

# Patient-centered Medicine: Disruption in medical education



## ผ.พญ.ปยุตญภัทร มาประไพธ์

ศูนย์ความเป็นเลิศด้านการศึกษาวินิจฉัยศาสตร์สุขภาพ

## 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 แต่ยังตามพ่วงมาด้วยความเจ็บป่วยและปัญหาในมิติอื่น 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

### ตัวอย่างแบบฟอร์มใบประวัติสำหรับรับผู้ป่วยในความดูแล 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 และมีแอ่งน้ำล้น ทางเดินแคบ

#### ประวัติความทุพพลภาพ

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

#### 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 ได้ขึ้นไปสัมผัสกับผู้ป่วยบนหอผู้ป่วยภายใต้การควบคุมของรุ่นพี่หรืออาจารย์ เพื่อให้เห็นว่าความรู้ที่ได้เรียนจะได้นำไปใช้อย่างไรแล้วยังได้มีโอกาสสัมผัสกับผู้ป่วยบนหอผู้ป่วยโดยเน้นประเด็นที่นอกเหนือจากความรู้ทางการแพทย์อีกด้วย

## 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 จะทำอย่างไรจึงจะได้ผลลัพธ์นั้น (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”

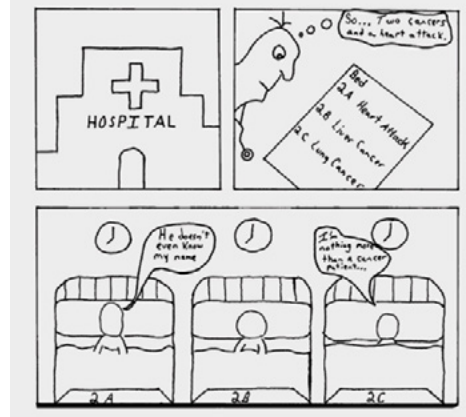


Figure 16.1 Objectification of patients; cartoon by Jordan C. Humphrey [98].

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 ได้ใช้เวลากับผู้ป่วยและให้ความสำคัญกับผู้ป่วยและญาติมากที่สุดอย่างที่เราจะเห็น ผู้ป่วยรู้สึกได้รับความสำคัญ มีความเชื่อใจที่จะให้ข้อมูลและถามมากขึ้น ลดความสับสนและวิตกกังวลใจของผู้ป่วยท่ามกลางบทสนทนาของบุคลากรทางการแพทย์ข้างเตียงที่ไม่เกี่ยวกับผู้ป่วย 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 แต่การที่เรามองและให้ความสำคัญกับการดูแลผู้ป่วยโดยเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง 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 เช่นคาบเรียน 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) การป้องกันและลดความเสี่ยงของภาวะเซ็งลอบเซ็ง (burnout)

## บทสรุป

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