

การพัฒนาแบบประเมินคัดเลือกโรงพยาบาลชุมชนและชุมชนเพื่อฝึกประสบการณ์สำหรับนักศึกษาแพทย์ชั้นปีที่ 5
ธีรพล มโนศักดิ์เสรี, พบ., ว.ว (เวชศาสตร์ครอบครัว) กลุ่มงานเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลอุดรธานี
ชนมณีภา สมานมิตร ศูนย์แพทยศาสตรศึกษาชั้นคลินิก โรงพยาบาลอุดรธานี

บทคัดย่อ

การวิจัยแบบบรรยายเชิงสำรวจโดยใช้เทคนิควิจัยแบบเดลฟาย (Delphi technique) นี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาเครื่องมือในการประเมินโรงพยาบาลชุมชนและชุมชนที่เหมาะสมจะเป็นแหล่งฝึกในวิชาประสบการณ์ชีวิตแพทย์ในชุมชนสำหรับนักศึกษาแพทย์ชั้นปีที่ 5 อาสาสมัครเป็นตัวแทนจากโรงพยาบาลชุมชนและชุมชน 6 อำเภอในจังหวัดอุดรธานีและอาจารย์แพทย์จากศูนย์แพทยศาสตรศึกษาชั้นคลินิกโรงพยาบาลอุดรธานี ซึ่งได้รับการคัดเลือกตามวัตถุประสงค์เฉพาะเจาะจงจำนวน 66 คน เครื่องมือเป็นแบบสอบถามจำนวน 3 ครั้ง ครั้งที่ 1 เป็นแบบสอบถามความคิดเห็นชนิดคำถามปลายเปิด หลังจากนั้นได้รวบรวมประเด็นข้อคิดเห็นไปสร้างแบบสอบถามครั้งที่ 2 โดยเป็นแบบสอบถามความคิดเห็นชนิดคำถามปลายปิดแบบออนไลน์ เมื่อผ่านการทำแบบสอบถามครั้งที่ 2 ความคิดเห็นข้อใดไม่สอดคล้องกัน จะทำแบบสอบถามครั้งที่ 3 เฉพาะในประเด็นข้อคิดเห็นที่ไม่สอดคล้องกัน หลังจากได้ข้อคิดเห็นที่สอดคล้องกันทั้งหมดจะนำมาใช้เป็นเกณฑ์ในการประเมินโรงพยาบาลชุมชนและชุมชนที่จะเป็นแหล่งฝึกให้กับนักศึกษาแพทย์ การวิเคราะห์ข้อมูลใช้ค่าสถิติ ร้อยละ ความถี่ ค่ามัธยฐาน และพิสัย ควอไทล์

ผลการวิจัย กลุ่มตัวอย่าง 66 คน ตอบแบบสอบถามครบทั้ง 3 ครั้งจำนวน 29 คน พบว่าแบบสอบถามความคิดเห็นครั้งที่ 1 ได้ประเด็นหัวข้อที่จะนำไปใช้ในการประเมินเพื่อจัดการเรียนการสอน 3 ประเด็น ทั้งหมด 50 ข้อประกอบด้วย 1. ด้านการเรียนการสอน 25 ข้อ 2. ด้านสิ่งอำนวยความสะดวกที่จำเป็นในการออกฝึกที่โรงพยาบาลชุมชน 16 ข้อ 3. ด้านความพร้อมของชุมชนที่เหมาะสมจะเป็นแหล่งฝึก 9 ข้อ เมื่อผ่านการทำแบบสอบถามครั้งที่ 2 พบว่ามีความเห็นสอดคล้องกัน 29 ข้อ จึงได้ทำแบบสอบถามครั้งที่ 3 จำนวน 21 ข้อ ได้ข้อคิดเห็นที่สอดคล้องกันเพิ่มขึ้น 5 ข้อ

คำสำคัญ: เกณฑ์การประเมินโรงพยาบาลชุมชนและชุมชนเพื่อเป็นแหล่งฝึก, หลักสูตรการเรียนแพทย์, การใช้ชุมชนเป็นฐาน, แพทยศาสตรศึกษา

Development of Community Hospital and Community Selection Form for the 5th Year Medical Students' Training

Teerapol Manosaksaree, M.D., Department of social medicine, Udonthani hospital

Chonnipa Samanmit, Medical Education Center, Udonthani Hospital

Abstract

This descriptive study using Delphi technique. To develop a community hospital and community selection form for learning medicine experiences in community life. 66 participants were purposively selected from 6 community hospitals and communities, and staffs from Udon thani medical education center. In total, 3 questionnaires were used, the first is a semi- structured open-ended questionnaire, the second as a semi-structured closed-end online questionnaire compiled from the first questionnaire. After completed the 2nd questionnaire, any of the opinions differ is repeated in 3rd questionnaire for agreement. Once all criteria have been established, will use them to evaluate community hospitals and communities for the purpose of training medical students. Analysis of the data was conducted using frequency, percentage, median and interquartile range (IOR).

The result revealed that in the 1st round there were 50 opinions, divided into 3 parts. First part comprised of 25 opinions on teaching and learning. Second were 16 opinions on facilities necessary for community hospital and community practice. Third were 9 opinions suitable of the community. In the 2nd round, 29 of the opinions were consistent and 3rd round increased for more 5 consistent opinions.

Keyword: Criteria for assessing the role of community hospitals, training centers, community-based, medical education

บทนำ

การใช้ชุมชนเป็นฐานในการเรียนที่โรงเรียนแพทย์เริ่มจากการเรียนในหลักสูตร community oriented medical education ซึ่งเป็นการเรียนการสอนในห้องเรียนโดยมีการกล่าวถึงหรือยกตัวอย่างการดูแลผู้ป่วยร่วมกับชุมชนเป็นส่วนหนึ่งของการเรียน และต่อมาได้มีการพัฒนาเปลี่ยนแปลงหลักสูตรไปเป็น community based medical education โดยกำหนดให้นักศึกษาแพทย์ไปฝึกประสบการณ์เรียนรู้ที่โรงพยาบาลชุมชนได้ไปสัมผัสกับผู้คนในชุมชนทำให้เกิดความเข้าใจชุมชนมากขึ้น หลังจากนั้นได้มีการพัฒนาหลักสูตรเป็น community-engaged medical education ซึ่งเป็นการเรียนที่เกิดขึ้นในโรงพยาบาลชุมชนและในชุมชน โดยกำหนดให้คนในชุมชนมีส่วนร่วมในการจัดการเรียนการสอนด้วย ซึ่งจัดได้ว่าเป็นกิจกรรมการเรียนรู้ที่เกิดขึ้นในชุมชนอย่างแท้จริง ที่ไม่ใช่มีแต่นักศึกษาแพทย์ อาจารย์ผู้สอนเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลชุมชน แต่รวมไปถึงสมาชิกในชุมชนและผู้มีส่วนเกี่ยวข้องภาคส่วนอื่นด้วย ซึ่งทำให้เกิดกิจกรรมการเรียนรู้ในวิชาชีพแพทย์ในชุมชนมากขึ้น¹ องค์การอนามัยโลก ได้กล่าวไว้ว่า หลักสูตร community based medical education มีความเหมาะสมที่จะนำไปใช้ในบริบทของ primary care และ secondary care โดยหลักสูตรนี้มีจุดมุ่งหมายเพื่อผลิตแพทย์ที่พร้อมและเต็มใจที่จะทำงานร่วมกับและสร้างเสริมสุขภาพให้กับคนชุมชน² มีหลักฐานที่แสดงให้เห็นว่าการเรียนและให้บริการในชุมชน (community based-education and service) การเรียนรู้จากปัญหา (problem based learning) สามารถทำให้เกิดการเตรียมพร้อมและปรับตัวให้บุคลากรทางการแพทย์มีความคุ้นเคยกับสภาพแวดล้อมการทำงานในพื้นที่ชนบทและยังเป็นการช่วยกระจายความเท่าเทียมของผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพเพื่อเป็นประโยชน์ต่อชุมชนในชนบทอีกด้วย³⁻⁴

ในจังหวัดอุดรธานี มีโรงพยาบาลชุมชน 20 แห่ง ซึ่งมีขนาดแตกต่างกัน มีโรงพยาบาลที่มีประสบการณ์ในการฝึกภาคสนามให้นักศึกษาแพทย์ชั้นปีที่ 4 ในรายวิชาเวชศาสตร์ชุมชน 2 โรงพยาบาล แต่เป็นการฝึกในช่วงสั้นๆ ประมาณ 1 สัปดาห์ และส่วนใหญ่เป็นการเรียนรู้ระบบการให้บริการ มากกว่าที่จะเกี่ยวข้องกับชุมชน ซึ่งแตกต่างจากหลักสูตรใหม่ที่กำหนดให้มี

หลักสูตรวิชาประสบการณ์ชีวิตแพทย์ในชุมชนโดยเป็นวิชาบังคับเลือก (selective) สำหรับนักศึกษาแพทย์ในโครงการผลิตแพทย์เพิ่มเพื่อชาวชนบทโดยใช้เวลาในการเรียนในโรงพยาบาลและชุมชน 4 สัปดาห์

การประยุกต์ใช้ 4Rs model ของ Worley⁵ เป็นวิธีการหนึ่งในการใช้วิเคราะห์การเรียนการสอนในโรงพยาบาลชุมชน ว่าก่อนที่อาจารย์เจ้าของหลักสูตรจะไปจัดการเรียนการสอนที่ชุมชนต้องคำนึงถึงปัจจัยใดบ้างเพื่อให้หลักสูตรนี้มีประสิทธิภาพและได้ประโยชน์กับนักศึกษาแพทย์มากที่สุด ซึ่งพิจารณา 4 องค์ประกอบที่สำคัญ คือ 1. แพทย์ และสหวิชาชีพ (ครูพี่เลี้ยง) และผู้ป่วย 2. โรงพยาบาลชุมชน/ศูนย์แพทยศาสตรศึกษาชั้นคลินิก/มหาวิทยาลัย 3. ชุมชน 4. นักศึกษาแพทย์⁶

ในต่างประเทศเคยมีการศึกษาเกี่ยวกับคุณสมบัติของโรงพยาบาลและชุมชนที่สามารถให้ประสบการณ์การเรียนรู้กับนักศึกษาแพทย์ในรูปแบบของ Community-based เช่น การศึกษาของ Cotton P., et al. ที่ได้ศึกษาวิจัยเกี่ยวกับเกณฑ์คุณสมบัติที่เหมาะสมสำหรับการเรียนการสอนในหลักสูตร Community-based ในประเทศอังกฤษ แต่ยังไม่ได้ถูกใช้เป็นมาตรฐานทั้งประเทศเพราะว่าแต่ละพื้นที่ก็มีรูปแบบของชุมชนและการเรียนการสอนที่แตกต่างกัน⁷ แต่ในประเทศไทยยังไม่พบว่ามีเครื่องมือที่ใช้ในการประเมินโรงพยาบาลชุมชนและชุมชนที่จะใช้เป็นแหล่งฝึกให้นักศึกษาแพทย์ ดังนั้นผู้วิจัยจึงเล็งเห็นความสำคัญที่จะพัฒนาเครื่องมือที่สามารถช่วยประเมินโรงพยาบาลชุมชนและชุมชนที่เหมาะสมจะเป็นสถานที่ฝึกประสบการณ์ชีวิตให้กับนักศึกษาแพทย์ในการทำงานที่โรงพยาบาลชุมชน รวมทั้งการเรียนรู้วิถีชีวิต และปัญหาสุขภาพของคนในชุมชนด้วย

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อพัฒนาเครื่องมือในการประเมินโรงพยาบาลชุมชนและชุมชนที่เหมาะสมจะเป็นแหล่งฝึกในวิชาประสบการณ์ชีวิตแพทย์ในชุมชน

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยแบบบรรยายเชิงสำรวจ (descriptive survey study) โดยใช้เทคนิคการทำวิจัยแบบเดลฟาย (Delphi technique)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มเป้าหมายเป็นผู้ที่เกี่ยวข้องกับการสอนในหลักสูตรวิชาประสบการณ์ชีวิตแพทย์ในชุมชน คัดเลือกมาจาก 6 อำเภอ จาก 20 อำเภอในจังหวัดอุดรธานีและอาจารย์แพทย์จากศูนย์แพทยศาสตรศึกษาชั้นคลินิก โรงพยาบาลอุดรธานี เลือกกลุ่มตัวอย่างตามวัตถุประสงค์เฉพาะเจาะจง โดยเป็นผู้ที่มีประสบการณ์เคยรับนักศึกษาแพทย์ไปฝึกที่โรงพยาบาลชุมชน เคยทำงานร่วมกับชุมชน รวมทั้งเป็นคนในชุมชนที่เคยทำงานร่วมกับทีมสุขภาพ ได้อาสาสมัครจำนวน 66 คน

เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

เป็นผู้ที่เกี่ยวข้องกับการสอนในวิชาประสบการณ์ชีวิตแพทย์ในชุมชน ได้แก่

1. ผู้อำนวยการศูนย์แพทยศาสตรศึกษาชั้นคลินิก และอาจารย์แพทย์ที่เกี่ยวข้องในการสอนเวชศาสตร์ชุมชน
2. ผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชน
3. แพทย์พี่เลี้ยงที่มีประสบการณ์การทำงานในโรงพยาบาลชุมชนอย่างน้อย 2 ปีและยังไม่มีแผนในการย้ายหรือลาศึกษาต่อในช่วงระยะเวลา 3 ปีข้างหน้า
4. ทีมสหวิชาชีพในโรงพยาบาลชุมชนที่จะทำหน้าที่เป็นครูพี่เลี้ยง
5. ตัวแทนหรือผู้นำชุมชนที่อาศัยอยู่ในชุมชนที่นักศึกษาแพทย์จะไปทำกิจกรรม

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria)

1. ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องอยู่ระหว่างการลาศึกษาต่อ/ลาคลอด/ลาป่วย
2. ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องที่ไม่ให้ความร่วมมือ หรือไม่สะดวกขณะกำลังดำเนินการวิจัย

เครื่องมือและการตรวจสอบคุณภาพ

แบบสอบถามมี 3 ฉบับ ดังนี้

แบบสอบถามครั้งที่ 1 เป็นชนิดคำถามปลายเปิดจำนวน 5 ข้อ (ดัดแปลงมาจากกระบวนการพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพของ Fulop⁸) ดังนี้

1. ท่านคิดว่าอยากให้มีการเรียนการสอน/การปฏิบัติงานของนักศึกษาแพทย์ในโรงพยาบาลชุมชนและชุมชน (education and training) ในเรื่องใดบ้าง
2. ท่านคิดว่าสถานที่ในการปฏิบัติงาน (in the work environment) ของนักศึกษาแพทย์ที่จะไปใช้ชีวิต

อยู่ในโรงพยาบาลชุมชนและชุมชนเป็นระยะเวลา 4 สัปดาห์ จำเป็นต้องมีอะไรบ้าง

3. ชุมชนจะมีการปรับอย่างไรบ้าง ถ้ามีนักศึกษาแพทย์เข้าไปเรียนรู้และดูแลแก้ปัญหาสุขภาพร่วมกับคนในชุมชน (community participation and engagement)

4. โรงพยาบาลชุมชน/ชุมชนที่เหมาะสมจะเป็นแหล่งฝึกให้กับนักศึกษาแพทย์ ควรมีลักษณะอย่างไร

5. องค์ประกอบอะไรบ้างที่ท่านคิดว่ามีความพร้อมในการเป็นแหล่งฝึกให้กับนักศึกษาแพทย์ในวิชาการฝึกประสบการณ์ชีวิตแพทย์ในชุมชน

รวบรวมประเด็นความคิดเห็นต่างๆ จากกลุ่มตัวอย่าง นำมาสร้างเป็นแบบสอบถามครั้งที่ 2

แบบสอบถามครั้งที่ 2 โดยเป็นแบบสอบถามความคิดเห็นชนิดคำถามปลายปิดแบบ online questionnaire โดยให้ตอบความคิดเห็นเป็นแบบมาตราส่วน (Likert Scale) ซึ่งมีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้ 1=ไม่เห็นด้วย 2=เห็นด้วยน้อย 3=เห็นด้วยปานกลาง 4=เห็นด้วยมาก และ 5=เห็นด้วยมากที่สุด จำนวน 50 ข้อ ข้อคิดเห็นที่ไม่สอดคล้องไปในทิศทางเดียวกันซึ่งพิจารณาจากข้อคิดเห็นที่มีค่า Interquartile range (IQR) มากกว่า 1.5 ถูกนำไปสร้างเป็นแบบสอบถามครั้งที่ 3

แบบสอบถามครั้งที่ 3 เป็นแบบสอบถามความคิดเห็นชนิดคำถามปลายปิดแบบ online questionnaire โดยให้ตอบความคิดเห็นเป็นแบบมาตราส่วน (Likert Scale) ซึ่งมีเกณฑ์การให้คะแนนเช่นเดียวกับแบบสอบถามครั้งที่ 2

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. นัดประชุมกลุ่มตัวอย่าง เพื่อตอบแบบสอบถามครั้งที่ 1 ซึ่งเป็นคำถามแบบปลายเปิดจำนวน 5 ข้อคำถาม โดยกำหนดวัตถุประสงค์ของแบบสอบถาม คืออยากให้นักศึกษาแพทย์ชั้นปีที่ 5 ได้รับการฝึกประสบการณ์ชีวิตในโรงพยาบาลชุมชนและชุมชนอย่างไรบ้าง

2. รวบรวมคำตอบความคิดเห็นแบบสอบถามครั้งที่ 1 มาสร้างแบบสอบถามครั้งที่ 2 ขึ้นโดยตัดข้อมูลที่ซ้ำกันออกและให้กลุ่มตัวอย่างกลุ่มเดิมตอบแบบสอบถามครั้งที่ 2 โดยมีการขอความร่วมมือ ผ่านระบบ online questionnaires ถ้าข้อคิดเห็นข้อใดยังไม่สอดคล้องกันจะทำแบบสอบถามครั้งที่ 3

3. ขอความร่วมมือให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามครั้งที่ 3 โดยตอบแบบสอบถามผ่าน online questionnaires ซึ่งการตอบข้อมูลแบบสอบถามครั้งนี้ จะเปลี่ยนหรือจะยืนยันคำตอบเดิมก็ได้

การวิเคราะห์ข้อมูล

แบบสอบถามครั้งที่ 1 วิเคราะห์ตามเนื้อหาแยกได้เป็น 3 ประเด็นคือ 1. ด้านการเรียนการสอนในโรงพยาบาลชุมชนและชุมชน 2. ด้านสิ่งอำนวยความสะดวกที่จำเป็นสำหรับการออกฝึกที่โรงพยาบาลชุมชน 3. ด้านความพร้อมของชุมชนที่จะเป็นแหล่งฝึกให้กับนักศึกษาแพทย์ และสรุปรวมข้อคิดเห็นไปสร้างเป็นแบบสอบถามครั้งที่ 2

แบบสอบถามครั้งที่ 2 และ 3 วิเคราะห์หาค่ามัธยฐาน ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ โดยกำหนดการยอมรับข้อคิดเห็นนั้นจากค่ามัธยฐาน (Median) ตั้งแต่ 3.5 ขึ้นไป และค่าพิสัยควอไทล์ (IQR) โดยข้อคิดเห็นที่มีค่าพิสัยควอไทล์มากกว่า 1.5 แสดงว่าข้อคิดเห็นนั้นยังไม่ได้ข้อสรุปไปในทิศทางเดียวกัน⁹

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลอุดรธานี เลขที่ใบรับรอง UDH REC NO.74/2563 มีการชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยและวิธีการวิจัย การเข้าร่วมวิจัยเป็นไปด้วยความสมัครใจ ผู้ร่วมวิจัยมีสิทธิที่จะบอกเลิกการเข้าร่วมในโครงการวิจัยเมื่อใดก็ได้ ไม่มีการบันทึกชื่อ-สกุลของอาสาสมัคร การนำเสนอผลแสดงในภาพรวม

ผลการวิจัย

อาสาสมัครที่ตอบแบบสอบถามครั้งที่ 1 จำนวน 66 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 65.2 เป็นตัวแทนจากอำเภอแก้วและอำเภอสว่างสามหม่อมมากที่สุดร้อยละ 21.2 รองลงมาคือ อำเภอกุมภวาปี ร้อยละ 16.6 และเกือบครึ่งหนึ่งเป็นครูพี่เลี้ยง (ทีมสหวิชาชีพ) ร้อยละ 47 รองลงมาคือตัวแทนจากชุมชน/ผู้นำชุมชน ร้อยละ 27.3 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไป (N=66)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (ร้อยละ)
เพศ	
ชาย	23 (34.8)
หญิง	43 (65.2)
อายุ (ปี)	
mean (SD)	42.7 (10.9)
	(Min=26, Max=66)
สังกัด	
โรงพยาบาลแก้ว/ชุมชน	14 (21.2)
โรงพยาบาลวังสามหมอ/ชุมชน	14 (21.2)
โรงพยาบาลกุมภวาปี/ชุมชน	11 (16.6)
โรงพยาบาลนาูง/ชุมชน	10 (15.1)
โรงพยาบาลบ้านผือ/ชุมชน	7 (10.6)
โรงพยาบาลหนองหาน/ชุมชน	6 (9.1)
ศูนย์แพทยศาสตรศึกษาชั้นคลินิก	4 (6.1)
โรงพยาบาลอุดรธานี	
ความเกี่ยวข้อง	
ครูพี่เลี้ยง (ทีมสหวิชาชีพ)	31 (47)
ตัวแทนจากชุมชน/ผู้นำชุมชน	18 (27.3)
อาจารย์แพทย์	8 (12.1)
แพทย์พี่เลี้ยง	5 (7.6)
ผู้อำนวยการโรงพยาบาล	4 (6.1)
ทำงานที่โรงพยาบาลแห่งนี้หรืออาศัยอยู่ในชุมชน (ปี)	
mean (SD)	16.3 (16.9)
	(Min=1, Max=55)
มีประสบการณ์การสอนนักศึกษาแพทย์* (n=65)	
เคย	19 (28.8)
ไม่เคย	46 (69.7)

อาสาสมัครที่ตอบแบบสอบถามครั้งที่ 2 จำนวน 29 คน (ร้อยละ 44 ของการตอบแบบสอบถามครั้งที่ 1) เป็นตัวแทนจากอำเภอนงนอและบ้านผือมากที่สุด ร้อยละ 20.7 รองลงมาคือ อำเภอสว่างสามหม่อม กุมภวาปี และศูนย์แพทยศาสตรศึกษาชั้นคลินิก โรงพยาบาลอุดรธานี ร้อยละ 13.8 โดยผลการศึกษาพบว่า

1. ด้านการเรียนการสอนจาก 25 ข้อ คิดเห็นสอดคล้องกัน 17 ข้อ ตามบริบทการทำงานของแพทย์ในโรงพยาบาลชุมชนดังนี้ (รายละเอียดดังตารางที่ 2)

1.1 ด้านการบริการ (จาก 16 ข้อ) มีข้อคิดเห็นสอดคล้องกัน 11 ข้อ ได้แก่ 1) ข้อ 6 เรียนรู้โรคที่มีความจำเป็นต้องส่งปรึกษากายภาพบำบัดในโรงพยาบาลชุมชน 2) ข้อ 7 มีประสบการณ์ร่วมตรวจผู้ป่วยที่แผนกฉุกเฉิน (ER) ในโรงพยาบาล 3) ข้อ 8 มีประสบการณ์ร่วมตรวจแผนกผู้ป่วยนอก/คลินิกพิเศษต่างๆ (OPD) ร่วมกับแพทย์ที่เลี้ยงครั้งแรกตอนเช้า จำนวน 3 ครั้ง/สัปดาห์ 4) ข้อ 9 มีประสบการณ์ร่วมตรวจดูแลผู้ป่วยที่นอนโรงพยาบาล (IPD) ร่วมกับแพทย์ที่เลี้ยงทุกวันในตอนเช้า 5) ข้อ 10 ศึกษากระบวนการฉุกเฉิน ณ จุดเกิดเหตุ และ ระบบส่งต่อผู้ป่วย 6) ข้อ 11 ได้ฝึกทำหัตถการพื้นฐานที่จำเป็นสำหรับแพทย์ เช่น การเจาะเลือด ทำแผล ช่วยผ่าตัด เป็นต้น 7) ข้อ 12 มีประสบการณ์ออกทำงานร่วมกับทีม PCU/รพ.สต. เช่น งานสอบสวนโรค ประเมินศูนย์เด็กเล็ก งานคุ้มครองผู้บริโภค เป็นต้น 8) ข้อ 13 ฝึกออกเยี่ยมบ้านผู้ป่วย 9) ข้อ 14 ออกตรวจประเมินผู้พิการร่วมกับทีมกายภาพบำบัด 10) ข้อ 15

ได้เรียนรู้ระบบการส่งจ่ายยาในโรงพยาบาลและรพ.สต. 11) ข้อ 16 อยู่เวรนอกเวลาราชการในโรงพยาบาลอย่างน้อย 1 ครั้ง/สัปดาห์

1.2 ด้านวิชาการ (จาก 6 ข้อ) มีข้อคิดเห็นที่สอดคล้องกัน 5 ข้อ ได้แก่ 1) ข้อ 18 ออกให้ความรู้เกี่ยวกับสุขศึกษาแก่ประชาชน เช่น โรคติดต่อตามฤดูกาล โรคเรื้อรังต่างๆ 2) ข้อ 19 นำเสนอความรู้ทางการแพทย์ที่น่าสนใจ ให้แก่บุคลากรในโรงพยาบาลอย่างน้อย 1 ครั้ง 3) ข้อ 20 เขียนรายงานดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้านอย่างน้อย 1 ราย 4) ข้อ 21 มีช่วงเวลาอภิปรายเกี่ยวกับเคสผู้ป่วยที่เป็นกรณีศึกษาอย่างน้อยสัปดาห์ละ 1 ครั้งกับครูพี่เลี้ยง 5) ข้อ 22 มีกิจกรรม feedback/reflection กับครูพี่เลี้ยงอย่างน้อยสัปดาห์ละ 1 ครั้ง

1.3 ด้านบริหาร (จาก 3 ข้อ) มีข้อคิดเห็นที่สอดคล้องกัน 1 ข้อ คือ ข้อ 25 ร่วมประชุมประชาคมในชุมชนอย่างน้อย 1 ครั้ง

ตารางที่ 2 ความคิดเห็นด้านการเรียนการสอนนักศึกษาแพทย์ชั้นปีที่ 5 ในโรงพยาบาลชุมชน

ครั้งที่ 1 (n=66) สิ่งที่อยากให้นักเรียนรู้/ปฏิบัติ	ครั้งที่ 2 (n=29) Medain (IQR)	ครั้งที่ 3 (n=29) Medain (IQR)
ด้านบริการ		
1. มีประสบการณ์ร่วมตรวจผู้ป่วยที่ห้องคลอด	4 (2)	4 (2)
2. ออกชันสูตรศพร่วมกับแพทย์เวร (ถ้ามีโอกาส)*	4 (2)	4 (2)
3. ออกสำรวจคัดกรองสุขภาพคนในชุมชนร่วมกับอสม.ประจำหมู่บ้านและทีมสหวิชาชีพ	4 (2)	4 (1)
4. ออกตรวจสุขภาพนักเรียนร่วมกับครูพี่เลี้ยง เช่น งานอนามัยโรงเรียน	4 (2)	4 (1)
5. เรียนรู้การใช้สมุนไพรรักษาเบื้องต้นกับแพทย์แผนไทย	4 (2)	5 (1)
6. เรียนรู้เกี่ยวกับโรคที่มีความจำเป็นต้องส่งปรึกษากายภาพบำบัดในโรงพยาบาลชุมชน	4 (1)	
7. มีประสบการณ์ร่วมตรวจผู้ป่วยที่แผนกฉุกเฉิน (ER) ในโรงพยาบาล	4 (1)	
8. มีประสบการณ์ร่วมตรวจแผนกผู้ป่วยนอก/คลินิกพิเศษต่าง ๆ (OPD) ร่วมกับแพทย์ที่เลี้ยงครั้งแรกตอนเช้า จำนวน 3 ครั้ง/สัปดาห์	5 (1)	
9. มีประสบการณ์ร่วมตรวจดูแลผู้ป่วยใน (IPD) ร่วมกับแพทย์ที่เลี้ยงทุกวันตอนเช้า	5 (1)	
10. ศึกษากระบวนการฉุกเฉิน ณ จุดเกิดเหตุ และ ระบบส่งต่อผู้ป่วย	5 (1)	
11. ได้ฝึกทำหัตถการพื้นฐานที่จำเป็นสำหรับแพทย์ เช่น การเจาะเลือด ทำแผล, ช่วยผ่าตัด เป็นต้น	5 (1)	
12. มีประสบการณ์ออกทำงานร่วมกับทีม PCU/รพ.สต. เช่น งานสอบสวนโรค ประเมินศูนย์เด็กเล็ก งานคุ้มครองผู้บริโภค เป็นต้น	5 (1)	
13. ออกเยี่ยมบ้านผู้ป่วย	5 (1)	
14. ออกตรวจประเมินผู้พิการร่วมกับทีมกายภาพบำบัด	5 (1)	
15. ได้เรียนรู้ระบบการส่งจ่ายยาในโรงพยาบาลและรพ.สต.	5 (1)	
16. อยู่เวรนอกเวลาราชการในโรงพยาบาลอย่างน้อย 1 ครั้ง/สัปดาห์	5 (1)	

ตารางที่ 2 ความคิดเห็นด้านการเรียนการสอนนักศึกษาแพทย์ชั้นปีที่ 5 ในโรงพยาบาลชุมชน (ต่อ)

ครั้งที่ 1 (n=66) สิ่งที่อยากให้เรียนรู้/ปฏิบัติ	ครั้งที่ 2 (n=29) Medain (IQR)	ครั้งที่ 3 (n=29) Medain (IQR)
ด้านวิชาการ		
17. ออกสำรวจชุมชน เก็บข้อมูลวิเคราะห์ปัญหาสุขภาพในชุมชน และเสนอจัดทำโครงการเพื่อแก้ปัญหาให้กับชุมชน	5 (2)	5 (1)
18. ออกให้ความรู้เกี่ยวกับสุขศึกษาแก่ประชาชน เช่น โรคติดต่อตามฤดูกาล โรคเรื้อรังต่างๆ	5 (1)	
19. นำเสนอความรู้ทางการแพทย์ที่น่าสนใจ ให้แก่บุคลากรในโรงพยาบาลอย่างน้อย 1 ครั้ง	5 (1)	
20. เขียนรายงานดูแลผู้ป่วยต่อเนืองที่บ้านอย่างน้อย 1 ราย	5 (1)	
21. มีช่วงเวลาอภิปรายเกี่ยวกับเคสผู้ป่วยที่เป็นกรณีศึกษาอย่างน้อยสัปดาห์ละ 1 ครั้ง	5 (1)	
22. มีกิจกรรม feedback/reflection กับครูพี่เลี้ยงอย่างน้อยสัปดาห์ละ 1 ครั้ง*	5 (1)	
ด้านบริหาร		
23. ร่วมประชุมกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเกี่ยวกับแผนงบประมาณโครงการ	4 (2)	3 (1)
24. เข้าร่วมประชุมงานคุณภาพของโรงพยาบาล เช่น ทบทวนเคส ประชุมทีมนำทางคลินิก (PCT) ประชุม HA	5 (2)	5 (1)
25. ร่วมประชุมประชาคมในชุมชนอย่างน้อย 1 ครั้ง	5 (1)	

* หมายเหตุ มีกลุ่มตัวอย่างบางคนไม่ได้ตอบคำถามในข้อนี้

2. ด้านสถานที่และสิ่งอำนวยความสะดวก (จาก 16 ข้อ) มีข้อคิดเห็นที่สอดคล้องกัน 6 ข้อ ได้แก่ 1) ข้อ 12 โรงพยาบาลมีห้องพักสำหรับนักศึกษาแพทย์ห้องละ 2-3 คน 2) ข้อ 13 โรงพยาบาลสามารถจัดรถสำหรับออกเยี่ยมบ้านผู้ป่วย/ลงชุมชนได้ตลอดในช่วงที่นักศึกษาแพทย์มาฝึก 3) ข้อ 14 โรงพยาบาลมีห้องพักขณะอยู่เวรนอกเวลา 4) ข้อ 15 โรงพยาบาลจัดห้องตรวจผู้ป่วยนอก

ให้สำหรับนักศึกษาแพทย์อย่างน้อย 1 ห้องได้ฝึกการซักประวัติและร่างกายผู้ป่วยด้วยตนเอง 5) ข้อ 16 มีสัญญาณอินเทอร์เน็ตครอบคลุมทั้งโรงพยาบาล 6) ข้อ 9 ศูนย์แพทย์ฯ โรงพยาบาลอุดรธานี/โรงพยาบาลมีเครื่องขยายเสียง ไมโครโฟนให้นักศึกษาแพทย์ได้ใช้ เวลาทำกิจกรรมในชุมชน ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ความคิดเห็นด้านสิ่งอำนวยความสะดวกที่จำเป็นสำหรับการฝึกที่โรงพยาบาลชุมชนของนักศึกษาแพทย์ชั้นปีที่ 5

ครั้งที่ 1 (n=66) สิ่งอำนวยความสะดวกที่จำเป็นสำหรับการฝึกที่โรงพยาบาลชุมชน	ครั้งที่ 2 (n=29) Medain (IQR)	ครั้งที่ 3 (n=29) Medain (IQR)
1. ห้องสมุดให้นักศึกษาแพทย์ได้ค้นคว้า	3 (2)	3 (1)
2. มีจักรยานให้นักศึกษาแพทย์ยืมใช้	3 (2)	3 (2)
3. มีอาหารมื้อเที่ยงเลี้ยงนักศึกษาแพทย์	3 (2.5)	3 (2)
4. มีคอมพิวเตอร์ หรือ note book ให้นักศึกษาแพทย์ได้ใช้อย่างน้อยกลุ่มละ 1 เครื่อง	4 (2)	3 (1)
5. ห้องพักมีสิ่งอำนวยความสะดวก เช่น ตู้เย็นไมโครเวฟ เครื่องปรับอากาศ เตียง เครื่องทำน้ำอุ่น	4 (2)	3 (2)
6. มีห้องพักเบรค/รับประทานอาหารว่างสำหรับนักศึกษาแพทย์	4 (2)	4 (2)
7. มีพื้นที่สำหรับออกกำลังกาย เช่น ห้องฟิตเนส สนามฟุตบอล บอลบาสเกตบอล เทนนิส เป็นต้น	4 (2)	4 (2)
8. ชุมชนมีศาลาประชาคมประจำหมู่บ้าน สำหรับให้นักศึกษาแพทย์ทำกิจกรรมร่วมกับชาวบ้าน	4 (2)	4 (2)

ตารางที่ 3 ความคิดเห็นด้านสิ่งอำนวยความสะดวกที่จำเป็นสำหรับการออกฝึกที่โรงพยาบาลชุมชนของนักศึกษาแพทย์ชั้นปีที่ 5 (n= 29) (ต่อ)

ครั้งที่ 1 (n=66)	ครั้งที่ 2 (n=29)	ครั้งที่ 3 (n=29)
สิ่งอำนวยความสะดวกที่จำเป็นสำหรับการออกฝึกที่โรงพยาบาลชุมชน	Medain (IQR)	Medain (IQR)
9. มีเครื่องขยายเสียง ไมโครโฟนให้นักศึกษาแพทย์ได้ใช้เวลาทำกิจกรรมในชุมชน	4 (1)	
10. มีอุปกรณ์และกระเป๋ายาเย็บเย็บให้นักศึกษาแพทย์ได้ใช้ตรวจขณะออกเยี่ยมบ้าน	5 (2)	5 (2)
11. มีห้องประชุมให้นักศึกษาแพทย์ได้ใช้ประชุมงานระหว่างฝึกที่โรงพยาบาลชุมชน	5 (2)	5 (2)
12. มีห้องพักสำหรับนักศึกษาแพทย์ห้องละ 2-3 คน	5 (1)	
13. จัดรถสำหรับออกเยี่ยมบ้านผู้ป่วย/ลงชุมชนได้ตลอดในช่วงที่นักศึกษาแพทย์มาฝึก	5 (1)	
14. ห้องพักผ่อนอยู่เวรนอกเวลา	5 (1)	
15. จัดห้องตรวจผู้ป่วยนอกให้สำหรับนักศึกษาแพทย์อย่างน้อย 1 ห้องได้ฝึกการซักประวัติและร่างกายผู้ป่วยด้วยตนเอง	5 (1)	
16. มีสัญญาณอินเทอร์เน็ตครอบคลุมทั้งโรงพยาบาล	5 (1)	

3. ด้านความพร้อมของชุมชน (จาก 9 ข้อ) มีข้อคิดเห็นที่สอดคล้องกัน 6 ข้อ ได้แก่ 1) ข้อ 5 ชุมชนมีแกนนำในการแก้ปัญหาสุขภาพหรือสร้างเสริมสุขภาพในชุมชน 2) ข้อ 6 ชุมชนมีตัวแทน เช่น ผู้ใหญ่บ้าน อสม. มาช่วยอำนวยความสะดวกทุกครั้งที่นักศึกษาแพทย์ลงชุมชน 3) ข้อ 7 ทีมโรงพยาบาลและรพ.สต.เป็นคนกำหนดชุมชนที่จะให้นักศึกษาแพทย์ไปทำกิจกรรม 4) ข้อ 8 มีการ

ประชาสัมพันธ์และประสานงานให้ชุมชนรู้ล่วงหน้าว่าจะมีนักศึกษาแพทย์จะเข้ามาจัดกิจกรรมในชุมชนด้วยวัตถุประสงค์อะไร 5) ข้อ 9 เปิดโอกาสให้นักศึกษาแพทย์ได้เข้าร่วมกิจกรรมวัฒนธรรม ประเพณีของชุมชน 6) ข้อ 4 คนในชุมชนมีส่วนร่วมในการสอนและถ่ายทอดวิถีชีวิตความเป็นอยู่ให้กับนักศึกษาแพทย์ได้ฟัง ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ความคิดเห็นด้านความพร้อมของชุมชนที่เหมาะสมจะเป็นแหล่งฝึกให้นักศึกษาแพทย์ชั้นปีที่ 5

ครั้งที่ 1 (n=66)	ครั้งที่ 2 (n=29)	ครั้งที่ 3 (n=29)
สิ่งที่อยากให้เป็น/ปฏิบัติ	Medain (IQR)	Medain (IQR)
1. มีตัวแทนจากชุมชนมาให้ความรู้เรื่อง เศรษฐกิจ สังคม วัฒนธรรมในชุมชน	4 (2)	4 (2)
2. ชุมชนมีส่วนร่วมในการสอนการประกอบอาชีพที่สำคัญในชุมชนให้กับนักศึกษาแพทย์	4 (2)	4 (2)
3. ให้นักศึกษาแพทย์มีการจัดกิจกรรมแก้ปัญหาสุขภาพให้กับคนในชุมชน	4 (2)	4 (2)
4. คนในชุมชนมีส่วนร่วมในการสอนและถ่ายทอดวิถีชีวิตความเป็นอยู่ให้กับนักศึกษาแพทย์ได้ฟัง	4 (1)	
5. ชุมชนมีแกนนำในการแก้ปัญหาสุขภาพหรือสร้างเสริมสุขภาพในชุมชน	5 (1)	
6. ชุมชนมีตัวแทน เช่น ผู้ใหญ่บ้าน อสม. มาช่วยอำนวยความสะดวกทุกครั้งที่นักศึกษาแพทย์ลงชุมชน	5 (1)	
7. ให้ทีมโรงพยาบาลและ รพ.สต. เป็นคนกำหนดชุมชนที่จะให้นักศึกษาแพทย์ไปทำกิจกรรม	5 (1)	
8. มีการประชาสัมพันธ์และประสานงานให้ชุมชนรู้ล่วงหน้าว่าจะมีนักศึกษาแพทย์จะเข้ามาจัดกิจกรรมในชุมชน ด้วยวัตถุประสงค์อะไร	5 (1)	
9. เปิดโอกาสให้นักศึกษาแพทย์ได้เข้าร่วมกิจกรรมวัฒนธรรม ประเพณีของชุมชน	5 (1)	

จากแบบสอบถามครั้งที่ 2 ข้อคิดเห็นที่ไม่สอดคล้องกันจำนวน 21 ข้อ นำมาทำแบบสอบถามครั้งที่ 3 มีผู้ตอบแบบสอบถามกลับมา 29 คน (ร้อยละ 100) ซึ่งพบว่า

1. ด้านการเรียนการสอน มีความคิดเห็นที่สอดคล้องกันเพิ่มขึ้น 5 ข้อ คือ ด้านบริการ มี 3 ข้อ ได้แก่ 1) ข้อ 3 ให้นักศึกษาแพทย์ออกสำรวจคัดกรองสุขภาพคนในชุมชนร่วมกับอสม.ประจำหมู่บ้านและทีมสหวิชาชีพ 2) ข้อ 4 นักศึกษาแพทย์ออกตรวจสุขภาพนักเรียนร่วมกับครูพี่เลี้ยง เช่น งานอนามัยโรงเรียน 3) ข้อ 5 ให้นักศึกษาแพทย์เรียนรู้การใช้สมุนไพรเบื้องต้นกับแพทย์แผนไทย ด้านวิชาการ มีความคิดเห็นสอดคล้องกันเพิ่มขึ้น 1 ข้อคือ ข้อ 17 ให้นักศึกษาแพทย์ออกสำรวจชุมชน เก็บข้อมูลวิเคราะห์ปัญหาสุขภาพในชุมชน และเสนอจัดทำโครงการเพื่อแก้ปัญหาให้กับชุมชน ด้านบริหารมีความคิดเห็นสอดคล้องกันเพิ่มขึ้น 1 ข้อ คือ ข้อ 23 เข้าร่วมประชุมงานคุณภาพของโรงพยาบาล เช่น ทบทวนเคส ประชุมทีมนำทางคลินิก (PCT) ประชุม HA ดังตารางที่ 2

อภิปรายผลการวิจัย

การศึกษาในครั้งนี้เป็นงานวิจัยบรรยายเชิงสำรวจ โดยใช้เทคนิคเดลฟาย อาสาสมัครที่ได้รับการคัดเลือกมา มีความชำนาญในการทำงานการแก้ปัญหาในชุมชน อีกทั้งยังมีอาจารย์แพทย์ที่สอนในรายวิชาเวชศาสตร์ครอบครัวและชุมชนมาร่วมเป็นอาสาสมัครในงานวิจัยในครั้งนี้ด้วย แต่ข้อคิดเห็นที่ได้รับมาในครั้งนี้ยังขาดความคิดเห็นของผู้เรียนคือตัวนักศึกษาแพทย์เอง ทำให้เครื่องมือที่ได้รับการพัฒนาขึ้นมายังไม่สอดคล้องกับกลยุทธ์ในการพัฒนาหลักสูตรแพทยศาสตรศึกษาที่เน้นผู้เรียนเป็นศูนย์กลาง¹⁰ แม้จะเป็นการเรียนรู้โดยใช้ชุมชนเป็นฐาน ดังนั้นอาจจะถือว่าเครื่องมือที่ได้พัฒนาขึ้นมาเพื่อใช้ในการประเมินเลือกในโรงพยาบาลชุมชนและชุมชนเป็นแหล่งฝึกยังมีข้อจำกัดอยู่

ในการตอบแบบสอบถามครั้งที่ 2 และ 3 มีผู้ตอบกลับมา 29 คนหรือร้อยละ 44 เพียงพอที่จะสรุปเป็นความคิดเห็นได้ สอดคล้องกับการศึกษาของเกษมบุญอ่อน¹¹ ที่ได้แนะนำว่า ถ้าใช้ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องจำนวนมากกว่า 17 คนขึ้นไป อัตราความคลาดเคลื่อนของข้อคิดเห็นนั้นจะน้อยมาก

จากการตอบแบบสอบถามครั้งที่ 2 มีข้อคิดเห็นที่สอดคล้องกันจำนวน 29 ข้อ ด้านการเรียนการสอนมีข้อคิดเห็นที่สอดคล้องกัน 17 ข้อ แบ่งออกเป็น 3 ด้านตามภาระงานที่เกิดขึ้นในโรงพยาบาลชุมชน 1) ด้านบริการ อาสาสมัครส่วนใหญ่มีความคิดเห็นสอดคล้องกันคืออยากให้นักศึกษาแพทย์ได้เรียนรู้ในทักษะทางคลินิกในโรงพยาบาลชุมชนมากที่สุด เช่น การตรวจผู้ป่วยนอก/ผู้ป่วยใน/ผู้ป่วยฉุกเฉิน ทำหัตถการพื้นฐานที่จำเป็นสำหรับแพทย์ การออกเยี่ยมบ้าน ซึ่งสอดคล้องกับเกณฑ์มาตรฐานผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมของแพทยสภา ทั้งในด้านการส่งเสริมให้ผู้เรียนมีความรู้ความสามารถทักษะทางคลินิก การทำหัตถการที่จำเป็นหรือมีส่วนร่วมในการช่วยแก้ไขปัญหสุขภาพ¹² รวมทั้งสอดคล้องกับงานวิจัยของ Yoo JE, et al¹³ ที่พบว่าหลักสูตรการเรียนในชุมชนควรประกอบไปด้วย การฝึกซักประวัติ ตรวจร่างกาย การทำหัตถการพื้นฐาน¹³ และสอดคล้องไปในทิศทางเดียวกันกับหลักสูตรในประเทศสหรัฐอเมริกาตั้งแต่ปี ค.ศ. 1970 ที่ส่งนักศึกษาแพทย์ไปเรียนรู้ สัมผัสการทำงานในระบบบริการปฐมภูมิ/ทุติยภูมิ ร่วมกับการดูแลผู้ป่วยและครอบครัวในชุมชน¹⁴ และสอดคล้องกับงานวิจัยของ Claramita M, et al¹⁵ ที่ระบุว่าหลักสูตรควรส่งเสริมให้ผู้เรียนศึกษาเรียนรู้ด้วยตนเองโดยมีอาจารย์เป็นผู้คอยชี้แนะและเป็นแบบอย่างที่ดีในการทำงาน เน้นการตรวจรักษาโรคทั่วไปที่พบบ่อยในคลินิกหรือแผนกต่างๆ และใช้หลักการของแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวในการดูแลผู้ป่วย เช่น การดูแลผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง การดูแลผู้ป่วยต่อเนื่อง การดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม และการดูแลแบบผสมผสาน¹⁵⁻¹⁶ 2) งานด้านวิชาการ เช่น การออกให้ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพแก่ประชาชน การนำเสนอความรู้ทางการแพทย์ที่น่าสนใจให้แก่บุคลากรในโรงพยาบาล อภิปรายเคสผู้ป่วย กิจกรรม feedback/reflection กับครูพี่เลี้ยง ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยก่อนหน้านี้ที่แนะนำว่าในหลักสูตรการเรียนควรมีการสอนนักศึกษาแพทย์เรื่องการให้คำแนะนำ/สุขศึกษาเกี่ยวกับโรคทั่วไป ร่วมอภิปรายกรณีศึกษาผู้ป่วย รวมถึงสอนทักษะการสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างแพทย์กับผู้ป่วย^{13,15} 3) งานด้านบริหาร กำหนดให้มีการร่วมประชุมประชาคมในชุมชน เพื่อกำหนดปัญหาร่วมกันกับชุมชน เป็นกิจกรรมที่ช่วยเสริมสร้างให้นักศึกษาแพทย์ได้

สร้างความสัมพันธ์และร่วมมือกับชุมชนในการแก้ปัญหา โดยมีการสร้างเป้าหมายร่วมกัน รวมทั้งส่งเสริมการเรียนรู้ และเห็นคุณค่าของงานในชุมชน¹⁷

ในด้านสิ่งอำนวยความสะดวกที่จำเป็นสำหรับการออกฝึกที่โรงพยาบาลชุมชน เช่น มีห้องพักสำหรับนักศึกษาแพทย์ รถสำหรับเดินทางจากโรงพยาบาลไปชุมชน มีห้องตรวจผู้ป่วยนอกให้นักศึกษาแพทย์ได้ฝึก มีสัญญาณอินเตอร์เน็ตครอบคลุมทั้งโรงพยาบาล ซึ่งสิ่งอำนวยความสะดวกเหล่านี้เป็นสิ่งจำเป็นสำหรับการใช้ในการฝึกของนักศึกษาแพทย์เพื่อเพิ่มประสบการณ์และใช้เทคโนโลยีในการเรียนรู้อย่างต่อเนื่อง รวมถึงทำให้มีทัศนคติที่ดีต่อโรงพยาบาลชุมชนและชุมชน¹⁸

ด้านความพร้อมของชุมชน ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องมีความเห็นสอดคล้องกันว่า ชุมชนควรมีตัวแทนหรือแกนนำในการร่วมสอนถ่ายทอดวิถีชีวิตให้กับนักศึกษาแพทย์ มีการกำหนดชุมชนที่จะเป็นแหล่งเรียนรู้ล่วงหน้า เปิดโอกาสให้นักศึกษาแพทย์ได้เข้าร่วมกิจกรรมวัฒนธรรมประเพณีของชุมชน ซึ่งสอดคล้องกับหลักสูตร community-based medical education ที่เปิดโอกาสให้นักศึกษาแพทย์ได้มีปฏิสัมพันธ์กับผู้คนจากหลากหลายสังคม วัฒนธรรม โดยเฉพาะอย่างยิ่งในสังคมชนบท ที่ระบบบริการปฐมภูมิและทุติยภูมิเป็นเหมือนศูนย์กลางของระบบสุขภาพ เป็นที่พึ่งของคนชนบท¹⁸ โดยคาดหวังว่านักศึกษาแพทย์ ครูพี่เลี้ยง สมาชิกในชุมชน และตัวแทนจากภาคส่วนอื่นๆ จะมีส่วนร่วมในการฝึกประสบการณ์และผลิตแพทย์ให้ตรงความต้องการของชุมชน

จากแบบสอบถามข้อคิดเห็นครั้งที่ 2 และ 3 ได้เกณฑ์การประเมินทั้งหมด 34 ข้อ ผู้วิจัยคิดว่าเกณฑ์การประเมินที่ได้มาจากความคิดเห็นของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องนั้นสามารถนำมาใช้ในการประเมินโรงพยาบาลชุมชนและชุมชนได้ เนื่องจากเนื้อหาในการประเมินสอดคล้องกับงานวิจัยก่อนหน้านี้และหลักสูตรในหลายๆประเทศ¹³⁻¹⁸ รวมทั้งยังสอดคล้องกับเกณฑ์มาตรฐานผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมของแพทยสภา¹⁹ ในหลายๆ ด้านได้แก่ 1. ด้านทักษะการสื่อสารและการสร้างสัมพันธภาพ โดยในรายวิชามีฝึกการซักประวัติผู้ป่วย การออกให้สุขศึกษา และการทำงานร่วมกับทีมสหวิชาชีพ 2. ด้านความรู้พื้นฐานทางการแพทย์ มีการฝึกทักษะทางเวชศาสตร์ครอบครัวและเวชศาสตร์ชุมชน เรียนรู้หลักการบริหารงานด้านการแพทย์

3. ด้านการบริหารผู้ป่วย ได้ฝึกประสบการณ์การตรวจผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน และผู้ป่วยฉุกเฉิน 4. ด้านการสร้างเสริมสุขภาพ มีการเรียนรู้การใช้สมุนไพรเบื้องต้น ออกตรวจคัดกรองสุขภาพคนในชุมชนและเด็กวัยเรียน 5. ด้านการพัฒนาความรู้ความสามารถทางวิชาชีพอย่างต่อเนื่อง โดยเนื้อหารายวิชาจัดให้นักศึกษาแพทย์ได้นำเสนอความรู้ทางการแพทย์ที่น่าสนใจแก่เจ้าหน้าที่ อภิปรายเคสผู้ป่วย กิจกรรม feedback/reflection แต่ในบางหัวข้ออาจจะไม่สามารถประเมินให้คะแนนได้ เช่น ประเมินการออกคัดกรองสุขภาพของคนในชุมชน การออกตรวจสุขภาพนักเรียนร่วมกับครูพี่เลี้ยง การออกทำงานร่วมกับทีม PCU/รพ.สต. เช่น งานสอบสวนโรค ประเมินศูนย์เด็กเล็ก งานคุ้มครองผู้บริโภค การเข้าร่วมประชุมกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเกี่ยวกับแผนงบประมาณโครงการ ประชุมงานคุณภาพของโรงพยาบาล เช่น ทบทวนเคส ประชุมทีมนำทางคลินิก (PCT) ประชุม HA ประชุมประชาคมในชุมชน เนื่องจากผู้ประเมินอาจจะไม่เห็นกระบวนการดังกล่าวขณะที่ไปประเมินเพราะว่ากิจกรรมเหล่านี้ได้จัดขึ้นเป็นบางครั้ง

สรุปผลการวิจัย

งานวิจัยครั้งนี้ได้เครื่องมือที่ใช้เป็นเกณฑ์ในการประเมินโรงพยาบาลชุมชนและชุมชน โดยเครื่องมือแบ่งเป็น 3 หมวด ประกอบด้วย 1. ด้านการเรียนการสอน 22 ข้อ 2. ด้านสิ่งอำนวยความสะดวก 6 ข้อ และ 3. ด้านความพร้อมของชุมชน 6 ข้อ ให้ผู้ประเมินตอบในแต่ละหัวข้อดังนี้ (ข้อใดผ่านเกณฑ์ให้ 1 คะแนน, ไม่ผ่านเกณฑ์ให้ 0 คะแนน หรือไม่สามารถประเมินข้อนั้นได้)

ข้อเสนอแนะจากผลการวิจัย

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย จากการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ทำให้ได้เครื่องมือที่ทีมผู้บริหารศูนย์แพทยศาสตรศึกษาชั้นคลินิก สามารถนำไปประเมินเพื่อเลือกโรงพยาบาลชุมชนและชุมชนที่จะเป็นแหล่งฝึกให้นักศึกษาแพทย์ได้ไปเรียนรู้และฝึกปฏิบัติงานได้

ข้อเสนอแนะในงานวิจัยครั้งต่อไป หลังจากที้นำเครื่องมือไปใช้ในการประเมินโรงพยาบาลชุมชนและชุมชนแล้ว โดยให้ผู้ตอบในการให้น้ำหนักคะแนนในแต่ละข้อว่า เกณฑ์ในข้อใดควรให้น้ำหนักเท่าไร โดยกำหนดค่าน้ำหนักไว้ดังนี้ เหมาะสมมาก 3 คะแนน เหมาะสมปานกลาง 2

คะแนน และเหมาะสมน้อย 1 คะแนน และในงานวิจัยครั้งต่อไปจะให้ผู้เรียนเข้ามามีส่วนร่วมในการสร้างเครื่องมือด้วย

กิตติกรรมประกาศ

ความสำเร็จในงานวิจัยในครั้งนี้ขอขอบคุณศูนย์แพทยศาสตรศึกษาชั้นคลินิก โรงพยาบาลอุดรธานี ที่ได้ให้ทุนในงานวิจัย ผู้อำนวยการโรงพยาบาลนาเย่ง กุแก้ว วังสามหมอก นอนหงาน กุมภวาปี และบ้านผือ ที่เอื้อเฟื้อสถานที่ในการเก็บข้อมูล เจ้าหน้าที่นักวิชาการศึกษาที่ช่วยเก็บรวบรวมข้อมูล รวมถึงอาสาสมัครทุกๆ ท่านได้เสนอความคิดเห็นในครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. Takamura Akiteru, Hidekazu Misaki, Yousuke Takemura. Community and Interns' Perspectives on Community-Participatory Medical Education: From Passive to Active Participation 2017; 7(7): 507-13.
2. WHO Study Group on Community-Based Education of Health, and World Health Organization. Community-Based Education of Health Personnel: Report of a WHO Study Group [meeting Held in Geneva from 4 to 6 November 1985]. World Health Organization; 1987.
3. Bashir Hamad. Community-Oriented Medical Education: What Is It?. Medical Education 1991; 25(1): 16-22.
4. Lindy McAllister, Ellen McEwen, Vicki Williams, Natasha Frost. Rural Attachments for Students in the Health Professions: Are They Worthwhile?. The Australian Journal of Rural Health 1998; 6(4): 194-201.
5. Paul Worley. Relationships: A New Way to Analyze Community-Based Medical Education? (Part One). Educational for Health 2002; 15 (2): 117-28.
6. Len Kelly, Lucie Walters, David Rosenthal. Community-Based Medical Education: Is Success a Result of Meaningful Personal Learning Experiences?. General Article 2014; 27(1): 47-50.
7. Philip Cotton, Debbie Sharp, Amanda Howe, Caroline Starkey, Barbara Laue, Arthur Hibble, et al. Developing a Set of Quality Criteria for Community-Based Medical Education in the UK. Education for Primary Care: An Official Publication of the Association of Course Organizers, National Association of GP Tutors. World Organization of Family Doctors 2009; 20(3): 143-51.
8. Institute of Medicine (US) Division of Health Care Services. Community Oriented Primary Care: New Directions for Health Services Delivery. Edited by Eileen Connor and Fitzhugh Mullan. Washington: National Academies; 1983.
9. ปราณี ทองคำ. เทคนิคและเครื่องมือวิจัยทางการศึกษา. สงขลา; คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์: 2529.
10. Ronald M. Harden, Susette Sowden, Warren R. Dunn. Educational Strategies in Curriculum Development: The SPICES Model. Medical Education 1984; 18(4): 284-97.
11. เกษม บุญอ่อน. เดลฟาย:เทคนิคการวิจัย. กรุงเทพฯ; ครูปริทัศน์: 2522.
12. แพทยสภา. เกณฑ์ความรู้ความสามารถในการประเมินเพื่อรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม. ประกาศแพทยสภาที่ 12/2555: 1-22.
13. Jung Eun Yoo, Seo Eun Hwang, Gyeongsil Lee, Seung Jae Kim, Sang Min Park, Jong-Koo Lee, et al. The Development of a Community-Based Medical Education Program in Korea. Korean Journal of Medical Education 2018; 30(4): 309-15.

14. Barbara Ogur, David Hirsh. Learning through Longitudinal Patient Care-Narratives from the Harvard Medical School-Cambridge Integrated Clerkship. *Academic Medicine: Journal of the Association of American Medical Colleges* 2009; 84(7): 844-50.

15. Mora Claramita, Elsa Pudji Setiawati, Tri Nur Kristina, Ova Emilia, Cees van der Vleuten. Community-Based Educational Design for Undergraduate Medical Education: A Grounded Theory Study. *BMC Medical Education* 2019; 19(1): 258.

16. Magzoub Mohi Eldin, Henk G. Schmidt. A Taxonomy of Community-Based Medical Education. *Academic Medicine: Journal of the Association of American Medical Colleges* 2000; 75(7): 699-707.

17. Zohray Talib, Björg Pálsdóttir, Marion Briggs, Amy Clithero, Nadia Cobb, Brahmaputra Marjadi, et al. Defining Community-Engaged Health Professional Education: A Step Toward Building the Evidence. *NAM Perspectives* 2017; 7(4): 1-4.

18. Mennin, Stewart, Mennin, Regina P. Community-based Medical Education. *The Clinical Teacher* 2006; 3: 90-96.

19. แพทยสภา. เกณฑ์มาตรฐานผู้ประกอบการวิชาชีพเวชกรรมของแพทยสภา พ.ศ. 2555. ประกาศแพทยสภาที่ 11/2555: 1-10.