



สารแพทย์ศาสตรศึกษา มอ.

PSU Medical Education Newsletter

ปีที่ 1 ฉบับที่ 3 เดือน กรกฎาคม - กันยายน 2537

No. 3 July - September 1994

บทบรรณาธิการ : Editorial

สารบัญ : Contents

การประชุมสัมมนาระหว่างโรงเรียนแพทย์ ครั้งที่ 8	2
8th Academic Meeting of Thai Medical Schools	
มองแพทยศาสตรศึกษาผ่านกระจกฝ้า : การคัดเลือกนักศึกษา	3
A tinted look at med-ed : Student selection	
บทสัมภาษณ์	4
Interviewing a medical educationalist	
จะสอนความรู้ได้อย่างไร	4
Basic principles on how to impart knowledge	
หลักสูตรแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัย แมคมาสเตอร์	5
Spotlight on McMaster Medical School	
มีอะไร ที่ไหน ?	6
What's happening and where?	

ฉบับนี้ เริ่มด้วยสาระที่ได้จากการประชุมสัมมนาระหว่างโรงเรียนแพทย์ครั้งที่ 8 วันที่ 11-12 ก.ค. 2537 ณ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี การประชุมครั้งนี้มีความเป็น 'พิเศษ' มากกว่าครั้งก่อน ๆ เพราะนอกจากผู้เข้าร่วมประชุมจะได้สนทนากัน ในเรื่องของแพทยศาสตรศึกษาแล้ว ในวันที่สองของการประชุมตรงกับวันครบรอบวันเกิดของ ศ.คลินิก วราวุธ สุมาวงศ์ ครูแพทย์วงการแพทยศาสตรศึกษาไทยท่านหนึ่ง ผู้เข้าร่วมประชุมจึงได้มีโอกาสร่วมอวยพร และระลึกถึงคุณความดีของท่านไปพร้อมๆ กับชาวรามารับดีด้วย

มองแพทยศาสตรศึกษาผ่านกระจกฝ้า ได้ให้แนวคิดในเรื่องการพัฒนากระบวนการคัดเลือกนักศึกษาแพทย์เพื่อให้ได้ผู้ที่มี 'ใจรัก' และ 'สนุก' กับการเป็นแพทย์ เรื่องนี้ Prof. V. Neufeld จากมหาวิทยาลัยแมคมาสเตอร์ ได้เล่าประสบการณ์การคัดเลือกนักศึกษาแพทย์ มาให้ท่านได้อ่านในฉบับนี้ด้วย

คณะผู้จัดทำขอขอบคุณผู้อ่านและเพื่อน ๆ ชาวแพทยศาสตรศึกษาทั้งในและต่างประเทศ ล่าสุดจากประเทศกรีซ แคนาดา แทนซาเนีย และมาลาวี ได้ส่งข่าวพร้อมคำติชมที่เป็นประโยชน์มาให้ สำหรับท่านที่ติดต่อขอบทความฉบับแปลเป็นภาษาอังกฤษ เราจะรีบดำเนินการให้โดยเร็วที่สุด

สุดท้ายนี้ ขอเชิญชวนท่านผู้อ่าน ส่งบทความ หรือแนวคิดด้านแพทยศาสตรศึกษามาร่วมลงตีพิมพ์ เพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์ซึ่งกันและกัน

We begin this issue with an account of the 8th Academic Meeting of Thai Medical Schools, on 11-12 July 1994. Besides all the academic benefits, this meeting was especially significant as the 2nd day coincided with the birthday of Clinical Prof. Varavudh Sumawong, the prominent Thai medical educationalist. It was a golden opportunity for all of us to pay our respects and show our appreciation for all he has done, together with his staff at Ramathibodi.

A "tinted look at med-ed" focuses on methods of improving student selection and the search for those who have a real vocation for a medical career. This theme is also a feature of comments by Prof. V. Neufeld, the subject of our interview this time.

We would like to thank our readers and med-ed friends for all their helpful feedback. Correspondence has come from as far afield as Greece, Canada, Tanzania, and Malawi, and is all helping us to make improvements. We have also had some requests for translations of articles, which will be dealt with as soon as possible. Meanwhile we would like to continue receiving your comments - and of course your contributions!



การประชุมสัมมนา เรื่อง **โรงเรียนแพทย์ ครั้งที่ 8**

เมื่อวันที่ 11-12 กรกฎาคม 2537 คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี ได้เป็นเจ้าภาพจัดการประชุมสัมมนา ระหว่างโรงเรียนแพทย์ ครั้งที่ 8 ณ ห้องประชุมศูนย์การแพทย์ สิริกิติ์ อาคารศูนย์การแพทย์สิริกิติ์ โดยมีคณาจารย์และผู้สนใจ จากโรงเรียนแพทย์ทุกแห่งเข้าร่วมประชุมสัมมนาทั้งสิ้นกว่า 100 คน

การประชุมสัมมนาระหว่างโรงเรียนแพทย์นี้ ได้จัดอย่าง สม่าเสมอปีละ 2 ครั้ง โดยมีคณะแพทยศาสตร์ต่าง ๆ ผลัด เปลี่ยนกันเป็นเจ้าภาพ การประชุมครั้งนี้นอกจากจะมีการนำเสนอบทความ การอภิปราย การระดมความคิด เรื่องการสอบ รวบรวม และการพัฒนาหลักสูตรแพทยศาสตรบัณฑิต แล้วยังมีปรากฏพิเศษเรื่อง ความสำคัญของงานแพทยศาสตรศึกษาต่อ การพัฒนาหลักสูตรแพทยศาสตรบัณฑิต โดยศาสตราจารย์ นายแพทย์ทองจันทร์ หงส์ถาวรหมัก และเรื่องแนวโน้มของหลักสูตรแพทยศาสตรบัณฑิตในอนาคต และประสบการณ์ในการ สอบรวบรวม โดย Professor Paula L. Stillman คณบดี คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัย Eastern Virginia สหรัฐอเมริกา

สาระสำคัญของการประชุมสัมมนา มีดังนี้

การสอบรวบรวม (Comprehensive examination)

ในขณะนี้ โรงเรียนแพทย์ส่วนใหญ่มีการจัดสอบรวบรวม ให้กับนักศึกษาแพทย์ จากการระดมความคิดในกลุ่มย่อย เพื่อ ทบทวนแนวคิดและหาแนวทางร่วมกันในเรื่องนี้ มีประเด็นที่น่าสนใจ ได้แก่

เหตุใดจึงมีการสอบรวบรวม ?

- วัดผลสัมฤทธิ์การศึกษาระดับปริญญาแพทยศาสตร - บัณฑิต
- ประเมินคุณภาพและมาตรฐานของบัณฑิตแพทย์
- สร้างแพทย์ให้ตรงเกณฑ์มาตรฐานแพทยสภา
- เตรียมตัวเพื่อสอบ National Board

แนวทางปฏิบัติเป็นอย่างไร ?

- ประเมินความรู้ทั้งทฤษฎี และปฏิบัติให้สอดคล้อง กับเกณฑ์มาตรฐานแพทยสภา

- แต่ละสถาบันจัดสอบตามความเหมาะสม ในชั้นปีที่ 5 หรือชั้นปีที่ 6

ลักษณะข้อสอบเป็นอย่างไร ?

- MCQ (Multiple Choice Question)
- MEQ (Multiple Essay Question)
- OSCE (Objective Structured Clinical Examination)

เกณฑ์การตัดสิน ?

- การตัดสินส่วนใหญ่ใช้ minimum passing level

ข้อเสนอแนะ

- ควรจัดการสอบรวบรวมและจัดทำคลังข้อสอบร่วมกัน
- ให้มีผู้คุมสอบร่วมจากสถาบันอื่น (external examiner)
- ควรแบ่งการสอบเป็น :
 - ด้าน Academic achievement ทั้งในระดับปริคlinik และคลินิก โดยให้สถาบันเป็นผู้รับผิดชอบ
 - ด้าน Professional achievement ให้ได้ตามเกณฑ์ แพทยสภา

การพัฒนาหลักสูตรแพทยศาสตรบัณฑิต

จากการนำเสนอแนวทางการพัฒนาหลักสูตรของโรงเรียน แพทย์ต่าง ๆ แสดงให้เห็นว่า แนวโน้มหลักสูตรในโรงเรียนแพทย์ ขณะนี้มุ่งเน้นให้มีการบูรณาการ (integration) เนื้อหาวิชา ระหว่างปริคlinik-คลินิก ปรับวิธีการสอนให้นักศึกษาสามารถ แสวงหาความรู้ด้วยตนเอง เรียนเป็นกลุ่ม และทำงานเป็นทีม โรงเรียนแพทย์บางแห่งได้นำวิธีการเรียน-การสอน โดยใช้ปัญหาเป็นฐาน (Problem - Based Learning) มาใช้ตลอดหลักสูตร หรือบาง แห่งใช้เพียงบางรายวิชา

โรงเรียนแพทย์เกือบทุกแห่ง เห็นพ้องต้องกันว่า การ พัฒนาหลักสูตรนั้นต้องอาศัยความตั้งใจ และมุ่งมั่นอย่างจริงจัง ของผู้บริหาร ความร่วมมือร่วมใจของผู้ร่วมงาน คณาจารย์ และต้องมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง *



A tinted look at med-ed (3)

"Student selection"

Wายยามเล่าประสบการณ์ของตัวเอง เพื่อให้ผู้อ่านเข้าใจความคิดเห็นของผม โดยยอมรับว่า recollection ชนิดนี้จะ biased มาก คือเราคงไม่จำสิ่งไม่ดี การสัมภาษณ์ เพื่อเข้าโรงเรียนแพทย์เท่าที่จำได้ก็ไม่มีสาระอะไร ที่สหรชอาณาจักรทุกคนที่ได้ A level ในบางวิชา ก็มีสิทธิ์สมัครแพทย์ได้ คงมีการกีดกันคนต่างชาติบ้างแต่ก็ไม่ได้สังเกต อาจเป็นไปได้ว่ากรรมการสัมภาษณ์ดู "ไหวแอ้ง" เก่ง เพราะคุยกันเรื่องกีฬา cricket กับ rugby ทั้ง ๆ ที่ผมสนใจ soccer และว่ายน้ำ

มีความรู้สึกที่เราใช้มาตรฐานผิดที่ใช้ examinationship (ความฉลาดในการสอบ) เป็นเกณฑ์หลักของการรับนักศึกษา ทั้ง ๆ ที่เราต้องการให้เขาไปประกอบวิชาชีพที่ใช้จิตใจ และใช้ศิลปะมากกว่าใช้ศาสตร์ (science) (ในที่นี้ผมคงมองแพทย์รักษา และไม่ใช่แพทย์ที่จะทำ research ฯลฯ) เมื่อใช้การสอบเป็นหลัก focus ของการเป็นนักศึกษาแพทย์เลยเปลี่ยน แล้วเราก็ออใจเมื่อเด็กเราสอบตก เด็กเรา stress งานทำงานเป็นทีมไม่เป็น ได้แพทย์ที่ฉลาดแกมโกง ได้แพทย์ที่สร้างคลินิกหรือโรงพยาบาลส่วนตัวเก่ง ฯลฯ นอกจากนั้นแล้วโรงเรียนแพทย์ก็ไม่ช่วยปรับทัศนคติเหล่านี้ เราแข่งกันว่านักศึกษาเราสอบได้ที่หนึ่ง เราไม่ว่าคณะนี้ไม่มีใครสอบตก คณะนี้ได้ห้าเหรียญทอง ฯลฯ สิ่งเหล่านี้ไม่ผิดถ้าเราเอาไปพูดในเวลาที่เหมาะสม (appropriate time) แต่ไม่ควรใช้เป็นเกณฑ์ของความเป็นเลิศของคณะนั้น

ผมอยากให้แต่ละคณะตกลงกันว่าประเทศหรือคณะควรผลิตแพทย์แต่ละชนิดในสัดส่วนเท่าไร ขอให้ตัวเลขเพื่อเป็นตัวอย่างเท่านั้น ครั้งหนึ่งให้ทำงานชนิด GP (จะมีบทความในหัวข้อนี้) 25-30% ให้เป็น specialist (เราอาจกลายเป็นประเทศของ specialist-cum-GP แทน GP with speciality ก็ได้) 10% ทดแทนอาจารย์แพทย์ (อาจารย์แพทย์นี้ต้องแยกออกอีกว่าจะ specialise ทาง education หรือทาง research) 5-10% ให้เป็น

"...มีความรู้สึกที่เราใช้มาตรฐานผิดที่ใช้ examinationship (ความฉลาดในการสอบ) เป็นเกณฑ์หลักของการรับนักศึกษา..."

scientist (ซึ่งจะรวมทั้ง basic science, epidemiologist, forensic, legislator ฯลฯ) และที่เหลือเป็น health หรือ institutional administrator-cum-planner แต่ละคณะต้องเลือกสัดส่วนที่ตัวเองสามารถผลิต จากนั้นเราก็ไปเลือก profile ของนักศึกษาต่าง ๆ ที่อาจอยู่ในข่ายที่ตัวเองจะ comfortable (อยู่ได้กับงานที่ตัวเองเลือก) เช่น ผู้ที่จะเป็นแพทย์ให้บริการกับผู้ป่วยจะต้องเป็น extrovert และค่อนข้าง stable พวกเขาจะเป็น scientist ต้องมีความอดทนสูงมากและคง introvert บ้าง พวกนี้จะต้องเรียนเก่งสอบเก่ง เพราะสนามแข่งยากมาก ฯลฯ ฉะนั้นผมคิดว่า psychological profil-

ing (ซึ่งต้องยอมรับว่ามีข้อพลาดได้) สำคัญ ผมอยากให้การสอบที่เราใช้กันขณะนี้มีส่วนสำคัญน้อยลง และให้ขึ้นกับชนิดของแพทย์ที่เขาอยากเป็น ผมอยากให้เรา มีระบบที่ยอมรับนักศึกษามากน้อย แต่ถ้าไม่ถึงมาตรฐาน (เอาอะไรเป็นมาตรฐาน?) ก็ให้เขาลาออกอย่างจริงจัง แต่ไม่ให้โอกาส

การสัมภาษณ์ของเราควรมีประสิทธิภาพและความเข้มข้นมากขึ้น เพื่อสามารถเลือกนักศึกษาที่ในสายตาเราจะเป็นผู้ที่รัก และสนุกกับการเป็นแพทย์ชนิดที่เขาเลือกเอง โปรดสังเกตว่า ผมไม่ได้ตกหลุมโดยใช้คำ "หมอที่ดี"

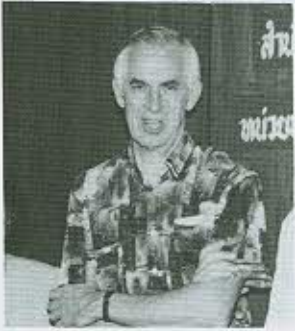
สรุปแล้ว เราควร emphasise student selection ให้มากขึ้น โดยมีความมาตรฐานซึ่งขึ้นกับความคาดหวังว่านักศึกษานั้นจะเป็นแพทย์ชนิดใด และคะแนนสำหรับการคัดเลือกนี้มาจาก ผลการสอบคัดเลือก ความประพฤติ และ psychological profile และสุดท้ายการสัมภาษณ์ ซึ่งความสำคัญหรือสัดส่วน (weighting) ของการประเมินแต่ละชนิดจะไม่เหมือนกันในแต่ละคน กล้าทำไหม? เพราะจะมีคำครหาในด้าน "ไม่ยุติธรรม" แทรกมาบ่อย ๆ



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



VIEWPOINT...



Recently, Professor Victor R Neufeld, Director of the Centre for International Health, McMaster University, Canada, came to visit us. Professor Neufeld is a well-known and experienced medical educationalist,

and has been involved with PBL at McMaster Medical School since the beginning. He is also a member of the Advisory Committee for the international Network of Community-Oriented Educational Institutions for Health Sciences. Professor Neufeld shared his ideas with us on different aspects of medical education. Here is an extract.

How can we stimulate more people to join our efforts to make medical education stronger?

People will think

"...People will think more about medical education if they can think about it as a science..."

more about medical education if they can think about it as a science. You have probably noticed the research from cognitive psychologists, where they found that the context in which the learning occurs is very important. So, for example, if I am a medical student, I gain knowledge by working with problems, cases or real patients.

Another way to make medical education stronger is to look at what the output is. If there is some specific goal for medical education in a given school, such as producing physicians for the southern part of the country, then we can do research to answer some questions, 'Are we doing that?', 'Why are we doing it?', 'How well have we done it?', 'Where have we failed?'

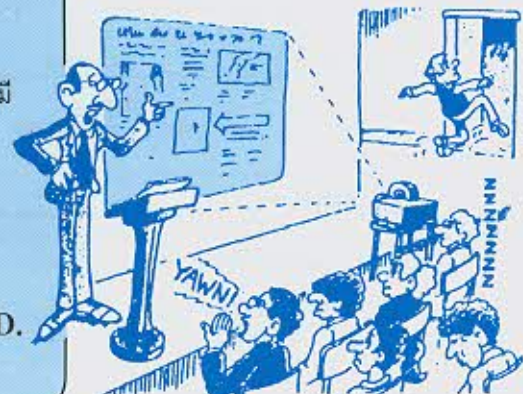
Thirdly, clinicians should continue to learn themselves, and develop new ways for learning that they can then pass on to their students. For example, ten years ago we didn't have good computer-assisted access to the scientific literature. Now we clinicians can learn alongside our students - in fact the students can help us!

จะสอนความรู้ได้อย่างไร

- สอนเฉพาะข้อเท็จจริง (facts) ที่ผู้เรียน จำเป็นต้องรู้ (need to know)
- จัดประสบการณ์การเรียนรู้ให้ผู้เรียนได้ฝึกปฏิบัติ "ไม่ใช่เพียงพูดให้ฟัง"
- กระตุ้นผู้เรียน ให้ค้นหาข้อเท็จจริงด้วยตนเองเพื่อเพิ่มเติมประสบการณ์ จากหนังสือ คู่มืออื่น ๆ และจากผู้เรียนด้วยกัน
- ใช้สื่อทัศนูปกรณ์ช่วย และเขียนเอกสารแจก (hand outs)
- ให้มีการนำเสนอ วิวาทษ์วิจารณ์ ระหว่างผู้เรียนด้วยกันโดยมีผู้สอนร่วมด้วย
- ความรู้มีการพัฒนาตลอดเวลา ความถูกต้องสมบูรณ์ ในทางวิทยาศาสตร์นั้นไม่มี

(จาก Teaching for better learning, WHO 1991)

นพ.วีรพัฒน์ เกาธรรมทัศน
Weerapatana Ngoathammasna, MD.



McMaster Medical School Ontario, Canada

The university has established an innovative medical school in which philosophy and form depart radically from the traditional model.

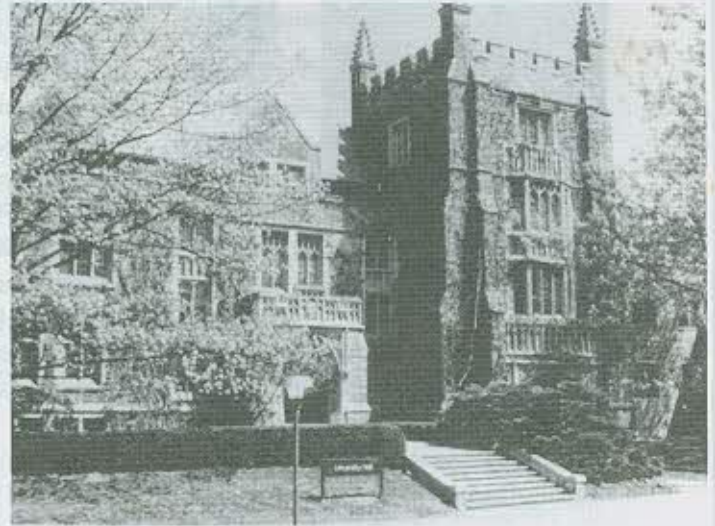
The undergraduate medical programme for the M.D. degree was initiated in 1969. The main idea was to have students learn not through lectures or laboratory but through problems or cases. Another idea was to make the students independent, and become self-directed learners. Students worked in small groups, which encouraged team work and how to learn from one another.

The programme has continued with the same learning methods for more than 20 years. A recent change has been the introduction of more community-based experience for students in the town. Students spend time in a whole range of settings, wherever there are patients or illnesses, not just in the hospitals.

“...PBL is no longer a fashion at McMaster.”

The three-year programme comprises 6 units, an Elective Programme and Revision Time. There is less of a division between the preclinical parts and the clinical parts than in more traditional schools. The curriculum plan showing the relative proportion of time accorded to these units is illustrated below.

JAN	FEB	MAR	APR	MAY	JUNE	JULY	AUG	SEPT	OCT	NOV	DEC
									UNIT 1		
									CHRISTMAS BREAK		
UNIT 2			UNIT 3			ELECTIVE		UNIT 4		ELECTIVE	
HOLIDAY			HOLIDAY			HOLIDAY		HOLIDAY		CHRISTMAS BREAK	
UNIT 5			UNIT 6 THE CLERKSHIP						CHRISTMAS BREAK		
UNIT 6 THE CLERKSHIP (CONTINUED)			REVISION		Unit 6 includes 16 weeks of elective time, plus 4 weeks of holiday time						
			GRADUATION								



Another innovation is the selection system. McMaster have taken students from any background at all such as behavioural sciences, computer sciences, or even the humanities. All kinds of doctors are needed so they can learn from each other. About 3000 applicants are selected down to 400 by reading their essays and reference letters, and those 400 come in for two weekends of interviews. The interviews are both in small groups called simulated tutorials, and also with a team of people, usually including a faculty member, student and a community person. There are more woman than men (about 60-70%), and this has been true for many years. More women apply, and the women also do better on the interviews; they are more thoughtful and speak well, according to Professor Neufeld.

Professor Neufeld added that PBL is no longer a fashion at McMaster. They find it the most effective and enjoyable way of learning. It is very cost effective, and produces very good graduates in less time than other medical schools. *"Of course", he concluded "it depends what measure is used. If you just use factual knowledge acquisition, multiple-choice type of knowledge, then you won't see any differences. But if you use cost effectiveness, enjoyment and thinking kind of knowledge, then PBL is much better".*

(Our thanks to Professor Victor R Neufeld and the Faculty Brochure for the information.)

