

11-1-2001

Medicine education during clinical period: What should it be ?

S. Jitapunkul

Follow this and additional works at: <https://digital.car.chula.ac.th/clmjournal>



Part of the [Medicine and Health Sciences Commons](#)

Recommended Citation

Jitapunkul, S. (2001) "Medicine education during clinical period: What should it be ?," *Chulalongkorn Medical Journal*: Vol. 45: Iss. 11, Article 1.

DOI: <https://doi.org/10.56808/2673-060X.3544>

Available at: <https://digital.car.chula.ac.th/clmjournal/vol45/iss11/1>

This Editorial is brought to you for free and open access by the Chulalongkorn Journal Online (CUJO) at Chula Digital Collections. It has been accepted for inclusion in Chulalongkorn Medical Journal by an authorized editor of Chula Digital Collections. For more information, please contact ChulaDC@car.chula.ac.th.

โครงสร้างการศึกษาสำหรับนิสิตแพทย์ในระดับคลินิก: เราควรจะทำอย่างไร ?

สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล*

ความรู้ทางการแพทย์ขยายตัวเร็วมากในปัจจุบัน มีข้อมูลหรือผลการศึกษาใหม่ ๆ ปรากฏในวารสารทางการแพทย์วันละเป็นร้อย ๆ เรื่อง และจำนวนไม่น้อยของข้อมูลหรือผลการศึกษานั้นจะนำไปสู่องค์ความรู้ในทางการแพทย์ต่อไป จึงเป็นไปได้ที่บุคคลใดบุคคลหนึ่งจะสามารถศึกษาวิชาแพทย์จนรู้ได้ทั้งหมด ในการผลิตแพทย์ที่ถึงแม้จะจำกัดวงความรู้ที่นิสิตจำเป็นต้องรู้ไว้แต่เพียงส่วนที่จะนำไปใช้ในภาคปฏิบัติทางการตรวจรักษาผู้ป่วยและทางการสาธารณสุขแต่ก็ยังมีความรู้ที่มากมายเกินกว่าจะทำการสอนได้หมด ยิ่งไปกว่านั้นในกระบวนการผลิตแพทย์ที่ถึงแม้ความรู้ทางการแพทย์จะเป็นองค์ประกอบสำคัญ แต่ก็ยังมีองค์ประกอบอื่น ๆ ของการนำไปสู่ความเป็นแพทย์ที่ดีและมีประสิทธิภาพและไม่อาจจะละเลยได้ ได้แก่ ความมีจริยธรรมคุณธรรม ความสามารถในการสื่อสาร ความเข้าใจในวัฒนธรรมและสังคม และความสามารถหรือความยืดหยุ่นในการปรับตัว เป็นต้น

หากเรามีทรัพยากรที่ไม่จำกัดการเรียนการสอนใด ๆ ก็คงไม่มีอุปสรรค แต่ในความเป็นจริงแล้ว ทรัพยากรต่าง ๆ ที่เรามีอยู่นั้นมีความจำกัดอย่างยิ่ง ตั้งแต่ความจำกัดของเวลาเรียน ความจำกัดของงบประมาณ ความจำกัดของสถานที่เรียน ความจำกัดของจำนวนผู้ป่วยและสัดส่วนของโรคหรือปัญหาที่ต้องใช้ประกอบการเรียนการสอน ความจำกัดของจำนวนผู้สอน และแม้แต่ความจำกัดของคุณภาพของผู้สอน ดังนั้นในกระบวนการศึกษาทางการแพทย์ในระดับปริญญาบัณฑิต จึงมีความจำเป็นที่ผู้กำหนดโครงสร้างจะต้องจัดวางแนวทางทั้งในระดับนโยบาย

แผนงาน และการปฏิบัติให้เหมาะสมกับสภาพที่เป็นจริง โดยเกิด **"ประโยชน์สูงสุด"**

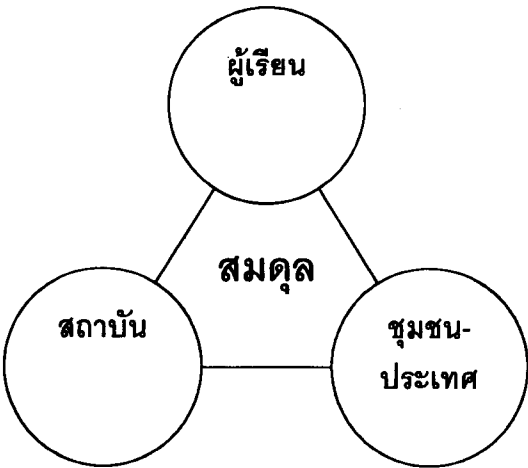
เมื่อพิจารณาคำว่า "ประโยชน์สูงสุด" อาจมองได้หลายมุม ตั้งแต่ประโยชน์สูงสุดต่อประเทศหรือชุมชน ประโยชน์สูงสุดต่อสถาบัน หรือประโยชน์สูงสุดของผู้เรียน และมุมมองที่หลากหลายนี้เองที่ทำให้เกิดข้อโต้แย้งในการปรับเปลี่ยนการเรียนการสอนอยู่เสมอ อันที่จริงแล้ว ประโยชน์สูงสุดคงจะเป็นอัตถประโยชน์ที่สมดุลระหว่างส่วนต่าง ๆ โดยขึ้นอยู่กับสถานะในขณะนั้นด้วย (รูปที่ 1) โดยหากพิจารณาผลลัพธ์ที่เป็นประโยชน์สูงสุดของส่วนต่าง ๆ จะช่วยให้ง่ายขึ้นสำหรับการกำหนดโครงสร้างการศึกษา (ตารางที่ 1)

ในกระบวนการพัฒนาแพทยศาสตรศึกษาได้มีทิศทางชัดเจนของการปรับสมดุลของประโยชน์สูงสุด โดยมีน้ำหนักที่มุ่งไปยัง ประโยชน์สูงสุดของชุมชน-ประเทศ และของผู้เรียนมากยิ่งขึ้น ดังจะเห็นได้จากการปรับโครงสร้างการเรียนการสอนของคณะแพทยศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยในระดับก่อนคลินิก (นิสิตปี 2,3) ที่มีมานานกว่า 10 ปี และการพยายามเพิ่มสัดส่วนเวลาให้แก่เวชศาสตร์ชุมชนและการเพิ่มพูนประสบการณ์ในโรงพยาบาลในจังหวัดต่าง ๆ สำหรับการศึกษาในระดับคลินิก (นิสิตปี 4,5,6) แต่ความขัดแย้งของความคิดเห็นระหว่างบุคคลและหน่วยงานต่าง ๆ ในการพัฒนาโครงสร้างและกระบวนการศึกษาระดับปริญญาได้เกิดขึ้นมาโดยตลอด อันเป็นผลมาจากวิสัยทัศน์เกี่ยวกับ "ประโยชน์สูงสุด" ที่แตกต่างกันออกไป ซึ่งไม่อาจและไม่สมควรอย่างยิ่งที่

* ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

จะชี้ชัดว่าใครถูก-ใครผิด เพราะต่างก็มีความปรารถนาดีด้วยกันทั้งสิ้น แต่ความขัดแย้งที่เกิดขึ้นนั้นมีรากฐานจากสาเหตุสำคัญ 3 ประการคือ หนึ่ง-ความจำกัดของทรัพยากร

สอง-ความไม่สัมฤทธิ์ผลของกระบวนการในการสร้างพลังขององค์กรเพื่อการพัฒนา และสาม-ความจำกัดในกรอบความคิดแบบเดิม



รูปที่ 1. สมดุลระหว่างประโยชน์สูงสุดของผู้เรียน สถาบัน และชุมชน-ประเทศ

ตารางที่ 1. ผลลัพธ์ที่เป็นประโยชน์สูงสุดของส่วนต่าง ๆ จากการผลิตแพทย์

ส่วนต่าง ๆ ที่จะได้ประโยชน์สูงสุด	ผลลัพธ์ของการผลิตที่เป็นประโยชน์สูงสุด	โครงสร้างหรือกระบวนการสำคัญของการผลิตต้องเน้นที่
<ul style="list-style-type: none">ประเทศ-ชุมชน	<ul style="list-style-type: none">แพทย์ที่สามารถให้บริการระดับปฐมภูมิที่เป็นองค์รวมแพทย์ที่มีความสามารถให้บริการฉุกเฉินในระดับต้นได้แพทย์ที่มีความรู้และเข้าใจด้านการสาธารณสุขแพทย์ที่สามารถปรับตัวเข้ากับชุมชนหรือพื้นที่ที่จะต้องปฏิบัติงานแพทย์ที่มีคุณธรรม-จริยธรรม	<ul style="list-style-type: none">การบริการระดับปฐมภูมิเวชศาสตร์ครอบครัวปฏิบัติงานในภาวะฉุกเฉินเวชศาสตร์ชุมชนและประสบการณ์การปฏิบัติงานในพื้นที่เวชวิทยาศาสตร์
<ul style="list-style-type: none">สถาบัน	<ul style="list-style-type: none">แพทย์ที่พร้อมต่อการเข้าสู่การศึกษาหรือการฝึกหัดให้มีความสามารถเฉพาะ ได้แก่ เป็นนักวิจัย เป็นแพทย์เฉพาะทาง เป็นอาจารย์แพทย์แพทย์ที่ได้มาตรฐานระดับนานาชาติ (กำหนดด้วยมาตรฐานของประเทศที่พัฒนาแล้ว)	<ul style="list-style-type: none">ความพร้อมในองค์ความรู้พื้นฐานตั้งแต่ระดับก่อนคลินิก (basic science และ pre-clinical knowledge)การผ่านภาควิชาหรือแผนกต่าง ๆ อย่างครอบคลุมและมีโอกาสรับความรู้ในทางลึก (specialization)การฝึกหัดทำวิจัยทางคลินิกและวิจัยพื้นฐาน

ตารางที่ 1. (ต่อ)

ส่วนต่าง ๆ ที่จะได้ประโยชน์สูงสุด	ผลลัพธ์ของการผลิตที่เป็นประโยชน์สูงสุด	โครงสร้างหรือกระบวนการสำคัญของการผลิตต้องเน้นที่
<ul style="list-style-type: none"> ผู้เรียน 	<ul style="list-style-type: none"> แพทย์ที่สามารถเรียนรู้ได้ต่อเนื่อง แพทย์ที่สามารถปฏิบัติงาน และดำรงชีพอยู่ในสังคมได้อย่างเป็นที่ยอมรับ แพทย์ที่สามารถมีทางเลือก และสามารถเลือกเส้นทางของวิชาชีพได้ 	<ul style="list-style-type: none"> เนื้อหาและระยะเวลาของหลักสูตรเป็นไปตามข้อกำหนดของประเทศที่พัฒนาแล้ว ความพร้อมในการเรียนรู้ด้วยตนเอง โดยเฉพาะการสืบค้นและการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ มีเวลาในการทำกิจกรรมอื่น ๆ นอกเหนือจากการเรียนในวิชาแพทย์ มีทางเลือกในระบบการศึกษา

ความจำกัดของทรัพยากร

ความจำกัดของทรัพยากรโดยเฉพาะความจำกัดของเวลาเรียนเป็นต้นเหตุสำคัญของความขัดแย้งของการจัดโครงสร้างการเรียนการสอนในระดับคลินิกในปัจจุบัน โดยเมื่อมีการจะทำให้เกิดประโยชน์สูงสุดแก่ผู้เรียนโดยมุ่งให้มีโอกาสเข้าร่วมกิจกรรมต่าง ๆ นอกเหนือจากวิชาแพทย์ซึ่งต้องมีการจัดสรรเวลาเพื่อการนี้ เป็นผลให้ระยะเวลาสำหรับการเรียนการสอนมีไม่เพียงพอต่อการให้เนื้อหาจำนวนมากที่นิสิตต้องรู้เพื่อพร้อมต่อการออกปฏิบัติงานในชุมชนหรือเพื่อมีคุณภาพตามที่สถาบันและหน่วยงานต่าง ๆ ต้องการ

สำหรับความจำกัดอื่น ๆ ที่สำคัญและตระหนักอยู่และได้มีความพยายามในการปรับเปลี่ยนแก้ไข ได้แก่ ความ จำกัดของจำนวนผู้ป่วยและโรคในโรงพยาบาล จุฬาลงกรณ์ที่นิสิตต้องได้ทำ-ได้ช่วย-ได้ดู มีจำนวนไม่เพียงพอแก่ความต้องการ โดยเฉพาะที่สัมพันธ์กับทักษะทางศัลยกรรมและสูติกรรม ความจำกัดของจำนวนผู้สอนโดยเฉพาะการสอนแบบกลุ่มย่อยในระยะก่อนคลินิกที่ต้องใช้ tutor และ resource persons จำนวนไม่น้อย ซึ่งถึงแม้จะมีความพยายามขอความร่วมมือจากอาจารย์ทางคลินิก แต่ภาระงานของอาจารย์ทางคลินิกที่มีอยู่มากทำให้เป็น

ไปได้ยากที่จะทำให้ตารางเวลาของอาจารย์ทางคลินิกสอดคล้องกันกับตารางเวลาที่กำหนดค่อนข้างตายตัวในการเรียนการสอน และความจำกัดของคุณภาพของผู้สอนที่ไม่สอดคล้องกับการพัฒนาที่พยายามเน้น problem-based learning และการเรียนแบบเชิงรุก (active learning)

ความไม่สัมฤทธิ์ผลของกระบวนการในการสร้างพลังขององค์กรเพื่อการพัฒนา

ในกระบวนการเพื่อการพัฒนาโครงสร้างและกระบวนการการเรียนการสอนในระยะที่ผ่านมาได้มองข้ามความสำคัญของการสร้างพลังขององค์กรค่อนข้างมาก ได้แก่ " การขาดความสามารถในการแสดงให้เห็นถึงเหตุผลที่แท้จริงของการเพิ่มเวลาว่างให้นิสิตได้มีกิจกรรมอื่น ๆ " โดยไม่สามารถทำให้คณาจารย์จำนวนมากตระหนักถึงความสำคัญดังกล่าว เหตุผลแต่เพียงว่าต้องการให้นิสิตมีเวลาว่างมากขึ้นคงไม่เพียงพอ ที่สำคัญยังมีนิสิตจำนวนไม่น้อยที่ไม่แน่ใจว่าการเพิ่มเวลาหยุดพักระหว่างปีการศึกษาจะเป็นประโยชน์สูงสุดสำหรับตนเองและ "การที่ไม่สามารถดำเนินกลยุทธ์หรือกระบวนการที่จะทำใหภาควิชาต่าง ๆ ได้มีส่วนร่วมในการพัฒนาอย่างแท้จริง" ซึ่งส่วนหนึ่งเป็นผลจากการคาดหวังที่มากเกินไปในผลลัพธ์ที่กำหนดไว้ล่วงหน้า

ทำให้การกำหนดกระบวนการต่าง ๆ เป็นไปอย่างไม่สุขุมเพียงพอ และอีกส่วนเป็นผลจากการขาดกลยุทธ์หรือเทคนิคที่ดีพอในการประชุมปฏิบัติการ

ความจำกัดในกรอบความคิดแบบเดิม

หน่วยงานและคณาจารย์ในคณะแพทยศาสตร์จำนวนมากยังยึดติดอยู่ในกรอบแบบเดิม ที่เห็นความสำคัญของงานหรือสาขาวิชาตน ยึดมั่นกับระยะเวลาที่นิสิตต้องผูกกับภาควิชา และยึดมั่นกับตัวเลขหน่วยกิตและภาระงาน ความจำกัดในกรอบความคิดเช่นนี้ย่อมทำให้การพัฒนาโครงสร้างและกระบวนการการเรียนการสอนติดขัด และผลที่ได้ออกมา ก็คือการพยายามแบ่งเค็ก (เวลา) ให้แก่ทุกภาควิชาตามที่ปรากฏในสัดส่วนที่จะมีการได้แย่งน้อยที่สุด โดยไม่ได้พิจารณาจากความจำเป็นของเนื้อหาที่นิสิตต้องได้รับจากภาควิชาต่าง ๆ

แนวทางการแก้ไขข้อขัดแย้งจากความจำกัดด้านเวลาสำหรับการเรียนการสอนในระดับคลินิก

การแก้ไขข้อจำกัดเพื่อให้บรรลุเป้าหมายต้องเริ่มจากการปรับเปลี่ยนกระบวนการ และกลยุทธ์ในการพัฒนาโครงสร้างการเรียนการสอน การคัดเลือกตัวบุคคลที่เข้าร่วมกระบวนการ (ความคิดเห็นที่แตกต่างไม่ใช่ปัญหา แต่ปัญหาคือการไม่ยอมรับฟังความคิดเห็นที่แตกต่าง) การใช้เทคนิคที่เป็นประโยชน์ เช่น AIC ในการกำหนดเป้าหมายและทิศทาง หรือการใช้เทคนิค delphi เพื่อให้ได้ผลสรุปในลำดับความสำคัญ เป็นต้น การรวบรวมข้อมูลอย่างเป็นระบบ และไม่มีอคติ การเดินสายทำความเข้าใจในระดับภาควิชาให้เข้มข้นกว่าเดิม และการเปิดโอกาสอย่างแท้จริงให้ภาควิชาได้แสดงความคิดเห็นและร่วมกันหารูปแบบที่เหมาะสมอันจะเป็นโอกาสที่จะสลายความยึดติดในกรอบความคิดแบบเดิมของหน่วยงานและคณาจารย์

ตัวอย่างรูปแบบของโครงสร้างการเรียนการสอนในระดับคลินิกที่อาจเป็นทางออกคือ “การถอดประสานภาควิชาเข้าด้วยกัน” โดยพิจารณาจากเนื้อหาที่นิสิตจำเป็นต้องได้รับจากภาควิชาต่าง ๆ เช่น นิสิตแพทย์ปีที่ 5 สมควรได้รับความรู้พื้นฐานจากอายุรศาสตร์และทักษะใน

การฝึกปฏิบัติงานในการอยู่เวรนอกเวลาราชการ ก็อาจผ่านภาควิชาอายุรศาสตร์ 12 สัปดาห์ แต่ในบางช่วงเวลาของวันตามที่กำหนดนิสิตจะต้องหมุนเวียนไปยังภาควิชาจักษุเพื่อเรียนรู้และเพิ่มทักษะในการตรวจตา การวินิจฉัยโรคตาที่แผนกผู้ป่วยนอก การให้การรักษาระเบิดต้นที่จำเป็นต่อการปฏิบัติงานในชุมชน หรือการทำ case discussion ในปัญหาโรคตา เป็นต้น หรือนิสิตต้องเวียนไปยังภาควิชาเวชศาสตร์ฟื้นฟูเพื่อเรียนรู้และเพิ่มพูนทักษะของการฟื้นฟูสมรรถภาพในแง่มุมต่าง ๆ และสามารถถอดประสานเข้ากับผู้ป่วยในภาควิชาอายุรศาสตร์ที่ตนเองได้รับ เป็นต้น และการประเมินผลก็สามารถถอดประสานได้เช่นกัน แนวคิดเช่นนี้นอกจากจะเป็นการเอื้อให้ใช้เวลาที่มีจำกัดให้ได้ประโยชน์อย่างเต็มที่แล้ว ยังช่วยให้การเรียนการสอนบรรลุถึงมโนทัศน์ Integration ได้อีกด้วย สำหรับหน่วยกิตและภาระงานก็เป็นไปตามเดิม โดยไม่จำเป็นต้องผูกกับจำนวนสัปดาห์หรือเวลา อย่างไรก็ตามรูปแบบสุดท้ายของการจัดโครงสร้างเช่นนี้จะเป็นอย่างไร คงขึ้นอยู่กับกระบวนการรวมพลังเพื่อระดมความคิดของคณาจารย์จากภาควิชาต่าง ๆ ที่จะช่วยทำให้ประสบความสำเร็จ

ถึงแม้การดำเนินการปรับโครงสร้างการศึกษาสำหรับนิสิตแพทย์ที่จะเริ่มในปีการศึกษาพ.ศ.2546 จะได้ดำเนินการไปพอสมควร แต่การพัฒนาที่เหมาะสมก็ยังสามารถเกิดขึ้นได้ และถึงแม้จะไม่ทันต่อการใช้ในปีการศึกษาพ.ศ.2546 แต่คงไม่มีใครปฏิเสธว่าเรายังจำเป็นต้องพัฒนาอย่างต่อเนื่อง คณะและบุคลากร (โดยเฉพาะอาจารย์ทุกท่าน) จำเป็นจะต้องรับผิดชอบต่อภาระหน้าที่ในการผลิตแพทย์ โดยมุ่งให้แพทย์ที่จบจากสถาบันแห่งนี้อยู่ในสถานะดีเลิศทั้งที่เปรียบเทียบกับภายในประเทศและระหว่างประเทศ และถึงแม้ภาควิชาจะเดินลึกเข้าสู่การผลิตแพทย์เฉพาะทางอย่างเต็มตัว แต่ก็ไม่สามารถปฏิเสธความรับผิดชอบต่อการเรียนการสอนนิสิตแพทย์ได้ ดังนั้นการใช้ทรัพยากรที่มีอยู่อย่างจำกัด เพื่อตอบสนองผลประโยชน์สูงสุดสำหรับสำหรับทุกคนอย่างสมดุล ภายใต้การร่วมแรงร่วมใจกันของคณาจารย์และบุคลากรต่าง ๆ จะเป็นหนทางที่เรา “คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย” จะดำรงความเป็นผู้นำในสถานะโรงเรียนแพทย์ได้อย่างต่อเนื่อง