(ร่างแรก)

รายงานการประชุมเวทีเครือข่ายการพัฒนาระบบสุขภาพที่มีหัวใจความเป็นมนุษย์ (คสม.)

เรื่อง "Humanized Health Care ใส่หัวใจให้ระบบสุขภาพ"

วันอังคารที่ 5 มิถุนายน 2550 เวลา 08.00 – 18.00 น.

ณ ห้องประชุมเอกาทศรถ 9 ชั้น 3 อาคารสิรินธร โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยนเรศวร จังหวัดพิษณุโลก

(จัดโดย แผนงานพัฒนาจิตเพื่อสุขภาพ มูลนิธิสดศรี-สฤษดิ์วงศ์ และ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร)

เปิดประชุมเวลา 08.30 น.

ศ.นพ.ศุภสิทธิ์ พรรณารุโณทัย คณบดีคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร กล่าวรายงานความเป็นมาและวัตถุประสงค์ของการประชุม จากนั้น รศ.ดร.มณฑล สงวนเสริมศรี อธิการบดีมหาวิทยาลัยนเรศวร ประธานในการประชุมกล่าวเปิดประชุม โดยมีรายละเอียดการประชุมดังนี้

ปาฐกถา "HHC กับการเรียนการสอนแพทยศาสตร์ศึกษา"

โดย ศ.นพ.ศุภสิทธิ์ พรรณารุโณทัย

คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวรมีความต้องการพัฒนาหลักสูตรการเรียนการสอนแพทยศาสตร์บัณฑิต ดังนั้นในปี 2549 ทางคณะจึงได้จัดหลักสูตรการเรียนการสอนใหม่เป็นแบบ Outcome Based Curriculum ที่เน้นผลลัพธ์ปลายทาง จะมีผลลัพธ์ข้อหนึ่งที่เข้ากับหัวข้อการประชุมในครั้งนี้ การบรรยายนี้พยายามตีโจทย์ 4 ข้อ คือ

1. บริบทของ Humanized Health Care

<u>องค์ประกอบของระบบสุขภาพกับระบบบริการสุขภาพ</u> ระบบบริการสุขภาพจะแคบกว่าระบบสุขภาพ ระบบบริการสุขภาพประกอบด้วย ผู้ให้บริการ ผู้รับบริการ และอาจรวมถึงผู้จ่ายเงินด้วย ส่วนระบบบริการสุขภาพนอกจากจะประกอบด้วย ผู้ให้บริการ ผู้รับบริการ ผู้จ่ายเงินแล้ว ยังรวมถึงสิ่งแวดล้อมทั้งหมดที่เกี่ยวข้อง ครอบครัว ชุมชน รัฐบาล กลุ่มประชาชน และกลุ่มเคลื่อนไหวต่างๆ รวมถึงนโยบายของรัฐบาลว่าเอื้อหรือทำลายสุขภาพ ดังนั้นประเด็นการประชุม "ใส่หัวใจให้ระบบสุขภาพ" ซึ่งเป็นระบบสุขภาพองค์รวม จึงควรมีความหมายกว้างกว่าระบบบริการสุขภาพ

<u>การปฏิรูประบบการคลังสุขภาพ</u>

ระบบบริการสุขภาพที่มีการพัฒนามากๆ อาจส่งผลกระทบ (ด้านลบ) ต่อการใส่หัวใจให้ระบบสุขภาพ เช่น

1) <u>ผู้ให้บริการ</u> เนื่องจากมีวิธีการจ่ายเงินแบบต่างๆ เข้ามาบีบรัดผู้ให้บริการมากขึ้นเพื่อที่จะให้รายจ่ายสุขภาพของประเทศไม่สูงเกิน การที่เกิดหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ามีทั้งด้านดีและด้านที่อาจส่งผลกระทบ (ด้านลบ) ต่อการใส่หัวใจให้ระบบสุขภาพ สิ่งที่เป็นข้อสังเกตประการหนึ่ง คือ การใช้หลักการ "การเงินนำการบริบาล" ที่จำกัดการจ่ายเงินให้กับผู้ให้บริการ ฝ่ายบริหารให้ความสนใจตัวเลขทางบัญชีมากอาจทำให้เกิด Conflict ในระบบขึ้นได้ เช่น สวัสดิการข้าราชการจะใช้วิธีการการจ่ายเงินแบบมีการจำกัดคาดว่าจะเริ่มประมาณเดือนมิถุนายนนี้ โดยที่ผู้ป่วยในจะเหมาจ่ายตามความรุนแรงของโรค คาดว่ามีผลกระทบต่อการให้บริการแน่นอน

2) ผู้รับบริการ จากนโยบายรัฐบาลที่ประกาศจะให้นั่นให้นี่ ผู้รับบริการจึงเกิดความ “คาดหวังกับความสำเร็จ” ซึ่งอาจคาดหวังสูงกว่าที่ผู้ให้บริการจะให้ได้
3) สิ่งแวดล้อมทั้งหมดที่เกี่ยวข้อง “สิทธินำหน้าที่”

2. การเรียนการสอนแพทยศาสตร์บัณฑิต มีหลายหลักสูตรดังนี้

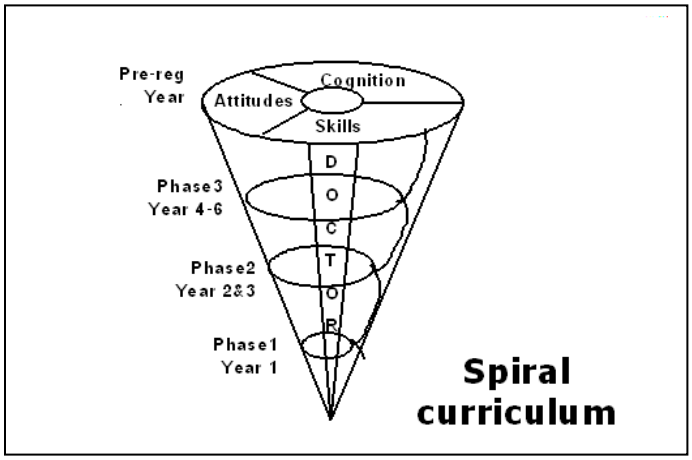
- หลักสูตรแพทยศาสตร์บัณฑิต 6 ปี
- หลักสูตรแพทยศาสตร์บัณฑิต 5 ปี
- หลักสูตรหลังปริญญา - แพทย์เพิ่มพูนทักษะ
  - แพทย์พี่เลี้ยง-แพทย์ใช้ทุน
  - ผู้มีความรู้ความชำนาญวิชาชีพเวชกรรม

3. องค์ความรู้ทางด้านแพทยศาสตรศึกษา (Medical Education)

หลักสูตรเป็นตัวผลักดันให้เกิดการเปลี่ยนแปลง (Curriculum drives changes) ดังนั้นจึงควรมีการเน้นย้ำในแต่ละปีมีลักษณะเป็น Spiral curriculum ทั้งนี้ในปี 2549 ได้ให้ นิสิตปี 1 ไป รพช. ใกล้บ้าน 1 สัปดาห์ แล้วให้ประเมินตนเองว่าบรรลุ outcome ตัวไหนบ้าง สิ่งที่คณะคาดหวังคือ “เข้าใจในความเป็นมนุษย์”

Outcome-based curriculum 7 ข้อ (ข้อ 1-5 อยู่ใน 5 stars doctor of WHO)

1) แก้ไขปัญหาสุขภาพโดยการประยุกต์วิทยาศาสตร์การแพทย์พื้นฐานและทักษะทางคลินิกในการวินิจฉัย รักษา ฟื้นฟูสภาพ ป้องกันโรค และสร้างเสริมสุขภาพของผู้ป่วยทั้งในระดับบุคคล ครอบครัวและชุมชน ด้วยความรู้และทักษะที่เป็นองค์รวม
2) เลือกตัดสินใจได้อย่างเป็นระบบโดยอาศัยข้อมูล สังเคราะห์ วิเคราะห์ และประเมินค่า
3) เป็นผู้จัดการและผู้นำชุมชนด้านสุขภาพ ให้คำปรึกษาและทำงานเป็นทีมร่วมกับผู้อื่นในการแก้ไขปัญหาสุขภาพได้
4) เป็นผู้แสวงหาความรู้ใหม่และศึกษาด้วยตนเองตลอดชีวิต
5) บริหารจัดการตนเองและกิจกรรมหน้าที่ของตนด้วยความรับผิดชอบ
6) ใช้ทักษะเพื่อการสื่อสารอย่างได้ผล
7) มีเจตคติที่ดีและปฏิบัติตนถูกต้องตามหลักเวชจริยศาสตร์และกฎหมาย และสามารถดำรงตนในฐานะแพทย์และสมาชิกในสังคมได้อย่างเหมาะสม



4. ความสัมพันธ์ของ Humanized Health Care กับการเรียนการสอนแพทยศาสตรบัณฑิต

- คำจำกัดความของ Humanized Doctor
- ตัวชี้วัด
- เกณฑ์การประเมิน

ผลจากการประชุมครั้งนี้ คาดหวังว่าจะทำให้ประเด็น Humanized Health Care เคลื่อนไหวต่อไปเรื่อยๆ ซึ่งเมื่อชัดก็จะนำเสนอที่ประชุมในเดือนกันยายน 2550 นี้

แนวคิด HHC ในระบบการเรียนการสอน แพทยศาสตร์ศึกษา

โดย นพ.โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์

แพทยศาสตร์ศึกษากับการแพทย์ด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ (Medical Education and Humanized Health Care: Envisioning a Compassionate Medicine) การศึกษาแค่วิชาทางการแพทย์อย่างเดียวไม่พอควรจะมีความเข้าอกเข้าใจในความเป็นมนุษย์ด้วย องค์ดาไลลามะกล่าวในที่ประชุมแห่งหนึ่งว่าอยากเห็นการแพทย์เป็นวิทยาศาสตร์แบบ Compassionate Science คือ มีความละเอียดอ่อน เข้าอกเข้าใจในความเป็นมนุษย์

“ข้าพเจ้าไม่ต้องการให้ท่านทั้งหลายเป็นเพียงแพทย์ แต่ต้องการให้ท่านเป็นมนุษย์ด้วย” พระราชดำรัสสมเด็จพระบรมราชชนก

สุขภาพกับความเป็นมนุษย์ เมื่อสุขภาวะคือภาวะแห่งความเป็นมนุษย์ที่สมบูรณ์ การเจ็บป่วยจะบั่นทอนความเป็นมนุษย์ที่สมบูรณ์ลง ฉะนั้นจึงควรช่วยคนที่ได้รับทุกข์จากความเจ็บป่วยให้ “ไม่ท้อแท้ ล้มเหลว จากความเจ็บป่วย”

ตัวอย่างเช่น คุณมนัส อาชีพช่างทาสี ประสบอุบัติเหตุขณะทาสีหลังคาบ้าน ถูกไฟฟ้าแรงสูงดูด หมดสติ ได้รับการรักษาทันเวลาแต่ต้องถูกตัดแขนทั้งสองข้าง ตกอยู่ในสภาพพิการ ซึมเศร้า และเป็นทุกข์ พยาบาล PCU ที่ไปเยี่ยมบ้านได้ฟื้นฟูจิตใจและความสามารถของผู้ป่วยด้วยการตอกแปรงสีฟันกับวงกบประตูช่วยให้แปรงฟันเองได้ ในห้องน้ำก็ต่อท่อที่สามารถใช้เท้าเหยียบทำความสะอาดได้ และให้กำลังใจช่วยให้ผู้ป่วยมีความกล้าไปงานรับปริญญาของลูกสาว ซึ่งก็ได้รับการยอมรับจากเพื่อนๆ ของลูก ไม่มีใครรังเกียจ ลูกก็ไม่อายเพื่อน

Integrating Health and Humanity พื้นฐานการมองเพื่อผสมผสาน “Health” กับ “Humanity” ควรมองว่าสุขภาพหรือสุขภาพดีของทุกคนเป็นศีลธรรมของสังคม หัวใจของสุขภาวะคือการเคารพในคุณค่า ศักดิ์ศรี และศักยภาพของความเป็นมนุษย์ ซึ่งศักยภาพสูงสุดของความเป็นมนุษย์ คือการก้าวพ้นจากความบีบคั้นคับข้องไปสู่อิสรภาพที่เชื่อมโยงมนุษยชาติและสรรพสิ่งให้เป็นหนึ่งเดียว

ทำอย่างไรจะทำให้การแพทย์กลับมาเป็นอุดมการณ์ของสังคม ซึ่งหัวใจของอุดมการณ์นี้ก็คือ หัวใจของความเป็นมนุษย์ ความต้องการของมนุษย์มี 5 ประการตามทฤษฎีความต้องการของมาสโลว์

1) Self Actualization Needs
2) Ego Needs
3) Social Needs
4) Security Needs
5) Physiological Needs

"ภารกิจที่จะไปดูแลรับผิดชอบชีวิตคน" ไม่ใช่แค่ประเด็นทางเศรษฐกิจและสังคม หากมีอุดมการณ์ร่วมกันคงไม่ปล่อยให้เพื่อนนักศึกษาแพทย์สอบตก เป็นประเด็นที่น่าคิด

การลดทอนความเป็นมนุษย์ ในระบบงานที่ทำอยู่นั้นจะมีสิ่งที่มาลดทอนความเป็นมนุษย์หลายอย่าง นอกจากนี้สิ่งที่เรียนรู้จากระบบการทำงานมากกว่าในชั้นเรียน (เช่น รู้หลบเป็นปีกรู้หลีกเป็นหาง) นำไปสู่ปัญหาความรุนแรงในระบบบริการทางการแพทย์ มนุษย์กลายเป็นเครื่องมือของระบบมากกว่าเป็นเป้าหมายของการพัฒนา การทำงานกลายเป็นความทุกข์ คนถูกทำร้ายและทำร้ายคนอื่นได้ง่าย นำไปสู่ความขัดแย้งและความรุนแรง คนดีท้อแท้หมดศรัทธาและกำลังใจในการทำงาน "โรคไร้ศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์อย่างรุนแรงได้กลายเป็นโรคระบาดอย่างใหม่"

Dehumanization of health professionals ได้แก่ การขาดความภาคภูมิในวิชาชีพ การรู้สึกไม่ได้รับความเป็นธรรมอย่างเท่าเทียม การลดทอนงานเป็นเพียงการหารายได้ การแปลกแยกจากงานที่ทำซึ่งทำให้คนไม่รู้ซึ้งถึงระบบใหญ่ (เช่น ตรวจปัสสาวะแต่ไม่เห็นคน) ความยอมรับในสังคมน้อยลง ขาดแรงบันดาลใจและความคิดสร้างสรรค์ ระบบงานบั่นทอนทำให้คนดีท้อแท้ งานขาดความหมายเชิงจิตวิญญาณ

ระบบการแพทย์สมัยใหม่ เครื่องมือที่เราใช้มีผลต่อระบบการคิดและการบริการ ในเมื่อเครื่องมือที่ใช้เป็นแบบนี้ เราจึงคิดและให้บริการแบบนี้ "อย่าเพิ่งพูด หมอกำลังฟัง (ฟังเสียงอวัยวะ)" การบันทึกประวัติผู้ป่วยใน OPD card ก็เช่นกันควรจะสร้างเครื่องมือที่ช่วยให้มองเห็นภาพความเป็นมาของผู้ป่วย

คำสอนเซ็น "คนจัดดอกไม้ ดอกไม้จัดคน" ก็เหมือนกัน "เราใช้เครื่องมือ เครื่องมือใช้เรา"

ระบบการจัดการสมัยใหม่ เป็นแบบอุตสาหกรรม ทั้งโรงเรียนแพทย์และโรงพยาบาลก็เป็นแบบอุตสาหกรรม จะมีการทำงานแยกเป็นส่วนๆ อาจทำให้ลืมมองระบบรวม ทั้งนี้ระบบการจัดการสมัยใหม่มีลักษณะดังนี้

1) เน้นการแบ่งงานกันทำ (Division of labor)
2) ให้คุณค่าความเป็นผู้เชี่ยวชาญ (Specialization)
3) เน้นการสร้างมาตรฐานเดียว (Standardization)
4) การจัดการเป็นแบบรวมศูนย์ (Centralization)
5) การเน้นผลงานเชิงปริมาณ (Quantification)
6) เน้นการใช้อำนาจสั่งการ (Command and Control)

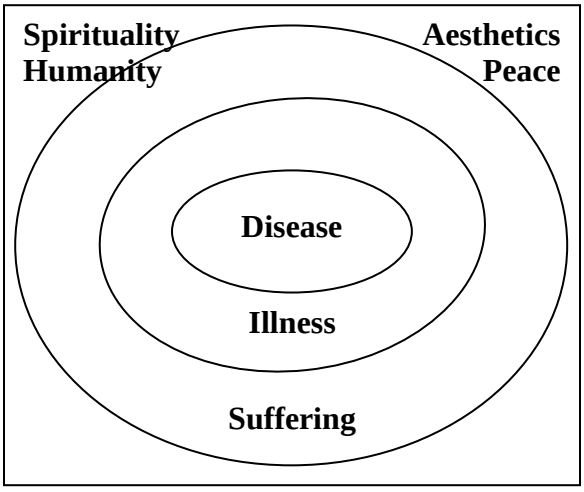
องค์กรที่เป็นเครื่องจักรกล ทำให้คนกลายเป็นเครื่องยนต์กลไกไร้ความรู้สึก

ความท้าทายของสาธารณสุขยุคที่สอง คือ การสร้างระบบบริการสุขภาพที่มีหัวใจความเป็นมนุษย์

อคติ 3 ประการ ที่ทำให้เราปฏิบัติการได้จำกัด เป็นเงื่อนไขและข้อจำกัดสำคัญที่ต้องรู้เท่าทัน ประกอบด้วย

1) อคติในวิธีวิทยาของการสร้างความรู้ HHC ในบริการทางการแพทย์ไม่น้อยไปกว่าการอาศัยความรู้
2) อคติในโครงสร้างและสถาบันทางสังคม
3) อคติในภาษาและวัฒนธรรม

Expanding the definition of health การขยายกรอบนิยามสุขภาพใหม่ มีความสำคัญที่จะช่วยให้เข้าถึงหัวใจความเป็นมนุษย์ ไม่ควรให้ความหมาย “สุขภาพ คือ ไม่มีโรค ไม่ป่วย และไม่เป็นทุกข์” เท่านั้น ควรให้ความหมายครอบคลุมถึงประเด็น จิตวิญญาณ (Spirituality), ความเป็นมนุษย์ (Humanity), สุนทรียศาสตร์ (Aesthetics) และ ความสงบ (Peace) ด้วย



แนวคิดการแพทย์ที่มีหัวใจความเป็นมนุษย์

- บุคลากรทางการแพทย์และผู้ป่วยในฐานะมนุษย์ (ความต้องการของมนุษย์สี่ประการคือ พบสิ่งที่ต้องการอยากทุ่มเทกับอะไรแล้วได้ทำ ได้ทำแล้วประสบความสำเร็จ ทำแล้วรวย)
- การแพทย์กับอุดมการณ์ทางมนุษยธรรม
- ความเจ็บป่วยและความทุกข์เป็นโอกาสของมนุษยธรรม
- การร่วมทุกข์นำสู่ Common Humanity (นักศึกษาแพทย์ที่สัมผัสรู้ถึงความทุกข์ของผู้ป่วยจะเป็นแพทย์ที่สมบูรณ์)
- เกิด แก่ เจ็บ ตายกับความหมายของชีวิต

สิ่งที่พบอยู่เสมอคือ "ยิ่งเรียนสูงก็ยิ่งขาดความละเอียดอ่อนของความเป็นมนุษย์"

แนวปฏิบัติ "How to humanized medical education"

1) ขยายกรอบแนวคิดแบบการเรียนรู้เรื่องสุขภาพ ยกตัวอย่าง มหาวิทยาลัยเยลทำการศึกษาให้ Resident เรียนรวมกับนักกวี ผลพบว่า Resident มีการเปลี่ยนแปลงดังนี้
   ก. ระมัดระวังในการใช้ภาษามากขึ้น
   ข. รู้จักคิดแทนคนอื่นมากขึ้น
   ค. ไตร่ตรองครุ่นคิดกับชีวิตของตนเองมากขึ้น
2) ดูแลรักษาทั้งโรค ความเจ็บป่วย และความทุกข์
3) เรียนรู้จากเรื่องเล่าและเรื่องราวชีวิต
4) แสวงโอกาสทำงานกับคนทุกข์ยาก
5) ส่งเสริมการเรียนรู้อุดมคติของชีวิต-จิตอาสา
6) การเรียนและปลูกฝักเรื่องสุนทรียภาพและความงาม
7) สร้างรูปแบบการจัดตั้งเชิงอุดมการณ์
8) ปรับโครงสร้างและระบบบริการของโรงเรียนแพทย์

"ความงามเป็นคุณสมบัติขององค์รวม หากผ่าแยกส่วนก็คงหาความงามไม่ได้"

"คนเรียนรู้จากการทำงานมากกว่าการอบรม อบรมแล้วเมื่อกลับเข้าสู่ระบบเดิมก็เหมือนเดิม"

Humanize Health Care / Humanized Management / Humanistic Skill

- Deep listening and dialogue
- Appreciative skill – Appreciative inquiry
- Learning through story
- Practicing peace and forgiveness
- Volunteer spirit
- System thinking and self organizing

"จินตนาการสุขภาพใหม่ที่มีหัวใจความเป็นมนุษย์"

Panel Discussion "HHC in Medical School: From Theories to Practice"

โดย นพ.สกล สิงหะ และนักศึกษาแพทย์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ จำนวน 2 คน
คือ นศพ.อนุวัตร พลานุสนธิ์ และ นศพ.วีรเชียร ถวัลย์วงศ์ศรี นักศึกษาแพทย์ปี 3
นพ.พรเลิศ ฉัตรแก้ว และนักศึกษาแพทย์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย จำนวน 2 คน
คือ นศพ.สิริกุล สุขทะเล นักศึกษาแพทย์ปี 4 และ นศพ.วรวรรธณ์ แก้ววิเชียร นักศึกษาแพทย์ปี 5

<u>ดำเนินการอภิปรายโดย</u> นพ.นพ.สกล สิงหะ

นพ.สกล สิงหะ กล่าวถึงเอกสารเรื่อง “แพทยศาสตร์ศึกษาองค์รวม” ที่แจกในวันนี้ว่ามาจากการพูดในที่ประชุมจิตวิวัฒน์ ณ มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ ซึ่งท่านเองก็นึกไม่ถึงว่าจะพูดไว้เยอะขนาดนี้มีมากถึง 37 หน้า

คำถามเชิงอุดมคติ “ทำไมมาเรียนแพทย์” เริ่มแรกคงด้วยบุคคลกลุ่มหนึ่งเห็นคนเจ็บป่วยทุกข์ทรมานแล้วทนไม่ได้ จึงได้เรียนเพื่อให้การช่วยเหลือ “แพทยศาสตร์ศึกษา -> ปัญญาเชิงปฏิบัติที่ต้องลงมือทำ”

“รากที่ยั่งยืนจึงเป็นต้นไม้ที่เข้มแข็ง”

ปัจจัยแห่งความสำเร็จ ประกอบด้วย Leader, Process, Means

1. Leader

- Nonjudgmental attitude, positive regard ในการมองตัวนักศึกษาแพทย์

  การที่ นศพ.ได้มีเวลาสะท้อนตัวเองนั้นสำคัญมากๆ เรามีเวลาให้เขาสะท้อนความรู้และเรื่องต่างๆ มากมายไปแล้ว ระหว่างเรียนนั้นนักศึกษาก็จะได้รับ Feedback จากอาจารย์ตลอดซึ่งนับว่าเพียงพอแล้ว ดังนั้นจึงควรมีเวลาให้เขาได้ appreciate ความดีจากการเป็นนักเรียนแพทย์และงานที่เขาทำทุกวัน ให้เขารู้สึกว่าเขาได้ทุกครั้งที่ผู้ป่วยได้ ไม่ใช่ได้ตอนเกรดออกหรือได้ตอนเงินเดือนครั้งแรก
- ให้อำนาจ empowerment ตัว นศพ. ในการคิดกิจกรรมเพื่อพัฒนาตน

  เมื่อมีพื้นที่ปลอดภัยเขาก็จะเริ่มมีจินตนาการ มีความคิดสร้างสรรค์ เด็กสมัยนี้มีศักยภาพสูงมากขอเพียงเรามีพื้นที่ให้เขาได้นำเสนอ ตัวอย่างกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพที่นักศึกษาแสดงเป็นผู้ป่วย Trauma ที่ถูกแทงขณะไปรับประทานอาหารที่ร้านอาหารกับครอบครัว เป็นภาพที่สะท้อนชีวิตจริงของคนในสังคม กิจกรรมนี้ช่วยให้นักศึกษาได้เรียนรู้ที่จะเข้าใจผู้ป่วย ครอบครัว และสังคมว่าเป็นอย่างไร “การจะไป Empowerment คนอื่นได้ ต้อง Empowerment ตนเองก่อน”
- ช่วยให้ นศพ.ตระหนักรู้ถึงตัวตนของตนเองว่ามี self development ที่ตอบสนองต่อ self value

  วันนี้เราตอนเย็นต่างกับเราตอนเช้าอย่างไรบ้าง ถ้าเหมือนเดิมแสดงว่าวันนี้สูญเสียไปเปล่า ไม่ได้เรียนรู้อะไรเลย ดั่งคำโบราณท่านว่า “แก่เพราะกินข้าว เฒ่าเพราะอยู่นาน” เพราะการศึกษาจะต้องมีการเปลี่ยนแปลง ถึงแม้จะเป็นการศึกษาเรื่องเดิมความมั่นใจก็ต้องมีการเปลี่ยนแปลง ฉะนั้นจึงต้องช่วยให้ นศพ.ตระหนักรู้ถึงตัวตนของตนเองคือ Self awareness ว่ามี self development ที่ตอบสนองต่อ self value คือ การเป็นหมอที่ดี อย่างสม่ำเสมอต่อเนื่อง

2. Process ใช้ขบวนการของ **กลุ่มบำบัด Group therapy** คือ

- **Initial phase** บอกปัญหาให้รู้เป็นรายบุคคลเพื่อให้ตระหนักรู้ นศพ.ที่ได้เข้ากลุ่มคือ คนที่สัมภาษณ์แล้วพบว่ามีประเด็นที่ควรได้รับการปรับปรุง

- **Middle phase** มีการพัฒนาให้กลุ่มเกิดการผูกพัน ทำกลุ่มให้เหนียวแน่น (cohesion) ในการทำกิจกรรมแบบต่อเนื่อง (continuous) โดยเรียนรู้จากชีวิตผู้ป่วยจริงซึ่งตอบสนองต่อ self value คือการอยากทำดีต่อผู้ป่วย แล้วกลับมาสะท้อนตัวตนว่ามี self development ที่ตอบสนองต่อ self value ดังกล่าวหรือไม่ทุกครั้งที่ผ่านการทำกิจกรรมต่อผู้ป่วยซ้ำไปซ้ำมาหลายครั้ง
- **Terminal phase** การค้นหาครั้งสุดท้ายว่า self development ของตนเองไปถึง self value เพื่อทำให้เกิดความภาคภูมิใจ และนำไปสู่ self growth การเป็นนักกิจกรรมเพื่อส่วนรวม "หมอเป็นนักกิจกรรม ไม่ใช่นักทฤษฎี หมอต้องมีความสุขจากการทำกิจกรรมต่างๆ กับคนไข้และสังคม"

3. Means อ้างถึงคำพูด นพ.โกมาตร "งานที่ทำ คือ ความดีหล่อเลี้ยงชีวิต" พึงระลึกไว้เสมอว่า งานที่ทำเป็นเพียงแค่วิธีการคือ means ที่จะนำไปสู่การพัฒนาตัวตนของนักศึกษาแพทย์คือ end ส่วนผลผลิตที่เป็นเนื้องานนั้นไม่จำเป็นต้องออกมาสวยงาม เนื่องจากมันเป็นงานที่มีคุณค่าอยู่แล้ว เพียงแต่ต้องคอยดูแลไม่ให้งานที่ออกมานั้นเป็นอันตรายหรือรบกวนต่อผู้ป่วย และควรให้เป็นเรื่องที่มีการสัมผัสระหว่างคนกับคนเป็นหลัก

นักศึกษาคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลา

นศพ.วีรเชียร ถวัลย์วงศ์ศรี: ในการสอบสัมภาษณ์นอกจากจะถูกสัมภาษณ์โดยอาจารย์ 3 ท่านแล้ว ยังถูกส่งไปตรวจที่แผนกจิตเวช รู้สึกกังวลมากว่าตนเองเป็นอะไร กอปรกับถูกให้มองรูปผีเสื้อนานถึง 30 นาที ต่อมาทราบว่าผลการตรวจอยู่ในระดับ 1 ที่คณะรับได้ แต่ก็ยังไม่หายกังวลเพราะไม่ทราบว่าระดับ 1 นั้นเป็นระดับที่รุนแรงหรือไม่ อาจารย์ก็บอกว่าไปเป็นอะไรเพียงไปทำกิจกรรมกับเพื่อนๆ ก็สามารถปรับปรุงตัวเองได้ ไม่เป็นอะไรมาก แต่ก็ยังรู้สึกแปลกๆ อยู่ดี ด้วยเหตุนี้จึงเริ่มค้นหาตัวเองโดยการทำกิจกรรมกลุ่มกับเพื่อนๆ ในที่สุดทราบจากอาจารย์ว่าตนเองมีความผิดปกติ "ไม่สามารถจัดเรียงคำพูดได้ตามที่สมองจัดเรียง หมายความว่าพูดไม่ทันตามที่สมองจัดเรียงคำพูด"

นศพ.อนุวัตร พลานุสนธิ์: ตอนแรกก็ไม่ทราบว่าตนเองผิดปกติอะไร สอบสัมภาษณ์ครั้งเดียวก็ได้รับซองเอกสารหนังสือสัญญาต่างๆ แต่ก็แปลกใจว่าทำไมเพื่อนอีก 400 คน ไม่ได้รับซองตอบรับ มีเพียง 20 คนเท่านั้นที่ได้รับซองตอบรับจึงเกิดอาการที่ว่า "ทำไมต้องเป็นเรา" การประชุมวันแรกช่วยให้ทราบว่าความผิดปกติของตนเองคือ "ลังเล ไม่มั่นใจ"

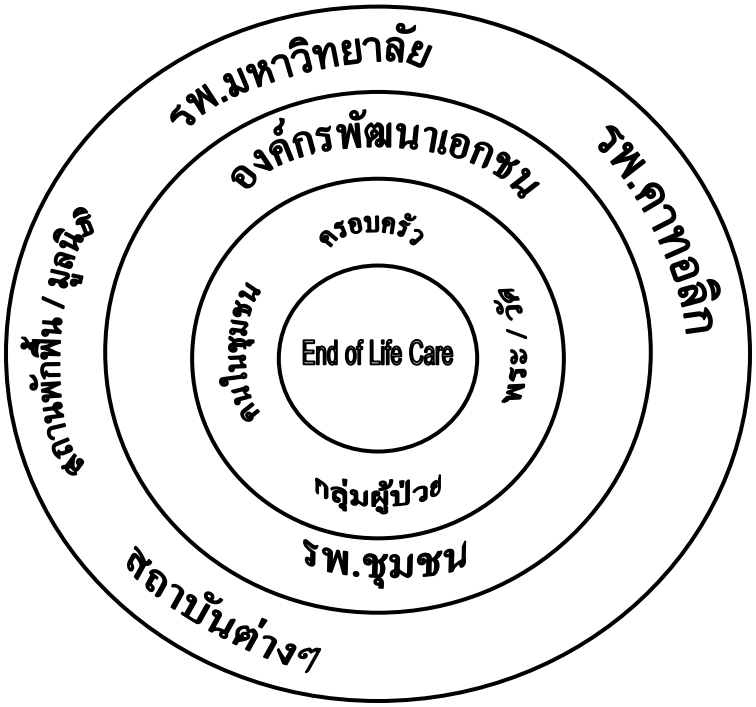
กิจกรรมแรก อาจารย์ให้จัดโครงการช่วยไข้ที่ตึกเย็นศิระ ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยโรคมะเร็ง ตอนแรกคิดว่าจะไปทาสี จัดของเล่น หาหนังสือให้เขาอ่าน หมากกระดาน ต่อมาอาจารย์แนะนำให้ไปคุยกับผู้ป่วยก่อนว่าเขาต้องการหรือเปล่า ผลปรากฏว่าผู้ป่วยไม่ต้องการสักโครงการเดียว แต่เมื่อไปถามว่าต้องการอะไร สุดท้ายพบว่าเขาต้องการให้ช่วยไปคุยและรับฟังความทุกข์ของเขาเหมือนให้เขามีทางระบาย ขณะนั้นอยู่ปี 1 จากที่เคยกังวลว่าจะไปคุยอะไรกับผู้ป่วยเพราะยังไม่มีความรู้ ไม่รู้จะเริ่มต้นอย่างไร ไม่แน่ใจว่าจะสามารถพูดได้ แต่จากที่ได้ทำกิจกรรมพบว่า ไปรับฟังสิ่งที่ผู้ป่วยพูดมากกว่าไปพูดให้เขาฟัง และบอกให้ผู้ป่วยกินยาให้ตรงเวลาเท่านั้น

สิ่งที่ได้เรียนรู้จากกิจกรรม คือ การทำ PBL การอภิปรายภายในกลุ่ม และการรับฟัง นอกจากนี้ยังได้เรียนรู้ว่า ประธานกลุ่มมีหน้าที่ควบคุมไม่ใช่สั่งการสมาชิก/เพื่อนในกลุ่ม ให้ทุกคนได้ทำงาน ได้แสดงความคิดเห็น

การสัมผัสความทุกข์ผู้ป่วย เริ่มจากการสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยก่อน โดยการสวัสดีผู้ป่วย แนะนำตัวเอง แล้วถามว่าผู้ป่วยมาจากไหน มาตรวจรักษากับหมอที่นี่ใช่ไหม จากนั้นชีวประวัติผู้ป่วยก็จะถูกเล่าออกมา ทำให้เห็นอีกมุมหนึ่งของผู้ป่วย ผู้ป่วยตื่นแต่เช้าเพื่อมาพบแพทย์ ฉะนั้นแพทย์ควรจะมาตรวจเร็วขึ้นอีกหน่อยได้ไหม

นพ.พรเลิศ ฉัตรแก้ว "อาสาสมัครข้างเตียงผู้ป่วยเรื้อรังและผู้ป่วยระยะสุดท้าย"

เล่าว่า Palliative care ที่โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ประกอบด้วย 3 ส่วน คือ Symptom control, Holistic care และ Disease management



จากนั้นได้ชี้ให้เห็นว่ามุมมองผู้ป่วยต่างจากเรา (ผู้ให้บริการ) คนที่ผู้ป่วยต้องการยามเจ็บป่วยไม่ใช่แพทย์แต่เป็นครอบครัว หรือผู้ป่วยที่เป็นโรคเดียวกันมากกว่า ดังนั้นสร้างพื้นที่ในโรงพยาบาลซึ่งก็คือ หอผู้ป่วยในให้นักศึกษาแพทย์และกลุ่มอาสาสมัครได้พบปะพูดคุยกับผู้ป่วย อาสาสมัครส่วนใหญ่ เป็น นศพ.ปี 2, ปี 3 และบุคคลภายนอก

ทั้งนี้มีกระบวนการคัดเลือกและการเตรียมอาสาสมัคร

- กรอกใบสมัคร
- เขียนเรียงความบอกแรงจูงใจที่อยากมาทำ: มีเวลาว่างมาก อยากทำในสิ่งที่เป็นประโยชน์
- การอบรมก่อนพบผู้ป่วย จะให้กลุ่มผู้ป่วยและอาสาสมัครรุ่นพี่มาเล่าเรื่อง รวมทั้งอบรม แสดงบทบาทสมมุติ การเข้าหาผู้ป่วย

ช่วงการพบปะผู้ป่วย จะมีระบบในการทำงานเนื่องจากเป็นโรงพยาบาลใหญ่อาจจะมีคนบางกลุ่มเข้ามาเพื่อเสนอขายสินค้า ดังนั้นในช่วงการพบปะผู้ป่วย

- พยาบาลจะถามความสมัครใจของผู้ป่วย ถ้าผู้ป่วยยินยอมก็ประสานกับแกนนำอาสาสมัคร
- อาสาสมัครจะต้องรายงานตัวกับพยาบาล แลกบัตร และลงสมุด

- พยาบาลจะแจ้งอาการผู้ป่วยให้อาสาสมัครรับทราบ แล้วพาไปพบกับผู้ป่วย
- อาสาสมัครเข้าหาพูดคุย
- ลงสมุดบันทึก ความรู้สึก ความคิดในสมุดประจำหอผู้ป่วย

การประชุมระหว่างโครงการ เพื่อรับทราบและแก้ไขปัญหา ให้เกิดการพัฒนา มีการทำ Reflection โดยอาจารย์จิตเวช ซึ่งในการประชุมระหว่างโครงการนี้พยาบาลประจำหอผู้ป่วยมีส่วนร่วมด้วย

ความคิดเห็นของนิสิต มีดังนี้

- รู้สึกว่าเป็นโครงการที่ดี เพราะได้ช่วยคนไข้ ตัวเองได้เรียนรู้การรับฟังผู้อื่น และได้เรียนรู้ชีวิตไม่เที่ยง
- ได้พูดคุยกับภรรยาผู้ป่วยที่มาเฝ้า และพบว่าญาติเป็นอีกคนหนึ่งที่ต้องการคนคุยด้วย ต้องการกำลังใจ
- ได้ชวนผู้ป่วยซึ่งเป็นชาวสวิสคุยเรื่องต่างๆ เช่นการไปเที่ยว ภรรยาซึ่งเป็นคนไทย เดิมเคยนั่งอ่านหนังสือข้างเตียงเฉยๆ มาคุยด้วย ทำให้สามีภรรยามีเรื่องคุยกันมากขึ้น
- ได้โทรคุยกับคุณป้าหนึ่งอาทิตย์หลังสามีเสียชีวิต พบว่าน้ำเสียงไม่ดีเลย ต่างจากตอนที่คุณลุงยังมีชีวิตอยู่ คิดว่าน่าจะมีโครงการดูแลญาติด้วย
- พบว่าได้เข้าใจความคิดของคนไข้ เล่าความรู้สึกที่มีกับพยาบาล กับหมอแบบต่างๆ คนโน้นคนนี้เป็นอย่างไร ได้นำไปคิด คิดว่าถ้าเรียนสูงขึ้นแล้วคงไม่มีเวลามาคุยแบบนี้
- ได้เข้าใจคนไข้ รู้สึกสภาพจิตใจคนไข้ซึ่งเปลี่ยนแปลงไปในแต่ละวัน เป็นผลให้เขาพูดคุยหรือตอบคำถามกับเราไม่ดี เราไม่สามารถทำอะไรได้ตรงตามใจตนเอง ทำให้รู้สึกยอมรับคนไข้ได้มากขึ้น

นิสิตมีความรู้สึกเจ็บปวดหรือทุกข์กับผู้ป่วยหรือไม่ นิสิตชายปีสองคนหนึ่งตอบว่า ความเศร้ากับความทุกข์เป็นคนละอย่างกัน เขารู้สึกเศร้าไปกับผู้ป่วย แต่ไม่ได้ทุกข์ เป็นการเรียนรู้อารมณ์ที่ผ่านเข้ามา

ส่วนที่ไม่เต็มร้อย เป็นเรื่องเกี่ยวกับ

- การเตรียมอาสาสมัครเหมาะสม การสมัคร ทำบัตรติดรูป ดูมีหลักฐานดี
- บางคนกลัวการเป็นทางการ ไม่อยากทำอะไรยุ่งยาก กลัวที่จะต้องรับผิดชอบไปตลอด
- ตอนรับผู้ป่วยครั้งแรกไม่รู้รายละเอียด ไม่รู้ว่าจะเหมาะกับตัวเองหรือไม่
- <u>การประสานจัดหาผู้ป่วย</u> มีขั้นตอนหลายขั้น
- มาไม่ได้ต้องเตรียมสอบ เวลาจัดไม่เหมาะ
- <u>การประชุมติดตาม</u> รู้สึกว่ามากไป แต่มีประโยชน์
- บรรยากาศเป็นงานเป็นการ มีคนมาร่วมหลายกลุ่ม ไม่กล้าพูด
- ปัญหาส่วนใหญ่เป็นเรื่องการประสานงาน

สรุปหัวใจการทำโครงการอาสาสมัคร

- บรรยากาศทำงาน โดยทุกคน อาจารย์และนิสิตมีจิตอาสา
- ถอดหมวกงานประจำ ให้เหลือแต่ความเป็นมนุษย์
- สื่อโดยการฟังความคิดความต้องการ และความรู้สึกของกันและกัน
- ผู้ป่วยและอาสาสมัครมีการสื่อสัมพันธ์ เกิดสุขจากการเป็นผู้ให้ เกิดความสัมพันธ์ที่ดี เห็นความจริงของชีวิต และเริ่มปล่อยวาง

- การพัฒนาต่อเนื่อง ไม่มีสูง ไม่มีต่ำ ไม่มีผู้ให้ ไม่มีผู้รับ

หัวใจการเข้าถึงผู้ป่วยระยะสุดท้าย:

- เมตตาไม่มีเงื่อนไข
- เปิดใจรับความรู้สึก
- ฝึกเผชิญความตายด้วยใจสงบ
- เคารพความเป็นธรรมชาติ

นักศึกษาคณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

นศพ.สิริกุล สุขทะเล ได้รับมอบหมายให้ดูแลผู้ป่วยชาวสวิสเซอร์แลนด์ วันแรกที่ไปเยี่ยมพบว่าผู้ป่วยมีภาวะเครียดมากเนื่องจากสื่อสารกับใครไม่ได้ ภรรยาคนไทยที่มาเฝ้าทุกวันก็พูดได้แต่ภาษาไทย อีกทั้งยังอยู่ในช่วง 7 ชั่วโมงแรกหลังจากที่ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัด, ฉายรังสี, อัลตราซาวด์, และอีกหลายๆ อย่าง พูดคุยกันประมาณ 3-4 ชั่วโมง ทั้งที่ตอนแรกตั้งใจแค่จะไปแนะนำตัว วันต่อมาพยาบาลก็แจ้งให้ทราบว่าวันนั้นหลังจากที่ผู้ป่วยได้พูดคุยกับ นศพ.แล้วดูเขามีความสุขมาก ไม่เครียด ซึ่งยังความสุขมาให้ตัว นศพ.เองไม่น้อย เป็นส่วนหนึ่งที่ช่วยให้ผู้ป่วยมีความสุข หลังจากไปเยี่ยมหลายครั้ง พูดคุยกันมากขึ้น ทราบว่าภรรยาผู้ป่วยก็เครียดเช่นกัน จากที่เคยนั่งอ่านหนังสืออยู่ห่างๆ ก็ขยับมานั่งคุยด้วย ทำให้บรรยากาศคลายความตึงเครียดลง ต่อมาผู้ป่วยเปรยให้ฟังว่า ไม่กังวลเรื่องมะเร็งแล้ว แต่อยากกินข้าว ทำกับข้าว ไปเที่ยว ฯลฯ วันที่ผู้ป่วยได้รับอนุญาตให้รับประทานอาหารทางปาก เป็นวันที่ นศพ.ได้เรียนรู้ว่า “ความสุขอยู่ใกล้ๆ หาได้ไม่ยาก”

นศพ. คนหนึ่งได้รับมอบหมายให้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายอายุ 18 ปี ที่เศร้าจากความเจ็บป่วยมาก ปรากฏว่า นศพ. ก็เศร้าไปกับผู้ป่วยด้วย และเมื่อผู้ป่วยเสียชีวิต นศพ.ก็ขอไม่รับ Case อย่างนี้อีก แต่ต่อมา นศพ.ก็เกิดการเรียนรู้ที่จะจัดการกับความเศร้าและพร้อมที่จะ Empathy ไปกับผู้ป่วย สิ่งที่ได้เรียนรู้คือ การดูดซับความเศร้าของผู้ป่วยเป็นอุปสรรคของอาสาสมัครผู้ป่วยระยะสุดท้าย ฉะนั้นไม่ควรให้อาสาสมัครใหม่ดูแลผู้ป่วยที่เศร้ามากๆ เพราะอาสาสมัครแบกรับความทุกข์ไม่ไหว

“อาสาสมัครแบบสมัครใจแตกต่างจากภาคบังคับอย่างไร?”

นศพ.วรวรรธณ์ แก้ววิเชียร กล่าวว่า ตนเองเป็นนักศึกษาแพทย์รุ่นแรกสอดแทรกเนื้อหา Humanized Health Care กับ Holistic Care เข้าในหลักสูตรทุกชั้นปี มีการกำหนดไว้ในหลักสูตรว่านักศึกษาแพทย์ ต้องมี

- Brain: มีความรู้
- Hand: มีทักษะ
- Heart: มีจิตใจที่จะรับรู้ความทุกข์ยากของผู้ป่วย

ปี 1 เรียนวิชา Doctor and Society แต่ก็ยังนับว่าไม่ Practical เท่าไร เพราะอาจารย์ทั้ง Pre-clinic และ Clinic ยังมีหลายท่านที่ไม่รู้/ไม่เข้าใจ/ไม่สนใจ HHC เท่าไร พอขึ้นปี 2 - 3 ก็ได้เรียนวิชา Medical ethic and clinical thinking มีอาจารย์จากหลายภาควิชามาสอนทฤษฎีกันอย่างเป็นจริงเป็นจัง แต่ในของนักศึกษาแล้วคิดว่ายังไม่ Practical เพราะเรียนและอภิปรายแต่ทฤษฎีทั้งนั้น รับรู้แต่ผู้ป่วยที่เป็นตัวหนังสือ คือไม่ได้รู้ถึงจิตใจที่แท้จริงของผู้ป่วย

ปี 4 จึงเริ่มพบกับผู้ป่วยจริงๆ โดยนักศึกษาจะต้องทำรายงานเกี่ยวกับผู้ป่วยอย่างละเอียดจำนวน 2 Cases แต่ด้วยปัญหาเดิมที่อาจารย์หลายท่านไม่สนใจ HHC เท่าไร จึงอาจไม่ทราบละเอียด Case ที่นักศึกษาส่งงาน อาจไม่ทราบว่านักศึกษาลอกกันมา สรุปก็คือยังไม่ได้ผล พอขึ้นปี 5 เริ่มภาคบังคับให้ดูแลผู้ป่วย มีวิชาให้เรียนทางทฤษฎีนับว่าดี ทางปฏิบัติเพื่อให้นักศึกษาเข้าใจ โดยส่วนตัวคิดว่าดีเช่นกัน อาจารย์พรเลิศช่วยโยงถึง HHC ได้ดี นอกจากนี้วิชาCommunity medicine และ Family medicine ก็เป็นอีกวิชาที่ช่วยให้เห็น HHC

Holistic แพทย์ดูแลผู้ป่วย แต่ Humanized แพทย์ต้องดำรงตนในฐานะแพทย์ที่เป็นมนุษย์คนหนึ่งด้วย

Humanized medicine อาจารย์ปรีดาเคยอธิบายให้ฟังว่าหมายถึง “รู้จักตนเอง และรู้จักคนไข้ด้วยหัวใจ” การเป็นหมอที่ดีขึ้นกับทุนเดิมที่มีมา แต่ก่อนไม่รู้ว่าเป็นหมอทำไม เมื่อก่อนก็จะตอบแบบโกหกว่าเพื่อจะได้ช่วยคน แต่ ณ วันนี้คิดว่าตัวเองเลือกไม่ผิดที่มาเรียนเพื่อเป็นหมอ “สิ่งที่ได้เรียนรู้คือ สิ่งที่เห็นและนำกลับมาคิด”

กรณีศึกษาและกระบวนการเรียนรู้ นอกจากดูโรคแล้วยังได้ดูส่วนอื่นๆ ด้วย ตัวอย่างเช่น ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 40 ปี HIV positive มาโรงพยาบาลด้วย Chronic cough มีลักษณะพิเศษอยู่อย่างคือ ใส่ผ้าปิดปากและจมูกไว้ตลอดและนอนตัวงอหันหน้าเข้าผนังตลอดเวลา จากการซักประวัติทราบว่าติดเชื้อมาจากสามีเมื่อ 10 ปีก่อน แต่สามีก็ปิดมาตลอด นอกจากนี้มีลูกชายคนหนึ่งซึ่งก็ติดเชื้อ HIV มาตั้งแต่เกิด เสมือนกับว่าผู้ป่วยหญิงรายนี้โดนลูกธนูที่มอกอยู่หลายดอก 1) ทั้งตัวเอง ลูก และสามีติดเชื้อ HIV 2) สามีนอกใจ 3) ลูกจะเป็นอย่างไรต่อไป 4) ตัวผู้ป่วยเองจะอยู่กับใคร ตรงนี้ทำให้ นศพ.ได้เรียนรู้ว่าควรจะดู/ศึกษาประเด็นใดตามกรอบหลักสูตรและสิ่งที่อาจารย์สอน หากล้อมกรอบที่ดีให้นักศึกษาเรียนจะช่วยได้

นพ.สกล การเขียนหลักสูตร ตอนเขียนไม่ค่อยยาก แต่ทำอย่างไรจะให้มีความสำคัญ คงจะไม่ใช่วิชาใหม่เป็นการเรียนรู้ชีวิตไปด้วยกันกับคนไข้ เรียนรู้ว่าใครทุกข์จากอะไร สุขจากอะไร

คำถามจากผู้เข้าร่วมประชุม

นพ.อุกฤษฏ์	หากสัมผัสทุกข์มากๆ จะเสียหายมากไหม?
นพ.สกล	คงไม่เสียหายมากนัก แต่ควรใช้อุเบกขา (รับรู้ว่าเขาทุกข์ แล้วก็ปรับให้สู่ปกติ) จุ่มแล้วสะบัด
นพ.พรเลิศ	เวลาคนไข้เสียชีวิต แล้วรู้สึกเศร้า ก็รู้สึกดีใจที่รู้สึกเศร้า แสดงว่ายังเป็นมนุษย์อยู่
นพ.สกล	คิดว่าตนเองเป็นหมอตอนไหน แต่สำหรับคนไข้คือตอนที่ยืนข้างเตียงผู้ป่วย
นพ.ประเสริฐ	คิดอย่างไรถ้าจะบอกว่าไม่มีเวลา? ใช้เวลากับผู้ป่วยต่อรายมากเช่นนี้กลัวสอบตกไหม?
นพ.สกล	จัด priority และทำเวลานั้นให้มีความหมายมากที่สุด (มีความหมายต่อคนไข้) “ความเป็นคน คือการคิดถึงคนอื่น”
นศพ.วรวรรธณ์	“ไม่กลัว” แต่ควรออกข้อสอบแบบ Practical point จะช่วยนักศึกษาที่ให้เวลากับคนไข้มากๆ
นศพ.วีรเชียร	“กลัว” แต่สิ่งที่ได้จากกิจกรรมการเรียนรู้ ได้เห็นว่าเขาทุกข์กว่าเรา การสอบตกหรือได้เกรดไม่พึงประสงค์นั้นทุกข์น้อยกว่าความทุกข์ของผู้ป่วย เกิดการเปลี่ยนแปลงในตนเอง
นศพ.สิริกุล	ไม่คิดว่าเสียเวลา แต่ควร “เอาใจเขามาใส่ใจเรา”
นศพ.วีรเชียร	“กลัวเพราะระบบที่เข้ามานั้นเป็นระบบของการแข่งขัน ทำไมไม่เริ่มตั้งแต่การคัดเลือกเข้าเรียน” สิ่งที่ได้จากการไปฝึกที่โรงพยาบาลชุมชน 15 วัน ได้รู้ว่า Humanized หรือ Holistic ไม่ใช่ทฤษฎี แต่ควรให้ นศพ. ค่อยๆ ซึมซาบทีละน้อย รับรอง นศพ.จะตอบว่า “ไม่กลัว”
นศพ.วรวรรธณ์	เพื่อนคนหนึ่งบ่นมากที่พลาดเหรียญทอง “เกรดอาจมีผลต่อ Humanized”

Workshop: "Curriculum Mapping in Medical Education"

ประเด็นในการอภิปรายกลุ่ม	นำเสนอกลุ่มที่ 1	นำเสนอกลุ่มที่ 2	นำเสนอกลุ่มที่ 3
1.Working Definition of Terms	**Key characteristic** • ความสามารถในการสัมผัส, รับความรู้สึก, สื่อสาร 2 ทาง P • การฟัง (Non judgment), ทักษะ P • ภาษาท่าทาง ภาษากาย (ใบหน้า) P • การใจเขามาใส่ใจเรา, เข้าใจผู้อื่น A, P • การดูแลดุจญาติ A • รู้จักตนเอง (ในฐานะมนุษย์) C • บริหารอารมณ์ C, A, P • ความเสมอภาค เท่าเทียมกัน C, A, P • มีความรู้ ข้อจำกัดของตนเอง C • ความสุขในชีวิตของตนเอง/การทำงาน/ช่วยเหลือผู้อื่น C, A, P • ใส่ใจในความรู้สึกมากกว่าอาการทางกาย A • ไม่มีอารมณ์ร่วมมากเกินไป A • เพิ่มความสุข (พลัง) แก่ตนเอง A, P	**Humanized health care** — ระบบสุขภาพที่มีหัวใจความเป็นมนุษย์ — ระวัง! ติดกรอบกับความดี,หน้าที่แพทย์กับคำว่าหัวใจความเป็นมนุษย์ — บทบาททีมสหสาขาวิชาชีพและความเป็นองค์รวมผสมผสาน 4 มิติ **ระบบสุขภาพที่มีหัวใจความเป็นมนุษย์** • **หัวใจความเป็นมนุษย์ : ระบบสุขภาพที่ขับเคลื่อนด้วยหลักพรหมวิหาร 4** — ที่มีเมตตากรุณา(Compassion) — ให้เกียรติเคารพซึ่งกันและกัน(Respect) — เห็นอกเห็นใจกัน(Empathy) — แบ่งปัน(Sharing) — ที่มีรูปธรรมการแสดงออกทั้งวจนะภาษาและอวจนะภาษา — ที่มุ่งเน้นที่ใจของตัวเราด้วย โดยมีสติตลอดเวลา — ลดอัตตาเป็น(ทำตัวให้เล็กเป็น)	• มีความสุข • คิดถึงผู้อื่น • เกื้อกูลโลก
2.Learning Objectives		• **Cognitive** ; อธิบาย /วิเคราะห์ หลักการ	**เพื่อให้มีความรู้ความเข้าใจเรื่อง:**

ประเด็นในการอภิปรายกลุ่ม	นำเสนอกลุ่มที่ 1	นำเสนอกลุ่มที่ 2	นำเสนอกลุ่มที่ 3
		แนวคิด ของ HHC • **Affective** ;Awareness, Appreciation, Habit โดยทั้ง3ระดับต้องปลูกฝังในทุกปีการศึกษา ให้เรียนรู้ Disease, illness, suffering • **Psychomotor**; Attentive listening, Deep listening, สามารถสื่อสารที่อ่อนโยน, Appropriated responds, สามารถประยุกต์หลักการของ HHC เพื่อลดsuffering ได้อย่างเหมาะสม	• ชีวิต • สิ่งแวดล้อม (สังคม & สิ่งแวดล้อม) • ความเกี่ยวเนื่องเชื่อมโยง • ความต่างของคน • ทีม • มองตัวเองได้ (Self reflection)
3.Learning Experience	**การจัดประสบการณ์การเรียนรู้** • การปฐมนิเทศ, การอภิปรายกลุ่มย่อย • การฝึกปฏิบัติ, การลงพื้นที่/ฝึกภาคสนาม • Role models ทุกวิชาชีพ • กิจกรรมส่งเสริมความสัมพันธ์ ศิษย์-อาจารย์-บุคลากร • การแสดงบทบาทสมมุติ • ส่งเสริมกิจกรรม (นอก, เสริม) หลักสูตร เช่น กีฬา ศิลปะ สังคม ชุมชน ศาสนา • กิจกรรมสะท้อนความรู้สึก • กิจกรรมส่งเสริมความกตัญญู	• การบรรยาย/อภิปราย/กลุ่มย่อย • ลงพื้นที่ • on the job training • Selective/elective/volunteer • Report/log book • Case assignment • Peer group ->empower • Self reflections	• Context-based ต้องทำเองถึงจะรู้ เรียนรู้จากของจริง • Longitudinal program • Reflection
4.Evaluation	• การสังเกตพฤติกรรม • การ Feed back จากตนเอง, เพื่อน,	• ข้อสอบ • Attitude test/assignment	• Observation ดูพัฒนาการ • Role play

ประเด็นในการอภิปรายกลุ่ม	นำเสนอกลุ่มที่ 1	นำเสนอกลุ่มที่ 2	นำเสนอกลุ่มที่ 3
	อาจารย์, ผู้ป่วย, ชุมชน • การประเมินในสถานการณ์จริง • การเล่าเรื่อง, สมุดบันทึก, รายงาน -> KM • Focus group interview • การประเมินในสถานการณ์สมมุติแบบหลายเหตุการณ์	• OSCE • Portfolio, log book, report • Direct observation	• Deep/In-depth Interview • Short Essay • Self reflection
5.Management Issues	• นโยบายจากผู้บริหารสถาบัน เช่น การเพิ่มภาระงาน • ต้นฉบับที่ดี/มีศรัทธา • การอบรมอาจารย์ • การสร้าง Network ของนักศึกษา/วิชาชีพอื่นๆ • หาแรงบันดาลใจ สิ่งยึดเหนี่ยว	• Stake holders • Curriculum —แพทยศาสตรศึกษาระดับชาติTheme “HHC” —Integrated Medical Ethic กับทุกวิชา/Routine work ตั้งแต่ PC-> Clinic —อาจารย์และ Leader เป็น Role model —Teamwork -> เสมอภาค —ระบบบริการโรงพยาบาล —ระบบอื่นๆ เช่น สื่อสาธารณะ, QA, ชุมชนมีส่วนร่วม และ Network	

ศ.นพ.ศุภสิทธิ์ พรรณารุโณทัย กล่าวขอบคุณและปิดการประชุม

สรุปการประชุม โดย ศรีสุดา เจริญดี

Self Reflection ต่อการประชุมเวทีเครือข่ายการพัฒนาระบบสุขภาพที่มีหัวใจความเป็นมนุษย์ (คสม.)
เรื่อง "Humanized Health Care ใส่หัวใจให้ระบบสุขภาพ"
วันอังคารที่ 5 มิถุนายน 2550 เวลา 08.00 – 20.00 น.

สิ่งที่เกิดขึ้น/ข้อค้นพบ

กิจกรรมช่วงเช้าในห้องประชุมใหญ่ (ถ่ายทอดสดทาง Website ของมหาวิทยาลัยนเรศวร) มีบรรยายวิชาการเรื่อง HHC กับการเรียนการสอนแพทยศาสตร์ศึกษา และ แนวคิด HHC ในระบบการเรียนการสอนแพทยศาสตร์ศึกษา ตามด้วย Panel Discussion "HHC in Medical School: From theories to practice" มีนักศึกษาแพทย์จำนวน 4 คน มาร่วมอภิปรายด้วย มีคนเข้าร่วมประชุมมากกกว่าหนึ่งร้อยคน ประกอบด้วยกลุ่มเป้าหมายที่ได้รับเชิญและผู้สนใจ การอภิปรายได้รับความสนใจจากผู้เข้าร่วมประชุมมาก มีการซักถามและแสดงความคิดเห็นอย่างหลากหลาย ส่วนมากจากกลุ่มเป้าหมายที่เชิญมา เลิกประชุมช่วงเช้าเวลา 12.40 น.

กิจกรรมช่วงบ่ายแบ่งเป็น 4 กลุ่ม แยกกันประชุมแลกเปลี่ยนความคิดเห็นในห้องประชุมเล็กในหัวข้อ "Curriculum Mapping in Medical Education" ครอบคลุมใน 5 ประเด็น คือ 1) Working Definition of Terms, 2) Learning Objectives, 3) Learning Experience, 4) Evaluation, and 5) Management Issues เนื่องจากผู้เข้าประชุมช่วงบ่ายมีเพียง 1/3 ของผู้เข้าประชุมช่วงเช้าจึงแบ่งได้เพียง 3 กลุ่ม โดยกลุ่ม 1 และกลุ่ม 2 มีสมาชิกกลุ่มละประมาณ 10 คน ส่วนกลุ่มที่ 3 มีสมาชิกทั้งหมด 21 คน (ดร.สง่า สังเกตการณ์กลุ่ม 1, คุณวิภากรณ์ กลุ่ม 2, และ คุณศรีสุดา กลุ่ม 3)

กิจกรรมของกลุ่ม 3 ทุกคนแนะนำตัวว่าเป็นใคร มาจากไหน จากนั้นเลือกประธานกับเลขานุการ ในเบื้องต้นกลุ่มมีความพยายามที่จะแสดงความคิดเห็นเรียงประเด็นตามที่ผู้จัดกำหนด แต่กิจกรรมกลุ่มก็ดำเนินไปค่อนข้างช้า จึงเปลี่ยนเป็นให้ทุกคนพูดในสิ่งที่อยากพูด แล้วก็มาช่วยกันสรุปในตอนท้ายว่าควรจะเป็นคำตอบของประเด็นไหน พบว่ามีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้กันมากขึ้นอย่างหลากหลาย เช่น ได้รู้ว่า

- คณะทันตแพทย์ มหาวิทยาลัยนเรศวร มี "โครงการทันตะสร้างสุข" ที่เริ่มมาจาก "โรงเรียนทันตแพทย์สร้างสุข" ที่มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ เปิดใจพูดกัน เช่น อาจารย์อยากให้นักศึกษาเป็นแบบนั้นแบบนี้ ก็มีการถามนักศึกษาเช่นกันว่าต้องการให้อาจารย์เป็นแบบไหน
- Sense การรับรู้ที่มากกว่าประสาทสัมผัสทั้ง 5 เช่น รับรู้ความเป็นห่วง
- จริยธรรมซ่อนความเป็นคน วิชาชีพซ่อนความเป็นหมอ
- สอนกับเรียนไม่ใช่เรื่องเดียวกัน ทำให้เรียนได้โดยไม่ต้องสอน เช่น สอดแทรกวิชาสังคมศาสตร์ในวิชาอื่นๆ
- ก่อนที่จะพูดถึง Humanized medicine ควรพูดถึง Humanity ไม่เสียสละเกินไป มีความพอดี มีความสุขที่ได้ดูแลคนอื่น แล้วต้องมีความสุขที่ได้ดูแลตนเองด้วย

ข้อสังเกต

1. การประชุมช่วงเช้าได้รับความสนใจมากเห็นได้จากมีผู้เข้าร่วมประชุมมากกว่าหนึ่งร้อยคน แต่ก็ไม่พอดีกับห้องประชุม โดยเฉพาะช่วงบ่ายที่ให้นำเสนอผลการประชุมกลุ่มย่อยเหลือสมาชิกประมาณ 40 คน ยิ่งทำให้ห้องประชุมนั้นกว้างเกินไป
2. แบ่งกลุ่มย่อยช่วงบ่ายคนหายไป 2/3 ของผู้เข้าประชุมช่วงเช้า
3. การนำผู้ที่ได้รับผลโดยตรงจากหลักสูตรมาเล่าเป็นการเพิ่มสีสันของการประชุม ไม่น่าเบื่อ ถ้าหากมีการจัดบอร์ดนิทรรศการด้วยน่าจะเป็นที่สนใจมากกว่านี้
4. กลุ่มเป้าหมายไม่มาร่วมประชุม เช่น ศูนย์แพทย์ของมหาวิทยาลัยนเรศวรจำนวนหลายแห่ง
5. ระยะเวลา และการจัดเรียงหัวข้อการประชุม เหมาะสมดี

สิ่งที่ได้เรียนรู้

1. ควรจัดห้องประชุมให้พอดีกับจำนวนผู้เข้าประชุม
2. ถ้าอยากให้การประชุมได้รับความสนใจควรนำผู้ที่มีประสบการณ์ตรงมาด้วย ให้มานำเสนอเหมือนที่ทำในครั้งนี้หรือจัดบอร์ดนิทรรศการ
3. ควรเชิญกลุ่มเป้าหมายมาร่วมประชุมให้ได้

บันทึกโดย ศรีสุดา เจริญดี