

***SHEE***  
*Journal*

issue 1/2023

# How to teach

## patient-centered care



# TABLE OF CONTENT

01	Executive talk	69	เชิด-ชู : ศ. นพ.สุพจน์ พงศ์ประสพชัย		
06	Patient-centered Medicine : Disruption in medical education	75	สับ สสว ศัพท์		
19	Transformative Learning to promote humanized health care	81	Educational movement		
33	Culture of respect : Cultivate humanities with the environment in medical schools	89	การสอนบรรยายอย่างมีปฏิสัมพันธ์ (Interactive lecture)		
39	How to develop patient-doctor communication skills	105	SHEE sharing		
43	เข้าใจมุมมองของผู้ป่วย ผ่านการเรียนรู้ด้วย Human simulation	111	SHEE research	121	Upcoming event
52	ค่ายหมอนอกรั้วโรงเรียนแพทย์ : เรียนรู้ผู้ป่วยผ่านมุมมองแพทย์ชนบท	115	Click&Go with technology	123	Gallory
59	Students' voice : What are your perspectives of patient-centered medicine	119	SHEE Podcast	125	Contributor
				127	Q & A

“  
How to teach  
patient - centered  
care  
”



บทบาทของครูในโรงเรียนวิทยาศาสตร์สุขภาพในปัจจุบันจึงมิใช่เพียงการสอนความรู้ความเข้าใจทางวิทยาศาสตร์การแพทย์เท่านั้น แต่ครูต้องใส่ใจในการสอนให้นักศึกษาเข้าใจและให้ความสำคัญกับความต้องการส่วนบุคคลของผู้ป่วยแต่ละคนด้วย ซึ่งการสอนสิ่งเหล่านี้ไม่ใช่เรื่องง่ายเลย และอาจารย์หลายท่านก็ไม่แน่ใจว่าจะสอนอย่างไรดี

ในวารสาร SHEE journal ฉบับนี้ ทางทีมงานจึงได้จัดสรรบทความมาใน theme “How to teach patient - centered care” เพื่อนำเสนอเกร็ดความรู้และเทคนิค หลากอย่าง ที่น่าจะช่วยให้ครูในโรงเรียนวิทยาศาสตร์สุขภาพทุกท่านสามารถสอนการให้ความสนใจกับความต้องการของผู้ป่วยแต่ละรายได้อย่างเหมาะสม

เนื้อหาที่ทาง SHEE นำเสนอในวารสารฉบับนี้ครอบคลุมประเด็นน่าสนใจเกี่ยวกับการแพทย์ที่มีผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางหลายแง่มุม โดยเริ่มต้นตั้งแต่ ความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับหลักการของ patient-centered medicine แล้วนำไปสู่เทคนิคการสอนที่น่าสนใจหลายแนวคิด อาทิ การใช้ transformative learning มาพัฒนาแพทย์ที่เข้าใจผู้ป่วยมากขึ้น, การสร้างวัฒนธรรมการให้เกียรติแก่กัน (Culture of respect), การพัฒนาทักษะการสื่อสารระหว่างแพทย์กับผู้ป่วย, การสอนด้วยผู้ป่วยมาตรฐาน (standardized patients), และ การเรียนรู้จากผู้ป่วยในชุมชน

# Executive talk

ศ. ดร. นว.เชิดศักดิ์ ไธสมณิรัตน์

ผู้อำนวยการศูนย์ความเป็นเลิศด้านการศึกษาวิทยาศาสตร์สุขภาพ  
คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล

การให้บริการทางสุขภาพแก่ผู้ป่วยในปัจจุบันมิได้มุ่งเน้นเพียงการรักษามาตรฐานเดียวกันในผู้ป่วยทุกคนเท่านั้น วงการแพทย์ในปัจจุบันตระหนักว่าผู้ป่วยแต่ละรายมีความแตกต่างกัน บุคลากรทางวิทยาศาสตร์สุขภาพทุกคนต้องให้ความสนใจในความต้องการที่แตกต่างกันของผู้ป่วยแต่ละคน และให้บริการที่ไม่เพียงถูกต้องตามหลักวิชาการแต่ยังต้องเหมาะสม และสอดคล้องกับความต้องการของผู้ป่วยแต่ละรายด้วย



patient  
- centered

# ข่าว

นอกจากเนื้อหาตาม theme เรื่อง patient-centered care แล้ว ในวารสาร SHEE journal ฉบับนี้ ทางทีมงานยังมีบทความ column ประจำที่น่าสนใจมานำเสนอเช่นเคย ได้แก่ Students' voice ในฉบับนี้เป็นการสำรวจความเห็นและแนวคิดของนักศึกษาแพทย์เกี่ยวกับการแพทย์ที่มีผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง column เชิด-ชู ทางทีมงานได้มีโอกาสสัมภาษณ์ ศ.นพ.สุพจน์ พงศ์ประสพชัย ผู้ได้รับรางวัลอายุรแพทย์ดีเด่น ด้านครูแพทย์ ประจำปี 2566 จากราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย ซึ่งท่านอาจารย์สุพจน์ก็เป็นปรมาจารย์ด้านการศึกษาที่ช่วยสอนบุคลากรวิทยาศาสตร์สุขภาพในกิจกรรมของศูนย์ SHEE มาอย่างต่อเนื่องหลายต่อหลายปี ในฉบับนี้ อาจารย์มาเล่ามุมมองที่น่าสนใจในการทำหน้าที่ครูแพทย์ให้พวกเรา ซึ่งน่าจะช่วยสร้างแรงบันดาลใจในการเป็นครูแพทย์ให้แก่ท่านผู้อ่านได้มากทีเดียวครับ สำหรับบทความ Educational movement ผมก็นำเสนอแนวทางหลายอย่างในการจัดระบบการเรียนการสอนที่น่าจะส่งเสริม patient-centered care ในบริบทของประเทศไทยได้

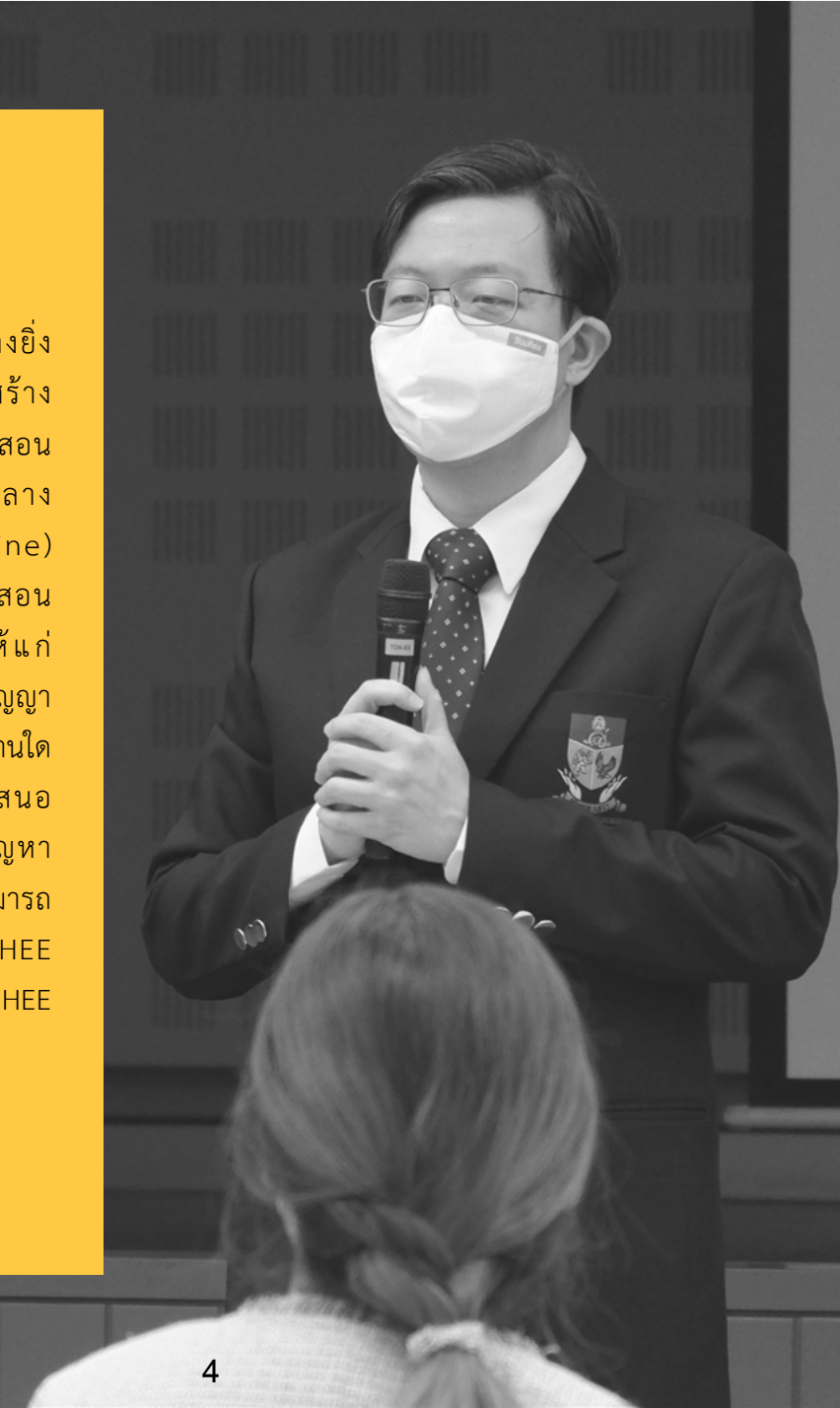


สำหรับ SHEE sharing ในวารสารฉบับนี้ อาจารย์ปัญญาภัทรนำเสนอเนื้อหาจากบทความที่น่าสนใจเกี่ยวกับทัศนคติและนิสัยของศิษย์แพทย์ที่มีความเห็นอกเห็นใจผู้ป่วยสูง โดยใช้ระเบียบวิธีวิจัยแบบผสมวิธี ส่วน Column SHEE research ในวารสารนี้ จะเป็นการนำเสนอ แนวทางการทำวิจัยอีกรูปแบบหนึ่งที่น่าสนใจมาก แต่อาจยังไม่เป็นที่คุ้นกันมากนักในคณาจารย์ในโรงเรียนวิทยาศาสตร์สุขภาพ การวิจัยลักษณะนี้คือ Ethnographic research (การวิจัยเชิงชาติพันธุ์วรรณา) และที่ขาดไม่ได้เลยในวารสารทุกฉบับคือ Click&Go with technology ซึ่งในฉบับนี้ทีมงานนำเสนอเรื่อง การสร้าง Portfolio ด้วย WIX

“

ทางทีมงานหวังเป็นอย่างยิ่งว่า เนื้อหาที่น่าสนใจนี้จะช่วยสร้างความเข้าใจเกี่ยวกับแนวทางการสอนการแพทย์ที่มีผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (patient-centered medicine) และทำให้อาจารย์สบายใจที่จะสอนอีกทั้งทำการจัดสอนสิ่งนี้ให้นักศึกษาทั้งระดับก่อนและหลังปริญญาได้อย่างสม่ำเสมอครับ หากผู้อ่านท่านใดที่ได้ลองนำเทคนิคที่เราได้นำเสนอในวารสารนี้ไปใช้แล้วประสบปัญหา มีข้อสงสัยที่ไม่รู้จะถามใครดี ก็สามารถติดต่อสอบถามกลับมาที่ศูนย์ SHEE ได้เลยครับ ทางทีมงานของศูนย์ SHEE ยินดีช่วยเหลือทุกท่านเสมอครับ

”



# Patient-centered Medicine: Disruption in medical education



## ผ.พญ.ปญญภัทร มาประไพธ์

ศูนย์ความเป็นเลิศด้านการศึกษาวิทยาศาสตร์สุขภาพ

## ร.ก. นพ. กานุกฤต นราศุกรีฐ

ภาควิชาเวชศาสตร์ครอบครัว

คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล

## ศ.พญ.สุวรรณี สุระศรีวงศ์

ที่ปรึกษารองคณบดีฝ่ายการศึกษาหลังปริญญา ศูนย์ผู้สูงอายุ

ภาควิชาเวชศาสตร์ครอบครัว คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล

## Patients-Centered Medicine (PCM)

เมื่อพูดถึงการดูแลรักษาที่เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง เรามักจะกล่าวถึงองค์ประกอบสำคัญของ Patient-centered Medicine 6 ส่วนดังนี้

- Explore Disease & Illness
- Understanding the Whole Person
- Finding common ground
- Incorporate Prevention & Promotion
- Make Relationship
- Realistic

องค์ประกอบทั้ง 6 ส่วน เป็นเนื้อหาความรู้ วัตถุประสงค์ ทักษะ และสมรรถนะที่โรงเรียนวิทยาศาสตร์สุขภาพให้ความสำคัญ ในบทความนี้จึงอยากชวนท่านผู้อ่านทุกท่านเข้าใจองค์ประกอบสำคัญของ PCM และเห็นว่าการสอดแทรกองค์ประกอบทั้ง 6 ส่วนให้เป็นเนื้อเดียวกันในหลักสูตรส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของการเรียนการสอนในโรงเรียนวิทยาศาสตร์สุขภาพที่ผ่านมาอย่างไร ไปจนถึงว่าในแต่ละระดับของการเรียนการสอน มีส่วนใดบ้างที่มีการปรับเพื่อรองรับองค์ประกอบสำคัญทั้ง 6 ส่วน ตั้งแต่การพัฒนาหลักสูตร การเปลี่ยนแปลงรูปแบบการเรียนการสอน และการวัดประเมินผล

Disruption  
in Medical  
Education  
“การศึกษา  
ที่เปลี่ยนไป  
เมื่อคนไข้เป็น  
ศูนย์กลาง ”

# 1 Explore Disease & Illness

การดูแลผู้ป่วยอย่างเป็นทางการเป็นองค์รวมเริ่มต้นด้วยการมองผู้ป่วยเป็นมนุษย์คนหนึ่ง ไม่ใช่โรค ๆ หนึ่ง คนไข้คนหนึ่ง หรือเตียงหนึ่ง จากเดิมที่การเรียนการสอนในโรงเรียนวิทยาศาสตร์สุขภาพให้ความสำคัญกับการหาปัญหาด้านความเจ็บป่วยเป็นหลักซึ่งนำไปสู่การวินิจฉัยโรคเท่านั้น แต่เมื่อเรามองเห็นผู้ป่วยเป็นมนุษย์ เราจะเข้าใจพฤติกรรมต่าง ๆ ที่เป็นองค์ประกอบและทำให้เกิดตัวโรคตามมา สำหรับหัวข้อนี้ จึงอยากยกตัวอย่างให้เข้าใจความต่างระหว่างการรักษาที่มองเฉพาะตัวโรค (disease) ซึ่งได้จากการซักประวัติ ตรวจร่างกาย ส่งการสืบค้นเพิ่มเติม คู่กับความเจ็บป่วย (illness) ซึ่งเป็นความรู้สึกไม่สบายกายไม่สบายใจ ประสบการณ์ความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นซึ่งทำให้เกิดทุกข์ การให้ความสำคัญกับความเจ็บป่วยทำให้ การเรียนรู้ในการถามคำถามของผู้ป่วยไม่วนอยู่เฉพาะแค่ว่ากับตัวโรค แต่ยังครอบคลุมถึงคำถามที่ทำให้ได้ยินได้ฟังในประเด็นความเจ็บป่วยมากขึ้น ในที่นี้จึงอยากขอยกตัวอย่าง Idea-Feeling-Function-Expectation Framework (IFFE Framework) เพื่อให้เห็นภาพมากยิ่งขึ้น ผ่านโจทย์ผู้ป่วยสมมติโรคเลือดออกทางเดินอาหารท่านหนึ่ง

## Storytelling – Explcore Disease and illness

ผู้ป่วยชาย 45 ปี ชื่อสมชาย เป็นโรคตับแข็งจากการดื่มสุราเรื้อรัง (chronic alcoholism with liver cirrhosis) ครั้งนี้มาพบแพทย์ด้วยปัญหาอาเจียนเป็นเลือด หลังดื่มเหล้า โดยไม่ยอมมาโรงพยาบาล สมชายเข้าออกโรงพยาบาลด้วยปัญหาเรื่องนี้ 3-4 ครั้งในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา สมชายได้รับการรักษาและอาการคงที่ ท่านเป็นแพทย์ไปตรวจผู้ป่วยตามปกติ

### IFFE Framework

Disease-oriented question	Patient-oriented question
- คุณลุงยังกินเหล้าอยู่ไหม	- คุณลุงเข้าโรงพยาบาลด้วยกินเหล้าแล้วอาเจียนเป็นเลือดหลายครั้งเลย คุณลุงพอบอกหมอได้ไหมว่าคุณลุงคิดยังไงบ้างกับโรคที่คุณลุงเป็นอยู่ (idea)
- คุณลุงมีอาการเช่น ถ่ายดำ หน้ามืดรีเปลา	- คุณลุงเข้าออกโรงพยาบาลหลายครั้งแบบนี้รู้สึกยังไงบ้างครับ (feeling)
- คุณลุงกินเหล้า อาเจียนเป็นเลือดออกมาครั้งที่เท่าไรแล้ว ลุงมีความคิดจะเลิกเหล้าบ้างไหม	- การใช้ชีวิตประจำวันในช่วงนี้เป็นอย่างไรบ้างครับ มีอะไรที่อยากทำแต่ทำไม่ได้ไหม (Function)
- ถ้ามารอบหน้าหมอนอนจะช่วยไม่ได้แล้วนะ ต้องมาตามนัดหมอนะ โอเคไหม	- คุณลุงอยากให้หมอช่วยอะไรไหม / คุณลุงมีความคาดหวังยังไงกับโรคที่คุณลุงเป็นอยู่ (Expectation)

ท่านถามประเด็นต่าง ๆ ด้วย IFFE framework ผู้ป่วยตอบท่านว่า ถึงป่วยยังไงหมอก็รักษาอยู่ดี ถึงรักษาไม่ได้ก็ไม่เป็นไร ยังไงก็ไม่มีความสนใจ อาการสบายดีมากเลย รู้สึกขอบคุณหมอ อยู่โรงพยาบาลอุ่นใจ รวมถึงบนตัดพ้อถึงภรรยาที่ชอบบ่นและท้อแท้กับการพาผู้ป่วยมาโรงพยาบาลและต้องคอยพามาเจาะระบายน้ำในช่องท้อง และดูแลปัญหาต่าง ๆ ให้มาโดยตลอดเวลาเพื่อ จริง ๆ ลุงก็อยากช่วยเหลือตัวเองให้ได้มากกว่านี้ พยายามเลิกเหล้านะ แต่

มีปัญหาว่าพอหยุดกินเหล้าแล้วนอนไม่หลับพอกินเหล้าก็ทำให้หลับได้ไม่สั้นจึงยังเลิกกินไม่ได้ อยากนอนหลับได้โดยไม่ต้องอาศัยเหล้า

Disease		Disease and illness	
Variceal UGIB 1 day	1 day	Variceal UGIB	1 day
Alcoholic liver cirrhosis Child-Pugh class C	2 years	Alcoholic liver cirrhosis Child-Pugh class C	2 years
		Alcohol dependence with alcohol withdrawal-induced insomnia	5-6 years
		Sick distant couple relationship	1 year
		Sense of being a family's burden/ depression	1 year
		Poor health literacy	

จากตัวอย่างดังกล่าว การเรียนการสอนมีการนำเครื่องมือหรือ framework มาช่วยเพื่อให้ในช่วงต้นของการเริ่มผู้เรียนมีแนวทางและหลักการในการตั้งคำถามที่เป็นรูปธรรมและครบถ้วน นอกเหนือจาก framework แล้วยังมีกลไกอื่น ๆ ที่ช่วยส่งเสริมองค์ประกอบนี้เช่นกัน ได้แก่ การมีรายวิชาในหลักสูตรที่จัดการเรียนการสอนตั้งแต่ระดับชั้นปริคินิก โดยจัดการเรียนการสอนเป็น narrative lecture เพื่อให้ผู้เรียนได้มีโอกาสฟังเรื่องราวจากผู้ป่วยและเห็นว่าปัญหาความเจ็บป่วยนั้นไม่ได้มีแค่เฉพาะกับตัวโรค แต่ยังตามพ่วงมาด้วยความเจ็บป่วย และปัญหาในมิติอื่น ๆ มากกว่าแค่ความเจ็บป่วยทางกาย ไปจนถึงการประสบความสำเร็จทางการรักษา เป็นต้น

# 2 Understanding the Whole Person

Disease และ illness เป็นองค์ประกอบที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยคนหนึ่ง ๆ ทว่าไม่ได้มีแค่เฉพาะผลกระทบจากตัวโรค (biology) แต่ยังมีผลกระทบจากสภาวะทางใจ (psychology) และสังคม (social) ด้วยเช่นกัน โดยเฉพาะในส่วน social ก็มีองค์ประกอบที่สำคัญเช่นกัน ในที่นี้ขอแบ่งออกเป็น 3 หมวด

- The person context: ประวัติชีวิต ความเป็นอยู่ บุคลิกภาพ งานอดิเรก กิจวัตรประจำวัน
- The proximal context: อาชีพ ครอบครัว บทบาทหน้าที่ เพื่อน คนรอบตัว
- The distal context: ชุมชน ศาสนา วัฒนธรรม การเข้าถึงระบบบริการสาธารณสุข

ซึ่งสำหรับชั้นคลินิกแล้ว การเปลี่ยนแปลงการสอนเห็นได้ค่อนข้างชัดเจน เช่น กลไกการกำหนดแบบฟอร์มสำหรับการซักประวัติและตรวจร่างกาย ให้มีส่วนสำหรับประวัติทางสังคม เศรษฐฐานะ บ้านและความเป็นอยู่ สถานภาพการแต่งงาน/เพศสภาพ เพื่อฝึกฝนให้ผู้เรียนให้ความสำคัญกับการถามไถ่ผู้ป่วยในประเด็นเหล่านี้ และนำข้อมูลเหล่านี้มาเป็นส่วนในการพิจารณาการรักษา รวมถึงแบบฟอร์มสำหรับการออกเยี่ยมบ้านและการประเมินชุมชน และเมื่อข้อมูลเหล่านี้อยู่ในแบบบังคับ จึงทำให้เกิดโอกาสในการเรียนการสอนที่หยิบยกประเด็นเหล่านี้มาพูดคุยมากยิ่งขึ้น

### ตัวอย่างแบบฟอร์มใบประวัติสำหรับรับผู้ป่วยในควมดูแล บัณฑิตศึกษาแพทย์ชั้นปีที่ 4

คุณสมพร อายุ 75 ปี เป็นโรคเบาหวานที่คุมได้ไม่ดี ความดันโลหิตสูง ไ้ไขมันในเลือดสูง และมีประวัติเคยรักษาภาวะหัวใจวาย เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลครั้งนี้ด้วยปัญหาภาวะโลหิตเป็นกรดจากภาวะน้ำตาลสูงวิกฤติ (Diabetic ketoacidosis)

#### ประวัติสถานที่อยู่อาศัยและสภาพแวดล้อม

คุณสมพรอยู่บ้านชุมชนริมน้ำ โดยมีเพียงเพื่อนบ้านใกล้เคียงคอยไปมาหาสู่เป็นระยะ ๆ เป็นที่รักของคนในชุมชน ในช่วง 3-4 ปีหลัง COVID-19 คุณสมพรไม่สามารถเดินทางออกจากบ้านได้ เนื่องจากรอบบ้านเป็นริมน้ำทางแคบ และมีแอ่งน้ำล้อม ทางเดินแคบ

#### ประวัติความทุพพลภาพ

คุณสมพรเป็นผู้ป่วยติดบ้าน ใช้วิธีการถัดตัวไปตามพื้นกระดานที่บ้าน คุณยายหูตึง sensorineural hearing loss มีต่อกระจกที่ตาขวาและ diabetic retinopathy เคยมีประวัติ congestive heart failure เหนื่อยง่าย เหนื่อยทำให้ไม่กล้าเดินไปไหนมาไหนไกล

#### ประวัติครอบครัวและผู้ดูแล

คุณสมพรเป็นหม้าย สามีเสียชีวิตจากภาวะตับแข็ง Liver cirrhosis มีบุตร 5 คน อยู่ต่างจังหวัด 2 คน เสียชีวิต 2 คน โดยคุณสมพรอาศัยอยู่กับบุตรสาวคนสุดท้องซึ่งเป็นผู้ดูแลหลัก ชื่อคุณสมฤติ สถานภาพ คุณสมฤติมีโรคประจำตัวเป็นเบาหวาน และข้อเข่าเสื่อม ประกอบอาชีพค้าขายโดยต้องออกไปทำงานแต่เช้ามี

อย่างไรก็ตาม ในระดับชั้นอื่น ๆ ที่อาจจะไม่ได้มีปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วยโดยตรงก็มีการเรียนการสอนในชั่วโมงเรียนที่มีส่วนสำคัญ เช่น การมีรายวิชาหลักและรายวิชาเลือกที่สอนเรื่อง Social Psychology ทั้งในระดับวิชาเลือกของหน่วยกิตปริญญาแพทยศาสตรฯ รวมถึงการมีกิจกรรมเพิ่มเติมนอกหลักสูตรเช่นกิจกรรม early clinical exposure ที่จัดให้ผู้เรียนในระดับชั้นปริคคลินิก ได้ขึ้นไปสัมผัสภาษาณ์ผู้ป่วยบนหอผู้ป่วยภายใต้การควบคุมของรุ่นพี่หรืออาจารย์ เพื่อให้เห็นว่าความรู้ที่ได้เรียนจะได้นำไปใช้อย่างไรแล้วยังได้มีโอกาสสัมผัสภาษาณ์และพูดคุยกับผู้ป่วยบนหอผู้ป่วยโดยเน้นประเด็นที่นอกเหนือจากความรู้ทางการแพทย์อีกด้วย

## 3 Finding common ground

การทำจุดร่วมกันหลังจากเราได้ข้อมูลทั้งโรคและความเจ็บป่วย (disease & illness) ประเมินองค์ประกอบต่าง ๆ อย่างครบถ้วนทั้ง 3 มิติ ชีวะ-จิต-สังคม (Biology-Psychology-Social) ก็ถึงขั้นตอนที่ต้องหาแนวทางการรักษาาร่วมกัน ซึ่งมีประเด็นสำคัญ 3 ส่วน ประกอบด้วย

1. การสรุปปัญหาและลำดับความสำคัญ ปัญหาเรื่องใดสำคัญที่สุด (problems)
2. การกำหนดเป้าหมายว่าเราจะทำได้จริงแค่ไหน (goals)
3. การกำหนดบทบาทหน้าที่ จะทำอะไรจึงจะได้ผลลัพธ์นั้น (roles)

โดยการประกอบกันทั้ง 3 ส่วนนี้จะส่งผลให้เกิดการตัดสินใจภายใต้ความเคารพร่วมกัน(mutual decision)

### เตรียมคุณสมบัติกลับบ้าน - Finding common ground

ขณะนี้คุณสมพร อาการดีแล้วหลังจากได้รับการรักษาในโรงพยาบาลอยู่ 7 วัน ก่อนกลับบ้าน ญาติได้เรียนวิธีการจัดยา และการฉีดยาเบาหวาน insulin พร้อมกับรับใบนัดติดตามอาการพบแพทย์เฉพาะทางอายุรกรรม ศัลยกรรม จักษุแพทย์ และเวชศาสตร์ฟื้นฟู ทั้งหมด 4 สาขาในอีก 3 อาทิตย์

หากเราไม่เห็นข้อมูลองค์ประกอบที่ได้จากการดูแลคุณสมพรในหัวข้อที่ 2 Understand as a whole person สิ่งที่เกิดขึ้นในข้อความข้างต้นคือคุณสมพรได้รับการดูแลต่อโดยแพทย์เฉพาะทางครบถ้วน การนัดถูกต้องเหมาะสมครบถ้วน แต่หากนำข้อมูลมารวมกันจะพบว่าคุณสมพรได้รับความยากลำบากในการมาพบแพทย์อย่างแน่นอน รวมถึงไม่สามารถกินยา จัดยาและฉีดยาตามที่เราวางแผนการรักษาได้ ดังนั้นเมื่อเห็นปัญหานี้ในภาพรวม จะเห็นได้ว่าการดูแลคุณสมพรอาจต้องอาศัยองค์ประกอบมีการประสานงานของสหสาขาวิชาชีพ (multidisciplinary) การตั้งเป้าหมายร่วมกัน ใครจะมีบทบาทในการช่วยดูแลเรื่องอาหาร จะให้वानใครมาสำหรับฉีดยาเพื่อป้องกันน้ำตาลสูงซ้ำ มีการประเมินการตรวจเยี่ยมบ้าน หรือบริการเจาะโลหิตใกล้บ้านหรือไม่ การเรียนการสอนที่ผู้เรียนได้รับและทักษะที่ผู้เรียนจะต้องมีซึ่งแตกต่างไปจากอดีตคือการฝึกทักษะการประสานงานและทำงานร่วมกับสหสาขาวิชาชีพ โดยอาจเกิดขึ้นได้จากหลายลักษณะทั้งแบบทางการ เช่น การจัดการเรียนการสอนแบบ multidisciplinary team conference/tumor board และ one-stop service clinic เพื่อวางแผนร่วมกัน จากการเรียนรู้ที่เห็นเส้นทางการดูแลรักษาผู้ป่วยแบบแยกส่วน ก็ได้เห็นเส้นทางการรักษาของผู้ป่วยตามการนัดในแต่ละครั้ง ผู้เรียนก็จะได้เรียนรู้และเห็นกระบวนการทั้งหมดก่อนผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล ได้พัฒนาทักษะและแนวทางการมองและวางแผนดูแลอย่างครอบคลุมก่อนจำหน่ายผู้ป่วย ได้ได้เรียนรู้จากการประชุมและทำงานร่วมกันของสหสาขาวิชาชีพ (multidisciplinary education) นอกเหนือจากนั้น การเรียนการสอนในโรงเรียนแพทย์หลายแห่งยังมีการจัดกิจกรรมให้เรียน multidisciplinary simulation เพื่อให้คุ้นเคยกับการทำงานร่วมกับผู้อื่นที่หลากหลาย และมีการนำการประเมิน 360 องศาเข้ามาเป็นส่วนหนึ่งในการตัดสินผลของผู้เรียนอีกด้วย

## 4 Incorporate Prevention and Health-Promotion

- การป้องกันแบบปฐมภูมิ (Primary prevention) เช่น วัคซีน ออกกำลังกาย ควบคุมอาหาร
  - การป้องกันแบบทุติยภูมิ (Secondary prevention) เช่น การตรวจคัดกรอง
  - การป้องกันแบบตติยภูมิ (Tertiary prevention) เช่น การฟื้นฟู ป้องกันภาวะแทรกซ้อนทุพพลภาพ
- หรืออาจใช้เป็น Screening-Immunization-Chemoprophylaxis-Advice/Counselling framework ได้เช่นกัน

ซึ่งเนื้อหาเหล่านี้ผู้เรียนก็จะได้มีคาบเรียนทั้งในระดับชั้นปริคลินิกและระดับชั้นคลินิก เป็นแบบ lecture หรือ group discussion อย่างไรก็ตามทักษะและเครื่องมือจากองค์ประกอบที่ 1-3 ของ PCM ยังคงสามารถนำมาใช้ต่อยอดได้ โดยตัวอย่างสมมติของคุณป้าสมพรในบริบทที่แตกต่างออกไป

### การกลับมาของคุณสมพร – Incorporate prevention and Health-Promotion

ครั้งนี้คุณสมพร กลับมา revisit ด้วยเรื่อง Congestive Heart failure

#### IFFE Framework

Disease-oriented question	Patient-oriented question
<ul style="list-style-type: none"> <li>- ยายคุณน้ำไหมจ๊ะ</li> <li>- ตอนนี้น้ำน้อยวันละเท่าไร กี่ mL</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ยายยายเยอะอย่างนี้ยายกินยาอย่างไรครับเนี่ย ลองเล่าให้ฟังได้ไหมคะ(Idea)</li> <li>- โหว ยายต้องกินยา 20 กว่าเม็ดอย่างนี้ทุกวันเลย ป้าทำอย่างไรครับ รู้สึกยังไงบ้างครับ (Feeling)</li> <li>- การใช้ชีวิตประจำวันในช่วงนี้เป็นอย่างไรบ้างครับ เหนื่อยเยอะขึ้นมัย มีอะไรที่อยากทำแต่ทำไม่ได้ไหมครับ/ทำได้น้อยลงไหมครับ (Function)</li> <li>- ยายอยากให้มีหมอช่วยอะไรไหมครับ (Expectation)</li> </ul>

เมื่อถามดูแล้วก็จะพบว่าเนื่องจากมียาจากหลายแผนก มีปัญหาการกินยาสลับ และไม่สามารถจำกัต้น้ำได้ เนื่องจากมีปัญหาการกลืนยาก จึงต้องกินน้ำเกินกว่า จะกินน้ำ 1500 mL ต่อวันสำหรับยา 20 เม็ดตลอดทั้งวัน

ดังนั้นแนวทางการรักษาจะต้องถูกปรับเพื่อให้เหมาะกับคุณสมพรมากขึ้น จึงเป็นการวางแผน รวบรวมยาและปรับยา เพื่อป้องกันภาวะน้ำเกินซ้ำ มีการประสานงานหน่วยสังคมสงเคราะห์กรณีงานนอกบัญชี แต่เหมาะสมกับผู้ป่วยมากกว่า ซึ่งจะเห็นได้ว่าหากใช้เพียงความรู้เชิงทฤษฎีเฉพาะแค่การป้องกันอย่างเดียว อาจจะไม่ประสบความสำเร็จ แต่ต้องอาศัยทักษะในการบูรณาการความรู้ทั้งหมดเข้าด้วยกัน โดยการเริ่มพยายามทำความเข้าใจ และนำไปสู่การพยายามหาแนวทางการรักษา เยียวยา และบรรเทาความทุกข์ทั้งกายใจได้มากขึ้น การสอนให้ผู้เรียนประยุกต์ใช้นอกจากเปิดโอกาสให้ผู้เรียนได้ปฏิบัติ ได้ฝึกถาม และให้ feedback แล้วในปัจจุบันมีส่วนช่วยเสริมจากการเรียนในบริบทอื่น ๆ ร่วมด้วย อาทิ ค่ายออกเยี่ยมชุมชน และส่งเสริมแบบไม่เป็นทางการ เช่น กิจกรรมค่ายอาสาพัฒนาชุมชน

## 5 Make relationship

### Storytelling

“วันนี้ราราวน์ มีคนไข้ 5 คนของ zone นี้ละ มีเคส CA lung 2 case Hypertensive emergency 2 case แล้วก็ Meningitis อีก 1 เคส”

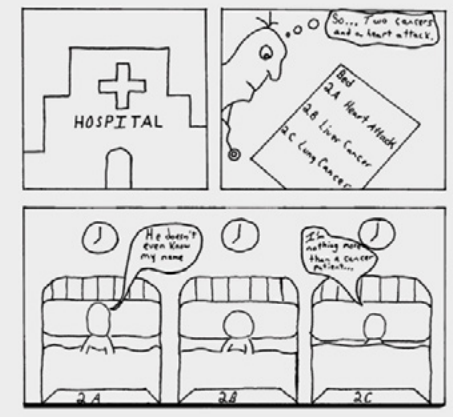


Figure 16.1 Objectification of patients; cartoon by Jordan C. Humphrey [98].

องค์ประกอบสำคัญของความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยและแพทย์ อาจจะสามารถอธิบายได้อย่างง่ายผ่านภาพการ์ตูนนี้เป็นภาพสะท้อนความเป็นจริงในอดีตของรูปแบบการเดินราราวน์จากเดิมที่ยกโขงเดินไปพร้อมกันไปรุมกันอยู่หน้าผู้ป่วย ซึ่งที่ผ่านมาก็ให้ผลการรักษาที่ดีมาก ผู้ป่วยปลอดภัยได้กลับบ้าน แต่ความรู้สึกของผู้ป่วยที่มีต่อบุคลากรทางการแพทย์ (Patient transference) กลับกลายเป็นความขุ่นเคือง ความรู้สึกที่ว่า “ไม่เห็นแพทย์พูดอะไรเลย” หรือ “แพทย์พูดอะไรไม่รู้ฟังไม่รู้เรื่อง” ทั้ง ๆ ที่ความรู้สึกของบุคลากรทางการแพทย์ที่มีต่อผู้ป่วย (Countertransference) ก็รู้สึกว่าผลการรักษาที่ดีเยี่ยมและผู้ป่วยทุกคนได้รับการรักษาที่ได้มาตรฐาน เพียงแต่การรักษาในรูปแบบดังกล่าวไม่ได้เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางของการรักษา โดยเฉพาะในโรงเรียนวิทยาศาสตร์สุขภาพ ซึ่งมีทีมดูแลขนาดใหญ่และมีการเรียนการสอนระหว่างการราราวน์และดูแลผู้ป่วย จึงมีการปรับรูปแบบจากการ

ยกโขงรุมเตียงขณะราราวน์ผู้ป่วย เป็นการแบ่งขั้นตอนระหว่างการราราวน์แต่ละเตียงอย่างชัดเจน ซึ่งประกอบด้วย 3 ช่วงหลัก ได้แก่ ช่วงนัดแนะ (briefing) ซึ่งเป็นช่วงที่แพทย์พูดคุยกันเอง ช่วงปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วย (patient encounter) และ ช่วงการสรุป debriefing ทำให้เมื่อเข้าไปพบผู้ป่วย ได้ใช้เวลากับผู้ป่วยและให้ความสำคัญกับผู้ป่วยและญาติมากที่สุดอย่างที่เราจะเป็น ผู้ป่วยรู้สึกได้รับความสำคัญ มีความเชื่อใจที่จะให้ข้อมูลและถามมากขึ้น ลดความสับสนและอึดอัดลำบากใจของผู้ป่วยท่ามกลางบทสนทนาของบุคลากรทางการแพทย์ข้างเตียงที่ไม่เกี่ยวกับผู้ป่วย การจัดการราราวน์รูปแบบนี้ไม่เพียงแต่เพิ่มความสัมพันธ์ระหว่างบุคลากรทางการแพทย์และผู้ป่วย แต่ยังสนับสนุนและส่งเสริมให้ผู้สอนได้มีโอกาส observe ผู้เรียน ได้แสดงการโต้ตอบกับผู้ป่วยที่มีคุณภาพให้เป็นตัวอย่าง (role modeling) และมีเวลาที่ถูกต้องชัดเจนสำหรับการแทรกประเด็นต่าง ๆ ที่สำคัญที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยในมิติอื่น ๆ ทั้ง biological รวมไปถึงการให้ feedback การเรียนการสอนที่ผู้ป่วยไม่จำเป็นต้องได้ยิน รวมไปถึงเปิดโอกาสเกิดการทำงานแบบสหสาขาวิชาซับซ้อนมากขึ้น นอกเหนือจากนั้นโรงเรียนแพทย์หลายแห่งก็ให้ความสำคัญกับการเรียนการสอนที่เน้นการสื่อสาร (communication skills) เน้นทักษะการสร้างความสัมพันธ์และ โดยเฉพาะการเรียนและการฝึกฝนกับผู้ป่วยมาตรฐาน หรือการใช้สุนทรียสนทนา (dialogue theater) เข้ามาเป็นวิธีการสอน และ สนับสนุน extracurricular activity ต่าง ๆ รวมไปถึงการสอบปฏิบัติรายสถานี Objective Structured Clinical Exam หรือ OSCE การสอบประเมินการสอบรายยาว (longcase) ก็มีเกณฑ์ให้คะแนนในด้านทักษะการสื่อสาร และการสร้างความสัมพันธ์กับผู้ป่วยมากขึ้น



ยกตัวอย่างการสอบและการประเมินการให้คำปรึกษาในผู้ป่วยระยะท้ายของการสอบ OSCE 10 นาที

ผู้ป่วย : ผมเป็นมะเร็งปอด มีเวลาเหลืออยู่อีกกี่ปีครับหมอ

IFFE Framework

Disease-oriented question	Patient-oriented question
<ul style="list-style-type: none"> <li>- จากงานวิจัยและข้อมูลทางวิชาการ เฉลี่ย 6-8 เดือนครับ</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Tissue technique ** และเตรียมสถานที่ (Setting)</li> <li>- คุณสมชายถามคำถามนี้ มีเรื่องกังวลใจในประเด็นไหน พอบอกหมอได้ไหมครับ (Perception หรือ Idea)</li> <li>- หมอเข้าใจว่า คุณสมชาย กลัวว่าจะไม่สามารถอยู่ได้ถึงงานรับปริญญาของลูกชายใช่ไหมครับ (Emotion หรือ Feeling)</li> </ul>



Storytelling – Realistic

2 สัปดาห์ก่อน คุณยายสมพรเริ่มกลืนติดกลืนลำบากมากขึ้นจากโรคสมองเสื่อม vascular dementia จึงได้ให้การรักษาด้วยการใส่สายให้อาหารทางจมูก (nasogastric tube, NG tube) ไปสำหรับทานอาหาร (feed) ใน visit ก่อนจากแพทย์อายุรกรรมผู้สูงอายุ ระหว่างรอการตรวจไตคุณยายสมพรดึง NG tube หลุด อายุรแพทย์โรคไตจึงปรึกษาแผนกศัลยกรรมเพื่อพิจารณาใส่ NG ตาม protocol แผนก observe

แต่เนื่องจากปริมาณเคสที่มาก ทำให้แพทย์ศัลยกรรมจะใช้เวลาเกือบ 2 ชั่วโมง จึงจะสามารถมาดูแลเคสได้

ในชีวิตความเป็นจริงท่านผู้อ่านก็อาจจะเจอสถานการณ์ลักษณะนี้ได้ ซึ่งถ้ามองในมุมของการดูแลผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางก็อาจจะดูได้ว่า ก็แค่ใส่สายยางให้อาหารเอง ทำไมถึงจะต้องรอศัลยแพทย์ทั้ง ๆ ที่ถ้าเป็นโรงพยาบาลชุมชนทั่วไปผู้ป่วยได้รับการใส่ NG tube กลับบ้านเสร็จงานแล้ว ในกรณีนี้เนื่องจากข้อจำกัดเชิงโครงสร้าง ข้อตกลงระหว่างแผนก ความพร้อมของสถานที่ในการทำหัตถการ รวมไปถึงความระมัดระวังในการทำหัตถการในผู้ป่วยสูงอายุ แต่การที่เราไม่มองและให้ความสำคัญกับการดูแลผู้ป่วยโดยเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ปัญหาเหล่านี้ถึงแม้ว่าจะมีข้อจำกัดอยู่ ก็จะได้รับการแก้ไขและพัฒนา ซึ่งการเรียนรู้โครงสร้างองค์กร และการคิดถึงจนสุดทุกประเด็นในการตัดสินใจ จะทำให้เราสามารถเตรียมผู้เรียนให้สามารถออกไปปฏิบัติงานได้อย่างเข้าใจความแตกต่างหรือบางครั้งข้อจำกัดบางอย่างอาจจะเปลี่ยนแปลงไป แต่ผู้ป่วยไม่ทราบ เช่น บิดาของผู้ป่วยรายหนึ่งเป็นมะเร็งปอดเสียชีวิตอย่างทุกข์ทรมานเมื่อ 10 ปีก่อน ผู้ป่วยจำเป็นต้องขายที่นาทั้งหมดเพื่อรักษา จึงสภาพจำฝงใจ ในวันนี้ผู้ป่วยมาพบท่านด้วยเป็นมะเร็งปอด ผู้ป่วยขอไม่รักษาต่อ และเซ็นปฏิเสธการรักษาเพื่อจะไปใช้ชีวิตบั้นปลายอยู่ต่างจังหวัด แต่หากเรากะเทาะและให้ความสำคัญในทุก ๆ ชั้นของการดูแลผู้ป่วยแบบ

PCM ก็พบว่า เพียงแค่ผู้ป่วยรู้ว่าข้อจำกัดนั้นได้เปลี่ยนไปแล้ว การรักษามะเร็งปอดบางชนิดสามารถตอบสนองต่อยาที่ชออนุมติเบิกได้ ก็อาจจะทำให้ผู้ป่วยเลือกเปลี่ยนแนวทางการตัดสินใจการรักษา การเรียนการสอนในปัจจุบันจึงปรับมามุ่งเน้นหลักการเหล่านี้ เพื่อให้มั่นใจว่าการตัดสินใจใด ๆ ในการรักษาผู้ป่วยและแพทย์ได้ทำการตัดสินใจร่วมกันอย่างเหมาะสม ด้วยความสัมพันธ์ที่ดีต่อกัน และภายใต้ความเป็นไปได้เชิงทรัพยากร อย่างไรก็ตามประเด็นที่สำคัญอย่างยิ่งคือ ความแตกต่างของความพร้อม ซึ่งหากเคสต่างๆ ที่ยกตัวอย่างมาเกิดขึ้นในบริบทที่แตกต่างไป เช่น อยู่ในโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลชุมชน ซึ่งอาจจะไม่ได้มีทีมสหสาขาวิชาชีพ การดูแลคุณสมพรในการฉีดยาเบาหวาน ก็อาจจะต้องปรับให้เหมาะสมตามบริบท การเรียนการสอนที่เราในปัจจุบันเราจัดเพื่อให้ผู้เรียนได้เห็นข้อจำกัดเหล่านี้ คือจัดการร่นปฏิบัติงานโรงพยาบาลร่วมสอนภายนอกหรือโรงพยาบาลชุมชน เพื่อให้ได้นำความรู้และทักษะเหล่านี้ไปประยุกต์ใช้ในบริบทที่แตกต่างและมีข้อจำกัด การจัดให้มีการ elective และรวมถึงการได้มีโอกาสเห็นระบบการรักษาที่มีความพร้อมในระดับสูงเช่นการแลกเปลี่ยน/ศึกษาดูงานในโรงพยาบาลหรือสถานพยาบาลในต่างประเทศ เป็นต้น

6 Realistic

ท้ายที่สุดถึงแม้ว่าเรามีแนวทางหลากหลาย สามารถมองเห็นปัญหา ถ้ามองได้สร้างสัมพันธ์ภาพได้อย่างดี แต่สุดท้ายที่เป็นตัวที่มีผลต่อการตัดสินใจคือ ความเป็นจริง ซึ่งประกอบด้วยคำนิยามถึงบริบทของผู้ป่วย และทรัพยากร เวลา บุคลากร เงิน และเครื่องมือ เข้ามาร่วมด้วย

# Disruptions in Medical Education

ท่านผู้อ่านอาจจะพบบทภาพในระดับหนึ่งว่า องค์ประกอบสำคัญทั้ง 6 ส่วนของ PCM ถูกแทรกลงในองค์ประกอบใดของการเรียนการสอนบ้าง ในส่วนท้ายนี้จึงอยากขอสรุปภาพรวมด้านการศึกษาดังกล่าวออกเป็นองค์ประกอบด้านการศึกษาในประเด็นต่าง ๆ ประกอบด้วย หลักสูตร (curriculum) วัตถุประสงค์และสมรรถนะการเรียนรู้ (objective) การเรียนการสอน รูปแบบการเรียนการสอน การวัดและประเมินผล

## หลักสูตร (Curriculum)

ท่านผู้อ่านจะเห็นได้ว่าการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในหลักสูตรสามารถแบ่งออกได้เป็น 2 ลักษณะ ประกอบด้วย การสอนที่มีกำหนดอย่างเป็นทางการในหลักสูตร (formal curriculum) และการกำหนดอย่างไม่เป็นทางการ (informal curriculum)

โดย formal curriculum สามารถแบ่งออกได้เป็น 3 รูปแบบ ประกอบด้วย

1. รายวิชาบังคับ (Compulsory units) การจัดช่วงเวลาระยะเวลาใดในหลักสูตร ไม่ว่าจะเป็นตั้งแต่ชั้นปริคlinik หรือชั้นคลินิก เช่น คาบเรียน Prevention/Health promotion หรือ rotation วนปฏิบัติงานโรงพยาบาลร่วมสอน
2. รายวิชาเลือกบังคับ (Mandatory elective units/Special Study Module : SSMs) คือการกำหนดหน่วยกิตและ/หรือชั่วโมงที่ผู้เรียนสามารถเลือกวิชาลงเรียนได้ตามที่ตนเองสนใจในรายวิชาเลือกต่าง ๆ ที่มีกำหนดในหลักสูตร เช่น Social Psychology การ elective สถาบันที่สนใจ
3. รายวิชาเลือกตามสมัครใจ (Purely voluntary units) เป็นรายวิชาส่วนเสริมที่นอกเหนือไปจากหน่วยกิตบังคับ เป็นหมวดการศึกษาที่ผู้เรียนสามารถเลือกได้ตามความสมัครใจ หรือกิจกรรมซึ่งจัดเสริมเพิ่มเติมโดยฝ่ายการศึกษาสำหรับผู้สนใจ เช่น กิจกรรมเสริม communication นอกเวลาเรียน

โดยการเรียนการสอนลักษณะนี้มีจุดแข็งที่สำคัญคือ มีการเรียนการสอนที่ชัดเจนเป็นรูปธรรม มีแผนการสอน มีหน่วยกิตการศึกษา มีการประเมินผลและเมื่อมาผนวกกับ informal curriculum เช่น นักศึกษาได้พบอาจารย์ที่เป็นแรงบันดาลใจและให้ความสำคัญกับผู้ป่วย การดูแลผู้ป่วยและอาจารย์ผู้สอนแสดงให้เห็นเป็นตัวอย่างถึงความสนใจใส่ใจในปัญหาผู้ป่วย การเล่าประสบการณ์ในอดีตของตนเองให้ฟัง ประสบการณ์ตรงจากการดูแลผู้ป่วยของผู้เรียนเอง ก็ยิ่งส่งเสริมให้การเรียนการสอน PCM ดีขึ้น



## เป้าหมายการเรียนรู้และสมรรถนะ ของผู้เรียนและผู้สอน (objective and competency)

ความสามารถทั้ง 6 องค์ประกอบของ PCM เป็นสมรรถนะของผู้เรียนซึ่งสามารถแบ่งออกได้ 3 ระดับ ประกอบด้วย

1. เชี่ยวชาญในความรู้และทักษะทางวิชาชีพ (Expertise for mastering clinical skills : an instrumental rationale)
2. มีความสามารถในการใช้บทสนทนาเพื่อเข้าใจและเข้าถึงประสบการณ์และกระบวนการคิดของผู้ป่วย (Dialogue for understand patients' experiences and rational practices : an epistemological rationale) การทวนถามผู้ป่วยเพื่อความเข้าใจที่ตรงกันระหว่างผู้ป่วยและทีมรักษา เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติซักถามและเป็นบุคคลสำคัญในกระบวนการตัดสินใจสำคัญในขั้นตอนต่าง ๆ ของการรักษา (mutual decisions) ซึ่งอาศัยการสอนทักษะการสื่อสาร (communication skills)
3. แสดงออกและเปลี่ยนแปลงไปสู่ความเป็นอัตลักษณ์ทางวิชาชีพ (Expression/transformation of professional identity : critical/intrinsic rationale) เป็นบุคลากรทางการแพทย์ที่มีหัวใจของความเป็นมนุษย์ มองเห็นและประสานร่วมกับวิชาชีพอื่น ๆ ได้อย่างเหมาะสม มีความเห็นอกเห็นใจผู้ป่วย (empathy)

ทั้ง 3 ระดับนี้ไม่เพียงแต่สอนให้ผู้เรียนมีความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วยอย่างเป็นองค์รวมและเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง แต่ยังคงคาดหวังเพื่อจะให้ผู้ป่วยพัฒนาอัตลักษณ์ทางวิชาชีพที่ส่งเสริม PCM ให้มากขึ้น



## การจัดการเรียนการสอน (Learning)

- Active, Experiential, and Transformative learning

การสอนให้ผู้เหมาะกับการเรียนการสอนแบบ problem-based learning หรือ team-based learning หรืออาจจะเป็นการใช้สุนทรียสนทนา (dialogue theater) เพื่อให้ผู้เรียนได้เกิดการเรียนรู้ที่จะให้ผู้เรียนเข้าใจคำตอบของคำถาม เช่น อะไรคือความเจ็บปวด ความปวดคืออะไร อะไรคือความหมายของการเสียชีวิตและความสูญเสีย การตอบคำถามเหล่านี้และทำความเข้าใจประเด็นเหล่านี้เพื่อให้ผู้เรียนเกิดการเรียนรู้ที่เปลี่ยนแปลงจากภายใน

- **Simulation-based learning**

Simulation learning ผ่านโจทย์ผู้ป่วยจำลอง หรือสถานการณ์จำลองที่ต้องตัดสินใจภายใต้ระบบ และข้อจำกัด ได้ทดลองฝึกฝนทักษะที่สำคัญ เช่น การซักประวัติในคำถามเรื่องส่วนตัวให้ไม่เคอะเขิน หรือ การตรวจร่างกายที่นุ่มนวล การฝึกสถานการณ์ที่ต้องทำงานร่วมกับสหสาขาวิชาชีพก่อนทำจริง เป็นต้น และมีการประยุกต์นำ standardized patient มาใช้ในการสอนมากขึ้น

- **Workplace-based learning**

การเรียนรู้ขณะปฏิบัติงานน่าจะเป็นส่วนที่มีความสำคัญสูงสุดสำหรับ PCM โดยระหว่างทางการเรียนการสอนนั้นต้องมุ่งเน้นให้ผู้เรียนได้ฝึกและประยุกต์ใช้จริงกับผู้ป่วยก่อนออกไปปฏิบัติงานด้วยตนเอง ซึ่งส่วนสำคัญของผู้สอนคือการ supervision และให้ feedback

- **Multidisciplinary team and Inter-professional education**

การเปิดโอกาสในการทำงานกับบุคลากรทางการแพทย์ที่ชำนาญและเชี่ยวชาญในสาขาวิชาที่แตกต่างกันออกไป ไปถึงระดับที่เกิดการเรียนรู้ผ่านผู้สอนที่ไม่ใช่บุคลากรทางการแพทย์ เช่น สาขา non-healthcare เป็นต้น มีการจัดการเรียนการสอนผ่าน conference/tumor board เป็นต้น



## การวัดและประเมินผล (Evaluation)

การสอบปฏิบัติรายสถานี Objective-Structured Clinical Evaluation หรือ OSCE มีการปรับรายละเอียดของสถานีและเกณฑ์การประเมิน เพื่อเน้นการแสดงทักษะการเห็นอกเห็นใจผู้ป่วยอย่างเหมาะสม (empathy) ความสามารถในการสื่อสาร (communication skills) ไปจนถึงการประเมิน workplace-based assessment และการประเมิน 360 องศา ประเมินความสามารถในการการทำงานร่วมกับสหสาขาวิชาชีพ และความเห็นอกเห็นใจ การประเมินการสอบรายสั้นรายยาว (short case/long case) reflection and portfolio ก็เป็นการปรับเปลี่ยนที่เห็นได้มากขึ้นในปัจจุบัน

## ความท้าทาย

ความท้าทายหลัก ๆ ที่สำคัญโดยเฉพาะในประเทศไทยคือ ศาสนาและความเชื่อ สถานที่และวัฒนธรรมที่มีบริบทที่แตกต่างกันออกไป ผลและงานวิจัยซึ่งนำไปประยุกต์ใช้หรืออธิบายปรากฏการณ์ในบริบทและวัฒนธรรมหนึ่ง อาจจะไม่สามารถนำมาใช้แล้วมีประสิทธิภาพในบริบทไทย จึงต้องการงานวิจัยการศึกษาที่กว้างขวางมากขึ้นในบริบทของไทย โดยเฉพาะงานวิจัยเชิงคุณภาพหรือเชิงผสม อย่างไรก็ตาม การหาหลักฐานเชิงประจักษ์เพื่อกำหนดแนวทางที่เหมาะสมในการพัฒนาหลักสูตรและการเรียนการสอน เพื่อให้มั่นใจได้ว่าการบริหารผู้ป่วยในอนาคตของบัณฑิตของโรงเรียนวิทยาศาสตร์สุขภาพจะดีและมุ่งเน้น PCM มากขึ้น ในปัจจุบันมีการพัฒนาการสอนในหลักสูตรหลากหลาย เช่น communication และ professionalism แต่การศึกษาที่มากขึ้นจะทำให้เราเห็นความสำคัญของ empathy และทักษะการสังเกต

(observation skills) ทักษะการฟัง (listening skills) ต้องอาศัยการพัฒนาและความร่วมมือมากขึ้น รวมไปถึง การปรับสภาพแวดล้อม กระบวนการที่ส่งเสริมและเชิดชูครูต้นแบบ (role model) กระบวนการพัฒนาศักยภาพคณาจารย์ (faculty development) การป้องกันและลดความเสี่ยงของภาวะเซ็งลบบเช่น การลดภาวะหมดไฟ (burnout)

## บทสรุป

ท่านผู้อ่านจะเห็นได้ว่า กระบวนการในระบบการศึกษาของโรงเรียนวิทยาศาสตร์สุขภาพเพื่อจะให้มั่นใจได้ว่าบุคลากรที่โรงเรียนหนึ่ง ๆ ผลิตจะมีความรู้ ทักษะ เจตคติ และทัศนคติที่เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางนั้นต้องอาศัยการปรับปรุงหลักสูตรในทุก ๆ ระดับ และมีการเปลี่ยนแปลงการเรียนการสอนอย่างต่อเนื่องให้สอดคล้องกับสภาพสังคม และลักษณะการบริหารผู้ป่วยที่เปลี่ยนแปลงไป การเปลี่ยนแปลงเหล่านี้เป็นเพียงส่วนหนึ่งที่หยิบยกมาให้ท่านผู้อ่านได้เห็นตัวอย่าง อย่างไรก็ตามทุกการเปลี่ยนแปลงมีโจทย์ที่ต้องคำนึงถึง และมีความท้าทายพอสมควร ไม่ว่าจะเป็นการบริหารจัดการระบบเพื่ออำนวยความสะดวกในการประสานงานระหว่างสาขาวิชาชีพ การบริหารผู้ป่วย และงานวิจัยที่สนับสนุน

# 03 Transformative Learning to promote humanized health care



ผศ.ดร.วณ ฤกษ์  
ภาควิชาจิตเวชศาสตร์  
คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

การสอนให้แพทย์ดูแลผู้ป่วยด้วยความเป็นมนุษย์ (humanized health care) เป็นความท้าทายในโลกยุคปัจจุบัน ที่มีความเจริญก้าวหน้าทางวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มีปัญญาประดิษฐ์ที่อาจมาแทนที่มนุษย์ได้หลายด้าน และทัศนคติของคนรุ่นใหม่ที่มีเป้าหมายในชีวิตแตกต่างกัน ทำให้ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยและแพทย์เปลี่ยนแปลงไป อย่างไรก็ตามการดูแลทางด้านจิตใจที่มีพื้นฐานความสัมพันธ์ระหว่างมนุษย์ด้วยกัน เป็นสิ่งที่ผู้ป่วยและญาติยังต้องการเสมอ เป็นเป้าหมายสำคัญที่ควรส่งเสริมให้เกิดขึ้นในระหว่างการเรียนแพทย์

การพัฒนานิสิตนักศึกษาแพทย์ นอกจากความรู้และทักษะในวิชาชีพแล้ว ทักษะของความเป็นมนุษย์ที่มีความเข้าใจผู้อื่น เห็นอกเห็นใจ อยากช่วยเหลือคน จะเป็นพลังที่ทำให้เกิดแรงจูงใจในการเรียนและการทำงาน เทคนิคในการปลูกฝังเรื่องนี้มีหลากหลายวิธี หัวใจอยู่ที่การทำให้เปลี่ยนแปลงในระดับอารมณ์ เกิดความเข้าใจผู้อื่นและตนเอง สำคัญจากภายในผู้เรียน จึงจะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมอย่างยั่งยืนถาวร เปลี่ยนแปลงเป็นไปพร้อมกันทั้ง ระดับเจตคติ (affective domain) เกิดความรู้สึกร่วมในการเป็นมนุษย์ ระดับความคิด (cognitive domain) เห็นคุณค่าของความเป็นมนุษย์ และระดับทักษะ (psychomotor domain) สามารถสร้างความสัมพันธ์กับผู้ป่วยและญาติได้ ทำให้เกิดความรู้สึกดีต่อผู้อื่น ความสัมพันธ์เชิงบวก ความผูกพัน (engagement) ตามมาด้วยการเปิดเผยข้อมูล ทำงานร่วมกัน และความร่วมมือในการรักษา

“

Transformative Learning (TL) คือ การเรียนรู้ที่ผู้เรียนเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (transformed) กระบวนการเรียนรู้ผ่านประสบการณ์ (experience)

”

Transformative Learning (TL) คือ การเรียนรู้ที่ผู้เรียนเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (transformed) กระบวนการเรียนรู้ผ่านประสบการณ์ (experience) ได้สัมผัส ได้ทำให้เกิดความรู้สึกร่วม นำมาคิดแบบใคร่ครวญ (contemplative thinking) สะท้อนการเรียนรู้ (critical reflection) แล้วนำมาแลกเปลี่ยนกัน (rational discourse) ผู้เรียน มีส่วนร่วมในการเรียนรู้ มีความสุข สนุก เห็นคุณค่าของการเรียนรู้ ผู้สอนให้เกียรติผู้เรียนในความเป็นมนุษย์ที่มีความเท่าเทียมกัน ทำให้ผู้เรียนรู้สึกปลอดภัย ผ่อนคลาย ไม่กลัวหรือรู้สึกกดดัน กล้าแสดงออก รับฟังผู้อื่นเป็น ยอมรับตัวเอง และผู้อื่น และเก็บเกี่ยวการเรียนรู้ได้เต็มความสามารถ การออกแบบการเรียนรู้ทำให้ผู้เรียนนำไปใช้สร้างความสัมพันธ์กับผู้ป่วยและญาติ ในลักษณะที่ให้เกียรติคนอื่น และมีความเป็นมนุษย์เสมอกัน

ผู้สอนเป็นตัวอย่างของความเป็นมนุษย์ ที่เห็นคุณค่าผู้เรียน เชื่อในความสามารถและความตั้งใจที่จะ

เปลี่ยนแปลงตนเอง กระตุ้นให้ผู้เรียนคิดทบทวน ทดสอบความคิด ความเชื่อ ของตนเอง และพยายามแก้ไขความคิด ความเชื่อ และทัศนคติที่ไม่ถูกต้อง นำมาแลกเปลี่ยนกัน เกิดการเรียนรู้ใหม่ มีทักษะใหม่ และเกิดแรงจูงใจที่จะมีพฤติกรรมใหม่ เข้าใจความเป็นมนุษย์ของตนเอง ของเพื่อน ของผู้สอน ช่วยให้เกิดความเป็นมนุษย์ในผู้เรียนขึ้นอย่างต่อเนื่อง



## สามเหลี่ยมพฤติกรรมในการเรียนรู้ (Behavior Triangle in Learning)

พฤติกรรมของมนุษย์เกิดจากการทำงานร่วมกันของร่างกาย สิ่งเร้าจะกระทบประสาทสัมผัสทั้ง 5 ของร่างกาย เกิดความรู้สึก ความคิด แรงจูงใจ แสดงออกมาเป็นพฤติกรรม เกิดความจำสะสมเป็นประสบการณ์ตั้งแต่เด็ก เป็นระบบของร่างกาย ความคิด ความรู้สึก ที่ทำงานร่วมกันสามด้าน ดังนี้

- 1 ฐานกาย (Psychomotor Domain) : การตอบสนองทางกายผ่านระบบประสาททั่วไป ประสาทอัตโนมัติ และกลไกการตอบสนองของร่างกายต่างๆ แสดงออกเป็นการเคลื่อนไหว และพฤติกรรม
- 2 ฐานความรู้สึก (Affective Domain) : ความรู้สึก อารมณ์ เจตคติ ทำให้เกิดแรงจูงใจหรือแรงบันดาลใจในพฤติกรรม
- 3 ฐานความคิด (Cognitive Domain) : ความคิด เหตุผล ความรู้ ความเชื่อ และ mindset

ความรู้สึกและความคิด จะมีผลอย่างมากต่อการเกิดพฤติกรรม เมื่อทำซ้ำๆ สะสมประสบการณ์ ตั้งแต่เด็ก จะเกิดชุดความคิดความรู้สึก เกิดเป็นระบบความคิด (mindset) ที่ฝังแน่นจนกลายเป็นบุคลิกภาพ เมื่อมีสิ่งกระตุ้น จะแสดงออกในรูปแบบเดิม

การเรียนรู้เดิมที่มีอยู่ จึงอาจเป็นอุปสรรคที่ปิดกั้นการเรียนรู้ใหม่ การยอมรับหรือเปลี่ยนความคิดใหม่ ต้องยกเลิกการเรียนรู้เดิม (unlearn) และเรียนรู้สิ่งใหม่เข้าไปแทนที่ (relearn)

ในชีวิตคนตั้งแต่เด็ก พบว่ามีการเรียนรู้ที่ไม่ถูกต้องมากมาย การพบความจริงในชีวิต จึงต้องเปลี่ยนแปลงการเรียนรู้ใหม่ตลอดเวลา เพื่อแก้ไขการเรียนรู้เดิมที่ไม่ถูกต้อง การเรียนรู้แบบที่จะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงได้ลึกถึงระบบความคิดความเชื่อเดิม จึงต้องทำให้เกิดการกระทบจิตใจที่แรงพอ สร้างประสบการณ์ใหม่ เพื่อกระตุ้นให้รู้สึกขัดแย้งกับของเดิม เกิด dilemma (มีสองข้อที่ขัดแย้งกัน จะเชื่อของเดิมหรือของใหม่) ใช้ความคิดแบบลึกซึ้ง (contemplation/critical thinking) เพื่อให้ได้ข้อสรุปใหม่ ความเชื่อใหม่ จึงจะเปลี่ยนแปลงจากภายใน เปลี่ยนพฤติกรรมได้อย่างถาวร

“

การเรียนรู้แบบนี้ เรียกว่า transformative learning เป็นการเรียนรู้ที่เกิดในผู้ใหญ่ ซึ่งมีการเรียนรู้มาแล้ว การเปลี่ยนแปลงจึงต้องใช้เทคนิค วิธีการที่แตกต่างจากการเรียนรู้ในเด็ก

”

การเรียนรู้ในผู้ใหญ่ นั้น ควรออกแบบให้เหมาะกับผู้เรียน สร้างแรงจูงใจ ให้มีส่วนร่วม เป็นเจ้าของการเรียนรู้ ผู้สอนจึงควรเข้าใจความแตกต่างหลากหลายของผู้เรียน และออกแบบให้ผู้เรียนที่ไม่เหมือนกันสามารถเรียนรู้ร่วมกันได้

ผู้เรียนเปลี่ยนแปลงตนเองได้ มักจะมีพื้นฐานบุคลิกภาพดี สามารถคิดทบทวนตนเอง วิเคราะห์ แกไขการเรียนรู้ที่ไม่ถูกต้อง (unlearn) และสร้างเรียนรู้ใหม่แทนที่การเรียนรู้เดิม (relearn)

ผู้สอนกระตุ้นให้ผู้เรียนใช้ความสามารถพิเศษของสมอง (ที่มีเฉพาะในมนุษย์) คือ การที่จิตสามารถ “คิดได้ว่ากำลังคิดอะไร” เรียกว่า metacognition พิจารณาทบทวนความคิดตนเอง ย้อนคิด ตั้งคำถามตนเอง แยกความคิดตนเอง เปรียบเทียบความคิดได้ว่า คิดอย่างไร รู้สึกอย่างไร พฤติกรรมที่เกิดขึ้นเป็นผลจากความคิดและความรู้สึกใด ทบทวนความคิดได้ว่ามีอคติ (bias) หรือไม่ ด้วยจิตที่สงบ (mindful) จิตมีพลัง คิดได้ถูกต้อง ไม่หลงผิดติดอยู่กับความเชื่อเดิมที่ไม่ถูกต้อง สามารถคิดได้ว่าความคิดนั้นมีที่มาอย่างไร เหตุใดจึงคิด หรือรู้สึกเช่นนั้น นอกจากได้ความรู้ทักษะวิชาชีพแล้วยังพบความจริงของชีวิต และความสุขที่เกิดจากการสัมพันธ์กับมนุษย์และสิ่งแวดล้อม ที่เห็นอกเห็นใจ มีเมตตา อยากช่วยเหลือกัน อยู่ร่วมกันแบบสันติ ไม่เบียดเบียนเอาเปรียบผู้อื่น มีวิธีดำเนินชีวิตด้วยความดี ความถูกต้อง มีประโยชน์ต่อตนเองและผู้อื่น รักความสงบ รักสิ่งแวดล้อม มีความงดงามในการดำเนินชีวิต และสามารถค้นพบความหมายและคุณค่าของชีวิต (meaning of life) ได้ในที่สุด

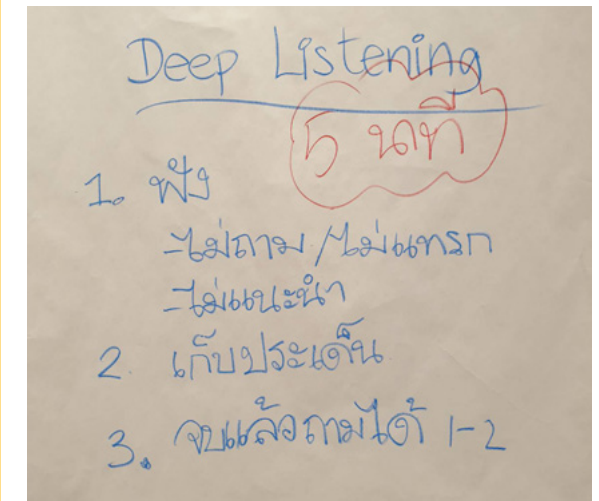
## สอนอย่างไร (How to teach humanized health care)

### 1 การฟังอย่างลึกซึ้ง (Deep Listening)

การฟังอย่างลึกซึ้ง เป็นหัวใจสำคัญของการเข้าใจผู้อื่น ธรรมชาติของคนเวลาฟังคนอื่น มักจะคิดตามไปด้วยมุมมองตนเอง ทำให้เกิดความสงสัยไม่เข้าใจ เกิดคำถาม อยากแนะนำ โดยใช้มุมมองตนเองเป็นหลัก อาจมีอาการร่วมด้วย แต่ก็เป็นอาการในกรอบประสบการณ์เดิมของตนเอง ซึ่งอาจแตกต่างจากผู้พูด การฟังอย่างลึกซึ้ง จึงเป็นทักษะใหม่ที่ต้องฝึก เพื่อให้เข้าใจความคิด ความรู้สึก ความต้องการ สิ่งที่อยู่ภายในของผู้พูดจริง

การฟังอย่างลึกซึ้ง จึงจำเป็นต้องฝึกใหม่ ที่จะรับฟังเรื่องราวของผู้นั้นอย่างตั้งใจ (attention) ไม่ชักไม่ถามใดๆทั้งสิ้น ให้เล่าเรื่องราวที่ตั้งใจไว้ตั้งแต่ต้นจนจบ ระหว่างนั้น สังเกตตนเองว่าเข้าใจเรื่องราวเพียงใด ให้สมมติตัวเองเหมือนเป็นคนๆนั้นว่าจะคิดและรู้สึกอย่างไร การจะเข้าใจได้ว่าเขาจะคิดและรู้สึกอย่างไร จำเป็นต้องมีข้อมูลพื้นฐานของคนนั้น ว่าเคยผ่านอะไรมาก่อน เคยเรียนรู้มาอย่างไร ประสบการณ์ใดในอดีตที่มีผลทำให้คิดและรู้สึกอย่างนั้น ในระหว่างฟังไม่ควรซักถามใดๆทั้งสิ้น เก็บคำถามเอาไว้ตอนท้าย หลังจากฟังจนจบแล้ว เพราะการถามจะเป็นการเบนความสนใจหรือความตั้งใจของคนเล่า อาจทำให้ไม่ได้สื่อสารเรื่องที่ยอยากจะเล่า หรือเรื่องที่สำคัญกับเขาจริงๆ ไม่ชวนคุย ผู้ฟังหักห้ามใจตัวเองที่จะคิดแย้ง ตัดสิน ลงความเห็น ไม่แนะนำ สั่งสอนหรือตักเตือน เพราะจะทำให้ผู้เล่าเสียสมาธิ หรือรู้สึกว่าผู้ฟังไม่ได้ตั้งใจฟังจริง ทำให้ในการฟังควรสอดคล้องที่จะสื่อสารทางกาย ที่แสดงความสนใจ อยากฟัง ไม่ตำหนิ ไม่ขัดแย้ง ตั้งใจฟังอย่างจริงจัง มีความรู้สึกเข้าใจ เห็นอกเห็นใจร่วมด้วย

การฟังอย่างลึกซึ้ง ช่วยให้ผู้พูดเกิดความรู้สึกดี ที่มีคนสนใจ ใส่ใจ อยากรู้ และมีอารมณ์ร่วมด้วย เหมือนอย่างมนุษย์ด้วยกัน ผู้เล่ารู้สึกผ่อนคลายที่ได้ระบาย ปลดปล่อยที่มีคนอีกคนหนึ่งเข้าใจ ไม่ตำหนิความเข้าใจนี้เป็นส่วนสำคัญที่แพทย์จะได้ทางด้านจิตใจต่อผู้ป่วย เป็นการประคับประคองจิตใจ emotional support ซึ่งเป็นทักษะเบื้องต้นของการดูแลที่แสดงออกถึงความเป็นมนุษย์ (humanized care)



การนำทักษะการฟังอย่างลึกซึ้งนี้ไปใช้ในชีวิตจริง แพทย์จะใช้ได้ตั้งแต่ เริ่มต้นรักษา การซักประวัติที่สามารถลงอย่างลึกซึ้งได้ นอกจากประวัติด้านการเจ็บป่วยที่จำเป็นในการวินิจฉัยและรักษาแล้ว การฟังความเป็นมาของผู้ป่วย ตั้งแต่เด็ก เคยมีประสบการณ์ใดบ้าง ผ่านชีวิตมาอย่างไร โดยเฉพาะในเรื่องที่เกี่ยวกับร่างกายและจิตใจ จะช่วยให้เข้าใจผู้ป่วยอย่างลึกซึ้งเช่นกัน และเกิดความสัมพันธ์ที่ดีด้วย ผู้ฟังที่ดีควรติดตามความคิด ความรู้สึกอารมณ์ ทศนคติ และความเชื่อตนเองไปด้วย ว่ามีความคิดเห็นแย้ง หรือไม่เห็นด้วย หรือตัดสินผู้ป่วย ถ้าคิดอยู่ให้พยายามรู้ตัว และเตือนตัวเองได้ว่า กำลังตัดสินหรือเกิดอคติกับผู้ป่วยหรือไม่ ถ้ามีก็ตั้งใจกลับมาอยู่กับผู้ป่วยตรงหน้า พยายามเข้าใจโดยไม่เอาตัวเองเข้าไปตัดสิน ทำได้บ่อย

เข้าจะชำนาญขึ้น และไม่เกิดอารมณ์ร่วมกับผู้ป่วยมากๆ ถ้ารู้ตัวว่ามีอารมณ์ร่วมแสดงว่าเราเอาตัวเองเข้าไปคิดและรู้สึกแทน ซึ่งอาจเป็นอุปสรรคในการฟังต่อไป ให้อภัยความรู้สึกและความคิดตนเองออกมา เหมือนเรากำลังนั่งสังเกตตนเองจากภายนอก การพยายามทำความเข้าใจผู้ป่วยในแบบของคนที่แตกต่างกันจากตัวเราเอง จะช่วยให้เราไม่ติดกับความรู้สึกร่วมอย่างรุนแรงโดยไม่รู้ตัว

การฟังอย่างลึกซึ้ง จะทำได้ง่ายขึ้น เมื่อผู้ฟังตั้งเป้าหมายในใจ ที่ต้องการเข้าใจผู้พูดอย่างลึก การพยายามปะติดปะต่อความคิดความรู้สึกเดิมในอดีต ที่มีผลต่อพฤติกรรมของคนนั้นในเวลาต่อมา ช่วยทำให้เราเข้าใจแบบไม่มีอารมณ์ร่วมด้วยมากๆ ความอยากรู้จักผู้เล่าเล็กๆ ในบทของผู้เล่าเอง ช่วยให้ผู้ฟังมีสติจดจ่อกับเรื่องราวที่นั้นจนจบ เกิดการเรียนรู้ในชีวิตที่น่าสนใจน่าติดตามได้

เมื่อผู้เล่าจบ ผู้ฟังอาจถามต่อในประเด็นที่อยากรู้ ที่ยังสงสัย เพื่อให้เราเข้าใจจริงๆ จนเกิดความเห็นอกเห็นใจอย่างลึกซึ้งแบบนี้ เรียกว่า empathy แตกต่างจากความเห็นใจธรรมดาที่ใช้คำว่า sympathy ซึ่งเป็นความเห็นใจที่ใช้ความรู้สึกของผู้ฟังเป็นหลัก แบบนี้มักจะไม่ตรงกับความเป็นจริง

การฟังอย่างลึกซึ้งต้องการทักษะในการสังเกต ทั้งอารมณ์ ความคิด และร่างกาย ของผู้พูด เห็นความสัมพันธ์ของร่างกายและจิตใจ ทำให้เข้าใจกลไกการตอบสนองของผู้เล่า ผู้ฟังที่ดี ควรมีทักษะในการสื่อสารทางร่างกายที่ดีด้วย เพื่อให้ผู้พูดเห็นความตั้งใจจริง

ในตอนท้ายของการฟัง ผู้ฟังอาจฝึกทักษะพิเศษในช่วยระดับประคองทางอารมณ์ เช่น การสะท้อนอารมณ์ การสอบถามความคิด ความรู้สึก ความต้องการ ความคาดหวัง เพื่อให้เข้าใจมากขึ้น

## 2 กิจกรรมบนชีวิต (Roadmap)

กิจกรรมนี้กระตุ้นให้มีการทบทวนตนเอง สื่อสารเปิดเผย เปิดใจตนเองแก่ผู้อื่น การฟังอย่างตั้งใจ ในสิ่งแวดล้อมที่ไว้วางใจกัน ทำให้เกิดความเข้าใจกัน อย่างลึก รู้จักกันมากขึ้น เป็นพื้นฐานของการสร้างความสัมพันธ์ และช่วยให้เรียนรู้จากประสบการณ์ชีวิตผู้อื่น และของตนเอง

กิจกรรมใช้การทบทวนชีวิตตนเอง เข้าใจตนเอง สื่อสาร เปิดเผยตนเอง ด้วยวิธีการเล่าเรื่อง (storytelling) ใช้เทคนิคการฟังอย่างลึกซึ้ง (deep listening) ในบรรยากาศกลุ่มที่ปลอดภัย ไว้วางใจผู้อื่น เรียนรู้จากชีวิตผู้อื่น เข้าใจผู้อื่น และเข้าใจความหมายของชีวิต เห็นความสำเร็จของตนเอง ตระหนักในความสัมพันธ์ การมีส่วนร่วมผู้อื่น และมีการวางแผนในอนาคต (mission and goal)



การเปิดเผยตนเอง ช่วยให้เกิดความเข้าใจผู้อื่น ไว้วางใจ สร้างความสัมพันธ์ที่ดี (relationship) ลดอคติ (bias) เข้าใจตนเอง เห็นความสัมพันธ์ระหว่างประสบการณ์ในอดีต ที่มีผลต่อพฤติกรรมหรือบุคลิกภาพ และมีผลต่อการวางแผนในอนาคต การเปิดเผยตนเอง ทำได้ดีเมื่อ อยู่ในสิ่งแวดล้อมที่สงบปลอดภัยและเป็นมิตร ยอมรับฟังกัน

กิจกรรมกลุ่ม ใช้เวลา 90 นาที โดยแบ่งกลุ่มทำงาน ประมาณ 6-8 คน มีเกมหรือกิจกรรมนำเพื่อให้เกิดความคุ้นเคย และกล้าแสดงออก เริ่มต้นให้ทุกคนสงบใจ หลับตา มีสติอยู่กับตนเอง แล้วทบทวนชีวิตย้อนอดีตตั้งแต่เด็กมาจนถึงปัจจุบัน เพื่อนำมาแบ่งปันกับเพื่อนๆ ในกลุ่ม วาดรูปถนนชีวิตตนเองในกระดาษที่กำหนดให้ (กระดาษ A3 หรือ A4) ให้เวลา 15-20 นาทีตามตัวอย่าง เริ่มต้นตั้งแต่เกิด จน ตาย กำหนดอายุที่คาดหวังเอง นั่งทำคนเดียวเงียบๆ ไม่ปรึกษากัน เปิดเผยให้เพื่อนดูได้ แต่ไม่คุยกัน ถนนมีความคดเคี้ยว กว้างยาว มีแยก ตามประสบการณ์ชีวิตในอายุนั้น ใส่เลขอายุ หรือเวลากำกับตามเหตุการณ์เปลี่ยนแปลงที่สำคัญ ใส่รูปวาด หรือสัญลักษณ์แสดงความคิด ข้อคิด ประกอบเหตุการณ์ที่สำคัญ จุดเปลี่ยนของชีวิต ทางแยกที่ต้องตัดสินใจเลือก บุคคลในชีวิตที่สัมพันธ์กัน ที่มีความหมาย ทั้งด้านบวกและด้านลบ บุคคลที่รู้สึกปลอดภัย สถานที่สำคัญที่มีความหมายในชีวิต ได้ทำอะไรสำเร็จ ใครที่เกี่ยวข้องกับความสำเร็จ (accomplishment) แล้วลงสีตามใจชอบให้สะท้อนความรู้สึกจริงในขณะนั้น

ถนนในอนาคต ให้จินตนาการเองว่า อยากจะเดินทางไปไหน อยู่กับใคร ทำอะไรตอนไหน ความฝันที่อยากทำ และบั้นปลายชีวิตจะทำอะไร เป้าหมายสูงสุดของชีวิต คืออะไร คุณค่าของชีวิต (meaning of life) คืออะไร

หลังจากวาดเสร็จ ให้เริ่มต้นจากคนใดคนหนึ่ง เล่าเรื่องแผนที่ชีวิตตนเองให้คนอื่นในกลุ่มฟัง ขอให้เปิดเผยตนเองให้ได้มากที่สุดเท่าที่จะทำได้ โดยตั้งใจตั้งแต่ต้นว่า จะเปิดเผยเรื่องอะไรให้เพื่อนๆ ทราบ เพื่อให้เกิดการเรียนรู้จากประสบการณ์ชีวิตนั้น และได้ฟังถนนชีวิตของคนอื่นที่มีความแตกต่างกัน มีกติกาว่า ในระหว่างที่เพื่อนพูด ให้ตั้งใจฟังอย่างสงบ พยายามเข้าใจชีวิตเพื่อนให้ได้มากที่สุด มีเรื่องใดที่เหมือนหรือแตกต่างจากชีวิตตนเอง ไม่ถามหรือแสดงความคิดเห็น เมื่อเพื่อนเล่าจบ ให้ถามได้ 1-2 คำถามผลัดกันอธิบาย ถนนชีวิตจนครบทุกคน เมื่อจบทุกคน ผู้นำกลุ่มถามในกลุ่มว่า รู้สึกอย่างไรบ้าง ในการเล่า และการฟัง ถามในกลุ่มว่า ได้เรียนรู้อะไรบ้างจากประสบการณ์ของคนอื่น เช่น ข้อคิด ทางแก้ปัญหา ได้เรียนรู้อะไรบ้างจากประสบการณ์ของตนเอง เข้าใจตนเองเพิ่มเติมอะไรบ้าง ให้เวลาทุกคนแสดงความชื่นชมเพื่อนในกลุ่ม ให้กำลังใจ ให้คำแนะนำเพื่อนในกลุ่ม



## การสะท้อนการเรียนรู้ จากกิจกรรมบนชีวิต

เมื่อจบกิจกรรม ให้กลุ่มช่วยกันสรุปการเรียนรู้ คิดอย่างไร รู้สึกอย่างไรต่อกิจกรรมนี้ เปรียบเทียบกับความคิด ความคาดหวังก่อนกิจกรรม ได้เรียนรู้อะไร วิเคราะห์ เปรียบเทียบการเรียนรู้กับการเรียนรู้เก่าสามารถเอาไปใช้ประโยชน์อย่างไร คนที่เปิดเผยเรื่องที่ไม่เคยเล่าให้ใครฟังมาก่อน จะรู้สึกดีที่ได้เล่า รู้สึกตนเองมีความสำคัญ เพราะมีคนฟังอย่างตั้งใจ ได้แชร์ประสบการณ์ที่ฝังใจ เจ็บปวด เก็บกด จะรู้สึกผ่อนคลายที่ได้ระบายความทุกข์ที่เก็บไว้ ให้ลองสำรวจต่อไปว่า มีครั้งใดในชีวิตที่ได้เล่าเรื่องแบบนี้ให้ใครฟัง เปรียบเทียบประสบการณ์ให้ลองคิดต่อไปว่า อะไรควรเล่า อะไรไม่ควรเล่า อะไรที่คิดว่าน่าจะเล่าแต่ไม่ได้เล่า เพราะเหตุใด (เช่น ยังไม่สนิทกัน ไม่รู้ว่าเล่าแล้วจะเกิดอะไรขึ้น คนฟังจะคิดอย่างไร การเรียนรู้ในกิจกรรมนี้ นำไปใช้ในชีวิตอย่างไร การเล่าและการฟัง ทำให้เข้าใจตนเอง เข้าใจผู้อื่น ได้อย่างไร

การฟังโดยไม่ตัดสินเป็นเรื่องยากครับ สังเกตว่าตัวเองแอบตัดสินไปหลายครั้ง คงเป็นความเคยชิน การฝึกให้ทบทวนตัวเอง มี self-awareness ติดตามความคิดตัวเอง อยู่กับปัจจุบัน อยู่กับคนตรงหน้า ที่อาจารย์แนะนำนั้นทำได้ยากครับ แต่น่าจะฝึกได้ ต้องตั้งใจฟังให้จับใจจะเข้าใจคน

เมื่อก่อนเป็นคนเก็บตัว ไม่เคยเปิดเผยกับใครเลย เพราะเชื่อว่า การเล่าเรื่องของตัวเองให้คนอื่นทราบนั้นไม่ดี ไม่ควรทำ คนฟังคงไม่ชอบ แต่เมื่อได้ลองเปิดเผยชีวิตตนเองในกลุ่มที่คุ้นเคย และรู้สึกปลอดภัย ได้เรียนรู้ใหม่ว่า เป็นประสบการณ์ที่ดี เพื่อนๆรับฟัง ได้กำลังใจ ได้ระบายความเครียด ความเศร้าที่เก็บไว้นาน พอเปิดเผยแล้วสบายใจขึ้น รู้สึกสนิทและไว้วางใจเพื่อนมาก ต่อไปจะเปิดเผยกับเพื่อนมากขึ้น

ตอนเพื่อนเล่าเรื่องชีวิตของเขา ผมเข้าใจเลยครับว่าทำไมเขาเป็นคนแบบนั้น แสดงออกแบบนั้น ที่ผ่านมามีไม่ชอบเขา แต่ได้ฟังเรื่องเล่าแล้วเข้าใจชีวิตเขาเลย ความคิดความรู้สึกเปลี่ยนไป ถ้าไม่ได้ฟังเรื่องของเขาในวันนี้ ผมคงไม่เข้าใจเขาไปอีกนาน การฟังอย่างลึก ช่วยให้เกิดความเข้าใจในแบบของคนๆนั้น ไม่ใช่เอาตัวเองเข้าไปตัดสิน ตอนนี้อย่างลึก เข้าใจแล้วครับว่า คำว่าเห็นอกเห็นใจแบบ empathy นั้นเป็นแบบนี้เอง ขอขอบคุณกิจกรรมนี้ที่ทำให้ผมได้ฟังอย่างลึกจริงๆ น่าจะนำไปใช้ฟังคนอื่นให้มากขึ้นครับ

กิจกรรมบนชีวิต ช่วยให้นักศึกษาได้ลองทำพฤติกรรมใหม่ที่แตกต่างจากเดิม เกิดความรู้สึก และความเชื่อใหม่ จนเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมจากภายใน ความเชื่อเดิมถูกทดสอบแล้วได้คิดแบบลึกซึ้ง พบว่าความเชื่อเดิมไม่ถูกต้อง ได้ข้อสรุปเป็นความเชื่อใหม่ที่ดีกว่า

## 3 กิจกรรมบทบาทสมมติ (Role Playing)

กิจกรรมบทบาทสมมติ ช่วยให้นักศึกษาแพทย์มีความเข้าใจผู้ป่วย โดยการให้นักศึกษาลองสมมติบทบาทตนเองเป็นผู้ป่วย แสดงบทบาทให้เหมือนผู้ป่วยที่อาจารย์กำหนดไว้มากที่สุดเท่าที่จะจินตนาการได้ แล้วให้เพื่อนเป็นคนสัมภาษณ์ หรือตรวจให้เสร็จภายในเวลาที่กำหนด เสร็จแล้วให้คืนร่างกลับเป็นคนเดิม เล่าให้ฟัง ว่าตอนที่แสดงบทบาทนั้นคิดและรู้สึกอย่างไร

### ตัวอย่างการสอน

เรื่อง โรคซึมเศร้า ในภาควิชาจิตเวชศาสตร์ นักศึกษาแพทย์ ปี 5

- อาจารย์ขอให้นักศึกษาในกลุ่มที่มาเรียน (กลุ่มย่อย 16 คน) จับคู่กัน คนหนึ่งลองแสดงเป็นผู้ป่วยจิตเวชที่เป็นโรคซึมเศร้า อีกคนหนึ่งแสดงเป็นแพทย์ ให้เวลาสัมภาษณ์ 20 นาที ให้เวลาเตรียมตัว 7 นาที
- คนที่แสดงเป็นผู้ป่วย : ลองจินตนาการว่าตนเองจะแสดงอย่างไร ทบทวนความรู้ว่า ผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีอาการอย่างไร สีหน้า ท่าทางตนเองควรจะทำอย่างไร ตามความรู้ เอกสาร ที่เคยเรียนมาแล้ว
- คนที่แสดงเป็นแพทย์ : ทบทวนการสัมภาษณ์ทางจิตเวช และการตรวจสภาพจิต ที่เคยเรียนมาแล้ว ก่อนเริ่มแสดงบทบาท ให้ทุกคนตั้งใจสังเกตว่าตนเองทำอะไร เพื่อนแสดงอย่างไร ชอบหรือถูกใจตอนไหน แล้วนำมาสนทนากันตอนหลัง
- เมื่อแสดงจบ ให้แลกเปลี่ยนความรู้สึก ความคิด กันในกลุ่มใหญ่ แล้วสลับบทบาทกันอีกครั้ง คราวนี้ให้ผู้ที่เคยแสดงเป็นผู้ป่วยมาเป็นแพทย์ คนที่เคยเป็นแพทย์กลับมาเป็นผู้ป่วยบ้าง จบรอบที่สองแล้วกลับมาสนทนากลุ่มใหญ่อีกครั้ง
- สรุปการเรียนรู้ ให้ช่วยกันหาพฤติกรรมที่แสดงหัวใจของความเป็นมนุษย์ เช่น การฟังอย่างลึกซึ้ง การสร้างความสัมพันธ์เชิงบวก การแสดงความเข้าใจ เห็นอกเห็นใจ สรุปว่าจะนำไปใช้ได้อย่างไร อาจจะใช้ในผู้ป่วยอื่นๆ ที่ไม่ได้ป่วยทางจิตเวชได้ด้วยหรือไม่ ที่ผ่านมามีเคยทำอย่างไร น่าจะเปลี่ยนแปลงตัวเองอย่างไร

## การสะท้อนการเรียนรู้ จากกิจกรรม

ในการแสดงบทบาทสมมติ ให้นักศึกษาเล่นบทบาทเป็นผู้ป่วย พบว่านักศึกษาสะท้อนความรู้สึกตอนทำว่า

ผมรู้สึกว่า พอได้เล่นบทบาทเป็นผู้ป่วยแล้ว เกิดความเข้าใจผู้ป่วย เห็นใจ รู้สึกในความยากลำบากของผู้ป่วยมากๆเลยครับ

เวลารับคนไข้ใหม่ ผมมีมุมมองกว้างขึ้นจากเดิม สนใจความคิด ความรู้สึกและเข้าใจเขามากขึ้น

ผมรู้สึกอยากฟังประวัติคนไข้มากขึ้นครับ

ประสบการณ์ในการแสดงบทบาทสมมติ กระตุ้นให้นักศึกษาเกิดชุดประสบการณ์ใหม่ที่แตกต่างไปจากเดิม มีแรงจูงใจที่จะเปลี่ยนพฤติกรรม เข้าใจผู้ป่วยแบบองค์รวม และมีความเป็นมนุษย์

## 4 กิจกรรมละครทางการพยาบาล (Theater in Medicine)

กิจกรรมละครสามารถนำมาใช้พัฒนาความเป็นมนุษย์ในนักศึกษาแพทย์ โดยให้นักศึกษาเรียนรู้เกี่ยวกับการแสดงละครที่สนุก ไม่ยาก แต่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงภายในตนเอง ในรูปแบบละครเพื่อการเปลี่ยนแปลง (transformative theater) เริ่มจากพื้นฐานของการแสดง การใช้ร่างกาย สื่ออารมณ์ความคิด การดำเนินเรื่อง สร้างบทที่ต้องการถ่ายทอดให้ผู้ชม แล้วแสดงออกมา ทั้งผู้แสดงและผู้ชมร่วมกันแลกเปลี่ยนเรียนรู้ สนทนากันในตอนท้าย ข้อสรุปที่ได้ทำให้เกิดความเข้าใจในความเป็นมนุษย์



## การสะท้อนการเรียนรู้

### จากกิจกรรม

อาจารย์ธีรพงษ์ สีธาโส ครูละครกลุ่มมะขามป้อม ที่มาร่วมสอนเรื่อง Creative Drama

การใช้ละครเป็นเครื่องมือที่สนุก ในการเรียนรู้เพื่อให้เกิดความเข้าใจผู้อื่นอย่างลึกซึ้ง ในระดับ empathy กระบวนการนั้นทำให้ผู้เรียนสมมติบทบาท แต่ก่อนจะสมมติบทบาทนั้นได้ จะต้องเข้าใจบทบาทอย่างลึกซึ้ง ด้วยการค้นคว้า สัมภาษณ์ จนเข้าใจพฤติกรรมผู้อื่น สมมติบทบาทใหม่โดยทิ้งบทบาทตนเองลงชั่วคราว ทำให้เกิดความเข้าใจผู้อื่น เหมือนเข้าไปอยู่ในร่างกายจิตใจของผู้นั้น เมื่อแสดงจบแล้วต้องถอดบทบาทออกมาเป็นตนเองเหมือนเดิม ทำให้เกิดการคิดอย่างใคร่ครวญว่า ความเชื่อเดิมนั้นถูกต้องหรือไม่ และเกิดการยอมรับความคิดใหม่ เลิกความคิดความเชื่อเดิม ยอมรับความแตกต่างของคนได้อย่างจริงใจ เข้าใจ

ละครเป็นเครื่องมือหนึ่งในการศึกษาเรียนรู้ ธรรมะ และเป็นเครื่องมือที่ใช้สลายอัตตาตัวตนได้อย่างมีคุณภาพ ถ้าเรารู้จักและใช้ให้ถูก

ละครนำพาเราให้ต้องไปแสดงในบทบาทต่างๆ เล่นเป็นคนที่แตกต่างกันจากเรา คนที่ตรงข้ามกับเรา คนแบบที่เราเกลียด หรือแม้กระทั่งคนแบบเดียวกับเรา เมื่อนั้นก่อนที่เราจะเล่นเป็นเขาได้ เราต้องศึกษา ทำความเข้าใจ เรียนรู้ เพื่อให้รู้สึกแบบเดียวกับตัวละครนั้น และมันจะกลับมาตั้งคำถามกับมุมมองทัศนคติ และหัวใจของเรามีต่อผู้อื่น และตั้งคำถามกับตัวเราเองว่าเรายึดติดกับอะไรอยู่

เมื่อเสร็จสิ้นการแสดง เราต้องออกจากแคร็กเตอร์ (character) และความเป็นตัวละครที่เราแสดง เรารู้สึกแบบตัวละครคนนั้นมาทั้งเรื่อง และเมื่อละครจบเราละวางความรู้สึกนั้น กลับมาเป็นตัวเรา กลับมาเป็นปกติ



### ตัวอย่างกิจกรรม

ในวิชาละครสร้างสรรค์ Creative Drama (วิชาเลือกของนักศึกษาแพทย์ศิริราช ชั้น ปี 2-3 กลุ่มละ 20 คน)

นักศึกษาแพทย์กลุ่มที่สมัครเรียนวิชานี้ พบกันสัปดาห์ละครั้ง ประมาณ 6 เดือน มีการฝึกทักษะละคร การแสดงออก การสื่อสาร ฯลฯ และมีโปรเจกต์จบที่แบ่งกลุ่มย่อย เพื่อแสดงละครกลุ่มละ 1 เรื่อง โดยพานักศึกษาแพทย์ไปเยี่ยม และสัมภาษณ์ ผู้ใช้แรงงานชาวต่างชาติ ในบ้านพักของโรงงานแห่งหนึ่ง เพื่อนำเรื่องราวที่น่าสนใจ มาถ่ายทอดเป็นละครสั้น ให้เลือกกันเองว่าจะแสดงเรื่องอะไร อยากรู้ให้ผู้ชมได้เรียนรู้อะไรจากชีวิตแรงงาน นักศึกษาเกิดความรู้สึกร่วมกับชีวิตที่ยากลำบาก ในมุมมองที่ไม่เคยสัมผัส นำมาถ่ายทอดให้เพื่อนๆ

นักศึกษาคนหนึ่งสะท้อนว่า “ผมไม่เคยคิดว่าจะมีคนยากลำบากแบบนี้ ห้องพักแคบๆ อยู่กัน 7-8 คน น่าสงสาร น่าช่วยเหลือมากเลยครับ”

ตอนท้ายกิจกรรมนักศึกษาในกลุ่มนี้ได้ถ่ายทอดความคิด ความรู้สึกเห็นอกเห็นใจ (empathy) เกิดความเข้าใจความเป็นมนุษย์มากขึ้น และวิธีการที่เข้าถึงได้ คือ การได้ฟังอย่างลึกซึ้ง ได้สัมผัสกับชีวิตจริง กิจกรรมละครทำให้เข้าใจตนเอง สะท้อนตัวตน เข้าใจคนอื่น ได้เชื่อมโยงกับคนอื่น (humanize)



## 5 ครูแพทย์เป็นต้นแบบ (Role Model)

นักศึกษาแพทย์จะเรียนรู้โดยถ่ายทอดแบบอย่างจากครูแพทย์ ในชีวิตจริงของเราทุกคนล้วนมีต้นแบบหรือ role model อยู่ในใจ เมื่อสังเกตพฤติกรรมของต้นแบบ ซึ่งเป็นคนที่มีความสำคัญในชีวิต เกิดการรับรู้ กระบวนการคิด ความรู้สึก ค่านิยม ความเชื่อ เป้าหมาย เกิดแรงจูงใจที่จะทำ หรือ มีพฤติกรรมใหม่ตามต้นแบบนั้น เป็นการเปลี่ยนแปลงตนเองในระดับ mental model จะทำตามแนวทางใหม่ เกิดแนวคิด แนวทาง หรือ mindset ใหม่ กลไกที่ทำให้เกิดแรงจูงใจ มี 3 ประเภท ดังต่อไปนี้

### กลไกที่ทำให้เกิดแรงจูงใจ มี 3 ประเภท ดังต่อไปนี้

**1** ต้นแบบของพฤติกรรมที่เป็นวิชาชีพ ตัวอย่างการ แสดงออก เช่น อาจารย์ศัลยแพทย์ เป็นต้นแบบแสดงให้เห็นเทคนิควิธีการผ่าตัด เมื่อนักศึกษาแพทย์ได้เห็น จะเปรียบเทียบกับความสามารถตนเอง เกิดความรู้สึกอยากทำให้สำเร็จตามแบบอาจารย์ อาจารย์ต้นแบบ อาจเป็นอาจารย์ที่ประสบความสำเร็จ เป็นที่ยอมรับ ชื่นชม



**2** ต้นแบบของความสำเร็จที่เป็นไปได้ นำไปสู่การเป็นที่ยอมรับ ชื่นชม เกิดความหวังและมีแรงบันดาลใจที่จะทำให้ได้เช่นกัน หรือเสริมแรงจูงใจในเป้าหมายที่มีอยู่แล้วให้ชัดเจน และนำลองทำมากขึ้น ต้นแบบไม่ควรทำให้เห็นว่ายากเกินไป หรือเก่งมากหรือแตกต่างมากจนเอื้อมไม่ถึง แต่แสดงว่าทำเรื่องยากได้อย่างไร ทำให้คนอื่นมีความหวังว่าจะทำได้เช่นกัน



**3** ต้นแบบแรงบันดาลใจ ต้นแบบทำให้เกิดแรงบันดาลใจอย่างแรงกล้าให้ไปถึงเป้าหมาย เช่น ทำงานให้สำเร็จ มีคุณค่า เกิดประโยชน์ต่อผู้อื่นและตนเอง คาดหวังว่าสำเร็จ คิดว่าสามารถทำได้ สัมพันธ์กับคุณค่าในตัวเอง ต้นแบบมีลักษณะดึงดูดใจ มีความสามารถ และประสบความสำเร็จ และมีเป้าหมายในชีวิตที่น่าสนใจ ยกตัวอย่างเช่น อาจารย์แพทย์นอกจากจะเก่ง น่าประทับใจ ประสบความสำเร็จแล้วยังมีเป้าหมายที่จะให้ตัวเองเป็นที่ยอมรับนับถือของผู้อื่น และมีชีวิตที่สมดุล (work-life balance) ด้วย อาจารย์แพทย์บางคนอาจเป็นต้นแบบของ การเข้าหาผู้ป่วยข้างเตียง มนุษยสัมพันธ์ การทำงานวิจัย หรือการเรียนรู้ต่อเนื่อง

“ ต้นแบบมีผลต่อคนไม่เหมือนกัน ขึ้นอยู่กับบุคลิกภาพ แนวคิดและการให้คุณค่าของแต่ละคน ”

อาจารย์แพทย์สามารถเป็นแบบอย่างได้ทุกคน ทั้งในขณะสอนหน้าชั้น สอนข้างเตียง หรือสอนในชุมชน ดังนั้น อาจารย์ควรเตือนตัวเองเสมอว่า เรากำลังเป็นต้นแบบให้ใครสักคน นักศึกษาสังเกตพฤติกรรมต่างๆของอาจารย์ ตลอดเวลา ไม่ว่าจะเป็นการพูด การบรรยาย การสอนข้างเตียง การสร้างความสัมพันธ์กับคนไข้ ท่าทาง ที่แสดงความเห็นอกเห็นใจ การสื่อสาร การสอนผู้ป่วย การให้ความรู้ การชื่นชมผู้อื่น การตักเตือน การแก้ปัญหา การควบคุมอารมณ์ วิธีคลายเครียด อารมณ์ขัน การมองโลก การให้อภัย การตัดสินใจ หรือแม้แต่การดำเนินชีวิต ครอบคลุม รวมไปถึงทัศนคติต่อชีวิต

อาจารย์แพทย์ควรระวังตัวเอง ที่จะไม่เป็นแบบอย่างด้านลบ โดยมีสติ รู้จักตนเอง ทบทวนตนเองทั้ง ความคิดความรู้สึก อย่างเป็นกลาง ไม่เข้าข้างตนเอง จะช่วยลดอคติ และพัฒนาตัวเองขึ้น การรับฟัง feedback จากผู้อื่นแล้วนำมาทบทวนเพื่อพัฒนาตัวเอง

อาจารย์ไม่จำเป็นต้องดีพร้อมหมดทุกอย่าง มีความเป็นมนุษย์ เป็นคนที่ถูกบ้างผิดบ้าง เมื่อผิดก็ยอมรับ ผิด ยอมรับได้ว่าไม่รู้ ไม่สมบูรณ์แบบ พร้อมทั้งจะยอมรับและแก้ไขตัวเอง เป็นตัวของตัวเอง ไม่ต้องสูงส่งเกินเอื้อม เป็นต้นแบบที่เป็นไปได้ให้แก่นักศึกษา

### ตัวอย่างของอาจารย์แพทย์ที่มีความเป็นมนุษย์ จะมีลักษณะต่างๆ ดังต่อไปนี้

- 1** การตัดสินใจ (Decision Making) การคิดแบบใครครวญ ไตร่ตรอง รอบด้าน หาข้อมูลประกอบ ใช้ความรู้เป็นฐานในการตัดสินใจ (evidence-based) รับผิดชอบ
- 2** ความเห็นอกเห็นใจ (Empathy) เห็นอกเห็นใจแบบเข้าใจ มาจากการรับฟังอย่างลึก ใฝ่ใจ จัดการกับความรู้สึกตนเอง
- 3** ความเป็นมืออาชีพ (Professional Behaviors) เคารพความคิด ความเห็นความรู้สึกผู้อื่น จัดการปัญหาถูกต้องตามหลักวิชา แก้ไขความขัดแย้ง และจริยธรรม
- 4** ทักษะในการรู้ตนเอง (Metacognitive Skills) มีสติ สงบ ทบทวนตนเอง ว่ากำลังคิดและรู้สึกอย่างไร เห็นความสัมพันธ์ของความคิดความรู้สึก ที่มีผลต่อพฤติกรรมตนเอง อย่างไม่เข้าข้างตนเอง ยอมรับความผิดและข้อบกพร่องตนเอง โดยไม่เสียกำลังใจ
- 5** ทักษะในการตักเตือน (Feedback Skill) มีทักษะและทัศนคติที่ดี ต่อการตักเตือน แก้ไขพฤติกรรมผู้อื่น และตนเอง
- 6** การรอบรู้สถานการณ์ (Situation Awareness) มีทักษะในการประเมินสถานการณ์ และคาดคะเนผลที่ตามมา เข้าใจความคิด ความรู้สึกของผู้อื่นและตนเอง สามารถจัดการอารมณ์ผู้อื่นและตนเองได้ แก้ปัญหาได้ มีทักษะสังคมในการสร้างความสัมพันธ์ที่ดี และทำงานร่วมกับผู้อื่น
- 7** การควบคุมพฤติกรรมตนเอง (Behavior Control) มีความรับผิดชอบ สามารถควบคุมอารมณ์ตนเองได้ในยามคับขัน สงบ ตั้งหลักได้เร็ว มีการยับยั้งชั่งใจตนเอง ไม่ด่วนสรุป ควบคุมอารมณ์ตัวเอง มีหลักจริยธรรมมั่นคง
- 8** การจัดการกับชีวิตตนเอง (Work-life Balance) การดำเนินชีวิต การจัดการเวลา งาน การพักผ่อน การออกกำลังกาย การมีหลักการความเชื่อ เป้าหมาย คุณค่าของชีวิต
- 9** ความยืดหยุ่น ยอมรับตัวเอง แก้ไขพัฒนาตัวเองต่อเนื่อง (Growth Mindset) ฟังเสียงผู้อื่น ฟังเสียงตนเอง เคารพคนอื่น เคารพตนเอง

การเป็นครูแพทย์ นอกจากจะได้ให้ความรู้ ฝึกทักษะของวิชาชีพแพทย์แล้ว การเป็นต้นแบบที่ดี จะเกิดขึ้นได้เสมอ นักศึกษาแพทย์จะสังเกตจดจำพฤติกรรมของอาจารย์ที่ประทับใจ นอกจากเรื่องวิชาชีพแพทย์แล้วยังได้จดจำคุณลักษณะที่ดี เกิดแรงบันดาลใจที่จะทำให้ได้เช่นกัน ครูแพทย์จึงสอนผ่านการเป็นต้นแบบได้ตลอดเวลา และเมื่อเปิดโอกาสให้นักศึกษาแพทย์ได้สะท้อนการเรียนรู้ มักพบว่า นักศึกษาแพทย์มีครูแพทย์บางคนเป็นต้นแบบเสมอ

การสะท้อนการเรียนรู้ จากวงสอนข้างเตียงผู้ป่วย หลังการสอนข้างเตียง (ward round) นักศึกษาแพทย์คนหนึ่งสะท้อนการเรียนรู้ว่า

“

ผมรู้สึกประทับใจ  
ในวิธีที่อาจารย์พูด  
กับคนไขัครับ

”

นักศึกษาคนนั้นได้เห็นแบบอย่างของอาจารย์แพทย์ ที่มีเมตตา มีความเป็นมนุษย์ เห็นอกเห็นใจ รับฟังและช่วยให้กำลังใจคนไข้ด้วยความเต็มใจ ประสพการณ์นี้สร้างความรู้สึกดีต่อการเป็นแพทย์ และสร้างแรงจูงใจให้นักศึกษาเปลี่ยนพฤติกรรม (จากเดิมที่ไม่ค่อยนึกถึงความรู้สึกคนไข้ สนใจแค่ซักประวัติให้ได้ข้อมูลเพื่อเขียนรายงาน) ความเชื่อและพฤติกรรมเดิมมีการเปลี่ยนแปลงจากภายใน หลังจากได้เห็นอาจารย์ท่านนั้นแสดงวิธีใหม่ๆ เกิดความรู้สึกประทับใจ และสร้างแรงจูงใจที่จะทำ อยากจะเป็นเช่นนั้นบ้าง อาจารย์แพทย์ท่านนั้นได้เป็นต้นแบบให้แก่นักศึกษาโดยไม่รู้ตัว เหตุการณ์เช่นนี้เกิดขึ้นได้เสมอในชีวิตนักศึกษาแพทย์

### สรุป

อาจารย์แพทย์สามารถสอนนักศึกษาแพทย์ ให้เกิดจิตวิญญาณแห่งความเป็นมนุษย์ ด้วยวิธีการสอนหลายรูปแบบ เริ่มตั้งแต่การฟังอย่างลึกซึ้ง การสร้างความสัมพันธ์ที่ดีให้เกิดระหว่างนักศึกษาแพทย์กับอาจารย์ และระหว่างการเรียนร่วมกัน ช่วยให้เกิดทักษะในการเข้าถึงจิตใจผู้อื่น เกิดทัศนคติเชิงบวกต่อกัน มีความเข้าใจ เห็นอกเห็นใจ อยากช่วยเหลือผู้อื่นอย่างจริงใจ การปลูกฝังความเป็นมนุษย์จึงเป็นหน้าที่ของอาจารย์ทุกคน เป็นต้นแบบที่แตกต่างกัน นักศึกษาจะถ่ายทอดแบบอย่างจากอาจารย์เพื่อพัฒนาความเป็นมนุษย์ตามบุคลิกภาพของตน

อยากสร้างแบบสอบถามให้มีประสิทธิภาพ ... ควรเริ่มต้นอย่างไรดี

# HOW TO CREATE AN EFFECTIVE QUESTIONNAIRE

IN HEALTH SCIENCE EDUCATION

วันศุกร์ที่ 26 พฤษภาคม พ.ศ. 2566

เวลา 09.00 - 16.00 น.

ณ ห้องประชุมสิรินธร ชั้น G อาคารเฉลิมพระเกียรติ  
คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล



### เนื้อหาการอบรม

- Affective characteristics in health science education
- Defining, measurement, scaling affective construct
- Questionnaire development
- Validity of questionnaire

### อัตราค่าลงทะเบียน

#### รูปแบบ Face-to-face

ลงทะเบียนล่วงหน้า  
วันนี้ถึง 19 พ.ค. 66  
**1,500 บาท**

ลงทะเบียนปกติ  
20 - 26 พ.ค. 66  
**1,800 บาท**

#### รูปแบบ Streaming

ลงทะเบียนล่วงหน้า  
วันนี้ถึง 19 พ.ค. 66  
**600 บาท**

ลงทะเบียนปกติ  
20 - 26 พ.ค. 66  
**800 บาท**

บุคลากรภายในคณะฯ สมัครฟรี วันนี้ ถึง 19 พฤษภาคม 66



รายละเอียดการสมัคร

สอบถามเพิ่มเติม

คุณภาณุมาศ โทร. 02 419 5195, 02 419 9978

ศูนย์ความเป็นเลิศด้านการศึกษาวชิราวุฒิสถาบันการศึกษาศาสตร์สุขภาพ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

LINE SHEE.CONNECT

f MAHIDOL-SHEE



# Culture of Respect:

## Cultivate humanities with the environment in medical schools

ผศ.พญ. กานตะวัน อวิรุทธ์วรกุล

สถาบันการแพทย์จักรีนฤเบดินทร์

คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี

## Culture of respect ในทางการแพทย์ คือ วัฒนธรรมแห่งความเคารพซึ่งกันและกัน

ในโรงเรียนวิทยาศาสตร์สุขภาพ เป็นสถานที่ที่ประกอบไปด้วยผู้คนที่มีความหลากหลายทั้งในด้านอายุและวิชาชีพการทำงาน ซึ่งการที่อาจารย์จะสอนให้ผู้เรียนดูแลผู้ป่วยด้วยความเป็นมนุษย์แล้วนั้น การสร้างวัฒนธรรมแห่งการเคารพซึ่งกันและกัน เป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่จะทำให้ผู้เรียนมีความเข้าใจในความเป็นมนุษย์ได้อย่างลึกซึ้งมากยิ่งขึ้น

### 1 Culture of respect ในทางการแพทย์ คืออะไร?

Culture of respect ในทางการแพทย์ คือ “วัฒนธรรมแห่งความเคารพซึ่งกันและกัน (culture of respect)” ด้วยการตระหนักว่าทุกคนในองค์กรมีคุณค่า มีความหมาย มีบทบาทที่จะช่วยกันขับเคลื่อนองค์กรไปสู่เป้าหมายเดียวกัน ทุกคนมีส่วนร่วมที่สำคัญในการทำพันธกิจขององค์กรให้ประสบความสำเร็จ เช่น พันธกิจดูแลผู้ป่วย พันธกิจการสอนนักศึกษา แพทย์ และ แพทย์ประจำบ้าน เป็นต้น ไม่ว่าจะทำงานในตำแหน่งใด จึงควรได้รับความเคารพนับถือ และการให้เกียรติเท่าเทียมกัน เช่น แม่บ้านรับผิดชอบเรื่องความสะอาด การเก็บขยะ การดูแลความเรียบร้อยของสถานที่ ของห้องน้ำ ห้องเรียน ฯลฯ หากไม่มีแม่บ้าน จะเกิดผลอย่างไร พนักงานรักษาความปลอดภัย มีหน้าที่รักษาความปลอดภัย หากไม่มีพนักงานรักษาความปลอดภัยจะเกิดผลอย่างไร แพทย์ประจำบ้านรับผิดชอบดูแลรักษาผู้ป่วยหน้างาน หากไม่มีแพทย์ประจำบ้านจะเกิดผลอย่างไร ผู้ที่ทำงานในหน้าที่อื่นๆ เช่น ผู้บริหาร อาจารย์แพทย์ พยาบาล หรือ เภสัชกร หรือ ตำแหน่งอื่นๆ ถ้าไม่มีผู้ทำงานเหล่านี้ จะทำงานกันได้อย่างเต็มที่หรือไม่ จึงเห็นได้ว่า ทุกตำแหน่งในองค์กรล้วนมีคุณค่า มีความหมาย มีส่วนสำคัญต่อองค์กร และ ต่อกันและกันอย่างมากรวมถึงปฏิบัติต่อกันด้วยความเคารพกันในและกัน เห็นคุณค่าในกันและกัน

# Culture of Respect

### 2 ลักษณะขององค์กรที่มีวัฒนธรรมแห่งความเคารพซึ่งกันและกัน

องค์กรจะมีลักษณะของการให้เกียรติกันและกัน เห็นคุณค่าในกันและกัน มีการแสดงความชื่นชม (appreciation) ขอบคุณกัน (gratitude) ให้กำลังใจกัน (be encouraging) มีการ feedback ที่เหมาะสม (effective feedback) มีการแบ่งปันข้อมูล (share information) มีความเห็นใจ รู้จักการเอาใจเขามาใส่ใจเรา (walk in their shoes) ส่งเสริมให้สื่อสาร พูดคุยความคิด ความเห็น ความรู้สึก ความต้องการ (speak up) มีการรับฟังกันด้วยความใส่ใจ (attentive listening) ช่วยเหลือกัน มีการทำงานเป็นทีม (connect with others and teamwork) รักการเรียนรู้ ให้ความสำคัญกับการพัฒนาไปด้วยกัน (grow and develop : learning environment) นำข้อผิดพลาดมาเรียนรู้ (learning from mistakes) ไม่นำมาโจมตีกัน เป็นต้น

### 3 แนวทางการสร้างองค์กรที่มีวัฒนธรรมแห่งความเคารพซึ่งกันและกัน

การสร้างองค์กรที่มีวัฒนธรรมแห่งความเคารพซึ่งกันและกัน เป็นความท้าทายของผู้นำองค์กรอย่างมาก ยิ่งในองค์กรที่มีวัฒนธรรมเดิมที่มีเจตคติและพฤติกรรมที่ดูหมิ่นกันและกัน (culture of disrespect and disrespectful behavior)



# แนวทางการสร้างองค์กร ที่มีวัฒนธรรมแห่งความเคารพซึ่งกันและกัน

## 1 ลดพฤติกรรมดูหมิ่น (disrespectful behavior) ลดพฤติกรรมบั่นทอนจิตใจ ที่ทอนคุณค่าผู้อื่น ดังนี้

• การแบ่งพรรคแบ่งพวก แบ่งเขาแบ่งเรา คนนี้/กลุ่มนี้ สำคัญกว่า คนอื่น/กลุ่มอื่น หรือ การเห็นว่าบางคน/บางกลุ่มสำคัญมาก อีกคน/อีกกลุ่มไม่สำคัญไปเลย

• การแสดงท่าทีที่ไม่ให้เกียรติกัน เช่น การไม่สบตา ไม่มองหน้า การหัวเราะเยาะกัน เป็นต้น

• การไม่รับฟังกัน หรือ การฟังอย่างไม่ใส่ใจ เช่น การฟังผ่านๆ การเล่นมือถือไปด้วยขณะที่กำลังสนทนากัน เป็นต้น

• การสื่อสารที่ไม่เคารพคนอื่น เช่น การเหน็บแนม การด่าทอ การโจมตี การประจาน การเพิกเฉย เป็นต้น

• การแสดงว่าตนเองเหนือกว่าคนอื่น เช่น ฉันทันดีกว่าคุณ คุณไม่ได้เรื่อง ฉันทันทำได้ดีกว่า เป็นต้น

• การกีดกันบางคนออกจากการสนทนา การอภิปราย การประชุม หรือการทำงาน

• การนำเรื่องส่วนตัวของคนอื่นมาเล่าให้คนอื่นฟัง การพูดว่าร้ายลับหลัง

พฤติกรรมดูหมิ่นที่กล่าวมาข้างต้น จะยิ่งเพิ่มความรุนแรงมากขึ้น ถ้ากระทำต่อกันในที่สาธารณะ

## 2 การทำข้อตกลงร่วมกันในองค์กร การส่งเสริมให้คนในองค์กรช่วยกันสร้าง “วัฒนธรรมแห่งความเคารพซึ่งกันและกัน” (building consensus) ดังนี้

• การร่วมกันทำความเข้าใจพฤติกรรม และความคาดหวังเกี่ยวกับพฤติกรรมที่เคารพกันในองค์กร (clarifying expectations of respectful behaviors)



• การช่วยให้ทุกคน ทุกระดับ ทุกตำแหน่ง ตั้งแต่คนทำงานหน้างาน จนถึงระดับผู้บริหาร มีส่วนร่วมในวัฒนธรรมนี้อย่างทั่วถึง (participation of all frontlines to leadership) เช่น กำหนดแนวทางการส่งเสริมพฤติกรรมที่เคารพกัน (respectful behaviors) การกำหนดจรรยาบรรณพฤติกรรมในองค์กรร่วมกัน พฤติกรรมใดควรทำ พฤติกรรมใดไม่ควรทำ เป็นต้น

## 3 การสร้างทักษะการทำงานที่เชื่อมโยงกันอย่างต่อเนื่อง (consecutive skill building) ส่งเสริมการเรียนรู้ไปด้วยกัน และ สร้างบรรยากาศแห่งความไว้วางใจกัน (learning together and building trust) ดังนี้

• ฝึกการนึกถึงใจเขาใจเรา ฝึกการฟังอย่างใส่ใจ ฝึกการฟังเพื่อการเข้าใจ (Empathic & Active listening (listen to understand))

• สร้างการตระหนักถึงคุณค่าของทุกคนในองค์กร (acknowledge the individual) เช่น สร้างการตระหนักว่าทุกคนทุกตำแหน่งมีความสำคัญอย่างไรบ้างในองค์กร ให้โอกาสทุกคนได้มีโอกาสเติบโตในการทำงาน การใส่ใจภาระงานที่เหมาะสม ไม่ใช่คนในองค์กรให้ทำงานหนักเกินกำลัง หรือ ผิดหน้าที่ เป็นต้น

• สร้างบรรยากาศการทำงานเป็นทีม (team approach) เช่น การร่วมด้วยช่วยกัน การไม่แบ่งพรรคแบ่งพวก เป็นต้น

• สร้างบรรยากาศในที่ทำงานเชิงบวก (positive work environment) เช่น การให้กำลังใจกัน การเอาใจเขามาใส่ใจเรา การแบ่งปันกัน การเรียนรู้จากความผิดพลาด การให้ feedback ที่เหมาะสม การปรับปรุงพฤติกรรม การปรับปรุงงานในเชิงระบบ การไม่ตำหนิโจมตีบุคคล การส่งเสริมให้สื่อสารกัน เป็นต้น

• การส่งเสริมการแสดงออกที่ช่วยให้คนในองค์กรรับรู้คุณค่าในตนเอง เช่น การได้รับความชื่นชมเมื่อทำสิ่งที่ดี การกล่าวขอบคุณกัน (expressing appreciation & gratitude) ทั้งในส่วนตัว และ ในที่สาธารณะ ด้วยความเป็นธรรมในทุกฝ่าย เพื่อช่วยให้คนในองค์กรได้เห็นคุณค่าในตนเอง และ เห็นคุณค่าซึ่งกันและกัน



## 4 ผลของการวัฒนธรรมแห่งความเคารพซึ่งกันและกัน ในทางการแพทย์ มีอะไรบ้าง

### 1. ผลต่อผู้ทำงานในองค์กร

ช่วยให้ผู้ทำงานรู้สึกอบอุ่นใจ มีพลังใจในการทำงาน มีแรงจูงใจในการอยากพัฒนางานมีพฤติกรรม การปฏิบัติงานที่มีคุณภาพมากขึ้น จากบรรยากาศการทำงานที่ส่งเสริมความรู้สึกดีต่อจิตใจ ทำให้เกิดการเห็น

คุณค่าในตนเอง มีความภาคภูมิใจในตนเอง (self-esteem) มีความรู้สึกปลอดภัยในการทำงานมากขึ้น จากวัฒนธรรมที่มีความให้เกียรติกัน ตระหนักถึงคุณค่าในการและกัน ความเป็นธรรม และ ส่งเสริมการเรียนรู้

### 2. ผลต่อคนไข้ หรือ ผู้เรียน

จากผลต่อผู้ทำงานที่มีความสุข การทำงานที่มีประสิทธิภาพ และมีบรรยากาศการเรียนรู้มากขึ้น ย่อมทำให้ประสิทธิภาพการดูแลผู้ป่วยดีขึ้น จากหลายงานวิจัยพบว่า ระยะเวลานอนผู้ป่วยลดลง ความเจ็บปวดหลังการผ่าตัดลดลง เป็นต้น รวมถึงในองค์กรที่มีนักศึกษาแพทย์ หรือ แพทย์ประจำบ้าน หลายงานวิจัยพบว่า ผู้เรียนมีความสุข มี self-esteem ที่ดี มีความอยากมาเรียน และมีกำลังใจอยากพัฒนาตนเอง เป็นต้น



ดังนั้น วัฒนธรรมแห่งการเคารพกันและกัน (culture of respect) เป็นการนำหัวใจความเป็นมนุษย์ที่มีอยู่แล้วในใจทุกคน ได้ส่งออกมาแก่เพื่อนมนุษย์ด้วยกัน จนทำให้เกิดบรรยากาศขององค์กรน่าอยู่ คนทำงานมีความสุข ผู้รับบริการได้สิ่งที่ดีที่สุด และ ได้ช่วยบ่มเพาะการเติบโต ทั้งในแง่การทำงาน และ จิตใจที่ดีงามไปพร้อมกัน (cultivate humanities with the environment)

สอนอย่างไร ... ให้ดึงดูดความสนใจของเด็ก Gen Z ด้วย

# TEAM-BASED LEARNING



A way to energise medical curriculum



รศ.ดร. นว.วิชิตศักดิ์ โสมณัธริศน์



ผศ.ดร. นว.ยอชยงค์ แดงประไพ

## เนื้อหาการอบรม

- Basic principles of Team-based learning
- iRAT, gRAT and Application exercise
- Challenges in Team-based learning facilitation
- Administrative issues in Team-based learning

รุ่นที่ 1 : วันอังคารที่ 9 พฤษภาคม พ.ศ. 2566  
ณ ห้องประชุมสิรินธร อาคารเฉลิมพระเกียรติ ชั้น G  
คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

รุ่นที่ 2 : วันจันทร์ที่ 29 พฤษภาคม พ.ศ. 2566  
ณ ห้องประชุมชั้น 12 ตึก SIMR  
คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

รุ่นที่ 3 : วันพฤหัสบดีที่ 22 มิถุนายน พ.ศ. 2566  
ณ ห้องประชุม 7008 ชั้น 7 ตึกสยามินทร์  
คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

เวลา 09.00 - 16.00 น.



รับเฉพาะบุคลากรภายใน  
คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

ลงทะเบียน ฟรี! รับจำนวนจำกัด



รุ่นที่ 1 ประจำปี 2566

# TECHNOLOGY ENHANCED LEARNING

ลงทะเบียน ฟรี

เฉพาะบุคลากรภายในคณะฯ เท่านั้น

การใช้เทคโนโลยีเพื่อสนับสนุนการเรียนการสอนให้มีประสิทธิภาพ

20 - 21 เมษายน 2566

เวลา 09.00 - 16.00 น.

อบรมออนไลน์ผ่านโปรแกรม



รายละเอียดการสมัคร



## เนื้อหาการอบรม

การสร้างออฟฟิศเสมือนในรูปแบบเกม

ด้วยโปรแกรม Gather Town



การสร้างสื่อ AR

ด้วยโปรแกรม V DIRECTOR



การสร้าง E-Portfolio

ด้วยโปรแกรม WIX



สอบถามเพิ่มเติม

คุณกาญจนาภรณ์ โทร. 02 419 5195, 02 419 9978

ศูนย์ความเป็นเลิศด้านการศึกษาวิทยาศาสตร์สุขภาพ  
คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล



อย่างที่เรารู้ได้ทราบกันเป็นอย่างดี ดีแล้วว่าการสื่อสารมีความสำคัญอย่างมากในการทำงานทางการแพทย์ และการสื่อสารระหว่างบุคลากรทางการแพทย์กับผู้ป่วย และญาติ เป็นการสื่อสารที่มีความจำเพาะ มีหลักการ และมีผลกระทบทั้งทางตรงและทางอ้อมต่อการรักษา ในบทความนี้ เราจะมาช่วยกันตอบคำถามต่อไปที่ว่า หากเรารู้ว่าการสื่อสารมีความสำคัญ แล้วเราจะพัฒนาสิ่งนี้ได้อย่างไร

การจะตอบคำถามนี้ได้ เราต้องตอบคำถามกับตัวเองให้ได้ก่อนว่า ตัวเราเอง หรือแม้แต่ผู้เรียนของเรา ต้องการการพัฒนาหรือไม่ บุคลากรทางการแพทย์จำนวนไม่น้อย ที่มองว่าทักษะนี้ มีความสำคัญ แต่คิดว่าเราสามารถสื่อสารได้ดีอยู่แล้ว ไม่มีความจำเป็นต้องพัฒนาเพิ่ม เป็นการเสียเวลา เสียงบประมาณ และจับต้องผลลัพธ์ได้ยากเมื่อเทียบกับการพัฒนาด้านอื่น หากเรา ... ผู้ที่จะทำหน้าที่เป็นผู้สอน เริ่มต้นด้วยความคิดดังกล่าวแล้ว จะเป็นการยากในการพัฒนาตัวเอง หรือแม้แต่ส่งต่อการเรียนรู้ให้กับผู้เรียน หากแต่เรา ... ในฐานะผู้สอน ต้องมีความเชื่อมั่นอย่างจริงจังว่าเราต้องการพัฒนาการสื่อสารของเรา และ พร้อมที่จะเรียนรู้และพัฒนาไปพร้อมกับผู้เรียน



### ศ. พญ. รัชวรรณ จิระติวานนท์

ภาควิชาวิสัญญีวิทยา คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล

## การสื่อสารเป็นทักษะ

เป็นที่ถกเถียงกันพอสมควรว่า เราควรสอนอะไรก่อนดีระหว่างการปรับ attitude หรือการฝึกทักษะ โดยทั่วไปแล้วหากเรามุ่งที่จะปรับ attitude ผู้เรียน จะพบว่าเมื่อผู้เรียนหลายคนรู้สึกต่อต้าน สิ่งที่เราควรทำมากกว่าคือการฝึกทักษะการสื่อสาร และค่อยๆ แทรกการพัฒนา attitude ให้เป็นไปในลักษณะการดูแลโดยมีผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง โดยเชื่อว่าการพัฒนาทักษะจนเปลี่ยนพฤติกรรมเป็นไปในแบบที่พึงปฏิบัติแล้ว attitude ของผู้เรียนจะเปลี่ยนไปด้วย เช่น ฝึกทักษะการฟัง โดยการฟังที่ไม่เอาความคิดตัวเองเข้าไปตัดสินความคิดของผู้ป่วย เมื่อเราฝึกการฟังในลักษณะนี้ไปเรื่อยๆ เราก็จะเข้าใจผู้ป่วยและมองเห็นผู้ป่วยจากมุมมองของเขาเองมากขึ้น เป็นต้น

เมื่อเรียกว่าทักษะ นั้นแปลว่าเราสามารถพัฒนาได้ หากแต่ทักษะนี้มีการพัฒนาด้วยตัวของมันเองมาเรื่อยๆ ตั้งแต่เราเกิดมา ผ่านประสบการณ์ต่างๆมากมาย มีการเรียนรู้จากประสบการณ์เหล่านั้นแตกต่างกัน และประสบการณ์เองอาจเป็นอุปสรรคสำคัญที่ปิดกั้นความอยากรู้อยากพัฒนา จึงจำเป็นต้องมีหลักการบางอย่างเพื่อเป็นแกนให้ทราบว่า พฤติกรรมหรือลักษณะของทักษะการสื่อสารกับผู้ป่วย มีประเด็นตรงไหนที่มีความสำคัญ หรือแบบแผนที่ควรให้ปฏิบัติ



# How to develop patient-doctor communication skills

## ต้องรู้ก่อนว่าจะพัฒนาอะไร?

ทักษะการสื่อสารที่เราควรพัฒนาแบ่งออกเป็น 3 ส่วนสำคัญๆ คือ

- 1 Content skills** หรือ ทักษะในการจัดการกับข้อมูล เรียกได้ว่าเป็น “what” ในการสื่อสาร ข้อมูลที่เราต้องการรวบรวมจากผู้ป่วย และข้อมูลที่เราต้องการสื่อไปยังผู้ป่วย
- 2 Process skills** หรือ ทักษะในการสื่อข้อมูลที่มือออกไป หรือ “how” ในการสื่อสาร
- 3 Perceptual skills** หรือ ทักษะในการรับรู้ คิด วิเคราะห์ สิ่งที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยและตัวเรา หรือ “why” ในการสื่อสาร โดยเป็นการมองให้ลึก ถึงความคิด ความรู้สึก ความเชื่อ และค่านิยมที่มีในตัวของผู้ป่วย เข้าใจว่าเหตุใดผู้ป่วยถึงตัดสินใจหรือรู้สึกแบบนั้น รวมถึงการเข้าใจตัวเราว่าเรากำลังคิดและรู้สึกอะไรในขณะที่สื่อสารกับผู้ป่วย

WHAT

HOW

WHY

## ฝึกทักษะเหล่านี้อย่างไรดี

บุคลากรทางการแพทย์มีบริบทในการทำงานที่หลากหลาย เราอาจจะต้องประเมินว่าบริบทไหนที่เราต้องการการพัฒนา เช่น การซักประวัติ ตรวจร่างกาย การขอคำยินยอมในการให้การรักษา การแจ้งข้อมูล และการแจ้งข่าวร้าย เป็นต้น วิธีการที่ใช้ในการสอนและฝึกหัดเหตุการณ์นี้แบ่งออกเป็นวิธีใหญ่ๆ ได้ 3 วิธี คือ

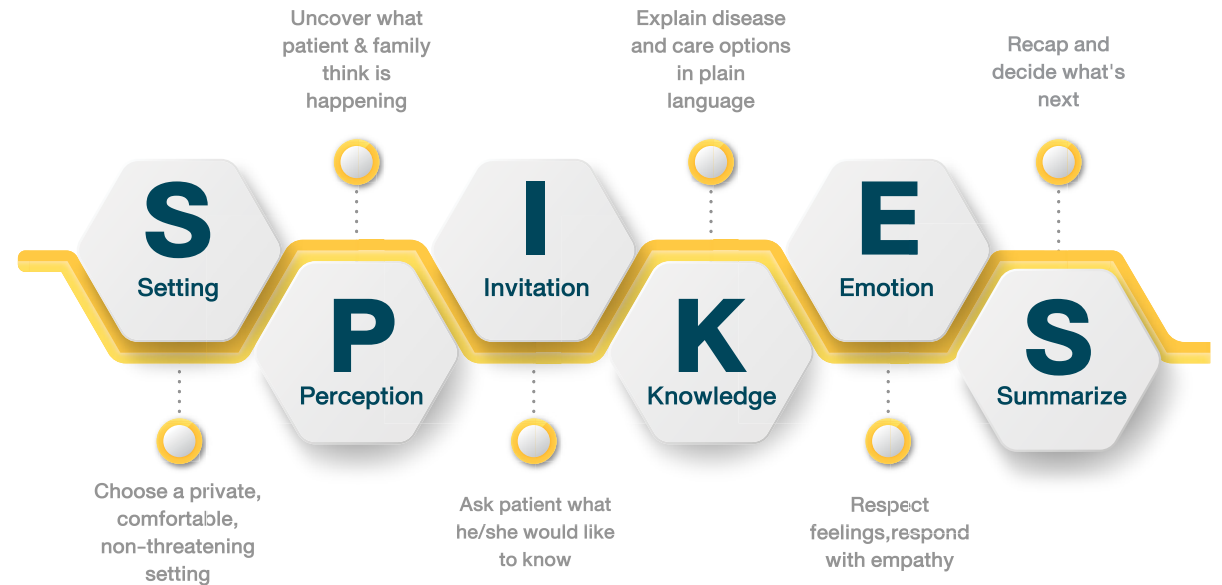
- 1 การสอนแบบ didactic**
- 2 การสอนผ่าน problem-based learning**
- 3 การสอนผ่านประสบการณ์**

โดยทั่วไป การเรียนรู้ทักษะการสื่อสารเป็นการเรียนรู้ผสมผสานหลักการดังกล่าว โดยอาจมีการสอนให้รู้จักหลักการ รู้ความสำคัญ ทราบถึงปัญหา มองให้เห็นประเด็นที่สามารถพัฒนา ผ่านการสอนแบบ lecture อาจมีการสอดแทรกตัวอย่างผ่านวิดีโอคลิป ข่าว หรือ แม้แต่ให้ทำกิจกรรมกลุ่ม เพื่อให้ผู้เรียนได้ยกประเด็นปัญหาขึ้นมาอภิปราย และนำมาฝึกฝนผ่านประสบการณ์ ทั้งที่เป็นประสบการณ์ที่สร้างขึ้นหรือประสบการณ์จริง

บริบทที่มีความสำคัญมาก คือ การฝึกฝนผ่านประสบการณ์ สิ่งที่เราพบในการเรียนการสอนปัจจุบัน คือ ผู้เรียนได้เรียนรู้จากประสบการณ์ที่ตัวเองได้รับ การเรียนรู้ที่เกิดขึ้นไม่เป็นรูปแบบ และมักได้รับการตำหนิมากกว่าการส่งเสริมให้เกิดพฤติกรรมพึงประสงค์ หน้าที่ของเราในฐานะที่เป็นผู้สอน จำเป็นต้องทำให้การเรียนรู้ที่เกิดขึ้นในสถานการณ์ที่ปลอดภัย ได้มีโอกาสวิเคราะห์ตัวเอง และสามารถทำให้เห็นโอกาสพัฒนา นั้นหมายถึงการที่เราสามารถวิเคราะห์ได้ว่าพฤติกรรมที่เกิดขึ้นเป็นอย่างไร มีแบบแผนบางอย่างให้เรายึดถึงปฏิบัติ เช่น Calgary-Cambridge guide สำหรับการสัมภาษณ์

ผู้ป่วย SPIKES model ในการแจ้งข่าวร้าย เป็นต้น นอกจากนี้ เราจำเป็นต้องรู้หลักการในการทำ debriefing หรือ การวิเคราะห์พฤติกรรมหลังสถานการณ์ซึ่งใช้หลักการของทั้ง reflection และ การทำ feedback เพื่อให้ผู้เรียนได้คิดวิเคราะห์และได้รับเสียงสะท้อนจากผู้สอน

## SPIKES Embrace a Patient-first Approach to Advance Care Planning Conversations



รูปที่ 1 SPIKES model ในการแจ้งข่าวร้าย



รูปที่ 2 Calgary-Cambridge guide สำหรับการสัมภาษณ์ผู้ป่วย

Reference  
Kurtz, S., Draper, J., & Silverman, J. (2005). Teaching and Learning Communication Skills in Medicine (2nd ed.). CRC Press. <https://doi.org/10.1201/9781315378398>

กล่าวโดยสรุป การสอนทักษะนี้ควรเน้นที่การฝึกทักษะผ่านประสบการณ์ที่มีการสังเกตทั้งจากตัวเองและผู้สอน และมีการวิเคราะห์ประสบการณ์นั้นอย่างมีแบบแผน การฝึกฝนทักษะนี้ไม่สามารถเกิดขึ้นได้ในการฝึกแค่ครั้งเดียว การฝึกและวิเคราะห์พฤติกรรมซ้ำๆ จะช่วยให้เราสามารถพัฒนาทักษะนี้ได้



## เข้าใจมุมมองของผู้ป่วย ผ่านการเรียนรู้ด้วย Human simulation

นพ.วุฒิภัทร เอี่ยมมีชัย

ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล  
มหาวิทยาลัยมหิดล

“  
อดตานั่ง  
อุปมิง  
กร  
”

คติพจน์ของมหาวิทยาลัยมหิดล  
ครั้งตั้งแต่ยังเป็นมหาวิทยาลัยแพทยศาสตร์  
ซึ่งนับเป็นจุดกำเนิดของการเรียนการสอนใน  
วิชาชีพแพทย์และวงการสาธารณสุขของ  
ประเทศไทย โดยมีความหมายว่า “พึงปฏิบัติ  
ต่อผู้อื่น เหมือนดังปฏิบัติต่อตนเอง” หรือ  
“เอาใจเขามาใส่ใจเรา” ดังนั้นความเข้าใจใน  
มุมมองของผู้ป่วยจึงนับเป็นทักษะพื้นฐาน  
ของวิชาชีพด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพช่วยให้  
บุคลากรทางการแพทย์เข้าใจในมิติของความ  
เป็นมนุษย์ของผู้ป่วยมากยิ่งขึ้น ในบทความ  
นี้ ผมจึงชวนท่านผู้อ่านมารู้จักกับกิจกรรม  
การเรียนรู้ที่จะช่วยพัฒนาความเข้าใจในมู  
มองของผู้ป่วยให้แก่ผู้เรียน นั่นคือ การใช้  
สถานการณ์จำลองมนุษย์ (human  
simulation) กันนะครับ

### Human simulation

หลายท่านอาจจะคุ้นเคยกับการจัดกิจกรรมการเรียนรู้ด้วยสถานการณ์จำลองในจุดประสงค์การเรียนรู้  
อื่นๆ เช่น การฝึกปั๊มหัวใจและการกู้ชีพ (CPR and resuscitation) แต่ด้วยการเรียนการสอนด้วยสถานการณ์  
จำลองนี้สามารถนำไปใช้ในการจัดการเรียนรู้เพื่อพัฒนาความเข้าใจในมุมมองของผู้ป่วยได้ โดยการให้ผู้เรียนได้  
ฝึกทักษะกับมนุษย์แทนที่จะเป็นหุ่นจำลอง เช่น ให้ผู้เรียนได้ฝึกให้คำปรึกษากับผู้ป่วยมาตรฐาน ให้ผู้เรียนสลับ  
กันเป็นผู้ป่วยที่ถูกซักประวัติ

การเรียนด้วยสถานการณ์จำลองแบบ Human simulation นี้ มีการจัดประสบการณ์การเรียนรู้ได้หลากหลาย  
หลายวิธี เพื่อให้ท่านผู้อ่านเข้าใจได้ง่าย ในบทความนี้ผมขอยกตัวอย่างการจัด Human simulation 2 รูปแบบ  
ซึ่งใช้บ่อยในการจัดกิจกรรมการเรียนรู้ด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพ ได้แก่ สถานการณ์สมมติด้วยผู้เรียน (peer  
role-play) และ สถานการณ์จำลองกับผู้ป่วยมาตรฐาน (encounter with standardized patient)



# 1

## สถานการณ์สมมติจากเพื่อนร่วมชั้น (Peer role-play)

เป็นการจัดกิจกรรมเรียนรู้ โดยผู้สอนแบ่งผู้เรียนออกเป็นอย่างน้อย 2 บทบาท

- **บทบาทที่ 1** ให้ผู้เรียนสมมติบทบาทตัวเองเป็นผู้ป่วยตามโจทย์ที่ได้เตรียมไว้
- **บทบาทที่ 2** ให้ผู้เรียนทำหน้าที่เป็นแพทย์หรือบุคลากรสาธารณสุขเข้ามาปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วยตามโจทย์ที่ได้เตรียมไว้

โดยผู้เรียนบางส่วนอาจเป็นผู้สังเกตการณ์ในสถานการณ์จำลอง และอาจมีการสลับบทบาทให้ผู้เรียนได้มีโอกาสสวมบทบาทเป็นผู้ป่วยมากยิ่งขึ้น

การเรียนรู้ด้วยสถานการณ์สมมติจากเพื่อนร่วมชั้น (peer role-play) นี้ มีประโยชน์ที่ทำให้ผู้เรียนได้รับความรู้สึกหรือประสบการณ์ตรงในมุมมองของผู้ป่วยจริง เช่น ความกลัวเมื่อถูกปิดตาเวลาทำหัตถการ ความเมื่อยล้าเมื่อต้องนอนนิ่งๆเพื่อทำหัตถการเป็นเวลานาน ความรู้สึกเขินอายเมื่อถูกซักประวัติส่วนตัว ความรู้สึกยากลำบากเมื่อต้องอธิบายประวัติที่มีความซับซ้อนหรือมีรายละเอียดมากจนอธิบายได้ยาก นอกจากนี้ในปัจจุบันในต่างประเทศมีการประยุกต์ใช้เทคโนโลยีเสมือนจริงอย่าง virtual reality (VR) และ augmented reality (AR) เข้ามาช่วยทำให้ผู้เรียนสามารถได้รับประสบการณ์ใกล้เคียงกับผู้ป่วยจริงมากขึ้น เช่น การได้ยินเสียงหูแว่ว การมองเห็นภาพหลอน การสูญเสียการมองเห็นบางส่วน (visual field defect) ทำให้ผู้เรียนมีความเข้าใจในความรู้สึกของผู้ป่วยอย่างแท้จริงมากขึ้น

อย่างไรก็ตาม การจัดการเรียนรู้ด้วย peer role-play นี้มีข้อจำกัดบางประการ คือ ผู้เรียนที่สมมติเป็นผู้ป่วยอาจไม่ได้มีความเชี่ยวชาญใน



การสวมบทบาทเป็นผู้ป่วย หรือผู้เรียนอาจยังติดบทบาทในความเป็นบุคลากรทางการแพทย์ จึงไม่สามารถถ่ายทอดอารมณ์ความรู้สึกที่เกิดขึ้นจริงจากมุมมองผู้ป่วยได้ รวมทั้งกิจกรรมการเรียนรู้ที่ให้ผู้เรียนมีปฏิสัมพันธ์กันเอง อาจทำให้ผู้เรียนเล่นกันหรือแกล้งกัน หรือทำให้สถานการณ์จำลองง่ายหรือยากกว่าความเป็นจริง ซึ่งไม่ได้อยู่ในขอบเขตของจุดประสงค์การเรียนรู้ได้ ดังนั้นครูผู้สอนอาจต้องเลือกใช้สถานการณ์สมมติที่ไม่ได้มีความซับซ้อนมาก มีการเตรียมความพร้อมผู้เรียนและติดตามการดำเนินของสถานการณ์สมมติให้มีความเหมาะสม

# 2

## สถานการณ์จำลองกับผู้ป่วยมาตรฐาน (Encounter with standardized patient)

เป็นการจัดกิจกรรมการเรียนรู้ โดยในสถานการณ์จำลองให้ผู้เรียนทำหน้าที่ของบุคลากรทางการแพทย์ในการปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วยมาตรฐานตามโจทย์ที่กำหนดไว้ โดยไม่ต้องมีผู้เรียนมารับบทบาทเป็นผู้ป่วย และผู้เรียนที่ไม่ได้เข้าสถานการณ์จำลองทำหน้าที่สังเกตการณ์

การเรียนรู้กับผู้ป่วยมาตรฐานจะทำให้ผู้เรียนได้ฝึกการปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วยในสถานการณ์ที่ใกล้เคียงกับความเป็นจริง ในขณะที่เดียวกันก็ยังมีข้อดีของการเรียนรู้เพราะยังไม่ใช้สถานการณ์ที่ต้องปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วยจริง ผู้ป่วยมาตรฐานที่ได้รับการฝึกฝนอย่างเชี่ยวชาญจะมีความสามารถในการแสดงเป็นผู้ป่วย นอกเหนือจากการให้ประวัติและการแสดงอาการทางกายที่สมจริงแล้ว ผู้ป่วยมาตรฐานยังมีความสามารถในการแสดงความต้องการและอารมณ์ความรู้สึกของผู้ป่วยตามโจทย์ที่ครูผู้สอนกำหนดไว้ได้ รวมทั้งผู้ป่วยมาตรฐานที่เชี่ยวชาญสามารถแสดงเสมือนว่าตนเองยังไม่มีความรู้ความเข้าใจในเรื่องนั้นได้แม้ว่าจะได้รับการถ่ายทอดความรู้ความเข้าใจทางการแพทย์เกี่ยวกับสถานการณ์จากครูผู้สอนแล้ว ดังนั้นผู้ป่วยมาตรฐานสามารถให้ข้อมูลป้อนกลับ (Feedback) ผู้เรียนในมุมมองที่ใกล้เคียงกับผู้ป่วยจริง

ข้อจำกัดของการสถานการณ์จำลองร่วมกับผู้ป่วยมาตรฐาน คือ ต้องใช้ทรัพยากรในการจัดหา ฝึกฝนและพัฒนาผู้ป่วยมาตรฐานให้มีความเชี่ยวชาญ รวมทั้งต้องให้ความสำคัญในการดูแลผู้ป่วยมาตรฐานทั้งก่อนและหลังเข้าร่วมกิจกรรมการเรียนรู้ นอกจากนี้แล้วข้อจำกัดด้านจำนวนผู้ป่วยมาตรฐานอาจทำให้ผู้เรียนไม่สามารถเข้าร่วมสถานการณ์จำลองได้ทุกคน แต่ครูผู้สอนสามารถใช้การมีส่วนร่วมในการสังเกตการณ์และอภิปรายในช่วง debriefing กระตุ้นให้ผู้เรียนเกิดการเรียนรู้ได้เช่นกัน



## Learning process in human simulation

การจัดประสบการณ์เรียนรู้ด้วย human simulation มีความใกล้เคียงกับการจัดกิจกรรม simulation โดยมีขั้นตอนต่างๆ ดังนี้

- Preparation: ในขั้นตอนของการเตรียมตัวจัดกิจกรรมเรียนรู้ เตรียมแผนการสอนต่างๆ แต่ในขั้นตอนนี้ หากอาจารย์ผู้สอนเลือกจัดประสบการณ์โดยมีผู้ป่วยมาตรฐาน จะต้องมีการจัดหาและซักซ้อมผู้ป่วยมาตรฐาน ก่อนถึงการจัดกิจกรรมเรียนรู้จริง
- Briefing: เตรียมผู้เรียนก่อนเข้าสถานการณ์จำลอง ผู้สอนอธิบายจุดประสงค์การเรียนรู้ แนวทางการเข้าสถานการณ์จำลอง และแนะนำนักเรียนผู้ที่สังเกตการณ์ว่าให้สังเกตในประเด็นใดบ้าง
- Simulation: ตัวแทนของผู้เรียนเข้าสถานการณ์จำลอง ผู้เรียนบางส่วนสังเกตการณ์
- De-briefing: ผู้สอนชวนผู้เรียนอภิปรายเกี่ยวกับประเด็นการเรียนรู้จากสิ่งที่เกิดขึ้นในสถานการณ์จำลอง
- De-briefing with role players/standardized patients: เป็นขั้นตอนที่สำคัญและแตกต่างจากการเรียนด้วยสถานการณ์จำลองทั่วไป โดยผู้สอนให้ผู้แสดงเป็นผู้ป่วยจำลอง ซึ่งอาจจะเป็นผู้เรียนหรือผู้ป่วยมาตรฐาน ได้มีโอกาสสะท้อนถึงความรู้สึกที่เกิดขึ้นในขณะที่เป็นผู้ป่วยในสถานการณ์นั้นๆ



### หากกรณีเป็น peer role-play

ผู้สอนควรเปิดโอกาสให้ผู้เรียนที่ได้รับบทบาทเป็นผู้ถ่ายทอดถึงอารมณ์ความรู้สึกทั้งในแง่บวกและแง่ลบที่เกิดขึ้นในขณะดำเนินสถานการณ์สมมติ และครูผู้สอนสร้างความเชื่อมโยงให้ผู้เรียนเข้าใจถึงมุมมองของผู้ป่วยที่จะเกิดขึ้นเช่นเดียวกับสิ่งที่ผู้เรียนได้รับรู้ในสถานการณ์นั้นๆ

### หากกรณีเป็นสถานการณ์จำลองกับผู้ป่วยมาตรฐาน

ครูผู้สอนควรเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยมาตรฐานสะท้อนอารมณ์ความรู้สึกที่เกิดขึ้นและให้ข้อมูลป้อนกลับจากมุมมองของผู้ป่วย การให้ข้อมูลจะเกิดประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้นหากครูผู้สอนหรือผู้ป่วยมาตรฐานสามารถให้ข้อมูลป้อนกลับอย่างเฉพาะเจาะจง เช่น การยกคำพูดหรือท่าทางของผู้เรียนในขณะนั้นว่าส่งผลต่อความรู้สึกของผู้ป่วยอย่างไร ทั้งนี้ครูผู้สอนควรพยายามสร้างบรรยากาศที่ปลอดภัยในการอภิปรายและแสดงความคิดเห็น โดยไม่ทำให้ผู้เรียนที่รับบทบาทเป็นบุคลากรทางการแพทย์รู้สึกไม่ดี

“

หวังว่า บทความฉบับนี้จะ เป็นประโยชน์ให้ครูผู้สอนในการจัดสถานการณ์จำลอง ไม่ว่าจะเป็น peer role-play หรือสถานการณ์จำลองร่วมกับผู้ป่วยมาตรฐาน เพื่อพัฒนาผู้เรียนให้มีความเข้าใจในอารมณ์ความรู้สึกและมุมมองของผู้ป่วย และเข้าใจคำว่า “เอาใจเขามาใส่ใจเรา” อย่างแท้จริง หากครูผู้สอนท่านใด มีข้อคิดเห็นหรือข้อเสนอแนะเพิ่มเติมใดๆ สามารถติดต่อและร่วมแบ่งปันประสบการณ์กันที่ศูนย์ SHEE ได้ ขอขอบคุณครับ

”

สรุปใจความสำคัญ นำไปสู่การเขียน ร้อยเรียงเป็นโครงร่างวิจัย

# เทคนิคการเขียนโครงร่างวิจัย ทางการศึกษาวิทยาศาสตร์สุขภาพ

**27 – 28** เมษายน  
2566  
เวลา 08.30 – 15.30 น.

ณ ห้องบรรยาย 3A01  
ชั้น 3A อาคารศรีสวรินทิรา  
คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล



รายละเอียดเพิ่มเติม

## อัตราค่าลงทะเบียน

รูปแบบ FACE - TO - FACE

ลงทะเบียนล่วงหน้า  
วันนี้ - 13 เม.ย. 66

3,000

ลงทะเบียนปกติ  
14 – 20 เม.ย. 66

3,600

รูปแบบ Streaming

ลงทะเบียนล่วงหน้า  
วันนี้ - 13 เม.ย. 66

1,000

ลงทะเบียนปกติ  
14 – 20 เม.ย. 66

1,100

สำหรับผู้เข้าอบรมที่มีโครงร่างวิจัยอยู่แล้ว สามารถนำมาพูดคุย แลกเปลี่ยนได้

สอบถามเพิ่มเติม คุณภาณุมาศ โทร. 02 419 5195, 02 419 9978

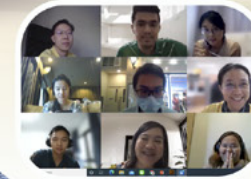
ศูนย์ความเป็นเลิศด้านการศึกษาวิทยาศาสตร์สุขภาพ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

LINE SHEE.CONNECT

f MAHIDOL.SHEE

# Certification of Health Science Education

## 1 Year Program



### Flexible study

- ✓ On-site
- ✓ Online real-time learning
- ✓ Online remote learning

“Able to transfer credits  
to Master of Science in  
Health Science Education”  
(International Program)

## Available Courses

Semester 1: August – December 2023

- Module 1 Principles of Educational Research
- Module 2 Psychology of Learning in Health Science Education
- Module 3 Assessment and Evaluation of Learning in Health Science Programs
- Module 4 Curriculum Development in Health Science Education
- Module 9 Faculty Development and Leadership in Health Science Education

Semester 2: January – May 2024

- Module 5 Educational Research Techniques
- Module 6 Learning Theories in Health Science Education
- Module 7 Assessment and Evaluation of Complex Learning in Health Science Programs
- Module 8 Curriculum Evaluation of Health Science Education

## Price

Approx. **2,915 USD**  
per person

\*\* Exchange rate updated on December 28, 2022 at 9.00 hrs. (GMT+7)  
and it is subject to change without prior notice.

Application Period **July 31, 2023**



More information



Book a seat

<http://shee.si.mahidol.ac.th/master2>

+66 2419 5193 (Ms. Kanyapak)

shee\_sihsi@mahidol.ac.th

@mahidol.sihsi

พญ.กัทธินา ครบตระกูลชัย  
 นพ. ศุภชัย ครบตระกูลชัย  
 นพ. อภิรพล อุดคมะปัญญา  
 ทีมผู้ริเริ่มค่ายหมอนอกรั้วโรงเรียนแพทย์

## ค่ายหมอนอกรั้วโรงเรียนแพทย์ สู่อารมณ์ดี คน-คน-ชุมชน

การเรียนรู้ผ่านความเข้าใจคนไข้  
 สู่อารมณ์ดีที่มีหัวใจความเป็นมนุษย์

## บทนำ

“ ค่ายหมอนอกรั้วโรงเรียนแพทย์ ” เป็นค่ายที่เริ่มต้นมาจากความทุกข์ของทีมนักแพทย์จบใหม่ที่ไปใช้ทุนที่โรงพยาบาลชุมชน ในปี 2555 ซึ่งในแต่ละพื้นที่ต่างมีข้อจำกัดและบริบทที่แตกต่างจากในรั้วโรงเรียนแพทย์อย่างสิ้นเชิง ทีมผู้ริเริ่มจึงมีแนวคิดร่วมกันว่าหนึ่งในวิธีที่จะช่วยลดความทุกข์นี้คือการเปิดโอกาสให้นักศึกษาแพทย์ชั้นปรีคลินิก ได้มาเรียนรู้ประสบการณ์ผ่านชีวิตจริงของแพทย์และคนไข้ที่โรงพยาบาลชุมชน ทั้งในรั้วโรงพยาบาลและนอกรั้วโรงพยาบาล ผ่านการสัมผัสประสบการณ์ตรง (experiential learning) การเรียนรู้โดยใช้ผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (patient-centered learning) การสะท้อนแลกลับเปลี่ยนสิ่งที่ได้เรียนรู้ภายใน (self-reflection) และหล่อหลอมจนเกิดการเปลี่ยนแปลงมุมมองภายใน (transformative learning) ซึ่งกิจกรรมนี้จะช่วยทำให้นักศึกษาแพทย์เกิดความเข้าใจข้อจำกัดด้านบริบท มีความเมตตาเห็นใจเพื่อนมนุษย์ มีแรงบันดาลใจในการเรียนชั้นคลินิก และจบไปเป็นแพทย์ใช้ทุนในโรงพยาบาลชุมชนที่มีความสุขมากขึ้น ทุกข์น้อยลง และสร้างประโยชน์ให้กับพื้นที่ในช่วงเวลาหนึ่งก่อนที่จะแยกย้ายไปเรียนต่อเฉพาะทางตามเส้นทางของตนเอง



ค่ายหมอนอกรั้วโรงเรียนแพทย์ เปิดรับนักศึกษาแพทย์ชั้นปรีคลินิกทั่วประเทศ ในช่วงเวลาปิดเทอมที่ตรงกันของแต่ละสถาบัน การจัดค่ายเริ่มต้นมาตั้งแต่ปี 2555 จนถึงปัจจุบัน (ครั้งล่าสุดจัดขึ้นในปี 2562) รวมทั้งสิ้น 12 ครั้ง 55 ค่าย มีโรงพยาบาลที่เข้าร่วมทั้งหมด 30 โรงพยาบาล เป็นค่ายขั้นพื้นฐาน (step 1) 49 ค่าย ค่ายต่อยอด (step 2) 6 ค่าย มีนักศึกษาแพทย์เข้าร่วมทั้งหมด 292 คน โดยมี 43 คน (14.7%) มาเข้าร่วมทั้งสองค่าย ระยะเวลาแต่ละค่ายใช้เวลาประมาณ 7-10 วัน

## วัตถุประสงค์ของค่ายหมอนอกโรงเรียนแพทย์

เน้น “การเข้าใจตน-คน-ชุมชน” ผ่านกระบวนการ active learning through action, reflection, sharing และ dialogue ดังนี้

- **เข้าใจตน** : เข้าใจ ความคิด ความรู้สึก ของตนเองที่เกิดขึ้นขณะเรียนรู้ผ่านประสบการณ์ตรงในช่วงเวลานั้นๆ
- **เข้าใจคน** : เข้าใจความทุกข์ ความคาดหวัง ข้อจำกัดของผู้ป่วย, เข้าใจบทบาทแพทย์ (role of rural doctor) ความคาดหวัง และประสบการณ์ความจริงในการเข้ารับบริการสุขภาพของผู้ป่วย (patient expectation and experience) เข้าใจบทบาทของทีมในโรงพยาบาล (สหสาขาวิชาชีพ) และทีมนอกโรงพยาบาล (รพ.สต. และ อสม.) ที่มีส่วนสำคัญในการช่วยกันดูแลรักษาคนไข้ (role of multidisciplinary team)
- **เข้าใจชุมชน** : เรียนรู้วิถีชุมชน เห็นการใช้ชีวิตที่เป็นปัจจัยส่งผลต่อสุขภาพ (determinant of health) และเรียนรู้ระบบสุขภาพอำเภอ (district health system) เพื่อเข้าใจการเชื่อมโยงของภาคส่วนต่างๆ ในอำเภอที่มีผลต่อสุขภาพ โดยการประยุกต์ใช้ health system science



## ขั้นตอนและกระบวนการเรียนรู้ในค่าย

1 **คัดเลือกผู้เข้าร่วมค่าย** : ใช้ใบสมัครและแบบสอบถามที่ช่วยให้ผู้สมัครได้ทบทวนตัวเองเพื่อคัดเลือกผู้ที่สนใจเข้าร่วมค่ายจริงๆ และให้เลือกลำดับโรงพยาบาลที่สนใจ 3 อันดับแรก จากรายชื่อโรงพยาบาลชุมชนที่สนใจเข้าจัดค่ายในปีนั้นๆ

2 **เรียนรู้ผ่านประสบการณ์ตรง** : เตรียมพร้อมก่อนเริ่มค่าย ด้วยการล้อมวงคุยกันด้วยบรรยากาศที่ปลอดภัย สร้างความสัมพันธ์ระหว่างพี่ค่ายและน้องค่าย โดยใช้สุนทรียสนทนา (dialogue) เปิดใจเล่าเรื่องชีวิตตัวเอง แร้งบันดาลใจที่ทำให้อยากมาเรียนแพทย์และอยากมาค่ายนี้ จากนั้นทีมแพทย์พี่เลี้ยงจะแจ้งกติกา วิธีการเรียนรู้ในค่ายนี้ ว่าเด็กค่ายจะต้องเรียนรู้แบบ active learner เรียนรู้ผ่านการสังเกต และการตั้งคำถาม สอนเนื้อหา system analysis และวิธีการ reflection เพื่อเป็นเครื่องมือในการเรียนรู้แต่ละวัน ซึ่งจะมีกิจกรรมแบ่งออกเป็น 6 กิจกรรมหลัก ที่ต้องอาศัยการเรียนรู้ด้วยการฝึกปฏิบัติจริง (interactive learning through action) โดยมีรายละเอียดดังนี้

- ตามรอยคนไข้ : กิจกรรมการติดตามคนไข้ ตั้งแต่คนไข้มาถึงโรงพยาบาล จนจบการรับบริการ หากคนไข้บางรายจำเป็นต้องได้รับการส่งตัว ไปรักษาที่โรงพยาบาลจังหวัด ก็จะต้องขึ้นรถ ambulance ไปกับคนไข้ด้วย เพื่อจะได้เข้าใจประสบการณ์การมารับบริการของคนไข้ (patient journey and experience)

- ตามรอยแพทย์ : เพื่อให้เข้าใจบทบาทแพทย์ที่โรงพยาบาลชุมชน ที่จะต้องดูแลคนไข้ทุกรูปแบบ ทุกจุดให้บริการ และการทำงานอื่นๆ นอกจากการตรวจรักษา เช่น งานคุณภาพบริการ งานเยี่ยมบ้าน งานในชุมชน เป็นต้น โดยติดตามแพทย์พี่เลี้ยงไปทุกที่ เรียนรู้ผ่านสังเกตโดยที่ไม่เน้นความรู้ทางคลินิก

- เรียนรู้จากหน่วยงานต่างๆ ในโรงพยาบาล : เช่น ห้องฉุกเฉิน (ER), หน่วยตรวจผู้ป่วยนอก (OPD), หอผู้ป่วย (IPD), โรงครัว, ชักฟอก, งานจ่ายกลาง, ห้องบัตร, งานประกัน, แพทย์แผนไทย, กายภาพบำบัด, PCU เป็นต้น เพื่อเข้าใจบทบาทหน้าที่ความสำคัญของแผนกต่างๆ ของทีมสหวิชาชีพ ด้วยวิธีการสังเกตหน้างาน สัมภาษณ์ผู้เกี่ยวข้อง รวมถึงร่วมช่วยงานที่สามารถทำได้ เช่น ห่อผ้าปลอดเชื้อ, จัดยาภายใต้การควบคุมของเภสัชกร เป็นต้น

- เรียนรู้ระบบสุขภาพอำเภอ : เช่น รพ.สต., ที่ว่าการอำเภอ เป็นต้น ด้วยวิธีการสังเกตหน้างาน สัมภาษณ์ผู้เกี่ยวข้อง

- เยี่ยมบ้าน : ร่วมกับทีมสหวิชาชีพ เสมือนเป็นทีมเดียวกัน เพื่อช่วยเหลือคนไข้ และเห็นบทบาทความสำคัญของทีม

- เรียนรู้วิถีชีวิตชาวบ้าน : ผ่านการร่วมสังเกตและทำงานในชีวิตประจำวันของชาวบ้าน เช่น หักข้าวโพด, ถอนถั่ว, เกี่ยวข้าว เป็นต้น เพื่อให้เรียนรู้ชีวิตของคน ความสัมพันธ์เชื่อมโยงกัน ทั้งช่วงเวลาที่ป่วยและไม่ป่วย รวมถึงความเจ็บป่วยที่เกิดจากการทำงาน แต่อย่างไรก็ตามกิจกรรมทั้ง 6 นี้สามารถยืดหยุ่น ปรับเปลี่ยนได้ตามบริบทของพื้นที่ และความถนัดของแพทย์ในพื้นที่นั้นๆ



### Reflection คือหัวใจ : หลังจากที่ได้ไปร่วม

ทำกิจกรรม ทุกเย็นจะมีกระบวนการ reflection & sharing โดยน้องค่ายจะเล่าประสบการณ์ที่เจอ ความคิด ความรู้สึกที่เกิดขึ้น โดยมีเพื่อนๆ และพี่ค่ายร่วมรับฟัง เรียนรู้แลกเปลี่ยนประเด็นที่น่าสนใจตามบริบทของพื้นที่ เช่น “หมอในความฝัน และหมอในความเป็นจริง”, “เป็นหมอรักษาคนไข้อยู่ที่ไหนก็ได้ ทำไมต้องไปใช้ทุน”, “ชีวิตของชาวบ้าน เหมือนหรือแตกต่างกับชีวิตของเราอย่างไร” เป็นต้น แล้วจะให้น้องค่ายทุกคน ได้มีเวลาทบทวนตัวเองอีกครั้ง ก่อนจะให้เผยแพร่สิ่งที่ได้เรียนรู้ใน social media เพื่อแบ่งปันประสบการณ์ที่ได้เรียนรู้ให้กับเพื่อนๆ ที่ไม่ได้มาร่วมค่าย



### จุดเด่นของค่าย

การเลือกรับนักศึกษาแพทย์ในชั้นปรีคลินิก ซึ่งเป็นช่วงที่เหมาะสมกับการเรียนรู้ในแง่การทำ ความเข้าใจคน มากกว่าเข้าใจโรค เนื่องจากยังไม่ได้เรียนรู้เรื่องเกี่ยวกับตัวโรคนักนัก แอื้อต่อการเปิดใจเรียนรู้ ความทุกข์ยากของผู้คนได้เต็มที่ และเป็นช่วงที่มีความใคร่รู้ แสวงหาแรงบันดาลใจ ก่อนจะขึ้นเรียนในชั้น คลินิก

การคัดเลือกนักศึกษาที่มีความตั้งใจอยากมา เรียนรู้หาประสบการณ์นอกรั้วโรงเรียนแพทย์ในช่วงปิด เทอมและเลือกนักศึกษาต่างมหาวิทยาลัย ที่ไม่เคยรู้จักกันมาก่อน ทำให้เกิดพลังการเรียนรู้ในกลุ่มที่ตีทั้งพี่ค่าย และน้องค่าย นอกจากนี้ยังเป็นการสร้างเครือข่ายของ นักศึกษาระหว่างสถาบันด้วย

การค้นหาโรงพยาบาลเครือข่าย เพื่อเข้าร่วม โครงการ ส่วนมากจะเป็นโรงพยาบาลที่เป็นพื้นที่การ เรียนรู้ที่ดี และพี่ค่ายมีความตั้งใจ ความสนใจที่อยาก จะสอนน้อง จึงทำให้นักศึกษาได้มีโอกาสเรียนรู้อย่าง เต็มที่

การสอนวิธีการคิดและการ reflection แล้ว ได้ลงมือปฏิบัติในทุกๆ วัน ทำให้นักศึกษามี กระบวนการคิดและมุมมองที่มีการพัฒนาอย่างเห็นได้ ชัด นักศึกษาสะท้อนว่าเห็นการเปลี่ยนแปลงของ ตนเองในทางที่ดีขึ้นเมื่อเทียบกับวันแรกที่มาค่าย

### ผลลัพธ์

การสอนวิธีการคิดและการ reflection และลงมือปฏิบัติในทุกๆวัน ทำให้นักศึกษาแพทย์ที่มาค่าย มี กระบวนการคิดและมุมมองที่มีการพัฒนาอย่างเห็นได้ชัด นักศึกษาสะท้อนว่าเห็นการเปลี่ยนแปลงของตนเองใน ทางที่ดีขึ้นเมื่อเทียบกับวันแรกที่มาค่าย นอกจากนี้เรื่องราวการเรียนรู้ภายในค่ายที่นักศึกษาแพทย์ reflection และสื่อสารผ่าน social media (facebook) เพื่อแบ่งปันประสบการณ์การเรียนรู้ มีส่วนสำคัญทำให้มีผู้สนใจมา ร่วมค่ายอย่างต่อเนื่อง (ติดตามได้ผ่านช่องทาง facebook ผ่าน hashtag #ค่ายหมอนอกรั้วโรงเรียนแพทย์)

### การเปลี่ยนแปลงภายในจากอดีตจนถึงปัจจุบันของผู้เข้าร่วม ค่ายหมอนอกรั้วโรงเรียนแพทย์

เป็นค่ายที่สอนให้หนูเข้าใจคนอื่น อย่างไม่มีเงื่อนไข เข้าใจคนไข้ เข้าใจ ชุมชน เข้าใจเพื่อนร่วมงาน ซึ่งการมี พื้นฐานแห่งความเข้าใจนี้ทำให้หนู เป็นนักศึกษาแพทย์ที่เรียน และ ดูแลคนไข้อย่างมีความสุข เข้าใจ ความทุกข์ และเห็นคุณค่าในสิ่งที่ ทำเสมอค่ะ

มองคนไข้เป็นองค์รวมมากขึ้น ออกแบบการรักษาที่เหมาะสมกับ คนไข้แต่ละคน ตามวิถีชีวิตเดิม ของเขา

นพ. เตชินท์ พงศ์ปรีดีเปรม (14 กุมภาพันธ์ 2566)  
เข้าร่วมค่ายหมอนอกรั้วโรงเรียนแพทย์ตอนเป็นนักศึกษาแพทย์ปี 2 คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล ปัจจุบันเป็นแพทย์เพิ่มพูนทักษะ รพ.บ้านแพ้ว

นักศึกษาแพทย์เวชปฏิบัติ : ไอศวรรย์ สิ้นธรงค์ (17 กุมภาพันธ์ 2566)  
เข้าร่วมค่ายหมอนอกรั้วโรงเรียนแพทย์ตอนเป็นนักศึกษาแพทย์ ปี 1 คณะแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัย ธรรมศาสตร์ ปัจจุบันเป็น นักศึกษาแพทย์ชั้นปีที่ 6 โครงการผลิตแพทย์เพิ่มเพื่อชาวชนบท (CPIRD) โรงพยาบาลสระบุรี



ตัวอย่าง การเขียนสะท้อนประสบการณ์ ค่ายหมอนอกรั้วโรงเรียนแพทย์

## โอกาสพัฒนา

- การจัดตั้งทีมผู้รับผิดชอบอย่างเป็นระบบ ช่องทางการประชาสัมพันธ์ การรับสมัคร การมีเจตนาเตรียมสื่อสารถึงผู้ปกครองและคณะ การให้คำแนะนำเตรียมตัวเรื่องการมาค่ายและการเดินทางที่ชัดเจนมากขึ้น
- การเตรียมเจ้าหน้าที่สำหรับพื้นที่ที่ยังไม่เคยมีนักศึกษา มาเรียนรู้ และการเตรียมนักศึกษาในการตั้งคำถามและวิธีการเรียนรู้
- ให้ความสำคัญในแง่ประโยชน์ของพื้นที่จากการทำงานกิจกรรม ทั้งในโรงพยาบาลและชุมชน

## การนำไปประยุกต์ใช้

ทักษะสำคัญจากค่ายหมอนอกรั้วโรงเรียนแพทย์ ที่สามารถนำไปประยุกต์ใช้ ได้แก่ การเรียนรู้ผ่านประสบการณ์ตรงโดยใช้ผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง, การสอนทักษะการเรียนรู้ที่ช่วยให้นักศึกษาแพทย์เข้าใจทั้งเสียงภายในใจตนเองไปพร้อมๆ กับเสียงภายนอก เข้าใจสุขทุกข์ของตนเองและผู้อื่นทั้งจากผู้ป่วย แพทย์ ทีมต่างๆ ทั้งในรั้วโรงพยาบาลและนอกรั้วโรงพยาบาล, การ reflection and sharing เพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกันในบรรยากาศที่ผ่อนคลายที่ผ่อนคลาย นำไปสู่การหล่อหลอมจนเกิดการเปลี่ยนแปลงมุมมองภายใน (transformative learning) ซึ่งมีความยั่งยืนและมีพลัง



“

ค่ายหมอนอกรั้วโรงเรียนแพทย์ เป็นตัวอย่างรูปแบบการเรียนรู้ อีกหนึ่งทางเลือกของครูแพทย์ในการสอน patient-centered care เพื่อสร้างที่เข้าใจตน คน ชุมชน และสามารถอยู่ได้ด้วยใจที่เป็นสุข ไม่ว่าจะอยู่ในบริบทหรือข้อจำกัดใดก็ตาม ซึ่งจะเห็นได้ว่าการเรียนรู้ผ่านประสบการณ์เหล่านี้จะช่วยให้นักศึกษาแพทย์ได้พัฒนาตนเองจากภายใน และสำเร็จการศึกษาออกไปเป็นแพทย์ที่เข้าใจผู้ป่วยอย่างแท้จริง

”



มหาวิทยาลัยมหิดล  
คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล



# Pearls in Medical Education

## เตรียมพร้อมติดตามต่อยอด

การเรียนรู้และปฏิบัติงานในชุมชนของนักศึกษาแพทย์



โดย ผศ. ดร. พญ.มยุรี หอมสนิท  
ภาควิชาเวชศาสตร์ป้องกันและสังคม  
คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล  
วันพุธที่ 5 เมษายน พ.ศ. 2566  
เวลา 14:00 - 16:00 น. ห้องบรรยาย 201 ชั้น 2  
อาคารศรีสวรินทรา คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

## การจัดการเรียนรู้ให้เข้าถึงผู้เรียนที่หลากหลาย



โดย รศ. นพ.ทศ. หาญรุ่งโรจน์  
ภาควิชาศัลยศาสตร์ออร์โธปิดิกส์และกายภาพบำบัด  
คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล  
วันพุธที่ 10 พฤษภาคม พ.ศ. 2566  
เวลา 14:00 - 16:00 น. ห้องประชุมสิรินธร ชั้น G  
อาคารเฉลิมพระเกียรติ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

ประสบการณ์ทางการศึกษาที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพบุคคลหลากหลายทางเพศในหลักสูตรแพทยศาสตรบัณฑิตของโรงเรียนแพทย์ในประเทศไทย



โดย นพ.เบญจวิช สุรสาสตรพิศาล  
แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว  
โรงพยาบาลบำรุงราษฎร์  
วันพุธที่ 14 มิถุนายน พ.ศ. 2566  
เวลา 14:00 - 16:00 น. ห้องบรรยาย 202 ชั้น 2  
อาคารศรีสวรินทรา คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

\*กรณีมีการเปลี่ยนแปลงรูปแบบการจัดงานจะมีการแจ้งทางเว็บไซต์และทางอีเมล\*



ช่องทางการรับชมวิดีโอบันทึกการบรรยายและถ่ายทอดสดผ่านระบบ IPTV สามารถเข้าดูได้ที่ iptv.mahidol.ac.th



สมัครลงทะเบียน Registration



## Students' voice

# What are your perspectives on patient-centered medicine?

uw. ภาสวุฒิ สิริทองกวาว

แพทย์ใช้ทุนศูนย์ความเป็นเลิศด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพ

พบกันอีกครั้งครับกับบทความ Students' voice โดยในบทความนี้ ผู้เขียนจะนำทุกท่านไปพบกับมุมมองของนิสิต-นักศึกษาแพทย์ต่อการแพทย์โดยมีผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางหรือ Patient-centered medicine โดยทางผู้เขียนได้สัมภาษณ์นักศึกษาแพทย์เพื่อรวบรวมความคิดเห็นจากนักศึกษาแพทย์ต่างสถาบัน ต่างชั้นปี เพื่อให้ได้ความคิดเห็นที่หลากหลายและครอบคลุม โดยนักศึกษาส่วนหนึ่งเป็นนักศึกษาที่เป็นตัวแทนของนักศึกษาที่สถาบันของตนเอง เช่น อุนายกสโมสรนักศึกษาแพทย์ศิริราช นายกสโมสรนิตแพทย์จุฬา ฯ

ผู้เขียนได้รวบรวมประเด็นที่สำคัญเกี่ยวกับการแพทย์โดยมีผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางโดยแบ่งออกได้เป็นประเด็นดังนี้

- 1 ความหมายของการแพทย์โดยมีผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางในมุมมองของนักศึกษาแพทย์
- 2 ความคิดเห็นต่อการแพทย์โดยมีผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง
- 3 มุมมองของนักศึกษาต่อกิจกรรมที่ส่งเสริมการแพทย์โดยมีผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางในหลักสูตรแพทยศาสตรบัณฑิต



### 1 ความหมายของการแพทย์โดยมีผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางในมุมมองของนักศึกษาแพทย์

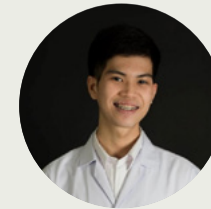
การแพทย์โดยมีผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (Patient-centered medicine) คือ การที่แพทย์ให้การดูแลผู้ป่วยโดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อที่จะตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยอย่างเป็นองค์รวม มองว่าผู้ป่วยคือมนุษย์คนหนึ่ง แพทย์มีการปรับการรักษาให้เหมาะสมกับความต้องการของผู้ป่วยอย่างแท้จริง ซึ่งต่างจากการรักษาที่มีวัตถุประสงค์เพียงเพื่อต้องการให้ผู้ป่วยหายจากโรค (Disease-centered medicine) เช่น ในบางครั้งผู้ป่วยอาจมาพบแพทย์โดยที่ไม่ได้ต้องการให้ตนเองหายจากโรคด้วยวิธีการรักษาที่อาจสร้างความทรมาน (Invasive treatment) แต่อยากใช้ชีวิตต่อไปโดยมีคุณภาพชีวิตที่ดีกว่าจนถึงวาระสุดท้ายด้วยการรักษาแบบประคับประคอง (Palliative care)

การแพทย์โดยมีผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง คือ การออกแบบการรักษาให้เข้ากับผู้ป่วยแต่ละคนไม่ตายตัว ซึ่งต้องเริ่มจากการเข้าใจความรู้สึกและความคิดของผู้ป่วยให้ดีเสียก่อน

พิชญาน์ สติรพันธ์ (พิน)  
อุนายกฝ่ายการวิจัยและพัฒนา  
สโมสรนักศึกษาแพทย์ศิริราช



รักษาตามความต้องการของคน(ไข้) ไม่ได้คิดแต่จะทำตามตำราอย่างเดียว



ธีรณย์ ตานพิพัฒน์ (มาร์ค)  
นิสิตแพทย์ชั้นปีที่ 4 คณะแพทยศาสตร์  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย นายกสโมสร  
นิสิตแพทย์จุฬาฯ

รักษาโรค(Disease) อาจไม่ตอบ  
โจทย์ เพราะผู้ป่วยยังมีความเจ็บ  
ป่วย(Illness) ที่ยังไม่ได้รับการดูแล

จิตติภัทร พิพัฒน์วสุราษฎร์ (ชิวอิ)

นักศึกษาแพทย์ชั้นปีที่ 5  
คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล  
ตำแหน่ง : อุนายกกิจกรรมและชมรม  
สโมสรนักศึกษาแพทย์ศิริราช



เงื่อนไขของผู้ป่วยแต่ละคน  
แตกต่างกันจึงควรให้ความสำคัญ  
ที่ตัวผู้ป่วยเป็นหลัก



ณัฐฐ์ ปูนแก้วเกียรติ (พิม)  
นักศึกษาแพทย์ชั้นปีที่ 3  
คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล  
มหาวิทยาลัยวชิรพยาบาล



การที่มองผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางช่วยลดระยะห่างของความเป็นหมอและความเป็นคนไข้ได้ ทำให้คนไข้รู้สึกสบายใจเวลามารักษา



**นุช อังคณาพร (นุช)**  
นักศึกษาทันตแพทย์ชั้นปีที่ 4  
คณะทันตแพทยศาสตร์  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

เพราะผู้ป่วยแต่ละคนไม่เหมือนกัน Same disease, different treatment

**เจริญญา พริ้งพัฒนพงษ์ (โน้)**  
นิสิตแพทย์ชั้นปีที่ 6  
คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ



## 2 เพราะเหตุใดจึงควรดูแลผู้ป่วยตามหลักการแพทย์โดยมีผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง



การรักษาตามหลักการแพทย์โดยมีผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางช่วยให้สามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างครอบคลุมไม่ได้รับความเจ็บป่วยทางกาย เพราะในบางครั้งปัญหาทางใจ ทางสังคม ทางจิตวิญญาณ ก็มีความสำคัญไม่แพ้กัน เมื่อแพทย์เข้าใจผู้ป่วยและให้การดูแลตามความต้องการของผู้ป่วย ผู้ป่วยรู้สึกสบายใจมากขึ้น เกิด doctor-patient relationship ที่ดี ผู้ป่วยยอมให้ความร่วมมือในการรักษามากกว่าซึ่งส่งผลให้ผลการรักษามีโอกาสเป็นไปได้ตามที่ผู้ป่วยคาดหวังมากยิ่งขึ้น

ผู้ป่วยเป็นคนหนึ่งเหมือนกับเรา เพราะเป็นคนจึงมีความต้องการหลายด้านารรักษาตามหลักการแพทย์โดยมีผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง เปรียบเสมือน common ground ที่แพทย์และผู้ป่วยหาจุดตรงกลางที่มีความเห็นต่อการรักษาร่วมกัน

ขณะปฏิบัติงานที่หอผู้ป่วยเด็กเคยพบกับผู้ป่วยเด็กมานอนโรงพยาบาลด้วยอาการเหนื่อยจากปอดติดเชื้อไวรัส ผู้ปกครองของเด็กดูจะไม่ค่อยพอใจกับการรักษาเท่าไรนัก แพทย์ประจำบ้านจึงได้เข้าไปพูดคุยกับผู้ปกครองจึงพบว่าจริงๆแล้วที่ผู้ปกครองไม่พอใจเป็นเพราะไม่มีใครอธิบายว่าเพราะเหตุใดแพทย์จึงไม่ให้ยาฆ่าเชื้อ ให้แต่ยาแก้ปวดลดไข้ ผู้ปกครองอยากจะให้ผู้ป่วยได้ยาฆ่าเชื้อเพื่อที่จะได้หายจากโรคโดยเร็ว เนื่องจากต้องรีบกลับไปทำงาน จะเห็นได้ว่าในบางครั้งผู้รับบริการไม่ได้ต้องการเพียงการรักษาโรคทางกายให้หายเท่านั้น พวกเขาต้องการพูดคุยและการดูแลในมิติอื่นๆอีกด้วย



**ธีรณัฐ ตานพิพัฒน์ (มาร์ค)**  
นิสิตแพทย์ชั้นปีที่ 4 คณะแพทยศาสตร์  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย นายกสโสม  
นิสิตแพทย์จุฬาฯ

การรักษาเปรียบเสมือนกิจกรรมที่มี 2 ฝ่าย คือ ผู้ให้การรักษาและผู้รับการรักษา การจะดำเนินกิจกรรมไปได้ด้วยดีนั้นต้องอาศัยความเข้าใจและความร่วมมือของทั้งสองฝ่าย เสมือนเป็น stakeholder ร่วมกัน

ณ รพ.ชุมชน ได้พบผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมไม่ดีรายหนึ่ง แพทย์จึงได้เปลี่ยนจากยากินเป็นยาฉีดโดยไม่ได้พูดคุยกับผู้ป่วยก่อน ภายหลังแพทย์อีกท่านพบว่าผู้ป่วยน้ำตาลสูงกว่าเดิม แพทย์ได้พูดคุยกับผู้ป่วยเพื่อถามหาสาเหตุที่อาจทำให้น้ำตาลในเลือดสูงขึ้น แพทย์พบว่าผู้ป่วยมองไม่ค่อยเห็นอยู่บ้านคนเดียว ฉีดยาลำบากและไม่ค่อยใส่ใจสำหรับเก็บยา ทำให้ไม่ได้ใช้ยาตามที่แพทย์สั่ง จะเห็นได้ว่าถึงแม้ตามตำราจะบอกว่าควรเปลี่ยนเป็นยาฉีดแต่หากคำนึงถึงบริบทของผู้ป่วยจะเห็นได้ว่ายากินมีความเหมาะสมมากกว่าในผู้ป่วยรายนี้

**ปิรญาณ์ สกัรพันธ์ (พิน)**  
อุปนายกฝ่ายการวิจัยและพัฒนา  
สโมสรนักศึกษาแพทย์ศิริราช



บางทีการรักษาที่ ideal อาจไม่ใช่การรักษาที่เหมาะสมกับผู้ป่วยคนนั้นๆ



**นุช อังคณาพร (นุช)**  
นักศึกษาทันตแพทย์ชั้นปีที่ 4  
คณะทันตแพทยศาสตร์  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ปรับการรักษาให้เหมาะสมต่อตัวผู้ป่วยมากขึ้น อาจทำให้ผู้ป่วยสามารถเข้าใจการรักษาและให้ความร่วมมือมากขึ้น

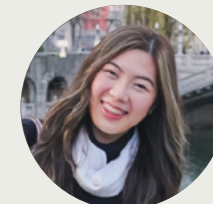
**ณัฐนันท์ ปันแก้วเกียรติ (พิม)**  
นักศึกษาแพทย์ชั้นปีที่ 3  
คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล  
มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช



“

แพทย์ถูกสอนเป็นอย่างดีเพื่อให้เข้าใจโรค แต่การรักษาโรคเพียงอย่างเดียวอาจไม่เพียงพอในการดูแลผู้ป่วย แม้ว่าผู้ป่วยสองคนจะมีโรคเดียวกัน แต่ความเจ็บป่วยของแต่ละคนอาจจะแตกต่างกัน จึงต้องวางแผนทางการรักษาให้เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย

ขณะปฏิบัติงานที่หอผู้ป่วยอายุรกรรม ผู้ป่วยรายหนึ่งมีแผลกดทับเรื้อรังขนาดใหญ่ที่หลัง สภาพแผลไม่ค่อยจะดีนัก เมื่อทีมแพทย์จะเข้าไปทำแผล ผู้ป่วยปฏิเสธ ทีมแพทย์ได้เข้าไปพูดคุยกับผู้ป่วยระยะหนึ่งจึงพบว่า การทำแผลแต่ละครั้งส่งผลให้พลิกตัวลำบาก และต้องอยู่ในท่าที่ไม่สบาย ทีมแพทย์ได้ตกลงกับผู้ป่วยว่าจะพลิกตัวผู้ป่วยในท่าที่ผู้ป่วยถนัด ผู้ป่วยจึงตกลงให้ทำแผล เวลามาผ่านไป 2 สัปดาห์ แผลค่อยๆดีขึ้นตามลำดับ และผู้ป่วยได้กล่าวว่า “ขอบคุณมากที่มาทำแผลให้ลุงและให้ลุงตัดสินใจในร่างกายของตัวเองตลอด” จากคำพูดของผู้ป่วยทำให้ได้ทราบว่า การให้ผู้ป่วยได้ตัดสินใจเลือกแนวทางการรักษาของตัวเอง แม้จะเป็นสิ่งเล็กน้อยๆ เช่น การพลิกร่างกาย ก็ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกดี มีคุณค่า และได้รับการเคารพ อีกทั้งผู้ป่วยยังให้ความร่วมมือในการรักษามากขึ้น



**จิตติภัทร พิพัฒน์วสุรากล (ซิวอี้)**  
นักศึกษาแพทย์ชั้นปีที่ 5  
คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล  
ตำแหน่ง : อุปนายกกิจกรรมและชมรม  
สโมสรนักศึกษาแพทย์ศิริราช

Students' voice



**3** อยากให้ลองแบ่งปันประสบการณ์การร่วมกิจกรรมที่คิดว่าส่งเสริมการพัฒนาแนวคิดการแพทย์โดยมีผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง กิจกรรมเหล่านั้นสามารถพัฒนาต่อยอดได้อย่างไร

จากการสัมภาษณ์พบว่านักศึกษาแพทย์ส่วนใหญ่ผ่านการเข้าร่วมกิจกรรมที่ส่งเสริมการพัฒนาแนวคิดการแพทย์โดยมีผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง โดยภาพรวมนักศึกษาแพทย์คิดว่ากิจกรรมต่างๆที่บรรจุอยู่ในหลักสูตรส่งผลที่ดีต่อการพัฒนาแนวคิดการแพทย์โดยมีผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง มีการปลูกฝังอย่างต่อเนื่องตลอดหลักสูตร ทำให้ผู้เรียนมีความตระหนักในการดูแลผู้ป่วยอย่างเป็นองค์รวม โดยผู้เรียนนำเสนอกิจกรรมที่โดดเด่นแยกตามระดับชั้นปีดังนี้

**ชั้นปรีคลินิก**

**Patient interview**

เป็นกิจกรรมให้นักศึกษาแพทย์ได้มีโอกาสพูดคุยกับผู้ป่วยเป็นครั้งแรกตั้งแต่เรียนอยู่ในระดับชั้นปรีคลินิก ทางคณะได้แบ่งกลุ่มนักศึกษาให้ไปสัมภาษณ์ผู้ป่วยที่มีความเจ็บป่วยทั้งทางกายและทางจิตใจโดยมุ่งเน้นการพูดคุยถึงความกังวลทางจิตใจของผู้ป่วยและบริบททางสังคมเป็นหลัก หลังจากนั้นได้มีการรวบรวมข้อมูลเพื่อนำมาอภิปรายและ Reflection กับอาจารย์แพทย์

กิจกรรมนี้ทำให้ทราบถึงความเจ็บป่วยและบริบทที่แท้จริงของผู้ป่วยในด้านอื่นนอกจากความเจ็บป่วยทางกาย ทำให้มีความเข้าใจและมองผู้ป่วยเป็นองค์รวมมากขึ้น

**การพัฒนาต่อยอด**

อยากให้เพิ่มการจัดกิจกรรมในลักษณะนี้ในชั้นคลินิกด้วย เนื่องจากการจัดกิจกรรมในรูปแบบนี้ในชั้นปรีคลินิกที่ยังไม่ได้สัมผัสผู้ป่วยจริงมากนัก นักศึกษา

มักจะมี empathy ต่อผู้ป่วยมากกว่าเนื่องจากนักศึกษาเคยยังไม่เคยสัมผัสในมุมมองของผู้ให้การรักษาที่อาจมีปัจจัยอื่นเข้ามาเกี่ยวข้อง เช่น การเหนื่อยล้าจากการทำงาน หากการจัดกิจกรรมในลักษณะนี้ในชั้นคลินิกอย่างต่อเนื่องอาจทำให้ผู้เรียนมีความเข้าใจผู้ป่วยมากขึ้น มี empathy ต่อผู้ป่วยมากขึ้น และนำไปประยุกต์ใช้ในชีวิตประจำวันได้ดียิ่งขึ้น



**Patient shadowing**

เป็นกิจกรรมที่ให้นักศึกษาแพทย์ติดตามผู้ป่วยที่แผนกผู้ป่วยนอกตั้งแต่กระบวนการแรกในการมาพบแพทย์ ซึ่งคือการลงทะเบียนที่แผนกเวชระเบียนไปจนถึงส่งผู้ป่วยกลับบ้าน นักศึกษาแพทย์จะเห็นภาพรวมของสิ่งที่ผู้ป่วยต้องทำในแต่ละวันเพื่อมาพบแพทย์ ผู้ป่วยต้องเตรียมตัวตั้งแต่เช้าเพื่อรอพบแพทย์ที่แผนกผู้ป่วยนอกเวลา 9.00 น.

กิจกรรมนี้ช่วยให้นักศึกษาแพทย์เข้าใจระบบการจัดการของโรงพยาบาลมากขึ้น ในอนาคตเมื่อมีโอกาสได้รักษาผู้ป่วยจริง นักศึกษาแพทย์จะตระหนักถึงความยากลำบากของผู้ป่วยในกระบวนการเหล่านี้มากขึ้นส่งผลให้นักศึกษาแพทย์ดูแลผู้ป่วยได้อย่างเป็นองค์รวมมากขึ้น นอกจากนี้กิจกรรมนี้ทำให้นักศึกษาแพทย์มีทัศนคติในการปฏิบัติงานที่แผนกผู้ป่วยนอกได้ดียิ่งขึ้นเพราะเมื่อนักศึกษาแพทย์รู้ว่าผู้ป่วยต้องเดินทางมาไกลเพื่อรอแพทย์ตั้งแต่เช้า ทำให้

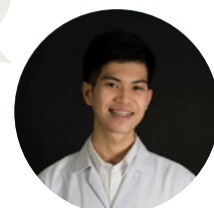
นักศึกษาแพทย์รู้สึกที่ไม่ควรไปตรวจผู้ป่วยที่แผนกผู้ป่วยนอกสาย ผู้ป่วยตั้งใจเลือกชุดที่ดีที่สุด แต่งกายอย่างสุภาพเพื่อมาพบแพทย์ ทำให้นักศึกษาแพทย์รู้สึกว่าควรแต่งกายให้สุภาพให้เหมาะสมกับกาลเทศะเพื่อเป็นการให้เกียรติผู้ป่วย

**การพัฒนาต่อยอด**

หลังจากการติดตามผู้ป่วยอยากให้มีการนำประสบการณ์ที่ได้รับมาแบ่งปันระหว่างนักศึกษาแพทย์ด้วยกัน มีการอภิปรายถึงประเด็นปัญหาต่างๆ และจุดที่ได้เรียนรู้เนื่องจากนักศึกษาที่ติดตามผู้ป่วยแต่ละรายที่เข้ารับบริการคนละแผนกอาจได้รับประสบการณ์ที่ต่างกัน การนำประสบการณ์เหล่านั้นมาอภิปรายกลุ่มน่าจะทำให้เกิดประโยชน์อย่างมาก ได้เรียนรู้เพิ่มเติมในมุมมองที่ตนเองอาจไม่ได้พบ

กิจกรรมนี้ช่วยเตือนใจผมเสมอ ผมต้องไปออกตรวจ OPD ให้ตรงเวลา แต่งตัวให้เรียบร้อยทุกครั้ง

**ธีรณย์ ตานพิพัฒน์ (มาร์ค)**  
นิสิตแพทย์ชั้นปีที่ 4 คณะแพทยศาสตร์  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
นายกสโมสรนิสิตแพทย์จุฬาฯ



**ชั้นคลินิก**

**กิจกรรมออกชุมชน**

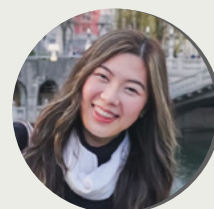
เป็นกิจกรรมที่นักศึกษาแพทย์ออกไปปฏิบัติงานนอกสถานที่ เช่น โรงพยาบาลชุมชน ทำให้นักศึกษาแพทย์มีโอกาสได้ให้การดูแลรักษาผู้ป่วยที่อยู่ในชุมชนที่มีบริบทต่างออกไปจากในเมือง ส่งเสริมให้นักศึกษาแพทย์ได้มีปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วยในอีกรูปแบบหนึ่ง บริบทที่ต่างกันส่งผลให้ผู้ป่วยมีความต้องการหรือความเจ็บป่วย (Illness) ที่แตกต่างกัน

กิจกรรมนี้ทำให้เห็นถึงแนวทางการดูแลคนไข้ที่อาจแตกต่างกันออกไปเนื่องจากจำเป็นต้องปรับเปลี่ยนตามบริบทของผู้ป่วยในสังคมที่ต่างกันออกไป ทำให้ได้เห็นชีวิตของผู้ป่วยอย่างเป็นภาพรวมและมีความเข้าใจในมุมมองการแพทย์โดยมีผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางมากขึ้น ทำให้สามารถรักษาตอบโจทย์ของผู้ป่วยมากยิ่งขึ้น

**การพัฒนาต่อยอด**

อยากให้เพิ่มระยะเวลาของกิจกรรมหรือเพิ่มโอกาสในการออกชุมชนนอกหลักสูตร เช่น โครงการแพทย์อาสาพัฒนาชุมชน กิจกรรมเหล่านี้ช่วยพัฒนาการรักษาอย่างเป็นองค์รวมมากขึ้น อีกทั้งในอนาคตหลังจากจบหลักสูตรแพทยศาสตรบัณฑิต การดูแลผู้ป่วยในชุมชนเป็นหน้าที่หลักของแพทย์เพิ่มพูนทักษะและแพทย์ใช้ทุนจึงอยากให้มีโอกาสได้ฝึกปฏิบัติงานในส่วนนี้มากขึ้น

คณะจัดกิจกรรมออกชุมชนทั้งที่อยู่ในหลักสูตร เช่น ออกชุมชนและนอกหลักสูตร เช่น กิจกรรมค่ายหมออาสาพัฒนาชุมชน กิจกรรมเหล่านี้ ทำให้เข้าใจว่าคนไข้ที่อยู่ต่างชุมชน มีบริบทที่ต่างหากและคนไข้ต่างคน ก็มีความต้องการหรือความเจ็บป่วยที่ต่างหากกัน ทำให้แนวทางการดูแลคนไข้จึงต้องแตกต่างกันออกไป อยากให้จัดกิจกรรมแบบนี้เยอะๆ



**จิตติภัทร พิพัฒน์วสุราษฎร์ (ช่ออ๊)**  
นิสิตแพทย์ชั้นปีที่ 5  
คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล  
ตำแหน่ง : อุปนายกกิจกรรมและชมรม  
สโมสรนักศึกษาแพทย์ศิริราช



?? **อยากให้มิกิจกรรมใดเพิ่มเติมเพื่อพัฒนาเพื่อพัฒนาการแพทย์** ??  
โดยมีผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง

แม้ว่าทางคณะแพทย์จะมีการจัดกิจกรรมที่มีส่วนช่วยในการพัฒนาการแพทย์โดยมีผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางอย่างต่อเนื่อง แต่อย่างไรก็ตามนักศึกษาแพทย์มองว่ายังมีพื้นที่ที่สามารถจัดกิจกรรมเพิ่มเติมเพื่อส่งเสริมการพัฒนาการแพทย์โดยมีผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางได้อีกดังนี้

● **Active listening workshop**

คือ กิจกรรมเชิงปฏิบัติการเพื่อเสริมสร้างทักษะด้านการพูดคุยกับผู้ป่วยในเชิงลึกและการฟังอย่างไม่ตัดสิน เพื่อให้ทราบถึงความต้องการและบทบาทที่แท้จริงของผู้ป่วย ทราบว่าสิ่งที่ผู้ป่วยต้องการคืออะไร ซึ่งเป็นรากฐานของการแพทย์โดยมีผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง รวมถึงการพัฒนาทักษะในด้านถามคำถามที่สามารถแสดง empathy ต่อผู้ป่วยและทำให้เข้าใจผู้ป่วยได้มากขึ้น

อยากได้กิจกรรมที่สามารถพัฒนาทักษะการพูดคุยกับผู้ป่วย เช่นการพูดหรือการสร้างคำถามเพื่อให้เข้าใจผู้ป่วย การฟังโดยไม่ตัดสินเพื่อให้ทราบว่าสิ่งที่ผู้ป่วยต้องการจริงๆคืออะไร สิ่งที่ผู้ป่วยกำลังประสบปัญหาอยู่คืออะไร

อยากให้ทางคณะจัด workshop เรื่อง deep listening ให้มากขึ้น เนื่องจากมองเห็นว่าเป็นจุดเริ่มต้นของการทำ patient centric care และเป็นทักษะที่สำคัญ และไม่สามารถเรียนรู้ได้จากการเรียนแบบบรรยายได้ ถ้าหากไม่สามารถฟังผู้ป่วยด้วยความเข้าใจแล้ว การทำ patient-centered healthcare นั้นแทบจะเป็นไปไม่ได้เลย ในปัจจุบันการมีข้อพิพาทระหว่างคนไข้กับแพทย์นั้นล้วนมาจากการไม่เข้าใจกันของทั้งสองฝ่าย แพทย์ไม่เข้าใจว่าคนไข้ต้องการสิ่งใดและทำไมถึงเป็นเช่นนั้น การฟังอย่างตั้งใจอาจจะทำให้แพทย์เข้าใจผู้ป่วยมากขึ้นและสามารถตอบสนองแต่ความต้องการที่ซ่อนอยู่ของผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสมมากขึ้น



**จิตติภัทร พิพัฒน์วสุราษฎร์ (ชิวอิ)**  
นักศึกษาแพทย์ชั้นปีที่ 5  
คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล  
ตำแหน่ง : อุปนายกกิจกรรมและชมรม  
สโมสรมักศึกษาแพทย์ศิริราช



**ปิรญาณ์ สกิมพันธ์ (พิน)**  
นักศึกษาแพทย์ชั้นปีที่ 5  
คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล  
มหาวิทยาลัยมหิดล

● **ครูแพทย์ต้นแบบ (Role model)**

อยากให้มิกิจกรรมที่นักศึกษาแพทย์มีโอกาสได้ปฏิบัติงานร่วมกับอาจารย์ผู้มีความเชี่ยวชาญในด้าน Patient-centered medicine และสามารถเป็น Role model ให้แก่ผู้เรียน อยากให้เพิ่มกิจกรรมที่ทำให้ได้สัมผัสกับการดูแลผู้ป่วยอย่างเป็นองค์รวมซึ่งพบได้ไม่ชัดเจนมากนักในโรงเรียนแพทย์ โดยอาจเริ่มจากการลงพื้นที่ดูแลผู้ป่วยในบริเวณชุมชนที่ใกล้เคียงบริเวณโรงพยาบาล เพื่อให้เข้าใจบริบทของผู้ป่วย นักศึกษาแพทย์เชื่อว่าการเรียนรู้ในลักษณะที่ได้เข้าไปสัมผัสประสบการณ์ด้วยตนเอง และ Reflection ประสบการณ์เหล่านั้นเพื่อนำมาพัฒนาตนเองให้ดียิ่งขึ้น (Experiential learning) น่าจะเป็นหนึ่งในวิธีการเรียนรู้ที่มีประสิทธิภาพสูงในการพัฒนาแนวคิดการแพทย์โดยมีผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง

หลังจากได้สัมผัสกับอาจารย์ที่ทำงานโดยยึดหลัก Patient-centered medicine ผมมีแนวคิดและการปฏิบัติต่อผู้ป่วยเปลี่ยนไปอย่างมาก ผมเชื่อว่าเรื่องนี้ต้องเรียนรู้จากสถานที่จริง เข้าไปสัมผัสประสบการณ์โดยตรง



**ธีรณย์ ตานพิพัฒน์ (มาร์ค)**  
นิสิตแพทย์ชั้นปีที่ 4 คณะแพทยศาสตร์  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
นายกสโมสรนิสิตแพทย์จุฬาฯ



● **สื่อด้านการแพทย์โดยมีผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง**

อยากให้มีการผลิตสื่อให้ความรู้ด้านการแพทย์โดยมีผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางที่เข้าใจง่ายเพื่อสร้างความเข้าใจและจุดประกายความตระหนักในด้านนี้ของนักศึกษาแพทย์ในชั้นปีต้นๆ เนื่องจากการแพทย์โดยมีผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางเป็นเรื่องที่เข้าใจได้ค่อนข้างยาก มองเห็นภาพได้ยากหากยังไม่มีการประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยจริงๆ สื่อเหล่านี้จะช่วยพัฒนาผู้เรียนตั้งแต่ชั้นปีแรกๆในโรงเรียนแพทย์

ทำสื่อการสอนให้เห็นภาพเป็นตัวอย่างว่าการแพทย์โดยมีผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางนั้นควรทำอย่างไรให้ถูกวิธีมีข้อดีข้อเสียอย่างไร แล้วให้นักศึกษาได้ทดลองปฏิบัติจริงร่วมด้วย



**ณัฐจันรี ปิ่นแก้วเกียรติ (พิม)**  
นักศึกษาแพทย์ชั้นปีที่ 3  
คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล  
มหาวิทยาลัยวชิราวุธราช

● การประเมินในสถานที่ปฏิบัติงานจริง (Workplace-based assessment)

อยากให้ปรับเปลี่ยนรูปแบบการประเมินการแพทย์โดยมีผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางซึ่ง ณ ปัจจุบันสิ่งที่ได้ปฏิบัติอยู่คือการประเมินจากการอภิปรายปัญหาด้าน psychosocial ของผู้ป่วยในการเขียนรายงาน นักศึกษาแพทย์มองว่าทุกคนรู้ดีว่าการปฏิบัติตามการแพทย์โดยมีผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางทำอย่างไร แต่อาจไม่ได้ปฏิบัติจริงเพราะฉะนั้นการประเมินด้วยการอภิปรายจากการเขียนรายงานดูจะไม่เหมาะสมนักเนื่องจากไม่ได้ประเมินตรงตาม outcome ที่ต้องการซึ่งคือต้องการให้นักศึกษาแพทย์ดูแลผู้ป่วยอย่างเป็นองค์รวม จึงคิดว่าการประเมินด้วย Workplace-based assessment อาจเหมาะสมมากกว่า เช่น multi-source feedback แต่การทำ Workplace-based assessment อาจทำได้ยุ่งยากกว่า ต้องกำหนดแหล่งข้อมูลให้ดี สร้างเกณฑ์หรือเครื่องมือการประเมินให้ดีจึงจะสามารถทำให้การประเมินนั้นมีความตรง (Validity) และความเที่ยง (Reliability) สูงได้

การที่จะทำให้ได้ดีนั้นจะต้องมาจากการประสบการณ์ตรงผ่านการพูดคุยกับคนไข้บ่อยๆ

นช. อังคนาวส (พาย)  
นักศึกษาทันตแพทย์ชั้นปีที่ 4  
คณะทันตแพทยศาสตร์  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ส่วนตัวผมมองว่าการประเมินด้วยการ discuss รายงานไม่ค่อยเวิร์คเท่าไร การประเมินด้วย Workplace-based assessment ที่มี Validity และ Reliability สูงน่าจะส่งเสริมการพัฒนาการแพทย์โดยมีผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางได้มากกว่า แต่อาจทำให้กระบวนการซับซ้อนมากขึ้น ต้องออกแบบให้ดีและต้อง train rater แต่ถ้าทำได้ผมเชื่อว่าเป็นทางออกหนึ่งในการพัฒนาการแพทย์โดยมีผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง



ธีรณย์ ตานพิพัฒน์ (มาร์ค)  
นัศิตแพทย์ชั้นปีที่ 4 คณะแพทยศาสตร์  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย นายกลโมส  
นัศิตแพทย์จุฬาฯ ปีการศึกษา 2566



International Program

Health Science Education Short Courses Semester 1/2023

Siriraj Health Science Education Excellence Center  
Faculty of Medicine Siriraj Hospital,  
Mahidol University, Thailand



Flexible schedules when joining as a group

Specific training is available upon request



Courses

- SIHS 501 Principles of Educational Research
- SIHS 502 Psychology of Learning in Health Science Education
- SIHS 503 Assessment and Evaluation of Learning in Health Science Programs
- SIHS 504 Curriculum Development in Health Science Education
- SIHS 509 Faculty Development and Leadership in Health Science Education
- SIHS 511 Test Development and Administration in Health Science Programs
- SIHS 514 Innovations in Health Science Education
- SIHS 519 Teaching Methods in Health Science Education

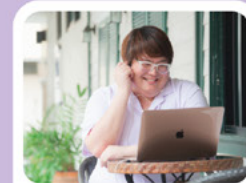
Learning options



Face to face



Synchronous online



Asynchronous online

Application timeline

- ★ Receive a certificate of completion
- ★ Able to transfer credits to the M.Sc. HSI Program
- ★ Collect Continuing Medical Education (CME)
- ★ Collect Continuous Professional Development (CPD)

Booking a seat

1 March - 30 June 2023

Application period

1 - 31 July 2023

Online Application



# เชิดชู

ศ.นพ. สุพจน์ พงศ์ประสพชัย

ผู้ได้รับรางวัลอายุรแพทย์ดีเด่น ด้านครุแพทย์  
ประจำปี 2566



กลับมาอีกครั้งกับบทความเชิดชู ในวารสารฉบับนี้ ทางทีมงานได้มีโอกาส สัมภาษณ์ ศ.นพ. สุพจน์ พงศ์ประสพชัย ครูแพทย์ผู้มีประสบการณ์การสอนและดูแลนักศึกษามาอย่างยาวนาน อีกทั้งยังเป็นครูแพทย์ที่เป็นต้นแบบให้กับอาจารย์แพทย์ และนักศึกษาแพทย์หลายคน ซึ่งอาจารย์เพิ่งได้รับรางวัล อายุรแพทย์ดีเด่นด้านครุแพทย์ ประจำปี 2566 จากราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย อาจารย์จึงได้มาถ่ายทอดประสบการณ์ดีๆ ให้แก่ผู้อ่านทุกท่านในบทความนี้

# 1

## อยากให้อาจารย์แนะนำบทบาทและภาระงานที่อาจารย์ทำในปัจจุบันครับ

ผมเป็นอาจารย์แพทย์ สาขาวิชาโรคระบบทางเดินอาหาร ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาลตั้งแต่ พ.ศ. 2541 ทำหน้าที่สอนนักศึกษาแพทย์ตั้งแต่ปีที่ 2-6 และแพทย์ประจำบ้าน ในหลักสูตรแพทยศาสตรบัณฑิต อายุรศาสตร์ทั่วไป และอายุรศาสตร์โรคระบบทางเดินอาหาร ทำหน้าที่เป็นเลขานุการฝ่ายการศึกษาหลังปริญญา ภาควิชาอายุรศาสตร์ พ.ศ. 2547 ถึง 2560 และเป็นประธานฝ่ายการศึกษาหลังปริญญา ภาควิชาอายุรศาสตร์ ตั้งแต่ พ.ศ. 2560 ถึงปัจจุบัน

# 2

## อยากทราบความรู้สึกของอาจารย์ที่ได้รับรางวัลอายุรแพทย์ดีเด่นด้านศัลยกรรม ประจำปี 2566 จากราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย

ตื่นเต้นใจครับ เพราะในฐานะอายุรแพทย์แล้วรางวัลนี้ถือได้ว่าสูงที่สุดที่ชีวิตอายุรแพทย์คนหนึ่งจะมีได้ ผมกราบขอพระคุณราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทยเป็นอย่างสูง ที่เห็นคุณค่าในสิ่งที่ผมทำ และมอบเกียรติสูงสุดนี้ให้ รางวัลนี้เป็นพลังบวกอันยิ่งใหญ่ที่ทำให้ผมมุ่งมั่น ตั้งใจ และจะอุทิศเวลาและชีวิตที่เหลืออยู่นี้ ทำความดีเพื่อเหล่าศิษย์ให้ดียิ่งขึ้นต่อไป



# 3

## สิ่งที่อาจารย์รู้สึกรักมากที่สุดในการเป็น “ครูแพทย์”

“ครูแพทย์” เป็นอาชีพที่มีคุณค่าต่อเพื่อนมนุษย์มาก ๆ เพราะประกอบด้วย 2 อาชีพ คือ การเป็น “ครู” ผู้มอบปัญญา และ “แพทย์” ผู้เยียวยาความทุกข์ อาชีพครูแพทย์จึงเป็นอาชีพที่ยอดเยี่ยม เป็นอาชีพที่ได้สร้างความดีที่บริสุทธิ์ และความดีที่ยิ่งใหญ่แก่เพื่อนมนุษย์ นอกจากนี้นักศึกษาแพทย์ที่เราได้สอน ล้วนเป็นผ้าขาว บริสุทธิ์ และดีงาม การสอนเขาเหล่านี้จึงเต็มไปด้วยความสุขและพลังบวก เขาเหล่านี้ล้วนเป็นเพชรเม็ดงาม เป็นนักศึกษาที่ดีที่สุดในชีวิตครูจะได้พบพาน ที่หากได้รับการเจียรไนเพียงเล็กน้อยก็จะกลายเป็นเพชรเม็ดงาม เป็นแพทย์ที่ดีงามที่จะไปขยายผล ไปทำความดีแก่เพื่อนมนุษย์ต่อไปได้อีกอย่างมากมาย

# 4

## แรงบันดาลใจในการทำงานที่ส่งผลให้อาจารย์เป็น “อายุรแพทย์ดีเด่นด้านศัลยกรรม”

เพราะในแนวคิดของผม นักศึกษาแพทย์คือลูกศิษย์ชั้นดีที่สุด ที่ให้เกียรติมาให้เราสั่งสอนและเจียรไน หากเขาจบออกไปแล้วไม่งาม ต้องโทษครูผู้เจียรไน มิใช่โทษศิษย์ และเนื่องจากเขาคือศิษย์ที่ดีที่สุด เขาควรได้รับการสอนที่ดีที่สุด อาจารย์จึงมีความรับผิดชอบที่ต้องพัฒนาตนเองให้เป็นครูที่ดีที่สุด เราจึงจะคู่ควรที่จะสอนเขา ผู้เป็นแพทย์ที่ดีมิใช่จะเป็นครูที่ดีโดยอัตโนมัติ ครูแพทย์ที่ดีจึงต้องอุทิศเวลาในการพัฒนาด้านความเป็นครูมิให้ยิ่งหย่อนไปกว่าด้านการแพทย์ สิ่งนี้เป็นแรงบันดาลใจให้ผมพยายามค้นคว้า อ่านบทความวิชาการ อ่านคำแนะนำต่าง ๆ ใหม่ ๆ ด้านแพทยศาสตร์ศึกษา และฝึกฝนทักษะการสอนของตนเองให้ดียิ่ง ๆ ขึ้นทุกวัน ให้เราเป็นเลิศด้านการสอนที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้



# 5

## อยากทราบมุมมองของอาจารย์ต่อการเรียนการสอนแพทย์ในปัจจุบัน

ในด้านหลักสูตร ผลลัพธ์ และเนื้อหาที่ครอบคลุมโดยหลักสูตรนั้น หลักสูตรในปัจจุบันมีความกว้างขึ้นเพื่อครอบคลุมบางเรื่องที่น่าจะสำคัญในความเป็นแพทย์ปัจจุบันและอนาคต เช่น ทักษะในศตวรรษที่ 21, ทักษะการสื่อสาร, patient safety, rational drug use และทักษะปัญญาต่าง ๆ เป็นต้น ปัญหาคืออาจารย์แพทย์จำนวนมากก็อาจไม่ชำนาญในหัวข้อเหล่านี้เสียเอง และเนื่องจากมีหัวข้อเนื้อหาใหม่ ๆ ที่มากขึ้นแต่เวลาเรียนเท่าเดิม นั่นหมายความว่าเนื้อหาทางการแพทย์เดิมที่มากมายนั้นต้องลดเวลาลง อาจารย์จึงควรทุ่มเทอย่างจริงจังในการคัดเลือกหัวข้อที่สำคัญจริง ๆ ตัดบางหัวข้อออก หัวข้อที่เหลือก็ต้องกลั่นเนื้อหาจนตกผลึก สอนให้สั้นที่สุด กระชับที่สุด แต่ยังเข้มข้นและครบถ้วนในแก่น (ไม่ใช่รายละเอียด) ปัญหาคือ อาจารย์จำนวนมากยังมีความเป็นเจ้าของในรายวิชาเดิม เสียตาย และตั้งใจที่จะลดละหัวข้อของตนไม่ได้ จึงใช้การ “อัด” เนื้อหาจนโป่งแทบแตก พูดสอนเร็ว (ลวก) ขึ้นจนผู้เรียนไม่เข้าใจ หรือมีการลูกลามาไปยังเวลาส่วนตัวนอกเวลาของนักศึกษามากเกินไป อาจารย์จึงต้องปรับตัว มองภาพรวมของหลักสูตรเหนือกว่าประโยชน์ส่วนตัว มองเป็นความท้าทาย มิใช่เอาแต่พำร่บหรือก่นด่าหลักสูตร



## 6 อาจารย์มีความเห็นว่าอาจารย์แพทย์ควรสอนนักศึกษาอย่างไรให้นักศึกษาคำนึงถึงผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง

นักศึกษาส่วนใหญ่มีพื้นฐานจิตใจที่ดีงาม ผมคิดว่าการสอนที่จะทำให้ให้นักศึกษาคำนึงถึงผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางได้ดีที่สุดคือ การเรียนกับผู้ป่วยจริง มิใช่เรียนในห้องเรียน หน้าคอมพิวเตอร์ หรือแค้จอทย์ผู้ป่วยในกระดาษ การสอนที่เหมาะสมจึงได้แก่ การสอนขณะวอร์ดราวน์, การสอนข้างเตียง (bedside teaching), และการสอนที่แผนกผู้ป่วยนอก เป็นต้น โดยหลักการที่สำคัญที่สุดคือ ต้องให้นักศึกษาได้พูดคุยปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วย (patient encounter), สอนให้นักศึกษาฟังเรื่องราวของผู้ป่วย (patient story) ในฐานมนุษย์อย่างตั้งใจ ไม่ใช่จะเอาแต่ปัญหา (problem list) ได้เห็นความทุกข์ยากลำบากทั้งกายและใจของผู้ป่วย ได้เศร้าสะเทือนใจกับผู้ป่วย ได้เห็นความเป็นปัจเจกของผู้ป่วย ได้ตระหนักว่าเรากำลังทำความดีที่ยิ่งใหญ่คือการเยียวยา (heal) มนุษย์ที่มีชีวิตจิตใจ มิใช่แค่แก้ปัญหา (problem) การให้นักศึกษาดูแลผู้ป่วยด้วยใจที่เปี่ยมสุขเพราะกุศลจิต และได้สัมผัสความสุขเมื่อเห็นผู้ป่วยของตนดีขึ้นนี้เอง ที่จะชักนำให้นักศึกษานั้นเต็มใจและทำเพื่อประโยชน์ของผู้ป่วยเป็นที่หนึ่งและให้ประโยชน์ส่วนตนเป็นที่สองในที่สุด



## 7 มุมมองดี ๆ ที่อาจารย์ได้รับจากประสบการณ์ในวงการการศึกษาแพทย์ที่อาจารย์อยากฝากไว้ให้อาจารย์รุ่นหลังได้เห็นและนำไปปฏิบัติตาม

การพยายามพัฒนาความรู้และทักษะด้านความเป็นครู เป็นการทำดีเพื่อผู้อื่น คือ เพื่อลูกศิษย์ โดยเนื้อแท้ เมื่อใดที่เราตั้งใจทำสิ่งที่ดีงามเพื่อผู้อื่น สวรรค์จะช่วยให้ความพยายามนั้นสำเร็จโดยง่ายเสมอ เราจะพบกัลยาณมิตรมากมาย ที่คิดดี และพยายามทำสิ่งดี ๆ เพื่อลูกศิษย์เหมือนกับเรา กัลยาณมิตรเหล่านี้จะคอยสนับสนุน คอยให้พลังใจแก่กันและกัน ไม่พรับ่นก่นด่าเรื่องลบ มีแต่เรื่องบวก เรื่องดีงามที่แต่ละคนทำให้ลูกศิษย์ของตนมาแบ่งปันกันอย่างอบอุ่น



## 8 ขอ 3 คำ เพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนาตนเองของอาจารย์แพทย์ที่อยากประสบความสำเร็จ

- ให้เกียรติ : จงให้เกียรติลูกศิษย์ ทั้งกาย วาจา และความคิด ทำทุกอย่างอย่างตั้งใจและดีที่สุดเพื่อลูกศิษย์ เพราะเขาคือ ลูกศิษย์ที่ดีที่สุด เขาควรได้รับการสอนที่ดีที่สุด
- คิดบวก : จงเป็นคนคิดบวก มองบวก และมอบพลังบวกแก่ลูกศิษย์ ครูที่ดีจะไม่คิดลบ ไม่จ้องจับผิด และไม่ทำลายกำลังใจคน
- ไม่เป็นไร : จงอย่าเป็น perfectionist จงยินดีและรับได้ในความไม่สมบูรณ์ของศิษย์ และมี mindset ว่า “ไม่เป็นไรเลย ที่เขาไม่รู้ ทำไม่ได้ หรือเข้าใจไม่ถูก” เพราะตอนเราเป็นนักศึกษาเราก็อาจแยกว่านี้ด้วยซ้ำ

“ให้เกียรติ คิดบวก ไม่เป็นไร”

# สืบ สรรพ ศัพท์

uw. ธิติพันธ์ ศรีกุลมนตรี

แพทย์ใช้ทุน ศูนย์ความเป็นเลิศด้านการศึกษาวิทยาศาสตร์สุขภาพ  
คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล

## Shared decision making

Shared decision making หมายถึง การวางแผนการรักษาหรือการสืบค้นเพิ่มเติม โดยอาศัยความคิดเห็นจากทั้งทีมแพทย์และผู้ป่วยเพื่อให้ได้แนวทางการรักษาที่ตั้งอยู่บนหลักการทางการแพทย์รวมถึงความต้องการของผู้ป่วยและญาติ

องค์ประกอบ 3 ข้อพื้นฐานที่จะทำให้เกิด shared decision making ได้แก่

- **Choice talk** คือ การชวนให้ผู้ป่วยเห็นว่ามีมากกว่า 1 ทางเลือกในการรักษา
- **Option talk** คือ การทำให้ผู้ป่วยทราบข้อดีข้อเสียของแต่ละทางเลือก
- **Decision talk** คือ การทำให้ผู้ป่วยเลือกแนวทางที่ตรงกับความต้องการของตนเองมากที่สุด

ตัวอย่าง

คุณสมศักดิ์ อายุ 60 ปี มาพบแพทย์ด้วยอาการปวดเข่าเรื้อรังเนื่องจากเป็นข้อเข่าเสื่อมรุนแรง

ขั้นตอนใน Experiential learning cycle	ตัวอย่าง
Choice talk	แจ้งคุณสมศักดิ์ว่า แม้เป็นข้อเข่าเสื่อมรุนแรง ก็ยังมีรักษาได้หลายวิธี จะผ่าตัดหรือทำกายภาพบำบัดก็ได้ และคุณสมศักดิ์มีสิทธิเลือกแนวทางการรักษา
Option talk	แพทย์อธิบายประโยชน์ ภาวะแทรกซ้อน และค่าใช้จ่ายจากการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่า รวมไปถึงข้อดีและ ระยะเวลาการรักษาของการทำกายภาพบำบัด พร้อมเปิดโอกาสให้คุณสมศักดิ์ซักถามข้อสงสัย
Decision talk	แพทย์ให้คุณสมศักดิ์ตัดสินใจจากข้อมูลที่ได้รับรวมกับความต้องการของคุณสมศักดิ์เอง คุณสมศักดิ์เลือกการทำกายภาพบำบัด เนื่องจาก เป็นคนชอบออกกำลังกายและไม่มีปัญหาหากต้องใช้เวลาในการรักษา แต่ไม่ต้องการนอนโรงพยาบาลเป็นระยะเวลาอันยาวนานหากข้อเข่าเสื่อมหนักขึ้น และมีข้อจำกัดเรื่องค่าใช้จ่าย

## Holistic care

Holistic care หรือ การรักษาแบบองค์รวม หมายถึง การดูแลผู้ป่วยมากกว่าโรคทางกาย แต่เป็นการมองผลกระทบของโรคต่อผู้ป่วยอย่างรอบด้านซึ่งมีความแตกต่างกันในผู้ป่วยแต่ละบุคคล

การรักษาอย่างเป็นองค์รวมประกอบด้วย การประเมินปัญหาและให้การดูแล 4 ด้านหลัก ได้แก่

- 1 ด้านร่างกาย (physical) เช่น ความเจ็บปวด
- 2 ด้านจิตใจ (psychological) เช่น ความเครียด ความกังวล
- 3 ด้านสังคมหรือสิ่งแวดล้อม (social) เช่น ภาวะต่อสังคม ถูกทิ้ง
- 4 ด้านจิตวิญญาณ (spiritual) เช่น ไม่สามารถทำตามเป้าหมายในชีวิตได้

ตัวอย่าง

Domain	ผู้ป่วยชายวัย 70 ปี	ผู้ป่วยเด็กหญิง 5 ปี
ปัญหาด้านร่างกาย	ปวดขาบริเวณที่มีแผล	หิวเพราะไม่ชอบรสชาติอาหารของโรงพยาบาล
การดูแลด้านร่างกาย	ให้ยาแก้ปวดที่เพียงพอ	เลือกอาหารที่ชอบและเหมาะสม
ปัญหาด้านจิตใจ	เสียใจที่ตนเองไม่ระมัดระวังจนเกิดอุบัติเหตุ	กลัวบุคลากรที่ไม่คุ้นเคยโดยเฉพาะเมื่อมาเจาะเลือด
การดูแลด้านจิตใจ	พูดคุยให้กำลังใจ รับฟังไม่ตัดสิน	บุคลากรสร้างความคุ้นเคยก่อนที่จะไปเจาะเลือด
ปัญหาด้านสังคม	กลัวเป็นภาระให้แก่ภรรยา ซึ่งเป็นคนดูแลหลัก	มารดาไม่สะดวกมาเฝ้าไข้ทุกวัน
การดูแลด้านสังคม	ส่งเสริมการสื่อสารที่ดีระหว่างผู้ดูแลหลักและผู้ป่วย	ตกลงหาญาติที่มีความสนิทสนมกับผู้ป่วยมาเฝ้าไข้
ปัญหาด้านจิตวิญญาณ	รู้สึกล้มเหลวในฐานะหัวหน้าครอบครัว	อยากไปเที่ยวสวนสัตว์กลางคืนครั้งหนึ่งในชีวิต
การดูแลด้านจิตวิญญาณ	กระตุ้นให้ผู้ป่วยได้สะท้อนคิดถึงด้านที่ดีในครอบครัว	เลือกเวลานัดติดตามอาการให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถวางแผนเดินทางได้



# Empathy

Empathy หมายถึง การเข้าใจความคิดความรู้สึกของผู้อื่น และสื่อสารให้ผู้อื่นได้รับรู้ ซึ่งองค์ประกอบของ empathy ที่สำคัญ 4 ข้อได้แก่

- 1 มองเหตุการณ์จากมุมของผู้อื่น (see the world as others see it)
- 2 ไม่ตัดสิน (non-judgemental)
- 3 ทำความเข้าใจความรู้สึกของผู้อื่น (understanding another's feelings)
- 4 สื่อสารความเข้าใจ (communicate the understanding)

## ตัวอย่างสถานการณ์

คุณสมศรีป่วยเป็นโรคเบาหวาน แพทย์นัดตรวจเลือดวันนี้น้ำตาลในเลือดยังสูง จึงวางแผนจะให้เพิ่มยาฉีดพร้อมอธิบายวิธีการและข้อควรระวัง เมื่อคุณสมศรีฟังสิ่งที่แพทย์อธิบายก็แสดงสีหน้ากังวล

	แพทย์ที่มี empathy	แพทย์ที่ไม่มี empathy
พฤติกรรมของแพทย์	นายแพทย์ ก เริ่มจากการถามคุณสมศรีถึงเหตุผลที่กังวลเมื่อทราบว่าต้องใช้ยาฉีดและตั้งใจฟังคุณสมศรีโดยไม่พูดขัดเมื่อเข้าใจปัญหาของคุณสมศรี ก็สื่อสารให้คุณสมศรีทราบว่า “หมอคิดว่าคุณสมศรีกังวลเรื่องการฉีดยาเพราะตัวเองมีปัญหาสายตา และไม่รู้ว่าจะหาคนช่วยอย่างไร เพราะอาศัยอยู่คนเดียวใช้ไหมครับ”	นายแพทย์ ข ถามคุณสมศรีว่ากังวลหรือไม่ เมื่อคุณสมศรีตอบรับว่าใช่และกำลังจะเริ่มเล่าเหตุผล นายแพทย์ ข ก็พูดแทรกขึ้นมาว่า “แค่นิดยาเองไม่เห็นต้องกังวลเลย คนไข้ผมอะไร บางคนแก่กว่าคุณสมศรีตั้งเยอะ นิดยาสิน่ากลัวกว่าอีก ถ้าน้ำตาลขึ้น ไตวายตาบอดทำยังไง”
ผลกระทบต่อการรักษา	แพทย์ทราบปัญหาและช่วยวางแผนแก้ไข เช่น ช่วยทำสัญลักษณ์บนกระบอกฉีดยาเพื่อช่วยเรื่องสายตา คุณสมศรีรู้สึกว่าแพทย์เข้าใจและให้ความสนใจ พยายามใช้ยาฉีดตามที่แพทย์แนะนำและอยากติดตามรักษาต่อ	แพทย์ไม่ทราบปัญหา ให้การรักษาเหมือนกับผู้ป่วยคนอื่น คุณสมศรีเห็นว่าแพทย์ไม่ได้รับฟังตัวเอง ไม่อยากติดตามรักษาต่อและไม่สามารถฉีดยาด้วยตัวเองได้มีประสิทธิภาพ

# Medical professionalism

Medical professionalism คือ กลุ่มของคุณลักษณะที่บ่งบอกถึงความเป็นวิชาชีพทางแพทย์ เป็นสมรรถนะ (competency) ที่มีองค์ประกอบด้านเจตคติ (attitude) เป็นสำคัญ แม้มีหลายแนวคิดเกี่ยวกับลักษณะที่เป็นองค์ประกอบของ professionalism ผู้เขียนขอเสนอหนึ่งในกรอบแนวคิดที่เป็นที่ยอมรับในวงกว้าง โดยแบ่ง medical professionalism ออกเป็น 3 องค์ประกอบดังนี้

หลักการและความหมาย	ตัวอย่างพฤติกรรม
<b>Primacy of patient welfare</b> ดูแลผู้ป่วยโดยยึดถือประโยชน์ของผู้ป่วยเป็นสิ่งสำคัญ โดยไม่นำปัจจัยทางสังคมหรือเศรษฐกิจมาส่งผล	แม้การผ่าตัดคลอดจะให้ค่าตอบแทนแพทย์มากกว่า นายแพทย์ เอ วางแผนการคลอดให้มารดาตามข้อบ่งชี้เป็นสำคัญและผ่าตัดคลอดต่อเมื่อทำให้เกิดความปลอดภัยมารดาและทารกในครรภ์มากขึ้นเท่านั้น
<b>Patient autonomy</b> สนับสนุนให้ผู้ป่วยได้เลือกแนวทางการรักษาด้วยตนเองและเคารพการตัดสินใจนั้นในขอบเขตที่ไม่ผิดจริยธรรมและอยู่บนพื้นฐานการรักษาที่สมเหตุสมผล	นายแพทย์ บี แนะนำผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกเกี่ยวกับการรักษาทั้งการผ่าตัดและการฉายแสงให้ยาเคมีบำบัด ซึ่งมีประสิทธิภาพเทียบเคียงกัน แล้วจึงให้ผู้ป่วยตัดสินใจเลือกการรักษาตามความต้องการของตนจากข้อมูลที่ได้รับ
<b>Social justice</b> ใช้ทรัพยากรเพื่อการดูแลผู้ป่วยอย่างเท่าเทียม โดยไม่แบ่งแยกเชื้อชาติ ศาสนา หรือเศรษฐกิจฐานะ	นายแพทย์ ซี พยายามสื่อสารกับชาวต่างชาติ และตรวจดูแลด้วยมาตรฐานเดียวกันกับผู้ป่วยคนไทยแม้ผู้ป่วยกลุ่มนี้สามารถสื่อสารกับแพทย์ได้ยากลำบากกว่าและอาจจ่ายค่ารักษาได้ไม่ครบเนื่องจากไม่มีสิทธิการรักษา

รุ่นที่ 1 ประจำปี 2566

shee.connect mahidol.shee

# DIGITAL TOOLS FOR DISRUPTIVE EDUCATION

เครื่องมือดิจิทัลกับการปรับเปลี่ยน การจัดการเรียนการสอนในยุคปัจจุบัน

26 มิถุนายน 2566

09.00 น. - 16.00 น.

ณ ห้องประชุมจุฬารักษ์ ชั้น 2 อาคารสยามินทร์

คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

และสามารถรับชมผ่าน SHEE Streaming



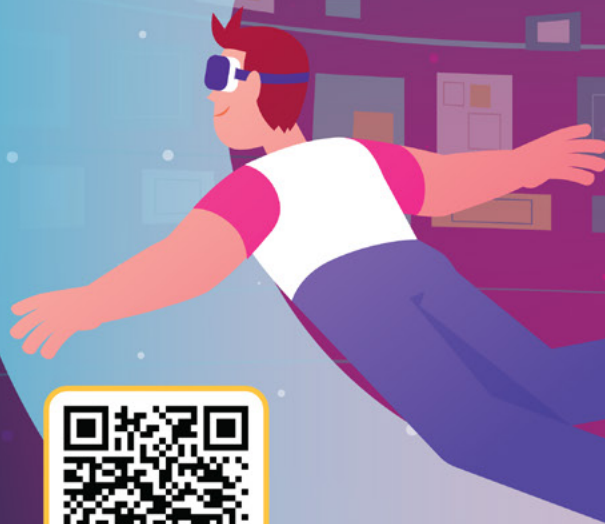
ผศ.ดร.นพพร  
เนาสวัสดิ์



รศ.ดร.ทัศนียา รัตนทุฑี  
นพรัตน์แจ่มจรัส



ผศ.ดร.โมเรศ  
ปรัชญพุกฤทธิ์



รายละเอียดเพิ่มเติม

สอบถามเพิ่มเติม คุณกาญจนาพร โทร. 02 419 5195

ศูนย์ความเป็นเลิศด้านการศึกษาวิทยาศาสตร์สุขภาพ  
คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

\*บุคลากรภายในคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

**สมัครฟรี**

ถึงวันที่ 12 มิถุนายน 2566



เรียนเชิญทุกท่านที่สนใจการประเมินโครงการ  
ทางการศึกษาวิทยาศาสตร์สุขภาพ  
เข้าร่วมโครงการอบรม

# การประเมินโครงการ ทางการศึกษาวิทยาศาสตร์สุขภาพ

ประชุมหลังจัดโครงการมาทุกที  
เกิดการเปลี่ยนแปลงดีๆ บ้างหรือยัง

**ถ้ายัง มาร่วมโครงการนี้กัน**



โครงการนี้  
**ฟรี**

**19**

พฤษภาคม  
2566

เข้าร่วมอบรมผ่านโปรแกรม



เวลา 13.00 - 15.00 น.

## เนื้อหาการอบรม

- ◆ ทฤษฎีที่นิยมใช้ในการประเมินโครงการ
- ◆ การวิเคราะห์ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในโครงการ
- ◆ การพัฒนากรอบการประเมิน
- ◆ แนวทางสร้างตัวชี้วัดและเกณฑ์การประเมิน
- ◆ วิธีการเก็บข้อมูลการประเมิน



สมัครเข้าร่วมอบรม **ฟรี**

สอบถามเพิ่มเติม

คุณลลันรภัทร โทร. 02 419 5195, 02 419 9978

ศูนย์ความเป็นเลิศด้านการศึกษาวิทยาศาสตร์สุขภาพ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

# 1 Educational movement



**ศ. ดร. นว.เชิดศักดิ์ โอรมนิรัตน์**

ผู้อำนวยการศูนย์ความเป็นเลิศด้านการศึกษาวิทยาศาสตร์สุขภาพ  
คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล

“

หน้าที่ของครูในโรงเรียนวิทยาศาสตร์สุขภาพในปัจจุบันไม่ได้มีเพียงการสอนให้นักศึกษามีความรู้ทางวิทยาศาสตร์การแพทย์ มีทักษะในการตรวจรักษาเท่านั้น แต่ครูจะต้องสอน patient-centered care ให้นักศึกษาด้วย

”

การดูแลโดยให้ผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง(Patient-centered care) ได้รับการนิยามโดย Institute of Medicine ว่าเป็นการดูแลผู้ป่วยโดย ให้เกียรติ และ ตอบสนองต่อ ความต้องการ ความชอบและคุณค่าของผู้ป่วย และทำให้มั่นใจได้ว่า คุณค่าในชีวิตของผู้ป่วยจะเป็นสิ่งชี้แนะแนวทางการตัดสินใจทางคลินิก แนวทางการดูแลผู้ป่วยในลักษณะนี้ แสดงให้เห็นว่า การดูแลผู้ป่วยแต่ละราย แม้เป็นโรคเดียวกัน ความรุนแรงเท่ากัน แต่บุคลากรที่ดูแลก็อาจปฏิบัติต่อผู้ป่วยแตกต่างกันได้ ทั้งนี้เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับบริการที่เหมาะสมต่อตนที่สุด การปฏิบัติตามแนวทาง patient-centered care ส่งผลให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในกระบวนการรักษามากขึ้น รู้สึกดีขึ้น ปฏิบัติตามแนวทางการรักษาได้ดีขึ้น ควบคุมโรคได้ดีขึ้น ในฝั่งโรงพยาบาลก็สามารถเพิ่มประสิทธิภาพในการทำงานได้มากขึ้น ลดระยะเวลาการนอนโรงพยาบาล ลดความกังวลให้ผู้ป่วย ช่วยเพิ่มความพึงพอใจในบริการที่ผู้ป่วยได้รับ ทำให้องค์กรวิชาชีพทางการแพทย์หลายองค์กรสนับสนุนการใช้ patient-centered care



อย่างไรก็ดี เรื่องนี้เป็นเรื่องใหม่สำหรับครูหลายท่าน ทำให้ครูหลายท่านไม่รู้จะสอนอย่างไร และครูบางท่านอาจเลือกที่จะไม่สอนในเรื่องนี้เลย ในวารสารฉบับนี้ทางทีมงาน SHEE journal จึงได้นำเสนอเทคนิควิธีการหลายอย่างที่จะช่วยให้อาจารย์ในโรงเรียนวิทยาศาสตร์สุขภาพสามารถนำไปใช้เพื่อปลูกฝังให้นักศึกษาระดับถึงถึงความสำคัญ และปฏิบัติต่อผู้ป่วยภายใต้หลักการของ patient-centered care ได้ อย่างไรก็ตาม การผลักดันให้เกิดการสอนการดูแลผู้ป่วยแบบ patient-centered care จะสำเร็จได้ จะอาศัยเพียงอาจารย์จำนวนไม่กี่คน สอนตามอัธยาศัย อาจเกิดการเปลี่ยนแปลงได้ช้า ในบทความนี้ ผู้นิพนธ์จะได้นำเสนอแนวทางการปรับเปลี่ยนในเชิงนโยบาย ระดับองค์กร ที่ผู้บริหารการศึกษาในโรงเรียนวิทยาศาสตร์สุขภาพสามารถนำไปพิจารณาปรับใช้ตามความเหมาะสม เพื่อส่งเสริม สนับสนุนให้การเรียนการสอน patient-centered care เกิดอย่างเป็นระบบ และเติบโตอย่างมั่นคง

# 1 การสนับสนุน ส่งเสริม การเรียนรู้ จากผู้ป่วยมาตรฐาน (standardized patient)

จากงานวิจัยพบว่าแนวทางการปฏิบัติที่จะสร้าง patient-centered care ให้แก่ผู้ป่วยได้จะมีหลักสำคัญ แปดประการ (O'Neil, 2017) ได้แก่

- 1 การให้เกียรติผู้ป่วย และคำนึงถึงคุณค่า ความชอบ ความต้องการของผู้ป่วย
- 2 การประสานงานและบูรณาการงานบริการเพื่อช่วยลดความรู้สึกไม่ดีต่อความเจ็บป่วยของผู้ป่วย,
- 3 การสื่อสารข้อมูลที่มีประสิทธิภาพ
- 4 การสร้างความสบายกายให้แก่ผู้ป่วย
- 5 การให้ความช่วยเหลือทางจิตใจเพื่อลดความกลัวให้แก่ผู้ป่วย
- 6 การดึงเพื่อนและครอบครัวของผู้ป่วยมาร่วมในการดูแลผู้ป่วย
- 7 การออกแบบกระบวนการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องหลังกลับบ้านแล้ว
- 8 ทำให้ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงบริการทางสุขภาพได้อย่างง่าย

จะเห็นได้ว่าหลักการหลายเรื่องในแปดประการข้างต้นนั้นอาจไม่ได้พบเห็นหรือมีโอกาสให้นักศึกษาหรือแพทย์ประจำบ้านได้ฝึกในผู้ป่วยจริงได้บ่อยนัก หรือบางครั้งเมื่อได้มีส่วนร่วมในประสบการณ์การทำงานที่มีการใช้ทักษะในการสร้าง patient-centered care ผู้เรียนอาจไม่ทันได้สังเกต ไม่มีคนชี้ประเด็นให้เห็นเพื่อถอดบทเรียนจากประสบการณ์ดังกล่าว การจะส่งเสริมแนวปฏิบัติดังกล่าวได้นั้นจึงต้องจัดสถานการณ์จำลองที่เปิดโอกาสให้ผู้เรียนได้ลองฝึกการสื่อสาร ฝึกการช่วยเหลือทางจิตใจให้ผู้ป่วย ฝึกการประสานงานระหว่างสหสาขาวิชาชีพ ซึ่งการนำผู้ป่วยมาตรฐานมาใช้ให้มากขึ้น ในกิจกรรมการเรียนรู้ในโรงเรียนวิทยาศาสตร์สุขภาพ น่าจะช่วยให้ผู้เรียนมีโอกาสได้ฝึกฝน ทักษะที่สำคัญหลายอย่างในสภาพแวดล้อมที่ปลอดภัย รวมถึงมีโอกาส

ให้ได้มีการทำ briefing และ debrief เพื่อช่วยส่งเสริมประสิทธิภาพการเรียนรู้จากประสบการณ์ที่ได้รับได้มากขึ้น ดังนั้นโรงเรียนวิทยาศาสตร์สุขภาพควรวางระบบส่งเสริมการเรียนรู้จากผู้ป่วยมาตรฐานให้มากขึ้น และมีการพัฒนาสถานการณ์ที่เกี่ยวข้องกับการใช้ทักษะการสื่อสาร การประสานงาน การสนับสนุนทางจิตใจให้แก่ผู้ป่วยให้มากขึ้น



# 2 การสอนเนื้อหาที่กว้าง ครอบคลุมมิติทางด้านจิตวิทยา สังคมศาสตร์

เป็นที่ทราบกันดีว่าเนื้อหาที่อาจารย์สอน นักศึกษาวิทยาศาสตร์สุขภาพมักเน้นความรู้ ความเข้าใจในด้านวิทยาศาสตร์ ในขณะที่ไม่ค่อยมีการให้ความรู้ด้านจิตวิทยา และสังคมศาสตร์ อย่างไรก็ตามแนวคิดเรื่อง patient-centered care มีพื้นฐานมาจากความเข้าใจทางด้านสังคมและจิตวิทยาพอสมควร ประกอบกับการพัฒนาทางเทคโนโลยีในปัจจุบันทำให้แพทย์และบุคลากรทางวิทยาศาสตร์สุขภาพไม่จำเป็นต้องท่องจำองค์ความรู้ทางวิทยาศาสตร์การแพทย์ได้ทุกสิ่งอย่าง การมีความรู้ความเข้าใจวิทยาศาสตร์การแพทย์พื้นฐานที่ตีพอร่วมกับทักษะในการค้นหาข้อมูล เป็นสิ่งที่แพทย์และบุคลากรทางวิทยาศาสตร์สุขภาพใช้

ในการทำงาน ทิศทางการพัฒนาหลักสูตรทางวิทยาศาสตร์สุขภาพในปัจจุบันจึงมีแนวทางในการลดปริมาณเนื้อหาที่สอนในทางวิทยาศาสตร์การแพทย์ และพยายามเพิ่มเนื้อหาทางจิตวิทยา และสังคมศาสตร์ให้มากขึ้น การที่นักศึกษามีความเข้าใจและมุมมองทางสังคมศาสตร์ที่ดีขึ้นจะทำให้นักศึกษาเห็นความสำคัญของ patient-centered care มากขึ้น และพยายามพัฒนาทักษะของตนเองที่จะสนับสนุนการดูแลผู้ป่วยตามแนวทางนี้มากขึ้น ในขณะเดียวกัน การที่อาจารย์แพทย์พยาบาลได้รับหน้าที่ในการสอนเนื้อหาทางจิตวิทยา และสังคมศาสตร์ร่วมกับการสอนทางวิทยาศาสตร์การแพทย์ที่เคยทำอยู่เดิม ก็จะทำให้อาจารย์ใส่ใจที่จะสอดแทรกการสอนทักษะการสื่อสารที่ดี และแสดงตนเป็น role model ที่ดีในการดูแลผู้ป่วยแบบ patient-centered care ไปด้วย อาจารย์ที่มีส่วนในการดูแลหลักสูตรพึงหาโอกาสทบทวนเนื้อหาของหลักสูตรวิทยาศาสตร์สุขภาพ และพิจารณาเพิ่มเติมรายวิชาทางจิตวิทยา และ สังคมศาสตร์เข้าในหลักสูตร รวมถึงหาทางสอดแทรกผลลัพธ์การเรียนรู้ในเชิงจิตวิทยา และ สังคมศาสตร์เข้าไปในรายวิชาที่มีอยู่เดิม



# 3 ฝึกอบรบเพื่อพัฒนากทักษะ non-technical skills

ในช่วงทศวรรษที่ผ่านมาวงการแพทย์เริ่มตระหนักว่าการให้บริการทางการแพทย์มีปัญหา ความไม่ปลอดภัยแก่ผู้ป่วยที่เกิดขึ้นจากปัจจัยที่ไม่เกี่ยวกับการที่แพทย์ขาดความรู้ และทักษะทางการแพทย์โดยตรง แต่เป็นความบกพร่องในทักษะ และเจตคติที่เกี่ยวกับการปฏิบัติงาน ที่ส่งผลให้เกิดการสื่อสารผิดพลาด การตัดสินใจที่ไม่เหมาะสม และได้มีการจัดกลุ่มทักษะและเจตคติเหล่านี้รวมกันเป็น Non-technical skills และมีความพยายามพัฒนา non-technical skills เหล่านี้ในบุคลากรทางวิทยาศาสตร์สุขภาพอย่างต่อเนื่อง เพื่อเพิ่มความปลอดภัยให้แก่ผู้ป่วย

Non-technical skills ทางการแพทย์ที่ได้รับการยอมรับอย่างกว้างขวางประกอบด้วย การตระหนักรู้สถานการณ์ (situation awareness), การตัดสินใจ (decision making), การสื่อสาร (communication), การทำงานเป็นทีม (teamwork), ความเป็นผู้นำ (leadership), และ การจัดการกับความเครียดและอ่อนล้า (stress and fatigue management) ถึงแม้ทักษะเหล่านี้ได้รับการพัฒนาขึ้นในบุคลากรทางวิทยาศาสตร์สุขภาพโดยมีเป้าหมายเพื่อเพิ่มความปลอดภัยทางกายให้แก่ผู้ป่วย แต่หากแพทย์และทีมบุคลากรสุขภาพทุกคนมีทักษะเหล่านี้เป็นอย่างดีย่อมส่งผลมากไปกว่าแค่ความปลอดภัยทางกายแน่นอน ทักษะเหล่านี้สามารถต่อยอดไปสู่การสร้างความเข้าใจผู้ป่วย การสื่อสารกับสหสาขาวิชาชีพที่ร่วมในการดูแลผู้ป่วยที่มีประสิทธิภาพ และส่งเสริม patient-centered care ได้อย่างแน่นอน

ถึงแม้จะมีผู้สนใจในเรื่อง non-technical skills ในบุคลากรในโรงพยาบาลมากระยะหนึ่งแล้ว แต่

บุคลากรทางวิทยาศาสตร์สุขภาพบางส่วนก็ยังไม่ได้เข้าร่วมกิจกรรมส่งเสริม non-technical skills และยังไม่แสดงตัวอย่างที่ไม่ค่อยเหมาะสมในการทำงานในชีวิตจริงให้เห็นอยู่ประปราย สิ่งที่ผู้บริหารการศึกษาสามารถทำได้ในเรื่องนี้คือการสนับสนุนให้เกิดกระบวนการพัฒนาทักษะ non-technical skills ในบุคลากรในองค์กรอย่างต่อเนื่อง ทำให้ความครอบคลุมของการพัฒนาทักษะกลุ่มนี้มากขึ้นในองค์กร ส่งเสริมการใช้เครื่องมือในการทำงานที่เพิ่ม non-technical skills ให้อยู่ในขั้นตอนการทำงานที่ชัดเจน รวมถึงมีการประเมิน non-technical skills ในบุคลากรที่ดูแลผู้ป่วย โดยมุ่งเน้นที่การประเมินเพื่อพัฒนา (formative assessment)

## 4

### พัฒนาอาจารย์ (faculty development)

Patient-centered care เป็นแนวคิดใหม่สำหรับบุคลากรทางการแพทย์จำนวนไม่น้อย ครูผู้สอนหลายท่านผ่านประสบการณ์การเรียนรู้มาแบบ Disease-oriented care มุ่งเน้นการวินิจฉัยและรักษาโรคเป็นสำคัญ เมื่อมีแนวคิดความสนใจไปที่ความต้องการของตัวคนมากขึ้น กระบวนการในการดูแล พุดคุย แนะนำ เลือกรักษาที่มีรูปแบบที่ต่างไป ครูจำนวนมากสามารถปรับตัวและพัฒนาทักษะในการดูแลผู้ป่วยในแนวทางที่ตนเองก็ไม่เคยถูกสอนมาได้ ในขณะที่ครูบางส่วนอาจยังยึดติดกับวิธีการแบบที่ตนเคยถูกสอนมา แต่ต้องยอมรับว่าไม่ว่าจะปรับตัวได้หรือไม่ ครูจำนวนไม่น้อยก็ไม่รู้ว่าจะสอนนักศึกษาให้เข้าใจและมีทักษะในการดูแลผู้ป่วยในแนวทางใหม่นี้ได้อย่างไร เนื่องด้วยวิธีการที่ตนถูกสอนมาในสมัยก่อน มุ่งเน้นไปที่การสอนความรู้พื้นฐานทางวิทยาศาสตร์การแพทย์ และทักษะสำคัญในการวินิจฉัย และรักษาโรคเป็นสำคัญ เมื่อต้องสอนสิ่งใหม่ที่ตนเองก็ไม่เคยถูกสอนมาก็จะเกิด

ความลำบากใจ ไม่มั่นใจในการสอนนักศึกษาเกิดขึ้น ผู้บริหารหลักสูตรวิทยาศาสตร์สุขภาพจึงต้องสนับสนุนส่งเสริมการจัดอบรมพัฒนาอาจารย์ (faculty development) ที่ช่วยแนะนำวิธีการสอนรูปแบบใหม่ๆ ให้อาจารย์ได้ update วิชาครูของตน เมื่ออาจารย์ผู้สอนมีความเข้าใจแนวคิดการสอนด้วยวิธีการใหม่ๆ มีทักษะในการช่วยสนับสนุนการเรียนรู้ของผู้เรียนที่ดี อาจารย์ย่อมสอนนักศึกษาในแนวทางของ patient-centered care ได้มากขึ้น และดีขึ้น

“

เมื่อมีครูจำนวนมากพอที่ใส่ใจสอนกระบวนการ patient-centered care นักศึกษาย่อมตระหนักถึงความสำคัญ และพยายามพัฒนาทักษะที่เกี่ยวข้องอย่างต่อเนื่อง

”

## 5

### ประเมินผล

การสอนความรู้ หรือทักษะใดให้แก่ นักศึกษา หากไม่มีการประเมินผลการเรียนรู้ นักศึกษาจำนวนหนึ่งอาจไม่สนใจที่จะพัฒนาความรู้ หรือทักษะเหล่านั้นมากเท่าที่ควร หากต้องการส่งเสริมให้เกิดการพัฒนาทักษะ patient-centered care อย่างเป็นระบบให้กับนักศึกษาทุกคนในหลักสูตรจำเป็นต้องมีการจัดการศึกษาต้องวางแนวทางการประเมินผลร่วมด้วย โดยในแง่ความรู้ ความเข้าใจหลักการพื้นฐานสามารถจัดสัดส่วนของข้อสอบ (ปรนัย หรือ อัตนัย) สอดแทรกเข้าไปในรายวิชาที่เกี่ยวข้อง ในการประเมินทักษะ สามารถประเมินได้จากการสอดแทรกหัวข้อทักษะในการพุดคุย การสื่อสาร การประสานงาน การช่วยเหลือให้กำลังใจ แก่ผู้ป่วย เข้าไปในการสอบ OSCE หรือ การสอบบรรยาย (long case examination) ก็ได้ หรือจะสอดแทรกไปในการประเมิน workplace-based assessment (เช่น Mini-CEX) ด้วยก็ได้ ในแง่เจตคติ การตระหนักถึงความสำคัญของ patient-centered care ครูผู้สอนก็อาจประเมินจากการสังเกตพฤติกรรมระยะยาว และให้คะแนนในรูปแบบประเมินการปฏิบัติงานบนหอผู้ป่วย (clinical performance assessment) ก็ได้

ไม่ว่าอาจารย์จะเลือกวิธีการประเมินทักษะ patient-centered care วิธีใดก็ตาม จุดเน้นสำคัญของการประเมินผลเรื่องนี้คือ ไม่ควรพุ่งเป้าไปที่การเก็บคะแนน เพื่อ summative assessment หากแต่ควรเน้นการประเมินเพื่อชี้แนะให้เกิดการปรับปรุง (formative assessment) ซึ่งจะส่งเสริมให้เกิดการพัฒนา เกิดการเรียนรู้ที่ดีกว่า

ผู้เขียนหวังว่าแนวทางพัฒนานักศึกษาให้มีความสามารถในการดูแลผู้ป่วยตามแนวทาง patient-centered care ที่ได้นำเสนอในบทความนี้ทั้งห้าแนวทาง จะเป็นประโยชน์แก่คณาจารย์ผู้เกี่ยวข้องในการบริหารการศึกษา ในการวางแผนวางระบบ จัดกระบวนการ เพื่อให้ให้นักศึกษาในความดูแลมีทักษะที่เกี่ยวข้องกับ patient-centered care นำไปสู่การให้บริการทางสาธารณสุขที่ดี ตอบโจทย์ความต้องการที่แตกต่างกันของผู้ป่วยแต่ละรายได้เป็นอย่างดี



ขอเชิญทุกท่านที่สนใจการวัดและประเมินผลทางการศึกษา  
เข้าร่วมโครงการอบรมเชิงปฏิบัติการ

# EDUCATIONAL MEASUREMENT

: ISSUES AND PRACTICE

การวัดผลผู้เรียนที่แม่นยำและตรงประเด็น  
... ทำอย่างไรได้บ้าง

**1-2 มิถุนายน 2566**  
เวลา 09.00 - 16.00 น.



รายละเอียดการสมัคร  
หรือสอบถามผ่าน  
f MAHIDOL.SHEE  
LINE SHEE.CONNECT

ศูนย์ความเป็นเลิศด้านการศึกษาวิทยาศาสตร์สุขภาพ  
คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

คุณภาณุมาศ โทร. 02 419 5195, 02 419 9978

## เนื้อหาการอบรม

- Best practice for test development
- Innovation in educational testing
- Educational analysis
- Validity of the test **ปฏิบัติ**
- Standard in educational testing

## อัตราค่าลงทะเบียน

### รูปแบบ Face - to - face

ลงทะเบียนล่วงหน้า วันนี้ - 25 พ.ค. 66	ลงทะเบียนปกติ 26 - 31 พ.ค. 66
2,400	2,800

### รูปแบบ Streaming

ลงทะเบียนล่วงหน้า วันนี้ - 25 พ.ค. 66	ลงทะเบียนปกติ 26 - 31 พ.ค. 66
1,200	1,400

# DEVELOPING A COMPETENCY - BASED CURRICULUM

รุ่นที่ 1 ประจำปี 2566



ศ.คลินิก นพ.สุวัฒน์  
เบญจพลพิทักษ์



รศ. ดร. นพ.เชิดศักดิ์  
ไธรมณีรัตน์



รศ. ดร.กัทธินา รัตนฤทัย  
นพรัตน์แจ่มจรัส



ผศ. นพ.สุประพัฒน์  
สนใจพานิชย์



ผศ.ดร. นพ.ยอชิง  
แดงประไพ

12 - 13 มิถุนายน พ.ศ. 2566

เวลา 08.30 น. - 16.00 น.

ณ ห้องประชุมสิรินธร ชั้น G อาคารเฉลิมพระเกียรติ  
คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล  
หรือรับชมออนไลน์ผ่าน SHEE Streaming

## เนื้อหาในการอบรม

- Competency-based education
- Stakeholders feedback
- Constructive alignment
- Program learning outcomes
- Course learning outcomes
- Teaching and learning strategies
- Types of assessment
- Rating scale development

ณ ห้องประชุมสิรินธร ชั้น G อาคารเฉลิมพระเกียรติ

ราคาล่วงหน้า วันนี้ - 29 พ.ค. 66	ราคาปกติ 20 พ.ค. - 5 มิ.ย. 66	สมัครหน้างาน
3,000	3,600	3,600

SHEE Streaming - ชมการถ่ายทอดทางออนไลน์

ราคาล่วงหน้า วันนี้ - 29 พ.ค. 66	ราคาปกติ 20 พ.ค. - 5 มิ.ย. 66	สมัครหน้างาน
1,500	1,800	2,100

\*บุคลากรภายในคณะฯ **สมัครฟรี**  
ตั้งแต่วันนี้ถึง - 29 พฤษภาคม 2566

แนะนำให้ทำอบรมเป็นกลุ่ม 3-5 คนต่อหลักสูตร

สอบถามเพิ่มเติม คุณภาณุมาศ โทร. 02 419 5195

ศูนย์ความเป็นเลิศด้านการศึกษาวิทยาศาสตร์สุขภาพ  
คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล



## การสอนบรรยายอย่างมีปฏิสัมพันธ์ (Interactive lecture)

ผศ. ดร. นพ. ยอชิ่ง แดงประไพ

ภาควิชาสรีรวิทยา คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

“

Some people talk  
in their sleep.  
Lecturers talk  
while other  
people sleep.

”

Albert Camus, 1957  
Nobel Laureate in Literature

การสอนบรรยาย (lecture) เป็นรูปแบบที่ใช้  
อย่างแพร่หลายในการจัดกิจกรรมการเรียนรู้  
(learning activity) และเป็นรูปแบบหลัก สำหรับการ  
เรียนในช่วงปีแรกๆ ของนักศึกษาในหลักสูตร  
วิทยาศาสตร์สุขภาพ เพื่อให้ผู้เรียนมีความรู้พื้นฐาน  
ก่อนที่จะเริ่ม ปฏิบัติงานตามสาขาวิชาชีพ การสอน  
บรรยายที่มีประสิทธิภาพสอดคล้องกับธรรมชาติการ  
เรียนรู้ของมนุษย์ สามารถส่งเสริมให้เกิดการเรียนรู้  
และสร้างแรงบันดาลใจให้แก่ผู้เรียนในห้องเรียนกลุ่ม  
ใหญ่ (large classroom) ได้ โดยอาจใช้ ผู้บรรยาย  
เพียงหนึ่งคน การสอนบรรยายจึงถือเป็นการจัด  
กิจกรรมการเรียนรู้ที่ประหยัดทรัพยากรบุคคลอย่างมาก

การสอนบรรยายแบบ traditional lecture  
ที่มีผู้บรรยายเป็นศูนย์กลาง มักถูกวิพากษ์วิจารณ์ว่ามี  
ส่วนช่วยส่งเสริมให้ผู้เรียน ได้เรียนรู้อย่างมีส่วนร่วม  
(active learning) น้อย และยังไม่สามารถดึงดูดให้  
ผู้เรียนจดจ่อกับกิจกรรมการเรียนรู้ได้ต่อเนื่อง เมื่อ  
เทียบกับกิจกรรมการเรียนรู้รูปแบบอื่นๆ เช่น การสอน  
กลุ่มย่อย อย่างไรก็ตาม เมื่อปรับย้ายความสำคัญจาก  
การสอนของ ผู้บรรยายไปสู่การเรียนรู้ของผู้เรียน หรือ  
เรียกได้ว่าเป็นการปรับเปลี่ยนจากการสอนบรรยาย  
แบบ traditional lecture สู่การสอนบรรยายอย่างมี  
ปฏิสัมพันธ์ (interactive lecture) ก็สามารถยกระดับ  
การสอนบรรยายให้เป็นการเรียนรู้อย่างมีส่วนร่วม  
หรือเป็นการจัดการศึกษาที่มีผู้เรียนเป็นจุดศูนย์กลาง  
(learner-centered education) ได้เช่นกัน

เนื้อหาในบทนี้ครอบคลุมถึงแนวทางในการ  
เลือกหัวข้อการสอนที่เหมาะสมกับรูปแบบบรรยาย  
การเตรียมตัวของผู้บรรยาย ตั้งแต่การเลือกเนื้อหาที่  
เหมาะสมกับกลุ่มผู้ฟัง การจำกัดปริมาณเนื้อหาให้  
เหมาะสมกับเวลาของการบรรยาย หลักการเตรียมสื่อ  
ประกอบการสอนบรรยายโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป  
เช่น PowerPoint หรือ Keynote การจัดทำเอกสาร  
ประกอบการบรรยายสำหรับผู้ฟัง เช่น lecture note  
หรือ handout วิธีการบรรยายที่มีโครงสร้างชัดเจน  
จากบทนำไปสู่บทสรุป และวิธีการบรรยายที่ช่วยเพิ่ม  
การมีส่วนร่วมของผู้เรียน แนวทางหรือเทคนิคต่างๆ  
เหล่านี้สามารถนำไปประยุกต์ใช้เพื่อปรับเปลี่ยนรูปแบบ  
ของการสอนบรรยายจาก traditional lecture  
ไปสู่ interactive lecture ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

## คำจำกัดความ

การสอนบรรยาย (lecture) มีรากศัพท์จากภาษาฝรั่งเศส หมายถึง การอ่าน (reading) มีหลักฐานเกี่ยวกับรูปแบบการสอนบรรยายมาเกือบหนึ่งศตวรรษ โดยผู้บรรยายจะอ่านหรือพูดต่อหน้าผู้ฟัง ซึ่งวิธีการสอนดังกล่าวได้สืบทอดมาจนถึงปัจจุบันโดยแทบจะไม่มี การเปลี่ยนแปลงเลย การบรรยายที่มีศูนย์กลางอยู่ที่ผู้บรรยายหรือใช้เวลาเกือบทั้งหมดของการบรรยายไปกับการพูดของผู้บรรยาย โดยไม่เปิดโอกาสให้ผู้เรียนมีส่วนร่วม หรือ เปิดโอกาสให้ผู้เรียนมีส่วนร่วมเพียงเล็กน้อย เรียกว่า traditional lecture

**traditional lecture เป็นวิธีการจัดการเรียนรู้ที่ประหยัด** โดยผู้บรรยายหนึ่งคนสามารถให้ข้อมูลแก่ผู้เรียนได้เป็นจำนวนมากในเวลาเดียวกัน เป็นวิธีการที่มีประสิทธิภาพสำหรับการเรียนรู้ขั้นต้นๆ ตาม revised Bloom's taxonomy เช่น ระดับของ remembering และ understanding จึงเหมาะกับการให้ภาพรวมของบทเรียน หรือ ให้ความรู้พื้นฐานก่อนการเรียนรู้ในหัวข้อที่มีความซับซ้อนมาก นอกจากนี้ traditional lecture ยังเหมาะกับการนำเสนอข้อมูลใหม่ๆ เช่น ข้อมูลจากงานวิจัยที่ยังไม่มีการตีพิมพ์ หรือ เมื่อต้องการสร้างแรงบันดาลใจแก่ผู้เรียน อย่างไรก็ตาม traditional lecture มีข้อจำกัดในการสร้างความสนใจของผู้เรียนและมีข้อจำกัดในการส่งเสริมการเรียนรู้ระดับสูงขึ้นไปตาม revised Bloom's taxonomy เช่น ระดับของ evaluating และ creating (ในกรณีนี้ที่ผู้บรรยายต้องการให้เกิดการเรียนรู้ในระดับที่สูงขึ้นจาก understanding ควรพิจารณาจัดการเรียนรู้ในรูปแบบอื่นๆ นอกเหนือจากรูปแบบการบรรยาย)

ผู้บรรยายสามารถเพิ่มประสิทธิภาพของ traditional lecture โดยการนำหลักการของการเรียนรู้ที่มีส่วนร่วม หรือ active learning มาประยุกต์ใช้ ซึ่งจะช่วยให้เกิดการเรียนรู้ระดับที่สูงขึ้นด้วย การนำหลักการของ active learning มาประยุกต์ใช้ระหว่างการบรรยายนั้นจะช่วยเปลี่ยน traditional lecture ให้เป็น interactive lecture หรือ การสอนบรรยายอย่างมีปฏิสัมพันธ์ ซึ่งจะช่วยให้ส่งเสริมการเรียนรู้ของผู้เรียนให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น



## วิธีการสอนบรรยายอย่างมีปฏิสัมพันธ์

การสอนบรรยายอย่างมีปฏิสัมพันธ์ (interactive lecture) เป็นการจัดกิจกรรมการเรียนรู้ที่มีผู้เรียนเป็นศูนย์กลาง (learner-centered education) โดยผู้บรรยายจะออกแบบการบรรยาย ตั้งแต่ การเลือกเนื้อหา ลำดับและวิธีการนำเสนอเนื้อหา จนถึงเตรียมเอกสารประกอบการบรรยาย โดยมีการเรียนรู้ของผู้เรียนเป็นหลักเพื่อประโยชน์สูงสุดในการเรียนรู้ของผู้เรียน

เพื่อความสะดวกและง่ายต่อการนำไปปฏิบัติ ผู้นิพนธ์ได้แบ่งขั้นตอนของการบรรยายอย่างมีปฏิสัมพันธ์ออกเป็น 5 ขั้นตอนหลัก คือ การเตรียมตัวของผู้บรรยาย การเตรียมเนื้อหาของการสอนบรรยาย การเตรียมสื่อประกอบการสอนบรรยาย การนำเสนอ (การบรรยาย) และการส่งเสริมปฏิสัมพันธ์ของผู้เรียน

## การเตรียมตัวของผู้บรรยาย

**Practical point :** ไม่ควรเริ่มด้วยการเลือกเนื้อหาที่จะใช้ในการบรรยาย เพราะมักจะได้อาณาปริมาณมากเกินไป ควรเริ่มต้นจากการตั้งวัตถุประสงค์การเรียนรู้ที่ชัดเจน จากนั้นจึงกลั่นกรองเพื่อให้ได้เนื้อหาและหลักการที่สำคัญเท่านั้น

1

ผู้บรรยายควรมีความเข้าใจเกี่ยวกับการเรียนรู้ของมนุษย์ ซึ่งเป็นพื้นฐานสำคัญในการออกแบบการบรรยายที่ส่งเสริมการเรียนรู้ของผู้เรียน โดยหลักการสำคัญคือความเข้าใจว่าการเรียนรู้เป็น “กระบวนการ” ที่ต่อเนื่อง ไม่ได้เป็น “ผลลัพธ์” หรือจุดสิ้นสุด การเรียนรู้เป็น “การเปลี่ยนแปลง” ที่เกิดขึ้นต่อการรับรู้ของผู้เรียนกับข้อมูลและสิ่งต่างๆ รอบตัว เป็นกระบวนการที่ผู้เรียนต้องสร้างขึ้นเอง ไม่ได้เป็นผลจากการกระทำหรือการป้อนจากภายนอก ตัวอย่างผลการศึกษาที่ควรนำมาประยุกต์ใช้ในการสอนบรรยาย ได้แก่

- ความรู้ของผู้เรียนที่มีมาก่อน ส่งผลต่อการเรียนรู้ที่จะตามมา
- ดังนั้น ผู้บรรยายควรทราบบรรยากาศเดิมของผู้เรียนเพื่อเชื่อมโยงความรู้ที่มีมาก่อนสู่วัตถุประสงค์ของการบรรยาย
- ความสนใจใฝ่สัมฤทธิ์ในการเรียนรู้ของผู้เรียน กำหนดวิธีการเรียนรู้และความทุ่มเทต่อการเรียนรู้ของผู้เรียน





ดังนั้น ผู้บรรยายควรส่งเสริมให้เกิดความสนใจใฝ่สัมฤทธิ์ในตัวผู้เรียน

- การมีเป้าหมายที่ชัดเจนและการให้ข้อมูลย้อนกลับระหว่างการเรียนรู้ ช่วยส่งเสริมการเรียนรู้ของผู้เรียน

ดังนั้น ผู้บรรยายควรสื่อสารให้ผู้เรียนทราบวัตถุประสงค์ของการบรรยายและมีกิจกรรมที่ให้ข้อมูลย้อนกลับ

**2** ผู้บรรยายควรทำความเข้าใจกับกลุ่มผู้เรียน โดยเฉพาะความรู้พื้นฐานของผู้เรียนก่อนการบรรยายและการประยุกต์ใช้ความรู้จากการบรรยายในสาขาวิชาชีพของผู้เรียน

- ข้อมูลเกี่ยวกับพื้นฐานความรู้ของผู้เรียน จะช่วยให้ผู้บรรยายสามารถเลือกเนื้อหาและเรียบเรียงเนื้อหาเพื่อนำไปสู่ วัตถุประสงค์การเรียนรู้ได้อย่างเหมาะสม และช่วยผู้เรียนเชื่อมโยงความรู้ใหม่บนโครงสร้างความรู้เดิมที่เกี่ยวข้อง

- การเชื่อมโยงให้ผู้เรียนเห็นการประยุกต์ใช้ความรู้จากการบรรยาย ช่วยให้ผู้เรียนเห็นความเชื่อมโยงที่ชัดเจน (relevance) ซึ่งจะช่วยส่งเสริมการเรียนรู้อย่างมีส่วนร่วมในตัวผู้เรียน

- ข้อมูลเพิ่มเติมเกี่ยวกับลักษณะเฉพาะของกลุ่มผู้เรียน เช่น เทคนิคระหว่างบรรยายที่เคยใช้ได้ อย่างมีประสิทธิภาพ หรือปัญหาเกี่ยวกับการสอนที่เคยเกิดขึ้น จะช่วยในการวางแผนจัดการบรรยายที่มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

**3** ผู้บรรยายควรมีวัตถุประสงค์การเรียนรู้ของการบรรยายที่ชัดเจนและเหมาะสมกับระดับของผู้เรียน ซึ่งจะช่วยในการเลือกหัวข้อและเนื้อหาที่จะนำมาใช้ในการสอนบรรยายทำได้ง่ายขึ้น (นอกจากนี้การมีวัตถุประสงค์การเรียนรู้ที่ชัดเจนยังช่วยให้สามารถออกแบบการวัดผลการเรียนรู้ได้อย่างมีประสิทธิภาพอีกด้วย)

**4** หลังจากได้วัตถุประสงค์การเรียนรู้ที่เหมาะสม ผู้บรรยายควรเลือก “หัวข้อ” ของเนื้อหา หรือ “หลักการสำคัญ” ที่ผู้เรียนควรเข้าใจเพื่อนำไปสู่วัตถุประสงค์การเรียนรู้ดังกล่าว (โดยทั่วไป สำหรับการบรรยาย 1 ชั่วโมง ควรมีเพียง 2-3 หัวข้อหลัก)

**5** หลังจากได้หัวข้อหรือหลักการที่เหมาะสมโดยมีจำนวนไม่มากเกินไปแล้ว จึงมาถึงขั้นตอนที่ผู้บรรยายจะเลือก “เนื้อหา” หรือ “รายละเอียด” ประกอบการสอนบรรยายที่จะช่วยให้ผู้เรียนเข้าใจในหลักการดังกล่าว

**6** ผู้บรรยายควรตรวจสอบ วัน เวลา และสถานที่ของการบรรยายด้วย นอกจากนี้ ผู้นิพนธ์ยังพบว่าเวลาในการสอนบรรยาย เช่น ช่วงเช้าหรือช่วงบ่าย ยังส่งผลต่อการบรรยาย โดยควรจัดการสอนบรรยายในช่วงเช้า แต่ถ้าต้องสอนบรรยายในช่วงบ่าย ก็ควรจัดให้มีกิจกรรมระหว่างการบรรยาย เช่น การสนทนา



## การเตรียมตัวของผู้บรรยาย

**Practical point :** ถ้าสอน (เนื้อหา หรือ รายละเอียด) มาก ผู้เรียนมักจะ “เรียนรู้” ได้น้อย

**1** ผู้บรรยายควรทบทวนและศึกษาข้อมูลใหม่ๆ ที่เกี่ยวกับเรื่องที่จะสอน แม้จะเป็นการสอนรายวิชาเบื้องต้นที่เน้นการให้ความรู้พื้นฐานก็ตาม เพราะการติดตามความรู้ใหม่ๆ อยู่เสมอจะช่วยให้ผู้บรรยายสามารถเชื่อมโยงและยกตัวอย่างประกอบการสอนได้ดีขึ้น ทั้งยังสามารถเล่าเรื่องราวที่ช่วยสร้างแรงบันดาลใจแก่ผู้เรียนได้อย่างมีประสิทธิภาพ

**2** ผู้บรรยายควรนำ “เนื้อหา” ที่ผ่านการคัดเลือกมาแล้วว่าเหมาะสม มาเรียงร้อยเพื่อนำไปสู่ความเข้าใจใน “หลักการ” และ “วัตถุประสงค์การเรียนรู้” ที่กำหนด โดยถ้าสามารถเรียงร้อยเนื้อหาให้เป็น “เรื่องราว” ที่น่าสนใจก็จะยิ่งช่วยให้ผู้เรียนจดจ่อกับการบรรยายได้มากขึ้น เช่น การเริ่มต้นด้วยโจทย์ผู้ป่วยที่มาด้วยปัญหาซึ่งเกี่ยวข้องกับบทเรียนนั้นๆ จากนั้น ก็ค่อยๆ คลี่คลายปัญหาของผู้ป่วยไปพร้อมกับการเรียนรู้ของผู้เรียนที่ค่อยๆ ทำความคุ้นเคยและเข้าใจในเนื้อหาดังกล่าวมากขึ้น

**3** การนำเสนอ “เรื่องราว” ที่มีโครงสร้างชัดเจนจากการเกริ่นนำ (วัตถุประสงค์) การเล่าเรื่อง ไปสู่การสรุปใจความสำคัญ ช่วยให้ผู้เรียนจดจ่ออยู่กับการบรรยายได้ดีกว่าการนำเสนอที่ไม่มีโครงสร้าง หรือโครงสร้างไม่ชัดเจน มีเนื้อหาข้ามไปมา

**4** ผู้บรรยายควรสื่อสารให้ผู้เรียนทราบถึงวัตถุประสงค์การเรียนรู้ตั้งแต่ช่วงแรกการบรรยาย และควรมีการสรุปเป็นระยะๆ ระหว่างการบรรยายว่าได้บรรยายครอบคลุมถึงวัตถุประสงค์การเรียนรู้ใดไปแล้วบ้าง โดยอาจแทรกคำถามระหว่างการบรรยาย เพื่อให้สัญญาณแก่ผู้เรียนว่าได้เรียนรู้เรื่องใดไปแล้ว หรือ ยังมีประเด็นที่ไม่เข้าใจ

**5** ผู้บรรยายควรคาดเดาคำถามจากผู้เรียนที่อาจจะเกิดขึ้นระหว่างการสอนบรรยาย เพื่อปรับการบรรยายให้ช่วยส่งเสริมการเรียนรู้มากขึ้น เช่น การสะกดคำใหม่ๆ ที่ผู้เรียนไม่เคยรู้มาก่อน นิยามคำศัพท์ใหม่ หรือ รูปภาพของสิ่งที่กำลังบรรยาย เพื่อช่วยให้ผู้เรียนสามารถติดตามการบรรยายได้ง่ายขึ้น

**6** ผู้บรรยายควรเตรียมปริมาณเนื้อหาให้เหมาะสมกับเวลาของการสอนบรรยาย และควรเผื่อเวลาไว้สำหรับการตอบคำถามจากผู้เรียนด้วย เช่น ในเวลา 50 นาที อาจเตรียมการบรรยายไว้ประมาณ 40 - 45 นาที และให้เวลากับการตอบคำถามจากนักศึกษาประมาณ 5 - 10 นาที ในกรณีที่ไม่มีคำถามจากผู้เรียน ผู้บรรยายอาจเตรียมคำถามที่น่าสนใจมาถามผู้เรียนสำหรับเนื้อหาที่เตรียมมาแต่ไม่สามารถครอบคลุมในช่วงเวลาการบรรยายนั้น ผู้บรรยายสามารถให้เป็นข้อมูลสำหรับศึกษาเพิ่มเติมนอกเวลาการสอนบรรยาย

**7** ผู้บรรยายไม่ควรสอนเกินเวลาที่กำหนดให้ นอกจากจะเป็นการแสดงความสามารถต่อผู้สอนในคาบเรียนต่อไปแล้ว ยังเป็นการแสดงให้ผู้เรียนเห็นว่าผู้บรรยายเคารพต่อเวลาของผู้เรียนด้วย

**8** ผู้บรรยายต้องตัดใจจากความต้องการส่วนตัวที่จะสอนบรรยายครอบคลุมให้ครบทุกรายละเอียดของเนื้อหา มีผู้บรรยายหลายท่านเชื่อว่าจะต้องพูดทุกๆ รายละเอียดระหว่างการบรรยายเท่านั้นจึงจะทำให้เกิดการเรียนรู้ในตัวผู้เรียน อย่างไรก็ตาม ข้อมูลจากหลายการศึกษา พบว่าการสอนบรรยายที่ให้เนื้อหามากเกินไปกลับไม่ช่วยส่งเสริมการเรียนรู้ในเชิงลึก หรือ deep learning

## การเตรียมสื่อประกอบการสอนบรรยาย

**Practical point :** สื่อการสอนที่ดี มาจากการออกแบบที่ดี ซึ่งจะช่วยส่งเสริมการเรียนรู้ในผู้เรียนระหว่างการบรรยาย(อย่างไรก็ตาม สื่อที่เตรียมมาอย่างดีเพียงใด ก็ไม่สามารถทดแทนทักษะการสอนบรรยายที่มีประสิทธิภาพได้)

การสอนบรรยายที่มีประสิทธิภาพ ขึ้นอยู่กับลำดับและวิธีการนำเสนอข้อมูล ร่วมกับ การสื่อสารระหว่างผู้บรรยายและผู้เรียน การสอนบรรยายที่ดีอาจไม่ต้องใช้สื่อประกอบการบรรยายที่ซับซ้อน (เช่น การบรรยายในรูปแบบของ TED talk ที่มีเพียงผู้บรรยายกับภาพหรือข้อความสั้นๆ หรือ การสอนบรรยายที่มีเพียงชอล์กและกระดานดำ) อย่างไรก็ตาม การสอนบรรยายทางวิชาการมักมีเนื้อหาที่ซับซ้อน การออกแบบและสร้างสื่อประกอบการบรรยายที่เหมาะสมจึงยังเป็นส่วนสำคัญที่ช่วยส่งเสริมการเรียนรู้ของผู้เรียน ในบทความนี้จะกล่าวถึงสื่อ 3 ชนิด คือ สไลด์ประกอบการสอนบรรยาย เอกสารประกอบการสอนบรรยาย (handout) และ เอกสารเนื้อหาการสอนบรรยาย (lecture note)

## 1 สไลด์ประกอบการสอนบรรยาย

ในปัจจุบัน การจัดทำสไลด์ประกอบการบรรยายสามารถทำได้บนโปรแกรมสำเร็จรูป เช่น PowerPoint หรือ Keynote นอกจากนี้ยังสามารถทำสไลด์ผ่านเว็บไซต์ เช่น Prezi และ Google Slide แต่ไม่ว่าจะใช้เครื่องมือใดในการทำสไลด์ประกอบการสอน ต่างก็มีข้อแนะนำอยู่บนหลักการพื้นฐานเดียวกัน ได้แก่

**1** สไลด์ช่วย “เสริม” ประสิทธิภาพการสอนบรรยาย ช่วยให้ผู้สอนบรรยายสื่อสารกับผู้เรียนได้ดีขึ้น

ช่วยเน้นย้ำเนื้อหาและหลักการที่สำคัญ สไลด์จึงไม่จำเป็นต้องมีรายละเอียดทุกอย่างตรงตามทุกคำที่ผู้สอนบรรยายทั้งหมด

**2** สไลด์ที่มีจำนวนตัวหนังสือมากเกินไป จะทำให้ผู้เรียนจดจ่อกับการอ่านข้อความบนสไลด์มากกว่าการฟังและการทำความเข้าใจในบทเรียนระหว่างการบรรยาย

**3** สไลด์อาจมีเพียงรูป มีคำหรือวลี ที่ช่วยเตือนผู้เรียนที่กำลังบรรยายเรื่องใด หรือส่วนใดของเนื้อหาทั้งหมด

**4** สไลด์ที่ดี คือ สไลด์ที่เรียบง่าย ออกแบบโดยคำนึงถึงการเรียนรู้ของผู้เรียน เช่น มีขนาดตัวหนังสือที่เหมาะสมและอ่านได้จากหลังห้องบรรยาย มีการใช้สีที่ช่วยให้ตัวหนังสือไม่กลืนไปกับพื้นหลัง มีปริมาณตัวหนังสือที่ไม่มากเกินไป มีการใช้รูปที่ชัดเจนและสัมพันธ์กับการบรรยาย มีองค์ประกอบบนสไลด์ที่ไม่แน่นเกินไป ไม่มีองค์ประกอบที่ดึงความสนใจของผู้เรียนไปจากข้อมูลที่สำคัญ

**5** สไลด์ที่ดีไม่ใช่สไลด์ที่เต็มไปด้วยองค์ประกอบต่างๆ มากมายหรือแต่งเติมจนไม่มีพื้นที่ว่าง แต่เป็นสไลด์ที่ไม่สามารถจะตัดองค์ประกอบใดออกไปได้อีก เพราะทุกองค์ประกอบล้วนผ่านการกลั่นกรองว่าสำคัญต่อการเรียนรู้ของผู้เรียน

**6** เมื่อได้สไลด์ทั้งหมดที่ต้องการ ควรตรวจสอบว่ามีความซ้ำซ้อนของเนื้อหาหรือไม่ สามารถเปลี่ยนตัวหนังสือเป็นรูปภาพ หรือแผนภูมิได้หรือไม่ ลำดับของสไลด์ช่วยส่งเสริมความเข้าใจของผู้เรียนหรือไม่ ในกรณีที่พบว่าสไลด์บางแผ่นเป็นเนื้อหาที่มีรายละเอียดมากเกินไปหรือสามารถให้ผู้เรียนอ่านเองได้ ก็สามารถปรับซ่อนสไลด์แผ่นนั้น หรือจัดทำเป็นเอกสารเนื้อหาการสอนบรรยาย (lecture note) แจกให้ผู้เรียนอ่านเพิ่มเติมได้

## 2 เอกสารประกอบระหว่างการสอนบรรยาย (handout)

เอกสารประกอบระหว่างการสอนบรรยาย มีจุดประสงค์เพื่อเป็นเครื่องมือที่ช่วยให้ผู้เรียนติดตามการบรรยายได้ง่ายขึ้น โดยไม่ต้องกังวลกับการจดบันทึก เอกสารนี้จึงไม่จำเป็นต้องมีทุกรายละเอียดของเนื้อหาที่บรรยาย แต่ควรมีข้อมูลเกี่ยวกับ วัตถุประสงค์ ภาพรวมของเนื้อหา ลำดับหัวข้อการบรรยาย คำศัพท์ หลักการสำคัญ แผนภาพ ที่เรียงลำดับสอดคล้องกับลำดับการนำเสนอของการสอนบรรยาย และควรมีพื้นที่ว่างให้ผู้เรียนได้จดบันทึกสั้นๆ หรือจดคำถามระหว่างฟังการบรรยาย ส่วนรายละเอียดของการบรรยายหรือเนื้อหาเพิ่มเติมที่เกี่ยวข้องนั้น ผู้บรรยายสามารถจัดทำเป็นเอกสารเนื้อหาการสอนบรรยาย (lecture note) โดยอาจแจกให้ผู้ฟังก่อนหรือหลังการบรรยายก็ได้

ข้อแนะนำที่สำคัญคือ ไม่ควรสร้าง handout จากไฟล์ของสไลด์ที่ใช้นำเสนอประกอบการสอนบรรยายโดยตรง แต่ควรดัดแปลงให้เหมาะสมกับจุดประสงค์ของ handout เช่น กรณีสไลด์ที่ใช้นำเสนอมีพื้นหลังสีเข้มก็ควรปรับพื้นหลังเป็นสีขาว หรือ ถ้าสไลด์ที่ใช้นำเสนอมีรูปสีมากมาย อาจให้ผู้เรียนเข้าถึงไฟล์รูปสีดังกล่าวผ่าน internet นอกจากนี้ผู้บรรยายควรตรวจสอบด้วยว่า ตัวหนังสือใน handout ที่ทำออกมานั้นสามารถอ่านได้อย่างชัดเจนหรือไม่

ในกรณีที่ผู้สอนบรรยายต้องการเพิ่มการมีส่วนร่วมของผู้เรียน ก็สามารถจัดทำ handout ที่เรียกว่า interactive handout หรือ incomplete handout โดยเว้นที่ว่างใน handout เป็นระยะๆ โดยเฉพาะในส่วนที่มีความสำคัญหรือต้องการให้ผู้เรียนสนใจเป็นพิเศษ อย่างไรก็ตามผู้สอนบรรยายควรสื่อสารให้ผู้เรียนทราบเพื่อเตรียมตัวที่จะเขียนเติมข้อความในส่วน

สำคัญดังกล่าว ผู้นิพนธ์ขอแนะนำว่าไม่ควรให้ผู้เรียนจดทุกอย่างด้วยตนเองมากเกินไปเพราะอาจทำให้ไม่สามารถจดจ่อและทำความเข้าใจกับการบรรยายได้อย่างเต็มที่

## 3 เอกสารเนื้อหาการสอนบรรยาย (lecture note)

เอกสารเนื้อหาการสอนบรรยาย เป็นเอกสารที่ให้ข้อมูลรายละเอียดของการสอนบรรยาย โดยอาจรวมถึงข้อมูลเพิ่มเติมที่ไม่สามารถนำเสนอได้ในเวลาของการสอนบรรยายแต่เป็นข้อมูลที่มีประโยชน์ต่อการเรียนรู้ของผู้เรียน อาจรวมถึงโจทย์คำถามที่เกี่ยวข้องกับเนื้อหาของการสอนบรรยาย โดยอาจเป็นเอกสารที่ผู้บรรยายสร้างขึ้นโดยเฉพาะหรือเป็นบทความจากหนังสือหรือวารสารวิชาการก็ได้



## การนำเสนอ (การบรรยาย)

**Practical point :** การบรรยายเป็นปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้บรรยายและผู้ฟัง ขณะสอนบรรยายจึงควรสังเกตปฏิกิริยาของผู้เรียนเพื่อปรับการบรรยายให้เหมาะสมกับการเรียนรู้ของผู้เรียนส่วนใหญ่ เช่น เมื่อผู้เรียนเริ่มพูดคุยกันมากขึ้น ผู้บรรยายอาจควรสอบถามสาเหตุและปรับการบรรยายให้เหมาะสมกับสถานการณ์เฉพาะหน้า

หลังจากที่ผู้บรรยายได้เตรียมตนเอง เตรียมเนื้อหา และเตรียมสื่อประกอบการบรรยายได้ระดับหนึ่งแล้ว ขั้นตอนต่อมา คือ การข้อมนำเสนอ และการบรรยายในวันจริง

**1** ผู้สอนบรรยายควรข้อมการนำเสนอก่อนการบรรยายจริง โดยเฉพาะถ้าเป็นการสอนครั้งแรกในหัวข้อที่จะบรรยาย โดยอาจไม่ต้องรอให้ได้เนื้อหาหรือจัดทำสื่อต่างๆ จนครบถ้วนสมบูรณ์ก็สามารถเริ่มข้อมได้ การข้อมบรรยายนอกจากจะช่วยให้ผู้บรรยายเห็นภาพรวมและความเชื่อมโยงของการนำเสนอเนื้อหาทั้งหมด รวมทั้งประเมินเวลาที่ใช้อย่างจริงในการนำเสนอและเนื้อหาช่วยในการปรับลำดับของการนำเสนอและการคัดเลือกเนื้อหาบางส่วนออกจากการนำเสนอหรือการเพิ่มเนื้อหาสำคัญที่อาจไม่ได้รวบรวมไว้ระหว่างเตรียมตัวก่อนหน้าการข้อม

**2** การนำเสนอที่มีประสิทธิภาพควรประกอบด้วย การเกริ่นนำ (introduction) การนำเสนอเนื้อหาที่เป็นขั้นตอน (organized presentation) และการสรุปใจความสำคัญ (conclusion) โดยผู้บรรยายควรช่วยให้ผู้เรียนทราบเป็นระยะๆ ว่ากำลังบรรยายในหัวข้อใดหรือพูดถึงส่วนใดของเนื้อหาภาพใหญ่ทั้งหมด

**3** หลังจากการข้อมบรรยายและการปรับปรุงการนำเสนอให้ดีขึ้นระดับหนึ่งแล้ว ผู้สอนบรรยายควรหาโอกาสข้อมนำเสนอโดยมีเพื่อนร่วมงานที่สามารถ

ให้ข้อมูลย้อนกลับเข้าร่วมฟังด้วย การเปิดใจรับฟังข้อมูลย้อนกลับที่หลากหลายมีความสำคัญต่อการพัฒนาตนเองในฐานะผู้บรรยาย

**4** ผู้บรรยายควรมหาข้อมูลเกี่ยวกับสถานที่บรรยาย โดยเฉพาะกรณีที่ไม่เคยไปที่ห้องบรรยายนั้นมาก่อน ถ้าเป็นไปได้ควรมีโอกาสได้สำรวจสถานที่บรรยายจริง เพื่อดูลักษณะของห้อง ตำแหน่งของแท่นบรรยาย ในกรณีที่ต้องการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างการบรรยายกับผู้เรียน ผู้บรรยายควรลองเดินดูรอบห้องบรรยายว่าสามารถทำได้สะดวกหรือไม่ สามารถเดินเข้าไปใกล้ผู้ฟังได้มากน้อยเพียงใด

**5** ผู้บรรยายควรมีข้อมูลทางเทคนิคต่างๆ ของห้องบรรยาย เช่น ในห้องมีสัญญาณ Wi-Fi หรือไม่ อุปกรณ์ในห้องรองรับระบบปฏิบัติการคอมพิวเตอร์ที่ใช้หรือไม่ (Windows หรือ Mac) สามารถใช้ audience response system เช่น clicker หรือ voter ได้หรือไม่

**6** ควรทดลองฉายสไลด์ประกอบการบรรยายขึ้นบนจอของห้องบรรยายเพื่อดูคุณภาพของสไลด์บนจอใหญ่ เช่น ตัวหนังสือที่ใช้สามารถอ่านได้สะดวกจากหลังห้องบรรยายหรือไม่ รูปภาพที่ใช้คมชัดหรือไม่ สีที่เห็นบนจอภาพแตกต่างจากสีที่ดูผ่านหน้าจคอมพิวเตอร์หรือไม่ ไฟล์ที่เตรียมมาสามารถใช้ผ่านอุปกรณ์ของห้องบรรยายหรือไม่ เช่น ไฟล์วิดีโอ เป็นต้น

**7** ในวันที่สอนบรรยาย ผู้บรรยายควรไปถึงห้องบรรยายก่อนเวลา การได้พูดคุยเล็กน้อยกับผู้เรียนก่อนเริ่มการสอนบรรยายหรือการได้สังเกตกลุ่มผู้เรียนในคาบเรียนก่อนหน้าจะช่วยให้การปรับวิธีการบรรยายเพื่อช่วยกระตุ้นให้เกิดการเรียนรู้ได้ดีขึ้น

**8** ถ้าเป็นการสอนบรรยายครั้งแรกให้กับกลุ่มผู้เรียนนั้นๆ ผู้สอนบรรยายควรเริ่มการบรรยายด้วยการทักทายและสร้างความเชื่อมโยงระหว่างผู้บรรยายกับผู้เรียน เช่น ผู้บรรยายอาจเคยเป็นผู้ฟังในห้องบรรยายนี้มาก่อน หรือ ลูกของผู้บรรยายก็เป็นนักศึกษาเหมือนกับกลุ่มผู้เรียน เมื่อผู้เรียนรู้สึกเชื่อมโยงกับผู้บรรยาย ผู้เรียนจะพยายามตั้งใจฟังการบรรยายมากขึ้น ดังนั้น การสร้างความเชื่อมโยงระหว่างกันและกันนี้ถือเป็นหน้าที่ของผู้สอนบรรยายที่จะช่วยส่งเสริมการเรียนรู้ในผู้เรียน

**9** ผู้สอนบรรยายควรแสดงออกถึงความกระตือรือร้นต่อเรื่องราวที่กำลังบรรยาย ผ่านสีหน้า ท่าทาง การใช้น้ำเสียง หรือการเล่าเรื่องสั้นๆ ของตนเอง เช่น แรงบันดาลใจที่มีต่อหัวข้อที่กำลังบรรยาย ความกระตือรือร้นที่ส่งไปถึงผู้เรียนนอกจากจะช่วยดึงดูดความสนใจของผู้เรียนให้อยู่กับการบรรยายแล้วยังสามารถสร้างแรงบันดาลใจให้กับผู้เรียนได้อีกด้วย

**10** ผู้สอนบรรยายควรแสดงออกถึงความใส่ใจต่อการเรียนรู้ของผู้เรียน เช่น ให้ความรู้ผู้เรียนได้คิดและจดบันทึกเมื่อพูดถึงประเด็นที่เข้าใจยาก ให้โอกาสผู้เรียนได้ถามระหว่างการบรรยาย หรือ การถามผู้เรียนในกรณีที่มีเสียงต่างๆ เกิดขึ้นระหว่างการบรรยาย เมื่อผู้เรียนสัมผัสได้ถึงความใส่ใจของผู้สอนบรรยาย จะส่งผลให้ผู้เรียนใส่ใจการเรียนรู้ของตนเองมากขึ้น

**11** ผู้สอนบรรยายควรแสดงออกถึงความเคารพต่อเวลาของผู้เรียน เช่น เริ่มสอนตรงเวลาแม้ว่าผู้เรียนบางส่วนยังไม่ถึงห้องบรรยาย หรือ สิ้นสุดการสอนบรรยายภายในเวลาที่กำหนด สิ่งเหล่านี้เป็นการสร้างความเคารพซึ่งกันและกันระหว่างผู้บรรยายและผู้เรียน เป็นการสร้างความสัมพันธ์แบบมืออาชีพ (professional relationship) ให้ผู้เรียนเคารพการเรียนรู้ของตนเองและผู้อื่นในห้องบรรยาย



**12** ระหว่างการสอนบรรยาย ผู้บรรยายควรให้สัญญาณ (signpost) แก่ผู้เรียนเป็นระยะๆ เช่น เมื่อเปลี่ยนผ่านระหว่างการบรรยายแต่ละหัวข้อย่อย เมื่อสอนได้ตามแต่ละวัตถุประสงค์การเรียนรู้ เมื่อถึงหัวข้อที่เข้าใจยากอาจต้องตั้งใจฟังเป็นพิเศษ โดยการสรุปเป็นระยะๆ ว่าได้บรรยายเรื่องราวใดหรือหลักการใดไปแล้วบ้างจะช่วยให้ผู้เรียนทราบว่ากำลังเรียนอยู่ในหัวข้อใดของการบรรยาย ซึ่งจะช่วยดึงดูดความสนใจของผู้เรียนที่มีจำกัดให้อยู่กับการบรรยายได้ดีขึ้น

**13** เมื่อต้องการให้ผู้เรียนได้รับข้อมูลหรือหลักการที่สำคัญ ผู้บรรยายควรพูดย้ำเป็นระยะๆ เช่น บอกตั้งแต่เริ่มต้นว่าอะไรสำคัญ บอกในช่วงที่กำลังบรรยายสิ่งสำคัญนั้นๆ และบอกสิ่งสำคัญอีกครั้งในช่วงสรุปการบรรยาย เทคนิคของการพูดย้ำที่ไม่ทำให้น่าเบื่อเกินไป คือ การย้ำหลักการสำคัญโดยใช้ตัวอย่างหรือเรื่องราวที่แตกต่างกันแต่ยังนำไปสู่หลักการสำคัญเดียวกัน

14 สาเหตุที่ทำให้ความน่าสนใจของการบรรยายลดลง ทั้งๆ ที่เป็นปัจจัยที่สามารถหลีกเลี่ยงได้ง่าย คือ การที่ผู้สอนบรรยายอ่านข้อความตามที่เขียนบนสไลด์ติดต่อกันหลายๆ สไลด์ ดังนั้น ผู้บรรยายไม่ควรอ่านสไลด์แบบคำต่อคำให้ผู้เรียนฟัง

15 วิธีที่ช่วยป้องกันไม่ให้ผู้บรรยายอ่านสไลด์ คือ การทำสไลด์โดยใช้ตัวอักษรให้น้อยที่สุด (ใช้เพียงรูปคำศัพท์ หรือ วลีสั้นๆ)

16 ผู้สอนบรรยายควรพัฒนารูปแบบการบรรยายของตนเอง มีความมั่นใจระหว่างการสอนบรรยายและสนุกกับการบรรยาย ผู้นิพนธ์พบจากประสบการณ์ว่าการบรรยายที่มีประสิทธิภาพจะเกิดขึ้นนับตั้งแต่วินาทีที่ผู้ฟังสามารถเชื่อมโยงกับผู้บรรยายผ่านความสนุกของการบรรยาย อย่างไรก็ตาม ความสนุกในบริบทนี้ ไม่จำเป็นต้องมาพร้อมกับความตลกขบขัน แต่เป็นความกระตือรือร้นของผู้บรรยายที่ผู้ฟังสัมผัสได้ระหว่างการบรรยายนั่นเอง



# Interactive lecture

## การส่งเสริมปฏิสัมพันธ์ของผู้เรียน

ผู้สอนบรรยายสามารถส่งเสริมการมีปฏิสัมพันธ์ของผู้เรียนได้หลายวิธี เพื่อความสะดวกและเชื่อมโยงกับเนื้อหาในบทที่ 6 ผู้นิพนธ์ขอแนะนำการจัดการสอนบรรยายอย่างมีปฏิสัมพันธ์ (interactive lecture) ผ่านการประยุกต์ใช้องค์ประกอบของ active learning ได้แก่ feedback (F), activity (A), individualization (I) และ relevance (R) หรือ 'FAIR' ด้วยการผนวก 'FAIR' เข้าไปในขั้นตอนของการเตรียมการบรรยายแบบ traditional lecture

การเตรียมสอนบรรยายอย่างมีปฏิสัมพันธ์ (interactive lecture) สามารถเริ่มได้จากการแบ่ง traditional lecture ออกเป็นการบรรยายย่อย (mini-lecture) ที่มีความยาวประมาณ 10-15 นาที แต่ละการบรรยายย่อยจะครอบคลุมหลักการสำคัญหรือวัตถุประสงค์การเรียนรู้เพียง 1-2 ข้อ โดยระหว่างแต่ละการบรรยายย่อยจะคั่นด้วย “กิจกรรม” เพื่อส่งเสริมให้ผู้เรียนได้คิดทบทวนเนื้อหาจากการบรรยาย เช่น ตอบคำถามที่น่าสนใจหรือร่วมสนทนากับผู้เรียนที่นั่งอยู่ในบริเวณเดียวกัน นอกจากกิจกรรมดังกล่าวจะช่วยส่งเสริมการเรียนรู้ของผู้เรียน ยังเป็นการช่วย ‘reset’ ความจดจ่อต่อการบรรยายของผู้เรียนสำหรับการบรรยายย่อยถัดไปอีกด้วย

เนื้อหาต่อไปนี้จะเน้นการประยุกต์ใช้หลักการ 'FAIR' เพื่อปรับการบรรยายแบบ traditional lecture ไปสู่รูปแบบการสอนบรรยายอย่างมีปฏิสัมพันธ์ (interactive lecture)



## 1 การนำ Feedback มาประยุกต์ใช้กับการสอนบรรยาย

การให้ข้อมูลย้อนกลับ (feedback) ช่วยให้ผู้เรียนได้ประเมินความรู้ของตนเองจากการฟังบรรยาย เพื่อนำไปสู่การวางแผนการเรียนรู้ของผู้เรียนเองต่อไป การประยุกต์ใช้ feedback ที่ง่ายที่สุดระหว่างการบรรยายที่มีผู้เรียนเป็นจำนวนมาก คือ การใช้คำถามที่สัมพันธ์กับเนื้อหาที่บรรยาย โดยผู้บรรยายสามารถเลือกระดับความยากง่ายของคำถาม ให้ผู้ฟังตอบคำถาม จากนั้นผู้บรรยายเฉลยคำถามตามด้วยการให้ข้อมูลย้อนกลับเกี่ยวกับระดับการเรียนรู้ของผู้เรียนจากผลการตอบคำถาม

คำถามที่ใช้เพื่อจุดประสงค์นี้มักเป็นคำถามแบบมีตัวเลือก ซึ่งแต่ละตัวเลือกได้ผ่านการออกแบบมาเพื่อแยกแยะผู้เรียนที่มีความเข้าใจในระดับต่างๆ กัน เมื่อผู้เรียนได้ตอบคำถามด้วยตนเองแล้ว ผู้บรรยายสามารถให้คำแนะนำได้ว่าการเลือกตอบแต่ละตัวเลือกสะท้อนว่าผู้เรียนยังมีความเข้าใจคลาดเคลื่อนเกี่ยวกับเรื่องใดและควรไปศึกษาเพิ่มเติมในส่วนใดบ้าง

ผู้บรรยายสามารถแทรกคำถามได้ตลอดการบรรยาย ขึ้นอยู่กับจุดประสงค์ของคำถาม เช่น

**1** คำถามช่วงเริ่มการบรรยาย มักถามเพื่อใช้ประเมินภาพรวมเกี่ยวกับพื้นฐานความรู้ของผู้เรียนที่มีมาก่อนการบรรยาย

**2** คำถามระหว่างการบรรยาย มักถามหลังจากได้บรรยายเกี่ยวกับหลักการใดหลักการหนึ่งจบไปแล้ว หรือเป็นคำถามทบทวนหลักการก่อนที่จะแสดงการประยุกต์ใช้หลักการนั้นๆ (เป็นคำถามระหว่างแต่ละ mini-lecture)

**3** คำถามช่วงท้ายการบรรยาย ถามเพื่อทบทวนหลักการสำคัญที่บรรยายมาทั้งหมดหรือเป็นคำถามให้ผู้เรียนฝึกการประยุกต์ใช้ความรู้ที่เรียนจากคาบบรรยาย

ผู้บรรยายควรอธิบายให้ผู้เรียนเข้าใจในกระบวนการและให้ผู้เรียนตอบคำถามด้วยตนเอง ผลสัมฤทธิ์ของกิจกรรมนี้จะขึ้นกับการตั้งคำถามและความตั้งใจในการตอบคำถามของผู้เรียน นอกจากนี้ สิ่งสำคัญในการใช้คำถามระหว่างการบรรยาย คือ การรอคำตอบโดยไม่เร่งรัดหรือรีบเฉลยคำตอบ และต้องวางแผนการตอบที่เปิดโอกาสให้ผู้เรียนทุกคนมีโอกาสได้คิดหาคำตอบด้วยตนเองก่อนที่จะเฉลยคำตอบ ตัวอย่างวิธีการที่ทำให้ผู้เรียนแต่ละคนมีโอกาสคิดด้วยตนเอง ได้แก่ การให้ผู้เรียนเขียนคำตอบลงในกระดาษ การใช้ audience response system การสุ่มถามผู้เรียนอย่างน้อยสองถึงสามคนโดยที่ไม่รีบบอกว่าเป็นคำตอบที่ถูกต้องหรือไม่

ในกรณีที่ผู้สอนบรรยายมีคาบบรรยายต่อเนื่องมากกว่า 1 ครั้ง อาจใช้คำถามปิดท้ายคาบบรรยายครั้งก่อนหน้า จากนั้นตรวจดูคำตอบของนักศึกษา เพื่อนำผลการตอบคำถามมาให้เป็นข้อมูลย้อนกลับในการบรรยายครั้งถัดไป



## 2 การนำ Activity มาประยุกต์ใช้กับการสอนบรรยาย

การนำกิจกรรมรูปแบบอื่นๆ นอกเหนือจากการนั่งฟังบรรยายมาใช้ระหว่างการสอนบรรยายช่วยให้ นักศึกษารู้สึกมีส่วนร่วมกับการเรียนรู้อย่างมากขึ้น โดยความสำคัญของกิจกรรมในบริบทนี้อาจไม่ได้อยู่ที่ กิจกรรมการเคลื่อนไหวร่างกาย (physical activity) แต่เป็นกิจกรรมที่ส่งเสริมให้ผู้เรียนมีกิจกรรมทางความคิด (mental activity) กับเนื้อหาการบรรยาย ตัวอย่างรูปแบบกิจกรรมที่ช่วยส่งเสริมการเรียนรู้ระหว่างคาบบรรยาย ได้แก่



**1** Comparative note-taking ให้ผู้เรียนเปรียบเทียบสิ่งที่ตนจดบันทึกกับสิ่งที่ผู้เรียนคนอื่นจดบันทึกระหว่างการบรรยาย เป็นกิจกรรมที่ทำได้ง่าย โดยเฉพาะเมื่อผู้เรียนได้รับ interactive handout หรือ incomplete handout นอกจากจะช่วยตรวจสอบความรู้ของผู้เรียนระหว่างการบรรยายแล้ว ในกรณีที่มีการจดบันทึกต่างกันยังอาจช่วยจุดประกายให้เกิดการสนทนาระหว่างผู้เรียนหรือนำไปสู่คำถามเพิ่มเติมที่น่าสนใจ

**2** Paraphrase ให้ผู้เรียนเขียนสรุปจากความเข้าใจเกี่ยวกับสิ่งที่ได้เรียนรู้ระหว่างการบรรยาย โดยใช้ภาษาของผู้เรียนเอง หรือ ให้ผู้เรียนอธิบายเนื้อหาของการบรรยายโดยไม่ใช้คำศัพท์เฉพาะทางวิชาการ อาจยกสถานการณ์สมมติ เช่น กรณีอธิบายให้เด็กเล็กฟัง หรือ อธิบายให้ผู้ป่วยที่ไม่มีพื้นฐานความรู้ทางชีววิทยาเข้าใจเกี่ยวกับโรคที่เป็น

**3** One-sentence summary ให้ผู้เรียนเขียนสรุปหลักการสำคัญของเนื้อหาการบรรยายในหนึ่งถึงสองประโยค โดยอาจเป็นการสรุปจากแต่ละ mini-lecture หรือ สรุปจากทั้งการบรรยาย กิจกรรมนี้นอกจากจะช่วยให้ผู้เรียนได้ทบทวนสิ่งที่ฟังจากการบรรยายแล้ว ยังช่วยฝึกการสรุปประเด็นสำคัญและฝึกการเขียนที่สั้น กระชับ ตรงประเด็น

**4** Application card ให้ผู้เรียนได้ฝึกประยุกต์ใช้ความรู้จากการบรรยายในสถานการณ์จำลอง สามารถใช้เป็นกิจกรรมที่ช่วยกระตุ้นความคิดของผู้เรียนในช่วงเริ่มต้นของการสอนบรรยาย หรือใช้เป็นกิจกรรมช่วยระดมความคิดจากผู้เรียนเกี่ยวกับการประยุกต์ใช้ความรู้จากการบรรยายไปใช้ในชีวิตจริง

**5** Think-Pair-Share ให้ผู้เรียนตอบคำถามด้วยตนเอง (think) อาจให้เขียนคำตอบลงในกระดาษหรือ handout จากนั้นให้แลกเปลี่ยนคำตอบกับผู้อื่น

เรียนที่นั่งใกล้กัน (pair) เมื่อผู้เรียนได้ปรึกษาและตกลงเกี่ยวกับคำตอบแล้ว ผู้บรรยายอาจเฉลยคำตอบ หรือ สุ่มเรียกให้ผู้เรียนนำเสนอคำตอบต่อผู้เรียนทั้งห้องเรียน (share)

**6** One-minute paper หรือ The clearest and the muddiest points เมื่อสิ้นสุดการบรรยายย่อยแต่ละส่วนหรือการบรรยายทั้งคาบเรียน ให้ผู้เรียนเขียนตอบสั้นๆ ถึงประเด็นสำคัญของการบรรยายโดยใช้เวลาประมาณหนึ่งนาที เช่น ให้เขียนประเด็นที่ผู้เรียนเข้าใจอย่างดีที่สุดหนึ่งประเด็น และเขียนประเด็นที่ยังไม่เข้าใจมากที่สุดหนึ่งประเด็น เพื่อเป็นการกระตุ้นให้ผู้เรียนได้คิดทบทวนถึงเนื้อหาของการบรรยายและทบทวนการเรียนรู้ของตนเอง นอกจากนี้ ผู้สอนบรรยายยังสามารถนำข้อมูลที่ได้นำมาใช้เชื่อมโยงเนื้อหาที่บรรยายกับคาบการเรียนถัดๆ ไป และยังสามารถนำข้อมูลมาช่วยพัฒนาการสอนบรรยายในครั้งต่อไปได้อีกด้วย

**7** Student-generated question ให้ผู้เรียนเขียนโจทย์คำถามรูปแบบต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับเนื้อหาของการบรรยาย เช่น ข้อสอบเติมคำสั้นๆ ข้อสอบถูกหรือผิด หรือ ข้อสอบที่มี 4-5 ตัวเลือก จากนั้นอาจให้ผู้เรียนแลกเปลี่ยนทำโจทย์ดังกล่าว หรือ เก็บโจทย์และเลือกหรือสุ่มมาใช้เป็นคำถามในชั้นเรียน

ผู้บรรยายสามารถวางแผนกิจกรรมโดยใช้เครื่องมือหลายๆ ชนิดร่วมกัน เช่น ให้ผู้เรียนทำกิจกรรม paraphrase หรือ one-sentence summary หรือ application card แล้วต่อด้วย comparative note-taking จากนั้นผู้บรรยายอาจเก็บคำตอบเพื่อตรวจ และให้ข้อมูลย้อนกลับก็ได้ การประยุกต์ใช้กิจกรรมต่างๆ ขึ้นอยู่กับความสำคัญของเนื้อหาส่วนนั้นๆ และเวลาของการบรรยาย



### 3 การนำ Individualization มาประยุกต์ใช้กับการสอนบรรยาย

การสอนบรรยายเป็นรูปแบบการจัดกิจกรรมการเรียนรู้ที่ไม่เอื้ออำนวยต่อการจัดรูปแบบกิจกรรมที่หลากหลายเพื่อตอบสนองผู้เรียนที่มีความแตกต่าง เนื่องจากข้อจำกัดของรูปแบบการสอนแบบบรรยายและสถานที่ โดยเฉพาะห้องบรรยายที่ถูกออกแบบมาให้ผู้เรียนนั่งฟังโดยหันหน้าไปยังหน้าห้องเรียนเป็นหลัก

อย่างไรก็ตาม ผู้บรรยายสามารถเพิ่ม Individualization เพื่อตอบสนองความหลากหลายของผู้เรียนได้ โดยการใช้สื่อประกอบการสอนบรรยายที่หลากหลายให้มีทั้งตัวหนังสือ รูปภาพ แผนภูมิ รวมทั้งภาพเคลื่อนไหวต่างๆ นอกจากนี้ การเพิ่มกิจกรรมที่เปิดโอกาสให้ผู้เรียนได้มีอิสระในการพูดคุยกับผู้เรียนในบริเวณใกล้เคียงยังช่วยตอบสนองความต้องการของผู้เรียนในกลุ่มที่ชอบการเคลื่อนไหวร่างกายอีกด้วย

### 3 การนำ Relevance มาประยุกต์ใช้กับการสอนบรรยาย

ผู้เรียนที่เป็นผู้ใหญ่ (adult learner) จะจดจ่อกับกิจกรรมการเรียนรู้ได้ดีขึ้นเมื่อมองเห็นความเชื่อมโยงของสิ่งที่เรียนกับจุดมุ่งหมายในระยะยาว เช่น การประกอบอาชีพในอนาคต รวมทั้งยังช่วยส่งเสริมให้การเรียนรู้แบบผิวเผิน (superficial learning) พัฒนาเป็นการเรียนรู้ในเชิงที่ลึกซึ้ง (deep learning) อีกด้วย ผู้สอนบรรยายสามารถเชื่อมโยงให้ผู้เรียนเห็นถึง relevance ของบทเรียนกับการนำความรู้ดังกล่าวไปใช้ในอนาคต โดยอาจชี้ให้เห็นความเชื่อมโยงดังกล่าวตั้งแต่ช่วงแรกของบทเรียน ผ่านการเล่าเรื่องจากประสบการณ์จริงของผู้บรรยาย เช่น เรื่องราวของการดูแลรักษาผู้ป่วย หรือนำเสนอผ่านข่าวที่อยู่ในความสนใจของผู้เรียน หรือนำเสนอเชื่อมโยงกับภาพยนตร์ที่มีเนื้อหาเกี่ยวข้องกับบทเรียน อย่างไรก็ตาม ผู้บรรยายอาจใช้วิธีการที่กล่าวถึงในหัวข้อการนำ activity มาประยุกต์ใช้ได้แก่ application card ซึ่งจะช่วยให้ผู้เรียนช่วยกันเชื่อมโยงเนื้อหาของการบรรยายกับการนำไปใช้ในชีวิตประจำวัน เป็นการส่งเสริมให้ผู้เรียนได้เห็น relevance ของเนื้อหาจากการบรรยายเช่นกัน

เอกสารอ้างอิง

1. Cashin EW. Effective lecturing. The IDEA center. Report number: 46, 2010.
2. Lom B. Classroom activities: Simple strategies to incorporate student-centered activities within undergraduate science lecture. The Journal of Undergraduate Neuroscience Education. 2012; 11(1): A64-A71.
3. Graffam B. Active learning in medical education: Strategies for beginning implementation. Medical Teacher. 2007; 29: 38-42.
4. Richardson D. Don't dump the didactic lecture; fix it. Advances in Physiology Education. 2008; 32: 23-24.
5. Millis BJ. Active learning strategies in face-to-face courses. The IDEA center. Report number: 53, 2012.
6. Cantillon P. Teaching large groups. British Medical Journal. 2003; 326: 437-440.
7. Miller CJ, McNear J, and Metz MJ. A comparison of traditional and engaging lecture methods in a large, professional-level course. Advances in Physiology Education. 2013; 37: 347-355.
8. Ambrose SA, Bridges MW, DiPietro M, Lovett MC, and Norman MK. How Learning Works: Seven research-based principles for smart teaching. San Francisco; Jossey-Bass Publishing: 2010.
9. Brown G. and Manogue M. AMEE Medical Education Guide No. 22: Refreshing lecturing: a guide for lecturers. Medical Teacher. 2001; 23: 2311-244.
10. How to create memorable lecture. The Center for Teaching and Learning, Stanford University, USA. Newsletter: 14, 2005.

“

**สรุป** การสอนบรรยายอย่างมีปฏิสัมพันธ์ (interactive lecture) เป็นรูปแบบการสอนที่ช่วยให้ผู้เรียนจดจ่อกับการบรรยายได้ดีขึ้นกว่าการบรรยายทั่วๆ ไป (traditional lecture) เมื่อผู้เรียนจดจ่อและมีส่วนร่วมกับเนื้อหาการบรรยายมากขึ้นก็จะช่วยส่งเสริมให้เกิดการเรียนรู้ในตัวผู้เรียนมากขึ้น การปรับรูปแบบการสอนสู่การบรรยายอย่างมีปฏิสัมพันธ์สามารถทำได้โดยประยุกต์หลักการของ active learning หรือ 'FAIR' เข้ากับการบรรยาย โดยอาจเริ่มจากการแบ่งการบรรยายออกเป็นส่วนย่อยๆ สลับกับการทำกิจกรรมสั้นๆ ที่ส่งเสริมให้ผู้เรียนได้คิดทบทวนเนื้อหาจากการบรรยายและมีการปรึกษาพูดคุยกับนักศึกษาที่นั่งอยู่ในบริเวณใกล้ๆ กัน

# SHEE Sharing

## Attitudes and Habits of Highly Humanistic Surgeons : A Single-Institution, Mixed-Methods Study



uw.บุญญภัทร มาประไพร์

ผู้ช่วยอาจารย์ศูนย์ความเป็นเลิศด้านการศึกษาวิทยาศาสตร์สุขภาพ

Humanism หรือการดูแลผู้ป่วยด้วยหัวใจของความเป็นมนุษย์ คือการประยุกต์ใช้ความรู้และทักษะทางวิทยาศาสตร์การแพทย์ (scientific knowledge and technical skills) โดยคำนึงถึงและเคารพซึ่งความรู้สึก สังคม และวัฒนธรรมของผู้ป่วยตามปัจเจกบุคคลและครอบครัวของผู้ป่วย เป็นองค์ประกอบและเป็นลักษณะที่โรงเรียนวิทยาศาสตร์สุขภาพตั้งใจส่งเสริมให้เกิด และมีความสำคัญอย่างยิ่งต่อการดูแลผู้ป่วยโดยเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (patient-centered care) ทว่าในปัจจุบันมีหลายภาวะที่ส่งผลให้ humanism ของแพทย์ลดน้อยถอยลง อาทิ ภาวะหมดไฟ (burnout) โดยเฉพาะอย่างยิ่งในแพทย์ประจำบ้าน ในความเป็นจริงแล้วภาวะหมดไฟและการลดน้อยถอยลงของ humanism ในแพทย์เกิดขึ้นในทุกสาขาวิชาและทุกระดับ โดยเฉพาะสาขาวิชา ศัลยศาสตร์ที่ประสบปัญหาหมดไฟของแพทย์ประจำบ้านสูงถึง 70% ด้วยลักษณะงานที่มีความกดดัน มีรูปแบบการทำงานเฉพาะตัว อย่างไรก็ตามมีศัลยแพทย์ไม่น้อยที่สามารถรักษาและเป็นแบบอย่างที่ดีของ humanism ได้ การศึกษาและเรียนรู้ว่าปัจจัยใดที่ส่งเสริม humanism และ/หรือป้องกันการเกิด burnout ในศัลยแพทย์น่าจะเป็นส่วนสำคัญที่ช่วยให้เราสามารถป้องกันและชะลอความถดถอยของ humanism ในแพทย์ประจำบ้าน ศัลยกรรมและศัลยแพทย์ได้

ในบทความนี้ผู้เขียนได้เลือกผลงานวิจัยเรื่อง Attitudes and Habits of Highly Humanistic Surgeons: A Single-Institution, Mixed-Methods Study โดย Robert A. Swendiman และคณะ ซึ่งตีพิมพ์ในวารสาร Academic Medicine ปี 2019 มานำเสนอให้ผู้อ่านทุกท่าน การศึกษาชิ้นนี้ทำขึ้น ณ โรงเรียนแพทย์ของ University of Pennsylvania โดยทำการศึกษาในกลุ่มอาจารย์ศัลยกรรมที่ได้รับรับการเสนอชื่อโดยแพทย์ประจำบ้านว่าเป็นแบบอย่างและเปี่ยมด้วย humanism ว่าอาจารย์เหล่านี้มีทัศนคติ (attitude) และอุปนิสัย (habits) ใดที่ส่งเสริมและประคอง humanism ได้เป็นอย่างดี และทัศนคติและอุปนิสัยดังกล่าว มีผลอย่างไรต่อความเห็นอกเห็นใจ (empathy) ภาวะหมดไฟ (burnout) และ professionalism



### การดำเนินการวิจัย (Methodology)

งานวิจัยเป็นลักษณะผสมวิธี (mixed-method) ซึ่งประกอบด้วยการทำวิจัยแบบสอบถามจากแพทย์ประจำบ้าน แบบสอบถามคุณลักษณะทั่วไปของอาจารย์ศัลยกรรมที่ได้รับเลือก และการสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง (semi-structured interview) โดยเริ่มต้นจากการรวบรวมแบบสอบถามเสนอรายชื่อจากแพทย์ประจำบ้านที่ผ่านการปฏิบัติงานอยู่ ณ โรงเรียนแพทย์ของมหาวิทยาลัย Pennsylvania ตั้งแต่ช่วงมิถุนายน 2016-มิถุนายน 2018 ผลจากแบบสอบถามพบว่า มีอาจารย์ศัลยแพทย์ทั้งสิ้น 72 ท่านที่ได้รับการเสนอชื่อ ประกอบด้วยเป็นศัลยแพทย์ชาย 58 ท่าน และหญิง 14 ท่าน โดยทั้ง 72 รายชื่อดังกล่าวถูกคัดเลือกโดยปริมาณผู้ได้รับความถี่เสนอชื่อสูงสุด มาทั้งหมด 10 อันดับแรก

ศัลยแพทย์ทั้งหมด 10 ท่านที่ได้รับเลือกจะได้รับการสัมภาษณ์ โดยผู้ร่วมวิจัย 3 คน และถอดบทสัมภาษณ์เป็นลายลักษณ์อักษร หลังจากนั้นบทสัมภาษณ์จะถูกวิเคราะห์แก่นสาระ (thematic analysis) เพื่อหาทัศนคติ และอุปนิสัยโดยผู้ร่วมวิจัย 4 คน จนกระทั่งได้แก่นสาระอิมตัวร่วมกัน

# SHEE Sharing

## คำถามวิจัย

1. อะไรคือทัศนคติ (attitude) และอุปนิสัย (habits) ที่มีร่วมกันของอาจารย์ศัลยแพทย์ที่มี humanism สูง และศึกษาต่อว่าลักษณะที่มีร่วมกันดังกล่าว มีผลอย่างไรต่อความเห็นอกเห็นใจ (empathy) ภาวะหมดไฟ (burnout) และ professionalism
2. ศัลยแพทย์ที่มี humanism ที่สูง มีแนวทางอย่างไรในการแสดงความใส่ใจต่อการรักษาผู้ป่วยศัลยกรรม
3. เปรียบเทียบระหว่างการศึกษาลักษณะเดียวกันในคณาจารย์จากภาควิชา อายุรศาสตร์ จากการศึกษาที่คล้ายคลึงกันก่อนหน้านี้ในปี 2014 ว่ามีความแตกต่างกันหรือไม่อย่างไร

## ผลการศึกษา

พบแก่นสาระร่วมกันทั้งหมด 3 ทัศนคติ (3 strong attitudes) 5 อุปนิสัย (5 habits) และอีก 2 แก่นสาระสำคัญเพิ่มเติมที่ศัลยแพทย์ที่ได้รับการเสนอชื่อว่ามีประกอบด้วย

## ทัศนคติ

1. **Humility** คือความรู้สึกโชคชะตา/รู้สึกได้รับเกียรติที่ได้ดูแลความเจ็บป่วยของผู้ป่วย
2. **Responsibility** ความรับผิดชอบต่อนหน้าที่ที่ต้องทำ รับผิดชอบต่อผู้ป่วย
3. **Standard of behavior** นำใจเข้ามาใส่ใจเรา อยากให้ปฏิบัติต่อตนเองเช่นไร ก็พึงปฏิบัติต่อผู้อื่นเช่นนั้น (อัตตานิ้ง อุปมั้ง กร)

## อุปนิสัย

1. ตกผลึกและสะท้อนคิดกับตนเองอยู่เสมอ (Self-reflection 8/10) โดยการตกผลึกและสะท้อนความคิดทำให้ได้ประเมินตนเองทั้งด้านเทคนิคการผ่าตัดและการสื่อสารกับผู้ป่วย รวมไปถึง active

mindfulness ซึ่งทำให้พร้อมกับการเจอผู้ป่วยในอนาคต และสามารถหล่อเลี้ยง humanism ไว้ได้

2. มีสัมพันธภาพที่มีความหมายกับผู้ป่วย (Meaningful connections with patients 8/10) ผู้ร่วมวิจัยส่วนใหญ่ให้ความเห็นว่าความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างผู้ป่วยเป็นหนึ่งในรางวัลหล่อเลี้ยงจิตใจในฐานะแพทย์ และการให้ความสำคัญกับปฏิสัมพันธ์อย่างเพื่อนมนุษย์มากกว่าแค่ความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์และผู้ป่วยช่วยให้สามารถส่งมอบการดูแลที่ดีให้แก่ผู้ป่วยได้
3. ความสัมพันธ์ส่วนตัวและความสำคัญกับเพื่อนร่วมงาน (Personal and professional relationships 8/10) ครอบครัว เพื่อนพ้อง และเพื่อนร่วมงาน มีความสำคัญอย่างยิ่ง โดยส่วนใหญ่ให้ความเห็นว่า ความสัมพันธ์ที่ดีเหล่านี้สร้าง emotional support ช่วยทำให้คำมั่นสัญญาวิชาชีพแข็งแกร่งและแข็งแกร่งมากขึ้น
4. มีความสุขสนุกในระหว่างทำงาน (Having fun at work 5/10) การทำงานในสายอาชีพ academia คือการเจอสิ่งใหม่ ๆ เสมอ รวมไปถึงยังมีหน้าที่สอนทำงาน และทำวิจัย ทำให้ได้สลับบทบาท ไม่น่าเบื่อ ไม่จำเจ มองและตั้งเป้าหมายตามความเป็นจริง ลด burnout และประคอง humanism ในฐานะศัลยแพทย์ได้อย่างดี
5. ยินดีถ่ายทอดและส่งต่อให้ศิษย์ (Paying it forward to trainees 7/10) ส่งต่อให้ศิษย์ มองการได้สอนศิษย์เป็นหน้าที่ที่ยิ่งใหญ่ ยินดีเสมอที่จะได้สอนและทำหน้าที่ถ่ายทอด

นอกเหนือจากทัศนคติ และอุปนิสัยแล้ว ยังมีอีก 2 แก่นสาระสำคัญคือ

1. ความสำคัญของการมีแพทย์ที่เป็นต้นแบบ (Importance of physician role models 10/10) ศัลยแพทย์ทุกท่านกล่าวถึง และสามารถระลึกถึงครูแพทย์ที่เป็นต้นแบบของตนเองได้อย่างชัดเจน
2. ไม่ได้ให้ความสำคัญมากนักกับประเด็นเรื่องความสมดุลระหว่างชีวิตและงาน (Relatively low priority of work-life balance 6/10) ศัลยแพทย์เกินครึ่งให้ความเห็นว่า work-life balance ไม่ได้มีความสำคัญต่อ humanism โดยส่วนบางท่านให้ความเห็นและสนับสนุนมุมมองของงานและชีวิตเป็นส่วนผสมของกันและกัน (work-life “integration”) และเป็นเนื้อเดียวกันมากกว่า work-life “coexistence.” มากกว่า

ส่วนที่น่าสนใจคือเมื่อเทียบทัศนคติและอุปนิสัยที่ศึกษาได้นี้กับการศึกษาก่อนหน้าในอาจารย์ภาควิชาอายุรศาสตร์ พบว่าทัศนคติส่วนใหญ่เป็นไปในทิศทางเดียวกัน โดยมีความต่างกันบางด้าน เช่น ด้าน การมีความสุขสนุกในระหว่างทำงาน (having fun at work) ของศัลยแพทย์ กับความอยากรู้อยากเห็นใคร่รู้ในโรคและปัญหาของผู้ป่วย (curiosity) ของอายุรแพทย์ หรือในประเด็นเรื่องครูต้นแบบศัลยแพทย์ทั้งหมดให้ความสำคัญของการมีแพทย์ที่เป็นต้นแบบ (importance of physician role models) ในขณะที่อายุรแพทย์อาจจะให้ความสำคัญกับการให้ความสำคัญกับการดำรงตนให้เป็นต้นแบบแก่แพทย์รุ่นน้องมากกว่า (active role modeling of humanism to trainees) และการที่ศัลยแพทย์ให้ความสำคัญความสมดุลของงานและชีวิตที่น้อยกว่าอายุรแพทย์ (relatively low priority of work-life balance VS striving to achieve balance)

อาจารย์ศัลยแพทย์	อาจารย์อายุรศาสตร์
Humility	
Standard of behaviour	
Responsibility	
<b>Reflection</b>	
“Having fun” at work	Curiosity
Importance of physician role models	Active role modeling of humanism to trainees
Low prioritization of work-life balance	Striving to achieve work-life balance



## การประยุกต์ใช้

งานวิจัยนี้มีระเบียบวิธีวิจัยเหมาะสมกับคำถามวิจัย มีการเก็บข้อมูลเชิงปริมาณที่มีส่วนช่วยการแปลผลข้อมูลแก่นสาระที่ได้สกัดไว้ เช่น ระยะเวลาทำงานต่อสัปดาห์ สถานภาพการแต่งงาน และอธิบายถึงหลักการการได้มาของอาจารย์ศัลยแพทย์ทั้ง 10 ท่าน ไปจนถึงเครื่องมือที่ใช้ได้ความเหมาะสมชัดเจนที่น่าสนใจอย่างมากคือมีการเทียบเคียงกับงานวิจัยซึ่งเคยศึกษาก่อนหน้านี้ ทำโดย corresponding author ในอาจารย์อายุรศาสตร์ ปี 2014 ซึ่งทำให้งานวิจัยนี้สามารถประยุกต์ใช้ได้หลายบริบทดังนี้

### นักศึกษาและแพทย์ประจำบ้าน

นักศึกษาแพทย์และแพทย์ประจำบ้านในฐานะ trainee อาจจะมีการทำงานที่เปลี่ยนสถานที่ที่ยังไม่มีโอกาสได้สร้างสัมพันธ์ภาพระยะยาวจากการติดตามผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง แต่ทัศนคติที่ส่งเสริม humanism เช่น การสร้างความรู้สึกยินดีที่ได้เป็นส่วนหนึ่งในการดูแลผู้ป่วย ความรับผิดชอบ และอุปนิสัย เช่น self-reflection การรักษาความสัมพันธ์กับเพื่อนร่วมงานและครอบครัว ที่สอนน้อง การมองหาครูและแพทย์ที่เป็นต้นแบบทางวิชาชีพและการใช้ชีวิต ก็จะช่วยส่งเสริมและเป็นรากฐานที่ทำให้เติบโตเป็น staff/faculty ที่มีคุณภาพในอนาคต

### อาจารย์แพทย์/แพทย์

อุปนิสัยหลายอย่างที่เป็นส่วนที่มีร่วมกันที่ส่งเสริม humanism ซึ่งสามารถนำมาพัฒนาให้เกิดขึ้นกับการทำงาน เช่น self-reflection มุมมองที่จะสนุกต่อการทำงานที่มีความท้าทายและมีหลายบทบาท การมีความสุขที่จะถ่ายทอดและสอนนักเรียนและ young staff เป็นต้น

## โรงเรียนวิทยาศาสตร์สุขภาพ

งานวิจัยฉบับนี้มีความน่าสนใจที่การรักษาในระดับ humanism เช่น การลดภาวะหมดไฟ ในแพทย์ที่เฉพาะทางแตกต่างกัน อาจจะมีมุมมองและวิธีการที่ไม่เหมือนกัน เช่น อายุรแพทย์อาจจะให้ความสำคัญกับความสมดุลของงานและชีวิต ในขณะที่ศัลยแพทย์มีมุมมองว่างานเป็นส่วนหนึ่งกับชีวิตและการทำงาน การมีความสุขกับที่ทำงานหล่อเลี้ยงความรู้สึกมีคุณค่า ดังนั้นแนวทางการพัฒนาในอนาคตเพื่อให้ตอบโจทย์ความแตกต่างอาจจะเป็นการสร้าง social resilience และการสร้างให้เกิดบรรยากาศการทำงานที่มีความสุขและมีความหมาย อาจจะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้นร่วมไปกับการพยายามจัดสรรเวลาการทำงานอย่างมีประสิทธิภาพ

### งานวิจัยด้านการศึกษาในอนาคต

ข้อมูลดังกล่าวเป็นข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างของอาจารย์แพทย์ที่แพทย์ประจำบ้านมองว่าเป็นครูที่มี humanism อย่างไรก็ตาม การต่อยอดงานวิจัยอาจจะได้ศึกษาเพิ่มเติมในมุมมองของสหสาขาวิชาชีพ ซึ่งอาจได้ลักษณะกลุ่มตัวแทนใหม่ ๆ ที่ครอบคลุมมากยิ่งขึ้น รวมถึงการศึกษามุมมองระดับแพทย์ประจำบ้านที่มีความสุขในการทำงานการดูแลผู้ป่วย ผู้เขียนเชื่อเป็นอย่างยิ่งว่างานวิจัยในลักษณะเดียวกันในบริบทของประเทศไทยอาจทำให้เห็นทัศนคติและอุปนิสัยที่เหมาะสมกับบริบทโรงเรียนวิทยาศาสตร์สุขภาพของประเทศไทยมากยิ่งขึ้น



โอกาส  
มาถึงแล้ว



มหาวิทยาลัยมหิดล  
คณะแพทยศาสตร์  
ศิริราชพยาบาล



# หลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการศึกษาวิทยาศาสตร์สุขภาพ

## รับสมัครนักศึกษา ระดับปริญญาโท ปีการศึกษา 2566

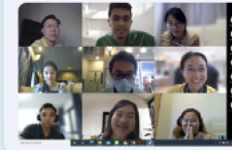


✓ รูปแบบการเรียนเลือกได้!

Face to face



Synchronous  
online



Asynchronous  
online



### “อิสระทางการเรียนรู้ สู่การปฏิบัติจริงและนำไปใช้ได้”



แพทย์



นักวิชาการศึกษา



ทันตแพทย์



อาจารย์ในหลักสูตร  
วิทยาศาสตรสุขภาพ



พยาบาล



ผู้ที่มีใจรักในการศึกษา

เรียนนอกเวลาราชการ



เรียนได้ทั้งแบบในห้องเรียน และทางไกล



กำหนดการเปิดรับสมัคร  
รอบที่ 2

สมัครออนไลน์ผ่านทางเว็บไซต์  
graduate.mahidol.ac.th/thai

1 เมษายน - 15 พฤษภาคม 2566

\*เปิดเรียน 7 สิงหาคม 2566



ศึกษารายละเอียด  
เพิ่มเติม



สมัครเรียน

ติดต่อ  
สอบถาม

☎ 02 419 6637 (คุณรัตนสุดา)

✉ sihse.edu@gmail.com

📘 mahidol.sihse

🌐 shee.mahidol.ac.th/master

# การนำวิจัยเชิงชาติพันธุ์วรรณนาแบบเจาะจงมาประยุกต์ใช้ในการศึกษาวิทยาศาสตร์สุขภาพ



**อ. ดร.เกียรติยศ กุลเดชชัยชาญ**

อาจารย์ประจำศูนย์ความเป็นเลิศด้านการศึกษาวิทยาศาสตร์สุขภาพ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

วิจัยเชิงชาติพันธุ์วรรณนา(Ethnographic research) เป็น วิจัยเชิงคุณภาพที่มุ่งศึกษาวัฒนธรรม พฤติกรรม ค่านิยม ทศนคติ การใช้ชีวิตประจำวันของกลุ่มคน ผ่านการเล่าเรื่องอย่างละเอียดของนักวิจัยจากสิ่งที่ตัวเองได้สัมผัสให้ผู้อ่านฟัง

สิ่งที่ทำให้งานวิจัยนี้แตกต่างจากงานวิจัยอื่น มี 2 ประเด็น คือ

## 1 มุ่งสนใจศึกษาวัฒนธรรมด้วยวิธีการสังเกตและสัมภาษณ์

เช่น งานวิจัยเรื่อง เด็กชายในชุดขาว: วัฒนธรรมของนักศึกษาในโรงเรียนแพทย์ (Boys in white: student culture in medical school) ในปี ค.ศ.1961 ที่นักวิจัยตีแผ่ตารางเวลา การใช้ชีวิตประจำวันของนักศึกษาแพทย์ (ซึ่งในสมัยนั้นเกือบทั้งหมดเป็นผู้ชาย) ที่ดิ้นรนเพื่อผ่านแบบทดสอบและปฏิบัติหัตถการที่อาจารย์คาดหวังให้ทำได้ พวกเขาซึมซับเข้าใจวัฒนธรรมการเป็นแพทย์มาจากแรงกดดันของเพื่อนและรุ่นพี่ เรียนรู้วิธีการเจรจาต่อรองในโรงพยาบาลเพื่อความอยู่รอด นักวิจัยจึงต้องอยู่ใกล้ชิดจนเข้าใจวิถีชีวิตและความคิดของนักศึกษาแพทย์แต่ละคนได้

## 2 เน้นทำความเข้าใจแบบองค์รวมและอธิบายบริบทภูมิหลังอย่างละเอียด

เช่น งานวิจัยเรื่อง นักศึกษาแพทย์ (The Student Physician) ในปี ค.ศ.1957 ที่นักวิจัยเก็บข้อมูลกับนักศึกษาแพทย์จากหลายหลักสูตรในโรงเรียนแพทย์เพื่ออธิบายว่า กระบวนการเรียนการสอนให้นักศึกษาเป็นแพทย์ของแต่ละสถาบันแตกต่างกันอย่างไร และผลจากการสอนแบบนี้ทำให้นักศึกษาแพทย์ที่เรียนหลักสูตรทดลองรู้สึกและต้องปรับตัวอย่างไร (เพราะในอดีตความรู้ด้านการศึกษาวิทยาศาสตร์สุขภาพยังไม่ชัดเจน เหมือนตอนนี้) งานวิจัยนี้ทำให้เห็นผลของวิธีการสอนระหว่างโรงเรียนแพทย์ วิทยาลัยการแพทย์ โรงพยาบาลและตัวนักศึกษาแพทย์เชื่อมโยงกันเป็นองค์รวม

ดังนั้น หากมีใครสนใจจะทำวิจัยเชิงชาติพันธุ์วรรณนา สิ่งแรกที่ผมจะถาม คือ คำถามวิจัยคุณเกี่ยวข้องกับวัฒนธรรม ความเชื่อ พฤติกรรม วิถีชีวิตของคนในการศึกษาวิทยาศาสตร์สุขภาพหรือไม่ ถ้าใช่ คำถามถัดมาคือ มีเวลาที่จะคลุกวงในเพื่อสังเกต สัมภาษณ์และอ่านเอกสารของกลุ่มคนที่สนใจแค่ไหน ถ้าไม่รีบ คำถามสุดท้ายคือ คุณจะเข้าถึงกลุ่มคนที่สนใจได้ไหมและอย่างไร ถ้าตอบได้หมดแสดงว่า เป็นวิจัยเชิงชาติพันธุ์วรรณนาและเก็บข้อมูลได้จริง จากที่กล่าวมาทั้งหมดนี้ทำให้ผู้อ่านหลายคนมีภาพจำว่า ถ้าใครสนใจจะทำวิจัยประเภทนี้ต้องไปฝังตัวเพื่อศึกษาวิถีชีวิตของกลุ่มคนในวงการการศึกษาวิทยาศาสตร์สุขภาพอยู่กันหลายปีจึงออกมาได้



ในปัจจุบันมีการปรับวิจัยเชิงชาติพันธุ์วรรณนาให้ลดเวลาเก็บข้อมูลน้อยลง โดยยังคงมุ่งศึกษาวัฒนธรรม คุณค่าค่านิยม ทักษะคติ การใช้ชีวิตของกลุ่มคนเช่นเดิม แต่ค้นคว้าข้อมูลจากเอกสารก่อนลงพื้นที่มากขึ้น เลือกเฉพาะบริบทที่ใกล้เคียงกับประสบการณ์เดิมผู้วิจัย เลือกผู้ให้ข้อมูลเฉพาะคนที่ตอบคำถามวิจัยได้ ไม่มุ่งเน้นมองในภาพรวมของทั้งบริบท เปลี่ยนมาวิจัยเฉพาะประเด็นที่สนใจ เช่น ปฏิสัมพันธ์ระหว่างนักศึกษาแพทย์กับสหสาขาวิชาชีพ เฉพาะกลุ่มคนที่สนใจ เช่น ผู้เรียน ผู้ป่วยหรือญาติผู้ป่วย พยาบาล อาจารย์ ฯลฯ หรือมุ่งศึกษาพื้นที่สนใจ เช่น การทำงานและเรียนรู้ในห้องฉุกเฉิน ในตึกกายวิภาค ในหอผู้ป่วยนอก ฯลฯ ซึ่งนักวิจัยเชิงคุณภาพรุ่นใหม่เรียกว่าวิธีการนี้ว่า วิจัยเชิงชาติพันธุ์วรรณนาแบบเจาะจง (Focused ethnographic research) ซึ่งมีข้อแตกต่างจากวิจัยเชิงชาติพันธุ์วรรณนาแบบดั้งเดิม ดังตาราง

วิจัยเชิงชาติพันธุ์วรรณนา	แบบเจาะจง	แบบดั้งเดิม
1. ประเด็นสำคัญ	<ul style="list-style-type: none"> <li>- วิจัยประยุกต์เพื่อทำความเข้าใจ นำไปใช้แก้ปัญหาในกลุ่มคนเล็กๆ</li> <li>- วิจัยศึกษาในขอบเขตชัดเจน บริบทวัฒนธรรมที่คุ้นเคย เข้าพื้นที่เป็นช่วงเวลา เมื่อมีเหตุการณ์สำคัญที่สนใจเก็บข้อมูล</li> <li>- มีข้อมูลความรู้ล่วงหน้าก่อนลงพื้นที่</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- วิจัยพื้นฐานเพื่อหาข้อมูลความรู้ทางวิชาการของกลุ่มคน</li> <li>- วิจัยในภาพกว้างและลึกทุกมิติในพื้นที่ต่างวัฒนธรรม อยู่ตลอดระยะเวลาศึกษา</li> <li>- ได้รับข้อมูลความรู้ ก็ต่อเมื่อเข้าไปในพื้นที่</li> </ul>
2. วิธีเก็บข้อมูล	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ขั้นตอนการวางแผนที่ค่อนข้างยาว</li> <li>- บันทึกเสียง/ภาพถ่าย/ภาพเคลื่อนไหว</li> <li>- เก็บข้อมูลเฉพาะเรื่องที่น่าสนใจ</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- การวางแผนสั้น ลงไปลุยในพื้นที่เลย</li> <li>- เขียนบันทึกข้อมูลจากการลงพื้นที่</li> <li>- เก็บข้อมูลทุกเรื่องที่พบเห็น</li> </ul>
3. บทบาทของนักวิจัย	<ul style="list-style-type: none"> <li>- เข้าไปสังเกต สัมภาษณ์คนในพื้นที่ แบบเป็นทางการในระยะเวลาสั้นๆ ได้ข้อมูลไม่ลึก ไม่มีความสัมพันธ์กับใครที่ไม่เกี่ยวข้อง</li> <li>- เลือกผู้ให้ข้อมูลที่สำคัญแบบเฉพาะเจาะจง</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- สังเกตและสัมภาษณ์ในระยะเวลา ยาวนาน หลายครั้ง ได้ข้อมูลลึก คนในพื้นที่ยอมรับและรู้ว่า กำลังเก็บข้อมูลอยู่</li> <li>- เก็บข้อมูลกับทุกคนที่ใกล้ชิดกัน</li> </ul>
4. การวิเคราะห์ข้อมูล	<ul style="list-style-type: none"> <li>- เก็บข้อมูลไปวิเคราะห์ไปพร้อมกัน</li> <li>- ให้ความสำคัญกับการตรวจสอบสามเส้า</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- เก็บและวิเคราะห์ข้อมูลแยกจากกัน</li> <li>- ให้ความสำคัญกับประสบการณ์ที่ได้</li> </ul>

ปัจจุบันมีคนที่วิจัยเชิงชาติพันธุ์วรรณนาแบบเจาะจงในการศึกษาวิทยาศาสตร์สุขภาพจำนวนมาก ผู้เขียนขอยกตัวอย่างงานวิจัย 3 เรื่องที่น่าสนใจ ดังนี้ เรื่องแรก การวิจัยเชิงชาติพันธุ์วรรณนาแบบเจาะจงในนักศึกษาพยาบาลที่ใช้การสัมภาษณ์เพื่อการสร้างแรงจูงใจ วัตถุประสงค์เพื่ออธิบายวิธีเรียนรู้และการใช้การสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจระหว่างฝึกประสบการณ์ทางคลินิก ในบริบทการบริการปฐมภูมิเพื่อสร้างเสริมสุขภาพลดความเสี่ยงของหลอดเลือดอุดตัน ผู้ให้ข้อมูลคือนักศึกษาพยาบาลระดับปริญญาตรีชั้นปีที่ 3 จำนวน 20 คน ผู้ป่วยจำนวน 16 คนและอาจารย์ผู้สอน 2 คนในประเทศแคนาดา ผู้วิจัยเป็นอาจารย์ในมหาวิทยาลัยที่มีประสบการณ์เดิมในหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต เก็บข้อมูลโดยใช้วิธีการสังเกตแบบมีส่วนร่วม บันทึกภาคสนาม สัมภาษณ์เชิงลึกและสนทนากลุ่ม วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้กรอบทฤษฎีทางสังคมวิทยา

เรื่องถัดมา เปิดกล่องดำ : การสังเกตวิธีสอนวิธีเรียนรู้และปฏิสัมพันธ์ของผู้ฝึกอบรมในระหว่างการออกตรวจในหอผู้ป่วยเด็ก วัตถุประสงค์เพื่อทำความเข้าใจวิธีการสอนและเรียนรู้ผ่านปฏิสัมพันธ์ในระหว่างการออกตรวจในหอผู้ป่วย ผู้ถูกสังเกต คือนักศึกษาแพทย์ชั้นปีที่ 4 ขึ้นไปและแพทย์ประจำบ้านภาคศึกษาศาสตร์ ผู้สังเกตคืออาจารย์แพทย์จำนวน 2 คน สังเกตผู้ฝึกอบรม 30 คนเป็นเวลา 3 เดือน เก็บข้อมูลโดยเริ่มต้นจากการทำการสำรวจประเมินความต้องการจำเป็น ผู้วิจัยใช้แบบสังเกตขณะปฏิบัติงานเป็นมาตรวัด 5 ระดับ และเขียนบันทึกภาคสนาม

จากที่กล่าวมาจะให้เห็นได้ว่า วิจัยเชิงชาติพันธุ์วรรณนาแบบเจาะจงได้ถูกพัฒนาให้นำมาใช้ได้จริงได้ง่ายขึ้นแล้ว และผู้เขียนเชื่อว่าในโรงเรียนวิทยาศาสตร์สุขภาพยังมีกลุ่มคนที่มีวัฒนธรรมและวิถีชีวิตแตกต่างกันออกไปตามบริบทภาคควาหรือสาขาวิชาชีพมากมายที่หลายคนยังไม่รู้ ถ้าหากผู้อ่านท่านใดสนใจจะทำวิจัยแนวนี้ แต่ไม่แน่ใจว่าทำอย่างไรก็ติดต่อผ่านเราได้ที่คลินิกปรึกษาการศึกษา จองนัดหมายเพื่อพูดคุยกับผู้เชี่ยวชาญหลากหลายสาขาผ่านทางระบบออนไลน์ได้ฟรีครับ แค่นี้ SHEE Consult แล้วเจอกันนะครับ



เรื่องสุดท้าย อารมณ์และการเรียนรู้ทางคลินิก จากการทำงานกับสหสาขาวิชาชีพในหอผู้ป่วยนอก วัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลการรายงานตนเองและสังเกตความสัมพันธ์ระหว่างกิจกรรมการเรียนรู้ ผลลัพธ์ และอารมณ์ของนักศึกษาในการเรียนรู้ร่วมกับสหสาขาวิชาชีพในคลินิกออร์โธปิดิกส์ หอผู้ป่วยนอก ผู้ให้ข้อมูลและผู้ถูกสังเกต คือ นักศึกษาแพทย์ชั้นปีที่ 6 และนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 3 โดยอาจารย์และพยาบาลจะช่วยกันเลือกผู้ป่วยที่เหมาะสมให้ทำงานร่วมกัน 2 วันต่อสัปดาห์ รวมระยะเวลา 12 วัน คิดเป็นจำนวนทั้งหมด 72 ชั่วโมงที่ปฏิบัติงานร่วมกัน เก็บข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์ สังเกตแบบมีส่วนร่วมโดยใช้บันทึกภาคสนามและให้นักศึกษาเขียนรายงานสะท้อนคิดตนเอง ใช้การวิเคราะห์เนื้อหา

# การสร้าง E-Portfolio ด้วย WIX



**ผศ. ดร.วรวรรณ วาณิชยเจริญชัย**

อาจารย์ประจำศูนย์ความเป็นเลิศด้านการศึกษาวิทยาศาสตร์สุขภาพ  
คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล

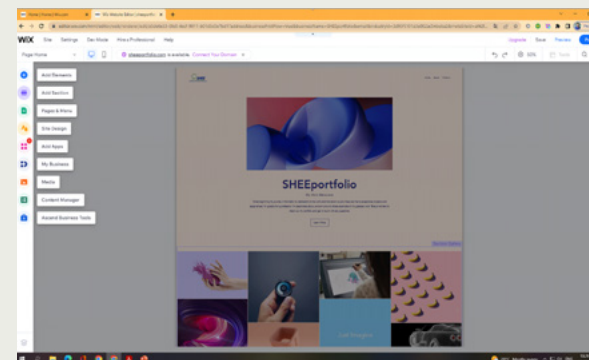
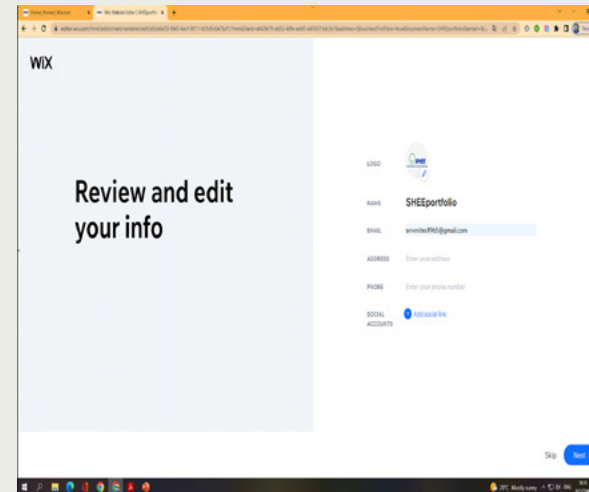
ในปัจจุบันการประเมินผลผู้เรียนนั้นสามารถทำได้หลากหลายรูปแบบ หนึ่งในรูปแบบที่เป็นที่นิยมใช้ซึ่งเป็นวิธีการประเมินผลโดยรวมจากผลงานที่ผู้เรียนนั้นได้ทำหรือได้ปฏิบัติ นั่นคือ Portfolio หรือ แฟ้มสะสมผลงาน ซึ่งสามารถทำได้ทั้งในรูปแบบที่เป็นรูปเล่ม หรือเป็นชิ้นงานอิเล็กทรอนิกส์ ในบทความนี้ผู้เขียนจะแนะนำเว็บไซต์ที่จะช่วยทำให้ผู้เรียนของท่านสามารถสร้าง e-portfolio ผ่านเว็บไซต์ที่สามารถเข้าถึงได้ง่ายและใช้งานได้สะดวก

WIX เป็นเครื่องมือที่ใช้ในการสร้างเว็บไซต์ ท่านสามารถเลือกรูปแบบของเว็บไซต์ที่จะสร้างได้หลายรูปแบบ ซึ่งในบทความฉบับนี้ จะแนะนำการใช้ WIX ในการสร้าง E-Portfolio ซึ่งท่านสามารถสร้างแฟ้มผลงานออนไลน์ในแบบที่ต้องการ ด้วยเทคโนโลยีลากแล้ววาง การใช้เทมเพลตสำเร็จรูป และมีฟีเจอร์การออกแบบเว็บไซต์ต่างๆ ซึ่งท่านสามารถเข้าถึง WIX ได้ผ่านทาง URL: <https://th.wix.com/>



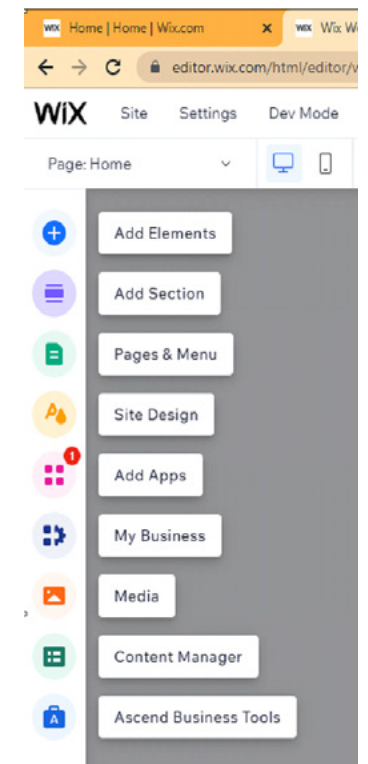
## การเริ่มต้นใช้งาน WIX

เมื่อทำการสมัครใช้งาน WIX เรียบร้อยแล้วให้ท่านเลือกประเภทของการสร้างเว็บไซต์เป็นแบบ Portfolio ทำการตั้งค่าเบื้องต้นของเว็บไซต์ จากนั้นเลือกรูปแบบ (Template) ของเว็บไซต์ที่ต้องการ แล้วเริ่มต้นการสร้างเว็บไซต์ E-Portfolio

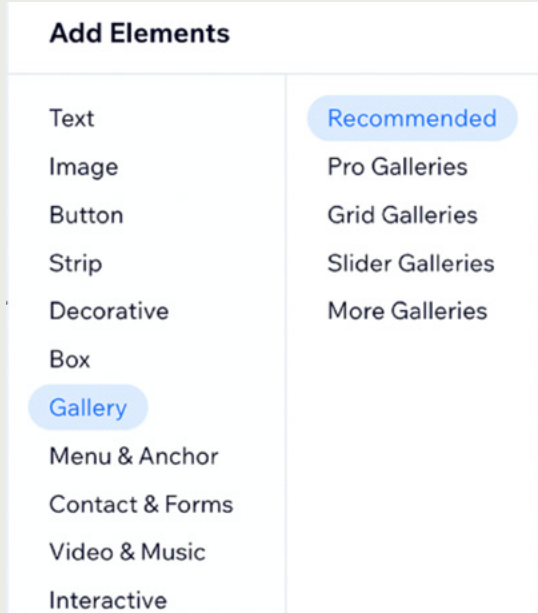


## การใช้งานเครื่องมือต่างๆ

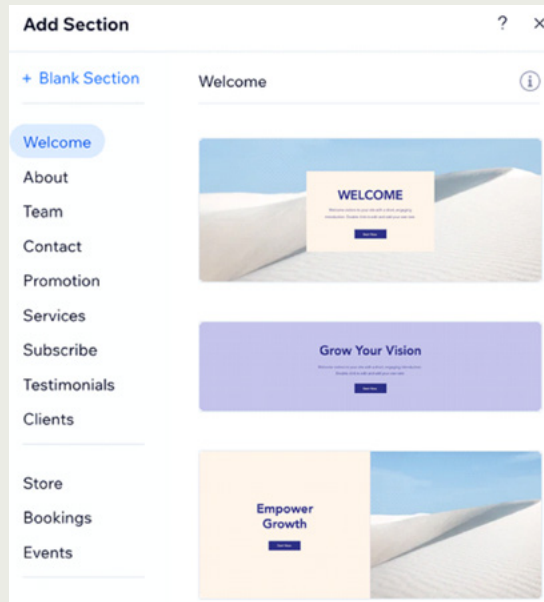
ที่แถบเมนูด้านซ้ายของเว็บไซต์ จะมีเครื่องมือที่ใช้ในการสร้างเว็บไซต์ ดังนี้



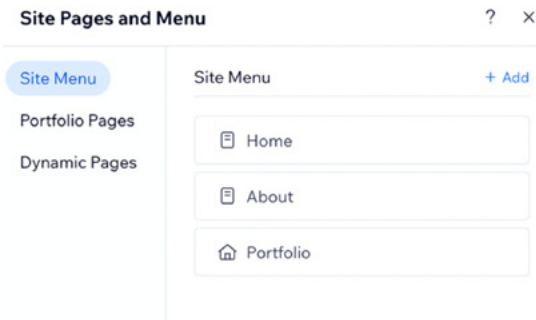
1. **Elements** ใช้ในการเพิ่มองค์ประกอบต่างๆ ในหน้าเว็บ เช่น Text, Image, Button, Video, Music, Gallery, Shape ฯลฯ



2. **Section** ใช้ในการเพิ่มส่วนต่างๆ บนหน้าเว็บไซต์ เช่น ส่วนของ Welcome, About, Contact ฯลฯ ซึ่งเป็น Template ที่โปรแกรมได้ออกแบบมาให้เรียบร้อยแล้ว ซึ่งท่านสามารถปรับเปลี่ยน/แก้ไขรูปแบบใหม่ได้ตามที่ต้องการ

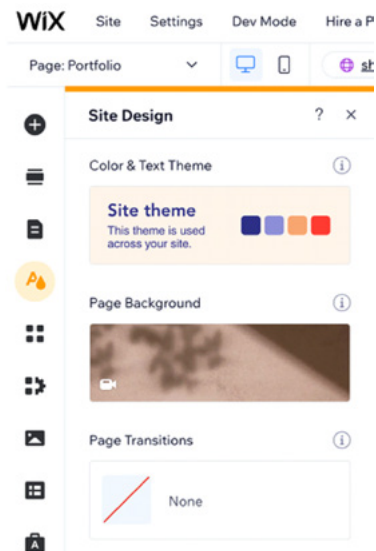


3. **Page & Menu** ใช้ในการเพิ่มเมนูบนหน้าเว็บไซต์ โดยคลิก +Add เพื่อเพิ่มเมนูบนหน้าเว็บไซต์ได้ตามที่ต้องการ หรือหากต้องการสร้าง Subpage ก็ทำได้

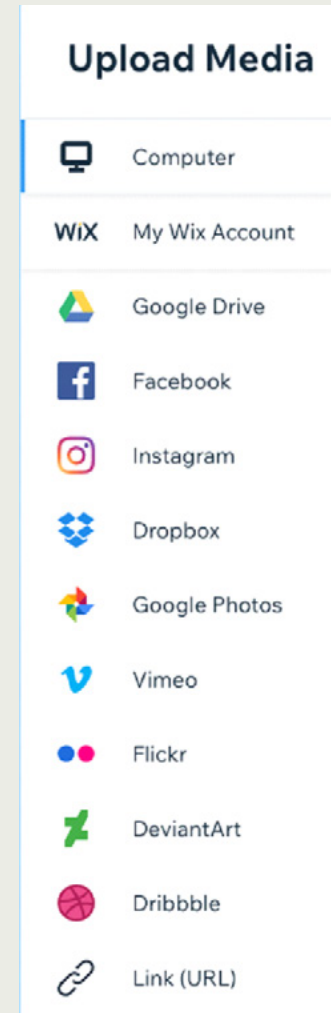


ส่วนการสร้างเมนูย่อย ให้คลิกเลือกหน้าเว็บไซต์ที่จะย้ายไปเป็นเมนูย่อย เช่น คลิกเลือกเมนู Portfolio จากนั้นคลิกที่ ... แล้วเลือก Subpage

4. **Site Design** ใช้ในการออกแบบหน้าเว็บไซต์ ซึ่งท่านสามารถกำหนดรูปแบบของสีและตัวอักษร (Color & Text Theme) เปลี่ยนพื้นหลังของเว็บไซต์ (Page Background) และกำหนดการเคลื่อนไหว (Page Transition) เวลาเปลี่ยนหน้าเว็บไซต์ได้



5. **Media** ใช้ในการเพิ่มรูปภาพและวิดีโอจากเครื่องคอมพิวเตอร์ของท่าน หรือ เลือกจากสื่อโซเชียลมีเดียต่างๆ เช่น Facebook, Instagram, Google Photo, Vimeo เป็นต้น อีกทั้งท่านยังสามารถใช้เครื่องมือ Photo Studio และ Video Maker ในการสร้างภาพเคลื่อนไหวและวิดีโอได้ นอกจากนี้ WIX ยังมีรูปภาพและวิดีโอให้ใช้งานอีกด้วย

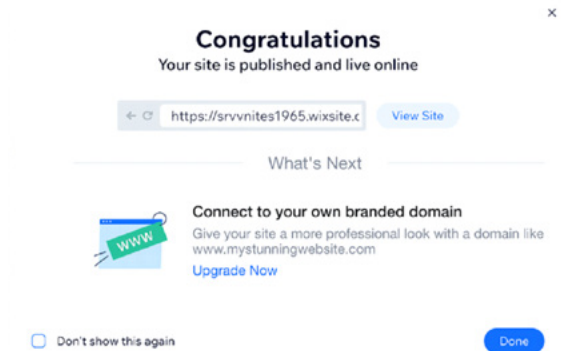


## การแก้ไข/ปรับแต่งข้อมูล

บนหน้าเว็บไซต์จะแบ่งออกเป็นส่วนต่างๆ 3 ส่วน คือ ส่วนของ Header, Page และ Footer ท่านสามารถคลิกในแต่ละส่วนเพื่อทำแก้ไข/การปรับข้อมูล โดยโปรแกรมจะแสดงแถบเมนู Quick Edit ให้คลิกเพื่อทำการแก้ไข/ปรับแต่งข้อมูลตามที่ต้องการ

## การเผยแพร่เว็บไซต์

เมื่อทำการออกแบบเว็บไซต์ E-Portfolio เรียบร้อยแล้ว ท่านสามารถเผยแพร่เว็บไซต์ โดยคลิกที่เมนู Publish จะได้หน้าจอตั้งรูป ให้คลิก View Site เพื่อไปยังหน้าเว็บไซต์ จากนั้นให้ทำการคัดลอก URL เพื่อส่งให้ผู้อื่นเข้ามาเยี่ยมชมเว็บไซต์ของท่าน



จะเห็นได้ว่า การสร้าง E-Portfolio ด้วย WIX สามารถสร้างได้ไม่ยาก และมีประโยชน์เป็นอย่างมากสามารถนำมาใช้ในเกือบรวบรวมและนำเสนอผลงานของท่านได้เป็นอย่างดี อยากให้ทุกท่านลองใช้ดูนะคะ

# SHEE Podcast

กลับมาอีกครั้งกับบทความ SHEE Podcast ในวารสารฉบับนี้ ซึ่ง SHEE Podcast เป็น Podcast ที่รวบรวมเนื้อหาความรู้และประเด็นที่น่าสนใจทางด้านการศึกษาวินยาศาสตร์สุขภาพ เพื่อให้ผู้ฟังทุกท่านเข้าถึงเนื้อหาได้อย่างสะดวกและง่ายยิ่งขึ้น โดยเผยแพร่ในทุกวันศุกร์ สัปดาห์ที่ 2 และ 4 เวลา 20.00 น. ของทุกเดือน ซึ่งในปีที่แล้วได้มีเผยแพร่ออกมาแล้ว 2 series ได้แก่ series1: Disruptive education ไม่ขยับ ไม่ปรับตัว ไม่ทันสมัย และ series2: Successful teaching strategies กลเม็ดเคล็ด(ไม่)ลับ เพื่อยกระดับการสอนให้ประสบความสำเร็จ ในปีนี้ได้มีการเผยแพร่อีก 2 series คือ series3: Effective Assessment Methods การประเมินผลด้านการศึกษา เพื่อพัฒนาผู้เรียนอย่างมีประสิทธิภาพ และ series4: Enhancing transferable skills ยกระดับทักษะรอบด้านพัฒนาความเชี่ยวชาญที่มากกว่าความรู้ โดยในเดือนธันวาคม 2565 - กุมภาพันธ์ 2566 ที่ผ่านมา ได้มีการเผยแพร่มา series ละ 3 episodes ดังนี้

## Series 3 Effective Assessment Methods : การประเมินผลด้านการศึกษา เพื่อพัฒนาผู้เรียนอย่างมีประสิทธิภาพ



### EP8 Practical points to overcome pitfalls in MEQ writing

Modified Essay Questions เป็นอีกหนึ่งรูปแบบการประเมินผลที่สามารถพบได้บ่อยในโรงเรียนวิทยาศาสตร์สุขภาพ เพื่อเป็นการประเมินทักษะความคิดของนักศึกษาแพทย์ เราจะสามารถทำอย่างไรเพื่อให้ออกแบบข้อสอบชนิดนี้ได้มีประสิทธิภาพ  
ผศ.นพ.สุประพัฒน์ สنجไพณีย์  
ภาควิชากุมารเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

### EP9 Paperless examination : Using iPad-based MCQs testing in medical schools

เทคโนโลยีในปัจจุบัน ทำให้เราสามารถพัฒนาการสอบจากรูปแบบกระดาษสู่ระบบคอมพิวเตอร์ ซึ่งในปัจจุบันเรายังสามารถจัดการสอบแบบนี้โดยใช้ iPad ได้อีกด้วย มารับฟังประสบการณ์ได้ที่นี้  
ผศ.ดร.นพ.ดนัย วังสุตรค  
ผู้ช่วยคณบดี ฝ่ายวิชาการ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



### EP10 EPAs in health science education

EPAs ถือเป็นอีกรูปแบบการประเมินที่น่าสนใจ ซึ่งสอดคล้องไปกับหลักสูตร Competency-based education ในปัจจุบัน เราจะสามารถนำ EPAs มาปรับประยุกต์ใช้กับการประเมินผลในโรงเรียนวิทยาศาสตร์สุขภาพได้อย่างไร  
รศ.ดร. นพ.เชิดศักดิ์ ไอรณรัตน์  
ภาควิชาศัลยศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

## Series 4 Enhancing transferable skills : ยกระดับทักษะรอบด้านพัฒนาความเชี่ยวชาญที่มากกว่าความรู้

### EP8 How to maximize your students' presentation skills

ทักษะการนำเสนอ ถือเป็นอีกทักษะที่มีความสำคัญในการทำงานและการเรียนในโรงเรียนวิทยาศาสตร์สุขภาพ จะทำอย่างไรเพื่อพัฒนาทักษะการนำเสนอในนักศึกษาแพทย์  
พญ.สุธาทพร ล้ำเลิศกุล  
ภาควิชาเวชศาสตร์ฉุกเฉิน คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



### EP9 Working with teams: How to promote teamworking skills

ในการทำงานในวิชาชีพทางสาธารณสุข ทักษะในการทำงานเป็นทีม ถือเป็นปัจจัยสำคัญที่จะทำให้การทำงานนั้นๆประสบความสำเร็จได้ จะทำอย่างไรเพื่อพัฒนาทักษะการทำงานเป็นทีมในนักศึกษาแพทย์  
รศ.นพ.พิทยา ด้านกุลชัย  
หัวหน้าสาขาวิชารังสีรักษา ภาควิชารังสีวิทยา คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

### EP10 How to promote creativity in medical students

ทักษะความคิดสร้างสรรค์ เป็นสิ่งที่สำคัญ และสามารถนำมาใช้ในการทำงานในวิชาชีพแพทย์ได้ เนื่องจากวิชาชีพแพทย์เป็นทั้งศาสตร์และศิลป์ ในฐานะอาจารย์ เราจะสามารถพัฒนาทักษะความคิดสร้างสรรค์ให้กับนักศึกษาแพทย์ได้อย่างไร  
นพ.สิชล ลืออุทธิพงษ์  
ผู้อำนวยการศูนย์ขับเคลื่อนคุณค่าการบริการ  
ภาควิชาเวชศาสตร์ป้องกันและสังคม คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล



“ ท่านผู้อ่านสามารถติดตามรับฟัง SHEE Podcast ช่องทางศูนย์ได้ง่ายๆ เพียงแสกน QR code ด้านข้างนี้ แล้วมาติดตามกันว่า Podcast ตอนต่อไปของเราจะนำเสนอหัวข้อใดให้ท่านผู้ฟังได้ติดตาม ”

# 17 Upcoming Events

## April 2023

**5 Apr 2023**

Pearls in medical education

“เตรียมพร้อม ติดตาม ต่อยอด การเรียนและปฏิบัติงานในชุมชนของนักศึกษาแพทย์”

**20–21 Apr 2023**

Technology enhanced learning 1/2566

**27–28 Apr 2023**

เทคนิคการเขียนโครงร่างวิจัยทางการศึกษาวิทยาศาสตร์สุขภาพ

## May 2023

**1,8 May 2023**

โครงการพัฒนาคุณภาพผู้ป้วยมาตรฐาน หลักสูตร Instructor training 1/2566

**9 May 2023**

Team-based learning : a way to energise medical curriculum รุ่นที่ 1

**10 May 2023**

Pearls in medical education

“การจัดการเรียนรู้ให้เข้าถึงผู้เรียนที่หลากหลาย”

**19 May 2023**

การประเมินโครงการทางการศึกษาวิทยาศาสตร์สุขภาพ

**26 May 2023**

การพัฒนาแบบสอบถามความคิดเห็นให้มีประสิทธิภาพ (Survey research)

**29 May 2023**

Team-based learning : a way to energise medical curriculum รุ่นที่ 2

## June 2023

**1–2 June 2023**

Educational measurement : Issue & practice

**12–13 June 2023**

Developing a competency-based curriculum 1/2566

**14 June 2023**

Pearls in medical education

“ประสบการณ์ทางการศึกษาที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพบุคคลหลากหลายทางเพศในหลักสูตรแพทยศาสตรบัณฑิตของโรงเรียนแพทย์ในประเทศไทย”

**22 June 2023**

Team-based learning : a way to energise medical curriculum รุ่นที่ 2

**26 June 2023**

Digital tools for disruptive education 1/2566

ALL  
SHEE

WORKSHOPS



11 Jan 2023  
Pearls in medical education  
“Enhancing medical students’  
mental wellness”

# Gallery



12 Jan 2023  
การวิจัยประสบการณ์ผู้ใช้

8 Feb 2023  
Pearls in medical education  
“ผลกระทบของการปรับ มคอ.1 สาขาแพทยศาสตร์  
ต่อโรงเรียนแพทย์และหลักสูตรแพทยศาสตร์”



9-10 Feb 2023  
Essential skills for clinical teachers  
1/2566

17 Feb 2023  
Practical issues in performance assessment

- errors.
- 2. Performance dimension gaining reduced
- 3. Frame of reference training increased rat
- 4. Behavioral observation training result

23-24 Feb 2023  
How to use standardized patients  
in health science education

23, 30 Jan, 6 Feb 2023  
โครงการพัฒนาผู้ป่วยมาตรฐาน หลักสูตร basic acting 1/2566



1 Mar 2023  
Pearls in medical education  
“Grit ศักยภาพภายในสู่การประยุกต์  
ใช้ทางการศึกษาและชีวิต”

2-3 Mar 2023  
Microsoft 365  
for education

16 Mar 2023  
การวิจัยผสมวิธี



# Contributors

## SHEE Team



**สศ.ดร. uw.เชิดศักดิ์ ไอสมณรัตน์**

ภาควิชาคัลยศาสตร์  
คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล  
มหาวิทยาลัยมหิดล



**uw.อุทัยภัทร เอี่ยมมีชัย**

ภาควิชาจิตเวชศาสตร์  
คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล  
มหาวิทยาลัยมหิดล



**uw.อุญญภัทร มาประไพธ์**

ศูนย์ความเป็นเลิศด้านการศึกษาศาสตร์สุขภาพ  
คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล  
มหาวิทยาลัยมหิดล



**ผศ.ดร. uw.ยอดยิ่ง แดงประไพ**

ภาควิชาสรีรวิทยา  
คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล  
มหาวิทยาลัยมหิดล



**พญ.พิมพ์มาดา สมสจจันร์**

ศูนย์ความเป็นเลิศด้านการศึกษาศาสตร์สุขภาพ  
คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล  
มหาวิทยาลัยมหิดล



**ผศ. ดร.วรวรรณ วาณิชย์เจริญชัย**

ศูนย์ความเป็นเลิศด้านการศึกษาศาสตร์สุขภาพ  
คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล  
มหาวิทยาลัยมหิดล



**ดร.เกียรติยศ กุลเดชชัยชาญ**

ศูนย์ความเป็นเลิศด้านการศึกษาศาสตร์สุขภาพ  
คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล  
มหาวิทยาลัยมหิดล



**uw.ศรินทร์ชัย แพวจริญชัย**

ศูนย์ความเป็นเลิศด้านการศึกษาศาสตร์สุขภาพ  
คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล  
มหาวิทยาลัยมหิดล



**uw.ธิตพันธ์ ศรีกุลมนตรี**

ศูนย์ความเป็นเลิศด้านการศึกษาศาสตร์สุขภาพ  
คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล  
มหาวิทยาลัยมหิดล



**uw.กาสวุฒิ ศรีกงกาวร**

ศูนย์ความเป็นเลิศด้านการศึกษาศาสตร์สุขภาพ  
คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล  
มหาวิทยาลัยมหิดล

## Artwork



**นางสาวฟ้าใส ผลผลาหาร**

นักวิชาการโสตทัศนศึกษา

## SHEE Invite



**ผศ. uw. พนม เกตุมาน**

คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล



**ผศ.พญ. ทานตะวัน อวิรุทธ์วรกุล**

สถาบันการแพทย์จักรีนฤเบดินทร์  
คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามธิบดี



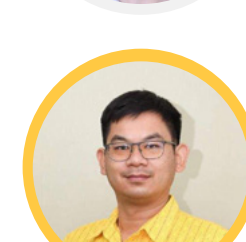
**พญ.กิติยณา ครบตระกูลชัย**

ทีมผู้ริเริ่มค่ายหมอนอกรั้วโรงเรียนแพทย์



**uw. สุกชัย ครบตระกูลชัย**

ทีมผู้ริเริ่มค่ายหมอนอกรั้วโรงเรียนแพทย์



**uw. อัครพล อุดตมะปัญญา**

ทีมผู้ริเริ่มค่ายหมอนอกรั้วโรงเรียนแพทย์



**สศ. พญ. ธัชวรรณ จิระติวานนท์**

ภาควิชาวิสัญญีวิทยา  
คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล  
มหาวิทยาลัยมหิดล

# Q&A

## SHEE Journal

คำถามที่ถูกเลือกมาตอบใน SHEE Journal

จะได้รับ DVD บันทึกการอบรม  
หรือดาวน์โหลดบันทึกการอบรม  
จำนวน 1 เรื่อง



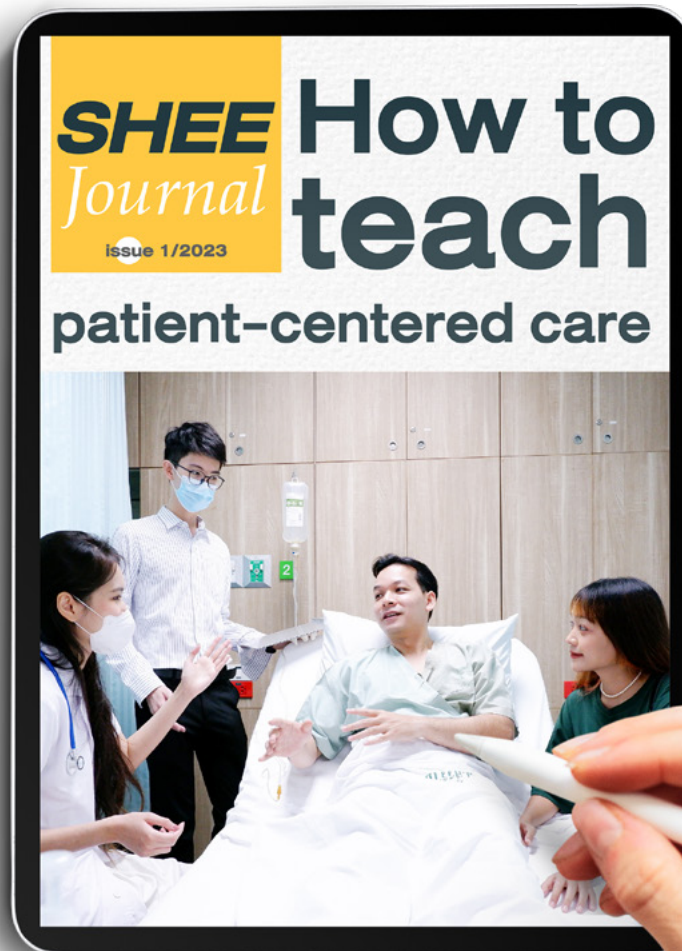
ร่วมกิจกรรมได้แล้ววันนี้ที่...

[shee.si.mahidol.ac.th/knowledge](http://shee.si.mahidol.ac.th/knowledge)

127

### ร่วมกิจกรรม Q&A

ส่งคำถามหรือข้อสงสัยในประเด็น  
ที่เกี่ยวกับการศึกษาวิทยาศาสตร์  
สุขภาพหรือแพทยศาสตรศึกษา



# SHEE

ศูนย์ความเป็นเลิศด้านการศึกษาวินิจฉัย  
วิทยาศาสตร์สุขภาพ

มี Line official แล้ว!!

- ไม่พลาดทุกกิจกรรม
- สอบถามได้ทุกที่
- ทางเลือกดีๆ มีไว้อุ่นใจ

เป็นเพื่อนกับเราวันนี้  
ไม่พลาดทุก **สิทธิพิเศษ**  
แน่นอน!!



SCAN  
ME!!

QR Code



LINE ID : @shee.connect

หรือ

<https://lin.ee/2Ap6gCfwC>

ศูนย์ความเป็นเลิศด้านการศึกษาวินิจฉัยวิทยาศาสตร์สุขภาพ  
Siriraj Health science Education Excellence center  
คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล  
อาคารศรีสุวรินทร์ ชั้น 3 ห้อง 309  
แขวงศิริราช เขตบางกอกน้อย กรุงเทพฯ 10700 128

Contact us

Tel: 02 419 9978, 02 419 6637

Email: [sishee@mahidol.edu](mailto:sishee@mahidol.edu)

Facebook: [mahidol.shee](https://www.facebook.com/mahidol.shee)

Website: <https://shee.si.mahidol.ac.th/>



ศูนย์ความเป็นเลิศด้านการศึกษาศาสตร์สุขภาพ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล  
เลขที่ 2 ห้อง 309 ชั้น 3 อาคารศรีสวรินทิรา ถนนวิ่งหลัง แขวงศิริราช เขตบางกอกน้อย กทม. 10700  
โทร 02-419-9978/02-419-6637 Email: sishee@mahidol.edu Facebook: mahidol.shee