

การเสริมสร้างคุณลักษณะแห่งวิชาชีพในนักศึกษาแพทย์ชั้นปีที่ 1 มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

จารุรินทร์ ปิตานูปงศ์

อานนท์ วิทยานนท์

Professionalism development of first year medical students at Prince of Songkla University
Pitanupong J, Vitayanont A.

Department of Psychiatry, Faculty of Medicine, Prince of Songkla University,
Hat Yai, Songkhla, 90110, Thailand

Songkla Med J 2009;27(2):131-138

Abstract:

This study aimed to evaluate the method of medical professionalism development in 47 fleshy medical student joining the Sunday peer club. The mean score of the individual interview, Emotional Quotient (EQ) score, especially in the part of empathy, motivation, security, responsibility and self evaluation were higher than the change from the pretest baseline. After for 4 years follow up, the 22 medical

students (46.8%) have become the activists of Faculty of Medicine Prince of Songkla University. The conclusion of this study was that medical professionalism can be developed in medical students.

Key words: medical student, professionalism

บทคัดย่อ:

การศึกษามูลของโครงการเพื่อนวันอาทิตย์ในการเสริมสร้างคุณลักษณะแห่งวิชาชีพแพทย์ ในนักศึกษาแพทย์ ชั้นปีที่ 1 ปีการศึกษา 2547-2548 จำนวน 47 ราย ผลพบว่า คะแนนการประเมินจากกรรมการสัมภาษณ์ในช่วงหลังสิ้นสุดกิจกรรมเปรียบเทียบกับคะแนนที่ได้ในช่วงก่อนเริ่มกิจกรรมมีค่าสูงกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คะแนนแบบประเมินความฉลาดทางอารมณ์ในช่วงหลังสิ้นสุดกิจกรรมเปรียบเทียบกับคะแนนที่ได้ในช่วงก่อนเริ่มกิจกรรมมีค่าสูงกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในหัวข้อเรื่องเห็นใจผู้อื่น มีแรงจูงใจและสุขสงบทางใจ และคะแนนแบบประเมินความฉลาดทางอารมณ์ในช่วงที่นักศึกษาชั้นเรียนและปฏิบัติงานในชั้นคลินิกเปรียบเทียบกับช่วงก่อนเริ่มกิจกรรมมีค่าสูงกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในหัวข้อเรื่องความรับผิดชอบ ส่วนผลการประเมินตนเองถึงความรู้สึกที่ได้รับประโยชน์จากกิจกรรมเปรียบเทียบกับช่วงก่อนและหลังสิ้นสุดกิจกรรมและเมื่อนักศึกษาชั้นเรียนและปฏิบัติงานในชั้นคลินิกพบว่า คะแนนในช่วงหลังสิ้นสุดกิจกรรมและเมื่อนักศึกษาชั้นเรียนและปฏิบัติงานในชั้นคลินิกมีค่าสูงกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และนักศึกษาแพทย์ในกลุ่มดังกล่าวเป็นนักกิจกรรมของคณะแพทยศาสตร์ จำนวน 22 ราย (ร้อยละ 46.8)

คำสำคัญ: คุณลักษณะแห่งวิชาชีพ, นักศึกษาแพทย์

บทนำ

การพัฒนาแนวคิดในเรื่องคุณลักษณะแห่งวิชาชีพแพทย์ที่พึงประสงค์ มีมาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2520 โดย Engel¹ เสนอมุมมองการแพทย์แบบองค์รวม หรือ bio-psycho-social model² 25 ปีต่อมา Borrell และคณะ² ได้เสนอคุณลักษณะของแพทย์ที่ไซ่มุมมองแบบองค์รวมในการดูแลรักษาผู้ป่วยว่าควรมีลักษณะดังต่อไปนี้คือ 1) มีความตระหนักรู้ในตัวเอง 2) สามารถสร้างและหล่อเลี้ยงความไว้วางใจได้อย่างดี 3) มีลักษณะทางอารมณ์ที่ให้ความเห็นอกเห็นใจและเข้าใจผู้อื่นได้ดี 4) สามารถประเมินและปรับตัวเองได้เพื่อป้องกันความลำเอียง 5) สามารถปรับระดับประคองอารมณ์และความสัมพันธ์กับผู้ป่วยขณะที่ให้การวินิจฉัยและรักษา 6) ใช้ความคิดและความรู้สึกที่เกิดขึ้นในขณะสัมพันธ์กับผู้ป่วยให้เป็นประโยชน์ 7)

สื่อสารในการรักษาด้วยการพูดคุยแลกเปลี่ยนกับผู้ป่วย มิใช่เพียงเพื่ออธิบายวิธีการรักษาตามที่ถูกกำหนดไว้

เมื่อมีการเปลี่ยนแปลงของระบบบริการสุขภาพ ทำให้มีผลกระทบต่อความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับผู้ป่วย Sox³ ได้เสนอคุณลักษณะแห่งวิชาชีพของแพทย์ (medical professionalism) โดยรวบรวมข้อตกลงจากองค์กรต่างๆ เช่น American Board of Internal Medicine (ABIM) Foundation, American College of Physicians - American Society of Internal Medicine (ACP-ASIM) Foundation และ European Federation of Internal Medicine คือ ควรคำนึงถึงประโยชน์ของผู้ป่วยก่อนเป็นลำดับแรก เคารพในสิทธิและศักดิ์ศรีของผู้ป่วย และคำนึงถึงความยุติธรรมทางสังคมในการให้บริการ นอกจากนี้ ยังเสนอถึงความรับผิดชอบต่อแพทย์พึงมี 10 ประการ คือ

1) พัฒนาความสามารถของตนเองให้มีประสิทธิภาพและทันสมัยอยู่เสมอ 2) ซื่อสัตย์ต่อผู้ป่วย 3) รักษาความลับของผู้ป่วย 4) สร้างความสัมพันธ์ที่เหมาะสมกับผู้ป่วย 5) พัฒนาคุณภาพการดูแลรักษาผู้ป่วย 6) เชื้อต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้ป่วย 7) จัดสรรทรัพยากรอย่างเป็นธรรม 8) ใช้ความรู้เชิงวิทยาศาสตร์ในการดูแลรักษาผู้ป่วย 9) สร้างความไว้วางใจด้วยการจัดการผลประโยชน์ทับซ้อนอย่างถูกต้องตามหลักจริยธรรม 10) รับผิดชอบต่อการคาดหวังของสังคมในการดูแลผู้ป่วยให้ดีที่สุด ดังนั้นแพทย์ควรร่วมมือกันทำงานและดูแลเพื่อนร่วมวิชาชีพให้มีความมาตรฐานแห่งวิชาชีพในการสร้างความสัมพันธ์ที่ดีกับผู้ป่วย และเพื่อการรักษาที่เหมาะสมอย่างเฉพาะบุคคล

ในเรื่องมุมมองการสอนคุณลักษณะแห่งวิชาชีพแพทย์นั้น Coulehan⁴ เสนอการสอนแบบ narrative-based professionalism แทน rule-based professionalism คือใช้เรื่องราวของคนที่เป็นแบบอย่างที่ดี หรือเรื่องราวของผู้ป่วยที่สะท้อนความต้องการต่อการรักษาพยาบาลที่เหมาะสม ซึ่งจะทำให้นักศึกษาเกิดทั้งความเข้าใจและความประทับใจ อันจะนำมาสู่แรงบันดาลใจที่ดี มากกว่าที่จะเข้าใจเพียงกฎเกณฑ์ที่กล่าวถึงเป็นข้อๆ แต่ไม่มีอารมณ์ร่วมหรือซาบซึ้งกับกฎเกณฑ์เหล่านั้น Levett⁵ ได้เสนอแนวทางการใช้การเล่าเรื่อง (narrative) ของผู้ป่วยในการสอนนักศึกษาพยาบาล เพื่อสะท้อนและประเมินความสามารถทางคลินิกของตนเอง ปรากฏว่าได้ผลดีเกิดความลึกซึ้งในการเข้าใจและเห็นอกเห็นใจผู้ป่วย (empathy) ซึ่งเป็นหลักสำคัญในการนำไปสู่พลังในการเข้าใจและพัฒนาตนเองเพื่อผู้ป่วย

ดังนั้นกระบวนการพัฒนานักศึกษาแพทย์เพื่อเสริมสร้างคุณลักษณะแห่งวิชาชีพในการศึกษานี้จึงออกแบบให้นักศึกษาสามารถเข้าถึงอารมณ์และตอบสนองต่ออารมณ์ของผู้ป่วย เพื่อนำไปสู่ความสัมพันธ์ที่ไว้วางใจ ได้รับฟังผู้ป่วยอย่างเห็นอกเห็นใจโดยผ่านเรื่องราวของตัวเอง หรือเรื่องเล่าถึงตัวแพทย์ที่ผู้ป่วยชื่นชอบ และนำเรื่องราวดังกล่าวมาสนทนากับอาจารย์ที่ปรึกษาเพื่อให้นักศึกษาได้เข้าใจ และซาบซึ้งในประสบการณ์ของผู้ป่วย และรับรู้อย่างลึกซึ้งว่าแพทย์ที่เป็นต้นแบบที่ดีในใจของ

ผู้ป่วยนั้นเป็นอย่างไร นอกจากนี้ยังมุ่งเน้นให้นักศึกษามีประสบการณ์ การวิเคราะห์และสะท้อนตัวเองซึ่งนอกจากจะช่วยในการพัฒนาตัวเองแล้ว ยังเป็นส่วนเสริมที่ทำให้เกิดความเข้าใจ และเห็นอกเห็นใจผู้อื่นอย่างลึกซึ้งมากขึ้น⁶⁻⁸

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาผลของโครงการเพื่อนวันอาทิตย์ ในการเสริมสร้างคุณลักษณะแห่งวิชาชีพในนักศึกษาแพทย์ชั้นปีที่ 1

วัสดุและวิธีการ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบ pretest-posttest no control group experimental designs

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

นักศึกษาแพทย์ชั้นปีที่ 1 ทุกรายที่สอบสัมภาษณ์ผ่านในปีการศึกษา 2547-2548 โดยมีข้อเสนอแนะจากคณะกรรมการสอบสัมภาษณ์ของคณะแพทยศาสตร์ ซึ่งประกอบด้วยกรรมการสัมภาษณ์ 3 รายต่อคณะกรรมการสัมภาษณ์ 1 ชุด โดยให้นักศึกษาเข้ารับการพัฒนาตนเองในโครงการเพื่อนวันอาทิตย์

ในระยะเวลา 1 ปีการศึกษา นักศึกษาทุกรายผ่านกระบวนการพัฒนาตามขั้นตอน 8 ครั้งต่อภาคการศึกษา รวมทั้งหมด 2 ภาคการศึกษา โดยทุกขั้นตอนของกระบวนการพัฒนาจะอยู่ภายใต้การกำกับดูแลของอาจารย์เจ้าของโครงการ ซึ่งกระบวนการพัฒนาประกอบด้วย

1. ตระหนักรู้ตนเอง (self awareness) โดยการสะท้อนข้อมูลที่ได้จากกรรมการสัมภาษณ์เกี่ยวกับข้อควรพัฒนาตนเองแก่นักศึกษาเป็นรายบุคคล และให้นักศึกษาหาแนวทางการพัฒนาตนเองด้วยตัวนักศึกษาเองผ่านความช่วยเหลือของอาจารย์ที่ปรึกษา
2. เรียนรู้การทำความเข้าใจวิถีคิดของตนเองและของผู้อื่น (empathy) โดยผ่านขบวนการเรียนรู้จากบทบาทสมมุติ (role play)
3. เรียนรู้การทำความเข้าใจวิถีคิดของตนเองและของผู้อื่น โดยการเรียนรู้จากขบวนการ (learning by doing) เพื่อ

พัฒนาตนเองในรูปแบบของการช่วยเหลือผู้ป่วยในสถานที่ที่ได้จากการระดมสมองของนักศึกษาและผู้ช่วยที่อาคารเย็นศิระ วัดโคกนาว โดยยึดหลักให้ผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง

4. พบปะแลกเปลี่ยนพูดคุยกับผู้ป่วย ฟังเรื่องเล่าและความต้องการของผู้ป่วย

5. สะท้อนตนเองจากเรื่องเล่า และความต้องการของผู้ป่วย โดยผ่านความช่วยเหลือของอาจารย์ที่ปรึกษา ซึ่งจะทำให้นักศึกษาตระหนักได้ว่าการเข้าใจความคิดและความต้องการของผู้ป่วยนั้นมีพื้นฐานจากความคิดของตนเอง ซึ่งอาจไม่ตรงกับความต้องการจริงๆ ของผู้ป่วย

6. ฝึกฝนทักษะในการรับฟังและสื่อสารกับผู้ป่วย โดยให้ผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง หลังจากที่ได้เข้าใจวิถีคิดของตนเองมาแล้วจากขั้นตอนที่ผ่านมา

7. แสดงความรักและความปรารถนาดีต่อผู้ป่วย ออกมาเป็นรูปธรรมในรูปแบบของกิจกรรมที่ยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางและตามความต้องการของผู้ป่วย โดยเป็นประสบการณ์ที่นักศึกษาได้รับในฐานะเป็นผู้มอบความรัก ซึ่งจะถูกนำมาสะท้อนในกลุ่มเพื่อเรียนรู้ถึงภาวะทางจิตใจและความอึดอัดใจที่ตนเองได้รับจากการทำความดี

8. สะท้อน (self reflexion) และประเมินตนเอง (self evaluation) ถึงประสบการณ์ที่ผ่านมาทั้งหมดเพื่อจะได้เข้าใจถึงการเติบโต (self development) และขอควรแก้ไขของตน และเข้าใจแนวทางในการพัฒนาความเห็นอกเห็นใจผู้อื่น อีกทั้งยังได้แบ่งปันประสบการณ์กับเพื่อนนักศึกษาด้วยกัน

เครื่องมือและวัสดุ

1. แบบสอบถามสัมภาษณ์ ซึ่งประกอบด้วยหัวข้อเจตคติในวิชาชีพแพทย์และความตั้งใจ การยึดมั่นในคุณธรรมและจริยธรรม ความสนใจในทุกข์สุขและเอื้ออาทรต่อผู้อื่น ความสามารถในการแก้ปัญหาและการปรับตัว ภูมิภาวะและความเชื่อมั่นในตนเอง โดยกรรมการสัมภาษณ์เป็นผู้ให้คะแนนแบบสอบถามสัมภาษณ์ในช่วงก่อนและหลังสิ้นสุดกิจกรรมซึ่งเป็นกรรมการชุดเดียวกัน

2. แบบประเมินความฉลาดทางอารมณ์ (Emotional Quotient) ของสำนักพัฒนาสุขภาพจิต กรม

สุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข ซึ่งเป็นแบบประเมินความสามารถในด้านควบคุมตนเอง เห็นใจผู้อื่น รับผิดชอบ มีแรงจูงใจ ตัดสินใจแก้ปัญหา สัมพันธภาพ ภูมิใจในตนเอง พอใจชีวิต และสุขสงบทางใจ

3. แบบสอบถามการประเมินตนเองถึงประโยชน์ที่ได้รับจากกิจกรรม

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลจากแบบสอบถามสัมภาษณ์นักศึกษาแพทย์ และเก็บข้อมูลด้วยตนเองโดยการแจกแบบประเมินความฉลาดทางอารมณ์และแบบสอบถามการประเมินตนเองซึ่งเป็นแบบตอบเองให้กับนักศึกษาแพทย์ที่ร่วมโครงการทุกราย และเก็บรวบรวมกลับทันทีหลังจากเสร็จสิ้นการตอบแบบสอบถามในช่วงก่อนเริ่มกิจกรรม หลังสิ้นสุดกิจกรรม และ 4 ปีต่อมาเมื่อนักศึกษาขึ้นเรียนและปฏิบัติงานในชั้นคลินิก

การวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้สถิติ paired-t-test ในการทดสอบค่าคะแนนเฉลี่ยเปรียบเทียบในช่วงก่อนและหลังสิ้นสุดกิจกรรมและอีก 4 ปีต่อมาเมื่อนักศึกษาขึ้นเรียนและปฏิบัติงานในชั้นคลินิก

ผลการศึกษา

ลักษณะทั่วไปของประชากร

นักศึกษาที่ถูกคัดเลือกเข้าโครงการเพื่อนวันอาทิตย์ มีจำนวนทั้งสิ้น 48 ราย นักศึกษา 1 ราย ไม่ยินยอมให้เปิดเผยข้อมูล จึงตัดนักศึกษารายดังกล่าวออกจากการศึกษา นักศึกษาทั้งหมด 47 ราย เป็นเพศชาย 24 ราย เพศหญิง 23 ราย

คะแนนแบบสอบถามสัมภาษณ์จากคณะกรรมการสัมภาษณ์

เปรียบเทียบคะแนนแบบสอบถามสัมภาษณ์จากคณะกรรมการสัมภาษณ์ในช่วงก่อนและหลังสิ้นสุดกิจกรรม (ตารางที่ 1) พบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยจากแบบสอบ

สัมภาษณ์โดยคณะกรรมการชุดเดิมหลังสิ้นสุดกิจกรรม มีค่าสูงกว่า และมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.0001$) ในหัวข้อเรื่องเจตคติต่อวิชาชีพ แพทย์และความตั้งใจ ความสนใจในทุกข์สุขและเอื้ออาทรต่อผู้อื่น ความสามารถในการแก้ปัญหาและปรับตัว และวุฒิภาวะความเชื่อมั่นในตนเอง

คะแนนแบบประเมินความฉลาดทางอารมณ์
เปรียบเทียบคะแนนแบบประเมินความฉลาดทางอารมณ์ในช่วงก่อนและหลังสิ้นสุดกิจกรรม (ตารางที่ 2) และอีก 4 ปีต่อมาเมื่อนักศึกษาขึ้นเรียนและปฏิบัติงานในชั้นคลินิก (ตารางที่ 3) พบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยของแบบประเมินความฉลาดทางอารมณ์ในช่วงหลังสิ้นสุด

ตารางที่ 1 แสดงคะแนนจากกรรมการสัมภาษณ์ในช่วงก่อนเริ่มและสิ้นสุดการดำเนินกิจกรรม

หัวข้อ	คะแนน				p-value
	ช่วงก่อนเริ่มกิจกรรม		ช่วงสิ้นสุดกิจกรรม		
	ค่าเฉลี่ย	ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน	ค่าเฉลี่ย	ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน	
คะแนนกรรมการสัมภาษณ์ (คะแนนเต็ม = 5/หัวข้อ)					
1. เจตคติต่อวิชาชีพ (5)	3.22	0.55	4.67	0.45	<0.0001
2. คุณธรรม จริยธรรม (5)	3.4	0.54	4.55	0.46	<0.0001
3. ความเอื้ออาทรผู้อื่น (5)	3.22	0.50	4.70	0.49	<0.0001
4. การแก้ปัญหา ปรับตัว (5)	3.15	0.45	4.54	0.49	<0.0001
5. วุฒิภาวะ ความเชื่อมั่น (5)	3.15	0.50	4.47	0.48	<0.0001

ตารางที่ 2 แสดงคะแนนวุฒิภาวะทางอารมณ์ในช่วงก่อนเริ่มและสิ้นสุดการดำเนินกิจกรรม

หัวข้อ	คะแนน				p-value
	ช่วงก่อนเริ่มกิจกรรม		ช่วงสิ้นสุดกิจกรรม		
	ค่าเฉลี่ย	ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน	ค่าเฉลี่ย	ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน	
คะแนนวุฒิภาวะทางอารมณ์					
1. ควบคุมตนเอง	19.83	1.79	19.98	2.09	0.5004
2. เห็นใจผู้อื่น	20.59	1.64	20.77	2.06	0.5354
3. ความรับผิดชอบ	21.7	1.60	21.70	1.44	1.0000
4. มีแรงจูงใจ	19.68	2.22	20.40	1.57	0.0006
5. ตัดสินใจแก้ปัญหา	19.32	2.41	19.79	1.99	0.0720
6. สัมพันธภาพ	19.21	2.24	19.64	2.11	0.0888
7. ภูมิใจในตนเอง	12.47	2.31	13.04	1.47	0.0534
8. พอใจในชีวิต	20.94	1.83	21.36	1.86	0.6020
9. สุขสงบทางใจ	20.62	2.23	21.28	1.99	0.0174

กิจกรรมมีค่าสูงกว่าก่อนเริ่มกิจกรรมและมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในหัวข้อมีแรงจูงใจ ($p < 0.001$) และสุขสงบทางใจ ($p < 0.05$) ส่วนค่าคะแนนเฉลี่ยของแบบประเมินความฉลาดทางอารมณ์เมื่อนักศึกษาชั้นเรียนและปฏิบัติงานในชั้นคลินิกเปรียบเทียบกับช่วงก่อนเริ่มเข้าร่วมกิจกรรมพบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยของแบบประเมินความฉลาดทางอารมณ์หัวข้อความรับผิดชอบในช่วงที่นักศึกษาชั้นปฏิบัติงานและเรียนในชั้นคลินิกมีค่าสูงกว่าและมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

คะแนนการประเมินตนเองถึงประโยชน์ที่ได้รับจากกิจกรรม

เปรียบเทียบคะแนนการประเมินตนเองถึงประโยชน์ที่ได้รับจากกิจกรรมในช่วงก่อนและหลังสิ้นสุดกิจกรรมและอีก 4 ปีต่อมาเมื่อนักศึกษาชั้นเรียน และปฏิบัติงานในชั้นคลินิก (ตารางที่ 4) พบว่า เมื่อกำหนดให้ค่าคะแนนเต็มคือ 10 คะแนน คะแนนเฉลี่ยการประเมินตนเองถึงประโยชน์ที่ได้รับในช่วงก่อน หลังสิ้นสุดกิจกรรม และอีก 4 ปีต่อมาเมื่อนักศึกษาชั้นเรียนและปฏิบัติงานในชั้นคลินิก

ตารางที่ 3 แสดงคะแนนวุฒิภาวะทางอารมณ์ในช่วงก่อนเริ่มดำเนินกิจกรรมและเมื่อนักศึกษาชั้นเรียนและปฏิบัติงานในชั้นคลินิก

หัวข้อ	คะแนน				p-value
	ช่วงก่อนเริ่มกิจกรรม		ช่วงชั้นเรียนชั้นคลินิก		
	ค่าเฉลี่ย	ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน	ค่าเฉลี่ย	ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน	
คะแนนวุฒิภาวะทางอารมณ์					
1. ควบคุมตนเอง	19.83	1.79	19.89	2.31	0.8602
2. เห็นใจผู้อื่น	20.59	1.64	20.83	1.75	0.4612
3. ความรับผิดชอบ	21.7	1.60	22.59	1.36	0.0020
4. มีแรงจูงใจ	19.68	2.22	20.36	2.39	0.1240
5. ตัดสินใจแก้ปัญหา	19.32	2.41	19.85	2.40	0.2411
6. สัมพันธภาพ	19.21	2.24	19.68	2.18	0.2855
7. ภูมิใจในตนเอง	12.47	2.31	12.89	1.71	0.2899
8. พอใจในชีวิต	20.94	1.83	21.19	2.14	0.5000
9. สุขสงบทางใจ	20.62	2.23	21.26	2.10	0.1381

ตารางที่ 4 แสดงคะแนนการประเมินตนเองในช่วงก่อนเริ่มและสิ้นสุดการดำเนินกิจกรรม และเมื่อนักศึกษาชั้นเรียนและปฏิบัติงานในชั้นคลินิก

หัวข้อ	คะแนน						p-value
	ช่วงก่อนเริ่มกิจกรรม		ช่วงสิ้นสุดกิจกรรม		ช่วงชั้นเรียนชั้นคลินิก		
	ค่าเฉลี่ย	ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน	ค่าเฉลี่ย	ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน	ค่าเฉลี่ย	ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน	
คะแนนการประเมินตนเองถึงประโยชน์ที่ได้รับจากกิจกรรม (คะแนนเต็ม = 10)	4.59	1.70	7.99	1.50	7.54	1.89	<0.0001

มีค่าเท่ากับ 4.59(sd =1.70), 7.99(sd =1.50), 7.54(sd =1.89) ตามลำดับ ซึ่งมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.0001$) เมื่อเทียบกับค่าคะแนนเฉลี่ยของการประเมินตนเองถึงประโยชน์ที่ได้รับจากกิจกรรมในช่วงก่อนเข้าร่วมกิจกรรม

วิจารณ์

คะแนนที่ได้จากคณะกรรมการสัมภาษณ์ในช่วงหลังจากที่นักศึกษาผ่านกระบวนการพัฒนาตนเองแล้วนั้น อาจมีอคติ (bias) ได้ โดยอาจมีความโน้มเอียงให้คะแนนที่สูงขึ้นในช่วงสิ้นสุดการดำเนินกิจกรรม แต่อย่างไรก็ตาม ผู้วิจัยได้พยายามลดข้อจำกัดดังกล่าวนี้โดยการกำหนดให้นักศึกษาคนเดียวกันนั้นได้รับการสอบโดยคณะกรรมการสัมภาษณ์ที่เป็นชุดเดียวกันทั้งช่วงก่อนและหลังสิ้นสุดกิจกรรม และมีกรรมการสัมภาษณ์ 3 รายต่อคณะกรรมการสัมภาษณ์ 1 ชุด นอกจากนี้กำหนดให้มีคำอธิบายความหมายของค่าช่วงคะแนนในแบบสอบถามเป็นแบบปรนัย (objective) เพื่อให้เกิดความเที่ยงในการให้คะแนนของกรรมการแต่ละราย

หลังสิ้นสุดกระบวนการพัฒนา ค่าคะแนนแบบประเมินความฉลาดทางอารมณ์มีค่าคะแนนเฉลี่ยสูงขึ้น และมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในหัวข้อเรื่องความเห็นใจผู้อื่น การมีแรงจูงใจ และความสนุกสนานรวมทั้งในเรื่องความรับผิดชอบ ซึ่งคิดว่าเป็นเรื่องที่ดีสำหรับคุณลักษณะแห่งวิชาชีพ แต่อย่างไรก็ตามคงต้องคำนึงถึงปัจจัยแวดล้อมภายนอกอื่นๆ ในชีวิตประจำวันของนักศึกษา หรือกระบวนการเรียนรู้อื่นๆ ในหลักสูตรการเรียนการสอนที่อาจส่งผลให้คะแนนแบบประเมินความฉลาดทางอารมณ์ของนักศึกษาเปลี่ยนแปลงไปจากก่อนเริ่มเข้าร่วมกิจกรรม นอกจากนี้เมื่อพิจารณาถึงคะแนน แบบประเมินความฉลาดทางอารมณ์ในหัวข้ออื่นๆ ที่เหลือในช่วงก่อนและหลังสิ้นสุดกิจกรรม พบว่ามีความแตกต่างกันเพียงจุดศุขนิยม และไม่มีมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นั้น อาจเป็นไปได้ว่าแบบประเมินความฉลาดทางอารมณ์อาจไม่ใช่แบบประเมินที่สามารถวัดคุณลักษณะ

แห่งวิชาชีพในโครงการนี้ได้ครบทุกหัวข้อ หรือแบบประเมินดังกล่าวไม่มีความไวพอที่จะวัดการเปลี่ยนแปลงที่เกิดจากกิจกรรมการเรียนรู้ของโครงการนี้

กระบวนการพัฒนานั้นไม่ได้ทำอย่างต่อเนื่องจนถึงช่วงนักศึกษาแพทย์ชั้นเรียนและปฏิบัติงานในชั้นคลินิก และไม่ได้เป็นกิจกรรมที่บรรจุอยู่ในหลักสูตรนักศึกษาจึงไม่รับรู้ว่าตนเองนั้นได้เชื่อมโยงวิถีชีวิตที่ได้จากกิจกรรมดังกล่าวเข้าสู่กระบวนการดูแลผู้ป่วยในชั้นคลินิก หรืออาจเป็นไปได้ว่ากระบวนการพัฒนาในโครงการนี้ได้เปลี่ยนแปลงวิถีชีวิตของนักศึกษา ทำให้นักศึกษามีวิถีชีวิตใหม่แบบไม่รู้ตัว และกลายเป็นวิถีชีวิตในธรรมชาติของนักศึกษา นอกจากนี้อาจเป็นผลเนื่องจากความอคติในการคิดเปรียบเทียบข้อมูลย้อนหลัง (recall bias) จึงทำให้ได้คะแนนการประเมินตนเองในเรื่องความเชื่อมโยงถึงประโยชน์ที่ได้รับจากกิจกรรมเมื่อสิ้นสุดโครงการไปสู่วิถีชีวิตในการดูแลผู้ป่วยในชั้นคลินิกมีค่าที่ลดลงคือ 7.99 และ 7.54 ตามลำดับ

ตัววัดผลสัมฤทธิ์ของโครงการนี้อีกตัววัดหนึ่ง อาจดูได้จากจำนวนนักศึกษาแพทย์ที่เป็นนักกิจกรรมของคณะแพทยศาสตร์ที่ได้จากนักศึกษาโครงการเพื่อนวันอาทิตย์ในสัดส่วนที่มากกว่านักศึกษาแพทย์ที่ไม่ได้เข้าร่วมโครงการ ซึ่งจัดเป็นผลสัมฤทธิ์แบบองค์รวมที่อาจบ่งถึงคุณลักษณะในเรื่องความเสียสละเพื่อส่วนรวม ความสนใจในสิ่งแวดล้อม ความต้องการพัฒนาตนเอง แต่อย่างไรก็ตามควรมีการประเมินนักกิจกรรมในโครงการเพื่อนวันอาทิตย์ในระดับสัมภาษณ์เชิงลึก (in depth interview) เปรียบเทียบกับนักกิจกรรมที่ไม่ได้ร่วมโครงการเพื่อนวันอาทิตย์เพื่อทำให้เข้าใจสมมุติฐานดังกล่าวที่ว่ากระบวนการพัฒนานักศึกษานั้นสร้างนักกิจกรรมได้อย่างไร

อย่างไรก็ตาม กระบวนการพัฒนานักศึกษาตามขั้นตอนของโครงการนี้น่าจะเป็นกระบวนการพัฒนาที่สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการพัฒนานักศึกษาแพทย์ในด้านการเรียนการสอนในหลักสูตร เพื่อหวังผลในด้านการพัฒนานักศึกษาที่ต่อเนื่องยั่งยืน ทั้งนี้นักศึกษาจะได้มีประสบการณ์ในการเข้าใจผู้ป่วยโดยตรงในมุมมองที่กว้างขึ้น

รวมกับการประเมินและสะท้อนตนเอง (self reflexion) ซึ่งจะเป็นกระบวนการที่ทำให้นักศึกษาได้ค้นและเห็นพัฒนาการของตนเองในเรื่องมุมมองทางชีวิต

สรุป

กระบวนการเรียนรู้ที่เริ่มต้นจากการตระหนักรู้ตนเอง ปฏิบัติกิจกรรมกับผู้ป่วยเพื่อให้มีประสบการณ์ตรงและการสะท้อนประเมินตนเองให้เห็นถึงการเติบโตของตัวตนภายในของโครงการนี้ ทำให้นักศึกษาแพทย์ได้วิถึคิดในเรื่องความเห็นใจผู้อื่น มีแรงจูงใจ และมีความรับผิดชอบ

เอกสารอ้างอิง

1. Engel G. The need for a new medical model: a challenge for bio-medicine. *Science* 1977;196: 129-36.
2. Borrell CF, Suchman A, Epstein R. The biopsychosocial model 25 years later: principles, practice and scientific inquiry. *Ann Fam Med* 2004;2: 576-82.
3. Sox H. Medical professionalism in the new millennium: a physician charter. *Ann Intern Med* 2002;136:243-6.
4. Coulehan J. Written role models in medical education. *Med Humanit* 2007;33:106-9.
5. Levett JT. Facilitating reflective practice and self-assessment of competence through the use of narratives. *Nurs Educ Pract* 2007;7:112-9.
6. Dimaggio G. Know yourself and you shall know the other to a certain extent: multiple paths of influence of self-reflection on mindreading. *Conscious Cogn* 2008;17:778-89.
7. Kawada CL, Oettingen G, Gollwitzer PM, et al. The projection of implicit and explicit goals. *J Pers Soc Psychol* 2004;86:545-59.
8. Goldman A. In defence of the simulation theory. *Mind Lang* 1992;7:104-19.