

รายงาน

ผลการดำเนินงานโครงการจัดประชุมวิชาการ “12 ปี กบกับการพัฒนา เวชศาสตร์ครอบครัวในประเทศไทย”

ระหว่างวันที่ 22 - 24 ตุลาคม 2553
(ณ โรงแรมโรสการ์เด้นท์ สวนสามพราน จ.นครปฐม)

i

โดย สำนักงานวิจัยและพัฒนา:ระบบสุขภาพชุมชน
ธันวาคม 2553
สนับสนุนโดย

สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.)



สถาบันพัฒนาสุขภาพอาเซียน



รายงานผลการดำเนินงานโครงการ

โครงการจัดประชุมวิชาการ “12 ปี กับการพัฒนาเวชศาสตร์ครอบครัวในประเทศไทย”

ประกอบด้วย

1. รายงานการจัดประชุมวิชาการ 12 ปี กับการพัฒนาเวชศาสตร์ครอบครัวในประเทศไทย ระหว่างวันที่ 22 – 24 เดือน ตุลาคม พ.ศ. 2553 ที่โรสการ์เดนท์ สวนสามพราน นครปฐม ครอบคลุมเนื้อหากระบวนการเนื้อหาทั้งหมดที่เกิดขึ้นจากทุกกิจกรรมระหว่างการประชุมวิชาการ และรายงานการประเมินผลหลังการจัดประชุมวิชาการ

2. ภาคผนวก

ส่วนที่ 1 เนื้อหาจากการบรรยายและจากเวทีเสวนาวิชาการ “เวชศาสตร์ครอบครัว : มุมมองและการสนับสนุนจากภาคนโยบาย”

- แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวกับการพัฒนาประเทศไทย
- เวชปฏิบัติครอบครัวกับการปฏิรูประบบสุขภาพไทย
- บทบาทการสนับสนุนการพัฒนาเวชศาสตร์ครอบครัวของประเทศไทย

ส่วนที่ 2 รวบรวมผลงานเรื่องเล่า / งานวิจัยด้านเวชศาสตร์ครอบครัวและการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ / เครื่องมือและเทคนิคในเวชปฏิบัติครอบครัว (Tool & Tip in Family Practice) / ความคิดและทิศทางจากมุมมองแพทย์เวชปฏิบัติครอบครัว (ตัวแทนคน Fammed)

- งานวิจัยในระบบบริการปฐมภูมิ (Primary Care Research)
- ประสบการณ์และบทเรียนการพัฒนาระบบบริการ (Health service and system development)
- เรื่องเล่าจากการดูแลของแพทย์เวชปฏิบัติครอบครัว (Story Telling)
- เครื่องมือและเทคนิคในเวชปฏิบัติครอบครัว (Tool & Tip in Family Practice) ใน 4 มิติ
(การบริการ) Conflict Management in Family and community
(การเรียนรู้การสอน) สอนง่ายๆ สไตล์ Fam Med
(การพัฒนางานวิจัยจากงานประจำ) ง่าย มัน ดี มีสุข กับ R2R
(การบริหารจัดการทีม) บริหารคน บริหารนาย ง่ายนิดเดียว
- ตัวตนคน Fammed : ฝันที่อยากให้เป็นในเวชปฏิบัติครอบครัว คุณค่าของเวชศาสตร์ครอบครัว

ส่วนที่ 3 รายงานการประเมินผลหลังการจัดประชุมวิชาการ

ภาคผนวก รายการสื่อการประชุม/ ไฟล์นำเสนอวิทยากร/ หนังสือประกอบการประชุมวิชาการ

รายงานผลการดำเนินโครงการจัดประชุมวิชาการ “12 ปี กับการพัฒนาเวชศาสตร์ครอบครัวในประเทศไทย”

การประชุมวิชาการด้านเวชศาสตร์ครอบครัวได้มีการจัดอย่างเป็นทางการขึ้นทุกปีตั้งแต่ปี 2549 เป้าหมายระยะแรกนั้นเป็นการก่อตัวเครือข่ายแพทย์เวชปฏิบัติครอบครัวในแต่ละภูมิภาคและส่งเสริมให้เกิดเวทีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้จากการปฏิบัติงานเป็นสำคัญ โดยปีต่อๆมามีจำนวนแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว/แพทย์เวชปฏิบัติครอบครัวได้มาร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในเชิงทิศทางการพัฒนาระบบบริการภาพรวม รวมทั้งประสบการณ์การพัฒนางานวิชาการ งานวิจัยด้านเวชศาสตร์ครอบครัวและบริการปฐมภูมิที่มีมากขึ้น ดังนั้นในปี พ.ศ.2553 ชมรมแพทย์เวชปฏิบัติครอบครัว ร่วมกับสำนักงานวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน สถาบันพัฒนาสุขภาพอาเซียน มหาวิทยาลัยมหิดลจึงได้ประสานเครือข่ายแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว/แพทย์เวชปฏิบัติครอบครัว รวมทั้งผู้แทนสถาบันการศึกษา ที่เกี่ยวข้องกับศูนย์การเรียนรู้ด้านเวชศาสตร์ครอบครัวและระบบบริการปฐมภูมิ 5 ภูมิภาค เพื่อจัดการประชุมวิชาการ “12 ปี กับการพัฒนาเวชศาสตร์ครอบครัวในประเทศไทย” ขึ้น โดยได้รับการสนับสนุนจากองค์การภาคีที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาด้านเวชศาสตร์ครอบครัวและระบบบริการปฐมภูมิอันประกอบด้วย กระทรวงสาธารณสุข ราชวิทยาลัยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวแห่งประเทศไทย สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ทั้งนี้ เพื่อการรวบรวมเครือข่ายแพทย์เวชปฏิบัติครอบครัวทั่วประเทศและสร้างเครือข่ายแพทย์เวชปฏิบัติครอบครัวที่ไม่จำเป็นต้องเป็นแพทย์ที่ได้รับวุฒิบัตรหรืออนุมัติบัตรด้านเวชศาสตร์ครอบครัว แต่รวมไปถึงแพทย์สาขาอื่นที่ทำงานด้านระบบบริการปฐมภูมิ ซึ่งปัจจุบันมีแพทย์ที่ปฏิบัติงานด้านปฐมภูมิในพื้นที่จำนวนมากขึ้น โดยใช้กลไกของชมรมแพทย์เวชปฏิบัติครอบครัวเป็นตัวขับเคลื่อนการพัฒนา ทั้งยังให้การประชุมวิชาการครั้งนี้เป็นส่วนหนึ่งของการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ทิศทางการสนับสนุนการพัฒนาในเชิงนโยบาย การเพิ่มพูนความรู้ ทักษะเชิงวิชาการ รวมทั้งให้การประชุมครั้งนี้เป็นส่วนหนึ่งในการพัฒนาเอกภาพวิชาชีพ สะท้อนความเป็นอัตลักษณ์ เอกลักษณ์ และคุณค่าเวชศาสตร์ครอบครัวต่อการพัฒนาระบบสุขภาพของประเทศไทย

สาระสำคัญที่ได้จากการประชุม อาจแบ่งเนื้อหาออกเป็น 3 ส่วน ดังนี้ 1) ส่วนเนื้อหาที่ได้จากปาฐกถา การเสวนา การอภิปรายในภาพรวมจากผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในการพัฒนาเวชศาสตร์ครอบครัว 2) ผลงานเรื่องเล่า และงานวิจัยด้านเวชศาสตร์ครอบครัวและการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ ที่ได้รับการคัดเลือกและนำเสนอ (Poster presentation, oral presentation, storytelling sessions) และ 3) การประเมินผลจากการจัดประชุมวิชาการจากผู้เข้าร่วมประชุม

ส่วนที่ 1

เวชศาสตร์ครอบครัว: มุมมองและการสนับสนุนจากภาคนโยบาย

การปาฐกถาเรื่อง “แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวกับการพัฒนาประเทศไทย” โดยองคมนตรี ศ.นพ.เกษม วัฒนชัย ได้นำเสนอพื้นฐานของลักษณะโครงสร้างสังคมไทยที่มีสถาบันหลักของชาติในประเทศไทยซึ่งมี 3 ประเภทสถาบัน คือ 1) สถาบันพระมหากษัตริย์ 2) สถาบันพระศาสนา 3) สถาบันประชาชน(ชุมชน กับครอบครัว) สถาบันครอบครัวเป็นสถาบันที่สำคัญ ซึ่งขึ้นกับบริบทของกลุ่มคนที่พูดภาษาไทย รวมทั้งเชิงบริบทพื้นที่ต่างๆในประเทศไทย ดังนั้นจึงสามารถมองลักษณะครอบครัวไทยแบ่งได้ 3

ประเภท คือ ครอบครัวชนบท (Rural family) ครอบครัวเมือง (Urban Family) และครอบครัวดิจิทัล (Digital family) ด้วยเวชศาสตร์ครอบครัว (Family medicine) อยู่บนพื้นฐานการดูแลสุขภาพครอบครัว (Family health) ซึ่งไม่เหมือนกับเวชศาสตร์ปัจเจก (Individualized Medicine) และเวชศาสตร์ชุมชน (Community Medicine) เวชศาสตร์ครอบครัวจึงเน้นหนักที่สถาบันครอบครัว และเชื่อมโยงให้ชัดเจนกับเวชศาสตร์ปัจเจก และเวชศาสตร์ชุมชน ทั้งนี้ ต้องมีการดำเนินการให้ครอบคลุมทุกมิติของสุขภาพครอบครัว (Family Health) อันได้แก่ สุขภาวะทางกาย สุขภาวะทางจิต สุขภาวะทางสังคม และสุขภาวะทางจิตใจ รวมทั้งให้ความสำคัญทั้งการส่งเสริมสุขภาพครอบครัว การป้องกันโรค การเยียวยาโรค การฟื้นฟูสุขภาพ

ข้อเสนอแนะหนึ่งในการพัฒนาสาขาเวชศาสตร์ครอบครัว คือ การเริ่มศึกษาวิจัยหาความรู้ด้านสุขภาพครอบครัวให้ชัดเจน เช่น การวิจัยสุขภาวะทางจิตของครอบครัวไทย (กลุ่มครอบครัวชนบท/กลุ่มครอบครัวเมือง/กลุ่มครอบครัวดิจิทัล เป็นอย่างไร) หรือ การศึกษาหาประสบการณ์และสรุปบทเรียนให้เป็นระบบ รวมทั้งการเผยแพร่ผ่านสื่อมวลชน ให้ประชาชนรับรู้ ให้คนในสังคมไทย เห็นความสำคัญของสถาบันครอบครัวมากกว่านี้ เพราะถือว่าสถาบันครอบครัวเป็นสถาบันที่สำคัญที่สุดกับชีวิตคน

เวชปฏิบัติครอบครัวกับการปฏิรูประบบสุขภาพไทย

เป็นเวทีเสวนาผ่านมุมมองของผู้แทนจากองค์กรวิชาชีพที่เกี่ยวข้องด้านสุขภาพ เช่น ผู้แทนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้แทนเจ้าหน้าที่ทีมสุขภาพ ผู้แทนแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ และผู้แทนองค์กรวิชาการ ซึ่งสามารถสะท้อนความคิดและข้อเสนอแนะในการพัฒนาเวชปฏิบัติครอบครัวในการปฏิรูประบบสุขภาพของไทยได้ โดยสรุปของเนื้อหาจากการร่วมเสวนา มีดังนี้

มุมมองจากผู้แทนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เสนอว่าเวชศาสตร์ครอบครัวต้องทำงานเกี่ยวกับครอบครัว เป็นจุดเล็กๆ กลุ่มเล็กๆ ศึกษาวิถีชีวิตชุมชน เป็นการศึกษานอกกรอบ นอกกรอบไม่ใช่ นำความรู้จากมหาวิทยาลัยลงไปทำงานในชุมชนทั้งประเทศ แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว/เวชปฏิบัติครอบครัวควรมีการทำงานแบบเครือข่ายโดยกระจายอยู่ทั่วประเทศ ขณะที่ผู้แทน เจ้าหน้าที่ทีมสุขภาพ สะท้อนว่าแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวเป็นหมอกที่ดูแลคนไข้แบบองค์รวมแตกต่างจากแพทย์สาขาอื่นและเป็นแพทย์ที่ลงชุมชน แต่ยังไม่ลงศึกษาครอบครัวในชุมชน รวมทั้งหวังอยากเห็นแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวเป็นหมอประจำชุมชน ร่วมคิด ร่วมทำ ร่วมวางแผน มีพื้นที่รับผิดชอบชัดเจน รับผิดชอบจำนวนประชากร ร่วมทำงานต่อเนื่องประจำร่วมกับทีมสหวิชาชีพ ในรูปแบบของหน่วยบริการปฐมภูมิ ส่วน แพทย์ผู้เชี่ยวชาญ ย้ำว่าแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวไม่ใช่เป็นแพทย์ชั้นสองที่ทำงานในชุมชน แต่มีความสำคัญในการดูแลสุขภาพประชาชน และมีระบบการปรึกษาส่งต่ออย่างมีคุณภาพ เมื่อส่งต่อแล้วแพทย์เฉพาะทางสาขาอื่นๆ ที่รับส่งต่อจะมีเวลาพูดคุยกับคนไข้รวมทั้งให้บริการที่มีคุณภาพดีขึ้น นักวิชาการสะท้อนเรื่องการพัฒนากระบวนการปฐมภูมิโดยมีฐานความเชื่อว่าการปฐมภูมิเดิม หลักคิดดีอยู่แล้วแต่กลไกสนับสนุนที่ดีจะช่วยทำให้ระบบบริการมีความเข้มแข็งมากขึ้น การมีหมอที่ดีอย่างเดียวอาจไม่พอเพียงต่อการพัฒนา การออกแบบและพัฒนาระบบทั้งหมดต้องดีด้วย ยกตัวอย่าง เช่น การพัฒนาระบบส่งต่อระบบปฐมภูมิของประเทศไทย ควรทำ 3 อย่าง คือ 1) การออกแบบโครงสร้างให้ดีขึ้น 2) กลไกการสนับสนุน เช่น ระบบการเงิน บทบาทของแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวที่มีในระบบของประเทศ และ 3) ระบบการส่งต่ออย่างมีประสิทธิภาพ เป็นต้น นอกจากนี้ เสนอว่า การพัฒนางานบริการปฐมภูมิไม่ใช่การพัฒนาเฉพาะตัวแพทย์และทีมงานที่เอาตัวเองเข้าไปอยู่ในกลุ่มชุมชน

ผูกพันกับชาวบ้านแล้วจบ แต่ต้องมองภาพทั้งระบบที่เชื่อมโยงให้เหมาะสม และเป็นการคืนความมั่นใจให้กับชุมชนที่จะสามารถไว้วางใจได้ว่าแพทย์จะสามารถทำงานเป็นทีมสุขภาพที่สามารถร่วมดูแลสุขภาพกับประชาชนได้เต็มที่

ประเด็นอภิปรายจากเวทีเสวนา สะท้อนเรื่อง 1) ความสำคัญและความพร้อมของบทบาทของโรงเรียนแพทย์ในการที่จะเข้าใจเวชศาสตร์ครอบครัวให้ชัดเจน มีตัวอย่างที่ดีให้แพทย์และนักศึกษาแพทย์ได้เรียนรู้จากการเห็นต้นแบบ รวมทั้งต้องกระตุ้นและเอื้ออำนวยให้แพทย์เวชปฏิบัติครอบครัวหรือแพทย์ที่สนใจงานชุมชนสามารถเรียนรู้และประยุกต์ศาสตร์นี้ได้เหมาะสม รวมทั้งให้แพทย์จบใหม่อย่างน้อยครั้งหนึ่งได้เห็นต้นแบบและเรียนรู้หลักการเวชศาสตร์ครอบครัวได้อย่างเข้าใจ 2) เน้นย้ำว่าระบบสุขภาพไทย ต้องมีระบบปฐมนิเทศที่เข้มแข็งและดีเป็นฐาน มีลักษณะ 3 ประการ คือ เป็นระบบสุขภาพเป็นที่เชื่อมั่นของชาวบ้าน เป็นระบบที่คนทำงานทำแล้วมีความสุข ปรับทัศนคติคนทำงานกับแก้ไขทั้งระบบสนับสนุนคนทำงาน(การจัดการเชิงโครงสร้าง) รวมทั้งเป็นระบบบริการสุขภาพที่มีการพัฒนาที่ยั่งยืน มีคุณภาพ นอกจากนี้ มีความเห็นจากเวทีให้เรียนรู้ถึง Business model ในระบบบริการสุขภาพ จากการวิเคราะห์ในระบบปัจจุบัน สามารถให้หมอเป็นหมอประจำครอบครัวได้ไม่ยาก ถ้าทำระบบให้ดี(ไม่ใช่แบบอังกฤษ) มี 2 อย่างที่ดีและเห็นชัด คือ 1) พยาบาล 2) เทคโนโลยีการสื่อสาร แพทย์ที่อยู่ในโรงพยาบาลอำเภอ(ระดับCUP) รับผิดชอบครอบครัวทุกครอบครัวในพื้นที่ได้ โดยทำงานร่วมกับสถานีอนามัย ระดมกำลังพยาบาลในโรงพยาบาลออกไปช่วยจัดการ เปิดโอกาสให้พยาบาลและคนที่มีอยู่ใน CUP ไปดูแลประชาชน โดยหวังว่าระบบที่เข้มแข็งต้องมีแพทย์ที่มีวิถีสู่ชุมชนของเวชปฏิบัติทั่วไป ต้องแพร่อิทธิพลทางความคิดต่อผู้คนรอบข้าง อย่างเข้าใจ และลงมือทำจริง เปลี่ยนวิธีการทำงานในระบบสุขภาพให้มี Business model ของแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปอย่างจริงจัง เป็น Model การทำงานเวชปฏิบัติครอบครัวของไทย

บทบาทการสนับสนุนการพัฒนาเวชศาสตร์ครอบครัวของประเทศไทย

เนื่องจากการพัฒนาเวชศาสตร์ครอบครัวจำเป็นต้องอาศัยความร่วมมือจากหลายฝ่าย การอภิปรายนี้จึงเป็นการสะท้อนวิสัยทัศน์และบทบาทองค์กรที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาเวชศาสตร์ครอบครัว ซึ่งเน้นย้ำบทบาทการสนับสนุนในมิติต่างๆ ที่เชื่อมโยงกับภารกิจองค์กรและโอกาสการทำงานร่วมกันเพื่อพัฒนาเวชศาสตร์ครอบครัวในประเทศไทย

นพ.เกษม เวชสุทธานนท์ ผู้แทนจากกระทรวงสาธารณสุขเน้นย้ำบทบาทการพัฒนา ระบบสนับสนุนและการสร้างแรงจูงใจที่ผ่านมาระทรวงฯ ดำเนินการเรื่องความก้าวหน้าทางวิชาชีพอย่างต่อเนื่อง แต่ยังไม่สามารถกระตุ้นให้เกิดงานพัฒนาได้ ความสำคัญคือช่องว่างของ เวชศาสตร์ครอบครัวกับบริการปฐมภูมิซึ่งต้องเชื่อมโยงและให้เห็นเป็นสิ่งเดียวกัน หมายถึง บริการปฐมภูมิยังขาดแคลนแพทย์ บริการปฐมภูมิไม่เห็นวิชาเวชศาสตร์ครอบครัว สองฝั่งดังกล่าวจำเป็นต้องได้รับการพัฒนาร่วมกัน เพื่อทำให้เกิดความก้าวหน้าของเวชศาสตร์ครอบครัว จุดสำคัญของการพัฒนา คือ ทิศทางการสนับสนุนที่ชัดเจน และการทำให้คนในระบบบริการเห็นประโยชน์ของเวชศาสตร์ครอบครัวที่เป็นรูปธรรม จึงจะทำให้การสนับสนุนทำได้ง่ายขึ้น นพ.ยงยุทธ พงษ์สุภาพ ผู้แทนจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ให้ความสำคัญกับการพัฒนาสหสาขาวิชาชีพในระบบเวชศาสตร์ครอบครัว โดยให้มีแพทย์ที่เลี้ยง ในสถาบันการศึกษา และสถาบันสมทบ(โรงพยาบาลชุมชน) เพื่อให้พยาบาลในพื้นที่ได้รับการพัฒนาศักยภาพแล้วทำให้เกิดการรับรองหรือประกันคุณภาพการฝึกอบรมที่แท้จริงได้ในระยะยาว รศ.พญ.สมจิต พุกกะเวสรัตนนท์ ตัวแทนจากราชวิทยาลัยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวแห่งประเทศไทย เน้นย้ำคุณลักษณะของแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว โดยให้สามารถเกิดการเรียนรู้ทาง

วิชาการควบคู่ไปกับการทำงานในระบบบริการปฐมภูมิ และจำเป็นต้องให้เกิดความร่วมมือจากแพทยเวชศาสตร์ครอบครัวทุกคนที่มีสิ่งอื่นที่ต้องการพัฒนาจะเกิดขึ้นได้ต่อไป พญ.สุพัตรา ศรีวณิชชากร ตัวแทนจากองค์กรวิชาการ ความสำคัญและโอกาสของการพัฒนา คือ มีการทำงานที่ต่อเนื่อง การถอดบทเรียน Best Practice ที่ดี แล้วนำไปใช้ได้เพื่อพัฒนาต่อ รวมทั้งการฝึกอบรมในรูปแบบต่าง ๆ ตลอดจนทำให้เกิดงานวิจัยที่เชื่อมโยงเวชศาสตร์ครอบครัวกับบริการซึ่งต้องเกิดการประสานงานกับหลายภาคส่วน

ส่วนที่ 2

ผลงานเรื่องเล่า และงานวิจัยด้านเวชศาสตร์ครอบครัวและการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ ที่ได้รับการคัดเลือกและนำเสนอ (Poster presentation, oral presentation, storytelling sessions)

การประชุมวิชาการครั้งนี้มีผลงานที่เกี่ยวข้องกับเวชศาสตร์ครอบครัวและระบบบริการปฐมภูมิ จำนวน 21 เรื่อง แยกตามประเด็นเนื้อหา ดังนี้ ผลงานวิจัย (ประเภท oral presentation) จำนวนรวม 12 เรื่อง แบ่งเป็น Theme 1: งานวิจัยในระบบบริการปฐมภูมิ (Primary Care Research) จำนวน 4 เรื่อง Theme 2: การพัฒนาระบบบริการ (Health service and system development) จำนวน 4 เรื่อง Theme 3: เรื่องเล่า (Story Telling) เกี่ยวกับประสบการณ์การดูแลผู้ป่วย (สะท้อนประวัติผู้ป่วย ประเด็นสำคัญในการดูแล หลักการเวชศาสตร์ครอบครัวที่ใช้ บทเรียนที่ได้จากกรณีศึกษา) จำนวน 3 เรื่อง นอกจากนี้ ผลงานวิจัยที่นำเสนอผ่านโปสเตอร์ (ประเภท Poster presentation) จำนวนรวม 10 เรื่อง รวมทั้งเนื้อหาในส่วนของ Tool & Tip in Family Practice จำนวน 4 เนื้อหาหลัก คือ การบริการ (Conflict Management in Family and community) , การเรียนการสอน (สอนง่าย ๆ สไตล์ Fam Med) , การพัฒนางานวิจัยจากงานประจำ (ง่าย มัน ดี มีสุข กับ R2R) , การบริหารจัดการทีม (บริหารคน บริหารนาย ง่ายนิดเดียว) และ สุดท้ายเวทีแลกเปลี่ยนความคิดเห็นและทิศทางแพทย์เวชปฏิบัติครอบครัวด้วยกระบวนการสุนทรียสนทนา (Dialogue) ในหัวข้อ “ตัวตนคนFammed : ความภาคภูมิใจจากรุ่นสู่รุ่น ผันที่ยากเห็น ผันที่ยากให้เป็นในเวชปฏิบัติครอบครัว คุณค่าของเวชศาสตร์ครอบครัว”

ส่วนที่ 3

การประเมินผล

การประชุมวิชาการครั้งนี้ มีการประเมินผลโดยใช้แบบสอบถามหลังการจัดประชุม เนื้อหาแบบสอบถามประกอบด้วย 4 ส่วนหลัก คือ ความคาดหวังของการเข้าประชุม ความพึงพอใจด้านบริหารจัดการ ความพึงพอใจในประเด็นวิชาการ และ สิ่งที่ได้เรียนรู้และการนำไปประยุกต์ใช้ ผลจากการตอบแบบสอบถามจำนวน 50 คน จากผู้เข้าร่วมประชุมทั้งหมด 150 คน โดยส่วนใหญ่เป็นแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว (อว.และ วว.) จำนวน 24 คน คิดเป็น (ร้อยละ 48) และแพทย์ประจำบ้านเวชศาสตร์ครอบครัว จำนวน 13 คน (ร้อยละ 26) เป็นแพทย์โครงการเพิ่มศักยภาพ/โครงการทุนแพทย์คืนถิ่น จำนวน 6 คน (ร้อยละ 12) แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปจำนวน 3 คน (ร้อยละ 6) นอกนั้นเป็นผู้อำนวยการโรงพยาบาล เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ดูแลงานเวชศาสตร์ครอบครัวและอื่นๆ จำนวน 4 คน (ร้อยละ 8) ในแง่ของความคาดหวังส่วนใหญ่ต้องการมาแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในการทำงาน สร้างเครือข่ายแพทย์เรียนรู้วิชาการด้านเวชศาสตร์ครอบครัว และทิศทางการพัฒนาเวชศาสตร์ครอบครัวในประเทศไทย ในด้านความพึงพอใจด้านการบริหาร โดยรวมมีความพึงพอใจทุกด้านอยู่ในระดับมากถึงมากที่สุด โดยเฉพาะบรรยากาศการประชุม ลานจัดนิทรรศการ เอกสาร

และสื่อที่แจก และกิจกรรมงานเลี้ยงต้อนรับ ความพึงพอใจในประเด็นวิชาการ โดยรวมส่วนใหญ่ความพึงพอใจในแต่ละหัวข้ออยู่ในระดับใกล้เคียงกันคือ ระดับพึงพอใจมาก ระดับพึงพอใจมากที่สุดจะเป็นเรื่องการบรรยาย Conflict Management in Family and community รองลงมาเป็นเรื่องสอนง่ายๆสไตล์ Fam med และสิ่งที่ได้เรียนรู้ การนำไปประยุกต์ใช้ สรุปโดยรวมที่ได้ คือ ได้แรงบันดาลใจในการที่จะกลับไปทำงานด้วยความเป็นมนุษย์ ดูแลงานของตนเองและผู้อื่นให้ดีขึ้นในทุกมิติและเข้าใจทั้งเหตุและปัจจัยของทุกเรื่องราว, แนวทางการทำวิจัยด้านเวชศาสตร์ครอบครัว, เทคนิคการสอน , การประยุกต์ใช้กับชีวิตประจำวัน เช่น การจัดการกับความขัดแย้ง, การเรียนรู้แนวทางการพัฒนา Primary care ข้อเสนอแนะจากผู้ร่วมประชุม มีหลากหลาย เช่น ห่วงใยมากเกินไป อยากฟังทุกหัวข้อ, อยากให้จัดเป็นประจำทุกปี, อยากให้จัดกิจกรรมลักษณะนี้แทรกในกิจกรรม Workshop ของการประชุมวิชาการราชวิทยาลัยฯ เป็นต้น โดยสรุปส่วนใหญ่อยากให้การดำเนินการต่อเนื่อง ประชาสัมพันธ์กว้างขวาง และให้มีความร่วมมือในการดำเนินการจากหลายภาคส่วน

หมายเหตุ รายละเอียดทั้งหมดของทั้งสามส่วนเนื้อหาที่เกิดขึ้นจากการประชุมวิชาการอยู่ในภาคผนวก)

ส่วนที่ 4

รายการสื่อประกอบการประชุมวิชาการ 12 ปี กับการพัฒนาเวชศาสตร์ครอบครัวในประเทศไทย

- पोस्เตอร์ประชาสัมพันธ์/เว็บไซต์ชมรมแพทย์เวชปฏิบัติครอบครัว(www.sftph.org)ที่รวบรวมการประชาสัมพันธ์และไฟล์เอกสารที่นำเสนอทั้งหมดในwebsiteทั้งก่อนและหลังการประชุมวิชาการ
- เพลงเวชศาสตร์ครอบครัวประกอบการประชุมวิชาการและสามารถใช้เผยแพร่ได้
- วิดีทัศน์เปิดงาน (แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวจากรุ่นสู่รุ่น ความยาว 12 นาที) ในพิธีเปิดและใช้เผยแพร่ในวงกว้างได้ต่อไป
- หนังสือ
 - a. เวชศาสตร์ครอบครัว : แนวคิดและประสบการณ์ในบริบทไทย จำนวน 2 เล่ม
 - b. Thai Family Doctor ความดีและความงามในระบบสุขภาพไทย จำนวน 2 เล่ม
 - c. วารสารระบบบริการปฐมภูมิและเวชศาสตร์ครอบครัว เล่ม 2 ปีพ.ศ.2553 จำนวน 2 เล่ม

การประชุมวิชาการ “12 ปี กับการพัฒนาเวชศาสตร์ครอบครัวในประเทศไทย”

บทกลอน : คุณค่าของเวชศาสตร์ครอบครัว



โดย อาจารย์เนาวรัตน์ พงษ์ไพบูลย์

@ เรียนแพทย์ใช้เพื่อแพทย์ ใช้เพื่อรับความนับถือ

พันธะของแพทย์คือ เพื่อผู้คนที่ทนทุกข์

@ ผู้คนยังจนยาก ต้องลำบากและบั่นบुक

เดือดร้อนและช้อนชุก แสนทุกข์แสนล้านในบ้านเรา

@ คนเราต้องเล่าเรียน พากเพียรเพื่อพวกเขา

บากบั่นเพื่อบรรเทา ทุกข์ที่รุกราน

@ เขาเป็นเช่นพ่อแม่ ผู้ปกครองและเอาพาน

เลี้ยงคนด้วยผลงาน จากหยาดเหงื่อเลือดเนื้อนั้น

@ ดำริพระบิดา ดำรัสมาดังคำขวัญ

ศึกษาที่ล้ำคณ ใช้อยู่ที่รู้ล้น

@ หากอยู่ที่รู้ใช้ นั้นรู้ไปให้เกิดผล

ประโยชน์แก่ผู้คน และสังคมตามสมควร

@ พระองค์ทรงอุทิศ ไกลชิดประชามวล

เข้าถึงอย่างทั่วถ้วน เพื่อรู้ทุกข์ที่แท้จริง

@ คนเราเร่งศึกษา เพราะเจตนาอันใหญ่ยิ่ง

ก้าวไปใช้ก้าวทั้ง ก้าวเท่าหาประชาชน

@ อันใช้สอนให้เห็น เป็นหมอสำคัญตน

แต่เธอต้องเป็นคน คือคำตรัสที่ทรงเตือน

@ วิชาความสามารถ ความรู้อาจไม่คาดเคลื่อน

สิ่งหนึ่งที่ขาดเตือน คือมนุษยธรรม และน้ำใจ

@ ฉะนั้นเราต้องตระหนัก ประจักษ์คำแห่งคำไหน

เป็นคน หรือเป็นใครใช้เป็นหมอแต่พอตัว

@ คนเราต้องเข้มแข็ง และแข็งแกร่งไม่ขาดกลัว

โพยภัยที่พันพัว กล้าเผชิญดำเนินนำ

@ เหตุผลและปัญญา กับหน้าที่ที่เป็นธรรม

จงเจตจำนงจำ จะรับใช้ประชาชน

(บทกวีประกอบงานแสดงคอนเสิร์ตแสงดาวแห่งศรัทธา)

เวชศาสตร์ เวชศิลป์

@ ขอคารวะคุณหมอ เวชศาสตร์ครอบครัวยุคคน

คือแพทย์ผู้บันดล บันดาลคำความเป็นมนุษย์

@ รักษาใช้เพื่อเอาคน ความเป็นคนแหละสูงสุด

ศีลธรรมจักตำทรวุฑ หากคำคนนั้นตำทราวม

@ คุณค่าแห่งศักดิ์ศรี คือความดีและความงาม

คือคนแหละคงความ ดีและงามของแผ่นดิน

@ สังคมยังใช้หนัก ยังรักษาอยู่ไม่สิ้น

เวชศาสตร์เวชศิลป์ คือภาระของพวกเรา

เนาวรัตน์ พงษ์ไพบูลย์

จ.๑๘/๑๐/๒๕๕๓



โดย องกมนตรี ศ.พญกม วัฒนชัย

เป็นการนำเสนอมุมมองครอบครัวไทย “สถาบันครอบครัวเป็นสถาบันที่สำคัญมาก เป็นสถาบันหลักหนึ่งของประเทศ” ทั้งนี้ได้รวมสถาบันหลักเป็น 3 ประเภท คือ 1) สถาบันพระมหากษัตริย์ 2) สถาบันพระศาสนา 3) สถาบันประชาชน ทั้งหมดรวมเป็นสถาบันชาติ

สถาบันประชาชน มอง 2 มิติ คือ ชุมชน กับ ครอบครัว เพราะมีการจัดตั้งทั้งที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการ ทั้งที่เป็นประเพณีนิยม และเกิดการเปลี่ยนแปลงจากวิถีชีวิตใหม่ๆ เทคโนโลยีใหม่ๆ แล้วมากระทบกับสถาบันครอบครัวไทย กระทบกับชุมชนไทยที่น่าเป็นห่วงมาก

โครงสร้างสังคมไทย ทำให้การใช้คำบางคำเปลี่ยนความหมายไปเมื่อใช้ในบริบทที่ต่างกัน เช่น คำว่า “บ้าน” บ้านถ้าพูดในชุมชนไทย สุมดิลไทยอีสาน ไทยเหนือ ไทยสิบสองปันนา ลาว หรือ ไทยอื่นที่พูดภาษาไทยในประเทศจีน ประเทศอินเดีย ประเทศพม่า บ้าน เขามาหมายถึง “หน่วยครอบครัวหลายหน่วยในชุมชนเดียวกัน” เรียกว่า “บ้าน” แต่จริงๆ ภาคกลางก็ยังมีคำนี้อยู่ ยังใช้ติดอยู่ เช่น “จะไปไหน ไปบ้านเหนือ บ้านใต้” คำว่า “บ้าน” ไม่ได้หมายถึงครอบครัวเดียวแต่หมายถึงกลุ่มบ้าน การแบ่งโครงสร้างสังคมไทยสมัยโบราณ ถ้าพูดถึงครอบครัวเดียว ใช้คำว่า “เรือน” ในภาคกลางใช้ใส่คำว่าข้างหน้า “การเรือน” คือโรงเรียนที่เกี่ยวข้องกับครอบครัว ตอนหลังคนไทยภาคกลางเพี้ยน เอาคำว่า “บ้าน” หมายถึงครอบครัวเดียว “บ้านฉัน บ้านเธอ” ทำให้พูดกันไม่เข้าใจ บ้านหลายๆหลังรวมกัน เรียกเป็นหมู่บ้าน จริงๆแล้วโครงสร้างของชุมชนโบราณของไทย หรือแม้แต่ปัจจุบัน “บ้าน เรือน” แล้วหลายๆบ้านจะยกบ้านหนึ่งที่สำคัญขึ้นมาเป็นเมือง เช่น “เมืองฝาง” จะมีบ้านเป็นบริวารอยู่หลายบ้านเป็นต้น คำว่า “เมือง” ก็ยังติดอยู่ หลายแห่งพยายามใช้คำว่าเมืองทั้งๆที่ระบบราชการภาคกลางพยายามไปเปลี่ยน “ไม่ได้เค้าเรียกมาตั้งแต่สมัยโบราณ เช่น เมืองแพร่ เมืองน่าน” ต้องมีคำว่าเมืองอยู่ด้วย ในกลุ่มเมืองหลายๆเมืองมีเมืองสำคัญก็ยกเป็น “เวียง” หรือ “เชียง” ส่วนมากมักมีกำแพงเมือง และคูเมือง จึงเรียกว่า “เวียง” หรือ “เชียง” เห็นมีอยู่หลายๆประเทศ และภาคเหนือของไทย ตั้งแต่สมัยรัชกาลที่ 5 เป็นต้นมา หรือ พ.ศ. 2435 มีการปรับระบบปกครองบ้านเมือง จาก เวียงวัง คลังนา ที่ใช้มา 400 กว่าปี จัดตั้งเป็น กระทรวง ทบวง กรม ก็เปลี่ยนใหม่ เรียกครอบครัวว่า “บ้าน” หลายๆบ้าน เรียกว่า “หมู่บ้าน” หลายหมู่บ้านเป็น “ตำบล” หลายๆตำบลเป็น “อำเภอ” หลายๆอำเภอเป็น “จังหวัด” แต่คำไม่เปลี่ยน “การเรือน”เรารู้ว่าเกี่ยวกับครอบครัว พูดถึง “การบ้าน” และ “การเมือง” ซึ่งเป็นอีกเรื่องหนึ่ง เป็น politic การบ้าน เป็นเรื่องของส่วนรวมที่ไม่เกี่ยวกับการเมืองเป็นต้น หรือเรียกรวมกันว่า “การบ้านการเมือง” หรือ คำว่า “บ้านเรือน กับ บ้านเมือง” ความหมายต่างกัน “บ้านเรือน” ความหมายถึง บ้านลงไปถึงชุมชน แต่ “บ้านเมือง” จะหมายถึง บ้านขึ้นมาที่เมือง ซึ่งเป็นเรื่องใหญ่

คำว่า “เรือน” จริงๆ ครอบครัวสมัยก่อน เดิมนี่ก็ยังใช้อยู่ ตอนนี้นำมาใช้คำว่า “บ้าน”

ครอบครัวไทย 3 ประเภท คือ 1) ครอบครัวชนบท (Rural family) 2) ครอบครัวเมือง (Urban Family) และ 3) ครอบครัวดิจิทัล (Digital family)

1. ครอบครัวพื้นฐาน “ครอบครัวชนบท”

เป็นวัฒนธรรมเกษตร วัฒนธรรมชาวไร่ ชาวนา เป็นเรื่องความผูกพันหลายหน่วยครอบครัวในชุมชนเดียวกัน เรียกเป็นบ้าน เช่น บ้างป่าซาง บ้านป่าไผ่ ฯลฯ หรือ ทางเหนือ เรียก ป๊อกบ้าน หรือ ภาคใต้ เรียก คุ่มบ้าน ลักษณะของครอบครัวที่อยู่ในกลุ่มบ้าน ป๊อกบ้าน มีความเอื้ออาทรกันทุกด้าน เรื่องความเป็นเครือญาติชัดเจนทั้งใกล้ ไกล เรื่องการเรียนรู้ซึ่งกันและกัน มีการถ่ายทอดกัน(เป็นการศึกษานอกระบบ) เช่น ถ่ายทอดวิธีทำนา วิธีทำไร่ วิธีรับมิด วิธีทำเป้สำหรับเข้าป่าหาของป่า วิธีเรียน เด็กๆ เรียกจากผู้ใหญ่ เวลาเรียนก็ไม่ต้องเสียเงินค่าลงทะเบียนเรียน “เรียนฟรี” เพราะความเอื้ออาทรกัน เวลาไม่สบาย “เค้าก็ช่วยกัน” โดยใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่น สังคมเหล่านั้นจึงอยู่ได้มาถึงทุกวันนี้ เรื่องการศึกษา พอมีการตั้งโรงเรียนขึ้นในชุมชนใหญ่ จำเป็นต้องพรากลูกหลาน จากการเรียนรู้ภูมิปัญญาชาวบ้าน เพื่อไปเรียนวิชาอะไรก็ไม่ว่าที่สอนตั้งแต่ ป.1-ป.6 กลับมาทำอะไรไม่ได้สักอย่าง เวลาไม่สบาย (ป.1 -ป.6) เอาตัวไม่รอด หุงข้าวไม่สุก ซึ่งเป็นเรื่องใหญ่ที่เราเอาการศึกษาสมัยใหม่ไปให้ชุมชนในระดับป๊อกบ้านเหล่านั้น (เค้าทำอะไร คือ ทนอยู่ได้ก็อยู่ อยู่ไม่ได้ก็ลงจากป๊อกบ้านบนคอยหางานทำในเมืองไว้ฝีมือไว้ความรู้ก็ต่อสู้ไป) เป็นตัวอย่างวิถีชีวิตที่ใช้ระบบการศึกษาสมัยใหม่ ช่วงที่ขยายโอกาสจาก 6 ปี เป็น 9 ปี กระทรวงก็ไม่สามารถขยายได้ทุกโรงเรียน ใครที่อยู่ไกล กระทรวงดูว่า 5-6 โรง ขยายสัก 1 โรงเรียน เด็กที่มาจาก 5-6 โรงเรียนที่อยู่ไกล อยู่บนคอย เพราะฉะนั้นเด็กส่วนใหญ่จะไม่ได้เรียนต่อ ก็เป็นปัญหามาก ชุมชนภาคกลาง อยู่ในที่ราบ ก็ดีหน่อย ฐานะดีกว่า และพึ่งตัวเองดีกว่า

ครอบครัวขยาย หลายชั่วคน ภูมิคุ้มกันของครอบครัวขึ้นอยู่กับ ความกตัญญูทดเวท ความรักความอาทร สายใยวัฒนธรรมพื้นบ้าน ถ้า 3 อย่างนี้ขาดลง ชุมชนล่มสลาย ที่น่ากลัวที่สุด คือ ความกตัญญูทดเวท ความกตัญญูทดเวทที่ทำให้โครงสร้างของสังคมไทย ถ่ายทอดกันมาได้หลายชั่วคน ถ้าขาดตอนไปสักตอนจะเกิดอะไรขึ้น แล้วเรากำลังบอกว่าจะเป็นสังคมผู้สูงอายุ และยิ่งเป็นผู้สูงอายุที่ถูกหลานไม่เลี้ยงดูแล้ว และปล่อยทิ้งตามที่ต่างๆ เพราะฉะนั้นเรื่องของกตัญญูทดเวท ถือเป็นเรื่องใหญ่มาก ที่ทำให้เกิดการเรียนรู้เรียนแบบกัน “ถ้าลูกหลายตัวเล็กๆ เห็น พ่อแม่กตัญญูต่อปู่ ย่า ตา ยาย ก็ดูตัวอย่างนี้” ถ้าพ่อแม่แก่ตัว ก็อาจกตัญญูต่อพ่อแม่ เหมือนที่เห็นพ่อแม่ กตัญญูต่อ ปู่ ย่า ตา ยาย แต่ถ้าเห็นพ่อแม่ไม่กตัญญูต่อ ปู่ ย่า ตา ยาย ทั้งๆ ขว้าง วันหลังพ่อแม่แก่ตัว เด็กก็อาจใช้พฤติกรรมที่พ่อแม่เคยทำกับปู่ ย่า ตา ยาย ถ้าเป็นอย่างนี้ทั้งสังคม หรือ ทั้งประเทศ เราจะมีปัญหาเหมือนอเมริกา คือ คนแก่ต้องไปอยู่ในคอมโดเอง จะเป็นตายอย่างไรก็เรื่องของมึงจนกว่ากลืนจะออกมาเพื่อนข้างๆบอกไปเอาศพมาเป็นคนดีแคร์เลส “ผมอยู่ที่อเมริกา 5 ปี ที่ชิคาโก ตอนอยู่ ER มีหน้าที่ต้องดูแลผู้ป่วยซึ่งลูกหลานไม่ดูแล กลืนออกมาเพื่อนบ้านแจ้งตำรวจมาถึงจะเอาศพออกไป ผมบอกตรวจว่า นี่มันเน่าแล้ว ตรวจบอกว่า “หมอ” ต้องบอกว่า “มันตายแล้ว” หมอต้องเป็นบอก ผมเป็นตรวจบอกไม่ได้” กฎหมายบอกให้หมอ บอกว่า “คนมันตายแล้ว” เป็นสังคมของอเมริกาซึ่งเชื่อว่าเป็น “เรื่องใหญ่” ที่สังคมเรากำลังก้าวตามอเมริกา

ท่านที่เป็นเวชศาสตร์ครอบครัวแล้ว อยากให้มีความรู้ด้านประวัติศาสตร์ ด้านสังคม และที่สำคัญอยากให้สนใจคุณธรรมในครอบครัว เพราะนี่เป็นเรื่องใหญ่มาก ที่จริงคุณธรรมในครอบครัวถามตัวเองดู ปู่ ย่า ตา ยาย สอนเราซึ่งท่านผ่านร้อนผ่านหนาวมา ค่าของคุณธรรมหนึ่งหรือสองอันถ่ายทอดให้ลูกหลาน เช่น ต้องซื่อสัตย์ อยู่ที่ไหนต้องเอื้ออาทรต่อชาวบ้านทุกบ้าน มีอะไรก็ภัยให้กัน อย่าเอาเรื่องกับชาวบ้าน นี่ก็คือ สิ่งที่พ่อแม่สอน เพราะฉะนั้นคุณธรรมในครอบครัวสำคัญ เรื่องที่ถ่ายทอดมาคือ เรื่องกตัญญูทดเวท

เรื่องที่ถ่ายทอดกว้าง คือ ความรักความอาทรของคนในครอบครัว คนในชุมชน และสิ่งที่จะชักชวนให้ครอบครัวและชุมชนอยู่ได้ คือ วัฒนธรรมครอบครัว และวัฒนธรรมชุมชนที่เรียกกันว่า “วัฒนธรรมพื้นบ้าน” ทุกครอบครัวมีวัฒนธรรม มีแบบแผน ทุกครอบครัวมีระบบคุณค่าที่ให้ไว้ เช่น คุณค่าสำหรับความสะอาด ค่าสำหรับความสกปรก ทุกครอบครัวมีหมดและจะพัฒนาคุณค่าขึ้นมาและถ่ายทอด “เวลาเจอใครสกปรกอย่าเพิ่งค่า ให้ดูปู่ย่า ตา ยาย ก่อน” บางที่ถ่ายทอดมาหลายรุ่น หรือ บางทีปู่ ย่า ตา ยาย สะอาด มาสกปรก รุ่นหลาน ก็มี แต่มีน้อย”

โดยสรุปมี 3 เรื่อง คือ

1. เรื่องกตัญญูทดแทน เป็นเรื่องยาว เป็นการถ่ายทอดจากรุ่นสู่รุ่น เป็นโซ่ของสังคมที่ทำให้สังคมตะวันออกอยู่ได้อย่างเข้มแข็งทั้งในระบบครอบครัวและชุมชน
2. ความรักความอาทรกับเพื่อน กับในบ้าน ในชุมชน อันนี้เป็นเรื่องใหญ่เพราะทำให้ชุมชนอยู่ด้วยกันได้ ช่วยเหลือกันทุกด้านทั้งด้านสุขภาพ หมอไม่ได้อยู่กับเขตลอด ถึงจะมีหมอครอบครัวแล้วก็ไม่ได้ไปอยู่กับเขา 24 ชั่วโมง แต่ที่อยู่กับเขา 24 ชั่วโมง คือ “เพื่อนบ้าน” ถ้าเพื่อนบ้านช่วยเหลือกันก็มีผู้ช่วยชีวิตตลอด 24 ชั่วโมง
3. วัฒนธรรมบ้าน กับวัฒนธรรมชุมชน อย่างละเลย

2. ครอบครัวเมือง (Urban family)

ในกรุงเทพ ขอนแก่น เชียงใหม่ และโคราช ครอบครัวเล็กลง ทั้งขนาดและความผูกพันรั้น้อยลง ความเป็นคนบ้านเดียวกันสลายหายไป เช่น ลองเข้าไปหมู่บ้านจัดสรร ราคาประมาณ 10 ล้านขึ้น หรือ 15 ล้านลง ความเป็นชุมชนเดียวกันไม่มี ความเป็นคนบ้านเดียวกันไม่มี หายไปแล้ว ตกตัวอย่าง ถ้าเป็นไส้ตังแตกในบ้านร้องให้เพื่อนบ้านก็ไม่ได้ยิน บ้านใหญ่เกินเสียงไม่ทะลุ ความเป็นเครือญาติลดน้อยลง

ความเป็นเมืองทำให้หลายวัฒนธรรม มีอิสระในการเลือกวัฒนธรรมต่างกัน คนในบ้านก็ดี คนในเมืองก็ดี วิถีชีวิตที่หลากหลายก็ต้องยอมรับในตรงนี้

ปรากฏการณ์ของครอบครัวเมือง

เมื่อขนาดครอบครัวเล็กลง ต่างคนต่างอยู่ก็มากขึ้น ขาดที่พึ่งด้านศีลธรรม คุณธรรม เรื่องที่จับต้องไม่ได้ไม่พูด คนในเมืองเอาเฉพาะที่จับต้องได้พวกนิยมวัตถุนิยม บริโภคนิยม ภูมิปัญญาไทยไม่เอา เพราะล่าสมัย ขณะนี้วิธีของคนในเมืองกับคนชนบท เป็นคนละเมืองกันไปแล้ว คำถามคือ “ท่านจะเป็นแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวไปปรับใช้ที่ไหน..ที่ชนบทที่เมืองใหญ่?

ภาวะเอาตัวรอด สูงที่สุด แทนที่ภาวะเอาครอบครัวรอด / เอาส่วนรวมรอด

3. ครอบครัวดิจิทัล (Digital family)

- a. อยู่บ้านเดียวกันแต่เหมือนอยู่คนละบ้าน “ผมยกตัวอย่างเพื่อนผมเขาเป็นคนร่ำรวย มีลูกชายลูกสะใภ้ ซึ่งทำงานเกี่ยวกับคอมพิวเตอร์ตลอดเวลา เพราะฉะนั้นกลับบ้านต่างคนต่างนั่งหน้าจอ แล้วมีหลายคนหนึ่งที่คนใช้เลี้ยงตั้งแต่เด็กจนโต พ่อแม่ แทบไม่เลี้ยงลูก แต่จะอุ้มลูกนานๆครั้ง เพราะต่างก็ติดอยู่หน้าจอคอมพิวเตอร์ ที่เห็นชัดคือเพื่อนผม ฐานะที่เป็นพ่อ และพ่อหัว ทั้งลูกชายและลูกสะใภ้ไม่เคยสนใจเลย ไม่ว่าจะทำกิน นอน เสื้อผ้าจะซักหรือไม่สนใจ เหมือนเป็นคนไม่มีตัวตนในบ้าน อันที่จริงบ้านเป็นบ้านของพ่อแต่ลูกอยู่ ทั้งลูกและลูกสะใภ้เป็นส่วนที่เขา

มองไม่เห็น พ่อทนนมาไหวสสร้างบ้านเล็กอยู่ข้างบ้าน (ภายในบริเวณบ้านเดียวกัน) แล้วยกบ้านใหญ่ให้ลูกกับลูกสะใภ้ สุดท้ายอยู่ไม่ไหว... เป็นส่วนเกินของบ้านดิจิทัลใหม่นี้ พ่อก็ออกมาเช่าคอมโดอยู่ ตัดใจว่าต้องยอมรับ เพราะว่าลูกกับลูกสะใภ้เป็นดิจิทัลไปแล้ว” สิ่งทีพุดทั้งหมดกำลังจะบอกว่า ครอบครัวดิจิทัลของเพื่อนผมไม่ใช่ครอบครัวเดียวแน่นอนที่เป็นแบบนี้ และกำลังจะบอกว่าทั้งปู่ ย่า ตา ยาย ลูกเล็กๆที่เกิดมาต้องการความสัมพันธ์ในครอบครัวอย่างมากถ้าต้องการไปอย่างปกติมนุษย์ แต่ตอนนี้มีอะไรไม่รู้ที่ทำให้ความสัมพันธ์ในครอบครัวหายไปเป็นช่วงๆ “อยู่บ้านเดียวกันแต่เหมือนอยู่คนละบ้าน”

- b. อยู่บ้านเดียวกันต่างคนต่างอยู่ ผู้สูงอายุ ผู้อยู่ในวัยทำงาน เด็กและเยาวชน เมื่อมีอะไรมาขึ้นระหว่าง 3 กลุ่มนี้ อะไรจะเกิดขึ้นในครอบครัวนั้น และสุดท้ายอะไรจะเกิดขึ้นกับสังคมเหล่านั้น “สังคมดิจิทัล เหล่านั้น” อะไรจะเกิดกับเมือง กับประเทศเหล่านั้น นี่เป็นคำถามใหญ่

จริงๆแล้วเวชศาสตร์ครอบครัวไม่ได้อยู่โดดเดี่ยว เวชศาสตร์ครอบครัวเชื่อมโยงกับเวชศาสตร์ป้องกันอย่างมาก และ เชื่อมโยงกับเวชศาสตร์ชุมชนอย่างมากเช่นกัน ครอบครัวก็ไม่ได้อยู่โดดเดี่ยวในชุมชน ครอบครัวเป็นส่วนหนึ่งในชุมชน คนทุกคนในครอบครัวก็เป็นเอกภาพ ในฐานะเป็นหน่วยทางสุขภาพหน่วยหนึ่ง เด็ก ผู้ใหญ่ คนแก่ ทุกคนเป็นหน่วยสุขภาพหน่วยหนึ่ง เพราะฉะนั้น เวชศาสตร์ครอบครัว ต้องแยกบริบทจาก “เวชศาสตร์ป้องกัน” และ “เวชศาสตร์ชุมชน” โดยเน้นหนักที่สถาบันครอบครัวและเชื่อมโยงให้ชัดเจนกับ “เวชศาสตร์ป้องกัน” และ เวชศาสตร์ชุมชน”



ต้องทำให้ครบทุกมิติของสุขภาพครอบครัว (Family Health)

- สุขภาวะทางกาย (Physical Health)
- สุขภาวะทางจิต (Mental Health)
- สุขภาวะทางสังคม (Social Health)
- สุขภาวะทางจิตใจ (Intellectual and Moral Health)

การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างครอบครัวไทย กำลังเคลื่อนไหวย่างรวดเร็ว ต้องวิจัยให้มากๆ ถึงจะรู้ว่าเกิดอะไรขึ้น เกิดเป็นผลดีอย่างไร หรือเกิดผลร้ายกับ Family health และ family medicine อย่างไร

เวลาเรียนจิตเวชศาสตร์ มักเรียนจิตเวชศาสตร์ของเด็ก ผู้ใหญ่ ผู้สูงอายุเรารู้ เรามีเรียน แต่จิตเวชศาสตร์ของครอบครัวใน unit เรายังไม่ได้เรียน อยากให้ศึกษาวิชาเหล่านี้ ทำวิจัยก่อน “ทำวิจัยว่า สุขภาวะทางจิตของครอบครัวไทยในชนบท หรือ บนดอยชายทะเล ในเมือง กลุ่มครอบครัวดิจิทัล” เป็นอย่างไร ใครมีความสุขอย่างไร มีความทุกข์อย่างไรในลักษณะครอบครัวเหล่านั้น สุดท้ายเราอาจได้ไฟล์ ชินโดมอะไรก็ได้ สัก ชินโดมหนึ่ง หรือหลายชินโดม เกี่ยวกับ Thai family ในรูปแบบต่างๆกัน และอาจ ต้องหาทางจัดการช่วยเหลือ ป้องกันไว้ ถ้าปล่อยเราปล่อยเรื่องนี้ไปเชื่อว่าเป็นเรื่องในทางลบกับครอบครัวมากๆ ถึงตอนนั้นจะเป็นเรื่องของแต่ละคนในครอบครัว

สังคมของครอบครัว (Social family) มีทางใดที่จะทำให้ครอบครัวอยู่กันอย่างมีความสุข อยู่กันที่เสริมกัน มีปัจจัยภายนอกครอบครัวอะไรบ้างที่จะทำให้ครอบครัวเข้มแข็งโดยเฉพาะในเรื่อง Social health เป็นต้น สิ่งเหล่านี้่นำมาทำวิจัยทั้งนั้น

เราคงมีคำถามในเรื่องของ Family Health กับ Family Medicine แต่ก็อยากให้อ่านมากๆ และเฝ้าดูการเปลี่ยนแปลงของครอบครัวไทยมากๆ

การให้ความสำคัญทุกด้านของสุขภาพครอบครัวและเวชศาสตร์ครอบครัว ต้องดูทั้ง 4 มิติ คือ

1. การส่งเสริมสุขภาพครอบครัว
2. การป้องกันโรค
3. การเยียวยาโรค
4. การฟื้นฟูสุขภาพของครอบครัว

ฉะนั้นถ้าทำเป็นตาราง ก็มีภาระกิจมากมายที่ต้องช่วยกันทำและร่วมกันทำอย่างเป็นระบบ มียุทธศาสตร์ และมีความรู้หรือหลักวิชาต้องแพร่หลายโดยเร็ว

ตาราง : ภาระกิจมากมาย ต้องร่วมกันทำอย่างเป็นระบบ มียุทธศาสตร์ และแพร่หลายโดยเร็ว

สุขภาพครอบครัว	ส่งเสริมสุขภาพ	ป้องกันโรค	เยียวยาโรค	ฟื้นฟูสุขภาพ
ทางกาย				
ทางจิต				
ทางสังคม				
ทางจิตใจ				

สถาบันครอบครัวไทยขณะนี้อ่อนแอสุดๆแล้ว ใช้คำว่า “เร็วๆ เข้า !!!” ยกตัวอย่างเช่น

1. ปัญหาความรุนแรงในครอบครัว ที่กระทำต่อเด็ก ผู้หญิง คนชรา มากมาย
2. ความสับสนทางเพศและจิตยาสงวน ทั้งที่แต่งงาน เด็กวัยรุ่น ทั้งชายและหญิง
3. เด็กและเยาวชนหนีออกจากบ้าน กลายเป็นเด็กจรจัด เป็นปัญหาใหญ่ของเมืองไม่ว่าจะเป็นเมืองเล็ก หรือ เมืองใหญ่ “บ้านน่าจะเป็นที่อบอุ่นที่สุด แต่บางบ้านกลายเป็นนรก ทำให้เด็กหนีออกจากบ้านไปสู่ความไม่แน่นอนของชีวิตบนท้องถนน ทำไมเราประกันความอบอุ่นให้ลูกหลานไม่ได้”
4. ทารกถูกทิ้ง เด็กและผู้สูงอายุถูกทอดทิ้ง
5. คบขู้ มีปัญหาหย่าร้าง : ปัญหาคนสองคนหย่ากันรู้เป็นปัญหาไม่สืบเชื้อแต่สร้างรอยแผลของลูกทุกคนจากครอบครัวนั้นมหาศาล คิดไปจนตาย

โดยสรุป

การมองดูสถาบันครอบครัวขอให้ดูในบริบทของกลุ่มคนที่พูดภาษาไทยกลุ่มอื่นๆด้วย ไม่ใช่เฉพาะภาคกลางเท่านั้น เราจะได้ความรู้ เราจะได้ความร่ำรวยของการจัดโครงสร้างสังคมอีกมากมาย

มองลักษณะครอบครัวไทยเป็นกลุ่มหยาบๆ คือ กลุ่มที่เป็นชาวไร่ชาวนา อยู่ในชนบท กลุ่มที่อยู่ในเมือง และกลุ่มดิดิจิตอล จะไปถึงไหนไม่รู้ เรื่องสังเกตว่ามีอะไรแปลกๆ ทั้งที่เกาหลีใต้ และไทย

มองเรื่องของ Family Medicine อยู่บนพื้นฐาน Family health ไม่ได้อยู่แยก แต่จำเป็นต้องแยกบริบทและขอบเขตของตัวเอง ไม่ได้อยู่แยก ยังเชื่อมโยงอยู่กับ Community health และ Community Medicine

“เพื่อนหมอคนหนึ่งไปอยู่เมืองนอก เมืองๆแห่งหนึ่ง และเขาเป็น Family Medicine ในชุมชนนั้น ทุกครอบครัวก็มาให้เขา เพราะมีหมอคนเดียว เขาเป็นคนไทยที่ไปอยู่ที่นั่นอยู่มาได้สามชั่วคน เขาบอกว่า”เห็นนายกเทศมนตรีทำคลอด, ตำรวจ หรือเด็กๆที่มาฉีดวัคซีนกับเขา เวลาเขาเข้าเมืองซื้อข้าวของทุกคนก็จะทักทายเขา เขาก็มีความสุขของเขาในฐานะที่เขาเป็น Family Doctor” ผมคิดว่าเรายังไม่ได้พัฒนาสาขาเวชศาสตร์ครอบครัวเต็มที่นัก เราเริ่มต้นจากพวกเรา 300 กว่าคน พยายามทำวิจัยหาความรู้ หรือหาประสบการณ์สรุปบทเรียน และพยายามสรุปบทเรียนให้เป็นระบบ และเผยแพร่ผ่านสื่อมวลชน และให้ประชาชนรับรู้ อยากให้คนไทยเห็นความสำคัญของสถาบันครอบครัวมากกว่านี้ เพราะถือว่าสถาบันครอบครัวเป็นสถาบันที่สำคัญที่สุดกับชีวิตคน

เวทีเสวนา : เวชปฏิบัติครอบครัวกับการปฏิรูประบบสุขภาพไทย

โดยผู้แทนจากมุมมองที่หลากหลาย

นายลักษ์ หนูประดิษฐ์	ผู้แทนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น
นางอรรณ ศรีเกน	ผู้แทนเจ้าหน้าที่ทีมสุขภาพ
ศ.นพ.บุญชอบ พงษ์พาณิชย์	ผู้แทนแพทย์เชี่ยวชาญ
นพ.สมศักดิ์ ชุณหะวัณ	ผู้แทนนักวิชาการ(จากมูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ)



มุมมองจากภาคประชาชน (ผู้รับบริการ) สะท้อนผ่านVDO

คนที่แรก : เคยเจอที่หมอคำมาเยอะแล้ว พอมาเจอหมอดี ครั้งแรกที่เข้าไปก็ประทับใจแล้ว หมอจะบอกว่าคุณป้ากับผมต้องมาจับเข่าคุยกันนะ ก็เอ๊ยคุณหมอนี้มาแปลก ธรรมดาคนอื่นไม่อย่างนั้นนี่ พอมาอีกสักสองสามงวดก็ไปหาแกอีก แกก็บอกว่าผมว่าคนไข้ต้องการกำลังใจ ตอนแรกก็จะย้ายจากตรงนี้ไปที่อื่น แต่ก็ไม่ไปแล้วเอาตรงนี้แหละเจอคุณหมอดีก็เลยอยู่ตลอดมาเลย คือ คุณหมอเป็นกันเอง วันนั้นเข้าไปข้างในคุณหมอนวลพิศทำให้ ตั้งแต่เข้ามาเห็นคุณหมอเป็นกันเองก็มีคุณหมอเคหา กับหมอนวลพิศ ก็เลยนั่งอึ้งไว้เคยที่แรกก็คิดว่าก่อนว่าเขาจะอย่างไร จะค่าเรมัยย์ พอเห็นเข้าจริงๆ แล้วเขาก็ดีนี่ ประทับใจ

คนที่สอง : เขาก็ตามเรา ถ้าเราเป็นอะไรเขาก็แนะนำให้เราไปตรวจตรงนั้นตรงนี้เราจะได้รู้ว่าตัวเราเป็นอะไร ถ้าหมอประจำเขาจะรู้ใช้แล้วที่เราเป็นตรงนั้นเป็นอะไรๆ ถูกเปล่า เดี่ยวหมอนี้เป็นแบบหนึ่ง อีกคนก็ไปอีกแบบหนึ่ง สู้มีหมอประจำดีกว่า

คนที่สาม : ดีใจ มาเยี่ยมแล้วใช่ว่าจะมีผู้ป่วยคนเดียว ดูทั้งพี่ ทั้งน้อง ยิ่งสะดวกมากขึ้น และยังโดยเฉพาะวันมางานศพนะ โอ๊ย! ดิ้นใจมากเลย พุดกล่าวประวัติพุดไปก็จะร้องไห้แล้วเลยพุดไม่ทันจบ พุดจบตอนหนึ่ง อีกตอนหนึ่งไม่ได้พุด เพราะว่า ตื้อตันใจ ว่า โอ้โห

คุณหมอมายเยี่ยม แล้วการดูแลตลอดเวลา คุณเลถึงที่บ้านเป็นระยะเวลาอยู่ประมาณ 3 เดือนกว่า คุณป้าवास จึงเสียชีวิต ตั้งแต่นั้นมาก็ยังติดต่อกับคุณหมอตลอด

คนที่สี่ : มันเป็นความภาคภูมิใจ อบอุนด้วย เหมือนว่าไม่มีใครทิ้งเรา คือว่า สังคมไม่ทิ้ง คุณหมอไม่ทิ้งเราเนี่ย เราไม่เข้าใจเราก็ถามได้ถามจากพ่อลักษ์ ที่เริ่มจากแกรนนำพัฒนาหมู่บ้าน พัฒนาชุมชนด้วยการที่ทำจากตัวเองเป็นตัวอย่าง แล้วแพทย์เวชปฏิบัติครอบครัวก็เหมือนกัน ที่เขาจะลงไปเป็นตัวอย่าง ลงไปทำอะไรได้บ้าง ต้องเจออุปสรรคอะไรบ้างในการเป็นนักบุกเบิกคนแรกๆ

มองมุมจาก นายลักษ์ : ผมอยู่ในชุมชนในหมู่บ้านความรู้ไม่มี จบแค่ ป.4 ตั้งใจไว้ว่าถ้าไปอยู่บ้านใดบ้านหนึ่งแล้ว ต้องทำประโยชน์ให้บ้านนั้น เริ่มต้นจากการพัฒนาหมู่บ้าน พัฒนาบ่อน้ำ พัฒนาห้องน้ำให้ถูกสุขลักษณะ ให้มีความสะอาด ทันสมัย เพราะบ้านหาดใหญ่ นั้น เป็นบ้านชาญเมือง ก็ต้องเอาเรื่องเหล่านี้เข้าสู่ในหมู่บ้าน ให้กลายมาเป็นเมืองในโอกาสต่อไปได้ เดิมชาวบ้านมีใช้จับสั้นทั้งหมู่บ้าน เพราะอาชีพทำสวนยางพารา ชาวบ้านไม่รู้ในสิ่งเหล่านี้ นึกว่าถูกผีเข้า คิดว่ามีตัวพาหะนำเข้ามา ไม่รู้ว่ายังเป็นพาหะนำเชื้ออย่างดี ติดต่อให้เจ้าหน้าที่มาสอบสวนถึงรู้ว่ามีเชื้อ ใช้ติดต่อกันมาจากการที่ไปกรีดยางในป่าลึกๆ เป็นจุดเริ่มต้น ถ้าเป็นอย่างนี้คนทั้งหมู่บ้าน ใครจะเข้าไปดูแล หมอต่อคนต่อร้อยต่อพันไม่รู้เท่าไร ส่วนหมอจริงนึกว่าเฝ้าอยู่แต่ในโรงพยาบาล ออกข้างนอกไม่ได้ ไม่รู้จัก คนกลัวหมอ แบบว่า เชื้อหมอมารตลอด แต่ความใกล้ชิดไม่ค่อยมี ชาวบ้านบอกว่าเห็นหมอเหมือนเห็นแก้วสารพัดนึก สิ่งสำคัญคือ ชาวบ้านกับหมอห่างโอกาสกันเยอะแยะมากมาย เมื่อเริ่มโครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค ผมดูที่โรงพยาบาลคนเป็นพันๆคน นั่งมยาดมอยู่เพราะกลัวจะเป็นลมพอมมาถึงคิวเสียก่อน “บางโรครักษาที่ตาย ไม่รักษาที่ตาย บางโรครักษาที่หาย ไม่รักษาที่หาย บางโรครักษาหาย ไม่รักษาไม่หาย” จะทำอะไรไม่ให้คนมากระจุกในโรงพยาบาลหาดใหญ่ จึงไปปรึกษา ผอ.รพ. หมอเวชศาสตร์ครอบครัว ขอพยาบาลสักคนไปคัดกรองที่บ้าน คัดกรองที่บ้าน ถ้าไม่จำเป็นไม่ต้องมาที่โรงพยาบาล ผอ.รพ. เห็นด้วยในแนวความคิด ให้พยาบาลไปทำหน้าที่คัดกรองโรค 2 คน เรียกว่าหน่วยปฐมภูมิย่อยๆ ที่ไม่มีแพทย์ ให้อาคารสถานที่ที่เป็นหน่วยบริการปฐมภูมิอยู่กลางหมู่บ้าน มีความกังวลเรื่องจะมีคนไข้มารับบริการหรือไม่ พยาบาลมาทำวันอังคาร พุธ พฤหัสบดี มีผู้มารับบริการประมาณวันละ 40-80 คน ช่วงหลังๆ ก็รู้สึกภูมิใจ สบายใจเกิดขึ้น วันอังคารพยาบาลลงเยี่ยมบ้าน ทำให้คนไข้ติดพยาบาล “นิสัยคนในชุมชนพอเจอหมอ 10% หายแล้ว ถ้าหมอขี้ม จับมือถือแขน หายเกือบปิดทั้ง”

ช่วงที่มาอยู่ที่สหกรณ์หาดใหญ่ ใช้สถานที่อาคารหลังเก่าเป็นหน่วยบริการปฐมภูมิเพิ่ม ในชุมชนนอกจากหมอดูแลศึกษาโรคของคน ให้ศึกษาโรคของวิถีชุมชนด้วย เพราะวิถีชุมชนแต่ละชุมชนไม่เหมือนกัน (กินก็ไม่เหมือน พุดก็ไม่เหมือน อยู่ก็ไม่เหมือน แล้วอย่าประยุกต์ให้เหมือนกันหมดเพราะมันยาก) หมอบอกว่า ชีวิตถ้าจะให้ดีต้องใกล้ชิดกับหมอ ไม่ดื่ม ไม่กิน ไม่ดูด กับสิ่งที่เป็พิษกับร่างกาย

ปัญหาส่วนหนึ่ง ในสังคม ชุมชน ประชาชนเรามีจิตอาสาไม่มากพอ ในเวชศาสตร์ครอบครัว บางแห่งเขียนว่า เวชครอบครัว การทำงานเป็นอย่างไร แต่พอเข้าไปร่วมทำงาน จึงรู้ว่า เวชศาสตร์ครอบครัวต้องเกี่ยวกับครอบครัว เป็นจุดเล็กๆ กลุ่มเล็กๆ **มุมมองจากคุณอรรณ :** เริ่มจากเกิดปัญหา การเจ็บป่วยของประชาชน เจ็บป่วยเล็กน้อยมาพบหมอ โรคบางโรคไม่สามารถควบคุมตนเองได้ เช่น เบาหวาน ทำไมไม่ไปรับบริการที่สถานีนามัย ซึ่งแต่ละแห่งก็มีมากมาย เป็นพยาบาลอยู่ในชุมชนแต่ออกมาทำงานข้างนอกจึงแทบไม่รู้จักรชุมชนเลย ซึ่งเป็นจุดที่เลือกไปอยู่หน่วยปฐมภูมิเพื่อต้องการรู้จักชุมชนมากขึ้น หลังจากทำงานที่PCU เห็นความแตกต่างของการทำงานแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวอย่างไร แพทย์ที่ตรวจตามโรงพยาบาล (ตรวจแล้ว รักษาโรค ย่ายยา) แม้แต่ตัวเราที่เป็นพยาบาลก็เจอสภาพแบบนั้น ไม่เจอะถึงถึงความต้องการคนไข้ว่าที่มันต้องการอะไร ซึ่งอาจไม่ใช่ยา แต่เพียงต้องการ

บริการที่ดีจากคำถามบางคำถามเท่านั้นเอง แต่แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวเห็นข้อแตกต่าง คือ หมอดูแลคนไข้แบบองค์รวม ถึงจะได้แค่ระดับหนึ่ง ใช้คน 1 คนใช้เวลาต่ำกว่า 10-15 นาที ซึ่งตรงนี้ก็ไม่ว่าเป็นหลักสูตรของแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวหรือไม่ ที่เห็นคือคุณหมอปฏิบัติแบบนั้น ซึ่งแตกต่างจากแพทย์ที่ตรวจใน OPD ในโรงพยาบาลทั่วไป ตามบริบทที่ปฐมภูมิคนไข้ก็ยังไม่เหมือนเดิมการรักษาที่เข้าสู่สภาพเดียวกับโรงพยาบาลแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวก็พยายามทำตามหลักการเวชศาสตร์

ภาพที่เห็นอีกอย่างคือ แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวลงชุมชน แต่ยังไม่เห็นการลงไปศึกษาครอบครัวในชุมชน

มุมมองของศ.นพ.บุญชอบ พงษ์พาณิชย์ : เดิมอาจารย์เป็นคนต่างจังหวัด ทำให้บริบทของชุมชนเป็นอย่างดี ช่วงที่อาจารย์จบใหม่ๆ ได้รับทุนไปเรียนต่างประเทศ ได้เห็นระบบประกันสุขภาพทั่วหน้าของประเทศอังกฤษ เมื่อ 40 กว่าปีที่แล้ว ซึ่งในตอนนั้นเพิ่มพัฒนา มาประมาณ 10 ปี สิ่งที่เห็นชัดเจนในช่วงนั้นคือ โรงพยาบาลมีคนไข้ไม่แน่น และหมอ ก็มีไม่พอ เริ่มระบบใหม่ๆ ถ้าไม่มีหมอต่างชาติ เข้าไปช่วยทำงาน แถวประเทศ อินเดีย ปากีสถาน ระบบก็คงล้ม เพราะหมอในประเทศหนีไปอยู่ประเทศออสเตรเลีย ประเทศ สหรัฐอเมริกา ทั้งนี้เพราะ งานหนักมาก

ลักษณะคือ โรงพยาบาลค่อนข้างมีเวลาให้คนไข้ หมอ GP มีอิทธิพลมากต่อการให้บริการคนไข้ และต่อโรงพยาบาล เพราะ คนไข้ลงทะเบียนกับหมอ

ส่วนตัวสนใจเวชศาสตร์ครอบครัว เมื่อเป็นผู้บริหาร ต้องช่วยภาควิชา Family Med และมีโอกาสไปดูงาน เห็นวิวัฒนาการ ของยุโรป แคนาดา และอเมริกา ระหว่าง Public และ Private

ช่วงเกษียณอายุราชการ ได้มีโอกาสออกหน่วยโรคหัวใจเด็กมากขึ้น เกิดความประทับใจและต้องช่วยเหลือ คือ ออกหน่วยที่ จังหวัดหนองบัวลำภู ที่สถานีอนามัย อาจารย์ไปเจอ ก็ถามพยาบาลที่เป็นหัวหน้าสถานีอนามัยว่า “ หนูต้องการอะไร ” คำตอบ คือ “ หนู ต้องการหมอ ” ผมคิดว่าต้องการเครื่องมือ ต้องการเงิน เขาบอกว่าต้องการหมอ ไม่ต้องมาอยู่ทุกวันก็ได้ อาทิตย์ละวัน สองวัน เป็นที่ปรึกษาได้ คนไข้ไม่ต้องเดินทาง และเป็นความบังเอิญได้พบคุณหญิงทัศนวลัย ท่านถามว่า “ ต้องการสนับสนุนงบประมาณในการ พัฒนาเพิ่มหรือไม่ ” จึงเสนอว่าอยากสนับสนุนแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวให้ไปทำงานในถิ่นที่มีความต้องการ หลังจากนั้นก็เริ่ม ดำเนินการมา ขอว่าปีละ 20 ทุน รวม 3 ปี มีทุนจากท่านท้าวหาพลหม และงบประมาณจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

รุ่นแรก ได้แพทย์เข้าโครงการ 6 คน มีโอกาสออกเยี่ยมแพทย์กลุ่มนี้มีความสุขในการทำงานและเรียน มองว่าเวชศาสตร์ครอบครัวเป็นสาขาหนึ่งเหมือนสาขาอื่น ณ ตอนนั้นแพทย์มีเวลาน้อยในการดูแลคนไข้ จึงต้องการสนับสนุนให้ แพทย์ผู้เชี่ยวชาญได้เวลาดูแลคนไข้อย่างแท้จริง มีเครือข่ายในการดูแลผู้ป่วย สร้างระบบส่งต่อที่มีคุณภาพ การดูแลแบบตัวต่อตัว มี เวลาให้คนไข้ ได้รู้จักคนไข้ คุณภาพของการบริการคนไข้ดีขึ้น

สรุป คือไม่ได้มองว่าแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวเป็นแพทย์ชั้นสองที่ทำงานในชุมชน แต่มีความสำคัญในการดูแลสุขภาพ ประชาชน และส่งต่ออย่างมีคุณภาพ เมื่อสัปดาห์ที่แล้วแพทย์เฉพาะทางจะมีเวลาคู่กับคนไข้ให้คุณภาพการบริการดีขึ้น

มุมมอง นพ.สมศักดิ์ : เริ่มจากที่เราเป็นหลักประกันสุขภาพ เพราะเป็นห่วงเรื่องค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของคนไทย มีการศึกษาเรื่อง ค่าใช้จ่าย พบว่าค่าใช้จ่ายสูงเร็วมาก เร็วกว่าอัตราการเพิ่มของ CPG คำถามง่ายๆ ว่า “ เราจะมีระบบค่าใช้จ่ายสุขภาพไม่สูงได้อย่างไร ” ตอนหลังมีหลายคนพูดว่า “ การมีหลักประกันสุขภาพที่ดีจะทำให้ประชาชนลดค่าใช้จ่ายได้ ” เพราะฉะนั้นการที่จะทำปฏิรูประบบต้อง แก่เรื่องเงิน แก่เรื่องกติกาการเงิน ซึ่งมีระบบ 30 บาท ก็แก้กติกาการเงินจริง

การวางระบบปฐมภูมิต้องเข้มแข็ง :

1. เชื่อว่าระบบปฐมภูมิเดิมคืออยู่แล้วเมื่อเปลี่ยนกติกการเงินก็จะช่วยให้ระบบดีขึ้น รูปธรรม เมื่อจัดสรรงบประมาณรายหัวประชากรลงพื้นที่ แต่ก็ไม่ได้ไหลไปยังระบบปฐมภูมิ ที่ต้องการเงิน
2. กติกการเงินจริงหรือไม่ ชาวบ้านอยากได้อะไรที่แท้จริง ชาวบ้านอยากฝากฝังฝากใช้กับหมอ ไม่ได้หมายความว่าหมอคืออย่างเดียวระบบทั้งระบบต้องดีด้วย เช่น ระบบส่งต่อ ชาวบ้านเลือกปฐมภูมิเขาเลือกเพราะอะไร ชาวบ้านเลือกเพราะเชื่อมั่นได้เมื่อป่วยหนักหน่วยบริการจะช่วยอย่างไร
3. ระบบปฐมภูมิของประเทศไทย ควรทำ 3 อย่าง คือ
 - a. การออกแบบโครงสร้างให้ดีกว่านี้
 - b. กลไกการสนับสนุน เช่น ระบบการเงิน บทบาทของแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวในระบบของประเทศ
 - c. ระบบการส่งต่ออย่างมีประสิทธิภาพ : อย่างน้อยมี 2 มิติ (มิติที่ 1 เรื่องส่งทำไม มิติที่ 2 อะไรเป็นองค์ประกอบสำคัญในระบบส่งต่อที่ทำให้การส่งแต่ละประเภทแตกต่างกัน ถ้าไม่วิเคราะห์ให้ครบ การจะแก้ระบบส่งต่อก็จะวนเวียนอยู่ในเรื่อง เดิม การส่งต่ออย่างน้อยมี 4 เหตุผล คือ 1) ส่งเพราะฉุกเฉิน 2) ส่งเพราะไปรักษาแบบรอได้ 3) ส่งเพื่อไปตรวจเฉยๆ 4) ส่งเพื่อให้เกิดการดูแลต่อเนื่อง เช่น โรคเรื้อรัง ทั้ง 4 เหตุผลอย่างน้อยระบบไม่เหมือนกัน ต้องการกติกาดูแลไม่เหมือนกัน และต้องการการจัดการที่ไม่เหมือนกัน

มีคำถามง่ายๆว่า “แล้วต้องทำอะไรบ้างเพื่อให้ระบบเป็นมิตรต่อปฐมภูมิ ในทางปฏิบัติก็เป็นมิตรกับประชาชน เมื่อประชาชนไปปฐมภูมิเกิดความมั่นใจ และมีความสุข คนทำงานเมื่อให้ไปทำปฐมภูมิจะไม่รู้สึกว่าเป็นหมอชั้นสอง (การออกแบบในระบบปฐมภูมิพยาบาลมีความสำคัญอย่างมาก) ประเด็นคือ ใช้การเปลี่ยนกติกา หรือ ใช้การฝึกอบรมแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปเพื่อกระจายอยู่ทั่วประเทศ โดยมีอัตราส่วน 1:5,000 หรือ 1:10,000 เหมือนอย่างประเทศอังกฤษ

มองภาพทั้งระบบ ถิ่นความมั่นใจ เพื่อแพทย์เวชปฏิบัติครอบครัว พยาบาล มั่นใจว่าต้องช่วยคนไข้ได้เมื่อเจ็บป่วยหนัก ทำหน้าที่เปิดประตูบ้าน แต่ต้องเปิดให้ถูกประตูให้ติดต่อกับหน่วยบริการที่สูงต่อไป (ไม่ใช่ไปแล้วพบอะไร แล้วต้องทำอะไร ผู้ป่วยก็ไม่รู้) เชื่อว่าพฤติกรรมมนุษย์ถูกกำหนดโดยโครงสร้างเชิงระบบของสังคม ถ้าออกแบบโครงสร้างไม่ดี พฤติกรรมก็ไม่ดีทั้งระบบ

มองว่างานปฐมภูมิไม่ใช่การพัฒนาเฉพาะตัวของตัวเอง ที่เอาตัวเองเข้าไปอยู่กับชุมชน ผูกพันกับชาวบ้านแล้วจบ แต่ต้องมองภาพทั้งระบบที่ต้องส่งต่อให้เหมาะสม และเป็นการคืนความมั่นใจให้กับชุมชนที่จะสามารถไว้ใจได้ว่าหมอจะดูแลสุขภาพได้ทำงานร่วมกันเป็นทีม

อาจารย์บุญชอบ : ตัวอย่าง การดำเนินโครงการอยุธยา (ศูนย์สุขภาพชุมชน) มีลูกครูคนหนึ่งที่ถูกส่งเข้ามาที่โรงพยาบาลรามฯ หมอแนะนำว่า “ควรผ่าตัด” ครูคนนั้นตอบว่า “เดี๋ยวขอกลับไปถามหมอที่บ้านก่อน” ขนาดผมเป็นหมอเชี่ยวชาญยังรู้สึกได้ว่า “เอ้อ! แสดงว่าหมอที่นั่นใช้ได้เลย” เห็นชัดเจน ที่หมอใกล้ตัวคนไข้สร้างความมั่นใจให้คนไข้ได้ การทำเมโยคลินิก มีการทำเป็น Area ทำให้ได้คุณภาพตามลำดับ การรับ – ส่งต่อ อย่างดีเยี่ยม

ในรัฐเม็กซิโก ระบบประกันสุขภาพ เน้นเรื่องชุมชน (ไม่เอาเงินให้แพทย์ โรงพยาบาล อย่างเดียว) แต่ให้แบบผ่าน

นพ.สตางค์ : ช่วงที่เรียนแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวก็ยังไม่มีการอะไรมา หรือ เรียกว่า ยังไม่เข้มข้น เมื่อมองย้อนผ่าน 2 ปี แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวที่ทำงานในระบบปฐมภูมิก่อนข้างเรียนรู้จากการทำงานเป็นส่วนใหญ่ การทำงานในชุมชนทำให้เรียนรู้เป็นอย่างมาก เมื่อพิจารณาหลักสูตรที่เข้ามา 12 ปี ตัวหลักสูตรเองการเน้นให้แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวลงไปทำงานในชุมชนน้อย

เพราะในหลักสูตรจริงอาจกำหนดให้ไปอยู่โรงพยาบาลชุมชน 3 เดือน โดยหลักเน้นการเรียนรู้หลักการของสาขาหลักวิชาอื่น คิดว่า แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวที่จบออกมาช่วงแรกๆ การที่ปรับตัวกับงานในชุมชนต่างๆ ได้เป็นสิ่งที่ได้ใช้ประสบการณ์การเรียนรู้จากการทำงาน ถ้ามองในอนาคตหลักสูตรควรปรับเปลี่ยนให้เหมาะสมมากขึ้น ต้องมองว่าต้องการแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวไปทำงาน ในจุดไหนของระบบ ทำในโรงเรียนแพทย์ เป็นอาจารย์ หรือ ทำในPCU ในโรงพยาบาลชุมชน หรือ เป็นบริหารจัดการของCUP นอกจากนี้หลักสูตร น่าจะมองการทำงานในชุมชนมากขึ้น เหมาะกับสถานการณ์ระบบสุขภาพในปัจจุบัน และความคาดหวังของสังคมกับบทบาทของแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว ยกตัวอย่างการพัฒนาหลักสูตร In service training สามารถตอบโจทย์ได้

นพ.สมศักดิ์ : หมอต้องการความรู้สักว่ารู้อะไรมากกว่าคนอื่น รู้อะไรต้องรู้ เป็นแพทย์เชี่ยวชาญ ก็ยังคิดว่าเป็นแพทย์ทั่วไป ถามว่า “อะไรคือวิชาหรือความรู้ทางวิชาที่แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป หรือแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว ควรจะมี เดิม พูดอยู่วิชาเดียว คือ อินนุโนโร ยี่ ระบาดวิทยา และมีอีกวิชาถ้าเรียนจะมีประโยชน์มาก คือ วิชา Positive psychology แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปน่าจะต้องใช้วิชานี้เยอะมาก ในอีกประมาณ 20 ปี ข้างหน้า แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว ยังน่าจะเป็นนักพัฒนาบุคลากร ทีม Buliding

อาจารย์บุญชอบ : นักเรียนแพทย์ส่วนใหญ่จะทำตามอาจารย์แพทย์ที่ดูแลเฉพาะโรค ตัวอย่าง เช่น การรณรงค์กับนักเรียนแพทย์ ผมถามว่า “รู้ไหมคนไข้มาจากไหน” นักเรียนแพทย์ตอบว่า “ไม่รู้” ผมถามต่อไปอีกว่า “แล้วพ่อ แม่ เด็ก เขาอยู่ที่ไหน” ก็ตอบว่าไม่รู้อีก (นักเรียนแพทย์ไม่ค่อยชอบเท่าไรเพราะคิดว่าไม่ได้ความรู้ถามแต่อะไรก็ไม่รู้) นี่เป็นตัวอย่างว่าทำอะไรที่จะแทรกสิ่งเหล่านี้ให้นักเรียนแพทย์ไม่ใช่เจาะเฉพาะโรคอย่างเดียว (หลักการได้หมด แต่พอลงปฏิบัติหายหมด)

นายลักษ์ : ต้องการหมอที่ถูกต้อง ใกล้ชิดชาวบ้าน ถ้าหมอมมีโอกาสเข้าชุมชน ต้องศึกษาวิถีชีวิตชุมชน ศึกษาครอบครัว นอกกรอบ ไม่ใช่ติกรอบว่านำความรู้จากมหาวิทยาลัยลงไปทำงานกับชุมชนทั่วประเทศ ชุมชนแต่ละชุมชนไม่เหมือนกัน ทำอย่างไร แพทย์ต้องพบชาวบ้านโดยมีการสร้างเครือข่าย มีแกนนำชุมชน อาสมสมัครมาช่วยทำงาน นำคนเก่งมาช่วยกันทำงาน มีการบอกต่อปากต่อปาก ทำให้คนต้องรู้ว่าตนเองต้องดูแลสุขภาพตนเองก่อนและต้องต่อเนื่อง

ยกตัวอย่าง ที่หมู่บ้านผมทดลองเอนักศึกษาพยาบาลจาก มอ.ไปฝึกงานในหมู่บ้าน เป็นการตัดสินใจของผมโดยไม่ถามชาวบ้าน ชาวบ้านโวยวาย ว่ามันเรื่องอะไรไปเอาหมอพยาบาลมาที่บ้าน ทั้งนี้เพราะเขาไม่รู้จะคุยอะไร พอเอามาจริง เขาถูกใจ บ่นหา ว่า กลับไปแล้วหรือ พยาบาลคนนั้นคนนี่ดีจริง อย่างน้อยพูดภาษากลางได้รู้เรื่องก็รู้เรื่อง ได้หลายๆ เรื่องก็ชอบใจ

ทำอะไรสอนให้คนเอาจิตวิญญาณเป็นตัวตั้ง เช่น การทำงานกองทุนตำบล และยังไม่ได้ดำเนินการ ต้องมีการติดตามว่าชาวบ้านได้ประโยชน์อย่างไรบ้าง บางเรื่องยังขาดการทำงานต่อเนื่อง ต้องมีการทำให้เกิดประโยชน์

แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวมีการทำงานแบบเครือข่าย กระจายอย่างทั่วถึง ทำเล็กลงไปหาใหญ่ ประสพความสำเร็จ อย่าทำอย่างไทย “ทำใหญ่ๆ ไปหาเล็ก” ล้มเหลว

คุณอรรถพร : อยากเห็นแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวเป็นหมอประจำชุมชน ร่วมคิด ร่วมทำ ร่วมวางแผน มีพื้นที่รับผิดชอบชัดเจน รับผิดชอบจำนวนประชากร ร่วมงานต่อเนื่องประจำร่วมกับทีมสหวิชาชีพ ในรูปแบบของหน่วยบริการปฐมภูมิ

ประเด็นชวนคิด

1. โรงเรียนแพทย์ ในฐานะที่เป็นครูโรงเรียนแพทย์ มีเขตขอบการประสานงานระหว่าง Family Medicine กับภาควิชา ซึ่งอาจารย์ภาควิชาอาจไม่มีconcept สำหรับ Fam med เพราะช่วงหลังมีศัพท์เฉพาะทางเยอะขึ้น ขอให้ใช้วิญญาณของความเป็นแพทย์ ตามหลักวิชา สร้างตัวอย่างให้นักเรียนแพทย์เห็น ได้รู้ ทั้งนี้ที่นักเรียนแพทย์ก็อยากเป็นแบบอาจารย์ ต้องทำให้แพทย์

สนใจ concept ของ family Med กระตุ้นให้คนรู้และสร้างความเข้มแข็งให้ Family Medicine อย่างน้อยครั้งหนึ่งของแพทย์จบใหม่ แพทย์specialty ก็เรียน concept family Med ได้ ถ้าสนใจทำงานชุมชน

2. ระบบสุขภาพไทย ต้องมีระบบปฐมนิเทศที่เข้มแข็งและดีเป็นฐาน มีลักษณะ 3 ประการ
 - a. ระบบสุขภาพเป็นที่เชื่อมั่นของชาวบ้าน
 - b. ระบบที่คนทำงานทำแล้วมีความสุข แก่ทัศนคติคนทำงานกับแก้ทั้งระบบสนับสนุนคนทำงาน(การจัดการเชิงโครงสร้าง)
 - c. ระบบบริการสุขภาพที่ยั่งยืน มีคุณภาพ และระบบที่ต้องทำให้เกิดอย่างยั่งยืนคือระบบบริการปฐมภูมิ
 3. Business modelในระบบบริการสุขภาพ วิเคราะห์ในระบบปัจจุบัน สามารถให้หมอเป็นหมอประจำครอบครัวได้ไม่ยาก ถ้าทำระบบให้ดี(ไม่ใช่แบบอังกฤษ) มี 2 อย่างที่ดี ที่เห็นชัด คือ 1)พยาบาล 2) เทคโนโลยีการสื่อสาร แพทย์ที่อยู่ในโรงพยาบาลอำเภอ หรือ CUP รับผิดชอบครอบครัวทุกครอบครัวในพื้นที่CUP ได้ ทำงานร่วมกับสถานีอนามัย ระดมกำลังพยาบาลในโรงพยาบาลออกไปช่วยจัดการ เปิดโอกาสให้พยาบาล การใช้คนทั้ง CUP ไปดูแลประชาชน หวังว่าระบบที่เข้มแข็งของ CUP ต้องมีแพทย์ที่มีวิสัยทัศน์ของเวชปฏิบัติทั่วไป ต้องแพร่อิทธิพลทางความคิดต่อผู้คนรอบข้าง อย่างเข้าใจ และลงมือทำจริง เปลี่ยนวิธีการทำงานในระบบสุขภาพให้มีวิสัยทัศน์ของแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปอย่างจริงจัง เป็น Model การทำงานเวชปฏิบัติครอบครัวอย่างไทย
- “จริงๆแล้วเวชปฏิบัติครอบครัว ยังมีที่ยืน ยังเป็นความหวังของคนหลายๆฝ่ายในสังคมไทย”

เวทีอภิปราย “การสนับสนุนการพัฒนาเวชศาสตร์ครอบครัวของประเทศไทย “

รศ.พญ.สมจิต พุกกะวรีตานนท์	ผู้แทนจากราชวิทยาลัยแพทยศาสตร์ครอบครัวแห่งประเทศไทย
นพ.ยงยุทธ พงษ์สุภาพ	ผู้แทนจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
นพ.เกษม เวชสุทธานนท์	ผู้แทนจากกระทรวงสาธารณสุข
พญ.สุพัตรา ศรีวณิชชากร	ผู้แทนจากองค์กรวิชาชีพ
Dr.Garth Manning	ผู้แทนต่างประเทศ



มุมมองจากกระทรวงสาธารณสุข

นพ.เกษม เวชสุทธานนท์ : เมื่อ 2 ปีที่แล้วได้มีการทำบันทึกความร่วมมือ 3 ฝ่าย ระหว่าง สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ราชวิทยาลัยแพทยศาสตร์ครอบครัวแห่งประเทศไทย และกระทรวงสาธารณสุข ในเรื่องการพัฒนาเวชศาสตร์ครอบครัวเพื่อสนับสนุนระบบบริการปฐมภูมิ โดยมี ท่านเสรี หงษ์หยก รองปลัดกระทรวงฯ เป็นประธาน ในขณะนั้นต่อมามอบให้ท่านสริยะ คูแกล แทน กระทรวงสาธารณสุขจำเป็นต้องทำเรื่องนี้เนื่องจาก หน่วยบริการปฐมภูมิอ่อนแอ ขาดความต่อเนื่องในการพัฒนา มีความแออัดของผู้รับบริการในโรงพยาบาลทุกระดับ โดยเฉพาะโรงพยาบาลใหญ่ ซึ่งส่งผลกระทบต่อคุณภาพบริการ เกิดความผิดพลาดและมีการฟ้องร้องมากขึ้น จำนวนแพทย์ที่สมัครเข้าเรียนแพทยศาสตร์ครอบครัวน้อย เมื่อเกิดบันทึกความร่วมมือ กระทรวงสาธารณสุขแต่งตั้งคณะทำงาน กระทรวงสาธารณสุขมีการดำเนินการตาม MOU เช่น จะต้องกลไกหลักในส่วนกลาง โดย สปข. เป็นทีมเลขา สปพป. สปภ. หรือหน่วยงานอื่น ที่ได้รับมอบหมายเพื่อประสานและจัดทำแผนพัฒนาเวชศาสตร์ครอบครัว ให้สอดคล้องกับแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ โดยให้มีส่วนร่วมจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง กำหนดโครงสร้างบทบาทของแพทยศาสตร์ครอบครัวให้มีความชัดเจน การจัดระบบสนับสนุน การสร้างแรงจูงใจ การปรับแก้ระเบียบและแนวปฏิบัติที่เกี่ยวข้องให้เอื้อต่อการพัฒนาเวชศาสตร์ครอบครัวและระบบบริการปฐมภูมิ และร่วมกับราชวิทยาลัยแพทยฯ พัฒนาหลักสูตรแพทยศาสตร์ครอบครัวให้สอดคล้องกับยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบปฐมภูมิ พัฒนาสถาบันการฝึกอบรมหลักสถาบันสมทบ ตลอดจนพัฒนาอาจารย์ในสถาบันฝึกอบรมในส่วนภูมิภาคของกระทรวงสาธารณสุข สนับสนุนการดำเนินงานศูนย์การเรียนรู้ด้านเวชศาสตร์ครอบครัวระดับภาค และส่งเสริมให้เกิดการขยายเพิ่มขึ้นในพื้นที่อื่น ๆ ตลอดจนกำกับ ติดตามและประเมินผลอย่างต่อเนื่อง สนับสนุนงบประมาณตามความจำเป็น และประสานงานกับองค์กรแหล่งทุนอื่น เพื่อสนับสนุนการพัฒนาเวชศาสตร์ครอบครัว ศูนย์การเรียนรู้ด้านเวชศาสตร์ครอบครัว การพัฒนาศักยภาพแพทย์ และบุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานด้านเวชศาสตร์ครอบครัวในระบบบริการปฐมภูมิ ส่งเสริมและสนับสนุนเพื่อให้แพทย์ที่สนใจเวชศาสตร์ครอบครัว และการพัฒนาระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ เข้ารับการศึกษา / ฝึกอบรม และสอบเพื่อขอรับวุฒิบัตร

ภารกิจเร่งด่วน กระทรวงสาธารณสุขและสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ มีนโยบายผลิตแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว ปีละ 200 คนต่อปี ระยะเวลา 5 ปี เพื่อพัฒนาคุณภาพบริการในระดับปฐมภูมิ โดยให้แพทย์ทำงานและเรียนในพื้นที่ เรียนในระบบ In - service training กศบ.(สบช.)ประสาน ให้การสนับสนุนการฝึกอบรมเข้มแข็ง ผลการดำเนินงานปีแรกมีแพทย์สมัครเข้าเรียน 10 กว่าคน ปีที่สอง ประมาณ 30 คน

การแต่งตั้งกรรมการพัฒนาแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว ได้กำหนดหน้าที่ คือ

- 1) กำหนดแนวทาง/จัดทำแผนยุทธศาสตร์พัฒนางานเวชปฏิบัติครอบครัว
- 2) กำหนดโครงสร้างบทบาทหน้าที่ ระบบสนับสนุน และการสร้างแรงจูงใจด้านต่าง ๆ แก่แพทย์เวชปฏิบัติครอบครัว เพื่อพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ
- 3) พัฒนาศักยภาพในการผลิตแพทย์เวชปฏิบัติครอบครัว ประสานงานความร่วมมือระหว่างสถาบันฝึกอบรมในการพัฒนาหลักสูตรฝึกอบรมแพทย์เวชปฏิบัติครอบครัว และให้มีระบบประกันคุณภาพการศึกษา

ผลการดำเนินการพบว่า

- มีการประชาสัมพันธ์ให้แพทย์มาเรียน
- การจัดคนให้มาเรียน แพทย์ที่มาเรียนไม่เป็นแพทย์ที่ใช้ทุน
- กลุ่มบริหารงานบุคคล ดำเนินการ Job description และ career path บทบาทหน้าที่ ภาระงาน ความก้าวหน้าเท่าเทียมกับสาขาอื่น ถึงผู้ทรงคุณวุฒิ
- เสนอ อภพ.สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข เพิ่ม เวชศาสตร์ครอบครัว ในชื่อกลุ่มงานและชื่อตำแหน่งแพทย์ในกรอบโครงสร้างในกลุ่มงานเวชกรรมสังคมในรพศ/รพท. ผชช.ว. กลุ่มงานควบคุมโรค ในสสจ.
- สนับสนุนการจัดทำแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาเวชศาสตร์ครอบครัวเพื่อสนับสนุนระบบบริการปฐมภูมิ จะดำเนินการให้เสร็จในการประชุมวิชาการเดือนกุมภาพันธ์ 54
- สนับสนุนการจัดตั้งศูนย์เรียนรู้เวชศาสตร์ครอบครัวเพื่อพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ 18 เขต เนื่องจากปัญหาที่เพิ่มจำนวนได้น้อยเพราะสถาบันการผลิตยังมีน้อย เริ่มต้นจากที่มี 5 แห่ง จะเพิ่มให้มีจำนวน 18 แห่ง เพื่อเป็นกลไกสนับสนุนวิชาการให้แก่แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวและทีมสหสาขาวิชาชีพในรพ.สต. โดยกำหนดจะพัฒนาให้เสร็จภายใน 3 ปี และแบ่งเป็น 3 ระดับ คือ ระดับเริ่มต้น ระดับพร้อมพัฒนา และระดับพร้อมที่จะดำเนินการ

มุมมองจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

นพ.ยงยุทธ พงษ์สุภาพ : สปสช.ขับเคลื่อนให้คนเข้ามาสู่ในระบบ พยายามให้เกิดความร่วมมือกับองค์กรอื่น เช่น กระทรวงสาธารณสุข ราชวิทยาลัยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว เพื่อให้ประชาชนได้รับการบริการจากแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว องค์กรวิชาชีพของเวชศาสตร์ครอบครัว มีพอสมควร ถ้าจะให้แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวไปทำงาน มีสถานที่ทำงานมาก เช่น CMU รพช. คลินิกเอกชน ฯ โรงพยาบาลใหญ่ ทำใน OPD มีหลายแห่งที่ใช้พยาบาลทำงานแทน เขตเมืองที่โคราช เป็นบทเรียนที่ดีในการพัฒนางานเวชศาสตร์ครอบครัว ถึงมีแพทย์แล้วสามารถเชื่อมระหว่างทฤษฎีกับการทำงานจริงได้ ก่อนหน้านั้นมีการสร้างความเชื่อมโยงระหว่างแห่งผลิตทางการศึกษา รวมถึงหน่วยงานที่ควบคุมคุณภาพ ให้การผลิตมีคุณภาพ มีศักดิ์ศรีไม่น้อยกว่าแพทย์สาขาอื่น จากบทเรียนที่พยาบาลทำมา 2 ปี ของการเชื่อมระหว่างสถาบันการศึกษา กับพื้นที่ค่อนข้างชัดเจนในเรื่องการมีหลักสูตร การเรียนการสอนที่ดี แต่ยังขาด

มาตรฐานร่วมในพื้นที่ พื้นที่ขึ้นอยู่กับความเข้มแข็งของพี่เลี้ยง(รพช.) และผู้บริหารรพ. ถ้าจะเป็นแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวที่ดี แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวควรรับผิดชอบครอบครัวอย่างไร การ Approach ชุมชนอย่างไร การขาคู่มือ เครื่องมือสื่อสารระหว่างสถาบันการศึกษา ราชวิทยาลัยฯ และสถาบันสมทบ เชื่อมกับพื้นที่ ถ้าตรงนี้มีรูปธรรมชัดเจน แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวจะมีการฝึกทักษะ ทักษะคิด รวมทั้งองค์ความรู้ในแง่ที่ไม่ต่าง เช่น ถ้าเป็นหมอผ่าตัดก็ต้องผ่านห้องผ่าตัด ถ้าเป็นหมอเด็กก็ต้องดูแลเด็กในเวอร์ด ถ้าเป็นหมอเวชศาสตร์ครอบครัวต้องรู้ว่า Approach คนไข้ หรือครอบครัวอย่างไร รวมทั้ง ต้อง Empower กับวิชาชีพอื่นต้องมีทักษะอย่างไรอย่างไร อย่างไรก็ตามแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวไม่สามารถทำงานคนเดียวได้ แพทย์สภาต้องยอมรับการฝึกปฏิบัติงานในพื้นที่ทำให้ผู้เรียนได้รับ อว.หรือ วว. ได้รับเทียบเท่ากับแพทย์เชี่ยวชาญสาขาอื่น ทำให้ทีมPrimary Care จึงจะเข้มแข็งได้ในวิชาชีพพยาบาล ก็ควรฝึกในพื้นที่จริงได้ และได้รับปริญญา รวมถึง วิชาชีพอื่น เช่น นักกายภาพบำบัด นักจิตวิทยา รวมทั้งเจ้าหน้าที่ที่สถานบริการที่อยู่ในชุมชน ไม่ว่าจะเป็น สอ. รพ.สต. หรือศูนย์แพทย์ชุมชน เพื่อเพิ่มศักดิ์ศรีทางวิชาการในวิชาชีพได้

มุมมองจากราชวิทยาลัยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวแห่งประเทศไทย

รศ.พญ.สมจิต พุกกะรัตนันท์: ในการสนับสนุนราชวิทยาลัยเวชศาสตร์ ในลำดับแรก อาจารย์อมรชัย เป็นผู้ริเริ่มการทำงาน Wonga ก็เปลี่ยนแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป ในปี 2539 เสนอเปลี่ยนหลักสูตรแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปเป็นแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว และเริ่มฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านสาขาเวชศาสตร์ครอบครัวใน ปี พ.ศ. 2542 และยังมีข้อจำกัด จึงสนับสนุนตั้งองค์กรวิชาชีพ เป็นราชวิทยาลัย ในปี พ.ศ.2549 และมีความต้องการให้แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวมีที่ทำงาน มีเงิน ความสำเร็จ เกียรติยศ ชื่อเสียง เป็นในสิ่งที่ตนเองอยากเป็น

ในปี พ.ศ. 2541 มีความทำ work shop Force-Field Analysis มีการนิยามคำศัพท์ คำว่า Family medicine Family doctor Family practice ปี พ.ศ.2550 เมื่อมีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวมากขึ้น มีการพัฒนาคุณภาพของแพทย์ สร้างความเข้าใจกับประชาชน และเป็นกลยุธมิตรกับบุคลากรทางการแพทย์อื่น สิ่งสำคัญที่สุด คืองานวิจัยเข้ามาสนับสนุนระบบบริการ ปี 2553 ตั้ง Think tank เดิมมีการบันทึกความร่วมมือระหว่างกระทรวงสาธารณสุข สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และราชวิทยาลัยฯ ทำงานร่วมกันเพื่อพัฒนาเวชศาสตร์ครอบครัวและระบบบริการปฐมภูมิ ได้แก่ ดูแลแต่แรกทุกอย่าง (first contact care) ต่อเนื่อง (continuing care) เบ็ดเสร็จ (comprehensive care) ผสมผสาน (integrated care) บริการที่เข้าถึงสะดวก (Accessibility care) ระบบปรึกษาและส่งต่อ(consultation and referral) ต้องให้รอยต่อที่เข้มแข็ง ประสานระหว่าง เวชศาสตร์ครอบครัวกับระบบบริการปฐมภูมิได้ เป้าหมายที่ปรารถนา องค์การอนามัยโลกได้พูดถึงห้าเหลี่ยมพันธมิตรว่ามีเรื่อง นโยบายรัฐ ผู้เชี่ยวชาญสุขภาพ สถาบันการศึกษา ชุมชนกลุ่มต่าง ๆ ผู้จัดการสุขภาพ (สปสช.) การพัฒนาที่ดำเนินการ คือ ผู้เชี่ยวชาญเวชศาสตร์ครอบครัว มีหลักสูตรการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้าน การปฏิบัติงานเพื่อสอบวุฒิบัตร อนุมัติบัตร มีการเปลี่ยนแปลงวิธีการสอบ แพทย์จะต้องพัฒนาการสอบให้สอบได้ การพัฒนาศักยภาพแพทย์เวชปฏิบัติงานเพิ่มพูนความรู้เวชศาสตร์ครอบครัว สปสช.ให้ทุน และทุนสมเด็จพระพี่นาง การประชุมแพทย์ศาสตร์ศึกษาแห่งชาติครั้งที่2 ให้มีแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป ครั้งที่4-8 มีการพัฒนาให้เป็นแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว มีภาควิชาเวชศาสตร์ครอบครัวในทุกแห่งที่เป็นโรงเรียนแพทย์ มีการจัดทำBest practice to research มีการจัดหาแพทย์พี่เลี้ยง และได้รับการอบรม การจัดประชุมวิชาการสนับสนุนการศึกษาต่อเนื่อง ศูนย์กลางแลกเปลี่ยนราชวิทยาลัยอื่นเข้าร่วมและสนับสนุนด้านอื่นๆ การผดุงเกียรติ มีการส่งเสริมการทำวิจัย การไปงานต่างประเทศ การประสานกับกระทรวงสาธารณสุข ในการกำหนดตำแหน่ง โครงสร้างบทบาทและหน้าที่ของแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว กระทรวงสาธารณสุขดำเนินการให้มีตำแหน่งได้ การจัดสรรงบประมาณเพื่อทำกิจกรรมต่าง ๆ มีการลงนามความ

ร่วมมือกับภาคีต่าง ๆ ทั้งในประเทศและต่างประเทศ การพัฒนาผู้เชี่ยวชาญเวชศาสตร์ครอบครัว นอกจากการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้าน การฝึกอบรมแพทย์เพื่อสอบ การสนับสนุนการประชาสัมพันธ์ จัดทำวารสาร การปฏิบัติงานเพื่อการสอบในต่างประเทศก็มีการจัดการเรียนการสอน สนับสนุนให้ทำงานในพื้นที่

มุมมองจากนักวิชาการ

พญ.สุพัตรา ศรีวณิชชากร: เวชศาสตร์ครอบครัว เป็นกลวิธีหนึ่งที่สำคัญ ในการเพิ่มคุณภาพ และเพิ่มคุณค่า ของระบบบริการปฐมภูมิ ด้วยกระบวนการดูแลแบบองค์รวม ต่อเนื่อง มอง “คน” เป็นศูนย์กลาง การเพิ่มคุณค่าและสร้างความสุขให้กลุ่มบุคลากรที่ทำงานเวชปฏิบัติทั่วไปในชนบท การบูรณาการระบบบริการสุขภาพ ทำให้เกิดระบบที่มีประสิทธิภาพ ด้วยต้นทุนไม่สูงเกินไป วิวัฒนาการของศาสตร์เวชศาสตร์ครอบครัวครั้งแรกที่เชียงใหม่ ปี 2529 การมีพัฒนาการของบริการปฐมภูมิ มีการทำงานเวชปฏิบัติครอบครัวในโรงพยาบาลชุมชน มีการพัฒนา Model การพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิและเวชศาสตร์ครอบครัว มาเรื่อยๆ มีการพยายามเปลี่ยนชื่อจาก GP จนกระทั่งเป็นแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว มีกระบวนการพัฒนา Practice ต่าง ๆ ปัจจัยเรื่องการจัดการบริการมีผลต่อการพัฒนา หลังจากมีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว พบว่า หมอมีปัญหาในการทำงานจึงมีการรวมตัวกันเป็นเครือข่าย มีวิชาการร่วม การเยี่ยมเยียน การตั้งศูนย์การเรียนรู้เวชศาสตร์ครอบครัวในระดับภูมิภาค ให้แพทย์ที่อยู่ในสถาบันการศึกษา หรือ สถาบันฝึกอบรมทำหน้าที่เป็นพี่เลี้ยงให้น้องๆในพื้นที่ จนถึงปัจจุบันนี้มี **มองในแง่การสนับสนุน เพื่อพัฒนาเวชศาสตร์ครอบครัวที่ควรจะเป็น และต่อเนื่อง**

บทเรียนที่ได้จากน้องๆรวมถึงงานวิจัยของนายแพทย์สอาด จะคล้ายๆกัน คือ ปัญหาแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวที่จบออกมา 50 % มีความสุข อีก 50% ไม่มีความสุข บางคนทำงานได้ บางคนทำงานไม่ได้ ซึ่งเข้าใจว่ามีเรื่องของระบบบริการ ความมั่นใจในการเป็นวิชาชีพเฉพาะเป็นผู้เชี่ยวชาญ การประยุกต์ใช้ศาสตร์วิชาและเทคโนโลยีในด้านเวชศาสตร์ครอบครัวในประเทศไทย บริการแบบไทย ๆ การทำทนายความและวิชาการ การพัฒนาบุคลากรเพื่อให้มีความรู้ความสามารถในด้านเวชศาสตร์ครอบครัว มีหลักสูตรระยะสั้นรูปแบบต่าง ๆ ในด้านนักศึกษาแพทย์ควรมีการสอดแทรกเนื้อหาเข้าไปในหลักสูตรระดับก่อนปริญญา บทบาทขององค์กรที่จะเข้ามามีส่วนร่วมจะต้องมีการร่วมในการวิจัยและพัฒนารูปแบบ ในเชิงการพัฒนาระบบบริการและ การบริหารจัดการเพื่อให้สอดคล้อง และเอื้ออำนวยต่อการทำงานได้เต็มที่ ต้องค่อยเป็นค่อยไป และเพิ่มขึ้น การวิจัยเป็นเครื่องมือที่จะตอบว่าแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว มีความรู้จริง มีบทบาทจริง การสร้างความเข้าใจศาสตร์ต่อสาธารณะให้เข้าใจบทบาทหน้าที่ กับวิชาชีพเดียวกัน วิชาชีพอื่น แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว จะต้องช่วยกันพัฒนาองค์กรวิชาชีพเอง **ประเด็นที่ควรมีการพัฒนาต่อเนื่อง**

- การ Consolidate ความรู้ ความเข้าใจ และประสบการณ์ของการทำเวชศาสตร์ครอบครัวในประเทศไทยให้ชัด และสรุป Identity ของศาสตร์นี้ให้ชัดเจน ว่าเราคือใคร สำคัญขนาดไหน และอยู่อย่างไรในระบบบริการสุขภาพของประเทศไทย
- การประยุกต์ใช้ศาสตร์นี้ในประเทศไทยได้อย่างเหมาะสม และเป็นที่ยอมรับหลาย
- ความเข้าใจและการยอมรับ ของแพทย์สาขาอื่นๆ
- การทำวิจัย เพื่อพัฒนาความเข้มแข็งของศาสตร์นี้ในประเทศไทย
- การพัฒนาระบบบริการ เพื่อรองรับการทำงานด้านนี้อย่างเหมาะสม
- การสื่อสารกับบุคลากรสาธารณสุขสาขาต่างและประชาชนทั่วไป

แผนการสนับสนุนจากสำนักงานวิจัยและพัฒนาสุขภาพชุมชน และสถาบันพัฒนาสุขภาพอาเซียน

- สนับสนุน ส่งเสริมการวิจัย ในด้านบริการปฐมภูมิและเวชศาสตร์ครอบครัว

- ประสานและจัดฝึกอบรมในด้านเวชศาสตร์ครอบครัว เวชศาสตร์ชุมชน
- ประสาน สนับสนุน การรวมกลุ่ม เครือข่ายแพทย์/บุคลากร ที่สนใจในด้านเวชศาสตร์ครอบครัว ศูนย์การเรียนรู้ในด้านเวชศาสตร์ครอบครัว/บริการปฐมภูมิ

Dr.Garth Manning : ความก้าวหน้าของการพัฒนาแพทยเวชศาสตร์ครอบครัว เดิมนั้น แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว มีจำนวนน้อยมาก TM เป็นการดูแลแบบองค์รวม ปัญหาสุขภาพของไทย เด็ก นรีเวช และสุขภาพจิต ต้องการบริการส่งเสริมสุขภาพ มากกว่า 90 % ของโรคสามารถรักษาได้ ทำไมต้องการ FM เพื่อสุขภาพที่ดีกว่า Evidence ต้องการให้แพทย์ประจำครอบครัวมากขึ้น มีรายงานในต่างประเทศ Universal reform service delivery reform Public policy reform PC ตัวอย่างที่ประเทศที่ทำบริการปฐมภูมิสำเร็จ เช่น สิงคโปร์ บรูไน ฟิลิปปินส์ ประเทศในตะวันออกเฉียงใต้ ยังต้องการการพัฒนา FM อีกมาก

ความท้าทายในประเทศไทย

- การเพิ่มจำนวน FM เพิ่ม โครงสร้างการรับผิดชอบ (Career structure)
- เพิ่มระบบการเงินการเพื่อสนับสนุนการฝึกอบรม
- ยุทธศาสตร์ การเป็นผู้นำ การกำหนดเป็นนโยบายในระดับชาติ
- เปลี่ยนบทบาทสำหรับพยาบาล
- ปฏิรูประบบการเงินการคลัง
- การทำวิจัย ใน ระบบบริการปฐมภูมิ

FM ต้องพัฒนาคุณภาพบริการ ต้องทำให้เกิดการยอมรับ การมีส่วนร่วมของผู้ส่วนได้ส่วนเสีย ในการเข้ามามีส่วนร่วมในบริการมากขึ้น และการสร้างเครือข่ายกับต่างประเทศ สนับสนุนให้แพทย์ได้รับรางวัล

สรุปส่งท้ายจากมุมมองของแต่ละท่าน

นพ.เกษม: ระบบสนับสนุนและการสร้างแรงจูงใจ กระทรวงทำเรื่องก้าวหน้าทางวิชาชีพ แต่ยังไม่กระตุ้นให้งานพัฒนาได้ อาจต้องดูช่องว่างของ เวชศาสตร์ครอบครัว กับบริการปฐมภูมิ ต้องเป็นสิ่งเดียวกัน บริการปฐมภูมิยังขาดแคลนแพทย์ บริการปฐมภูมิไม่เห็นวิชา เวชศาสตร์ครอบครัว สองฝั่งของระบบต้องมาร่วมงานกันในการพัฒนาทำให้เวชศาสตร์ครอบครัวได้รับความก้าวหน้า การสนับสนุนยังไม่มีทิศทางที่ชัดเจน คนในระบบยังไม่เห็นประโยชน์ที่เป็นรูปธรรม จึงจะทำให้สนับสนุนได้ง่ายขึ้น

นพ.ยงยุทธ : การพัฒนาสาขาวิชาชีพ FM ให้มีแพทย์ที่เลี้ยง ในสถาบันการศึกษา และสถาบันสมทบ พยาบาลก็จะได้รับการให้งาน การฝึกในพื้นที่ แล้วได้รับการรับรองที่แท้จริง

พญ.สมจิต : คุณลักษณะของแพทย์จะต้องเป็นอย่างไร นั้น การเรียนรู้วิชาการไปทำงานในบริการปฐมภูมิ ต้องการความร่วมมือจาก FM ทุกคน สิ่งอื่นที่ต้องการจะตามมาเอง

พญ.สุพัตรา: การจะทำงานต่อเนื่อง การถอดบทเรียน Best Practice ที่ดี แล้วนำไปใช้ได้ การฝึกอบรม ในรูปแบบต่าง ๆ งานวิจัยของ FM เชื่อมโยงเวชศาสตร์ครอบครัวกับบริการ การประสานงานกับหลายภาคส่วน

เวทีนำเสนอผลงานวิจัย (Oral presentation)

ห้องย่อยที่ 1: งานวิจัยในระบบบริการปฐมภูมิ (Primary Care Research)

- พฤติกรรมการแสวงหาบริการสุขภาพของนักศึกษา ก่อนปริญญา มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
โดย รศ.นพ.เสียม แจ่มอุลิตร์ตัน ภาควิชาเวชศาสตร์ชุมชน คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
- เปรียบเทียบคุณภาพการดูแลเบาหวานตามมาตรฐานในคลินิกเวชปฏิบัติครอบครัวและคลินิกอายุรกรรม โรงพยาบาล
หาดใหญ่ จ.สงขลา โดย พญ.ศศิวิมล อึ้งวรากร รพ.ตรัง
- โครงการหมออนามัยเคลื่อนที่: Primary Health Care Mobile Doctor
โดย นพ.กฤษฎี ทองบรรจบ ศูนย์แพทย์สมเด็จพระเทพฯ มศว.องค์รักษ์นครนายก
- Health 90's
โดย นพ.กสิวัฒน์ ศรีประดิษฐ์ รพ.บ้านโพธิ์ ฉะเชิงเทรา



พฤติกรรมการแสวงหาบริการสุขภาพของนักศึกษา ก่อนปริญญา มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

ปัญหา เดิมวิทยาเขตยังไม่มีรพ. ต่อมาเมื่อรพ. มหาวิทยาลัยเป็นผู้จ่ายเงินตามที่รพ.เรียกเก็บ เมื่อมีโครงการหลักประกันสุขภาพ เพื่อให้มีเครื่องมือในการเรียนการสอนระบบบริการปฐมภูมิ เมื่อรพ.จัดคลินิกแยกในเวลา 17.00 – 19.00 น. และให้นักศึกษาแพทย์เข้าไปปฏิบัติงานด้วย น่าจะมีโอกาสที่จะจัดบริการที่ดีขึ้น ให้เหมาะสม นักศึกษามีลักษณะแตกต่างจากกลุ่มอื่น จึงจัดตั้ง Primary care unit สำหรับนักศึกษาเท่านั้น ก่อนจะทำจึงศึกษาพฤติกรรมการรับบริการ วัตถุประสงค์ ต้องการความถี่ของบริการ จ่ายเงินเท่าไร ศึกษาการป้องกันโรค ป้องกันการตั้งครรภ์ การขอคำปรึกษา การขอข้อมูล สถานบริการ รวมทั้ง รพ. คลินิก สถานพยาบาล สถานอนามัย เพื่อน ร้านสะดวกซื้อ ตนเอง แบ่งกลุ่มเป็นแบบโควต้า ตามคณะชั้นปี ทุกชั้นปี ประมาณ 35 คน ต่อคณะ ต่อชั้นปี เครื่องมือเป็นแบบสอบถาม จำนวน 1995 ฉบับ ปัญหาที่พบบ่อย ได้แก่ มีความเครียด สิวฝ้า สุขภาพของฟัน การป้องกันการตั้งครรภ์อาจน้อยกว่าความเป็นจริง การซื้อถุงยางอนามัย 2 % ส่วนใหญ่ดูแลตนเอง ให้เพื่อนครอบครัว และซื้อยา ศูนย์บริการที่จัดตั้งมีผู้ใช้ประมาณร้อยละ 4 และที่ PCU น้อยกว่า เมื่อป่วย เช่น มีไข้ซื้อยากินเอง นอกจากสุขภาพฟันจึงใช้สถานบริการของรัฐ เมื่อเจ็บป่วยซื้อยาที่ร้านขายยา ร้านสะดวกซื้อ ใช้งบประมาณ 3.5 ล้านบาท เสียค่าใช้จ่ายในการทำฟันมากที่สุด และเสียค่าใช้จ่ายให้กับคลินิกเอกชน คนหนึ่งไปรพ.ประมาณ 10 ครั้ง น่าจะเป็น FUO สิวมีค่ารักษาเฉลี่ย 8000 บาทรักษาที่คลินิกเอกชน สรุปนักศึกษามีปัญหาสุขภาพจำนวนมากประมาณ 100,000 ครั้ง แต่เข้ารับบริการที่มหาวิทยาลัยจัดให้น้อย ร้อยละ 2.4 และซื้อยากินเอง จ่ายเงินให้เอกชน ทำคลินิกของนักศึกษาให้ได้รับกำไร การขายยาให้นักศึกษาเป็นส่วนหนึ่งที่น่าจะดำเนินการ สุขภาพจิตของนักศึกษาควรต้องศึกษาต่อว่านักศึกษามีสาเหตุของความเครียดจากสาเหตุอะไร(จุดบอดของระบบ คือ ที่ไหนที่บริการดีค่าใช้จ่ายมาก บริการไม่ดี เงินเหลือมาก)

พญ.ศศิวิมล : เปรียบเทียบคุณภาพการดูแลเบาหวานตามมาตรฐานในคลินิกเวชปฏิบัติครอบครัวและคลินิกอายุรกรรม ปัญหาจากการที่คุณภาพของการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน จาก กระบวนการตรวจ ผลลัพธ์การตรวจ การให้คำแนะนำจากเจ้าหน้าที่ สุ่มตัวอย่างจากผู้ป่วย ทบทวนประวัติย้อนหลัง ถ้ามข้อมูลเพิ่มเติมเรื่องการสูบบุหรี่และดื่มเหล้า เคยรับบริการที่คลินิกเวชปฏิบัติครอบครัวหรือคลินิกอายุรกรรม สุ่มตัวอย่างโดยการสุ่ม 90 % กลุ่มละ 70 คน รวม 140 คน ผล เพศ อายุ อาชีพ ดัชนีมวลกาย มีผลคล้ายคลึงกัน ความแตกต่างคือการนับถือศาสนา ระดับ A1C โรคร่วมไม่แตกต่างกัน นอกจากความดันโลหิตสูง คลินิกอายุรกรรมมีการส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการส่วนใหญ่ มากกว่าคลินิกเวชปฏิบัติครอบครัว พบเพียงการให้คำแนะนำการดูแลเท่าที่มีการให้คำแนะนำในคลินิกเวชปฏิบัติครอบครัวมากกว่า การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและความดันโลหิต ในคลินิกอายุรกรรมได้มากกว่า ทำให้ทีมต้องพัฒนาการดูแล ผู้ป่วยมากขึ้น (แต่การที่ตรวจน้อยไม่ได้แปลว่าบริการไม่ดี ใน Pt ความดันโลหิตสูง Diastolic ระยะเวลาของการเป็นเบาหวาน คนที่มานานจะปรับน้ำตาลไม่ได้ พยายามลดน้ำตาลอาจเป็นผลเสียต่อคนไข้ก็ได้ การดูแลคนไข้เบาหวาน ทำไม่ต้องให้มารักษากับเรา ต้องบอกถึงคุณภาพของการรักษาของเราที่ดีกว่า ผลการรักษาต้องดูที่ outcome ดูภาวะแทรกซ้อน ดูที่คุณภาพชีวิต)

โครงการหมออนามัยเคลื่อนที่: Primary Health Care Mobile Doctor

ปัญหา ผู้ป่วยมาพบแพทย์ลำบาก มีค่าใช้จ่ายในการเดิน ได้แรงบันดาลใจจาก พอสว.ใช้พื้นที่หมู่ 2 ตรวจคนไข้เข้า ออกเยี่ยมบ้าน บ่ายคนไข้นัดได้ตามระบบใช้เวลา 2 เดือน ใช้ชุมชนมีส่วนร่วม ผู้ใหญ่บ้านช่วยเหลือ เลือก Case โดยชุมชนเอง มีนิสิตแพทย์ออกหน่วยร่วม ผู้นำชุมชนมีส่วนร่วมในการส่งเสริมสุขภาพ เช่น Smoking การออกโรงเรียน ศึกษาความพึงพอใจระหว่างที่สถานีอนามัยกับการออกหน่วยแพทย์เคลื่อนที่ พบว่าออกหน่วยแพทย์ดีกว่า มีภาพความร่วมมือในชุมชน หมออนามัยออกเยี่ยมบ้านมากขึ้น ผู้รับบริการโรคเรื้อรังมากขึ้น คนไข้ทั่วไปเมื่อเจ็บป่วยไปรักษาที่สถานีอนามัย ได้ใจชุมชนและทีมงาน และพัฒนาชุมชนได้ ท้องถิ่นจะเข้ามามีส่วนร่วมมากขึ้น (งานวิจัยนี้มาจากงานประจำ การเก็บข้อมูลน่าจะทำมากกว่านี้ เช่น ค่าใช้จ่ายอื่น ค่ารถ ค่าอาหาร มี Impact อะไร ลดจำนวนครั้งการไปรพ เช่น ผู้ป่วยโรคหอบหืด ลดการนอนรพ.ได้หรือไม่)

Health 90's

มีปณิธานบัตรให้ผู้สูงอายุมาฉีดวัคซีนไข้หวัด 2009 แต่ไม่ได้ฉีดผู้ป่วยไพลาร้าหัก ลูกสาวอายุ 59 ปีก็ไม่ได้ฉีดวัคซีน ผู้สูงอายุ 90 ปี นอนอยู่ บ้านเป็นเวลานาน ถ้าลูกสาวเป็นอะไรไปก็จะไม่มีคนดูแล จึงอยากรู้ว่ามีจำนวนเท่าไร ต้องการประเมินสภาวะสุขภาพ ให้ผู้สูงอายุรับรู้สภาวะสุขภาพของตนเอง ถ้าสามารถเข้าถึงได้จะทำให้คุณภาพชีวิตดี มีคนอายุเกิน 89 ปี จำนวน 138 คน ใช้แบบประเมินแบบสอบถาม แบบสำรวจภาวะสุขภาพ พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง อายุเฉลี่ย 93.47 สภาพสมรส 12.3 ได้รับเงินผู้สูงอายุเป็นส่วนใหญ่ ดำรงชีวิตด้วยเงินผู้สูงอายุอย่างเดียว 57.4 % และอยู่คนเดียวร้อยละ 8.7 ปัญหาสุขภาพ ส่วนใหญ่ไม่ได้ไป รพ. ป่วยโรคความดัน เบาหวาน โรคหัวใจ ไม่มากนัก ซื่อยากินเอง บางกลุ่มไม่ได้รับข้อมูลข่าวสาร สามารถดูตนเองได้ ก็เองได้ เดินเองได้ อาบน้ำได้ กลั้นอุจจาระได้ ประมาณ ร้อยละ 60 ยังมีสุขภาพแข็งแรง ทำอาหารเอง ทำงานบ้านเอง เดินทางด้วยตนเอง ใช้โทรศัพท์น้อย ผลการตรวจสุขภาพ ความดันโลหิตสูง สายตาปกติ ร้อยละ 50 หูหนวกน้อย ไม่เคยตรวจสุขภาพช่องปาก มีฟันเหลือน้อยไม่ได้ใส่ฟันปลอม การจัดการความเครียด แต่ไม่ได้ไปวัด มีความทุกข์ระบายกับเพื่อน แสดงความสุขได้ ยิ้มได้ ไม่ได้กินยานอนหลับ การมีส่วนร่วมในสังคม ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ แต่มีส่วนสำคัญในการตัดสินใจในครอบครัว ไม่สามารถดูแลสมาชิกคนอื่นในครอบครัวได้ คนสูงอายุมารู้นะยากจน ใช้เพียงเงินผู้สูงอายุ และไม่ได้รับการดูแลสุขภาพร่างกายและจิตใจ แต่ส่วนใหญ่ยังมีสุขภาพดี ต้องช่วยตนเองในการ

ดำรงชีวิตเอง ข้อเสนอจะมีกิจกรรมเยี่ยมบ้านทุกเดือน ผู้ดูแลผู้สูงอายุ องค์กรหรือหน่วยงานที่ต้องเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุ ในชุมชน

ห้องย่อยที่ 2: การพัฒนาระบบบริการ (Health Service and System Development)

ผลงานวิจัย

1. การพัฒนาระบบให้คำปรึกษาการเยี่ยมบ้านผู้ป่วย โดย Tele-Home Health Care ด้วยเทคโนโลยี Wi-Max โดย นพ.กฤษฎี ทองบรรจบ ศูนย์แพทย์สมเด็จพระเทพฯ มศว.องครักษ์ นครนายก
2. โครงการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน โดย พญ.เบญจภรณ์ เกรียงไกรเพชร รพ.ชลบุรี
3. Palliative Care โดย นพ.โรจน์ศักดิ์ ทองคำเจริญ รพ.แม่สอด จ.ตาก
4. การจัดบริการปฐมภูมิแบบบูรณาการในเครือข่ายอำเภอคำชะอี จ.มุกดาหาร โดย นพ.อนุวัตร แก้วเชียงหวาง



เรื่องที่ 1 การพัฒนาระบบให้คำปรึกษาการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยโดย Tele-Home Health Care ด้วยเทคโนโลยี Wi-MAX

ประสบการณ์ใช้ระบบ Wi-MAX ในการให้คำปรึกษาการเยี่ยมบ้านโดยทีมเยี่ยมบ้านของศูนย์สมเด็จพระเทพฯ มศว. นครนายก พบว่า เทคโนโลยี Wi-MAX นั้นมีประโยชน์ในการใช้เป็นเครื่องมือเสริมการเยี่ยมบ้านที่อยู่ห่างไกลรพ. เพราะสามารถ เชื่อมโยงกับฐานข้อมูลของผู้ป่วยในโรงพยาบาล เพื่อการตรวจสอบสิทธิการรักษาของผู้ป่วย เรียกดูประวัติที่ผู้ป่วยรับการรักษาใน โรงพยาบาล ตรวจสอบการส่งยาจากโรงพยาบาล และดูรายงานผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการได้ เป็นการเพิ่มความครอบคลุมการ จัดบริการแก่ผู้ป่วยที่บ้าน เนื่องจากไม่ต้องรอค้นประวัติจากโรงพยาบาล ประหยัดเวลา ไม่ต้องเสียค่าเดินทางหลายครั้ง แพทย์สามารถ ค้นหาฐานข้อมูลผู้ป่วยได้อย่างทันท่วงที นอกจากนี้ การผสมผสานเทคโนโลยีสมัยใหม่อย่างกล้อง Webcam ทำให้สามารถขอ คำปรึกษาจากพื้นที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ เพราะเชื่อมต่อภาพที่บ้านส่งไปยังโรงพยาบาล ทำให้แพทย์ที่เยี่ยมบ้านหรือพยาบาล สามารถขอคำปรึกษาจากโรงพยาบาล หรือจากแพทย์ที่ศูนย์พระเทพฯได้

เทคโนโลยี Wi-MAX เป็นช่องสัญญาณสำหรับการสื่อสารที่พัฒนาขึ้นโดยทหาร ต้องมีการติดตั้งอุปกรณ์กระจายสัญญาณไว้ ที่โรงพยาบาล และใช้อุปกรณ์รับสัญญาณ (CPE) แบบติดตั้งภายในอาคาร (RSU) การสื่อสารผ่านเครือข่ายนั้นจะต้องใช้โปรแกรมที่ ติดตั้งเพื่อให้เชื่อมโยงกันได้ คือ Mirial และติดต่อกันผ่านระบบ teleconference เพื่อใช้ในการปรึกษาจากระยะไกลส่งสัญญาณภาพ ผ่าน webcam และเชื่อมต่อเข้ากับระบบ Hospital Information System (HIS) ของโรงพยาบาล

ผลการพัฒนา พบว่ามีการใช้งานใน CUP ของศูนย์การแพทย์พระเทพฯแล้วได้ผลดีต่อระบบการให้คำปรึกษา เมื่อมีปัญหาติดขัดระหว่างการเยี่ยมบ้าน ก็ติดต่อกับแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวได้โดยตรง และตรวจประวัติการรักษาพร้อมรายละเอียดข้อมูลต่างๆของผู้ป่วยได้

ข้อเสียของการใช้เทคโนโลยี Wi-MAX ได้แก่ ลงทุนสูง (30 ล้านบาท)

ขณะนี้ทางคณะแพทยศาสตร์กำลังของบประมาณเพื่อการลงทุนเพิ่มอีก 70 ล้านบาท เนื่องจากเห็นผลการพัฒนาเป็นไปด้วยดี

คำถาม 1 เรื่องระบบ WI-MAX สามารถเชื่อมโยงข้อมูลได้ระดับไหน ใช้งานอย่างไร จะมีปัญหาเกี่ยวกับความเป็นส่วนตัว (confidentiality) ของข้อมูลผู้ป่วย และการติดไวรัสในเครือข่ายคอมพิวเตอร์หรือไม่

ใช้โปรแกรมที่เชื่อมต่อกับฐานข้อมูลของรพ. สามารถใช้งานเหมือนกับเป็นส่วนหนึ่งของระบบข้อมูลในโรงพยาบาล การจะเข้าถึงข้อมูลผู้ป่วยจะมีการป้องกันด้วยการใช้ Username และ password แต่เรื่องการติดไวรัสและทำให้เกิดความเสียหายต่อระบบคอมพิวเตอร์ทั้งหมด ก็เป็นไปได้ และต้องหาทางป้องกันต่อไป

คำถาม 2 การปรึกษาแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวผ่าน webcam นั้น หากเวลาที่ไม่มีแพทย์อยู่ประจำ และผู้ป่วยต้องได้รับการรักษาในเวลานั้น จะทำอย่างไร

เรื่องที่ 2 โครงการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน

เนื่องจากปัญหาเกี่ยวกับการรายงานผู้ป่วยตามตัวชี้วัดของโรงพยาบาลสระบุรี ซึ่งมักจะมีปัญหาเกี่ยวกับการบันทึกข้อมูล ทำให้การวิเคราะห์มีความคลาดเคลื่อน จึงได้มีการพัฒนาโปรแกรมสำหรับใช้ในระบบ Intranet ของโรงพยาบาลและ PCU เพื่อให้บันทึกข้อมูลได้อย่างครบถ้วน และสามารถเลือกข้อมูลบางส่วนหรือทั้งหมดเพื่อนำมาวิเคราะห์ได้

ข้อมูลบางอย่างซึ่งเคยมีการลงแบบซ้ำซ้อน ก็ทำให้เป็นระบบเดียวกัน เช่น ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ซึ่งทาง PCU จะสามารถเรียกดูได้จากที่ PCU

การพัฒนาโปรแกรมนั้น เริ่มจากความคิดของหัวหน้ากลุ่มงานเวชกรรมสังคมและพยาบาลผู้ดูแลงานเบาหวาน กำหนดตัวชี้วัดที่ต้องการ และประสานกับศูนย์คอมพิวเตอร์ของโรงพยาบาลสระบุรี ให้เขียนโปรแกรมที่ตอบสนองความต้องการของผู้ใช้ในการดึงข้อมูลที่มีอยู่แล้วในรพ. ได้แก่ ร้อยละของการลงทะเบียนตามชุมชนและภาพรวมทุกชุมชน ร้อยละการตรวจต่างๆ เช่น ร้อยละการตรวจไขมัน การตรวจไต การตรวจตา การตรวจเท้า ตัวชี้วัดโรคอ้วน ตัวชี้วัดการเกิดโรคแทรกซ้อนรายใหม่ต่อปี เป็นต้น

โปรแกรมสำเร็จรูปนี้อยู่ในระบบ Intranet ของโรงพยาบาล ซึ่งบุคคลภายนอกไม่สามารถเข้าถึงได้ เนื่องจากต้องมีการเข้าถึงโปรแกรม ดังนั้น จึงเป็นการรักษาความปลอดภัยเบื้องต้น

ประโยชน์ที่ได้รับ คือ การคิดโปรแกรมสำเร็จรูปเพื่อให้ใช้งานได้ง่าย สะดวก เข้าถึงได้จาก PCU ที่อยู่นอกโรงพยาบาล และเป็นความคิดที่เกิดขึ้นจากปัญหาที่พบในการทำงาน เมื่อร่วมกันหาทางแก้ไข จึงทำให้เกิดความร่วมมือร่วมใจกันของเจ้าหน้าที่ทุกระดับ นอกจากนี้ยังสามารถนำผลงานส่งได้ตลอดเวลา งานมีประสิทธิภาพมากขึ้น

คำถามจากผู้เข้าร่วม

1. ถ้าผู้ป่วยไม่ได้มีฐานข้อมูลในโรงพยาบาลอยู่แล้ว จะสามารถนำมาวิเคราะห์ได้หรือไม่

ตอบ ผู้ป่วยที่เข้ามาสู่การวิเคราะห์ เป็นผู้ที่มีข้อมูลเดิมในรพ.เท่านั้น เพราะต้องมีข้อมูลจากฐาน OPD ของรพ.

2. จะทราบได้อย่างไรว่า ที่อยู่ของผู้ป่วยตรงกับที่อยู่จริง

ตอบ หากผู้ป่วยไม่ได้แจ้งที่อยู่จริง ก็ไม่สามารถตรวจสอบได้

3. เวลาแพทย์วินิจฉัยทั้งที่ OPD และ IPD แ่ละง ICD10 หรือข้อมูลอื่น ๆ ไม่ครบ จะทำให้ดึงข้อมูลมาวิเคราะห์ได้หรือไม่ครบถ้วนหรือไม่

ตอบ เป็นไปได้ เพราะถึงแม้จะประสานกับการลงข้อมูลที OPD เพื่อให้การวินิจฉัยได้ครบ บางทีก็มีข้อผิดพลาด เพราะลงข้อมูลไม่ครบ

4. เป็นไปได้หรือไม่ที่ข้อมูลที่ลงไว้ จะไม่ค่อย update เพราะเป็นรพ.ใหญ่ อาจจะมีการลงข้อมูลซ้ำเนื่องจากผู้ป่วยในแต่ละวันค่อนข้างมาก หรืออาจจะไม่ได้ลงข้อมูลในวันเดียวกันกับที่ผู้ป่วยมาตรวจ ทำให้บางครั้งการส่งต่อข้อมูลไปยัง PCU ซ้ำกว่าความจริง

ตอบ การดึงข้อมูลบางอย่างก็มีความผิดพลาดเหมือนกัน ตอนที่ทำแรกๆ ก็เห็นความแตกต่างระหว่างการลงข้อมูลของแผนก (ซึ่งลงแบบ Excel ไว้แล้ว) กับข้อมูลที่ดึงมาจากฐานของโรงพยาบาล แต่ก็ค่อยๆปรับปรุงมากเรื่อยๆ จนกระทั่งมีการพัฒนามากขึ้น แม้จะยังไม่สมบูรณ์แบบ

5. สามารถเชื่อมโยงกับโปรแกรม HCIS (โปรแกรมที่ PCU ต้องลงข้อมูลเพื่อส่งรายงานไปยังสสจ.) ได้หรือไม่

ตอบ ยังเชื่อมโยงกันไม่ได้

เรื่องที่ 3 ระบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

จุดเริ่มต้นที่ทำให้สนใจการจัดระบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย เพราะเห็นปัญหาของผู้ป่วยที่อยู่บ้านและได้รับความทุกข์ทรมานจากโรคอะไรที่เป็นอยู่ จึงถามคำถามกับตัวเองว่า มีความรู้ความสามารถที่จะดูแลผู้ป่วยหรือไม่ รพ.มีศักยภาพและมียาหรือไม่ และได้คำตอบว่า มีศักยภาพเพียงพอ จึงนำไปสู่ขั้นต่อไป

เมื่อวิเคราะห์ปัญหาที่เกิดขึ้นจากภาพรวมของโรงพยาบาล พบว่าระบบการดูแลในโรงพยาบาลและการติดตามผู้ป่วยเมื่อกลับบ้านมีการแยกส่วนและขาดความเชื่อมโยง

ความรู้สึกที่เกิดขึ้นเมื่อเห็นปัญหา “ระบบการดูแลตอบสนองได้ดีเฉพาะคนที่เป็โรคที่รักษาหาย” แต่ในความเป็นจริงแล้ว “การดูแลผู้ที่ทุกข์ยากเป็นหน้าที่ของทุกคน”

ประเด็นพัฒนา ทำอย่างไรจะลดความทุกข์ของผู้ป่วยและครอบครัวได้

1. ทำอย่างไรจะเกิดการดูแลแบบต่อเนื่อง (continuous care) คำตอบคือ ต้องหาเพื่อน ต้องมีทีมและประสานงานร่วมกันทั้งระบบบริการ ต้องมีเจ้าภาพ
2. จะต้องทำให้เกิดระบบที่มีความยั่งยืน โดยการสร้างความมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย (stakeholder) ทุกภาคส่วน

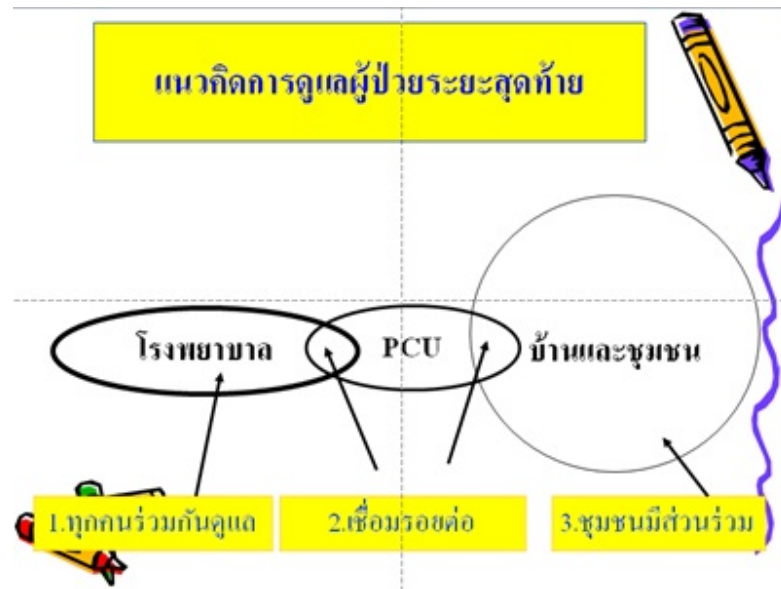
แนวทางการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย (รูปที่ 1)

บทบาทของโรงพยาบาล มีการทำงานร่วมกันของทีมสหสาขาวิชาชีพ โดยมี Palliative round และทีมจิตอาสา

บทบาทของชุมชน แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวและทีมเยี่ยมบ้านกับทีมในชุมชน โดยให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการเป็นเจ้าภาพ

บทบาทของ PCU เป็นตัวกลางเชื่อมประสานระหว่าง โรงพยาบาลและชุมชน

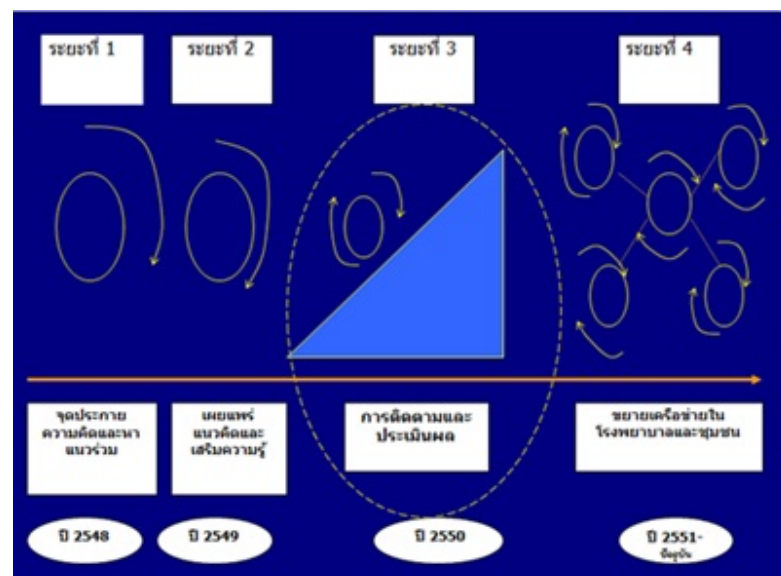
รูปที่ 1 แนวคิดการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย รพ.แม่สอด



จากเรื่องเล่าและบริบทจะเห็นว่าการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายเป็นเรื่องที่สำคัญ โรงพยาบาลจึงได้ดำเนินโครงการการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายตั้งแต่ปี งบประมาณ 2548 มีการพัฒนาโครงการอย่างต่อเนื่อง แบ่งเป็น 4 ระยะ (ดังรูปที่ 1) คือ

- ระยะที่ 1 สร้างทีมงานเครือข่ายกัลยาณมิตร
- ระยะที่ 2 เผยแพร่แนวคิดและเสริมความรู้
- ระยะที่ 3 การติดตามและประเมินผล
- ระยะที่ 4 ขยายเครือข่ายในโรงพยาบาลและชุมชน

รูปที่ 2 การพัฒนาเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย รพ.แม่สอด



วิสัยทัศน์ของเครือข่ายกัลยาณมิตร

- สร้างเครือข่ายที่แข็งแกร่งและหลากหลาย
- เพื่อเป้าหมายการบำบัดทุกข์ บำรุงสุขให้แก่ผู้ป่วย/ครอบครัว โดยมีได้กำหนดแต่เพียงโรคมะเร็ง หากแต่รวมถึงการดูแลผู้ป่วยที่เป็นโรคร้ายแรงอื่นๆ ที่รักษาไม่หาย
- เน้นการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน

ระยะติดตามประเมินผล จะเห็นว่าผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่รับไว้ในโครงการปี 2550-2551 มีจำนวน 56 และ 67 ราย ตามลำดับ พบว่าการใส่ท่อช่วยหายใจลดลงจากร้อยละ 3.57 เป็น 1.49 และการเสียชีวิตที่บ้านเพิ่มขึ้น

ผู้ป่วยในโครงการ	ปี			
	2550 ราย(ร้อยละ)	2551 ราย(ร้อยละ)	2552 ราย(ร้อยละ)	2553 ราย(ร้อยละ)
การใส่ท่อช่วยหายใจ	6(10)	4(7)	5(9)	3(4)
เสียชีวิตที่บ้าน	34(61%)	35(61%)	28(50%)	32(49%)

หลังจากดำเนินการผ่านไป 3 ปี ได้ทำงานวิจัยเชิงคุณภาพร่วมกับมหาวิทยาลัยนเรศวร พบว่า โครงการดี แต่ไม่มีส่วนร่วมกับชุมชน จึงต้องหาทางให้ผู้อื่นมีส่วนร่วม หาเครือข่ายในชุมชน

ผลการพัฒนา

- ทักษะการสื่อสารในผู้ป่วยดีขึ้น ทีมงานในพื้นที่พึ่งตัวเองได้มากขึ้น
- เสียชีวิตที่บ้านเป็นส่วนใหญ่
- ชุมชนเริ่มต้นตัวเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย และ โรงพยาบาลก็เปิดพื้นที่สำหรับการทำงานมากขึ้น
- มีการบริจาคเงินและอุปกรณ์ให้กับโครงการ

บทสรุปของการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย (จากพระมหาวุธชัย)

"หัวใจสำคัญของความสำเร็จใด ๆ ก็แล้วแต่ คือ ทีมงานที่มั่นคงและเข้มแข็ง".....
 ...แล้วหากนโยบายดี แต่เครือข่าย ไม่เหนียวแน่น ไม่แข็งแกร่งก็คงจะไปไม่รอด....หากเก่งแต่เพียงผู้เดียว เช่น คุณหมอเป็นเจ้าของงาน หมอก็จะอยู่คนเดียว คนอื่น ๆ ก็อาจจะไม่เอาด้วย จะทำอย่างไรให้การทำงานเป็นทีมเกิดขึ้น..... โดยที่สำคัญต้องยึดถือความเป็นส่วนตัวของของผู้ป่วยและครอบครัวเป็นสำคัญ

ประเด็นคำถามจากผู้เข้าร่วมประชุม

คำถาม 1 เทคนิคการเลือกคนเข้าร่วมทีม เลือกอย่างไร

ตอบ ใช้ความสมัครใจ เป็นงานอาสา บางครั้งใช้ความสัมพันธ์ส่วนบุคคล ขึ้นชมความคิดของคนทำงานด้วยกัน และให้ความสำคัญกับผู้ร่วมงานเสมอ

คำถาม 2 จะเลือก case เข้าโครงการอย่างไร

ตอบ เลือกจากการทำหน้าที่หลักคือ Home care แต่ทำงาน palliative care ไปด้วย ใช้การเยี่ยมบ้านเป็นการเลือกผู้ป่วย การเลือกผู้ป่วย จะพยายามไม่มีกฎเกณฑ์มากเกินไป แต่ตอนนี้ใช้ PPS (Palliative Performance Scale) ไม่ดึง case จากแพทย์เจ้าของไข้ แต่จะรับหน้าที่ในการดูแลที่บ้านและการทำเครือข่ายชุมชน และถ้ามีการปรึกษาภายในโรงพยาบาล จะช่วยดูแลด้วยการไป round ร่วมกับแพทย์เจ้าของไข้

ข้อคิดเพิ่มเติม การเสียชีวิตที่บ้านของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายอยู่ที่ประมาณ 50%-50% เพราะว่ามี complication เรื่องอื่นๆ เป็นสถิติที่พบได้ในต่างประเทศเช่นกัน

เรื่องที่ 4 โครงการการจัดระบบบริการปฐมภูมิแบบบูรณาการในเครือข่ายอำเภอคำชะอี จ.มุกดาหาร

มุกดาหารเป็นจังหวัดหนึ่งทางภาคอีสาน ดินแม่น้ำโขง มีสะพานข้ามแม่น้ำโขงเป็นแห่งที่สอง มุกดาหารมี 7 อำเภอ อ.คำชะอี มีประชากร 70000 กว่าคน

ผู้นำเสนอได้ปฏิบัติงานที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และพัฒนาเครือข่ายในอำเภอ ดังต่อไปนี้

ที่มาและความสำคัญของปัญหา

- โรงพยาบาลรับภาระผู้ป่วยนอกจำนวนมากเกินภาระงานของแพทย์ที่ให้บริการ
- ขาดคุณภาพของการรักษาพยาบาล
- ประชาชนผู้รับบริการต้องเดินทางไกล
- บริการที่ไม่เป็นไปตามเกณฑ์มาตรฐาน

ประเด็นการพัฒนา

- จัดระบบบริการเป็นเครือข่าย
- บริหารจัดการทรัพยากร
- เพิ่มคุณภาพการให้บริการ
- พัฒนาศักยภาพบุคลากร

แนวคิด มาจาก Primary Care: Improving Quality and Reducing Costs โดย Barbara Starfield

Primary care concept

- First contact ดูแลเมื่อมีปัญหาใหม่ เป็นแห่งแรก
- Person-focused ให้ความสำคัญกับความเป็นบุคคล

- Co-ordinating care ประสานงาน กับบริการทั้งหมดที่มี โดยเฉพาะอย่างยิ่งกับโรงพยาบาล
- Maintain competences ส่งต่อในกรณีทีพบได้น้อย ไม่ได้พบได้ทั่วไป

ผลการพัฒนา

- การบริหารจัดการทรัพยากร แบ่งความรับผิดชอบออกเป็น 4 โซน รวมกลุ่มสถานีนอกรีต วางแผนงบประมาณรวมในส่วนที่เป็นรายจ่ายประจำ และ งบส่งเสริมป้องกัน มีงบกลางในการพัฒนาที่บริหารร่วมกันในคปสอ.
- การจัดหาและพัฒนาบุคลากร จัดตั้งโครงการศูนย์แพทย์ (CMU) 2 แห่ง มีแพทย์ประจำทุกวัน ทันตแพทย์หมุนเวียนสัปดาห์ละ 1 วัน มีทันตภิบาลประจำทั้งสองแห่ง ส่งพยาบาลเรียนเวชปฏิบัติจนกระทั่งมีพยาบาลวิชาชีพผ่านการอบรม 7 คน
- ระบบสารสนเทศและการสื่อสาร การประสานงาน เช่น การเบิกยา การส่งการตรวจทางห้องปฏิบัติการผ่านทางอีเมล การใช้โปรแกรม Skype เพื่อขอรับคำปรึกษาเกี่ยวกับผู้ป่วย เป้าหมายการมีระบบสารสนเทศที่ดี คือ ผลลัพธ์ในการดูแลรายบุคคล
- การจัดระบบรับส่งต่อ เจ้าหน้าที่สถานีนอกรีตสามารถปรึกษาแพทย์ประจำห้องฉุกเฉินผ่านโปรแกรม Skype ผู้ป่วยและญาติสามารถรับยาได้โดยตรงที่ห้องจ่ายยาของโรงพยาบาลโดยไม่ต้องผ่านระบบ OPD กรณีที่มีใบสั่งยาจากศูนย์แพทย์ทั้งสองแห่ง
- การมีส่วนร่วมของชุมชน เกิดการวางแผนร่วมกันในทีมเยี่ยมบ้าน ระหว่างทีมผู้ให้บริการกับอาสาสมัครหมู่บ้าน (อสม.) และมีกลุ่มจิตอาสาดูแลผู้พิการ

ปัจจัยที่เอื้อต่อการพัฒนา

- นโยบายศูนย์แพทย์ชุมชน (CMU) tract A, B
- ผู้ตรวจสนับสนุน
- สปสช. ให้งบประมาณ

ความคิดและความฝัน

- มีใครบ้างที่ตัวละครตัวนี้ (หมอเวชศาสตร์ครอบครัว) อยู่ในเรื่องราวของ Primary Care
- ถ้ามีแล้วจะสามารถเปลี่ยนแปลงอะไรได้บ้าง
- เมื่อไหร่คนไทยจะได้มีแพทย์ประจำตัว แพทย์ประจำตำบล

สิ่งที่อยากพูด

- งานบริการนอกรพ.มีค่าใช้จ่ายเท่าใดแน่ ใครควรจ่าย
- บางประเทศจ่ายให้แพทย์และทีมกรณีทำ Individual care plan
- ควรมี Thai Primary Care Score ดีหรือไม่

คำถาม

1. ไปทำงานรพ.สต. มี conflict กับรพ.ชุมชนหรือไม่

ตอบ พยายามเลือกทำในสิ่งที่ระบียบเอื้อประโยชน์ และคนพร้อมที่จะให้ความร่วมมือ การทำงานศูนย์แพทย์โดยมีระบบสนับสนุนชัดเจน จะทำให้การทำงานมีความสุขมากขึ้น สิ่งที่ประชาชนขาด คือ individual care เช่น health promotion สำหรับรายบุคคล เรื่อง community health ให้ทางสอ.ช่วย

ข้อเสนอแนะ ยังมีรพ.ชุมชน อีกหลายแห่งที่ต้องการแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวถ้าสามารถประสานกันได้ ก็จะมีผลดีต่อการผลิตแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวที่เป็นการทำงานไปด้วยเรียนไปด้วย (แพทย์ปฏิบัติงาน) ชมรมแพทย์เวชปฏิบัติครอบครัวน่าจะมีบทบาทในการรวบรวมข้อมูลเหล่านี้

ห้องย่อยที่ 3 : เรื่องเล่าประสบการณ์ดูแล (Story telling)

เรื่องเล่าที่ 1 : แผลแห่งความรัก โดย นพ.กสิวัฒน์ ศรีประดิษฐ์ รพ.บ้านโพธิ์ จ.ฉะเชิงเทรา

เรื่องเล่าที่ 2 : บ้านลูกกะเขม โดยนสพ. รัชต์ ประภวานนท์ มศว.องครักษ์

เรื่องเล่าที่ 3 : ชีวิตของป่าเถุ โดยนสพ. นภมณฑ์ สุกรพันธ์ มศว. องครักษ์

ดำเนินรายการโดย นายแพทย์สติกส์ สุกผล โรงพยาบาลขอนแก่น



รูปแบบกิจกรรม เป็นลักษณะเวทีเสวนา โดยมีผู้นำประเด็นคือผู้เล่าเรื่องราวการดูแลผู้ป่วยตามแนวคิดเวชศาสตร์ครอบครัว 3 ท่าน สลับกับการอภิปรายร่วมของผู้เข้าร่วมประชุมโดยการถามคำถาม ให้ข้อคิดเห็น และแลกเปลี่ยนประสบการณ์เกี่ยวกับผู้ป่วยที่มีลักษณะคล้ายคลึงกัน

บรรยากาศ/เนื้อหา/ประเด็นเรียนรู้

ในช่วงแรก ผู้ดำเนินรายการเริ่มจากให้สมาชิกในห้องประกอบด้วยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว นักศึกษาแพทย์ (+in service และ resident) จำนวนประมาณ 25 คนได้แนะนำตัว และกล่าวถึงเหตุผลที่ตัดสินใจเข้าห้องนี้รวมถึงความคาดหวัง โดยสรุปสมาชิกในห้องอยากฟังเรื่องเล่าที่ฟังสบายๆ ไม่ต้องใช้ความคิดมาก (อาจเน้นที่การใช้ความรู้สึก การฟังด้วยหัวใจ) อยากฟังเรื่องเล่าที่มาจากประสบการณ์การทำงานจริงของเพื่อนร่วมวิชาชีพ เนื่องจากประสบการณ์จากชีวิตจริงแบบนี้ไม่อาจหาได้จากที่อื่น และอยากทราบที่มาของการทำงานก่อนที่จะมาเป็นงานเขียนแต่ละชิ้น ว่าได้เรื่องเล่านี้มาได้อย่างไร อยากเห็นเรื่องราวที่อยู่เบื้องหลังเรื่องเล่านี้ รวมทั้งอยากนำเรื่องเล่าดีๆ ที่เกิดแรงบันดาลใจไปเล่าให้คนอื่นฟังต่อไป นอกจากนี้ยังอยากมาให้กำลังใจซึ่งกันและกันในหมู่คนทำงานด้วย โดยเฉพาะเป็นกำลังใจสำหรับน้องๆ นสพ.ผู้เล่าเรื่องที่เปรียบดั่งหน่ออ่อนเล็กๆ ที่กำลังเริ่มต้นเรียนรู้และเติบโตในความเป็นหมอครอบครัว

เรื่องเล่าที่ 1 : แผลแห่งความรัก

คุณหมอกสิวัฒน์ เล่าเรื่องประทับใจสั้นๆ เกี่ยวกับผู้ป่วยเบาหวานที่มานอนอยู่ที่โรงพยาบาลพร้อมกับแผลขนาดใหญ่ที่เท้า ซึ่งพยาบาลต้องใช้เวลาทำแผลนานเป็นชั่วโมง เนื่องจากแผลลุกลามไปมากเกือบทั้งเท้า คนไข้รู้สึกเจ็บปวดทรมานมาก พยาบาลเองก็ไม่อยากทำแผลครั้งละเป็นชั่วโมงอีกแล้ว ประมาณ 10 วันหลังจากคนไข้เข้ามานอนโรงพยาบาล พยาบาลจึงบอกให้หมอส่งต่อคนไข้ไปโรงพยาบาลที่ใหญ่กว่า ที่สุดหมอที่โรงพยาบาลใหญ่ก็บอกให้ผ่าตัด แต่คนไข้รู้สึกกลัว ไม่ยอมผ่า และมีความเชื่อว่าถ้าชาตินี้ตัดขา

ออกไปแล้ว ในชาติหน้าจะเกิดด้วยวัยอะไรก็ไม่ทราบ “การตัดขาอาจเป็นเรื่องธรรมดาสำหรับหมอ ที่ตัดเสร็จแล้วก็จบปัญหาไป แต่สิ่งนี้เป็นเรื่องใหญ่ในชีวิตของคนไข้ที่จะต้องทนอยู่กับสภาพแบบนี้ไปตลอดชีวิต”

เมื่อคนไข้ไม่ยอมตัด ก็ต้องกลับมาอนโรงพยาบาลทำแผลให้ที่โรงพยาบาลอีก ซึ่งเป็นงานที่น่าเบื่อหน่ายสำหรับพยาบาลที่ต้องทำแผลเป็นชั่วโมงทุกวัน โดยไม่รู้ว่าต้องทำงานอีกกี่เดือนแผลนี้จะหายได้ หรืออาจจะไม่หายก็ได้ คุณหมอกลึงค์เริ่มคิดว่าจะหาทางออกอย่างไร มองไปเห็นว่าคนไข้มีลูกสาวที่มาเยี่ยมอยู่เป็นประจำจึงมีความคิดว่าจะให้ลูกสาวเป็นคนทำแผลให้กับพ่อ จึงลองถามว่าเคยเห็นพยาบาลทำแผลให้พ่อหรือไม่ ลูกสาวคนไข้ตอบว่าเคยเห็น คุณหมอจึงให้ลองทำให้ดู เมื่อเห็นลูกทำแผลให้พ่อเป็นครั้งแรก คุณหมอก็คิดในใจว่า ถ้าปล่อยกลับไปบ้านแบบนี้ แผลนี้ต้องแฉ่งกว่าเดิมและถูกตัดเท้าแน่ๆ จึงบอกให้พยาบาลสอนลูกสาวคนไข้ให้ทำแผลได้ โดยมีแรงจูงใจว่าถ้าพยาบาลสามารถสอนให้ลูกสาวคนไข้ทำแผลให้กับพ่ออย่างดีได้ พยาบาลเองก็จะพ้นจากภาระหน้าที่ในการดูแลนี้ไป

จนในที่สุดคนไข้ก็ได้กลับบ้าน โดยมีลูกสาวคอยช่วยทำแผลให้พ่ออยู่ที่บ้านแทนการต้องมานอนโรงพยาบาล หมอติดตามคนไข้โดยการให้ลูกสาวถ่ายภาพแผลของพ่อส่งมาให้ดูทางโทรศัพท์มือถือ แต่หลายสัปดาห์ผ่านไปก็ไม่ได้มีการส่งภาพกลับมา จนหมอนึกเป็นห่วงในใจว่าแผลนั้นจะเป็นอย่างไรบ้าง จนกระทั่งผ่านไป 3 เดือน รูปถึงถูกส่งมา และเป็นภาพแผลที่มีสภาพดีขึ้นจากเดิมมาก คุณหมอลามลูกสาวว่าทำแผลให้พ่ออย่างไรบ้าง ลูกสาวเล่าว่า ค่อยๆ ทำทีละนิด ถ้าพ่อเจ็บก็หยุด ใช้เวลานานมาก ช่วงแรกๆ ทำครั้งละ 2-3 ชั่วโมง ทำทุกวัน ๆ ตลอดระยะเวลา 3 เดือน ไม่ใช่เพียงแผลจะหายดีขึ้นจากเดิม และไม่ต้องตัดเท้า แต่ลูกกับพ่อที่ใช้เวลาอยู่ด้วยกันทุกวันจากการทำแผลนั้น ยังได้ซึมซับความรู้สึกดีๆ ซึ่งกันและกัน พ่อรู้สึกซาบซึ้งปลื้มใจที่ลูกทำแผลให้ทุกวัน อย่างตั้งใจ เอาใจใส่ ลูกก็รู้สึกดีใจที่ได้ทำแผลให้พ่ออย่างดี

6 เดือนผ่านไปหลังจากที่กลับจากโรงพยาบาล แผลนั้นเหลือเพียงเท่ารูเข็ม พ่อแผลหาย สบายใจ ไม่มีใครจะมาตัดขาอีก นำเงินมาให้โรงพยาบาล 10,000 บาทเพื่อเป็นการขอบคุณที่ได้ช่วยเหลือ (คุณหมอบอกว่าตัวเองไม่ได้ช่วยทำอะไรเลยแค่เพียงช่วยแก้ปัญหาให้กับพยาบาลและคนไข้) ลูกสาวได้ฝึกทักษะการทำแผลจนเชี่ยวชาญ กลายเป็นมือทำแผลประจำตำบลนั้น พ่อกับลูกมีสัมพันธภาพที่ดีขึ้น พยาบาลสบายใจ ไม่ต้องกลัวว่าจะต้องรับคนไข้ที่จะย้อนกลับมาให้ทำแผลอีก หมอก็สบายใจ สามารถแก้ไขปัญหให้กับทุกฝ่าย และจบลงอย่างมีความสุข รวมทั้งได้สรุปบทเรียนของตัวเองว่า “อย่าดูถูกความสามารถของชาวบ้าน จากที่ไม่คิดว่าเราจะทำได้ แต่กลับสามารถทำได้จนหายได้ และยังได้สิ่งที่มีมากกว่าแผลหายเพิ่มเข้ามาด้วย”

เรื่องเล่าที่ 2 : บ้านลูกกะเขม

นสพ. รัชต์ ประภาวรรณ เล่าเรื่อง คนไข้คนแรกในชีวิต ในวิชาเวชศาสตร์ครอบครัว คือ ลูกกะเขม ซึ่งเป็นผู้นำครอบครัวที่เคยเป็นผู้หารายได้หลักสำหรับเลี้ยงครอบครัวมานานหลายสิบปี แต่ปัจจุบันลูกกะเขมอยู่ในสภาพคนชรา เดินไม่ได้ มีหลายโรคเรื้อรังทั้งเบาหวาน ความดัน ฯลฯ ทุกวันนี้ไม่สามารถทำงานเป็นเสาหลักให้กับครอบครัวได้อีกต่อไป อาศัยอยู่กับภรรยาคนที่สอง และลูกชายคนเดียวที่มีปัญหาทางสมอง และยังมีภาระหนี้สินจากพ่อที่เสียชีวิต มีเพียงเงินรายเดือนจำนวนไม่มากจากบริษัทที่เคยทำงาน

ตั้งแต่ครั้งแรกที่ไปเยี่ยมบ้าน ได้เห็นสภาพความเป็นอยู่ พูดคุยกับคนไข้และผู้ดูแล นสพ.รัชต์ กล่าวว่ารู้สึกมีดรามามาก ไม่รู้จะเริ่มต้นจากตรงไหน จึงเริ่มจากการพูดคุยกับแต่ละคนในบ้านเพื่อหาข้อมูลที่จะเป็นจุดเริ่มต้นของการช่วยเหลือ ซึ่งมีทั้งข้อมูลที่ตรงกันและแตกต่างกัน จากการสัมภาษณ์ลูกกะเขม ลูกเล่าว่า “ตั้งแต่ป่วย ได้รับการดูแลที่ไม่ดี ถูกภรรยาทุบตีในบางครั้ง ไม่พาไปหาหมอ เงินที่ส่งมาจากบริษัทก็ไม่เคยได้รับถึงมือ ญาติพี่น้องไม่เคยมาช่วย เพื่อนหนีหาย ทุกคนทิ้งไปหมด” ส่วนคุณป้า ภรรยาที่ดูแลคุณลูกบอก

ว่า “พยายามดูแลคุณลุงอย่างดีที่สุด แต่ทำอะไรลุงก็มักไม่พอใจ ไม่ร่วมมือ แม้จะพูดไม่ชัดแต่พูดคำหยาบชัด ชอบหวงของ เอาของไปซ่อน ส่วนเงินที่ได้รับแต่ละเดือนมีแค่เพียงพอใช้จ่ายแต่ละเดือน ไม่ได้มีเหลือ ญาติคุณลุงนานๆ จะมาเยี่ยมสักครั้ง มาแล้วเห็นสภาพคุณลุงพัฒนาการไม่ดีก็คิดว่าว่าป้าดูแลไม่ดี” สำหรับน้องบอลลูกชายคนเดียว “เคยชักตั้งแต่ยังเด็ก มีปัญหาพัฒนาการทางสมองไม่นับเลขไม่ได้ ทำงานอะไรไม่ได้เลย มีหน้าที่คอยทำกายภาพบำบัดให้ลุง แต่ลุงก็มักชอบด่าว่าและตีลูก บ่นว่าไม่ควรจะเกิดมาให้เป็นภาระ” สำหรับสภาพชุมชนที่ผู้ป่วยอยู่เป็นครอบครัวพุทธเพียงครอบครัวเดียวที่อยู่ในกลุ่มคนมุสลิม ครอบครัวนี้จึงแทบไม่มีปฏิสัมพันธ์กับบ้านอื่นๆ ในชุมชนเนื่องจากความแตกต่างทางวัฒนธรรม และศาสนา (ครอบครัวของคนป่วยเหมือนถูกแบ่งแยกออกจากครอบครัวอื่นในชุมชน)

นสพ. รัชต์ พยายามวิเคราะห์ผู้ป่วย โดยทำความเข้าใจผู้ป่วยว่าเป็นใคร มีลักษณะครอบครัวอย่างไร ลักษณะชุมชนที่อยู่เป็นอย่างไร และพยายามหาทางออก จากการวิเคราะห์พบว่า สภาพจิตใจของผู้ป่วยรู้สึกหดหู่ รวมทั้งปัญหาทางจิตใจของคนในบ้านแต่ละคนก็ไม่ได้ต่างกัน ทุกคนมีสภาพเหมือนคนป่วย คุณลุงอยู่อย่างหมดหวัง ว่าตนคงไม่มีวันหาย คิดว่าอยู่ไปก็รอวันตายทั้งครอบครัว เพราะลูกชายก็ทำงานไม่ได้ ป้าก็ต้องดูแล เมื่อพบว่าผู้ป่วยรู้สึกไม่มีความหวังจึงพยายามสร้างความหวังขึ้นมาอีกครั้ง โดยบอกว่า “คุณลุงมีความหวังที่จะหายนะ หากไม่หายเขากงไม่ส่งหมอมาให้เสียเวลา” หลังจากนั้นก็เริ่มกระตุ้นให้คุณลุงทำกายภาพบำบัดที่บ้านอย่างต่อเนื่องโดยมีลูกชายคอยช่วย และจากคำพูดไม่กี่ประโยคที่แสดงด้วยความใส่ใจ ไม่น่าเชื่อว่าสามารถช่วยคนไข้ได้มาก หลังจากที่มีความหวังเริ่มเกิดขึ้นในครอบครัวอีกครั้ง ลุงก็มีกำลังใจที่จะร่วมมือมากขึ้น และเห็นพัฒนาการที่ดีขึ้นมากในเดือนที่ 6 หลังจากไปเยี่ยมทั้งหมด 5 ครั้ง

จากวันแรกที่รู้สึกมีดมน มีเพียงสัญญาณทางใจที่เกิดขึ้นวันนั้นว่า “จะต้องช่วยคุณลุงให้ได้ เพราะถ้าเราทิ้งเขา ก็คงไม่มีใครสามารถช่วยเขาได้อีกแล้ว” มาถึงวันนี้ผลของการทุ่มเทใส่ใจลงมาเป็นพัฒนาการที่ดีขึ้นของครอบครัวในหลายด้าน ทั้งสภาพร่างกายและจิตใจของคนป่วยและทุกคนในครอบครัว ความสัมพันธ์ในครอบครัวที่ดีขึ้น มีสายใยของความผูกพันที่หมอบรรลุได้ไปช่วยดึงขึ้นมาให้เห็นและถักทอขึ้นในครอบครัวอีกครั้ง พร้อมๆ กับความหวังถึงสิ่งที่ดีกว่าของทุกชีวิต รวมทั้งยังได้เรียนรู้สิ่งต่างๆ มากมายจากการดูแล Case

- เมื่อมีคนป่วยเรื้อรังในบ้าน ครอบครัวก็ป่วยด้วย และต้องการการดูแลทางด้านจิตใจ (เพราะฉะนั้นเมื่อเห็นคนป่วย 1 คน ก็ต้องดูด้วยว่าคนในครอบครัวเขาป่วยด้วยไหม ต้องดูแลและเข้าใจครอบครัวด้วย)
- ครอบครัวเป็นหมอกที่ดูแลดีที่สุด (ทำอย่างไรให้ครอบครัวและชุมชนเข้ามาดูแลได้เพื่อความยั่งยืน)
- เมื่อมีความหวังในครอบครัว สภาพทุกอย่างก็ดีขึ้น
- เราต้องเข้าไปเป็นเพื่อนที่ดีของผู้ป่วยก่อน (หมอกคือเพื่อนที่ดีของผู้ป่วย)
- หมอบรรลุต้องละเอียดอ่อนพอที่จะหาทางหรือค้นหาให้พบกุญแจที่จะไขไปสู่การช่วยเหลือผู้ป่วยที่มีสภาพปัญหาซับซ้อนได้

เรื่องเล่าที่ 3 : ชีวิตของป้าเกตุ

นสพ.นภมณฑ์ สุกรพันธ์ เล่าว่าได้โจทย์มาจากอาจารย์ผู้สอนว่า ทำอย่างไรก็ได้ ใช้วิธีการอะไรก็ได้ ที่จะช่วยทำให้ Case ดีขึ้น หมายถึงมีพัฒนาการที่ดีขึ้นจากเดิม แม้เพียงนิดเดียวก็ถือว่าใช้ได้ ฟังดูเหมือนโจทย์ง่าย แต่มาดูแลไข้แล้ว ไม่ใช่ง่ายอย่างที่คิด ต้องเข้าใจว่า case ที่ยากลำบากเกินความสามารถจะจัดการแล้วเท่านั้นที่จะส่งมาถึงมือหมอบรรลุ

สภาพคุณป้าเกตุ ที่ได้เจอตั้งแต่วันแรก เป็นผู้หญิงตัวเล็กๆ ขาสีบ เดินไม่ได้ ต้องอยู่ในท่านั่งใช้แขนทั้งสองข้างค้ำตัวเองไปข้างหน้า เพื่อเคลื่อนไหวร่างกาย แต่อยู่ในท่านั่งนานๆ ก็ไม่ได้ จะรู้สึกปวดหลัง ต้องนอนราบ คุณป้าเกตุช่วยเหลือตัวเองได้บ้างแต่ก็ทำได้ลำบาก โดยเฉพาะการที่ไม่สามารถไปไหนได้เลย ไม่ได้พบปะใครๆ และยังมีโรคประจำตัวคือความดันโลหิตสูง ครั้งสุดท้ายที่ป้าเกตุไปโรงพยาบาลนาน 4 ปีมาแล้ว ครั้งนั้นคุณหมอที่รักษาแนะนำให้คุณป้าผ่าตัดเพื่อจะสามารถเดินได้ แต่คุณป้าตัดสินใจว่าจะไม่ผ่าตัด และไม่ยอมไปโรงพยาบาลอีกเลยนับจากวันนั้น เมื่อถามถึงเหตุผลที่คุณป้าไม่ยอมผ่าตัด คุณป้าเล่าว่า รู้สึกกลัว เพราะเคยมีคุณลุงข้างบ้าน ที่เคยไปผ่าตัดโรงพยาบาล แล้วก็ไม่ได้กลับมาอีก ทำให้ไม่กล้าไปโรงพยาบาล กลัวว่าจะไม่ได้กลับมาอีกเหมือนคุณลุงคนนั้น

นสพ.นภมณฑ์ เล่าว่าพยายามพูดคุยกับคุณป้าเป็นประจำทางโทรศัพท์เพื่อสร้างความคุ้นเคยและไว้วางใจ พยายามหาทุกช่องทางที่จะทำให้คุณป้ากลับมาตรวจ รักษาที่โรงพยาบาลอีกครั้งให้ได้ จากการพูดคุยกับคุณป้าหลายครั้งพบว่า คุณป้ารู้สึกไม่สบายใจ คิดว่าตนเองเป็นภาระของครอบครัวที่ต้องดูแล จึงพยายามช่วยตัวเองเท่าที่ทำได้ ไม่ต้องให้ใครมาทำอะไรให้ คุณป้าพูดว่า “แก่แล้ว เดี่ยวก็ตายแล้ว” ลึกๆ แล้วดูเหมือนคุณป้าจะรู้สึกเหงาด้วย จากข้อมูลที่ได้จากคนไข้ได้ถูกนำมาวิเคราะห์หาความต้องการของคนไข้ เพื่อจะเดินลึกต่อไปถึงช่องทางที่จะเข้าถึงใจของคนไข้ให้ได้มากที่สุด ซึ่งจะนำไปสู่การทำให้คุณป้ายอมมาตรวจรักษาที่โรงพยาบาลอีกครั้งให้ได้

จากการพูดคุยกับคนไข้หลายๆ ครั้ง ทีมของนสพ.นภมณฑ์ พบว่า ความต้องการที่สำคัญของคนไข้มี 2 เรื่อง คือต้องการพบปะพูดคุยกับคนอื่นๆ (เนื่องจากไม่สามารถเดินไปไหนได้มาหลายปี) และต้องการหายจากอาการปวดหลังปวดกล้ามเนื้อ (ที่เป็นสาเหตุให้คุณป้าอยู่อย่างทุกข์ทรมานมานานแล้ว) เมื่อประเมินความต้องการของคุณป้าเกตุตามที่กล่าวไป ทีมของนสพ.นภมณฑ์จึงคิดพาคุณป้าออกพบปะผู้คนในหมู่บ้าน ทั้งบ้านเพื่อนสนิท คนรู้จัก ที่ไม่ได้เจอกันมานานหลายปี โดยใช้วีลแชร์ จากกิจกรรมนี้เห็นได้อย่างชัดเจนว่าคุณป้ารู้สึกมีความสุขมากขึ้นที่มีโอกาสได้พูดคุยกับเพื่อน มีการพูดคุยอย่างออกรส ยิ้มหัวเราะอย่างเบิกบาน ต่างจากที่นั่งอัดอยู่ในบ้านเพียงลำพัง การที่ทีมสพ.พาคุณป้าออกพบปะผู้คนส่วนหนึ่งยังหวังว่าจะเป็นการกระตุ้นให้คนไข้มีแรงบันดาลใจที่จะรักษาตัวให้ดีขึ้นเพื่อจะสามารถกลับมาเดินได้อีกครั้ง โดยทีมพยายามปรับทัศนคติคุณป้า จากที่คิดว่า “แก่แล้ว เดี่ยวก็ตาย” ให้กลายเป็น “น่าจะลองไปตรวจที่โรงพยาบาลอีกสักครั้ง เผื่ออาจจะดีขึ้นก็ได้”

หลังจากความคุ้นเคยและไว้วางใจที่ได้สร้างขึ้นจากการพูดคุยทางโทรศัพท์และการมาเยี่ยมเยียนอย่างต่อเนื่องจนถึงครั้งที่ 5 ในที่สุดคุณป้าก็ยอมมารักษาตัวที่โรงพยาบาล ท่ามกลางความสบายใจของลูกหลานที่อยากให้แม่อาการดีขึ้น และเป็นความสุข ความภาคภูมิใจของคนทำงานที่สามารถทำได้สำเร็จตามเป้าหมาย จากความมุ่งมั่นและตั้งใจจริง เมื่อคุณป้าได้มาตรวจอย่างละเอียดที่โรงพยาบาล คุณหมอได้แนะนำวิธีการกายภาพบำบัดแบบง่าย โดยการยืนด้วย Walker ทุกวัน โดยหวังว่านี่จะเป็นจุดเริ่มต้นให้คุณป้ามีอาการที่ดีขึ้น มีความสุขในชีวิตมากขึ้น และอาจจะกลับมาช่วยตัวเองได้มากขึ้นอีกครั้งหนึ่ง

การแลกเปลี่ยนจากผู้เข้าร่วม

ผู้ร่วมรับฟังเรื่องเล่าได้ ให้กำลังใจและชื่นชมความสำเร็จในการดูแลคนไข้ของนสพ.ทั้ง 2 ท่าน ที่ทำให้เห็นภาพการทำงานด้วยหัวใจของเวชศาสตร์ครอบครัวที่เด่นชัด เห็นถึงความสำเร็จของการเรียนการสอน ที่มีการวิเคราะห์ Case จากข้อมูลที่ได้แต่ละช่วงหาความต้องการที่แท้จริงของคนไข้ สร้างความหวังและแรงบันดาลใจในการรักษาตัวเองของคนไข้ และมีแนวทางในการให้ความช่วยเหลือคนไข้ได้อย่างถูกต้อง นอกจากนี้ยังทำให้เห็นภาพที่ชัดเจนว่าการเรียนแพทย์ครอบครัวนั้นสามารถนำแนวคิด และแนวทางไปปรับใช้ในการดูแล รักษา ช่วยเหลือคนไข้ได้อย่างเป็นองค์รวม ซึ่งไม่ใช่เพียงหมอครอบครัวเท่านั้น แต่มุ่งหวังจะสามารถเปลี่ยน

หมอทุกคนให้มีความตั้งใจในการทำงานด้วยหัวใจของการเป็นหมอครอบครัว (เพราะการสร้างหมอครอบครัวโดยเฉพาะอาจยากกว่าการนำแนวคิดแบบหมอครอบครัวให้เกิดขึ้นในหัวใจและจิตวิญญาณของแพทย์ทุกคน)

มีข้อสังเกตเพิ่มเติมในการทำงานกับชุมชนเพื่อความยั่งยืนว่า ควรให้ความสำคัญกับครอบครัวของผู้ป่วย และชุมชนที่ผู้ป่วยอาศัยอยู่ รวมทั้งการเปิดมุมมองไปถึงการดูแลรักษาบนฐานของทรัพยากร ศักยภาพที่มีอยู่ในชุมชน เพราะหมอครอบครัว แม้จะทำได้ดีขนาดไหน แต่วันหนึ่งก็ต้องจากไป แต่การสร้างฐานของการดูแลสุขภาพสำหรับครอบครัวและชุมชนที่อยู่รอบข้างนั้นน่าจะเป็นความยั่งยืนมากกว่า

สรุปส่งท้าย

บรรยากาศในกิจกรรมเป็นไปอย่างราบรื่น เต็มไปด้วยความประทับใจในเรื่องเล่าทั้งสามเรื่อง มีการมีส่วนร่วมแลกเปลี่ยนจากผู้เข้าร่วมประชุมพอสมควร ผู้เข้าร่วมประชุมสะท้อนว่า ได้รับความประทับใจ ความรู้ และแรงบันดาลใจในการทำงานด้านเวชศาสตร์ครอบครัว โดยเฉพาะความชื่นชมในนิสิตแพทย์ชั้นปีที่ 5 จากคณะแพทยศาสตร์ มศว. ทั้งสองท่านที่ได้ถ่ายทอดประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยได้เป็นอย่างดี มีการเรียบเรียงเรื่องราว และมีรูปภาพ คลิปวิดีโอ ประกอบให้เห็นภาพ และสร้างความรู้สึกร่วมได้เป็นอย่างดี ทำให้เห็นความตั้งใจ ความคิดสร้างสรรค์ และความจริงใจในการที่จะช่วยเหลือแก้ไขปัญหาให้กับผู้ป่วยและครอบครัวได้อย่างแท้จริง

การบรรยายพิเศษ Conflict management in family and community

โดย ผศ.พญ.สายพิน หัตถิรัตน์ ภาควิชาเวชศาสตร์ครอบครัว คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี



ตอนที่น้องๆ อยากรู้อะไรของการจัดการความขัดแย้ง เรื่องของการแก้ไขปัญหาเมื่อเวลาความขัดแย้งมา รู้สึกว่าไม่รู้จะพูดอะไรให้ฟังภายในชั่วโมงครึ่ง จริงๆ เรื่องการจัดการความขัดแย้งมีคำตอบง่ายๆ แค่อัลเลาะห์เดียว แต่ให้เวลาชั่วโมงครึ่ง ก็เลยต้องหาเนื้อหาว่ามีอะไรใหม่อีกบ้างเกี่ยวกับเรื่องของความขัดแย้ง

ปัจจุบันนี้มีหลักสูตรเรื่องการจัดการความขัดแย้งเปิดมากหลายหลักสูตร มีคนรู้สึกว่าจะอยากจะไปเรียน लेकिन ทั้ง Short course / long Course ที่เกี่ยวข้องกับ Conflict management นั้นแสดงว่าอะไร แสดงว่าโลกของเรา มันหวโหยอยู่กับความขัดแย้งหรือเปล่า มีความขัดแย้งอยู่ทุกมิติ ทุกที่ ทุกโอกาสหรือเปล่า แล้วมนุษย์เราเนี่ยก็จะหาทางไปจัดการมัน แต่เพราะว่าเราพยายามหาทางจัดการมันเนี่ยแหละค่ะ มันเลยไม่เคยจัดการได้สักทีหนึ่ง เพราะเราไม่เข้าใจมัน มันเราลองมาดูใหม่ใหม่ว่าเราจะมองความขัดแย้งแบบใหม่ๆ ได้อย่างไรบ้าง เพื่อว่าครั้งหน้าที่เราไปเจอความขัดแย้งไม่ว่าเรื่องใดเราจะได้เข้าใจมันใหม่ และมองมันใหม่

อันแรกเลย วันนี้จะพูดเรื่อง **Conflict management** หรือการจัดการความขัดแย้ง มันมีอยู่หลายที่ตั้งแต่ระหว่างเธอ ระหว่างกัน ระหว่างกัน ระหว่างภายในบ้าน หรือว่าเลื่อนขึ้นไปถึงระดับชุมชน ถ้าฉันเรามาลองมาดูคำแรกที่เป็นคำสำคัญก่อนแล้วกันนะ ความขัดแย้งที่ว่าเนี่ยเป็นอะไร ส่วนใหญ่เมื่อเราพูดถึงความขัดแย้งเราจะนึกถึง ทะเลาะกัน มันจะรู้สึกถึงว่ามันจะต้องมีอะไรสักอย่างอย่างน้อย 2 คนขึ้นไปที่มีปัญหามีปัญหา ไอ้คำว่ามีปัญหาเนี่ยแปลว่าเราตั้งต้นจากเชิงลบ เรามองความขัดแย้งจากการเป็นปัญหา รู้สึกลบกับมันซะแล้ว แล้วพอมันลบมันก็จะเข้าไปแก้ลำบาก เพราะว่าใจเรามันไปทางลบ จริงๆ แล้วความขัดแย้งคือความขัดกันหลายๆ ของทุกสิ่งในโลกมันขัดกันอยู่ตลอดเวลา มันขัดกันไม่ได้แปลว่าไม่เหมือนกันนะ มันแค่มีบางมุมเท่านั้นเองที่มันไม่ทับกันพอดี และอาจจะบางมุมที่ทับกันอยู่บ้าง เพราะฉะนั้นความขัดแย้งมันก็คือความขัดกันของของบางสิ่ง เช่น ข้อมูล => วันนี้กับเมื่อวานได้ข้อมูลไม่ตรงกัน เกิดความงง สงสัย ทำให้เราขัดแย้งในตัวเองเพราะข้อมูล 2 ชิ้นไม่เหมือนกัน แต่ถ้ามีการสื่อสารกันมากขึ้นมันก็จะชัดเจน และทำให้ความขัดแย้งมันหายไปได้ เมื่อมาเช็คแล้วตกลงข้อมูลคืออะไร หรือมันเป็นความขัดกันเพราะความสนใจ เช่น “แฮมเดียววันนี้จะไปสัปดาห์หนังสือเสียหน่อย แต่ตอนกลางวันก็มีกิจกรรมน่าสนใจนะเนี่ย จะทำอย่างไรดีมีเรื่องที่น่าสนใจซ้อนกัน 2 อันอยากทำทั้ง 2 งานเลย มีความน่าสนใจทั้งคู่” จะเห็นว่าความน่าสนใจเองก็ยังขัดกันได้เลย หรือ อยากอ่านนิยายในเวลาเดียวกันก็อยากจะไปดูหนังด้วย ดังนั้นก็เป็นความขัดแย้งของความสนใจในเวลาเดียวกันในหลายๆ สิ่ง หรือมันเป็นความขัดกันของการให้คุณค่า อันนี้ก็เป็นอีกอันหนึ่งที่ทำให้ทะเลาะกันบ่อยมาก ถ้าภาษาอังกฤษเขาจะบอกว่า value conflict คือคน 2 คนให้คุณค่าในสิ่งที่ไม่

เหมือนกัน เช่น มีอาจารย์ท่านหนึ่งเขาให้คุณค่าอยู่กับความตรงเวลา เขาถือว่าความตรงเวลาคือความรับผิดชอบของมนุษยชาติเขาถือว่านี่คือหลักสำคัญเลยว่ะและถ้าหากใครไม่ตรงเวลาถือว่านั่นคือความไม่รับผิดชอบ เป็นคนชู้ย ไอ้การปลูกฝังการให้คุณค่าแบบนี้มันปลูกมานานแล้วละ มันปลูกมาตั้งแต่ครอบครัว ปลูกมายาวนานหลาย10-20 ปี ดังนั้นเมื่อเขาเดินทางเส้นนี้พอไครมากระทบกฎเกณฑ์ของเขามันจะรู้สึกว่ะคนๆนี้กลายเป็นคนที่ไม่รับผิดชอบ ไม่มีคุณค่าขึ้นมาทันทีทั้งๆที่ต้นตอของมันก็คือเขาแค่มาไม่ตรงเวลา และการมาไม่ตรงเวลาอาจจะไม่ใช่นิสัยก็ได้เนาะ แค่งงใจว่าวันเนี่ยน้ำท่วมใหญ่ มาไม่ทันก็เลยทำให้ไม่ตรงเวลาในวันนี้ แต่ก็ถูกตีค่าไปแล้วว่าทำไมมันชู้ยขนาดนี้ 5 นาทีก็พลาดได้แล้วหรือนี่แล้วจะไปรับผิดชอบงานใหญ่อะไรกัน ตัวอย่างนี้เพราะคนๆหนึ่งไปให้คุณค่าเอาไว้ที่การเที่ยงต่อเวลา ในขณะที่อีกคนหนึ่งเขาอาจจะให้คุณค่าอยู่กับเวลาไม่เป็นไรแต่ขอให้งานเสร็จได้อย่างมีคุณภาพ ละเอียด ถี่ถ้วนก็พอ หรือขอให้คุณค่างานนั้นมีประโยชน์กับคนอื่น ๆ จะช้าสัก 5-10 นาทีนี่ไม่เป็นไร เพราะฉะนั้นการให้คุณค่าก็เป็นวิธีการหนึ่งที่ทำให้มนุษย์เราในแต่ละวันนี้กระทบกันมากที่สุด เอาปรากฏการณ์ใหญ่ๆ อย่างเช่น เหลือง แฉง เนี่ยก็ได้ ถ้ามองหลักๆคือการให้คุณค่าของกลุ่มคน 2 กลุ่มเอาไว้ที่สิ่งต่างกัน อย่างเพิ่งไปนับเรื่องการเมืองหรือไม่การเมือง พอไปถามว่าทำไมคุณถึงศรัทธาเหลืองมากมายนะ ทำไมคุณถึงศรัทธาแดงมากมายนะ อ้อเพราะว่าอันนี้มีความหมายถึงยุติธรรมเท่าเทียม อันนี้มีความหมายถึงการจงรักภักดี แสดงว่าของที่ให้คุณค่าเอาไว้ที่สิ่งต่างกันแต่มันมาทะเลาะกันทั้งที่ของ 2 สิ่งคือสิ่งดีทั้งคู่ กิริยาท่าทางหรือมันเป็น**ความขัดกันของกิริยาท่าทาง** อันนี้ก็เป็นอย่างอื่นหนึ่งที่ทำให้มนุษย์รู้สึกเป็นทุกข์ และก็ขัดแย้งกันเอง ทุกวันนี้จะเห็นว่าวัยรุ่นสมัยนี้เป็นสมัยใหม่ เช่นใครที่มีลูกวัยรุ่นก็จะรู้สึกเคืองที่ถูกทำมทรเงาหลิ นักเรียนแพทย์ทำมทรเงาหลิ ปิดชีได้ชีได้เข้าห้องมารู้สึกเคืองตั้งแต่มันเดินเข้าห้องพร้อมกับคำพูดที่สวนออกไป “เธอไปทำมาใหม่ แล้วค่อยเข้าห้อง” บางคนรู้สึกขนาดนั้นเลยนะ แต่ในขณะที่ครูบางคนก็รู้สึกว่ะไม่เห็นจะเป็นอะไรผมมันจะปิดซ้ายหรือปิดขวาแต่ขอให้มันเรียนวิชาของเราเรื่องก็พอแล้ว ดังนั้นกิริยาท่าทางเองเนี่ยหากเราไปยึดติดอยู่กับมันมากแล้วเราไปตีความโทษของเราเองอย่างเดียวก็น่าจะพลอยทำให้เราเกิดข้อขัดแย้งกับสิ่งเล็กๆ ซึ่งมันไม่ควรจะเกิดเลย สิ่งเหล่านี้ที่เกริ่นไว้ก่อนเพราะอยากจะบอกต่อว่า**หากมันขัดกันในทุกมิติเล็กน้อยเหล่านี้แม้แต่เราจะนั่งเฉยๆก็จะสามารถขัดแย้งกับคนข้างๆได้ หรือขัดกับตัวเราเองก็ได้** และความขัดแย้งที่เราคิดว่าปัจจุบัน โลกสมัยใหม่ทำไมมันถึงขัดแย้งกันได้มากมาย จะบอกว่ามันขัดกันมาตั้งแต่โบราณกาลแล้ว มันคือธรรมชาติของมนุษย์ มนุษย์นี่เราอยู่กันมากด้วยความขัดแย้ง เพราะถ้าเราเดินทางเหมือนกันหมดเราคงตายไปนานแล้ว เพราะถ้าเราเห็นทางเดินเดียวกันหมด เวลาหลงๆเหมือนกันหมด เวลาตายก็คงตายเหมือนกันหมด คงไม่สับสนันรู้มาจนบัดนี้ **แต่ที่มีอยู่เหมือนทุกวันนี้เพราะว่าเราเห็นต่างกันเราทะเลาะกันเราถึงเกิดแนวคิดใหม่ มุมมองใหม่ การแก้ปัญหาใหม่ ทางออกใหม่** นั่นต่างหากที่ทำให้ความขัดแย้งมีอยู่ตลอดเวลา **มันเพียงแต่ว่าเราคิดบวก หรือคิดลบกับมัน** ถ้าเราคิดบวกมีสติคิดเชิงบวกทันมันก็จะขึ้นประโยชน์ ดังนั้นความขัดแย้งมันมีมานานแล้วไม่ใช่ว่าเพิ่งมี จนมาถึงยุคปัจจุบันค่อให้วางแผนได้อย่างไร โครงการใหญ่ยักษ์ขนาดไหน มันก็ขัดกันได้อยู่ดีแล้วพอมันขัดกันมันอาจจะขัดกันตั้งแต่ระดับ individual ก็ได้เนาะเป็นการ**ขัดกันในระดับปัจเจก** “ทำไมฉันคิดไม่เหมือนคนอื่นอยู่คนเดียว” บางครั้งก็มีเนอะที่เวลาเราทำงานๆไปแล้วเราก็มีความรู้สึกว่ะ**ทำไมโลกทั้งโลกมันเหลือแค่ฉันคนเดียว** ไม่มีใครเข้าใจฉันเลย ทำไมมันถึงเป็นแบบนี้ หรือบางครั้งก็มีความรู้สึกเหมือนติดเกาะ “**ทำไมมันมีแต่พวกเราเท่านั้นที่คิดแบบนี้**” ไอ้พวกอื่นมันคิดผิดหมดเลย” มันกลายเป็นพวกเราพวกเขา และก็ไอ้พวกเราเนี่ยมันคนส่วนน้อยชะด้วย ยิ่งคิดก็ยิ่งเครียด “**มาเรียนกันทำไมเนี่ยเวชปฏิบัติครอบครัว คนส่วนน้อยของประเทศ**” “เมื่อวานนี้เขาพูดกับฉันหลักผู้ใหญ่ว่ายังไม่รู้เลยว่าอนาคตมันจะเป็นอย่างไร จะไปได้ต่อหรือเปล่าก็ไม่รู้ กระทรวงก็ไม่รับ สปสช.ก็ไม่มั่นใจ อนาคตจะเป็นอย่างไรเนี่ย ถ้าเราคิดแบบนี้เราก็คงจะท้อไปเรื่อยๆ ซึ่งถ้าเราคิดแต่มุมนี้เราก็คงจะเป็นทุกข์เพราะเราท้อรอไว้ก่อนแล้ว คิดเองเออเองไปเรียบร้อยแล้ว เราจะมีทางไหมที่เราจะเชื่อมโยงความแตกต่าง ความขัดกัน

ความขัดแย้งเหล่านี้เราจะเป็นตัวเชื่อมได้ดีกว่านี้ไหม จันเราลองมาดู**ความขัดแย้งว่าเกิดจากอะไร อันแรกมันเกิดจากสมองเราหรือเปล่า** สมองเราขยี้กาคเนี่ยแต่ละจุด แต่ละจุดของสมองมันรับผิดชอบคนละท่อนกันนะ มันมีจุดที่รับเรื่อง conflict ต่างหากด้วย กลุ่มกลมติ ฟานเนี่ยก็จะเป็นตำแหน่งที่รับเรื่องการควบคุมการจัดการปัญหา แสดงว่ามีจุดๆหนึ่งในสมองรับหน้าที่เรื่องการแก้ปัญหา ถ้าหากเมื่อ 10 วันที่ผ่านมานี้เราไม่สามารถแก้ปัญหาใดๆได้สงสัยจุดๆนี้ในสมองคงจะบกพร่องไป จริงไหม จริงหรือเปล่า เพราะถ้าเป็นเรื่องจริงคงจะแย่นะ จุดๆเดียวในสมองทำงานพลาด ต่อไปนี่มันจะไม่สามารถรอดชีวิตได้อีกแล้ว ไม่สามารถจะแก้ปัญหาใดๆทั้งสิ้น หมดลั่นแล้ว พลัง คิดอะไรไม่ออกเลย มันเหมือนถูกล่อลวงโซ่อยู่กับที่ งานหนัก งานท่วมเวลาไม่มี ไม่รู้จะจัดการอย่างไรเพราะว่าจุดๆนี้มันทำงาน ต่อไปไม่ได้อีกแล้ว ถ้าอย่างนั้นคงต้องทานยาหรือเปล่า อีกหน้อยบริษัทยาคงหาหาที่ให้เราต้องการเพิ่มการแก้ปัญหาได้ขึ้นเรื่อยๆเพราะเรามีปัญหาขึ้นทุกวัน พอเราเศร้า เขาก็มีชื่อเศร้าต่างๆมาให้เราแก้ มีอยู่ช่วงหนึ่งที่สหรัฐอเมริกาผลิต Prozac หรือยาด้านเศร้า ที่ใช้เป็นยาสามัญประจำบ้านพอมันเศร้าปุ๊บคนอเมริกันไม่รู้จะหาทางแก้แบบไหนก็ไปซื้อ Prozac มากิน กินกันจนเป็นยาสามัญเหมือนยาแก้หวัด แต่ความจริงรากฐานของความเศร้ามันไม่ได้อยู่กับสารเคมีในสมอง มันไม่ได้อยู่ที่จุดของสมอง **การขัดแย้ง ความหงุดหงิดกับการขัดแย้ง การหลุดไม่ได้กับปัญหาที่ไม่สามารถแก้ได้ด้วยยาใดๆทั้งสิ้น นอกจากคิดกับมันใหม่** แล้วคิดอย่างไรหรือ ก็คิดว่ามนุษย์เรานี้เป็นส่วนประกอบของโลกใบนี้ สมองก็เป็นส่วนประกอบในตัวเราเองแม้ว่ามันจะเป็นส่วนสำคัญส่วนหนึ่งแต่มันก็ไม่ได้เป็นส่วนที่มีอยู่อย่างเดียว มันยังมีตัวเรามีอีกหลายๆสิ่งๆที่ประกอบกันเป็นเรา เรากับเพื่อนเรานั่งข้างๆกันเนี่ย สมองเหมือนกันมีกลีบซ้ายกลีบขวามีจุดในสมองหน้าตาคล้ายๆกัน แต่ว่าเราที่นั่งกับเพื่อนข้างๆเรา ไม่เหมือนกันเลยเพราะว่าเรามีความเป็นตัวคนของเราอีกด้วย มีเรื่องราวที่มันประกอบกันเป็นเราด้วย สมองกุมอำนาจอวัยวะอื่นๆให้เราตอบสนองไป แต่ว่าตัวเราเองไม่ได้ถูกควบคุมด้วยอุปกรณ์ภายใน ตัวเราเองถูกควบคุมด้วยที่มาของเรา ที่มาของเราคือครอบครัวเดิมของเราว่าเราโตขึ้นมาอย่างไร เพราะฉะนั้นครอบครัวเราใหญ่กว่าเราเสมอ ใหญ่มาดั้งแต่อดีตจนถึงปัจจุบัน เขาครอบงำเราอยู่ เขาทำให้เราตีความแบบนี้ เขาทำให้เราเชื่อแบบนี้ เขาทำให้เราให้คุณค่ากับบางอย่างแบบนี้ และเขาก็ทำให้เราจัดการกับปัญหาด้วยหน้าตาเดิมๆแบบนี้ เราลองคิดสิเวลาเราเจอกับปัญหาเราใช้ไม้นไหนในการจัดการ เราก็มักใช้ไม้นั้นในการจัดการอยู่ร่ำไปแล้วปัญหามันก็จะติดเพราะมันใช้ไม้นั้นไม่ได้กับปัญหาใหม่ๆ **ครอบครัวเองก็ถูกครอบงำด้วยชุมชน และสังคม เขาเป็นชิ้นส่วนหนึ่งของชุมชนและสังคม** เช่นอย่างเราๆ ครอบครัวหมอ พยาบาล ชุมชนที่อยู่คาบหวังอะไรกับครอบครัวหมอ พยาบาลอย่างเราๆหรือเปล่า ชุมชนคาบหวังอะไรกับความเป็นเราหรือเปล่า แล้วเราก็ได้ความคาบหวังนั้นไปยังลูกของเราด้วย จาก**ชุมชนถูกครอบงำด้วยสังคมวัฒนธรรม** วัฒนธรรมไทย วัฒนธรรมพุทธ มุสลิม วัฒนธรรมจีน **แต่ละวัฒนธรรมให้คุณค่าในสิ่งที่แตกต่างกัน** คนจีนให้คุณค่าเรื่องงาน เรื่องความขยัน สิ่งเหล่านี้คือคุณค่าที่ให้ต่างกัน ลูกๆของบ้านเหล่านี้ก็จะถูกกำกับด้วยกฎเกณฑ์ของบ้านนั้นๆ และนั่นคือความขัดแย้งที่จะเกิดขึ้น ประเทศและอื่นๆขึ้นไปมันมีสิ่งที่ใหญ่กว่าอยู่เสมอ เพราะฉะนั้นวันนี้เราลองมาทำความรู้จักกับสิ่งที่มันออกจากตัวเราแล้วก็ขยายใหญ่ไปรอบๆตัวเราและสิ่งเหล่านี้มันนำมาซึ่งความขัดแย้ง เริ่มแรก**ความขัดแย้งที่ยากที่สุดคือความขัดแย้งในตัวเราเอง** แล้วมันเกิดขึ้นได้ทุกนาทิต์ ทุกวินาที ความขัดแย้งในตัวเราเอง (นี่เป็นภาพอะไรนะคะ อย่างมองนานซิคะเพราะมีอยู่ภาพเดียว พอบอกว่ามีความขัดแย้งแล้วซึกมองนาน) รูปอะไรคะ (สิงโต) แน่ใจนะคะ (มา 3 อันแล้วหนู กระรอก กระต่ายมาหมด) เห็นหรือไม่ว่าสมองกำลังหลอกเราอยู่เพียงแต่เรากลับภาพเท่านั้นเองมันกลายเป็นอีกความหมายหนึ่งทั้งๆที่มันยังคงเป็นภาพเดิม **ภาพ illusion เหล่านี้มันกำลังบอกว่าสมองเราทำงานหลอกตัวเราเอง** คนๆหนึ่งเดินมาหน้าตาเหมือนเพิงเต็นท์ คำว่าเหมือนเพิงเต็นท์คือเราตีความเอง ข้อเท็จจริงคือเดินเข้ามาตาหรี แต่เราตีความว่าเหมือนเพิงเต็นท์ เดินเข้ามาเสื้อผ้าขยับข้อมือเหมือนไม้ได้ริคมา นีมันแบบเพิงตุ๊กมาจากที่นอนเลขหรือใจ “ลูกมาจากที่นอนเลขหรือใจ” คือเราตีความเองเหมือน

เรามองภาพสิ่งใดแวบแรกเรามองบ๊ีบเรารู้สึกความก่อนเลยแต่จริงๆแล้วมันคือภาพอื่นเพียงแต่เรามองมันใหม่ ถ้าอย่างนั้นภาพนี้ที่ทุกคนคุ้นเคย ใครเห็นอะไรก่อนกัน ใครเห็นหญิงสาวก่อนบ้างคะ โอโห้คนส่วนใหญ่จะนะเนี่ยเพราะมันเป็นวัยเราจะกะ เพราะมันเป็น background เรา **มันขึ้นอยู่กับ background ของเรา ขึ้นอยู่กับมุมมองหลังที่เราเคยเจอมาแล้ว** ภาพไหนซ้ำๆเหมือนโรงหนังเราเห็นบ่อยๆเราก็มักจะใช้หนังซ้ำที่เห็นนั้นตีความก่อน แต่ในที่สุดแล้วมันก็คือภาพเดิม ภาพเดียวกัน สมองของเรากำลังหลอกเราอยู่ อย่างเช่นภาพนี้ใครเห็นอะไรก่อนระหว่างหญิงสาวหรือต้นไม้ก่อน ซึ่งใครจะเห็นอะไรก่อนหลังก็ไม่มีการคิด ใครถูกมันขึ้นอยู่กับว่าสมองถูกฝึกให้มองภาพกว้างๆ หรือภาพแคบๆก่อน และก็ขึ้นกับมุมมองหลังของแต่ละคน ความขัดแย้งที่เกิดขึ้นมันขึ้นอยู่กับว่าเรามองมุมไหนก่อน **แต่ถ้าหากเรฝึกให้เปลี่ยนมุมมองบ้างเราจะเริ่มไม่ค่อยขัดแย้งแล้ว เราจะเริ่มชำนาญและพบว่า มุมอื่นมันก็มองได้เหมือนกัน**

จ้ะเรลองมาหลอกสมองของเราเองใหม่ให้พูดสื่ต่อไปนี้ว่าเห็นอะไร อย่าอ่านตามคำเขียนของมัน รู้สึกอย่างไรบ้าง มันยาก เพราะว่าเราพยายามอ่านตามที่ตาเราเห็น แต่ว่ามันไม่ใช่ ทำให้มัน Tweet ไม่ทัน สมองของเราซ้ำๆว่ากำลังคิดกันอยู่เรารู้อยู่แล้ว สมองของเราชักจูงด้านตรรกะ ด้านเหตุผล ความคิดอ่าน ในขณะที่สมองชักจูงเป็นอารมณ์สุนทรีย์ สุนทรีย์ะ ศิลปะ ภาพเขียน สมอง 2 ชักกำลังทำงานพร้อมกัน แล้วก็ไม่รู้ว่าจะใช้ชักไหนก่อนชักขวาเห็นสีกำลังทำงาน ชักซ้ายค้านมาว่าคำมันไม่ใช่และชักซ้ายกำลังพยายามอ่านตัวอักษร นี่คือการขัดแย้งที่เกิดขึ้นตั้งแต่หัวเราเลย **เพราะฉะนั้นความขัดแย้งที่เราโทษว่า ความขัดแย้งต้องจัดการ มีปัญหาต้องไปจัดการเป็นความขัดแย้งระหว่างบุคคลความจริงแล้วมันไม่ใช่ค่ะ** เพราะความจริงแล้วความขัดแย้งมันเริ่มจากภายในหัวของเราเลย ลองคิดกับมันใหม่ใหม่หะ

Satir เขาบอกว่าเพราะว่าในตัวคุณ ในหัวคุณ คุณมีหลายหน้ากาก หลายอารมณ์อยู่ในคนเดียว และก็ไม่ใช่แค่แสดงออกแต่ภายนอก ในหนึ่งหน้า สมมุติว่าคุณทำหน้าที่โกรธในขณะที่คุณทำหน้าที่โกรธเรียบร้อยแล้วคิดว่าออกไปนั่นคุณก็ไม่ได้มีแต่อารมณ์โกรธ ซึ้งในของคุณความโกรธจึงขึ้นมาเป็นตัวละครเอกร้อยเปอร์เซ็นต์แต่ในขณะเดียวกันก็มีตัวละครอื่นหลบๆอยู่ตามมุม Satir เขาบอกว่า อารมณ์ต่างๆของคุณกำลังเป็นเหมือนโรงละคร “โรงละครของอารมณ์” อารมณ์โกรธกำลังเป็นตัวเอกของเรื่องในขณะนี้ ความกลัวกำลังหลบอยู่ใต้ฉากใต้พื้นของโรงละคร โรงนี้ ความรู้สึกเป็นเหตุเป็นผลกำลังนั่งฟังอยู่เงียบๆตรงขอบเวที แต่อารมณ์โกรธเป็นตัวละครที่เด่นสุด ดังนั้นเวลาที่คนๆหนึ่งแสดงอารมณ์โกรธต่อเราสักลงไป ยกตัวอย่างคนไข้ ที่มาถึงแสดงอารมณ์โกรธใส่เรา วินเรา “หมอทำอย่างนี้ได้ไง รู้ไหมว่ารอนานเท่าไรแล้ว” อารมณ์โกรธมันวิ่งแข่งหน้าออกมาแต่ลึกๆแล้วในฉากโรงละครของเขามันมีความกลัวแบบสุดๆ ซ่อนเป็นแปดสิบเปอร์เซ็นต์อยู่ แต่ความโกรธจึงนำมาแล้วร้อยเปอร์เซ็นต์ ความกลัวตายมีอยู่แปดสิบเปอร์เซ็นต์ ความรู้สึกที่ฉันต้องรับผิดชอบกับแม่ของฉันอีกเจ็ดสิบเปอร์เซ็นต์ ความรู้สึกที่ว่าต้องสุขุมเรียบร้อยอันนี้เหลือสี่สิบเปอร์เซ็นต์เท่านั้น แต่ยังมีอยู่ เพราะฉะนั้นในทุกๆฉากของคนหนึ่งคนที่แสดงออกมามีหลายอารมณ์อยู่ในคนเดียวถ้าเราฟังเขาให้ทัน ว่าเขาโกรธแบบนี้จริงๆแล้วเขาคิดอะไรอยู่มันอาจจะมีหลายอารมณ์อยู่ในนั้นเพราะมันมีที่ต่างกัน

ความขัดแย้งในตัวเอง อันนี้พูดเอาทฤษฎีฝรั่งมาผสมเดี๋ยวจะบอกว่าของไทยคิดมาตั้งนานแล้ว ความขัดแย้งนอกจากในตัวเองนอกตัวเอง มันมีความขัดแย้งระหว่างกันคือความขัดแย้งกับผู้อื่นเพราะขนาดเราเองยังขัดกับตัวเองเลยกับคนอื่นก็สามารถที่จะขัดกันได้แน่นอนเพราะต่างคนต่างพูด ไอ้เครื่องมือนี้เคยเล่นกันสมัยเราเด็กๆ เขาเป็นเครื่องมือที่เขาไว้สอนเรื่องการฟังพูดข้างหนึ่งฟังเสียผ่านสายด้ายไปให้ได้ยินอีกด้านหนึ่งเพื่อทดสอบเรื่องการพูดและการฟังซึ่งเป็นการสื่อสารของมนุษย์ที่มันต้องมีคนพูดและมีคนฟัง แต่ส่วนใหญ่ที่มนุษย์มันขัดแย้งกันเพราะมันมีแต่จะพูดเอาของกันออกไปแต่ไม่ค่อยจะฟังและนั่นเองคือ **key word ของการตอบคำถามคำเดียวว่าความขัดแย้งได้อย่างไร ก็แก้ด้วยการฟัง เราไม่ตะโกนใส่หู เราต้องฟังเขาก่อนแล้วเราจะช่วยลดความขัดแย้งได้ทั้งหมด** ไม่ว่าจะเป็น

เป็นความขัดแย้งในตัวเอง ความขัดแย้งของครอบครัว หรือความขัดแย้งในระดับชุมชน แม้แต่สื่อเหลืองแดง “คุณหมอกะ คุณหมอ อยู่สืออะไรคะ” พวกเราทุกคนโดนถามทั้งนั้นในช่วงที่เราเป็นบรรณาธิการเมืองครุครุ่นคนไข่มานั่งจับตามองก่อนเลยว่าหมอยุ่พวกไหน ถ้าตอนนั้นใจเราพร้อมที่จะตอบเลยว่าหมอยุ่พวกนี้พวกนั้น เป็นการแสดงความชอบธรรมถูกต้องนั่นก็คือการพร้อมที่จะขัดกันที่อยู่ แล้ว แต่หากเราหยุดฟังให้ทันก่อนว่าที่ถามแบบนี้เพราะว่าเขาอยู่พวกไหนหรือ หรือต้องการที่จะพูดอะไรกับเรา สิ่งเหล่านี้**หากเราฟังก่อนเราจะชนะความขัดแย้งทุกรูปแบบ ทุกระดับ** ถ้าเราไม่ฟังเราก็จะได้น้ำกากากกันและเราก็จะเริ่มจะเป็นปีศาจเข้าหากัน และถึงแม้ว่าเราจะยอมแต่เป็นการยอมด้วยการสะสมความแค้นแบบคุณทวีเพิ่มดอกเบี้ยไปเรื่อยๆ ทั้งๆที่วันนี้ฉันยอมแล้ว ซึ่งจริงๆมันก็ไม่ใช่ว่าเรื่อง การยอม **ความขัดแย้งไม่ได้แก้ด้วยการยอมให้ ความขัดแย้งแก้ได้ด้วย การฟัง** ฟังก่อนยังไม่ต้องคิดว่าจะแก้อย่างไรแต่ต้องฟังก่อน

และ**ความขัดแย้งภายในครอบครัว**แต่ที่พ่อแม่ทะเลาะเรอบอกว่าทะเลาะกันลูกไม่เคยรู้เลย คุณรู้ได้อย่างไรว่าลูกไม่รู้เลย ไม่ เป็นความจริงเพราะบรรณาธิการที่ฟ้อง อาการหน้าตาที่บูดบึ้ง บรรณาธิการสยองๆจนลูกมันทำให้ลูกรับรู้ได้แม้ลูกจะพูดไม่ได้สักคำก็ตาม เด็กเขามีสัญชาตญาณเยอะเนื่องจากเขาพูดไม่ได้ดังนั้นสิ่งที่เขาสัมผัสได้คือบรรยากาศรอบตัวเขา เขาสามารถสัมผัสได้ทันทีเวลาที่แม่มีความวิตกกังวลสูงเขาก็จะงอแงขึ้นมาทันที เด็กเขาไม่รู้หรอกว่าแม่วิตกอะไรแต่บรรยากาศจากแม่มันมีศรีมึนบางอย่างออกมา มนุษย์เรา สัมผัสกันด้วยหลายอย่างที่ไม่ใช่แค่คำพูดอย่างเดียว และก็ยิ่งพาให้ไปทะเลาะถึงพี่น้อง พ่อแม่บอกว่าทะเลาะกันเองสองคนลูกไม่รู้ หรือจริงๆไม่เป็นเช่นนั้น และความขัดแย้งเหล่านั้นแม้ในระดับพี่น้องก็เป็น เป็นอยู่เรื่อยๆด้วยซ้ำและการที่เราขัดแย้งในระดับพี่น้อง บางครั้งบางคนบอกว่าเหนื่อยมากที่บ้านทะเลาะกันแล้ว แต่ความจริงแล้วการทะเลาะกันทำให้แต่ละคนรักกันก็มี มันทำให้เรารู้สึกว่า ขาดกันไม่ได้

เพราะฉะนั้นความขัดแย้งมันเกิดจากอะไร โดยเฉพาะความขัดแย้งระหว่างบุคคล ถ้าคนสองคนคุยกันด้วยท่าทางแบบนี้ก็ คุยกันไม่ได้จะหันหน้าคนละทางนั่งแบบนี้ไม่พร้อมที่จะเจรจา

ถ้าคนสองคนมาเจอกันทันทีที่มาเจอกันปฏิกิริยาแรกคือ “โอ้โห้ มันคิดมาได้อย่างโง่เงาเนี่ย แสดงว่าคุณไม่มีประสบการณ์ บางอย่างละซิ ประสบการณ์คุณยังน้อยเกินไป สู้ฉันไม่ได้หรอกฉันจะเล่าให้ฟัง” ถ้าหัวเราคิดแบบนี้ตั้งแต่ตั้งต้นมันมีความเสี่ยงแล้วที่ จะเกิดความขัดแย้ง พร้อมจะชน พร้อมจะขัดแย้ง แต่หากเราคิดใหม่ทันทีที่เราสองคนเจอกันแล้วเขาพูดประโยคใดประโยคหนึ่งออก มาแล้วเราตอบกลับว่า “อืม คุณคิดได้อย่างโง่เงาเนี่ย แสดงว่าเธอมีประสบการณ์อะไรที่ฉันไม่เคยมีหรือ ลองเล่ามาหน่อยสิ” ซึ่งลักษณะนี้ เป็นการเปิดท่าทีพร้อมที่จะรับฟังเพื่อน พร้อมที่จะเรียนรู้ใหม่ พร้อมที่จะเป็นมิตรมากขึ้น ในปรากฏการณ์เดียวกันขึ้นอยู่กับสมองเราว่า ดีความว่าอย่างไร และมันก็จะเป็นอย่างที่บ่งบอกต่อไปว่าเรากำลังจะทะเลาะกับเขาหรือเรากำลังจะดีกับเขาแล้วเดินไปด้วยกัน ที่ฝรั่งเขา เรียกว่า Win-win situation มันก็คือฟังให้เข้าใจแล้วไปพร้อมกัน เพราะฉะนั้นหากเราคิดใหม่เราจะหันหน้ามาคุยกันได้ ซึ่งทักษะการฟัง ต้องฝึกบ่อยๆ ฝึกทุกวัน ทุกนาที เพราะทันทีที่เรามีความขัดแย้งเรามีสิทธิ์โกรธเราสามารถโกรธไปก่อนแล้วกลับมาคิดก็ได้ว่าที่เขาทำ แบบนี้จริงหรือเปล่า หรือคิดแบบอื่นได้ไหม คำโกรธของเราที่จะส่งลงมา ความขัดแย้งมันมีระยะของมัน มันเหมือนไฟที่แหว่งเข้ามา เหมือนเวลาเราโกรธที่จะเล่นมาอย่างรวดเร็ว แต่พอมันเย็นมันก็จะลงอย่างรวดเร็ว

ความขัดแย้งมันเป็น curve ของมันอยู่ถ้าคนสองคนยังมีส่วนร่วมกันอยู่ สนใจเหมือนกัน คิดคล้ายๆกันเราก็โอเค ไม่มีความ ขัดแย้งใดๆอยู่กันอย่างสันติสุขไปได้จนถึงขีดๆหนึ่งที่มีประโยชน์ขัดแย้งที่เริ่มต้นไม่ได้พร้อมจะเถียงซึ่งหากทั้งคู่พร้อมที่จะเถียง เหมือนกันมันก็เป็น การเพิ่มความเข้มข้นของความขัดแย้งทันที แต่มันก็จะมียุจุดสิ้นสุด ดังนั้นแม้ว่าความขัดแย้งไม่ว่าจะวงเล็กหรือวง ใหญ่มันก็เป็น curve เดียวกัน อันนี้ฝรั่งว่าไว้แต่อย่าให้ฝรั่งไม่ว่าเรารู้ที่อยู่เพราะมันมีฐานรากอันหนึ่งที่มนุษย์ทุกคนร่วมกันอยู่ก็คือเรามี

ระดับที่ควบคุมอยู่ได้ด้วยความไม่ขัดแย้งนั้นคือระดับของสันติ ซึ่งมนุษย์ทุกคนมีรากเดียวกัน ความสุขที่เราอยากที่จะโยกหามันคือความสุข

สัญชาตญาณของมนุษย์เป็นสัญชาตญาณที่ดีที่สุดที่ใช้กำจัดความขัดแย้ง เป็นความรู้สึกที่เราสัมผัสได้เราก็ดึงเข้าไปก่อน “เราขอโทษนะเมื่อวานเราพูดอะไรแรงไปหรือเปล่า” เราต้องคุยกันที่อย่าปล่อยให้ปัญหาสะสม เพราะยิ่งสะสมนานวันปัญหามันจะเกิน และจะสะสมมากขึ้นเรื่อยๆ เพราะฉะนั้นทันทีที่สัมผัสได้ถึงความขัดแย้งเราต้องเข้าไปคุยก่อน คุยให้เข้าใจก่อน แต่พอมันเกิดเป็นวิกฤติว่าเขาโกรธเรามากขึ้นจริงๆ อย่ายอมแพ้เราต้องเผชิญหน้าซึ่งการเผชิญหน้าในที่นี้ไม่ใช่เราต้องไปสู้รบ แต่เป็นการเผชิญปัญหาว่าปัญหาที่แท้ที่ทำให้เขากับเราโกรธกัน และก็ร่วมแก้ปัญหาด้วยกัน แต่หากเป็นความขัดแย้งที่มีความรุนแรงร่วมด้วยแล้วเป็นความขัดแย้งที่ยากเกินการคุยกันได้อาจจะต้องตั้งโต๊ะเจรจาอย่างจริงจัง และหากคนกลางที่ไม่ได้อยู่ในความขัดแย้งนั้นมาก่อนเข้ามานั่งเป็นคนกลางฟัง เพราะว่าต่างฝ่ายต่างก็ไม่อยากจะฟังกันแล้วดังนั้นขอคนกลางเข้ามาช่วยฟังด้วยหน่อย แต่คนกลางไม่จำเป็นต้องเป็นคนเกลี้ยกล่อมเพียงแค่นี้มีหน้าที่มาฟังอย่างยุติธรรม ฟังทั้งสองซีกพอเย็นลงและรู้ว่ามีความต้องการปลายทางในสิ่งใดเหมือนกันแต่ขั้นตอนมันคนละวิธี มันพอจะมีวิธีที่ร่วมกันไหม เอาอันที่ต่างวางไว้ก่อนเอาที่พอจะร่วมกันได้มาเป็นตัวคุยก่อน

ที่จริงการแก้ปัญหาที่เป็นแบบนี้ ขึ้นรุนแรงอย่างสามจังหวัดชายแดนใต้ก็แก้แบบเดียวกันนะอะเพียงแต่สามจังหวัดชายแดนใต้มันไม่ได้จะมีคนอยากแก้อย่างจริงจังเท่านั้นเอง **ไม่มีความขัดแย้งใดของมนุษย์ที่จะแก้ไม่ได้ยกเว้นไม่ยอมแก้**

ขั้นสุดท้ายต่อให้เราดำเนินการไปเรียบร้อยแล้ว **ขั้นสุดท้ายอย่าลืมขอโทษ**ขอโทษขอโหลิกรรมกันไว้ด้วย จริงแล้วขอโทษมันได้ทุกระยะ ได้ตั้งแต่ระยะแรก ขึ้นต้นความขัดแย้งก็ขอโทษมาเรื่อยๆ ได้ การขอโทษไม่ได้แปลว่าเราแพ้ การขอโทษเป็นการยอมรับว่าเราอาจจะไปทำให้เขาไม่ถูกใจแค่เราทำโดยที่ไม่ได้ตั้งใจเราก็ก่อโทษได้ ไม่เสียหน้า ไม่เสียศักดิ์ศรี ใช้บ่อยๆเราจะได้อุ่นๆ

ที่นี้พอเรารู้แล้วว่าระยะของความขัดแย้งมันเป็นแบบนี้ แล้วมันจะแก้ยังไง ฝรั่งเศสบอกว่าพฤติกรรมคนในการแก้ความขัดแย้งมี 5 แบบ 5 พฤติกรรม ซึ่งการแก้ความขัดแย้งขึ้นอยู่กับว่าเรามุ่งมั่นจะแก้ปัญหาขนาดไหน หรือมุ่งมั่นจะแก้ความขัดแย้งแค่ไหน มี 2 อันที่ใช้กำจัดความขัดแย้งที่ว่าคือการ ตั้งแกน x กับแกน Y ขึ้นมา **กลุ่มแรก** ความมุ่งมั่นสูงแต่ไม่ค่อยอยากจะร่วมมือกับใคร กลุ่มนี้ก็จะแก้ปัญหาแบบแข่งขันเกร่งแย่ง ต้องมีฝ่ายใดแพ้ และฝ่ายใดชนะ มีแค่ 2 ทางออก **กลุ่มที่สอง** ถ้าฉันมุ่งมั่นน้อย ช่างมันเถอะ ปัญหาจะเกิดอะไรก็ไม่ค่อยอยากแก้เท่าไรให้เขาแก้กันไป เรากลางๆ ก็พออยู่เฉยๆไว้ดีกว่า แล้วก็ไม่ต้องยุ่งกับใครเขาดีกว่า เดี่ยวพายุก็พัดผ่านไป ซึ่งกลุ่มนี้ไม่ใช่การแก้ปัญหาเพราะการแก้ปัญหาไม่ใช่การอยู่เฉยๆให้พายุพัดผ่านไปเอง หากเอาทางพุทธมาว่า อุเบกขา ไม่ได้แปลว่าให้อยู่เฉยๆแบบชนิดว่าไม่ต้องรู้เห็นเป็นใจใดๆกับใครทั้งสิ้น **กลุ่มที่สาม** หากเราต้องการความร่วมมือกับคนอื่นมา ต้องการความสัมพันธ์ ไม่ต้องการความขัดแย้งใดๆกับใครทั้งสิ้น “ช่างมันเถอะปัญหาจะแก้ได้ไม่ได้ก็ยอมๆกันไป” คำว่ายอมๆกันไป กลุ่มพวกนี้ก็เรียกว่าตามไหนตามนั้น ปัญหาจะไม่ถูกแก้เพราะจะเบี่ยงไปทางเดียว **กลุ่มที่สี่** กลุ่มตรงกลางๆ ความร่วมมือที่อยากทำงานก็มี ความไม่ยอมขัดแย้งก็มี ความรู้สึกอยากแก้ปัญหาก็มี แต่มันก็ยังไม่ถึงที่สุดนะ กลุ่มนี้ก็ยังถือว่ายอมรับได้ยอมกันคนละครั้งๆ แต่**กลุ่มสุดท้าย** เป็นกลุ่มที่อยากได้มากที่สุดคือ กลุ่มที่สามารถจัดการความขัดแย้ง คือเป็นกลุ่มที่ฉันมีความอยากมุ่งมั่นที่จะแก้ปัญหาร่วมกันกับเธอกับฉันอย่างเต็มที่ พวกนี้เขาเรียกว่า เราร่วมมือกันแก้ปัญหาของเราอย่างเต็มที่เพื่อเป้าหมายของเราทั้งสองคน มันมีทางเลือกอื่นอีกไหมในการจัดการร่วมกัน

แนวคิดใหม่ของการจัดการความขัดแย้ง คืออะไร เพราะความขัดแย้งเขามองใหม่มั่นไม่ใช่ปัญหาแต่มันคือปรากฏการณ์ธรรมชาติที่ของทุกสิ่งมันขัดกันอยู่เหมือนเราก้าวเดินเราเดินไปข้างหน้าได้เพราะขาซ้ายกับขาขวามันขัดกันอยู่ มันไม่สามัคคีกันเราจึง

สามารถเดินไปข้างหน้าได้ แต่หากขาซ้ายขาขวามันทำหน้าที่เหมือนกันเราก็จะเดินไปข้างหน้าไม่ได้ มันต้องกระโดดหน้ากับกระโดดหลังจะทำให้ล้ม เพราะฉะนั้นมุมมองต่อการแก้ปัญหาความขัดแย้งใหม่อำนาจไปคิดว่ามันเป็นปัญหา มันเป็นแค่ธรรมชาติที่จะทำให้เราเดินไปข้างหน้าได้เร็วขึ้นเพราะมันมีปัญหามันถึงทำให้เราเดินไปได้เร็ว

และในธรรมชาติของความต่างกัน เรามีส่วนที่เหมือนกันด้วยแม้ในผู้หญิง ผู้ชายเรายังมีอวัยวะภายในที่เหมือนกัน ซึ่งในมนุษย์คนนั้นมันจะต้องมีสีกมูมที่เหมือนกันเรามีหน้าที่ต้องหา มุมที่เรารู้สึกกับคนบางคนมันเป็นแค่มุมเดียวเราอาจจะมุมที่เหมือนกับเขาได้สีกมูม ถ้าเราหา มุมที่เจอเราจะหาความร่วมมือเจอ และเราจะสามารถหาทางออกเจอ ความขัดแย้งทำให้เกิดพลัง **ความขัดแย้งมองใหม่ คิดใหม่ ฝึกสมองเราใหม่ว่ามันคือความสวยงามของมนุษย์ที่มันเห็นชัดกัน** ที่มาของความขัดแย้งมันคือ ภูเขา น้ำแข็ง (Iceberg)

ความคาดหวังมาจากความต้องการที่แท้จริงบางอย่าง ฉันอยากได้ความรักจากเธอบ้าง ฉันอยากได้ความรู้สึกที่เท่าเทียมกัน เพราะตั้งแต่ฉันก็รู้สึกว่าคุณค่าฉันต่ำด้อยกว่าเธอแล้ว ถ้าเพียงเธอทำให้ฉันรู้สึกว่าคุณค่าฉันเท่าเทียมกับเธอเป็นคนเหมือนๆเธอฉันก็จะรู้สึกพอใจ แต่เพียงเพราะเธอไม่ตอบคุณค่าที่ฉันอยากได้นั้นเลย โกรธ นั่นแปลว่า self ฉันกำลังแย่ ซึ่งสิ่งเหล่านี้ในฐานะหมอหากสามารถช่วยให้คนไข้หรือคนที่กำลังมีปัญหาได้วิเคราะห์ปัญหาตนเอง อาจจะใช้เป็นคำถามก็ได้เพื่อสะท้อนความคาดหวัง ความต้องการของเขา ใช้ภูเขาน้ำแข็งบ่งบอกว่าแม้กระทั่งกับตัวเอง แยกการรับรู้ ความรู้สึก ข้อเท็จจริง แยกที่มาของการเกิดปัญหา

มนุษย์เราพอเกิดปัญหาส่วนมากจะแก้รวดเร็วมัก พอมีปัญหากการตอบสนองจะออกไปทันที และหลังจากมีการตอบสนองแล้วความเครียดก็จะตามมาว่าแก้ถูกหรือเปล่า ทำผิดหรือทำถูก ความขัดแย้งของมนุษย์แก้ได้เรื่อยๆ

ทางออกร่วมกันของการแก้ไขความขัดแย้ง ถ้าเรามองใหม่ถึงความขัดแย้งที่แท้คือธรรมชาติ ความขัดแย้งที่แท้คือความสวยงามที่ขัดกัน ทางแก้ที่สำคัญก็คือ **ต้องฟังก่อน** ซึ่งถ้าข้อนี้ไม่ผ่านก็ไม่ต้องไปหาทางแก้อื่น และฟังไม่ใช่แค่ฟังให้ผ่านหู หรือเก็บเรื่องราว แต่ฟังให้เข้าใจ เทคนิคที่อาจจะใช้ได้คือฟังแล้วนึกภาพตามเหมือนว่าเราฉายหนังอยู่ในหัวของเราด้วย เราต้องฟังให้ได้เห็นซึ่งทำได้ง่ายๆโดยใช้จินตนาการของเราตามภาพที่คนไข้เอามาให้ได้มากที่สุด และต้องคอยตรวจสอบทุกระยะว่าที่เราจินตนาการกับเรื่องของคนไข้ยังเป็นเรื่องเดียวกันอยู่ เดียวจะเป็นการฉายหนังคนละโรงกัน ถ้าเราฟังได้เข้าใจเราจะตอบได้หมดเลย

จะเล่าเรื่อง น้องนักเรียนแพทย์คนหนึ่งต้องขอบคุณเขาเพราะเขาเป็นครูให้กับเราเลย เขาเป็นคนสอนให้เราได้มองเข้าไปในตัวเราเองว่าเราคิดอย่างไรในขณะที่เรากำลังโมโห ในขณะที่เราขัดแย้ง มีนักเรียนแพทย์คนหนึ่งได้เข้ามาแล้วก่อนขึ้นกองเราว่าเป็นนักเรียนแพทย์เจ้าปัญหา ขี้เกียจ มาสาย ไม่รักเรียน ไม่รับผิดชอบ ไม่ส่งรายงาน แค่นี้เราก็คิดไปก่อนแล้วว่าหน้าตามันต้องเป็นเด็กมีปัญหา ปรากฏว่าน้องคนนี้เป็นเด็กผู้ชายหน้าตาดีธรรมดา ต่ำๆ ใส่แว่น มาถึงเข้าห้องเรียนมาสายเกือบ 30 นาที เสื่อกราวนัยอยู่ มอซอ หัวฟูเหมือนเพิ่งตื่นนอนมาจริงๆ และเดินเข้าห้องเรียนมาเหมือนไม่เคียดร้อนอานาทรต่อเรื่องใดๆ เพื่อนๆนั่งกระสับกระส่ายอยู่ทั้งห้องแต่มันเดินเข้ามาเฉยๆ ไม่รู้ร้อนรู้หนาวแล้วก็มอมหาสปอตว่าจุดไหนว่าง แล้วก็เดินไปนั่งเฉยๆ ไม่ขอโทษ ไม่รู้สึกผิดอีกต่างหาก (คำว่าไม่รู้สึกผิดคือเราตีความ) เขาแค่เดินเข้ามาหาเก้าอี้ที่นั่งเฉยๆ เราจากที่มีข้อมูลที่ดีความแล้ว อาจารย์ก็สอนต่อไปจนในที่สุดเลิกเรียนเราก็บอกว่าเลิกเรียนแล้วมาคุยกันหน่อยสิ เพื่ออยากคุยกับเธอหน่อย ก็เลือกที่คุยที่ไม่ต้องให้เขารู้สึกว่าเสียหน้า และก็ไม่ต้องทำเสียงเข้มในการเชื้อเชิญในการคุย เปิดทำที่

อาจารย์: “โทษที ที่พี่อยากคุยเพราะว่าดูเธอโทรมา” อันแรกเป็นการสะท้อนในสิ่งที่เห็นก่อน

อาจารย์: “มีอะไรหรือเปล่า มีความสุขดีไหม ที่มาสายหรือเปล่า การเรียนมันน่าเบื่อไปป่าว” อันที่สอง ถามเพื่ออยากรู้มุมมองของเขา

น้องนักศึกษา: “ผมไม่เป็นไรครับอาจารย์ ผมไม่มีปัญหาอะไรเลยครับ ผมสบายดีครับ เออ ผมขอโทษอาจารย์ด้วยครับที่มาสาย เสื้อผ้าก็ไม่ได้เป็นอะไร แต่ได้คำอาจารย์อยากให้ออกไปวิ่งใหม่ครั้งหน้าจะให้เรียบร้อยกว่านี้ครับ” คือหากเราอยากได้ action เรา ก็จะได้ action เราก็ชวนคุยไปก่อน

อาจารย์: “แล้วเรื่องของความสุขละ มีนักเรียนแพทย์หลายคนเรียนไปแล้วไม่มีความสุข ไม่อยากเรียนเธอเป็นด้วยหรือเปล่า” เทคนิคนี้คือการทำให้เขารู้สึกว่าเป็นอยู่ในกลุ่มคนส่วนมาก คือ คนอื่นก็ทำ คนอื่นก็ทำ ไม่ใช่เรื่องแปลก

นักศึกษา: ก็เป็นบ้างครับอาจารย์เพราะผมว่ามันไม่ใช่ทางของผม

อาจารย์: แล้วทางของเธอเป็นอย่างไร

นักศึกษา: ก็ผมก็ชอบทำอะไรอย่างอื่นที่ไม่เหมือนแพทย์สักเท่าไร

อาจารย์: อะไรบ้างที่เธอชอบ (พอเราคุยในเรื่องที่เขาชอบเขาจะอยากคุย)

นักศึกษา: เออ แต่ๆ ไม่เป็นไรครับอาจารย์ เดี่ยวผมแก้ปัญหาของผมเองได้ (มันปิดประตูมาใหม่อีกรอบ) ก็ว่าจริงๆ แล้วผมเป็นผู้ใหญ่กว่าเพื่อนวัยเดียวกัน (นั่นแปลว่าต้องมีอะไรที่เขาผ่านมามีความรู้ดีกว่าตัวเองเป็นผู้ใหญ่กว่าคนอื่นในวัยเดียวกัน)

อาจารย์: อะไรที่เธอว่าเป็นผู้ใหญ่กว่าเพื่อนวัยเดียวกัน

นักศึกษา: คือผมแก้ปัญหาตัวเองมาตั้งแต่อนุบาล 2 แล้วครับอาจารย์

อาจารย์: (ได้ฟังแล้วผู้ฟังเพราะเป็นเรื่องที่หมอ FM ชอบมากกว่ามันมีอะไรตอนอนุบาล 2)

นักศึกษา: ตั้งแต่ผม 6 ขวบพี่สาวผมเสียชีวิต ตอนนั้นพี่สาวผมผมแก่กว่าผม 2 ปี พี่สาวอายุ 8 ขวบ

อาจารย์: (เราต้องนึกภาพตามเด็ก 6 ขวบ ว่าตอนนั้นเรามีพี่สาว 8 ขวบ 1 คน) แล้วพี่สาวเกิดอะไรขึ้นเธอ

นักศึกษา: เราไปโรงเรียน นั่งรถโรงเรียนไปกลับบ้านผมอยู่ต่างจังหวัด แล้วก็เข้าวันนั้นเกิดอุบัติเหตุทางรถ และพี่สาวตายจากอุบัติเหตุ ผมจำได้ว่ามันโกลาหลกันหมดเลย ผมถูกพาตัวออกมาได้แต่ไม่ได้เป็นอะไร

เขาเป็นคนที่เหลือรอดแต่แม่เนี่ยแย่มากเลยแม้การเป็น Major depression ซึมเศร้า เพราะว่ามันจริง ๆ (พอเป็นหมอ แม่เป็นแม่บ้าน) ทุกทีแม่ต้องเป็นคนไปส่งลูกแต่วันนั้นให้ลูกลงขึ้นรถโรงเรียนไปเองแล้วเกิดอุบัติเหตุ แม่ก็เลยไม่ให้ภัยตัวเองอีกเลย พ่อซึ่งเป็นหลักอยู่แม่จะเป็นหมอก็จริงแต่เจอสถานการณ์แบบนี้ก็ยากที่จะควบคุม ไหนจะภรรยาที่เป็น Major depression และลูกชายวัย 6 ขวบจะจัดการอย่างไร

นักศึกษา: พอพาผมไปเข้าโรงเรียนประจำตั้งแต่อายุ 2 ภาพที่ผมเห็นคือภาพที่ผมอยู่คนเดียวในโรงเรียนทำอะไรไม่ได้เลย นอกจากวิ่งหลังโรงเรียนและทุ่งนาเว้งว่าง ผมวิ่งอยู่คนเดียวเพื่อน ๆ กลับบ้านกันหมด เพื่อนมาเรียนเสร็จเล่นๆ แล้วก็กลับบ้านทุกวัน เสาร์อาทิตย์ถ้ามีบางคนที่อยู่เสาร์อาทิตย์ที่บ้านก็มารับกลับ แต่ที่บ้านผมไม่มี พ่อแม่ฝากเอาไว้ตรงนั้นเลย เดือนนึงสองเดือนค่อยมารับกลับ

เราคงนึกภาพได้ในใจที่ผู้ใหญ่มักจะเป็นอย่างไรบ้าง แม่เป็น Major depression กว่าพ่อจะจัดการแม่ได้ก็แทบแย่ แต่ถ้าตอนนั้นหากเราแกล้งสวนไปทันทีว่า “แต่เธอก็ต้องเข้าใจพ่อเธอด้วยว่าพ่อเธอคงจัดการแม่อยู่” เด็กคนนี้จะรู้สึกทันทีว่าไม่มีใครเข้าใจเขาเลย ซึ่งบทบาทของผู้ฟังไม่ต้องไปอธิบายปรากฏการณ์กับคนเล่า หน้าที่แค่ฉายหนังตามให้ทันและตรงกับเรื่องที่กำลังเล่า

นักศึกษาก็บอกว่าผมก็ต้องอยู่กับสภาพนี้มาตลอดไม่รู้จะอยู่อย่างไรให้รอดก็ต้องหาทางอยู่ให้รอด ผมวิ่งเล่นอยู่คนเดียวครูกี่ส่งสารหาเกมมาให้เล่น เกมที่เล่นคือเกมคอมพิวเตอร์ ผมก็เล่นได้อยู่อย่างเดียวรู้สึกสนุกมาก อ่านหนังสือก็ไม่ชอบรู้สึกเบื่อ ก็เล่นเกมคอมพิวเตอร์จนเข้ากระแสเลือด เล่นอย่างไรงี้แหละ และผมก็เรียนเก่งมาเรื่อยๆจนกระทั่งสอบหมอให้พ่อแม่ เพราะเหลือผมเป็นลูกคนเดียว แม่ก็คาดหวังให้เป็นหมอก็เรียนหมอให้แม่ ตอนปี 1,2,3 ผมทำกิจกรรมทุกอย่างเลย ผมเป็นเด็กกิจกรรม แต่พอขึ้นปี 4 บู๊มันจืดไม่ใช่เพราะว่าเขาโง่งนะแต่เพราะว่ามันเรื่องที่ดีอยู่ในใจ

นักศึกษา : ผมไม่อยากเห็นคนไข้ครับ ผมเกลียด ผมรู้ตัวทันทีที่ผมเกลียด และผมก็รู้สึกผิดทุกครั้งที่เกิดคนไข้ พยายามจะทำให้สำเร็จเรียนให้จบให้พ่อกับแม่ก็จะพอกันแล้ว พยายามจะเข้าให้ครบ 80% แล้วที่ไม่ส่งรายงานไม่ใช่เพราะว่าผมเขียนรายงานไม่ได้นะแต่รับไม่ได้ที่จะต้องบรรยายความทุกข์ยากของผู้คนลงมานบนกระดาษ

อาจารย์: (แล้วมันจะเป็นหมอยังไง) เกลียดคนไข้ในที่นี้คือเกลียดงานแบบนี้ ไม่ชอบไปยุ่งกับงานที่ทุกข์ยากของคนเพราะมันมีผลอยู่ ตัวเองทุกข์มากกว่าจะเยียวยาตัวเองให้รอด จะให้ไปซ้ำซากอยู่กับทุกข์ของคนอื่นก็แย่อยู่แล้ว “แล้วถ้าไม่เป็นแพทย์เธอจะทำอะไร”

นักศึกษา : ผมไปแข่งเล่นเกมรวมเป็นทีมในพันทิพ ไปแข่งชนะได้ระดับ world championship ติดกันมา 3 เดือน

ถ้าโลกของการเป็นนักเรียนแพทย์ยังงี้ กับโลกอีกใบที่เขาเป็น world championship เราจะเดินไปโลกไหนดีล่ะ ที่มาสายเพราะฉันไม่ไหวเนื่องจากคึกๆไปแข่งเกม แล้วเขาก็มีทางสำหรับเขาคือเรียนหมอให้จบๆไปให้พ่อแม่ แล้วหลังจากนั้นก็จะเป็นทางที่เป็นทางของเขา เราด้วยความที่เป็นอาจารย์ก็เสนอทางออกอื่นนอกจากการทนกลั้วกลืน “ถ้าอย่างนั้นพี่ว่าเธอเทียบเกรดเทียบเท่าปริญญาตรีก่อนดีไหม แล้วค่อยต่อโทในสาขาที่ชอบ”

นักศึกษา : ทำได้หรือครับอาจารย์ เดี่ยวผมจะกลับไปหาเองว่ามีทางไหนไหม

เช้าวันต่อมา ข้อมูลพร้อมเอกสารจากนักศึกษาเดินถือเข้ามาปรึกษาใหม่จะสามารถไปสาขาไหนได้บ้าง พร้อมกับความหวังที่มีทางไป แต่โจทย์ต่อไปคือการคุยกับพ่อ แม่ ให้เข้าใจและยอมรับในทางเลือกนี้

อาจารย์: .ให้พี่คุยกับพ่อแม่เธอให้ไหม

นักศึกษา: ไม่เป็นไรครับเดี๋ยวผมจัดการเอง (เพราะที่ผ่านมาเขาจัดการปัญหาทุกอย่างด้วยตัวเอง)

หลังจากนั้นเขาก็ไปจัดการนานเนิ่น และก็ดูเหี่ยวลงๆ จากตาที่ประกายความหวังก็หรี่หรือหายไป

อาจารย์: .เกิดอะไรขึ้นหรือเปล่า

นักศึกษา: ผมแก่เร็นๆเองเท่านั้นครับแม่ก็ depress เลย แล้วแม่ก็บอกว่าไม่ได้เด็ดขาดเธอคือความฝันเดียวของฉัน แล้วผมก็ยอมให้แม่เจ็บไปมากกว่านี้ไม่ได้แล้ว ผมรับไม่ได้ อาจารย์จะรับผิดชอบไหม

อาจารย์: เพราะเธอรักแม่มาก ไม่อยากให้แม่เจ็บอีกแล้ว

นักศึกษา: อาจารย์ ผมทำใจไม่ได้ ขอผมทำใจก่อนได้ไหม เดี่ยวพอผมทำใจได้ผมจะไปคุยกับแม่เองอีกรอบหนึ่ง และขอเวลาแม่ทำใจด้วย ผมจะค่อยๆบอกแม่ทีละนิดๆเรื่อยๆ

เราก็ปล่อยให้เขาไปจัดการเรื่องราวของเขาเอง เราก็ยังได้รับรายงานจากกองต่างๆว่าโคตเป็นประจำ รายงานไม่ส่ง มาสาย และอื่นๆ เราก็รู้สึกว่าการปล่อยให้ F หลายๆตัวแม้แต่ปรัชญาตรีก็จะได้เอา จะจบออกไปอย่างผู้แพ้ ในที่สุดอาจารย์ก็จัดการนักศึกษา ก็เลยช่วยด้วย คอยเสริมพอกก็เพิ่งรู้ว่าลูกไม่ชอบ ลูกบิดมาตลอดไม่เคยรู้เลย แต่พอกก็พอรับได้บ้างเพียงแต่ก็เสียหน้าเล็กน้อยเพราะคนที่จังหวัดเขารู้กันไปหมดแล้วว่าปีหน้าลูกจะจบหมอ ในขณะที่แม่หัวกระเป๋ามาอนหอเฝ้าลูกตลอดเวลาว่าอย่างไรแกก็ต้องเข้าห้องเรียน ต้องเรียนเพื่อมัน น้องนักศึกษาที่เลยรู้สึกว่ามีแม่ล้ามโซ่ไว้ตลอด หอก็ไม่มาอยู่ ในที่สุดแม่ก็ต้องยอมแพ้แม่แม่จะกรี๊ดร้องโวยวาย เสียใจแค่ไหนแม่ก็ต้องยอมรับความจริง ในที่สุดเด็กคนนี้ก็ไปตามฝันของตัวเองอยากเป็น

เพราะฉะนั้นการแก้ความขัดแย้ง **ขั้นแรก**ฟังให้เข้าใจและด้วยความเข้าใจ ถ้าขั้นนี้ไม่ผ่านก็อย่าหวังจะก้าวไปขั้นต่อไปได้เลย **ขั้นที่สอง** คือการปล่อยเวลาไปย่อยไปคิดด้วยตัวของเขาเอง **ขั้นที่สาม** ลองพยายามสร้างบรรยากาศดีๆร่วมกัน หรือคุยในลักษณะที่ผ่อนคลายไม่ใช่การจับผิด หรือการกล่าวหา และหลายๆครั้งอาจจะต้องมีการเปลี่ยนกรอบใหม่ให้ปัญหา *re frame* ปัญหา ดังนั้นเวลาเจอปัญหาการเปลี่ยนกรอบใหม่ได้ให้กับปัญหา จะช่วยให้เราเห็นช่องทางแก้ไขได้เพิ่มขึ้น และเชิญทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องมารับรู้เรื่องราวให้เร็ว และหามุมมองที่เหมือนกันให้ได้ และยืดหยุ่น เพราะสถานการณ์เราไม่ได้แก้เพียง 4-5 อย่าง แต่ข้อระวางของการแก้ความขัดแย้งก็ต้องกระทำด้วยความระมัดระวังอย่าประมาท พยายามให้คนอื่นบาดเจ็บให้น้อยที่สุด ข้อสำคัญข้อสุดท้ายอย่าทูปโตะ เมื่อไหร่ก็ตามที่มีความขัดแย้งมนุษย์มีแนวโน้มที่อยากแก้ปัญหาคือความขัดแย้งด้วยการกำจัดมันเร็วๆ การกำจัดมันเร็วๆ ก็คือเอาทางฉันทันทีแหละแล้วก็จบๆกันไปเลย เพราะนั่นคือการทูปโตะที่หวังว่าจะอย่าทำแบบนั้นเพราะมันไม่จบ ทันทีที่ฝ่ายใดฝ่ายหนึ่งทูปโตะเพื่อให้มันเสร็จนั่นคือไม่เสร็จตั้งแต่คิดแล้วเพราะอีกฝ่ายที่แพ้ หรืออีกฝ่ายที่ไม่ได้ทำอะไรสักทีว่า “ไม่ยอม”

สรุปสุดท้าย อยากจะสรุปแบบนี้ว่า พระพรหมคุณาภรณ์ (ประยุทธ์ ปยุตโต) ท่านว่าไว้ว่าความขัดแย้งในแง่หนึ่งก็เป็นธรรมดา เป็นธรรมชาติของสิ่งทั้งหลายที่มีความแตกต่างกันเป็นธรรมดาอยู่ ความแตกต่างที่ขัดกันบ้างเข้ากันบ้างแล้วมันทำให้เกิดความหลากหลายและความสมบูรณ์ มนุษย์เราที่สมบูรณ์ได้เพราะอยู่ได้ด้วยความขัดแย้ง มนุษย์เป็นธรรมชาติที่พิเศษที่จัดสรรความเป็นไปให้เป็นไปตามเจตนาของคนได้ มนุษย์ก็เอาประโยชน์จากความขัดแย้งมาปรับเปลี่ยนได้ให้มันเสริมกันก็ได้ หรือแม้แต่ความแตกต่างที่จะเป็นความขัดแย้งมนุษย์ก็ฉลาดที่จะเอามาเติมเต็มซึ่งกันและกัน **ขั้นแรก** มนุษย์ต้องขัดแย้งเป็นมนุษย์ถึงจะอยู่ด้วยความขัดแย้งได้อย่างสร้างสรรค์ **ขั้นที่สอง** ความขัดแย้งที่ดีต้องมาจากความปรารถนาดี เจตนาดี อยากจะทำอะไรดีๆ เพื่อให้ความขัดแย้งนั้นสร้างสรรค์ได้ ทำให้มันเป็นการแลกเปลี่ยน อาจจะเป็นการเติมความรู้ ทำให้เป็นการสร้างสรรค์สิ่งใหม่ๆด้วยกัน เพราะนั่นคือการจัดการความขัดแย้ง เพราะความขัดแย้งมันไม่ใช่ปัญหา แต่มันคือความที่เราใส่สีลงไปให้ทุกอย่างมีสีสันมีความงามที่เราเป็นมนุษย์อยู่ด้วยกัน

การประชุมเชิงปฏิบัติการห้องย่อยวันที่ 23 ตุลาคม 2553

ห้องย่อยที่ 1 : การเรียนการสอน(สอนง่ายๆ สไตล์ fam med)

โดย พญ.ดาริน จตุรภัทรพร ภาควิชาเวชศาสตร์ครอบครัว คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี



รูปแบบกระบวนการ

เป็นการสอนแบบกึ่ง Lecture กึ่ง workshop* โดยใช้เทคนิค demonstration ทุกเทคนิคที่ต้องการสอนและให้ผู้เรียนมีส่วนร่วมในกลุ่ม และกิจกรรมแบบมีปฏิสัมพันธ์

สาระสำคัญ

รูปแบบการสอนที่แพทยศาสตร์ครอบครัวต้องใช้อย่างแบ่งเป็น

- 1) **Lecture:** small group, large group
- 2) **Clinical setting:** Out-patient, Home visit, และ Bed side teaching

มีการ demonstration เทคนิคการสอน (ตัวเอียงหนา) ที่ทำให้การสอนในรูปแบบต่างๆดังกล่าวข้างต้นมีประสิทธิภาพขึ้น ได้แก่

- 1) การแนะนำตัว: ใช้**เทคนิคแนะนำตัวชื่อเล่นและที่ทำงาน (1)** สำหรับทุกคน และใช้**เทคนิคจับคู่ (by pairing)(2)** ให้คุยกับคนข้างๆ เรื่องที่คนข้างๆ ไม่รู้เกี่ยวกับเรา ใช้**เทคนิค Audience survey (3)** ในการสำรวจว่าใครมาจากภาคใดและใครทำงานสอนบ้าง
- 2) แนะนำรูปแบบการสอน: ใช้**เทคนิค Questioning (4)** ว่าเราต้องสอนใครและต้องสอนในรูปแบบใดบ้าง
- 3) เกริ่นนำก่อนเข้าสู่บทเรียน: ให้ผู้เข้าร่วมประชุมลองนึกถึงเทคนิคการสอนที่แต่ละคนใช้อย่างน้อย 2 เทคนิค โดยใช้ **เทคนิค Post-it 2 แผ่น(5)** หลังจากนั้นใช้**เทคนิคแบ่งกลุ่มตามที่นั่งอยู่ (by geography) (6)** เพื่อรวบรวมเทคนิคที่ใช้อยู่ใน flip chart
- 4) แจ้งจุดประสงค์การสอน 3 ข้อ: ได้แก่ demonstrate 20 เทคนิคการสอน แนะนำ Kirkpatrick's model และให้ผู้เข้าประชุมสามารถนำเทคนิคใหม่ 2 เทคนิคกลับไปใช้ได้
- 5) ยกตัวอย่าง Case สอนแล้วหัด: โดยให้ **Brief case description (7)** เชิญตัวอย่าง Case จริงเข้ามาให้ถามแบบ role play (8) ให้ดูคลิปวิดีโอตัวอย่างการสอนไม่ให้หัด (9) มีการถามการตัดสินใจจากผู้เข้าประชุมว่าทำอะไรจะสอนไม่ให้หัด (10)
- 6) แนะนำ Generation difference สำหรับการออกแบบการสอน: โดยใช้ **เพลงบรรยายความแตกต่างของแต่ละ generation (11)** และ Audience survey ลักษณะของ Gen x Gen y
- 7) บรรยายเรื่อง Interactive lecture: โดยใช้**เทคนิคเชิญผู้เรียนออกมาสอน (12)** โดยใช้**เทคนิคการเลือกรูปการ (13)** และ**ถามคำถามแบบถูกผิดโดยให้ยกมือซ้ายและมือขวา (14)**

- 8) ถกประเด็นเรื่องทำไมควรใช้วิธีการสอนแบบ interactive และทำไมไม่ควรใช้: โดยใช้วิธี Buzz group (15) และโด้วาที่ (16) โดยแบ่งทีมตามการนับ (by counting) (17)
- 9) แนะนำวิธีการออกแบบการสอน Kirkpatrick's model โดยใช้เทคนิคการถามตอบโดยใช้การ์ดสี Dentyne (18) และถูกฝึกโดยการยกมือ
- 10) สรุปเนื้อหาเรื่อง Why and Why not for interactive lecture
- 11) ให้ผู้เข้าเรียนรวบรวมเทคนิคที่เห็นทั้งหมดในชั้นเรียนนี้ โดยการเขียน (19)
- 12) ให้รางวัลผู้ที่ตอบได้จำนวนเทคนิคมากที่สุด (rewarding) (20)
- 13) สรุปเทคนิคอื่นๆให้ทราบเช่น Hand-out with space for writing (21), telling stories by using picture (22)
- 14) Reflection: โดยใช้การเขียนความรู้สึกและเทคนิค 2 เทคนิคที่จะนำไปใช้ต่อไปลงในโปสการ์ด (23) ที่จะส่งให้อีก 1 เดือนให้หลัง
- 15) สรุปเนื้อหาที่เรียนในวันนี้ตามจุดประสงค์และ Take home message

สรุปตอนท้าย

การสอนแบบเวชศาสตร์ครอบครัว (สอนสไตล์ fammed) มีหลักการเหมือนกับการดูแลผู้ป่วยแบบเวชศาสตร์ครอบครัว ในประเด็นดังต่อไปนี้

- 1) ควรเป็นการสอนโดยให้ผู้เรียนเป็นศูนย์กลางและนึกถึงใจของผู้เรียนเป็นสิ่งสำคัญเหมือนการใช้หลักการการดูแลผู้ป่วยแบบให้ผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (Patient-centred medicine)
- 2) ควรมีการใช้วิธีการสอนที่หลากหลายเหมือนการดูแลผู้ป่วยที่แพทย์ต้องใช้วิธีการรักษาที่หลากหลายให้เหมาะสมกับผู้ป่วยเพื่อให้ได้ผลดีที่สุด
- 3) ควรยอมรับว่าผู้เรียนอาจมีส่วนร่วมแตกต่างกันเหมือนผู้ป่วยแต่ละคนที่มีส่วนร่วมในการรักษาไม่เหมือนกัน
- 4) ควรมีการใช้ความคิดสร้างสรรค์ แม้จะเป็นการเรียนการสอนในเรื่องเดิมหรือวิชาเดิม ผู้สอนอาจจะต้องมีการประยุกต์วิธีการสอนที่แตกต่างกันไปในแต่ละครั้งเพื่อทำให้การเรียนการสอนสนุก เหมือนผู้ป่วยที่อาจมาด้วยอาการเหมือนกันและได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเดียวกันแต่เรื่องราวของผู้ป่วย วิธีการดูแลผู้ป่วยและผลที่ได้อาจจะไม่เหมือนกัน

สรุปจากผู้สังเกตการณ์

จำนวนผู้เข้าร่วมกิจกรรม ประมาณ 30 คน

การสอนในช่วงนี้จัดเป็น interactive lecture ที่ให้ผู้เข้าร่วมประชุมได้มีส่วนร่วมในการสอน ผู้สอนได้ผนวกเอาเทคนิคการสอนที่นำเสนอมาไว้ในการสอนด้วย ทำให้ผู้เข้าร่วมในห้องประชุมมีส่วนร่วมอย่างแท้จริง และได้ฝึกฝนเทคนิคการสอนใหม่ๆด้วยตนเอง แม้จะเป็นเทคนิคที่เคยใช้มาก่อน แต่ก็ยังมีการเพิ่มเติมรายละเอียดให้สามารถนำไปปรับใช้ในรูปแบบใหม่ๆได้ เช่น การใช้การ์ดสี หากลงทุนเพิ่ม ก็จะทำให้น่าสนใจยิ่งขึ้นได้ด้วยการใช้หมากฝรั่งสีแทน นักเรียนสามารถรับประทานไปด้วยได้ขณะนั่งเรียน

ความคิดสร้างสรรค์ในการออกแบบการสอนทำให้เรื่องที่เคยเหมือนจะไม่สามารถสอนแบบ interactive กลายเป็นการสอนที่มีความน่าสนใจมากขึ้น โดยเฉพาะการที่ผู้เรียนมีพื้นฐานการสอนมาบ้าง แต่เมื่อมาฟังกลับได้เทคนิคใหม่ๆกลับไปใช้ได้จริง และสามารถนำไปเล่าต่อให้ผู้ฟังได้ด้วย

เทคนิคที่ใช้ นอกจากการมีส่วนร่วมแล้ว ก็ยังมีการใช้สื่อการสอนอื่นๆ เช่น เพลง วิดีทัศน์ รูปภาพ ฯลฯ เป็นการดึงดูดความสนใจผู้เรียนได้เป็นอย่างดี

เอกสารประกอบการสอนอ่านเข้าใจได้ง่าย มีส่วนที่ให้อ่านด้วยตนเอง เพื่อเป็นการกระตุ้นการเรียนรู้อย่างหนึ่ง การตั้งเป้าหมายให้ผู้เรียนนำเทคนิคการสอนไปใช้อย่างน้อยสองวิธี เป็นการสนับสนุนให้ผู้เรียนตั้งใจเรียนมากขึ้น เพราะพยายามจะหาวิธีที่ไม่ซ้ำกับที่ตัวเองเคยสอน เป็นการทดสอบของผู้สอนได้ด้วยว่า ผู้เรียนได้ประโยชน์จากการสอนครั้งนี้เพียงใด

สิ่งที่ทำให้ผู้สอนไม่สามารถสอนได้จนครบถ้วนทุกวิธีการ เพราะผู้เรียนเข้ามาสายเนื่องจากช่วงเช้าใช้เวลาานกว่าที่กำหนดไว้ในตาราง แต่ผู้สอนก็สามารถปรับกระบวนการให้เหมาะสมกับเวลาที่มีจำกัด

ข้อเสนอแนะ ในครั้งต่อไปหากมีเวลา อาจจะทำเป็น workshop เพื่อให้ผู้เรียนได้ทดลองสอนจริง และถ้ามีการออกแบบไว้เพื่อทำงานวิจัยว่า เมื่อเรียนแล้วผู้เรียนสามารถพัฒนาศักยภาพการสอนได้หรือไม่ ก็น่าจะเป็นงานวิจัยเกี่ยวกับการเรียนการสอนที่ทำได้ในอนาคต

***หมายเหตุ:** Workshop และ Interactive lecture แยกกันที่ workshop จะมีการมีส่วนร่วมในกลุ่ม ปฏิสัมพันธ์ และ กิจกรรมให้ทำมากกว่า แต่ในบางครั้งอาจจะแยกกันยาก หากจำนวนผู้เข้าร่วม Workshop นั้นๆมีจำนวนมากอาจจะต้องเปลี่ยนรูปแบบเป็น Interactive lecture แทน

ห้องย่อยที่ 2 : การพัฒนางานวิจัยจากงานประจำ(ง่าย มัน ดี มีสุข R2R)

โดย พญ.หทัยทิพย์ ธรรมวิริยะกุล โรงพยาบาลหาดใหญ่



เกริ่นนำ เสนอผ่านวิดีโอ

โจทก์ ท่านเคยทำวิจัยหรือไม่ ทำมาก็เรื่อง ความรู้สึกดี ๆ ที่เกิดขึ้นจากการทำวิจัย เคยนำวิจัยไปใช้ประโยชน์หรือไม่

โดยสรุปส่วนใหญ่

งานที่วิจัยที่เคยทำ ผู้เข้าร่วมประชุมส่วนใหญ่ เคยทำวิจัย เช่น วิจัยในการเรียน วิจัยในการทำงาน มีทั้งวิจัยเชิงปริมาณ และเชิงคุณภาพ แต่วิจัยที่ทำยังไม่ได้เผยแพร่การรักษาสผู้ป่วย ปัญหาที่จะนำมาใช้ในการวิจัยส่วนใหญ่มาจากปัญหาในการรักษา เช่นพบผู้ป่วยเสียชีวิต เจ็บป่วยด้วยโรคก่อนมาก ทั้งในโรงพยาบาล และในชุมชน ความยุ่งยากในการ วิเคราะห์ กระบวนการ ขั้นตอนการทำวิจัยค่อนข้างมาก และภาษาที่ใช้ในการวิจัย มีกรอบเวลาในการที่ต้องทำวิจัยให้สำเร็จ การแปลผลงานวิจัย มีปัญหาในเรื่องที่ปรึกษาในการทำวิจัย บางงานต้องมีค่าใช้จ่ายในการทำ เมื่อทำวิจัยแล้ว มีความภาคภูมิใจที่ได้กระบวนการใหม่ พัฒนาการเปลี่ยนแปลงการรักษา การส่งต่อให้เกิดการวิจัยอื่น ๆ การวิจัยในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมทำให้ความรู้กับผู้ป่วย ผลของวิจัยบางอย่างทำให้ลดค่าใช้จ่ายของโรงพยาบาลได้ เกิดความร่วมมือของเจ้าหน้าที่ แต่ไม่ค่อยมีการทำวิจัยอย่างต่อเนื่อง

การทำ R2R แนวคิดเพื่อนำไปใช้จริง

ปัญหาของการที่เราไม่ทำวิจัย ไม่มีเวลา ไม่มีงบประมาณ ไม่มีความสามารถ (การทำวิจัยคือการเรียนรู้)

ทำไมต้อง R2R = เป็นเครื่องมือที่จะช่วยดึงบุคลากรเข้ามามีส่วนร่วม ต้องการแก้ปัญหา การบริการต้องพัฒนาตลอดไป ต้องการคำตอบที่น่าเชื่อถือ ตอบด้วยสามัญสำนึกไม่ได้ มีส่วนช่วยในการพัฒนาตนเอง และพัฒนาองค์กร

- ผู้ปฏิบัติงานเป็นผู้ดำเนินการ
- งานวิจัยมาจากการพัฒนางานประจำ
- ผลลัพธ์ดีที่ผลต่อผู้ป่วย
- พัฒนา Evident based
- พัฒนาตนเอง

ปัญหาของงานวิจัยมาจากการประจำ บุคลากรที่คนมีส่วนร่วม ผู้เชี่ยวชาญเป็นเพียงที่ปรึกษา ผลการวิจัยต้องเกิดที่ผู้ป่วย หรือระบบบริการโดยตรง

การตั้งคำถาม : จากขั้นตอนการทำงาน กระบวนการดูแลผู้ป่วย การเก็บสิ่งส่งตรวจ เสี่ยงบ่น อุบัติการณ์ที่เกิดขึ้น ตัวชี้วัดที่ตกเกณฑ์ เป้าหมายองค์กร

“เดินทีละก้าว กินทีละคำ” แนวคิดของ ดร.นพ.โกมาตร

เริ่มต้น : ด้วยเรื่องที่ยาก น่าสนใจ ทำแล้วมีโอกาสสำเร็จ พิจารณาความสามารถของตนเอง

ค้นคว้า : เรื่องที่คนอื่นทำแล้ว เราก็ไม่ต้องทำอีก ได้คำตอบแล้ว ค้นคว้าเรื่องที่ตรงกับคำถามของเรา

หาเป้า : มั่นใจว่าเราทำแล้วดีขึ้น พัฒนาจากข้อด้อย

เหลาใจทัก : พิจารณาคำถาม รู้ว่าจะวัดอย่างไร ตอบอะไร

กำหนดวิธีการ : ต้องตอบคำถามได้ วิธีการเหมาะกับงานวิจัยแต่ละประเภท การใช้แบบสอบถาม แบบสัมภาษณ์

ทำงานภาคสนาม : อดคิดอะไรในข้อมูล ระวังความคาดเคลื่อนในการวิจัย ออกแบบให้ดี ใช้สถิติที่ถูกต้อง

ถามหาความรู้ใหม่ : พิจารณาว่าเป็นความรู้ใหม่หรือไม่

ใช้บทคัดย่อนำทาง: อ่านบทคัดย่อก่อน แล้วพิจารณาข้อเด่น ข้อด้อย

นำเสนองานอย่างสร้างสรรค์: สรุปจากงานวิจัย ของเรา สรุปตามวัตถุประสงค์ ไม่เกินจริง ตรงประเด็น สิ่งที่ต้องการเพิ่มเติมอยู่ในข้อเสนอแนะ รูปแบบของการวิจัยมีข้อจำกัด เช่น บอกถึงวิธีการ ช่วงระยะเวลาการทำ (ไม่ควรพูดถึง คน งบประมาณ)

มุ่งมั่นสู่ขั้นเทพ : วิจัยต่อยอด อภิปรายให้คนอื่นเข้าใจ ลองทำเรื่องหนึ่งฝ่าฟันอุปสรรค

ปัญหา อุปสรรค : คำถามอย่าง วัตถุประสงค์เป็นอีกแบบ อยากทำวิจัยแต่ไม่อยากเขียน R2R เขียนเพียง 3-4 หน้า ไม่รู้ว่าจะทบทวนวรรณกรรมอย่างไร ให้หาที่ Key Word ให้คิดว่าระเบียบวิธีวิจัยนำทางในการทำวิจัย เก็บข้อมูลแล้วต้องคิดไว้ก่อนว่าจะวิเคราะห์อย่างไร ให้นึกสถิติทำให้ก็ได้ แต่ต้องกำหนดก่อนว่าตารางวิเคราะห์ สถิติที่ต้องใช้ มีผลต่อผู้ป่วย R2R ของหัวหน้าอาจไม่เป็นแนวคิดเดียวกับเรา พิจารณา ใคร ข้อมูลหาจากที่ไหน การพัฒนางานในองค์กรให้รู้ว่าทุกคนมีความสามารถ มีสปิริตช่วยกันหาข้อมูล ให้ความรู้กับผู้ร่วมงาน ต้องยอมรับสิ่งที่จะเกิดขึ้น เป็นงานประจำ กำหนดเวลาที่ต้องเสร็จ

ห้องย่อยที่ 3 : การบริหารจัดการทีม(บริหารคน บริหารนาย ง่ายนิดเดียว)

ดำเนินรายการโดย

นพ.ปรกรณ์ ทองวิไล กลุ่มงานเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยราชสิมา
พญ.สุพัตรา ศรีวิเศษชากร สถาบันพัฒนาสุขภาพอาเซียน มหาวิทยาลัยมหิดล



รูปแบบและกระบวนการ

- แบ่งเป็นกลุ่มย่อย 2 กลุ่ม
- แต่ละกลุ่มพูดคุยแลกเปลี่ยนถึงปัญหาอุปสรรคในการทำงานเวชปฏิบัติครอบครัว
- เลือกรูปแบบที่สำคัญและพบปะในการทำงานเพื่ออภิปรายแลกเปลี่ยนแนวทางในการจัดการปัญหาของแต่ละคน
- นำเสนอผลการอภิปรายในกลุ่มใหญ่
- วิทยากร ผู้รู้ หรือรุ่นพี่หมอครอบครัวให้ความเห็นเพิ่มเติม

สาระสำคัญจากการนำเสนอในที่ประชุม

ปัญหาที่พบในการทำงาน

1. หัวหน้างาน

- ผู้บริหาร ไม่ active หรือ มีทิศทางการทำงานที่ไม่ชัดเจน
- ผู้บริหาร ไม่เข้าใจบทบาทงานแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว
- แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวไม่สามารถแสดงบทบาทหรือริเริ่มงานที่สร้างสรรค์ได้เนื่องจากผู้บริหาร ไม่สนับสนุน
- มีความขัดแย้งกับผู้บริหารเนื่องจากมีความเห็นเห็นที่สอดคล้องในการทำงาน ไม่ตรงกัน ให้ความสำคัญของงานต่างกัน

2. นโยบาย

- นโยบายเปลี่ยนไปมาจนทำให้การพัฒนาไม่ต่อเนื่อง
- นโยบายไม่ชัดเจน ทำให้การกำหนดตัวชี้วัดทำได้ยาก ทำให้งานเวชศาสตร์ครอบครัวยังไม่สามารถแสดงศักยภาพได้เต็มที่
- นโยบายเองลงไปไม่ถึงผู้ปฏิบัติหรือนโยบายไม่สอดคล้องกับบริบท

3. เพื่อนร่วมงาน

- มีความคิดเห็นต่างกันและไม่เข้าใจบทบาทแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวแตกต่างจากแพทย์สาขาอื่นอย่างไร
- มีปัญหาในการประสานงานกับแพทย์สาขาอื่น ๆ
- มีความแตกแยกเป็นกลุ่ม ทำให้การประสานงานเป็นไปด้วยความยากลำบาก
- เพื่อนร่วมงานไม่อยากจะริเริ่มงานใหม่ การเปลี่ยนแปลงทำได้ยาก

4. ตัวแพทย์ FM เอง

- ขาดประสบการณ์ในการบริหารคน
- ไม่มีความรู้เกี่ยวกับระเบียบราชการ งบประมาณ
- สภาพการทำงานไม่เอื้อต่อการทำงานแบบปฐมภูมิ ไม่สามารถแสดงศักยภาพได้เต็มที่เช่น เวลาส่วนใหญ่ต้องตรวจรักษาจนไม่มีเวลาทำงานด้านอื่นๆ

แนวทางการแก้ปัญหา

จากความเห็นของผู้เข้าร่วมเสวนาส่วนใหญ่พูดถึงเรื่องการแก้ไขปัญหาให้กับผู้บริหารเป็นส่วนใหญ่

1. รับฟังมุมมองผู้บริหารว่ามีความต้องการอย่างไรหรือคาดหวังอย่างไรกับแพทย์ FM
2. สร้างความสัมพันธ์ที่ดีกับผู้บังคับบัญชาโดยมีระยะห่างที่เหมาะสม คงหลักการบนพื้นฐานของความถูกต้องและเจตนาบริสุทธิ์ อาจารย์เกษมใช้คำเปรียบเปรยว่า “นายรักเหมือนเลือกอด” นัยคือ การใกล้ชิดเกินไปอาจทำให้เพื่อนร่วมงานมองในทางลบหรือแม้แต่ผู้บริหารเองก็อาจจะคาดหวังในตัวเรามาก ซึ่งก็เป็นไปในทางที่เป็นลบได้
3. เรียนรู้ผู้บริหารและเพื่อนร่วมงานอย่างองค์รวม (ใช้ patient centered medicine มาประยุกต์ใช้ในการเข้าใจคน)
4. เรียนรู้วิธีการที่จะนำเสนอปัญหาให้ผู้บริหารเข้าใจสิ่งที่เราต้องการจะสื่อ ไม่ว่าจะเป็นการ ศึกษาวิธีการจากคนที่ผู้บริหารชื่นชมวิธีการนำเสนอ เตรียมหลักฐานเชิงประจักษ์เพื่อประกอบการตัดสินใจของผู้บริหาร พาผู้บริหารลงไปสัมผัสปัญหาจริง
5. สร้างปฏิสัมพันธ์ที่ดีกับเพื่อนร่วมงานอื่น เพื่อจะได้ร่วมกันทำงานได้ง่ายขึ้น เข้าใจความต้องการของทุกฝ่าย และสร้างทีม
6. ก่อนที่จะเข้าไปทำงานในองค์กรใด ควรพูดคุยกันผู้บริหารก่อนถึงความต้องการที่เราอยากจะทำก่อนที่จะเริ่มงาน
7. เมื่อได้รับมอบหมายงานที่ไม่ชอบหรือไม่ถนัด ควรจะต้องพูดคุยกันผู้บริหารถึงเหตุผลที่มอบหมายงานแก่เรา ชี้แจงภาระงาน ชี้แจงจำกัด ความถนัด และต่อรองหากผลงานอาจไม่เป็นไปตามที่ผู้บริหารคาดหวัง
8. มองโอกาสการทำงานในเชิงบวก เช่น เป็นการเรียนรู้ การพัฒนาตัวเอง
9. วิเคราะห์องค์กร (system assessment) โดยธรรมชาติองค์กรมักจะมีส่วนขาด มีจุดอ่อน จุดแข็งอย่างไร ความสัมพันธ์ในองค์กร รากของปัญหา (root cause analysis) ความต้องการร่วมในองค์กร เมื่อเข้าใจระบบเข้า หากดูในระบบที่แพทย์ FM สามารถที่จะมีส่วนร่วม อาจเริ่มทำจากจุดเล็ก ๆ ก่อน จนสามารถ implement เวชศาสตร์ครอบครัวเข้าไปในระบบได้ โดยจุดสำคัญคือคงความเป็นวิชาชีพ FM ไว้ให้ดีที่สุด

ข้อคิดเห็นจากวิทยากร

อาจารย์สุรเกียรติ์ อาษานานุกาพ: ปัญหาส่วนใหญ่ในองค์กรเป็นจากความสัมพันธ์ของผู้คนในองค์กรเกือบทั้งสิ้น โดยการมี EQ ที่ดีช่วยให้งานสำเร็จ ประกอบด้วย

1. self awareness รู้เท่าทันตัวเอง มีสติ
2. self management แสดงออกอย่างเหมาะสม
3. social awareness เข้าใจสังคมและบริบทรอบข้าง
4. relationship management รู้จักวิธีการจัดการความสัมพันธ์และมีท่าทีที่ถูกต้องต่อทั้งหัวหน้าและเพื่อนร่วมงาน

ในทางพุทธศาสนา ท่านพุทธทาส พูดถึงการทำงานจะประสบความสำเร็จประกอบด้วย “สุทธิ-ปัญญา-เมตตา-ขันติ”

1. สุทธิ คือ มีความจริงใจ เจตนาบริสุทธิ์ ไม่เจตนาด้วยความเห็นแก่ตัว เห็นแก่ส่วนรวม
2. ปัญญา คือ มีความฉลาดและแก้ไขปัญหาโดยรู้เท่าทัน
3. เมตตา คือ มีความรักผู้อื่น ทำให้มีความใจกว้างและพร้อมให้อภัย
4. ขันติ คือ มีความอดทน รอคอยเวลา และรอคอยโอกาส ไม่ตอบโต้逞งโดยขาดสติ

เมื่อมี 4 อย่างนี้แล้วเมื่อเหตุปัจจัยเหมาะสม สิ่งสมบารมีได้ระดับหนึ่ง มีทักษะ ความรู้ความสามารถถึงระดับหนึ่งก็จะประสบความสำเร็จได้เอง

อาจารย์ไพจิตร ปวะบุตร พูดถึงว่าแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวมีความจำเป็นที่จะต้องรู้เรื่องการบริหารและทางราชวิทยาลัยผลักดันให้มีหลักสูตรการบริหารงานปฐมภูมิแก่แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว

แพทย์โรจนศักดิ์ ทองคำเจริญ พูดถึงการมีความคิดเห็นที่แตกต่างกับผู้บริหารเกิดขึ้นได้ แต่หากไม่ยืดหยุ่น อาจเกิดความขัดแย้งและผลสุดท้ายเสียทั้งเวลาทำงานและเสียกำลังใจ สิ่งสำคัญที่สุดคือการสร้างทีมและมีความชัดเจนในงานของตัวเอง พัฒนาตัวเองสม่ำเสมอ วางแผนการเก็บข้อมูลที่ดีเพื่อใช้ในการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง เพื่อจุดหมายคือ ให้เวชศาสตร์ครอบครัวให้คงอยู่ในระบบและได้รับการพัฒนาอย่างยั่งยืน

แพทย์ปรกรณ์ ทองวิไล พูดถึง การทำงานต้องมีหลักฐานเชิงประจักษ์ที่บอกถึง impact ของงาน ซึ่งต้องอาศัยการทำงานกับข้อมูล โดยแพทย์ไม่ต้องลงมือทำเอง อาจจะมีฐานข้อมูลที่เป็นประโยชน์อยู่แล้ว แพทย์ต้องรู้จักใช้ฐานข้อมูลเหล่านี้ โดยสื่อสารความต้องการกับ technician หรือ IT man เพื่อช่วยดึงข้อมูลให้ตรงประเด็น อีกทั้งต้องรู้จักศึกษาระเบียบข้อบังคับต่างๆของทางราชการ เพื่อให้การดำเนินงาน การใช้งบประมาณเป็นไปอย่างราบรื่น ต้องรู้จักบริหารเวลา ยืดหยุ่นและจัดลำดับความสำคัญของปัญหา

สรุป

การบริหารทรัพยากรที่มีอยู่จำกัด (4M) ซึ่ง Man ยากที่สุด ต้องมีเข้าใจจิตวิทยาองค์กร (organization psychology) ต้องรู้จักวิเคราะห์สถานการณ์องค์กร เมื่อเข้าใจแล้วต้องมีการตั้งเป้าหมายในงานโดยเป้าหมายนั้น ต้องชัด พอติดกับทรัพยากรและศักยภาพองค์กร และเป็นเป้าหมายที่เกิดจากการมีส่วนร่วมคิดของคนทั้งองค์กร (shared common goal) เมื่อได้เป้าหมายแล้วจึงนำมาออกแบบกลยุทธ์ หรือระบบวิธีทำงาน ที่สำคัญต้องมีการ monitor ระบบว่าขณะนี้ เป็นไปตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ก่อนเริ่มลงมือหรือไม่ สุดท้ายตัวเองสำคัญที่สุดคือ ต้องชัดเจนในเป้าหมาย และที่สำคัญคือความสุขในงานเป็นเรื่องสำคัญ “เอางานเป็นเครื่องหลอ่เลี้ยของตัวเอง” เพื่อความยั่งยืนของงานและความสุขของผู้ทำงาน

กิจกรรม World café : ฝืนที่อยากเห็น ฝืนที่อยากให้เป็นในเวชปฏิบัติครอบครัว และคุณค่าของเวชศาสตร์ครอบครัว
 โดย นพ. สดาศก์ ศุภผล, พญ. วณาพร วัฒนกุล, นพ. วรพงษ์ รินทร และทีมศูนย์การเรียนรู้ภาคอีสานบน (โรงพยาบาลขอนแก่น)



วัตถุประสงค์

1. เพื่อสานสัมพันธ์? แพทย์เวชปฏิบัติครอบครัว
2. เพื่อเสริมสร้างกำลังใจในการทำงานของแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว
3. สร้างความชัดเจนในคุณค่าของแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว

รูปแบบกิจกรรม สนทริยสนทนา กิจกรรมเชิงศิลปะและจิตตปัญญาศึกษา

ลำดับขั้นการดำเนินกิจกรรม

1. กิจกรรมผ่อนคลายเตรียมเข้าสู่กิจกรรม
2. เกริ่นนำกิจกรรม/กติกากลุ่ม/เกมสร้างความคุ้นเคยและแบ่งกลุ่ม 5-6 คน แนะนำตัว/
3. กิจกรรม World café'

รอบที่ 1 ความสุข/ความภาคภูมิใจในการเป็นแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว

- ทบทวนเรื่องราวประสบการณ์ในการทำงานที่แสดงถึงความสุข/ความภาคภูมิใจ ในการเป็นแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว
- แบ่งปันเรื่องเล่าในกลุ่มย่อย
- เลือกเรื่องที่น่าสนใจแบ่งปันในกลุ่มใหญ่

รอบที่ 2 ภาพฝันของเวชศาสตร์ครอบครัวไทย

- เกมสเปลี่ยนกลุ่ม
- กิจกรรมวาดภาพฝันเวชศาสตร์ครอบครัวไทย โดยวาดภาพฝันของตนเอง ใช้เวลา 2 นาที ต่อมาเริ่มกิจกรรม “แต่งเติมภาพฝันซึ่งกันและกัน” โดยให้แต่ละคนนำภาพของตนไปแลกเปลี่ยนให้ผู้อื่นวาด (เดิน 30 วินาที วาด 2 นาที) เสร็จกิจกรรม ล้อมวงใหญ่ ถอดบทเรียน

รอบที่ 3 มาร่วมสร้างภาพฝันเวชศาสตร์ครอบครัวไทย เขียน “สิ่งที่จะทำเพื่อสร้างภาพฝันของแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวให้เป็นไปตามความมุ่งหวัง” ข้างหลังภาพของตนเอง และให้แต่ละคนเขียน “สิ่งที่จะทำเพื่อสร้างภาพฝันของแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวให้เป็นไปตามความมุ่งหวัง” อีกครั้งลงในกระดาษขนาดเล็กอีกครั้งแยกเป็นข้อ ๆ ได้แก่

- การพัฒนาตนเอง
- การพัฒนาระบบบริการ
- การเรียนการสอน
- การวิจัย
- อื่น ๆ

จากนั้นประกาศคำสัญญาของตนเอง และติดบน flip chart แบ่งตามหัวข้อ และให้เวลาแต่ละคนอ่านสิ่งมุ่งหวังของกันและกัน

กิจกรรมส่งท้าย สุดท้ายแต่ละคนวางภาพเรียงต่อกันกลางห้อง จับมือร้องเพลง “คำมั่นสัญญา” เป็นอันจบกิจกรรม

สรุปเนื้อหาสิ่งมุ่งหวังเพื่อสร้างภาพฝันเวชศาสตร์ครอบครัว จากกิจกรรม World café

ประเด็น	สิ่งมุ่งหวัง	ชื่อแพทย์(ไม่เป็นทางการ)
การพัฒนาตนเอง	- ตั้งใจเรียน ศึกษาหาความรู้เกี่ยวกับเวชศาสตร์ครอบครัว เพื่อนำความรู้ที่ได้ไปพัฒนาตนเองและชุมชน - รู้ถึงคุณค่าของตัวเอง จะดีหรือชั่วอยู่ที่ตัวเราทำ ไม่ได้อยู่ที่การประเมินของผู้อื่น	นพ. สุกิจ นำสวัสดิ์ชัยกุล
	- พัฒนาตนเองตามศักยภาพ และบริบท - พัฒนางานด้วยความสุขในทุก ๆ วัน	บัว ณ อยุธยา
	ฝึกฝนตนเองโดยใช้ทักษะของ FM อยู่เสมอ เพื่อให้เกิดความเคยชิน คำนึงและเป็นธรรมชาติในตัวเอง เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับสิ่งที่ดี ๆ ที่สุด สำหรับผู้ป่วยเอง	นพ. ทิพาวัตร เหล่าอุดม
	- พัฒนาตัวเองในทุก ๆ ด้าน (การสื่อสาร, วิชาการ, การเข้าใจผู้อื่น) - ดูแลเอาใจใส่ผู้ป่วยให้มากขึ้น ใส่ใจในการฟัง เข้าใจเขา - ตั้งใจเรียนรู้ และ ดูแบบอย่าง อาจารย์ รุ่นพี่ เพื่อเป็นหมอ FM ที่ดีเป็นประโยชน์ต่อผู้อื่น	พญ. ชนิกันต์
	- เปิดใจสร้างมิตรภาพ และเครือข่าย FM ที่มาจากใจและอุดมการณ์เดียวกัน - อดทน อดทน อดทน ต้องมีชีวิตและจิตวิญญาณเหลืออยู่ จนกว่าจะถึงฟ้าามหลังพายุผ่านพ้นไป	นพ.อรรถพล วชิรพยาบาล
	ทำประโยชน์เพื่อส่วนรวมให้มากที่สุด	นพ. กฤษณ์ มสว.
	ตรวจและดูแลผู้ป่วยโดยใช้หลัก FM ให้ครอบคลุมยิ่งขึ้น	นพ. นิรันดร์
	อบรมเรียนต่อด้าน Palliative care, บริหารปฐมภูมิ	นพ. โรจนศักดิ์
	ทำงานอย่างมีความสุข ใช้ Coping management ในการ coping ปัญหา	ไม่ทราบชื่อ

ประเด็น	สิ่งมุ่งหวัง	ชื่อแพทย์(ไม่เป็นทางการ)
	● อยากให้ FM เป็นหมอที่มีความเป็น “คน.” โดยพื้นฐานง่าย คือ เป็นคนดี ● มีความสุข ไม่เห็นแก่ตัว	นพ. ญรัฐดิ ประจักษ์ ทรัพย์
การพัฒนา ตนเอง	● เพิ่มพูนความรู้จากการอ่านหนังสือ เขียนรายงานผู้ป่วย นำเสนอกับพี่เลี้ยง อบรม Workshop เพิ่มเติม	พญ. นิสจรา กุณาพล
	● พัฒนาแนวคิด ทักษะ เวชศาสตร์ครอบครัวให้เชี่ยวชาญ	นพ. กสิน รพ. ไพศาลี
	● จะตั้งใจเป็นหมอ FM ที่ดีสำหรับคนไข้	พญ. พกฤษพร
	● พัฒนาทักษะในการดูแลผู้ป่วยแบบ Patient-centered medicine ดูแลครอบครัว แบบ Family as a unit ● ปรับเจตคติและความเข้าใจในการเป็นหมอ Fammed โดยใช้ Satir's model ● ทำงานดูแลผู้ป่วยและประสานงานโยคิดว่าทำงานกับคนที่มีความตั้งใจจะได้เข้าใจ มากขึ้น	นพ. รพ. สติ๊ก
	● ปั่นคน ปั่นครู	พญ. สายพิน หัตถิรัตน์
	● พัฒนาตนเอง และ update ความรู้	พญ. สุกัญญา
	● จะตั้งใจฟังผู้ป่วยมากขึ้น ● จะมีการเพิ่มความรู้ในการดูแลผู้ป่วยมากขึ้น	พญ. พกฤษพร
	● เพิ่มความรู้ความเข้าใจ ทักษะของการเป็น FM ให้สูงสุดเท่าที่เราจะทำได้ ● ดูแลตนเองให้แข็งแรงและสมบูรณ์	พญ. อังคณา
	● อ่านหนังสือเยอะ ๆ ● ฝึกทักษะทุกอย่างให้ชำนาญ ทำซ้ำจนเก่ง	พญ. สุวิตรา ต่างศรี รพ.จักราช โคราช
	● เพิ่มประสบการณ์ ความรู้ให้กับตนเอง	พญ. อรุณี
	● ตั้งใจเรียน ● นำความรู้ ประสบการณ์ที่ได้มาปรับใช้กับผู้ป่วย	แก้ว มอ.
	● ดูแลตัวเองให้สมดุล	พญ. คาริน จตุรภัทรพร
	● ทบทวน End of life care ● เพิ่มความรู้	พญ. ตรีชนวี อยุธยา
	● หาเวลาว่างให้กับตนเอง เพื่อให้ได้พัก สงบความคิด ● พัฒนาตัวเองต่อไป ทั้งในด้านวิชาการ และทักษะในการทำงานเพื่อ ประสบการณ์ที่ดียิ่ง ๆ ขึ้นอีก	พญ. สายรัตน์ พญ. จุฬานี
การพัฒนา ตนเอง	● ทำหน้าที่ของคนให้เต็มความสามารถ ได้แก่ OPD, IPD, PCU, รพสต เยี่ยม บ้าน	ธนาธิ
	● ตั้งใจทำงานของตนในฐานะแพทย์ FM ของชุมชน	นพ. นิรันดร์

ประเด็น	สิ่งมุ่งหวัง	ชื่อแพทย์(ไม่เป็นทางการ)
	มีเวลาวางให้กับตัวเอง ใช้ชีวิตให้มีความสุข	พญ. อรวรรณ
	กำหนด Career path ของ FM ให้ชัด (ทำเป็นตัวอย่าง)	นพ. กฤษณะ มอ.
	- ตั้งใจเรียน - ใช้ “ปัญหา” เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตัวเองได้ โดยพึ่งพาน้อยที่สุด “คนเป็นที่พึ่งแห่งตน” - เข้าใจยอมรับความเป็น “คน” ของผู้ป่วย	หนูนุ้ย
การพัฒนา ระบบบริการ	เข้าถึงชุมชน บ้าน ใกล้บ้าน ใกล้ใจ	เมย์
	ทำแนวทางการส่งต่อจาก รพ. ศูนย์ รพ. ทั่วไป ให้ชัดเจน มีมาตรฐานเดียวกัน	ก๊อ
	- หลังเรียนจบ ทำงาน FM อย่างสุดความสามารถ พัฒนาระบบงานให้เอื้อต่อการทำงาน - ทำงาน FM เพื่อปรับสัมพันธ์ภาพระหว่าง แพทย์-บุคลากร- รพ. ต่อ ผู้ป่วย-ญาติ-สังคม เพื่อความสุขอย่างยั่งยืน	นพ. วศิน รพ. โปสาธิต
	มีการประกาศพันธะสัญญาที่หมอ FM ควรมีต่อประชาชนที่เราดูแล	นพ. อนุวัตร
	Primary care at Medical school	นพ. กฤษณ์ มศว.
	SWOT	นพ. ภูมินทร์
	- กำหนดให้ประชาชนมีหมอประจำตัวของแต่ละคน - ประชาสัมพันธ์อธิบายบทบาทของหมอครอบครัวให้ประชาชนทั่วไปเข้าใจ - ถ่ายทอดแนวคิดและแนวปฏิบัติในหลักการของ FM แก่เพื่อนร่วมงาน	นพ. เกริกไกร
	จัดตั้งทีมงานในการออกชุมชนให้เป็นระบบ	นพ. นิรันดร์ วงษ์ไทย
	อบรมแพทย์ให้มีมาตรฐานในการส่งต่อเหมือนกัน	ก๊อ
การพัฒนา ตนเอง	ทำหน้าที่ของคนให้เต็มความสามารถ ได้แก่ OPD, IPD, PCU, รพสต เยี่ยมบ้าน	ธนธิ์
	ตั้งใจทำงานของตนในฐานะแพทย์ FM ของชุมชน	นพ. นิรันดร์
	มีเวลาวางให้กับตัวเอง ใช้ชีวิตให้มีความสุข	พญ. อรวรรณ
	กำหนด Career path ของ FM ให้ชัด (ทำเป็นตัวอย่าง)	นพ. กฤษณะ มอ.
	- ตั้งใจเรียน - ใช้ “ปัญหา” เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตัวเองได้ โดยพึ่งพาน้อยที่สุด “คนเป็นที่พึ่งแห่งตน” - เข้าใจยอมรับความเป็น “คน” ของผู้ป่วย	หนูนุ้ย

ประเด็น	สิ่งมุ่งหวัง	ชื่อแพทย์(ไม่เป็นทางการ)
	● ประกาศ สร้างแนวร่วม สร้างการเปลี่ยนแปลง	ไม่ทราบชื่อ
	● ทำงานเพื่อประโยชน์สูงสุดของผู้อื่น	นพ. ทศพร
การพัฒนา ระบบบริการ	● เข้าถึงชุมชน บ้าน ไกลบ้าน ใกล้ใจ	เมย์
	● ทำแนวทางการส่งต่อจาก รพ. ศูนย์ รพ. ทั่วไป ให้ชัดเจน มีมาตรฐานเดียวกัน	ก๊อ
	● หลังเรียนจบ ทำงาน FM อย่างสุดความสามารถ พัฒนาระบบงานให้เอื้อต่อการทำงาน	นพ. กสิน รพ. โปสาลี
	● ทำงาน FM เพื่อปรับสัมพันธ์ภาพระหว่าง แพทย์-บุคลากร- รพ. ต่อ ผู้ป่วย-ญาติ-สังคม เพื่อความสงบสุขอย่างยั่งยืน	
	● มีการประกาศพันธะสัญญาที่หมอ FM ควรมีต่อประชาชนที่เราดูแล	นพ. อนุวัตร
	● Primary care at Medical school	นพ. กฤษณ์ มศว.
	● SWOT	นพ. ภูมิรินทร์
	● กำหนดให้ประชาชนมีหมอประจำตัวของแต่ละคน	นพ. เกริกไกร
	● ประชาสัมพันธ์อธิบายบทบาทของหมอครอบครัวให้ประชาชนทั่วไปเข้าใจ	
	● ถ่ายทอดแนวคิดและแนวปฏิบัติในหลักการของ FM แก่เพื่อนร่วมงาน	
	● จัดตั้งทีมงานในการออกชุมชนให้เป็นระบบ	นพ. นิรันดร์ วงษ์ไทย
	● อบรมแพทย์ให้มีมาตรฐานในการส่งตัวเหมือนกัน	ก๊อ
	● ตั้งใจจะพัฒนาระบบ Primary care มากขึ้น	พญ. พุกขพร
การพัฒนา ระบบบริการ	● เชื่อมรอยต่อ รพ. กับ บ้าน (Continuity)	เมย์
	● เป็น Team leader เพื่อสร้างทีมงานชุมชนให้มีความความเข้มแข็ง	พญ. สายรัตน์
	● ไปพูดคุยกับทีม	นภัทร รพ. สมเด็จพระนางพินีนาถ
	● กระตุ้นให้เกิด primary care system network ที่ดีใน กทม. โดยให้ทุกฝ่ายมีส่วนร่วมอย่างแท้จริง	นพ. อรรถพล วชิรพยาบาล
	● สร้าง และ พัฒนาระบบการดูแลที่ดีและมีคุณภาพ	หนูนุ้ย
	● เชื่อมโยงหน่วยงานโครงสร้างย่อยให้เป็นหนึ่งเดียวภายใต้ระบบมาตรฐานการดูแลเดียวกัน	แก้ว มอ.
	● สร้างสัมพันธ์ที่ดีกับผู้ป่วย และเพื่อนร่วมวิชาชีพ	
	● บริการเข้าถึง ใกล้บ้าน ใกล้ใจ อยากให้มี FM ประจำ รพสต.	กมลชัย อมรเทพรัตน์ รพ. ทักษิณ จ. อุทัยธานี
	● เข้าใจสังคม ระบบ ความแตกต่างของแต่ละส่วน เพื่อการอยู่ร่วมกัน	อังคณา
	● วางแผนร่วมกับทีมงานพัฒนาระบบบริการของ รพ. ให้ดีขึ้น เพื่อให้ผู้ป่วยรอนาน ได้รับบริการที่มีคุณภาพ	นพ. ทิพาวัตร เหล่าอุดม
	● หาแนวร่วม	นภัทร สมเด็จพระนางพินีนาถ

ประเด็น	สิ่งมุ่งหวัง	ชื่อแพทย์(ไม่เป็นทางการ)
	- พัฒนางานจากจุดเล็ก ๆ ให้ดี - ขยายผลงานจากงานเล็ก ๆ ที่ทำได้ดีสู่ทีมอื่น	
	ร่วมสร้างระบบเครือข่ายในการทำงานเวชศาสตร์ครอบครัวทั้งในส่วนปฐมภูมิ ทุติยภูมิ ให้มีแนวทางทำงานด้วยกันอย่างมีน้ำหนึ่งใจเดียวกันเพื่อจួយ ร่วมกันเพื่อให้ประชาชนมีความสุขสุขภาพดี	พญ. จุฬานี
	ผลักดันให้เกิดแนวทางหรือสภาพการณ์ที่เหมาะสมในการทำงาน	นพ. อนุวัตร
	Idea collection	อิทธิพล รามาฯ
	สร้างเครือข่ายเชื่อมโยงปรึกษาหารือให้คนทำงานได้อย่างเป็นสุข	พญ. สายพิน
	พัฒนาารระบบ primary care รพสต. น้ำพุ	เจียบ
	ชักชวนเพื่อนร่วมงานสหสาขามาร่วมทำงาน FM อย่างมีความสุข	อรุณี
	พัฒนา Home care อย่างมีทิศทาง	นพ. โรจนศักดิ์
การพัฒนา ระบบบริการ	รู้จักเอาใจเขามาใส่ใจเรา ไม่ได้มองผู้ป่วยแค่ตัวโรค แต่มองไปถึงปัญหาที่ แท้จริง, ตัวตนของเขา, การดำรงชีวิต, ครอบครัว	นพ. สุกิจ นำสวัสดิ์ชัยกุล
	เสนอนโยบายในการกำหนด incentive ที่เหมาะสม	นพ. กฤษณะ มอ.
	เชื่อมโยงการพัฒนาต่อกับกลุ่ม และ เครือข่าย	บัว ณ อยุธยา
	พัฒนางาน Palliative care ใน รพ.	พญ. อรวรรณ
	เป็นส่วนหนึ่งของชุมชน , ทราบปัญหาชุมชน, ร่วมแลกเปลี่ยน/เสนอแนวทาง แก้ไข/ประเมินผล/ประสานงานในด้านที่เกี่ยวข้อง	ธนารี
	พัฒนางาน Palliative care ใน รพ.	พญ. อรวรรณ
การวิจัย	สร้างทีมเพื่อทำงานวิจัย เป็น ทีมที่เลี้ยงเพื่อสนับสนุนงานวิจัยที่มีคุณภาพ สำหรับเวชศาสตร์ครอบครัว	พญ. สายรัตน์
	สร้างวิจัยจากปัญหาเพื่อพัฒนา และ แก้ปัญหา	เมย์
	ทำงานวิจัยที่เริ่มไว้แล้วให้เสร็จ	พญ. ดาริน รามาฯ
	สร้างผลงานวิจัยที่ดี มีคุณภาพและเป็นประโยชน์ต่อมวลมนุษยชาติ	หนูน้อย
	สร้างงานวิจัยที่ดี ชักชวนให้ได้	พญ. สุวิตรา รพ.จักราช
	ชวนน้องมาช่วยกันทำวิจัย เพื่อแสดงผลงาน FM ที่ก่อประสิทธิผล	พญ. สุพัตรา สพข.
	สร้างสรรค์งานวิจัย ค้นคว้าความรู้ใหม่ ๆ update การรักษาเรื่อย ๆ	แก้ว มอ.
	ขายฝันเครือข่าย R2R FM	ไม่มีชื่อ
	เขียนหนังสือรวบรวมประสบการณ์ความรู้ของผู้คน	พญ. สายพิน
	กระตุ้นทีมงานร่วมกันสร้างงานวิจัย	ปึก

ประเด็น	สิ่งมุ่งหวัง	ชื่อแพทย์(ไม่เป็นทางการ)
	ฝึกฝนงานวิจัยกับงานที่รับผิดชอบ เริ่มต้นที่ทัศนคติต่องานวิจัย	นพ. ทิพาวัตร เหล่าอุดม
	- ทำงานวิจัยเกี่ยวกับงาน Palliative care ในเมืองไทย - ส่งเสริม Multi-centered research ทาง FM	นพ. กสิน รพ. ไพศาลี
การเรียนรู้การสอน	สอนให้แพทย์รุ่นใหม่มองถึงระบบสุขภาพที่ดี ให้เห็นความเชื่อมโยงและความสำคัญของ Primary care	นพ. อรรถพล วชิรพยาบาล
	ปลูกฝังความดีงาน นศพ. และ Resident	ปึก
	เปลี่ยนการเรียนรู้แพทย์ให้มีความสุขขึ้น	พญ. สายพิน
	- พัฒนางานการเรียนรู้การสอน - ทำแผนการสอนให้เสร็จ	เจียบ
	พัฒนาระบบการเรียนรู้ In-service ที่โรงพยาบาลเพื่อเรียนรู้ให้จบ	นพ. กสิน รพ. ไพศาลี
	พัฒนาตนเองในเรื่องการสอนอย่างต่อเนื่อง	พญ. คาริน รามา
	พัฒนาการเรียนรู้การสอน FM	นพ. กฤษณะ มอ.
	พัฒนาหลักสูตร FM ในระดับ ป. ตรี (นศพ.)	พญ. อรรพรรณ
	ชักชวน นศพ. มาเป็น Family physician	พญ. อรุณี
	ปรับบทบาทการสอนที่อาจยังไม่ดีพอ ให้ความรู้เกี่ยวกับนิสิต นานขึ้น	พญ. สายรัตน์
	ค้นคว้าหาความรู้เพิ่มเติมอยู่ตลอดเวลา เพื่อให้มีวิสัยทัศน์ ความรู้ที่เพิ่มพูน และให้ความรู้ทักษะนั้นปฏิบัติต่อคนไข้	นพ. ทิพาวัตร
	ฝึกการถ่ายทอดบอกต่อกับคนรุ่นหลัง	พญ. อังคณา
	วางแผนพัฒนานุเคราะห์ (โดยเฉพาะผู้สอน)	พญ. อรรพรรณ
	สามารถถ่ายทอดความรู้สู่ผู้ร่วมแนวทางเดียวกันได้	พญ. จุฬานี
อื่น ๆ	สร้างเครือข่ายเพื่อเกื้อหนุนแลกเปลี่ยนความรู้ในการช่วยเหลือที่เข้มแข็ง	พญ. สายรัตน์
	เผยแพร่บทเรียนผลงานที่ดีของ FM สู่ผู้บริหาร	พญ. สุพัตรา สพข.
	จะมีความสุขในการทำงานที่ทำมากขึ้น	พญ. พกษพร
	- คิดภาพใหญ่ของงานแล้วแบ่งงานกันทำ (วิจัย,บริการ,การเรียนรู้การสอน) - ดูแลเพื่อนร่วมงานเท่าที่ทำได้	พญ. คาริน รามา
	มองอย่างรอบด้านก่อนลงมือทำ	ไม่ทราบชื่อ
	สร้างแบรนด์ FM	พญ. สุกัญญา
	ปลูกฝังทายาททางความคิดดีแก่รุ่นต่อไป เพื่อรักษาให้คงอยู่ต่อไป	พญ. นภัทร สมเด็จพระนาทวิ
	หาแนวร่วมคนที่คิดเหมือนกันเยอะ ๆ	พญ. สุวิตรา รพ.จักรราช
	แผ่เมตตาต่อทุกสรรพสิ่ง	นพ. ธาดา
	สร้างเครือข่ายงานเวชศาสตร์ครอบครัวให้เข้มแข็ง	นพ. โรจนศักดิ์

ประเด็น	สิ่งมุ่งหวัง	ชื่อแพทย์(ไม่เป็นทางการ)
อื่น ๆ	● ออกกำลังกาย ดูแลตัวเอง	นพ. วัชรพงษ์
	● ดูแลผู้ป่วยแม้ในถิ่นทุรกันดารหรืออยู่ไกลให้ได้การดูแลอย่างทั่วถึง	พญ. จุฬานี
	● เป็นหมอครอบครัวที่ดีที่เข้าใจผู้ป่วยและครอบครัว	
	● เป็นหมอครอบครัวที่ผู้ป่วยจะนึกถึงเป็นคนแรกในยามที่เขามีความทุกข์หรือเจ็บป่วย	
	● ร่วมมือกับผู้บริหาร	พญ. สุกัญญา
	● มีเวลาว่างให้ตัวเอง ไปท่องเที่ยว	เจ๊ียบ
	● ศึกษาดูงานต่างจังหวัด	
	● นั่งสมาธิ	นพ. วัชรพงษ์
	● ชวนน้อง ๆ ที่สนใจร่วมมือพัฒนาชมรมเวชศาสตร์ครอบครัว	พญ. สุพัตรา สพช.
	● สร้างเครือข่าย FM ถ่ายทอดความรู้ เปิดโอกาสให้ผู้สนใจร่วมงาน ให้กำลังใจ ผู้มีความสามารถ FM เปิดเวทีแลกเปลี่ยนงาน FM	พญ. ธนาธิ

สรุปสิ่งที่ได้จากกิจกรรม World café

1. แพทย์ที่ทำงานด้านเวชศาสตร์ครอบครัวจากทั่วประเทศตั้งแต่รุ่นแรกจนถึงรุ่นที่กำลังศึกษาอบรมในขณะนี้ได้พบปะแลกเปลี่ยนเรียนรู้ถึงประสบการณ์การทำงาน ความประทับใจ และคุณค่าในการทำงานเวชศาสตร์ครอบครัว ซึ่งหนึ่งในผู้เข้าร่วมกิจกรรม ได้สะท้อนว่า การมาทำงานด้านเวชศาสตร์ครอบครัว ทำให้ได้เรียนรู้ตนเอง เรียนรู้ผู้อื่น ทำให้เข้าใจชีวิตมากขึ้น มีความสุขในการเป็นแพทย์มากขึ้น และกิจกรรมนี้ทำให้ได้มารู้ว่ายังมีคนทำงานด้านเวชศาสตร์ครอบครัวเหมือนกันอีกมากมาย ทำให้มีกำลังใจในการทำงานมากขึ้น
2. ในวงสนทนาในเรื่องความประทับใจในการทำงานด้านเวชศาสตร์ครอบครัว มีการพูดถึงปัญหาอุปสรรคสิ่งบั่นทอนกำลังใจ และความทุกข์จากการทำงานแนวทางเวชศาสตร์ครอบครัวในสภาพระบบบริการปัจจุบันด้วย นั่นคือ วงสนทนานี้ยังเป็นที่ระบายความในใจ ความอัดอั้นตันใจ ของหลาย ๆ คนอีกด้วย
3. ในกิจกรรมวาดภาพฝันร่วมกัน เมื่อแต่ละคนได้วาด และผลัดให้เพื่อนคนอื่น ๆ แต่งเติม ทำให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมเกิดความรู้สึกถึงความเชื่อมโยง สัมพันธ์ และรับรู้ถึงการที่จะเกิดความร่วมมือกันสร้างภาพฝันของเวชศาสตร์ครอบครัวอย่างเป็นรูปธรรม ผู้เข้าร่วมกิจกรรมส่วนหนึ่ง ได้แบ่งปันภาพฝันว่า การทำงานด้านเวชศาสตร์ครอบครัวต้องมองให้รอบด้าน ให้ครอบคลุมมิติของสุขภาพ และต้องประสานความร่วมมือของทุกภาคฝ่ายอย่างบูรณาการ ผู้เข้าร่วมกิจกรรมส่วนหนึ่ง ได้ถอดบทเรียนถึงกิจกรรมผลการแต่งเติมภาพว่า รู้สึกประหลาดใจและดีใจที่ภาพเดิมที่ยังวาดไม่เสร็จ พอมีเพื่อน ๆ ช่วยแต่งเติม กลับได้ภาพที่สวยงาม สมบูรณ์ และไม่ต่างจากที่อยากจะได้จริง ๆ ทำให้รู้สึกว่าการทำงานต้องคำนึงว่า การมีหลาย ๆ คนช่วยกันคิด ช่วยกันทำ จะทำให้ได้ผลงานที่สำเร็จ และ สมบูรณ์มากขึ้น
4. ในกิจกรรมเขียน “สิ่งที่จะทำเพื่อสร้างภาพฝันของแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวให้เป็นไปตามความมุ่งหวัง” ทำให้ได้รับความสนใจของแต่ละคน และแต่ละคนได้คิดวางแผนสิ่งที่ตนเองจะทำคราว ๆ และกระตุ้นให้เกิดความมุ่งมั่นที่จะทำได้ และยังได้แลกเปลี่ยนกันในกลุ่มผู้เข้าร่วมจากการที่ได้ผลัดกันอ่านความมุ่งหวังของแต่ละคน ทำให้ได้มุมมองในการพัฒนาตนเอง พัฒนาระบบบริการ และด้านวิชาการของแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว

เวทีร่วมประเมินผล (After action review) และปิดการประชุม

โดยให้ผู้เข้าร่วมการประชุมวิชาการครั้งนี้ สะท้อนความรู้สึกรับรู้การทำงานในครั้งนี้ว่าเป็นอย่างไรบ้าง ได้ประโยชน์อะไรบ้าง

นพ.อิทธิพล เป็นตัวแทนแพทย์ประจำบ้านจากรามาฯ มา 2 วันก็ได้เห็นว่ามีอีกหลายภาคส่วนและยังมีเพื่อนอีกเยอะมาก ในอีก 2 ปีที่ผมจะจบไปจากเดิมที่ผมคิดว่าคงจะต้องทำงานกันอย่างโดดเดี่ยว แต่ตอนนี้รู้สึกได้ว่ามีเพื่อนอีกเยอะ และไม่ใช่ว่าแค่เพื่อนของ FM อย่างเดียว มีหลายองค์กรหลายภาคส่วนที่มาช่วยกันทำงาน และก็มองว่า 12 ปีที่ผ่านมาในช่วงแรกเป็นการสร้าง identity วันนี้ผมรู้สึกว่าผมกำลังเห็นและมีส่วนร่วมในจุดเปลี่ยนของวงการ FM และคิดว่าหลังจากนี้เป็นต้นไป resident ทุกคนจะสามารถเก็บเกี่ยวประสบการณ์จากที่ๆ ที่ผ่านมา และสร้างเป็นผลงานให้กับชมรมแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวได้ต่อไป

พญ.ตรีธวัช ศรีวิเชียร จากอยุธยา ก็ก่อนอื่นคงต้องขอขอบคุณทางทีมงานทุกๆ ท่านที่จัดการประชุมในครั้งนี้ขึ้นมา คือตอนแรกต้องยอมรับว่านี่ภาพไม่ออกว่างานนี้แล้วจะได้อะไร ขนาดไหน เพียงแต่ว่ายังไม่เคยมางานประชุมในลักษณะนี้เลยลองสมัครมา แต่ว่าที่สำคัญคือสิ่งหนึ่งที่คาดหวังว่าจะได้รับ คือ ตอนที่เราทำงานของเราอยู่คนเดียว คือเราก็ไม่รู้ว่ามีเพื่อนร่วมรุ่นที่เรียนจบมาพร้อมๆ เราหลุดจากโลก FM ไปกันก็คนแล้ว คือเคยมีความคิดเหมือนกันว่ายังเหลือแต่เราหรือเปล่าที่ยังอยู่คนอื่นเขาอาจจะไปกันหมดแล้วก็ได้ แต่พอได้มาเจอบรรยากาศแบบนี้มันทำให้เราได้เห็นว่ามันไม่ได้เป็นอย่างที่พวกเราคิดเลย มันทำให้มีกำลังใจ มีการมองเห็นภาพของทิศทางของจุดยืนของตัวเองที่ชัดเจนขึ้น และรู้สึกมีความสุขที่ได้มาเจอเพื่อนๆ ทุกคน และขอบคุณมากๆ ที่มีการประชุมในครั้งนี้

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลกาญจนดิษฐ์ สุราษฎร์ธานี ผมเป็นแพทย์ที่จริงเป็นผู้บริหาร และผู้อำนวยการโรงพยาบาล อยากจะแสดงความคิดเห็น คือเรื่องของ FM เป็น ความหวังมานานพอสมควรสำหรับผมที่ทำงานในโรงพยาบาลชุมชนมาเกือบ 20 ปี เพราะมองเห็นปัญหาว่าในโรงพยาบาลชุมชนปัญหาใหญ่ที่สุดเลยคือเรื่องของความต่อเนื่องของการดูแลผู้ป่วย และในเรื่องของโรคเรื้อรังที่มากขึ้นและชัดเจนขึ้นเรื่อยๆ ก็เป็นตัวเสริมที่ทำให้ความเจ็บป่วยเบาหวานความดันมากขึ้นเรื่อยๆ ที่ผ่านมาระบบสุขภาพชุมชนมีผู้อำนวยการเป็นหลักหนึ่งคนซึ่งไม่ค่อยได้ทำงานส่วนบริการมากนักเนื่องจากภาระงานเชิงบริหารที่มาก ดังนั้นงานบริการในส่วนของโรงพยาบาลชุมชนจะดำเนินการโดยแพทย์ใช้ทุน ซึ่งแพทย์ใช้ทุนพวกเราก็ได้สะท้อนกันมาหลายครั้งแล้วว่าหน้าที่หลักคือดูแลคนไข้ให้หมดไปวันๆ ไม่สามารถที่จะดูแลแบบองค์รวมหรือดูแลต่อเนื่องให้มีประสิทธิภาพได้อย่างแท้จริง เมื่อกระทรวงได้เน้นในเรื่องของการพัฒนาบริการปฐมภูมิ ผมก็พยายามเข้าไปมีบทบาทมีส่วนร่วมในการพัฒนาบริการปฐมภูมิอย่างเต็มที่ร่วมกับ สปสช. ในหลายๆ โครงการ เช่น PCU นาร่อง CUP ละล่าน หรือปัจจุบันนี้ก็มาอบรมการเป็นผู้นำการพัฒนาบริการปฐมภูมิ ก็ปัญหาเดิมก็คือคนที่เราจะทำตรงนี้ได้ดีจะต้องเป็นแพทย์ ปัจจุบันเราอาศัยพยาบาลเวชปฏิบัติครอบครัวซึ่งจริงๆ แล้วพยาบาลเวชปฏิบัติครอบครัวสามารถทำได้เยอะมาก อย่างน้อยจุดแข็งสำคัญของเขาก็คือเขารู้จักชุมชน และสามารถดูแลต่อเนื่องได้ แต่มันมีข้อจำกัดในเรื่องของทักษะ องค์ความรู้ ความชำนาญในการดูแลเฉพาะที่จะต้องมีความรู้ที่เป็นที่ปรึกษา ที่นี้แพทย์ที่อยู่โรงพยาบาลชุมชนก็จะมีแค่แพทย์ที่หมุนเวียนปีสองปีย้าย และหลายๆ คนก็ไม่เข้าใจในเรื่องของการดูแลแบบองค์รวม การดูแลต่อเนื่อง ไม่สามารถที่จะออกเยี่ยมบ้านพร้อมกับพยาบาลเวชปฏิบัติครอบครัวได้ ดังนั้น มองไปมองมาผมก็นึกฝันว่าสักวันหนึ่งโรงพยาบาลชุมชนทุกแห่งจะต้องมีแพทย์เวชปฏิบัติครอบครัวเป็นหลักอีกส่วนหนึ่งนอกจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลที่อยู่ประจำแล้ว ก็เลยพยายามที่จะสนับสนุนเต็มที่ตอนนี้ผมก็สมัครเป็นสถาบันสมทบที่จะใช้โรงพยาบาลชุมชนเป็นฐานที่จะฝึกปฏิบัติแพทย์เวชปฏิบัติครอบครัวด้วย แต่ว่ายังติดปัญหาอยู่บางประการเพราะว่าไกล

สถาบันหลักอยู่ เพราะฉะนั้นครั้งนี้ที่มีกิจกรรมนี้ขึ้นผมสมัครมาตั้งแต่เริ่มเห็นประชาสัมพันธ์เพราะว่าอยากจะเข้ามามีส่วนร่วมหนึ่งที่จะมาเรียนรู้ เมื่อตั้งใจว่าจะมาเป็นโรงพยาบาลสมทบที่จะเป็นพี่เลี้ยง อีกประการหนึ่งก็อยากจะมาเรียนรู้ คิดตามว่า FM ปัจจุบันหลังจากที่มีวุฒิบัตรแล้ว ผ่านการ training แล้วตัวเนื้อหาได้พัฒนาไปถึงไหน มีอะไรบ้างที่หากต้องเป็นแพทย์พี่เลี้ยงจะมีอะไรบ้างที่ต้องพัฒนาน้องๆให้เป็นแพทย์ FM ที่ดี ที่มีคุณภาพที่จะทำงานต่อเนื่องในชุมชนได้

จากการที่มาอยู่สองวันส่วนใหญ่ก็จะเป็นการสังเกตการณ์มากกว่าก็จะเห็นหลายๆสิ่งหลายๆอย่าง ซึ่งเป็นการพัฒนาการที่น่าชื่นชม หลายๆท่าน มีความมั่นใจ FM หลายคนเริ่มสะท้อนถึงความมั่นใจในการมีตัวตนของแพทย์ FM ได้มากขึ้นเรื่อยๆว่า 4-5 ปีที่แล้วที่เคยสัมผัส และยิ่งเห็นการรวมตัวของแพทย์ FM ที่จบมาแล้วมาทำงานในพื้นที่และตั้งเป็นชมรมก็เริ่มมีความมั่นใจมากขึ้นว่าอนาคตต่อไป FM จะเป็นเฉพาะทางสาขาหนึ่งที่มีศักดิ์ศรี มีเอกลักษณ์ และเป็นที่ยอมรับของทุกวงการในสาธารณสุขร่วมกัน ปัญหาอย่างหนึ่งในสาธารณสุขที่เคย์รับรู้ที่ผ่านมาก็คือแพทย์ FM ที่จบไปบางทีกลับมาทำงานพื้นที่แล้วไม่ได้ทำเต็มที่ ไม่ได้ทำงานตามความรู้และโอกาสที่เรียนมาอาจจะเป็นเพราะว่าผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชนที่น้องกลับไปอยู่อาจจะยังไม่เข้าใจในบทบาทของแพทย์ FM ทำให้หลายๆคนอดใจในการทำงาน ดังนั้นผมในฐานะเป็นตัวแทนของคนทำงานในโรงพยาบาลชุมชน คุณหมออนุวัฒน์ ซึ่งอยู่มา 2 วันเช่นกันเราก็ได้คุยกันว่าเราจะสนับสนุนในส่วนตรงนี้ว่าทางชมรมแพทย์ชนบท และชมรมผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชนเราจะดำเนินการสื่อสารข้อมูลตรงนี้ concept ของงานตรงนี้ให้กับผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชนทั่วประเทศให้มีความเข้าใจงานตรงนี้ให้มากที่สุด และให้น้องๆที่จบออกไปสามารถไปทำงานในพื้นที่ได้อย่างเต็มความรู้เต็มศักยภาพที่มี ซึ่งก็อาจจะต้องใช้เวลาสักระยะหนึ่ง แต่ก็มีคามตั้งใจและขอสัญญากับน้องๆทุกคนว่าเราจะช่วยกันพัฒนา FM ให้มีความก้าวหน้า ให้มีความเข้มแข็งต่อไป

นพ. อนุวัตร โรงพยาบาลคำชะอี มุกดาหาร ผมเป็นสมาชิกหลายชมรมตั้งแต่จำความได้ และครั้งนี้ก็ได้เขียนใบสมัครชมรมแพทย์เวชปฏิบัติครอบครัว แล้วก็เลยอยากจะขอฝากงานทางชมรมไว้ให้น้องๆครับในฐานะสมาชิก คือประเด็นผมว่าเราเห็นตรงกันว่าเราต้องการแสดงตัวตนที่แท้จริงในระบบโดยเฉพาะอย่างยิ่งผมคิดว่าไม่ว่าพี่ๆเราหรือใครก็ตามบอกว่าเรานั้นคือพระเอก ของ Primary care เพราะฉะนั้นผมคิดว่ากรรมการชมรมช่วยรับภาระนี้ไป ผมอยากเห็นการ อาจจะใช้คำว่าประกาศเจตนารมณ์ก็ได้ บังเอิญก่อนมาผมเข้าไปใน website มันมีประมาณหนึ่งหน้าพูดให้เห็นถึงว่าเราคือใคร เราจะมีผลกระทบต่อระบบสุขภาพประชาชนอย่างไร รวมทั้งเป็นพันธะสัญญากับตัวเราเองด้วยว่าบทบาทของเราเป็นอย่างไร และประชาชนคนไทยจะได้ประโยชน์จากการมีเราอย่างไร อันนี้เป็นความผมเองประเด็นที่หนึ่ง ส่วนประเด็นที่สองอันนี้รับงานมาเพราะว่าผมเองอดีตก็ผู้อำนวยการโรงพยาบาล มีอยู่ข้อหนึ่งที่ผมเคยคุยหลายคนและเขาก็อยากได้มากคือ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลหรือแม้แต่ผู้บริหารอยากจะรู้ว่า solution ที่เหมาะสมที่ FM เราจะสามารถฉายรังสีได้ดีที่สุดมันเป็นอย่างไงกันให้ชัดเจน มันเหมือนภาพฝันอยากขอรายละเอียดเพิ่ม เช่น ห้องทำงาน ห้องตรวจที่ว่าจะทำให้เกิดความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างแพทย์กับคนไข้หน้าด่านมันจะเป็นอย่างไร หรืออุปกรณ์เสริมมันควรต้องมีอะไรบ้าง โน้ตบุ๊กสักเครื่องที่ทำงานต้องมีwireless LAN อะ ใช้อย่างนี้ซึ่งอันนี้ผมว่ากรรมการชมรมช่วยกันคิดและเขียนร่างออกมากันดีไหมครับ เมื่อครูที่ผมคุยอาจจะใช้คำว่าสมุดพกขาว แต่ผมอุปกรณ์บอกว่ามันแรงเกินไปหรือเปล่า ผมกลับมองว่าไม่แรงแต่มันเป็นการมองว่าจะช่วย ซึ่งหากไม่ได้ก็ไม่เป็นไรแต่ถ้าหากได้ผมก็มองทุกคนจะทำงานได้อย่างดี และผมเชื่อว่าผู้อำนวยการที่ผมคุยมาไม่ต่ำกว่า 40 คนอยากอ่านหนังสือเล่มนี้ ก็ผมเชื่อว่าสามารถเกิดในกรรมการชมรมชุดนี้แหละครับ

พญ.สุพัตรา ศรีวิเศษชากร ที่ปรึกษาชมรมแพทย์เวชปฏิบัติครอบครัว การจัดงานนี้ก็เป็นความตั้งใจที่ว่าหากเรามีชมรมแล้วเราน่าจะสบายขึ้น แต่ก็อย่างไรรู้ก็ตามมันก็เหมือนกับว่าความผูกพันที่ยังคงมีอยู่ ก่อนอื่นคงต้องเรียนว่างานนี้ความสำเร็จคงไม่ได้อยู่ที่ 2

วันนี้ แต่การเตรียมการมาที่มีความเชื่อมโยง กระบวนการของการจัดงานเราคุยกันหลายครั้งมากในแง่ของกรรมการชมรม หมอทั้งหลายก็ต้องมาสูมหัวกันทำงานยามค่ำคืน หรือมาประชุมกันหลายต่อหลายครั้ง ไม่ว่าผลงานเอกสารที่น้องๆเห็นกันกระเป๋าก็เป็นผลงานวิชาการที่พวกเราพยายามชวนให้น้องๆได้เขียนออกมา เพราะน้องๆมีศักยภาพแต่บางทีหากไม่มีอะไรกดดันเล็กๆ ผลงานมันก็จะไม่ออก เราก็เป็นส่วนช่วยในเชิงจัดการ ทำอย่างไรให้เกิดผลงานออกมาได้ ไม่ว่าจะเป็นเรื่องหนังสือ รวมถึงเรื่องผลงานวิชาการที่เรายกยอจะหยิบออกมาว่าเป็นฉายภาพ 10 คนซึ่งก็ไม่ได้แปลว่า 10 คนนั้นจะเป็นที่สุดจริงๆ สิ่งที่เราจะสื่อคือเรื่องราวที่เรายกยอจะทำให้เห็นตัวตนและความรู้ที่แท้จริงของแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวว่าเป็นอย่างไร เพราะอย่างที่พวกเราบอกกันว่าอะไรก็ตามที่เป็นแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวให้คนเข้าใจมันไม่ง่าย หรือบางครั้งการนำเสนอผลงานของตัวเองมันไม่เห็น มันต้องเห็นจากผลงาน จากเพื่อนร่วมงาน สภาพแวดล้อมมันก็จะเห็นแวว และเห็นสิ่งต่างๆที่เราที่มีอยู่ในส่วนได้ก็จะมีส่วนที่เป็นความพยายามของทีมงานที่ไม่ได้เป็นหมอ FM แต่รู้เรื่องหมอ FM อย่างเต็มที่ ที่อยากจะให้งานตรงนี้ได้เป็นต้นแบบใหญ่ที่แผ่กิ่งก้านสาขาให้เกิดลมเงาในชุมชน ในบริการที่ดี การดูแลสุขภาพที่ดี หรือการไป empowerment ประชาชน เราก็คิดว่าเราก็ทำความฝันร่วมกันที่อยากให้เกิด ดังนั้นในกระบวนการครั้งนี้ก็เป็นกระบวนการที่มีความต่อเนื่องยาวนานกว่าที่จะมาถึงวันนี้ได้มีกระบวนการกันมาเป็น 10 ปี กว่าจะมีหมอหนึ่งคน กว่าจะมีทีมงาน กว่าจะมีพวกเรา เราก็ถือว่าเป็นความสำเร็จไปทีละขั้น และก็แน่นอนก็เป็นความภาคภูมิใจ และก็ก็เป็นสิ่งที่เกิดขึ้นที่เราเห็นและได้ฟังความสุข ที่น้องพูดถึงว่าสิ่งที่เราได้ทำก็ได้เกิดผลกับประชาชน กับคนไข้ คนที่เราดูแล แล้วเขาก็มีความสุขความปิติส่งถึงระหว่างกัน ซึ่งสิ่งนี้อาจเป็นประเด็นสำคัญที่อยากจะฝากน้องๆไว้ว่าสิ่งอะไรสำคัญไม่มากไปกว่าเราเองต้องภูมิใจในตัวเอง และเราเองต้องเห็นคุณค่าในตัวเอง สิ่งต่างๆพวกนี้จะมีมันคงถาวรไม่ได้ถ้าเราไม่เกิดจากภายใน เราจะรอแต่ภายนอกเพื่อมาหล่อเลี้ยง แต่หากเราไม่หล่อเลี้ยงตัวเองมันก็จะตาย

การเกิดของชมรมก็จะเป็นอีกขั้นของการรวมตัวกัน และเราคิดว่าการที่เราารวมตัวกันเหมือนกับที่เราวาดภาพฝันที่ว่าจากภาพๆเดียวแล้วเรามาช่วยกันต่อเติมให้เกิดความสมบูรณ์มากขึ้น และมองว่ามันน่าจะไปได้ และเราก็เป็นกำลังใจเป็นส่วนหล่อเลี้ยงกัน และเราก็ยังคิดว่าชมรมเป็นอีกขั้นที่คงมีเรื่องราวที่จะต้องฟันฝ่าไปอีก แต่ ณ จุดนี้อย่างไรก็ตามประวัติศาสตร์หรือพัฒนาการที่ผ่านมามันก็คงค่อยๆ ชัดให้เห็นความเข้มแข็งของพวกเราซึ่งตรงจุดนี้ก็คงเป็นสิ่งที่จะดำเนินการร่วมกันไปในแง่ของชมรม และทุกคนก็มีส่วนร่วมชมรมหรือกรรมการเป็นแค่ตัวแทนแค่นั้นเองพวกเรามีอะไรก็มาช่วยกันซึ่งจะสำเร็จได้มากน้อยแค่ไหนก็ขึ้นอยู่กับพวกเราทุกคนที่มี commitment ร่วมกัน และช่วยกันหล่อเลี้ยงให้งอกงามและเป็นความสุขที่อยู่กับเราเอง และคนทำงานรอบๆไปด้วย

อาจารย์สุรเกียรติ์ อาษานานุภาพ ในฐานะผู้อาวุโสให้ข้อคิดเห็นและกล่าวปิดการประชุมอย่างเป็นทางการ

ท่านกรรมการ ท่านสมาชิก น้องๆ ลูกศิษย์ลูกหา รู้สึกชื่นชมและรู้สึกมีความสุขที่ได้มีโอกาสมาสัมผัสในช่วง 2 วันนี้ ผมถือโอกาสเป็นส่วนหนึ่งของสัปดาห์งานในเหตุการณ์และวันเวลาประวัติศาสตร์ ผมนึกย้อนไปเมื่อปี 2519 รู้สึกเมื่อประมาณเดือนพฤษภาคมบนเขาใหญ่มีแพทย์ชนบทรุ่นใหม่วุ่นๆหนุ่มสาวประมาณ 20-30 คนได้รวมตัวกันประชุมก่อตั้งสมาคมแพทย์ชนบทซึ่งถือเป็นจุดกำเนิดของชมรมแพทย์ชนบทในคอนนั้น สมาพันธ์อยู่ได้จนถึงเมื่อวันที่ 6 ตุลาคม ที่เกิดรัฐประหาร สมาพันธ์จึงล้มโดยปริยาย และต่อมาน้องๆได้มีการสานต่อจึงเกิดการรวมตัวกันเป็นแพทย์ชนบทซึ่งพวกเราก็ตราบทันทีว่ามันมีอนิสงค์ มีประโยชน์มหาศาลต่อระบบสุขภาพไทย เพราะฉะนั้น ผมมั่นใจว่าวันนี้การก่อเกิดของชมรมแพทย์เวชปฏิบัติครอบครัวในวันนี้ เป็นวันประวัติศาสตร์อีกวันที่ต่อยอดจากชมรมแพทย์ชนบทห่างกันประมาณ 34 ปี ผมมั่นใจเพราะว่าผมเองก็ถือว่าเป็นหมอครอบครัว และหมอชุมชนคนหนึ่ง และผมเองก็ได้สมัครเป็นสมาชิกชมรมเป็นที่เรียบร้อยแล้ว

เราเป็นแพทย์พันธุ์ใหม่ ที่แตกต่างที่มีเอกลักษณ์ คือต้องเก่งทั้งในแง่การรักษา และต้องเก่งเพิ่มในแง่ของเรื่องชุมชน ซึ่งเรื่องนี้ถือว่าเป็นอัตลักษณ์ของเราอย่างยิ่ง ที่มีความเข้าใจ เข้าถึง ผู้ป่วย ครอบครัว และชุมชน ในกระบวนการทำงานหลายๆท่านกำลังฝึกเป็นแพทย์ประจำบ้าน หลายๆท่านได้จบไปทำงานแล้ว ผมมั่นใจว่าในกระบวนการหล่อหลอมและกระบวนการทำงานต่อไปถ้ายังใช้แนวคิด ใช้เครื่องมือทางเวชศาสตร์ครอบครัวเราจะเติบโตขึ้น ลึกซึ้งขึ้น และจะกลายเป็นคนที่มีทักษะในการแก้ปัญหา ศาสตร์ต่างๆของเวชศาสตร์ครอบครัวเป็นการบูรณาการร่วมกับศาสตร์ต่างๆ ไปด้วยกันเพื่อประยุกต์ในการที่จะทำความเข้าใจแก้ไขปัญหาสุขภาพอย่างองค์รวม ทั้งกาย จิต สังคม จิตวิญญาณ ดังนั้นผมคิดว่าเมื่อเกิดการรวมตัวเป็นชมรมโดยคนกลุ่มหนึ่งซึ่งมากพอที่จะเติบโต ขยายเมล็ดพันธุ์ไปเรื่อยๆ 12 ปีของการก่อเกิด FM ก็เป็นการเริ่มต้นของการสร้างคน 10 ปี หรือ 12 ข้างหน้านั้นจะเป็นการสร้างกระบวนการเพื่อให้เกิดแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวที่ยิ่งใหญ่และมีพลังต่อไป

สุดท้ายผมอยากจะฝาก ข้อแรกที่ได้กล่าวไปแล้วการเป็นแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวที่ดี หรือการเป็นพยาบาลเวชปฏิบัติครอบครัวที่ดี หรือว่าเจ้าหน้าที่ที่ดีไม่ใช่แค่เฉพาะเรื่อง Psychology จะต้องมีความเก่งทาง bio ควบคู่กันไปด้วยสามารถที่จะบอกให้คนทั่วไปรู้ว่าเรารักษาโรคได้แม่นยำ ได้เก่ง และดี เข้าใจ เข้าถึงผู้ป่วยและครอบครัว ข้อสอง เรื่องของความสุขมีหลักคิดอยู่ 2-3 ข้อ คือหลักคิดของการทำงาน คือ 1.เห็นคุณค่าของตัวเอง และเห็นคุณค่าของงานซึ่งในจุดนี้ความเป็นแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวสามารถเห็นคุณค่าของตัวเองแน่นอนโดยไม่ต้องให้ใครชี้ให้เห็น 2.จะต้องเห็นคุณค่าของส่วนร่วมมากกว่าส่วนตัว การต่อสู้การผลักดันงานในอนาคตไม่ได้ทำเพื่อตัวเองหรือองค์กรหนึ่งองค์กรใด แต่เราทำเพื่อสุขภาพที่ดีของประชาชน 3. ต้องพัฒนาตนเองท่ามกลางการทำงาน ท่ามกลางการดำเนินชีวิต ข้อสุดท้ายที่ผมใช้อยู่ประจำคือใช้หลัก สุทธิ ปัญญา เมตตา ขันติ ในการทำงาน ซึ่ง สุทธิก็คือมีความบริสุทธิ์ใจ มีเป้าหมายที่บริสุทธิ์เพื่อคนอื่น เพื่อประชาชน เพื่อคนไข้ เพื่อชุมชน ซึ่งไม่พอจะต้องมีปัญญารู้เท่าทัน รู้รอบ รู้เขา รู้เราในการที่จะจัดการกับปัญหาต่างๆอย่างชาญฉลาด มีปัญญายังไม่พอก็ต้องมีเมตตาต่อเนื่อง เมตตาต้องมีใจกว้างพอเปิดรับ มีความรักสากล แม้แต่ศัตรูที่เกลียดที่สุดก็ต้องรักเขาให้ได้ ก็คือความเมตตาที่บริสุทธิ์ สุดท้ายพอมีเมตตาที่จะเกิดขึ้นคือความอดทน สามารถที่จะรอคอยโอกาส สังสรรค์มีเพื่อที่จะทำงานใหญ่

ดังนั้น ผมจะขอกล่าวปิด และขอฝากบทกลอนเพื่อผูกเรื่องธรรมะ 4 ข้อนี้

ด้วยสุทธิ และปัญญา พร้อมเมตตา และขันติ

จงสนุกทุกหน้าที่ สุขสันติ นิจนิรันดร์

เสียงสะท้อนผ่านชมรมแพทย์เวชปฏิบัติครอบครัว

ความคาดหวังที่มีต่อชมรมฯ

1. สร้างเครือข่ายเวชศาสตร์ครอบครัว / เป็นสื่อกลางในการรวม FM ทั่วประเทศ ให้เป็นหนึ่งเดียว การร่วมกิจกรรมอื่นๆ ร่วมกัน
2. เป็นเครือข่ายที่คอยสนับสนุนทุกด้านให้แก่แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว
3. เป็นแกนนำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในวงการแพทย์และของประเทศเกี่ยวกับสุขภาวะของคนไทย
4. ผลักดันโครงสร้างและ Job งานของแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวให้มีความชัดเจนจะได้ทำงานง่ายขึ้น
5. ผลักดันให้มีความก้าวหน้าในชีวิตราชการ
6. สนับสนุนเรื่องค่าตอบแทนให้มีชีวิตอยู่ได้โดยไม่ต้องเปิดคลินิก
7. งานวิจัยด้านต่างของแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว
8. แหล่งความรู้ ช่องทางในการหาคำปรึกษาจากผู้มีประสบการณ์
9. ข้อมูลเกี่ยวกับ เวชศาสตร์ครอบครัว ยังหาได้น้อย/ยาก / website หนังสือที่แนะนำสำหรับการเรียนรู้
10. พัฒนาหลักสูตรการเรียน รองรับอย่างเพียงพอและเท่าเทียม มาตรฐานทุกหน่วยงาน
11. อยากให้ชมรมพัฒนาองค์ความรู้เวชศาสตร์ครอบครัวให้เป็นທີ່ประจักษ์และยอมรับ ต่อ สังคมไทยอย่างทั่วถึง
12. ผลิตสื่อการเรียนการสอน
13. แนะนำ Test book + การค้นหา
14. Update ประชุมวิชาการทุกปี
15. อยากให้ช่วยพัฒนา แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวในกทม.รู้สึกโดดเดี่ยวมาก (จะช่วยประสานกับหน่วยงานในกทม.ได้)
16. ต้องการให้ชมรม ร่วมมือกับราชวิทยาลัย ทั้งเรื่องการประชาสัมพันธ์กิจกรรมวิชาการ บทความ ทั้งทางจดหมาย email กับ สมาชิกชมรม รวมถึงแพทย์ประจำบ้าน แพทย์ใช้ทุน
17. เป็นกระบอกเสียง เผยแพร่ บทบาทหน้าที่ ลักษณะงานของ แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว ให้ประชาชนและหน่วยงานอื่นได้รับรู้
18. ชมรมฯเหมือนเป็นบทบาท/ตัวแทนของแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว
19. มีวิสัยทัศน์ บทบาท กิจกรรมที่ชัดเจนในการดำเนินงานของชมรมฯ
20. ชมรมฯกลายเป็นอู่ก้นแรกที่สำคัญยิ่งของ แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวในไทยต่อไป

อื่นๆ

- ให้กำลังใจ/ชื่นชมเพื่อนแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวในที่ต่างๆ
- ถ่ายทอดความรู้ด้านเวชศาสตร์ครอบครัว / ส่งเสริมการเรียนรู้แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว เช่น จัดอบรม ทางวิชาการ , ทักษะการทำงานเป็นระยะๆ ในส่วนกลางเพื่อให้แพทย์ตามภาคต่างๆได้ร่วมกันแลกเปลี่ยนกัน
- อยากให้ชมรม พัฒนา Update ความรู้ให้แก่สมาชิก เช่น การจัดงานวิชาการสม่ำเสมอ,การทำวารสาร เผยแพร่ & แชร่ ความรู้ และประสบการณ์การทำงาน of แพทย์ ทีมงานเวชศาสตร์ครอบครัว หรือ พัฒนาwebsite ที่ติดต่อและแลกเปลี่ยนความรู้ และการติดต่อของสมาชิกกลุ่ม รวมทั้งเป็นแหล่งความรู้ให้กับแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวในประเทศไทย

- **ชมรม ไม่ยุบหายไป** เพราะฉะนั้นต้องมีทีมงานหลัก ต้องมีต่อการเชื่อมโยงกันเสมอ เช่น เว็บไซต์, Face book ของชมรมฯ / ชมรมมีกิจกรรมดีๆ ร่วมกันทั้งการส่งเสริมวิชาการ, ฯลฯ
- **อยากเห็นความร่วมมือระหว่างชมรมแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวและชมรมแพทย์อื่นๆ หรือชมรมวิชาชีพอื่นๆ ที่เราต้องทำงานร่วมกัน**
- **เป็นแบบอย่างและที่ปรึกษาในงานด้านเวชศาสตร์ครอบครัว**
- **อยากให้ชมรมเป็นศูนย์กลางในการขอความช่วยเหลือจาก แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว คล้ายกับ 191 หรือ จส.100**
- **โครงการประชาสัมพันธ์ชมรม โดย**
 - **หน่วยเคลื่อนที่บริการประชาชนช่วยเหลือในแต่ละพื้นที่**
 - **ประชุมวิชาการในแต่ละภาคพัฒนาองค์ความรู้ แลกเปลี่ยนกันและกัน ส่งเสริมการเรียนรู้ให้ นศพ. และแพทย์แต่ละพื้นที่**
 - **จัดการประชุมวิชาการทุกปี เพื่อ updateความรู้ใหม่ๆ ที่เหมาะกับการ approach ใช้ใน practice / สานสัมพันธ์ให้เครือข่ายเวชศาสตร์ครอบครัว เข้มแข็ง**
 - **ประชาสัมพันธ์การประชุมที่เกี่ยวข้องเวชศาสตร์ครอบครัวใน web เพื่อให้ได้ทราบกันอย่างทั่วถึงกับน้องๆ เห็นโมเดลดีๆ หรือเข้ามาร่วมเพิ่มขึ้น**
 - **ชมรมควรมีการนำผลงานดีๆ ถ่ายทอดสู่ประชาชน, พวกพ้อง, เพื่อนร่วมวิชาชีพ ฯลฯ เพื่อสะท้อนให้เห็นว่า แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวทำงานอย่างไรมีตัวตนอย่างไร เพื่อกำลังใจ**
- **อยากมีส่วนร่วมในการทำงานและโครงการต่างๆ เท่าที่ช่วยได้**
- **อยากช่วยพัฒนางาน เวชศาสตร์ครอบครัว ทุกด้านเท่าที่ช่วยได้**
- **เป็นชมรม องค์การที่เข้มแข็งสื่อสาร ถ่ายทอดเรื่องราวของแต่ละคนที่เป็นแบบอย่างที่ดี**
- **เป็นกำลังสำคัญให้ แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว คงอยู่**
- **เป็นผู้ประสานงานระหว่าง แพทย์ที่ทำหน้าที่เกี่ยวกับเวชปฏิบัติครอบครัว**
- **เปิดโอกาสให้สมาชิกได้แสดงความคิดเห็นหรือทำงาน**
- **วางใจให้เป็นกลางต่อ การแสดงออกของสมาชิก**

แง่กิจกรรมประชุม

1. **อยากให้กิจกรรม world café อีก เพื่อให้สมาชิกรู้จักกันมากขึ้น มีความสนุกสนาน**
2. **อยากได้ฟังการบรรยายทุกเรื่องเนื่องจากตอนที่แยกห้องฟังทำให้ไม่สามารถเข้าฟังการบรรยายห้องอื่นได้**

ผลการสำรวจความคิดเห็นโดยแบบสอบถามต่อการจัดประชุมวิชาการ “12 ปีกับการพัฒนาเวชศาสตร์ครอบครัวในประเทศไทย”

ระหว่างวันที่ 22-24 ตุลาคม 2553

แบบสอบถาม

1. เพศ

	Frequency	Percent
Valid ชาย	27	54.0
หญิง	23	46.0
Total	50	100.0

2. ประเภท

	Frequency	Percent
Valid แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว (อว.และ วว.)	24	48.0
แพทย์เวชปฏิบัติครอบครัวทั่วไป	3	6.0
แพทย์ประจำบ้านเวชศาสตร์ครอบครัว	13	26.0
แพทย์โครงการเพิ่มศักยภาพฯ/โครงการให้ทุนแพทย์คืนถิ่น	6	12.0
ผู้รับผิดชอบงานเวชศาสตร์ครอบครัว (สาธารณสุข)	1	2.0
ผู้อำนวยการ โรงพยาบาล	1	2.0
ผู้รับผิดชอบงาน FM กสช.	1	2.0
In-service training	1	2.0
Total	50	100.0

จากแบบสำรวจจำนวน 50 ชุด

ข้อมูลทั่วไป

เพศ

- ชาย 27 คิดเป็น 54%
- หญิง 23 คิดเป็น 46 %

ประเภท

- ส่วนใหญ่เป็นแพทย์ประจำบ้านเวชศาสตร์ครอบครัว (อว.และ วว.) 24 ท่านและ แพทย์ประจำบ้านเวชศาสตร์ครอบครัว 13 ท่าน คิดเป็น 48% และ 26% ตามลำดับ

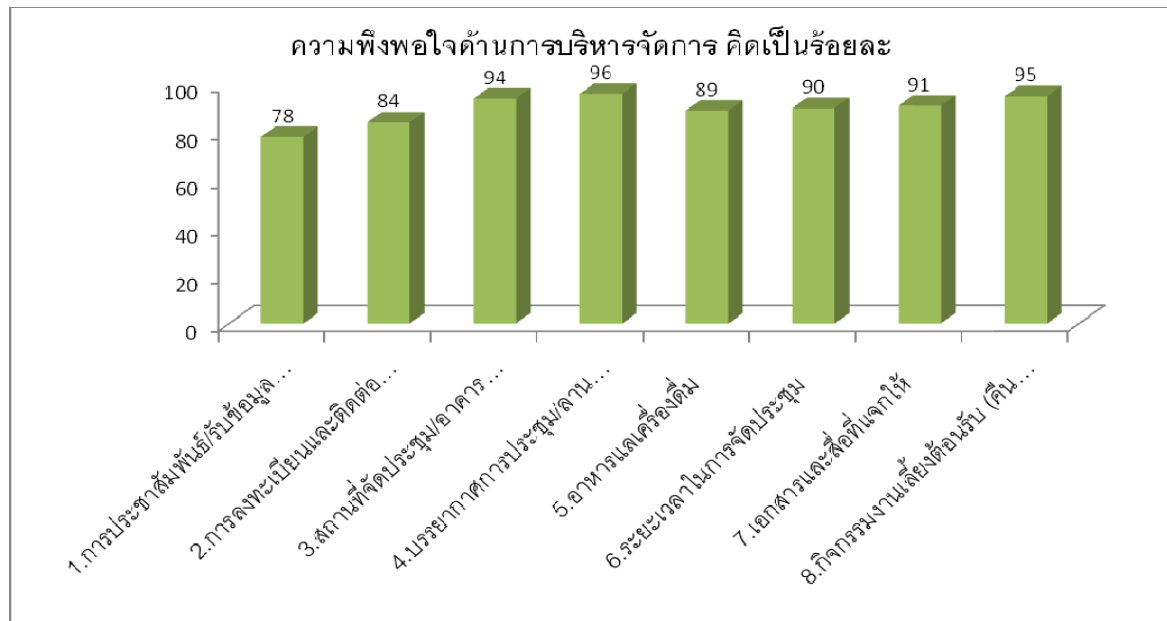
1. ความคาดหวังของการเข้าร่วมประชุมครั้งนี้

- 1.1 ความรู้สึกเป็นเวชศาสตร์ครอบครัวร่วมกันและกำลังใจ
- 1.2 แลกเปลี่ยนประสบการณ์ พักผ่อนหลังจากทำงานหนักมาเป็นปี
- 1.3 สร้างความเข้มแข็ง Strengthen FM network
- 1.4 รวบรวมเพื่อนสมาชิกชมรมฯ และเครือข่าย แลกเปลี่ยนเรียนรู้กัน
- 1.5 แลกเปลี่ยนเรียนรู้,สร้างเครือข่าย,สร้างและส่งเสริมแรงบันดาลใจในการทำงานเวชปฏิบัติครอบครัว
- 1.6 ต้องการเรียนรู้ความก้าวหน้าของงานเวชศาสตร์ครอบครัว
- 1.7 มาดูความเป็นมา-ความเป็นไปของงานแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว แล้วนำมาพัฒนาตนเอง ทั้งการพัฒนาศักยภาพของตนเองให้มากยิ่งขึ้น และนำไปพัฒนางานของตนเองที่ทำอยู่ในชนบท
- 1.8 แนวคิดการพัฒนา Fammed
- 1.9 ได้รับรู้และเข้าใจแนวทางการปฏิบัติงานในอนาคตได้ชัดเจนขึ้น
- 1.10 ความถี่หน้าในบรรยากาศ สถานการณ์ ความรู้และรู้จักผู้คนในแวดวง
- 1.11 รับทราบแนวทางในการพัฒนาเวชศาสตร์ครอบครัว ในประเทศไทย
- 1.12 เปิดโลกทัศน์,พบปะเพื่อนร่วมอุดมการณ์, ร่วมขับเคลื่อนให้แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวและระบบดูแลคนด้วยหัวใจให้ก้าวหน้าอย่างกว้างขวาง ร่วมชื่นชมความดีความงามของเพื่อนร่วมวิชาชีพ
- 1.13 ได้รับมุมมองเกี่ยวกับเวชศาสตร์ครอบครัวมากขึ้น
- 1.14 เรียนรู้แนวคิดหลักการ FM ให้ลึกขึ้น
- 1.15 เป็นการพบปะพูดคุย เครือข่ายในงานเวชศาสตร์ครอบครัว เป็นประจำปี
- 1.16 มีความรู้ไปดูแลผู้ป่วยเป็นองค์รวม อย่างถูกต้อง
- 1.17 ได้แลกเปลี่ยนเรียนรู้เรื่องการปฏิบัติงาน/เพิ่มจิตวิญญาณของ Fammed
- 1.18 ได้แลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์ พูดคุยกับเพื่อนแพทย์คนอื่น ๆ
- 1.19 ได้พบพูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์ซึ่งกันและกัน ได้พบเพื่อนเก่าและใหม่ ได้รับความรู้ ได้ทราบความเป็นไปขององค์กรวิชาชีพสาขาเวชศาสตร์ครอบครัว และได้กำลังใจ
- 1.20 แลกเปลี่ยนและสร้างเครือข่าย
- 1.21 ได้มาพบเพื่อน ได้มาแสดงผลงาน
- 1.22 ต่อความก้าวหน้าของความเจริญของงานเวชศาสตร์ครอบครัว
- 1.23 อยากเห็นกลุ่มคนผู้ยิ่งใหญ่ “กับการพัฒนาเวชศาสตร์ครอบครัว”
- 1.24 มองผู้ป่วยให้รอบด้านมากขึ้น
- 1.25 ได้มีความรู้ ความเข้าใจ แนวคิด หลักการ บทบาทหน้าที่ และทราบถึงความก้าวหน้าของงานเวชศาสตร์ครอบครัว
- 1.26 สัมพันธภาพ และแลกเปลี่ยนความรู้
- 1.27 Update หัวข้องานวิจัยใหม่ ๆ

- 1.28 ได้เจอเครือข่าย เพื่อนพี่น้อง อาจารย์ ได้ทราบความเคลื่อนไหวของ FM ทั่วประเทศ
- 1.29 ความรู้ความสนุกสนาน
- 1.30 ทราบถึงวิวัฒนาการความเป็นมาของ Family Medicine ในประเทศไทย และประสบการณ์ของแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวในการทำงานกับครอบครัว/ชุมชน
- 1.31 อยากมีส่วนร่วมในการพัฒนาเวชศาสตร์ครอบครัวในประเทศไทยในแบบที่เป็นรูปธรรม และมีระบบที่แน่นอนมากกว่า concept
- 1.32 มาร่วมชื่นชมบรรยากาศ การพัฒนางานเวชศาสตร์ครอบครัวในประเทศไทย
- 1.33 อยากทราบสถานการณ์การฝึกอบรมแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว การสนับสนุนวิชาการและแนวโน้ม
- 1.34 ได้ทราบแนวทางและการพัฒนาของเวชศาสตร์ครอบครัว ได้ความรู้ ประสบการณ์ในการทำงาน ได้เครือข่ายเพิ่มเติม และแลกเปลี่ยน
- 1.35 ได้ทราบแนวทางและอนาคตของแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว ได้พบปะกับแพทย์ที่มีแนวคิดให้การดูแลผู้ป่วยที่มีแนวคิดเดียวกัน ได้รับวิชาการและมุมมองในบางประเด็นของ FM และผลงานต่าง ๆ เดิมกำลังใจกับการทำงานด้าน FM
- 1.36 ได้เรียนรู้แลกเปลี่ยนงานทางด้านเวชศาสตร์ครอบครัว
- 1.37 พบปะเพื่อน ๆ พี่น้องชมรมเวชศาสตร์ครอบครัว ได้ทราบถึงแนวทางการพัฒนาเวชศาสตร์ครอบครัวในประเทศไทยทั้งในอดีต,ปัจจุบันและอนาคตจากผู้ทรงคุณวุฒิ
- 1.38 ได้พบแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวและแลกเปลี่ยนประสบการณ์
- 1.39 ได้ความคิดเกี่ยวกับแนวทางการเป็นแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว

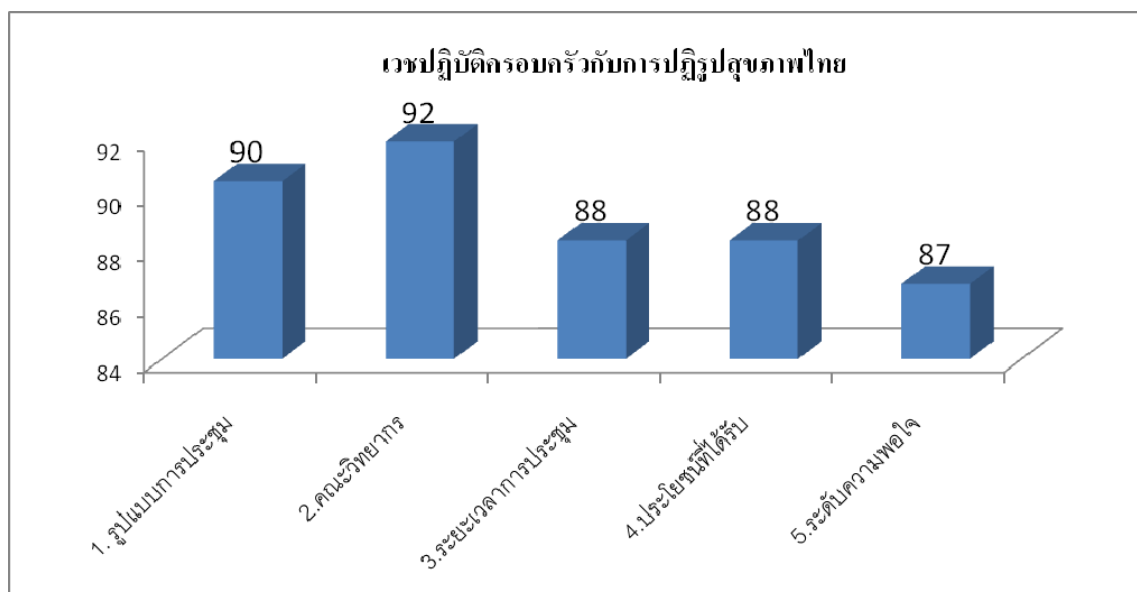
2. ความพึงพอใจด้านการบริหารจัดการและอำนวยความสะดวกเกี่ยวกับการจัดประชุม

รายการ	Missing	คะแนนเต็ม	คะแนนที่ได้	ร้อยละ
1.การประชาสัมพันธ์/รับข้อมูลการประชุม	-	200	156	78
2.การลงทะเบียนและติดต่อประสานงาน	-	200	167	84
3.สถานที่จัดประชุม/อาคารห้องพัก	1	196	185	94
4.บรรยากาศการประชุม/ลานจัดนิทรรศการ	-	200	191	96
5.อาหารและเครื่องดื่ม	-	200	178	89
6.ระยะเวลาในการจัดประชุม	-	200	179	90
7.เอกสารและสื่อที่แจกให้	-	200	181	91
8.กิจกรรมงานเลี้ยงต้อนรับ (คืนวันที่ 22 ต.ค. 53)	9	164	155	95
รวม		1560	1392	89

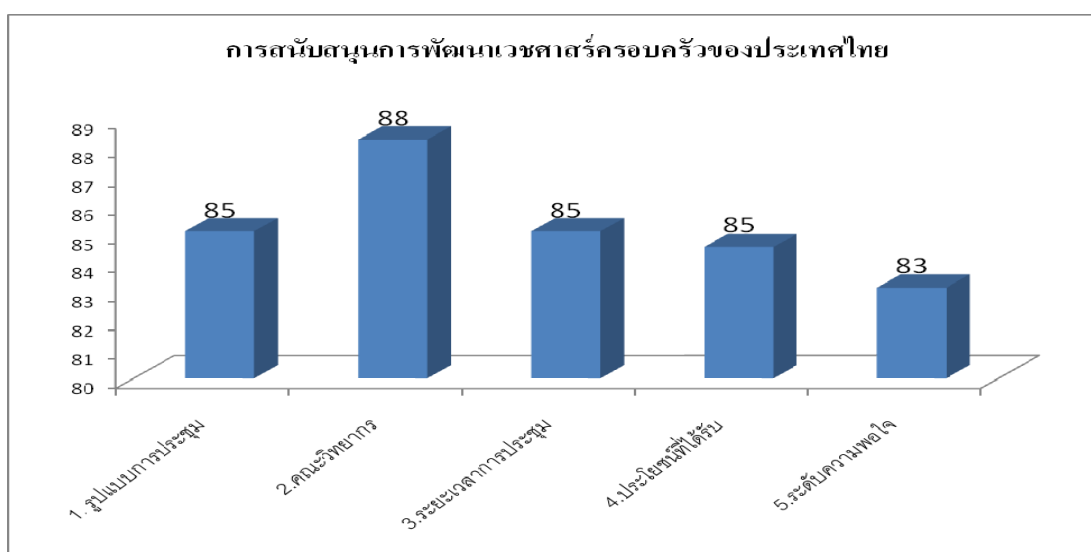


3. ความพึงพอใจในประเด็นวิชาการ

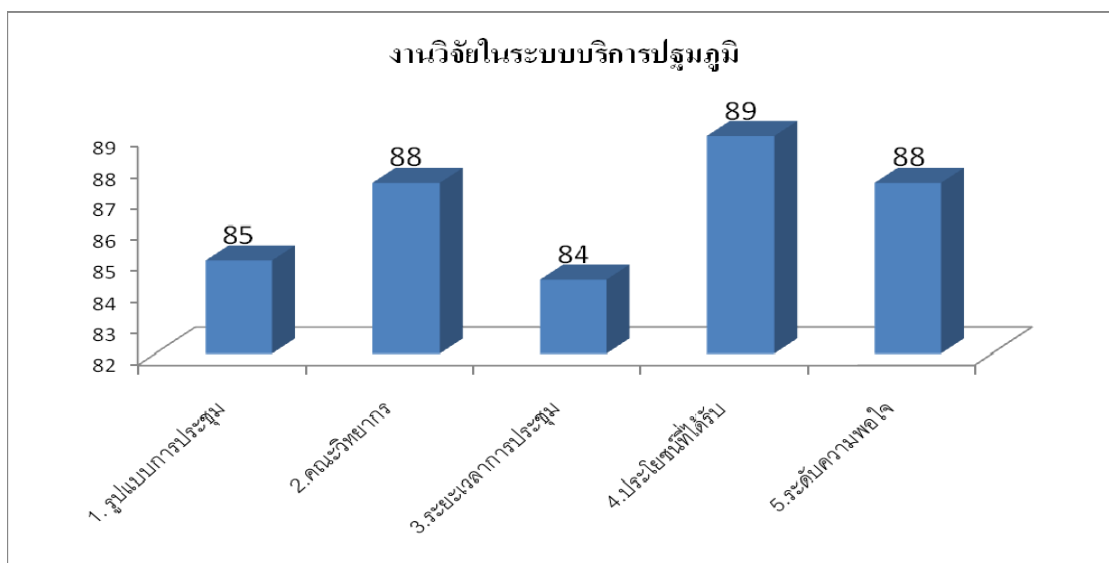
เวทีเสวนา "เวชปฏิบัติครอบครัวกับการปฏิรูปสุขภาพไทย"				
รายการ	Missing	คะแนนเต็ม	คะแนนที่ได้	ร้อยละ
1. รูปแบบการประชุม	3	188	170	90
2. คณะวิทยากร	4	184	169	92
3. ระยะเวลาการประชุม	3	188	166	88
4. ประโยชน์ที่ได้รับ	3	188	166	88
5. ระดับความพอใจ	3	188	163	87



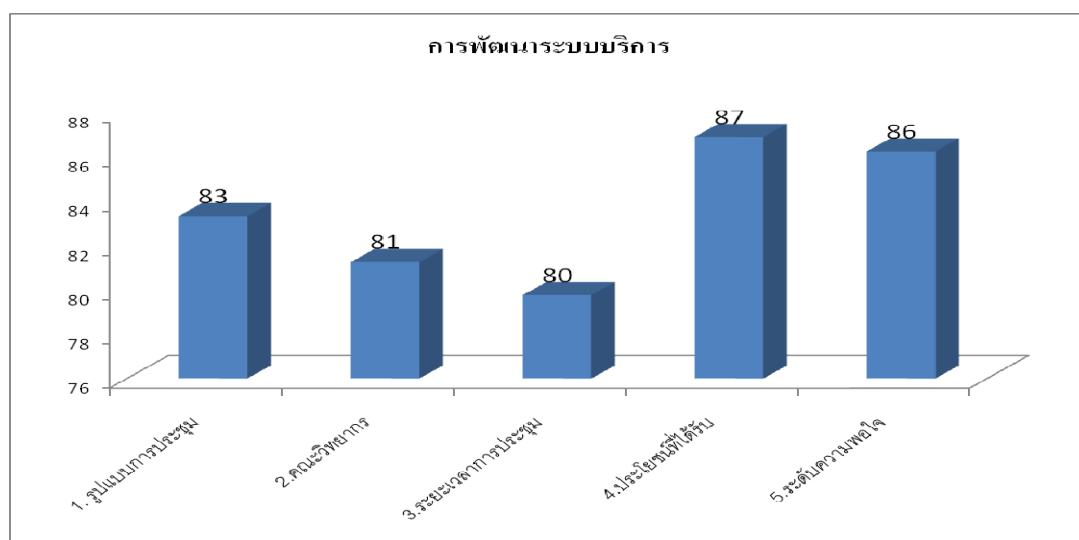
เวทีอภิปราย "การสนับสนุนการพัฒนาเวชศาสตร์ครอบครัวของประเทศไทย"				
รายการ	Missing	คะแนนเต็ม	คะแนนที่ได้	ร้อยละ
1. รูปแบบการประชุม	3	188	160	85
2. คณะวิทยากร	3	188	166	88
3. ระยะเวลาการประชุม	3	188	160	85
4. ประโยชน์ที่ได้รับ	3	188	159	85
5. ระดับความพอใจ	4	184	153	83



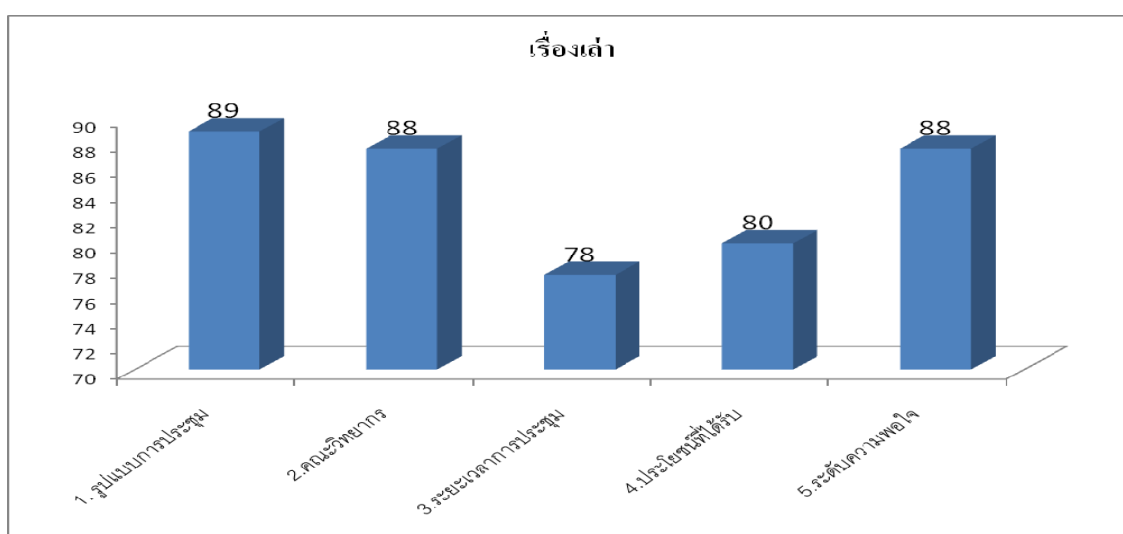
งานวิจัยในระบบบริการปฐมภูมิ "Primary Care Research"				
รายการ	Missing	คะแนนเต็ม	คะแนนที่ได้	ร้อยละ
1. รูปแบบการประชุม	25	100	85	85
2. คณะวิทยากร	26	96	84	88
3. ระยะเวลาการประชุม	26	96	81	84
4. ประโยชน์ที่ได้รับ	25	100	89	89
5. ระดับความพอใจ	28	88	77	88



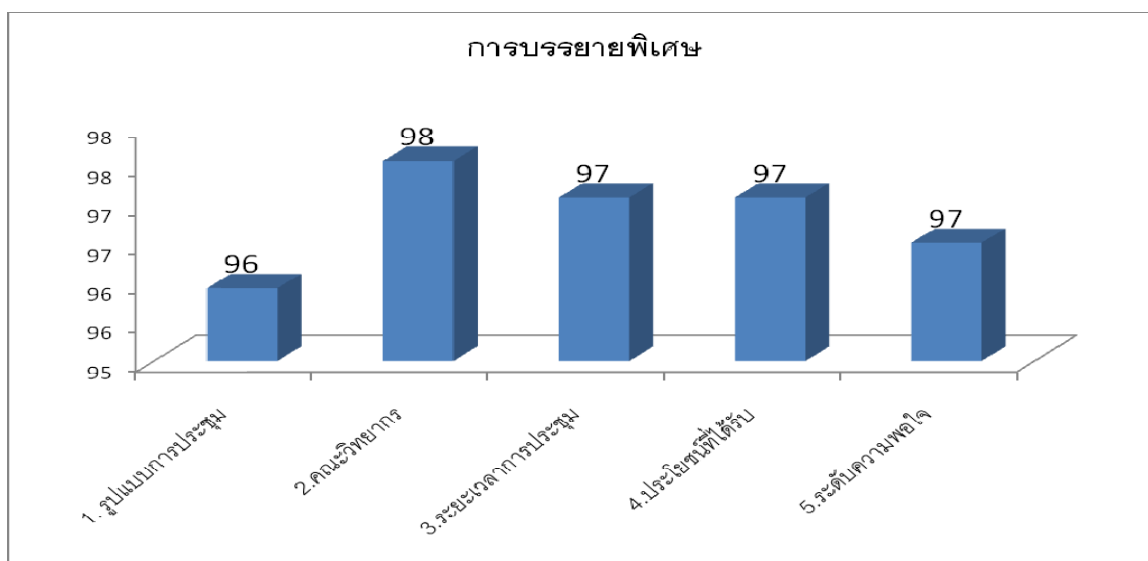
การพัฒนาระบบบริการ "Health service and system development"				
รายการ	Missing	คะแนนเต็ม	คะแนนที่ได้	ร้อยละ
1. รูปแบบการประชุม	29	84	70	83
2. คณะวิทยากร	30	80	65	81
3. ระยะเวลาการประชุม	29	84	67	80
4. ประโยชน์ที่ได้รับ	29	84	73	87
5. ระดับความพอใจ	30	80	69	86



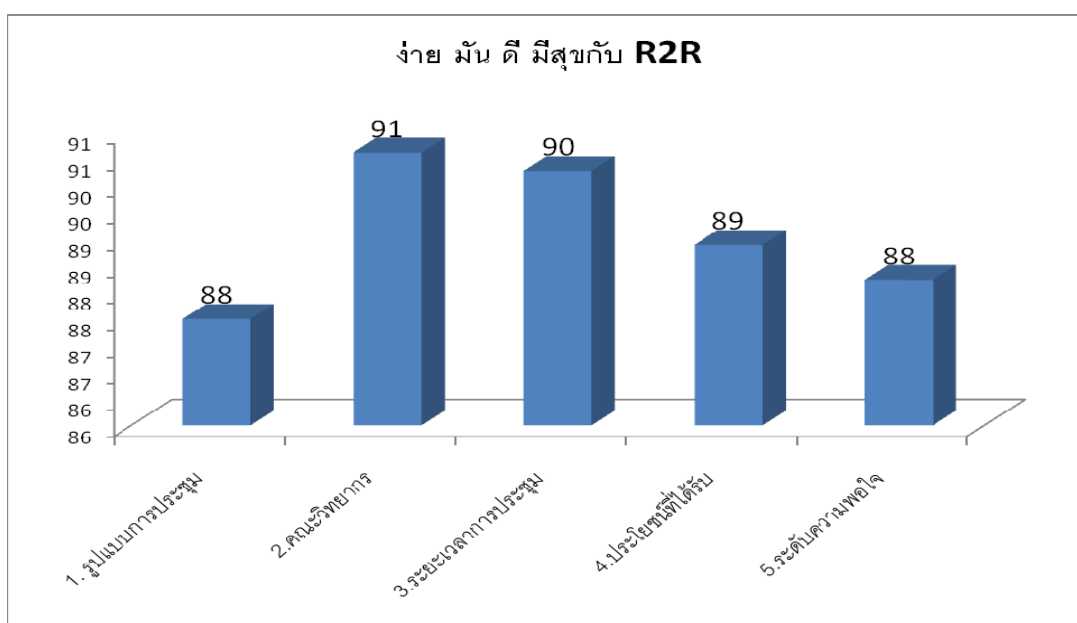
เรื่องเล่า "Story Telling" ประสบการณ์การดูแลผู้ป่วย				
รายการ	Missing	คะแนนเต็ม	คะแนนที่ได้	ร้อยละ
1. รูปแบบการประชุม	41	36	32	89
2. คณะวิทยากร	42	32	28	88
3. ระยะเวลาการประชุม	40	40	31	78
4. ประโยชน์ที่ได้รับ	40	40	32	80
5. ระดับความพอใจ	42	32	28	88



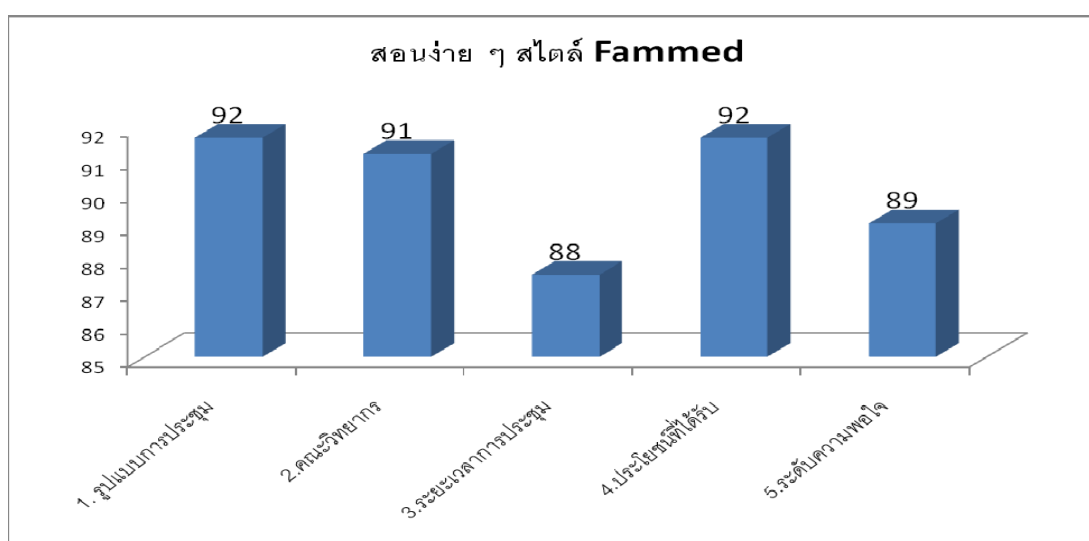
การบรรยายพิเศษ "Conflict Management in Family and community"				
รายการ	Missing	คะแนนเต็ม	คะแนนที่ได้	ร้อยละ
1. รูปแบบการประชุม	7	172	165	96
2. คณะวิทยากร	9	164	160	98
3. ระยะเวลาการประชุม	7	172	167	97
4. ประโยชน์ที่ได้รับ	7	172	167	97
5. ระดับความพอใจ	7	172	166	97



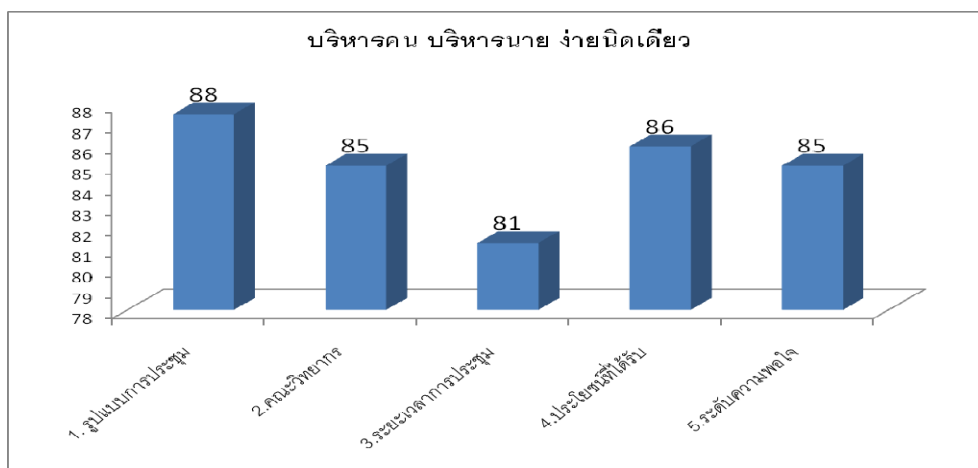
ง่าย มัน ดี มีสุขกับ R2R				
รายการ	Missing	คะแนนเต็ม	คะแนนที่ได้	ร้อยละ
1. รูปแบบการประชุม	32	72	63	88
2. คนวิทยากร	34	64	58	91
3. ระยะเวลาการประชุม	32	72	65	90
4. ประโยชน์ที่ได้รับ	32	72	64	89
5. ระดับความพอใจ	33	68	60	88



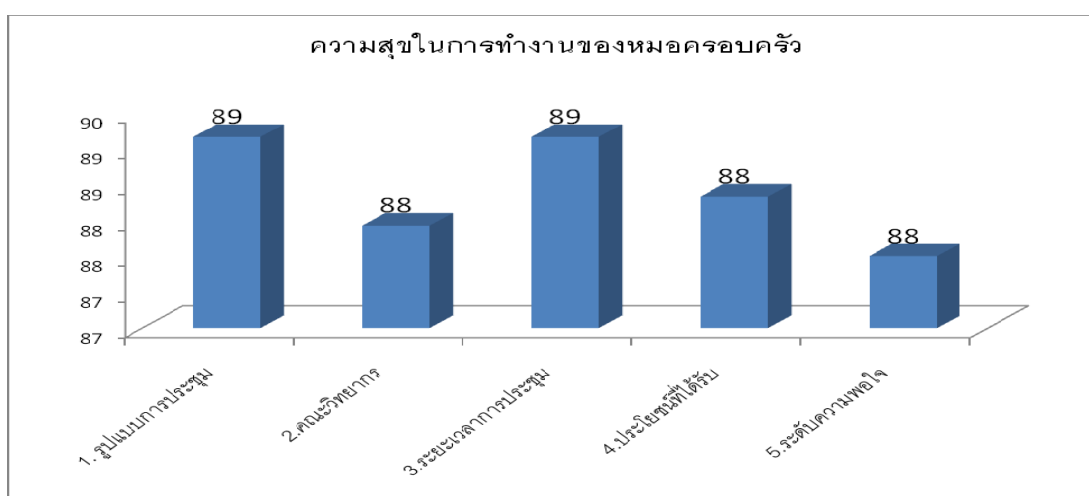
สอนง่าย ๆ สไลด์ Famed				
รายการ	Missing	คะแนนเต็ม	คะแนนที่ได้	ร้อยละ
1. รูปแบบการประชุม	32	72	66	92
2. คณะวิทยากร	33	68	62	91
3. ระยะเวลาการประชุม	32	72	63	88
4. ประโยชน์ที่ได้รับ	32	72	66	92
5. ระดับความพอใจ	34	64	57	89



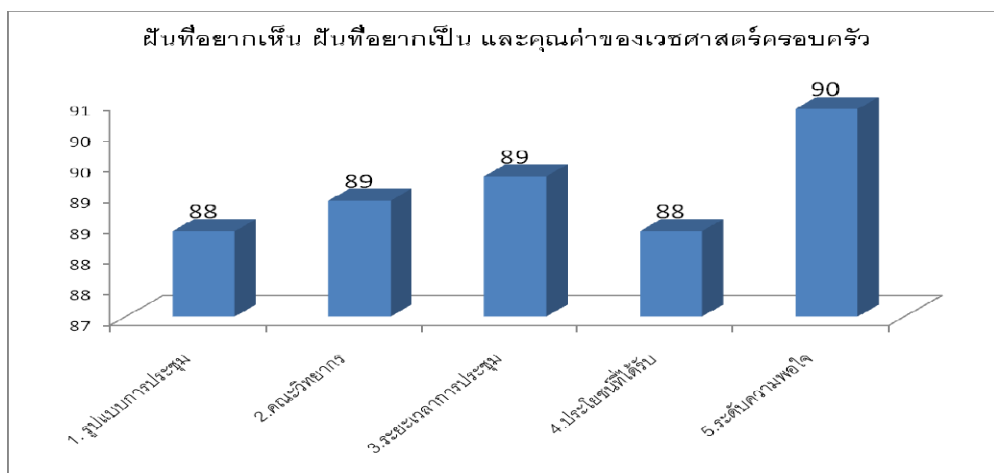
บริหารคน บริหารนาย ง่ายนิดเดียว				
รายการ	Missing	คะแนนเต็ม	คะแนนที่ได้	ร้อยละ
1. รูปแบบการประชุม	34	64	56	88
2. คณะวิทยากร	35	60	51	85
3. ระยะเวลาการประชุม	34	64	52	81
4. ประโยชน์ที่ได้รับ	34	64	55	86
5. ระดับความพอใจ	35	60	51	85



ความสุขในการทำงานของหมอครอบครัว				
รายการ	Missing	คะแนนเต็ม	คะแนนที่ได้	ร้อยละ
1. รูปแบบการประชุม	20	120	107	89
2. คณะวิทยากร	21	116	102	88
3. ระยะเวลาการประชุม	20	120	107	89
4. ประโยชน์ที่ได้รับ	20	120	106	88
5. ระดับความพอใจ	22	112	98	88

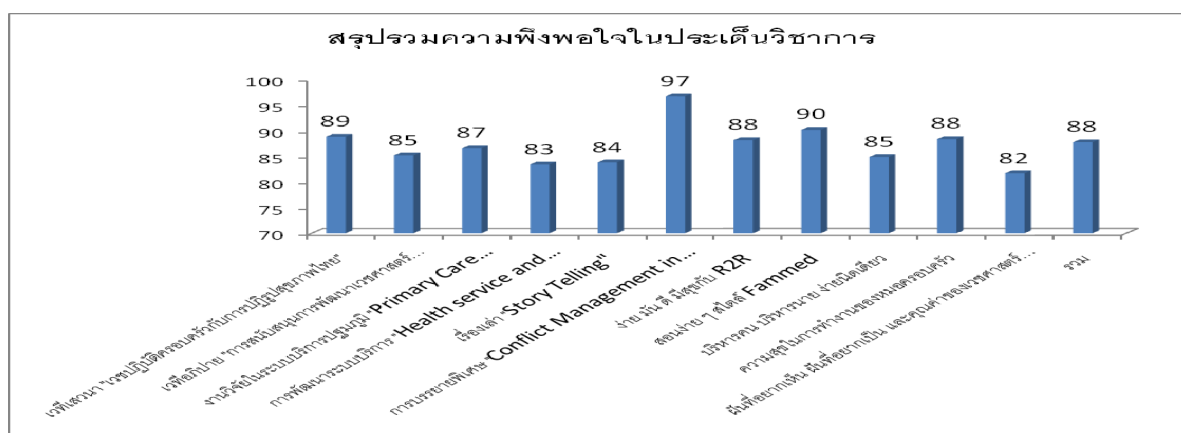


ฝันที่อยากเห็น ฝันที่อยากเป็น และคุณค่าของเวชศาสตร์ครอบครัว				
รายการ	Missing	คะแนนเต็ม	คะแนนที่ได้	ร้อยละ
1. รูปแบบการประชุม	22	112	99	88
2. คณะวิทยากร	23	108	96	89
3. ระยะเวลาการประชุม	22	112	100	89
4. ประโยชน์ที่ได้รับ	22	112	99	88
5. ระดับความพอใจ	24	104	94	90



สรุปภาพรวมความพึงพอใจในประเด็นวิชาการ

รายการ	คะแนนเต็ม	คะแนนที่ได้	ร้อยละ
เวทีเสวนา "เวชปฏิบัติครอบครัวกับการปฏิรูปสุขภาพไทย"	938	834	89
เวทีอภิปราย "การสนับสนุนการพัฒนาเวชศาสตร์ครอบครัวของประเทศไทย"	936	798	85
งานวิจัยในระบบบริการปฐมภูมิ "Primary Care Research"	480	416	87
การพัฒนาระบบบริการ "Health service and system development"	412	344	83
เรื่องเล่า "Story Telling"	180	151	84
การบรรยายพิเศษ "Conflict Management in Family and community"	853	825	97
ง่าย มัน ดี มีสุขกับ R2R	68	60	88
สอนง่าย ๆ สไตล์ Fammed	348	314	90
บริหารคน บริหารนาย ง่ายนิดเดียว	312	265	85
ความสุขในการทำงานของหมอครอบครัว	588	520	88
ฝิ่นที่อยากเห็น ฝิ่นที่อยากเป็น และคุณค่าของเวชศาสตร์ครอบครัว	548	448	82
รวม	5663	4975	88



4. ความประทับใจ/แรงบันดาลใจ/สิ่งที่ได้เรียนรู้จากการประชุม/การนำไปประยุกต์ใช้

- 4.1 เป็นการประชุมที่ดีมาก ควรจัดทุกปีเป็นอย่างยิ่ง
- 4.2 มีเพื่อนร่วมอุดมการณ์เดียวกัน
- 4.3 ได้รู้จักเพื่อน ๆ น้องๆ พี่ ๆ มากขึ้น , ได้รับมุมมองการทำงาน FM ใหม่
- 4.4 ได้พบปะเพื่อนร่วมอุดมการณ์ที่ตั้งใจทำงานเวชปฏิบัติ และสามารถสร้างเครือข่ายการปฏิบัติงาน
- 4.5 เดิมเต็มแรงกำลังใจในการทำงานเวชปฏิบัติครบถ้วน ชื่นชมคณะปฏิบัติงานทำได้ดีมากครับ
- 4.6 ประทับใจความเป็นกันเอง มีบรรยากาศของพี่น้อง รู้สึกอบอุ่นกันดี ได้รับแรงบันดาลใจในการที่จะกลับไปทำงานด้วยความเป็นมนุษย์ ดูแลงานของตนเองและผู้อื่นให้ดีขึ้น ในทุกมิติและเข้าใจทั้งเหตุ-ปัจจัยของทุกเรื่องราว
- 4.7 แนวการทำวิจัยด้านเวชศาสตร์ครอบครัว
- 4.8 รูปภาพสวยๆ คู่มือศิลปะ อ่อนโยน ไม่ยึดติดกับกรอบวิชาการ แข็งกระด้างเหมือนการประชุมวิชาการทั่วไป บรรยากาศเป็นกันเองแบบพี่น้องและมีเกียรติสมศักดิ์ศรี
- 4.9 สนใจในการศึกษาต่อด้านเวชศาสตร์ครอบครัว
- 4.10 ประทับใจเอกลักษณ์ของแพทย์ FM ที่มีลักษณะแตกต่างจากแพทย์สาขาอื่น ที่ชัดเจน แรงบันดาลใจ แม้จะไม่ใช่แพทย์ FM แต่การสัมผัสกับท่าน เป็นแรงผลักดันให้อยากปรับตัวให้ดีขึ้น เพื่อใช้กับครอบครัวและเพื่อนพ้อง
- 4.11 มีความหวังขึ้น เพราะจะได้คิดออกว่าจะพัฒนาตนเองต่อไป
- 4.12 ลำดับขั้นตอนการบริหารจัดการงาน เป็นไปได้อย่างราบรื่น พิธีเปิดจัดได้ประทับใจมาก ทั้งการคัดเลือกประธาน, แขกรับเชิญ,ดนตรีสด,วิทยากรดีมาก
- 4.13 บรรยากาศการประชุม สมาชิกผู้เข้าร่วมประชุม แนวทางการนำเรื่องราว ปัญหาประจำวัน มารวบรวมวิเคราะห์แก้ไข การใช้สติและปัญญาขณะอยู่ในเหตุการณ์มีความชัดเจน
- 4.14 บรรยากาศการแลกเปลี่ยน
- 4.15 ผู้เข้าร่วมประชุมน่ารัก ประทับใจ สถานที่สวยงาม รูปแบบการจัด และเสียง Perfect
- 4.16 พอใจความก้าวหน้าของสาขาเวชศาสตร์ครอบครัว
- 4.17 ได้เรียนรู้ในสิ่งที่ไม่รู้
- 4.18 ทำให้ได้เรียนรู้ว่า เวชศาสตร์ครอบครัว คืองานที่ทำท่ายอย่างมีความสุข (เหนื่อยนะแต่มีความสุข)
- 4.19 มีเทคนิคสอนมากขึ้น
- 4.20 แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว เป็นแพทย์ที่น่ารักเป็นกันเอง การประชุมจัดได้ดี หัวข้อน่าสนใจ และสามารถนำมาประยุกต์ใช้กับชีวิตประจำวันได้ เช่น เรื่องการจัดการกับความขัดแย้ง และอื่น ๆ อีกมากมาย
- 4.21 ความเป็นอันหนึ่งอันเดียวกันของหมอ FM รุ่นใหม่ ความรู้ FM จากทั่วไทย
- 4.22 ขอบที่ไม่มีบริษัทยา (no conflict of interest) ได้ทราบแนวทางพัฒนา primary care

4.23 ประทับใจได้มุมมอง ได้พบประสบการณ์การทำงานเชิง Fammed ปัญหาและอุปสรรคต่าง ๆ ในการทำงานกับครอบครัวและชุมชนจริง ซึ่งจะได้นำไปใช้ใน practice ต่อไป

4.24 ยังมีเพื่อนร่วมแรงบันดาลใจในประเทศไทยอยู่

4.25 บรรยากาศการประชุมดี

4.26 ประทับใจประสบการณ์การทำงานของท่านอื่น ๆ ความสำเร็จในการทำงานจึงเป็นแรงบันดาลใจในการกลับไปทำงาน

4.27 ประทับใจกับความเป็นพี่น้องของแพทย์ FM ได้กำลังใจในการปฏิบัติงานกับชุมชนและได้ทราบถึงแนวโน้มของแพทย์ FM ในไทยและหลักแนวคิดตามจากอาจารย์อาวโศ

4.28 ประทับใจอาจารย์สายพินมากค่ะ คิดภาพตามอาจารย์สนุกมาก ได้รับความรู้และประทับใจมากค่ะ

5.ข้อเสนอแนะอื่น ๆ

5.1 อยากเข้าทุก Session แต่แบ่งร่างไม่ได้, น่าจะมี Session แนะนำตัวสมาชิกให้รู้จักกัน, อยากได้ VDO ที่อัดแต่ละ Session (เพราะไม่ได้ฟังทุกเรื่อง)

5.2 ห้องย่อยมากเกินไปอยากฟังทุกหัวข้อ

5.3 เรื่องการ Control เวลายังไม่ค่อยกระชับ

5.4 อยากให้จัดเป็นประจำทุกปีต่อเนื่อง (5)

5.5 อยากให้มีงานอย่างนี้อีก (2)

5.6 ขอบขอบคุณที่ได้จัดงานนี้ขึ้น ขอบขอบคุณที่ได้เข้าร่วมงาน และอยากให้มีการจัด เช่นนี้ต่อไป และพัฒนาให้ดียิ่งขึ้น สำหรับชมรมหมอครอบครัว อยากให้มีการรวมกันอย่างต่อเนื่อง และควรเปิดตัวสู่สาธารณะ โดยนำสิ่ง ๆ ที่พวกพี่ๆ ได้ทำ ให้สู่สายตาประชาชนเพื่อให้ทุกคนได้กลับมารักกัน ดูแลกันอย่างมีความสุข สุดท้ายขอให้ทุกคนรู้จักดูแลสุขภาพกายและใจตนเองให้ดีเพื่อทำประโยชน์ต่อไปครับ

5.7 ควรประชาสัมพันธ์ให้มีการส่งผลงานวิชาการ (เรื่องเล่าให้กว้างขวางกว่านี้และเร็วกว่านี้) ต้องมี DVD บันทึกการบรรยายเสวนาในงานตลอดทั้ง 3 วัน จำหน่ายด้วย เพื่อเปิดโอกาสให้คนที่ไม่ได้เข้าร่วมประชุมใช้ศึกษาเพิ่มเติมด้วยตนเอง เป็นการเผยแพร่งานเวชศาสตร์ครอบครัวให้แพร่หลาย (หรือ upload file ขึ้น website ก็ได้)

5.8 การรักษาเวลา,เพิ่มเทคนิคการกระตุ้นให้ผู้ร่วมประชุมเข้าร่วมตรงเวลา

5.9 เป็นห่วงเรื่องการกระจายไปสู่ภูมิภาค

5.10 อยากให้มีชั่วโมงของอาจารย์สายพินมาก ๆ

5.11 ควรเชิญราชวิทยาลัยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวมาร่วมประชุมด้วยและควรร่วมมือกัน

5.12 อยากให้สนใจจังหวัดกรุงเทพฯ ด้วยครับ เพราะค่อนข้างล้าหลังในเรื่อง Primary care มากเมื่อเทียบกับจังหวัดอื่น ๆ ทำให้คนทำงานค่อนข้างลำบากและถ้าเคลื่อนกรุงเทพฯสำเร็จ จะเป็นความสำเร็จที่ยิ่งใหญ่

5.13 อยากให้จัดกิจกรรมลักษณะนี้อีก หรือแทรกไปในกิจกรรม Work shop ของราชวิทยาลัย ฯ

5.14 อยากให้ Fammed Thai เป็นมากกว่า concept เหมือนในปัจจุบัน

5.15 ขอเป็นกำลังใจให้กับทีมผู้จัดประชุม และคาดหวังว่าปีถัดไปจะเกิดขึ้นอีก

**รายการของผลงานที่นำเสนอโปสเตอร์นำเสนอปากเปล่า/เรื่องเล่าในเวทีประชุมห้องย่อย
ในการประชุมวิชาการ “12 ปี กับการพัฒนาเวชศาสตร์ครอบครัวในประเทศไทย”**

หัวข้อ	ผู้วิจัย
Theme 1: งานวิจัยในระบบบริการปฐมภูมิ (Primary Care Research)	
พฤติกรรมและการแสวงหาบริการสุขภาพของนักศึกษาเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์	นพ.สัณห์ แจ่มอุลิตรัตน์ อาจารย์นายแพทย์กฤษณะ สุวรรณภูมิภาควิชาเวชศาสตร์ชุมชน คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
เปรียบเทียบคุณภาพการดูแลเบาหวานตามมาตรฐานในคลินิกเวชปฏิบัติ ครอบครัวและคลินิกอายุรกรรม โรงพยาบาลหาดใหญ่ จ.สงขลา	พญ.ศศิวิมล อึ้งวรากร รพ.ตรัง
โครงการหมออนามัยเคลื่อนที่ : Primary Health Care Mobile Doctor	นพ.กฤษณ์ ทองบรรจบ ศูนย์แพทย์สมเด็จพระเทพฯ มศว. องค์กรรักษ์ นครนายก
Healthy 90's: การสำรวจข้อมูลและปัญหาด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ 89 ปีขึ้นไป ในเขตอำเภอบ้านโพธิ์ ฉะเชิงเทรา	นพ.กสิวัฒน์ ศรีประดิษฐ์และคณะ รพ.บ้านโพธิ์ ฉะเชิงเทรา
การสำรวจสถานการณ์การปฏิบัติงานของแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวในระบบ บริการสุขภาพไทย	นพ. สดางค์ ศุภผล, พญ. จิรฐา บุตรแก้ว, นพ. วราวุธ กุลเวชกิจ ศูนย์การเรียนรู้ด้านเวชศาสตร์ครอบครัวและพัฒนาระบบ บริการปฐมภูมิ ภาควิชาสูติศาสตร์ กลุ่มงานเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลขอนแก่น
การดูแลแบบต่อเนื่องกับการควบคุมความดันโลหิตในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ณ คลินิกเวชปฏิบัติครอบครัวโรงพยาบาลหาดใหญ่	นายแพทย์คณาวุฒิ นิธิกุล โรงพยาบาลควนเนียง อำเภอกวนเนียง จังหวัดสงขลา
โครงการวิจัยการรับรู้และดูแลตนเองเมื่อเจ็บป่วย ของผู้มารับบริการCUP ศูนย์การแพทย์สมเด็จพระเทพฯ มศว	อ.นพ. กฤษณ์ ทองบรรจบ ศูนย์แพทย์สมเด็จพระเทพฯ มศว. องค์กรรักษ์ นครนายก

หัวข้อ	ผู้วิจัย
Theme 1: งานวิจัยในระบบบริการปฐมภูมิ (Primary Care Research)	
การศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับระดับความวิตกกังวลของผู้ป่วยที่ต้องรับการรักษาในโรงพยาบาล	ทวีพร บุญมา ^{a,b} ชุตติกาญจน์ พิลาศรี ^b มินตรา สาระรักษ์ ^b สรญา แก้วพิบูลย์ ^c ^a โรงพยาบาลวารินชำราบ, ^b วิทยาลัยแพทยศาสตร์และการสาธารณสุข มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี ^c สำนักวิชาแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี
โครงการศึกษาเปรียบเทียบผลการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน โดยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวกับการดูแลเบาหวานแบบกลุ่มโดยพยาบาล เวชปฏิบัติโดยมีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวเป็นพี่เลี้ยง	นพ.โรจนศักดิ์ ทองคำเจริญ รพ.แม่สอด อำเภอ แม่สอด จ.ตาก
บทบาทของหน่วยบริการปฐมภูมิต่อการประเมินการดูแลสุขภาพด้วย ตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่เกิดผลที่เท่า: การศึกษาเชิงคุณภาพในโรงพยาบาลส่วนภูมิภาค	แพทย์หญิงพัชรินทร์ ปิงเมืองแก้ว ภาควิชาเวชศาสตร์ชุมชนครอบครัวและอาชีวเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัยนเรศวร
Theme 2: การพัฒนาระบบบริการ (Health service and system development)	
การพัฒนาระบบให้คำปรึกษาการเยี่ยมบ้านผู้ป่วย โดย Tele-Home Health Care ด้วยเทคโนโลยี Wi-MAX	นพ.กฤษฎี ทองบรรจบ ศูนย์แพทย์สมเด็จพระเทพฯมศว.องครักษ์ นครนายก
โครงการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน	พญ.เบญจภรณ์ เกรียงไกรเพชร รพ.ชลบุรี
ระบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย รพ.แม่สอด Palliative Care	นพ.โรจนศักดิ์ ทองคำเจริญ รพ.แม่สอด ตาก
การจัดการบริการปฐมภูมิแบบบูรณาการในเครือข่ายอำเภอคำชะอี จังหวัดมุกดาหาร	นพ.อนุวัตร แก้วเชียงหวาง รพ.คำชะอี จ.มุกดาหาร

หัวข้อ	ผู้วิจัย
Theme 2: การพัฒนาระบบบริการ (Health service and system development)	
โครงการจัดเครือข่ายบริการปฐมภูมิ เพื่อพัฒนาโรงพยาบาลขนาดใหญ่	นพ. ก้องภพ สีละพัฒน์ โรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า อำเภอเมืองสมุทรสงคราม จังหวัดสมุทรสงคราม
ทายาทสายใยรัก	นพ.สิทธิศักดิ์ คำศรีสุข รพ.เวียงป่าเป้า จังหวัดเชียงราย
ประสบการณ์การนำความรู้เรื่องเวชศาสตร์ครอบครัวมาประยุกต์ในการทำงาน การเรียนรู้เรื่องการสื่อสารกับผู้ป่วยแกนิตแพทย์	อ.พญ.วิชุดา จิรพรเจริญ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
เรื่องเล่า (Story Telling)ประสบการณ์การดูแลผู้ป่วย	
แผลแห่งความรัก	นพ.กสิวัฒน์ ศรีประดิษฐ์ รพ.บ้านโพธิ์ จ.ฉะเชิงเทรา
ปาฏิหาริย์มีจริง	นสพ. ภาวิดา พงศ์เทพาติเทพ มศว.องครักษ์ นครนายก
จะรักษาด้วยหัวใจ	นสพ.กรกมล กำบุญเลิศ มศว.องครักษ์ นครนายก
บ้านลูกกะเสม	นสพ. รัชต์ ประภาวนนท์ มศว.องครักษ์ นครนายก

บทคัดย่อนำเสนอผลงานวิจัย(Oral presentation)

งานวิจัยในระบบบริการปฐมภูมิ (Primary Care Research)

- พฤติกรรมการแสวงหาบริการสุขภาพของนักศึกษา ก่อนปริญญา มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
โดย รศ.นพ.สีลม แจ่มอุลิตรัตน์ อาจารย์นายแพทย์กฤษณะ สุวรรณภูมิ
ภาควิชาเวชศาสตร์ชุมชน คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
- เปรียบเทียบคุณภาพการดูแลเบาหวานตามมาตรฐานในคลินิกเวชปฏิบัติครอบครัวและคลินิก
อายุรกรรม โรงพยาบาลหาดใหญ่ จ.สงขลา
โดย พญ.ศศิวิมล อึ้งวรากร รพ.ตรัง
- โครงการหมออนามัยเคลื่อนที่ : Primary Health Care Mobile Doctor
โดย นพ.กฤษฏี ทองบรรจบ ศูนย์แพทย์สมเด็จพระเทพฯ มศว.องครักษ์ นครนายก
- Healthy 90's: การสำรวจข้อมูลและปัญหาด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ 89 ปีขึ้นไป ในเขตอำเภอ
บ้านโพธิ์ ฉะเชิงเทรา
โดย นพ.กสิวัฒน์ ศรีประดิษฐ์ รพ.บ้านโพธิ์ ฉะเชิงเทรา
- การสำรวจสถานการณ์การปฏิบัติงานของแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวในระบบบริการสุขภาพไทย
นพ. สดาศ ศุภผล, พญ. จิรฐา บุตรแก้ว, นพ. วราวุธ กุลเวชกิจ
ศูนย์การเรียนรู้ด้านเวชศาสตร์ครอบครัวและพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ ภาควิชาศัลยกรรม
กลุ่มงานเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลขอนแก่น
- การดูแลแบบต่อเนื่องกับการควบคุมความดันโลหิตในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ณ คลินิก
เวชปฏิบัติครอบครัวโรงพยาบาลหาดใหญ่
นายแพทย์คนาวุฒิ นิธิกุล โรงพยาบาลควนเนียง อำเภอควนเนียง จังหวัดสงขลา
- โครงการวิจัยการรับรู้และดูแลตนเองเมื่อเจ็บป่วย ของผู้มารับบริการCUP ศูนย์การแพทย์สมเด็จพระ
เทพฯ มศว.องครักษ์ นครนายก
อ.นพ. กฤษฏี ทองบรรจบ ศูนย์แพทย์สมเด็จพระเทพฯ มศว.องครักษ์ นครนายก
- การศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับระดับความวิตกกังวลของผู้ป่วยที่ต้องรับการรักษาในโรงพยาบาล
ทวีพร บุญมา ^{a,b} ชุตติกาญจน์ พิลาศรี^b มินตรา สาระรักษ์^c สรญา แก้วพิบูลย์^c
^aโรงพยาบาลวารินชำราบ, ^bวิทยาลัยแพทยศาสตร์และการสาธารณสุข มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี ^cสำนักวิชา
แพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี
- โครงการศึกษาเปรียบเทียบผลการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน โดยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว กับ
การดูแลเบาหวานแบบกลุ่มโดยพยาบาลเวชปฏิบัติโดยมีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวเป็นพี่เลี้ยง
นพ.โรจนศักดิ์ ทองคำเจริญ รพ.แม่สอด อำเภอ แม่สอด จ.ตาก
- บทบาทของหน่วยบริการปฐมภูมิต่อประสบการณ์การดูแลสุขภาพด้วยตนเองของผู้ป่วย
โรคเบาหวานที่เกิดแผลที่เท้า: การศึกษาเชิงคุณภาพในโรงพยาบาลส่วนภูมิภาค
แพทย์หญิงพัชรินทร์ ปิงเมืองแก้ว
ภาควิชาเวชศาสตร์ชุมชนครอบครัวและอาชีวเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร

พฤติกรรมการแสวงหาบริการสุขภาพของนักศึกษา ก่อนปริญญา มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วิทยาเขตหาดใหญ่

รองศาสตราจารย์นายแพทย์สีลม แจ่มอุลิตรัตน์

อาจารย์นายแพทย์กฤษณะ สุวรรณภูมิ

ภาควิชาเวชศาสตร์ชุมชน คณะแพทยศาสตร์ มอ.

ที่มาและความสำคัญของปัญหา: ข้อมูลการแสวงหาบริการสุขภาพของนักศึกษามหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ รวมทั้ง ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล เป็นข้อมูลที่สำคัญ สำหรับการออกแบบและพัฒนาระบบบริการสุขภาพ ให้เหมาะสมกับนักศึกษาของมหาวิทยาลัยต่อไป

วัตถุประสงค์: เพื่อประมาณ 1) ความถี่ของการเกิดปัญหาสุขภาพและการใช้บริการสุขภาพตามสถานบริการสุขภาพต่าง ๆ และ 2) ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลของนักศึกษา

วิธีการศึกษา: การวิจัยทำโดยใช้แบบสอบถามแจกให้นักศึกษาก่อนปริญญาของคณะต่างๆ ในมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ โดยใช้วิธีสุ่มตัวอย่างแบบ stratified quota sampling ซึ่งทำโดยจัดกลุ่มตัวอย่างตามคณะและชั้นปี แล้วสุ่มตัวอย่างเข้าในแต่ละกลุ่มจำนวนเท่า ๆ กัน 35 ตัวอย่าง การเลือกตัวอย่างเข้าในแต่ละกลุ่มใช้วิธี convenient sampling แบบสอบถามจะถามเกี่ยวกับลักษณะทั่วไปของผู้ตอบ รวมทั้ง จำนวนครั้งของการเจ็บป่วย การเข้ารับการรักษาตามสถานบริการสุขภาพต่างๆ และค่าใช้จ่ายที่ใช้ ในช่วงสองเดือนที่ผ่านมา ข้อมูลที่ได้จะนำมาวิเคราะห์เพื่ออนุมานถึงประชากรนักศึกษาทั้งหมด โดยใช้การถ่วงน้ำหนักกับสถิติทุกตัวที่รายงาน

ผลการศึกษา: แบบสอบถามที่แจกได้รับคืนทั้งหมด พบว่าการปวดหัว และเป็นไข้ ตัวร้อน เป็นอาการที่พบได้บ่อยที่สุด คือ 21% และ 13% ของจำนวนการเจ็บป่วยทั้งหมด ตามลำดับ และพบว่าการซื้อยากินเองทั้ง จากร้านยาและร้านสะดวกซื้อเป็นวิธีการรักษาที่พบได้บ่อยที่สุดคือ 23% ของจำนวนครั้งที่รับบริการรักษาทั้งหมด การรักษาทางทันตกรรมเป็นการรักษาที่เสียค่าใช้จ่ายมากที่สุดคือประมาณ 2,058 บาทต่อนักศึกษาที่มีปัญหาทางทันตสุขภาพหนึ่งคน ในช่วงสองเดือน และค่าใช้จ่ายนี้มากกว่าครึ่งหนึ่ง (54%) จ่ายให้กับคลินิกเอกชน การใช้บริการจากศูนย์สุขภาพ นักศึกษายังเป็นสัดส่วนที่น้อยมากเพียง 4% ของจำนวนครั้งที่ มีปัญหาทางสุขภาพ

สรุป: การใช้บริการที่ศูนย์สุขภาพนักศึกษายังน้อยอยู่ การให้บริการอื่นเช่นการขายยาและทันตกรรมอาจต้องพิจารณาเป็นการบริการเสริมจากบริการสุขภาพที่มีอยู่

**เปรียบเทียบคุณภาพการดูแลเบาหวานตามมาตรฐานในคลินิกเวชปฏิบัติครอบครัวและคลินิกอายุรกรรม
โรงพยาบาลหาดใหญ่ อำเภอหาดใหญ่ จ.สงขลา**

พญ.ศศิวิมล อึ้งวรากร รพ.ตรัง

ที่มาและความสำคัญของปัญหา: เบาหวานเป็นทั้งโรคและปัจจัยเสี่ยงสำคัญที่นำไปสู่โรคหัวใจหลอดเลือดและโรคแทรกซ้อนต่างๆ ก่อให้เกิดความสูญเสียสุขภาพในประเทศไทย พ.ศ. 2547 เป็นอันดับที่ 3 และ 8 ในผู้หญิงและผู้ชายตามลำดับ ในต่างประเทศมีการศึกษาเปรียบเทียบการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน พบว่าส่วนใหญ่อายุรแพทย์ส่งตรวจตามเกณฑ์ ได้ดีกว่าแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป แต่การควบคุมระดับ HA1c ได้ต่ำกว่าเกณฑ์ในทั้งสองกลุ่ม

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาเปรียบเทียบคุณภาพการดูแลผู้ป่วยเบาหวานตามเกณฑ์ American Diabetes Association 2008(ADA 2008) โดยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวกับอายุรแพทย์ ของโรงพยาบาลหาดใหญ่

วิธีการศึกษา: แบบ Retrospective cohort ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับการตรวจที่คลินิกเวชปฏิบัติครอบครัวและคลินิกอายุรกรรม สุ่มตัวอย่างจากทะเบียนผู้ป่วยเบาหวานในแต่ละคลินิกด้วย computer generated random number และ stratified random sampling ตามระยะเวลาที่เป็นเบาหวาน และจำนวนโรคร่วม ได้กลุ่มตัวอย่างละ 72 คน รวม 144 คน ใช้แบบบันทึกข้อมูล ทบทวนประวัติ ตั้งแต่ 1 กรกฎาคม 2551 – 30 กันยายน 2552

ผลการศึกษา: การมารับบริการที่คลินิกอายุรกรรมหรือคลินิกเวชปฏิบัติครอบครัวไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติต่อการควบคุมระดับ HbA1c <7% (adjusted OR 1.04, 95%CI 0.46-2.33) คลินิกอายุรกรรมส่งตรวจตามเกณฑ์ได้ดีกว่าในด้าน การส่งตรวจ HbA1c ตา HDL-Cholesterol microalbuminuria และ urine protein และมีการควบคุมระดับ Triglyceride LDL-Cholesterol และ diastolic blood pressure ตามเกณฑ์ได้ดีกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ประโยชน์ / บทเรียนที่ได้รับ: คลินิกอายุรกรรมดูแลผู้ป่วยเบาหวานได้ตามเกณฑ์ ADA 2008 มากกว่าคลินิกเวชปฏิบัติครอบครัว แต่ผลลัพธ์ระดับน้ำตาลไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญและผลลัพธ์อื่น ๆ มีสัดส่วนที่ต่ำในทั้งสองคลินิก ดังนั้นควรมีการทบทวนการดูแลตามเกณฑ์ ADA 2008 เพื่อจัดระบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานให้ดีขึ้นต่อไป

ผู้ใช้ประโยชน์จากงานวิจัยนี้: คลินิกอายุรกรรม คลินิกเบาหวาน คลินิกเวชปฏิบัติครอบครัว โรงพยาบาลหาดใหญ่ อ.หาดใหญ่ จ.สงขลา

โครงการวิจัยหมออนามัยเคลื่อนที่ Primary Health Care Mobile Doctor

อ.นพ. กฤษฏี ทองบรรจบ ศูนย์แพทย์สมเด็จพระเทพฯ มศว. องครักษ์ นครนายก

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา: ศูนย์สุขภาพชุมชน บ้านทำนบ ต.ชุมพล อ.องครักษ์ จ.นครนายก มีผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มารับบริการเป็นจำนวนมาก จำเป็นต้องได้รับการรักษาและดูแลอย่างต่อเนื่อง พบว่าผู้ป่วยบางรายมีความลำบากในการเดินทางทั้งจากปัจจัยด้านตัวผู้ป่วยเอง ด้านครอบครัว และเศรษฐานะ ซึ่งทำให้ขาดการเข้ารับการรักษาอย่างต่อเนื่อง

วัตถุประสงค์ 1) เพื่อศึกษาและพัฒนา รูปแบบการจัดบริการปฐมภูมิโดยยึดประชาชนเป็นศูนย์กลาง 2) เพื่อเพิ่มศักยภาพและคุณภาพระบบการจัดบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขของเครือข่ายบริการปฐมภูมิ

วิธีดำเนินการวิจัย: เป็นการศึกษาวิจัยเชิงปฏิบัติการ ในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่เข้ามาใช้บริการที่ศูนย์สุขภาพชุมชนที่ยินดีเข้าร่วมการศึกษา จำนวน 100 ราย เก็บข้อมูลโดย (1) การสัมภาษณ์ผู้ป่วยโดยใช้แบบสอบถามวัดระดับความพึงพอใจของผู้ป่วยหลังจากให้บริการเป็นระยะเวลา 8 เดือน (พฤศจิกายน 2552 - มิถุนายน 2553) โดยจัดรูปแบบการให้บริการเป็น 2 รูปแบบ คือ การให้บริการที่ศูนย์สุขภาพชุมชน กับ การให้บริการแบบออกหน่วยอนามัยเคลื่อนที่ และเปรียบเทียบระดับความพึงพอใจของผู้ป่วยที่เข้ารับบริการใน 2 รูปแบบนี้ (2) การสังเกตและสัมภาษณ์เชิงลึกจากกลุ่มตัวแทนที่เกี่ยวข้อง

ผลการศึกษา: พบว่าผู้รับบริการ เป็นเพศหญิงร้อยละ 62 กลุ่มตัวอย่างมีอายุช่วง 40 – 60 ร้อยละ 54.2 ความพึงพอใจของการจัดบริการแบบออกหน่วยหมออนามัยเคลื่อนที่ ที่ระดับมากคิดเป็นร้อยละ 42 และความพึงพอใจของการจัดบริการที่ศูนย์สุขภาพชุมชนที่ระดับมากคิดเป็นร้อยละ 11 ซึ่งจากผลการวิเคราะห์เพื่อทดสอบหาความสัมพันธ์พบว่าระดับความพึงพอใจของผู้เข้ารับบริการมีความสัมพันธ์กับชนิดของการจัดรูปแบบของการให้บริการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 **การสัมภาษณ์เชิงลึก** พบว่า การดำเนินโครงการส่งผลทำให้ผู้ป่วยโรคเรื้อรังมารับบริการตามนัด ผู้ป่วยที่อยู่ห่างไกลจากสถานบริการ ผู้พิการ ผู้สูงอายุและผู้ด้อยโอกาสเข้ารับบริการได้สะดวกมากขึ้น นอกจากนี้ยังก่อให้เกิดการมีส่วนร่วมของชุมชนจากหลายภาคีเครือข่ายเข้ามาเกี่ยวข้องในการดำเนินงาน ได้แก่ องค์การบริหารส่วนตำบล(อบต.) ผู้ใหญ่บ้าน คณะกรรมการหมู่บ้าน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน(อสม.) ได้มีส่วนร่วมและตื่นตัวกับการดำเนินโครงการ เป็นการแสดงความร่วมมือร่วมใจของทุกฝ่าย ซึ่งจะส่งผลในการพัฒนารูปแบบบริการที่จะทำให้ประชาชนเข้าถึงบริการสุขภาพอย่างยั่งยืนต่อไป และทำให้เจ้าหน้าที่ได้เรียนรู้วิถีชีวิตและวัฒนธรรมของชุมชน และได้เห็นภาพที่สวยงามและน่าประทับใจของผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลเอาใจใส่จากครอบครัวอย่างดี

ประโยชน์/บทเรียนที่ได้รับ: ประชาชนสามารถเข้าถึงการให้บริการทางการแพทย์และสาธารณสุขจากบุคลากร สร้างทัศนคติและสัมพันธภาพที่ดีระหว่างบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขกับประชาชน สร้างภาคีเครือข่ายการมีส่วนร่วมของชุมชน สามารถพัฒนาเป็นแหล่งเรียนรู้ด้านการเรียนการสอนระบบบริการปฐมภูมิ เวชศาสตร์ครอบครัว

Healthy 90's:

การสำรวจข้อมูลและปัญหาด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ 89 ปีขึ้นไป ในเขตอำเภอบ้านโพธิ์ จะเชิงเทรา

นพ.กสิวัฒน์ ศรีประดิษฐ์

นางประภัสสร นิยม

นางสาวแสงเดือน บุญเจริญ

ที่มาและความสำคัญของปัญหา: จากการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรในปัจจุบัน พบว่ามีสัดส่วนของผู้สูงอายุมากขึ้น ในขณะที่มีผู้สูงอายุจำนวนหนึ่งที่มีอายุเกินกว่า 90 ปี ที่เข้าถึงบริการด้วยตัวเองได้น้อย ดังนั้นข้อมูลสุขภาพของประชากรกลุ่มนี้จึงมีไม่มากนักหากแต่เป็นการสะท้อนถึงคุณภาพของการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของชุมชน

วัตถุประสงค์: 1) เพื่อค้นหาปัญหาด้านสุขภาพและหาแนวทางในการบำบัดรักษา 2) ประเมินสถานะสุขภาพ พฤติกรรมการดำเนินชีวิต และความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน 3) เพื่อให้ผู้สูงอายุรับรู้ภาวะสุขภาพของตนเอง

วิธีการศึกษา: เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ โดยศึกษาในผู้สูงอายุในวัย 89 ปีขึ้นไปทุกคน จาก 17 ตำบล ที่ขึ้นทะเบียนในระบบประกันสุขภาพในปี พ.ศ.2551 จำนวน 138 คน โดยใช้เครื่องมือคือแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น แบบสำรวจภาวะสุขภาพ แบบประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน Modified Barthel Activity of Daily Index (MBAI) แบบสำรวจประเมินพฤติกรรมการดำเนินชีวิตประจำวัน Instrumental Activities of daily Living (IADL) ของ Lawton

ผลการศึกษา: พบว่ากลุ่มประชากรที่ศึกษา เพศหญิงร้อยละ 72.5 อายุเฉลี่ย 93.47 ปี ยังอยู่ในสถานะคูร้อยละ 12.3 ร้อยละ 96.37 ได้รับเงินผู้สูงอายุ แต่มีถึงร้อยละ 57.4 ดำรงชีวิตอยู่ด้วยเงินผู้สูงอายุเพียงอย่างเดียว และต้องอยู่คนเดียวร้อยละ 8.7 **ด้านปัญหาสุขภาพ** ร้อยละ 60.1 ไม่เคยไปโรงพยาบาลในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา เคยไปนอนพักรักษาตัวที่โรงพยาบาลร้อยละ 29.7 ส่วนใหญ่ป่วยด้วยภาวะเสื่อมถอยของสภาพร่างกาย ร้อยละ 63.6 เลือกรับบริการสถานพยาบาลที่มีแพทย์ ร้อยละ 42.8 **ด้านความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน** พบว่าสามารถทำอาหารเองได้ร้อยละ 79.7 ล้างหน้า หวีผม แปรงฟัน ได้เองร้อยละ 80 ไม่สามารถนั่งเองได้ต้องมีคนช่วย ร้อยละ 13.0 สามารถส่วนใหญ่นั่งโถส้วมได้เอง เดินหรือเคลื่อนไหวได้ในบ้าน อาบน้ำเองได้ กลั้นอุจจาระได้ปกติ และกลั้นปัสสาวะได้ปกติ **ด้านพฤติกรรมการดำเนินชีวิตประจำวัน** ร้อยละ 9.4 ยังเตรียมอาหารเองทุกวัน ซื้อสินค้าของใช้ด้วยตนเองร้อยละ 12.3 ต้องจัดเตรียมและประทานยาด้วยตนเองร้อยละ 23.2 และยังทำงานบ้านเป็นประจำ ร้อยละ 30.4 **ผลการตรวจสุขภาพ** พบว่ามีภาวะความดันโลหิตสูง ถึงร้อยละ 42.0 มีระดับน้ำตาลปกติถึง ร้อยละ 79.7 ร้อยละ 54.4 มีค่าดัชนีมวลกายอยู่ในเกณฑ์ปกติ สายตาปกติ ถึงร้อยละ 55.1 การได้ยินเสียงปกติถึง ร้อยละ 63.0 **สำหรับสุขภาพช่องปาก** พบว่าร้อยละ 67.8 ไม่เคยตรวจสุขภาพช่องปาก และมีฟันใช้งานเหลือน้อยกว่า 20 ซี่ ถึงร้อยละ 97.8 ไม่ได้ใส่ฟันปลอม ร้อยละ 72.6

ประโยชน์ / บทเรียนที่ได้รับ: ผลการวิจัยครั้งนี้ พบว่า ผู้สูงอายุในวัย 89 ปีขึ้นไป ในเขตอำเภอบ้านโพธิ์ ยังมีฐานะยากจนเป็นส่วนใหญ่ ไม่ได้ได้รับการช่วยเหลืออย่างครอบคลุมและทั่วถึงด้านต่าง ๆ ทั้งด้านการดูแลสุขภาพทางร่างกาย ปัญหาจากความเสื่อมถอยของร่างกายตามวัย ปัญหาสุขภาพช่องปาก หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรหาแนวทางกำหนดนโยบายในการให้การดูแล ให้มีความสำคัญกับกลุ่มผู้สูงอายุมากกว่าที่เป็นอยู่

การสำรวจสถานการณ์การปฏิบัติงานของแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว ในระบบบริการสุขภาพไทย

นพ. สดางค์ ศุภผล, พญ. จิรฐา บุตรแก้ว, นพ. วราวุธ กุลเวชกิจ
ศูนย์การเรียนรู้ด้านเวชศาสตร์ครอบครัวและพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ
ภาคอีสานตอนบน กลุ่มงานเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลขอนแก่น

ความสำคัญและที่มา ประเทศไทยมีการฝึกอบรมแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวตั้งแต่ปี 2543 แพทย์ที่สำเร็จการฝึกอบรมได้ออกทำงานอยู่ในระบบบริการสุขภาพในพื้นที่ต่าง ๆ ทั่วประเทศ และมีหลาย ๆ บทบาท จึงมีความต้องการที่จะสำรวจสถานการณ์การปฏิบัติงานและสภาพชีวิตความเป็นอยู่ของแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว เพื่อนำไปสู่การพัฒนาในอนาคต

วัตถุประสงค์ เพื่อสำรวจข้อมูลสถานการณ์การปฏิบัติงานในด้านต่าง ๆ รวมถึงสถานการณ์ชีวิตความเป็นอยู่ของแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวที่ได้รับวุฒิปัตร์แล้ว

วิธีการศึกษา การวิจัยเป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Analytic Study) โดยใช้วิธี Cross-sectional Survey ในกลุ่มตัวอย่างที่เลือกคือ แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวทั้งหมดที่ได้รับวุฒิปัตร์

ผลการศึกษา จากผลสำรวจข้อมูลจากแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว ที่ได้รับวุฒิปัตร์ 8 รุ่น ทั้งหมด 274 คน ส่งแบบสอบถาม 197 ชุด และได้รับการตอบกลับจำนวน 95 ชุด คิดเป็น 48.2 % คิดเป็นหญิง/ชาย คือ 1/0.9 อายุโดยเฉลี่ยอยู่ในช่วง 31 – 35 ปี สถานภาพ โสด/สมรส คือ 0.8/1 หน้าที่ส่วนใหญ่เป็นแพทย์ประจำโรงพยาบาลของรัฐ (56.99 %) รองลงมาเป็นอาจารย์ที่โรงเรียนแพทย์ (20.43 %) มีจำนวน 63.16% ที่ยังไม่มีการศึกษาต่อในสาขาอื่น สัดส่วนภาระงาน ให้บริการด้านสุขภาพคิดเป็น 60.68 % การบริหารจัดการบริการปฐมภูมิ 27.38 % และงานด้านวิชาการและการเรียนการสอน 28.64 % มีกลุ่มตัวอย่างเพียง 26.88 % ที่ค่อนข้างเห็นด้วยว่าระบบสุขภาพเอื้อต่อการพัฒนาบทบาท และ 39.78 % ค่อนข้างเห็นด้วยว่า มีอุปสรรคที่ค่อนข้างมาก ร้อยละ 55.32 มีความพึงพอใจกับภาระงานที่ได้รับมอบหมาย ร้อยละ 40.43 พึงพอใจในรายได้ ร้อยละ 50 มีความพอใจในความก้าวหน้า และร้อยละ 50 มีชีวิตส่วนตัวที่มีความสุข ในขณะที่เดียวกันมีร้อยละ 40.43ท้อแท้ในการทำงาน สำหรับความภาคภูมิใจในการเป็นแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว ส่วนใหญ่เห็นว่า คือการได้ดูแลผู้ป่วยในทุก ๆ มิติของสุขภาพ ครอบคลุมถึงจิตใจ ครอบครัว และชุมชนของผู้ป่วย สำหรับอุปสรรคที่สำคัญของการทำงานในฐานะแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว คือ ปริมาณคนไข้ และปริมาณงานที่มากเกินไป มีเวลาไม่ ผู้บังคับบัญชา ผู้ป่วย เจ้าหน้าที่อื่น ๆ แพทย์สาขาอื่น ๆ ไม่เข้าใจในแนวคิดของเวชศาสตร์ครอบครัว เป็นอุปสรรคในการทำงาน

สรุปผลการวิจัย บทบาทของแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวส่วนใหญ่เป็นการให้บริการสุขภาพ และส่วนใหญ่มีความคิดเห็นว่า ระบบบริการสุขภาพยังไม่เอื้อต่อการพัฒนางานเวชศาสตร์ครอบครัว ประมาณครึ่งหนึ่งมีความพึงพอใจในสภาพการทำงานและความเป็นอยู่ในฐานะแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว การสนับสนุนแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวควรมีการบริหารจัดการที่ทำให้ผู้ป่วยมีปริมาณพอเหมาะที่จะให้บริการแบบเวชศาสตร์ครอบครัว และสร้างความเข้าใจแก่แพทย์เฉพาะทางอื่น ๆ และสหสาขาวิชาชีพอื่นๆ เกี่ยวกับบทบาทหน้าที่และแนวคิดของเวชศาสตร์ครอบครัว

การดูแลแบบต่อเนื่องกับการควบคุมความดันโลหิตในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ณ คลินิกเวชปฏิบัติ ครอบครัวโรงพยาบาลหาดใหญ่

นายแพทย์คณาวุฒิ นิธิกุล

โรงพยาบาลควนเนียง อำเภอกวนเนียง จังหวัดสงขลา

ที่มาและความสำคัญ: โรคความดันโลหิตสูง เป็นโรคเรื้อรังที่ไม่สามารถรักษาหายขาด การควบคุมระดับความดันโลหิตให้ได้ตามเกณฑ์สามารถลดภาวะแทรกซ้อนได้ ในขณะเดียวกันการดูแลผู้ป่วยแบบ ต่อเนื่องมีผลลัพธ์ที่ดีต่อผู้ป่วยหลายประการ การศึกษาเรื่องผลการดูแลแบบต่อเนื่องต่อการควบคุมความดันโลหิตในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงจึงมีประโยชน์ต่อการวางแผนการดูแลผู้ป่วยต่อไป

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาถึงความสัมพันธ์ของการดูแลผู้ป่วยแบบต่อเนื่องกับการควบคุมความดันโลหิตได้ตามเกณฑ์ และอื่นๆ ได้แก่ อัตราการให้ความร่วมมือในการรับประทานยา การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ความพึงพอใจต่อแพทย์ และการได้รับการส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ

วิธีการศึกษา: Retrospective cohort เก็บข้อมูลจากผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มาใช้บริการที่คลินิกเวชปฏิบัติครอบครัว โรงพยาบาลหาดใหญ่ ช่วงวันที่ 1 กรกฎาคม 2551 จนถึง 31 ตุลาคม 2552 จำนวน 200 คน เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบต่อเนื่องและไม่ต่อเนื่องกลุ่มละ 100 คน ทุกคนได้รับการสัมภาษณ์จากเจ้าหน้าที่ และทำการสำรวจข้อมูลเวชระเบียน วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้การทดสอบไคสแควร์ และสถิติสหสัมพันธ์แบบถดถอย (multivariate logistic regression)

ผลการศึกษา: พบว่าตลอดระยะเวลา 16 เดือน สัดส่วนของจำนวนครั้งที่ควบคุมความดันโลหิตได้ตามเกณฑ์ในกลุ่มที่ได้รับการดูแลต่อเนื่องจะมีค่าโดยเฉลี่ยสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลแบบไม่ต่อเนื่องอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.05$) ผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบต่อเนื่องมีโอกาสที่จะควบคุมความดันโลหิตได้ตามเกณฑ์ตั้งแต่ร้อยละ 50 ขึ้นไปของจำนวนครั้งที่ตรวจ คิดเป็น 2.23 เท่าเมื่อเทียบกับการดูแลแบบไม่ต่อเนื่อง (95%CI 1.21-4.09) ไม่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับความร่วมมือในการรับประทานยา การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ความพึงพอใจต่อแพทย์ และการส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ ยกเว้น uric acid ที่พบว่าได้รับการส่งตรวจลดลง ($P\text{-value} < 0.001$) และ serum potassium ได้รับการส่งตรวจเพิ่มขึ้น ($P\text{-value} = 0.048$)

สรุปผลการศึกษา: การดูแลผู้ป่วยแบบต่อเนื่องมีผลทำให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงสามารถควบคุมความดันโลหิตได้ตามเกณฑ์ดีขึ้น จึงมีประโยชน์ลดโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อน และใช้วางแผนการดูแลผู้ป่วยในระยะยาว

**โครงการวิจัยการรับรู้และดูแลตนเองเมื่อเจ็บป่วย
ของผู้มารับบริการ CUP ศูนย์การแพทย์สมเด็จพระเทพฯ มศว.องครักษ์**

อ.นพ. กฤษฏี ทองบรรจบ
ศูนย์การแพทย์สมเด็จพระเทพฯ มศว. องครักษ์

ที่มาและความสำคัญของปัญหา: การวางแผนพัฒนาชุมชน การทำความเข้าใจเกี่ยวกับสุขภาพและการเจ็บป่วยในบริบทต่างๆ มีความสำคัญ CUP ศูนย์การแพทย์สมเด็จพระเทพฯ มศว. รับผิดชอบดูแลประชากร 20,663 คน จากการให้บริการพบปัญหาการดูแลตนเองที่ไม่ถูกต้องส่งผลต่อการวางแผนการรักษาพยาบาล

วัตถุประสงค์: 1) เพื่อศึกษาปัจจัยต่างๆ ที่มีผลต่อการรับรู้ความรุนแรงและการแสวงหาทางเลือกในการดูแลสุขภาพตนเอง (Self care) ยามเจ็บป่วยของผู้มารับบริการ 2) เพื่อศึกษาการรับรู้อาการ ความรุนแรงของโรคและทางเลือกหรือวิธีการดูแลตนเองเมื่อเจ็บป่วยของผู้มารับบริการ 3) เพื่อศึกษาเหตุผลหรือแรงจูงใจของผู้รับบริการในการมาใช้บริการที่สถานบริการ

วิธีดำเนินการวิจัย: เป็นการศึกษาเชิงสำรวจ ในผู้มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก มีผู้ยินดีเข้าร่วมการศึกษา จำนวน 50 ราย เก็บข้อมูลตั้งแต่ 25 มกราคม 2553 ถึง 5 กุมภาพันธ์ 2553 โดยใช้แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วยข้อคำถามส่วนที่ 1 เกี่ยวกับลักษณะข้อมูลทั่วไป การรับรู้ต่อการเจ็บป่วยของตนเอง และส่วนที่ 2 เกี่ยวกับการดูแลตนเองก่อนมารับการรักษาที่สถานบริการและผลการประเมินโดยแพทย์นำข้อมูลที่รวบรวมได้มาวิเคราะห์ โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา

ผลการวิจัย: พบว่า ผู้รับบริการ เป็นเพศหญิงร้อยละ 72.0 อายุเฉลี่ย 50.2 ปี นับถือศาสนาอิสลามร้อยละ 88.0 สถานภาพสมรส คู่ ร้อยละ 62.0 การศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 82.0 ไม่ได้ประกอบอาชีพร้อยละ 46.0 อาชีพเกษตรกร ร้อยละ 30.0 รายได้เฉลี่ยต่อครัวเรือน (ต่อเดือน) 5,560 บาท **การรับรู้ต่อการเจ็บป่วยของผู้รับบริการ** ทราบว่ามีโรคประจำตัวร้อยละ 82.0 โดยเป็นโรคความดันโลหิตสูงร้อยละ 56.0 เมื่อสอบถามถึงโอกาสเสี่ยงที่จะเป็นโรคอื่นๆ ร้อยละ 58.0 ตอบว่าไม่มี เสี่ยงเป็นโรคไตมากที่สุด ร้อยละ 12.0 เมื่อเริ่มเจ็บป่วยจะมารับการรักษาทันที ร้อยละ 64.0 คิดว่าโรคที่ตนเองเป็นอยู่มีความรุนแรงน้อย ร้อยละ 32.0 และรุนแรงมากที่สุด ร้อยละ 6.0 **การดูแลตนเองของผู้รับบริการ** มีการประเมินตนเองว่าเมื่อไหร่ควรไปหาหมอและปรึกษาคนในครอบครัวหรือญาติ ร้อยละ 62.0 รักษาที่โรงพยาบาลของรัฐ ร้อยละ 56.0 ปรึกษาหรือขอคำแนะนำจากผู้รู้ ร้อยละ 44.0 ซื้อยาทานเอง ร้อยละ 38.0 ไปพบหมอสุนัขไพร ร้อยละ 30.0 ไปรักษาที่คลินิก ร้อยละ 28.0 และไม่รักษารอให้หายเอง ร้อยละ 10.0 ผู้ป่วยร้อยละ 90.0 รับประทาน หรือการดูแลเบื้องต้นก่อนมารับการรักษา **แรงจูงใจของผู้ป่วยในการเข้ามารับบริการ** ส่วนใหญ่มาจากความเชื่อถือในการให้บริการของศูนย์บริการ (76.0%) รองลงมาคือ เดินทางสะดวก (74.0%) **การประเมินความรุนแรงของอาการของผู้ป่วยที่มารับบริการโดยแพทย์** เมื่อนำผลการประเมินความรุนแรงของการเจ็บป่วยในมุมมองของแพทย์และมุมมองของผู้ป่วยมาเปรียบเทียบ พบว่า มีการประเมินตรงกัน ร้อยละ 30.0 และต่างกันร้อยละ 70.0

ประโยชน์/บทเรียนที่ได้รับ: ควรทำการวิเคราะห์ถึงปัจจัยที่มีผลต่อสุขภาพและการเจ็บป่วยของประชาชนในชุมชน ทุกครั้งก่อนที่จะมีการดำเนินกิจกรรมด้านสาธารณสุขต่างๆ เพื่อให้การดำเนินงานด้านสาธารณสุขมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น ควรมีการจัดโปรแกรมสุขภาพที่มีเนื้อหาและกระบวนการมุ่งส่งเสริมบุคคลให้มีความเชื่อต่อความรุนแรงของโรคสาเหตุที่ให้เกิดโรค เพราะผู้รับบริการและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขมีการรับรู้ความเสี่ยงและความรุนแรงของโรคที่แตกต่างกัน

การศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับระดับความวิตกกังวลของผู้ป่วย ที่ต้องรับการรักษาในโรงพยาบาล

ทวีพร บุญมา^{a,b}

ชุตติกาญจน์ พิลาศรี^b

มินตรา สารรักษ์^b

สรณญา แก้วพิบูลย์^c

^aโรงพยาบาลวารินชำราบ,

^bวิทยาลัยแพทยศาสตร์และการสาธารณสุข มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี

^cสำนักวิชาแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี

ที่มาและความสำคัญของปัญหา : ความเจ็บป่วยเป็นภาวะที่มีการเปลี่ยนแปลงหน้าที่ปกติทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม ถ้าผู้ป่วยไม่สามารถปรับตัวเข้ากับสิ่งแวดล้อม จะส่งผลให้เกิดปัญหาด้านจิตใจตามมาซึ่งความวิตกกังวลนั้นเป็นประสบการณ์ทางอารมณ์ที่พบอยู่เสมอ

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อระดับความวิตกกังวลของผู้ป่วยที่ต้องรับไว้เป็นผู้ป่วยใน

วิธีการศึกษา: การศึกษาเชิงพรรณนาเพื่อสำรวจความวิตกกังวลของผู้ป่วยที่ต้องรับไว้เป็นผู้ป่วยใน ธันวาคม 2551 – กุมภาพันธ์ 2552 โดยการสุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (purposive sampling) จำนวน 105 คน ที่คำนวณได้จากสูตรการประมาณค่าสัดส่วนประชากร

ผลการศึกษา: จากการศึกษาในกลุ่มตัวอย่าง 105 คน ส่วนใหญ่ไม่เคยเป็นเป็นผู้ป่วยใน (64.8%) พบว่าผู้ป่วยมีความวิตกกังวลอยู่ในระดับปานกลาง โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.8 (SD= 0.62) โดยด้านที่มีความวิตกกังวลมากที่สุดคือ ด้านสภาพแวดล้อม มีความวิตกกังวลอยู่ในระดับมาก โดยสิ่งที่วิตกกังวลมากที่สุด คือ รู้สึกรำคาญการเข้าออกของญาติในหอผู้ป่วย และน้อยที่สุดคือ รู้สึกปลอดภัยเมื่ออยู่ภายใต้การดูแลของแพทย์และพยาบาล ด้านความไม่แน่นอนของความเจ็บป่วย มีความวิตกกังวลอยู่ในระดับปานกลางโดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.6 (SD=0.643) โดยสิ่งที่วิตกกังวลมากที่สุด คือ รู้สึกว่าวิธีการรักษาที่ได้รับเป็นวิธีการที่ยุ่งยาก ด้านสัมพันธ์ภาพระหว่างแพทย์และพยาบาล มีความวิตกกังวลอยู่ในระดับปานกลาง โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.9 (SD=0.567) ด้านค่าใช้จ่าย มีความวิตกกังวลอยู่ในระดับปานกลางโดยมี โดยสิ่งที่วิตกกังวลมากที่สุดคือเงินสำรองในการใช้จ่ายในการเจ็บป่วยครั้งนี้ และน้อยที่สุด คือ การรักษาครั้งสามารถใช้สิทธิบัตรที่มีได้ ด้านข้อมูลข่าวสาร มีความวิตกกังวลอยู่ในระดับน้อยที่สุด โดยข้อที่วิตกกังวลมากที่สุด คือ ผู้ป่วยทราบอาการของโรคที่เป็นอยู่ และน้อยที่สุด คือ ทราบว่าตนป่วยเป็นโรคอะไรการศึกษา

ประโยชน์ / บทเรียนที่ได้รับ : นำผลการศึกษาไปเป็นแนวทางในการปฏิบัติ วางแผนในการให้บริการผู้ป่วยและญาติที่เข้ามารับบริการในโรงพยาบาล เพื่อให้เกิดความพึงพอใจในผู้ป่วยและญาติโดยลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยที่จะเข้ารับบริการในโรงพยาบาล

**โครงการศึกษาเปรียบเทียบผลการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โดยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว กับ
การดูแลเบาหวานแบบกลุ่มโดยพยาบาลเวชปฏิบัติโดยมีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวเป็นพี่เลี้ยง**

นพ.โรจนศักดิ์ ทองคำเจริญ

รพ.แม่สอด อำเภอมแม่สอด จ.ตาก

ที่มาและความสำคัญ: ศูนย์สุขภาพชุมชนแม่กีดหลวงร่วมกับสถานีนามัยเครือข่ายแม่กาษาจัดทำโครงการ “กลุ่มเบาหวานแม่กาษา” ตั้งแต่ พ.ศ. 2548 จนถึงปัจจุบันโดยผู้ป่วยเบาหวานที่อยู่เขตตำบลแม่กาษาที่ไม่ต้องการไปโรงพยาบาลหรือศูนย์สุขภาพชุมชนสามารถเข้ากลุ่มที่สถานีนามัยแม่กาษา โดยมีพยาบาลเวชปฏิบัติเป็นผู้ดูแล และมีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวเป็นที่ปรึกษา ผลปรากฏว่าได้รับความนิยมจากผู้ป่วยเบาหวานในพื้นที่จนปริมาณผู้ป่วยที่เข้าร่วมโครงการเพิ่มจาก 20 ราย ในปี พ.ศ. 2549 เป็น 45 รายในปี พ.ศ. 2553

วัตถุประสงค์: เพื่อเปรียบเทียบผลการจัดบริการทั้ง 2 รูปแบบว่าจะมีผลการรักษาทางคลินิกที่แตกต่างหรือไม่

วิธีการศึกษา: non randomized experimental cross sectional study เพื่อเปรียบเทียบผล การจัดบริการแก่ผู้ป่วยเบาหวาน ที่มารับบริการที่ศูนย์สุขภาพชุมชนแม่กีดหลวง จำนวน 98 ราย โดยพบแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวกับการดูแลแบบ “กลุ่มเบาหวานแม่กาษา” ดูแลโดยพยาบาลเวชปฏิบัติและมีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวเป็นที่ปรึกษา จำนวน 45 ราย ผู้ป่วยเป็นผู้เลือกที่จะรับบริการที่ใดโดยสมัครใจ กลุ่มแม่กาษาจะจัดบริการทุก 2 เดือน ที่สถานีนามัยแม่กาษา โดยเจ้าหน้าที่ สอ. แม่กาษาจะเจาะเลือดก่อนเข้ากลุ่ม 1 สัปดาห์ พยาบาลเวชปฏิบัติเตรียมยาของผู้ป่วยไว้ล่วงหน้า โดยพยาบาล 3 คนดูแลผู้ป่วยคนละ 10-12 ราย โดยถ้าผลเลือดมีความผิดปกติจะรายงานแพทย์ การจัดกิจกรรมจะเป็นการทำกลุ่มต่างๆ ในขณะร่วมกลุ่มเน้นการพูดคุยแบบไม่เป็นทางการ และให้ความรู้ การออกกำลังกาย เป็นกิจกรรมหมุนเวียนไป ส่วนกลุ่มแม่กีดหลวงจะนัดแบบรอพบแพทย์ทุก 1-3 เดือน ทั้งสองกลุ่มหากมีการปรับยาจะปรับโดยแพทย์

ผลการศึกษา: ผลการรักษาทางคลินิกทั้งกลุ่มผู้ป่วยนอก และกลุ่มแม่กาษาไม่มีความแตกต่างกันได้แก่ HbA_{1c} (8.6 % vs 8.2%, P=0.15), LDL (117 mg% vs 123 mg%, P= 0.54), ความดันโลหิตเฉลี่ย SBP (127 mmHg vs 125 mmHg, P= 0.5), DBP (76 mmHg vs 72 mmHg, P= 0.09), และ น้ำตาลหลังอดอาหาร (FBS) (146 mg% vs 144 mg%, P=0.88) ผลการตรวจภาวะแทรกซ้อนพบว่าผู้ป่วยทั้งกลุ่มผู้ป่วยนอก และกลุ่มแม่กาษามีภาวะแทรกซ้อนทางตา ไต และเท้า ที่ไม่แตกต่างกัน renal insufficiency (creatinine > 1.2 mg%) ไม่แตกต่างกันทางสถิติ (11% vs 9.5%, P= 0.5), ภาวะรวมการควบคุมเบาหวานน้ำตาลสะสม ได้น้อยกว่า 7% ในทั้งสองกลุ่ม (25% vs 24%, P= 0.5) ความดันโลหิตได้น้อยกว่า 130/80 mmHg ในทั้งสองกลุ่ม (54.1% vs 55.6%, P= 0.5) และ LDL< 100 mg% (35.8% vs 31.7%, P= 0.69) ไม่แตกต่างกันทางสถิติ

ประโยชน์ / บทเรียนที่ได้รับ: จากผลการศึกษาข้างต้นพบว่าการจัดบริการเบาหวานโดยมีพยาบาลเวชปฏิบัติเป็นผู้จัดการผู้ป่วยภายใต้การมีแพทย์เป็นที่ปรึกษาสามารถที่จะดูแลผู้ป่วยเบาหวานโดยให้ผลที่ไม่แตกต่างจากการตรวจที่ศูนย์สุขภาพชุมชน ข้อดีของบริการลักษณะดังกล่าวเพิ่มการเข้าถึงบริการของผู้ป่วย ลดความแออัดของสถานบริการ และสร้างบรรยากาศของความเป็นกันเองมากขึ้น อีกทั้งเป็นการสร้างความร่วมมือกับเครือข่ายสุขภาพและองค์กรส่วนท้องถิ่นได้

**บทบาทของหน่วยบริการปฐมภูมิต่อประสบการณ์การดูแลสุขภาพด้วยตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่เกิด
แผลที่เท้า: การศึกษาเชิงคุณภาพในโรงพยาบาลส่วนภูมิภาค**

แพทย์หญิงพัชรินทร์ ปิงเมืองแก้ว

ภาควิชาเวชศาสตร์ชุมชนครอบครัวและอาชีวเวชศาสตร์

คณะแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัยนเรศวร

ที่มาและความสำคัญ: แผลเบาหวานที่เท้าเป็นภาวะแทรกซ้อนที่พบได้ในผู้ป่วยโรคเบาหวาน ความสูญเสียจากการมีแผลที่เท้าคือ ความพิการจากการถูกตัดเท้า ในปี พ.ศ. 2548 ศูนย์สุขภาพเมือง โรงพยาบาลพุทธชินราช จังหวัดพิษณุโลก ได้ก่อตั้งคลินิกสุขภาพเท้าเพื่อทำการตรวจคัดกรอง ให้สุขศึกษาและการตรวจสุขภาพเท้าแก่ผู้ป่วยโรคเบาหวาน ผลการดำเนินงาน พบว่า มีจำนวนผู้ป่วยที่ถูกตัดเท้าลดลง แต่พบผู้มีความเสี่ยงในการถูกตัดเท้าเพิ่มขึ้น

วัตถุประสงค์ในการศึกษา : เพื่อศึกษาประสบการณ์การดูแลตนเองของผู้ป่วยแผลเบาหวานที่เท้าและรูปแบบการดูแลผู้ป่วยแผลเบาหวานที่เท้าของศูนย์สุขภาพเมือง โรงพยาบาลพุทธชินราช จังหวัดพิษณุโลก

วิธีการศึกษา : วิจัยเชิงคุณภาพในการหาคำตอบ โดยใช้เทคนิคการสัมภาษณ์แบบสนทนากลุ่ม การสัมภาษณ์เชิงลึก การสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วม เลือกประชากรกลุ่มตัวอย่าง แบบเจาะจง จำนวน 15 ราย แบ่งออกเป็น กลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีแผลที่เท้า 12 ราย ผู้ดูแล 2 ราย และ บุคลากรทางการแพทย์ 1 ราย การวิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา

ผลการศึกษา : พบว่าการเกิดแผลเบาหวานที่เท้าส่วนใหญ่เกิดจากการประกอบอาชีพ และผู้ป่วยให้ความหมายของการเกิดแผลที่เท้าเกิดจากขาดการดูแลตนเองและการละเลยในการดูแลตนเองเนื่องจากต้องประกอบอาชีพหาเช้ากินค่ำ ภายหลังเกิดแผลที่เท้ามีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตต่อผู้ป่วย 4 ด้าน คือ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสังคม และด้านจิตวิญญาณ พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยก่อนและหลังเข้ารับบริการที่คลินิกมีความแตกต่างกัน คือ ก่อนเข้ารับบริการ ผู้ป่วยส่วนใหญ่เลือกดูแลตนเองตามความเชื่อและประสบการณ์เดิม หลังเข้ารับบริการที่คลินิกผู้ป่วยดูแลตนเองได้ดีมากขึ้น ส่วนแรงสนับสนุนทางสังคมผู้ดูแลหันมาใส่ใจ และให้กำลังใจในการดูแลผู้ป่วยมากขึ้น ทำให้ผู้ป่วยมีกำลังใจและตระหนักในการดูแลตนเอง ส่วนหน่วยบริการปฐมภูมิอื่นๆ ผู้ป่วยขาดความมั่นใจและไม่ประทับใจในการให้บริการเนื่องจากการปฏิบัติและให้ความรู้แตกต่างกับคลินิกสุขภาพเท้า โดยรูปแบบการให้สุขศึกษาของคลินิกเน้นการสื่อสารแบบสองทางโดยมีการโต้ตอบในเนื้อหาระหว่างผู้ให้และผู้รับบริการ และให้ผู้ป่วยร่วมทำกิจกรรมกลุ่ม ส่วนความต้องการและความคาดหวังของผู้ป่วยต่อระบบบริการ คือ การบริการที่ต่อเนื่อง การดูแลเฉพาะราย มีความเข้าใจผู้ป่วย การได้รับการปฏิบัติที่ใส่ใจ และความสุขของผู้ให้บริการ

บทคัดย่อนำเสนอผลงานวิจัย(Oral presentation)

การพัฒนาระบบบริการ (Health service and system development)

- การพัฒนาระบบให้คำปรึกษาการเยี่ยมบ้านผู้ป่วย โดย Tele-Home Health Care ด้วยเทคโนโลยี Wi-MAX
โดย นพ.กฤษฏี ทองบรรจบ ศูนย์แพทย์สมเด็จพระเทพฯมศว.องครักษ์นครนายก
- โครงการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน
โดย พญ.เบญจวรรณ เกรียงไกรเพชร รพ.ชลบุรี
- Palliative Care
โดย นพ.โรจน์ศักดิ์ ทองคำเจริญ รพ.แม่สอด ตาก
- การจัดการบริการปฐมภูมิแบบบูรณาการในเครือข่ายอำเภอคำชะอี จังหวัดมุกดาหาร
โดย นพ.อนุวัตร แก้วเชียงขวาง รพ.คำชะอี จ.มุกดาหาร
- โครงการจัดเครือข่ายบริการปฐมภูมิ เพื่อพัฒนาโรงพยาบาลขนาดใหญ่
นพ. ก้องภพ สี่ละพัฒน์
โรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า อำเภอเมืองสมุทรสงคราม จังหวัดสมุทรสงคราม
- ทายาทสายใยรัก
นพ.สิทธิศักดิ์ คำศรีสุข รพ.เวียงป่าเป้า จังหวัดเชียงราย
- ประสบการณ์การนำความรู้เรื่องเวชศาสตร์ครอบครัวมาประยุกต์ในการทำงาน การเรียนรู้เรื่องการสื่อสารกับผู้ป่วยแกนีสิตแพทย์
อ.พญ.วิชุดา จิรพรเจริญ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

**โครงการวิจัยเรื่อง การพัฒนาระบบให้คำปรึกษาขณะเยี่ยมบ้านผู้ป่วย
โดย Tele-Home Health Care ด้วยเทคโนโลยี Wi-MAX**

อ.นพ.กฤษฎี ทองบรรจบ, อ.นพ. จาตุรนต์ ตั้งสังวรธรรมะ, อ.นพ. สมศักดิ์ วสุวิฑิตกุล,
นาย เฉลิม สุวรรณะ, น.ส. เยาวรีย์ ดอเลาะห์
เครือข่ายบริการปฐมภูมิศูนย์การแพทย์สมเด็จพระเทพฯ สยามบรมราชกุมารี
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ องครักษ์ จ.นครนายก

ที่มาและความสำคัญของปัญหา: การเยี่ยมบ้านเป็นกิจกรรมที่จะเชื่อมการบริการสุขภาพที่จัดในโรงพยาบาล ศูนย์สุขภาพชุมชนให้ต่อเนื่องกับการดูแลที่บ้าน จากการดำเนินงานที่ผ่านมาพบว่ากิจกรรมการเยี่ยมบ้านมีอุปสรรคหลายประการ เช่น การขาดแคลนอัตรากำลังแพทย์และเจ้าหน้าที่ พยาบาลเยี่ยมบ้านไม่สามารถเยี่ยมบ้านได้อย่างครอบคลุม หรือการเรียนการสอนเวชศาสตร์ครอบครัวแก่นิสิตแพทย์ไม่มีประสิทธิภาพและไม่ค่อยได้รับการเรียนรู้เท่าที่ควร

ประเด็นพัฒนา: เพื่อศึกษาและออกแบบระบบให้คำปรึกษาขณะเยี่ยมบ้านกับทีมเยี่ยมบ้านเวชศาสตร์ครอบครัว โดยการประยุกต์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสารมาใช้ในการเยี่ยมบ้าน

เทคนิค/แนวคิด: ออกแบบระบบให้คำปรึกษาขณะเยี่ยมบ้านด้วยวิธีการเชื่อมต่อระบบเครือข่ายจากอุปกรณ์คอมพิวเตอร์มายังโรงพยาบาลโดยใช้ช่องการสื่อสารความเร็วสูง Wimax ซึ่งได้ติดตั้งอุปกรณ์กระจายสัญญาณไว้ที่อาคารโรงพยาบาลศูนย์การแพทย์ฯ และใช้อุปกรณ์รับสัญญาณ (CPE) แบบ ติดตั้งภายในอาคาร (RSU) เพื่อเชื่อมต่อเข้ากับระบบ และใช้ โปรแกรม Mirial ในการติดต่อผ่านระบบ teleconference เพื่อใช้ในการ consult ซึ่งจะส่งสัญญาณภาพผ่านกล้อง webcam และเชื่อมต่อเข้ากับระบบ Hospital Information system (HIS) ของโรงพยาบาล

ผลการพัฒนา: พบว่า CUP ศูนย์การแพทย์ฯ มีระบบการให้คำปรึกษาในขณะออกไปเยี่ยมบ้าน โดยสามารถ Consult กับแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวได้โดยตรง เสมือนมีแพทย์ออกไปเยี่ยมบ้านด้วย และสามารถตรวจสอบประวัติการรักษาและรายละเอียดข้อมูลต่างๆของผู้ป่วยได้

ประโยชน์/บทเรียนที่ได้รับ: สามารถพัฒนาต่อยอดให้มีการปรึกษาทางไกลในรูปแบบสหสาขาวิชาชีพได้ต่อไป พยาบาลเวชศาสตร์ครอบครัว ให้สามารถเรียนรู้แนวคิดเวชศาสตร์ครอบครัวในการเยี่ยมบ้านและการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ได้ตลอดเวลา ส่งเสริมความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว ทีมเยี่ยมบ้าน ผู้ป่วยและครอบครัว ซึ่งจะส่งผลดีต่อการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องระยะยาวต่อไป

โครงการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน

พญ.เบญจภรณ์ เกรียงไกรเพชร

นพ.อานนท์ ไทยเจริญ

คุณสมศิริ พันธุ์ศักดิ์ศิริ

หน่วยงานเวชกรรมรพ.สระบุรี ร่วมกับ

ศูนย์คอมพิวเตอร์รพ.สระบุรี

ที่มาและความสำคัญ: ผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มารับบริการที่ PCU ในรพ.สระบุรี ส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยเบาหวานที่อยู่ในเขตตำบลปากเพรียวซึ่งเป็นเขตรับผิดชอบของ PCU ทั้งหมด 2,185 คน แต่ได้รับการตรวจอยู่ที่ PCU 809 คน ที่เหลือมารับบริการที่ OPD อายุรกรรม โดยยังมีปัญหาในการนำข้อมูลประสิทธิภาพการตรวจรักษา ตัวชี้วัดต่างๆ การติดตามผู้ป่วยมาวิเคราะห์

ประเด็นในการพัฒนา: การจัดทำฐานข้อมูลโดยเขียนโปรแกรม ที่สามารถนำข้อมูลมาใช้ตลอดเวลา โดยใส่เงื่อนไขลงไปตามต้องการได้ทำให้สะดวกในการดูข้อมูลตัวชี้วัดการดูแลผู้ป่วยเบาหวานและนำมาใช้ให้เกิดการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยต่อไป แยกพื้นที่รับผิดชอบเป็นชุมชนจะมีแพทย์และพยาบาลรับผิดชอบตามชุมชน เพื่อสะดวกในการดูแลรักษาต่อเนื่อง ประเมินตัวชี้วัดเปรียบเทียบระหว่างผู้ป่วยที่อยู่ในเขต ต.ปากเพรียวที่รักษาที่ PCU แลที่รับการรักษาที่อายุรกรรม

เทคนิคแนวคิด: เริ่มต้นจากการประชุมจากหัวหน้ากลุ่มงานเวชกรรม และพยาบาลผู้ดูแลงานด้านเบาหวาน คิดออกแบบตัวชี้วัดให้ได้ตามมาตรฐานการรักษาปรึกษากับศูนย์คอมพิวเตอร์ เพื่อช่วยกันเขียนรูปแบบโปรแกรมการดึงข้อมูลซึ่งมีอยู่ในคอมพิวเตอร์ส่วนใหญ่อยู่แล้ว เช่น ข้อมูลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ซึ่งเจ้าหน้าที่ไม่ต้องลงข้อมูลในโปรแกรมใหม่ เพียงแต่ลงข้อมูลรายชื่อคนไข้ลงทะเบียนแยกตามชุมชน เมื่อเขียนโปรแกรมออกมา และให้ใส่ไว้ใน intranet โรงพยาบาล สามารถดูข้อมูลได้ online ตัวชี้วัดได้แก่ ร้อยละของการลงทะเบียนตามชุมชนและภาพรวมทุกชุมชน ร้อยละการตรวจต่างๆ ได้แก่ ร้อยละการตรวจไขมัน การตรวจไต การตรวจตา การตรวจเท้า ตัวชี้วัดโรคอ้วน ตัวชี้วัดการเกิดโรคแทรกซ้อนรายใหม่ต่อปี ได้แก่ Incident Microvascular complication (diabetic nephropathy, diabetic neuropathy, diabetic retinopathy) และ Macrovascular complication (IHD or MI) และ Incident การเกิด Diabetic foot

ผลการพัฒนา: เริ่มต้นสามารถเข้าไปดูได้ที่ intranet โรงพยาบาล หรือ ถ้า ไม่ได้อยู่ในโรงพยาบาลสามารถเข้าไปที่ www.intranet.srbr.in.th ส่งผลให้ระบบการติดตามผู้ป่วยมาตรวจ เลือดที่จำเป็นต้องเจาะในเบาหวานได้ ได้ครอบคลุมมากขึ้น โดยสามารถดูได้ตลอดเวลาว่าใครยังไม่ได้ส่งตรวจเลือด และมีที่อยู่อยู่ในเขตใด เป็นเขตรับผิดชอบของใคร สามารถดูประสิทธิภาพการรักษาเบาหวาน ว่าการรักษาที่ PCU ได้ผลเป็นอย่างไร และสามารถเปรียบเทียบกับที่อายุรกรรมว่าเป็นอย่างไร และนำมาวิเคราะห์เหตุและแก้ปัญหาลงไป สามารถตรวจสอบข้อมูลผู้ป่วยเบาหวานคนใดเกิดภาวะแทรกซ้อน ทั้งในแง่เฉียบพลัน และเรื้อรัง นำไปวิเคราะห์หาเหตุและแก้ปัญหาลงไป

ประโยชน์/บทเรียนที่ได้รับ: หัวหน้างานมีบทบาทสำคัญที่จะผลักดันงานนี้ให้สำเร็จ ต้องสร้างให้คนในแผนกยอมรับเครื่องมือที่เข้ามาใหม่ว่าเป็นประโยชน์กับเขาและงานจริงๆ โดยที่ภาระไม่ได้เพิ่มขึ้น และให้เขามีส่วนร่วมในการคิดจึงจะเกิดการร่วมมือ

ระบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย รพ.แม่สอด

นพ. โรจนศักดิ์ ทองคำเจริญ รพ.แม่สอด อำเภอ แม่สอด จ.ตาก

ที่มาและความสำคัญของปัญหา: ผู้ป่วยที่มีความเจ็บป่วยระยะสุดท้ายของโรคต้องประสบกับความทุกข์ทรมาน ทั้งจากตัวโรคและระบบการดูแลรักษาที่แยกส่วนและขาดการเชื่อมโยง ซึ่งทำให้ผู้ป่วยรู้สึกถูกทอดทิ้งจากระบบบริการสาธารณสุข ตามสถานการณ์ในปัจจุบันระบบการดูแลสามารถตอบสนองความต้องการของชุมชนได้เฉพาะต่อโรคที่รักษาหาย แต่ยังมีส่วนที่ต้องพัฒนาสำหรับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายซึ่งแพทย์ไม่สามารถดูแลได้เพียงลำพัง

ประเด็นการพัฒนา: ทำอย่างไรจะลดความทุกข์ของโดยสร้างการมีส่วนร่วมของ ภาคส่วนต่างๆ ซึ่งมีส่วนเกี่ยวข้องทั้งภายนอกและภายในโรงพยาบาล การที่จะสามารถให้การดูแลที่ดี ต้องหาเพื่อน มีทีมและการประสานงานร่วมกันทั้งระบบบริการ ทำให้มีการดูแลต่อเนื่อง ซึ่งจะได้แบ่งปันภาระ การดูแล ซึ่งมีความเหนื่อยและยากลำบาก ทั้งโรงพยาบาล หน่วยบริการปฐมภูมิ ญาติผู้ป่วย และชุมชน และจะต้องทำให้เกิดระบบที่มีความยั่งยืนจากแรงบันดาลใจ นำมาถึงการลงมือปฏิบัติ

เทคนิค/แนวคิด: การพัฒนาต้องใช้เวลา ซึ่งเริ่มจากการจุดประกายแนวคิดในการพัฒนาและหาแนวร่วม ในปีพ.ศ. 2548ซึ่งเป็นการดำเนินการในระยะที่ 1 ส่วนระยะที่ 2 ในปี 2549 เป็นการเผยแพร่แนวคิดและเสริมความรู้ ระยะที่ 3 เป็นการติดตามประเมินผล ในปี 2550 และนำไปสู่ระยะที่ 4 การขยายเครือข่ายในโรงพยาบาลและชุมชนในปี พ.ศ. 2551 โดยมีแนวคิดว่าการดูแลผู้ป่วยทุกวัยเป็นหน้าที่ของทุกคน ซึ่งมีการปรับทัศนคติให้เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติมีความสุขในงานที่ได้ทำ และได้มีการเชื่อมโยงกับส่วนต่างๆ ผู้บริหารได้เห็นผลการปฏิบัติจากหลักฐานเชิงประจักษ์ ได้เชื่อมโยงให้ชุมชนมีส่วนร่วมกันพัฒนา

ผลการพัฒนา: ทักษะการสื่อสารในผู้ปฏิบัติดีขึ้น ทีมพื้นที่พึ่งตัวเองได้มากขึ้น ผู้ป่วยเสียชีวิตที่บ้านเป็นส่วนใหญ่ ชุมชนเริ่มต้นตัว โรงพยาบาลได้รับโอกาสในการพัฒนา และมีการบริจาคเงินและอุปกรณ์ให้กับโครงการ

ประโยชน์/บทเรียนที่ได้รับ: ระบบที่ยั่งยืนเกิดจากการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนที่มีส่วนเกี่ยวข้อง การวัดความสำเร็จของโครงการที่แท้จริง อยู่ที่ผู้ป่วยครอบครัวและความสุขของผู้ปฏิบัติ การสร้างระบบต้องเหมาะสมกับความต้องการและทรัพยากรของพื้นที่ ตลอดจนวัฒนธรรมท้องถิ่นและองค์กร

ผู้ได้รับประโยชน์จากงานวิจัยนี้: Palliative home care model และ hospital-based palliative consultation บริบท โรงพยาบาลทั่วไป

**โครงการการจัดระบบบริการปฐมภูมิแบบบูรณาการในเครือข่าย
อำเภอคำชะอี จังหวัดมุกดาหาร**

นพ.อนุวัตร แก้วเชียงหวาง
ศูนย์แพทย์ชุมชนบ้านคำชะอี เครือข่ายปฐมภูมิโรงพยาบาลคำชะอี
อำเภอคำชะอี จังหวัดมุกดาหาร

วัตถุประสงค์: เพื่อลดความแออัดในการให้บริการผู้ป่วยนอกในโรงพยาบาลคำชะอี จัดระบบบริการเป็นเครือข่ายในระดับสถานีอนามัย บริหารจัดการทรัพยากรให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุด และเพื่อเพิ่มคุณภาพการให้บริการแบบองค์รวมโดยสหวิชาชีพตามหลักเวชศาสตร์ครอบครัว

ประเด็นพัฒนา: โดยวางยุทธศาสตร์หลัก 5 ด้านประกอบด้วยการบริหารทรัพยากร การพัฒนาบุคลากร การพัฒนาระบบสารสนเทศและการสื่อสาร การพัฒนาระบบการกำหนดพื้นที่รับผิดชอบส่งต่อ และการพัฒนาการมีส่วนร่วมของชุมชน

ผลการดำเนินงาน: ทำให้ประชาชนผู้มารับบริการในระดับสถานีอนามัยที่เป็น PCU หลักมีความพึงพอใจมากขึ้น ได้รับบริการที่มีความเท่าเทียมกับการมารับบริการที่โรงพยาบาลคำชะอี

ประโยชน์/บทเรียนที่ได้รับ: ที่ได้รับเป็นประสบการณ์ในการใช้ทักษะและความรู้ทางการบริหารและองค์ความรู้ด้านเวชศาสตร์ครอบครัวในการจัดการและพัฒนาระบบเพื่อให้บรรลุหัวใจของการบริการปฐมภูมิคือ เป็นบริการด่านแรก queเข้าถึงได้ง่าย (Front-line care) ให้บริการต่อเนื่อง (Ongoing care) บริการที่ผสมผสาน เข้าใจความต้องการของผู้ใช้บริการ (Comprehensive care) และเป็นหน่วยที่ประสานการบริการกับบริการเฉพาะทางอื่น หรือบริการทางสังคมอื่นที่เกี่ยวข้อง (Coordinated care)

ปัจจัยแห่งความสำเร็จ: ประกอบด้วยภาวะผู้นำและการสร้างทีมงานที่มีความเข้าใจในประโยชน์ที่ได้จากการพัฒนาบริการปฐมภูมิ อีกทั้งต้องอาศัยปัจจัยภายนอกเช่น สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติให้การสนับสนุนในด้านนโยบาย แนวทางการปฏิบัติงาน ระเบียบที่เกี่ยวข้อง รวมถึงงบประมาณที่เป็นปัจจัยหลักในการขับเคลื่อนการพัฒนา

โครงการจัดเครือข่ายบริการปฐมภูมิ เพื่อพัฒนาโรงพยาบาลขนาดใหญ่ โรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า อำเภอเมือง จังหวัดสมุทรสงคราม

นพ. ก้องภพ สี่ละพัฒน์

โรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า อำเภอเมืองสมุทรสงครามจังหวัดสมุทรสงคราม

ที่มาและความสำคัญของปัญหา: โรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า มีผู้รับบริการผู้ป่วยนอก เฉลี่ย 797 คนต่อวัน มีแพทย์เพียง 17 คน ทำให้แพทย์ไม่มีเวลาในการตรวจรักษาผู้ป่วยตามบทบาทวิทยุมิระดับสูง หากมีการพัฒนาศักยภาพของหน่วยบริการปฐมภูมิในเครือข่าย ให้สามารถดูแลรักษาโรคเบื้องต้นและโรคเรื้อรังที่ไม่รุนแรง จะช่วยลดความแออัดของผู้ใช้บริการได้

ประเด็นพัฒนา: 1) พัฒนาศักยภาพหน่วยบริการปฐมภูมิให้สามารถบริหารจัดการและจัดบริการปฐมภูมิได้ตามเกณฑ์ ทำให้ประชาชนมั่นใจในการไปรับบริการที่หน่วยบริการปฐมภูมิเป็นครั้งแรก 2) ปรับบทบาทเป็นโรงพยาบาลที่ให้บริการในระดับวิทยุมิระดับสูง 3) ส่งเสริมให้ประชาชนใช้บริการด้านสุขภาพตามระดับที่เหมาะสมและเข้าถึงบริการสุขภาพ มาตรฐานได้อย่างสะดวก รวดเร็ว เหมาะสมกับภาวะสุขภาพและเกิดการพึ่งตนเอง

เทคนิค/ แนวคิด: 1. เริ่มต้นจาก “การพัฒนาคน” ด้วย 2 วิธีคือให้ทุนพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานที่หน่วยบริการปฐมภูมิไปเรียนหลักสูตรพยาบาลเวชปฏิบัติทั่วไป (1 คน /1 หน่วยบริการปฐมภูมิ) ปัจจุบันไปเรียนทั้งสิ้น 23 คน ในหน่วยบริการปฐมภูมิ 21 แห่ง และการจัดอบรม “วัฒนธรรมการบริการด้วยหัวใจของความเป็นมนุษย์” 5 รุ่น จำนวน 325 คน ซึ่งเป็นกลุ่มเจ้าหน้าที่บริการด้านหน้าและบุคลากรของหน่วยบริการปฐมภูมิ เชื่อว่าเมื่อบุคคล 2 กลุ่มนี้มีโอกาสได้รู้จักและมีปฏิสัมพันธ์กัน การประสานงานในเรื่องการส่งต่อผู้ป่วยและเรื่องอื่นๆ ก็จะดีขึ้น “เพราะรู้จักกัน” 2. พัฒนาระบบบริการด้านหน้า (Front line) ของโรงพยาบาล โดยการจัดทำแนวทางปฏิบัติ (CPG) ร่วมกันในเครือข่ายฯ (CUP) 3. พัฒนาระบบการดูแลต่อเนื่องอย่างเป็นรูปธรรม โดย “จัดตั้งศูนย์ Home health care และเยี่ยมบ้านอย่างมีคุณภาพ” 4. พัฒนาระบบสารสนเทศเพื่อการเชื่อมโยงเครือข่ายคอมพิวเตอร์หน่วยบริการปฐมภูมิ

ผลการพัฒนา: จำนวนผู้รับบริการผู้ป่วยนอก ใน 5 โรคที่กำหนด คือ Diabetes Mellitus, Hypertension, URI, Dizziness, Dyspepsia ในปี 2552 ลดลงจาก ปี 2551 และในปี 2553 ก็มีแนวโน้มลดลงเช่นกัน แต่คงยังไม่ถึงร้อยละ 20 ซึ่งจะมีการประเมินอีกครั้งเมื่อโครงการสิ้นสุดโครงการ ปี 2554

ประโยชน์/บทเรียนที่ได้รับ: หากมีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้กันว่าสิ่งใดที่ดำเนินการแล้วสามารถใช้ได้ดีสิ่งใดที่ไม่ควรดำเนินการ จะเป็นการเรียนรู้จากประสบการณ์ของพวกเขา ที่ไม่ต้องไปลองผิดลองถูก

ผู้ใช้ประโยชน์จากงานวิจัยนี้: ผู้บริหารเครือข่ายบริการปฐมภูมิ แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว พยาบาลเวชปฏิบัติ ทีมสุขภาพในระบบปฐมภูมิ

ทนายทนายไยรัก

นพ.สิทธิศักดิ์ คำศรีสุข

รพ.เวียงป่าเป้า จังหวัดเชียงราย

ที่มาและความสำคัญ: ปัญหาที่สำคัญของงานอนามัยแม่และเด็ก เครือข่ายบริการสุขภาพโรงพยาบาลเวียงป่าเป้า คือ อัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวน้อย 6 เดือนยังต่ำกว่าเกณฑ์เป้าหมาย ทีมงานได้ร่วมกันทำวิจัยกลุ่มตัวอย่าง 89 ครอบครัวพบว่ามีความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับประโยชน์ของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในระดับดี แต่ขาดการสนับสนุนจากครอบครัว และขาดแบบอย่างที่ดีในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างถูกต้อง นอกจากนี้ยังถูกบุคคลรอบข้างและสื่อโฆษณาแนะนำให้เสริมน้ำและอาหารก่อนระยะเวลาอันควร และพบว่าอาสาสมัครนมแม่เยี่ยมบ้านหลังคลอดยังไม่เข้าใจถึงปัญหา ข้อมูลจากงานวิจัยชี้ให้เห็นว่ารากฐานของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ให้สำเร็จ ไม่ได้ขึ้นอยู่กับการสอนศึกษาเท่านั้น พบว่าการสร้างแบบอย่างที่ดีภายในได้บริบทชุมชนเดียวกัน คอยถ่ายทอดเรื่องราวและประสบการณ์ดีๆ ในเรื่องการดูแลแม่และเด็กอย่างถูกต้อง จะช่วยสร้างสายครอบครัวใหม่ที่อบอุ่น มีภูมิคุ้มกันต่ออุปสรรคที่ขัดขวางความสำเร็จของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างมีคุณภาพ

ประเด็นพัฒนา: ปรับปรุงระบบการเยี่ยมบ้านให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น สร้างเครือข่ายทนายทนายไยรัก นำร่องตำบลละ 1 หมู่บ้าน แลกเปลี่ยนเรียนรู้ในเรื่องประสบการณ์การดูแลแม่และเด็กในแต่ละเครือข่าย

เทคนิค/แนวคิด: พัฒนาระบบการเยี่ยมบ้านจากเดิมเป็นการเยี่ยมบ้านหลังคลอดโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขหรืออาสาสมัครนมแม่ในช่วงหลังคลอด ซึ่งพบว่ายังไม่เข้าใจถึงปัญหาสำคัญของครอบครัว ปรับดำเนินการโดยมีคุณแม่ต้นแบบตำบลละ 1 หมู่บ้าน จะเป็นคุณแม่ต้นแบบที่ได้รับการถ่ายทอดความรู้ทั้งวิชาการจากเจ้าหน้าที่ และประสบการณ์ที่ได้จากชีวิตในช่วงตั้งครรภ์ และเลี้ยงดูลูก คุณแม่ต้นแบบจะคอยดูแล และให้คำปรึกษารุ่นน้องที่ตั้งครรภ์คนต่อไปเรื่อย เป็นระบบเครือข่าย ในที่สุดแต่ละหมู่บ้านจะมีสายใยแห่งสายใยรัก โดยมีเจ้าหน้าที่และภาคีชุมชนเป็นพี่เลี้ยง และมีการดำเนินการติดตามและจัดประกวดผลงานของเครือข่ายทุกปี

ผลการพัฒนา: เกิดเครือข่ายทนายทนายไยรักหมู่บ้านต้นแบบ ตำบลละ 1 แห่ง รวม 9 เครือข่าย เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้เรื่องประสบการณ์การดูแลแม่และเด็กในแต่ละเครือข่าย สมาชิกในครอบครัวมีการดำเนินชีวิตที่ดีงานและดูแลแม่และเด็กด้วยความรักถูกต้องตามหลักวิชาการ ร้อยละของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวน้อย 6 เดือนเพิ่มขึ้น จาก 10.29% ในปี พ.ศ. 2548 เป็น 24.66% และ 50% ในปี พ.ศ. 2550 และ พ.ศ. 2552 ตามลำดับ และหมู่บ้านต้นแบบตำบลเวียง มีการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวน้อย 6 เดือน ครบ 100%

ประโยชน์/บทเรียนที่ได้รับ: ปัญหาอนามัยแม่และเด็กเป็นปัญหาที่ต่อเนื่องกัน ไม่มีสูตรสำเร็จที่จะแก้ไขปัญหาได้ทั้งหมด ตัวอย่างที่ดีมีค่ายิ่งกว่าคำสอน โดยเฉพาะตัวอย่างที่ดีที่อยู่ภายใต้บริบทเดียวกัน การสร้างความอบอุ่นในครอบครัวเป็นรากฐานของการแก้ปัญหาอนามัยแม่และเด็กและยังช่วยแก้ปัญหาของสังคมด้วย การเยี่ยมเป็นของขวัญอันทรงคุณค่าและทรงพลัง ความร่วมมือทุกภาคส่วน ทั้งผู้ให้บริการและผู้รับบริการและชุมชน เป็นปัจจัยสำคัญที่จะช่วยให้การดำเนินงานสำเร็จและยั่งยืน เบื้องหลังของตัวชี้วัดที่ต้องการพัฒนายังมีเรื่องราวที่ทรงคุณค่าและน่าจดจำ

ประสบการณ์การนำความรู้ด้านเวชศาสตร์ครอบครัวมาประยุกต์ใช้ในการทำงานการเรียนรู้เรื่องการสื่อสาร
กับผู้ป่วยแก่นักศึกษาแพทย์ฟังเรื่อง
“คน” พูดเรื่อง “คน” ช่วยเปลี่ยนผลของการรักษาผู้ป่วย

อ.พญ.วิชุดา จิรพรเจริญ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

ภาควิชาเวชศาสตร์ครอบครัว มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

ที่มาและความสำคัญ: ภารกิจที่สำคัญของภาควิชาเวชศาสตร์ครอบครัวคือ การถ่ายทอดความรู้ทางเวชศาสตร์ครอบครัวแก่นักศึกษาแพทย์ให้มีความเข้าใจถึงบทบาทการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมของผู้ป่วยโดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางของการรักษา มองเห็นบริบทและการเชื่อมต่อของผู้ป่วย ครอบครัวและชุมชน รวมถึงปลูกฝังจิตวิญญาณของการเป็นแพทย์ที่ดี นักศึกษาหลายคนจะสะท้อนถึงปัญหาการดูแลผู้ป่วย เรื่องการสื่อสารว่า “แม้จะเข้าใจเรื่องราวความทุกข์ของผู้ป่วยและครอบครัวแต่ไม่รู้จะพูดอย่างไรเพื่อแสดงความเข้าใจและเห็นใจกับผู้ป่วยของตน” จึงมีการจัด **หัวข้อการบรรยายและฝึกปฏิบัติ เรื่อง การให้คำปรึกษา counseling** เพื่อให้ นักศึกษาแพทย์เห็นความสำคัญของการสื่อสารที่ดีว่าเป็นเครื่องมือที่จะเพิ่มศักยภาพการดูแลรักษาผู้ป่วย ทั้งนี้การมีทักษะการสื่อสารที่ดีนี้ จะช่วยเพิ่มความสุขในการดูแลผู้ป่วยและสร้างกำลังใจในการประกอบอาชีพแพทย์ซึ่งจะเกิดประโยชน์อันสูงสุดแก่ผู้ป่วยที่มารับการดูแลรักษา

หัวข้อย่อยในการเรียน: Active Listening บรรยาย และให้ฝึกการฟังเพื่อจับประเด็นพื้นฐานของเรื่องเล่า Power of Listening วิเคราะห์ กรณีผู้ป่วยตัวอย่างเป็นหญิงตั้งครรภ์มาปรึกษาเรื่องเลือดออกกระปริดกระปอยและการขอทำแท้ง เพื่อให้ผู้เรียนเข้าใจการหาความหมายจากคำพูดของผู้ป่วยและเห็นผลลัพธ์ของการรักษาที่แตกต่างกันรวมทั้งการเกิดความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยและแพทย์อันเป็นผลจากทักษะการฟังของแพทย์ทั้งสองคน Healing Illness บรรยาย illness ที่มีผลกระทบต่อสุขภาพ การดูแลด้วย Psychotherapy จับประเด็นความเจ็บป่วยของผู้ป่วยที่มีในเรื่องเล่า และทราบแนวทางให้คำปรึกษาทั้งแบบ Supportive therapy และ Explorative therapy โดยการฝึกพูดแสดงความเห็นใจ และปรับเปลี่ยนแนวความคิดของผู้ป่วยจากเรื่องเล่าที่มีความติดปึกได้ Editing the Story เพื่อฝึกให้คำปรึกษาส่วน Giving information, Supporting skill และสามารถพูดปรับเปลี่ยนแนวความคิดของผู้ป่วยจากเรื่องเล่าความเจ็บป่วยของผู้ป่วยรวมทั้งฝึกให้คำปรึกษาในกรณีต่างๆ Summary Counseling Concept ร่วมกันวิเคราะห์ความแตกต่างของการให้คำแนะนำและการให้คำปรึกษา

วิธีที่ใช้ในการเรียน: การบรรยายและการฝึกปฏิบัติ ทุกคนจะหมุนเวียนกันรับบทบาทสมมติ เป็นทั้งแพทย์ผู้ให้คำปรึกษา ผู้ป่วยและผู้สังเกตการณ์ หลังการทำกิจกรรมทุกคนจะร่วมแสดงความคิดเห็นและเกิดการเรียนรู้ร่วมกัน

สรุปการดำเนินงาน: จากการจัดการเรียนการสอน ให้กับกลุ่มนักศึกษาจำนวน 6 กลุ่ม (90 คน) นักศึกษาให้ความสนใจกับการเรียนเป็นอย่างดี ส่วนหนึ่งเพราะรูปแบบการเรียนที่เน้นให้ผู้เรียนมีส่วนร่วม มีการกระตุ้นให้คิด แสดงความเห็นและรับฟังความเห็นจากผู้อื่น นอกจากนั้นเนื้อหาการบรรยายและกรณีผู้ป่วยตัวอย่างที่ใช้ในการเรียน เป็นสถานการณ์ที่พบได้จริง

บทคัดย่อนำเสนอ

เรื่องเล่า (Story Telling)

- **แผลแห่งความรัก**
โดย นพ.กสิวัฒน์ ศรีประดิษฐ์ รพ.บ้านโพธิ์ จ.ฉะเชิงเทรา
- **ปาทิหารย์มีจริง**
โดย นสพ. ภาวิดา พงศ์เทพาดีเทพ มศว.องครักษ์ นครนายก
- **จะรักษาด้วยหัวใจ**
โดย นสพ.กรกมล กำบุญเลิศ มศว.องครักษ์ นครนายก
- **บ้านลูกกะเสม**
โดย นสพ. รัชต์ ประภาวนนท์ มศว.องครักษ์ นครนายก

แผลแห่งความรัก

นพ.กสิวัฒน์ ศรีประดิษฐ์

รพ.บ้านโพธิ์ จ.ฉะเชิงเทรา

“ผมไม่เคยคิดว่าการคิดนอกกรอบจะทำให้เกิดผลสำเร็จในการรักษาที่มากกว่าเป้าหมายที่คิดไว้ และสร้างความเชื่อมั่นในการดูแลสุขภาพพระดั่งปฐมภูมิโดยใช้องค์ความรู้เวชศาสตร์ครอบครัว ดังเรื่องที่ผมจะเล่าต่อไปนี้”

บ่ายวันหนึ่งผมได้รับแจ้งจากพยาบาลประจำหอผู้ป่วยว่ามีผู้ป่วยเบาหวานรายหนึ่งเป็นผู้ชายอายุ 68 ปี แพทย์เวรรับรักษาตัวในโรงพยาบาลด้วยเรื่องแผลติดเชื้อที่เท้าขามาประมาณ 1 เดือน แผลกินลึกจากข้อเท้าลามไปหลังเท้า ผมก็ได้สั่งการรักษาตามแนวทางทั่วไป คือทำแผล ให้ยาปฏิชีวนะ ให้ยาควบคุมระดับน้ำตาล และพูดคุยให้กำลังใจกับผู้ป่วยและญาติตามปกติ หลังจากนอนโรงพยาบาลได้ประมาณ 1 สัปดาห์ แผลก็ยังไม่มีทีท่าว่าจะหาย พยาบาลต้องใช้เวลาทำแผลแต่ละครั้งมากกว่าหนึ่งชั่วโมง และเสนอให้แพทย์ส่งตัวไปโรงพยาบาลจังหวัดเพื่อพิจารณาผ่าตัดขา ซึ่งแพทย์ที่โรงพยาบาลจังหวัดก็ได้ตอบสนองโดยการวางแผนการผ่าตัด แต่ผู้ป่วยไม่ยินยอม ขอกลับมาทำแผลต่อที่โรงพยาบาลต่อ เมื่อกลับมาพยาบาลที่หอผู้ป่วยก็ไม่สบายใจเท่าไรนักเพราะต้องทำแผลนาน ๆ อีก ผมเห็นว่าถ้าให้พยาบาลทำต่อ เห็นที่ต้องถูกส่งต่อไปตัดอีกครั้้งแน่ จึงเสนอทางเลือกใหม่ให้กับญาติคือลูกสาวคนหนึ่งเฝ้าดูแลอยู่ตลอด ผมถามเธอว่าเห็นพยาบาลทำแผลให้พ่อกี่ครั้้งแล้ว เธอก็ตอบว่าหลายครั้้ง ผมก็ถามต่อว่าเธอคิดว่าจะทำแผลเองได้ไหม เธอกลับบอกว่าไม่แน่ใจ ผมเลยให้เธอลองดู ต้องยอมรับว่าการทำแผลครั้้งแรกของเธอไม่ได้เป็นไปตามทักษะที่ดีเท่าไร แต่ก็เป็นการเริ่มต้น แต่สิ่งที่ผมเห็นได้ชัดเจนคือความรู้สึที่ตั้งใจเพราะอยากให้พ่อหาย ผมก็เลยให้พยาบาลที่ฝึกช่วยสอน โดยบอกพยาบาลว่าถ้าลูกสาวทำได้จะให้กลับไปทำต่อที่บ้าน พยาบาลก็ร่วมมือด้วยดี(เพราะจะได้ไม่ต้องทำเอง) แรก ๆ พยาบาลบางคนก็มาช่วยทำบ้างเพราะคงยังไม่เชื่อมั่นเท่าไร แต่ในที่สุดเธอก็ทำได้ใกล้เคียง แม้ว่าจะใช้เวลานานมากก็ตาม ก็เลยส่งกลับไปทำต่อที่บ้าน ที่แรกผมก็ไม่ว่างจะติดตามผลการทำแผลอย่างไร กลัวว่าจะติดเชื้อที่บ้านและกลับมาแบบเลวกว่าเดิมอีก พอดีเหลือบไปเห็นว่าโทรศัพท์มือถือของเธอถ่ายรูปได้ ผมเลยบอกให้เธอส่งรูปมาให้ผมดูเป็นระยะ ๆ หลังจากนั้นเธอมารับชุดทำแผลไปอย่างต่อเนื่องแต่ส่งรูปมาให้ใน 3 เดือนต่อมา ที่ทำให้ผมแปลกใจเพราะมันดีขึ้นกว่าเดิมมาก ผมก็เลยโทรศัพท์บอกให้พาพ่อกลับมาหาที่โรงพยาบาล เธอเล่าว่า ช่วงแรกใช้เวลาทำแผลในแต่ละครั้้งประมาณ 2-3 ชั่วโมงวันละสองครั้้ง ค่อย ๆ ตัดเนื้อตายทีละน้อย เวลาพ่อกับแม่ก็หยุดพักเป็นระยะ ๆ พ่อก็เห็นในความตั้งใจและความพยายามของลูก(ไม่มีบ่นเหมือนพยาบาล) แผลก็เริ่มดีขึ้น จนเหลือทำแผลวันละครั้้ง ทั้งพ่อและลูกสาวรู้สึกรักและผูกพันกันมากโดยมีสื่อกลางคือแผล ผมก็ชื่นชมในความสำเร็จของพ่อลูกคู่นี้ และในที่สุดแผลก็หาย บรรลุเป้าหมายโดยไม่ต้องตัดขา สิ่งที่ได้เรียนรู้สำหรับกรณีนี้ก็คือ บางครั้้งอาจต้องคิดนอกกรอบและจะไม่เชื่อว่าเป็นไปไม่ได้ถ้าไม่ได้ลองทำดูก่อน การดูแลเอาใจใส่ด้วยความรักมีพลังอย่างประหลาด เชื่อในศักยภาพของชาวบ้าน ที่ทำให้ผมได้คนทำแผลเก่ง ๆ อีก 1 คนในชุมชน ทำให้เข้าใจถึงประโยชน์ของการสร้างพลังอำนาจให้กับผู้อื่น และสุดท้ายคือความสุขที่เห็นความงดงามของความรักที่เกิดขึ้นในครอบครัว นี่ละครับแผลแห่งความรักของผม

ฉันเองได้รู้แล้วว่า“ปาฏิหาริย์มีจริง”

นสพ.ภาวดีฯ พงศ์เทพาดีเทพ

“พวกพี่ๆ จะไม่มากันอีกแล้วจริงๆ หรือครับ?” คำพูดสุดท้ายที่พวกเราได้ฟังจากน้องบอล ก่อนที่จะก้าวเท้ากลับขึ้นรถไป แม้จะไม่ใช่ว่าคำพูดซาบซึ้ง แต่มันก็ได้ตรึงหัวใจของพวกเราเอาไว้ ณ ที่ตรงนั้นที่บ้านลุงกะเสมฉันยังจำได้ดี

ตั้งแต่คาบเรียนแรกของวิชาเวชศาสตร์ครอบครัว เมื่อได้รู้ว่าพวกเราในลิตแพทยปี 4 ได้รับมอบหมายงานให้ไปออกเยี่ยมบ้านผู้ป่วยในชุมชน โดยแบ่งกันเป็นกลุ่มย่อยๆ กลุ่มละ 8 คน ดูแลครอบครัวผู้ป่วย 1 ครอบครัว และทุกกลุ่มจะต้องมีผลงานนั่นก็คือ จะต้องทำให้ครอบครัวที่ได้รับมอบหมายเกิดการพัฒนาเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้น ไม่ว่าจะมีชีวิตความเป็นอยู่ที่ดีขึ้น หรือถ้าเป็นไปได้ก็อาจทำให้พวกเขาหายป่วย แล้วมันจะเกิดขึ้นได้อย่างไร ฉันคิด “ไม่มีทางเป็นไปได้หรอก” อย่างมาก คงทำได้แค่ไปพูดคุยกับคุณตาคุณยายก็เท่านั้น

และครอบครัวที่พวกเราได้รับมอบหมายก็คือ ครอบครัวคุณลุงกะเสม สุนทรจันทร์ ผู้ซึ่งป่วย เป็นอัมพาตครึ่งซีก เนื่องจากเส้นเลือดในสมองแตกเมื่อ 3 ปีก่อน “แล้วพวกเราจะช่วยคุณลุงกันยังไงดีนะ” ฉันยังคงสงสัยคงต้องรอปาฏิหาริย์แล้วละ แต่ยังไงก็ต้องลองกันดูสักตั้ง ...ครั้งแรกที่ไปเยี่ยมบ้านลุงกะเสม คนที่มาเปิดประตูต้อนรับพวกเราคือ นายปัญญาวุฒิ สุนทรจันทร์ หรือน้องบอล ลูกชายของคุณลุงนั่นเอง น้องบอลอายุรุ่นราวคราวเดียวกันกับพวกเรา น้องบอล เป็นคนดีอยู่ในกฎระเบียบเสมอ เหล้าไม่ดื่ม บุหรี่ก็ไม่สูบ ไม่เคยข้องเกี่ยวกับยาเสพติดใดๆ ไม่เที่ยวเตร่ ซึ่งน่าจะดูแลพ่อกับแม่ได้ดีทีเดียว แต่มันกลับไม่ได้ง่ายอย่างที่คิด โชคร้ายตามักล้อเล่นกับคนเราเสมอ น้องบอลป่วยเป็นโรคลมชักตั้งแต่เด็กเข้าเรียนตามชั้นเรียนก็ไม่ทันเพื่อนในวัยเดียวกัน สถิติปัญญาจึงไม่พัฒนาไปตามวัยที่ควรจะเป็นน้องบอลจึงกลายเป็นอีกหนึ่งภาระที่แม่ต้องดูแล ส่วนตัวคุณลุงเองจะนั่งอยู่ที่เตียงตลอดเวลาจะเดินก็ต้องให้คนช่วยผูกมือช่วยจับเดิน ทำอะไรไม่ค่อยถนัดเพราะแขนขาใช้ไม่ได้ไปข้างหนึ่ง เกิดเป็นความไม่สะดวกขึ้นมา “แต่คุณลุงก็ยังยิ้ม” และไม่ว่าจะพูดจะถามอะไร คุณลุงเข้าใจดี แต่ทุกคำถามมีเพียงคำตอบเดียวจากคุณลุง คือ “ครับ ครับ” จนพวกเรางงกันไปเลยป่าตึกตา ภรรยาของคุณลุงกะเสม คนสำคัญของบ้านที่จะคอยถ่ายทอดเรื่องราวความเป็นไปต่างๆ นานา ของครอบครัวให้กับพวกเราฟังทุกครั้งที่เราไปเยี่ยมบ้าน คุณป้ามีอัธยาศัยดีมาก ที่สำคัญคุณป้าเป็นคนเล่าเรื่องได้เยี่ยมเป็นที่หนึ่งเลย ทำให้ทุกครั้งในบทสนทนามักมีเสียงหัวเราะให้ได้ยินกันอยู่เสมอ แต่พอสิ้นเสียงหัวเราะไปมักจบท้ายด้วยหยดน้ำตา....หลายครั้งที่คุณป้าพร่ำพรั่งน้ำตา ร้องไห้ออกมาขณะที่กำลังเล่าเรื่องไป ชีวิตที่ต้องรับภาระทุกอย่างในบ้าน ณ จุดเปลี่ยนที่พลิกผัน ทั้งสามที่เกิดล้มป่วยกะทันหัน ลูกชายที่สถิติปัญญาช้า หนี้สินกองโตที่ไม่รู้จะหาจากที่ไหนมาใช้คืน มีครอบครัวก็เหมือนอยู่ตัวคนเดียว **ตลอดระยะเวลาที่พวกเราได้ไปเยี่ยมบ้าน** ตั้งแต่วันแรกจนถึงวันนี้เป็นครั้งสุดท้ายแล้ว... ทำให้ฉันได้ข้อคิดสำคัญว่า หากไม่ออกเยี่ยมบ้าน แพทย์จะไม่ได้รู้เลยว่ายังมีผู้ป่วยที่อยู่ที่บ้าน ที่รอคอยความช่วยเหลือ แม้บางทีที่เราไม่ได้ป่วยเป็น “โรค” แต่ก็ยังมี “ความเจ็บป่วย” ที่พวกเขาต้องเผชิญอยู่ และฉันก็ได้รับคำตอบกับข้อสงสัยที่ว่า “แล้วพวกเราจะช่วยคุณลุงกันยังไงดีนะ” เพราะถึงแม้พวกเราจะไม่ได้ทำอะไรมากมาย เพียงแค่พูดคุย คอยให้กำลังใจและให้คำแนะนำ อย่างเช่น เรื่องการเดินของคุณลุง ทำให้ทุกวันนี้คุณลุงเดินเองได้ด้วยไม้สามขา ทำอะไรก็สะดวกขึ้นมาก หน้าตายิ้มแย้มขึ้นกว่าก่อนมาก น้องบอลก็พูดเก่งขึ้นและบ่นอยากทำงานหาเงินเองอีกด้วยและที่สำคัญที่สุด ป้าตึกตาได้แสดงให้ทุกคนเห็นแล้วว่า ปัญหาทุกอย่างสามารถผ่านพ้นไปได้ แม้ว่าจะยากเย็นสักเพียงใด ขอแค่มีกำลังใจดี ๆ จากคนรอบข้าง คุณป้าได้พูดกับพวกเราว่า **“รู้สึกดีใจมากที่มีหมอมาเยี่ยม ที่บ้านก็มีความสุขกัน อะไรหลายๆ อย่างก็ดีขึ้น”** ฉันเองได้รู้แล้วว่า “ปาฏิหาริย์มีจริง และมันเกิดขึ้นได้ด้วยสองมือ กับหนึ่งหัวใจของหมอครอบครัว มือใหม่อย่างพวกเรานี่เอง”

จะรักษาด้วยหัวใจ

นสพ.กรกมล กำนัญเลิศ

รถตู้สีขาวค่อย ๆ จอดลงหน้าบ้านหลังเล็กน่ารักที่รายล้อมไปด้วยทุ่งนา เหล่านิสิตแพทย์ทั้งหลาย เมื่อได้ลงจากรถก็พากันเพลิดเพลินชมธรรมชาติ รู้ตัวอีกทีพี่เจ้าหน้าที่ก็นำเราเข้าไปในบ้านแล้ว

“สวัสดีครับคุณลุง” อาจารย์จาตุรนต์กล่าวทักทาย “หืม....นี่คนไข้หรอเนี่ย”

“ใช่ค่ะ” พี่เจ้าหน้าที่ยิ้มให้ “ดีกว่าที่คิดไว้เยอะเลยใช่ไหมคะ

ทุกคนพยักหน้าหงึกหงักเมื่อเห็นลุงกะเสมส่งยิ้มหวานมาให้พร้อมพุงตัวเองค่อย ๆ กระเถิบตัวมาชะโงกมอง ลักพักก็มีหญิงวัยกลางคนท่าทางอารมณ์ดีมาเชื้อเชิญพวกเราเข้าบ้าน เรื่องราวทั้งหลายของลุงกะเสมและครอบครัวจึงค่อย ๆ ถูกถ่ายทอดออกมาทีละน้อย ๆ

1 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2552 ลุงกะเสมผู้เป็นประธาน อสม.กำลังจะกลับจากงานพบปะสังสรรค์กับเพื่อน ๆ ที่เป็นอสม.ด้วยกันเหมือนลมพัดมาวูบหนึ่ง ลุงกะเสมทรงตัวไม่อยู่แต่เมื่อเอื้อมไปคว้าพนักเก้าอี้ไว้ได้ เหตุการณ์เริ่มต้นเพียงชั่วขณะและจบลงเพียงชั่วขณะเท่านั้น ลุงกะเสมรู้สึกโล่งใจที่คว้าพนักเก้าอี้ไว้ทัน หากแต่ใครจะไปคิดว่านั่น....เป็นเพียงบทเริ่มต้นแห่งการเจ็บปวดครั้งร้ายแรงของชีวิต เช้าวันรุ่งขึ้น ลุงกะเสมตื่นมาพบกับความผิดปกติบางอย่างของร่างกาย

“มันรู้สึกชาและไม่มีแรงไปซีกหนึ่งนะหมอ” นั่นคือคำบอกเล่าจากลุงกะเสมถึงอาการในวันนั้น และเมื่อไปถึงโรงพยาบาล หมอกลับบอกสาเหตุของอาการซึ่งในความคิดของลุงกะเสมนั้นดูไม่น่าจะเกี่ยวกันได้เลย นั่นคือลุงกะเสมมีปัญหาที่สมอง มีเส้นเลือดอุดตันในสมอง 2 เส้น หลังจากที่แพทย์บอกว่าลุงกะเสมไม่มีโอกาสจะหายเหมือนปกติได้อีก ลุงกะเสมก็อาการทรุดลง ๆ เรื่อย ๆ ในช่วงที่อยู่โรงพยาบาล 10 วันนั้น ลุงกะเสมแทบจะไม่ได้รับประทานอาหารที่ทางโรงพยาบาลจัดให้เลยเนื่องจากกินลำบาก กลืนลำบาก หรือแม้กระทั่งดื่มน้ำก็ยังเป็นไปได้อย่างทุลักทุเลเนื่องจากลุงกะเสมไม่สามารถขยับปากของตนอีกฝั่งได้ หากแต่เมื่อได้กลับบ้าน กลับไปอยู่กับครอบครัวเรื่องหน้าประหลาดก็เกิดขึ้น เมื่อลุงกะเสมกลับมารับประทานอาหารได้อีกครั้ง จากที่ลุกขึ้นไม่ได้ก็สามารถลุกนั่งได้ กระเถิบตัวเองได้ ไปห้องน้ำเองได้ ซึ่งอาการทั้งหมดของลุงกะเสมนั้นดีขึ้นมากในเวลาเพียง 2-3 เดือนเท่านั้น เพราะอะไรกันหนอ แม้แต่หมอยังถอดใจ แต่ทำไมลุงกะเสมของเราถึงฮึดสู้ได้ หากแต่เมื่อเรามองไปด้านข้างของลุงกะเสมทุกอย่างก็กระจ่างชัดขึ้น รอยยิ้มของป้าสีฟ้าที่มองมายังลุงกะเสมดูสดใสมีชีวิตชีวาเหลือเกิน

“ตอนเขายังดี ๆ เขาก็ดีกับเราคอยดูแลเรา พอเขาเจ็บเขาป่วยเราจะทิ้งเขาได้อย่างไร” นั่นคือคำพูดเพียงไม่กี่คำจากป้าสีฟ้าที่ทำให้พวกเราซาบซึ้งเหลือเกินไม่เพียงคำพูดและแววตาแห่งกำลังใจคู่นั้นที่คอยเอาใจช่วยลุงกะเสม อุปกรณ์กายภาพบำบัดทั้งหลายที่ป้าสีฟ้าคิดขึ้นมาเองและช่วยกันทำกับลูก ๆ นั้นเป็นอุปกรณ์แห่งความรักที่จับต้องได้และทำให้ลุงกะเสมดีวันดีคืนอย่างทุกวันนี้

บทสนทนาดำเนินไปเรื่อย ๆ คละเคล้าไปด้วยรอยยิ้มและความหวัง ป้าสีฟ้าเล่าให้เราฟังว่าลุงกะเสมเป็นคนดีมากทำงานหนักเอาเบาสู้เป็นผู้นำและเป็นที่รักของทุกคน ป้าสีฟ้ามีความหวังอยู่อย่างเต็มเปี่ยมว่าลุงกะเสมต้องหายหรืออย่างน้อย ๆ ก็น่าจะกลับมาเดินได้แม้จะต้องพึ่งไม้เท้าก็ตาม

ระหว่างที่บางคนกำลังนั่งสัมภาษณ์ลุงกะเสม ป้าสีฟ้าก็เล่าเรื่องโน้นเรื่องนี้ เรื่องลุงกะเสมเรื่องลูก เรื่องชีวิต เรื่องแต่งงาน(ซึ่งเมื่อพวกเรารู้ภายหลังว่าลุงกะเสมมีศักดิ์เป็นน้าเขยของป้าสีฟ้า ก็ยิ่งไปตาม ๆ กัน แต่นั่นก็ไม่ได้สำคัญอะไรอีกแล้ว เพราะตอนนี้ทั้งคู่อยู่เคียงข้างกัน....รักกัน...) ป้าสีฟ้าเป็นคนคุยเก่งมาก คุยสนุก หัวเราะเสียงดัง

เล่าเรื่องต่าง ๆ ให้ของบ้านให้เราฟังก็กลัวเราจะไม่เห็นภาพ เลยชวนนิสิตแพทย์บางคนพาทัวร์รอบบ้านซะเลย งานนี้ก็เลยมีบางคนได้สัมผัสภาณุลงกะเสมต่อ บางคนก็ “ไปแต่ตัวทัวร์ยกแก๊ง” กับป้าซีฟา

“บ้านป้าน่าอยู่จังเลยนะ” ดิฉันพุดออกไปตามภาพที่เห็นตอนเห็นหน้าบ้าน มีสวนหย่อมเล็ก ๆ แล้ว มาเห็นศาลาริมน้ำหลังบ้านยิ่งรู้สึกที่บ้านนี้เป็นบ้านที่น่ารักเข้าไปใหญ่ ต่อให้เจ็บป่วยขนาดไหนถ้าได้มาอยู่ในสถานที่ร่มรื่นสวยงาม ได้มาฟังป้าซีฟาคุยเรื่องสนุก ๆ ผสมกับเสียงหัวเราะใส ๆ ไม่ว่าใครก็ใครต้องหายวันหายคืนแน่นอน ป้าซีฟาที่นารอบ ๆ บ้านของป้าให้เราดู (ประมาณ 70ไร่) และพาเราชมแปลงผักสวนครัวดูไก่ 4-5 ตัว ที่มีเล้าอยู่กลางน้ำ เพื่อนำมูลไก่ที่ได้เป็นอาหารของปลาต่อไป นี่แหละหนอครอบครัวมุสลิม ผู้เดินตามรอยเกษตรทฤษฎีใหม่ “เกษตรพอเพียง”

เมื่อเรากลับเข้ามาในบ้านอีกครั้ง อาจารย์ ก็กำลังจะตรวจร่างกายลงกะเสม โดยมีนิสิตแพทย์ทั้งหลายเป็นผู้ช่วย(เนื่องจากในกลุ่มของพวกเรายังไม่เคยตรวจร่างกายเลย) จุดเด่นของวันนี้คือการตรวจร่างกาย นั่นคือ การสาธิตกายภาพบำบัดของลงกะเสมและป้าซีฟา (ผู้ช่วย) ด้วยอุปกรณ์แห่งรักที่ป้าและลูก ๆ ประดิษฐ์ขึ้นมาเอง ภาพเหล่านี้ถูกบันทึกออกมาเป็นทั้งรูปถ่ายและวีดีโอ แต่ภาพที่ยังชัดเจนและเต็มเปี่ยมไปด้วยความรู้สึกคือภาพที่ถูกจารึกลงในใจของพวกเรา

“โซว์เขาหน่อยนะ” ป้าซีฟาพุดพลางบรรจงพันผ้าที่มือลงกะเสม สำหรับการซักโรค

“ป้าทำอย่างนี้ทุกวันเลยหรอคะ”

“ทุกวัน วันละหลาย ๆ ครั้งเลยนะ นี่ดีขึ้นมาเยอะมากแล้ว”

“ป้าไม่เหนื่อยหรอคะ”

“ไม่ ไม่หรอ”

“เพราะอะไรที่ทำให้ป้าดูแลลงกะเสมอย่างไม่รู้จักเหน็ดเหนื่อยหรอครับ” อาจารย์จาตุรนต์ยิงคำถามเด็ด

“.....”(ป้าตอบเป็นรอยยิ้ม..... พลังก้มหน้าก้มตา)

นี่แหละหนอรักแท้ที่ไม่จำเป็นต้องถ้อยคำพูดออกมาเป็นคำพูดเลย รักแบบที่ไม่มีอะไรมาทดแทนได้ รักแบบที่พร้อมจะดูแลตลอดไป...เป็นอันว่าวันนั้นเราก็กลับจากบ้านลงกะเสมมาด้วยความอิ่มอกอิ่มใจ และกลับมารวบรวมประมวลข้อมูล เพื่อวางแผนการฟื้นฟูสุขภาพของลงกะเสมโดยใช้ระบบองค์รวมระยะยาว

.....หากหมอรักษาเพียงด้วยยา ด้วยมีด ก็คงไม่สามารถทำให้คนไข้หายเจ็บป่วยได้โดยแท้จริง

..... หากหมอแยกทุกอย่างออกมาเป็นส่วนๆ และรักษาเฉพาะส่วนที่คิดว่าเสียหายให้ดีเหมือนเดิม เมื่อดูลงนากลับมาประกอบกันเหมือนเดิมแล้วอาจพบว่าไม่มีอะไรดีขึ้นเลยด้วยซ้ำ

.....หากหมอ รักษาคนไข้ด้วยหัวใจของหมอ เอาใจมาเชื่อมโยง ดูแลไปให้ถึงตัวตนของเขาทั้งร่างกายและจิตใจ ตลอดจนครอบครัวของเขา วันนั้น คนไข้จะดีขึ้นอย่างแท้จริง และหมอก็จะเป็นหมอ.อย่างแท้จริงเช่นเดียวกัน

“หมอเกิดมาเพื่อศักดิ์ศรี อยู่เพื่อความสุข และตายเพื่อความสุข”

เรื่องเล่าจากบ้านลูกกะเสม

นสพ.รัชต์ ประภาวณนัท

1

บางครั้งบางครั้งกาลเวลาก็ผ่านไปอย่างรวดเร็ว กาลเวลานำพาความปราดเปรี้ยวสะสวยของวัยหนุ่มสาวไปจากเรา และกาลเวลาก็พาเราให้รู้จักกับอนิจจังของชีวิตด้วยความเจ็บป่วยในวัยชรา ชายหนุ่มที่เคยเป็นหัวเรี่ยวหัวแรงของครอบครัว เมื่อวันหนึ่งมาถึง กาลเวลาก็ทำให้เขารู้จักกับโลกมากขึ้น ด้วยโรคต่างๆ ที่เพิ่มเติมตามหลักไมล์ของชีวิต เมื่อถึงวันนั้นเขาก็ต้องการการอุ้มชูจากครอบครัวที่เขาเคยอุ้มชูมาตลอด นายกะเสมก็เป็นคนหนึ่งที่ถูกตามวงล้อของกาลเวลา

เมื่อรดตู้ของเรารวดท่ายไปจอดใกล้สะพานไม้ผู้พังที่ยื่นจากฝั่งที่เราอยู่ฝั่งของหมอผู้ดูแลไปหาอีกฝั่งหนึ่ง บ้านของลูกกะเสม ที่ฝั่งตรงข้ามชายหนุ่มผมสั่นในเสื้อเหลืองยืนหันมามองพวกเราอย่างยื้มยั้ม เขายืนรอเราอยู่นานแล้ว ชายหนุ่มคนนั้นมีท่าทางว่าเรายื้มยั้มแจ่มใส ผิวของเขาเป็นสีแดง เขาสู้กับแดดกลางทุ่งแต่ยังเด็ก ทุ่งนาฝั่งนั้นคือบ้านของเขา คำพูดแรกที่เขาพูดกับเรา “สวัสดิ์ครับคุณหมอ” นี่คือนิพนธ์ลูกชายของบ้านลูกกะเสม

2

แม่บอกบอว่า “บอสมองไม่ดี ปัญญาที่บเพราะตอนเด็กเป็นลมชักแค่वलบลเลขก็ยังไม่ได้ ที่เรียนจบมาได้ก็ช่วยกันแทบตาย จบมาแล้วแม่ก็ไม่อยากให้ไปทำงานที่ไหน เพราะก็คงทำไม่ได้อยู่ดี อยู่บ้านดูแลพ่อแหละดีแล้ว พ่อก็บอกว่า บอใช้ไม่ได้ ใจ! นี่ขนาดพ่อพูดไม่ค่อยได้ยังดาบอเลียงดังได้ลันบ้าน สงสัยบอจะใจจริง ๆ บางวันแม่ทะเลาะกับพ่อ แม่ก็จะเอาไม้มาตีบอ แต่บอก็รักพ่อรักแม่ จริง ๆ บอก็อยากออกไปทำงานข้างนอก เพราะบอก็เรียนจบ ปวช.แล้ว แต่นี่ก็ต้องคอยดูแลพ่อบอดูแลพ่อทุกวันหาข้าวเข้ากลางวัน เย็นให้อาบน้ำเช็ดตัว ถ้าพ่อจะอีกก็ต้องเรียกบอมาช่วยอุ้มขึ้นรถเข็นพาไปอี่ พ่อป่วยสามวันก็จะช่วยพ่อทำกายภาพบำบัดดิ่งโนนดิ่งนี้ไปเรื่อย แต่ถ้าเป็นวันอาทิตย์ บอจะออกไปเที่ยวกับเพื่อนทั้งวันกลับมาเย็น ๆ วันนั้นไม่ต้องห่วงมีญาติมาเยี่ยมประจำ บอกับพ่อชอบดูฟุตบอลด้วยกันทีหนึ่งทีสองก็ดูถ้าเป็นแมนยูพ่อจะชอบมาก บอไม่มีแฟนและไม่เคยคิดจะมีด้วยเพราะแม่ไม่ชอบให้พาผู้หญิงเข้าบ้าน”

3

บอวิ่งเข้ามารับเราที่อีกฝั่ง เชิญเราเดินข้ามสะพานอย่างที่คิดว่าสุภาพที่สุด บอพูดคร่ำกับเราทุกคำ ไค้งตัวลงทุกครั้งที่เราใกล้ เราบางคนหันไปมองบอ แล้วตอบว่า “ขอบคุณครับน้อง” ปีนี้อบออายุยี่สิบสอง

ที่ฝั่งตรงข้ามของสะพาน ป่านวลจันทร์แม่ของบอรอเราอยู่ในสายตาของป่านวลจันทร์ เราคือความหวังที่กำลังจะมาถึงแต่เราจะรักษาสายตาแบบนั้นของป่านวลจันทร์เอาไว้ได้หรือไม่ในอีกหนึ่งปีข้างหน้าเป็นสิ่งที่รอเราพิสูจน์ อยู่ป่านวลจันทร์ทักทายเราอย่างเป็นกันเองหันไปร่งน้ำเย็นจากลูกชาย พาเราไปนั่งที่ที่ดีที่สุด ที่ได้มาหินอันร่มรื่นหน้าบ้านหลังนั้น ป่านวลจันทร์ก็เริ่มเล่าปัญหาของเธอ

4

“ป้าชื่อนวลจันทร์ เป็นภรรยาคนที่สองของลุงกะเสม คนแรกเขาไปสบายแล้ว ปล่อยให้ป้าดูแลลุงเขาอยู่นี้แหละ สามี่เป็นอัมพาตจะหันไปพึ่งใครก็ไม่มีใครช่วย ญาติๆ เขาก็รวยกันทุกคน แต่ไม่เห็นมีใครมาดูแลป้าบ้าง พอเวลาผ่านไปก็มาว่าเราว่าดูแลไม่ดีบ้างละ ตะคอกสามี่บ้างละ ไม่ดูแลหยูกยาบ้างละ ก็ลุงเขาก็โตแล้วจะให้ป้าไปบังคับเป็นเด็กได้ไง ลุงเองก็เปลี่ยนไปจากเป็นคนใจกว้างก็มาหวงข้าวของชอบเอาเงินไปซ่อน ไม่พอใจก็เอะอะตะโกน นี่ยังมีปัญหาหนี้สินอีก ห่วงลูกก็แสนจะห่วง กลัวว่าถ้าเราเป็นอะไรไป นี่จะไปถึงลูกมัน ลูกก็ปัญญาทึบ ไม่มีเราจะเป็นยังงี้ก็ไม่รู้ตัวป้าเองก็เป็นโรคความดันโลหิตสูงไม่รู้จะอยู่ได้อีกนานเท่าไร ทุกวันนี้ป้าก็เครียดเหลือเกินถ้ามีคนเข้าใจป้าบ้างก็คงจะดี

“หมอจะช่วยป้าหน่อยได้ไหม ป้าอยากจะทำยาสีทิพย์ประกันสังคมของลุงมาที่โรงพยาบาลศูนย์การแพทย์พระเทพรัตนราชสุดา ฯ จะได้เดินทางสะดวกหน่อย ทุกวันนี้ต้องไปรักษาถึงโรงพยาบาลนครนายก ค่ารถไปกลับแต่ละทีสามสี่ร้อยบาท ถ้ามาโรงพยาบาลศูนย์การแพทย์พระเทพรัตนราชสุดา ฯ ได้ก็จะช่วยป้าได้มากเลย ช่วยป้าหน่อยนะ”

5

ที่อีกมุมหนึ่งในบ้าน ลุงกะเสมเจ้าของบ้านนั่งอยู่บนเตียงโดยลำพัง มองผ่านหน้าต่างดูภรรยาของตนคุยกับแขกอยู่เงียบๆ ความเงียบเป็นสิ่งที่ลุงคุ้นชินมานานแล้ว และความเงียบที่คุ้นเคยนี้แหละ ทำให้ลุงกะเสมารู้สึกโดดเดี่ยวที่สุดแต่แล้ว ความเงียบในวันนั้นก็ถูกทำลายลง

“ลุงกะเสมคะ หนูขอคุยด้วยหน่อยได้ไหมคะ”

ลุงกะเสมหันมามอง ตอบสั้นๆ ในลำคอว่า “อืม”

โรคอัมพฤกษ์ของลุงกะเสม ทำให้ลุงสื่อสารกับคนอื่นลำบากเหลือเกิน คำพูดมีเก็บไว้ในใจมากมายแต่ไม่สามารถบรรยายออกมาได้เวลาจะคุยกับใครก็ได้แต่ตอบสั้นๆ ว่าใช่ ไม่ใช่ ถ้าจะมีใครยอมเสียเวลามานั่งคุยกับลุงบ้างแล้วจะมีใครละ ถ้ามีก็คงจะดี ลุงจะบอกเองว่าสิ่งที่เขาคิดเกี่ยวกับลูกๆ หรือผิ

6

นสพ. ลุงกะเสม สวัสดิ์ดีคะ หนูเป็นนิสิตแพทย์ จะมาดูแลลุงนะ

ลุงกะเสม อ้อ

นสพ. ลุงกะเสมจะมีอะไรให้หนูช่วยมั๊ยคะ ลองบอกปัญหาลุงมาหน่อย

ลุงกะเสม

นสพ. ขอโทษคะลุง จันทน์ถามใหม่ล่ะ ช่วงนี้สบายดีมั๊ยคะ

ลุงกะเสม ... สบายหน้า ...

นสพ. ไม่สบายเป็นอะไรหรือคะ

ลุงกะเสม เพื่อย เหนื่อย

นสพ. แล้วลุงกินยาครบมั๊ยคะ

ลุงกะเสม

นสพ. ลุงไม่กินเองหรือคะ

ลุงกะเสม ... สบายหน้า ...

นสพ. ไม่มีคนเอามาให้กินหรอกค่ะ

ลุงกะเสม อ้อ

นสพ. แล้วมีคนเอาข้าวให้ลูกกินด้วยหรือป่าวค่ะ

ลุงกะเสม ไม่มี

นสพ. ลูกไม่ได้กินข้าวมาทีไรแล้ว

ลุงกะเสม (ซุกนิ้วขึ้นมา) ... ห้า ...

นสพ. กลางวันมีคนดูแลลูกมั๊ยค่ะ

ลุงกะเสม ... ส่ายหน้า ...

นสพ. ลูกได้คุยกับคนในบ้านบ่อยมั๊ยค่ะ

ลุงกะเสม

นสพ. คุยเล่นกับลูกเมียบ้างมั๊ยค่ะลุง

ลุงกะเสม ... ส่ายหน้า ...

นสพ. คุยกันเฉพาะเวลาจำเป็นหรือค่ะ

ลุงกะเสม อ้อ

นสพ. ลุงคะ ลุงคิดว่าลุงจะหายมั๊ย

ลุงกะเสม ไม่

นสพ. ลุงคิดอย่างนั้นไม่ได้นะคะ โรคของลุงต้องหายอยู่แล้ว โรคเบาหวาน ความดันสูง ไช้มันสูงของลุงเนี่ย คอยควบคุมอาหาร กินยาให้ครบ มันก็ดีขึ้นอยู่แล้วละค่ะ ส่วนโรควัณโรคของลุงกินยาหกเดือนก็หายขาดแล้วนะ อัมพฤกษ์ของลุง ถ้าหมั่นทำกายภาพมันก็จะดีขึ้น มันอาจจะไม่ดีเหมือนเดิม แต่หนูรับรองว่าลุงจะสามารถใช้ชีวิตได้โดยไม่ต้องคอยพึ่งคนอื่นอีกนะคะ

ลุงกะเสม ...

นสพ. ลุงต้องเชื่อนะว่า ลุงจะหาย ลุงคิดว่า ถ้าลุงไม่มีทางหาย นี่ลุงหายได้เขาถึงส่งหนูมาไงละค่ะ ลุงต้องหายและกลับมาใช้ชีวิตได้เหมือนเดิมอยู่แล้ว จริงมั๊ยค่ะลุง

ลุงกะเสม (พยักหน้าและยิ้ม) ...

7

เราจากบ้านของลุงกะเสมในเย็นวันนั้นกลับสู่โรงพยาบาลของเรา ลุงกะเสม ป่านวลจันทร์ และบอล มองส่งเราด้วยสายตาที่ยากจะตีความหมายได้มันอาจจะหมายความว่า เขาจะช่วยเราได้จริงหรือ เขาจะลืมนะมั๊ย ? เขาเข้าใจเราแล้วหรือยัง

บนรถที่กำลังวิ่งบนเส้นทางขรุขระทางเดิมกับขามา ตัดผ่านทุ่งนากว้างใหญ่ เรื่องราวของลุงกะเสม ป่านวลจันทร์ และบอลถูกเล่าจากปากสู่ปากพยายามเข้าใจเหตุการณ์พยายามเข้าใจบุคคลคิดหาทางช่วยเหลือ เสี่ยงอันตรายหรือร้อนของพวกเราบนรถ ทำให้ผมมั่นใจเราจะไม่ลืมนะลุงกะเสม ป่านวลจันทร์และบอล ว่าเรามีสัญญาว่าจะช่วยให้พวกเขาทุกคนดีขึ้น มีความสุขมากขึ้น เป็นสัญญาที่เราไม่ได้เอ่ยปากบอกไม่ได้ผูกมัดกันบนแผ่นกระดาษ แต่เราบอกกันด้วยตา และผูกมัดกันด้วยใจ

รวบรวมผลงานวิจัย
แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว

รวบรวมผลงานวิจัยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว¹

หัวข้อ	ผู้วิจัยหลัก
Medical Education	
Teaching Evidence based Medicine Via the EBM-Blog นำเสนอ Poster Presentation ใน AMEE Conference 2009 Malaga, Spain	พญ.หทัยทิพย์ ธรรมวิริยกุล pooktumviriyakul@yahoo.co.uk
Evaluation of 6th year medical students' communication skills from video record in family medicine -Oral Presentation: AMEE Conference 2007 Trondheim, Norway: 25-29 August 2007	พญ.สายรัตน์ นกน้อย beelittlebird@yahoo.com
Development of student outcome evaluation form for the integration of family medicine and surgery rotation at Chonburi Medical Education Center. -Poster Presentation-AMEE Conference 2006 Genoa, Italy: 14-18 September 2006	พญ.สายรัตน์ นกน้อย beelittlebird@yahoo.com
งานวิจัยบทบาทเยี่ยมบ้านผู้ป่วยโรคเรื้อรังในชีวิตแพทย์ ปี 4	พญ.โสธยา วงศ์วิไล 7plus1@ji-net.com
บทบาทชีวิตแพทย์ปี 5 ในการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยโรคเรื้อรังศูนย์สุขภาพชุมชน	พญ.โสธยา วงศ์วิไล 7plus1@ji-net.com
Cinemeducation workshop : an innovative tool for interprofessional education. A preliminary result of an application of educational theories to curriculum redesign. Education for Primary Care 2007;18(4) :510-6 Education for Primary Care (EMBASE) Leelapattana W, Jaturapatporn D, Batty HP.	พญ.ดาริน จตุรภัทรพร drdarinj@yahoo.com
Comparison of Thai and UK postgraduate training program in family medicine Rama Med J	พญ.ดาริน จตุรภัทรพร drdarinj@yahoo.com
An immersion community study program to render medical student humanistic medical insight, Swiss Medical Weekly 2009(The European Journals to Medical)	พญ.ดุสิตา ตู่ประกาย tdusida@hotmail.com
Home Care Team Case Conference as an Interprofessional Education Tool นำเสนอ Poster presentation ใน WONCA Asia Pacific Regional Conference 07/11/2007	นพ.กฤษณะ สุวรรณภูมิ (โรงพยาบาลสงขลานครินทร์) Krishna.s@psu.ac.th

¹ ข้อมูลจากการสำรวจเร่งด่วนจากแต่ละศูนย์การเรียนรู้เวชศาสตร์ครอบครัวและระบบบริการปฐมภูมิใน 5 ภูมิภาค (ข้อมูล ณ ตุลาคม 2553)

หัวข้อ	ผู้วิจัยหลัก
Family Physician performance: role, attitude, communication skills	
Specialists' perception of referrals from general doctors and family physicians working as primary care doctors in Thailand. Quality in Primary Care 2006;14(1):41-8 Quality in Primary Care (EMBASE) Jaturapatporn D, Hathirat S	พญ.ดาริน จตุรภัทรพร drdarinj@yahoo.com
Does family medicine training affect the referral pattern of primary care doctors in Thailand. Family Medicine 2006;36 (6):387-8 Family Medicine (MEDLINE) Jaturapatporn D, Hathirat S.	พญ.ดาริน จตุรภัทรพร drdarinj@yahoo.com
Does Family Medicine training in Thailand affect patient satisfaction with primary care doctors? BMC Family Practice 2007;8(1):14-5 BMC Family Practice(MEDLINE) Jaturapatporn D, Dellow A	พญ.ดาริน จตุรภัทรพร drdarinj@yahoo.com
ทักษะการสื่อสารในเวชปฏิบัติครอบครัว	นพ.อรรถพล ฉัตรอารีย์กุล Dr_cacarot@hotmail.com
บทบาทแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวในการป้องกันแผลกดทับ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข ปีที่ 2 ฉบับเสริม 4	นพ.เอกรัฐ จันทวันเพ็ญ ekarat42@gmail.com
The Thai physicians' perspective on telephone medicine	พญ.นิลิตา นาทประยุทธ์ msnisita@yahoo.com
Experience and attitudes of physicians towards working in Community Medical Unit (CMU)	พญ.จิศพรณ จงเจริญคุณวุฒิ Jitsaphan@hotmail.com
ความต้องการแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวในมุมมองของผู้บริหารโรงพยาบาล เขต 10 และ 12 กระทรวงสาธารณสุข	นพ.วรารุณ กุลเวชกิจ
บทบาทแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวในการป้องกันแผลกดทับ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง.วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข 2551; 2(1) ฉบับเสริม 4: 907-913. เอกรัฐ จันทวันเพ็ญ	นพ.เอกรัฐ จันทวันเพ็ญ ekarat42@gmail.com
ความแม่นยำของการตรวจระดับน้ำตาลในเลือดด้วยกลูโคมิเตอร์ Accu-Check Advantage ดีพิมพ์ในสงขลานครินทร์เวชสาร(Songkla Med J) ปีที่ 25 ฉบับที่ 1 มกราคม-กุมภาพันธ์2550	นพ.พนพัฒน์ โตเจริญวานิช panapatt@hotmail.com พญ.พรหมศิริ อำไพ (โรงพยาบาลหาดใหญ่)

หัวข้อ	ผู้วิจัยหลัก
Tools	
Reliability and validity of a Thai version of the General Practice Assessment Questionnaire (GPAQ). J Med Assoc Thai 2006;89(9): 1491-6 J Med Assoc Thai (MEDLINE) Jaturapatporn D, Hathirat S, Manataweewat B, Dellow AC, Leelaharattanarak S, Sirimothya S, Dellow J, Udomsubpayakul U.	พญ.ดาริน จตุรภัทรพร drdarinj@yahoo.com
The validity and reliability of Thai version of Assessment of Chronic illness care (ACIC), Journal med Thai Ass.2009 (Reviewing),	พญ.ดุสิตา ตู๊ประกาย tdusida@hotmail.com
Spiritual health	
การสร้างองค์ความรู้การแพทย์ที่มีจิตวิญญาณแห่งความเป็นมนุษย์โดยการจัดการเรียนรู้ในชุมชน(ตีพิมพ์ 2552)	นพ.กมล ทรายสมุทร kamonsai@yahoo.com
รอยสักทางอายุรศาสตร์	นพ.ฉัตรนรินทร์ เมธิกุล
การสร้างสุขภาพด้านจิตวิญญาณของครอบครัว	นพ.ฉัตรนรินทร์ เมธิกุล
VOLUNTARY SPIRITUALITY IN HEALTH SERVICES AT COMMUNITY HOSPITAL IN THAILAND WONCA WORLD CONFERENCE 2010-MEXICO	นพ. เอกรัฐ จันทวันเพ็ญ ekarat42@gmail.com
Health system, Manage care	
การรับ-ส่งต่อผู้ป่วย รพ.ดำเนินสะดวก	นพ.สมชาย สุขอารีย์ชัย Chonkajee@yahoo.com
รูปแบบการจัดการคลินิกเวชศาสตร์ครอบครัว	นพ.จตุภูมิ นิละศรี jatuphoom@yahoo.com
รูปแบบการบริหารจัดการส่งต่อเครือข่ายปฐมภูมิโรงพยาบาลนครปฐม	นพ.จตุภูมิ นิละศรี jatuphoom@yahoo.com
A Jigsaw of Primary Health Care in the UK : relating this to the system in Thailand. RCGP International Newsletter 2005;31:3-4 RCGP International Newsletter Jaturapatporn D.	พญ.ดาริน จตุรภัทรพร drdarinj@yahoo.com
The study of Pattern and Quality of Home health care service in in the upper northern part of thailand,Journal of thai Primary care innovation organziat 2009 Vol.1 No 3 July October	พญ.ดุสิตา ตู๊ประกาย tdusida@hotmail.com
Developing community based rehabilitation for disabled patients in primary care.(Oral presentation WONCA 2010 Mexico)	นพ.เอกรัฐ จันทวันเพ็ญ ekarat42@gmail.com
รายงานการประเมินผลโครงการพัฒนาระบบประกันคุณภาพเครือข่ายบริการปฐมภูมิในจังหวัดน่านรอง กรณีศึกษาเครือข่ายบริการปฐมภูมิ(CUP อำเภอเมืองสมุทรสงคราม) ปี 2551	นพ.ก้องภพ สิละพัฒน์ Dr_kongpop@hotmail.com

หัวข้อ	ผู้วิจัยหลัก
การเข้าถึงบริการเยี่ยมบ้านของผู้ป่วยในชุมชนนิพัทธ์สงเคราะห์1-5 อำเภอหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา: ลักษณะผู้ป่วย รูปแบบบริการ ผู้ให้บริการและความพึงพอใจ	พญ.หทัยทิพย์ ธรรมวิริยกุล pooktumviriyakul@yahoo.co.uk
ความต้องการการดูแลสุขภาพที่บ้านของผู้ป่วยในพื้นที่ภาคใต้ของประเทศไทย	พญ.หทัยทิพย์ ธรรมวิริยกุลและ เครือข่ายแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว ภาคใต้ pooktumviriyakul@yahoo.co.uk
Integrated Home Care and Services at Songklanagarind Hospital, Thailand นำเสนอ Poster presentation ใน WONCA World Conference, Singapore 24-29 กรกฎาคม 2550 (ได้รับรางวัล Outstanding free paper presentation)	นพ.กฤษณะ สุวรรณภูมิ (โรงพยาบาลสงขลานครินทร์) Krishna.s@psu.ac.th
สภาวะสุขภาพและพฤติกรรมการใช้บริการด้านสุขภาพของประชากร ในอำเภอ หาดใหญ่ จังหวัดสงขลา ตีพิมพ์ในวารสารวิชาการเขต 12 (12 th Region Medical Journal) ปีที่ 17 ฉบับที่ 4 ตุลาคม-ธันวาคม 2549	นพ.พนพัฒน์ โตเจริญวานิช panapatt@hotmail.com นพ.พิพัฒน์ พิพัฒน์รัตนเสรี Docpipat56@hotmail.com
การสำรวจสภาวะสุขภาพและพฤติกรรมการใช้บริการด้านสุขภาพในชุมชนกึ่งชนบท ตำบลน่าน้อย อำเภอหาดใหญ่	พญ.พรหมศิริ อำไพ นพ.พนพัฒน์ โตเจริญวานิช panapatt@hotmail.com
Preventive medicine	
เปิดห้องส่องไฟ สู้ภัยมะเร็งปากมดลูก	พญ.กรองแก้ว ร่มสงฆ์ jkk_jeab@hotmail.com
เยาวชนรักชุมชนร่วมคัดกรองเบาหวานและความดันโลหิตสูง	พญ.กรองแก้ว ร่มสงฆ์ jkk_jeab@hotmail.com
โรคอ้วนลงพุงและความเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดหัวใจในผู้ป่วยเบาหวาน รพ.สมเด็จพระ ยุพราชเด่นชัย	พญ.ศิริรัตน์ มากมาย
โครงการชุมชนโดยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว(COPC Project): การออกกำลังกาย สำหรับผู้สูงอายุที่คลินิกโรคเรื้อรัง. คลินิก/ 2547; 20(10):895-899	นพ.เอกรัฐ จันทวันเพ็ญ ekarat42@gmail.com
Factors Related to Physicians' Health at Hat Yai Hospital WONCA –APR 2009	นพ.กรกช ศรีเกื้อ Kot_mv99@hotmail.com
ปัจจัยที่มีผลต่อการมาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในสตรีอายุ 35 -60 ปี ณ เทศบาลคลองแห อ.หาดใหญ่ จ.สงขลา	พญ.ชิสรา บำรุงวงศ์ Chi_Aom@hotmail.com
Behavioural Modification	
การลดน้ำหนักโดยใช้ผู้จัดการสุขภาพส่วนตัว	นพ.จตุภูมิ นีละศรี jatuphoom@yahoo.com
Theory-based behavioural interventions for prediabetic state and people with diabetes mellitus.	พญ.สายรัตน์ นกน้อย beelittlebird@yahoo.com

หัวข้อ	ผู้วิจัยหลัก
(Cochrane Database of Systematic Reviews. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd, 2009.)	
RCT of effectiveness of motivational enhancement therapy for problem alcohol drinkers in primary care units. (Alcohol and alcoholism 2010; 45(3):263-70.)	พญ.สายรัตน์ นกน้อย beelittlebird@yahoo.com
Brief intervention in alcohol abuse: a literature review. Chiangmai: (Integrated Alcohol Intervention Program (I-MAP), 2009.)	พญ.สายรัตน์ นกน้อย beelittlebird@yahoo.com
SMOKING BEHAVIORS AMONG THAI RURAL PEOPLE AT GENERAL PRACTICE CLINIC, SICHON HOSPITAL (mini oral presentation: WONCA/RACGP Asia Pacific Region 2008:Australia)	นพ. เอกรัฐ จันทวันเพ็ญ ekarat42@gmail.com
Diabetes Care	
คุณภาพการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่ รพ.สงขลา(วารสารวิชาการ เขต 12 ปีที่ 18 ฉบับที่ 3 ก.ค.-ก.ย. 50)	พญ.ชลกานต์ ประทักษิธร
การให้ความรู้อย่างต่อเนื่องในด้านภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยเบาหวานศูนย์สุขภาพชุมชนบางทราย	พญ.โสธยา วงศ์วิไล 7plus1@ji-net.com
ความรู้ เจตคติและพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานใน PCU ตันมื่น โรงพยาบาลเมืองชะเชิงเทรา ปีที่ 23 ฉบับที่ 3 ก.ค. – ก.ย. 2550,	นพ.กมล ทรายสมุทร kamonsai@yahoo.com
ความรู้เรื่องโรคเบาหวานของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่รับการรักษาที่คลินิกเบาหวานของโรงพยาบาลปากช่องนานา ศูนย์แพทย์ชุมชนหนองสาหร่าย และศูนย์สุขภาพชุมชนเฉลิมพระเกียรติ อำเภอปากช่อง จังหวัดนครราชสีมา ตีพิมพ์ลงวารสารวิชาการแพทย์เขต15, 17 ปีที่ 22 ฉบับที่ 2 (Supplement) ประจำเดือนเมษายน – มิถุนายน 2551	นพ.สุจิต ประจักษ์เดช Sujaritpra@hotmail.com
Effect of health education and home visit for self care in diabetic patients	นพ.อรรถพล ฉัตรอารีกุล Dr_cacarot@hotmail.com
พฤติกรรมสุขภาพผู้ป่วย FBS ตั้งแต่ HBHC ≥ 7	นพ.เด่นชัย ตังมโนกุล
ผลลัพธ์การดูแลรักษาผู้ป่วยเบาหวานตามมาตรฐานในหน่วยบริการปฐมภูมิ กรณีศึกษา : ศูนย์แพทย์ชุมชน กลุ่มงานเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลขอนแก่น ตีพิมพ์ใน วารสารขอนแก่นเวชสาร ปีที่ 33 ฉบับที่ 2 พ.ค. – ส.ค. 2552	นพ.สตาจค์ ศุภผล satang106@yahoo.com
บทบาทของหน่วยบริการปฐมภูมิต่อการประกอบการดูแลสุขภาพด้วยตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่เกิดผลที่เท่า :การศึกษาเชิงคุณภาพในโรงพยาบาลส่วนภูมิภาค(poster presentation 12 ปี เวชศาสตร์ครอบครัว)	พญ.พัชรินทร์ ปิงเมืองแก้ว nine_ex@hotmail.com
The effectiveness of practitioner nurses in the caring of patient with chronic diseases Nongkhankok and Muang primary care units, Chonburi: an RCT	พญ. สายรัตน์ นกน้อย beelittlebird@yahoo.com
Self-Help-Group Program Improved Effectiveness of Diabetic Care for	นพ. กรภัทร มยุระสาคร

หัวข้อ	ผู้วิจัยหลัก
Diabetic Patients at Primary Care. Journal of Nutrition Association of Thailand 2007; 42(2): 18-25. (published in Thai Journal) . Mayurasakorn K, Vanichsuwan M.	drkorapat@hotmail.com km2696@columbia.edu
Diabetic Control and Microvascular Complication among Type 2 Diabetes at Primary Care Units. J Med Assoc Thai 2009; 92(8):1094-101. Mayurasakorn K, Naowarat S, Vanichsuwan M.	นพ. กรรภัทร มยุระสาคร drkorapat@hotmail.com km2696@columbia.edu
Infectious disease: Control of Infectious disease	
ปัจจัยเสี่ยงต่อโรคบูลเชิลโลซิส ที่อำเภอปากท่า จังหวัดอุตรดิตถ์	พญ.กนกวรรณ คำแสง Tookkanokwan@yahoo.com
การควบคุมป้องกันวัณโรคในเรือนจำจังหวัดแพร่	พญ. จุฑารัตน์ ปิติพุทธิพงษ์ Chu026@hotmail.com
สถานการณ์การระบาดของโรคมือ เท้า ปาก ในเด็กนักเรียน (วารสารโรงพยาบาลแพร่)	พญ. จุฑารัตน์ ปิติพุทธิพงษ์ Chu026@hotmail.com
ความแม่นยำเกณฑ์วินิจฉัยโรคไข้เลือดออกของ จ.แพร่ (วารสารโรงพยาบาลแพร่)	พญ. จุฑารัตน์ ปิติพุทธิพงษ์ Chu026@hotmail.com
การระบาดของโรคตาแดงในเรือนจำจังหวัดสิงห์บุรี ระหว่างวันที่30 ตุลาคม-30 พฤศจิกายน 2552 ตีพิมพ์ สิงห์บุรีเวชสาร ธันวาคม 2552	พญ.วรงค์ภักดิ์ สิริเยี่ยมสกุล wkookik@yahoo.com
Women's health	
ปัจจัยที่มีผลต่อการทำร้ายร่างกายคู่สมรส	พญ.พีรณัฐ โรหิตเสถียร peeranuch25@hotmail.com
Geriatric Care	
เวชศาสตร์ครอบครัวกับการดูแลผู้สูงอายุ บทบาทที่ทำทนายในงานปฐมนิเทศ . วารสารระบบบริการปฐมภูมิและเวชศาสตร์ครอบครัว ,1(2) ;มีนาคม – มิถุนายน 2552 :53-56	นพ.โรจนศักดิ์ ทองคำเจริญ rthongcu@hotmail.com
ปัจจัยเสี่ยงต่อการหกล้มของผู้สูงอายุในชุมชน	พญ.วิภาวี กิจกำแหง vipakitk@yahoo.co.th
A Comparative Qualitative Research Between Chronically Ill Elders and Their Physicians towards Polypharmacy In Family Practice WONCA –APR 2009	นพ.กฤษฏี ทองบรรจบ acerolar@gmail.com
ฐานข้อมูลการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ งานประชุมนวัตกรรมทางการแพทย์ผู้สูงอายุ ม.บูรพา ,ฐานข้อมูลการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน WONCA hong kong,ฐานข้อมูลการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน ประชุมราชวิทยาลัย famed	นพ.สมสกุล ศรีพิสุทธิ somsakul_bas@hotmail.com
ความเหนียวแน่นของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมในประเทศ	พญ. พัชรินทร์ ปิงเมืองแก้ว nine_ex@hotmail.com

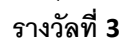
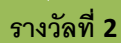
หัวข้อ	ผู้วิจัยหลัก
มุมมองของผู้ป่วยสูงอายุไทยต่อพินัยกรรมชีวิต	นพ.มณฑล ศรียศชาติ Bluemalaria@yahoo.com
The elderly who have been classified as the fallers are more likely to be the fallers in the future. J Med Assoc Thai. 2009 (submitted) Thamarpirat J, Jitapunkul S.	พญ. จิตติมา ทมาภิรัต Dr_numpeung@yahoo.com
Undiagnosed dementia and value of serial cognitive impairment screening in developing countries: A population-based study. Geriatr Gerontol Intl 2009 Mar; 9(1): 47-53. Jitapunkul S, Chansirikanjana S, Thamarpirat J.	พญ.จิตติมา ทมาภิรัต Dr_numpeung@yahoo.com
Incidence Vertebral Fractures in Thai Women and Men: a prospective population-based study: Geriatr Gerontol Int. 2008 Dec; 91(12):1823-31. Jitapunkul S, Thamarpirat J, Chaiwanichsiri D, Boonhong J.	พญ.จิตติมา ทมาภิรัต Dr_numpeung@yahoo.com
Thai Falls Risk Assessment Test(Thai-FRAT) development for community-dwelling Thai elderly. J Med Assoc Thai. 2008 Dec; 91(12): 1823-31. Thiamwong L, Thamarpirat J, Maneesriwongkul S.	พญ.จิตติมา ทมาภิรัต Dr_numpeung@yahoo.com
Palliative Care	
Attitudes towards truth-telling about cancer : a survey from Thailand. Palliative Medicine 2008; 22:97-8 Palliative Medicine (MEDLINE) Jaturapatporn D, Kirshen AJ.	พญ.ดาริน จตุรภัทรพร drdarinj@yahoo.com
Cancer pain-progress and ongoing issues in Thailand. Pain Res Manage 2009;14(5):361-2 Pain Res Manage Nagaviroj K, Jaturapatporn D.	พญ.ดาริน จตุรภัทรพร drdarinj@yahoo.com
Patients' experience of oxygen therapy and dyspnea: a qualitative study in home palliative care. Support Care Cancer 2010;18(6)765-70(MEDLINE) Jaturapatporn D, Moran E, Obwanga C, Husain A.	พญ.ดาริน จตุรภัทรพร drdarinj@yahoo.com
.การจากไปอย่างมีความสุข The happy end of life (อ.สายพิน หัตถ์รัตน์) วารสารคลินิกเล่มที่: 271 เดือนปี: 07/2007 2550	พญ.เบญจมา มานะทวีวัฒน์ paojion@yahoo.com
Nutrition	
The Present Problem of Protein Malnutrition in Children in Rural Area. Reported and discussed with <u>HRH Princess Sirinthorn</u> at The International Inventor's Day, IMPACT Muang Thong Thani, Thailand, February 3, 2008.	นพ. กรภัทร มยุระสาคร drkorapat@hotmail.com km2696@columbia.edu
Prevalence of Protein Malnutrition in Children in Rural Areas of Thailand." Presented at The Second Thailand Congress of Nutrition, Bitec Convention Centre, Bangkok, Thailand, October 4, 2007.	นพ. กรภัทร มยุระสาคร drkorapat@hotmail.com km2696@columbia.edu
The Supplement of Three Eggs per Week is enough to Correct Primary School Children with Protein Malnutrition in Rural Areas of Thailand. <i>FASEB</i>	นพ. กรภัทร มยุระสาคร drkorapat@hotmail.com

หัวข้อ	ผู้วิจัยหลัก
J. 2010; 24: 94.8. Mayurasakorn K, Sitphahul P, Hongto P.	km2696@columbia.edu
Dietary sterilized, egg-contained, low-carbohydrate-blenderized formula with usual diet increases HDL cholesterol in elderly people. <i>Ann Nutr Metab</i> 2009; 55(Suppl.1): 165. Mayurasakorn K, Srichayet P, Sittiwicheanwong R, Dahlan W	นพ. กรภัทร มยุระสาคร drkorapat@hotmail.com km2696@columbia.edu
HDL Increase after Continuous 2-egg Consumption in Healthy Adults. Journal of the National Research Council of Thailand. Natural science 2007; 39(2). Mayurasakorn K, Sitphahul P, Hongto P.	นพ. กรภัทร มยุระสาคร drkorapat@hotmail.com km2696@columbia.edu
High-Density Lipoprotein Cholesterol Changes after Continuous Egg Consumption in Healthy Adults. J Med AssocThai 2008; 91(3):400-7. Mayurasakorn K, Srisura W, Sitphahul P, Hongto P	นพ. กรภัทร มยุระสาคร drkorapat@hotmail.com km2696@columbia.edu
The breastfeeding duration and predicting factors of exclusive breastfeeding to 6 months in maternal-infant HIV serology negative, Thailand Mini-oral poster presentation การประชุม WONCA 2008: Asia Pacific Regional Conference combined with the RACGP Annual Scientific Convention	พญ.พัทธ์ทิพย์ ธรรมวิริยกุล pooktumviriyakul@yahoo.co.uk
Miscellaneous	
ความคาดหวังของผู้ปกครองของเด็กที่มาด้วยอาการติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบน	พญ.กรองแก้ว ร่มสงฆ์ jkk_jeab@hotmail.com
เครียดเรื่องงาน...ทำอย่างไรดีหนอ (อ.สายพิน หัตถิรัตน์) วารสารคลินิกเล่มที่: 283 เดือนปี: 07/2008._2551	พญ.เบญจมา มานะทวีวัฒน์ paojion@yahoo.com
ความสัมพันธ์ระหว่างดัชนีมวลกายที่ต่ำกับความรุนแรงของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ที่คลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรงพยาบาลสันป่าตอง. วารสารสาธารณสุขล้านนา 2552; 5(2): 202-211.	พญ.นันทิดา ชุ่มวิเศษ Anna3807055@hotmail.com
ความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะ เฉพาะ ของโรคหอบหืดและคุณภาพชีวิตเด็กไทย. วารสารกุมารเวชศาสตร์ 2548; 44(2): 120-128.อรพรรณ โพชนุกูล, เอกรัฐ จันทร์วันเพ็ญ, นิตยา ทนุงษ์.	นพ.เอกรัฐ จันทร์วันเพ็ญ ekarat42@gmail.com
HOLISTIC REHABILITATION CARE FOR DISABLED CHILDREN; A LESSON FROM COMMUNITY HOSPITAL(oral presentation- WONCA WORLD CONFERENCE 2010-Mexico	นพ.เอกรัฐ จันทร์วันเพ็ญ ekarat42@gmail.com

หัวข้อ	ผู้วิจัยหลัก
THROMBOLYSIS THERAPY FOR ACUTE ST-ELEVATION MYOCARDIAL INFARCTION IN COMMUNITY HOSPITAL(MINI ORAL PRESENTATION: WONCA/RACGP Asia Pacific Region 2008: Australia)	นพ.เอกวิฐ จันทวันเพ็ญ ekarat42@gmail.com
INCIDENCE OF ANAPHYLAXIS IN THE EMERGENCY DEPARTMENT OF COMMUNITY HOSPITAL (SHORT PAPER ORAL PRESENTATION :WONCA/RACGP Asia Pacific Region 2008: Australia)	นพ.เอกวิฐ จันทวันเพ็ญ ekarat42@gmail.com
Caregiving stress in family caregivers of stroke survivors, Hatyai Hospital, Songkhla WONCA –APR 2009	พญ.อรุณี ทิพย์วงศ์ poyayo@yahoo.com
Risk factors for a five-year death in the InterASIA-South cohort J Med Assoc Thai 2008; 91 (4): 471-8 e-Journal: http://www.medassocthai.org/journal	นพ.พนพัฒน์ โตเจริญวานิช (โรงพยาบาลหาดใหญ่) panapatt@hotmail.com
A randomized comparison of Ginger and Vitamin B6 in the treatment of nausea and vomiting of pregnancy ตีพิมพ์ใน J Med Assoc Thai 2003; 86: 846-853	นพ.มานิตย์ ศรีสมโภชน์ นพ.นล เลขยานนท์
ปัจจัยเสี่ยงต่อการเสียชีวิตของประชากรในโครงการติดตามระยะยาว InterASIA-South ตีพิมพ์ใน J Med Assoc Thai 2008; 91 (4): 471-8 Full text. e-Journal: http://www.medassocthai.org/journal	นพ.พนพัฒน์ โตเจริญวานิช panapatt@hotmail.com นพ.ธาดา ยิปินชอย กิตติศักดิ์ ชูมาลี เพ็ญพรรณ บุญวรรณโณ นพ.อมร รอดคล้าย
Prognostic significance of Bax, Bcl-2, and p53 expressions in cervical squamous cell carcinoma treated by radiotherapy ตีพิมพ์ใน Gynecologic Oncology 2004; 94: 636–642	Virach Wootipooma Nol Lekhyananda Temsak Phungrassami Pleumjit Boonyaphiphat Paramee Thongsuksai
The Effectiveness of Intensive Group Education on Diet Control and Exercise in Non-insulin Dependent Diabetes Mellitus : Randomized Controlled Clinical Trial ได้รับรางวัลMerit Award (outstanding paper presentation) ประเภท oral presentation ในงาน18 th world WONCA conference ที่ประเทศสิงคโปร์	นายแพทย์ธีรภาพ ลีวลักษณ์ (โรงพยาบาลสงขลานครินทร์)
Action Research and Development of Diabetic Patients Care in Primary Care Unit , Ranod District, Songkhla Province นำเสนอ poster presentation ในงาน18 th world WONCA conference ที่ประเทศสิงคโปร์	นายแพทย์ธีรภาพ ลีวลักษณ์ (โรงพยาบาลสงขลานครินทร์)

หัวข้อ	ผู้วิจัยหลัก
The prevalence and pattern of Hazardous drinking in industrial workers: A study from Songkhla, Thailand นำเสนอ Poster presentation ใน WONCA Asia Pacific Regional Conference ที่กรุงเทพมหานคร 7 พฤศจิกายน 2549	นายแพทย์ธเนศ แก่นสาร (โรงพยาบาลสงขลานครินทร์)

ภาพถ่ายขณะการประกวด



บรรยากาศในงาน



ห้อง Gallery แสดงนิทรรศการ photo voice



โซน My Work, My Team, My Patiento

เนื้อหาจากการประชุมวิชาการ “12 ปี กับการพัฒนาเวชศาสตร์ครอบครัวในประเทศไทย”

โซน: โปสเตอร์แสดงผลงานด้านเวชศาสตร์ครอบครัว



บรรยากาศภายในห้อง







ตัวตนคนFammed : ฝันที่อยากให้เป็นในเวชปฏิบัติครอบครัว คุณค่าของเวชศาสตร์ครอบครัว



บรรยากาศ : การเปิดตัวชมรมแพทย์เวชปฏิบัติครอบครัว



บรรยากาศงานเลี้ยงต้อนรับ





