

รายงานการศึกษา ผักอบรม ประชุม ดูงาน สัมมนา ปฏิบัติการวิจัย ในประเทศ และต่างประเทศ  
(ระยะสั้นไม่เกิน ๙๐ วัน และ ระยะยาวตั้งแต่ ๙๐ วันขึ้นไป)

ส่วนที่ ๑ ข้อมูลทั่วไป

- ๑.๑ ชื่อ - นามสกุล.....นางสาว เมธาวิ สถาวรานนท์.....  
อายุ ๓๐ ปี การศึกษา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.....  
ความเชี่ยวชาญเฉพาะด้าน เวชศาสตร์ครอบครัว.....
- ๑.๒ ตำแหน่ง นายแพทย์ปฏิบัติการ.....  
หน้าที่ความรับผิดชอบ (โดยย่อ) ให้บริการด้านปฐมภูมิ ตรวจรักษา เยี่ยมบ้าน  
ออกหน่วยแพทย์ และการส่งเสริม ป้องกัน รักษา พันธุ์อื่น ๆ ร่วมกับทีมสหวิชาชีพ.....
- ๑.๓ ชื่อเรื่อง / หลักสูตร แพทย์ประจำบ้าน.....  
สาขา เวชศาสตร์ครอบครัว.....  
เพื่อ  ศึกษา  ผักอบรม  ประชุม  ดูงาน  สัมมนา  ปฏิบัติการวิจัย  
งบประมาณ  งบประมาณกรุงเทพมหานคร  เงินบำรุงโรงพยาบาล  
 ทุนส่วนตัว
- จำนวนเงิน ..... บาท  
ระหว่างวันที่ ๑ กรกฎาคม ๒๕๖๔ - ๓๐ มิถุนายน ๒๕๖๗.....สถานที่ คณะแพทยศาสตร์  
โรงพยาบาลรามธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล.....  
คุณวุฒิ / วุฒิบัตรที่ได้รับ.....เวชศาสตร์ครอบครัว.....  
การเผยแพร่รายงานผลการศึกษา/ผักอบรม/ประชุม สัมมนา ผ่านเว็บไซต์สำนักงานการแพทย์และกรุงเทพมหานคร  
 ยินยอม  ไม่ยินยอม

ส่วนที่ ๒ ข้อมูลที่ได้รับจากการศึกษา ผักอบรม ประชุม ดูงาน สัมมนา ปฏิบัติการวิจัย  
(โปรดให้ข้อมูลในเชิงวิชาการ)

๒.๑ วัตถุประสงค์ เพื่อพัฒนาบุคลากรของโรงพยาบาลกลางให้มีความรู้ความเชี่ยวชาญในสาขาเวช  
ศาสตร์ครอบครัวสามารถดูแลสุขภาพแบบองค์รวม มีความรู้ทางด้านงานส่งเสริมสุขภาพ งานป้องกันโรค งาน  
รักษาพยาบาล การฟื้นฟูสุขภาพ

๒.๒ เนื้อหา

การดูแลโดยอาศัยหลักการของเวชศาสตร์ครอบครัว คือ การดูแลแบบองค์รวมทั้งร่างกาย จิตใจ และ  
สังคม ค้นหาบริบทอื่นที่อาจส่งผลกระทบต่อผู้ป่วย เช่น ครอบครัว ชุมชนและสิ่งแวดล้อม เพื่อให้เข้าใจผู้ป่วย  
และให้การวางแผน ดูแลได้เหมาะสมมากขึ้น ทำให้การดูแลรักษาไม่ได้มุ่งเน้นแต่รักษา “โรค” ให้ผู้ป่วยเท่านั้น  
แต่เป็นการดูแลรักษา “คน” คือเข้าใจผู้ป่วยทั้งบุคคล และบริบทที่ส่งผลกระทบต่อ

หลักสำคัญของเวชศาสตร์ครอบครัวในประเทศไทย

๑. การมีความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างแพทย์กับผู้ป่วย (doctor-patient relationship)

๒. การดูแลโดยผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (patient-centered care) / ให้การดูแลแบบครอบคลุม ผสมผสาน ในระดับปฐมภูมิ (comprehensive primary care)

๓. การดูแลระดับชุมชน (Community oriented care)

เวชศาสตร์ครอบครัว (family medicine) คือ ศาสตร์เฉพาะทางด้านการแพทย์ ที่ให้การดูแลแบบต่อเนื่อง เบ็ดเสร็จ ผสมผสานแบบองค์รวม รวมถึงการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค สำหรับบุคคลหรือ ผู้ป่วย ครอบครัว และชุมชน โดยเป็นการดูแลทุกช่วงอายุ ทุกเพศ ทุกวัย ซึ่งใช้หลักการรวบรวมองค์ความรู้ เกี่ยวข้องกับการดูแลความเจ็บป่วย หรือความทุกข์ยากด้านสุขภาพของผู้คน ที่มีได้มองแต่มุมมองทางการแพทย์ แต่ให้เข้าใจและวิเคราะห์ในแง่มุมมองที่ผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ทั้งมิติด้านความคิด ความรู้สึก อารมณ์ พฤติกรรม

เวชปฏิบัติครอบครัว (family Practice) คือ การให้บริการทางการแพทย์ในระดับปฐมภูมิ โดยใช้หลักการเวชศาสตร์ครอบครัว

บริการสุขภาพปฐมภูมิ (primary care) คือ บริการทางการแพทย์ และสาธารณสุขที่มุ่งหมายดูแลสุขภาพของบุคคลในเขตพื้นที่รับผิดชอบในลักษณะองค์รวม ตั้งแต่แรก ต่อเนื่องและผสมผสาน ครอบคลุมทั้ง การส่งเสริมสุขภาพ การควบคุมโรค การป้องกันโรค การตรวจวินิจฉัยโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสุขภาพ โดยสถานบริการปฐมภูมิหรือเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิประกอบด้วยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว และคณะผู้ให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ รวมทั้งเชื่อมโยงกับครอบครัว ชุมชน และบริการทางการแพทย์ และสาธารณสุขระดับทุติยภูมิ และตติยภูมิ โดยใช้หลักการเวชศาสตร์ครอบครัว

หลักการของเวชศาสตร์ครอบครัวเป็นการดูแลสุขภาพที่ครบวงจรที่สถานบริการสุขภาพปฐมภูมิ โดยเป็นการดูแลระดับบุคคล ครอบครัว และชุมชน วางแผนการดูแล โดยคำนึงมิติอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง เช่น โรค และความเจ็บป่วยของบุคคล และเข้าใจบริบทของครอบครัว และชุมชนที่ส่งผลต่อบุคคล



เวชศาสตร์ครอบครัวประกอบด้วยหลักการที่สำคัญ ๕ ประการดังนี้

๑. เป็นด่านแรกของการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพ (first contact) คือเป็นผู้ดูแลแต่แรก ทำให้ผู้ป่วยมีโอกาสเข้าสู่ระบบบริการสุขภาพ ทำการรักษาขั้นต้น เน้นการดูแลสุขภาพตนเอง ให้การดูแลโดยไม่ต้องพึ่งเทคโนโลยีขั้นสูง มักตั้งในชุมชนใกล้บ้านผู้ป่วย เข้าถึงบริการที่ได้มาตรฐานโดยสะดวก ให้บริการอย่างสม่ำเสมอ ตามความจำเป็นที่ประชาชนต้องการ

๒. การดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง (continuing care) คือดูแลทุกระยะตั้งแต่พฤติกรรมกรดำเนินชีวิต ขณะที่ยังไม่มีสภาวะเจ็บป่วย ค้นพบความเสี่ยง ภาวะเจ็บป่วยระยะสุดท้ายของการเจ็บป่วยจนถึงเสียชีวิต ดูแลตลอดชีวิตของคน ๆ นั้น รวมถึงครอบครัวและชุมชน โดยทีมสุขภาพที่มีความเข้าใจและความสัมพันธ์ที่ดี ระหว่างแพทย์กับผู้ป่วย

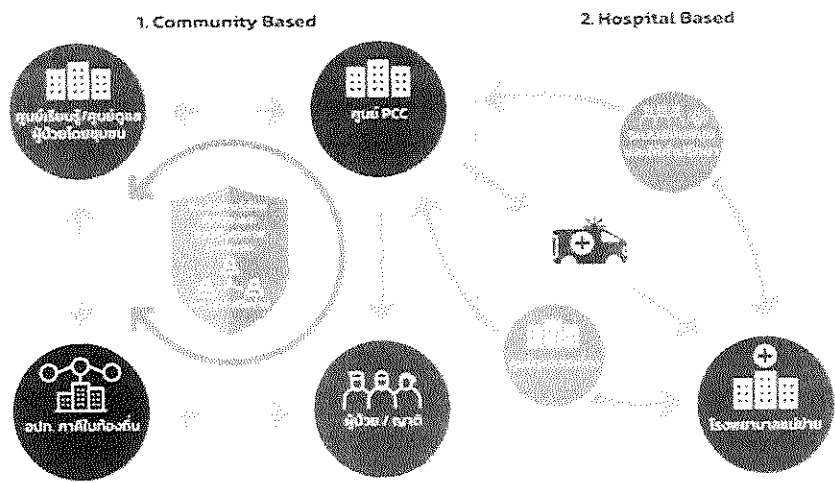
๓. การดูแลแบบองค์รวม (holistic care) คือ การดูแล “คน” ไม่ใช่ดูแลแค่ “โรค” โดยไม่วิเคราะห์ เพียงด้านชีววิทยา (โรค) เพียงอย่างเดียว แต่จะประเมินทุกมิติทุกด้านที่มีผลกระทบต่อความเจ็บป่วยทั้งในด้าน ร่างกาย จิตใจ สังคม วัฒนธรรม ความเชื่อ ขนบธรรมเนียมประเพณี เศรษฐกิจสังคม สิ่งแวดล้อม (biological, psychological, social and spiritual aspects) ในระดับบุคคล ครอบครัว และชุมชน

๔. การดูแลแบบครอบคลุมผสมผสาน (Comprehensive care) คือการดูแลสุขภาพครบถ้วนทุกด้าน มิใช่แค่รักษาแต่โรคที่สนใจ แต่รวมถึงการส่งเสริมสุขภาพ (health promotion) การป้องกันโรค (health prevention) การรักษา (treatment) และการฟื้นฟูสภาพ (rehabilitation) ไม่ให้เสื่อมถอยหรือพิการ

๕. มีระบบปรึกษาและการส่งต่อ (consultation and referral system) คือเป็นผู้ให้คำปรึกษาเรื่องต่าง ๆ ทุกกลุ่มอายุ ทุกกลุ่มโรคที่เกี่ยวข้องกับการเจ็บป่วย ทำงานร่วมกันเป็นทีมกับวิชาชีพอื่น โดยรูปแบบการทำงาน เป็นทีมในบริการสุขภาพปฐมภูมิดังนี้

- ทีมสหสาขาวิชาชีพ (multidisciplinary team): การทำงานตามความจำเพาะของแต่ละวิชาชีพ เช่น พยาบาลปรึกษาแพทย์เพื่อปรับยา และประสานเภสัชเพื่อประเมินการใช้ยาอย่างสมเหตุผล (rational drug use)
- ทีมสหวิทยาการ (interdisciplinary team): ทีมสหวิชาชีพรับผิดชอบร่วมกันตามขอบเขต ตาม ศักยภาพวิชาชีพ แต่มีปฏิสัมพันธ์กันมากขึ้น โดยมีการตั้งเป้าหมายการดูแลร่วมกัน นำข้อมูลมาสรุป และวางแผนร่วมกันอย่างสม่ำเสมอ เช่น เป้าหมายเพื่อให้มีการใช้ยาอย่างสมเหตุผล แพทย์ประเมิน ความเจ็บป่วย หลังจากปรับยาให้ เภสัชกรรับรู้ภายหลังการเยี่ยมบ้านร่วมกับพยาบาลเพื่อทบทวน แผนการรักษาให้เป็นไปตามเป้า และอาจมีผู้จัดการรายกรณี (case manager) เป็นตัวกลางประสาน ระหว่างวิชาชีพ และให้คำแนะนำก่อนตัดสินใจเข้ารับบริการทางการแพทย์จากผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทาง อื่น ๆ รวมถึงยังช่วยเชื่อม

ประสานและส่งต่อยังผู้เชี่ยวชาญด้านต่าง ๆ ได้อย่างเหมาะสม ทำงานประสานเชื่อมโยงกับระบบ สุขภาพชุมชน และระบบ บริการสาธารณสุขทุกระดับ พร้อมทั้งติดตามดูแลผลการรักษาตลอด การเจ็บป่วยร่วมกับแพทย์เฉพาะทาง



จากหลักการที่สำคัญทำให้เวชศาสตร์ครอบครัวมีความแตกต่างในหลายด้าน เช่น ระดับการบริการขอบเขต การดูแล และหลักการดูแล เมื่อเปรียบเทียบกับ การดูแลโดยเวชปฏิบัติทั่วไป และการดูแลโดยเฉพาะทาง สาขาอื่น ๆ

	เวชปฏิบัติทั่วไป	เวชศาสตร์ครอบครัว	การดูแลเฉพาะทางสาขาอื่นๆ
ระดับการบริการ	ระดับปฐมภูมิ	ระดับปฐมภูมิ	ระดับทุติยภูมิ/ตติยภูมิ
ขอบเขตการดูแล	ดูแลทุกอายุ ทุกเพศในหลาย ๆ โรค	ทุกอายุ ทุกเพศ ทุกสภาพปัญหา ไม่จำเป็นต้องมีโรค	ดูแลปัญหาสุขภาพเฉพาะสาขา โดยเฉพาะโรคที่มี ความซับซ้อน
หลักการดูแล	เน้นการวินิจฉัย และรักษาโรค	ให้การวินิจฉัย และดูแลคนทั้งคน	เน้นการวินิจฉัยและรักษาโรค
ความต่อเนื่อง	ดูแลเฉพาะเมื่อเจ็บป่วย	ดูแลต่อเนื่องตลอดชีวิต	ดูแลเฉพาะเมื่อมีความเจ็บป่วย
การส่งเสริมสุขภาพ และป้องกันโรค	ตามโอกาส	เป็นบทบาทหลัก	ตามโอกาส
สถานที่ให้บริการ	แผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาล	ให้บริการทั้งในโรงพยาบาล ชุมชน และที่บ้านผู้ป่วย	ในโรงพยาบาล เน้นแผนกผู้ป่วยใน
ขอบเขตผู้ป่วยที่รับผิดชอบ	ผู้ป่วยที่มาโรงพยาบาล	ผู้ป่วยทั้งชุมชน	ผู้ป่วยที่มาโรงพยาบาลหรือรับคำปรึกษา

### การดูแลบุคคล

การดูแลบุคคล ใช้หลักการการดูแลโดยมีผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (patient-centered care) เป็นแนวคิดที่ได้รับพัฒนาจาก Edith Balint และคณะที่อภิปรายปัญหาผู้ป่วยที่ดูแลยาก (difficult patients) พบว่า ปัญหาเกิดจากมุมมองของแพทย์ที่มุ่งแต่แพทย์เป็นศูนย์กลาง (doctor-centered care) มากกว่าที่จะ สนใจให้การดูแลที่สอดคล้องกับบริบทผู้ป่วย หรือค้นหาความต้องการที่แท้จริงของผู้ป่วย จึงมีแนวคิดการดูแลผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง คือแนวคิดการเข้าใจผู้ป่วยว่าเป็นคนๆหนึ่ง (understanding the patient as a unique human being) ไม่ใช่แค่มุ่งคิดแต่รักษาโรคเพียงเท่านั้น โดยในประเทศสหรัฐอเมริกามีการนำหลักการการดูแล ผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางที่บ้าน (patient-centered medical home care) ไปใช้กับระบบบริการสุขภาพ เช่น ผู้ที่ได้รับการดูแลจะมีการส่งเสริมสุขภาพ และป้องกันโรคมกขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ

### หลักการการดูแลโดยผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ประกอบด้วย ๖ องค์ประกอบ

๑. ค้นหาทั้งโรค และการเจ็บป่วย (explore both disease and illness): นอกจากการซักประวัติ ตรวจร่างกาย และตรวจทางห้องปฏิบัติการ เพื่อให้การวินิจฉัยโรคแล้ว ยังต้องค้นหาความเจ็บป่วย ควรทำความเข้าใจในมิติต่าง ๆ ที่ส่งผลต่อผู้ป่วย ดังนี้

- ความคิด (idea): ความคิดหรือการรับรู้ต่ออาการหรือปัญหาของผู้ป่วย
- ความรู้สึก (feeling): ความรู้สึกในจิตใจต่ออาการหรือปัญหาที่มี
- ผลกระทบต่อร่างกาย (function): อาการหรือความเจ็บป่วยส่งผลกระทบต่อสมรรถภาพของร่างกาย หรือชีวิตประจำวันอย่างไร
- ความคาดหวัง (expectation): สิ่งที่คาดหวัง ต้องการหรือสิ่งที่อยากได้รับความช่วยเหลือ

๒. เข้าใจชีวิตบุคคล (understand the whole person): เข้าใจประวัติความเป็นมา ชีวิตส่วนตัว ที่สำคัญ เช่น อาชีพ วิถีชีวิต สถานะภาพทางการเงิน บทบาทในครอบครัว องค์ประกอบของครอบครัว สภาพแวดล้อม และชุมชน เพื่อให้เข้าใจว่าผู้ป่วยเป็นใครมาจากไหน ซึ่งจะทำให้เข้าใจได้รอบด้านมากขึ้น ทราบปัญหาที่แท้จริง และยังมีโอกาสสร้างเสริมสุขภาพ ทำการป้องกันโรคต่าง ๆ ที่อาจจะเกิดขึ้นในอนาคตได้

๓. หาหนทางร่วมกัน (find common ground): ควรรับฟังความเห็นที่อาจจะเห็นต่างจากบุคลากรทางการแพทย์ของผู้ป่วย โดยควรยืดหยุ่น เคารพ และให้เกียรติในการตัดสินใจของผู้ป่วย และครอบครัว

- ค้นหาปัญหา (problems): ค้นหาปัญหาทั้งในมุมมองของบุคลากรทางการแพทย์ ผู้ป่วยและครอบครัว ในกรณีมีหลายปัญหา ควรจัดลำดับความสำคัญของปัญหา

- ตั้งเป้าหมายการรักษา (goals): ควรตั้งเป้าหมายร่วมกันระหว่างบุคลากรทางการแพทย์และผู้ป่วย

- แบ่งบทบาทหน้าที่ (roles): ควรแบ่งบทบาทหน้าที่ระหว่างบุคลากรทางการแพทย์ ผู้ป่วย และครอบครัวให้ชัดเจน เนื่องจากการที่ผู้ป่วยมีบทบาทหน้าที่ในการดูแลสุขภาพ จะทำให้มีโอกาสเกิดความร่วมมือในการรักษามากขึ้น

๔. ร่วมกันป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพ (incorporate prevention and health promotion): ควรให้แนวทางการส่งเสริมสุขภาพ และป้องกันโรคทั้งระดับปฐมภูมิ ทุติยภูมิ และตติยภูมิ ในโรคที่ผู้ป่วยเจ็บป่วย อยู่ และลดความเสี่ยงต่อโรคอื่น ๆ ที่อาจจะเกิดขึ้นในอนาคต

๕. ส่งเสริมการมีความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างแพทย์กับผู้ป่วย (enhance doctor-patient relationship): การมีความสัมพันธ์ที่ดีจะนำไปสู่ความสัมพันธ์เชิงรักษา (therapeutic relationship) ซึ่งประกอบด้วย ความ เห็นอกเห็นใจ (empathy) การเคารพในความเห็นต่าง (respect the difference) มี มุมมองเชิงบวกต่อผู้ป่วย (positive regard) การดูแลเอาใจใส่ (caring and concern) ความไว้วางใจซึ่งกัน และกัน (mutual trust) และพร้อมที่จะร่วมมือกัน (ready to share power) ทำให้การรักษามีโอกาสเป็นไป ตามเป้าหมาย

๖. อยู่บนความเป็นจริง (being realistic): การตั้งเป้าหมายหรือแนวทางการรักษาควรคำนึงถึงบริบท ต่างๆ ของผู้ป่วย โดยการตั้งเป้าหมายไม่ควรจะไกลมากที่ทำให้ผู้ป่วยท้อใจหรือยากที่จะไปถึง และแนวทางการรักษาควรจะทำให้ได้จริง หรือไม่ยากจนผู้ป่วยไม่สามารถทำได้

#### การดูแลครอบครัว

ในการดูแลสุขภาพบุคคล โดยเฉพาะผู้ที่มีการป่วยเรื้อรังหรือมีปัญหาซับซ้อน จะต้องมีการประเมิน และดูแลสุขภาพครอบครัวไปพร้อม ๆ กันเสมอ เพื่อให้ปัญหาสุขภาพของผู้ป่วยที่เป็นอยู่ดีขึ้นอย่างองค์รวม และป้องกันปัญหาที่จะเกิดต่อไปกับผู้ป่วย รวมทั้งสามารถเข้าใจผู้ป่วย และครอบครัวได้ดีขึ้น การวางแผนการ รักษาเป็นไปได้อย่างมีประสิทธิภาพขึ้น ทำให้คาดคะเนปัญหาที่จะเกิดตามมาในครอบครัว สามารถป้องกัน แก้ไขปัญหาต่อสมาชิกในครอบครัวคนอื่น ๆ ที่จะเกิดตามมาได้ ทำให้สมาชิกในครอบครัวคนอื่น ๆ ไม่เป็น ผู้ป่วยรายต่อไป

การประเมิน และดูแลครอบครัว ควรประเมินทั้งโครงสร้างครอบครัว (anatomy) พัฒนาการครอบครัว (development) และการทำหน้าที่ของครอบครัว (function) โดยมีวิธีประเมินดังตาราง

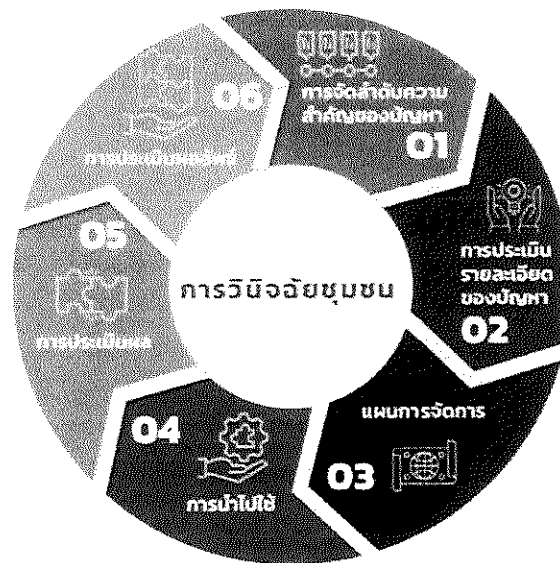
หัวข้อ	ประเมินด้าน	ตัวอย่างวิธีประเมิน
1. โครงสร้างครอบครัว	องค์ประกอบของสมาชิก	แผนภูมิครอบครัว (family genogram)
2. พัฒนาการครอบครัว	วัยของครอบครัว	วงจรชีวิตของครอบครัว (family life cycle)
3. การทำหน้าที่ของครอบครัว	หน้าที่ แนวทาง การดำเนิน (process) ของครอบครัว	- ประเมินโดยใช้คำย่อ PRACTICE - ผังครอบครัวตามกาลเวลา (Time flow family chart)

### การดูแลชุมชน

การดูแลชุมชนในบริการสุขภาพปฐมภูมิ (Community-oriented primary care) เป็นการดูแลชุมชนอย่างเป็นขั้นตอน โดยมีการประเมินประชากรเพื่อค้นหาปัญหาทางสุขภาพ ให้มาตรการดูแลรักษา แก้ไข เพื่อลดปัญหาที่พบตามลำดับความเร่งด่วนและความสำคัญ ติดตามผลของมาตรการต่อชุมชน เพื่อนำมาพัฒนามาตรการที่มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้นต่อไป

หลักการดูแลชุมชนในบริการสุขภาพปฐมภูมิ

- การวินิจฉัยชุมชน (Community diagnosis) เช่น จากการสำรวจชุมชนพบว่าผู้สูงอายุออกกำลังกาย
- การจัดลำดับความสำคัญของปัญหา (prioritize) เช่น เลือกประชากรกลุ่มที่มีความเสี่ยงก่อน (at-risk groups) ได้แก่ กลุ่มติดบ้าน (housebound) และผู้ที่อยู่ในสถานบริบาลผู้สูงอายุ (nursing home)
- การประเมินรายละเอียดของปัญหา (detailed problem assessment) เช่น ไม่มีโปรแกรมออกกำลังกายที่เหมาะสม และการเดินทางมาออกกำลังกายไม่สะดวก
- แผนการจัดการ (intervention planning) เช่น ผู้สูงอายุควรมีโปรแกรมการออกกำลังกายที่เหมาะสม สำหรับการออกกำลังกายเป็นกลุ่มและออกกำลังกายได้เองคนเดียวที่บ้าน
- การนำไปใช้ (implementation) เช่น จัดทำโปรแกรมออกกำลังกายที่เหมาะสม, บรรจุโปรแกรมการออกกำลังกายในกิจกรรมชมรมผู้สูงอายุในชุมชน แนะนำโปรแกรมการออกกำลังกายในสถานบริบาลผู้สูงอายุ, ประสานแหล่งสนับสนุนในชุมชนเพื่อพาผู้สูงอายุมาออกกำลังกายในชมรมผู้สูงอายุ ประสานสถานบริการสุขภาพปฐมภูมิ และเครือข่ายในพื้นที่ เพื่อแนะนำแนวทางการออกกำลังกายแก่ผู้สูงอายุ ให้สามารถออกกำลังกายได้อย่างเหมาะสมที่บ้าน และมีผู้ติดตามการดำเนินงานในพื้นที่
- การประเมินผล (evaluation) เช่น ร้อยละของผู้สูงอายุที่นำโปรแกรมการออกกำลังกายไปใช้อย่างต่อเนื่อง, ร้อยละของผู้สูงอายุที่มาเข้าโปรแกรมการออกกำลังกายในชมรมผู้สูงอายุ สถานบริบาล และที่บ้าน การประเมินผลลัพธ์ (reassessment) เช่น ร้อยละของผู้สูงอายุในชุมชนที่ออกกำลังกายอย่างน้อย ๓ ครั้งต่อสัปดาห์ ซึ่งมีวงจรการดูแลดังภาพ



จากที่ประชุมนานาชาติด้านการสร้างเสริมสุขภาพครั้งแรกที่กรุงฮานอย ประเทศเวียดนาม พ.ศ. ๒๕๒๙ ได้กำหนดกลยุทธ์หลัก ๕ ประการ ตามกฎบัตรฮานอย” ในการสร้างเสริมสุขภาพ ประกอบด้วย

๑. การสร้างนโยบายสาธารณะเพื่อส่งเสริมสุขภาพ (Build healthy public policy) ผู้บริหารในทุกภาคส่วนจะต้องแสดงเจตจำนงในการสร้างเสริมสุขภาพและความเสมอภาคของประชาชน ความรับผิดชอบในผลกระทบที่เกิดต่อสุขภาพของประชาชน

๒. สร้างสิ่งแวดล้อมให้เอื้ออำนวยต่อการมีสุขภาพดี (Create supportive environment) ประกอบด้วยสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ สิ่งแวดล้อมทางสังคม การเมือง วัฒนธรรม และจิตวิญญาณ

๓. เสริมสร้างความเข้มแข็งให้ชุมชน (Strengthen community action) การสร้างเสริมสุขภาพจะต้องดำเนินการโดยอาศัยการมีส่วนร่วมของชุมชน ทั้งในการจัดลำดับความสำคัญของปัญหา การตัดสินใจ การวางแผนและการดำเนินการ รวมทั้งการระดมทรัพยากรในชุมชน เพื่อยกระดับการช่วยเหลือตนเอง ทั้งนี้ชุมชนจะต้องเข้าถึงข้อมูลข่าวสาร โอกาสการเรียนรู้ และแหล่งทุนสนับสนุนอย่างเต็มที่และต่อเนื่อง

๔. พัฒนาทักษะส่วนบุคคล (Develop personal skills) การสร้างเสริมสุขภาพจะต้องสนับสนุน การพัฒนาความรู้และทักษะชีวิตโดยการให้ข้อมูลข่าวสารและการศึกษาด้านสุขภาพ เพื่อเตรียมปัจเจกบุคคล ให้มีความพร้อมในการดำเนินชีวิตและดูแลสุขภาพตนเองในช่วงวัยต่าง ๆ กระบวนการดังกล่าวจะต้องริเริ่มให้เกิดขึ้นในครอบครัว โรงเรียน ที่ทำงานชุมชน และหน่วยงานต่าง ๆ

๕. ปรับเปลี่ยนบทบาทระบบบริการสาธารณสุข (Reorient health service) ระบบบริการสาธารณสุข นอกจากการรักษาพยาบาล จะต้องดำเนินกิจกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ เป็นความร่วมมือกันของทุกภาคส่วนของสังคม ระหว่างบุคคล ชุมชน บุคลากรสาธารณสุข สถาบันบริการสาธารณสุข และรัฐบาล การปรับเปลี่ยนจะต้องให้ความสำคัญกับงานด้านการวิจัยทางสุขภาพ เพื่อนำไปสู่การปรับเปลี่ยนเจตคติ การปรับทิศทาง และการจัดบริการสุขภาพที่เน้นการมองปัญหาแบบองค์รวมและยึดประโยชน์ประชาชนเป็นที่ตั้ง ซึ่งยุทธศาสตร์ทั้ง ๕ ด้านนี้ สะท้อนถึงแนวคิดการดูแลสุขภาพองค์รวม ที่ไม่ได้มองเรื่องสุขภาพเป็นเพียงเรื่องการบริการสาธารณสุขกับพฤติกรรมของปัจเจกบุคคลเท่านั้น

## ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการสร้างเสริมสุขภาพ

### ๑. ปัจจัยกำหนดสุขภาพ (Determinants of health)

การกำหนดนโยบายการสาธารณสุขและการดูแลสุขภาพประชาชน ควรคำนึงถึงปัจจัยกำหนดสุขภาพ ตัวอย่างแบบจำลองการอธิบายปัจจัยกำหนดสุขภาพ ตามรูปแบบของ Goran Dahlgren and Magaret White-head (๑๙๙๑) ได้พัฒนาความสัมพันธ์ขององค์ประกอบปัจจัยกำหนดสุขภาพทางสังคม โดยอธิบายว่า สภาวะเศรษฐกิจสังคม วัฒนธรรมและสิ่งแวดล้อม ที่ส่งอิทธิพลผ่านนโยบายและแผนงานของภาครัฐ ส่งผลต่อความเป็นอยู่ การทำงาน ชุมชน ที่อยู่อาศัย รวมทั้งเครือข่ายทางสังคมและชุมชน ส่งผลกระทบต่อปัจจัยการดำเนินชีวิตของแต่ละบุคคล ซึ่งส่งผลกระทบต่อสุขภาพของปัจเจกบุคคล



ปัจจัยที่เป็นตัวกำหนดสุขภาพ มีทั้งที่ใกล้ตัว ได้แก่ ปัจจัยทางปัจเจกบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ ปัจจัยทางพันธุกรรม เป็นต้น รวมทั้งปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมที่อยู่รอบตัว และระบบบริการสุขภาพ ซึ่งถือเป็น ปัจจัยกำหนดสุขภาพที่สำคัญอย่างหนึ่ง การพัฒนาระบบบริการสุขภาพที่ดีนั้นเพื่อให้ประชาชนทุกคนสามารถเข้าถึงระบบบริการสุขภาพที่ได้มาตรฐาน เกิดความเท่าเทียม และมีความยั่งยืน ไม่เป็นภาระทางงบประมาณ จนไม่สามารถที่จะดำเนินการได้อย่างมีประสิทธิภาพในระยะยาวได้ นอกจากนี้ยังมีปัจจัยกำหนดสุขภาพที่อยู่ไกลตัวออกไป ซึ่งจะมีผลกระทบหรือเป็นตัวกำหนดปัจจัยใกล้ตัวอีกทีหนึ่ง ซึ่งจะเห็นว่าปัจจัยที่เป็นตัวกำหนดสุขภาพนั้น มีทั้งที่อยู่นอกขอบเขตของกระทรวงสาธารณสุข โดยเฉพาะปัจจัยทางเศรษฐกิจ สังคม วัฒนธรรม และสิ่งแวดล้อม เช่น เรื่องความยากจน การว่างงาน การกีดกันทางสังคม ภัยทางธรรมชาติ ซึ่งเป็นเรื่องระดับโลก และสามารถส่งผลกระทบต่อประชากรทั่วโลก

### ๒. ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ มีหลายทฤษฎี ตัวอย่างเช่น

**แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) Becker และคณะ (๑๙๗๗)** เป็นผู้ปรับปรุง แบบแผนแนวคิดความเชื่อด้านสุขภาพ เพื่อนำมาใช้อธิบายและทำนายพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรค โดยได้เพิ่มปัจจัยร่วม นอกเหนือจากการรับรู้ของบุคคลที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติในการป้องกันโรค ประกอบด้วย

๑. การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค (Perceived susceptibility) หมายถึง ความเชื่อของบุคคล มีผลโดยตรงต่อการปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพ แต่ละบุคคลมีระดับความเชื่อที่ไม่เท่ากัน เช่น ความเชื่อ ต่อการวินิจฉัยโรค การคาดการณ์ต่อโอกาสกลับเป็นโรคซ้ำ ความเสี่ยงที่จะป่วยเป็นโรคต่าง ๆ

๒. การรับรู้ความรุนแรงของการเป็นโรค (Perceived severity) หมายถึง ความรู้สึกของบุคคลต่อความรุนแรงของโรคที่มีผลต่อร่างกาย ซึ่งก่อให้เกิดความพิการ เสียชีวิต ความยากลำบาก การใช้เวลาในการรักษา การเกิดโรคแทรกซ้อน และผลกระทบเศรษฐกิจสังคม



๓. การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันและรักษาโรค (Perceived benefits) หมายถึง การที่บุคคล รับรู้ถึงคุณค่าหรือประโยชน์ของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เพื่อลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรค ทำให้บุคคลนั้นแสวงหาวิธีหรือเกิดเป็นพฤติกรรมใหม่ เพื่อปฏิบัติให้หายจากโรค หรือป้องกันไม่ให้เกิดโรค

๔. การรับรู้อุปสรรค (Perceived barriers) หมายถึง การประเมินถึงอุปสรรคที่อาจจะเกิดขึ้นส่งผลต่อพฤติกรรมที่จะเป็นประโยชน์ในการป้องกันโรค

๕. ปัจจัยร่วม (Modifying factors) หมายถึง ปัจจัยอื่น ๆ ที่มีอิทธิพลต่อการรับรู้ เช่น วัฒนธรรม ระดับการศึกษา ประสบการณ์ แรงจูงใจ เป็นต้น

๖. ปัจจัยชักนำให้เกิดการปฏิบัติ (Cues to action) หมายถึง สถานการณ์ บุคคล สิ่งใดสิ่งหนึ่ง ที่ส่งผลให้บุคคลปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เช่น การเจ็บป่วยของสมาชิกในครอบครัว สื่อสิ่งพิมพ์ การรณรงค์ผ่าน สื่อสารมวลชน

๗. ความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง (Self-efficacy) หมายถึง ความเชื่อในความสามารถของบุคคลในการทำสิ่งใดสิ่งหนึ่งให้เกิดผล

#### แบบจำลองการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (Stages of changes Model / Transtheoretical Model)

เป็นแนวคิดเกี่ยวกับกระบวนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของบุคคล มีระยะความพร้อมที่จะเปลี่ยนแปลง แตกต่างกันไป ดังนั้นการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม จึงต้องใช้กระบวนการจูงใจให้เหมาะสม ตามระยะเวลาในการเปลี่ยนพฤติกรรม อันประกอบไปด้วย ๕ ระยะ คือ

๑. ระยะก่อนคิดตัดสินใจ (Precontemplation) เป็นระยะแรก ที่บุคคลยังไม่ตระหนักว่าเป็นปัญหาของตน ไม่คิดจะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของตนเอง

แนวทางกิจกรรมที่ให้ โดยการให้ข้อมูลความเสี่ยง ผลเสียที่จะเกิดขึ้นหากยังคงพฤติกรรมเดิม และชี้ให้เห็นประโยชน์ของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

๒. ระยะเริ่มคิดตัดสินใจ (Contemplation) เป็นระยะที่บุคคลเริ่มมองเห็นปัญหา และมองถึงผลเสียที่อาจจะเกิดขึ้นในอนาคต แต่ยังไม่ลงมือกระทำ หรือวางแผนปรับเปลี่ยนพฤติกรรม สร้างแรงจูงใจ

แนวทางกิจกรรมที่ให้ โดยการเน้นข้อมูลประโยชน์ของการเปลี่ยนพฤติกรรม ให้การสนับสนุน

๓. ระยะเตรียมการ (Preparation) เป็นระยะที่บุคคลเริ่มวางแผน เริ่มคิดกลยุทธ์ที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอันเป็นปัญหา

แนวทางกิจกรรมที่ให้ โดยเน้นการวางแผนเตรียมการ ที่จะลงมือปฏิบัติ มีการกำหนดวัน

๔. ระยะปฏิบัติ (Action) เป็นระยะที่คนเริ่มลงมือปฏิบัติ เริ่มลองผิด ลองถูกที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรม แนวทางกิจกรรมที่ให้ โดยเน้นให้การสนับสนุน ให้กำลังใจ ช่วยแก้ไขปัญหาอุปสรรค

๕. ระยะคงไว้ซึ่งพฤติกรรมใหม่ (Maintenance) เป็นระยะที่บุคคลปฏิบัติจนเป็นนิสัย และมีการทำพฤติกรรมใหม่ ไม่กลับไปทำพฤติกรรมเดิม จนกระทั่งพฤติกรรมที่เกิดขึ้นใหม่ กลายเป็นพฤติกรรมถาวร แนวทางกิจกรรมที่ให้ โดยเน้นกำหนดทางเลือกที่เหมาะสมและมั่นคง ป้องกันการกลับไปมีพฤติกรรมเดิม

เครื่องมือพื้นฐานที่ใช้ในการเยี่ยมบ้าน (INHOMESSS) เป็นแนวทางในการประเมินผู้ป่วยเมื่อไปเยี่ยมบ้าน โดยประกอบในหัวข้อต่าง ๆ ๙ ส่วน เพื่อใช้ในการประเมินผู้ป่วยในบ้านเป็นไปได้อย่างครอบคลุม ดังนี้

**I: impairment/immobility** เป็นการประเมินว่าผู้ป่วยสามารถทำกิจกรรมในชีวิตประจำวันด้วยตนเองได้มากน้อยเพียงใด โดยสามารถแบ่งกิจกรรมประจำวันได้เป็น

๑. กิจกรรมประจำวันพื้นฐาน (activities of daily living - ADL) ได้แก่ ความสามารถในการดูแลตนเองในกิจกรรมประจำวันพื้นฐานทั่วไป เช่น การแต่งตัว การรับประทานอาหาร เข้าห้องน้ำ แต่งตัวเองได้ การเคลื่อนที่จากที่หนึ่งไปยังอีกที่หนึ่ง การเดิน

๒. กิจกรรมประจำวันที่ซับซ้อน (instrumental activities of daily living- iADL) เช่น การจับจ่ายซื้อของ การทำงานบ้าน การจัดการรายรับรายจ่าย การใช้โทรศัพท์ จัดยารับประทาน การจัดเตรียมอาหาร การเดินทาง การใช้โทรศัพท์

โดยการบันทึกผลอาจบันทึกใน ๓ รูปแบบ คือ สามารถทำกิจกรรมในชีวิตประจำวันด้วยตนเอง โดยไม่ต้องขอความช่วยเหลือ หรือต้องการความช่วยเหลือบางส่วน หรือต้องการความช่วยเหลือทั้งหมด หากต้องการประเมินต่อเนื่อง อาจใช้แบบประเมิน Barthel index สำหรับ ADL และ Lawton index๑๒ สำหรับ iADL ซึ่งเป็นคะแนนที่มีตัวเลข สามารถนำไปวิจัยหรือติดตามการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยได้ดี

**N : nutrition** เป็นการประเมินว่าผู้ป่วยมีภาวะโภชนาการอย่างไร มีภาวะทุพโภชนาการหรือไม่ นิสัยการรับประทานอาหารเป็นอย่างไร วิธีเตรียมอาหาร วิธีเก็บอาหาร ปริมาณที่บริโภค อาหารพิเศษที่ต้องได้รับ เช่น การจำกัดเกลือ ต้องเพิ่มโปรตีนเป็นพิเศษ ควรประเมินของเหลวที่ผู้ป่วยได้รับ เช่น ปริมาณและคุณภาพของน้ำดื่ม เครื่องดื่มอื่น ๆ ประเมินปัจจัยแวดล้อมอื่น ๆ เช่น สุขภาวะช่องปากและฟัน

**H : housing** เป็นการประเมินว่าสภาพบ้านมีลักษณะอย่างไร โดยการประเมินควรครอบคลุมถึงสภาพภายในบ้าน โดยประกอบไปด้วย แพนผังบ้าน ห้องต่าง ๆ ตำแหน่งประตู หน้าต่าง การระบายอากาศ การประเมินสิ่งอื่นเพิ่มเติม เช่น สิ่งต่าง ๆ ในบ้านที่อาจเป็นความภาคภูมิใจของคนในบ้าน อีกส่วนหนึ่งคือ การประเมินภายนอกบ้าน ประกอบด้วย อาณาบริเวณรอบบ้าน รั้วบ้าน ความสัมพันธ์ของเพื่อนบ้าน ตลอดจนสิ่งแวดล้อมอื่น ๆ เช่น ทำเลบ้านซึ่งใกล้แหล่งน้ำ/สถานีบริการน้ำมัน/แหล่งขยะ เป็นต้น

**O : other people** เป็นการประเมินบุคคลต่าง ๆ ในครอบครัว ในด้านภาระหรือบทบาทหน้าที่ของสมาชิกในบ้าน บุคคลที่มีความรับผิดชอบพิเศษในครอบครัว เช่น ตัวแทนที่จะตัดสินใจแทนผู้ป่วยได้ หรือผู้ให้การดูแลผู้ป่วย ซึ่งถือเป็นบุคคลที่ส่งผลต่อสุขภาพผู้ป่วยอย่างมาก อาจมีภาวะความเหนื่อยล้าจากการดูแล (caregiver burden) ซึ่งในการประเมิน อาจใช้แบบสอบถามภาระการดูแล Zarit Burden Interview (ZBI) ๑๓ ช่วยในการประเมินได้ นอกจากนี้ ยังสามารถนำแผนภูมิจากครอบครัว (Family genogram) มาใช้เป็นเครื่องมือ เพื่อให้การประเมิน บุคคลต่าง ๆ ในครอบครัวครอบคลุมและครบถ้วน

**M : medications** เป็นการประเมินเกี่ยวกับยาที่ผู้ป่วยใช้ในหลาย ๆ มิติ ได้แก่ จำนวน ปริมาณ ความถี่ การบริหารจัดการยา เช่น การจัดยา ความต่อเนื่องของการรับประทานยา อาการข้างเคียงจากยา ยาที่ได้รับโดยไม่จำเป็น ยาที่อาจมีอันตรกิริยากันเองทั้งกับยา และอาหาร ยาอื่น ๆ ที่ได้รับ นอกเหนือจากแพทย์ประจำตัวสั่ง เช่น ยาที่ซื้อเอง ยาสมุนไพร อาหาร เป็นต้น

**E : examination** การตรวจร่างกายผู้ป่วย โดยอาจจะตรวจทุกระบบ หรือ ระบบที่เกี่ยวข้องมากที่สุดก่อน ขึ้นอยู่กับความเหมาะสม การตรวจร่างกายที่บ้าน อาจให้ข้อมูลเพิ่มเติมจากการตรวจร่างกายที่โรงพยาบาลได้ เนื่องจากสามารถตรวจกับสภาวะแวดล้อมที่มีอยู่จริงในชีวิตประจำวัน เช่น การตรวจการเดินในทางเดินจริง ที่บ้านของผู้ป่วย เป็นต้น

S : safety ประเมินสภาพความปลอดภัยในบ้าน โดยประเมินตามความเสี่ยงจากสิ่งคุกคามที่อาจเกิดขึ้นได้จากด้านต่าง ๆ เช่น กายภาพ ชีวภาพ เคมี เป็นต้น หรืออาจจะประเมินจากจุดที่เป็นความเสี่ยงต่าง ๆ ในบ้าน

S : spiritual health ประเมินความเชื่อ ค่านิยม ตลอดจน สิ่งที่เป็นแรงจูงใจ หรือแรงผลักดันให้มีชีวิตอยู่ของผู้ป่วยและของคนในบ้าน ไม่ใช่เพียงแค่ศาสนา แต่รวมถึงสิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจ ซึ่งต่างกันไปในแต่ละบุคคล อาจประเมินได้จากสิ่งของที่จัดแสดงในบ้าน หรือ ศาสนวัตถุภายในบ้าน รางวัลที่ได้รับ เป็นต้น หรือจากการใช้เครื่องมือในการประเมินอื่น ๆ เช่น FICA๑๕ ซึ่งเป็นการประเมิน ๔ ด้าน ดังนี้ (F) faith หมายถึง ความเชื่อหรือสิ่งสำคัญต่อการมีชีวิตอยู่ของผู้ป่วยในปัจจุบัน (I) importance and influence หมายถึง ความสำคัญของความเชื่อต่อตัวผู้ป่วย (C) community หมายถึง การให้ความสำคัญ หรือเป็นส่วนหนึ่งต่อกลุ่มคนที่มีความเชื่อ (A) address or application ความต้องการให้บุคลากรที่ดูแลสุขภาพให้การดูแลตามความเชื่อ ของผู้ป่วยที่ยึดถือ

S : services เป็นการประเมินการเข้ารับการดูแลต่อเนื่องต่อไปโดยบุคลากรทางการแพทย์ ซึ่งมีปัจจัยที่นำมาพิจารณาได้แก่ สถานพยาบาลที่ใช้บริการเป็นประจำ ความสัมพันธ์ระหว่างบุคลากรด้านสุขภาพ กับผู้ป่วย สิทธิการรักษาพยาบาล แผนการไปรักษาต่อในกรณีฉุกเฉิน

๒.๓ ประโยชน์ที่ได้รับ

๒.๓.๑  ต่อตนเอง

มีความเชี่ยวชาญในการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม สามารถเชื่อมต่อความรู้ทางการแพทย์ให้เข้ากับองค์ประกอบสำคัญอื่นๆ คือ สุขภาพกาย ใจ จิตวิญญาณ วัฒนธรรมสังคม และ สิ่งแวดล้อม

มีความรู้ที่ทันสมัยทางด้านงานส่งเสริมสุขภาพ งานป้องกันโรค งานรักษาพยาบาล งานฟื้นฟูสุขภาพ การดูแลผู้ป่วยระยะท้าย และระบบบริการสาธารณสุข มีความเป็นผู้นำทางวิชาการ สามารถแสดงความคิดเห็น เป็นที่ปรึกษาทางการแพทย์และสอนผู้อื่นได้ สามารถประเมินและพัฒนาตนเองให้มีศักยภาพเพิ่มขึ้นได้อย่างต่อเนื่อง ได้เครือข่ายบุคลากรทางการแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว

๒.๓.๒  ต่อหน่วยงาน

โรงพยาบาลกลาง มีบุคลากรที่มีความรู้ ความสามารถด้านวิชาเวชศาสตร์ครอบครัว สามารถให้บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ และ/หรือ ทติยภูมิแก่บุคคล ครอบครัวและชุมชน โดยไม่จำกัดโรคเพศ อายุและวัย สามารถพัฒนางานด้านส่งเสริม ป้องกันและรักษาสุขภาพของรพ.ได้อย่างต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพและประสิทธิผลยิ่งขึ้นสามารถเลือกใช้เทคโนโลยีการแพทย์อย่างเหมาะสมเพื่อประโยชน์สูงสุดของผู้รับบริการ

๒.๓.๓  อื่น ๆ

บุคลากรมีทักษะในการติดต่อสื่อสารกับผู้รับบริการสุขภาพและครอบครัว ผู้ร่วมงานในวิชาชีพเดียวกันและต่างสาขาวิชาชีพ เพื่อการประสานงานในการดูแลสุขภาพผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง

สามารถดำเนินการวิจัยและสร้างองค์ความรู้ใหม่ที่หลากหลายสำหรับวิชาเวชศาสตร์ครอบครัวในประเทศไทย

### ส่วนที่ ๓ ปัญหาและอุปสรรค

#### ๓.๑ การปรับปรุง

ในระหว่างการฝึกอบรม มีกิจกรรม workshop ของราชวิทยาลัยฯ ที่แพทย์ประจำบ้านจำเป็นต้องเข้าร่วมทุกปี รวมถึงค่าสมัครสอบบอร์ด ซึ่งไม่สามารถขอเบิกได้ แม้มือใบเสร็จ เนื่องจากไม่ได้ระบุไว้ล่วงหน้าในแผนของหลักสูตร

#### ๓.๒ การพัฒนา

ควรให้สามารถเบิกงบประมาณในส่วนนี้ได้ย้อนหลัง เนื่องจากเป็นค่าใช้จ่ายที่จำเป็นในหลักสูตร และไม่สามารถระบุไว้ล่วงหน้าได้ จึงไม่ได้อยู่ในแผน TN ที่ขอก่อนล่วงหน้า ๒ ปี

### ส่วนที่ ๔ ข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะ

เป็นหลักสูตรที่ดีและเนื้อหาที่เรียนมีความเหมาะสมกับระยะเวลาแล้ว

ลงชื่อ เมธวี สดอธานนท์ ผู้รายงาน  
(นางสาวเมธวี สดอธานนท์)

### ส่วนที่ ๕ ความคิดเห็นของผู้บังคับบัญชา

การศึกษาอบรม ฯ เป็นการเสริมสร้างความรู้ให้กับบุคลากร เพื่อนำไปประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติงานให้เกิดประโยชน์สูงสุด และเป็นหลักสูตรที่เหมาะสมในการพัฒนาศักยภาพของบุคลากร

ลงชื่อ  หัวหน้าส่วนราชการ  
(นายอรรถพล เกิดอรุณสุขศรี)  
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลกลาง

# รายงานการฝึกอบรมในประเทศ หลักสูตรแพทย์ประจำบ้าน สาขาเวชศาสตร์ครอบครัว

แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว คือ แพทย์ที่เป็นด่านแรกในการให้การดูแลสุขภาพ โดยเป็นการดูแลแบบต่อเนื่องและองค์รวม คือ สุขภาพกาย ใจ จิตวิญญาณ สังคม ทั้งระดับบุคคล ครอบครัว ชุมชน ในการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค รักษา และฟื้นฟูสภาพ ร่วมกับทีมสหสาขา มีการส่งปรึกษาและรักษาต่ออย่างเหมาะสม เพื่อประโยชน์สูงสุดต่อผู้ป่วยในเวชปฏิบัติ

## ผู้เข้าอบรม

- นส. เมธาวิ สดาวรานนท์  
นายแพทย์ปฏิบัติการ
- กลุ่มงาน เวชศาสตร์ชุมชน sw.กลาง
- 099-212-5665

## ข้อมูลหลักสูตร

### สถานที่ฝึกอบรม

คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาล  
รามารินทร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

### ระยะเวลาฝึกอบรม

1 กรกฎาคม 2564 - 30 มิถุนายน 2567

## การนำมาพัฒนางาน

สามารถให้บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ และทุติยภูมิ แก่บุคคล ครอบครัวและชุมชน โดยไม่จำกัดโรค เพศ อายุและวัย เป็นการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม พัฒนางานส่งเสริม ป้องกันและรักษาสุขภาพของ sw. ได้อย่างต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพ โดยทำงานร่วมกับสหวิชาชีพ เพื่อดูแลสุขภาพผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง เป็นที่ปรึกษาทางการแพทย์และสอนผู้อื่นได้

## Education Experience

- เรียนรู้หลักการสำคัญของเวชศาสตร์ครอบครัว เน้นการดูแลสุขภาพรายบุคคลแบบ Patient-centered medicine ฝึกปฏิบัติงานจริงภายใต้การควบคุมกำกับ โดยอาจารย์แพทย์ที่แผนกตรวจผู้ป่วยนอก ภาควิชาเวชศาสตร์ครอบครัว เพื่อฝึกเป็นแพทย์ประจำตัวของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง รวมถึงการดูแลผู้ป่วยสูงอายุ และผู้ป่วยระดับประคอง
- มีการเยี่ยมบ้านสัปดาห์ละ 1 ครั้งวัน เพื่อฝึกทักษะการดูแลผู้ป่วยที่บ้านและการทำงานเป็นทีมสหวิชาชีพ มีการประชุมวิชาการทุกเช้าและช่วงเวลาอื่นของทุกสัปดาห์
- ปฏิบัติงานหมุนเวียนไปยังภาควิชาอื่น เช่น สูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา ศัลยศาสตร์ อายุรศาสตร์ กุมารเวชศาสตร์ เวชศาสตร์ฉุกเฉิน ฯลฯ เพื่อเรียนรู้แนวทางการรักษาโรคเฉพาะทางที่เกี่ยวข้องกับการทำงานของแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว
- ฝึกปฏิบัติงานที่รพ.ชุมชนในต่างจังหวัด เพื่อเรียนรู้ระบบ บริบทการทำงานจริงของแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวและการทำงานร่วมกับคนในชุมชน
- เป็นหัวหน้าทีม ทำหน้าที่ดูแลและช่วยอาจารย์สอนแพทย์ประจำบ้านรุ่นน้องและนักศึกษาแพทย์
- Elective เพิ่มเติมความรู้ที่สามารถนำมาประยุกต์ใช้กับการทำงานในฐานะแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว ทั้งในและนอกประเทศ