ติดต่อ

สมาคมแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป/เวชศาสตร์ครอบครัวแห่งประเทศไทย

ราชวิทยาลัยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวแห่งประเทศไทย

เลขที่ 2 ชั้น 11 อาคารเฉลิมพระบารมี ๕๐ ปี ซอยศูนย์วิจัย

แขวงบางกะปิ เขตห้วยขวาง กรุงเทพมหานคร 10310

โทรศัพท์ : 02-7166651-2 แฟกซ์ : 02-7166653

มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาสุขภาพชุมชน (มสพช.)

126/ 749 หมู่ 5 หมู่บ้านการเคหะนนทบุรี ตำบลปากเกร็ด อำเภอปากเกร็ด

จังหวัดนนทบุรี 11120

โทรศัพท์ : 02-5830719 แฟกซ์ : 02-9641836

สำนักงานประสานงานวารสารระบบบริการปฐมภูมิและเวชศาสตร์ครอบครัว

ภาควิชาเวชศาสตร์ครอบครัว คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

110 ถ.อินทวโรรส ต.ศรีภูมิ อ.เมือง จ.เชียงใหม่ 50200

โทรศัพท์ 053-936362 แฟกซ์ 053-289306 email: pcfmjournal@gmail.com

ดาวน์โหลดเนื้อหาของวารสารได้ที่

Website: www.pcfmjournal.com

สารบัญ

บทบรรณาธิการ

Learning and Education for primary care physician	4
---	---

จดหมายถึงกองบรรณาธิการ	6
------------------------	---

กิตติกรรมประกาศ	7
-----------------	---

เปิดเล่ม

สัมภาษณ์พิเศษ รศ. นพ. สุรเกียรติ์ อชานานภาพ การเรียนรู้ และ นวัตกรรมทางการศึกษา	8
---	---

บทความพิเศษ

การจัดการเรียนรู้ด้านจิตพิสัยในแพทยศาสตรศึกษา เพื่อผลิตแพทย์ที่มีหัวใจ ความเป็นมนุษย์ (ตอนที่ 1)	13
---	----

การสร้างชุมชนการใช้หลักฐานการแพทย์เชิงประจักษ์ในเวชปฏิบัติครอบครัว : ประยุกต์ทฤษฎีการศึกษาคอนสตรัคติวิสต์เชิงสังคม	23
---	----

ประสบการณ์การจัดการเรียนรู้วิชาเวชศาสตร์ครอบครัวให้นักศึกษาแพทย์ต่างชาติ โรงพยาบาลสิชล จ.นครศรีธรรมราช	31
---	----

นิพนธ์ต้นฉบับ

ความคาดหวังและการรับรู้ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ต่อคลินิกหมอครอบครัวใน จ.พิษณุโลก	42
--	----

คุณภาพชีวิตของประชากรในอำเภอหนองจิก จังหวัดปัตตานี	50
--	----

ความคาดหวังและการรับรู้ของผู้รับบริการชาวกลุ่มภูเขาต่อคุณภาพบริการ ณ คลินิกเวชศาสตร์ครอบครัว โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์สภากาชาดไทย	59
--	----

ความชุกและปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเกิดภาวะความดันโลหิตตกเมื่อเปลี่ยนท่าทาง ในผู้สูงอายุที่มารับบริการที่คลินิกตรวจโรคเวชศาสตร์ศาสตร์ครอบครัว โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า	69
--	----

บทเรียนจากเวทีวิชาการ

กายไกล แต่เราก็เรียนรู้ใกล้กันได้ด้วยเทคโนโลยี	77
--	----

บทบรรณาธิการ

Learning and Education for primary care physician



แพทย์หญิงสุพัตรา ศรีวณิชชากร

นายกสมาคมแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป/เวชศาสตร์ครอบครัวแห่งประเทศไทย

อะไรเป็นหัวใจสำคัญของการเรียนรู้ สำหรับ แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว และทีมงานปฐมภูมิ

เป็นคำถามหนึ่งที่น่าสนใจสำหรับคนทำงานเรื่องนี้ มีอะไรที่เหมือน และที่ต่างกับบุคลากร
อื่นๆ หรือไม่ และต่างกันอย่างไร

หากพิจารณาจากประเด็นทักษะความสามารถที่ต้องการและการเรียนรู้พื้นฐานในยุคสมัยนี้ ที่
เป็นยุคที่ 21 ได้มีการกล่าวถึงทักษะหรือความสามารถพื้นฐานที่ควรมีเพื่อการทำงานภายใต้สถานการณ์
ที่มีความซับซ้อน และมีการเปลี่ยนแปลงที่รวดเร็ว ซึ่งสรุปทักษะที่สำคัญไว้เป็นกลุ่ม⁽¹⁾ คือ

- Learning and innovation skills: ซึ่งมีองค์ประกอบย่อยคือ critical thinking and problem solving, communications and collaboration, creativity and innovation
- Digital literacy skills: ในประเด็นย่อยคือ information literacy, media literacy, Information and communication technologies (ICT) literacy
- Career and life skills: ประเด็นย่อย คือ flexibility and adaptability, initiative and self-direction, social and cross-cultural interaction, productivity and accountability

ซึ่งทีมงานหน่วยบริการปฐมภูมิ ที่ทำงานในยุคปัจจุบัน และอนาคตต่อไป ย่อมต้องปรับตัว และ
สร้างให้มีการเรียนรู้ที่สอดคล้องกับบริบท และสถานการณ์ดังกล่าวข้างต้นเช่นกัน

หากพิจารณาจากวิธีการจัดการเรียนรู้ในด้านการศึกษาด้านการแพทย์ที่จำเพาะขึ้น ปัจจุบัน
แพทยสภา และระบบการศึกษาทางการแพทย์และสาธารณสุข ได้มีการปรับกระบวนการจัดการด้าน
มาตรฐานการศึกษา รับเอากรอบมาตรฐานในระดับสากล คือ WFME (World Federation for Medical
Education) มาเป็นกรอบกำหนดความสามารถ และการจัดการเรียนรู้สำหรับการศึกษาคือ เป็น Basic
Medical Education และ Post-graduate Education ที่เน้นการจัดการระบบการเรียนรู้ โดยใช้ความ
รู้ความสามารถของผู้เรียนที่พึงประสงค์เป็นส่วนกำหนด คือ เป็น competency based education เพื่อ
ให้มีทางเลือกการจัดการเรียนรู้ได้หลากหลาย สอดคล้องกับความสามารถของแต่ละวิชาชีพ บริบทปัญหา

และทรัพยากรของแต่ละประเทศได้ ซึ่งราชวิทยาลัยแพทยเวชศาสตร์ครอบครัว ได้นำกรอบดังกล่าวมาใช้ประกอบและประยุกต์ปรับเป็นกรอบ competency ของแพทยเวชศาสตร์ครอบครัวไทย ให้มีความสามารถในด้านต่าง ๆ ดังนี้⁽²⁾

- การดูแลรักษาผู้ป่วย (Patient care)
- ความรู้ ความเชี่ยวชาญ ในการไปใช้แก้ปัญหาของครอบครัวและชุมชน (Medical Knowledge and skills)
- การเรียนรู้จากการปฏิบัติและการพัฒนาตนเอง (Practice based learning and improvement)
- ทักษะปฏิสัมพันธ์และการสื่อสาร (Interpersonal and communication skills)
- ความเป็นมืออาชีพ (Professionalism)
- การปฏิบัติงานให้เข้ากับระบบ (System Based Practice)

เป็นการกำหนดกรอบความสามารถของแพทยเวชศาสตร์ครอบครัวตามลักษณะของงานที่อยู่ในความดูแลร่วมกับทักษะกลางพื้นฐานที่พึงมีของแพทย์ที่ต้องเข้าใจระบบและมีทักษะด้านปฏิสัมพันธ์ การสื่อสารที่ดี และต้องเรียนรู้พัฒนาตนเองได้ต่อเนื่องจากงานที่ปฏิบัติ ซึ่งถือว่าเป็นประเด็นสำคัญเช่นกัน

และหากพิจารณาจากประเด็นบทบาท และงานสำคัญของหน่วยบริการปฐมภูมิที่เป็นส่วนเชื่อมโยงชีวิตประชาชน กับการจัดการปัญหาสุขภาพที่พบบ่อย การเรียนรู้ อีกมิติหนึ่งของแพทยเวชศาสตร์ครอบครัว หรือแพทย์ที่ทำงานในหน่วยบริการปฐมภูมิ คือ การเรียนรู้ด้านประชาชนที่ทำให้แพทย์มีความเข้าใจมุมมอง ประสบการณ์ของผู้ป่วย หรือประชาชนผู้รับบริการ เพราะหลักสำคัญของการทำงานส่วนนี้ คือ patient/people centered ฉะนั้นการเรียนรู้เพื่อเข้าใจบริบท และชีวิตประชาชน ที่เชื่อมโยงกับปัญหาสุขภาพ จึงเป็นเรื่องสำคัญอีกเรื่องหนึ่ง ผู้เขียนจึงเห็นว่าประเด็นการเรียนรู้สำคัญที่จำเพาะของการทำงานปฐมภูมิ/ทีมเวชศาสตร์ครอบครัว ประกอบไปด้วย

- การเรียนรู้ เข้าใจชีวิต บริบทประชาชน เข้าใจ patients journey เส้นทางชีวิต และสุขภาพของประชาชนแต่ละกลุ่ม มีจุดปะทะ เจอกัน ใช้บริการในแต่ละระยะอย่างไร

- การเข้าใจปัญหา สถานการณ์สำคัญ ที่กำหนด need หรือ ลักษณะงานหลักของปฐมภูมิในแต่ละพื้นที่
- การเรียนรู้ที่ทำให้เข้าใจกระบวนการและมีทักษะ ที่จะเชื่อมข้อมูลชีวิตประชาชน กับปัญหาสุขภาพ และการพัฒนาสุขภาพของประชาชน เป็นการเชื่อมศาสตร์วิทยาศาสตร์ กับศาสตร์สังคม จิตวิทยา ของคน และของชุมชน
- การรู้จักประยุกต์เพื่อการจัดการให้เกิดความพอดีของทรัพยากรในพื้นที่งานปฐมภูมิ ที่ไม่ได้มีสมบูรณ์ไปในทุกด้าน จะใช้ทรัพยากร และเทคโนโลยี อย่างเหมาะสมได้อย่างไร

โดยการเรียนรู้ในบริบทดังกล่าวข้างต้น ก็ควรเรียนรู้ร่วมกับทักษะสำหรับศตวรรษที่ 21 ที่ต้องรู้จากการปรับตัวไปพร้อมกับการเปลี่ยนแปลงที่รวดเร็ว

ฉะนั้นการจัดการศึกษา โดยเฉพาะการฝึกอบรมแพทย์เฉพาะทางสาขาเวชศาสตร์ครอบครัว คงต้องได้มีโอกาส ทบทวน และเสริมสนับสนุน การเรียนรู้ที่สร้างเอกลักษณ์/อัตลักษณ์สำคัญ รวมทั้งทักษะสำหรับยุคใหม่นี้ให้แก่ผู้ผ่านการฝึกอบรมในหลักสูตรด้านเวชศาสตร์ครอบครัว/ระบบบริการปฐมภูมิ ในระดับต่างๆ ให้ติดตามกันไป

เอกสารอ้างอิง

- (1) Trilling, Bernie and Fadel, Charles: 21st Century Skills: Learning for Life in Our Times, Jossey-Bass (publisher), 2009. ISBN 978-0-470-55362-6. Retrieved 2016-03-13
- (2) ราชวิทยาลัยแพทยเวชศาสตร์ครอบครัวแห่งประเทศไทย: หลักสูตรและเกณฑ์การฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านเพื่อวุฒิบัตรแสดงความรู้ความชำนาญในการประกอบวิชาชีพเวชกรรม สาขาเวชศาสตร์ครอบครัว พ.ศ.2560

จดหมายถึงกองบรรณาธิการ



เรียน กองบรรณาธิการวารสาร PCFM

ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ (ในปัจจุบันเป็นฉบับที่ 2 พ.ศ.2559) ถูกจัดทำขึ้นเพื่อใช้เป็นกรอบและแนวคิดในการกำหนดนโยบาย ยุทธศาสตร์ และการดำเนินงานด้านสุขภาพของประเทศ สาระในธรรมนูญมีความเป็นสากลเท่าทันสถานการณ์โลก มีประโยชน์ต่อส่วนรวมและแต่ละภาคส่วนมีบทบาทหน้าที่ของตนเอง ทำให้นึกถึงวลี “Think Globally, Act Locally” ซึ่งถูกนำมาใช้อย่างหลากหลาย

ระบบสุขภาพ หมายความว่า ระบบความสัมพันธ์ทั้งหมดที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ ดังนั้นการออกแบบระบบสุขภาพที่พึงประสงค์ที่ทุกภาคส่วนจะยึดเป็นกรอบแนวทางในการพัฒนาระบบสุขภาพ จึงจำเป็นต้องมีความเท่าทันและคำนึงถึงแนวโน้มการเปลี่ยนแปลงของสถานการณ์ต่าง ๆ “ปัจจัยทางสังคมกำหนดสุขภาพ (Social Determinants of Health, SDH)” แนวคิดนี้ถูกนำไปวางแผนกลยุทธ์ให้เป็นนโยบายสาธารณะซึ่งมีผลต่อแนวทางปฏิบัติด้านสุขภาพทั่วโลก

กำลังคนด้านสุขภาพเป็นทรัพยากรที่มีความสำคัญในระบบสุขภาพ โดยองค์การอนามัยโลกกำหนดให้เป็น 1 ใน 6 องค์ประกอบของระบบสุขภาพ โดยถือเป็นปัจจัยแห่งความสำเร็จในการดำเนินงานด้านสุขภาพ การผลิตแพทย์เฉพาะทางสาขาเวชศาสตร์ครอบครัวที่มีสมรรถนะตามความต้องการ จึงเป็นเรื่องที่ทำนายสำหรับภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง

“การศึกษาเป็นปัจจัยสำคัญของปัจจัยทางสังคมกำหนดสุขภาพ” ภายใต้การออกแบบหลักสูตรแพทย์ประจำบ้านสาขาเวชศาสตร์ครอบครัวให้สอดคล้องกับบริบทของระบบบริการสาธารณสุข ความต้องการด้านสุขภาพของสังคม และนโยบายของระบบสุขภาพของประเทศ การให้ความสำคัญกับกระบวนการเรียนรู้ที่นำไปสู่การเปลี่ยนแปลงตนเองอย่างลึกซึ้ง เพื่อให้สามารถเป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลง (Change agents) และสามารถสร้างทีมสุขภาพได้ เพื่อสังคมสุขภาวะหรือ Transformative Learning นั้น การผลิตแพทย์สาขาเวชศาสตร์ครอบครัวจึงถูกจัดลำดับความสำคัญให้อยู่ในระดับต้นๆ ของพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ.2562

สถาบันฝึกอบรม และราชวิทยาลัยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวแห่งประเทศไทยควรทบทวนและวิเคราะห์สถานการณ์ในการจัดการและออกแบบหลักสูตรโดยพัฒนาจากความร่วมมือระหว่างผู้ผลิต ผู้ใช้ และผลผลิต มีการจัดการแบบ Bottom Up โดยมี Competencies Outcome เป็นส่วนเชื่อมต่อกับความจำเป็นและความต้องการของทุกภาคส่วน และทุกระดับโดยความเป็นทั้งหมด และเป็นส่วนรวม (The Commons) บนฐานรากอย่างแท้จริงทำให้เกิดหลักสูตรที่สอดคล้องเข้าไปในทุกส่วนของระบบสุขภาพ ดังคำกล่าว “ทุกนโยบายห่วงใยสุขภาพ” (Health in All Policies) โดยมีเจตนารมณ์สำคัญสำหรับ “Think Globally, Act Locally” ของธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 2 พ.ศ.2559 และพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ.2562 เป็นแบบ Top Down

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ แพทย์หญิง พัทรินทร์ ปิงเมืองแก้ว,
วว. เวชศาสตร์ครอบครัว
สำนักวิชาแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง

กิตติกรรมประกาศ

ในการดำเนินการวารสารระบบบริการปฐมภูมิและเวชศาสตร์ครอบครัวฉบับนี้ ทางกองบรรณาธิการ ได้รับความกรุณาจากผู้ทรงคุณวุฒิจากหลายสถาบัน ดังรายนามต่อไปนี้

รศ.พญ.วิชุดา จิรพรเจริญ

ผศ. นพ. พนม เกตุมาน

ดร.สรยุทธ รัตนพจนารถ

นพ.สุรสิทธิ์ จิตรพิทักษ์เลิศ

ดร.นพ. ธรรมสรณ์ จีระอำพรวัฒน์

นพ.พิภพ จิตรนรินทร์

นพ.โกสิน ศักรินทร์กุล

นพ.ธাত্রี โปสธิธิเชษฐ

ภาควิชาเวชศาสตร์ครอบครัว มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ ศิริราชพยาบาล

คณะวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา

กลุ่มงานเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลขอนแก่น

กลุ่มงานเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา

กลุ่มงานเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลลำพูน

ศูนย์เวชปฏิบัติครอบครัว โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา

กองบรรณาธิการขอขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิที่ได้ให้เกียรติและเสียสละเวลา ร่วมทบทวนพิจารณาบทความฉบับนี้ ให้ข้อเสนอแนะเพื่อแก้ไขและพัฒนาบทความให้ได้บทความที่มีคุณภาพและถูกต้องตามหลักวิชาการ

เปิดเล่ม

การเรียนรู้ และนวัตกรรมทางการศึกษา



สัมภาษณ์พิเศษ

รศ. นพ. สุรเกียรติ อาษานานุภาพ

ถอดบทสัมภาษณ์โดย พญ.สายรัตน์ นกน้อย
บรรณาธิการวารสารระบบบริการปฐมภูมิและ
เวชศาสตร์ครอบครัว

บทความสำหรับการเปิดเล่มครั้งนี้ ทีมบรรณาธิการได้รับเกียรติสัมภาษณ์ นพ. สุรเกียรติ อาษานานุภาพ อาจารย์ซึ่งเป็นปูชนียบุคคล ทำงานด้านการพัฒนาปฐมภูมิตลอดช่วงหลายสิบปีที่ผ่านมา และให้ความสำคัญในเรื่องการศึกษาและการเรียนรู้เป็นอย่างมาก

ความสนใจเรื่องของการเรียนรู้ มีจุดเริ่มต้นอย่างไร

ส่วนตัวสนใจตั้งแต่จบทำงานเป็นแพทย์ชนบท เริ่มจากการสอนความรู้การรักษาโรคเบื้องต้นแก่นักเรียนพนักงานอนามัยที่โกสุมพิสัย และเจ้าหน้าที่อนามัยที่บางปะอิน โดยใช้กระบวนการฝึกปฏิบัติจริงนำการเรียนรู้ ท้ายมาเป็นอาจารย์สอนวิชาเวชศาสตร์ชุมชนที่รามธิบดี ก็เน้นการเรียนรู้จากการลงมือทำในลักษณะเดียวกัน ต่อมาจึงได้รู้ว่าสิ่งที่ทำนั้นตรงกับคำว่า “Participatory learning” หรือ “Experiential learning” ซึ่งแปลเป็นไทย คือ การเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม หรือ การเรียนรู้จากประสบการณ์

ตอนเป็นนักศึกษาแพทย์ อาจารย์ผม คือ ศาสตราจารย์เกียรติคุณนายแพทย์เปรมบุรุษ ซึ่งเป็นผู้ก่อตั้งคณะแพทยรามาธิบดีท่านหนึ่ง และ ผู้ก่อตั้งโครงการเวชศาสตร์ชุมชนเป็นแห่งแรกของประเทศ ได้ให้แนวคิดและพาพวกเราเรียนรู้ชุมชนแบบ “Learning by Doing” เข้าใจว่าแนวคิดนี้คงฝังใจผมมาตั้งแต่ตอนนั้น

ช่วงหลังเกษียณจากราชการ ในปี พ.ศ.2551-2554 ได้มีโอกาสช่วยงานสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ส่งเสริมการเรียนรู้ของเจ้าหน้าที่ของสถานอนามัยหรือโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ (รพ.สต.) เรื่องการรักษาโรคและการป้องกัน ที่เรียกว่า “Context-Based learning

(CBL)” แล้วต่อมาก็ได้ขยายเป็น การเรียนรู้ด้านเวชปฏิบัติครอบครัว ที่เรียกว่า “Family Practice Learning (FPL)” ซึ่ง เป็นการนำ concept family medicine มาใช้กับทีมสหวิชาชีพ เป็นการเรียนแบบทีม มีทั้ง แพทย์ พยาบาล และทีมเจ้าหน้าที่ รพ.สต. ในปี 2555 ก็ขยายมาเป็นเรื่อง “ระบบสุขภาพอำเภอ (District Health System หรือ DHS)” และในปี 2557 ก็จัดกระบวนการเรียนรู้ที่เรียกว่า “District Health Management Learning (DHML)” เป็นการขยายทีมเรียนจากทีมสหวิชาชีพใน FPL เป็นทีมสหอาชีพใน DHML ซึ่งดึง non-health sector หรือ social sector มาช่วยด้วย จึงมีทั้งตัวแทนของทีมโรงพยาบาล ทีมสาธารณสุข และทีมภาคประชาชน มาร่วมเรียนรู้ในการจัดการปัญหา หรือพัฒนาระบบสุขภาพของชุมชน เช่น การควบคุมสิ่งแวดล้อม การควบคุมโรค การพัฒนาสุขภาพตามกลุ่มวัย ซึ่งต้องอาศัย partnership จากทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง โดยเฉพาะภาคประชาชนเข้ามาร่วม ตอนหลังเราใช้ว่า 4 ร่วม “ร่วมคิด ร่วมทำ ร่วมเรียนรู้ และร่วมเติบโต” ซึ่งเป็นการแปลงคำว่า Participation ให้เป็นรูปธรรมของการมีส่วนร่วมโดยแท้จริง ไม่ใช่เพียงแค่ขอความร่วมมือเท่านั้น

ทั้งหมดทำอยู่เกือบ 10 ปี ซึ่งได้ทดลองนำร่อง เป็นการขยายจากวงเล็ก ๆ จาก CBL สำหรับเจ้าหน้าที่ในสถานอนามัย

อย่างเดียว มาเป็น FPL ซึ่งมีทีมโรงพยาบาลมาร่วม และ DHML ซึ่งเอาภาคชุมชนและภาคสังคมมาร่วม

ทำงานแล้วได้เห็นความคล้อยคลึงตลกขบขันว่า งานทุกอย่างต้องมีกระบวนการเรียนรู้ และการสร้างความสัมพันธ์เป็นฐานรองรับ และการเรียนรู้ต้องเป็นการเรียนรู้ในบริบทจริง ในเนื้อหาจริง ไม่ใช่เรียนรู้จากทฤษฎีอย่างเดียว จึงจะพัฒนางานให้มีความก้าวหน้าและยั่งยืนได้ ซึ่งผมเรียกว่า **“ทฤษฎีสัมผัสสัมผัสเคลื่อนงาน”** โดยใช้งานเป็นโอกาสให้เกิดการเรียนรู้ในทุก ๆ อย่างที่เกี่ยวข้อง และต้องสร้างความสัมพันธ์ สร้างภาคี ที่เกี่ยวข้องกับการทำงานนั้นให้เข้มแข็ง ทฤษฎีนี้สัมพันธ์กับหลัก **“เข้าใจ เข้าถึง พัฒนา”** ที่จะได้กล่าวถึงต่อไป

อาจารย์มีข้อเสนอสำหรับการฝึกอบรมแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวอย่างไรบ้าง เพื่อเสริมให้แพทย์มีสมรรถนะหลายด้าน

ผมเห็นว่าตัวหลักสูตรของราชวิทยาลัยฯ ที่เขียนอยู่ครอบคลุมทั้งด้านกาย จิตและสังคม (bio- psycho- social) อันนั้นดีอยู่แล้ว เพียงแต่จะต้องมีกระบวนการเรียนรู้ (learning process) และ การ coaching สนับสนุนให้เกิดผลจริงๆ แล้ว การฝึกอบรมระดับหลังปริญญา (post-graduation training) เป็นการเรียนรู้ด้วยตนเองเป็นหลัก ส่วนพี่เลี้ยงหรืออาจารย์เป็นตัวเสริม อยู่ที่ไหนก็เรียนได้ โดยเรียนจากกรณีศึกษาจริง (case) จากบริบทจริง (context) แต่อาจต้องมีกระบวนการ reflection โดยมี coach หรือ mentor คอยช่วยชี้แนะ ซึ่งหยิบยกเอาปัญหามาเรียนรู้ด้วยกัน โดยต้องมีความจำเพาะเหมาะสมกับปัญหาที่เกิดกับกรณีศึกษา ให้เข้าใจว่าผู้ป่วยแต่ละรายมีปัญหาเรื่องอะไร ครอบครัวมีปัญหาอะไร ที่บ้านเป็นอย่างไร มีความทุกข์อะไร และนำข้อมูลที่ได้มาวางแผนดูแลผู้ป่วย โดยรู้จักเลือกเครื่องมือทางเวชศาสตร์ครอบครัว ซึ่งมีหลายเครื่องมือ นำมาใช้ในการแก้ปัญหาอย่างเป็นรูปธรรม

วิชาเวชศาสตร์ครอบครัวมีแนวคิดและเครื่องมือในการเข้าใจและเข้าถึงผู้คนต่างๆ นับได้ว่าเป็นอัตลักษณ์อันโดดเด่นของวิชานี้ แต่จะทําอย่างไรให้ผู้เรียนเห็นคุณค่า ที่จะนำวิชานี้มาใช้ในการดูแลผู้ป่วยอย่างมีคุณภาพ

การเรียนรู้แบบ in-service training จะทำให้มีโอกาสได้ดูปัญหาผู้ป่วยถึงบ้านและชุมชน และมีปฏิสัมพันธ์กับชุมชนกับครอบครัว โดยใช้กระบวนการเรียนรู้แบบ participatory

learning หรือ learning by doing ได้อย่างเต็มที่ ซึ่งจะให้ผู้เรียนเห็นคุณค่าของการเรียนรู้จากความจริง จากชีวิตจริง และนำไปใช้ในการเรียนรู้เรื่องต่างๆ ด้วยตนเองจนเป็นนิสัย

ตรงนี้ขอโยงไปสู่สิ่งที่ผมตลกขบขันที่สุด คือ เรื่องกลไกสมอง กล่าวคือ เราสามารถเรียนรู้จากการปฏิบัติ ด้วยธรรมชาติของกลไกสมอง สมองทำหน้าที่ 5 อย่าง คือ 1.รับรู้ 2.รู้สึก 3.นึกคิด 4.สั่งการ 5.จดจำ ทุกครั้งที่ได้รับรู้ เช่น ได้เห็น ได้ยิน ได้สัมผัสอะไร จะมีความรู้สึก เกิดขึ้นทันที รับรู้ไปเกิดความรู้สึก บวก ลบ หรือ เฉยๆ นำไปสู่ข้อ 3 คือ ความนึกคิด ประมวลต่อจากความรู้สึกนั้นๆ เอามาเปรียบเทียบกับข้อมูลเก่า วิเคราะห์ สังเคราะห์ จินตนาการ ตัดสิน รู้สึกดีก็อยากได้ อยากเรียนรู้กับมัน รู้สึกไม่ดี ก็อาจจะผลักไส ก็จะเกิดการสั่งการให้กระทำต่างๆ บางครั้งก็เกิดอารมณ์ ตอบโต้ทั้งหมดก็จะถูกบันทึกเป็นความจำอยู่ในสมองเรา กลไกของสมองเป็นแบบนี้เหมือนกันทุกคนแหละ เรียกว่า “วงจรการเกิดอารมณ์และพฤติกรรม”

ความจำ หรือ past perception ก็จะกลายเป็นตัวกำหนดมุมมอง หรือ mindset ของคนเรา เปรียบเหมือนใส่แว่นสี ทุกคนจะมีแว่นสีมาตั้งแต่ในวัยเด็ก สั่งสมมาเรื่อยๆ แล้วเราจะเอาแว่นสีนั้นๆ มาตัดสินการรับรู้ใหม่ ซึ่งแต่ละคนจะมีแว่นสีไม่เหมือนกัน ถึงแม้จะรับรู้สิ่งเดียวกัน ก็จะตีความเกิดความรู้สึกความนึกคิดที่แตกต่างกัน ซึ่งกลายเป็นที่มาของความความขัดแย้ง ไม่ลงรอย ตอบโต้กันของคนเราเพราะการมองด้วยแว่นสีที่ต่างกัน

ในขณะเดียวกัน การนึกคิดจะแตกแยกมาอีกสายหนึ่ง คือ เกิดคำถาม ที่ผมเรียกว่า ต่อมเอ๊ะ เอ๊ะทำไม เอ๊ะอะไร เอ๊ะอย่างไร ถ้าดีก็เอ๊ะ ไม่ดีก็เอ๊ะ เกิดเป็นคำถาม เป็นจุดเริ่มต้นแห่งการเรียนรู้ ถ้ามีเวลาจะไปสืบหาความรู้ เพื่อหาคำตอบก็เกิดเป็นกระบวนการเรียนรู้ เรียกว่า “วงจรการเรียนรู้”

แต่ชีวิตคนเรามักจะวุ่นวาย จึงไม่น่าพอมองเห็นวงจร 2 วงจรนี้ ถ้าเรามองนิ่งพอ ซึ่งคือจิตที่มี 5 ลักษณะ 1.นิ่ง 2.ช้า 3.ใส เป็นกลาง ไม่มีอคติ 4.ตื่น คือไม่หลับ ไม่เผลอ และ 5. รู้ ก็จะเห็นวงจรที่เกิดขึ้นนี้ได้ละเอียด ประณีต คมชัด ทำให้รู้ทันอารมณ์ที่แวบขึ้นมาและควบคุมมันได้ และเห็นต่อมเอ๊ะ ว่าอะไร ทำไม อย่างไร ก็จะไปหาคำตอบ ทำให้เราได้เรียนรู้

ถ้าคนเราเรียนรู้วงจร 2 วงจรด้วยตนเอง ก็จะรู้ว่าจะเรียนรู้ด้วยตัวเองได้อย่างไร ส่วนครูเป็น resource person

ที่เราจะไปหาคำตอบ หรือขอกำลังใจ หรือขอประสบการณ์ในการแลกเปลี่ยน จัดการกับปัญหา ทั้งนี้ผู้เรียนเป็นหลักในการเรียนรู้ ผมจึงไม่หวังว่าจะต้องมีครูดีๆ หรือเปล่า ถ้ามีพี่เลี้ยงก็ดีดี ถ้าไม่มีก็ไม่ใช่อุปสรรค การเรียนรู้เกิดจากการดู case ต่างๆ แล้วอาจจะหาวิธีการใหม่ในการแก้ปัญหา หรือเกิดคำถามเชิง research question ขึ้นมา จากการเห็นปัญหา เอ๊ะทำแบบนี้ดีกว่าแบบนี้ไหม เกิดเป็นนวัตกรรมจากการใช้กระบวนการ From Routine to Research หรือ R2R

เมื่อการเรียนรู้ที่ผู้เรียนเป็นหลัก การพัฒนาการเรียนการสอนในอนาคตควรเป็นอย่างไร

ควรออกแบบโครงสร้างและกระบวนการให้ผู้เรียนสามารถเรียนรู้ด้วยตนเอง เช่น E-learning และสื่อต่างๆ ควรทำให้พร้อมสำหรับการค้นคว้า และควรสอนให้ผู้เรียนมี critical thinking ว่าสิ่งไหนน่าเชื่อไม่น่าเชื่ออย่างไร เพราะฉะนั้น การเรียนการสอนจะต้องเปลี่ยนไป ไม่ใช่การสอน content เป็นรายวิชาแบบที่เราสอนไปเรื่อยๆ เพราะ content พวกนี้มันเปลี่ยนไว ซึ่งสามารถ update ได้ในสื่อฐานข้อมูลต่างๆ

ยกตัวอย่าง พานักศึกษาแพทย์ไปเยี่ยมบ้าน ตั้งแต่เข้าเรียนปี 1 ให้ไปสัมผัสกรณีศึกษาที่ยุงยาก เช่น ผู้ป่วยเบาหวาน ถูกตัดขา หรือต้องฟอกไต ก็จะกระตุ้นให้นักศึกษาเกิดต่อมเอ๊ะมาก และต่อมเห็นใจก็เกิดขึ้นด้วย คือ มีความสงสาร ก็อยากที่จะหาความรู้เพื่อที่จะมาช่วยเหลือผู้ป่วย การเรียนแบบนี้เป็นการเรียนรู้แบบมีเป้าหมาย

ต่างจากการนั่งฟัง lecture ในห้องเรียน เด็กไม่รู้ว่าจะเรียนไปทำไม แต่ถ้าไปดู case คนไข้ ก็จะเกิดการเรียนรู้แบบบูรณาการ เกี่ยวข้องทั้งการวินิจฉัย ชีวเคมี สรีรวิทยา การใช้ยา พฤติกรรมสุขภาพ การสนับสนุนของครอบครัวและชุมชน

นักศึกษาพอไปสัมผัสผู้ป่วยจริง เขาจะเห็นปัญหา เขาจะเกิดความรู้สึกนึกคิดกับสิ่งที่ได้สัมผัสมา เป็นการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม (participatory learning) หรือการเรียนรู้จากประสบการณ์ (experiential learning) ซึ่งมี 4 ขั้นตอนด้วยกัน คือ เริ่มต้นจากประสบการณ์ เริ่มจากปัญหาทำก่อน เป็น step 1

Step 2 discussion and reflection ให้อภิปรายแลกเปลี่ยนสะท้อนสิ่งที่เขารู้สึกนึกคิด คือ วงจร 2 วงจรดังที่ข้างต้น มีคำถามอะไร ข้อสำคัญ การสะท้อนแลกเปลี่ยนกันนี้จะต้องไม่มีการตัดสินถูกผิด

Step 3 conceptualization คือ อาจารย์หรือพี่เลี้ยง

มีหน้าที่ conceptualize ให้เขาเห็นว่า มันตรงกับทฤษฎีอะไรที่มาใช้บ้าง ทั้งนี้เป็นการเรียนรู้ โดยขึ้นกับคำถาม เรียนแบบมีเป้าหมาย แล้วสนุกขึ้นเยอะ การเรียนแบบนี้มีการกระตุ้นมาก ซึ่งกลไกสมองจะทำงานเป็นธรรมชาติ เพียงแต่ต้องออกแบบการเรียนรู้ให้ผู้เรียนไปเห็นความจริง ซึ่งจะสามารถโยงกลับมาถึงทฤษฎีได้ในภายหลัง

Step 4 application คือ การนำความรู้ที่ได้ไปใช้ได้ ประสบการณ์ใหม่ ก็จะเกิดวงจรใหม่ของการเรียนรู้ เป็นวงจรที่หมุนได้สูงขึ้นเรื่อยๆ

การเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม คือ การเข้าไปมีประสบการณ์ลงมือทำจริง ก็จะมีปฏิสัมพันธ์กับผู้คนต่างๆ เช่น คนไข้ ญาติ เพื่อนบ้าน อสม. พยาบาล นักสาธารณสุข นักกายภาพบำบัด เกษตรกร แพทย์ อาจารย์ พี่เลี้ยง ก็จะไปสัมพันธ์กับการสร้างทักษะชีวิต เวลาปฏิสัมพันธ์กัน ต้องรู้จักหรือรู้ทันตัวเอง รู้จักคนอื่น รู้จักบริบท รู้จักสังคม รู้จักศาสตร์ต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง การเรียนรู้แบบนี้ไม่ใช่จำกัดอยู่เฉพาะในส่วนของวิชาชีพและเทคนิค แต่จะต้องเรียนรู้ทักษะชีวิต และศาสตร์ทุกศาสตร์ ที่เกี่ยวข้องกับกรณีศึกษานั้นๆ

ประเด็นการเรียนรู้เพื่อสร้างการมีส่วนร่วมและรับผิดชอบต่อสังคม อาจารย์มีความคิดเห็นต่อเรื่องนี้ อย่างไรบ้าง

ผมคิดว่ามันต้องมีการบูรณาการ คือ เป็นการเชื่อม bio psycho social ทุกอันเลย

Social มันครอบคลุมถึงหลายๆ อย่างรวมทั้งครอบครัว สังคม สิ่งแวดล้อม

Psycho หมายถึงกลไกทางจิต mental model ซึ่งสัมพันธ์กับกลไกสมองซึ่งทำหน้าที่ 5 ข้อ และวงจร 2 วงจร ดังกล่าวข้างต้น ถ้าทุกคนได้เห็นกลไกอันนี้ของตัวเอง ก็จะเข้าใจได้ว่าผู้อื่นเขาก็มีกลไกแบบเดียวกับเรานี้ด้วย ซึ่งสัมพันธ์กับกลไกการทำงานของสมอง ที่ประกอบด้วยสมอง 3 ส่วน ได้แก่

1. สมองส่วนหลัง (hindbrain) หรือที่เรียกว่า “สมองตะกวด” ทำหน้าที่เกี่ยวกับด้านสัญชาตญาณ เพื่อการอยู่รอดปลอดภัย

2. สมองส่วนกลาง (midbrain) หรือที่เรียกว่า “สมองสุนัข” สมองส่วนนี้ทำหน้าที่เกี่ยวกับอารมณ์ คือ เป็น emotional center เพื่อการอยู่ร่วมกัน อารมณ์กับการอยู่ร่วมกัน มันมีปฏิสัมพันธ์ (interact) กัน ถ้าอารมณ์ดีก็อยู่ร่วม

กันด้วยดี ในทางกลับกัน ถ้าอยู่ร่วมกันด้วยดี ก็เกิดอารมณ์ดี Midbrain ยังทำหน้าที่เกี่ยวข้องกับการเรียนรู้ประทับใจระยะยาว ดังนั้นการเรียนรู้ต้องไปสัมผัสความจริงให้สะท้อนอารมณ์ จึงจะเกิดความจำระยะยาว อันนี้เป็นพื้นฐานว่าทำไมจึงต้องเรียนรู้จากความจริงหรือ learning by doing นอกจากนี้ยังเกี่ยวข้องกับแรงจูงใจ คืออยากทำ ต้องทำด้วยอารมณ์อยาก ไม่ใช่คิดอยาก เช่น การได้สัมผัสกับความทุกข์ยากของคนไข้จริงๆ เห็นเขาลำบาก ก็จะเกิดอารมณ์อยากช่วย

3. สมอส่วนหน้า (forebrain) หรือที่เรียกว่า “สมองมนุษย์” จะเป็นเรื่องของสติ เรื่องของปัญญา เรื่องของการรู้ตน รู้เขา เรื่องของการควบคุมตนเอง การยั้งคิด เรื่องของศีลธรรมที่รู้ได้ด้วยตัวเองว่าอะไรควรไม่ควรในกาลเทศะหนึ่งๆ ซึ่งเป็นศีลธรรมที่ระเบิดจากภายใน โดยไม่ต้องมีใครมาสอนไม่ว่าจะอยู่ต่อหน้าหรือลับหลังคนก็จะทำแบบที่คิดว่าอะไรดีอะไรไม่ดี อะไรควร ไม่ควร ด้วยตัวเอง

เรื่องของสมองสัมพันธ์กับกระบวนการเรียนรู้ เรามีสมอง 3 ส่วนและสมองส่วนหน้าทำงานช้ากว่าสมองส่วนหลังและส่วนกลาง นั่นคือเหตุผลมาช้า กว่าอารมณ์และการเอาตัวรอด เมื่อตระหนักตรงนี้ ก็จะอธิบายเกี่ยวกับพฤติกรรมของคนเราได้เยอะแยะ เรามักจะเอ๊ะ ทำไมเราแนะนำคนไข้ ให้ปรับพฤติกรรมแล้วไม่ยอมปรับ ก็ตอบได้ว่าก็เพราะว่าเหตุผลมาทีหลังไง คนส่วนใหญ่จะถูกครอบงำด้วยการคิดเอาตัวรอดและอารมณ์ ไม่ใช่เหตุผล

ทั้งหมดนี้เกี่ยวข้องกับกระบวนการเรียนรู้ ด้วยกลไกสมอง ได้แก่ วงจร 2 วงจร (วงจรการเกิดอารมณ์และพฤติกรรม และวงจรการเรียนรู้) และกลไกสมอง 3 ส่วน (สมองส่วนหลัง ส่วนกลาง และส่วนหน้า ที่ทำหน้าที่เพื่อการอยู่รอด อยู่ร่วม และอยู่อย่างมีความหมายตามลำดับ) สมอง 3 ส่วนนี้นับเป็นพื้นฐานที่ทำให้คนเราเกิดการรู้ตน คือ เข้าใจตัวเอง ว่าเรากำลังคิด พูด หรือทำด้วยสมองส่วนไหน เมื่อมีสติรู้ทันก็จะควบคุมตัวเองให้หันมาใช้สมองส่วนหน้ามากกว่าส่วนหลังและส่วนกลาง

หากฝึกฝนตนเองให้รู้จักใช้สมองส่วนหน้าให้เป็นนิสัยแล้ว เราก็จะใช้ชีวิตเพื่อการอยู่อย่างมีความหมาย ก็จะคิดทำประโยชน์ให้คนอื่นและส่วนรวม รับผิดชอบต่อสังคมได้มากยิ่งขึ้น

การทำงานของแพทย์เพื่อพัฒนาในเชิงระบบในพื้นที่ที่มีความซับซ้อนมาก เช่นการทำงานในเขตเมือง

เราจะมีกระบวนการพัฒนาพร้อม ๆ กับให้เกิดการเรียนรู้ได้อย่างไรบ้าง

จริงๆ ถึงแม้พื้นที่และเนื้อหาอาจจะต่างกัน แต่วิธีการ approach ผมว่าไม่ต่างกัน คือ approach ด้วยหลัก “**เข้าใจ เข้าถึง พัฒนา**” ซึ่งสัมพันธ์กับ “**ทฤษฎีสามเหลี่ยมขับเคลื่อนงาน**” ที่ผมได้พูดไว้ก่อนหน้านี้ นั่นคือ การเรียนรู้ทำให้เกิดการเข้าใจ เข้าใจปัญหา เข้าใจผู้คน เข้าใจตัวเรา เข้าใจเป้าหมายต่างๆ ส่วนการมีความสัมพันธ์ที่ดีนำไปสู่การเข้าถึง การเข้าถึงคือการรู้จักกัน ไว้วางใจกัน ศรัทธากัน เข้าถึงจิตใจกัน

เมื่อเรียนรู้คือเข้าใจ เมื่อสัมพันธ์ดี คือเข้าถึง ก็จะไปพัฒนางานให้ก้าวหน้าและยั่งยืนได้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งงานยากๆ ที่ต้องอาศัยการทำงานเป็นทีม และการมีส่วนร่วมของหลายๆ ภาคส่วน

สำหรับงานในเขตเมือง ผมเสนอว่า ให้เริ่มทดลองนำร่องในพื้นที่เล็กๆ ก่อน โดยไม่คิดว่าเราจะออกแบบวางแผน คิดแทน ทำแทน เอาองค์ความรู้ที่เรามีอยู่ทั้งหมดไปใส่ให้เขา แต่หันมาเรียนรู้จากชุมชน เรียนรู้จาก key person ทั้งหลายในพื้นที่นำร่อง ไปสร้างความสัมพันธ์ เข้าไปเรียนรู้ด้วยใจที่ว่างๆ ไม่มีธงในใจ ที่ตั้งเป้าว่า จะให้เขาทำอะไรตามใจเรา

ปัญหาคือว่า เมื่อเราไม่เข้าใจแล้วเราเอาสิ่งที่เราคิดว่าดีไปให้ อาจจะไม่สอดคล้อง หรือไม่ตรงกับที่เขาต้องการ ที่สำคัญเรายังไม่ได้สร้างความสัมพันธ์ให้เขารักเรา เชื่อถือ ไว้วางใจเรา มัวแต่ทำไปตามความคิดของเราเป็นหลัก ก็อาจไม่ประสบผลที่อยากได้

จริงๆ แล้วความเป็นแพทย์ไม่ยากที่จะสร้างความสัมพันธ์ เข้าถึงกันได้ เราบริการผู้ป่วยกับครอบครัวให้ดีๆ มันมีบาร์มี ถ้าเราทำด้วยความบริสุทธิ์ใจ และทำด้วยความตั้งใจที่ดี

เขตเมืองมีความยากจริง มีหลายหน่วยงาน ต่างคนต่างอยู่ ข้อมูลก็ไม่เชื่อมกัน ปัญหาใหญ่คือเราเห็นว่ามียาก เราท้อ เมื่อเจองานยาก เราต้องพัฒนาตัวเองให้เกิดสมรรถนะ 10 ข้อ ซึ่งประกอบด้วย 1. Self-control การควบคุมตนเอง 2. Change agent ผู้นำการเปลี่ยนแปลง 3. มีความสัมพันธ์ที่ดี 4. สื่อสารเป็น 5.สามารถประสานความแตกต่างทางอำนาจ ยิ่งต่างหน่วยงาน อำนาจมันต่างกัน ถ้าเราเป็นคนที่มี self-control เป็น change agent เราจะประสานความแตกต่างทางอำนาจได้ คือใช้อำนาจให้เกิดประโยชน์ เช่น ใช้อำนาจของผู้นำท้องถิ่น หน่วยงานต่างๆ 6.ประสานความแตกต่าง

ทางคุณค่า มาตรฐาน ความคาดหวัง การทำงานร่วมกัน 2 คนขึ้นไป ถึงแม้ทำงานเรื่องเดียวกัน จะเห็นคุณค่าต่างกัน ให้คุณค่าต่างกัน มีมาตรฐานต่างกัน มีความคาดหวังต่างกัน ทำอย่างไรที่เราจะไม่เอาความแตกต่างมาทำให้เกิดเป็นปัญหา แต่ประสานให้เกิดประโยชน์ 7.ประสานเป็นทีม ทำงานเป็นทีมให้ดี รวมทั้งกับชุมชนด้วย 8.มีเป้าหมายร่วม มีวิสัยทัศน์ร่วมกับทุกฝ่าย (common mission) 9.วางแผนร่วมกัน ไม่ใช่วางแผนจากเราฝ่ายเดียว 10.ช่วยกันแก้ปัญหา ใช้เครื่องมือในการแก้ปัญหา share resource ร่วมหาวิธีการแก้ปัญหาด้วยกัน

การสร้างคน ต้องสอนทักษะชีวิต (ซึ่งเป็นพื้นฐานของการพัฒนาสมรรถนะดังกล่าว) ควบคู่กับทักษะวิชาชีพ โดยการเรียนรู้จากความเป็นจริง เพราะในชีวิตจริง ต้องใช้ทักษะทั้ง 2 ด้านนี้ตลอดเวลา

ทั้งนี้ทักษะชีวิต 9 ข้อ ประกอบด้วย 1.การคิดวิจารณ์ (critical thinking) 2.การคิดสร้างสรรค์ (creative thinking) 3. การรู้ตน (self-awareness) 4.การเห็นอกเห็นใจผู้อื่น (empathy) 5.ความภูมิใจในตน (self esteem) 6.ความรับผิดชอบต่อสังคม (social responsibility) 7.ทักษะมนุษยสัมพันธ์และการสื่อสาร (interpersonal and communication skills) 8.ทักษะการตัดสินใจและการแก้ปัญหา (decision making and problem solving skills) 9.ทักษะการจัดการความเครียดและสร้างสุข (coping skills)

ทักษะชีวิต 9 ข้อนี้เป็นพลังภายใน ที่จะให้เรายืนหยัดทำงานโดยไม่ท้อ โดยผ่านกระบวนการเรียนรู้ตลอดเวลา ทำให้เรียนรู้ได้ทั้งความสำเร็จและความล้มเหลว ซึ่งไปโยงกับเรื่อง mindset ระหว่าง growth mindset กับ fixed mindset ซึ่ง growth mindset มองเป้าหมายการทำงานนั้นไม่ใช่มุ่งที่ความสำเร็จเท่านั้น แต่มุ่งเพื่อการเรียนรู้และพัฒนา (learning and growth) คือ สำเร็จก็เรียนรู้ว่าสำเร็จได้เพราะอะไร จะได้ทำให้ก้าวหน้ายิ่งขึ้น ถ้าไม่สำเร็จก็รู้ว่าไม่สำเร็จเพราะอะไร จะได้ไม่ทำซ้ำ และปรับปรุงแก้ไขให้ดีขึ้น

ในปัจจุบันมีการพูดถึง transformative learning หรือการเรียนรู้เพื่อการเปลี่ยนแปลง ในมุมมองของผม การเปลี่ยนแปลงที่เป็นพื้นฐานสำคัญก็คือ การปรับ mindset เพราะเมื่อเปลี่ยน mindset ทุกอย่างก็จะเปลี่ยนหมด คือเปลี่ยนวิธีการอยู่ร่วม เปลี่ยนวิธีการทำงาน และหันมาดูแลตนเองมากขึ้น เช่น ออกกำลังกายเพิ่มขึ้น จึงต้องมุ่งสอนให้เปลี่ยน mindset ให้เปิดใจ ไม่ยึดติดกรอบต่างๆ สามารถ

เรียนรู้จากทุกคนทุกสิ่งได้ในทุกที่และทุกเวลา

การเรียนรู้ในแนวที่พูดมาทั้งหมดนี้ ผู้ที่ทำหน้าที่เป็นครู ผู้สอนแนะ ก็จำเป็นต้องปรับบทบาทใหม่ ไม่ใช่เป็นเพียงผู้สอน หรือผู้ถ่ายทอดความรู้เพียงด้านเดียว แต่จะเป็นผู้เรียนรู้ด้วย และเป็นทั้ง facilitator, coach, mentor เป็นครูที่เรียนรู้ตลอดเวลา

สิ่งที่ฝากสุดท้าย

ขอตอกย้ำ การทำงานต้องใช้ “ทฤษฎีสามเหลี่ยมขับเคลื่อนงาน” และหลัก “เข้าใจ เข้าถึง พัฒนา”

การเรียนรู้ ขอให้มีความสำคัญกับการเรียนรู้จากการปฏิบัติ ซึ่งก็คือการเรียนรู้จากงานประจำ ซึ่งผมเรียกว่า From Routine to Learning หรือ R2L โดยเรียนรู้จากการทบทวนตัวเอง ทบทวนงานที่ทำร่วมกับทีม ร่วมกับคนที่เกี่ยวข้องบ่อยๆ

การสร้างความสัมพันธ์ที่ดีให้เกิดการเข้าใจเข้าถึงผู้คนต่างๆ ต้องมีกระบวนการฟังให้เป็น ฟังคนให้ได้ และให้มี self-control

งานที่ทำบางทีมันยาก เกี่ยวข้องกับปัจจัยเยอะแยะ ต้องยืนหยัดทดลองทำงานนำร่องในพื้นที่เล็ก ๆ หรือเริ่มจากผู้ป่วย 1 ราย หรือ 1 ครอบครัวก่อน เป็นการซ้อมมือเพื่อสร้างความรู้และทักษะ และพัฒนาเครือข่ายให้เข้มแข็ง ทำให้เกิดจาก small success ซึ่งไม่ยาก ถ้ารู้จักถ่อมตัว เปิดใจ เรียนรู้ตลอดเวลา ก็จะทำให้พื้นที่เล็กๆ นั้นเกิดความสำเร็จได้ในที่สุด

Small success ก่อให้เกิดพลังภายในที่จะเข้าสู่การทำงานที่ยากขึ้น ทั้งหมดนี้จะเชื่อมกับการทำงานอย่างมีความสุข มีกำลังใจที่จะเดินไปสู่เป้าหมาย ได้อยู่ตลอดเวลา

Affective Domain Learning in Medical Education for Humanized Health Care: part 1

*Satang Supapon, MD
Diploma Thai Board of Family Medicine
Department of Social Medicine,
Khon Kaen Hospital
Email: satang106@gmail.com*

Abstract

Establishing empathy and humanized care competency for undergraduate doctors requires an understanding of mind management. The medical teachers must practice understanding and deal with the mind and emotions of both themselves and others in order to build up the competency in medical students. The preparation affective domain learning process in medical education is understanding the meaning and expression of emotion in the medical context. Medical teachers must practice affective domain teaching skills by observing their own feeling, practicing managing emotional frustration of themselves and others, by practicing important basic skills in understanding and healing the patient's feelings, including deep listening skills and reflection skills. Teachers themselves would be a good role models and know how to build these skills in medical students, to facilitate basic emotional healing for the patients.

Keywords: medical education, affective domain, empathy, humanized care, humanization

การจัดการเรียนรู้ด้านจิตพิสัย ในแพทยศาสตรศึกษาเพื่อผลิตแพทย์ที่ “เก่ง ดี มีสุขและมีหัวใจความเป็นมนุษย์” (ตอนที่ 1)

นพ. สดางค์ ศุภผล

ว. เวชศาสตร์ครอบครัว

กลุ่มงานเวชกรรมสังคม

โรงพยาบาลขอนแก่น

Email: satang106@gmail.com

บทคัดย่อ

การสร้างคุณลักษณะด้านความเข้าใจความรู้สึก (Empathy) และการดูแลด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ (Humanized care) สำหรับแพทย์ ต้องใช้ความเข้าใจด้านการจัดการเรียนรู้ด้านจิตพิสัย (Affective domain of learning) ซึ่งครูแพทย์ต้องฝึกฝนการเข้าใจและรับมือกับความรู้สึกของทั้งตนเองและผู้อื่น เพื่อเสริมสร้างคุณลักษณะดังกล่าวให้กับนักศึกษาแพทย์ได้ กระบวนการเตรียมตัวเพื่อจัดการเรียนรู้ในเรื่องนี้ ได้แก่ การทำความเข้าใจเกี่ยวกับความหมายและการแสดงออกถึงความเข้าใจความรู้สึกในบริบททางการแพทย์ ครูแพทย์ต้องฝึกฝนในการสังเกตรับรู้ความรู้สึก ฝึกการจัดการอารมณ์ความรู้สึกของตนเองและผู้อื่น ฝึกฝนทักษะพื้นฐานสำคัญในการเข้าใจและเยียวยาความรู้สึกของผู้ป่วย ได้แก่ ทักษะการฟังอย่างลึกซึ้ง และทักษะการสะท้อนความห่วงใย เพื่อให้เป็นตัวอย่างที่ดีและรู้วิธีการเสริมสร้างทักษะเหล่านี้ให้กับนักศึกษาแพทย์เพื่อให้เป็นผู้ที่จะเยียวยาจิตใจเบื้องต้นให้กับผู้ป่วยได้

คำสำคัญ: แพทยศาสตรศึกษา, การเรียนรู้ด้านจิตพิสัย, ความเห็นอกเห็นใจ, การดูแลด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์

บทนำ

การพัฒนาทักษะด้านจิตพิสัย (Affective domain) ของวิชาชีพแพทย์ มีความสำคัญอย่างมากต่อการสร้างคุณลักษณะของแพทย์ที่เราต้องการในปัจจุบัน ปัจจุบันสังคมต้องการแพทย์ที่ทั้ง “เก่ง” คือ มีความสามารถด้านวิชาการ “ดี” คือ มีจริยธรรมและดูแลผู้ป่วยด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ และ “มีสุข” คือ ปรับตัวคงอยู่ในระบบบริการสาธารณสุขที่อาจจะมีความจำกัฏต่างๆ นานาได้อย่างมีแรงบันดาลใจและพร้อมที่จะเอื้อประโยชน์สุขแก่สังคม

เมื่อ “จิตพิสัย” เป็นเรื่องภายใน เป็นเรื่องเกี่ยวกับความรู้สึก นึกคิด จิตสำนึก ซึ่งเกี่ยวเนื่องกับความเชื่อ ประสบการณ์ การเรียนรู้ที่ผ่านการเติบโตมาของแต่ละบุคคล การเรียนการสอนที่เน้นจะพัฒนาจิตสำนึกและจิตใจของผู้เรียน จึงควรเกี่ยวเนื่องกับการเข้าใจความคิด การรับรู้ ความเชื่อ และความรู้สึกของตนเองและผู้อื่นซึ่งมีประสบการณ์ที่นำไปแตกต่างกัน จะทำให้ผู้เรียนได้เรียนรู้ที่จะเชื่อมโยงจิตใจกับผู้อื่น เข้าใจความรู้สึกที่แท้จริงของความเป็นมนุษย์ และนำไปสู่การพัฒนา “จิตใจ” ให้สงบ มั่นคง และมีเมตตา อันจะกำหนด “ความดีงาม” และ “ความสุข” ภายในของแต่ละบุคคล

หลักสูตรแพทยศาสตรศึกษาในปัจจุบัน การออกแบบหลักสูตรนั้นมีการกล่าวถึง กระบวนการเรียนรู้ทั้ง 3 ด้าน ตามหลักการเรียนรู้เบื้องต้นที่ได้รับการยอมรับทั่วไป ได้แก่ ด้านพุทธิพิสัย (Cognitive domain) ด้านจิตพิสัย (Affective domain) และด้านทักษะพิสัย (Psycho-motor domain) แต่เมื่อพิจารณากระบวนการจัดการเรียนการสอน ในความเป็นจริง พบว่า ยังขาดแนวทางและวิธีการที่มีประสิทธิภาพในการจัดการเรียนรู้ด้านจิตพิสัย ไม่ว่าจะเป็นในวิชาทางการแพทย์ หรือ วิชาที่ต้องการพัฒนาด้านจิตพิสัยของผู้เรียนโดยตรง เช่น วิชาจริยธรรมทางการแพทย์ (Medical ethics) วิชาพัฒนาความเป็นวิชาชีพแพทย์ (Professionalism) การสอนให้เป็นแพทย์ที่มีความสุขและสามารถดูแลผู้ป่วยด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ (Humanized care) ก็เช่นกัน ต้องใช้กระบวนการเรียนรู้ด้านจิตพิสัย ให้เข้าใจตนเองและผู้อื่นสามารถใช้ “ทักษะมนุษย์” ภายในตัวเองเพื่อดูแลเยียวยาทุกข์สุขภายในจิตใจตัวเอง และผู้อื่นได้¹

ความหมายของจิตพิสัย

ฮอปกินส์และแอนทิส (Hopkins and Antes, 1990)² กล่าวว่า “จิตพิสัย” เป็นกระบวนการภายในของมนุษย์ เช่น อารมณ์ ความรู้สึก ความสนใจ เจตคติ ค่านิยม การพัฒนาคุณลักษณะ และแรงจูงใจ อีเบล (Ebel, 1986)³ กล่าวว่า จิตพิสัยเป็นความรู้สึก หรือ อารมณ์ของบุคคล มากกว่าความคิดหรือความเข้าใจ เป็นความชอบ/ไม่ชอบ ความพึงพอใจ/ไม่พอใจ ความเชื่อมั่น/ไม่เชื่อมั่น อุดมคติและค่านิยม ดังนั้น จิตพิสัยจึงเป็นคุณลักษณะภายในของคน แล้วแสดงพฤติกรรมหรือการกระทำออกมาตามอารมณ์ความรู้สึก ไม่ว่าจะในด้านความสนใจ เจตคติ ความชื่นชมค่านิยม จนพัฒนาเป็นคุณลักษณะของตนเอง

ผู้เรียนที่มีทักษะด้านจิตพิสัย จะสามารถพัฒนาความพึงพอใจในตนเอง ความมั่นใจในตัวเอง แรงบันดาลใจในชีวิต การเห็นคุณค่าของชีวิตตนเอง เกิดเป็นความมุ่งมั่นเพียรพยายามต่อความสำเร็จในชีวิต ในขณะเดียวกันก็สามารถจะรับรู้ความรู้สึกของผู้อื่น ให้ความรัก ความเมตตา เอื้ออาทรแก่ผู้อื่นได้

การจัดการเรียนรู้ด้านจิตพิสัย เพื่อพัฒนาคุณลักษณะอันพึงประสงค์ของการเป็นแพทย์หรือบุคลากรทางการแพทย์ มีความสำคัญและท้าทายในการจัดการเรียนรู้ และมีกลวิธีหลากหลายในการสร้างคุณลักษณะนี้ ได้แก่ การรับรู้และเข้าใจความรู้สึก (Empathy) เพื่อจะนำไปสู่การสามารถดูแลด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ (Humanized care)⁴

ซาแมนธาและคณะ (Samantha A. Batt-Rowden et al., 2013)⁵ ทำการรวบรวมหลักฐานเชิงประจักษ์เกี่ยวกับกลวิธีการเรียนรู้เพื่อสร้าง empathy ให้กับนักศึกษาแพทย์ ได้สืบค้นการวิจัยได้จำนวน 18 งานวิจัย ทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ นำมาทบทวนพบว่า กลวิธีการสอน empathy ที่มีการใช้มีหลากหลาย ได้แก่ การใช้เรื่องเล่าของผู้ป่วย และศิลปะสร้างสรรค์ (patient narrative and creative arts) การเขียนเรื่องเล่า (writing) การใช้การแสดงละคร (drama) การฝึกทักษะการสื่อสาร (communication skill training) การเรียนรู้จากกรณีปัญหา (problem-based learning) การฝึกทักษะการทำงานระหว่างวิชาชีพ (interprofessional skill training) การสัมภาษณ์ผู้ป่วย (patient interviews) การเรียนรู้ผ่านประสบการณ์ (experiential learning) การฝึกอบรมเรื่องการเข้าใจความรู้สึกโดยเฉพาะ (empathy-focused training) และ พบว่า กลวิธีการสอน empathy

เหล่านี้ได้ผล ทำให้นักศึกษาแพทย์มี empathy ต่อผู้ป่วยเพิ่มขึ้นได้จริงด้วยการวัดผลโดยการสะท้อนตนเอง การใช้แบบวัดมาตรฐาน

การสร้างทักษะการรับรู้และเข้าใจความรู้สึก (Empathy)

ในบทความส่วนนี้ ผู้เขียนได้ถอดบทเรียนจากประสบการณ์ของผู้เขียนเองในการศึกษาแนวทางการจัดการเรียนรู้สร้างทักษะการรับรู้และเข้าใจความรู้สึกและการดูแลผู้ป่วยด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ให้กับนักศึกษาแพทย์ ประกอบกับหลักการจิตวิทยาการสื่อสารและการบำบัดจิตใจ โดยมุ่งหวังให้ผู้อ่านได้เข้าใจแนวทางการทำความเข้าใจการเรียนรู้ด้านจิตพิสัยมากขึ้น

ความหมายของ “การเข้าใจความรู้สึก” หรือ empathy มีนิยามสั้นๆ ว่า ความสามารถในการเข้าใจประสบการณ์ภายในของคนอื่นเหมือนกับเราเป็นตัวเรา⁶ ซึ่ง “ประสบการณ์ภายใน” หมายถึง ความคิด ความเชื่อ ความรู้สึก ความปรารถนา และความเป็นตัวตน เป็นต้น เมื่อเรารับรู้และเข้าใจความรู้สึกของอีกคนอย่างแท้จริง ความเข้าใจอย่างลึกซึ้ง การยอมรับความเป็นตัวเขาที่แตกต่างจากเรา และการให้ความเมตตาช่วยเหลือในฐานะเพื่อนมนุษย์ด้วยกันจะเกิดขึ้นได้

นิยามเพิ่มเติมที่ทำให้เห็นว่าการรับรู้เข้าใจความรู้สึกเป็นทักษะของมนุษย์ที่มีความซับซ้อน มีองค์ประกอบหลักๆ 3 องค์ประกอบคือ ร่างกาย จิตใจ และความคิด⁷ มีดังนี้

การรับรู้เข้าใจความรู้สึกผ่านทางร่างกาย (Somatic empathy) เป็นความสามารถในการตอบสนองตามสัญชาตญาณตามธรรมชาติของสมอง เมื่อคนตรงหน้ารู้สึกอย่างไรเราจะรู้สึกอย่างนั้นได้โดยอัตโนมัติ ในปัจจุบันทราบกันแล้วว่า เป็นการทำงานของ mirror neuron ของสมองมนุษย์

การรับรู้เข้าใจความรู้สึกผ่านความคิดและประสบการณ์ (Cognitive empathy) เป็นความสามารถในการทำความเข้าใจคนอื่นจากความเข้าใจที่มาของความรู้สึก ไม่ใช่การรับรู้ความรู้สึกโดยตรง โดยอาจจะเคยมีประสบการณ์ร่วมกันหรือไม่ก็ได้ ซึ่งต้องระวังว่า ความเข้าใจนั้นอาจจะเป็นสิ่งที่เราคิดคาดเดาเทียบเคียงกับประสบการณ์ของตัวเอง มากกว่าที่จะเป็นความรู้สึกของคนๆ นั้นจริงๆ เช่น เมื่อเรารับรู้ว่า คนๆ หนึ่งมีคณិតเสียชีวิต เราก็รับรู้และเข้าใจว่า เขาก็คงเศร้า

เสียใจกับการสูญเสีย โดยที่ยังไม่ได้รับรู้อารมณ์ความรู้สึกที่แท้จริงของเขาก็ได้ ข้อดีของการเข้าใจความรู้สึกผ่านความคิด คือสามารถเข้าใจคนตรงหน้าโดยไม่จมกับความรู้สึกของคนตรงหน้า จะสามารถช่วยคิดแก้ปัญหาได้ แต่อาจจะไม่มีประสิทธิภาพในการช่วยเหลือ เพราะการตอบสนองอาจจะคลาดเคลื่อนจากความรู้สึกจริงๆ ในตัวเขา การแนะนำจะมีแนวโน้มมาจากประสบการณ์ตนเองมากกว่าประสบ การณ์ของตัวเขา อาจมองโลกในแง่ดีเกินไป เพราะไม่ได้เข้าใจและรับรู้ความรู้สึกนั้นอย่างแท้จริง บางครั้งทางแก้ปัญหาที่อาจจะเป็นไปได้ แต่อาจจะไม่ได้รับการยอมรับด้วย “ใจ” ของผู้ที่มีปัญหา ที่ต้องการการเยียวยาความรู้สึกก่อน เพื่อให้เกิดพลังใจที่จะไปแก้ไขปัญหาอย่างที่เราควรจะทำ

การรับรู้เข้าใจความรู้สึก (Affective empathy หรือ emotional empathy) เป็นความสามารถในการรับรู้และเข้าใจความรู้สึกของคนอื่นในปัจจุบันขณะที่เรายู่กับเขา รับรู้ความรู้สึกของคนตรงหน้าได้ และรู้สึกไปกับเขาด้วย และสามารถที่จะตอบสนองกับความรู้สึกนั้นได้อย่างเหมาะสมกับอารมณ์ความรู้สึกที่เกิดขึ้นในขณะนั้น และเกิดความรู้สึกสงสาร เห็นใจได้อย่างแท้จริง ข้อดี คือ เกิดความรู้สึกเข้าใจในความรู้สึกต่อปัญหาอย่างแท้จริง สามารถให้ความเห็นอกเห็นใจได้อย่างเป็นธรรมชาติ ผู้ที่มีปัญหาจะรู้สึกว่าได้รับการยอมรับความรู้สึก ได้รับการเข้าใจความรู้สึก หรือห้วอกเดียวกัน จะเกิดความรู้สึกว่าตัวเองไม่โดดเดี่ยวมีเพื่อนที่จะต่อสู้ปัญหาไปด้วยกัน แต่ข้อเสียคือ ในขณะที่รับรู้ความรู้สึกนั้น อาจจะยังจมอยู่ในความรู้สึกแบบเดียวกันนั้น จนไม่สามารถจะให้ความช่วยเหลือได้ (sympathy) เพราะความรู้สึกที่จมอยู่นั้นจะทำให้คิดมองไปมุ่มมองเดียวกับผู้ที่มีปัญหาจนไม่สามารถมองต่างมุมเพื่อช่วยคิดเพื่อแนะนำทางเลือกในการแก้ปัญหาได้

หากเราฝึกฝนสังเกตตัวเองให้ชัดเจน เราอาจจะเริ่มเห็นว่า เวลาเราให้ความเข้าใจความรู้สึกกับคนอื่น เราให้ความเข้าใจความรู้สึกแบบใด แต่ละอย่างก็มีผลลัพธ์ที่ต่างกัน

สิ่งที่คาดหวังของการดูแลด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ (Humanized care) คือ ความสามารถในการเข้าใจความรู้สึกแบบ affective empathy หรือ emotional empathy ซึ่งจะมีผลในเชิงการเยียวยาจิตใจ เพราะการที่คนเราได้รับการเข้าใจและตอบสนองด้วยความรู้สึกจริงๆ จะมีผลต่อประสบการณ์ภายในได้มากกว่าการใช้ความคิดและเหตุผล ซึ่งการที่คนเราสามารถจัดการแก้ไขความขัดแย้งความคับข้อง

ของความรู้สึกภายในได้ หมายถึง การได้รับการเยียวยาความรู้สึก (Healing) นั่นเอง

ดังนั้น การที่เรามีทักษะในการรับรู้และเข้าใจความรู้สึก (Empathy) จะนำไปสู่การเป็นผู้เยียวยาจิตใจ (Healer) ซึ่งเป็นทักษะพื้นฐานที่สำคัญอย่างหนึ่งของการเป็นแพทย์ที่แท้จริง

Empathy, Sympathy และ Compassion ต่างกันอย่างไร

เมื่อเราทำความเข้าใจเกี่ยวกับ empathy เรามักจะเห็นคำว่า sympathy ควบคู่มาด้วย

Sympathy หรือการเห็นอกเห็นใจ หรือความสงสาร คือเมื่อเรามีความรู้สึกร่วมและอยากให้ความช่วยเหลือ แต่ไม่ได้ใช้วิธีที่เหมาะสมในการช่วยให้เขาได้จัดการกับความรู้สึกนั้น อาจจะกลายเป็นการร่วมจมอยู่กับความรู้สึกนั้นของเขา หรือ ใช้เหตุผลง่ายๆ ในการปิดความรู้สึกนั้นออกไปจากตัวเราและตัวเขา เช่น อย่าไปคิดถึงมันเลย เลิกรู้สึกอย่างนั้นเถอะ ซึ่งต่างกับ empathy เพราะ empathy คือ เมื่อเรามีความรู้สึกเข้าอกเข้าใจเห็นใจเขาแล้ว เรามีสติและความตระหนักในการจัดการความรู้สึกนั้นได้ และรู้ว่า เราจะจัดกับความรู้สึกนั้นในตัวเองได้อย่างไร ดังนั้น หากจะอธิบายความหมายของคำว่า empathy ในภาษาไทยให้ชัดเจนขึ้น ผู้เขียนมีความเห็นว่า อาจจะใช้คำว่า “การรับรู้ เข้าใจและช่วยจัดการความรู้สึก”

ในขณะที่ช่วยเหลือเยียวยาผู้อื่น หากเรา sympathy ไปกับเขา มักจะทำให้เราไม่ได้ตระหนักรู้ว่า เรากำลังรู้สึกร่วมกับเขามากไปจนรับเอาความรู้สึกนั้นมาเป็นของตนเองและอาจจะไม่สามารถจัดการความรู้สึกนั้นได้ กลายเป็นจมกับความรู้สึกร่วมกันไปอย่างนั้น หรือ หลีกหนีที่จะจัดการความรู้สึกนั้น ทำให้ไม่เกิดกระบวนการจัดการความรู้สึกที่เกิดขึ้น

ดังนั้น เวลาเราเป็นผู้ที่จะช่วยเหลือและเยียวยาความรู้สึกให้กับผู้อื่น เราจึงต้องฝึกฝนให้มีสติในการรับรู้อยู่กับความรู้สึกนั้นและรู้วิธีการจัดการความรู้สึกนั้นให้คลี่คลาย ต้องเข้าใจและรับรู้ความรู้สึกนั้นได้อย่างแท้จริง แต่ก็ต้องระมัดระวัง ไม่ให้จมอยู่กับความรู้สึกนั้น หรือหนีจากความรู้สึกนั้นเร็วเกินไปจนไม่ได้จัดการความรู้สึกนั้น เราจะต้องฝึกสร้างสมดุลระหว่างการอยู่กับความรู้สึกนั้นกับการปล่อยวางความรู้สึกนั้น ถ้าเราทำได้ เราจะทำ empathy คน

อื่นๆ ได้ดีขึ้น⁷

ส่วน compassion หรือ ความกรุณา เป็นความปรารถนาที่จะทำอะไรสักอย่างเพื่อให้คนอื่นๆ นั้นทุกข์ใจน้อยลง ซึ่งจะเป็นผลลัพธ์ตามมาจากการที่เรา empathy คนๆ นั้นได้อย่างแท้จริง

ดังนั้น compassionate empathy คือ ความสามารถในการแสดงความเห็นอกเห็นใจด้วยการเข้าใจความรู้สึกได้ และขณะเดียวกันก็ปล่อยวางความรู้สึกร่วมนั้น มาใช้ความเข้าใจในมุมมองอื่นๆ เพื่อช่วยในการแก้ปัญหา ซึ่งจะมีโอกาสทำให้เกิดการแก้ไขที่สาเหตุของปัญหาได้อย่างแท้จริง ทั้งในแบบที่เราสามารถทำอะไรบางอย่างเพื่อช่วยเหลือ และแนะนำทางแก้ไขปัญหาที่สอดคล้องกับความคิดความรู้สึกที่แท้จริงของผู้มีปัญหาได้มากที่สุด คือ ให้ความเห็นอกเห็นใจเข้าใจเพื่อช่วยเยียวยาความรู้สึก แล้วกระทำการช่วยเหลือด้วยปัญญาเพื่อแก้ไขต้นตอแห่งการเกิดความรู้สึกนั้นๆ

แนวทางการพัฒนาทักษะสนับสนุนการจัดกระบวนการเรียนการสอนด้านจิตพิสัย (Affective domain learning teaching skill)

จากประสบการณ์การจัดการเรียนรู้เรื่อง การดูแลผู้ป่วยด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ (Humanized health care) และการสื่อสารเพื่อเยียวยาความรู้สึก (Empathic communication) ที่ผ่านมาของผู้เขียนเอง การที่จะสอนเรื่องเหล่านี้ได้ดี อาจารย์ผู้สอนจะต้องเรียนรู้ และฝึกฝนทักษะการเข้าใจ รับรู้ และรับมือกับ “ความรู้สึก (Emotion or Feeling)” เพื่อใช้ความรู้สึกของผู้เรียนให้เป็นประโยชน์ในการเรียนรู้ (Feeling drive learning) รวมทั้งฝึกฝนให้มีทักษะในการเปิดพื้นที่ความรู้สึกทั้งเชิงลบและเชิงบวก และทักษะในการจัดการเยียวยาความรู้สึกเชิงลบของผู้เรียนเมื่อมีความจำเป็น¹ ข้อเสนอแนะของผู้เขียนสำหรับอาจารย์แพทย์ในการฝึกฝนการเข้าใจ รับรู้ และจัดการความรู้สึก ทำได้ดังนี้

1. การฝึกฝนการเข้าใจรับรู้และรับมือกับความรู้สึก (Emotional intelligence)

การพัฒนาของมนุษย์เพื่อปรับตัวและแก้ปัญหาต่าง ๆ ในชีวิตในด้านอารมณ์ความรู้สึก ได้แก่

1.1 การพัฒนาการรับรู้และรับมือกับอารมณ์ของตนเอง

1.1.1 ตระหนักรับรู้ยอมรับความรู้สึกของตัวเอง บางครั้งเราอาจจะปฏิเสธความรู้สึกที่เกิดขึ้น ซึ่งจะไม่นำไปสู่การจัดการความรู้สึก เพราะแม้ปฏิเสธว่าไม่ได้รู้สึก แต่ความรู้สึกนั้นก็จะยังคงอยู่และเกิดขึ้นซ้ำๆ วนเวียนในใจได้ ถ้าไม่ถูกนำมาจัดการ การตระหนักและยอมรับ จะทำให้เกิดการนำเอาความรู้สึกนั้นมาจัดการ นอกจากนี้ การฝึกกระบวนการอารมณ์ความรู้สึกที่เกิดขึ้นคือ อารมณ์ความรู้สึกอะไร เช่น โกรธ เสียใจ น้อยใจ หงุดหงิด ละอายใจ มีความสุข ภาควิไมใจ จะทำให้เราเกิดความตระหนักรู้และยอมรับได้มากขึ้น

1.1.2 ยับยั้งจิตใจการกระทำตามความรู้สึกได้ แค่อะไรก็รับรู้เข้าใจว่า ความรู้สึกเกิดขึ้นได้เป็นธรรมชาติ เกิดขึ้นและหายไปเองได้ เราเลือกที่จะตอบสนองต่อความรู้สึกต่างไปจากที่เคยชินได้ เช่น เวลาโกรธเราก็ไม่ต้องแสดงออกเสมอไป เมื่อเราตระหนักรู้ว่าเราโกรธ และหยุดคิดพิจารณา ไม่แสดงอารมณ์ออกไปทันที เราจะเลือกวิธีการแสดงออก ความโกรธที่เหมาะสมได้ ซึ่งต้องฝึกฝนให้รู้ทันอารมณ์ที่กำลังเกิดขึ้น จึงจะมีสติในการเลือกการแสดงออกได้

1.1.3 ปล่องวางไม่จมกับความรู้สึกมากเกินไป ทำได้โดยการเข้าใจธรรมชาติของจิตใจ ว่า เมื่อรู้ตัวได้เร็วว่า เรากำลังมีอารมณ์ความรู้สึกอะไร จะทำให้เราสามารถปล่อยวางอารมณ์นั้นได้เร็วขึ้น การปล่อยวางจะทำให้เราหันมาใช้ในการคิดใคร่ครวญในการจัดการกับอารมณ์ความรู้สึกที่เกิดขึ้นได้มากกว่าการยังจมอยู่กับความรู้สึกนั้นๆ

1.1.4 จัดการความรู้สึกเพื่อเปลี่ยนแปลงความรู้สึก จากเชิงลบเป็นเชิงบวกได้ คือ การฝึกฝนมองความรู้สึกเชิงลบในแง่บวก เช่น เราเศร้า เพราะเรากำลังให้คุณค่ากับเรื่องนั้น เราโกรธ เพราะเรารู้ว่า เรากำลังดูแลความต้องการของตัวเอง เรารู้สึกผิด เพราะเราปรารถนาดีต่อตัวเอง เราเบื่อหน่าย เพราะเรารู้ว่าอะไรที่จะดีและเป็นประโยชน์กับเรามากที่สุด เป็นต้น

1.2 การพัฒนาการรับรู้และรับมือกับอารมณ์ของผู้อื่น

กระบวนการจะมีความคล้ายคลึงกับการพัฒนาการรับรู้และรับมือกับอารมณ์ความรู้สึกของตนเอง การที่เราทำได้ด้วยตนเองแล้ว จะทำให้เราช่วยให้คนอื่นทำได้เหมือนเราได้ง่ายขึ้น แต่ยังคงต้องมีการฝึกฝนการใส่ใจจากตัวเราไปยังคนที่เราจะช่วยเหลือ แนวทางการฝึกฝน ได้แก่

1.2.1 รับรู้และยอมรับความรู้สึกของผู้อื่น ไม่ต่อต้าน ไม่มีอคติคิดตัดสินว่า เขาควรมีหรือไม่ควรมีอารมณ์เหล่านั้น เพราะอารมณ์ความรู้สึกเกิดขึ้นเป็นธรรมชาติในตัวของแต่ละบุคคล และแตกต่างกันไปตามประสบการณ์ ความคิด ความเชื่อ และบริบทชีวิต ทำให้การยอมรับของเราจะทำให้เขาปลอดภัยที่จะแสดงความรู้สึกที่แท้จริง และยอมรับความรู้สึกของตัวเองได้มากขึ้นด้วย

1.2.2 สะท้อนความรู้สึกและตอบสนองต่อความรู้สึกของผู้อื่นได้อย่างเหมาะสม เราจะแสดงความรู้สึกและเข้าใจความรู้สึกของผู้อื่น ให้เขาได้รับรู้ว่าเราเข้าใจความรู้สึกของเขาอีกด้วย การสะท้อนด้วยคำพูดและการแสดงออกตอบสนองต่อความรู้สึกของเขาได้อย่างเข้าใจความรู้สึกที่เขาจริง ๆ นอกจากเขาจะรู้สึกว่ามีคนเข้าใจแล้ว ยังจะทำให้เขาเรียนรู้และเข้าใจความรู้สึกของตัวเองได้มากขึ้นจากการสะท้อนและการแสดงออกของเราด้วย

1.2.3 ช่วยให้ผู้อื่นรับมือกับความรู้สึกของตัวเองได้ โดยผ่านการรับฟังและให้ความเข้าใจในความรู้สึกอย่างแท้จริง ต้องระวังในการมุ่งไปสู่การคิดแก้ปัญหา เพราะว่าการจัดการความรู้สึก คือ การยอมรับ เข้าใจที่มาที่ไป และเปลี่ยนมุมมองต่อความรู้สึก มากกว่าการที่จะมุ่งไปที่แก้ไขที่ปัญหาที่ทำให้เกิดความรู้สึกนั้น

2. ฝึกฝนการดูแลเยียวยาความรู้สึกตนเอง (Self-healing)

การดูแลเยียวยาจิตใจตัวเอง (self-healing) เป็นเรื่องของการดูแลร่างกายและจิตใจไปพร้อม ๆ กัน เพราะถ้าแพทย์ไม่รู้จักดูแลร่างกายและจิตใจของตัวเอง ก็เป็นเรื่องยากมาก (หรืออาจเป็นไปได้) ที่จะดูแลเยียวยาจิตใจผู้ป่วยได้ แพทย์จะดูแลจิตใจคนอื่นได้อย่างรู้เท่าทันแพทย์หมดแรงใจ หมดกำลังใจ ขาดแรงบันดาลใจ และมีสภาพจิตใจที่เป็นทุกข์ กังวล คับข้องใจ

แนวทางการฝึกฝนการดูแลเยียวยาจิตใจตนเอง (Self-healing) ได้แก่

2.1 ฝึกการรับรู้อารมณ์ความรู้สึกในปัจจุบันขณะ เมื่อมีอารมณ์ใดเกิดขึ้น รับรู้ ไม่จมกับอารมณ์ และไม่หลีกเลี่ยงอารมณ์นั้นเร็วเกินไป ฝึกรับรู้ว่าขณะนี้อารมณ์เกิดขึ้น ขณะนี้อารมณ์หายไป

2.2 ใช้เวลาในการเผชิญกับการเกิดขึ้นของอารมณ์ ความรู้สึก โดยเฉพาะความรู้สึกเชิงลบที่ทำให้เกิดความทุกข์ คับข้องใจ

2.3 ฝึกใคร่ครวญให้เกิดความเข้าใจที่มากขึ้นของสภาวะจิตใจที่มีความทุกข์ในตัวเอง มองอารมณ์ความรู้สึกที่เกิดขึ้นอย่างลึกซึ้ง เพื่อเห็นเหตุ และปัจจัย ที่ทำให้อารมณ์นั้นเกิดขึ้น และดับไป

2.4 ฝึกการปล่อยวางความรู้สึก ซึ่งก็คือ ทำให้เรารับมือกับความรู้สึกของตัวเองได้

- **ขั้นตอนที่ 1 “รับรู้และตระหนัก”** ถึงความรู้สึกที่เกิดขึ้นก่อน รับรู้ว่ามันเกิดขึ้นจริงในร่างกายและจิตใจของเรา และสามารถบอกได้ว่ามันเป็นความรู้สึกอะไร (Awareness)
- **ขั้นตอนที่ 2 “ทำความเข้าใจ”** ใคร่ครวญให้เห็นที่มาที่ไปสาเหตุของความรู้สึกนั้น (Understanding) ซึ่งจะทำให้เรามองเกิดการรับรู้ความรู้สึกนั้นด้วยความเข้าใจเหตุผล
- **ขั้นตอนที่ 3 “ยอมรับ”** ว่ามีที่มาที่ไปที่เกิดความรู้สึกแบบนี้ เป็นธรรมชาติของชีวิต และทุกคนเกิดความรู้สึกแบบนี้ได้ ยอมรับว่าความรู้สึกนี้เป็นส่วนหนึ่งของชีวิตเรา (Acceptance)
- **ขั้นตอนที่ 4 “ชื่นชม” และ “ขอบคุณ”** ความรู้สึกนี้ที่ผลักดันให้เราเติบโต เข้มแข็ง เรียนรู้จัดการกับชีวิตได้ (Appreciation)
- **ขั้นตอนที่ 5 “เลือกการจัดการและรับผิดชอบการตัดสินใจ”** เมื่อเราผ่านขั้นตอนข้างต้นทั้งหมดจะทำให้เราเห็นว่า เรามีทางเลือกที่ยังจะ “ยึดถือ” ความรู้สึกนี้ แต่มองให้เห็นแง่ดีของมัน แทนที่จะให้มันทำให้เราเป็นทุกข์ เมื่อเกิดความรู้สึกนี้ขึ้นอีกในอนาคต หรือ “ปล่อยวาง” มันไป ไม่ยึดไม่ถือ เมื่อความรู้สึกนี้เกิดขึ้นก็ได้ เมื่อเราเลือกอย่างใดอย่างหนึ่ง ก็ให้รับผิดชอบกับทางเลือกนั้นด้วยใจที่เข้าใจและยอมรับสิ่งที่เกิดขึ้นทั้งด้านบวกและด้านลบ (Making decision and being responsible)

การที่เรามีความเข้าใจและรู้ตัวในการเลือกรับมือกับอารมณ์ ถือว่าเป็น “ทักษะในการจัดการอารมณ์” ที่ต้องฝึกฝนและเรียนรู้ ซึ่งกระบวนการที่เกิดขึ้น ก็คือการเปลี่ยนมุมมองต่อ “ความรู้สึกเชิงลบ” ที่มี เรามักจะมองว่าทำให้เกิดความทุกข์ใจ คับข้องใจ ยุ่งยากใจ ให้เป็นมุมมองที่ว่า เมื่อรู้สึกยอมรับชื่นชมยินดีกับความรู้สึกเชิงลบที่เกิดขึ้นมาในชีวิตนั้น

อย่างเข้าใจ จะทำให้เราเกิดการเปลี่ยนแปลงความรู้สึก จากความรู้สึกเชิงลบ เป็น “ความรู้สึกเชิงบวก” คือ มีความสุขสงบ เข้าใจยอมรับ และมีความหวังในชีวิตมากขึ้น

3. ฝึกฝนทักษะการให้ความเข้าใจและรับมือกับอารมณ์เพื่อเยียวยาผู้อื่น

ทักษะที่ควรฝึกฝน 2 ทักษะหลัก ที่จะทำให้เกิดการเยียวยาความรู้สึกเบื้องต้น ได้แก่

ทักษะที่ 1 การฟังอย่างลึกซึ้ง (Deep listening skill) เมื่อคนเราที่มีความเดือดร้อนและความทุกข์ใจ แต่ไม่มีใครสามารถรับฟังหรือเข้าใจได้ อาจจะทำให้ไม่สามารถจัดการความทุกข์ใจได้ ถ้าเราสามารถอยู่กับเขาและรับฟังอย่างลึกซึ้ง รับรู้ ยอมรับความรู้สึกที่เกิดขึ้น ให้เขาได้ระบายความรู้สึก จะเป็นการช่วยบรรเทาความทุกข์ของผู้อื่นได้

เมื่อเราฝึกฟังอย่างลึกซึ้งกับใครสักคน เราควรใช้สติเตือนตนเองว่า เราจะรับฟังด้วยจุดประสงค์หนึ่งเดียวคือ จะช่วยให้พวกเขาได้ปลดปล่อยความรู้สึกเพื่อบรรเทาความเจ็บปวด เมื่อเราสามารถรักษาความตั้งใจและมีสติเช่นนี้ไว้ เราจะสามารถฟังอย่างลึกซึ้งต่อไปได้ แม้คำพูดของบุคคลนั้นจะเจ็บปวดด้วยการรับรู้ความเข้าใจที่ผิด ความปวดร้าวทุกข์ระทม ความไม่เข้าใจตัวเอง การโทษคนอื่น การประชดประชัน การตัดสินตัวเอง และการใส่ความผู้อื่น

การรับฟังอย่างลึกซึ้งด้วยความใส่ใจทั้งหมดของเรามีความเข้าใจในธรรมชาติของความทุกข์ใจ และยอมรับความคิดความรู้สึกของเขา ที่แม้ไม่ตรงใจเราทั้งหมด ด้วยความเมตตากรุณาทั้งหมดที่เรามี เราจะไม่มีความขุ่นเคืองกับคำพูดใดๆ ที่บุคคลนั้นกล่าว เราสามารถบอกกับตัวเองว่า “เรารับรู้ได้ว่า เขาอยู่ในภาวะที่มีความรู้สึกท่วมท้นมากมาย มีความทุกข์ใจและเจ็บปวด” และเรายังคงรับฟังเขาต่อไป เมื่อมีโอกาสที่ดีในภายหลัง เราจึงค่อยให้ข้อมูลที่ถูกต้องมากขึ้นกับบุคคลนั้นเพื่อช่วยให้เขาเห็นความจริงได้ชัดเจนขึ้น

ทักษะการฟังอย่างลึกซึ้ง ได้แก่

- (1) การฟังอย่างมีสติ รับรู้ทั้งวัจนภาษาและอวัจนภาษา
- (2) การฟังอย่างอ่อนน้อมถ่อมตน ให้ความเคารพอย่างจริงใจ
- (3) การฟังอย่างปราศจากอคติ ไม่ประเมินค่า ตีความ
- (4) การฟังด้วยความปรารถนาจะฟังความจริง ตามที่มันเป็นจริง

(5) การฟังตั้งแต่ต้นจนจบกระแสดความ อุดหนุนใจเป็นที่จะฟังจนจบความ

ทักษะที่ 2 ทักษะการทวนความสะท้อนความ (Reflection) ธรรมชาติหนึ่งของความทุกข์คับข้องใจ คือ ความโกรธและความทุกข์เกิดจากการรับรู้ที่ผิด เมื่อในใจมีภาพของความเป็นจริงที่ถูกต้อมากขึ้น จากการเปิดรับข้อมูลมุมมองใหม่ๆ ความโกรธและความทุกข์ย่อมสลายไป การฝึกฝนที่จะนั่งอยู่กับเขาเพื่อรับฟังอย่างต่อเนื่อง นานพอ ด้วยความใส่ใจ เราได้เปิดโอกาสให้บุคคลนั้นกล่าวทุกสิ่งที่อยู่ในใจ สนับสนุนให้เขาพูดถึงสิ่งที่อยู่ในใจออกมาให้เรา โดยที่เราจะไม่ขัดหรือพยายามแก้ไขคำพูดใดๆ ของเขาในเวลานั้น การรับฟังเช่นนี้อาจจะใช้เวลานานพอสมควร แต่จะสามารถช่วยลดทอนความทุกข์ของบุคคลนั้นได้อย่างมากมาย ทำให้เขารู้สึกเบาสบายขึ้นอย่างมาก หลังจากนั้น เราจึงใช้โอกาสที่เหมาะสม เพื่อจะสะท้อนข้อมูลในเชิงการแก้ปัญหา ทศนคติ ความคิด ความเชื่อ ที่จะช่วยให้บุคคลนั้นแก้ไขการรับรู้ที่ผิดของตนเอง จนในที่สุดเขาจะเป็นอิสระจากการยึดมั่นในการรับรู้มุมมองที่ไม่ถูกต้องและเป็นที่มาที่ไปของความรู้สึกทุกข์ใจที่เกิดขึ้น

ลักษณะการทวนความสะท้อนความ ได้แก่

- (1) สรุปเนื้อหาความ/เนื้อหาเรื่องราว ที่ได้รับฟัง
- (2) สะท้อนความรู้สึกที่แฝงอยู่ (ทั้งที่พูดออกมาและไม่ได้พูดออกมา)
- (3) สะท้อนความต้องการลึกๆ ที่ไม่ได้สื่อสารออกมาตรงๆ
- (4) ความคิดเห็นของผู้ฟังที่สอดคล้องกับเรื่องราวของผู้เล่า

การทำการทวนความสะท้อนความ อาจจะครบถ้วนหรือไม่ครบถ้วนตามนี้ได้ คุณภาพของการสะท้อนจะขึ้นกับคุณภาพของการฟังของผู้ฟัง ซึ่งการแสดงออกของการสะท้อนส่วนใหญ่คนทั่วไปจะคุ้นชินการทวนความสะท้อนความ เป็นคำพูด แต่เมื่อผู้ฟังใช้การฟังอย่างลึกซึ้ง เข้าใจและร่วมรู้สึกกับผู้พูดอย่างแท้จริง และอยู่ในภาวะที่ให้ความสำคัญกับความ รู้สึกมากกว่าการพูดบอก แนะนำการแก้ไขปัญห ผู้ฟังอาจจะตอบสนองออกมาเป็นภาษาท่าทาง โดยไม่ต้องสื่อสารเป็นคำพูดเลยก็ได้ ซึ่งการทวนความสะท้อนความที่มีการคำนึงถึงความรู้สึก จะทำให้เกิดการเยียวยาจิตใจและแก้ไขปัญหาคับข้องใจของผู้พูดได้

เพื่อทำความเข้าใจในสำคัญของการทวนความสะท้อนความ มีตัวอย่าง 5 ระดับของการสะท้อนความที่แสดงถึงความตั้งใจฟัง (5 levels of Listening and Reflection to Determine Interests)⁹ ให้ลองสังเกตตนเองว่า การทวนความสะท้อนความของเราอยู่ในระดับใด จะเป็นการช่วยเหลือและเยียวยาจิตใจผู้ที่เรารู้แลได้มากน้อยอย่างไร เมื่อได้สังเกตและเรียนรู้อย่างสม่ำเสมอ จะนำไปสู่การพัฒนาทักษะการทวนความสะท้อนความให้เหมาะสมต่อการช่วยเหลือเยียวยาจิตใจได้มากขึ้น 5 ระดับของการสะท้อนความ มียกตัวอย่างประกอบพร้อมการอธิบายดังนี้

สถานการณ์สมมติ มีผู้มาปรึกษาโดยเล่าสั้น ๆ ว่า “ทุกวันนี้ฉันหงุดหงิดที่สามีไม่ค่อยเข้าใจในตัวฉัน” ผู้ให้การดูแลสามารถตอบสนองได้หลายระดับ ซึ่งให้ผลลัพธ์ที่แตกต่างกันได้แก่

การสะท้อนระดับที่ 1 สะท้อนด้วยการยืนยัน การปฏิเสธ การแนะนำ หรือถามกลับ (Reassurance, denial, advice, question) การสะท้อนแบบนี้เหมือนจะเป็นการช่วยแก้ปัญหา แต่จริงๆ แล้ว จะไม่ช่วยในการแก้ไขปัญหที่แท้จริง ตัวอย่างเช่น

“นั่นสินะ ผู้ชายมักไม่เข้าใจผู้หญิง” (ยืนยัน)

“อย่าคิดมากเกินไป ผู้ชายก็อย่างนี้” (แก้ปัญหา)

“มีอะไรก็ต้องบอกเขาตรง ๆ เขาจะได้เข้าใจ” (แนะนำตรง)

“เขาไม่เข้าใจเรื่องอะไรละ” (ถามต่อ)

การสะท้อนระดับที่ 2 สะท้อนด้วยเนื้อหา สถานการณ์ ความคิด ไม่ได้สะท้อนความรู้สึก (Content or cognitive portion, feelings are ignored) การสะท้อนแบบนี้อาจทำให้ผู้เล่าได้ย้ำกับตัวเองว่าได้เล่าอะไรออกไป แต่ไม่เกิดผลในเชิงที่จะนำไปสู่การแก้ปัญหา ตัวอย่างเช่น

“สามีคุณไม่เข้าใจในตัวคุณ”

การสะท้อนระดับที่ 3 สะท้อนทั้งเนื้อหา สถานการณ์ และความรู้สึก (Reflection of feelings and situation) การสะท้อนแบบนี้จะเริ่มทำให้ผู้เล่าเข้าใจความรู้สึกและสถานการณ์ในภาพรวม ตัวอย่างเช่น

“คุณรู้สึกหงุดหงิดเพราะสามีไม่เข้าใจ”

การสะท้อนระดับที่ 4 สะท้อนความรู้สึกและชี้ความนัยของเนื้อความที่ทำให้ผู้เล่าตระหนักรู้ภายในตัวเอง (Reflection of feeling and personal insight of problem) การสะท้อนแบบนี้จะเริ่มทำให้ผู้เล่าได้รับความเข้าใจและเริ่มตระหนักรู้บางอย่างภายใน ซึ่งโดยทั่วไป การได้รับความเข้าใจเป็นการเยียวยาความรู้สึกเบื้องต้น ตัวอย่างเช่น

“คุณรู้สึกหงุดหงิดเพราะคุณต้องการความเข้าใจจากสามี”

การสะท้อนระดับที่ 5 สะท้อนความรู้สึก ชี้ความนัยของเนื้อความและแนะนำทางเลือก (Reflection of feeling, personal insight of problem and concurrent suggestion) การสะท้อนแบบนี้จะทำให้ผู้เล่าได้รับความเข้าใจและเห็นทางเลือกที่จะแก้ไขปัญหา ซึ่งจะเป็นทั้งการเยียวยาจิตใจและการสร้างการเปลี่ยนแปลงเพื่อการแก้ปัญหาเป็นจิตบำบัดเบื้องต้น ตัวอย่างเช่น

“คุณรู้สึกหงุดหงิดเพราะต้องการความเข้าใจจากสามี เป็นไปได้หรือไม่ที่คุณจะบอกความรู้สึกหรือความต้องการของตัวเองกับสามีอย่างตรงไปตรงมาเพื่อให้สามีเข้าใจ”

การสะท้อนระดับที่ 3, 4, 5 อาจจะต้องอาศัยการฝึกฝนการสะท้อนความรู้สึก และความต้องการภายในของผู้เล่า ถ้าจะเป็นกระจกสะท้อนสิ่งที่เขาเล่าได้อย่างดีถึงโลกภายในทำที่ระดับที่ 4 ก็เพียงพอ ส่วนระดับที่ 5 ทำให้เราสามารถเป็นผู้ให้การบำบัดเบื้องต้นได้ ซึ่งอาจจะต้องมีการฝึกฝนเรื่องการให้ทางเลือกไม่ใช่คำแนะนำ การให้ทางเลือกคือการแนะนำทางเลือกที่สอดคล้องกับความรู้สึกและบริบทที่เป็นจริงของผู้เล่า เปิดโอกาสให้ผู้เล่ายอมรับหรือไม่ยอมรับทางเลือกนั้นก็ได้ (เช่น เป็นไปได้หรือไม่ที่จะ..., ถ้าจะลอง..., ทางเลือก คือ ...) ระวังที่จะไม่เสนอทางเลือกที่เป็นความคิดเห็นหรือประสบการณ์ของตัวเองมากเกินไป

บทส่งท้าย:

บทบาทครูแพทย์กับการสร้างกระบวนการเรียนรู้ด้านจิตพิสัย

ในการที่ครูแพทย์จะสร้างกระบวนการเรียนรู้ด้านจิตพิสัย หรือ การนำความเข้าใจเรื่อง “การรับรู้ เข้าใจและจัดการความรู้สึก” เข้ามาในกระบวนการเรียนรู้ ครูแพทย์จะต้อง

ทำความเข้าใจหลักการสำคัญคือ “ความเป็นมนุษย์ในกระบวนการเรียนรู้”

“ความเป็นมนุษย์ในกระบวนการเรียนรู้” คือ การตระหนักถึงอารมณ์ความรู้สึก ความทุกข์ ความสุข ของผู้สอน ผู้เรียน รวมถึงผู้มีส่วนเกี่ยวข้องที่อยู่ในกระบวนการเรียนรู้ ไม่ว่าจะเป็นแพทย์ พยาบาล ผู้ป่วย ญาติ ที่มีส่วนร่วมในการสร้างบรรยากาศการเรียนรู้ อันจะนำไปสู่ความเข้าใจและการปฏิบัติต่อกันอย่างมีปฏิสัมพันธ์ของความเป็นมนุษย์ที่มีความใส่ใจ เอื้ออาทร เห็นอกเห็นใจ ดูแลเยียวยาจิตใจซึ่งกันและกัน บนพื้นฐานความจริงที่ว่า ลึกๆ แล้วคนทุกคนต้องการปฏิสัมพันธ์ที่ใส่ใจในความเป็นมนุษย์ของกันและกัน แม้แต่คนที่ไม่ค่อยใส่ใจความเป็นมนุษย์ของผู้อื่น แท้จริงแล้วก็ต้องการการได้รับการยอมรับในความเป็นมนุษย์ของตนเอง

ดังนั้น การเปิดพื้นที่ให้มีการแสดงออกและรับฟังถึงความรู้สึกนึกคิด ประสบการณ์ เรื่องราวภายในของแต่ละคน จึงเป็นหนทางนำความเป็นมนุษย์กลับคืนสู่ปฏิสัมพันธ์และบริบทการเรียนการสอน รวมถึงการดูแลผู้ป่วยอีกด้วย ทั้งนี้ทักษะการฟังอย่างลึกซึ้งให้รับรู้อารมณ์ความรู้สึก ความต้องการที่แท้จริง และการรับมือเยียวยาอารมณ์ความรู้สึกของทั้งตนเองและผู้อื่นเป็นสิ่งที่ต้องฝึกฝน เพื่อจะเกิด “พื้นที่” แห่งการเปิดใจรับฟังและดูแลใจกันและกันอย่างแท้จริง

เมื่อในกระบวนการผลิตแพทย์ได้สร้างประสบการณ์ให้แพทย์ได้สัมผัสกับอารมณ์ความรู้สึก หรือก็คือ “ความเป็นมนุษย์” ที่แท้จริง ทั้งของตนเอง ครูแพทย์ ผู้ป่วยและญาติ และบุคลากรอื่นๆ ย่อมทำให้เกิดการหล่อหลอมทักษะความเข้าใจความเป็นมนุษย์ ยอมรับให้เกียรติเพื่อนมนุษย์ด้วยกันและพัฒนาทักษะการรับรู้ จัดการ และดูแลเยียวยาภาวะจิตใจและจิตวิญญาณของผู้ป่วยได้เป็นอย่างดี เราน่าจะคาดหวังการมีผลผลิต “แพทย์ที่มีหัวใจแห่งความเป็นมนุษย์” อย่างที่วิชาชีพและสังคมต้องการได้

สุดท้าย บุคคลคนแรกที่เป็นความหวังในการออกแบบหลักสูตรและกระบวนการจัดการเรียนการสอนที่แท้จริง ก็คือ “ครูแพทย์” ผู้อยู่ใกล้ชิดและเป็นแบบอย่างให้กับนักเรียนแพทย์ทั้งหลายนั่นเอง การจัดการกระบวนการเรียนรู้เรื่องนี้ ครูแพทย์ควรจะพัฒนาทักษะด้านการจัดการเรียนรู้ด้านจิตพิสัยด้วยตนเอง ดังนี้

- 1) รับรู้สังเกตความรู้สึกของตนเองได้
- 2) กล้าที่จะถามและรับฟังความรู้สึกของผู้เรียน

- 3) ไม่กลัวที่จะรับรู้ความรู้สึกเชิงลบของทั้งตนเองและผู้เรียน
- 4) รู้วิธีการเยียวยาความรู้สึกเชิงลบที่เกิดขึ้นภายในตนเอง
- 5) รู้วิธีการและเยียวยาความรู้สึกเชิงลบของผู้เรียน
วิธีเบื้องต้น คือ การฟังอย่างลึกซึ้ง และสะท้อนความรู้สึกได้ วิธีขั้นสูง คือ การเยียวยาความรู้สึกและสนับสนุนการเติบโตเปลี่ยนแปลงความรู้สึกภายในได้
- 6) พัฒนาความรู้ความเข้าใจและทักษะเกี่ยวกับ “การใช้อารมณ์ความรู้สึกในการเรียนรู้” ได้แก่ การสังเกต รับรู้อารมณ์ความรู้สึกของตนเองและผู้อื่น การแสดงออกถึงการเข้าใจความรู้สึกของผู้อื่น การสร้างอารมณ์ความรู้สึกร่วมหรือแรงบันดาลใจ การเยียวยาและปล่อยวางความรู้สึก

เอกสารอ้างอิง

1. สตางค์ ศุภผล. Learning Humanized Health Care: เรียนรู้ที่จะมีหัวใจ. ศูนย์แพทยศาสตรศึกษาชั้นคลินิก โรงพยาบาลขอนแก่น. โฉนดการพิมพ์ ขอนแก่น, พิมพ์ครั้งที่ 1, 2017.
2. Hopkins, C. D., & Antes, R. L..Classroom testing: Construction. Itasca, IL: F. E. Peacock Publishers. 1990.
3. Ebel, R., &Frisbie, D.A..Essentials of Educational Measurement. Englewood Cliff: Prentice-Hall, Inc. 1986.
4. Tamara MichailovnaElkanova, Nina MichailovnaChedzhemova. Humanization and Humanitarization of Education: The Essence, Principles, Aims. World Applied Sciences Journal. 2013;22 (5): 697-702.
5. Batt-Rawden, Samantha A., MBChB; Chisolm, Margaret S., MD; Anton, Blair; Flickinger, Tabor E., MD, MPH Teaching Empathy to Medical Students: An Updated, Systematic Review. Academic Medicine: August 2013;88(8): 1171-1177.
6. Bellet, Paul S.; Michael J. Maloney (1991). “The importance of empathy as an interviewing skill in medicine”. JAMA. 226(13): 1831-1832.
7. Simone G. Shamay-Tsoory; Judith Aharon-Peretz; Daniella Perry. “Two systems for empathy: a double dissociation between emotional and cognitive empathy in inferior frontal gyrus versus ventromedial prefrontal lesions”. Brain. 2009;132 (3): 617-627.
8. Frans B.M. deWaal. Putting the Altruism Back into Altruism: The Evolution of Empathy (PDF). Annu. Rev. Psychol. 2008;59 (1): 279-300.
9. Corimer, William H. &Corimer, L. Sherilyn. Interviewing Strategies for Helpers. Cengage Learning; 8th edition; 2016.

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 โดยเฉพาะในบริบททางสังคมที่การทำงานอย่างแยกส่วนและมีปฏิสัมพันธ์ต่อกันน้อยทำให้มีข้อจำกัดในการเรียนรู้และการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในบรรยากาศที่เป็นมิตร 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) มุ่งเน้นการค้นหาคำตอบ การวิเคราะห์วิจารณ์ และการประยุกต์ความรู้ทางคลินิกเข้ากับวิจรรณญาณของแพทย์เพื่อพัฒนาการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง⁽²⁾ จึงนับเป็นหัวข้อการเรียนรู้การสอนที่มีความจำเป็นในการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านรวมทั้งการฝึกอบรมของสหวิชาชีพที่ต้องทำงานเป็นส่วนหนึ่งของทีมสหวิชาชีพ ความสนใจด้านเวชศาสตร์เชิงประจักษ์มักจำกัดอยู่ในกลุ่มเฉพาะที่สนใจในงานวิจัยและนักวิจัย ไม่ได้มีการนำไปใช้อย่างแพร่หลายในเวชปฏิบัติ การจัดการเรียนการสอนเวชศาสตร์เชิงประจักษ์สำหรับนักเรียนแพทย์ แพทย์ประจำบ้านและสหวิชาชีพยังขาดทั้งแหล่งเรียนรู้และทรัพยากรบุคคล การพัฒนาศักยภาพของอาจารย์และแหล่งฝึกอบรม จึงยังเป็นการท้าทายของเวชศาสตร์ครอบครัวประเทศไทย

ปัจจุบันการทำงานในเวชปฏิบัติมักแยกส่วนและมีปฏิสัมพันธ์ต่อกันเฉพาะในเวทีของการประชุมประจำเดือนของหน่วยงาน จึงมีช่วงเวลาสำหรับการสร้างองค์ความรู้จากหลักฐานทางการแพทย์และแบ่งปันประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยในบรรยากาศที่เป็นมิตรได้น้อย ความเชี่ยวชาญด้านเวชศาสตร์เชิงประจักษ์มีความหลากหลาย ตั้งแต่การมีความรู้ในการปฏิบัติตามแนวทางเวชปฏิบัติต่างๆ ไปจนถึงความสามารถในการวิเคราะห์วิจารณ์หลักฐานทางการแพทย์เพื่อนำไปประยุกต์ใช้กับผู้ป่วยในเวชปฏิบัติของตนเอง การสร้างชุมชนการใช้หลักฐานการแพทย์เชิงประจักษ์ (community of evidence-based practice) ในกลุ่มที่มีความสนใจให้เป็นทรัพยากรบุคคลและแหล่งเรียนรู้สำหรับนักเรียนแพทย์ แพทย์ประจำบ้าน และสหวิชาชีพจะเป็นกลยุทธในการพัฒนาหลักสูตรเวชศาสตร์เชิงประจักษ์ในเวชปฏิบัติครอบครัว 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⁾

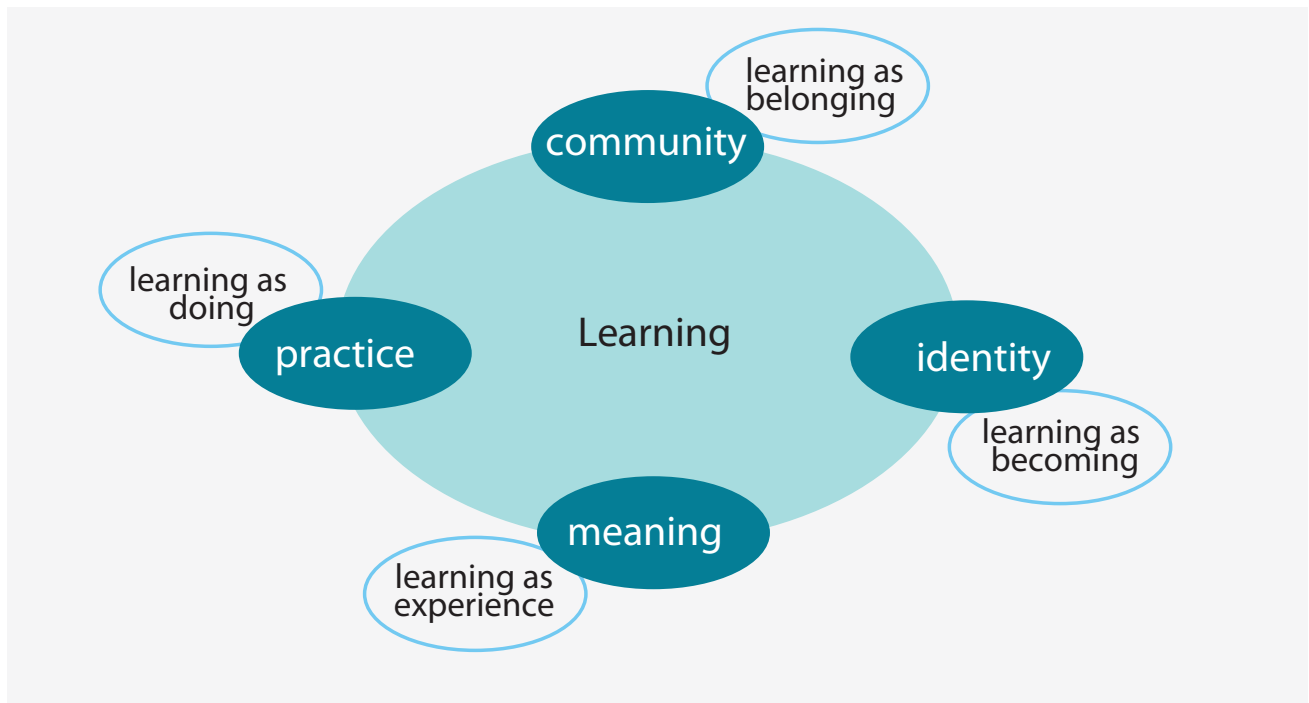
Reality หมายถึง การเรียนรู้ที่เกิดจากกิจกรรมของมนุษย์และจะไม่เกิดขึ้นจนกว่าจะมีการปฏิสัมพันธ์ต่อกัน

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 ซึ่งจะเป็นการพัฒนาศักยภาพของอาจารย์และความเป็นวิชาชีพพร้อมทั้งจะเกิดแหล่งเรียนรู้ด้านเวชศาสตร์เชิงประจักษ์ขึ้นในบริบทนั้น

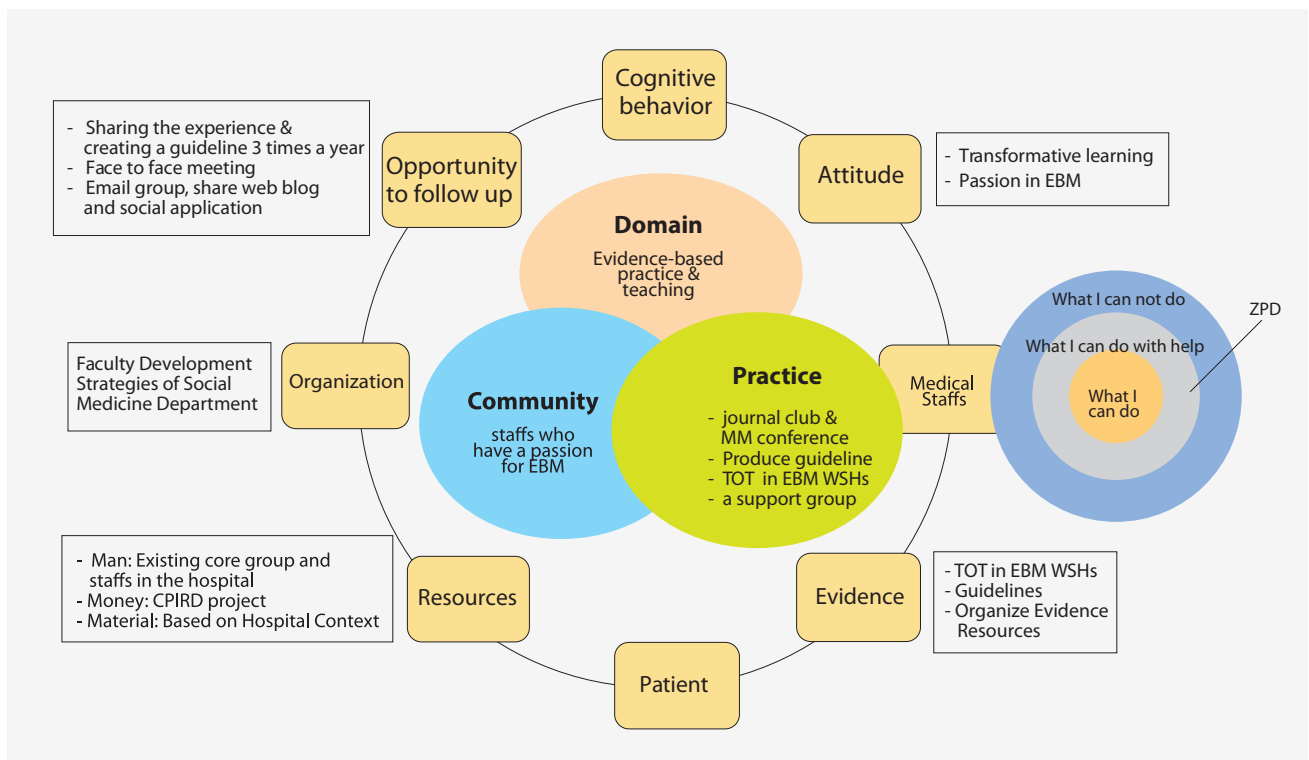
แนวทางกลยุทธ์

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

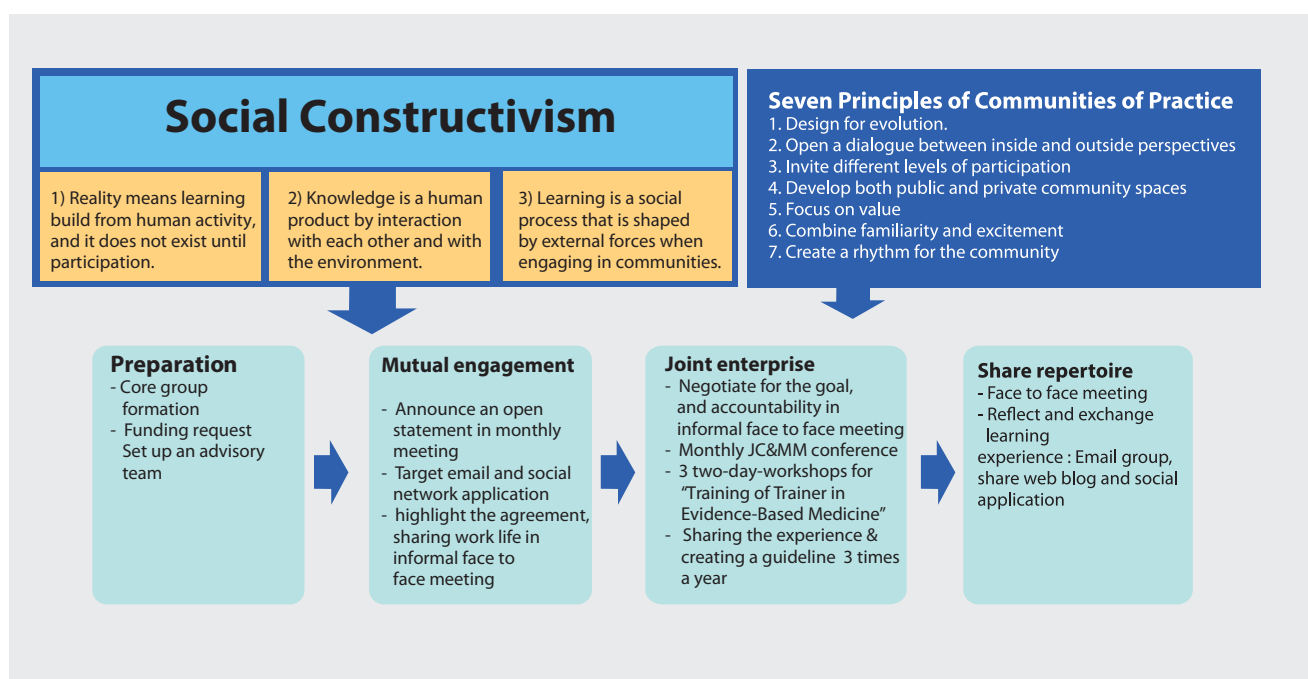
การปฏิบัติ (practice) หมายถึง กิจกรรมที่มีการแลกเปลี่ยนและเรียนรู้ไปด้วยกัน ในกรณีตัวอย่าง ได้แก่ กิจกรรมวิพากษ์วิจารณ์วารสารทางการแพทย์ (journal clubs) และการประชุมเพื่อวิเคราะห์สาเหตุการเจ็บป่วยและการตายจากกรณีผู้ป่วย (case morbidity and mortality conferences) รวมทั้งการสร้างแนวทางการดูแลผู้ป่วยในเวชปฏิบัติครอบครัวและการสร้างกลุ่มเพื่อสนับสนุนการเรียนการสอนเวช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

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) : การประกาศอย่างเป็นทางการในเวทีประชุมประจำเดือนของแพทย์ว่ากำลังจะมีการสร้างชุมชนการใช้หลักฐานการแพทย์เชิงประจักษ์เกิดขึ้นในโรงพยาบาล จะเป็นการสร้างข้อตกลงร่วมกันอย่างเป็นทางการและในขณะเดียวกันการหาช่องทางการสื่อสารทางสื่ออิเล็กทรอนิกส์และสื่อสังคมออนไลน์ (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 จัดอบรมสร้างครูแพทย์ด้านเวชศาสตร์เชิงประจักษ์โดยสมาชิกในกลุ่มสามารถเสนอเรื่องที่สนใจต่อกลุ่มเพื่อเชิญผู้ที่มีความเชี่ยวชาญมาเป็นแหล่งเรียนรู้ เป็นต้น

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

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 การนำทั้งสองทฤษฎีมาประยุกต์ใช้จะเป็นการพัฒนาวัตกรรมการเรียนการสอนให้เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน การพัฒนากลุ่มอาจารย์ที่มีความสนใจอยู่แล้วเป็นพื้นฐาน ให้เป็นกลุ่มที่มีความเข้มแข็งโดยมีวัฒนธรรมองค์กรที่คอยสนับสนุนจะเป็นตัวกำหนดความสำเร็จของโครงการ ชุมชนนักปฏิบัติจะทำให้เกิดความต่อเนื่องของการนำเวชศาสตร์เชิงประจักษ์ไปใช้และส่งเสริมให้เกิดการเรียนรู้เชิงบวกและสร้างบรรยากาศที่เอื้อในการทำงาน อย่างไรก็ตามการสร้างชุมชนนักปฏิบัตินั้นต้องอาศัยทักษะในการเป็นผู้นำและการรับมือกับภาระงานประจำในการดูแลผู้ป่วย ในขณะที่ผลของการสร้างชุมชนนักปฏิบัติอาจจะยากต่อการคาดการณ์เพราะขึ้นกับความสนใจที่หลากหลายของ

แต่ละบุคคลและทิศทางของชุมชน ในยุคที่มีการสนับสนุนการผลิตแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวและความขาดแคลนอาจารย์การประยุกต์ใช้หลักการดังที่กล่าวมาแล้วนั้นถือเป็นโอกาสที่ดีในการพัฒนาการจัดการเรียนการสอนเวชศาสตร์เชิงประจักษ์ให้มีศักยภาพมากขึ้นต่อไป

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.

Experiences from Family Medicine Learning Designed for Foreign Medical Students at Sichon Hospital

*Ekarat Chanwanpen, MD
Diploma Thai Board of Family Medicine,
Sichon Hospital,
Nakhonsithammarat Province,
Email: ekarat42@gmail.com*

Abstract:

Nowadays, family medicine is becoming more interesting for not only Thai but also foreign medical students around the world. Family physicians have played vital roles in teaching and managing the learning process for foreign medical students applying for elective rotation at Sichon Hospital since 2007. The elective rotation objectives include providing mutual learning experiences for both Thai physicians and international medical students as well as opportunities for cultural exchange. Learning experiences consist of both hospital and primary care settings, including community-oriented care and home visits. Over the 12 years, 81 international medical students from nine countries have been accepted to the rotation. These students primarily came from the U.S.A (27.16%) and Austria (25.92%) with the majority from European countries. Results from feedback evaluation show high percentage of congruence between medical students' learning goals and provided activities (91.35 %), preceptor's role as effective learning facilitator (93.82%) and appropriate study duration (86.42%). Family physicians play major roles as a preceptor in teaching clinical knowledge and as an advisor in guiding learning process, facilitating self-reflection and giving feedback for international medical students at the end of the session. The learning process in this course depends mainly on the individual learners' self-defining objectives with a preceptor's mutual agreement and varieties of available learning experiences. These are key success factors of our elective rotation.

Keywords: foreign medical students, family medicine, elective rotation

ประสบการณ์การจัดการเรียนรู้ วิชาเวชศาสตร์ครอบครัวให้นักศึกษาแพทย์ต่างชาติ โรงพยาบาลสิชล จ.นครศรีธรรมราช

นายแพทย์เอกรัฐ จันทร์วันเพ็ญ

ว.ว. เวชศาสตร์ครอบครัว

โรงพยาบาลสิชล

จ.นครศรีธรรมราช

Email: ekarat42@gmail.com

บทคัดย่อ

ปัจจุบันวิชาเวชศาสตร์ครอบครัวเป็นที่สนใจของนักศึกษาแพทย์มากขึ้นทั้งในและต่างประเทศ แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวมีบทบาทด้านการเรียนการสอนวิชาเวชศาสตร์ครอบครัว ให้กับนักศึกษาแพทย์ต่างชาติที่เลือกมาศึกษาในงานในวิชาเลือก (Elective) โรงพยาบาลสิชลเปิดรับนักศึกษาต่างชาติ เข้าศึกษาตั้งแต่ปี 2550 โดยมีวัตถุประสงค์การรับนักศึกษา เพื่อสร้างกระบวนการเรียนรู้ร่วมกันระหว่างแพทย์ไทยและแพทย์นานาชาติ ตลอดจนเป็นการแลกเปลี่ยนวัฒนธรรมระหว่างประเทศ กิจกรรมการจัดการเรียนรู้มีทั้งในโรงพยาบาลและหน่วยบริการปฐมภูมิต่างๆ รวมทั้งกระบวนการดูแลผู้ป่วยในชุมชนและการเยี่ยมบ้านผู้ป่วย ตลอดระยะเวลาการรับนักศึกษารวม 12 ปี มีนักศึกษาแพทย์ต่างชาติเข้าศึกษาที่ รพ.สิชล รวม 81 คน จาก 9 ประเทศ ส่วนใหญ่มาจากประเทศ สหรัฐอเมริกา คิดเป็นร้อยละ 27.16 รองลงไปคือ ประเทศออสเตรเลีย คิดเป็นร้อยละ 25.92 แต่ภาพรวมนักศึกษาจะมาจากประเทศในทวีปยุโรปมากที่สุด

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล พบว่า นักศึกษาแพทย์ส่วนใหญ่เห็นด้วยกับกิจกรรม สอดคล้องกับเป้าหมายการเรียนรู้ คิดเป็นร้อยละ 91.35 ความช่วยเหลือจากอาจารย์ที่ปรึกษา คิดเป็นร้อยละ 93.82 ระยะเวลาการเข้าศึกษามีความเหมาะสม คิดเป็นร้อยละ 86.42 บทบาทของแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวที่สำคัญ คือ การเป็นพี่เลี้ยงที่ปรึกษา (Preceptor) ทั้งในด้านเนื้อหาวิชาการ และการเป็นพี่เลี้ยง ให้คำแนะนำเกี่ยวกับขั้นตอน/กระบวนการเรียน ชี้แนะการเรียนในลักษณะการช่วยเหลือเกื้อกูลกัน และเป็นที่ปรึกษา (Advisor) คอยช่วยเชื่อมประสานระหว่างแผนกต่างๆ ช่วยสื่อสารการทำงาน และสะท้อนกลับให้นักศึกษาได้รับรู้ถึงคุณค่าของงานที่พวกเขาได้ปฏิบัติ รูปแบบการจัดการเรียนการสอนขึ้นกับผู้เรียนเป็นหลัก มีการร่วมค้นหาคำตอบของเป้าหมายการเรียนกับผู้เรียน เป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้กระบวนการเรียนรู้ประสบผลสำเร็จ

คำสำคัญ: นักศึกษาแพทย์ต่างชาติ, เวชศาสตร์ครอบครัว, วิชาเลือก

บทนำ

โรงพยาบาลสิชล จ.นครศรีธรรมราช เปิดรับนักศึกษาแพทย์จากต่างชาติ เข้าศึกษาดูงานตั้งแต่ปี 2550 จนถึงปัจจุบัน รวม 12 ปี มีนักศึกษาแพทย์เข้าศึกษาดูงานที่ รพ.สิชล รวม 81 คน จาก 9 ประเทศ โดยการสนับสนุนจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลที่เปิดโอกาสให้นักศึกษาเข้ามาเรียนรู้ ร่วมกับบุคลากรของโรงพยาบาล โดยมีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวทำหน้าที่เป็นพี่เลี้ยง (preceptor) ทั้งนี้มีวัตถุประสงค์การรับนักศึกษา เพื่อสร้างกระบวนการเรียนรู้ร่วมกันระหว่างแพทย์ไทยและแพทย์นานาชาติ ตลอดจนเป็นการแลกเปลี่ยนวัฒนธรรม ขนบธรรมเนียมประเพณีระหว่างประเทศ สอดคล้องกับ วิสัยทัศน์ พันธกิจ และค่านิยมขององค์กร ที่มีความมุ่งมั่นพัฒนาให้เป็นองค์กรแห่งการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ด้านวิชาการและสหสาขาวิชาชีพ แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวของโรงพยาบาลสิชลมีบทบาทในเรื่องการเรียนการสอนนักศึกษาแพทย์รายวิชาเวชศาสตร์ครอบครัวและชุมชน ชั้นปีที่ 5 และ 6 ของศูนย์แพทยศาสตรศึกษาชั้นคลินิก โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช เมื่อมีนักศึกษาแพทย์ต่างชาติสนใจมาศึกษาดูงานและขอมา elective (วิชาเลือก) ที่โรงพยาบาลสิชล จึงเป็นโอกาสที่ดี ที่ได้จัดประสบการณ์การเรียนรู้โดยมีการปรับกระบวนการเรียนรู้ให้เหมาะสมกับผู้เรียน ตลอดระยะเวลาของการจัดการศึกษาตั้งแต่ปี 2550 เป็นต้นมา โรงพยาบาลสิชล ได้รวบรวมองค์ความรู้และประสบการณ์ต่างๆ ของแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว ที่มีบทบาทหน้าที่ในการจัดการเรียนการสอนให้กับนักศึกษาแพทย์ชาวต่างชาติ รวบรวมเป็นองค์ความรู้อันจะเกิดประโยชน์ต่อหน่วยงานอื่นๆ และเป็นการเปิดโลกทัศน์ของการทำงานเข้าสู่ประชาคมอาเซียน (ASEAN) และการแพทย์ยุค 4.0

กิจกรรมการดำเนินงาน (Process)

กระบวนการรับนักศึกษา

1. การติดต่อโดยตรงจากนักศึกษาผ่านทางอีเมล นักศึกษาจะทราบ E-mail Address เพื่อติดต่อจากเว็บไซต์ของโรงพยาบาล www.sichon-hospital.com และ จากการบอกต่อจากรุ่นสู่รุ่น
2. การประสานงานจากมหาวิทยาลัย ได้แก่ สำนักวิชาแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์และคณะแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
3. ผ่านโครงการพิเศษได้แก่ โครงการ Friend for Asia

หรือโครงการนักศึกษาแลกเปลี่ยนของภาคเอกชนอื่นๆ

กระบวนการสอนนักศึกษา ใช้หลักการ OLE ได้แก่ Objective Learning และ Evaluation

โดยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวทำหน้าที่เป็นอาจารย์ผู้ดูแล และมีขั้นตอนกระบวนการสอนดังนี้

การตั้งวัตถุประสงค์การเรียนรู้ (Objective defining process)

- สอบถามวัตถุประสงค์การเรียนรู้จากนักศึกษาและกำหนดเป้าหมายการเรียนรู้ร่วมกันกับนักศึกษา
- จัดตารางปฏิบัติงาน rotation schedule ให้นักศึกษาสอดคล้องกับวัตถุประสงค์การเรียนรู้ของนักศึกษา โดยอาจมีการสอบถามล่วงหน้าจากนักศึกษาผ่านทางอีเมล ก่อนวันที่นักศึกษาจะมาถึงโรงพยาบาล และมอบให้ในวันปฐมนิเทศหรือในวันถัดไป
- ประสานงานกับแพทย์ staff และพยาบาลในแผนกต่าง ๆ ที่นักศึกษาสนใจจะเข้าไปศึกษาดูงาน

การจัดกระบวนการเรียนรู้ (Setting up the learning experience)

มีรูปแบบการดำเนินการดังนี้

1. **Orientation** การปฐมนิเทศ เป็นการบรรยายแนะนำโรงพยาบาลให้นักศึกษารู้จักในภาพรวมของโรงพยาบาล ข้อมูลสถิติชีพ ข้อมูลโรคสำคัญ และศักยภาพของโรงพยาบาล ร่วมกับนำนักศึกษาเข้าพบผู้บริหารโรงพยาบาล



ภาพที่ 1 อาจารย์แพทย์นำนักศึกษาต่างชาติเข้าพบผู้อำนวยการโรงพยาบาล

2. **Hospital tour** เป็นการพานักศึกษาเดินและแนะนำหน่วยงานต่างๆ ในโรงพยาบาลเพื่อให้นักศึกษารู้จักสถานที่ต่างๆ และสร้างความคุ้นเคยกับบุคลากรในโรงพยาบาล



ภาพที่ 2 อาจารย์แพทย์แนะนำให้นักศึกษาต่างชาติดูภาพแสดงที่ตั้งของหอผู้ป่วยต่างๆบนป้ายไว้นิคมเฉพาะเดินชมโรงพยาบาล

3. **Attending Ward round** เป็นกิจกรรมที่ทำร่วมกับแพทย์ใช้ทุนของโรงพยาบาล เป็นการเปิดโอกาสให้นักศึกษาได้เรียนรู้การดูแลผู้ป่วยโรคต่างๆ ในหอผู้ป่วย



ภาพที่ 3 นักศึกษาแพทย์ต่างชาติขณะปฏิบัติงานที่หอผู้ป่วยอายุรกรรมร่วมกับแพทย์เพิ่มพูนทักษะ

4. **Learning experience in primary care setting** เป็นการนำนักศึกษาแพทย์ศึกษาดูงานที่หน่วยบริการปฐมภูมิ ได้แก่ รพ.สต.และคลินิกหมอครอบครัว (Primary Care Cluster) เป็นการเปิดโอกาสให้นักศึกษารู้จักระบบบริการปฐมภูมิของไทย และการทำงานสหสาขาวิชาชีพ



ภาพที่ 4 นักศึกษาแพทย์ต่างชาติขณะปฏิบัติงานที่คลินิกหมอครอบครัวร่วมกับแพทย์ประจำบ้านเวชศาสตร์ครอบครัว

5. **Learning from home visits** เป็นการนำนักศึกษาแพทย์ลงชุมชนและเยี่ยมบ้านผู้ป่วย (Home Health Care) ทำให้เห็นกระบวนการดูแลต่อเนื่องและบทบาทของหมอบริการที่ชัดเจนขึ้น



ภาพที่ 5 นักศึกษาแพทย์ต่างชาติขณะลงเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้านร่วมกับแพทย์ประจำบ้านเวชศาสตร์ครอบครัว

6. **Special hospital events** เป็นกิจกรรมในช่วงนอกเวลาราชการ เป็นการนำนักศึกษาเข้าทำกิจกรรมพิเศษอื่นๆนอกจากการเรียนในโรงพยาบาล เช่น กิจกรรมวิ่งเพื่อสุขภาพ การออกกำลังกายร่วมกับเจ้าหน้าที่โรงพยาบาล หรือ กิจกรรมการออกหน่วยแพทย์เคลื่อนที่ในพื้นที่ห่างไกล



ภาพที่ 6 นักศึกษาแพทย์ต่างชาติเข้าร่วมกิจกรรมออกกำลังกายกับเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลสิชล

7. **Reflection and feedback activity** เป็นกิจกรรมในช่วงสัปดาห์สุดท้ายของการศึกษา เป็นการเปิดโอกาสให้นักศึกษาได้สะท้อนบทเรียนการเรียนรู้ในโรงพยาบาล และอาจารย์แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวได้สรุปการเรียนรู้การสอนให้นักศึกษารับทราบ



ภาพที่ 7 นักศึกษาแพทย์ต่างชาติ ร่วมสะท้อนบทเรียนการเรียนรู้ในโรงพยาบาลกับอาจารย์แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว

8. Farewell and certificate of attendance ceremony เป็นกิจกรรมในช่วงท้ายของการศึกษา เป็นการนำนักศึกษาเข้าอำลาผู้บริหารโรงพยาบาลและรับมอบใบประกาศนียบัตรจากผู้อำนวยการ



ภาพที่ 8 นักศึกษาแพทย์ต่างชาติ รับมอบใบประกาศนียบัตรจากผู้อำนวยการโรงพยาบาล

การจัดกิจกรรมการเรียนรู้ในโรงพยาบาล

ช่วงเช้า : ออกตรวจคลินิกเวชปฏิบัติครอบครัว ที่แผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาล ร่วมกับแพทย์ประจำบ้าน และอาจารย์แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว หรือกิจกรรมตรวจผู้ป่วยในหอผู้ป่วยแผนกต่างๆ (ward round) ร่วมกับแพทย์ใช้ทุนและอาจารย์แพทย์ในแผนกที่นักศึกษาสนใจ

ช่วงบ่าย : กิจกรรมที่นักศึกษาสนใจเช่น ห้องคลอด ห้องผ่าตัด ห้องฉุกเฉิน คลินิกตรวจพัฒนาการเด็กและฉีดวัคซีนร่วมกับกิจกรรมพิเศษของโรงพยาบาล เช่น การออกหน่วยแจ้งผลตรวจสุขภาพ การออกหน่วยเพื่อดำเนินกิจกรรม

โครงการชุมชนต่างๆ

ช่วงเย็น : กิจกรรมสันทนาการนอกเวลาราชการ ได้แก่ กิจกรรมวิ่งเพื่อสุขภาพของเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลทุกวันพุธ เวลา 17.30 น. ระยะทาง 5 กิโลเมตร หรือ กิจกรรมออกกำลังกายอื่นๆ ตามความชอบ

การจัดการเรียนรู้ที่หน่วยบริการปฐมภูมิ

การศึกษาดูงานที่หน่วยบริการปฐมภูมิ ได้แก่ รพ.สต. และ คลินิกหมอครอบครัว มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ นักศึกษารู้จักระบบบริการปฐมภูมิของไทย และการทำงานของแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวกับทีมสหสาขาวิชาชีพ รวมถึงการดูแลผู้ป่วยในชุมชน โดยมีขั้นตอนการจัดกิจกรรมดังนี้

- Introduction to Primary Care Unit (PCU) เป็นการแนะนำทีมและสถานที่ของหน่วยบริการปฐมภูมิ ทำให้นักศึกษาเข้าใจบทบาทหน้าที่ของแต่ละวิชาชีพ ขอบเขตการให้บริการ ระบบการปรึกษาของพยาบาลกับแพทย์ในโรงพยาบาล และระบบส่งต่อผู้ป่วย
- Exercise Demonstration เป็นกิจกรรมที่ให้นักศึกษาได้พบปะกลุ่มผู้ป่วยและได้สอน สาธิตแสดงการออกกำลังกายแบบ stretching exercise ให้กับผู้ป่วย
- Family physicians' practice observation เป็นกิจกรรมที่ให้นักศึกษาได้สังเกตการตรวจผู้ป่วยของแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว การสื่อสารของแพทย์กับผู้ป่วยและเปิดโอกาสให้นักศึกษาได้ทดลองตรวจร่างกายผู้ป่วยอีกด้วย
- Observation of multidisciplinary team working including nurses, pharmacists, physical therapists, Thai traditional massage staff เป็นกิจกรรมที่ให้นักศึกษาได้สังเกตการทำงานของทีมสหสาขาวิชาชีพ ได้แก่ เภสัชกร นักกายภาพบำบัด และ หมอนวดแผนไทย
- Home visit เป็นกิจกรรมที่ให้นักศึกษาได้เห็นกระบวนการเยี่ยมบ้าน ตามหลัก INHOMESSS และเข้าใจความเป็นอยู่ของคนในสังคมไทย
- Summary/Reflection session at the end of the day เป็นการสรุปบทเรียนที่นักศึกษาได้รับจากการลงชุมชนและแลกเปลี่ยนเรียนรู้กับระบบบริการในประเทศของนักศึกษา

การจัดประสบการณ์การศึกษาชุมชนและทัศนศึกษาเสริมประสบการณ์

การจัดโปรแกรมทัศนศึกษานอกสถานที่ เป็นอีกหนึ่งกิจกรรมที่นักศึกษาชื่นชอบและเปิดมุมมองใหม่เกี่ยวกับวิถีชีวิตความเป็นอยู่ของคนไทย มีกิจกรรมศึกษาทางธรรมชาติในวันหยุดให้นักศึกษาได้ทัศนศึกษาในอำเภอสีชลและอำเภอใกล้เคียง เช่น อำเภอหนอง เป็นต้น นอกจากนี้กิจกรรมการทัศนศึกษา ยังสามารถตอบสนองต่อจุดประสงค์ของนักศึกษา

อีกประการหนึ่งที่เลือกมาอำเภอสีชล เนื่องจากที่ตั้งอยู่ไม่ไกลจากแหล่งท่องเที่ยวทางธรรมชาติที่มีชื่อเสียงของไทยได้แก่ เกาะสมุย เกาะพะงัน เกาะเต่า อุทยานแห่งชาติเขาสก จ.สุราษฎร์ธานี และสามารถเดินทางต่อไป จ.กระบี่ และภูเก็ตได้อย่างสะดวก

ตัวอย่างตารางการจัดกิจกรรมให้นักศึกษาแพทย์ต่างชาติ

An example of learning activities for foreign medical students

Date	Time(09.00-12.00 hr.)	Lunch Time (13.30-16.00 hr.)	Remarks
Monday (5/MAR/19)	Orientation / Meeting the hospital director (Dr.Arak Wongworachart)	Family Medicine Half Day Conference (Dr.Ekarat, Family Physician)	Aerobic exercise
Tuesday (6/MAR/19)	Field experiences in Primary Care Units (Tha Hin Health Center) (Dr.Ekarat, Family Physician)	Home Health Care at PCU (Dr.Ekarat, Family Physician)	
Wednesday (7/MAR/19)	Family Medicine Clinic (Dr.Khumphree, Family Physician)	Well Child Clinic (Nurse Sukolthip, registered nurse)	Running exercise
Thursday (8/MAR/19)	Family Medicine Clinic (Dr.Ekarat, Family Physician)	Home Health Care (Dr.Ekarat, Family Physician)	
Friday (9/MAR/19)	Palliative Care Clinic (Dr.Piyanit, Family Physician)	Reading/ Self-study	Running exercise

การประเมินผลการเรียนรู้ (Evaluation process)

- มีการประเมินผลการเรียนรู้จากผู้เรียนทุกคน ผ่านแบบประเมิน Feedback evaluation ของโรงพยาบาลโดยมีหัวข้อการประเมินด้านกระบวนการจัดการเรียนการสอน, การอำนวยความสะดวกด้านต่างๆ, ประสบการณ์ที่นักศึกษาได้รับ, ปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะ
- การนำเสนอผลการเรียนรู้ของนักศึกษา Reflection and feedback activity เป็นกิจกรรมในช่วงสัปดาห์สุดท้ายของการศึกษา เป็นการเปิดโอกาสให้นักศึกษาได้สะท้อนบทเรียนการเรียนรู้ในโรงพยาบาลและ อาจารย์แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวได้สรุปการเรียนการสอนให้นักศึกษารับทราบ

ผลลัพธ์การดำเนินงาน (Results)

จากการดำเนินงานตั้งแต่ปี 2550 ถึง ปี 2562 มีข้อมูลและรายละเอียดของนักศึกษาแพทย์ต่างชาติ ดังแสดงในตารางที่ 1 และ 2

ตารางที่ 1 สรุปจำนวนนักศึกษาแพทย์ต่างชาติที่เข้าศึกษาเรียนรู้ที่โรงพยาบาลลิซล

ปี	จำนวนนักศึกษาแพทย์	ประเทศของนักศึกษาแพทย์
2007	4	Japan
2008	4	Japan
2012	2	Australia
2013	7	USA, Austria
2014	5	USA, Austria, England, Australia
2015	8	USA, Germany, Japan, Myanmar
2016	15	USA, Austria, Germany, France
2017	8	USA, Austria, China
2018	12	USA, Austria, Germany, China
2019	19	USA, Austria, Germany, France
รวม	81	9 ประเทศ

ตารางที่ 2 ข้อมูลรายละเอียดของนักศึกษาแพทย์ต่างชาติที่เข้าศึกษาเรียนรู้ที่โรงพยาบาลลิซล

ข้อมูล	จำนวน (คน)	ร้อยละ (%)
เพศ		
ชาย	31	38.27
หญิง	50	61.73
อายุ		
<20ปี	12	14.81
20-25 ปี	35	43.21
26-30 ปี	20	24.70
>30ปี	14	17.28
ระดับชั้นการศึกษา		
ปีที่ 3	4	4.93
ปีที่ 4	46	56.79
ปีที่ 5	20	24.69
ปีที่ 6	8	9.88
หลังปริญญา	3	3.70
วิธีการติดต่อ		
โดยตรงผ่าน e-mail	50	61.73
ผ่านมหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์	17	20.98

ข้อมูล	จำนวน (คน)	ร้อยละ (%)
ผ่านมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์	6	7.40
ผ่านโครงการอื่นๆ	8	9.88
ระยะเวลาการเข้าศึกษา		
1 สัปดาห์	4	4.93
2 สัปดาห์	16	19.75
3 สัปดาห์	12	14.81
4 สัปดาห์	37	45.68
> 4 สัปดาห์	12	14.81
ประเทศ		
USA	22	27.16
Austria	21	25.92
France	11	13.58
Germany	11	13.58
Japan	9	11.11
Australia	3	3.70
China	2	2.47
England	1	1.23
Myanmar	1	1.23
รวม	81	100

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล พบว่า นักศึกษาแพทย์ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 61.73 อายุส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 20-25 ปี คิดเป็นร้อยละ 43.21 เข้าศึกษาดูงานในระยะเวลา 4 สัปดาห์ คิดเป็นร้อยละ 45.68

ส่วนใหญ่มาจากประเทศ สหรัฐอเมริกา คิดเป็นร้อยละ 27.16 รองลงไปคือ ประเทศออสเตรีย คิดเป็นร้อยละ 25.92 แต่ภาพรวมนักศึกษาจะมาจากประเทศในทวีปยุโรปมากที่สุด ข้อมูลสาขาที่นักศึกษาสนใจเรียนรู้เพิ่มเติมจากวิชาเวชศาสตร์ครอบครัว มากที่สุดคือ สาขาอายุรกรรม โดยเฉพาะโรคเขตร้อน เช่น โรคไข้เลือดออก โรคไข้ฉี่หนู โรคไข้สควิปไทฟัส เป็นต้น รองลงไปเป็น สาขาสุนัขเวชกรรมและสาขาศัลยกรรมออร์โธปิดิกส์ ตามลำดับ

ผลลัพธ์จากการประเมินกระบวนการจัดการเรียนรู้จากนักศึกษา

ผลการประเมินการเรียนรู้จากผู้เรียนทุกคน ผ่านแบบประเมิน Feedback evaluation ของโรงพยาบาลดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ผลการประเมินกระบวนการจัดการเรียนรู้จากนักศึกษาแพทย์ต่างชาติ

หัวข้อ	จำนวน	Percentage (%)
กิจกรรมสอดคล้องกับเป้าหมายการเรียนรู้		
เห็นด้วย	74	91.35
ไม่แน่ใจ	7	8.65
ไม่เห็นด้วย	0	0
ความหลากหลายของกิจกรรม		
เห็นด้วย	72	88.89
ไม่แน่ใจ	9	11.11
ไม่เห็นด้วย	0	0
ความช่วยเหลือจากอาจารย์ที่ปรึกษา		
เห็นด้วย	76	93.82
ไม่แน่ใจ	5	6.18
ไม่เห็นด้วย	0	0
ระยะเวลาการเข้าศึกษามีความเหมาะสม		
เห็นด้วย	70	86.42
ไม่แน่ใจ	11	13.58
ไม่เห็นด้วย	0	0
รวม	81	100

จะเห็นได้ว่า นักศึกษาแพทย์ส่วนใหญ่เห็นด้วยกับกิจกรรมสอดคล้องกับเป้าหมายการเรียนรู้คิดเป็นร้อยละ 91.35 ความช่วยเหลือจากอาจารย์ที่ปรึกษา คิดเป็นร้อยละ 93.82 ระยะเวลาการเข้าศึกษามีความเหมาะสม คิดเป็นร้อยละ 86.42 ในกลุ่มผู้ที่ไม่แน่ใจ ให้ความเห็นว่าบางกิจกรรมมีเวลาน้อยเกินไป เช่น การออกตรวจกับแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวในคลินิกหมอครอบครัว เป็นต้น

ข้อเสนอแนะ/ข้อคิดเห็นจากนักศึกษาต่างชาติ

นักศึกษาส่วนใหญ่ ตอบรับการจัดกิจกรรมที่มีความหลากหลายและสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ที่เลือกมาศึกษาได้เรียนรู้โรคเขตร้อน (Tropical diseases) เช่น โรคไข้เลือดออก, ไข้ฉี่หนู, มาลาเรีย เป็นต้น การดูแลผู้ป่วยที่พบบ่อยในแผนกต่างๆ การได้ฝึกประสบการณ์ตรวจร่างกายผู้ป่วยที่

หน่วยบริการปฐมภูมิ และคลินิกหมอครอบครัว มีข้อเสนอแนะเรื่องการสื่อสารภาษาอังกฤษของเจ้าหน้าที่อื่นๆ และระยะเวลาการศึกษาดูงานที่น้อยเกินไป

ตัวอย่าง เสียงสะท้อนจากผู้เรียน (Quotes from international medical students)

Alexia Leccerc นักศึกษาแพทย์ปี 5 จาก University of Angers, France:

"I think this elective in Sichon was a great experience. We can see how it works here, for example, the health volunteer in the PCU and the good connection between them and the doctor and the nurse. All the people are welcoming and nice. We are very grateful for that."

Lei Lei นักศึกษาแพทย์ปี 4 จาก Ohio State University, USA:

“Learning about top diseases that are seen in the hospital and how they care comparing with our home institution. Seeing the health care service delivery in the PCU especially how holistic, integrative and efficient the clinic is. Learning about Thai people’s perspective or perception about death and dying process.”

มุมมองของผู้เกี่ยวข้องกับการจัดกิจกรรม

นักวิชาการสาธารณสุข ผอ.รพ.สต.บ้านท่าหิน :

“การมีนักศึกษาต่างชาติมาศึกษาดูงานที่ รพ.สต. ช่วยให้เจ้าหน้าที่มีการตื่นตัวในการทำงานมากขึ้น และรู้สึกถึงความสำคัญของบริการปฐมภูมิที่เชื่อมต่อกับโรงพยาบาลและชุมชน การมีเครือข่าย อสม.เป็นสิ่งที่นักศึกษาต่างชาติประทับใจเนื่องจากเห็นการทำงานแบบจิตอาสาในประเทศไทย แตกต่างจากในต่างประเทศ ที่ไม่มีเครือข่าย อสม.”

พยาบาลวิชาชีพ คลินิกหมอครอบครัวบ้านท่าหิน :

“มีโอกาสดูพานักศึกษาต่างชาติลงเยี่ยมบ้านคนไข้ ทำให้รู้สึกภาคภูมิใจกับงานที่ตนเองทำมากขึ้น เนื่องจากได้พูดคุยกับนักศึกษาต่างชาติแล้ว พบว่าในประเทศของเขา ยังไม่มีบริการเยี่ยมบ้านในผู้ป่วยนอนติดเตียง และได้รับการชื่นชมการทำงานจากนักศึกษาต่างชาติที่เห็นคุณค่าของการดูแลผู้ป่วยแบบเป็นองค์รวม”

พยาบาลวิชาชีพ หอผู้ป่วยอายุรกรรม รพ.สิชล:

“เจ้าหน้าที่พยาบาลมีความตื่นตัวมากขึ้น เป็นโอกาสที่ได้ฝึกทักษะการพูดภาษาอังกฤษและได้เรียนรู้ศัพท์ใหม่ๆ สามารถนำไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยต่างชาติที่เข้ามารักษาในโรงพยาบาลได้อย่างมั่นใจมากขึ้น และเจ้าหน้าที่พยาบาลมีความกล้าในการพูดคุย สนทนาภาษาอังกฤษกับชาวต่างชาติมากขึ้น”

การสังเคราะห์/สรุปบทเรียน ที่ได้จากการจัด elective ให้กับนักศึกษาแพทย์ต่างชาติ

แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว มีความสามารถในการเป็นครูพี่เลี้ยงให้กับนักศึกษาแพทย์ชาวไทย ในรายวิชาเวชศาสตร์ครอบครัวและชุมชนเป็นพื้นฐานเดิม เมื่อมีโอกาสนในการ

จัดการเรียนรู้เวชศาสตร์ครอบครัวให้นักศึกษาแพทย์ต่างชาติที่สนใจมาเลือกเรียนวิชาเลือก (elective) ในโรงพยาบาล ถือเป็นโอกาสที่ดี ทำให้ได้รับประโยชน์ทั้งทางตรงและทางอ้อม ประโยชน์ทางตรง คือ การได้ฝึกทักษะด้านภาษาอังกฤษในการสื่อสาร โดยเฉพาะทักษะการสื่อสารในการดูแลผู้ป่วยและการทำงานในชุมชน ประโยชน์ทางอ้อม คือ เป็นการแลกเปลี่ยนวัฒนธรรม ขนบธรรมเนียมประเพณีระหว่างประเทศ การเผยแพร่ชื่อเสียงของโรงพยาบาล การมีเครือข่ายการศึกษาระหว่างประเทศ มีความสนิทสนม เกิดเป็นสายสัมพันธ์ที่ดีต่อกัน การจัดกระบวนการเรียนรู้ให้เกิดประโยชน์สูงสุด เกิดจากการตั้งเป้าหมาย วัตถุประสงค์การเรียนรู้ร่วมกับผู้เรียน และต้องมีการวางแผนกิจกรรมต่างๆ ให้ชัดเจน โดยสอดคล้องเนื้อหาของวิชาเวชศาสตร์ครอบครัว ผ่านกระบวนการต่างๆ มีการสรุปบทเรียน และสะท้อนกลับผลการเรียนรู้ร่วมกัน นักศึกษาจึงจะได้รับประโยชน์สูงสุดจากการมาศึกษาดูงานด้านเวชศาสตร์ครอบครัว และระบบสาธารณสุขของประเทศไทย นอกจากนี้ปัจจัยแห่งความสำเร็จมาจากการสนับสนุนจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลที่เปิดโอกาสรับนักศึกษาเข้ามา และการมีส่วนร่วมของบุคลากรทางการแพทย์ทุกระดับที่มีนักศึกษาเข้าไปศึกษาดูงานทั้งในโรงพยาบาลและหน่วยบริการปฐมภูมิ

unasu

การจัดการเรียนรู้เวชศาสตร์ครอบครัวให้นักศึกษาแพทย์ต่างชาติ เป็นการเปิดโอกาสให้ผู้เรียน ได้มาเรียนรู้ระบบการแพทย์และสาธารณสุขของไทย และยังเป็นโอกาสที่แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวจะได้เรียนรู้ระบบการศึกษาแพทย์ของประเทศต่าง ๆ อีกทั้งยังได้ประสบการณ์ในการฝึกทักษะการใช้ภาษาอังกฤษในการสื่อสาร บทบาทของแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวที่สำคัญ ได้แก่ การเป็นพี่เลี้ยงที่ปรึกษา (Preceptor) ทั้งในด้านเนื้อหาวิชาการ และการเป็นพี่เลี้ยง ให้คำแนะนำเกี่ยวกับขั้นตอน/กระบวนการเรียน ซึ่งเน้นการเรียนรู้ในลักษณะการช่วยเหลือเกื้อกูลกันแบบกัลยาณมิตร นอกจากนี้ยังต้องเป็นที่ปรึกษา (Advisor) คอยช่วยเชื่อมโยงประสานระหว่างแผนกต่างๆ ช่วยสื่อสารการทำงาน และสะท้อนกลับให้นักศึกษาได้รับรู้ถึงคุณค่าที่พวกเขาได้ปฏิบัติ รูปแบบการจัดการเรียนการสอน ขึ้นกับผู้เรียนเป็นหลัก มีการร่วมค้นหาจุดร่วมของเป้าหมายการเรียนรู้กับผู้เรียน ผลลัพธ์จึงจะบรรลุเป้าหมายที่วางไว้

เอกสารอ้างอิง

1. พิสนุ พงศ์ศรี. บทที่ 3 การประเมินสื่อการสอน. การประเมินทางการศึกษา: แนวคิดสู่การปฏิบัติ. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร. โรงพิมพ์เทียมฝาการพิมพ์. 2549
2. Williams, Darlene Anne. (1999). "Documenting Children's Learning: Assessment and evaluation in the project approach," Masters Abstracts International. 37(03): 751
3. Best, John W. and Kahn, James V. (1986). Research in Education. 5th ed. New Jersey. Prentice-Hall. Capron, (1988) Computers Tools for an Information Age. 5th ed. U.S.A.
4. Johnson, David W. Johnson, Roger T. and Edythe Johnson Holubec. (1990). CIRCLES OF LEARNING: Cooperation in the Classroom. 3rd Corelia Drive Edina, Minnesota: Interaction Book Company.
5. Slavin, Robert E. (1995). Cooperative Learning Theory, Research, and Practice. Massachusetts: A Simon & Schuter Company.

Expectations and Perceptions of Village Health Volunteers Regarding Primary Care Cluster in Phitsanulok Province

Sasitorn Sripotong, MD

Diploma Thai Board of Family Medicine

Wiroj Wannapira, MD

Diploma Thai Board of Obstetrics and Gynecology,

Diploma Thai Board of Family Medicine

Siriphan Theerakarn, RN

Department of Social Medicine and Primary Care

Buddhachinaraj Hospital, Phitsanulok Province

Email: sasitorn_med@hotmail.com

Abstract:

Reform of the primary health care system by established Primary Care Clusters (PCC) caused increased expectations of benefits for the public. Village Health Volunteers (VHVs) is a part of the Family Care Team (FCT) with leading role in community health management. So, expectations and perceptions of VHVs regarding multifaceted aspects of Primary Care Cluster are important for guiding the direction of our community health plan in responding to people's needs and for meaningful services. This qualitative research aimed to study the expectation and perception of VHVs using focus group discussions. Twelve VHVs were recruited by purposive sampling. Data were analyzed by using content analysis and data triangulation. The results of the perception of VHVs toward the Family Care Team show that they feel like the same family and they receive potential development to provide proactive service for responding to people's needs. VHVs expect the Primary Care Clusters to increase the proactive services in the community such as general medical examination, pap smear screening and chronic disease screening for easy access. In addition, increasing the coverage of their area, creating patient appointment systems and setting up a forum for searching and solving public problems in the community

Keywords: Primary care cluster, Family care team, Village health volunteers, Expectation, Perception.

ความคาดหวังและการรับรู้ ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ต่อคลินิกหมอครอบครัวใน จ.พิษณุโลก

แพทย์หญิง ศศิธร ศรีโพธิ์ทอง,
ว.เวชศาสตร์ครอบครัว
นายแพทย์ วิโรจน์ วรรณภิระ,
ว.สูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา, อว. เวชศาสตร์ครอบครัว
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ สิริพรรณ อีระกาญจน์
กลุ่มงานเวชกรรมสังคมและบริการปฐมภูมิ
รพ.พุทธชินราช พิษณุโลก
Email: sasitorn_med@hotmail.com

บทคัดย่อ

การปฏิรูประบบบริการสุขภาพด้านปฐมภูมิด้วยการจัดตั้งคลินิกหมอครอบครัว ทำให้เกิดความคาดหวังถึงประโยชน์ที่ประชาชนจะได้รับเพิ่มมากขึ้น อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ถูกจัดให้เข้ามาเป็นหนึ่งในทีมหมอครอบครัว มีบทบาทเป็นผู้นำในการจัดการสุขภาพชุมชน ความคาดหวังและการรับรู้ของ อสม.ที่มีต่อคลินิกหมอครอบครัวจึงมีความสำคัญในการกำหนดทิศทางและการวางแผนปฏิบัติงานของคลินิกหมอครอบครัวเพื่อให้ตอบสนองต่อความต้องการของประชาชนที่แท้จริง การวิจัยเชิงคุณภาพนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความคาดหวังและการรับรู้ของ อสม. โดยการสนทนากลุ่มผู้ให้ข้อมูล ได้แก่ อสม.ที่ปฏิบัติงานร่วมกับคลินิกหมอครอบครัวจำนวน 12 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง วิเคราะห์ข้อมูลด้วยวิธีวิเคราะห์เนื้อหา ตรวจสอบความถูกต้องโดยใช้วิธีการตรวจสอบสามเส้า ผลการศึกษาพบว่า อสม.มีการรับรู้ต่อทีมหมอครอบครัวเสมือนเป็นครอบครัวเดียวกัน อสม.ได้รับการพัฒนาศักยภาพด้านการให้บริการเชิงรุกในชุมชนที่ตอบสนองต่อความต้องการของประชาชนได้ดี อสม.คาดหวังให้คลินิกหมอครอบครัวให้บริการเชิงรุกในชุมชนเพิ่มมากขึ้น ได้แก่ การตรวจสุขภาพ การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก และการคัดกรองโรคเรื้อรังเพื่อให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการได้ง่ายและครอบคลุมมากขึ้น การจัดทำระบบนัดหมายผู้ป่วยและการทำประชาคมร่วมกันเพื่อค้นหาและแก้ไขปัญหาของประชาชนในชุมชนต่อไป

คำสำคัญ : คลินิกหมอครอบครัว ทีมหมอครอบครัว อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ความคาดหวัง การรับรู้

บทนำ

กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดนโยบายปฏิรูประบบบริการสุขภาพด้านปฐมภูมิด้วยการจัดตั้งคลินิกหมอครอบครัวเพื่อดูแลประชาชนในพื้นที่ขนาดที่เหมาะสมได้อย่างมีประสิทธิภาพ ด้วยระบบบริการที่เรียกว่า “บริการทุกคน บริการทุกอย่าง บริการทุกที่ บริการทุกเวลาด้วยเทคโนโลยี”¹ คลินิกหมอครอบครัวดำเนินการโดยทีมหมอครอบครัวซึ่งประกอบด้วยทีมสหวิชาชีพด้านการแพทย์ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ชุมชน และภาคประชาชน โดยคาดหวังว่าคลินิกหมอครอบครัวจะทำให้ประชาชนได้รับการดูแลที่มีคุณค่า ผู้ให้บริการกับผู้รับบริการมีความสัมพันธ์ดุจญาติมิตร สร้างความรู้ความเข้าใจในการดูแลตนเองของคนทุกกลุ่ม ทุกวัย จนเกิดเป็นการสร้างสุขภาพจากภายในตัวเอง ภายในครอบครัว ไปสู่การร่วมกันสร้างสุขภาพให้กับชุมชน และสร้างความเข้มแข็งให้กับชุมชนต่อไป¹

อสม.ถูกจัดให้เข้ามาเป็นหนึ่งในทีมคลินิกหมอครอบครัว ทำหน้าที่เชื่อมประสานระหว่างประชาชนในชุมชนและคลินิกหมอครอบครัว ช่วยสนับสนุนให้ประชาชนเกิดการเรียนรู้และเพิ่มความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเอง ซึ่งก่อนจัดตั้งนโยบายคลินิกหมอครอบครัว อสม.เป็นผู้สื่อข่าวสาธารณสุข ให้คำแนะนำให้บริการสาธารณสุขแก่ประชาชน เฝ้าระวังและป้องกันปัญหาสาธารณสุขในหมู่บ้าน เป็นผู้นำในการบริหารจัดการวางแผนแก้ปัญหาชุมชน เป็นแกนนำในการชักชวนเพื่อนบ้านเข้าร่วมกิจกรรมพัฒนางานสาธารณสุข และดูแลสิทธิประโยชน์ของประชาชนในชุมชน² แต่เมื่อมาปฏิบัติงานร่วมกับคลินิกหมอครอบครัว อสม.ถูกคาดหวังเพิ่มเติมในด้านการเป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลงด้านสุขภาพอนามัย วิเคราะห์ปัญหาด้านสุขภาพของชุมชน เพื่อจัดทำโครงการแก้ไขปัญหสุขภาพในชุมชนร่วมกับทีมหมอครอบครัว ดำเนินกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในชุมชน เช่น การตรวจคัดกรองโรคในชุมชน การส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของกลุ่มเสี่ยงในชุมชน ร่วมกับทีมหมอครอบครัวในการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้าน โดยเฉพาะผู้พิการ ผู้สูงอายุ ตีตบ้าน ตีตเตียง ผู้ป่วยระยะสุดท้าย¹ ด้วยความแตกต่างนี้อาจส่งผลต่อการทำงานของ อสม. กับทีมหมอครอบครัวได้จากการศึกษาที่ผ่านมา พบว่าการรับรู้ของผู้บริหารโรงพยาบาลและผู้ปฏิบัติงานในระดับปฐมภูมิต่อนโยบายคลินิกหมอครอบครัวจะทำให้เกิดการดูแลสุขภาพของประชาชนที่มีคุณภาพมากขึ้น และอาจทำให้เกิดความคาดหวังถึง

ประโยชน์ที่ประชาชนจะได้รับมากขึ้นตามมาด้วย³ ได้แก่ ผู้ป่วยจะได้รับการดูแลต่อเนื่องกับแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวทำให้เกิดผลลัพธ์ด้านสุขภาพที่ดีขึ้น และความพึงพอใจที่เพิ่มมากขึ้นด้วย⁴ โดยเฉพาะผู้ป่วยโรคเรื้อรังจะสามารถควบคุมโรคได้ดีขึ้น เพราะได้รับการรองรับและการตรวจติดตามอย่างสม่ำเสมอ มีความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยและบุคลากรทางการแพทย์ที่ดีนำไปสู่ความร่วมมือในการรักษา ส่งผลให้ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน อีกทั้งประชาชนจะได้รับการบริการสร้างเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคที่ดีขึ้นด้วย⁵ โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลกได้จัดตั้งคลินิกหมอครอบครัวเปิดดำเนินการเต็มรูปแบบตั้งแต่เดือนมิถุนายน พ.ศ.2559 เพื่อให้บริการประชาชนในเขตเทศบาลนครพิษณุโลก จัดตั้งคลินิกหมอครอบครัวจำนวน 2 คลินิกหมอครอบครัว มีทีมหมอครอบครัวจำนวนทั้งหมด 7 ทีม โดยให้การบริการอย่างต่อเนื่อง เชื่อมโยง และให้การบริการเชิงรุกในชุมชนที่เป็นพื้นที่รับผิดชอบของแต่ละทีม โดยก่อนการจัดตั้งคลินิกหมอครอบครัว อสม.ปฏิบัติงานภายใต้การกำกับของเทศบาลนครพิษณุโลก ต่อมาได้ย้ายมาอยู่กับโรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก เพื่อความสะดวกในการปฏิบัติงานกับคลินิกหมอครอบครัวและสอดคล้องกับนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข การวิจัยครั้งนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อทำความเข้าใจต่อเรื่องการรับรู้และความคาดหวังของ อสม. ต่อการทำงานร่วมกับคลินิกหมอครอบครัว เมื่อได้เข้ามาปฏิบัติงานร่วมกันเป็นระยะเวลาหนึ่งแล้วเพื่อนำผลการศึกษาดังกล่าวมาช่วยพัฒนาการดำเนินงานของคลินิกหมอครอบครัวที่มี อสม. เป็นตัวกลางเชื่อมประสานนโยบายจากคลินิกหมอครอบครัวไปสู่ประชาชน ครอบครัวและชุมชนให้ตอบสนองความต้องการด้านสุขภาพของประชาชนในชุมชนต่อไป

วัสดุและวิธีการ

การวิจัยนี้เป็นงานวิจัยเชิงคุณภาพใช้การศึกษาแบบกลุ่มเฉพาะ (case study) เพื่อศึกษาความคาดหวังและการรับรู้ของ อสม.ต่อคลินิกหมอครอบครัว โดยการสนทนากลุ่ม (focus group discussion) 1 กลุ่ม จำนวน 12 คน

ผู้ให้ข้อมูล คือ อสม.ที่ปฏิบัติงานร่วมกับทีมหมอครอบครัว จำนวน 12 คน โดยเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) เป็น อสม.ที่มีประสบการณ์ในการปฏิบัติงานกับทีมหมอครอบครัวสามารถให้ข้อมูลได้มาก สอดคล้องประเด็นกับการศึกษาในครั้งนี้ และกระจายเลือก

ให้ครอบครัวทั้ง 7 ทีมหออครอบครัว ดำเนินการสนทนากลุ่มในเดือนสิงหาคม พ.ศ.2561

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่

1.แบบสัมภาษณ์ชนิดมีโครงสร้าง ทีมผู้วิจัยค้นคว้าเนื้อหาจากเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ตรวจสอบคุณภาพของแบบสัมภาษณ์โดยผู้เชี่ยวชาญ 3 คน (แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว 2 คน และพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน 1 คน) 2.การสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วม 3.แบบบันทึกภาคสนาม 4. เทปบันทึกเสียง

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยอธิบายชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ความสำคัญของข้อมูลที่จะได้รับจากผู้ให้ข้อมูล ขออนุญาตบันทึกเทป มีผู้ดำเนินการสนทนากลุ่ม 2 คน ประกอบด้วยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว 1 คนและเภสัชกร 1 คน ซึ่งเป็นผู้มีประสบการณ์ในการสนทนากลุ่ม มีความรู้เกี่ยวกับคลินิกหออครอบครัวเป็นอย่างดีเนื่องจากปฏิบัติงานในคลินิกหออครอบครัว แต่ไม่ใช่ในพื้นที่วิจัยในครั้งนี้ จะเป็นผู้สัมภาษณ์โดยผู้ดำเนินการหลักจะดำเนินการสัมภาษณ์ตามแบบสัมภาษณ์ชนิดมีโครงสร้าง และผู้ช่วยผู้ดำเนินการหลักมีหน้าที่ช่วยกระตุ้นให้ได้ความคิดเห็นจากผู้ให้ข้อมูลครบทุกคน นอกจากนี้มีผู้ช่วยวิจัยอีก 5 คน ได้แก่ ผู้บันทึกเทป 1 คนและผู้จดบันทึกภาคสนาม 4 คน เริ่มสัมภาษณ์แบบไม่เป็นทางการโดยไม่ใช้คำถามนำ ใช้วิธีการจดบันทึกข้อมูลภาคสนามและข้อสังเกต ร่วมกับการสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วม สิ้นสุดการสนทนาเมื่อข้อมูลมีความอิ่มตัว โดยการวิจัยในครั้งนี้ใช้เวลาประมาณ 2 ชั่วโมง

การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลส่วนบุคคล วิเคราะห์ด้วยค่าความถี่ ร้อยละ ข้อมูลความคาดหวังและการรับรู้ของอสม.ต่อคลินิกหออครอบครัว ใช้วิธีการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (content analysis) เริ่มจากถอดเทปข้อมูลจากเครื่องบันทึกเสียงแบบคำต่อคำ (verbatim) ซึ่งผู้วิจัยได้ตรวจสอบความถูกต้องและอ่านบทถอดเทปซ้ำ เพื่อทำความเข้าใจภาพรวมของข้อมูล จากนั้นผู้วิจัยถอดรหัสข้อความหลัก (core idea) เพื่อทำความเข้าใจในประสบการณ์ต่างๆ จากนั้นถอดรหัสข้อความ (coding) เพื่อทำความเข้าใจประสบการณ์ของผู้ให้ข้อมูลในมุมมองที่ลึกซึ้ง นำข้อความถอดรหัสที่ความสัมพันธ์

จับเข้ามาเป็นหมวดหมู่ (category) เป็นประเด็นย่อย (sub-theme) และเป็นประเด็นหลัก (theme)

การตรวจสอบความถูกต้องและความน่าเชื่อถือของงานวิจัย ทำโดยการสอบถามกลับไปยัง อสม.ในประเด็นต่างๆ ที่ยังไม่ชัดเจน เมื่อข้อมูลชัดเจนขึ้นแล้วจึงส่งข้อมูลที่มีการตีความไปให้ อสม.ตรวจทานเพื่อความถูกต้องของข้อมูลอีกครั้ง อีกทั้งตรวจสอบความถูกต้องของการตีความข้อมูลผ่านวิธีสามเส้า(triangulation) จากนั้นนำข้อมูลที่ได้ไปตรวจสอบกับผู้เชี่ยวชาญซึ่งเป็นแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวอีกครั้ง

การพิทักษ์สิทธิของผู้ให้ข้อมูล ผู้วิจัยเคารพการตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัย หลังจากได้รับการยินยอมจากผู้ให้ข้อมูล ผู้วิจัยชี้แจงรายละเอียดที่เกี่ยวข้องกับการวิจัย ขออนุญาตบันทึกเสียงจากการสนทนากลุ่ม และยินยอมเข้าร่วมการวิจัย การถอดเทปในนามสมมติ โดยไม่มีการเปิดเผยชื่อและข้อมูลส่วนตัวของผู้ให้ข้อมูล

ผลการศึกษา

ข้อมูลส่วนบุคคล

ผู้ให้ข้อมูล คือ อสม. แบ่งเป็น 12 คน เป็นเพศชายและเพศหญิง ร้อยละ 50 อายุส่วนใหญ่ 51-60 ปี คิดเป็นร้อยละ 29.2 ประสบการณ์การเป็น อสม. มากกว่า 10 ปีเป็นส่วนใหญ่ คิดเป็นร้อยละ 45.8

ข้อมูลความคาดหวังและการรับรู้ของ อสม.ต่อคลินิกหออครอบครัว แบ่งเป็น 2 ส่วน ได้แก่

1. การรับรู้ของ อสม. เกี่ยวกับคลินิกหออครอบครัว

1.1 หน้าที่ของคลินิกหออครอบครัว

หน้าที่ของคลินิกหออครอบครัว อสม.มีความเข้าใจเกี่ยวกับความหมายของคลินิกหออครอบครัว

หมายถึง การทำงานของทีมสหวิชาชีพทางการแพทย์และทีม อสม.ร่วมกัน โดยอาศัยการมีส่วนร่วมของประชาชน ดูแลประชาชนระดับปฐมภูมิให้สามารถดูแลตนเองเบื้องต้นได้ก่อนไปโรงพยาบาล ตั้งแต่เด็กแรกเกิดต่อเนื่องไปจนถึงผู้สูงอายุ ผู้ป่วยติดเตียง ให้บริการทุกวัน ทุกเวลา ทุกที่ ทุกคน ทุกวัย ทำให้ครอบครัวของประชาชนมีสุขภาพดีและเกิดความพึงพอใจในการบริการ

“เป็นทีมหมอพยาบาลที่มาดูแลประชาชน ให้ประชาชนดูแลตนเองข้างต้นก่อนไปส่งการดูแลในโรงพยาบาล”

“การบริการของหมอให้ประชาชนทุกวัน ทุกเวลา ไม่มีวันหยุด ทุกที่ที่มีคนไข้ ทุกวัย แรกเกิด ติดตามไป ทุกระดับ ถึงคนชรา คนแก่”

1.2 การทำงานของ อสม. ร่วมกับคลินิกครอบครัว

- อสม.เข้าใจว่าสัมพันธ์ภาพที่เกิดขึ้นจากการทำงานร่วมกับคลินิกหมอครอบครัวว่าเป็นเหมือนสมาชิกในครอบครัวเดียวกันที่ใกล้ชิดคอยดูแลกัน เหมือนญาติพี่น้องให้คำปรึกษากันได้ และเป็นเหมือนเพื่อนที่ร่วมลงทำงานไปด้วยกัน ไม่เหมือนเจ้านายที่สั่งงานให้ลูกน้องทำ

“เอาหมอมายอยู่ในครอบครัวเรา เข้าใจกันมากขึ้น เหมือนครอบครัวเดียวกัน”

“หมอทำงานไม่ขึ้นนิ้ว ทำงานไปพร้อมกัน หมอลงชุมชนพวกเรา อสม.สามารถดึงหมอลงมา ทำให้เป็น อสม.ที่มีคุณภาพ หมอเป็นแบ็คอัพ”

- การได้รับการพัฒนาศักยภาพในการทำงาน อสม.รับรู้ถึงการได้รับการดูแลเอาใจใส่ให้ความรู้และพัฒนาศักยภาพจนเกิดความมั่นใจและภาคภูมิใจในการปฏิบัติงานมากขึ้น

“ทำให้ อสม. และประชาชนมีความเชื่อมั่น ตอนนี้ อสม.คัดกรอง อสม.อ่านค่าเป็น ให้คำแนะนำได้”

“ทีมหมอครอบครัวใส่ใจ ให้ความรู้ อสม. ในพื้นที่ที่ดูแล ทำให้ อสม. ภูมิใจ”

1.3 การปฏิบัติงานที่ผ่านมาของทีมหมอครอบครัว

ผลลัพธ์ของการดูแลชุมชนของคลินิกหมอครอบครัว อสม. รู้ถึงการปฏิบัติงานของทีมหมอครอบครัว ว่าทำให้เกิดผลลัพธ์ต่อชุมชน ดังนี้

- การเข้าถึงบริการสุขภาพได้อย่างทั่วถึง โดยมีทีมหมอครอบครัวลงพื้นที่ให้การดูแลปัญหาสุขภาพประชาชนในชุมชน ทำให้ผู้ป่วยติดเตียง ผู้ด้อยโอกาสสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพได้มากขึ้น

“จากการประชุมที่ รพ.พุทธฯ 1-2 เดือน เอามาบอก อสม. ชาวบ้านป่วยเป็นอะไร ติดเตียงจะมีหมอมายเยี่ยม”

“เมื่อมีทีมขึ้นมา ทำให้ทราบว่ายังมีครอบครัวด้อยโอกาส ยังเข้าไม่ถึงบริการ ทำให้เข้าถึงบริการมากขึ้น โดยทาง รพ. เข้ามามีบทบาท”

- รูปแบบการดูแลสุขภาพประชาชนโดย อสม. มีความครอบคลุมมากขึ้น ทั้งการให้ความรู้ การสร้างเสริม

สุขภาพป้องกันโรค ทำให้ประชาชนมีสุขภาพแข็งแรง ลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรค

“อัปเดตข้อมูลด้านสุขภาพ เรารู้โรคภัยไข้เจ็บ ประชาชน รู้ข้อมูลที่เป็นปัจจุบัน”

“ทำให้ อสม. และประชาชนมีความเชื่อมั่น ตอนนี้ อสม.คัดกรอง อสม.อ่านค่าเป็น ให้คำแนะนำได้”

- เกิดความร่วมมือในการดูแลรักษาทั้งระดับบุคคล ครอบครัวและชุมชน ทีมหมอครอบครัวสร้างสัมพันธ์กับประชาชนทำให้สามารถแก้ไขปัญหาชุมชนได้ เช่น การซื้อยา กินเอง ก่อให้เกิดความร่วมมือในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วย

“แต่ก่อนชาวบ้านกลัวหมอ ซื้อยากินเอง พอหมอ ลงพื้นที่ทำความเข้าใจกันเอง ชาวบ้านไม่กลัวหมอ เข้ารับการรักษามากกว่าซื้อยากินเอง”

“ท่านมีเวลาให้เกียรติคน การเอาใจใส่ ป้าคะ ป้าชา คุณหมอวิเคราะห์ชัดเจน หมออธิบายชัดเจน กล้าคุยกับหมอ หมอนัดจะไป”

1.4 ช่องทางการรู้จักคลินิกหมอครอบครัว

มีการประชาสัมพันธ์จากส่วนกลาง ช่วยสนับสนุนให้มีช่องทางการรู้จักคลินิกหมอครอบครัวอย่างทั่วถึงในชุมชน อสม.รับรู้ถึงการประชาสัมพันธ์เรื่องคลินิกหมอครอบครัวที่มีความหลากหลายทั้งที่สามารถศึกษาด้วยตนเอง ผ่านสื่อ social media ต่างๆ ช่องทางตามระบบราชการ เช่น การจัดประชุมการทำงานร่วมกันในพื้นที่และระดับจังหวัด

“กระทรวงสาธารณสุขเข้ามาสื่อ ทำในโทรศัพท์ให้ หมอไปอยู่ในชุมชน ไลน์ ยูทูป กูเกิ้ลที่ป้อนให้ประชาชน ที่เกี่ยวข้องกับข่าวสารทางทีวี ที่บอกว่าทีมหมอครอบครัวดำเนินการอย่างไร”

“จากเจ้าหน้าที่ที่เราสังกัด ถ่ายโอนไป ทางทีมหมอกี่มาแนะนำ ตอนแรกไม่รู้ ไม่มีตัวตน ตอนนี้มีทีม 1 ถึงทีม 7 ทางต้นสังกัด แยกประเด็น แล้วมาบอกเราทีมไหนอยู่ตรงไหน ก็เริ่มชัดเจนขึ้น”

2. ความคาดหวังของ อสม. เกี่ยวกับคลินิกหมอครอบครัว

อสม.มีความคาดหวังต้องการให้คลินิกหมอครอบครัวสนับสนุนการปฏิบัติงานของ อสม. และความ ต้องการการบริการด้านสุขภาพในชุมชน ดังนี้

- การให้บริการเชิงรุกที่มีความครอบคลุมมากขึ้น โดยเฉพาะ การคัดกรองโรคเรื้อรังในชุมชน การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในชุมชน การออกหน่วยบริการตรวจผู้ป่วยในชุมชน เพื่อให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการและครอบคลุมมากขึ้น

“ดูจากสื่อ มีทีมหมอครอบครัวที่อื่น เช็กปากมดลูกฟรี พัฒนาเครื่องมือ บริการถึงบ้าน เชิงรุกไปในชุมชน”

“ต้องการให้หมอทำ spot มีการลงพื้นที่โดยคุณหมอกระจายข่าวมีทุกหย่อมหญ้า ให้หมอตระเวนสุขภาพ หมอลงพื้นที่ ไม่ต้องไปโรงพยาบาลมาที่บ้านประชาชนชุมชน”

- การคัดกรองโรคเรื้อรังอย่างต่อเนื่องในชุมชน โดยทีมหมอครอบครัวสนับสนุนเครื่องมืออุปกรณ์ในการคัดกรองโรคเรื้อรังให้กับ อสม. ซึ่งจะช่วยลดความเสี่ยงในการเกิดโรคในอนาคต

“เครื่องมือไม่ครบ เจาะเลือดขาดเข็ม อยากให้ทีมไปดู เพราะถ้าไม่มีอุปกรณ์ เราทำงานไม่ได้”

“มีทีมหมอบรรลุผลคัดกรองในชุมชนเสมอ อยากให้มีการลงคัดกรองต่อเนื่อง”

- การร่วมมือระหว่างทีมหมอบรรลุผล อสม. และประชาชนทำประชาคมร่วมกันเพื่อค้นหาและแก้ไขปัญหของประชาชนในชุมชน

“อยากให้มีการทำประชาคม หาปัญหาของชุมชน ความต้องการของประชาชน สรุปคือว่า ให้ฟังเสียงผู้ป่วยจริงๆ เพื่อจะได้พัฒนาระบบบริการสุขภาพของเรา”

“ในขณะนี้มีโครงการเข้ามาหลายๆ ชุมชน ซึ่งจะมีการประชาคมในแต่ละชุมชน เลยคิดว่าน่าจะมีเจ้าหน้าที่ไปในชุมชนด้วย”

- การพัฒนาระบบให้บริการเชิงรับในคลินิกหมอบรรลุผล โดยจัดทำระบบนัดหมายผู้ป่วย เพื่อลดระยะเวลาการรอคอยและลดความแออัดของผู้ป่วยที่มาใช้บริการที่คลินิกหมอบรรลุผล

“ประชาชนไปไม่ตรงนัด ทำให้ไปตอนบ่าย อยากให้มีหนทางการทำบัตรนัดให้ผู้ป่วยไปถูกเวลา จะได้ไม่แออัด”

ตารางแสดง category theme subtheme

Category	Theme	Sub-theme
1.การรับรู้ของ อสม. ต่อคลินิกหมอบรรลุผล	1.1 หน้าที่ของคลินิกหมอบรรลุผล 1.2 การทำงานของ อสม.ร่วมกับคลินิกหมอบรรลุผล 1.3 การปฏิบัติงานที่ผ่านมาของคลินิกหมอบรรลุผล 1.4 ช่องทางการรู้จักคลินิกหมอบรรลุผล	- ร่วมกันทำงานเหมือนครอบครัวเดียวกัน - ทำงานด้วยความมั่นใจเนื่องจากได้รับการให้ความรู้และพัฒนาศักยภาพ - การเข้าถึงบริการสุขภาพได้อย่างทั่วถึง - รูปแบบการดูแลสุขภาพครอบคลุมมากขึ้น - เกิดความร่วมมือระดับบุคคล ครอบครัว และชุมชน - ส่วนกลาง (กระทรวงสาธารณสุข) - สื่อ social media ต่างๆ - ช่องทางระบบราชการ เช่น การประชุม
2.ความคาดหวังของอสม.ต่อคลินิกหมอบรรลุผล	2.1 การให้บริการเชิงรุกในชุมชน 2.2 การคัดกรองโรคเรื้อรังอย่างต่อเนื่องในชุมชน 2.3 การทำประชาคม 2.4 การจัดทำระบบนัดหมายผู้ป่วย	- การออกหน่วยตรวจสุขภาพ - การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก - การคัดกรองโรคเรื้อรัง

อภิปราย

หลังจาก อสม.ได้ปฏิบัติงานร่วมกับคลินิกหมอครอบครัว โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก มาประมาณ 2 ปี อสม.มีการรับรู้ความหมายของคลินิกหมอครอบครัวได้เป็นอย่างดี สะท้อนถึงการปฏิบัติงานที่ผ่านมาของคลินิกหมอครอบครัวได้ในภาพรวม ตรงกับความหมายของคลินิกหมอครอบครัวซึ่งนิยามโดยสำนักบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับการจัดบริการสาธารณสุขในระดับปฐมภูมิ โดยจัดให้มีทีมสหวิชาชีพ “บริการทุกคน ทุกอย่าง ทุกที่ ทุกเวลาด้วยเทคโนโลยี” ด้านความสัมพันธ์ระหว่างทีมหมอครอบครัวกับ อสม. นั้น ให้ความหมายได้ชัดเจนลึกซึ้งถึงความสัมพันธ์อันดีเสมือนคนในครอบครัว หลังจากมีการถ่ายโอน อสม.จากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมาอยู่กับทีมหมอครอบครัว โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก ซึ่งแต่เดิมไม่รู้จักกันมาก่อน ต่อมาเริ่มทำงานด้วยกันทำให้สนิทสนม คั่นเคยกันมากขึ้น ใกล้ชิดกัน อบอุ่นเหมือนครอบครัวเดียวกัน ญาติพี่น้องที่มีความผูกพันกัน คอยช่วยเหลือกันสอดคล้องกับความคาดหวังที่ผู้บริหารนโยบายคลินิกหมอครอบครัว¹ ด้านการทำงาน อสม.ให้ความหมายว่ามีรูปแบบเหมือนเพื่อนร่วมงานที่ช่วยกันทำงานคู่ขนานพร้อมไปกับ อสม. ไม่สั่งงานเพียงอย่างเดียวสอดคล้องกับแนวคิดเกี่ยวกับมิติสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคลในการทำงานโดยการช่วยเหลือสนับสนุนซึ่งกันและกัน⁶ ทำงานเป็นทีมเพื่อจุดมุ่งหมายเดียวกันคือ เพื่อให้ประชาชนมีสุขภาพดี ทีมหมอครอบครัว โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลกได้ฝึกอบรมให้ความรู้ ดูแลเอาใจใส่ พัฒนาศักยภาพ จน อสม.เข้าใจในบทบาทหน้าที่ตนเอง มีความมั่นใจในการปฏิบัติงานร่วมกับทีมหมอครอบครัวในการให้บริการต่อเนื่องที่บ้าน ได้แก่ การเยี่ยมบ้านผู้ป่วยติดเตียง และการคัดกรองโรคเรื้อรังเชิงรุกในชุมชน วัดความดันโลหิต เจาะน้ำตาลในเลือด สอดคล้องกับงานวิจัยที่พบว่าปัจจัยด้านการรับรู้ในการปฏิบัติงานของ อสม. มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานของ อสม.ในทีมหมอครอบครัว⁷ การที่ทีมหมอครอบครัวให้ความรู้ อบรมจน อสม.มีการรับรู้การปฏิบัติงานของตนเอง ส่งผลให้ อสม.สามารถปฏิบัติได้ตรงกับทีมหมอครอบครัว และนอกจากนี้ อสม.มีการรับรู้ในด้านบวกต่อการให้บริการเชิงรับที่คลินิกหมอครอบครัว เนื่องจากคลินิกหมอครอบครัวให้การดูแลคนป่วยประชาชนเป็นศูนย์กลาง (Person & Patient-Centered Primary Care) ซึ่งเป็นหัวใจสำคัญของการดำเนินงาน

Primary Care Cluster เน้นดูแลคน มากกว่าดูแลโรค เน้นองค์รวมมากกว่าดูแลด้านใดด้านหนึ่งเพียงอย่างเดียว¹ โดยอาศัยหลักการมีทักษะการสื่อสารที่ดี ฟังอย่างลึกซึ้งทั้งความรู้สึกและความต้องการที่แท้จริงของผู้ฟัง ทำให้เกิดความพึงพอใจและเกิดแรงจูงใจให้ความร่วมมือในการรักษา

แต่ อสม.ยังมีความคาดหวังต่อการสนับสนุนอุปกรณ์ในการคัดกรองโรคเรื้อรังสอดคล้องกับปัจจัยด้านคุณภาพบริการที่สำคัญตามแนวทาง “SERVQUAL”^{8,9} อสม.มีความคาดหวังต่อการให้บริการเชิงรุกในชุมชนของคลินิกหมอครอบครัว ได้แก่ การตรวจคัดกรองโรคเรื้อรัง การออกหน่วยตรวจสุขภาพ การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกเนื่องจากการให้บริการเชิงรุกช่วยลดค่าใช้จ่าย ลดความแออัดสอดคล้องกับแนวคิดการบริการเชิงรุกทำให้ผู้รับบริการเกิดความพึงพอใจมากขึ้น¹⁰ การลดระยะเวลาารับบริการ ทำให้ประชาชนเข้าถึงบริการได้ดียิ่งขึ้น¹¹ อสม.มีความคาดหวังต่อการทำประชาคมเพื่อหาปัญหาและแก้ไขปัญหในชุมชนต่อไป ถึงแม้ว่าภาคประชาชนมีทัศนคติทางบวกต่อบทบาทของ อสม. ในทีมหมอครอบครัว แต่ต้องพัฒนาศักยภาพของ อสม. อีกหลายด้าน เช่น การเป็นแกนนำในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ดีและ การคิดค้นกลวิธี/กิจกรรมรูปแบบใหม่เพื่อส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค พัฒนาทักษะการเรียนรู้และการส่งเสริมสนับสนุนการศึกษาของ อสม. และการพัฒนาเครือข่ายความร่วมมือกับองค์กรอื่นๆ เป็นต้น^{12,13}

โดยสรุป อสม.มีการรับรู้ที่ดีมากต่อคลินิกหมอครอบครัวทั้งการให้บริการเชิงรับในคลินิกหมอครอบครัวและการให้บริการเชิงรุกในชุมชน แต่ อสม.ก็ยังคงมีความคาดหวังให้คลินิกหมอครอบครัวให้บริการเชิงรุกในชุมชนเพิ่มมากขึ้นอีกด้วย

กิตติกรรมประกาศ

ขอบคุณ อสม.ผู้ให้ข้อมูลทั้ง 12 คนและทีมหมอครอบครัวทุกคนที่มีส่วนสำคัญในการจัดการทำสนทนากลุ่มในครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. Health Administration Division Office of the Permanent Secretary. Guideline of primary care cluster for service unit [internet]. 2016 [cited 2018 Jul 1]. Available from: http://www.ato.moph.go.th/sites/default/files/download/primary%20care%20cluster_guide%20%28pcc%29.pdf.
2. Department of Health Service Support. Munal of new age village volunteers.[internet].2011[cited 2019 Oct 30]. Available from : http://phc.moph.go.th/www_hss/data_center/ifm_mod/nw/NewOSM-1.pdf.
3. Khonthaphakdi D. Perception of Hospital Administrators and Primary Care Practitioners on Primary Care Cluster Policy: Understandings, Feelings, Expectations, Obstacles and Suggestions. Journal of Health Systems Research 2018;12: 267-79.
4. Royal College of General Practitioners. Medical generalism: why expertise in whole person medicine matters [internet]. 2012. [cited 2019 Sep 9]. Available from : http://www.rcgp.org.uk/policy/rcgp-policy-areas/~/_media/Files/Policy/A-Z-policy/Medical-Generalism_Why_expertise_in_whole_person_medicine_matters.ashx
5. Health Intervention and Technology Assessment Program. Synthesis Research for Economic Evaluation of Primary Care Cluster Policy [internet]. 2017 [cited 2019 Sep 9]. Available from : http://www.hitap.net/wp-content/uploads/2018/02/Full-report_Primary-Care-Cluster.pdf.
6. Rashid F, Blanco E. Dimensions of Interpersonal Relationships: Corpus and Experiments [internet]. 2017 [cited 2018 Jul 15]. Available from: <http://aclweb.org/anthology/D17-1244>.
7. Jukchai P. Factors affecting the performance of village volunteers (VHVs) of family care teams, Pathum Thani Province. Journal of Public Health Nursing 2017;31: 16-28.
8. Parasuraman, A., Zeithaml, VA., Berry, LL. SERVQUAL: A Multi-item Scale for Measuring Consumer Perception of Service Quality. Journal of Retailing 1988;64: 12-40.
9. Kunaroop P. The Expectation Perception and Satisfaction of people towards quality Service in Don Kaew Hospital, Mae Rim district, Chiang Mai province. Ganesha Journal 2015;11: 13-23.
10. Samerjai C. Proactive Service. Journal of Humanities and Social Sciences, Rajapruk University 2015;1:20.
11. Manathura A. Client Perception on the Primary Care Service Provided by the Chakarat Health Service Network, Amphur Chakarat, Nakhonratchasima. The Journal of Boromarajonani College of Nursing, Nakhonratchasima 2012;18:17-28.
12. Siripaiboon P. Role of development of health volunteers in primary health care: a case study of Phayathai district. Academic Services Journal, Prince of Songkla University 2010;21:30-44.
13. Kaeodumkoeng K, Pekalee A, Junhasobhaga J, Suwannit C. The Role of Village Health Volunteers in the Family Care Team. KKU Journal for Public Health Research 2016;9: 6-16.

ภาคผนวก

ตารางแสดงคำถามหลักที่ใช้ในการสัมภาษณ์

คำถามที่	แนวคำถาม
1.	ท่านพอจะทราบไหมว่าคลินิกหมอครอบครัวคืออะไร ทำหน้าที่อะไรบ้าง
2.	ท่านได้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับคลินิกหมอครอบครัวอย่างไร จากสื่อไหน
3.	ท่านรู้สึกอย่างไรเมื่อได้ปฏิบัติงานกับทีมหมอครอบครัว
4.	การปฏิบัติงานที่ผ่านมาของทีมหมอครอบครัวเกิดประโยชน์ต่อชุมชนอย่างไรบ้าง
5.	กิจกรรมหรือการบริการที่ต้องการจากทีมหมอครอบครัวคืออะไร อย่างไร
6.	ปัญหาสุขภาพอะไรที่ต้องการให้ทีมหมอครอบครัวดำเนินการแก้ไข คาดหวังผลอย่างไร

The Quality of life of the Population in Nongjik District, Pattani Province

*APN Angkana Wangthong**

Nongjik Hospital, Pattani

Anuchit Wangthong, MD

Nongjik Hospital, Pattani

Arwae Luemoh

Nongjik Public Health Office, Pattani

Muntanee Sangpum

Nongjik Public Health Office, Pattani

**Corresponding author : e-mail : angka2006@hotmail.com*

Abstract

This study is a cross-sectional descriptive study to measure the quality of life of the population in Nongjik District, Pattani Province, following the implementation of 3B4 Baskets strategy, developed to promote team-coordination and improvement in quality of life. The study recruited 2,801 samples by simple sampling. The instruments used in this study consisted of 2 parts: Part 1: General information Part 2: WHOQOL-BREF-THAI Quality of Life Indicators (WHOQOL-BREF-THAI).

The results showed that 71.8% of the samples were female. The overall quality of life of the sample age between 45-60 years (45.2%) was good ($\bar{x}=3.50$, $SD=0.78$). When considering different dimensions of quality of life, the mean score of psychological wellbeing was highest ($\bar{x}=3.69$, $SD=0.85$), followed by physical health ($\bar{x}=3.51$, $SD=0.79$) and satisfaction with the environment ($\bar{x}=3.39$, $SD=0.78$), while the mean score of social relationship dimension was lowest ($\bar{x}=2.32$, $SD=0.83$).

The results of the study are useful for improving the quality of life of the people. The 3B4 basket has been passed through the District Quality Development Committee. The system is developed and the network of quality of life is developed in all dimensions with multidisciplinary and professional teams.

Keywords: Quality of Life

คุณภาพชีวิตของประชากรในอำเภอหนองจิก จังหวัดปัตตานี

พยาบาลวิชาชีพ อังคณา วังทอง*

ผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูง สาขาจิตเวชและสุขภาพจิต

โรงพยาบาลหนองจิก จังหวัดปัตตานี

นายแพทย์ อนุชิต วังทอง

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลหนองจิก จังหวัดปัตตานี

อาแว ลือโมะ

สาธารณสุขอำเภอหนองจิก จังหวัดปัตตานี

มณฑนี แสงพุ่ม

นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอหนองจิก จังหวัดปัตตานี

*Corresponding author : e-mail : angka2006@hotmail.com

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตของประชากรในอำเภอหนองจิก จังหวัดปัตตานี หลังจากได้มีการใช้กลยุทธ์ 3B 4 ด้านเพื่อการดูแลสุขภาพประชากร

วัสดุและวิธีการ: เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาภาคตัดขวาง (cross-sectional descriptive study) ในประชาชนอายุ 15-60 ปี อำเภอหนองจิก จังหวัดปัตตานี ปีงบประมาณ 2561 จำนวน 2,801 คน เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ ข้อมูลทั่วไปและ แบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย (WHOQOL-BREF-THAI) วิเคราะห์โดยการหาค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับคุณภาพชีวิตโดยรวม รายด้านและ รายข้อ

ผลการศึกษา: กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 71.8 เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 45.2 (Min=20, Max=60, $\bar{x}$ =40.42, S.D.=9.41) มีคุณภาพชีวิตโดยรวม อยู่ระดับที่ดี ($\bar{x}$ =3.50, S.D.=0.78) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคุณภาพชีวิตรายด้านส่วนใหญ่ อยู่ในระดับที่ดี โดยด้านจิตใจ มีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับที่ดีและมีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด ($\bar{x}$ =3.69, S.D.=0.85) รองลงมาคือ ด้านร่างกาย มีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับที่ดี ($\bar{x}$ =3.51, S.D.=0.79) ด้านสิ่งแวดล้อม มีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับที่ดี ($\bar{x}$ =3.39, S.D.=0.78) และด้านสัมพันธภาพทางสังคม มีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลางและมีคะแนนเฉลี่ยน้อยสุด ($\bar{x}$ =2.32, S.D.=0.83) ตามลำดับ

สรุป ผลการศึกษาคุณภาพชีวิตแต่ละด้าน มีประโยชน์ต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตให้เหมาะสมกับบุคคลและบริบท เกิดระบบ “พื้นที่เป็นฐาน ประชาชนเป็นศูนย์กลาง” เกิดเครือข่ายการพัฒนาคุณภาพชีวิตที่ครอบคลุมทุกมิติ แบบทีมสหวิชาชีพ (ภาครัฐ) และสาขาอาชีพ (ภาคประชาชน) อย่างยั่งยืนต่อไป

คำสำคัญ: คุณภาพชีวิต

บทนำ

รัฐบาลมีนโยบายในการยกระดับคุณภาพบริการด้านสาธารณสุข ตลอดจนลดความเหลื่อมล้ำทางสังคม สร้างโอกาสการเข้าถึงบริการของรัฐอย่างทั่วถึงและเท่าเทียม กระทรวงสาธารณสุขจึงกำหนดนโยบายการบริการดูแลสุขภาพของประชาชนทุกครัวเรือน จัดบริการเชิงรุกในสถานบริการระดับปฐมภูมิ เพื่อสร้างการมีสุขภาพที่ดีให้กับประชาชน โดยให้ความสำคัญกับการให้บริการทางสุขภาพที่มีมาตรฐาน ชุมชนมีความเข้มแข็งและมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพตนเอง ตลอดจนสามารถดูแลช่วยเหลือซึ่งกันและกันได้¹ โดยมีเป้าหมายสำคัญ คือ กลไกการขับเคลื่อนการดูแลส่งเสริมสุขภาพคนในครอบครัวและดูแลฟื้นฟูสุขภาพผู้ป่วยให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ตามการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น²

ซึ่งกลไกที่มีความสำคัญในการขับเคลื่อนให้เกิดการดูแลสุขภาพของประชาชนอย่างทั่วถึง มุ่งหวังให้ทุกภาคส่วนเกิดการบูรณาการการดำเนินงานร่วมกันอย่างกลมกลืน¹ ให้มีส่วนร่วมขับเคลื่อนงานสุขภาพกายและสุขภาพจิตแบบองค์รวม และสอดคล้องกับสภาพปัญหาและความต้องการที่สำคัญของพื้นที่ ซึ่งมุ่งเน้นให้เครือข่ายต่างๆ ในอำเภอเดียวกันร่วมมือในการดูแลสุขภาพของประชาชนอย่างครบวงจร และสามารถดูแลได้บนพื้นฐานของสถานการณ์ในแต่ละอำเภอที่มีความแตกต่างกัน² จึงกำหนดขอบเขตการบริการที่เรียกว่า คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) เป็นการทำงานแบบพื้นที่เป็นฐาน ประชาชนเป็นศูนย์กลาง เน้นให้ความสำคัญกับคุณค่าและศักยภาพของรายบุคคล-ครอบครัว-ชุมชน เพื่อสุขภาพะทุกคนภายในอำเภอ มีเป้าหมายในการทำให้ “คนอำเภอเดียวกันไม่ทอดทิ้งกัน (Thailand Caring and Sharing Society)” กลายเป็นส่วนหนึ่งของวัฒนธรรมการพัฒนาและมีการขับเคลื่อนอย่างต่อเนื่องที่สำคัญ ทั้งในระดับอำเภอและในระดับประเทศ³

ดังนั้นการบูรณาการการขับเคลื่อนคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ร่วมส่งเสริมสนับสนุนและประสานความร่วมมือของทุกภาคส่วน ในการพัฒนาคุณภาพชีวิตประชาชน 4 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านร่างกาย 2) ด้านจิตใจ 3) ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม และ 4) ด้านสิ่งแวดล้อม ผ่านคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ตามกลยุทธ์ 3B 4 ด้าน ที่ร่วมกันดำเนินงานแบบบูรณาการในการส่งเสริม สนับสนุน ดูแล ช่วยเหลือ ให้คำปรึกษากับทุกครอบครัวประดุจญาติมิตร มุ่งเน้นประชาชนมี

สุขภาพที่ดีอย่างองค์รวม เกิดระบบการดูแลสุขภาพที่ตอบสนองตามพื้นฐานปัญหาในชุมชน ส่งผลให้คนหนองจิกมีคุณภาพชีวิตที่ดี²

ดังนั้น การสร้างระบบที่เป็นรูปธรรมและยั่งยืนในการพัฒนาคุณภาพชีวิต ตามกลยุทธ์ 3B 4 ด้าน โดยคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) มุ่งหวังให้ทุกภาคส่วนบูรณาการการดำเนินงานร่วมกันอย่างกลมกลืน เกิดการดูแลสุขภาพของประชาชนอย่างทั่วถึงและเหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ น่าจะมีส่วนให้คุณภาพชีวิตของประชาชนที่อยู่อาศัยในพื้นที่ มีคุณภาพชีวิตที่ดี ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาคุณภาพชีวิตของประชาชนเพื่อเป็นข้อมูลสำหรับการดำเนินนโยบายต่างๆ ต่อไป

กรอบแนวคิดในการวิจัย

กลยุทธ์ 3B 4 ด้าน พัฒนาคุณภาพชีวิต ผ่านคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) อำเภอหนองจิก จังหวัดปทุมธานี ที่บูรณาการการทำงานทุกภาคส่วน เช่น คณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอ (คปสอ.) ที่มี 1 โรงพยาบาล 1 สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ 16 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบล/PCU ร่วมกับโครงการประชารัฐร่วมใจ สร้างอำเภอสันติสุขและยั่งยืน (กอร.มน.ภาค 4 ส่วนหน้า) ร่วมกับโครงการสามเหลี่ยมเศรษฐกิจ มั่นคง มั่งคั่ง ยั่งยืน สู่โครงการไทยนิยมยั่งยืน (รัฐบาล) เกิดการบูรณาการและกำหนดทิศทาง โดยใช้กลไกการดำเนินงานการมีส่วนร่วมตามกลยุทธ์ 3B 4 ด้าน ซึ่งการขับเคลื่อนจะนำทีมโดยนายอำเภอหนองจิกและคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ร่วมกำหนดนโยบาย/วางแผน/ติดตาม/แก้ไข/พัฒนา เน้นร่วมคิด ร่วมทำ ร่วมเรียนรู้ เพื่อให้ประชาชนสามารถดูแลสุขภาพของตนเองตามบริบท นำไปสู่การมีคุณภาพชีวิตที่ดี⁴ ดังแผนภูมิ 1



คุณภาพชีวิต หมายถึง การรับรู้องค์ประกอบคุณภาพชีวิต 4 ด้าน คือ 1.ด้านร่างกาย คือ การรับรู้สภาพทางด้านร่างกายของบุคคล ซึ่งมีผลต่อชีวิตประจำวัน เป็นต้น 2.ด้านจิตใจ คือ การรับรู้สภาพทางจิตใจของตนเอง 3.ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม คือ การรับรู้เรื่องความสัมพันธ์ของตนเองกับบุคคลอื่น และ 4.ด้านสิ่งแวดล้อม คือ การรับรู้เกี่ยวกับสิ่งแวดล้อม ที่มีผลต่อการดำเนินชีวิต ซึ่งคุณภาพชีวิต สามารถแบ่งระดับคะแนนคุณภาพชีวิต แยกออกเป็น 3 ระดับ ดังนี้ คุณภาพชีวิตระดับไม่ดี, คุณภาพชีวิตระดับปานกลาง และ คุณภาพชีวิตระดับที่ดี ตามลำดับ

กลยุทธ์ 3B 4 ด้าน หมายถึง เป็นกลยุทธ์ที่วิเคราะห์การรับรู้องค์ประกอบคุณภาพชีวิต 4 ด้าน ตามเกณฑ์คุณภาพชีวิตของประชาชนมาจัดกลุ่ม แยกออกเป็น 4 ด้าน (1.ด้านร่างกาย 2.ด้านจิตใจ 3.ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม และ 4.ด้านสิ่งแวดล้อม) ที่บูรณาการทำงานเป็นทีม 3B คือ 1.Big Team: ทีมนำ (พชอ.) 2.Bright Team: ทีมประสาน 3.Beef Team: ทีมปฏิบัติการในชุมชนระดับพื้นที่

คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) หมายถึง คณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอ (คปสอ.) ที่มี 1 โรงพยาบาล 1 สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ 16 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (กระทรวงสาธารณสุข) ร่วมกับโครงการประชารัฐร่วมใจ สร้างอำเภอสันติสุขและยั่งยืน (กอ.รมน.ภาค 4 ส่วนหน้า) ร่วมกับโครงการสามเหลี่ยมเศรษฐกิจมั่นคง มั่งคั่ง ยั่งยืน (รัฐบาล) สู่ไทยนิยมยั่งยืน ร่วมกันบูรณาการสร้างระบบคุณภาพชีวิตที่เข้มแข็งและยั่งยืน

ขอบเขตการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ เป็นการศึกษาคุณภาพชีวิตในประชาชนอายุ 15-60 ปี อำเภอหนองจิก จังหวัดปัตตานี ปี 2561 จำนวน 2,801 คน ตามกลยุทธ์ 3B 4 ด้าน ด้วยคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) อำเภอหนองจิก จังหวัดปัตตานี เพื่อให้ประชาชนชาวอำเภอหนองจิก มีคุณภาพชีวิตที่ดี

รูปแบบของการวิจัย

เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาภาคตัดขวาง (cross-sectional descriptive study)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร

คือประชาชนอายุ 15-60 ปี ในเขตพื้นที่อำเภอหนองจิก จังหวัดปัตตานี จำนวน 70,025 คน⁵

กลุ่มตัวอย่าง

ประชาชนในครัวเรือนเขตพื้นที่อำเภอหนองจิก จังหวัดปัตตานี โดยกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง 4% จากจำนวนประชากรทั้งหมด 70,025 คน คิดเป็น 2,801 คน โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) ตามเกณฑ์คัดเลือก ดังนี้ 1) อายุ 15-60 ปี ไม่จำกัดเพศ 2) อ่านออก เขียนได้ สื่อสารได้ด้วยภาษาไทย 3) ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย⁶

เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ ข้อมูลทั่วไปและแบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์กรอนามัยโลก ชุดย่อ ฉบับภาษาไทย (WHOQOL-BREF-THAI) ของ World Health Organization (2004) มีการแปลเป็นภาษาไทยและปรับปรุงแบบวัดคุณภาพชีวิต⁷ เพื่อให้ประเมินการรับรู้คุณภาพชีวิต เป็นแบบวัดที่ผู้ตอบสามารถประเมินได้ด้วยตนเอง จำนวน 26 ข้อ ซึ่งมีองค์ประกอบ 4 ด้าน ดังนี้

- 1) ด้านร่างกาย ได้แก่ ข้อ 2, 3, 4, 10, 11, 12, 24
- 2) ด้านจิตใจ ข้อ 5, 6, 7, 8, 9, 23
- 3) ด้านสิ่งแวดล้อม ข้อ 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22

- 4) ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม ข้อ 13, 14, 25

ส่วนข้อ 1 และ ข้อ 26 เป็นตัวชี้วัดที่อยู่ในหมวดคุณภาพชีวิตโดยรวม จะไม่รวมอยู่ในองค์ประกอบทั้ง 4 ด้านนี้

การให้คะแนนแบบวัดคุณภาพชีวิต WHOQOL-26 ข้อคำถาม ที่มีความหมายทางบวก 23 ข้อ และข้อคำถามที่มีความหมายทางลบ 3 ข้อ คือ ข้อ 2, 9, 11 แต่ละข้อเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ให้ผู้ตอบเลือก ตอบ คือมากที่สุด มาก ปานกลาง น้อยและน้อยที่สุด มีเกณฑ์ให้คะแนน 5, 4, 3, 2 และ 1 ตามลำดับ ข้อคำถามในเชิงลบให้คะแนนกลับกัน

การแปลผลค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิต สามารถเปรียบเทียบกับเกณฑ์ปกติที่กำหนด ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย 0.00-1.66 แสดงถึงการมีคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี

คะแนนเฉลี่ย 1.67-3.33 แสดงถึงการมีคุณภาพชีวิตปานกลาง

คะแนนเฉลี่ย 3.34-5.00 แสดงถึงการมีคุณภาพชีวิตที่ดี

และวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้จากแบบสอบถาม โดยการหาค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับคุณภาพชีวิตโดยรวม รายด้านและ รายข้อ

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงเนื้อหา ตลอดจนการให้ข้อเสนอแนะในการปรับปรุงแก้ไขเครื่องมือ เพื่อให้เกิดความ

เหมาะสมในการนำเครื่องมือไปใช้ในการศึกษายิ่งขึ้น โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ได้แก่ อาจารย์คณะพยาบาลมหาวิทยาลัยทักษิณ, พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ และนักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ หลังจากนั้นได้นำไปทดลองใช้กับประชาชนที่มีลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย และนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ความเชื่อมั่นภายใน โดยการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์กรอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย (WHOQOL-BREF-THAI) = 0.92

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้เข้าร่วมวิจัยจะต้องแสดงความยินยอมให้เก็บข้อมูลก่อน จากนั้นผู้วิจัยจึงดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลแบบสอบถามที่เตรียมไว้ ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยทำการตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถามทันที นำแบบสอบถามที่สมบูรณ์ใส่ซองปิดผนึกแล้วนำมาวิเคราะห์

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยนี้ ได้ผ่านการพิจารณาอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดปัตตานี เลขที่ RECPTN No.03/61

ผลการศึกษา

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า กลุ่มตัวอย่าง 2,801 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 71.8 คิดเป็นร้อยละ 36.9 ตามลำดับ (Min=20, Max=60, $\bar{x}$ =40.42, S.D.=9.41) (ตาราง 1)

ส่วนที่ 2 ระดับคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่างตามแบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์กรอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย (WHOQOL-BREF-THAI) พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคุณภาพชีวิตโดยรวม อยู่ระดับที่ดี ($\bar{x}$ =3.50, S.D.=0.78) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคุณภาพชีวิตรายด้านส่วนใหญ่อยู่ในระดับที่ดี โดยด้านจิตใจ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับที่ดีและมีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด ($\bar{x}$ =3.69, S.D.=0.85) รองลงมาคือ ด้านร่างกาย พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับที่ดี ($\bar{x}$ =3.51, S.D.=0.79) ด้านสิ่งแวดล้อม พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับที่ดี ($\bar{x}$ =3.39, S.D.=0.78) และด้านสัมพันธภาพทางสังคม ซึ่งพบ

ว่า กลุ่มตัวอย่างมีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลางและมีคะแนนเฉลี่ยน้อยสุด ($\bar{x}=2.32$, $S.D.=0.83$) ตามลำดับ (ตาราง 2)

ตาราง 1 จำนวนและร้อยละ ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (N=2,801)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวนคน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	789	28.2
หญิง	2,012	71.8

ตาราง 2 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกเป็นโดยรวมและรายด้าน (N=2,801)

องค์ประกอบคุณภาพชีวิต	Mean	S.D.	ระดับคุณภาพชีวิต	ลำดับ
ด้านร่างกาย	3.51	0.79	ดี	2
ด้านจิตใจ	3.69	0.85	ดี	1
ด้านสิ่งแวดล้อม	3.39	0.78	ดี	3
ด้านสัมพันธภาพทางสังคม	2.32	0.83	ปานกลาง	4
คุณภาพชีวิตโดยรวม	3.50	0.78	ดี	

ส่วนระดับคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่าง เมื่อแยกเป็นรายข้อ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคุณภาพชีวิตส่วนใหญ่ อยู่ในระดับที่ดี (ตาราง 3) ดังนี้

1. ด้านจิตใจ ซึ่งมีระดับคุณภาพชีวิตที่ดีทุกข้อ โดยพบว่า รายข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด คือ ข้อ 23 ท่านรู้สึกว่าการที่ท่านมีความหมายมาก ($\bar{x}=3.90$, $S.D.=0.81$) และรายข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยน้อยสุด คือ ข้อ 6 ท่านมีสมาธิในการทำงานต่างๆ ดี ($\bar{x}=3.57$, $S.D.=0.77$)

2. ด้านร่างกาย รายข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุดและมีระดับคุณภาพชีวิตที่ดี คือ ข้อ 10 ท่านรู้สึกพอใจมากที่สามารถทำอะไรๆ ผ่านไปได้ในแต่ละวัน ($\bar{x}=3.62$, $S.D.=0.81$) และรายข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยน้อยสุดและมีระดับคุณภาพชีวิตปานกลาง คือ ข้อ 11 ท่านจำเป็นต้องไปรับการรักษาพยาบาลเพื่อที่จะทำงานหรือมีชีวิตอยู่ไปได้ในแต่ละวัน ($\bar{x}=3.13$, $S.D.=1.05$)

3. ด้านสิ่งแวดล้อม รายข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยมากที่สุดและมีระดับคุณภาพชีวิตที่ดี คือ ข้อ 16 ท่านพอใจกับสภาพบ้านเรือนที่อยู่ตอนนี้ ($\bar{x}=3.59$, $S.D.=0.86$) และรายข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยน้อยสุดและมีระดับคุณภาพชีวิตปานกลาง คือ ข้อ 17 ท่านมีเงินพอใช้จ่ายตามความจำเป็น ($\bar{x}=3.16$, $S.D.=0.75$)

4. ด้านสัมพันธภาพทางสังคม รายข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยมากที่สุดและมีระดับคุณภาพชีวิตที่ดี คือ ข้อ 13 ท่านพอใจต่อการผูกมิตรหรือเข้ากับคนอื่นอย่างที่ผ่านมา ($\bar{x}=3.66$, $S.D.=0.75$) และรายข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยน้อยสุดและมีระดับคุณภาพชีวิตปานกลาง คือ ข้อ 25 ท่านพอใจในชีวิตทางเพศของท่าน (ชีวิตทางเพศ หมายถึง เมื่อเกิดความรู้สึกทางเพศขึ้นแล้วท่าน มีวิธีจัดการทำให้ผ่อนคลายลงได้ รวมถึงการช่วยตัวเองหรือการมีเพศสัมพันธ์) ($\bar{x}=3.05$, $S.D.=0.96$)

ตาราง 3 คะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับคุณภาพชีวิต จำแนกเป็นรายข้อ (N=2,801)

คุณภาพชีวิตรายข้อ	Mean	S.D.	ระดับคุณภาพชีวิต
1.ท่านพอใจกับสุขภาพของท่านในตอนนี้เพียงใด	3.52	0.82	ดี
2.การเจ็บปวดตามร่างกาย เช่น ปวดหัว ปวดท้อง ปวดตามตัว ทำให้ ท่านไม่สามารถทำในสิ่งที่ต้องการมากนักเพียงใด	3.61	0.88	ดี
3.ท่านมีกำลังเพียงพอที่จะทำสิ่งต่าง ๆ ในแต่ละวันไหม (ทั้งเรื่องงาน หรือ การดำเนินชีวิตประจำวัน)	3.61	0.88	ดี
4.ท่านพอใจกับการนอนหลับของท่านมากนักเพียงใด	3.58	0.77	ดี

คุณภาพชีวิตรายข้อ	Mean	S.D.	ระดับคุณภาพชีวิต
5. ท่านรู้สึกพึงพอใจในชีวิต (เช่น มีความสุข ความสงบมีความหวัง) มากน้อย เพียงใด	3.61	0.78	ดี
6. ท่านมีสมาธิในการทำงานต่าง ๆ ดีเพียงใด	3.57	0.77	ดี
7. ท่านรู้สึกพอใจในตนเองมากน้อยแค่ไหน	3.86	0.82	ดี
8. ท่านยอมรับรูปร่างหน้าตาของตัวเองได้ไหม	3.88	0.86	ดี
9. ท่านมีความรู้สึกไม่ดี เช่น รู้สึกเหงา เศร้า หดหู่ สิ้นหวัง วิตกกังวลบ่อยแค่ไหน	3.66	1.03	ดี
10. ท่านรู้สึกพอใจมากน้อยแค่ไหนที่สามารถทำอะไรๆ ผ่านไปได้ในแต่ละวัน	3.62	0.81	ดี
11. ท่านจำเป็นต้องไปรับการรักษาพยาบาลมากน้อยเพียงใด เพื่อที่จะทำงานหรือ มีชีวิตอยู่ไปได้ในแต่ละวัน	3.13	1.05	ปานกลาง
12. ท่านพอใจกับความสามารถในการทำงานได้อย่างที่เคยทำมาากน้อยเพียงใด	3.56	0.77	ดี
13. ท่านพอใจต่อการผูกมิตรหรือเข้ากับคนอื่นอย่างที่ผ่านมา แค่ไหน	3.66	0.75	ดี
14. ท่านพอใจกับการช่วยเหลือที่เคยได้รับจากเพื่อน ๆ แค่ไหน	3.54	0.78	ดี
15. ท่านรู้สึกว่าชีวิตมีความมั่นคงปลอดภัยดีไหมในแต่ละวัน	3.55	0.77	ดี
16. ท่านพอใจกับสภาพบ้านเรือนที่อยู่ตอนนี้มากน้อยเพียงใด	3.59	0.86	ดี
17. ท่านมีเงินพอใช้จ่ายตามความจำเป็นมากน้อยเพียงใด	3.16	0.75	ปานกลาง
18. ท่านพอใจที่จะสามารถไปใช้บริการสาธารณสุขได้ตามความจำเป็นเพียงใด	3.54	0.84	ดี
19. ท่านได้รู้เรื่องราวข่าวสารที่จำเป็นในชีวิตแต่ละวันมากน้อยเพียงใด	3.28	0.77	ปานกลาง
20. ท่านมีโอกาสได้พักผ่อนคลายเครียดมากน้อยเพียงใด	3.26	0.77	ปานกลาง
21. สภาพแวดล้อมดีต่อสุขภาพของท่านมากน้อยเพียงใด	3.46	0.73	ดี
22. ท่านพอใจกับการเดินทางไปไหนมาไหนของท่าน (หมายถึงการคมนาคม) มากน้อยเพียงใด	3.33	0.81	ปานกลาง
23. ท่านรู้สึกว่าชีวิตท่านมีความหมายมากน้อยแค่ไหน	3.90	0.81	ดี
24. ท่านสามารถไปไหนมาไหนด้วยตนเองได้ดีเพียงใด	3.58	0.84	ดี
25. ท่านพอใจในชีวิตทางเพศของท่านแค่ไหน? (ชีวิตทางเพศ หมายถึง เมื่อเกิดความรู้สึกทางเพศขึ้นแล้ว ท่านมีวิธีการทำให้ผ่อนคลายลงได้ รวมถึงการช่วยตัวเองหรือ การมีเพศสัมพันธ์)	3.05	0.96	ปานกลาง
26. ท่านคิดว่าท่านมีคุณภาพชีวิต (ชีวิตความเป็นอยู่) อยู่ในระดับใด	3.47	0.75	ดี

อภิปรายผลการวิจัย

จากการศึกษาระดับคุณภาพชีวิต ตามกลยุทธ์ 3B 4 ด้าน ในประชาชนอายุ 15-60 ปี อำเภอหนองจิก จังหวัดปัตตานี จำนวน 2,801 คน ด้วยคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) อำเภอหนองจิก จังหวัดปัตตานี เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตประชาชนในพื้นที่ให้ดีขึ้น ซึ่งการศึกษาครั้งนี้ เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาภาคตัดขวาง (cross-sectional descriptive study) พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคุณภาพชีวิตโดยรวม อยู่ในระดับที่ดี ($\bar{x}=3.50$, $S.D.=0.78$) (ตาราง 2)

ข้อเสนอแนะการวิจัย

การศึกษานี้ไม่ครอบคลุมกลุ่มประชากรที่มีอายุน้อยกว่า 15 และมากกว่า 60 ปี ซึ่งอาจมีระดับคุณภาพชีวิตที่แตกต่างไป นอกจากนี้ การศึกษานี้ยังไม่สามารถบอกได้ว่าผลของคุณภาพชีวิตที่ดีนี้เป็นผลจากกลยุทธ์ 3B 4 ด้านโดยตรง เนื่องจากไม่ได้มีการเก็บข้อมูลคุณภาพชีวิตก่อนดำเนินโครงการ จึงไม่ได้มีการเปรียบเทียบก่อนและหลังการดำเนินโครงการตามกลยุทธ์ 3B 4 ด้านดังกล่าว

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักส่งเสริมและพัฒนาสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิตกระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการดำเนินงานสุขภาพจิตในระบบสุขภาพระดับอำเภอ ปีงบประมาณ 2560. บริษัทปิยอนด์ พับลิชชิง จำกัด; 2560.
2. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือการดำเนินงานสุขภาพจิตระดับอำเภอ. บริษัทปิยอนด์ พับลิชชิง จำกัด; 2556.
3. สำนักงานบริหารยุทธศาสตร์สุขภาพวิถีชีวิตไทย สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. คู่มือประกอบการพิจารณา ระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ พ.ศ. 2561. สำนักงานกิจการโรงพยาบาลองค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก ในพระบรมราชูปถัมภ์; 2561.
4. สำนักส่งเสริมและพัฒนาสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิตกระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการดำเนินงานสุขภาพจิตในระบบสุขภาพระดับอำเภอ ปีงบประมาณ 2559. บริษัท ปิยอนด์ พับลิชชิง จำกัด; 2558.
5. สำนักงานสาธารณสุขอำเภอหนองจิก จังหวัดปัตตานี. ข้อมูลทะเบียนราษฎรอำเภอหนองจิก; 2561.
6. คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.). อำเภอหนองจิก จังหวัดปัตตานี. สรุปการประชุม; 2561.
7. สุวัฒน์ มหันนรินทร์กุล, วีระวรรณ ดันติพิวัฒนสกุล, วนิดา พุ่มไพศาลชัย, กรองจิตต์ วงศ์สุวรรณ และราณี พรมานะจิรังกุล. เปรียบเทียบตัวชี้วัดคุณภาพชีวิตของ WHO 100 ตัวชี้วัด. เชียงใหม่: โรงพยาบาลสวนปรุง; 2540.
8. กรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทยและสำนักงานบริหารยุทธศาสตร์สุขภาพวิถีชีวิตไทย สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. คู่มือแนวทางการดำเนินงานตามระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรี ว่าด้วยการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ พ.ศ. 2561. บริษัท ปิยอนด์ พับลิชชิง จำกัด; 2561.
9. ญัฐวัฒน์ ชันโท. คุณภาพชีวิตของประชาชนในพื้นที่หน่วยบริการชุมชน คลินิกศูนย์แพทย์พัฒนา. รัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารทั่วไป วิทยาลัยการบริหารรัฐกิจ มหาวิทยาลัยบูรพา; 2557.
10. ปรางทิพย์ ภักดีศิริไพรวัลย์. การศึกษาคุณภาพชีวิตของคนในชุมชนบ้านแสนตอ หมู่ 11 ตำบลท่าผา อำเภอเกาะคา จังหวัดลำปาง [อินเทอร์เน็ต]; 2559 [เข้าถึงเมื่อ 20 เมษายน 2561] เข้าถึงได้จาก: <http://doi.nrct.go.th/ListDoi/listDetail?ResolveDOI=10.14457/TU.the.2016.138>.
11. ศรีสุตา มีชำนาญและ สมชาย ลักษณะนารักษ์. คุณภาพชีวิตของประชาชนในอำเภอนครชัยศรี จังหวัดนครปฐม. วารสารศิลปการศึกษาศาสตร์วิจัยมหาวิทยาลัยศิลปากร; 2553.
12. จุฬารัตน์ คนเพียร. คุณภาพชีวิตของประชาชนในเขตพื้นที่องค์การบริหารส่วนตำบลสองคลอง อำเภอบางปะกง จังหวัดฉะเชิงเทรา. งานวิทยานิพนธ์หลักสูตรรัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารทั่วไป วิทยาลัยการบริหารรัฐกิจ มหาวิทยาลัยบูรพา; 2558.

Expectations and Perceptions of Cambodian Patients on the Service Quality of Family Medicine Clinic, King Chulalongkorn Memorial Hospital

Thanakrit Dongbang, MD

Chatchai Manokuljit, MD

Assist. Prof. Suchart Supphapitiphon, MD

Bhorn-ake Manasvanich, MD

Sudsri Kokaewwichian, MD

Department of Family Medicine, King Chulalongkorn Memorial Hospital

**Corresponding author : e-mail : tobtob_29@hotmail.com*

Abstract

Many Cambodian patients seek medical services at King Chulalongkorn Memorial Hospital (KCMH) with the number increasing every year. The main objective of this study was to understand the Cambodian patients' expectations and perceptions of our services which will provide an important key to improve our service quality.

The study was a cross-sectional descriptive survey among 120 Cambodian patients traveling for medical visits at the Family Medicine Clinic, KCMH from March to August 2018. By using a validated questionnaire in Cambodian language (Item-Objective Congruence Index >0.5, Cronbach's Alpha Coefficient=0.917), the expectation before receiving a service and the perception after our services were explored and analyzed by descriptive statistics and Wilcoxon Signed Rank Test.

Most of the patients (74.2%) visited KCMH for the first time, and for 70% this was their first medical visit in Thailand. More than 80% wanted a referral to specialists especially gastroenterologists, general surgeons and orthopedists. Moreover, 65.8% visited for an annual check-up. The expectation and perception of Cambodian patients regarding the service quality on a scale of 1-5 were at the 'high' level of expectation and satisfaction ($\bar{x} = 4.05$ SD = 0.41, $\bar{x} = 4.16$ SD = 0.39). After receiving the service, the overall of satisfaction level was above their expectation ($P < 0.05$).

The hospital should arrange their service according to the needs and expectations of Cambodian patients. Further studies could focus on opinions from service providers and Thai patients toward Cambodian patients for more understanding from different points of view.

Keywords: Expectation; Perception; Cambodian patients; Service quality; International medical tourists

ความคาดหวังและการรับรู้ของผู้รับบริการชาวกัมพูชา ต่อคุณภาพบริการ ณ คลินิกเวชศาสตร์ครอบครัว โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์สภากาชาดไทย

นายแพทย์ ธนฤต ดงบัง
นายแพทย์ ฉัตรชัย มโนกุลจิต
ผศ.(พิเศษ) นายแพทย์ สุชาติ ศุภปิติพร
นายแพทย์ ภารเอก มั่นสวานิช
แพทย์หญิง สุทธิศรี กอแก้ววิเชียร
ฝ่ายเวชศาสตร์ครอบครัว
โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย

*Corresponding author : e-mail : tobtat_29@hotmail.com

บทคัดย่อ

โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์มีผู้รับบริการชาวกัมพูชาจำนวนมากและเพิ่มขึ้นทุกปี การวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวางนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาความคาดหวังและการรับรู้ของผู้รับบริการชาวกัมพูชาต่อคุณภาพบริการ ณ คลินิกเวชศาสตร์ครอบครัว โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย จำนวน 120 คน สุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบบังเอิญ (Accidental Sampling) เก็บรวบรวมข้อมูลจากแบบสอบถามภาษาเขมร ซึ่งจัดทำจากแบบสอบถามฉบับภาษาไทยที่ผ่านการตรวจวิเคราะห์จากผู้เชี่ยวชาญได้ค่าดัชนี IOC (Item-Objective Congruence Index) >0.5 ทำการแปลเป็นภาษาเขมร และตรวจสอบค่าความเที่ยงโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ได้เท่ากับ 0.917 วิเคราะห์ข้อมูลสถิติเชิงพรรณนา และ Wilcoxon Signed Rank Test

ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยกัมพูชาส่วนใหญ่มาใช้บริการเป็นครั้งแรก (ร้อยละ 74.2) มีความต้องการมาพบแพทย์เฉพาะทาง ร้อยละ 83.3 โดยเฉพาะอายุรกรรมทางเดินอาหาร ศัลยกรรมทั่วไป และศัลยกรรมกระดูก มาตรวจสุขภาพประจำปีร้อยละ 65.8 ความคาดหวังและการรับรู้บริการของกลุ่มตัวอย่าง มีคะแนนรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{x} = 4.05$ SD = 0.41, $\bar{x} = 4.16$ SD = 0.39) ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างความคาดหวังและการรับรู้ระหว่างก่อนและหลังรับบริการ พบว่า เรื่อง คุณภาพบริการ ความสะดวกสบายในการรักษา ความมีอัธยาศัยไมตรีของผู้ให้บริการ การสื่อสาร ค่าใช้จ่าย และคะแนนรวม มีความต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $P < 0.05$

ดังนั้นโรงพยาบาลควรจัดบริการที่สอดคล้องกับความต้องการของผู้ใช้บริการ อีกทั้งควรมีการศึกษาเพิ่มเติมเกี่ยวกับความคิดเห็นของแพทย์ และผู้ป่วยชาวไทยต่อผู้ป่วยชาวกัมพูชา เพื่อการออกแบบบริการที่สะดวกต่อผู้ปฏิบัติงาน

คำสำคัญ: ความคาดหวัง; การรับรู้; ผู้รับบริการชาวกัมพูชา; คุณภาพบริการ; นักท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ

บทนำ

ปัจจุบันประเทศไทย เป็นศูนย์กลางทางการแพทย์ (Medical Hub) ที่สำคัญของเอเชีย^{1,2,3} โดยสถิติการเข้ามารับการรักษาของผู้ป่วยต่างชาติในประเทศไทยมีแนวโน้มขยายตัวอย่างต่อเนื่อง โดยในปี 2557 มีชาวต่างชาติมาใช้บริการทางการแพทย์ในประเทศไทยจำนวน 1.2 ล้านครั้ง (visits) โดยแบ่งเป็น 2 กลุ่มคือ กลุ่ม medical tourism ได้แก่ CLMV (กัมพูชา ลาว พม่า เวียดนาม) จีน เมียนมาร์ ญี่ปุ่น ตะวันออกกลาง และยุโรป อีกกลุ่มคือ กลุ่ม Expatriate ได้แก่ กลุ่มนักลงทุนชาวต่างชาติที่เข้ามาทำงานในประเทศไทย โดยชาวต่างชาติกลุ่ม CLMV เป็นกลุ่มตลาดใหม่ที่มีการเติบโตสูงขึ้น

จากข้อมูลฝ่ายเทคโนโลยีสารสนเทศ รพ.จุฬาลงกรณ์⁴ พบว่า การใช้บริการของผู้ป่วยชาวต่างชาติมีแนวโน้มสูงขึ้น จากปี 2556 มีจำนวนชาวต่างชาติที่มาใช้บริการ 32,915 ครั้ง เพิ่มขึ้นเป็น 52,464 ครั้งในปี 2560 โดยสัญชาติที่มาใช้บริการมากที่สุด คือ ชาวกัมพูชา จำนวน 21,509 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 40 ของผู้ป่วยชาวต่างชาติทั้งหมด ซึ่งสอดคล้องกับผู้ป่วยชาวต่างชาติในกลุ่ม CLMV (กัมพูชา ลาว พม่า เวียดนาม) ที่มาใช้บริการในประเทศไทยมากขึ้น ซึ่งผู้ใช้บริการกลุ่มนี้ส่วนใหญ่เป็นกลุ่ม medical tourism ที่ไม่ใช่แรงงานต่างด้าวที่เข้ามาทำงานในประเทศไทยและใช้สิทธิ์การรักษาพยาบาลแบบจ่ายเงินสดเป็นหลัก โดยคลินิกที่ผู้ป่วยชาวกัมพูชามาใช้บริการที่โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์มากที่สุด คือ คลินิกพิเศษนอกเวลาราชการ รองลงมาคือ คลินิกเวชศาสตร์ครอบครัว

ปัจจัยหลักที่ทำให้ประเทศไทยได้รับการยอมรับจากผู้ป่วยชาวต่างชาติ คือ มีราคาค่าบริการทางการแพทย์อยู่ในระดับเหมาะสม แพทย์และบุคลากรทางการแพทย์มีความรู้ความเชี่ยวชาญ⁵ ด้านการบริการของบุคลากรของไทยได้รับการยอมรับจากผู้รับบริการทั่วโลกในความเป็นมิตร มีอัธยาศัยไมตรีในการบริการ และความอ่อนน้อม^{6,7}

ตามหลักการของกาชาดสากล⁸ ในเรื่องของความมีมนุษยธรรม ความไม่ลำเอียง และความเป็นสากล จึงปฏิเสธไม่ได้ที่ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย ต้องรองรับผู้ป่วยทั้งชาวไทย และชาวต่างชาติ โดยไม่เลือกปฏิบัติ ทั้งเรื่องสัญชาติ เชื้อชาติ ความเชื่อถือทางศาสนา ชนชั้น วรรณะ หรือความคิดเห็นทางการเมืองที่ต่างกัน โดยคลินิกเวชศาสตร์ครอบครัวโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย เป็นคลินิกผู้ป่วยนอกที่รับหน้าที่ในการตรวจ และคัดกรองผู้ป่วยชาว

ต่างชาติของโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย

ดังนั้นการพัฒนาคุณภาพการบริการสุขภาพให้สอดคล้องกับความต้องการของชาวต่างชาติ โดยเฉพาะชาวกัมพูชา ซึ่งเป็นกลุ่มผู้ป่วยที่เพิ่มจำนวนขึ้น จำเป็นต้องเข้าใจความคาดหวังและการรับรู้บริการต่อคุณภาพบริการ ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาความคาดหวังและการรับรู้ของผู้รับบริการชาวกัมพูชาต่อคุณภาพบริการ^{9,10} ณ คลินิกเวชศาสตร์ครอบครัว โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย

วัตถุประสงค์หลักของงานวิจัย เพื่อศึกษาความคาดหวังและการรับรู้ของผู้รับบริการชาวกัมพูชาต่อคุณภาพบริการ ณ คลินิกเวชศาสตร์ครอบครัว โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย

วัตถุประสงค์รอง เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างความคาดหวังและการรับรู้ของผู้รับบริการชาวกัมพูชาต่อคุณภาพบริการระหว่างก่อนและหลังรับบริการ ณ คลินิกเวชศาสตร์ครอบครัว โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย

วิธีการศึกษา

การศึกษานี้เป็น การวิจัยเชิงพรรณนาแบบตัดขวาง (Cross sectional Descriptive study) ประชากรเป้าหมายคือ ผู้ป่วยชาวกัมพูชาที่มาใช้บริการคลินิกเวชศาสตร์ครอบครัว โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย จำนวนขนาดของกลุ่มประชากรตัวอย่างคำนวณโดยใช้สูตร W.G. Cochran¹¹ ได้ขนาดตัวอย่างได้ N = 95 ผู้วิจัยเก็บข้อมูลเพิ่มเติมอีก 25 คน เพื่อข้อมูลสูญหาย หรือ อาสาสมัครยกเลิกการเข้าร่วมการวิจัยภายหลัง รวมเป็น 120 คน โดยสุ่มตัวอย่างในเชิงเป็นไปไม่ได้ (Non-probability sampling) โดยเลือกสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบบังเอิญ (Accidental Sampling)¹² ซึ่งผู้ตอบแบบสอบถามยินดีให้ข้อมูล

การวิจัยนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย (IRB No.721/61) การเข้าถึงอาสาสมัครทำโดยติดต่อลามาที่พาผู้ป่วยชาวกัมพูชามาโรงพยาบาล ขออนุญาตผู้ป่วยโดยสื่อสารผ่านลามาว่าขอให้ผู้ป่วยเป็นอาสาสมัครในโครงการวิจัยและตอบแบบสอบถามภาษาเขมรด้วยตนเองโดยอ่านเอกสารชี้แจงข้อมูล (Information sheet) ภาษาเขมรก่อนการตัดสินใจเข้าร่วมโครงการ หากมีข้อสงสัยระหว่างการอ่านเอกสาร อาสาสมัครสามารถสอบถามผู้วิจัยผ่านลามาได้

ผู้วิจัยเป็นผู้เก็บแบบสอบถามด้วยตนเองและไม่ใช้แพทย์คนเดียวกันกับผู้ตรวจรักษาอาสาสมัคร โดยอาสาสมัครมีสิทธิที่จะตกลงหรือปฏิเสธที่จะเข้าร่วมงานวิจัยก็ได้โดยไม่มีผลต่อการรักษา และแพทย์ผู้ตรวจจะไม่ทราบว่ามีผู้ป่วยรายนั้นทำการตกลงหรือปฏิเสธที่จะเข้าร่วมงานวิจัย

เกณฑ์การคัดเลือกอาสาสมัครเข้าร่วมโครงการวิจัย คือ ผู้ป่วยชาวกัมพูชา อายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชายและหญิง ที่มาใช้บริการคลินิกเวชศาสตร์ครอบครัว โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย ระหว่างวันที่ 1 มีนาคม 2562 ถึง 31 สิงหาคม 2562 และสามารถสื่อสารรู้เรื่อง อ่านและเขียนตอบแบบสอบถามได้

เกณฑ์การคัดเลือกอาสาสมัครออกจากโครงการวิจัย คือ ไม่สมัครใจเข้าร่วมงานวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แบบสอบถามงานวิจัย เรื่อง ความคาดหวังและการรับรู้ของผู้รับบริการชาวกัมพูชาต่อคุณภาพบริการ ณ คลินิกเวชศาสตร์ครอบครัว โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ จัดทำขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับความคาดหวัง การรับรู้และความพึงพอใจของผู้ป่วยชาวต่างชาติต่อการบริการของโรงพยาบาลในประเทศไทย โดยครอบคลุมกรอบแนวคิดการวิจัย แล้วให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่านทำการตรวจสอบแบบสอบถามฉบับภาษาไทยเพื่อตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) ได้ค่า IOC (Item-Objective Congruence Index) >0.5 หลังจากนั้นทำการแปลแบบสอบถามจากภาษาไทยเป็นภาษาเขมร โดยใช้เทคนิคการแปลย้อนกลับ (Backward translation) ของ บรีสลิน¹³ โดยใช้ผู้เชี่ยวชาญทางด้านภาษาเขมร 4 ท่าน หลังจากนั้นนำแบบสอบถามไปทดลองใช้กับผู้ป่วยชาวกัมพูชา 30 คน และตรวจสอบค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) ด้วยค่า Cronbach's alpha เท่ากับ 0.917

แบบสอบถามที่ใช้ในงานวิจัยนี้มี 2 ส่วน มีลักษณะเป็นแบบเลือกตอบ (Checklist) ซึ่งผู้วิจัยได้จัดทำขึ้นเองโดยมีรายละเอียดของแบบสอบถามดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม เป็นคำถามเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพ ระดับการศึกษาสูงสุด รายได้ส่วนตัวต่อเดือน จำนวนครั้งที่มาใช้บริการ เคยรับบริการจากสถานพยาบาลอื่นในประเทศไทยหรือไม่ ได้รับการแนะนำจากใครให้มาใช้บริการโรงพยาบาล

จุฬาลงกรณ์ สาเหตุที่เลือกมาใช้บริการโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ และบริการที่ประสงค์มาใช้ที่โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ลักษณะเป็นแบบเลือกตอบ (Check list)

ส่วนที่ 2 ระดับความคาดหวังและการรับรู้ของผู้รับบริการชาวกัมพูชาต่อคุณภาพบริการ ณ คลินิกเวชศาสตร์ครอบครัว โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย มีลักษณะให้เลือกตอบเป็นระดับ 1-5 (five point likert scale) โดยใช้คะแนนเฉลี่ยแปลผล 5 ระดับ ตามเกณฑ์การวิเคราะห์ของ Best¹⁴

คำนวณผลโดยใช้โปรแกรม SPSS (Statistical Package for Social Science) version 22 ในการวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ โดยวิเคราะห์ข้อมูลด้วย ค่าความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

วิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของค่ามัธยฐาน ความคาดหวังและการรับรู้ระหว่างก่อนและหลังใช้บริการโดยใช้ Wilcoxon Signed Rank Test

ผลการศึกษา

- ผลการวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้รับบริการชาวกัมพูชา จำนวน 120 คน ณ คลินิกเวชศาสตร์ครอบครัว โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงคิดเป็นร้อยละ 59.2 โดยช่วงอายุที่มาใช้บริการมากที่สุดอยู่ในช่วง 36-59 ปี ซึ่งเป็นช่วงวัยทำงานคิดเป็นร้อยละ 55 ผู้รับบริการส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสร้อยละ 73.3 ส่วนระดับการศึกษาสูงสุดของผู้มารับบริการส่วนใหญ่จบชั้นมัธยมศึกษาปลาย หรือ ปวช. คิดเป็นร้อยละ 39.2 ส่วนอาชีพของผู้รับบริการมากที่สุด คือ คำขาย/อาชีพอิสระ ร้อยละ 24.2 ดังตารางที่ 1

- จำนวนครั้งที่มาใช้บริการโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ของผู้รับบริการชาวกัมพูชา ส่วนใหญ่มาใช้บริการที่คลินิกเวชศาสตร์ครอบครัวเป็นครั้งแรกร้อยละ 74.2 ผู้รับบริการชาวกัมพูชาส่วนใหญ่ร้อยละ 70 ไม่เคยใช้บริการที่สถานพยาบาลอื่นในประเทศไทยก่อนมาใช้บริการโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ส่วนใหญ่บุคคลที่แนะนำให้มาใช้บริการโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ คือ ญาติหรือคนรู้จักที่เคยมารักษาที่โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์มาก่อน คิดเป็นร้อยละ 63.3 รองลงมาคือเลือกมาใช้บริการด้วยตนเองร้อยละ 27.5 ถูกส่งตัวมาจากสถานพยาบาลอื่นในประเทศไทยร้อยละ 7.5 และได้รับคำแนะนำจากลุ่มร้อยละ 1.7 ดังตารางที่ 2

เหตุผลของผู้รับบริการชาวกัมพูชาที่เลือกมาใช้บริการโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ แต่ไม่เลือกใช้บริการสถานพยาบาลในประเทศกัมพูชาสามอันดับแรก เพราะคิดว่าค่ารักษาสูงกว่าประเทศตนเองร้อยละ 68.3 โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์มีเทคโนโลยีในการรักษาที่ทันสมัยกว่าประเทศของตนเองร้อยละ 56.7 มีความมั่นใจในความเชี่ยวชาญของแพทย์โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์มากกว่าประเทศของตนเองร้อยละ 55.8 ตามลำดับ ดังตารางที่ 2

- ผู้รับบริการชาวกัมพูชาต้องการมาใช้บริการของโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ดังนี้ ต้องการตรวจสุขภาพประจำปีร้อยละ 65.8 ต้องการพบแพทย์เฉพาะทางร้อยละ 83.3 โดยแพทย์เฉพาะทางสามอันดับแรกที่ต้องการพบ คือ อายุรกรรมทางเดินอาหารร้อยละ 39 ศัลยกรรมทั่วไปร้อยละ 17 และ ศัลยกรรมกระดูกร้อยละ 12 นอกจากนี้ผู้รับบริการต้องการมาตรวจวินิจฉัยเพิ่มเติมร้อยละ 18.3 โดยต้องการมาตรวจส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนบน (Esophagogastroduodenoscopy) มากที่สุด 11 คน ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้รับบริการชาวกัมพูชา ณ คลินิกเวชศาสตร์ครอบครัว โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย (N=120)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ (%)
เพศ		
ชาย	49	40.8
หญิง	71	59.2
อายุ		
18-35 ปี	26	21.7
36-59 ปี	66	55.0
60 ปีขึ้นไป	28	23.3
สถานภาพ		
โสด	21	17.5
สมรส	88	73.3
หย่า	5	4.2
หม้าย	6	5.0
ระดับการศึกษาสูงสุด		
ต่ำกว่าม.ปลาย/ต่ำกว่าปวช.	30	25.0
ม.ปลาย/ปวช.	47	39.2
อนุปริญญา/ปวส.	18	15.0
ปริญญาตรี	24	20.0
ปริญญาโท	1	0.8
อาชีพ		
รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	7	5.8
พนักงานบริษัท	25	20.8
รับจ้าง/ลูกจ้าง	18	15.0
นักเรียน/นักศึกษา	4	3.3
ค้าขาย/อาชีพอิสระ	29	24.2
เกษตรกร/ประมง	18	15.0
เกษียณ/ว่างงาน	18	15.0
อื่นๆ	1	0.8

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ (%)
รายได้ต่อเดือน		
น้อยกว่า 5,000 บาท หรือ น้อยกว่า 625,000 KHR*	27	22.5
5,000 - 10,000 บาท หรือ 625,000 - 1,250,000 KHR	25	20.8
10,001 - 30,000 บาท หรือ 1,250,001 - 3,750,000 KHR	45	37.5
30,001 - 50,000 บาท หรือ 3,750,001 - 6,250,000 KHR	22	18.3
มากกว่า 50,000 บาท หรือ มากกว่า 6,250,000 KHR	1	0.8

*KHR คือ สกุลเงินเรียลกัมพูชา

ตารางที่ 2 จำนวนครั้งที่มาใช้บริการ การใช้บริการจากสถานพยาบาลอื่น บุคคลที่แนะนำให้มาใช้บริการ และเหตุผลที่เลือกมาใช้บริการ ณ คลินิกเวชศาสตร์ครอบครัว โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย ของผู้รับบริการชาวกัมพูชา (N=120)

คำถาม	จำนวน (คน)	ร้อยละ(%)
จำนวนครั้งที่มาใช้บริการโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์		
ครั้งแรก	89	74.2
ครั้งที่ 2	12	10.0
ครั้งที่ 3	5	4.2
มากกว่า 3 ครั้ง	14	11.7
การใช้บริการจากสถานพยาบาลอื่นในไทยก่อนมาใช้บริการโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์		
ไม่เคย	84	70
เคย	36	30
บุคคลที่แนะนำให้มาใช้บริการโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์		
เลือกมาใช้บริการด้วยตนเอง	33	27.5
มีญาติหรือคนรู้จักที่เคยมารักษาที่โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์	76	63.3
ถูกส่งตัวมาจากสถานพยาบาลอื่นในประเทศไทย	9	7.5
ล้าม	2	1.7
เหตุผลที่เลือกมาใช้บริการโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย		
คิดว่าค่ารักษาถูกกว่าประเทศของตนเอง	82	68.3
ระยะเวลาในการเข้ารับการรักษาเร็วกว่าประเทศของตนเอง	50	41.7
ต้องการรักษาโรคที่ไม่ได้รับการคุ้มครองจากประกันสุขภาพของตนเอง	42	35.0
มีความมั่นใจในความเชี่ยวชาญของแพทย์โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์	67	55.8
มากกว่าประเทศของตนเอง		
ต้องการปรึกษาแพทย์อีกท่าน นอกเหนือจากแพทย์ปัจจุบันในประเทศของตนเอง เพื่อให้คำแนะนำหรือดูแลรักษาเพิ่มเติม (second opinion)	52	43.3
โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ มีเทคโนโลยีในการรักษาที่ทันสมัยกว่าประเทศของตนเอง	68	56.7
ต้องการความเป็นส่วนตัวและความลับในโรคที่ตัวเองรักษาอยู่	34	28.3
อื่นๆ	2	1.7

ตารางที่ 3 การบริการของโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย ที่ผู้รับบริการชาวกัมพูชาต้องการมาใช้บริการ (N=120)

การบริการของโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย ที่กลุ่มตัวอย่างต้องการมาใช้บริการ	จำนวน (คน)	ร้อยละ (%)
ตรวจสุขภาพประจำปี	79	65.8
ตรวจวินิจฉัยเพิ่มเติมนอกเหนือจากประเทศของตนเอง (N=22)	22	18.3
EGD	11	50
CT scan	5	22.73
Bone scan	2	9.09
Tumor markers	4	18.18
พบแพทย์เฉพาะทาง (N=100)	100	83.3
อายุรกรรมทางเดินอาหาร	39	39
อายุรกรรมหัวใจ	6	6
อายุรกรรมทางเดินหายใจ	6	6
ศัลยกรรมทั่วไป	17	17
ศัลยกรรมตกแต่ง	1	1
ศัลยกรรมทางเดินปัสสาวะ	4	4
ศัลยกรรมกระดูก	12	12
สูติรีเวช	5	5
จักษุ	5	5
ผิวหนัง	1	1
เคมีบำบัดและรังสีรักษา	1	1
อายุรกรรมทั่วไป	5	5
อายุรกรรมทางเดินปัสสาวะ	1	1
อายุรกรรมต่อมไร้ท่อ	1	1
จิตเวช	2	2

- ผลการวิเคราะห์ระดับความคาดหวังก่อนมารับบริการของผู้รับบริการชาวกัมพูชาต่อคุณภาพบริการ ณ คลินิกเวชศาสตร์ครอบครัว โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ พบว่าคะแนนรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{x} = 4.05$ SD = 0.41) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านเรียงจากมากไปน้อย ได้แก่ ความพึงพอใจโดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{x} = 4.22$ SD = 0.62) ค่าใช้จ่ายอยู่ในระดับมาก ($\bar{x} = 4.18$ SD = 0.65) คุณภาพการรักษาอยู่ในระดับมาก ($\bar{x} = 4.07$ SD = 0.50) ความมีอริยาไยไมตรีของผู้ให้บริการอยู่ในระดับมาก ($\bar{x} = 4.02$ SD = 0.63) การสื่อสารอยู่ในระดับมาก ($\bar{x} = 4.00$ S.D. = 0.69) และ ความสะดวกสบายในการรักษาอยู่ในระดับมาก ($\bar{x} = 3.98$ SD = 0.45) ตามลำดับ ดังตารางที่ 4

- ผลการวิเคราะห์ระดับการรับรู้หลังการรับบริการของผู้รับบริการชาวกัมพูชาต่อคุณภาพบริการ ณ คลินิกเวชศาสตร์ครอบครัว โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ พบว่าคะแนน

รวมอยู่ในระดับมาก ($x = 4.16$ -SD = 0.39) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านเรียงจากมากไปน้อย ได้แก่ ความพึงพอใจโดยรวมอยู่ในระดับมาก ($x = 4.27$ SD = 0.59) ค่าใช้จ่ายอยู่ในระดับมาก ($x = 4.25$ SD = 0.64) คุณภาพการรักษาอยู่ในระดับมาก ($x = 4.22$ SD = 0.42) การสื่อสารอยู่ในระดับมาก ($x = 4.15$ SD = 0.67) ความมีอริยาไยไมตรีของผู้ให้บริการอยู่ในระดับมาก ($x = 4.09$ SD = 0.61) และความสะดวกสบายในการรักษาอยู่ในระดับมาก ($x = 4.08$ SD = 0.44) ตามลำดับ ดังตารางที่ 4

- ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างความคาดหวังและการรับรู้ระหว่างก่อนและหลังรับบริการ พบว่าเรื่อง คุณภาพบริการ ความสะดวกสบายในการรักษา ความมีอริยาไยไมตรีของผู้ให้บริการ การสื่อสาร ค่าใช้จ่าย และคะแนนรวม มีความต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $P < 0.05$ ส่วนความพึงพอใจโดยรวมไม่มีความต่างกัน โดยพบ

ตารางที่ 4 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของระดับความคาดหวังก่อนและการรับรู้หลังการรับบริการ และเปรียบเทียบความแตกต่างความคาดหวังและการรับรู้ระหว่างก่อนและหลังการรับบริการของผู้รับบริการชาวกลุ่มชาติต่อคุณภาพบริการ ณ คลินิกเวชศาสตร์ครอบครัว โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย (N=120)

ความคาดหวังและการรับรู้	ความคาดหวัง (ก่อน)			การรับรู้ (หลัง)			Wilcoxon Signed Rank (Z)	P value
	$\bar{x}$	SD	ระดับ	$\bar{x}$	SD	ระดับ		
คุณภาพการรักษา (Quality of care)	4.07	0.50	มาก	4.22	0.42	มาก	-4.400	<0.001*
1. แพทย์มีความเชี่ยวชาญในการรักษา	4.06	0.68	มาก	4.26	0.54	มาก	-4.111	<0.001*
2. บริการทางการแพทย์ได้มาตรฐานสากล	4.17	0.56	มาก	4.27	0.59	มาก	-2.252	0.024*
3. มั่นใจว่าข้อมูลของตนเองจะเป็นความลับ	3.99	0.71	มาก	4.14	0.63	มาก	-2.841	0.005*
ความสะดวกสบายในการรักษา (Convenience)	3.98	0.45	มาก	4.08	0.44	มาก	-3.221	0.001*
4. ระยะเวลาในการเข้ารับการรักษามีความรวดเร็ว ทันใจ	3.76	0.69	มาก	3.94	0.61	มาก	-3.118	0.002*
5. มีการบริการทางสุขภาพตามที่ต้องการ	3.91	0.69	มาก	3.98	0.67	มาก	-1.886	0.059
6. สถานที่สะอาดและเป็นระเบียบ	4.27	0.62	มาก	4.32	0.59	มาก	-1.604	0.109
ความมีอัธยาศัยไมตรีของผู้ให้บริการ (Courtesy)	4.02	0.63	มาก	4.09	0.61	มาก	-2.343	0.019*
7. ผู้ให้บริการพูดจาสุภาพ มีความเป็นมิตร และยิ้มแย้ม	4.02	0.70	มาก	4.09	0.67	มาก	-1.964	0.050
8. ผู้ให้บริการมีความเอาใจใส่ในการดูแลดี	4.02	0.66	มาก	4.09	0.67	มาก	-1.661	0.097
การสื่อสาร (Communication)	4.00	0.69	มาก	4.15	0.67	มาก	-3.838	<0.001*
9. แพทย์และบุคลากรสื่อสารด้วยตนเอง หรือผ่านล่ามกับผู้ป่วยได้เข้าใจ	4.00	0.69	มาก	4.15	0.67	มาก	-3.838	<0.001*
ค่าใช้จ่าย (Cost)	4.18	0.65	มาก	4.25	0.64	มาก	-2.309	0.021*
10. ค่ารักษาพยาบาลที่เหมาะสม	4.18	0.65	มาก	4.25	0.64	มาก	-2.309	0.021*
ความพึงพอใจโดยรวม	4.22	0.62	มาก	4.27	0.59	มาก	-0.915	0.360
คะแนนรวม	4.05	0.41	มาก	4.16	0.39	มาก	-5.543	<0.001*

*P<0.05=มีนัยสำคัญทางสถิติ

ว่าคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจหลังรับบริการมีค่าสูงกว่าคะแนนเฉลี่ยก่อนรับบริการทุกข้อ แต่ระดับความคาดหวังและการรับรู้อยู่ในระดับมากเท่ากัน ดังตารางที่ 4

อภิปรายผล

ผลการศึกษาความคาดหวังและการรับรู้ของผู้รับบริการชาวกัมพูชาต่อคุณภาพบริการ ณ คลินิกเวชศาสตร์ครอบครัว โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์สภากาชาดไทย พบว่าทุกด้านประกอบไปด้วย คุณภาพการรักษาความสะอาดสบายในการรักษา ความมีอัธยาศัยไมตรีของผู้รับบริการ การสื่อสารค่าใช้จ่าย ความพึงพอใจโดยรวม และคะแนนรวม อยู่ในระดับมาก ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของกมลรัตน์ เทอร์เนอร์ และศุภาพิชญ์ โพน ในปี พ.ศ.2556¹⁵ ที่พบว่าการรับรู้ของชาวต่างชาติต่อคุณภาพของการบริการสุขภาพในประเทศไทยโดยรวมอยู่ในระดับสูง และการศึกษาของอัจฉรา อ่วมเครือและมณฑาทิพย์ ไชยศักดิ์ ในปี พ.ศ.2550¹⁶ ที่พบว่าความคิดเห็นและความคาดหวังของชาวต่างชาติเกี่ยวกับบริการสุขภาพในประเทศไทยโดยภาพรวมเป็นที่น่าพอใจ ผู้รับบริการชาวกัมพูชาที่มาใช้บริการโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ส่วนใหญ่มาใช้บริการที่คลินิกเวชศาสตร์ครอบครัวเป็นครั้งแรก ผู้รับบริการชาวกัมพูชาส่วนใหญ่ไม่เคยรับบริการจากสถานพยาบาลอื่นในประเทศไทยมาก่อนที่จะมาโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ซึ่งแตกต่างกับการศึกษาของอัจฉรา อ่วมเครือ และ มณฑาทิพย์ ไชยศักดิ์¹⁶ ที่พบว่าชาวต่างชาติส่วนใหญ่ที่เจ็บป่วยเรื้อรังจะเลือกเข้ารับบริการที่โรงพยาบาลเอกชน ในส่วนของบุคคลที่แนะนำมาใช้บริการโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ส่วนใหญ่ได้รับคำแนะนำจากญาติหรือคนรู้จักที่เคยมารักษาที่โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ รองลงมาคือเลือกมาใช้บริการด้วยตนเอง และถูกส่งตัวมาจากสถานพยาบาลอื่น ส่วนเหตุผลที่เลือกมาใช้บริการโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์แต่ไม่เลือกใช้บริการสถานพยาบาลในประเทศไทยของตนเอง เพราะคิดว่าค่ารักษาถูกกว่า มีเทคโนโลยีที่ทันสมัยกว่า มีความมั่นใจในความเชี่ยวชาญของแพทย์โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์มากกว่า ต้องการปรึกษาแพทย์อีกท่าน (second opinion) ระยะเวลาในการเข้ารับการรักษารวดเร็วกว่า ต้องการรักษาโรคที่ไม่ได้คุ้มครองจากประเทศของตนเอง และต้องการความเป็นส่วนตัวและความลับ ตามลำดับ ซึ่งสอดคล้องกับ จอมขวัญ ศุภศิริกิจเจริญ และบุญเสริม⁶ ที่ว่าจุดเด่นสองอันดับแรกของประเทศไทยที่ทำให้ชาวต่างชาติมาใช้บริการในประเทศไทย คือ ค่าบริการอยู่ในระดับเหมาะสม

และความรู้ความเชี่ยวชาญของแพทย์และบุคลากร และสอดคล้องกับการศึกษาของ Bye¹⁷ และ Horowitz¹⁸ ที่ว่าเหตุผลที่ผู้ป่วยไปใช้บริการสุขภาพยังต่างประเทศอันดับแรกคือ ค่าใช้จ่ายที่ถูกกว่าประเทศของตนเอง ส่วนเรื่องบริการของโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ที่ผู้รับบริการชาวกัมพูชาต้องการมารับบริการนั้น อันดับแรกคือ ต้องการพบแพทย์ผู้มีความเชี่ยวชาญ รองลงมาคือ ต้องการมาตรวจสุขภาพประจำปี โดยแพทย์เฉพาะทางสามอันดับแรกที่ต้องการพบคือ อายุรกรรมทางเดินอาหาร ศัลยกรรมทั่วไป และศัลยกรรมกระดูกตามลำดับ นอกจากนี้ผู้รับบริการยังมีความต้องการตรวจวินิจฉัยเพิ่มเติม ได้แก่ ส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนบน (EGD) เอกซเรย์คอมพิวเตอร์ (CT scan) ตรวจสแกนกระดูก (Bone scan) และตรวจสารบ่งชี้มะเร็ง (Tumor markers)

เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างความคาดหวังและการรับรู้ระหว่างก่อนและหลังรับบริการ พบว่าเรื่อง คุณภาพบริการ ความสะอาดสบายในการรักษา ความมีอัธยาศัยไมตรีของผู้ให้บริการ การสื่อสาร ค่าใช้จ่าย และคะแนนรวม มีความต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $P < 0.05$ ส่วนความพึงพอใจโดยรวมไม่มีความต่างกัน โดยพบว่าคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจหลังรับบริการมีค่าสูงกว่าคะแนนเฉลี่ยก่อนรับบริการทุกข้อ แต่ระดับความคาดหวังและการรับรู้ในระดับมากเท่ากัน แสดงให้เห็นว่าหลังรับบริการผู้ป่วยชาวกัมพูชามีการรับรู้คุณภาพบริการและความพึงพอใจตรงตามความคาดหวังก่อนมารับบริการ อย่างไรก็ตามการศึกษานี้เก็บข้อมูลผู้รับบริการชาวกัมพูชาเฉพาะคลินิกเวชศาสตร์ครอบครัวอาจสะท้อนถึงคุณภาพบริการของโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ได้ส่วนหนึ่งเท่านั้น แต่หากไปเก็บข้อมูลที่คลินิกอื่นอาจได้ข้อมูลและผลการศึกษาที่ต่างกัน อีกทั้งการศึกษานี้เป็นการสุ่มตัวอย่างแบบบังเอิญ (Accidental finding) โดยคณะผู้วิจัยใช้ระยะเวลาในการเก็บข้อมูลกลุ่มตัวอย่างเป็นระยะเวลาถึง 6 เดือน (มีนาคม 2562 - สิงหาคม 2562) จึงทำให้สามารถสรุปผลการศึกษาว่าเป็นตัวแทนของกลุ่มประชากรได้ในระดับหนึ่ง หากอนาคตมีโอกาสดำเนินการศึกษาเพิ่มเติมควรมีการสุ่มตัวอย่างแบบมีระบบ และควรทำการศึกษาหลายๆ คลินิกทั้งโรงพยาบาลเพื่อได้ข้อมูลที่ชัดเจนและเป็นประโยชน์ในการพัฒนาต่อไป

นอกจากนี้การที่ผู้รับบริการชาวกัมพูชาที่มาคลินิกเวชศาสตร์ครอบครัวแล้วมีความต้องการให้ส่งต่อแพทย์เฉพาะทางในสาขาต่าง ๆ แพทย์ในคลินิกเวชศาสตร์ครอบครัวจึงควร

พัฒนาทักษะด้านการประสานงาน (Coordinated care) และการส่งต่อตามคุณสมบัติของแพทย์บริการปฐมภูมิ (Primary care)¹⁹ เพื่อการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพ สำหรับสาขาทางการแพทย์ หรือกลุ่มโรคที่ผู้รับบริการมาพบแพทย์บ่อย ๆ ที่คลินิก เช่น อายุรกรรมทางเดินอาหาร แพทย์ในคลินิกเวชศาสตร์ครอบครัวอาจศึกษาและเรียนรู้เพิ่มเติมเพื่อเพิ่มศักยภาพของแพทย์และลดการส่งต่อ

สรุปและข้อเสนอแนะ

จากผลการวิจัย ความคาดหวังและการรับรู้บริการของผู้รับบริการชาวกัมพูชาคะแนนรวมอยู่ในระดับมาก ผู้ป่วยกัมพูชาส่วนใหญ่มาใช้บริการเป็นครั้งแรก ไม่เคยรับบริการจากสถานพยาบาลอื่นในไทยมาก่อนและถูกแนะนำจากญาติหรือคนรู้จักที่เคยมารักษา เหตุผลที่มาใช้บริการสามอันดับแรก คือ ค่ารักษาถูก มีเทคโนโลยีที่ทันสมัย มั่นใจในความเชี่ยวชาญของแพทย์ โดยต้องการมาพบแพทย์เฉพาะทาง ตรวจสุขภาพประจำปี และตรวจวินิจฉัยเพิ่มเติม ภายหลังการรับบริการกลุ่มตัวอย่างมีความพอใจโดยรวมเพิ่มขึ้น โดยคณะผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะต่อสถานพยาบาล และการทำวิจัยครั้งต่อไป ดังนี้

1. โรงพยาบาลอาจมีการจัดช่องทางการบริการเพิ่มเติมที่ตรงกับความต้องการของผู้รับบริการชาวกัมพูชา เช่น จัดบริการแพทย์เฉพาะทางสาขาที่ผู้รับบริการชาวกัมพูชาต้องการมาปรึกษา การส่งกล้องทางเดินอาหารส่วนบน การตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ เพื่อเป็นการเพิ่มความรวดเร็วและเพิ่มรายได้ให้แก่โรงพยาบาล อย่างไรก็ตามขึ้นอยู่กับข้อจำกัดทางด้านบุคลากร เครื่องมือ และการแบ่งปันทรัพยากรที่

เหมาะสม โดยการบริการเพิ่มเติมนั้นอาจเน้นไปที่การเพิ่มศักยภาพในการรองรับผู้ป่วยกลุ่มนี้ในปริมาณที่มากขึ้นในคลินิกพิเศษนอกเวลาราชการ เพื่อไม่เป็นการเบียดบังการรับบริการของผู้ป่วยชาวไทย

2. ควรมีการศึกษาเพิ่มเติมเกี่ยวกับความคิดเห็นของแพทย์ บุคลากร และผู้รับบริการชาวไทย ต่อการมารับบริการของผู้ป่วยชาวกัมพูชาในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ เพื่อได้ทราบความคิดเห็น และมุมมองจากผู้ให้บริการ และผู้รับบริการชาวไทยที่ถือว่าเป็นผู้รับบริการหลักของโรงพยาบาล

3. ควรมีการศึกษาความคาดหวังและการรับรู้ของผู้รับบริการชาวต่างชาติอื่น ๆ ที่มีแนวโน้มการใช้บริการในไทยเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะกลุ่ม CLMV (กัมพูชา ลาว พม่า เวียดนาม) เพื่อให้ทราบความต้องการของผู้ใช้บริการในกลุ่มนี้มากขึ้น และเพิ่มศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยที่มีความแตกต่างทางวัฒนธรรม (Cultural care diversity) ของแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวและเวชปฏิบัติทั่วไป นอกจากนี้ควรศึกษาข้อมูลในคลินิกอื่น ๆ ของโรงพยาบาล เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ชัดเจนและมีประโยชน์ต่อการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณผู้แปลแบบสอบถามฉบับภาษาเขมร ได้แก่ อาจารย์ ดร.โกลิ่ง อามระดิษ , MR. THEARY SOR, MISS.SREYPEOU KEO และ MISS.SIPHEAB THATH และขอบคุณล่ามทุกคนที่ช่วยสื่อสารกับอาสาสมัครในช่วงเก็บแบบสอบถาม

เอกสารอ้างอิง

1. กองสุขภาพระหว่างประเทศ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. ยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบสุขภาพไทยให้เป็นศูนย์กลางสุขภาพนานาชาติ(MEDICAL HUB)(พ.ศ.2560 - 2569). พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: บริษัทเอ็มเอสคอเปอร์เรชั่นจำกัด; 2560.
2. พรมิตร กุลกาลยีนง. การท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ในประเทศไทย ความท้าทายและการพัฒนา. วารสารวิชาการนวัตกรรมสื่อสารสังคม. 2560; 1(9): 125-132.
3. วิทวัส รุ่งเรืองผล และคณะ. ไทยกับศูนย์กลางบริการสุขภาพของเอเชีย[อินเทอร์เน็ต]. 2561 [เข้าถึงเมื่อ 27 ตุลาคม 2561]. เข้าถึงได้จาก: http://www.thaifta.com/thaifta/Portals/0/File/ta_doc4.html.
4. ฝ่ายเทคโนโลยีสารสนเทศ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย. สถิติข้อมูลผู้ป่วยที่มาใช้บริการ. 2561.
5. สารีภา คำสุวรรณ. พฤติกรรมการใช้บริการทางการแพทย์ในประเทศไทยของนักท่องเที่ยวสุขภาพจากตะวันออกกลาง มุมมองจากผู้ให้บริการทางการแพทย์. วารสารเกษตรศาสตร์ธุรกิจประยุกต์ 2560;14: 53-76.
6. จอมขวัญ ศุภศิริกิจเจริญ และบุญเสริม บุญเจริญผล. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการใช้บริการทางการแพทย์ในโรงพยาบาลเอกชนไทยของผู้รับบริการที่เป็นชาวต่างชาติ. วารสารวิจัยและพัฒนามหาวิทยาลัยราชภัฏเลย 2558; 32: 114-123.

7. ศรีญณี มงคลรัตน์. วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต เรื่อง ความพึงพอใจคนไข้ชาวต่างชาติที่มีต่อการบริการโรงพยาบาลเอกชน. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2551.
8. สภาภาษาไทย. หลักการภาษา. [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 11 พฤศจิกายน 2561]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.redcross.or.th/principles/>.
9. วีรพงษ์ เฉลิจระรัตน์. คุณภาพในงานบริการ 1. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์ ส.ส.ท; 2543.
10. Parasuraman A., Zeithamal Valarie A., and Berry Leonard L. Delivery Quality Service: Balancing Customer Perceptions and Expectations. New York: The Free Press; 1990.
11. Cochran, W.G. Sampling Techniques. New York: John Wiley & Sons. Inc; 1953.
12. พิเชฐ สัมปทานกุล บรรณาธิการ. หลักการทำวิจัยสู่ความสำเร็จในการปฏิบัติงาน. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ : ศูนย์วิทยการวิจัยแพทยศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2555.
13. Brislin RW. Back-translation for cross-cultural research. J Cross-Cult Psychol 1970;1(3): 185-216.
14. Best, S.W..Research in education. EnglewoodCliffs, NJ: Prentice-Hall; 1959.
15. กมลรัตน์ (ศักดิ์สมบูรณ์) เทอร์เนอร์ และ ศุภาพิชญ์ (มณีสคร) โพน โปร์แมนน์. พฤติกรรมการใช้บริการสุขภาพและการรับรู้คุณภาพบริการสุขภาพของชาวต่างชาติในประเทศไทย. วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข 2556;23(1):1-4.
16. อัจฉรา อ่วมเครือ และ มณฑาทิพย์ ไชยศักดิ์. รายงานการวิจัยวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนราธิวาส เรื่อง ความคิดเห็นและความคาดหวังของชาวต่างชาติเกี่ยวกับบริการสุขภาพในประเทศไทย. ราชบุรี; สถาบันบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข;2550.
17. Bye D. H. Shopping Abroad for Medical Care: The Next Step in Controlling the Escalating Health Care Costs of American Group Health Plans, The Health Lawyer. 2007;19(5): 30.
18. Horowitz, M.D. and Resensweig, J.A.. Medical Tourism and Traditional International Medical Travel: A Tale of Two Models. International Medical Travel Journal. 2008;3:30-33.
19. ราชวิทยาลัยแพทยเวชศาสตร์ครอบครัวแห่งประเทศไทย. หลักสูตรการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้าน เพื่อวุฒิบัตรแสดงความรู้ความชำนาญในการประกอบวิชาชีพเวชกรรม สาขาเวชศาสตร์ครอบครัว พ.ศ.2555; 2555

Prevalence and Factor-Influenced Orthostatic Hypotension of Older Persons Visiting at the Family Medicine Clinic, Phramongkutklao Hospital

Warut Tongyoo, MD

Outpatient and Family Medicine Department,
Phramongkutklao Hospital, Thailand

Email: turn.wt@hotmail.com

Abstract

Objective: This study aimed to evaluate the prevalence of orthostatic hypotension (OH) and orthostatic intolerance (OI), and associated factors of OH among older persons.

Design: The study was a cross-sectional analytic study of 284 participants aged 60 years or older who visited the Phramongkutklao Hospital Outpatient Clinic.

Materials and Methods: Face-to-face interviews were conducted and OH was measured by a standard method. The prevalence of OH and OI was described by the percentage. Factors associated with OH were analyzed by multivariate logistic regression analysis (p-value < 0.05).

Results: There were 284 participants with an average ($\pm$ SD) age of 69.12 ± 6.74 years. The majority of these were women 58.10%, with a prevalence of OH and OI of 17.25% and 58.45%, respectively. The analysis using multivariate logistic regression showed that ages 70 - 79 years (adjusted OR 2.82 (95% CI; 1.19 - 6.72)), ages 80 years and above (adjusted OR 5.27 (95% CI; 1.65 - 16.83)), polypharmacy (adjusted OR 3.66 (95% CI; 1.52 - 8.79)), visual problems (adjusted OR 4.38 (95% CI; 1.92 - 10.00)), and gait and postural instability (adjusted OR 3.92 (95% CI; 1.70 - 9.05)) were found to be significantly associated with OH.

Conclusion: About one in six older adults was effected by orthostatic hypotension, which was associated with multiple factors. Some of these factors are modifiable and can be addressed to reduce the incidence of OH.

Keywords: Older persons, Orthostatic hypotension, Orthostatic intolerance

ความชุกและปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเกิดภาวะความดันโลหิตตก เมื่อเปลี่ยนท่าทาง ในผู้สูงอายุที่มารับบริการ ที่คลินิกตรวจโรคเวชศาสตร์ศาสตร์ครอบครัว โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า

นายแพทย์ วรุฒ ทองอยู่
กองตรวจโรคผู้ป่วยนอกและเวชศาสตร์ครอบครัว
รพ.พระมงกุฎเกล้า
Email: turn.wt@hotmail.com

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาความชุกของการเกิดภาวะความดันโลหิตตกเมื่อเปลี่ยนท่าทางและภาวะไม่สามารถทนต่อการเปลี่ยนท่าทาง และปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเกิดภาวะความดันโลหิตตกเมื่อเปลี่ยนท่าทางในผู้สูงอายุ

แบบวิจัย : เป็นการศึกษาเชิงวิเคราะห์ ณ จุดเวลาใดเวลาหนึ่ง เก็บข้อมูลในผู้ที่อายุ 60 ปีขึ้นไป ที่มารับบริการที่คลินิกตรวจโรคเวชศาสตร์ครอบครัว โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า จำนวน 284 คน

วัสดุและวิธีการ : โดยใช้การสัมภาษณ์แบบเผชิญหน้า และวัดความดันโลหิตทำนั่งและทำยืนด้วยวิธีมาตรฐานประเมินความดันโลหิตตกเมื่อเปลี่ยนท่าทาง ข้อมูลที่ได้นำมาหาความชุกโดยใช้ค่าร้อยละ และวิเคราะห์หาความสัมพันธ์โดยใช้สถิติ Multivariate logistic regression analysis (p-value < 0.05)

ผลการศึกษา : ผู้เข้าร่วมการศึกษามีจำนวน 284 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 58.10 อายุเฉลี่ย 69.12 ± 6.74 ปี อัตราความชุกของการเกิดภาวะความดันโลหิตตกเมื่อเปลี่ยนท่าทางและภาวะไม่สามารถทนต่อการเปลี่ยนท่าทางเป็น ร้อยละ 17.25 และ 58.45 ตามลำดับ และปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเกิดภาวะความดันโลหิตตกเมื่อเปลี่ยนท่าทางหลังควบคุมอิทธิพลของปัจจัยอื่นที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ผู้ที่อายุ 70 - 79 ปี (adjusted odds ratio (adjusted OR)) 2.82 (95% CI; 1.19 ถึง 6.72)) ผู้ที่อายุมากกว่าหรือเท่ากับ 80 ปี (adjusted OR 5.27 (95% CI; 1.65 ถึง 16.83)) ผู้ที่มีารับประทานประจำมากกว่า 4 ชนิด (adjusted OR 3.66 (95% CI; 1.52 ถึง 8.79)) ผู้ที่มีปัญหาด้านสายตา (adjusted OR 4.38 (95% CI; 1.92 ถึง 10.00)) และ ผู้ที่มีการเดินและยืนมั่นคง (adjusted OR 3.92 (95% CI; 1.70 ถึง 9.05))

สรุปผล : หนึ่งในหกของผู้สูงอายุพบว่ามีความดันโลหิตตกเมื่อเปลี่ยนท่าทาง โดยสัมพันธ์กับหลายปัจจัย ซึ่งบางปัจจัยสามารถแก้ไขได้ และสามารถที่จะทำให้เกิดภาวะความดันโลหิตตกเมื่อเปลี่ยนท่าทางในผู้สูงอายุลดลงได้

คำสำคัญ : ผู้สูงอายุ, ภาวะความดันโลหิตตกเมื่อเปลี่ยนท่าทาง, ภาวะไม่สามารถทนต่อการเปลี่ยนท่าทาง

บทนำ

จากข้อมูลสถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2558 พบว่า ประเทศไทยมีจำนวนประชากรทั้งหมด 65.1 ล้านคน ในจำนวนนี้เป็นประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป 11 ล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ 16 ของประชากรทั้งหมด ประเด็นสำคัญ คือ ขณะนี้ประชากรไทยกำลังสูงอายุน้อยอย่างเร็วมาก ประเทศไทยได้กลายเป็นสังคมสูงอายุมาตั้งแต่ปี 2548 คือ มีสัดส่วนประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปสูงถึงร้อยละ 10 ประชากรสูงอายุกำลังเพิ่มขึ้นด้วยอัตราที่เร็วมาก คือ สูงกว่าร้อยละ 4 ต่อปี ในขณะที่ประชากรรวมเพิ่มขึ้นด้วยอัตราเพียงร้อยละ 0.5 เท่านั้น¹ ตามการคาดประมาณประชากรของสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ประเทศไทยจะกลายเป็นสังคมสูงอายุอย่างสมบูรณ์ คือ มีสัดส่วนประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปสูงถึงร้อยละ 20 ในปี 2564 และจะเป็นสังคมสูงอายุนี้อายุระดับสุดยอดเมื่อมีสัดส่วนประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปสูงถึงร้อยละ 28 ในปี 2574¹

ภาวะความดันโลหิตตกเมื่อเปลี่ยนท่าทาง (Orthostatic hypotension, OH) เป็นภาวะที่พบได้บ่อยในผู้สูงอายุ โดยพบในผู้สูงอายุได้ร้อยละ 5-30² ซึ่งสัมพันธ์กับอายุที่เพิ่มมากขึ้น กลุ่มยาที่รับประทาน เช่น ยาลดความดันโลหิต ยาที่ใช้ในการรักษาภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด ยารักษาโรคทางจิตเวช และยารักษาโรคซึมเศร้า เป็นต้น จำนวนยาที่รับประทาน โรคของการเสื่อมทางระบบประสาท เช่น Parkinson's disease, Shy-Drager syndrome, multiple system atrophy, familial amyloid polyneuropathy³ และโรคประจำตัวต่างๆ เช่น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ โรคทางระบบประสาทส่วนกลาง ภาวะสมองเสื่อม และการติดเชื้อ^{4,5}

นอกจากนี้ภาวะความดันโลหิตตกเมื่อเปลี่ยนท่าทางสัมพันธ์กับอัตราเสียชีวิตที่เพิ่มขึ้น กล่าวคือเป็นปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรคต่างๆ ตามมา ได้แก่ โรคเส้นเลือดหัวใจและเส้นเลือดสมอง⁶ ภาวะบกพร่องของสมรรถนะทางสมอง⁷ และยังพบว่าภาวะความดันโลหิตตกเมื่อเปลี่ยนท่าทาง เป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้เกิดการหกล้ม⁸ ซึ่งการหกล้มเป็นเหตุการณ์สำคัญที่ทำให้ผู้สูงอายุจำนวนมากต้องเข้ารับการรักษาอาการบาดเจ็บในโรงพยาบาล เกิดภาวะทุพพลภาพหรือเป็นสาเหตุของการเสียชีวิต

วิธีการวินิจฉัยภาวะความดันโลหิตตกเมื่อเปลี่ยนท่าทางทำได้โดย วัดความดันโลหิตในท่านอนหรือท่านั่ง แล้ว

ให้ยืนวัดความดันโลหิตหลังจากยืน 1 และ 3 นาที ถ้าความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัว (Systolic blood pressure) ลดลงมากกว่าหรือเท่ากับ 20 มม.ปรอท หรือความดันโลหิตขณะหัวใจคลายตัว (Diastolic blood pressure) ลดลงมากกว่าหรือเท่ากับ 10 มม.ปรอท⁹ ในกรณีที่ระดับความดันไม่เปลี่ยนแปลงไปจนถึงค่าดังกล่าวแต่มีอาการ เช่น หน้ามืด มึนศีรษะ จะวินิจฉัยไม่สามารถทนต่อการเปลี่ยนท่าทาง (Orthostatic intolerance, OI)¹⁰

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่างานวิจัยที่ผ่านมาในประเทศไทย มีการศึกษาวิจัยในเรื่องปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเกิดภาวะความดันโลหิตตกเมื่อเปลี่ยนท่าทางในผู้สูงอายุ ค่อนข้างน้อย และยังไม่มีการวิจัยเกี่ยวกับภาวะไม่สามารถทนต่อการเปลี่ยนท่าทาง งานวิจัยนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาหาความชุกของการเกิดภาวะความดันโลหิตตกเมื่อเปลี่ยนท่าทาง และภาวะไม่สามารถทนต่อการเปลี่ยนท่าทาง และปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเกิดภาวะความดันโลหิตตกเมื่อเปลี่ยนท่าทาง ในผู้สูงอายุที่มารับบริการที่คลินิกตรวจโรคเวชศาสตร์ครอบครัว โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า ซึ่งเป็นหน่วยบริการตติยภูมิระดับสูง (Excellence care) เพื่อใช้เป็นแนวทางในการประเมินอาการ และดูแลผู้สูงอายุต่อไป

วัสดุและวิธีการ

การศึกษานี้เป็นการศึกษาวิจัยเชิงวิเคราะห์ ณ จุดเวลาใดเวลาหนึ่ง (Quantitative study : cross-sectional study) ใช้แบบสอบถามที่จัดทำขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง โดยเก็บข้อมูลในด้านต่างๆ เช่น ข้อมูลทั่วไป ข้อมูลด้านสุขภาพ การรับประทานยาหลายขนานหรือที่เรียกว่า Polypharmacy มีค่านิยาม คือ การรับประทานยามากกว่า 4 ชนิดขึ้นไป^{11,12} โดยยาที่รับประทานเป็นครั้งคราวไม่ได้รับประทานต่อเนื่องจะไม่นับเป็นการรับประทานยาหลายขนาน ข้อมูลด้านความเสี่ยงของการหกล้ม โดยที่คำถามที่ใช้ในการคัดกรองความเสี่ยงในการหกล้มของผู้สูงอายุตามแนวทางการดูแลรักษากลุ่มอาการสูงอายุ ได้แก่ มีประวัติหกล้มในระยะเวลา 1 ปีที่ผ่านมา มีความรู้สึกว่าจะยืนหรือเดิน มีความไม่มั่นคง มีความกังวลว่าจะหกล้ม เมื่อผู้ร่วมวิจัยตอบข้อใดข้อหนึ่ง จะถือว่ามีความเสี่ยงในการหกล้มแบบสอบถามนี้ได้นำไปวิเคราะห์โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ด้วยวิธีการหาดัชนีความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity Index) เท่ากับ 0.93 และวิเคราะห์หาความเชื่อมั่นตรงของ

แบบสอบถามด้วยวิธีของครอนบัค โดยได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ 0.72 และทำการวัดความดันโลหิตเฉลี่ยในท่านั่งและท่านยืนที่ 1 และ 3 นาที ด้วยวิธีมาตรฐาน โดยผู้ป่วยจะต้องไม่ดื่มชาหรือกาแฟ และไม่สูบบุหรี่ ก่อนทำการวัดความดันโลหิตอย่างน้อย 30 นาที หากปวดปัสสาวะจะให้ไปปัสสาวะก่อน ก่อนทำการวัดความดันโลหิตจะให้ผู้ป่วยนั่งพักบนเก้าอี้เป็นเวลา 5 นาที หลังฟังพนัก เท้า 2 ข้างวางราบกับพื้น และไม่พูดคุยทั้งก่อนหน้าและขณะวัดความดันโลหิต (แนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูง ในเวชปฏิบัติทั่วไป พ.ศ. 2562) เพื่อประเมินภาวะความดันโลหิตตกเมื่อเปลี่ยนท่าทางซึ่งวัดโดยผู้วิจัยคนเดียว โดยใช้เครื่องวัดความดันโลหิตชนิดอัตโนมัติ (automatic sphygmomanometer) รุ่น Terumo ES-P-110 เครื่องเดียวกันตลอดงานวิจัย โดยศึกษาในผู้สูงอายุที่อายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปที่มาใช้บริการที่คลินิกตรวจโรคเวชศาสตร์ครอบครัว โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า

การเก็บข้อมูล

จากการคำนวณขนาดตัวอย่างจะได้จำนวนตัวอย่างอย่างน้อย 282 ราย² ผู้วิจัยได้ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลตามลำดับผู้สูงอายุที่มาใช้บริการที่คลินิกตรวจโรคเวชศาสตร์ครอบครัว โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้าทั้งสิ้น 284 ราย โดยเก็บข้อมูลในช่วงระยะเวลาตั้งแต่ 1 ธันวาคม พ.ศ.2561 ถึง 31 พฤษภาคม พ.ศ.2562

เกณฑ์คัดร่วมการศึกษา ผู้ที่อายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ที่มารับบริการที่คลินิกตรวจโรคเวชศาสตร์ครอบครัว โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า ที่สามารถสื่อสารด้วยภาษาไทยได้ และยินยอมให้ความร่วมมือในการเก็บข้อมูลในการวิจัย

เกณฑ์คัดออกจากการศึกษา ผู้ที่ไม่สามารถวัดความดันโลหิตได้ และไม่สามารถทำแบบสอบถามของงานวิจัยได้ครบถ้วน

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลจะได้รับการตรวจสอบความถูกต้อง และบันทึกในรูปแบบของแฟ้มข้อมูลด้วยโปรแกรม STATA version 12.0

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรม STATA version 12.0 โดยวิเคราะห์สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

เพื่อแสดงข้อมูลลักษณะกลุ่มตัวอย่าง

วิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างความเสี่ยงในการหกล้มและภาวะความดันโลหิตตกเมื่อเปลี่ยนท่าทางโดยใช้สถิติ Chi-square หรือ Fisher's exact test และวิเคราะห์หาปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเกิดภาวะความดันโลหิตตกเมื่อเปลี่ยนท่าทาง ได้แก่ อายุ จำนวนยาที่ผู้ป่วยใช้อยู่เป็นประจำ ยาลดระดับน้ำตาลในเลือด ยาลดความดันโลหิต มีอาการเวียนศีรษะ หน้ามืด ปวดศีรษะเล็กน้อยรู้สึกเหมือนจะเป็นลม หรือรู้สึกเหมือนจะหมดสติหลังจากการเปลี่ยนท่าทาง มีปัญหาด้านสายตา (เช่น มองเห็นภาพไม่ชัด เห็นภาพเป็นจุดๆ ลานสายตาแคบกว่าปกติ เป็นต้น) หลังจากการเปลี่ยนท่าทาง และมีความรู้สึกว่ายืนหรือเดินไม่มั่นคง หลังจากเปลี่ยนท่าทาง โดยใช้สถิติ Multivariate logistic regression analysis โดยพิจารณาว่ามีความสำคัญทางสถิติต่อเมื่อมีค่า p-value < 0.05 การรับรองด้านจริยธรรมโครงการงานวิจัย

การวิจัยนี้ได้รับอนุมัติการรับรองด้านจริยธรรมโครงการงานวิจัยจากคณะกรรมการพิจารณาโครงการวิจัย กรมแพทยทหารบกเมื่อวันที่ 15 พฤศจิกายน 2561 เลขที่อนุมัติการรับรองด้านจริยธรรม R179q/61

ผลการศึกษา (Results)

ข้อมูลทั่วไปของผู้เข้าร่วมการศึกษา

จากผลการศึกษาพบว่า ผู้เข้าร่วมการศึกษา เป็นเพศหญิง 165 คน คิดเป็นร้อยละ 58.10 โดยส่วนใหญ่อายุ 60 -69 ปี มีจำนวน 170 คน คิดเป็นร้อยละ 59.86 โดยมีอายุเฉลี่ย 69.12 ± 6.74 ปี ส่วนใหญ่อาศัยอยู่กับคู่สมรส คิดเป็นร้อยละ 66.90 ส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาสูงสุดที่ประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 42.96 มีการศึกษาสูงสุดคือสูงกว่าปริญญาตรี คิดเป็นร้อยละ 34.86 และส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพ คิดเป็นร้อยละ 55.99 (ดังตารางที่ 1)

ข้อมูลด้านสุขภาพ

ผู้เข้าร่วมการศึกษาส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว 278 คน คิดเป็นร้อยละ 97.89 และโรคประจำตัวที่พบมากที่สุดคือ โรคไขมันในเลือดผิดปกติ คิดเป็นร้อยละ 82.39 อันดับสอง คือ โรคความดันโลหิตสูง คิดเป็นร้อยละ 78.87 มีค่าดัชนีมวลกายเฉลี่ย 25.26 ± 4.1 กิโลกรัม/เมตร² โดยส่วนใหญ่มีดัชนีมวลกายเกินเกณฑ์ (≥ 23 กิโลกรัม/เมตร²) คิดเป็นร้อยละ 66.20 รองลงมา คือ มีดัชนีมวลกายปกติ (18.5 – 22.99 กิโลกรัม/

เมตร²) คิดเป็นร้อยละ 33.10 ส่วนใหญ่ไม่เคยสูบบุหรี่และไม่เคยดื่มสุรา คิดเป็นร้อยละ 59.86 และ 50.00 ตามลำดับ ส่วนใหญ่มีอายุที่รับประทานอยู่เป็นประจำไม่เกิน 4 ชนิด คิดเป็นร้อยละ 68.31 และชนิดของยาที่รับประทานมากที่สุด คือ ยาลดระดับไขมัน และยาลดความดันโลหิต คิดเป็นร้อยละ 82.39 และ 80.28 ตามลำดับ รองลงมาคือ ยาลดระดับน้ำตาลในเลือด คิดเป็นร้อยละ 30.99

ข้อมูลด้านการรับรู้การความดันโลหิตตกเมื่อเปลี่ยนท่าทาง

ผู้เข้าร่วมการศึกษาเมื่อเปลี่ยนท่าทางจากนั่งเป็นยืน ส่วนใหญ่มีอาการเวียนศีรษะ หน้ามืด ปวดศีรษะเล็กน้อย รู้สึกเหมือนจะเป็นลม หรือรู้สึกสติ คิดเป็นร้อยละ 64.44 อันดับสอง คือ รู้สึกว่ายืนหรือเดินไม่มั่นคง คิดเป็นร้อยละ 40.49 และอันดับสามคือ ปัญหาด้านสายตา (เช่น มองเห็นภาพไม่ชัด เห็นภาพเป็นจุดๆ ลานสายตาแคบกว่าปกติ เป็นต้น) คิดเป็นร้อยละ 29.58

ข้อมูลด้านความเสี่ยงในการหกล้มในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา

ผู้เข้าร่วมการศึกษามีความเสี่ยงที่จะเกิดการหกล้ม คิดเป็นร้อยละ 71.13 โดยส่วนใหญ่มีความกังวลว่าจะหกล้ม คิดเป็นร้อยละ 64.02 รองลงมาคือ มีความรู้สึกลัวว่าขณะยืนหรือเดิน มีความไม่มั่นคง คิดเป็นร้อยละ 48.24 และมีประวัติเคยหกล้มใน 1 ปีที่ผ่านมา คิดเป็นร้อยละ 7.39

ข้อมูลด้านความดันโลหิตตกเมื่อเปลี่ยนท่าทาง

ผู้เข้าร่วมการศึกษา มีอัตราความชุกของการเกิดภาวะความดันโลหิตตกเมื่อเปลี่ยนท่าทาง (Orthostatic hypotension, OH) และภาวะไม่สามารถทนต่อการเปลี่ยนท่าทาง (Orthostatic intolerance, OI) คิดเป็นร้อยละ 17.25 (49 คน) และ 58.45 (166 คน) ตามลำดับ

ด้านปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะความดันโลหิตตกเมื่อเปลี่ยนท่าทาง

การวิเคราะห์หาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะความดันโลหิตตกเมื่อเปลี่ยนท่าทางด้วยวิธีวิเคราะห์ทีละปัจจัย (Univariate analysis) พบปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะความดันโลหิตตกเมื่อเปลี่ยนท่าทางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติทั้งหมด 7 ปัจจัย และการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์

กับภาวะความดันโลหิตตกเมื่อเปลี่ยนท่าทาง หลังจากควบคุมอิทธิพลของปัจจัยอื่นที่เกี่ยวข้อง (multivariate logistic regression analysis) พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะความดันโลหิตตกเมื่อเปลี่ยนท่าทางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ กลุ่มอายุ 70-79 ปี (adjust OR 2.82 (95% CI; 1.19 - 6.72)) กลุ่มอายุ 80 ปีขึ้นไป (adjust OR 5.27 (95% CI; 1.65 - 16.83)) การใช้ยาหลายขนาน (> 4 ชนิด) (adjust OR 3.66 (95% CI; 1.52 - 8.79)) มีปัญหาด้านสายตา (เช่น มองเห็นภาพไม่ชัด เห็นภาพเป็นจุดๆ ลานสายตาแคบกว่าปกติ เป็นต้น) หลังจากเปลี่ยนท่าทาง (adjust OR 4.38 (95% CI; 1.92 - 10.00)) และมีความรู้สึกลัวว่ายืนหรือเดินไม่มั่นคง หลังจากเปลี่ยนท่าทาง (adjust OR 3.92 (95% CI; 1.70 - 9.05)) (ดังตารางที่ 2)

การวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ของความเสี่ยงในการหกล้มกับภาวะความดันโลหิตตกเมื่อเปลี่ยนท่าทาง โดยใช้สถิติ Chi-Square หรือ Fisher's exact test พบว่าผู้ที่มีความเสี่ยงในการหกล้ม ได้แก่ การรู้สึกลัวว่าขณะยืนหรือเดินไม่มั่นคง หรือกังวลว่าจะหกล้ม สัมพันธ์กับการเกิดภาวะความดันโลหิตตกเมื่อเปลี่ยนท่าทางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.001) (ดังตารางที่ 3)

อภิปรายผล

ผู้สูงอายุที่มารับบริการที่คลินิกตรวจโรคเวชศาสตร์ครอบครัว โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า มีความชุกของการเกิดภาวะความดันโลหิตตกเมื่อเปลี่ยนท่าทาง และภาวะไม่สามารถทนต่อการเปลี่ยนท่าทาง ร้อยละ 17.25 และ 58.45 ตามลำดับ ซึ่งสอดคล้องและเป็นไปในทิศทางเดียวกับงานวิจัยที่ผ่านมา ที่พบว่าความชุกของการเกิดภาวะความดันโลหิตตกเมื่อเปลี่ยนท่าทางในผู้สูงอายุพบได้ร้อยละ 5-30 และเพิ่มมากขึ้นตามอายุ^{2,5}

จากการศึกษานี้ พบว่าความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆ กับการเกิดภาวะความดันโลหิตตกเมื่อเปลี่ยนท่าทางในผู้สูงอายุที่มารับบริการที่คลินิกตรวจโรคเวชศาสตร์ครอบครัว โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้าพบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะความดันโลหิตตกเมื่อเปลี่ยนท่าทางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ อายุที่เพิ่มขึ้น มีจำนวนยาที่รับประทานประจำมากกว่า 4 ชนิด มีปัญหาด้านสายตา (เช่น มองเห็นภาพไม่ชัด เห็นภาพเป็นจุดๆ ลานสายตาแคบกว่าปกติ เป็นต้น) หลังจากการเปลี่ยนท่าทาง และมีความรู้สึกลัวว่ายืน

หรือเดินไม่มั่นคง หลังจากเปลี่ยนท่าทาง

ปัจจัยจากอายุ พบว่าอายุที่เพิ่มมากขึ้นจะเกิดการเปลี่ยนแปลงตามธรรมชาติทางสรีรวิทยา เมื่อมีการเปลี่ยนท่าทางจะทำให้เลือดประมาณ 500-1,000 มิลลิลิตร หรือร้อยละ 10-15 ของหลอดเลือดดำไปอยู่บริเวณขาและหลอดเลือดดำ (splanchnic system)¹³ การตอบสนองของ baroreceptor reflex ที่บริเวณ carotid sinus และ arch of aorta ลดลงส่งผลให้การกระตุ้นของระบบประสาทอัตโนมัติซิมพาเทติกเสียไป ไม่สามารถปรับสมดุลของความดันโลหิตที่เปลี่ยนแปลงไปเมื่อเปลี่ยนท่าทางได้⁴ เมื่อเปรียบเทียบการศึกษาที่ใกล้เคียงของ Low PA2 พบว่าความชุกของการเกิดภาวะความดันโลหิตตกเมื่อเปลี่ยนท่าทางในกลุ่มช่วงอายุ 65-69 ปี ร้อยละ 14.8 และเพิ่มเป็นร้อยละ 26 ในกลุ่มอายุ 85 ปีขึ้นไป แสดงให้เห็นอย่างชัดเจนถึงความสัมพันธ์ระหว่างการเกิดภาวะความดันโลหิตตกเมื่อเปลี่ยนท่าทางกับอายุที่มากขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสอดคล้องกับผลการวิจัยนี้

ปัจจัยจากจำนวนยาที่รับประทานเป็นประจำ พบว่าการเปลี่ยนแปลงทางเภสัชจลนศาสตร์ (pharmacokinetic) และเภสัชพลศาสตร์ (pharmacodynamic) ของผู้สูงอายุมีผลต่อการขจัดยาออกจากร่างกาย (elimination) ที่ลดลงและเพิ่มชีวปริมาณออกฤทธิ์ของยา (bioavailability) ยาหลายชนิดมีผลต่อการควบคุมระดับความดันโลหิตของร่างกาย เช่น ยาลดความดันโลหิตชนิดต่างๆ ยารักษาโรคซึมเศร้า ยารักษาโรคพาร์กินสัน เป็นต้น ดังนั้นเมื่อผู้สูงอายุมีการรับประทานยาหลายขนาน เมื่อมีความดันโลหิตตกเมื่อเปลี่ยนท่าทางร่างกายจึงไม่สามารถปรับสมดุลความดันโลหิตที่เปลี่ยนไปเมื่อเปลี่ยนท่าทางได้¹⁴ ซึ่งมีความสอดคล้องกับงานวิจัยที่ผ่านมา พบว่าจำนวนยาที่ผู้ป่วยรับประทานมากขึ้น มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะความดันโลหิตตกเมื่อเปลี่ยนท่าทางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ^{2,15} โดยสอดคล้องกับผลการวิจัยนี้ ซึ่งพบว่าในผู้สูงอายุที่มีการใช้ยาหลายขนาน (> 4 ชนิด) (OR 3.66 (95% CI; 1.52 – 8.79)) พบว่ามีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะความดันโลหิตตกเมื่อเปลี่ยนท่าทางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ปัจจัยจากการรับรู้อาการความดันโลหิตตกเมื่อเปลี่ยนท่าทาง พบว่าปัญหาด้านสายตา (เช่น มองเห็นภาพไม่ชัด เห็นภาพเป็นจุดๆ ลานสายตาแคบกว่าปกติ เป็นต้น) (OR 4.38 (95% CI; 1.92 – 10.00)) เป็นอาการที่สัมพันธ์กับผู้ที่

มีภาวะความดันโลหิตตกเมื่อเปลี่ยนท่าทาง พบว่าเมื่อมีการเปลี่ยนท่าทางเลือดจะตกลงสู่เบื้องล่างดังที่ได้กล่าวมาเบื้องต้น ร่วมกับการเปลี่ยนแปลงตามธรรมชาติทางสรีรวิทยาของผู้สูงอายุ ไม่สามารถปรับสมดุลของความดันโลหิตขณะเปลี่ยนท่าทางได้ ส่งผลให้ปริมาณเลือดไปเลี้ยงบริเวณสมองและดวงตาลดลง^{9,13} โดยมีหลายงานวิจัยที่ผ่านมาพบว่าผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตตกเมื่อเปลี่ยนท่าทาง มีปัญหาด้านสายตาหลังจากเปลี่ยนท่าทาง^{5,7,9,13}

ปัจจัยจากการมีความรู้ดีกว่ายืนหรือเดินไม่มั่นคงเมื่อเปลี่ยนท่าทาง (OR 3.92 (95% CI; 1.70 – 9.05)) พบว่ามีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะความดันโลหิตตกเมื่อเปลี่ยนท่าทางดังที่ได้กล่าวมาแล้ว เมื่อเปลี่ยนท่าทางส่งผลให้เลือดไปเลี้ยงบริเวณสมองและดวงตาลดลง จึงทำให้เมื่อเปลี่ยนท่าทางจึงเกิดอาการทางสายตาและรู้สึกยืนหรือเดินไม่มั่นคงได้^{9,13} ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยที่ผ่านมา ที่พบว่าผู้ที่มีความดันโลหิตตกเมื่อเปลี่ยนท่าทาง มีปัญหาเรื่องการยืนหรือเดินไม่มั่นคง^{5,7,9}

นอกจากนี้ความสัมพันธ์ของการเกิดภาวะความดันโลหิตตกเมื่อเปลี่ยนท่าทางกับความเสี่ยงในการหกล้มในผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะความดันโลหิตตกเมื่อเปลี่ยนท่าทางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.05) โดยพบว่าภาวะความดันโลหิตตกเมื่อเปลี่ยนท่าทาง ส่งผลให้ปริมาณเลือดไปเลี้ยงบริเวณสมองลดลง ทำให้เกิดอาการเวียนศีรษะและเกิดการหกล้มตามมา¹⁶ เมื่อเปรียบเทียบการศึกษาที่ใกล้เคียงกันของ Jurascheck SP และคณะ¹⁷ พบว่า ภาวะความดันโลหิตตกเมื่อเปลี่ยนท่าทางสัมพันธ์กับความเสี่ยงในการหกล้มโดยคำนึงถึงปัจจัยด้านลักษณะประชากร และปัจจัยเสี่ยงอื่นที่เกี่ยวข้อง (HR 1.30 (95% CI ; 1.10 – 1.54; P = 0.002)) ซึ่งสอดคล้องไปในทิศทางเดียวกันกับงานวิจัยนี้

ข้อจำกัดของการศึกษา

เนื่องจากการศึกษานี้ได้เก็บรวบรวมข้อมูลผู้เข้าร่วมการศึกษา ณ คลินิกตรวจโรคเวชศาสตร์ครอบครัว โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้าระหว่างที่รอพบแพทย์ ผู้เข้าร่วมการศึกษาไม่สะดวกให้วัดความดันโลหิตในท่านอนแล้วเปลี่ยนเป็นทำยืน ดังนั้นผู้วิจัยจึงประเมินภาวะความดันโลหิตตกเมื่อเปลี่ยนท่าทางด้วยการวัดความดันโลหิตในท่านั่งเปรียบเทียบกับทำยืน แต่การศึกษาที่ทำการเปรียบเทียบความดันโลหิตระหว่างท่านอนและทำยืน อาจทำให้พบภาวะความดันโลหิตตกเมื่อเปลี่ยนท่าทางได้แตกต่างจากการศึกษานี้

การศึกษานี้ มีข้อจำกัดของระยะเวลาในการทำการวิจัย ทำให้ผู้เข้าร่วมการศึกษามีจำนวนไม่มาก ผลการศึกษาอาจไม่สามารถนำไปบ่งชี้ประชากรสูงอายุโดยรวมของประเทศได้

ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยในอนาคต

สำหรับงานวิจัยต่อไปอาจศึกษาแบบติดตามระยะยาวถึงผลของการปรับเปลี่ยนปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะความดันโลหิตตกเมื่อเปลี่ยนท่าทาง ว่าสามารถลดการเกิดภาวะความดันโลหิตตกเมื่อเปลี่ยนท่าทางได้หรือไม่

ควรศึกษาในลักษณะ Multicenter เช่น ศึกษาในภูมิภาคต่างๆ เพื่อให้ประชากรสูงอายุมีความหลากหลายมากขึ้น ซึ่งจะให้เป็นตัวแทนของกลุ่มประชากรผู้สูงอายุได้ดีมากยิ่งขึ้น และทำในกลุ่มประชากรจำนวนมากขึ้นเพื่อให้เห็นปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเกิดภาวะความดันโลหิตตกเมื่อเปลี่ยนท่าทางมากขึ้น

นอกจากนี้อาจศึกษาต่อในเรื่องของภาวะไม่สามารถทนต่อการเปลี่ยนท่าทาง (Orthostatic intolerance, OI)

แนวทางในการนำไปใช้ประโยชน์

ในกลุ่มผู้สูงอายุ ผู้ที่มีการรับประทานยาหลายขนาน (> 4 ชนิด) มีประวัติมีปัญหาด้านสายตา (เช่น มองเห็นภาพไม่ชัด เห็นภาพเป็นจุดๆ ลานสายตาแคบกว่าปกติ เป็นต้น) มีความรู้สึกว่ายืนหรือเดินไม่มั่นคง หลังจากเปลี่ยนท่าทาง และมีความเสี่ยงที่จะเกิดการหกล้ม ซึ่งจากงานวิจัยนี้พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะความดันโลหิตตกเมื่อเปลี่ยนท่าทาง สามารถตรวจคัดกรองหาภาวะนี้ได้ ที่สถานพยาบาลทุกระดับตั้งแต่ปฐมภูมิไปจนถึงตติยภูมิ เพื่อค้นหาภาวะความดันโลหิตตกเมื่อเปลี่ยนท่าทาง และสอบถามถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดภาวะนี้ เพื่อให้การดูแลรักษาและให้คำแนะนำที่เหมาะสมแก่ผู้ป่วย เช่น การปรับเปลี่ยนอิริยาบถอย่างช้าๆ การหยุดยาที่รับประทานที่ไม่มีข้อบ่งชี้ และแพทย์ผู้ดูแลควรมีการประเมินการใช้ยาอย่างเหมาะสมในผู้สูงอายุทุกคน นอกจากนี้อาจใช้ต่อยอดศึกษาในกลุ่มประชากรอื่นๆ ที่ไม่ใช่กลุ่มผู้สูงอายุต่อไปในอนาคตได้

สรุป

หนึ่งในหกของผู้สูงอายุพบว่ามีความดันโลหิตตกเมื่อเปลี่ยนท่าทาง โดยสัมพันธ์กับหลายปัจจัย ได้แก่ อายุ

ที่เพิ่มขึ้น มีการรับประทานยาหลายขนาน (> 4 ชนิด) มีปัญหาด้านสายตา (เช่น มองเห็นภาพไม่ชัด เห็นภาพเป็นจุดๆ ลานสายตาแคบกว่าปกติ เป็นต้น) หรือมีความรู้สึกว่ายืนหรือเดินไม่มั่นคง หลังจากเปลี่ยนท่าทาง และมีความเสี่ยงที่จะเกิดการหกล้ม ซึ่งบางปัจจัยสามารถแก้ไขได้ และสามารถที่จะทำให้เกิดภาวะความดันโลหิตตกเมื่อเปลี่ยนท่าทางและความเสี่ยงในการหกล้มลดลงได้

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณอาจารย์ประจำภาควิชาเวชศาสตร์ครอบครัวทุกท่านที่โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า โดยเฉพาะ พันโทแพทย์หญิงพัฒนศรี ศรีสุวรรณ ที่ให้คำแนะนำ และสนับสนุนในการทำงานวิจัยครั้งนี้ รวมถึงเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้าที่คลินิกตรวจโรคเวชศาสตร์ครอบครัว ผู้เข้าร่วมวิจัยทุกท่านที่ได้ให้ความร่วมมือในการเข้าร่วมงานวิจัยนี้เป็นอย่างดี

เอกสารอ้างอิง

1. มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ.2558. กรุงเทพฯ: อัมรินทร์พรินต์ติ้ง แอนด์พับลิชชิ่ง; 2559
2. Low PA. Prevalence of orthostatic hypotension. Clin Auton Res 2008;18(1):8-13.
3. Mosnaim AD, Abiola R, Wolf ME, Perlmutter LC. Etiology and risk factors for developing orthostatic hypotension. Am J Ther 2010;17(1):86-91.
4. Sclater A, Alagiakrishnan K. Orthostatic Hypotension: A primary care primer for assessment and treatment. Geriatrics 2004;59(8):22-7.
5. Ong HL, Abidin E, Seow E, Pang S, Sagayadevan V, Chang S, et al. Prevalence and associative factors of orthostatic hypotension in older adults: Results from the Well-being of the Singapore Elderly (WiSE) study. Arch Gerontol Geriatr. 2017;72:146–152.
6. Chou RH, Liu CJ, Chao TF, Chen SJ, Tuan TC, Chen TJ, et al. Association between orthostatic hypotension, mortality, and cardiovascular disease in Asians. Int J Cardiol 2015;195:40-4.
7. Huang H, Zheng T, Liu F, Wu Z, Liang H, Wang S. Orthostatic Hypotension Predicts Cognitive Impairment in the Elderly: Findings from a Cohort Study. Front Neurol 2017;3;8:121.
8. Menant JC, Wong AK, Trolor JN, Close JC, Lord SR. Depressive Symptoms and Orthostatic Hypotension Are Risk Factors for Unexplained Falls in Community-Living Older People. J Am Geriatr Soc 2016;64(5):1073-8.
9. Freeman R, Wieling W, Axelrod FB, Benditt DG, Benarroch E, Biaggioni I, et al. Consensus statement on the definition of orthostatic hypotension, neurally mediated syncope and the postural tachycardia syndrome. Clin Auton Res 2011;21:69-72.
10. O'Connell MD, Savva GM, Fan CW, Kenny RA. Orthostatic hypotension, orthostatic intolerance and frailty: The Irish Longitudinal Study on Aging-TILDA. Arch Gerontol Geriatr 2015;60(3):507-13.
11. Farrell B, Shamji S, Monahan A, French Merkle V. Reducing polypharmacy in the elderly: cases to help you "rock the boat". Can Pharm J 2013;146(5):243-4.
12. Nechba RB, Kadiri MEM, Bennani-Ziatni M, Zeggwagh AA, Mesfioui A. Difficulty in managing polypharmacy in the elderly: case report and review of the literature. J Clin Gerontol Geriatr 2015;6(1):30-33.
13. Lanier JB, Mote MB, Clay EC. Evaluation and management of orthostatic hypotension. Am Fam Physician 2011;84(5):527-36.
14. Verhaeverbeke I, Mets T. Drug-Induced orthostatic hypotension in elderly: avoiding its onset. Drug Saf 1997;17(2):105-18.
15. Kamaruzzaman S, Watt H, Carson C, Ebrahim S. The association between orthostatic hypotension and medication use in the British Women's Heart and Health Study. Age Ageing 2010;39:51-6.
16. Mager DR. Orthostatic Hypotension: Pathophysiology, Problems, and Prevention. Home Healthc Nurse 2012;30(9):525-530.
17. Juraschek SP, Daya N, Appel LJ, Miller III ER, Windham BG, Pompeii L, et al. Orthostatic Hypotension in Middle-Age and Risk of Falls. Am J of Hypertens 2017;30(2):188-95.

กายไกล แต่เราก็เรียนรู้ใกล้กันได้ด้วยเทคโนโลยี

Keep Distance Learners Closer by Technology

พญ.อรุณี ทิพย์วงศ์

ว.เวชศาสตร์ครอบครัว

Academic Fellowship in Family Medicine,

University of Toronto, Canada

กลุ่มงานเวชกรรมสังคม รพศ.สุราษฎร์ธานี

Email : arunee.ti@cpird.in.th

“ระยะทางพิสูจน์ม้า กาลเวลาพิสูจน์คน” สุภาษิตคำพังเพยคุ้นหู เล่าถึงความมุ่งมั่นและอดทนด้วยความพยายามในการทำเป้าหมายให้ประสบความสำเร็จลุล่วงอย่างไรก็ตามสำหรับการเรียนการสอนแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวในบริบทไทยยุคนี้ ระยะทางที่ห่างไกล “ไม่ควร” เป็นข้อจำกัดหรือข้อพิสูจน์การฝ่าฟันอุปสรรคของแพทย์ประจำบ้านอีกต่อไป

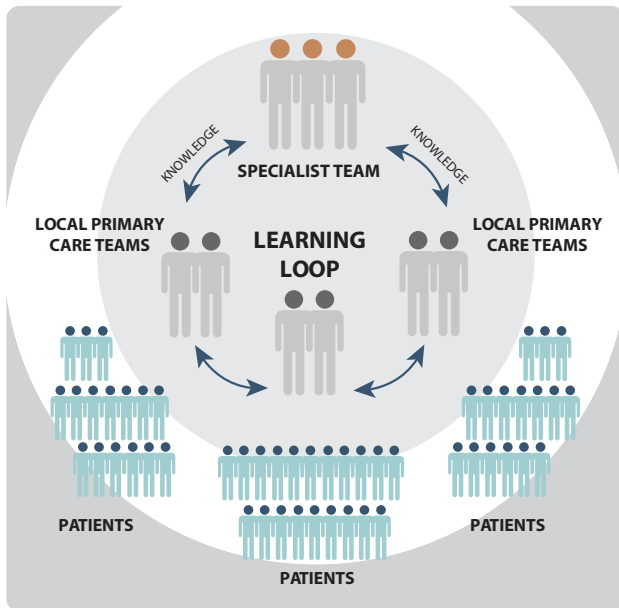
หลักสูตรการเรียนแพทย์ประจำบ้านสาขาเวชศาสตร์ครอบครัวในปัจจุบันมีรูปแบบการเรียนแบ่งเป็น 2 กลุ่มหลัก คือ 1) Formal Training ซึ่งผู้เรียนใช้เวลาเกือบทั้งหมดอยู่ในสถาบันการฝึกอบรม และ 2) In-service Training ผู้เรียนจะต้องเรียนโดยการปฏิบัติงานในสถาบันสมทบที่มีอยู่ในโรงพยาบาลชุมชน เป็นการทำงานควบคู่ไปกับการเรียนรู้จากกิจกรรมวิชาการร่วมกับสถาบันหลักที่เป็นโรงพยาบาลศูนย์ ดังนั้นระยะความห่างของระยะทางจึงยังจัดได้ว่าเป็นอุปสรรคทางการเรียนอย่างหนึ่งของแพทย์ประจำบ้านในระบบ In-service training เนื่องจากบางสถาบันผู้เรียนจำเป็นต้องเดินทางมาร่วมกิจกรรมวิชาการในสถาบันฝึกอบรมหลัก

ดังนั้นการเพิ่มศักยภาพระบบการเรียนการสอนโดยผ่านช่องทางเทคโนโลยี (technology enhanced learning) เป็นอีกทางเลือกหนึ่งของวิธีจัดสิ่งแวดล้อมการเรียนรู้ (learning environment) ที่จะช่วยให้ผู้เรียนและผู้สอนสามารถสื่อสารกันได้ เกิดการเรียนรู้ได้ ไม่แตกต่างจากการเรียนต่อหน้า (face to face) มากนัก และผู้สอนเองยังสามารถให้การติดตามประเมินผลผู้เรียนจากช่องทางดังกล่าวได้เป็นระยะระหว่างการฝึกอบรม

ในหัวข้อประชุมวิชาการเรื่อง Keep distance learners closer by technology จากงานประชุมวิชาการเวชศาสตร์ครอบครัวประจำปี 2018 เราได้เรียนรู้ประสบการณ์การใช้เทคโนโลยีมาช่วยในการสอนแพทย์ประจำบ้านทางไกล โดยอาจารย์วิทยากรจากสองสถาบันการฝึกอบรม

รองศาสตราจารย์แพทย์หญิงวิชุดา จิรพรเจริญ จากภาควิชาเวชศาสตร์ครอบครัวมหาวิทยาลัยเชียงใหม่ เล่าถึงการพัฒนากระบวนแบบเรียนทางไกลสำหรับแพทย์ประจำบ้านว่าเป็นระบบที่เริ่มมาจากการทำสัญญาเข้าร่วมโครงการ Extension for Community Healthcare Outcomes (ECHO) หรือ project ECHO กับมหาวิทยาลัยนิวยอร์กในประเทศสหรัฐอเมริกา¹ วัตถุประสงค์หลักเพื่อพัฒนาระบบการทำงานในกลุ่มสหวิชาชีพให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุดในบริบทพื้นที่

แนวคิดการสร้างกลุ่มเรียนรู้ของ project ECHO เชื่อมโยงความรู้จากกลุ่มแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะสาขาต่างๆ ไปสู่กลุ่มแพทย์ปฐมภูมิในพื้นที่ห่างไกล ซึ่งช่วยเพิ่มศักยภาพการดูแลผู้ป่วยในพื้นที่ที่เข้าถึงบริการบางอย่างได้ยาก ก่อประโยชน์ที่ดีต่อผู้ป่วย ลดความเสี่ยงการสูญเสียที่อาจเกิดขึ้นจากความไกลของระยะทางและความไม่ทั่วถึงในการเข้าถึงข้อมูลทางการแพทย์ของทีมสุขภาพด้านหน้า ซึ่งสามารถอธิบายแนวการจัดระบบการเชื่อมโยงได้ด้วยภาพต่อไปนี้¹



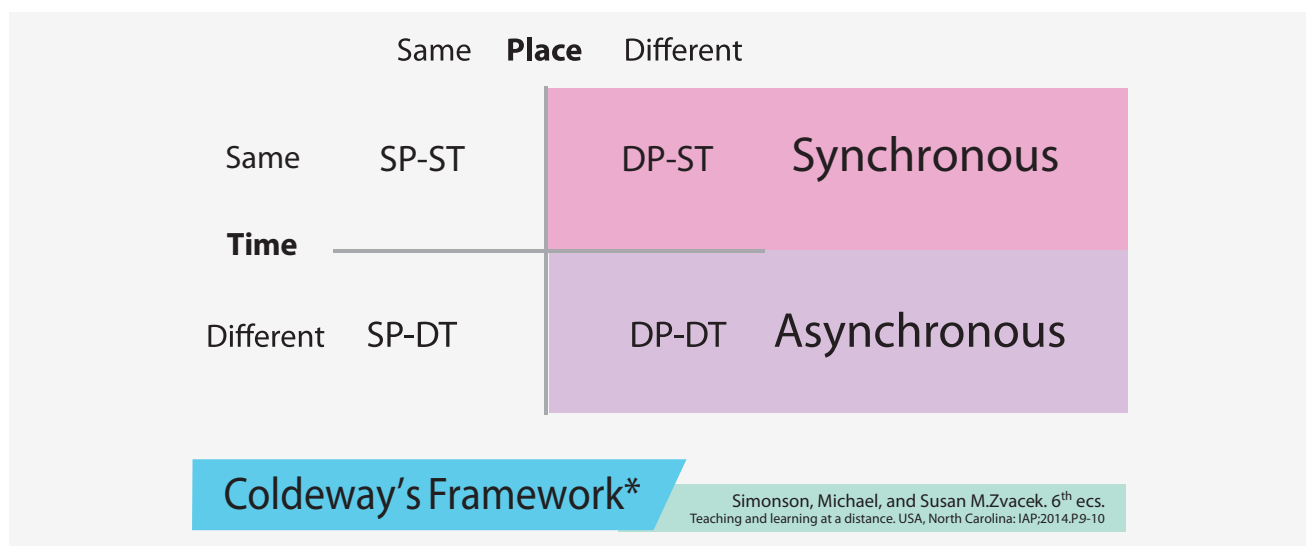
ภาพที่ 1 แผนภาพแสดงแนวคิดการจัดระบบวงจรการเรียนรู้ใน project ECHO

ด้วยเหตุนี้ทางภาควิชาเวชศาสตร์ครอบครัว มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ จึงใช้โอกาสในการรวมเอาแพทย์ประจำบ้านในสถาบันสมทบต่าง ๆ ที่อยู่ในความดูแล เข้ามามีส่วนร่วมในการพัฒนาระบบงานภายใต้โครงการดังกล่าว และให้การสอดแทรกการเรียนการสอนระหว่างการแลกเปลี่ยนการเรียนรู้กับทีมสหวิชาชีพ โดยใช้ช่องทาง online conference ผ่านโปรแกรม Zoom (www.zoom.us) ซึ่งเป็นช่องทางที่โครงการฯ สนับสนุนให้ใช้ได้ฟรี นอกจากนี้ภาควิชาฯ ได้ใช้ช่องทางต่างๆ ตัวอย่างเช่น google form (<https://www.google.com/forms/about/>) และ survey monkey (<https://www.surveymonkey.com/>) ในการสร้าง online questionnaire เพื่อจัดทำระบบการประเมินผลแพทย์ประจำบ้านควบคู่กันไป การประชุมผ่าน Zoom application นี้ถูกจัดขึ้นทุก 1 เดือน และได้ผลตอบรับที่ดีจากผู้ร่วมโครงการทุกคน มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในช่วงเวลาที่จำกัดได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งส่วนใหญ่จะเป็นเวลาพักกลางวันของสมาชิกในทีม

หลังจากจบเรื่องราวประสบการณ์การเรียนการสอนทางไกลจากภาควิชาเวชศาสตร์ครอบครัว มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ อาจารย์นายแพทย์ธำธร โปสทธิพิเชษฐ์ จากโรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา ก็ได้เล่าถึงประสบการณ์อีกรูปแบบของการใช้เทคโนโลยีช่วยในการสอน โดยเลือกการใช้สื่อ Social media ประเภท Facebook group ในการเรียนการสอนแพทย์ประจำบ้าน เป็นการเชื่อมต่อข้อมูล เพิ่มช่องทางสื่อสาร ส่งชิ้นงานนำเสนอระหว่างผู้เรียนและอาจารย์ โดยเน้นที่การเรียนรู้แบบไม่จำกัดช่วงเวลา ผู้เรียนสามารถเข้าถึงสื่อการเรียนได้ตลอด 24 ชั่วโมง ช่วยเพิ่มความสะดวกในด้านเวลาให้กับทั้งอาจารย์และผู้เรียน แนวคิดนี้ถูกให้ชื่อเก๋ๆ ว่า ADL หรือ Activity of Daily Learning โดยอาจารย์นายแพทย์ภาณุศุทธิ์ เบิกบาน

ระหว่างการบรรยาย อาจารย์ธำธรได้สรุปให้เข้าใจหลักการเรื่องการเรียนรู้ทางไกลตามแนวคิดของ Coldeway² ดังแสดงในภาพที่ 2

ระหว่างการเรียนรู้ อาจารย์ธำธรได้สรุปให้เข้าใจหลักการเรื่องการเรียนรู้ทางไกลตามแนวคิดของ Coldeway² ดังแสดงในภาพที่ 2



ภาพที่ 2 ตารางแสดงกรอบแนวคิดเรื่องการจัดรูปแบบการเรียนทางไกลของ Coldeway

จากแนวคิดดังกล่าวใช้ปัจจัยด้านเวลาและสถานที่มาเป็นตัวกำหนดในการแบ่งประเภทของ Distance learning (DL) ซึ่งถูกแบ่งออกเป็น 2 กลุ่มหลัก ได้แก่

1. Synchronous DL เป็นการเรียนรู้ทางไกลในบริบทเวลาเดียวกัน (same time, different place) ทำให้ผู้เรียนสามารถสื่อสารตอบโต้กับผู้สอนได้ทันที

2. Asynchronous DL เป็นการเรียนรู้ทางไกลในบริบทต่างเวลา (different time, different place) ผู้เรียนและผู้สอนไม่ได้สื่อสารตอบโต้ในช่วงเวลาเดียวกัน แต่สื่อสารผ่านช่องทาง online ที่ข้อมูลเชื่อมต่อถึงกัน

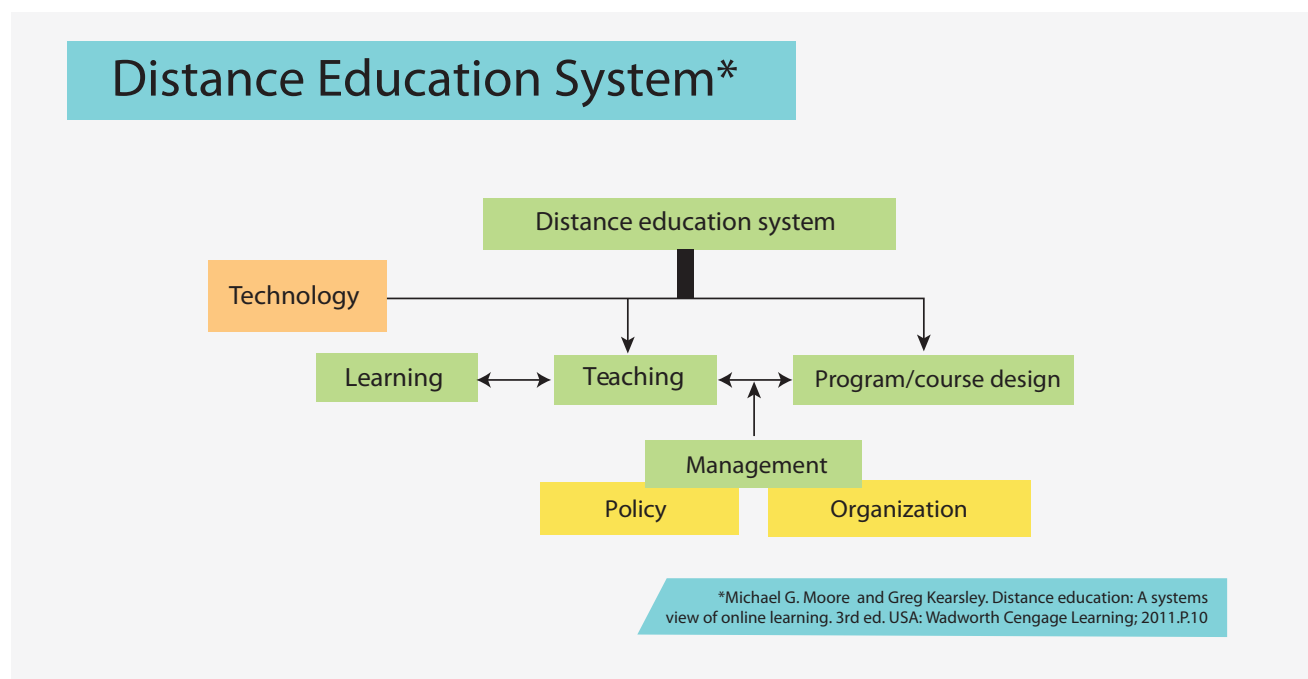
และอธิบายเพิ่มเติมถึงระบบการเรียนรู้แบบทางไกลว่ามีส่วนประกอบและขั้นตอนอย่างไรบ้างด้วยการเชื่อมโยงดังภาพที่ 3³

Digital platform ที่นำมาใช้ คือ closed Facebook group ที่ผู้เรียนแทบทุกคนใช้เป็น social media platform ในชีวิตประจำวัน ดังนั้นโอกาสที่ผู้เรียนจะแวะเวียนเข้ามาอ่านเข้ามาดู หรือแลกเปลี่ยนเรียนรู้ภายในกลุ่มก็น่าจะทำได้ไม่ลำบาก สะดวกแค่ปลายนิ้วสัมผัส จากสมาร์ตโฟน หรือ

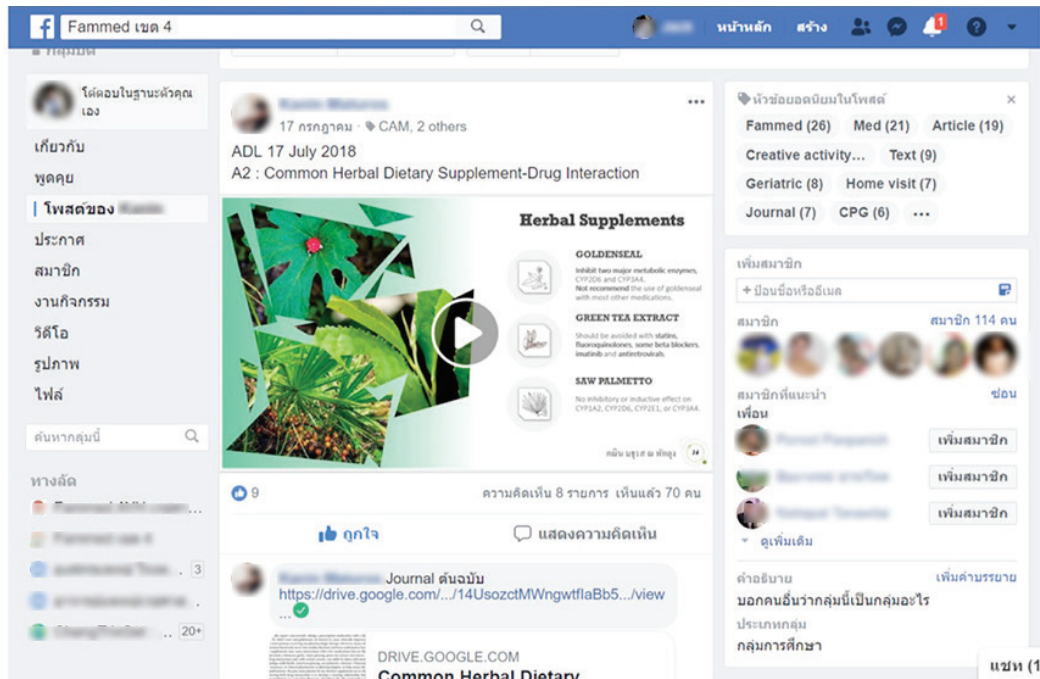
อุปกรณ์อิเล็กทรอนิกส์อื่นใกล้ตัว เหมาะอย่างยิ่งกับผู้เรียนยุคดิจิทัล ตัวอย่างรูปร่างหน้าตา Facebook platform มีลักษณะตามภาพที่ 4

โดยอาจารย์จะจัดตารางกิจกรรมการโพสต์ หรือ upload ข้อมูลให้กับแพทย์ประจำบ้านแต่ละคน ในแต่ละชั้นปี ตัวอย่างหัวข้อในกิจกรรม เช่น review article, textbook reading chapter, board review, journal appraisal, journal watch, home visit, guideline review, และ creative activity ต่างๆ ที่แพทย์ประจำบ้านอยากนำเสนอ ไม่ว่าจะเป็น mini-cinemed, conference keynote, หรือ elective review

ประเด็นหนึ่งที่น่าสนใจที่อาจารย์ธำตรีได้ใช้กระตุ้นการเรียนรู้ในผู้เรียนบน platform นี้ คือ การกำหนดให้ผู้เรียนเขียน reflection ในรูปแบบตัวย่อ IFFE เครื่องมือการชักประวัติความเจ็บป่วยที่ชาวเวชศาสตร์ครอบครัวรู้จักดี แต่ในกรณีการสะท้อนสิ่งที่ได้เรียนรู้ ผู้เรียนจะใช้ IFFE ในอีกมุมมองหนึ่ง ดังนี้



ภาพที่ 3 แผนผังแสดงองค์ประกอบของระบบการศึกษาทางไกล



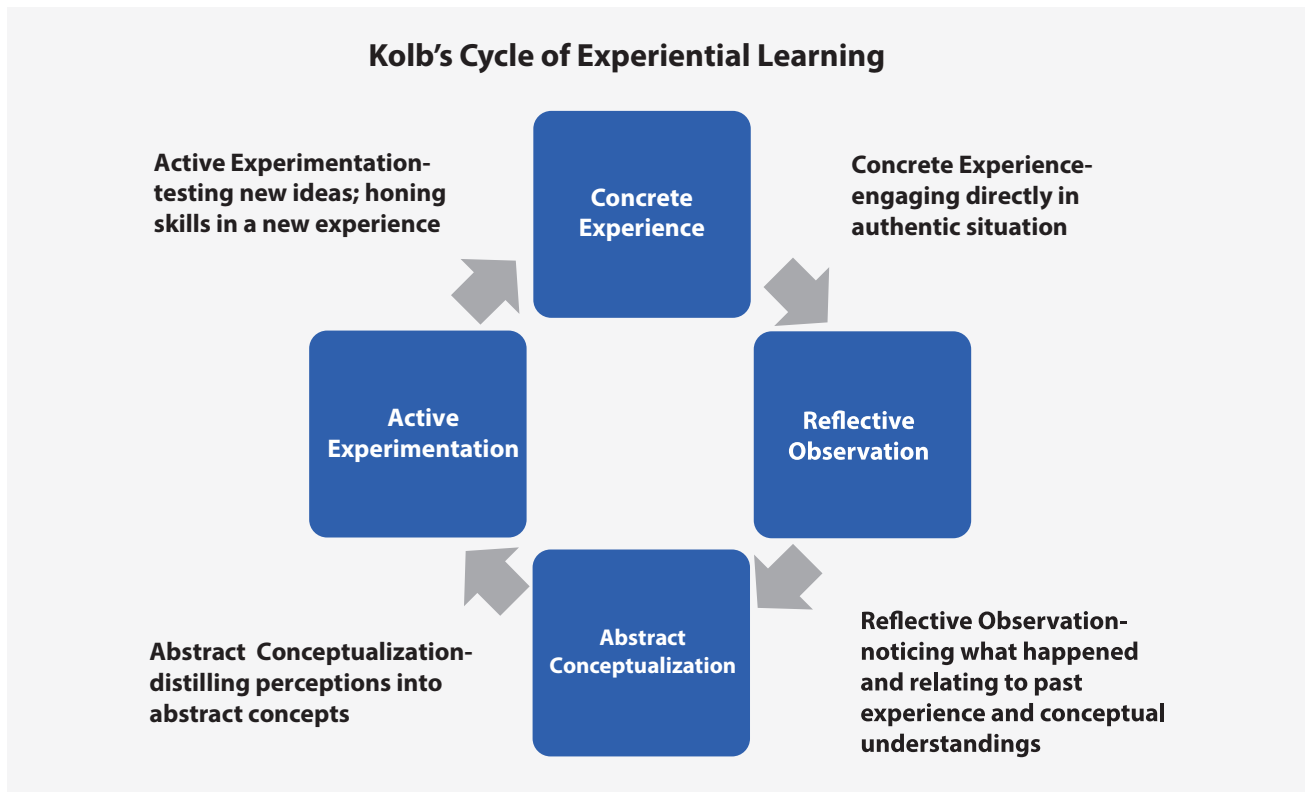
ภาพที่ 4 แสดงตัวอย่างหน้า Facebook group ที่ใช้เป็น platform การเรียนรู้ทางไกล

Idea	ตนเองคิดอย่างไรต่อการเรียนรู้ครั้งนี้
Feeling	ตนเองรู้สึกอย่างไรต่อการเรียนรู้ครั้งนี้
Function	ลองวิเคราะห์/เปรียบเทียบสิ่งที่ได้เรียนรู้กับบริบทหรือประสบการณ์เดิม
Expectation	สิ่งที่ตนเองอยากเปลี่ยนแปลงให้ดีขึ้นหลังจากได้เรียนรู้ครั้งนี้

รูปแบบดังกล่าวจะสอดคล้องกับทฤษฎีทางการศึกษาเรื่อง experiential learning theory⁴ ของ David Kolb ที่เชื่อว่าการเรียนรู้มีวงจรที่เชื่อมโยงมาจากการประสบการณ์ของผู้เรียนเอง เกิดกระบวนการเรียนรู้ภายใน และสามารถต่อยอดไปสู่ความรู้หรือแนวปฏิบัติใหม่ โดยอิงกับพื้นฐานประสบการณ์เดิมที่มี วงจรการเรียนรู้ตามทฤษฎีนี้ ดังแสดงในภาพที่ 5

จะเห็นได้ว่าประสบการณ์การใช้ technology มาช่วยในการเรียนการสอนแพทย์ประจำบ้านจากทั้ง 2 สถาบันทำได้ไม่ยากเลย เลือกใช้ platform ที่เข้าถึงได้ง่าย ก็สามารถช่วยส่งเสริมการเรียนรู้ให้กับผู้เรียนได้เป็นอย่างดี ทั้งยังเกิดประโยชน์ต่อทีมสหวิชาชีพ ถึงแม้จะอยู่ไกลกัน ก็สามารถเชื่อมต่อกันได้ง่ายด้วยเทคโนโลยี สิ่งที่แตกต่างกันระหว่าง 2 สถาบันคือ ชนิดของ digital platform ที่เลือกใช้ และช่วงเวลาการ

ใช้ช่องทาง online ระหว่างอาจารย์และลูกศิษย์ ซึ่งหากสถาบันฝึกอบรมฯ ใดมีความสนใจทดลองนำไปใช้ ผู้เขียนเชื่อว่าก็สามารถประยุกต์เอาวิธีของทั้งสองตัวอย่างไปใช้ได้ไม่ยาก และในความจริงของยุคปัจจุบัน อาจจะไม่จำเป็นต้องจำเพาะสำหรับการสอนแพทย์ประจำบ้านในหลักสูตร in-service training เท่านั้น แต่อาจารย์แพทย์สามารถนำมาประยุกต์ใช้ร่วมกับบริบทการเรียนรู้ของผู้เรียนทุกกลุ่มได้ โดยเฉพาะกับกลุ่ม digital learner ที่อาจจะถนัดและคุ้นเคยกับการเรียนรู้ในโลกยุคดิจิทัล (digital learning) เป็นการเรียนรู้ที่ผู้เรียนสามารถเรียนรู้ได้เองทุกที่ ทุกเวลา ดังนั้นการสร้างสิ่งแวดล้อมการเรียนรู้ให้เหมาะกับวิถีปฏิบัติ หรือ lifestyle ของผู้เรียนยุคใหม่ โดยการใช้ digital platform ต่างๆ ตัวอย่างเช่น Facebook, Weblog, Google classroom จัดว่าเป็นอีกวิธีที่ดีในการส่งเสริมและกระตุ้นการเรียนรู้ และยังสื่อถึงการสอนที่ผู้สอนมองผู้เรียนเป็นศูนย์กลาง (student-centeredness) ซึ่งถือว่าเป็นรูปแบบการจัดการเรียนรู้ที่ได้ประสิทธิผลดี



ภาพที่ 5 แสดงกรอบแนวคิดทฤษฎี Experiential learning
(ที่มาของภาพ: <http://www.bu.edu/ctl/guides/experiential-learning/>)

โดยสรุป การเรียนทางไกลไม่ว่าจะเป็นในรูปแบบ synchronous DL หรือ asynchronous DL หากผู้สอนมีการวางระบบการจัดการระบบการเรียนรู้ที่เหมาะสม ชัดเจน ร่วมกับการจัดบทบาทของผู้เรียน (student's role) วิธีการเรียนรู้ (learning method หรือ learning activity) มีระบบการกระตุ้นให้ผู้เรียนได้ใคร่ครวญสิ่งที่เรียนรู้ มีการประเมินผลที่ชัดเจนและเข้าใจง่าย และที่สำคัญคือ สามารถทำได้ง่ายในระหว่างที่ห่างไกล ระบบการเรียนรู้นั้นก็ประสบผลสำเร็จก่อให้เกิดความสุขให้แก่ทั้งผู้เรียนและผู้สอน รู้สึกใกล้ชิดกันมากขึ้นได้ด้วยเทคโนโลยีการเชื่อมต่อ ระหว่างทางก็ไม่ใช่อุปสรรคในการเรียนรู้อีกต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. ECHO project. School of Medicine, University of New Mexico, USA. Available From URL: <https://echo.unm.edu>
2. Simonson, Smaldino S, Zvacek S. Teaching and learning at a distance: foundations of distance education. Charlotte, NC: Information Age Publishing; 2015.
3. Moore MG, Kearsley G. Distance education: a systems view of online learning. Belmont, CA: Wadsworth Cengage Learning; 2012.
4. Kolb D. Experiential learning. Upper Saddle River (New Jersey): Pearson Education; 2015.



สมาคมแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป/เวชศาสตร์ครอบครัวแห่งประเทศไทย
ราชวิทยาลัยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวแห่งประเทศไทย
เลขที่ 2 ชั้น 11 อาคารเฉลิมพระบารมี ๕๐ ปี ซอยศูนย์วิจัย
แขวงบางกะปิ เขตห้วยขวาง กรุงเทพมหานคร 10310
โทรศัพท์ : 02-7166651-2 แฟกซ์ : 02-7166653

มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาาระบบสุขภาพชุมชน (มสพช.)
126/ 749 หมู่ 5 หมู่บ้านการเคหะนนทบุรี ตำบลปากเกร็ด อำเภอปากเกร็ด
จังหวัดนนทบุรี 11120
โทรศัพท์ : 02-5830719 แฟกซ์ : 02-9641836

ดาวน์โหลดเนื้อหาของวารสารได้ที่
Website: www.pcfmjournal.com