

รอยทาง
ที่สร้างสรรค์ของ
เวชศาสตร์ครอบครัว
ในประเทศไทย

รอยทางที่สร้างสรรค์ ของเกษตรศาสตร์ครอบครัวในประเทศไทย

รวมสาระสำคัญและบทความจากการประชุมวิชาการ
12 ปี ก้าวการพัฒนาเกษตรศาสตร์ครอบครัวในประเทศไทย
22-24 ตุลาคม 2553



รอยทางที่สร้างสรรค์ของเวชศาสตร์ครอบครัวในประเทศไทย

รวมสาระสำคัญและบทความจากการประชุมวิชาการ 12 ปีกับการพัฒนาเวชศาสตร์ครอบครัวในประเทศไทย

เลขมาตรฐานสากลประจำหนังสือ 978-974-11-1464-1

ที่ปรึกษา พญ.สุพัตรา ศรีวณิชชากร

บรรณาธิการ พญ.สุพัตรา ศรีวณิชชากร
ผการัตน์ ฤทธิศรีบุญ
สุมาลี ประทุมพันธ์

กองบรรณาธิการ พญ.อรรณณ ตะเวทิพงศ์
พญ.ดาริน จตุรภัทรพร
พญ.หทัยทิพย์ ธรรมวิริยะกุล
พญ.สายรัตน์ นกน้อย
นพ.ปกรณ์ ทองวิล
นพ.สตาจค์ ศุภผล

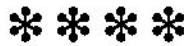
ออกแบบปกและรูปเล่ม ปุณณดา สายยศ

พิมพ์ครั้งที่ 1 มีนาคม 2554

จำนวนพิมพ์ 1,500 เล่ม

พิมพ์ที่ บริษัท สหมิตรพรินต์ติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง จำกัด
โทร. 0 2903 8257-9

สนับสนุนการจัดพิมพ์โดย สำนักงานวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน (สพข.)
สถาบันพัฒนาสุขภาพอาเซียน มหาวิทยาลัยมหิดล
สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.)
สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.)



๑ เรียนแพทย์ใช้เพื่อแพทย์
พันธะของแพทย์คือ
๑ ผู้คนยังจนยาก
เดือดร้อนและช้อนชก
๑ คนเราต้องเล่าเรียน
บากบั่นเพื่อบรรเทา
๑ เขาเป็นเช่นพ่อแม่
เลี้ยงคนด้วยผลงาน
๑ ดำริพระบิดา
ศึกษาที่สำคัญ
๑ หากอยู่ที่ไร่
ประโยชน์แก่ผู้คน
๑ พระองค์ทรงอุทิศ
เข้าถึงอย่างทั่วถ้วน
๑ คนเราเร่งศึกษา
ก้าวไปไขกาวทอง
๑ ฉันทิ์สอนให้เห็น
แต่เธอต้องเป็นคน
๑ วิชาความสามารถ
สิ่งหนึ่งที่ขาดเดือน
๑ ฉันทิ์เราต้องตระหนัก
เป็นคน หรือเป็นใคร
๑ คนเราต้องเข้มแข็ง
ไพบยภัยที่พันพัว
๑ เหตุผลและปัญญา
จงเจตจำนงจำ

ใช้เพื่อรับความนับถือ
เพื่อผู้คนที่ทนทุกข์
ต้องลำบากและบันบึก
แสนทุกข์แสนล้านในบ้านเรา
พากเพียรเพื่อพวกเขา
ทุกข์ที่รกราก
ผู้บ่กแพร่และเอาพาน
จากหยาดเหงื่อเลือดเนื้อนั้น
ดำรงสมาธิคำขวัญ
ใช้อยู่ที่รลัน
นั้นรไปให้เกิดผล
และสัจคมตามสมควร
ไกลชิดประชามวล
เพื่อรู้ทุกข์ที่แท้จริง
เพราะเจตนาอันใหญ่ยิ่ง
ก้าวเท่าหาประชาชน
เป็นหมอสัญญะตน
คือคำตรัสที่ทรงเตือน
ความรู้จำไม่คาดเคลื่อน
คือมนะธรรม และน้ำใจ
ประจักษ์คำแห่งคำไหน
ใช้เป็นหมอสแต่พอดัก
และแข็งแกร่งไม่ขาดกลัว
กล้าเผชิญดำเนินนำ
กับหน้าที่ที่เป็นธรรม
จะรับใช้ประชาชน

(บทกวีประกอบงานแสดงคอนเสิร์ตแสงดาวแห่งศรัทธา)



@ ขอคารวะคนหมอ
คือแพทย์ผู้บัณฑิต

@ รักษาใช้เพื่อเอาคน
ศีลธรรมจกตำหนิด

@ คุณค่าแห่งศักดิ์ศรี
คือคนแหละคงความ

@ สังคมยังใช้หนัก
เวชศาสตร์เวชศิลป์

เวชศาสตร์ครอบครัวทุกคน
บันดาค่าความเป็นมนุษย์

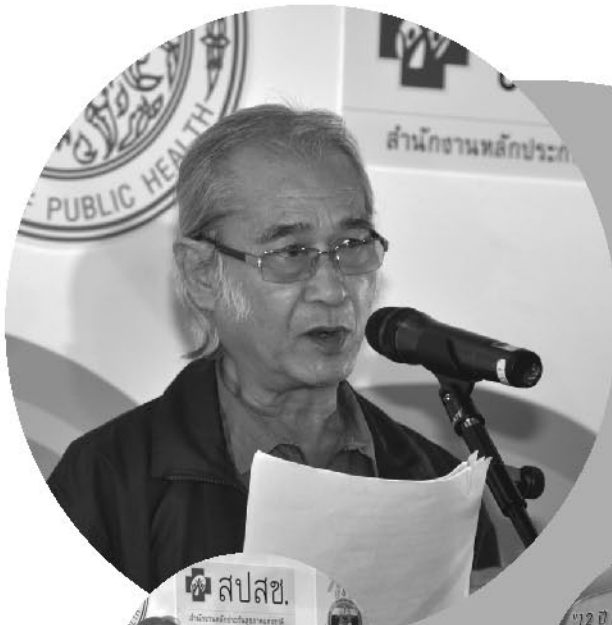
ความเป็นคนแหละสูงส่ง
หากค่าคนนั้นตำหนิด

คือความดีและความงาม
ดีงามของแผ่นดิน

ยังรักษาอยู่ไม่สิ้น
คือภาระของพวกเรา

เนาวรัตน์ พงษ์ไพบูลย์

จ.18/10/2553



สารบัญ

	หน้า
บทนำ	
เวชศาสตร์ครอบครัว : มุมมองและการสนับสนุนจากภาคนโยบาย	9
แพทย์เวชปฏิบัติครอบครัวกับการพัฒนาประเทศไทย	10
เวชปฏิบัติครอบครัวกับการปฏิรูประบบสุขภาพไทย	18
การสนับสนุนการพัฒนาเวชศาสตร์ครอบครัวของประเทศไทย	26
เวชศาสตร์ครอบครัว : จากแนวคิดสู่การปฏิบัติ	35
รวมผลงานวิจัย (Oral presentation)	36
Tools & Tips in Family Practice	81
Conflict Management in you&me, in Family and community	82
สอนง่าย ๆ สไตล์ Fam Med	94
ง่าย มัน ดี มีสุข กับ R2R	98
บริหารคน บริหารนาย ง่ายนิดเดียว	104
เรื่องเล่า	110
ตัวตนคน Fam med	125
ความภาคภูมิใจจากฐานสู่รุ่น	126
ฝันที่อยากเห็น ฝันที่อยากให้เป็นในเวชปฏิบัติครอบครัว คุณค่าของเวชศาสตร์ครอบครัว	132
เส้นทาง การขับเคลื่อน	139
อดีต ปัจจุบัน อนาคต เวชศาสตร์ครอบครัว	140
ชมรมแพทย์เวชปฏิบัติครอบครัว	153
ประมวลภาพและสื่อประกอบการประชุม	155
หนังสือ	
วิธีดีพิชิตเปิด	

รอยทางที่สร้างสรรค์ของเวชศาสตร์ครอบครัวในประเทศไทย

ประมาณกว่า 1 ทศวรรษที่มีการพัฒนางานและศาสตร์วิชาด้านเวชศาสตร์ครอบครัวในประเทศไทย เพื่อหวังให้เป็นกลไกหนึ่งที่สำคัญในการยกระดับคุณภาพของหน่วยบริการปฐมภูมิหรือหน่วยบริการใกล้บ้านใกล้ใจ ที่เป็นฐานรากสำคัญของระบบบริการสุขภาพ ผลที่เกิดขึ้น แม้จะเกิดความสับสนและยากลำบากบ้างในช่วงแรก ในด้านการพัฒนาหลักสูตรแพทย์สาขาเวชศาสตร์ครอบครัว และการนำความรู้ไปใช้ให้เกิดผลต่อบริการสุขภาพ แต่เมื่อผ่านไประยะหนึ่งด้วยความมุ่งมั่น และปรับปรุงพัฒนาอย่างต่อเนื่อง ผลผลิตต่าง ๆ ก็ได้ออกเงยมากขึ้นจนถึงปัจจุบันที่ครบรอบ 12 ปี ที่มีแพทย์จำนวนหนึ่งกว่า 200 คนที่จบการศึกษาเป็นแพทย์ผู้เชี่ยวชาญสาขาเวชศาสตร์ครอบครัว และแพทย์ บุคลากรสาธารณสุขอีกจำนวนมากที่ได้เรียนรู้ในศาสตร์วิชาดังกล่าวและนำไปประยุกต์ใช้ ทำให้มีบุคลากรสุขภาพจำนวนมากขึ้นที่มีความรู้และทักษะในการผสมผสานความเข้าใจทางด้านสังคม จิตวิทยา ร่วมไปกับการวินิจฉัยและการดูแลทางการแพทย์ ทำให้ประชาชนจำนวนมากขึ้นได้รับการดูแลที่ดี ดูแลอย่างเป็นองค์รวมทั้งในระดับบุคคล และครอบครัว

ดอกผลอีกส่วนหนึ่งที่เกิดขึ้นคือ ความรู้ด้านเวชศาสตร์ครอบครัวที่ผ่านการประยุกต์ใช้ในบริบทแบบไทย ๆ ในการวิเคราะห์ วินิจฉัย และดูแลสุขภาพประชากรกลุ่มต่าง ๆ และยังทำให้ยังได้พบข้อเท็จจริงที่แสดงถึงจุดอ่อนและจุดแข็งของระบบบริการไทย อีกทั้งได้พบว่าสภาพสังคมแบบไทย ๆ นั้นมีความเข้มแข็งในการดูแลและช่วยเหลือ เยียวยา กันและกันอย่างมาก โดยที่มิได้พึ่งระบบบริการ นอกจากนี้ยังได้ชุดรูปธรรม และประสบการณ์ที่แสดงความกระฉ่างชัดถึงปัจจัยทางด้านครอบครัว ด้านจิตใจและด้านสังคมที่มีผลกระทบทำให้เกิดความเจ็บป่วยในหลากหลายลักษณะ รวมถึงการช่วยกันหาทางออกของปัญหาดังกล่าวได้ด้วยหลักของเวชศาสตร์ครอบครัว

งานวิจัยในด้านเวชศาสตร์ครอบครัว เป็นอีกส่วนหนึ่งที่ค่อย ๆ มีผลงานเพิ่มขึ้น เป็นงานวิจัยที่ศึกษาวิเคราะห์ถึงสถานการณ์การให้บริการสุขภาพของหน่วยบริการปฐมภูมิ หรือหน่วยบริการเวชปฏิบัติครอบครัว ที่ไม่เหมือนกับบริการของโรงพยาบาล หรือบริการเฉพาะทางอื่น ๆ การศึกษาถึงผลของการนำศาสตร์วิชานี้มาประยุกต์ใช้เพื่อพัฒนาคุณภาพบริการ ลักษณะของการจัดบริการสุขภาพที่มุ่งเน้นให้ประชาชนเป็นศูนย์กลาง เป็นต้น

การจัดการในการเรียนการสอนทางด้านเวชศาสตร์ครอบครัว มีพัฒนาการเพิ่มขึ้น ทั้งที่จัดให้แก่นักศึกษาแพทย์ แพทย์ที่อยู่ในระหว่างการฝึกอบรมเป็นแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ และการจัดอบรมให้แก่พยาบาล เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในกลุ่มต่าง ๆ

ท่ามกลางผู้คนที่ยังใหม่ ก็มีปัญหามากมายในเชิงการบริหารบุคคลกลุ่มใหม่ที่เป็นเวชศาสตร์ครอบครัว ทั้งที่เป็นเรื่องความไม่เข้าใจงาน หรือการไม่ให้ความสำคัญต่องานเวชศาสตร์ครอบครัว ทำให้การจัดการสนับสนุนไม่ชัดเจน แต่ด้วยการรวมกลุ่มระดมความคิดเห็นร่วมกันของคนที่เกี่ยวข้องกัน ทำให้เกิดบทเรียนการพัฒนาในด้านบริหารจัดการ การหนุนเสริมกำลังใจ และหนุนการเรียนรู้ร่วมกันทั้งในลักษณะของการประชุมระดมความเห็นเป็นระยะต่อเนื่อง การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกัน และการประสานเป็นเครือข่ายการเรียนรู้ และพัฒนาต่อจนมาเป็นศูนย์การเรียนรู้ด้านเวชศาสตร์ครอบครัวในพื้นที่ 4 ภูมิภาค

งานประชุมวิชาการเวชศาสตร์ครอบครัวครั้งนี้ จัดขึ้นในวาระครบรอบ 12 ปีของการพัฒนาเวชศาสตร์ครอบครัว (นับจากการเริ่มฝึกอบรมแพทย์ผู้เชี่ยวชาญสาขาเวชศาสตร์ครอบครัว รุ่นแรก) เพื่อเป็นเวทีของการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ บทเรียนการเรียนรู้ของแพทย์ผู้ปฏิบัติในด้านเวชศาสตร์ครอบครัวทั้งหมด ที่มีได้จำกัดวงเฉพาะผู้ที่จบเป็นผู้เชี่ยวชาญเท่านั้น รวมทั้งยังเป็นการเสริมกำลังใจให้แก่กันและกัน ตลอดจนเป็นเวทีให้แต่ละคนได้แสดงศักยภาพส่วนตัวด้านอื่นด้วย อาทิเช่น ภาพวาดด้านศิลปะ และภาพถ่าย

การประชุมวิชาการนี้จัดขึ้นได้ด้วยความร่วมมือ ร่วมแรงกาย แรงใจอย่างดีของกลุ่มแพทย์เวชปฏิบัติครอบครัว ที่รวมตัวกันจัดตั้งเป็นชมรมแพทย์เวชปฏิบัติครอบครัว โดยที่มีสำนักวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน มหาวิทยาลัยมหิดล เป็นพี่เลี้ยงสนับสนุนในด้านวิชาการ ด้านการจัดการ และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติสนับสนุนงบประมาณบางส่วน

เอกสารฉบับนี้ เป็นการบันทึกร่องรอย และบรรยากาศที่เกิดขึ้นในการประชุมวิชาการของแพทย์เวชปฏิบัติครอบครัว ที่มาพบปะ ร่วมกันเสนองานวิจัย วิชาการ และประสบการณ์อย่างถ้วนทั่ว อันเป็นการบันทึกประวัติศาสตร์อันสำคัญหน้าหนึ่ง ในกระบวนการพัฒนางานเวชศาสตร์ครอบครัวในประเทศไทย และคาดหวังว่าจะเป็นประโยชน์ในการเรียนรู้ให้แก่แพทย์ บุคลากรสาธารณสุข ที่มีความสนใจได้อย่างกว้างขวางต่อไป



เวชศาสตร์ครอบครัว : มุมมองและการสนับสนุนจากภาคนโยบาย

แพทย์เวชปฏิบัติครอบครัวกับการพัฒนาประเทศไทย
เวชปฏิบัติครอบครัวกับการปฏิรูประบบสุขภาพไทย
แนวนโยบาย บทบาทการสนับสนุนการพัฒนาเวชศาสตร์ครอบครัวของประเทศไทย





ปาฐกถา

แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวกับการพัฒนาประเทศไทย

โดย ศาสตราจารย์ นายแพทย์เกษม วัฒนชัย องคมนตรี

เรียบเรียงโดย แพทย์หญิงอรรณ ตะเวทิพงศ์

“ แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวควรเรียนรู้เกี่ยวกับประวัติศาสตร์ด้านชุมชน ด้านพลวัตของสังคม (social dynamics) และคุณธรรมครอบครัว (Family morality) เพราะเป็นเรื่องสำคัญ...เป็นคุณค่าที่ถ่ายทอดจากปู่ย่าตายายไปสู่พ่อแม่และไปสู่ลูกหลานตามลำดับ คุณธรรมที่ดีหากมีการถ่ายทอดข้ามรุ่น ...จะช่วยประสานให้ครอบครัวและชุมชนอยู่ร่วมกันได้ ”



สถาบันหลักที่สำคัญของประเทศแบ่งออกเป็น 3 ประเภท คือ สถาบันพระมหากษัตริย์ สถาบันศาสนา และสถาบันประชาชน

สถาบันประชาชนที่กล่าวถึงนี้แบ่งเป็นสองมิติ คือ ชุมชน และ ครอบครัว มีทั้งชุมชนและครอบครัวที่จัดตั้งอย่างเป็นทางการและไม่เป็นทางการ ทั้งที่เป็นแบบแผนประเพณีนิยมดั้งเดิม และเกิดจากวิถีชีวิตใหม่ที่เต็มไปด้วยเทคโนโลยี ซึ่งมีผลกระทบต่อสถาบันครอบครัวไทยและชุมชนของไทยอย่างน่าเป็นห่วงมาก

บ้าน เรือน : นิยามและขอบเขตที่เปลี่ยนแปลงกับผลกระทบต่อสังคมไทย

โครงสร้างสังคมที่เปลี่ยนไป ทำให้ความหมายของคำที่เคยใช้อยู่เปลี่ยนแปลงไปด้วย โดยเฉพาะเมื่อไปใช้ในบริบทที่ต่างกัน เช่น คำว่า “บ้าน”

บ้านในความหมายของชุมชนไทยอีสาน ไทยเหนือ ไทยสิบสองปันนา ลาว หรือไทยอื่นที่พูดภาษาไทยในประเทศจีน อินเดีย พม่า หมายถึง “หน่วยครอบครัวหลายหน่วยในชุมชนเดียวกัน” ในชุมชนภาคกลางทุกวันนี้ ใช้คำว่า “บ้าน” แทนความหมายของ “กลุ่มบ้าน” เช่น บ้านเหนือ บ้านใต้ ซึ่งหมายรวมไปถึงทุกครัวเรือนในบริเวณนั้น ไม่ใช่เฉพาะครอบครัวเดียว

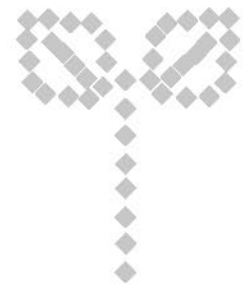
สังคมไทยสมัยโบราณ ถ้ากล่าวถึงครอบครัวเดียว มักใช้คำว่า “เรือน” ภาษาทางเหนือเรียกว่า “เฮือน” การเรียนเกี่ยวกับกิจการงานต่าง ๆ ภายในครอบครัว ใช้คำว่า “การเรือน” และเมื่อกลุ่มบ้านหลาย ๆ กลุ่มรวมตัวกัน มักมีการยกระดับขึ้นเป็น “เมือง” ซึ่งยังปรากฏคำเหล่านี้ใช้อยู่ในปัจจุบัน เช่น เมืองแพร่ เมืองฝาง เมืองน่าน ในเมืองก็มีบ้านเป็นบริวารหลายบ้าน ในกลุ่มของเมืองนั้น เมื่อมารวมกันเป็นหลายเมืองและมีเมืองที่สำคัญ ก็ยกขึ้นเป็น “เวียง” หรือ “เชียง” ส่วนมากมีกำแพงเมือง และคูเมืองล้อมรอบ พบลักษณะการแบ่งลำดับแบบนี้ได้ในหลายประเทศ และทางภาคเหนือของไทย



ตั้งแต่รัชกาลที่ 5 เป็นต้นมา หรือ พ.ศ. 2435 มีการปรับระบบการปกครองบ้านเมือง จากระบบเวียง วัง คลัง นา ที่ใช้มานานกว่า 400 ปี เป็นกระทรวง ทบวง กรม แขน และเปลี่ยนการใช้คำใหม่ เช่น "บ้าน" หมายถึง ครอบครัวเดียว และหลาย ๆ บ้าน เรียกว่า "หมู่บ้าน" หลายหมู่บ้านเป็น "ตำบล" หลายตำบลเป็น "อำเภอ" และหลายอำเภอ เป็น "จังหวัด"

คนไทยภาคกลางเองแปลงเอาคำว่า "บ้าน" มาใช้ในความหมายของ "เรือน" คือ หมายถึงครอบครัวเดียว ไม่ได้หมายถึงหมู่บ้านอย่างที่เคยเป็นมาในอดีต

คำว่า บ้านเรือน หมายถึง บ้านและชุมชนในบริบทย่อย แต่คำว่า บ้านเมือง หมายถึง บ้านและชุมชนในบริบทประเทศ



วิถีเปลี่ยน : ชาดโซ่คล้องใจคนในสังคม

ครอบครัวไทย 3 ประเภท ที่นำมาวิเคราะห์ในครั้งนี้ ได้แก่ ครอบครัวชนบท (Rural Family) ครอบครัวเมือง (Urban Family) และครอบครัวดิจิทัล (Digital Family)

ครอบครัวชนบท (Rural Family) กับ 3 นิยมที่คล้องใจคนในสังคม

มีลักษณะเป็นวัฒนธรรมเกษตรกรรม มีความผูกพันของหลายหน่วยครอบครัวในชุมชนเดียวกัน เรียกว่า "บ้าน" เช่น บ้านป่าซาง บ้านป่าไผ่ ฯลฯ ซึ่งทางภาคเหนือเรียกว่า "ป๊อกบ้าน" ทางภาคใต้เรียกว่า "คุ่มบ้าน"

ครอบครัวที่อยู่ในบ้าน ป๊อกบ้าน หรือคุ่มบ้านเดียวกัน มีความเอื้ออาทรกันทุกด้าน มีความเป็นเครือญาติ มีการถ่ายทอดวิชาชีพรุ่นสู่รุ่น เช่น การทำไร่ทำนา วิถีลุ่มมิด วิธีการทำอุปกรณ์เพื่อการดำรงชีพ เด็ก ๆ ในบ้านเรียนรู้จากผู้ใหญ่โดยไม่ต้องเสียค่าเล่าเรียน เมื่อยามเจ็บไข้ได้ป่วยก็ช่วยเหลือกันด้วยภูมิปัญญาท้องถิ่น มีหมอผีหมอพื้นบ้านประจำ สังคมก็อยู่มาได้เช่นนั้นก่อนที่วิทยาการแพทย์สมัยใหม่จะเข้าถึง

การศึกษาที่กล่าวมาเป็นการศึกษาแบบนอกระบบ เมื่อมีการตั้งโรงเรียนขึ้นในชุมชน การศึกษาลักษณะนี้กลับพรากเด็กออกจากครอบครัวเพื่อไปเรียนวิชาที่ไม่สามารถนำกลับมาใช้ในชุมชนได้ เมื่อจบชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 เด็กกลับไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้แม้ยามเจ็บป่วย เพราะไม่ได้เรียนรู้ภูมิปัญญาเกี่ยวกับการรักษาแบบพื้นบ้านหรือหุงข้าวไม่เป็น เพราะที่โรงเรียนไม่ได้สอนวิชานี้ การจัดการศึกษาสมัยใหม่เช่นนี้ให้กับชุมชน กลับกลายเป็นเรื่องใหญ่ที่ทำให้ชาวบ้านดูแลตนเองไม่ได้ เพราะไม่ได้เรียนรู้วิถีชีวิตตามความเป็นจริง คนกลุ่มหนึ่งต้องกลายมาเป็นแรงงานในเมืองที่ไร้ฝีมือและไร้ความรู้ ต้องต่อสู้เพื่อประทังชีวิตไป แม้เมื่อมีความพยายามที่จะขยายการศึกษาต่อไปอีก 3 ปี จากประถมศึกษาปีที่ 6 ถึง มัธยมศึกษาปีที่สาม ก็ยังไม่สามารถทำได้ทั่วทุกโรงเรียนในประเทศ

ภูมิคุ้มกันของครอบครัวขึ้นอยู่กับหลัก 3 ประการ คือ ความกตัญญูกตเวที ความรักความอาทร และสายใยวัฒนธรรมพื้นบ้าน ถ้า 3 สิ่งนี้ขาดไปจากสังคม ชุมชน อาจจะถึงคราวล่มสลาย

ประเทศไทยกำลังเป็นสังคมผู้สูงอายุ หากเรากลายเป็นสังคมที่ไม่มีความกตัญญู จะมีผู้สูงอายุจำนวนมากที่ถูกทอดทิ้ง ให้กลายเป็นภาระแก่สังคม (Social burden) ดังนั้น เรื่องของความกตัญญูกตเวทีนับเป็นเรื่องสำคัญมาก การเลียนแบบของลูกหลานที่เห็นพ่อแม่กตัญญูต่อปู่ย่าตายาย จะเป็นสิ่งที่ทำให้ลูกหลานกตัญญูต่อพ่อแม่ของตนเอง ถ้าพบเห็นตัวอย่างของพ่อแม่ที่ไม่ดูแลปู่ย่าตายาย จะกลายเป็นต้นแบบที่ไม่ดี เมื่อพ่อแม่แก่ตัวลงลูกหลานก็อาจไม่ดูแล ถ้าเป็นแบบหลัง สังคมไทยจะมีปัญหาแบบประเทศที่ผู้สูงอายุต้องไปอยู่กันเอง หรือใช้ชีวิตตามลำพังจนเสียชีวิตโดยไม่มีใครพบเห็น





แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวควรเรียนรู้เกี่ยวกับประวัติศาสตร์ด้านชุมชน ด้านพลวัตของสังคม (social dynamics) และคุณธรรมครอบครัว (Family morality) เพราะคุณธรรมของครอบครัวเป็นเรื่องสำคัญ เนื่องจากจะมีการส่งผ่านกันจากคนรุ่นหนึ่งไปสู่อีกคนรุ่นหนึ่ง เป็นคุณค่าที่ถ่ายทอดจากปู่ย่าตายายไปสู่พ่อแม่และไปสู่ลูกหลานตามลำดับ คุณธรรมที่ดีหากมีการถ่ายทอดข้ามรุ่น เช่น ความซื่อสัตย์ ความมีน้ำใจ ความรู้จักให้อภัย และความกตัญญู ฯลฯ จะช่วยประสานให้ครอบครัวและชุมชนอยู่ร่วมกันได้ ทุกครอบครัวมีระเบียบแบบแผน (Family Pattern) และวัฒนธรรมครอบครัว (Family Culture) ทุกครอบครัวที่แพทย์ไปเยี่ยม มีระบบคุณค่าที่ถ่ายทอดไปสู่คนรุ่นหลัง วัฒนธรรมชุมชนหรือที่เรียกกันว่า "วัฒนธรรมพื้นบ้าน" ทำให้ชุมชนมีความเป็นระเบียบแบบแผน

โดยสรุปมีประเด็นที่น่าสนใจสำหรับแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว 3 เรื่อง คือ

1. เรื่องกตัญญูกตเวที เป็นเรื่องยาว เป็นการถ่ายทอดจากรุ่นสู่รุ่น เป็นโซ่ของสังคมที่ทำให้สังคมตะวันออกอยู่ได้อย่างเข้มแข็งทั้งในระบบครอบครัวและชุมชน
2. ความรักความอาทรระหว่างกันทั้งในบ้าน ในชุมชน อันนี้เป็นเรื่องใหญ่เพราะทำให้ชุมชนอยู่ด้วยกันได้ ช่วยเหลือกันทุกด้านทั้งด้านสุขภาพ หมอไม่ได้อยู่กับเขาตลอดเวลา ถึงจะมีหมอครอบครัวแล้ว ก็ไม่ได้ไปอยู่กับเขาตลอด 24 ชั่วโมง แต่ที่อยู่กับเขา 24 ชั่วโมง คือ "เพื่อนบ้าน" ถ้าเพื่อนบ้านช่วยเหลือกันดี ก็มีผู้ช่วยชีวิตตลอด 24 ชั่วโมง
3. อย่าละเลยวัฒนธรรมบ้านกับวัฒนธรรมชุมชน เพราะเป็นตัวชี้วัดความสำเร็จของการปฏิบัติงานของแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว

ครอบครัวเมือง (Urban Family)

ในกรุงเทพ ขอนแก่น เชียงใหม่ และโคราช ครอบครัวมีขนาดเล็กลง ความผูกพันน้อยลง ความเป็นคนบ้านเดียวกันเจือจางลง ตัวอย่างเช่น แม่อยู่ในหมู่บ้านจัดสรรเดียวกัน แต่เกิดความเจ็บป่วยขึ้น ก็ไม่อาจอาศัยให้หวานเพื่อนบ้านได้ ความเป็นคนบ้านเดียวกันไม่มี ความเป็นชุมชนเดียวกันก็ไม่มี

คนที่อยู่ในครอบครัวเมือง มักใช้เวลาว่างไปเที่ยวต่างจังหวัด ไม่ได้ไปพบปะกับญาติผู้ใหญ่ ทำให้ความเป็นเครือญาติลดน้อยลง นอกจากนี้ ความเป็นเมืองยังทำให้มีหลากหลายวัฒนธรรม คนในเมืองมีอิสระในการเลือกที่จะปฏิบัติตามวัฒนธรรมที่ตนพึงพอใจ จึงมีวิถีชีวิตที่หลากหลาย

เมื่อขนาดครอบครัวเล็กลง และต่างคนต่างอยู่มากขึ้น คนในครอบครัวจึงขาดที่พึ่งทางศีลธรรมทางคุณธรรม เพราะเป็นเรื่องที่จับต้องไม่ได้ ไม่มีใครสอน คนที่อยู่ในเมืองสนใจแต่สิ่งที่จับต้องได้ ซึ่งเป็นลักษณะของสังคมแบบวัตถุนิยม บริโภคนิยม ภูมิปัญญาไทยกลายเป็นเรื่องล้าสมัย ในเมื่อมีทางเลือกให้ใช้ของที่มาจากต่างประเทศ จึงไม่มีใครเลือกใช้ของที่มาจากภายในประเทศตัวเอง

สังคมเมืองทุกวันนี้ตกอยู่ในภาวะเอาตัวรอด มากกว่าที่จะเอาครอบครัวหรือสังคมให้รอด คำถามคือ แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวจะทำงานอยู่ในบริบทใด ชนบท หรือเมืองใหญ่

ครอบครัวดิจิทัล (Digital Family)

ข้อสังเกตของครอบครัวลักษณะนี้คือ อยู่ด้วยกันแต่เหมือนไม่ได้อยู่ด้วยกัน ขาดแคลนความสัมพันธ์ที่มนุษย์พึงมีระหว่างคนในครอบครัว แม้จะมีคนหลายช่วงอายุอาศัยอยู่ด้วยกัน แต่ไม่มีปฏิสัมพันธ์กันอย่างเหมาะสม ตัวอย่างเช่น ครอบครัวชาวเกาหลีที่สามีภรรยาเข้าใจว่า การให้อาหารลูกทางคอมพิวเตอร์ทดแทนการให้อาหารจริงได้ จนลูกเสียชีวิต หรือครอบครัวสมัยใหม่ที่อาศัยอยู่ร่วมกันระหว่างพ่อแม่ลูกและปู่ แต่ให้ความสำคัญกับชีวิตส่วนตัวของตัวเองมากกว่าสมาชิกในครอบครัว ลูกชายและลูกสะใภ้ไม่เคยสนใจพ่อสามี จนกระทั่งพ่อสามีต้องย้ายออกไปจากบ้านของตัวเอง เพราะไม่มีคนดูแล ส่วนลูกตนเองก็จ้างคนเลี้ยง โดยที่พ่อแม่อุ้มลูกน้อยตัวเองน้อยครั้งมาก เนื่องจากใช้ชีวิตอยู่หน้าจocomพิวเตอร์

จะเกิดอะไรขึ้นเมื่อครอบครัวขาดความสัมพันธ์ระหว่างมนุษย์เช่นนี้

จะมีผลกระทบอะไรกับสังคม ถ้าสังคมกลายเป็นสังคมดิจิทัลไปหมด

จะเกิดอะไรกับเมืองและประเทศนั้น เป็นคำถามที่สำคัญที่ต้องการการวิเคราะห์



เวชศาสตร์ครอบครัวกับการดูแลครบทุกมิติ : บทบาทที่ทำหาย

เวชศาสตร์ครอบครัวไม่ได้อยู่โดดเดี่ยว มีการเชื่อมโยงกับเวชศาสตร์ปัจเจกและเวชศาสตร์ชุมชนอย่างมาก ครอบครัวไม่ได้อยู่อย่างโดดเดี่ยวในชุมชน และคนในครอบครัวก็ไม่ได้อยู่กันอย่างโดดเดี่ยว เวชศาสตร์ครอบครัวควรเน้นไปที่สถาบันครอบครัว และนำมาเชื่อมโยงกับเวชศาสตร์ปัจเจกและเวชศาสตร์ชุมชน ต้องอธิบายวิชาเวชศาสตร์ครอบครัวให้ชัดว่า วิชานี้คืออะไร

การดูแลต้องทำให้ครบทุกมิติของสุขภาพครอบครัว (Family Health)

- สุขภาวะทางกาย (Physical Health)
- สุขภาวะทางจิตใจ (Mental Health)
- สุขภาวะทางสังคม (Social Health)
- สุขภาวะทางปัญญา (Intellectual and moral health)

การมุ่งไปที่สุขภาวะทางกายเพียงอย่างเดียว ไม่ใช่คำตอบของการดูแลครอบครัว การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างครอบครัวไทยกำลังเคลื่อนไหวย่างรวดเร็ว ต้องทำการวิจัยให้มากขึ้นว่า การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างทางสังคมมีผลดีหรือผลเสียต่อสุขภาวะของครอบครัว (Family Health) อย่างไร

ในเรื่องของสุขภาวะทางจิตใจ (Mental Health) ยังไม่มีการทำวิจัยเกี่ยวกับจิตเวชศาสตร์ของครอบครัวโดยตรง น่าจะมีการศึกษาเรื่องเหล่านี้ มีการทำวิจัย เพราะหลักสูตรแพทย์เกี่ยวกับด้านจิตเวชศาสตร์เน้นไปทางด้านปัจเจก เช่น จิตเวชศาสตร์เด็ก ผู้ใหญ่ หรือผู้สูงอายุ ตัวอย่างการวิจัย เช่น สุขภาวะทางจิตของครอบครัวไทยในชนบท บนดอย ชายทะเล ในเมือง กลุ่มครอบครัวดิจิทัล เป็นอย่างไร ใครมีความสุขหรือความทุกข์อย่างไร ในลักษณะครอบครัวเหล่านั้น อาจสามารถให้คำจำกัดความเกี่ยวกับกลุ่มอาการที่พบได้ในครอบครัวไทยรูปแบบต่าง ๆ เพื่อหาทางช่วยเหลือป้องกันไว้ก่อนที่จะเกิดผลลบกับครอบครัวเหล่านั้น

สุขภาวะทางสังคมของครอบครัวเป็นอีกหัวข้องานวิจัยที่น่าศึกษาว่า มีปัจจัยภายนอกครอบครัวอะไรบ้างที่จะทำให้ครอบครัวเข้มแข็ง โดยเฉพาะในเรื่องสุขภาวะทางสังคม (Social Health)





สุขภาวะทางปัญญาทางโลกและปัญญาทางธรรม (Intellectual and moral health) ก็เป็นหนึ่งในหัวข้องานวิจัยที่น่าศึกษา

ยังมีคำถามอีกมากที่เกี่ยวกับสุขภาวะของครอบครัวและเวชศาสตร์ครอบครัว เพราะจะทำให้มีการสังเกตความเปลี่ยนแปลงของครอบครัวไทยมากขึ้น

การให้ความสำคัญทุกด้านของสุขภาพครอบครัวและเวชศาสตร์ครอบครัวต้องมีครบ 4 มิติ คือ

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

ถ้านำทุกมิติของการดูแลสุขภาพครอบครัวมาทำเป็นตาราง จะเห็นว่ามีภารกิจมากมายที่ต้องช่วยกันและร่วมกันทำอย่างเป็นระบบ ต้องมียุทธศาสตร์ เมื่อได้ความรู้หรือหลักวิชาอะไรก็ต้องนำไปเผยแพร่โดยเร็ว

จนถึงปัจจุบันผ่านมา 12 ปีหลังจากมีแพทย์ประจำบ้านเวชศาสตร์ครอบครัวคนแรก การพัฒนาสาขาเวชศาสตร์ครอบครัวยังไม่เต็มที่ ดังนั้น ควรจะมีการเริ่มต้นพูดคุยกันเรื่อยๆ จากพวกเรา 200 กว่าคนที่เป็สมาชิกควรจะพยายามทำวิจัยหาความรู้ หรือหาประสบการณ์สรุปบทเรียน พยายามสรุปบทเรียนให้เป็นระบบ และเผยแพร่ผ่านสื่อมวลชนให้ประชาชนรับรู้ เพื่อให้คนไทยเห็นความสำคัญของสถาบันครอบครัวมากกว่านี้ เพราะถือว่าสถาบันครอบครัวเป็นสถาบันที่สำคัญที่สุดสำหรับชีวิตคน แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวกำลังเดินทางมาถึงจุดที่สำคัญ และเป็นจุดที่สามารถสร้างสิ่งที่ดีงามให้กับครอบครัวไทยได้อย่างมากมาย



มุมมองที่หลากหลาย

เวชปฏิบัติครอบคลุมกับการปฏิรูประบบสุขภาพไทย

นายแพทย์ หนูประดิษฐ์ ผู้แทนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

นางอรรณ ศรีเกิน ผู้แทนเจ้าหน้าที่ทีมสุขภาพ

ศาสตราจารย์ นายแพทย์บุญชอบ พงษ์พาณิชย์ ผู้แทนแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ

นายแพทย์สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์ นักวิชาการมูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ

การเสวนาเรื่อง “มุมมองที่หลากหลายในเวชปฏิบัติครอบครัวกับการปฏิรูประบบสุขภาพไทย” นั้น มีผู้แทนจากภาคส่วนต่าง ๆ ทั้งองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น บุคลากรทางสาธารณสุข แพทย์เฉพาะทาง และนักวิชาการ ซึ่งทำให้เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในมุมมองของแต่ละท่าน ผ่านประเด็นคำถามจากผู้ดำเนินการเสวนา สรุปได้ดังต่อไปนี้

แพทย์เวชปฏิบัติครอบครัวกับการบุกเบิกเป็นแกนนำในการพัฒนาชุมชน

นายแพทย์ หนูประดิษฐ์ : การเป็นนักพัฒนาชุมชนนั้นต้องรู้จักศึกษาวิถีความเป็นอยู่ของชุมชน เพราะความเป็นชุมชนแต่ละพื้นที่นั้นมีความเฉพาะตัวทั้งเรื่องการใช้ชีวิต การกินอยู่ การสื่อสาร อย่างเหมาะสมว่าการทำงานกับชุมชนนั้นเหมือนกันไปหมดทั่วประเทศ

ประชาชนมีความศรัทธาต่อแพทย์เป็นต้นทุน แต่แพทย์ก็จำเป็นต้องสร้างความสัมพันธ์กับชุมชนให้ได้ แต่ในปัจจุบัน แพทย์กับประชาชนในชุมชนห่างเหินกันมาก ทั้งนี้เนื่องจากแพทย์ทำงานอยู่เฉพาะในโรงพยาบาล แต่ไม่เคยออกไปสัมผัสกับคนในพื้นที่ที่มีความต้องการอะไร ทั้งที่ “บางโรครักษาก็ตาย ไม่รักษาก็ตาย บางโรครักษาก็หาย ไม่รักษาก็หาย บางโรครักษาหาย ไม่รักษาไม่หาย” การที่คนในชุมชนได้พบกับแพทย์แม้จะรักษาไม่หายแต่ก็เป็นการสร้างสายสัมพันธ์ที่ดีต่อกัน ดังที่พ่อลักษ์กล่าวว่า “นิสัยคนในชุมชนพอเจอหมอ 10% หายแล้ว ถ้าหมอยืม จับมือถือแขน หายเป็นปลิดทิ้ง”

เมื่อมีโครงการ 30 บาทรักษาทุกโรคเกิดขึ้น มีผู้ป่วยเข้ารับบริการในโรงพยาบาลมากขึ้นเรื่อย ๆ ทำให้การบริการไม่ทั่วถึง เมื่อเห็นสภาพการรอตรวจดังนั้น จึงมีความคิดอยากช่วยลดความแออัดในโรงพยาบาลขนาดใหญ่ เมื่อปรึกษาผู้อำนวยการขอให้มียาบาลลงไปปฏิบัติงานในชุมชนเพื่อคัดกรองผู้ป่วยตามความจำเป็นที่จะต้องพบแพทย์ หรือสามารถดูแลได้ในพื้นที่ ไม่ต้องเข้าไปถึงโรงพยาบาล โดยใช้สถานที่ที่เป็นหน่วยบริการกลางหมู่บ้าน ก็เป็นจุดเริ่มต้นของบริการที่ประชาชนเข้าถึงได้ง่ายขึ้น และเกิดบริการที่มีคุณภาพได้ การบริการนั้นมีทั้งรักษาในสถานพยาบาลและการออกเยี่ยมบ้าน ทำให้ประชาชนเข้าโรงพยาบาลน้อยลงอีกด้วยเพราะเชื่อใจพยาบาลที่มารักษา เป็นการช่วยลดงานบริการของโรงพยาบาลได้อีกทางหนึ่ง



ลักษ์ หนูประดิษฐ์
ผู้นำชุมชน อำเภอหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา

นอกจากนี้ ในอดีตพ่อลักษ์เคยช่วยส่งเสริมการพัฒนาสาธารณสุขมูลฐานทั้งเรื่องพัฒนาบ่อน้ำ ห้องน้ำให้ถูกสุขลักษณะ เพราะตั้งบ้านไว้ว่า “ถ้าไปอยู่บ้านใดต้องทำประโยชน์ให้บ้านนั้น”

โดยสรุปสิ่งที่พ่อลักษ์ต้องการสื่อสารให้กับแพทย์เวชปฏิบัติครอบครัวที่อยากเป็นนักพัฒนาก็คือ วิถีชุมชนมีความแตกต่าง มีบริบทเฉพาะตัว แพทย์จะทำตนเป็นนักพัฒนาได้ ต้องรู้จักศึกษาชุมชนให้เข้าใจปัญหาที่แท้จริง อย่าเหมารวมเอาว่าชุมชนทุกแห่งเหมือนกันหมด แพทย์ควรจะมีความคิดที่จะจัดบริการที่คำนึงถึงความต้องการที่แท้จริงของคนในชุมชน โดยเห็นแก่ประโยชน์ของชุมชนเป็นหลัก



อรรพรรณ ศรีเกิน
กลุ่มงานเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลขอนแก่น

นางอรรพรรณ ศรีเกิน : การเป็นพยาบาลชุมชนแต่ไม่เคยรู้จักชุมชน ทำให้เลือกที่จะลงไปอยู่ในหน่วยบริการปฐมภูมิเพื่อรู้จักชุมชนมากขึ้น เมื่อได้ทำงานที่ PCU ทำให้เห็นความแตกต่างของแพทย์เวชปฏิบัติครอบครัวและแพทย์สาขาอื่นในโรงพยาบาล

แพทย์เวชปฏิบัติครอบครัวจะเข้าใจความต้องการของผู้ป่วยได้เพราะการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม การใช้คำถามสื่อสารที่เหมาะสมก็นำไปสู่ความเข้าใจได้ ไม่ใช่เพียงแต่การซักประวัติ วินิจฉัยและการจ่ายยา อย่างไรก็ตาม จำนวนผู้ป่วยที่มารักษาในหน่วยบริการปฐมภูมิมีมากขึ้นเรื่อย ๆ ทำให้แพทย์ไม่ค่อยมีเวลาทำความเข้าใจกับผู้ป่วย จึงทำให้การรักษาอยู่ในสภาพเดียวกับที่โรงพยาบาล และแพทย์เวชปฏิบัติครอบครัวก็ยังไม่ได้ลงศึกษาครอบครัวในชุมชนจริง ๆ



ศ.นพ.บุญชอบ พงษ์พาณิชย์
ประธานมูลนิธิเด็กโรคหัวใจในพระอุปถัมภ์
ของสมเด็จพระพี่นาง

ศ.นพ.บุญชอบ พงษ์พาณิชย์ : เดิมอาจารย์เป็นคนต่างจังหวัด ทำให้เห็นบริบทของชุมชนเป็นอย่างดี ช่วงที่อาจารย์จบใหม่ ๆ ได้รับทุนไปเรียนต่างประเทศ ได้เห็นระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้าของประเทศอังกฤษ เมื่อ 40 กว่าปีที่แล้ว ซึ่งในตอนนั้นเพิ่งพัฒนามาประมาณ 10 ปี สิ่งที่เห็นชัดเจนในช่วงนั้นคือ หมอมือไม่พอ เพราะหมอในประเทศนี้ไปอยู่ประเทศออสเตรเลีย ประเทศสหรัฐอเมริกา เพราะงานหนักมาก ถ้าไม่มีหมอต่างชาติเข้าไปช่วยทำงานจากอินเดีย ปากีสถาน ระบบก็คงล่มไปแล้ว ลักษณะสำคัญที่เห็นคือ โรงพยาบาลค่อนข้างมีเวลาให้คนไข้ หมอ GP มีอิทธิพลมากต่อการให้บริการคนไข้ และต่อโรงพยาบาล เพราะคนไข้ลงทะเบียนกับหมอ

ส่วนตัวอาจารย์เองสนใจเวชศาสตร์ครอบครัว เมื่อเป็นผู้บริหารต้องช่วยภาควิชาเวชศาสตร์ครอบครัว มีโอกาสไปดูงาน เห็นวิวัฒนาการของยุโรป แคนาดา และสหรัฐอเมริกา ช่วงเกษียณอายุราชการได้มีโอกาสออกหน่วยโรคหัวใจเด็กมากขึ้น ไปออกหน่วยที่จังหวัดหนองบัวลำภู ที่สถานีอนามัย อาจารย์ไปจิตกรรมพยาบาลที่เป็นหัวหน้าสถานีอนามัยว่า “หนูต้องการอะไร” คำตอบ คือ “หนูต้องการหมอ” ไม่ต้องมาอยู่ทุกวันก็ได้ อาทิตย์ละวัน สองวัน เป็นที่ปรึกษาได้ คนไข้ไม่ต้องเดินทาง และเป็นความโชคดีที่ได้พบท่านผู้หญิงทัศนาวลัย ศรสงคราม ท่านถามว่า “ต้องการสนับสนุนงบประมาณในการพัฒนาเพิ่มหรือไม่” จึงเสนอว่าอยากสนับสนุนแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวให้ไปทำงานในถิ่นที่มีความต้องการ หลังจากนั้น ก็เริ่มดำเนินการโครงการแพทย์ชนบทคืนถิ่นปีละ 20 คน รวม 3 ปี มีทุนจากท่านทำวามหาพรหม และงบประมาณจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น รุ่นแรกในปี 2553 ได้แพทย์เข้าโครงการ 6 คน อาจารย์มีโอกาสออกไปเยี่ยม เห็นว่าแพทย์กลุ่มนี้มีความสุขในการทำงานและเรียน

อาจารย์มองว่าเวชศาสตร์ครอบครัวเป็นผู้เชี่ยวชาญสาขาหนึ่งเหมือนสาขาอื่น ณ ตอนนี้แพทย์มีเวลาน้อยในการดูแลคนไข้ จึงต้องการสนับสนุนให้แพทย์ผู้เชี่ยวชาญได้มีเวลาดูแลคนไข้อย่างแท้จริง มีเครือข่ายในการดูแลผู้ป่วย สร้างระบบส่งต่อที่มีคุณภาพ การดูแลแบบตัวต่อตัว มีเวลาให้คนไข้ ได้รู้จักคนไข้ คุณภาพของการบริการคนไข้ดีขึ้น

นายแพทย์สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์ : เริ่มจากที่เรามีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เพราะเป็นห่วงเรื่องค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของคนไทยที่วิจัยพบว่าค่าใช้จ่ายสูงเร็วมาก เร็วกว่าอัตราการเพิ่มของ GDP คำถามง่าย ๆ ว่า “เราจะมีระบบค่าใช้จ่ายสุขภาพไม่สูงได้อย่างไร” ตอนหลังมีหลายคนพูดว่า “การมีหลักประกันสุขภาพที่ดีจะทำให้ประชาชนลดค่าใช้จ่ายได้” เพราะฉะนั้นการที่จะทำปฏิรูประบบต้องแก้เรื่องเงิน แก้เรื่องกตีกาการเงิน ซึ่งมีระบบ 30 บาท ก็แก้กตีกาการเงินจริง

แนวคิดการวางระบบปฐมภูมิต้องเข้มแข็งกับปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้น :

1. เชื่อว่าระบบปฐมภูมิเดิมดีอยู่แล้ว เมื่อเปลี่ยนกตีกาการเงินจะช่วยให้ระบบดีขึ้น แต่รูปธรรมที่เกิด เมื่อจัดสรรงบประมาณรายหัวประชากรลงพื้นที่ ไม่ได้ไหลไปยังระบบปฐมภูมิที่ต้องการเงิน

2. กตีกาการเงินดีจริงหรือไม่ ชาวบ้านอยากได้อะไรที่แท้จริง ชาวบ้านอยากฝากผีฝากไข้กับหมอ ไม่ได้หมายความว่า หมอคืออย่างเดียว ระบบทั้งระบบต้องดีด้วย เช่น ระบบส่งต่อ เมื่อชาวบ้านเลือกปฐมภูมิจะได้เชื่อมั่นว่า เมื่อป่วยหนัก ๆ ระบบจะช่วยเขาได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ระบบปฐมภูมิของประเทศไทย ควรดำเนินการ 3 อย่าง คือ

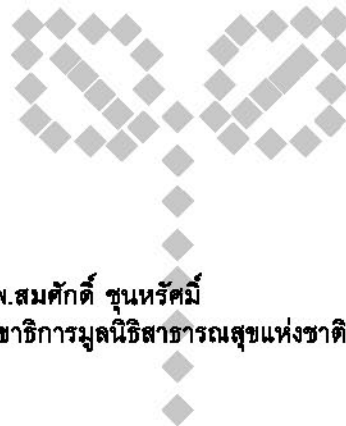
1. การออกแบบโครงสร้างให้ดีกว่านี้

2. พัฒนากลไกการสนับสนุน เช่น ระบบการเงิน บทบาทของแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวในระบบของประเทศ

3. พัฒนาระบบการส่งต่อให้มีประสิทธิภาพ : อย่างน้อยมี 2 มิติ (มิติที่ 1 เรื่องส่งทำไม มิติที่ 2 อะไรเป็นองค์ประกอบสำคัญในระบบส่งต่อที่ทำให้การส่งแต่ละประเภทแตกต่างกัน ถ้าไม่วิเคราะห์ให้ครบ การแก้ระบบส่งต่อก็จะวนเวียนอยู่ในเรื่องเดิม การส่งต่ออย่างน้อยมี 4 เหตุผล คือ 1) ส่งเพราะฉุกเฉิน 2) ส่งเพราะจะไปรักษาแบบรอได้ 3) ส่งเพื่อไปตรวจเฉย ๆ 4) ส่งเพื่อให้เกิดการดูแลต่อเนื่อง เช่น โรคเรื้อรัง ทั้ง 4 เหตุผลอย่างน้อยระบบไม่เหมือนกัน ต้องการมิติที่ไม่เหมือนกัน และต้องการการจัดการที่ไม่เหมือนกัน



นพ.สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์
เลขาธิการมูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ





มีคำถามง่าย ๆ ว่า "แล้วต้องทำอะไรบ้างเพื่อให้ระบบเป็นมิตรต่อปฐมภูมิ ในทางปฏิบัติ ก็เป็นมิตรกับประชาชน เมื่อประชาชนไปปฐมภูมิเกิดความมั่นใจ และมีความสุข คนทำงานเมื่อให้ไปทำปฐมภูมิ จะไม่รู้สึกว่าเป็นหมอสั้นสอง (การออกแบบในระบบปฐมภูมิ พยาบาลมีความสำคัญอย่างมาก) ประเด็นคือ ใช้การเปลี่ยนกติกา หรือ ใช้การฝึกอบรมแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป เพื่อกระจายอยู่ทั่วประเทศ โดยมีอัตราส่วน 1 : 5,000 หรือ 1 : 10,000 เหมือนอย่างประเทศอังกฤษ

มองภาพทั้งระบบ คืบความมั่นใจ เพื่อแพทย์เวชปฏิบัติครอบครัว พยาบาล มั่นใจว่าต้องช่วยคนไข้ได้เมื่อเจ็บป่วยหนัก ทำหน้าที่เปิดประตูบ้าน แต่ต้องเปิดให้ถูกประตูให้ติดต่อกับหน่วยบริการที่สูงต่อไป (ไม่ใช่ไปแล้วพบอะไร แล้วต้องทำอะไรผู้ป่วยก็ไม่รู้) เชื่อว่าพฤติกรรมมนุษย์ถูกกำหนดโดยโครงสร้างเชิงระบบของสังคม ถ้าออกแบบโครงสร้างไม่ดี พฤติกรรมก็ไม่ดีทั้งระบบ

มองว่างานปฐมภูมิไม่ใช่การพัฒนาเฉพาะตัวของตัวเอง ที่เอาตัวเองเข้าไปอยู่ใกล้ชุมชน ผูกพันกับชาวบ้านแล้วจบ แต่ต้องมองภาพทั้งระบบที่ต้องส่งต่อให้เหมาะสม และเป็นการคืนความมั่นใจให้กับชุมชนที่จะสามารถไว้วางใจได้ว่าหมอจะดูแลสุขภาพได้ ทำงานร่วมกันเป็นทีม

ศ.นพ.บุญชอบ พงษ์พาณิชย์ : ตัวอย่างที่อาจารย์พบคือการดำเนินโครงการอยุธยา (ศูนย์สุขภาพชุมชน) มีลูกครูคนหนึ่งที่ถูกส่งเข้ามาที่โรงพยาบาลรามฯ หมอแนะนำว่า "ควรผ่าตัด" ครูคนนั้นตอบว่า "เดี๋ยวขอกลับไปถามหมอที่บ้านก่อน" ขนาดผมเป็นหมอเชี่ยวชาญยังรู้สึกได้ว่า "เอ้อ! แสดงว่าหมอที่นั่นใช้ได้เลย" เห็นชัดเจนที่หมอใกล้ตัวคนไข้สร้างความมั่นใจให้คนไข้ได้

นพ.สตาจ์ ศุภผล : ช่วงที่เรียนแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวยังไม่มีหลักการอะไรมาก หรือเรียกว่ายังไม่เข้มข้น เมื่อมองย้อนหลัง 2 ปี แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวที่ทำงานในระบบปฐมภูมิจึงส่วนใหญ่เรียนรู้จากการทำงาน การทำงานในชุมชนทำให้เรียนรู้เป็นอย่างมาก เมื่อพิจารณาหลักสูตรที่เข้ามา 12 ปี ตัวหลักสูตรเองการเน้นให้แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวลงไปทำงานในชุมชนน้อย เพราะในหลักสูตรจริงกำหนดให้ไปอยู่โรงพยาบาลชุมชน 3 เดือน โดยหลักเน้นการเรียนหลักการของสาขาหลักวิชาอื่น คิดว่าแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวที่จบออกมาช่วงแรก ๆ การที่ปรับตัวกับงานในชุมชนต่าง ๆ ได้ เป็นสิ่งที่ได้มาจากการใช้ประสบการณ์การเรียนรู้จากการทำงาน ถ้ามองในอนาคตหลักสูตรควรปรับเปลี่ยนให้เหมาะสมมากขึ้น ต้องมองว่าต้องการแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวไปทำงานในจุดไหนของระบบ ทำในโรงเรียนแพทย์เป็นอาจารย์ หรือทำใน PCU ในโรงพยาบาลชุมชน หรือบริหารจัดการของ CUP นอกจากนี้หลักสูตรน่าจะมองการทำงานในชุมชนมากขึ้น เหมาะกับสถานการณ์ระบบสุขภาพในปัจจุบัน และความคาดหวังของสังคมกับบทบาทของแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว ยกตัวอย่างการพัฒนาหลักสูตร In service training สามารถตอบโจทย์ได้

นายแพทย์สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์ : หมอต้องการความรู้สึกว่า รู้อะไรมากกว่าคนอื่น รู้อะไรต้องรู้ เป็นแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ ถามว่า "อะไรคือวิชาหรือความรู้ทางวิชาที่แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปหรือแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวควรมี ผมคิดว่าวิชาที่จะมีประโยชน์มากคือ วิชา Positive psychology แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปจะต้องใช้วิชานี้เยอะมาก

ศ.นพ.บุญชอบ พงษ์พาณิชย์ : นักเรียนแพทย์ส่วนใหญ่จะทำตามอาจารย์แพทย์ที่ดูแลเฉพาะโรคตัวอย่างเช่น การรวันด์กับนักเรียนแพทย์ ผมถามว่า "รู้ไหมคนไข้มาจากไหน" นักเรียนแพทย์ตอบว่า "ไม่รู้" ผมถามต่อไปอีกว่า "แล้วพ่อ แม่ เด็ก เขาอยู่ที่ไหน" ก็ตอบว่าไม่รู้อีก (นักเรียนแพทย์ไม่ค่อยชอบเท่าไรเพราะคิดว่าไม่ได้ความรู้ถามแต่อะไรก็ไม่รู้) นี่เป็นตัวอย่างว่า ทำอย่างไรที่จะแทรกสิ่งเหล่านี้ให้นักเรียนแพทย์ไม่ใช่เจาะเฉพาะโรคอย่างเดียว (หลักการได้หมด แต่พอลงปฏิบัติหายหมด)

นายลภย์ หนูประดิษฐ์ : ต้องการหมอที่ถูกใจ ใกล้ชิดชาวบ้าน ถ้าหมอมมีโอกาสเข้าชุมชน ต้องศึกษาวิถีชีวิตชุมชน ศึกษากรอบนอกกรอบ ไม่ใช่ติกรอบว่า นำความรู้จากมหาวิทยาลัยลงไปทำงานกับชุมชนทั่วประเทศ ชุมชนแต่ละชุมชนไม่เหมือนกัน แพทย์ต้องพบชาวบ้านโดยมีการสร้างเครือข่าย มีแกนนำชุมชน อาสาสมัครมาช่วยทำงาน นำคนเก่งมาช่วยกันทำงาน มีการบอกต่อปากต่อปาก ทำให้คนรู้ว่าตนเองต้องดูแลสุขภาพตนเองก่อนและต้องต่อเนื่อง แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวต้องมีการทำงานแบบเครือข่าย กระจายอย่างทั่วถึง ทำเล็ก ๆ ไปหาใหญ่ จึงจะประสบความสำเร็จ อย่าทำอย่างไทย "ทำใหญ่ ๆ ไปหาเล็ก" ล้มเหลวตลอด

นางอรรพรรณ ศรีเกิน : อยากเห็นแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวเป็นหมอประจำชุมชน ร่วมคิดร่วมทำ ร่วมวางแผน มีพื้นที่รับผิดชอบชัดเจน รับผิดชอบจำนวนประชากร ร่วมงานต่อเนื่องประจำร่วมกับทีมสหวิชาชีพ ในรูปแบบของหน่วยบริการปฐมภูมิ

ประเด็นชวนคิด

1. โรงเรียนแพทย์ ในฐานะที่เป็นครูโรงเรียนแพทย์ จะมีการประสานงานอย่างไร ระหว่างภาควิชาเวชศาสตร์ครอบครัวกับภาควิชาอื่น ๆ ซึ่งอาจารย์ของภาควิชาอาจไม่มี แนวคิดเวชศาสตร์ครอบครัว เพื่อสร้างตัวอย่างให้นักเรียนแพทย์ได้เห็น ได้รู้ ทั้งนี้เพราะ นักเรียนแพทย์ส่วนใหญ่อยากเป็นแบบอาจารย์ ต้องทำให้แพทย์สนใจ แนวคิดของเวชศาสตร์ ครอบครัว กระตุ้นให้คนรู้และสร้างความเข้มแข็งให้เวชศาสตร์ครอบครัว อย่างน้อยครึ่งหนึ่งของแพทย์จบใหม่ควรได้เรียนแนวคิดเวชศาสตร์ครอบครัว

2. ระบบสุขภาพไทย ต้องมีระบบปฐมภูมิที่เข้มแข็งและดีเป็นฐาน มีลักษณะ 3 ประการ

- เป็นระบบสุขภาพที่ประชาชนเชื่อมั่น
- เป็นระบบที่คนทำงานแล้วมีความสุข
- เป็นระบบบริการสุขภาพที่ยั่งยืน มีคุณภาพ

3. สร้างหมอบประจำครอบครัวได้ไม่ยากถ้าทำระบบให้ดี (ไม่ใช่แบบอังกฤษ) มี 2 ตัวอย่างที่ดีที่เห็นชัด คือ 1) พยาบาล 2) เทคโนโลยีการสื่อสาร แพทย์ที่อยู่ในโรงพยาบาล อำเภอ หรือ CUP รับผิดชอบครอบครัวทุกครอบครัวในพื้นที่ CUP ได้ ทำงานร่วมกับสถานีอนามัย ระดมกำลังพยาบาลในโรงพยาบาลออกไปช่วยจัดการ เปิดโอกาสให้พยาบาล การใช้ คนทั้ง CUP ไปดูแลประชาชน ระบบที่เข้มแข็งของ CUP ต้องมีแพทย์ที่มีวิญญานของ เวชปฏิบัติทั่วไป ต้องแพร่อิทธิพลทางความคิดต่อผู้คนรอบข้าง อย่างเข้าใจ และลงมือทำจริง เปลี่ยนวิธีการทำงานในระบบสุขภาพ เป็น Model การทำงานเวชปฏิบัติครอบครัวอย่างไทย

4. ชุมชนแต่ละแห่งมีความแตกต่างกันในแต่ละพื้นที่ แพทย์เวชปฏิบัติครอบครัวต้อง ศึกษาวิถีชุมชนให้เข้าใจ เพื่อที่จะสามารถบรรเทาปัญหาที่เกิดขึ้นจริงได้ ชุมชนมีความหลากหลายจึงไม่สามารถใช้วิธีการเดียวกันได้ทั้งหมด แต่ต้องอาศัยการวิเคราะห์เพื่อให้เข้าใจปัญหา และความต้องการที่แท้จริงของชุมชน

"เวชปฏิบัติครอบครัว มีจุดยืนในการเป็นศาสตร์ที่มองเห็นองค์รวม เข้าใจความหลากหลายของชุมชน และสามารถเป็นความหวังของคนหลาย ๆ ฝ่ายในสังคมไทย"





เสวนาวิชาการ

การสนับสนุนการพัฒนาเวชศาสตร์ครอบครัวของประเทศไทย

รองศาสตราจารย์ แพทย์หญิงสมจิต พฤษะริตานนท์
นายแพทย์ยงยุทธ พงษ์สุภาพ
นายแพทย์เกษม เวชสุทธานนท์
แพทย์หญิงสุพัตรา ศรีวณิชชากร
Dr.Garth Manning



การสนับสนุนการพัฒนาเวชศาสตร์ครอบครัวในบริบทของกระทรวงสาธารณสุข

นพ.เกษม เวชสุทธานนท์ : เมื่อ 2 ปีที่แล้วสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ราชวิทยาลัยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวแห่งประเทศไทย และกระทรวงสาธารณสุข ได้ลงนามในบันทึกความร่วมมือ (MOU) ในการพัฒนาเวชศาสตร์ครอบครัวเพื่อสนับสนุนระบบบริการปฐมภูมิ โดยมีนายแพทย์เสรี หงษ์หยก รองปลัดกระทรวงในขณะนั้นเป็นประธาน ต่อมานายแพทย์สุริยะ วงศ์คงคาเทพ ได้รับมอบหมายให้ดูแลแทนทั้งหมด โดยมีการแต่งตั้งคณะทำงานเพื่อการดำเนินการตาม MOU เช่น ตั้งกลไกหลักในส่วนกลาง โดยสถาบันพระบรมราชชนก (สบช.) เป็นทีมเลขา สำนักบริหารการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ (สบปป.) สำนักบริหารสาธารณสุขภูมิภาค (สบภ.) และหน่วยงานอื่นที่ได้รับมอบหมาย เพื่อประสานและจัดทำแผนพัฒนางานเวชศาสตร์ครอบครัวให้สอดคล้องกับแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ โดยให้มีส่วนร่วมจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง กำหนดโครงสร้างบทบาทของแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวให้มีความชัดเจน การจัดระบบสนับสนุน การสร้างแรงจูงใจ การปรับแก้ระเบียบและแนวปฏิบัติที่เกี่ยวข้องให้เอื้อต่อการพัฒนางานเวชศาสตร์ครอบครัวและระบบบริการปฐมภูมิ และร่วมกับราชวิทยาลัยฯ พัฒนาหลักสูตรแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวให้สอดคล้องกับยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบปฐมภูมิ พัฒนาสถาบันการฝึกอบรมหลักสถาบันสมทบ ตลอดจนพัฒนาอาจารย์ในสถาบันฝึกอบรมในส่วนภูมิภาคของกระทรวงสาธารณสุข สนับสนุนการดำเนินงานศูนย์การเรียนรู้ด้านเวชศาสตร์ครอบครัวระดับภาค และส่งเสริมให้เกิดการขยายเพิ่มขึ้นในพื้นที่อื่น ๆ ตลอดจนกำกับ ติดตาม และประเมินผลอย่างต่อเนื่อง สนับสนุนงบประมาณตามความจำเป็น



และประสานงานกับองค์กรแหล่งทุนอื่น เพื่อสนับสนุนการพัฒนางานเวชศาสตร์ครอบครัว ศูนย์การเรียนรู้ด้านเวชศาสตร์ครอบครัว การพัฒนาศักยภาพแพทย์และบุคลากรสาธารณสุข ที่ปฏิบัติงานด้านเวชศาสตร์ครอบครัวในระบบบริการปฐมภูมิ ส่งเสริม และสนับสนุนเพื่อให้แพทย์ที่สนใจเวชศาสตร์ครอบครัวและบริการสุขภาพปฐมภูมิ เข้ารับการศึกษาศึกษา/ฝึกอบรม รวมทั้งการสอบเพื่อขอรับวุฒิบัตร

สำหรับบทบาทของกรรมการพัฒนาแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว มี 3 ด้านคือ กำหนดแนวทาง/จัดทำแผนยุทธศาสตร์พัฒนางานเวชปฏิบัติครอบครัว กำหนดโครงสร้างบทบาทหน้าที่ ระบบสนับสนุน และการสร้างแรงจูงใจด้านต่าง ๆ แก่แพทย์เวชปฏิบัติครอบครัว เพื่อพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ พัฒนาศักยภาพในการผลิตแพทย์เวชปฏิบัติครอบครัว ประสานงานความร่วมมือระหว่างสถาบันฝึกอบรมในการพัฒนาหลักสูตรฝึกอบรมแพทย์เวชปฏิบัติครอบครัว และให้มีระบบประกันคุณภาพการศึกษา

ผลการดำเนินการพบว่า มีการประชาสัมพันธ์และสนับสนุนให้แพทย์มาเรียนด้านเวชศาสตร์ครอบครัวมากขึ้น รวมทั้ง กลุ่มบริหารงานบุคคลได้กำหนดบทบาทหน้าที่ ภาระงาน ความก้าวหน้าของงานเวชศาสตร์ครอบครัวให้เท่าเทียมกับสาขาอื่น โดยเสนอ กพ. สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขให้เพิ่มเวชศาสตร์ครอบครัว ในชื่อกลุ่มงานและชื่อตำแหน่งแพทย์ในรอบโครงสร้างในกลุ่มงานเวชกรรมสังคมใน รพศ./รพท. ผชช.ว. กลุ่มงานควบคุมโรคในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด

ด้านการสนับสนุนการจัดตั้งศูนย์เรียนรู้เวชศาสตร์ครอบครัวเพื่อพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิจำนวน 18 เขตเพื่อเป็นกลไกสนับสนุนวิชาการให้แก่แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวและทีมสหสาขาวิชาชีพใน รพ.สต. นั้น ยังเจอข้อจำกัดเพราะสถาบันการผลิตยังมีน้อย ขณะนี้เริ่มต้นจาก 5 แห่ง และจะเพิ่มให้ครบ 18 แห่งภายใน 3 ปี โดยแบ่งเป็น 3 ระดับ คือ ระดับเริ่มต้น ระดับพร้อมพัฒนา และระดับพร้อมดำเนินการ

สำหรับภารกิจเร่งด่วน กระทรวงสาธารณสุขและสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ มีนโยบายผลิตแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว ปีละ 200 คนต่อปี ระยะเวลา 5 ปี เพื่อพัฒนาคุณภาพบริการในระดับปฐมภูมิ โดยให้แพทย์ทำงานและเรียนในพื้นที่ โดยเรียนในระบบ In - service training ผลการดำเนินงานปีแรกมีแพทย์สมัครเข้าเรียน 10 กว่าคน ปีที่สองประมาณ 30 คน

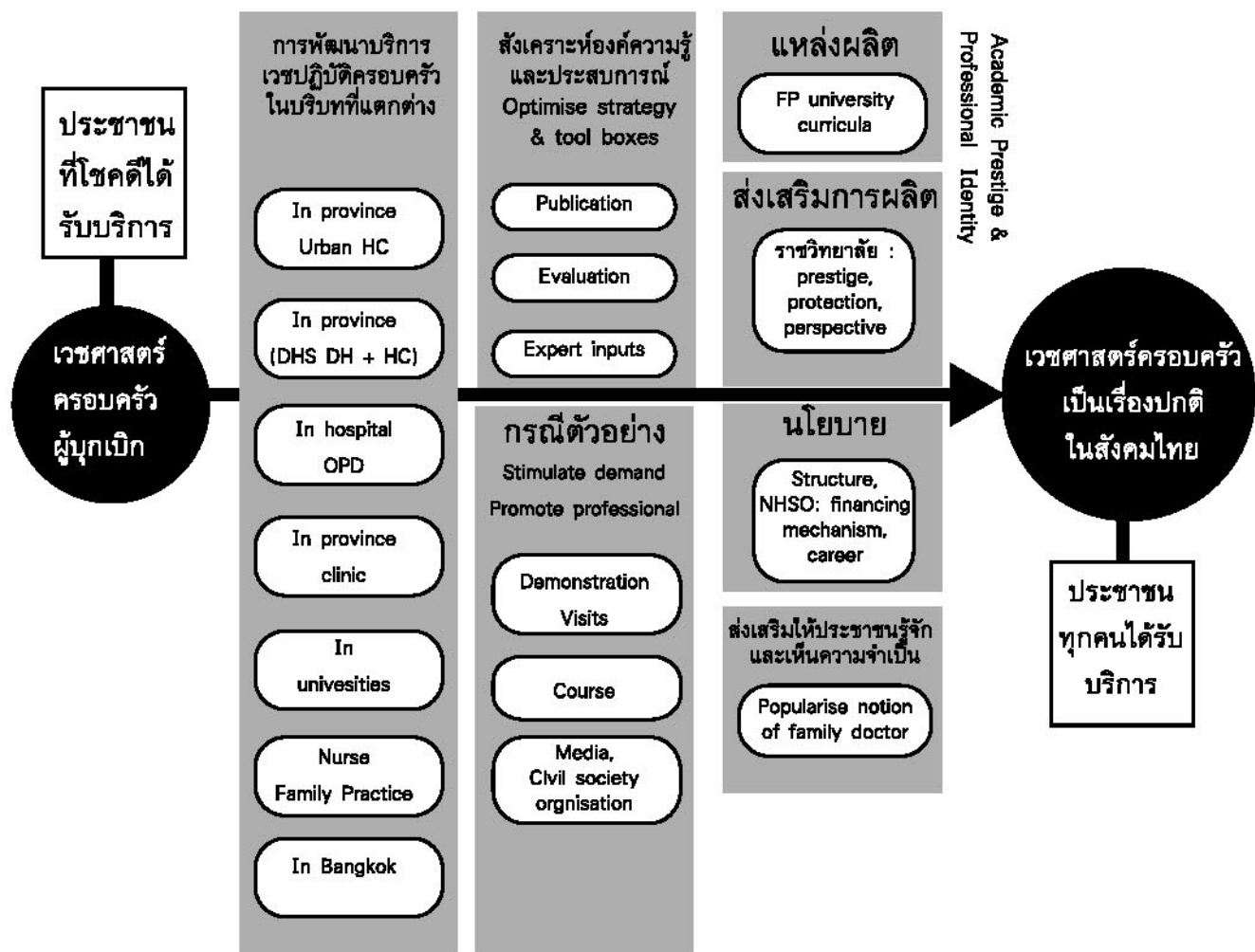




การสนับสนุนการพัฒนาเวชศาสตร์ครอบครัวในบริบทของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

นพ.ยงยุทธ พงษ์สุภาพ : สปสช.ขับเคลื่อนให้คนเข้าสู่ระบบ โดยเน้นให้เกิดความร่วมมือกับองค์กรอื่น เช่น กระทรวงสาธารณสุข ราชวิทยาลัยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว เพื่อให้ประชาชนได้รับการบริการจากแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว ปัจจุบันแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวสามารถปฏิบัติงานได้หลายแห่ง เช่น ศูนย์แพทย์ชุมชน โรงพยาบาลชุมชน คลินิกเอกชน ฯ ทำใน OPD โรงพยาบาลใหญ่ เขตเมืองที่โคราชเป็นบทเรียนที่ดีในการพัฒนางานเวชศาสตร์ครอบครัวที่สามารถเชื่อมระหว่างทฤษฎีกับการทำงานจริงได้

การพัฒนาเวชศาสตร์ครอบครัวที่ได้ผล มีความจำเป็นต้องสร้างความเชื่อมโยงระหว่างสถาบันการศึกษาและหน่วยงานที่ควบคุมคุณภาพ เพื่อให้การผลิตแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวมีคุณภาพ มีศักดิ์ศรีไม่น้อยกว่าแพทย์สาขาอื่น แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวไม่สามารถทำงานคนเดียวได้ แพทยสภาต้องยอมรับการฝึกปฏิบัติงานในพื้นที่ทำให้ผู้เรียนได้รับ อว.หรือ วว. ได้รับเทียบเท่ากับแพทย์เชี่ยวชาญสาขาอื่น วิชาชีพพยาบาลหรือวิชาชีพอื่น ๆ เช่น นักกายภาพบำบัด นักจิตวิทยา รวมทั้งเจ้าหน้าที่ในสถานบริการที่อยู่ในชุมชน ไม่ว่าจะเป็น สอ. รพ.สต. หรือศูนย์แพทย์ชุมชน ก็ควรฝึกในพื้นที่จริงได้ และได้รับปริญญาเพื่อเพิ่มศักดิ์ศรีทางวิชาการในวิชาชีพเช่นเดียวกัน จึงจะทำให้ทีมบริการปฐมภูมิเข้มแข็งได้



การสนับสนุนการพัฒนาเวชศาสตร์ครอบครัวในบริบทของราชวิทยาลัยแพทย์ เวชศาสตร์ครอบครัวแห่งประเทศไทย

รศ.พญ.สมจิต พฤกษ์รัตนานนท์ : การพัฒนาเวชศาสตร์ครอบครัวในประเทศไทยเกิดขึ้นอย่างต่อเนื่อง ในปี 2539 มีการเสนอเปลี่ยนหลักสูตรแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปเป็นแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว และเริ่มฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านสาขาเวชศาสตร์ครอบครัวใน ปี พ.ศ. 2542 แต่ยังมีข้อจำกัด จึงมีการตั้งราชวิทยาลัยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวแห่งประเทศไทย ในปี พ.ศ. 2549 ในปี พ.ศ. 2550 เมื่อมีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวมากขึ้น มีการพัฒนาคุณภาพของแพทย์ สร้างความเข้าใจกับประชาชน และเป็นกัลยาณมิตรกับบุคลากรทางการแพทย์อื่น สิ่งสำคัญที่สุดคือมีการส่งเสริมงานวิจัยเพื่อสนับสนุนระบบบริการ มีบันทึกความร่วมมือระหว่างกระทรวงสาธารณสุข สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และราชวิทยาลัย ฯ ทำงานร่วมกันเพื่อพัฒนาเวชศาสตร์ครอบครัวและระบบบริการปฐมภูมิ ได้แก่ ดูแลแต่แรกทุกเรื่อง (first contact care) ต่อเนื่อง (continuing care) เบ็ดเสร็จ (comprehensive care) ผสมผสาน (integrated care) บริการที่เข้าถึงสะดวก (Accessibility care) ระบบปรึกษาและส่งต่อ(consultation and referral) ต้องให้รอยต่อที่เข้มแข็ง ประสานระหว่างเวชศาสตร์ครอบครัวกับระบบบริการปฐมภูมิได้ เป้าหมายที่ปรารถนาองค์การอนามัยโลกได้พูดถึงห้าเหลี่ยมพันธมิตรว่ามีเรื่อง นโยบายรัฐ ผู้เชี่ยวชาญสุขภาพ สถาบันการศึกษา ชุมชนกลุ่มต่าง ๆ ผู้จัดการสุขภาพ (สปสช.) การพัฒนาที่ดำเนินการคือ ผู้เชี่ยวชาญเวชศาสตร์ครอบครัว มีหลักสูตรการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้าน การปฏิบัติงานเพื่อสอบวุฒิบัตรอนุมัติบัตร มีการเปลี่ยนแปลงวิธีการสอบ แพทย์จะต้องพัฒนาการสอบให้สอบได้ การพัฒนาศักยภาพแพทย์เวชปฏิบัติงานเพิ่มพูนความรู้เวชศาสตร์ครอบครัว สปสช.ให้ทุน และทุนสมเด็จพระพี่นาง การประชุมแพทย์ศาสตร์ศึกษาแห่งชาติครั้งที่ 2 ให้มีแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป ครั้งที่ 4-8 มีการพัฒนาให้เป็นแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว มีภาควิชาเวชศาสตร์ครอบครัวในทุกแห่งที่เป็นโรงเรียนแพทย์ มีการจัดทำ Best practice to research มีการจัดหาแพทย์พี่เลี้ยง และได้รับการอบรม การจัดประชุมวิชาการสนับสนุนการศึกษาต่อเนื่อง ศูนย์กลางแลกเปลี่ยนราชวิทยาลัยอื่น



เข้าร่วมและสนับสนุนด้านอื่น ๆ การผดุงเกียรติ มีการส่งเสริมการทำวิจัย การไปดูงานต่างประเทศ การประสานกับกระทรวงสาธารณสุข ในการกำหนดตำแหน่ง โครงสร้างบทบาทและหน้าที่ของแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว กระทรวงสาธารณสุขดำเนินการให้มีตำแหน่งได้ การจัดสรรงบประมาณเพื่อทำกิจกรรมต่าง ๆ มีการลงนามความร่วมมือกับภาคีต่าง ๆ ทั้งในประเทศและต่างประเทศ การพัฒนาผู้เชี่ยวชาญเวชศาสตร์ครอบครัว นอกจากการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้าน การฝึกอบรมแพทย์เพื่อสอบการสนับสนุนการประชาสัมพันธ์ จัดทำวารสาร การปฏิบัติงานเพื่อการสอบในต่างประเทศก็มีการจัดการเรียนการสอน สนับสนุนให้ทำงานในพื้นที่

การสนับสนุนการพัฒนาเวชศาสตร์ครอบครัวในบริบทของในบริบทขององค์กรวิชาการ

พญ.สุพัตรา ศรีวณิชชากร : เวชศาสตร์ครอบครัวเป็นกลวิธีหนึ่งที่สำคัญในการเพิ่มคุณภาพ และเพิ่มคุณค่าของระบบบริการปฐมภูมิ ด้วยกระบวนการดูแลแบบองค์รวม ต่อเนื่อง มอง “คน” เป็นศูนย์กลาง เพิ่มคุณค่าและสร้างความสุขให้กลุ่มบุคลากรที่ทำงานเวชปฏิบัติทั่วไปในชนบท เป็นกลไกในการบูรณาการระบบบริการสุขภาพ ทำให้เกิดระบบที่มีประสิทธิภาพด้วยต้นทุนไม่สูงเกินไป

วิวัฒนาการของศาสตร์เวชศาสตร์ครอบครัวครั้งแรกที่เชียงใหม่ในปี 2529 การมีพัฒนาการของบริการปฐมภูมิ มีการทำงานเวชปฏิบัติครอบครัวในโรงพยาบาลชุมชน มีการพัฒนารูปแบบการพัฒนาบริการปฐมภูมิและเวชศาสตร์ครอบครัว มาเรื่อย ๆ มีการพยายามเปลี่ยนชื่อจาก GP จนกระทั่งเป็นแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว มีกระบวนการพัฒนาการให้บริการต่าง ๆ ปัจจุบันเรื่องการจัดบริการมีผลต่อการพัฒนามาก หลังจากมีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวพบว่า หมอมีปัญหาในการทำงานจึงมีการรวมตัวกันเป็นเครือข่าย มีการทำงานวิชาการร่วมกัน จัดตั้งศูนย์การเรียนรู้เวชศาสตร์ครอบครัวในระดับภูมิภาค ให้แพทย์ที่อยู่ในสถานบันการศึกษาหรือสถานบันฝึกอบรมทำหน้าที่เป็นพี่เลี้ยงให้น้อง ๆ ในพื้นที่

มองในแง่การสนับสนุนเพื่อพัฒนาเวชศาสตร์ครอบครัวที่ควรจะเป็นและต่อเนื่อง บทเรียนที่ได้จากน้อง ๆ รวมถึงงานวิจัยของนายแพทย์สตาจ์จะคล้าย ๆ กันคือ ปัญหาแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวที่จบออกมา 50% มีความสุข อีก 50% ไม่มีความสุข บางคนทำงานได้ บางคนทำงานได้ไม่ดี ซึ่งเข้าใจว่ามีเรื่องของระบบบริการอยู่มาก ความมั่นใจในการเป็นวิชาชีพเฉพาะเป็นผู้เชี่ยวชาญ การประยุกต์ใช้ศาสตร์วิชาและเทคโนโลยีในด้านเวชศาสตร์ครอบครัวในประเทศไทย บริการแบบไทย ๆ การทำทนายความรู้และวิชาการ การพัฒนาบุคลากรเพื่อให้มีความรู้ความสามารถในด้านเวชศาสตร์ครอบครัว มีหลักสูตรระยะสั้นรูปแบบต่าง ๆ ในด้านนักศึกษาแพทย์ ควรมีการสอดแทรกเนื้อหาเข้าไปในหลักสูตรระดับก่อนปริญญา บทบาทขององค์กรที่จะเข้ามามีส่วนร่วม จะต้องมีส่วนร่วมในการวิจัยและพัฒนา รูปแบบ ในเชิงการพัฒนาบริการและการบริหารจัดการ เพื่อให้สอดคล้อง และเอื้ออำนวยต่อการทำงานได้เต็มที่ ต้องค่อยเป็นค่อยไปและเพิ่มขึ้น การวิจัยจะเป็นเครื่องมือที่จะตอบว่าแพทย์เวชศาสตร์

ครอบครัวมีความรู้จริง มีบทบาทจริง การสร้างความเข้าใจศาสตร์ต่อสาธารณะให้เข้าใจบทบาทหน้าที่กับวิชาชีพเดียวกัน วิชาชีพอื่น

ประเด็นที่ควรมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง

- การ Consolidate ความรู้ ความเข้าใจ และประสบการณ์ของการทำเวชศาสตร์ครอบครัวในประเทศไทยให้ชัด และสรุปอัตลักษณ์ (Identity) ของศาสตร์นี้ให้ชัดเจนว่า เราคือใคร สำคัญขนาดไหน และอยู่อย่างไรในระบบบริการสุขภาพของประเทศไทย
- การประยุกต์ใช้ศาสตร์นี้ในประเทศไทยได้อย่างเหมาะสม และเป็นที่ยอมรับหลาย
- ความเข้าใจและการยอมรับของแพทย์สาขาอื่น ๆ
- การทำวิจัย เพื่อพัฒนาความเข้มแข็งของศาสตร์นี้ในประเทศไทย
- การพัฒนาระบบบริการ เพื่อรองรับการทำงานด้านนี้อย่างเหมาะสม
- การสื่อสารกับบุคลากรสาธารณสุขสาขาต่างและประชาชนทั่วไป

แผนการสนับสนุนจากสำนักงานวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน สถาบันพัฒนาสุขภาพอาเซียน

- สนับสนุน ส่งเสริมการวิจัยในด้านบริการปฐมภูมิและเวชศาสตร์ครอบครัว
- ประสานและจัดฝึกอบรมในด้านเวชศาสตร์ครอบครัว เวชศาสตร์ชุมชน
- ประสาน สนับสนุน การรวมกลุ่ม เครือข่ายแพทย์/บุคลากร ที่สนใจด้านเวชศาสตร์ครอบครัว ศูนย์การเรียนรู้ในด้านเวชศาสตร์ครอบครัว/บริการปฐมภูมิ

การสนับสนุนการพัฒนาเวชศาสตร์ครอบครัวในมุมมองขององค์กรวิชาชีพต่างประเทศ

Dr.Garth Manning : หลักฐานจากงานวิจัยของนักวิชาการชั้นนำบ่งบอกอย่างชัดเจนว่า ประเทศที่มีระบบบริการปฐมภูมิที่เข้มแข็ง สุขภาพของประชาชนจะดี ปัญหาสุขภาพของไทยนั้นต้องการบริการส่งเสริมสุขภาพ และมากกว่า 90% ของโรคสามารถรักษาได้ที่ระบบบริการปฐมภูมิ ซึ่งทำให้แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวได้รับความสนใจ ซึ่งประเทศอื่น ๆ ในภูมิภาคอาเซียน เช่น ฟิลิปปินส์ มาเลเซีย ฯลฯ ก็มีความต้องการแพทย์ประจำครอบครัวมากขึ้น สำหรับการพัฒนาวชศาสตร์ครอบครัวในประเทศไทยมีความท้าทายที่ต้องดำเนินงานในเรื่องดังต่อไปนี้

1. สร้างความชัดเจนเรื่องโครงสร้างความก้าวหน้าของอาชีพ (Career structure)
2. เพิ่มระบบการเงินเพื่อสนับสนุนการฝึกอบรม
3. การกำหนดเป็นนโยบายในระดับชาติ
4. เพิ่มบทบาทของพยาบาล
5. ปฏิรูประบบการเงินการคลัง
6. เพิ่มการทำวิจัยในระบบบริการปฐมภูมิ



เวชศาสตร์ครอบครัว : จากแนวคิดสู่การปฏิบัติ

รวมบทคัดย่อและผลงานวิจัย (Oral presentation)

หัวข้อ การพัฒนาระบบบริการ

(Health Service and System Development)

และ การวิจัยในระบบบริการปฐมภูมิ

(Primary Care Research)



รวมบทคัดย่อและผลงานวิจัย (Oral presentation)
หัวข้อ การพัฒนาระบบบริการ
(Health Service and System Development)
และ การวิจัยในระบบบริการปฐมภูมิ
(Primary Care Research)



สรุปการนำเสนอในห้องย่อย การพัฒนาระบบให้คำปรึกษาขณะเยี่ยมบ้านผู้ป่วยโดย Tele-Home Health Care ด้วยเทคโนโลยี Wi-MAX

นายแพทย์กฤษฏี ทองบรรจบ

ศูนย์แพทย์สมเด็จพระเทพ ฯ มศว.องครักษ์ นครนายก

ประสบการณ์ใช้ระบบ Wi-MAX ในการให้คำปรึกษาการเยี่ยมบ้าน โดยทีมเยี่ยมบ้านของศูนย์แพทย์สมเด็จพระเทพ ฯ มศว. นครนายก พบว่า เทคโนโลยี Wi-MAX นั้นมีประโยชน์ในการใช้เป็นเครื่องมือเสริมการเยี่ยมบ้านที่อยู่ห่างไกลโรงพยาบาล เพราะสามารถเชื่อมโยงกับฐานข้อมูลของผู้ป่วยในโรงพยาบาล เพื่อการตรวจสอบสิทธิการรักษาของผู้ป่วย เรียกดูประวัติที่ผู้ป่วยรับการรักษาในโรงพยาบาล ตรวจสอบการส่งยาจากโรงพยาบาล และดูรายงานผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการได้ เป็นการเพิ่มความครอบคลุมการจัดบริการแก่ผู้ป่วยที่บ้าน เนื่องจากไม่ต้องรอค้นประวัติจากโรงพยาบาล ประหยัดเวลา ไม่ต้องเสียค่าเดินทางหลายครั้ง แพทย์สามารถค้นหาฐานข้อมูลผู้ป่วยได้อย่างทันที่ นอกจากนี้ การผสมผสานเทคโนโลยีสมัยใหม่อย่างกล้อง webcam ทำให้สามารถขอคำปรึกษาจากพื้นที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ เพราะเชื่อมต่อภาพที่บ้านส่งไปยังโรงพยาบาล ทำให้แพทย์ที่เยี่ยมบ้านหรือพยาบาลสามารถขอคำปรึกษาจากโรงพยาบาล หรือจากแพทย์ที่ศูนย์พระเทพ ฯ ได้

เทคโนโลยี Wi-MAX เป็นช่องสัญญาณสำหรับการสื่อสารที่พัฒนาขึ้นโดยทหาร ต้องมีการติดตั้งอุปกรณ์กระจายสัญญาณไว้ที่โรงพยาบาล และใช้อุปกรณ์รับสัญญาณ (CPE) แบบติดตั้งภายในอาคาร (RSU) การสื่อสารผ่านเครือข่ายนั้น ต้องใช้โปรแกรมที่ติดตั้งเพื่อให้เชื่อมโยงกันได้ คือ Mirial และติดต่อกันผ่านระบบ teleconference เพื่อใช้ในการปรึกษาจากระยะไกลส่งสัญญาณภาพผ่าน webcam และเชื่อมต่อเข้ากับระบบ Hospital Information System (HIS) ของโรงพยาบาล

ผลการพัฒนาพบว่า มีการใช้งานใน CUP ของศูนย์การแพทย์พระเทพฯ แล้วได้ผลดีต่อระบบการให้คำปรึกษา เมื่อมีปัญหาติดขัดระหว่างการเยี่ยมบ้าน สามารถติดต่อกับแพทย์เวชศาสตร์

ครอบครัวได้โดยตรง และตรวจประวัติการรักษาพร้อมรายละเอียดข้อมูลต่าง ๆ ของผู้ป่วยได้

ข้อเสียของการใช้เทคโนโลยี Wi-MAX คือการใช้งบประมาณลงทุนสูง (30 ล้านบาท) ขณะนี้ทางคณะแพทยศาสตร์กำลังของบประมาณเพื่อการลงทุนเพิ่มอีก 70 ล้านบาท เนื่องจากเห็นผลการพัฒนาเป็นไปด้วยดี



บทคัดย่อ

โครงการวิจัยเรื่องการพัฒนาระบบให้คำปรึกษาขณะเยี่ยมบ้านผู้ป่วย Tele-Home Health Care ด้วยเทคโนโลยี Wi-MAX

นายแพทย์กฤษฏี ทองบรรจบ

นายแพทย์จตุรนต์ ตั้งสังวรธรรมะ

นายแพทย์สมศักดิ์ วสุวิติกุล

นายเฉลิม สุวรรณะ

นางสาวเยาวรีย์ ดอเลาะห์

เครือข่ายบริการปฐมภูมิ ศูนย์การแพทย์สมเด็จพระเทพ ฯ สยามบรมราชกุมารี
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ องครักษ์ จังหวัดนครนายก

ที่มาและความสำคัญของปัญหา : การเยี่ยมบ้านเป็นกิจกรรมที่เชื่อมการบริการสุขภาพที่จัดในโรงพยาบาล ศูนย์สุขภาพชุมชน ให้ต่อเนื่องกับการดูแลที่บ้าน จากการดำเนินงานที่ผ่านมาพบว่า กิจกรรมการเยี่ยมบ้านมีอุปสรรคหลายประการ เช่น การขาดแคลนอัตรากำลังแพทย์และเจ้าหน้าที่ พยาบาลเยี่ยมบ้านไม่สามารถเยี่ยมบ้านได้อย่างครอบคลุม หรือการเรียนการสอนเวชศาสตร์ครอบครัวแก่นิสิตแพทย์ไม่มีประสิทธิภาพและไม่ค่อยได้รับการเรียนรู้เท่าที่ควร

ประเด็นพัฒนา : เพื่อศึกษาและออกแบบระบบให้คำปรึกษาขณะเยี่ยมบ้านกับทีมเยี่ยมบ้านเวชศาสตร์ครอบครัว โดยการประยุกต์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสารมาใช้ในการเยี่ยมบ้าน

เทคนิค/แนวคิด : ออกแบบระบบให้คำปรึกษาขณะเยี่ยมบ้าน ด้วยวิธีการเชื่อมต่อระบบเครือข่ายจากอุปกรณ์คอมพิวเตอร์มายังโรงพยาบาลโดยใช้ช่องการสื่อสารความเร็วสูง Wimax ซึ่งได้ติดตั้งอุปกรณ์กระจายสัญญาณไว้ที่อาคารโรงพยาบาลศูนย์การแพทย์ ฯ และใช้อุปกรณ์รับสัญญาณ (CPE) แบบติดตั้งภายในอาคาร (RSU) เพื่อเชื่อมต่อเข้ากับระบบ และใช้โปรแกรม Mirial ในการติดต่อผ่านระบบ teleconference เพื่อใช้ในการ consult ซึ่งจะส่งสัญญาณภาพผ่านกล้อง webcam และเชื่อมต่อเข้ากับระบบ Hospital Information system (HIS) ของโรงพยาบาล

ผลการพัฒนา : พบว่า CUP ศูนย์การแพทย์ ฯ มีระบบการให้คำปรึกษาในขณะออกไปเยี่ยมบ้าน โดยสามารถ Consult กับแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวได้โดยตรง เสมือนมีแพทย์ออกไปเยี่ยมบ้านด้วย และสามารถตรวจสอบประวัติการรักษาและรายละเอียดข้อมูลต่าง ๆ ของผู้ป่วยได้

ประโยชน์/บทเรียนที่ได้รับ : สามารถพัฒนาต่อยอดให้มีการปรึกษาทางไกลในรูปแบบสหสาขาวิชาชีพได้ต่อไป พยาบาลเวชศาสตร์ครอบครัว ให้สามารถเรียนรู้แนวคิดเวชศาสตร์ครอบครัวในการเยี่ยมบ้าน และการดูแลผู้ป่วยที่บ้านได้ตลอดเวลา ส่งเสริมความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว ทีมเยี่ยมบ้าน ผู้ป่วยและครอบครัว ซึ่งจะส่งผลดีต่อการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องระยะยาวต่อไป





สรุปการนำเสนอในห้องย่อย

โครงการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน

แพทย์หญิงเบญจภรณ์ เกรียงไกรเพชร

โรงพยาบาลชลบุรี

เนื่องจากมีปัญหาเกี่ยวกับเกี่ยวกับการบันทึกข้อมูลการรายงานผู้ป่วยตามตัวชี้วัดของโรงพยาบาลสระบุรี ทำให้การวิเคราะห์มีความคลาดเคลื่อน จึงได้มีการพัฒนาโปรแกรมสำหรับใช้ในระบบ intranet ของโรงพยาบาล และศูนย์สุขภาพชุมชนเพื่อให้บันทึกข้อมูลได้อย่างครบถ้วน และสามารถเลือกข้อมูลบางส่วนหรือทั้งหมดเพื่อนำมาวิเคราะห์ได้ ข้อมูลบางอย่างซึ่งเคยมีการลงแบบซ้ำซ้อน ก็ทำให้เป็นระบบเดียวกัน เช่น ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ซึ่งทางศูนย์สุขภาพชุมชนจะสามารถเรียกดูได้จากที่ศูนย์สุขภาพชุมชน

การพัฒนาโปรแกรมนั้น เริ่มจากความคิดของหัวหน้ากลุ่มงานเวชกรรมสังคมและพยาบาลผู้ดูแลงานเบาหวาน กำหนดตัวชี้วัดที่ต้องการ และประสานกับศูนย์คอมพิวเตอร์ของโรงพยาบาลสระบุรี ให้เขียนโปรแกรมที่ตอบสนองความต้องการของผู้ใช้ในการดึงข้อมูลที่มีอยู่แล้วในโรงพยาบาล ได้แก่ ร้อยละของการลงทะเบียนตามชุมชนและภาพรวมทุกชุมชน ร้อยละการตรวจต่าง ๆ เช่น ร้อยละการตรวจไขมัน การตรวจไต การตรวจตา การตรวจเท้า ตัวชี้วัดโรคอ้วน ตัวชี้วัดการเกิดโรคแทรกซ้อนรายใหม่ต่อปี เป็นต้น

โปรแกรมสำเร็จรูปนี้อยู่ในระบบ intranet ของโรงพยาบาล ซึ่งบุคคลภายนอกไม่สามารถเข้าถึงได้ เนื่องจากต้องมีรหัสการเข้าถึงโปรแกรม ดังนั้น จึงเป็นการรักษาความปลอดภัยเบื้องต้น

ประโยชน์ที่ได้รับคือ การคิดโปรแกรมสำเร็จรูปเพื่อให้ใช้งานได้ง่าย สะดวก เข้าถึงได้จากศูนย์สุขภาพชุมชนที่อยู่นอกโรงพยาบาล และเป็นความคิดที่เกิดขึ้นจากปัญหาที่พบในการทำงาน เมื่อร่วมกันหาทางแก้ไข จึงทำให้เกิดความร่วมมือร่วมใจกันของเจ้าหน้าที่ทุกระดับ นอกจากนี้ยังสามารถนำผลงานส่งได้ตลอดเวลา งานมีประสิทธิภาพมากขึ้น



บทคัดย่อ

โครงการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน

แพทย์หญิงเบญจภรณ์ เกรียงไกรเพชร

นายแพทย์อานนท์ ไทยเจริญ

สมศิริ พันธุ์ศักดิ์ศิริ

หน่วยงานเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลสระบุรี ร่วมกับศูนย์คอมพิวเตอร์

โรงพยาบาลสระบุรี

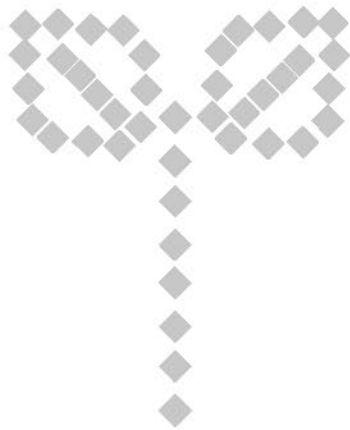
ที่มาและความสำคัญ : ผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มารับบริการที่ศูนย์สุขภาพชุมชนในโรงพยาบาลสระบุรี ส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยเบาหวานที่อยู่ในเขตตำบลปากเพรียว ซึ่งเป็นเขตรับผิดชอบของศูนย์สุขภาพชุมชนทั้งหมด 2,185 คน แต่ได้รับการตรวจอยู่ที่ศูนย์สุขภาพชุมชน 809 คน ที่เหลือรับบริการที่ OPD อายุรกรรม โดยมีความปัญหาในการนำข้อมูลประสิทธิภาพการตรวจรักษาตัวชี้วัดต่าง ๆ การติดตามผู้ป่วย มาวิเคราะห์

ประเด็นในการพัฒนา : การจัดทำฐานข้อมูลโดยเขียนโปรแกรม ที่สามารถนำข้อมูลมาใช้ตลอดเวลา โดยใส่เงื่อนไขลงไปตามต้องการได้ ทำให้สะดวกในการดูข้อมูลตัวชี้วัดการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน และนำมาใช้ให้เกิดการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยต่อไป แยกพื้นที่รับผิดชอบเป็นชุมชนจะมีแพทย์และพยาบาลรับผิดชอบตามชุมชน เพื่อสะดวกในการดูแลรักษาต่อเนื่อง ประเมินตัวชี้วัดเปรียบเทียบระหว่างผู้ป่วยที่อยู่ในเขตตำบลปากเพรียวที่รักษาที่ศูนย์สุขภาพชุมชนและที่รับการรักษาที่อายุรกรรม

เทคนิคแนวคิด : เริ่มต้นจากการประชุมจากหัวหน้ากลุ่มงานเวชกรรม และพยาบาลผู้ดูแลงานด้านเบาหวาน คิดออกแบบตัวชี้วัดให้ได้ตามมาตรฐานการรักษา ปรึกษากับศูนย์คอมพิวเตอร์เพื่อช่วยกันเขียนรูปแบบโปรแกรมการดึงข้อมูลซึ่งมีอยู่ในคอมพิวเตอร์ส่วนใหญ่อยู่แล้ว เช่น ข้อมูลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ซึ่งเจ้าหน้าที่ไม่ต้องลงข้อมูลในโปรแกรมใหม่ เพียงแต่ลงข้อมูลรายชื่อคนไข้ลงทะเบียนแยกตามชุมชน เมื่อเขียนโปรแกรมออกมา และให้ใส่ไว้ใน intranet โรงพยาบาล สามารถดูข้อมูลได้ online ตัวชี้วัดได้แก่ ร้อยละของการลงทะเบียนตามชุมชนและภาพรวมทุกชุมชน ร้อยละการตรวจต่าง ๆ 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 หรือถ้าไม่ได้อยู่ในโรงพยาบาล สามารถเข้าไปที่ www.intranet.srbr.in.th ส่งผลให้ระบบการติดตามผู้ป่วยมาตรวจเลือดที่จำเป็นต้องเจาะในเบาหวานได้ครอบคลุมมากขึ้น โดยสามารถดูได้ตลอดเวลาว่า ใครยังไม่ได้ส่งตรวจเลือด และอยู่ในเขตใด เป็นเขตรับผิดชอบของใคร สามารถดูประสิทธิภาพการรักษาเบาหวานว่า การรักษาที่ศูนย์สุขภาพชุมชนได้ผลเป็นอย่างไร สามารถเปรียบเทียบกับที่อายุรกรรมว่าเป็นอย่างไ และนำมาวิเคราะห์หาสาเหตุและแก้ปัญหาต่อไป สามารถตรวจสอบข้อมูลผู้ป่วยเบาหวานคนใดเกิดภาวะแทรกซ้อน ทั้งในแง่เฉียบพลันและเรื้อรัง เพื่อนำไปวิเคราะห์หาเหตุและแก้ไขปัญหาต่อไป

ประโยชน์/บทเรียนที่ได้รับ : หัวหน้างานมีบทบาทสำคัญที่จะผลักดันงานนี้ให้สำเร็จ ต้องสร้างให้คนในแผนกยอมรับเครื่องมือที่เข้ามาใหม่ว่า เป็นประโยชน์กับเขาและงานจริง ๆ โดยที่ภาระไม่ได้เพิ่มขึ้น และให้เขามีส่วนร่วมในการคิดจึงจะเกิดการร่วมมือ





สรุปการนำเสนอในห้องย่อย ระบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

นายแพทย์โรจน์ศักดิ์ ทองคำเจริญ
โรงพยาบาลแม่สอด จังหวัดตาก

จุดเริ่มต้นที่ทำให้สนใจการจัดระบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย เพราะเห็นปัญหาของผู้ป่วยที่อยู่บ้านและได้รับความทุกข์ทรมานจากโรคมะเร็ง จึงถามตัวเองว่า มีความรู้ความสามารถที่จะดูแลผู้ป่วยหรือไม่ โรงพยาบาลมีศักยภาพและมียาหรือไม่ เมื่อได้คำตอบว่า มีศักยภาพเพียงพอ จึงนำไปสู่ขั้นตอนต่อไป

เมื่อวิเคราะห์ปัญหาที่เกิดขึ้นจากภาพรวมของโรงพยาบาล พบว่า ระบบการดูแลในโรงพยาบาลและการติดตามผู้ป่วยเมื่อกลับบ้านมีการแยกส่วนและขาดความเชื่อมโยง ความรู้สึกที่เกิดขึ้นเมื่อเห็นปัญหา “ระบบการดูแลตอบสนองได้ดีเฉพาะคนที่เป็นโรคที่รักษาหาย” แต่ในความเป็นจริงแล้ว “การดูแลผู้ที่ทุกข์ยากเป็นหน้าที่ของทุกคน”

ประเด็นพัฒนา ทำอย่างไรจะลดความทุกข์ของผู้ป่วยและครอบครัวได้

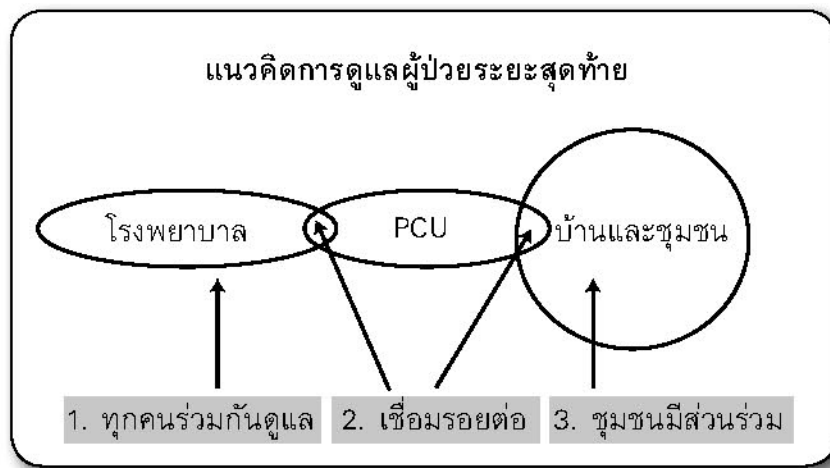
1. ทำอย่างไรจะเกิดการดูแลแบบต่อเนื่อง (continuous care) คำตอบคือ ต้องหาเพื่อน ต้องมีทีมและประสานงานร่วมกันทั้งระบบบริการ ต้องมีเจ้าภาพ
2. จะต้องทำให้เกิดระบบที่มีความยั่งยืน โดยการสร้างการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย (stakeholder)

แนวคิดการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย (รูปที่ 1)

บทบาทของโรงพยาบาล มีการทำงานร่วมกันของทีมสหสาขาวิชาชีพ โดยมี Palliative round และทีมจิตอาสา

บทบาทของชุมชน แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวและทีมเยี่ยมบ้านกับทีมในชุมชน โดยให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการเป็นเจ้าภาพ

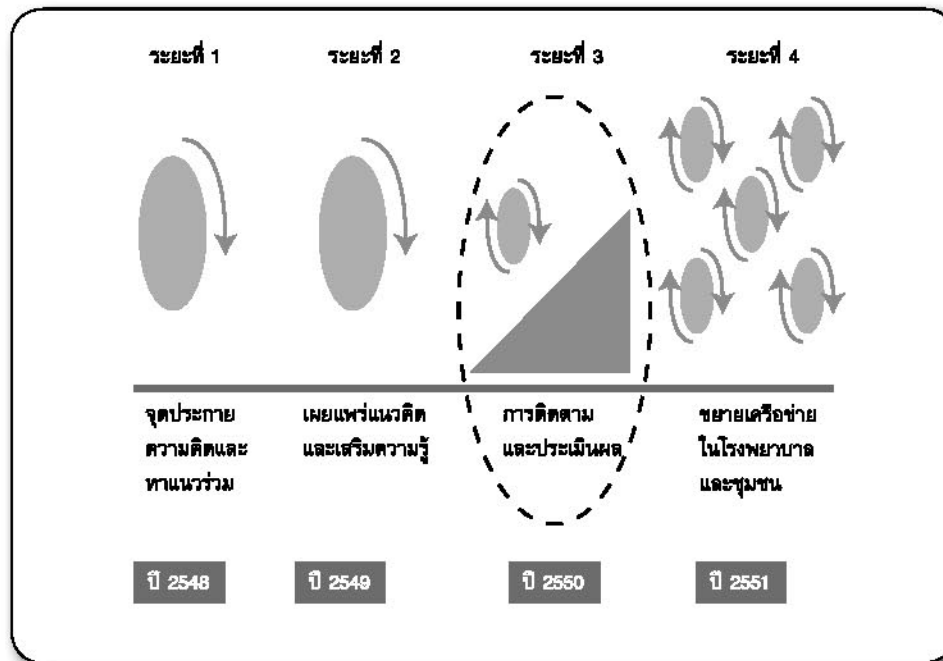
บทบาทของศูนย์สุขภาพชุมชนเป็นตัวกลางเชื่อมประสานระหว่างโรงพยาบาลและชุมชน



รูปที่ 1 แนวคิดการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย โรงพยาบาลแม่สอด

จากบริบทเห็นได้ว่า การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายเป็นเรื่องที่สำคัญ โรงพยาบาลจึงได้ดำเนินโครงการการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายตั้งแต่ปีงบประมาณ 2548 มีการพัฒนาโครงการอย่างต่อเนื่อง แบ่งเป็น 4 ระยะ (ดังรูปที่ 2) คือ

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



รูปที่ 2 การพัฒนาเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย โรงพยาบาลแม่สอด

วิสัยทัศน์ของเครือข่ายกัลยาณมิตร

- สร้างเครือข่ายที่แข็งแรงและหลากหลาย
- เพื่อเป้าหมายการบำบัดทุกข์ บำรุงสุขให้แก่ผู้ป่วย/ครอบครัว โดยมีได้กำหนดแต่เพียงโรค มะเร็ง หากแต่รวมถึงการดูแลผู้ป่วยที่เป็นโรคร้ายแรงอื่นๆ ที่รักษาไม่หาย
- เน้นการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน

ระยะติดตามประเมินผล เห็นได้ว่ามีผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่รับไว้ในโครงการปี 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 โครงการดีแต่ไม่มีส่วนร่วมกับชุมชน จึงต้องหาทางให้ผู้อื่นมีส่วนร่วม หาเครือข่ายในชุมชน

ผลการพัฒนา

- ทักษะการสื่อสารในผู้ปฏิบัติดีขึ้น ทีมงานในพื้นที่พึ่งตัวเองได้มากขึ้น
- เสียชีวิตที่บ้านเป็นส่วนใหญ่
- ชุมชนเริ่มต้นตัวเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย และโรงพยาบาลก็เปิดพื้นที่สำหรับการทำงานมากขึ้น
- มีการบริจาคเงินและอุปกรณ์ให้กับโครงการ

บทสรุปของการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย (จากพระมหาวุฒิชัย)

“หัวใจสำคัญของความสำเร็จใด ๆ ก็แล้วแต่ คือ ทีมงานที่มั่นคงและเข้มแข็ง”.....

...แล้วหากนโยบายดี แต่เครือข่ายไม่เหนียวแน่น ไม่แข็งแรงก็คงจะไปไม่รอด...หากเก่งแต่เพียงผู้เดียว เช่น คุณหมอเป็นเจ้านองงาน หมอเก่งอยู่คนเดียว คนอื่น ๆ อาจไม่เอาด้วย จะทำอย่างไรให้การทำงานเป็นทีมเกิดขึ้น.....โดยที่สำคัญต้องยึดถือความเป็นส่วนตัวของผู้ป่วยและครอบครัวเป็นสำคัญ



บทคัดย่อ

ระบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย โรงพยาบาลแม่สอด

นายแพทย์โรจนศักดิ์ ทองคำเจริญ

โรงพยาบาลแม่สอด อำเภอแม่สอด จังหวัดตาก

ที่มาและความสำคัญของปัญหา : ผู้ป่วยที่มีความเจ็บป่วยระยะสุดท้ายของโรค ต้องประสบกับความทุกข์ทรมาน ทั้งจากตัวโรคและระบบการดูแลรักษาที่แยกส่วนและขาดการเชื่อมโยง ซึ่งทำให้ผู้ป่วยรู้สึกถูกทอดทิ้งจากระบบบริการสาธารณสุข ตามสถานการณ์ในปัจจุบันระบบการดูแลสามารถตอบสนองความต้องการของชุมชนได้เฉพาะต่อโรคที่รักษาหาย แต่ยังมีส่วนที่ต้องพัฒนาสำหรับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายซึ่งแพทย์ไม่สามารถดูแลได้เพียงลำพัง

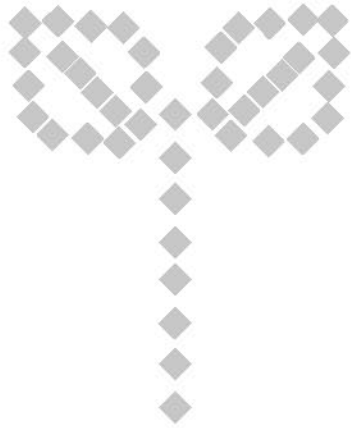
ประเด็นการพัฒนา : ทำอย่างไรจะลดความทุกข์ของผู้ป่วยโดยสร้างการมีส่วนร่วมของภาคส่วนต่าง ๆ ซึ่งมีส่วนเกี่ยวข้อง ทั้งภายนอกและภายในโรงพยาบาล การที่จะสามารถให้การดูแลที่ดีต้องหาเพื่อน มีทีม และการประสานงานร่วมกันทั้งระบบบริการ ทำให้มีการดูแลที่ต่อเนื่องซึ่งได้แบ่งปันภาระ การดูแล ซึ่งมีความเหนื่อยและยากลำบาก ทั้งโรงพยาบาล หน่วยบริการปฐมภูมิ ญาติผู้ป่วย และชุมชน และต้องทำให้เกิดระบบที่มีความยั่งยืนจากแรงบันดาลใจ นำมาถึงการลงมือปฏิบัติ

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

ผลการพัฒนา : ทักษะการสื่อสารในผู้ปฏิบัติดีขึ้น ทีมพื้นที่พึ่งตัวเองได้มากขึ้น ผู้ป่วยเสียชีวิตที่บ้านเป็นส่วนใหญ่ชุมชนเริ่มตื่นตัว โรงพยาบาลได้รับโอกาสในการพัฒนา และมีการบริจาคเงินและอุปกรณ์ให้กับโครงการ

ประโยชน์/บทเรียนที่ได้รับ : ระบบที่ยั่งยืนเกิดจากการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนที่มีส่วนเกี่ยวข้อง การวัดความสำเร็จของโครงการที่แท้จริง อยู่ที่ผู้ป่วยครอบครัวและความสุขของผู้ปฏิบัติ การสร้างระบบต้องเหมาะสมกับความต้องการและทรัพยากรของพื้นที่ ตลอดจนวัฒนธรรมท้องถิ่นและองค์กร

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



สรุปการนำเสนอในห้องย่อย

โครงการการจัดระบบบริการปฐมภูมิแบบบูรณาการในเครือข่ายอำเภอคำชะอี จังหวัดมุกดาหาร

นายแพทย์อนุวัตร แก้วเชียงหวาง

มุกดาหารเป็นจังหวัดหนึ่งทางภาคอีสานที่อยู่ติดแม่น้ำโขง มีสะพานข้ามแม่น้ำโขงเป็นแห่งที่สอง มุกดาหารมี 7 อำเภอ อำเภอคำชะอี มีประชากร 70,000 กว่าคน

นายแพทย์อนุวัตรปฏิบัติงานที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และพัฒนาเครือข่ายในอำเภอ ดังต่อไปนี้

ที่มาและความสำคัญของปัญหา

- โรงพยาบาลรับภาระผู้ป่วยนอกจำนวนมาก เกินภาระงานของแพทย์ที่ให้บริการ
- ขาดคุณภาพของการรักษาพยาบาล
- ประชาชนผู้รับบริการต้องเดินทางไกล
- บริการไม่เป็นไปตามเกณฑ์มาตรฐาน

ประเด็นการพัฒนา

- จัดระบบบริการเป็นเครือข่าย
- บริหารจัดการทรัพยากร
- เพิ่มคุณภาพการให้บริการ
- พัฒนาศักยภาพบุคลากร



แนวคิด มาจาก Primary Care: Improving Quality and Reducing Costs

โดย Barbara Starfield

แนวคิดบริการปฐมภูมิ

- First contact ดูแลเมื่อมีปัญหาใหม่ เป็นแห่งแรก
- Person-focused ให้ความสำคัญกับความเป็นบุคคล
- Coordinating care ประสานงาน กับบริการทั้งหมดที่มี โดยเฉพาะอย่างยิ่งกับโรงพยาบาล
- Maintain competences ส่งต่อในกรณีที่พบได้น้อย ไม่ได้พบได้ทั่วไป



ผลการพัฒนา

- การบริการจัดการทรัพยากร แบ่งความรับผิดชอบออกเป็น 4 โชนะ รวมกลุ่มสถานีนานามัย วางแผนงบประมาณรวมในส่วนที่เป็นรายจ่ายประจำ และบ่งเสริมป้องกันมิงบกลางในการพัฒนาที่บริหารร่วมกันใน คปสอ.
- การจัดหาและพัฒนาบุคลากร จัดตั้งโครงการศูนย์แพทย์ (CMU) 2 แห่ง มีแพทย์ประจำทุกวัน ทันตแพทย์หมุนเวียนสัปดาห์ละ 1 วัน มีทันตภิบาลประจำทั้งสองแห่ง ส่งพยาบาลเรียนเวชปฏิบัติจนกระทั่งมีพยาบาลวิชาชีพผ่านการอบรม 7 คน
- ระบบสารสนเทศและการสื่อสาร การประสานงาน เช่น การเบิกยาการส่งการตรวจทางห้องปฏิบัติการผ่านทางอีเมล การใช้โปรแกรม Skype เพื่อขอรับคำปรึกษาเกี่ยวกับผู้ป่วย เป้าหมายการมีระบบสารสนเทศที่ดี คือ ผลลัพธ์ในการดูแลรายบุคคล
- การจัดระบบรับส่งต่อ เจ้าหน้าที่สถานีนานามัยสามารถปรึกษาแพทย์ประจำห้องฉุกเฉินผ่านโปรแกรม Skype ผู้ป่วยและญาติสามารถรับยาได้โดยตรงที่ห้องจ่ายยาของโรงพยาบาลโดยไม่ต้องผ่านระบบ OPD กรณีที่มีใบสั่งยาจากศูนย์แพทย์ทั้งสองแห่ง
- การมีส่วนร่วมของชุมชน เกิดการวางแผนร่วมกันในทีมเยี่ยมบ้าน ระหว่างทีมผู้ให้บริการกับอาสาสมัครหมู่บ้าน (อสม.) และมีกลุ่มจิตอาสาดูแลผู้พิการ

ปัจจัยที่เอื้อต่อการพัฒนา

- นโยบายศูนย์แพทย์ชุมชน (CMU) tract A, B
- ผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุขสนับสนุน
- สปสช. ใช้งบประมาณ

ความคิดและความฝัน

- มีใครรู้บ้างว่าหมอเวชศาสตร์ครอบครัวอยู่ในเรื่องราวของบริการปฐมภูมิ
- ถ้ามีแล้วจะสามารถเปลี่ยนแปลงอะไรได้บ้าง
- เมื่อไหร่คนไทยจะได้มีแพทย์ประจำตัว แพทย์ประจำตำบล

สิ่งที่อยากพูด

- งานบริการนอกโรงพยาบาลมีค่าใช้จ่ายเท่าใดแน่ ใครควรจ่าย
- ควรมี Thai Primary Care Score หรือไม่

บทคัดย่อ

โครงการการจัดระบบบริการปฐมภูมิแบบบูรณาการ ในเครือข่ายอำเภอคำชะอี จังหวัดมุกดาหาร

นายแพทย์อนุวัตร แก้วเชียงหวาง

ศูนย์แพทย์ชุมชนบ้านคำชะอี เครือข่ายปฐมภูมิโรงพยาบาลคำชะอี

อำเภอคำชะอี จังหวัดมุกดาหาร

วัตถุประสงค์ : เพื่อลดความแออัดในการให้บริการผู้ป่วยนอกในโรงพยาบาลคำชะอี จัดระบบบริการเป็นเครือข่ายในระดับสถานีอนามัย บริหารจัดการทรัพยากรให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุด และเพื่อเพิ่มคุณภาพการให้บริการแบบองค์รวมโดยสหวิชาชีพตามหลักเวชศาสตร์ครอบครัว

ประเด็นพัฒนา : โดยวางยุทธศาสตร์หลัก 5 ด้านประกอบด้วย การบริหารทรัพยากร การพัฒนาบุคลากร การพัฒนาระบบสารสนเทศและการสื่อสาร การพัฒนาระบบการกำหนดพื้นที่รับผิดชอบส่งต่อ และการพัฒนาการมีส่วนร่วมของชุมชน

ผลการดำเนินงาน : ทำให้ประชาชนผู้มารับบริการในระดับสถานีอนามัยที่เป็น PCU หลักมีความพึงพอใจมากขึ้น ได้รับบริการที่มีความเท่าเทียมกับการมารับบริการที่โรงพยาบาลคำชะอี

ประโยชน์/บทเรียนที่ได้รับ : เป็นประสบการณ์ในการใช้ทักษะและความรู้ทางการบริหารและองค์ความรู้ด้านเวชศาสตร์ครอบครัวในการจัดการและพัฒนาระบบ เพื่อให้บรรลุหัวใจของการบริการปฐมภูมิคือ เป็นบริการด่านแรกที่เข้าถึงได้ง่าย (Front-line care) ให้บริการที่ต่อเนื่อง (Ongoing care) บริการที่ผสมผสาน เข้าใจความต้องการของผู้ใช้บริการ (Comprehensive care) และเป็นหน่วยที่ประสานการบริการกับบริการเฉพาะทางอื่น หรือบริการทางสังคมอื่นที่เกี่ยวข้อง (Coordinated care)

ปัจจัยแห่งความสำเร็จ : ประกอบด้วยภาวะผู้นำและการสร้างทีมงานที่มีความเข้าใจในประโยชน์ที่ได้จากการพัฒนาบริการปฐมภูมิ อีกทั้งต้องอาศัยปัจจัยภายนอก เช่น สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติให้การสนับสนุนในด้านนโยบาย แนวทางการปฏิบัติงาน ระเบียบที่เกี่ยวข้อง รวมถึงงบประมาณที่เป็นปัจจัยหลักในการขับเคลื่อนการพัฒนา



สรุปการนำเสนอในห้องย่อย

พฤติกรรมและการแสวงหาบริการสุขภาพของนักศึกษา ก่อนปริญญา มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

รองศาสตราจารย์ นายแพทย์สีลม แจ่มอุลิตรัตน์

ภาควิชาเวชศาสตร์ชุมชน คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

เดิมวิทยาเขตไม่มีโรงพยาบาล ต่อมาเมื่อมีโรงพยาบาล มหาวิทยาลัยเป็นผู้จ่ายเงินตามที่โรงพยาบาลเรียกเก็บ เมื่อมีโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า โรงพยาบาลจัดคลินิกแยกในเวลา 17.00-19.00 น. และให้นักศึกษาแพทย์เข้าไปปฏิบัติงานด้วย คิดว่ามีโอกาสที่จะจัดบริการที่ดีขึ้น จึงจัดตั้ง Primary care unit สำหรับนักศึกษาขึ้น โดยศึกษาพฤติกรรมมารับบริการก่อน วัตถุประสงค์เพื่อต้องการดูความถี่ของบริการ ยอดค่าใช้จ่าย การป้องกันโรค ป้องกันการตั้งครรภ์ การขอคำปรึกษา การขอข้อมูล รวมทั้งทุกอย่าง ทั้งโรงพยาบาล คลินิก สถานพยาบาล สถานอนามัย เพื่อน ร้านสะดวกซื้อ ตนเอง แบ่งกลุ่มเป็นแบบโควตาตามคณะชั้นปีทุกชั้นปี ประมาณ 35 คนต่อคณะต่อชั้นปี เครื่องมือเป็นแบบสอบถาม จำนวน 1,995 ฉบับ ปัญหาที่พบบ่อย ได้แก่ ความเครียด สิวฝ้า สุขภาพของฟัน การป้องกันการตั้งครรภ์อาจน้อยกว่าความเป็นจริง การซื้อถุงยางอนามัยพบ 2% ส่วนใหญ่ดูแลตนเอง ศูนย์บริการที่จัดตั้งมีผู้ใช้ประมาณร้อยละ 4 การดูแลตนเองเมื่อป่วย เช่น มีไข้ มักซื้อยากินเอง นอกจากมีปัญหาสุขภาพฟันจึงใช้สถานบริการของรัฐ เมื่อเจ็บป่วยซื้อยาที่ร้านขายยา ร้านสะดวกซื้อ ใช้งบประมาณ 3.5 ล้านบาท เสียค่าใช้จ่ายในการทำฟันมากที่สุด และเสียค่าใช้จ่ายให้กับคลินิกเอกชน คนหนึ่งไปโรงพยาบาลประมาณ 10 ครั้ง น่าจะเป็น FUO สิวมีค่ารักษาเฉลี่ย 8,000 บาทรักษาที่คลินิกเอกชน สรุป นักศึกษามีปัญหาสุขภาพจำนวนมากประมาณ 100,000 ครั้ง แต่เข้ารับบริการที่มหาวิทยาลัยจัดให้น้อย ร้อยละ 2.4 และซื้อยากินเอง จ่ายเงินให้เอกชน การทำคลินิกของนักศึกษาให้ได้รับกำไร การขายยาให้นักศึกษาเป็นส่วนหนึ่งที่น่าจะดำเนินการ สุขภาพจิตของนักศึกษาควรต้องศึกษาต่อว่า นักศึกษามีสาเหตุของความเครียดจากสาเหตุอะไร



บทคัดย่อ

พฤติกรรมการแสวงหาบริการสุขภาพของนักศึกษา ก่อนปริญญา มหาวิทยาลัย สงขลานครินทร์วิทยาเขตหาดใหญ่

รองศาสตราจารย์นายแพทย์สีลม แจ่มอุลิตรัตน์

นายแพทย์กฤษณะ สุวรรณภูมิ

ภาควิชาเวชศาสตร์ชุมชน คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

ที่มาและความสำคัญของปัญหา : ข้อมูลการแสวงหาบริการสุขภาพของนักศึกษามหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ รวมทั้งค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล เป็นข้อมูลที่จำเป็นสำหรับการออกแบบและพัฒนาระบบบริการสุขภาพให้เหมาะสมกับนักศึกษาของมหาวิทยาลัยต่อไป

วัตถุประสงค์ : เพื่อประมาณ 1) ความถี่ของการเกิดปัญหาสุขภาพ และการใช้บริการสุขภาพตามสถานบริการสุขภาพต่าง ๆ และ 2) ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลของนักศึกษา

วิธีการศึกษา : การวิจัยทำโดยใช้แบบสอบถามแจกให้นักศึกษาก่อนปริญญาของคณะต่าง ๆ ในมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ โดยใช้วิธีสุ่มตัวอย่างแบบ stratified quota sampling ซึ่งทำโดยจัดกลุ่มตัวอย่างตามคณะและชั้นปี แล้วสุ่มตัวอย่างเข้าในแต่ละกลุ่มจำนวนเท่า ๆ กัน 35 ตัวอย่าง การเลือกตัวอย่างเข้าในแต่ละกลุ่มใช้วิธี convenient sampling แบบสอบถามจะถามเกี่ยวกับลักษณะทั่วไปของผู้ตอบ รวมทั้งจำนวนครั้งของการเจ็บป่วย การเข้ารับการรักษาตามสถานบริการสุขภาพต่าง ๆ และค่าใช้จ่ายที่ใช้ ในช่วงสองเดือนที่ผ่านมาข้อมูลที่ได้ จะนำมาวิเคราะห์เพื่ออนุมานถึงประชากรนักศึกษาทั้งหมด โดยใช้การถ่วงน้ำหนักกับสถิติทุกตัวที่รายงาน

ผลการศึกษา : แบบสอบถามที่แจกได้รับคืนทั้งหมด พบว่าการปวดหัวและเป็นไข้ ตัวร้อน เป็นอาการที่พบได้บ่อยที่สุด คือ 21% และ 13% ของจำนวนการเจ็บป่วยทั้งหมด ตามลำดับ และพบว่าการซื้อยากินเองทั้งจากร้านยาและร้านสะดวกซื้อเป็นวิธีการรักษาที่พบได้บ่อยที่สุดคือ 23% ของจำนวนครั้งที่รับบริการรักษาทั้งหมด การรักษาทางทันตกรรมเป็นการรักษาที่เสียค่าใช้จ่ายมากที่สุดคือประมาณ 2,058 บาทต่อนักศึกษาที่มีปัญหาทางทันตสุขภาพหนึ่งคนในช่วงสองเดือน และค่าใช้จ่ายนี้มากกว่าครึ่งหนึ่ง (54%) จ่ายให้กับคลินิกเอกชน การใช้บริการจากศูนย์สุขภาพนักศึกษายังเป็นสัดส่วนที่น้อยมากเพียง 4% ของจำนวนครั้งที่มิมีปัญหาทางสุขภาพ

สรุป : การใช้บริการที่ศูนย์สุขภาพนักศึกษายังน้อยอยู่ การให้บริการอื่น เช่น การขายยาและทันตกรรมอาจต้องพิจารณาเป็นการบริการเสริมจากบริการสุขภาพที่มีอยู่

สรุปการนำเสนอในห้องย่อย

เปรียบเทียบคุณภาพการดูแลเบาหวานตามมาตรฐานในคลินิกเวชปฏิบัติ ครอบครัวและคลินิกอายุรกรรมโรงพยาบาลขนาดใหญ่ อำเภอขนาดใหญ่ จังหวัดสงขลา

แพทย์หญิงศศิวิมล อึ้งวรารกร

โรงพยาบาลตรัง

ปัญหาจากการที่คุณภาพของการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน จากกระบวนการตรวจ ผลลัพธ์ การตรวจ การให้คำแนะนำจากเจ้าหน้าที่ สุ่มตัวอย่างจากผู้ป่วย ทบทวนประวัติย้อนหลัง ถ้าม ข้อมูลเพิ่มเติมเรื่องการสูบบุหรี่และดื่มเหล้า เคยรับบริการที่คลินิกเวชปฏิบัติครอบครัวหรือคลินิก อายุรกรรม สุ่มตัวอย่างโดยการสุ่ม 90% กลุ่มละ 70 คน รวม 140 คน ผล เพศ อายุ อาชีพ ดัชนีมวลกาย มีผลคล้ายคลึงกัน ความแตกต่างคือ การนับถือศาสนา ระดับ A1C โรคร่วม ไม่แตกต่างกัน นอกจากความดันโลหิตสูง คลินิกอายุรกรรมมีการส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ ส่วนใหญ่ มากกว่าคลินิกเวชปฏิบัติครอบครัว พบเพียงการให้คำแนะนำการดูแลเท้า มีการให้ คำแนะนำในคลินิกเวชปฏิบัติครอบครัวมากกว่า การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและความดัน โลหิตในคลินิกอายุรกรรมได้มากกว่า ทำให้ทีมต้องพัฒนาการดูแลผู้ป่วยมากขึ้น



บทคัดย่อ

**เปรียบเทียบคุณภาพการดูแลเบาหวานตามมาตรฐานในคลินิกเวชปฏิบัติ
ครอบครัว และคลินิกอายุรกรรม โรงพยาบาลหาดใหญ่ อำเภอหาดใหญ่
จังหวัดสงขลา**

แพทย์หญิงศศิวิมล อึ้งวรการ

โรงพยาบาลตรัง

ที่มาและความสำคัญของปัญหา : เบาหวานเป็นทั้งโรคและปัจจัยเสี่ยงสำคัญที่นำไปสู่โรคหัวใจ หลอดเลือดและโรคแทรกซ้อนต่าง ๆ ก่อให้เกิดความสูญเสียสุขภาพะในประชากรไทย พ.ศ. 2547 เป็นอันดับที่ 3 และ 8 ในผู้หญิงและผู้ชายตามลำดับ ในต่างประเทศมีการศึกษาเปรียบเทียบ การดูแลผู้ป่วยเบาหวาน พบว่า ส่วนใหญ่อายุรแพทย์ส่งตรวจตามเกณฑ์ได้ดีกว่าแพทย์ เวชปฏิบัติทั่วไป แต่การควบคุมระดับ HA1c ได้ต่ำกว่าเกณฑ์ในทั้งสองกลุ่ม

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

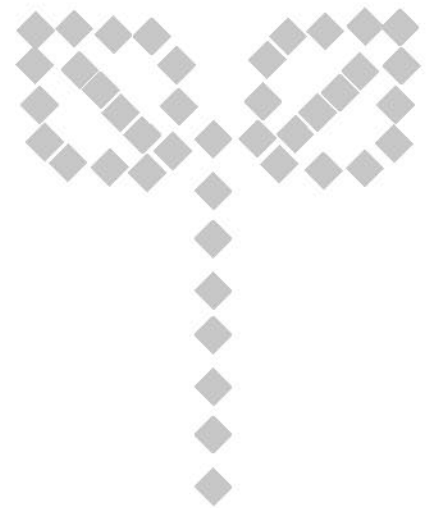
วิธีการศึกษา : แบบ Retrospective cohort ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับการตรวจที่ คลินิกเวชปฏิบัติครอบครัวและคลินิกอายุรกรรม สุ่มตัวอย่างจากทะเบียนผู้ป่วยเบาหวานใน แต่ละคลินิกด้วย computer generated random number และ stratified random sampling ตามระยะเวลาที่เป็นเบาหวาน และจำนวนโรคร่วม ได้กลุ่มตัวอย่างละ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

ผลการศึกษา : การมารับบริการที่คลินิกอายุรกรรมหรือคลินิกเวชปฏิบัติครอบครัวไม่มีความ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติต่อการควบคุมระดับ 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 ตามเกณฑ์ได้ดีกว่าอย่างมี นัยสำคัญทางสถิติ



ประโยชน์/บทเรียนที่ได้รับ : คลินิกอายุรกรรมดูแลผู้ป่วยเบาหวานได้ตามเกณฑ์ ADA 2008 มากกว่าคลินิกเวชปฏิบัติครอบครัว แต่ผลลัพธ์ระดับน้ำตาลไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญและผลลัพธ์อื่นๆ มีสัดส่วนที่ต่ำในทั้งสองคลินิก ดังนั้นควรมีการทบทวนการดูแลตามเกณฑ์ ADA 2008 เพื่อจัดระบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานให้ดีขึ้นต่อไป

ผู้ใช้ประโยชน์จากงานวิจัยนี้ : คลินิกอายุรกรรม คลินิกเบาหวาน คลินิกเวชปฏิบัติครอบครัว โรงพยาบาลหาดใหญ่ อำเภอหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา



สรุปการนำเสนอในห้องย่อย โครงการหมออนามัยเคลื่อนที่

นายแพทย์กฤษฏี ทองบรรจบ

ศูนย์แพทย์สมเด็จพระเทพฯ มศว. องค์กรักษ์

ปัญหาผู้ป่วยมาพบแพทย์ลำบาก มีค่าใช้จ่ายในการเดินทาง ได้แรงบันดาลใจจากโครงการพอสว.ใช้พื้นที่หมู่ 2 ตรวจคนไข้เช้า ออกเยี่ยมบ้านบ่าย คนไข้นัดได้ตามระบบใช้เวลา 2 เดือนใช้ชุมชนมีส่วนร่วม ผู้ใหญ่บ้านช่วยเหลือ เลือก Case โดยชุมชนเอง มีนิสิตแพทย์ออกหน่วยร่วม ผู้นำชุมชนมีส่วนร่วมในการส่งเสริมสุขภาพ เช่น Smoking การออกโรงเรียนศึกษาความพึงพอใจระหว่างที่สถานีอนามัยกับการออกหน่วยแพทย์เคลื่อนที่ พบว่า ออกหน่วยแพทย์ดีกว่า มีภาพความร่วมมือในชุมชน หมออนามัยออกร่วมเยี่ยมบ้านมากขึ้น ผู้รับบริการโรคเรื้อรังมากขึ้น คนไข้ทั่วไปเมื่อเจ็บป่วยไปรักษาที่สถานีอนามัย ได้ใจชุมชนและทีมงาน และพัฒนาชุมชนได้ ท้องถิ่นจะเข้ามามีส่วนร่วมมาก



บทคัดย่อ

โครงการวิจัยหมออนามัยเคลื่อนที่ Primary Health Care Mobile Doctor

นายแพทย์กฤษฏี ทองบรรจบ

ศูนย์แพทย์สมเด็จพระเทพฯ มศว.องครักษ์

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา : ศูนย์สุขภาพชุมชน บ้านท่าบ่อ ตำบลชุมพล อำเภองครักษ์ จังหวัดนครนายก มีผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มารับบริการเป็นจำนวนมาก จำเป็นต้องได้รับการรักษาและดูแลอย่างต่อเนื่อง พบว่าผู้ป่วยบางรายมีความลำบากในการเดินทาง ทั้งจากปัจจัยด้านตัวผู้ป่วยเอง ด้านครอบครัว และเศรษฐกิจ ทำให้ขาดการเข้ารับการรักษาอย่างต่อเนื่อง

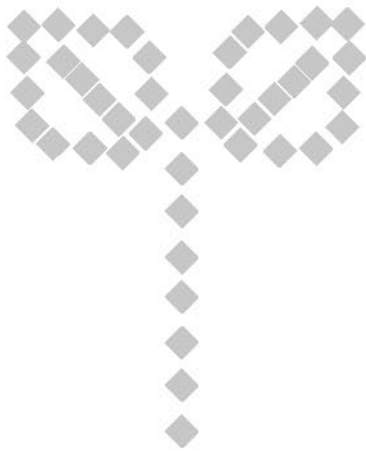
วัตถุประสงค์ : 1) เพื่อศึกษาและพัฒนาแบบการให้บริการปฐมภูมิโดยยึดประชาชนเป็นศูนย์กลาง 2) เพื่อเพิ่มศักยภาพและคุณภาพระบบการให้บริการทางการแพทย์และสาธารณสุขของเครือข่ายบริการปฐมภูมิ

วิธีดำเนินการวิจัย : เป็นการศึกษาวิจัยเชิงปฏิบัติการในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่เข้ารับบริการที่ศูนย์สุขภาพชุมชนที่ยินดีเข้าร่วมการศึกษา จำนวน 100 ราย เก็บข้อมูลโดย (1) การสัมภาษณ์ผู้ป่วยโดยใช้แบบสอบถามวัดระดับความพึงพอใจของผู้ป่วยหลังจากให้บริการเป็นระยะเวลา 8 เดือน (พฤศจิกายน 2552 - มิถุนายน 2553) โดยจัดรูปแบบการให้บริการเป็น 2 รูปแบบ คือ การให้บริการที่ศูนย์สุขภาพชุมชน กับการให้บริการแบบออกหน่วยหมออนามัยเคลื่อนที่ และเปรียบเทียบระดับความพึงพอใจของผู้ป่วยที่เข้ารับบริการใน 2 รูปแบบนี้ (2) การสังเกตและสัมภาษณ์เชิงลึกจากกลุ่มตัวหน้าที่เกี่ยวข้อง

ผลการศึกษา : พบว่า ผู้รับบริการเป็นเพศหญิงร้อยละ 62 กลุ่มตัวอย่างมีอายุช่วง 40-60 ร้อยละ 54.2 ความพึงพอใจของการจัดบริการแบบออกหน่วยหมออนามัยเคลื่อนที่ ที่ระดับมากที่สุดเป็นร้อยละ 42 และความพึงพอใจของการจัดบริการที่ศูนย์สุขภาพชุมชนที่ระดับมากที่สุดเป็นร้อยละ 11 ซึ่งจากผลการวิเคราะห์เพื่อทดสอบหาความสัมพันธ์พบว่า ระดับความพึงพอใจของผู้เข้ารับบริการมีความสัมพันธ์กับชนิดของการจัดรูปแบบของการให้บริการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 การสัมภาษณ์เชิงลึก พบว่า การดำเนินโครงการส่งผลทำให้ผู้ป่วยโรคเรื้อรังมารับบริการตามนัด ผู้ป่วยที่อยู่ห่างไกลจากสถานบริการ ผู้พิการ ผู้สูงอายุ และผู้ด้อยโอกาสเข้ารับบริการได้สะดวกมากขึ้น นอกจากนี้ยังก่อให้เกิดการมีส่วนร่วมของ

ชุมชนจากหลายภาคีเครือข่ายเข้ามาเกี่ยวข้องในการดำเนินงาน ได้แก่ องค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) ผู้ใหญ่บ้าน คณะกรรมการหมู่บ้าน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อสม.) ได้มีส่วนร่วมและตื่นตัวกับการดำเนินโครงการ เป็นการแสดงความร่วมมือร่วมใจของทุกฝ่าย ซึ่งส่งผลในการพัฒนารูปแบบบริการที่จะทำให้ประชาชนเข้าถึงบริการสุขภาพอย่างยั่งยืนต่อไป และทำให้เจ้าหน้าที่ได้เรียนรู้วิถีชีวิตและวัฒนธรรมของชุมชน และได้เห็นภาพที่สวยงามและน่าประทับใจของผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลเอาใจใส่จากครอบครัวอย่างดี

ประโยชน์/บทเรียนที่ได้รับ : ประชาชนสามารถเข้าถึงการให้บริการทางการแพทย์และสาธารณสุขจากบุคลากร สร้างทัศนคติและสัมพันธภาพที่ดีระหว่างบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขกับประชาชน สร้างภาคีเครือข่ายการมีส่วนร่วมของชุมชน สามารถพัฒนาเป็นแหล่งเรียนรู้ด้านการเรียนการสอนระบบบริการปฐมภูมิเวชศาสตร์ครอบครัว



บทคัดย่อ

Healthy 90's : การสำรวจข้อมูลและปัญหาด้านสุขภาพ ของผู้สูงอายุ 89 ปีขึ้นไป ในเขตอำเภอบ้านโพธิ์

นายแพทย์กสิวัฒน์ ศรีประดิษฐ์

นางประภัสสร นิยม

นางสาวแสงเดือน บุญเจริญ

มีประโยชน์บัตรให้ผู้สูงอายุมาฉีดวัคซีนไข้หวัด 2009 จึงอยากรู้ว่ามีผู้สูงอายุจำนวนเท่าไร ต้องการประเมินสภาวะสุขภาพ ให้ผู้สูงอายรรู้สภาวะสุขภาพของตนเอง ถ้าสามารถเข้าถึงได้จะทำให้คุณภาพชีวิตดี มีคนอายุเกิน 89 ปี จำนวน 138 คน ใช้แบบประเมินแบบสอบถาม แบบสำรวจภาวะสุขภาพ พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง อายุเฉลี่ย 93.47 สภาพสมรสคู่ 12.3 ได้รับเงินผู้สูงอายุเป็นส่วนใหญ่ ดำรงชีวิตด้วยเงินผู้สูงอายุอย่างเดียว 57.4% และอยู่คนเดียวร้อยละ 8.7 ปัญหาสุขภาพ ส่วนใหญ่ไม่ได้ไปโรงพยาบาล ป่วยโรคความดัน เบาหวาน โรคหัวใจ ไม่มากนัก ซึ่อยากกินเอง บางกลุ่มไม่ได้รับข้อมูลข่าวสาร สามารถดูแลตนเองได้ กินเองได้ เดินเองได้ อาบน้ำได้ กลั้นอุจจาระได้ ประมาณ ร้อยละ 60 ยังมีสุขภาพแข็งแรง ทำอาหารเอง ทำงานบ้านเอง เดินทางด้วยตนเอง ใช้โทรศัพท์น้อย ผลการตรวจสุขภาพ ความดันโลหิตสูง สายตาสกปรก ร้อยละ 50 หูหนวกน้อย ไม่เคยตรวจสุขภาพช่องปาก มีฟันเหลือน้อย ไม่ได้ใส่ฟันปลอม การจัดการความเครียด แต่ไม่ได้ไปวัด มีความทุกข์ระบายกับเพื่อน แสดงความสุขได้ ยิ้มได้ ไม่ได้กินยานอนหลับ การมีส่วนร่วมในสังคม ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ แต่มีส่วนสำคัญในการตัดสินใจในครอบครัว ไม่สามารถดูแลสมาชิกคนอื่นในครอบครัวได้ คนสูงอายุมีฐานะยากจน ใช้เพียงเงินผู้สูงอายุ และไม่ได้รับการดูแลสุขภาพร่างกายและจิตใจ แต่ส่วนใหญ่ยังมีสุขภาพดี ต้องช่วยตนเองในการดำรงชีวิตเอง ข้อเสนอจะมีกิจกรรมเยี่ยมบ้านทุกเดือน ผู้ดูแลผู้สูงอายุ องค์กรหรือหน่วยงานที่ต้องเข้ามามีส่วนร่วม

ที่มาและความสำคัญของปัญหา : จากการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรในปัจจุบัน พบว่ามีสัดส่วนของผู้สูงอายุมากขึ้น ในขณะที่มีผู้สูงอายุจำนวนหนึ่งที่มีอายุเกินกว่า 90 ปี ที่เข้าถึงบริการด้วยตัวเองได้น้อย ดังนั้นข้อมูลสุขภาพของประชากรกลุ่มนี้จึงมีไม่มากนักหากแต่เป็นการสะท้อนถึงคุณภาพของการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของชุมชน

วัตถุประสงค์ : 1) เพื่อค้นหาปัญหาด้านสุขภาพและหาแนวทางในการบำบัดรักษา 2) ประเมินสภาวะสุขภาพ พฤติกรรมการดำเนินชีวิต และความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน 3) เพื่อให้ผู้สูงอายรรู้สภาวะสุขภาพของตนเอง





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

ผลการศึกษา : พบว่ากลุ่มประชากรที่ศึกษา เพศหญิงร้อยละ 72.5 อายุเฉลี่ย 93.47 ปี ยังอยู่ในสถานะคู่ร้อยละ 12.3 ร้อยละ 96.37 ได้รับเงินผู้สูงอายุ แต่มีถึงร้อยละ 57.4 ดำรงชีวิตอยู่ด้วยเงินผู้สูงอายุเพียงอย่างเดียว และต้องอยู่คนเดียวร้อยละ 8.7 ด้านปัญหาสุขภาพ ร้อยละ 60.1 ไม่เคยไปโรงพยาบาลในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา เคยไปนอนพักรักษาตัวที่โรงพยาบาล ร้อยละ 29.7 ส่วนใหญ่ป่วยด้วยภาวะเสื่อมถอยของสภาพร่างกาย ร้อยละ 63.6 เลือกใช้บริการสถานพยาบาลที่มีแพทย์ ร้อยละ 42.8 ด้านความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน พบว่าสามารถทำอาหารเองได้ร้อยละ 79.7 ล้างหน้า หวีผม แปรงฟัน ได้เองร้อยละ 80 ไม่สามารถนั่งเองได้ต้องมีคนช่วย ร้อยละ 13.0 ส่วนใหญ่สามารถนั่งโกส่วมได้เอง เดินหรือเคลื่อนไหวได้ในบ้าน อาบน้ำเองได้ กลั้นอุจจาระได้ปกติ และกลั้นปัสสาวะได้ปกติ ด้านพฤติกรรมกรรมการดำเนินชีวิตประจำวัน 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 วัย 89 ปีขึ้นไป ในเขตอำเภอบ้านโพธิ์ ยังมีฐานะยากจนเป็นส่วนใหญ่ ไม่ได้รับการช่วยเหลืออย่างครอบคลุมและทั่วถึงด้านต่าง ๆ ทั้งด้านการดูแลสุขภาพทางร่างกาย ปัญหาจากความเสื่อมถอยของร่างกายตามวัย ปัญหาสุขภาพช่องปาก หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรหาแนวทาง กำหนดนโยบายในการให้การดูแลให้ความสำคัญกับกลุ่มผู้สูงวัยมากกว่าที่เป็นอยู่

บทคัดย่อ

การสำรวจสถานการณ์การปฏิบัติงานของแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว ในระบบบริการสุขภาพไทย

นายแพทย์สตาจ์ ศุภผล

แพทย์หญิงจิรฐา บุตรแก้ว

นายแพทย์วรารุณ กุลเวชกิจ

ศูนย์การเรียนรู้ด้านเวชศาสตร์ครอบครัวและพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ

ภาคอีสานตอนบน กลุ่มงานเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลขอนแก่น

ความสำคัญและที่มา : ประเทศไทยมีการฝึกอบรมแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวตั้งแต่ปี 2543 แพทย์ที่สำเร็จการฝึกอบรมได้ออกทำงานอยู่ในระบบบริการสุขภาพในพื้นที่ต่าง ๆ ทั่วประเทศ และมีหลาย ๆ บทบาท จึงมีความต้องการที่จะสำรวจสถานการณ์การปฏิบัติงานและสภาพชีวิตความเป็นอยู่ของแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว เพื่อนำไปสู่การพัฒนาในอนาคต

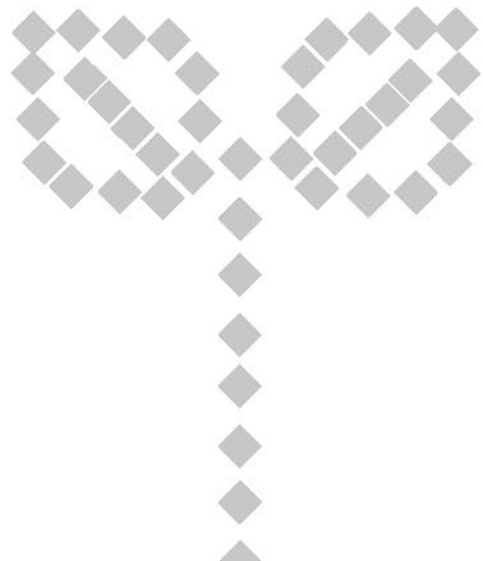
วัตถุประสงค์ : เพื่อสำรวจข้อมูลสถานการณ์การปฏิบัติงานในด้านต่าง ๆ รวมถึงสถานการณ์การชีวิตความเป็นอยู่ของแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวที่ได้รับวุฒิบัตรแล้ว

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

ผลการศึกษา : จากผลสำรวจข้อมูลจากแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว ที่ได้รับวุฒิบัตร 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%) รองลงมา เป็นอาจารย์ที่โรงเรียนแพทย์ (20.43%) มีจำนวน 63.16% ที่ยังไม่มีการศึกษาต่อในสาขาอื่น สัดส่วนภาระงาน ให้บริการด้านสุขภาพคิดเป็น 60.68% การบริหารจัดการบริการปฐมภูมิ 27.38% และงานด้านวิชาการและการเรียนการสอน 28.64% มีกลุ่มตัวอย่างเพียง 26.88% ที่ค่อนข้างเห็นด้วยว่าระบบสุขภาพเอื้อต่อการพัฒนามหาวิทยาลัย และ 39.78% ค่อนข้างเห็นด้วยว่า มีอุปสรรคที่ค่อนข้างมาก ร้อยละ 55.32 มีความพึงพอใจกับภาระงานที่ได้รับมอบหมาย ร้อยละ 40.43 พึงพอใจในรายได้ ร้อยละ 50 มีความพอใจในความก้าวหน้า และร้อยละ 50

มีชีวิตส่วนตัวที่มีความสุข ในขณะเดียวกันมีร้อยละ 40.43 ท้อแท้ในการทำงาน สำหรับความภาคภูมิใจในการเป็นแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว ส่วนใหญ่เห็นว่า คือการได้ดูแลผู้ป่วยในทุก ๆ มิติของสุขภาพ ครอบคลุมถึงจิตใจ ครอบครัว และชุมชนของผู้ป่วย สำหรับอุปสรรคที่สำคัญของการทำงานในฐานะแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว คือ ปริมาณคนไข้ และปริมาณงานที่มากเกินไป ไม่มีเวลา ผู้บังคับบัญชา ผู้ป่วย เจ้าหน้าที่อื่น ๆ แพทย์สาขาอื่น ๆ ไม่เข้าใจในแนวคิดของเวชศาสตร์ครอบครัว เป็นอุปสรรคในการทำงาน

สรุปผลการวิจัย : บทบาทของแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวส่วนใหญ่เป็นการให้บริการสุขภาพ และส่วนใหญ่มีความคิดเห็นว่า ระบบบริการสุขภาพยังไม่เอื้อต่อการพัฒนางานเวชศาสตร์ครอบครัว ประมาณครึ่งหนึ่งมีความพึงพอใจในสภาพการทำงานและความเป็นอยู่ในฐานะแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว การสนับสนุนแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวควรมีการบริหารจัดการที่ทำให้ผู้ป่วยมีปริมาณพอเหมาะที่จะให้บริการแบบเวชศาสตร์ครอบครัว และสร้างความเข้าใจแก่แพทย์เฉพาะทางอื่น ๆ และสหสาขาวิชาชีพอื่น ๆ เกี่ยวกับบทบาทหน้าที่และแนวคิดของเวชศาสตร์ครอบครัว



บทคัดย่อ

การดูแลแบบต่อเนื่องกับการควบคุมความดันโลหิตในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ณ คลินิกเวชปฏิบัติครอบครัวโรงพยาบาลหาดใหญ่

นายแพทย์คณาวุฒิ นิธิกุล

โรงพยาบาลควนเนียง อำเภอควนเนียง จังหวัดสงขลา

ที่มาและความสำคัญ : โรคความดันโลหิตสูง เป็นโรคเรื้อรังที่ไม่สามารถรักษาหายขาด การควบคุมระดับความดันโลหิตให้ได้ตามเกณฑ์สามารถลดภาวะแทรกซ้อนได้ ในขณะเดียวกัน การดูแลผู้ป่วยแบบต่อเนื่องมีผลลัพธ์ที่ดีต่อผู้ป่วยหลายประการ การศึกษาเรื่องผลการดูแลแบบต่อเนื่องต่อการควบคุมความดันโลหิตในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงจึงมีประโยชน์ต่อการวางแผนการดูแลผู้ป่วยต่อไป

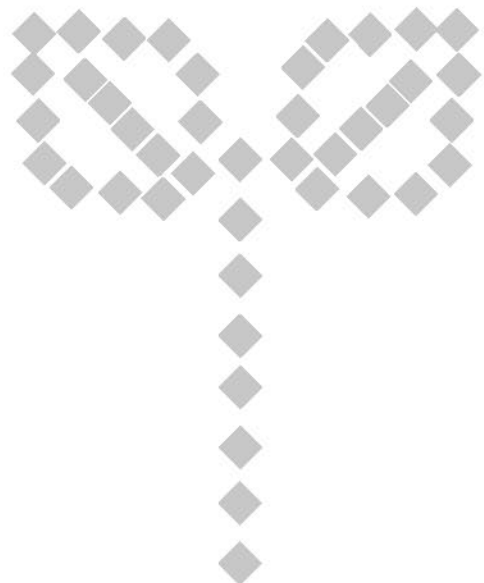
วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาถึงความสัมพันธ์ของการดูแลผู้ป่วยแบบต่อเนื่องกับการควบคุมความดันโลหิตได้ตามเกณฑ์ และอื่น ๆ ได้แก่ อัตราการให้ความร่วมมือในการรับประทานยา การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ความพึงพอใจต่อแพทย์ และการได้รับการส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ

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



ผลการศึกษา : พบว่าตลอดระยะเวลา 16 เดือน สัดส่วนของจำนวนครั้งที่ควบคุมความดันโลหิตได้ตามเกณฑ์ในกลุ่มที่ได้รับการดูแลต่อเนื่องจะมีค่าโดยเฉลี่ยสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลแบบไม่ต่อเนื่องอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.05$) ผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบต่อเนื่องมีโอกาสที่จะควบคุมความดันโลหิตได้ตามเกณฑ์ตั้งแต่ร้อยละ 50 ขึ้นไปของจำนวนครั้งที่ตรวจคิดเป็น 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 : การดูแลผู้ป่วยแบบต่อเนื่องมีผลทำให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงสามารถควบคุมความดันโลหิตได้ตามเกณฑ์ขึ้น จึงมีประโยชน์ลดโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อน และใช้วางแผนการดูแลผู้ป่วยในระยะยาว



บทคัดย่อ

โครงการวิจัยการรับรู้และดูแลตนเองเมื่อเจ็บป่วยของผู้มารับบริการ CUP ศูนย์การแพทย์สมเด็จพระเทพฯ มศว.

นายแพทย์กฤษฏี ทองบรรจบ

ศูนย์แพทย์สมเด็จพระเทพฯ มศว. องครักษ์

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

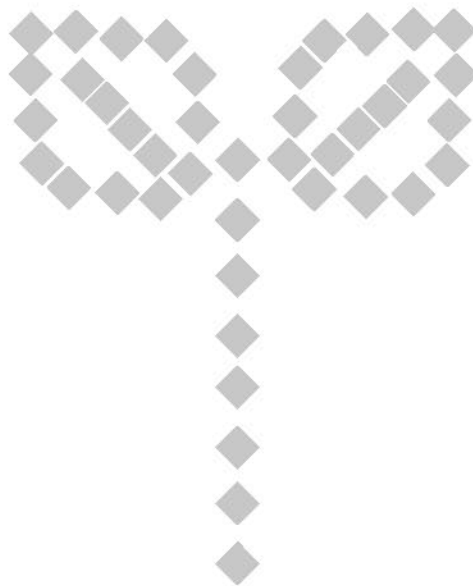
วัตถุประสงค์ : 1) เพื่อศึกษาปัจจัยต่าง ๆ ที่มีผลต่อการรับรู้ความรุนแรงและการแสวงหาทางเลือกในการดูแลสุขภาพตนเอง (Self care) ยามเจ็บป่วยของผู้มารับบริการ 2) เพื่อศึกษาการรับรู้การ ความรุนแรงของโรคและทางเลือกหรือวิธีการดูแลตนเองเมื่อเจ็บป่วยของผู้มารับบริการ 3) เพื่อศึกษาเหตุผลหรือแรงจูงใจของผู้รับบริการในการมาใช้บริการที่สถานบริการ

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

ผลการวิจัย : พบว่า ผู้รับบริการ เป็นเพศหญิงร้อยละ 72.0 อายุเฉลี่ย 50.2 ปี นับถือศาสนา อิสลามร้อยละ 88.0 สถานภาพสมรส คู่ ร้อยละ 62.0 การศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 82.0 ไม่ได้ประกอบอาชีพร้อยละ 46.0 อาชีพเกษตรกรกรรม ร้อยละ 30.0 รายได้เฉลี่ยต่อครัวเรือน (ต่อเดือน) 5,560 บาท การรับรู้ต่อการเจ็บป่วยของผู้รับบริการ ทราบว่ามีโรคประจำตัว ร้อยละ 82.0 โดยเป็นโรคความดันโลหิตสูงร้อยละ 56.0 เมื่อสอบถามถึงโอกาสเสี่ยงที่จะเป็นโรคอื่น ๆ ร้อยละ 58.0 ตอบว่าไม่มี เสี่ยงเป็นโรคไตมากที่สุด ร้อยละ 12.0 เมื่อเริ่มเจ็บป่วยจะมารับการรักษาทันที ร้อยละ 64.0 คิดว่าโรคที่ตนเองเป็นอยู่มีความรุนแรงน้อย ร้อยละ 32.0 และรุนแรงมากที่สุด ร้อยละ 6.0 การดูแลตนเองของผู้รับบริการ มีการประเมินตนเองว่าเมื่อไหร่ควรไปหาหมอและปรึกษาคนในครอบครัวหรือญาติร้อยละ 62.0 รักษาที่โรงพยาบาล

ของรัฐ ร้อยละ 56.0 ปรีกษาหรือขอคำแนะนำจากผู้รู้ ร้อยละ 44.0 ซื้อยาทานเอง ร้อยละ 38.0 ไปพบหมอสมุนไพร ร้อยละ 30.0 ไปร้กษาที่คลินิก ร้อยละ 28.0 และไม่รักษารอให้หายเอง ร้อยละ 10.0 ผู้ป่วยร้อยละ 90.0 ได้รับยา หรือการดูแลเบื้องต้นก่อนมารับการรักษา แรงจูงใจของผู้ป่วยในการเข้ามารับบริการ ส่วนใหญ่มาจากความเชื่อถือในการให้บริการของศูนย์บริการ (76.0%) รองลงมาคือ เดินทางสะดวก (74.0%) การประเมินความรุนแรงของอาการของผู้ป่วยที่มารับบริการโดยแพทย์ เมื่อนำผลการประเมินความรุนแรงของการเจ็บป่วยในมุมมองของแพทย์และมุมมองของผู้ป่วยมาเปรียบเทียบ พบว่า มีการประเมินตรงกัน ร้อยละ 30.0 และต่างกันร้อยละ 70.0

ประโยชน์/บทเรียนที่ได้รับ : ควรทำการวิเคราะห์ถึงปัจจัยที่มีผลต่อสุขภาพและการเจ็บป่วยของประชาชนในชุมชนทุกครั้งก่อนที่จะมีการดำเนินกิจกรรมด้านสาธารณสุขต่าง ๆ เพื่อให้การดำเนินงานด้านสาธารณสุขมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น ควรมีการจัดโปรแกรมสุขศึกษาที่มีเนื้อหาและกระบวนการมุ่งส่งเสริมบุคคลให้มีความเชื่อต่อความรุนแรงของโรคสาเหตุที่ให้เกิดโรค เพราะผู้รับบริการและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขมีการรับรู้ความเสี่ยงและความรุนแรงของโรคที่แตกต่างกัน





บทคัดย่อ

การศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับระดับความวิตกกังวลของผู้ป่วยที่ต้องรับการรักษาในโรงพยาบาล

ทวีพร บุญมา^{1, 2}

ชุติกานุจน์ พิลาศรี²

มินตรา สารระรักษ²

สรณญา แก้วพิบูลย์³

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

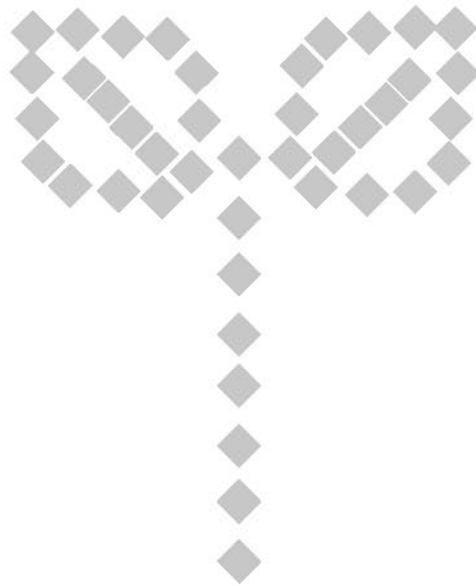
1 โรงพยาบาลวารินชำราบ,

2 วิทยาลัยแพทยศาสตร์และการสาธารณสุข มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี

3 สำนักวิชาแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี

2.9 (SD=0.567) ด้านค่าใช้จ่าย มีความวิตกกังวลอยู่ในระดับปานกลางโดยมีสิ่งที่วิตกกังวลมากที่สุดคือเงินสำรองในการใช้จ่ายในการเจ็บป่วยครั้งนี้ และน้อยที่สุด คือ การรักษาครั้งสามารถใช้สิทธิบัตรที่มีได้ ด้านข้อมูลข่าวสาร มีความวิตกกังวลอยู่ในระดับน้อยที่สุด โดยข้อที่วิตกกังวลมากที่สุด คือ ผู้ป่วยทราบอาการของโรคที่เป็นอยู่ และน้อยที่สุด คือ ทราบว่าตนป่วยเป็นโรคอะไรการศึกษา

ประโยชน์/บทเรียนที่ได้รับ : นำผลการศึกษาไปเป็นแนวทางในการปฏิบัติ วางแผนในการให้บริการผู้ป่วยและญาติที่เข้ามารับบริการในโรงพยาบาล เพื่อให้เกิดความพึงพอใจในผู้ป่วยและญาติโดยลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยที่จะเข้ารับบริการในโรงพยาบาล



บทคัดย่อ

**โครงการศึกษาเปรียบเทียบผลการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2
โดยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว กับ การดูแลเบาหวานแบบกลุ่ม
โดยพยาบาลเวชปฏิบัติโดยมีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวเป็นที่ปรึกษา**

นายแพทย์โรจน์ศักดิ์ ทองคำเจริญ

โรงพยาบาลแม่สอด อำเภอแม่สอด จังหวัดตาก

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

วัตถุประสงค์ : เพื่อเปรียบเทียบผลการจัดบริการทั้ง 2 รูปแบบว่าจะมีผลการรักษาทางคลินิกที่แตกต่างกันหรือไม่

วิธีการศึกษา : non randomized experimental cross sectional study เพื่อเปรียบเทียบผลการจัดบริการแก่ผู้ป่วยเบาหวาน ที่มารับบริการที่ศูนย์สุขภาพชุมชนแม่กั๊ดหลวง จำนวน 98 ราย โดยพบแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวกับการดูแลแบบ “กลุ่มเบาหวานแม่กาษา” ดูแลโดยพยาบาลเวชปฏิบัติและมีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวเป็นที่ปรึกษา จำนวน 45 ราย ผู้ป่วยเป็นผู้เลือกที่จะรับบริการที่ได้โดยสมัครใจ กลุ่มแม่กาษาจะจัดบริการทุก 2 เดือน ที่สถานื่อนามัยแม่กาษา โดยเจ้าหน้าที่ สอ. แม่กาษาจะเจาะเลือดก่อนเข้ากลุ่ม 1 สัปดาห์ พยาบาลเวชปฏิบัติเตรียมยาของผู้ป่วยไว้ล่วงหน้า โดยพยาบาล 3 คนดูแลผู้ป่วยคนละ 10-12 ราย โดยถ้าผลเลือดมีความผิดปกติจะรายงานแพทย์ การจัดกิจกรรมจะเป็นการทำกลุ่มต่าง ๆ ในขณะร่วมกลุ่มเน้นการพูดคุยแบบไม่เป็นทางการ และให้ความรู้ การออกกำลังกาย เป็นกิจกรรมหมุนเวียนไป ส่วนกลุ่มแม่กั๊ดหลวงจะนัดแบบรพบพบแพทย์ทุก 1-3 เดือน ทั้งสองกลุ่มหากมีการปรับยาจะปรับโดยแพทย์



ผลการศึกษา : ผลการรักษาทางคลินิกทั้งกลุ่มผู้ป่วยนอก และกลุ่มแม่กาษาไม่มีความแตกต่างกันได้แก่ HbA1c (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), ภาพรวมการควบคุมเบาหวานน้ำตาลสะสม 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



บทคัดย่อ

บทบาทของหน่วยบริการปฐมภูมิต่อประสบการณ์การดูแลสุขภาพด้วยตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่เกิดแผลที่เท้า : การศึกษาเชิงคุณภาพในโรงพยาบาลส่วนภูมิภาค

แพทย์หญิงพัชรินทร์ ปิงเมืองแก้ว

ภาควิชาเวชศาสตร์ชุมชนครอบครัวและอาชีวเวชศาสตร์

คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร

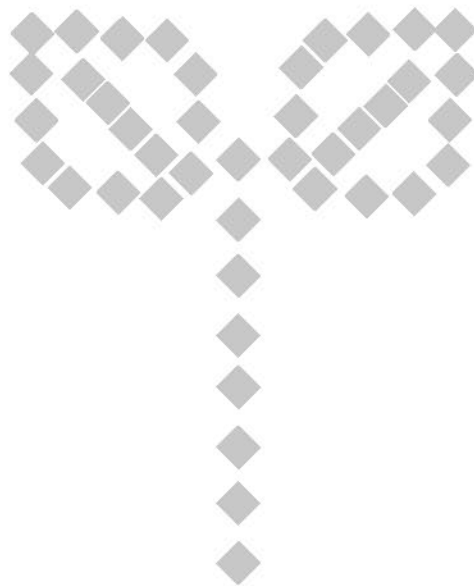
ที่มาและความสำคัญ : แผลเบาหวานที่เท้าเป็นภาวะแทรกซ้อนที่พบได้ในผู้ป่วยโรคเบาหวาน ความสูญเสียจากการมีแผลที่เท้าคือ ความพิการจากการถูกตัดเท้า ในปี พ.ศ. 2548 ศูนย์สุขภาพเมือง โรงพยาบาลพุทธชินราช จังหวัดพิษณุโลก ได้ก่อตั้งคลินิกสุขภาพเท้าเพื่อทำการตรวจคัดกรอง ให้สุขศึกษาและการตรวจสุขภาพเท้าแก่ผู้ป่วยโรคเบาหวาน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

วัตถุประสงค์ในการศึกษา : เพื่อศึกษาประสบการณ์การดูแลตนเองของผู้ป่วยแผลเบาหวานที่เท้าและรูปแบบการดูแลผู้ป่วยแผลเบาหวานที่เท้าของศูนย์สุขภาพเมือง โรงพยาบาลพุทธชินราช จังหวัดพิษณุโลก

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

ผลการศึกษา : พบว่าการเกิดแผลเบาหวานที่เท้าส่วนใหญ่เกิดจากการประกอบอาชีพ และผู้ป่วยให้ความหมายของการเกิดแผลที่เท้าเกิดจากขาดการดูแลตนเองและการละเลยในการดูแลตนเอง เนื่องจากต้องประกอบอาชีพหาเช้ากินค่ำ ภายหลังเกิดแผลที่เท้ามีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตต่อผู้ป่วย 4 ด้าน คือ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสังคม และด้านจิตวิญญาณ พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยก่อนและหลังเข้ารับบริการที่คลินิกมีความแตกต่างกัน คือ ก่อนเข้ารับบริการผู้ป่วยส่วนใหญ่เลือกดูแลตนเองตามความเชื่อและประสบการณ์เดิม หลังเข้ารับบริการที่คลินิกผู้ป่วยดูแลตนเองได้ดีมากขึ้น ส่วนแรงสนับสนุนทางสังคมผู้ดูแลหันมาใส่ใจ และให้กำลังใจในการดูแล

ผู้ป่วยมากขึ้น ทำให้ผู้ป่วยมีกำลังใจและตระหนักในการดูแลตนเอง ส่วนหน่วยบริการปฐมภูมิอื่น ๆ ผู้ป่วยขาดความมั่นใจและไม่ประทับใจในการให้บริการเนื่องจากการปฏิบัติและให้ความรู้แตกต่างกับคลินิกสุขภาพเท้า โดยรูปแบบการให้ศึกษาของคลินิก เน้นการสื่อสารแบบสองทางโดยมีการโต้ตอบในเนื้อหาระหว่างผู้ให้และผู้รับบริการ และให้ผู้ป่วยร่วมทำกิจกรรมกลุ่ม ส่วนความต้องการและความคาดหวังของผู้ป่วยต่อระบบบริการ คือ การบริการที่ต่อเนื่อง การดูแลเฉพาะราย มีความเข้าใจผู้ป่วย การได้รับการปฏิบัติที่ใส่ใจ และความสุขภาพของผู้ให้บริการ



บทคัดย่อ

โครงการจัดเครือข่ายบริการปฐมภูมิ เพื่อพัฒนาโรงพยาบาลขนาดใหญ่ โรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า อำเภอเมือง จังหวัดสมุทรสงคราม

นายแพทย์ก้องภพ สีละพัฒน์

โรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า อำเภอเมืองสมุทรสงคราม จังหวัดสมุทรสงคราม

ที่มาและความสำคัญของปัญหา : โรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า มีผู้รับบริการผู้ป่วยนอกเฉลี่ย 797 คนต่อวัน มีแพทย์เพียง 17 คน ทำให้แพทย์ไม่มีเวลาในการตรวจรักษาผู้ป่วยตามบทบาทวิทยุภูมิระดับสูง หากมีการพัฒนาศักยภาพของหน่วยบริการปฐมภูมิในเครือข่าย ให้สามารถดูแลรักษาโรคเบื้องต้นและโรคเรื้อรังที่ไม่รุนแรง จะช่วยลดความแออัดของผู้ใช้บริการได้

ประเด็นพัฒนา : 1) พัฒนาศักยภาพหน่วยบริการปฐมภูมิให้สามารถบริหารจัดการและจัดบริการปฐมภูมิได้ตามเกณฑ์ ทำให้ประชาชนมั่นใจในการไปรับบริการที่หน่วยบริการปฐมภูมิเป็นที่แรก 2) ปรับบทบาทเป็นโรงพยาบาลที่ให้บริการในระดับวิทยุภูมิระดับสูง 3) ส่งเสริมให้ประชาชนใช้บริการด้านสุขภาพตามระดับที่เหมาะสมและเข้าถึงบริการสุขภาพ มาตรฐานได้อย่างสะดวก รวดเร็ว เหมาะสมกับภาวะสุขภาพและเกิดการพึ่งตนเอง

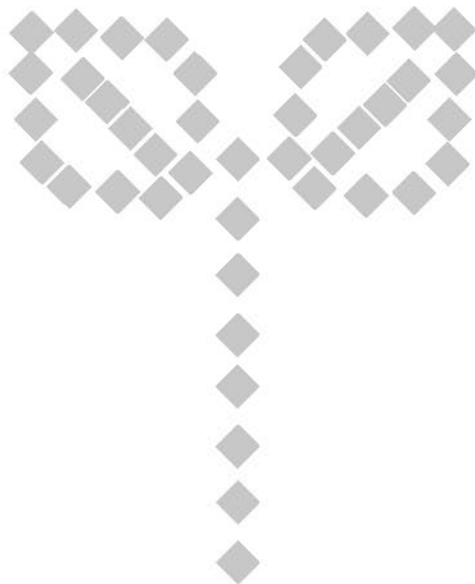
เทคนิค/แนวคิด : 1. เริ่มต้นจาก “การพัฒนาคน” ด้วย 2 วิธีคือให้ทุนพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานที่หน่วยบริการปฐมภูมิไปเรียนหลักสูตรพยาบาลเวชปฏิบัติทั่วไป (1 คน/1 หน่วยบริการปฐมภูมิ) ปัจจุบันไปเรียนทั้งสิ้น 23 คน ในหน่วยบริการปฐมภูมิ 21 แห่ง และการจัดอบรม “วัฒนธรรมการบริการด้วยหัวใจของความเป็นมนุษย์” 5 รุ่น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



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

ประโยชน์/บทเรียนที่ได้รับ : หากมีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้กันว่าสิ่งใดที่ดำเนินการแล้วสามารถใช้ได้ดีสิ่งใดที่ไม่ควรดำเนินการ จะเป็นการเรียนรู้จากประสบการณ์ของพวกเขา ที่ไม่ต้องไปลองผิดลองถูก

ผู้ใช้ประโยชน์จากงานวิจัยนี้ : ผู้บริหารเครือข่ายบริการปฐมภูมิ แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว พยาบาลเวชปฏิบัติ ทีมสุขภาพในระบบปฐมภูมิ



บทคัดย่อ

ทนายทนายไยรัก

นายแพทย์สิทธิศักดิ์ คำศรีสุข

โรงพยาบาลเวียงป่าเป้า จังหวัดเชียงราย

ที่มาและความสำคัญ : ปัญหาที่สำคัญของงานอนามัยแม่และเด็ก เครือข่ายบริการสุขภาพ โรงพยาบาลเวียงป่าเป้า คือ อัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวอย่างน้อย 6 เดือนยังต่ำกว่าเกณฑ์เป้าหมาย ทีมงานได้ร่วมกันทำวิจัยกลุ่มตัวอย่าง 89 ครอบครัวพบว่า มีหลายปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ครอบครัวส่วนใหญ่มีความรู้เรื่องการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในระดับดี แต่ขาดการสนับสนุนจากครอบครัว และขาดแบบอย่างที่ดีในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างถูกต้อง นอกจากนี้ยังถูกบุคคลรอบข้างและสื่อโฆษณาแนะนำให้เสริมน้ำและอาหารก่อนระยะเวลาอันควร และพบว่าอาสาสมัครนมแม่เยี่ยมบ้านหลังคลอดยังเข้าไม่ถึงปัญหา ข้อมูลจากงานวิจัยชี้ให้เห็นว่ารากฐานของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ให้สำเร็จ ไม่ได้ขึ้นอยู่กับการสอนสุศึกษาเท่านั้น พบว่าการสร้างแบบอย่างที่ดีภายใต้บริบทชุมชนเดียวกัน คอยถ่ายทอดเรื่องราวและประสบการณ์ดี ๆ ในเรื่องการดูแลแม่และเด็กอย่างถูกต้อง จะช่วยสร้างสายครอบครัวใหม่ที่อบอุ่น มีภูมิคุ้มกันต่ออุปสรรคที่ขัดขวางความสำเร็จของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างมีคุณภาพ

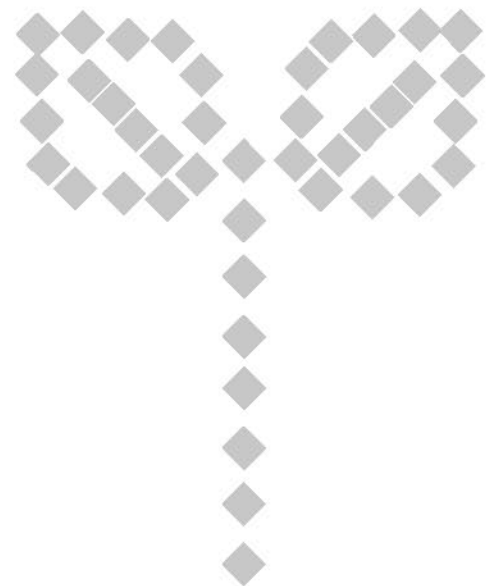
ประเด็นพัฒนา : ปรับปรุงระบบการเยี่ยมบ้านให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น สร้างเครือข่ายทนายทนายไยรัก นำร่อง ตำบลละ 1 หมู่บ้าน แลกเปลี่ยนเรียนรู้ในเรื่องประสบการณ์การดูแลแม่และเด็กในแต่ละเครือข่าย

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



ผลการพัฒนา : เกิดเครือข่ายทายาทสายใยรักหมู่บ้านต้นแบบ ตำบลละ 1 แห่ง รวม 9 เครือข่าย เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้เรื่องประสบการณ์การดูแลแม่และเด็กในแต่ละเครือข่าย สมาชิกในครอบครัวมีการดำเนินชีวิตที่ดีงานและดูแลแม่และเด็กด้วยความรักถูกต้องตามหลักวิชาการ ร้อยละของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวน้อย 6 เดือน เพิ่มขึ้น จาก 10.29% ในปี พ.ศ. 2548 เป็น 24.66% และ 50% ในปี พ.ศ. 2550 และพ.ศ. 2552 ตามลำดับ และหมู่บ้านต้นแบบ ตำบลเวียง มีการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวน้อย 6 เดือน ครบ 100%

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





บทคัดย่อ

**ประสบการณ์การนำความรู้ด้านเวชศาสตร์ครอบครัวมาประยุกต์ใช้
ในการทำงานการเรียนรู้เรื่องการสื่อสารกับผู้ป่วยแก่นักศึกษาแพทย์
ฟังเรื่อง “คน” พูดเรื่อง “คน” ช่วยเปลี่ยนผลของการรักษาผู้ป่วย**

แพทย์หญิงวิชุดา จิรพรเจริญ

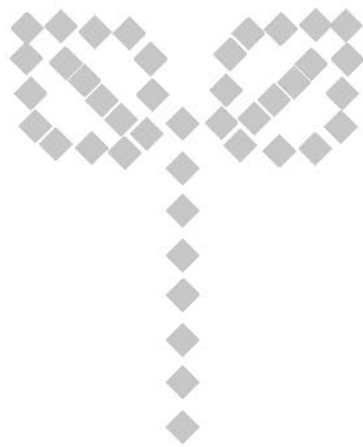
ภาควิชาเวชศาสตร์ครอบครัว คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

ที่มาและความสำคัญ : ภารกิจที่สำคัญของภาควิชาเวชศาสตร์ครอบครัวคือ การถ่ายทอดความรู้ทางเวชศาสตร์ครอบครัวแก่นักศึกษาแพทย์ให้มีความเข้าใจถึงบทบาทการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมของผู้ป่วยโดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางของการรักษา มองเห็นบริบทและการเชื่อมต่อของผู้ป่วย ครอบครัวและชุมชน รวมถึงปลูกฝังจิตวิญญาณของการเป็นแพทย์ที่ดี นักศึกษาหลายคนจะสะท้อนถึงปัญหาการดูแลผู้ป่วย เรื่องการสื่อสารว่า “แม้จะเข้าใจเรื่องราว ความทุกข์ของผู้ป่วยและครอบครัวแต่ไม่รู้จะพูดอย่างไรเพื่อแสดงความเข้าใจและเห็นใจกับผู้ป่วยของตน” จึงมีการจัดหัวข้อการบรรยายและฝึกปฏิบัติ เรื่อง การให้คำปรึกษา counseling เพื่อให้ นักศึกษาแพทย์เห็นความสำคัญของการสื่อสารที่ดีว่าเป็นเครื่องมือที่จะเพิ่มศักยภาพการดูแลรักษาผู้ป่วย ทั้งนี้การมีทักษะการสื่อสารที่ดีนี้ จะช่วยเติมความสุขในการดูแลผู้ป่วยและสร้างกำลังใจในการประกอบอาชีพแพทย์ซึ่งจะเกิดประโยชน์อันสูงสุดแก่ผู้ป่วยที่มารับการดูแลรักษา

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 และปรับเปลี่ยนแนวความคิดของผู้ป่วยจากเรื่องเล่าที่มีความผิดปกติได้ Editing the Story เพื่อฝึกให้คำปรึกษาส่วน Giving information, Supporting skill และสามารถพูดปรับเปลี่ยนแนวความคิดของผู้ป่วยจากเรื่องเล่าความเจ็บป่วยของผู้ป่วยรวมทั้งฝึกให้คำปรึกษาในกรณีต่าง ๆ Summary Counseling Concept ร่วมกันวิเคราะห์ความแตกต่างของการให้คำแนะนำและการให้คำปรึกษา

วิธีที่ใช้ในการเรียน : การบรรยายและการฝึกปฏิบัติ ทุกคนจะหมุนเวียนกันรับบทบาทสมมติ เป็นทั้งแพทย์ผู้ให้คำปรึกษา ผู้ป่วยและผู้สังเกตการณ์ หลังการทำกิจกรรมทุกคนจะร่วมแสดงความคิดเห็นและเกิดการเรียนรู้ร่วมกัน

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





Tools & Tips in Family Practice

Conflict Management in you&me, in Family and community

สอนง่ายๆ สไตล์ Fam Med

ง่าย มัน ดี มีสุข กับ R2R

บริหารคน บริหารนาย ง่ายนิดเดียว

เรื่องเล่า



สรุปสาระสำคัญจากการบรรยายและห้องย่อยการประชุมเชิงปฏิบัติการ



บรรยายพิเศษ

“การจัดการความขัดแย้งระหว่างเธอ–ฉัน–บ้าน–ชุมชน”

Conflict Management in you&me, in family and community

โดย แพทย์หญิงสายพิณ หัตถิรัตน์

ภาควิชาเวชศาสตร์ครอบครัว คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี



การจัดการความขัดแย้ง มีหลายบริบท ตั้งแต่การจัดการความขัดแย้งระหว่างบุคคล ระหว่างครอบครัว และระหว่างชุมชน ซึ่งมักจะมีความพยายามในการหาทางแก้ไขหรือจัดการความขัดแย้ง ทั้งที่ในความเป็นจริงแล้ว ความขัดแย้งนั้นไม่ต้องการการจัดการ แต่ต้องการความเข้าใจ ที่ถูกต้องเกี่ยวกับความขัดแย้ง

ความขัดแย้งมักจะถูกมองและตัดสินว่าเป็นเรื่องไม่ดี ส่วนใหญ่ความขัดแย้งจะถูกมองในเชิงลบ เช่น การทะเลาะกัน การมีปัญหาระหว่างคนอย่างน้อยสองคนขึ้นไป เมื่อความขัดแย้งถูกมองเป็นเรื่องลบก็ทำให้การแก้ไขเป็นไปได้ด้วยความยากลำบาก

ในความเป็นจริง ความขัดแย้ง คือ การขัดกันของข้อมูล ความสนใจ การให้คุณค่า หรือกิริยาท่าทาง ทุกสิ่งทุกอย่างในโลกนี้ประกอบด้วยความขัดกัน ซึ่งไม่ได้หมายความว่าไม่เหมือนกัน แต่เกิดจากการเข้ากันไม่ได้ในบางอย่างหรือบางมุม แต่ถ้าเข้าใจความแตกต่างก็ยังมีบางมุมที่เหมือนกัน สามารถนำมาทับซ้อนกันได้ เพราะฉะนั้น ความขัดแย้ง คือ ความขัดกันของบางสิ่ง เช่น

ความขัดแย้งด้านข้อมูล เช่น ข้อมูลที่ได้รับฟังมาเมื่อวานกับข้อมูลใหม่ที่ได้รับวันนี้ไม่ตรงกัน ทำให้เกิดความขัดแย้งในตัวเองเพราะได้รับข้อมูลที่ตรงกันสองอย่าง แต่ถ้ามีการสื่อสารกันมากขึ้น ก็จะทำให้ชัดเจนกับข้อมูลมากขึ้นทำให้ความขัดแย้งหายไป

ความขัดแย้งด้านความสนใจ เช่น มีกิจกรรมที่สนใจจะทำหลายอย่างในคราวเดียวกัน ยกตัวอย่างเช่น อยากไปงานสัปดาห์หนังสือแห่งชาติ แต่มีกิจกรรมอย่างอื่นที่อยากทำในเวลาเดียวกันนั้น ทำให้ตัดสินใจไม่ได้ว่าจะเลือกทำอะไรดีกว่าหรืออยากอ่านนิยายในเวลาเดียวกับที่อยากไปชมภาพยนตร์ จึงเห็นได้ว่า ความสนใจของตัวเองยังกลายเป็นความขัดแย้งได้

ความขัดแย้งด้านการให้คุณค่า คือ การที่คนสองคนให้คุณค่าในสิ่งที่ไม่เหมือนกัน เช่น อาจารย์ที่ให้คุณค่ากับความตรงเวลา เพราะถือว่าความตรงเวลาคือความรับผิดชอบ แต่ถ้าหากใครไม่ตรงเวลาถือว่าเป็นความไม่รับผิดชอบ เนื่องจากการปลูกฝังในครอบครัวมาเป็นระยะเวลายาวนาน ถ้านักศึกษามาสาย อาจารย์ท่านนี้จะตีความว่า นักศึกษาไม่มีความรับผิดชอบ ไม่มีคุณค่า โดยที่ในความเป็นจริงไม่ใช่นิสัยของนักศึกษาคนนั้น แต่บังเอิญมีเหตุการณ์ที่ทำให้มาตรงเวลาไม่ได้ เช่น เกิดน้ำท่วมใหญ่มาไม่ทัน แต่อาจารย์ซึ่งเอาคุณค่าไปไว้ที่ความตรงต่อเวลาก็ตีความว่า นักศึกษาไม่รับผิดชอบ

ถ้าการให้คุณค่าของอีกคนไม่ได้อยู่ที่ความตรงต่อเวลา แต่อยู่ที่การทำงานให้เสร็จได้อย่างมีคุณภาพหรือให้คุณค่าของงานนั้นมีประโยชน์กับคนอื่น จะเข้าไปสัก 5-10 นาทีก็ไม่ใช่อะไร เพราะฉะนั้น การให้คุณค่าของมนุษย์ที่แตกต่างกัน จึงเป็นเรื่องที่ทำให้กระทบกันได้มากที่สุด

ปรากฏการณ์อีกอย่างที่เราเห็นได้ชัดเรื่องความขัดแย้งที่เกิดจากการให้คุณค่า คือ ปรากฏการณ์ชุมนุมของกลุ่มเสื้อสีต่าง ๆ ถ้ามองเฉพาะหลักการก็คือ การให้คุณค่าของคนสองกลุ่มไว้กับสิ่งที่ต่างกัน โดยยังไม่ต้องคำนึงถึงประเด็นทางการเมือง คนกลุ่มหนึ่งอาจจะให้คุณค่ากับความยุติธรรมเท่าเทียม ในขณะที่คนอีกกลุ่มให้คุณค่ากับความจงรักภักดี ทั้งสองคุณค่าเป็นสิ่งที่ดีทั้งคู่ แต่การให้คุณค่าที่แตกต่างกันทำให้เกิดความขัดแย้งขึ้นได้

ความขัดแย้งของกิริยาท่าทาง เป็นอีกความขัดแย้งที่ทำให้มนุษย์รู้สึกเป็นทุกข์ ตัวอย่างเช่น วัยรุ่นที่ดัดผมทรงเกาหลีมักทำให้พ่อแม่รู้สึกไม่พอใจ นักเรียนแพทย์ทำผมทรงเกาหลีมักทำให้อาจารย์รู้สึกเคืองตั้งแต่ที่เห็นเดินเข้ามาในห้องเรียน และอาจจะบอกให้ไปทำผมใหม่ก่อนที่จะเข้าห้องเรียน

ทั้งหมดนี้แสดงให้เห็นว่า ความขัดแย้งเกิดขึ้นได้ในทุกมิติแม้จะเป็นเพียงเรื่องเล็ก ๆ น้อย ๆ ถึงมนุษย์จะนั่งอยู่เฉย ๆ ก็ยังสามารถขัดแย้งกับคนที่นั่งข้าง ๆ หรือแม้แต่ขัดแย้งกับตัวเองได้ ความขัดแย้งที่กล่าวกันว่าเป็นปัญหาของสังคมสมัยใหม่ ในความเป็นจริงความขัดแย้งไม่ได้เพิ่งเกิดขึ้นในปัจจุบัน แต่มีการขัดกันมาตั้งแต่โบราณแล้ว เพราะความขัดแย้งคือ “ธรรมชาติของมนุษย์”

มนุษย์ดำรงเผ่าพันธุ์มาได้ก็เพราะความขัดแย้ง หากมนุษย์มีความเห็นตรงกันหมดทุกเรื่อง บางทีพวกเราอาจจะสูญพันธุ์ไปหมดแล้วตั้งแต่อดีตกาลเพราะหากเราได้รับคำสั่งให้เดินไปในทางเดียวกันหมด ถ้าหลงก็หลงทางพร้อมกันหมด และถ้าทางเดินนั้นนำไปสู่ความตายก็คงตายพร้อมกันหมด ที่มนุษย์อยู่มาได้จนถึงทุกวันนี้ก็เพราะเราเห็นต่าง เราขัดแย้งกัน เราทะเลาะกัน จึงได้เกิดแนวความคิดใหม่ มุมมองใหม่ การแก้ปัญหาแบบใหม่ และทางออกใหม่ ดังนั้นความขัดแย้งจึงมีอยู่ตลอดเวลาตามธรรมชาติของมนุษย์ แต่ขึ้นอยู่กับว่า เราจะมองความขัดแย้งในทางบวกหรือทางลบ

การมองความขัดแย้งในเชิงบวกทำให้เห็นประโยชน์ที่เกิดขึ้นจากความขัดแย้ง เพราะจะได้มุมมองใหม่ในการแก้ปัญหา ไม่ว่าจะเป็นโครงการใหญ่ขนาดไหน มีคนร่วมงานมากแค่ไหน ความขัดแย้งก็เกิดขึ้นได้ตั้งแต่ระดับปัจเจก (individual) คือ ความขัดแย้งในตัวเอง บางครั้งการทำงานบางอย่างอาจทำให้เรามีความรู้สึกว่าเรากลายเป็นคนส่วนน้อยในสังคม ตัวอย่างเช่น การเรียนหรือทำงานด้านเวชปฏิบัติครอบครัว ซึ่งยังไม่มีทิศทางแน่นอนในอนาคต ก็ทำให้เรารู้สึกว่ากลายเป็นคนส่วนน้อย หลายครั้งการทำงานบางอย่างที่คิดเห็นไม่ตรงกันระหว่างเพื่อนร่วมงาน ก็ทำให้เรารู้สึกเหมือนเหลือแค่เราคนเดียว ไม่มีใครเข้าใจ และมีแต่เราที่คิดถูก คนอื่นคิดผิดหมด ถ้าเรามีมุมมองแบบนี้ไปเรื่อย ๆ เราจะเป็นทุกข์ เพราะยังไม่ทันได้ทำงานอะไร ก็เกิดความขัดแย้งในตัวเองก่อนแล้ว การแก้ปัญหาที่ดีคือเราควรหาทางเชื่อมโยงความแตกต่าง ความขัดกัน โดยอาศัยตัวเราเองเป็นคนเชื่อมโยง เพื่อค้นหาต้นตอของความขัดแย้งให้พบ

ต้นกำเนิดของความขัดแย้ง ไม่ได้เกิดจากสารเคมีในสมองเกิดความแปรปรวนเพียงอย่างเดียว การแพทย์ปัจจุบันมักจะพยายามหาสาเหตุของปัญหาต่างๆด้วยการวิเคราะห์เฉพาะโรคทางด้านกายภาพ เมื่อพบผู้ป่วยที่มีปัญหาไม่ว่าจะเป็นเรื่องขัดแย้งในตัวเอง ในครอบครัว หรือในชุมชน ก็นิยามออกมาว่า มีความบกพร่องของจุดบางจุดในสมองส่วนที่ใช้ในการแก้ปัญหา หรือความผิดปกติของสารเคมีในสมอง ทำให้เกิดการวินิจฉัยโรคต่างๆ และผลิตยาออกมาเพื่อรักษาอาการบกพร่องของสารเคมีในสมองส่วนนั้น ถ้าเป็นเช่นนี้ หากมีจุดใดจุดหนึ่งในสมองที่ได้รับการวินิจฉัยว่า มีความผิดปกติในการแก้ปัญหา ก็แสดงว่า ต่อไปนี้เราจะไม่สามารถแก้ปัญหาใด ๆ ได้อีก และต้องพึ่งยาในการรักษาอาการทางสมองนั้น ไปตลอดชีวิต ทั้งที่ความเป็นจริงแล้ว รากฐานของปัญหาไม่ได้เกิดจากสารเคมีในสมองผิดปกติเพียงอย่างเดียว แต่จะต้องพิจารณาถึงต้นเหตุของความขัดแย้งว่าเกิดจากอะไร

ต้นเหตุของความขัดแย้ง เกิดจากการมองความขัดแย้งในเชิงลบ ทำให้เกิดความรู้สึกที่ไม่ดีกับความขัดแย้ง และไม่นำไปสู่การแก้ปัญหาที่เหมาะสม ดังนั้นการแก้ปัญหาเรื่องความขัดแย้งที่ถูกต้อง คือ การเปลี่ยนมุมมองความขัดแย้งใหม่

การคิดถึงความขัดแย้งในมุมมองใหม่จะเกิดขึ้นได้ก็ต่อเมื่อเข้าใจความเป็นธรรมชาติของมนุษย์ที่เกิดมาแตกต่างกัน แม้เราจะมีสมองเหมือนกัน มีลักษณะคล้ายๆ กัน ในสมองเหมือนกัน แต่สมองคุณอำนาจสั่งการได้เฉพาะอวัยวะในร่างกายให้เราตอบสนองไป ในขณะเดียวกันความเป็นตัวตนของเราไม่ได้เกิดจากการควบคุมของสมอง แต่เกิดจากพื้นฐานครอบครัวที่ปลูกฝังมาตั้งแต่แรกเกิด ครอบครัวทำให้คนเราให้คุณค่ากับสิ่งต่าง ๆ ไม่เหมือนกัน ทำให้เราเชื่อไม่เหมือนกัน ทำให้เราตีความไม่เหมือนกัน และทำให้เราจัดการกับปัญหาในแบบต่าง ๆ ไม่เหมือนกัน เวลาที่คนเราเผชิญหน้ากับปัญหา เราจะบริหารจัดการกับปัญหาแบบเดิม แล้วก็จะเกิดการติดกับปัญหาบางอย่างเพราะใช้วิธีการเดิมไม่ได้

ครอบครัวเองก็ยังคงถูกครอบงำด้วยชุมชนและสังคม เพราะครอบครัวก็เป็นส่วนหนึ่งของชุมชนและสังคม ตัวอย่างเช่น ความคาดหวังต่อครอบครัวแพทย์และพยาบาลที่อยู่ในชุมชน ความคาดหวังต่อลูกของแพทย์ที่ควรเรียนดี มีอนาคตที่ดี ไม่เกเร และเราก็ได้ใส่ความคาดหวังนั้นไปที่ลูกของเราด้วย

ชุมชนก็ถูกกำหนดด้วยสังคมและวัฒนธรรม แต่ละวัฒนธรรมให้คุณค่าในสิ่งที่แตกต่างกัน วัฒนธรรมคนจีนให้คุณค่ากับเรื่องของงาน เรื่องความขยัน ลูกๆของครอบครัวจีน ก็จะต้องมีคุณลักษณะของความขยันทำงาน แล้วถ้าเกิดความขัดแย้งในระดับบุคคลที่ไม่เห็นคุณค่าความขยัน ทั้งที่เกิดมาในครอบครัวจีน จะเกิดอะไรขึ้น

รากเหง้าของความขัดแย้งที่รับมือยากที่สุด คือ ความขัดแย้งในตัวเราเอง เพราะเกิดจากการผสมผสานของทุกบริบทที่กล่าวมา และเกิดขึ้นได้ทุกวินาทีที่เราดำเนินชีวิต

ภาพที่ 1



บางคนมองเห็นเป็นภาพหญิงสาว บางคนมองเห็นเฉพาะต้นไม้ คนที่บอกว่าเห็นเป็นหญิงสาว นั่นก็เพราะเป็นวัยเดียวกับพวกเรา เพราะ background ของเรากำลังอยู่ในวัยนั้น หรือจะเป็นเพราะการถูกฝึกให้มองภาพรวม หรือมองภาพแบบโพกัสเฉพาะจุด แต่ในที่สุดแล้ว ภาพนี้ก็จะเป็นภาพเดิม แล้วแต่คนจะตีความการมอง ภาพนี้ไปตามภูมิหลังของตัวเองอย่างไร ความขัดแย้งที่เกิดขึ้นก็อยู่ที่ว่าเรามองมุมไหนก่อน ถ้าหากเราฝึกเปลี่ยนมุมมองบ้าง เราจะพบว่า ภาพเดียวกันยังตีความได้หลายแบบ และไม่มีอะไรที่บอกว่าถูกหรือผิด เราก็จะเริ่มขัดแย้งน้อยลง และฝึกความชำนาญให้กับตัวเองว่าในความขัดแย้งนั้น เราสามารถมองมุมอื่นได้เหมือนกัน



เมื่อมองภาพ illusion นี้ มีคนเห็นเป็นรูปที่แตกต่างกันไป ทั้ง หนู กระต่าย กระรอก สิงโต เพราะสมองของเราถูกหลอกจากภาพลวงตา และการตีความของเราตามพื้นฐานดั้งเดิม (Background) คนคนหนึ่งเดินมาหาเราในสภาพเสื้อผ้ายับยู่ยี่ ตาหริ้ เราก็ตีความไปว่า “เพิ่งลุกจากที่นอนเลยหรือไง” ทั้งๆที่ความเป็นจริงคือ การมองเห็นคนที่เดินมาในเสื้อผ้ายับยู่ยี่เหมือนไม่ได้รีด และตาเหมือนลืมไม่ขึ้น



ภาพที่ 2

จากกิจกรรมนี้ เราจะพบว่า สมองสองซีกของเราทำงานพร้อม ๆ กันไม่ได้ สมองซีกขวาที่ทำงานเด่นในเรื่องความสุนทรีย์จะพยายามอ่านให้เป็นสีตามจริง ในขณะที่สมองซีกซ้ายที่ทำงานด้านตรรกะก็พยายามอ่านคำที่เขียนซึ่งเป็นคนละสี แสดงว่า ความขัดแย้งเกิดขึ้นตั้งแต่ในความคิดของเราแล้ว เพราะฉะนั้น การพยายามจัดการกับความขัดแย้งในลักษณะที่ต้องการแก้ไข ต้องการจัดการนั้นไม่ใช่วิธีที่ถูกต้องเสมอไป

ภาพที่ 3ให้อ่านสีตามความเป็นจริง ไม่ใช่อ่านคำเขียน

YELLOW BLUE ORANGE
BLACK RED GREEN
PURPLE YELLOW RED
ORANGE GREEN BLACK
BLUE RED PURPLE
GREEN BLUE ORANGE



ภาพที่ 4 Virginia Satir

Virginia Satir ผู้เชี่ยวชาญทางด้านจิตบำบัด (Psychotherapy) และการบำบัดครอบครัว (Family Therapy) กล่าวไว้ว่า ในตัวคุณ ในสมองคุณนั้นประกอบไปด้วยอารมณ์ความรู้สึกที่หลากหลาย ไม่ใช่แค่ที่แสดงออกมากภายนอก อารมณ์ต่าง ๆ ของมนุษย์เปรียบได้กับ “โรงละครของอารมณ์” ในโรงละครแห่งนี้ที่มีตัวละครหลากหลาย ความโกรธอาจจะเป็นตัวละครเอก แสดงออกมาเต็มร้อยเปอร์เซ็นต์ แต่ความกลัวอาจจะกำลังหลบอยู่ใต้พื้นโรงละคร ในขณะที่ความรู้สึกเป็นเหตุเป็นผลกำลังฟังเสียง ๆ ตรงขอบเวที (ดังภาพที่ 5) ตัวอย่างเช่น มีคนไข้คนหนึ่งแสดงอารมณ์โกรธแพทย์ด้วยการพูดว่า “หมอทำอย่างนี้ได้ไง รู้ไหมว่ารอนานเท่าไรแล้ว” อารมณ์โกรธของเขาวิ่งแรงแสดงออกมาแล้วร้อยเปอร์เซ็นต์ แต่ลึก ๆ ภายในใจของเขามีความกลัวตายซ่อนอยู่แปดสิบเปอร์เซ็นต์ ความรู้สึกรับผิดชอบต่อแม่ที่มาตรวจอีกเจ็ดสิบเปอร์เซ็นต์ และความสุขุมเรียบร้อยเหลือเพียงยี่สิบเปอร์เซ็นต์เท่านั้น เพราะฉะนั้นในทุกฉากของคนหนึ่งคนที่แสดงออกมีหลายอารมณ์อยู่พร้อม ๆ กัน เพียงแต่เราฟังเขาให้ทันว่าที่แสดงความโกรธออกมานั้น ที่จริงแล้วเขาคิดอะไรอยู่ และอาจจะมีหลากหลายอารมณ์อยู่ในคราวเดียวเพราะมีที่มาแตกต่างกัน

ภาพที่ 5 Theater of emotions



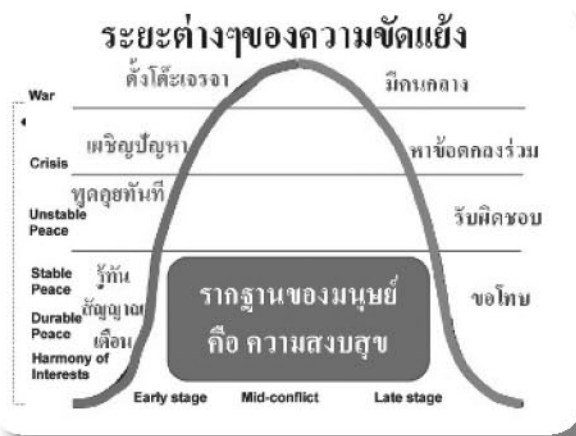
หลักการสำคัญของการตอบคำถามเรื่องความขัดแย้ง คือ การฟัง การสื่อสารด้วยการพูดแต่เพียงฝ่ายเดียวไม่สามารถแก้ไขความขัดแย้งได้ แต่ต้องเริ่มต้นด้วยการฟังให้เข้าใจก่อน จึงจะตอบโจทย์เรื่องความขัดแย้งได้ ไม่ว่าจะเป็นระดับตัวเอง ระดับครอบครัว ระดับชุมชน และระดับโลก ตัวอย่างเช่น ตอนที่มีการชุมนุมของเสื้อเหลืองและเสื้อแดง แพทย์มักจะโดนถามคำถามว่า “คุณหมอคะ คุณหมอยู่สีไหนคะ” ถ้าเราไม่ทันฟังให้ดี และตอบไปว่าเราคิดอย่างไรหรืออยู่พวกไหนเพื่อแสดงจุดยืนของตนเอง ก็อาจจะกลาย

เป็นการแสดงความพร้อมที่จะชดกันอยู่แล้ว แต่ถ้าหากเราหยุดฟังให้ทันก่อนที่วาทะแบบนี้เพราะเขาอยู่พวกไหน หรือต้องการพูดอะไรกับเราอย่างอื่น เราจึงจะเข้าใจบริบทที่ผู้บ่วยถาม

การยอมทำตามสิ่งที่ผู้อื่นต้องการ แต่ตนเองอาจมีความขัดแย้งภายใน การยอมจึงไม่ใช่วิธีการแก้ปัญหาความขัดแย้งที่ดี เพราะจะเป็นการยอมแบบสะสมความไม่พอใจไว้เป็นทวีคูณจนถึงจุดที่ไม่สามารถอดทนได้ ก็จะเกิดปัญหาตามมามากมาย ความขัดแย้งจึงแก้ไม่ได้ด้วยการยอม

ความขัดแย้งภายในครอบครัว การทะเลาะกันของพ่อแม่ นั้น ลูกสามารถรับรู้ได้แม้จะไม่ต้องเห็นการทะเลาะกันด้วยตา แต่สามารถรับรู้ได้ด้วยความรู้สึกและบรรยากาศรอบตัว ลูกสามารถสัมผัสได้ทันทีเมื่อแม่มีความวิตกกังวล และอึดอัดมากขึ้น ลูกอาจจะไม่ทราบว่าแม่วิตกกังวลแต่สัมผัสได้ถึง ความไม่สบายใจ ความขัดแย้งในครอบครัวเกิดขึ้นได้ทุกรูปแบบทั้งพ่อแม่ทะเลาะกัน พี่น้องขัดใจกัน พ่อแม่กับลูกขัดใจกัน ซึ่งบางคนบอกว่าเหนื่อยกับความขัดแย้งนั้น แต่บางคนบอกว่าความขัดแย้งทำให้รักกันและซัดกันไม่ได้

ภาพที่ 6 ระยะต่าง ๆ ของความขัดแย้ง



ความขัดแย้งแบ่งเป็นระยะต่าง ๆ ในลักษณะกราฟรูปประฆังคว่ำ ในตอนเริ่มแรก หากความสนใจของคนสองคนยังมีแนวทางร่วมกันอยู่ ก็จะไม่มีความขัดแย้งอยู่กันอย่างสันติสุข แต่เมื่ออยู่ไปจนถึงจุดหนึ่งที่เริ่มคิดไม่ตรงกันจนเกิดความไม่ลงรอย ถ้าฝ่ายหนึ่งทนไม่ได้ เริ่มมีการเถียง และถ้าทั้งคู่พร้อมที่จะเถียงกัน ก็จะเป็นการเพิ่มระดับความขัดแย้งให้มากขึ้นเรื่อย ๆ จนถึงขีดสุด ถ้ามีการเจรจาหาข้อตกลงร่วมกันได้ ก็จะเกิดการแก้ปัญหาและยุติความขัดแย้งลงได้

ความขัดแย้งทุกระดับไม่ว่าจะรุนแรงมากน้อยเพียงใด จะมีลักษณะเช่นเดียวกันทั้งหมด เมื่อความขัดแย้งทวีความรุนแรงขึ้นจนถึงขั้นสูงสุด ก็จะกลับลงสู่ความปกติสุขในตอนท้ายไม่ว่าจะต้องใช้วิธีการใดก็ตาม เพราะมนุษย์มีพื้นฐานเดียวกัน คือ ต้องการความสงบสุข

จากภาพที่ 6 สัญชาตญาณในการรับรู้ความขัดแย้งของมนุษย์นั้นเป็นสิ่งที่ดีที่สุดที่จะใช้ยุติความขัดแย้ง เมื่อใดที่เราสัมผัสได้ถึงความขัดแย้งที่กำลังก่อตัวขึ้น เราควรจะหาทางพูดคุยกันที่อย่าปล่อยให้อาการสะสมเรื้อรัง เพราะยิ่งนานวัน ปัญหาจะสะสมมากขึ้นเรื่อย ๆ แต่ถึงแม้จะถึงจุดวิกฤตแล้ว ก็ควรจะเผชิญหน้ากับปัญหา พูดคุยกันตรง ๆ เพื่อค้นหาสาเหตุแห่งความขัดแย้ง แต่ถ้าเป็นความขัดแย้งที่มีความรุนแรงร่วมด้วย มักจะไม่สามารถพูดคุยกันเองได้ ต้องอาศัยการตั้งโต๊ะเจรจาอย่างจริงจัง และการมีคนกลางช่วยรับฟังอย่างยุติธรรม ถึงแม้คนกลางจะไม่ได้ทำ

หน้าที่ใกล้เคียง แต่การทำหน้าที่รับฟังทั้งสองฝ่ายให้ได้พูดถึงปัญหา และใจเย็นลงทั้งสองฝ่ายแล้ว ก็จะรู้ว่ามีความต้องการปลายทางในสิ่งที่เหมือนกัน แต่ขั้นตอนการทำงานนั้นคนละวิธี ค้นหาความร่วมมือ และวางสิ่งที่ต่างกันไว้ก่อน

ไม่มีความขัดแย้งใดของมนุษย์ที่แก้ไขไม่ได้ยกเว้นไม่ยากหาทางแก้ไข แม้จะเป็นความขัดแย้งระดับที่มีความรุนแรงร่วมด้วยก็ตาม

เมื่อมีการรับฟัง ทำให้ปัญหาสงบลง เกิดการเจรจาแล้วก็ต้องนำไปสู่การขอโทษ ในความเป็นจริงการขอโทษนั้นกระทำได้ตั้งแต่ระยะแรกที่เริ่มรับรู้ความขัดแย้ง เมื่อเริ่มต้นความขัดแย้ง จนกระทั่งถึงจุดที่กำลังเจรจา หรือจุดที่ผ่านพ้นวิกฤตไปแล้วก็ตาม การขอโทษไม่ได้หมายความว่าผู้ขอโทษเป็นฝ่ายแพ้ การขอโทษหมายถึง การยอมรับว่าเราอาจจะทำอะไรที่ไม่ถูกใจแต่กระทำไปโดยไม่ตั้งใจ การขอโทษลักษณะนี้จึงไม่ใช่การเสียศักดิ์ศรีหรือเสียหน้า ถ้าหากฝึกใช้บ่อย ๆ ก็จะเกิดความคุ้นเคย



พฤติกรรมที่มนุษย์ใช้รับมือกับความขัดแย้ง แบ่งเป็น 5 พฤติกรรม (Thomas Kilmann Conflict Modes) ได้แก่

1. Competing คือ กลุ่มที่รับมือด้วยการตอบโต้เพื่อเอาชนะ ซึ่งมักจะเอาความต้องการของตนเองเป็นที่ตั้ง และกระทำทุกอย่างเพื่อให้สำเร็จตามประสงค์ของตนเอง โดยไม่คำนึงถึงความเสียหายที่จะเกิดขึ้นกับผู้อื่น ทางออกสำหรับพฤติกรรมนี้มีแค่สองแบบ คือ แพ้ หรือ ชนะ

2. Accommodating คือ กลุ่มที่รับมือด้วยการเอาความต้องการของผู้อื่นเป็นที่ตั้ง ซึ่งเป็นข้อที่ตรงข้ามกับกลุ่มแรก (competing) โดยสิ้นเชิง ผู้ที่แก้ปัญหด้วยการใช้พฤติกรรมนี้มักจะยอมทำตามเพื่อให้เกิดความสงบสุข แม้จะไม่เห็นด้วยและรู้ว่าตัวเองจะเสียเปรียบ

3. Avoiding คือ กลุ่มที่รับมือด้วยการทำเป็นไม่รู้ไม่เห็นความขัดแย้ง หรือเลือกที่จะอยู่เป็นกลาง ไม่เลือกข้างฝ่ายใดฝ่ายหนึ่ง รอให้เวลาผ่านไป แล้วเหตุการณ์ผ่านไปเอง

4. Collaborating คือ กลุ่มที่รับมือด้วยการหาหนทางที่ดีที่สุดร่วมกันทั้งสองฝ่าย เป็นกลุ่มที่อยู่ในข้อตรงข้ามกับ Avoiding เพราะจะเป็นกลุ่มที่พยายามค้นหาความต้องการที่แท้จริง หรือค้นหาสิ่งที่คิดเห็นไม่ตรงกัน แล้วพยายามช่วยกันหาทางออกที่เหมาะสมที่สุดสำหรับความขัดแย้งนั้น

5. Compromising คือ กลุ่มที่รับมือด้วยการหาหนทางที่เป็นที่พึงพอใจบางส่วนของทั้งสองฝ่าย กลุ่มนี้อยู่ระหว่าง Competing และ Accommodating คือ ไม่ถึงกับยอมหมดทุกอย่าง แต่ก็ไม่ได้ต้องการเอาชนะ สิ่งทีกลุ่มนี้แตกต่างจาก Collaborating คือ ไม่ได้มีความพยายามในการค้นหาสาเหตุที่ทำให้เกิดความขัดแย้ง แต่พยายามจะหาจุดกึ่งกลางที่ทุกฝ่ายพอใจเพียงบางส่วน บางครั้งก็เป็นการพยายามหาหนทางร่วมกันแบบรวบรัด เพื่อยุติปัญหาโดยเร็ว

กล่าวโดยสรุป พฤติกรรมที่เหมาะสมกับการจัดการความขัดแย้งที่สุด คือ Collaborating หรือ การแสวงหาด้านต่อของความขัดแย้ง หาหนทางใหม่ที่ทำให้ทุกฝ่ายพอใจอย่างแท้จริง

แนวคิดใหม่ของการจัดการความขัดแย้ง

มุมมองใหม่เกี่ยวกับความขัดแย้ง คือ ความขัดแย้งเป็นปรากฏการณ์ธรรมชาติของมนุษย์ เปรียบการก้าวเดินของมนุษย์ว่า ต้องมีการก้าวเท้าซ้ายสลับกับเท้าขวา ซึ่งเป็นความขัดแย้งที่มีอยู่เป็นปกติ เพราะถ้าหากสองขาของเราก้าวไปในคราวเดียวกัน ก็จะเดินไปข้างหน้าอย่างยากลำบาก ต้องใช้วิธีการกระโดดไปข้างหน้า ถอยหลัง หรืออาจจะล้มลงได้ มุมมองต่อการแก้ปัญหาความขัดแย้ง ก็คือ การมองว่าความขัดแย้งมีอยู่เป็นธรรมดา เป็นธรรมชาติที่ทำให้เราเดินไปข้างหน้าได้เร็วขึ้น

ในธรรมชาติของความต่าง ก็ยังมีความเหมือนเป็นส่วนประกอบ มนุษย์ผู้หญิงและผู้ชาย แม้จะมีความแตกต่างของรูปร่างภายนอก แต่ก็มีอวัยวะภายในที่เหมือนกัน มนุษย์ทั้งหลายที่ขัดแย้งกันก็ต้องมีลักษณะที่เหมือนกัน เรามีหน้าที่ต้องพลิกหามุมนั้นให้เจอให้ได้ มุมที่ขัดแย้งอาจจะ เป็นเพียงแค่มุมเดียว แต่ยังมีอีกหลายมุมที่เราเก็บหาเหมือนกัน ถ้าเราหามุมนั้นเจอ เราจะหาความร่วมมือเจอ และหาทางออกให้กับความขัดแย้งได้

เมื่อเปลี่ยนมุมมองเกี่ยวกับความขัดแย้งใหม่ จะพบว่า ความขัดแย้งนั้นคือ ความสวยงามของมนุษย์ที่รู้จักที่จะเห็นต่างกัน



ต้นกำเนิดของความขัดแย้ง

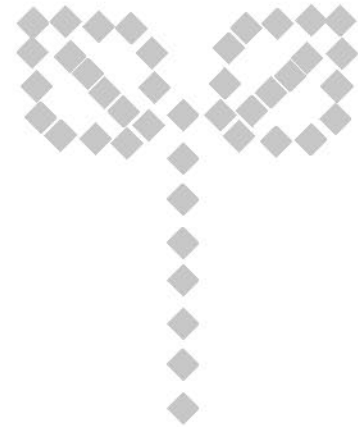
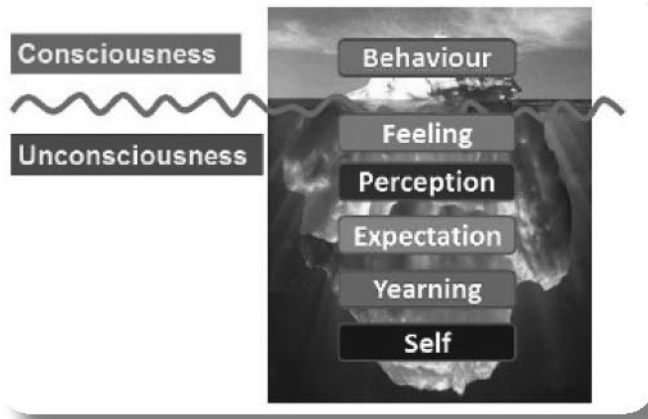
ความขัดแย้งมีจุดกำเนิดมาจาก “ความคาดหวัง” ดังที่ Virginia Satir เปรียบพฤติกรรมของมนุษย์ว่าเป็นเพียงยูกาเนา้าแข็ง ส่วนที่ลึกลงไปภายใต้พฤติกรรมนั้น เต็มไปด้วยความคาดหวัง ความต้องการที่แท้จริง ดังภาพที่ 7

ยกตัวอย่างเรื่องความรัก พฤติกรรมที่แสดงออกคือ ความรัก แต่ในความเป็นจริง ผู้ให้ความรักก็ต้องการความรักตอบแทน ต้องการความเท่าเทียม เพราะตั้งต้นรู้สึกว่าคุณค่าที่ผู้ให้มอบให้ ก็จะทำให้เกิดความขัดแย้ง เปลี่ยนเป็นความโกรธ ซึ่งหมายความว่าตัวตนจริงๆของผู้ให้ นั้นไม่มั่นใจในตนเอง

การวิเคราะห์พฤติกรรมของผู้ป่วยด้วยวิธีนี้ จะทำให้แพทย์เข้าใจผู้ป่วยมากขึ้น และหาทางช่วยผู้ป่วยได้ถูกต้อง นอกจากนี้ แพทย์ยังสามารถนำมาวิเคราะห์ตนเองได้ด้วย

มนุษย์ตอบสนองต่อปัญหารวดเร็วมากจนตามความต้องการที่แท้จริงของตนเองไม่ทัน หลังจากตอบสนองไปแล้ว ก็มักจะเกิดความเครียดว่า แก่ปัญหาถูกหรือไม่

ภาพที่ 7 ที่มาของความขัดแย้ง



ขั้นตอนการแก้ปัญหาความขัดแย้ง

1. การฟังด้วยความเข้าใจ

ทางออกร่วมกันของการแก้ไขความขัดแย้ง คือ การฟัง ในที่นี้ไม่ใช่เพียงการฟังผ่านหู หรือเพียงแค่เก็บเรื่องราว แต่เป็นการฟังให้เข้าใจ ข้อแนะนำคือ ต้องฟังแล้วจินตนาการภาพตามได้เหมือนกับว่ากำลังฉายภาพยนตร์ให้ตัวเองดู และคอยตรวจสอบเป็นระยะกับผู้ป่วยว่าสิ่งที่เราจินตนาการยังเป็นเรื่องเดียวกันอยู่หรือไม่

ตัวอย่างกรณีศึกษา

นักเรียนแพทย์คนหนึ่งมีการส่งต่อจากแผนกอื่นมาว่าเป็นนักเรียนแพทย์เจ้าปัญหาขี้เกียจ มาสาย ไม่รักเรียน ไม่รับผิดชอบ ไม่ส่งรายงาน แค่ว่าอาจารย์ก็คิดไปก่อนแล้วว่าเขาคงเป็นเด็กมีปัญหา ปรากฏว่าเมื่อพบตัวจริง เขาก็เป็นเด็กผู้ชายใส่แว่นหน้าตาธรรมดาแต่เข้าห้องเรียนสายเกือบ 30 นาที เลื่อนกาน้ำยิบๆ มอซอ หน้าตาผมเผ้าเหมือนเพิ่งตื่นนอน และเดินเข้าห้องเรียนแบบไม่เอาไหนร้อนใจต่อเรื่องใด ๆ ทั้ง ๆ ที่เพื่อน ๆ นั่งกระสับกระส่ายอยู่ทั้งห้องแต่เขาเดินเข้ามาเฉย ๆ ไม่รู้ร้อนรู้หนาวแล้วก็มองหาที่ว่าง แล้วก็เดินไปนั่งเฉย ๆ ไม่ขอโทษ ไม่รู้สึกผิด (คำว่าไม่รู้สึกผิดคือการที่อาจารย์ตีความ) เขาแค่เดินเข้ามาหาเก้าอี้ที่นั่งเฉย ๆ แต่เราประมวลผลจากข้อมูลเชิงลบที่มีอยู่แล้ว อาจารย์ก็ยังสอนต่อไป จนในที่สุดเลิกเรียน อาจารย์จึงเรียกนักเรียนให้มาคุยเป็นการส่วนตัว โดยไม่ใช้น้ำเสียงข่มขู่หรือคุกคาม แต่อาจารย์แสดงให้เห็นว่าเป็นห่วง และตั้งใจฟังสิ่งที่นักศึกษาเล่าอย่างเข้าใจและเห็นใจ

เรื่องราวที่นักศึกษาเล่าเกี่ยวกับความรู้สึกที่แท้จริงของตนเองต่อการเรียนแพทย์ ประสบการณ์ครอบครัวในอดีต และเรื่องความสนใจในด้านอื่นที่ไม่เกี่ยวกับการแพทย์นั้น ทำให้อาจารย์ซึ่งคิดเชิงลบไปก่อนแล้วว่านักเรียนคนนี้มีปัญหา ไม่รักการเรียน ได้เห็นอีกด้านของเด็กหนุ่มที่มีความคิด มีความฝัน และเป็นลูกที่ดีของพ่อแม่ แต่เขามีข้อจำกัดบางอย่างที่ทำให้ต้องเลือกเรียนในสาขาที่ตนเองไม่สนใจ ไม่ได้อยากเป็นแพทย์

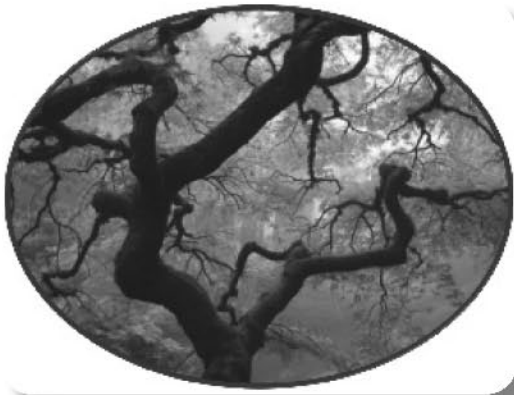
เมื่อเปลี่ยนมุมมองที่มีต่อนักเรียนที่ดูเหมือนเด็กไม่ดีคนหนึ่งด้วยการรับฟังปัญหา อาจารย์ทุกท่านได้ช่วยกันทำให้เด็กหนุ่มคนนี้มือนาคอย่างที่เขาอยากเป็น แทนที่จะต้องเรียนแบบตกล้น หรือถึงกับเรียนไม่จบปริญญาตรี ในที่สุดนักเรียนคนนี้ก็ได้รับเรียนในสิ่งที่เขาชอบ และได้ทำงานในสิ่งที่ตัวเองรัก แม้จะมีอุปสรรคในหลาย ๆ เรื่องก็ตาม

2. ใช้เวลาทุกฝ่ายไตร่ตรอง ต้องให้เวลากลับไปคิดด้วยตัวเอง

3. ลองสร้างบรรยากาศดี ๆ คือ การพูดคุยแบบผ่อนคลาย ไม่ใช้การจับผิด หรือการกล่าวหา

4. มีชื่อใหม่ให้ปัญหา คือ การเปลี่ยนกรอบปัญหาใหม่ (reframe) เราจะเห็นช่องทางมากขึ้น ดังตัวอย่างภาพที่ 8-9

ภาพที่ 8



ภาพที่ 9



5. เชิญเข้าร่วมวางแผน คือ การเชิญทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องมารู้เรื่องราวให้เร็วที่สุด

6. หาแนวแกนที่ร่วมกัน คือ การหามุมมองที่เหมือนกันให้เจอให้ได้

7. ยืดหยุ่นพลิกผันได้ต่อเนื่อง คือ การเปลี่ยนแปลงตามสถานการณ์ เพราะความขัดแย้งแต่ละรูปแบบก็มีวิธีแก้ไขได้แตกต่างกันมากมายหลายวิธี

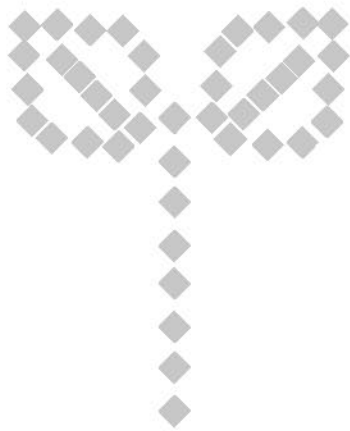
8. ระวังเรื่อง do no harm ข้อควรระวังของการแก้ความขัดแย้ง คือ ต้องกระทำด้วยความระมัดระวังอย่าประมาท และพยายามทำให้คนอื่นบาดเจ็บน้อยที่สุด

9. ห้ามทุบโต๊ะ คือ ห้ามแก้ไขเหตุการณ์อย่างรวดเร็วเพื่อให้อาจารย์จบไป เพราะในความเป็นจริงปัญหายังไม่จบ ทันทีที่ฝ่ายใดฝ่ายหนึ่งทุบโต๊ะเพื่อให้เสร็จไปนั้น ฝ่ายที่เสียเปรียบหรือแพ้จะรู้สึกทันทีว่า “ไม่ยอม”



สรุปสุดท้ายจากคำพูดของ พระพรหมคุณาภรณ์ (ประยุทธ์ ปยุตฺโต) ความว่า

“ความขัดแย้งในแง่หนึ่งก็เป็นธรรมดา เป็นธรรมชาติของสิ่งทั้งหลายที่มีความแตกต่างกันเป็นธรรมดาอยู่ ความแตกต่างที่ขัดกันบ้างเข้ากันบ้างแล้วมันทำให้เกิดความหลากหลายและความสมบูรณ์ มนุษย์เราที่สมบูรณ์ได้เพราะอยู่ได้ด้วยความขัดแย้ง มนุษย์เป็นธรรมชาติที่พิเศษที่จัดสรรความเป็นไปให้เป็นไปตามเจตนาของตนได้ มนุษย์ก็เอาประโยชน์จากความขัดแย้งมาปรับเปลี่ยนได้ให้มันเสริมกันก็ได้ หรือแม้แต่ความแตกต่างที่จะเป็นความขัดแย้งมนุษย์ก็ฉลาดที่จะเอามาเติมเต็มซึ่งกันและกัน **ขั้นแรก** มนุษย์ต้องขัดแย้งเป็นมนุษย์ถึงจะอยู่กับความขัดแย้งได้อย่างสร้างสรรค์ **ขั้นที่สอง** ความขัดแย้งที่ดีต้องมาจากความปรารถนาดี เจตนาดี อยากจะทำอะไรดีๆ เพื่อให้ความขัดแย้งนั้นสร้างสรรค์ได้ ทำให้มันเป็นการแลกเปลี่ยน อาจจะเป็นการเติมความรู้ ทำให้เป็นการสร้างสรรค์สิ่งใหม่ๆด้วยกัน เพราะนั่นคือการจัดการความขัดแย้ง เพราะความขัดแย้งมันไม่ใช่ปัญหา แต่มันคือความที่เราใส่สีสันทิ้งไปให้ทุกๆคนมีสีสันมีความงามที่เราเป็นมนุษย์อยู่ด้วยกัน”





สอนง่าย ๆ สไตล์ fammed

แพทย์หญิงดาริน จตุรภัทรพร

ภาควิชาเวชศาสตร์ครอบครัว คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี



15 เทคนิค การสอนแบบเวชศาสตร์ครอบครัว

รูปแบบกระบวนการ

เป็นการบรรยายประกอบประชุมเชิงปฏิบัติการ (Interactive lecture and workshop) โดยการสาธิต (demonstration) เพื่อแสดงเทคนิค การสอนให้ผู้เรียนมีส่วนร่วม ในกิจกรรมแบบมีปฏิสัมพันธ์ พร้อมเอกสารประกอบการสอนที่เข้าใจง่าย มีพื้นที่ว่างสำหรับ บันทึกด้วยตนเอง และสื่อการสอนที่กระตุ้นการเรียนรู้ เช่น เพลง วิดีทัศน์ รูปดารา ฯลฯ การ ตั้งเป้าหมายให้ผู้เรียนนำเทคนิคการสอนไปใช้อย่างน้อยสองวิธี เป็นการสนับสนุนให้ผู้เรียน ตั้งใจเรียนมากขึ้น เพราะพยายามจะหาวิธีที่ไม่ซ้ำกับที่ตัวเองเคยสอน เป็นการทดสอบของ ผู้สอนได้ด้วยว่า ผู้เรียนได้ประโยชน์จากการสอนครั้งนี้เพียงใด

สาระสำคัญ

2 รูปแบบการสอน

รูปแบบการสอนที่แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวต้องใช้อย่างน้อย 2 แบบ แบ่งเป็น

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





15 เทคนิคที่ควรเรียนรู้

เทคนิคการสอนที่ทำให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น ได้แก่

- 1) การแนะนำตัว : ใช้เทคนิคแนะนำตัวชื่อเล่นและที่ทำงาน (1) สำหรับทุกคน และใช้เทคนิคจับคู่ (by pairing) (2) ให้คุยกับคนข้าง ๆ เรื่องที่คนข้างๆไม่รู้เกี่ยวกับเรา ใช้เทคนิค Audience survey (3) ในการสำรวจว่าใครมาจากภาคใดและใครทำงานสอนบ้าง
- 2) แนะนำรูปแบบการสอน : ใช้เทคนิค Questioning (4) ว่าเราต้องสอนใครและต้องสอนในรูปแบบใดบ้าง
- 3) เกริ่นนาก่อนเข้าสู่บทเรียน : ให้ผู้เข้าร่วมประชุมลองนึกถึงเทคนิคการสอนที่แต่ละคนใช้บ่อย ๆ 2 เทคนิค โดยใช้ เทคนิค Post-it 2 แผ่น (5) หลังจากนั้นใช้เทคนิคแบ่งกลุ่มตามที่นั่งอยู่ (by geography) (6) เพื่อรวบรวมเทคนิคที่ใช้บ่อยใน flip chart
- 4) แจงจุดประสงค์การสอน 3 ข้อ : ได้แก่ demonstrate 20 เทคนิคการสอน แนะนำ Kirkpatrick's model และให้ผู้เข้าประชุมสามารถนำเทคนิคใหม่ 2 เทคนิคกลับไปใช้ได้
- 5) ยกตัวอย่าง Case สอนแล้วหลับ : โดยให้ Brief case description (7) เชิญตัวอย่าง Case จริงเข้ามาให้ถามแบบ role play (8) ให้ดูคลิปวิดีโอตัวอย่างการสอนไม่ให้หลับ (9) มีการถามการตัดสินใจจากผู้เข้าประชุมว่าทำอะไรจะสอนไม่ให้หลับ (10)
- 6) แนะนำ Generation difference สำหรับการออกแบบการสอน : โดยใช้ เพลง บรรยายความแตกต่างของแต่ละ generation (11) และ Audience survey ลักษณะของ Gen x Gen y
- 7) บรรยายเรื่อง Interactive lecture: โดยใช้เทคนิคเชิญผู้เรียนออกมาสอน (12) โดยใช้เทคนิคการเลือกรูปดารา (13) และถามคำถามแบบถูกผิดโดยให้ยกมือซ้ายและมือขวา (14)

- 8) ถกประเด็นเรื่องทำไมควรใช้วิธีการสอนแบบ interactive และทำไมไม่ควรใช้: โดยใช้วิธี Buzz group (15) และได้วาที (16) โดยแบ่งทีมตามการนับ (by counting) (17)
- 9) แนะนำวิธีการออกแบบการสอน Kirkpatrick's model โดยใช้เทคนิคการถามตอบ โดยใช้การ์ดสี Dentyne (18) และถูกผิดโดยการยกมือ
- 10) สรุปเนื้อหาเรื่อง Why and Why not for interactive lecture
- 11) ให้ผู้เข้าเรียนรวบรวมเทคนิคที่เห็นทั้งหมดในชั้นเรียนนี้ โดยการเขียน (19)
- 12) ให้รางวัลผู้ที่ตอบได้จำนวนเทคนิคมากที่สุด (rewarding) (20)
- 13) สรุปเทคนิคอื่นๆ ให้ทราบ เช่น 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

สรุป

การสอนแบบเวชศาสตร์ครอบครัวมีหลักการเหมือนกับการดูแลผู้ป่วยแบบเวชศาสตร์ครอบครัว ในประเด็นดังต่อไปนี้

- 1) ควรเป็นการสอนโดยให้ผู้เรียนเป็นศูนย์กลางและนึกถึงใจของผู้เรียนเป็นสำคัญ เหมือนการใช้หลักการการดูแลผู้ป่วยแบบให้ผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (Patient-centered medicine)
- 2) ควรมีการใช้วิธีการสอนที่หลากหลายเหมือนการดูแลผู้ป่วยที่แพทย์ต้องใช้วิธีการรักษาที่หลากหลายให้เหมาะสมกับผู้ป่วยเพื่อให้ได้ผลดีที่สุด
- 3) ควรยอมรับว่าผู้เรียนอาจมีส่วนร่วมแตกต่างกัน เหมือนผู้ป่วยแต่ละคนที่มีส่วนร่วมในการรักษาไม่เหมือนกัน
- 4) ควรใช้ความคิดสร้างสรรค์ แม้เป็นการเรียนการสอนในเรื่องเดิมหรือวิชาเดิม ผู้สอนอาจต้องมีการประยุกต์วิธีการสอนที่ต่างกันไปในแต่ละครั้งเพื่อทำให้การเรียนการสอนสนุก เหมือนผู้ป่วยที่อาจมาด้วยอาการเหมือนกันและได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเดียวกันแต่เรื่องราวของผู้ป่วยวิธีการดูแลผู้ป่วยและผลที่ได้อาจจะไม่เหมือนกัน

ที่กำหนดไว้ในตาราง แต่ผู้สอนก็สามารถปรับกระบวนการให้เหมาะสมกับเวลาที่มีจำกัด

*หมายเหตุ: Workshop และ Interactive lecture แตกต่างกันว่า workshop มีการมีส่วนร่วมในกลุ่ม ปฏิสัมพันธ์ และกิจกรรมให้ทำมากกว่า แต่ในบางครั้งอาจแยกกันยาก หากจำนวนผู้เข้าร่วม Workshop นั้น ๆ มีจำนวนมาก อาจจะต้องเปลี่ยนรูปแบบเป็น Interactive lecture แทน



ง่าย มั่นใจ ดี มีสุข กับ R2R (R2R: Routine to research)

แพทย์หญิงหทัยทิพย์ ธรรมวิริยะกุล

แพทย์หญิงอรุณี ทิพย์วงศ์

โรงพยาบาลหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา



วิทยากรเข้าสู่เนื้อหาโดยการนำเสนอวิดีโอทัศน์แนะนำให้รู้จัก “งานวิจัยจากงานประจำ” และตัวอย่างที่เกิดขึ้นในโรงพยาบาลต่าง ๆ ทั่วประเทศ ทั้งในโรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลจังหวัด และโรงพยาบาลศูนย์ และถามเหตุผลที่สนใจและความคาดหวังของผู้เข้าประชุมที่มาเข้าร่วมประชุมเชิงปฏิบัติการนี้ซึ่งพบว่าส่วนใหญ่ ต้องการรู้จัก R2R และนำกลับไปเริ่มทำวิจัยในพื้นที่ของตนเอง แพทย์ประจำบ้านที่ร่วมฟังก็ต้องการนำไปเป็นความรู้ช่วยในการพัฒนาหัวข้อวิจัยของตนเองให้น่าสนใจขึ้น

จากนั้นผู้เข้าร่วมประชุมร่วมอภิปรายประสบการณ์การทำวิจัยของตนเองจากอดีตถึงปัจจุบันโดยให้โจทย์ว่า “ท่านเคยทำวิจัยหรือไม่ ทำมาก็เรื่อง ความรู้สึกดี ๆ ที่เกิดขึ้นจากการทำวิจัย เคยนำวิจัยไปใช้ประโยชน์หรือไม่” โดยสรุปส่วนใหญ่ผู้เข้าร่วมประชุมเคยทำวิจัยมาก่อน เช่น วิจัยเกี่ยวกับการเรียนการสอน วิจัยเกี่ยวกับการทำงาน มีทั้งรูปแบบวิจัยเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ แต่วิจัยที่ทำส่วนใหญ่ยังไม่ได้เผยแพร่ ปัญหาที่จะนำมาใช้ในการวิจัยส่วนใหญ่มาจากปัญหาในการรักษา เช่น เมื่อพบผู้ป่วยเสียชีวิต เจ็บป่วยด้วยโรคใดโรคหนึ่งมากขึ้น พื้นที่ที่ทำวิจัยมีทั้งในโรงพยาบาลและในชุมชน

6 อุปสรรคในการทำวิจัย

1. ความยุ่งยากในการคิดออกแบบกระบวนการวิจัย และรู้สึกว่าขั้นตอนการทำวิจัยมีหลายขั้นตอน
2. ภาษาที่ใช้ในการวิจัย เช่น สถิติเข้าใจยาก
3. มีกรอบเวลาในการที่ต้องทำวิจัยให้สำเร็จทำให้รู้สึกเครียด
4. ไม่นัดที่จะแปรผลงานวิจัย
5. มีปัญหาในเรื่องที่ปรึกษาในการทำวิจัย
6. บางงานต้องมีค่าใช้จ่ายในการทำวิจัย



ความรู้สึกดี ๆ ที่เกิดขึ้นจากการทำวิจัยของผู้เข้าร่วมประชุมได้แก่

1. ความภาคภูมิใจที่ได้กระบวนกรใหม่เพื่อพัฒนาการรักษาผู้ป่วย
2. การส่งต่อให้เกิดการวิจัยอื่น ๆ
3. การวิจัยในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในขณะที่ทำวิจัยก็เป็นการให้ความรู้กับผู้ป่วยร่วมไปด้วย
4. ผลของวิจัยบางอย่างทำให้ลดค่าใช้จ่ายของโรงพยาบาลได้
5. เกิดความร่วมมือของเจ้าหน้าที่

เหตุผลดี ๆ ที่ควรทำ R2R

ปัญหาของการไม่ยอมทำวิจัยในปัจจุบันส่วนใหญ่เกิดจากการไม่มีในสามประเด็นคือ ไม่มีเวลา ไม่มีงบประมาณ ไม่มีความสามารถ อย่างไรก็ตามการไม่มีความสามารถเป็นสิ่งที่พัฒนาได้ภายใต้ความต้องการเรียนรู้ของนักวิจัย

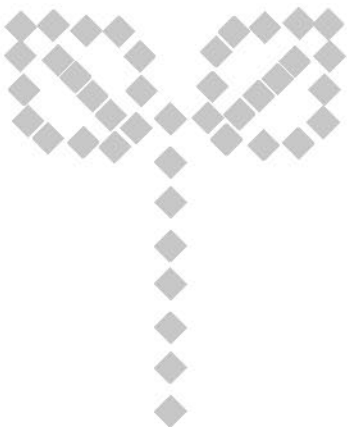
หากตั้งคำถามว่าทำไมต้องทำงานวิจัยจากงานประจำ (R2R) คำตอบคือ ในเวชปฏิบัติ นั้นยังมีเรื่องที่ต้องทำให้ดีขึ้นอีกหลายเรื่อง ยังมีปัญหาที่ต้องแก้ไข การบริการต้องพัฒนาไปตลอดและการดูแลผู้ป่วยต้องการคำตอบแม่นยำ น่าเชื่อถือซึ่งตอบด้วยสามัญสำนึกไม่ได้ การทำวิจัยจากงานประจำจะมีส่วนช่วยในการพัฒนาตนเอง และพัฒนาองค์กร เพราะ R2R จะเป็นเครื่องมือที่ช่วยดึงบุคลากรเข้ามามีส่วนร่วมโดยมีตัวผู้วิจัยคือ ผู้ปฏิบัติงานเป็นผู้ดำเนินการ คิดวิเคราะห์ประเด็นหัวข้องานวิจัยโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อต้องการพัฒนางานประจำ มุ่งเน้นผลลัพธ์ดีต่อผู้ป่วย และผลที่ได้มาก็จะถูกนำไปใช้ประโยชน์เพื่อพัฒนางานประจำ การทำงานวิจัยจากงานประจำยังเป็นการสร้าง Routine Development ให้เป็น Evidence-Based Practice อีกด้วย จึงสามารถพูดได้ว่า R2R นั้นเป็นเครื่องมือในการพัฒนาคนไปด้วยนั่นเอง

4 ลักษณะสำคัญของงานวิจัยจากงานประจำ

1. คำถามวิจัย
 - มาจากงาน/บริการประจำ
 - ถามเพื่อแก้ปัญหางานที่ทำ
 - ถามเพื่อปรับปรุงงานที่ทำ
2. ผู้ทำวิจัย
 - เป็นบุคลากรในโรงพยาบาลทุกระดับที่อยู่หน้างาน ผู้เชี่ยวชาญเป็นเพียงที่ปรึกษา
3. ผลวิจัย
 - วัดที่ระดับผู้ป่วยหรือการบริการโดยตรง
4. การนำไปใช้
 - นำกลับไปสู่การดูแลผู้ป่วยและการบริการในหน่วยงาน

4 ประเด็นนำวิจัย

1. ขั้นตอนการทำงาน (workflow : input-process-output) เช่น สำหรับทีมดูแลผู้ป่วยหรือ Patient care team ขั้นตอนการทำงานก็คือ กระบวนการดูแลผู้ป่วย ถ้าเป็นผู้ที่ทำงานในห้องปฏิบัติการ ขั้นตอนการทำงานอาจนึกถึงการเก็บ Specimen การเตรียม การนำส่ง การรายงาน เป็นต้น
2. เสียงบ่นและอุบัติการณ์ (complaint & incident) อาจตั้งคำถามวิจัยว่า เกิดอะไรขึ้นกับผู้ป่วยหรือระบบ มีปัจจัยอะไรทำให้การดูแลเป็นเช่นนั้น หรือทำอย่างไรให้การดูแลผู้ป่วยดีขึ้น
3. ตัวชี้วัด (indicators) อาจตั้งคำถามวิจัยจากเป้าหมาย เวลา เกณฑ์ต่าง ๆ ที่มีอยู่ในการปฏิบัติงานจริงซึ่งยังทำได้ไม่ถึงเกณฑ์ตัวชี้วัดเหล่านั้น
4. เป้าหมายองค์กร (Organization goal) อาจตั้งคำถามวิจัยจากเป้าหมายสูงสุดขององค์กร ซึ่งทุกคนต้องร่วมกันทำให้ได้ตามเป้าหมาย





10 เทคนิคการทำวิจัยอย่างมั่นใจ

ดร.นพ.โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ ผู้อำนวยการสำนักวิจัยสังคมและสุขภาพ ให้แนวคิดไว้ว่า การทำวิจัยให้คิดว่าเป็นการ “เดินที่ละก้าว กินข้าวที่ละคำ” เพราะงานวิจัยก็เหมือนการเดิน แต่จะอย่างไรที่จะเดินให้ถึง เราจึงต้องเดินที่ละก้าว ดังนี้

1. **เริ่มต้น** : ด้วยเรื่องง่าย น่าสนใจ ทำแล้วมีโอกาสสำเร็จ พิจารณาความสามารถของตนเอง
2. **ค้นคว้า** : หาความรู้เพิ่มเติม เลือกอ่านเฉพาะงานที่มีคุณภาพ ต้องท่องจำให้ขึ้นใจว่า “ทุกเรื่องที่ยากทำไม่ใช่สามารถทำเป็นงานวิจัยได้”
3. **หาเป้า** : ต้องรู้ว่าเราอยากรู้อะไร หาส่วนที่ขาดแล้วต่อยอดเรื่องที่รู้ไปสู่สิ่งใหม่
4. **เหลาโจทย์** : ให้แหลมคม และห้ามลืมว่า คำถามที่ดี มาจากแนวคิดที่ดีและข้อมูลที่ดี
5. **กำหนดวิธีการ** : วิธีการวิจัยขึ้นอยู่กับสิ่งที่ต้องการที่จะรู้ ที่สำคัญต้องรู้จุดแข็งและจุดอ่อนของแต่ละวิธีการ
6. **ทำงานภาคสนาม** : เข้าใจธรรมชาติของข้อมูลและแหล่งข้อมูล เก็บข้อมูลให้เป็นระบบ
7. **ถามหาความรู้ใหม่** : นักวิจัยที่ดีต้องไม่เป็นผู้รายงานข้อมูล แต่ต้องเป็นผู้คิดค้นสิ่งใหม่ ๆ ที่สร้างสรรค์และมีความสำคัญ
8. **ใช้บทคัดย่อนำทาง** : อ่านบทคัดย่อก่อน แล้วพิจารณาข้อเด่น ข้อด้อย
9. **นำเสนออย่างสร้างสรรค์** : สรุปจากงานวิจัย สรุปตามวัตถุประสงค์ ตรงประเด็น ไม่เกินจริง สิ่งที่ต้องการเพิ่มเติมอยู่ในข้อเสนอแนะ รูปแบบของการวิจัยมีข้อจำกัด เช่น บอกถึงวิธีการ ช่วงระยะเวลาการทำ (ไม่ควรพูดถึงคนงบประมาณ)
10. **มุ่งมั่นสู่ขั้นเทพ** : ที่สำคัญต้องจำไว้ว่างานวิจัยชิ้นแรกน่าอายเสมอ ฉะนั้นอย่ากลัวที่จะ “เริ่ม”

แปลกแต่จริง : ปัญหาวิจัยที่พบบ่อย

1. ตั้งคำถามไว้อย่างหนึ่ง แต่วัตถุประสงค์เป็นอีกแบบ
2. อยากทำวิจัย แต่ไม่อยากเขียน
 - แนะนำว่าการวางแผนจะช่วยให้เดินถึงที่หมายโดยไม่เสียเวลา ไม่สิ้นเปลืองและมีโอกาสสำเร็จมากกว่า
3. ไม่รู้จะทบทวนวรรณกรรมอย่างไร ค้นทุกอย่าง แต่ไม่เกี่ยวกับคำถามเลย
 - แนะนำว่าถ้าไม่ทราบจะทบทวนวรรณกรรมอย่างไรให้หาที่ Key Word ของหัวข้อวิจัย แล้วทบทวนทีละประเด็น
4. เจอหลุมพรางระเบียบวิจัย ไม่ชอบระเบียบวิจัยดูยุ่งยาก อยากเก็บข้อมูลเลย
 - แนะนำว่าให้คิดว่าระเบียบวิธีวิจัยจะช่วยนำทางในการทำวิจัย เสียเวลาสักนิดนั่งคิดหน่อย จะเห็นทางสำเร็จข้างหน้า
5. เก็บข้อมูลเสร็จแล้ว...เอาไงต่อดี ?
 - แนะนำว่าก่อนจะเก็บข้อมูลต้องคิดไว้ก่อนแล้วว่าจะวิเคราะห์อย่างไร เก็บข้อมูลแล้วให้นักสถิติทำให้ก็ได้เพียงแต่ต้องกำหนดก่อนว่าตารางวิเคราะห์ สถิติที่ต้องใช้คืออะไร นักสถิติก็จะช่วยเราได้ง่ายขึ้น
6. วิเคราะห์ข้อมูลไม่ได้ ไม่รู้ว่าอยากรู้อะไร นึกไม่ออก จึงยากที่จะปรึกษาผู้อื่น
7. ไม่รู้เหมือนกันว่าทำไปแล้วจะได้ประโยชน์อะไร แต่อยากมีผลงานเพื่อทำวิชาการให้ได้เลื่อนตำแหน่ง ทำเสร็จแล้วจึงไม่ได้ใช้ประโยชน์จากงานวิจัยต่อ
8. R2R ของหัวหน้าอาจไม่เป็นแนวคิดเดียวกับเรา
 - แนะนำว่าให้ต้องปรึกษาหัวหน้าให้ดีก่อนเริ่มทำงานวิจัยจากงานประจำว่าเป็นเรื่องที่หัวหน้าก็เห็นว่ามีผลสำคัญด้วยเช่นกัน
9. ไม่รู้ว่าจะค้นหาข้อมูลจากที่ไหน
 - แนะนำให้ปรึกษาผู้รู้ที่อยู่ในพื้นที่เพื่อช่วยให้คำแนะนำ
10. ทำคนเดียว ลุยเดี่ยว ทำให้ผลงานที่ได้ไม่สามารถนำไปใช้กับงานประจำได้เพราะขาดความร่วมมือจากผู้ร่วมงาน

ทั้งท้ายด้วย คติในการจัดการกับปัญหาความท้อแท้สิ้นหวัง Burn out ในการทำวิจัยของท่าน ว.วชิรเมธี ดังนี้

เวลาเจองานหนัก ให้บอกตัวเองว่า นี่คือการเตรียมพร้อมสู่ความเป็นมืออาชีพ...

เวลาเจอปัญหาซับซ้อน ให้บอกว่า...นี่คือบทเรียนที่จะสร้างปัญญาได้อย่างวิเศษ

เวลาเจอความทุกข์หนัก ให้บอกว่า ...นี่คือการฝึกหัดให้เกิดทักษะในการดำเนินชีวิต

เวลาเจอนายจอมละเมียด ให้บอกตัวเองว่า นี่คือการฝึกตน..ให้เป็นคนสมบูรณ์แบบ



บริหารคน บริหารนาย ง่ายนิดเดียว

นายแพทย์ปกรณ์ ทองวิไล
กลุ่มงานเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา
แพทย์หญิงสุพัตรา ศรีวณิชชากร
ผู้อำนวยการสถาบันพัฒนาสุขภาพอาเซียน มหาวิทยาลัยมหิดล



รูปแบบและกระบวนการ

แบ่งเป็นกลุ่มย่อย 2 กลุ่ม แต่ละกลุ่มพูดคุยแลกเปลี่ยนถึงปัญหาอุปสรรคในการทำงาน เวชปฏิบัติครอบครัว เลือกปัญหาที่สำคัญและพบบ่อยในการทำงานเพื่ออภิปรายแลกเปลี่ยนแนวทางในการจัดการปัญหาของแต่ละคน จากนั้นนำเสนอผลการอภิปรายในกลุ่มใหญ่ โดยมีวิทยากร ผู้รู้ หรือรุ่นพี่หมอครอบครัวให้ความเห็นเพิ่มเติม

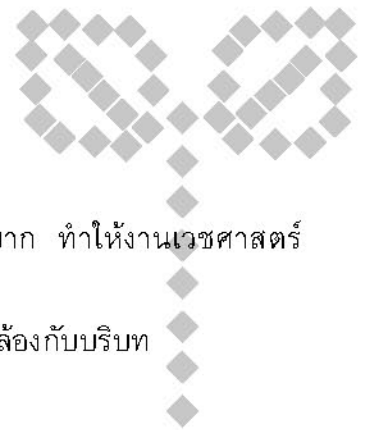
4 ปัญหาที่พบในการทำงาน

1. หัวหน้างาน

- ผู้บริหารไม่ active หรือ มีทิศทางการทำงานที่ไม่ชัดเจน
- ผู้บริหารไม่เข้าใจบทบาทงานแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว
- แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวไม่สามารถแสดงบทบาทหรือริเริ่มงานที่สร้างสรรค์ได้เนื่องจากผู้บริหารไม่สนับสนุน
- มีความขัดแย้งกับผู้บริหารเนื่องจากมีความเห็นเห็นทัศนคติในการทำงานไม่ตรงกัน ให้ความสำคัญของงานต่างกัน

2. นโยบาย

- นโยบายเปลี่ยนไปมาจนทำให้การพัฒนาไม่ต่อเนื่อง
- นโยบายไม่ชัดเจน ทำให้การกำหนดตัวชี้วัดทำได้ยาก ทำให้งานเวชศาสตร์ครอบครัวยังไม่สามารถแสดงศักยภาพได้เต็มที่
- นโยบายเองลงไปไม่ถึงผู้ปฏิบัติหรือนโยบายไม่สอดคล้องกับบริบท



3. เพื่อนร่วมงาน

- มีความคิดเห็นต่างกันและไม่เข้าใจบทบาทแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวแตกต่างจากแพทย์สาขาอื่นอย่างไร
- มีปัญหาในการประสานงานกับแพทย์สาขาอื่น ๆ
- มีความแตกแยกเป็นกลุ่ม ทำให้การประสานงานเป็นไปด้วยความยากลำบาก
- เพื่อนร่วมงานไม่อยากที่จะริเริ่มงานใหม่ การเปลี่ยนแปลงทำได้ยาก

4. ตัวแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว

- ขาดประสบการณ์ในการบริหารคน
- ไม่มีความรู้เกี่ยวกับระเบียบราชการ งบประมาณ
- สภาพการทำงานไม่เอื้อต่อการทำงานแบบปฐมภูมิ ไม่สามารถแสดงศักยภาพได้เต็มที่ เช่น เวลาส่วนใหญ่ต้องตรวจรักษาจนไม่มีเวลาทำงานด้านอื่น ๆ



9 แนวทางบริหารนาย



1. รับฟังมุมมองผู้บริหารว่ามีความต้องการอย่างไรหรือคาดหวังอย่างไรกับแพทย์ FM
2. สร้างความสัมพันธ์ที่ดีกับผู้บังคับบัญชาโดยมีระยะห่างที่เหมาะสม คงหลักการบนพื้นฐานของความถูกต้องและเจตนาบริสุทธิ์ อาจารย์เกษมใช้คำเปรียบเปรยว่า “นายรักเหมือนเสือกอด” นัยคือ การใกล้ชิดเกินไปอาจทำให้เพื่อนร่วมงานมองในทางลบหรือแม้แต่ผู้บริหารเองก็อาจจะคาดหวังในตัวเรามาก ซึ่งก็เป็นไปในทางที่เป็นลบได้
3. เรียนรู้ผู้บริหารและเพื่อนร่วมงานอย่างองค์รวม (ใช้ patient centered medicine มาประยุกต์ใช้ในการเข้าใจคน)
4. เรียนรู้วิธีการที่จะนำเสนอปัญหาให้ผู้บริหารเข้าใจสิ่งที่เราต้องการจะสื่อ ไม่ว่าจะเป็นการศึกษาวិธีการจากคนที่ผู้บริหารชื่นชมวิธีการนำเสนอ เตรียมหลักฐานเชิงประจักษ์เพื่อประกอบการตัดสินใจของผู้บริหาร พาผู้บริหารลงไปสัมผัสปัญหาจริง

5. สร้างปฏิสัมพันธ์ที่ดีกับเพื่อนร่วมงานอื่น เพื่อจะได้ร่วมกันทำงานได้ง่ายขึ้น เข้าใจความต้องการของทุกฝ่าย และสร้างทีม
6. ก่อนที่จะเข้าไปทำงานในองค์กรใด ควรพูดคุยกับผู้บริหารก่อนถึงความต้องการที่เราอยากจะทำก่อนที่จะเริ่มงาน
7. เมื่อได้รับมอบหมายงานที่ไม่ชอบหรือไม่ถนัด ควรจะต้องพูดคุยกับผู้บริหารถึงเหตุผลที่มอบหมายงานแก่เรา ชี้แจงภาระงาน ชัดจำกัด ความถนัด และต่อรองหากผลงานอาจไม่เป็นไปตามที่ผู้บริหารคาดหวัง
8. มองโอกาสการทำงานในเชิงบวก เช่น เป็นการเรียนรู้ การพัฒนาตัวเอง
9. วิเคราะห์องค์กร (system assessment) โดยธรรมชาติองค์กรมักมีส่วนขาด มีจุดอ่อน จุดแข็งอย่างไร ความสัมพันธ์ในองค์กร รากของปัญหา (root cause analysis) ความต้องการร่วมในองค์กร เมื่อเข้าใจระบบเข้า หากจุดในระบบที่แพทย์ FM สามารถที่จะมีส่วนร่วม อาจเริ่มทำจากจุดเล็ก ๆ ก่อน จนสามารถ implement เวชศาสตร์ครอบครัวเข้าไประบบได้ โดยจุดสำคัญคือคงความเป็นวิชาชีพ FM ไว้ให้ดีที่สุด





เคล็ดลับการบริหารงาน

ประมวลจากข้อเสนอแนะของนายแพทย์สุรเกียรติ์ อชานานุภาพ ศาสตราจารย์
นายแพทย์ไพจิตร ปวะบุตร นายแพทย์ปกรณ์ ทองวิไล และนายแพทย์โรจน์ศักดิ์ ทองคำเจริญ

งานสำเร็จด้วย EQ

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

หลักการ “สุทธิ-ปัญญา-เมตตา-ขันติ” ของท่านพุทธทาสภิกขุ

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

หลักการสร้างทีมและบริหารทีม โดยวางแผนเก็บข้อมูลที่ดีเพื่อใช้ในการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง เพื่อจุดหมายคือ การสร้างที่ยืนให้เวชศาสตร์ครอบครัวในระบบอย่างยั่งยืน

หลักการพัฒนาตนเอง ด้วยการทำงานที่ใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ ศึกษาเปรียบเทียบข้อบังคับต่าง ๆ ของทางราชการเพื่อให้การดำเนินงาน การใช้งบประมาณเป็นไปอย่างราบรื่น ต้องรู้จักบริหารเวลา ยืดหยุ่นและจัดลำดับความสำคัญของปัญหา

สรุป

การบริหารทรัพยากรที่มีอยู่จำกัด (4M) นั้น การบริหารคนยากที่สุด ต้องมีเข้าใจจิตวิทยาองค์กร (organization psychology) ต้องรู้จักวิเคราะห์สถานการณ์องค์กร เมื่อเข้าใจแล้วต้องมีการตั้งเป้าหมายในงานโดยเป้าหมายนั้น ต้องชัด พอดีกับทรัพยากรและศักยภาพองค์กร และเป็นเป้าหมายที่เกิดจากการมีส่วนร่วมคิดของคนทั้งองค์กร (shared common goal) เมื่อได้เป้าหมายแล้วจึงนำมาออกแบบกลยุทธ์ หรือระบบวิธีทำงาน ที่สำคัญต้องมีการติดตามว่าเป็นไปตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ก่อนเริ่มลงมือหรือไม่ สุดท้ายตัวเองสำคัญที่สุดคือ ต้องชัดเจนในเป้าหมาย และที่สำคัญคือความสุขในงานเป็นเรื่องสำคัญ “เอางานเป็นเครื่องหล่อเลี้ยงตัวเอง” เพื่อความยั่งยืนของงานและความสุขของผู้ทำงาน



เรื่องเล่า (Story telling)

แปลแห่งความรัก

บ้านลูกกะเขม

ชีวิตของป่าเกตุ

ดำเนินรายการโดย

นายแพทย์สแตนค์ ศุภผล โรงพยาบาลขอนแก่น



รูปแบบกิจกรรม เป็นลักษณะเวทีเสวนา โดยมีผู้นำประเด็นคือผู้เล่าเรื่องราวการดูแลผู้ป่วยตามแนวคิดเวชศาสตร์ครอบครัว 3 คนสลับกับการอภิปรายร่วมของผู้เข้าร่วมประชุมโดยการถามคำถาม ให้ข้อคิดเห็น และแลกเปลี่ยนประสบการณ์เกี่ยวกับผู้ป่วยที่มีลักษณะคล้ายคลึงกัน

บรรยากาศ/เนื้อหา/ประเด็นเรียนรู้

ในช่วงแรก ผู้ดำเนินรายการเริ่มจากให้สมาชิกในห้องประกอบด้วยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว นักศึกษาแพทย์ (in service และ resident) จำนวนประมาณ 25 คนได้แนะนำตัว และกล่าวถึงเหตุผลที่ตัดสินใจเข้าห้องนี้รวมถึงความคาดหวัง โดยสรุปสมาชิกในห้องอยากฟังเรื่องเล่าที่ฟังสบาย ๆ เป็นเรื่องเล่าที่มาจากประสบการณ์การทำงานจริงของเพื่อนร่วมวิชาชีพ และอยากทราบที่มาของการทำงานก่อนที่จะมาเป็นงานเขียนแต่ละเรื่องว่า ได้เรื่องเล่านี้มาได้อย่างไร อยากเห็นเรื่องราวที่อยู่เบื้องหลังเรื่องเล่านี้ รวมทั้งอยากนำเรื่องเล่าดี ๆ ที่เกิดแรงบันดาลใจไปเล่าให้คนอื่นฟังต่อไป นอกจากนี้ยังอยากมาให้กำลังใจซึ่งกันและกันในหมู่คนทำงานด้วย โดยเฉพาะเป็นกำลังใจสำหรับน้อง ๆ นสพ.ผู้เล่าเรื่องที่เปรียบดั่งหน่ออ่อนเล็ก ๆ ที่กำลังเริ่มต้นเรียนรู้และเติบโตในความเป็นหมอครอบครัว



เรื่องเล่าที่ 1 : แผลแห่งความรัก

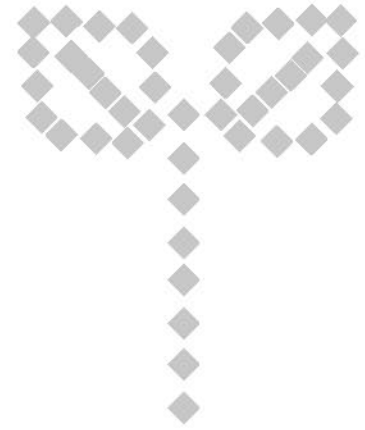
โดย นายแพทย์กสิวัฒน์ ศรีประดิษฐ์

โรงพยาบาลบ้านโพธิ์ จังหวัดฉะเชิงเทรา

คุณหมอกสิวัฒน์ เล่าเรื่องประทับใจสั้น ๆ เกี่ยวกับผู้ป่วยเบาหวานที่มานอนอยู่ที่โรงพยาบาลพร้อมกับแผลขนาดใหญ่ที่เท้า ซึ่งพยาบาลต้องใช้เวลาทำแผลนานเป็นชั่วโมง เนื่องจากแผลลุกลามไปมากเกือบทั้งเท้า คนไข้รู้สึกเจ็บปวดทรมานมาก พยาบาลเองก็ไม่อยากทำแผลครั้งละเป็นชั่วโมงอีกแล้ว ประมาณ 10 วันหลังจากคนไข้เข้ามานอนโรงพยาบาล พยาบาลจึงบอกให้หมอส่งต่อคนไข้ไปโรงพยาบาลที่ใหญ่กว่า ที่สุดหมอที่โรงพยาบาลใหญ่ก็บอกให้ผ่าตัด แต่คนไข้รู้สึกกลัว ไม่ยอมผ่า และมีความเชื่อว่าถ้าชาตินี้ตัดขาออกไปแล้ว ในชาติหน้าจะเกิดด้วยอวัยวะที่ไม่ครบ “การตัดขาอาจเป็นเรื่องธรรมดาสำหรับหมอ ที่ตัดเสร็จแล้วก็จบปัญหาไป แต่สิ่งนี้เป็นเรื่องใหญ่ในชีวิตของคนไข้ที่จะต้องทนอยู่กับสภาพแบบนี้ไปตลอดชีวิต”

เมื่อคนไข้ไม่ยอมตัด ก็ต้องกลับมาอนให้พยาบาลทำแผลให้ที่โรงพยาบาลอีก ซึ่งเป็นงานที่น่าเบื่อหน่ายสำหรับพยาบาลที่ต้องทำแผลเป็นชั่วโมงทุกวัน โดยไม่รู้ว่าต้องทำนานอีกกี่เดือนแผลนี้จะหายได้ หรืออาจจะไม่หายก็ได้ คุณหมอกสิวัฒน์เริ่มคิดว่าจะหาทางออกอย่างไร มองไปเห็นว่าคนไข้มีลูกสาวที่มาเยี่ยมอยู่เป็นประจำจึงมีความคิดว่าจะให้ลูกสาวเป็นคนทำแผลให้กับพ่อ จึงลองถามว่าเคยเห็นพยาบาลทำแผลให้พ่อหรือไม่ ลูกสาวคนไข้ตอบว่าเคยเห็น คุณหมอจึงให้ลองทำให้ดู เมื่อเห็นลูกทำแผลให้พ่อเป็นครั้งแรก คุณหมอมคิดในใจว่า ถ้าปล่อยกลับไปบ้านแบบนี้ แผลนี้ต้องแย่ลงกว่าเดิมและถูกตัดเท้าแน่ ๆ จึงบอกให้พยาบาลสอนลูกสาวคนไข้ให้ทำแผลได้ โดยมีแรงจูงใจว่าถ้าพยาบาลสามารถสอนให้ลูกสาวคนไข้ทำแผลให้กับพ่ออย่างได้ พยาบาลเองก็จะพ้นจากภาระหน้าที่ในการดูแลนี้ไป





จนในที่สุดคนไข้ก็ได้กลับบ้าน โดยมีลูกสาวคอยช่วยทำแผลให้พ่ออยู่ที่บ้านแทนการต้องมานอนโรงพยาบาล หมอติดตามคนไข้โดยการให้ลูกสาวถ่ายภาพแผลของพ่อส่งมาให้ดูทางโทรศัพท์มือถือ แต่หลายสัปดาห์ผ่านไปก็ไม่มีการส่งภาพกลับมา จนหมอนึกเป็นห่วงในใจว่า แผลนั้นจะเป็นอย่างไรบ้าง จนกระทั่งผ่านไป 3 เดือน รูปถึงถูกส่งมา และเป็นภาพแผลที่มีสภาพดีขึ้นจากเดิมมาก คุณหมอบอกลูกสาวว่าทำแผลให้พ่ออย่างไรบ้าง ลูกสาวเล่าว่า ค่อย ๆ ทำทีละนิด ถ้าพ่อเจ็บก็หยุด ใช้เวลานานมาก ช่วงแรก ๆ ทำครั้งละ 2-3 ชั่วโมง ทำทุกวัน ๆ ตลอดระยะเวลา 3 เดือน ไม่ใช่เพียงแผลจะหายดีขึ้นจากเดิม และไม่ต้องตัดเท้า แต่ลูกกับพ่อที่ใช้เวลาอยู่ด้วยกันทุกวันจากการทำแผลนั้น ยังได้ซึมซับความรู้สึกดี ๆ ซึ่งกันและกัน พ่อรู้สึกซาบซึ้งปลื้มใจที่ลูกทำแผลให้ทุกวัน อย่างตั้งใจ เอาใจใส่ ลูกก็รู้สึกดีใจที่ได้ทำแผลให้พ่ออย่างดี

6 เดือนผ่านไปหลังจากที่กลับจากโรงพยาบาล แผลนั้นเหลือเพียงเท่ารูเข็ม พ่อแผลหาย สบายใจ ไม่มีใครจะมาตัดขาอีก นำเงินมาให้โรงพยาบาล 10,000 บาทเพื่อเป็นการขอบคุณที่ได้ช่วยเหลือ (คุณหมอบอกว่าตัวเองไม่ได้ช่วยทำอะไรเลยแค่เพียงช่วยแก้ปัญหาให้กับพยาบาลและคนไข้) ลูกสาวได้ฝึกทักษะการทำแผลจนเชี่ยวชาญ กลายเป็นมือทำแผลประจำตำบลนั้น พ่อกับลูกมีสัมพันธภาพที่ดีขึ้น พยาบาลสบายใจ ไม่ต้องกลัวว่าจะต้องรับคนไข้ที่จะย้อนกลับเข้ามาให้ทำแผลอีก หมอก็สบายใจ สามารถแก้ไขปัญหให้กับทุกฝ่าย และจบลงอย่างมีความสุข รวมทั้งได้สรุปบทเรียนของตัวเองว่า “อย่าดูถูกความสามารถของชาวบ้านจากที่ไม่คิดว่าจะทำได้ แต่กลับสามารถทำได้ดีจนหายได้ และยังได้สิ่งที่มีมากกว่าแผลหายเพิ่มเข้ามาด้วย”



เรื่องเล่าที่ 2 : บ้านลูกกะเขม

โดย นสพ.รัชต์ ประภวานนท์

คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ องค์กรักษ์

นสพ.รัชต์ ประภวานนท์ เล่าเรื่อง คนไข้คนแรกในชีวิต ในวิชาเวชศาสตร์ครอบครัว คือ ลูกกะเขม ซึ่งเป็นผู้นำครอบครัวที่เคยเป็นผู้หารายได้หลักสำหรับเลี้ยงครอบครัวมานานหลายสิบปี แต่ปัจจุบันลูกกะเขมอยู่ในสภาพคนชรา เดินไม่ได้ มีหลายโรคเรื้อรัง ทั้งเบาหวาน ความดัน ฯลฯ ทุกวันนี้ไม่สามารถทำงานเป็นเสาหลักให้กับครอบครัวได้อีกต่อไป อาศัยอยู่กับภรรยาคนที่สอง และลูกชายคนเดียวที่มีปัญหาทางสมอง และยังมีภาระหนี้สินจากพ่อที่เสียชีวิต มีเพียงเงินรายเดือนจำนวนไม่มากจากบริษัทที่เคยทำงาน

ตั้งแต่ครั้งแรกที่ไปเยี่ยมบ้าน ได้เห็นสภาพความเป็นอยู่ พูดคุยกับคนไข้และผู้ดูแล นสพ.รัชต์ กล่าวว่ารู้สึกมีตมมาก ไม่รู้จะเริ่มต้นจากตรงไหน จึงเริ่มจากการพูดคุยกับแต่ละคนในบ้านเพื่อหาข้อมูลที่จะเป็นจุดเริ่มต้นของการช่วยเหลือ ซึ่งมีทั้งข้อมูลที่ตรงกันและแตกต่างกัน จากการสัมภาษณ์ลูกกะเขม ลูกเล่าว่า “ตั้งแต่ป่วย ได้รับการดูแลที่ไม่ดี ถูกภรรยาทุบตีในบางครั้ง ไม่พาไปหาหมอ เงินที่ส่งมาจากบริษัทก็ไม่เคยได้รับถึงมือ ญาติพี่น้องไม่เคยมาช่วย เพื่อนหนีหาย ทุกคนทิ้งไปหมด” ส่วนคุณป้า ภรรยาที่ดูแลคุณลุงบอกว่า “พยายามดูแลคุณลุงอย่างดีที่สุด แต่ทำอะไรลูกก็มักไม่พอใจ ไม่ร่วมมือ แม้จะพูดไม่ชัดแต่พูดคำหยาบชัด ชอบหวงของ เอาของไปซ่อน ส่วนเงินที่ได้รับแต่ละเดือนมีแค่เพียงพอใช้จ่ายแต่ละเดือนไม่ได้มีเหลือ ญาติคุณลุงนาน ๆ จะมาเยี่ยมสักครั้ง มาแล้วเห็นสภาพคุณลุงพัฒนาการไม่ดี ก็ต่อว่าว่าป้าดูแลไม่ดี” สำหรับน้องบอกลูกชายคนเดียว “เคยชักตั้งแต่ยังเด็ก มีปัญหาพัฒนาการทางสมองไม่ดี นับเลขไม่ได้ ทำงานอะไรไม่ได้เลย มีหน้าที่คอยทำกายภาพบำบัดให้ลุง แต่ลุงก็มักชอบด่าว่าและตีลูก บ่นว่าไม่ควรจะเกิดมาให้เป็นภาระ” สำหรับสภาพชุมชน

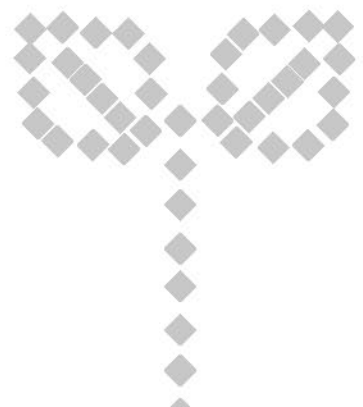
ที่ผู้ป่วยอยู่เป็นครอบครัวพุทธเพียงครอบครัวเดียวที่อยู่ในกลุ่มคนมุสลิม ครอบครัวนี้จึงแทบไม่มีปฏิสัมพันธ์กับบ้านอื่น ๆ ในชุมชนเนื่องจากความแตกต่างทางวัฒนธรรม และศาสนา (ครอบครัวของคนป่วยเหมือนถูกแบ่งแยกออกจากครอบครัวอื่นในชุมชน)

นสพ. รัชต พยายามวิเคราะห์ผู้ป่วย โดยทำความเข้าใจผู้ป่วยว่าเป็นใคร มีลักษณะครอบครัวอย่างไร ลักษณะชุมชนที่อยู่เป็นอย่างไร และพยายามหาทางออก จากการวิเคราะห์พบว่า สภาพจิตใจของผู้ป่วยรู้สึกหดหู่ รวมทั้งปัญหาทางจิตใจของคนในบ้านแต่ละคนก็ไม่มีต่างกัน ทุกคนมีสภาพเหมือนคนป่วย คุณลุงอยู่อย่างหมดหวัง ว่าตนคงไม่มีวันหาย คิดว่าอยู่ไปก็รอวันตายทั้งครอบครัว เพราะลูกชายก็ทำงานไม่ได้ ปากก็ต้องดูแลสูง เมื่อพบว่าผู้ป่วยรู้สึกไม่มีความหวังจึงพยายามสร้างความหวังขึ้นมาอีกครั้ง โดยบอกว่า “คุณลุงมีความหวังที่จะหายนะ หากไม่หายเขาจะไม่ส่งหมอมาให้เสียเวลา” หลังจากนั้น ก็เริ่มกระตุ้นให้คุณลุงทำกายภาพบำบัดที่บ้านอย่างต่อเนื่องโดยมีลูกชายคอยช่วย และจากคำพูดไม่ก็ประโยคที่แสดงด้วยความใส่ใจ ไม่น่าเชื่อว่าสามารถช่วยคนไข้ได้มาก หลังจากที่มีความหวังเริ่มเกิดขึ้นในครอบครัวอีกครั้ง ลุงก็มีกำลังใจที่จะร่วมมือมากขึ้น และเห็นพัฒนาการที่ดีขึ้นมากในเดือนที่ 6 หลังจากไปเยี่ยมทั้งหมด 5 ครั้ง

จากวันแรกที่รู้สึกมีดมน มีเพียงสัญญาทางใจที่เกิดขึ้นวันนั้นว่า “จะต้องช่วยคุณลุงให้ได้ เพราะถ้าเราทิ้งเขา ก็คงไม่มีใครสามารถช่วยเขาได้อีกแล้ว” มาถึงวันนี้ผลของการทุ่มเทได้งอกงามขึ้น เป็นพัฒนาการที่ดีขึ้นของครอบครัวในหลายด้าน ทั้งสภาพร่างกายและจิตใจของคนป่วยและทุกคนในครอบครัว ความสัมพันธ์ในครอบครัวที่ดีขึ้น มีสายใยของความผูกพันที่หมอครอบครัวได้ไปช่วยดึงขึ้นมาให้เห็นและถักทอขึ้นในครอบครัวอีกครั้ง พร้อม ๆ กับความหวังถึงสิ่งที่ดีกว่าของทุกชีวิต รวมทั้งยังได้เรียนรู้สิ่งต่างๆ มากมายจากการดูแล Case

เมื่อมีคนป่วยเรื้อรังในบ้าน ครอบครัวก็ป่วยด้วย และต้องการการดูแลทางด้านจิตใจ (เพราะฉะนั้นเมื่อเห็นคนป่วย 1 คน ก็ต้องดูด้วยว่าคนในครอบครัวเขาป่วยด้วยไหม ต้องดูแลและเข้าใจครอบครัวด้วย)

- ครอบครัวเป็นหมอที่ดูแลดีที่สุด (ทำอย่างไรให้ครอบครัวและชุมชนเข้ามาดูแลได้เพื่อความยั่งยืน)
- เมื่อมีความหวังในครอบครัว สภาพทุกอย่างก็ดีขึ้น
- เราต้องเข้าไปเป็นเพื่อนที่ดีของผู้ป่วยก่อน (หมอคือเพื่อนที่ดีของผู้ป่วย)
- หมอครอบครัวต้องละเอียดอ่อนพอที่จะหาทางหรือค้นให้พบกุญแจที่จะไขไปสู่การช่วยเหลือผู้ป่วยที่มีสภาพปัญหาซับซ้อนได้





เรื่องเล่าที่ 3 : ชีวิตของป่าเกตุ

โดย นสพ.นภมณฑ์ ศุภรพันธ์

คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ องค์กรักษ์

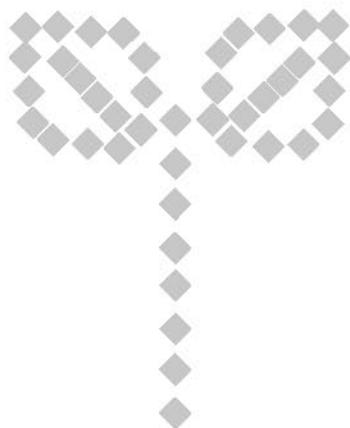
นสพ.นภมณฑ์ ศุภรพันธ์ เล่าว่าได้โจทย์มาจากอาจารย์ผู้สอนว่า ทำอย่างไรก็ได้ ใช้วิธีการอะไรก็ได้ ที่จะช่วยให้ Case ดีขึ้น หมายถึงมีพัฒนาการที่ดีขึ้นจากเดิม แม้เพียงนิดเดียว ก็ถือว่าใช้ได้ ฟังดูเหมือนโจทย์ง่าย แต่มาดูคนไข้แล้ว ไม่ใช่ง่ายอย่างที่คิด ต้องเข้าใจว่า case ที่ยากลำบากเกินความสามารถจะจัดการแล้วเท่านั้นที่จะส่งมาถึงมือหมอครอบครัว

สภาพคุณป่าเกตุ ที่ได้เจอดังตั้งแต่วันแรก เป็นผู้หญิงตัวเล็ก ๆ ขาลีบ เดินไม่ได้ ต้องอยู่ในท่านั่งใช้แขนทั้งสองข้างดันตัวเองไปข้างหน้า เพื่อเคลื่อนไหวร่างกาย แต่อยู่ในท่านั่งนาน ๆ ก็ไม่ได้จะรู้สึกปวดหลัง ต้องนอนราบ คุณป่าเกตุช่วยเหลือตัวเองได้บ้างแต่ก็ทำได้ลำบาก โดยเฉพาะการที่ไม่สามารถไปไหนได้เลย ไม่ได้พบปะใคร ๆ และยังมีโรคประจำตัวคือความดันโลหิตสูง ครั้งสุดท้ายที่ป่าเกตุไปโรงพยาบาลนาน 4 ปีมาแล้ว ครั้งนั้นคุณหมอมั้รักษาแนะนำให้คุณป่าเกตุผ่าตัดเพื่อจะสามารถเดินได้ แต่คุณป่าตัดสินใจว่าจะไม่ผ่าตัด และไม่ยอมไปโรงพยาบาลอีกเลยนับจากวันนั้น เมื่อถามถึงเหตุผลที่คุณป่าไม่ยอมผ่าตัด คุณป่าเล่าว่า รู้สึกกลัว เพราะเคยมีคุณลุงข้างบ้าน ที่เคยไปผ่าตัดโรงพยาบาล แล้วก็ไม่ได้กลับมาอีก ทำให้ไม่กล้าไปโรงพยาบาล กลัวว่าจะไม่ได้กลับมาอีกเหมือนคุณลุงคนนั้น

นสพ.นภมณฑ์ เล่าว่าพยายามพูดคุยกับคุณป้าเป็นประจำทางโทรศัพท์เพื่อสร้างความคุ้นเคยและไว้วางใจ พยายามหาทุกช่องทางที่จะทำให้คุณป้ากลับมาตรวจ รักษาที่โรงพยาบาลอีกครั้งให้ได้ จากการพูดคุยกับคุณป้าหลายครั้งพบว่า คุณป้ารู้สึกไม่สบายใจ คิดว่าตนเองเป็นภาระของครอบครัวที่ต้องดูแล จึงพยายามช่วยตัวเองเท่าที่ทำได้ ไม่ต้องให้ใครมาทำอะไรให้คุณป้าพูดว่า “แก่แล้วเดี๋ยวก็ตายแล้ว” ลึก ๆ แล้วดูเหมือนคุณป้าจะรู้สึกเหงาด้วย จากข้อมูลที่ได้จากคนไข้ได้ถูกนำมาวิเคราะห์หาความต้องการของคนไข้ เพื่อจะเดินลึกต่อไปถึงช่องทางที่จะเข้าถึงใจของคนไข้ให้ได้มากที่สุด ซึ่งจะนำไปสู่การทำให้คุณป้ายอมมาตรวจรักษาที่โรงพยาบาลอีกครั้งให้ได้

จากการพูดคุยกับคนไข้หลาย ๆ ครั้ง ทีมของ นสพ.นภมณฑ์ พบว่า ความต้องการที่สำคัญของคนไข้มี 2 เรื่อง คือต้องการพบปะพูดคุยกับคนอื่น ๆ (เนื่องจากไม่สามารถเดินไปไหนได้มาหลายปี) และต้องการหายจากอาการปวดหลังปวดกล้ามเนื้อ (ที่เป็นสาเหตุให้คุณป้าอยู่อย่างทุกข์ทรมานมานานแล้ว) เมื่อประเมินความต้องการของคุณป้าได้ตามที่กล่าวไป ทีมของนสพ.นภมณฑ์จึงคิดพาคุณป้าออกพบปะผู้คนในหมู่บ้าน ทั้งบ้านเพื่อนสนิท คนรู้จัก ที่ไม่ได้เจอกันมานานหลายปี โดยใช้วีลแชร์ จากกิจกรรมนี้เห็นได้อย่างชัดเจนว่าคุณป้ารู้สึกมีความสุขมากขึ้นที่มีโอกาสได้พูดคุยกับเพื่อน มีการพูดคุยอย่างออกรส ยิ้มหัวเราะอย่างเบิกบาน ต่างจากที่นั่งถัดอยู่ในบ้านเพียงลำพัง การที่ทีมนสพ.พาคุณป้าออกพบปะผู้คนส่วนหนึ่งยังหวังว่าจะเป็นการกระตุ้นให้คนไข้มีแรงบันดาลใจที่จะรักษาตัวให้ดีขึ้นเพื่อจะสามารถกลับมาเดินได้อีกครั้ง โดยทีมพยายามปรับทัศนคติคุณป้า จากที่คิดว่า “แก่แล้ว เดี่ยวก็ตาย” ให้กลายเป็น “น่าจะลองไปตรวจที่โรงพยาบาลอีกสักครั้ง เผื่ออาจจะดีขึ้นก็ได้”

หลังจากความคุ้นเคยและไว้วางใจที่ได้สร้างขึ้นจากการพูดคุยทางโทรศัพท์และการมาเยี่ยมเยียนอย่างต่อเนื่องจนถึงครั้งที่ 5 ในที่สุดคุณป้าก็ยอมมารักษาตัวที่โรงพยาบาลท่ามกลางความสบายใจของลูกหลานที่อยากให้แม่อาการดีขึ้น และเป็นความสุข ความภาคภูมิใจของคนทำงานที่สามารถทำได้สำเร็จตามเป้าหมาย จากความมุ่งมั่นและตั้งใจจริงเมื่อคุณป้าได้มาตรวจอย่างละเอียดที่โรงพยาบาล คุณหมอได้แนะนำวิถีกายภาพบำบัดแบบง่าย โดยการยืนด้วย Walker ทุกวัน โดยหวังว่านี่จะเป็นจุดเริ่มต้นให้คุณป้ามีอาการที่ดีขึ้นมีความสุขในชีวิตมากขึ้น และอาจจะกลับมาช่วยตัวเองได้มากขึ้นอีกครั้งหนึ่ง





จากใจผู้ฟัง

ผู้ฟังเรื่องเล่าได้ให้กำลังใจและชื่นชมความสำเร็จในการดูแลคนไข้ของ นสพ.ทั้ง 2 ท่านที่ทำให้เห็นภาพการทำงานด้วยหัวใจของเวชศาสตร์ครอบครัวที่เด่นชัด เห็นถึงความสำเร็จของการเรียนการสอนที่มีการวิเคราะห์ Case จากข้อมูลที่ได้แต่ละช่วง หาความต้องการที่แท้จริงของคนไข้ สร้างความหวังและแรงบันดาลใจในการรักษาตัวเองของคนไข้ และมีแนวทางในการให้ความช่วยเหลือคนไข้ได้อย่างถูกต้อง นอกจากนี้ยังทำให้เห็นภาพที่ชัดเจนว่าการเรียนแพทย์ครอบครัวนั้นสามารถนำแนวคิด และแนวทางไปปรับใช้ในการดูแล รักษา ช่วยเหลือคนไข้ได้อย่างเป็นองค์รวม ซึ่งไม่ใช่เพียงหมอครอบครัวเท่านั้น แต่มุ่งหวังว่าจะสามารถเปลี่ยนหมอทุกคนให้มีการทำงานด้วยหัวใจของการเป็นหมอครอบครัว (เพราะการสร้างหมอครอบครัวโดยเฉพาะอาจยากกว่าการนำแนวคิดแบบหมอครอบครัวให้เกิดขึ้นในหัวใจและจิตวิญญาณของแพทย์ทุกคน)

มีข้อสังเกตเพิ่มเติมในการทำงานกับชุมชนเพื่อความยั่งยืนว่า ควรให้ความสำคัญกับครอบครัวของผู้ป่วย และชุมชนที่ผู้ป่วยอาศัยอยู่ รวมทั้งการเปิดมุมมองไปถึงการดูแลรักษาบนฐานของทรัพยากร ศักยภาพที่มีอยู่ในชุมชน เพราะหมอครอบครัว แม้จะทำได้ดีขนาดไหน แต่วันหนึ่งก็ต้องจากไป แต่การสร้างฐานของการดูแลสุขภาพสำหรับครอบครัวและชุมชนที่อยู่นั้น น่าจะเป็นความยั่งยืนมากกว่า

แผลแห่งความรัก

นพ.กสิวัฒน์ ศรีประดิษฐ์

โรงพยาบาลบ้านโพธิ์ จังหวัดฉะเชิงเทรา



“ผมไม่เคยคิดว่าการคิดนอกกรอบจะทำให้เกิดผลสำเร็จในการรักษาที่มากกว่าเป้าหมายที่คิดไว้ และสร้างความเชื่อมั่นในการดูแลสุขภาพพระดั่งปฐมภูมิโดยใช้องค์ความรู้เวชศาสตร์ครอบครัว ดังเรื่องที่ผมจะเล่าต่อไปนี้”

บ่ายวันหนึ่งผมได้รับแจ้งจากพยาบาลประจำหอผู้ป่วยว่ามีผู้ป่วยเบาหวานรายหนึ่งเป็นผู้ชายอายุ 68 ปี แพทย์เวรรับรักษาตัวในโรงพยาบาลด้วยเรื่องแผลติดเชื้อที่เท้าขวามาประมาณ 1 เดือน แผลกินลึกจากข้อเท้าลามไปหลังเท้า ผมก็ได้สั่งการรักษาตามแนวทางทั่วไป คือทำแผลให้ยาปฏิชีวนะ ให้ยาควบคุมระดับน้ำตาล และพูดคุยให้กำลังใจกับผู้ป่วยและญาติตามปกติ หลังจากนอนโรงพยาบาลได้ประมาณ 1 สัปดาห์ แผลก็ยังไม่มีการหาย พยาบาลต้องใช้เวลาทำแผลแต่ละครั้งมากกว่าหนึ่งชั่วโมง และเสนอให้แพทย์ส่งตัวไปโรงพยาบาลจังหวัดเพื่อพิจารณาผ่าตัด ซึ่งแพทย์ที่โรงพยาบาลจังหวัดก็ได้ตอบสนองโดยการวางแผนการผ่าตัด แต่ผู้ป่วยไม่ยินยอม ขอกลับมาทำแผลต่อที่โรงพยาบาลต่อ เมื่อกลับมาพยาบาลที่หอผู้ป่วยก็ไม่สบายใจเท่าไรนักเพราะต้องทำแผลนาน ๆ อีก ผมเห็นว่าถ้าให้พยาบาลทำต่อ เห็นที่ต้องถูกส่งต่อไปตัดอีกครั้งแน่ จึงเสนอทางเลือกใหม่ให้กับญาติคือลูกสาวคนหนึ่งที่เคยดูแลอยู่ตลอด ผมถามเธอว่าเห็นพยาบาลทำแผลให้พ่อกี่ครั้งแล้ว เธอก็ตอบว่าหลายครั้ง ผมก็ถามต่อว่าเธอคิดว่าจะทำแผลเองได้ไหม เธอกลับบอกว่าไม่แน่ใจ ผมเลยให้เธอลองดู ต้องยอมรับว่าการทำแผลครั้งแรกของเธอไม่ได้เป็นไปตามทักษะที่ตีเท้าไร แต่ก็เป็นการเริ่มต้น แต่สิ่งที่ผมเห็นได้ชัดเจนคือความรู้สึกตั้งใจเพราะอยากให้พ่อหาย ผมก็เลยให้พยาบาลที่ฝึกช่วยสอน โดยบอกพยาบาลว่าถ้าลูกสาวทำได้จะให้กลับไปทำต่อที่บ้าน พยาบาลก็ร่วมมือด้วยดี (เพราะจะได้ไม่ต้องทำเอง) แรก ๆ พยาบาลบางคนก็มาช่วยทำบ้างเพราะคงยังไม่เชื่อมั่นเท่าไร แต่ในที่สุดเธอก็ทำได้ใกล้เคียงแม้ว่าจะใช้เวลานานมากก็ตาม ก็เลยส่งกลับไปทำต่อที่บ้าน ที่แรกผมก็ไม่รู้จะติดตามผลการทำแผลอย่างไร กลัวว่าจะติดเชื้อที่บ้านและกลับมาแบบเลวกว่าเดิมอีก พอดีเหลือบไปเห็นว่าโทรศัพท์มือถือของเธอถ่ายรูปได้ ผมเลยบอกให้เธอส่งรูปมาให้ผมดูเป็นระยะ ๆ หลังจากนั้นเธอมารับชุดทำแผลไปอย่างต่อเนื่องแต่ส่งรูปมาให้ใน 3 เดือนต่อมา ที่ทำให้ผมแปลกใจเพราะมันดีขึ้นกว่าเดิมมาก ผมก็เลยโทรศัพท์บอกให้พาพ่อมาดูที่โรงพยาบาล เธอเล่าว่า ช่วงแรกใช้เวลาทำแผลในแต่ละครั้งประมาณ 2-3 ชั่วโมงวันละสองครั้ง ค่อย ๆ ตัดเนื้อตายทีละน้อย เวลาพ่อเจ็บก็หยุดพักเป็นระยะ ๆ พ่อก็เห็นในความตั้งใจและความพยายามของลูก (ไม่มีปันเหมือนพยาบาล) แผลก็เริ่มดีขึ้น จนเหลือทำแผลวันละครั้ง ทั้งพ่อและลูกสาวรู้สึกรักและผูกพันกันมาก โดยมีสื่อกลางคือแผล ผมก็ชื่นชมในความสำเร็จของพ่อลูกคู่นี้ และในที่สุดแผลก็หาย บรรลุเป้าหมายโดยไม่ต้องตัดขา สิ่งที่ได้เรียนรู้สำหรับกรณีนี้ก็คือ บางครั้งอาจต้องคิดนอกกรอบและไม่เชื่อ

ว่าเป็นไปไม่ได้ถ้าไม่ได้ลองทำดูก่อน การดูแลเอาใจใส่ด้วยความรักมีพลังอย่างประหลาด เชื่อในศักยภาพของชาวบ้าน ที่ทำให้ผมได้คนทำแผลเก่ง ๆ อีก 1 คนในชุมชน ทำให้เข้าใจถึงประโยชน์ของการสร้างพลังอำนาจให้กับผู้อื่น และสุดท้ายคือความสุขที่เห็นความงดงามของความรักที่เกิดขึ้นในครอบครัว นี่จะครับแผลแห่งความรักของผม



เรื่องเล่าจากบ้านลูกกะเสม

นสพ.รัชต์ ประภาวนนท์

บางครั้งบางครั้งเวลาผ่านไปอย่างรวดเร็ว กาลเวลานำพาความปราดเปรี้ยวสะสวของวัยหนุ่มสาวไปจากเรา และกาลเวลาก็พาเราให้รู้จักกับอนิจจังของชีวิตด้วยความเจ็บป่วยในวัยชรา ชายหนุ่มที่เคยเป็นหัวเรี่ยวหัวแรงของครอบครัว เมื่อวันหนึ่งมาถึง กาลเวลาก็ทำให้เขารู้จักกับโลกมากขึ้น ด้วยโรคต่าง ๆ ที่เพิ่มเติมตามหลักไมล์ของชีวิต เมื่อถึงวันนั้นเขาก็ต้องการการอุ้มชูจากครอบครัวที่เขาเคยอุ้มชูมาตลอด นายกะเสมก็เป็นคนหนึ่งที่ถูกตามวงล้อของกาลเวลา

เมื่อรถตู้ของเราจอดท้ายไปจอดใกล้สะพานไม้ผู้พั่งที่ยื่นจากฝั่งที่เราอยู่ฝั่งของหมอดูแลไปหาอีกฝั่งหนึ่ง บ้านของลูกกะเสม ที่ฝั่งตรงข้ามชายหนุ่มผมลั่นในเสียงเสียงยีนหันมามองพวกเราอย่างยิ้มแย้ม เขายืนรอเรายู่นานแล้ว ชายหนุ่มคนนั้นมีท่าทางร่าเริงยิ้มแย้มแจ่มใส ผิวของเขาเป็นสีแดง เขาสูกับแดดกลางทุ่งแต่ยังเด็ก ทุ่งนาฝั่งนั้นคือบ้านของเขา คำพูดแรกที่เขาพูดกับเรา “สวัสดิ์ครับคุณหมอ” นี่คือนายลูกชายของบ้านลูกกะเสม

แม่บอกบอว่า “บอสมองไม่ดี ปัญญาทิบเพราะตอนเด็กเป็นลมชักแค่वलบลเลขก็ยังทำไม่ได้ ที่เรียนจบมาได้ก็ช่วยกันแทบตาย จบมาแล้วแม่ก็ไม่อยากให้ไปทำงานที่ไหน เพราะก็คงทำไม่ได้อยู่ดี อยู่บ้านดูแลพ่อแม่ดีแล้ว พ่อก็บอกว่า บอใช้ไม่ได้ ใจ! นี่ขนาดพ่อพูดไม่ค่อยได้ ยังด่าบอเสียงดังได้ลั่นบ้าน สงสัยบอจะใจจริง ๆ บางวันแม่ทะเลาะกับพ่อ แม่ก็จะเอาไม้มาตีบอ แต่บอก็รักพ่อรักแม่ จริง ๆ บอก็อยากออกไปทำงานข้างนอก เพราะบอก็เรียนจบ ปวช. แล้ว แต่นี่ก็ต้องคอยดูแลพ่อ บอดูแลพ่อทุกวันหาข้าวเช้ากลางวัน เย็นให้อาบน้ำเช็ดตัว ถ้าพ่อจะอื่ก็ต้องเรียกบอมาช่วยอุ้มขึ้นรถเข็นพาไปอื่ พ่อป่วยสามทุกวันนี้ก็จะช่วยพ่อทำกายภาพบำบัดดิ่งโน่นดิ่งนี่ไปเรื่อย แต่ถ้าเป็นวันอาทิตย์ บอจะออกไปเที่ยวกับเพื่อนทั้งวันกลับมาเย็น ๆ วันนั้นไม่ต้องห่วงมีญาติมาเยี่ยมประจำ บอกับพ่อชอบดูฟุตบอลด้วยกันทีหนึ่งทีสองก็ดูถ้าเป็นแมนยูพ่อจะชอบมาก บอไม่มีแฟนและไม่เคยคิดจะมีด้วยเพราะแม่ไม่ชอบให้พาผู้หญิงเข้าบ้าน”

บอลวิ่งเข้ามาหาเราที่อีกฝั่ง เชิญเราเดินข้ามสะพานอย่างที่เราคิดว่าสภาพที่ดีที่สุด บอลพูดพร้อมกับเราทุกคำ โค้งตัวลงทุกครั้งที่เราใกล้ เราบางคนหันไปมองบอล แล้วตอบว่า “ขอบคุณครับน้อง” ปีนี้บอลอายุยี่สิบสอง

ที่ฝั่งตรงข้ามของสะพาน บ้านวลจันทร์แม่ของบอลรอเราอยู่ในสายตาของบ้านวลจันทร์ เราคือความหวังที่กำลังจะมาถึงแต่เราจะรักษาสายตาแบบนั้นของบ้านวลจันทร์เอาไว้ได้หรือไม่ ในอีกหนึ่งปีข้างหน้าเป็นสิ่งที่รอเราพิสูจน์อยู่บ้านวลจันทร์ทักทายเราอย่างเป็นกันเองหันไปเร่ร่อนน้ำเย็นจากลูกชาย พาเราไปนั่งที่ที่ดีที่สุด ที่ได้มาห็นอนรื้อนหน้าบ้านหลังนั้น บ้านวลจันทร์ก็เริ่มเล่าปัญหาของเธอ

“ป้าชื่อวลจันทร์ เป็นภรรยาคนที่สองของลุงกะเสม คนแรกเขาไปสบายแล้ว ปล่อยให้ป้าดูแลลูกอยู่คนเดียว สามีเป็นอัมพาตจะหันไปพึ่งใครก็ไม่มีใครช่วย ญาติ ๆ เขาก็รวยกันทุกคน แต่ไม่เห็นมีใครมาดูแลเขาบ้าง พอเวลามาเยี่ยมก็มาว่าเราว่าดูแลไม่ดีบ้างละ ตะคอกสามีบ้างละ ไม่ดูแลหยูกยาบ้างละ ก็ลุงเขาก็โธ่แล้วจะให้ป้าไปบังคับเป็นเด็กได้ไง ลุงเองก็เปลี่ยนไปจากเป็นคนใจกว้างก็มาหวงข้าวของชอบเอาเงินไปซ่อน ไม่พอใจก็เอะอะตะโกน นี่ยังมีปัญหาหนี้สินอีก ห่วงลูกก็แสนจะห่วง กลัวว่าถ้าเราเป็นอะไรไป นี่จะไปถึงลูกมัน ลูกก็ปัญญาทึบ ไม่มีเราจะเป็นยังงี้ก็ไม่รู้ตัวป้าเองก็เป็นโรคความดันโลหิตสูงไม่รู้จะอยู่ได้อีกนานเท่าไร ทุกวันนี้ป้าก็เครียดเหลือเกินถ้ามีคนเข้าใจป้าบ้างก็คงจะดี

“หมอจะช่วยป้าหน่อยได้ไหม ป้าอยากจะทำบุญสักระยะกันสังคมของลุงมาที่โรงพยาบาลศูนย์การแพทย์พระเทพรัตนราชสุตา ฯ จะได้เดินทางสะดวกหน่อย ทุกวันนี้ต้องไปรักษาถึงโรงพยาบาลนครนายก ค่ำรถไปกลับแต่ละทีสามสี่ร้อยบาท ถ้ามาโรงพยาบาลศูนย์การแพทย์พระเทพรัตนราชสุตา ฯ ได้ก็จะช่วยป้าได้มากเลย ช่วยป้าหน่อยนะ”

ที่อีกมุมหนึ่งในบ้าน ลุงกะเสมเจ้าของบ้านนั่งอยู่บนเตียงโดยลำพัง มองผ่านหน้าต่างดูภรรยาของตนคุยกับแขกอยู่เงียบ ๆ ความเงียบเป็นสิ่งที่ลุงคุ้นชินมานานแล้ว และความเงียบที่คุ้นเคยนี้แหละ ทำให้ลุงกะเสมารู้สึกโดดเดี่ยวที่สุดแต่แล้ว ความเงียบในวันนั้นก็ถูกทำลายลง

“ลุงกะเสมคะ หนูขอคุยด้วยหน่อยได้ไหมคะ”

ลุงกะเสมหันมามอง ตอบสั้น ๆ ในลำคอว่า “อืม”

โรคอัมพฤกษ์ของลุงกะเสม ทำให้ลุงสื่อสารกับคนอื่นลำบากเหลือเกิน คำพูดมีเก็บไว้ในใจมากมายแต่ไม่สามารถบรรยายออกมาได้เวลาจะคุยกับใครก็ได้แต่ตอบสั้น ๆ ว่าใช่ ไม่ใช่ ถ้าจะมีใครยอมเสียเวลามานั่งคุยกับลุงบ้าง แล้วจะมีใครล่ะ ถ้ามีก็คงจะดี ลุงจะบอกเองว่าสิ่งที่เขาคิดเกี่ยวกับลุงถูกหรือผิด

นสพ. ลูกกะเสม สวัสดิ์ดีค่ะ หนูเป็นนิสิตแพทย์ จะมาดูแลลูกนะ
 ลูกกะเสม อ้อ
 นสพ. ลูกกะเสม มีอะไรให้หนูช่วยมั๊ยค่ะ ลองบอกปัญหาลูกมาหน่อย
 ลูกกะเสม
 นสพ. ขอโทษค่ะลุง จ้ะ หนูถามใหม่ นะ ช่วงนี้สบายดีมั๊ยค่ะ
 ลูกกะเสม ... ส่ายหน้า ...
 นสพ. ไม่สบายเป็นอะไรหรือคะ
 ลูกกะเสม เพลีย เหนื่อย
 นสพ. แล้วลูกกินยาครบมั๊ยค่ะ
 ลูกกะเสม
 นสพ. ลุงไม่กินเองหรือคะ
 ลูกกะเสม ... ส่ายหน้า ...
 นสพ. ไม่มีคนเอามาให้กินหรือคะ
 ลูกกะเสม อ้อ
 นสพ. แล้วมีคนเอาข้าวให้ลูกกินด้วยหรือป่าวค่ะ
 ลูกกะเสม ไม่มี
 นสพ. ลุงไม่ได้กินข้าวมากี่วันแล้ว
 ลูกกะเสม (ซึ้งขึ้นมา) ... ห้า ...
 นสพ. กลางวันมีคนดูแลมั๊ยค่ะ
 ลูกกะเสม ... ส่ายหน้า ...
 นสพ. ลุงได้คุยกับคนในบ้านบ่อยมั๊ยค่ะ
 ลูกกะเสม
 นสพ. คุยเล่นกับลูกเมียบ้างมั๊ยค่ะลุง
 ลูกกะเสม ... ส่ายหน้า...
 นสพ. คุยกันเฉพาะเวลาจำเป็นหรือคะ
 ลูกกะเสม อ้อ
 นสพ. ลุงคะ ลุงคิดว่าลุงจะหายมั๊ย
 ลูกกะเสม ไม่
 นสพ. ลุงคิดอย่างนั้นไม่ได้ นะคะ โรคของลุงต้องหายอยู่แล้ว โรคเบาหวาน ความดันสูง ไขมันสูงของลุงเนี่ย คอยควบคุมอาหาร กินยาให้ครบ มันก็ดีขึ้นอยู่แล้วละคะ ส่วนโรคหัวใจโรคของลุงกินยาหกเดือนก็หายขาดแล้วนะ อัมพฤกษ์ของลุง ถ้ามันทำกายภาพมันก็ จะดีขึ้น มันอาจจะไม่ดีเหมือนเดิม แต่หนูรับรองว่าลุงจะสามารถใช้ชีวิตได้โดยไม่ต้องคอยพึ่งคนอื่นอีกนะค่ะ

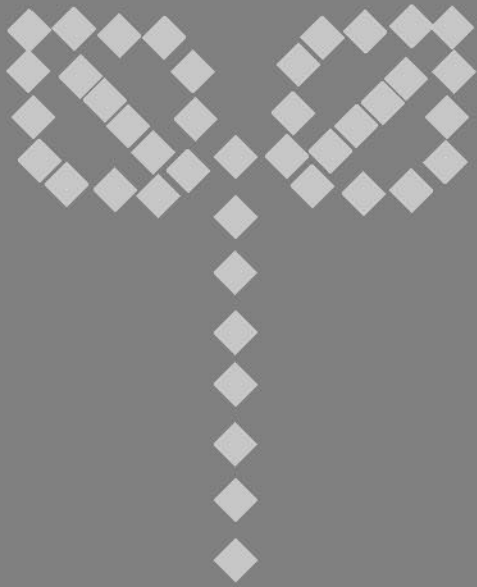


ลุงกะเสม ...
 นสพ. ลุงต้องเชื่อนะว่า ลุงจะหาย ลุงคิดว่าถ้าลุงไม่มีทางหายนี่ลุงหายได้เขา
 ถึงส่งหนูมาไงละคะ ลุงต้องหายและกลับมาใช้ชีวิตได้เหมือนเดิมอยู่แล้ว
 จริงมั๊ยคะลุง
 ลุงกะเสม (พยักหน้าและยิ้ม) ...

เราจากบ้านของลุงกะเสมในเย็นวันนั้นกลับสู่โรงพยาบาลของเรา ลุงกะเสม ป้านวลจันทร์
 และบอล มองส่งเราด้วยสายตาที่อยากจะตีความหมายได้มันอาจจะหมายความว่า เขาจะช่วยเราได้
 จริงหรือ เขาจะลืมเรามั๊ย ? เขาเข้าใจเราแล้วหรือยัง

บนรถที่กำลังวิ่งบนเส้นทางขรุขระทางเดิมกับขามา ตัดผ่านทุ่งนากว้างใหญ่ เรื่องราวของ
 ลุงกะเสม ป้านวลจันทร์ และบอลถูกเล่าจากปากสู่ปากพยายามเข้าใจเหตุการณ์พยายามเข้าใจ
 บุคคลคิดหาทางช่วยเหลือ เสียงอันกระตือรือร้นของพวกเขาบนรถ ทำให้ผมมั่นใจเราจะไม่ลืมลุง
 กะเสม ป้านวลจันทร์และบอล ว่าเรามีสัญญาว่าจะช่วยให้พวกเขาทุกคนดีขึ้น มีความสุขมากขึ้น
 เป็นสัญญาที่เราไม่ได้เอ่ยปากบอกไม่ได้ผูกมัดกันบนแผ่นกระดาษ แต่เราบอกกันด้วยตา และ
 ผูกมัดกันด้วยใจ



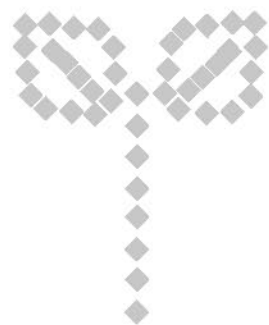


ตัวตนคน Fam med

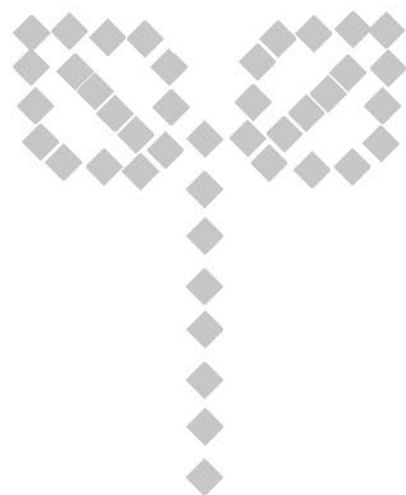
ความภาคภูมิใจจากรุ่นสู่รุ่น
ฝันที่อยากเห็น ฝันที่อยากให้เป็นในเวชปฏิบัติครอบครัว
คุณค่าของเวชศาสตร์ครอบครัว

สรุปสาระจากกิจกรรม World café และ After Action Review





ความภาคภูมิใจจากรุ่นสู่รุ่น



แม้เวชศาสตร์ครอบครัวได้รับการยอมรับอย่างกว้างขวางในต่างประเทศ และมีการเรียนการสอนวิชานี้มานานกว่าสามสิบปีแล้ว แต่ในประเทศไทยนั้น เวชศาสตร์ครอบครัวก่อร่างสร้างตัวได้เพียงกว่าทศวรรษเท่านั้น และนับจากปี พ.ศ. 2542 ซึ่งเป็นปีแรกที่มีหลักสูตรอบรมแพทย์ประจำบ้านเวชศาสตร์ครอบครัวอย่างเป็นทางการ มีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวจบออกมาทำงานดูแลประชาชนในบริบทต่าง ๆ กระจายอยู่ทั่วประเทศเพียงประมาณ 250 คน และแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวเหล่านี้ต่างเปรียบเสมือน “เพชรในโคลนตม” เพราะถึงจะปฏิบัติงานท่ามกลางสถานการณ์ที่อาจกล่าวได้ว่า “ไม่มีที่ยืน” มากนักในระบบสาธารณสุขไทยในช่วงที่ผ่านมา แต่ก็ยังเห็นประกายของความงามส่องแสงอยู่ตลอดเวลา



“ผมรู้สึกมานานแล้วว่า แพทย์ที่เลือกเรียนเวชศาสตร์ครอบครัวนั้น เป็นแพทย์ที่ “ไม่ธรรมดา” (Extraordinary) อย่างน้อยต้องเป็นคนที่ “กล้าที่จะแตกต่าง” และมีความเป็นตัวของตัวเองอยู่พอสมควร ที่สำคัญเป็นคนที่มีความ “จุดยืนและหลักคิด” ในการกำหนดอนาคตและชีวิตของตัวเอง โดยไม่ได้วิ่งตามกระแสสังคมแบบที่ใคร ๆ เขานิยมชมชื่น โดยเฉพาะกระแสของสังคมโลกาภิวัตน์ที่เต็มไปด้วยมายาคติของ โลก ไกรธ หลง อย่างที่รู้ ๆ กันอยู่ทุกวันนี้”

นายแพทย์วิระวัฒน์ พันธุ์ครุฑ
รองเลขาธิการ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

“อยากให้งานของเราเป็นเสมือนต้นไม้ใหญ่ที่แผ่กิ่งก้านสาขาให้เกิดร่มเงาในชุมชน เห็นได้ชัดจากการรับฟังน้อง ๆ ที่พูดถึง ความสุขของพวกเราคือความสุขของคนใช้ ซึ่งสิ่งนี้เป็นประเด็นสำคัญที่อยากฝากน้อง ๆ ว่า อะไรไม่สำคัญเท่าเราต้องภูมิใจในตัวเอง และเห็นคุณค่าในตัวเอง สิ่งต่าง ๆ เหล่านี้มันคงถาวรได้ต้องเกิดจากภายใน จะรอแต่ภายนอกเพื่อมาหล่อเลี้ยง แต่หากเราไม่หล่อเลี้ยงตัวเองก็คงยาก การเกิดของชมรมก็เป็นอีกขั้นของการรวมตัวกัน แต่ยังมีเรื่องราวที่ต้องฟันฝ่าไปอีกเยอะ การที่เรามารวมตัวกันเหมือนกับที่เราวาดภาพฝันที่ว่าจากภาพ ๆ เดี่ยว แล้วเรามาช่วยกันต่อเติมให้เกิดความสมบูรณ์มากขึ้น และเราเป็นกำลังใจเป็นส่วนหล่อเลี้ยงกันตรงนี้ ประวัติศาสตร์หรือพัฒนาการที่ผ่านมาคงค่อย ๆ ชัดขึ้น เห็นความเข้มแข็งของพวกเรามากขึ้น....”

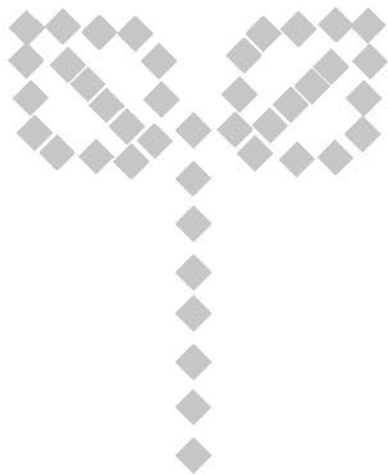
พญ.สุพัทธรา ศรีวณิชชากร

ผู้อำนวยการสำนักวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน
สถาบันพัฒนาสุขภาพอาเซียน มหาวิทยาลัยมหิดล

“การเรียนรู้ผ่านการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านสาขาเวชศาสตร์ครอบครัว ได้สร้างให้แพทย์รุ่นใหม่ เข้าใจศาสตร์วิชาในการดูแลคนไข้อย่างลึกซึ้ง ช่วยเพาะบ่มความเข้าใจและเอื้ออาทรต่อเพื่อนมนุษย์มากยิ่งขึ้น เมื่อได้นำศาสตร์วิชาไปประยุกต์ใช้ในการทำงานจริง ได้แสดงให้เห็นถึงความมั่งคั่งของการดูแลประชาชนที่รับผิดชอบตามแบบฉบับของแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว”

นพ.สุรสิทธิ์ จิตรพิทักษ์เลิศ

ประธานชมรมแพทย์เวชปฏิบัติครอบครัว



“...อีก 2 ปีข้างหน้าผมจะจบ เดิมผมคิดว่าคงต้องออกไปทำงานอย่างโดดเดี่ยว แต่ตอนนี้เห็นแล้วว่ายังมีอีกหลายภาคส่วนที่เข้ามาช่วยกันทำงาน และยังมีเพื่อนอีกเยอะ ไม่ใช่แค่เพื่อนที่เป็นหมอครอบครัวเท่านั้นยังมีหลายองค์กรหลายภาคส่วนที่เข้ามาช่วยกันทำงาน ผมมองว่า 12 ปีที่ผ่านมาเป็นการสร้างอัตลักษณ์ วันนี้ผมรู้สึกที่ผมกำลังเห็นและมีส่วนร่วมในจุดเปลี่ยนของวงการเวชศาสตร์ครอบครัว และคิดว่าหลังจากนี้เป็นต้นไปแพทย์ประจำบ้านทุกคนจะสามารถเก็บเกี่ยวประสบการณ์จากพี่ๆ ที่ผ่านมาและสร้างเป็นผลงานให้กับชมรมแพทย์เวชปฏิบัติครอบครัวได้ต่อไป....”

นพ.อิทธิพล

ตัวแทนแพทย์ประจำบ้าน คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาริบัติ



“ไม่รู้ว่าเป็นเพื่อนร่วมรุ่นที่เรียนจบมาพร้อมๆ เราหลุดจากโลกเวชศาสตร์ครอบครัวไปกันก็คนแล้ว เหมือนทำงานอยู่คนเดียว คือเคยมีความคิดกันว่า ยังเหลือแต่เราหรือเปล่าที่ยังอยู่ คนอื่นเขาอาจไปกันหมดแล้วก็ได้ แต่พอได้มาเจอบรรยากาศแบบนี้ ทำให้มีกำลังใจ มองเห็นภาพจุดยืนของตัวเองชัดเจนขึ้น มีความสุขที่ได้มาเจอเพื่อนๆ ทุกคน.....”

พญ.ตรีทัศน์ ศรีวิเชียร

“ผมเป็นผู้อำนวยการโรงพยาบาล ผมตั้งความหวังมานานพอสมควรสำหรับเวชศาสตร์ครอบครัว ผมทำงานในโรงพยาบาลชุมชนมาเกือบ 20 ปี ปัญหาใหญ่ที่สุดคือเรื่องของความต่อเนื่องของการดูแลผู้ป่วยโดยเฉพาะโรคเรื้อรัง ที่ผ่านมามงานบริการในโรงพยาบาลชุมชนจะดำเนินการโดยแพทย์ใช้ทุน ซึ่งไม่สามารถดูแลแบบองค์รวมหรือดูแลต่อเนื่องให้มีประสิทธิภาพได้อย่างแท้จริง ไม่สามารถออกเยี่ยมบ้านพร้อมกับพยาบาลเวชปฏิบัติครอบครัวได้ ผมฝันว่าสักวันหนึ่งโรงพยาบาลชุมชนทุกแห่งต้องมีแพทย์เวชปฏิบัติครอบครัวเป็นหลักอีกส่วนหนึ่ง นอกจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลที่อยู่ประจำแล้ว เลยสนับสนุนเต็มที่ ตอนนี้ผมสมัครเป็นสถาบันสมทบที่จะใช้โรงพยาบาลชุมชนเป็นฐานที่จะฝึกปฏิบัติแพทย์เวชปฏิบัติครอบครัวด้วย และอยากเรียนรู้ว่าแพทย์พี่เลี้ยงจะมีอะไรบ้างที่ต้องพัฒนาน้อง ๆ ให้เป็นแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวที่ดี มีคุณภาพที่จะทำงานต่อเนื่องในชุมชนได้”

นพ.กสิวัฒน์ ศรีประดิษฐ์

“เห็นพัฒนาการที่น่าชื่นชม หมอครอบครัวหลายคนเริ่มสะท้อนถึงความมั่นใจในตัวตนของแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวมากขึ้น กว่าสมัย 4-5 ปีที่แล้วที่เคยสัมผัส ยิ่งเห็นการรวมตัวของแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวที่จบแล้วมาทำงานในพื้นที่ และตั้งเป็นชมรม ก็เริ่มมีความมั่นใจมากขึ้นว่า อนาคตต่อไปเวชศาสตร์ครอบครัวจะเป็นเฉพาะทางสาขาหนึ่งที่มีศักดิ์ มีศรี มีเอกลักษณ์ และเป็นที่ยอมรับของทุก ๆ วงการในสาธารณสุขร่วมกัน

ปัญหาอย่างหนึ่งในระบบสาธารณสุขที่ผ่านมาคือ แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวที่จบไป บางคนไม่ได้ทำงานตามความรู้ที่เรียนมา อาจเป็นเพราะผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชนที่น้องกลับไปอยู่ยังไม่เข้าใจในบทบาทของแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว ทำให้หลาย ๆ คนโอ้อวดใจในการทำงาน ดังนั้นผมในฐานะเป็นตัวแทนของคนทำงานในโรงพยาบาลชุมชน เราได้คุยกันว่าชมรมแพทย์ชนบทและชมรมผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชน จะสื่อสารข้อมูลแนวคิดของเวชศาสตร์ครอบครัวให้กับผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชนทั่วประเทศ ให้มีความเข้าใจงานเวชศาสตร์ครอบครัวให้มากที่สุด เพื่อให้้อง ๆ ที่จบออกไปสามารถทำงานในพื้นที่ได้อย่างเต็มความรู้ เต็มศักยภาพที่มี ซึ่งอาจต้องใช้เวลาสักกระยะหนึ่ง แต่มีความตั้งใจและขอสัญญากับน้อง ๆ ทุกคนว่า เราจะช่วยกันพัฒนาเวชศาสตร์ครอบครัวให้มีความก้าวหน้า ให้มีความเข้มแข็งต่อไป”

“ผมคิดว่าเราเห็นตรงกันว่า เราต้องการแสดงตัวตนที่แท้จริงในระบบว่าเรานั้นคือ พระเอกของระบบบริการปฐมภูมิ ผมอยากเห็นการประกาศเจตนารมณ์ว่า เราคือใคร เราจะมีผลกระทบต่อระบบสุขภาพประชาชนอย่างไร รวมทั้งเป็นพันธะสัญญากับตัวเราเองด้วยว่า บทบาทของเราเป็นอย่างไร และประชาชนคนไทยจะได้ประโยชน์จากการมีเราอย่างไร อีก ประเด็นคือการทำ ความชัดเจนว่ลักษณะแบบไหนที่เวชศาสตร์ครอบครัวจะสามารถฉาย รัศมีได้ดีที่สุด ห้องทำงาน ห้องตรวจที่ว่าจะทำให้เกิดความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างแพทย์กับ คนไข้หน้าตาเป็นอย่างไร หรืออุปกรณ์เสริมควรต้องมีอะไรบ้าง ผมเชื่อว่าผู้อำนวยการ โรงพยาบาลที่ผมคุยมาไม่ต่ำกว่า 40 คนอยากเห็นตรงนี้”

นพ.อนุวัฒน์ แก้วเชียงหวาง



“ผมมั่นใจว่าในกระบวนการหล่อหลอมและกระบวนการทำงาน ต่อๆ ไป ถ้ายังใช้แนวคิดใช้เครื่องมือทางเวชศาสตร์ครอบครัว เราจะเติบโตขึ้น ลึกซึ้งขึ้น และกลายเป็นคนที่มีทักษะในการแก้ปัญหา ศาสตร์ต่างๆ ของ เวชศาสตร์ครอบครัวเป็นการบูรณาการร่วมกับศาสตร์อื่น ๆ เพื่อประยุกต์ ในการที่จะทำความเข้าใจแก้ไขปัญหสุขภาพอย่างองค์รวม ทั้งกาย จิต สังคม จิตวิญญาณ”

นพ.สุรเกียรติ์ อาชานานุภาพ

ฝันที่อยากเห็น ฝันที่อยากให้เป็นในเวชปฏิบัติครอบครัว
คุณค่าของเวชศาสตร์ครอบครัว

แพทย์หญิงวนาพร วัฒนกุล

นายแพทย์สτανด์ ศุภผล

นายแพทย์วัชรพงษ์ รินทร์





ภาพฝันเวชศาสตร์ครอบครัว : หวังให้ไกล ไปให้ถึง

World Cafe เป็นกิจกรรมอีกรูปแบบหนึ่งของการจัดการความรู้ที่ “ความรู้” และ “ความเห็น” ของทุกคนมีความสำคัญ เป็นการส่งเสริมให้คนแสดงความคิดเห็น แบ่งปันประสบการณ์ให้กันและกัน กิจกรรมจะแบ่งเป็นกลุ่มๆ แล้วแลกเปลี่ยนประสบการณ์ของตนเองให้คนในกลุ่มได้ทราบตามหัวข้อที่ได้รับ จากนั้นก็หมุนเวียนไปตามกลุ่มต่าง ๆ หัวใจของ World Café คือ การเรียนรู้ผ่านการสนทนาในบรรยากาศที่ผ่อนคลาย เป็นมิตร ผลลัพธ์ที่ได้นอกจากทุกคนมี “ความรู้เพิ่ม” แล้ว ยังเกิดเครือข่ายของกลุ่มคนที่มาร่วมแลกเปลี่ยนประสบการณ์อีกด้วย

World Café ในการประชุมวิชาการ 12 ปีการพัฒนาเวชศาสตร์ครอบครัวนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อสานสัมพันธ์แพทย์เวชปฏิบัติครอบครัว เสริมสร้างกำลังใจในการทำงานให้กับแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว และสร้างความชัดเจนในคุณค่าของแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว โดยใช้รูปแบบการสนทนาในลักษณะสุนทรียสนทนา กิจกรรมเชิงศิลปะ และจิตตปัญญาศึกษา

วิทยากรและทีมงานของโรงพยาบาลขอนแก่น ได้วางลำดับของการดำเนินกิจกรรมออกเป็น 3 ช่วง ช่วงแรกเป็นกิจกรรมผ่อนคลายเพื่อเตรียมตัวเข้าสู่กิจกรรม จากนั้นเกริ่นนำกิจกรรม บอกกติกากลุ่ม และใช้เกมสร้างความคุ้นเคย จากนั้นให้แบ่งกลุ่ม ๆ ละ 5-6 คน แล้วให้แต่ละคนแนะนำตัวเอง เมื่อครบทุกคนก็นำเข้าสู่กิจกรรม World cafe' โดยมีหัวข้อในการแลกเปลี่ยนรวม 3 หัวข้อ คือ



รอบที่ 1 ความสุข/ความภาคภูมิใจในการเป็นแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว

1. ทบทวนเรื่องราวประสบการณ์ในการทำงานที่แสดงถึงความสุข/ความภาคภูมิใจในการเป็นแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว
2. แบ่งปันเรื่องเล่าในกลุ่มย่อย
3. เลือกเรื่องที่น่าสนใจแบ่งปันในกลุ่มใหญ่

รอบที่ 2 ภาพฝันของเวชศาสตร์ครอบครัวไทย

1. เกมเปลี่ยนกลุ่ม
2. กิจกรรมวาดภาพฝันเวชศาสตร์ครอบครัวไทย โดยใช้เวลา 2 นาทีวาดภาพฝันของตนเอง ต่อมาเริ่มกิจกรรม “แต่งเติมภาพฝันซึ่งกันและกัน” โดยให้แต่ละคนนำภาพของตนไปแลกเปลี่ยนให้ผู้อื่นวาด (เดิน 30 วินาที วาด 2 นาที) เสร็จกิจกรรมล้อมวงใหญ่ ถอดบทเรียน

รอบที่ 3 ร่วมสร้างภาพฝันเวชศาสตร์ครอบครัวไทย โดยให้ทุกคนเขียน “สิ่งที่จะทำเพื่อสร้างภาพฝันของแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวให้เป็นไปตามความมุ่งหวัง” ข้างหลังภาพของตนเอง และให้แต่ละคนเขียน “สิ่งที่จะทำเพื่อสร้างภาพฝันของแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวให้เป็นไปตามความมุ่งหวัง” อีกครั้งลงในกระดาษขนาดเล็กอีกครั้ง แยกเป็นข้อ ๆ ได้แก่

- การพัฒนาตนเอง
- การพัฒนาระบบบริการ
- การเรียนการสอน
- การวิจัย
- อื่น ๆ

จากนั้นประกาศคำสัญญาของตนเอง และติดบน Flip chart แบ่งตามหัวข้อ และให้เวลาแต่ละคนอ่านสิ่งที่มุ่งหวังของกันและกัน

กิจกรรมส่งท้าย แต่ละคนวางภาพเรียงต่อกันกลางห้อง จับมือร้องเพลง “คำมั่นสัญญา” เป็นอันจบกิจกรรม



แพทย์เวชปฏิบัติครอบครัวจากหลายรุ่น หลากอายุ รวมใจกันสะท้อนความคิด ประสบการณ์ รวมทั้งสิ่งที่มุ่งหวัง เพื่อผู้ฝืนอันยิ่งใหญ่ นั่นคือ เวชศาสตร์ครอบครัวได้รับการยอมรับในฐานะผู้เชี่ยวชาญทั้งด้านการรักษาคน และดูแล ชุมชน รวมทั้งเป็นตัวขับเคลื่อนระบบสุขภาพไทย โดยมีองค์ความรู้ที่ชัดเจน

ประเด็น	สิ่งที่มุ่งหวัง
การพัฒนาตนเอง	ตั้งใจเรียน ศึกษาหาความรู้เกี่ยวกับเวชศาสตร์ครอบครัว เพื่อนำความรู้ที่ได้ไปพัฒนาตนเองและชุมชน
	ฝึกฝนตนเองโดยใช้ทักษะของเวชศาสตร์ครอบครัวอยู่เสมอ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับสิ่งที่ดีที่สุด
	ตรวจและดูแลผู้ป่วยโดยใช้หลักเวชศาสตร์ครอบครัวให้ครอบคลุมยิ่งขึ้น
	ทำประโยชน์เพื่อส่วนรวมให้มากที่สุด
	ปรับเจตคติและความเข้าใจในการเป็นครอบครัว โดยใช้ Satir's model
	ตั้งใจฟังผู้ป่วยมากขึ้น
	ตั้งใจทำงานของตนในฐานะแพทย์ของชุมชน
พัฒนาระบบบริการ	จัดตั้งทีมงานในการออกชุมชนให้เป็นระบบ
	พัฒนาแนวทางการส่งต่อจากโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไปให้ชัดเจน มีมาตรฐานเดียวกัน
	พัฒนาระบบการดูแลที่ดีและมีคุณภาพ
	วางแผนร่วมกับทีมงานพัฒนาระบบบริการของโรงพยาบาลให้ดีขึ้น เพื่อไม่ให้ผู้ป่วยรอนาน ได้รับบริการที่มีคุณภาพ
	ร่วมสร้างระบบเครือข่ายในการทำงานเวชศาสตร์ครอบครัวทั้งในส่วนปฐมภูมิ ทุติยภูมิ ให้มีแนวทางทำงานด้วยกันอย่างมีน้ำหนึ่งใจเดียวกัน เพื่อให้ประชาชนมีสุขภาพดี
	เชื่อมรอยต่อโรงพยาบาลกับบ้าน (Continuity)
การวิจัย	สร้างทีมเพื่อทำงานวิจัย เป็นทีมพี่เลี้ยงเพื่อสนับสนุนงานวิจัยที่มีคุณภาพสำหรับเวชศาสตร์ครอบครัว
	เขียนหนังสือรวบรวมประสบการณ์ความรู้ของผู้คน
	ทำงานวิจัยเกี่ยวกับงาน Palliative care ในเมืองไทย
	ส่งเสริม Multi-centered research ทางเวชศาสตร์ครอบครัว

ประเด็น	สิ่งที่มุ่งหวัง
การเรียนการสอน	สอนให้แพทย์รุ่นใหม่มองเห็นถึงระบบสุขภาพที่ดี ให้เห็นความเชื่อมโยงและความสำคัญของการบริการปฐมภูมิ
	พัฒนาระบบการเรียน In-service ที่โรงพยาบาล
	พัฒนาหลักสูตรเวชศาสตร์ครอบครัวในระดับปริญญาตรีให้กับนักศึกษาแพทย์
อื่น ๆ	เผยแพร่บทเรียนผลงานที่ดีของแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวสู่ผู้บริหาร
	สร้างเครือข่ายงานเวชศาสตร์ครอบครัวให้เข้มแข็ง
	สร้างแบรนด์ (Brand) ให้กับงานเวชศาสตร์ครอบครัว

4 การเรียนรู้ผ่านกิจกรรม World café

1. ยังมีเพื่อนร่วมทางเสมอ

แพทย์ที่ทำงานด้านเวชศาสตร์ครอบครัวจากทั่วประเทศตั้งแต่รุ่นแรกจนถึงรุ่นที่กำลังศึกษา/อบรมในขณะนี้ ได้แลกเปลี่ยนเรียนรู้ถึงประสบการณ์การทำงาน ความประทับใจ และคุณค่าในการทำงานเวชศาสตร์ครอบครัว ซึ่งหนึ่งในผู้เข้าร่วมกิจกรรม ได้สะท้อนว่า การมาทำงานด้านเวชศาสตร์ครอบครัว ทำให้ได้เรียนรู้ตนเอง เรียนรู้ผู้อื่น ทำให้เข้าใจชีวิตมากขึ้น มีความสุขในการเป็นแพทย์มากขึ้น กิจกรรมนี้ทำให้ได้มารู้ว่ายังมีคนทำงานด้านเวชศาสตร์ครอบครัวเหมือนกันอีกมากมาย ทำให้มีกำลังใจในการทำงานมากขึ้น

2. อุปสรรคคือยาชูกำลัง

ในหลาย ๆ วงสนทนาในเรื่องความประทับใจในการทำงานด้านเวชศาสตร์ครอบครัว มีการพูดถึงปัญหาอุปสรรค สิ่งบั่นทอนกำลังใจ และความทุกข์จากการทำงานตามแนวทางเวชศาสตร์ครอบครัวในสภาพระบบบริการปัจจุบันด้วย นั่นคือ วงสนทนานี้จึงเป็นเสมือนที่ระบายความในใจ ความอัดอั้นตันใจของหลาย ๆ คนอีกด้วย

3. งานเสร็จได้ภายใต้ความเป็นทีม

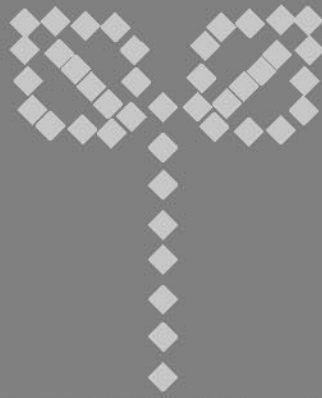
ในกิจกรรมวาดภาพฝันร่วมกัน เมื่อแต่ละคนได้วาด และเปลี่ยนให้เพื่อนคนอื่น ๆ ช่วยแต่งเติม ทำให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมเกิดความรู้สึกถึงความเชื่อมโยง สัมพันธ์ และรับรู้ถึงการร่วมมือกันสร้างภาพฝันของเวชศาสตร์ครอบครัวอย่างเป็นรูปธรรม

- ผู้เข้าร่วมกิจกรรมส่วนหนึ่ง ได้แบ่งปันภาพฝันว่า การทำงานด้านเวชศาสตร์ครอบครัวต้องมองให้รอบด้าน ให้ครอบคลุมมิติของสุขภาพ และต้องประสานความร่วมมือของทุกภาคฝ่ายอย่างบูรณาการ
- ผู้เข้าร่วมกิจกรรมส่วนหนึ่งได้ถอดบทเรียนถึงกิจกรรมผลัดการแต่งเติมภาพว่า รู้สึกประหลาดใจและดีใจที่ภาพเดิมที่ยังวาดไม่เสร็จ พอมีเพื่อน ๆ ช่วยแต่งเติมกลับได้ภาพที่สวยงาม สมบูรณ์ และไม่ต่างจากที่อยากวาดจริง ๆ ทำให้รู้สึกว่าการทำงานต้องคำนึงว่า การมีหลาย ๆ คนช่วยกันคิด ช่วยกันทำ จะทำให้ได้ผลงานที่สำเร็จและสมบูรณ์มากขึ้น

4. ต้องมุ่งมั่น ฝันจึงเป็นจริง

ในกิจกรรมเขียน “สิ่งที่จะทำเพื่อสร้างภาพฝันของแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวให้เป็นไปตามความมุ่งมั่น” ทำให้ได้รับทราบความสนใจ การวางแผนของแต่ละคน เป็นการกระตุ้นให้เกิดความมุ่งมั่นที่จะทำให้สำเร็จให้ได้ เมื่อได้แลกเปลี่ยนกันในกลุ่มจากการผลัดกันอ่านความมุ่งมั่นของแต่ละคน ทำให้ได้มุมมองในการพัฒนาตนเอง พัฒนาระบบบริการ และด้านวิชาการของแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว





เส้นทางการขับเคลื่อน

อดีต ปัจจุบัน อนาคต เวชศาสตร์ครอบครัว
ชมรมแพทย์เวชปฏิบัติครอบครัว



อดีต ปัจจุบัน อนาคต เวชศาสตร์ครอบครัว

แพทย์หญิงสุพัตรา ศรีวณิชชากร

ผู้อำนวยการสถาบันพัฒนาสุขภาพอาเซียน มหาวิทยาลัยมหิดล

สองทศวรรษที่ผ่านมา การแพทย์และระบบสาธารณสุขในประเทศไทยมีความเปลี่ยนแปลงอย่างเป็นรูปธรรมหลายประการ เริ่มตั้งแต่ การปรับโครงสร้างระบบบริการสาธารณสุขให้เน้นไปที่การบริการปฐมภูมิ การบริหารจัดการเรื่องงบประมาณของงานบริการปฐมภูมิ การพัฒนาบุคลากรสำหรับการปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมภูมิ และการพัฒนาหลักสูตรการเรียนการสอนและองค์ความรู้ด้านเวชศาสตร์ครอบครัว

เวชศาสตร์ครอบครัว (Family Medicine) เป็นศาสตร์ที่ได้รับการพัฒนาต่อยอดมาจากเวชปฏิบัติทั่วไป (General Practice) ไม่ใช่ศาสตร์ที่เกิดขึ้นจากการเปลี่ยนแปลงทางด้านเทคโนโลยีการแพทย์ดังเช่น ศัลยศาสตร์ วิสัญญีวิทยา แต่เป็นการหลอมรวมศาสตร์ที่มีอยู่ดั้งเดิม ไม่ว่าจะเป็น เป็นอายุศาสตร์ กุมารเวชศาสตร์ สูตินรีเวชศาสตร์ และศัลยศาสตร์ นำมาผสมผสานส่วนที่เกี่ยวข้องกับงานบริการปฐมภูมิเข้าด้วยกันโดยใช้การดูแลผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (Patient-centered) และให้ความสำคัญเพิ่มต่อการดูแลแบบองค์รวม (Holistic) ต่อเนื่อง (Continuity) ผสมผสาน (Comprehensive) และการประสานงานเชื่อมโยงบริการ (Co-ordinated) ให้แก่ผู้รับบริการ

ในประเทศอังกฤษ เนเธอร์แลนด์ สวีเดน ออสเตรเลีย และประเทศพัฒนาแล้วอีกจำนวนมาก แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปจะทำหน้าที่เป็นด่านแรกของบริการปฐมภูมิ มีระบบโครงสร้างที่เอื้ออำนวยให้ปฏิบัติงานได้อย่างครอบคลุมทั้งงานบริการเชิงรับ และเชิงรุก การรักษา ส่งเสริมป้องกัน และฟื้นฟู รวมถึงการเยี่ยมบ้านซึ่งเป็นอีกเครื่องมือที่แพทย์และพยาบาลใช้ร่วมกับการบริการเชิงรับ เพื่อให้การรักษามีประสิทธิภาพสูงสุด จนถึงปัจจุบัน ระบบบริการสาธารณสุขในประเทศเหล่านี้ ก็ยังคงมีแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป (GP) เป็นหลักในการให้บริการปฐมภูมิ โดยทำหน้าที่เหมือนกับแพทย์เวชปฏิบัติครอบครัวในอีกหลายประเทศ

เวชศาสตร์ครอบครัวถือกำเนิดขึ้นอย่างเป็นทางการตั้งแต่ปี ค.ศ. 1954 ในประเทศแคนาดา เมื่อแพทย์กลุ่มเล็กๆกลุ่มหนึ่งได้รวมตัวกัน เพื่อแลกเปลี่ยนความคิดเห็นเรื่องระบบบริการสาธารณสุขที่เหมาะสมสำหรับประชากรส่วนใหญ่ในประเทศ

รากฐานสำคัญของระบบบริการสาธารณสุขที่รัฐพึงมีให้กับประชาชน คือ การมีระบบบริการปฐมภูมิเป็นเครือข่ายหลัก และขยายบริการด้วยระบบการส่งต่อไปยังระบบทุติยภูมิและตติยภูมิ ในเวลานั้น แพทย์ผู้รับผิดชอบบริการปฐมภูมิ คือ แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปในแคนาดา เมื่อมีการต่อยอดทางความคิดเรื่องการปรับระบบโครงสร้างการบริการสาธารณสุขให้ครอบคลุมไปถึงระดับครอบครัวและชุมชน จึงเป็นที่มาของแนวคิดเรื่องเวชศาสตร์ครอบครัว และการปรับหลักสูตรระดับหลังปริญญา (Residency Training) เพื่อผลิต “แพทย์เวชปฏิบัติครอบครัว (Family Physicians)” แทน “แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป (General Physicians)” เพื่อให้บริการระดับปฐมภูมิแก่ประชาชนตั้งแต่นั้นเป็นต้นมา

ประมาณสามทศวรรษต่อมา องค์การอนามัยโลกมองเห็นความสำคัญของระบบบริการปฐมภูมิ และประกาศในงานประชุมของผู้แทนการดูแลสุขภาพทั่วโลกในปี ค.ศ.1978 (Declaration of Alma Ata 1978) ว่า บริการสุขภาพปฐมภูมิเป็นส่วนหนึ่งของหลักการสาธารณสุขมูลฐาน ที่ระบบบริการสาธารณสุขต้องให้ความสำคัญ เนื่องจากมีความคุ้มค่า ประสิทธิภาพสูง และมีผลลัพธ์ที่ดี เห็นควรที่ทุกประเทศทั่วโลกควรนำไปเป็นหลักปฏิบัติเพื่อบูรณาการสู่ “การมีสุขภาพดีถ้วนหน้า (Health for all)” ในปี ค.ศ.2000 ซึ่งการจัดระบบบริการปฐมภูมินั้นมีแนวทางที่สอดคล้องกับแนวคิดเวชศาสตร์ครอบครัวทั้งเรื่องการเป็นหน่วยบริการที่เข้าถึงได้ สะดวก การดูแลแบบผสมผสาน การดูแลต่อเนื่อง การส่งเสริมป้องกันและฟื้นฟูสมรรถภาพ ทำให้การพัฒนาด้านเวชศาสตร์ครอบครัวแพร่หลายไปยังประเทศต่างๆทั้งในทวีปอเมริกาเหนือ ยุโรป และเอเชียในเวลาต่อมา

เวชศาสตร์ครอบครัวในประเทศไทย

ประวัติการพัฒนาด้านเวชศาสตร์ครอบครัวในประเทศไทย แบ่งออกเป็น 3 ยุค เริ่มตั้งแต่ ยุคก่อสร้างนักร้าน (พ.ศ.2529 – 2537) คือ ยุคแรกที่เป็นช่วงเปลี่ยนแปลงจากเวชศาสตร์ทั่วไปมาเป็นเวชศาสตร์ครอบครัว

ยุคสร้างฐานลงเสาเข็ม (พ.ศ.2538 – 2542) คือ ยุคที่มีการศึกษาวิจัยระบบบริการปฐมภูมิ การพัฒนาบริการเวชปฏิบัติทั่วไป เวชปฏิบัติครอบครัว การเสนอแนวทางการปฏิรูประบบสุขภาพ และการประกาศนโยบายระบบบริการปฐมภูมิ รวมทั้งมีการพัฒนาทางด้านวิชาการและ ผลิตบุคลากรเฉพาะทางด้านเวชศาสตร์ครอบครัวอย่างเป็นรูปธรรม

ยุคเติมเต็มสร้างบ้านให้มั่นคง (พ.ศ.2543 – ปัจจุบัน) คือ ยุคที่มีการผลิตแพทย์เฉพาะทางด้านเวชศาสตร์ครอบครัวแพทย์ที่สำเร็จออกไปปฏิบัติงาน มีผลการดำเนินงานที่เพิ่มคุณภาพบริการปฐมภูมิอย่างเป็นรูปธรรม

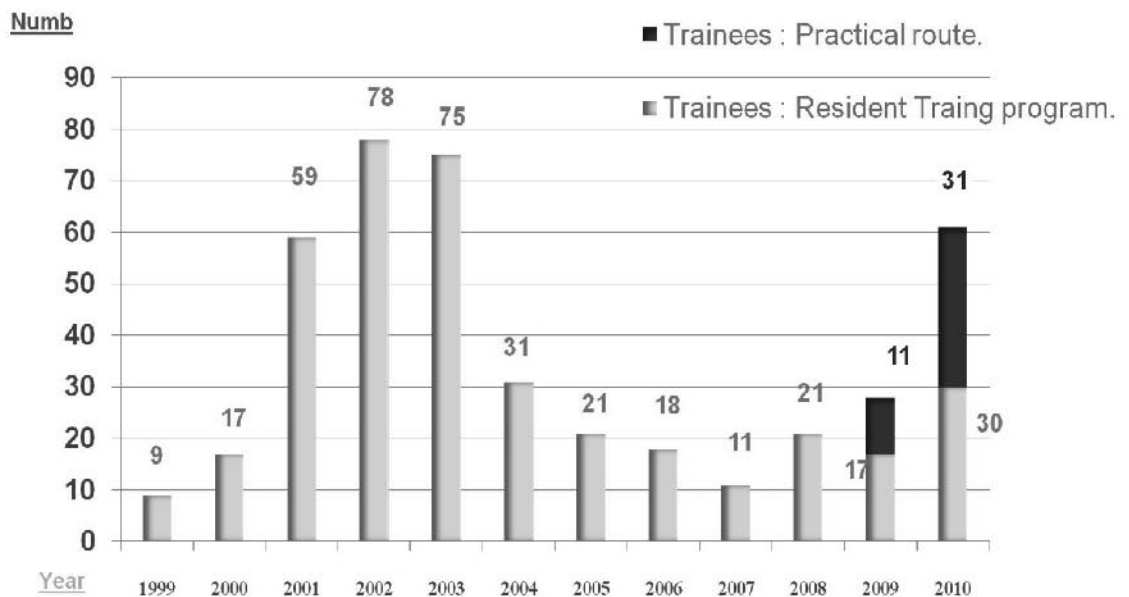
ยุคที่ 1 การก่อสร้างนักร้าน (พ.ศ.2529 – 2537)

เมื่อปี พ.ศ.2529 ภาควิชาเวชศาสตร์ครอบครัวถือกำเนิดขึ้นในประเทศไทยครั้งแรก ด้วยการริเริ่มของ ศ.นพ.มร.ธันยโสภาค เกษมสันต์ ณ อยุรยา หัวหน้าภาควิชาเวชศาสตร์ครอบครัวคนแรก โดยแยกออกจากภาควิชาเวชศาสตร์ชุมชน จัดการเรียนการสอนในด้านเวชศาสตร์ครอบครัวแทรกในหลักสูตรแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ และแทรกเนื้อหาเข้าไปในการฝึกอบรมแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านเวชปฏิบัติทั่วไป เน้นเรื่องการดูแลองค์รวม และการติดตามเยี่ยมบ้าน

ในระยะแรก การจัดการเรียนการสอนเพื่อฝึกอบรมผู้เชี่ยวชาญ ยังเป็นลักษณะของเวชปฏิบัติทั่วไปที่ตั้งอยู่บนฐานความคิดเพื่อให้ผู้ผ่านการฝึกอบรมสามารถปฏิบัติงานได้ในทุกรูปแบบ เมื่อไปปฏิบัติงานในพื้นที่ ไม่ว่าจะเป็นการรักษาโรคทั่วไปสำหรับประชาชนทุกเพศทุกวัย การผ่าตัดเบื้องต้น การบริการทางสูตินรีเวชวิทยา การส่งเสริมสุขภาพ และป้องกันโรค

แม้จะเปิดหลักสูตรการเรียนสอนโดยผู้ทรงคุณวุฒิ ณ ขณะนั้นในหลายแห่ง แต่แพทย์ทั่วไปที่เรียนจบหลักสูตร 6 ปี ไม่นิยมเรียนต่อเป็นแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป (ชื่อวุฒิบัตรในเวลานั้น) เนื่องจากมีความคิดว่า การเป็นแพทย์ทั่วไปก็ไม่แตกต่างอะไรจากการเรียนต่อเวชศาสตร์ทั่วไป เพียงแต่เป็นการต่อยอดให้มีทักษะมากขึ้นเท่านั้น อีกทั้งวิธีการอบรมเป็นลักษณะหมุนเวียนไปเรียนในแผนกต่างๆ ไม่มีความจำเพาะที่เป็นเอกลักษณ์ หรือเป็นฐานการทำงานต่อเนื่องของเวชปฏิบัติทั่วไปทำให้แพทย์ส่วนใหญ่สนใจมาเรียนในสาขาน้อยกว่าสาขาอื่น ๆ ทำให้การผลิตแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป (หรือที่ต่อมาเป็นแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว) ในยุคแรกนี้มีจำนวนน้อยมากเมื่อเทียบกับแพทย์เฉพาะทางสาขาอื่น ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนแพทย์ในประเทศไทยตั้งแต่ปี พ.ศ. 2514 - 2541



ที่มา: วิวัฒนาการเวชศาสตร์ครอบครัว รศ.พญ.สมจิตร พฤกษ์รัตนานนท์ (ราชวิทยาลัยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวแห่งประเทศไทย)

ยุคที่ 2 สร้างฐานลงเสาเข็ม (พ.ศ. 2538 – 2542)

ยุคที่สองนี้ มีความเคลื่อนไหวเชิงระบบเพื่อพัฒนาระบบสุขภาพปฐมภูมิอย่างเป็นรูปธรรมมากขึ้น เริ่มต้นตั้งแต่ช่วงเวลาที่มีความพยายามปฏิรูประบบสาธารณสุขไทย เพื่อให้ประชาชนไทยได้รับความเท่าเทียมกันในการเข้าถึงบริการสาธารณสุข สมดังคำประกาศขององค์การอนามัยโลกว่าประชาชนจะต้องมีสุขภาพดีภายในปี 2542 ระยะนี้เป็นการพัฒนาต่อเนื่องจากช่วงแรกที่แพทย์เรียนในสาขาเวชปฏิบัติทั่วไปมีจำนวนน้อย ไม่เป็นที่นิยม ทั้งที่มีความต้องการจำนวนมากเพื่อรองรับการทำงานในโรงพยาบาลชุมชน ในพื้นที่ชนบท และในหน่วยบริการปฐมภูมิ เพื่อแก้ปัญหาการขาดแคลนแพทย์ในชนบท และปัญหาสมองไหลในขณะนั้น พยายามค้นหาทริคที่เพิ่มคุณค่าของงานเวชปฏิบัติทั่วไป และงานบริการปฐมภูมิ โดยศึกษาจากบทเรียนการพัฒนาในประเทศทางด้านตะวันตกที่มีความสำเร็จในด้านนี้

การวางรากฐานเริ่มตั้งแต่การพัฒนาบุคลากรโดยการส่งเสริมให้ไปศึกษาดูงานในประเทศที่พัฒนาแล้วทางด้านบริการสาธารณสุข ได้แก่ ประเทศอังกฤษ สกอตแลนด์ เนเธอร์แลนด์ ออสเตรเลีย แคนาดา และสวีเดน

สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขร่วมกับ แพทย์หญิงสุพัตรา ศรีวณิชชากร และนายแพทย์สงวน นิตยารัมภ์พงศ์ ได้ทำการวิเคราะห์สถานการณ์เกี่ยวกับระบบเวชปฏิบัติทั่วไปในประเทศไทย เพื่อเป็นข้อเสนอในการพัฒนา และแนวทางที่เหมาะสมในการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิโดยมีแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปเป็นหลัก ผลงานที่นำเสนอเป็นหนังสือเล่มแรก คือ “ระบบบริการเวชปฏิบัติทั่วไปในประเทศไทย: สถานการณ์ และข้อเสนอต่อการพัฒนา” ซึ่งจัดพิมพ์ในปี พ.ศ. 2539 เป็นหนังสือที่ถือว่าเป็นจุดเริ่มต้นแห่งการลงเสาเข็มวิชาชีพเวชปฏิบัติครอบครัวต่อเติมจากนั่งร้านที่อาจารย์ผู้ทรงคุณวุฒิในยุคแรกได้ก่อร่างสร้างไว้ให้

จากผลงานดังกล่าว มีบทวิเคราะห์ที่เสนอแนะการเปลี่ยนแปลงจากคำว่า “เวชศาสตร์ทั่วไป” เป็น “เวชศาสตร์ครอบครัว” เพื่อให้ครอบคลุมความหมายแห่งการให้บริการแบบองค์รวม ไม่แยกส่วน โดยผ่านการศึกษาข้อมูลทั้งในและต่างประเทศ ทั้งที่เป็นเอกสารบทความ งานวิจัยที่มีผู้ทำไว้แล้ว และการลงพื้นที่เพื่อริเริ่มการปฏิบัติงานแบบเวชปฏิบัติครอบครัว รวบรวมข้อมูล และวิเคราะห์เชิงระบบอย่างเป็นรูปธรรม ทำให้มีบทสรุปของการเปลี่ยนแปลงจากเวชศาสตร์ทั่วไปมาเป็นเวชศาสตร์ครอบครัวแบบมีหลักฐานเชิงประจักษ์ในบริบทของประเทศไทย ไม่ใช้การวิเคราะห์จากบทเรียนของต่างประเทศเพียงอย่างเดียว

ในช่วงระยะนี้ที่เริ่มตั้งแต่ปี พ.ศ. 2539 ที่เป็นฐานส่วนหนึ่งของการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุขในปี พ.ศ. 2542 คณะทำงานโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข ได้ทำการวิจัยและพัฒนางานบริการปฐมภูมิและเวชปฏิบัติทั่วไปในหลากหลายพื้นที่ในประเทศไทยในเขตเมือง ได้แก่ พระนครศรีอยุธยา นครราชสีมา ขอนแก่น นครสวรรค์ หาดใหญ่ รวมทั้งพัฒนาในพื้นที่ชนบทในโรงพยาบาลชุมชนอีกกว่า 20 แห่ง ภายใต้ “โครงการพัฒนาระบบบริการเวชปฏิบัติครอบครัว” ที่ดำเนินการร่วมกับกองสาธารณสุขภูมิภาค กระทรวงสาธารณสุข ซึ่งเป็นกระบวนการที่นำแนวคิดและหลักการในการจัดระบบบริการปฐมภูมิที่ดี ร่วมกับศาสตร์ทางด้านเวชศาสตร์ครอบครัว มาประยุกต์ใช้ในบริบทประเทศไทย พร้อมกับพัฒนาทีมงานสาธารณสุขทั้งพยาบาลแพทย์ในด้านนี้ในรูปแบบการอบรมระยะสั้นต่อเนื่อง ศึกษาเปรียบเทียบรูปแบบ และผลการดำเนินงานต่าง ๆ การเข้าถึงบริการของประชาชนในพื้นที่ ชลช ทำให้เกิดเป็นผลงานพัฒนาเกี่ยวกับเวชปฏิบัติทั่วไปและงานบริการปฐมภูมิ ที่เป็นรูปธรรมเพิ่มขึ้น ดังที่รวบรวมไว้ใน “รายงานผลการศึกษาวิจัยและพัฒนาระบบบริการเวชปฏิบัติทั่ว เล่ม 1 และ 2” และชุดผลงานเวชปฏิบัติครอบครัวในพื้นที่ต่าง ๆ ซึ่งเป็นการพัฒนาต่อจากคณะทำงานชุดแรกในปี พ.ศ. 2539 นั่นเอง

จากการมุ่งมั่นพัฒนางานด้านเวชศาสตร์ครอบครัวควบคู่ไปกับระบบบริการปฐมภูมิในประเทศไทยในช่วงระยะสร้างฐานลงเสาเข็มนี้ ทำให้เกิดรากฐานที่มั่นคงทั้งด้านงานบริการ งานการศึกษา และงานวิจัยด้านบริการปฐมภูมิ หลายพื้นที่ที่เป็นแบบอย่างในการวิจัยเริ่มต้น จนถึงปัจจุบันก็มีความก้าวหน้าไปอย่างมาก เช่น นครราชสีมา ขอนแก่น และหาดใหญ่

นอกจากการพัฒนาในส่วนของกระทรวงสาธารณสุขเกี่ยวกับระบบบริการ และนโยบายแล้ว ในภาคการศึกษาก็มีการพัฒนาควบคู่กันไป โดยวิทยาลัยและสมาคมแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปร่วมกับมหาวิทยาลัยต่าง ๆ ทั้งที่มีภาควิชาเวชศาสตร์ครอบครัวอยู่เดิมอย่าง มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ และที่ปรับเปลี่ยนจากภาควิชาเวชปฏิบัติทั่วไป หรือ เปิดการเรียนการสอนเกี่ยวกับเวชศาสตร์ครอบครัวเพิ่มขึ้นในภาควิชาเวชศาสตร์ชุมชน เช่น ภาควิชาเวชศาสตร์ครอบครัว คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี ภาควิชาเวชศาสตร์ป้องกันและชุมชน มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น และสถาบันฝึกอบรมในด้านเวชปฏิบัติทั่วไป อันได้แก่ โรงพยาบาลหาดใหญ่ โรงพยาบาลขอนแก่น โรงพยาบาลภูมิพล ได้ร่วมกันผลักดันและเสนอหลักสูตรการฝึกอบรมแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านเวชศาสตร์ครอบครัว แทนสาขาเวชปฏิบัติทั่วไปเดิม เสนอต่อแพทยสภา จนกระทั่งเปิดเป็นหลักสูตรอบรมแพทย์เฉพาะทางด้านเวชศาสตร์ครอบครัวรุ่นแรก ในปี พ.ศ. 2542 ซึ่งมีแพทย์อบรมรุ่นแรกจำนวน 9 คน มีการระดมอาจารย์มาร่วมกันสอน และพัฒนากระบวนการให้เพิ่มคุณภาพและเอกลักษณ์ของศาสตร์สาขานี้ เพิ่มความเชี่ยวชาญเฉพาะที่ต่างจากสาขาอื่น และในช่วงระยะของการประกาศดำเนินการระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ในปี พ.ศ. 2545 ที่เน้นการ

พัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ ทำให้มีแพทย์มาฝึกอบรมในสาขานี้เพิ่มขึ้นเป็น 30-60 คนต่อปี และมีผู้มาสอบเพื่อรับหนังสืออนุมัติในสาขาเวชศาสตร์ครอบครัวจำนวนมากประมาณ 2-3 พันคน

แม้เวลาจะผ่านไปนับสิบปี การสร้างรากฐานในครั้งนั้น ยังคงไม่หยุดนิ่ง และมีการพัฒนาต่อ ยอดมาเป็นยุคที่สาม ซึ่งเป็นยุคแห่งการก้าวไปสู่ความเป็นเฉพาะทางอย่างเต็มตัวของแพทย์เวชปฏิบัติครอบครัวในประเทศไทย

ยุคที่ 3 เติบโตสร้างบ้านให้มั่นคง (พ.ศ. 2543 – ปัจจุบัน)

ยุคที่สามนี้ เป็นยุคของการพัฒนาต่อยอดงานด้านเวชศาสตร์ครอบครัวให้ยังรากลึกลงในวงการสาธารณสุขไทย หลังจากที่แพทย์สภารับรองหลักสูตรการอบรมแพทย์เฉพาะทางสาขาเวชศาสตร์ครอบครัว สถาบันต่าง ๆ ก็มีการผลิตแพทย์เฉพาะทางเวชศาสตร์ครอบครัวอย่างต่อเนื่องมาเป็นระยะเวลานานกว่า 10 ปี ทั้งยังมีการปรับหลักสูตรระดับก่อนปริญญาให้มีการสอนวิชาเวชศาสตร์ครอบครัว โดยเฉพาะหลักสูตรแพทยศาสตรบัณฑิตในโครงการผลิตแพทย์เพิ่มเพื่อชาวชนบท ของกระทรวงสาธารณสุข เพื่อให้แพทย์ที่จบจากโครงการสามารถไปปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมภูมิได้อย่างมีประสิทธิภาพ

การปรับเปลี่ยนโครงสร้างทั้งทางด้านนโยบาย การสนับสนุนของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ การปรับหลักสูตรการศึกษา นำไปสู่การพัฒนาครบทุกด้านของเวชศาสตร์ครอบครัวในประเทศไทย

ปัจจุบันมีแพทย์เฉพาะทางเวชปฏิบัติครอบครัวปฏิบัติงานอยู่ในระบบบริการปฐมภูมิ ทั้งที่เป็นแพทย์ผู้ได้รับวุฒิบัตรการฝึกอบรมเฉพาะทางสาขาเวชศาสตร์ครอบครัว และแพทย์ที่สอบหนังสืออนุมัติหลังจากปฏิบัติงานในพื้นที่มากกว่า 5 ปี ทำให้มีบุคลากรที่เชี่ยวชาญด้านเวชศาสตร์ครอบครัวเพิ่มขึ้นเพื่อช่วยกันสร้างผลงานที่เป็นเอกลักษณ์เฉพาะของแพทย์เวชปฏิบัติครอบครัว

นอกจากนี้ สถาบันวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน (ปัจจุบัน คือ สำนักงานวิจัยและพัฒนา ระบบสุขภาพชุมชน สังกัดสถาบันพัฒนาสุขภาพอาเซียน มหาวิทยาลัยมหิดล) กระทรวงสาธารณสุข และสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ยังสนับสนุนทางด้านงบประมาณ และการจัดการ เพื่อให้เกิดเครือข่ายแพทย์เวชปฏิบัติครอบครัวขึ้น เริ่มต้นจากการรวมตัวกันของเครือข่ายอาจารย์แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวเมื่อ 5 ปีก่อน ซึ่งได้ร่วมกันทำกิจกรรมทั้งด้านวิชาการและงานวิจัยออกสู่สาธารณะจำนวนมาก ไม่ว่าจะเป็นการประชุมวิชาการร่วมกันเป็นระยะ การจัดอบรมเชิงปฏิบัติการเพื่อพัฒนาอาจารย์ (5 weekend workshop for faculty development) ในส่วนกลางและในส่วนภูมิภาค การจัดอบรมเชิงปฏิบัติการเพื่อพัฒนาบุคลากรในพื้นที่ การจัดทำจุลสารเวชศาสตร์ครอบครัว และได้รับการปรับปรุงจนกลายเป็นวารสารระบบบริการปฐมภูมิและเวชศาสตร์ครอบครัว (PCFM)

จากการรวมตัวกันของเครือข่ายอาจารย์แพทย์ ก็มีการขยายวงกว้างออกไปสู่การพัฒนาศูนย์เรียนรู้ด้านเวชศาสตร์ครอบครัว โดยให้แต่ละพื้นที่ซึ่งมีบุคลากรผู้ทรงคุณวุฒิด้านเวชศาสตร์ครอบครัวมากขึ้น สามารถจัดอบรมด้านวิชาการให้กับบุคลากรในพื้นที่ เป็นการพัฒนาศักยภาพของแพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่สาธารณสุขซึ่งทำงานในหน่วยบริการปฐมภูมิ เป็นแหล่งเรียนรู้สำหรับพื้นที่ และมีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์กันทั้งในเครือข่ายและระหว่างเครือข่ายภาคต่าง ๆ เครือข่ายที่ได้ดำเนินการไปแล้วอย่างเป็นรูปธรรมได้แก่ ศูนย์เรียนรู้ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (ทั้งโคราชและขอนแก่น) ศูนย์เรียนรู้ภาคใต้ (หาดใหญ่) และ ศูนย์เรียนรู้ภาคกลาง (ภาควิชาเวชศาสตร์ครอบครัว คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี) แต่อย่างไรก็ดี การขาดองค์กรกลางที่จะประสานงานระหว่างเครือข่ายและศูนย์เรียนรู้ ทำให้สำนักวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพชุมชนต้องทำหน้าที่ประสานงานให้ในด้านต่าง ๆ

ในปี พ.ศ. 2553 ที่ปีเนวาระครบรอบ 12 ปีเวชศาสตร์ครอบครัวในประเทศไทยนี้ ชมรมแพทย์เวชปฏิบัติครอบครัวจึงได้ถือกำเนิดขึ้น เพื่อเป็นตัวกลางในการเชื่อมประสานเครือข่ายแพทย์เวชปฏิบัติครอบครัวทุกคนที่อยู่ในทุกพื้นที่ มีการประสานงานกับศูนย์เรียนรู้ โดยที่คณะกรรมการก็เป็นแพทย์ที่เป็นตัวแทนของศูนย์เรียนรู้ภาคต่าง ๆ มีการรับรองการจัดตั้งชมรมโดยกระทรวงสาธารณสุข มีการรับเป็นที่ปรึกษาด้านวิชาการและเป็นแหล่งข้อมูลให้กับสมาชิก รวมทั้งการจัดประชุมวิชาการประจำปีเวชศาสตร์ครอบครัวระดับประเทศอีกด้วย ทั้งนี้ชมรมแพทย์เวชปฏิบัติครอบครัวไม่ได้จำกัดสมาชิกอยู่เพียงแพทย์ที่ได้รับวุฒิบัตรหรือหนังสืออนุมัติเฉพาะทางเวชศาสตร์ครอบครัวเท่านั้น แต่ยังรวมถึงแพทย์ที่ปฏิบัติงานจริงในด้านเวชศาสตร์ครอบครัวในทุกบริบทด้วย

นอกจากนี้ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ กระทรวงสาธารณสุข ราชวิทยาลัยเวชศาสตร์ครอบครัวแห่งประเทศไทย และแพทยสภา ยังสนับสนุนการผลิตแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวเพื่อเป็นกำลังสำคัญให้กับระบบบริการปฐมภูมิ ด้วยการจัดทำหลักสูตรการเรียนการสอนแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวระหว่างปฏิบัติงาน หรือ in-service training ควบคู่ไปกับหลักสูตรแพทย์ประจำบ้านสาขาเวชศาสตร์ครอบครัวดั้งเดิม

จากอดีตจนถึงปัจจุบัน เวชศาสตร์ครอบครัวและบริการปฐมภูมิได้รับผลักดันจากองค์กรต่าง ๆ ทั้งระดับประเทศและระดับท้องถิ่น เพื่อให้เกิดการพัฒนาต่อเนื่องจนกลายเป็นส่วนหนึ่งของฐานหลักของวงการสาธารณสุขไทย บทเรียนที่ผ่านมาตลอดทั้งสามยุค พบว่าการจะเปลี่ยนแปลงสิ่งที่มีอยู่เดิม แม้จะเป็นการเปลี่ยนแปลงที่นำไปสู่คุณภาพชีวิตที่ดีกว่าของประชาชน ก็ยังมีอุปสรรคเป็นเครื่องทดสอบ อย่างไรก็ตาม ตลอดระยะเวลาสองทศวรรษของเวชศาสตร์ครอบครัวในประเทศไทย เป็นการพิสูจน์ให้เห็นว่า ความพยายามที่จะวางรากฐานระบบสาธารณสุขเพื่อให้ประชาชนมีสุขภาพที่ดี ย่อมได้รับการสนับสนุน และการพัฒนาอย่างไม่หยุดนิ่งเพื่อให้ประชาชนไทยได้ประโยชน์จากองค์ความรู้และงานด้านเวชศาสตร์ครอบครัว คือเป้าหมายที่พวกเราทุกคนจะต้องทำร่วมกัน สมดังที่เราเคยตั้งปฏิญาณตนไว้ว่าจะถือประโยชน์ของประชาชนเป็นสำคัญ



ชมรมแพทย์เวชปฏิบัติครอบครัว
กับบทบาทการผลักดันเวชศาสตร์ครอบครัว
ในปัจจุบันและอนาคต





“การก่อเกิดของชมรมแพทย์เวชปฏิบัติครอบครัวในวันนี้
เป็นวันประวัติศาสตร์อีกวันที่ต่อยอดจากชมรมแพทย์ชนบท”



“.....ชื่นชมและมีความสุขที่ได้มีโอกาสเป็นส่วนหนึ่งของสักขีพยานในเหตุการณ์และวันเวลาประวัติศาสตร์ ผมนึกย้อนไปเมื่อปี 2519 ประมาณเดือนพฤษภาคมบนเขาใหญ่ มีแพทย์ชนบทรุ่นใหม่หนุ่มรุ่นสาวประมาณ 20-30 คนรวมตัวกันประชุมก่อตั้งสมาพันธ์แพทย์ชนบท ซึ่งถือเป็นจุดกำเนิดของชมรมแพทย์ชนบทในต่อนั้น สมาพันธ์อยู่ได้จนถึงวันที่ 6 ตุลาคม ก็เกิดรัฐประหาร สมาพันธ์จึงล้มโดยปริยาย ต่อมาน้อง ๆ ได้สานต่อ จึงเกิดเป็นชมรมแพทย์ชนบท ซึ่งก็ทราบกันดีว่าได้สร้างประโยชน์มหาศาลต่อระบบสุขภาพไทย เพราะฉะนั้นผมมั่นใจว่า การก่อเกิดของชมรมแพทย์เวชปฏิบัติครอบครัวในวันนี้ เป็นวันประวัติศาสตร์อีกวันที่ต้องจดจากชมรมแพทย์ชนบท ผมมั่นใจเพราะว่าผมเองก็ถือว่าเป็นหมอบริการและหมอชุมชนคนหนึ่ง ผมเองได้สมัครเป็นสมาชิกชมรมเป็นที่เรียบร้อยแล้ว เราเป็นแพทย์พันธุ์ใหม่ที่แตกต่าง มีเอกลักษณ์ เก่งทั้งในแง่การรักษา และเก่งในเรื่องชุมชน ถือเป็นอัตลักษณ์ของเราที่มีความเข้าใจ เข้าถึง ผู้ป่วย ครอบครัว และชุมชน...”

นพ.สุรเกียรติ์ อาชานานุ

23 ตุลาคม 2553

วันปิยะมหาราชาปี พ.ศ. 2553 ถือเป็นอีกวันประวัติศาสตร์ของวงการสาธารณสุขไทย ดังคำกล่าวของ นพ.สุรเกียรติ์ อาชานานุภาพ เพราะเป็นวันเปิดตัวอย่างเป็นทางการของชมรมแพทย์เวชปฏิบัติครอบครัว กลไกที่เกิดจากการรวมตัวกันของแพทย์ที่ให้ความสำคัญกับการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม เป็นองค์กรกลางที่จะทำหน้าที่ขับเคลื่อนการพัฒนาเวชศาสตร์ครอบครัวในประเทศไทย

“ชมรมแพทย์เวชปฏิบัติครอบครัว” เกิดจากการรวมกลุ่มของแพทย์ที่ปฏิบัติงานโดยใช้องค์ความรู้ด้านเวชศาสตร์ครอบครัว ทั้งแพทย์ที่ผ่านการอบรมเฉพาะทางเวชศาสตร์ครอบครัวเท่านั้น และแพทย์ที่ทำงานด้านเวชศาสตร์ครอบครัวที่อยู่ในทุกบริบทของระบบสาธารณสุขไทย มีชื่อย่อภาษาไทยว่า “ชพวค” ชื่อภาษาอังกฤษว่า “The Society of Family Physicians of Thailand” ชื่อย่อภาษาอังกฤษว่า “SFPTH”

นับจากปี พ.ศ. 2542 เป็นต้นมา มีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวออกปฏิบัติงานในบริบทต่าง ๆ กระจายอยู่ทั่วประเทศประมาณ 250 คน ท่ามกลางกระแสพัฒนาระบบสาธารณสุขที่ให้ความสำคัญกับเทคโนโลยีทางการแพทย์ ระบบบริการที่ไม่เอื้อต่อการปฏิบัติงานของแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว ทั้งการที่ผู้บริหารไม่เข้าใจลักษณะของเวชศาสตร์ครอบครัวและมอบหมาย

งานที่ไม่ตรงกับวิชาความรู้ของแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว การดำรงอยู่ของแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวเหล่านี้ จึงเสมือน “ไร้ตัวตน” ในระบบ

การรวมตัวกันของแพทย์กลุ่มนี้เกิดขึ้นเป็นครั้งแรกเมื่อวันที่ 12 พฤศจิกายน พ.ศ. 2548 เพื่อให้กำลังใจและช่วยเหลือกันและกันทั้งด้านวิชาการ การเพิ่มพูนทักษะงานบริการและการเรียนการสอน การบริหารระบบบริการปฐมภูมิ เริ่มต้นจากการปรึกษาหารือกันเองในกลุ่มย่อย การนัดพบปะสังสรรค์ แบ่งปันทุกข์สุขให้กันฟัง จนกระทั่งเป็นการประชุมวิชาการทุก 3 เดือน 6 เดือน และปีละครั้ง กิจกรรมในช่วงแรก ๆ เน้นการพัฒนา “อาจารย์แพทย์” จากสถาบันฝึกอบรมต่าง ๆ การสร้างเครือข่ายอาจารย์แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวเพื่อร่วมกันพัฒนาวิชาการ แลกเปลี่ยนความรู้ และเป็นแกนนำในการถ่ายทอดความรู้ทางด้านเวชศาสตร์ครอบครัว นำมาสู่การประชุมเชิงปฏิบัติการครั้งแรกที่จังหวัดจันทบุรี เพื่อพัฒนางานด้านเวชศาสตร์ครอบครัวขึ้น โดยได้รับการสนับสนุนจากสถาบันวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน (สพข.) กระทรวงสาธารณสุข ในขณะนั้น

จากเวทีการประชุมในครั้งนั้น ได้มีการรวมตัวกันเป็น “เครือข่ายอาจารย์แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว” (society of Family Medicine Thailand: STFMT) เป็นการสร้างเครือข่ายแบบไม่เป็นทางการในระยะแรก และก่อเกิดเป็นเครือข่ายแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวในแต่ละภูมิภาค มีการทำจุลสารเวชศาสตร์ครอบครัวเพื่อเป็นสื่อกลางนำเสนอผลงาน/กิจกรรมของเครือข่ายซึ่งต่อมาพัฒนาเป็นวารสารระบบบริการปฐมภูมิและเวชศาสตร์ครอบครัว การทำเว็บไซต์ชมรมอาจารย์แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว (www.stfmt.org) การจัดอบรมเชิงปฏิบัติการเพื่อพัฒนาอาจารย์แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว (5-weekends workshop for faculty developments) และการจัดประชุมวิชาการเวชศาสตร์ครอบครัวประจำปี ต่อมาเครือข่ายดังกล่าวได้พัฒนาสู่การสร้างศูนย์การเรียนรู้ด้านเวชศาสตร์ครอบครัว 5 ศูนย์ในภาคต่าง ๆ โดยมีผู้สนับสนุนหลักคือ สำนักวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน (สพข.) สถาบันพัฒนาสุขภาพอาเซียน มหาวิทยาลัยมหิดล





ในการประชุมเชิงปฏิบัติการ การจัดการความรู้ด้านเวชศาสตร์ครอบครัว ระหว่างวันที่ 7-8 พฤศจิกายน พ.ศ. 2552 ณ โรงแรม Golden Cliff House พัทยาได้ ประเด็นหลักในการพูดคุยคือ ความอึดอัด ไม่สบายใจกับการดำเนินงาน in-service training แพทย์ประจำบ้านเวชศาสตร์ครอบครัวในขณะนั้น ซึ่งได้นำไปสู่ข้อสรุปอย่างหนึ่งคือ การที่ทิศทางการพัฒนาเวชศาสตร์ครอบครัวของประเทศไม่สอดคล้องกับสภาพปัญหาและความต้องการของแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวอย่างแท้จริง มีสาเหตุมาจากนโยบายเหล่านั้นถูกกำหนดโดยผู้ที่ไม่มีความเข้าใจเวชศาสตร์ครอบครัว และแพทย์เวชปฏิบัติครอบครัวไม่มีส่วนร่วมในกระบวนการตัดสินใจเหล่านี้ เนื่องจากไม่มีองค์กรที่เข้มแข็ง ชัดเจน ประเด็นนี้ได้จุดประกายให้เกิดแนวคิดที่จะจัดตั้งองค์กรขึ้นมาเป็นตัวแทนเพื่อร่วมแสดงความคิดเห็นต่อนโยบายการพัฒนาเวชศาสตร์ครอบครัวในระดับประเทศ

จากการพูดคุยอย่างไม่เป็นทางการในครั้งนั้น ได้มีการต่อยอดความคิด โดยมีการอภิปรายกันอย่างกว้างขวางมากขึ้นในการประชุมหารือการพัฒนาด้านเวชศาสตร์ครอบครัว ในวันที่ 14 มกราคม พ.ศ. 2553 ณ ห้องประชุมสถาบันพัฒนาสุขภาพอาเซียน ศาลาามหาวิทยาลัยมหิดล ภายใต้วาระการพัฒนาแผนยุทธศาสตร์ระยะยาวเพื่อพัฒนาเวชศาสตร์ครอบครัว ในที่สุดการจัดตั้งองค์กรตัวแทนแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวก็มีความชัดเจนและเป็นรูปธรรมยิ่งขึ้น และได้ข้อสรุปว่า จะมีการจัดตั้งชมรมแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว (ชื่อชั่วคราว) โดยมีการกำหนดรายชื่อคณะทำงานในเบื้องต้น

ในการประชุมครั้งถัดมาคือในวันที่ 4-5 พฤษภาคม พ.ศ. 2553 ณ นนทบุรี รีสอร์ท จังหวัดนนทบุรี ได้มีการวิเคราะห์จุดแข็ง จุดอ่อน โอกาส และสิ่งคุกคาม (SWOT analysis) ในการพัฒนาเวชศาสตร์ครอบครัว และสานต่อประเด็นการจัดตั้งชมรมแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว โดยลงรายละเอียดมากขึ้น ตั้งแต่การตั้งชื่อชมรมอย่างเป็นทางการ การจดทะเบียนชมรม การกำหนดบทบาท วัตถุประสงค์และคณะกรรมการบริหารของชมรม ที่ประชุมได้ตกลงที่จะใช้ฤกษ์อันเป็นมงคลอย่างยิ่ง ในวันที่ 5 พฤษภาคม พ.ศ. 2553 ซึ่งเป็นวันฉัตรมงคล เป็นวันถือกำเนิดของชมรมแพทย์เวชปฏิบัติครอบครัว และนับการประชุมในครั้งนั้นเป็นการประชุมครั้งแรกของชมรม

ในส่วนของการตั้งชื่อชมรมนั้น ได้มีการอภิปรายอย่างกว้างขวางจากหลายชื่อที่สมาชิกเสนอขึ้นมา แต่เสียงส่วนใหญ่มีความเห็นตรงกันคือ ต้องการให้ชมรมเป็นองค์กรสำหรับแพทย์ที่ทำงานในลักษณะที่เรียกว่า เวชปฏิบัติครอบครัว โดยไม่จำกัดว่าต้องมีวุฒิบัตรหรือหนังสืออนุมัติบัตร นั้นหมายความว่า แม้แต่แพทย์ที่ไม่มีวุฒิทั้งสองอย่างดังกล่าว แต่ทำงานเวชปฏิบัติครอบครัว ก็สามารถร่วมเป็นสมาชิกชมรมได้ จึงได้ข้อสรุปในการใช้ชื่อชมรมว่า ชมรมแพทย์เวชปฏิบัติครอบครัว เพื่อให้สอดคล้องกับแนวคิดดังกล่าว มีชื่อเรียกแบบง่ายๆ ว่า “ชมรมหมอครอบครัว” ชื่อย่อภาษาไทยว่า “ชพค” ชื่อภาษาอังกฤษว่า “Society of Family Physician of Thailand” ชื่อย่อภาษาอังกฤษว่า “SFPTH” และใช้สถานที่ทำงานของประธานและรองประธานชมรมฯ คือ กลุ่มงานเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา เป็นสถานที่ตั้งของสำนักงาน (ชั่วคราว) และมีเว็บไซต์ <http://www.sfpth.org> เพื่อเผยแพร่ข้อมูลต่าง ๆ ของชมรม

สำหรับเครื่องหมายประจำชมรมแพทย์เวชปฏิบัติครอบครัวนั้น ปรับปรุงมาจากโลโก้เครือข่ายอาจารย์แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว สหประชาชมรม ฯ คือ สีฟ้า (แบบ United Nation)



รูปจั่วด้านบน หมายถึง ความเป็นไทย

รูปหนังสือที่มีตัวย่อ ชพค. และ SFPTH หมายถึง การเรียนรู้ที่ไม่มีวันสิ้นสุด

รูปหัวใจที่เกิดจากการม้วนตัวของหูฟังแพทย์ หมายถึง การแพทย์ที่มีหัวใจความเป็นมนุษย์

รูปหน้าคนที่มียิ้ม ผู้ชาย ผู้หญิง เด็กชาย และเด็กหญิง หมายถึง ความเป็นครอบครัวเดียวกัน

ความหมายโดยรวมของเครื่องหมาย คือ แพทย์ที่มีหัวใจความเป็นมนุษย์ร่วมกันดูแลครอบครัวของผู้ป่วย และเป็นการรวมกลุ่มเครือข่ายของแพทย์เวชปฏิบัติครอบครัวทั่วประเทศไทย เพื่อสร้างสรรค์งานเวชปฏิบัติครอบครัวด้วยหัวใจ



ชมรมแพทย์เวชปฏิบัติครอบครัวมีวัตถุประสงค์ในการเป็นสื่อกลางในการเสริมสร้างความเข้มแข็งและความสามัคคีในหมู่แพทย์ที่ทำงานด้านเวชปฏิบัติครอบครัว เสริมสร้างความเข้าใจในงานเวชปฏิบัติครอบครัวให้กับสาธารณะ และสนับสนุนการทำงานและการพัฒนาของแพทย์เวชปฏิบัติครอบครัวในทิศทางที่เหมาะสม โดยเป็นกลไกในการประสานงาน เชื่อมโยง และร่วมงานกับองค์กรต่าง ๆ เช่น ราชวิทยาลัยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวแห่งประเทศไทย และภาคีเครือข่ายอื่น ๆ ในการพัฒนาวิชาชีพแพทย์เวชปฏิบัติครอบครัวของประเทศไทยให้เป็นที่ยอมรับและเป็นที่ยอมรับของประชาชนทั่วไป

คณะกรรมการชมรมฯ ประกอบไปด้วยบุคคลไม่น้อยกว่า 10 คนแต่ไม่เกิน 20 คน ซึ่งที่ประชุมใหญ่เลือกตั้งจากสมาชิกสามัญ โดยมีวาระการดำรงตำแหน่งคราวละ 2 ปี คณะกรรมการชุดก่อตั้งได้รับการคัดเลือกอย่างเป็นเอกฉันท์จากที่ประชุมให้บริหารและดำเนินกิจกรรมตามวัตถุประสงค์ของชมรมฯ โดยมี นพ.สุรสิทธิ์ จิตรพิทักษ์เลิศ ทำหน้าที่ประธานชมรม และ นพ.ปรกรณ์ ทองวิไล ทำหน้าที่รองประธานชมรม โดยมีพญ.สุพัตรา ศรีวิเศษชากร และ พญ.สายพิน หัตถิรัตน์ เป็นที่ปรึกษา สำหรับรายชื่อกรรมการของชมรม สามารถหาอ่านได้จากเอกสารต่าง ๆ ของชมรม และบนเว็บไซต์ <http://www.sfpth.org>





จากวันนี้เป็นต้นไป ชมรมแพทย์เวชปฏิบัติครอบครัว จะทำหน้าที่เป็นสื่อกลางในการเชื่อมความสัมพันธ์ของแพทย์เวชปฏิบัติครอบครัว และประสานทำความเข้าใจกับสาธารณะและองค์กรภายนอก เพื่อให้แพทย์เวชปฏิบัติครอบครัวที่ทำงานในระบบ สามารถพัฒนางานต่อไปได้ด้วยความเชื่อมั่นในวิชาชีพ และแพทย์ที่จบมาใหม่มีทิศทางในการทำงานมากขึ้น รวมทั้งตอบสนองต่อความคาดหวังของมวลสมาชิกที่ประมวลไว้ ดังนี้

1. เป็นแกนนำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในวงการแพทย์และประเทศเกี่ยวกับสุขภาวะของคนไทย โดยร่วมมือกับองค์กรวิชาชีพอื่น ๆ
2. สนับสนุนทั้งด้านคำปรึกษา การพัฒนาองค์ความรู้ด้านการวิจัย การเรียนการสอนให้แก่แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว
3. พัฒนาองค์ความรู้เวชศาสตร์ครอบครัวให้เป็นที่ประจักษ์และยอมรับของสังคมไทย
4. เผยแพร่บทบาทหน้าที่ ผลงานของแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว ให้ประชาชนและหน่วยงานอื่นได้รับรู้ผ่านรูปแบบที่เหมาะสมต่าง ๆ
5. ถ่ายทอดความรู้ด้านเวชศาสตร์ครอบครัว และส่งเสริมการเรียนรู้แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว เช่น จัดอบรมทางวิชาการ อบรมเพิ่มเติมทักษะการทำงานเป็นระยะ ๆ เพื่อให้แพทย์เวชปฏิบัติครอบครัวได้ร่วมกันแลกเปลี่ยนกัน



รายชื่อคณะกรรมการชมรมแพทย์เวชปฏิบัติครอบครัว รุ่นที่ 1

ที่ปรึกษาชมรม	พญ.สุพัตรา ศรีวณิชชากร ผศ.พญ.สายพิน หัตถิรัตน์ นพ.เกษม เวชสุทธานนท์	
ประธาน	นพ.สุรสิทธิ์ จิตรพิทักษ์เลิศ	
รองประธาน	นพ.ปกรณ์ ทองวิไล	
เลขานุการ	พญ.อรวรรณ ตะเวทิพงศ์	
คณะกรรมการกลาง	นพ.พนพัฒน์ โตเจริญวานิช นพ.กฤษณะ สุวรรณภูมิ พญ.วนาพร วัฒนกุล พญ.หทัยทิพย์ ธรรมวิริยะกุล พญ.ดาริน จตุรภัทรพร นพ.กิตติพล นาควิโรจน์ พญ.วนาพร วัฒนกุล	นพ.จตุภูมิ นิละศรี พญ.อัจนราภรณ์ นิละศรี พญ.สายรัตน์ นกน้อย นพ.สตาจค์ ศุภผล นพ.ก้องภพ สิละพัฒน์
เหรียญกฐิตและทะเบียน ทีมบริการและประชาสัมพันธ์	นพ.จตุภูมิ นิละศรี พญ.อรวรรณ ตะเวทิพงศ์ พญ.วนาพร วัฒนกุล พญ.หทัยทิพย์ ธรรมวิริยะกุล	นพ.ก้องภพ สิละพัฒน์ นพ.กฤษณ์ ทองบรรจบ นพ.กิตติพล นาควิโรจน์ นพ.จาดูรนต์ ตั้งสังวรธรรมะ
ทีมวิชาการ	ผศ.พญ.สายพิน หัตถิรัตน์ นพ.กฤษณะ สุวรรณภูมิ นพ.พนพัฒน์ โตเจริญวานิช พญ.สายรัตน์ นกน้อย นพ.ชัยสิริ อังกระวรรณนท์ พญ.ดาริน จตุรภัทรพร	นพ.ปกรณ์ ทองวิไล นพ.กิตติพล นาควิโรจน์ พญ.ดาริน จตุรภัทรพร พญ.หทัยทิพย์ ธรรมวิริยะกุล นพ.สตาจค์ ศุภผล
ทีมวิจัย	นพ.ชัยสิริ อังกระวรรณนท์ พญ.ดาริน จตุรภัทรพร	
ผู้ประสานงานภาคเหนือ	นพ.โรจนศักดิ์ ทองคำเจริญ นพ.ชัยสิริ อังกระวรรณนท์	พญ.ดุสิตา ตู๊ประกาย
ผู้ประสานงานภาคตะวันออกเฉียงเหนือ		
ผู้ประสานงานภาคกลาง	นพ.สตาจค์ ศุภผล	พญ.วนาพร วัฒนกุล
ผู้ประสานงานภาคใต้	นพ.ก้องภพ สิละพัฒน์ พญ.หทัยทิพย์ ธรรมวิริยะกุล	นพ.จตุภูมิ นิละศรี นพ.กฤษณะ สุวรรณภูมิ



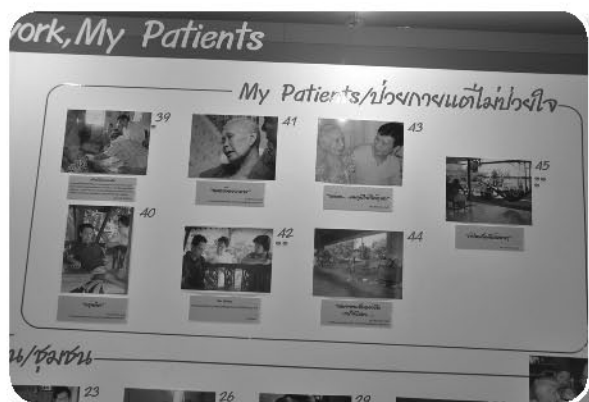
ประมวณภาพและสื่อประกอบการประชุม

VCD ในพิธีเปิด
หนังสือ

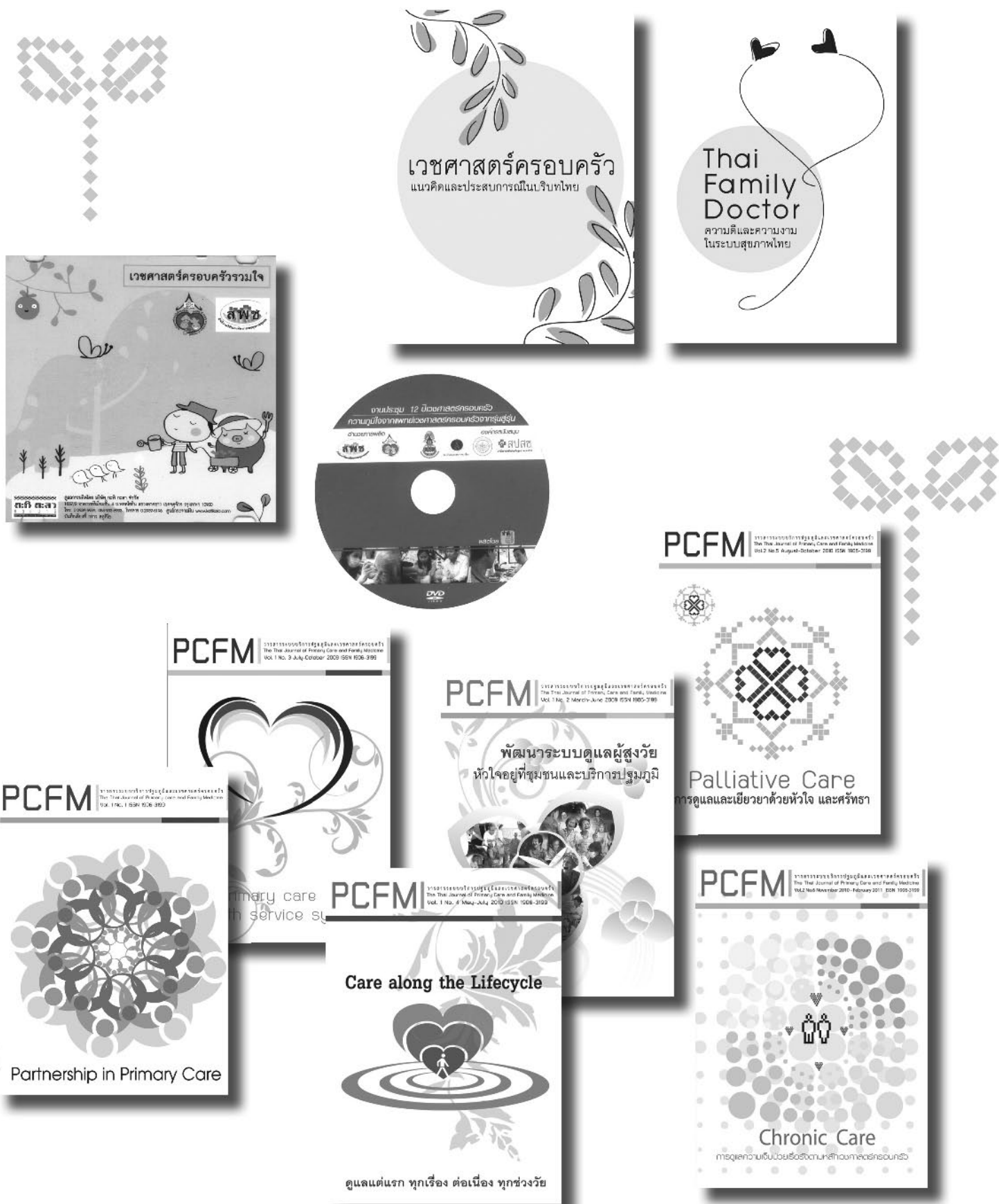












การดูแลคนด้วยใจ มีความหมายยิ่งใหญ่ และงดงาม

