



# สารเพื่อศึกษาศาสตร์ศึกษา มอ. PSU Medical Education Newsletter

ปีที่ 4 ฉบับที่ 3 เดือนกรกฎาคม-กันยายน 2540

Vol.4 No.3 July-September 1997

## สารบัญ : Contents

กลยุทธ์ในการพัฒนาคณะแพทยศาสตร์  
Strategy for Medical School Development 2-3

เวชปฏิบัติที่ใช้หลักฐานประกอบ  
Evidence based medicine : what it is  
and what it isn't 3

มองแพทยศาสตร์ศึกษาผ่านกระจกฝ้า :  
โรงเรียนแพทย์เอกชน  
A tinted look at med-ed :  
A Non-Government Medical School 4

เน้นย้ำโรงเรียนแพทย์  
Spotlight on The International Medical  
College, Kuala Lumpur, Malaysia 5

อะไร ที่ไหน?  
Forthcoming events 6

## unusannaritas : Editorial

ฉบับนี้เริ่มด้วยสารจากการอภิปรายเรื่อง กลยุทธ์ในการพัฒนา คณะแพทยศาสตร์ โดย ศ.นพ.ทองจันทร์ ทงศ์ดารมภ์ ศ.นพ.จรัส สุวรรณเวลา และ ศ.นพ.วิจารณ์ พานิช ซึ่งได้ร่วมกันแสดงความคิดเห็น พร้อมเสนอแนะวิธีการพัฒนาคณะแพทยศาสตร์ไว้อย่างน่าสนใจในการ สัมมนาคณะกรรมการประจำคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ เมื่อเดือนมิถุนายนที่ผ่านมา คอลัมน์มองแพทยศาสตร์ ศึกษาผ่านกระจกฝ้า นำเสนอเรื่องโรงเรียนแพทย์เอกชน นอกจากนี้ยัง ได้รับเกียรติจาก Professor R M Harden ผู้อำนวยการศูนย์แพทย- ศาสตร์ศึกษา มหาวิทยาลัย Dundee, Scotland ส่งข้อมูลเกี่ยวกับโรงเรียนแพทย์เอกชนนานาชาติ ที่ตั้ง ณ กรุงกัวลาลัมเปอร์ ประเทศมาเลเซีย ให้ท่านผู้อ่านได้รับทราบแนวคิดในการจัดตั้งโรงเรียนแพทย์ใน ลักษณะเครือข่ายอีกรูปแบบหนึ่ง กอง บ.ก. ขอขอบคุณมา ณ โอกาสนี้ สุดท้ายขอเชิญชวนทุกท่านส่งบทความและข้อคิดเห็นมาร่วมลง เผนแพร่ เรียบร้อยดีต้อนรับตลอดเวลา พบกันใหม่ฉบับหน้าค่ะ

You will find lots of interesting materials in this issue. We start with the 'Strategy for Medical School Development' which shares a discussion by three eminent medical educationalists, Prof.Thongchan Hongladarom, Prof.Charas Suwanwela and Prof.Vichan Panich which occurred at the June 1997, PSU Medical School Seminar. The article provides useful information about changes in Medical Schools.

A 'tinted look at med-ed' presents a viewpoint on 'a non-government medical school'. We are pleased to share information with our readers about the International Medical College at Kuala Lumpur, Malaysia. We would like to express our grateful thanks to Professor R M Harden, and his team, for their contributions.

We look forward to receiving our readers' contributions and comments for future issues.



## Congratulations!

บัณฑิตแพทย์ มอ. รุ่นที่ 19

สำเร็จการศึกษาปีการศึกษา 2539 จำนวน 93 คน เป็นผู้ชาย 53 คน ผู้หญิง 40 คน ได้รับเกียรติเนียบอันดับ 1 จำนวน 2 คน เกียรติเนียบอันดับ 2 จำนวน 15 คน ปฏิบัติงานเป็น แพทย์ใช้ทุนใน มอ. จำนวน 27 คน ในภาคใต้ (ไม่รวม มอ.) 46 คน ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 2 คน ภาคกลาง 2 คน และอีก 2 คน ยังไม่ทราบข้อมูล



# กลยุทธ์



# ในการพัฒนา คณะแพทยศาสตร์

ฉบับที่แล้ว สารแพทยศาสตร์ศึกษา ได้นำสาระบางส่วนจากการสัมมนาคณะกรรมการประจำคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ระหว่างวันที่ 20-22 มิถุนายน 2540 ณ โรงแรมหาดแก้ว ปรีนเซส รีสอร์ท สงขลา มาเผยแพร่ ฉบับนี้จะขอเสนอสาระจากการอภิปรายเรื่อง กลยุทธ์ในการพัฒนาคณะแพทยศาสตร์ โดย ศ.นพ.ทองจันทร์ หงส์ดารมภ์ ศ.นพ.จรัส สุวรรณเวลา และ ศ.นพ.วิจารณ์ พานิช ดังนี้

## ศ.นพ. ทองจันทร์ หงส์ดารมภ์

ศ.นพ.ทองจันทร์ หงส์ดารมภ์ กล่าวว่าจากนโยบายของชาติที่จะมีการเปลี่ยนแปลงในอนาคตทำให้เราจำเป็นต้องวางแผนและมีกลยุทธ์ในการรับการเปลี่ยนแปลงที่จะเกิดขึ้น โดยพิจารณาบทบาทของคณะฯ ใน 4 ด้านคือ การเรียนการสอน การวิจัย การให้บริการและศิลปวัฒนธรรม

### ด้านการเรียนการสอน

ในการผลิตแพทย์นั้นควรให้เข้ากับระบบใหม่ของการบริหารสาธารณสุขได้ ซึ่งบัณฑิตแพทย์ควรมีลักษณะที่สำคัญคือ มีความยืดหยุ่น ไวต่อการเปลี่ยนแปลงของสังคมและโลก ควรเป็นผู้รับผิดชอบได้ทุกสถานการณ์ คือ มีลักษณะเป็นผู้นำ (leadership) นั้นเอง การสอนไม่ควรสอนเทคนิคมากเกินไป สำหรับ bio-medical knowledge ควรสอนเฉพาะที่สำคัญและควรเพิ่มความรู้อื่นด้าน humanity และ social sciences ซึ่งจะก่อให้เกิด attitude ที่ติดตามมาด้วย

วิธีการสอนเป็นการเรียนแบบกลุ่มย่อย, การเรียนรู้ด้วยตนเอง (SDL) และ PBL ถ้าจำนวนนักศึกษาเพิ่มขึ้น ควรกระจายไปเรียนที่โรงพยาบาลที่อยู่ห่างไกลจากมหาวิทยาลัยและใช้วิธีการของ Virtual campus คือใช้วิธีการส่งข้อมูลโดยใช้เทคโนโลยีสมัยใหม่เพื่อให้นักศึกษาเข้าถึงข้อมูลในห้องสมุดครู เพื่อน และ feedback จากครูได้

การประเมินผลแบบ MCQ ไม่สามารถตรวจสอบความคิดของนักศึกษาได้ลึกซึ้ง เพราะอาจารย์มักจะออกข้อสอบเน้นความจำ ทำให้นักศึกษาสอมองดี ถูกจำกัดความคิด ควรจะใช้วิธีการสอบอย่างอื่น เช่น oral examination, MEQ เป็นต้น ซึ่งมี validity ดี แต่ reliability อาจจะต่ำบ้าง

### ด้านการวิจัย

ควรเน้นการวิจัยให้มาก แต่เนื่องจากงบประมาณมีจำกัด ควรจะมีการตกลงร่วมกันว่าจะเน้นด้าน basic หรือ clinical research หรือทั้ง 2 ทาง และลักษณะวิจัยควรเป็น Inter-disciplinary, integration และ relevant ต่อปัญหาของประเทศ เช่น Health systems research การวิจัยเป็นวิถีชีวิตของแพทย์ที่ต้องทำ ควรปลูกฝังตั้งแต่เป็นนักศึกษา ให้มีความสามารถและความรู้ เช่น มีความรู้ด้าน Epidemiology และ Biostatistics ควรสอนให้เข้าใจโดยเห็นของจริง

### ด้านการบริการ

คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ควรเป็น tertiary hospital สำหรับการแก้ปัญหาผู้ป่วยนอกจำนวนมากควรมี extended OPD และควรจะใช้ในการศึกษาโดยให้นักศึกษาใช้ OPD เป็นฐานในการศึกษา ambulatory care คือให้นักศึกษาเรียนรู้ไปถึงครอบครัวและชุมชน เพื่อหาสาเหตุของการเจ็บป่วยและหาทางป้องกัน

ศ.นพ.ทองจันทร์ ได้กล่าวเน้นว่า การเรียนการสอน การวิจัย และการบริการ เปรียบเสมือน "เก้าอี้สามขา" ถ้าแยกจากกันจะทำให้การเรียนการสอน การวิจัย ต้อยลงไป

## ศ.นพ.จรัส สุวรรณเวลา

ศ.นพ.จรัส กล่าวว่ากลยุทธ์ในการพัฒนาคณะแพทย์ ที่ใช้คำว่า กลยุทธ์อาจไม่เพียงพอ ควรจะใช้คำว่า "Tactic-the art of success" หรือ

อาจจะพูดว่าเป็น Strategy for change เริ่มต้นโดยการตั้งคำถามว่า "เราจะเอาอะไรกันแน่" "เราจะต้องเปลี่ยนอะไร" สาเหตุการเปลี่ยนแปลงอาจพิจารณาได้หลายอย่าง ได้แก่

### Why Change?

- Broken -----> repair
- Environmental change -----> Adaptation
- Old & Stale -----> Renewal
- Possibility -----> Creativity & innovation

### Strategies for Change in Established Institutions

1. Realization of need to change
    - Environmental scanning
    - Awareness and commitment
    - Political will
    - Revision of institutional objectives
  2. Organization for change
    - Core group and leadership
    - Mobilization
    - Information
    - Involvement and Participation
  3. Planning : Assessment of strength, weaknesses, opportunities
  4. Planning : Formulation of appropriate goals
  5. Setting-up of program management
  6. Mobilization of resources
  7. Operation and evaluation
- ศ.นพ.จรัส ได้สรุปว่า กลยุทธ์ในการเปลี่ยนแปลงนั้น ประกอบด้วย
- Curiosity - มีความสงสัยในงานของตนซึ่งปัญหาของคนส่วนใหญ่ มักมองว่างานของตน ดีอยู่แล้วไม่ต้องเปลี่ยน
  - Confidence - มีความมั่นใจว่าจะเปลี่ยนได้ตามวัตถุประสงค์
  - Courage - มีความกล้าที่จะเสี่ยงทำสิ่งที่ตั้งเป้าหมายไว้สูง
  - Consistency - มีความเสมอต้นเสมอปลาย "กัดไม่ปล่อย"
  - Mobilization - Information
    - Participation
  - Leadership
  - Solidarity
  - Decentralization -----> Unit of excellence
    - Critical mass
    - Manageable size
    - Team work

## ศ.นพ.วิจารณ์ พานิช

ศ.นพ.วิจารณ์ ให้ความเห็นว่ากลยุทธ์ในการพัฒนาคณะแพทยศาสตร์ มีหลักการดังนี้

### คิด ระดับประเทศ นานาชาติ

- "คิดให้ใหญ่แต่ทำให้เล็ก" โดย Focus ในกลุ่มแต่โยงกับระบบใหญ่

### ทำ ระดับภาค

- improvement : ทำให้ดีกว่าเดิมเช่นการปรับให้ต้นทุนลดลง
- innovation
- model development : เช่นการสร้างการเรียนการสอนแบบใหม่
- system development
- quality

# Evidence based medicine : what it is and what it isn't

## เปิดรับภายนอก

- ใช้คนเก่งภายนอก
- เชื่อมโยงกับระบบสาธารณสุข อุดมศึกษา และวิจัย

## Collectivity & continuity

- วางแผนโดยลำดับความสำคัญ กำหนดสัดส่วน กำหนดสิ่งไม่ทำในช่วงขณะนั้น

- กำหนดบทบาท ชักซ้อม
- ประเมินผล -----> ปรับปรุง

## เป้าหมายเป็นเลิศหลายด้าน

- นิยามความเป็นเลิศแต่ละด้าน
- เปิดโอกาสให้อาจารย์ระบุ job description

กำหนดเกณฑ์ประเมิน (มีช่วงเวลา)

## ลดข้อจำกัดจากงานประจำ

- จ้างคนทำงาน : ไม่ใช่ทำแทนแต่ทำโดยเรายังคงเป็นผู้รับผิดชอบ

## จากใต้โต๊ะ สู่นำโต๊ะ

- พุดไม่อ้อมค้อม ปัญหาบางอย่างน่าจะนำมาพิจารณาร่วมกัน พุดกันตรง ๆ เช่น ผลประโยชน์ส่วนตัวกับงานของคณะขัดแย้งกันทำให้งานของคณะไม่ดี

- จัดระบบให้ต้องพัฒนาวิชาการ โดยให้ประโยชน์แก่ตนเองและหน่วยงาน

## พัฒนาทักษะ บริหาร ตัดสินใจ

- ผู้ที่จะเข้าตำแหน่งบริหารควรจะมีประสบการณ์หลักสูตร MPA หรือ

- ดูงาน

## การประเมิน

- ควรเป็น positive dynamic evaluation เพื่อ continuous improvement (ใช้ทั้งบวกและลบ)

- ชี้ข้อคนแล้วที่ไม่ยอมแก้ไขตนเอง

- ต้อง identify คนเหล่านี้ให้ได้ แล้วตัดออกไป แต่อย่าลืมว่าคนเหล่านี้เป็นเครื่องชี้ความบกพร่องของการจัดการอดีต การทำเช่นนั้นคนทำก็เจ็บตัว ✨



David L. Sackett's article titled "Evidence based medicine: what is it and what it isn't" appeared in the January 1996 edition of BMJ. This article provided an explanation into a topic discussed among "clinicians, public health practitioners, purchasers, planners, and the public."

"Evidence based medicine is a relatively young discipline whose positive impacts are just beginning to be validated" (p 312). According to Sackett, the practice of evidence based medicine is the integration of individual clinical expertise with external clinical evidence received from systematic research. The term "individual clinical expertise" is used to describe the knowledge individuals acquire through their day to day clinical experience and practice. The term "external clinical evidence from systematic research" is used to describe research conducted by the basic sciences or by clinical trials (p 311-312).

Sackett believes that "good doctors use both individual clinical expertise and the best external evidence available," and that the use of one, without the other, is not enough: "External clinical evidence can inform, but can never replace individual clinical expertise. Clinical expertise decides whether the external evidence applies to the individual patient at all and, if so, how it should be integrated into a clinical decision. Similarly, any external guideline must be integrated with individual clinical expertise in deciding whether and how it matches the patient's clinical state, predicament, and preferences before it should be applied" ( p. 312).

There are some experts who strongly believe that evidence based medicine should be incorporated into the curriculum of undergraduate, postgraduate, continuing medical education programs and into the clinician's offices. Some experts, however, fear that it may eventually be used to cut the costs of health care, particularly by those involved in purchasing and managing.

Despite this and other objections, evidence based medicine continues to be discussed and has found its way into some clinician's practice. Because of this, exploring what evidence based medicine is, how it is used, and its positive and negative attributes are important in keeping current in medical education and its usage.

This is only a brief summary of David L. Sackett's article titled "Evidence based medicine: what is it and what it isn't." and in no way fully discusses the contents. If you are interested in reading the entire article contact the Division for Medical Education, PSU. ✨

## A tinted look at med-ed (14)



# โรงเรียนแพทย์ เอกชน

เขียนในหัวเรื่องนี้เมื่อ 3 ปีก่อน เมื่อมาทบทวนก็สังเกตเห็นว่ายังไม่ได้เปลี่ยนใจ แต่จะขอรื้อระดับความคิดในอีกรูปแบบ ตอนนั้นรู้สึกแปลกใจและท้อใจว่าทำไมเรา (เราคือทุกคนที่อยู่ในวงการแพทย์ ที่มีตัวแทนในคณะกรรมการต่าง ๆ) จึงกีดกันการตั้งโรงเรียนแพทย์เอกชนเหลือเกิน โดยให้เหตุผลว่าคงสร้างแพทย์พานิช และคงสร้างแพทย์ด้อยวิชาความรู้มารายท ขณะทีโรงเรียนแพทย์ของรัฐคงไม่มีแพทย์พานิชเลย ขณะที่แพทย์ทั้งจบใหม่และอาจารย์จากโรงเรียนแพทย์ของรัฐคงมีจริยธรรมเลิศ

การตั้งโรงเรียนแพทย์เอกชนคงไม่ใช่เพื่อหากำไรทางการเงิน ฉะนั้น ตั้งมาเพื่ออะไร ถ้าท่านอยากสร้างโรงเรียนแพทย์ท่านจะใช้เหตุผลอะไร "เพื่อศักดิ์ศรี" "เพื่อทดลองหลักสูตร" "เพื่อทำบุญกุศล" "เพื่อเอาไปไม้" "เพื่อสร้างสถาบันที่เป็นเลิศ" ?

คงมีหลายวิธีที่จะสร้างโรงเรียนแพทย์ ถ้าจะสร้างโรงเรียนแพทย์ของรัฐสมัยนี้ คงเริ่มประชุมโน้มน้าวว่าจำเป็นต้องมีแล้วให้รัฐตั้งงบประมาณ แล้วหาบุคลากรโดยใช้อำนาจเกณฑ์ รวมทั้งรับสมัครผู้ที่ไม่พอใจทำงานที่สถาบันเดิม หรือรับผู้อยากได้อำนาจหรืออยากได้ตำแหน่ง และหลอกแพทย์จบใหม่ให้มาบริการและสอนโดยไม่ต้องพะวงหน้าพะวงหลังว่า graduates และ instructors จะออกมาในรูปแบบไหน ให้สามารถแจก "กระดาษ" รับรองก็แล้วกัน เพื่อจะได้มี "หอม" สำหรับชาวบ้าน

ถ้าจะต้องเป็นผู้ตั้งโรงเรียนแพทย์เอกชนเพราะอยากสร้างสถาบันที่เป็นเลิศ (นิยามเลิศเอง) ท่านจะใช้รูปแบบใด รูปแบบหนึ่งอาจเป็นดังนี้ หากทางตั้งโรงพยาบาลที่มีประสิทธิภาพและศักยภาพสูง สูงคือ : ก. แพทย์กลุ่มนี้หรือกลุ่มใหญ่สนุกกับการสอน สนุกกับบริการ บางคนสนใจวิจัย ข. มีทั้ง clinical และ basic science เป็นส่วนประกอบหลัก และสามารถทำงานร่วมกับแพทย์ โดยพึ่ง outside grant ส่วนหนึ่ง

ถ้าท่านอยากสร้างโรงเรียนแพทย์ท่านจะใช้เหตุผลอะไร "เพื่อศักดิ์ศรี" "เพื่อทดลองหลักสูตร" "เพื่อทำบุญกุศล" "เพื่อเอาไปไม้" "เพื่อสร้างสถาบันที่เป็นเลิศ" ?

และ research นี้อาจมี post-grad และมีผลงานตีพิมพ์ เมื่อโรงพยาบาลนี้เริ่มดำเนินการถึงขั้นหนึ่งแล้ว, เขาควรรับแพทย์เข้าฝึกหัดต่อ (resident และ fellow) เมื่อคิดว่าพร้อมจึงรับนักศึกษา โดยมีหลักของการเรียนการสอนที่เขาเองเชื่อว่าดีต่อนักศึกษาแพทย์

พออ่านถึงนี้ก็ได้ยินเสียงเอ๊ยแล้วว่า "แพงตาย" "ไม่มีทางที่จะเริ่มแบบนี้" คงตอบว่า แล้วการสร้างแพทย์สมัยนี้ไม่ "แพง" หรือ แพงทั้งเงินและทั้งศีลธรรมที่จ้งคนไม่ยอมสอนแต่อยากได้เงิน เอนักศึกษาที่คิดว่าการแพทย์คือการหาเงินเลือกนักศึกษาที่เก่งในการท่องเพราะถูกสอนเช่นนั้น แล้วปล่อยให้ "หัด" กับผู้ป่วย ส่วน "ไม่มีทาง" อยากถามว่าการดูแลรักษาและ lab ที่บำรุงราษฎร์ สมิติเวช วิชัยยุทธ ดีพอไหม ถ้าเรามีทางโน้มน้าวเขาให้เปลี่ยนจาก profit เป็น trully non-profit และโน้มน้าวเขาว่าสอนอาทิตย์ละ 2-3 ครั้งคงสนุก โรงเรียนแพทย์เอกชนจะมีความเป็นไปได้ไหม แล้ว graduate เขาจะดี/เลวเท่าของเราไหม จำเป็นหรือที่โรงเรียนแพทย์ต้องมี mission statement ว่า เรามีหน้าที่ผลิตแพทย์โดยไม่มีคำบรรยายเพิ่มว่า เพื่ออะไร ชนิดใด และผู้ผลิตควรมีความรู้ความสามารถด้านใด ✨

ศ.นพ.ธาดา ยิบอินซอย

Spotlight ON

# The International Medical College,

## Kuala Lumpur, Malaysia

The International Medical College (IMC) was established in Kuala Lumpur in 1992. It is the pioneer private medical college in the Asia-Pacific region which provides tertiary medical and pharmacy education. It is linked with 20 world-renowned medical schools in the United Kingdom, Ireland, North America, Australia and New Zealand, many having taught medical students for well over a century. Currently the Dean of IMC is Professor David Riches. In addition IMC has an Academic Council which includes Deans from all of the partner schools which is chaired by Professor Ronald Harden, Director of the Centre for Medical Education at the University of Dundee, Scotland who together with Professor Ian Hart contributed to the development of the IMC concept.

It takes 4½-6 years to complete a medical education via the IMC. The first 2½ years is taught at the IMC while the clinical years will be taught overseas for another 2-3½ years, depending on the chosen university. At the IMC, students go through the integrated approach, learning systems-based teaching, small group sessions, independent learning and practise basic clinical skills. A unique feature of the IMC programme is that students are exposed to real-life patients at one of the main government hospitals in Malaysia starting from year 1. As one of our students aptly said, *"The educational system has always been structured to integrate both basic medical sciences and clinical skills. By doing so, it allows me to grasp vital concepts of basic science and to apply them clinically"*. David Chew Yee, Batch 1/94.

There are 2 intakes a year, March and September. Over the years, the medical enrollment has significantly increased to 384 students, out of which 145 have been transferred to partner medical schools (PMS). Upon completion at the PMS, these students will be awarded the medical degree of the PMS which they attended. These degrees are internationally recognized.

The unique curriculum is based on both traditional and innovative teaching methods. The curriculum is based on the Ten T's principles :

### 1. Transferability of learning

Students will relate in their learning :

- Theory and the practice of medicine
- Medical sciences and clinical medicine
- Hospital and community practice of

medicine in Malaysia and overseas

### 2. Training for lifelong learning

The emphasis on problem-solving and self-motivated learning, during the IMC phase, will equip the students for later postgraduate training and lifelong learning necessary for the practice of medicine.

### 3. Tracked core and options

The core curriculum will give the basic knowledge for the study of clinical medicine and the wide range of options offered both in Malaysia and overseas will enable the students to identify their own aptitudes and career interests.

### 4. Transcultural training

Students will be able to move easily between the IMC and partner medical schools. Visiting lecturers from the partner medical schools come to the IMC to teach the system-based courses.

### 5. Traditional and innovative methods

The teaching and learning at the IMC will include the best of traditional methods alongside innovative techniques.

### 6. Task-based learning

The tasks performed by healthcare professionals serve as a focus for the students' learning.

### 7. Team-based problem solving

An emphasis on small group learning at the IMC encourages teamwork and group participation both in the context of learning and later as being members of health care teams.

### 8. Teacher-facilitated learning

Much of the learning is based on independent study facilitated by teachers both in small groups and plenaries.

### 9. Technology-based learning

Appropriate use is made at IMC of educational technology including Computer Aided Learning (CAL) for private study, the use of simulators in clinical skills and electronic presentation equipment for large group sessions.

### 10. Targeted "Assessment-to-a-standard"

An "Assessment-to-a-standard" approach will ensure that the students who progress through the IMC will have achieved the required professional standards as monitored by local and overseas external examiners.

Prof. R M Harden

For more information, kindly contact the International Liaison Office, Prince of Songkla University. ✨

