

โครงสร้างการศึกษาสำหรับนิสิตแพทย์ในระดับคลินิก: เราควรจะทำอย่างไร ?

สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล*

ความรู้ทางการแพทย์ขยายตัวเร็วมากในปัจจุบัน มีข้อมูลหรือผลการศึกษาใหม่ ๆ ปรากฏในวารสารทางการแพทย์วันละเป็นร้อย ๆ เรื่อง และจำนวนไม่น้อยของข้อมูลหรือผลการศึกษาเหล่านั้นจะนำไปสู่องค์ความรู้ในทางการแพทย์ต่อไป จึงเป็นไปได้ที่บุคคลใดบุคคลหนึ่งจะสามารถศึกษาวิชาแพทย์จนรู้ได้ทั้งหมด ในการผลิตแพทย์ที่ถึงแม้จะจำกัดวงความรู้ที่นิสิตจำเป็นต้องรู้ไว้แต่เพียงส่วนที่จะนำไปใช้ในภาคปฏิบัติทางการตรวจรักษาผู้ป่วยและทางการสาธารณสุข แต่ก็ยังมีความรู้ที่มากมายเกินกว่าจะทำการสอนได้หมด ยิ่งไปกว่านั้นในกระบวนการผลิตแพทย์ที่ถึงแม้ความรู้ทางการแพทย์จะเป็นองค์ประกอบสำคัญ แต่ก็ยังมีองค์ประกอบอื่น ๆ ของการนำไปสู่ความเป็นแพทย์ที่ดีและมีประสิทธิภาพและไม่อาจละเลยได้ 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"**

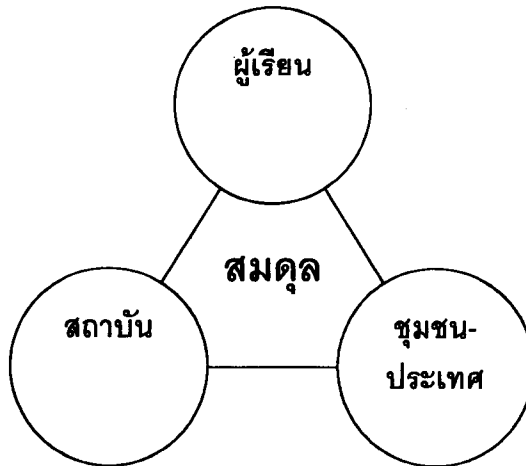
เมื่อพิจารณาคำว่า "ประโยชน์สูงสุด" อาจมองได้หลายมุม ตั้งแต่ประโยชน์สูงสุดต่อประเทศหรือชุมชน ประโยชน์สูงสุดต่อสถาบัน หรือประโยชน์สูงสุดของผู้เรียน และมุมมองที่หลากหลายนี้เองที่ทำให้เกิดข้อโต้แย้งในการปรับเปลี่ยนการเรียนการสอนอยู่เสมอ อันที่จริงแล้ว ประโยชน์สูงสุดคงจะเป็นอัตถประโยชน์ที่สมดุลระหว่างส่วนต่าง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

ในกระบวนการพัฒนาแพทยศาสตรศึกษาได้มีทิศทางชัดเจนของการปรับสมดุลของประโยชน์สูงสุด โดยมีน้ำหนักที่มุ่งไปยัง ประโยชน์สูงสุดของชุมชน-ประเทศ และของผู้เรียนมากยิ่งขึ้น ดังจะเห็นได้จากการปรับโครงสร้างการเรียนการสอนของคณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยในระดับก่อนคลินิก (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"> • แพทย์ที่สามารถให้บริการระดับปฐมภูมิที่เป็นองค์รวม • แพทย์ที่มีความสามารถให้บริการฉุกเฉินในระดับต้นได้ • แพทย์ที่มีความรู้และเข้าใจด้านการสาธารณสุข • แพทย์ที่สามารถปรับตัวเข้ากับชุมชนหรือพื้นที่ที่จะต้องปฏิบัติงาน • แพทย์ที่มีคุณธรรม-จริยธรรม 	<ul style="list-style-type: none"> • การบริการระดับปฐมภูมิ • เวชศาสตร์ครอบครัว • ปฏิบัติงานในภาวะฉุกเฉิน • เวชศาสตร์ชุมชนและประสบการณ์การปฏิบัติงานในพื้นที่ • เวชจริยศาสตร์
<ul style="list-style-type: none"> • สถาบัน 	<ul style="list-style-type: none"> • แพทย์ที่พร้อมต่อการเข้าสู่การศึกษาหรือการฝึกหัดให้มีความสามารถเฉพาะ ได้แก่ เป็นนักวิจัย เป็นแพทย์เฉพาะทาง เป็นอาจารย์แพทย์ • แพทย์ที่ได้มาตรฐานระดับนานาชาติ (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 และ ดำรงชีพอยู่ในสังคมได้อย่างเป็นที่ยอมรับ • แพทย์ที่สามารถมีทางเลือก และสามารถเลือกเส้นทางของวิชาชีพได้ 	<ul style="list-style-type: none"> • เนื้อหาและระยะเวลาของหลักสูตร เป็นไปตามข้อกำหนดของประเทศที่พัฒนาแล้ว • 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 "การที่ไม่สามารถดำเนินกลยุทธ์หรือกระบวนการที่จะทำให้อาชีวต่าง ๆ ได้มีส่วนร่วมในการพัฒนาอย่างแท้จริง" ซึ่งส่วนหนึ่งเป็นผลจากการคาดหวังที่มากเกินไปในผลลัพธ์ที่กำหนดไว้ล่วงหน้า

ทำให้การกำหนดกระบวนการต่าง ๆ เป็นไปอย่างไม่สุขุมเพียงพอ และอีกส่วนเป็นผลจากการขาดกลยุทธ์หรือเทคนิคที่ดีพอในการประชุมปฏิบัติการ

ความจำกัดในกรอบความคิดแบบเดิม

หน่วยงานและคณาจารย์ในคณะแพทยศาสตร์จำนวนมากยังยึดติดอยู่ในกรอบแบบเดิม ที่เห็นความสำคัญของงานหรือสาขาวิชาตน ยึดมั่นกับระยะเวลาที่นิสิตต้องผูกกับภาควิชา และยึดมั่นกับตัวเลขหน่วยกิตและภาระงาน ความจำกัดในกรอบความคิดเช่นนี้ย่อมทำให้การพัฒนาโครงสร้างและกระบวนการการเรียนการสอนติดขัด และผลที่ได้ออกมาก็คือการพยายามแบ่งเค็ก (เวลา) ให้แก่ทุกภาควิชาตามที่ปรากฏในสัดส่วนที่จะมีการโต้แย้งน้อยที่สุด โดยไม่ได้พิจารณาจากความจำเป็นของเนื้อหาที่นิสิตต้องได้รับจากภาควิชาต่าง ๆ

แนวทางการแก้ไขข้อขัดแย้งจากความจำกัดด้านเวลาสำหรับการเรียนการสอนในระดับคลินิก

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

ตัวอย่างรูปแบบของโครงสร้างการเรียนการสอนในระดับคลินิกที่อาจเป็นทางออกคือ “การสอดประสานภาควิชาเข้าด้วยกัน” โดยพิจารณาจากเนื้อหาที่นิสิตจำเป็นต้องได้รับจากภาควิชาต่าง ๆ เช่น นิสิตแพทย์ปีที่ 5 สมควรได้รับความรู้พื้นฐานจากอายุรศาสตร์และทักษะใน

การฝึกปฏิบัติงานในการอยู่เวรนอกเวลาราชการ ก็อาจผ่านภาควิชาอายุรศาสตร์ 12 สัปดาห์ แต่ในบางช่วงเวลาของวันตามที่กำหนดนิสิตจะต้องหมุนเวียนไปยังภาควิชาจักษุเพื่อเรียนรู้และเพิ่มทักษะในการตรวจตา การวินิจฉัยโรคตาที่แผนกผู้ป่วยนอก การให้การรักษาเบื้องต้นที่จำเป็นต่อการปฏิบัติงานในชุมชน หรือการทำ case discussion ในปัญหาโรคตา เป็นต้น หรือนิสิตต้องเวียนไปยังภาควิชาเวชศาสตร์ฟื้นฟูเพื่อเรียนรู้และเพิ่มพูนทักษะของการฟื้นฟูสมรรถภาพในแง่มุมต่าง ๆ และสามารถสอดประสานเข้ากับผู้ป่วยในภาควิชาอายุรศาสตร์ที่ตนเองได้รับ เป็นต้น และการประเมินผลก็สามารถสอดประสานได้เช่นกัน แนวคิดเช่นนี้นอกจากจะเป็นการเอื้อให้ใช้เวลาที่มีจำกัดให้ได้ประโยชน์อย่างเต็มที่แล้ว ยังช่วยให้การเรียนการสอนบรรลุถึงมโนทัศน์ Integration ได้อีกด้วย สำหรับหน่วยกิตและภาระงานก็เป็นไปตามเดิม โดยไม่จำเป็นต้องผูกกับจำนวนสัปดาห์หรือเวลา อย่างไรก็ตามรูปแบบสุดท้ายของการจัดโครงสร้างเช่นนี้จะเป็นอย่างไร คงขึ้นอยู่กับกระบวนการรวมพลังเพื่อระดมความคิดของคณาจารย์จากภาควิชาต่าง ๆ ที่จะช่วยทำให้ประสบความสำเร็จ

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