



สารแพทย์ศาสตร์ศึกษา มอ. PSU Medical Education Newsletter

ปีที่ 2 ฉบับที่ 1 เดือน มกราคม-มีนาคม 2538

Vol.2 No. 1 January-March 1995

บทบรรณาธิการ : Editorial

สารบัญ : Contents

การประชุมสัมมนาระหว่างโรงเรียนแพทย์ ครั้งที่ 9	2
9th Academic Meeting of Thai Medical Schools	
มองแพทยศาสตร์ศึกษาผ่านกระจกฝ้า : การพัฒนาหลักสูตร	3
A tinted look at med-ed : Curriculum	
ครูแพทย์ : การสอน "facts"	4
Facts and the Medical Teacher	
หลักสูตรแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเนวาดา	5
Spotlight on School of Medicine, Nevada	
อะไร? ที่ไหน?	6
Forthcoming events	

ฉบับนี้มีเรื่องที่น่าสนใจมากมาย เริ่มด้วยสาระการประชุมสัมมนา
ระหว่างโรงเรียนแพทย์ครั้งที่ 9 เรื่องปัจจัยบั่นทอนความสำเร็จในการเรียนแพทย์
ณ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ศูนย์รังสิต ระหว่างวันที่ 25-
26 มกราคม 2538 ผู้เข้าร่วมประชุมมีความเห็นว่า นอกเหนือจากปัญหาด้าน
สุขภาพจิต และด้านพฤติกรรมเบี่ยงเบนแล้ว ปัญหาด้านวิธีการเรียนของนัก
ศึกษาเป็นประเด็นที่ควรให้ความสนใจเช่นกัน คณะจารย์จากโรงเรียนแพทย์
หลายแห่งเสนอว่า นักศึกษาแพทย์ควรได้รับการพัฒนาทักษะและเทคนิคการเรียนรู้
ครูควรชี้แนะ "วิธีการเรียน" ให้ หลายท่านวิเคราะห์ว่าเป็นเพราะนักศึกษาใช้ชีวิต
ในการเรียนไม่เป็น เรียนเพื่อสอบ "ผ่าน" หรือบางท่านใช้คำว่า "บริโภคความรู้"
จึงทำให้นักศึกษามีโอกาสพัฒนาทักษะการเรียนรู้ได้น้อย ที่ประชุมได้เสนอ
แนวทางแก้ไขไว้อย่างน่าสนใจ ติดตามอ่านได้ในฉบับนี้

คอลัมน์มองแพทยศาสตร์ศึกษาผ่านกระจกฝ้า เสนอเรื่องการพัฒนาหลัก
สูตร มีประเด็นที่ฝากไว้ให้ "ขบคิด" หลายประการ และในฉบับเดียวกันนี้
ได้รับเกียรติจาก Mr Ron Richardson แห่งศูนย์แพทยศาสตร์ศึกษา มหา-
วิทยาลัย Dundee สหราชอาณาจักร ส่งบทความมาร่วมเผยแพร่ นอกจากนี้
ยังมีบทสัมภาษณ์ Ms Caroline Ford จากมหาวิทยาลัยเนวาดา สหรัฐอเมริกา
กอง บ.ก. ขอขอบพระคุณมา ณ โอกาสนี้

หากท่านผู้อ่านมีความประสงค์จะแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับสารแพทย์-
ศาสตร์ศึกษา มอ กรุณาส่งคำแนะนำ ดิชม หรือเขียนมาคุยได้ตลอดเวลา กอง
บ.ก.จะยินดีเป็นอย่างยิ่ง พบกันใหม่ฉบับหน้า สวัสดีค่ะ

In this issue we start with a report of the 9th Academic Meeting of Thai Medical Schools, held at the Faculty of Medicine, Tammasart University, Rangsit, on 25-26 January 1995. The main theme was factors that can adversely affect medical students' progress in Thailand. Participants agreed that in addition to psychiatric and sexual deviation problems, there is also the factor of poor study skills, and we should focus on these in order to assist our students. The traditional emphasis in Thai education on memorisation of facts in order to pass exams is something of a barrier to the establishment of good learning behaviour, and the meeting looked at possible ways of surmounting this barrier.

Also in the following pages you can read some interesting ideas by Dr Tada on curriculum development in his tinted look at med-ed. And we are very grateful for 2 contributions from overseas, by Mr Ron Richardson of Dundee University and Ms Caroline Ford of The School of Medicine, Nevada.

We hope all these articles will stimulate our readers and encourage you to send us your comments and ideas. We look forward to hearing from you!



การประชุมสัมมนา

ระหว่าง

โรงเรียนแพทย์



ครั้งที่ 9

6 เมื่อวันที่ 25-26 มกราคม 2538 คณะแพทย-ศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ร่วมกับกลุ่มสถาบันแพทยศาสตร์แห่งประเทศไทย ได้เป็นเจ้าภาพจัดการประชุมสัมมนาระหว่างโรงเรียนแพทย์ครั้งที่ 9 ณ ห้องประชุมคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ศูนย์รังสิต

การประชุมในครั้งนี้ใช้หัวข้อเรื่องว่า "ปัจจัยบั่นทอนความสำเร็จในการเรียนแพทย์" เพื่อให้ผู้เข้าร่วมประชุมเข้าใจกลวิธีการแก้ปัญหาของนักศึกษาแพทย์ที่เรียนไม่สำเร็จหรือไม่มีประสิทธิภาพ และเพื่อให้เกิดแนวทางในการแก้ปัญหาดังกล่าว มีผู้เข้าร่วมประชุมทั้งสิ้นประมาณ 80 คน ประกอบด้วยคณาจารย์และผู้สนใจจากโรงเรียนแพทย์ทุกแห่ง สรุปสาระสำคัญได้ดังนี้

ที่ประชุมเห็นพ้องต้องกันว่า ปัจจัยที่บั่นทอนการเรียนรู้อของนักศึกษาแพทย์ หรืออาจจะมีส่วนเกี่ยวข้องกับคุณธรรม จริยธรรม และความรู้ความสามารถในการประกอบวิชาชีพเวชกรรม มี 3 ประการคือ

1. สุขภาพจิต
2. พฤติกรรมเบี่ยงเบน
3. วิธีการเรียนและสภาพแวดล้อม

1. ด้านสุขภาพจิต ได้แก่ Psychosis (โดยเฉพาะ Schizophrenia), Neurosis (Anxiety disorders, Dysthymic disorder), Personality problems (Antisocial, Passive aggressive, Borderline, Schizoid), Adjustment disorder, Others (eg. Immaturity)

2. ด้านพฤติกรรมเบี่ยงเบน แบ่งเป็น

2.1 พฤติกรรมเบี่ยงเบนทั่วไป ได้แก่ Schizoid, Avoidance, Interpersonal Relationship, Dependence, Obsessive/Compulsive, Paranoid, Antisocial

2.2 พฤติกรรมเบี่ยงเบนทางเพศ ได้แก่ Sexual perversion, Homosexuality, Gender Identity Disorder, จริตผิดเพศ

3. ด้านวิธีการเรียนและสภาพแวดล้อม ได้แก่ ความเหมาะสมวิธีการสอบคัดเลือก, ความพร้อมของนักศึกษา, คุณภาพและปริมาณของผู้สอน, เนื้อหาหลักสูตร, บรรยากาศการเรียนการสอน, การวัดผลและประเมินผล

ข้อเสนอแนะ : กลวิธีการป้องกันและแก้ปัญหา

ด้านสุขภาพจิต การแก้ไขระยะสั้น

- ถ้าพบนักศึกษาเป็น Psychosis ขณะสอบสัมภาษณ์ ไม่

ควรให้ผ่าน แต่ถ้าพบขณะเป็นนักศึกษาแพทย์ควรให้การรักษา แต่ถ้าเป็น Neurosis ให้พิจารณาคัดเลือกอย่างรอบคอบ

การแก้ไขระยะยาว

- กำหนดคุณสมบัติของนักศึกษาที่จะสอบเข้า หรือเพิ่มจำนวนนักศึกษาที่เข้าสอบสัมภาษณ์
- ให้ข้อมูลกับนักศึกษา เพื่อให้รู้ถึงปัญหาและการปรับตัว
- ปรับการเรียนการสอนให้เครียดน้อยลง
- ควรมีระบบการป้องกันเบื้องต้น โดยสำรวจเป็นระยะ ๆ
- ควรมีหน่วยงานที่รับผิดชอบงานด้านนี้โดยตรง และกรรมการที่ตัดสินสถานภาพของนักศึกษาไม่ควรเป็นจิตแพทย์ผู้รักษา

ด้านพฤติกรรมเบี่ยงเบน

การแก้ไขระยะสั้น

• ตั้งข้อสังเกตพฤติกรรมเบี่ยงเบน ขณะทำการคัดเลือกนักศึกษา และในระหว่างการศึกษา โดยขอความร่วมมือจากบุคคลที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ อาจารย์ เพื่อน ครอบครัว เพื่อทำการแก้ไขได้ทันที

- สนับสนุนให้มีระบบเพื่อนช่วยเพื่อน

การแก้ไขระยะยาว

- สนับสนุนให้อาจารย์มีจิตสำนึกในความเป็นครู
- จัดระบบการให้คำปรึกษา มีมาตรการควบคุมและพิจารณาความเหมาะสมการเป็นแพทย์

ด้านวิธีการเรียนและสภาพแวดล้อม

การแก้ไขระยะสั้น

- ให้ข้อมูลและการแนะนำที่ถูกต้อง
- คัดเลือกครูที่มีคุณสมบัติที่เหมาะสมอย่างแท้จริง
- ปรับเนื้อหาของหลักสูตรอย่างเหมาะสมไม่แน่นเกินไป
- ใช้วิธีการวัดผลประเมินผลที่เหมาะสมและมีมาตรฐานที่ดี

การแก้ไขระยะยาว

- ปรับการสอนเทียบให้เหมาะสม ให้ได้เกณฑ์มาตรฐานที่พอเพียงต่อการเรียนอุดมศึกษา
- พิจารณาวิชาที่จำเป็นในการนำมาสอบคัดเลือก การกระจายน้ำหนักคะแนน การแบ่งโควตา
- พิจารณาทบทวนคุณสมบัติของผู้สมัครสอบคัดเลือก และควรมีข้อกำหนดด้านสุขภาพที่ชัดเจน *



A tinted look at med-ed (5)



CURRICULUM

ในการสร้างหลักสูตรนั้นอยากให้ความสำคัญถึงเหตุผลหรือหลักการดังนี้ :

1. การเรียนแพทย์ควรเป็นชนิดที่เรียนไปฝึกไป จะเน้นสิ่งซึ่งเรียนในส่วนใหญ่ ควรจะใช้ขณะฝึก

2. ไม่ว่าจะเรียนอะไรควรทำให้การเป็นนักศึกษาหรือการเรียนนั้นสนุกไปด้วย

3. วิชาการขณะนี้ก้าวหน้าไปเร็วมาก จะเน้นหลักของวิชา (basics) และการเรียนเพื่อรู้แหล่งขอวิชา (site) นั้นสำคัญกว่าการรู้ทุกเนื้อหา ซึ่งทำอย่างไรก็ตามไม่ทัน

4. ควรถือว่าการได้ "พบ." เป็นเพียงขั้นแรกของการเป็นแพทย์ (เช่นเดียวกับการได้ปริญญาอื่นๆ) ยังต้องฝึกเพิ่มความเชี่ยวชาญในสาขาต่าง ๆ เพื่อเป็นแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป เป็นอาจารย์แพทย์ เป็นแพทย์ผ่าตัด และผ่าตัดชนิดใด เป็นนักบริหารสาธารณสุข ฯลฯ ความก้าวหน้าทางการแพทย์ขณะนี้คงไม่มีที่รองรับ "พบ." ใหม่ให้ออกแสดงเดี่ยวได้เลย นอกจากเขายุ่้นั้นเลิศจริง ๆ เราไม่ควรใช้บัตร "พบ." เสมือนใบอนุญาตที่จะทดลองประชาชน

5. แพทย์ที่ responsible ต้องไม่หยุดแสวงหาความรู้

6. แพทย์รักษาต้องไม่พึ่ง "เทคโนโลยี" อย่างเดียว ต้องรู้จักพิจารณาว่าเมื่อไรจึงควรใช้ศิลป์

เมื่อไรควรใช้ศาสตร์ คนไข้เป็นมนุษย์ไม่ใช่เป็นโรคหรือตัวเลขจากสถิติ

7. หลักสูตรขณะนี้ไม่ควรเกิน 5 ถึง 6 ปี

8. นักศึกษาเราไม่ mature เมื่อเป็นเช่นนั้น curriculum ต้องกระทัดรัด เรียนแล้วใช้ได้เลย แต่ต้องมีฐานดี (ใครจะตัดสินว่าเท่าไรจึงเป็นฐานที่ดี) และขณะเดียวกันการเรียนควรทำให้นักศึกษาสนุกและสนใจ

บริการและไม่ให้) บกพร่องในด้านนี้มาก ทำให้แพทย์ไม่พยายามเข้าใจผู้ป่วยหรือญาติหรือเพื่อนแพทย์หรือผู้ร่วมงาน เราอ่านและเขียนไม่ถูกหลัก ทำให้การเรียนและการพัฒนาของเรา "สُر่ยสُر่าย" คือไม่ดีเท่าที่ควร เราเผชิญไปคิดว่า "facts" สำคัญที่สุด โดยที่ลืมตนเองว่าถ้าไม่สามารถถ่ายทอด "facts" เพื่อเอาไปใช้หรือให้ผู้อื่น facts นั้นก็เหมือนถูกฝังชนิดไม่ทันทักษะในการสื่อ (communica-

สำคัญว่ามันช่วย และในทำนองเดียวกัน หัดใช้สถิติ สรุปลแล้วการทำวิจัยของนักศึกษาแพทย์จะเป็นการบังคับในทางอ้อมให้อายุรู้และรู้จักใช้คอมพิวเตอร์และสถิติ การเรียน 2 วิชานี้ควรเป็นไปอย่างต่อเนื่อง โดยที่ความรู้เกี่ยวกับโรคจะมีสัดส่วนมากขึ้นในปีท้าย ๆ การเสริมแทรก 2 วิชานี้ต้องอาศัยความร่วมมือจากหลายคณะและต้องมีการปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง

“.....ในการปรับปรุงหลักสูตรนี้ อาจต้องลดความเข้มข้นของบางวิชา อาจย้ายบางหัวข้อวิชาไปเรียนเมื่อนักศึกษาแพทย์อยู่ภาคคลินิกหรือเมื่อต้องการความเชี่ยวชาญเพิ่ม.....”

ต้องยอมรับว่าในการปรับปรุงหลักสูตรนี้อาจต้องลดความเข้มข้นของบางวิชา อาจย้ายบางหัวข้อวิชาไปเรียนเมื่อนักศึกษาแพทย์อยู่ภาคคลินิกหรือเมื่อต้องการความเชี่ยวชาญเพิ่ม บางวิชาต้องถูก highly integrated (vertical หรือ horizontal หรือทั้งสอง)

ผมอยากเสริม 2 วิชาซึ่งแต่ละอันอาจผสมผสานวิชาย่อยอื่น อันแรก จะขอเรียกว่า "communicative skill" คือทักษะในการใช้ภาษา (ไทยและอังกฤษ) ในการฟัง ในการซักถาม ในการเขียน และในการอ่าน เพราะคิดว่าแพทย์ (ทั้งที่ให้

tive skill) ควรผสมผสานหลายวิชา เช่น อาจรวมการสัมภาษณ์ผู้ป่วยและญาติ รวมถึงสัมภาษณ์ในหัวข้อเรื่องจริยธรรม, ศาสนา, กฎหมายทางการแพทย์, ปัญญาสาธารณสุข (เพื่อสอนให้นักศึกษาหัดฟังความเห็นผู้อื่นและหัดพูด อีกวิชาที่จะขอเรียกว่า "research skill") (อาจมีคำที่ท่านคิดว่าเหมาะสมกว่าหลังจากอ่านที่ผมพยายามอธิบายแล้ว) ในวิชานี้ นักศึกษาแพทย์ควรรู้จักอ่านรายงานทางวิชาการ ควรเริ่มทำวิจัยเพื่อเอาข้อมูลของโครงการเป็นตัวกระตุ้น ให้อายุรู้หัดใช้คอมพิวเตอร์ เพราะ

ในด้านวิชาอื่น ๆ คิดว่า molecular biology จะต้องมีส่วนสำคัญมากขึ้น anatomy, physiology และ pathology นำให้เป็นส่วนหนึ่งของ integrative learning และให้ลดเหลือเท่าที่จำเป็น (ใครตัดสินว่าเท่าไรจึงจะจำเป็น) โดยเสริมบางส่วนใน clinical years เมื่อนักศึกษามีประสบการณ์เกี่ยวกับโรคมมากขึ้นหรือไปเสริมขณะ training *



ศ.นพ.ธาดา ยิบอินซอย (Tada Yipintsoi, Prof.)



Facts and the Medical Teacher

Medicine is by its nature a very factual subject. Yet facts have recently got a very bad press. We are often accused of stuffing our students with a superfluity of facts, and our assessment techniques are similarly accused of asking our students to regulate these self-same facts.

Yet all knowledge has a factual foundation. In this very short article I would like to explore how facts fit into the whole tree of subject knowledge. To do this one should investigate the area of content analysis. A simple

analysis was put forward by Romiszawski (1981). He said that any knowledge content area could be divided into four components: Facts, Procedures, Concepts and Principles.

Concepts

All defined concepts are groups of facts that can be linked together or classified under a generic heading. Usually they can be expressed in one or two words. In the case of the lump in the groin two possible concepts would be 'Malignant' or 'Benign'.

Principles

Principles are rules that govern the behaviour of our environment. They usually consist of concepts linked together in a sentence. Since facts are part of our environment they need application of principles to achieve meaning and understanding. They are also invariably answers to the question 'why?' - 'Why does the apple fall?' or 'Why did that lump appear there?'

So we have

Facts

Procedures - Confirmation and collection of Facts

Concepts - Classification of Facts

Principles - Comprehension and understanding of Facts

Now we can think and solve problems. But these are skills and that is another story.

Analysis of this type can give a new meaning to factual knowledge and can aid our teaching and assessment procedures. We should be teaching our students how to use facts, and assessing how they use them, and not only if they can recall them.

Ron Richardson
Honorary Lecturer
Centre for Medical Education
University of Dundee

“We should be teaching our students how to use facts, and assessing how they use them, and not only if they can recall them.”

analysis was put forward by Romiszawski (1981). He said that any knowledge content area could be divided into four components: Facts, Procedures, Concepts and Principles.

Facts

Facts are specific information which exists. It is usually expressed in the form of a sentence: "I have a lump in the groin."

Procedures

A large number of procedures are used to check facts or to discover related facts. Examples would be history taking, physical examinations, laboratory tests, and statistical procedures, to name but a few. In science nearly all facts can only be called so when checked by



Spotlight



School of Medicine, Nevada

Extracts from an interview with Ms. Caroline Ford, Assistant Dean and Director of the Center for Education and Health Services Outreach, Nevada, USA, who visited our Faculty of Medicine and Department of Community Medicine.

QU : Can you tell us a little about Nevada Medical School?

A : We are in the very western part of USA, and have one medical school in the whole state. We have quite a lot of territory to cover, and our school has a very particular orientation to community-based medicine and to rural practice. Our school accepts 52 students a year, so we're a very small school, and we're very new, 25 years old. We accept 48 students that have to be residents of Nevada, and we only take 4 students from other states.

QU : What about your curriculum?

A : Our medical curriculum currently looks very traditional, where the first two years are basic sciences, the third year is clerkships, and the final year is elective clinical rotations, with the requirement of doing 4 weeks in a rural community specialising in family medicine. We are looking at integrating problem-based learning and orientation to patient care throughout the first two years of the basic sciences. We are pilot-testing the new course in 1994 and we will institute this program in 1995. For the other years, what we are doing is transitioning the clinical years, and we'll begin the generalist clerkship, which is the 20 weeks of integrated clerkship, with the 6 major departments basically having their objec-

tives met. But that will be phased in, I believe, in 1996 or 1997.

QU : Can you tell us something about your incoming students?

A : They already have an undergrad degree either in science - or it could be anything, but most come with either pre-medicine or some kind of basic science. So they do have a rounded college education before they come to us. That may be helpful in adjusting to the amount of material that's presented in medical school.



QU : Why exactly are you changing your curriculum?

A : Probably the most important reason is that the mission of our school is to meet the needs of the Nevada citizens. With the advent of healthcare reforms we anticipate beginning to care for an additional 45 million people [in USA]. And Nevada has a significantly high rate of uninsured or under-insured people. So our change in curriculum not only focuses on trying to influence more students in primary care, but we also believe that the better setting to train them is in a community,

and not in the institution and not in the hospital where traditionally the education has taken place.

QU : Tell us a little more about your community.

A : Most of the communities have one major industry, which is usually agriculture or mining - that's very similar to some of the Thai communities, especially the rural ones that do rubber production or rice farming. And many of these communities struggle to have adequate facilities to deliver health care, and they may also be very isolated. And it's difficult to recruit practitioners and retain them to these communities. The isolation of the practitioner is a very big issue. So at the School of Medicine we're developing a network called 'CAMEL' - that stands for Computer Assisted Medical Education Link. It's a mechanism where you have a personal computer and an access code, and all you need to do is dial in the information you would like (we are talking about Medical Education); and this

system will do your computer searching for you and get into the data bases. It will generate articles, etc.

The School of Medicine is also going to start what we call a 'warm line' (not a hot line), which means that these practitioners can call us with a clinical question and within 24 hours we will call them back with an answer or a referral. We want them to feel that the school is responsive to them and that we believe that our role is to help them in practice - that our role did not end when we graduated our students from medical education and from residency.

