

เวชศาสตร์ครอบครัว



เวชศาสตร์ครอบครัว
จะพัฒนาไปทิศทางไหน อย่างไรดี
One-Minute Receptor
กับ 5 หลักการสำคัญในการสอน
Ambulatory medicine
การประเมินคุณภาพ
และเครื่องมือประเมินคุณภาพบริการ
การวิจัยเวชศาสตร์ครอบครัว/
บริการปฐมภูมิ



สวัสดีค่ะ พี่น้องชาวเวทศาสตร์ครอบครัวทุกท่าน จุฬาสารเวทศาสตร์ครอบครัวฉบับนี้มาพร้อมกับสายฝนและอากาศที่แปรปรวน หวังว่าพี่ๆ น้องๆ คงสบายดี ไม่เจ็บไข้ได้ป่วยอะไรกันนะคะ

ฉบับนี้เรามาพร้อมกับข่าวคราวความคืบหน้าการดำเนินงานของเครือข่ายเวทศาสตร์ครอบครัวของภาคเหนือ ภาคกลาง ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ และภาคใต้ ผลการดำเนินงานของการพัฒนาเครือข่ายอาจารย์แพทย์เวทศาสตร์ครอบครัว นอกจากนี้ยังมีเนื้อหาวิชาการเกี่ยวกับการเรียนการสอน และบทความที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาคุณภาพสถานบริการสุขภาพปฐมภูมิ

แม้จุฬาสารเล่มที่สองจะช้ากว่ากำหนดไปบ้าง แต่ยังคงอัดแน่นไปด้วยเนื้อหาสาระทั้งด้านวิชาการและด้านการบริการ รวมทั้งบทความดีๆ จาก อ.ช้าง หรือ พญ.สุพิศตรา ศรีวิชิชากร เช่นเคย

การบริการสุขภาพปฐมภูมิและวิชาเวทศาสตร์ครอบครัว/ทั่วไปเป็นส่วนเติมเต็มซึ่งกันและกัน และควรได้รับการพัฒนาไปพร้อมๆ กัน พวกเราชาวเวทศาสตร์ครอบครัวควรจะทำงานร่วมกัน และขยายเครือข่ายของเราให้กระจายออกเป็นวงกว้างลงไปถึงระดับชุมชน เพื่อให้ระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิเกิดเป็นรูปธรรมชัดเจน ด้วยความร่วมมือแรงร่วมใจกันระหว่างพวกเรา

สุดท้ายนี้ หากใครมีบทความหรือเรื่องราวดีๆ เกี่ยวกับการทำงานบริการปฐมภูมิ ส่งมาได้ที่ wonnadara@hotmail.com หรือที่ ichr2005@yahoo.com สถาบันวิจัยและพัฒนาาระบบสุขภาพชุมชน (สพช.)

หน้าฝนนี้ รักษาสุขภาพกันให้ดีนะคะ จนกว่าจะพบกันใหม่ในฉบับต่อไปค่ะ

พญ.อรวรรณ ตะเวทิพงษ์

สาส์นจากชมรมอาจารย์แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว

ตั้งแต่เดือนมกราคมถึงเดือนพฤษภาคมที่ผ่านมา ชมรมอาจารย์แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวร่วมกับสถาบันวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน กระทรวงสาธารณสุข จัดการอบรมเชิงปฏิบัติการเพื่อพัฒนาอาจารย์แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว (5 weekend workshop for faculty development in family medicine) ขึ้นเป็นครั้งที่ 2 หลังจากประสบความสำเร็จกับการจัดอบรมรุ่นที่ 1 ไปเมื่อปลายปี 2549

การอบรมครั้งที่ 2 เสร็จสิ้นลงไปแล้วตั้งแต่กลางเดือนพฤษภาคมด้วยดี โดยได้รับเกียรติจาก ศ.(พิเศษ) นพ.ไพจิตร ปวะบุตร มาเป็นผู้มอบประกาศนียบัตรแก่ผู้เข้ารับการอบรมทุกท่าน

จากการจัดอบรมทั้งสองครั้ง สิ่งสำคัญที่ผู้เข้ารับการอบรม รวมถึงคณะผู้จัดได้รับ คือ การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างกัน การพัฒนาศักยภาพตนเองทั้งศาสตร์และศิลป์ ในการสอน การทบทวนความรู้วิชาเวชศาสตร์ครอบครัวทั้งทางด้านทฤษฎีและปฏิบัติ และการรวมตัวกันเป็นเครือข่ายอาจารย์แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวระดับภูมิภาค

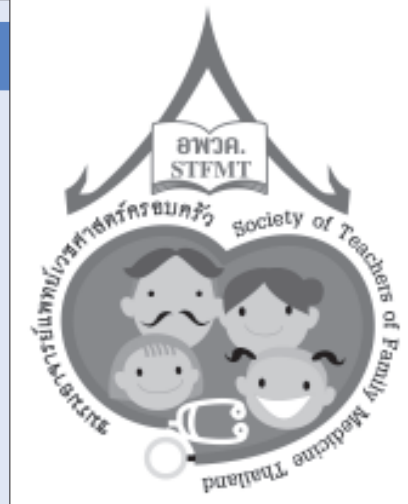
แม้การอบรมเชิงปฏิบัติการเพื่อพัฒนาอาจารย์แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวจะสิ้นสุดลงไปแล้ว แต่การเชื่อมโยงระหว่างเครือข่ายอาจารย์จะยังดำเนินต่อไปผ่านทางเว็บไซต์ www.stfmt.org สมาชิกทุกท่านและบุคคลที่สนใจสามารถเข้าไปติดตามกิจกรรมความเคลื่อนไหวต่างๆ ได้

การพัฒนาอาจารย์แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวเป็นส่วนหนึ่งของการพัฒนาระบบบริการสุขภาพชุมชน โดยมุ่งเน้นไปที่เป้าหมายการพัฒนาเครือข่ายอาจารย์ที่จะสามารถถ่ายทอดความรู้ความเข้าใจในวิชาเวชศาสตร์ครอบครัวได้อย่างแท้จริง รวมไปถึงการเป็นต้นแบบที่ดีของแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวในแต่ละพื้นที่ต่อไปในอนาคต

ทางคณะผู้จัดจึงหวังเป็นอย่างยิ่งว่า หากมีการดำเนินการพัฒนาเครือข่ายอาจารย์อย่างต่อเนื่องผ่านทางสื่อใดๆ ก็ตาม จะได้รับความร่วมมือจากอาจารย์ทุกท่าน และมีการขยายผลการจัดอบรมไปยังระดับภูมิภาคต่อไป

พญ.อรพรรณ ตะเวทิงค์

เลขาธิการชมรมฯ





เวชศาสตร์ครอบครัว จะพัฒนาไปใบทิศไหน อย่างไรดี

มักมีคำถามมาอยู่เสมอว่าผู้บริหารนโยบายให้ความสนใจต่อเรื่องเวชศาสตร์ครอบครัวแค่ไหน แล้วการพัฒนาเรื่องนี้จะเป็นอย่างไรต่อ หากจะตอบคำถามนี้ ตนเองจะมีแนวทางการหาคำตอบจากปรากฏการณ์ และความเป็นไปต่างๆ ที่เกิดขึ้น พร้อมกับตั้งคำถามกับตนเองว่าแล้วตัวเราเองล่ะ! เห็นความสำคัญกับเรื่องนี้อย่างไร และจะทำอะไรบ้าง หากเห็นว่าเรื่องนี้สำคัญ แล้วท่านเองคิดกับเรื่องนี้อย่างไร

คำถามส่วนแรก หากเราพิจารณาจากนโยบาย มาตรการต่างๆ ที่เกิดขึ้นในระบบบริการสาธารณสุข ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่มีการเปลี่ยนในช่วงสามสี่ปีนี้ ต้องถือว่าแนวคิด และกระบวนการต่างๆ ในระบบนี้ให้ความสำคัญกับหน่วยบริการปฐมภูมิและเวชศาสตร์ครอบครัวมากขึ้นกว่าเดิม แม้ว่าจะมีอุปสรรค ปัญหาที่เกิดขึ้นระหว่างทางที่การจัดการยังต้องไปผูกโยงกับโรงพยาบาลค่อนข้างมาก การจัดการเรื่องเงินทองที่ทำให้ปวดหัว ทะเลาะกันบ้างก็ตาม แต่เมื่อติดตามผลที่เกิดขึ้นกับสถานีนอามัยทั้งหลายแล้ว ก็พบว่าส่วนใหญ่สถานีนอามัยหรือหน่วยบริการปฐมภูมิแบบต่างๆ ได้รับงบประมาณเพิ่มขึ้น มีบุคลากรเพิ่มขึ้น ได้รับการพัฒนาในงานด้านต่างๆ เพิ่มขึ้น

แล้วหน่วยบริการปฐมภูมิ มาต่อกับเวชศาสตร์ครอบครัวอย่างไร ส่วนตัวแล้วคิดว่าหน่วยบริการปฐมภูมิ และหน่วยบริการที่ทำงานใกล้ชิดกับชุมชน เป็นหน่วยบริการที่จะทำให้เห็นคุณค่าความสำคัญของงานเวชศาสตร์ครอบครัวได้ดี จะทำให้เห็นวาทศาสตร์ด้านเวชศาสตร์ครอบครัว ช่วยพัฒนาคุณภาพบริการ

ปฐมภูมิเพิ่มขึ้นได้อย่างไร การดูแลผู้ป่วยทั่วไปเชื่อมโยงกับครอบครัว ชุมชน และปัญหาด้านสังคม จิตวิทยา อย่างไร และการใช้ศาสตร์ทางด้านเวชศาสตร์ครอบครัวมาช่วยคลี่คลายการทำงานที่เคยหาคำตอบไม่ได้นั้น ทำจริงได้อย่างไร ฉะนั้นอาจกล่าวได้ว่าขณะนี้ เป็นระยะที่เปิดโอกาสให้บุคลากรที่มีความสนใจ และมีทักษะด้านเวชศาสตร์ครอบครัวได้แสดงศักยภาพออกมาได้เต็มที่

ในช่วงปี 49-50 นี้ ก็เป็นช่วงที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ร่วมกับกระทรวงสาธารณสุข ได้จัดการให้มีงบประมาณลงมาสนับสนุนการพัฒนาบริการปฐมภูมิ และงานเวชศาสตร์ครอบครัวเพิ่มมากขึ้น ในรูปของเงินงบประมาณเพื่อการพัฒนาศูนย์สุขภาพชุมชน การลดความแออัดโรงพยาบาลใหญ่โดยการพัฒนาเครือข่ายบริการปฐมภูมิ การให้เงินโบนัสเป็นขวัญกำลังใจแก่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ทำงานในหน่วยบริการปฐมภูมิ การฝึกอบรมแพทย์ด้านเวชศาสตร์ครอบครัว การอบรมพยาบาลเวชปฏิบัติทั่วไป การอบรมด้านชุมชนให้แก่เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ซึ่งถือว่ามีกิจกรรม แผนงานลงมาสนับสนุนค่อนข้างมาก แม้ว่าจะมีปัญหาบ้างในการจัดการที่ล่าช้า หรือยังบูรณาการกันไม่ดี แต่ก็ถือว่าเป็นสัญลักษณ์ที่แสดงออกให้เห็นว่าผู้บริหารให้ความสนใจและต้องการพัฒนางานด้านนี้ให้รุดหน้าไปเรื่อยๆ เพียงแต่ไม่ได้ออกมาในรูปว่าจะพัฒนางานเวชศาสตร์ครอบครัวจริงๆ เพราะสถานการณ์การพัฒนางานนี้ในเมืองไทยต้องใช้ทีมงานหลากหลายสาขาทำงานร่วมกัน



ภูเขาสูง เกิดขึ้นได้จากก้อนดิน ก้อนหิน
ที่ค่อยๆ กับถม กองเงยเกิดขึ้น
พร้อมๆ กับคอยระวังไม่ให้คลื่นลมพัดแรง
เข้ามากระหน่ำจนกระทั่งตั้งฐานไม่ได้
ณ ขณะนี้เรากำลังอยู่ในส่วนที่เป็นฐานราก
ที่ค่อยๆ กองงามขึ้น
มีสภาพแวดล้อมที่ดีที่จะก่อตัวได้
ขอเพียงแต่อย่าทอดทิ้ง
ช่วยกันทำในสิ่งที่เราเห็นว่าประโยชน์
ก็จะช่วยต่อยอด ต่อฐานให้มั่นคง

แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว หรือทีมงานที่มีความรู้ ความสามารถด้านเวชศาสตร์ครอบครัว จะทำงานตรงไหนถึงจะพอดี จะก้าวหน้าอย่างไร ส่วนตัวแล้วคิดอยู่เสมอว่า ที่ทำงานของบุคลากรด้านนี้ที่เหมาะสมที่สุด คือ หน่วยบริการปฐมภูมิ ซึ่งอาจมีลักษณะแตกต่างกันไปในเขตเมืองที่เป็นคลินิกชุมชนอบอุ่น ศูนย์แพทย์ชุมชน ศูนย์บริการสาธารณสุข หรือกลุ่มงานเวชกรรมสังคม ในโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป หรือในเขตชนบทที่เป็นโรงพยาบาลชุมชน ที่ทำงานเชื่อมโยงเป็นเครือข่ายกับสถานีอนามัย ศูนย์สุขภาพชุมชน เพราะเป็นหน่วยบริการที่ทำให้จัดการดูแลประชากรอย่างต่อเนื่อง ผสมผสานได้ง่าย แต่อาจยังต้องปรับเรื่องการบริหารจัดการบ้าง หน่วยบริการเหล่านี้ยังต้องการบุคลากรจำนวนมากมาลงไปช่วยพัฒนา ตำแหน่งยังไม่เต็ม ความก้าวหน้าก็ยังไม่ได้ดีพอควร รายได้ค่าตอบแทนก็ไม่ชี้เหร่หนัก หากอยู่แบบพอเพียง ที่สำคัญหากทำงานได้สำเร็จดี น่าจะเป็นความสุขใจของผู้ที่ชอบงานด้านนี้

แล้วตนเองจะช่วยพัฒนาเรื่องนี้อย่างไร! ส่วนตัวแล้วมีหลักอยู่เสมอว่าต้องทำตนเองให้ดี มีหลักฐานเชิงประจักษ์ว่าเรื่องนี้ก่อประโยชน์อย่างไร จะเอาความรู้ความเข้าใจเรื่องนี้มาพัฒนางานให้ดีที่สุด แล้วคุยกับคนรอบข้างว่าเราใช้ศาสตร์เรื่องนี้มาพัฒนาอย่างไร เมื่อผู้คนเห็น สัมผัสได้ เขาก็จะยอมรับ และช่วยเผยแพร่เรื่องนี้ต่อให้โดยอัตโนมัติ ตนเองในฐานะที่ทำงานในส่วนกลางก็จะพยายามสนับสนุนน้องๆ ที่สนใจ เข้าใจเรื่องนี้ ทำงานแสดงฝีมือเรื่องนี้ให้เต็มที่ จัดโอกาสให้น้องๆ ได้แลกเปลี่ยนกันในรูปแบบเครือข่าย การประชุมวิชาการ สนับสนุนหางบประมาณมาช่วย

เรื่องการฝึกอบรม การทำวิชาการให้เข้มแข็ง และนำรูปธรรมที่น้องๆ ทำได้ดี ให้ผู้คนคนอื่นๆ เห็นผลงาน เป็นการเผยแพร่ความสำเร็จให้บุคลากรสาธารณสุขสาขาอื่นได้เห็น ทำให้ผู้บริหารเข้าใจ และสนับสนุนเรื่องนี้มากขึ้น แน่นนอนวิธีนี้ คงไม่เป็นลักษณะแบบตีปี๊บ เห็นกระแสสนับสนุนอย่างรวดเร็วทันใจ แต่คิดว่าน่าจะเป็นวิธีที่ยั่งยืน ค่อยเป็นค่อยไป เพราะความยอมรับ ความสนใจในเรื่องนี้ ต้องเริ่มจากผลงานที่ดีที่เห็นประจักษ์ได้ แล้วจึงกระจายต่อไป

ภูเขาสูง เกิดขึ้นได้จากก้อนดิน ก้อนหินที่ค่อยๆ กับถม กองเงยเกิดขึ้น พร้อมๆ กับคอยระวังไม่ให้คลื่นลมพัดแรง เข้ามากระหน่ำจนกระทั่งตั้งฐานไม่ได้ ณ ขณะนี้เรากำลังอยู่ในส่วนที่เป็นฐานรากที่ค่อยๆ กองงามขึ้น มีสภาพแวดล้อมที่ดีที่จะก่อตัวได้ ขอเพียงแต่อย่าทอดทิ้ง ช่วยกันทำในสิ่งที่เราเห็นว่าประโยชน์ก็จะช่วยต่อยอด ต่อฐานให้มั่นคง ให้คนอื่นเห็นและยอมรับต่อไป

ไม่นานเกินรอ เราน่าจะเริ่มวิธีคิดที่พัฒนาจากตนเองออกไปข้างนอกน่าจะดีกว่า วิธีเรียกร้องให้คนข้างนอกมาช่วยเราละ

หมอซ่าง



เครือข่ายวิจัยและพัฒนาเวชศาสตร์ครอบครัว

เวชศาสตร์ครอบครัวเป็นสาขาวิชาค่อนข้างใหม่ในประเทศไทยเมื่อเทียบกับวิชาอื่น การจะพัฒนาให้เกิดเป็นศาสตร์ที่ยั่งยืนได้ จำเป็นต้องมีการพัฒนาทางด้านวิชาการควบคู่ไปกับการทำวิจัยและพัฒนาเครือข่าย หากการทำวิจัยและพัฒนาเครือข่ายจะดำเนินไปในทิศทางใด และประสบความสำเร็จเพียงใด ขึ้นอยู่กับการทำงานร่วมกันของบุคลากรผู้เชี่ยวชาญทางด้านเวชศาสตร์ครอบครัวทุกฝ่าย ดังนั้น จึงเกิดการจัดตั้งเครือข่ายวิจัยและพัฒนาเวชศาสตร์ครอบครัวขึ้น

“Teamwork divides the task and doubles the success.” (Unknown)

จากข้อความข้างต้น คงเป็นคำอธิบายที่เห็นภาพได้ชัดที่สุดสำหรับเครือข่ายวิจัยและพัฒนาเวชศาสตร์ครอบครัว เนื่องจากการทำงานที่แบ่งตามภูมิภาคของประเทศ ประกอบด้วย ภาคเหนือตอนบน ภาคเหนือตอนล่าง ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ภาคกลางและภาคตะวันออก และภาคใต้ แม้จะเป็นการทำงานที่แยกกันไปตามพื้นที่ตามสภาพภูมิศาสตร์ แต่สิ่งหนึ่งที่พวกเราเห็นตรงกันก็คือ ทำอย่างไรให้เกิดงานวิจัยที่มุ่งเน้นการสร้างเสริมป้องกันและพัฒนาระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิเป็นหลัก ผลของการรวมกลุ่มกันเป็นเครือข่ายก็เพื่อจะกระจายงานวิจัยออกไปตามพื้นที่เครือข่ายและประสานงานกัน

สถาบันวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน (สพช.) ตระหนักดีถึงความสำคัญของการพัฒนาเครือข่ายงานวิจัยและวิชาเวชศาสตร์ครอบครัว จึงได้ประสานกับเครือข่ายแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวในแต่ละภูมิภาคเพื่อดำเนินการ

จัดประชุมเครือข่าย โดยมีวัตถุประสงค์ดังนี้

1. ประสานงานระหว่างแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวและบุคลากรอื่นในการรวมตัวกันเป็นเครือข่ายวิจัยและพัฒนาเวชศาสตร์ครอบครัว

2. กำหนดขอบเขตความสนใจในการทำวิจัยเพื่อให้สอดคล้องกับบริบทของการบริการปฐมภูมิในแต่ละพื้นที่

3. แลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์ทั้งทางด้านวิชาการและการบริการจากสมาชิกในเครือข่ายซึ่งมาจากต่างพื้นที่

4. พัฒนางานวิจัยให้เกิดประโยชน์สูงสุดต่อเครือข่ายในภาพรวม

ณ ปัจจุบัน เครือข่ายฯ ได้เริ่มดำเนินการมาเป็นระยะเวลาหนึ่งแล้ว และมีการจัดประชุมไปหลายครั้งตามภูมิภาคต่างๆ เวทีของแต่ละภาคมีการดำเนินการที่หลากหลายตั้งแต่ หาเวทีพบปะทำความรู้จักคุ้นเคยประสานพี่น้อง หาประเด็นความ



สนใจร่วมในการเรียนรู้แลกเปลี่ยนทั้งทางการไม่ทางการ หาโอกาสที่จะสนับสนุนงานซึ่งกันและกันในระดับพื้นที่ ทั้งเรื่องบริการ บริหารจัดการและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง หลายแห่งมีการพัฒนา Website ที่สื่อข่าวสารความเคลื่อนไหวเครือข่าย เช่น <http://www.cuphatyai.com/fammed> (ภาคใต้)

ส่วนหนึ่งที่ได้จากการประชุมเครือข่ายฯ เพื่อนำไปพัฒนางานวิจัยที่สอดคล้องกันเกือบทุกภาค ในเบื้องต้นแบ่งเป็น 4 ประเด็นหลัก ได้แก่

1. การวิจัยเกี่ยวกับโรคเรื้อรังที่พบบ่อยและเป็นปัญหาทางด้านสาธารณสุขในประเทศไทยอย่างมาก โดยมุ่งเน้นไปที่โรคเบาหวาน (Diabetes Mellitus) ซึ่งพบมากในทุกพื้นที่ โดยมีแผนปฏิบัติการที่เริ่มดำเนินการไปแล้ว คือ

เครือข่ายภาคตะวันออกเฉียงเหนือ เริ่มจัดทำ Clinical practice guideline ระดับปฐมภูมิสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน

เครือข่ายภาคกลาง พัฒนาการดูแลผู้ป่วยเบาหวานแบบองค์รวมโดยใช้เวชศาสตร์ครอบครัว

2. การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยแบบ Home health care ซึ่งนำโดยเครือข่ายภาคใต้



3. การขยายเครือข่ายและกลไกการทำงานของคนทำงานด้านเวชศาสตร์ครอบครัวในแต่ละพื้นที่

4. การเรียนการสอนด้านเวชศาสตร์ครอบครัว ซึ่งจัดเป็นหัวข้อสำคัญอีกเรื่องหนึ่ง โดยมีประเด็นย่อย ดังนี้

- การเลือกศึกษาต่อวิชาเวชศาสตร์ครอบครัว การคงอยู่ของแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวในระบบสุขภาพรัฐ โดยเครือข่ายภาคเหนือตอนบนและตอนล่าง
- การจัดการเรียนการสอนวิชาเวชศาสตร์ครอบครัวที่เสริม

งานด้านบริหารจัดการ (practice management) ด้วย เพราะเป็นสิ่งที่แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวต้องทำร่วมไปกับเวชปฏิบัติ

- องค์ความรู้ด้านเวชศาสตร์ครอบครัว (มีการดำเนินการกระจายในพื้นที่และสถาบันฝึกอบรม)

จากประเด็นหลักทั้งสี่ส่วน นำไปสู่การพัฒนาวิชาเวชศาสตร์ครอบครัวอย่างยั่งยืนและเป็นระบบ โดยเน้นวิชาการควบคู่ไปกับเวชปฏิบัติ

งานวิจัยทั้งหมดที่กล่าวถึง กำลัง

อยู่ในขั้นตอนการพัฒนารูปแบบงานวิจัยและเริ่มดำเนินการขึ้นต้นบางส่วน การจัดประชุมเครือข่ายทุกภาคเป็นการจัดประชุมของแต่ละพื้นที่ กิจกรรมการประชุมแตกต่างกันไปตามความสนใจของแต่ละภูมิภาค โดยในส่วนของงานวิจัยและพัฒนาด้านเวชศาสตร์ครอบครัวนั้น แต่ละภูมิภาคจะได้ประชุมหารือกันเพื่อหาหัวข้อย่อยเฉพาะและผู้รับผิดชอบงานวิจัยต่อไป ทั้งนี้จำเป็นต้องมีการประเมินความจำเป็นและลำดับความสำคัญของงานวิจัย และความเป็นไปได้ในการดำเนินการของแต่ละเครือข่ายให้รอบด้านด้วย

งานวิจัยต่างๆ ที่แพทย์ได้ดำเนินการในพื้นที่ซึ่งมีความหลากหลายนั้นจะได้นำเสนอในเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ของเครือข่ายรวมในเดือนกรกฎาคมนี้... โปรดติดตาม...

สุดท้ายนี้ ขอสรุปการทำงานของเครือข่ายฯ อย่างสั้นๆ ว่า

“Teamwork is working together - even when apart.” (Unknown)

การประชุมเครือข่ายแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวภาคเหนือ

สรุปผลการประชุมเครือข่ายแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวภาคเหนือครั้งที่ 3 เมื่อวันที่ 19 มกราคม พ.ศ. 2550 เวลา 9.00–16.00 น. ที่ภาควิชาเวชศาสตร์ครอบครัว คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

มีผู้เข้าร่วมประชุม 31 คน

1. นพ.โรจนศักดิ์ ทองคำเจริญ รพ.แม่สอด
2. พญ.อภิัญญา สัชฌะไชย โรงพยาบาลลำปาง
3. พญ.ธัญญารัตน์ สิทธิวงศ์ โรงพยาบาลแม่เกาะ
4. นพ.คะนอง ถนอมสัจด์ย์ โรงพยาบาลบ้านโฮ่ง
5. นพ.โกคิน ศักรินทร์กุล

โรงพยาบาลลำพูน

6. นพ.สุกิจ ทิพพิทากร โรงพยาบาลปลง
7. นพ.ชูสิน สีลพัทธ์ โรงพยาบาลสารภี
8. นพ.สมิต สมพันธุ์พงศ์ โรงพยาบาลพร้าว
9. นพ. เจษฎา จิตตภิรมย์ โรงพยาบาลนครพิงค์
10. รศ. นพ.นิพนธ์ เสริมพานิชย์
11. ผศ. นพ.เกษม อุตวิชัย
12. ผศ. นพ.สุศักดิ์ บุญยฤทธิชัยกิจ
13. อ.ดร. นพ.อภิวัฒน์ อร่ามรัตน์
14. ผศ. นพ.บุญส่ง เกษมพิทักษ์พงศ์
15. อ. นพ.อนุชาติ มาชนะสารวุฒิ
16. อ. นพ.ชวินทร์ เลิศศรีมงคล
17. ผศ. นพ.สุรินทร์ จิรินรัมย์

18. ผศ. นพ.รณภพ เอื้อพันธเศรษฐ

19. ผศ. นพ.พีระศักดิ์ เลิศตระกูลนนท์
20. อ. นพ.บริบูรณ์ เชนธนาภิก
21. อ. พญ.วิชุดา จิรพรเจริญ
22. อ.นพ.Greg Greer
23. ศ.นพ.หัชชา ณ.บางช้าง
24. พญ.นันทิยา บุญประเสริฐ
25. พญ.รอยพิมพ์ วงศ์ทีนบดี
26. พญ.เพชรพริ้ง ประจวบพันธ์ศรี
27. พญ.ปัทมา โกมพบุตร
28. พญ.พนิดา ธงทอง
29. พญ.พิมพ์พร พรหมคำตัน
30. พญ.นพคุณ คุณเลิศกิจ

ภาควิชาเวชศาสตร์ครอบครัว คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

ความเคลื่อนไหว

การประชุมเริ่มโดย รศ. นพ.นิพนธ์ กล่าวต้อนรับ และเปิดการประชุม หลังจากนั้นหัวข้อเรื่อง Role of family doctors in alcohol treatment โดยวิทยากร



พญ.พันธ์นิภา กิตติรัตน-ไพบูลย์ ที่ปรึกษากรมสุขภาพจิต ได้พูดถึงปัญหาที่เกิดจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และแนวทางการดูแลในบทบาทของแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว รวมถึงแนะนำหนังสือคู่มือที่เราสามารถนำไปใช้ประโยชน์ได้ ในกลุ่มพวกเรา มีหลายท่านสนใจจะนำไปดูแลในโรงพยาบาลของตน

หัวข้อพื้นฐานวิชาการต่อไปเป็นเรื่อง Treatment of dementia and MCI the role of celebrative drugs. ซึ่งได้รับเกียรติจากวิทยากร คือ อ. นพ.นิพัทธ์ กาญจนธนาเลิศ หัวหน้าภาควิชาจิตเวชศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อาจารย์ได้บรรยายถึงแนวทางการวินิจฉัยโรคสมองเสื่อมในระดับต่างๆ และแนวทางการรักษา โดยการใช้ยากลุ่ม cerebroactive drugs

ช่วงบ่าย นพ.โรจนศักดิ์ ได้มาพูดถึงถึงแนวทางการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ที่โรงพยาบาลแม่สอด เริ่มตั้งแต่การจัดประชุมให้ความรู้โดย ผศ. พญ.สายพิน หัตถิรัตน์ มาเป็นวิทยากร และการเริ่มพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ซึ่งจะมาเล่าสู่ให้พวกเราในความก้าวหน้าต่อไป และเพิ่มเติมในเรื่องผลของการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานแบบกลุ่มที่ได้ผลค่อนข้างพอใจในแนวทางที่ได้ดำเนินการมา

หลังจากนั้นแพทย์ใช้ทุนปีที่ 3 ของภาควิชาฯ ได้นำเสนอการวิจัยเรื่อง การศึกษาความต้องการแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวในมุมมองของผู้อำนวยการโรงพยาบาลเขต 1 กระทรวงสาธารณสุข ปี พ.ศ. 2549 จาก พญ. เพชรพริ้ง ประจวบ-

พันธ์ศรี และเรื่อง โครงการพัฒนาฐานข้อมูลการดูแลครอบครัว โดย พญ.ปัทมา โภมุทบุตร ซึ่งผลการศึกษาจะได้นำมาเล่าสู่กันอีกครั้งเมื่อแพทย์ทั้ง 2 ได้สอบวุฒิบัตรผู้เชี่ยวชาญแล้ว

ช่วงสุดท้ายได้เปิดให้มีการอภิปรายแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกัน โดยผู้เข้าร่วมประชุมคิดว่าเป็นการที่ดีที่มีการประชุม และได้แลกเปลี่ยนความคิดเห็นร่วมกัน และวางแผนการดำเนินการประชุมเครือข่ายครั้งที่ 4 ประมาณเดือน กรกฎาคม 2550 (ประมาณ 2 ครั้งต่อปี)

โดย ผศ. นพ.พีระศักดิ์ เลิศตระการนนท์ ผู้ประสานงาน เครือข่ายภาคเหนือตอนบน

เครือข่ายแพทยเวชศาสตร์ครอบครัวภาคเหนือตอนล่าง

ที่มา

เครือข่ายแพทยเวชศาสตร์ครอบครัวภาคเหนือตอนล่าง สถานที่ตั้งอยู่ที่ภาควิชาเวชศาสตร์ชุมชน ครอบครัวยุทธศาสตร์ และอาชีพ-เวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร เป็นเครือข่ายล่าสุดที่ได้รับมอบหมายจากสถาบันวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน ทั้งนี้เพื่อแก้ปัญหาด้านการคมนาคมเชื่อมโยงกับเครือข่ายเดิม คือ ภาควิชาเวชศาสตร์ครอบครัว คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ซึ่งไม่ค่อยสะดวกนัก และแพทยเวชศาสตร์ครอบครัวยุทธศาสตร์ ในพื้นที่เขตนี้ บางส่วนมีความร่วมมือในการจัดการเรียนการสอนนิสิตแพทย์อยู่เดิม

ดังนั้น การก่อตั้งเครือข่ายใหม่ครั้งนี้ คงจะช่วยผลักดันให้การพัฒนาทางด้านเวชศาสตร์ครอบครัวยุทธศาสตร์ และสร้างความเข้มแข็งของวิชาชีพยิ่งขึ้น

ในปัจจุบัน ความนิยมและความเข้าใจที่ดีต่องานทางเวชศาสตร์ครอบครัวยังอยู่ในระดับที่ไม่สูงนัก เมื่อเทียบกับแพทย์สาขาอื่นๆ ทั้งนี้ อาจเป็นเพราะเป็นสาขาที่เกิดขึ้นใหม่ และผลงานยังไม่เป็นที่ประจักษ์ กระบวนการสร้างผลงานคงยังอยู่ในขั้นพัฒนาและดำเนินการ ดังนั้น ถ้าแพทยเวชศาสตร์ครอบครัวยุทธศาสตร์ได้มีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์และรวมกลุ่มกันอย่างต่อเนื่อง น่าจะช่วยให้การพัฒนาด้าน

วิชาการ วิชาชีพ และการสร้างผลงานให้เป็นที่ประจักษ์แก่เพื่อนร่วมวิชาชีพให้เร็วยิ่งขึ้น เพื่อสนับสนุนความสำคัญของแพทยเวชศาสตร์ครอบครัวยุทธศาสตร์ที่มีต่อระบบสุขภาพของประเทศไทย

เครือข่ายแพทยเวชศาสตร์ครอบครัวยุทธศาสตร์ภาคเหนือตอนล่างได้เริ่มดำเนินการในเดือนธันวาคม 2549 และมีการประชุมเครือข่ายครั้งแรกเมื่อวันที่ 2-3 กุมภาพันธ์ 2550 ณ ห้องประชุม MD 218 คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร

สมาชิกเริ่มแรก

เนื่องจากแพทยเวชศาสตร์ที่สำเร็จจากการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านอย่าง

เต็มระบบ (วุฒิปัตร) ในเขตภาคเหนือตอนล่างมีจำนวนรวมทั้งหมดเพียง 8 คน ดังต่อไปนี้

โรงพยาบาลพุทธชินราช 2 คน, โรงพยาบาลแพร่ 3 คน, โรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดอุดรดิตถ์ 1 คน และโรงพยาบาลแม่สอด จังหวัดตาก 2 คน

ดังนั้น การก่อตั้งเครือข่ายจึงได้ขยายขอบเขตออกไปยังแพทย์เวชศาสตร์ที่เป็นอนุวุฒิปัตรซึ่งยังคงปฏิบัติงานด้านนี้ด้วย

จังหวัดเป้าหมายของการสร้างเครือข่ายทั้งหมด 9 จังหวัด ได้แก่ แพร่ อุดรดิตถ์ พิษณุโลก สุโขทัย ตาก พิจิตร เพชรบูรณ์ กำแพงเพชร และนครสวรรค์

กิจกรรมที่สำคัญ

1. ก่อตั้งเครือข่ายและตั้งวัตถุประสงค์การทำงานร่วมกัน
2. การแลกเปลี่ยนเรียนรู้และประสบการณ์ร่วมกัน



3. การบรรยายวิชาการเรื่อง “Home Care for Geriatric Patient” โดย นายแพทย์ชนาธิป สุขแสง แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวที่ทำงานในประเทศสหรัฐอเมริกามานาน 10 ปี

4. การวางแผนกิจกรรม/ภารกิจในอนาคต

สาระสำคัญที่ได้จากการประชุม

1. ข้อจำกัดในด้านการทำเวชปฏิบัติของแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวและการคงอยู่ของแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวในระบบสุขภาพภาครัฐ
2. ปัญหาเรื่องความก้าวหน้าใน

วิชาชีพของแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวและการมีหน่วยงานด้านเวชศาสตร์ครอบครัวในโรงพยาบาล

3. ปริมาณและคุณภาพของแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว

4. บทบาทและหน้าที่ของแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวในระบบสาธารณสุขไทย

5. อัตลักษณ์และงานเด่นของแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว และการแสวงหาคำยอมรับและทำงานร่วมกับแพทย์สาขาอื่น

6. ขอบเขตของเครือข่ายแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวในเขตภาคเหนือตอนล่าง ที่ประชุมเห็นว่าควรเน้นความเชื่อมโยงและแลกเปลี่ยนซึ่งกันและกันด้านประสบการณ์ด้านวิชาการ เวชปฏิบัติ (และการฝึกอบรมนิสิตแพทย์) และในอนาคตควรขยายสมาชิกออกไปเป็นแพทย์ที่ปฏิบัติหน้าที่ในชุมชน เช่น แพทย์ในโรงพยาบาลชุมชน และทีมงาน เช่น พยาบาล นักศึกษา ทั้งนี้เพื่อให้ภาพของเวชศาสตร์ปฏิบัติครอบครัวที่แท้จริง แต่ในช่วงแรก การแสวงหสมาชิกควรให้สมาชิกเริ่มต้นเชิญชวนแพทย์ที่ปฏิบัติด้านนี้ก่อน **การประชุมครั้งต่อไป**

ปลายเดือนเมษายน 2550 หัวข้อสำคัญเน้นการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ด้านเวชปฏิบัติ เช่น โรคเรื้อรัง

โดย นพ.วิโรจน์ วรรณภีระ
ผู้ประสานงาน

เครือข่ายภาคเหนือตอนล่าง **FM**

สมาชิกเครือข่ายแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวภาคเหนือตอนล่างที่เข้าประชุมในครั้งแรก จากจังหวัดต่างๆ มีดังนี้

จังหวัด	จำนวน
พิษณุโลก	วุฒิปัตร 4 คน อนุวุฒิปัตร 3 คน แพทย์ระบาคติวิทยา 2 คน เวชศาสตร์ชุมชน 1 คน ระบบสุขภาพและเศรษฐศาสตร์สาธารณสุข 1 คน
อุดรดิตถ์	วุฒิปัตร 1 คน อนุวุฒิปัตร 1 คน
สุโขทัย	อนุวุฒิปัตร 1 คน
พิจิตร	อนุวุฒิปัตร 1 คน
กำแพงเพชร	อนุวุฒิปัตร 2 คน
สำนักวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน (พญ.สุพัชรา ศรีวณิชชากร)	อนุวุฒิปัตร 1 คน
อื่นๆ	แพทย์ประจำบ้าน (รพ. พุทธชินราช) 2 คน พยาบาลเวชปฏิบัติครอบครัว 2 คน (ตัวแทนจังหวัดนครสวรรค์, แพทย์ติตตราชการ)
รวมผู้เข้าประชุมทั้งหมด	22 คน

One-Minute Preceptor

กับ 5 หลักการสำคัญในการสอน Ambulatory medicine

การทำงานที่หน่วยตรวจผู้ป่วยนอกอันยุ่งเหยิง นอกจากมีงานบริการเป็นงานหลักแล้ว ยังมีงานการเรียนการสอนควบคู่กันไปอีกด้วยทั้งในระดับศึกษาพยาบาล พยาบาลเวชปฏิบัติทั่วไป นักศึกษาแพทย์ แพทย์ประจำบ้าน สิ่งที่สำคัญที่สุดก็คือการบริหารเวลาอย่างไรให้ช่วงเวลา 3-4 ชั่วโมง กับการสอนนักเรียน จำนวนตั้งแต่ 2-6 คนในช่วงเวลานั้นๆ เกิดประสิทธิภาพมากที่สุด ทั้งในแง่กับผู้เรียนและผู้ป่วยที่นักเรียนดูแล

หลายๆ ครั้ง อาจารย์ผู้สอนใช้เวลาไปมากกับส่วนของประวัติ และอีกหลายๆ ครั้งที่ผู้สอนอาจไม่แน่ใจว่าประเด็นไหนที่ควรจะสอนนักเรียน ทำให้การเรียนการสอนที่หน่วยผู้ป่วยนอกไม่เป็นไปอย่างที่คิด หรือใช้เวลากับนักเรียนแต่ละคนไม่เท่ากัน เทคนิคที่จะมาเล่าสู่กันฟังนี้ จะช่วยให้การสอนและประเมินนักเรียนเป็นไปอย่างกระชับและมีประสิทธิภาพมากขึ้น ตามชื่อที่ว่า “1 นาทีกับการสอนนักเรียนดูแลผู้ป่วย” (One-Minute Preceptor) ซึ่งในความเป็นจริงเวลาที่ใช้คงจะมากกว่า 1 นาที แต่ความหมายเป็นนัยที่ต้องการสื่อ ก็คือ สอนอย่างไรให้ได้คุณภาพมากที่สุดในเวลาที่มีน้อยที่สุดนั่นเอง อย่างไรก็ตาม ควรใช้เทคนิคนี้เมื่อนักเรียนมีประสบการณ์มากขึ้นแล้วพอสมควร ถ้าเป็นชั่วโมงแรกๆ ของการดูแลผู้ป่วย อาจารย์อาจจะต้องให้เวลากับนักเรียนมากขึ้นเพื่อให้นักเรียนพัฒนาพื้นฐานการซักประวัติและตรวจร่างกายเสียก่อน

2 หลักการแรก เป็นขั้นตอนการวินิจฉัยผู้เรียนก่อนว่ามีพื้นฐานเป็นอย่างไร อีก 3 ขั้นตอนต่อมาจึงเป็นขั้นตอนการสอนที่หน่วยผู้ป่วยนอก

หลักการที่ 1 สรุบบนกระชับ (Get a commitment)

ให้นักเรียนสรุบบัญชีผู้ป่วยใน 1 นาที โดยให้เพิ่มเติมความคิดเห็นของนักเรียนไปด้วยว่าอะไรคือประเด็นที่สำคัญของการดูแลผู้ป่วยรายนี้

หลักการ วิธีการนี้จะทำให้อาจารย์ทราบข้อมูลว่านักเรียนต้องการเรียนรู้ในประเด็นใด

ตัวอย่าง “ให้สรุปประเด็นปัญหาที่สำคัญของผู้ป่วย การวินิจฉัยแยกโรค และแผนการดูแลผู้ป่วยแบบกระชับ ใช้เวลาประมาณ 1-2 นาที”

หลักการที่ 2 ตอบกลับด้วยคำถาม (Probe for supporting evidence)

หลังจากสรุบบัญชีผู้ป่วย นักเรียนส่วนใหญ่จะมีคำถามอยู่ในใจ ดังนั้นก่อนจะตอบคำถามนักเรียน ให้ถามกลับก่อนว่าแล้วนักเรียนคิดอย่างไร มีทางเลือกอื่นๆ อย่างไรบ้างในการแก้ปัญหา

หลักการ วิธีการนี้จะทำให้อาจารย์ทราบความคิดและความรู้พื้นฐานของนักเรียน เพื่อที่จะได้สอนให้ตรงประเด็นมากขึ้น

ตัวอย่าง “อะไรทำให้คิดอย่างนั้น”

“เหตุผลที่เลือกวิธีการนี้ในการแก้ปัญหา”

“มีทางเลือกอื่นๆ อย่างไรบ้างในการแก้ปัญหานี้”

หลักการที่ 3 ติดตามด้วยคำชม (Provide positive feedback)

นักเรียนแต่ละคนย่อมมีจุดเด่น และข้อดีในการดูแลผู้ป่วยที่แตกต่างกันไป อาจารย์ควรชี้ให้เห็นว่าจุดใดที่ดีอยู่แล้วเพื่อพัฒนาให้ดียิ่งๆ ขึ้นไป และเป็นการเชื่อมต่อไปถึงการชี้ให้เห็นถึงประเด็นที่ควรปรับปรุงแก้ไขต่อไป

หลักการ วิธีการนี้ควรใช้ทันทีเมื่อเริ่มวิจารณ์นักเรียนโดยพูดถึงข้อดีจากงานที่นักเรียนทำ และผลที่ตามมาของการทำดีนั้นๆ

ตัวอย่าง “ดีมากที่ฟังผู้ป่วยอย่างตั้งใจทำให้ได้ข้อมูลที่บอกถึงจุดประสงค์ที่แท้จริงของการมาตรวจในวันนี้ ไม่อย่างนั้นคงต้องตรวจเพิ่มเติมกันอีกหลายอย่าง เป็นการช่วยผู้ป่วย ทำให้ไม่ต้อง

เสียเงินและเสียเวลาโดยไม่จำเป็น”

หลักการที่ 4 ผสมหลักการทั่วไป (Teach general rules)

หลังจากที่ผ่าน 3 หลักการแรกมา ผู้สอนจะพอวิเคราะห์ได้ว่าผู้เรียนยังขาดความรู้ทั่วไปเรื่องใด

หลักการ สอนหลักการทั่วไปที่สามารถนำไปประยุกต์ได้ในอนาคต จะช่วยให้ผู้เรียนเรียนรู้ได้ดีขึ้น เช่น ถ้าเจอกรณีผู้ป่วยแบบนี้ในครั้งต่อไป ควร.....

ตัวอย่าง “ในผู้ป่วยที่ติดเชื้อมาจากเดินป่าสภาวะ มักจะมาด้วยอาการ ปัสสาวะแสบขัด บางครั้งอาจจะมีเลือดปนในปัสสาวะได้ การตรวจปัสสาวะควรพบเม็ดเลือดขาว แต่อาจจะพบเม็ดเลือดแดงได้เช่นกัน”

หลักการที่ 5 แก้ไขข้อผิดพลาด (Correct mistakes)

ในการปฏิบัติงานทางคลินิก เป็นเรื่องปกติที่นักเรียนจะทำความผิดพลาด หรือเข้าใจผิด ช่วงเวลาหลังการสอนเป็นเวลาที่เหมาะสมในการพูดคุยถึงข้อผิดพลาดที่เกิดขึ้น และแนวทางการแก้ไข โดยอาจจะถามนักเรียนก่อนว่าวันนี้ มีอะไรที่อยากปรับปรุงบ้างในการปฏิบัติงาน

หลักการ อาจารย์ควรช่วยเหลือนักเรียนในการแก้ไขข้อผิดพลาด เนื่องจากนักเรียนมีโอกาสทำผิดพลาดซ้ำแบบเดิม หากข้อผิดพลาดนั้นๆ ไม่ได้รับการแก้ไข

ตัวอย่าง “อาจารย์เห็นด้วยว่าอาการของผู้ป่วยเด็กรายนี้ เข้าได้กับไข้หวัด แต่เรายังไม่สามารถบอกได้ว่าไม่มีการติดเชื้อที่หูร่วมด้วย จนกว่าจะได้ตรวจหูเพิ่มเติม”

ตัวอย่างการสอนกรณีผู้ป่วยแบบดั้งเดิม

นักเรียน: ผู้ป่วยชายหญิงไทยคู่ เกษียณอายุ 72 ปี มีโรคประจำตัวเป็นเบาหวาน ควบคุมได้ดี มาด้วยอาการไอและเหนื่อยมากขึ้นมา 3 วัน มีอาการเจ็บหน้าอกด้านขวาเวลาหายใจเข้า ตรวจร่างกาย ฟังเสียงปอดด้านขวาได้ลดลงค่ะ

อาจารย์: Vital signs เป็นยังไงบ้าง

นักเรียน: มีไข้ 39 องศา RR24 ครั้งต่อนาที PR 100 ครั้งต่อนาที BP 140/90

อาจารย์: ไอมีเสมหะไหม เสมหะสีอะไร

นักเรียน: ไอมีเสมหะ สีเหลืองค่ะ

อาจารย์: ตรวจระบบอื่นๆ เป็นยังไงบ้าง

นักเรียน: ฟังหัวใจไม่มี murmur ไม่บวม ตรวจร่างกายอย่างอื่นปกติดี

อาจารย์: เคาะปอดรีเปลา่

นักเรียน: เคาะที่บด้านขวาค่ะ

อาจารย์: ได้ตรวจ Bronchophony, Egophony รีเปลา่

นักเรียน: เสียงเปลี่ยนจาก อี เป็น อา ค่ะ

อาจารย์: ดู เอ็กซเรย์เห็นอะไรบ้าง

นักเรียน: มี infiltration ที่ปอดขวาล่างค่ะ

อาจารย์: อืม ถูกต้อง น่าจะเป็น lobar pneumonia เตรียม Admit ผู้ป่วยนะ ทำ Sputum culture ไว้ด้วย

ตัวอย่างการสอนโดยใช้เทคนิค One-Minute Preceptor

อาจารย์: สรุปประวัติและตรวจร่างกายแบบกระชับ (สรุปแบบกระชับ)

นักเรียน: ผู้ป่วยมาด้วยอาการไข้ ไอเสมหะสีเหลืองและหอบ มา 3 วัน วัดไข้ได้ 39 องศา หายใจเร็ว 24 ครั้งต่อนาที ตรวจร่างกายพบว่าเคาะที่บด้านขวาล่าง และฟังเสียงหายใจได้ลดลงข้างขวาค่ะ

อาจารย์: คิดว่าอาการเข้าได้กับอะไร แยกโรคกับอะไรบ้าง (ถามกลับด้วยคำถาม)

นักเรียน: คิดว่าผู้ป่วยน่าจะมีปัญหาเรื่อง Pneumonia แล้วผู้ป่วยดูอาการไม่ค่อยดีค่ะ อาจจะต้องนอนโรงพยาบาล โรคอื่นๆ ที่นึกถึงก็เช่น pulmonary embolism แต่ถามประวัติไม่มีเรื่องขาบวม ไม่น่าจะมี DVT ไม่มีประวัติเดินทางไปไหนมาก่อน วัณโรคก็นึกถึงแต่น้อยกว่าเพราะผู้ป่วยเพิ่งมีอาการได้ 3 วันค่ะ

อาจารย์: มีประเด็นอะไรเพิ่มเติมอีกไหม (ถามกลับด้วยคำถาม)

นักเรียน: นอกจากนั้นก็ มี อาการเจ็บหน้าอกที่อาจจะไม่ชัดเจนเนื่องจากผู้ป่วยเป็นเบาหวาน แต่ตรวจ EKG แล้วปกติดีค่ะ

อาจารย์: วางแผนดูแลผู้ป่วยรายนี้ยังไงบ้าง (ถามกลับด้วยคำถาม)

นักเรียน: คิดว่าจะรักษาแบบผู้ป่วยนอกค่ะ วางแผนจะให้ยาปฏิชีวนะแบบกิน หลังจากเก็บเสมหะไปตรวจ แล้วก็นัดผู้ป่วยมาดูอาการอีก 2 วันค่ะ

อาจารย์: ดีมาก หนูทำได้ดีมากในส่วนของประวัติการวิเคราะห์ปัญหาของผู้ป่วยได้อย่างตรงประเด็น วินิจฉัยได้อย่างถูกต้อง และวินิจฉัยแยกโรคอื่นๆได้ดี (ตามด้วยคำถาม) สำหรับผู้ป่วยรายนี้ เราอาจจะดูแลแบบผู้ป่วยนอกได้ แต่โดยทั่วไป จะต้องประเมินให้แน่ใจก่อนว่าผู้ป่วยสามารถกลับบ้านไหว เนื่องจากผู้ป่วยรายนี้ อายุค่อนข้างมาก และมีไข้สูง (ผสมหลักการทั่วไป) อาจารย์อยากให้คุณตรวจเอ็กซเรย์เพิ่มเติมเพื่อเราจะได้ประเมินผู้ป่วยได้ละเอียด

(อ่านต่อหน้า 24)

การประเมินคุณภาพ หน่วยบริการปฐมภูมิ

คุณภาพของการให้บริการหมายถึง

1. การให้บริการวินิจฉัยและรักษาโรคของผู้ป่วยในปัจจุบัน (Curative medicine) และการให้การป้องกันโรคที่จะเกิดในอนาคต (disease prevention) รวมทั้งทำให้สุขภาพของผู้ป่วยโดยรวมดีขึ้น (health promotion)
2. ความพึงพอใจในการได้รับบริการโดยประเมินจากผู้ป่วย (Patient satisfaction)
3. ค่าใช้จ่ายที่เหมาะสม (Cost of care)
4. ความปลอดภัยและความสะดวกสบายของสถานที่ (Safety & Congeniality)
5. ความเพียงพอของอุปกรณ์ในสถานบริการ (Adequacy of equipment)

การประเมินคุณภาพการให้บริการ

สามารถทำได้จาก 2 มุมมองได้แก่

- 1) มุมมองแบบรายบุคคล (Clinical view) โดยประเมินผู้ป่วยเป็นรายบุคคล
- 2) มุมมองแบบกลุ่มประชากร (Population view) โดยประเมินผู้ป่วยเป็นกลุ่มประชากร เช่น กลุ่มผู้สูงอายุ กลุ่มผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง

โดยการประเมินทั้ง 2 มุมมอง มีวิธีการประเมินหลัก

3 แบบ ได้แก่

1. การตรวจสอบย้อนหลัง (Audit) ซึ่งแบ่งเป็นแบบ
 - 1.1 การประเมินแบบตัดสิน (Summative assessment) โดยใช้เครื่องมือชี้วัด มีการกำหนดเกณฑ์ผ่านและตกชัดเจน เช่น การประเมินเวชระเบียน
 - 1.2 การประเมินแบบไม่ตัดสิน (Formative assessment) คู่ขนานการทำงานเป็นหลัก ซึ่งสามารถใช้วิธีพูดคุย สัมภาษณ์ ซึ่งในการประเมินแบบนี้ทำให้สามารถแนะนำวิธีการพัฒนาคุณภาพให้กับผู้ถูกประเมินได้ด้วย
2. การประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วย (Patient sat-

isfaction)

3. การประเมินผลการรักษา (Clinical performance)

แบ่งเป็น

- 3.1 การวัดแบบเฉพาะโรค (Condition-specific measures of clinical performance) ซึ่งในการวัดแบบนี้สามารถทำได้ทั้งในมุมมองของการป้องกัน การรักษา และการฟื้นฟูของโรคใดโรคหนึ่ง การวัดให้มีความสำคัญกับผลการรักษา (disease outcome) มากกว่ากระบวนการวินิจฉัยโรค เนื่องจากการวินิจฉัยโรคมีความไม่แน่นอนอยู่ค่อนข้างมากในเวชปฏิบัติปฐมภูมิ ตัวอย่างเช่น การใช้ HbA1c ในการวัดผลการรักษาเบาหวาน

- 3.2 การวัดแบบทั่วไป (Generic measures of clinical performance) การวัดแบบนี้เป็นการวัดแบบภาพรวมไม่จำเพาะเจาะจงเฉพาะโรค ซึ่งเหมาะกับผู้ป่วยในเวชปฏิบัติปฐมภูมิมากกว่า การวัดในรูปแบบนี้ เช่น คู่อัตราการเกิดผลข้างเคียงจากยา

วิธีการวัด เพื่อให้ได้ประเด็นต่างๆ ในเรื่องการประเมินคุณภาพอย่างครอบคลุม จำเป็นต้องใช้เครื่องมือหลายอย่างมาประเมินร่วมกัน ได้แก่

1. การสำรวจ (Survey) เช่น ใช้แบบสอบถาม
2. การสัมภาษณ์ (Interview) ซึ่งอาจเป็นแบบพูดคุยกันถึงวิธีการที่ปฏิบัติงานจริง หรือเป็นแบบมีชุดคำถามเฉพาะก็ได้
3. การใช้ข้อมูลที่มีอยู่มาประเมิน (Record)

การประเมินคุณภาพหน่วยบริการปฐมภูมิ แบบรายบุคคล (Clinical view)

สามารถแยกประเมินเป็นหัวข้อหลักได้ดังต่อไปนี้

1. การเข้าถึงบริการ (First contact care) ซึ่งรวมถึงการเข้าถึงบริการ (Accessibility) และการใช้บริการจริง (Utilization)

วิธีวัด

1. ถามจากผู้ป่วยว่าเข้าถึงบริการเป็นอย่างไร (Survey/ Interview) ซึ่งอาจจะต้องถามทั้งที่คลินิกและในชุมชน
2. ดูจากอัตราการใช้บริการจริง ต่อจำนวนประชากรทั้งหมด (Record)

2. การดูแลผู้ป่วยแบบต่อเนื่อง

(Continuous care for individual & Longitudinality)

หมายถึงการดูแลต่อเนื่องเป็นประจำในระยะยาว ดังนั้น PCU จึงจำเป็นต้องทราบว่ากลุ่มประชากรที่ต้องดูแลมีใครบ้าง และต้องรู้จักผู้ป่วย ครอบครัว และชุมชนที่ผู้ป่วยอยู่ นอกจากนี้ การประเมินการดูแลผู้ป่วยแบบต่อเนื่องอาจดูจากความสัมพันธ์ระหว่างผู้ให้บริการและผู้รับบริการด้วย

วิธีวัด

1. ถามจากผู้ป่วยว่าได้รับการดูแลต่อเนื่องจากเจ้าหน้าที่คนเดิมหรือไม่ อย่างไร (Survey/ Interview)
2. ดูจากข้อมูลจริงว่าผู้ป่วยมาใช้บริการอย่างไร ได้เจอกับเจ้าหน้าที่คนเดิมจริงหรือไม่ (Record)
3. การดูว่าเจ้าหน้าที่รู้จักผู้ป่วย ครอบครัว และชุมชนของผู้ป่วยหรือไม่ อาจดูได้จาก family folder (Record)
4. ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ให้บริการและผู้รับบริการ (Survey/ Interview) ซึ่งอาจดูจากทักษะการสื่อสารของเจ้าหน้าที่กับผู้ป่วย โดยในต่างประเทศใช้วิธีอัตโนมัติแล้วมาประเมิน แต่สำหรับประเทศไทยอาจจะใช้วิธีให้ผู้ป่วยตอบแบบสอบถามน่าจะสะดวกกว่า

3. การดูแลผู้ป่วยแบบเบ็ดเสร็จ

(Wide range of comprehensive health care)

หมายความรวมถึงการดูแลในด้านต่างๆ ดังต่อไปนี้

1. การส่งเสริมสุขภาพ (Health promotion) เช่นการทำ pap smear screening, การรณรงค์ป้องกันโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์
2. การป้องกันโรค (Disease prevention)
3. การรักษาโรค (Curative care) โดยดูแลครอบคลุมแบบองค์รวมทั้งด้านกาย จิต สังคม
4. การฟื้นฟู (Rehabilitation)

วิธีวัด

- สำหรับข้อ 1-4 ของการดูแลผู้ป่วยแบบเบ็ดเสร็จสามารถใช้การประเมินในรูปแบบต่างๆ เช่น
1. การประเมินระยะเวลายาว โดยดูจากความครบสมบูรณ์

ในการเขียนระยะเวลายาว เช่น การชั่งประวัติการแพ้ยา การสูบบุหรี่ ดื่มเหล้า ประวัติทางครอบครัวและสังคม และดูการเขียนการวินิจฉัยในเวชระเบียน ดูการเขียนเรื่องการป้องกันและฟื้นฟูโรคในเวชระเบียน (Audit)

2. การประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วย (Patient satisfaction): (Survey)
3. การประเมินผลการรักษา (Clinical performance) ดังที่กล่าวมาแล้วในหัวข้อวิธีการประเมินหลัก (Record)

4. การประสานงานการดูแลผู้ป่วย (Coordination of care)

หมายถึง กลไกต่างๆ อย่างที่เอื้อให้เกิดการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องและเป็นองค์รวม เช่นระบบนัดผู้ป่วยสามารถทำให้ผู้ป่วยพบแพทย์คนเดิมได้หรือไม่ การบันทึกข้อมูลผู้ป่วยว่าทำให้เจ้าหน้าที่ทั้งคนเดิมและคนอื่นๆ สามารถดูแลผู้ป่วยได้ดีและต่อเนื่องหรือไม่ในการมาตรวจครั้งถัดไป และการส่งปรึกษาต่อมีระบบรองรับให้เกิดการตอบจดหมาย refer กลับมาหรือไม่

วิธีวัด

การประเมิน Coordination of care ควรเป็นการพูดคุยถึงระบบว่าจะสามารถปรับเปลี่ยนให้ดีขึ้นในรูปแบบใดบ้าง หรืออาจใช้ในรูปแบบการสัมภาษณ์ก็ได้

5. การส่งปรึกษาต่อ (Referral)

ควรเป็นการประเมินจากผู้ที่เราส่งไปปรึกษา เช่น แพทย์ที่โรงพยาบาลชุมชนเป็นผู้ประเมินการส่งปรึกษาต่อจากเจ้าหน้าที่ PCU, แพทย์เฉพาะทางที่โรงพยาบาลจังหวัดเป็นผู้ประเมินการส่งปรึกษาต่อจากแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวที่โรงพยาบาลชุมชน การประเมินแบ่งเป็น 2 แบบ ได้แก่

5.1 การประเมินแบบคุณภาพ (Qualitative assessment) โดยดูความเหมาะสมของการส่งปรึกษาต่อในด้านต่างๆ 6 ด้าน ได้แก่ (Survey)

- เวลาที่ตัดสินใจส่งปรึกษาต่อ เช่น ส่งปรึกษาเร็วเกินไปหรือช้าเกินไป
- ระยะเวลาที่ผู้ป่วยได้ตรวจหลังจากส่งปรึกษาต่อ
- การวินิจฉัยก่อนการส่งปรึกษาต่อ
- เหตุผลที่ส่งปรึกษาต่อ
- การตรวจทางห้องปฏิบัติการก่อนการส่งปรึกษาต่อ
- การให้การรักษาก่อนการส่งปรึกษาต่อ

5.2 การประเมินแบบปริมาณ (Quantitative assessment) ได้แก่ การดูอัตราการส่งปรึกษาต่อเป็นร้อยละ (Record)

(อ่านต่อหน้า 20)

ประสบการณ์การใช้ตัวอย่าง เครื่องมือการประเมินคุณภาพ บริการเวชปฏิบัติทั่วไป/เวชปฏิบัติครอบครัว

General Practice Assessment Questionnaire (GPAQ)

ที่มา

วิธีการหนึ่งที่สำคัญในการวัดคุณภาพของเวชปฏิบัติทั่วไป/เวชปฏิบัติครอบครัว ได้แก่ การสอบถามความคิดเห็นและความพึงพอใจของผู้ป่วยซึ่งเป็นผู้รับบริการ สำหรับประเทศไทย ยังไม่เคยมีการพัฒนาแบบสอบถามวัดคุณภาพของเวชปฏิบัติทั่วไป/เวชปฏิบัติครอบครัวมาก่อน เนื่องจากการพัฒนาเวชปฏิบัติทั่วไป/เวชปฏิบัติครอบครัวยังอยู่ในช่วงเริ่มต้น หลังจากการเปลี่ยนแปลงนโยบายสาธารณสุขมาเป็นแบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ในปี พ.ศ. 2544 การสำรวจความคิดเห็นและความพึงพอใจของผู้ป่วยเป็นข้อมูลสำคัญส่วนหนึ่งที่จะนำไปสู่การพัฒนาและปรับปรุงคุณภาพการให้บริการ การแปลและทดสอบความตรงแบบสอบถามที่มาตรฐานเป็นอีกวิธีการหนึ่งที่ทำให้ประหยัดเวลาในการพัฒนาแบบสอบถาม รวมทั้งนำไปประยุกต์ใช้ได้รวดเร็วมากขึ้น

(หมายเหตุ เนื่องจากเวชปฏิบัติทั่วไปในประเทศไทย ได้รับการพัฒนาและเปลี่ยนชื่อเป็นเวชปฏิบัติครอบครัว อย่างไรก็ตามในสถานบริการบางแห่งยังใช้ชื่อเรียกว่าเวชปฏิบัติทั่วไป แบบสอบถามนี้จึงใช้ชื่อเรียกทั้ง 2 ชื่อร่วมกัน)

ทำไมเลือกแปลจาก General Practice Assessment Questionnaire (GPAQ)

เนื่องจาก GPAQ เป็นแบบสอบถามมาตรฐานที่ใช้ในเวชปฏิบัติปฐมภูมิทุกแห่งในประเทศอังกฤษ พัฒนาขึ้นโดย National Primary Care Research and Development Center (NPCRDC) นำทีมโดย Dr. Martin Roland ในช่วงเวลา 5 ปีที่ผ่านมา ซึ่งเป็นหน่วยงานวิจัยเพื่อปรับปรุงคุณภาพระบบสุขภาพปฐมภูมิ มีจุดประสงค์หลักเพื่อใช้ในการพัฒนาปรับปรุงคุณภาพของเวช

ปฏิบัติทั่วไป/เวชปฏิบัติครอบครัวทุกแห่ง ภายใต้ระบบประกันสุขภาพ (National Health Service) ของประเทศอังกฤษ มีขั้นตอนการพัฒนาแบบสอบถามมาจาก the Primary Care Assessment Survey (PCAS)^{1,2,3,4} ซึ่งเป็นแบบสอบถามที่ใช้ในประเทศสหรัฐอเมริกา ก่อนจะพัฒนามาเป็น GPAS (General Practice Assessment Survey) ซึ่งได้รับการทดสอบและเก็บข้อมูลหลายครั้งในรูปแบบงานวิจัย^{5,6,7,8} จากนั้นจึงมีการทดสอบความตรงโดย NPCRDC ก่อนจะพัฒนาเป็น GPAQ ที่ทำให้สั้นและกระชับขึ้น ทำให้แบบสอบถาม GPAQ มีความน่าเชื่อถือ อีกทั้งมีการแปลและนำไปใช้ในหลายภาษา ได้แก่ ภาษาจีน ภาษาเบงกาลี และ ไชมาลี

GPAQ วัดคุณภาพของเวชปฏิบัติปฐมภูมิด้านใดบ้าง

1. การเข้าถึง (Accessibility) โดยรวมถึง การนัดหมาย ระยะเวลาที่รอ การเข้าถึงบริการทั้งทางตรงและทางโทรศัพท์
2. ความสามารถของแพทย์ (Technical competence) โดยรวมถึง ความรู้ความชำนาญของแพทย์ และ ประสิทธิภาพในการรักษา
3. การสื่อสาร (Communication skills) โดยรวมถึง การให้เวลากับผู้ป่วย การสอบถามความคาดหวังในการตรวจรักษา การรับฟัง การอธิบาย การให้ข้อมูล และการร่วมกันตัดสินใจเลือกการรักษาาร่วมกัน
4. ความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับผู้ป่วย (inter-personal aspects of care) โดยรวมถึง ความเอาใจใส่ ความเห็นอกเห็นใจ และความรู้สึกไว้วางใจระหว่างแพทย์กับผู้ป่วย
5. การจัดการการดูแล (Organization of care) โดย

รวมถึงการดูแลอย่างต่อเนื่อง (Continuity of Care) และขอบเขตของการให้การรักษา (the range of service available)

โดยทั้งหมดนี้มีจุดประสงค์เพื่อสำรวจความคิดเห็นและความพึงพอใจของผู้ป่วยในการรับบริการเพื่อนำไปสู่การปรับปรุงให้เวชปฏิบัติทั่วไป/เวชปฏิบัติครอบครัวมีมาตรฐานสูงขึ้น

ขั้นตอนการแปล

1. เขียนจดหมายขออนุญาตแปลแบบสอบถามจากคณะกรรมการพัฒนา GPAQ เพื่อแปลและทดสอบความตรงของแบบสอบถามประเมินคุณภาพเวชปฏิบัติทั่วไป/เวชปฏิบัติครอบครัว (GPAQ) เป็นฉบับภาษาไทย

2. ศึกษาขั้นตอนการแปลและการนำไปใช้ของ GPAQ ตาม GPAQ Manual

3. แปลแบบสอบถาม GPAQ ตาม Guidelines for the process of Cross-Cultural Adaptation of Self-Report Measures⁹ ซึ่งมีขั้นตอนต่างๆ ดังนี้

3.1 *Initial Translation* แปลแบบสอบถาม GPAQ จากภาษาอังกฤษเป็นภาษาไทย โดยผู้แปลคนที่ 1 (T1) เป็นบุคลากรทางการแพทย์ และผู้แปลคนที่ 2 (T2) เป็นนักแปลอาชีพ

3.2 *Synthesis of the Translation* นำข้อมูลที่ได้มาประมวลรวมเป็นแบบสอบถามรวม (T-12 version) โดยมีคนกลางช่วยสังเคราะห์และจัดบันทึกข้อมูลขณะที่มีการถกประเด็นกัน

3.3 *Back Translation* แปลแบบสอบถาม GPAQ จากภาษาไทยกลับเป็นภาษาอังกฤษ โดยทั้งผู้แปลกลับคนที่ 1 (BT1) และผู้แปลกลับคนที่ 2 (BT2) เป็นนักแปลอาชีพ

3.4 *Expert Committee* นำข้อมูลที่ได้จากการแปลกลับมาถกประเด็นหาข้อสรุปโดยคณะกรรมการซึ่งประกอบด้วย นักสถิติ แพทย์ นักภาษาศาสตร์ และผู้แปลทั้งหมด

3.5 *Test of the prefinal version* นำแบบสอบถามที่ได้ไปทดสอบในผู้ป่วย 30 คนเพื่อนำข้อมูลมาปรับปรุงแก้ไขและทดสอบความตรง

3.6 *Submission of Documentation to the Developers of Coordinating Committee for Appraisal of the Adaptation Process* ส่งข้อมูลทั้งหมดให้กับคณะกรรมการพัฒนา GPAQ

ค่าความเชื่อถือของแบบสอบถาม

ผลการศึกษาที่ได้พบว่า GPAQ ฉบับภาษาไทย มีความแม่นยำและความเชื่อถือได้อยู่ในเกณฑ์ดี โดยมีค่า Standardized Cronbach's coefficient alpha ที่แสดงถึงความสอดคล้องภายในของแบบสอบถาม เท่ากับ 0.8049 โดยต้องตัดข้อคำถามออกหนึ่งข้อได้แก่ ข้อ 8.1 และ 8.2 ซึ่งเป็นข้อคำถามเกี่ยวกับการเข้าถึงบริการทางโทรศัพท์ เนื่องจากยังไม่มีการให้บริการทางโทรศัพท์ที่เป็นรูปธรรมชัดเจน

วิธีใช้แบบสอบถาม GPAQ

สามารถคำนวณคะแนน GPAQ Score จากแบบสอบถาม GPAQ (ฉบับภาษาไทย) ในด้านต่างๆ 6 ด้านต่อไปนี้

- 1) ด้านการเข้าถึงบริการ (Access) คำถามข้อ 3, 4, 5 และ 7
- 2) ด้านแผนกต้อนรับ (Receptionist) คำถามข้อ 2
- 3) ด้านความต่อเนื่อง (Continuity) คำถามข้อ 8
- 4) ด้านการสื่อสารระหว่างแพทย์และผู้ป่วย (Communication skill) คำถามข้อ 9
- 5) ด้านความสามารถในการดูแลตัวเองของผู้ป่วย (Enablement) คำถามข้อ 10
- 6) ด้านความพึงพอใจโดยรวม (Overall satisfaction) คำถามข้อ 11

โดยแต่ละด้านมีคะแนนเต็ม 100

สูตรคำนวณ

$$\text{GPAQ score} = \frac{(\text{mean score of completed questions} - \text{lowest possible question value}) \times 100}{(\text{maximum question range})}$$

ตารางช่วยในการคำนวณ

Scale	Lowest question value	Highest question value	Maximum question range
Access	1	6	5
Receptionists	1	6	5
Continuity	1	6	5
Communication	1	6	5
Enablement – consultation version only	1	3	2
Satisfaction	1	7	6

ตัวอย่างการคำนวณสำหรับทักษะการสื่อสารของแพทย์ (ข้อ 9 ในแบบสอบถามฉบับภาษาไทย) เช่น ถ้าผู้ป่วยให้คะแนน ตั้งแต่ข้อ 9.1–9.8 ดังต่อไปนี้

- 9.1 ปานกลาง คิดเป็นคะแนน 3
- 9.2 ดี คิดเป็นคะแนน 4
- 9.3 missing
- 9.4 ดีมาก คิดเป็นคะแนน 5
- 9.5 ปานกลาง คิดเป็นคะแนน 3
- 9.6 ดี คิดเป็นคะแนน 4
- 9.7 ดีมาก คิดเป็นคะแนน 5
- 9.8 missing

- mean score of completed questions คิดเป็น $(3+4+5+3+4+5)/6 = 4$
- lowest possible question value (ตามตาราง) = 1
- maximum question range (ตามตาราง) = 5

แทนค่าGPAQ score ด้าน communication skills

$$= \frac{(4-1) \times 100}{5} = 60 \text{ คะแนน}$$

นอกจากนี้ยังสามารถแยกคำนวณเป็นรายหัวข้อย่อยๆ ในส่วนของ communication skill โดยนำคะแนนในแต่ละข้อมาคำนวณแบบเดียวกันได้ นอกจากนี้การคำนวณในหัวข้ออื่นๆ ทำแบบเดียวกันได้โดยใช้ตารางช่วยคำนวณ

หมายเหตุ

1. ใน website¹⁰ www.gpaq.info มีโปรแกรมช่วยคำนวณจาก SPSS โดยที่เราสามารถใส่ข้อมูลแล้วโปรแกรมจะคำนวณออกมาให้ได้เลย
2. คำถามตั้งแต่ข้อ 12–21 เป็นข้อมูลส่วนตัวของผู้ป่วยและการสำรวจความเห็นของผู้ป่วยเพิ่มเติม

การนำ GPAQ ไปปรับใช้

การทราบข้อมูลเป็นคะแนนทำให้สามารถประเมินการให้บริการได้อย่างเป็นรูปธรรม และทำให้สามารถปรับปรุงคุณภาพและเปรียบเทียบผลได้ในอนาคต สำหรับการนำไปใช้อาจแบ่งเป็น

1. การประเมินสถานบริการทั้งหมดเป็นภาพรวม
2. การประเมินแพทย์แต่ละคนที่ให้บริการในเวชปฏิบัติปฐมภูมิ แนะนำให้ใช้แบบสอบถามอย่างน้อย 25 ชุดต่อแพทย์ 1 คน
3. การประเมินแพทย์ประจำบ้านในแต่ละชั้นปี

Reference

1. Gelb Safran D et al. *The Primary Care Assessment Survey: Tests of data quality and measurement performance*. Medical Care 1998; 36: 728-39.
2. Gelb Safran D et al. *Linking primary care performance to outcomes of care*. Journal of Family Practice 1998; 47: 213-220.
3. Murray A, Gelb Safran D. *The Primary Care Assessment Survey: a tool for measuring , monitoring and improving primary care*. In: Maruish M (ed) Handbook of Psychological Assessment in Primary Care Settings. 1999. Lawrence Erlbaum Associates.
4. Taira DA et al. *Asian American patient ratings of physician primary care performance*. Journal of General Internal Medicine 1997; 12: 237-242.
5. Ramsay J, Campbell J, Schroter S, Green J, Roland M. *The General Practice Assessment Survey (GPAS): tests of data quality and measurement properties*. Family Practice 2000; 17: 372-379.
6. Campbell JL, Ramsay J, Green J. *Age, gender, socio-economic, and ethnic differences in patients' assessments of primary health care*. Qual Health Care. 2001 Jun; 10(2): 90-5.
7. Bower P, Mead N, Roland M. *What dimensions underlie patient responses to the General Practice Assessment Survey? A factor analytic study*. Fam Pract. 2002 Oct; 19(5): 489-95.
8. Bower P, Roland M, Campbell J, Mead N. *Setting standards based on patients' views on access and continuity: secondary analysis of data from the general practice assessment survey*. British Medical Journal 2003; 236: 258-60.
9. Beaton Dorcas E, Bombardier Claire, Guillemin Francis, Marcos Bosi. *Guidelines for the process of Cross-Cultural Adaptation of Self-Report Measures*. Spine Journal 15 December 2000; 25: 3186-3191.
10. www.gpaq.info

แบบสอบถามประเมินเวชปฏิบัติทั่วไป/เวชปฏิบัติครอบครัว (GPAQ)

เรียนผู้ป่วย

ขอขอบคุณที่ท่านตอบแบบสอบถามเกี่ยวกับการบริการของสถานพยาบาลแห่งนี้ เนื่องจากสถานพยาบาลต้องการจัดบริการที่ได้มาตรฐานที่สุด ความคิดเห็นของท่านจึงมีคุณค่าต่อการพัฒนาการบริการและมีความสำคัญกับเรามาก
กรุณาตอบทุกคำถามที่ท่านสามารถตอบได้ ทั้งนี้ไม่มีคำตอบที่ถูกหรือผิดและผู้ให้บริการจะไม่ทราบคำตอบของท่าน
ขอบคุณ

เนื่องจากคำถามบางส่วนเกี่ยวข้องกับแพทย์ที่ท่านพบในวันนี้ กรุณากรอกชื่อ แพทย์ที่ท่านพบวันนี้

นพ. / พญ.

1. ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา ท่านพบแพทย์ในสถานพยาบาลแห่งนี้กี่ครั้ง

ไม่เคย	1-2 ครั้ง	3-4 ครั้ง	5-6 ครั้ง	7 ครั้งหรือมากกว่า
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

2. ท่านคิดว่าการต้อนรับจากเจ้าหน้าที่เป็นอย่างไร

แย่มาก	แย่	ปานกลาง	ดี	ดีมาก	ยอดเยี่ยม
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6

3.1 ท่านคิดว่าช่วงเวลาที่เปิดทำการเป็นอย่างไร

แย่มาก	แย่	ปานกลาง	ดี	ดีมาก	ยอดเยี่ยม
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6

3.2 ท่านอยากให้มีเวลาที่เปิดทำการเพิ่มเติมในช่วงใด (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

ช่วงเช้าตรู่	ช่วงพักเที่ยง	ช่วงเย็น	สุดสัปดาห์	ไม่จำเป็นต้องเปิดเพิ่ม
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

4. เมื่อท่านต้องการพบแพทย์ประจำตัวของท่าน (เลือกเพียง 1 ข้อ)

4.1 ท่านสามารถพบแพทย์ประจำตัวของท่านได้รวดเร็วเพียงใด

ภายในวันเดียวกัน	วันทำงาน	2 วันทำงาน	3 วันทำงาน	4 วันทำงาน	5 วันทำงาน	ไม่สามารถพบได้
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7

4.2 ท่านรู้สึกอย่างไรกับระยะเวลาดังกล่าว

แย่มาก	แย่	ปานกลาง	ดี	ดีมาก	ยอดเยี่ยม	ไม่สามารถพบได้
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7

5. เมื่อท่านต้องการพบแพทย์คนใดก็ได้ (เลือกเพียง 1 ข้อ)

5.1 ท่านสามารถพบแพทย์ได้รวดเร็วเพียงใด

ภายในวันนั้น	วันถัดมา	2 วันถัดมา	3 วันถัดมา	4 วันถัดมา	5 วันถัดมา	ไม่สามารถพบได้
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7

5.2 ท่านรู้สึกอย่างไรกับระยะเวลาดังกล่าว

แย่มาก	แย่	ปานกลาง	ดี	ดีมาก	ยอดเยี่ยม	ไม่สามารถพบได้
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7

6. ในกรณีที่ท่านต้องพบแพทย์อย่างเร่งด่วน ท่านมักจะได้ตรวจในวันนั้นเลยหรือไม่

ได้	ไม่ได้	ไม่ทราบ/ยังไม่เคยเจอกรณีนี้
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3

7.1 ระยะเวลาในการรอหน้าห้องตรวจก่อนได้รับการตรวจรักษา (เลือกเพียง 1 ข้อ)

ไม่เกิน 5 นาที	6-10 นาที	11-20 นาที	21-30 นาที	มากกว่า 30 นาที
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

7.2 ท่านรู้สึกอย่างไรกับระยะเวลาดังกล่าว

แย่มาก	แย่	ปานกลาง	ดี	ดีมาก	ยอดเยี่ยม
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6

8. คำถามนี้เป็นคำถามเกี่ยวกับแพทย์ประจำตัวของท่าน หรือแพทย์ที่ท่านรู้จักดีที่สุดของที่นี่ หากไม่มีกรุณาข้ามไปข้อ 9

8.1 โดยปกติ ท่านได้พบแพทย์ประจำของท่านบ่อยแค่ไหน

ทุกครั้ง	เกือบทุกครั้ง	ส่วนใหญ่	พบบ้าง	เกือบไม่เคย	ไม่เคย	
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7

8.2 ท่านรู้สึกอย่างไร

แย่มาก	แย่	ปานกลาง	ดี	ดีมาก	ยอดเยี่ยม
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6

9. ระดับความพึงพอใจในการตรวจรักษา

กับแพทย์วันนี้ ในเรื่องต่อไปนี้	แย่มาก	แย่	ปานกลาง	ดี	ดีมาก	ยอดเยี่ยม	ไม่ทราบ
---------------------------------	--------	-----	---------	----	-------	-----------	---------

9.1 แพทย์ซักถามอาการและความรู้สึกของท่านโดยละเอียดหรือไม่ อย่างไร

<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7
----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------

9.2 แพทย์รับฟังสิ่งที่ท่านพูด มากน้อยเพียงใด

<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7
----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------

9.3 แพทย์ทำให้ท่านรู้สึกผ่อนคลายหรือสบายใจขณะตรวจร่างกายอย่างไร

<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7
----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------

9.4 แพทย์ให้ท่านมีส่วนร่วมมากเพียงใด ในการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษา

<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7
----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------

9.5 แพทย์อธิบายปัญหา และแผนการรักษาแก่ท่านได้อย่างเพียงพอหรือไม่ อย่างไร

<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7
----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------

	แย่มาก	แย่	ปานกลาง	ดี	ดีมาก	ยอดเยี่ยม	ไม่ทราบ
9.6 แพทย์ให้เวลากับท่าน มากน้อยเพียงใด	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7
9.7 แพทย์อดทนเพียงใดในการตอบ คำถามและความกังวลต่างๆ ของท่าน	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7
9.8 แพทย์แสดงความห่วงใยในตัวท่าน อย่างไร	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7

10. หลังการพบแพทย์วันนี้ ท่านรู้สึกอย่างไร ดีกว่าเดิมมาก				ดีกว่าเดิมเล็กน้อย		เหมือนเดิมหรือน้อยกว่า	ไม่ทราบ
10.1 สามารถเข้าใจปัญหาสุขภาพของ ตนเองได้	<input type="checkbox"/> 1		<input type="checkbox"/> 2		<input type="checkbox"/> 3		<input type="checkbox"/> 4
10.2 สามารถดูแลปัญหาสุขภาพของ ตนเองได้	<input type="checkbox"/> 1		<input type="checkbox"/> 2		<input type="checkbox"/> 3		<input type="checkbox"/> 4
10.3 สามารถดูแลให้ตนเองมีสุขภาพดีได้	<input type="checkbox"/> 1		<input type="checkbox"/> 2		<input type="checkbox"/> 3		<input type="checkbox"/> 4

11. โดยรวมแล้ว ท่านพึงพอใจต่อการบริการของสถานพยาบาลนี้อย่างไร (เลือกเพียง 1 ข้อ)

1 พึงพอใจมากที่สุด 2 พึงพอใจมาก 3 พึงพอใจ 4 เฉยๆ

5 ไม่พึงพอใจ 6 ไม่พึงพอใจมาก 7 ไม่พึงพอใจมากที่สุด

ท้ายสุดนี้เพื่อให้เราเข้าใจคำตอบของท่านมากขึ้น กรุณากรอกข้อมูลส่วนตัวของท่าน ด้านล่างนี้

12. เพศ	<input type="checkbox"/> 1 ชาย	<input type="checkbox"/> 2 หญิง
13. อายุ ปี	
14. ท่านเป็นผู้ป่วย	<input type="checkbox"/> 1 ใหม่	<input type="checkbox"/> 2 เก่า
15. สิทธิการรักษา	<input type="checkbox"/> 1 30 บาท	<input type="checkbox"/> 2 ประกันสังคม <input type="checkbox"/> 3 เบิกได้ <input type="checkbox"/> 4 จ่ายเอง

16. ท่านมีความเจ็บป่วยเรื้อรัง ความพิการ หรือความไม่แข็งแรงของ ร่างกาย ที่มีผลกระทบต่อท่านมาเป็นเวลานานหรือไม่	<input type="checkbox"/> 1 มี	<input type="checkbox"/> 2 ไม่มี
---	-------------------------------	----------------------------------

17. ภูมิลำเนาของท่าน คือ จังหวัด.....	หมายเลขประจำตัวผู้ป่วย.....
ที่อยู่ปัจจุบัน.....
โทรศัพท์บ้าน.....	โทรศัพท์มือถือ.....

18. ที่พักอาศัยของท่านในปัจจุบัน	<input type="checkbox"/> 1 เป็นเจ้าของ	<input type="checkbox"/> 2 เช่าอยู่
----------------------------------	--	-------------------------------------

19. อาชีพปัจจุบัน

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> 1 เจ้าของกิจการ | <input type="checkbox"/> 5 พ่อบ้าน/แม่บ้าน |
| <input type="checkbox"/> 2 ลูกจ้าง | <input type="checkbox"/> 6 ตกงาน |
| <input type="checkbox"/> 3 รับราชการ | <input type="checkbox"/> 7 ไม่สามารถทำงานได้เนื่องจากความเจ็บป่วย |
| <input type="checkbox"/> 4 นักเรียน/นักศึกษา | <input type="checkbox"/> 8 เกษียณ |
| <input type="checkbox"/> 9 อื่นๆ โปรดระบุ | |

20. รายได้บาทต่อเดือน

21. ข้อเสนอแนะหรือคำแนะนำอื่นๆของท่านต่อสถานพยาบาล

คำชมเชย

.....

.....

.....

ข้อควรปรับปรุง

.....

.....

.....

ข้อเสนอแนะเพิ่มเติม.....

.....

.....

.....

ขอขอบคุณท่านที่สละเวลาเพื่อให้ข้อมูลกับเรา

FM

การประเมินคุณภาพหน่วยบริการปฐมภูมิ (ต่อจากหน้า 13)

6. การประเมินคุณภาพของงานเยี่ยมบ้าน (Home care)

(Survey, Interview)

สรุป ไม่มีระบบการให้บริการปฐมภูมิรูปแบบใดรูปแบบหนึ่งที่สามารถทำให้สมบูรณแบบใน 4 หลักการที่กล่าวมา ได้แก่ แต่แรก ต่อเนื่อง ทุกเรื่อง และเบ็ดเสร็จ ดังนั้นถ้ามาตรฐานการ

ประเมินคุณภาพสูงเกินไป เจ้าหน้าที่ก็จะรู้สึกลำบากใจ และผู้ป่วยก็จะรู้สึกไม่เข้าใจลักษณะการให้บริการดังกล่าวได้

สิ่งที่สำคัญกว่าก็คือจะอย่างไร ให้เวชปฏิบัติปฐมภูมิแต่ละแห่งสามารถกำหนดเป้าหมายการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยแบบองค์รวมได้ในระดับที่เหมาะสม รวมทั้งเป็นศูนย์กลางการทำให้เกิดการพัฒนาศักยภาพของเจ้าหน้าที่ได้อย่างต่อเนื่องต่อไป

FM

สถานการณ์การวิจัย เวชปฏิบัติระดับปฐมภูมิ ของกลุ่มงานเวชกรรมสังคม SW.ภาคใหญ่

จากการวิเคราะห์สถานการณ์งานวิจัยระดับปฐมภูมิที่ผ่านมาในภาพรวมของกลุ่มงานเวชกรรมสังคม
โรงพยาบาลหาดใหญ่ พบว่า มีจุดเด่นและโอกาสพัฒนาดังต่อไปนี้

จุดเด่นในการพัฒนางานวิจัยระดับปฐมภูมิ มีดังนี้

1. เป็นสาขาวิจัยที่มีโอกาสพัฒนาสูง เพราะเป็นการทำวิจัยในบริบทของงานบริการปฐมภูมิและชุมชน ซึ่งเป็นหัวข้อที่เปิดกว้างสำหรับการวิจัยทั้งเชิงคุณภาพ (qualitative) และเชิงปริมาณ (quantitative) ยกตัวอย่าง เช่น primary care concept, palliative care, home health care, lifestyle modification ฯลฯ
2. มีระบบการเรียนการสอนนักศึกษาแพทย์และแพทย์ประจำบ้าน ทำให้ทีมทำงานได้พัฒนาตนเองในเรื่องงานวิจัยต่างๆ เช่น ความรู้เกี่ยวกับการทำวิจัย
3. มีโครงสร้างระบบบริการปฐมภูมิที่เข้มแข็งและมีความสัมพันธ์อันดีกับชุมชน จึงเป็นข้อดีที่สามารถเข้าถึงกลุ่มประชากรต่างๆ ได้ง่าย ทำให้มีจำนวนประชากรที่เป็นฐานการวิจัยมาก
4. บริบทที่อยู่ใกล้โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ และความสัมพันธ์อันดีกับอาจารย์ผู้ใหญ่หลายท่าน ทำให้สามารถมีแหล่งที่ให้คำปรึกษาและข้อคิดเห็นในด้านต่างๆ เวลาทำงานวิจัยได้

สิ่งที่เป็นอุปสรรคในการพัฒนางานวิจัย ได้แก่

1. แนวทางในการพัฒนายังไม่ชัดเจน เนื่องจากขาดการรวบรวมงานวิจัยที่มีอยู่ และนำมาวิเคราะห์อย่างเป็นระบบ ทำให้สถานการณ์ตอนนี้ งานวิจัยออกมาในรูปแบบต่างคนต่างทำ
2. ความขาดแคลนในปัจจัยต่างๆ ที่จะนำไปสู่งานวิจัยที่ดี โดยเฉพาะเรื่องเวลา เพราะทีมงานแต่ละคนมีภาระงานมาก ทั้งงานบริการ การเรียนการสอน และงานบริหาร
3. ในภาพรวมของประเทศ ขาดการเชื่อมโยงระหว่างเครือข่ายงานวิจัยต่างๆ ทำให้มีปัญหาในการอ้างอิงข้อมูล กำหนดแนวทางทำงาน และการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ซึ่งกันและกัน
4. การทำงานวิจัยขนาดใหญ่อาจมีข้อจำกัด เรื่องงบประมาณสนับสนุน

แนวทางในการพัฒนางานวิจัยระดับปฐมภูมิและเวชศาสตร์ครอบครัว ได้แก่

1. รวบรวมงานวิจัยที่มีอยู่ให้เป็นรูปธรรมและวิเคราะห์ข้อมูลให้เป็นระบบ
2. สร้างเครือข่ายพัฒนางานวิจัย
3. กำหนดทิศทางและกรอบการวิจัยให้ชัดเจน
4. เสริมจุดเด่นของการวิจัยที่มีความเป็นเอกลักษณ์เฉพาะตัวทางด้านปฐมภูมิและชุมชนให้ชัดเจน
5. หาแหล่งทุนเพื่อขอการสนับสนุน

รายงานบทคัดย่อผลงานวิจัยจากกลุ่มงานเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลหาดใหญ่ ทั้ง 2 ตัวอย่างนี้ ได้กำหนดกรอบเพื่อทดสอบและเสริมจุดเด่นของเวชศาสตร์ครอบครัวว่า ตรงหรือสามารถประยุกต์ใช้ได้กับบริบทในประเทศไทยหรือไม่ คือ ให้ความสำคัญกับ ปริมาณและชนิดความเจ็บป่วยที่ไปใช้บริการในระดับต่างๆ โดยเฉพาะเวชปฏิบัติระดับปฐมภูมิ และการเข้าใจเรื่องความคาดหวังของผู้ป่วยในโรคที่พบบ่อย เช่น โรคหวัด

The health status and health seeking behaviors of population in Hatyai district, Songkla province

- ผู้วิจัย :** พัทธมน พิพัฒน์รัตนเสรี, พรหมศิริ อ่ำไพ, พณพัฒน์ โตเจริญวานิช
- วัตถุประสงค์ :** เพื่อศึกษาถึงอัตราการเจ็บป่วย ความชุกของกลุ่มโรค และพฤติกรรมการใช้บริการสุขภาพของประชากรในอำเภอหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา
- วิธีการวิจัย :** เป็นการวิจัยแบบตัดขวาง ศึกษาในช่วงเดือนมกราคมถึงกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2549 โดยเก็บข้อมูลจากประชากรในเขตเทศบาล (ชุมชนกลางนา) 324 ราย และนอกเขตเทศบาล (ชุมชนท่าจีน) 440 ราย ที่ได้มาจากการสุ่มเลือก เพื่อเป็นตัวแทนของประชากรในอำเภอหาดใหญ่
- ผลการศึกษา :** กลุ่มประชากรตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง มีอายุอยู่ในช่วง 15–29 ปี นับถือศาสนาพุทธ จบระดับชั้นประถมศึกษา มีรายได้ต่อครัวเรือนมากกว่า 10,000 บาทต่อเดือน และมีสิทธิการรักษาเป็นบัตรประกันสุขภาพ สำหรับอุบัติการณ์ของการเจ็บป่วยเฉียบพลันในรอบ 1 เดือนของประชากร เท่ากับร้อยละ 66.6 โดยกลุ่มโรคที่พบบ่อยที่สุด ได้แก่ โรคหวัดเจ็บคอ โรคกล้ามเนื้อ กระดูก ข้อ และโรคปวดศีรษะ เวียนศีรษะ คิดเป็นร้อยละ 43.4, 13.6 และ 12.2 ตามลำดับ เมื่อประชากรเจ็บป่วยเฉียบพลัน พบว่าร้อยละ 51.0 ไปใช้บริการที่สถานพยาบาลปฐมภูมิ ร้อยละ 43.1 ใช้การดูแลตัวเอง อีกร้อยละ 4.6 ไปพบแพทย์เฉพาะทางที่โรงพยาบาล และมีเพียงร้อยละ 1.3 ที่เข้านอนรักษาตัวในโรงพยาบาล สำหรับการเจ็บป่วยเรื้อรัง พบว่าความชุกของโรคเรื้อรังในประชากรเท่ากับ ร้อยละ 39.5 โดยกลุ่มโรคที่พบบ่อยที่สุด คือ โรคกล้ามเนื้อ กระดูก ข้อ โรคความดันโลหิตสูง และโรคภูมิแพ้ หอบหืด คิดเป็นร้อยละ 18.4, 16.1 และ 16.1 ตามลำดับ ส่วนการเลือกใช้บริการสุขภาพของประชากรเมื่อเจ็บป่วยเรื้อรัง พบว่าร้อยละ 48.0 ยังไปใช้บริการที่สถานพยาบาลปฐมภูมิ ร้อยละ 25.6 ใช้การดูแลตัวเอง อีกร้อยละ 26.2 ไปพบแพทย์เฉพาะทางที่โรงพยาบาล และมีเพียงร้อยละ 0.2 ที่ต้องเข้านอนรักษาตัวในโรงพยาบาล
- สรุป :** ประชากรในอำเภอหาดใหญ่ เมื่อมีการเจ็บป่วยเกิดขึ้นทั้งโรคเฉียบพลันและโรคเรื้อรัง ส่วนใหญ่จะเลือกไปใช้บริการสุขภาพที่สถานพยาบาลปฐมภูมิ แสดงให้เห็นถึงความสำคัญในการพัฒนาการจัดบริการสาธารณสุข การวิจัย และการเรียนการสอนในเวชปฏิบัติระดับปฐมภูมิ

Parental expectations of consultations for upper respiratory tract infection at Family Medicine clinic, Hatyai Hospital

- ผู้วิจัย :** กรองแก้ว ร่มสงฆ์, พณพัฒน์ โตเจริญวานิช
- วัตถุประสงค์ :** เพื่อทราบถึงความคาดหวังและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความคาดหวังของผู้ปกครองของเด็ก ที่มาพบแพทย์ด้วยอาการติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบน ณ คลินิกเวชปฏิบัติครอบครัว โรงพยาบาลหาดใหญ่
- วิธีการวิจัย :** เป็นการวิจัยแบบตัดขวาง โดยใช้แบบสอบถามที่ได้รับการทดสอบความตรงในเชิงเนื้อหาและความเชื่อมั่น แล้วเก็บข้อมูลจากผู้ปกครองของเด็กที่มาพบแพทย์ด้วยอาการติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบน ณ คลินิกเวชปฏิบัติครอบครัว โรงพยาบาลหาดใหญ่ ในเดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2547 ทั้งหมด 140 คน
- ผลการศึกษา :** ผู้ปกครองร้อยละ 95.7 คาดหวังให้แพทย์ถามอาการอย่างละเอียด ร้อยละ 90.7 คาดหวังให้วัดไข้ หรือตรวจปอด ร้อยละ 77.9 คาดหวังให้แพทย์บอกถึงการวินิจฉัยโรค และร้อยละ 95.7 คาดหวังได้รับยาเพื่อบรรเทาอาการ ในจำนวนนี้มีร้อยละ 27.1 คาดหวังจะได้รับยาปฏิชีวนะ นอกจากนี้มีผู้ปกครองร้อยละ 67.8 ต้องการคำแนะนำในการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ร้อยละ 37.9 ต้องการให้แพทย์ติดตามอาการป่วย ร้อยละ 25.7 ต้องการให้แพทย์ถามถึงความกังวลที่มาพบแพทย์และผลกระทบที่มีต่อชีวิตของผู้ป่วย และร้อยละ 17.8 คาดหวังจะได้รับการตรวจเลือดหรือเอกซเรย์ การวิเคราะห์หาความสัมพันธ์โดยใช้วิธี Multivariate พบว่าความคาดหวังให้แพทย์ถามถึงความกังวลที่มาพบแพทย์จะน้อยลงหากอายุของเด็กมากขึ้น (OR 0.21, 95% CI 0.06–0.79) แต่จะมากขึ้นหากเด็กเคยไปพบแพทย์มาก่อน (OR 27.9, 95% CI 3.14–248.17) ความคาดหวังให้แพทย์ตรวจเลือดหรือเอกซเรย์จะสัมพันธ์กับทัศนคติของผู้ปกครองต่อความรุนแรงของอาการ (OR 15.38, 95% CI 1.30–181.17) ส่วนความคาดหวังต่อการได้รับคำแนะนำในการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรคจากแพทย์สัมพันธ์กับระดับการศึกษาของผู้ปกครองที่สูงขึ้น (OR 3.64, 95% CI 1.08–12.25)
- สรุป :** ผู้ปกครองส่วนใหญ่ที่พาเด็กมาพบแพทย์ด้วยอาการติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบนต้องการให้แพทย์ตรวจและรักษาโรคแก่ผู้ป่วย แต่มีผู้ปกครองส่วนหนึ่งคาดหวังให้แพทย์ถามถึงความกังวลที่มาพบแพทย์ ติดตามอาการอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งให้คำแนะนำในการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค ดังนั้นการดูแลผู้ป่วยด้วยหลักการเวชศาสตร์ครอบครัวจึงมีความสำคัญและนำไปใช้ได้จริงในเวชปฏิบัติระดับปฐมภูมิ

FM

One-Minute Preceptor (ต่อจากหน้า 11)

ขึ้น และสำหรับผู้ป่วยรายนี้ซึ่งเป็นเบาหวาน เราน่าจะตรวจดูระดับน้ำตาลในเลือดสักหน่อย (แก้ไขข้อผิดพลาด) ไป เราไปดูคนไข้ด้วยกันอีกที จะได้ว่าทำอะไรเพิ่มเติมได้บ้าง

สรุป หลักการ One-Minute Preceptor ช่วยประหยัดเวลาให้กับผู้สอนและผู้เรียน ทำให้การเรียนการสอนเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้นเมื่อเทียบกับวิธีการแบบดั้งเดิม

Reference

1. Bowen J, Carline J. Learning in the Social Context of Ambulatory Care Clinics. Academic Medicine. 72:187-190, 1997.
2. Irby D, Gordon KC, Meyer B. The One Minute Preceptor: Five microskills For Clinical Teaching. <http://www.ambpeds.org/nutsandbolts/pdfs/irby.pdf>
3. McGee S, Irby D. Teaching in the Outpatient Clinic: Practical Tips. J Gen Internal Med.12: (Suppl) S34-40, 1997.
4. Neher JO, Gordon KC, Meyer B, Stevens N. A Five-step "Microskills" Model of Clinical Teaching. Journal of the American Board of Family Practice. 5: 419-424, 1992.

FM

จุฬาราชวิทยาลัยครอบครัว

เจ้าของ

กระทรวงสาธารณสุข และ สถาบันวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน (สพช.) ร่วมกับ ชมรมอาจารย์แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว (STFMT) สนับสนุนงบประมาณการจัดพิมพ์ โดย สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ที่ปรึกษา

พญ.สุพัตรา ศรีวณิชชากร ผศ. พญ.สายพิน หัตถิรัตน์

บรรณาธิการ

พญ.อรพรรณ ตะเวทิงค์ นางทัศนีย์ ญาณะ

กองบรรณาธิการ

นพ.วิโรจน์ วรรณภีระ ผศ. นพ.พีระศักดิ์ เลิศตระการนนท์

นพ.สุรสิทธิ์ จิตรพิทักษ์เลิศ นพ.พนพัฒน์ โตเจริญวานิช

พญ.ขจีรัตน์ ปรีกเอโก พญ.ดาริน จตุรภัทรพร

นพ.ธีรภาพ ลิวลักษณ์ นายก้องภพ สีละพัฒน์

ภาพและกองจัดการ

นางสาวผการัตน์ ฤทธิศรีบุญ นางสาวพฤชา นุกบุญ

สถานที่ติดต่อ

สถาบันวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน

อาคาร 3 ชั้น 7 ตึกสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

ถนนติวานนท์ อำเภอเมือง นนทบุรี

โทรศัพท์ 02 5901851-2 โทรสาร 02 5901839, 02 5901850

website: www.thaiichr.org

ชมรมอาจารย์แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว

www.stfmt.org, e-mail: wonnadara@hotmail.com

จุฬาราชวิทยาลัย เวชศาสตร์ครอบครัว

อาคาร 3 ชั้น 7 ตึกสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
ถนนติวานนท์ อำเภอเมือง นนทบุรี 11000

