

## ประสบการณ์การเรียนรู้ FAMILY MEDICINE ในประเทศแคนาดา

สุรสิทธิ์ จิตรพิทักษ์เลิศ, พ.บ.\*

### ทำไมถึงได้ไปเรียน Family Medicine

ผมได้รับโอกาสให้รับทุนรัฐบาลผ่านกระทรวงสาธารณสุข ในโครงการพัฒนาอาจารย์แพทย์เพื่อการผลิตแพทย์เพิ่มเพื่อชาวชนบท ไปศึกษาต่อสาขา Family Medicine ที่ University of Toronto (U of T) ประเทศแคนาดา ผมใช้เวลาอยู่ที่นั่นประมาณ 25 เดือน (พ.ศ. 2546-มิ.ย. 2548) ซึ่งเป็นระยะเวลาที่เหมาะสมสำหรับการเรียนรู้เพื่อค้นหาคำตอบว่า Family Medicine ในประเทศแคนาดาเป็นอย่างไร เพราะในสาขานี้ประเทศแคนาดาจัดอยู่ในระดับแนวหน้าของโลก ขอขอบพระคุณ รัฐบาลไทยที่เห็นความสำคัญและให้การสนับสนุนทุนสาขานี้

เดิมทีนั้นผมเคยคิดว่าจะไปเรียนต่อยอดทางด้านระบาดวิทยาคลินิก เนื่องจากพื้นฐานเดิมก็เป็นแพทย์ด้านระบาดวิทยาอยู่แล้ว แต่จุดพลิกผันก็คือ การได้เข้าร่วมสังเกตการณ์การจัดกิจกรรมเรียนรู้ของแพทย์เกี่ยวกับการจัดการเรียนการสอนวิชาเวชศาสตร์ครอบครัวกับอาจารย์สายพิณ หัตถิรัตน์ คณะแพทยศาสตร์โรง-

พยาบาลรามาธิบดี ที่เป็นศิษย์เก่าของ U of T ทำให้รู้ว่าตัวเองมีองค์ความรู้ด้านเวชศาสตร์ครอบครัวและการจัดการเรียนการสอนที่ดียังไม่มากพอ ประกอบกับโรงพยาบาลมหาราชานครราชสีมามีความต้องการทั้งในด้านปริมาณและคุณภาพของอาจารย์แพทย์ด้านเวชศาสตร์ครอบครัว ผมจึงได้ตัดสินใจเลือกที่จะไปเรียนรู้เพื่อเพิ่มพูนศักยภาพตัวเองในด้านนี้

### หลักสูตรการเรียนรู้เป็นอย่างไร

สาขาวิชาที่ไปเรียนจบนั้นเป็น professional degree ชื่อเต็มเรียกว่า Master of Health Science (Family and Community Medicine) ผมขอเรียกสั้น ๆ ว่า MHSc (Family Medicine) สำหรับที่มหาวิทยาลัยแห่งนี้ ในระดับหลังปริญญา จะแบ่งเป็น 2 สาย คือ research degree และ professional degree สายวิจัยสามารถเรียนถึงปริญญาเอกได้ แต่สายวิชาชีพ จะไม่สามารถเรียนต่อในระดับปริญญาเอกได้ และในสาขาเวชศาสตร์ครอบครัวนี้ถือว่าระดับปริญญาโท เป็นระดับที่สูงสุดแล้ว

\* กลุ่มงานเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลมหาราชานครราชสีมา จ.นครราชสีมา 30000

เพราะคุณสมบัติของผู้ที่จะเรียนได้คือ ต้องเป็นแพทย์ที่ผ่านหลักสูตรแพทย์ประจำบ้านสาขาเวชศาสตร์ครอบครัวมาก่อน แล้วมาเรียนรู้ว่าถ้าจะไปเป็นอาจารย์แพทย์ด้านนี้ต้องมี competency เกี่ยวกับการจัดการเรียนการสอนด้านเวชศาสตร์ครอบครัวที่ดีและเหมาะสมว่าเป็นอย่างไร (ถึงแม้ผมยังไม่มียอร์ดแพมเมด แต่ก็มีบอร์ดระบาดวิทยา จึงได้รับการพิจารณาจากอาจารย์ที่ U of T ให้มีโอกาสไปเรียนได้) ช่วงดีล่าสุดคือเมื่อปลายปี พ.ศ. 2547 ได้มีแนวคิดที่จะอนุโลมให้นักศึกษาที่เรียน MHSค สามารถโอนหน่วยกิตมาต่อระดับ PhD ได้สำหรับส่วนตัวผมเองคงไม่ทันกับการปรับหลักสูตรใหม่นี้แล้ว ไว้ให้แพทย์รุ่นน้อง ๆ ที่สนใจไปเรียนแทน แล้วกลับมาช่วยกันพัฒนาจะดีกว่า

หลักสูตรนี้ประกอบด้วย 3 กลุ่มวิชาหลัก ๆ คือ เวชศาสตร์ครอบครัว แพทยศาสตรศึกษา และวิจัย/สาธารณสุข สิ่งที่ได้อธิบายเพิ่มเติมมาในการเรียนกลุ่มวิชาเวชศาสตร์ครอบครัวคือ ระบบสาธารณสุขแคนาดา ปัจจัยทางสังคมและการเมืองที่มีผลกระทบต่อการพัฒนาด้านเวชศาสตร์ครอบครัว องค์ความรู้ด้านเวชศาสตร์ครอบครัวที่อาจารย์แพทย์จะต้องมีเพื่อนำไปปฏิบัติเองให้เป็น role model ซึ่งแพทย์ครอบครัวในประเทศแคนาดาจะยึดตามหลักการ 4 ประการของ

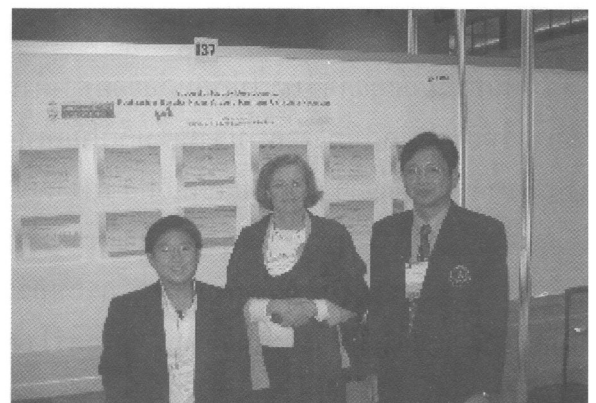
เวชศาสตร์ครอบครัวที่ท่านผู้อ่านคงเคยเห็นจากบทความที่อาจารย์ท่านอื่นเคยเขียนไว้

ในกลุ่มวิชาเกี่ยวกับแพทยศาสตรศึกษา Professor Helen P. Batty ซึ่งเป็น Program director ของสาขา MHSค (Family Medicine) นี้ ได้ดำเนินการสอนเองและอาจารย์ได้ใช้วิธีการจัดการเรียนการสอนจากพื้นฐาน Adult learning principles กระบวนการเรียนรู้คือ ให้ผู้เรียนไปอ่านหนังสือมาก่อน แล้วมาแลกเปลี่ยนนำเสนอผลงานการค้นคว้า ถกประเด็นกับเพื่อน และอาจารย์ซึ่งมีบทบาทเป็นผู้ช่วยเหลือการเรียนรู้คอยสรุปช่วยและจากที่เคยไปช่วยอาจารย์ที่เลี้ยง Dr. Abbas Ghavam-Rassoul สอนนักศึกษาแพทย์ก็พบว่าได้ใช้วิธีการจัดการเรียนรู้แบบผู้ใหญ่เช่นเดียวกันกับระดับหลังปริญญา หากเรียกแบบภาษาแพทยศาสตรศึกษาใช้ Problem-based learning หรือ Case-based learning ซึ่งเป็นที่ทราบกันทั่วไปว่าในมหาวิทยาลัยหลายแห่งในประเทศไทยก็ได้ใช้หลักการนี้แล้ว เพียงแต่ในบริบทที่เห็นในสถาบันผลิตแพทย์ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขยังไม่แพร่หลายนัก

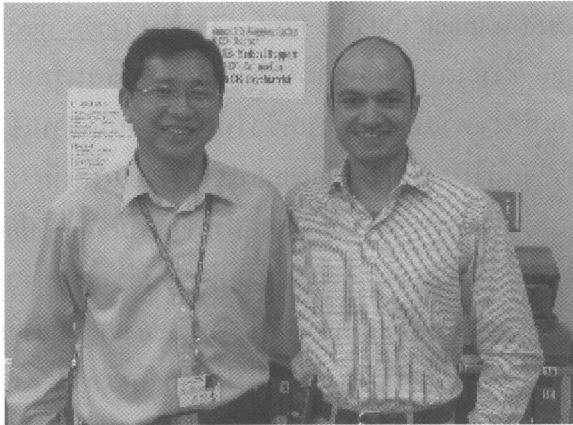
นอกจากนี้ ผมได้มีโอกาสเรียนรู้เกี่ยวกับ Continuing Medical Education/Continuing Professional Development (CME/CPD) กับ Professor Dr. Dave Davis



ณ ตึก University College, U of T, Toronto, Canada



Professor Dr. Helen P. Batty และ พญ. อรวรรณ ในงานประชุม WONCA 2004 ที่ Orlando, USA



Dr. Abbas Ghavam-Rassoul อาจารย์พี่เลี้ยงประจำ  
St. Michael Hospital, Toronto

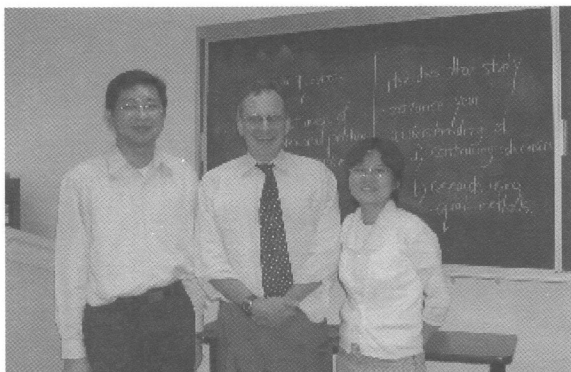
บางท่านคงเคยเห็นชื่ออาจารย์ปรากฏอยู่ในวารสารชั้นนำหลายเรื่อง และได้ไปศึกษาดูงานการจัดการเรียนการสอนให้แพทย์ประจำบ้านในชนบทกับ Professor Dr. Karl Hartwick ที่เมือง Haliburton ตั้งอยู่ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของ Toronto และอีกวิชาที่ชอบคือการจัดการเรียนการสอนเวชศาสตร์ครอบครัวเชิงประจักษ์ ซึ่งเป็น Web-based learning ผู้สอนคือ Professor Dr. Walter Rosser ซึ่งเคยเป็นหัวหน้าภาควิชา U of T ตอนนี้เป็นหัวหน้าภาควิชา Family and Community Medicine, Queen University, Ontario, Canada แล้ว

สำหรับกลุ่มวิชาชีพ/สาธารณสุข ผมมีโอกาสได้เป็น resource person สำหรับเพื่อนนักเรียนต่างชาติ เพราะเคยมีประสบการณ์การวิจัยและสอนระดับวิทยา มาก่อน ในกระบวนการสอน อาจารย์บางท่านยังใช้วิธีการบรรยาย หรือ didactic lecture อย่างที่เคยเรียนที่บ้านเรา แต่ก็เป็นบางชั่วโมงเท่านั้น ซึ่งน่าจะจัดเป็น interactive lecturing และ group discussion มากกว่านี้

วิชาที่น่าสนใจสำหรับผมในกลุ่มวิชาสาธารณสุขคือ Gender & Health ซึ่งผมได้เลือกศึกษาค้นคว้าเรื่องความรุนแรงในครอบครัวทั้งในระดับนานาชาติและประเทศไทย ขณะนี้กระทรวงสาธารณสุขไทยได้มีนโยบายให้มีการจัดตั้ง One Stop Crisis Center ในโรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไปทุกแห่งแล้ว แต่ดูเหมือนว่างานยังเน้นหนักในด้านการฟื้นฟูสภาพยังไม่ได้เชื่อมต่อลงไปในระดับครอบครัวและชุมชน ซึ่งตรงจุดนี้เป็นงานที่ท้าทายต่อแพทย์ครอบครัวและทีมงานอย่างมากที่ควรหันมาให้ความสนใจในเรื่องนี้ให้มากขึ้น

### จะทำอะไรต่อไปในบริบทไทย ๆ

มีผู้รู้หลายท่านเคยกล่าวไว้ว่าเครื่องมือพัฒนาคุณภาพหลายอย่างเกิดในประเทศอเมริกา โดนประเทศญี่ปุ่น ดาตที่ประเทศไทย ผมก็ไม่อยากเห็นประวัติ



Professor Dr. Dave Davis และ พญ. อากาศก  
ในชั้นเรียน CME/CPD



Dr. Karl Hartwick ผู้ดูแลหลักสูตรแพทย์ประจำบ้านสาขา  
เวชศาสตร์ครอบครัวในชนบท ที่เมือง Haliburton, Ontario

ศาสตร์ซำรอยในด้านวิชาเวชศาสตร์ครอบครัว ดังนั้นความรู้ที่ได้จากการศึกษาในประเทศแคนาดาต้องถูกนำมาปรับใช้ในบริบทประเทศไทย สิ่งสำคัญคือ ต้องพัฒนาตัวเองให้เป็น role model และในขณะเดียวกันก็ต้องหาวิธีการว่าทำอย่างไรจึงจะเพิ่มปริมาณและคุณภาพอาจารย์แพทย์ด้านเวชศาสตร์ครอบครัวได้มากขึ้น ในขณะที่เขียนบทความนี้ สถาบันที่ผมปฏิบัติงานอยู่ได้สนับสนุนให้มีการจัดทำโครงการพัฒนาศักยภาพอาจารย์แพทย์และอาจารย์พี่เลี้ยงแล้ว แต่สำหรับในระดับประเทศ ผมอยากให้ส่วนกลางสนับสนุนการจัดทำโครงการพัฒนาอาจารย์ (Faculty development programme) สำหรับอาจารย์แพทย์ในภาควิชาเวชศาสตร์สังคม ในทุกศูนย์แพทยศาสตรศึกษา สังกัดกระทรวงสาธารณสุข

หากมองว่าแพทย์ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชน และหน่วยบริการระดับปฐมภูมิ มีความเป็นแพทย์ครอบครัวในระดับหนึ่ง การจัดการสนับสนุนการเรียนรู้อย่างต่อเนื่องเพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์และองค์ความรู้ด้านเวชศาสตร์ครอบครัวย่อมเป็นเรื่องที่น่าจะได้รับการส่งเสริมเมื่อมีทีมงานพร้อม ผมคงเป็นคนหนึ่งที่ร่วมจัดทำ Web-based learning หรือ Context-

based learning เกี่ยวกับ Evidence-based family medicine ซึ่งมีวัตถุประสงค์เพื่อส่งเสริมการเรียนรู้อย่างต่อเนื่องของแพทย์ครอบครัวในการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในการดูแลผู้ป่วยและประชาชนในพื้นที่

ประการสุดท้ายนี้ ผมขอฝากข้อเสนอแนะไปยังส่วนกลาง ซึ่งอาจเป็นความร่วมมือระหว่างกระทรวงสาธารณสุข หน่วยงานสนับสนุนทุนวิจัย และวิทยาลัยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวแห่งประเทศไทย ควรจัดให้มีระบบการสนับสนุนงานวิจัยที่ลงลึกในระดับครอบครัวและชุมชน โดยคำนึงถึงบริบทด้านสังคมและวัฒนธรรมที่มีผลต่อคุณภาพบริการ โดยเรื่องที่น่าจะให้ความสำคัญ ได้แก่ การดูแลผู้ป่วยโดยใช้ Patient-centered clinical method เป็นไปได้จริงหรือไม่ มีวิธีการลดความรุนแรงในครอบครัวอย่างไร ระบบการจัดบริการที่เอื้อต่อการพัฒนาคุณภาพบริการโรคเรื้อรังในหน่วยบริการระดับปฐมภูมิเป็นอย่างไร และระบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายซึ่งเชื่อมต่อระหว่างโรงพยาบาลศูนย์/ชุมชนกับหน่วยบริการระดับปฐมภูมิเป็นอย่างไร เป็นต้น ดังนั้นจึงควรมีระบบการสร้างนักวิจัยรุ่นใหม่ และส่งเสริมนักวิจัยที่มีประสบการณ์ มาร่วมมือกันเพื่อสร้างองค์ความรู้ด้านเวชศาสตร์ครอบครัวสำหรับประเทศไทยต่อไป



เบื้องหลังความสำเร็จ ภรรยาและลูกสาวที่น่ารัก ผู้ให้กำลังใจและสนับสนุน