บทบรรณาธิการ

ปัญหาขาดแคลนอาจารย์ปรีคลินิก

มีชัย ศรีใส*

จากกรณีที่รัฐบาลมีนโยบายให้ผลิตแพทย์เพิ่มขึ้นทั่วประเทศอีกปีละประมาณ 300 คนเศษ นั้น คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ได้สนองนโยบายรัฐบาลโดยรับเพิ่มนิสิตแพทย์ในปี 2536 จำนวน 50 คน และในปีต่อไปจะรับเพิ่มเป็น 90 คน ถ้าหากทุกอย่างเป็นไปตามแผนซึ่งหมายความว่าคณะฯ จะได้รับอัตราอาจารย์เพิ่ม ได้รับการสนับสนุนวัสดุครุภัณฑ์รวมไปถึงสิ่งก่อสร้างที่จำเป็น อาทิ อาคารเรียน อาคารอเนกประสงค์ และหอพัก ทั้งนี้เพื่อรองรับนิสิตแพทย์ ซึ่งเมื่อรวมกันแล้วจะเป็นชั้นปีละ 270 คน ในอนาคตอันใกล้นี้ เมื่อเร็วๆ นี้ผมได้อ่านบทความของ รศ.พญ.ธาดา สืบหลินวงศ์[1] เรื่อง "อาจารย์แพทย์ : พันธุ์ที่กำลังก้าวสู่การสูญพันธุ์โดยสิ้นเชิง" อนุสนธิจากสองเรื่องนี้ทำให้ผมคิดว่าในฐานะที่เป็นอาจารย์แพทย์สอนมหกายวิภาคศาสตร์ และประสาทศาสตร์มาเป็นเวลา 27 ปี แล้ว และก็มีความเป็นห่วงคณะแพทยศาสตร์ของเราซึ่งกำลังจะขาดแคลนอาจารย์ปรีคลินิกจริงๆ ในขณะที่ปริมาณของนิสิตเพิ่มขึ้น อาจารย์ปรีคลินิกจะขาดแคลนจริงหรือ แพทย์จะสนใจมาเป็นอาจารย์ปรีคลินิกหรือไม่ ผู้บริหารคณะแพทยศาสตร์จะดำเนินกโลบายอย่างไรภาควิชาปรีคลินิกจึงจะมีอาจารย์ทั้งแพทย์ (M.D.) และมิใช่แพทย์ (non-M.D.) ซึ่งมากด้วยปริมาณและเด่นด้วยคุณภาพ และมีจริยธรรมเป็นตัวอย่างที่ดีแก่นิสิตต่อไป

ทำไมจึงขาดแคลนอาจารย์ปรีคลินิก

ปัจจุบันภาควิชาปรีคลินิก 10 ภาควิชามีอาจารย์รวมกัน 115 คน จากอาจารย์ทั้งคณะฯ 358 คน คิดเป็นร้อยละ 32.12 โดยมีอัตราส่วนของอาจารย์แพทย์ต่ออาจารย์ที่มิใช่แพทย์ 2.6 : 1 ภายในปี 2540 หรือ อีก 5 ปีข้างหน้าจะมีอาจารย์ปรีคลินิกครบเกษียณอายุราชการ 23 คน คิดเป็นร้อยละ 20 ของอาจารย์ปรีคลินิกทั้งหมด ภาควิชาปรีคลินิกจำเป็นต้องสรรหาอาจารย์มาทดแทนและเพิ่มเติมเพื่อให้ได้สัดส่วนกับจำนวนนิสิตแพทย์ที่เพิ่มขึ้น ในด้านปริมาณอาจจะพอหาได้บ้าง แต่ในด้านคุณภาพยังน่าเป็นห่วงเพราะปัจจุบันอาจารย์ปรีคลินิกในบางภาควิชา ไม่นิยมไปศึกษาต่อวิทยาศาสตร์พื้นฐานในทางลึก เช่น การศึกษาระดับปริญญาโท และปริญญาเอก ทั้งในประเทศและต่างประเทศ ด้วยเหตุนี้จึงเกิดอาการน่าเป็นห่วงอย่างยิ่งสำหรับอนาคตของคณะแพทยศาสตร์ในอนาคต โดยเฉพาะเมื่อขาดแคลนอาจารย์ปรีคลินิก คุณภาพของนิสิตแพทย์จะเป็นอย่างไร งานวิจัยและวิชาการของคณะฯ จะก้าวหน้าไปได้อย่างไร ก่อนจะกล่าวถึงแนวทางในการแก้ไข ขอสรุปประเด็นเหตุผลต่างๆ เสียก่อนว่าทำไมจึงขาดแคลนอาจารย์ปรีคลินิก

1. **ค่านิยม** ในสมัยก่อนที่ไม่มีการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านเพื่อวุฒิบัตรของแพทยสภา แพทย์ที่จบ พ.บ.แล้วยังนิยมมาเป็นอาจารย์ปรีคลินิกอยู่ อาจเป็นเพราะชอบวิชาปรีคลินิก ชอบสอนหนังสือ หรือไม่อยากไปอยู่ต่างจังหวัดก็ตามที การไปศึกษาต่อต่างประเทศในระดับ M.S. หรือ Ph.D ก็ยังเป็นที่นิยมมากอยู่ในขณะนั้น ต่อมาเมื่อมีการฝึกอบรมเพื่อวุฒิบัตรทางคลินิกค่านิยมที่แพทย์จะมาอยู่ปรีคลินิกก็น้อยลง แพทย์ส่วนใหญ่หลังชดใช้ทุนแล้วก็จะกลับมาฝึกอบรมวิชาชีพเฉพาะทางในสาขาต่างๆ ซึ่งเมื่อได้วุฒิบัตรแล้วก็จะได้เงินเดือนเทียบเท่าปริญญาเอก ในปัจจุบันสภาพสังคมและเศรษฐกิจเปลี่ยนแปลงไป แพทย์มีทางเลือกมากขึ้น และแพทย์ที่มีวุฒิบัตรทางคลินิกก็เป็นที่ต้องการของโรงเรียนแพทย์ต่างๆ และโรงพยาบาลเอกชนมากขึ้นตามลำดับ เมื่อขาดแคลนอาจารย์แพทย์ก็ต้องรับอาจารย์ที่มิใช่แพทย์มา

* ภาควิชากายวิภาคศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สอนแทน ซึ่งก็สอนได้ในระดับวิทยาศาสตร์พื้นฐาน บางภาควิชามีจำนวนอาจารย์แพทย์ลดลงเรื่อยๆ[1] ซึ่งจะเป็นอุปสรรคต่อการเรียนการสอนแบบบูรณาการ (Integration) และแบบใช้ปัญหาเป็นหลัก (P.B.L.) เพราะอาจารย์ต้องมีความรู้ความเข้าใจ อาการและอาการแสดงของโรคต่างๆ พอสมควรจึงจะสอนได้ตรงตามแนวทางที่กำหนดไว้

2. **แรงจูงใจ** ปัจจัยสำคัญที่แพทย์อยากมาเป็นอาจารย์ปรีคลินิก คือชอบสอน ชอบทำงานวิจัย ไม่ชอบงานทางคลินิก ในสภาพสังคมปัจจุบันแพทย์ที่รับราชการอย่างเดียว หากเศรษฐานะไม่ดีพออาจจะอยู่ไม่ได้ จำเป็นต้องทำคลินิกด้วยเพื่อแสวงหารายได้มาเสริมฐานะทางครอบครัว เรื่องนี้ออกจะเป็นจุดด้อยสำหรับอาจารย์แพทย์ปรีคลินิกบางคนที่อาจจะสู้แพทย์ทางคลินิกไม่ได้ทั้งในแง่ทักษะ และค่านิยมของผู้ป่วยในสภาพสังคมยุคใหม่ซึ่งบริการทางการแพทย์ของเอกชนเจริญทัดเทียม หรืออาจจะดีกว่าของทางราชการในบางแห่งก็ได้ ถ้าท่านได้ฟังรายการมองต่างมุมครั้งหนึ่ง รมช.สาธารณสุขกล่าวว่า ประเทศไทยไม่ได้ขาดแคลนแพทย์ถึงขั้นวิกฤติแต่เหตุที่แพทย์มากระจุกอยู่ในกทม. และเมืองใหญ่โดยเฉพาะในภาคเอกชนเป็นเพราะแพทย์ไม่นิยมรับราชการ ทำให้เกิดสภาวะสมองไหลภายในประเทศขึ้น ทำไมจึงเป็นเช่นนั้น ระบบราชการอาจเป็นอุปสรรค ปัญหาเพื่อนร่วมงานหรือผู้บังคับบัญชา ปัญหางานหนักและค่าตอบแทนต่ำเมื่อเทียบกับภาคเอกชน และปัญหาอื่นๆ อีก เช่น ปัญหาครอบครัว ปัญหาการศึกษาของลูกซึ่งต้องเข้ามาเรียนในเมืองใหญ่ หรือในกรุงเทพฯ เป็นต้น ภาวะสมองไหลของแพทย์ทางคลินิกจึงเกิดขึ้นเรื่อยๆ ต่อเนื่องกันมาเป็นเวลา 3-4 ปีแล้ว ในขณะนี้วิทยาลัยหรือมหาวิทยาลัยเอกชนหลายแห่งได้เปิดสอนสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพมากขึ้น เช่น พยาบาลศาสตร์ เทคนิคการแพทย์ กายภาพบำบัด หรือแม้แต่โรงเรียนแพทย์เอกชน ปัญหาสมองไหลจึงเริ่มเกิดขึ้นแก่ภาควิชาปรีคลินิกของทางราชการบางแห่งแล้ว เช่นกัน

3. **อัตรากำลัง** เป็นเวลาประมาณ 15 ปีแล้วที่คณะแพทยศาสตร์ จุฬาฯ ไม่ได้รับอัตราอาจารย์เพิ่มขึ้นอย่างมีสมดุลย์กับจำนวนนิสิต เมื่อผมเป็นอาจารย์กายวิภาคปี 2509 มีอาจารย์ 13 คนต่อนิสิตแพทย์ 80 คน ปัจจุบันมีอาจารย์ 15 คนต่อนิสิตแพทย์ประมาณ 165 คน (รวมโครงการแพทย์ชนบทและโครงการแพทย์แนวใหม่ด้วย) และไม่แน่ใจว่าเมื่อเพิ่มนิสิตแพทย์เป็น 230 คนหรือ 270 คนแล้วจะมีอาจารย์กายวิภาคศาสตร์อยู่สักกี่คน เพราะภารกิจของอาจารย์นอกจากงานสอนนิสิตแพทย์ นิสิตเทคนิคการแพทย์ นักศึกษาพยาบาล ตลอดจนบัณฑิตศึกษาแล้ว ยังต้องเป็นกรรมการต่างๆ ต้องทำงานวิชาการงานวิจัยเพื่อให้ได้ตำแหน่งทางวิชาการซึ่งผูกพันอยู่กับระบบเงินเดือนและเงินเพิ่มพิเศษซึ่งอาจจะได้รับหากทางรัฐบาลท่านเห็นใจก็เป็นได้

4. **การศึกษาต่อต่างประเทศ** เราต้องยอมรับว่าอาจารย์ปรีคลินิกมีส่วนสำคัญที่จะทำให้คณะแพทยศาสตร์เจริญในทางวิชาการ คือต้องรู้สึกและเป็นที่พึ่งของอาจารย์ทางคลินิกได้ ดังนั้นการไปศึกษาและดูงานต่างประเทศจึงจำเป็นมากเพื่อนำความรู้มาใช้ในการสอนและการวิจัยเพื่อก้าวให้ทันโลกโดยเฉพาะในสาขาสำคัญๆ ซึ่งมีวิวัฒนาการก้าวหน้าไปไกลในระดับชีวะโมเลกุล (Molecular biology) ปัจจุบันถึงแม้จะมีทุนการศึกษาแต่ก็หาอาจารย์ปรีคลินิกไปเรียนได้น้อยยกเว้นในบางสาขาวิชาซึ่งเป็นที่น่าสนใจ อาจารย์บางท่านก็ไม่สามารถไปได้เพราะมีภารกิจในการทำคลินิกโดยเฉพาะอาจารย์ที่เป็นแพทย์ บางคนก็ไปไม่ได้เพราะระดับความรู้ไม่ถึงมาตรฐาน เพราะแพทย์เก่งๆ ระดับเกียรตินิยมก็มักจะนิยมเป็นอาจารย์ทางคลินิกมากกว่า

นอกจากนี้ยังมีปัญหาอื่นๆ อีก เช่น บางคนอาจไม่ชอบทำงานเกี่ยวกับศพ ไม่ชอบสอน ไม่ชอบวิจัยแต่ชอบทำงานทางคลินิกซึ่งสนุกกว่าเลยมองว่างานสอนทางปรีคลินิกน่าเบื่อทั้งๆ ที่ยังไม่ได้มาสัมผัส อย่างไรก็ตามน่าจะมีแนวทางแก้ไขเพื่อมิให้อาจารย์ทางปรีคลินิกขาดแคลนจนสูญพันธุ์ในอนาคต

แนวทางแก้ไข

คณะแพทยศาสตร์ จุฬาฯ เคยตั้งกรรมการศึกษาปัญหาขาดแคลนอาจารย์ปรีคลินิกมาแล้วหลายยุคหลายสมัย แต่ก็ยังไม่ได้ข้อยุติและลงมือปฏิบัติอย่างจริงจัง ลองมาศึกษาดูแนวทางต่อไปนี้ที่เคยทำแล้ว และยังไม่ได้ทำชิว่าจะมีความเป็นไปได้แค่ไหน

1. รับอาจารย์ที่ไม่ใช่แพทย์เพิ่มขึ้น ปัจจุบันคณะแพทยศาสตร์ จุฬาฯ มีการสอนถึงระดับปริญญาโทและปริญญาเอกทางวิทยาศาสตร์พื้นฐาน ในหลายภาควิชาทางปรีคลินิก หากปรับปรุงคุณภาพให้ดีขึ้นอาจจะได้ผลผลิตมาเป็นอาจารย์ทางปรีคลินิกเพิ่มขึ้น หรือไม่ก็รับอาจารย์ที่มิใช่แพทย์ระดับปริญญาโทและเอกจากสถาบันอื่นก็ได้ แต่ก็อาจจะมีปัญหาบ้างในการสอนแบบบูรณาการและการใช้ปัญหาเป็นหลักเพราะอาจารย์ที่เป็นแพทย์มีความถนัดกว่า

2. ให้ทุนการศึกษาตั้งแต่เริ่มเรียนแพทย์ โดย มีสัญญาว่าเมื่อจบ พ.บ.แล้วจะไปเป็นอาจารย์ปรีคลินิก วิธีการ

นี้คณะแพทย์อื่นๆ บางแห่งได้ทำแล้วแต่ไม่ได้ผล เพราะอาจารย์แพทย์เหล่านั้นจะใช้ทุนและลาออกไปฝึกอบรมเป็นแพทย์เฉพาะทางทางคลินิก เช่น ศัลยศาสตร์ หรือออโทปิดิกส์ เป็นต้น เพราะมีแรงจูงใจมากกว่าจะเป็นอาจารย์ทางปรีคลินิก คณะแพทย์เหล่านั้นก็ได้เลิกวิธีการนี้และหันมารับอาจารย์ที่มิใช่แพทย์แทน

3. การชดใช้ทุนในภาควิชาปรีคลินิก มีช่วงระยะเวลาหนึ่งที่แพทยสภาอนุมัติให้แพทย์จบใหม่มาชดใช้ทุนเสร็จแล้วอาจจะสนใจอยู่ปรีคลินิกต่อแต่ส่วนมากก็ผิดหวัง เพราะเขาจะกลับไปเรียนต่อทางคลินิก แต่ก็ไม่เป็นไรคณะฯ ก็ได้ศัลยแพทย์เก่งๆ หลายคนไปจากกายวิภาคศาสตร์ ต่อมาแพทยสภาก็เลิกวิธีนี้ โดยมีข้อแม้ว่าภาควิชาต้องมีตำแหน่งรองรับจึงจะสามารถรับแพทย์มาใช้ทุนในภาควิชาปรีคลินิกได้ ตำแหน่งอาจารย์ในคณะแพทยศาสตร์จุฬาฯ ถูกคุมกำเนิดมาเป็นเวลานานเกือบ 15 ปี มันนานเกินไปจนขาดการวางแผนระยะยาวในการเตรียมอาจารย์ไม่ทันเมื่อจำเป็นต้องเพิ่มนิสิตแพทย์เป็น 230 หรือ 270 คน เรื่องนี้เป็นปัญหาหนักมากสำหรับอาจารย์ปรีคลินิกจำนวนน้อยที่มีอยู่ และถึงแม้จะมีตำแหน่งใหม่เพิ่มขึ้น มีทุนให้ไปศึกษาต่อต่างประเทศก็ยังไม่แน่ใจว่าจะทันการณ์หรือไม่

4. การส่งอาจารย์ปรีคลินิกไปเรียนแพทย์ คณะแพทยศาสตร์หลายแห่งรวมทั้งจุฬาฯ มีโครงการให้อาจารย์ปรีคลินิกที่มิใช่แพทย์ไปเรียนแพทย์ต่อซึ่งขณะนี้ก็เรียนจบแล้วและกลับมาสอนในภาควิชาปรีคลินิก โดยหวังว่าอาจารย์แพทย์เหล่านี้จะได้ใช้ความรู้ทางแพทย์ให้เป็นประโยชน์ในการเรียนการสอนดียิ่งขึ้น น่าจะมีการประเมินผลเพราะโครงการนี้สิ้นสุดแล้ว หากเป็นผลดีก็น่าจะทำต่อไปได้

5. การฝึกอบรมเป็นแพทย์เฉพาะทางในสาขาที่สัมพันธ์กับวิชาทางปรีคลินิก คณะแพทย์หลายแห่งรวมทั้งจุฬาฯ ได้ทดลองทำวิธีนี้ เช่น อาจารย์แพทย์ทางกายวิภาคไปเรียนศัลยศาสตร์ หรือออร์โทปิดิกส์ หรือประสาทศัลยศาสตร์ อาจารย์ทางสรีรวิทยา ปรสิตวิทยา ไปเรียนทางอายุรศาสตร์เป็นต้น โดยหวังว่าอาจารย์เหล่านี้จะได้กลับมาเป็นแกนในการสอนแบบบูรณาการ และแบบใช้ปัญหาเป็นหลัก แต่ก็มีปัญหาเมื่อจบแล้วจะสามารถปฏิบัติงานต่อเนื่องสองภาควิชา เช่น กายวิภาคกับศัลยศาสตร์ที่เรียกว่า Joint appointment ได้หรือไม่เพราะความรับผิดชอบในการปฏิบัติงานตลอดจนข้อตกลงยินยอมระหว่างหัวหน้าภาควิชาปรีคลินิก และคลินิกจะเป็นอย่างไร ผมเห็นว่าวิธี Joint appointment น่าจะเป็นวิธีที่ดีถ้าหากทุกฝ่ายเปิดใจกว้างและยอมรับวิธีการแก้ปัญหา ภาควิชาทางคลินิกก็จะมีแพทย์มาช่วยงานมากขึ้น และภาควิชาปรีคลินิกก็จะมีคนไปช่วยสอน ทั้งนี้ให้บรรจุอาจารย์ไว้ที่ปรีคลินิก แต่ทำงานควบสองภาควิชาในสาขาที่ตนเองชอบและถนัด ในปัจจุบันบางภาควิชายังไม่ยอมรับในวิธีนี้และมีทำนบภาควิชา (Departmental Barrier) ขัดขวางไว้ และไม่ยอมรับ ถ้าหากไม่หาทางแก้ไขแล้วต่อไปใครจะสอนวิชาทางปรีคลินิก ในขณะที่ศัลยแพทย์สามารถสอนกายวิภาคศาสตร์ ประสาทกายวิภาคได้ สูติแพทย์สามารถสอนพันธุศาสตร์และคัพภวิทยาได้ อายุรแพทย์สามารถสอนสรีรวิทยา ชีวเคมี ตลอดจนเภสัชวิทยาก็ได้ ถ้าเราร่วมใจกันทำร่วมใจกันคิดโดยไม่มีความอิจฉาหวาดระแวงแล้วไซร้ คณะฯ จึงจะก้าวไปข้างหน้าได้อย่างภาคภูมิ

6. เงินเพิ่มพิเศษอาจารย์ปรีคลินิก ปัจจุบันอาจารย์แพทย์ปรีคลินิกที่ขอทุนส่งเสริมอุทิศตนเป็นนักวิชาการ และที่ทำงานเกี่ยวกับศพเท่านั้นจึงจะมีเงินเพิ่มพิเศษ ในขณะที่คณะแพทยศาสตร์ภูมิภาคบางแห่งมีเงินเพิ่มพิเศษช่วยเหลืออาจารย์ปรีคลินิกโดยใช้เงินรายได้ของคณะฯนั่นเอง เราจะหวังเงินแก้ปัญหาสมองไหลก็เฝ้าแต่รอเหมือนข้าวกล้ารอฝนอยู่นานแล้วก็ยังไม่ได้สักที ถ้าผู้บริหารคิดว่าอาจารย์ปรีคลินิกมีความสำคัญก็ควรจะหาแนวทางช่วยเหลือเพื่อจะเป็นเครื่องดึงดูดใจให้มีคนมาสมัครเป็นอาจารย์ปรีคลินิกมากขึ้น

7. การยุบภาควิชาปรีคลินิกในคณะแพทยศาสตร์ต่างประเทศหลายแห่ง โดยเฉพาะที่สอนแบบ PBL ไม่มีภาควิชาปรีคลินิก แต่อาจารย์ทุกคนก็สอนได้ทั้งวิชาคลินิกและปรีคลินิกซึ่งความเป็นจริงก็ดีด้วยเพราะผู้ที่จะใช้ความรู้ทางปรีคลินิกไปประยุกต์ใช้ทางคลินิกลงมาสอนเอง เนื้อหาสาระจะได้ตรงประเด็นถ้าเปลี่ยนหลักสูตรใหม่สอนให้เป็นระบบ รวมอาจารย์ที่เกี่ยวข้องทั้งคลินิกและปรีคลินิกมาสอนก็จะทำให้การเรียนการสอนแบบบูรณาการและแบบใช้ปัญหาเป็นหลักดีขึ้น ในขณะนี้อาจจะมองว่าทำได้ยาก แต่หากมีความจำเป็นก็คงต้องทำเพราะอาจารย์เก่งๆ ทางคลินิกโดยเฉพาะคลื่นลูกใหม่ไฟแรงมีมาก สามารถสอนวิชาพื้นฐานทางปรีคลินิกได้ทั้งนั้น เช่น พันธุศาสตร์ คัพภวิทยา มหกายวิภาคศาสตร์ อิมมูโนวิทยา เป็นต้น

บทสรุป

ในอนาคตอันใกล้นี้ปริมาณอาจารย์ปรีคลินิกต่อจำนวนนิสิตแพทย์ จะไม่อยู่ในสมดุลย์ ทำให้ประสิทธิภาพ

ของการเรียนการสอนด้อยลงไป แรงจูงใจต่างๆ ที่จะให้อาจารย์โดยเฉพาะแพทย์มาอยู่ปรีคลินิก และไปศึกษาต่อต่างประเทศ ก็น้อยลง เพราะขณะนี้ได้เกิดภาวะสมองไหลไปสู่ภาคเอกชน มากขึ้น การเพิ่มนิสิตแพทย์โดยใช้จำนวนอาจารย์ปรีคลินิกเท่าที่มีอยู่การเรียนการสอนคงเป็นไปได้ด้วยความลำบาก การแก้ปัญหาในระยะสั้นคงต้องจัดทำสื่อการสอนเพิ่มขึ้น เช่น ตำรา เทปโทรทัศน์ วิดิทัศน์ และคอมพิวเตอร์ช่วยสอน ตลอดจนการสร้างหุ่นจำลองต่างๆ ทั้งนี้เพื่อเน้นให้นิสิตเรียนเอง (SDL) แต่สิ่งเหล่านี้ก็มีปัญหาเพราะถ้านิสิตเรียนจาก สิ่งเหล่านี้ไม่เข้าใจแล้วจะถามใครครูอยู่ที่ไหน ครูแพทย์ก็ยังมีความสำคัญในการเรียนการสอนอยู่นั่นเอง

ผมเห็นว่าปัญหามีมากมายทีเดียวที่จะเป็นผลกระทบในการเพิ่มนิสิตแพทย์ ถ้าหากขาดการวางแผนที่ดี ไม่มีการเตรียมพร้อม หลักสูตรยังไม่แน่นอน สิ่งเหล่านี้จะเป็นปัญหาตามมาแทนที่จะเป็นเรื่องท้าทายความสามารถของเรา อาจจะทำให้เราท้อแท้ ถดถอยแล้ว คณะแพทยศาสตร์ จุฬาฯ จะก้าวเดินไปข้างหน้าอย่างมีศักดิ์ศรีได้อย่างไร

อ้างอิง

1. ธาดา สืบหลินวงศ์. อาจารย์แพทย์ "พันธุ์ที่กำลังก้าวสู่การสูญพันธุ์" โดยสิ้นเชิง. จุลสารสมาคมศิษย์เก่าแพทย์จุฬา 2536 ม.ค.-ก.พ. ; 17(1) : 18-20