

00๕๖๖



**การพัฒนากระบวนการ
นำหลักสูตรแพทยศาสตรบัณฑิต
ไปใช้เพื่อรองรับบริการปฐมภูมิ**



1-3 สิงหาคม 2550
ณ สุรสัมมนาการ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี
จังหวัดนครราชสีมา

คำนำ

สำนักวิชาแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี (มทส) เป็นคณะแพทยศาสตร์ใหม่ que เริ่มดำเนินการรับนักศึกษารุ่นแรกในปีพ.ศ. 2549 ภายใต้โครงการผลิตแพทย์เพิ่มเพื่อชาวชนบทของกระทรวงศึกษาธิการร่วมกับกระทรวงสาธารณสุข โดยมีคณะแพทยศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยเป็นคณะแพทย์ที่เลี้ยง สำนักวิชาแพทยศาสตร์มีหลักสูตรที่ได้มาตรฐานได้รับการรับรองจากแพทยสภาและสำนักงานการอุดมศึกษา หลักสูตร 6 ปีโดย 3 ปี ศึกษาทางวิทยาศาสตร์ การแพทย์ที่มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารีและ 3 ปีหลัง จะศึกษาทางคลินิกที่โรงพยาบาลศูนย์แพทย์จังหวัดสุรินทร์ และ จังหวัดบุรีรัมย์

เพื่อให้เป็นไปตามนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขที่ต้องการผลิตแพทย์ให้มีเจตคติที่ดีที่จะปฏิบัติงานอยู่ในพื้นที่หลังจบการศึกษาแล้ว สำนักวิชาแพทย์จึงใช้กลยุทธ์คัดเลือกนักศึกษามาจาก 4 จังหวัด ในเขตการศึกษาที่ 13 หรือที่เรียกว่า “นครชัยบุรีรินทร์” ครอบคลุมจังหวัดนครราชสีมา ชัยภูมิ บุรีรัมย์ และสุรินทร์ มาศึกษาในคณะแพทย์ในพื้นที่ คือ มทส โดยหวังว่าเมื่อสำเร็จการศึกษาแล้วจะยังคงทำเวชปฏิบัติในพื้นที่ 4 จังหวัดนี้

การจะเสริมสร้างเจตคติให้นักศึกษาแพทย์เกิดความชอบที่จะปฏิบัติงานในพื้นที่นั้นอาศัยปัจจัยต่างๆ ที่มีส่วนร่วมในการกำหนดปัจจัยที่สำคัญยิ่งได้แก่ สิ่งแวดล้อมและบรรยากาศต่างๆ การจะจัดให้มีสิ่งแวดล้อมและบรรยากาศที่เอื้อและจูงใจในการปฏิบัติงานนั้น เป็นที่ทราบกันดีทั่วโลกว่าควรจะให้ให้นักศึกษาได้สัมผัสกับบรรยากาศที่ดีตั้งแต่เริ่มแรก มทสจึงได้จัดการเรียนการสอนในชุมชนชนบทตั้งแต่ปีการศึกษาปีที่ 1 โดยให้ออกไปสังเกตและปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชนและศูนย์สุขภาพชุมชนรอบมหาวิทยาลัย

การบริการสุขภาพในศูนย์สุขภาพชุมชนและโรงพยาบาลชุมชนได้รับการสนับสนุนจากกระทรวงสาธารณสุข ตลอดจนได้รับงบประมาณสนับสนุนจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติซึ่งเล็งเห็นว่าศูนย์สุขภาพชุมชนจะเป็นแหล่งให้บริการสุขภาพปฐมภูมิแบบใกล้บ้านใกล้ใจ ถ้าศูนย์สุขภาพชุมชนและโรงพยาบาลชุมชนได้รับการพัฒนาให้เข้มแข็ง เป็นแหล่งสร้างองค์ความรู้ จะเป็นแหล่งเรียนรู้ที่สำคัญ และตรงต่อความต้องการของประเทศ

ดังนั้นสำนักวิชาแพทยศาสตร์ มทส จึงได้ร่วมมือกับคณะแพทยศาสตร์ใหม่ของกลุ่มสถาบันแพทยศาสตร์แห่งประเทศไทย จัดการประชุมโดยเชิญวิทยากรที่มีประสบการณ์การสูงเป็นที่ยอมรับทั้งในประเทศและต่างประเทศ มาร่วมแลกเปลี่ยนความคิดเห็นในการพัฒนาศูนย์สุขภาพและโรงพยาบาลชุมชนให้เป็นแหล่งเรียนรู้ที่สำคัญตามหลักสูตร โดยยังคงมีความรู้ความสามารถอื่นๆ ทางการแพทย์ที่ได้มาตรฐานซึ่งสามารถศึกษาได้จากมหาวิทยาลัยและโรงพยาบาลศูนย์แพทย์ ขนาดใหญ่



ข้อคิดเห็นต่างๆ ของวิทยากรจากทั้งในประเทศและต่างประเทศที่ได้รับจากการประชุมครั้งนี้ มีคุณค่ามาก และเป็นความคิดเห็นที่ช่วยเติมเต็มในแง่มุมต่างๆ ตั้งแต่ระดับนโยบายไปจนถึงการปฏิบัติที่ มทส. จะได้นำไปเป็นแนวทางพัฒนาการบริหารจัดการการศึกษาให้เป็นไปตามเป้าหมายคือบัณฑิตแพทย์ มีเจตคติที่ดี ตระหนักคุณค่าของการปฏิบัติงานในต่างจังหวัดและพัฒนาาระบบสุขภาพชุมชน ได้อย่างมีความสุข

หนังสือสรุปการสัมมนาเล่มนี้ เป็นการรวบรวมคำบรรยายของวิทยากรผู้มีประสบการณ์สูง ซึ่งจะหาอ่านจากที่อื่นได้ยาก อันจะเป็นประโยชน์ยิ่ง ดังนั้น สรุปการเรียนรู้และสรุปการจัดสัมมนาครั้งนี้คณะ ผู้จัดหวังว่า ผลการประชุมครั้งนี้จะผลักดันให้เกิดการพัฒนาแหล่งบริการปฐมภูมิให้เข้มแข็ง เป็นแหล่ง เรียนรู้ที่สำคัญของนักศึกษาแพทย์ต่อไป

ศาสตราจารย์เกียรติคุณ พลตรีหญิงวณิช วรรณพฤษ

รองศาสตราจารย์ ดร. วราภรณ์ เอี้ยวสกุล

นาง รัตติยา ฤทธิรงค์

ผู้รวบรวม

มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี

มทส

สวพ.พ83

6.6

ก64

2550

ก. 2

Call No.

วัน เดือน ปี 27 ส.ค. 2551

เลขทะเบียน

B5009670

กิติกรรมประกาศ

โครงการประชุมเรื่อง “การพัฒนากระบวนการนำหลักสูตรแพทยศาสตรบัณฑิตไปใช้เพื่อรองรับบริการปฐมภูมิ” ได้รับทุนสนับสนุนสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เป็นแหล่งทุนสำคัญที่คณะผู้ดำเนินการต้องขอขอบคุณเป็นอย่างยิ่ง ทำให้สามารถจัดการประชุมครั้งนี้เกิดขึ้นได้ ตลอดจนคณะกรรมการพัฒนาอาจารย์ ของสำนักงานการอุดมศึกษาที่ให้ทุนสนับสนุนบางส่วน และ ASEA-UNINET ที่สนับสนุนค่าเดินทางของวิทยากรจากออสเตรเลีย

ขอขอบคุณ ศ.นพ.อาวุธ ศรีสุกรี เลขาธิการกลุ่มสถาบันแพทยศาสตร์แห่งประเทศไทย (กสพท) และ รศ.ดร.ประสาธ สืบคำ อธิการบดีมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี ที่อนุญาตและสนับสนุนให้มีการจัดประชุมในครั้งนี้ ขอขอบคุณวิทยากรทุกท่านที่มาให้ความรู้และแนวคิดในมุมมองต่างๆ ที่เป็นประโยชน์ยิ่ง ดังรายนามต่อไปนี้ ศ.นพ.ประเวศ วะสี, ศ.นพ.สมพร โปธินาม, ศ.นพ.อาวุธ ศรีสุกรี, ศ.นพ.จรัส สุวรรณเวลา, นพ.ปราชญ์ บุญยวงศ์วิโรจน์ นพ.วินัย สวัสดิ์ดิวิ, ศ.นพ.เฉลิม วราวิทย์, ศ.นพ.รัชตะ รัชตะนาวิน, ผศ.นพ.สำเริง แหงกระโทก รศ.ดร.วราภรณ์ เอี้ยวสกุล, รศ.ดร.สุรเกียรติ์ อาชานานุภาพ, พญ.รุจิรา มังคละศิริ, นพ.สรรัตน์ เลอमानูวรรรัตน์, พญ.ลลิตยา กองคำ, พญ.สุพัตตรา ศรีวิชิชากร, นพ.พิเชษฐ บัญญัติ, รศ.นพ.ไพโรจน์ จงบัญญัติเจริญ, รศ.พญ.ปรียานุช แยมวงษ์, รศ.นพ.กิจประมุข ตันตยาภรณ์, ผศ.พญ.นันทนา ศิริทรัพย์, รศ.พท.ญ.กนกพรรณ, ประไพตระกูล, นพ.สมศักดิ์ ชุณหรัศม์, รศ.พญ.ประสพศรี อังถาวร, รศ.พญ.วัลลี สัตยาลัย, นพ.วชิระ บลพิบูลย์, นพ.โยธี ทองเป็นใหญ่, นพ.พิเศก ทองสวัสดิ์วงศ์, ศ.นพ.วิรุฬ เหล่าภัทรเกษม, ศ.นพ.ดร.ศุภสิทธิ์ พรรณนารุโณทัย, รศ.นพ.จิตตินัดด์ หะวานนท์, อ.ทพ.ดร.สนอง สุขแสง, Prof. Walter Kofler MD, Prof. Paul Worley MD, Prof. Siegfried Schwarz MD, Prof. Gillbert Reibnegger MD, Mag Harald hoermann ขอขอบคุณ ผศ. ดร.อรชุน ไชยเสนะ และ อ.ดร.สาธุ เสกขุนทด ที่มาช่วยเป็นล่ามแปลให้วิทยากรและผู้เข้าร่วมประชุมในการบรรยายภาษาต่างประเทศ และคณาจารย์ที่กรุณามาเป็นประธานและประธานร่วม คณะกรรมการจัดงานทุกฝ่าย นักศึกษาแพทย์ และผู้เข้าร่วมประชุม

ขอบคุณคณะแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัยมหาสารคาม มหาวิทยาลัยบูรพา และมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ที่มีส่วนในการวางแผนในการประชุมครั้งนี้จนลุล่วงไปด้วยดี



Welcome to the Conference

The 6 nascent medical schools of Thailand with an emphasis on producing doctors to serve underprivileged people, which are a majority, is inviting you. Concurrent with commemorating our beloved majesty the King of Thailand 80th birthday, the universities, the National Health Insurance Office are joining the ASEA-UNINET to organize the conference at the Suranaree University of Technology (SUT) during 1-3 August 2007. These rurally located medical schools have recruited students and aim for their returning to practice in their hometown after the graduation.

This conference will provide valuable insight into how to develop and strengthen the community environments in order to become good working and learning places. Various interesting topics in the plenary and seminar sessions will be comprised of renowned persons in medical fields from around the world, such as Austria, Australia, the United States of America and, of course, Thailand. A royal remark regarding “sufficiency economy” will be integrated in almost every session.

Many reasons to hold this conference at Nakhon Ratchasima (also known as Korat) include; one of the new medical schools, the SUT school of Medicine, is situated here. Korat is considered to be the gateway to the Northeastern (“Isann”) part of Thailand where a shortage of doctors is acrimony. There are many interesting sites to visit, such as the historic monument of a brave lady named Suranaree in the center of downtown, from which the name of the Suranaree University of Technology is taken, newly unearthed million years old fossils, silk factories and the Korat Zoo. In addition, Korat also contains the award-winning archeological site at Prasart Village, where the ancient skeletons aged more than 3,500 years old were excavated and many more interesting attractions.

We would like to invite you who are interested in primary health care to attend this conference. See you all at Surasummanakarn, Suranaree University of Technology!

Prasart Suebka, PhD
(Rector of the SUT) &
Organizing Committee

กำหนดการประชุมวิชาการ

การพัฒนาระบบการนำหลักสูตรแพทยศาสตรบัณฑิตไปใช้

เพื่อรองรับบริการปฐมภูมิ

วันที่ 1-3 สิงหาคม 2550

ณ สุรสัมมนาการ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี จังหวัดนครราชสีมา

วันที่ 31 กรกฎาคม 2550

15.00 - 18.00 น. ลงทะเบียนที่หน้าห้องสุรนารี

วันที่ 1 สิงหาคม 2550

ห้องประชุมสุรนารี

08.00 - 09.00 น. ลงทะเบียนที่หน้าห้องสุรนารี

09.00 - 09.30 น. พิธีเปิด : ศ.นพ.สมพร โภธินาม ประธานกลุ่มคณะแพทยใหม่ของ กสพท

Chair person : Prof. Gilbert Reibnegger

Co Chair. : Assoc.Prof. Prasopsri Ungtavorn

09.30 - 10.15 น. What are life and a person within a real theory according to Einstein I

Prof. Walter Kofler (Medical University of Innsbruck, Austria)

10.15 - 10.30 น. พักรับประทานอาหารว่าง

10.30 - 11.15 น. แพทย์ยุคใหม่รักษาโรคด้วยใจ (Humanized care)

ศ.นพ.รัชตะ รัชตะนาวิน

11.15 - 11.45 น. การส่งเสริมการผลิตแพทย์ให้สอดคล้องกับความต้องการของประเทศ

นพ. ปราชญ์ บุญยวงศ์วิโรจน์ (ปลัดกระทรวงสาธารณสุข)

11.45 - 12.15 น. นโยบายสนับสนุนการผลิตแพทย์เพื่อสร้างความเข้มแข็งแก่ศูนย์สุขภาพ

นพ.วินัย สวัสดิ์วิตร (รองเลขาธิการ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ)

12.15 - 13.15 น. พักรับประทานอาหารกลางวัน

13.15 - 14.30 น. Practical course in social medicine-methods, topics and organizational structure

Mag Harald Hoermann (Medical University of Innsbruck, Austria)

14.30 - 14.45 น. พักรับประทานอาหารว่าง

Pararell Panel Discussion.

Room A Suranaree

Chairperson : ศ.นพ เฉลิม วราวิทย์

Co.Chair : นพ.โยธี ทองเป็นใหญ่

14.45 - 16.00 น. การสร้างความเข้มแข็งให้ PCU (Panel Discussion)

- นายแพทย์สำเริง แหยงกระโทก

16.00 - 17.15 น.

- พญ.สุพัตรา ศรีวิมลชากร
- นพ.พิเชษฐ บัญญัติ

พญ.ลลิตยา กองคำ ผู้ดำเนินการอภิปราย

การพัฒนาหลักสูตรให้สอดคล้องกับความต้องการด้านสุขภาพ

- ศ.นพ.สมพร โปธินาม
- พญ. รุจิรา มังคละศิริ
- รศ.พญ. ประสบศรี อึ้งถาวร

รศ.นพ.สุรเกียรติ อาชานานุภาพ ผู้ดำเนินการอภิปราย

Room B ห้อง VIP ชั้น 1

Chairperson : ศ.นพ.รัชตะ รัชตะนาวิน

Co.Chair : รศ.นพ. จิตตินันต์ หะวานนท์

14.45 - 16.00 น.

ประสบการณ์การพัฒนาหลักสูตรแพทยศาสตร์เน้น
Community -based : บทเรียนจากโรงเรียนแพทย์

- รศ.นพ. ไพโรจน์ จงบัญญัติเจริญ
- รศ.พญ. ปรียานุช แยมวงษ์
- นพ.สรรัตน์ เลอมานูวรรรัตน์

16.00 -17.15 น.

รศ.นพ. กิจประมุข ตันตรยาภรณ์ ผู้ดำเนินการอภิปราย

การประเมินทัศนคติและความรู้ความสามารถของนักศึกษาแพทย์ต่อการปฏิบัติงาน
ในชุมชน

- ศ.ดร ศุภสิทธิ์ พรรณนารุโณทัย
- ผศ.พญ.นันทนา ศิริทรัพย์
- รศ.พอ.หญิง กนกพรรณ ประไพตระกูล

รศ.ดร. วราภรณ์ เอี้ยวสกุล ผู้ดำเนินการอภิปราย

Room C Work Shop

14.45 - 17.15 น.

A real practical course in molecular modeling. (*Technology of Learning*)
Prof. Siegfried Schwarz (*Medical University of Innsbruck, Austria*)
Prof. Gilbert Reibnegger (*Graz Medical University of Graz, Austria*)

- 48 1st year medical students

- 12 faculty staffs

Sanong Suksaweang ผู้ดำเนินการอภิปราย

18.30-21.00 น.

อาคารสุรพัฒน์ 2

Dinner & Social Event

วันที่ 2 สิงหาคม 2550

Chairperson : Prof. Paul Worley

Co.Chair : ศ.นพ.วิรุฬ เหล่าภัทรเกษม

09.00 - 09.45 น.

การแพทย์เพื่อมนุษยชาติ

ศ.นพ.ประเวศ วะสี

- 09.45 - 10.30 น. What are life and person within a real theory according to Einstein II
Prof. Walter Kofler (Medical University of Innsbruck, Austria)
- 10.30 - 10.45 น. พักรับประทานอาหารว่าง
- 10.45 - 11.30 น. Teaching molecular modeling to medical students and doctors
Prof. Siegfried Schwarz (Medical University of Innsbruck, Austria)
- 11.30 - 12.15 น. แนวทางการผลิตแพทย์ให้สอดคล้องกับความต้องการของประเทศ
ศ.นพ.อาวุธ ศรีสุกรี (เลขาธิการกลุ่มสถาบันแพทยศาสตร์แห่งประเทศไทย)
- 12.15 - 13.00 น. พักรับประทานอาหารกลางวัน
- 13.00 - 13.45 น. Knowledge management in primary care setting
นพ. สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์
- 13.45 - 14.30 น. ชมพิพิธภัณฑ์ไม้กลายเป็นหิน/ผ้าไหมอำเภอบักรังชัย/เครื่องปั้นดินเผาด่านเกวียน
(แบ่งกลุ่มเพื่อเยี่ยมชมโรงพยาบาลชุมชนและศูนย์สุขภาพในพื้นที่)
- 14.30 - 14.45 น. พักรับประทานอาหารว่าง
- 14.45 - 16.30 น. เยี่ยมชมโรงพยาบาลชุมชนและศูนย์สุขภาพในพื้นที่
พญ. สลิตยา กองคำ และคณะ
- 16.30 - 17.30 น. เดินทางไป อุทยานประวัติศาสตร์พิมาย
- 17.30 - 21.30 น. ชมวิมาเยนาฏการพร้อมซันโตก

วันที่ 3 สิงหาคม 2550

Chairperson : Prof. Walter Kofler

Co.Chair : นพ.พิเศก ทองสวัสดิวงศ์

- 09.00 - 09.45 น. ทางเลือกใหม่ในการผลิตแพทย์เพื่อชุมชน
ศ.นพ.จรัส สุวรรณเวลา

- 09.45 - 10.30 น. Symbiotic clinical education: the roles of medical schools for sustainable improvement in the rural health of a nation
Prof. Paul Worley (Faculty of Medicine, Flinders University, Australia)

10.30 - 10.45 น. พักรับประทานอาหารว่าง

10.45 - 11.45 น. Wrap up session

- ศ.นพ.เจดิม วราวิทย์
- รศ.พญ. วัลลิ สัตยาศัย
- นพ.วชิระ บดพิบูลย์

11.45 - 12.15 น. พิธีปิด : อธิการบดี ม.เทคโนโลยีสุรนารี

12.15 - 13.00 น. พักรับประทานอาหารกลางวัน



Opening Ceremony Speech

“Implementation of the Curriculum Emphasizing on Primary Health Care”

1-3 August 2007

Suranaree Room, Surasammanakarn

Suranaree University of Technology

By

Prof.Somporn Pothinam, MD

Deans, Guests, the members of ASEA-UNINET, Medical Students and members of the news media;

It is my honor and pleasure to preside over the opening of the conference, “Implementation of the Curriculum Emphasizing on Primary Health Care”

Regarding the report from the Dean of the SUT, Institute of Medicine, I am positively convinced that the organizing committee wants to improve the curriculum that serve the needs of Thailand, especially the rural needs. In addition, the cooperation from the Ministry of Public Health in order to strengthen the primary care units and community hospitals becoming learning places for their staff and medical students.

I want to congratulate 6 nascent medical institutes of the Thai Medical Consortium that able to join the world class organization, such as ASEA-UNINET initiating this conference to commemorate and celebrate the 80th birthday of His Majesty King Bhumibol Adulyadej here, at SUT.

This conference will be an aggregation of experts, professors, doctors, staffs, students around Thailand in order to exchange the knowledge and ideas. The organizing committee will collect all the outcome to improve the medical curriculum and teaching strategies in the

near future. I hope this will finally access the needs of Thai people, again, particularly in rural areas.

This conference will not be able to complete without a generous help from the ASEA-UNINET and the National Health Insurance Office (NHIO) in allocating the budget. I would like to thank these two organizations . I would also express my appreciation and thanking to all the guest speakers, who are dedicating their time and work and all participant for attending this conference. I would also thank the Suranaree University of Technology (SUT) for being our wonderful host. Last, but not the least, I want to thank all organizer, staff, janitor, security and everyone for making this conference success.

I would like to express my best wishes for the success of this conference, it should bring copious of productive outcomes. On this occasion, I now declare the open of the conference. Thank you.

มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี



Report To Prof.Somporn Pothinam

On the Occasion of the conference on

“Implementation of the Medical Curriculum for strengthening of Primary health Care”

1-3 August 2007

Surasamanakarn, Suranaree University of Technology
Nakorn Rachasima

Prof.Somporn Pothinam;

On behalf of Suranaree University of Technology and the six new Medical schools,I would like to express our sincere appreciation to your presiding in this Opening ceremony of the conference on “Implementation of the Medical Curriculum for strengthening of Primary health Care”

The 6 new medical schools of the Thai Medical Consortium join with the ASEA-UNINET and some public health sector to organize this conference. With generous financial supports from the National Health Insurance Office makes this conference possible. And it is hoped that this international conference will be of great benefit to the development of cooperation between the Government, University and Public Health sectors.

Due to the insufficiency of medical doctors, especially in the rural areas that have the ratio of doctor to people as 1 to 8000 or 1 to 20000 in some areas creates, an inadequate providing primary health care. The 6 nascent medical institutes in these provincial areas were approved their curricula by the Thai Medical Council for operating in the last two years. They recruit high quality students from their responsible areas and are educated with the rural exposure curriculum as early as possible in order to embed their attitude toward rural needs. Yet, each institute will design the teaching and learning according to its own context.

In the great occasion of the 80th birthday of His Majesty King Bhumibol Adulyadej, we have invited experts and guest speakers from Austria, Australia, medical schools all over the country and some renowned person to come and transfer knowledge or ideas to improve our curricula and teaching strategies that really serve the country needs in the near future.

The objectives for this conference is transferring and exchanging in the aspect of : Improve medical curriculum emphasizing primary health care, strengthen the primary health care system, improve quality of community hospitals and primary care unit, preparing for the future research activities at community level.

The conference will consist of lecture, parallel panel discussion, workshop and site visiting.

We are expecting to have about 300 participants from medical walk of life in medical schools, hospitals, government representative and students.

It is now the auspicious time,I would like to invite Professor Somporn,the chairperson of the 6 new medical schools,to honor us with the inauguration of the conference. Thank you.

Prof. Vanich Vanapruks, MD.

สารบัญ

เรื่อง	หน้า
What are life and person within a real theory according to Einstein.	1
เรื่องแพทย์ยุคใหม่รักษาโรคด้วยใจ	12
การส่งเสริมการผลิตแพทย์ให้สอดคล้องกับความต้องการของประเทศ	21
นโยบายสนับสนุนการผลิตแพทย์เพื่อสร้างความเข้มแข็งแก่ศูนย์สุขภาพ	27
Practical course in social medicine-Methods, Topics and Organizational structure	30
การสร้างความเข้มแข็งให้ PCU (Panel Discussion)	43
การพัฒนาหลักสูตรให้สอดคล้องกับความต้องการด้านสุขภาพ	66
ประสบการณ์การพัฒนาหลักสูตรแพทยศาสตร์เน้น	
Community-based : บทเรียนจากโรงเรียนแพทย์	87
การประเมินทัศนคติและความรู้ความสามารถของนักศึกษาแพทย์ต่อการปฏิบัติงานในชุมชน	93
A real practical course in molecular modeling. (Technology of Learning)	107
การแพทย์เพื่อมนุษยชาติ	109
What are life and person within a real theory according to Einstein II	114
Teaching molecular modeling to medical students and doctors	125
แนวทางการผลิตแพทย์ให้สอดคล้องกับความต้องการของประเทศ	139
Knowledge management in primary care setting	146
ทางเลือกใหม่ในการผลิตแพทย์เพื่อชุมชน	154
Symbiotic clinical education: the roles of medical schools	
for sustainable improvement in the rural health of a nation	172
Wrap Up Sersion	198
คำกล่าวปิดโดย Prof.Dr.Walter Kolfer	202

Chair person : Prof. Gilbert Reibnegger

Co Chair. : Assoc.Prof. Prasopsri Ungtavorn

- What are life and person within a real theory according to Einstein.
Prof. Walter Kofler (Medical University of Innsbruck, Austria)
- เรื่องแพทย์ยุคใหม่รักษาโรคด้วยใจ (Humanized care)
ศ.นพ.รัชตะ รัชตะนาวิน
- การส่งเสริมการผลิตแพทย์ให้สอดคล้องกับความต้องการของประเทศ
นพ. ปราชญ์ บุญยวงศ์วิโรจน์ (ปลัดกระทรวงสาธารณสุข)
- นโยบายสนับสนุนการผลิตแพทย์เพื่อสร้างความเข้มแข็งแก่ศูนย์สุขภาพ
นพ.วินัย สวัสดิวร (รองเลขาธิการ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ)
- Practical course in social medicine - Methods,
Topics and Organizational structure
Mag Harald Hoermann (Medical University of Innsbruck, Austria)

มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี

Einstein had a similar problem as modern medicine and science for sustainability. Two irreconcilable theories, Newton and Maxwell, could not include each other according to Aristotle. His philosophically based answer brought him both the Nobel prize and then the highest honours of philosophy.

of atoms
They
of Arist
about
position of the
make a correct Statement
the statement can be only correct



ตารางที่ 2 The solutions of Einstein

The solutions of Einstein

- A) modification of the ontological position about that what terms and natural laws are:
- just free inventions of the human mind to deal with real world
 - but in agreement with the phenomena: as simple as possible but not more simple
- B) incompatible but indispensable inventions like them of Newton and Maxwell do not express incompatibilities of the nature but only incompatibilities in the inventions about nature:
- C) Therefore it makes sense to create a "Real theory" by modification of terminology (extension or modification of given terms) so that the former incompatible theories are just special cases of the "Extended - Real Theory"
- RTs free inventions of the mind of Einstein

of new disease like AIDS, its connection migration, modern technology. And now we need quality of life to describe the left less house in different societies.

Yes, we have a culture clash, different health and medical care, we live now in virtual world including a total virtual economy.

And this changing is big in very short time. What kind of interactions between all these different types of topics? The applied aspect, I will answer tomorrow and give some ideas about the roots. I will speak now.

Einstein's problem was similar. Indispensable theories about movement (Newton and Maxwell) seem to exclude each other according to Aristotle. His philosophically based answer brought him first the Nobel prize and then the highest honors of philosophy: the dedication of Vol. 7 in the Library of Living philosophers.

What was message. The map is of a different nature than the landscape and scientific terms, and natural laws are free inventions of the human mind and therefore from another nature. Then, its research objects, by Einstein.

ตารางที่ 3 Explanations to A,B and C

Explanations to A, B and C

– with respect to a "real theory for a human person as a social being"

- Ad B (incompatibilities between inventions) Therefore RTs did not falsify neither Newton nor Maxwell: they should be used in any "standard case" for which the sectoral disciplines is adequate. All experiments of the now linked sectoral disciplines enforce the "real theory"
- No paradigm can be objectively true – paradigms and epistemological techniques are seen just as tools to handle more appropriate to the given problem

If you see some determinants of health and characteristics between towns and countries, then, you see life expectancy difference between the living animal and microbe; climate influence the difference; the lack of food and the hard all the livers; then, we have difference in the shift mortality because of faulty, housing, contacted animals and chemicals, work place and tools, they are used.

Most mobility is different because of education, behaviors transition, the accordance

of new disease like AIDS, its connection migration, modern technology. And now we need quality

of life to describe the left less house in different societies.

Yes, we have a culture clash, different health and medical care, we live now in virtual world including a total virtual economy.

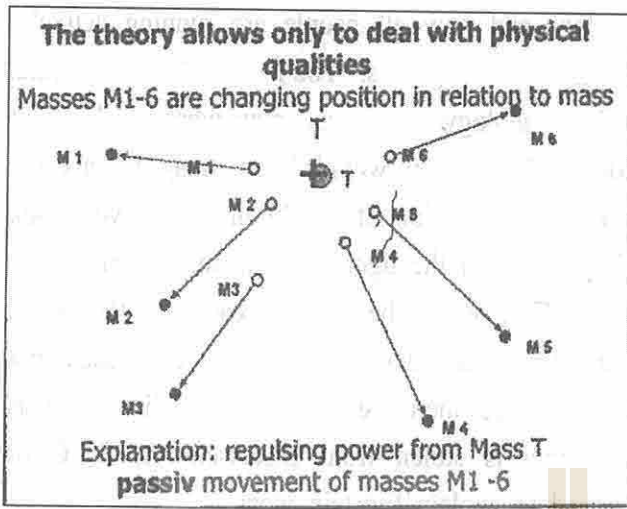
And this changing is big in very short time. What kind of interactions between all these different types of topics? The applied aspect, I will answer tomorrow and give some ideas about the roots. I will speak now.

Einstein's problem was similar. Indispensable theories about movement (Newton and Maxwell) seem to exclude each other according to Aristotle. His philosophically based answer brought him first the Nobel prize and then the highest honors of philosophy: the dedication of Vol. 7 in the Library of Living philosophers.

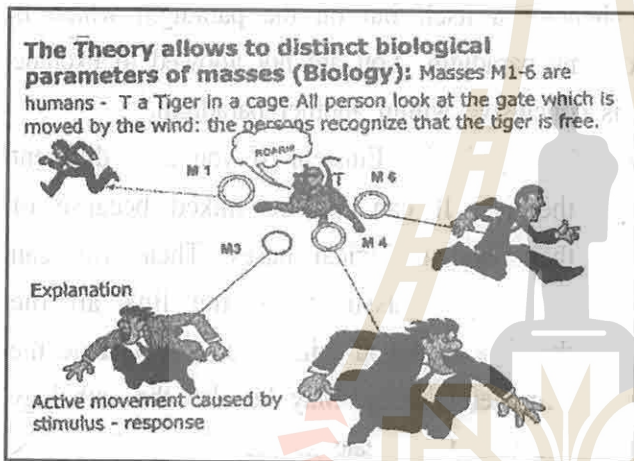
What was message. The map is of a different nature than the landscape and scientific terms, and natural laws are free inventions of the human mind and therefore from another nature. Then, its research objects, by Einstein.

The Solution of Einstein

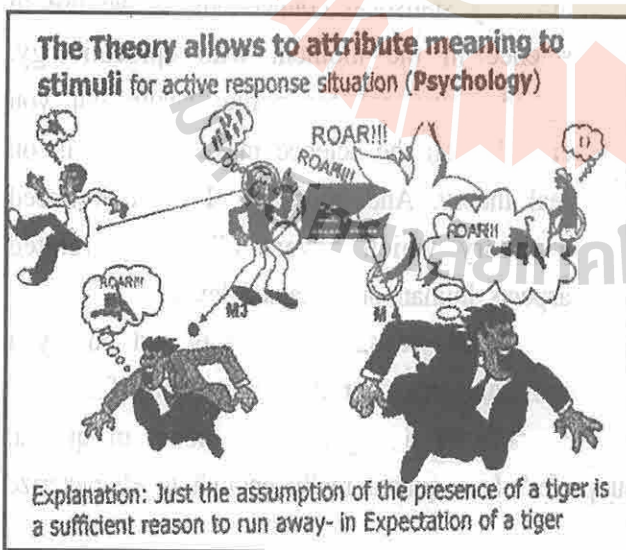
- A) He modified the ontological position about what terms and natural laws are
- just free inventions of the human mind to deal with real world
 - but in agreement with the phenomena as simple as possible but not more simple.
- B) Incompatible but indispensable inventions like of Newton and Maxwell, do not express incompatibilities of the nature but may be only incompatibilities in the inventions about nature.



รูปที่ 1 The theory allows only to deal with physical qualities



รูปที่ 2 The theory allows to distinct biological



รูปที่ 3 The Theory allows to attribute meaning to stimuli

C) Therefore it makes sense to create a Real Theory by modification of terminology (extension or modification of given terms) so that the former incompatible theories are just special cases of the "Extended-Real Theory"

(RTs free inventions of the mind of Einstein.) And they are instruments to deal with.

Why can a shift to another philosophical tool help?

The theory defines, what we can observe.

And what kind of causes we can/ we have to deduce from the observations.

The theory allows only to deal with physical qualities if this would be our basis. Then, we have the masses T in the center, then, we have M1 to 6 around and in a special moment it sounds, listen and all the masses one to six move from this center away. What would be the answer?

The answer would be the masses repulsing power from mass T and the mass 1 to 6 are moving passively because of the power repulsing from T. But if your sign allows to distinct between different and types of masses, maybe then you will see the mass in the center and masses 1-6 are not only masses. These are human. And then the moment of the sound occur. People look at the tiger in the cage and they have seen the tiger in the cage. And the cage

has open door, then, the sound opening the door and now all people are running actively. Because of the information of the stimulus which is dangerous. You'll see the same Tata, the same phenomena but also different scientific technology causes and now what would be if you would be a medical doctor or psychologists. Then, you would know, maybe it's not devital impression of the tiger. Maybe, it is the impression of the brain and if you cook the egg. It's start to design which causes the impression of the tiger, just the impression.

No tiger is here. Then, people would run. They would be "run" because of the sound coming behind the bush, big enough to call a tiger. And all would run away. They must not be a real reason existing in that environment, it must be their assumption of reality. This is enough, these examples that I demonstrate to you is stolen from B. Russell. A, B, C of Relativity theory, published on 1922 example used to explain Einstein view.

This example explain us: Same-phenomena-different explanations It can be a passive, active movement, caused by stimulus response, by valuation or maybe an "ill brain". All can be the same and your conclusion-is the masses if you are able to catch the theory.

All conclusive depending not on the phenomena itself but on the paradigm which is used. Conclusions are only correct within the same paradigm. You are not allowed to exclude an explanation for the same empirical which is conclusive within another paradigm.

And this note, the technology which was developed after Einstein. If you have different

theories. It can not be linked because of their epidemiological bases. Then, you can create your assumption, the link all the theories. And you think over, can change the term, terminology. Maybe also the anthology and then you create in your theory, from this, you are allowed to make conclusive and answer, not only statistical connections as we use in science in the moment with epidemiology. Spend instrument for public health but you can also on the science make causal link on real theory. And, therefore, I think we need a theory which covers all health related aspects human on a causal level.

And we should use this and now you see, same mass of the statute and of Brigitte Bardol of 63 kgs, same amount of quanta.

Are they really the same? Or what would you prefer? Is a quanta really enough to characterize what is life? All quanta.

ตารางที่ 4 Which paradigm accepted in natural science should be used to deal with life from an evolutionary point of view

Which paradigm accepted in natural science should be used to deal with life from an evolutionary point of view

- **Einstein's view:** active movement of particles – gravitational field – there is order in the cosmos because each particle is accepting the space of the other – no atom has touched another – they move away before any contact
- **Classical physics:** passive movement
- **Living entities:** active movement - stimulus
- **Persons:** spontaneous movements too

If you see this in the next way. We have to understand quanta which is a term characterized only physical characteristic. But other sufficient to explain all. And if except a physical that all consisting of quanta. And this is my position. Then, we have to extend our assumption about quanta. We have to integrate also the other aspects which finally after a long evolution approach, allow us to distinct between self orientation and may be finally mind and free will. Then, we have the link between the very early beginning and the human person of the 21st century.

How to create now an “Extended view” for health.?

Similar like theory to understand movement, we need the similar real theory to understand what is the human person and what consequences can we use from this knowledge? For better medicine, better prevent activities and to grow health in populations.

We need different assumptions. The first assumption was

- incompatibilities between the theories are artifacts because of used terms and (unconscious consequences) of the used philosophical tools
- the incompatibilities should disappear by the use of an adequate Real Theory And this is the first to create such a real theories in which the most relevant point, a critical point, by the mind question can be solved. This is possible.

Prepositions

A) To create a model for the self creation of the emergent, in which all forms of “evolution” e.g. Darwin’s model can be seen just as special cases.

B) This process can deduce from postulated but heuristically conclusive characteristics of “most basic actors” from the very early beginning up to the 21st century.

ตารางที่ 5 Explanations to A,B and C

Explanations to A, B and C – with respect to a “real theory for human persons as social beings”

- Ad A) Make all as simple as possible but not more simple: The principle of comprehensive simplicity and the need to introduce an additional quality. The terminology must allow that all what can be observed as different can be formulated /and explained as distinct – otherwise we have to introduce/modify a term/ a qualification etc., but in a way that experimental proving is possible.
Father –mother and/or daughter: The need for an additional ability to be able “to make differences (= information) and to deal with information” – seen in complementarity (N. Bohr) to the ability to change the relationship of matter within Euclidian room (“energy”)

C) from all the principles of self creation of the modern human person from its ancestors and its human related relationship should be deduced.

D) from these principles the fundamentals of health, illness and recreation should be deducible—as special aspects of “to be a human person”

E) The whole process, the used terms etc. are not allowed to be in contradiction to the health related indispensable knowledge of the sectoral disciplines.

Therefore we have different level of simplifications. We are focusing only on human health. We need only a step that first a where

ตารางที่ 6 Explanations to C – How to create a Real Theory for Health

Explanations to C – How to create a Real Theory for Health

- There are many sectoral disciplines needed for a comprehensive understanding of (influences on) health: some deal with very **new** determinants (e.g. financial aspects) others with very **old** ones (e.g. physical and chemical determinants). We have to link them within one frame we need a joint basis
- the agreement on **ONE**, not predetermined **evolutionary process**
- Then "evolution" allows explaining the progress of morphological characteristics but "as a knowledge gaining process (K. Lorenz)", too

All consists just from Quanta! Physical parameters are indispensable but are they sufficient too to explain all?



Evolution is a knowledge gaining process
Nobel laureate K. Lorenz
late Honorary President of IAS-H&E

If all is based on the same unique evolutionary process then guidance expectations, emotions, creativity etc must be based on it too – and on the most basic observable actor (quantum) too – but then we have to attribute non-meretrically-based characteristics to them too! **OWANTA**

รูปที่ 4 Evolution is a knowledge gaining process

ตารางที่ 7 CONCLUSION : Model

" From Big Bang to Big Mac " should help

CONCLUSION:
Model "From Big Bang to Big Mac" should help

- If we would be able to create a model for the evolutionary process which covers the self creation of the oldest (health related) entities up to the self creation of a human person as a social being, who was able to create social structures, then the former incompatibilities between the sectoral disciplines should disappear

graphs figure of their evolution process. This is general extended you, I present in this section.

Levels of simplifications

We are focusing only on human health

A) the model for the "Extended view" of the evolutionary process can be a draft of a blue print: the General Extended view"

B) The model for the "extended view of a human person as a social being" can be like a blue print" The "Special Extended View"

C) The "Applied Extended View" should allow applications to solve daily life health problems. A short introduction to the general extended view an auto dynamic evolutionary process from big bang to big Mac

There are 4 relevant steps for successful creation of persisting emergent new.

1) Evolutionary process

The process must be autopoietic-caused by the actually given actors-researchable but not predetermined (unpredictable in detail)

- actors must be able to develop themselves
- actors must be able to "deal with future"
- if actors are "restricted" they must be able to distinct between possibilities
- Self oriented
- Consent oriented
- related to "given world"
- Conservation laws- but modifiable
- No choice is to accept with an obvious lost on the reached level on self guidance for priorities.

Chair person : Prof. Gilbert Reibnegger

Co Chair. : Assoc.Prof. Prasopsri Ungtavorn

- What are life and person within a real theory according to Einstein.
Prof. Walter Kofler (Medical University of Innsbruck, Austria)
- เรื่องแพทย์ยุคใหม่รักษาโรคด้วยใจ (Humanized care)
ศ.นพ.รัชตะ รัชตะนาวิน
- การส่งเสริมการผลิตแพทย์ให้สอดคล้องกับความต้องการของประเทศ
นพ. ปราชญ์ บุญยวงศ์วิโรจน์ (ปลัดกระทรวงสาธารณสุข)
- นโยบายสนับสนุนการผลิตแพทย์เพื่อสร้างความเข้มแข็งแก่ศูนย์สุขภาพ
นพ.วินัย สวัสดิวร (รองเลขาธิการ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ)
- Practical course in social medicine - Methods,
Topics and Organizational structure
Mag Harald Hoermann (Medical University of Innsbruck, Austria)

มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี



What are life and person within a real theory according to Einstein I.

Evolutionary Model What is life? As a basis for for a human person from an extended view on evolution.

Prof. Walter Kofler, MD
Medical University of Innsbruck,

Dear Chairperson, presidency, ladies and gentlemen. It's great pleasure for me to bring the greeting also from other members of ASEA-UNINET

This is the presentation I have to give another part tomorrow; this is a little surprise. This presentation is the greeting in the name of all members of ASEA-UNINET to commemorate the best of your famous king. It was a special present of all members of ASEA-UNINET to give support and helping hands to this faculty because we know that King Bhumipol Is Our Loving Special King in this country.

And Therefore, a wish of the universities to support special Thai medicines to focus on the needs of the rural area. It's very relevant idea and all of us in all universities of ASEA-UNINET are willing to incorporate this university to have a very powerful faculty in to these strategies.

Please excuse that I cannot speak all of these PowerPoint play because of the time is extremely short but everybody can get the copy of this.

ตารางที่ 1 Einstein had a similar problem as modern medicine and science for sustainability

Einstein had a similar problem as modern medicine and science for sustainability: Two indispensable theories (Newton and Maxwell) seem to exclude each other according to Aristotle

His philosophically based answer brought him first the Nobel prize and then the highest honours of philosophy:
The indication of Vol. 7 in the Library of Living Philosophers

May be you are surprise to see Einstein in the types of health. If the title link to speaking about in the rural areas. There are the links.

Einstein incompatibilities in the understanding of movement in Newton and in Maxwell physics. There are incompatible according to the principle of Aristotle. You can only make a correct statement about physics, classical physics if you know the position of the observers. But if you would like to make a correct Statement about movement of life the statement can be only correct if you excluded the position of the observers.

How can we handle this incompatibilities? This is similar to the program behave differences between towns and countries. The same bodies but difference minds and different social and cultural structures.

ตารางที่ 2 The solutions of Einstein

The solutions of Einstein

- A) modification of the ontological position about that what terms and natural laws are:**
- just free inventions of the human mind to deal with real world
 - but in agreement with the phenomena: as simple as possible but not more simple
- B) incompatible but indispensable inventions like them of Newton and Maxwell do not express incompatibilities of the nature but only incompatibilities in the inventions about nature:**
- C) Therefore it makes sense to create a "Real theory" by modification of terminology (extension or modification of given terms) so that the former incompatible theories are just special cases of the "Extended - Real Theory"**
- RTs free inventions of the mind of Einstein

of new disease like AIDS, its connection migration, modern technology. And now we need quality of life to describe the left less house in different societies.

Yes, we have a culture clash, different health and medical care, we live now in virtual world including a total virtual economy.

And this changing is big in very short time. What kind of interactions between all these different types of topics? The applied aspect, I will answer tomorrow and give some ideas about the roots. I will speak now.

Einstein's problem was similar. Indispensable theories about movement (Newton and Maxwell) seem to exclude each other according to Aristotle. His philosophically based answer brought him first the Nobel prize and then the highest honors of philosophy: the dedication of Vol. 7 in the Library of Living philosophers.

What was message. The map is of a different nature than the landscape and scientific terms, and natural laws are free inventions of the human mind and therefore from another nature. Then, its research objects, by Einstein.

ตารางที่ 3. Explanations to A,B and C

Explanations to A, B and C

- with respect to a "real theory for a human person as a social being"

- **Ad B (Incompatibilities between inventions)**
Therefore RTs did not falsify neither Newton nor Maxwell: they should be used in any "standard case" for which the sectoral disciplines is adequate. All experiments of the now linked sectoral disciplines enforce the "real theory"
- **No paradigm can be objectively true** -
paradigms and epistemological techniques are seen just as tools to handle more appropriate to the given problem

If you see some determinants of health and characteristics between towns and countries, then, you see life expectancy difference between the living animal and microbe; climate influence the difference; the lack of food and the hard all the livers; then, we have difference in the shift mortality because of faulty, housing, contacted animals and chemicals, work place and tools, they are used.

Most mobility is different because of education, behaviors transition, the accordance

of new disease like AIDS, its connection migration, modern technology. And now we need quality of life to describe the left less house in different societies.

Yes, we have a culture clash, different health and medical care, we live now in virtual world including a total virtual economy.

And this changing is big in very short time. What kind of interactions between all these different types of topics? The applied aspect, I will answer tomorrow and give some ideas about the roots. I will speak now.

Einstein's problem was similar. Indispensable theories about movement (Newton and Maxwell) seem to exclude each other according to Aristotle. His philosophically based answer brought him first the Nobel prize and then the highest honors of philosophy: the dedication of Vol. 7 in the Library of Living philosophers.

What was message. The map is of a different nature than the landscape and scientific terms, and natural laws are free inventions of the human mind and therefore from another nature. Then, its research objects, by Einstein.

The Solution of Einstein

- A)** He modified the ontological position about what terms and natural laws are
- just free inventions of the human mind to deal with real world
 - but in agreement with the phenomena as simple as possible but not more simple.
- B)** Incompatible but indispensable inventions like of Newton and Maxwell, do not express incompatibilities of the nature but may be only incompatibilities in the inventions about nature.

ตารางที่ 8 Evolution – 3 bricks for the process

1) Evolution – „3 bricks for the process“

- To see what everybody see – to recognise what nobody recognized before (“the emergent”)
 - If you use this only for yourself: Then you are the last in the chain of the emergent
- To offer this to others: Then the chance is given that the emergent persists: WIN WIN
- The offer fits to the environment – up to now! (Darwin focus on the third)

Evolution: No actors have been focussed on it
 Evolution results as **unintended effect of intentions**:
 To turn the leave to the sun – the intended activity
 The shade of the leave... unintended but the basis for the self creation of ecosystems

similar:
 Economy and sociology analyse the unintended consequences of intended actions of persons

ตารางที่ 9 Two maharaja create chess – Autopoiese of more complex entities

2) Two maharaja create chess – Autopoiese of more complex entities

- Agreement about form e.g. 8x8 squares – black and white – logically not to deduce
- Agreement about meaning: horse different to tower – logically not conclusive
- These self restrictions (“stupid limitations”) opens nearly endless new variations of self guided movement – in WIN WIN
 - Explanation for limits of predictability/ research

Explains the “fanny world of Voltaire” in which one is determined but the other not: “But it seems so that we are living in the fanny world of Voltaire.” I Prigogine (IAS).

- The basic agreements can be predicted
The actors keep them to keep the win
- The use of the liberty opened by the agreements can not be predicted better then “it will be within the borders of the basic agreements” ((see “potentia” as proposal of Heisenberg))

ตารางที่ 10 Comprehensive Evolutionary Process

3) Comprehensive Evolutionary process

The process must be autopoietic – caused by the actually given actors – researchable but not predetermined

Actors must be able for developing themselves (thanks “Potentia” – in complementarity between energy related and information related ability)

Actors must be able to “deal with future” and initiate realisation

Characteristic of Actors must allow experimental proving:
 If actors are “restricted”, they must be able to distinct between possibilities:

- Selforiented
- Consent oriented
- related to “given World”
- Restricted:
 - Conservation laws - but modifiable
 - overestimation of the focus underestimation on others

No choice is to accept with an obvious lost on the reached level on self guidance for priorities.

2) Two maharaja create chess-autopsies of more complex entities

- Agreement about form e.g. 8 x 8 squares black and white, so locally not to deduce
- Agreement about meaning horse different to lower logically not to conclusive.
- These self restrictions “stupid limitation” opens nearly endless new variations of self guided movements–in “WIN WIN”
- Explains the “fanny world of Voltair” in which one is determined but the other not: But it seems so that we are living in the fanny world of Voltair I Prigogine(IAS) :

The basic agreements can be predicted.

The actors keep them to have the win: The use of the liberty open by the agreement cannot be predicted or, then “within the borders. (“potential of Heisenberg)

3) Evolution- 3 bricks for the process

- To see what everybody see- to recognize what nobody recognized before (the emergent) If you use this only for yourself : then you are the last in the chain of the emergent.
- To offer this to others. Then the chance is given that the emergent persist: WIN- WIN
- The offer fits to the environment–up to now!

Evolution : No actors have been focused on it

Evolution results as unintended effect of intentions: to turn the leave to the sun-the intended activity the shade of leave. Unintended but the basis for the self creation of ecosystems.

Similar: Economy and sociology analyze the unintended consequences of intended actions of persons.

4) Evolution thanks “Symbol-intentions”

We attribute to the actuality on a state of the evolutionary process, given actors the observable output as the “symbolic intention” as simple as possible- (purpose)

ตารางที่ 11 Evolution thanks “Symbol-intentions”

4) Evolution thanks „Symbol – Intentions”

- We attribute to the actually on a state of the evolutionary process given actors the observable output as the “symbolic intention” – as simple as possible
- The most basic “symbol intention” we attribute “to move yourself self oriented as differentiated as possible” – (Purpose)
 - To attribute “Free moving” to the actors is enough to make conclusive the processes from Big Bang up to simple life. “The way is the goal” (“to win the competition with the help of the dancer”)
- For sense oriented entities we need an additional “symbolic intention”.
 - “To be in meaningful relation”: To be needed, relevant, loved.
 - “To win the lady with the help of dancing”

- to attitude “free moving” to the actors is enough to make conclusive the processes from big bang up to simple life “the way is the goal”

- (to win the competition with the help of the dancer)

“For sense oriented entities need an additional “symbolic intention”

“To be in meaningful relation” : to be needed, relevant, loved.”

Let’s start : from very early beginning up to now. But according to Einstein we have to deduce all empirical confirms, phenomena related with the health. Period L (just logic) :

a scientific logic explanation which should use covers all reproducible phenomena dealing with cosmetic indent.

- Not ideal actors (for-runners of quanta “mechanics” try to reach an ideal goal (singularity) and recognize that this is impossible without violence of prerequisite.

- Only allowed possibility : turn around and try it again (the goal cannot go lost) = “Big Bang” This is logically correct: rational linkage between all phenomena

The most basic actors-permanent fully active truth restricted (not ideal realization) focused on an ideal intention (singularity)-coming closer and closer-recognize that is impressible to reach as not ideal actor and ideal goal without losing self identity.

The only possibility (extended conservational laws) is to turn around (Big Bang) and try it again (cyclic universe)

The only possible self guided direction is individual with all energy strait ahead.

ตารางที่ 12 Period L (just logic)

Period L (just logic):
 A scientific logic conclusive model which should cover all reproduced phenomena dealing with cosmic beginning
 (incl “Big Bang, inflationary universe and cause for shift to “our” universe, with Dark energy, cosmolog. principle... should deducible from the assumed characteristics of the “most basic actors”

Any application of “Potentia” is not ideal- must be linked with “focus”. Overestimation and underestimation
 Focus on Singularity as “Ideal Meaning” or as “ideal Realisation”

- our world from “light matter” focus on realisation: because of the capacity of realisation is earlier reached (“rubbing”) as the capacity to “construct realisable realisations” (“need for DNA”)

Periods Rm: (Realisation>meaning – Mechanitons)
- But if model is not predetermined: Then focus on Meaning must be assumed, too.

Periods Mr (Meaning >Realisation) - Noeitons)

There is no space between the others which turned jointly. Inflationary universe-(with entanglement of all Mechanoeiton about singularity and information about joint relationship)

When enough space between them was given the chance occurred for self guided modification-after an agreement about the reduction of the speed. The agreement was not predetermined. We can observe the jointly decision” speed of flight of universe-speed of light.

Period L: Logically correct:

Rational linkage between all phenomena

- The "most basic actors (Mechaneitons – Mechaneitons Noeitons)" – permanent fully active but restricted (= not ideal effectiveness) focused on an ideal intention („Singularity") - coming closer and closer – recognize that it is impossible to reach as not ideal actor an ideal goal without losing self identity
- The only possibility ("extended conservational laws) is to turn around ("Big Bang") and "try it again" (cyclic universe)
- The only possible self guided direction is individually as exact as possible and focus on individuality with all energy strait ahead : There is no space between the others which turned jointly: Inflationary universe
- (as Noeiton or as Mechaneiton – on meaningfulness or realisation)

- natural constants(without any) and natural laws can be interpreted as agreement which are accept by the subsets of a entities to increase their possibilities for self guided effect
- And they have history.

Period 2 : Progress of Chemical, a classic physical processes

Not ideal realization – defector ideal construction

- Atom: a new basic actor-a convergent evolution : agreement between different actors to create a network consisting of different types of actors.
- Capacity to realize (energy) is more restricting, then capacity to construct possible realizations (entropy)
- "Light matter" self identity in spite of absorption and emission (of photons)
- Divergent evolution : focus on one aspect- to extend the plurality of realization for the same atoms/molecules with a follow up of reactions
- (e.g. ions, chemical reactions, chemical watches up to cyclic process) to increase self guided movement within agreements which can be observer by the outside observers (other chemicals)
- Crystals-Autocatalysis (ink to Negentropy)
- Guldberg and Waage
- Catalysts

Draft of a pattern for an evolution as an autopoietic process of the most basic actors until today as a basis for an uniform access to sustainability and health Yellow graph (from atom to life)

One chance to use the so won capacity for a self guidance, was to make an agreement with one on other most basic actor to be in relation to each others. (Like dancers) Some made this decision (about 25 %= dark and light matter, radiation) Quanta.

Conclusion

It is never more the only option for scientist

- to accept that natural constants and natural laws occurred without any conclusive reason
- and to follow the follow

Period R – 3 self creations of a biotic life and the progress to biotic

- The use of a catalyst is the most basic step in the self creation of living entities just by not living actors. Now we have within the same entity two levels to deal with information and therefore a hierarchical system
- Therefore the “most ancient living complexes” should have been just linkages between inorganic chemicals. This is assumption of “a biotic life” is now a widely discussed idea : e.g. Cairns-Smith distinct between Life 1 (inorganic-low level life) and by using the same principles by so called “high tech evolution” Life 2 (organic life); the step to life 2 seems to be relatively easy to accept:

Draft of a pattern for evolution as an autopoietic process of the most basic actors until today as a basis for a uniform access to sustainability and health

Graph*from a biotic life 1 to biotic life 2

- The cell- a new basic actor-result of convergent evolution :different types of actors are joint together to a new quality of performance
- Understood as a controlled microenvironment-like a dancing hall
 - instable with inorganic catalysts
 - Miller and Rode : organics can create themselves but with catalyst too.
- The need to create a library to store and recall information: DNA
 - Catalysts remind you
 - Crystal reproduces the structure
 - Structure can be linked with meaning in agreement
- DNA: possibilities and restriction to deal with demands:
 - Epigenetic and proteomics’ as specifications and modifications for further evolutionary steps
 - Metabolism thanks “irrelevant absorption and emission”

Period R-5: The brain understood as an instrument to cheat the somatic cells

- The somatic cells-pseudo autonomic actors: like members in a co-operative, believing to be active for “joint daily live problems of the cooperative”: The skin blocks the relevant information-information about reality via sensory cells to brain!
- The “helmsman brain” transforms messages from the sensory cells according to his needs into an information for “cell-demands” so ancient messenger s can be used to initiate actions of extremely old function units for brand new demands

A surprising understanding of placebo (white coat and toxicology phenomena.

- * There are functions which are based in intentions, not of the, co-operative but of the individual or the person
- * They are realized because of “over forming” of functions related to intentions of the “co-operative” by the creation of a reality which not exist.
- * The brain of the doctor and of the patient are doing this all the time (to create a matrix world for soma) but with different assumptions about “their reality”
- * This assumption is in good agreement to empirical results published actually in leading journals: some drugs effects can be blocked by a substance blocking the reaction of the brain to the drug. The same substance is blocking the placebo effect of this drug.



เรื่องแพทย์ยุคใหม่รักษาโรคด้วยใจ

ศาสตราจารย์ นายแพทย์ รัชตะ รัชตะนาวิน
คณบดี คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี

รศ.พญ. ประสพศรี อึ้งถาวร : Co.Chair

เราพูดถึง Humanized care การรักษาคอนไซท์ด้วยหัวใจ ในปัจจุบันการรักษาคอนไซท์ด้วยหัวใจ มีพื้นฐานเป็นอย่างไร ทำอย่างไร อาจารย์ รัชตะ ผู้ที่มีประสบการณ์นำไปใช้ที่คณะแพทยศาสตร์รามาธิบดี นั้น ก็จะมาพูดประสบการณ์ของเรา ท่านอาจารย์รัชตะ ในขณะนี้ได้เป็นคณบดีของคณะแพทยศาสตร์รามาธิบดี ท่านเป็นแพทย์รามาธิบดีรุ่นที่ 5 ถ้าจะให้พูดซัดๆคือ ท่านก็มาเป็นผู้บริหารคณะแพทยศาสตร์ ในเวลาเดียวกันท่านก็เป็นนักวิจัยดีเด่นของเรามาตลอด ท่านเป็นเมธีวิจัยอาวุโสของสำนักงานกองทุนสนับสนุนวิจัย เป็นนักวิทยาศาสตร์ดีเด่นแห่งชาติเมื่อตอนปี 2548 เพราะฉะนั้นจะเห็นได้เลยว่า จากอะตอมมาเป็นการดูแลสุขภาพ ในเวลาเดียวกัน จากนักวิทยาศาสตร์ก็จะมาคอนไซท์ด้วยหัวใจมาฟังอาจารย์รัชตะกันนะคะ ขอเชิญอาจารย์ค่ะ

ศาสตราจารย์ นายแพทย์ รัชตะ รัชตะนาวิน

กราบเรียนท่านประธาน ท่านคณบดี คณาจารย์ และนักศึกษาแพทย์ทุกคน กระผมขอขอบคุณ คณะกรรมการจัดการประชุมที่ให้เกียรติเชิญกระผมมาบรรยายในครั้งนี้ หัวข้อที่จะพูดกันก็เกี่ยวกับ แพทย์ยุคใหม่รักษาโรคด้วยใจ คำนี้ดูค่อนข้างที่จะใหม่สำหรับในวงการแพทย์เรา ที่จริงไม่ใหม่นัก แต่เราให้ความสนใจมันมากขึ้น ศัพท์ที่เกี่ยวข้องกันมีอยู่หลายคำ เช่น การแพทย์ที่เน้นหัวใจของความเป็นมนุษย์ Humanized Medicine หัวใจในระบบสุขภาพ Humanized Health care ระบบสุขภาพที่มีหัวใจ เป็นมนุษย์ แพทย์ไทยหัวใจพระโพธิสัตว์ ความจริงเป็นเรื่องเดียวกัน แต่เริ่มศัพท์ใหม่ที่แพร่หลายมากขึ้น ใช้กันมากขึ้น ในวงการแพทย์บ้านเราดูเหมือนจะเป็นเรื่องค่อนข้างใหม่ แต่จริงๆ แล้วไม่ใช่เรื่องใหม่เลย เพราะเมื่อหลายสิบปีก่อน สมเด็จพระราชบิดาได้เคยประทานพระโอวาทไว้แล้ว I do not want you to be only a doctor but I also want you to be a man ซึ่งเรื่องนี้ก็เรื่องเดียวกันเลย ที่จริงแล้ว สมเด็จพระราชบิดาท่านได้กล่าวไว้แล้วและท่านอยากจะมองเห็นแพทย์ไทยเป็นแพทย์ที่เป็นคนและคอนไซท์ด้วยหัวใจที่เป็นมนุษย์

ถ้าหากว่าเราจะมองไปดูถึง บทบาทของสิ่งมีชีวิต เราจะดูแลคอนไซท์ด้วยหัวใจอย่างไร ผมคิดว่าจุด เริ่มต้นคงต้องให้คำจำกัดความเรื่องของสุขภาพก่อน คำว่าสุขภาพ คงจะไม่ได้เน้นเฉพาะสุขภาพความแข็งแรง ของร่างกาย แต่ครอบคลุมถึงจิตวิญญาณความเป็นมนุษย์ ซึ่งวิทยาศาสตร์มองเห็นความงาม สภาพของธรรมชาติ ตลอดจนความสวยด้วยองค์ประกอบต่างๆหลายเรื่อง แต่เมื่อมาประกอบขึ้นเป็น สุขภาวะของมนุษย์ จะเห็น ได้ว่าจะมีองค์ประกอบของ Humanity หรือว่าความเป็นมนุษย์อยู่ด้วย ที่จริงก็พยายามจะให้คำจำกัดความ ของ Humanized Medicine ก็ได้ร่วมกันคิดไว้หลายอย่าง แต่ว่าที่จะใช้บรรยายครั้งนี้ คงจะไม่หนีไปจาก

คำสืหาคำนี้ ที่ผมอยากจะเรียนแล้วคือว่า Humanized Medicineมันเป็นอะไรที่เหนือกว่าความรับผิดชอบเหนือกว่าการปฏิบัติหน้าที่ มันเป็นสิ่งที่ต้องต่อยอดขึ้นไปจากตรงนั้น แพทย์ที่ดูแลคนไข้ด้วยหัวใจจะต้องมี compassion ความปรารถนาอย่างแรงกล้าที่จะเห็นผู้ป่วยดีขึ้น และมีความทุ่มเทที่จะทำให้ผู้ป่วยหายจากทุกข์ทรมาน

Respect คือศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ ซึ่งตระหนักเวลาที่เราดูคนไข้ Empathy คือ มีความรู้สึกที่เมื่อเห็นความทุกข์ทรมานของผู้ป่วยต้องการอยากจะเห็นเขาดีขึ้น Sharing คือการที่ให้ทั้งข้อมูลและให้เวลาแก่ผู้ป่วย Holistic คือการดูแลแบบองค์รวม

มองในเรื่องของ Holistic คงจะต้องยกตัวอย่างได้ดีกว่าคำจำกัดความ ผมว่าจะขอยกตัวอย่างสักตัวอย่างหนึ่งที่เกิดขึ้นจริง ในคำคืนวันหนึ่งในขณะที่แพทย์ทางด้านอายุรศาสตร์คนหนึ่งอยู่เวร ผู้ป่วยคนหนึ่งใกล้จะเสียชีวิตห้อมล้อมด้วยญาติอยู่ข้างๆเตียง คนไข้ไม่มีสติ สัญญาณชีพจรคนไข้อ่อนลงเรื่อยๆ ในขณะที่พยาบาลก็รายงานแพทย์ที่อยู่เวรด้วยว่าคนไข้ใกล้จะเสียชีวิตแล้ว ญาติอยากให้คุณหมอลงมาดู คนไข้หน่อยได้ไหมก่อนคนไข้จะเสียชีวิต ปรากฏว่าได้รับคำตอบลงมาว่าผมคงไม่ลงมาหรอกเพราะว่าผมไม่สามารถคืนชีวิตให้กับคนไข้คนนี้ได้ ผมได้ทำในสิ่งที่ควรทำไว้หมดแล้ว ถ้าผู้ป่วยหัวใจหยุดเต้นเมื่อไหร่ก็ช่วยบันทึกไว้ว่าเป็นเวลาเท่าไร เตี่ยวตอนเช้าผมจะลงมาเขียนใบมรณะบัตรให้ นั่นคือคำตอบของแพทย์คนนั้น ซึ่งผมว่านายแพทย์คนนี้ทำหน้าที่ของเขาไหม ? เขาทำ เขารับผิดชอบไหม

เขาก็มาอยู่เวร เขาคิดว่าหมดภาระแล้ว เมื่อคนไข้ใกล้จะเสียชีวิต แต่ว่าหากเปลี่ยนใหม่ถ้าแพทย์ลงมาดูผู้ป่วยในคืนนั้น สิ่งที่เขาจะได้เห็นก็คือความปรารถนาที่ญาติของผู้ป่วยจะเกิดขึ้น ความปิติที่ดวงตาของผู้ป่วย คำขอบคุณของญาติที่คุณหมอได้ลงมา เป็นการตอกย้ำว่าให้สิ่งที่ดีที่สุดแก่คนที่เขารัก ที่กำลังจะเสียชีวิตลงไป

ไม่ว่าที่ไหนคนป่วยใกล้จะเสียชีวิต คนเคียงข้างควรให้ คือกำลังใจ ประสบการณ์ที่ได้จะกลายเป็นความประทับใจของเขาไปตลอดชีวิต คือ การปฏิบัติหน้าที่แพทย์ด้วยความเป็นมนุษย์ นี่เป็นเพียงตัวอย่างหนึ่ง ศ.นพ.ฝน แสงสิงแก้ว บิดาของเวชศาสตร์ ได้กล่าวว่า “รักษาให้หาย ทำได้บางครั้ง ช่วยให้ผู้ดูแลทำได้บ่อยกว่า แต่การปล่อยให้สบายขึ้นนั้นทำได้ตลอดเวลา” ไม่ต้องสอนอะไรเลย ไม่ต้องสาธิต เป็นสิ่งที่คนเป็นแพทย์ควรให้กับคนไข้ได้



รูปที่ 5 Litigation cases in Thailand 1989 - 2002

คำถามก็คือว่าอะไรเกิดขึ้นกับวงการแพทย์บ้านเราในปัจจุบัน ที่ทำให้เราถึงได้มีความตื่นตัวในเรื่องของ Humanized Medicine มากขึ้นที่แน่ชัดที่สุดเลยตามที่ยกตัวอย่างให้ทราบก็คือว่า ความสัมพันธ์ของแพทย์กับคนไข้ เสื่อมโทรมลงไปอย่างมาก จากสถิติของการฟ้องร้องแพทย์ ข้อมูลของแพทยสภา ระหว่างปี 1989-ปี 2002 สูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง สมัยที่เป็นนักศึกษาแพทย์ ผมไม่เคยได้ยินว่ามีกรณีฟ้องร้องแพทย์เกิดขึ้น ขณะเดียวกันถ้าอ่านหนังสือพิมพ์ในช่วงนี้ว่า “ลูกแค่เอาเงินหมอรักษาตาย” ของหนังสือซึ่งสมัยก่อนไม่เคยเห็น



รูปที่ 6 คนไข้ฟ้องหมอ



รูปที่ 7 Mum sues for B10m after her son falls ill

หรือว่า “Mum sues for B 10 mafte her son falls ill” เป็นเรื่องที่บางครั้งก็สุดวิสัย เป็นเรื่อง ที่บางเวลาสามารถควบคุมมันได้ไม่ใช่เป็นการ ผิดพลาด จากการทำงานจะยกตัวอย่างเช่น “Husband of brain-dead woman seeks Bt 13 million” ฟังดูสิสามล้าน เพื่อให้เกิดสถานการณ์เพื่อให้ได้ เงินชดเชย สิ่งนี้ที่มันเกิดขึ้นมีความรุนแรงมากขึ้น เรื่อยๆ ผมมีตัวอย่างแยะ แต่ขอยกตัวอย่าง 2 ตัวอย่างนี้ แต่สิ่งที่น่ากังวลมากคือส่วนของ แพทย์เองกับหนังสือพิมพ์ วิกฤตศรัทธาต่อวงการ แพทย์ แพทย์อาจจะมีเคลื่อนไหวฟ้องกลับคนไข้ แสดงว่าความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับคนไข้ เสื่อมลง ถึงขนาดเกินจะเยียวยากันไม่ได้แล้วแพทย์ สภาเองก็มีความจำเป็นที่ต้องออกมาพิทักษ์สิทธิ ผู้ป่วย โดยการร่างแนวทางการรักษาพยาบาล การรับเรื่องร้องเรียนและพิจารณาความในการ ประกอบวิชาชีพที่มีจำนวนอยู่สูงสุดในขณะนี้

สมมุติว่าเราพิจารณาความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับผู้ป่วยทรุดลงขนาดนี้ เพราะอะไร ผมอยากจะ ขอวิเคราะหว่า ปัจจัยที่เกี่ยวข้องมีอยู่หลายอย่าง ปัจจัยแรกคือตัวผู้ป่วยเอง ตั้งแต่รัฐธรรมนูญปี 2540 ประกาศใช้ ประชากรทราบว่าตัวมีสิทธิเข้าถึงการประกันสุขภาพ นี่เป็นสิทธินะครับ สมัยก่อนในเวลาที่มา โรงพยาบาลแล้วไม่มีเงินที่จะรักษา แพทย์จะรับรักษาด้วยความเมตตากรุณา มีสังคมสงเคราะห์ แต่ใน ปัจจุบันนี้ไม่ใช่ มันเป็นสิทธิของคนไทยทุกคน ทศนคติของคนไทยเปลี่ยนไปมาก คนไข้บางคนได้รับการ รักษาอย่างเต็มมาตรฐาน แต่ก็อาจจะมีความผิดพลาดไปบ้าง คนไข้ก็พร้อมที่จะฟ้องร้อง เพราะเห็นตัวอย่าง อยู่ว่าฟ้องร้อง แล้วก็จะได้เงินชดเชย ในส่วนของแพทย์เอง แน่นนอนมีปัจจัยที่สำคัญ เพราะบางครั้งแพทย์ เองก็ไม่ได้ให้ข้อมูลข่าวสารกับผู้ป่วยอย่างเต็มที่ ในบางครั้ง แพทย์เองก็ต้องยอมรับนะครับว่า ส่วนหนึ่ง เกี่ยวข้องในเชิงพาณิชย์มากกว่าในเรื่องการดูแลรักษาผู้ป่วย

อีกหนึ่งปัจจัยคือระบบสุขภาพของเรา ที่มีการเปลี่ยนแปลงไปในขณะนี้ ผู้วิเคราะห์จะเห็นได้ว่า เราใช้การเปลี่ยนแปลงทางการเงิน การตัดสินใจงบประมาณจะเกี่ยวข้องกับ การเปลี่ยนแปลงทางการแพทย์ สิ่งที่เป็นรูปธรรมคือการเปลี่ยนแปลงการบริการทางการแพทย์ที่เป็นมาตรฐาน จึงได้เกิดปัญหาอะไรต่างๆ เกิดขึ้นหลายอย่างที่ทำให้แพทย์ไม่สามารถทำการดูแลรักษาผู้ป่วยได้อย่างเต็มเม็ดเต็มหน่วย งานโหลด แพทย์ค่อนข้างมาก เวลาที่จะมีให้ผู้ป่วยก็น้อยลง มีปัจจัยที่เข้ามาเสริมอีกอย่างหนึ่งคือเรื่องของกฎหมาย ทนายความที่ได้ผลประโยชน์กับเขา ที่จะมาช่วยกันฟ้องร้องแพทย์รวมทั้งสื่อมวลชน อย่างที่ทุกท่านทราบ ถ้าเขาช่วยเก็บรองความผิดพลาดทั้งหลายของการรักษาที่เป็นของแพทย์

ที่นี้ถ้าเราจะมาแก้ไขในเรื่องของความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับผู้ป่วย การดูแลคนไข้ด้วยหัวใจที่เป็นมนุษย์ ปัจจัยต่างๆ ได้พิจารณาครบหรือยัง คนที่มีการแก้ไขขับเคลื่อนเปลี่ยนแปลงทั้งองค์คาพบจะเป็นเรื่องใดเรื่องหนึ่งคงเป็นไปได้ ระบบสุขภาพเขามีการปรับปรุงแก้ไข แต่สิ่งที่เราสามารถทำได้เร็วที่สุด ดีที่สุด ก็คือในเรื่องนักศึกษาแพทย์ เราจะปลูกฝังให้นักศึกษาแพทย์ ทำอย่างไรที่จะให้เขาจบไปเป็นผู้ที่มีหัวใจเป็นมนุษย์ การประชุมแพทยศาสตรศึกษาแห่งชาติครั้งที่ 7 พ.ศ.2544 มีทั้งหมดประมาณ 30 ข้อ ในข้อ 11 มีข้อย่อย 8 ข้อและ 4 ข้อในข้อที่11 บรรยายคุณลักษณะของบัณฑิตแพทย์ที่เหมาะสมต่อการให้บริการในระดับปฐมภูมิ ซึ่งทั้ง 4 ข้อนี้ เป็นเรื่องที่ทำปลูกฝังแล้วก็สามารถให้แพทย์ที่ปฏิบัติงานเริ่มจะมีความตระหนัก คิดที่จะดูแลผู้ป่วยให้มีความเป็นมนุษย์มากขึ้น

ตารางที่ 14 ข้อเสนอแนะการประชุมแพทยศาสตรศึกษา

ข้อเสนอแนะของการประชุมแพทยศาสตรศึกษา แห่งชาติ ครั้งที่ 7 พ.ศ. 2544	
24	ให้ทุกสถาบันทางการแพทย์และสาธารณสุข จัดระบบ และกลไกเพื่อส่งเสริมคุณธรรม จริยธรรมให้แพร่หลาย เพื่อให้แพทย์สร้าง ไว้ซึ่งศักดิ์ศรีและจริยธรรมแห่งวิชาชีพ ทั้งนี้คณาจารย์และแพทย์รุ่นพี่ต้องถือว่าการ อบรมศิษย์ให้เป็นคนดีและแพทย์ที่ดีเป็น หน้าที่หลักรวมทั้งต้องประพฤติตนให้เป็น แบบอย่างที่ดี

แต่นี้เป็นเพียงข้อหนึ่งใน 30 ข้อ มีอยู่ข้อหนึ่ง ข้อที่ 14 ให้ทุกสถาบันทางการแพทย์และสาธารณสุขจัดระบบและกลไกเพื่อส่งเสริมคุณธรรมจริยธรรมให้แพร่หลาย เพื่อให้แพทย์ธำรงไว้ซึ่งศักดิ์ศรีและจริยธรรมแห่งวิชาชีพ ทั้งนี้คณาจารย์และแพทย์รุ่นพี่ต้องถือการอบรมศิษย์ให้เป็นคนดีและแพทย์ที่ดีเป็นหน้าที่หลักรวมทั้งต้องประพฤติตนให้เป็นแบบอย่างที่ดี นี่เป็นเรื่องที่ดีเพราะว่าในการประชุมแพทยศาสตรศึกษาครั้งต่อไป ก็คือ PROFESSIONALISM ถึงเวลานั้นเราจะเห็นว่าคนดีมากขึ้น มากกว่า2ข้อใน 30 ข้อที่เกี่ยวข้องกับการผลิตบัณฑิตแพทย์ออกมาให้เป็นแพทย์ที่มีหัวใจเป็นมนุษย์

คงจะปฏิเสธไม่ได้ว่าความสนใจของวงการแพทย์ไทยในทุกวันนี้ มีจุดประกายขึ้นมาแบบอย่างที่เราได้เห็นของจริง ไม่ใช่มีแต่แคในไต้หวัน ที่มูลนิธิฉือจี้ ซึ่งเป็นมูลนิธิคนพิการแห่งไต้หวัน ซึ่งผมเองได้มีโอกาสร่วมชบวนกับคณะแพทย์ไทย กับองค์กรที่เกี่ยวข้องทางการแพทย์ หลายองค์กรร่วมชบวนด้วยกัน นำโดยอาจารย์ ปราโมทย์ พิษศรี



รูปที่ 8 งานมนุษยธรรมบิบนวดให้ผู้สูงอายุ

ในขณะเดียวกันมีพลเอกพัฒนา ผู้ประสานงานที่สำคัญ สิ่งที่เราได้ประเมินผลได้เห็นแจ้ง คือข้อมูลรูปธรรมของการที่จำนวนผู้มีคุณธรรมช่วยเหลือเพื่อนมนุษย์ สังคมสงเคราะห์ในการแพทย์ ปรัชญาของการศึกษา การพัฒนาสิ่งแวดล้อม งานการกุศล Charity ของมูลนิธิฉือจี้เห็นได้ว่าเป็นการเสียสละช่วยกันดูแลคนสูงอายุตัดผมให้บิบนวดให้งานมนุษยธรรมบิบนวดให้ผู้สูงอายุ หรือไปดูแลทำให้หรือเวลาเกิดการเกิดทุกข์ภัยกันทั่วโลก เขาก็จะส่งอาสาสมัครเข้ามาช่วย เวลาเกิดขึ้นมีในประเทศไทย ก็ส่งมาเหมือนกัน แต่สิ่งหนึ่งที่พบสำหรับแพทย์

เป็นการคิดขบจนกลับกัน เป็นการที่เราไม่เคยคิดมาก่อนว่า คนที่ให้ความช่วยเหลือ คือ แพทย์เป็นคนที
 โคว้งคำนับคนที่ตนไปช่วย โอกาสที่ได้ไปช่วยคนอื่นประเสริฐอย่างยิ่ง ต้องขอบคุณที่ได้มีโอกาสได้ไป
 ช่วยเหลือเพื่อนมนุษย์ ที่สำคัญคือปรัชญาของการศึกษา ที่ลือจี้พยายามที่จะปลูกฝังการศึกษาตั้งแต่เด็ก
 คือการศึกษาสร้างคนให้คนมีหัวใจเป็นมนุษย์ ในการศึกษาต้องมีการสอดแทรกในเรื่องของคุณค่าของ
 การเป็นคน ได้มีโอกาสชักชวนให้เพื่อนๆ สำหรับเด็กอนุบาลการล้างส้วมสำหรับเด็กโต เป็นเรื่องที่มีเกียรติ
 เป็นเรื่องที่ช่วยเหลือสังคม เขาสอนให้เด็กที่ได้หวั่นมีจิตใจที่ดี รู้ศิลปะและวัฒนธรรมซึ่งทำให้จิตใจเขา
 อ่อนโยนขึ้น การศึกษานี้ก็เป็นปัจจัยที่ต่อเนื่อง ลือจี้มีมหาวิทยาลัยด้วยมีสถานที่ทันสมัย พยายามปลูกฝัง
 ให้นักเรียนออกมาจิตใจเป็นมนุษย์ ยกตัวอย่างเช่นวิชากายวิภาคศาสตร์ เป็นเครื่องมือที่จะปลูกฝังให้
 นักศึกษาได้เห็นความสำคัญของอาจารย์ใหญ่ ให้เห็นความเสียสละของอาจารย์ใหญ่ และให้นักศึกษา
 มีจิตใจที่อ่อนโยนลงและเข้าใจถึงความเสียสละ

ถ้าจะดูในเรื่องของการศึกษานะครับ ก็จะต้องมาอธิบายถึงหลักของการศึกษา ที่จะเข้ามา apply เรา
 ได้ ผมต้องขออนุญาตนำสิ่งที่อาจารย์ปรโมทย์ พีชศรี ได้กล่าวไว้

ไตรยางค์แห่งการศึกษามี 3 อย่าง องค์ที่ 1 คือ การศึกษาในฐานวัฒนธรรม องค์ที่ 2 คือ
 กระบวนการทางวิทยาศาสตร์ องค์ที่ 3 คือ จิตตปัญญาศึกษา ข้อนี้ น่าจะเป็นศัพท์ใหม่บางที่แพทย์อาจจะ
 ยังไม่เคยได้ยินมาก่อน ที่อาจารย์ปรโมทย์ พีชศรี ท่านได้สอนไว้ว่า วัฒนธรรมเป็นพื้นฐาน สังคมจะต้อง
 เข้าใจว่าแต่ก่อนเรามีอะไรเป็นรากฐาน กระบวนการทางวิทยาศาสตร์ใช้กันมากในการศึกษา แต่สิ่งที่
 ต่อยอดขึ้นไปสูงสุดเราเรียกว่า จิตตปัญญาศึกษา คือการที่จบการศึกษาแล้วสามารถเชื่อมโยงสรรพสิ่ง
 และให้เข้าใจถึงจิตใจของตนเองแล้วเกิดปัญญา จิตตปัญญาศึกษาหมายถึงกระบวนการเรียนรู้ด้วยใจ
 อย่างใคร่ครวญ การศึกษาที่เน้นการพัฒนาจิตใจเพื่อให้เกิดความตระหนักรู้ถึงคุณค่าของส่วนต่างๆโดยปราศ
 จากอคติ เกิดความรักความเมตตา อ่อนน้อมต่อธรรมชาติ มีจิตสำนึกต่อส่วนรวม และสามารถเชื่อมโยง
 ศาสตร์ต่างๆ มาประยุกต์ใช้ในชีวิตได้อย่างสมดุล

จุดมุ่งหมายของจิตตปัญญาศึกษา คือ กระบวนการพัฒนาจิตและปัญญาอย่างรอบด้านและเป็น
 วิทยาศาสตร์เพื่อช่วยสร้างมนุษย์ให้เป็นคนที่สมบูรณ์และสมดุล และสามารถเชื่อมโยง สร้างสังคมที่
 สันติสุขและเสมอภาค

แนวทางที่จะจัดการเรียนรู้เรื่องจิตตปัญญาศึกษามีอยู่ 3 ข้อที่สำคัญ ข้อแรกคือ การเรียนรู้แบบ
 บูรณาการและการผสมผสานสรรพศาสตร์ ข้อที่สองการเรียนรู้ผ่านประสบการณ์ ข้อสามการเรียนรู้นำไปสู่
 การเปลี่ยนแปลงภายในของผู้เรียน ถ้าเรามองดูเจตีย์ของอาจารย์ประเวศ จะเห็นได้ว่าฐานมันไม่มันคง



รูปที่ 9 ไตรยางค์แห่งการศึกษา

เราค่อนข้างจะไฟก์สอยู่ในเรื่องของวิทยาศาสตร์เทคโนโลยี
 การที่เราจะปลูกฝังให้เป็นคน เป็นมนุษย์ที่จะออกไปอยู่
 ในสังคม และทำให้เขาให้ความช่วยเหลือและเป็นคนเสีย
 สละเพื่อสังคม จะต้องรู้จักจิตใจ ตัวเองเกิดปัญญา

เป้าหมายที่จะให้การเรียนจิตตศึกษาคือ ให้แพทย์
 เข้าใจถึงความดี ความงามและความจริง ทั้งสามสิ่งแยกออก
 จากกันไม่ได้ มันเป็นเรื่องที่อยู่เอากการอยู่ ที่อาจารย์ประเวศ
 ท่านได้เขียนไว้ว่าอยากจะปลูกฝังให้นักเรียนได้เห็นความจริง

ที่มีความดีความงาม ความดีที่มีความจริง ความงามที่มีความจริง ความดี ผมขอเรียนว่าในขณะที่ในเรื่องของจิตตปัญญาศึกษาที่เข้ามาในการเรียนการสอน ในระดับมหาวิทยาลัย ได้เกิดขึ้นแล้วในมหิดล ซึ่งเป็นมหาวิทยาลัยแรกที่สร้างศูนย์จิตตปัญญาศึกษาเกิดขึ้น อธิการบดีเป็นประธาน ผู้อำนวยการจิตตปัญญาศึกษาวางแนวทางสอนจิตตปัญญาศึกษาเข้าไปในหลักสูตร บูรณาการการเข้าไปเพื่อที่จะเข้าไปปลูกฝังนักศึกษามหิดลให้ออกมาเป็นคนที่สมบูรณ์ขึ้น ถ้าผ่านสนใจ อาจารย์ปราโมทย์ พิษศรีได้เขียนหนังสือเล่มหนึ่งว่า มหาวิทยาลัยกับจิตตปัญญาศึกษาและไตรยางค์แห่งการศึกษา ผมคิดว่าท่านมีบรรยายถ้าใครสนใจต่อก็ติดต่อกับอาจารย์ปราโมทย์นะครับขอหนังสือจากท่านน่าจะดี

จะขอยกตัวอย่างที่คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดีที่เราเห็นความสำคัญของเรื่องนี้ว่าได้รับนโยบายจากมหาวิทยาลัยมาดำเนินการ นี่เป็นขบวนการแรกๆที่เราได้เริ่ม มีการจัดตั้งคณะกรรมการจิตตปัญญาศึกษาเกิดขึ้น เราเริ่มพัฒนาอาจารย์ก่อน ให้เป็นผู้นำทางจิตตปัญญาศึกษา เอาไปเข้าคอร์สฝึกอบรม authentic leadership, personal mastery อะไรต่างๆ ขณะเดียวกันเราได้พัฒนาอาจารย์ที่ปรึกษาให้เข้า workshop เกี่ยวกับการผ่อนคลายความเครียด เป้าหมาย ก็คือ ความรู้จิตตปัญญาที่จะรู้จักตัวเองให้มากขึ้น ในการสร้าง Workshop General Education จิตตปัญญาศึกษา จะต้องบูรณาการจิตตปัญญาศึกษาทั้งในและนอกหลักสูตรอย่างต่อเนื่อง ผมเข้าใจว่าในคณะแพทย์หลายแห่งก็ได้มีความพยายามที่จะปลูกฝังในเรื่องของความเป็นมนุษย์ให้กับนักศึกษา แต่ถ้าผมขอเล่าเรื่องถึงประสบการณ์ที่รามาธิบดีแล้วผมคิดว่าประสบการณ์ที่เราออกแบบหลักสูตรที่รามาธิบดี ขึ้นอยู่กับปัจจัยแห่งความสำเร็จดังต่อไปนี้คือ ข้อแรกเราจะต้องมีการปลูกฝังต่อเนื่อง ไม่ใช่ทำแล้วหยุด หยุดแล้วทำ ต้องเป็นทั้งในหลักสูตรและนอกหลักสูตร ข้อที่สองสำคัญที่สุดควรต้องเป็นต้นแบบ ครูต้องทำให้ดีมีใจว่าบอกให้แก่นักศึกษาต้องทำ นักศึกษาต้องมีส่วนร่วม เรียนรู้จากประสบการณ์จริง ครอบคลุมทั้งหมดไม่ใช่เฉพาะวิชาชีพแพทย์ พยาบาล ทันตแพทย์ เกสซ์ทั้งหลาย นักศึกษาแพทย์เองก็ต้องมีส่วนร่วม

ผมเคยบรรยายให้นักศึกษาแพทย์ฟัง ปรากฏว่าตอนจบนักเรียนแพทย์คนหนึ่งเดินเข้ามาหาผมแล้วบอกว่าอาจารย์ครับที่อาจารย์บรรยายมีแต่นักเรียนแพทย์ อาจารย์ต้องบรรยายให้แพทย์ประจำบ้านฟังด้วย นั่นก็เป็น Comment จากนักศึกษาแพทย์ ในขณะเดียวกันต้องมีบูรณาการ ผมจะยกตัวอย่างหลักสูตรของมหาวิทยาลัยทั่วไป อันที่หนึ่งคือ เชื่อมโยง ปลูกฝัง ทั้งในและนอกหลักสูตรจนกระทั่งนักศึกษาจบการศึกษา

ในหลักสูตรนักศึกษาแพทย์ปีที่1 จะเรียนในเรื่องของ General Education คือวิชาความรู้ทั่วไป มันก็จะสอดแทรกในเรื่องของจิตตปัญญาศึกษาเข้ามา ในเรื่องกิจกรรมเสริมหลักสูตรมีการปฐมนิเทศ นักศึกษามาใหม่ เน้นการจัดสรรคนใช้ให้เกิดความประทับใจ ในเรื่องราวของอาจารย์ ศิษย์เก่า นักศึกษารุ่นพี่ คนไข้ และอาสาสมัคร การรับรู้ใหม่ๆ สิ่งสำคัญต้องรู้คุณค่า รับผิดชอบต่อสังคม ไม่ใช่สนุกสนานเฮฮาอย่างเดียว ในปีหนึ่งเรามีกิจกรรมเสริมหลักสูตรในเรื่องของจิตตอาสา/ศิลปวัฒนธรรมที่นักศึกษาจะต้องเข้าร่วมอย่างน้อย3วัน/ปี มีอาจารย์พี่เลี้ยง หรือรุ่นพี่คอยดูแลและปลูกฝัง กิจกรรมปลูกสำนึกเป็นกิจกรรมที่นักศึกษาทำในชมรมต่างๆมากมาย แต่ว่าจะต้องมีการผลักดัน ประธานรุ่นของจิตตอาสาทำงานเพื่อสังคมด้วย แล้วก็มีการผ่อนคลายความเครียด จัดกิจกรรม 3 วัน การฝึกสมาธิ

พอถึงปีที่สอง จะมีวิชาเลือกเสรี วิชาเลือกเสรีจะรู้ว่ามันเป็นหลักการเรียนในสังคม นักเรียนสามารถเลือกเฉพาะวิชา ที่มีสอนอยู่ในมหาวิทยาลัยก็ได้ จะวาดรูปหรืออะไรก็ตามที่มันเป็นเรื่องของความงาม จะพยายามปลูกฝังนักเรียนปีที่2ให้มี Early Clinical Exposure โรงพยาบาลชุมชน

ในวิชา Anatomy พิธีเคารพอาจารย์ใหญ่ก่อนเริ่มพิธีศาสนา ปลุกฝังคุณค่าเชิงคุณธรรมของอาจารย์ใหญ่มาร่วมงาน ต้องรู้จักว่าอาจารย์ใหญ่คือใคร ไม่ใช่สิ่งที่ไร้ชีวิตมานานอนอยู่ แต่ก่อนเขาก็เป็นคนมีศักดิ์ศรีและเขามีชีวิตความเป็นมาอย่างดีได้มาบริจาคร่างให้นักเรียนเรา เดี่ยวผมจะยกตัวอย่างเกี่ยวกับเรื่องนี้ฟังว่า ในขณะเดียวกันในเรื่องของกิจกรรมเสริมหลักสูตรการแพทย์ที่ตินั้น โครงการแพทย์ฤดูร้อน ที่นักเรียนได้ออกไปชุมชน ไปศึกษาชีวิตของชุมชนหลายๆอย่าง กิจกรรมอาสา/ศิลปวัฒนธรรม กิจกรรมวันมหิดล นี่ผมอยากจะชี้ประเด็นหนึ่งว่า วันมหิดลเป็นวันที่สำคัญของมหิดลและวงการแพทย์ไทยด้วย มหาวิทยาลัยมหิดลมี 3 วิทยาเขต คือ ศาลายา บางกอกน้อย และพญาไท แต่พวกเรามากจะคุ้นเคย มหิดลวิทยาเขตบางกอกน้อยศิริราชพยาบาลเป็นหลัก นักเรียนทำมากันหลายสิบปี ชายธง ขายนม แต่วิทยาเขตพญาไทมีอยู่ 6 คณะ รวมทั้งคณะแพทยศาสตร์ด้วย ไม่ค่อยมีการเคลื่อนไหวอะไรกัน แต่เขาเปลี่ยนใหม่แล้วครับ ปีนี้เป็นปีแรกที่นักศึกษาทั้ง 6 คณะ เข้ามามีส่วนร่วม พยายามจัดกิจกรรมเพื่อสังคม เพื่อที่จะเป็นการถวายสักการะแด่สมเด็จพระราชบิดา

ในปีที่ 3 ก็จะมีวิชาเลือกเสรีอีก Introduction to Medicine เน้นในเรื่องของ Patient approach กิจกรรมอาสาเป็นกิจกรรมที่ทำอยู่แล้ว กิจกรรมผ่อนพักตระหนักรู้

ในปีที่ 4 ปีค่ายทักษะชีวิต เป็นค่าย 3 วัน สำหรับนักศึกษาทุกคน เน้นการเข้าใจตนเองและผู้อื่น ในวิชาเลือกด้วย และก็เรื่อง Integrate ในเรื่องกิจกรรมจิตอาสาเข้าไปในClinical ด้วย อาจจะมีกิจกรรมอย่างอื่นเช่น สื่อวิทยุ นักศึกษาจะมีส่วนร่วมในพิธีนี้ด้วย สอนให้เขาได้รู้จักถึงคุณค่าศักดิ์ศรีของการเป็นแพทย์ ผู้ปกครองก็มีส่วนร่วมด้วย เมื่อปีที่แล้วทำอย่างพิถีพิถันไม่ใช่ถึงเวลาที่ทำ นักศึกษาต้องมาปรึกษาว่าจะต้องทำอะไรให้เกิดคุณค่าทางจิตใจที่สุด

ปีที่ 6 ก็จะมีกิจกรรมปัจฉิมนิเทศที่เป็นจุดที่จะตอกย้ำจิตสำนึกวิชาชีพ ปลุกเร้าและกระตุ้นคุณธรรม จริยธรรม ความเมตตา พิธีจบก็พยายามสร้างความประทับใจให้เห็นคุณค่า เชิญผู้ปกครองบัณฑิตที่ดีเด่น กล่าวแสดงความรู้สึก ทั้งหมดมันจะต่อเนื่องเชื่อมโยงทั้งหมด ที่จะพยายามปลุกปล้ำให้นักศึกษาแพทย์คนหนึ่งที่เขาเข้ามาเรียนได้จบออกไปเป็นแพทย์ที่ดี ผมขอเล่าประสบการณ์ให้ว่าพิธีที่เราจัดทำบุญให้อาจารย์ใหญ่ที่จะเริ่มเรื่องวิชา Gross Anatomy ในวันที่เราเชิญญาติมาเราจะเห็นได้ว่าห้องประชุมวิทยาศาสตร์ L 01 ที่บรรจุได้ 200 คนเต็ม ญาติมากันเต็ม เป็นญาติอาจารย์ใหญ่ประมาณ60ท่าน อันนี้เป็นภาพที่ได้มาเต็มๆ คณบดีคณะวิทยาศาสตร์อาจารย์มาเรียนกับผมเองว่าภาพที่เห็นอาจารย์ ดร.สุกชัย พาณิชย์ศักดิ์ มาร่วมด้วยเพราะบิดาของท่านบริจาคร่างให้เป็นอาจารย์ใหญ่ด้วย จะเห็นในภาพว่านักศึกษาแสดงความขอบคุณต่อญาติของอาจารย์ใหญ่ โดยการมอบดอกไม้เป็นการคารวะ และนักศึกษาแพทย์จะได้คุยกับญาติอาจารย์ใหญ่

ในช่วงท้ายที่ทำพิธีราชเพลิงศพ แพทย์เหล่านี้ก็จะได้เขียนความรู้สึกทำเป็นหนังสือออกมาเป็นอนุสรณ์วารสาร ประฆัตถ์น้อมสักการ นักศึกษาแต่ละกลุ่มเขาก็จะเขียน ผมขอยกตัวอย่างสักกลุ่มหนึ่งที่ว่า ได้เขียนความรู้สึกของเขา 9 กรกฎาคม 2549 วันทำบุญอาจารย์ใหญ่ วันที่พวกเราได้พบครอบครัวของอาจารย์ใหญ่ วันที่พวกเราได้พบอาจารย์ใหญ่เป็นครั้งแรก วันที่เปลี่ยนแปลงชีวิตของพวกเราไปตลอดกาล วันนั้นพวกเราได้พบคุณย่าคู่สมรสของอาจารย์ใหญ่กิมดี แซ่พัวและบุตรของท่าน คุณชนินทร์ โพธิพิจิตร ซึ่งเป็นรุ่นพี่นักศึกษาแพทย์รามธิบดีของพวกเรา ผู้ซึ่งผ่านประสบการณ์เหล่านี้มาก่อน ได้ให้ความเข้าใจความเป็นกันเองคำแนะนำมากมายเกี่ยวกับสิ่งที่เราต้องพบเจอตลอดหนึ่งปีนี้ คุณย่าเล่าให้พวกเราทราบถึงอาจารย์ใหญ่กิมดี ตอนที่ยังมีชีวิตอยู่ ท่านเป็นคนจิตใจดี มีเมตตา โอบอ้อมอารี เป็นที่รักของทุกๆ คน

และยังเล่าว่าท่านรักครอบครัวและลูกๆ ของท่านมากเพียงใด เมื่อเวลาแห่งการพบเจอกันครั้งสุดท้ายของญาติและอาจารย์ใหญ่มาถึง คำอำลาช่วงหนึ่งที่คุณอยากกล่าวต่ออาจารย์ใหญ่กิมตี้ว่า “รักเด็กๆ เหล่านี้ให้เหมือนกับลูกของตัวเองนะ ช่วยเหลือพวกเขาให้มีความรู้ ให้พวกเขาศึกษาสำเร็จล่วงไปด้วยดี” ทำให้พวกเราน้ำตาไหล ซาบซึ้งในความรัก ความปรารถนาดีที่อาจารย์ใหญ่และครอบครัวมอบให้และนับตั้งแต่วันนั้นอาจารย์ใหญ่กิมตี้ก็เปรียบเสมือนเป็นส่วนหนึ่งในชีวิตของพวกเขา พวกเขาคงไม่สามารถก้าวผ่านพ้นอีกขั้นของการเป็นนักศึกษาแพทย์มาได้โดยปราศจากท่าน ไม่มีวันใดที่เราจะไม่เคารพรักและไม่สำนึกในพระคุณอันล้นเหลือของอาจารย์ใหญ่กิมตี้ อาจารย์ใหญ่กิมตี้ ผู้ที่ไม่เพียงแต่ให้ความรู้ ประสิทธิประสาทวิชา หากยังช่วยสอนให้เราเข้าใจมุมมองของชีวิตในอีกมุมหนึ่งว่า ชีวิตทุกชีวิตบนโลกใบนี้ มีเกิด ย่อมมีแตกดับ เป็นธรรมดา เมื่อดวงวิญญาณลาลับไปร่างกายได้แต่เพียงรอเวลาสูญสลาย หากแต่เราสามารถเลือกได้ว่าเมื่อชีวิตดับสลายแล้วจะให้ร่างสลายตามไปอย่างสูญเปล่า หรือจะก่อให้เกิดประโยชน์แก่ชีวิตอีกนับร้อยนับพันดังเช่นที่อาจารย์ใหญ่มุ่งหวังตั้งใจ วันที่แม่การศึกษาวิชา Gross Anatomy จะเสร็จสิ้น แม้พวกเราจะไม่ได้อาจารย์ใหญ่กิมตี้อีก แต่ชื่อของท่าน ความรู้ ความรัก ความปรารถนาดี และทุกสิ่งทุกอย่างที่ท่านมอบให้จะคงอยู่ในความทรงจำในหัวใจ เป็นดังแสงสว่างช่วยชี้นำให้พวกเราไปสู่ทางที่ดี ที่ถูกต้องตลอดไป พวกเราสัญญาว่าจะเป็นแพทย์ที่ดีเป็นที่พึ่งพิงของผู้ป่วย ทำคุณประโยชน์ช่วยจรรโลงสังคมและสถานต่อเจตนารมณ์อันดีของอาจารย์ใหญ่ จะไม่ทำให้อาจารย์ใหญ่และครอบครัวผิดหวัง นี่คือนักศึกษาแพทย์กลุ่มนี้ที่เขียน มีอีกหลายกลุ่ม ผมไม่มีโอกาสได้มาแสดงให้พวกท่าน นี่ก็เป็นโอกาสที่จะปลุกฝัง และมีโอกาสในการเรียนการสอน

สิ่งหนึ่งที่นักศึกษาต้องเรียนรู้คือเรียนรู้จากประสบการณ์จริง ผมมีเวลาเหลืออยู่ 5 นาที เดี่ยวผมจะเล่าให้ฟัง เป็นประสบการณ์ที่เราได้จัดในโรงพยาบาลรามาริบัติ จริงๆ เราไม่ได้ตั้งใจจัดให้นักศึกษา แต่มันเป็นโอกาสที่นักศึกษาจะได้เรียนรู้ คือโครงการจิตอาสาทั้งหลายที่เกิดขึ้นในโรงพยาบาลรามาริบัติ มีทั้งหมด 6 โครงการด้วยกัน โครงการแรกคือมิตรภาพบำบัด ที่ผู้ป่วยช่วยผู้ป่วยเอง อันแรกที่เกิดขึ้นคือ ชมรมผู้ไร้กล่องเสียงรามาริบัติ คงจะต้องตระหนัก เพราะบางคนเขาไม่ทราบ ว่าผู้ป่วยรายนี้ต้องทำอะไร เขาจะเสียดเสียดไม่เขาจะพูดไม่ได้อีก แต่เขาได้เพื่อนที่เป็นมาก่อนมาฝึกสอนเครื่องไม้เครื่องมือทำให้เขาพูดได้อีก ทำให้เขามีความมั่นใจ และขยายผลไปถึง 18 ชมรม ผมไม่เคยเข้าไปร่วมกับชมรม แต่ละชมรมที่จริงมีพยาบาลเป็นแกนนำ ให้ผู้ป่วยช่วยเหลือกันเองแนะนำกันเอง เป็นกิจกรรมที่มีคุณค่ามากกับจิตใจ จะเห็นได้ว่าเกิด ความปิติ การช่วยเหลือเกื้อกูล เกิดความรู้ความมั่นใจกับเพื่อนมนุษย์ด้วยกัน นี่เป็นกิจกรรมหนึ่งที่ผมอยากจะได้ถึงนักเรียนแพทย์ นักเรียนพยาบาลได้รับรู้เข้ามาสัมผัสให้มากขึ้น กิจกรรม Blue Angels in Actions อาสาสมัครที่เป็นอาสาสมัครด้วยตนเอง ทำงานในแผนกต่างๆ เช่น พยาบาล เจ้าหน้าที่ห้อง Lab เจ้าหน้าที่ธุรการ อาสาสมัครที่จะมาแนะนำช่วยผู้ป่วย และแพทย์รามาริบัติมาช่วยอีกทางหนึ่ง ได้รับความชื่นชมจาก คอลัมน์ ทะหะ พาที โดย ชุม “เนื่องจากผมมาเจอที่รามามาเป็นครั้งแรก จึงต้องขอขอบคุณใครก็ตามที่คิดค้นระบบนี้ขึ้นและโรงพยาบาลใดที่ยังไม่มี น่าจะลองแวะมาหาข้อมูลจากที่นี่ดูบ้าง เผื่อจะนำไปปรับปรุงโรงพยาบาลของท่าน ให้สร้างความประทับใจแก่คนไข้ นับแต่วันแรกที่เดินเข้าประตู” นี่เป็นเรื่องที่ยากให้นักเรียนเราได้เห็น ได้มาสัมผัส สื่อมวลชนเองก็ได้พูดถึงเรื่องนี้ นอกจากนี้เราก็มีอาสาสมัครทั่วไป (Little Angel) อันนี้เป็นคนภายนอกทำไม่ใช่นักภายใน กลุ่มนี้เราคิดกรองมาช่วยงานต่างๆ ในเรื่องของการจัดยา ในการมาดูแลผู้ป่วย หรือดูแลเรื่องธุรการ อีกเรื่องหนึ่ง

เราค่อนข้างมีประสบการณ์ค่อนข้างมาก โดยแสดงดนตรีอาสาที่ลานดนตรี เราได้รับเงินบริจาคจากคุณยงเกียรติ เกียรติเสริมสกุล ที่ร่วมทีมกับเราไปที่มูลนิธิพุทธรธื้อจี เพราะเห็นตัวอย่างที่นั่น ที่โรงพยาบาลเขาจะมีการแสดงดนตรีให้คนไข้ฟัง เราน่าจะมีที่โรงพยาบาลรามธิบดีบ้าง เพราะบริจาคมาทุกปีโรงเรียนแพทย์ ระยะเวลาถึงปัจจุบัน 1 ปี มีการแสดงดนตรีรวม 110 ครั้ง เราต้องการให้วงการแพทย์ไทยเหมือนสหรัฐอเมริกา ที่มีความเชื่อถือมากเลยระหว่างแพทย์กับคนไข้ เราต้องทำได้ โดยที่ทุกคนช่วยกัน สมกับพระบิดาแห่งการแพทย์ไทยที่ท่านกล่าวไว้



การส่งเสริมการผลิตแพทย์ให้สอดคล้อง กับความต้องการของประเทศ

นพ. ปราชญ์ บุญยวงศ์วิโรจน์
(ปลัดกระทรวงสาธารณสุข)

รศ.พญ. ประสพศรี อังถาวร : Co.Chair

นำเสียดายนะคะท่านปลัดมาเข้าช้านิดหนึ่ง ท่านจะเป็นวิทยากรท่านต่อไป ดิฉันตกท้ายไปว่านี่คือ คณะแพทยศาสตร์ งามาธิบดี ซึ่งมีฐานการผลิตอยู่ที่คณะแพทยศาสตร์เอง แต่จริงๆ แล้วในโครงการผลิตแพทย์เพิ่ม เพื่อชาวชนบทของเราในปัจจุบันนี้ เยอะแยะเลย เราใช้ฐานแพทยสภาที่อยู่ในขั้นตอนของการช่วยกันผลิตแพทย์เพิ่มเช่นเดียวกันแต่ต้องให้มีคุณภาพนะคะเพราะฉะนั้นก็ขอเรียนเชิญท่านปลัดคะ

นพ. ปราชญ์ บุญยวงศ์วิโรจน์

สวัสดิ์ท่านประธาน ท่านคณบดี และท่านผู้มีเกียรติทุกท่าน ก่อนอื่นกระผมต้องขอโทษที่มาช้า พอตีกระผมมีภารกิจแต่เช้า ที่มหาวิทยาลัยราชภัฏ และก็มีภารกิจจะไปเปิดโรงพยาบาลทั่วไป ที่โรงพยาบาลแม่และเด็ก คือ ทำให้มาเป็นโรงพยาบาลทั่วไป คล้ายกับ โรงพยาบาลหญิง เดิมมาเป็นโรงพยาบาลราชวิถี เปิดให้บริการให้กับประชาชนพี่น้องทั่วไป ทั้งจังหวัดนครราชสีมา และจังหวัดที่ใกล้เคียงครับ

ก่อนอื่นต้องขอแสดงความยินดีกับคณะผู้จัดทำ ที่วันนี้ทราบว่าคุณครูผู้ใหญ่มากันเยอะ เช่น อ.เฉลิม ท่านประธาน ท่านคณบดี และทุกท่านที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการดำเนินการทางด้านวิชาการ ในหลักสูตรที่เขียนว่า พัฒนาระบบ พัฒนาระบบการ นำหลักสูตรแพทยศาสตร์ไปใช้ในเรื่องของ Humanized care ซึ่งผมคิดว่าเป็น เรื่องที่สอดคล้องไม่ใช่เฉพาะในปัจจุบัน แต่หมายถึงถึงอนาคตด้วย เรื่อง Humanized care พวกเราคงรู้จักกันมานานเกินกว่า 20 ปี

ตั้งแต่เกือบ 30 ปี มาแล้ว ท่านคงจำได้ว่าตอนนั้น ประเทศไทยก็ได้นำกลยุทธ์ หรือยุทธศาสตร์ของ Humanized care มาใช้ตั้งแต่ ดร. มาโล ซึ่งเป็นผู้อำนวยการใหญ่ของอนามัยโลก แล้วท่านก็มีโอกาสที่จะทำให้ประเทศทั้งหลายที่เป็นสมาชิก 100 กว่าประเทศนั้น ได้นำยุทธศาสตร์ของ Humanized care ลงไป ในประเทศไทยก็เป็นหนึ่งในนั้น ก็ดำเนินการมาจนถึงบัดนี้ เรายังนำกลยุทธ์ของ Humanized care มาใช้อยู่ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ในเรื่องยุทธศาสตร์ Humanized care ในเรื่องของ Community Participation หรือ Community Implement เรื่อง Appropriate เทคโนโลยี โดยที่พี่น้องประชาชนเป็นผู้กระทำ ฝ่ายรัฐ เป็นผู้สนับสนุน แล้วก็มี การดำเนินงาน

ในเรื่องยุทธศาสตร์เหล่านี้ หลายกลวิธี ไม่ว่าจะเป็นเรื่องของอนามัยแม่และเด็ก ไม่ว่าจะเป็นเรื่อง การวางแผนครอบครัว ไม่ว่าจะเป็นเรื่องการจัดหาน้ำสะอาด ไม่ว่าจะเป็นเรื่องของกองทุน ไม่ว่าจะเป็นเรื่อง ของ MCH หรือ เรื่อง Family planning ทุกอย่าง นั่นคือสิ่งที่เราทำ ทำโดยที่พี่น้องประชาชนเป็นผู้กระทำ และพี่น้องประชาชน ที่กระทำนั้นเนื่องจากว่า พี่น้องประชาชนนั้นแหละเป็นผู้รู้ปัญหา เมื่อพี่น้องประชาชนรู้ปัญหา แล้วเขาก็รู้ปัญหาของเขาเอง และนำยุทธศาสตร์ในการแก้ปัญหาของเขานั้นแหละ มาใช้ จะเป็นการแก้ด้วยตนเอง หรือจะเป็นการแก้ร่วมกับหน่วยงานอื่นๆ หรือเป็นการแก้โดยฝ่ายรัฐหรือรัฐบาล หลักการตรงนี้นั้นสอดคล้องกับปัญหา

ที่ผมว่าในปัจจุบัน และตรงกับหัวข้อนี้ก็คือว่า เป็นเรื่องที่ท่านคงจำได้ล่ะว่า ดร.มาเกอร์เล็ดซาร์ พูดในวันที่ 1 กุมภาพันธ์ ในการประชุมวิชาการครั้งที่ 1 แต่เป็นปีที่ 15 ของ รางวัลเจ้าฟ้ามหิดลที่ กรุงเทพฯ ในวันที่ 1 กุมภาพันธ์ ที่ผ่านมานี้ ดร.มาเกอร์เล็ดซาร์ เป็นผู้อำนวยการใหญ่ของอนามัยโลก ของ W.H.O ก็ได้มาพูด แล้วก็เห็นว่าจะต้องนำเรื่องของ Humanized care มาใช้อีกครั้งหนึ่ง เพื่อให้ ประเทศทั้งหลายนำยุทธศาสตร์เหล่านี้ ไปดำเนินการ

กระทรวงสาธารณสุข โดยท่านรัฐมนตรี มงคล ฒ สงขา ก็รับทราบเรื่องนี้ มีการประชุมที่เจเนวา เมื่อประมาณ พฤษภาคม ที่ผ่านมานี้ พูดถึงเรื่องนี้เยอะ และประเทศไทยเราเองก็ถือว่าเป็นประเทศหนึ่ง ที่มีความเข้มแข็ง ในเรื่องงานสาธารณสุขมูลฐาน เพราะในขณะนี้ ท่านรู้จักคำว่า อสม ดี สมัยก่อนเรามี ผสส (ผู้สื่อข่าวสาธารณสุข) แต่ ณ บัดนี้ เรามี อสม ที่เป็นระนาบเดียวกันทั้งหมด ไม่มี ผสส มาหลายปีแล้ว เรามีตัวแทนของชุมชน ซึ่งกระจายอยู่ทั่วประเทศ ที่เราเรียกว่า Villager Volunteer หรือ อสม นั้น ประมาณเกือบ 8 แสนคน ตัวเลขจริงๆก็ 756,000 กว่าคน มีทั้ง Drop out บ้างก็สร้าง ขึ้นมาใหม่ ก็ตกประมาณ 750,000 กว่าคน ตรงนี้ที่กระจายไป ถ้ามว่าบทยาทตรงนี้ทำอยู่ไหม? ยังทำอยู่ต่อเนื่อง ทุกวันนี้เราก็ทำ จนกระทั่ง ทุกฝ่ายต้องมามองว่าประเทศไทย เราใช้แหละใช้ อสม ถือว่าเป็นตัวแทนประชาชนนั้น ไปดำเนินการในกิจการที่นอกเหนือจากงานสาธารณสุข ซึ่งความจริงก็มีส่วน เกี่ยวข้องจริง ๆ นะครับ เพราะอะไร เพราะว่าในหลายบทบาทนักการเมือง พยายามอย่างยิ่งที่จะดึงองค์กร ของประชาชน อสม มาเป็นพวก เป็นฐานคะแนนเสียง เป็นตัวต่อที่จะรวมของการเมือง

แต่อย่างไรก็ตามเราเองว่า อสม ของเราก็คือประชาชน เขามีสิทธิมีเสียงทุกอย่าง และเขาก็ไม่เป็น คนของกระทรวงสาธารณสุขกระทรวงเดียว แต่เขาคือคนไทย เพราะฉะนั้นหน้าที่บทบาทของเขานั้น นอกจากจะเป็นอาสาสมัครสาธารณสุข โดยแท้จริงแล้ว เขายังจะต้องเป็นอาสาสมัครในกระทรวงอื่น อีกด้วย ไม่ว่าจะเป็นเรื่องของแรงงาน เรื่องเกษตร เรื่องอื่นๆ

ผมเรียนด้วยความเคารพว่า ผมขออนุญาตเกริ่นนำตรงนี้ก่อน เพราะตรงนี้เป็นจุดนำให้ประเทศของ เราได้ดำเนินยุทธศาสตร์การป้องกันโรค ที่ง่าย ๆ คือยุทธศาสตร์ ในเรื่องการสร้างสุขภาพมาเป็นระยะเวลา นาน โดยใช้บุคลากรก็คือ อสม นั้นแหละเป็นตัวหลัก ผมอยากจะเรียนต่อว่า ในยุทธศาสตร์ของการสร้าง สุขภาพ คือสร้างสุขภาพให้พี่น้องประชาชน โดยการยกตัวอย่างในเรื่องการออกกำลังกาย เรามีโมเดล หลายโมเดลเยอะแยะ และในหมู่บ้านต่างๆ นั้น ก็มีชมรมเกิดขึ้น เป็นชมรมของการสร้างสุขภาพภายใต้ การชักจูง ชักนำ หัวใจหลัก ก็คือ อสม ในหมู่บ้านต่างๆ

ท่านคงเห็นว่า หลายหมู่บ้าน ใช้ยุทธศาสตร์ นี้ในการแก้ปัญหาทางด้านสาธารณสุข ของประเทศของเรา เราก็มักใช้หน่วยงานหรือองค์กรนี้ เป็นหน่วยงานหลักเช่นเดียวกัน ใช้งานถึงทุกวันนี้

ท่านรู้จักเรื่อง SARS ซึ่งถือว่าส่งผลกระทบต่อภาวะเศรษฐกิจ ถึงแม้ว่า ซาส์ มันหายไปแล้ว แต่มันก็อาจจะบาดใหม่ได้ท่านคงจำได้ว่าอดีต นายกรัฐมนตรี ในการจัดประชุม APEC ที่ประเทศไทย เรื่องซาส์ เป็น 1 ใน 3 หัวข้อ ที่ ผู้นำของ APEC ทั้งหลายได้ นำมาถกในเวที เพราะว่ามันส่งผล ทางเศรษฐกิจ แต่พอหลังๆ ซาส์หายไป ใช้หัวदनกมาแทน ตอนนี้อยู่หนักกว่าเก่าอีก ใช้หัวदनกนี้แหละ ที่เป็นตัวปัญหาทั่วประเทศทุกท่านก็รู้ ว่าใช้หัวदनก ในขณะนี้ มันกระจายไปทั้งหมด ในสัตว์ปีก 58 ประเทศ ถ้าในคน 12 ประเทศ เวียดนามก็เพิ่งพบไป เมื่อวาน 2 ราย อินโดนีเซีย ซึ่งเราถือว่า พบมากที่สุด ในขณะนี้มันกระจายไป ที่เรากลัว คือการกลายพันธุ์ แต่ทั้งนี้ ทั้งนี้ ทุกสิ่งทุกอย่างที่เกิดขึ้น

มันต้องมีการควบคุม ต้องมีการป้องกัน ถึงแม้ขณะนี้ ไข้หวัดนกมันจะเป็นโรคประจำถิ่นไปแล้ว แต่ก็ยังสามารถตรวจพบได้ตลอด พร้อมทั้งจะออกมาตลอด

เพราะฉะนั้นในส่วนนี้ องค์ความรู้ส่วนนี้มันต้อง ผังอยู่ในพฤติกรรม จิตใต้สำนึกของพี่น้องประชาชน นั้นหมายความว่าถ้าจะไม่ให้เกิดการระบาดถึงมนุษย์ ถึงทุกคนแล้วละก็ พฤติกรรมในการบริโภคของพี่น้องประชาชน ต้องถือว่าเป็นเรื่องของการป้องกันโดยใช้ Universal Precaution พฤติกรรมเหล่านี้เขาจะรู้ได้ เขาต้องได้รับองค์ความรู้เรื่องเหล่านี้ อย่างต่อเนื่อง การที่จะควบคุม การที่จะป้องกัน เพราะฉะนั้น ถ้าสมมุติว่าเป็ด ไก่ ตายการจะไปสัมผัส จับสัตว์ปีกที่ตาย ต้องมีเครื่องป้องกัน ใช้หลักการเรื่อง Universal Precaution เช่นเดียวกัน การที่เราจะบริโภคเราจะต้องทำให้สุก มาตรการเหล่านี้ จะต้องฝังลึก ลงไปใน อสม และลึกลงไปในพื้นที่ประชาชน

นั่นคือเราจะมองภาพ ของการที่ประเทศไทย มีเจ้าหน้าที่ที่จะเรียกว่า สาธารณสุขโดยอาสาสมัครก็ได้ โดยอยู่ในระดับล่าง อยู่ในทุกหมู่บ้าน แล้วใครละ ที่จะเป็นตัว Monitor ใครละเป็นคนให้ความรู้เขา ถ้าไม่ใช่เขาเจ้าหน้าที่สาธารณสุข โดยเฉพาะอย่างยิ่งแพทย์ซึ่งถือว่าเป็นบุคลากรคนหนึ่งที่มีส่วนในการ จะทำให้เขาเหล่านั้น ได้เรียนรู้ ไม่ใช่เฉพาะแพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่สาธารณสุขทุกคน ก็ต้องดำเนินการ เพื่อจะต่อท่อไปถึงระดับล่าง องค์ความรู้มันจะต้องมีตลอดเวลา ต้องมีอย่างต่อเนื่อง เพื่อจะเกิดเป็น พฤติกรรมที่ถูกต้องเป็นพฤติกรรมที่ดีเหมือนการบริโภค เพราะฉะนั้นนายแพทย์เหล่านี้ จะต้องรู้ในการที่จะ ไปปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ง่ายๆ ในพฤติกรรมทั้งหลายนี้แหละ ที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพโดยตรงถึงพี่น้อง ประชาชนไม่ใช่เฉพาะประเทศไทย แต่รวมถึงประชากรของโลก พฤติกรรมใหญ่มีอยู่ 5-6 พฤติกรรม เท่านั้นเอง

1.) พฤติกรรมเรื่องการบริโภค แพทย์ของเราต้อง ให้ความรู้แก่พี่น้องประชาชนว่าการบริโภคที่เหมาะสมควรเป็นอย่างไร บริโภคถูกต้องไหม บริโภคเกินไปอย่างไร ขณะนี้กรมอนามัย ต้องมาดูเรื่องของ อาหารการกิน ปัญหาเด็กโรคอ้วน พฤติกรรมเรื่องโรคบริโภคทั้งสิ้น การบริโภคสารอาหารที่มันถูกต้อง ไม่ว่าจะเป็นเรื่องพวก บริโภคแอลกอฮอล์ บริโภคบุหรี่ เรื่องของยาเสพติด นี่คือนโยบายในเรื่องบริโภค ทั้งสิ้น ต้องมองลึกเข้าไปในเรื่องของอาหารที่บริโภคด้วย ผมเรียนว่าอย่างน้อยๆ 5-6 เรื่องที่จะเข้าปากเช่น เรื่องของบอแรกซ์ เป็นอย่างไร สารกันเชื้อราเป็นอย่างไร เรื่องของไนโตรซามีนเป็นอย่างไร เรื่อง ฟอรัมาลีนเป็นอย่างไร หรือเรื่องสุดท้ายเรื่องหน่อไม้ที่มีคนเสียชีวิตที่ราชบุรี จากการใช้สารซัลเฟอร์ ไซโครอกไซด์ ทำให้มีปัญหาเรื่องการคุ้มครองผู้บริโภค นั่นคือ อำนาจของพฤติกรรมการบริโภคทั้งสิ้น ถ้าไม่ให้องค์ความรู้เหล่านี้กับผู้ประกอบการ โฉนเลยพี่น้องประชาชนจะได้บริโภคอาหารที่มันถูกต้อง นี่คือนโยบายที่เราจะเห็นว่า การบริโภคนั้นสำคัญ ไม่เฉพาะเรื่องอาหาร เรื่องของน้ำอีก น้ำดื่มที่สะอาด มันส่งผล รวมทั้งหมดลงสู่เรื่อง Humanized care ทั้งนี้ ผมไม่อยากจะบอกเลยว่ามือหิวาต์เกิดขึ้นแถบชายแดน ผม ฟังกลับมาเมื่อวาน นั่นคือสิ่งที่จำเป็น

2.) พฤติกรรมที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพ นอกเหนือในด้านบริโภค พฤติกรรมทางเพศ แม้กระทั่ง ทุกวันนี้สื่อมวลชนก็ยังลงอีก เป็นเรื่องพฤติกรรมทางเพศ พฤติกรรมทางลบ เมื่อเข้าได้พูดถึงเรื่องเอดส์ เป็นต้น พฤติกรรมเหล่านี้ ส่งผลต่อพี่น้องประชาชนขนาดไหน เราไม่อยากจะบอกว่าตัวเลขเป็นอย่างไร แต่ ตัวเลขทั้งหลายก่อให้เกิดปัญหามากมาย เดิมทีเดียวจังหวัดเชียงรายตาย วันละ 2 คน เพิ่มมาวันละ 2 คน 3 คน แต่ถึงแม้ทุกวันนี้ เรามีตัวเลขเพิ่มขึ้นมาล้านกว่าคน มีชีวิตอยู่ประมาณ 5 แสนกว่าคน

ก็ยังเป็นปัญหาสาธารณสุขอยู่ นี่เป็นเรื่องของพฤติกรรมทางเพศ ทำอย่างไรที่เราจะทำให้เยาวชนของเรา ในเรื่องราวเหล่านี้ มากขึ้น เราต้องมีการป้องกันตลอด ไม่ใช่ว่า ปีนี้อ่าแล้ว ปีหน้าหยุด คงหยุดไม่ได้ เพราะเรื่องเหล่านี้เป็นปัญหาของโลกด้วย ลักษณะเดียวกันคือ เด็กเกิดขึ้นใหม่ทุกๆ วัน ในขณะเดียวกันก็ เข้าสู่หนุ่มสาวทุกวัน ต้องมีปัญหานี้ตลอด เฉลี่ยแล้วขณะนี้ประเทศไทย มีเด็กเกิดวันละ 2500 คน ปีละ ประมาณ 8 - 9 แสนกว่าคน นี่เราลดลงมาแล้วนะ โดยการคุมกำเนิด เดิม 2 เท่า หรือ 1.5 แต่ ตอนนี้อยู่ต่ำกว่า 1 % เจ้าหน้าที่สาธารณสุขมีจำกัด และคนตาย ก็ตายมากขึ้น ผู้สูงอายุมีมากขึ้น ขึ้นมาถึง 10% นั่นคือสิ่งที่ปัญหา

3.) พฤติกรรมทางบวก คือพฤติกรรมกรรมการออกกำลังการตามวัย

4.) พฤติกรรมความเสี่ยง เรื่องอุบัติเหตุทั้งหลาย เขาบอกว่าให้ใส่หมวกกันน็อก เรื่อยๆ ใส่เข็มขัดนิรภัย ลดความเร็ว เรื่องอุบัติเหตุมีตลอดและในช่วงหน้าเทศกาลมีตายเยอะ อยากจะทราบเรียนว่าปีหนึ่งเรามีอัตราการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุ รลชนสูง เราต้องป้องกันให้ได้

5.) พฤติกรรมเรื่อง สุขภาพจิต แน่นอนถึงแม้ใน Normal population มักจะมีปัญหาทางโรคจิตมา เกี่ยวข้องในพี่น้องประชาชน ในเรื่อง Psychosis ในเรื่องของ Depression ท่านเห็นคนผูกคอตาย โดดตึกตาย มีแน่นอนใน Normal population มีอยู่แล้ว 3-5% แต่เมื่อถูกกระตุ้นโดยยาเสพติดเมื่อไหร่เปอร์เซ็นต์จะสูงขึ้น 5.4 % ในเรื่องของ Depression และกระตุ้นเรื่องของ Psychosis จาก Normal population 0.5 % ขึ้นมา 1% ก็ตาม นี่คืออิทธิพลของยาเสพติดทั้งหมด

6.) พฤติกรรมสิ่งแวดล้อมที่คนไทย ต้องตระหนักและคำนึงถึงให้มากๆ บอกว่าอย่าบ้วนน้ำลาย อย่างทิ้งขยะลงในแม่น้ำ ข้าพเจ้าจะทำอะไรอย่างไรจะทำไมเหล่านี้เป็นต้นครับ

ผมเรียนตรงนี้เพื่อจะบอกต่อไปว่า เราต้องการผลิตแพทย์เหล่านี้ไม่ใช่เชิงรักษาอย่างเดียว พวกเรา รู้ว่า เกิดมาแล้ว รู้จักแก่ รู้จักเจ็บ แล้วก็ตาย เป็นเรื่องปกติ และพฤติกรรมที่กล่าวมา ถ้าทำให้สิ่งแวดล้อม ก็ส่งผลให้เป็นภาระแก่สาธารณสุขของพี่น้องประชาชน เป็นภาระของประเทศ และงบประมาณมหาศาล งบประมาณที่ไว้ที่กระทรวงการคลังหมดแล้ว ที่จะดูแลรักษาพยาบาลสำหรับราชการทุกหน่วยงาน ตั้งไว้ 30000 ล้าน ตอนนี้เกินแล้ว จัดมาอัตราต่อหัวเท่าไรก็ไม่พอ ในส่วนเหล่านี้แหละ ที่เราต้องมองในเรื่อง การผลิตแพทย์จริงๆ เป็นเรื่องด้านที่เป็นตัวเลขจริงๆ ว่าตัวเลขในการผลิตแพทย์ที่จะให้สอดคล้องต่อ

ตารางที่ 15 ความขาดแคลนแพทย์ของประเทศไทย

ความขาดแคลนแพทย์ของประเทศไทย		
■ จำนวนแพทย์ขึ้นทะเบียน	36,340	คน
■ จำนวนแพทย์ที่ประกอบวิชาชีพ	32,000	คน
■ อัตราส่วนแพทย์ ต่อ ประชากร	1 : 2,000	
■ อัตราส่วนแพทย์ ต่อ ประชากรที่ควรมี	1 : 1,500	

(ข้อมูล ณ กรกฎาคม 2550)

ตารางที่ 16 สถานภาพการผลิตแพทย์ของประเทศไทย

สถานภาพการผลิตแพทย์ของประเทศไทย (พ.ศ. 2550 – 2556)	
การผลิตปกติของโรงเรียนแพทย์ ปีละ	1,032 คน
การผลิตแพทย์ที่ตามมติคณะรัฐมนตรีปีละ	1,609 คน
รวมผลิตปีละ	2,641 คน

ตารางที่ 17 ความขาดแคลนแพทย์ของกระทรวงสาธารณสุข

ความขาดแคลนแพทย์ของกระทรวงสาธารณสุข	
ความต้องการแพทย์ตามแผนแม่บทกำลังคนฯ	15,762 คน
จำนวนแพทย์ที่ปฏิบัติงาน (กรกฎาคม 2550)	9,215 คน
คิดเป็นร้อยละ	58.5

ตารางที่ 18 การลาออกของแพทย์เป็นสาเหตุของความขาดแคลน

การลาออกของแพทย์เป็นสาเหตุของความขาดแคลน	
พ.ศ.	จำนวนลาออก
2544	232
2545	402
2546	319
2547	529
2548	792

ความต้องการเป็นตัวเลข ณ จุดหนึ่งเท่านั้น จำนวนแพทย์ที่ขึ้นทะเบียนแพทยสภา เป็นอย่างต่ำในเดือน ก.ค. จำนวนแพทย์ที่ขึ้นทะเบียน 36,340 คน แต่จำนวนแพทย์ประกอบวิชาชีพ 32,000 คน หมอหายไปไหน อัตราส่วนแพทย์ ต่อประชากร 1:2,000 คน เป็นส่วนรวมยังไม่เจาะลึก อัตราส่วนแพทย์ต่อประชากรที่ควรมี 1:1,500 คน ยกตัวอย่างอาจารย์ประสพ รัตนกร ซึ่งท่านก็อายุมากแล้ว อย่างอาจารย์หมอเสริม อาจารย์บรรลู่ ซึ่งผมมองดูรายการผลิตแพทย์ ตั้งแต่ปี 50-56 การผลิตทางโรงเรียนแพทย์หลายแห่ง ของทุกมหาวิทยาลัย ทุกคณะแพทย์ คมบดี ทั้งหลายที่นั่นอยู่ที่นี้ 1,032 คน ผลิตตามมติ ค.ร.ม อีกปีละ 1,609 คน ซึ่งกระจายอยู่ตามส่วนต่างๆ ความขาดแคลนแพทย์ตัวนี้ไม่ใช่ตัวเลขที่แท้จริง เป็นเลขในสำนักงานปลัดที่จริงในกระทรวงมากกว่านี้ ตามแผนแม่บท 15,000 คน มันมีอยู่จริง 9,200 คน กระจายอยู่ตามโรงพยาบาลต่างจังหวัด โรงพยาบาลอำเภอ แล้วก็ PCU บางแห่ง ก็คือเรามีอยู่ 58% เท่านั้น นั่นคือตัวเลขของจริง ที่คุณหมอสุวัฒน์ ไปสำรวจเมื่อไม่นานมานี้ ตัวเลขที่ลาออกของแพทย์ปี 44 จำนวน 232 คน ปี 45 พวกแพทย์ที่จบไปต้องเป็นข้าราชการ แต่ปีนี้เป็นปีแรกเขาจบแล้วไม่เป็นราชการ เป็นพนักงานรัฐ ก็มีประท้วงเจ๊บบๆ ลาออกอีก 400 คน ก็ผลพวงทำให้เกิดปัญหาตามมาเยอะ ปีที่แล้วก็เกือบ 1000 คน ในการดำเนินงานในการผลิตแพทย์เพื่อชาวชนบท 2555 ในอีก 5 ปี จะเป็นปีสุดท้ายในการผลิตร่วมแล้ว 3,000 คน ของคณะกรรมการการอุดมศึกษาตามความต้องการของกระทรวงสาธารณสุข จนถึงปี 62 จะได้ประมาณ 17,191 คน ผลิตแพทย์ตามต้องการตามแผนเสริมสร้างการลงทุนแห่งชาติ เพิ่มขึ้นอีก 2,798 รวมทั้งหมด 3 โครงการ ได้ 32,000 คน ทุกมหาวิทยาลัยช่วยกัน รวมถึงสาธารณสุขเป็นสิ่งที่คุณคิดว่าน่าจะเป็นประโยชน์มากก็ตามเป็นไปตามเป้าหมาย เราต้องการให้แพทย์เหล่านี้รู้จักชุมชนมากขึ้น ยกตัวอย่างเช่น แพทย์โรงพยาบาลมหาราช

ตารางที่ 19 โครงการตามมติ กรม.

โครงการตามมติ กรม.	เป้าหมาย / คน
ผลิตแพทย์เพื่อชาวชนบท (พ.ศ. 2538-2555)	3,000
ผลิตแพทย์เพิ่มของ ศกธ. ตามความต้องการของ กศร. (พ.ศ.2547-2562)	17,191
ผลิตแพทย์ในแผนกชุมชนสร้างโครงสร้างสาธารณสุขแห่งชาติ (พ.ศ.2549-2558)	2,798
รวม 3 โครงการผลิตแพทย์เพิ่ม	22,989 คน

เกียรติคุณอันดีหนึ่งด้วย นอกจากนั้นก็มีการกระจายแพทย์ ตามนโยบาย 1 อำเภอ 1 ทุน ใช้ทุนระยะเวลา 12 ปี 3,000 กว่าคน การเพิ่มมาตรการในสิ่งเหล่านี้มีความจำเป็น โดยเฉพาะค่าตอบแทนของแพทย์ ขณะนี้กระทรวงสาธารณสุขก็ทำอยู่ เพราะค่าตอบแทนมันไม่สมดุลกัน จะให้อยู่ในอำเภอไกลมันก็ลำบาก ตรงนี้เป็นปัญหามานาน แล้วก็ปัญหาของโรงพยาบาลด้วย เพราะ 30 บาท รักษาทุกโรค บางโรงพยาบาลได้เงินไม่กี่บาท เพราะคนไข้นอก ไม่ได้จ่ายเงิน 30 บาทบางแห่งไม่พอที่จะจ้างแพทย์ใน 3 จังหวัดภาคใต้ไม่อยากเอ่ยชื่อ เรื่องการศึกษาของแพทย์ เรื่องความก้าวหน้าของราชการ เรื่องของบรรยากาศในการทำงานของแพทย์ทั้งหลาย อันนี้คือภาพรวมในกระทรวงสาธารณสุขไม่ได้นั่งนอนใจ

ขอบคุณมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี และคณบดี และทุกหน่วยงาน ที่มีส่วนร่วมเป็นตัวแทนในการผลักดัน ในการแก้ปัญหาของแพทย์ และปัญหาของประเทศ

ตารางที่ 20 การดำเนินการในระยะต่อไป

การดำเนินการในระยะต่อไป
* โครงการกระจายแพทย์หนึ่งอำเภอหนึ่งทุน (พ.ศ.2548-2562) เป้าหมายผลิตแพทย์ (ใช้ทุน 12 ปี) จำนวน 3,222 คน
* การพัฒนาการสร้างเสริมแรงจูงใจแพทย์เพื่อลดอัตราการลาออก
ระบบค่าตอบแทนแพทย์
ระบบการศึกษาต่อของแพทย์
ความก้าวหน้าของตำแหน่งทางราชการ
การสร้างบรรยากาศที่ดีต่อการทำงานของแพทย์

นครราชสีมา ชลบุรี จันทบุรี โดยใช้ระบบการเรียนการสอนข้อสอบเดียวกับในมหาวิทยาลัยอื่นๆ คุณภาพเหมือนกันทุกประการ แต่จะได้เปรียบตรงที่มีเรื่องของชุมชนเข้ามาเกี่ยวข้อง เพราะว่าหมอเหล่านี้ มาจากชุมชน แม้กระทั่งกรณีโรงพยาบาลมหาราช ที่มาสอบ 32 คน เกียรติคุณก็ไม่น้อย เฉพาะแพทย์ของกระทรวงสาธารณสุขที่ผลิตในโรงพยาบาลต่างๆ เกือบ 12 แห่ง ปีที่แล้วสำรวจออกมา 253 คน ก็ปรากฏว่าประมาณ 20% ได้ เกียรติคุณไม่น่าเชื่อ ดูที่จันทบุรี จบมา 8 คน โรงพยาบาลจันทบุรี พระปกเกล้าจันทบุรี มีหมอแพทย์จบมา 8 คน 7 คน ได้เกียรติคุณแล้วเป็น

นโยบายสนับสนุนการผลิตแพทย์เพื่อสร้าง ความเข้มแข็งแก่ศูนย์สุขภาพ

นพ. วินัย สวัสดิ์

รองเลขาธิการ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

รศ.พญ. ประสพศรี อังถาวร : Co.Chair

มีอีกPaperหนึ่งคิดว่าหลายๆท่านคงยังไม่หิวเพราะเพิ่งเบรกกันมา ดิฉันขอฝากอาจารย์ วินัย ผู้เป็นวิทยากรท่านสุดท้าย นำส่งสารอาจารย์เพราะอาจารย์คุณชะตาชีวิตของเราไว้ผ่านทางงบประมาณที่ส่งมาให้ เพราะฉะนั้นนำมาเสนอว่าในวันนี้ อาจารย์จะช่วยเหลือเราได้อย่างไร เรื่องของนโยบายสนับสนุนการผลิตแพทย์เพื่อสร้างความเข้มแข็งแก่ศูนย์สุขภาพ มองดูแล้วดิฉันรู้สึกหัวใจสลายที่ว่าอัตราแพทย์ที่ลาออกมันเฉียดกับแพทย์ที่จะผลิตในแต่ละปีเลยนะเพราะฉะนั้นไม่อยากให้แพทย์ทั้งหลายไปแอมเวย์กันหมด เราน่าจะมาช่วยกันพัฒนาหลักสูตรของเราให้มันเข้มแข็งมากขึ้น เรียนเชิญอาจารย์วินัยคะ

นพ. วินัย สวัสดิ์

การผลิตแพทย์ที่ไปใช้ ณ สถานบริการปฐมภูมิ ในโครงสร้างระบบสุขภาพที่เราสร้างขึ้น หรือของสำนักงานหลักประกันสุขภาพ ผมคิดว่าจุดซึ่งเป็นชี้ตายอยู่ที่ในการบริการปฐมภูมิ เพราะวาระบบบริการของประเทศไม่สามารถสนับสนุนได้ เราไม่สามารถที่จะขยายการใช้งาน การใช้ประกันสุขภาพที่ประหยัดและมีประสิทธิภาพสูงสุด ในส่วนตัวแล้วจุดที่ประหยัด และมีสุขภาพสูงสุดน่าจะอยู่ที่หน่วยบริการปฐมภูมิ ในวิสัยทัศน์ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เห็นว่าควรสร้างระบบประกันสุขภาพที่ประชากรคนไทยเข้าถึงได้โดยความมั่นใจ คำว่าเข้าถึงได้ ผมเชื่อว่าต้องหมายความว่าเราสร้างระบบบริการสาธารณสุขซึ่งมีการบริการกระจายอยู่ทั่ว อันนี้ที่เราจะกระจาย ผมคิดว่าเราไม่สามารถกระจาย ตติยภูมิ Supertertiary ทั่วไปได้ ดังนั้นบริการที่น่าจะเป็นคือเรื่องของปฐมภูมิ

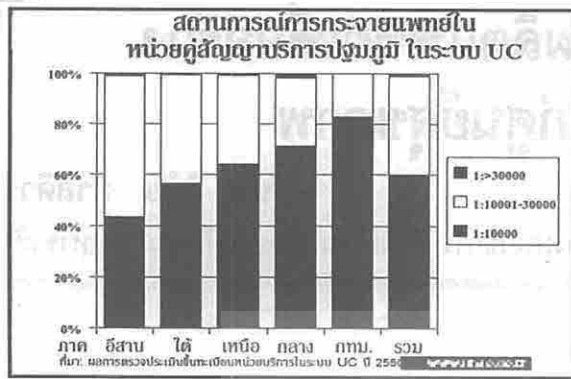
ตารางที่ 21 สภาพปัญหาการกระจายแพทย์

สภาพปัญหา

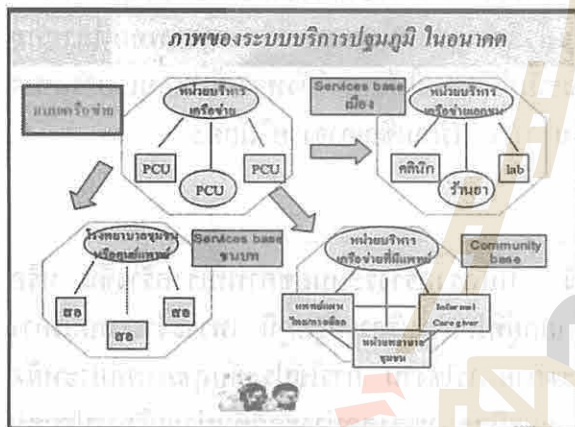
- จำนวนไม่เพียงพอ และการกระจายไม่เหมาะสม
- หลักสูตรแพทย์ (ที่ใช้ในปัจจุบัน) ไม่เหมาะสมสอดคล้องกับศักยภาพและแนวคิดที่ระบบบริการปฐมภูมิต้องมี และต้องการ
- เจตคติและทัศนคติแพทย์ที่ปฏิบัติงานในการบริการปฐมภูมิ ไม่เท่าเทียมแพทย์ในรพ. และแพทย์เฉพาะทาง
- แพทย์ที่มีอยู่ในระบบบริการปฐมภูมิมีขาดความรู้ เจตคติ และทักษะในการบริการปฐมภูมิ

การกระจายในเรื่องของที่ดิน สิ่งก่อสร้าง เครื่องไม่เครื่องมือ บริการจะไม่เกิดขึ้น เรามีความจำเป็นอย่างยิ่งที่จะกระจายบุคลากรทางด้านสาธารณสุข น่าจะมีแพทย์เป็นหัวหน้าทีม เป้าหมายในเรื่องบริการปฐมภูมิที่ สปสข กำหนดว่าถ้ามีประชากร 10,000 คน มีหมอ 1 คน เป็นหมอ GP อยู่ตรงนั้น น่าจะเป็นเรื่องที่ประชาชนเข้าถึงบริการได้ดี และบทบาทของ สปสข ต้องมุ่งไปจุดนั้น การที่จะทำอย่างนั้นได้คงจะต้องการการมีส่วนร่วม

ในแง่ของการที่จะทำอะไรที่จะผลิตแพทย์ให้ไปใช้ความสามารถที่ปฐมภูมิได้ดี บทบาทที่ทำผ่านมามาตั้งแต่แรกว่าสนับสนุนในการพัฒนาหลักสูตร ผมเชื่อว่าทาง มทส ทางโคราชและโรงเรียนแพทย์พัฒนาหลักสูตรซึ่งจะให้แพทย์ที่จบมาใหม่มีจิตสำนึกในการไปอยู่ในชนบท



รูปที่ 10 สถานการณ์การกระจายแพทย์ในหน่วยปฐมภูมิ



รูปที่ 12 ภาพของระบบบริการปฐมภูมิในอนาคต

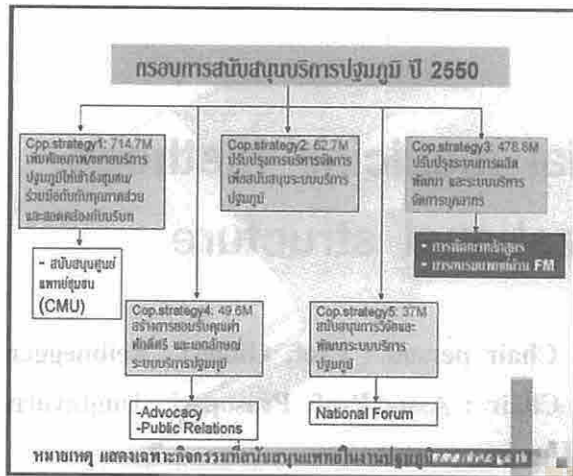
เอกชน ส่วนมากถ้าเราจินตนาการ อย่างเพื่อนผมโรงพยาบาลวชิระโรงพยาบาลเอกชนจ้างไปกัณฑ์เงินเดือน 3 แสน ขึ้นเขาก็ไป เพราะฉะนั้นทุกคนจะดึงแพทย์ไปเมือง โรงพยาบาลทั่วไป หัวเมืองก็ดึงมาจากโรงพยาบาลอำเภอ แต่อำเภอไม่รู้จะดึงมาจากไหน จุดที่ขาด คือโรงพยาบาลอำเภอ จากการที่เราต้องการกระจายบริหารให้ทั่วถึง จำเป็นอย่างยิ่งที่เราจะต้องโฟกัสที่ Family place หลักสูตรเราสนับสนุน แต่ผมคิดว่า สิ่งที่เราจำเป็นต้องเตรียม คือ Family place สำหรับหมอ แพทย์ที่จบใหม่สิ่งที่เราพยายามเตรียมไว้ คืองบประมาณ ปี 49 ใช้เงิน 1,068 ล้านบาท ในการพัฒนาระบบ Family place ในปี 2550 เตรียมงบประมาณ 100 กว่าล้านบาท เราได้ทำยุทธศาสตร์ กับหน่วยงานที่จะพัฒนาระบบ Family place ผมเรียนว่าที่ทำการอย่างนี้ เพื่อเตรียมที่อยู่ หมอที่จบใหม่ ให้เขามีศักดิ์ศรี ระบบ Family place ยอมรับถ้าเราช่วยกันทำตรงนั้น ในการบริการปฐมภูมิ ที่มีความเฉพาะของมัน มีศักดิ์ศรี แล้วแพทย์ที่จบใหม่ไปอยู่ตรงนั้น ค่าตอบแทนอยู่ได้ น่าจะเป็นเรื่องที่ดีในระยะยาว

เรื่องสาธารณสุขของเราอยู่ได้ ในเรื่องของยุทธศาสตร์ แรกคือ การเพิ่มศักยภาพในการบริการปฐมภูมิ เข้าถึงชุมชน ปี 50 จำนวน 764 ล้าน เราดูระบบที่ต้องเข้าสนับสนุนสาธารณสุขจังหวัดสาธารณสุขตัวแทน supply ระบบบริหาร เราอยู่ได้ ใช้เงิน 62 ล้านบาท ในปี 50 เรื่องของการปรับปรุงผลิตพัฒนาหลักสูตรใช้เงิน 474 ล้านบาท เรื่องของการยอมรับคุณค่าศักดิ์ศรี ใช้เงินไป 50 ล้านบาท ในปี 50

ผมประทับใจพยาบาลที่น้ำพอง เวลาที่ผลิตพยาบาลผมจำได้ ตอนที่ผมมาเป็นแพทย์ประจำจังหวัดกระทรวงสาธารณสุข รับพยาบาลเองไม่ได้สอบรวมคือสอบและสัมภาษณ์เอง ผมตั้งใจจะเลือกนักเรียนที่จบ ม.6 ที่อยู่ตามบ้านนอก จาก 4 ปี ผ่านมาได้ชุมชนเด็กบ้านนอกให้เป็นเด็กในเมือง ตอนที่เขามาสัมภาษณ์ไล่เลื้อยมอมๆ เพราะเขาอยู่ในหมู่บ้านหลังจาก 4 ปี เขาเปลี่ยนไปแล้ว การไปอยู่ในสิ่งแวดล้อม สังคมใหม่ ผมเชื่อว่าทัศนคติของเขาได้เปลี่ยนไปด้วย นั่นก็คงไม่อยากกลับไปอยู่ที่เดิม

ผมจึงคิดว่า ในการผลิตแพทย์ ถ้าเราไม่เน้นตอนเรียนหรือสัมผัสชีวิตจริงของชนบทว่าเป็นอย่างไร? ชีวิตที่อยู่ในมหาลัย 6 ปี หลังจากจบไปแล้วทำให้ใช้ชีวิตอยู่ในชนบทได้ยาก วงจรในเรื่องของการขาดแคลนแพทย์ ในหน่วยบริการที่อยู่ในชนบทจะแก้ไขได้ยากขึ้น

ผมจบปี 2522 ตอนนั้นไปอยู่ จ.ยโสธร เป็นรพ.สมเด็จพระราช ตอนผมไปอยู่มีเตียง 30 เตียง มีหมอ 3 คน ตอนนั้นผมไปที่รพ.เก่า ปีที่ผ่านมา รพ.ขยายใหญ่ 90 เตียง มีหมอ 4 คน ปริมาณการเพิ่มเตียงกับการเพิ่มแพทย์ มันไม่เป็นสัดส่วนกัน การลาออกของแพทย์ ส่วนมากไปอยู่โรงพยาบาล



รูปที่ 13 กรอบการสนับสนุนบริการปฐมภูมิ ปี 2550

รูปที่ 14 พัฒนาศูนย์แพทย์ชุมชนและหน่วยบริการปฐมภูมิ

รูปที่ 15 Advocacy

สนับสนุนงานวิจัย พัฒนาระบบบริหารปฐมภูมิ ใช้เงิน 37 ล้าน ทั้งหมด 1,000 กว่าล้าน ต่อปี นั่นคือพยายามสร้างการสนับสนุนปฐมภูมิ เราตั้งใจว่าจะสนับสนุนแบบนี้ไป 5 ปี ร่วมกับสาธารณสุข ทำแผนพัฒนาระบบ Family place ระยะเวลา 5 ปี

สิ่งที่ทำขณะนี้ต้องใช้เวลาในการพัฒนาหน่วยปฐมภูมิให้พร้อม จะมีส่วนสำคัญกับแพทย์ที่จบใหม่ อยู่ได้มากขึ้นหรือไม่ อย่างไรก็ตามงบประมาณปี 2551 มีการเปลี่ยนแปลงคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ แต่ประธานรัฐมนตรียังอยู่ ระบบ Family place เป็นยุทธศาสตร์ที่สำคัญมากที่สุด หลักประกันสำนักงานสุขภาพจะสนับสนุน ปี 2551 เราจะเตรียมงบประมาณที่จะสรุป อาจไม่มากเท่าปี 50

ผมวัดค่าสิ่งหนึ่งน่าสนใจมากคือ เราสนับสนุนงบประมาณ พัฒนาหลักสูตร มทาลัย 6 แห่ง ยังได้การยอมรับจากแพทย์ บางแห่งก็ไม่ยอมรับ ระหว่างการผลิตแพทย์ เราอยากมีการพัฒนาโรงพยาบาลชุมชน เป็นที่ฝึกอบรมแพทย์ได้ คุณภาพก็ไม่แพ้กันเลย ถ้าเรามองกลับไป ว่าโรงพยาบาลชุมชนที่จะไปเข้าศึกษาแพทย์ ว่าไปเรียนที่ไหนได้หรือไม่ ในชุมชนบางที่มีแพทย์ประจำอยู่ ถ้าเราสามารถคัดเลือกโรงพยาบาลชุมชนที่มีแพทย์เหล่านี้ พัฒนาให้สอนนักศึกษาแพทย์เหล่านี้เชื่อมั่นว่าโรงพยาบาลชุมชน น่าจะเป็นแหล่งหนึ่งที่สอนนักศึกษาแพทย์ได้ และทาง สปสช เองยินดีจะมีส่วนร่วมสนับสนุนผมเชื่อว่า เราจัดระบบจัดสรรงบประมาณ โรงพยาบาลชุมชนที่จะสอนนักศึกษาแพทย์ได้ ต้นทุนน่าจะสูงกว่าการบริการประชาชนตามปกติ

Practical course in social medicine–Methods, Topics and Organizational structure

Chair person : Prof. Gilbert Reibnegger

Co Chair : Assoc.Prof. Prasopsri Ungtavorn

Next part of the session. In Austria we had during the last years also a rather strong change in the medical curriculum at the medical universities. This change was partly due to the so called colonial process, which is a movement in only Europe to unify the architectural studies in order to become more competitive between the studies in different countries and so on, but on the other hand it was also a real Austrian activity, because it was followed at the change of the of the millennium that the old medical curricular, which stand in the basic structure from the beginning the 20th of century and so was 100 years old, where no longer really competitive with the needs and importance of the coming 21 st century. So we had meeting in all medical universities in Austria for long standing discussions including international experts, how we should change our curricular in order to bring some sort of new life to medical curricular. Mainly important ideas as we heard this morning for the example : empathy, the communication skills, and all theses soft skills that a doctor also should also have beside his medical knowledge and his medical skills are now much stronger stressed in our curricular. And is one example Magesta Hoermann who is a co worker of Prof. Kofler at the Institute of Social Medicine in Insbruck will now give an example of the a course for the students. Magesta Hoermann please .

Practical course in social medicine–Methods, Topics and Organizational structure

Mag Harald Hoermann

(Medical University of Innsbruck, Austria)

Revere audience, Revere Professors, Revere Audience, Revere Professors and Revere Professor Kofler. Thank you very much for the invitation to Thailand, to this so auspicious occasion.

It is my part and my honor to contribute to exchange our medical faculties of our own countries.

I think with humanity, listening to the talks and approaches that have been brought to the audience before, especially their heart-mind education and the very spiritual and human approach to Primary Health Care. I was deeply impressed with this presentations and I feel that we can learn a lot in the west too from these approaches towards patient and doctor communication.

I think that this spiritual and compassionate way to look at life and to look it this communication with the doctors and patients, you fulfill a very very important task of what medicine should be the life like. It is now my little task to present to you, a way we deal with students in a practical course in approach of social medicine

I will give you a short over view about the organizational structure, about the practical structure of what we do, of our medical students in terms of social medicine, in terms of practical work want to say Sawasdee Khap, this is one of the few words I learned in Thailand already and I want also to express my very deep feeling about compassion and about the friendliness you have in your country.

So speaking about this social medicine, the goals we have, there, are the following. We want to provide theoretical and practical information on health oriented topics.

THE STUDENTS SHOULD LINK THEORETICAL AND PRACTICAL INFORMATION WITH THEIR OWN IDEAS. THE STUDENTS SHOULD WORK SELF SUFFICIENTLY AND CREATIVELY. They should increase their knowledge of Social Medicine. Should enhance the ability to work in groups . Should increase the presentation and communication skills.

The methods we use therefore is to submit handouts usually in the lecture prior to the practical work usually this handout is containing the organizational structure, the people in charge and all contact information and the basic information about the topic. The handout is a must reading for the students prior to practical work. It is kept very short.

Phase I

Then we go on to phase 1. We have special time frame. This can be adapted. So phase 1 is the group work. The group work usually starts by introduction preferably done by a guest speaker who comes from a practical environment, who are an expert in the practical work. this is very important for us. We want the person from practice to give the first in sight into the topic. We have this time frame. It can be short, it can be long time.

After this introduction we split up to 3 work groups and 10 students each. And we have one staff supervisor of our department to help the students get going. This is the staff supervisor.

TIME FRAME

We have 3 workgroups per topic Each workgroup elaborates a different aspect of the one topic. Each workgroup may divide into sub groups by 2-4 students in order to investigate more effectively. The subgroups must work together as one work unit. this is a very important in terms of presenting results.

One student works as a group coordinator of his own group and he is responsible for internal coordination of the group and communication with the staff-supervisor.

The staff supervisor of institute of the department provides further information. He motivates, he helps the group to get going, he prepares and hands out core literature to the subject.

We are still in phase 1. Each of the 3 workgroups leaves phase 1 with a clear picture of the work they want to do self sufficiently. This is most important .They know what they want to do self sufficiently in phase 2.

Phase 2

Is the Independent Group work. These three work groups mostly divided into several subgroups:

Search for literatures, enhance in practical investigations; eg. interviews, and use different media like. photo, video, audio to collect relevant materials.

The results of phase 1 and phase 2 : 1st each group works out a paper. Each of the 3 work groups works out a paper with maximum 10 pages sent by The group coordinator to staff supervisor for correction.

The second output of result of phase 1 and phase 2 are the presentations

The final meeting of the students at the end of the semester are the presentations. Each workgroup presents their work to other students of the same division A, B or C later on. On the audiogram you will see what this means. not to make group sizes too big to handle and to allow students to have questions and answers, so our maximum is 50 to 70 students which is a lot already.

Each work group has 30 minutes for the presentation, and the other out put are these written papers the students' papers are collected and made available in the e-campus for every student of the semester. This is the organizational structure in an over all view and we have about 150 students.

This changes sometimes is up to 400 now, but we can adapt the structure very well even to larger number of students. Keeping the group sizes is the same, which is very important.

Our group size is between 8-10 . This proves to be a very good number for internal of group work. It is also use in Harvard Medical School.

So we have course 1 which state students divided into different groups by ten. We have 3 presentation groups. We have 5 courses, sometimes up to 7 or 8 courses depends on the number of students we have to deal with. And all these courses have a group A B C and in the presentation group we put together all the A groups all the B groups all the C groups. So we have these 5-7 workgroups and always 3 presentation groups.

THE PRO'S OF THIS SYSTEM IS THE INFORMATION ,IS PRACTICE ORIENTED, AND UP TO DATE. Small work groups are very sufficient. It's a very close contact between supervisor and student. AND STUDENTS WORK IN AN INDEPENDENT WAY. Which is very important for them.

Can's We don't have any visible con's now. Ok this was the organizational structure.

Now, I try to present to you a short over view of the topics we deal with some of them, might be adapted to your country, some of them are very specific to Austria.

But may be you just getting inside of how we deal with different subjects. One very important note to be use is: we try to wake up the students, we try to motivate them, we try to cross borders in thinking as you heard today of Professor Kofler's talk. We try to cross borders in thinking about approaching in medicine, about health. We try to motivate in thinking and put these into presentations so the first practical we start with, is rather famous in our university now. It's a common introduce going to the woods to collect mushrooms to eat them. This is very common in Austria, people like to do that. It is considered a nice leisure time experience, healthy and fun to do.

So the first day we bring the students to the woods with an expert, and we walk with them through the woods and let them pick mushrooms and we don't say anything else. They just out of nature, they pick the mushroom, we cook them together, we sit together we eat. We have a meal together this is all. This is all they know the first day. But we use that as an introduction into specific topics.

For example nature and health, risk management, risk communication, smoking and health. Environmental pollution, through traffic and health aspects, Toxicology

Nature and health, this is obvious. Being in nature is a source of health. So one group is working in this aspect and answers the following questions. Is there a potential within nature experience to increase health? Can we measure the potential of nature to increase health? And how can we use the potential of nature to increase health?

One group is talking about risk assessment and risk management why?

1 collecting mushroom, mushrooms can be risky. Since, we have relative input into our environment and into mushrooms too. So the next day you tell the students, yesterday you ate mushrooms and you ate that and that much relative substances. So there was a risk in doing this nice experience.

we talk about risk versus health with a leisure time and health. We also talk about risk assessment in a professional way. In risk management questions are : Is danger equals to risk? We talk about risk motivation. We talk about the four steps in risk assessment. We talk about limits in nutrition. Like the ADI or the PL. We talk about intervention levels. We talk about radio activity in mushrooms. We talk about risk assessment for eating mushrooms.

The next group talks about the risk communication. How the science communicate risk versus how the media communicate risk. Very important subject. One group is talking about smoking tobacco and health. It's all in this context of risk. The history of smoking tobacco. Why do people smoke we have to understand why? It's a social process. Tobacco smoke a chemical cocktail. Withdraw from smoking on the individual level. Intervention strategies to reduce tobacco smoking in populations and international comparison. And this could be topics for the small work groups within one. We talk about traffic and pollution, Air pollutants, sources, health hazards, strategies to reduce intake. We talk about toxicology. This is a model product by Professor Kofler and is stylish by Professor Kofler. "Symptoms without noxa". Professor Kofler mentioned in his talk before. Placebo and white coat phenomena, toxicology and environmental placebo.

The second topic we talk about is social insurance, this had been mentioned today in his talk before, how important this topic social insurance is for the health system. It's very important to many countries, so we are talking about this new development in the field of health insurance. Also in Austria we have a lot of changes because it is always a problem of funding and not affecting the health system in a negative way. We talk about accident

insurance, nursing allowance, unemployment insurance, health insurance, international health insurance systems, the new German health insurance system and the Austrian health insurance system. New developments in the field of health insurance. Save money, and students think about these topics. How to save money and not decrease health, instead increase health by saving money. How can this be done. It's very difficult. We talk about topic like accident insurance, nursing allowance, unemployment insurance. We talk about public and private accident insurance systems, about nursing allowances how to get it practically. We talk about unemployment insurances . Who can get it? For how long? And models to integrate workers people into the labor process. We talk about health insurances in Austria and its historical development, we talk about the structure of health insurance in Austria and social benefits. We talk about International approaches to Health Insurance Systems. The Austrian system, the Swiss system, the German system, the British system and the American system. The German system has been brought up in the last few years and has been modified just recently, so it's a very important topic for us so neighboring Germany. And we talk about the advantages and disadvantages of this system. And we talk about different developments new developments into the Austrian health insurance system which is mainly governmentally organized. Funding through raising individual extra fees. Influence of extra fees and funding right now we have very few personal fees we have to pay for medical consultation. Influence of extra fees of public health.

Ok the next topic is we use disability and handicap, and talk about special groups and populations as disabled people is a special group in populations. the same our women for example, the same my children and my migrants people coming from different places so we use this topics to talk about special population groups. We start this topic with a very intense experience for the students. We arrange wheelchairs, we form groups by three students each group gets a wheelchairs and we give them special rules. And the students go out and have to deal with the situation being in the wheelchair in the city. They go to university places they go to public places. In the city and they check out how is the experience being in the wheelchair and we have groups by three. One person is sitting in the wheelchair, one person is pushing the wheelchair, since in the beginning it is difficult to push it yourself, and we have the third person being in the distance and being the observer. This person observes the pair being in the wheelchair and help and observes people reaction to the whole situation and this people change and so everybody gets in one of this positions during this afternoon. It's very very important to tell people not to change in front of anybody else. Because it's very difficult experience for some people in the public surroundings, if somebody gets up from the wheelchair and all of the sudden walks., that can be aggression, that can be frustrations, strange, it's very, emotions in people, so you always ask the student to change positions when nobody could see them. Very important.

Ok so we talk about, disability and handicap, we talk about gender and health, we talk about health and the elderly, we talk about migration and health, homeless, unemployment and health, we talk about visual impairment. For the visual impairment group we do the same thing we have one plan person who guides the student through the city. And we give masks to the students. So we experience visual impairment themselves. In the group disability and handicap, we talk about impairment ,disability and handicap. We talk about the legislation, we talk about needs of handicapped people, we talk about integration.

WE FOCUS ON WHAT PEOPLE CAN DO AND NOT IN WHAT PEOPLE CANNOT DO. And we talk about the situation for handicapped students at Medical University of Innsbruck.

The second group talks about gender and health. Women health reports, gender issues in physical and mental health, gender and HIV, gender and coronary heart diseases, gender and violence, gender and job situation.

The next group talks about health and the elderly. Depression and age, dementia, incontinence.

One group talks about migration and health, definition of migrants, specific health problems for migrant and due to migration, and dealing with the language barrier and cultural differences in pain perception and attitudes towards disease, there are large differences.

One group talks about being homeless, being unemployed, reasons, health problems, therapy, prevention.

The visual impairment group, can see practically working together with this blind person how to deal with visual impairment during work, during leisure time and how this people can be integrated into society. They visit this blind people at work and even at home. Improvement of senses of touch and hearing, very interesting because people who are blind have a very very strong senses of touch and hearing. And they also have a very strong geographical memory because they have to keep all their environment in their mind. They have to know by heart where they can find things.

The next practical is initiated by giving you a short review by Alameda country study. The Alameda country study was a latitude study done about 30 years ago about 1965 to 74 and was one of the first and largest studies dealing with the topics of prevention and health promotion. It was done in the Alameda country area in the San Francisco bay area. We talk about risk model versus protective factors model, we talk about measuring health, we talk about the 7 golden rules for health, we talk about social determinants for health and about anomy and about religion and health.

The Risk Model versus Protective Factors Model, prevention this with the risk factor model but with the risk factor model you can only describe a very limited part of the context of health and living. So we talk about health promotion and protective factors, we talk about

the difference between prevention and health promotion, we talk about protective factors, like diet, physical exercise, positive attitude, smiling keeps you happy. We talk about measuring health, about measuring health versus measuring disease, measuring health on the individual level, measuring health of populations, the different standards of the errand, we talk about this different standards.

One group is talking about this seven golden rules for good health, it might be of interest for you that I'm sure that most of you know by looking briefly found seven golden rules for good health , that's 7-8 hours of sleep, no smoking, no or very limited of alcohol, no snacks, no over weight, breakfast and enough physical exercise. Seven golden rules, Are these rules, Rules? Is there causality?

We talk about the body mind problem, and we use Professor's Kofler's models of seven tic evolutionary social medicine to discuss this problem. We talk about the social determinants of health. What are social determinants for health? In which way do social determinants influence health? We use Winkens he is a very well-known scientist in this area. Who work on relative income and health. We talk about international statistics of life expectancy and income. We talk about mortality and professional ranking. And we talk about mortality and social capital. Social capital was mentioned before with the blue angels. They were talking about the connection between health on large scale and social capital. We talk about enemy, about the laws of rules and of regulations in the society, and its influence on health, Very important topic.

We talk about social capital again. About autonomy and this sense of coherence. We talk about religion and health, religion and social health determinant in which way influences religion, health, life expectancy, molding, religion and coping, autonomy in sense of coherence, the sense of understanding what's happening in life, why things are happening in life coping with things that are happening in life. We use the bridge way of model of Prof.Kofler, and try to work out religion as an influence factors in different bridge layers. Means in different, like parts of life that characterize a human being. And this different layers are influenced by religion.We talk about the WHO of course, about alcohol and drugs, about the organization structure of the Austrian Public Health System , about the Ottawa Charta, about healthy cities programs, about health reporting, education and further training in the health sector. In the topic of alcohol and drugs, alcohol and drugs are very common and is freely used, almost worldwide, we talk about substance bound addiction, we talk about non substance bound addiction, we talk about addiction effect a human condition?, enjoyment versus addiction, we talk about international models to deal with substance bound addiction.

We talk about the Austrian Health System, health for all in Austria, present situation and outreach, organizational structure of the Austrian Health System. Basically the connection between the goals of the WHO and how they put into practice in Austria. We talk about the Ottawa Charter, the structure of the UNO, WHO health organization, Ottawa Charter, the goals and how to reach these goals in Austria.

We talk about environment, about the healthy cities program of the WHO and how it is put into practice in Innsbruck. In this city, especially, What does it need to make a city a healthy city?, Is Innsbruck a healthy city?, the students go out and investigate.

We talk about health reporting-goals and methods. We talk about information and orientation, monitoring, motivation, evaluation, coordination of health reporting, and about different kinds of health reports. We talk about health education, health promotion, life long learning, primary health care, health care pyramid.

Finally, we have another course I want to mention this course is in a special content, course in stress management, it has been mentioned also in one of the talks before, and students learn meditations in their courses at the university, I think we can learn a lot in the west of your practice in your meditation and spirituality, and we try to put this into practice in our Department of Social Medicine in Innsbruck to as one of the only university in Europe that's actually, bringing such program to the students. So we use meditation in the field of stress management. We talk about mental relaxation techniques, and this practicum is a little different, it is set up like a project, so all the students are involve in a practical project. The students learn meditation, the students practice meditation for 6 weeks. on scientific base they evaluate all the results and present all the results of this study in comparison with international literature, to this topic, in the final presentation. We have a control group. And we have one group with the stress management in the hospitals. So the questions are, what is stress? how can we deal with stress? what does work and what does not work? We set up each personal stress profile. Each students sets up and works on their personal stress profile. And we learn meditation an effective means to manage stress in everyday lives?

Meditation is an effective tool, OK we had this already, this was the last course that is set up as a special project, it's quite large but students still participate and do a lot of work. Finally we have a students' evaluation to feedback to improve our courses. So this was the end of my short presentation I want to say thank you for your attention, khop khun khap. Thank you very much.

Just for the final, to get a hint on what the students work would look like. the students presentation they had done in German so it will be difficult for you to understand but you can see how students work out.

For example, this is a presentation on risk management, this was like, the first topic we were talking about. About mushroom picking and health. So this is the Austrian environment where students go to woods, very beautiful places you can see, and you can see mushroom in the center. And then students talk about risk assessment. Different steps of risk assessment. What is risk? Dimensions of risk, social, legislative, economical and ecological contexts of risk. They talk about the steps of risk assessment, they talk about this acceptable daily levels

intake permission etc. They talk about management again. They talk about Chernobil, what happened? They talk about guidelines and they talk about levels, permissive levels. They asked themselves is it really a danger to eat mushrooms? And they compare the amount of radio activity you consumed by eating mushrooms, to see what will happen in Chernobil. They also compare like you would have to eat like one ton of mushroom to get the same equivalent of radio activity as two hundred transatlantic flights and there's one abdomen CT. So I think it's very nice work the students too. They think very self sufficiently.

This is the meditations and this is the what students made out of it. Understanding and managing personal stress. What is stress? Stress responses, stress symptoms, stress management strategies, why do stress management programs very often fail?, meditation, what is meditation? Different kinds of meditation, experience of meditators, scientific data, like blood pressure, heart rate, respiratory rate, EEG etc. and then that's the study design and that's the tools they use for the evaluation and that's the presentations they did. That's the result they found themselves, about stress levels, pulse etc. it goes on like that. I think that was enough, it was a short short presentations of what the students make. Out of their own investigations and we found out that the students like to do this work. Self sufficiently they really put effort into on their work and this is all what we want. We want to motivate themselves sufficiently. To start to work self sufficiently, to think about new topics, which are usually not covered in the medical studies in other departments. Thanks for your attention again.

Prof. Gilbert Reibnegger

Yes, thank you very much for this impressive overview of practical exercise as it is done in the medical university in Innsbruck. I think this is really a very good example how diverse how big the field is that medical students should and could experience. Ladies and gentlemen we are now closing the first session of the meeting. And I would like to ask my co-chairwoman to give some final comments and organizational hints. Thank you very much.

Assoc.Prof. Prasopsri Ungtavorn

Thank you very much, but I think it is not yet closed, we still have sometime for comment and questions. By the way, I would mention to the speaker that I have been to Innsbruck and I have eaten that kind of mushroom. It's very large and it's very impressive and every years, you know, the people of Austria in Innsbruck will go to the forest and pick up the mushroom and it's how they combine nature and health. So I think in Thailand we can adapt this nature to combine and adapt with our health. Any comment or any question for our speaker Dr. Vanich and Dr. Chalerm . Dr. Vanich, please.

Prof.Dr. Vanich Vanapruks

Yes, it's very nice to know that you have a new model of teaching, but I would like to ask you a question that, how many teacher that you have to help you teaching all of these students at the same time? because I can see that you teach the last group of 50 or 60 or 70 students. When you break up to be a small group. Are you the one who teach them or you have another teacher to help you on that?

Mag Harald Hoermann

Well, we are a very small department so we have to do a lot of work ourselves, actually it's mostly three of us, teaching all the students for all the semester. But we invite guest speakers and this is very essential part. The guest speakers provide this practical information which some of us could not do because it's just coming out of practice. But we are sufficient in what we want the students to answer. We know what we want the students to answer. And this is very important. So we can do this whole work with three people. And we sometimes we have to work with 400 students a semester. And this work is done by three or four people. I think it's a very sufficient way to have just few teachers and to get a maximum out of what the students can do. Is this questioned answered?

May be I might add that most of you are giving out presents and we also brought a present for you. This is a map and it contains all the English literature that's concerning the courses we do. May be that's helpful to you.(umm that's good) we use a lot of German speaking material of course and this is not it's meant, but this is the English speaking and this is the English literature to our courses, it might be of help. And it's here and we leave it with Dr. Sanong.

Yes, your presentation is very incredible. That a huge content could be managed only three teachers for 150 students. Is that correct? (yes) I would like to ask how many credits , how many teaching hours, you undertake to accommodate this huge contents and spend to what year to what year?

Each like each of this topics, would consume, we have two different models, it consumes up to, actually just four hours of teaching, it's just four hours of teaching, like one of the most important work we do, is to motivate the students to work sufficiently, to direct them to the right questions. So that they can find the right answers. I think this is the key to work with this many people. To help them to get to the right questions. And most of the work they will do themselves. We have to help them, we have to correct them. But mainly they do the work and this is what we want to do. Because this is a practical work, this is we want the students to work, and we find that when the students are guided towards the right question you can let them go and they will do the work.

Prof.Dr. Vanich Vanapruks

I have another question too. I would like to know how do you assess your students they know all of these contents?

Mag Harald Hoermann

Ah (yes) The students they don't like...each individual student is not familiar with all the contents we present it here. But it is accessible for each and every student. All these papers the students do are collected it at the end of the semester and put it towards the e-campus. **AND ALSO THE STUDENTS ARE ASKED TO FORMULATE QUESTIONS.** That exam questions out of their own work they did. So this final papers, this collection papers is also a summary of questions, of exam questions. So students read through the papers and read through the questions. And now they get a hint and they get an over view of what has been done. Of course they don't know everything because the collection of papers, when we have like 400 students it's about let's say 400 pages long. Ok? so we don't expect these students to study this 400 pages by heart but we expect them to know, but what has been done in the groups and to be able to answer the questions the students that had formulated themselves. So this is the very important part, you must motivate students to know what the other groups did. We do this by asking them questions or by letting them formulate the questions themselves.

This is a compulsory curriculums that every student must take. In what year? It had change we had a change in the system. It used to be, let's say in the final year, and just before the final year, and now it turned out to be in the beginning of the second half of the second third of their studies. I see. Thank you very much.

Assoc.Prof. Prasopsri Ungtavorn

I think that will be good if we invite/ invited to be one of your moderators in stress management something like that because we are, expert in that area and I think Innsbruck is good for us to be there for a while. Maybe next or next school year something like that. Any other questions? Or comments?

Chairperson : ศ.นพ เจลิม วราวิทย์

Co.Chair : นพ.โยธี ทองเป็นใหญ่

- การสร้างความเข้มแข็งให้ PCU (Panel Discussion)

นายแพทย์สำเร็จ แหียงกระโทก

พญ.สุพัตรา ศรีวิชิษากร

นพ.พิเชษฐ บัญญัติ

พญ.ลลิตยา กองคำ

- การพัฒนาหลักสูตรให้สอดคล้องกับความต้องการด้านสุขภาพ

ศ.นพ.สมพร โปธินาม

พญ.รุจิรา มังคละศิริ

รศ.พญ. ประสพศรี อึ้งถาวร

มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี



การสร้างความเข้มแข็งให้ PCU (Panel Discussion)

นายแพทย์สำเร็จ แหงกระโทก
พญ.สุพัตรา ศรีวิมลชากร
นพ.พิเชษฐ บัญญัติ
พญ.ลลิตยา กองคำ

ศาสตราจารย์ นายแพทย์เฉลิม วราวิทย์ : ประธาน

กราบเรียนท่านคณบดี ท่านผู้บริหารการศึกษา คุณครูและท่านผู้มีเกียรติที่เคารพ กระผมและอาจารย์โยธี รู้สึกเป็นเกียรติอย่างยิ่งที่ได้มาเป็นประธาน session นี้ ก็จะมีอยู่ 2 session ที่เกี่ยวข้องกัน คือ การพัฒนาหลักสูตรในเรื่อง primary health care ถ้าคนธรรมดา คนที่ดูแลสุขภาพเป็นคนแรกจะเป็น พ่อ แม่ พี่น้องญาติ และมิตร ผมเองนั้นอยากจะเห็นชีวิตผมมีความสุขหรือตายอย่างมีความสุข หรือจะอย่างไร ก็มีการศึกษาในเมืองไทยเยอะว่าต้องมีสถานที่ทั้งใกล้บ้านและใกล้ใจ เมื่อเป็นเช่นนี้แล้ว ทำอะไรจึงจะเป็น primary health care ซึ่งพูดกันมา 2-3 session แล้ว ถ้าต้องพัฒนาจุดนี้ ให้เข้มแข็งให้ได้ เมื่อเป็นเช่นนี้ ผมเลยถามตัวเองว่า การที่จะประชุมในครั้งนี้ เราทำไมต้อง fight เรื่องนี้ เพราะทำไมต้องทำ ถ้าทำแล้วจะทำเพื่อใคร เป้าหมายใหญ่อยู่ที่ไหน ใครเป็นคนได้ประโยชน์ และประโยชน์จริงๆ ตกอยู่กับใคร ผมคิดว่าหาก primary health care วันนี้ได้อภิปรายให้สมบูรณ์ จนนำไปสู่ คำว่าตรงนี้ดี ดีในระดับของสถานที่ หรือคน หรือครู หรือว่า ผู้ทำงาน หรือการร่วมมือซึ่งกันและกันให้ดีที่สุด อันนี้เป็นเป้าหมายใหญ่ จนกระทั่งรวมไปถึงที่เราจะนำตรงนี้ไปใช้ให้ได้ และผมคิดว่าโชคดีเหลือเกิน นั่นคือมี ผู้อภิปรายและร่วมอภิปรายซึ่งจะทำให้งานนี้ดียิ่งขึ้น ผมขอเชิญอาจารย์โยธีได้นำต่อไปนะครับ ว่าใครเป็นคนสำคัญของเราในวันนี้ ขอขอบคุณครับ

นายแพทย์ โยธี ทองเป็นใหญ่ : ประธานร่วม

ขอบพระคุณท่านประธาน ขอขอบคุณผู้จัดงานที่ให้เกียรติเชิญมาร่วมวันนี้ จริงๆ ผมจะต้องแนะนำผู้ดำเนินการอภิปราย แต่ผมรู้สึกที่ผมคงทำอย่างนั้นไม่ได้ ถ้าผมไม่ได้แนะนำท่านประธานให้พวกเรารู้จักก่อน ท่านประธาน จริงๆ ว่าไปคงไม่จำเป็นที่จะต้องแนะนำ ท่านเป็นศาสตราจารย์คนแรกทางด้านแพทยศาสตรศึกษาของประเทศไทย ท่านจบ Master Degree ทาง Medical Education มาจาก University of Illinois, Chicago USA ประสบการณ์ทางแพทยศาสตรศึกษา ในประเทศไทย ณ วันนี้ คงมีใครเทียบอาจารย์ไม่ได้แล้ว เพราะอาจารย์ทำโรงเรียนแพทย์มาหลายโรงเรียน จากจุฬาฯ ไปช่วยธรรมศาสตร์ และขณะนี้อยู่ที่มหาสารคาม

ถึงจะมีความเข้มแข็งต่อไปในอนาคต คงต้องขออนุญาตท่านละ 15 นาที ในรอบแรก และขออนุญาตให้
คุณหมอข้างในฐานะเจ้ากระทรวงที่จะกำหนดทิศทางและนโยบายในการพัฒนาระบบปฐมภูมิของประเทศ
ขอเรียนเชิญค่ะ

แพทย์หญิงสุภัทรา ศรีวิชิชากร

กราบเรียนท่านอาจารย์และพี่น้องชาวสาธารณสุขทุกท่าน ในวันนี้ก็ถือเป็นโอกาสดีที่มาพูดคุยในเรื่อง
แพทยศาสตรศึกษา คิดว่าประเด็นที่จะพูดคุยคงใช้เวลาไม่ยาว แต่ตอนเตรียมก็คิดว่าจะพูดให้ใครฟัง
เพราะสิ่งที่พูดขึ้นอยู่กับเราจะเสนอเรื่องนี้อย่างไร โดยสรุปจะพูดในประเด็นหลักการในภาพรวม และ
ประเด็นที่จะพูดต่อคือสิ่งที่เชื่อมโยงกับหลักสูตร ประเด็นแรก ถ้าจะพูดว่าพัฒนาศูนย์สุขภาพชุมชนให้เข้ม
แข็ง หรือ PCU หรือหน่วยบริการปฐมภูมิ หรือเรียกว่าหน่วยเวชศาสตร์ครอบครัว ขึ้นอยู่กับแต่ละที่ว่า
จะใช้ตรงนี้อย่างไร แต่ขออนุญาตพูดเป็นภาพรวมๆ ถ้าเราจะมองเรื่องนี้ หลักสูตรแพทย์เราก็มองเรื่องนี้
อย่างอาจารย์พูดท่านแรกเมื่อเช้านี้ว่า เราจริงๆ มีการพูดว่าเรื่องแพทยศาสตรศึกษา ตั้งแต่เมื่อ 50 ปีก่อน
พูดเรื่องนี้มาอยู่ตลอดเวลา และมีการพยายามทำอยู่และพัฒนาการไปเรื่อยๆ ขณะเดียวกับหน่วยบริการที่มี
การพัฒนาเรื่องนี้ ก็มีพัฒนาการมาตลอด และก็คงเห็นว่ามีบางจุดที่เป็นจุดอ่อนและ ส่วนหนึ่งก็เป็นที่มาว่า
ทำไมต้องมาพูดเรื่องนี้ ทั้งๆ ที่เรื่องนี้ก็มีกันมาพอสมควร อาจจะมีข้อเสนอว่า ถ้าเรามองจากอดีต และ
พยายามดูว่า ถ้าเราอยากจะทำให้เรื่องนี้เป็นที่ยอมรับ หรือทำให้เข้มแข็งจริงๆ ตรงนี้ก็พยายามมองจากมุม
มองตัวเองว่า ถ้าเราจะคิดเรื่องนี้จะมองตรงนี้อย่างไร

ประเด็นแรก เลย ที่ใช้คำว่า Positioning ก็เพราะว่า ต้องพูดให้ชัดว่าหน่วยบริการปฐมภูมิหรือ
หน่วยเวชศาสตร์ครอบครัวอยู่ตรงไหนของบริการสาธารณสุขภาพรวม ดูเหมือนว่าเราจะรู้สึกว่าคุณเคย
แต่ถ้าถามว่าเป็นที่ยอมรับแค่ไหน ตรงนี้อาจจะต้องมีความชัดเจน เพราะถ้าไม่มัน คงจะไปโดยที่มองไม่
เห็น เพราะฉะนั้น ประเด็นแรก จะพูดกันเลยว่าคำว่า positioning หรือวางตำแหน่งที่ยืนให้ชัด

ตารางที่ 23 แนวทางพัฒนาศูนย์สุขภาพชุมชนให้เข้มแข็ง

แนวทางพัฒนาศูนย์สุขภาพชุมชนให้เข้มแข็ง

- Positioning PC in the health system
- Strengthen the capacity of PC
- Link PC with the rest of the system
- Integrate with the community

ประเด็นที่สอง จะพูดกันว่า strengthen
ต่อ ศักยภาพเพิ่มความเข้มแข็งในตัวเองอย่างไร
ประเด็นที่สาม ถ้าจะพัฒนาให้ได้มันต้อง
มีความเชื่อมโยงว่าหน่วยปฐมภูมิหรือหน่วย
เวชศาสตร์ครอบครัวนี้ อยู่โดดๆ ไม่ได้เพราะเป็น
ภาพบริการภาพรวม จะเข้มแข็งได้ จุดเชื่อม
ต่อและรอยต่อ มันต้องต่อกันได้ ถ้าทำอยู่
ฝ่ายเดียวส่วนอื่นไม่เอาด้วย โรงพยาบาล
ต่างๆ ไม่เอาด้วย มันก็มีปัญหา และอีก
จุดหนึ่งก็คือถ้าเรามองหน่วยบริการปฐมภูมิ
หรือศูนย์สุขภาพชุมชนว่า สุดท้ายจุดยืนคือ
การมีส่วนร่วมกับชุมชนและศูนย์สุขภาพของ

ชุมชน อีกประเด็นหนึ่งก็คือว่าจุดสุดท้ายหน่วยนี้จะต้องสามารถบูรณาการได้กับความต้องการของชุมชน
อันนี้ก็อาจจะเป็นข้อเสนอ 3 -4

ประเด็นแรก ที่อยากจะทำไว้ให้เป็นภาพรวมว่ามองตรงนี้อย่างไร ประเด็นคำว่า Position หรือว่า
ตำแหน่งตรงนี้อย่างไร ถ้าจะพูดให้ชัดคงไม่พูดรายละเอียดมากนัก เพราะหลายท่านคงรู้แล้ว แต่พูดให้ชัด
ว่าถ้าเรามองตรงนี้ว่าเป็นหน่วยบริการด้านแรก คำว่าด้านแรกไม่ได้คัดกรอง ไม่ได้แปลว่าไร้ศักยภาพหรือ

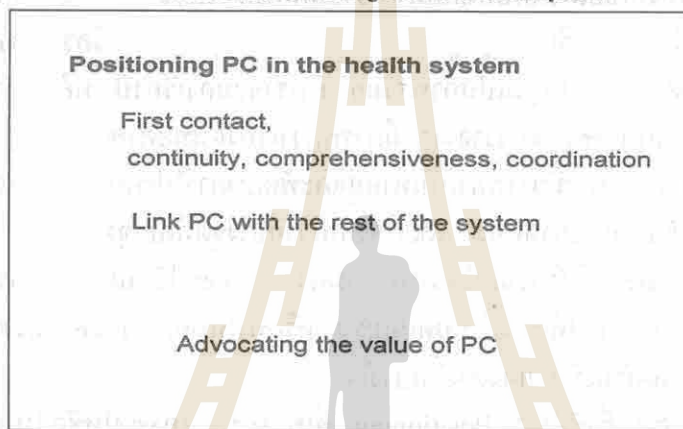
โดยส่วนตัวผมเอง ตอนนี้นำหน้าที่เป็นผู้อำนวยการศูนย์แพทยศาสตรอยู่ที่นี่ จริงๆ ผมไม่ได้จบมาทาง Education ผมได้ Master ทางด้าน Epidemiology แต่ก็ถูกเจ้านาย เจ้านายผมซึ่งอยู่ข้างหน้านี้ด้วย บังคับให้มาทำงานในส่วนนี้ ก็ขอขอบคุณที่ได้มาเป็นเกียรติในครั้งนี้ด้วย ท่านผู้ดำเนินการ อภิปรายใน session นี้ แพทย์หญิงลลิตยา กองคำ ก่อนที่อาจารย์ลลิตยา จะแนะนำผู้อภิปราย อาจารย์ลลิตยา จบการศึกษาแพทยศาสตรบัณฑิต จากรามธิบดี ได้ Dipoma in medical Education จาก Flinders University, Australia ในอดีตเป็นหัวหน้าภาควิชาเวชศาสตร์ครอบครัวและชุมชน ของโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา ซึ่งขณะนี้ครบเทอมก็มาเป็นผู้วางหลักสูตร อีกหลายๆ หลักสูตร

แพทย์หญิงลลิตยา กองคำ

กราบขอบพระคุณท่านอาจารย์เฉลิม และท่านอาจารย์โยธี สำหรับ session ต่อไป ก็จะเป็นอีก session หนึ่งที่มีความสำคัญ สำหรับการประชุมในครั้งนี้ ในหัวข้อเรื่อง การสร้างความเข้มแข็งให้กับ PCU ซึ่งในโอกาสนี้ทางผู้จัดได้รับเกียรติจากท่านวิทยากร 3 ท่าน ซึ่งเข้าใจว่าทุกๆ ท่านก็คงจะรู้จักเป็นอย่างดี ท่านแรกนายแพทย์สำเร็จ แหียงกระโทก คิดว่าไม่มีใครไม่รู้จัก ท่านจบแพทยศาสตรบัณฑิต จากรามธิบดี และคร่ำหวอดอยู่ในวงการของ primary care มาเป็นเวลานาน ปัจจุบันท่านดำรงตำแหน่งเป็นนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา และหลังจากความเพียรพยายามของท่านในการพัฒนา primary care ของประเทศไทย ปีนี้ท่านก็ได้รับรางวัลเป็นศิษย์เก่าแพทยศาสตรรามาดีเด่น ท่านที่ 2 อีกท่านหนึ่ง เมื่อก็พูดถึงอาจารย์สำเร็จ เรียกได้ว่าเป็นเจ้าพ่อ primary care อีกท่านหนึ่งก็ถือว่าเป็นเจ้าแม่ primary care ของประเทศไทย คือแพทย์หญิงสุพัตรา ศรีวิเศษกร ขอเรียกสั้นๆ ว่าพี่ช่างคุณหมอช่างจบแพทยศาสตรบัณฑิตจากศิริราชพยาบาล ปัจจุบันเป็นผู้จัดการสถาบันวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน ของกระทรวงสาธารณสุข พี่ช่างมีผลงานทางด้าน primary care มาก่อนข้างนาน ใครๆ ก็น่าจะรู้จักเป็นอย่างดี วันนี้ก็ให้เกียรติมาเป็นวิทยากรอีกท่านหนึ่งของเรา สำหรับท่านสุดท้าย ของเรียนเชิญนายแพทย์พิเศษฐิ์ บัญญัติ คุณหมอพิเศษฐิ์ จบแพทยศาสตรบัณฑิต จากมหาวิทยาลัยเชียงใหม่ และจากนั้นได้รับปริญญาอีกหลายใบทั้งทางด้านนิเทศศาสตร์ สาธารณสุขศาสตรบัณฑิต ทางด้านอาชีวอนามัย รัฐประศาสนศาสตร์ ของนิด้า และวุฒิบัตรเวชปฏิบัติทั่วไป เวชศาสตร์ป้องกันและเวชศาสตร์ครอบครัว ปัจจุบันดำรงตำแหน่งเป็นผู้เชี่ยวชาญด้านเวชกรรมป้องกัน อยู่ที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตาก และมีผลงานในการพัฒนาโรงพยาบาลตาก เป็นที่เลื่องลือและรู้จักกันไปทั่วประเทศ ในช่วงนี้ ขออนุญาตเข้าสู่ session ที่เราจะพูดคุยกัน ก่อนอื่นก็ต้องขออนุญาตท้าวความว่าเพราะอะไร ระบบ primary care ถึงมีความสำคัญมาก และในวันนี้ topic ในการประชุมก็เป็นเรื่องพัฒนาระบบการนำหลักสูตรแพทยศาสตรบัณฑิตรองรับระบบบริการปฐมภูมิ อย่างที่ทุกท่านทราบว่าแผนแม่บทในการผลิตบัณฑิตแพทย์ของประเทศเรา เราจะอิงจากผลการประชุมแพทยศาสตรศึกษาแห่งชาติ ซึ่งครั้งสุดท้ายจัดในปี 2544 ก็เป็นแพทยศาสตรศึกษาแห่งชาติครั้งที่ 7 และกำลังจะมีครั้งที่ 8 ในปี 2551 ที่จะถึงนี้ ในเรื่องแพทยศาสตรศึกษา เราจึงกำหนดทิศทางแพทยศาสตรศึกษาตามระบบบริการสุขภาพของประเทศ ซึ่งในปี 2544 ก็มีการปฏิรูประบบบริการสุขภาพของประเทศ ภายใต้เรื่องของหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า และทิศทางของ primary care ก็จะมีความเข้มแข็งนับจากวันนั้นเป็นต้นมา ในวันนี้เราจะมีโอกาสได้ฟังจากประสบการณ์มุมมอง ความรู้ต่างๆ ที่ท่านวิทยากรทุกท่านได้สั่งสมมา ท่านก็จะมาเล่าให้ฟังว่าจะทำอย่างไร PCU

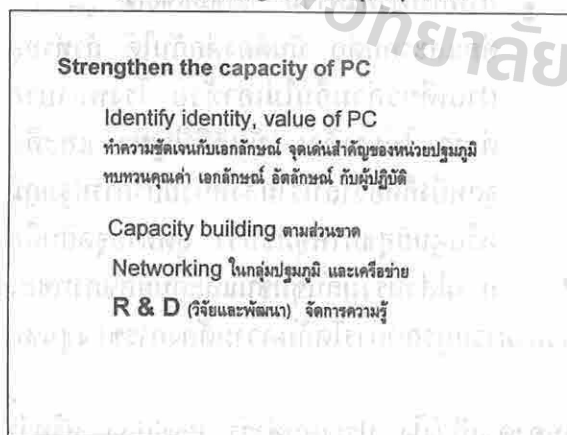
ทำอะไรที่มันง่าย ๆ แต่จริงๆ คำว่าด่านแรกมันมีความหมายเฉพาะหน้าเรียกกันว่าความไวในการดูแลปัญหาที่พบบ่อยของชุมชน เป็นกลุ่มที่สามารถจะไวและดูแลได้อย่างทันเวลา และส่งต่อได้ดี และดูแลได้อย่างองค์รวมต้องเน้นผสมผสานตรงนี้ อาจจะต้องพูดกันให้ชัดว่าถ้าเราจะพัฒนาเรื่องนี้ หลักสูตรแพทย์ก็ตามมันจะต้องพูดกันแล้วว่า บทบาทตรงนี่คืออะไร และระบบอื่นๆ ที่จะมาต่อโยงตรงนี้อย่างไร อยากรู้จะพูดให้ชัด เป็นเรื่องของ first contact ต่อเนื่อง ผสมผสานและการเชื่อมประสาน และต้องไปต่อยังกับบริการต่างๆ ได้ ซึ่งจริงๆ อันนี้ก็เข้าได้กับกับ concept primary health care หรือสาธารณสุขมูลฐานที่พูดถึงการบูรณาการ

ตารางที่ 24 Positioning PC in the health system



ประเด็นตรงนี้ถ้าเราอยากจะทำตรงนี้ นอกจากจะพูดหรือเข้าใจหลัก ต้องมองให้เห็นเป็นรูปธรรมในระบบบริการที่แท้จริง ว่าระบบบริการที่เห็นมีการทำแบบนี้จริงหรือเปล่า รวมทั้งการ advocate คือการที่จะประชาสัมพันธ์หรือสร้างความเข้าใจ เป็นที่ยอมรับตรงนี้อย่างชัดเจนทั้งในกลุ่มวิชาชีพและในกลุ่มของบุคลากรต่างๆ และก็ประชาชนให้ชัดเจนว่าเรายอมรับตรงนี้อย่างแจ่มชัด ซึ่งคงต้องพูดกันอีกทีว่าเราจะมีตรงนี้อย่างไร จะช่วยกันอย่างไร ที่ถ้าจะทำให้ตรงนี้หน่วยนี้เข้มแข็งได้อีก อันนี้คือในแง่ของศักยภาพของหน่วยบริการ

ตารางที่ 25 Strengthen the capacity of PC

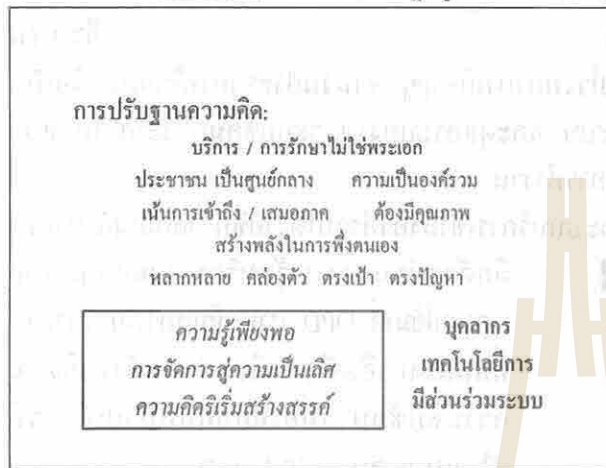


ถ้าสมมติว่าเราทำกัน สถาปนาอนามัยก็ตาม ศูนย์บริการสาธารณสุขก็ตาม ประเด็นแรกก่อนเลย ต้องพูดกันถึงเรื่อง คุณค่าที่แท้จริงหรือตัวอัตลักษณ์หรือเอกลักษณ์ของตัวนี้ให้ชัด แล้วค่อยตามมาเรื่องของการเสริมสมรรถนะ ซึ่งคำว่าสมรรถนะตรงนี้ ซึ่งแน่นอนคือมีลักษณะเอกลักษณ์อย่างไร สมรรถนะต้องไปด้วยกันที่จะพูดต่อ

อีกอันหนึ่งก็คือว่า เนื่องจากระบบขนาดนี้ และระบบบริการปฐมภูมิเป็นระบบที่ค่อนข้างจะแปรไปตามสถานการณ์ของพื้นที่ มีเรื่องของ social science ที่เมื่อเราพูดกัน แปรไปตามทางด้านสังคมศาสตร์ และจิตวิทยาต่างๆ ค่อนข้างเยอะ การเรียนรู้เรื่องนั้นจึงไม่ได้เป็นการเรียนรู้ฝ่ายทฤษฎี

อ่านตำรา และจริงๆ แล้ว คือการเรียนรู้ผ่านประสบการณ์จริงแล้วมาถูกสังเคราะห์ให้เป็นบทเรียนที่ชัดในแง่ของการเรียนศักยภาพตรงนี้ สิ่งหนึ่งที่เป็นบทเรียนที่เราใช้กันคือ การ networking คือ การที่จะมาแลกเปลี่ยนบทเรียนของกันและกัน จะพยายามสรุปออกมาเป็นบทเรียนที่ชัดเจนในการพัฒนาได้ รวมทั้งจำเป็นต้องมีเรื่องของการวิจัยและพัฒนา รวมทั้งการจัดการความรู้ซึ่งจะเป็นฐานราก

ตารางที่ 26 แก่นของบริการปฐมภูมิ



ถ้าเรบอกว่า primary care ซึ่งเป็น biopsychosocial เป็น complex biopsychosocial ซึ่งค่อนข้างจะไม่ใช่อันหนึ่งอันใดทีเดียว อีกประเด็นตรงนี้นั้นต้องสามารถมีความรู้วิชาการต่างๆ ที่รองรับ และมีการจัดวางความรู้ตรงนี้ที่ชัดตรงเรื่องของแก่นตรงนี้ ถ้าจะพูดให้ชัดถึงเอกลักษณ์หรือ อัตลักษณ์ ในส่วนที่เป็นประเด็นที่อาจารย์จรัสเคยสรุปไว้ ท่านบอกว่า แน่นนอนเราพูดเรื่องนี้ไม่ใช่เรื่องภาษาอย่างเดียว เราพูดถึงการดูแล การ care การช่วยเหลือเยียวยา ดูแลต่างๆ ซึ่งเมื่อเข้าก็พูดกันอยู่ในส่วนนี้ ประเด็นนี้คือเอกลักษณ์ที่สำคัญ เรามองแบบ holistic เรามองแบบการเข้าถึง เรามองถึงการเสริมพลังการพึ่งตนเอง

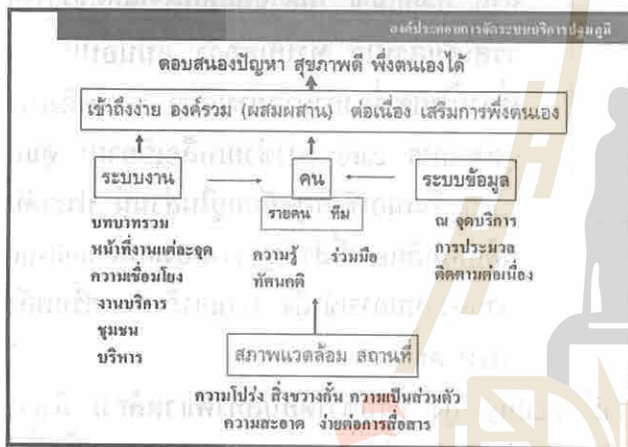
สุดท้ายหน่วยบริการนี้เป็นหน่วยบริการที่ต้องมี agility สูง ปรับตัวได้กับสภาพแวดล้อม ถ้าเราจะจัดการเรียนรู้หรือจัดหลักสูตรต่างๆ ตรงนี้เข้ามา หมายถึงต้องเข้าใจธรรมชาติและแก่นตรงนี้ให้ได้ ถ้าเราทำแบบไม่เข้าใจจะกลายเป็นไม่เข้าถึง และไปไม่ได้ถึงคุณสมบัติที่เราต้องการ การจะทำตรงนี้ได้เราพูดกันเสมอว่าคนทำงาน primary care หรือทำงานเวชศาสตร์ครอบครัว ไม่ใช่ทำงานแบบใช้ความรู้แบบเล็กๆ น้อยๆ ของสาขาวิชาชีพต่างๆ มารวมกัน แต่จริงๆ แล้วต้องมีความรู้ต่างๆ ที่พอเพียงที่จะรู้ว่าพฤติกรรมแบบไหน อาหารแบบไหน อะไรอย่างไรงี้จะทำให้แข็งแรง และดูแลได้จนถึงการเชื่อมโยงเรื่องสังคมและชุมชนได้ จริงแล้วมันมีความรู้ศาสตร์อีกหลายส่วนตรงนี้ รวมทั้งการจัดการและความริเริ่มสร้างสรรค์ คงพูดไปอย่างรวบๆ เร็วๆ เพื่อให้เห็นว่ามันมีเอกลักษณ์ซึ่งไม่เหมือนกันการรักษายาบาลในโรงพยาบาล



รูปที่ 16 บทบาทของหน่วยบริการปฐมภูมิ

ประเด็นถ้าพูดต่อไปในเรื่องสุขภาพ เราพูดกันไว้ชัดว่า คำว่า primary care นอกจากการทำหน้าที่ direct service หรือให้บริการโดยตรงแล้ว ขณะนี้เราพูดถึงการที่ให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการเข้าไปสู่การทราบวาลิ่งแวดล้อมของชุมชนที่ดี เรียกว่าบทบาทเป็นบท Facilitator ตรวจจับ co-coordinator แน่นอน บทบาทนี้ไม่เหมือนกับการเป็นผู้ให้โดยตรง แต่สามารถทำได้ไปโน้มน้าวสร้างประเด็นเชื่อมโยงต่างๆ ให้กับคนในชุมชนหรือทำหน้าที่คุยกับประชาชนต่างๆ ได้ อันนี้จะมองถึงทักษะและความสามารถอีกลักษณะหนึ่งซึ่งไม่เหมือนเดิม รวมทั้งการที่จะรู้ว่า resource อยู่ที่ไหน และจะไปประสานเชื่อมโยงอย่างไร อันนี้ก็จะประเด็นให้เห็นว่า ถ้าบทบาทเป็นแบบนี้ คนที่จะทำงานตรงนี้ก็จะต้องมี Catchments' area ที่ชัดเจน ประชากรต้องไม่เยอะเกินขอบเขต ไม่ได้วัดเป็นแบบโรงพยาบาลใหญ่ๆ จำนวนประชากรเป็นแสนหรือเป็นหมื่น แต่เราจะเน้นหน่วยเล็กๆ กระจายกันอย่างมีระบบ และดูแลระบบงาน ระบบข้อมูล ระบบคน และระบบทีมงาน รวมถึงการสร้างบรรยากาศสิ่งแวดล้อมในการทำงาน

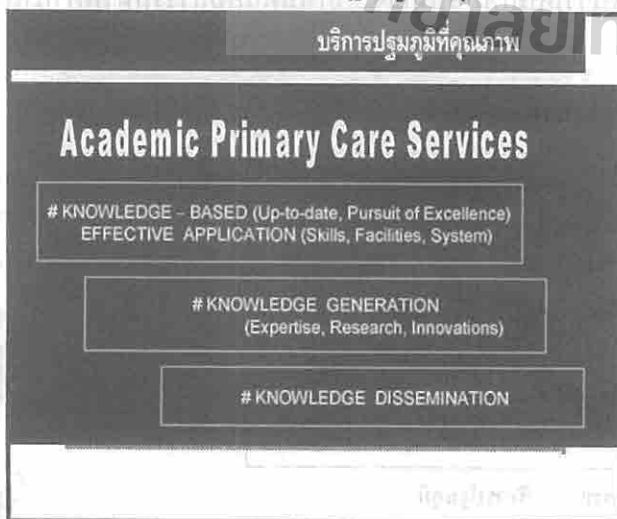
ทั้งหมดเหล่านี้เป็นส่วนที่ทำให้สัมผัสง่าย ทำให้ระบบบริการเข้าถึงองค์กรวมได้ง่ายขึ้น แน่นอนถ้าเราลอง



รูปที่ 17 องค์ประกอบการจัดระบบบริการปฐมภูมิ

ใครที่เกี่ยวข้องตรงนี้จะต้องเข้าใจว่าธรรมชาติตรงนี้ มันสามารถสร้างสภาพแวดล้อมให้ง่ายต่อการจัดการบริการได้ ไม่ใช่ว่าคนต้องดีเลิศถึงจัดการตรงนั้นได้ ตรงนี้ก็จะเป็นหลักอยู่แล้ว เราสามารถจัดการบริการตรงนี้ได้อย่างไร

ตารางที่ 27 บริการปฐมภูมิที่คุณภาพ



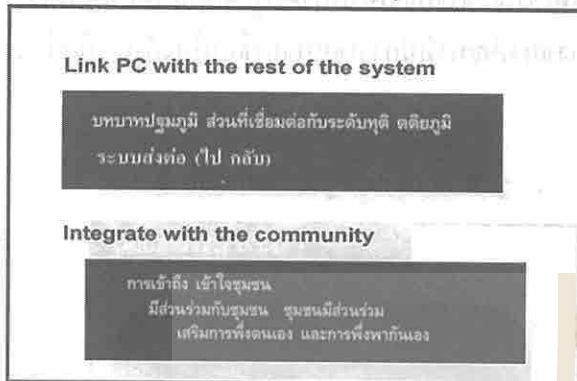
นึกตัวอย่างเวลาเราจัดบริการแบบโรงพยาบาล เวลาคนไข้มาที่ OPD เราจะเห็นสภาพบรรยากาศที่คนแน่น อึดอัด หรือกว่าจะเข้ามาถึง มีความซับซ้อน เมื่อเทียบกับหน่วยบริการที่เป็นแบบคลินิกหรือแบบศูนย์สุขภาพชุมชนหรือสถานีนามัยต่างๆ จะเจอบรรยากาศที่รู้สึกดูดีและทำให้คนให้บริการไม่อึดอัด และสามารถดูแลต่อเนื่องต่างๆ ตรงนี้ได้ ตรงนี้จะมีหลักวิชาหรือมีระบบคิดต่างๆ

ประเด็นที่สอง ถ้าเราในตรงนี้หรืออยากให้หน่วยนี้เข้มแข็ง ระบบต่างๆ เช่นการจัดระบบไม่ว่าจะอยู่โรงพยาบาลชุมชนหรือ

นอกจากนี้อีกประเด็นหนึ่งก็คือเรามองว่าอนาคตขณะนี้ เดิมทีเดียวเรานำหน่วยบริการหรือสถานีนามัย เราอาจจะมองว่าเราคิดกรอง ดูลพื้นฐาน แต่ความซับซ้อนของสังคมของคนในชนบท หรือพฤติกรรมของงานที่เปลี่ยนไปเรื่อย ขณะนี้เราต้องเจอกับโรค NCD พฤติกรรมที่ทำนปลัดพูดเมื่อเข้าพฤติกรรมโรคอ้วน เบาหวาน ความดันต่างๆ นั้นหมายถึงว่า และต้องสามารถ generate ความรู้และ apply สถานการณ์ต่างๆ ตรงนี้ได้ นั้นหมายถึงว่าเรามองถึงอนาคต เราอยากเห็นเป็นอย่างไร ตรงนี้ต้องมีความรู้ทางวิชาการ

และกระจายความรู้ตรงนี้ได้อย่างชัดเจน ถึงจะเป็น academic ซึ่งน่าจะเป็นฐานที่ดีสำหรับการเรียนรู้ของโรงเรียนแพทย์ได้ด้วย

ตาราง 28 Link PC with the rest of the system



ประเด็นที่สาม ที่เราจะพูดเรื่องการพัฒนา นอกจากพูดถึงการวางตำแหน่งที่รับให้ดี การพูดถึงต่างๆ แล้ว อีกส่วนหนึ่งคือการ link primary care กับส่วนของระบบ โรงพยาบาลถ้าไม่เข้าใจ บทของสถานีนอนามัยหรือหน่วยปฐมภูมิ ก็จะไปแบบไม่เข้าใจ และไม่เกิดความเชื่อมต่อและไม่สามารถเสริมศักยภาพซึ่งกันและกันได้ ตรงนี้จึงจำเป็นอย่างยิ่ง ถ้าทำให้ระบบต้องเข้าใจและมีระบบที่เชื่อมต่อตรงนี้ได้ดี ว่าถ้า primary care ทำหน้าที่ดูแลตอนแรกต่อเนื่องรวมทั้งการ maintenance คนไข้ต่างๆ หน่วยบริการโรงพยาบาลต่างๆ

ต้องสามารถจะส่งต่อส่งไปและส่งกลับได้อย่างพอดี ไม่ใช่ทุกอย่างรวมอยู่ที่โรงพยาบาลใหญ่หมด ตัวอย่าง เช่น ถ้าเราพูดถึงโรคเรื้อรังขณะนี้ เบาหวาน ความดัน ชัดเจนถ้ายังอยู่แต่ในโรงพยาบาลใหญ่ เจอแค่หมอเฉพาะทาง ไม่มีทางที่จะทำให้เกิดการควบคุมป้องกันโรคได้ดีขึ้น ถ้าไม่สามารถกระจายและเชื่อมต่อตรงนี้ออกไปได้

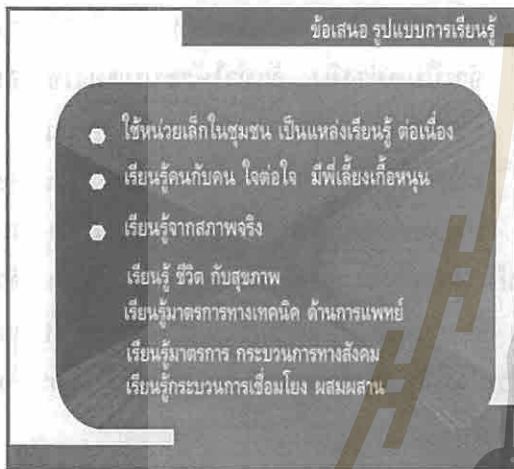
ตรงจุดนี้ ถ้าท่านจะคิดถึงเรื่องนี้ ไม่ใช่จะพัฒนาเฉพาะหน่วยปฐมภูมิ โรงพยาบาลเองเราต้องสร้างความเข้าใจร่วม และสามารถแบ่งบทบาทกันและกันได้ดี รวมถึงการเชื่อมต่อกับชุมชน ก็จะเน้นประเด็นที่ต้องเสริมศักยภาพทั้งตัวระบบและชุมชนที่ว่า จะต้องทำให้เข้าถึง เข้าใจ และมีส่วนร่วมกับชุมชนและชุมชนมีส่วนร่วม มีส่วนร่วมกับชุมชนคือเข้าไปมีส่วนร่วม ไม่ใช่รอให้เขามีส่วนร่วมกับเรา ไม่ใช่คอยดึงเขา มาทำกิจกรรมกับเรา แต่เราต้องไปร่วมกับเขา และต้องทำให้เกิดการเสริมศักยภาพตรงนี้ได้ เพราะเราคิดว่าถ้าเมื่อไหร่เราเข้าถึงเขาได้ จะทำให้เกิดความยั่งยืนและความมั่นคงในการพัฒนาได้อย่างชัดเจน ตรงนี้ ก็จะเป็นบทที่เป็นข้อเสนอใน 4 ประเด็นว่า เรามองตรงนี้อย่างไร

อันนี้จะเป็นประเด็นอื่นๆ ว่าถ้าจะใช้หน่วยหรือหลักสูตรเพื่อให้เกิดการเรียนรู้เรื่องหน่วยปฐมภูมิต่างๆ ที่ดี และเป็นตัวฐานของการเรียนรู้เรื่องนี้ เราสามารถทำได้ในแง่ของโรงพยาบาลชุมชน หรือโรงพยาบาลใหญ่ๆ ก็ตาม เชื่อมกับศูนย์สุขภาพชุมชนต่างๆ ในส่วนนี้เราสามารถชี้แหล่งตรงนี้แหล่งเรียนรู้ได้ สามารถรับรู้ case อย่างกรณีที่ตอนบ่ายที่ พูดไปในเรื่อง social medicine ก็จะเห็นชัดว่าใช้ case ในกรณีต่างๆ ตรงนี้ ไม่ยากเลยที่จะหล่อหลอมให้เป็น primary health care หรือเป็นอะไรต่างๆ เรียนรู้เรื่อง case เรียนรู้เรื่องคนที่มีน้ำใจต่อกันต่างๆ และก็คนที่เป็นคนสอน ถ้าเราสอนเรื่องต่างๆ เหล่านี้ และมีความเข้าใจตรงนี้ และรู้จักสภาพจริงต่างๆ พวกนี้ ก็จะเป็นบทเรียนต่างๆ ที่จะสามารถเอามาใช้ได้

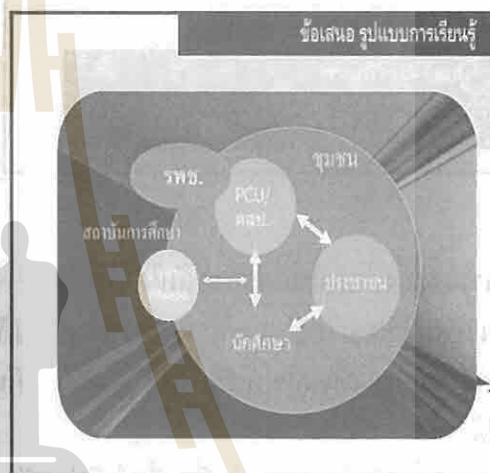
ถ้าจะมองรูปแบบระหว่างโรงพยาบาลชุมชนกับศูนย์สุขภาพชุมชนเข้าไว้ด้วยกัน เราก็อาจจะมองว่า ถ้าเราใช้แต่หน่วยบริการ คือ สถานีนอนามัย ศูนย์สุขภาพชุมชนอย่างเดียวโดดๆ ในแง่การเป็นแหล่งเรียนรู้ของหลักสูตรอาจจะไม่พอ จริงๆ แล้วต้องทำงานแบบทำงานร่วมกัน และมีโรงพยาบาลชุมชนหรือโรงพยาบาลอาจจะไม่จำเป็นต้องเป็นโรงพยาบาลชุมชนทั้งหมด เป็นส่วนที่เข้ามา link และเชื่อมต่อ ในแง่ของการทำงานด้วย

ถ้าไม่มีอาจารย์พี่เลี้ยงหรือมีใจหยาบ หรือกระบวนการที่ดี บางครั้งอาจไม่เกิดการเรียนรู้ เราคิดว่า การ design การออกแบบตรงนี้มีความสำคัญ เราเชื่อว่าประสบการณ์ เราเจอเยอะว่า ถ้าเรามีการออกแบบที่ดี แค่นักศึกษาเข้าไปสัมผัส ได้ไปเรียนรู้กับบางพื้นที่ที่เขาสามารถทำงานได้ดี โดยมีโรงพยาบาลชุมชน เป็นพี่เลี้ยงบางส่วนมีทรัพยากรวิชาการ มีอาจารย์พี่เลี้ยงที่เข้าใจ ตรงนี้จะเข้าไปเรียนรู้ได้เลยโดยอัตโนมัติว่า วิจัยดูแล case ไม่ว่าคนไข้ CVA ที่บ้าน ดูแลเรื่องของปัญหาที่มีการเจ็บป่วยเชื่อมโยงกัน กับเรื่องครอบครัวเป็นอย่างไร และสามารถเรียนรู้ได้

ตาราง 29 ข้อเสนอ รูปแบบการเรียนรู้

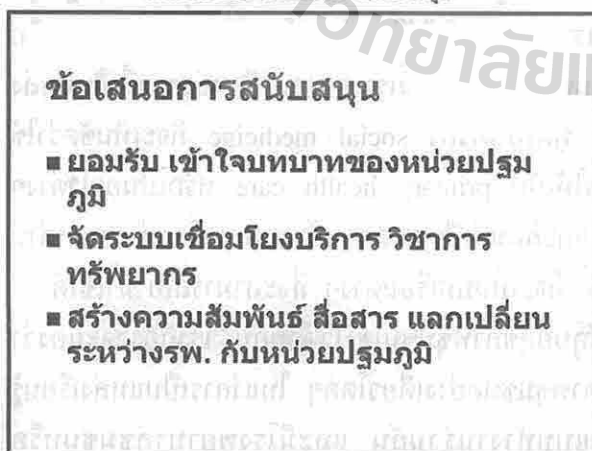


รูปที่ 18 ข้อเสนอ รูปแบบการเรียนรู้



การจะเรียนรู้ครั้งนี้ถ้าจะเป็นข้อเสนอในเชิงว่าถ้าโรงพยาบาลไหน หรือคณะแพทยจะพัฒนาเรื่องนี้ หน่วยบริการปฐมภูมิเพื่อรองรับตรงนี้โดยตรง ประเด็นแรกก็คิดอย่างดีเรียนแล้วตั้งแต่แรกว่า ต้องพูดกันให้ชัดในเรื่องของบทบาท และเข้าใจ และยอมรับบทบาทของกันและกันทั้งหมดในภาพรวม มีเป้าหมายร่วม ถ้าเรามองกันคนละทางสองทางและไม่ได้เคลียร์บทบาทกันก่อนว่าทั้ง โรงพยาบาลชุมชน สถานีอนามัย คณะแพทย์ต่างๆ ที่เรามาร่วม ว่าเรามองบทบาทตรงกันหรือไม่อย่างไร ตรงนี้ก็จะปัญหา

ตาราง 30 ข้อเสนอการสนับสนุน



ถ้านอกจากมองตรงนี้แล้วต้องจัดระบบจริงจัง ต้องมี practice จริงที่เกิดขึ้น practice จริง ไม่ว่าจะป็นโรงพยาบาลชุมชนถ้าไม่เชื่อมกับสถานีอนามัย ทางโรงพยาบาลชุมชนก็อาจจะ มีจุดอ่อนเพราะไม่สามารถดูแลต่อเนื่องได้ เหมือนกับสถานีอนามัย หรือศูนย์สุขภาพชุมชน ต้องมีการจัดระบบที่เน้นการเชื่อมโยงจริงๆ ว่า ดูแลที่บ้าน ดูแลที่โรงพยาบาล ดูแลเชื่อมโยงจริงๆ มัน absorb กันได้โดยไม่ต้องมีพิธีการมากนัก ถ้ามีเรื่องของสัมพันธ์ภาพที่ดีของกันและกัน มีเวทีได้แลกเปลี่ยนกันในส่วนนี้ ไม่ว่าจะกับสถานีอนามัยด้วยกันเอง สถานีอนามัย

กับโรงพยาบาลชุมชน หรือสถานีนามัยกับโรงพยาบาลต่างๆ ถ้าได้มีโอกาสได้เรียนรู้ร่วมกันมากโดยไม่ต้องมี format ตรงนี้มาก อันนี้ก็อาจจะเป็นข้อเสนอโดยรวมต่างๆ รวมทั้งข้อเสนอว่าจะให้โรงพยาบาลหรือศูนย์สุขภาพชุมชนเป็นหลักเรียนรู้ในเชิงว่าจะเป็นแหล่งในการฝึกอบรมได้นั้น อาจจะมีข้อเสนอเพิ่มเติม ขณะนี้

ตาราง 31 การสนับสนุน รพ. และ ศสช. ให้เป็นแหล่งเรียนรู้

การสนับสนุน รพ. และ ศสช. ให้เป็นแหล่งเรียนรู้

- สร้างความเข้าใจต่อบทบาท เป้าหมายร่วมกัน
- มีพี่เลี้ยงที่เข้าใจเรื่องการเรียนรู้ และเอกลักษณ์การทำงาน
 - เดิมทั้งด้านวิชาการ เนื้อหาบริการ การถ่ายทอด
 - ทิศนคติต่อการเรียนรู้ต่อเนื่อง
- อาจต้องเติมบุคลากร เพิ่มในกรณีที่จะใช้แหล่งนั้น เป็นแหล่งเรียนรู้ด้วย
- มีการออกแบบการจัดการเรียนรู้ ให้สอดคล้องกับบริบท
- มีเวทีแลกเปลี่ยนในกลุ่มรพช. สอ. ศสช. ที่เป็น

ตาราง 32 กลยุทธ์การดำเนินงาน

กลยุทธ์การดำเนินงาน

เสริมภายในให้เข้มแข็ง : คน อุดมการณ์ วิชาการ
ระบบสนับสนุนที่เข้าใจเอกลักษณ์ ธรรมชาติของหน่วยปฐมภูมิ

ลดแรงกดดันจากนโยบาย ระบบภายนอก

มองจากโรงพยาบาลและสถานีนามัย จะมี work load ค่อนข้างเยอะ ในการรองรับกระบวนการทำงาน ถ้าเราจะมีนักศึกษาแพทย์เข้าไปหรือจะมี resident ต่างๆ เข้าไป ก็จะมีประเด็นเรื่องพี่เลี้ยง จึงต้องมีการเตรียมการเรื่องพี่เลี้ยง ให้เข้าใจว่ากระบวนการตรงนี้จะถ่ายทอดอย่างไร และคราวนี้เรากำลังทำโครงการร่วมกับ 5 สถาบัน เกี่ยวกับเรื่องหลักสูตร primary medicine ในเรื่องของ resident โดยใช้โรงพยาบาลชุมชนเป็นฐานการเรียนรู้แทนที่จะเป็นในโรงพยาบาลใหญ่ ซึ่งในแต่ละเทอมจะต้องมีการเตรียมอาจารย์พี่เลี้ยง เหมือนกับเป็นพี่เลี้ยงประจำแพทย์แต่ละคน ให้เข้าใจเรื่อง concept ต่างๆ เข้ามา รวมทั้งอาจจะต้องมีโควตาของแพทย์เข้าไปช่วยเติมเพื่อทำให้รองรับ work load บางอย่างแทน resident ได้ อันนี้จะเป็นเรื่องที่เราจะทดลองในปี 51 แต่เราคิดว่าจะมีกระบวนการทดลองและออกแบบการเรียนรู้ที่พอดี และมีเวทีแลกเปลี่ยนได้ ก็อาจจะเป็นส่วนหนึ่งที่คิดว่าถ้าคณะแพทย์จะทำเรื่องนี้เข้ามา เคยพูดกับอาจารย์หลายท่านว่าอาจารย์ต้องเตรียมโรงพยาบาลหรือเตรียมศูนย์สุขภาพชุมชนให้พร้อมในการเป็นแหล่งเรียนรู้ได้เพราะว่าถ้าพึ่งไปอยู่เฉยๆ ถ้าเราไม่เข้าใจตรงนั้นมันจะไม่เกิด ถ้าเราทำความเข้าใจตรงนี้ก่อน มี orientation ทั้งความเข้าใจเรื่องการถ่ายทอดหรือกระบวนการเรียนรู้ที่ชัดก็จะทำได้ไม่ยาก เพราะมีประสบการณ์อยู่เยอะ

ขณะนี้ในเชิงยุทธศาสตร์ของ primary care เรามียุทธศาสตร์ 5 ปี ซึ่งผ่านที่ประชุมของรัฐมนตรีไปแล้ว เป็นยุทธศาสตร์ที่ทำให้ primary care มีความเข้มแข็งขึ้น เรื่องสร้างเอกลักษณ์ต่างๆ สร้างศักยภาพและการมีส่วนร่วม ทิศทางของระบบปฐมภูมิในอนาคตต้องเป็นทิศทางที่ดี ส่วนร่วมกับภาคี ภาคส่วนต่างๆ ทั้งท้องถิ่นทั้งภาคส่วนต่างๆ ที่ไม่ใช่

กระทรวงสาธารณสุขอย่างเดียว จะต้องร่วมมือกันอย่างชัดเจน มีการกระจายอำนาจและการพัฒนารูปแบบต่างๆ รวมทั้งการใช้ข้อมูลให้ชัดเจนมากขึ้นมี 5 ยุทธศาสตร์ที่ นายแพทย์วินัย พุดไปเมื่อเช้า เรามี 5 ยุทธศาสตร์ที่จะพยายามทำให้ลือซบไปให้ได้ เราจะต้องขยายโดยความร่วมมือของทุกภาคส่วน เราต้องพูดกันชัดเจนเรื่องคุณค่า เอกสิทธิ์ รวมถึงการพัฒนา เรื่องของการบริหารจัดการ และประเด็นสำคัญคือการผลิต พัฒนา และบริหารจัดการบุคลากร ต้องมีความหลากหลายไม่ใช่เหมือนกันทั่วประเทศ จะต้องมีการปรับต่างๆ และให้คนอยู่กันได้อย่าง และมีความสุขมากขึ้น ตรงนี้คงเป็นประเด็นสรุปอย่างรวดเร็ว

ตาราง 33 วิสัยทัศน์

วิสัยทัศน์

**ระบบบริการปฐมภูมิเป็นส่วนหนึ่งของชุมชนที่
ครอบคลุม มีคุณภาพมาตรฐาน
สอดคล้องกับสภาพพื้นที่อย่างเหมาะสม
เป็นที่ยอมรับของประชาชนและสังคม**

ตาราง 34 ทิศทางการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ

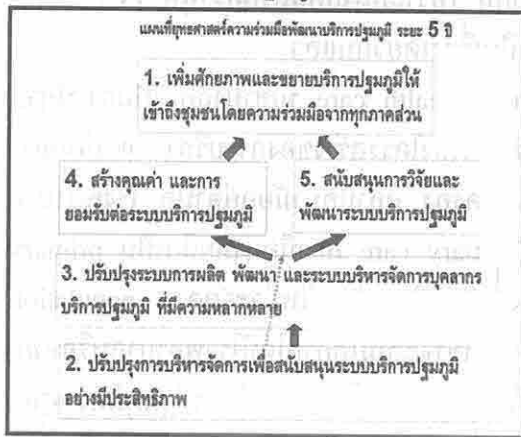
- ทิศทางการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ**
1. เฝ้าสร้างให้เห็นถึงคุณค่า เอกสิทธิ์ และการยอมรับต่อระบบบริการปฐมภูมิที่บริการด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ บูรณาการศาสตร์และศิลป์เพื่อการดูแลคุณภาพแบบองค์รวม และเป็นศูนย์สุขภาพของชุมชน ที่ดำเนินการร่วมกับชุมชน เพื่อสุขภาพของชุมชน
 2. เฝ้าเสริมศักยภาพ ปรับระบบบริการปฐมภูมิส่วนที่มีอยู่เดิมให้สอดคล้องกับบริบท และสภาพปัญหาของพื้นที่ ไม่ควรเป็นรูปแบบเดียวทั่วประเทศ และขยายบริการปฐมภูมิในส่วนที่เป็นจุดช่องว่างที่ประชาชนยังเข้าไม่ถึงบริการ
 3. สร้างการมีส่วนร่วม และระดมความร่วมมือกับภาคีภาคส่วนต่างๆ ทั้งรัฐ เอกชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และภาคชุมชน

ขณะนี้เรามีการดำเนินการอะไรอยู่แล้วบ้าง ขณะนี้อาจจะพูดได้ว่าเรากำลังจะรวบรวมบทเรียนต่างๆ ที่ดีๆ ของหน่วยบริการปฐมภูมิในพื้นที่ต่างๆ ที่อาจจะทำเรื่องผู้สูงอายุ ทำเรื่องโรคเรื้อรัง ทำเรื่องเด็ก เรื่องเยาวชนต่างๆ ซึ่งมีรูปแบบของการจัดการต่างๆ ซึ่งสามารถเป็นแหล่งเรียนรู้ในการพัฒนา โดยสถานีอนามัยหรือโรงพยาบาลต่างๆ ร่วมมือกันเราพยายามจะสร้าง network ของกลุ่มคนทำงาน อย่างน้อยก็เป็นการเสริมกำลังใจซึ่งกันและกันและการต่อประสบการณ์กันและกันทั้งในกลุ่มแพทย์และไม่ใช่แพทย์ในส่วนแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวที่ สามารถจะต่อรองกันได้ประมาณ 100 กว่าคน ณ ขณะนี้ที่ทำตามที่ต่างๆซึ่งแต่เดิมอาจจะกระจัดกระจายเราก็พยายามต่อโยงระบบตรงนี้ ทำให้สามารถเสริมกำลังใจกันและกัน และทำให้งานตรงนี้พัฒนามากขึ้น รวมทั้งรูปแบบและทางเลือกต่างๆ

ขณะนี้เรามีโครงการที่เราพัฒนาเรื่องศูนย์สุขภาพชุมชนหมายถึงเป็น model ทดลองที่จะทำให้แพทย์เข้าไปอยู่ในพื้นที่แบบอยู่ประจำ และลองทำดูให้ได้ ถ้าแพทย์ไปอยู่ประจำสามารถเพื่อคุณภาพหรือทำอะไรได้มากขึ้นแค่ไหน ซึ่งบทเรียนในรอบ 6-7 เดือนที่ผ่านมา เราก็พบว่าได้เห็นแล้วว่าหลายคนมีศักยภาพและมีความสามารถ และก็เริ่มรู้สึกว่าพอใจและชอบกับการอยู่ที่ศูนย์แพทย์พอสมควร ก็น่าจะเป็นส่วนหนึ่งที่เป็นโครงการที่ร่วมกันระหว่างกระทรวงกับ สปสช. ขณะนี้ที่พยายามทำและน่าจะเป็นสถานที่เรียนรู้ของหลักสูตรนี้ได้ เราเองก็พยายามประสานนโยบายและประสานกรมกองต่างๆ เพื่อไม่ให้มีปัญหาในการเข้าทำงานในพื้นที่ อันนั้นจะเป็นภาพรวมทั้งหมดว่าเรามองตรงนี้อย่างไร และคณะแพทย์ว่าจะทำเรื่องนี้ก็คงต้องต่อโยงกับหน่วยบริการและมีการเตรียมความพร้อมหน่วยบริการอย่างเต็มที่ เราเชื่อว่าขณะนี้มันสามารถจะค่อยๆ ขยับไป และมีพัฒนาการที่ดีขึ้นเรื่อยๆ

ขณะนี้เรามีโครงการที่เราพัฒนาเรื่องศูนย์สุขภาพชุมชนหมายถึงเป็น model ทดลอง

**ตาราง 36 แผนที่ยุทธศาสตร์ความร่วมมือ
พัฒนาบริการปฐมภูมิ ระยะ 5 ปี**



ตาราง 37 กิจกรรมพัฒนาในปัจจุบัน

- กิจกรรมพัฒนาในปัจจุบัน
- จัดการความรู้ อบรมบทเรียนที่ดี นำสู่การเผยแพร่
 - สร้างเครือข่ายเรียนรู้กลุ่มผู้ปฏิบัติ แพทย์/ทีมงานเวชศาสตร์ครอบครัว
 - พัฒนารูปแบบทางเลือกต่างๆ ได้แก่ ศูนย์แพทย์ ศูนย์บริการผสมผสาน
 - ประสานนโยบาย แนวทางในด้านคุณภาพ การประเมินติดตาม
 - ประสาน บูรณาการการทำงานระหว่างกรม กอง หน่วยงานวิชาการ ในการทำร่วมกับหน่วยบริการปฐมภูมิ

แพทย์หญิงลลิตยา กองคำ

ขอบคุณอาจารย์สุพัชรา อาจารย์ก็สมกับเป็นผู้กำกับนโยบายของ primary care ที่คุณอาจารย์ให้ภาพได้ค่อนข้างชัดเจนถึงประเด็นสำคัญในการพัฒนา PCU ระบบ primry care ให้เข้มแข็ง ที่มีความสำคัญมากก็คือความชัดเจนของบทบาทและจุดยืนที่อยู่ในระบบบริการสุขภาพ ตรงนี้ต้องชัดเจนว่า PCU หรือคนที่ทำงาน primary care อยู่ตรงจุดไหนของระบบบริการและจะเชื่อมโยงกับระบบอื่นๆ ได้อย่างไร ทำอย่างไรถึงจะมีศักยภาพในตนเองมากขึ้น ไม่ว่าในเรื่องของการจัดเครือข่าย การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ระหว่างกัน หรือการพัฒนาศาสตร์ หรือองค์ความรู้จำเพาะในด้านนี้

และสิ่งที่สำคัญประการหนึ่งก็คือการสร้างการยอมรับจากบุคลากรที่ทำงานทางด้านการแพทย์ด้วยกัน หรือแม้แต่ประชาชนที่จะเข้าใช้บริการในด้านของการนำเอาระบบ primary care เข้าไปผสมกับเรื่องการจัดการเรียนการสอน ตรงนี้ถือว่ามีความสำคัญค่อนข้างมาก และก็จะเป็ setting เพื่อเป็นงานที่ดีสำหรับการเรียนรู้สำหรับนักศึกษาแพทย์ ที่จะจบมาทำงานในระบบบริการสุขภาพของชุมชน ซึ่งนอกจากเรื่องของหลักสูตร สิ่งที่สำคัญก็คือการเตรียม setting ซึ่ง key สำคัญคือเรื่องของการเตรียมอาจารย์ ตรงนี้คุณหมอข้างก็ได้มีการนำเรื่องการจัดเครือข่ายหมอ Family medicine ซึ่งทำงานอยู่ ณ PCU ต่างๆ ตรงนี้ก็ทำให้เกิดความเข้มแข็งขึ้นมาระดับหนึ่ง แต่อีกประการหนึ่งที่สำคัญต่อเรื่องของการจัดการ ที่ทำให้เกิดความเข้มแข็งในระบบบริหาร วันนี้เราโชคดีที่ได้ท่านวิทยากรที่มีความสามารถในเรื่องของการแปลงนโยบายให้ลงมาสู่ภาคของการจัดการให้เกิดรูปธรรมอย่างชัดเจน ตอนนี้ขอเรียนเชิญท่านอาจารย์สำเร็จ ท่านคงจะได้ให้แนวคิดหรือให้เราเห็นเป็นรูปธรรม และการที่จะนำนโยบายแนวคิดต่างๆ มาจัดการให้เกิดขึ้นจริงในพื้นที่ ขอเรียนเชิญท่านอาจารย์

นายแพทย์สำเร็จ แหงกระโทก

กราบเรียนท่านอาจารย์ รุ่นพี่รุ่นน้องชาวสาธารณสุข ก็จะพูดโดยไม่ต้องใช้ powerpoint เพื่อให้ได้ครบใน 15 นาที โดยมี 4 ประเด็น

ประเด็นแรก ก็คือ เรื่องของคำที่ใช้ คำว่าหน่วยบริการปฐมภูมินี้คืออันเดียวกับสถานีอนามัย ศูนย์สุขภาพชุมชน หรือศูนย์แพทย์ชุมชนถ้ามีแพทย์มาอยู่ แล้วก็ primary care เป็น primary health care ซึ่งเป็นเรื่องที่กว้าง แต่ก่อนเราใช้ primary health care ส่วนใหญ่จะอยู่ในหมู่บ้าน อสม. อสส.

เดี๋ยวนี้คำว่า primary health care ยอมรับว่ากว้างขึ้นมามากน้อย ต้องมีบริการด้วยในระดับต้น เพราะฉะนั้น primary care กับ primary health care จึงเป็นคำเดียวกัน เพราะหลายคนสงสัยว่าพูด PCU ทำไม หัวข้อเรียนใช้คำว่า primary health care ตอนนี้ก็เข้าใจว่าเป็นเรื่องเดียวกันแล้ว

ประเด็นที่สอง คือระบบ primary care เป็น primary health care ที่เข้ามาถือ เป็นการปฏิรูป ปฏิรูปอะไรก็จะบอกว่า แต่ก่อนการจัดปฏิรูปอยู่ 2 เรื่อง ก็คือ เรื่องโครงสร้างของการบริการ แต่ก่อนการจัดหน่วยบริการของกระทรวง จัดตามมหาดไทย คือเขตการปกครอง สถานีอนามัยอยู่ตำบล โรงพยาบาลชุมชนมีหมอโรงพยาบาลจังหวัด มีหมอเฉพาะทาง ถือเป็น Tertiary care สถานีอนามัยถือเป็น primary care ไม่ต้องมีหมอ ที่เห็นจะเป็นการจัดตามเขตการปกครอง เดี่ยวนี้พอปฏิรูปใหม่จะจัดตาม population คือดูตามประชากรมากกว่า เพราะถ้าอำเภอที่ใหญ่ๆ ตำบลใหญ่ เขาจะไม่มีโอกาสได้มีโรงพยาบาลหรือหมอได้เลย เดี่ยวนี้ถ้า 10,000 คน ตามฐานเรื่อง 10,000 คนให้มี PCU หรือหน่วยบริการปฐมภูมิหรือศูนย์แพทย์ชุมชน มีหมอได้ มีทีมงาน นี่ก็เป็นการปฏิรูปความคิดที่เราจะต้องปรับเปลี่ยนเรื่องที่ 1 คือเรื่องโครงสร้างโคราชอยู่ใกล้กับชัยภูมิ โรงพยาบาลชุมชนบางแห่งอาจจะต้องไปใช้ Tertiary care ของชัยภูมิก็ได้ โดยไม่ต้องเอาเขตพื้นที่มาขวางกัน ปฏิรูปข้อที่ 2 ก็คือ แนวความคิดของการบริการ ตรงนี้สำคัญ แต่ก่อนสถานีอนามัยอยู่มาช้านานตาปี สร้างตึก ขยายอาคาร เอาคนใส่เข้าไป แต่ว่าแนวคิดการให้บริการ ขณะนี้เปลี่ยนไปมาก เอาศาสตร์ของ Family medicine มาใช้ก็คือการบริการ และ holistic integration continue care คือให้สถานีอนามัยพัฒนาคุณภาพมากขึ้น ดูแลด้านลึกเพิ่มขึ้นนั่นเอง อันนี้เป็นศาสตร์อีกอย่างหนึ่งที่ใช้ biosocial science ใน primary care หรือในสถานีอนามัย คือความลึก ศาสตร์นี้ใช้มากขึ้น และต้องเข้าใจว่าเป็นศาสตร์คนละอย่างกับ hospital care ตรงนี้สำคัญเพราะ primary care และ hospital care เป็นศาสตร์ที่แตกต่างกัน แต่ต้องเชื่อมโยงกัน เพราะฉะนั้นใครที่ทำ primary care ได้เข้มแข็ง จะต้องเชื่อมโยงกับ hospital care ด้วย อันนี้ก็เป็น 2 เรื่องที่เป็นการปฏิรูปเป็นประเด็นที่ 2 ที่อยากให้เห็นใจตรงนี้ก่อน

ประเด็นที่สาม คราวนี้ประเด็นที่จะสร้างความเข้มแข็งให้กับ primary care อย่างไรในหัวข้อนี้ ประเด็นที่ 1 ที่จะทำความเข้มแข็งได้ เรื่องสิ่งก่อสร้าง เรื่องคนที่ใส่เข้าไป เรื่องเงินที่ใส่เข้าได้ไม่ยากเท่าไร แต่เรื่องที่ยากมีอยู่ 2M คือ Management กับ Man ประเด็น management นี้ ถ้าจะทำให้เข้มแข็งก็จะมีอยู่ 3 ระดับ

ระดับที่ 1 ผู้บริหารระดับกำหนดนโยบายข้างบน อย่างคนที่กำหนดตรงนี้มีอยู่ 2 ส่วน ก็คือ กระทรวงสาธารณสุข กับ สปสช. แต่ถ้าถึงจะมีคนที่ 3 ก็คือ สคสช. คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ ตามกฎหมาย พรบ.สุขภาพแห่งชาติที่ออกใหม่ ก็จะเป็นผู้กำหนดนโยบายใหญ่ เพราะฉะนั้นก็จะมี กสช. สปสช. กสช. ก็คือกระทรวงสาธารณสุข ร่วมกันกำหนดข้างบน จะสร้างเอกภาพอย่างไร เพราะตอนนี้ก็ยังไม่ค่อยเป็นเอกภาพกันเท่าไร มีแค่ 2 หน่วยก็ยังไม่ค่อยเอกภาพเท่าไร ทั้ง 3 หน่วยอาจจะยุ่งขึ้น เพราะฉะนั้นตอนนี้ดีขึ้น ยอมรับว่าดีขึ้น ซึ่งอยู่กับกรรมการกลางและคนเอาจริงเอาจัง และกำหนดนโยบายว่าวิชาการเป็นอย่างนี้ จะจัดการให้ลงไปถึงไปถึงพื้นที่หมู่บ้านอย่างไร ตรงนี้ข้างบนต้องวางแผนให้ดี คือเอา concept เอาอุดมคติมาจัดการให้กระจายไปทั่วประเทศได้อย่างไร ผลิตคนอย่างไร ผสานกับหน่วยงานอื่นอย่างไร ตรงนี้สำคัญ ผู้บริหารระดับข้างบน ระดับกระทรวงหรือส่วนกลาง

ระดับที่ 2 คือระดับจังหวัด นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด หรือผู้บริหารจังหวัด โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลชุมชน หรือที่มงานของจังหวัด เป็นส่วนที่จะต้องบูรณาการให้เป็น จัด GIS หมายความว่า จัดโครงสร้าง Tertiary, secondary, primary อยู่ตรงไหน จัดให้เป็น แล้วก็บูรณาการงานต่างๆ เพราะ ข้างบนเขาส่งเขามา เขาไม่รู้ ต่อไปจะมา 3 หน่วย ถ้าข้างล่างบูรณาการไม่เป็น โอกาส primary care จะเข้มแข็งก็ยาก จะจัดสรรจะบูรณาการอย่างไร เอาคนมาอย่างไร จะอบรมอย่างไร ขาดความรู้ตรงไหน แปรนโยบายข้างบนมาเป็นภาคปฏิบัติ

ระดับที่ 3 ก็คือการบริหารที่ตัว primary care เอง ตัว primary care เองก็ต้องยอมรับว่า มี 2 ศาสตร์ ในระดับ hospital care กับ primary care ถ้าคนเป็นผู้บริหาร บริหารโรงพยาบาลด้วย บริหาร primary care ด้วย แล้วไม่เข้าใจ primary care primary care ไม่มีวินโด และทรัพยากรต่างๆ จะอยู่ที่ hospital care แต่ถึงคนบริหาร hospital care เข้าใจ primary care คือมีความเข้าใจ concept มีเวลาที่จะลงไปดูเหมือนดูโรงพยาบาล primary care ตรงนั้นจะโต แต่ถ้าไม่เข้าใจก็ต้องมีผู้บริหาร primary care แยกลงมาต่างหาก เพราะฉะนั้นโครงสร้าง primary care ในตำบลที่มีโรงพยาบาล ต้องแยก primary care ออกมา เพราะมันคนละศาสตร์ แล้ว primary care เอง ก็ต้องเข้าใจว่าตรงนี้จะแยกศาสตร์ออกมา คนบริหารคนละคนต้องเข้าใจว่า ต้องเป็น single management team ข้อที่หนึ่ง ในการบริหารสองส่วนนี้ให้มีความสัมพันธ์กัน ต้อง no gap ไม่มีช่องว่างไม่มีการเก็งงานกัน ไม่มีซ้ำซ้อน กัน และมีศักดิ์ศรีของการทำงานเท่าเทียมกัน ตรงนี้จึงจะเข้มแข็งได้ ถ้าผู้บริหารเข้าใจอย่างนี้ ที่คุณหมอยง ยุทธได้ทำวิจัยมาอย่างชัดเจนว่า primary care จะเข้มแข็งได้ จะต้อง single management ระหว่าง primary กับ secondary คนบริหารดูและคนละคนแต่ต้องเป็น team เดียวกัน อันนี้ก็เป็น การจัดการหรือการบริหารที่จะให้ primary care เข้มแข็ง ทั้งระดับส่วนกลาง ระดับจังหวัด และระดับพื้นที่ นั่นคือเรื่อง management ต่อไปคือเรื่องคน

ประเด็นที่ 4 ประเด็นสุดท้ายที่ผมมองในฐานะผู้มีประสบการณ์ กำลังคนที่จะใส่เข้าไปใน primary care จะมีตั้งแต่แพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ทันตแพทย์ เกษัช คนที่สำคัญที่สุดและขาด ไม่ได้ที่สุดคือแพทย์ จำนวนพยาบาล เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และวิชาชีพอื่นพอจะใส่เข้าไปได้ หาได้ แต่ แพทย์เป็นประเด็นที่สำคัญที่สุด และมีความสำคัญเพราะสังคมมีความยอมรับและความเท่าเทียมกันของ ประชากรจึงจำเป็นต้องมีแพทย์ที่ primary care 10,000 คนที่เราวางฐานประชากรไว้ เรามีแพทย์ 1 คน ประเด็นสำคัญ ถ้ามีได้เราจะสร้างอย่างอื่นตามมาอีกเยอะ ถ้าไม่มีแพทย์จริงๆ เอาพยาบาลเวชศาสตร์ ครอบครัวยังพอไปไหว แต่ว่าเป็นแพทย์ได้จะดีที่สุด แต่ปัญหาแพทย์ขาดที่สุด 10,000 คนที่จะมีแพทย์ ครอบน่วยแค่ 10,000 คนมีแพทย์ 1 คน โคราช 2 ล้านห้าต้องการแพทย์ 250 primary care แพทย์ 250 คน ไม่ต้องหวัง เอาให้ได้แค่ 100 ก็ยากแล้ว นี่คือน้ำหนักที่สำคัญ เพราะฉะนั้น ปัญหาของแพทย์อยู่ที่ไหน ทำไมเอาลงไปตรงนี้ได้ไม่ได้ ผมมองอยู่ 3 ชนิด แพทย์ที่ไม่สามารถลงไป primary care ได้ เพราะว่ามีเรื่องการผลิตแพทย์เพื่อไป primary care ปัญหาของแพทย์ที่ไม่ไป primary care ได้เป็นปัญหาระดับประเทศ ไม่ใช่จำนวนอย่างเดียว ชนิดของแพทย์ และการกระจายของ แพทย์ จำนวนหมายถึงจำนวนรวมทั้งประเทศยังขาด ขาดชนิด ชนิดก็คือ specialist หรือ Family medicine ยิ่งขาดใหญ่ specialist สำคัญ แต่ว่าพอคิดสัดส่วนสำหรับคนที่จะไปอยู่ PCU ยิ่งขาด คือ specialist ก็มีความสำคัญที่จะพอเหมาะสมกันอย่างไร แต่จะเชื่อมต่อกันอย่างไร นี่คือนิดของแพทย์

การกระจายของแพทย์ แพทย์ที่ไปอยู่ในโรงพยาบาลชุมชน ก็ยาก จะให้ไปอยู่ PCU ที่เขาหวังยิ่ง double ยาก นี่คือ 3 ปัญหาที่ซ้อนกันอยู่ เพราะฉะนั้น เป็นเรื่องที่ยากมาก ทั้งที่ไปปฏิรูประบบให้มีความหวังและอยากให้ได้

เพราะฉะนั้นเราจะทำอย่างไรจึงจะทำให้เกิดการไปอยู่ที่ PCU ได้ วันนี้เราต้องลดความคาดหวังลง เอาเฉพาะจำเป็นก่อน อย่งไปคาดหวังว่าจะต้องมีครบทุก PCU จังหวัดหนึ่งอาจจะเอาซัก 10-20% ก่อน ถ้าไม่คิดเลยก็จะมีไปอยู่ ถ้าปล่อยตามสบาย แต่โรงพยาบาลชุมชน ขณะนี้ยังขาดอยู่เลย แต่ถ้าเราจะคิดว่าใส่โรงพยาบาลชุมชนให้พอก่อนค่อยไป PCU เหมือนสมัยก่อน โรงพยาบาลจังหวัดขาดแต่ทำไมเรากระโดดไปที่โรงพยาบาลอำเภอก่อน สมัยก่อนศูนย์อำเภอไม่มีแพทย์ จังหวัดก็ขาดแต่ต้องไปลงบางอำเภอก่อน นี่ที่สุดขณะนี้ก็มีอยู่ที่อำเภอ เพราะฉะนั้นขณะนี้อำเภอขาดถ้าอำเภอครบก็ไม่มีวัน ก็ต้องใส่ไปที่ PCU บางส่วนก่อน เพราะฉะนั้น ตั้งเปอร์เซ็นต์ อาจจะเอากี่เปอร์เซ็นต์ในกี่ปี ก็มีคนคิดว่าเอา 10% หรือ 50% และคนที่จะมากำหนดจำนวนได้แน่นอน เงินรัฐบาลไม่พอก็ต้องถัว กฎหมายต้องถัวออกมาและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจัดงบลงมาได้ มีหลายท้องถิ่นเขาอยากส่งคนไปเรียนแพทย์แล้วกลับมาทำงานท้องถิ่น แต่ปัญหาก็คือ

1. สอบเข้าไม่ได้ จะต้องดิ้นรนให้เรียนได้
2. ทำสัญญาอย่างไรที่จะให้ไปเรียนกลับมาแล้วเขาอยู่อย่างมีความสุขและยาวนาน

เพราะฉะนั้น โรงเรียนแพทย์ที่จะรับเหมือนกัน ทำอย่างไรจะให้โรงเรียนแพทย์กล้าคิดนอกระบบ รับคนที่อยู่ในพื้นที่ซึ่งเขาสัญญาว่าเขาจะอยู่ในท้องถิ่น 12-13 ปี ก็อยู่ใน PCU นี่ก็คือสิ่งที่ต้องคิดร่วมกัน กระทรวงเองคิดเรื่อง ODOD ขึ้นมา ODOD คือ One Doctor One District คือ 1 อำเภอ 1 แพทย์ หลายโรงเรียนแพทย์ก็ไปจับแพทย์ที่สอบเข้ามาแล้วรับทุน ODOD ไม่มีความหมายอะไรรับอย่างนั้นเหมือนเดิม เป็นแพทย์สอบแข่งขันสอบเข้ามาแล้วไปรับทุน ODOD เหมือนเดิม หรือเอามาจากอำเภอก็จริง แต่กระบวนการเรียนในโรงเรียนแพทย์ ไม่เสริม คนนั้นก็มักกลับไป หรือกลับไปแค่ใช้ทุนหมดก็กลับ เพราะการที่จะได้แพทย์อยู่ PCU ต้องคิดถึง 3 เรื่อง คือ recruitment, Retrain, Retention recruit ก็คือ จะสร้างคนอย่างไรที่จะยอมไปอยู่และยอมรับสัญญาขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ที่จะมาอยู่เป็น 10 ปี หรือ 20 ปี เพราะฉะนั้น ต้องเตรียมความคิดเขาตั้งแต่ต้น ทำความเข้าใจ ทัศนคติ วิชาการ recruitment เอาตั้งแต่จบ ม.6 เรียนมาอย่างนี้เป็นต้น คือ ไม่ใช่ว่าแพทย์อื่นไม่สำคัญ แพทย์เฉพาะทางหรือแพทย์อื่นที่จะต้องเป็นศูนย์กลางของเขานั้นก็ทำไป แต่แพทย์ที่ไปอยู่ PCU จำนวนหนึ่งก็ต้องสร้างขึ้นมา training ขบวนการ train ในโรงเรียนแพทย์ ทำอย่างไรที่จะใช้วิถีชีวิตการเรียนของเขา กับการกลับไปปฏิบัติจริงใกล้เคียงกัน ถ้าไปเรียนในโรงพยาบาลใหญ่ๆ หลงแสงสีกลับมาก็เปลี่ยนความคิดได้ เขากลับมาแล้วเขาสามารถอยู่ตรงนี้ออย่างมีความสุข แต่ทำอย่างไร ต้องให้ผ่านแพทยสภา มาตรฐานเดียวกัน แต่จะต้องมีคนที่มีบทบาท มีที่เลี้ยงไปคอยดู มันก็คือขบวนการ train

Retention ต้องมีคำตอบให้เขาว่ามีอะไร ก็ต้องมีศักดิ์ศรี มีเกียรติภูมิ มีเงินเพียงพอ ครอบครัวอาจจะต้องดูแลลูกเขาเรียน ถ้าจะให้ดีต้องเตรียมมาครอบครัว สามมี ภรรยา เป็นลูกกำนัน ผู้ใหญ่บ้าน อบต. ให้พร้อมและครบชุด แต่คิดว่าถ้าเขาโตไปอย่างนั้น เขาจะอยู่ได้ สร้างสิ่งแวดล้อมให้ดี ตรงนี้ต้องมาคิดกัน และค่อยๆ เริ่ม คนไทยที่จะมีความสุขและได้รับบริการที่ดีที่ครบ เพราะฉะนั้น กระบวนการเรื่องคนก็เป็นกระบวนการที่มีปัญหาอยู่กัน management ถ้าจะทำให้ PCU เข้มแข็งต่อไป ต้องวางแผนระยะยาว

แพทย์หญิงลลิตยา กองคำ

ขอบพระคุณท่านอาจารย์ ท่านอาจารย์ก็ให้ข้อคิดที่เป็นรูปธรรมค่อนข้างชัดเจนในการที่สร้างความเข้มแข็งให้ระบบ PCU หรือ primary care ประเด็นสำคัญมีอยู่ 2 เรื่อง คือเรื่องของการจัดการเพื่อจะให้เกิดขึ้นตั้งแต่เชิงนโยบาย และการเปลี่ยนนโยบายมาสู่ภาคของการปฏิบัติ ทั้งในระดับของจังหวัด อำเภอ และลงไปที่หน่วยบริการ และเรื่องที่สำคัญที่สุดและน่าจะยากที่สุดก็คือการจัดการเรื่องคน โดยเฉพาะเรื่องของแพทย์ที่อาจารย์ก็ให้ความคิดเห็นว่ากลยุทธ์ที่จะจัดการตรงนี้ก็คือ 3 ประเด็นที่สำคัญ คือ 3 R

R แรก คือ **Recruitment** ว่าทำอะไรถึงจะคัดคนให้เหมาะที่จะไปอยู่ตรงนั้นจริงๆ

Training ทำอย่างไรถึงจะพัฒนาปรับเรื่องของการ Training เพื่อที่จะให้คนที่เ็นแพทย์อยากจะไปอยู่ชุมชน

Retention ทำอย่างไรถึงจะสร้างตัวระบบที่จะรองรับตรงนี้ให้มีศักดิ์ศรี ให้มีความก้าวหน้าในเรื่องของวิชาชีพ และสนับสนุนการทำงานที่จะอยู่ในชุมชนได้อย่างยาวนาน

อีกตัวอย่างหนึ่งก็จะเป็นในรูปแบบของโรงพยาบาลอำเภอ ว่าท่านวิทยากรอีกท่านหนึ่ง ท่านมีกลยุทธ์หรือวิธีการที่จะจัดการให้เกิดความเข้มแข็งในระดับโรงพยาบาลชุมชน และ PCU ของโรงพยาบาลก้นบ้นตาได้อย่างไร

นายแพทย์พิเศษฐ บัญญัติ

เจ้าหน้าที่มีความสุขหรือเครือข่ายบริการอยู่รอดซึ่งเป็นชีวิตจริงที่เราเจอๆ กันอยู่ ที่นี้เราจะทำอย่างไรให้ PCU เกิดความเข้มแข็ง จากประสบการณ์ที่ทำได้ส่วนหนึ่ง ผมมองว่ามีอยู่ 3 อัน อันแรกคือ Give and Care อันที่ 2 คือ Share and Learn อันที่ 3 คือ Show and Shine

ตาราง 38 การสร้างความเข้มแข็งให้ PCU

การสร้างความเข้มแข็งให้ PCU	
• Give & Care	เริ่มจากการให้
ให้ความไว้วางใจ/เชื่อใจ, ให้ความเข้าใจ, ให้ความสนใจ, ให้ความเห็นอกเห็นใจ, ให้ความรู้สึกที่ดีต่อกัน, ให้การสนับสนุน	
• Share & Learn	เจอกันบ่อย ๆ
มีการประชุม, มีการติดตามงาน, มีการประเมินผล	
• Show & Shine	มีเวทีโชว์ผลงาน, มีการยกย่องชมเชย

❖ Give and Care

เริ่มจากการให้ 6 อย่างในการที่จะทำงานร่วมกับ PCU หรือสถานีนามัย หรือแม้แต่ PCU ภายในโรงพยาบาลให้ความไว้วางใจและเชื่อใจเชื่อมั่นว่าเขาทำได้เรื่องสุขภาพ โดยเฉพาะที่เราจะดูเรื่องของ health จะ health for all, all for health หรือจะ good health and low cost จริงๆ แล้วบุคลากรสาธารณสุขเราเนี่ยเก่ง สามารถ ถ้าเราไปเน้นเรื่องป่วย ต้องรักษา ไปเน้นเรื่องรอให้ป่วยแล้วค่อยรักษาอย่างที่เราคูๆ กัน แล้ว ถ้าป่วยแล้วมัน high risk, high cost ใช้ high technology แต่ low touch อันนั้นจะต้องอาศัยความเป็น specialist

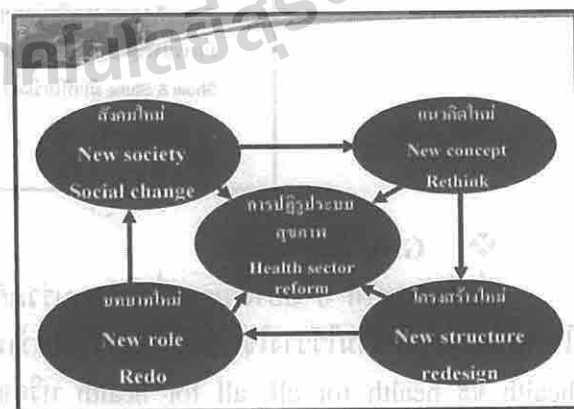
ในขณะที่ถ้าเรารู้สึกว่าประชาชนมีสุขภาพดี คือ ทำอย่างไรให้แข็งแรง ส่งเสริมป้องกัน ไม่ต้องรอให้เจ็บป่วย ตรงนี้ไม่ป่วยก็ไม่มี risk, low risk, low cost และใช้ low technology แต่ใช้ high touch ใช้ปาก ใช้มือ ใช้ปฏิสัมพันธ์ของเรากับชุมชนกับชาวบ้าน ตรงนี้สามารถทำได้ไม่ว่า PCU จะมีแพทย์หรือไม่มีแพทย์ เพราะผมมองเหมือนอาจารย์สำเร็จพูดว่าอีกนานกว่าจะมีหมอลงไปอยู่ PCU โดยเฉพาะ PCU บ้านนอกไกลๆ CMU ที่จะอยู่ได้และอาจแย่งกันมาอยู่คือ CMU ในอำเภอใหญ่และอำเภอเมือง ในความเป็นจริงขอให้มาอยู่โรงพยาบาลชุมชนก่อนก็ยากแล้ว

เพราะฉะนั้น การที่เราจะทำให้บุคลากรที่มีอยู่ ได้รับความเชื่อมั่น ไว้วางใจว่าคุณทำเรื่อง health ให้ความเข้าใจ บุคลากรของเราต้องมีความเข้าใจ เข้าใจความเปลี่ยนแปลงของสังคม สังคมเปลี่ยนแปลง ทำให้แนวคิดด้านสุขภาพเปลี่ยน และทำให้โครงสร้างด้านสุขภาพเปลี่ยน และทำให้บทบาทใหม่ที่จะเกิดขึ้น เปลี่ยนไป เพราะฉะนั้นสิ่งจะเปลี่ยนแปลงไปวันนี้ เขาต้องปรับตัวและเข้าใจ เข้าใจแล้วก็จะไม่เกิดการต่อต้าน ส่วนใหญ่เราเห็นแต่เพียงว่าเมืองไทยเราเปลี่ยนอะไรก็ตามเปลี่ยนแต่ Structure แต่แนวคิดไม่เปลี่ยน บางทีเปลี่ยนแต่ป้ายด้วยซ้ำไป เพราะฉะนั้นมันไม่เกิดอะไรขึ้น มันต้องเปลี่ยนคนก่อนแล้วค่อยไปเปลี่ยนอย่างอื่น



รูปที่ 19 ความคิดสร้างสรรค์

ตรงนี้ผมพยายามคุยกับเครือข่าย กับ สล่านอนามัย กับทีม แล้วขยายความคิดจนถึงขนาดว่า สาธารณสุขอำเภอ ทั้งคนที่อยู่ในอนามัยนี้ มองเห็นว่าถ้าเราทำได้เราจะสร้างโรงพยาบาล 10,000 เตียง ขึ้นในอำเภอบ้านตาก 10,000 เตียง คือใช้เตียงนอนชาวบ้านเป็นเตียงคนไข้ หรือเราออกไปดูแลเขา ตรวจคนไข้ตามบ้าน ไม่ใช่เอาคนไข้มาอยู่กับโรงพยาบาล เรากระจายทำให้คนไข้ออกไปอยู่ PCU ค่อนข้างเยอะ เช่นคนไข้โรคเบาหวาน ความดันต่างๆ ที่เขาได้รับการเชื่อมั่น การยอมรับ ผมว่า หมออนามัยเดิมเป็นเจ้าหน้าที่ PCU ที่ดี ปัจจุบันไม่ค่อยแน่ใจเพราะปัจจุบันอยู่ office อยู่กับ computer มากกว่า สมัยก่อน หมออนามัยผมจำได้เมื่อตอนเด็กๆ หมออนามัยไม่ต้องมี family folder เป็นกระดาษ เพราะจำได้หมดว่าลูกใคร บ้านอยู่ตรงไหน อะไรยังไง เห็นภาพชัดมากเพราะเขาไม่อยู่ office เขาขี่จักรยาน ซีมอเตอร์ไซด์ไปตามพื้นที่อย่างนี้ 2 คือความเข้าใจตรงนี้นั้นต้อง



รูปที่ 20 การปฏิรูประบบสุขภาพ

เกิดขึ้นให้ความสนใจในฐานะผู้บริหารเครือข่าย สนใจ PCU หรือเปล่า ถ้าสนใจหมั่นดูแล หมั่นกระตุ้น ชักถามความเห็น ให้การชี้แนะ coaching เขา ได้เป็นที่เลี้ยงเขาได้ ตรงนี้ PCU wok แน่อนให้ความ เห็นออกเห็นใจ

เจ้าหน้าที่ที่ได้ทำงาน PCU ต้องมีการปรับเปลี่ยนหลายๆ เรื่อง เองง่ายๆ แต่การออกไปเยี่ยมบ้าน ออกหมู่บ้านก็มีสารพัดสิ่งที่เขาต้องเผชิญ เพราะฉะนั้นตรงนี้อาจมีปัญหา หลายครั้งที่ team ที่ออก PCU ต้องมานั่งคุยกัน เราต้องให้ความเห็นออกเห็นใจให้กำลังใจเขาให้ความรู้สึกที่ดีต่อกันยิ่ง โรงพยาบาลกับสถานีนอนามัยบางที่เหมือนคนละพวกกัน ถ้าเราไม่ทำให้เกิดความรู้สึกว่าเขาเป็นพวกเดียวกัน เป็นเครือข่ายเดียวกัน เป็นกลุ่มเดียวกัน จะสังกัดโรงพยาบาล จะสังกัดสถานีนอนามัย สังกัดอะไรไม่สำคัญแล้ว เราใช้กระเป๋าเดียวกัน ใช้เงินที่เดียวกัน เป็นกลุ่มเดียวกัน ทำไมอยู่ไม่ได้ PCU อยู่ไม่ได้ โรงพยาบาลต้อง support

ที่บ้านตากเราคิดว่าอนามัยต้องอยู่ได้ แม้โรงพยาบาลจะเป็นหนักก็ตาม เพราะว่าอนามัยมีแขนขา ในการหาเงินน้อยมาก ถ้ายิ่งให้เขาต้องไปหาเงินเพื่อให้สภาพคล่องอยู่ได้ เขาจะยิ่งไม่ต้องสนใจอะไรอย่างอื่น มากนัก เพราะฉะนั้นเราต้องสนับสนุนตรงนี้เขาให้การสนับสนุนโดยเฉพาะการบริหารจัดการซึ่งอาจารย์ สำเร็จพูดไปแล้วว่าสนับสนุน มึงบประมาณให้เขามีย มีกองทุน มึงบเพื่อการพัฒนาเขามีย มึงบเพื่อที่จะให้ ไปศึกษาอบรมมีย มีกิจกรรมสนับสนุนให้เขาได้เรียนรู้สิ่งใหม่สู่ความก้าวหน้าทางด้านวิชาการพิจารณาทาง ด้านสาธารณสุข การพัฒนาด้านคุณภาพ เราต้องให้เขาไป

❖ Share and Learn

หลักการง่ายๆ คือ เจอกันบ่อยๆ เรามีการพบปะพูดคุยกันใน คปสอ. หรือคณะกรรมการเครือข่าย ของอำเภอทุกเดือน ผมอยู่ 10 ปี ประชุมทุกเดือน ประชุมกันบ่อยก็จะมีอะไรพูดคุยมากนัก แต่จะมีสิ่ง ที่เรียกว่าปรับทุกข์ ปรับสุขกันได้ ตรงนี้ผมว่าสำคัญมากบาง คปสอ. บางอำเภอไม่เคยเจอกันเลย ประชุม ครั้งเดียวตอนแบ่งเงิน ความรู้สึกเป็นพวกเดียวกัน เป็นมิตร มันไม่เกิด เพราะฉะนั้น จะต้องมีการ share and learn มีการประชุมติดตามงาน ลงไปดูว่าเขาทำอะไร ลงไปดูเพื่อดูสิ่งดีๆ ของเขา ค้นหาสิ่งดีๆ ที่เขามีอยู่ เอามาชื่นชม เอามาพูด เอามาแนะนำในการประชุมเวทีต่างๆ มีการประเมินผลที่เป็นรูปธรรม นอกจากนั้น share and care ยังต้องมีเครือข่าย ซึ่งเดี๋ยวนี้เครือข่ายของการเรียนรู้ร่วมกันใน คปสอ. ต้องมี ต้องจัดให้เกิดขึ้น ให้อำเภอ PCU ไหนเก่งเรื่องอะไร แล้วจับมาเรียนรู้จากกันและกัน มีการเชื่อมโยง ในระดับทั่วหมู่บ้าน ตำบล อำเภอ เชื่อมโยงออกไปหน่วยงานนอกสาธารณสุข เราสามารถให้นายอำเภอ เข้ามาบัญชาการแก้ไขปัญหาใช้เลือดออกในพื้นที่ได้ แก้ไขปัญหาอุบัติเหตุเพราะเขาส่งข้อมูลข่าวสาร ไปถึงชุมชนทุกจุด ไม่ว่าจะเป็น อบต. เทศบาลต่างๆ อีกอันหนึ่ง คือ มีการสนับสนุนจากชุมชน เพราะฉะนั้น PCU จะเข้มแข็งไม่ได้ถ้าชุมชนไม่เข้มแข็ง ชุมชนต้องมีการสนับสนุนไม่ว่าจะเป็นภาค ส่วนต่างๆ ก็ตาม

❖ Show and Shine

ซึ่งจะมีส่วนทำให้ PCU เข้มแข็งได้ก็คือ มีเวทีที่จะให้ได้แสดงออกได้ show ผลงาน มีมหกรรมความดี เหวทีความสุข กิจกรรมโชว์ต่างๆ ที่โชว์แบบไม่ใช่บรรยายภาควิชาการมากเกินไป สนุกๆ แต่ได้เรียนรู้ เป็น ลักษณะเพลิน เรียนรู้แบบสนุก มีการยกย่องชมเชยซึ่งกันและกัน มีการให้รางวัล PCU ไหนมี 5 ส. ดีเด่น PCU ไหนมีเรื่องการออกพื้นที่การทำงานร่วมกับชุมชนดีเด่น รางวัลให้ได้กันทุก PCU เพราะเขา ก็จะเก่งคนละด้านและเอามาเรียนรู้ร่วมกันนี่คือ 3 ปัจจัยที่ผมใช้ในการดำเนินงานให้เกิดความเข้มแข็ง



รูปที่ 21 การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ แบบเครือข่าย

- P = มี Participation ชุมชนไหนมีส่วนร่วม PCU อยู่ไหนมีการมีส่วนร่วม ร่วมคิด ร่วมทำ ร่วมวางแผน ร่วมตัดสินใจ มี participation ผมว่าเข้มแข็งได้
- O = Organization มีการจัดองค์กร จัดคน จัดเงิน จัดของ จัดเวลา จัดแผนงานโครงการต่างๆ ที่ดี
- W= Local Witdom PCU ไหนรู้จักใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่นเข้ามาช่วยงานสาธารณสุข โอกาสที่จะอยู่ได้ ได้รับการสนับสนุนจากชุมชน แล้วก็สามารถจะทำงานตอบสนองบริบทของชุมชนได้
- E = Empowerment เสริมพลัง
- R = Resource รู้จักใช้ทรัพยากรทั้งภายใน และภายนอกเข้ามาจัดบริการ
- R = Response เมื่อมีสิ่งสำคัญๆ เหตุการณ์สำคัญๆ เกิดขึ้นในพื้นที่ มี response ที่ดีมีการตอบสนองที่เหมาะสมต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น
- R = Reason ผลลัพธ์ของการทำงานที่ดี ทำงานที่เป็นผล เป็น Reason Base Management ไม่ใช่ทำงานแบบแค่ทำ แคมี แคั้นไม่ได้

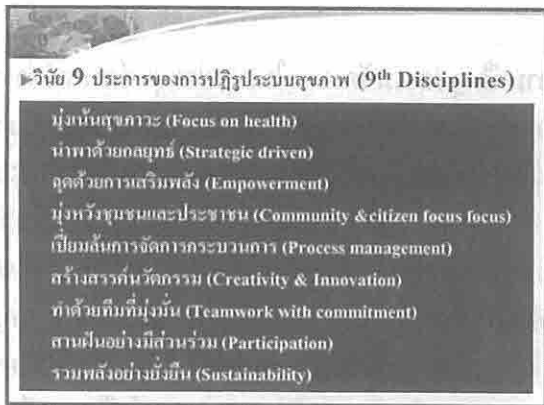


รูปที่ 22 แนวคิดการจัดการสร้างสุขภาพโดยรวม (THM)

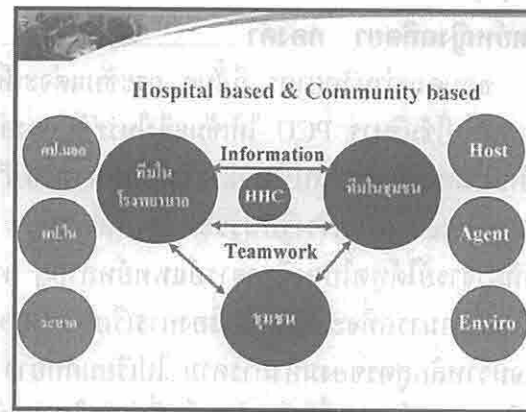
ไม่รู้จักใคร ผู้ใหญ่บ้านชื่ออะไรไม่รู้จัก บ้านข้างเคียงไม่รู้จัก แล้วอย่างนี้ออกไปจะไปรู้จักชุมชนได้อย่างไร เพราะฉะนั้นต้องทำให้เขารู้จักชุมชนก่อน แล้วค่อยรู้จักโรค anatomy อะไรสารพัดอย่างที่มันจะเกิดการเรียน

ให้กับ PCU ตรงตามเป้าหมาย เพราะ PCU เป็นแค่กระบวนการ เพราะเป้าหมายคือ ประชาชนมีสุขภาพดี แล้วตัว PCU เจ้าหน้าที่ ทั้งโรงพยาบาล สถานือนามัยมีความสุข ทำไปแล้วทุกซ์ก็มี ไม่รู้ทำไปทำไม ต้องสุขด้วยและอยู่รอดได้ นี่คือนี่สิ่งที่ผมอยากจะนำเสนอในช่วงสั้นๆ แต่จะขอนิดนึงว่า PCU เข้มแข็งกับชุมชนเข้มแข็งผมว่าไปด้วยกัน ชุมชนเข้มแข็งในมุมมองของผมดูที่ 7 ตัว POWERRR ชุมชนได้มี Power CPU ไหนมี Power P-O-W-E-R-R-R มี 3 ตัว

เพราะฉะนั้นชุมชนเข้มแข็งหรือ PCU เข้มแข็งก็ควรมีอยู่ใน Power กำลัง 3 ผมคิดว่าจะทำให้เกิดสิ่งเหล่านี้ไม่ได้ โดยสรุปจริงๆ แล้ว เรื่องของ PCU เรื่องการเรียนแพทยศาสตรศึกษาแนวใหม่ ผมเคยเขียนบทความลงในวารสารคลินิก เรื่องแพทยศาสตรศึกษาแนวใหม่เป็นความคิดของผม concept คือ รู้จักคนก่อนใช้ หมอบางคนเห็นใช้แต่ไม่เห็นคน ถ้าเราเห็นคนในระดับปริคlinik หรือ ปี 1 เอาเข้าไปเรียนในชุมชนไปเรียนชีวิตคน รู้จักเลย ว่าเด็กรุ่นใหม่ชีวิตมีแค่โรงเรียน หนังสือห้องนอน เลิกเรียนดิว กลับบ้าน กิน นอน ตื่นเช้า



รูปที่ 23 วินัย 9 ประการของการปฏิรูประบบสุขภาพ



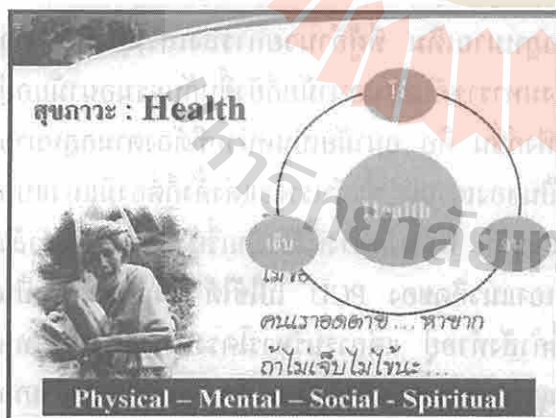
รูปที่ 24 Hospital based & Community based



รูปที่ 25 Total Healthy Management

ปกติตามมา และผมเองมีประสบการณ์สอนนิสิต แพทย์ ปี 4 ของมหาวิทยาลัยมหาสารคามในวิชา family medicine 6 สัปดาห์ ต่อ 1 course แล้วเอาไปเรียนในโรงพยาบาลอำเภอ ประเมินผลออกมาเทียบกับไปเรียนในโรงพยาบาลจังหวัดไม่ได้แตกต่างกัน แสดงว่าระดับของโรงพยาบาลไม่ได้มีผลมากนัก แต่วิธีการ กระบวนการเรียนการสอน แล้วก็ coursesyllabus ที่จัดขึ้นมันเหมาะกับเด็กมัธยม ถ้าเหมาะกับเด็กก็น่าจะ work สามารถที่จะให้เขาให้ภาพของความเป็นสหวิชาชีพ เพราะโรงพยาบาลชุมชนมันเล็ก มันเห็นได้ชัดว่า ห้อง lab ทำอะไร ห้องบัตรทำอะไร ใครทำอะไร สิ่งที่ทำให้เห็นชัดอีก

อันหนึ่งที่แพทย์จะได้เห็นก็คือว่า เมื่อคุณอยู่ร่วมกับโรงพยาบาลชุมชน คุณเก่งคนเดียวไม่ได้ มันจะเปลี่ยนแนวคิดจาก me เป็น we นั่นที่ ให้เขารู้สึกว่าเราต้องอาศัยวิชาชีพอื่นๆ ในการทำงาน



รูปที่ 26 สุขภาวะ : Health



รูปที่ 27 เปรียบจากฉันเป็นเรา

แพทย์หญิงลลิตยา กองคำ

ขอบคุณท่านวิทยากร ก็สั้นๆ กระชับแต่จะเห็นความเป็นรูปธรรมชัดเจน ในการประยุกต์ศาสตร์ต่างๆ ในการนำไปใช้บริหาร PCU ให้เข้มแข็งในระดับของอำเภอ ท่านอาจารย์ก็ได้พูดถึงเรื่องของ Give and Care มีวิธีการมองหาจุดบวกเพื่อจะเสริมศักยภาพให้เกิดขึ้นกับทีมได้อย่างค่อนข้างชัดเจนและเป็นรูปธรรม การ Share และการเรียนรู้ระหว่างกัน Show and Shine เวทีความดี เวทีความสุข เข้าใจว่า จากที่อาจารย์ได้พูดไปคงมีอาจารย์แพทย์หลายๆ ท่านคิดอยากจะจับท่านอาจารย์ไปเป็นอาจารย์ที่ภาควิชา เพราะว่าสามารถที่จะประยุกต์เรื่องการเรียนการสอนมาจัดให้เด็กมีความสุขในการเรียน และผลก็ปรากฏชัดเจนว่าหลักสูตรของมหาสารคาม ไปเรียนกับอาจารย์ 6 อาทิตย์ outcome ที่ออกมา ไม่ต่างกับไปเรียน โรงเรียนแพทย์ ตรงนี้ก็เป็นประเด็นที่น่าสนใจมากกว่าท่านอาจารย์สร้างสิ่งแวดล้อมและแรงจูงใจในการเรียน ได้อย่างไรในโรงพยาบาลชุมชน หรือ PCU วิทยากรทั้ง 3 ท่าน ก็ได้ในแนวคิดประสบการณ์ ความรู้ที่จะ แลกเปลี่ยนมุมมองในแต่ละประสบการณ์ของแต่ละท่านที่ได้สั่งสมมา เราคงมีเวลาที่จะให้ถามคำถาม 2 คำถามก่อนที่จะผ่านไป session ต่อไป หรือจะเป็นข้อเสนอแนะ หรือ comment ก็ได้

แพทย์หญิงกุสุมา

เรียนท่านอาจารย์ทุกท่าน แพทย์หญิงกุสุมา CMU Tract A ของจังหวัดนครราชสีมา อยากเรียนถาม นายแพทย์สำเร็จ คือ อยู่ Tract A มีประสบการณ์เกี่ยวกับการบริหารจัดการใน PCU แล้ว เคยเป็น เพื่อนร่วมงาน แต่ไม่มีอำนาจในการบังคับบัญชาสั่งการ ให้คุณให้โทษลูกน้อง ให้ขึ้น 2 ชั้น เป็นของ หัวหน้าอนามัย ถ้าหมอ CMU กับหัวหน้าอนามัยวิสัยทัศน์ไม่เหมือนกัน ไม่ตรงกัน เพราะว่าหัวหน้าอนามัย เป็นผดุงครรภ์โบราณ เรียนมา 2 ปี แต่เราเป็นแพทย์ เป็นผู้เชี่ยวชาญด้วย และวิสัยทัศน์ไม่ตรงกัน ลูกน้องต้องเชื่อฟังหัวหน้าอนามัยมากกว่าเพราะมีอำนาจบังคับบัญชา ก็เลยอยากจะเสนอท่านนายแพทย์ สำเร็จว่า แต่งตั้งหมอ CMU เป็นผู้อำนวยการศูนย์สุขภาพชุมชนได้มั้ย

นายแพทย์สำเร็จ แหียงกระโทก

กำลังคุยกับหมอช้าง เสนอปลัดกระทรวง ตั้ง CMU เป็นเทิร์นของหน่วยบริการ เพราะขณะนี้ CMU เป็นแค่ฟังก์ชันของการทำงานเหมือนกับเราเปิดโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพเป็นโรงพยาบาลมหาราช สาขา 2 ก็เป็นฟังก์ชันเดิมที่แพทย์ทำงานแต่การบริหารยังเป็นกฎหมายเดิม ที่ผู้อำนวยการส่งเสริมยังมีอำนาจ ใช้จ่ายเงิน ดูแลคนในพื้นที่ คนที่ทำงานด้วยกันระหว่างมหาราชกับกรมอนามัยก็ยังขึ้นกับกรมอนามัยอยู่ มาจากโรงพยาบาลมหาราช เพราะฉะนั้น CMU ที่เป็นฟังก์ชัน คือ อนามัยเป็นหน่วยที่ต้องตามกฎหมาย คือ มีหัวหน้า อำนาจการอนุมัติเงิน การดูแลคนก็ยังเป็นของเขาอยู่ ซึ่งถ้าเราจะแต่งตั้งก็ต้องมีแนวแบบ กระทรวงซึ่งเสนอเข้ากระทรวง แล้วยังไม่ออกมา เพราะฉะนั้น ถ้าจะตั้งตรงนี้มันเป็นเรื่องที่กระทรวงกำลัง มองอยู่ ถ้าคิดว่าแพทย์สามารถไปดูแลตรงนั้นได้ ถ้าจะเอาแนวคิดของ PCU ไปใช้ได้ ซึ่งมันจะต้องเป็น single management ที่จะทำงานร่วมกันได้ก็เป็นสิ่งที่กำลังทำอยู่ แต่การบริหารโครงสร้างของประเทศ เรานั้น ต้องยอมรับว่าขณะนี้ยังเป็นปัญหาโลกแตก มีปัญหาทุกจุดทั้งระดับอำเภอ คือ สาธารณสุขอำเภอ โรงพยาบาลชุมชน ก็ยังเป็นคนละ line อยู่ ทั้งทั้งที่ต้องทำงานร่วมกับระหว่าง primary กับ secondary ก็ใช้วิธีการให้เห็นเป็น 1 สายงาน 2 สายใจ ก็คือ ศิลปะของการบริหาร เพราะฉะนั้น ช่วงนี้ยังต้องใช้ ศิลปะของการบริหาร คือเราจะไปให้ถึงจุดหมายโดยไม่มีกฎหมายรองรับ จะไปได้อย่างไรต้องใช้ศิลปะ

ศิลปะที่ว่านี้ก็คือการเข้าใจคนและเอาความถูกต้องมาให้เห็น และพยายามไปคุยกับเขา ถ้าเขายอมรับโดย บารมีหรือโดยการยอมรับที่มีอำนาจเราจะมีค่ามาก ตรงนี้เป็นประเด็นสำคัญที่ผู้บริหารต้องใช้ก่อน ก็คือศาสตร์การบริหารที่ใช้ศิลปะ ส่วนอำนาจทางการโครงสร้างนั้น ถึงแม้จะเป็นอำนาจทางโครงสร้างที่แท้จริง ถ้าเรามีคำสั่งแต่งตั้งจะมีอำนาจที่แท้จริงแต่ไม่มีการยอมรับด้วยใจ ตรงนี้ก็อยู่ไม่ได้เหมือนกัน เพราะ ฉะนั้นที่ดีที่สุดก็คือพยายามใช้ศิลปะ ใช้บารมี ถ้าเหลือบ่ากว่าแรงก็บอกมาทางสาธารณสุขอำเภอหรือ จังหวัดได้เลย ผมพร้อมที่จะลงไปดูให้ เพื่อให้กำลังใจคนทำงานอย่างเต็มที่

แพทย์หญิงลลิตยา กองคำ

ก็เป็นศาสตร์อย่างหนึ่งที่หมอ Family medicine ลงไป CMU ต้องไปรับรู้ ขออนุญาตแลกเปลี่ยน เพราะตัวเองลงไปในฐานะไม่ใช่ผู้อำนวยการหรือเจ้านายขอที่อยู่ที่อยู่ PCU เหมือนกัน แต่นั่นก็เป็นสิ่งที่เรา ต้องไป share ไปเรียนรู้ร่วมกัน ระหว่างเขาและเรา จะไปบริหารจัดการอย่างไรเพื่อให้เกิดการยอมรับ โดยที่เราไม่ต้องเป็นผู้นำอย่างเป็นทางการ

ศาสตราจารย์เกียรติคุณ พลตรีหญิงวณิช วรรณพฤษ

เรียนถามอาจารย์สุพัตรว่า เมื่อก็เห็นว่าทาง สปสช. มีความร่วมมือกับศูนย์แพทย์ ในการที่ทำให้ มี PCU ที่ได้ Contract ส่วนนั้นนี้ ที่นี้ในการร่วมมือที่ออกไปจากนี้เป็นต้นว่า คณะแพทย์ ความเป็นไป ได้ตรงนี้เป็นอย่างไรบ้าง

แพทย์หญิงสุพัตรา ศรีวิมลชากร

ณ ขณะนี้กระทรวงกับ สปสช. ในเรื่องของนโยบายการจัดตั้งศูนย์แพทย์ชุมชน ศูนย์แพทย์ชุมชน ถ้าเป็นเอกชนก็คือ คลินิกชุมชนอบอุ่น ซึ่งสามารถรับ contract และมีแพทย์ให้บริการทางนี้ได้ ที่นี้ คณะแพทย์จริงๆ แล้วสามารถจัดการบริหารตรงนี้ได้อยู่แล้ว สามารถทำได้ โดยที่ตกลงกับนายแพทย์ สาธารณสุขจังหวัดเท่านั้นเองว่าเราจะจัดแบบไหน อย่างไร เช่น สมมติ มทส จะจัดศูนย์แพทย์ชุมชนขึ้นมา โดยที่มีแพทย์ประจำต่อเนื่องครบทุก 5 วัน เต็มเวลา หรือ Tract A ถ้า Tract B ก็คือ 2-3 วัน ในส่วนนี้ก็สามารถวัดโดย สปสช. จะเป็นงบประมาณเพิ่มเติมให้จากระบบ เพื่อให้เกิดการจูงใจให้แพทย์ไป อยู่ แต่เงินที่ให้ค่อนข้างจะเป็นเงินเพื่อการบริหารจัดการเพื่อการพัฒนา ซึ่งขณะนี้ก็ยังมียู่ ถ้า มทส หรือ คณะแพทย์อื่นๆ ใดๆ ในกรณีของพุทธชินราช ก็จะมีส่วนนี้เหมือนกัน แต่ยังไม่ได้สมัครเข้ามาเป็น โครงการศูนย์แพทย์ ซึ่งถ้าทำจริงก็สามารถทำได้

ศาสตราจารย์เกียรติคุณ พลตรีหญิงวณิช วรรณพฤษ

เรียนถามอาจารย์พิเศษว่า อาจารย์คิดว่าเราจะมีแนวทางยังไง ที่จะทำให้อาจารย์อยู่ตาม PCU ต่างๆ มีความรู้สึกอยากจะสอน พุ่มเทให้การเรียนการสอนนักเรียนแพทย์ของเราได้บ้าง อย่างที่อาจารย์ทำ ให้กับนักเรียนบางกลุ่มมาแล้ว

นายแพทย์พิเชษฐ บัญญัติ

ในความเห็นผม ผมคิดว่าคงต้องยอมรับนะครับ บางคนอยากเป็นหมอ บางคนอยากเป็นครู เพราะฉะนั้นถ้าเรา classified ไม่ได้ ถ้าเราส่งไป คือ ถ้าไม่ยอมรับสอนก็ไม่มีความสุขในการสอน เพราะฉะนั้นการเลือกแหล่งฝึกก็ไม่ใช่ว่าเลือกเฉพาะโรงพยาบาลดูโรงพยาบาลแล้วมีการผลาน แต่ต้องดูคนที่สอนด้วย อันนี้ก็จะต้องคัดเลือกด้วยเหมือนกันโดยเฉพาะความเต็มใจ ความอยากที่จะทำตรงนี้ อย่างสมมติว่าผมเข้าไปทำเพราะผมอยากทำ รู้สึกมีความสุขที่จะสอน แต่ถ้าไปอีก PCU หนึ่งโรงพยาบาลหนึ่ง เขาบอกว่างานก็จะแยะอยู่แล้ว จะไปสอนยังไง ก็อาจจะได้แค่มาครบ มาได้ครบเวลาแต่ว่าจะได้อย่างอื่นหรือไม่ เพราะฉะนั้นคงจะต้องมีการคัดเลือกในส่วนของคุณภาพและบุคลิกที่จะสอน

รองศาสตราจารย์ แพทย์หญิงประสพศรี อังถาวร

Comment นะคะ เพราะว่าจะคอยอีก 4 ชั่วโมงรู้สึกว่าจะไม่ตรงประเด็น เลยอยากจะขอตรงนี้ อาจารย์มองดูว่า ณ วันนี้ ความฝันกับความจริงมันต่างกัน ก็เลยอยากจะให้ที่นี้ลอง break through คือทำให้เป็นตัวอย่างเป็นให้เห็น คือฟังดูแล้วเหมือนกันเราอยากจะทำให้ชุมชนพัฒนา และประชาชนก็อยู่ตรง PCU หรือตัวสถานีอนามัยอะไรก็แล้วแต่ที่เราตั้งขึ้นมาเป็นศูนย์สุขภาพชุมชน แต่ในเวลาเดียวกันมันต้อง link กับ โรงพยาบาลชุมชน ซึ่งเป็นอันที่สำคัญที่สุด คืออาจารย์ยังไม่มาถึงโรงพยาบาลทั่วไป แต่ชุมชนกับสถานีอนามัย มันจะต้องเปลี่ยนความสัมพันธ์แบบใหม่ เพราะฉะนั้นในวันนี้เรายังไม่สามารถเปลี่ยน complete จุดยืนนะเป็นจุดยืนของสถานีอนามัย ที่เราไปคิดให้เขาอย่างอาจารย์สุพัทธราพูด แต่จุดยืนของชุมชนก็ยังไม่ชัด มันต้องเป็นจุดยืนที่มันสัมพันธ์กัน เมื่อไหร่ที่เรียกน้องมาถามว่าทำอะไร ก็เลยมีความรู้สึกที่สำคัญมันต้องมี authority อาจารย์รู้สึกว่าจะ ณ วันนี้มันค้านกัน ในระหว่างเงินที่ลงไปกับ สปสช. กับลักษณะงาน คือภาพของงานคือเราก็มองเห็นว่าเราก็อยากให้มีหมอจบออกมาเป็น leader เป็น family center ต่างๆ แล้วไปพัฒนา เมื่อสมัยก่อนเราก็มีผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชนที่ smart เหมือนอย่างผู้อำนวยการบ้านตาก และไปพัฒนาชุมชนโดยอาศัยตัวเอง คือว่าตัวเองเป็นคนที่มีพลัง ออกไปจัดการกับสถานีอนามัย เหมือนกับเป็นผู้ช่วยทางวิชาการ แต่ ณ วันนี้มีโอกาสที่ สปสช. จะมาจับและน่าจะถือโอกาสมาทำจุดนี้ให้ชัดเจนระหว่างโรงพยาบาลชุมชน กับศูนย์สุขภาพชุมชน ว่ามันน่าจะเป็นอันที่เป็นอันเดียวกัน ไม่ใช่คนละเจ้านาย คือมันควรจะลงไปตรงจุดนั้นและให้เราลงไปจัดนั้น อีกอันหนึ่งก็คิดว่าแพทย์ที่จะลงไปตรงจุดนั้นจริงๆ แล้ว ในเริ่มต้นคงไปไม่ถึงคือมองดูขนาดนี้ เราควรขอให้อยู่ในชุมชนเพียงพอแล้ว แต่ในเวลาเดียวกันก็วิ่งไปอยู่จุดนั้นที่ตัว PCU และ PCU นี้ก็ยังคงคิดว่า ถ้าเมื่อเราทำตรงนี้จริงๆ พยาบาลเวชปฏิบัติ สามารถจะ handle งานตรงนี้ได้ แล้วเราก็จะหมุนกันไปช่วย แต่เมื่อไหร่ก็ตามที่เราพอที่จะมีหมอ ที่จะลงไปดูที่ PCU ระดับนั้น อย่าลืมว่ามันแค่ 1:10,000 คนเท่านั้น อาจารย์คิดว่าศักยภาพของหมออาจจะสูงกว่านั้น น่าจะใช้เขาให้มากกว่านี้ เช่น อย่างน้องคนนั้น PCU เวลาที่มันต้องไปบริหารจัดการให้ได้ตรงนั้นขึ้นมาแล้วเราก็จะ work load ของ community hospital ลงไป ในเวลาเดียวกันก็ยังคงมีความรู้สึกว่าจะ แพทย์ PCU เหมือนกันว่าอีกหน่อยพอมันเป็น เราน่าจะให้เขาทำอะไรเหมือนกันว่าเป็นหมอประจำท้องถิ่น 1:10,000 คน 1:50,000 คน เมื่อเขาทำแล้วเขาจะต้องสนใจว่า เขาสนใจที่จะเป็นหมอ med care สนใจที่จะเป็นหมอดูตา สนใจที่จะเป็นหมอดูหู เขาควรจะมี link เข้ามาที่โรงพยาบาลชุมชน และเขามี facility มีโอกาสที่จะเข้ามาทำ practice ในสิ่งที่เขาถนัด ไม่ใช่เข้าไปบริหารชุมชนอย่างเดียว ตรงนี้

สำคัญว่า 1. คืออยากเห็นหมอที่มี Favorite ที่อยู่ในชุมชนและโรงพยาบาลมาตกลงกันได้ อันที่ 2 ก็คือสร้างระบบเครือข่ายของการบริหารจัดการใหม่ให้โรงพยาบาลชุมชน direct ไปคลุมลงไปที่ชุมชนต่างๆ ที่เป็นสถานีอนามัยเดิมให้ได้ ไม่อย่างนั้นหมอก็อาจจะพวยเรืออยู่ในอ่างไม่รู้จบ

แพทย์หญิงลลิตยา กองคำ _____

กราบขอบพระคุณท่านอาจารย์ ท่านอาจารย์ได้ให้ข้อเสนอแนะที่ตรงประเด็น แต่ว่าพวกเราอาจจะทำกันยากนิดนึง แต่ก็คิดว่าคงจะพยายามทำต่อไปเพื่อให้เห็นรูปธรรมที่ชัดเจนว่าจุดยืนของ Primary care หรือ PCU อยู่ที่ไหน ถ้าไม่มีคำถามก็ขออนุญาตขอบพระคุณท่านวิทยากรทั้ง 3 ท่าน



การพัฒนาหลักสูตรให้สอดคล้อง กับความต้องการด้านสุขภาพ

ศ.นพ.สมพร โปธินาม

รศ.พญ.ประสพศรี อึ้งถาวร

พญ.รุจิรา มั่งคละศิริ

รศ.นพ.สุรเกียรติ์ อชานานุกภาพ

Chairperson : ศาสตราจารย์ นายแพทย์เฉลิม วราวิทย์

Co.Chair : นายแพทย์โยธี ทองเป็นใหญ่

ก่อนอื่นก็ขอแนะนำยอดกระปิของวงการคนหนึ่ง ท่านจบแพทยศาสตรบัณฑิตจากมหาวิทยาลัยมหิดล และจบสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต จาก Institute of Topical Medicine จากเบลเยียม ชื่อที่ท่านทำงานผมคิดว่า เราหลายๆ คนในที่นี้ไม่รู้จัก เขาเรียกว่าสถานีอนามัย ชั้น 1 งานเริ่มแรกท่านท่านเป็นหัวหน้านายแพทย์สถานีอนามัยชั้น 1 ตอนนั้นผมยังไม่เข้ารามาริบัติเลย แล้วท่านก็ทำงานเรื่องนี้มา ปัจจุบันท่านเป็นอาจารย์ประจำสำนักศูนย์เวชศาสตร์ชุมชน โรงพยาบาลรามาริบัติ ท่าน รองศาสตราจารย์ นายแพทย์สุรเกียรติ์ อชานานุกภาพ

รองศาสตราจารย์ นายแพทย์สุรเกียรติ์ อชานานุกภาพ : ประธาน

ต่อยอดจาก session 1 เมื่อเช้า คิดว่าคงจะใช้เวลาซัก 20 นาที ขอแนะนำวิทยากรนัดหนึ่งว่า ศาสตราจารย์ นายแพทย์สมพร โปธินาม อาจารย์เคยเป็นอดีตอธิการบดีมหาวิทยาลัยขอนแก่น เกษียณแล้วแต่ยัง active มาก ก็ยังทำงาน ตอนนี้อธิการบดีคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม แล้วก็ยังมีหลักสูตรที่สนใจเอา primary care เข้ามา ที่จะสอนนักศึกษาแพทย์ ในรูป primary care setting ขณะนี้เป็นประธานเครือข่ายแพทย์ใหม่ของคอนโซเดียม

ท่านที่ 2 อาจารย์ประสพศรี อึ้งถาวร เมื่อเข้ารู้จักกันแล้ว แล้วก็เห็นตามหน้าจอที่วีบ้อยๆ ทุกอาทิตย์มากกว่า 30 ปี อาจารย์มีบทบาทด้านกุมารแพทย์แต่สนใจ เรื่อง Family medicine เป็นผู้บุกเบิกงานด้านนี้อยู่ เป็นกรรมการแพทยสภา 3 สมัย

ท่านสุดท้ายเป็นเจ้าของเวชกรรมสังคม ต่อมาเป็นเจ้าแม่ Family medicine พญ. รุจิรา มั่งคละศิริ ท่านก็สนใจในเรื่องหลักสูตรการเรียนการสอน resident เรื่องของ Family medicine ของโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา ปัจจุบันเป็นอาจารย์พิเศษที่ มทส คณะแพทยใหม่โดยเฉพาะอย่างยิ่ง สนใจเรื่อง psychosocial education ผมเกริ่นนำว่าที่ฟังมาทั้งหมด เรื่องกำลังคนเป็นเรื่องที่สำคัญที่สุด เป็นเรื่องที่วิกฤตมาก ผมพูดเรื่องนี้มาหลายครั้งแล้ว การเปลี่ยนแปลงมันใจกว่าที่คนจะมายอมรับ มันสร้างไม่ทัน เคยมีความคิดว่าแพทย์ไม่ควรมีมากเกินไป เมื่อ 20-30 ปี เห็นว่ามีมากเกินไปก็ควบคุมให้ผลิตปีละ 900 มาตลอด การเปลี่ยนแปลงของสังคมมันไวมากเกินกว่าจะผลิตแพทย์มารองรับตรงนี้ โดยเฉพาะ 5-10 ปีที่ผ่านมา กำลังคนไม่ได้ขาดแคลนเฉพาะชนบท ยังขาดแคลนในหลายสาขาที่จำเป็น

มีสาขาบางสาขาสงสัยว่าทำไมมันขาด เพราะค่าตอบแทนหรือเปล่า แต่ที่ขาดที่สุดที่คุยกันมาหลาย 10 ปี ก็คือแพทย์ที่จะตอบสนองต่อความต้องการของชุมชน อย่างเรื่องของโรงพยาบาลชุมชน ซึ่งเห็นชัดว่าขณะนี้ยังขาดแคลนอยู่มาก

ผมพูดบ่อยๆว่าแพทย์สมัยนี้ มีหมอแก่ๆ อยู่เป็นปุโสมเฝ้าทรัพย์ น้อยคนที่จะอยู่ตรงนี้ ใช้ทุน 3 ปี ถ้าจะมี PCU เกิดขึ้นอีก 1 PCU:10,000 คน ต้องมีแพทย์อีกประมาณ 6,000 คน เป็นอย่างน้อย คิดว่าคงลำบาก เราก็มาดูกันว่าเราจะทำยังไงเรื่องของกำลังคนให้เหมาะกับโรงพยาบาลชุมชน ยังมีแพทย์กลุ่มหนึ่งที่มีผู้เชี่ยวชาญสาขาต่างๆ ที่มีทักษะทางมนุษย์และทักษะทางด้านสังคมต่อยอดกับทักษะด้านการแพทย์อย่างไร

แพทย์หญิงรุจิรา มังคละศิริ

หัวข้อนี้ถ้าคุณขึ้นมานั่งตรงนี้ จะต้องเป็นระดับครูแพทย์หรือคนที่อยู่ในโรงเรียนแพทย์ หมอตัวเองไม่น่าจะมีสิทธิ์มานั่งตรงนี้เพราะว่าไม่เคยเข้าไปอยู่ในโรงเรียนแพทย์ แต่เดินอ้อมๆ อยู่รอบๆ โรงเรียนแพทย์ ตลอด แต่ก็คงจะทราบเรียนว่าด้วยคุณสมบัติตรงนี้ทำให้ตัวเองได้มีโอกาสได้ทำงานชิ้นนี้ แล้วก็คิดว่าถ้าไม่มีทุนเดิมหลายๆอย่างก็อาจจะไม่สามารถทำเรื่องที่ยื่นขออนุญาตเล่าพอเป็นรูปธรรมในวันนี้ได้ หมอตุ๊มีโอกาสดั้งแต่จบแพทย์รามา ก็คืออ้อมๆ โรงเรียนแพทย์ พอออกจากโรงเรียนแพทย์มาแล้ว ก็ยังมีโอกาสที่จะเป็นครู โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ท่านอาจารย์หมอสุรเกียรติ ก็ส่งนักศึกษาแพทย์ตอนนั้น เราได้แพทย์ปี 6 มาสอนอยู่ที่โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมาในชุดวิชาเวชศาสตร์ชุมชน สอนนักศึกษาปี 6 ไปได้ซักระยะหนึ่ง ก็รู้สึกว่ามันไม่ได้คำตอบเพราะว่า นักศึกษาส่วนใหญ่ก็จะมองวิชานี้เป็นวิชาที่เอาหนังสือไปอ่านเพื่อเตรียมสอบบ้าง หรือไม่ก็ลาไปทำบัตรประชาชนบ้าง ลาไปต่อทะเบียนทหารบ้าง อะไรต่างๆ เหล่านี้ พูดง่าย ๆ ก็คือ เขาไม่ค่อยให้ความสำคัญสักเท่าไร

หลังจากนั้นได้มีโอกาสได้ทำในนักเรียนของตัวเองช่วงหนึ่งกับทางศูนย์แพทยศาสตรศึกษา ชั้นคลินิก โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา จากปี 6 ก็บอกว่าขอสอนที่เขาเด็กกว่านั้นซักนิดนึง เพื่อจะได้มีโอกาสเตรียมตัวเพราะเราคิดว่าการที่เราจะเตรียมหลักสูตรเพื่อที่จะให้แพทย์ออกไปแล้วทำงานอยู่ใน สมัยนั้นยังไม่มีคำว่า PCU เรามีคำว่าแพทย์ที่อยู่ในชนบทอย่างมีความสุข จะต้องมีการเตรียม integrated clinical teaching

ช่วงที่อยู่มหาวิทยาลัยก็มีโอกาสได้เตรียมค่อนข้างเยอะ โดยเฉพาะอย่างยิ่งไม่ว่าจะเป็นเรื่องของการสร้างหลักสูตรด้วยตัวเอง ที่สำคัญก็คือ การสร้าง practice model คือรูปแบบ รูปแบบที่สำคัญที่สุดคือ เรื่อง PCU ตั้งแต่ปี 2536 ก็ได้มีโอกาสพัฒนารูปแบบ PCU ได้เรียนรู้เรื่องนี้ขึ้นมา โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อคุณหมอแหงย้ายมาอยู่โคราช จาก 2-3 PCU ที่หมอตุ๊ทำก็บีบอย่างรวดเร็ว ศาสตร์หลายๆศาสตร์ที่ท่านได้เล่ามาเมื่อกี้ ก็ขยาย PCU จาก 2-3 แห่งของโคราชมาเป็น 400 กว่าแห่งขณะนี้ แต่ความสำคัญอยู่ตรงที่ว่าเรามีโอกาสได้สร้างเครือข่ายเพื่อนแพทย์ที่มีใจรักจะเป็นครู ซึ่งตรงนี้หายากมาก

เมื่อกี้ท่านคณบดีบอกว่า ทำยังไงเวลาที่เราส่งนักศึกษาแพทย์ลงไปอยู่ใน field ที่ๆ เขาจะต้องเรียนรู้จริงนั้น เราจะมีวิธีการเลือกอย่างไร คำตอบของหมอตุ๊ก็คือเลือกจากเพื่อนแพทย์ที่มีใจรักจะเป็นครู ซึ่งตรงนี้เราต้องการการสร้างเครือข่ายต้องการการมีอุดมการณ์ มีทีมงานร่วมหัวใจเดียวกันค่อนข้างมาก วันนั้นมองไปก็มีหลายคนนั่งอยู่ ไม่ว่าจะเป็นคุณหมอรัตน และน้องๆ อีกหลายคน เพราะฉะนั้นหมอตุ๊อยากจะบอกว่า ครูแพทย์ไม่ได้หมายความว่าผู้อยู่ในโรงเรียนแพทย์ แต่ครูแพทย์ คือ ผู้ที่มีความพร้อม

ที่จะเป็น role model เป็นครูต้นแบบที่ดีและที่สำคัญอีกอย่างหนึ่ง ที่เราคิดว่าเขามีความสำคัญมากๆ ก็คือ คนที่อยู่ใน practice ทั้งหมด

ตารางที่ 39 Rural Health

Rural Health
Prof. Craig Veith, JCU, Australia

- Access and availability
- Behavior and attitude
- Context
- Disease burden

ตารางที่ 40 Access and availability

Rural Health
Prof. Craig Veith, JCU, Australia

- Access and availability

Insufficient for local needs
Travel longer distance
People have little choice and few options
Limited in equipments and resource

ตารางที่ 41 Behavior and attitude

Rural Health
Prof. Craig Veith, JCU, Australia

- Behavior and attitude

Delay seeking care
Functional view in health > cosmetic
Fewer health prevention
Self treated, use fewer health service
Believe in God and natural

จากตรงนี้เองผมมีโจทย์ว่าให้คุยเรื่องนี้ ก็นึกถึงตอนที่ไปเรียน rural health ที่ Australia กับคุณหมอซ่าง อาจารย์ที่นั่น บอกว่า การที่เราจะผลิตแพทย์เพื่อชาวชนบทนั้น เราคงจะต้องบอกเขาว่าเป็น Discipline ที่มีความจำเพาะ ที่มีความพิเศษ ไม่ใช่ secon class ไม่ใช่ประชากรแพทย์ ชั้น 2 เพราะลักษณะพิเศษของ rural health หรือสาธารณสุขชนบท เขาก็มีลักษณะของเขา ปัญหาในเรื่องของการขาดแคลนต่างๆ ในชนบท ปัญหาในเรื่องพฤติกรรมและทัศนคติของคนในชนบท โดยเฉพาะอย่างยิ่งตัวบริบทที่มีความจำเพาะของความเป็นคนชนบท แล้วก็ Diserse burden ที่มีลักษณะจำเพาะ ตรงนี้ก็คือ เราจะต้องมีครูที่มีความรู้ความเข้าใจตรงนี้ จะต้อง model ที่เห็นรูปแบบการจัดการเรียนการสอนที่ชัดเจน และที่สำคัญเราจะต้องมีกระบวนการสร้างหลักสูตรให้ลูกศิษย์เราได้มีโอกาสเรียนรู้และเข้าใจเรื่องนี้

คุณหมอสำเร็จได้พูดไปแล้ว เรื่องยุทธศาสตร์ในการที่จะทำเรื่องนี้ให้สำเร็จนั้น จะต้องเริ่มตั้งแต่มีการ recruit, training, retention ตัวประเด็นเรื่องของการ training นั้น หลักสูตรที่เราแนะนำเสนอก็เป็นหลักสูตรที่อยากให้มีการเรียนการสอน มีการสอนแบบบูรณาการ ที่สำคัญที่สุดคือเปิดโอกาสให้นักศึกษาเข้าไปทำ rural exposure กับ role model คือ ครูแพทย์ใน primary practice keyword 3 ตัวล่าง เป็น keyword ที่หมอได้รับโอกาสจากสำนักวิชาแพทยศาสตร์ มทส ให้มาสร้างหลักสูตรใหม่ขึ้นมา หลักสูตรใหม่อันนี้ชื่อว่า วิชาชนบทศึกษาทางการแพทย์ 1-4 ซึ่งการสอนตั้งแต่เด็ก

ตารางที่ 41 Behavior and attitude

Rural Health
Prof. Craig Veith, JCU, Australia

• **Behavior and attitude**

- Delay seeking care
- Functional view in health > cosmetic
- Fewer health prevention
- Self treated, use fewer health service
- Believe in God and natural

ตารางที่ 43 Disease Burden

Rural Health
Prof. Craig Veith, JCU, Australia

• **Disease burden**

- Complexity from interaction of bio-psycho-social
- Disease from poverty
- Disease from environment and life style
- Disease from social pathology

ตารางที่ 43 Disease Burden

Rural Health
Prof. Craig Veith, JCU, Australia

• **Disease burden**

- Complexity from interaction of bio-psycho-social
- Disease from poverty
- Disease from environment and life style
- Disease from social pathology

เหมือนกับที่คุณหมอพิเศษบอกมาให้เขาได้มีโอกาสเจอคนก่อนใช้ ตรงนี้เราก็ได้เริ่มทำ หลักสูตรนี้เป็นหลักสูตรที่จะบูรณาการวิชา pre-med, pre-clinic ที่นักศึกษาได้เรียนในชั้นที่ 1-3 กับวิชาที่บางโรงเรียนจะไปใช้อาจารย์ด้านสังคมศาสตร์บ้าง พฤติกรรมศาสตร์บ้าง แต่ว่าของเราอาจารย์ที่เป็นอาจารย์แพทย์จะเป็นคนสอนเอง โดยสร้างขึ้นเป็นวิชาชนบทศึกษา ที่สำคัญคือการสร้างเจตคติต่อการเรียนเพื่อเป็นแพทย์ชนบทอย่างมีความสุขด้วย แล้วก็เสริมจริยธรรมให้วิชาชีพนั้นตั้งแต่นั้นๆ ตัวชื่อวิชา ก็บอกแล้วเป็นชนบทศึกษา และวัตถุประสงค์เป็นเรื่องของ attitude ล้วนๆ ซึ่งตรงนี้ก็จะเป็นอะไรที่ค่อนข้าง challenge ซึ่งเราจะมีรูปแบบและกระบวนการจัดการเรียนการสอนอย่างไร ก็ไปเรียนรู้เรื่องการเรียนรู้เชื่อมประสบการณ์ หรือ experience learning เพื่อสร้างเจตคติจะคล้ายๆ กับปริมิตที่อาจารย์รัชตะได้พูดไปแล้ว เมื่อเช้า ก็คือจัดให้นักเรียนได้มีโอกาสเรียนรู้จากความจริง ผลลัพธ์ก็คือรู้จักและเข้าใจ ครูจะต้องมีกระบวนการเรียนการสอนให้รู้จักและเข้าใจ มีการอภิปรายแลกเปลี่ยนตามแนวคิดรวบยอดเพื่อให้เกิดปัญญา และสุดท้ายจะต้องมีความคิดความรู้สึกที่สัมพันธ์กันของนักศึกษาแพทย์ เพื่อให้เกิดเจตคติ กระบวนการที่ออกแบบมาก็ใช้ชุมชนเป็นฐานในการเรียนรู้ มีในกิจกรรม มีคู่มือออกมาชัดเจน คือ ไม่ได้ส่งให้นักศึกษาไปตามบุญตามกรรม มีการสัมมนาอาจารย์ มีการเตรียมอาจารย์อย่างเข้มข้น อาจารย์ที่เป็นบุคคลสำคัญ ก็คือเครือข่ายที่เป็นทุนเดิมที่เราเคยมี ก็คือพี่เลี้ยงที่เป็น role model ใน primary care practice นี่เป็น curriculum mapping เพื่อให้เห็นภาพว่า ในหลักสูตรนี้เราแตะเรื่องอะไรบ้าง ทักษะการ

ติดต่อสื่อสาร เครื่องมือวิถีชุมชน เครื่องมือหมอครอบครัว และองค์ความรู้ทางด้านสังคมศาสตร์ พฤติกรรมศาสตร์ มานุษยวิทยา ผ่านผู้ช่วยเหลือการเรียนรู้ (Learning Facilitator) ถือว่าเป็นบุคคลที่สำคัญ เราก็มีการสัมมนาเตรียมงาน ให้เขามีความสามารถต่างๆ เป็นการจัดสรรสถานการณ์ให้เกิดการเรียนรู้จากประสบการณ์จริง รู้จักอคติของตนเอง มีทักษะในการประเมินความคิด เจตคติของผู้เรียน มีความสามารถในการเพิ่มเติม ชี้แนะ ถ่ายทอด เชื่อมโยง และเป็นตัวอย่างที่ดี



รูปที่ 30 การจัดการเรียนรู้วิชาชนบทศึกษาทางการแพทย์

ขอนำเสนอผลงานที่เป็นเรื่องจริง ของจริง เามาจากชั้นเรียนเมื่อสัปดาห์ก่อน เป็นผลงานของนักศึกษาแพทย์ ปีที่ 2 ของ มทส ก็ขอออกตัวว่าเป็น ผลงานของเด็กๆ อาจจะไม่เหมาะสมและไม่เหมาะสม แต่ก็คือของจริงที่ หลังจากนักศึกษาได้ไปเข้า field มาแล้ว กลับมานำเสนอ หัวข้อที่เราเน้น หรือว่า focus ก็จะเป็นเรื่องของ holistic approach, rural exposure, problem oriented, early clinical practice

ผู้ช่วยเหลือ การเรียนรู้ (Learning Facilitator) ศ.นพ.วิชัย

- ต้องมีความสามารถ...
- 1. จัดสรรสถานการณ์ให้เกิดการเรียนรู้จากประสบการณ์จริง
- 2. รู้จักอคติของตนเองและมีอัตตาต่ำ
- 3. มีทักษะในการประเมินความคิด เจตคติ และจุดอ่อนของผู้เรียน โดยการ
 - ถามคำถามกระตุ้น
 - ฟัง
 - สังเกต อวจนะภาษา

รูปที่ 31 ผู้ช่วยเหลือการเรียนรู้

ผู้ช่วยเหลือ การเรียนรู้ (Learning Facilitator) ศ.นพ.วิชัย

- ต้องมีความสามารถ...
- 4. เพิ่มเติมในส่วนที่จำเป็น โดยการถ่ายทอดนิเทศผู้เรียนได้อย่างเหมาะสม
- 5. สร้างเชื่อมโยงจากเหตุการณ์และประสบการณ์จริงไปสู่ความคิด เจตคติ และเนื้อหาที่ต้องการสอนตามวัตถุประสงค์
- 6. เป็นตัวอย่างที่ดี

รูปที่ 32 ผู้ช่วยเหลือการเรียนรู้

ตารางที่ 45 ขอนำเสนอผลงานบางส่วนจากประสบการณ์

- 1. Holistic Approach** (Humanized health care, Behavioral Sc, Medical Ethics)
- 2. Rural Exposure** (Socio-cultural-environmental aspects)
- 3. Problem Oriented** (Common problems and health determinants)
- 4. Early Clinical Practice** (Pt-Dr.Relationship, Communication skill, ER, Apply pre-med knowledge)

ศาสตราจารย์ นายแพทย์สมพร โปธินาม —
 ผมอยากจะเล่าชีวิตผม มันผูกพันตั้งแต่ เป็นแพทย์มา ในฐานะที่เป็นสูตินารีแพทย์ ต่อมาก็ มาเรียน Ecology มาดูแลผู้ป่วย แล้วก็ได้เห็น การใช้จ่ายในการรักษามันสูงมาก หลายครอบครัว ก็ต้องขายนาขายควาย ขายทรัพย์สิน มาจ่ายค่าดูแลรักษา จนกระทั่งว่า ครอบครัวล้มละลายอย่างที่เขาพูดกัน ก็ได้ นำส่งสารเป็นอย่างยิ่ง ก็ไม่ทราบว่าจะเกิดอะไรขึ้น ก็ได้ไปทำวิจัยเล็กๆ อันหนึ่งก็ปรากฏว่า ในการใช้จ่าย ของประชาชนในการดูแลรักษาพยาบาล ในชุมชน แห่งหนึ่ง ประมาณ 10,000 คน ก็เฉลี่ยแล้วหัวละ ประมาณ 1,000 บาท ก็ใกล้เคียงเพราะว่าปีหนึ่งก็ ประมาณ 6 หมื่นล้าน ก็ใกล้เคียงกับที่ทางรัฐบาล คิดตอนหลัง ก็ให้งบประมาณกระทรวงสาธารณสุข

ประมาณ 6-7 หมื่นล้าน ผมคิดว่าถ้ามี co-payment ประมาณ 60 ล้านบาท จะดีมาก ๆ จะทำให้โรงพยาบาลมีเงินใช้จ่าย ต่อมาคุณทักษิณ ไทยรักไทยก็มาเป็นเงิน 30 บาทรักษาทุกโรค ผมว่าก็พอใจมากที่คิดตรงกัน แต่ก็มีเรื่องของหลักประกันสุขภาพไปแล้ว

อีกเรื่องหนึ่งที่มันเกิดโดนใจผมมากก็คือ อยู่ในวันหนึ่งก็มีโทรศัพท์จากอเมริกา มาบอกว่าอยากจะมาอยู่กับผม เป็นฝรั่ง เขาบอกว่ามาจากอเมริกา ถามว่าเป็นใคร เขาบอกว่า เป็น fam med รุ่นแรกของสหรัฐ แล้วบังเอิญเป็นนักเรียนมหาวิทยาลัย เดียวกัน และเป็นรุ่นน้อง เขาก็มา ก็ให้เงินเดือนเขาแค่สองหมื่นกว่าบาท ก็มาทั้งครอบครัว มาอยู่กับผม 4 ปี ระหว่างมาอยู่ ผมก็ไปดูวิธีการเรียนการสอนของเขา ผมชอบมาก ตีใจมาก ผมก็เลยว่า ผมคิดว่า ชาตินี้เราไม่ต้องมารักษาอะไรดีกว่า เรามาดูแลเรื่อง primary care คือผมไม่อยากจะเรียกว่า primary doctor แพทย์ระดับต้น ผมรู้สึกว่าคนอื่นเขาจะดูถูก ผมเลยบอกว่าควรจะเป็นแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว อยากจะใช้ชื่อนี้ชื่อเดียว บางคนใช้ gate keeper ด้วย คนเฝ้าประตู ภาษาไทยรู้สึกมัน sensitive ผมบอกสุภัทราแล้วว่า ใช้ชื่อนี้ชื่อเดียว คือแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว และผมก็ได้ไปศึกษาเรื่องนี้มาพอสมควร ก็ได้มีความรู้สึกที่ว่าประเทศไทยน่าจะทำเรื่องนี้ให้มาก เพราะว่ามันจะไปถึงประชาชนในระดับรากหญ้าหรือรากแก้วในชุมชน ซึ่งจะทำให้เกิดมีสุขภาพที่ดี แม้กระทั่งเราถ้าหากเจ็บป่วยมี doctor ประจำตัวเรา เราก็สามารถติดต่อเขาให้ arrange ต่างๆ รวมทั้งเตียงถ้าเราต้องผ่าตัด ในโรงพยาบาลก็เช่นกัน ถ้าเราไม่มี Family medicine doctor เลย หลายท่านก็คงลำบากเหมือนกัน เป็นหมอเมื่อเจ็บป่วยซึ่งไม่ใช่ field ของเรา ผมว่ายิ่งลำบาก อย่าว่าแต่หมอเลย ตาสีตาสาละ เพราะฉะนั้นผมคิดว่าเรื่องของ primary care น่าจะนำมาสู่ประเทศไทยเป็นอย่างยิ่ง ก็โชคดีที่มีอดีตรองอธิการบดีของมหาวิทยาลัย มาชวนผมไปทำคณะแพทย์ และผมยื่นเงื่อนไขไว้ ที่ผมทำผมจะผลิต primary doctor นะ แล้วก็เล่าให้ฟังว่า primary doctor, Family medicine doctor คืออะไร อย่างที่ทุกท่านเล่ามาทั้งหมด เขาก็ตกลงให้ทำ ผมถึงมาทำ ถ้าไม่ใช่ผมคงไม่ทำ อันนั้นก็เป็นการตั้งใจที่ว่าผมมีความสุขที่สุดที่อยากจะทำเรื่องนี้ได้ อย่างไรก็ตามก็มีการต่อต้านมากมายก็ไม่เห็นเป็นไร ผมคิดว่าผมทำในสิ่งที่ถูกต้อง

ก็อยากจะเรียนว่า ผมคิดว่าการที่จะสร้าง PCU ขึ้นมา แล้วก็ให้บริการหรือให้การเรียนการสอน มันจะต้องมีมาตรฐานระดับหนึ่ง ซึ่งจะสร้างศรัทธาให้ประชาชน การสร้างศรัทธาให้ประชาชน มันไม่ใช่เฉพาะอาคารสถานที่ ไม่ใช่เฉพาะ equipment บุคลากรต้องดีด้วย ส่วนหนึ่งก็น่าจะเป็นเรื่องอาคารสถานที่ ผมจะขึ้นต้นด้วย problem ก่อน

ตารางที่ 46 ปัญหาของระบบบริการทางด้านการแพทย์การ

ปัญหาของระบบบริการทางด้านการแพทย์การสาธารณสุข

1. การศึกษาแพทย์ศาสตร์ในอดีต เห็น "การซ่อม" มากกว่าการ "สร้าง"
2. ระบบบริการ เช่น การส่งต่อต่างๆยังไม่สมบูรณ์
3. จำนวนแพทย์ไม่เพียงพอ การกระจายแพทย์ไม่เหมาะสม
4. แพทย์ที่ให้บริการในระดับต่างๆ เช่น Primary Medical care doctor มีอัตราส่วนที่ไม่สมดุลทำให้เกิดปัญหาการเข้าถึงบริการไม่สะดวก เสียเวลา เสียค่าใช้จ่ายทางอ้อมมาก ไม่คุ้มค่า (ไม่มี cost effectiveness)

ปัญหาอย่างหนึ่งที่ทุกคนคงทราบดีคือการศึกษาศึกษาแพทย์ในอดีตเป็นการซ่อมมากกว่าการสร้างแบบบริการ เช่น การส่งต่อต่างๆที่เราพูดถึง ไม่รู้จัก 10 ปี ที่ Referral system ไม่เคยดีเลยและการรักษาคนไข้ในโรงพยาบาลใหญ่ ไม่เคยติดตามเลย ติดตามก็น้อยมากจำนวนแพทย์ที่ผลิตไม่เพียงพอระดับ primary care, health care, Secondary, tertiary medicine care doctor

เมื่อก็มีคนพูดหลายคนแล้วว่า primary care ขาดแคลนมาก เพราะฉะนั้นประชาชน โดยเฉพาะ รากหญ้าก็ไม่ได้ได้รับการดูแลเท่าที่ควร การมาโรงพยาบาลแต่ละครั้งเสียเวลาเป็นวันๆ ค่าเดินทาง ค่ากินค่า อยู่ มารอเป็นวันๆ ไม่เข้าท่า

การที่จะให้สุขภาพของประชาชนดี life style เป็นสิ่งสำคัญ life style ไม่ว่าจะเป็นเรื่องของ Nutrition เรื่องของการออกกำลังกายอื่นๆ ที่มีโรคทางพันธุกรรม การบริการทางการแพทย์ การ สาธารณสุขที่ดี อันนี้เป็นส่วนที่เกี่ยวข้องกับเรา อื่นๆ ก็จะมีสิ่งแวดล้อมที่ดี มีครอบครัวที่อบอุ่น มีชุมชน ที่รักใคร่ เอื้ออารีต่างๆ ก็เป็นส่วนหนึ่ง

ตารางที่ 47 การที่จะทำให้ประชาชนมีสุขภาพที่ดีจะต้อง ประกอบด้วยปัจจัยต่างๆ มากมาย

<p>การที่จะทำให้ประชาชนมีสุขภาพที่ดีจะต้อง ประกอบด้วยปัจจัยต่างๆ มากมาย เช่น</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. การดูแลสุขภาพตนเอง มี Life style ที่มีผลดีต่อสุขภาพ 2. การไม่มีโรคทางพันธุกรรม 3. การมีบริการทางการแพทย์การ สาธารณสุขที่ดี 4. การมีสิ่งแวดล้อมที่ดี ฯลฯ

ตารางที่ 48 สำหรับการบริการทางการแพทย์การสาธารณสุข

<p>สำหรับการบริการทางการแพทย์การ สาธารณสุขที่ดีก็ขึ้นอยู่กับหลายปัจจัย เช่น</p> <ul style="list-style-type: none"> ▫ ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงระบบบริการได้สะดวก มีความ เสมอภาค และไม่เสียเวลามาก มีหลักประกันสุขภาพ ที่ผู้ป่วยสามารถรับภาระได้ ▫ การบริการมีประสิทธิภาพ และคุ้มค่า ▫ มีระบบบริการที่ดี / มีบุคลากรที่มีคุณภาพ

สำหรับการบริการทางการแพทย์ การสาธารณสุข จะดีขึ้นอยู่กับหลายๆ ปัจจัย ผู้ป่วยสามารถเข้าถึง บริการได้สะดวก ความเสมอภาค ไม่เสียเวลา อันนี้ก็เป็น concept ของ PCU อยู่แล้ว

การบริการที่มีประสิทธิภาพ คุ้มค่า มีการบริการ ที่ดี มีบุคลากรที่มีคุณภาพ ปัญหาของเราก็มียาก PCU น่าจะเป็น Family medicine doctor ที่ต้องดูแล จริงๆ แล้วไม่ใช่ โดยเฉพาะอาจารย์ เราได้แค่ specialist เป็น field ต่างๆ ทั้งนั้นเลย ที่มาอยู่ใน PCU

ผมก็มีความสนใจหลายอย่างอันแรกก็คือว่า เขาก็ช่วยสอน integration จริง โดยเฉพาะผู้ป่วยจริง แต่ PCU ของเราไม่เฉพาะผู้ป่วยจริง เราจะมีการ เรียนการสอนจากหุ่นมากมาย ไม่ว่าจะเป็นเรื่องของ sterile technique การเย็บแผล การฉีดยา การแทงเส้น การสวนปัสสาวะ อุจจาระ มีหมด แม้กระทั่ง Mechanism ของ เมมเบอร์ นอกจากนี้ เรียนก็เรียนเรื่องของเทคโนโลยีต่างๆ ไม่ว่าจะ เป็น อัลตราซาวด์ เอ็กซเรย์ EKG, EEG ให้เรียน ไปด้วยทั้งหมด เพราะฉะนั้น PCU ไม่ใช่เฉพาะเรื่องของการ บริการเท่านั้น ซึ่งเหมาะสำหรับ specialist ที่มีสอน อย่างไรก็ตาม การเรียนการสอนจะต้องเป็น integration ซึ่งอันนี้ก็เป็นเรื่องที่ยากลำบากมาก การเรียนการสอนที่เป็น integration ผมเคยทำ ขอนแก่นมาแล้ว ค่อนข้างไม่ได้ผลดีเท่าที่ควร เพราะว่าจัดได้ยากมาก management ยากมากวิสัยทัศน์ของคณะแพทยมหาวิททยาลัยมหาสารคาม เอาอันเดียวเลย คือ เวชศาสตร์ครอบครัวและ แพทย์แผนไทยประยุกต์ ไม่เอาอย่างอื่นเลย ไม่ทำ อย่างอื่นเลย

ตารางที่ 49 คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

**คณะแพทยศาสตร์
มหาวิทยาลัยมหาสารคาม**

วิสัยทัศน์

คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
จะเป็นเลิศทางวิชาการด้านเวชศาสตร์ครอบครัว
และแพทย์แผนไทยประยุกต์

ตารางที่ 50 วัตถุประสงค์ของหลักสูตร

วัตถุประสงค์ของหลักสูตร

หลักสูตรนี้มุ่งผลิตบัณฑิตแพทย์มีคุณสมบัติดังต่อไปนี้

1. มีความรู้ความสามารถและทักษะในศาสตร์ทางการแพทย์ตามเกณฑ์มาตรฐาน ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมของแพทยสภา
2. มีความรู้ความสามารถในการวินิจฉัย การบำบัดรักษาโรคระดับปฐมภูมิและทุติยภูมิ การส่งต่อผู้ป่วย การป้องกันโรค การส่งเสริมสุขภาพและการฟื้นฟูสภาพทั้งร่างกายและจิตใจแก่ผู้ป่วยครอบครัว และชุมชน
3. มีความสามารถในการพัฒนาองค์ความรู้ด้านการแพทย์ การสาธารณสุข ด้วยการวิจัย
4. มีทักษะในการทำงานเป็นทีม การบริหารจัดการ การนำความรู้ด้านเศรษฐศาสตร์สาธารณสุขมาประยุกต์ใช้ในการพัฒนาทางการแพทย์
5. มีวิจรรณญาณ การคิดแก้ปัญหา การคิดเชิงสร้างสรรค์ พหุคตินิสัย เจตคติ คุณธรรมและจริยแห่งวิชาชีพ

เมื่อก็พูดถึงแพทย์แผนไทยประยุกต์ ทางมหาวิทยาลัยมีหลักสูตร แพทย์แผนไทยประยุกต์ และให้คณาจารย์แพทย์ดูแลด้วย ขณะนี้ผลิตไป 5 รุ่นแล้ว ในประเทศไทยผลิตแพทย์แผนไทย 17 สถาบันที่ได้รับอนุญาตมีแค่ 3 สถาบัน คือ มหาสารคาม ธรรมศาสตร์ และศิริราชเท่านั้น อีก 14 สถาบันไม่ได้รับวัตถุประสงค์ของหลักสูตรก็ไม่มีอะไรมาคล้ายๆ กันคือเราจะ gear ให้เป็นแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว มีความรู้และทักษะเรื่องศาสตร์ทางการแพทย์ที่ต้องเป็นของแพทยสภาก่อน มีความสามารถในเรื่องที่เป็นปฐมภูมิ ทุติยภูมิ ป้องกันส่งเสริม มันเป็น concept มันต้อง gear มาตรฐานแล้ว ปรากฏว่าท่าน อ.เฉลิม ซึ่งเป็นประธานหลักสูตร ให้หน่วยกิจตรงนี้ ตั้ง 60 หน่วยกิต สูงมากเลย มีความรู้เสริมทักษะ คุณธรรม จริยธรรมวิชาชีพ Five Star Doctor ก็ไม่มีอะไรมา Decision maker, Communicator

ตารางที่ 51 Input

Input

รับนิสิตจากพื้นที่ชนบท โดยเฉพาะโครงการ ODOD ซึ่งรับจากแต่ละอำเภอ จาก 6 จังหวัดทางภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ซึ่งต้องมีการเตรียมความพร้อม ทั้งก่อนและหลังการสอบเข้าศึกษาแพทยศาสตร์

ตารางที่ 52 Input

Input

ทั้งนี้พระมหากรุณาธิคุณของพระเจ้าอยู่หัวฯ หากไม่ดูแลจริงๆ ก็อาจไม่สามารถสำเร็จได้ แต่เมื่อสามารถจบการศึกษาเป็นแพทย์ได้แล้วก็จะกลับไปเป็นแพทย์ในท้องถิ่นของตนเอง ซึ่งก็จะจะมีผลต่อสุขภาพของชุมชนนั้นๆ ที่เขาปฏิบัติงาน

เรื่องของที่คุณหมอจุฑาพุดว่า Recruitment ผมเรียกว่า Input อันนี้ก็เป็นเรื่องของ การรับนิสิต ซึ่งนิสิตมีสองแบบ เขาเรียก CPIRD (การผลิตแพทย์เพิ่มของชาวชนบท) และอีกอันหนึ่งก็เป็น ODOD (One Doctor One District) ก็รับเป็น Area Based กำหนดให้เลยว่า แต่ละคณะแพทย์ใหม่จะต้องรับกี่จังหวัด อย่างมหาสารคามรับผิดชอบ 6 จังหวัด ODOD ตอนนี้อยู่เหลือ 3 จังหวัดแล้ว ก็หวังว่าพวกที่ได้รับ Recruit ก็คงจะกลับไปอยู่พื้นที่ของเขาซึ่งจะให้เกิดมีสุขภาพดีของชาวบ้าน

Process

ในระหว่างการศึกษา นิสิตคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคามก็จะได้รับการฝึกงานกับ ครอบครัวและชุมชนโดยแต่ละคนก็จะได้ถูกกำหนดให้ ดูแลหนึ่งครอบครัว คณะแพทยศาสตร์จะฝากนิสิตให้เป็นเสมือนเขาเป็นลูกคนหนึ่งในครอบครัวนั้น โดยนิสิต จะได้เรียนรู้ บริบทต่างๆทางครอบครัว

ตารางที่ 53 Process

Process

รวมทั้งปัญหาด้านสุขภาพ ป้องกันภัย และอื่นๆ โดยมีอาจารย์เป็นที่ปรึกษา ซึ่งส่วนใหญ่ ก็จะเน้น เรื่อง การป้องกัน โรคและการส่งเสริมสุขภาพให้กับ ครอบครัวนั้นๆ แต่ถ้ามีการเจ็บป่วยของสมาชิกใน ครอบครัว นิสิตก็จะเป็นคนกลางในการนำสมาชิก ครอบครัวนั้น เข้ารับบริการทางการแพทย์ได้ด้วย

ตารางที่ 54 Process

สำหรับมาตรฐานขั้นต่ำ ถ้าหากมาก ก็จะต้องมีการเตรียมอะไรสารพัด เช่นเดียวกับที่ห้องประมาณ มาจัดเตรียมและปมเฉพาะต่างๆ 3 ปีแรก

ส่วนเรื่องกระบวนการ กระบวนการเป็นเรื่องสำคัญ เมื่อที่คุณหมอจุฬาพูดแล้วต้องมี Exposure ต่อชุมชนครอบครัว วันนี้ของเราก็ทำโครงการฝากลูกไว้กับแม่ อาจารย์เฉลิมเป็นหัวหน้าโครงการ ก็มีคุณแม่จาก 48 ครอบครัว แล้วก็มีการศึกษาเรา 48 คน รับผิดชอบ 48 คน ก็เชิญครอบครัวมาลง ทะเบียน และอาจารย์เฉลิมอธิบายว่านักเรียนที่ฝากลูกไว้เป็นลูกของครอบครัวนั้นๆ เขาจะทำอะไรบ้าง บรรยากาศน่าชื่นใจมาก

ส่วน Output ผมเรียนนิดหนึ่งว่า มหาวิทยาลัยมหาสารคามจะให้การศึกษาปีแรกเป็นหมวด การศึกษาทั่วไป ปีที่ 2 และ 3 เป็นระดับปริคlinikที่ จะมี clinical correlation บ้าง ส่วนปีที่ 4 จะให้ เรียนที่ PCU และ PCU ของเราก็จะมี 2 แห่งใหญ่ๆ ซึ่งอีกแห่งกำลังดำเนินการติดต่อ กำลังจะสำเร็จ ที่จะให้มีขึ้นคล้ายๆ กัน คือ Set up จะมีมาตรฐานสูง คือคิดว่าจะสร้างอย่างที่อาจารย์หมอสุพัตรา พูดถึงว่าถ้ามี Identity หมอที่เป็น family med doctor เขาจะต้องมีลักษณะพิเศษ เขาจะมีในเรื่องของ หลายท่านพูดว่าจะมีคำพูดไม่กี่คำในเรื่อง family med doctor ไม่ว่าจะเป็นเรื่อง holistic biopsycosocial จะต้องดูว่าไม่ว่าจะเป็นเรื่องของ integration ไม่ว่าจะเป็นเรื่อง Preventive, Promotive, Rehabilitation, curative จะต้องดูแลให้หมด

ตารางที่ 55 Output

Output

เมื่อสำเร็จการศึกษา เป็นแพทย์แล้ว ก็จะมี ความรู้ความสามารถในการดูแลครอบครัว ชุมชน ในด้าน Primary Health care สามารถ ทำงานใน Primary care center ร่วมกับ

ตารางที่ 56 Output

แพทย์ผู้อาวุโสและบุคลากรทางการแพทย์อื่นๆ และเมื่อมีโอกาสก็สามารถเข้ารับการศึกษาอบรม ทักษะต่างๆ ทั้งระยะสั้นและระยะยาว จากคณะแพทยศาสตร์

จากนั้นก็จะเป็นอีกหลายเรื่องตั้ง 6-7 เรื่อง ที่มี concept ลักษณะนั้น คือสร้างเขาขึ้นมาแล้ว สิ่งที่ผมอยากให้เห็นมากๆ ก็คือว่า จะให้มีความสามารถค่อนข้างสูง เพราะว่าหลังจากจบ basic หลังจากจบ 6 ปีแล้ว เพราะว่าหลังจากจบ 4 ปีแล้ว ก็จะไปโรงพยาบาลของกระทรวงสาธารณสุขเพื่อจะได้ทักษะเพื่อที่จะครบตามเกณฑ์ของแพทยสภา อย่างไรก็ตามเมื่อจบแล้วเราจะเรียกว่า Basic Family Doctor คือถ้าเป็น family doctor จริงๆ ต้องอีก 3 ปี ก็จะมีเรื่องของ competence ทั้ง สูติ ศัลย์ med เอาให้ครบหมด รวมทั้งเราจะมีการทำ Endoscope examination ต่างๆ หรือ treatment ด้วย จะไปอยู่ในชุมชน ลูกเต้า เขาจะกลืนเมล็ดมะขามติดคอ เอาออกให้ได้หมด คนใช้ปวดท้อง จะต้องดูแล ต้องทำ scope ให้เก่ง scope ก็คงจะเหมือน stethoscope เท่านั้นเอง ก็จะเป็นลักษณะดูแลตั้งแต่อยู่ในท้องจนตาย ก็จะมี ความสามารถตรงนี้ เพราะฉะนั้น ใครจะมาสู้เขาได้ เขาจะต้องมีศักดิ์ศรีมากๆ ความสามารถที่สูง ศักดิ์ศรี ก็ดี ที่ทำงานก็อบอุ่น รายได้ก็ดี ทางมหาวิทยาลัยก็ดีอย่าง ก็เป็นเจ้าหน้าที่ของมหาวิทยาลัยเอง ลูกเต้า ก็ให้เรียนสาธิตที่นี่ บริการเหล่านี้ ซึ่งถ้าหากว่าเราไปจัดที่ไหนก็แล้วแต่ จัดให้เหมือน complete อย่างที่

ตารางที่ 57 Output

Output

ในระยะยาวก็จะจัดให้มี การฝึกอบรม Residency Training ในการเป็นแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว ซึ่งก็คาดหวังว่า หลังสำเร็จการศึกษา การปฏิบัติงาน เขาจะเป็นแพทย์ที่เป็นผู้นำกับชุมชน ได้เป็นอย่างดีใน Primary Health care เน้นเรื่องการ “สร้าง” มากกว่าการซ่อม ไม่เหมือน ที่ผ่านมาในอดีต

ผมว่า ทั้งศักดิ์ศรี ทั้งรายได้ ทั้งความรู้ความสามารถต่างๆ จะทำให้มีเกียรติและศรัทธา กับประชาชนอย่างยิ่ง ถ้าเกิดศรัทธาแล้วโครงการนี้ ไม่ล้มแน่นอน ถ้าเมื่อไหร่ไม่มีศรัทธาคงไปไม่รอด เมื่อสำเร็จเป็นแพทย์แล้วก็คงจะไปอยู่ใน PCU มีแพทย์อาวุโสก่อนแล้ว มีโอกาสจะฝึกอบรม ระยะสั้นต่างๆ ด้วย เราก็จะประเมินสลับกัน ประเมินซึ่งกันและกัน

รองศาสตราจารย์ แพทย์หญิงประสพศรี อึ้งถาวร

ดิฉันมาในนามของแพทยสภา แต่โดยรวมแล้วอยากจะเล่าให้ฟังนิดนึงว่าทางด้านแพทยสภา ในช่วง 2-3 ปี ที่ผ่านมาก็ได้มีการปรับเปลี่ยนอะไรหลายๆ อย่าง ในเรื่องแพทยศาสตรศึกษา ซึ่งในอดีตยังไม่ได้

ตารางที่ 58 บทบาทแพทยสภา

บทบาทแพทยสภา

- การขอขึ้นทะเบียนและรับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม
- การผลิตแพทย์เฉพาะทางให้สอดคล้องกับปัญหาของประเทศ และมาตรฐานสากล
- การประกันคุณภาพ

นำมา อันที่ 1 จะเห็นได้ว่ามาบททวนดูแล้วคิดว่า ในหลักสูตรการศึกษาแพทย์ของประเทศไทย วันนี้นั้นมีการปรับปรุงเปลี่ยนแปลงไปเยอะมาก เพราะฉะนั้น การที่เราจะมีการ Q.A. คณะแพทย์ คงต้องทำเป็นระดับๆ ต่อไป ตั้งแต่ก่อนที่จะเปิด จนกระทั่งในระหว่างกำลังเรียนต่อไปด้วย ซึ่งในอดีตก็ไม่เคยทำ มาเริ่มในช่วงไม่กี่ปีที่ผ่านมา ว่าก่อนที่เปิด เราอยากเห็นความพร้อมซะก่อน

อันที่ 2 ก็ค่อนข้างจะมี Flexible มากกว่า ในแต่ละมหาวิทยาลัย กระบวนการเรียนรู้ต่างๆ จะปรับไปตามนโยบายของมหาวิทยาลัย แต่อย่างไร

ก็ตามที่ก็ต้องตั้งหลักไว้ว่าต้องมีมาตรฐานตามแพทยสภา ซึ่งคณะกรรมการแพทยสภา ส่วนใหญ่สนใจมากกว่า นักเรียนแพทย์ ไม่ว่าจะอยู่ที่ไหนก็ตาม ต้องมี ability ที่จะไปเรียนต่อในระดับต่อเนื่องได้ก็คือ Postgrad ไม่ว่าจะเป็นที่ต่างประเทศ ที่ไหนๆ เพราะฉะนั้น อยากจะให้มีความมาตรฐานเดียวกันว่า จบจากประเทศไทย และแพทยสภา approve แล้ว หมายความว่า แพทย์เหล่านั้นจะไปเรียนต่อได้ในระดับต่างๆ ไม่จำเป็นว่าต้องอยู่ในประเทศไทยเท่านั้น

ก็แสดงให้เห็นว่ามีแพทย์อยู่ระดับเดียวไม่มีอย่างอื่น อันนี้ก็เป็นนโยบายที่ทุกโรงเรียนแพทย์ก็เห็นพ้องต้องกันว่าต้องเป็นแบบนี้

อันที่ 3 เนื่องจากขณะนี้โรงเรียนแพทย์เพิ่มขึ้นมาก จะเห็นได้ว่าโรงเรียนแพทย์มี 17+1 คือในอดีตเรามีอยู่ 12 หรือ 11+1 ตอนนี้มีเพิ่มอีก 6 แห่ง หลากๆ ท่านอาจจะไม่ทราบว่า 6 แห่งมีอะไรบ้าง ก็มีมหาสารคาม อุบลราชธานี บุรพา สุรนารี วัลย์ลักษณ์ และล่าสุดก็มีที่นครราชสีมา เป็นหลักสูตรที่เรารับรองกรณีพิเศษ กรณีพิเศษก็คือว่า เราเห็นว่าสถานการณ์ปัจจุบันในภาคใต้หนักหนามาก เราต้องยึดพื้นที่ทางด้านปักษ์ใต้ เพื่อชัวร์ว่าเราทำงานด้านการแพทย์ สาธารณสุข เราเห็นความสำคัญต้องมี ต้องไปปักธงว่าแพทย์ตรงนี้จะต้องเก่งในอนาคตต่อไป แต่ในวันนี้ยังไม่พร้อม เพราะฉะนั้นก็อนุมัติหลักสูตรแต่มีข้อแม้ว่าส่งไปเรียนที่สงขลานครินทร์ ในเวลาเดียวกันกับขณะที่ทางด้านนครราชสีมาต้องพัฒนาอาจารย์ พัฒนาหลักสูตรต่างๆ เพื่อจะเปิดการเรียนการสอน ในชั้นปีที่ 1-3 ให้ได้ และตอนชั้นปีที่ 4-6 จะไปใช้โรงพยาบาลสงขลาในช่วงนี้ แต่ว่า ณ วันนี้ก็รับและประสาทปริญญาของนครราชสีมา โดยใช้มหาวิทยาลัยศรีนครินทร์ซึ่งกรุณาไปสอน 2 ปีมาแล้ว

เพราะฉะนั้นจะเห็นได้ว่า 7 โรงเรียนแพทย์ ได้ขึ้นมาเรียบร้อยแล้ว เพราะฉะนั้นก็จะเห็นได้ว่าความหลากหลายของหลักสูตรของนักเรียนต่างๆ เราจะต้องมีการวัดอะไรสักอย่างให้มันตรงกัน ก็เลยมาที่เรื่องการประเมินผล ซึ่งจะต้องผ่านการประมวลผลของแพทยสภาเพื่อไปวิชาชีพเวชกรรม ซึ่งต้องมี ก็จะกลับมาที่ตรงที่ว่า บทบาทของแพทยสภาจริงๆ แล้ว แพทยสภาก็ไม่มีบทบาทอะไรมากไปกว่าเป็นคนที่มีอำนาจในการที่จะออกใบวิชาชีพเวชกรรมให้พวกเราทั้งหมดก่อนที่จะไปทำงานต่อชีวิต และใบนี้ก็จะไปตั้งต้นตรง 1. มีใบ ถามว่าได้ใบมาได้อย่างไร เราจะออกใบได้ก็ต้องมี Condition ที่จะมาออกใบต่างๆ เหล่านี้ เพราะฉะนั้นการผลิตแพทย์ก็ต้องเป็นไปตาม ต้องดูว่าประเทศนั้นต้องการอะไร จำได้เลยว่าเมื่อสัก 20-30 ปีที่ผ่านมาที่ท่านปลัดพูดเมื่อเช้า บอกว่า primary health care ฟังท้องถิ่นมี 10 อย่างในหมู่บ้าน เราก็มาได้เป็นข้อสุดท้ายของปรัชญาหรือว่าวัตถุประสงค์ของโรงเรียนแพทย์ ก็เห็นเลยว่าคุณเอาอย่างไรเราก็ต้องเอาด้วย เพราะเรารู้ว่าส่งนักเรียนแพทย์ไปที่ไหน ถ้าเราไม่เตรียมนักเรียนให้พร้อมออกไปเป็นหมอแล้วเขาไปอยู่ไม่ได้ เขามีปัญหาเราก็ต้องพยายามไปดูว่าเขาเป็นอย่างไร แล้วเราก็มาทำอย่างจ้อยู่ตลอดเวลา

ประกอบวิชาชีพเวชกรรม

การขอขึ้นทะเบียน และรับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม

หลักสูตรแพทยศาสตรบัณฑิต การประเมินฯ ชั้นดอนที่ 1, 2, 3 การเพิ่มพูนทักษะ 12 เดือน

บทบาทแพทยสภาต่อการผลิตแพทย์

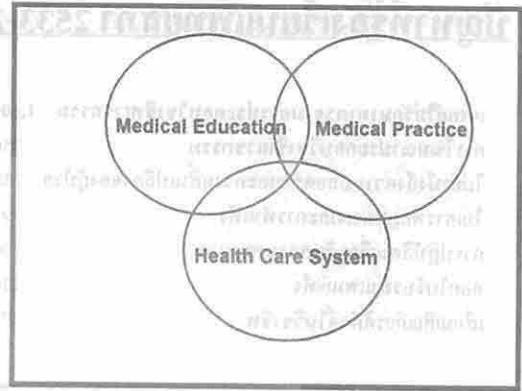
ปัจจุบัน

- * รับรองหลักสูตรและสอบเป็นผลิตแพทย์ตามหลักสูตรแพทยศาสตรบัณฑิต
- * ควบคุมและเป็นแพทยสภาที่โดยคณะกรรมการพิจารณาตามเกณฑ์มาตรฐาน และรายงานความคืบหน้า
- * ประเมินความรู้ ความสามารถ ด้านวิชาชีพแพทย์
- * สนับสนุนและรับรองความรู้ความสามารถ ในการประกอบวิชาชีพเวชกรรม (ท.ร.ว.)
- * ออกใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม

เพราะฉะนั้นจะเห็นได้ว่าหลักสูตรนั้นต้องมีการพัฒนาไปเรื่อยๆ ตามความต้องการของประเทศจริงๆ ว่าขณะนี้เป็นอย่างไรรออย่าลืมว่าอย่างไรก็ตามที่ ณ วันนี้ กระทรวงสาธารณสุขไม่ยอมเปลี่ยนใจให้นักเรียนที่จบใหม่ๆ ใน 3 ปี ไปอยู่ดีๆ ไปอยู่โรงพยาบาลใหญ่ ที่มีพี่เลี้ยงคอยดูแลให้ดีกว่า แต่เขาก็ยังห่วงความขาดแคลนแพทย์ในโรงพยาบาลชุมชนเหลือเกิน เขาจะจับเด็กลงไปอยู่ที่ชุมชน เพราะฉะนั้นเป็นความจำเป็นของโรงเรียนแพทย์ ต้องจัดเด็กให้ไปมีความสามารถเพียงพอที่จะไปอยู่ที่นั่นได้ โดยมีความปลอดภัย ก็ถือว่าต้องมี skill เพียงพอ

เพราะฉะนั้นทุกโรงเรียนแพทย์ต้องทำตรงจุดนี้ออกมา จะขอขึ้นทะเบียนได้หลักสูตรต้อง approve 2. ต้องผ่านการประเมิน 1, 2, 3, ซึ่งขณะนี้ก็ได้ผ่านการประเมินขั้น 1 ไปแล้วตั้งแต่ปี-2 ปี ที่ผ่านมา

ขณะนี้กำลังขึ้นปีที่ 2 แล้วก็ทางมหาวิทยาลัยที่เกิดใหม่ 2-3 แห่ง ก็จะไปจอยเราในปี 52 เริ่มสอนปีที่ 1 ด้วยกัน แต่ในเวลาเดียวกันอย่างที่ทำานปลัดพูดว่า ผลผลิตของนักเรียนที่อยู่ในศูนย์ของสาธารณสุขก็อยู่ในเกณฑ์ที่เพียงพอใจในการสอบ



รูปที่ 33

ตารางที่ 61 จบแล้วไปไหน

- จบแล้วไปไหน**
- แพทย์ใช้ทุนปีที่ 1
 - แพทย์ใช้ทุนปีที่ 2 และ 3
 - แพทย์อิสระ
 - อาจารย์แพทย์
 - อื่นๆ

ตารางที่ 62 จบแล้วต้องสัมพันธ์กับใคร

- จบแล้วต้องสัมพันธ์กับใคร**
- ครอบครัว
 - สังคม
 - สื่อ
 - เพื่อนร่วมวิชาชีพ

การเพิ่มพูนทักษะ 12 เดือนเป็นเรื่องธรรมดา คือหมายความว่า เราอยากจะได้นักเรียนเอาไว้ให้พอมีประสบการณ์ ก่อนที่จะส่งออกไปในชุมชน เป็นความเสี่ยงของแพทย์ที่จะไปอยู่ในโรงพยาบาลชุมชนที่มองอีกมุมหนึ่ง ต่อให้รักชุมชนยังไงถ้าไม่มีทักษะในการที่จะรักษาคนไข้ ซึ่งเป็นหน้าที่สำคัญของแพทย์ที่สุดคือ clinical Competence เราจะต้องให้เขามีความมั่นใจในตัวเขาด้วย บทบาทตรงนั้นเรารับรองหลักสูตรโดยใช้ กสพท. เสร็จเรียบร้อยแล้วก็มีการประเมินโดยตั้งศูนย์ประเมินขึ้นว่า ชื่อว่า ศูนย์ประเมินและรับรองความรู้ความสามารถในการประกอบวิชาชีพเวชกรรม พอได้ผ่าน 3 อัน เราก็จะออกไปวิชาชีพเวชกรรม

สิ่งที่กำลังทำอีกอันก็คือว่ามองดูแล้วรู้สึกว่าคุณเด็กจะสอบได้หมด ในสถานการณ์ปัจจุบันคิดว่าเขาจะสอบไม่ได้หมดเต็มร้อยเปอร์เซ็นต์ เพราะฉะนั้นก็เลยต้องวางแผนเตรียมไว้ว่าถ้าเผื่อสอบไม่ครบ 3 ขั้นตอนไป วมันออกไม่ได้ ไปเสริมทักษะไม่ได้ แล้วก็ใช้ทุนไม่ได้ เพราะฉะนั้นระหว่างนั้นจะต้องไปแชนที่ไหนซักแห่งหนึ่งก็คือ แชนตามมหาวิทยาลัยต่างๆ ที่ต้องรับผิดชอบ ตอนนี้ก็พยายามจะหาโรงพยาบาล

หลายโรงพยาบาลตั้งเอาไว้ ในฐานะที่เป็นแพทย์ที่จะรับอินเทิร์น เพราะฉะนั้น กลุ่มที่ยังไม่ผ่านก็สามารถจะไปอยู่ตรงนั้น ช่วยทำงานแล้วก็มาสอบต่อไป เพราะฉะนั้นโรงเรียนแพทย์ก็อย่าพยายามให้ตกหล่นพยายามกีดกันไปให้มากที่สุดเท่าที่จะทำได้ก็แล้วกัน แต่ยังไงก็ตามที่เราก็มองเอาไว้เรียบร้อยแล้ว

ตารางที่ 63 ปัญหาที่ร้องเรียนแพทยสภา 2533 – 2549

ปัญหาที่ร้องเรียนแพทยสภา 2533-2549	
แพทย์ไม่รักษามาตรฐานการประกอบวิชาชีพเวชกรรม	1,500 คดี
การโฆษณาประกอบวิชาชีพเวชกรรม	350 คดี
ไม่คำนึงถึงความปลอดภัยและความสิ้นเปลืองของผู้ป่วย	238 คดี
ไม่เคารพกฎหมายและการทำแท้ง	191 คดี
การปฏิบัติตนเกี่ยวกับสถานพยาบาล	160 คดี
ออกใบรับรองแพทย์เท็จ	126 คดี
เสื่อมเสียเกียรติศักดิ์ในวิชาชีพ	137 คดี

ตรงหลักสูตรก็คงไม่ต้องพูดมากเพราะหลายๆ ท่านก็คงจะรู้เรื่องแล้ว แต่ว่าเราจะจะไม่ approve หลักสูตรใหม่กันอีกหลายปีก็คงจะพอแล้ว โรงเรียนแพทย์ขนาดนี้รู้สึกว่ายอะมากแล้ว พอเราเสนอผลการรับรองว่าจะรับรองหรือไม่รับรอง อันนั้นเป็นการรับรองขั้นต้น แล้วมาให้แพทยสภา approve แล้วก็รับรอง และไม่รับรอง ต้องบอกได้เลยว่าเราเป็นกัลยาณมิตร ยังไม่ได้ turn down หลักสูตรใหม่เลย มีแต่ให้แต่มีเงื่อนไขอยู่เสมอจนคนเขาหว่า ตั้งแต่มาอยู่ชูเอี๊ยกับฝ่าย

มหาวิทยาลัยหรือเปล่า กรรมการแพทยสภาหลายท่านก็โกรธดิฉันว่าทำไมถึงใจอ่อน ดิฉันคิดว่านี่ก็อาจจะ เป็นจุดหนึ่งทีวันนี้ได้รับเชิญมานั่งที่นี่ ในฐานะที่เป็นแพะโดนด่าอยู่ทางโน้น ให้เห็นว่าจริงๆ แล้วคณะแพทย์แต่ละคณะที่ตั้งมาใหม่ไม่ได้มีเจตนาในการที่จะดูแลหลักสูตรของตัวเองให้ดีที่สุด ให้เป็นไปตามมาตรฐานของแพทยสภาให้ได้ ตาม Philosophy ของแต่ละคณะ ขอขอบคุณที่ทุกท่านได้ทุ่มพลังลงไปเต็มที่ แต่ก็เพื่อนักเรียนของท่านเองที่รับเข้ามา การประเมินขั้นที่ 1 ที่จะเกิดขึ้นใน 2 ปีข้างหน้า ท่านพลาดไม่ได้ เกณฑ์นั้น มีอยู่อันหนึ่งที่เราไปตั้งไว้ในเกณฑ์ตอนช่วงนั้นที่ทางคอนโซเทียมเขาเป็นคนเสนอผ่านมาให้เราว่า ในการเรียน clinical ขนาด โรงพยาบาลอย่างน้อยก็ต้องเป็นโรงพยาบาลใหญ่ 400 เตียงขึ้นไป

ศ.นพ. สมพร โปธินาม

พยาธิแพทย์ขาดมาก ซึ่งก็น่าจะใช้ความร่วมมือที่อื่นมาช่วยกันได้ ส่วนเรื่องกิจกรรมอื่นๆไม่ค่อยมีปัญหาอะไร เราเข้าใจว่า การผลิตแพทย์การจัดการเรียนการสอน ซึ่งจะต้องมีโรงพยาบาลหลักหรือโรงพยาบาลสทบ โรงพยาบาลชุมชน เพราะฉะนั้นการใช้โรงพยาบาลชุมชนเป็นฐานมันชัดเจนอยู่แล้ว มันต้องใช้ เพราะว่าจะต้องเอาหมอไปอยู่ตรงนี้ ถ้าไม่มีการเรียนในโรงพยาบาลเหล่านี้ก็คงเป็นไปได้ เพราะเกี่ยวข้องว่าจะทำอย่างไรให้นักศึกษาแพทย์ซาบซึ้ง มีจิตสำนึกที่ดี คงเป็นเทคนิคแต่ละแห่งว่าคณะแพทย์ จะพัฒนาความสามารถนี้ได้อย่างไร แต่แพทยสภามีความกังวลมากๆ เรื่องจำนวนอาจารย์และคุณลักษณะอาจารย์ โดยเฉพาะอาจารย์ระดับคลินิก ซึ่งภาระงานของท่านจะเป็นฝ่ายให้บริการเป็นหลัก ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ถือว่าเป็นภาระหลัก เพราะฉะนั้นถ้าเพิ่มงานสอนนักศึกษาแพทย์อีก ก็มีปัญหาคือพอสมควร ว่าเป็นการพลัดดันให้ท่านลาออกจากงานหรือไม่อย่างไร

รศ. พญ. ประสพศรี อังถาวร

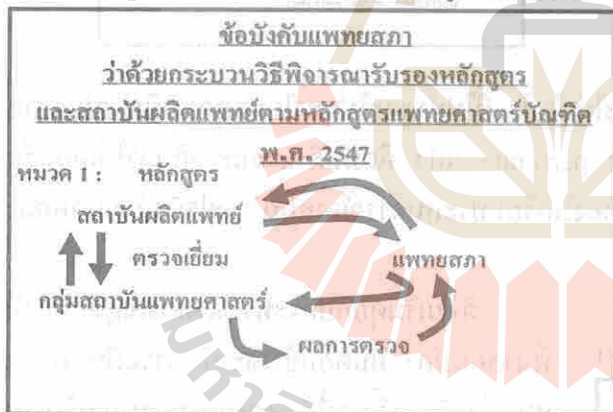
เราพยายามจะทำให้มาก ให้เป็นภาระที่กระทรวงสาธารณสุขยอมรับภาระงานการสอน ให้ถือเป็นภาระงานของกระทรวงฯ แต่กระทรวงฯ ก็ไม่ยินดีที่จะพูด บอกว่ายินดี สนับสนุนโครงการ แต่ไม่ให้ภาระ

งานของกระทรวงฯ เป็นปัญหา ประเด็นสำคัญอยู่ตลอดเวลาตรงนี้ทำให้งานของ Staff ตามในโรงพยาบาลต่างๆ มากขึ้น ดิฉันเองก็ถูกผลักดัน จากบรรดาแพทย์ผู้ร่วมประกอบอาชีพของอาจารย์ให้ออกประกาศเสียเถอะ ว่าให้คุณไขว้นละก็คน จะให้ดูวันละ 10 นาที คนละ 10 นาที หรือชั่วโมงละ 6 คน วันหนึ่งไม่เกิน 50 คน เข้าคิวมาให้ดิฉัน แต่ประกาศออกเมื่อไหร่ก็ฟังเมื่อนั้น นึกออกไหม หมุนแพทย์ทั่วไป ไป PCU ในชุมชนได้นะ ลงมาได้ 10 คน จะมีเวลาดูคนไข้ ประมาณ 10 นาที อยู่ในที่เดียวกันตลอดเวลา ดังนั้นต้องกระจายแพทย์

ไปดูสิว่าคนไข้เขาอยากมาพบแพทย์เองไม่ใช่ไปบังคับเขา เขาต้องขึ้นรถเมล์ มาโรงพยาบาลมา 12 ชม. เพราะเป็นโรคเรื้อรัง ดิฉันว่าหากส่งกลับไป จะทำให้ขาดความเชื่อมั่น เพราะเขาย้ายมาแล้ว จะหายหรือตายก็ตาม เพราะฉะนั้น จะเห็นเลยเป็นหน้าที่ของกระทรวงฯ ให้คนไข้มีความเชื่อมั่นในระบบของเราให้มากขึ้นในอนาคต โดยสรุปในเรื่องการเรียนการสอน เป็นอยู่ใน 3 บท คือวิทยาศาสตร์พื้นฐาน คลินิก กฎหมายต่างๆ และจริยธรรมที่ชัดเจน ประเด็นสำคัญตรงที่ Health care system ว่าไปทางไหนไม่ชัดเจน จุดยืนไม่แจ้ง อันนี้ตอบไม่ได้

ขณะที่ Health care system กระทรวงสาธารณสุข เกี่ยวกับประกันสุขภาพ เงินจะวิ่งไปทางไหนทำอะไร ตอนนี้ยังมีกระทรวงมหาดไทย ก็สำคัญ เพราะเงินเดือนไป อบต. อบจ. เยอะมาก ฉะนั้นต้องวางระบบให้ดีขึ้นนะ ตัวเงินไปทางไหนตัวหมอก็คงตามไปด้วย จริงๆ แล้วไอ้ตัว Medical Education เป็นปลายทางนะ ไม่รู้ว่าใครว่าอย่างไร ตัวเองมาเป็นครู Medical Education จะต้องทำปลายทาง ต้องพัฒนาหลักสูตร วิ่งลื้อไปตาม หมอไปอยู่ที่ไหน ทำอย่างไร เราสอนให้ตรงไปทางนั้น

ตารางที่ 64 ข้อบังคับแพทยสภาว่าด้วยกระบวนการวิธีพิจารณา
รับรองหลักสูตรสถาบันผลิตแพทย์ตามหลักสูตร พ.ศ. 2547



ขณะนี้เห็นปัญหา ว่านักศึกษา เริ่มมีปัญหาหลายๆ เราก็ไปทำ Humanized care ให้มากขึ้น ขึ้น แท้ที่จริงแล้ว มันคือเรื่องเดิมที่เราทำ 30 ปีที่แล้ว เป็นบูรณาการกับการดูแลผู้ป่วย ตอนนี้นักศึกษาแพทย์ เพิ่มขึ้นเป็น 2 เท่า 3 เท่า เพราะฉะนั้นเราจะต้องมีรูปแบบการเรียนการสอน เพื่อจะจับต้องให้ได้ว่าให้เขาได้ตรงนี้ไปจริงๆ นะ เพราะฉะนั้น ดิฉันคิดว่าเรื่องเล็กๆ แต่อย่างไรก็ตามนะ ไอ้เรื่องเล็กๆ จะกลายเป็นเรื่องใหญ่ คือว่าการผลิตนักศึกษาแพทย์ให้มีความสนใจ 3 อย่าง 1.) การเขียนหลักสูตร 2.) การเรียนการสอน 3.) การประเมินผล

การเขียนหลักสูตรแต่ละหลักสูตร แต่ละแห่งจะไม่เหมือนกัน เพราะฉะนั้นถ้าเป็นโรงเรียนแพทย์ที่อยู่ต่างจังหวัดที่มีใหม่ขึ้นมา ดิฉันคิดว่ามาจากโครงการ Mega Project โครงการผลิตแพทย์เพื่อชาวชนบท ซึ่งมีโควต้าหมดเลย แล้วก็ต้องไปต่างจังหวัดหมดเลย คุณจะได้อะไรมาอย่างหนึ่ง คือ คุณได้ requirement ที่เป็นต่างจังหวัดแน่ๆ ชัดๆ อยู่แล้ว เพราะฉะนั้นก็ได้คนดี ขณะที่ได้คนดีคนถูกspec ที่จะไปอยู่ในชนบท เพราะฉะนั้นเราทำให้เรียนและกลับไปทำงานอยู่ในชนบท

ในระหว่าง จุฬา และรามฯ ก็เป็นอีกกลุ่มหนึ่งที่เป็นคือการสร้างแบบพหุไปหมดทุกอย่าง เป็นอาจารย์ เป็นนักวิจัย อยากรู้เป็นอะไรก็เข้าไป ก็เป็นอีกรูปแบบหนึ่ง ไม่ต้องเหมือนกันทั้งประเทศ อันนี้สำคัญ มากเลย เราต้องมีจุดยืนชัดเจนว่าเราทำอะไร ดิฉันคิดว่า 7 แห่งที่เปิดใหม่ ที่มุ่งไปที่ชนบท ดิฉันจะไปพูด กับคณะกรรมการที่จัดสรรแพทย์ที่ใช้ทุน ดิฉันคิดว่ามันประหลาดมากเลย ว่าจัดสรรแพทย์ให้ใช้ทุนอย่างไร ในเมื่อเราผลิตแพทย์ขึ้นมาเพื่อชาวชนบท จบใหม่หลายร้อยคน เขาจัดสรร เขาคิดเป็นเปอร์เซ็นต์ไม่ได้ ที่เกินเข้ามาต้องผลักดันให้ไปชนบทให้หมดจึงจะแฟร์กัน ตรงจุดนี้ถึงจะคุยกันต่อไปในอนาคต

เพราะฉะนั้นจะเห็นได้ว่า ตรงนี้ก็คงหลักสูตร ตรงตามเกณฑ์มาตรฐานของแพทยสภา เมื่อจบแล้ว ก็ต้องไปทำงาน 12345...ได้ เคยมี Case ชอบอ่านThaitanic.com โดยมีเด็กเข้ามาเขียน เขาไม่เคยทำ Caesarean section เลย ไม่รู้เรียนอยู่โรงเรียนไหน จบออกไปแล้ว ไม่รู้ศัพท์ เขาไม่เคยทำเลย ผ่าตอนัน มันแพงหมด โรงเรียนแพทย์ไฮโซไหนไป ไม่เคยทำ Caesarean section พอออกไป ต้องไปทำ Caesarean section ทำไม่เป็น รุ่นพี่ไม่อยู่ มันเป็น Styleเดิม ที่ให้รุ่นน้องอยู่เวร

ตารางที่ 65 ข้อบังคับแพทยสภาว่าด้วยกระบวนวิธีพิจารณา รับรองหลักสูตรสถาบันผลิตแพทย์ตามหลักสูตร พ.ศ. 2547

ข้อบังคับแพทยสภา	
ว่าด้วยกระบวนวิธีพิจารณารับรองหลักสูตร	
และสถาบันผลิตแพทย์ตามหลักสูตรแพทยศาสตรบัณฑิต	
พ.ศ. 2547	
หมวด 2: การรับรองสถาบัน	
สถาบันการผลิตแพทย์ เสนอร่างมาตรฐานก่อนรับนักศึกษา	
แพทยสภา	
กลุ่มสถาบันแพทยศาสตร์	▶ ผ่าน
	▶ ผ่านโดยมีเงื่อนไข
	▶ ไม่ผ่าน

ตารางที่ 66 เกณฑ์คุณสมบัติและความพร้อมในการจัดการศึกษา 14 ข้อ

เกณฑ์คุณสมบัติและความพร้อม	
ในการจัดการศึกษา (14 หัวข้อ)	
โรงพยาบาลหลัก	: 400 เตียง
	: น.ศ.พ. : ผู้ป่วย 1 : 5
	: อาจารย์ : น.ศ.พ. คลินิก 1 : 2
	: สาขาวิชา อย่างน้อย 14 สาขา
	ศาสตราจารย์ คณบดีคณบดี ผู้อำนวยการ หน่วยงานของรัฐ
	คณบดีคณบดีโรงเรียนแพทย์และเวชศาสตร์ฟื้นฟู เวชปฏิบัติทั่วไป
	เวชศาสตร์ครอบครัว จิตเวชศาสตร์ เวชศาสตร์ชุมชน/เวชศาสตร์
	ทันตกรรมและทันตกรรมทันตกรรม เวชปฏิบัติทั่วไป วิทยาศาสตร์สุขภาพ
	นิติเวชวิทยา เวชปฏิบัติทั่วไป แพทย์วิทยา

ฉะนั้นน้องจะต้องทำ แต่ก็ต้องทำ ยังโชคดีนะไม่เป็นไร ที่ไปทำชุดๆไป ทำไม่มดลูกมันนิ่ม ก็โทรถาม อาจารย์ ว่ามดลูกมีอะไรนิ่มๆหรือ ไม่ใช่หรือห่อ perforate แล้ว คือมันลำบากนะ เกิดมาไม่เคยควัก รกเกิดมันติดมาจะทำอย่างไร นี่คือทักษะที่อาจารย์ต้องให้เรียนประสบการณ์จากหุ่น อะไรก็แล้วแต่ออกมา ให้เขาได้มี Recommend ออกมา

ตารางที่ 67 เกณฑ์คุณสมบัติและความพร้อมในการจัดการศึกษา

เกณฑ์คุณสมบัติและความพร้อม	
ในการจัดการศึกษา (14 หัวข้อ)	
โรงพยาบาลหลัก (ต่อ)	
	: อุปกรณ์เครื่องมือ เวชภัณฑ์ เวชระเบียน
	: ห้องสมุด หอพัก
	: กิจกรรมวิชาการและวิจัย
โรงพยาบาลสมทบ : 4 สาขาหลัก	
โรงพยาบาลชุมชน : เวชปฏิบัติทั่วไป	

ดิฉันเริ่มคุยกับกระทรวงสาธารณสุข ต้องมี ที่มาสอนน้อง มันค่อนข้างจะเป็นความฝัน พุดมา 20 ปีแล้ว เดียวนี้ก็ยังสอนอยู่ว่าน้องทำเลย เพราะฉะนั้น ต้องสอนน้องว่า ถ้าไม่เคยทำอย่าทำอะไร คนใช้สมัยนี้ไม่เหมือนเดิม คนใช้สมัยก่อน เขาหลับตา เขาไม่รู้เลยว่าทำอะไร สมัยนี้ ไม่ได้แล้วคนใช้เขาฟ้อง เพราะฉะนั้นอย่าทำเด็ดขาด อันนี้เป็นสิ่งสำคัญ

ส่วนเรื่อง Medical Practice มีอยู่หลายรูปแบบว่าจะเป็นอย่างไร ทั้งหมดนี้ขึ้นอยู่กับน้องแล้วจะไป อยู่ไหน แพทย์ปี 1 ปี 2 ปี 3 ถ้าเป็นสาธารณสุข

ซึ่งเอนักศึกษาไป 85% เขาพูดชัดเจนเขาบอกว่าเอาไปอยู่ชุมชน และ ณ. วันนี้ นักศึกษาแพทย์ที่จบจาก ศิริราช จุฬา ราม่า จะต้องไปจังหวัดนั้นจังหวัดนี้ เกิดความเครียดว่า Matching เข้าไปอยู่ในกระทรวงสาธารณสุข เวลากระทรวงสาธารณสุขเปิด Matching เปิดออกมาว่าเป็นจังหวัด ไ้อ์ โหอะไรนี่ต้องใช้เส้นแน่นๆ แต่เข็กระทรวงสาธารณสุขแล้วไม่ใช่ เขาจะไปดูเส้นว่า เชียงรายเขาจะไปดูก่อนว่ามีหมออยู่ในโรงพยาบาลชุมชน เต็มไหม ถ้าเต็มแล้วเชียงรายไม่เปิดรับ สำหรับแพทย์เพิ่มพูนทักษะหรือแพทย์ใช้ทุนปีนั้น เมื่อเขาไม่ต้องการให้ไปเชียงราย เพราะที่เชียงรายเต็มแล้วนะ เขาเอาไปจังหวัดอื่นซึ่งขาดแพทย์ ใช้ทุนปี 2 หรือโรงพยาบาลชุมชนขาด เพราะฉะนั้นก็เต็ม

ตารางที่ 68 เกณฑ์คุณสมบัติและความพร้อมในการจัดการศึกษา

เกณฑ์คุณสมบัติและความพร้อมในการจัดการศึกษา (14 หัวข้อ)	
ขนาด	
1. คุณสมบัติ	
2. ภาระงาน : 20 ชม. ต่อสัปดาห์ (ปฏิทิน)	
3. ระยะเวลา : 2 คาบต่อรายวิชา	
4. ทัศนคติ : ทัศนคติที่ดี, มั่นคง, ยึดมั่นกับงาน 1-23	

ตารางที่ 69 เกณฑ์คุณสมบัติและความพร้อมในการจัดการศึกษา

เกณฑ์คุณสมบัติและความพร้อมในการจัดการศึกษา (14 หัวข้อ)	
1. ความพร้อมในการจัดการศึกษาขั้นต้น	
2. ระบบการดูแลรักษา/ระบบอาจารย์ที่ปรึกษา	
3. อาคารสถานที่สำหรับการจัดการเรียนการสอน	
4. หอพักนักศึกษา สวัสดิการ 5. โบนัส 6. ค่าใช้จ่ายพิเศษ	
7. ทัศนคติ	
8. ทัศนคติต่อสาธารณชน	
9. การบริหารจัดการ	
10. แหล่งเงินงบประมาณ	
11. การประเมินคุณภาพการจัดการเรียนการสอนและการประเมินตนเอง	

แพทย์จบใหม่พอจับฉลากได้ ไม่เคยถูกใจ ลาออกทันที 700 หรือ 800 ฉะนั้นกระทรวงสาธารณสุข พูดไปกับหมอส่วนตัวเขาก็ไม่ฟัง ก็เลยไม่รู้ว่าจะอย่างไร เดียวนี้ไม่ใช่หมอส่วนตัวด้วยใครก็ไม่ใช่เป็นลูกน้องหมอส่วนตัวที่ช่วยกันทำ แต่บังเอิญตัวเองเป็นประธานเพิ่มพูนทักษะพยายามโน้มน้าวจิตใจให้เขาเห็นขอให้เปิดโรงพยาบาลใหญ่ๆ เพื่อให้ไปอยู่เพิ่มพูนทักษะ ปี 2 ลองทำอิสระ เขาบอกว่าอาจารย์ทำหมดแล้วที่อาจารย์พูด เปิดอิสระ ไม่ไปเขาก็ลาออกทันที หลังจากปีที่ 1 เพราะฉะนั้นกระทรวงสาธารณสุขหาทางออกยังไม่ได้ นอกจากบังคับพวกเรา

มีเรื่องนี้กลับไปจะดีขึ้น โรงพยาบาลชุมชนก็ดี คงจะเป็นมากขึ้น แต่ระวังนะอาจารย์กำลังคิดว่าในอนาคต บรรดาโรงเรียนแพทย์ 6-7 แห่งที่จบใหม่ๆ อาจถูกนักศึกษาแพทย์จากภาคกลางเดินขบวนได้ เพราะพวกหมอจะไปอภิสิทธิ์แทนที่จะกลับไปจังหวัดนั้น อำเภอนั้นให้ใช้งบประมาณจังหวัดได้ล่วงหน้า ถ้าเกิดหมอมาจาก สถานที่ที่พวกนั้นอยากไป เช่นมันอยู่ริมน้ำ ริมทะเล ต่างๆก็ได้ ที่ไม่ใช่ภาคใต้ เขาก็อยากจะไปและเดินขบวนเหมือนอย่างที่เขาเคยเดินขบวนมาแล้ว เนื่องจากพวกใช้ทุนมีโอกาสได้ดีกว่าเขา เขาก็อยากจะไปเหมือนกันนะ จังหวัดที่ใช้ทุนเหมือนกันเพราะฉะนั้นต้องแพร่ใช้จับสลากพร้อมกัน อันนี้ตอนนี้ยังไม่เกิดนะคะ

ตารางที่ 70 เกณฑ์มาตรฐานผู้ประกอบการวิชาชีพเวชกรรม พ.ศ. 2545

เกณฑ์มาตรฐานผู้ประกอบการวิชาชีพเวชกรรม พ.ศ. 2545
<ul style="list-style-type: none"> ✕ ความรู้ความสามารถทางวิทยาศาสตร์การแพทย์พื้นฐาน • ความรู้ความสามารถทางวิชาชีพและทักษะทางคลินิก • ความรู้ความสามารถทางกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการประกอบวิชาชีพเวชกรรม

ตอนนี้อย่างที่ว่านะค่ะ จบแล้วทำอะไร อันนี้สำคัญ ก็อย่างว่าจบแล้วถ้าเกิดเราคิดว่าเราจะไปเป็น Family medicine เลย ไปอยู่ไปดูคนไข้ใน คนไข้นอกอะไรนี้แหละ หัตถการสำคัญเพราะฉะนั้น จะต้องไปมองดูดิฉันคิดว่าหมอที่เข้ามาจะเป็นหมอที่เก่งสามารถเรียนรู้ได้ เพราะฉะนั้นเมื่อจบแล้วไปอยู่ที่ไหน เขาสามารถจะปรับตัวได้ในการหาความรู้เพิ่มเติมเพราะฉะนั้นนักศึกษา เรียนแพทย์ ควรจะสอนให้ครบถ้วน ตามแพทย์สภาบอกแล้วก็น่าคงจะพอ

อีกอันนึงนะ จบแล้วต้องสัมพันธ์กับใคร ว่าเขาจะต้องไปสัมพันธ์กับครอบครัว สัมพันธ์กับเพื่อน ร่วมสังคม เพื่อนร่วมวิชาชีพ เดี่ยวนี้มีเยอะ หมอไม่มองหน้าคนไข้ มองแต่คอมพิวเตอร์ หมอไม่คุยกับ พยาบาล คือเมื่อก่อนเรามองว่า พยาบาลคือพี่ คือเพื่อน คือแฟนเรานะค่ะ พยาบาลจะเป็นคนช่วย ดูแลคนไข้เยอะแยะเลย เมื่อไหร่ก็ตามที่หมอมมีปัญหาเกี่ยวกับพยาบาลกลายเป็น พยาบาลไม่ยอมรายงานหมอ หมอถูกฟ้อง เพราะฉะนั้นอันนี้ เป็นการสำคัญนะเราจะต้องปรับตัวเราให้ได้ตรงนี้

ตารางที่ 71 ศูนย์ประเมินและรับรองความรู้ความสามารถ

ศูนย์ประเมินและรับรองความรู้ ความสามารถ(ศ.ร.ว.)	
ขั้นที่ 1*	หมวดความรู้วิทยาศาสตร์ พื้นฐานทางการแพทย์
ขั้นที่ 2	หมวดความรู้วิทยาศาสตร์ พื้นฐานทางคลินิก
ขั้นที่ 3	หมวดทักษะและหัตถการทาง คลินิก

สุดท้ายเล็งเห็นว่าปัญหาห้องเรียนไปไม่
อยากพูดให้หมดอกใจ คดี 1500 คดี ในปี
33-49 ที่ผ่านมาพบว่ามาตรฐาน ของการ
ประกอบอาชีพเป็นอันถูกร้องเรียนสูงสุด รวมทั้ง
ไม่คำนึงถึงความปลอดภัย ความเปลี่ยนแปลง
ของผู้ป่วย รวม 200 คดี จึงเห็นได้ว่ามาตรฐาน
ของการประกอบอาชีพคืออะไร คือ สิ่งที่เขาคิด
นึกออกไหม ที่ผู้ป่วยและญาติเขาคิดว่าไม่ได้
มาตรฐาน ซึ่งเมื่อสมัยก่อนมาตรฐานของเขา
อยู่ที่จุดหนึ่ง เขาพึงพอใจ แต่วันนี้เขาไม่พึง
พอใจในมาตรฐานนั้นๆแล้ว แพทย์ทุกตัว วันนี้

ฟ้องหมด เพราะฉะนั้น ก่อนให้ยากก็ต้องบอกได้เลยว่าให้ยาต้องมีโอกาสแพ้ด้วย เขาต้องมีส่วนร่วมทุกครั้ง เราต้องพลิกการเรียนรู้การสอนใหม่ การที่จะให้คนไข้มีส่วนร่วมด้วยว่าจะมีอะไรเกิดขึ้นมา

เพราะฉะนั้นโดยสรุป ดิฉันคิดว่ามันเป็นความท้าทายของโรงเรียนแพทย์ใหม่ๆ ที่จะคิดวิธีการเรียน การสอนโดยใช้โรงพยาบาลขนาดต่างๆกันหลายๆแห่ง คือตัวเองอยู่ในโรงเรียนแพทย์เก่าๆ ชอบพูดว่ามัน ไม่ดีเลยว้าไอ้ Primary care center มันไม่เห็นคนไข้อีกแบบหนึ่งในขณะที่นักศึกษาแพทย์ต้องเห็นคุณค่า อีกแบบหนึ่ง เราต้องตั้งเป้าว่านักศึกษาแพทย์ต้องรู้อะไรเห็นอะไรต้องทำตามนั้นให้ได้เพราะฉะนั้นคิดว่า มหาสารคามเอง เป็นการริเริ่มให้มีการสอน 4 ปีในระดับ Super PCU เป็นของหลักสูตรใหม่ซึ่งต้องฝาก อาจารย์ ว่าอย่าทำให้ผู้คาดหวังผิดหวังโดยเด็ดขาด ดังนั้นอาจารย์จะพูดเบาๆมา ว่าปีหน้ากระผมไปแล้วนะ ดิฉันคิดว่าจะไปได้อย่างไรนะ คนเราเวลาเริ่มมันต้องอยู่ต่อจนกระทั่ง 6 ปี ให้เห็นแก่ตาก่อนว่าจะอยู่รอด ปลอดภัยจะไปได้ไหมคะ ขอขอบคุณ

อาจารย์จากคณะแพทยศาสตรธรรมศาสตร์

ขอแลกเปลี่ยนเรียนรู้สัก 3-4 ประเด็นอันแรกสุดรู้สึกชื่นชมที่ได้มีการแลกเปลี่ยนกันหลายๆ ที่ ประสพการณ์การเรียนรู้ในชุมชนเพิ่มขึ้นมากของผมนำมาจากธรรมศาสตร์มีการให้นักศึกษาเรียนรู้ในชุมชน

ตั้งแต่ ปี 2 จนถึงปี 6 อย่างที่อาจารย์สุรเกียรติ์ตั้งข้อสังเกตว่าช่วงแรกนักศึกษาเขาจะมีความรู้สึกที่จะเข้าถึงชุมชนต่างๆ ได้ดีพอเริ่มขึ้นคลินิกเขาเริ่มที่มีความเป็นวิชาชีพได้มากขึ้นแต่มีข้อหนึ่งผมเคยแลกเปลี่ยนกับนักศึกษาว่า เขาบอกว่า อาจารย์ครับ ถ้าไปถามองค์กรรวม ในช่วงนี้คลินิกอาจารย์เขาจะ ตำหนิเอาได้ บอกว่าอย่ามาเสียเวลาตรงนี้ให้เขาเฉพาะส่วนวิชาการ แต่ว่ามีข้อสังเกตอีกอันหนึ่งว่าของธรรมชาติได้ทำการประเมินผล บัณฑิตไป 2 รอบแล้วรอบแรก 6 ปี 6 รุ่นแรก รอบที่สองอีกหกกลุ่มหลังปรากฏว่า ทักษะความเป็นคนของนักศึกษบัณฑิตที่จบจากธรรมศาสตร์ก็มีมากพอสมควร

เพราะฉะนั้นตรงนี้ก็ถือว่าจริงๆ แล้วไปประสบการณ์เรียนรู้ในชุมชนลงไปแล้วมันจะเห็นในระยะสั้น แต่ว่าคงคิดต่อไปสามารถนำไปใช้ได้ต่อไปในอนาคต ก็ดีจริง แล้วนี่ส่วนหนึ่งว่าพูดกันค่อนข้างมากกว่าทำอะไรใช้ทักษะในครอบครัว เป็นตัวโมเดล ต่างๆ แต่จริงๆ แล้วผมก็เคยถกอาจารย์ของผมและที่ปรึกษาของด้านจิตวิทยาของผมด้วย อาจารย์เฉลิม มาหลายรอบแล้วว่าจริงๆ แล้วถ้าเกิดทำอะไรให้แพทย์เฉพาะทางต่างๆ มีหัวใจเวชศาสตร์ครอบครัวที่จริงแล้วไม่ต้องทำอะไรเลย เขาไปเรียนรู้ต่างๆ เขาจะสามารถได้ประสบการณ์เรียนรู้จากแพทย์เฉพาะทางต่างๆ ด้วย

ฉะนั้นก็เป็นอีกประเด็นหนึ่งสำหรับนิยามความหมายส่วนหนึ่งก็เห็นพูดกันมากกว่า พอพูดถึงชุมชนมักจะมุ่งเน้นไปถึงชุมชนชนบท อันนี้ยกเว้นของทางมหาวิทยาลัยสุรนารีกับมหาสารคามที่จะมุ่งเน้นผลิตบัณฑิตรับใช้ชุมชนโดยเฉพาะแล้ว แม้แต่ธรรมศาสตร์เองก็มีความเข้าใจไม่ค่อยตรงกันในระหว่างอาจารย์ด้วยกัน สำหรับผมนี้ชุมชนจะหมายถึงชนบทก็ได้ เมืองก็ได้ กึ่งเมือง กึ่งชนบทก็ได้ ถ้าเกิดแพทย์จบไปแล้วสามารถมีคนตั้งข้อสังเกตว่าทำไมแพทย์ของธรรมศาสตร์จบแล้วไปไม่เห็นอยู่ในชนบทมากเท่าไร ที่จริงแล้วถึง แม้เขาไปอยู่เมืองหรือไม่อยู่ชนบทก็ตาม แต่ก็มีความทักษะในการที่จะสื่อสารกับผู้ป่วย แบบองค์กรรวมได้ ก็ถือว่าเป็นความสำเร็จแล้ว เพราะที่จริงแล้วอยู่ในเมืองก็มีศูนย์บริการปฐมภูมิ มีคลินิกส่วนตัว ถ้าเขาคิดดูแลคนไข้แบบองค์กรรวม ก็ถือว่าประสบความสำเร็จส่วนหนึ่งแล้ว

ก็มีเสียงกับการคัดเลือกนักศึกษาก็เลยได้คุยกับอาจารย์เฉลิม ก็มองว่าที่จริงแล้ว เราน่าจะมีการศึกษาเจาะเล็ดดูรหัสพันธุกรรมเป็นอย่างไรเคยศึกษาพฤติกรรมต่างๆ ว่าแพทย์ที่อยู่ใช้ทุนในโรงพยาบาลชุมชน อยู่ต่อเนื่องเป็นระยะเวลายาวเป็นปีโลมเผ่าทรัพย์อะไร มีลักษณะอย่างไร และได้คุยกับนักจิตวิทยา เขาบอกว่าจริงๆ แล้วตอนเข้ามาเรียนแพทย์มันไม่มีผลอะไร ถ้าทำจริงๆ แล้วต้องไป requirement ตั้งแต่ อายุ 2-3 ขวบ เลี้ยงตัวยุขึ้นมาเรื่อยๆ จนกระทั่งมีพฤติกรรมต่างๆ อาจจะได้แพทย์ที่จะออกไปใช้ทุนในชนบทมากขึ้น

ข้อสุดท้ายในเรื่องของการจัดการเรียนการสอนในโรงพยาบาลชุมชนที่ธรรมศาสตร์ปีที่ 5 อาจจะให้ไปอยู่ในโรงพยาบาลชุมชนแต่ก่อนจะอยู่ประมาณ 2 อาทิตย์ ครึ่งหลังอยู่ 3 อาทิตย์ จริงๆ ก็มีประสบการณ์ค่อนข้างเยอะ อาจารย์พิเศษค่อนข้างจะได้จำนวนพอสมควร แต่แบบที่ว่าไม่สนใจการเรียนการสอนก็มีพอสมควร แต่ที่จริงตรงนั้นผมถือว่าเป็นต้นแบบที่ดี อย่างหนึ่ง พอนักศึกษาแพทย์เข้าไปเรียนรู้ได้ว่าเวลาเข้าไปทำงานจริงๆ ไม่ใช่ว่าทุกที่จะดีเลิศไปหมด มีงานบริการต่างๆ ที่ต้องทำ ชีวิตความเป็นแพทย์ในชุมชนเป็นอย่างไรบ้าง เขาได้เรียนรู้ย่อมองแต่ว่า เป็นแพทย์ที่สมบูรณ์แบบอย่างเดียว เคยมีนักศึกษาตั้งข้อสังเกตว่า ทำไมอาจารย์แพทย์ท่านอื่นเป็นแม่ปู่กับลูกปู่ เขาจะทำตามอาจารย์แพทย์ที่จริงแล้วผมบอกเขาว่าเขาคือคนเขาไม่ได้เป็นปู่ สามารถเรียนรู้ได้ทั้งข้อดีข้อเสียได้ด้วย

นพ. บรรพต บุรณสิน

อาจารย์เฉลิมเป็นครูผมผมไปเรียนแพทยศาสตรศึกษาภาคภาษาอังกฤษนะครับที่จุฬา อาจารย์เฉลิมเป็นครูใหญ่คนอื่นเขาเรียนกันคนละอาทิตย์สองอาทิตย์ผมชัดเป็น Course เพราะว่าตอนนั้นใครจะมาอยู่โรงพยาบาลมหาราช จะเป็นผู้อำนวยการโรงพยาบาลต้องมีความรู้แพทยศาสตรศึกษา เต็มที่เลย ผมต้องขอเล่าประวัติพอเป็นพิธี ผมจบการศึกษาสมัยจอมพลสฤษดิ์ ธนะรัชต์ ท่านสั่งให้หน่วยราชการทุกชนิดปิดตำแหน่งหมด ให้เปิดตำแหน่งเฉพาะภาคอีสาน ผมเป็นคนบางประกงก็ชลบุรีก็อยากกลับบ้านเนื่องจากเรื่อง จอมพลสฤษดิ์ ธนะรัชต์ เรื่องวิชาความรู้ผมก็ว่ามันพออยู่ได้ในอีสาน ปิดตำแหน่งที่อื่นหมดเลย ผมไปเริ่มชีวิตใหม่ที่ชัยภูมิ ไปเป็นแพทย์ธรรมดาที่ชัยภูมิ ทั้งจังหวัดไม่มีเครื่องทำไฟฟ้า เราก็ลงเวลาทำการผ่าตัดในโรงพยาบาลต้องใช้ตะเกียงเจ้าพายุ ทุกท่านจะคิดว่าจุดตะเกียงเจ้าพายุและมี Ether ด้วยในสมัยนั้นจะไปกันได้อย่างไร ไปได้ครับถ้าเรารู้จัก apply คือจุดตะเกียงเจ้าพายุไว้นอกห้องมีแสงเข้ามาแล้วก็เวลาจะผ่าตัดก็ต้องให้คนงาน 2-3 คนมาส่องไฟแล้วให้เพื่อนผ่าตัดกันเอง

แต่ว่าสมัยนั้น Case อย่างนี้มันแยะเหลือเกินนะ จนกระทั่งเราเกิดประสบการณ์ก็เพราะเราทำเสียจนหลับตาผ่านิ้วได้ อันนี้ความเป็นมาตั้งแต่ตั้งเดิม ที่นี้ 6 โรงเรียนแพทย์ที่เกิดใหม่ครับ รู้ไหมครับ กว่าจะเกิดขึ้นได้ผมต้อง พา staff ไปประชุมในเรือรบ เรือรบจริงที่สัดหีบถ้าเกิดคนเก่าคนแก่ที่มีประสบการณ์จะรู้ว่าเราทำอย่างไร คือ อาจารย์จิต อาจารย์จันทร์นิวัฒน์ จะมาเปิดให้นักศึกษาแพทย์รามามาฝึกหมอโรงพยาบาลมหาราชบอกว่าอย่าไปรับนะ เพราะว่าเราอุตส่าห์ออกมาอยู่บ้านนอกแล้วนักศึกษาโรงเรียนแพทย์ตามมาทำไม เราก็เห็นความจำเป็นว่าที่ได้โรงพยาบาลรามามา อาจารย์ณรงค์บอกหมอรู้ไหมเด็กรามามา Vein sectionไม่เป็นเพราะว่ามันไม่มี Case ที่จะมีคนไข้ให้ทำเช่นนั้น ไม่มี Case นั้น ฉะนั้นจึงมีความจำเป็นที่ต้องส่งนักศึกษาแพทย์ ฝึกงานที่โรงพยาบาลหัวเมือง

ตอนนั้นโรงพยาบาลมหาราช กำลังเจริญ คนไข้ก็เยอะแยะไปหมดเลย แต่ว่าเขามอบอกว่าอาจารย์ครับ ที่เรามาอยู่นี้แน่ เพราะเราชี้แจงสอนนักศึกษาแพทย์ ความเป็นอาจารย์เราไม่มี เพราะฉะนั้นอาจารย์อย่าไปรับเขาเลยเราก็คิดว่า มหาลัยเขาก็มีความจำเป็น ก็ค่อยๆพูด ค่อยๆสอน ตอนนั้นเราก็เรียนบริหารมาบ้าง มันต้องเปลี่ยนบรรยากาศ เราจะประชุมปรึกษาหารือกันในเรื่องนี้ แต่ว่าเราจะไม่ประชุมบนบก แต่เราประชุมในน้ำ จึงไปขอความช่วยเหลือ บังเอิญน้องชายเป็นหัวหน้าสถานีสัดหีบ ตอนนี้เป็นนายพล เขาก็เลยช่วยเราได้ จัดประชุมในเรือรบ ตอนนั้นไม่มีใครขาดเลย คอมพิวเตอร์ยังไม่มี แต่มีที่กองทัพเรือ เขาได้งบประมาณความช่วยเหลือจากต่างชาติ ว่าเวลาเรือรบ จะซ่อมรบ ถ้าจะใช้ของจริงมันเปลือง เช่นยิงระเบิดเอสโซเปอร์ที่หนึ่ง 5 ล้าน เขาก็เลยมีห้องคอมพิวเตอร์ มีห้องวิชาการ ว่าเขารบกันอย่างไร

ตอนแรกก็ตื่นเต็นต์ที่เราจะสร้างโรงเรียนแพทย์ขึ้นมาใหม่ ก็ไม่มีใครขาด ไปกันหมด ไปหาหอยเสียบเอ๊ย ตื่นเต็นต์กันหมด อาจารย์ก็ส่งนักศึกษาแพทย์มาฝึกงานที่โคราช แล้วสมัยนั้น พอนักศึกษาฝึกงานไปแล้วก็พอใจมาก อาจารย์ก็อยากส่งนักศึกษามาประจำเลย ตายแล้ว ครึ่งหนึ่งมาอยู่รามมา ครึ่งหนึ่งอยู่โคราชแล้วตอนนั้นครึ่งหนึ่งประมาณ 50 คน แต่งานหนักส่งไม่มาก ตั้งงบประมาณสร้างหอพักให้แล้วกว่าจะสร้างหอพักขึ้นมา 3 ปีก็ไม่เสร็จ ผมก็เลยสร้างหอพัก 28 วัน ใช้งบประมาณ 2.8 ล้าน เลยซื้ออาคารว่า 28 อยู่ที่มหาราชรับนักศึกษาได้ พอสร้างได้ 27 วัน นักศึกษามาแก่สถานการณได้เข้าห้องพักหมด ความเป็นมาที่เราใช้มนุษยสัมพันธ์ ทำให้เราล้างสมองคนอยู่ที่อยู่หัวเมืองได้ว่าคนที่มาอยู่จำเป็นจะต้องสอนนักศึกษาแพทย์แล้ว

ผมเกษียณมา 15 ปีแล้ว ก็มาช่วยมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารีเป็นกรรมการสภามหาวิทยาลัยฯ สมัยนี้ถ้าให้ไปสอนให้นักศึกษาแพทย์มันจะโบราณ เพราะตอนนี้การแพทย์พัฒนาไปมาก เขาก็เลยย้ายผม เป็นกรรมการสภามหาวิทยาลัยฯ คณะเกษตรเพราะผมเป็นนายกสมาคมกล้วยไม้โคราช เดี่ยวนี้ยังเป็น กรรมการสมาคมแพทย์อยู่ ผมเป็นมาตั้งแต่เป็นผู้อำนวยการโรงพยาบาลมหาราชแล้วสมาคมไม่ยอมให้ออก ให้เป็นที่ปรึกษาที่ดีมีที่ปรึกษาเยอะๆก็ดี เวลานี้ได้ข้อมูลมาว่า แพทย์สภาคือผู้ประหาร แพทย์สมาคมเป็นผู้ช่วย กว่าจะส่งให้แพทย์สภาเชือด สมาคมก็ช่วยไปชะแล้ว ต้องไปชักใช้ ไล่เสียงว่าทำไมทำอย่างนั้น ทำอย่างนี้ ได้ข้อมูลมาว่า 3 สาขา นี้จะถึงนะครับ เพราะแพทย์เราพัฒนาสอนดีเหลือเกิน ทนาย ก็เอียงหูฟัง เมื่อแพทย์พัฒนาไปมาก ทนายก็พัฒนาไปเหมือนกัน แพทย์ 3 สาขาที่มี

1. สาขาโรคหัวใจ
2. สาขาสูติ อันดับหนึ่งที่ถูกฟ้อง
3. สาขาโรคหัวใจหรือ Orthopedics ที่ทำให้คนพิการสาขาเหล่านี้ถูกฟ้องมากน้อย

เมื่อแพทย์มีการพัฒนาทนายต้องพัฒนา เวลาใครออกจากโรงพยาบาลหน้าตามดูเบี้ยวเขาจะโทร ผู้สื่อข่าว ให้ผู้สื่อข่าวเข้าไปถามเลย มารักษาเป็นที่พอใจไหม ถ้าคนไข้ไม่พอใจจะตำสารพัด มันตำสารพัดเลย ถ้ามันไม่พอใจ ทนายเขาก็มีความคิดหากินกับพวกหมอมันดี มันปอด ไปชู้คนนิดๆ หน่อยๆ ยอมจ่ายหมด หมอที่ขอนแก่นมีคนไข้ฟ้องร้องเป็นเงิน 600 กว่าล้าน ที่คลอดลูกออกมา ผลเป็นอะไรแล้วตาย ทนาย ก็เลยวาง basic ไว้ว่าเดี๋ยวนี้พัฒนาโดยการฟ้องหมอ เพราะมันขี้ปอด ฟ้องแล้วมันยอมจ่าย ทำให้แพทย์ รุนหลังๆ มันน่าสงสาร ทำอะไรนิดหนึ่งก็โดนฟ้อง โดยเฉพาะหมอดูตืดต้องคอยระวัง ทำอะไรให้เรียบร้อย เพราะเขาจ้องฟ้องอยู่ เราเล่าตามความเป็นมาว่ามันวิวัฒนาการทางแพทย์ที่ออกมาเรียนชนบทได้เพราะอะไร อาคาร 28 นั้นแหละที่ทำให้แพทย์มาอยู่ชนบทได้

รศ. พญ. ประสพศรี อึ้งถาวร

ดิฉันเห็นว่า ณ วินาทีการศึกษาแพทย์เปลี่ยนแปลงไปมาก การเปลี่ยนแปลงสังคมไปมาก เปลี่ยนไปตลอดเวลาถ้าเราตามไม่ทันการที่เราเปลี่ยนสังคม คนเปลี่ยน สื่อมวลชน เปลี่ยนมากๆ โรงเรียน นายแพทย์ก็จะปรับเปลี่ยนกลยุทธ์ วิธีสอน ให้มันสอดคล้องไปทางด้านปัญหาที่เกิดขึ้น อยากจะฝาก โรงเรียนแพทย์ ดิฉันคิดว่ามันเป็นเรื่องที่ทำทนายทั้งแพทย์ใหม่และเก่า ดิฉันคิดว่ามันเป็นจุดที่ดี เท่าที่ฟัง อาจารย์รัชตะที่คำว่า Humanized Medicine โดยการสอนให้รักษาคนไข้ด้วยใจในอดีต แต่ตอนนี้ไม่รู้ มันไปอยู่ตรงไหนเพราะตอนนี้ ไม่ได้ลู่กันมาใช้ให้มันสอดคล้องกับปัญหาอย่างจริงจัง คนไข้เปลี่ยนไปจากที่เขารักเรา เคารพเรา อะไรก็เป็นตามกรรม เดี่ยวนี้พอมมาถึงหมอทำไมทำอย่างนี้ แต่พอตอนนี้เขาทำไมทำอย่างนี้ อารมณ์อดกลั้น อดทนน้อยลงหมอมันสมัยใหม่

ถ้าเราปรับในหลักสูตรของเรา ช่วยในการปรับจิต เรื่องวัฒนธรรมที่เปลี่ยนไปมันเป็นสิ่งที่เรารู้ได้ สุดท้ายเรารู้ว่าขาดอะไรเราก็เติมได้ แพทย์เป็นหัวใจหลัก และหลักสูตรของแพทย์ เป็นความท้าทายของโรงเรียนแพทย์ใหม่ด้วยนะคะ แต่โรงเรียนแพทย์เก่าท้าทายมากกว่า เพราะโรงเรียนแพทย์เก่ามีสิ่งแวดล้อมไม่เหมือนโรงเรียนแพทย์ใหม่ และนักศึกษาที่เข้าใหม่มีความหลากหลายมากกว่าโรงเรียนแพทย์ใหม่ ซึ่งมาจากต่างจังหวัดชัดๆเลยว่าจะจบแล้วไปไหน ไอนี้ไม่รู้เลยว่าจะไปไหน คนที่มีความต้องการหลากหลาย เราคิดว่าการประชุมแพทยศาสตรศึกษาในปีต่อไป น่าจะนำมาเป็นประเด็นข้อสรุปในครั้งหน้า นะคะ

Chairperson : ศ.นพ.รัชตะ รัชตะนาวิน

Co.Chair : รศ.นพ.จิตตินันต์ หะวานนท์

- ประสพการณ์การพัฒนาหลักสูตรแพทยศาสตร์เน้น
Community-based : บทเรียนจากโรงเรียนแพทย์
รศ.นพ.ไพโรจน์ จงบุญญัตติเจริญ
รศ.พญ.ปริยานุช แยมวงษ์
นพ.สรรัตน์ เลอมานูวรัตน์
รศ.นพ.กิจประมุข ตันตยาภรณ์
- การประเมินทัศนคติและความรู้ความสามารถของนักศึกษาแพทย์ต่อการปฏิบัติงานในชุมชน
ศ.ดร.ศุภสิทธิ์ พรรณนารุโณทัย
ผศ.พญ. นันทนา ศิริทรัพย์
รศ.พอ.หญิง กนกพรรณ ประไพตระกูล
รศ. ดร. วราภรณ์ เอี้ยวสกุล

มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี



ประสบการณ์การพัฒนาหลักสูตรแพทยศาสตร์ เน้น Community based : บทเรียนจากโรงเรียนแพทย์

รศ.นพ.ไพโรจน์ จงบัญญัติเจริญ
รศ.พญ. ปรียานุช แยมวงษ์
รศ.นพ.กิจประมุข ตันตยาภรณ์
นพ.สรรัตน์ เลอมานูวรรตน์

รองศาสตราจารย์นายแพทย์กิจประมุข ตันตยาภรณ์

จากประสบการณ์การพัฒนาชุมชนในการตั้งโรงเรียนแพทย์ ท่านคงจะทราบเกี่ยวกับการใช้ชุมชนเป็นฐานในการสอนนักศึกษาแพทย์ จนถึงบัดนี้ศิริราชก็ครบ 118 ปี เมื่อเทียบกับโรงเรียนแพทย์ใหม่ๆ แค่ 11 ปี ดูว่าการจัด Community มีอะไรแตกต่างกันหรือว่ามีอะไรที่เป็นผลดียังไง ทุกท่านอาจจะได้รับประสบการณ์นี้ไปเลือกใช้กัน การอภิปรายในช่วงนี้จะแบ่งเป็นท่านละ 15 นาที เมื่อจบการอภิปรายของทั้ง 3 ท่านก็จะเปิดฟลอร์สำหรับซักถาม ท่านแรกที่จะขออนุญาตนำเสนออีกคงจะเป็นรองศาสตราจารย์แพทย์หญิงปรียานุช แยมวงษ์ ซึ่งจะนำเสนอประสบการณ์จากศิริราช ซึ่งได้ดำเนินการนำหลักสูตรระยะนานที่สุด 118 ปี ให้ท่านได้ฟังว่ามีประสบการณ์อย่างไร

รองศาสตราจารย์แพทย์หญิงปรียานุช แยมวงษ์

จากประสบการณ์ของคณะแพทยศิริราชพยาบาล 100 ปี การที่เรามองการพัฒนาหลักสูตร เราควรมองปัจจัยหลายๆอย่างที่จะทำให้การพัฒนาและการเปลี่ยนแปลงของหลักสูตรไม่ว่าจะเป็นเรื่องของวิธีการในการจัดหลักสูตร เรื่องของกระบวนการจัดให้เกิดการเรียนรู้ เรื่องตัววิทยาศาสตร์ความรู้เอง เทคนิค และเทคโนโลยีต่างๆที่เปลี่ยนแปลงไป ในการพัฒนาอาชีพและการเปลี่ยนแปลงนั้นเองเป็นประเด็นที่สำคัญที่สุด ในการปรับเปลี่ยนก็จะต้องเกี่ยวข้องกับผู้ใช้อื่นๆ ไม่ว่าจะเป็นสังคม รวมทั้งนโยบายของรัฐบาลด้วย โรงพยาบาลของเราตั้งมา 120 ปี แต่ว่าคณะแพทย์เพิ่งจะมาตั้งภายหลังก่อตั้ง 2 ปี

ตอนแรกคณะแพทย์ศิริราชเป็นแพทย์ยากๆ หลักสูตร 3 ปี และก็เป็นที่แพทย์แผนตะวันตกร่วมกับแพทย์แผนตะวันออก ใหม่ๆก็มีนักเรียน 16 คน ต้องจ้างเรียนเพราะไม่มีใครอยากเรียนแต่ว่าหลังจากที่สอนไปได้ 2-3 ปี มาดูเรื่องการเรียนการสอนเราพบว่ามันล้นสนมาก คือ แพทย์แผนไทยกับแพทย์แผนตะวันตก แนวคิดหรือวิธีคิดมันแตกต่างกันมาก คนละทิศทาง เพราะฉะนั้นอาจารย์ยังนักเรียนกึ่งแล้วทางคณะลงมติจะสอนแต่แพทย์แผนตะวันตกอย่างเดียว ซึ่งได้มีการพัฒนามาอย่างมากจนกระทั่งรัฐบาลไทยจ้างผู้เชี่ยวชาญมาดูก็ Ok

หลักสูตรแพทย์ของไทยเป็นหลักสูตรที่ล้าสมัยมากเท่าที่เคยเห็น เราก็ได้เงินสนับสนุนจนเราเปิดมาได้ซัก 15 ปี จึงได้ปรับปรุงหลักสูตรใหม่เป็น 2-2-2 ก็เลยใช้ 2-2-2 มาจนกระทั่งปี 2526 ลามว่าตอนนั้นการผลิตมีคุณภาพไหม จริงๆ คณะผลิตแพทย์ออกมาใช้ทั่วประเทศไปทำงานตามอนามัยต่างๆ แต่ว่าถ้าไปดูในหลักสูตรจริงๆแล้วเนื้อหาวิชาค่อนข้างเยอะก็จะเน้นในเรื่องของ IQ และ PH ซึ่งมีส่วนอยู่ในช่วงปี 2-4 อยู่บ้าง แล้วก็มีการจัดการเรียนการสอนในส่วนของ PH จริงๆ ด้วย ใช้มาจนกระทั่งปี พ.ศ.2510 กว่า มันก็เริ่มมีแพทย์จากภายนอกเข้ามาในเรื่องของความต้องการของตลาดผู้ใช้บัณฑิต ในเรื่องของความแตกต่างของวิชาชีพ

ตอนนั้นเริ่มนำเทคโนโลยีมาใช้ในโรงพยาบาลใหญ่ๆ กับโรงพยาบาลชุมชนในการวินิจฉัยโรคนั้น มีความแตกต่างกันค่อนข้างเยอะ แล้วก็ต่อมาในปี 2510 เริ่มมีความชัดเจนขึ้น ต่อมาเกิดสงครามเวียดนาม แล้วแพทย์ในสหรัฐอเมริกาไม่พอ จึงนำแพทย์จากต่างประเทศเข้าไป หมอเหมาเครื่องบินไปสหรัฐอเมริกา แล้วก็ไหนๆ ก็เหมาแล้วก็เลยให้นักศึกษาแพทย์ไปด้วย ทำให้ทราบว่าแพทย์มีการขาดแคลนมาก ก็เกิดเป็นปัญหาว่ามันเกิดอะไรขึ้น

ตอนนั้นยังไม่มีผู้เชี่ยวชาญถ้าใครอยากเป็นผู้เชี่ยวชาญต้องไปเรียนต่างประเทศหมอในเมืองไทยก็ไม่พอ ตอนนั้นหาทางออกโดยการให้แพทย์เฉพาะทางของประเทศไทย คือเมื่อประมาณปี 2504-2512 เปิดหลักสูตรอบรมให้คนที่จะไปเมืองนอก แต่กลายเป็นแพทย์ต่างจังหวัดเข้ามาอบรม แล้วก็ได้กลับไปอยู่ในระดับชุมชน อำเภอ จังหวัด เพราะฉะนั้นเกิดการขาดแคลนแพทย์และการกระจายแพทย์ออกสู่ชนบท ต่อมาได้มีระเบียบที่ว่าหมอต้องออกไปชดใช้ทุนที่ต่างจังหวัด

ซึ่งประมาณปี 2510 พอเป็นอย่างนั้นก็มีการตื่นตัวของ อาจารย์ และก็นักศึกษา การประชุมแพทยศาสตร์ของไทยครั้งที่ 3 ในปี พ.ศ.2514 ก็เสนอประเด็นสำคัญในเรื่องของการผลิตแพทย์ให้เพียงพอ ให้แพทย์ออกไปปฏิบัติงานอยู่ในชนบท เพื่อช่วยในการกระจายออกไปสู่ชนบทได้ แล้วตอนนั้นนักศึกษาที่หาเป้าหมายว่าเรียนไปทำไม ก็ได้คำตอบว่าเพื่อรับใช้ประชาชน เพราะฉะนั้น นักศึกษาหลายคนก็ได้อุดมการณ์ตรงที่ว่าจบไปแล้วต้องไปทำงานต่างจังหวัด

ตอนนั้นทำให้คณะปรับหลักสูตรในปี 2519 กว่าจะได้ใช้จริงก็ปี 2520 เพื่อเอาใจนักศึกษา ช่วงปิดเทอมนักศึกษาแพทย์จะติดต่อกับรุ่นพี่ที่รู้จักที่ออกไปทำงานใช้ทุนต่างจังหวัด ขอออกไปปฏิบัติงานด้วย สถานการณ์ทำให้เกิดความสอดคล้องกัน จากนั้นจึงปรับหลักสูตรให้นักศึกษาแพทย์ออกไปทำงานในชนบท เริ่มเรียนครั้งแรกปี 2519 ก็คือวิชาเวชศาสตร์ชุมชน ตอนนั้นมีแค่ 10 คน แต่เราถือเป็นเรื่องใหญ่ของคณะ เราจึงตั้งประธานระดับคณะดี แต่ตอนนี้ที่ดูและเป็นประธานและรองคณะดี

เพราะฉะนั้นทุกกิจกรรมที่ทำในเรื่องของการออกชุมชนอาจารย์ในคณะต้องออกไปด้วย โดยจะมีกิจกรรมอย่างน้อย 1 ท่าน อาจารย์ประจำภาควิชา 2-3 ท่าน ทุกครั้ง โดยไม่เกี่ยวว่าจะเป็นอาจารย์ภาควิชาไหนเพราะเป็นวิชาของคณะ ในการดำเนินการจะอาศัยกระทรวงสาธารณสุข และต้องคำนึงถึงความปลอดภัยของนักศึกษาด้วย เมื่อก่อนก็จะอยู่ในพื้นที่โรงพยาบาลศิริราช แต่ตอนนี้เราไปภาคใต้ได้ขึ้นจากราชนบุรี เพชรบุรี สมุทรสงคราม สมุทรสาครแล้วก็ไปทางตะวันตก นครปฐม สุพรรณบุรี กาญจนบุรี และก็โรงพยาบาลชุมชนทั่วไป เพื่อดูว่าเขาทำงานกันอย่างไร ก็ออกไปดูในเรื่องของการบริหารงาน การวางแผนครอบครัว มีการออกไปตามหมู่บ้านด้วย เราก็รู้สึกว่านักศึกษาได้ประโยชน์พอสมควร แล้วอาจารย์ที่ออกไปด้วยก็ได้ไปดูว่านักศึกษาที่จบไปแล้วที่ออกไปอยู่ต่างจังหวัดเขาอยู่กันอย่างไร เป็นอย่างไรบ้าง แพทย์ประจำโรงพยาบาลมีปัญหอะไรก็ให้คำปรึกษา

ปัจจุบันมีการเปลี่ยนแปลงเพิ่มขึ้นก็คือ ทางเราออกไปเยี่ยมตามโรงพยาบาลทั่วไป ถ้านักศึกษาขอ lecture เราจะ lecture ให้ซักชั่วโมง อาจารย์ไป brief Lab เพื่อ up date ความรู้ได้ด้วย อาจารย์ก็จะออกไปกินข้าวกินปลารวมทั้งปรึกษารื้อกับนักศึกษา เป็นช่วงๆ เมื่อจบก็จะหารือถึงปัญหาและอุปสรรค การวางแผนเป็นอย่างไรมีการแก้ไขอย่างไรบ้าง แล้วจะมี meeting ระหว่างอาจารย์กับทางโรงพยาบาล พอปรับหลักสูตรแล้วมีการลดการเรียนการสอนในระดับการอธิบาย แต่เพิ่มในระดับประยุกต์ เพื่อให้นักศึกษาออกไปทำงานได้มากขึ้น

หลักสูตรน่าสนใจแต่เสียดายที่อาจารย์ทำต่อไปไม่ได้ ก็คือ หลักสูตรกุมารเวชศาสตร์สังคม คือ ออกไปดูแลเด็กที่เป็นคนไข้ในเขตกรุงเทพฯ คือคลอดที่โรงพยาบาลศิริราชเสร็จแล้วก็จะจะมีนักศึกษาตามออกไปดูแลเด็กตั้งแต่แรกคลอดไปจนถึงพัฒนาการของเด็กว่าการเปลี่ยนแปลงเป็นอย่างไรให้คำแนะนำ ก็จะเข้าไปเยี่ยมที่บ้านผู้ป่วยเลยเพื่อศึกษาสาเหตุของปัญหา เห็นสภาพแวดล้อมที่อยู่กับตัวเด็กค่อนข้างเยอะ

เราเริ่มมีปัญหาเมื่อ 20 ปีที่ผ่านมาเอง คือ ปัญหาการจราจรซึ่งกว่าจะเดินทางไปถึงบ้านเด็กก็หมดเวลาพอดี และอีกอย่างหนึ่งคือปัญหาความปลอดภัยและยาเสพติด เราก็เลยต้องยกเลิกไป แล้วก็มีการปรับเปลี่ยนมาเรื่อยๆ จนกระทั่งต่อมาออกไปไม่ใช่แค่การไปฝึกปฏิบัติงานอย่างเดียว ให้เขาได้รู้จักวิถีในการวินิจฉัยชุมชน อยากให้เขาเข้าใจระบบปฏิบัติการร่วมกัน ก็เลยเริ่มมีการขยายหลักสูตรออกไป 5 ปี ปี 5 ก็จะเน้นการออกไปดูแลคนไข้ระดับชุมชน ฉะนั้นประสบการณ์ของนักศึกษาของเราที่ไปก็จะไปทั้งสถานีอนามัยต่างๆ ไปพื้นฟูดูแลคนไข้ หมอไปขึ้นศาลก็ไปด้วย มีการชันสูตรศพด้วยไปเยี่ยมบ้านปีที่แล้วน้ำท่วมเราก็ไป พอเขากลับมาก็จะทำให้เขารู้ว่าเขาอยากจะทำอะไร และเขาจะต้องทำอะไรบ้าง จะมีนักศึกษาส่วนหนึ่งที่จะต้องกลับไปใช้ทุนในอำเภอหรือจังหวัดที่เขาออกไปทำงานชุมชน มันก็มีความสัมพันธ์กับพื้นที่ ปัญหาหลักคือการหมุนเวียนของแพทย์ในโรงพยาบาลเพราะมาทำงานกัน 1-2 ปี ก็เปลี่ยนคนใหม่คนใหม่ๆ ก็อาจจะไม่เข้าใจในเรื่องของ concept เวลาที่เขามาดูแลนักศึกษาเราก็น้อยลงเรามีคนที่อยู่ในโรงพยาบาลจะเป็นเจ้าหน้าที่ที่คอยดูแลนักศึกษา ที่เขาอยู่ถาวรก็จะสร้างความสัมพันธ์ให้กับนักศึกษาและให้การดูแลที่ดี

และในปัจจุบันสิ่งที่เราเห็นว่าเป็นปัญหาและอุปสรรคอย่างหนึ่งคือ ความคาดหวังของสังคมของคนไข้ มาตรฐานที่ต่างกันของโรงพยาบาลชุมชน เราจะเพิ่มเวลาให้เด็กไปออกชุมชน และสามารถอยู่ในชุมชนได้ มันต้องสอดคล้องกับมาตรฐานที่จะเรียนวิชาการก็ถ้าหากนักศึกษาออกไปข้างนอกมากโดยที่ยังไม่มีการปรับตัวก็มีความเสี่ยงในเรื่องของการฟ้องร้อง ความเชื่อถือไม่มีก็จะเกิดปัญหา โครงการจะประสบความสำเร็จได้จะต้องได้รับความร่วมมือจากแพทย์และบุคลากรจากโรงพยาบาลทั่วไป ในการสัมมนาก็ต้องดูว่าจะเอานักศึกษาไปไหนไปไว้ที่ไหน

รองศาสตราจารย์นายแพทย์ไพโรจน์ ยงบุญญิตี

มศว.ตั้งเมื่อปี พ.ศ.2528 ตอนแรกค่อนข้างมีปัญหาเรื่อง community ช่วงแรกเรียนที่วชิระ ปีที่ 2 เรียนที่โรงพยาบาลตำรวจ พอปี 3 ไปอยู่ในเขตเมืองรอบๆ กรุงเทพฯ ปี 4 ร่วมกับ PH ไปที่ภาคอีสานส่วนใหญ่ ต่อมาปี 2542 ได้ก่อตั้งศูนย์การแพทย์สมเด็จพระเทพซึ่งบริเวณรอบๆ ศูนย์จะเป็นทุ่งนา จากการสำรวจพบว่า 70% ของพื้นที่โดยรอบศูนย์การแพทย์สมเด็จพระเทพเป็นครอบครัวชาวมุสลิม ส่วนใหญ่หลายชุมชนเป็นชุมชนยาเสพติด 2ปีแรก

ปัจจุบันคณะแพทยศาสตร์ มีหลักสูตร 2 หลักสูตร

1. หลักสูตรแพทยศาสตรบัณฑิต ฉบับ ปี พ.ศ.2547 ซึ่งได้ปรับปรุงจากฉบับ ปี พ.ศ.2542

ซึ่งมีหน่วยกิต ตลอดหลักสูตร 263 หน่วยกิต เป็น 250 หน่วยกิต

การบริหารหลักสูตร หลักสูตรแพทยศาสตรบัณฑิต จัดการเรียนการสอน 6 ปี โดย แบ่งเป็น 3 ระยะ คือ

1. ระยะเตรียมแพทย์ 1 ปี เป็นการเรียนการสอนในหมวดวิชาศึกษาทั่วไป 30 หน่วยกิต

2. ระยะพรีคลินิก 2 ปี จัดการเรียนการสอนวิชาบังคับพื้นฐานเฉพาะแพทย์ 60 หน่วยกิต โดยภาควิชาพรีคลินิก
3. ระยะคลินิก 3 ปี จัดการเรียนการสอนหมวดวิชาเอก 127 หน่วยกิต โดยภาควิชาคลินิก
4. หมวดวิชาเลือกและวิชากลางตลอดหลักสูตร 33 หน่วยกิต

2. หลักสูตรแพทยศาสตรบัณฑิต (หลักสูตรพิเศษ) เป็นความร่วมมือของคณะแพทยศาสตร์ มศว กับคณะแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัยนอตติงแฮม โดยโครงสร้างของหลักสูตรใช้ระบบหน่วยกิตเช่นเดียวกับหลักสูตรแพทยศาสตรบัณฑิต

การบริหารหลักสูตร

1. เตรียมความพร้อมมีหมวดวิชาศึกษาทั่วไปและวิชาวิทยาศาสตร์พื้นฐานที่มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ เป็นเวลา 6 เดือน
2. การเรียนการสอนในสาขาวิทยาศาสตร์การแพทย์ที่มหาวิทยาลัยนอตติงแฮมประเทศอังกฤษ เป็นเวลา 2 ปี 6 เดือน ได้รับปริญญาตรีวิทยาศาสตร์การแพทย์ (EmedSci) จากมหาวิทยาลัยนอตติงแฮม

ตารางที่ 72 ความหมายหลักสูตร

คำว่า “หลักสูตร” เป็นคำมาจากภาษากรีก “curri” แปลว่าล้อ เกวียน ซึ่งประกอบด้วยคู่มือ ตรงกลางมีวงล้อเป็นซี่ ๆ จากคู่มือไปถึงวงล้อ และมีวงล้อเป็นวงกลมประกอบกันเป็นล้อ ตามความหมายของล้อ คือ หมุนไปเรื่อย ๆ จากจุดหนึ่งไปจุดหนึ่ง เมื่อหมุนจนครบวงล้อ (กลม) วงหนึ่งก็สิ้นสุดการเดินทาง 1 วงล้อ เปรียบเหมือนการเรียนต้องเรียนจากจุดหนึ่งหมุนไปอีกจุดหนึ่งจนจบวง เพื่อกับจบการศึกษาตอนหนึ่ง เหมือนกับเริ่มต้นด้วยวัตถุประสงค์การศึกษา แล้วต้องคิดหาวิธีการเรียนรู้ที่ดี แล้วเรียนตามแบบวิชานั้น เมื่อเรียนจบแล้วก็ต้องวัดและประเมินผลว่าใช้ได้หรือไม่ จึงจบการศึกษามบทหนึ่ง เมื่อหลักสูตรมีลักษณะเป็น ล้อ เช่นนี้ หลักสูตรจึงต้องหมุนอยู่ตลอดเวลา ไม่หยุดนิ่งที่ หลักสูตรจำต้องเปลี่ยนแปลงไปตลอดเวลาตามความเหมาะสมของสถานการณ์แวดล้อม

ตารางที่ 73 ความหมายหลักสูตร

หลักสูตรนี้มีเหตุที่จะต้องเปลี่ยนแปลง ปรับปรุงอยู่ตลอดเวลา Dr. Stephen Abrahamson แห่ง U.S.C. สหรัฐอเมริกา เคยใช้คำว่า หลักสูตรอักเสบ (curriculitis) เป็นต้นเหตุของการเปลี่ยนแปลงหลักสูตร

- อาการของ curriculitis คือ
1. ปวด (dolor) การปรับปรุงเปลี่ยนแปลงหลักสูตรครั้งใดไม่ทันที่จะต้องมีอาการเจ็บปวดในหมู่ผู้ที่อยากเห็นการเปลี่ยนแปลง เพราะเปลี่ยนแปลงครั้งใดก็จะต้องมีผู้ไม่เห็นด้วย และต่อต้านการเปลี่ยนแปลง บางครั้งเกิดคำพูดที่ไม่ไพเราะเป็นมิถจวาวจาถึงกับทำให้เจ็บปวดแทบเข้าไปถึงทรง เป็นเรื่องที่พบบ่อย ๆ

ที่ทำการสำรวจพบว่าไม่มีความปลอดภัย ที่นี้เราก็มาวិเคราะห์จุดอ่อนจุดแข็งของคณะ จุดแข็งของเรามีเรื่องของ community ในชุมชน หลักสูตรปี 2547 ชั้นปี 1 เรียนที่ คณะวิทยาศาสตร์ ปี 2-3 อยู่ที่ pre-clinic ปี 4 อยู่ที่ศูนย์การแพทย์สมเด็จพระเทพ และ ก็ยังมีความร่วมมือจากวชิระพยาบาลอยู่

อีกหลักสูตรหนึ่งก็คือร่วมกับมหาวิทยาลัย บั๊กกิงแฮม ปัญหาที่คณะมีคือถ้าเป็นอาจารย์ แพทย์เปลี่ยนแปลงยากมาก หลายภาควิชา ไม่ยอม บังคับภายนอกจากแพทยสภา บังคับ ภายในเป็นศิษย์บอกว่า รายละเอียดเยอะมาก ถ้าไม่ไหว นักศึกษาประเมินว่าข้อสอบยาก ในการออกพื้นที่กรณีที่จะไปไหนเราติดต่อให้ ทุกที่ถ้าติดต่อแล้วหน่วยงานไม่ขัดข้อง และ หลังจากสำรวจชุมชนรอบๆพื้นที่เป็นระยะเวลา 2 ปี ก็ได้ชุมชน 3 ตำบล ทางเราจึงนำปี 6 ออกไปอยู่ในชุมชนทุกวันจันทร์-วันพฤหัสบดี กลุ่มนี้จะมีแพทย์ไปเยี่ยมที่บ้าน เลยมมีการ เปลี่ยนแปลงหลักสูตรเกิดขึ้น

ตารางที่ 74 ความหมายหลักสูตร

2. บวม (tumor) หลักสูตรแพทยศาสตรบัณฑิต เมื่อใช้ไปนาน ๆ จะมีอาการบวมเกิดขึ้นเพราะเมื่อมีความรู้ใหม่ หรือทักษะใหม่เกิดขึ้นมา อาจารย์ก็มักจะใส่เพิ่มเข้าไปในหลักสูตร โดยไม่ตัดของเก่าออก ทำให้หลักสูตรบวมในที่สุด
3. แดง (rubor) อาการของการอักเสบข้อนี้ พบได้ยากและเปรียบได้ยากอาจเป็นเพราะเป็นการอักเสบภายในใจลึก ๆ ไม่ปรากฏอาการออกมา นอกจากบางคนมือเท้าจะบวม เหงือกอักเสบหรืออาจหน้าแดงได้ เพราะความไม่ใส
4. ร้อน (temper) อุณหภูมิที่สูง จากการอักเสบ เพราะการที่หลักสูตรบวมก็ทำให้เกิดการแบ่งเวลาการสอนที่มีน้อยอยู่แล้ว ทำให้ตกลงกันไม่ได้ จึงทำให้บรรยากาศร้อนขึ้น

ตารางที่ 75 ความหมายหลักสูตร

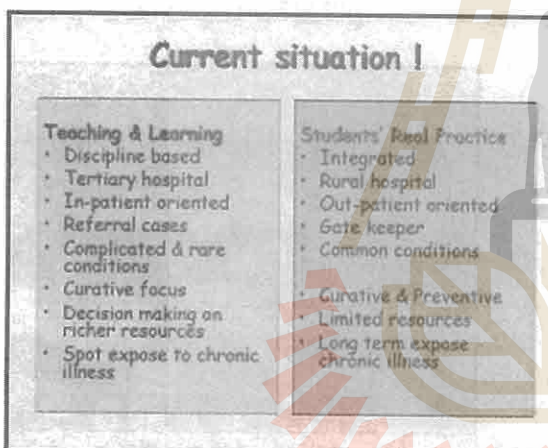
ลือ ของหลักสูตรนี้เปรียบได้กับกรรม ของพุทธศาสนา ที่ถือเอากรรมจักร เป็นสัญลักษณ์ของพุทธศาสนา ที่มีลักษณะเดียวกัน คือ มี คมตั้ง วงล้อเป็นซี่ ๆ และวงล้อธรรมจักร ในความหมายของพุทธศาสนา ก็จะต้องหมุนไปเรื่อย ๆ ความคืบหน้าของพุทธศาสนาที่สอนอยู่เสมอกว่า อันิจจังไม่เที่ยง มีเกิด แก่ เจ็บ ตาย หมุนเวียนเป็นวัฏฏะสงสารเช่นนี้ ดังนั้นหลักสูตรคือ ล้อที่จะต้องหมุนอยู่ตลอดเวลา

คัดแปลงจาก "ความสำคัญของงานแพทยศาสตรศึกษาต่อการพัฒนาหลักสูตรแพทยศาสตรบัณฑิต" ของ ศาสตราจารย์ทองจันทร์ หงศ์อัครมภ์

นายแพทย์สรวิทย์ เลอมาโนวรัตน์

Experiences in curriculum development emphasizing "Community Learning"

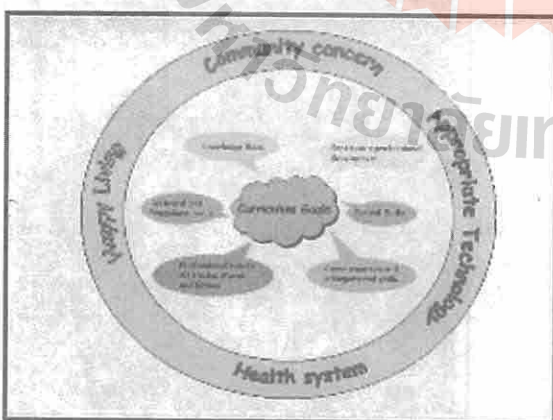
โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา จัดกิจกรรมที่เรียนในชุมชน และมีอภิปรายบ้างเป็นครั้งคราว ปัญหาคือเราจะเสริมอะไรเพื่อให้นักศึกษารู้สึกว่าในอนาคตต้องทำงานในชุมชน ในสมัยปี 2545-2546 เราทำได้เหมือนโรงเรียนแพทย์ทั่วไป คือ



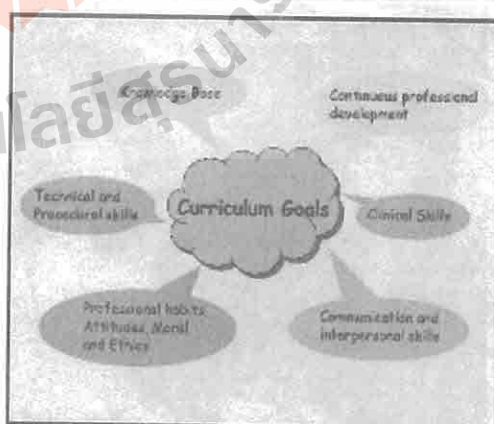
รูปที่ 34 Current situation !



รูปที่ 35 เป้าหมายของคณะแพทยศาสตร์



รูปที่ 36 เป้าหมาย Curriculum Goals



รูปที่ 37 เป้าหมายหลักสูตร

จัดกิจกรรมค่ายบ้าง ไปสอนเด็กนักเรียนในโรงเรียน ไปตรวจคนไข้นอกสถานที่ แต่การบริหารจัดการยังไม่มียุทธศาสตร์รองรับ ผิดชอบ อาจารย์ที่มาสอนไม่มี full time เลยเป็น part time ทั้งหมด การเรียนการสอนเป็นเวลา 10 ปีมาแล้วส่วนใหญ่เรียนกับ อาจารย์ผู้เชี่ยวชาญ ทำให้นักศึกษาห่างชุมชน แต่เมื่อจบการศึกษาส่วนมากทำงานในโรงพยาบาลประจำจังหวัด พวกคุณต้องเข้าใจว่าผลจาก impact จะกระทบถึง product จึงยากมากด้าน process การเรียนการสอนจึงต้องsupport ด้าน environment

ปี 2547 มีการสัมนาอาจารย์ นักศึกษา จัดให้นักศึกษารุ่นที่บรรยายให้รุ่นน้องว่าการทำงานโรงพยาบาลชุมชนเป็นยังไง และให้รุ่นน้องสรุปเป็นภาษาพื้นบ้าน นี่คือขั้นตอนการจัดการเรียนการสอนให้อิงคุณภาพมากขึ้น



รูปที่ 38 กิจกรรมออกค่าย



รูปที่ 39 กิจกรรมออกค่าย



รูปที่ 40 กิจกรรมออกค่าย



รูปที่ 41 กิจกรรมออกค่าย



รูปที่ 42 กิจกรรมออกค่าย



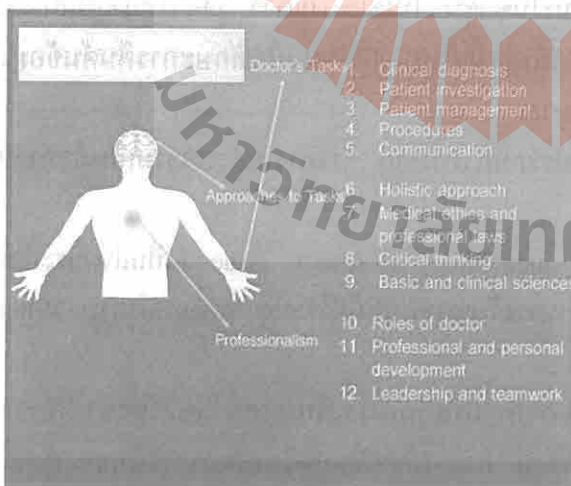
รูปที่ 43 กิจกรรมออกค่าย

การประเมินเจตคติและความรู้ความสามารถ ของนักศึกษาแพทย์ต่อการปฏิบัติงานในชุมชน

เรื่องการประเมินผลเจตคติและความรู้ความสามารถของนักศึกษาแพทย์ท่านอาจารย์ทุกท่านคงคาดหวังว่าจากการประชุมครั้งนี้จะมีแนวทางในการนำไปใช้ในการอบรมสั่งสอนและประเมินศิษย์ที่รัก ขณะออกไปปฏิบัติงานในชุมชนได้ระยะเวลาต่างๆ เพื่อจะได้ไม่ต้องมาแก้ปัญหาการขาดแคลนแพทย์ในสมัยก่อนทางคณะแพทย์จะเน้นในเรื่องเวชศาสตร์ครอบครัวและชุมชนและเวชศาสตร์การป้องกัน ต่อไปคงไม่ได้แล้ว ต้องมีการลงพื้นที่เพื่อให้ได้รับประสบการณ์ตรง และนำไปใช้ได้จริง อาจารย์ทางคลินิกจะได้อสอนได้ตรงกับที่เป็นปัญหาทางสาธารณสุข ที่ท่านปลัดและทาง สปสข.ได้กล่าวไว้ เราสอนได้ตรงกับที่เป็นปัญหาของประเทศชาติหรือไม่ ถ้าตรงนักศึกษาจะไปทำงานได้อย่างมีความสุขมากขึ้น ในเรื่องประเด็นความสุขเราก็ไม่ควรยึดเหนี่ยวหาสาระมากเกินไป เราคงได้รับคำแนะนำจากท่านอาจารย์ก่อนหน้านี้ แต่อีกประเด็นหนึ่งที่นักศึกษาเกลียดที่สุดคือเรื่องของการประเมินผลที่ย่างงที่แม่นยำและยุติธรรมเชื่อถือได้ ขณะเดียวกันผู้เรียนรู้สึกตัวเองถูกประเมินโดนอาจารย์ที่ไม่ทำให้เขาเกิดสถานะเครียดและมีความสุขในการประเมิน จึงขึ้นอยู่กับอาจารย์ว่าจะประเมินนักศึกษาอย่างไรให้มีความสุข ขอเชิญอาจารย์นั้นหนา จากคณะแพทยศาสตร์จุฬาลงกรณ์ที่มีประสบการณ์ทำงานยาวนานและมีประสบการณ์การประเมินมากมาย ขอเชิญค่ะ

ผศ.พญ. นันทนา ศิริทรัพย์

ขอบคุณอาจารย์วรารักษ์ สวัสดิ์ท่านประธานและประธานร่วม ขออนุญาตแบ่งการสนทนาเป็น 2 ตอน ตอนที่ 1 ขอพูดถึงแนวคิดในการประเมินผลโดยเฉพาะการประเมินผลในชุมชน ตอนที่ 2 พูดถึงประสบการณ์ที่คณะแพทยศาสตร์จุฬาลงกรณ์ หลังจากฟัง อาจารย์ สวรรค์นพุดแล้วรู้สึกว่าคุณหา ยังห่างมาก การประเมินผลในชุมชน ชุมชนในที่นี้ คุณกันมากที่จุฬาฯ ว่า จะเป็น seHing ระดับไหน การเรียนการสอน แพทยศาสตร์ ถ้าแยกแยะว่าจะสามารถจัดได้ที่ไหนบ้าง จะเห็นว่ามีเยอะมาก อาจจัดการเรียน



รูปที่ 44 ร่างกายของมนุษย์

การสอนที่ University hospital, tertiary hospital, provincial hospital community hospital และ Community จริงๆ จากการมานั่งฟังการประชุม ครั้งที่จบประเด็นว่าการจัดการเรียนการสอนที่พูดกันนี้เน้นที่ ชุมชนจริงๆ ถ้าตกลงกันว่าเป็น Community selling จริงๆ การวางแผนประเมินทั้งหลายจะขึ้นต้นคำถาม 5 คำถาม ที่พวกเรารู้จักกันจนขึ้นใจแล้วว่าต้องคำนึงถึงอะไรบ้าง ในชีวิตจริงของอาจารย์และนักเรียนซึ่งมีหลายคนได้พูดไปแล้ว

การประเมินผลหรือการส่งนักเรียนออกไปปฏิบัติงานต้อง balance ให้ดีระหว่าง national standard กับ local standard ซึ่งตรงนี้เป็น

ประเด็น ถ้าbalance ไม่ดี นักเรียนได้แต่ local standard ก็จะไม่ meet national standard ตรงนี้คือ ความล้มเหลวขององค์กร โศคร้ายที่ประเทศเรายังไม่มีการแบ่งว่าจะมีแพทย์ประเภท national, regional หรือ local ทุกคนต้องมาออกแบบเดียวกันหมด คือ national standard ส่วน strength แต่ละแห่งก็ต้อง กำหนดเพิ่มเอง ถ้าแต่ละแห่งเน้นแต่ local standard จะเป็นปัญหาเหมือนกัน ต้องคิดให้ดี

อันที่ 2 ต้องคิดว่าจะประเมินอะไรบ้าง ถ้าทุกคนเป็นนักวิชาการแพทยศาสตรศึกษา คงจะเข้าใจ Knowledge skill และ Attitude แล้ว ด้านทฤษฎีที่เรียนมาคงไม่มีใครไม่รู้จัก Miller's pyramid ถ้าจะประเมินทั้ง Knowledge skill, Attitude ต้องดูว่าต้องใช้เครื่องมืออะไรบ้าง ที่ใช้ในการประเมิน สิ่งเหล่านั้น ในการประเมินความรู้ มีข้อสอบจำนวนมากที่สามารถจะใช้ได้

ในการประเมินทักษะหรือ skill มีข้อสอบอีกประเภทหนึ่งที่สามารถใช้ได้ สถานการณ์จำลอง ในการประเมิน 3 อย่าง รวมกันคือทั้ง Knowledge skill attitude ก็จะเข้ากันได้ขั้นสุดท้ายของ Miller's คือการประเมินสิ่งที่เขาได้กระทำตรงไปตรงมาหรือ Direct observation in real situation อาจารย์ได้ทุกอย่าง ได้ทั้งความรู้ ซึ่งใช้งานได้เลย ได้ทั้ง skill ที่ใช้งานได้จริง ได้ทั้งเจตคติที่แสดงออกมาจริงๆ แต่มาดูปัญหาของการใช้เครื่องมือต่างๆ ลองดู ถ้าอาจารย์ประเมินความรู้ไม่ว่าจะเป็นการประเมิน ความสามารถของการปฏิบัติงานในชุมชน ต้องมีความรู้เป็นพื้นฐานอยู่ก่อน สำคัญคืออาจารย์ต้อง ผนวกปัญหาของการสร้างข้อสอบ การกลั่นกรองข้อสอบ การทำคลังข้อสอบ จะเป็นยาตำของทุกคน อาจารย์ส่งนักเรียนไปปฏิบัติงานในชุมชน ถ้าอาจารย์ต้องการจะวัดความรู้ OSCE ปัญหาอีก ลองดูความพร้อม ในจุดนี้มากน้อยขนาดไหน ถ้าอาจารย์จะประเมินการปฏิบัติงานโดยสถานการณ์จำลองเรื่องเดียวกันอีก คือการสร้างข้อสอบ การกลั่นกรองข้อสอบการทำคลังข้อสอบและการบริการจัดการการสอบ อาจารย์ จะบริการจัดการการสอบอย่างไร สำหรับการปฏิบัติงาน เพื่อจะทดสอบความสามารถของการปฏิบัติงานใน ชุมชน โดยการใช้สถานการณ์จำลองหลังทำ Station จำลอง ของดูแล้วก็ลำบากเหมือนกัน ถ้าอย่างนั้นวิธี ที่ดีที่สุด ทำ Direct observation ดีไหม อยู่ในสถานการณ์จริง และ Sure เลยว่าเด็กปฏิบัติงานได้จริง ปัญหาคืออะไร สิ่งที่ดีคือเป็นการประเมินแท้ๆทำมากเลย

ปัญหาคืออาจารย์จะขอสถานการณ์จริงๆมาใช้ในการประเมิน เน้นให้เกิดความเสมอภาคในนักเรียน เพื่อประเมินได้ทุกมิติที่อาจารย์อยากประเมินได้หรือเปล่า

นอกเหนือจากให้นักเรียนมีความสามารถ มีทักษะในชุมชน ไม่ใช่เพียงแต่ความรู้ที่จำได้ว่าชุมชนคืออะไร แต่ความรู้ที่จะต้องเอาไปใช้แก้ปัญหาในชุมชนมีอีกมากที่เกิดขึ้นใหม่ ไปว่าจะเป็นทักษะการสืบค้นข้อมูล การคิดไตร่ตรอง การคิดเชิงวิพากษ์ คิดอย่างมีวิจารณญาณ

การประยุกต์ใช้ข้อกำหนดจริยธรรมวิชาชีพ เข้าประกอบการทำงาน การทำงานด้วยความเป็นมืออาชีพ ของการเป็นแพทย์

การดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม การใช้ humanized medicine ยังมีอีกหลาย issue ที่เป็นส่วนประกอบ ที่ต้องใช้เพื่อเสริมแต่งให้การประเมินทักษะและความสามารถในการปฏิบัติงานเป็นไปได้มาดเพื่อตอบคำถาม When and by whom อาจารย์ประเมินเมื่อไหร่และโดยใคร

อาจารย์จะประเมินเมื่อไหร่ และโดยใคร อาจารย์ส่งไปปฏิบัติงานในชุมชน คนที่จะทำ direct observation ได้ดีที่สุด เป็นผู้ไปดูแลนักเรียนในชุมชน อาจารย์จะต้องเตรียมความพร้อมของผู้ดูแล นักเรียนในชุมชน ว่าเขาสามารถประเมินและให้คุณค่ากับนักเรียนของอาจารย์ได้หรือไม่ เชื่อถือได้หรือไม่

สิ่งที่อาจารย์จะประเมินจะเป็นการประเมินเพื่อตัดสินหรือประเมินความก้าวหน้าปัญหาที่ตามมานั้น คือ ถ้าจะเอาการประเมินการตัดสินความดีความชั่วของนักเรียนอาจารย์มีทรัพยากรพอไหม ไม่ว่าด้าน ข้อสอบเพียงพอหรือจ่ายบอาจารย์ที่จะลาไปช่วยกิจกรรมนั้นๆ เป็นแนวคิดทั่วไปด้านการวัดและประเมินผล

เราพูดถึงเรื่องทฤษฎี ซึ่งงานมากลองมาดูของจริงของคณะแพทยศาสตร์จุฬาฯ ถ้าหมด outcome ของนักเรียนไว้ 12 outcome ทุกคนพอรู้จัก outcome ที่นำไปสู่ชุมชนคือ outcome ที่ 6,10,11,12 และมี outcome 5 ปณินิต คณะแพทยศาสตร์จุฬาฯ ทำอย่างไรเราก็เอา outcome ทั้งหมดที่ถือว่าเป็น exit outcome มาแตกเป็นรายปี ปีที่1 ดังในตารางที่ 1 ปีที่2 ในตารางที่ 2 จนทุกครบชั้นปีดังในตาราง นี้คือสิ่งที่แยก exit outcome ตามรายปีและมีการประเมินตามนี้ ในการประเมินแต่ละปี ประเมินปลายปี against ทุก outcome ดูว่านักเรียนสามารถ achieve ตามที่กำหนดไว้หรือไม่ ในการประเมินยังเป็นจาก นักเรียนและครูเป็นองค์ประกอบหลัก มีทั้งแบบสอบถามปลายปิดและปลายเปิด มีทั้ง joy group interview และเอาข้อมูลทั้งหมดมาเข้า board ของการสัมมนา คุยกันและหา section ซึ่งทำเป็นรายปีไป

ตารางที่ 76 Learning Outcome of the Undergraduate Medical Curriculum Year 1

Learning Outcome of the Undergraduate Medical Curriculum The Faculty of Medicine, Chulalongkorn University	
Outcome	Year 1
1	
2	
3	
4	
5	Able to communicate and work effectively with others.
6	Able to describe social factors affecting health. Use holistic approach in analyzing community health problem.
7	Describe professional laws, code of conduct and Dharma.
8	Apply scientific method in thinking process.
9	Describe cell, its structure, function, composition, metabolism, genetic control, and the study of cell in histology, physiology and microbiology.
10	Describe desirable roles and characters of doctors for Thai society.
11	Describe the principle of professional and personal development.
12	Describe leadership. Able to learn and work as a group.

ตารางที่ 77 Learning Outcome of the Undergraduate Medical Curriculum Year 2

Learning Outcome of the Undergraduate Medical Curriculum The Faculty of Medicine, Chulalongkorn University	
Outcome	Year 2
1	
2	
3	
4	
5	Able to communicate and work effectively with others. (5)*
6	Describe principle of holistic care.
7	Describe principles of medical ethics and professional laws.
8	Define problem; search and analyze data; make rational conclusion and appropriate application in problem solving.(6) When taking part in discussion, able to use rational reasoning in both pro and con situations. (6) Given an ethical or legal professional problem, able to choose a rational action.
9	Define and describe the scope of each field of basic medical sciences. Describe important body structures and the relationship to body functions. Able to do dissection in cadaver to identify important anatomical structures. Give detail description of gross and microscopic features as well as physiologic and biochemical aspects of various organ systems including the respiratory, cardiovascular, alimentary, genitourinary, endocrine and neurological systems; and application of these basic knowledge to explain path physiology and development of symptoms and signs when diseases or abnormal conditions develop. Describe various elements nutrition and metabolism, and clinical application of this knowledge. Describe the principles of genetic and its clinical application. Describe human development from fertilization to delivery and its implication to congenital anomalies, development in various stage of childhood and its implication to physical, mental and social development, health maintenance and health promotion in different are groups.
10	See 7.
11	Aware of continuous personal and professional development.
12	See 5.

ตัวอย่าง ลองดูสำหรับปีที่4 มีอีกขึ้นปีที่5 Community medicine 1,2,3 เมื่อ atheism outcome family medicine 1,2,3 Community medicine ร่วมกับ Psychiatry อีก 10 สัปดาห์ เราแปร outcome ต่างๆมาเป็นการวัดผลและประเมินอย่างไร ใช้หลักการวัดและประเมินผล จากสังเขปรายวิชา ของจุฬาฯ ด้านทฤษฎีและปฏิบัติการ จะเห็นแบบประเมินและวางแผนไว้แบ่งเป็น MCQ 40% preventive medicine และ direct 10% holistic integration 40% fieldwork 10% อยู่ในชุมชน 2 สัปดาห์ 2 แห่ง 4 สัปดาห์ ทำไม่ fieldwork ให้คะแนน 10% เท่านั้น ซึ่งประเมินโดยอาจารย์ที่อยู่ในชุมชน ปัญหาที่เกิดขึ้นคือ ส่วนนี้ไม่สามารถแยกแยะดีชั่วได้เลย ไม่ว่าจะเตรียมผู้ประเมินอย่างไร คะแนนที่ได้คือ 8,9,10..... กลายเป็นค่า constantซึ่งไม่มีประโยชน์เลย จึงเรียนว่าแม้ direct observation จะเป็นสิ่งที่ดีที่สุด สิ่งซึ่งได้เรียนรู้คือ แม้ว่าจะเป็นส่วนที่ดีที่สุด แต่เอาไปใช้ไม่สามารถเกิดผลได้ ต้องทำใจ แบบประเมินตรงมากแต่แยกไม่ได้ ต้องทำใจหาวิธีอื่นที่สามารถให้ผลตรงกับสิ่งที่ต้องการวัด หลายท่านคงมีปัญหานี้เช่นกัน ไหนๆนักเรียนออกไปชุมชนแล้ว ทำไมจะต้องทำให้มีปัญหา ตรงนี้ก็ให้คะแนนไปทุกคน 10ทุกคน ในวิชาอื่นเท่ากันที่ออกไปชุมชนก็เช่นกัน

ตารางที่ 78 Learning Outcome of the Undergraduate Medical Curriculum Year 3

Learning Outcome of the Undergraduate Medical Curriculum The Faculty of Medicine, Chulalongkorn University	
Outcome	Year 3
1	Able to do history taking and physical examination, and complete medical record.
2	Able to interpret pathological and simple hematological test results.
3	Given a patient problem, able to make rationale prescribing.
4	Able to perform simple tests in immunology, infectious diseases and hematology.
5	Able to communicate and work with others. Able to write prescription.
6	Describe the holistic approach to patients with various diseases and conditions.(10)*
7	Describe the principles of medical ethics and professional laws and able to apply them in clinical settings. (11)
8	Describe the theory of probabilities. Describe methods used in testing of statistical significance, and apply them correctly to various types of data. Describe rational use of medicine. (7)
9	Describe the principles of preventive medicine, epidemiology and biostatistics, immunology, microbiology and parasitological, pathology, pharmacology, clinical hematology, psychopathology. Describe etiology, epidemiology, pathogenesis, path physiology, pathology, investigation, and treatment of diseases and conditions, with emphasis on those prevalent in Thailand, in the fields of : skin, skeleton and connective tissue diseases, respiratory system, cardiovascular system, alimentary system, genitourinary system, endocrine system, neurology, disease in the immune-compromised hosts.
10	Demonstrate appropriate doctor-patient relationship.
11	Demonstrate progress in professional and personal development.
12	Able to work as a member of health care team.

ตารางที่ 79 Learning Outcome of the Undergraduate Medical Curriculum Year 4

Learning Outcome of the Undergraduate Medical Curriculum The Faculty of Medicine, Chulalongkorn University	
Outcome	Year 4
1	After clinical clerkship in medicine, pediatrics, surgery and obstetrics and gynecology, able to take history, perform physical examination, order investigation and prescribe treatment appropriately.
2	See 1.
3	See 1.
4	Able to perform assigned procedures in medicine, pediatrics, surgery and ob/gyn.
5	Able to give appropriate advice to patients and their relatives.
6	Use holistic approach in patient care, taking into account evidence-based medicine, and ethical and legal concerns.
7	See 6.
8	See 6.
9	1. Able to define or describe the clinical epidemiology, etiology, risk factors, pathogenesis, path physiology and pathology of diseases and conditions that are prevalent in Thailand in the field of medicine, pediatrics, surgery and obstetrics and gynecology. 2. Able to describe the symptoms, signs, laboratory findings, diagnoses, and differential diagnoses, and treatment of the above-mentioned diseases and conditions.
10	See 12.
11	See 12.
12	Able to work as a member of health care team.

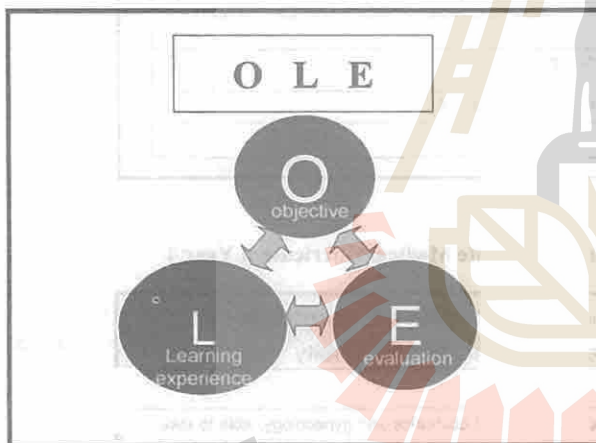
ดังนั้นถ้าอาจารย์เข้าใจ concept การประเมินผลต้องคำนึงถึงความเป็นไปได้ในการเอาไปใช้ ก็คงต้องพิจารณากัน ขออนุญาตหยุดตอนที่ 1 ไว้ตรงนี้ก็ก่อน

รศ.ดร. วราภรณ์ เอี้ยวสกุล

การประเมินเช่นนี้เป็นปัญหาโลกแตกที่ในการประชุม AMEE ได้มีการพูดคุยกันมากเหมือนกัน ยังมีวิทยากรอีก 2 ท่าน ที่เราจะได้รับฟัง มาฟังประสบการณ์ของวิทยาลัยแพทยศาสตร์พระมงกุฎเกล้า เชิญอาจารย์ กนกพรธม

รศ.พอ.หญิง กนกพรธม ประไพตระกูล

เรียนท่านประธาน ประธานร่วม อาจารย์ทุกท่าน ดิฉันนำเสนอการประเมิน ทักษะคิดความรู้ skill ให้นักเรียนแพทย์ปีที่เรียนที่วิทยาลัยแพทยศาสตร์พระมงกุฎเกล้า ซึ่งเป็นหลักสูตรมีอายุแตกต่างจากคณะแพทยศาสตร์ที่อื่นๆ จากการที่มี พรบ.ปี 2542 ให้นักเรียนมี active leaning เป็น student center เป็น ได้มีการเรียนหลักสูตร ให้สอดคล้องกับ พรบ. โดยดูตั้งแต่ Objective



รูปที่ 45 OLE

**ตารางที่ 81 Community Medicine
Military Medicine**

Community Med. Military Med.
• Year 3 , 4 , 5 , 6
• Objective :
Knowledge
Skill - communication
- team work
- leadership
- inter professional learning
- problem solving
Attitude - community mind

learning experience และการประเมินผลให้สอดคล้องการเรียน comity medicine ที่วิทยาลัยพระมงกุฎ มี military ร่วมอยู่ด้วย เพราะเป็นโรงเรียนแพทย์ทหาร เพราะมีวิชา เวชศาสตร์ชุมชนจะรวมทั้งหมดและชุมชน เป็นทั้งชุมชนนักเรียนและเหล่าปี 3,4,5,6 หน่วยกิจ ทั้งหมดมี 10 หน่วยกิจ เพราะมี military medicine ใน community medicine ได้ set object ไว้ว่า ต้องมีอะไรในด้าน skill ผู้สอนเน้นว่ามี communicative skill ระหว่างที่ไป team ในแหล่งที่เรียนต้องมี team work จำแนกกลุ่มเวลาเรียน ในด้าน skill ฝึกให้มีกลุ่ม 8-10 คน ในชุมชน leadership ระหว่างนักเรียน มีการแสดงออกถึงการเป็นผู้นำ ว่าถ้าทหารบาดเจ็บปวดมา ใครจะเป็นคนสั่งการ จุดประสงค์อีกอย่างคือ ให้มี inter professional learning เช่นกัน พยาบาล ผู้ชาย เจ้าหน้าที่สาธารณสุข กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน ต้องฝึก problem solving ของชุมชน ถ้าแก้ปัญหาไม่ได้ต้องตามอาจารย์ ในด้าน Attitude ก็ต้องการให้มี community mind เพื่อ set แล้วก็ดูวิธีการประเมินวิธีการเรียนการสอน

ตารางที่ 82 Teaching Method Evaluation

Teaching Method	Evaluation
• Lecture	→ MCQ Essay
• Project , Research	→ Written Proj. , Presentation
• Group Discussion	→ Check List
• SDL	→ Report
• Team Work	→ Presentation
• Field Training	→ OSCE , Written Reflection Check List

ส่วน group discussion จะทำ chick list ประเมินโดยอาจารย์ประเมิน นักเรียนและนักเรียน ประเมินอาจารย์ มีpeer evolution ซึ่งตามที่ อาจารย์ นั้นหนา พุดก็เหมือนกันคือ คะแนนเก็บหมด 9-10 เพราะ peer จะกลัวว่าถ้าให้คนอื่นตำเขาจะให้เราตำ ทำให้ใจไปด้วยได้ ซึ่งตามทฤษฎีก็จะดีแก่ ในการปฏิบัติไม่สามารถใช้ประโยชน์ได้จะมีบ้างในคนเขียนความจริงบ้าง ในเพื่อนที่ไม่ช่วยงาน จะได้คะแนน ต่ำเห็นชัดได้3-5 จาก 10 คะแนน

ระหว่าง community medicine มี topic ให้ไป search จะมี self study แล้วทำรายงานส่ง Team work ดูการทำงานที่นำมาเสนอ แล้วมี check list ให้คะแนนกันเอง อาจารย์ ผู้คุมก็ให้ คะแนนด้วย

ตารางที่ 83 PLAN

Plan
Student Progression
Portfolios
Self - assessment

ในเวชศาสตร์ทหาร ชุมชนที่มีการ lecture บ้าง การสอนก็ใน MCQ และ ESSAY สั้นๆ ส่วนคะแนนแต่ละปีไม่เหมือนกันเน้นด้านไหนก็จะ ให้คะแนนด้านนั้นมาก ในการสอนจะให้ให้นักเรียนทำ โครงการสั้นๆ หรือ research เล็กๆในการไปออก community เนื่องจากเรามีประชุมวิชาการทุกปี นักเรียนแพทย์นี้มีโครงการที่ดี จะมานำเสนอ ใน ประชุมวิชาการของโรงพยาบาล มีการแข่งขันใคร ทำได้ดีจะได้รางวัล 3,000 บาทต่อเรื่อง

ดังนั้นถ้าทำ Project เล็กๆจะมีการเขียน รายงานส่ง และนำเสนอให้อาจารย์เรียกเข้าเสนอ ในการประชุมวิชาการ

Military medicine ต้องออกไปห่างจังหวัด ที่ปราจีน มีการสอนทฤษฎีก่อน เวลาสอนจะมี OSCE มี station ของสถานการณ์จำลองว่าเวลา ควรดูแลจะมีใช้ตามการรักษาอย่างไร ในเบื้องต้น มีขั้นตอนว่าทำถูกต้องหรือไม่ ใน OSCE ของ field training จะดูด้าน skill และ attitude พอกลับมาแล้วก็ให้นักเรียนประเมินว่าเมื่อกลับมา แล้วมีความรู้สึกอย่างไร นักเรียนจะไม่ออกมา โดยการเรียนเหมือนที่อาจารย์ท่านหนึ่งได้พูดมาแล้ว นักเรียนจะชื่นชมว่าได้ประสบการณ์ที่ดี ด้านจิตใจ

ได้ทำจริง ได้การตัดสินใจ จะเห็นว่านักเรียนสะท้อนออกมาว่าได้เรียนรู้อะไร ทำให้บางครั้งอ่านแล้วจะ ซาบซึ้ง มี checklist ให้นักเรียนประเมินอาจารย์ ผู้ร่วมงานแล้วนำมาปรับปรุง จากที่ทำมากระยะหนึ่ง แปลว่านักเรียนตั้งแต่ปี 3-6 เรียนมาแล้วทำอย่างไรจะรู้ว่านักเรียนมีความรู้ทางด้าน community medicine มากน้อยแค่ไหน นักเรียนมีความรู้แค่ไหนอนาคตวางแผนว่าต่อไปจะเป็น portfolio เก็บไว้ จะให้นักเรียนศึกษาเช่น self assessment ว่าจะมีจุดอ่อน จุดแข็งอย่างไร แก้ปัญหาอะไรได้ จะทำให้นักเรียนสามารถประสบความสำเร็จได้ วางแผนว่าจะทำ แต่ต้องมีอาจารย์อ่านรายงานจึงจะได้ผล

ตารางที่ 84 family medicine ปีที่ 5

Family Med. Yr. 5	
<ul style="list-style-type: none"> • Objective • Teaching Method : <ul style="list-style-type: none"> Lecture OPD Practice Group Discussion SDL Home Visit , PCU , ER Action Research 	

ตารางที่ 85 Evaluation

Evaluation	
• Lecture	MCQ, Essay
• OPD Practice	Check List, Rating Scale (K. A. S.)
• Group Discussion	Report, Rating Scale
• SDL	Report, Project
• PCU, ER	Check List, OSCE
• Home Visit	Pts. Satisfaction
• Action Research	Written Report Presentation

ตารางที่ 86 Tools for Assessing Performance in the work Place

Tools for Assessing Performance in the work Place	
<ul style="list-style-type: none"> • Clinical Records • Administrative Data (Databases) • Logbooks (Trainee), Portfolios • Observation of Practice (VDO, License Exam.) 	
Audit By Pts, Peers, Organization, Tutors, Health Care Team	

ด้าน family medicine เรียนในปีที่ 5 ออกไปโรงพยาบาลอยุธยา จะเรียนรู้ objective ว่าออกไปเพื่ออะไรไปออก OPA มี group discussion มี home visit เรียนที่ PCU,FR และมี research ด้วยจะมีการประเมินโดย ESSAY และ Check list ด้านความรู้ attitude และ skill PCU และ FR ให้คนใช้ประเมินด้านความพึงพอใจด้วย ซึ่งพบว่าคนไข้ชอบนักเรียน 4,5,6 จะสอน OSCE ทุกภาควิชาจะมีบาง station ที่เป็น community medicine ให้ผู้ป่วยประเมินด้วยเวลาไปเยี่ยมบ้าน

Action research เห็นการเขียน report แล้วมาคัดเลือกไปนำเสนอชิงรางวัล อาจารย์ที่คุม research จะภูมิใจมากเป็นนักเรียนนำเสนอได้ดี

ปี 6 นักเรียนต่างจังหวัดมี ชลบุรีและ ทหารอากาศจะไปประเมินการเรียน medical record บางแห่งมีการลง computer จะไปเปิดดู ถ้าที่ไหนมี log book จะไปเปิดดูว่านักเรียนได้ทำอะไรบ้าง

การสอน liensing exam จะทำให้รู้ว่านักเรียนของเราอยู่ในระดับไหน เวลาออกชุมชนจะให้อาจารย์ ไบนั้นที่ช่วยดูในต้น attitude เรางบปราศจากการร่วมกับเวลาเรียนในโรงเรียนแพทย์ เปรียบเทียบกันเล็กน้อยเอาไว้ confirm หน้าร้อนมีปัญหาด้านใด

รศ.ดร. วราภรณ์ เอี้ยวสกุล

จะเห็นว่าวิทยาลัยพระมงกุฎ มีลักษณะการสอนคล้ายที่จุฬาฯและมี research และมีงานให้คะแนนแบบ 360 องศา คนไข้และพยาบาลมีส่วนร่วม มีจุฬาก็มีแต่ระหว่างที่อาจารย์นั้นทนหาพูด อาจารย์พูดถึงว่าอาจารย์ที่ศูนย์ และเป็นผู้ให้มีปัญหาด้านความน่าเชื่อถือ อีกอย่างที่วิทยาลัยพระมงกุฎคือการวัด valura ของนักเรียนศึกษา เป็น student reflection ที่นี้มาดูด้านคนดีของ ม.นเรศวร ซึ่งอาจารย์ด้านวิจัยคงมีอะไรมาเล่าเชิลละ

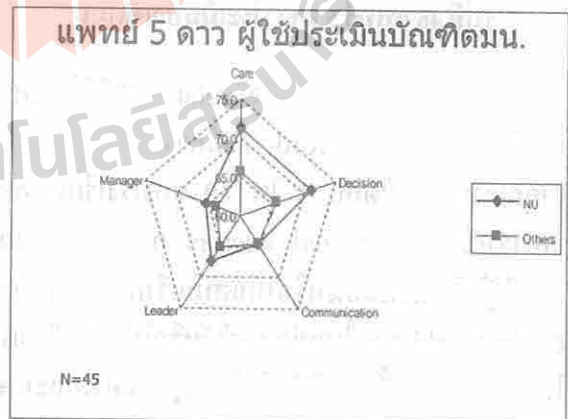
ศ.ดร ศุภสิทธิ์ พรธรรมาโรทัย

เรียน ท่านประธานและอาจารย์ทุกท่าน จะเป็นตัวอย่างที่ confirm ใน reputation วิธี assess ที่จะใช้ขอให้อาจารย์ทุกท่านช่วยประเมินจุดอ่อนว่าเราจะสามารถแก้ไขได้อย่างไร ในการประเมินที่ผมพอรวบรวมได้ ถ้าจะเทียบกับหลักสูตรจุฬาที่อาจารย์ นั้นทนหา กล่าวถึงหลักสูตรของมหาวิทยาลัยนเรศวร จะอยู่ที่ 7 ข้อ ไม่ได้ 12ข้อ ต่อจาก 5 star doctors ของแพทย์ ในที่สุดได้อีก2ข้อ (ได้แก่ life long learning และสิ่งที่ร่วมสมัยคือ humanized doctors) ทำให้วัดกว่าจะประเมิน humanized doctors อย่างไร หลังจากทำหลักสูตร out come curriculum ก็ได้อาจารย์ทองจันทร์ มาช่วยทำ scheme กับรูปนี้ไว้ เพื่อฝากไว้ว่า 7 out come นี้ วิธีเรียนเป็น spiral curriculum แต่เราไม่สามารถนำเสนอแบบอาจารย์นั้นทนหา ว่ามี 1,2,3,4 ควรจะเรียนอย่างไร หลักสูตรใหม่ 7 out come นีลิตอยู่ปี 2 ปีที่แล้วก็ปวดหัวกันมาก ว่านิติตจะเรียนอย่างไร โดยเฉพาะอย่างยิ่ง humanized doctors ช่วงเปิดเทอมปี 1 ให้นักเรียนกลับบ้านให้ไปอยู่สถานบริการสาธารณสุขใกล้บ้าน ได้ไปรับรู้เรียน competency หลังจากนั้นเปิดเทอมได้ประเมินโดย qualitative

ตารางที่ 87. What outcomes to assess 7 Outcome – based curriculum

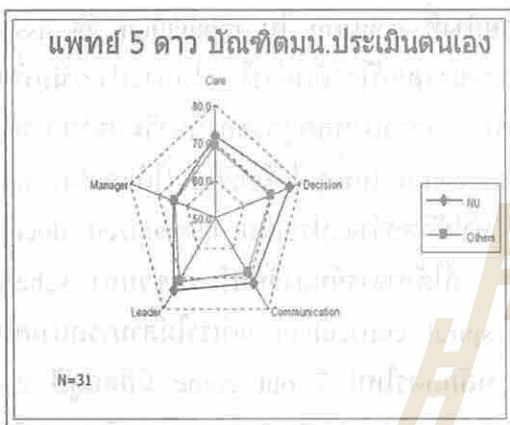
What outcomes to assess? 7 Outcome-based curriculum
๑. แก้ไขปัญหาสุขภาพโดยการประยุกต์วิทยาศาสตร์การแพทย์ พื้นฐานและทักษะทางคลินิกในการวินิจฉัย รักษา ฟื้นฟูสภาพ ป้องกันโรค และสร้างเสริมสุขภาพของผู้ป่วยทั้งในระดับบุคคล ครอบครัวและชุมชน ด้วยความรู้และทักษะที่เป็นองค์รวม
๒. เลือกตัดสินใจได้อย่างเป็นระบบโดยอาศัยข้อมูล สังเคราะห์ วิเคราะห์ และประเมินค่า
๓. เป็นผู้จัดการและผู้นำชุมชนด้านสุขภาพ ให้คำปรึกษาและทำงานเป็นทีมร่วมกับผู้อื่นในการแก้ไขปัญหาสุขภาพได้
๔. เป็นผู้แสวงหาความรู้ใหม่และศึกษาด้วยตนเองตลอดชีวิต
๕. บริหารจัดการตนเองและกิจกรรมหน้าที่ของตนด้วยความรับผิดชอบ
๖. ใช้ทักษะเพื่อการสื่อสารอย่างได้ผล
๗. มีเจตคติที่ดีและปฏิบัติตนถูกต้องตามหลักเวชจริยศาสตร์และกฎหมาย และสามารถดำรงตนในฐานะแพทย์และสมาชิกในสังคมได้อย่างเหมาะสม

คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร ๒๕๖๕

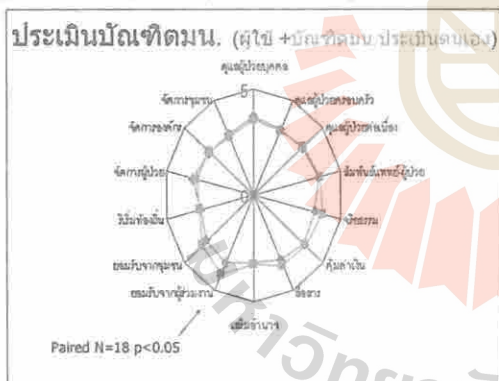


รูปที่ 46 แพทย์ 5 ดาว ผู้ใช้ประเมินบัณฑิตมท.

ส่วนใหญ่อาจารย์โรงเรียนแพทย์จะประเมินว่านักศึกษาจบไปแล้ว อยู่ได้จะเป็นอย่างไร บัณฑิตแพทย์ที่จบไปแล้วสองรุ่นใน 5 star doctors มาประเมินเทียบกับบัณฑิตก๊อปปี้ที่อื่นได้ภาพที่ทำให้เราภูมิใจ คะแนนของบัณฑิตทั้งดีในด้าน care provides และ decision maker เป็นส่วนที่คะแนนดีกว่าที่อื่นมาก แต่ถ้ามี communication skill จะสูสีกันลงที่เป็น leader และ manager ตรงนี้ใช้แบบสอบถามไปถามทีหลัง ถ้ามีผู้ให้ถามทีหลัง ผู้สอนและบัณฑิตเองจะ criticized ว่าหลักสูตรไม่ได้สอบในด้าน manager และไม่ได้มีการเรียนการสอนเสริมให้เป็น community leader ก็ได้นำมาปรับปรุงแต่พอปรับปรุงแล้ว ไขว่ว่าประเมินจะเป็นปัญหา ส่วนมากที่มี assess หลายคน การประเมินในทัศนะของบัณฑิตเองพบว่า



รูปที่ 47 แพทย์ 5 ดาว บัณฑิตตนเองประเมินตนเอง



รูปที่ 48 แพทย์ 5 ดาว ประเมินบัณฑิตตนเอง

ในการประชุมมีผู้เสนอซึ่งอาจ relate กับวิธีวัดผลของเรา ในปัจจุบันโรงเรียนไทยยังไม่มี การ assess ควรจากที่ทราบมา Stamford ถ้ามีการประเมินด้วยนี้เป็น ผ่านหรือไม่ผ่าน ถ้าผ่านของ Stamford ก็นั้นว่าคุณภาพเทียบได้กับ 1 ใน 10 ของโรงเรียนแพทย์ในอเมริกามีผู้ยกประเด็นนี้มาว่าถ้าต้องการให้นักเรียนของเราเป็น humanized doctors อาจต้องเปลี่ยนวิธีประเมินเราอาจถือว่าถ้าผ่านทางโรงเรียนแพทย์แห่งนี้ อาจมีผู้ได้เกียรตินิยมหรือไม่แต่นักเรียนจะช่วยกันมากกว่า เป็นแนวคิดอีกอันหนึ่งและจะดูว่า นักเรียนสามารถ achieve ในแต่ละจุดได้หรือไม่ ด้านอื่นแบบสอบผ่าน national license part I ก็เปอร์เซ็นต์ที่ได้ในการสอบครั้งแรกได้หรือไม่ปัญหาของคณะแพทย์ นั่นคือ ปัจจุบันส่งนักเรียนไปเรียนที่โรงพยาบาล 6-7 แห่ง แต่ละแห่ง 10-30 คน ตัวอย่างของ community medicine ซึ่งมีทั้งการเรียนด้าน research และ family medicine

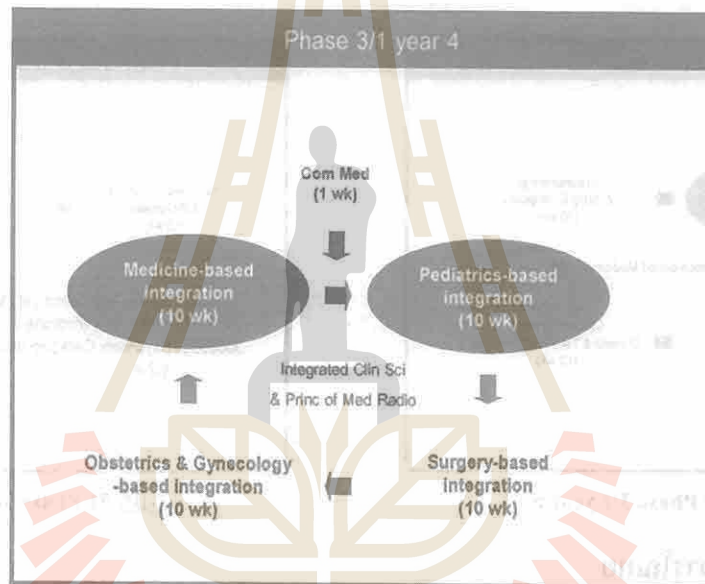
ไปแล้ว ในการวิเคราะห์ครั้งนั้นได้พยายามใช้ match bias โดยพยายามจับคู่ประเมินว่าสถานพยาบาลและบัณฑิตประเมินอย่างไร สถิติที่ได้แสดงถึงการยอมรับของผู้รวบรวม ถึงแม้ว่า sample size จะน้อย บัณฑิตจบไป 2 รุ่น รุ่นละประมาณ เกือบ 60 คน แต่ว่าผู้ที่ตอบคำถามสามารถ match ได้ดี 18 คู่เท่านั้น ความยอมรับ จากการไปตรวจเยี่ยมจะได้ฟังคำวิจารณ์และการยอมรับว่ามีสูง สามารถไปทำงานกับคนอื่นได้ดี เป็นภาพรวมใหญ่พอมาดูว่าจะประเมิน humanized doctors อย่างไร คณะแพทย์ได้รับทุนจากมูลนิธิ สดศรี สฤณีวงศ์ วงษ์ถวัลย์ทองได้จัดประชุมเกี่ยวกับ humanized medical และมูลนิธิสาธารณสุข มีอาจารย์จากโรงเรียนแพทย์ต่างๆ ที่ช่วยให้ความคิดเห็นได้ definition ของ humanized doctors ออกมาว่า humanized heart care ระบบสุขภาพที่มีหัวใจเป็นมนุษย์ นิสิตแพทย์ มีความเมตตา กรุณา มีใจแน่วแน่ แสดงออกทั้งวจนะ และ อวจนะภาษา แต่เป็นปัญหาว่าเราจะ assess อย่างไร จากการให้กลุ่มย่อยได้เสนอการประเมิน แต่ให้มีการทดสอบ

รศ.ดร. วราภรณ์ เอี้ยวสกุล

ที่อาจารย์พูดมาก็น่าสนใจ ที่นเรศวรก็พยายามใช้เหมือนกับที่อื่นก็คือได้ใช้ Five stars doctor เป็นเกณฑ์ Plus life long learning ในการวัด Exit outcome ของนเรศวร และอาจารย์ก็ใช้เครื่องมือหลากหลาย ในการวัดองค์ความรู้ พอมาถึง Humanized medicine เป็นจุดที่ยากที่สุด เรื่องจิตวิญญาณ ต้องศึกษาต่อไป เข้าใจว่าอย่างนั้นนะคะ เวลาที่ใกล้จะหมดขอย้อนกลับไปนิดหนึ่งที่อาจารย์ นันทนา ซึ่งอาจารย์ติดค้างอยู่ในเรื่องของ Peer assessment

ผศ.พญ.นันทนา ศิริทรัพย์

ถ้ายังจำได้เรียนอาจารย์ว่าใช้การประเมินของ Peer 10% ที่ได้ประโยชน์มากคือ Outcome ที่ 12 จำได้หรือเปล่าเอ่ยเรื่อง teamwork เราก็จะมีขั้นตอนว่าเราจะวางแผนประเมินปีหนึ่งถึงปีสุดท้ายได้อย่างไร เราพยายามมองย้อน field visit กับระหว่างการทำงานในชุมชน ที่ให้อาจารย์ในชุมชนนั้นประเมินและเอา Peer evolution มาเทียบกันว่าเป็นอย่างไร นำแปลกมากเลย ส่วนที่น่าเชื่อถือได้กลับเป็น Peer เริ่มด้วยใช้ 3 Scale 1. Average 2. Outstanding 3. Below Average ขึ้นต้นอย่างนี้ คือตัวเองเคยใช้ Scale



รูปที่ 49 Phase 3/1 year 4

หยวบๆ มาก่อน เมื่อ 4-5 ปี ที่แล้ว ในกระบวนการทำงานกลุ่ม ซึ่งต้องใช้นักศึกษาจำนวนมากเลย และนักศึกษาประเมินค่อนข้างแม่น ตอนแรกเราไม่เชื่อ พอเราประเมินโดยเพื่อนๆ เราได้นักศึกษา 2 คน จาก 25 คน ที่ได้รับการประเมินที่ชั่วร้ายมากในนักศึกษาทุกคน ได้ถามนักเรียน 2 คนนี้ว่า เพื่อนบอกเธอนะแย่มากจริงๆ จริงหรือเปล่า ในที่สุดนักศึกษาก็ยอมรับว่าเพราะกลุ่มมันใหญ่ เห็นเพื่อนทำงานขยันมาก เข้าไปมีแต่จะเป็นปัญหาให้เพื่อนฝูง ไม่ทำดีกว่า งานก็ออกมาเหมือนกัน ก็สรุปว่านักศึกษา 2 คนนี้ ต้องซ่อม มันก็แม่นพอสมควร

อยากเรียนอาจารย์ว่า บางที่อาจารย์อาจไม่เชื่อว่านักศึกษามีความซื่อสัตย์พอประมาณ ถ้า Scale มันไม่ละเอียดนัก การประเมินโดยนักศึกษาสามารถที่จะไว้วางใจได้มากกว่าอาจารย์เสียอีก เพราะนักศึกษาไม่ใจอ่อน แต่อาจารย์จะมีความเป็นแม่สูง ก็อาจใจอ่อนยอมไปหมด ตอนประเมินในช่วงหลังเราไม่ได้ทำ Scale เลย ด้วยซ้ำไป เราเพียงให้เป็น statement เหมือนทำ TQA เลย ว่า statement เป็นอย่างไร

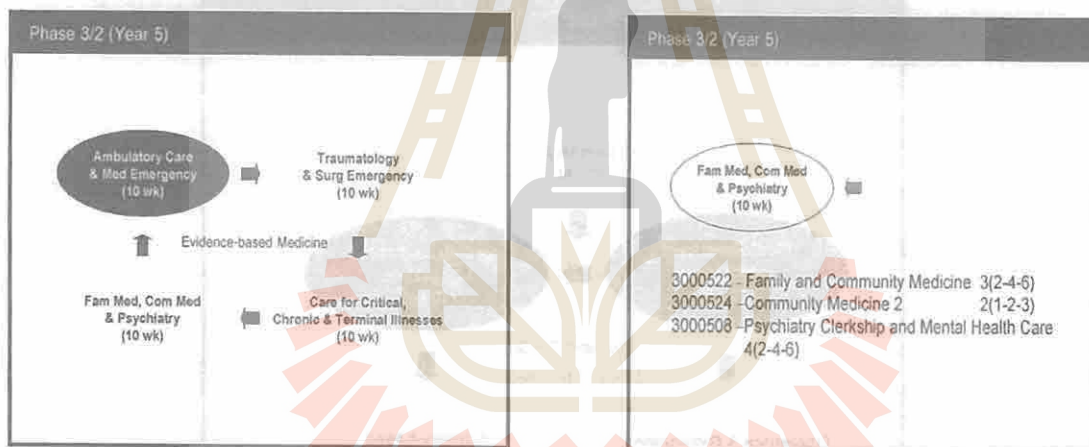
ว่าท่านลองประเมินสิว่าเรามี Scale ให้ 1-10 ลองประเมินสิว่าเพื่อนในกลุ่มของท่านแต่ละคน ว่ามี พฤติกรรมการทำงานเป็นกลุ่ม การรับฟังความคิดเห็นของคนอื่น เราเขียนstatement เป็นอย่างนี้แล้วก็ให้นักศึกษาประเมินจริงๆ น่าสนใจที่ทำ inter rater correlation น่าสนใจที่ว่า เชื่อถือได้มากกว่าที่เราคิด มันไม่ใช่แค่เกณฑ์อีกต่อไป เพียงแต่จะแนะนำ เพราะมันจะเป็นประโยชน์มากกว่า เพราะการให้เกรดน้อยเราก็ซั๊กอึดอัดมากพอๆกัน

รศ.ดร. วราภรณ์ เอี้ยวสกุล _____

ไม่ทราบว่ อาจารย์ กนกพรรณณใช้หรือไม่

รศ.พอ.หญิง กนกพรรณ ประไพตระกูล _____

อย่างที่เรียนแล้วว่าทำ group discussion มากได้เอามาใช้ นักเรียนไม่ดีจริงๆ ผลจะออกมาจริงคะแนนนั้น 3-5 จาก 10 คะแนน มีcheck list ประมาณ 10 ข้อ บางครั้งเราจะไปเช็คกับอาจารย์ที่คุม ที่บางทีก็มีซ้ากันบ้าง จะเหมือนกับจุฬาลงกรณ์



รูปที่ 50 Phase 3/2 year 5

รูปที่ 51 Phase 3/2 year 5

ศ.ดร ศุภสิทธิ์ พรธรรมาโรทัย _____

บางทีเรามองแล้วค่อนข้างจะดีผลงานของนักเรียนเป็นที่พอใจอย่างยิ่ง อย่างเช่นวิชาวิจัยที่เรศวรโดยเฉพาะที่โรงพยาบาลพุทธชินราช เราจะให้คะแนนการนำเสนอซึ่งผลการฟังเป็นที่น่าพอใจ ส่วนในวิชาเวชศาสตร์ชุมชน ก็มีการประเมินหลายอย่าง ซึ่งจะมีที่เด็กนักศึกษาแย่งคะแนนกันเอง มีอยู่ 4 คนที่คะแนนต่ำมากๆ ก็เลยทำอย่างที่อาจารย์นั้นหนาทำ คือเรียกนักศึกษามาคุย ในที่สุดก็ต้องให้นักศึกษาได้คะแนนน้อยอยู่ดี ถ้าเป็นสิ่งที่ตรงกับที่อาจารย์นั้นหนาพูด ตรงนี้อาจจะเนื่องจากการที่นักศึกษา กับอาจารย์ และอาจารย์ประเมินได้คะแนนดีกว่าเพราะ อาจารย์รู้จักนักศึกษาน้อยกว่า ช่วงที่เราปรับเปลี่ยนหลักสูตร เปลี่ยนวิธีการเรียนการสอน เราเน้นการวิจารณ์มากขึ้น นักศึกษาเรามีตั้ง 120 คน เพราะฉะนั้นการสอนแบบ small group discussion ก็เป็นสิ่งสำคัญ ช่วงที่ปรึกษาอาจารย์ทองจันทร์อยู่ว่าเราจะประเมินได้อย่างไร อาจารย์ก็จะแนะนำให้ไปหา keyword ต่างๆและแนะนำให้อาจารย์ เหล่านี้ มาวัด ในช่วงแรกๆอยู่กับนักศึกษาเพียงแค่ 1-2 ชั่วโมง เราจะต้องใช้อย่างน้อย อาจารย์ 1 ต่อนักศึกษา 12 คน หรือ ไม่ก็ อาจารย์ 2คน ต่อ นักศึกษา 12 คน ในช่วงเวลานั้น เราก็ไม่ได้ละเอียดพอ จากการ

เรียนแบบ small group ผมก็ถามในห้องเรียนว่าอาจารย์เขามีอยู่ตั้ง 3 คน ทำไมต้องมีนักศึกษาถึง 110 คน คือตอนนี้ เป็นสิ่งมหัศจรรย์อยู่เหมือนกันที่เรายังไม่สามารถที่จะทำได้ ในเรื่องของเพื่อนประเมิน เพื่อนเสริมจากที่เราทำจากยุทธศาสตร์ครอบครัว แล้วมายุทธศาสตร์ชุมชนมาเนี่ยแหละ มันมีข้อดี ข้อเสีย ข้อดีคือว่า เราไม่สามารถอยู่กับนักศึกษาได้ 24 ชม. ซึ่งเป็นอย่างนั้นเนี่ยด้านความใกล้ชิดของอาจารย์ ก็น้อย แต่เจ้าหน้าที่ข้างนอกนั้น นักศึกษาส่วนมากถ้าอยู่ใกล้ชิดพอ เขาก็ประเมินนักศึกษาของเขาได้ตามเกณฑ์กับเครื่องมือที่กำหนดไว้ อย่างที่อาจารย์หมอนั้นทนายพูดว่ามันอาจเชื่อถือไม่ค่อยได้ แยกแยะ นักศึกษาไม่ได้ ทีนี้ถ้าให้เขาประเมินกันเอง ในเรื่องของ teamwork ความรับผิดชอบ ความซื่อตรง อะไรพวกนี้ ถ้าเรามีบางประเด็นแล้วก็ให้ประเมิน มันออกมาค่อนข้างเชื่อถือได้พอสมควร ที่รามานี้แหละทำ มันจะแยกได้ แต่เราจะให้เขาเขียนวิจารณ์ด้วย เพื่อจะมาวัดว่าที่เขาให้คะแนนเกรดดำเนินมาสูง ว่าคนนี้ดีจริง หรือไม่ดีจริง เราก็เอาอันนี้มาพิจารณาด้วย สิ่งนี้ช่วยได้ดีจริงๆ ช่วยได้ทั้งอาจารย์ และเพื่อนๆ ทำให้เครื่องมือเรานี้แหละให้มันสมบูรณ์มากขึ้น

รศ.ดร. วราภรณ์ เอี้ยวสกุล

ทีนี้จะมีคำถามใหม่คะ รู้สึกว่าจะมีอาจารย์ นพ. สรรวิทย์ ที่รพ. มหาราชนครราชสีมา ขอให้อาจารย์ ช่วยให้ความเห็นเกี่ยวกับ เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินนักศึกษา อาจารย์ใช้ดัชนีตัวไหนวัดนักศึกษา? อาจารย์สรรวิทย์ ตัวที่ผมเสนอไว้เป็นการจัดกลุ่มยังไม่ได้นำไปใช้จริง คือ ตรงผู้ประเมิน ถ้าเราทำได้คงจะดี แต่ในขณะนี้เราลองทำอยู่แต่ไม่ได้ใช้จริง ทำในลักษณะการวิจัยสถาบัน ให้นักศึกษาประเมินตนเองออกมา Active ตามวัตถุประสงค์ที่เราตั้งไว้ แต่ยังไม่ได้อามาพิจารณาในเรื่องของการให้คะแนนในหลักสูตร คิดว่าต่อไปข้างหน้าเราสามารถพัฒนาต่อไปอาจจะเป็นผลดี

วันนี้เท่าที่ดู ถ้าจะคิดในเรื่องของการประเมินผล ที่วิทยากรได้พูดถึง รวมทั้งอาจารย์สรรวิทย์ ได้เสนอขึ้น คือตอนนี้ได้ ทำแล้ว คือประเมินกระบวนการ ประเมินการเรียนการสอน ประเมินสัมฤทธิ์ผล การเรียนรู้ของนักศึกษา ส่วนหนึ่งที่ ศ.ดร.ศุภสิทธิ์ พรพรรณารุโณทัย รศ.พอ.หญิงกนกพรธมล ประไพตระกูล ผศ.พญ.นันทนา ศิริทรัพย์ พูดไปแล้ว ก้าวข้ามมาพูดถึง outcome ที่ออกไป ได้มีการติดตามและประเมินออกมาว่า เขาออกไปทำงานตรงตามวัตถุประสงค์หรือตรงกับเป้าหมายที่สถาบันกำหนดไว้หรือไม่ ระหว่างเรียน 6 ปี ต้องประเมิน และออกไปแล้วเราก็จะต้องประเมินต่อไปอีก และที่จะประเมินได้ดี จะต้องศึกษาว่า achieve outcome หรือได้ตามที่กำหนดไว้ชัดเจนตามเกณฑ์แพทยสภา การวัดองค์ความรู้ที่สำคัญ ซึ่งอาจจะเป็นการสอบ MCQ หรือเครื่องมืออื่นๆสอบปฏิบัติต่างๆ และเรื่องของชุมชนเมื่อนักศึกษาออกไปศึกษาข้างนอก เราจะต้องมีครูผู้สอน ผู้สอบเยอะแยะ อาจจะต้องมีเครื่องมือวัดพฤติกรรมอื่นๆด้วยนอกเหนือจากการสอบที่เชื่อถือได้ดี อาจจะเป็นเรื่องของ teamwork มีส่วนประกอบเพิ่มขึ้นให้ Scale ที่มีคนดูรอบด้าน 360° ทั้งคนไข้ พยาบาล เจ้าหน้าที่ ที่สัมผัสใกล้ชิด นักศึกษาเป็นผู้ให้คะแนน แต่สิ่งที่เป็นปัญหาคือ ถ้าเครื่องมือประเมินมีมากเกินไป ซึ่งเราคิดว่าถ้าเครื่องมือประเมินนักศึกษาดิ อาจารย์ก็จะพยายามที่ประเมิน แต่ถ้ามีน้อยเกินไปก็ไม่สามารถแยกแยะนักศึกษาได้ เพราะฉะนั้นก็เป็นเรื่องของการพัฒนาระบบประเมินผลให้เหมาะสม Portfolio ก็เป็นอีกเครื่องมือหนึ่ง สมัยก่อนเข้าใจว่าเครื่องมือนี้ยังไม่ดีขาด reliability แต่ที่ฟังไปประชุม AMEE เมื่อปีที่แล้วก็บอกว่าได้มีการพัฒนาดีขึ้น ขึ้นอยู่กับสิ่งที่จัดเกณฑ์ให้คะแนน แบบฟอร์มการให้คะแนน เพราะฉะนั้น Portfolio เป็นเครื่องมืออีกอันหนึ่งที่เราจะช่วยพัฒนาเพื่อนำไปใช้ ประโยชน์ของ Portfolio ท่านสามารถให้นักศึกษา

ที่เขียนหรือเป็นชิ้นงานมารายงานรวบยอดว่าเขาได้เรียนรู้อย่างไรให้ reflection ต่อสิ่งที่เรียนรู้ต้องพิจารณา เหมือนกันว่าเครื่องมือนี้จะเป็นประโยชน์ในการวัด attitude ด้วย สุดท้ายคือจะใช้เครื่องมืออะไร อาจารย์ ต้องวิเคราะห์เครื่องมือที่อาจารย์ใช้ เพื่อพิสูจน์ได้ว่าเครื่องมือเราดีไม่ได้อย่างไร

คำถามเพิ่มเติม

ผู้เข้าร่วมประชุม : ผมอยากทราบถามอาจารย์นั่นนหนาว่าเครื่องมือการประเมินที่อาจารย์พูด มีการประเมิน แล้วพบว่ามีปัญหาหรือไม่?

อาจารย์นั้นหนา : ต้องบอกว่านักศึกษาหลักสูตรใหม่ตอนนี้ยังไม่จบ คุณครูเขาบอกว่าอย่าเพิ่งพูดถึง อาจารย์ต้องลองไปสอบถามรอบๆข้างเพราะมีนักศึกษาที่จบหลักสูตร ในเรื่องของการส่งเสริมความเป็น แพทย์ของประชาชนอันต้องคุยกันรอบนอกได้เลยว่า การเรียนการสอนเป็นอย่างไร แล้วอะไรที่ทำให้เขายัง คงแสดงทักษะความสามารถในการดูแลชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ เอาจริงเสียงจริงที่นั้งอยู่แถวนี้ดีกว่า ข้างหลังก็มี ข้างๆก็มีนะจะน่าจะถึงใจมากกว่านะละ



มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี

- **A real practical course in molecular modeling.
(Technology of Learning)**

Prof. Siegfried Schwarz (Medical University of Innsbruck, Austria)

Prof. Gilbert Reibnegger (Graz Medical University of Graz, Austria)

Sanong Suksaweang

มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี



A real practical course in molecular modeling. (Technology of Learning)

Univ. Prof. Siegfried Schwarz
Univ. Prof. Gilbert Reibnegger

อ.ทพดร.สนอง สุขแสง

สรุปการประชุมห้องบรรยาย Room C ที่ห้องคอมพิวเตอร์ ณ ศูนย์บรรณสารและสื่อการศึกษา มีนักศึกษาแพทย์ชั้นปีที่ 1 เข้าร่วม 30 คน และ อาจารย์เทคนิคการแพทย์ ดร.สนอง สุขแสงเป็นผู้ดำเนินการอภิปราย กับผู้ทรงคุณวุฒิจากออสเตรเลียสามท่านคือ Univ. Prof. Reibnegger and Univ. Prof. Schwarz

Prof. Reibnegger

ได้ให้ความรู้เกี่ยวกับรายวิชาที่สร้างขึ้นเพื่อศึกษาด้วยเครื่องสมอกลงในรูปแบบที่ทันสมัย เรียกว่า Virtual Campus for Medicine (VCM) โดยการยกตัวอย่างและพาท่องไปในอินเทอร์เน็ต สำหรับรายวิชาชีวเคมีด้วยกัน ท่านได้ยกตัวอย่างของโครงสร้างของโปรตีน ตั้งแต่กรดอะมิโนทั้งหมด ที่ต่อกันเป็นสายยาว ลักษณะรูปร่างของทุติยภูมิ ตติยภูมิ ให้เห็นว่าบริเวณที่จับของเอ็นไซม์ เป็นอย่างไร ถ้าจะดูรูปร่างของโปรตีนที่มีลักษณะเป็นแผ่นเบต้า (Beta sheet) เป็นขด (Helix) นอกจากนี้ยังสามารถดูรูปร่างที่เปลี่ยนแปลงไปของโปรตีนได้ถ้ามีการเปลี่ยนแปลงของกรดอะมิโนในตำแหน่งที่สำคัญด้วย นักศึกษาให้ความสนใจอย่างมาก และมีเนื้อหาอย่างละเอียดที่ท่านเสนอให้นักศึกษามหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารีเข้าไปใช้ได้โดยไม่ต้องเสียค่าใช้จ่าย หากมีการทำข้อตกลงไว้อย่างเป็นลายลักษณ์อักษรต่อไป

Univ. Prof. Schwarz

ได้ลองทดลองสอนจริงกับนักศึกษาแพทย์ด้วยรายวิชาที่ท่านเตรียมมาเป็นภาษา อังกฤษในการสอนระดับโมเลกุลของโปรตีนและความผิดปกติที่ทำให้เกิดโรคการสอนโดยใช้เครื่องสมอกลงและการท่องข้อมูลที่ท่านได้ทำไว้ในเครือข่ายอินเทอร์เน็ตอย่างซ้ำๆ ปูพื้นด้วยโครงสร้างของเอ็นไซม์ที่สนใจ ที่มีส่วนในการทำให้เกิดโรคหากมีจุดสำคัญเปลี่ยนแปลง (Mutation) และสามารถบอกชนิดของโรคที่อาจเกิดขึ้นได้ นักศึกษาให้ความสนใจมาก สุดท้ายท่านได้เซ็นและมอบใบรับรองการเข้าเรียนให้นักศึกษาทุกคนด้วย ดังตัวอย่างเอกสารแนบ อนึ่ง นักศึกษาบางคนสามารถเรียนรู้และเข้าใจได้เป็นอย่างดี ตามทันทุกขั้นตอน และสามารถเล่นเกมกับผู้ทรงคุณวุฒิได้ด้วย

ดังนั้น การนี้เป็นการจำลองการเรียนการสอนจริงที่อาจเกิดขึ้น เพื่อเป็นการสอนกึ่งนานาชาติ ในอนาคต จะได้มีการเชิญให้ผู้เชี่ยวชาญในลักษณะดังกล่าวมาสอนนักศึกษา และอาจจะมีการแลกเปลี่ยน การสอนลักษณะนี้ของทั้งสองฝ่ายต่อไป

Chairperson : Prof. Paul Worley

Co.Chair : รศ. นพ.วิรุฬ เหล่าภัทรเกษม

- การแพทย์เพื่อมนุษยชาติ
ศ.นพ.ประเวศ วะสี
- What are life and person within a real theory according to Einstein II
Prof. Walter Kofler (Medical University of Innsbruck, Austria)
- Teaching molecular modeling to medical students and doctors
Prof. Siegfried Schwarz (Medical University of Innsbruck, Austria)
- แนวทางการผลิตแพทย์ให้สอดคล้องกับความต้องการของประเทศ
ศ.นพ.อาวุธ ศรีสุกรี (เลขาธิการกลุ่มสถาบันแพทยศาสตร์แห่งประเทศไทย)
- Knowledge management in primary care setting
นพ. สมศักดิ์ ชุณหรัศม์

มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี



การแพทย์เพื่อมนุษยชาติ

ศ.นพ.ประเวศ วะสี

(ศ.เกียรติคุณคณะ แพทยศาสตรศิริราชพยาบาลมหาวิทยาลัยมหิดล)

รศ. นพ.วิรุฬ เหล่าภัทรเกษม : Co. Chair

สวัสดิ์ท่านศ.นพ.ประเวศ วะสี ท่านคณบดี ท่านผู้บริหาร ท่านผู้มีเกียรติทุกท่าน ก่อนอื่นผมขอขอบพระคุณคณบดีคุณคณบดีที่ได้ออกมาให้เกียรติผมมาเป็น Co.Chair ทราบว่า Prof. Poul worler เดินทางมาก่อนที่ท่านจะมาผมเป็นตัวแทนทำงานไปก่อน ผมคิดว่าเป็น session ที่น่าสนใจเป็นอย่างยิ่ง ทราบว่าหลายท่านตั้งใจเดินทางมาก็เพื่อมีโอกาสฟัง การพูดของเราท่านหนึ่ง ซึ่งเขานี้จะมาพูดกับพวกเราก็คือ เรื่องที่เกี่ยวกับ Humanized Medicine นะครับ สำหรับเรื่องของการแพทย์เพื่อมนุษยชาติหรือการแพทย์ที่มีหัวใจเป็นมนุษย์ ผมเรียกว่ากำลังอยู่ในความสนใจของพวกเราที่เกี่ยวกับการเรียนการสอน แพทยศาสตร์และหลักสูตรจำนวนมากกำลังมีการปรับให้มีเรียน น้อยในหลักสูตร ผมใคร่ขอถือโอกาสนี้แนะนำประวัติอาจารย์ ท่านรองแพทยศาสตรบัณฑิตมหิดล ตั้งแต่ 2498 จบปริญญาเอกที่อเมริกา ปี 2503 และประเทศอังกฤษปี 2504 ปัจจุบันท่านเป็นศาสตราจารย์เกียรติคุณ มหาวิทยาลัยแพทยศาสตรศิริราชพยาบาล เป็นประธาน มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ รองประธานมูลนิธิสคสตำแหน่งในอดีตของท่านมีมากมาย ผมขอไม่กล่าวโดยละเอียด ณ ที่นี้ นะครับ ในโอกาสนี้ ผมใคร่ขอทราบเรียนเชิญท่านศ.นพ.ประเวศ วะสี

ศ.นพ.ประเวศ วะสี

หัวข้อเป็นเรื่องที่ดี ทำไมจึงเป็นโจทย์ขึ้นมา มนุษย์พยายามช่วยเหลือกันมานานจนเกิดวิชาชีพ แพทย์ขึ้น คำ “วัฒนธรรม” หมายถึง วิถีชีวิตร่วมกันของชุมชนที่เกี่ยวข้องกับสิ่งแวดล้อม มีความเชื่อ ร่วมกัน ขนบธรรมเนียมประเพณี การรักษาพยาบาล ยุติธรรม ศาสนสถาน ล้วนอยู่ใน “วัฒนธรรม” ทั้งสิ้น การแพทย์เป็นไปเพื่อมนุษยชาติ สมัยอยุธยาเข้ามารับรักษาที่อยุธยา เนื่องจากความรู้ทางแพทย์ เท่าๆ กัน ต่อมาเกิดความไม่เท่าเทียมกันทั้งในและต่างประเทศ บางแห่งมีทุกอย่าง แต่บางแห่ง เด็กเป็น ท้องร่วง (อหิวา)ตาย อเมริกา 40 ล้านคน ไม่มีประกันสุขภาพ แม้แต่ในประเทศเดียวกันก็แตกต่างกัน ไทยเองก็เช่นกันมีความแตกต่างระหว่างชนบทและในเมือง ชนบทเด็กตายจากโรคน่ายๆ เรื่องใหญ่เรื่องหนึ่ง คือ การค้าเสรี การแพทย์ก็ถือเป็นการค้าเสรีโรงพยาบาลเอกชนจ่ายเงินเดือนแพงดึงแพทย์จากโรงเรียน แพทย์กว่า 30 คน โรงเรียนแพทย์ก็ดึงจากโรงพยาบาลใหญ่ๆ ทั่วไป ทำให้เกิดผลกระทบ ปรากฏการณ์ ทั่วโลกคือ แพทย์ไม่ยอมไปอยู่ชุมชน แม้กระทั่ง USA ได้ import แพทย์ไป หนึ่งแสนกว่าคน แพทย์ ที่จบจากมหาวิทยาลัยเชียงใหม่รุ่นแรก 48 คน (จาก 50 คน) ไป USA ที่ Mexico ผลิตแพทย์เยอะ แต่ชนบทขาดแคลนแพทย์ แพทย์อียิปต์เช่นกัน การลงทุนวิจัยเรื่องโรคของคนจน ยังไม่ค่อยมี จะมีการ ลงทุนโรคคนรวยมากกว่าโรคคนจน อาจารย์เคยไปประชุมกับ Rockefeller, WHO ใน program PDR พบเทคโนโลยี เช่น ป้องกันโรคมะเร็งตับ คนจนก็ยังเข้าไม่ถึง Unequality health care เป็นปัญหา

จริยธรรม คนจนเข้าไม่ถึง และแพทย์จำนวนน้อยไปอยู่ชนบท เนื่องจาก การผลิตแพทย์ทำนอกวัฒนธรรม ของประชาชน มนุษย์ทั่วโลกและทะเลทรายจะมีชีวิตต่างกัน จึงมีวัฒนธรรมต่างกัน เศรษฐกิจก็อยู่ในร่วม วัฒนธรรม ทำให้เกิดดุลยภาพอยู่ภายใต้ร่มวัฒนธรรม ต่อมา มีแรงกระแทก 4 อย่าง ได้แก่

1. อำนาจรัฐ อยู่นอกวัฒนธรรม
2. เงิน(ทุนนิยม)อยู่นอกวัฒนธรรม ต้องการกำไร เช่น ห้างขนาดใหญ่มาตั้งในชนบท
3. ระบบการศึกษา อยู่นอกวัฒนธรรม การผลิตแพทย์ทำนอกวัฒนธรรม
4. การสื่อสาร “IT”

การแพทย์เพื่อมนุษยชาติ หมายถึง เพื่อมนุษย์ทั้งหมด ระบบบริการที่ดีมีลักษณะ 3 อย่าง คือ

1. E = Efficiency ประสิทธิภาพคุ้มค่าหรือไม่
2. E = Equality ความเป็นธรรมต่อมนุษย์ทั้งหมด ไม่ควรเสียชีวิตโดยไม่จำเป็น คนจนจะไม่เสียชีวิตโดยไม่จำเป็น ถ้ามีบริการแพทย์ที่ดี อย่างน้อยต้องเข้าถึง
3. Quality ต้องมีคุณภาพ ไม่ใช่มีความเร็วแบบเสมอภาค การแพทย์ที่มีคุณภาพมีการผลิตยา และเทคโนโลยีใหม่ๆ ออกมาเราต้องดู cost-effective ให้ดี แพทย์ต้องทำ clinical decision analysis การจะวิเคราะห์ข้อมูลต้องการข้อมูลทางระบาดวิทยา เพื่อให้มีวิจารณ์ญาณทางวิทยาศาสตร์ อยากรู้เห็น แพทย์ practice เป็นวิทยาศาสตร์มากขึ้น จำเป็นมากที่โรงเรียนแพทย์ต้องทำ

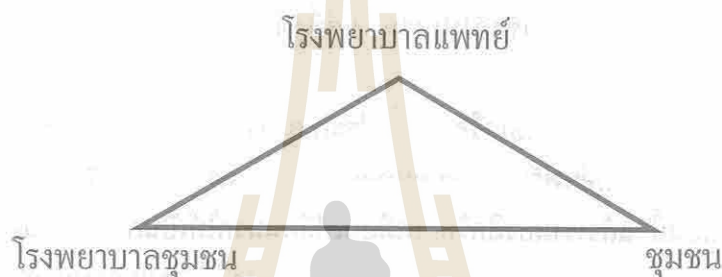
ใน USA 75% ค่าใช้จ่ายทางการแพทย์อยู่ที่ Terminal care เป็น Ethic และ human value ซึ่งต้องอยู่ที่ Policy เช่นการประชุมกรุงโคโร อียิปต์ เด็กที่เกิด 500 กรัม ถ้าไม่ทำอะไร จะไม่รอด แต่ถ้าใช้เทคโนโลยีก็รอด คนมุสลิมบอกไม่ต้องทำอะไร จีนบอกคนเยอะแล้ว เกิดข้อโต้แย้งทางจริยธรรม เราจำเป็นต้องดูเรื่องที่ต้องชั่งช้อนในการตัดสินใจ ประเทศไทยค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพเพิ่มขึ้น 10 % ต่อปี ถึงจุดที่เปลี่ยนแปลงไม่ได้ เงินหมดแต่ปัญหาอยู่ดีที่ประธานาธิบดี Clinton อยากรู้ระบบสุขภาพ แต่ทำไม่สำเร็จ ฟิลิปปินส์ตอนอาคิโนขึ้นเป็นประธานาธิบดี คนฟิลิปปินส์ใจที่จะได้แก้ปัญหาพื้นฐาน ปรากฏว่าแก้ไม่ได้ เาผลประโยชน์ของบริษัทเป็นใหญ่ไม่ได้เอามนุษย์เป็นใหญ่ health care crisis เป็นปรากฏการณ์ทั่วโลกจึงต้องมี health care reform

สำหรับ health system reform ในไทย มีการออกพรบ.แห่งชาติเรื่อง ระบบสุขภาพแห่งชาติ แพทยสภาเองต้องตั้งกรรมการหลายชุดดูเรื่องจริยธรรม มันจะแก้ปัญหาไม่ได้ถ้าเราไม่แก้ที่โครงสร้าง เราดูระบบสุขภาพชุมชน ที่เรามีเป้าหมาย 7 อย่าง เป็นเรื่องของเทคนิค ต้องสร้างวิสัยทัศน์และ เป้าหมายร่วม เช่น เป้าหมายร่วมระบบสุขภาพชุมชน

1. ไม่ทอดทิ้งกัน เช่นเห็นเรื่องคนแก่ คนจน คนพิการ ถูกทอดทิ้งเป็นต้น ภายในตำบล สามารถสำรวจได้ TV เามาออกอากาศ เมืองไทยไม่ควรจะเป็นเช่นนั้น
2. เศรษฐกิจพอเพียง ทำได้ยาก โรงพยาบาลอุบลรัตน์ ขอนแก่น ทำมา 20 ปีแล้ว นพ.อภิสิทธิ์ ทำอยู่ ถ้าโรงพยาบาลชุมชนร่วมกับชุมชนจะทำตรงนี้ได้
3. สามารถรักษาโรคที่พบบ่อยได้ เช่น URI เป็นหวัด เจ็บคอ คนแน่นโรงพยาบาล ไม่ควรไปที่โรงพยาบาล ควรดูแลกันอยู่ที่ PCU, Self care, Community care ไม่ควรไปโรงพยาบาลใหญ่ๆ เราต้องทำให้ได้

4. เมาหวานกับความดันโลหิตสูง ส่วนใหญ่ไม่ได้รับการ diagnose พวกที่ได้รับการ diagnose ก็ได้รับการดูแลที่ดี มี family doctor ดูแล เมาหวาน
5. ผู้สูงอายุ อาจเป็นอัมพาต ไม่สมควรอยู่โรงพยาบาล พยายามไปเยี่ยมคนแก่ที่บ้านได้ และมีความจำเป็น โรงพยาบาลบ้านแพ้ว (นพ.วิฑิต)ทำอยู่ในเรื่องพยาบาลเยี่ยมบ้านผู้ป่วย ในชุมชน
6. การควบคุมโรค เรามีการระบาดมานานแล้ว เช่น ไข้เลือดออก
7. ส่งเสริมสุขภาพ

ถ้าชุมชนเข้มแข็ง สามารถทำได้ เช่นการสูบบุหรี่ที่จะช่วยลดความหนาแน่นของโรงพยาบาล ช่วยให้ชุมชนดีขึ้นเป็นชุมชนเข้มแข็ง โรงเรียนแพทย์ชุมชน อาจารย์ประจำเขต พยายามจะทำแต่ไม่สำเร็จ แต่คิดว่าคราวนี้น่าจะสำเร็จ ดู โรงพยาบาลชุมชนแล้วจะสำเร็จ



อย่าไปถือโรงพยาบาลแพทย์ชุมชนเป็น 2 nd class medical school ดูไตรยางค์แห่งการศึกษาข้างบน

1. อยู่ในฐานชุมชน “วัฒนธรรม”
2. ใช้กระบวนการวิทยาศาสตร์
3. ใช้จิตปัญญาศึกษาเข้ามาด้วย เพื่อให้ปัญญานั้นดีขึ้น

อยากเห็นโรงเรียนแพทย์ทั้งเก่าใหม่ เชื่อมโยงกับโรงพยาบาลชุมชน แล้วโรงเรียนแพทย์ก็หนุนโรงพยาบาลชุมชนเข้มแข็งขึ้น เกื้อหนุนซึ่งกันและกัน อยากให้เกิดเครือข่ายทั้งประเทศ และมีโรงพยาบาลแพทย์ชุมชน ไทยเรามี resoures อาจารย์ชวคนไทยภายใน 10 ปี ระบบสุขภาพชุมชนทั้ง 7 อย่างจะดีขึ้น มาให้กำลังใจ ขอให้ทำเรื่องนี้ให้สำเร็จ โลกจะ civilized globalization “FIRST CLASS COMMUNITY MEDICAL SCHOOL ”

หลักสูตรและการเรียนการสอน

- มีข้อกำหนดและวิธีการมุ่งสู่บริการปฐมภูมิ (Holistic, Primary care, Community)
- Integration of Basic and Clinical Science
- Medical for the caring soul-แพทยศาสตร์ศึกษาที่มีหัวใจเป็นมนุษย์
- Adequate supervision in clinical pro
- การประเมินและการประกันคุณภาพ

การผลิตแพทย์เพิ่มโดยใช้โรงพยาบาลต่างสังกัด

จัดตั้งองค์กรอิสระแยกจากกระทรวงสาธารณสุข รับผิดชอบบริหารจัดการโครงการผลิตแพทย์เพิ่ม

- อาจเป็นองค์กรร่วมของบุคลากรจาก สธ. และโรงเรียนแพทย์
- มีผู้รับผิดชอบสูงได้เต็มเวลา
- มีอำนาจบริหารจัดการรวมทั้งงบประมาณและการเงินอย่างสมบูรณ์
- มีอาจารย์ประจำในสังกัด
- มีแนวทางชัดเจนเรื่องความก้าวหน้าในการเป็นอาจารย์แพทย์

ทุกโรงเรียนทั้งเก่า และใหม่เชื่อมโยงกับ โรงพยาบาลชุมชนทุกแห่ง ไม่ว่าจะเป็ จุฬา ศิริราช รามา เชื่อมโยงกับโรงพยาบาลชุมชนจำนวนหนึ่ง ในที่สุด โรงพยาบาลชุมชนทั่วประเทศเลย มีเชื่อมโยงเป็น เครือข่ายกับ โรงเรียนแพทย์ แล้วโรงเรียนแพทย์ก็จะหนุนให้โรงพยาบาลชุมชนเข้มแข็งขึ้น ขณะเดียวกัน อาจารย์โรงเรียนแพทย์ก็จะได้เรียนเรื่องชุมชนด้วย จะ complement ซึ่งกันและกัน จะมีที่โรงพยาบาล ชุมชนขาดไป แต่โรงเรียนแพทย์เข้มแข็งก็ไปเสริม แต่สิ่งที่โรงเรียนแพทย์ขาดไป โรงพยาบาลชุมชน เข้มแข็งก็มาเสริม

โรงเรียนแพทย์ลักษณะนี้เราจะเกิดเครือข่ายทั่วประเทศ โรงพยาบาลชุมชน โรงเรียนแพทย์ แล้วเรา ก็มีโรงเรียนแพทย์ชุมชนที่มันจะดีขึ้นพร้อมทั้งหมดทุกอย่าง สุขภาพชุมชนทั้ง 7 อย่าง ที่ผมพูดนั้นไม่ยาก เลย ถ้าเรามีเครือข่ายตอนนี้ แล้วเรามองสิครับ เหมือนเปลี่ยนรถให้เป็นสวรรค์ทั้งแผ่นดินเลย เมืองไทย เราก็มองได้ยากอะไรเลย resource เรามีทุกอย่างเยอะแยะหมดแล้วอยู่ที่การออกแบบ การดีไซน์ การเชื่อมโยง นี้ผมกำลังชวนคนไทย กำลังจะเคลื่อนไหว เพราะภายใน 10 ปี เราสร้างความรุ่มเย็น เป็นสุขขึ้น ทั้งประเทศเลย มันไม่ได้ช้าหรอกถ้าเราเข้าใจ ไอ้ทะเลาะกันก็ทะเลาะกันไป ไม่ว่าจะไร แต่ว่าเราสามารถ เคลื่อนไหว ทำอะไรดีๆ ได้ภายใน 10 ปี ผมคิดว่าโรงเรียนแพทย์ชุมชนอย่างที่ว่าช่วยกันทำภายใน 10 ปี ตั้งเป้าหมายเอาไว้ ว่าระบบสุขภาพชุมชน 7 อย่าง เกิดขึ้น ทั้งแผ่นดิน คนก็มีความสุขขึ้น ระบบต่างๆ ก็จะดีขึ้น รามาก็จะดีขึ้น ศิริราชก็จะดีขึ้น จุฬาก็จะดีขึ้น แพทยสภา พญ.ประสพศรีก็จะดีขึ้น การฟ้องร้อง อะไรก็จะน้อยลง หัวใจความเป็นมนุษย์ก็จะเกิดขึ้น humanity ตัวนี้ก็จะเกิดขึ้น ก็ผมหมดเวลาแล้วมานี้ เพื่อมาเชียร์ เพื่อเป็นกำลังใจท่านทั้งหลาย ขอให้ช่วยกันทำเรื่องนี้ ให้ประสบความสำเร็จ และขอบคุณท่าน professor จากออสเตรเลีย เราเป็นกัลยาณมิตรกัน โลกทั้งโลกไปเดียวกัน ก็ต้องเชื่อมโยงกัน ช่วยกัน ทั้งโลก ให้โลกทั้งโลกเป็น globalization ที่ civilized globalization ที่พูดกันตอนนี้เป็น uncivilized globalization มีแต่จะเอาเงินใคร civilized globalization คือ ความมีน้ำใจ การร่วมมือ อยู่ร่วมกัน หมดทั้งโลกเลย ซึ่งเป็นไปได้ เพราะมนุษย์มีสิ่งที่มีค่ามาก ผมมองว่า ถึงมีสิ่งที่เลวร้ายยิ่งในที่สุด มนุษย์ จะเรียนรู้ที่จะอยู่ร่วมกันทั้งโลกเลย ก็ขออนุโมทนา และขอขอบคุณไว้ล่วงหน้า ให้กำลังใจ เราจะต้องเป็น first class community medical school ครับ ขอขอบคุณครับ

ศ. นพ.วิรุฬ เหล่าภัทรเกษม

ที่อาจารย์พูด และสรุปในเบื้องต้น ในเรื่องการแพทย์เพื่อมนุษยชาติ ปัญหาอยู่ที่การเข้าถึงในเรื่อง ของระบบแพทย์ ซึ่งปัญหาอยู่ที่การกระจุก แต่ไม่กระจาย ในส่วนที่ผู้ให้บริการไม่สามารถที่จะทำให้คนไข้ เข้าถึงระบบได้ดี ซึ่งตรงนี้ผมฟังจากอาจารย์ ประมาณว่าคือจะต้องแก้ไขที่ระบบสาธารณสุข คือต้องทำ

health system reform ซึ่งระบบตรงนี้ ในการแก้ปัญหา รากเหง้าอยู่ในการพัฒนาฐานสังคม ซึ่งอยู่ที่ชุมชน ซึ่งจะต้องผนวกกับวัฒนธรรม แต่สิ่งที่ต้องระวัง ก็คือ สิ่งที่จะมากระแทกวัฒนธรรมก็คืออำนาจรัฐ กฎหมาย และเงิน ซึ่งเป็นทุนนิยม และก็ระบบการศึกษา ความจริงอาจารย์กล่าวไว้มี 4 อย่าง แต่อาจารย์ขาดไป 1 อย่างไม่ได้กล่าว อีกอย่างหนึ่ง คือการสื่อสาร

การจะทำให้เกิดการบริการทางการแพทย์ที่ดี ที่มีลักษณะสำคัญคือ มีความเท่าเทียมกันในการเข้าถึง บริการสุขภาพ มีคุณภาพที่ครอบคลุมมิติของความเป็นมนุษย์ และมีประสิทธิภาพนั้นจำเป็นต้องมีการเปลี่ยนแปลงที่ระบบสาธารณสุข (Health System Reform) ประเด็นที่สำคัญคือ ต้องพัฒนามาจากลัทธิฐานที่สำคัญ คือ ชุมชน โดยการสร้างชุมชนที่เข้มแข็งแล้วทำให้เกิดระบบสุขภาพชุมชน ที่มีเป้าหมายร่วมกัน 7 ประการ

- สังคมที่ไม่ทอดทิ้งกัน
- เศรษฐกิจพอเพียง
- สามารถรักษาโรคที่พบบ่อยได้ (Self care, Family care และCommunity care)
- โรคเรื้อรัง โดยเฉพาะ โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ได้รับการดูแลที่ดี
- การดูแลผู้สูงอายุ
- การควบคุมโรค
- การสร้างเสริมสุขภาพ

การจะสร้างให้เกิดภาพฝันดังกล่าวให้เกิดขึ้นได้ ต้องอาศัยความร่วมมือระหว่างโรงเรียนแพทย์ โรงพยาบาลชุมชน สถานีอนามัย และชุมชน เพื่อร่วมกันสร้าง โรงเรียนแพทย์ชุมชน ซึ่งแม้แต่องค์การอนามัยโลกก็ให้การยอมรับว่า เป็นแหล่งฝึกแพทย์ที่เหมาะสมที่สุด และท้ายที่สุด อาจารย์ได้กล่าวให้กำลังใจกับผู้ที่เกี่ยวข้องและคณะแพทย์ต่างๆ ที่ร่วมกันผลักดันแนวคิดดังกล่าว

มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี

What are life and person within a real theory according to Einstein II

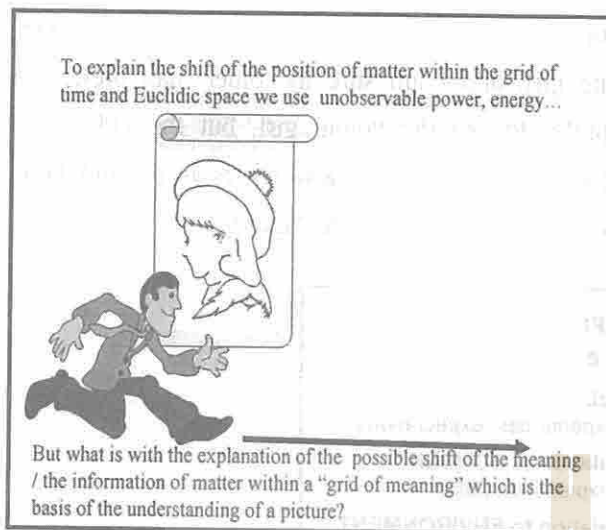
Prof. Walter Kofler, MD

Ladies and Gentlemen, President and chairman, first I would like to thank to Prof. Prawes wasi for his very interesting paper. He introduced in a way good way the real problem we have. Before I start my lecture I remind my last speech I have given in Thailand in Ching mai, It was a scientific conference we organized the international ethic of sciences organized by The medical university of Innsbruck, the medical university of Chiangmai and the change of medical drug to ethic in medicine. One speaker before me was a monk, a very high rank monk and he analyzed the situation of the most terrible health activities of medical doctors in the history and to the problems which will be given now. He has done this in his paper and I have done this.

And we came to the same conclusion : Human medicine is very often based on unhuman scientific theory. And in the moment. We have two hands that every body accepts we need values, cultures on one hand, and on the other hand we need science, but we have to integrate both, otherwise it will not be able to do this, what you call as the quality in medicine.

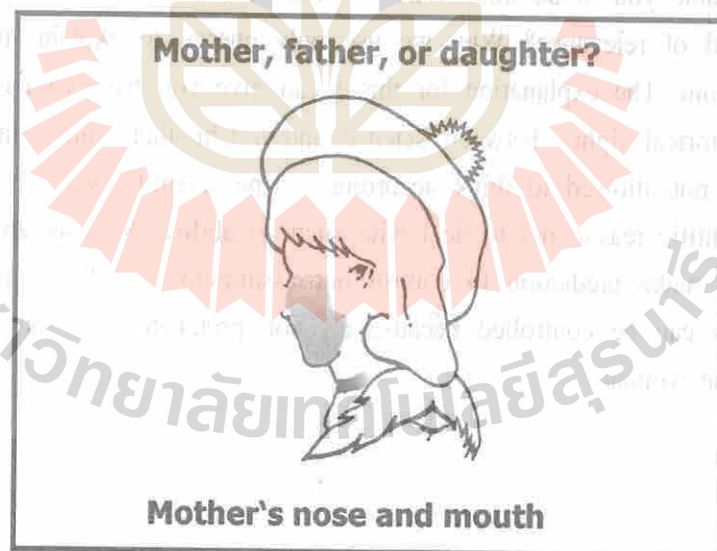
I think quality in medicine must be based on an adequate scientific frame and this must be linked to all topics related to health. We have to accept, this is not only on natural about science. This is also our science about values, culture and all the other aspects what is real. This aspect which make a human person to a social being and this was the point where I stop yesterday.

I told you now we have revolutionary process we could explain how we can start from quanta and come to human person as not a human being. It was only an animal in my understanding we have to distinguish between homosapian gene, what is a primate and homosapian finalis. This is a person who create cultures which is able to have final goal.



รูปที่ 52 To explain shift of position of matter with

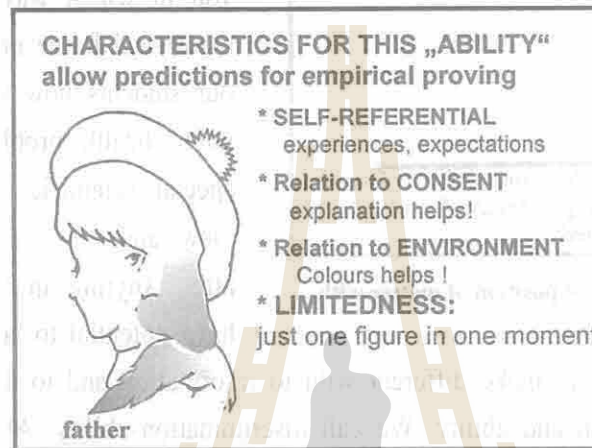
it use as energy but also to make different with to information and to deal with information to construct possible reaction and ability. We call discrimination ability. About this topic we have to speak carefully, look at this, can you see a young man's moving a picture from the left side to right side. To explain this, it's very easy if you use natural scientific type method, position matter in of time and enclitic space we use to explain but grid unobservable of the power with energy. What is explanation of the grid of the possibility, what's the meaning of the matter within the grid of meaning you see what's in the picture.



รูปที่ 53 Mother's nose and mouth

And all these you have to integrate into one model and I present to you now, the second part of my speech. The third part was given by my coworker Mag. Harald Hoerman. He has presented it to you in which way to be transferred this theoretical frame into practice and to teach our students how to handle the relevance public health problem from the view of special scientific frame of the extended view and we start and attribute to any after. Anytime in history of revolution to have potential to be able to move itself in

This is also made of matter and I am sure in this room everybody will see this figure. I am sure all the young man will see the young girl, and I am sure the older man prefers to see young girl. Excuse me the lady that we prefer to see the young girl, but the lady there have seen all the old woman, the old man, but may be you don't know where is the old lady. I can give you a helping hand, you see this is one picture with three figures.



รูปที่ 54 CHARACTERISTICS FOR THIS ABILITY

The figure of mother, of the daughter, and of the father at the same time. Here you have a father, you see the nose, easy to explain. And here you have an old lady but we can do the same, I can tell you, look at the baba of the old man then you see the mouth of the old woman, I can tell this to you. You are able to shift from one figure to the next what kind of ability enable you to do this? Why we don't use an ability which allow, to shift the meaning in a grid of relevance? Why we use only energy to explain movement of matter with in acrylic room. The explanation for this I can give you but extremely short now. This is space in a historical fight between science and a Christian church in the 19th century. Therefore it, was not allowed to think according to the scientific way. It was the discussion these are not scientific reason not to deal with such an ability. Now an ability is only helpful for us if we can make prediction to control our assumption. Look at this it should be the father why ability can be controlled because of; you prefer to see what is for you, closer, young man see the woman,

ตาราง 88 This ability with Regards to the other prerequisites

This ability with regards to the other prerequisites

- **is/enables the "interface" which is needed**
 - E.g. enables the single cell to organise the processes within and with regards to the needs of the tissue
 - We will use it for the "Bridge Layer Model" which is a cornerstone within the "Special extended view"
- **The characteristics allows predictions for experimental proving of processes**
 - is a cornerstone for the "Applied Extended view"
 - This will be demonstrated on the example of "causally unspecific health effects" e.g. after environmental disasters or for SUNDS

the young woman, self referentiality you experiences self expectations. Define what you observe, but also the relation to consent I told you please look at this and he was able to see this, what I said, please look at it. The third person was the relation to environment, colours. Now we have 3 characteristics, postulated to characterize this ability. For this we can make experimental procedure and to control or be able to use this as an adequate helpful instrument. Now, we have said the force is limited to do all the time, can see only one, you can see the old man, or the old woman or the young lady. Within the same time you can shift, therefore you can see you can modified with this ability, but this ability is restricted, and now we have basic for scientific research work about this ability. Which links the different activities to organize an organism from cell up to an individual. This ability is an interface. We are looking for the interface between matter and mind, because of it is on the boss side, linking with matter, matter within the information and matter in the position in the space sometime. We will use to present to you a bridge model and a bridge layer model which is the cornerstone in the understanding of human person as a social being, his culture, his religion, what his body weight, and what his biochemistry do. To characterize these allow us to make prediction. we can make experimental we can make of proposed what can we do to

ตาราง 89 Introduction into the "Special Extended view"

Introduction into the "Special Extended view"
Darwin - Lorenz and Qwanta
Ability to deal with information connects the layers in the Bridge model

give better answer to the question about daily life about health recreation and diseases I will demonstrate in to 2 examples, one is causally unspecific health effects, one of my research work. Another is another work I have done for the Ministry of Public Health about 10 years ago to deal with SUNDS (sudden unexpected neuronal and death syndrome). Before we start to go in detail, we link this with evolutionary theory, Darwin's and the Nobel Laureate who was honorary president of the International Academy of Science. We have to link with Quanta, the

ability to deal with information should connect to layers of bridge model. All these should be Quanta and we agreed that this is not enough to explain the human person, it cannot be characterized only by the physical characteristics. Therefore, we propose to introduce the term Quanta to different writing. If you look at Darwin, Darwin and Morgan's evolutionary theory allow us to distinct between different species on the basis of morphology. On the basis of characteristics of better and therefore we can say we can characterize any species but also the

organ of the species and the tissue of the organ of the species, and on up to the smallest basic actor that we can observe empirically that we call quanta. Now we look species can also be characterized by the behavior and behavior is the attribution of meaning to movement of bodily function. If we can characterize the species, this behavior, this knowledge gaining process the evolution, the organ can explain the tissue, and finally the most basic actor can be observed now we need the new term we call it Kwanta, a little different writing now we fit these together the immortal and belateral of species of organ, of tissue and now we have the basic actors we should call quanta. I have shown the step. From homosapian RENE as a primate only to Homosapian fenalis. I described these as an example of arts. This is a special culture took truth of a painting lasting thousand years ago. He painted from his first imagination of immortal soul. The soul is outside of science. It is out of understanding of the belief in the immortal soul and the god in the different time. This was the starting time of culture, of society and improvement of mankind from homesapianrene to homesapian fenalis. And for homespun fenalis we need a model to cover all these things which are relevance to understand what the human person is able to do. This can be explained in a Bridge model. We need a

ตาราง 90 In A proposed solution

In A proposed solution

- step one: introduction of an „ability to make differences to information and to deal with”
- step two: evolutionary view of this ability
- step three: application of the technique developed by Einstein (“Real theory” – “Scientific terms are just free inventions of human mind to deal better with our real world”


All consists just from Quanta! Physical parameters are indispensable – but are they sufficient too to explain all?



If all is based on the same unique evolutionary process then guidance, expectations, emotions, creativity etc must be based on it too – and on the most basic observable actor (quantum) too – but then we have to attribute non-energetically based characteristics to them too! Quanta

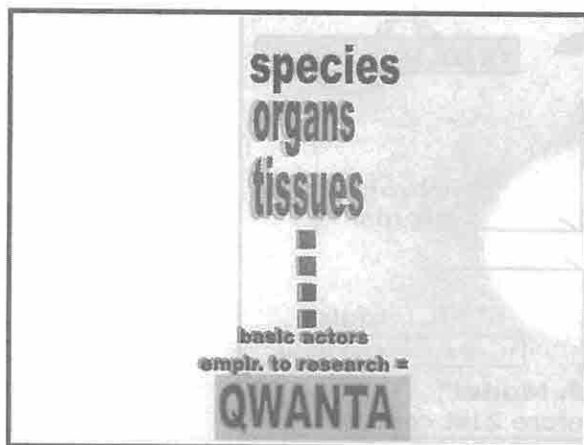
รูปภาพ 55

Darwin/Morgan's Evolution species - to distinct thanks morphology = characteristic matter



species
Organs
tissue
—
basic actor
empir. to observe =
Quanta

รูปภาพ 56 Species Organs tissue



ตาราง 91 Function Units of somatic cells

Do not forget:

- The person has to use the function units of somatic cells which believe to act for "co-operative purposes" to realise their meaningful and final intentions.
- Expectations, hopes, fears etc related to intentions like "to be needed, to be accepted, to be unique, unforgettable.... must be transferred into a language of the "very basic intentions we can attribute to (somatic) cells" with the possibilities which are given after a very long biological selection process – but for wishes which are often not selected by biological processes

รูปภาพ 57 QWANTA

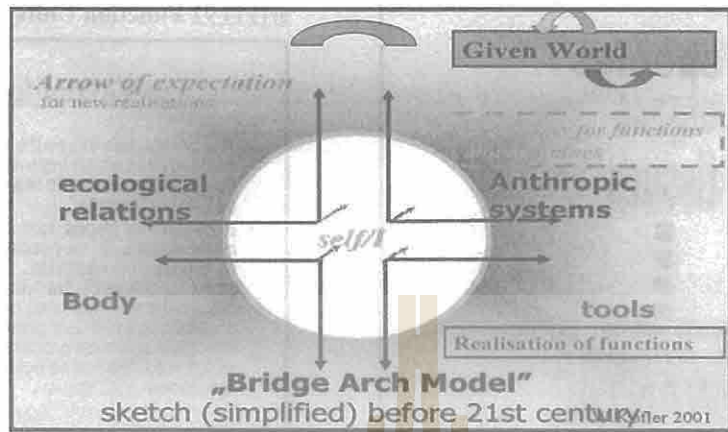
theory to allow to understand a human person from an evolutionize point of view. It is only a free invention of human mind as any scientific theory. This same body and same hardware. A young lady from the rural area has to live with the knowledge of the same hardware the same body in principle different need and intention of final goal too. The person can use only organ and tissue on the basis of ancient biological evolution. We have to know all the principle if we make the medicine for rural area, or for the medicine in town. The same basis but in which way the same basis can be used for a tall different purpose. From ancient time to 21st century :

ตาราง 92 WHY Bridge model

WHY „Bridge model“

- As a bridge allows to reach a goal on the other side of the river – the Bridge Layer Model allows to characterise how the person can intend to reach his/her goals (Arrow of expectations) thanks arches of the bridge – built with material taken from the "given world" within evolutionary process – limited by the "given world"

the bridge model of human person, we have different aspect self and now of expectation to characterize self. To call bridge model because you can across from one side to another side. From one goal to another goal we should know the goal of a person and characterize in heath ecologic relationship, the intention of a person. The expectation can be divided in to 4 arches body (growth and development), anthropologic systems (human in society), tools (realization offunction).



รูปภาพ 58 Bridge Arch model

All can be characterized based on matter and integration of evolutionary level. The given arches allow to select from the given world, new intentions and fears, which are intended. With the luxury of resources remaining after economic satisfaction of the needs to keep the bridge working. The reached goal will be part of the so extended possibilities and therefore of the so extended bridge—which allows to see the given world different, and select new intention fears what career is to be taken. Medical doctor can see the difference in the world according to bridge layers. The construction of society, the expectation, the need for recreation and

ตาราง 93 The linkage between the arches

But this sketch does not include the evolutionary point of view

- The „arches“ are covered with layers – like a wooden bridge with planking
- The older layers are the basis for the younger layers: single cellular are the basis for tissues etc.
- The linkage between them is based on the „ability to organise“ (and its evolutionary modifications) up to the Arrow of expectation: The single cellular are organising themselves within the „Matrix world“ their role as tissue etc. – your remember Father – mother – daughter ?



รูปภาพ 59 The Bridge Layer Model of a child

many more. The new arches may increase such as mobile phone computer systems. The world changes I offer the model because the people in the rural area have never. There is totally different change that there is no modern medicine that fit in to these learning how to handle the changes, epidemiological change. We have new disease, new type of mobility that you can observe, we have culture crash. What is the quantity of life? What kind of interaction we expect if the ability is limited? If you do not focus on one problem you will never answer it. We have 2 principles: active inhibition and active enforcement. The brain can be suppressed in active inhibition. There is a response term steering reaction to feedback. Remember when you drive a car first time, it was terrible, you use all your force.

ตาราง 94 How the bridge layer model is growing

How the bridge layer model is growing

The given arches allow to select from the given world new intentions (and fears) which are intended with the luxury of resources – remaining after economic satisfaction of the needs to keep the bridge working. The reached goal will be part of the so extended possibilities and therefore of the so extended bridge – which allows to see the given world different and select new intentions/ fears

ตาราง 95 Bridge Model (BM) today

Bridge Model (BM) today

- Two additional arches of the bridge had to be integrated within the last 25 years: The complexity of the "Arrow of expectation" and of the "Given World" increased exponential! – a need for recreation of the (older parts of) brain to expect ??
- Output: Quality of Live must be introduced to characterise the health status in society

ตาราง 96 From steering reaction to feedback

The example

From steering reaction to feedback

The example: to learn to drive a car

Feedback:
 the system must be installed
 only the installed functions
 direction is given
 optimal efficiency (dose –response curve)
 no attention needed

Danger because of unintended wrong given values: civilisation diseases
 Underestimation of the relevance of the given because of "lost of feeling" (e.g. to parents...)

The example to learn to drive a car and you focus on what kind of gear and what kind of gas you should use. This was the steering reaction at first time, anytime you are possible to do it. You have many choices of selection you select consciously the direction. You have full energy and full input of attention. But at the same time no other function is possible. The

failure because of overestimation. Now we understand why coronary heart disease cause death, if you are unable to calm the person. It is totally uneconomic misuse of energy-Entropy. But after 2 weeks it is totally different, you have learnt to cope this with feedback reaction, you do thing after the system is implemented and you have no more choice you have used this function. The example to learn to drive a car

How the bridge layer model is growing ? The given arches allow to select from the given world new intentions (and fears) which are intended with the luxury of resources-remaining after economic satisfaction of the needs to keep the bridge working. The reached goal will be part of the so extended bridge-which allows seeing the given world different and selecting new intention/fears.

(explain the graph)

This is a bridge model of Aristotle and platoon. You'll see lots of tools and some tools have white color in it. Which are made from matter from example a wedding ring is made of gold. But it's not the value of the gold but the value is feeling. And so you see some more of system and your society. Than you'll see this society is constructing itself.

Bridge Model (BM) today

- Two additional arches of the bridge had to be integrated within the last 25 years: The complexity of the “Arrow of expectation” and of the “Given World” increased.
- Exponential-a need for recreation of the (older parts of) brain to expect?
- Output: Quality of live must be introduced to characterize the health status in society.

(Explain-Graph)

Now you see the same games and what are the new goal at the new arches are the virtual world, the computer systems. You use mobile can shift from one kind to the other. My son makes decision in our country but he lives in Australia. But he integrated body never relevant to be at place to place to make decisions.it's extremely interesting, the visual world. When I was young if you were gambling may be you was ill. Now to be able to come on the 25th level to come on monkey island. This is a cost that you are very except person in the society. We have no medicine that we can fix these together.

This person could do the same may be sixty years ago. But now she's doing her work in different arches. What is the consequences of this? They have to deal with such a lot of total deal aspects. She has never learn how to handle with this. There is different between the generation the way which she has never been before.

Now you see as professor Vasee told before, I bring in the same list life expectancy. Like for bodily work related and animal, microbes, and climates. As reason for health and illness. Then we have poverty, the housing conditions, chemical work place to chemical for work place tools. This link is an epidemic logical shift from infection disease to the dominant of disease. Not only in mortalities because of educations, behavior, transitions. Then we have new diseases that dominate and it's extremely relevant three factors to health care, the modern technology, new type of morbidities. New diseases not only AIDS there's also other disease too. Reputation strange Rangeley may be cold fatigue and all diseases that you can observe in health care personal.

And now we have the culture clash. What have we to do to be accepted in a visual world including drugs, visual economy? What is the quality of life? And which way we can integrate this? Now we have to change this in a rural area in an extreme short time. And what kind of interaction we have to expect and our moral allow us now. To link the different level of evolution which bodily diseases and psychic disease too. Because of now we have this interface of the ability to organized which is modifiable and allow us to understand like energy. Starting with movement and you have different type of electricity and electromagnetism. Then you have different type of chemical energy so we can distinct between discrimination ability, ability to organize living entities, emotional abilities, and critical abilities to make differences in a critical level of human person.

The new ability is limited

- But modifiable “Flexible”: Focus on one shifts: pixels” on it—from other aspect

- Active enforcement-active inhibition :the cat and the mouse

- From steering reaction to feedback

Look at this picture. If I ask you how many leaves on this? You cannot answer but if you focus on it you’ll have the answer. You can see I can count the tree leaves. But you cannot say how many chimneys. If you focus on one then unintended you are not able to answer questions but are able to answer if you do not focus on this. There is no student much more that can present examination because of the focus on the wrong point.

If you have a cat and loud speaker then you can make a link around the ear and a loud speaker outside. Now you bring the cat in a box in which no sound can come out. Only it’s coming from the recorder. What’s raw from the ear to the brain. And if you have music outside of the box you have music too. But if you now bring a mouse in a view of the cat. What’s express? The sound you’ll hear, an active distribution. Brain is facing the information.

Underestimation of the relevance of the given because of “lost of feeling” (e.g. to parents)

It’s very often that you loose the feeling. Maybe this is not because of you loose your love maybe your partnership just a part of daily life. What’s in the feedback system under estimate? Think over about this.

Introduction into the Applied Extended view : On two example;Casually unspecific health effects : SUNDS Limitedness-not only of energy

If the assumption of a “limited ability to organize” in living things is helpful then we leave an additional demand to take into consideration in (extreme) stress situations : The consequence of the lack of ability.

A deficit in the ability to organize may cause lower quality in organization : This would be relevant in causes with unphysiological morphology (e.g.atheriosclerosis) but no symptoms-compensated by good organization.

Stewart and Kneale:

A bomb survivors: factors that may lead to a re-assessment of the radiation hazard*State of the art: Cancer is the only late effect of survivors of a bomb and they are-apart from their radiation dose, representative human beings.

Null-hypothesis: Therefore any subgroup (e.g. survivors with multiple and with no injuries) must have the same distribution of mortality if related to 1 Gray

Alternative-hypothesis: Subgroups show significant differences because of their selection by disaster. (Explain the graph of Confirmation : Mortality of Survivors of A bomb)

Here is additional effect of a need of ability to organize. To deal with healing, to deal with growing. These are unspecific defect from bomb. Two types of victims one show is specific for disease about one to seven people. There are significant of the higher and lower

area in a group. It's publish and unexplainable phenomena. These principles are helpful for the underatanding of many facts which cannot be explained with traditional natural scientific positions e.g. Life events, death during football game sudden unexpected/unexplained Death Syndrome SUNDS, death on Arrival DOA

Data of Symposium with Ministry of Public Health and MUI is as follow-Man-female 10:1
Just sons of traditional farmers 25-45 age

Data of Symposium with Ministry of public Health and MUI

- Man-female 10:1
- Just sons of tradition farmers25-45 age (DOA all age)
- During a nightmare with phenomena of a fight-Nobody can wake up them even with intensive stimuli. They die after about 20 minutes
- No drugs-no alcohol-other chemical,boil..burden
- No pathophysiological explanation for death / the special phenomena in SUNDS and DOA
- The abnormal findings are distributed according to the mortality distribution of his home area (in SUNDS and DOA)
- There are (minimum) five proposals for explanation enforced by significant correlations but totally different aetiologies
- They excluded each other and all are incompatible with the consistency of pathological diagnosis(then any person died

Explanation on the basis of Extended view

- they have no hope to come home as a winner
- this is against the selfunderstanding of Thai man
- Dreams can be understood as period to try new solutions: the solution is never to use the doping principles of traditional Thai farmer families (if you integrate yourself into the group you are accepted and safe) but to use the western style:fight for your right-your boss is misusing you if you cope with eastern style

This is a free invention of the human mind

Terms and basic laws are human inventions.

They can't be a priori justified, neither by the human mind nor in some other way.
(A.Einstein)

The only authorization is their helpfulness to deal better with our world

Thank you for your attention.

Teaching molecular modeling to medical students and doctors

Prof. Siegfried Schwarz

To thank the rector Prof. Prasart Suebkha for having invited me and my wife to this beautiful country. I would also like to thank the dean of this medical faculty and also Dr. Sanong Suksawang who gave us so much hospitality and picked us up from Bangkok and so on.

And also I would like to thank the students. I think we had about 40 students yesterday here, 40 pieces, I gave this course in molecular modeling and I was so pleased to realize that it worked right from the first minute. It took us about one and a half hours and they received step by step description of what to do and how to do and they followed the instructions and it was a great success.

So, I think, what the reason is why I came here to present you a view on a molecular view on diseases. Its proteins in our body that can make us healthy if they are in the right place, in the cell if they are in the right number, and if they are of the right shape. If any of these three aspects of the protein goes wrong one reason is by mutation in the gene but the other reason is when a protein becomes dysfunctional by for example, a toxin, a drug, an environmental product, a virus, a bacterium and so on.

Then the protein produces a disease. And often, if we understand the dysfunction of the protein, the change of the correct shape we can use a drug that corrects this attribute and pathological and diseases causing shape.

And you know that to understand this better we have to understand the normal function and the normal shape of proteins and that's what I want to give you an idea of, in my lecture.

So here you can see a collaboration between the 2 universities. The Suranaree University the medical institute, and my institute and the scope of my lecture and of the course is. Understanding diseases by understanding proteins in their function and in their shape. OK, and here you can see what are the challenges? There are thousands of diseases in textbooks and in the OMIM data banks and other data banks. But there's in our study of five or six years there's too little time for teachers and students alike to teach or to learn them respectively.

For example just one article recently in New England Journal of Medicine, this disabled receptor signaling a new primary immunity deficiency disorder. And this sounds as it very difficult title but in fact it's not difficult to understand if you understand the primary shape and function of proteins. So that's why organized in my university, this course, for to a medical student which I would like to transfer and already did this university as well.

So, here's the lecture room and we have proceeds and from these proceeds which are connected to the internet and we can learn and retrieve. The students can learn to retrieve file of a disease the OMIM data bank and from the protein data bank. They can learn how to model the protein, and each students forms a little group of two or three students being assigned to model a certain protein to understand a certain genetic disease and to map the mutated amino acids into that protein.

And then as a homework , and come back after one week to present their homework in public to other students. So that's done one week later, and at the end, the task and the scope is that students learn from each other. What other students have prepared? All the others can learn and they can discuss and evaluate what they have learned. So here's a lists of molecules and here's the entire logistics of this course and I gave yesterday already to Sanong a CD with all the teaching material.

This is done and designed for 300 students any can made of course adapted for 30 students 50 students 60 students as it is the need of the university. And at the end yesterday all the students received a certificate of participation and they are quite proud of it .And this is the textbook I've written that describes those molecules which I find relevant.

From an abnormal protein an abnormal biological process resides a disease, and typical examples are given in this book. And these examples cover almost the entire medicine just to give you a few examples: apolipoprotein A1 and this is the PDP, the structure and this is the only number, and this is the gene and this is the disease. If this apolipoprotein A1 is dysfunctional you may have an amyloid polyneuropathy. If crystalline for example is defect you may have a cataract in your eyes, if the B-cell receptor a defect you may have bruton agamma globulinemi if there are rhodopsin protein in your eyes is defect you are blind, if thyroid hormone receptor is defect you have thyroid hormone resistant syndrome a wide spread disease if there is cholera toxin so you learn also about toxins from the environment. If cholera toxin is present in your body you may have the symptoms of cholera toxin itself. But a cholera toxin effects a G protein, if a G protein is dysfunctional if it has p nas GS, G protein is dysfunctional you may have pituitary tumor you may have Albright hereditary osteodystrophia you may have also mugu loi pad syndrome. This is the gain or function mutation and this is the loss function mutation of the same protein GS1. If there are s protein in this instition is defect you may have a tumor, a cancer tumor of the brella, if the gata binding is defect you have dis erythropoietin anemia and so on and so forth. I don't want to go to all the list. So this is just a representative lists that tells you that these molecules are not selected because they are interesting because they are causing diseases.

Diseases that are everywhere in this world. In Thailand just as well as in Europe. So I think it's interesting. And it is important to give an over view of those molecules. And as typical an example we have work together with the students with your students and an

example of a larger protein that's the white proto with all its atoms this little boards and the smaller protein is the larger protein is neurophysin and the smaller molecules is vasopressin, a hormone that is secreted by the pituitary gland but which is stored by pituitary gland as a complex the small vasopressin but the larger neurophysin and that and both the neurophysin and the vasopressin are incoded by one chain. So the chain encodes not only for the hormone encodes also for the carrier protein that protects the vasopressin from de gradation within the pituitary gland.

So if there is a mutation, the mutation can only either as a present molecule or can be the neurophysin molecule. And it can lead to rapid deterioration of the pituitary gland or it can be To a slow deterioration of the pituitary gland depends where the mutation are. But what students Tentative learn? They learn the simulation in the gene, but don't know where exactly in gene and which part of the protein is effective. And this has enormous consequences, it can be either a loss of function mutation, or can be gain of function mutation, And it leads to totally different diseases and the onset of diseases also very different. So in general we deal with the small molecule and we call generally legend and there's also secondly there's a large molecule and which we generally called the binder. The binding protein. And it depends where the disease is.

Just to give you this example this is the gene for angenine vasopressin precurror. Here's the conception start side and here's 1 axon and here's the second axon. So, the mutation can be either here or it can be here, in the second or in a different part of the first axon. So depending where the mutation is. It has different effects and different causes. This mutation if we zoom it out now, this is the entire protein so the white protein is the neurophysin the binder and this red protein is the smaller vasopressin. So this is the vasopressin and this is the neurophysin.

So if the mutation here for example proline at position 7 in the entire gene, This present we have to make where is pro's 7. Is it here or is it there? And we can show by molecular modelling it is there, in the vasopressin molecules. And we can ask the question is this proline 7 involves in the binding to the neurophysin or is it not. And as you can see it's not involve it's outside. But it involve in receptor bindiny because the receptor recognize of vasopressin not this pat it the opposite part. So here prolyn 7 plays a big role. This is prolyn 7. if this is defect you have the defective vasopressin that means it does not bind anymore to the receptor. And this disease is recessive, because you have another from the other genalin you have a none rotated allele that brings that delivers a normal vasopressin which is avid bind to the receptor and that's sufficient to activate the receptor in the kidney and so you have no symptoms and you no disease and stipulate for a recessive botea. However, if there's glycine 17 mutation and we can ask where is glycine 17 present and it's present on the neurophysin molecule here in this part. It's not involve with the finding neurophysin but this

part in the data sheet area of the protein leads to a defective neurophysin and the defective neurophysin it contains this atropie glycine in this position makes the neurophysin to self aggregate to produce a dimers, trimers, tetramiers, pentamer, hectamiers and so on. Huge complexes, protein complexes and protein incomplexes, are none specifically cytotoxic. So in this case it will not help if you have normal gene of as a second deline this gene product this toxic neurophysin mutated neurophysin destroys in short time in complete pituitary and you have a dominant disease.

So depending on the just the position just ten amino acids apart you may have recessive disease or you may have dominant disease. So this can be understood not for considering the gene it can only be considered from understanding the structure of the protein. And that's the goal of this course.

Ya, as we would like to understand the mutation within one gene and this results not from the gene itself, it resides from the gene products depending on the region and it can be the domain that is involving it can be recessive or it can be dominant. So we want with this course to dig the students knowledge that they have obtain in physiology courses and bio chemistry courses and so on and in genetics courses.

We want to increase the understanding just a paramedic diseases like this diabetes insipidus that is caused by vasopressin deficient. We want if students understand this 50 examples I think they can anticipate all other or many many many other diseases that are based on the same principles of protein in deficient. And because students have to learn themselves they have to anticipate the diseases. They just cannot learn all the thousand diseases. But they have to have a principle idea of what type of diseases can occur this year next year and so on.

And if students, if 50 students like yesterday in the PC room in the library, if they learn together if they help each other if they learn from each other. That's what I call participated learning. That's I think a very important type of being colleagues doctors have to be colleagues doctors have to support each other in better treating patients. And they learn practical skills, they learn how to deal with the computer and they learn how to use authority this data base from the internet because you know there's so much unreliable information also present in the internet, but if you know what is an authority of data bank like the Omen data bank like the protein data bank and so on you can learn how to distinguish between good data banks and less good data banks. And there is students interaction they can interact they can do something on the computer. They are not just listening, they are working on the PC. And this gives them the experience of personal competence if having of self esteem by learning how to work on the computer and then by learning to present their ideas their findings in public to other students to professors that listen as well and to discuss the research of each students groups in public.

So, I want to give you a quick overview of some of the molecules that I have collected for the students I have all of them in a very simple way. Small molecules ligands, large molecule ligand-binding proteins.

For example: the ligands can be non-peptidic small molecules, the smallest ligand in our body is the calcium atom you see this calcium atom is calcium ion. That is pick or that is bound between two oxygen atom. Negatively charge oxygen atoms bind positively charge calcium atom ion.

That's the paramedic binding data excit of domain of a protein. And a peptidic hormones, peptidic toxins and there are several. And the ligand binding proteins like enzymes, membrane receptors, signal transduction proteins, multi modular adhesion proteins, DNA binding proteins, immunologic proteins and some others.

So here again so you can see that's alpha helix spectro of a large protein like this. It's from hybobeline for example and you will see two glutamate. Glutamate the sixth and glutamate the three so these two glutamate are one round below each other in this alpha helix spectro. And therefore these two oxygen atoms are positioned in the right way and in the right distance from each other that there's little space left and this little space is filled with one calcium atom. And as you can imagine if there a mutation of the protein here of this amino acids it won't effect this one but if there's a mutation in either of this two glutamates calcium will not be locked.

And will fall out. And there, the calcium binding ability of this protein is destroyed. So it depends where in the protein is the mutation.

And this is a calcium pocket we call it a calcium pocket. And what I want to transfer you here is there is not strange complimentary. There is atomic precision. Three atom just a interactive each other. And each atom has to be in the right position. In order to fulfill the criteria of a calcium binding pocket. Then if calcium is then bound leads to the confirmation of change of the entire protein so the confirmation changes and they you can bind something else and activate another protein. So and if you consider this calcium binding pocket and see this how it is encoded. Look a glutamate is encoded by GAA in the dealing if you change the GAA a point mutation into a CAA you have a glutamine. And glutamine is not anymore negatively charge, it's neutral you lost this oxygen atom a calcium cannot divide. Another location point location GAA, if this is mutated to AAA, you produce a lysine and the lysine is positively charge. This would repel the calcium atom the calcium ions. So it is atomic position is encoded by single letters so to speak in the DNA.

Here you can see a small ligand like pheylethylamine. And you can see this back bone. And you can see nitrogen atom here. And this nitrogen atom here is important for receptor-binding for adrenergic receptor binding. But since it has only one atom it has low affinity and low specificity. The rest is by contrast the isoproterenol which is a similar structure like

phenylethylamine has one, two, three, four, four reactive atoms and this produces of course high infinity binding to certain alternative receptor and it produces also high receptor specificity. It is adrenergic alternative specific or selective.

So it's the atoms and not the over all structure it's the position of certain atoms in a ligand that gives, provides affinity selectivity and so on.

Here you can see a seven transmembrane. Here the receptor you see seven helices it is here if we zoom out one of the helices and color it differently we see that the red ones a hydrophilic amino acids and the white ones are the hydrophobic amino acids. So since the helices are positioned it to the cell membrane vertically the hydrophobic part of this amphiphile helices oriented cells to by to the membrane environment and the hydrophilic oriented cells into the interior of the receptor. And that looks like this.

Here are the one, two, three, four, five, six, seven helices. Seen from the back so we have the hydrophilic interior and then hydrophobic outside face of these helices and the hydrophilic interior forms a pocket in which a hydrophilic ligand can flowing or flying even as you can see in this picture. It flies in and orient itself correctly, this is isoproterenol and corrects itself to form atomic contact with certain atoms of amino acids of the receptor. And if it's oriented correctly it act as an agonist and if it's oriented incorrectly for example an Isomer, a stereo Isomer then it does not activate the receptor and therefore act as an antagonist. So atomic precession again explains you agonism versus antagonism of a ligand.

Look for this progesterone, this is a steroid hormone owe as you can see it has two oxygen atoms at it's very tips. And this is cell membrane and the cell membrane is of course a lypophylic environment but progesterone with this spectrone is so high phobic that it can diffuse through the cell membrane into the interior of a cell. And in the cell there is a receptor and this receptor is a large protein and it has a little hole here far too little to fit the progester so they have two confirmation the empty confirmation in which the hole is large so progesterone can flow in and the close confirmation if the progesterone is already inside.

And if you look at this protein and if you label this protein in 2 different colors, light magenta is hydrophilic amino acids and gray amino acids are hydrophobic amino acids you see the outside of the protein is largely hydrophilic. And therefore it swings and this dissolves in the cytorolic environment which is water.

But if we cut the protein so to speak with a knife and look inside the protein you can see the pocket the progesterone is sitting inside the protein is covered by hydrophobic amino acids so the hydrophobic ligand is covered by hydrophobic amino acids of this protein.

And now if we zoom it out this pocket you can see this better but you can see another detail, that needs that tells you that there are some space left, not all the space of the pocket is filled by progesterone. So if you know this you can design a different

progesterone, a progesterone with another oxygen carbon atoms that would fill all of those empty and not fill spaces. And that is seen here RU 486 also called difidunae is a progesterone antagonist as you know and this fills also this space but by using this extra atoms. So this is antagonist it binds but doesn't activate the receptor.

Now you can see a number of mono or multimeric peptides like NGF, PDGF, this is two molecular receptor alpha and you can see some of the smaller meric hormones some of then dectimeric hormones and some of tri meric hormones DNF alpha has to exit tri meric hormones and some of them like favorable receptor as in pet co berry hormone needing or requiring tetamerijzation or dynamarization or monomirerization of the receptor.

Insulin a small peptite and here you can see a new B24 is mutated to serine 24 by point mutation the shade of the insulin changes. And it is clear if you just compare this two shades it's same insulin but only this amino acid is changed. And it changes the entire corporation of the insulin if the recycling in the non-receptor binding ability. And that leads to diabetes.

Here hCG the pregnancy hormone it's a diabia. Composed of this gray alpha succulent and of this red pita succulent and these two succulent inferential each other and there are certain amino acids that are important for heterodimerization and there are certain amino acids required for receptor- binding.

So if you look into the data bank and you can see some rotations you want to ask which tat ion leads to a non-receptor binding and which rotation would not effect. And there are some rotations.

And you have to understand it from the receptor. So the receptor this is a seven transavia receptor and since each hCG large hormone that extra domain has to be large as well.

As you can see, this extra cellular domain is like a horse shoe-huge extra cellular domain and to this horse shoe structure the hCG lies in incorrect position. It has to fly in, in this position in this orientation, if it fly in this orientation, it will not go into this.

So that is reorientation wrong orientations all the time but as in a thermodynamic process, there's a correct orientation at the final end, so that the tip of the hCG hormone will activate the tip the outer surface of one of these helices to activate the receptor.

And you can imagine if the rotation here you will loss of function if the rotation is here this two succulents won't come together. But if the mutation is at the peak of the hCG it would not work it would not part so this will be polymorphic.

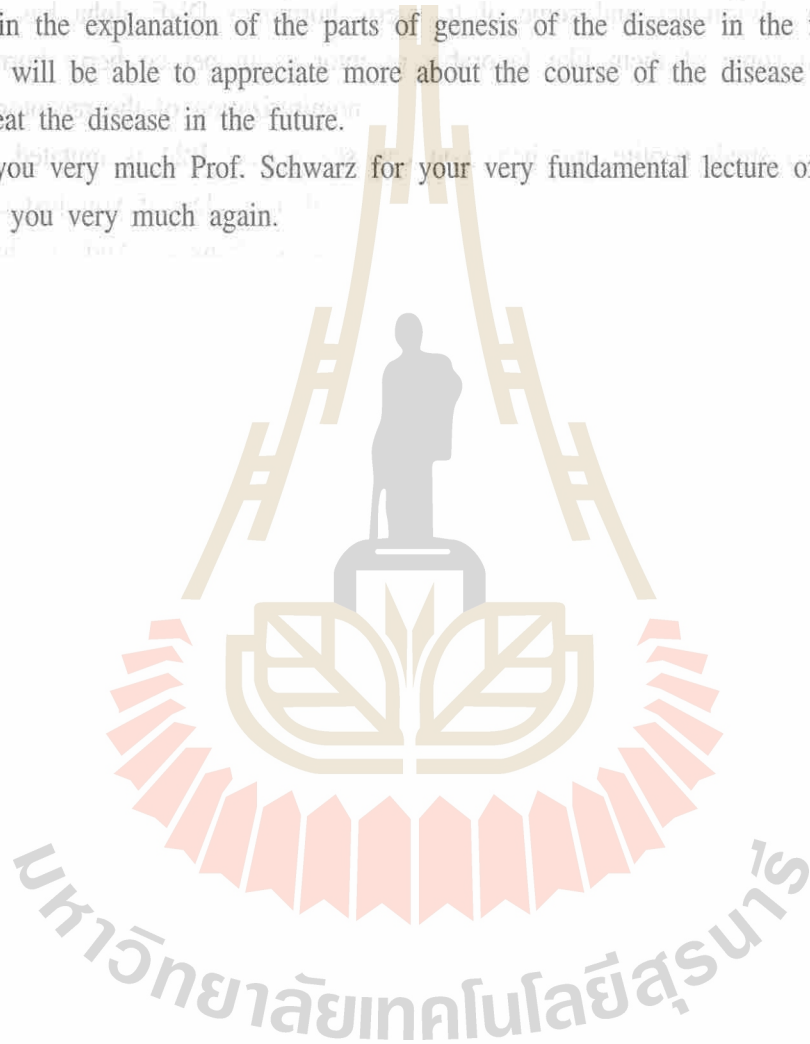
So this all can be understand from understanding the structure and with these examples given to you I would like to finish and there are many more examples but I think we are late in time already we started late and I thank you all for your attention. and I would like to give you as a little present this material for this course so is the entire logistics present and Sanong already get yesterday the CD and ah so I think once you would be able to implement this course easily.

Prof. Wirun Laopatarakasem

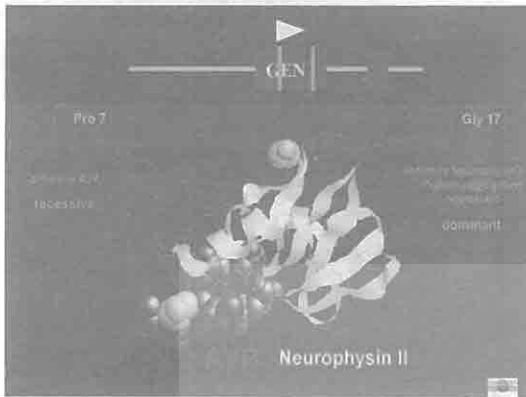
Thank you very much Mr. Schwarz for your very intensive and didactic lecture. As in conclusion I think in the future the explanation for the cause of disease will be closer I think because now what we can explain for the cause of the disease more or less not that molecular.

So in the future this is sort of personalized medicine. To be coming so I think this is very, important in the explanation of the parts of genesis of the disease in the future of our medical students will be able to appreciate more about the course of the disease and to think about how to treat the disease in the future.

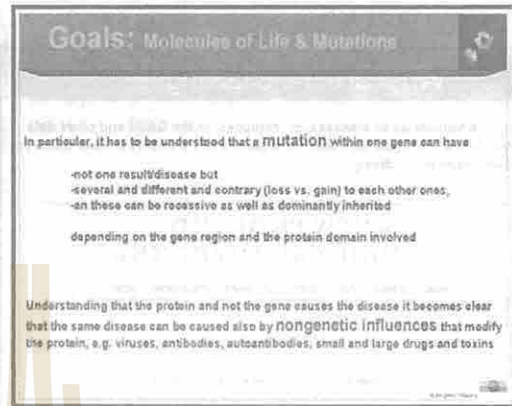
So thank you very much Prof. Schwarz for your very fundamental lecture of a molecular medicine. Thank you very much again.



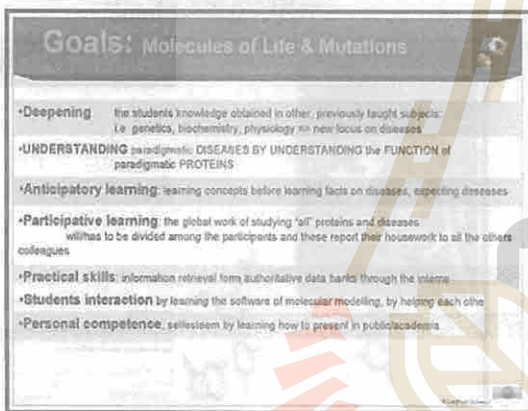
รูปที่ 62 GEN



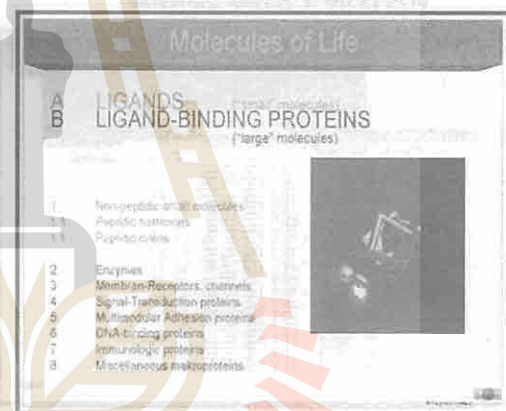
ตาราง 101 Goals : Molecules of life & Mutations



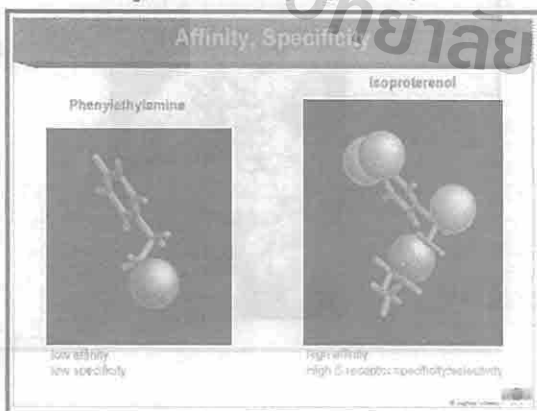
ตาราง 102 Goals : Molecules of life & Mutations



ตาราง 103 Molecules of life

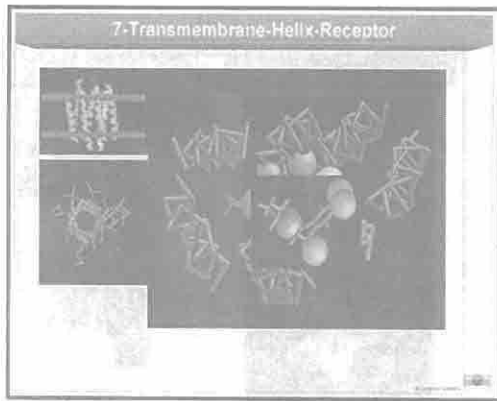


รูปที่ 63 Affinity, Specificity

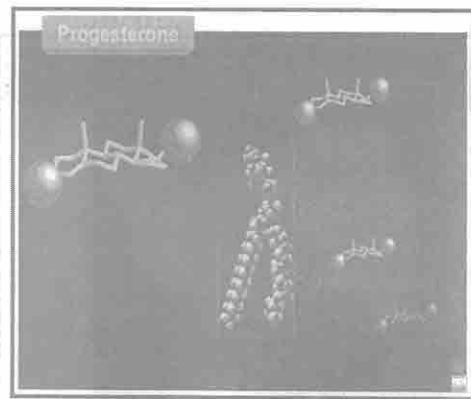


รูปที่ 64 1.1 LIGANDS -1.1 non-peptidic

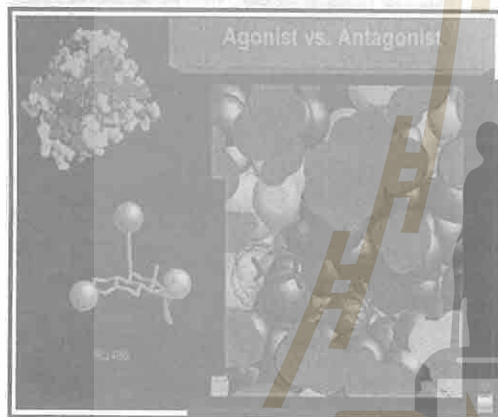




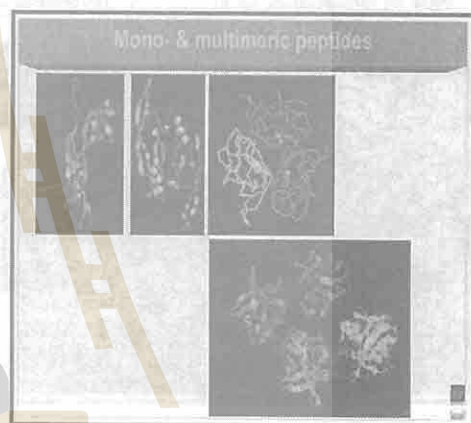
รูปที่ 65 7- Transmembrane Heli - Receptor



รูปที่ 66 Progesterone



รูปที่ 67 Agonist VS. Antagonist



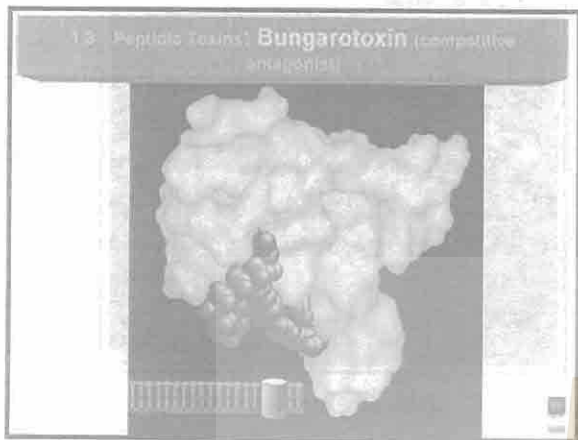
รูปที่ 68 Mono -& multimeric peptides



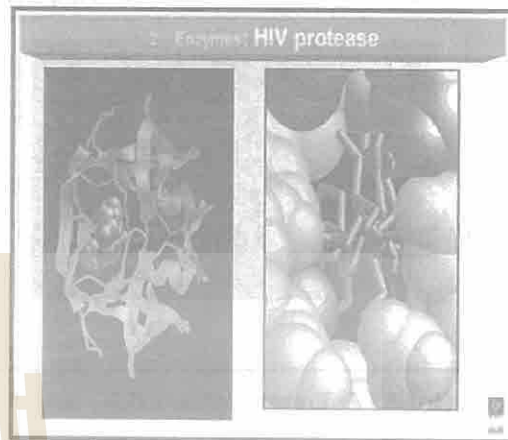
รูปที่ 69 Insulin -CHICAGO



รูปที่ 70 hCGR



รูปที่ 70 1.3 Peptidic Toxins : Bungarotoxin



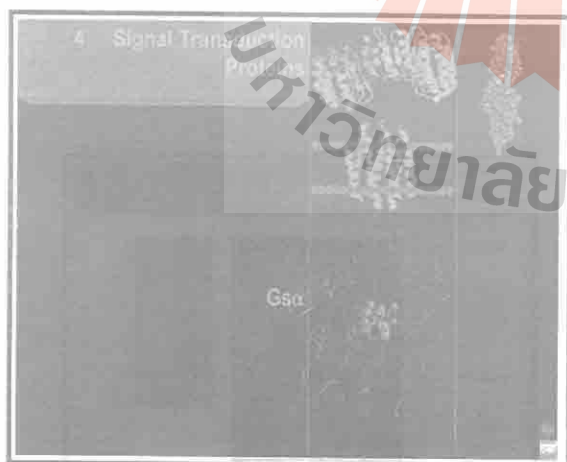
รูปที่ 71 2 Enzymes : HIV protease



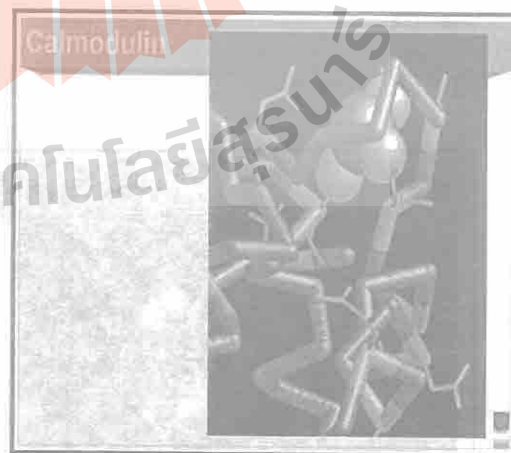
รูปที่ 72 3 Membranereceptors : GHG - Re



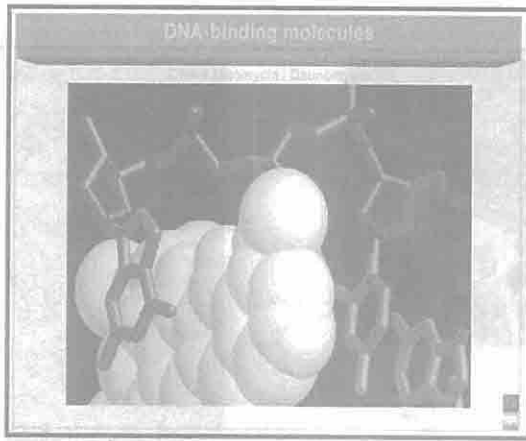
รูปที่ 73 Porin



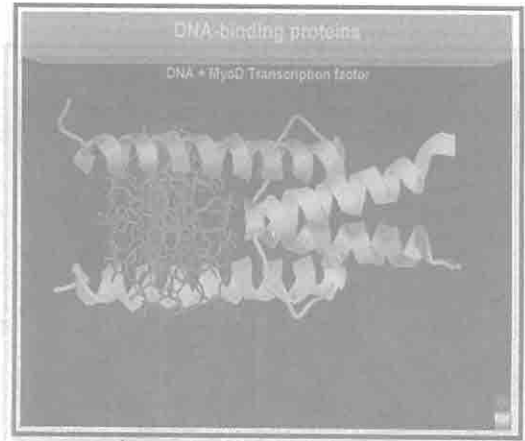
รูปที่ 74 4 Signal Transduction Proteins



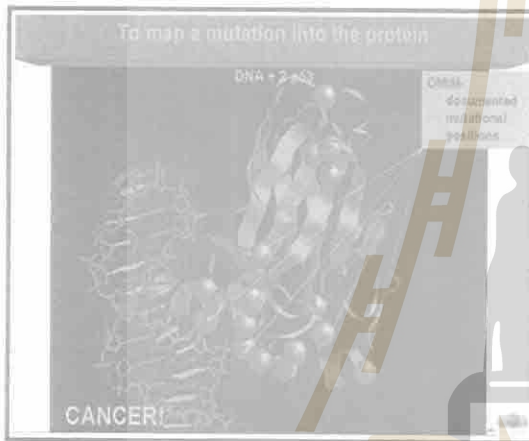
รูปที่ 75 Calmodulin



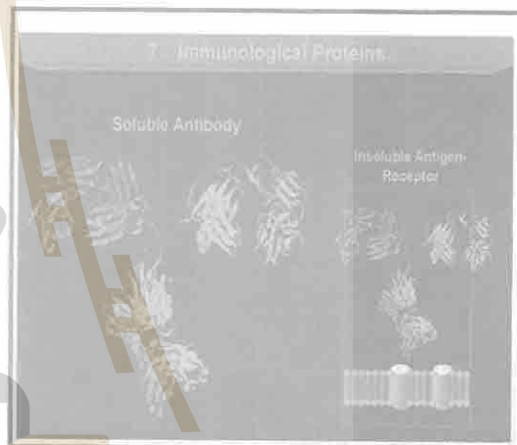
รูปที่ 76 DNA – binding molecules



รูปที่ 77 DNA – binding proteins



รูปที่ 78 To map a mutation into protein



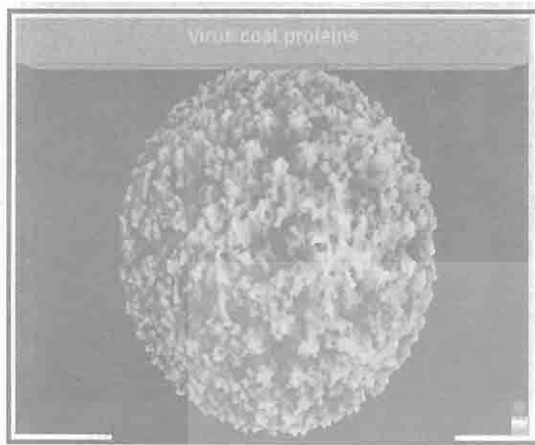
รูปที่ 79 7 Immunological Proteins



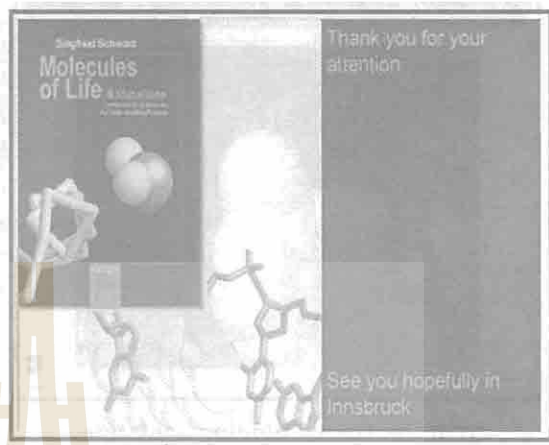
รูปที่ 80 8 Miscellaneous Macropoteins



รูปที่ 81 8 Miscellaneous Macropoteins



รูปที่ 82 Virus coat proteins



รูปที่ 83 Molecules of Life



แนวทางการผลิตแพทย์ให้สอดคล้อง กับความต้องการของประเทศ

ศ. นพ.วิรุฬ เหล่าภัทรเกษม : ประธานร่วม

ผมขออนุญาตทุกท่าน คือผมได้เรียนปรึกษากับท่านคณบดี วณิช แล้วว่าขออนุญาตให้ section ตอนเช้านี้ ยังคงจะต้องกราบเรียนเชิญท่านอาจารย์อาวุธ ต่อจนกระทั่งเสร็จแล้วถึงจะรับประทาน อาหารเที่ยง อาจารย์บอกว่าเหมือนเมื่อก่อน แสดงว่าเวลาของ มทส. จะยาวกว่าปกติ ก็กราบเรียนเชิญ ท่านอาจารย์อาวุธ ผมคิดว่าผมไม่ต้องแนะนำอาจารย์มากนัก ในที่นี้ถ้าใครไม่รู้จักอาจารย์อาวุธก็คงจะไม่รู้จักตัวเอง คือท่านอาจารย์เป็นผู้ที่เรารู้จักกันดีมาก คือเป็นเลขาธิการของกลุ่มสถาบันแพทยศาสตร์ แห่งประเทศไทย ในอดีตท่านอาจารย์ดำรงตำแหน่งบริหารเกี่ยวเรื่องการศึกษามากมาย ที่สำคัญอย่างยิ่ง เลยท่านเป็นอธิการบดี มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ และเป็นคณบดีแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ท่านมี ตำแหน่งอีกมากมายที่ผมกราบเรียนไปแล้วคงไม่สามารถแนะนำได้หมดในวันนี้ ท่านมีเรื่องที่จะพูดกับเรา ที่น่าสนใจอย่างยิ่งคือ เรื่องแนวทางผลิตแพทย์ให้สอดคล้องกับความต้องการของประเทศ ขอกราบเรียนเชิญ อาจารย์อาวุธ

ศ.นพ.อาวุธ ศรีสุกรี

ขอบพระคุณท่านประธาน คณบดี ท่านอาจารย์อาวุธโส และอาจารย์ไม้อาวุธโสทุกท่าน ขอขอบคุณ ที่ให้ผมมีโอกาสพูด ไม่ทราบว่าสิ่งที่ผมพูดมันจะซ้ำกับหลายๆท่านที่พูดไปเมื่อก่อนบ้างหรือเปล่า แล้วก็ถ้าภาษาที่ผมใช้ ท่านคงเข้าใจ มันเปลี่ยนภาษาไปจากเมื่อเช้า ท่านคงเข้าใจมากขึ้นนิดหน่อย ผมคงจะเสียเวลาไปเยอะ ขอพูดเข้าเรื่องเลย ถ้าผมมีเวลาเหลือเราค่อยไปพูดต่อท้าย slide ต้นๆนี้ ตอนที่ท่าน อาจารย์ วณิชบอกให้ผมมานี้ ผมก็เกรงใจมากธรรมดาผมไม่ถนัดนั่งรถมาไกลๆ แล้วมาถึงก็ บรรยายเลย เป็นคนขี้เมารถ แล้วพออายุมากขึ้นเมามากขึ้นเพราะไปชินกับเครื่องบินเลยเมารถมากขึ้น แต่วันนี้ก็เรียกร้อยดีนะครับ เรื่องที่จะเล่าให้ฟัง ผมเชื่อว่าหลายๆ ท่านอาจจะเห็นด้วย อยู่แล้ว แต่ว่าอาจ

ตาราง 104 การผลิตแพทย์เพิ่ม

การผลิตแพทย์เพิ่ม

- เพิ่มจำนวนแพทย์แต่ละประเภท
แผนบริการประชาชนระดับปฐมภูมิ, ครอบครัว แพทย์เฉพาะทางเพื่อบริการในศูนย์แพทย์ ครุแพทย์เพื่อให้บริการการผลิตแพทย์ เพื่อพัฒนาางส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค
- เพื่อบริการที่เป็นเลิศ สามารถแข่งขัยกับประเทศ เพื่อนบ้าน และนานาชาติ

จะไม่ได้พูดและหลายๆเรื่องผมก็มาพูดหลายครั้ง แล้ว อาจารย์สมพร จะได้ยินผมพูดบ่อยมากที่สุด แต่มันก็ไปไม่ถึงไหน เพราะมันคล้ายๆ เป็น set ตายตัวมาแล้ว จากเบื้องบนลงมาเรื่อยๆและเขา ไม่รู้จะทำอย่างไร แนวทางที่ผมพูดอาจไม่เป็นไปตามหัวข้อที่กำหนดไว้ว่าให้เป็นการผลิตแพทย์ เพิ่มตามนโยบายของรัฐบาลหรือประเทศ อย่างไรก็ตามผมคงพูดค่อนข้างธรรมดา หลายท่านคง รู้มากกว่าผมเยอะ ในเรื่องสภาพแวดล้อมเป็น ใดๆ ในสิ่งที่ท่านจะเจอ ผมจะรู้น้อยไปเยอะ

ตาราง 105 จำนวนแพทย์

จำนวนแพทย์	
พ.ศ. 2546	
• จำนวนแพทย์ชั้นทะเบียน	30,230 คน
• จำนวนแพทย์ที่ติดต่อดี	27,297 คน
• คาดว่าประกอบวิชาชีพเวชกรรม	25,932 คน
• คิดเป็นอัตราส่วนแพทย์/ประชากร	1 : 2,456
• เป้าหมายอัตราส่วนแพทย์ / ประชากร	1 : 1,800

สถานที่จำกัด แต่ถ้าคนเคยเป็นนักเรียนสมัยผมเป็นจะรู้ว่าสมัยก่อนเขาแก้ปัญหาเก่งมาก รุ่นผมเป็นรุ่นหลังสงครามมีนักเรียนแพทย์เท่าตัวทันทีปัจจุบันทันด่วนเลย ศิริราชเคยรับได้ 90 ปีผมนี่เป็น 180 นะครับ เรียนสองผลัดเป็นครั้งแรกที่มหาวิทยาลัยมีเรียนสองผลัด เรียนแพทย์ แล้วก็เขาทำได้ดีมากจนกระทั่งเราไม่รู้สึกอะไรเลย เราก็สนุกสนานดี เรียนรู้ดี แต่ว่าตอนหลังๆ เราคล้ายๆ ว่าจะใช้เวลากับนักเรียนมากเกินไป จนกระทั่งนักเรียนไม่มีเวลาที่จะผลัดเลย ไม่ยอมจัดสองผลัดก็ยังไม่ผลัดเดียว นอกจากนั้นแล้วเขาบอกให้โรงเรียนแพทย์เก่าเพิ่มนักเรียน โดยที่ไม่ยอมให้งบประมาณเท่าไร เพราะฉะนั้นจึงไม่มีใครสนใจจะทำเท่าไร

อันที่สอง ทำโครงการชั่วคราว โครงการชั่วคราวที่เป็นความร่วมมือระหว่างโรงเรียนแพทย์ปัจจุบันกับกระทรวงและก็จะตั้งหน่วยงานการจัดการร่วม ผมพูดเรื่องบริหารจัดการร่วมมาตั้งนานแล้ว ตั้งแต่สมัยที่ผมยังไม่ได้ออกจากราชการมีการจัดตั้งร่วมอยู่โดยที่มีกระทรวงสาธารณสุขกับทบวงบริหารการจัดการอยู่ด้วย ก็ไม่ค่อยดีเท่าไร

อันสุดท้ายนี่จะเป็นเรื่องการจัดโรงเรียนแพทย์ใหม่ซึ่งต้องการเวลา แต่ทั้งหมดนี้ เขาทำข้อ 1 แล้วก็มาทำข้อ 3 ปัญหาของเราอยู่ตอนทำข้อ 3 ในเวลาที่จะตั้งโรงเรียนใหม่ผมว่ามันมีหลักอยู่ง่ายๆ เพียงเท่านั้น

ตาราง 106 แนวทางการผลิตแพทย์เพิ่ม

แนวทางการผลิตแพทย์เพิ่ม	
1. โรงเรียนแพทย์ที่มีอยู่ปัจจุบัน	<ul style="list-style-type: none"> • เพิ่มจำนวนแพทย์ในหลักสูตร • ขยายจากโรงเรียนเป็น 3 โรงเรียนที่แยกกันมาโดยเร็ว • ขยายการจัดตั้งวิทยาเขตของโรงเรียนแพทย์ปัจจุบัน
2. ขยายการผลิตแพทย์เป็นการชั่วคราวโดยความร่วมมือระหว่างโรงเรียนแพทย์ปัจจุบันและโรงพยาบาลของกระทรวงสาธารณสุข	<ul style="list-style-type: none"> • จัดตั้งเป้าหมายในการผลิตแพทย์ • จัดระบบการศึกษาของนักศึกษา
3. จัดตั้งโรงเรียนแพทย์ใหม่ ด้วยระยะเวลาเตรียมการเพิ่มพอ	<ul style="list-style-type: none"> • จัดสรรงบประมาณและงบประมาณการศึกษา • จัดตั้งแผนกการสอบเข้า ฝึกอบรม และจัดสอบกลาง

เพราะไม่ได้ลงไปสัมผัสสมาชิกตัวเท่าไร ในการผลิตแพทย์เพิ่ม ผมก็มาดูว่ามันทำได้ 3 ทาง ใช้โรงเรียนแพทย์ในปัจจุบัน ที่จริงโรงเรียนแพทย์ในปัจจุบันใช้ไม่ได้ในปัจจุบันในเวลานี้ เพราะเวลาปัจจุบันมันเยอะมันเต็มอยู่แล้ว มีโรงเรียนแพทย์ใหม่ๆ ด้วย อันนี้เลยเป็นโรงเรียนแพทย์เก่า โรงเรียนแพทย์เก่าถูกบังคับให้เพิ่มนักเรียนแพทย์ตลอด แล้วก็ความที่โรงเรียนแพทย์เก่าเคยชินกับการที่ต้องมีอะไรครบถ้วนเพื่อดำรงไว้ซึ่งคุณภาพ ก็ทำให้ไม่สามารถที่จะขยายออกไปได้อีก ข้อจำกัดส่วนใหญ่จะไปอยู่ที่สถานที่

ต้องเตรียมการพอสมควร เพื่อความปลอดภัยของประชาชน อันที่ 2 ก็คือว่า โทดาลัยที่แพทย์สภาตั้งไว้แล้วง่ายที่สุดเลยถ้าดูตามนั้นจะเห็นชัด อันที่ 3 เมื่อตั้งต้นได้แล้วต้องพัฒนาต่อเนื่องไม่มีวันหยุดเร็วมากภายในกำหนดที่ควรจะเป็นนะครับ อันที่ 4 คือว่า เป้าหมายคือประชาชนไม่ใช่เป้าหมายเพื่อเรา อันนี้เป็นหลักการคร่าวๆ เท่าที่ผมเคยทราบว่าในเมืองไทยจะมีการจัดการเตรียมการตั้งโรงเรียนแพทย์ใหม่ที่เข้าขบวนการที่พอใช้ได้ ผมจำอันอื่นๆ ไม่ได้แต่จำได้ที่เชิงใหม่ ผมถูก request ตั้งแต่ปี 2498 กว่าโรงเรียนจะเปิด 2500 รับนักเรียน เพราะเวลาล่วงหน้าสองปีระหว่างนั้นอาจารย์ที่จะเข้าย้ายไปอยู่

เชียงใหม่ไปนอกหมดเลย 100 กว่าคนก็เมื่อกลับมาแล้ว มาเริ่มงานมันยังกระตั้นหัน ขณะนั้นที่ผมจำได้ว่ามันเข้าท่าเข้าทางหน่อย หลังจากนั้นไม่มีอีกเลย ไม่ทราบว่ามันตั้งศิริราช ตั้งจุฬาทำอะไร เพราะสมัยนั้น ก่อนผมเกิด ก่อนผมจะรู้เรื่อง ก็รู้ตั้งแต่เชียงใหม่ที่ไปลองด้วยกับผม ก็รู้ว่ามันทำเข้าท่าเข้าทางดี แต่หลังจากนั้นมาแล้วมาเข้าขบวนการที่เอานักเรียนเป็นตัวนำเสมอ พอจะเปิดโรงเรียนแพทย์ก็นำด้วยนักเรียน เพราะว่าไม่ให้งบประมาณไม่ทันก็จะเกิดปัญหา

ตอนนี้แพทย์สำหรับบริการปฐมภูมิ ก็คงรู้กันแล้วว่าที่จริงแล้วอยู่ที่การบริหารจัดการของฝ่ายบริการเป็นหลัก ที่จะให้แพทย์เข้าไปเรียนรู้ได้เรื่องได้ราว ในทัศนะของผม แพทย์ที่จะเหมาะสำหรับการปฐมภูมิไม่ใช่แพทย์จบใหม่ ผมเห็นตัวอย่างมาเยอะมาก แพทย์ที่จะลงพบประชาชนจริงๆ คือแพทย์ที่มีประสบการณ์ ค่อนข้างดีแล้วด้วยเข้าไปของเรามันกลับตาลปัดเอาแพทย์จบใหม่ลงไปเรียนประสบการณ์ ผมว่าแย่ด้วยกันทั้งสองฝ่าย ทั้งแพทย์ ทั้งคนที่รับบริการแย่ด้วยกันทั้งคู่ ซึ่งผมไม่อยากจะเห็นอันนี้เท่าไร ถ้าเป็นไปได้จัดการปรับกันซะ แล้วก็บริหารจัดการให้ดีเชื่อว่าต้องมีคนซึ่งออกไปช่วยทำงานมากกว่านี้

แพทย์แน่นอนต้องพัฒนาตัวเองตลอดเวลา แพทย์ที่ไปอยู่บริการปฐมภูมิ ถ้าเขาไม่ออกไปอยู่นานก็คุยกันจัดการให้เขาหมุนเวียน ได้จัดการได้หมุนเวียนให้ได้เร็ว บ่อยๆ เขาไม่มีปัญหาอะไร ผมเชื่อว่าแพทย์ของกระทรวงสาธารณสุขหรือแพทย์อื่นๆ ก็ตาม ที่อยู่ในท้องที่ บางคนเขาอาจจะอยู่ในท้องที่ และบางคนเขาอาจจะอยู่ในสายที่ให้บริการประชาชนหรือแม้กระทั่งในสายที่เป็นบริการทางด้านจัดการเรียนการสอน เขาก็อาจอยู่แต่ว่าเขาไม่มีโอกาส หนทางก้าวหน้าเขาไม่มี ทำอยู่ตรงไหนหมายความว่าก็ต้องทำอยู่ตรงนั้นแล้วก็ก้าวหน้ายากมาก

ทางก้าวหน้าที่เห็นชัดๆ ในเมืองไทยเป็นแพทย์เฉพาะทาง อีกอันก็เป็นผู้บริหารก้าวหน้าในทางที่เป็นอาจารย์ ถ้าไม่อยู่โรงเรียนแพทย์แทบก็ยากมาก แล้วก็เลยทำให้ไม่มีอาจารย์ที่ดีๆ จำนวนมาก ซึ่งหลายๆ คน เหมาะที่จะเป็นด้วยซ้ำ

คำตอบแทนเวลาอยู่ที่ไกลๆ มันก็ได้คำตอบแทนไม่ผิดกับใกล้ๆ เมืองใหญ่ เพราะมีอัตราเดียว ผมเคยคุยกับญี่ปุ่นสมัยหนึ่ง สมัยที่ผมทำงานอายุหน่อยๆ อยู่ ถามว่าเขาแก้ปัญหาอย่างไรในเรื่องที่ขาดแคลนแพทย์ในชนบท เขาบอกเงินเดือนขั้นต้นของแพทย์ที่ยอมออกสู่ชนบทคือสิบเท่าของคนที่อยู่ในเมือง เขาบอกว่าจะอย่างไรก็ยิ่งหายากเลยแต่ยังพอมินะครับ ที่เข้าและโอกาสที่จะกลับมาทำงานวิธีแก้ปัญหาของเขาคือทำสวัสดิการด้วยและคำตอบแทนต้องสูงมาก อันนั้นเป็นทางเลือกที่เขาแก้ปัญหาแล้วของเรามันไม่ใช่เท่า มันมากกว่านั้นเพียงนิดหน่อย แล้วคนที่ออกไปต้องเสียสละ มันจะหาคนที่เสียสละจำนวนมากมันคงหาไม่ได้ นะครับ สิทธิพิเศษมันควรจะตามมาด้วย คิดง่ายๆ ในเรื่องที่น่าจะเป็น

อันนี้มันเป็นเพียงแนวทาง ท่านอื่นก็คงจะมีแนวคิดต่างๆ นาๆ กันครับ มันก็คงไม่พ้นจากนี้เท่าไร เราคุยกันหลายครั้งแล้ว กระทรวงพยายามที่จะบอกว่าแพทย์สำหรับประชากรทั่วไปไม่ได้พูดชัดพูดบอกว่าคงไม่เหมือนกับแพทย์ทั่วไปที่โรงเรียนแพทย์เก่าๆ ทำ เพราะอันนั้นเป็นสมัยที่พูดชัดมากที่สุดคุณสุดารัตน์เป็นรัฐมนตรี พูดชัดเลยว่าจะผลิตแพทย์ชาวชนบท คล้ายแพทย์อันนี้เป็นอีกอย่างหนึ่งเลย ซึ่งเราคุยตลอดเวลาว่าเราคัดค้านเต็มที่แพทย์ต้องมีระดับเดียว แพทย์อย่างเดียว ส่วนจะมีความเชี่ยวชาญความถนัดทางด้านไหนก็แล้วแต่เขาเลือก ถ้าเขาจะเลือกเป็นผู้ให้บริการก็ทำได้พื้นฐานเขาจะต้องเป็นปริญญาระดับเดียวกันหมด นะครับ อันนี้เป็นสิ่งที่เรายึดมากที่สุด แขนงต่างๆ มีได้แต่ไม่ใช่ปริญญาที่แตกต่างกัน มาตรฐานต้องเป็นที่เราคุยกัน กำหนดกันทั้งหมดทั้งประเทศ ที่ประชุมแพทยศาสตร์แห่งชาติ ทุกครั้งมา เราใช้แนวทางนั้นเป็นต้นมาเจ็ดครั้งที่แล้วมาแล้วนี้ จะมีครั้งที่แปดและแพทยสภาได้ใช้เช่นกัน

แพทย์สภาก็ได้ทำมาตรฐานออกมาชัดเจนว่าแพทย์ปริญญาที่มีคุณสมบัติครบถ้วนควรจะเป็นอย่างไร
แน่นอนครับแพทย์ก็ต้องมีคุณภาพ คุณธรรม จรรยาแพทย์ ซึ่งเฉพาะอันนี้ นะครับผมว่าเป็นหัวใจและ
ถ้าเราไม่มีเวลาผลิตเขาอย่างเต็มที่ ไม่มีความเป็นธรรมให้เขาอย่างเต็มที่มันจะไม่มา ถ้าเราจะผลิตแบบ
สุกเอาเสารักิน เพราะเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นยากมาก เราต้องประคบประหงมให้เขามีอันนี้ด้วยซ้ำ นอกจากนี้
โรงเรียนแพทย์ใหม่จะมีประสบการณ์เพิ่มขึ้น แล้วก็จะรู้ว่าทำอะไรถึงจะทดแทนอันนี้ได้

อันนี้เป็นธรรมดา นะครับต้องมีเวลาให้เขาศึกษาเรียนรู้ตลอด ผมได้ข่าวว่าแพทย์ที่ออกไปอยู่ไกลๆ
เกือบไม่มีเวลาที่จะนอน เพราะจะหาเวลาอะไรไปเรียนรู้เพราะนอกจากเรียนรู้จากคนไข้ผิดๆ ถูกๆ
อย่างนั้นนะ ผมว่าอันนี้น่าห่วงที่สุด การให้บริการเขายังมีอยู่แน่นอน หลักสูตรด้านการเรียนการสอน
ทุกท่านคงจะรู้ว่า มันมีวิธีการอย่างไรบ้าง บางท่านคงรู้ว่าท่านให้เขาไปมีความรู้ด้านปฐมภูมิ เขาก็ต้อง
มีความรู้แพทย์โดยรวมและก็รู้เรื่อง Primary care เรื่อง Community ซึ่งอันนี้ก็ในแต่ละแห่งว่า
จะต้องหาเข้าไปในหลักสูตรให้มันแน่นหนัก อันหนึ่ง

สมัยนี้เราเน้นมากคือการ Integrate พอเวลามาตั้งโรงเรียนแพทย์แบบที่เราไปใช้โรงพยาบาลของ
กระทรวงเป็นที่ฝึกการเรียนเบสิกไนน์ ได้ยินมาว่าหายากมากเลย มันก็ย้อนกลับไปสมัยก่อนผมเรียน
แพทย์ เรียนเบสิกไนน์มาแล้วก็ส่งไปโรงพยาบาลแล้วก็จบไปเลย ซึ่งผมว่ามันเลยไปแล้วนั้นมัน
50 ปีมาแล้ว เวลานั้นมันไม่ใช่แล้วเราคงทำอันนั้นไม่ได้แล้ว เพราะต้องหาวิธีอันนี้ให้ได้ แล้วก็เรียนคลินิก
ไนน์ต้องมี Super vision เพราะโรงพยาบาลที่เราไปใช้เขาต้องดูว่าเขามีคนพอที่จะ Supervise

การแพทยศาสตรศึกษาที่มีหัวใจเป็นมนุษย์ ผมพยายามถามฝรั่งเยอะมากกว่าแปลอย่างไรที่ไม่ใช่
แปลว่า Humanizing Medicin เขาไม่ได้ใช้แน่นอนและสมัยนี้ จะเห็นได้ชัดว่ามีประกันคุณภาพมา
เป็นตัวจัดการที่สำคัญไม่ใช่เครื่องมือที่จำกัดเรา ที่จริงถ้าให้เข้าใจถูกต้องประกันคุณภาพเป็นเครื่องมือที่จะ
กำกับตัวเองดีที่สุด เราประเมินตัวเอง เราทำให้ถูกประเมินโดยคนอื่นมาก แต่ทำให้ผ่านการประเมินของ
ตัวเองยากกว่าอีก และก็จะทำได้ดีด้วย ดีกว่าให้คนอื่นประเมิน

ที่ผมอยากจะเสนออันหนึ่งคือว่าในการผลิตแพทย์เพิ่มโดยใช้โรงพยาบาลต่างๆ ผมว่าถ้าให้ผมเป็นคน
เข้าไปเกี่ยวข้องไม่มีความสามารถหรอก เพราะเรา Control อะไรไม่ได้เลย โรงพยาบาลขึ้นอยู่กับกระทรวง
และโรงเรียนแพทย์ขึ้นอยู่กับมหาวิทยาลัย มันไม่มีทางที่ว่าเราพูดกันรู้เรื่องง่ายๆแล้วก็วัดดูประสงค์โรง
พยาบาลก็อีกอย่างหนึ่ง โรงเรียนแพทย์ก็อย่างหนึ่งมีบางแห่งพยายามใช้โรงพยาบาลเดียวกัน สำหรับ
โรงเรียนแพทย์หลายแห่งด้วย ยิ่งนึกไม่ออกใหญ่กว่าโรงเรียนแพทย์แต่ละแห่งเป้าหมายแท้ๆ ของเขา
เขามีของเขาเฉพาะ ไม่เหมือนกับอีกแห่งแน่นอน และไปใช้โรงพยาบาลแห่งเดียวกัน ผมว่าถ้าไม่
นักเรียนก็อาจารย์ หรือคนที่เป็นหมอเมมาแน่ๆ นักเรียนก็คงเมออกไปเลย ไม่รู้ว่าอะไรคืออะไร จะต้อง
ใช้สติปัญญามากเหลือเกิน

เพราะฉะนั้นก็เสนอว่าต้องมีองค์รวมอย่างน้อยๆเพื่อว่าเดี่ยวตอนท้ายๆ ถ้ามีเวลาค่อยพูด ที่สำคัญ
คือว่าอำนาจสูงสุด ต้องตกไปอยู่กับองค์รวม และมอบอำนาจไปให้เต็มที่ รวมทั้งเงินด้วย และมีอะไร
สังกัดด้วย ก็เป็นเรื่องธรรมดาในการบริหารจัดการไม่ใช่ขึ้นอยู่กับส่วนกลาง ซึ่งไม่รู้จะไรเท่าไรในตรงนี้
ผมคิดว่าทำได้ต้องแก้ถ้อยอย่างนั้นนักเรียนแพทย์ที่ออกไปจะมีความลำบากมากทีเดียว

ที่ไหนมีโรงพยาบาลเป็นของตัวเองก็ค่อยยังชั่ว แต่ถ้าหากว่าเป็นโรงพยาบาลของสาธารณสุขทั้งหมด
นะครับ ผมว่ายากมาก แล้วก็บังเอิญบางแห่งก็ไม่มีโรงพยาบาลหลักเลยด้วยซ้ำ หมายความว่าแล้วแต่ดวง
ว่านักเรียนแพทย์จะได้ไปอยู่โรงพยาบาลไหน แล้วแต่ดวง อย่างอื่นก็คงไม่มีอะไร เรายังไม่ได้พูดถึงการ

ประกันคุณภาพของโรงพยาบาลนศครบนอกจากต้องผ่าน H.A แล้วยังต้องผ่าน T.Q.A นั้นเป็นหน้าที่ของคณะแพทย์แม่ที่ต้องดูแล สิ่งที่ต้องจัดการที่ผมนึกหัวข้อได้ก็คือ

การจัดการบุคลากรที่ polifile ให้ได้จำนวน ความรู้ที่เหมาะสมก็ยากพอแล้วนะครับ เพราะผมคิดว่าอาชีพที่ขาดแคลนที่สุดในตอนนี้คือครูแพทย์ไม่ใช่แพทย์ ครูแพทย์ขาดมากที่สุด แต่ว่าไม่มีใครบอกให้ผลิตครูแพทย์เลย เราก็ทำตามวิธีเดิมของเรา แต่ถ้าจะตั้งโรงเรียนแพทย์ใหม่ให้มีประสิทธิภาพมากที่สุด ต้องผลิตครูแพทย์เสียก่อน แล้วเราจะได้ช่วยกันหาทางว่าจะทำอย่างไรให้ผลิตครูแพทย์ที่เหมาะสมได้เวลานี้เราใช้วิธีโบราณนะครับ คือค่อยๆ เรียนด้วยตัวเองในโรงเรียนเก่าๆ มีตัวอย่างไม่ค่อยเยอะ ในโรงเรียนแพทย์ใหม่ๆ ตัวอย่างก็ไม่ค่อยมีการสร้างเครือข่ายก็เป็นวิธีหนึ่งที่จะช่วยกันเพราะฉะนั้นแต่ละมหาวิทยาลัยต้องลดทิวทัศน์ให้ได้และยอมรับร่วมมือกัน ร่วมมือกันเต็มที่ ไม่ใช่ร่วมมือโดยการประชุมกันเฉยๆ ต้องร่วมมือจัดการด้วย

การร่วมมืออันนี้ก็พูดกันง่ายทำยากที่ผมนึกถึง cluster ก็เพราะอะไรที่ไม่ห่างกันเท่าไรก็บริหารจัดการเลยนะครับ ก็เช่นเดียวกันองค์กรที่บริหารต้องเป็น unity ต้องเป็นหนึ่งไม่ใช่แบ่งกันคนละส่วน ต้องช่วยกันเป็น unity เดียวกัน การจัดการเรียนการสอนต้องเหมาะสม เรื่องงบประมาณเป็นอันเดียวซึ่งผมคิดว่าเราไม่เคยชนะ ไม่ว่าเราจะเสนออย่างไร เค้าก็บอกไม่ให้แค่นี้

ตาราง 107 งบประมาณการผลิตแพทย์

งบประมาณการผลิตแพทย์	
งบประมาณการผลิตแพทย์ปกติ	
งบดำเนินการ ต่อปีต่อนักศึกษา 1 คน เฉลี่ย (ไม่รวมงบลงทุนสำหรับ อาคารใหม่ ครุภัณฑ์ใหม่และทดแทน)	500,000 บาท
งบประมาณผลิตแพทย์เพิ่มและผลิตแพทย์เพิ่มเพื่อชาวชนบท	
งบดำเนินการ ต่อปีต่อนักศึกษา 1 คน	300,000 บาท
งบประมาณสำหรับการพัฒนา	
บุคลากรและอุปกรณ์/คน/ปี	100,000 บาท
งบประมาณสำหรับโรงเรียนแพทย์เปิดใหม่	
งบลงทุนในระยะเริ่มแรกอย่างต่ำ 5 ล้าน/นักศึกษา 1 คน	
ถ้าเริ่มรับปีละ 50 คน รวมเป็น 300 คน ใน 6 ปี	1,500,000,000 บาท

ตาราง 108 ที่มาของงบประมาณ 300,000 บาท/คน

ที่มาของงบประมาณ 300,000 บาท/คน			
	ต้นทุนค่าวัสดุ	ต้นทุนค่าแรง	รวม/คน/ปี
วิธีของสำนักงบประมาณ	83,139	200,612	283,751
วิธีของมหาวิทยาลัยมหิดล	98,384	247,097	336,481
วิธีของทบวงมหาวิทยาลัย	124,026	310,601	434,627
มค. ครม. 14 มค. 2540 โอนเม็ดเงินอุดหนุนทั่วไป ในโครงการคิดแพทย์เพิ่มของมหาวิทยาลัย และ โครงการผลิตแพทย์เพิ่มเพื่อชาวชนบท ในอัตรา 300,000 บาท/คน(นักเรียนแพทย์)/ปี เป็นค่าใช้จ่าย :			
อุดหนุนสถานบริการ ไม่เกิน		105,000 / คน / ปี	
ตอบแทนอาจารย์และครูแพทย์ ไม่เกิน		140,000 / คน / ปี	
พัฒนาฝีมือรวมความพร้อมของอาจารย์ ไม่เกิน		50,000 / คน / ปี	
การบริหารจัดการ ไม่เกิน		30,000 / คน / ปี	

อย่าว่าผมพูดย้อนหลัง ผมเตือนพวกเขาตลอดเวลาว่าให้ใจแข็งสู้ให้ได้ถ้าไม่ได้เท่านั้นไม่ยอมทำ ต่อรองลงมาเยอะเลยแล้วก็ยอมทำ ฉะนั้นถ้ามหาวิทยาลัยต้องทำ ต้องลงแรงช่วย ต้องลงเงินช่วยถ้าไม่ได้อาศัยมหาวิทยาลัยคงยาก การจัดการเรื่องคุณภาพก็แถมไว้เสมอ ก็เสนอความคิดเพื่อใครอยากทำ อันแรกคือค่อยไปแล้วคือหลายฝ่ายร่วมกัน จะร่วมกันเป็นองค์กรหรือจะให้ใครเลย เช่นว่า มหิดลเอาไปเลยไปจัดการให้ได้ทั้งหมดคือแพทย์แผนสมัยใหม่

อีกอย่างก็คือว่าจัดการบริหารเป็นกลุ่มๆ อย่างที่ค่อยไป คือ สุรนารีก็ไม่ใช่สุรนารีแท้ๆ จะต้องมียะไรควบคุมและช่วยกันบริหารเป็นคลัสเตอร์โรงเรียนแพทย์ใหม่ 6-7 โรงเรียนก็แบ่งได้ 2-3 cluster แล้วมันก็จะไปได้ ถ้าต่างคนต่างไปผมว่ามันโหด สำหรับผู้บริหารและนักเรียน อันนี้ก็เป็นเรื่องชี้แนะว่าจำนวนและคุณภาพของอาจารย์แพทย์เป็นตัวสำคัญที่เวลาโรงเรียนแพทย์ใหม่เสนอหลักสูตรไป หลักสูตรนี้มันง่ายแต่ผู้ที่มาประเมินจะมาดูว่าทำได้อย่างไรเสนอหรือไม่ อันนี้เป็นตัวกำกับถ้าทำไม่ได้ เพราะว่าถ้าทำไม่ได้นักเรียนต้องเดือดร้อนแน่ๆ เรื่องการ

ประเมินคุณภาพเวลานี้ระบบเยอะไปหมด ทางรามาริบัติมีของดี เช่น การทำ Data based กลางแล้ว ใครจะมาประเมินจะใช้ Data based กลาง ลองไปศึกษาดูน่าจะใช้วิธีนั้นเพราะว่าไม่ว่าจะมาประเมินวิธีไหน ก็จะใช้ Data based กลางไม่เสียเวลา เรื่องเวลาที่เรากำลังตั้งโรงเรียนแพทย์แผนงานบอกว่าการผลิต แพทย์เท่าไรในเวลาเท่าไรและให้เงินเท่าไร เค้าพูดแค่นั้นเอง แต่เค้าไม่ได้พูดว่าจะทำอย่างไร

ตาราง 109 แนวทางการชี้แนะและกำกับคุณภาพการผลิตแพทย์

แนวทางการชี้แนะและกำกับคุณภาพการผลิตแพทย์	
<ul style="list-style-type: none"> • จำนวนและคุณภาพอาจารย์แพทย์ • วิธีการจัดการเรียนการสอน • การประชุมแพทยศาสตรศึกษาแห่งชาติ • การประชุมวิชาการแพทยศาสตรศึกษา • การประเมินคุณภาพ <ul style="list-style-type: none"> • ภายใน ต่อเนื่อง โดยโรงเรียน, มหาวิทยาลัย, สกอ. • ภายนอก โดย สมศ แพทยสภา HA กสพท. • การสอบเพื่อการประกอบวิชาชีพเวชกรรม 	

ตาราง 110 โครงการการผลิตแพทย์เพิ่ม พ.ศ.2547 – 2556

โครงการการผลิตแพทย์เพิ่ม พ.ศ. 2547 - 2556	
•ผลิตแพทย์เพิ่มโดยโรงเรียนแพทย์	
ปีละประมาณ 621 - 870 คน รวมเป็น	6,871 คน
•ผลิตแพทย์เพิ่มเพื่อชาวชนบท	
ปีละประมาณ 392-516 คน รวมเป็น	3,807 คน
•รวมผลิตแพทย์เพิ่ม 10 ปี ประมาณ	10,678 คน
•เฉลี่ยผลิตได้ปีละ	890 คน
•รวมกับการผลิตแพทย์ตามแผนปกติปีละประมาณ	1,000 คน
•จะมีการผลิตแพทย์ในช่วงเวลา 10 ปีปีละประมาณ	1,890 คน

อันนี้เป็นหน้าที่ของเรา แล้วเราต่อสู้อันนี้แล้วก็ไม่ค่อยได้เท่าไร จริงๆ แล้วต้องมีการเตรียมการแผนบุคคลากรทางด้านสุขภาพระดับชาติ ควรจะต้องเป็นอย่างไร เรื่องนักเรียนแพทย์เป็นอีกอย่างหนึ่งผมเชื่อว่ายังมีนักเรียนที่เหมาะสมที่จะเป็นนักเรียนแพทย์อีกเยอะอยู่ที่วิธีการที่เราไปหามาให้ได้ ถ้าทุกคนสังเกตดีๆ จะเห็นว่าบุคลากรที่ทำงานในด้านอื่นๆ เช่นรับใช้ บางคนมีสติปัญญาดีมากต้องหาวิธีให้เค้าโดยเฉพาะอย่างยิ่งเรื่องทุนอันนี้เป็นเรื่องสำคัญเลย ทางด้านงบประมาณ เป้าหมายที่กระทรวงใช้ คือ เวลานี้เรามีแพทย์ต่อประชากร 1:2450 เป้าหมายคือต้องการผลิตแพทย์ให้ได้ปีละ 1890 คน ใน 10 ปี เราจะได้จำนวนนั้นถ้าไม่ดกหล่นไปไหนอันนี้คิดประชากรที่เพิ่มแล้ว ตัวเลขนี้เป็นตัวเลขที่เราคิดงบที่เสนอดำเนินการต่อปีเป็น 500,000 บาท ต่อนักศึกษา เราจะมึงดำเนินการต่อนักศึกษาอีกต่างหาก 300,000 และค่าบุคลากรอีกปีละ 100,000 อันนี้ก็จะเป็นตัวเลขที่เราเสนอแต่เค้าก็ให้เรา 300,000 บาทแล้วก็ตัดเงินส่วนพัฒนาบุคลากรออกอีกด้วย เพราะที่มาของเงิน 300,000 บาท คือรวมอยู่แล้วทุกอย่าง

เปรียบเทียบการผลิตแพทย์ในอดีตและปัจจุบัน			
	เริ่มต้น	50 ปีต่อมา	ปัจจุบัน
หลักสูตร	6 ปี	6 ปี	6 ปี
การรับนักศึกษาแพทย์	จำกัด	แข่งขันเสรี	มุ่งปรับคุณภาพ
เนื้อหาวิชา	น้อย	เพิ่มขึ้น	เพิ่มปริมาณ
การเรียนการสอน	ท่องจำ	เป็นภาคปฏิบัติ	เทคโนโลยี หลากหลาย
การวัดผล	สอบ	สอบ	ซับซ้อน
การประกอบวิชาชีพ	ทันที	ทันที	ต้องสอบผ่าน
การศึกษาต่อเนื่อง	ไม่มี	เพิ่มขยายเฉพาะทาง	ภาคบังคับ
การควบคุมคุณภาพ	ไม่มี	ไม่มี	มี
โดย สกอ.	ไม่มี	ไม่มี	มี
โดย สมศ.	ไม่มี	ไม่มี	มี
โดย แพทยสภา	ไม่มี	ไม่มี	มี
โดย ประชาชน	ไม่มี	น้อย	กฎหมาย
การแข่งขันคุณภาพ	ไม่มี	น้อย	มาก

ตาราง 111 เปรียบเทียบการผลิตแพทย์ในอดีตและปัจจุบัน

จำนวนแพทย์ / ประชากร		
ปี	ประชากร	ความต้องการแพทย์
พ.ศ. 2546		มีแพทย์ 25,932
พ.ศ. 2547	64,245,000	35,692
พ.ศ. 2548	64,835,000	36,020
พ.ศ. 2549	65,341,000	36,301
พ.ศ. 2550	65,846,000	36,581
พ.ศ. 2551	66,350,000	36,861
พ.ศ. 2556	68,755,000	38,197

ตาราง 112 จำนวนแพทย์ / ประชากร

ตาราง 113 ที่มาของงบประมาณ 300,000 บาท/คน

ที่มาของงบประมาณ 300,000 บาท/คน			
	ต้นทุนค่าวัสดุ	ต้นทุนค่าแรง	รวม/คน/ปี
วิธีของสำนักงบประมาณ	83,139	200,612	283,751
วิธีของมหาวิทยาลัยมหิดล	98,384	247,097	336,481
วิธีของทบวงมหาวิทยาลัย	124,026	310,601	434,627

มติ ครม. 14 มค. 2540 ให้ออมมีดีเป็นเงินอุดหนุนทั่วไป ในโครงการผลิตแพทย์เพิ่มของมหาวิทยาลัย และ โครงการผลิตแพทย์เพิ่มเพื่อชาวชนบท ในอัตรา 300,000 บาท/คน(ปีเทียบแพทย์)/ปี เป็นค่าใช้จ่าย :

อุดหนุนสถาบันบริการ ไม่เกิน	105,000 / คน /ปี
ตอบแทนอาจารย์และครูแพทย์ ไม่เกิน	140,000 / คน /ปี
พัฒนาฝึกอบรมความพร้อมของอาจารย์ ไม่เกิน	50,000 / คน /ปี
การบริหารจัดการ ไม่เกิน	30,000 / คน /ปี

ตาราง 114 งบประมาณการผลิตแพทย์

งบประมาณการผลิตแพทย์	
งบประมาณการผลิตแพทย์ปกติ	500,000 บาท
งบดำเนินการ ต่อปีต่อนักศึกษา 1 คน เฉลี่ย (ไม่รวมงบลงทุนสำหรับ อาคารใหม่ คุรุภัณฑ์ใหม่และทดแทน)	300,000 บาท
งบประมาณผลิตแพทย์เพิ่มและผลิตแพทย์เพิ่มเพื่อชาวชนบท	100,000 บาท
งบดำเนินการ ต่อปีต่อนักศึกษา 1 คน	300,000 บาท
งบประมาณสำหรับการพัฒนาบุคลากรและอุปกรณ์/คน/ปี	100,000 บาท
งบประมาณสำหรับโรงเรียนแพทย์เปิดใหม่	1,500,000,000 บาท
งบลงทุนในระยะเริ่มแรกอย่างต่ำ 5 ล้าน/ปีการศึกษา 1 คน	
ถ้าเริ่มรับปีละ 50 คน รวมเป็น 300 คน ใน 6 ปี	

มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี

Knowledge management in primary care setting

อ.นพ. สมศักดิ์ ชุณหรัศม์

วันนี้ตั้งใจจะมาพูดเรื่อง primary care setting ซึ่งเป็นจุดสำคัญ ความจริงเฉพาะเรื่องนี้คงต้องชวน มทส มาร่วมกับเครือข่ายที่เรากำลังทำอยู่คือมูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ ซึ่งมีชื่อย่อว่า ม.ส.ช. เรากำลังจัดเครือข่ายแลกเปลี่ยนเรียนรู้อันหนึ่ง เป็นเครือข่ายระหว่างโรงเรียนแพทย์ 3 แห่งและโรงเรียนใหญ่อีก 4-5 แห่งของกระทรวงสาธารณสุข เพื่อพยายามตอบคำถามว่าโรงพยาบาลขนาดใหญ่ จะมีบทบาทอย่างไรต่อการจัดบริการเกี่ยวกับ primary care ที่สำคัญกว่านั้นจะอย่างไรให้ primary care setting ที่เป็นสาขาของเราเป็นที่เรียนรู้ศึกษาได้ด้วย ทางม.ส.ช. เป็นเพียงตัวกลาง คนทำงานจริงจะเป็นคณะแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์รามธิบดี และศิริราชพยาบาล กำลังขยายชวนจุฬามาด้วย ทางโคราชก็มีโรงพยาบาลมหาราชมาร่วม นี่เป็นการนำว่าเราก็พยายามใช้การจัดการความรู้นี้เป็นเทคนิคสำคัญในการทำให้เกิดการเรียนรู้ร่วมกันระหว่างสถานพยาบาล ทำให้รู้ว่าการจัดการความรู้หรือ Knowledge Management นี่เป็นความรู้หรือเป็นเทคนิคก็แล้วแต่ ซึ่งผมเองมองว่าเป็นแนวคิดมากกว่าเทคนิค ถ้ามองว่าเป็นเทคนิคนี้จะไปติดกับเทคนิคก็อย่าง หลายคนชอบถามว่าทำแบบนี้เป็นการจัดการความรู้หรือเปล่า จะขอเริ่มต้นตรงนี้แล้วกัน

ตาราง 115 4 Basic Drives

4 Basic Drives
The drive to acquire
The drive to share
The drive to defend
The drive to learn

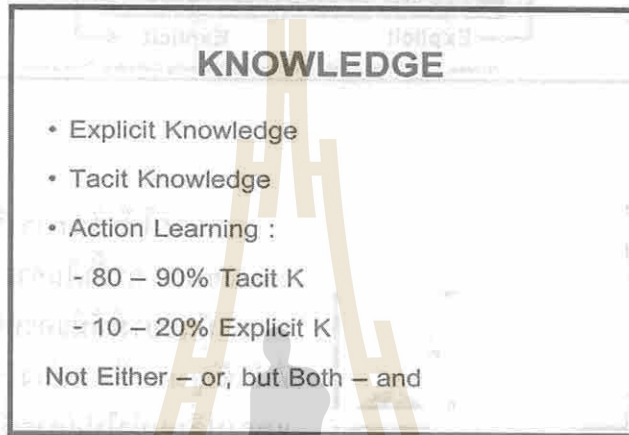
ตาราง 116 Information and Knowledge

Information	Knowledge
Static	Dynamic
Independent of the individual	Dependent on individuals
Explicit	Tacit
Digital	Analogue
Easy to Duplicate	Must be re-created
Easy to broadcast	Face-to-face mainly
No intrinsic meaning	Meaning has to be personally assigned

เราจะสนใจเรื่องการบริหารองค์กร การบริหารองค์กรต้องใช้การจัดการความรู้ซึ่งการจัดการความรู้มีความจริงแล้วมาจากภาคธุรกิจ จะพูดเรื่ององค์กรเป็นหลัก จนหลังๆมาเน้นเรื่องคน ผมสังเกตส่วนตัวเพราะองค์กรผลิตบริการ คนให้บริการแต่ละคนจะมีความสำคัญมาก องค์กรผลิตสื่อของ เทคโนโลยีจะสำคัญมากกว่าคน ในสมัยก่อนมีหนังสือกล่าวว่า มนุษย์มีแรงจูงใจ 4 อย่างในการทำงาน เรียกว่า four basic drive สามอย่างแรกตรงไปตรงมา ส่วนอย่างที่ 4 คือ drive to learn น่าสนใจมาก เค้าเชื่อว่าคนทำงานไม่ได้อยากได้ดั่งค์เสมอ อยากได้ปัญญาด้วย คนที่มีความสุขคือคนที่ทำงานแล้วได้

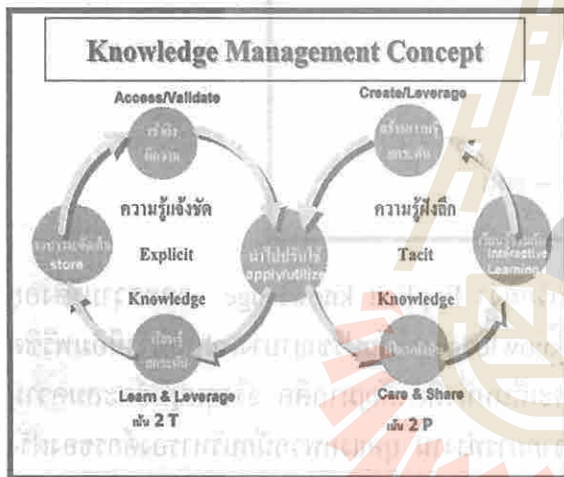
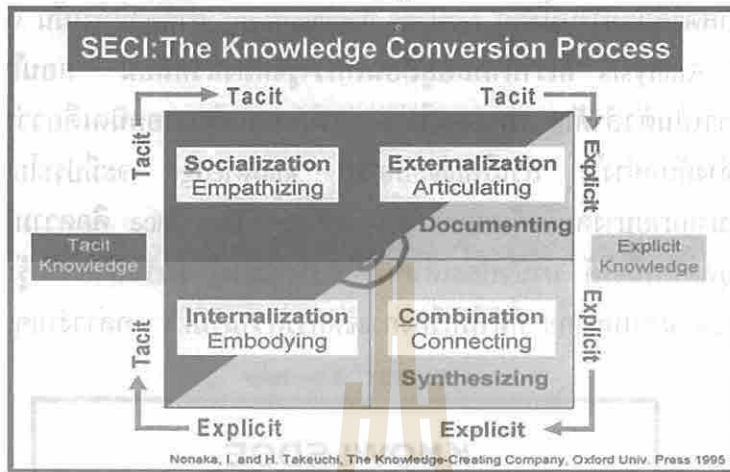
เรียนรู้ด้วย ซึ่งเป็นเรื่องที่สำคัญมากๆ คือคนทำงานไม่ได้เรียนรู้ องค์กรไม่เกิดการสร้างสรรค์ ก่อนจะมีการจัดการความรู้ มีศาสตร์อีกอย่างหนึ่งคือ System management สำคัญที่เค้าเน้น คือการรู้จักสิ่งแวดล้อม จะเห็นว่า SWOT Analysis ที่เรากำลังอยู่สอนให้เรารู้จักสิ่งแวดล้อม สอนให้รู้ว่าเมื่อสิ่งแวดล้อมเปลี่ยนแปลงมันกระทบเราเป็นตัวสำคัญ ผมคงจะไม่พยายามแยกแต่จะบอกนิดเดียวว่า knowledge และ information จะต่างกันอย่างไร ส่วนใหญ่จะบอกว่า knowledge จะมีประโยชน์เมื่ออยู่ในคนและก็ตัวความรู้จะมีแง่มุมมากมายบางคนถึงกับบอกว่าเป็น face to face คือความรู้สามารถส่งต่อกันจากบุคคลหนึ่งไปสู่อีกบุคคลหนึ่งได้ มาถึงประเด็นที่ต้องแบ่งความรู้ การแบ่งความรู้แบ่งได้หลายชนิดเป็น Explicit และ Tacit นายโนนากะ ที่ทำให้เรื่องการจัดการความรู้นี้ดัง กล่าวง่ายๆ ว่า การจัดการความรู้

ตาราง 117 Knowledge



แบ่งได้ 2 แบบ คือความรู้ที่ได้จากการจดบันทึกได้ง่ายๆ เรียกว่า Explicit knowledge และความรู้ซึ่งอยู่ในตัวคนเรียนรู้และเผยแพร่ได้ยาก เรียกว่า Tacit knowledge มีนักปรัชญาบางคนบอกว่ามีอิมพริซิทีโนเลตด้วย ก็ไม่ต้องเอาไปแยกดีกว่า รู้ว่ามันมี อีกประเด็นหนึ่งที่สำคัญมากคือ จริงๆมนุษย์สะสมความรู้ได้ไม่ยากจากการทำงานและการเรียนรู้จำนวนไม่น้อยเกิดจากการทำงาน ยุคแรกพวกนักบริหารองค์กรของฝรั่งเค้าจะบอกว่า Knowledge Management เป็นความสามารถขององค์กรในการรวบรวมความรู้ให้คนในองค์กรสามารถใช้ได้โดยง่าย ในสมัยก่อนจะมีการเน้นเรื่องการทำ computer database network นายโนนากะบอกว่าความรู้พวกนี้ก็มีประโยชน์อยู่นะ แต่ถ้าองค์กรมันแต่จัดการความรู้พวกนี้ คนในองค์กรก็จะได้ไม่เรียนรู้ สิ่งสำคัญคือให้คนในองค์กรเรียนรู้ กลายเป็นว่า Knowledge Management เป็นการจัดการสิ่งแวดล้อมในองค์กรเพื่อให้สมาชิกเกิดการเรียนรู้ สิ่งหนึ่งที่ญี่ปุ่นบอกคือต้องให้คนเรียนรู้จากความรู้ภายในและความรู้ภายนอกผสมผสานกัน นี่เป็นส่วน Explicit knowledge มีวงจรง่ายๆ คือ S.E.C.I. เมื่อประมาณ 4-5 เดือนที่แล้ว มีบทความหนึ่งว่าด้วยเรื่อง Tacit และ Explicit knowledge จากมุมมองของนักบริหารองค์กร พูดชัดเจนว่า Tacit knowledge เป็นอุปสรรคในการเรียนรู้ เค้าไปไกลถึงขนาดนั้น ถ้าพูดอย่างพวกผม คือ เราไม่เชื่อว่า Tacit knowledge ไม่มีความหมาย เราว่ามันอาจเป็นตัวขัดขวางการเรียนรู้แต่มันมีคุณค่าในการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ วิธีทำให้ความรู้ชุดนี้มีประโยชน์คือนำไปลองใช้ดู ส่วนสำคัญของ Knowledge Management คือเพราะว่าการใช้ความรู้ที่มีบริบทมาเกี่ยวข้องด้วยเสมอ ฉะนั้นเราไม่รู้หรอกว่าความรู้บางอย่างใช้กับบริบทไหน ในทางกลับกันการเรียนรู้ที่เอาบริบทเข้ามาประกอบ คือ Tacit knowledge ความรู้ส่วนใหญ่เป็น Explicit knowledge เรียกว่า universal knowledge จำนวนไม่น้อยในองค์กร

ตาราง 118 The Knowledge Conversion Process

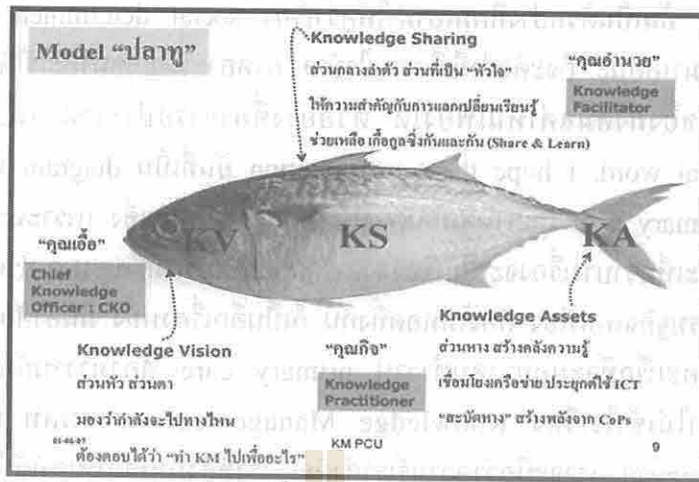


รูปที่ 84 Knowledge Management Concept

และ Explicit knowledge มันเจอกันตอนนำไปใช้ ถ้าหากเราเน้นการนำไปใช้เราจะเน้น tool and technology ถ้าหากเป็น Tacit knowledge นี้เราจะเน้น people and process และทางอาจารย์วิจารณ์ พานิช มาแปลเป็น model ปลาตู้ ให้คิดถึง 3 อย่าง คือ

หัวปลา ตัวปลา และหางปลา จะจัดการความรู้เรื่องอะไรต้องบอกก่อนว่าจะเอาความรู้ไปทำอะไร มี knowledge vision จากนั้นก็จะมาถามว่าแล้วจะทำกระบวนการอะไร เรียกว่า knowledge sharing พอเสร็จแล้วต้องรวบรวมความรู้ไว้เรียกว่า knowledge assets พุดง่าย ๆ ก็คือถ้าจะทำการจัดการความรู้ต้องทำให้ครบทั้งตัวปลา ย้ำอีกครั้งนะครับว่าการจัดการความรู้คือการจัดการองค์กรและการจัดการบุคลากรให้บุคลากรเป็นนักเรียนรู้ ก็ท่าน Galileo บอกว่า เราสอนใครให้เรียนรู้ไม่ได้หรอก เราทำได้คือ ช่วยให้เค้าได้พบกับตัวเค้าเอง ส่วนหนึ่งที่คนพูดกันมาคือการจัดการความรู้ไม่ใช่เป็นการสร้างฐานความรู้แต่เพียงอย่างเดียว แต่เป็นการทำให้เรารู้ว่าคนที่มีความรู้คือ ใคร พุดง่าย ๆ ก็คือการจัดการความรู้คือการจัดการคน

อยากให้เกิดการเรียนรู้ผ่าน interaction consensus ฉะนั้นในการจัดการความรู้ขององค์กร เราจะเน้นอย่างให้มีเครือข่ายเลเตอร์ขององค์กรและที่สำคัญมากอีกอย่างเราต้องการให้เกิดการแลกเปลี่ยนนำไปสู่การบันทึกด้วยนั่นก็ตัวสำคัญอีกตัวหนึ่งที่อยากบอกคือ ทั้งหมดนี้มันไม่ได้อยู่ที่การจัดการโดยคนข้างนอก มันเป็นการจัดการตัวเราเองด้วย ให้เรารู้วิธี จริงๆ เป้าหมายของการทำ knowledge management คือการทำให้คนในองค์กรเรียนรู้ตลอดเวลา มี Concept อันหนึ่งมีจริงอันหนึ่งกล่าวว่า ความจริง Tacit knowledge



รูปที่ 85 Model ปลา

ตาราง 119 Knowledge management

Knowledge management is about organizational management and human resources management

ตาราง 120 Knowledge management

You cannot teach a man to learn anything
You can only help him to find it within himself
Galileo

KM is creating environment that facilitate learning and sharing

สิ่งหนึ่งซึ่งเราน่าจะทำคือการแลกเปลี่ยนเรียนรู้กัน คนที่ให้ความรู้คนคือควรมี Competency อย่างไรบ้าง ต่อมาคนทำงานจะช่วยกันแคะความรู้ต่างๆ แล้วนำมาแยกว่า Competency นี้ดีสุดคืออะไร แยกที่สุดคืออะไร แล้วก็เขียนออกมาเป็นตาราง Competency Analyses เสร็จแล้วถามตัวเองว่าฉันมีความรู้เรื่องนี้อยู่ระดับไหน ทุกคนประเมินตัวเองจะได้ความรู้มาชุดหนึ่งแล้วก็มารวมกันพอมารวมกันเสร็จก็จะรู้ว่าเราอยู่ตรงไหนคนอื่นอยู่ตรงไหน เราก็รู้ว่าคนไหนมีความรู้มากกว่าเราในเรื่องนั้นๆ ง่ายๆ คือนี่เป็นตารางวิเคราะห์เพื่อบอกความรู้คนอื่นจะได้เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้คนอื่น

Primary care อาจมีคำถามง่ายๆ ว่า primary care จะเอาไปใช้ได้อย่างไร ผมเข้าใจว่า primary care ที่เราพูดถึงคือหน่วยบริการที่ทำงานกันเป็นกลุ่ม เป้าหมายคือการทำให้สุขภาพในชุมชนดี primary care นี้เป็น care provider ที่ไม่ได้ passive primary care จะใช้ Concept เรื่องสุขภาพ เราต้องยอมรับว่าเรื่องสุขภาพไม่ใช่เรื่องของหมอเรื่องของพยาบาล ต้องรู้เรื่อง social health, spirit health สร้างการเรียนรู้ระหว่างผู้ป่วยเอง

ความเป็นอยู่ของคนก็ไม่ดีนะ อันนี้ก็เป็นเรื่องของ happiness research การมีส่วนร่วมในการแสดงออก การมีสิทธิเหนือทรัพยากรธรรมชาติ หรือโอกาสที่จะแสดงความสามารถที่มีอยู่ได้รับการพัฒนาศักยภาพ ของพวกนี้ดูแลแล้ว ไม่เหมือนเรื่องปัญหาของสุขภาพ แต่ถ้าเราดูหลังๆ มาแล้ว ว่าเรื่องเหล่านี้

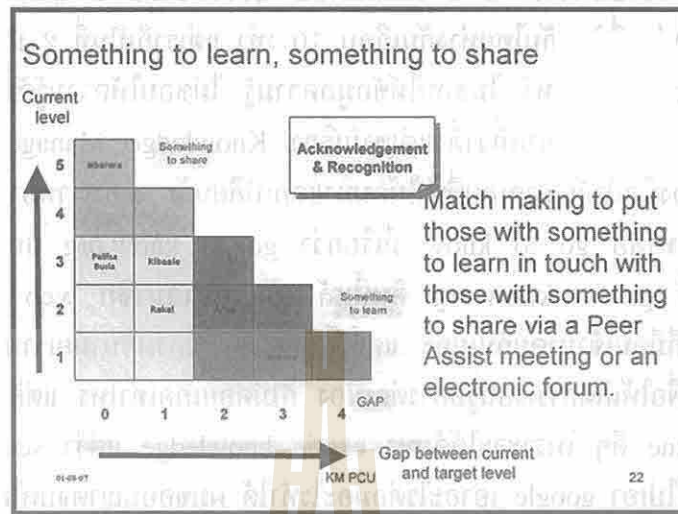
เป็นเรื่องสุขภาพทั้งสิ้น อันเป็นตัวอย่างที่ผมเอามาให้ดูว่าเรื่อง social determinant องค์การอนามัยโลก ถึงตั้ง commission มาเลยนะ ก็จะคิดว่ามีเรื่องอะไรบ้าง ภาคสาธารณสุขทำอะไรได้บ้าง แค้ไหนเพียงใด หรือส่วนหนึ่งส่วนใดของสังคมแค้ไหนเพียงใด ตัวอย่างที่อาจารย์ประเวศ เสนอ ขอภัยสำหรับ I apologize my Thai word. I hope the transformation อันที่เป็น diagram ที่อาจารย์ประเวศลอง เสนอ ว่าถ้าเราทำ primary care สุขภาพชุมชนต้องเชื่อมกับชุมชนเข้มแข็ง เพราะฉะนั้นเรื่องที่จะทำอาจมี สัก 7 เรื่องต่อไปนี้จะเห็นว่าบางเรื่องจะเป็นเรื่องสาธารณสุข เช่นเรื่องการควบคุมโรค เรื่องการดูแลรักษา โรคที่พบบ่อย เรื่องเศรษฐกิจพอเพียง ก็คงไม่ทอดทิ้งกัน ก็เป็นอีกเรื่องหนึ่ง มันอาศัยคนอื่น

ผมพูดมาตั้งแต่จะบอกว่าคนทำงาน primary care ต้องทำงานกับคนอื่น การที่คนอื่น มาช่วยเราทำงาน ถ้าไม่เข้าใจเรื่อง Knowledge Management จะทำผิดพลาด คือถ้าเราไม่เข้าใจ Knowledge Management เราจะนึกว่าความรู้เราสำคัญ เราต้องไปบอกให้เขาเข้าใจเขาจะได้มาช่วยเรา ทำงาน ซึ่งเป็นวิธีที่เราใช้มาโดยตลอด เวลาที่ต้องทำอะไรก็แล้วแต่ เราต้องทำเรื่องเกี่ยวกับสุขภาพ อนามัย เราพยายามที่จะบอกคนอื่นเขา เขาต้องทำนี่ ทำโน่น ทำนั่น แต่ถ้าเราเข้าใจ Knowledge Management เราจะไม่บอกเขาหรอก หลายอย่างที่ต้องทำเราไม่รู้ว่าจะทำยังไง เหมือนที่ผมเล่า ให้ฟังว่า นายกเทศมนตรีต้องการให้ถนนสะอาด จะทำยังไงไม่รู้ ความจริงครอบครัวเข้มแข็งทำยังไง ใครรู้ คนที่ชอบพูดครอบครัวเข้มแข็ง จำนวนไม่น้อยไม่มีครอบครัวเลย แต่ก็พูดได้เพราะอ่านตำรามาเยอะ สุดท้ายมันไม่ใช่ความรู้ หรือไม่รู้จริงหรอก มันเป็นเรื่องของใครต้องทำ เขาต้องทำเองจากประสบการณ์ เพราะฉะนั้นการทำให้คนจำนวนหนึ่งต้องมาช่วยกันทำงาน ตระหนักว่าเขาอยู่ตรงไหนจะสำคัญมาก เพราะฉะนั้น ผมคิดว่า contribution ของ Knowledge Management ใน PCU มีเยอะมากเลย แต่อยากจะเน้นเรื่อง partnership empowerment เราเอาหลักการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ไปกระตุ้นให้ partner ของเราเกิดตระหนัก และเริ่มจากของที่พวกเขาทำ

เมื่อเข้าเรามีครูคนหนึ่งมาเล่าให้ฟัง กรมอนามัยมีมาตรฐานโรงเรียนสุขภาพเยอะมากเลย เราก็บอกให้เขาทำโรงเรียนส่วนใหญ่ก็จะวิ่งหนี จนกระทั่งมีครูคนหนึ่ง บอกว่าที่เขาทำนะดีมากเลย แต่ก็ ไปแปลเป็นของแกเอง ให้คนในโรงเรียนเห็นว่า เรื่องที่กรมอนามัยอยากให้ทำมีจำนวนไม่น้อย ทำแล้วครู ก็สุขภาพดี นักเรียนก็สุขภาพดี เป็นการทำให้สุขภาพครู และนักเรียนในโรงเรียน ไม่ใช่ทำเพื่อ กรมอนามัย แล้วก็มาปรับนิดหน่อย ให้คนของกรมอนามัยเข้าใจ ถ้าคนของกรมอนามัยไม่เข้าใจก็จะบอก อยู่เรื่อยให้ทำอย่างนี้สิ แล้วจะยกตัวอย่างหนึ่งว่า เราชอบไปตั้งเป้าหมายให้โรงเรียน เรื่องไม่มีน้ำอัดลมขาย ขึ้นไปทำเรื่องนี้เป็นเรื่องแรก มีหวังทะเลาะกันตาย เพราะโรงเรียนจำนวนไม่น้อยทำสัญญาขายน้ำอัดลมก็ จะได้รับลดคั้นหนึ่ง ให้เขาเลิกขายเป็นไปไม่ได้อยู่แล้ว ไปทะเลาะกับเขาเปล่าๆ ไปทำเรื่องอื่นก่อนได้ไหม ที่เขาอยากได้ เช่น ลดพุง ลดขนมหวาน เหล่านี้เป็นต้น

นี่เป็นตัวอย่างเล็กๆ ที่ผมคิดว่าเป็น common sense แต่ว่าเราทำเพราะคิดว่าเรารู้มากกว่าจะมีปัญหา มาก เพราะผมบอกว่าการที่เราู้ Knowledge Management อย่างน้อยก็ทำให้พวกเรา นักสาธารณสุขที่มีความรู้เยอะ ลอดหังกาดตนเอง เห็นคุณค่าของความรู้คนอื่น แล้วก็พยายามดึงความรู้ คนอื่นขึ้นมา ดึงมาเพื่อไม่ใช่ให้เรารู้ แต่ดึงมาเพื่อให้เจ้าตัวตระหนักและมาช่วยกันทำงาน อันนี้ก็เป็นเรื่อง เล็กๆ น้อยๆ แน่่อนเราสามารถทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงความรู้ในคนของเราเองด้วย ไม่ใช่เฉพาะ กับ partner เท่านั้น เราสามารถทำให้คนไข้มากแลกเปลี่ยนเรียนรู้จากตัวอย่างที่ผมยกสักครู่นี้ แล้วสามารถ ทำให้เราค้นพบวิธีการพูด a key next coder กลุ่มต่างๆ พูดกับอบต. เขาจะได้ให้เงิน มาทำงานสุขภาพ

อันนี้ก็เป็นตัวอย่างจากความคิดความเข้าใจของเขา อันนี้เขาสามารถมองเห็นเชื่อมโยงได้ คุณความรู้เขาขึ้นมา กิจกรรมที่จัดได้ก็มีหลายวิธี ที่เราทำบ่อยก็คือ share and learn session Share and learn



รูปที่ 86 Something to learn, something to share

session ก็อย่างที่ว่าทำ a key partner ก็ได้ เราพยายามบอกว่าเวลาเจ้าหน้าที่ไปประชุม เพื่อชักชวนคนมาทำงาน กรุณาอย่าไปเล่าให้เขาฟัง ว่าเรื่องนี้เขาเห็นด้วยไหมเขาเคยมีประสบการณ์ยังงัย เขาทำยังงัย เพราะหลายเรื่องที่ยากทำก็อยากทำกันทั้งคู่ เรื่องตลาดสดน่าซื้อ เรื่องชุมชนเข้มแข็ง เรื่องครอบครัวมาช่วยกันดูแลคนไข้ เราเริ่มจากเขา เขาก็ได้เรียนรู้ว่าเขาทำยังงัย ประสบปัญหาอย่างไร แล้วเราค่อยไปเติมความรู้ให้เขาก็ได้

เพราะฉะนั้นการประชุมก็จะเปลี่ยนวิธี เราจะใช้ share and learn มากกว่า เรื่องการแจ้งนโยบายชี้แจงแผนการโครงการ หรือการให้ความรู้สู่ศึกษาศึกษาพวกนี้ คำมันจะเปลี่ยนหมด เราสามารถทำ Internal share and learn ของคนในองค์กรได้ มีคำถามง่ายๆ ที่ผมจะถามตัวเองเป็นระยะๆ และจะถามลูกน้องบ่อยๆ ก็คือว่าเวลาเราประชุมกันในองค์กร มันเปลี่ยนเป็นการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ได้ไหม คำถามง่ายๆ ถ้า extreme ก็จะบอกว่า ถ้าเราเชื่อเรื่อง Knowledge Management การประชุมเกือบทุกการประชุมในองค์กร ก็จะเปลี่ยนเป็นการแลกเปลี่ยนเรียนรู้หมดเลย แต่ก่อนเราก็จะเรียนรู้ เมื่อประธานพูดคุยคนเดียวก็ถือว่าไม่มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ อันนี้ถือว่าตรงไปตรงมา แต่ก็แน่นอนประธานต้องเปลี่ยนพฤติกรรมด้วย สมาชิกก็เปลี่ยนพฤติกรรมด้วย แล้วบ่อยครั้งเมื่อเริ่มแล้วไม่มีคนพูดหรือบางคนบอกประชมนักวิชาการเพื่อแลกเปลี่ยนความรู้ยากกว่าการประชุมคนงาน

หลายหน่วยงาน จะจัดการแลกเปลี่ยนความรู้ต้องเริ่มที่คนงานก่อน แล้วก็ไปบอกกับนักวิชาการว่าเมื่อวานเราได้ความรู้อะไรจากคนงานบ้าง นักวิชาการก็จะได้เขินอาย ยอมแลกบ้าง มีเรื่องของ P2P คือ 1. people 2 practice ซึ่งสามารถทำได้กับ chronic condition หรือเรื่อง self care พุดง่ายคือว่า แทนที่เราจะไปให้ความรู้ เราก็ให้ผู้ป่วยที่เป็นโรคเรื้อรังคุยกันเอง ว่าดูแลตนเองยังงัย ไม่ใช่เฉพาะแต่ DM HT จำนวนไม่น้อยมันเป็นยังงัย แล้วก็มี interactive database นี้ก็เป็นตัวอย่างหนึ่ง การเอาความรู้ไปให้ประชาชน เราก็ควรจะให้เป็น Interactive ด้วย เขาสามารถจะถามได้ เขาสามารถจะบอกได้ว่าเขาคิดยังงัย จะได้เป็นประโยชน์มากขึ้น

การทำblock หรือ IT tool ต่างๆ ก็ทำให้การเรียนรู้ต่อเนื่องได้ มีคนเขาเคยแซว แต่ว่าผมว่าแซวแล้วก็ตลกดี เคยมีการออก questionnaire แต่ตัวอย่างนี้เป็นตัวอย่างที่ไม่ดี เป็นบริษัทที่ survey เรื่อง sex behavior เขาบอกว่ามี 2 ประเทศที่ตอบ questionnaire สูงสุดคือ ญี่ปุ่น กับไทย แต่ response rate ระหว่างญี่ปุ่น กับไทยห่างกันเกือบ 10 เท่า แต่เราก็เป็นที่ 2 ประเด็นที่ผมบอกจริงๆ เราไม่ค่อยชอบ interactive เท่าไหร่ ไม่ชอบให้ข้อมูลความรู้ ไม่ชอบให้ความรู้กับใคร ที่นั่นก็มีเรื่อง blog ที่ว่า ญี่ปุ่นเขาจะเขียนเยอะมากที่วางตั้งแต่เขามีเรื่อง Knowledge Management มีการคิดเรื่อง blog, blog นี้เป็นเครื่องมือสำคัญมากเลยที่ทำให้คนมาแลกเปลี่ยนกัน ของเราพยายามทำ blog แต่ไม่สำเร็จ เมืองไทยที่กำลังทำคือ go to know ที่เรียกว่า go to know.org ของอาจารย์หมอวิจารณ์ ถ้าท่านอยากรู้ เข้าไปที่ go to know.org คินี้แล้วสมัครเป็นสมาชิก web board จำนวนหนึ่ง web board พวกนั้นก็มีคนเข้ามาคุยกันเยอะ แต่ก็เรียนจริงๆ ในกรมอนามัยเราเองก็พยายามในการใช้ block เป็นเครื่องมือ เพื่อให้เกิดการเรียนรู้อย่างต่อเนื่อง ก็ไม่ค่อยเกิดเท่าไร แต่ก็ยังเป็นสิ่งที่เราน่าจะลองทำได้ ทำ search engine ดีๆ เพราะจะได้ค้นหา exotic knowledge แต่ว่า search engine ก็ไม่ได้ทำเองเดี๋ยวนี เดี๋ยวนีเขาไปเอา google เอาอะไรต่อมิอะไรทำได้ ผมขออนุญาตจบสไลด์นี้

ถามว่าอุตสาหกรรมเรื่องพวกนี้จะประเมินได้อย่างไรว่าเราทำ Knowledge Management แล้วเกิดประโยชน์จริงๆ หรือเปล่า ก็เราประเมินจาก 3- 4 ตัวนี้ อันที่ 1 ที่น่าจะเอามาประเมินก็คือว่า เราทำงานได้สำเร็จมากขึ้นไหม แล้วงานที่ทำงานมีความต่อเนื่องของการเรียนรู้ และปรับปรุงของการจัดทำใหม่ เวลาที่คนบอกว่าต้องทำ CQI ผมก็งงๆ ว่าทำ CQI โดยไม่มี Knowledge Management ผมว่าน่าจะไม่ได้ แต่แน่นอนคำว่า Knowledge Management ในที่นี้คือ การทำให้คนทำงานมีการเรียนรู้ต่อเนื่อง อันนี้ไม่ได้บอกว่าต้องมาเริ่มตรงมีตำรา Knowledge Management แล้ว จริงแล้วมีคนเขาทำมาก่อนหน้านั้นแล้วคือพูดง่ายๆสมาชิกองค์กรจำนวนหนึ่ง ก็เป็นนักเรียนรู้มาแต่ไหน แต่ไรแล้ว

แต่ประเด็นที่ผมอยากจะบอกก็คือว่า ถ้าทำ Knowledge Management ด้วยมันจะไปแผ่ขยายทั่วองค์กร เราจะได้ประเด็นเชิงปริมาณ เพราะมีคนมาให้ความสนใจ เราจะได้คนที่ happy และก็เรียนรู้ตลอดเวลาด้วย เราจะได้ partner ซึ่งอยากทำงานกับเรา ไม่ใช่เดินหนีเรา แล้วเราจะได้ลูกค้าหรือประชากรที่เราทำงานด้วย แม้กระทั่งคนไข้ที่เราให้บริการก็มีความสุขมากขึ้น มีความพอใจมากขึ้นที่นี้ก็เป็น outcomeใหญ่ๆ

ผมคิดว่า ผมมีอีกสไลด์ หนึ่ง แล้วต้องการเอนไขอะไรบ้าง หรือมีปัจจัยอะไรบ้าง บางอย่างก็เอามาก่อน บางอย่างก็เอามาทีหลัง อันที่หนึ่งที่แน่นอน ผู้นำองค์กร คงต้องมีนโยบายที่ชัดเจน พูดง่าย ๆ คือว่า ถ้าอยู่ในองค์กรที่ไม่เชื่อเรื่องการเรียนรู้ ก็คงยากเหมือนกันนะที่เขาจะมาสนใจ หรือส่งเสริมให้พวกเราเกิดการเรียนรู้ แต่ที่ผมเล่าให้ฟัง ผมเข้าใจเอาเองว่า องค์กรเดี๋ยวนีซึ่งไม่เห็นคุณค่าของการเรียนรู้ของพนักงานน่าจะมึนน้อยมาก พอเขามีนโยบายแล้วเขาเข้าใจหรือไม่ นั้นเป็นอีกเรื่องหนึ่ง เพราะฉะนั้นต้องมีเรื่องสอง คือ knowledge manager แต่ knowledge manager ผมไม่อยากให้เวอร์ เพราะหลายแห่งต้องเป็น CKO มี chief knowledge officer สารพัด C ที่เราเคยได้ยินสมัยรัฐบาลคุณทักษิณ concept คุณทักษิณเขาว่าเขาคือเจ้าแห่ง C สารพัด CEO, CKO, CIO ทุกอย่างเลย แต่ประเด็นต้องมีคนดูแลเรื่องนี้

ผมเองชอบแซวที่ว่าไอ้ตัว CEO นี้แหละเป็น C knowledge officer ต้องเป็นตัวทำ Human resource คือทำ CKO เพราะทำแล้วพนักงานดีขึ้น การมาอยู่กับคน เพื่อให้คนเรียนรู้ เนื้อความรู้

เป็นผลพลอยได้ ก็ฝากดูว่าองค์กรแต่ละองค์กร knowledge manager ควรเป็นใคร แต่ที่ผมเรียน ไม่จำเป็นต้องแยกแยะให้ละเอียดเกิน

อันต่อมาต้อง Promote knowledge management ในหน่วยย่อย อย่าทำอยู่คนเดียว อย่าตั้ง คณะกรรมการจัดการความรู้ประจำองค์กร 1 คณะ เพื่อมาจัดการความรู้ไม่มีทางเกิด ส่วนคุณจะมีหน่วยย่อย ก็หน่วยก็ไปคุยกันเอง มหาวิทยาลัยต้องมีคณะ คณะต้องมีภาควิชา ภาควิชาต้องมีแผนกก็ไปว่าเอา

ผมไม่รู้ว่าคุณหน่วยย่อยต้องแบ่งยังไง แต่ถ้าเป็น PCU คงมีหน่วยย่อยไม่เยอะ ก็ไปลองดูว่ามีหน่วยย่อยกี่หน่วย แล้วไปส่งเสริมให้เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในหน่วยย่อย ผมคิดว่า PCU น่าจะทำได้ไม่ยาก เพราะว่าองค์กร PCU ก็ไม่ได้ใหญ่มากมายเท่าไร แล้วแน่นอนต้องมีงบประมาณสนับสนุน มีโครงสร้างพื้นฐานให้หน่อยแล้ว ถ้าจะเพิ่มตัวนี้ knowledge management ก็เพิ่มคนให้เขาอีกหน่อย ที่เรียกว่า Facilitator และ note taker คือคนที่สามารถจัดประชุมแล้ววงไม่แตก จัดประชุมแล้วทำให้คนเกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ สามารถแคะความรู้คนออกมาได้ เรียกกันเล่นๆ ว่า นักแคะความรู้ คนๆ นี้เขาเป็นนักบันทึก อาจารย์วิจารณ์ เรียกว่า คุณอำนวย คุณลิขิต แล้วสุดท้ายต้องทำให้กิจกรรมนี้ Knowledge Management เป็นส่วนหนึ่งของการประเมินผล คือ ประเมินว่าคนเกิดการเรียนรู้หรือเปล่า จะประเมินยังไงเป็นอีกเรื่องหนึ่ง เช่น การประเมิน Process ประเมินว่าคนๆ หนึ่ง ทำงานมาตั้งแต่ต้นปีถึงปลายปี เขาทำอะไรใหม่ๆ บ้าง เขาเรียนรู้มาจากไหน และให้คุณค่าเป็นส่วนหนึ่งของการประเมินผลปลายปี คนก็จะสนใจเรื่องของการเรียนรู้มากขึ้น



มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี

ทางเลือกใหม่ในการผลิตแพทย์เพื่อชุมชน

ศ.นพ.จรัส สุวรรณเวลา

นพ.พิเศก ทองสวัสดิวงศ์ : Co.Chair

ถึงวันที่สามหรือ วันสุดท้าย ของการประชุมวิชาการในครั้งนี้นะครับ เขาก็มีวิทยากรที่ทรงคุณวุฒิอีกท่านหนึ่งที่จะมาบรรยายให้เราฟัง ผมจะแนะนำอาจารย์เป็นภาษาไทย แล้ว Profesor Kofler ก็แนะนำในฐานะเพื่อนเก่า เกี่ยวกับอาจารย์ที่จะมาบรรยายเขานี้ อาจารย์ท่านนี้ ที่จริงเป็นตำนานของแพทย์จุฬาฯ ไปแล้วนะครับ ตำแหน่งของอาจารย์ทั้งบุนและบู้ครบหมด อาจารย์จบทางศัลยกรรมศาสตร์ประสาทด้วยบุน ทางด้านบริหารการจัดการอาจารย์ก็เป็นคณบดีแพทยศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยและเป็นอธิการบดีของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยถึงสองสามสมัย ล่าสุดอาจารย์ก็เป็นนายกสภาจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย และนายกสภามหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์ ตำแหน่งหรือผลงานอาจารย์มากมาย พูดสามวันไม่จบ เออสั้นๆ และที่สำคัญที่สุดคือ ตำแหน่งของอาจารย์ ก็คืออาจารย์อยู่ในใจของแพทย์จุฬาฯทุกคน ในฐานะที่เป็นอาจารย์ที่ทุ่มเททุกอย่าง ผมยังจำภาพที่อาจารย์ไปสอนทุกวันเสาร์ได้ จนอาจารย์เกษียณไปแล้ว อาจารย์เป็นตำนานครับ

Professor Kofler : Chairperson

To introduce Chasas Suwanwela to scientific work, there is no need because everyone knows him. And to introduce Chasas Suwanwela to people working in the rural area is the same as you will think you have to bring sand to the beach.

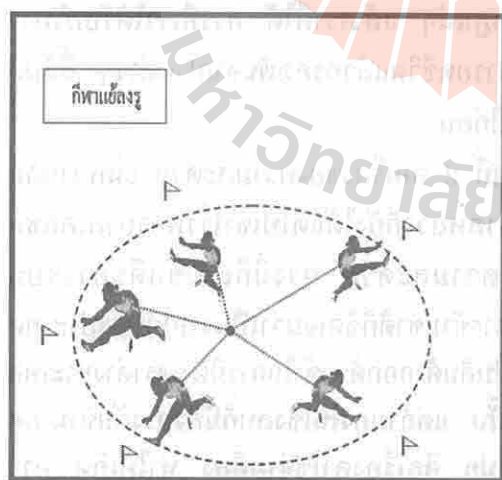
There Jose I will introduce in a small personal story we had. He was the person who brought me to Thailand first and brought me to the rural area. It was in the early 80's. I was sitting in my institute as a young associate professor. Then Professor Charas came to me and asked "I heard you had done some research on the air pollution. We had the problem in the northern part of Thailand, an ecological problem in the rural area, may be it is the problem or not. Is there influence of air pollution of sulphur dioxide on the ecosystem in Chiangmai in connection with tobacco curing industry."

I said I do not know, but what we do not know we have to solve on an empiric way, and so he said "Please come, I invite you to Chula and give us information." I then brought for him the first nuasvring equipment to measure air pollutant in the rural area in Thailand. We measured sulphur dioxide in Chiangmai area. And all the time Prof. Charas was fighting and I bra rat for the rural area .

So I came to Thailand. I had then another experience. It was the surprising experience when I have been in Harvard. We discussed about new type of teaching, and there was a book published about about hands organizehim .I think vehemence 100 the moot famous and relevance new type of of teaching; new pathway system ,coiled this book for teaching in medicine, published in 1988. In this book, there was a paper of Chasas Suwanwela about the MESRHP program. This was a historic step in the right direction. I lean need a lot of him, and it is all the time, a per sound pleasure to meet him and also a very nice situation with him, when the Australian Am broader had given to him the honorable diploma of our school of public health and he ans wered to the Am broader and shudders my son run in the room and totally green because he was running around and falling in of water pool Chasas has he save him in this special sitvotion so you see we has very very pursued expire him, so it is really a personal plenum for me that he is here. I know that he will give a really alighted speech. I would to you and invite fiend to helping hand to do the best to round are, this I

ศ.นพ.จรัส สุวรรณเวลา

ต้องขอบคุณท่านที่จัดการประชุม ขอบขอบคุณท่านคณบดีที่ให้เกียรติผมมาร่วมในกิจกรรมในครั้งนี้ แล้วก็ด้วยความยินดีที่จะได้ร่วมคุยกันในเรื่องของแพทยศาสตรศึกษา หัวข้อที่ตั้งมานี้คือทางเลือกใหม่ในการผลิตแพทย์ใหม่เพื่อชุมชน รู้สึกว่ามันแคบไป เพราะพอบอกว่าการผลิตแพทย์เพื่อชุมชน ก็เลยกลายเป็นว่าไม่ใช่ผลิตแพทย์เพื่อโลกหรือเพื่อประเทศ ตรงนี้อาจจะเป็นตัวปัญหาของเรา ที่จะมองว่านี่อาจจะเป็นแพทย์ชั้นสองกระมัง หรืออะไรทำนองนั้นนะครับ มีคำถามนี้อยู่ตลอด เพราะฉะนั้น อาจจะลดยกกลับไป มันเป็นการชักกะเย่อ แต่ว่าเราก็มีพาทีกหนึ่งเรียกว่าแย่งรู้คือ แทนที่จะเป็นคนสองคน



รูปที่ 87 กีฬาแข่งรถ

ชักกันคนละทาง มันกลายเป็นคนหลายๆ คนที่มีเชือกผูกเอวแล้วไปผูกไว้ตรงกลางแล้วจากนั้นก็ดึง ใครสามารถที่จะดึงแล้วไปชักตรงขึ้นมาก่อนได้คนนั้นชนะ สภาพของเราในปัจจุบันนี้ มันเป็นสภาพอย่างนี้ เพราะฉะนั้นตัวปัญหาจึงไม่ใช่ปัญหาที่มองมุมเดียว เป็นปัญหาที่หลายๆ มุมซ้อนกันอยู่

ถ้ามองดูเรื่องของการแพทย์ไทยหรือการแพทย์ทั่วโลก จะเห็นว่าประสบปัญหาหลายอย่าง ปัญหาแรกแน่ๆ คือ วิทยาการก้าวหน้า ที่ก้าวหน้าไปอย่างรวดเร็วอย่างมากมาย มีการเปลี่ยนแปลงมาก แล้วพร้อมกันนั้นก็ มีเทคโนโลยีราคาแพงมาก การแพทย์ภายใต้เทคโนโลยีที่มี

ราคาแพง ก็ทำให้เกิดปัญหาบางอย่าง มีอีกส่วนหนึ่งเกิดขึ้นมานั่นก็คือกระแสประชาธิปไตยซึ่งเป็นกระแสที่ดี แต่ว่ามันกระทบกับระบบสุขภาพ เพราะว่าสุขภาพกลายเป็นสิทธิการที่เข้าถึง และได้รับการเป็นสิทธิ หรือยิ่งไปกว่านั้น ณ จุดนี้เราเห็นเลยว่าบริการสุขภาพที่มีคุณภาพเป็นสิทธิ เพราะฉะนั้นถ้าเขาไปรับบริการที่ไม่มีคุณภาพก็เป็นอันที่เราต้องรับผิดชอบ ขณะเดียวกันมีขบวนการของทุนนิยมเสรีขึ้นมา แล้วก็ไม่ใช่เฉพาะภายในชาติด้วย กลายเป็นข้ามชาติ ตรงนี้ก็ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ด้านหนึ่งคือเกิดนโยบาย Medical Hub ขึ้นแล้วซึ่งก็ชัดเจนว่าเปลี่ยนบริการสุขภาพให้เป็นการบริการสินค้า สินค้านี้ก็เป็นสินค้าภายในประเทศ เรื่องการขยายตัวของภาคเอกชนก็ได้กว้างขวางอย่างมาก แล้วก็ข้ามชาติด้วย เหมือนเรามีการสนับสนุนเรื่องนี้ค่อนข้างแรงด้วยซ้ำ ใครเกี่ยวข้องกับโรงพยาบาลบำรุงราษฎร์ โรงพยาบาลกรุงเทพฯ จะเห็นชัดว่าส่วนนี้เป็นปรากฏการณ์



รูปที่ 88 พายุระบบสุขภาพ

ปรากฏการณ์อีกอย่างหนึ่งนั้นเป็นเรื่องของ Information communication technology ซึ่งเป็นทั้งโอกาสและเป็นสิ่งทำลายเพราะว่าวิชาการทางการแพทย์ ไม่ใช่สิ่งศักดิ์สิทธิ์ที่อยู่ในวงการการแพทย์อีกแล้ว กลายเป็นสมบัติสาธารณะใครก็เข้าถึงได้ เพราะฉะนั้นมันจะพลิกโฉมของเรื่องบริการทางการแพทย์ทั้งหมด ด้วยเหตุนี้จะเปรียบได้กับมันเป็นพายุ ในระบบสุขภาพนี้กำลังประสบกับพายุ ผมจะไม่เข้าไปในรายละเอียดเพิ่มเติม เพราะว่าจะสงวนเวลาเข้าสู่เรื่องจริงที่อยากจะให้มาพูด ถ้าพูดถึงเรื่องพายุสุขภาพ มันเกิดอะไรขึ้นมา

อันแรกแน่นอนเลย บริการที่เราได้รับ แล้วก็เพิ่มความเป็นเลิศเหมือนกับว่าคนต่างชาติก็มารักษาที่นี่ แล้วก็เชื่อถือ เพราะฉะนั้นความเป็นเลิศนี้เป็นอันที่เราปรากฏแน่ๆ แล้วเราก็ได้ การที่เราได้รับการสุขภาพทำให้เรารอดชีวิตแล้วก็รอดพ้นจากโรคต่างๆ นี่มันดีกว่าเมื่อหลายปีก่อน



รูปที่ 89 วิกฤตการณ์การแพทย์ไทย

ประเด็นที่ 2 คือเรื่องของความสะดวกรจะมีหลายคน ที่เข้าโรงพยาบาลหลวงก็ยังไม่เข้าไปเข้าโรงพยาบาลเอกชน เนื่องจากว่ามีความสะดวก ตรงนี้เป็นข้อดีของระบบที่เกิดขึ้น บริการข้ามชาติก็ชัดเจนว่าเป็นรายได้ของประเทศ แล้วก็มองว่าเป็นสินค้าออกด้วยซ้ำในการมีเงินตราต่างประเทศเข้ามาจากตรงนั้น แต่ถ้ามองในเชิงลบก็มีสิ่งตรงกันข้ามเกิดขึ้นอย่างหนึ่งนั่นก็คือเรื่องค่าใช้จ่ายที่สูง ทำให้เกิด อาจเรียกว่าความเจ็บป่วยแบบล้างผลาญ ถ้าแปลเป็นภาษาไทย

กล่าวได้ว่าสภาพปัจจุบันนี้ เป็นคนชั้นกลางเจ็บขึ้นมาแล้วก็เสียค่ารักษาพยาบาลเป็นแสนเป็นล้านทำให้กลายเป็นคนจนทันทีเลย บางคนเป็นหนี้เป็นสินขึ้นมาทันทีเลย สภาพนี้เป็นสภาพที่น่ากลัวอย่างมาก เพราะกระทบกับวงการแพทย์ เมื่อเกิดอย่างนี้ขึ้นสิ่งที่เกิดตามมาคือความไม่เสมอภาค ช่องว่างนี้เกิดมากขึ้น แทนที่ว่าการเจริญเกิดในประเทศไทยแล้วจะทำให้ ช่องว่างจะลดลง กลายเป็นช่องว่างตอนนี้นักกว้างมากขึ้น ระหว่างคนที่ได้รับบริการที่เราเห็นโฆษณาอยู่เยอะแยะกับคนชนบทที่เข้าไม่ถึงบริการ หรือฟังจะเริ่มเข้าถึง ด้วยการบริการ 30 บาท สุขภาพหน้านี้ยังห่างกันมากขึ้นอีกการเป็นเช่นนี้เป็นสภาพที่น่ากลัว ก็เลยทำให้เกณฑ์คุณธรรมหรือจริยธรรมหวั่นไหว มีความก้าวหน้าต่างๆ ทางวิชาการที่ทำให้เราไม่แน่ใจเลยว่าอะไรถูก อะไรผิด ตอนนี้อย่างทุกคนก็เห็นแต่เรื่องสเต็มเซลล์ เรื่องอะไรต่อมีอะไรใจปากะ มันถูกหรือผิดกันแน่? เรื่องการโฆษณาด้วย

จะขอชี้ให้ดูบางประเด็น ในเรื่องการกระทบบริการภาครัฐ การดูของบุคลากรจากกระบวนการอันนี้ ทำให้เราเห็นเลยว่าที่โรงพยาบาลชุมชนแพทย์ลาออกกันเป็นแถว ทำให้เกิดการขาดแคลนอย่างรุนแรงขึ้นมา มากกว่าเดิมเยอะ จากโรงพยาบาลทั่วไปก็เกิดผลกระทบระบบทั้งหมดเลย



รูปที่ 90 วิกฤตแพทยศาสตร์ศึกษาไทย

อีกส่วนหนึ่งเกิดจากการสร้างความคาดหวังขึ้น จะเห็นได้ว่าคนคาดหวังกันมากขึ้นคาดหวังว่าจะเป็นอย่างนี้จะต้องได้อย่างนี้ เมื่อไม่ได้ก็ผิดหวัง ทำให้เกิดปัญหาตามมา เกิดการสร้างความฟุ้งเฟ้อ แล้วก็เกณฑ์คุณธรรมที่มีอยู่ ชักจะไม่ค่อยดี ตัวอย่างเช่นเมื่อก่อนถ้าใครจะพูดว่าฉันเก่งอย่างโน้นอย่างนี้ แพทย์สภาก็จัดการและทุกคนก็รู้สึกว่าการที่ทำอย่างนั้นเป็นของผิดนะ คนก็เห็นว่าผิด ตอนนี้อย่างจะมีช่องหลบกันเยอะมากมายเลย การมีเกณฑ์คุณธรรมที่ว่าเป็นอย่างไรกลายเป็นปัญหา ด้วยเหตุนี้เองทำให้เกิดความขัดแย้ง เกิดการฟ้องร้อง เกิดการจ่ายค่าเสียหาย ตอนนี้อย่างตัดสินออกมาเป็นสิบๆ ล้านเป็นร้อยล้านแล้วที่ต้องจ่าย ก็เกิดปัญหาตามมาคือเกิดปรากฏการณ์เรื่องของการบริการแบบป้องกันตนเองได้ (Defensive Medicine) เข้ามา มีการประกัน malpractice insurance ทั้งหมดเหล่านี้เป็นแนวโน้มที่เกิดขึ้น เมื่อเกิดสภาพอย่างนี้ พวกเราที่ตั้งใจรักษาและดูแลคนไข้ก็เกิดกำลังใจถดถอย (Defensive Medicine) จุดนี้เป็นตัวปัญหาหนักที่เดียวที่ว่าระบบสุขภาพของเราเป็นอย่างไรความสัมพันธ์ของแพทย์กับผู้ป่วยเสื่อมลง กลายเป็นการแพทย์ที่ไม่สมคุณค่า สุขภาพของประชาชนอาจไม่ใช่คำตอบ กลายเป็นธุรกิจเป็นอะไรต่อมีอะไร แต่เป้าหมายเป็นอีกอย่างหนึ่ง อาจจะบอกได้ว่าเป็นวิกฤตของการแพทย์ไทย นี่ถือเป็นสภาพที่อยากจะตั้งต้นมาดูว่าจะกระทบกับการศึกษาอย่างไร

วิทยาการก้าวหน้าทำให้เกิดความรู้เป็นเครื่องผลักดันเศรษฐกิจ ความรู้เป็นฐานของสังคม การแพทย์เราก็เป็นการแพทย์ก้าวหน้า เราก็จะมุ่งที่จะให้คนมีการศึกษาและอบรมต่อเป็นแพทย์เฉพาะทาง และเฉพาะทางลึกเข้าไปเรื่อยๆจนเป็น Superspecialization เป็นการศึกษาคือเพื่อเป็นนักวิจัย เป็นนักวิชาการ ซึ่งเป็นคุณค่ามากยิ่งขึ้น จะเห็นเลยว่า ถ้าเราจะรักษาโรคๆ หนึ่ง เราจะไปหาผู้เชี่ยวชาญ ขณะนี้ผู้เชี่ยวชาญลึกมากขึ้น คนที่ทำเฉพาะเรื่องเดียวเท่านั้นจะมีฝีมือและมีผลดีกว่า เพราะฉะนั้นแนวโน้มจะออกไปอย่างนั้นมากขึ้น เรื่องของอาจารย์แพทย์ก็ดี เรื่องแพทย์เฉพาะทางก็ดีเข้ามามีบทบาทสำคัญแล้ว เป็นตัวแรงดึงดูดอย่างมาก ทำให้วงการแพทย์ หรือวงการการศึกษาแพทยศาสตร์ เห็นความสำคัญเลยเป็น ค่านิยมตรงนี้เข้ามาแรง จะเห็นได้ว่าเกือบทุกคนของลูกศิษย์เราส่วนใหญ่ จะบอกว่าอยากจะไปเรียนเป็นผู้เชี่ยวชาญสาขาใดสาขาหนึ่ง ถึงแม้ว่าระบบจะบังคับว่าให้ไปอย่างอื่นก็ตาม ผลที่ตามมาส่วนหนึ่งที่เกิดความชัดเจน ส่วนหนึ่งคือเกิดความขาดแคลนแพทย์

เมื่อ 20 ปีที่แล้วมีผมเคยเขียนหนังสือและวิเคราะห์ในบทความไว้ว่าการแพทย์ของไทย จำนวน ปริมาณเป็นอย่างไร คำตอบ ณ จุดนั้นการแพทย์น่าจะเพียงพอ แต่ว่ามาถึงเวลานี้กลับเป็นว่าไม่พอ ไม่พอ เพราะว่าการดึงดูดของแพทย์ แทนที่แพทย์คนหนึ่งจะรักษาหลายคนคือประมาณ 20 คน ขณะนี้คนไข้คนหนึ่งต้องการแพทย์มารักษาหลายคน การเปลี่ยนสภาพไปเป็นอย่างนี้ก็เป็นปัญหา ปัญหาอีกประการหนึ่ง คือการกระจายของแพทย์ จะเห็นชัดว่าแพทย์เข้ามาอยู่ในภาคหนึ่งหรือเข้ามาอยู่ในบริการลักษณะหนึ่ง มากบริการที่จำเป็นสำหรับประชาชน 60 ล้านชักถอยลงไป

อีกด้านหนึ่ง ค่อนข้างจะเห็นชัดเจนเป็นเรื่องของการขาดการทำงานเป็นทีม ส่วนนี้ถ้าไม่พูด พวกเราอาจมองไม่เห็น อาจารย์พิทยา ที่คณะรัฐศาสตร์ เคยทำการวิจัยเรื่องกระทรวงสาธารณสุขแล้วก็บอกว่าปัญหาของกระทรวงสาธารณสุข อย่างหนึ่งคือปัญหาบรรณานุกรม ถ้าใครเกิดมาในบรรณานุกรม ก็จะเจริญ ในบรรณานุกรม ไม่มีทางข้ามบรรณานุกรม พูดอย่างนี้ค่อนข้างแรงมากก็เพราะว่า เป็นลักษณะเหมือนอินเดียที่เป็น บรรณานุกรมมองดูจริงๆเป็นความจริงอย่างนั้น เพราะฉะนั้นตรงนี้น่ากลัว และสิ่งนี้ยังสืบทอดต่อมาถึงพวกเรา เป็นปัญหาของระบบบริการที่เดียว ก็เลยอยากจะกล่าวว่าเป็นวิกฤตแพทยศาสตร์ศึกษาของไทย ก็รู้สึกยินดี ที่มีการประชุมครั้งนี้แล้วก็อยากจะให้มาพูดอยากจะให้มีพิจารณากัน ในเรื่องของสิ่งที่น่ากลัว สิ่งที่น่าจะต้อง พิจารณากันอย่างถ่องแท้เลย ที่เราเรียกว่าแพทย์บริการปฐมภูมิตรงนี้ อย่างที่เอ่ยแต่แรกนะครับ มันหมายถึง

เป้าหมายด้าน แพทย์ฝึกหัด ๒๕๑๒ แพทยสภา

“แพทย์ที่มีความรู้ความสามารถ ที่จะปฏิบัติงานในสถานพยาบาลที่มีแพทย์ ๑ ถึง ๖ คน และสามารถปฏิบัติงานได้ด้วยตนเองได้”

ช่วยชีวิตตามความเร่งด่วน (Emergency care) ชั้นบริการรอง และสถานพยาบาล
 ปัญหาที่ต้องได้รับการรักษาเบื้องต้น และเน้นจะเป็นอันตรายถึงชีวิต หรือเกิดความพิการ
 และการคลี่คลายใจถึงมือไปรับการรักษา (ตัวอย่าง: บาดเจ็บ การถูกแทงเฉียบพลัน) (โรคเฉียบพลัน)
 วินิจฉัยภาวะที่รักษาได้ และให้การรักษาที่เหมาะสม ทันที (Treatability)
 (ตัวอย่าง: CD, NCD, carpal tunnel, herniated disc, aneurysm)
 วินิจฉัยภาวะที่ป้องกันได้ และดำเนินการ (Preventability)
 (ตัวอย่าง: การให้วัคซีน การป้องกันอุบัติเหตุ วัณโรค / รักษาได้เริ่มและถูกต้อง)
 ปัญหาที่ใช้ความจำเป็นของประชาชน เป็นฐาน
 (ไม่ใช้ความชำนาญในการรักษา / สาขาวิชาการ)

รูปที่ ๑1 เกณฑ์มาตรฐานแพทย์ฝึกหัด 2532 แพทยสภา

อะไรกันแน่ๆ แพทยศาสตรบัณฑิตคือใครกันแน่ ตรงนี้คือคำถามเพราะฉะนั้นอยากจะมองจุดนี้ ก็จะมองย้อนหลังออกไปว่า แรงดึงอันหนึ่งแน่ๆที่เราควรจะพิจารณาแรงนี้ค่อนข้างจะถอยลงไปพอสมควร

เมื่อ 40 ปีมาแล้ว ผมเป็นประธานอนุกรรมการของแพทยสภา ในการวางเกณฑ์มาตรฐานตอนนั้นว่าแพทย์ฝึกหัดคือคนจบแพทย์แล้วก็ฝึกหัด 1 ปี พร้อมทั้งจะออกไปปฏิบัติงานควรจะมีความรู้มาตรฐานอย่างไร ตอนนั้นภายหลังจากที่ อาจารย์หมอทองจันทร์นำเรื่องของแพทยศาสตรศึกษา เข้ามาแล้ว ก็เรื่องของ competency based curriculum เข้ามาที่รู้สึกว่าคุณสามารถของแพทย์เป็นสิ่งที่น่าคิดมากกว่ากระบวนการเรียน เมื่อไปคิดอย่างนี้ ผมยังจำได้ว่าตอนนั้นเรามาปรึกษาหารือกัน และก็เสนอไปยังแพทยสภาว่าหลักการเป็นอย่างนี้เอาไหม คือแพทย์ฝึกหัดที่จบออกมาจะเป็นแพทย์ที่มีความรู้ความสามารถที่จะปฏิบัติหน้าที่ในสถานพยาบาลที่มีแพทย์ 1 ถึง 6 คน และสามารถปฏิบัติหน้าที่ด้วยตนเองได้

เหตุผลตอนนั้นเพราะมีการพิจารณาว่าแพทย์ควรเป็น undifferentiate doctor คือสามารถหรือเป็นทุกอย่างได้เพื่อจะไปเรียนต่อก็ ได้ไปเป็นแพทย์ก็ได้ เมื่อมาพิจารณาดูดีๆ แล้วว่าเห็นความจำเป็นมันอยู่ในส่วนภูมิภาคเพราะฉะนั้นเราไม่ต้องห่วงเรื่องที่จะมีคนจะมาฝึกอบรมต่อเพราะจะมีอาจารย์มีรุ่นพี่ที่ดูแล ส่วนที่เป็นห่วง คือ คนที่ออกไปอยู่ชนบท ออกไปอยู่ในท้องถิ่นต่างๆ แล้วคนเหล่านี้ไม่ค่อยมีใครได้ดูแลซักเท่าไร ตอนนั้นเมื่อจบเป็นแพทย์ฝึกหัดก็ออกไปเป็นผู้อำนวยการโรงพยาบาลเลย เป็นผู้ให้บริการปฐมภูมิเลยทันที ก็เป็นปัญหา เลยคิดว่าถ้าคำตอบคือแพทยศาสตรบัณฑิตเป็นคนที่ยจบและไปทำงานได้เลย ถ้าใครจะฝึกอบรมต่อไม่เป็นไร ก็คุณไปหาความรู้อะไรต่อ แต่คนที่จบออกไปแล้วปฏิบัติงานได้น่าต้องเป็นห่วง จัดความสามารถให้ไปทำตรงนั้นได้ ก็พอดีอธิบายนโยบายแพทยสภาไป แพทยสภาตกลงที่จะให้เกิดลักษณะอย่างนั้น

อันนั้นเป็นคำตอบ เมื่อ 40 ปีแล้ว ตอนนั้นก็เลยเกิดเกณฑ์มาตรฐานขึ้น แล้วเกณฑ์นั้นก็เป็นตัวกำหนดกำกับมาระยะหนึ่ง ต่อมาก็มีการเปลี่ยนแปลงอะไรตามเรื่อง ตามระยะเวลาเนะครับ ยกเรื่องนี้ขึ้นมาเพราะว่าน่าจะต้องมาคิดกันดูอีกที่เหมือนกัน อันนี้เมื่อคิดอย่างนั้นะครับก็เลยลองดูว่าความคิดจะจุดไหน ถ้าใครไปดูหลักฐานจะเห็นเลยว่ามีเกณฑ์ออกมาเลยคุณสมบัติควรเป็นอย่างไรแต่ถ้าเอาหลักการตรงนั้นมาจับในปัจจุบันมันจะมีลักษณะหลายๆ อย่างที่ยังคงอยู่ คือการช่วยชีวิตตามความเร่งด่วน มันไม่ได้ขึ้นอยู่กับว่าคนนั้นรักษาที่ห้องฉุกเฉิน คนนั้นอยู่ในสาขาการแพทย์ฉุกเฉิน ไม่ใช่มันกลายเป็นขึ้นอยู่กับระยะทางและการคมนาคม ถ้าจะต้องเดินทางไปยังที่การรักษาที่ดีกว่าหรือสถานพยาบาลชั้นสูงขึ้นมากกว่าใช้เวลา 2 ชั่วโมง แปลว่าแพทย์จะต้องรักษาคนนั้นที่จะต้องตายภายใน 2 ชั่วโมงให้ได้ ถ้าเป็นครึ่งชั่วโมง จะต้องรักษาลึกลงให้ได้ในครึ่งชั่วโมง นี่คือสภาพ

เพราะฉะนั้นเมื่อแปลอย่างนี้ออกมาก็จะต้องเป็นเรื่องของว่าอะไรที่เป็นอันตรายต่อชีวิตอะไรที่จะเกิดความพิการขึ้น ภายในระยะเวลาอย่างที่ว่านั้น สมัยโน้นการคมนาคมมันไม่ดี เพราะฉะนั้นการเดินทางลำบากก็ต้องทำงานมาก เดียวนี้การคมนาคมดีขึ้น สภาพนี้ลดลงไปแต่ก็ยังปัญหา

ตัวอย่างปัญหาอันหนึ่งที่อยากจะยกขึ้นมาคือ เรื่องปัญหาบาดเจ็บ ปัญหาการที่คนสำคัญ และอะไรเข้าไปอุดทางเดินหายใจแล้วก็เขียวอันนี้มันส่งไม่ทันแน่ๆซ็อกก็อาจจะส่งไม่ทัน เลือดตกในก็อาจส่งไม่ทัน ซ่อนี่เมื่อดำเนินการเรื่องของ HA คือคุณภาพโรงพยาบาลก็ปรากฏค่อนข้างชัดเจนว่า สิ่งหนึ่งที่น่าจะต้องดูแลคือเรื่องของเด็กเขียว asphyxia neonatorum เพราะว่าเด็กเขียวเป็นเรื่องอนาคตของชาติ จำนวนหนึ่งจะตายไป จำนวนหนึ่งสมองพิการ เรื่องของเด็กปัญญาอ่อน เรื่องของคนปัญญาต่ำกว่าธรรมดา มันเกิดจากตรงนั้น เพราะฉะนั้นจะดูแลตรงนี้อย่างไร ก็ปรากฏว่ามีโรงพยาบาลแห่งหนึ่ง โรงพยาบาลชุมชน

ที่พยาบาลส่งต่อมากเลย คือกลัวเรื่อง asphyxia มากก็เลยส่งต่อมาก แล้วก็โรงพยาบาลทั่วไปรับเขา บอกว่าส่งมาดีส่งมาเร็วแต่ส่งมาเยอะมากเลย

ที่นี้มีพยาบาลอีกคนหนึ่ง ส่งซ้ำ ส่งซ้ำก็ถูกต่อว่า ผู้อำนวยการโรงพยาบาลก็ไปสอบถามว่าเกิดอะไรขึ้น ปรากฏว่าพยาบาลคนที่ส่งซ้ำ ตั้งใจทำงานอย่างเต็มที่เป็นคนขยันขันแข็งที่เดียวดูแลคนไข้เต็มที่เลย ถ้าไม่จำเป็นจริงๆ จะเข้าช่วยดูแล เด็กที่คลอดลำบาก มันยากที่เดียวที่จะดู พอถึงเวลาเห็นแล้วว่ามี distress มันก็ไม่ทันแล้ว เพราะฉะนั้นปัญหาเรื่อง C/S เป็นปัญหาหลักเลย ณ จุดนี้น่ากลัวอย่างยิ่งที่เกิดขึ้นในสังคมไทยที่โรงพยาบาลชุมชนไม่ทำ C/S แต่ว่ายังเอิวโซคตินะในการดูเรื่อง HA เห็นชัดว่า asphyxia neonate ได้รับการดูแล ดูในสถิติลดลงเพราะฉะนั้นตรงนี้เป็นสภาพที่ต้องพิจารณาอย่างมาก

appendix hernia ไม่ผ่าไม่เป็นไรเพราะว่ามันรอได้ appendix, hernia ก็ใช้ antibiotic ยังรอได้ ฟรุ้งนี้เขาก็กังรอได้แต่ C/S ไม่ได้ ตรงนี้เป็นหัวใจว่าเขาจะต้องมี competency อะไร เลยมาอีกเรื่องหนึ่งคือภาวะที่รักษาได้ต้องให้การรักษาที่เหมาะสมทัน่วงที คือ treatability ยังมีเรื่องของ communicable และ non communicable disease ผมใส่เรื่องของ Carpal Tunnel syndrome และ herniated disc มาเพื่อจะเตือนผมเองว่าให้เล่าเรื่อง เราไปทำในโครงการนะครบไปสำรวจสุขภาพ ในหมู่บ้านชาวไทยภูเขา แล้วก็ไปเจอคนไข้เป็น Carpal Tunnel syndrome คนไข้คนนั้นเป็นมานานแล้ว จนในที่สุดมือลีบเลยนะก็กลายเป็น atrophy ของมือ เลยกลายเป็นคนพิการของหมู่บ้านทั้งๆที่โรคนี้สามารถรักษาได้ง่ายมากเลย การแก้ทำได้ง่ายมาก อีกคนหนึ่งปวดหลังปวดเอว ชาวบ้านที่อยู่ในชนบททำงานหนัก ปวดหลังก็ปวดเอวแล้วร่วงลงไปจากประวัติ เราบอกได้เลยคนไข้คนนั้นเป็น herniated disc ซึ่งรักษาได้ง่ายผ่าตัดครึ่งชั่วโมงก็หายแล้ว แต่คนนั้นกลายเป็นคนพิการ พิการจริงๆ ขาลีบเลย ไปทำงานในไร่อยู่วันหนึ่งก็มานอนตั้งวัน กลายเป็นคนพิการ ทำให้ผมมานึกถึงว่าโดยที่เป็น Neurosurgeon ไม่ใช่ผู้ป่วย ที่นอนอยู่ที่โรงพยาบาลแล้วรักษาด้วยการผ่าตัดสมอง แต่เป็นความรู้ที่แพทย์ที่อยู่ที่ชนบทควรรู้อะไร จะช่วยคนที่ เป็น Carpal Tunnel syndrome เป็น herniated disc ไม่ให้ตายได้ นี่เป็นสภาพอีกมุมมองหนึ่ง

เห็นชัดว่าการแบ่ง specialization มันของเก้ เช่นเกิดมาจากพวกเราเอง ถ้าเป็น general surgery ก็แปลว่าผ่าตัดช่องท้องกับ thyroid, breast แค่นั้นแต่สิ่งที่จำเป็นมันไม่ใช่อย่างนั้น ตรงนี้เป็นเรื่องที่ต้องพิจารณาอีกรูปหนึ่ง aneurysm ของ Intracranial เป็นอีกตัวอย่าง เมื่อสมัยก่อน aneurysm เราบพน้อย พอเท่าๆ กันเลยกับ AVM เหตุผลนี้ก็เพราะว่าคนไข้ตายหมดคือตายมาไม่ถึงหอรอก คนไข้ที่เป็น aneurysm แล้วก็ aneurysm แตกอยู่ในชนบทก็มีอาการปวดหัวและต่อมาก็ดีขึ้น ปวดหัวรุนแรง ถ้าแพทย์ไปตรวจแล้วก็บอกเป็น Sub arachnoids hemorrhage ไปเจาะหลังเขาก็ได้เลือดพอเจาะหลังเสร็จคนไข้สบายขึ้น แล้วก็ขอลกลับบ้านเพราะมันสบายขึ้นแล้วหายปวดหัว แพทย์ไม่ตระหนักว่าอันนี้เป็นอย่างไรตอนนั้น ที่แล้วมาก็สอนนิสิตแพทย์เลยนะว่าอันนี้นะ ต้องดูให้ดีนะ เพราะว่ามันรักษาได้ ถ้าคุณให้เขากลับบ้านไป อีกภายในเวลา 10 วัน 2 อาทิตย์ ญาติจะเอาบัตรมาส่งนะ บัตรส่งเพื่อจะเชิญไปงานศพ เพราะคนเหล่านี้จะตายคนที่เป็นอะนูริซึม 70% มันตายภายใน 2 ปี และตายสูงสุดภายใน 2 อาทิตย์ มันเหมือนระเบิดเวลา

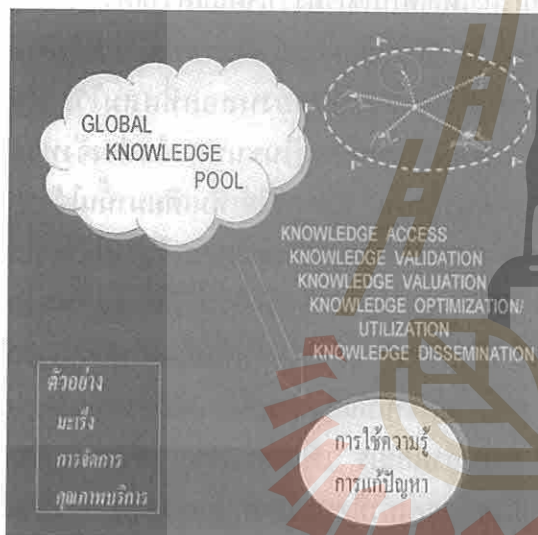
ตอนนี้โชคดีที่การศึกษาเราดีขึ้น แพทย์ของเราเนี่ยรู้และก็สามารถส่งมาได้ เรื่องนี้เป็นเรื่องที่มีความรู้ชนิดนี้เป็นความรู้ที่จำเป็น ณ จุดนั้นไม่ใช่ Super specialization เราแบ่งตรงนี้อย่างไรก็บอกว่าอะไรรักษา

ได้เป็นเรื่องเหตุผลอันหนึ่ง เรื่องของการป้องกันได้ การป้องกันโดยการใช้วัคซีน ป้องกันทฤษฎีภูมิการ ป้องกันใช้การรักษาให้เร็วและถูกต้องจะได้ไม่เกิดความพิการเป็นสภาพปัญหาที่จะรักษาตรงนี้ไป

ผมรู้สึกอยากจะข้ามไปเร็วๆ หลายคนก็อาจจะพอรู้แล้วว่า ปัญหาที่ใช้เป็นความจำเป็นของประชาชน เป็นฐานไม่ใช่ความยากของการรักษาไม่ใช่การแบ่งตามสาขาวิชา ตรงนี้เป็นความจะเรียกว่าความเลวร้ายก็ได้ ณะของโรงเรียนแพทย์ที่แบ่งเป็นสาขาวิชา ทำให้เรามองสิ่งต่างๆ เป็นไปตามสาขาวิชา ที่นี้ อีกด้านหนึ่ง เราไปถึง เพราะความเจริญก้าวหน้าทางการแพทย์ มันไม่ใช่เรื่องที่ว่าคนชนบท ตรงนั้นเป็นเรื่องที่ง่ายที่จะ ทำการรักษา

ความจริงตอนนี้เวลาสอนนิสิต แพทย์จะบอกเลยว่าสิ่งที่ยากกว่านี้ คือสิ่งที่เขาไปประสบ เพราะว่า จะพบคนที่ เป็นอาการน้อย อาการมีนิดเดียว แล้วก็เครื่องมือเครื่องใช้ก็น้อยจะยากกว่าที่โรงพยาบาลจุฬา เป็นไหนๆ เพราะที่เมื่อเข้ามาถึงโรงพยาบาลที่มีขนาดใหญ่แล้วก็จะมีการหลายๆ อย่าง ดูแต่อาการก็รู้แล้ว ว่าเป็นโรคอะไร ส่งไปตรวจ MRCT มันก็บอกคำตอบ ไปอยู่ที่ชนบทยากกว่าเยอะ เพราะฉะนั้นส่วนนี้ เป็นส่วนที่ยาก เขาจะต้องทำอย่างไร

ตอนนี้มีสิ่งหนึ่งที่เกิดขึ้นคือมันเป็น global knowledge pool เมื่อก่อนนี้ความรู้ในโลกนี้มัน กระจุกกระจาย เมื่อก่อนนั้นถ้าเราจะหาความรู้มันยาก เทียบที่ต่างๆ แต่ตอนนี้ง่ายมากเลยเข้าไปในอินเต

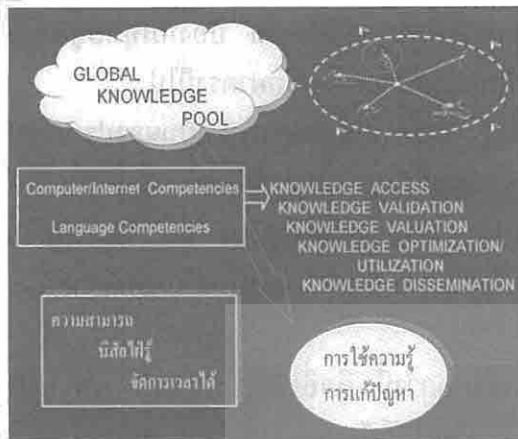


รูปที่ 92 การใช้ความรู้การแก้ปัญหา

อร์เน็ตความรู้มันมีอยู่ในนั้นหมดเลยภายในคืนเดียวก็ หาได้เยอะแยะแล้วเราทำอย่างไรถึงจะเอาความรู้เหล่านี้เข้ามาใช้ได้ มันต้องผ่านขั้นตอนหลายๆ ขั้นตอน เหล่านี้ คนที่เป็นแพทย์ต่อสามารถจะไปเอาความรู้ ที่มีอยู่ในโลกนี้ให้มาเกิดประโยชน์กับคนไข้ผู้แม้ จะอยู่ในชนบท ผมยกตัวอย่างมะเร็ง ตอนกำลังมีความสัมพันธ์กับต่างประเทศและเขาก็บอกเลยว่า ในประเทศตะวันตก คนเป็นมะเร็งในระยะที่เป็น มากๆ แล้ว เขาหาไม่ค่อยจะได้แล้ว Breast cancer จะในระยะแรกๆ มากๆเลย ไม่มีคนที่เป็นมาก เมือง ไทยนี้ยังมีคนเป็นมากแล้วเยอะเลย เป็นแอดวานซ์ มากเกือบจะทุกด้านเลยเหตุผลมันเพราะอะไรความรู้ มันมีอยู่ว่ารักษาระยะแรกได้ยังไง detect ได้อย่างไร

screen ได้อย่างไร ความรู้มันไม่มาถึงประเทศไทยแม้แต่ในกรุงเทพฯ แต่ในกรุงเทพฯ บางส่วนก็ถึงแล้ว แต่ ในตามชนบทอันนี้ไม่ถึง เพราะฉะนั้นเป็นปัญหาการเข้าถึงเอาความรู้มา เรื่องการจัดการ เรื่องคุณภาพของการบริการก็เป็นเทคโนโลยีที่เราเห็นชัดเลยนะครับ ว่าเรื่องของการขาย เรื่องของธนาคารหรือว่าเรื่องอะไรทั้งหลายเหล่านี้เป็นความรู้ทั้งสิ้นที่ไม่ได้เข้ามา การจัดการ โรงพยาบาลก็เป็นอย่างหนึ่ง เพราะฉะนั้นถ้าเราพูดถึง Knowledge Access การเข้าถึงความรู้ เราจะต้องบอกว่านักเรียนควรมี Competency ในการเข้าInternet และComputer มีความรู้ในเชิงของ ภาษา นักเรียนเราอ่านภาษาอังกฤษไม่ค่อยจะได้ตรงนั้น

เมื่อก่อนนี้ เราถูกบังคับในมหาวิทยาลัยคนที่เรียนจบแพทย์อ่านภาษาอังกฤษได้ดีกว่าสาขาอื่นๆ หมดเลยนะ เพราะมีความจำเป็นต้องอ่านภาษาอังกฤษแต่ที่อ่านภาษาอังกฤษ หนึ่งหน้าใช้เวลาเป็นครึ่ง



รูปที่ 93 การใช้ความรู้การแก้ปัญหา



รูปที่ 94 การใช้ความรู้การแก้ปัญหา

ตารางที่ 122 ยาที่ใช้รักษาแผลเปื่อยเพปติก

ยาที่ใช้รักษาแผลเปื่อยเพปติก (peptic ulcer)			
ชนิดกิน มี 4 ชนิด			
1. Ranitidine	บัญชี ก	ใช้เป็นอันดับแรก	
2. Omeprazole EC cap	บัญชี ข	เป็นยาทางเลือกเมื่อใช้ ranitidine ไม่ได้ หรือไม่ผล	
3. Sucralfate	บัญชี ค	ใช้โดยผู้ขาด ในกรณี stress ulcer และ bile reflux	
4. Ranitidine bismuth citrate	บัญชี ง	โดยผู้จำนวนมากเฉพาะโรค ในการกำจัด <i>H. pylori</i> เมื่อใช้ยาอื่นไม่ได้ผล และ มีการติดตามผล ของยา การใช้ยา (Drug use audit)	
ยาทั้งสี่มีราคาแพงและความคุ้มค่าในการใช้ที่แตกต่างกัน			

ชั่วโมงก่อนชั่วโมงตรงนี้เป็นตัวปัญหา เพราะฉะนั้นมันไม่ใช่เรื่องของอ่านได้หรือไม่ได้ อ่านเร็วแค่ไหนได้ด้วยนะ จับความได้แค่ไหนด้วย เพราะฉะนั้นเรื่องนี้เรื่องใหญ่เรื่อง languageCompetency

เมื่อเป็นอย่างนี้เรื่องความสามารถของบัณฑิตแพทย์เป็นเรื่องใหญ่ ในเชิงนี้แต่ถ้ามีความสามารถเท่านั้นไม่พอเขาจะต้องมีนิสัยใฝ่รู้ เพราะว่ามันก็หนักต้องสอนนิสิตตลอดเวลาเลยว่า ถ้าออกไปถึงงานหนักก็ตามนะ ก่อนนอนต้องหาความรู้ทุกวัน มิฉะนั้นมันไม่พอหรอก คุณจะตามไม่ทัน มีเวลามากเลยต้องใช้ในเรื่องงานทั้งหลายเยอะมากเลย จัดเวลา

อย่างไรทั้งหมดเหล่านี้เป็น Competency ทั้งสิ้น ต้องสอนลูกศิษย์เรา เขามีความสามารถเปิดอินเทอร์เน็ตแต่ถ้าไม่มีเจตจำนงที่จะเปิดก็ไม่ได้ประโยชน์อะไร ตรงนี้เป็นเรื่องใหญ่ที่ไม่ใช่เรื่องว่าเรียนแล้วรู้แล้ว

อันที่ 2 คือองค์ความรู้เข้ามามากมายมหาศาล และมีทั้งของจริงของหลอกมีของหลอกที่ผสมไว้มาในรูปแบบต่างๆ แพทย์ที่ออกไปอยู่ในชนบท ในต่างจังหวัดหรือในกรุงเทพก็ตาม ข้อมูลที่ได้เพิ่มเติมมานั้นได้จากคนขายยา เพราะว่าข้อมูลมันเยอะเราก็อ่านได้ไม่ทันขายยา เขาก็บอก บังเอิญว่าความรู้มันเพิ่มขึ้นมากเร็วมากเลยจนความรู้ เขาบอกว่าเพิ่มอีกเท่าตัวในเวลา 5 ปี อาจจะสั้นกว่านั้นแล้วด้วยซ้ำ เพราะฉะนั้นถ้าจบไปแล้ว ถ้าไม่อ่านอะไร เพิ่มเติมนะแล้วฟังคนขายยาอีก 5 ปีก็เหลือแค่เท่าที่คนขายยาบอกตรงนี้น่ากลัวมากในลักษณะที่ว่าความรู้มันไม่สามารถจะเจริญต่อไปได้ที่เขาทำตรงนี้ได้อย่างไร เขาจะรู้ได้อย่างไรว่ายาตัวหนึ่งเชื่อถือได้หรือเปล่า เราควรจะใช้หรือไม่ ถ้าเป็นของดีไม่ใช้ก็แปลว่าถ้าสมัย ไม่ทำประโยชน์ให้เท่าที่ควรถ้าลูกหลอกก็เสร็จเลย ตรงนี้เป็นตัวใหญ่ บอกได้อย่างไร

เขาก็ต้องบอกด้วยบอกว่ามันได้มาด้วยวิธีการวิจัยที่ถูกต้อง เพราะฉะนั้นเรื่อง Clinical trials เป็นความก้าวหน้าทางวิชาการอย่างมากเลย ถ้าเขาไม่รู้เรื่อง Clinical trials เขาจะไม่สามารถจะตัดสินใจได้ว่าเชื่อถือได้หรือเปล่า ไม่ว่าจะเป็นตัวปัญหาทำอย่างไร Critical appraisal ของ evidence ก็ดี Clinical trials ก็ดี Systematic Review ช่วยทำให้แล้ว ถ้าเขาไม่รู้เขาก็ไม่สามารถจะเป็นแพทย์ต่อไปได้ยาวนานนะ อาจจะไปได้แค่ 3 ปี พอ 5 ปีหมดเหลือครึ่งเดียว

เพราะฉะนั้นกระบวนการที่จะต้องทำ การเรียนรู้โดยตนเอง การเรียนรู้ในการค้นคว้า การเรียนรู้ด้วยการวิจัยเป็นฐาน ตรงนี้เมื่อก่อนนี้ไม่ค่อยจะสำคัญแต่เห็นชัดเลยว่าบัณฑิตต่อไปนี้ ต้องมีความสามารถเหล่านี้ผมยกตัวอย่างอันหนึ่งขึ้นมาว่า ตอนนี้อย่างมีความเข้าใจกันอยู่นะครับ บังเอิญในห้องไม่มีผู้สูงอายุมากนัก แต่ว่าผู้หญิงวัยทองก็มีอาการ แล้วก็ก็มีข้อมูลมาว่าพวกฮอร์โมนทั้งหลายก็จะช่วยทำให้อาการวัยทองลดลง ช่วยทำให้กระดูกไม่พรุน ป้องกันโรคหัวใจ รักษาความคิดความจำให้ดีขึ้น อันนี้ FDA ของสหรัฐอเมริกา หมายความว่าผ่านการรีวิวของ FDA แล้วแต่ว่าต่อมานี้มีการศึกษาดูแลเรื่องนี้ให้ดี ปรากฏว่าไม่มีหลักฐานเลยนะ Clinical trial วิธีพิสูจน์ที่ดีเหล่านี้ ก็แสดงว่าไม่มีหลักฐาน แต่มีหลักฐานว่ามันเป็นโทษนะ ทำให้เกิดมะเร็งของมดลูก ทำให้เกิด Venous Thrombosis เพราะฉะนั้นโทษมันมีมากกว่าไม่ควรต้องใช้นี่คือปัญหาหลักฐานในส่วนนี้นะครับ

มีการศึกษาใหญ่อันหนึ่งคือ Woman health initiative การศึกษาเรื่องของการใช้ฮอร์โมนที่วานี้กับคนวัยทอง การศึกษาไม่ได้ครึ่งทางเลย เขาต้องเลิกการศึกษานั้นเพราะถ้ายังศึกษาต่อไป

การศึกษานั้นเป็นการผิตรียกรรมจำเป็นต้องเลิกเพราะมันเป็นโทษเกิดขึ้นเป็นตัวอย่างให้เห็นชัดเลยว่าของเหล่านั้นมีผลต่อมันเปลี่ยนเร็วมากเลยเพราะฉะนั้นคนของเราเราเท่าทันอย่างนี้หรือไม่คือตัวปัญหาและมีความพยายามสามารถที่จะสร้างเครื่องมือ

เรื่องของบัญชียาหลัก ซึ่งเป็นเครื่องมือชนิดหนึ่งที่พัฒนาขึ้น ด้วยการดูข้อมูลสุดท้ายที่มีอยู่ในการทำบัญชียาหลักจะมีการค้นข้อมูลใน Pub med ใน คอคเครณ collaboration ในอะไรทั้งหลายทั้งหมดเลยและเอาข้อมูลทั้งหมดเหล่านั้นมา อีกคณะ

ตารางที่ 122 ยาที่ใช้รักษาแผลเปื่อยเพปติก

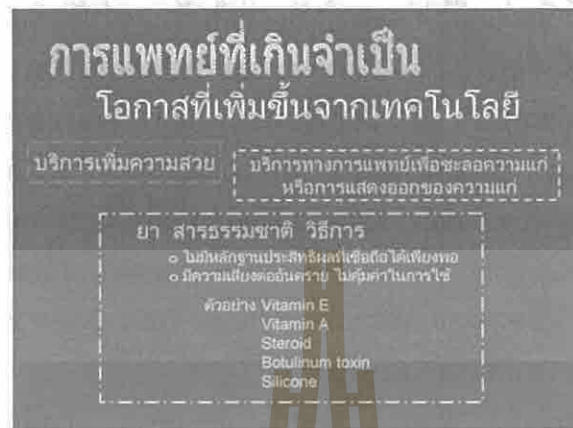
ยาที่ใช้รักษาแผลเปื่อยเพปติก (peptic ulcer)		
ชนิดกิน มี 4 ชนิด		
1. Ranitidine	บัญชี ก	ใช้เป็นอันดับแรก
2. Omeprazole EC cap	บัญชี ข	เป็นยาทางเลือกเมื่อใช้ ranitidine ไม่ได้ หรือไม่ไดผล
3. Sucralfate	บัญชี ค	ใช้โดยผู้ชำนาญ ในกรณี stress ulcer และ bile reflux
4. Ranitidine bismuth citrate	บัญชี ง	โดยผู้ชำนาญเฉพาะโรค ในการกำจัด H. pylori เมื่อใช้ยาอื่นไม่ได้ผล และมีการติดตามตรวจสอบการใช้ยา (Drug use audit)

ยาทั้งสี่มีราคาและความคุ้มค่าในการใช้ที่แตกต่างกัน

ทำงาน 14 สาขาวิชา เป็นผู้เชี่ยวชาญด้านต่างๆ มี คณะอนุกรรมการที่มีการพิจารณาว่าตกลงมันอย่างไร ก็ออกมาว่าด้วยข้อมูลอย่างที่มีอยู่ในเวลานั้นมันควรจะเป็นอย่างนี้ จะเห็นเลยว่า ถ้ารักษา Peptic ulcer จะมีบัญชี ก.ข.ค.ง. บัญชี ก. คือสิ่งที่ใช้อันดับแรกไม่เหมือนกับที่ผู้คนที่ทั่วไปใช้อยู่ในปัจจุบันนะ เพราะว่ายาที่ใช้ในปัจจุบันนี้ไม่ดีเท่ายาตัวที่ปรากฏอยู่นี้ ผมจะไม่เอ่ยชื่อ นะครับ บัญชี ข. ใช้เมื่อบัญชี ค. ใช้ไม่ได้บัญชี ค. ใช้โดยผู้เชี่ยวชาญเพราะมีลักษณะโรคพิเศษบางอย่าง บัญชี ง. ใช้แล้วจะต้องมี DUE ปรากฏว่าเมื่อ

บัญชียื่นออกมา มีอะบิวซ์ของบัญชีย่อยอย่างรุนแรงมากเลย คนไข้ใช้บัญชี ง. เป็นยาเบื้องต้นเลยก็ไม่มี DUE ทั้งหมดเหล่านี้เป็นตัวปัญหาว่า tools ก็ไม่ช่วย ถ้าคนของเราๆ ไม่มีความรู้ความสามารถที่จะใช้ tools

ตารางที่ 123 การแพทย์ที่เกินจำเป็น



ผมจะเอ่ยถึงเรื่องหนึ่งเรื่องของการแพทย์ที่เกินความจำเป็นตอนนี้บริการเพิ่มความสวย ที่จริงก็สวยอยู่แล้วนะยังไม่พอจุมจะต้องเป็นอย่างนี้ถึงจะสวย แก้มจะต้องเป็นอย่างนี้ คางจะต้องเป็นอย่างนี้ถึงจะสวย เพราะฉะนั้นบริการที่เพิ่มขึ้นคือตัวปัญหา คนแก่ก็ไม่อยากจะแก่ ก็มีบริการบริการแพทย์เพื่อชะลอความแก่ ตอนนี้มีโฆษณาเมื่อวานนี้ก็ยังมียี่ห้อของวิตามินอี มีใครรู้บ้างไหมว่าองค์การอนามัยโลกบอกเลยว่าวิตามิน E ไม่ควรใช้เกินกว่า วันละ 400 IU ถ้าเกินวันละ 400 IU อัตราตายมันเพิ่มขึ้นแต่เราไม่มีการโฆษณาทั้งยากินยาทา ยาอะไรก็แล้วแต่นะครับแล้วที่ร้ายกว่านั้นเรารู้ว่า Trocopherol หรือวิตามิน E มันมีอยู่ในธัญพืชเพราะฉะนั้นคนรักษาความสวยทั้งหลายคือคนกินธัญพืชเหมือนกันโอกาสที่เราจะตายเร็วขึ้นมันมีอยู่

พวกเราช่วยชาวบ้านหรือพวกเราทำให้ชาวบ้านเดือดร้อนมากขึ้นตรงนี้เป็นตัวปัญหาวิตามิน A ใช้ในการรักษา ลิว ฟ้า ทาร์ไม่ว่าวิตามิน A ทำให้สมองบวมและปวดหัว เรื่องของ Steroid, botulinum ซิลิโคนมีการใช้กันทั่วไปหมดเลยนี่คือสภาพ ลัดเรื่องนี้มีการพิจารณาว่ามันมีความถูกต้องสักแค่ไหนในการที่จะใช้ ก็จะไปถึงเรื่องการที่พิจารณา ประเมินคุณค่าของมันในการพิจารณา ประเมินคุณค่าไม่ใช่ผลงานในทางวิทยาศาสตร์เท่านั้น แต่ต้องเอาเรื่องของความรู้เฉพาะกรณีว่าคนนั้นเป็นอย่างไรชุมชนนั้นเป็นอย่างไร ความรู้จากประสบการณ์รู้จักชุมชนแล้ว รู้จักวัฒนธรรมรู้จักผู้ป่วยเข้ามาเป็นการรู้เรื่องจากประสบการณ์จริงจึงจะได้ประโยชน์ เรื่องของ cognitive skill และ attitude

ที่จริงการแพทย์เป็น attitude ไม่ใช่ cognitive เพราะ attitude ดี ก็จะไปหาความรู้เองแล้วก็จะไปหา skill เอง เพราะฉะนั้น ณ ปัจจุบันการศึกษาแพทย์เราไปเน้น cognitive domain โดยเห็นว่า skill domain นี่ยากไปหัดเอาที่หลัง attitude ไม่รู้จะสร้างยังไงเลยทั้งมันเสียนี้คือสภาพของปัจจุบัน

เรื่องของการนำความรู้ไปใช้ Clinical decision making ใน condition ต่างๆ อันนี้เป็นปัญหา มากเลย ไม่มีการตัดสินใจ ในการไม่มีความรู้ ไม่มีข้อมูล คนไข้ไม่มีชื่อมาเราก็ไม่รู้ว่าตัดสินใจอย่างไร คนไข้ที่ตัดสินใจภายใต้ความไม่แน่นอน ภายใต้ stress ต่างๆ ของเหล่านี้เป็นเรื่องของการตัดสินใจทั้งสิ้นที่เราต้องเอามาพิจารณา แล้วก็ เป็นevidences based พิจารณา Social economic แล้วก็คุณธรรมจริยธรรม

การศึกษาแพทย์ต้องให้ experiential learning พวกเราอาจจะไม่ถนัด บังเอิญอยู่ในมหาวิทยาลัย เห็นชัด วิศวจะไม่มีโรงงานจะให้ฝึกนะ แต่คณะแพทยศาสตร์จะมีทั้งโรงพยาบาล ส่วนนี้เป็นบทเรียน

ของเราที่สืบทอดกันมานานแล้ว แต่ ณ. จุดนี้ การศึกษาแพทยศาสตร์สอนนักศึกษาในห้องเรียน การศึกษาคนไข้จริงข้างเตียง ส่วนนี้อ่อนลงไปมากเลย อยู่ๆก็เอาอันที่ข้างเตียงไปสอนเป็นทฤษฎีหมดเลย ตัวนี้คือตัวปัญหา

เรื่อง skill training supervision และ feedback โรงเรียนแพทย์เดิมขณะที่จำนวนนิสิตนักศึกษาแพทย์ ได้เพิ่มเป็นอันมาก กลายเป็น 200, 300 คน แบ่งกลุ่มก็กลายเป็นกลุ่มใหญ่ เวลาผมสอนก็กลายเป็นกลุ่มละ 9 คนบ้าง 18 คนบ้าง มันเข้าถึงว่าเขารู้แค่นั้นมันลำบากมาก Feedback ได้ลำบากมาก อาจารย์เมื่อก่อนจำชื่อลูกศิษย์ได้ ตอนนี้ไม่รู้จักจำได้ยังไง ขึ้นตั้ง 200 กว่าคน นี่คือปัญหา

เพราะฉะนั้นการศึกษาแพทย์ หลายคนบอกว่าการศึกษาแพทย์ ณ ปัจจุบันดีเลิศแล้ว กลายเป็น gold standard กำลังอยากจะชี้ว่าน่ากลัวนะ สภาพปัจจุบันนี้เป็นสิ่งที่น่ากลัว

การขยายเผยแพร่ความรู้นี้ต่อประชาชน เป็นอีกประเด็นหนึ่ง ผมอยากจะข้ามตรงนี้ไปโดยเร็ว เพราะว่าแพทย์ก็เลยไปทำหน้าที่ Knowledge broker เป็นผู้ที่มีความรู้อยู่มากมาย เข้าไปให้ถึงความรู้ จัดการกับความรู้ คัดกรองความรู้ และเอาความรู้นั้นไปให้คนอื่นช่วยด้วย เพราะว่าแพทย์ทำทั้งหมดไม่ได้ ต้องใช้พยาบาล ต้องใช้บุคลากรอื่นๆ เดี่ยวจะชี้ให้เห็นส่วนนั้น

การแพทย์จะต้องทำการประเมินเทคโนโลยี และเลือกเทคโนโลยีให้ดี ไม่ว่าจะยาหรือวิธีการแพทย์ และเลือกมาใช้ให้เหมาะสม ยกตัวอย่าง มีแพทย์คนหนึ่ง เป็นกุมารแพทย์ รักษาเด็กที่เป็นอีสุกอีใส และเอาเด็กเข้าโรงพยาบาลเอกชน และใช้ antiviral เสียเงินไปสองหมื่นบาท บังเอิญว่าเด็กคนนั้นมีประกันโรงพยาบาลเอกชนด้วย เขาก็ไปเบิกที่บริษัทประกัน บริษัทประกันสะดุ้งโหยงเลย เพราะว่าไปถามแพทย์ที่รักษาว่าคุณมีหลักฐานไหม เขาเอาหลักฐานมาดูได้จริงๆ ว่าใช้ antiviral มันดีขึ้นอีกหน่อยหนึ่งแต่ถ้าเมืองไทยมีเด็กเป็นอีสุกอีใสทั้งเมือง ทุกคนจะต้องจ่ายเงินสองหมื่นกว่ากันทุกคน มันจะพังทั้งระบบ ค่าพรีเมียม บริษัทประกันก็ต้องเพิ่มอีกมากเลย ปัญหาคือเราควรทำอย่างนั้นดีหรือไม่

ตารางที่ 124 การแพทย์พอเพียง

บริการทางการแพทย์ต้องทำการประเมินคุณค่าของเทคโนโลยีให้ดี ไม่ว่าจะยาหรือวิธีการทางการแพทย์	
และเลือกมาใช้เฉพาะที่มีหลักฐานเชื่อถือได้ว่าดีจริง และคุ้มค่า	
ตลอดจนเหมาะสมกับฐานะ และสภาพในประเทศไทย	
กรณี	อีสุกอีใส Interferon วัคซีนโรคหัดใหญ่ วัคซีน HPV

ในการทำการประชุมทำบัญชียาหลักมีคนอยากให้ใส่ interferon เข้าไป ถ้าจะใช้ interferon มันต้องใช้ราคาคนละห้าแสนถึงล้าน นี่คือตัวราคา เราก็กังวลมากเลยว่าอันนี้ ตรงนี้เอากันอย่างไรดี ก็เลยให้มีการศึกษาวิจัย เรื่อง interferon แล้วออกเป็น Report หนึ่งฉบับเลย ข้อมูลมันออกมาว่า interferon ใช้ใน chronic myeloid leukemia มันจะเกิด remission ได้ดีมากเลย ดิจนถ้าไม่ได้ใช้มันเหมือนจะ

ไม่ได้ช่วยชีวิต ตรงนี้เป็นตัวปัญหา ถ้าไปใช้ในคนที่ เป็น chronic hepatitis เพื่อจะป้องกันไม่ให้เกิด cirrhosis หรือ CA Liver มันได้นิดหน่อยไม่คุ้มค่าเท่าไร ถ้าไปใช้ในโรคไวรัส อื่นๆ ไม่มีค่าเลย เราควรเอาเข้าบัญชียาหลักใหม่ ด้วย abuse ของบัญชียาหลักอย่างที่มีอยู่ ทุกคนตัดสินใจว่าอย่าเอา เข้าไปเลย ถ้าเข้าจะ abuse เพราะฉะนั้นอันนี้จึงไม่อยู่ในบัญชียาหลัก ที่จริงมีข้อมูลว่าใน chronic myeloid leukemia ข้อมูลจริง มันออกมาว่า ปี 2547 ประเทศไทยได้นำ interferon เข้าสู่ประเทศ ดูข้อมูลของศุลกากร 46 ล้านบาท มันใช้ใน chronic myeloid leukemia จริงหรือเปล่า มันสงสัย อย่างยิ่ง อาจจะเบิกหลวงด้วยซ้ำ เพราะฉะนั้นเป็นปัญหาใหญ่ที่เราจะต้องดู

เรื่องวัคซีนใช้หวัดใหญ่ กำลังบอกว่าให้ฉีดกันใหญ่เลย ฉีดกันหมดเมืองเลย คนสูงอายุก็ต้องฉีด ผมก็ไม่แน่ใจว่าควรจะฉีดหรือเปล่า แต่ผมก็ไม่ได้ฉีด เพราะเรื่องราคามันก็แพงพอสมควร เดี่ยวก็มี ข้อมูลบอกว่าฉีดแล้วหวัดธรรมดาก็ไม่เป็น อันนี้มันเกินแน่นอน แต่ข้อมูลประสิทธิภาพใดๆว่ามันจริงๆอย่าง นั้น อย่างนั้น

ตอนนี้ HPV กำลังเข้ามา HPV dose หนึ่ง 100 เทรียญ ต้องใช้สามdose ทั้งหมดก็ประมาณ แปดพันถึงหนึ่งหมื่นบาทต่อคน แล้วก็เกรงว่าให้ใช้ในเด็ก 9-15 ขวบ เพื่อป้องกันมะเร็งปากมดลูก มีการ โฆษณากันอยู่เยอะ ผลักดันมาเยอะเลย แพทย์เราเองก็เป็นตัวผลักดันให้เกิดด้วย ควรหรือไม่ควร ตรงนี้ เป็นอันที่หนักแล้ว ผมไม่มีเวลาพอที่จะบอกพ่อกว่าข้อมูลเรื่อง HPV vaccine ณ จุดนี้เป็นอย่างไร สิ่งที่น่า น่าจะไปป้องกัน Ca cervix ค่อนข้างจะไกลมากเลย และยิ่งไปใช้ในเด็ก 9 ขวบ ซึ่งไม่มีหลักฐาน เพราะ หลักฐานมันทำอะไรไม่ได้ ในการที่จะดูว่าอันนี้ได้ผลในการป้องกันCa Cervix ไม่ได้ ต้องไปศึกษา dysphasia ของ cervix แล้วจะไม่ทำ Study ในเด็ก 9 ขวบได้อย่างไร ไปทำ PV ในเด็ก 9 ขวบไม่ได้ เพราะฉะนั้นข้อมูลหลักฐานอันนี้ อ้อมหมดเลย นี่คือปัญหา

ใครขับรถผ่านอาจจะเห็นโฆษณา ท่านอยากเห็นหน้าลูกในท้องก่อนจะคลอดไหม อันนี้คนหลายคนก็ อยากจะเห็น แล้วเทคโนโลยีมันก็ได้ด้วย มันก็ไม่น่าเสียหายอะไรเท่าไร แต่มันเกิดจากคนซื้อเครื่อง อุตสาหกรรม มาแล้วก็เมื่อสองอาทิตย์ที่แล้วมาใน Bangkok Post มี โฆษณาว่า Early detection and accurate diagnosis คือการสมคบกันระหว่างผู้เขียนคือแพทย์กับสื่อมวลชน ผู้ที่ออกสื่อสารอันนี้ที่ว่า Catching cancer before it kills อ่านไป อ่านมามันบอกว่า Do you want to know whether you have a hidden cancer? ดูคล้ายๆอย่างนั้นเลยนะ แล้วก็บอกมีเทคโนโลยีปัจจุบันทำได้ ราคาหกหมื่น

เท่านั้นเอง นี่คือสภาพ ผมพูดในที่ประชุมอันหนึ่ง

แล้วผู้แทนของ Bangkok Post ก็นั่งอยู่ตรงนั้น

ด้วย ก็บอกว่า you กำลัง Conspires เลยนะ

แพทย์กำลังทำ induced desire working on

fear เพราะทุกคนกลัวว่ามีมะเร็งซ่อนอยู่หรือเปล่านั้น

ก็ต้องยอมจ่ายหกหมื่น แต่ที่จริงทางการแพทย์

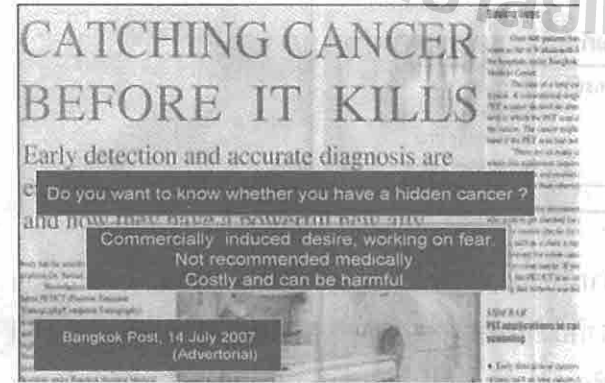
ไม่แนะนำ ไม่มีหลักฐานตรงไหนว่าแนะนำ และ

มันแพง มีการศึกษาจาก ประเทศญี่ปุ่นกับเกาหลี

ว่าถ้าใช้ PET Scan ที่ว่านี้ ก็จะพบประมาณ 1%

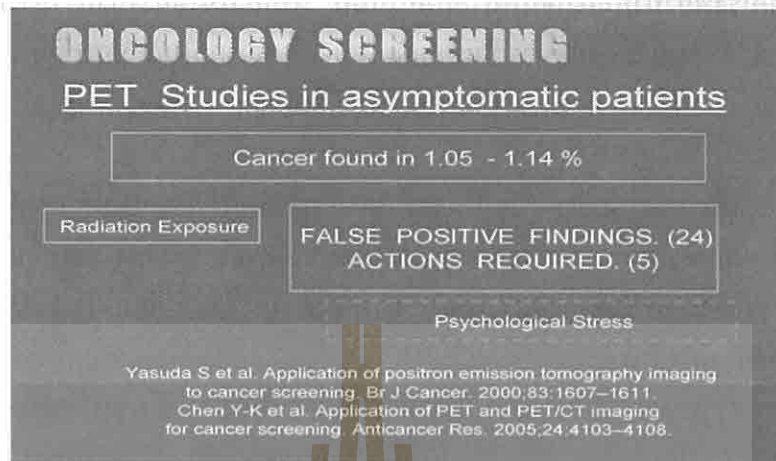
แต่ว่าจะต้องถูก radiation แต่ที่ร้ายกว่าคือ

เป็น False Positive finding บางคนอาจจะ



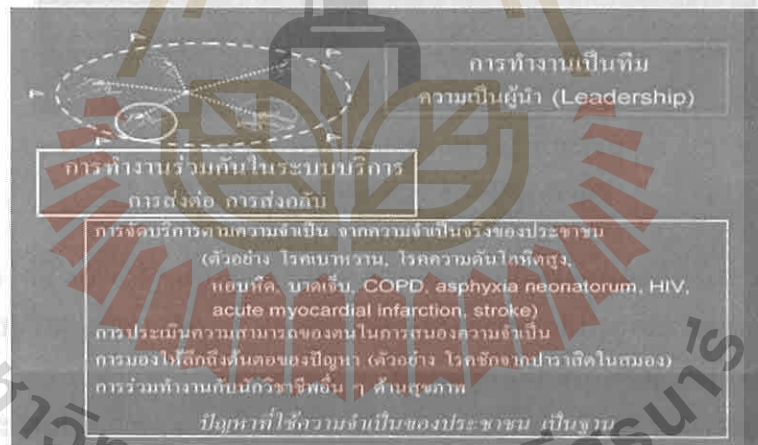
รูปที่ 95 CATCHING CANCER BEFORE IT KILL

เข้าไปเจออะไรก็ได้ที่ไม่ใช่มะเร็ง บางคนอาจจะต้องไปถูกผ่าตัดด้วยซ้ำ เพราะว่าไป อุตริหาเข้า อันนี้ก็จะเกิดทุกข์อย่างมากเลย แล้วเราก็แก้ตรงนี้อย่างไร อันนี้คือ แยกตัวที่หนึ่ง



รูปที่ 96 ONCOLOGY SCREENING

ปัญหาเรื่องการทำงานเป็นทีม ปัญหาในการทำงานร่วมกันในระบบบริการส่งต่อ การจัดบริการตามความจำเป็นจริงของประชาชน ก็มาด้วยโรคเบาหวาน โรคความดันสูง หอบหืด บาดเจ็บ COPD ปรากฏว่าคนไข้ในชนบทเป็น COPD กันเยอะเลย จากอะไรก็แล้วแต่ สิ่งแวดล้อมก็ดี ฝุ่นละอองก็ดี สูบบุรี่ แต่ว่า โรงพยาบาล หลายแห่งมากในชนบท โรงพยาบาลชุมชนที่เราให้การรับรองคุณภาพไป



รูปที่ 97 การทำงานเป็นทีม

ได้พัฒนากระบวนการในการที่จะดูแลคน COPD และตอนนี้ผล COPD หลายแห่งดีขึ้น คนไข้แทนที่จะวิ่งเข้าโรงพยาบาลบ่อยๆอยู่ที่ที่สามารถดูแลสิ่งแวดล้อม, สามารถทำให้ตนเองทนได้ ไม่เกิดการแพ้ขึ้นเมื่อเกิดขึ้นมา ถ้าเขาสามารถพ่นยาด้วยตนเองได้ทำให้มีชีวิตที่ดีขึ้นเยอะเลย เทคโนโลยีตรงนี้ไม่ใช่เทคโนโลยีขั้นพื้นฐานและโบราณ และไม่ใช่สิ่งที่ทันสมัย จะต้องใช้ที่ทันสมัย เป็นประโยชน์และใช้งานที่สูดนั้น

การแพทย์ที่ไม่ให้บริการปฐมภูมิไม่ใช่การแพทย์ Primitive ไม่ใช่การแพทย์ที่ง่าย ๆ แต่เป็นการแพทย์ที่เข้าไปดูแลตามความต้องการของเขา HIV คนไข้ Myocardial Infarction เข้ามาเพราะเจ็บหน้าอกและออกจากโรงพยาบาลก็ยังไม่เจ็บหน้าอกมันเป็นนี้ น่ากลัวไม่ใช่การบริการทางการแพทย์ที่ใช้ใหม่ เจ็บหน้าอกแล้วก็ไอด้วย อันนี้ก็ต้องบอกว่ามันเป็นปอดอักเสบ เจ็บหน้าอกในลักษณะที่แน่นแล้วก็เหนื่อย น่ากลัวเป็น Myocardial infarction ควรที่จะใช้รักษาอย่างไรนี่คือปัญหา เขาจะต้องรู้ ณ ที่ตรงนั้น นี่คือนี่สิ่งที่จะต้องเกิดขึ้น

เรื่อง stroke เมื่อก่อน stroke มันเป็นเรื่องใครเกิดขึ้นมากก็ต้องยอมรับอัมพาต แต่ตอนนี้ stroke สามารถวินิจฉัยได้ภายใน 3 ชั่วโมง ดังนั้นถ้าเขาทำได้และแก้ไขได้ภายใน 3 ชั่วโมง มันจะนั่นคนในชนบทก็ต้องพิการจากอัมพาต เขาสามารถช่วยคนพิการได้นะ ถ้าเขามีความรู้ตรงนี้ปัญหาว่าเราจะให้เขามีได้หรือไม่ อันนี้เป็นข้อมูลยกตัวเป็นตัวอย่าง

โรงพยาบาลชุมชน 30 เตียง ปรากฏว่าปริมาณแพทย์อย่างที่มีอยู่เปรียบเทียบกับประชากรทรัพยากรแพทย์ขาดแคลนแน่ๆเลย เพราะว่ามันไม่ใช่ปฐมภูมิอย่างที่บอกว่าแพทย์หนึ่งคนดูแลหนึ่งคน มันทำไม่ได้หรอก เพราะฉะนั้นสิ่งที่ต้องดูคือ ความขาดแคลนจะแก้ปัญหายังไง อันหนึ่งซึ่งไม่ได้ดูแลเลย

ประชากรที่รับผิดชอบ และจำนวนบุคลากรวิชาชีพต่าง ๆ
สำหรับโรงพยาบาลชุมชน ขนาด 30 เตียง

	ประชากร	แพทย์	เภสัชกร	ทันต. พ.	พยาบาล	เทคนิค	กสอภท
1	19,444	3	2	2	28	2	
2	24,632	3	3	2	43	3	1
3	22,377	4	5	2	45		
4	24,000	3	3	2	43	2	
5	34,360	3	3	1	29	2	
6	43,154	4	2	1	44	3	
7	47,379	7	2	2	33	1	1
8	56,377	4	2	2	45	2	1
9	72,628	4	3	2	33	3	

ตารางที่ 125 ประชากรที่รับผิดชอบและจำนวนบุคลากรวิชาชีพต่างๆ

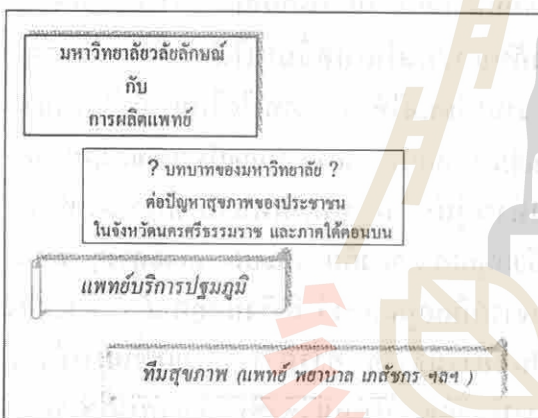
คือ เภสัชกร จะเห็นว่ามีเภสัชกรเยอะมากเลย บางแห่งจะมีเภสัชกรมากกว่าแพทย์อีก เภสัชกรเหล่านี้อยู่แต่เฉพาะในห้องยาไม่มาช่วยบริการให้เกิดประโยชน์แก่สังคมเลย ไม่ได้ออกไปในชุมชนบอกว่าปัญหาในชุมชนเป็นอย่างไร การศึกษาเภสัชกรก็เป็นปัญหาหนึ่ง

แต่ถ้ามองไปในทางการแพทย์ เรื่องวรรณจะเป็นเรื่องปัญหาจริงๆ แพทย์มองเฉพาะตัวเอง ไม่ได้มองว่าตัวเองทำงานเป็นทีมเพราะเราไม่ได้สอนเขาอย่างนั้น เราสอนให้เขาเป็น Superiority complex เหนือคนอื่น ๆ และไปทะเลาะกับคนอื่น ๆ ทั้งหมด นี่คือนิสัยที่ต้องแก้ไข นวัตกรรมบริการในการจัดการที่จำเป็นที่มีอยู่ ขอยกตัวอย่างที่มีอยู่นิดหนึ่ง แพทย์มี 3 คน มีห้องฉุกเฉิน คนไข้เข้ามาตอนกลางคืน จะอยู่เวรกลางคืนได้อย่างไร ในเมื่อมี 3 คน งานกลางวันก็มีและจะต้องทำ C/S ปัญหาก็คือ ต้องเอาพยาบาลอยู่กลางคืน ทั้งที่กฎหมายบอกว่าไม่ได้นะ แต่เผอิญเขาเปิดช่องให้ว่า ถ้าเป็นโรงพยาบาลรัฐบาลทำได้ เพราะฉะนั้นก็ให้พยาบาลอยู่เวรและพยาบาลทำการตรวจรักษา แต่ที่โรงพยาบาลป่าแดด โรงพยาบาลหนองบัวระแหง 2 แห่งนี้ ที่ได้ไปรับรองไป เขากังมากเลย เขาจัดการได้หมดเลยถ้าเป็นอย่างนี้ให้พยาบาลทำอย่างนี้ มีไกด้อยอยู่ในตัวเลยว่าพยาบาลต้องทำอย่างไร ก็รักษาไปตามนั้นถ้าสงสัยขึ้นมา

ก็ไปตามแพทย์ แต่ที่ดีกว่า เข้าวันรุ่งขึ้นแพทย์กับพยาบาลมานั่งรวมกันว่าเมื่อคืนมีอะไรมีปัญหาแก้ไขอะไร แก้ไขได้อย่างไร

ข้อที่นำเป็นบทเรียนของเราที่มีทรัพยากรอย่างจำกัดจัดการได้ นวัตกรรมที่เกิดขึ้น ณ ตรงนั้น แพทย์ที่ต้องสอนออกไป ต้องสามารถทำอย่างนี้ใช้ใหม่ ผมคิดว่าเรื่องนี้เป็นเรื่องใหญ่มาก ทำให้การแพทย์ กลายเป็นว่า การแพทย์ที่ไม่สามารถสอนได้ ตรงนี้ผมจะข้ามไปในเรื่องของความรู้ในปัจจุบัน ณ ปัจจุบันนี้ เราสอนไปแค่ผิวไม่สามารถสอนเข้าไปลึกในตัวของเขาได้ ไม่เกิด Internalization ของความรู้ของการศึกษา เขาไปเกิดที่หลังและบังเอิญว่าคนที่เรียนแพทย์มีความรู้ความสามารถช่วยตัวเองได้ดี

ข้อที่อยากพูดถึงมหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์ คนที่ตั้งใจและผลักดันให้เกิดมหาวิทยาลัย สิ่งที่เขาอยากได้ไม่ใช่มหาวิทยาลัยหรือ เขาอยากได้แพทยศาสตร์ แต่ที่อยากได้คณะแพทยศาสตร์ ที่จริงไม่อยากได้คณะแพทยหรือแต่อยากได้โรงพยาบาลที่จะรักษาเขาและคนที่ตรงให้รู้จักหมอ. เพราะหมอ. มีโรงพยาบาล เพราะฉะนั้นคนนครศรีธรรมราชอยากได้มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์อยากได้โรงพยาบาลอย่าง หมอ.อีกแห่งหนึ่ง นี่คือปัญหา พอผมเป็นนายกสภา ผมบอกไม่ถูกว่าการสร้างโรงพยาบาลหนึ่งโรงไม่เกิด ประโยชน์เท่าไรหรือ เพราะจากนครศรีธรรมราชที่ขึ้นไปหมอ. ใช้เวลาไปชั่วโมงกว่าเท่านั้นเอง และ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยนครศรีธรรมราชก็ดีพอสมควรตรงนี้เป็นปัญหาบทบาทมหาวิทยาลัยควรทำอะไร แรงกดดันผลักดันว่าอยากให้มีคณะแพทยศาสตร์ เป็นแรงผลักดันที่ real จริงๆ เพราะฉะนั้นมาพูด



รูปที่ ๑๑ ที่ มหาวิทยาลัยกับการผลิตแพทย์

เปิดโรงเรียนแพทย์เพิ่มขึ้นไปอีก 48 คน แล้วก็กระจายไปที่อื่นหมดเลย เพราะที่นครศรีธรรมราชก็ไม่อยู่ จะเข้ามาอยู่รักษาสิว ฝ้าที่กรุงเทพ อันนี้คือปัญหา มันไม่เกิดประโยชน์อะไรเลยจะทำอย่างไรต่อไป คำตอบคือจะใช้บริการปฐมภูมิ กลายเป็นแพทย์ชั้น 2 รักษาเฉพาะชาวชนบทเท่านั้น ตรงนี้ไม่ใช่คำตอบ ไม่ใช่การแก้ปัญหาและคนนครศรีธรรมราชไม่เชื่ออยู่ดี น่าจะเป็นเกี่ยวกับทีมสุขภาพ เพราะปัญหาใหญ่จริงๆ เราประชุมกับ สสจ. ประชุมตัวแทนของแพทย์ที่โรงพยาบาลชุมชนทั้งจังหวัดเลย มาดูแล้วปรากฏจริงๆ ว่า ปัญหาไม่ใช่แพทย์หรือ ปัญหามันอยู่ที่ระดับต่ำกว่านั้นคือระดับตำบลไม่ใช่อำเภอ ที่ตำบลมีสถานีนามัยอยู่และบางส่วนยกฐานะเป็น PCU มีสถานีนามัย 30 กว่าแห่งในอำเภอหนึ่ง มีพยาบาลที่เป็นพยาบาลมีอาชีพอยู่แค่ 2 แห่งที่เหลือไม่มีเลย

อีกทีหนึ่งว่าบทบาทมหาวิทยาลัยทำอะไรต่อปัญหาสุขภาพของประชาชนในจังหวัดนครศรีธรรมราชหรือภาคใต้ตอนบน คำตอบก็บอกว่าที่ตรงนั้นก็เหมือนที่ต่างๆ ทั่วประเทศเลยนะ ที่ขาดแพทย์ ขาดแคลนบุคลากร บริการทางการแพทย์ไปไม่ถึง การกระจายไม่ดี การทำงานยังไม่ได้เกิดประโยชน์เท่าไร ทำได้ไหม ถ้ามหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์ รับผิดชอบต่อจังหวัด เอาจังหวัดเดียวก่อน ถ้าเราจะพัฒนาตรงนี้ ที่สำคัญได้ใหม่ว่าจะยกระดับบริการสุขภาพหรือสุขภาพประชาชนในจังหวัดให้ดีขึ้น ภายใน 5 ปี 10 ปี ตรงนี้คือคำถามใหญ่ ถ้าจะทำอย่างนั้นทำอย่างไร ไม่ใช่การ

เพราะฉะนั้นปัญหาไม่ใช่เฉพาะแพทย์และโฆษณาว่าจะให้แพทย์ไปตรวจ OPD ยิ่งฟังกันไปมากเลย เพราะมีแพทย์อยู่ 3 คน ที่โรงพยาบาลอำเภอ และออกไป OPD ที่ตำบลมันก็ไปกันใหญ่ ที่เรียนมีความรู้อย่างดีเข้าไปในชุมชนและช่วยเขาในเรื่องของคนพิการและคนสูงอายุที่อยู่ในชุมชน จะแก้ปัญหาของชุมชนและคนเหล่านั้น ก็มีความสามารถขั้นหนึ่งเท่านั้น แต่ว่าแพทย์จะต้องไปช่วย เพราะฉะนั้นเรื่องการทำตรงนี้ ต้องทำอย่างไร

เรื่องปัญหาการขาดแคลนแพทย์ที่ต้องแก้เรื่องการกระจายของแพทย์ ต้องแก้เรื่องการทำงานเป็นทีม ก็ต้องพูดถึงเรื่องทีมสุขภาพ ทีมสุขภาพชัดเจนมากกว่าต้องแก้ว่าเราจะทำอย่างไร อันนี้พูดเฉพาะแพทย์ ก็ถ้าเราคัดเลือกแพทย์จากพื้นที่ให้ทุนการศึกษา โดยชุมชนให้ทุน ให้อบต.ให้ทุน ให้อบจ. ให้ทุน แล้วก็คัดคนที่ดีมา เราก็บอกว่าคนเหล่านั้นนะ สอบเข้าก็ไม่ได้ แต่ข้างเผือกมันอยู่ในชนบทเยอะเลยนะ ที่มีความรู้จริงๆ มีสมอง แต่บังเอิญว่าโรงเรียนเขาไม่ดี เขาจึงเข้ามาไม่ได้ ต้องเรียนจากประสบการณ์จริงที่อยู่ในชนบทเพื่อกลับไปทำงาน พิสูจน์แล้วจากองค์กรแพทย์ชนบทของจุฬาฯ ที่ Prof. Walter Kofler ได้เอ่ยถึงตรงนั้น เพราะประสบการณ์ตั้งยี่สิบ สามสิบปีมาแล้ว ทำอย่างนี้ทำได้ และคนเหล่านั้นก็อยู่ในชนบทได้ เวลาไปประเมินปรากฏว่าคนเหล่านั้นทำงานได้ดีกว่าด้วยซ้ำ เวลาสอบแข่งขัน หลายคนสอบได้เกียรตินิยมด้วยซ้ำ ที่สวีเดน มี Multi-professional Education คือแพทย์ พยาบาล เภสัช



รูปที่ 100 ทีมสุขภาพ

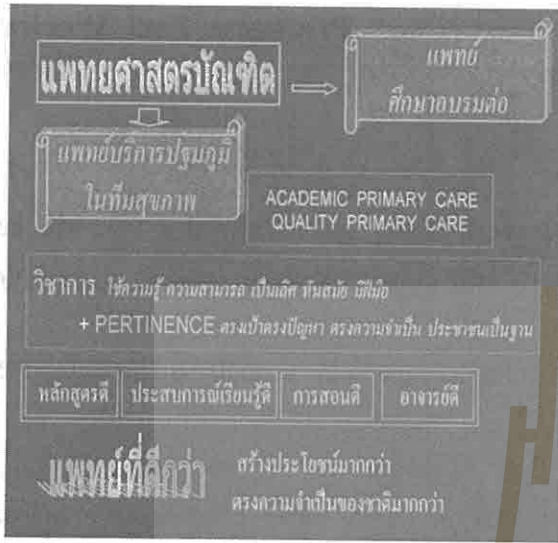
ทันตแพทย์ เรียนด้วยกัน ส่วนนั้นเรียนด้วยกันได้ ก็เรียนด้วยกัน เป็นเพื่อนกัน สร้างความเคารพซึ่งกันและกันให้เกิดขึ้นให้ได้ สร้างความรู้สึกทำงานเป็นทีมให้ได้ เราทำได้ไหม นี่เป็นคำถามใหญ่มากเลยนะ ที่อาจารย์กิจประมุขของผวกกำลังไปทำอยู่นั้น ผมพูดกันหลายเที่ยวเต็มที่แล้ว แล้วก็ทุกคนตกลงกัน คมบดี คณะต่างๆ ตกลงอาจารย์ที่สอนตกลงว่าที่จริงมันถูกแล้ว ที่จะต้องเป็นอย่างนี้จริงๆ การสร้างวรรณะขึ้นมาให้เกิดความแตกแยกในหมู่วิชาชีพสุขภาพไม่ใช่เรื่องดี

ทำได้ไหมยังเป็นคำถามใหญ่มากเลยว่าทำอย่างไรที่จะเรียนด้วยกันให้เกิดความเคารพซึ่งกันและกัน ใช้งานตามหน้าที่ของกัน

แพทย์มีข้อเสียใหญ่อันหนึ่งเลยคือการดูถูกพยาบาล พูดที่ห้องนี้ได้ กับพยาบาลผมก็พูดอย่างนั้นได้ เพราะว่าเป็นความจริงที่เกิดขึ้น แพทย์ต้องพึ่งพยาบาลอยู่เยอะเลย ผมพึ่งเป็นคนไข้ที่โรงพยาบาลมา ผมเลยรู้ว่าแพทย์นานๆ โผล่มาให้เราสักทีหนึ่ง แล้วก็ช่วยแน่นอนมีความจำเป็น มีความสำคัญ คนที่ช่วยให้มีชีวิตคนที่ช่วยให้ผ่านโรงพยาบาลได้คือพยาบาล เพราะฉะนั้นจำเป็นต้องจัดการเรื่องการพยาบาล

ตอนนี้อากำลังดูที่นครศรีธรรมราช เรื่องพยาบาลมาก่อนแล้วก็ให้อบต. คัดเลือกคนมาเรียนพยาบาลกับเรา ความคิดเรื่องนี้มาก่อน ODOD แล้วก็เสนอเรื่องนี้เข้ามา เขาก็เลยบอกว่าควรจะทำทั้งประเทศมันก็เลยฟังเลย ถ้าทำแหล่งเดียวมันก็อาจจะเป็นไปได้ ที่จะทำได้เพราะว่าเคยทำมาแล้ว เรื่องหลักสูตรก็ต้องสมดุลกับเป้าหมาย ใช้ปัญหาจริงเป็นฐานต้องมี Competencies ต้องมี Experiences สำคัญต้องมี attitude ตรงนี้เป็นคำถามของเราใช่ไหม

เพราะฉะนั้นแพทยศาสตรบัณฑิตในอนาคต ส่วนหนึ่งจะเป็นแพทย์ที่ศึกษาต่อ อีกส่วนหนึ่งเป็นแพทย์บริการปฐมภูมิในทีมสุขภาพ ผมอยากจะคิดว่าถ้าเป็นอย่างนี้จะเป็นได้ไหมมี Academic Primary care เกิดได้ไหม ครั้งหนึ่งผมได้รับเชิญไปที่ อเมริกา ไปพูดเรื่อง Academic Primary Care ว่ามันจะไร



รูปที่ 101 แพทย์ที่ดีกว่า

นักศึกษาถามประวัติไม่เป็น ตรวจร่างกายไม่เป็น ทำเป็นแต่แค่ชำระศพ เป็นปัญหาใหญ่มากเลย ลังยากี่ผิด เพราะฉะนั้น ถ้าเราทำหลักให้ดี ให้มีประสบการณ์จริงๆ ประสบการณ์เรียนรู้ สร้างทำตามความสามารถนิสัย ทักษะคติ ทำได้ไหม สิ่งที่ผมคิดว่าพวกเขา ตั้งเป้า คือการแพทย์ที่ดีกว่าบัณฑิตแพทย์ที่ดี ไม่ใช่บัณฑิตแพทย์ชั้น 2 เป็นบัณฑิตแพทย์ที่สร้างประโยชน์มากกว่า ตรงตามความจำเป็นของชาติมากกว่า ทั้งหลายนี้จะเรียกว่าเป็นพันธะของท่านทั้งหลาย เป็นภาระของท่านทั้งหลาย ผมคิดว่าไม่เกินความสามารถของคนที่ตั้งใจทำ คนที่อยู่ในห้องนี้จะทำอันนี้ได้ ที่จะทำให้เกิดสิ่งนี้ขึ้น ให้อยอมรับการแพทย์ที่เกิดขึ้น เป็นแพทย์ที่ได้มาตรฐานสากล มาตรฐานสากลคือสิ่งนี้ คือสิ่งที่เกิดประโยชน์ก็ขอบคุณครับ

กันแน่ ก็ต้องมีว่า Academic Centerคืออะไร? และ Academic Primary Care คืออย่างไร ทุกท่าน เข้าใจว่าอาจารย์กำลังพยายามทำอยู่ที่มหาวิทยาลัย วิทยาลัยสารคามแปลง่ายว่า Quality Primary care สิ่งที่สปลข. ต้องการ ไม่ต้องการ Primary Care ที่เป็น Primitive ต้องการที่มีคุณภาพ เพราะมันเป็นสิทธิของประชาชน 60 ล้านคนแล้ว ตรงนี้เป็นคำถามใหญ่สำหรับผม

วิชาการกับ Pertinence จะต้องมาคู่กัน หลักสูตรดี ประสบการณ์เรียนรู้ดี การสอนดี อาจารย์ดี นำกลับเป็นคำตอบ หลักสูตรที่ดีไม่ใช่ สอนของง่าย กลายเป็นสอนของที่ยากที่สุด ซึ่ง กำลังถอยลงไปโรงเรียนแพทย์ ในปัจจุบันนั้น

มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี

Symbiotic clinical education: the roles of medical schools for sustainable improvement in the rural health of a nation.

Professor Paul Worley

I will speak to you in English. I hope if I speak slowly and clearly that you will be able to understand. I hope that my slides will also help you understand because it is very important what we have to discuss this morning.

Topic: Symbiotic clinical education: the roles of medical schools for sustainable improvement in the rural health of a nation.

I would like to begin by recognizing that medicine on the one hand is very technological it's very difficult. It's very scientific and yet on the other hand is very simple and profound and intimate. It is a guide privilege for us as doctors to be involved in the care of our community and our patients. But as we have heard this morning one of the concern is that doctor are not necessary where the patients need them.

(PPT : This slide is not in Thailand and not in Australia but in the Sudan in Africa) this is where one of my students after they have studied in a rural program at Flinders University, went to work. I will tell you briefly the story because I believe that help us to understand what we are trying to achieve with a medical education.



รูปที่ 102

She was a student from a city. She went and studied academic and primary care for one year of her medical school. Not only that give her great knowledge and comparable knowledge to her peer but it also changed her heart. One of the evidences for that was that she went to work in Sudan, an area where very few doctors wish to work, an area of war a very dangerous area.

One of her first patients was a white lady not without skin like this but who was very pale. She was very pale because she has been breeding from deliver and about to die. Because she has delivered a baby one week before but has not deliver the placenta. My student who is now a doctor had the head knowledge to know how deliver the placenta how to stop the breeding. How to correct the technical problems that this lady's fight. But that was not all because after she did the technical things she then laid down in a bed next to the patients put injection in her own arm and transferred blood from herself to the patient. The patient was survived because of her head knowledge and the heart knowledge.

Why did she do that because she was the only person in that region who she knew of both positive and HIV negative. She was the only person who she knew in that camp who has a safe blood to donate. And so she donated her own blood.

In medical education we are not only looking at it transfers who are helping a student learns fact and figures and technical skills. But we must be also helping them learn where to apply that knowledge, when to apply that knowledge and how to apply that knowledge. And that is issue of the heart as much as issue of the mind.

In Thailand last night I saw Pimai and I recognize that this has great meaning for the Thai people. It's very important I want to share three people who are very important to me to my development as a professor. One is Matthew, he was an explorer between 20th and 21st when he went to Australia. He showed great courage and great adventure what he discovered has help me in my life 200 years later. A person of great courage and conviction and skills.

This man is from my home town in Adelaide. He invented in 1920 a way of powering a radio using a pedal. This enable to radio signal to be transmitted from very remote area in Australia so they could speak to a doctor over a radio telephone. This was the start of a royal flying doctor service in Australia. A service that has changed the life and help for safety of thousand and thousands of Australians. It was a very high technology invention but was applied in very low technology environment to great benefit for community.

So might I first start when we are considering rural medicines? Where is rural? If we look from space at night we can see where rural is. Because it is black. There are no lights. If you look at Australia most of the Australia has no lights at night, most of Australia has rural remotes, compare that to see where my friend in Austria lives and it's very light, very little remote in Europe. There is very little remote in the USA. But there is above the

border in Canada and there is in South America a lot of black. Likewise in Africa most in Africa is remote from technology that produces lights and the technology also encourages in hospitals. Because where this light white spots are, it is where the hospitals also allocated and if you look at ASIA again there are where area there are much surgery hospitals. And there areas are very little.

So back to Australia, I live in this white spot here, Adelaide. My work and my medical school are from here light up to here. All of this area here is where we teach our students.

If we look at internationally, there are common themes in rural health in whatever country you are. Because compare to the people who live in the city with people who live in rural area has increased morbidity and mortality. They have decreased access to doctors and nurses. And all parts of the health system. There are doctors and nurses who work in rural areas have lower status and lower pay. This lead to problems with recruitment and retention

ตารางที่ 126 Global Rural Health Practice

Global Rural Health Practice

- **Increased morbidity and mortality**
- **Decreased access to doctors**
- **Lower status and pay**
- **Problems with recruitment and retention**
- **Served by generalists**
- **Primary Health Care approach**




internationally. The condition to work in rural area upon nature generous. They have to cover a broad brain of medical knowledge not just has a highly specialize statement. And importantly in rural area it is very important that we have a primary health care approach. All across the world we would find a primary health care approach in common in rural areas.

We have a challenge to respond to this problems and how to improve the rural health about communities. How can we respond to this challenge?

I suggest from the Australian perspective response by using evidence, because there is now evidence of how medical schools can respond to this challenge.

ตารางที่ 127 คำถาม คำตอบ



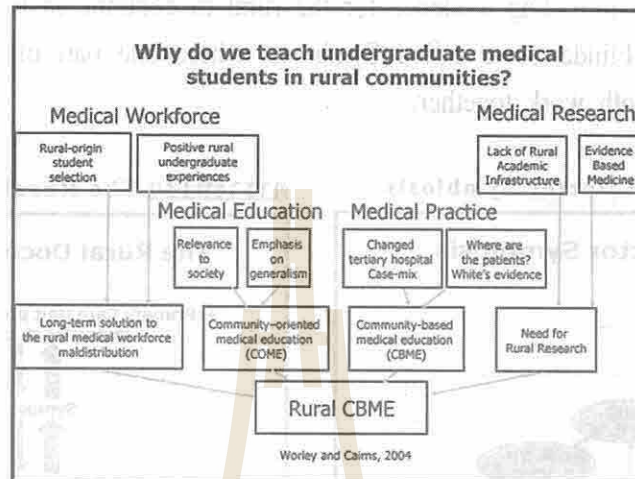
Question: How can countries respond to this challenge?

Answer: Use the available evidence to guide change.

These are the elements; firstly we know that we have students from rural origin and we give them positive. The undergraduate experience in medical school, they will more likely practice in rural school areas. Basic experience must be in primary care not in tertiary

hospital in the city. So this is the long term solution to the rural medical workforce. Not only maldistribution but also medical school education is changing an internationally medical schools are being asked to be more relevant to the society and has an emphasis on generalization of the undifferentiated doctor we heard about.

ตารางที่ 128 students in rural communities



This has because medical school to the community oriented medical education.

Medical practice is also changing tertiary hospital has now have a defined mix of patients but our students need to know the breakfast medicine where are those patient being careful. There is more being careful in the community not in a tertiary hospital. Therefore if we want our students to be learned from the patients that would be required to treat. Their needs to be best in the community when they are learned community based medical educations. But importantly also medical research evidence based medicine is very important but can you apply white evidence that is determinant in a large tertiary center to a patient who has been treated in a low technology rural community. The evidence may not be appropriate for that community for that context. But we do not have the evidence for how to care based for patients to the rural communities. Because we have not had the academic infrastructures in those communities to determine and research that evidence by placing medical school infrastructure and academic infrastructure in rural primary care. We can also create the evidence that is needed to provide the best quality care in that context.

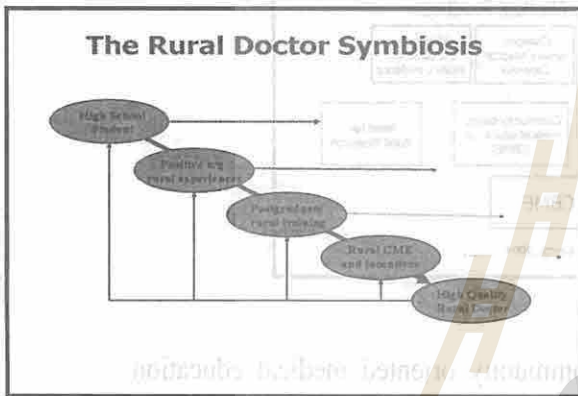
So far all of these reasons. Rural communities based medical education is the way that we in Australia are looking to respond as medical school to the crisis in rural health. But we do not do this on our own we think of a solution as being as pipeline (the rural doctor pipeline)**

We start with high school students who have been selected who are appropriate. Then providing positive undergraduate rural experiences. Importantly moving on a postgraduate rural training that is appropriate for the rural context and then rural continue in medical educations as we heard this morning, that our medical knowledge double, every five years.

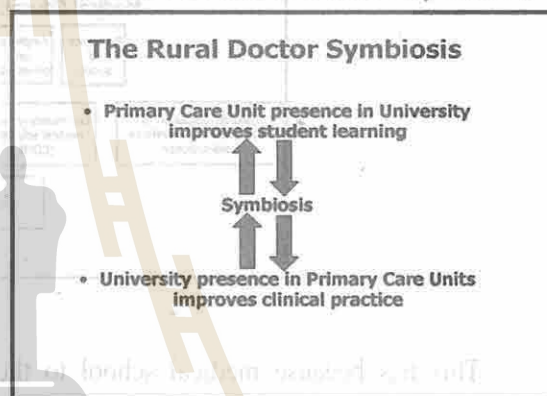
We need to continue to educate doctors who are in low technology environment so they are up to date. All of those things together produce the high quality rural doctor. But this is not a one way pipeline because that high quality rural doctor is important for all the other steps for all the other parts of the pipe. Because they are key to encourage students to take up medicine in rural communities. There are the teachers of undergraduate and postgraduate trainees. And they also providing evidence for the rural to continue in medical education.

This is what a Flinders, we called Symbiosis where one part of the system helps the other part. And they both work together.

ตารางที่ 129 The Rural Doctor Symbiosis



ตารางที่ 130 The Rural Doctor Symbiosis

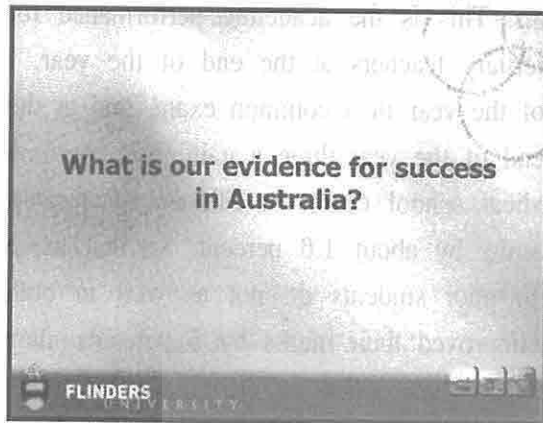


The primary medical care unit presence in our university has improved students in learning. At the same time the university presence in a primary care unit has improved clinical practice. If these two things do not work together. They will do not have a symbiosis we have a hierarchy where one part of the system using the other part of the system, perhaps even abusing the other part of the system. There is now two partnership symbiosis mean two partnerships. But it's not just in teaching it is also a partnership in research. And true partnership of three elements to the medical education, clinical service and research together is a reinforcing social contract of social accountability of our education of our search and clinical services. This is possible is it possible for a medical school to excel and research clinical service and education certainly.

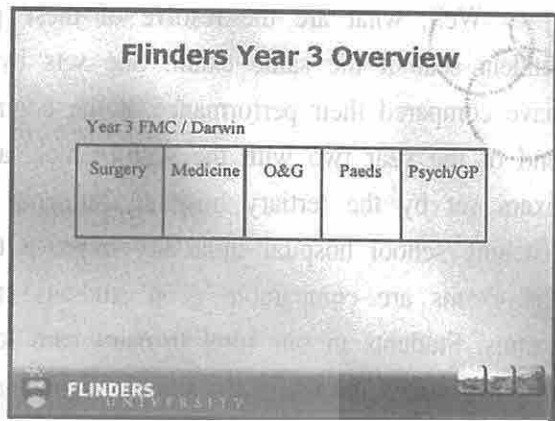
A part from looking at our school, there is school evidence from the United State, yes it is possible. This is Mount Tahoma which is just out of Seattle in Washington State.

The University of Washington is one of the top 5 in the United State for NRH research class. It has produced seven noble prize winners from medical school. It also has the higher appropriation of graduate practicing, in fact it's rural primary care. Teaching is an example of the nation. The answer is that is possible to emphasis rural primary care in your teaching here is rural primary care unit where the teachers also the same time have research that result in Nobel prize winners and significant funding from glasse

ตารางที่ 131 What is our evidence for success in Australia?

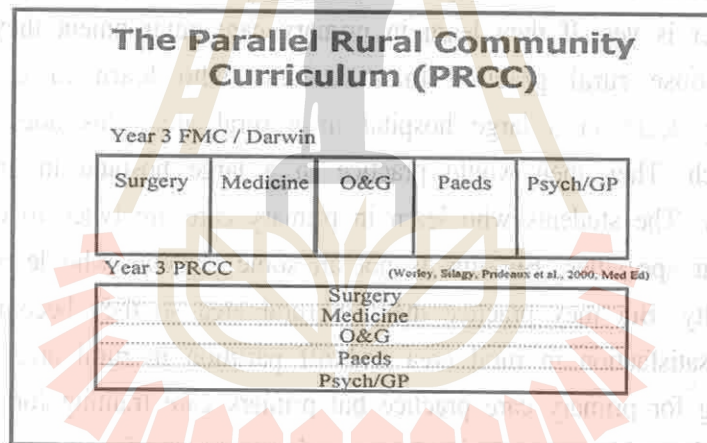


ตารางที่ 132 Flinders Year 3 Overview



What evidence do we have from Australia? My institution of Flinders. Our program is a four years in medical program and in the third year our students at the examination, where we search to find where they are confident practice. The fourth year is like the extern year. Your six year. The topic is our students must learn Surgery, Medicine, Ob&Gyn, Pediatric, Psychiatry / General.

ตารางที่ 133 PRCC



In the tertiary hospitals they undertake one term at the time and they rotate between those term. I'm sure you will understand from your rotation in Thailand or in Europe.

However, 25 percents of the students, now undertake the entire whole year three based in rural primary care. They do not go into the surgery hospital. They learn the same topics throughout the whole year together, integrated how do they know which topics they are studying at anyone time. It depends with patients walk through the door.

The patients determine the topic and the system will be present. Because a pregnant they also have a medical problem where a surgical problems. They may also have a child who was unwell. So students from one family can learn many topics at once in an integrate entire. They also see those patient over the entire year they get community learning. They

also know their teacher over the whole year. So the teacher get to know them very well. And they get to know their teacher very well. There they have svery good mentoring.

Well, what are the resolve of these programs. This is the academic performance for student seat/sit the same exam. She sets by our tertiary teachers at the end of the year. I have compared their performance at the beginning of the year in a common exam, and at the end of the year two with the performance, at the end of the year three a gain in a common exam set by the tertiary hospital. Students at medical school center at Flinders in tertiary teaching school hospital in a city improve their results by about 1.6 percent. So that mean the exams are comparable good students still well, poor students do not as well in both exams. Students in our rural primary care location improved their marks by 5 percents, they improve more in a tertiary student hospitals. Students who studied in Darwin, a secondary hospital about two hundreds beds but with general specialists not sub specialist. They improved their mark 4 percents. So we now know from our students that studies in a primary care locations does not decrease your academic performance, does not decrease of your educations.

What are that said about the teachers who are teaching doctor students?

It is also a reflection on the qualities of those doctors as generous to help our students learn the general breath of medicines. But do these students then go and practice in the rural area. And the answer is yes. If they learn in primary care environment they are seven times more likely to choose rural practice than students who learn in a tertiary hospital environment. If they learn in a large hospital in a rural area, this does not change their likelihood very much. They then would practice in a large hospital in anywhere which is more often in a city. The students who learn in primary care are twice to choose to learn in primary care as their specialies. But this is not all some students who learn in primary care choose other specialty. But they practice them in rural area so they become a surgeon in a rural area. A pied satisfaction in rural area and off partition in rural area. So it is not just primary care training for primary care practice but primary care training for all practice.

What impact does this have on the doctor and the practices?

Is this sustainable or is it too hard for the doctor in primary care to do these teaching as well as work in our high pressure environment?

We have found that the beginning of the year. The daily financial impact, remember that our students are all learning in private practice where doctor get pay fee for service. So if they see less patients they get less money. So rural practice in private rural practice. At the beginning of the year the doctor sees less patient and there are loosing some money. But as the students get to know the doctor and get more skills, get to know the way the practice works. We find that daily becomes benefits to the practice. So that eventually, they actually helps the doctors see more patients. So the doctors actually in the end has a positive financial benefit from having extra pays of hands in the practice. But only if their affairs work for long enough. If there are four –six weeks. (explain the graph**)

They are always in this area it is always negative impact. There might even just get to here. And then they leave and the doctor starts a new student back here. There are always in the negatives. They need length of time to get into the positive.

We have one of my colleagues; Dr.Lucy Walters has done some more intensive research in this area. And she has looked at medical practice in terms of Maslow, Hierachy of needs. You would be aware of hierarchy from your own training.

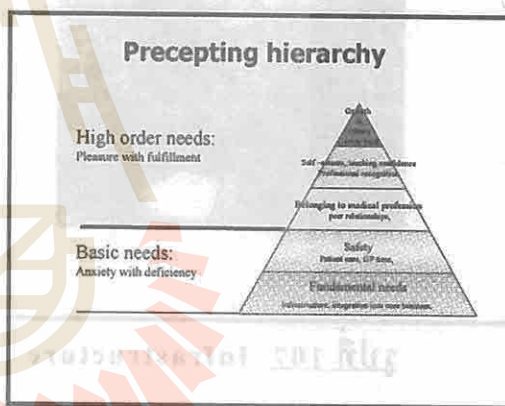
That our first needs are physiological and safety. And once they are provided for we can then get up to love / belonging , esteem and self actualization.

How do these relate to medical practice?

This is what Dr.Lucy have basic needs of infrastructures, patient care and time. If these are not provided the doctor gets very anxieat. But once these patient care, GP term and infrastructures are provided for. Then the doctor can move on to the high order needs which teaching provides. Teaching provides to belonging a sense to medical profession not isolation in rural area. A self esteem and professional recognitions and growth give back to the profession. But doctors will only do these provided basic needs at our first met. So it's important for us as medical school to make sure that these basic needs are met in our rural primary care practices. So that we can then get our doctors to benefit from the higher order needs.



รูปที่ 104 Maslow's Hierarchy of needs



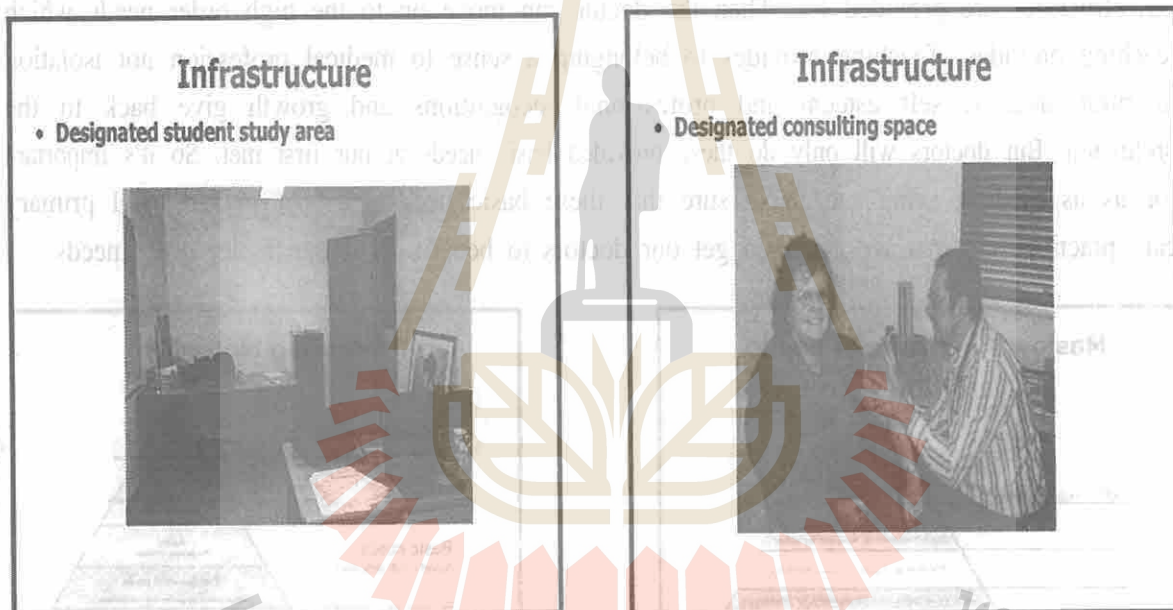
รูปที่ 105 Precepting hierarchy



รูปที่ 106 Fundamental Needs

Let me explain a little more. The fundamental needs when you are under water are to have oxygen to breath that is a basic safety needs. What are the basic needs that rural doctors need?

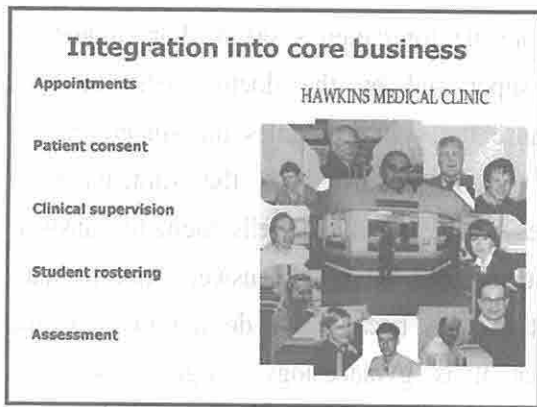
In order to teach, they need space for the student if the student is always having to follow them and sit in the same small room. Then the doctor become very anxiest and very tired. We as a university have provided a study area in the private practices for our students. The students then can be consulting with a patient at the same time and the doctor is consulting with another patients. And then the doctor can come into the other room and questions the student about what they have been doing. We need both spaces to make this efficient.



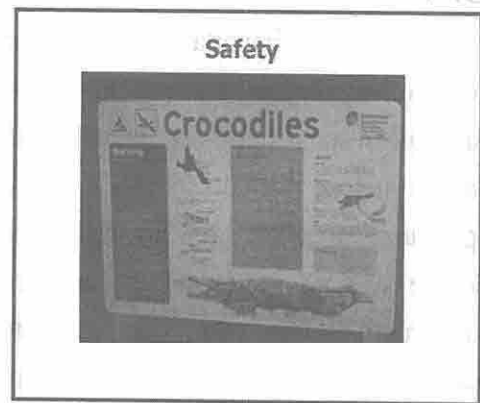
รูปที่ 107 Infrastructure

รูปที่ 108 Infrastructure

Also the private practice needs to integrate student into their regular business. So the students have appointments where patients are booked in to see the students and then the doctor. And the time is arranged. So that it works. The patients have the informed consent, take them well before they see the students. They have consent at the time they have appointment. There is appropriate space and time for chemical and patients to students are rusted so that they are not always at the same time but there are spaces through the week. And there is time for assessment for the rusted in to work in daily of the practices.



รูปที่ 109 Integration into core business

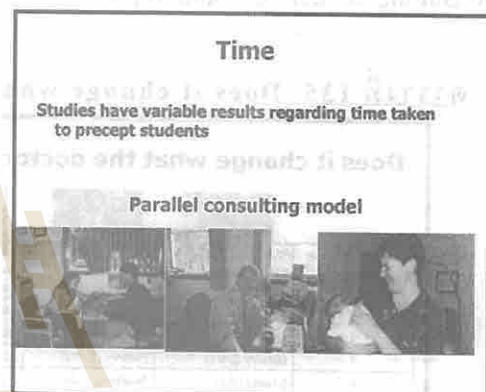


รูปที่ 110 Safety

Safety is important. In Australia this is one of the very dangerous animals, reptiles the crocodiles. And if you know that there are crocodiles in the river or the ocean. We do not go swimming in the river or the ocean no matter how hot it is. And how beautiful the water looks.



รูปที่ 111 Patient care



รูปที่ 112 Time

You will not go in. It is the same for our doctors in rural practices, they would not dip their toe in a water of medical education. They will not know if the patient is going to be safe.

ตารางที่ 134 Time

Time		
PRCC Student precepting session		
Appointment time	GP consulting room	Student Consulting room
9am	Patient 1 *Parallel consultation	Patient 2
9.15 am		GP joins student and Patient 2 *Teaching consultation
9.30am	Patient 3	Patient 4
9.45am		GP joins student and Patient 4

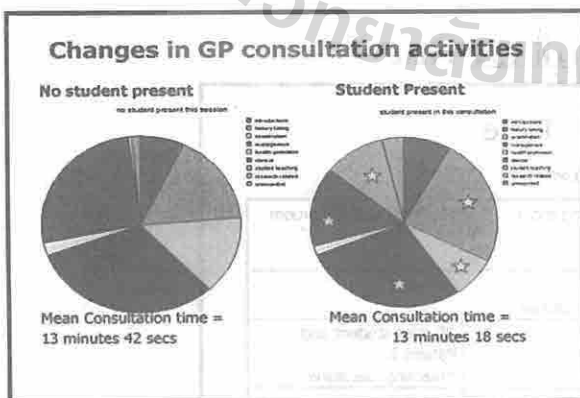
So this is important that the doctors still responsible for patient's safety. For students if not are responsible for patient safety. They are supervised by the doctors who has the automate responsibility for patient's safety. But because the system enables the student to the patient before the doctor sees the patients, the patient is safe. And the students have opportunity to come up with the diagnosis themselves before the doctor tells them the answer. So the students must find the answer before the doctor tells them the answer. And primary care, rural primary care is an excellent environment for this because we do not know if the patient comes in with a dominate pain where that it is gymaceslogy, surgery, medicine, psychiatvy it could be any of those things. So it is excellent environment for the medical students to learn different diagnosis and an initial investigation and management. Before they know that it is a surgical problem or a medical problem which narrowed down the medical diagnosis already. Time I mentioned was very important factor in teaching and in private practice where time equal money. It is also very important. We have developed the parallel consulting model to count for this.

ตารางที่ 135 Does it change what the dotor?

Does it change what the doctor does?			
Ranked frequency of activities	No student today	Precepting consultation	Parallel consultation
1	Management (3.67)	Management (3.18)*	Management (3.53)
2	Other (3.24)	Other (2.04)*	Other (2.43)
3	History (2.01)	History (2.46)*	History (2.07)
4	Exam (1.61)	Teaching (1.06)*	Exam (1.63)
5	Intro (0.83)	Exam (0.95)*	Intro (0.83)
6	HP (0.24)	Intro (0.84)	HP (0.20)
7	Research (0.06)	HP (0.25)	Research (0.10)
8	Teaching (0.00)	Research (0.02)	Teaching (0.07)

*significance p < 0.05

The GP see one patient at the same time and the student sees one patient. The doctor or general practice whose primary precision, primary care precision. Then goes into the second room and has the teaching consultations. Then at 9.30 another two patients are booked. And the same happens at 9.45. Normally the doctor would see one patient, two patients, three patients, four patients. But by changing the system they can see the same number of patients. But also teach.



รูปที่ 113 Changes in GP consultation activities

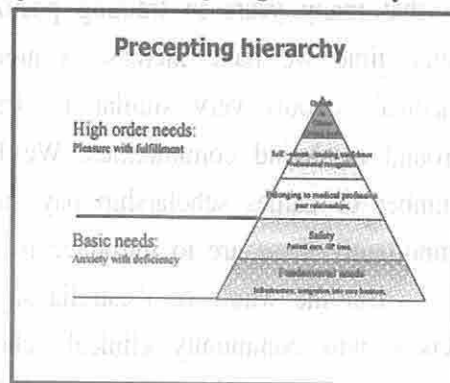
Time is a primary anxiety in Maslow hierarchy. So what was the actual impact of consulting time? We look at a large number of consultations with video camera. So that we can actually arrange time the length of the consultation to the exact seconds. And know what

happen in the consultation. Where there are no students in that session, this was the average time (13 minutes and 42 seconds), where the students saw the patients the actual concentration time was less. Where the doctor solves the patient parallel to the student. The consultation was around about the same time 14.42 or 12.45 a little bit less.

ตารางที่ 143 Non – consultation time in session

Non-consultation time in session				
Student Precepting session	N	Mean (minutes)	Std. Deviation	Sig.
No	33	51.01	29.09	-
Yes	34	50.81	24.76	.976

รูปที่ 114 Precepting hierarchy



Now, because this was a study done in only five practices. And we only look out about four hundred consultations. The margin of Era means there is no significance in between results. But at least that mean it does not take longer to teach. We cannot say from this data that is to take shorter time to teach. But we can say that it does not take longer to teach. And that has been very important in fact as we continue with largest studies who will find that is actually does take shorter time. And therefore in practice you can see more patients, and are students also are taught more than sitting in the university.

What was different about the consultation?

What we found was when and student sees the patients.

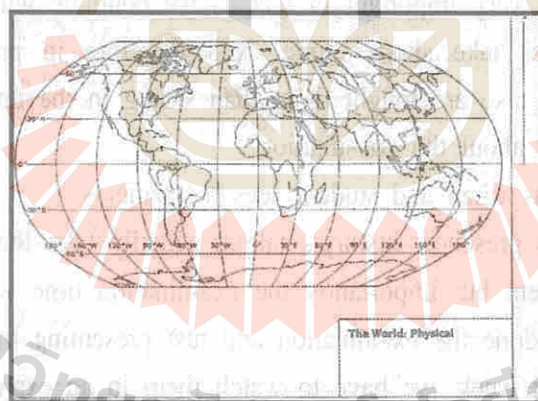
When the student's presence, history's taking actually take longer because he went over the history with the student but importantly the examination time was much smaller. Because the students had already done the examination and just presenting their finding. We realize that is not a student in a first week, we have to watch them in an examination to know that they are doing properly. This was the students after three or four months.

Where you have confidence in the way they examine patients and it needs accuracy of the examination. So the doctor was able to save time on examination and management. Because the students need a lot of management after the doctor has decided what need to happen. The students could then go and take the blood, do the ECG, do the surgery, a lot of the small procedures and management. They could teach the patient about taking the puffer for their asthma. And the doctor goes and sees another patient. We also found there was no difference about time in between consultations.

Interesting way we found that private practice spend very little time talking to other doctors. In fact, very little short times in their private practice. There is no other social conversations but when the student is present suddenly there is conversation. There is a

colleague in a practice that you can talk to about your patients. This is improve your mood, improve your self - esteem. Maslow's high order again, the higher order need come about because we have to deal time and safety, choose and reduce infrastructure issue. This has cause a major change in medical Australia school. Where now 25 percents of all Australian students are taught in rural region outside the major hospital. This has required us the phone in that many years in training positions to step previously to that medical students. At the same time we have increase a number of medical students and we have formed 7 new medical schools very similar to Thailand. This particular schools have particular mission around rural and communities. We have increase the fee paying and available. We have a number of games scholarship pay student to encourage them to take up their expense. And importantly these are to introduce to our Prime Minister not our education department.

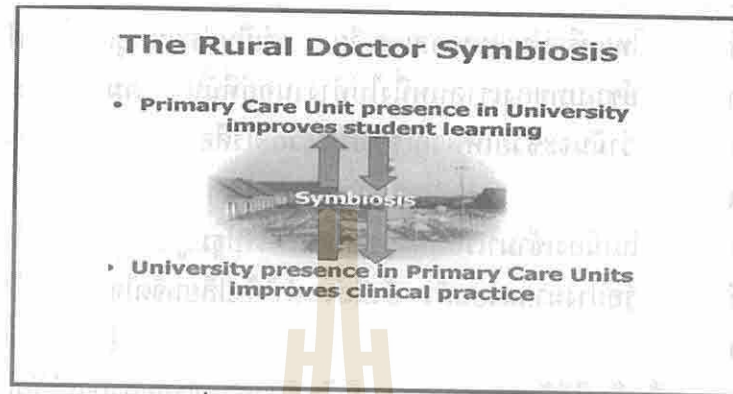
But the whole of Australia says this is important. The next step is to follow the rural school into community clinical schools. Both in urban areas and rural areas so that 25 percents of our students who spend the entire year based in primary care in a city as well as in rural areas. This would means that over half students will be learning the entire clinical education in primary care. It is just confined to Australia. In 1997 there are small numbers in Australia. There were both in primary care. There are now many programs across the world. And I'm sure there are programs in Asia.



รูปที่ 115 The world

This is very important for our communities. If they do not have a doctor or hospitals they still have semestries that get used more often than it needs to. Can I remind you that symbiosis means the primary care units present in a university improve learning. And the university present in the primary care units improve the clinical practice and see more patients, there are more up to date what they know themselves. And it is not just education but it is also research based around primary care. And around rural primary care we find that because we now have academic conditions in rural primary care. Their research interest is in rural primary care and unit care as well. They are now attaching class to research and

happen. One of Prime Minister in England said; you cannot cross a canyon with two small steps. Sometime you have to make a big link in order to change the way things are to the way they need to be. I suggest that might be the case in rural medication as well. At some point they need to be closed and encouraged to take a big step to make the difference.



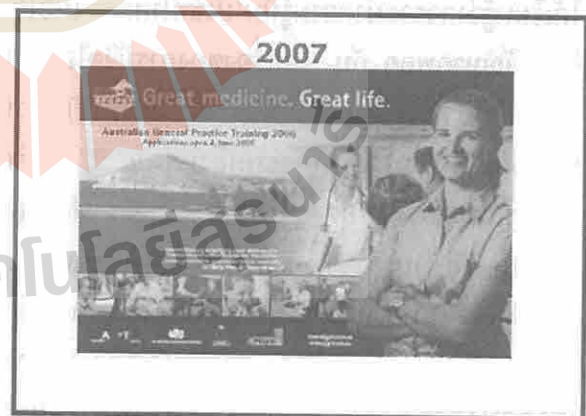
รูปที่ 116 The Rural Doctor Symbiosis

This was one from our medical students in 1998, learning how to a plaster and bone their foot. In 2007 she is now one of our teachers in a rural practice, student in a rural student has become a teacher. A medical, clinical in rural practice come true, the system is now in a stable border.

I hope this has been encouraging to you and it is certainly has been encouraging to me to learn about the great work that you are doing here in Suranaree. In the other new medical schools to all medical school in Thailand we look with great interest to the impact of your important work.



รูปที่ 117



รูปที่ 118

ศาสตราจารย์ พอล เวอร์ลี

ผมอยากจะเริ่มต้นด้วยการตระหนักดีว่า การแพทย์ในแง่หนึ่งเป็นเรื่องของเทคโนโลยี เรื่องที่ยาก เรื่องของวิทยาศาสตร์ แต่อีกแง่หนึ่งก็เป็นเรื่องธรรมดาๆ ลึกซึ้ง มันเป็นข้อได้เปรียบสำหรับแพทย์อย่างพวกเราที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลชุมชนและผู้ป่วยของเรา แต่ที่เราได้ยินมาเมื่อเช้านี้ สิ่งหนึ่งที่พวกเราารู้สึกเป็นกังวล คือ แพทย์เป็นสิ่งที่ไม่จำเป็นในหลายๆ ผู้ป่วยต้องการ

ในภาพนี้ไม่ใช่ประเทศไทยหรือประเทศออสเตรเลีย แต่เป็นประเทศซูดานในแอฟริกา ซึ่งเป็นสถานที่ที่นักศึกษาในโปรแกรมแพทย์ชนบทของเราคนหนึ่งไปทำงานอยู่ที่นั่น ผมอยากจะกล่าวย่อๆ เกี่ยวกับเรื่องของเธอ เพราะผมเชื่อว่ามันจะช่วยให้พวกเราเข้าใจว่าอะไรคือสิ่งที่เราพยายามจะทำให้เกิดผลสำเร็จในการเรียนแพทย์ของเรา

เธอเป็นนักศึกษาจากในเมืองเข้ามาเรียนตามระบบบริการปฐมภูมิได้ 1 ปีในโรงเรียนแพทย์ของเรา ไม่เพียงแต่เธอจะได้รับความรู้อย่างมากมายแล้ว ยังมีส่วนทำให้เปลี่ยนจิตใจของเธอไปด้วย หลักฐานหนึ่งก็คือ เมื่อเธอเดินทางไปทำงานในซูดานในหลายๆ มีแพทย์น้อยคนที่ต้องการจะไปทำงานที่นั่น เพราะมันเป็นสถานที่ๆ มีสงครามและเป็นพื้นที่ที่อันตรายมากๆ หนึ่งในผู้ป่วยคนแรกของเธอที่นั่นเป็นสตรีผิวขาวที่ไม่ใช่ผิวดำตามรูปนี้ เธอขวางจนซีดเพราะเสียเลือดมากเนื่องจากเพิ่งจะคลอดลูกได้ประมาณ 1 สัปดาห์ ก่อนหน้านั้น เธอกำลังจะตายเพราะเสียเลือดมากจากการคลอดและไม่ได้รับการดูแล นักศึกษาแพทย์ของผมคนนี้ซึ่งปัจจุบันเป็นแพทย์แล้ว มีความรู้ในสมองเธอ รู้ดีว่าควรจะจัดการอย่างไร จะหยุดเลือดได้อย่างไร ควรจะแก้ไขความขัดข้องทางเทคนิคได้อย่างไรที่ผู้หญิงคนนี้กำลังเผชิญอยู่ แต่นั่นไม่ใช่ทั้งหมด เพราะว่าหลังจากเธอจัดการแก้ไขข้อขัดข้องทางเทคนิคต่างๆ เรียบร้อยแล้ว เธอนอนลงบนเตียงข้างๆ ผู้ป่วยแล้วใช้เข็มแทงเข้าไปที่แขนของเธอเพื่อทำการถ่ายเลือดของเธอเอง 1 ลิตรไปให้ผู้ป่วย ในที่สุดผู้ป่วยก็รอดชีวิตเพราะความรู้จากสมองและความรู้จากจิตใจของแพทย์ ทำไมเธอทำเช่นนั้น เพราะว่าเธอเป็นบุคคลเพียงคนเดียวในที่นั่นที่มีเลือดกรุ๊ป O และปลอดภัยจาก HIV เธอจึงสละเลือดตนเองให้ผู้ป่วย

ในการสอนนักศึกษาแพทย์เราไม่ใช่เพียงแต่มองหาวิธีการถ่ายทอดความรู้หรือช่วยเหลือนักศึกษาให้เรียนรู้จากความจริง รูปแบบ และทักษะทางเทคนิคต่างๆ เท่านั้น แต่เรายังต้องช่วยให้พวกเขาได้เรียนรู้ว่าควรจะนำความรู้นั้นไปใช้ที่ไหน เมื่อไร และอย่างไร เพราะนั่นคือเรื่องของหัวใจที่ดี ซึ่งสำคัญมากพอๆ กัน เป็นเรื่องของหัวใจที่ดี (Good heart & Good mind)

ในประเทศไทย เมื่อคืนวาน ผมได้ไปเที่ยวทิวเขา ผมได้เห็นความยิ่งใหญ่ที่มีความหมายต่อคนไทย ซึ่งสำคัญมาก ผมอยากที่จะพูดถึงบุคคล 2 คนที่มีความสำคัญมากต่อผม ต่อการพัฒนาของผมในฐานะเป็นศาสตราจารย์ บุคคลแรกคือ แม่ทิว ฟลินเดอร์ส เขาเป็นนักสำรวจในยุคศตวรรษที่ 20 ประมาณ 20-30 ปีที่ผ่านมาเขาทำการสำรวจออสเตรเลีย เขาแสดงถึงความกล้าหาญ และการผจญภัยที่ยิ่งใหญ่ แต่สิ่งที่เขาค้นพบได้มีส่วนช่วยผมและชีวิตของผมในอีก 200 ปีต่อมา เขาเป็นบุคคลที่มีความกล้าหาญ ความน่านับถือ และมีทักษะที่เป็นเลิศอีกบุคคลหนึ่ง คนนี้มาจากบ้านเกิดของผมเองใน Adelaide เขาคิดประดิษฐ์วิทยุไร้สายที่มีที่สำหรับเท้าเหยียบเพื่อให้วิทยุทำงานในปี ค.ศ.1920 สัญญาณวิทยุจะสามารถส่งจากพื้นที่ห่างไกลในออสเตรเลีย พวกเขาสามารถพูดคุยกับแพทย์ได้ผ่านทางโทรศัพท์วิทยุ นี่คือจุดเริ่มต้นของการให้บริการของแพทย์ทางอากาศในออสเตรเลีย เป็นบริการที่ทำให้ชีวิตของคนออสเตรเลียเปลี่ยนแปลง ช่วยชีวิตคนออสเตรเลียจำนวนมากมาให้ได้อยู่กันอย่างปลอดภัย

นับเป็นการประดิษฐ์คิดค้นที่ใช้เทคโนโลยีระดับสูงแต่ถูกนำมาประยุกต์ใช้กับสภาพแวดล้อมที่ไม่ต้องใช้เทคโนโลยีระดับสูงแบบธรรมดาๆ แต่ให้ประโยชน์อย่างมหาศาลต่อชุมชน ผมจะขอเริ่มก่อนว่าการแพทย์ชุมชนนั้นเริ่มต้นได้อย่างไร? ก่อนอื่นเรามาดูกันว่าที่ใดในโลกบ้างที่เป็นที่ห่างไกลหรือชนบท? ถ้าจะดูจากอวกาศในเวลาากลางคืนคุณจะเห็นว่าชนบทอยู่ที่ใดบ้างเพราะมันเป็นสีดำไปหมด ไม่มีแสงสว่างพื้นที่ส่วนใหญ่ในออสเตรเลีย ไม่มีแสงสว่างเลยในเวลาากลางคืน เพราะพื้นที่ส่วนใหญ่ในออสเตรเลียเป็นชนบทและที่ห่างไกล เปรียบเทียบกับที่อื่นๆ ที่เพื่อนๆ ผมอยู่ในออสเตรเลีย ในยุโรปมีชนบทน้อยมากๆ เช่นเดียวกับกับในสหรัฐอเมริกา แต่มีชนบทในพื้นที่เหนืออเมริกาขึ้นไปตามตะเข็บชายแดนในแคนาดา และในอเมริกาใต้ก็มีสีดำมากแสดงว่ามีชนบทมาก ในแอฟริกาพื้นที่ส่วนใหญ่ก็เป็นชนบทและที่ห่างไกลจากเทคโนโลยีที่ผลิตแสงสว่าง และเทคโนโลยีจากบริการทางการแพทย์ทุกระบบ ส่วนในจุดต่างๆ นั้น บางส่วนเป็นที่ตั้งโรงพยาบาลระดับตติยภูมิของเรา ในเอเชีย มีพื้นที่ ที่มีโรงพยาบาลระดับตติยภูมิอยู่มาก ส่วนพื้นที่ชนบทมีเหลือน้อย กลับมาที่ออสเตรเลียผมอยู่ที่จุดขาวตรงนี้คือเมือง Adelaide แต่งานของผมและโรงเรียนแพทย์ของผมอยู่จากบริเวณนี้ขึ้นไปถึงด้านบน ตลอดบริเวณนี้เป็นที่ๆ เราสอนนักศึกษาแพทย์ของเรา (จากใต้ไปเหนือของออสเตรเลีย)

ถ้าเรามองดูสิ่งที่เหมือนกันทั่วโลกเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลผู้ป่วยในชนบทไม่ว่าจะในประเทศใดก็ตาม ถ้าจะเปรียบเทียบแล้วระหว่างคนในเมืองกับคนในชนบท จะเห็นได้ว่า

- จำนวนการตายของทารกและการผิดปกติมีเพิ่มขึ้น
- การเข้าถึงแพทย์และพยาบาลตลอดจนทุกส่วนของระบบบริการทางการแพทย์ลดลง
- แพทย์และพยาบาลในชนบทมีสถานภาพทางสังคมและรายได้ต่ำ ซึ่งนำไปสู่ปัญหาการจ้างงานและสัญญาว่าจ้าง
- ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางมีน้อย เพราะฉะนั้น แพทย์และพยาบาลต้องให้บริการแบบกว้างๆ
- วิธีการให้การรักษาระบบบริการปฐมภูมิซึ่งทั่วโลกปฏิบัติเหมือนกันทุกๆ ไป

คำถาม เรามีความท้าทายว่าเราจะสามารถรับมือกับปัญหาเหล่านี้ได้อย่างไร และจะปรับปรุงเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลผู้ป่วยในชุมชนของเราได้อย่างไร เราจะรับมือมันได้อย่างไร ?

คำตอบ ในมุมมองของชาวออสเตรเลีย ผมอยากจะขอแนะนำให้ใช้หลักฐานที่มีอยู่ เพราะปัจจุบันเรามีหลักฐานอยู่แล้วว่า โรงเรียนแพทย์ของเราแก้ปัญหาเหล่านี้ได้อย่างไร

นี่คือองค์ประกอบสำคัญ : ประการแรกเรารู้ดีว่าถ้าเรานักศึกษาจากชนบทแท้ๆ มาเรียนเราให้แนวคิด ในทางบวก เขาก็จะมีความคิดเป็นบวกด้วย เราสอนให้เขามีประสบการณ์ด้านสุขภาพชุมชน เขาก็สามารถทำงานในชุมชนของเขาได้ ความรู้และประสบการณ์ที่เขาได้ต้องเป็นการฝึกปฏิบัติการบริการปฐมภูมิ (ไม่ใช่ทำในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ) แล้วจึงค่อยไปฝึกต่อในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิในเมืองภายหลัง นี่เป็นการเริ่มการสอนแบบระยะยาวเพื่อออกไปเป็นกำลังแรงงานด้านการศึกษาที่โลกกำลังเผชิญอยู่ในปัจจุบัน

การศึกษาแพทย์เปลี่ยนไปเป็นแบบนานาชาติมากยิ่งขึ้น โรงเรียนแพทย์ถูกขอร้องให้ปรับการเรียนการสอนให้สัมพันธ์กันและเข้ากันได้กับสังคมที่โรงเรียนแพทย์นั้นตั้งอยู่มากขึ้น และเน้นไปที่ความเรียบง่าย ธรรมดาต่างๆ ไป โดยมีแพทย์แบบเดิมๆไม่เปลี่ยนแปลง ตามที่เราเคยได้ยินกันมาในการนี้จึงทำให้บรรดาโรงเรียนแพทย์จำเป็นต้องพิจารณาเรื่องการให้คำแนะนำแก่ชุมชนในเรื่องการศึกษาของแพทย์

การฝึกปฏิบัติก็เปลี่ยนแปลงไปด้วย โรงพยาบาลระดับตติยภูมิในปัจจุบันนี้ มีการกำหนดจำนวนผู้ป่วยหลายประเภทปนกัน ในจำนวนที่น้อยลงหรือในวงแคบ แต่นักศึกษาแพทย์ของเราต้องเรียนรู้อย่างรอบด้านเท่าที่แพทย์ควรจะรู้ เพื่อการรักษาผู้ป่วยในชุมชนที่กว้างกว่าในระดับตติยภูมิ ดังนั้นถ้าเราต้องการให้นักศึกษาแพทย์ของเราเรียนรู้จากผู้ป่วยในชุมชนที่ต่อไปเขาต้องดูแลรักษาจริงๆ เขาควรจะรู้เกี่ยวกับพื้นฐานของชุมชนนั้นๆด้วย

แต่สิ่งที่สำคัญที่สุดที่จะต้องมียกคือ การทำวิจัยทางการแพทย์ (Medical Research) เพราะหลักฐานทางการแพทย์เป็นสิ่งสำคัญมาก เพียงแต่ว่าคุณสามารถประยุกต์หลักฐานที่ได้จากโรงพยาบาลระดับตติยภูมิตัวใหญ่มาใช้กับผู้ป่วยที่รอรับการรักษาในพื้นที่ที่เทคโนโลยีระดับสูงเข้าไม่ถึงในชนบทหรือชุมชนได้หรือไม่ หลักฐานนั้นอาจจะไม่เหมาะสมที่จะใช้สำหรับชุมชนนั้นๆ แต่เราก็ไม่มีหลักฐานว่าควรจะดูแลชุมชนในชนบทนั้นได้อย่างไรให้ดีที่สุด เพราะว่าเราเองไม่มีข้อมูลทางวิชาการเกี่ยวกับโครงสร้างพื้นฐานของชุมชนนั้นๆ ที่จะช่วยตัดสินใจ/พิจารณา และทำวิจัยหลักฐานต่างๆเหล่านั้นได้นอกจากต้องจัดวางโครงสร้างพื้นฐานของโรงเรียนแพทย์ และข้อมูลทางวิชาการเกี่ยวกับโครงสร้างพื้นฐานบริการทางการแพทย์ระบบปฐมภูมิ และยังสามารถสร้างสรรคหลักฐานซึ่งคนในท้องถิ่นเองอาจช่วยกันรวบรวมผลการดูแลรักษาที่ดีที่สุดในเรื่องสาธารณสุขตามที่เรากำลังต้องการด้วยได้ เหตุผลสำคัญเหนือสิ่งอื่นใด ชุมชนที่มีพื้นฐานทางการศึกษาแพทย์เป็นวิธีการหนึ่งที่ทางออสเตรเลียของเรากำลังมุ่งที่จะขานรับเพื่อนำไปปรับใช้อย่างระมัดระวัง ในระบบเรื่องบริการแพทย์ชุมชนในโรงเรียนแพทย์ของเรา อย่างไรก็ตาม เราไม่ทำเพียงลำพัง เราสามารถสรุปออกมาเป็นแบบท่อต่อท่อ (pipeline) ซึ่งเริ่มต้นจาก :

- การคัดเลือกนักเรียนที่มีผลการเรียนดีและเหมาะสมจากโรงเรียนระดับมัธยมศึกษาเข้ามาเรียนในโรงเรียนแพทย์
- หลังจากนั้น จัดให้มีการฝึกประสบการณ์ด้านบริการแพทย์ชุมชนเริ่มจากนิสิตปีแรกไปจนกระทั่งสำเร็จปริญญาตรี ข้อสำคัญที่สุดก็คือ การจัดให้มีการฝึกอบรมที่เหมาะสม ตามบริบทของชุมชนนั้นๆ
- และในขั้นตอนต่อมาฝึกประสบการณ์ด้านแพทย์ชุมชนต่ออีก อย่างที่เราได้ยินเมื่อเข้านี้ว่า ความรู้ทางการแพทย์ของเรา ทวีคูณขึ้นในทุกๆ 5 ปี ดังนั้นเราจำเป็นต้องให้การศึกษากับแพทย์ของเราที่อยู่ในสภาพแวดล้อม ที่เทคโนโลยีระดับสูงยังเข้าไม่ถึง อย่างต่อเนื่องต่อไป เพื่อที่จะให้เขาทันสมัยอยู่ตลอดเวลา

ทั้งหมดที่กล่าวมาช่วยสร้างให้เราได้แพทย์ชุมชนที่มีคุณภาพสูง แต่นั่นไม่ใช่การต่อท่อทางเดียว (one-way pipeline) เพราะว่าแพทย์ชุมชนที่มีคุณภาพสูง มีความสำคัญสำหรับทุกขั้นตอนอื่นๆ ของท่อด้วย เพราะมันมีกุญแจสำคัญที่จะสนับสนุนนักศึกษาแพทย์ ในการเรียนรู้การบริการทางการแพทย์ชนบท มีครูที่สอนทั้งนักศึกษาในระดับปริญญาตรีและปริญญาโทที่พยายามในขั้นตอนนี้ และพวกเขาก็พยายามจัดหาหลักฐานต่างๆ เพื่อให้การศึกษาของแพทย์ชนบทนั้นๆ ได้ศึกษาอย่างต่อเนื่อง ขั้นตอนเหล่านี้เองที่ ฟลินเดอร์ส เรียกว่า Symbiosis หมายถึงส่วนหนึ่งของระบบจะทำการช่วยเหลือส่วนอื่นๆ และทั้ง 2 ส่วนก็ทำงานร่วมกัน ขอผมอธิบายให้ชัดเจนอีกครั้งว่า : Symbiosis ระบบบริการปฐมภูมิที่สอนในมหาวิทยาลัยจะช่วยพัฒนาการเรียนรู้ของนักศึกษาแพทย์ และในเวลาเดียวกัน การนำเสนอระบบบริการปฐมภูมิของมหาวิทยาลัยจะช่วยปรับปรุงและพัฒนาการฝึกปฏิบัติด้านการแพทย์ให้นักศึกษาไปด้วย ถ้า 2 สิ่งนี้ไม่ทำงานประสานกันก็จะไม่มี Symbiosis Symbiosis หมายถึง

หุ้นส่วนที่แท้จริง (True Partnership) แต่ไม่ใช่ในการสอนเพียงเท่านั้น มันยังเป็นหุ้นส่วนกันในเรื่องของงานวิจัยอีกด้วย และอะไรที่นำเอา 3 องค์ประกอบในการเรียนแพทย์มาเข้าไว้ด้วยกัน



ก็คือ แรงเสริมทางสังคมหรือ เงื่อนไขทางสังคมนั่นเอง นั่นเป็นความรับผิดชอบทางสังคมของพวกเราในการจัดการศึกษาแพทย์ , จัดบริการทางการแพทย์ , งานวิจัย

มันจะเป็นไปได้ไหมที่โรงเรียนแพทย์ของเรานำเอา การศึกษาแพทย์ / การบริการทางการแพทย์ / และงานวิจัย มาทำให้มีคุณค่าขึ้นในชุมชนที่จัดตั้งมาสักแห่งหนึ่ง

ลองมาดูหลักฐานว่ามีความเป็นไปได้และเกิดขึ้นแล้วในอเมริกา ในเมืองห่างจาก ซีแอตเทิล ในมลรัฐวอชิงตัน มหาวิทยาลัยวอชิงตัน (The University of Washington) เป็นมหาวิทยาลัยชั้นนำ 1 ใน 5 ของสหรัฐอเมริกาที่ได้รับรางวัลดีเลิศด้านงานวิจัย มหาวิทยาลัยนี้ได้ผลิตแพทย์ที่ได้รับรางวัลโนเบลตั้ง 7 คน จากโรงเรียนแพทย์ของที่นี่ นอกจากนั้นยังมีสัดส่วนของผู้ที่สำเร็จการศึกษาปริญญาตรี ที่มีการฝึกปฏิบัติและเรียนรู้ในระบบบริการปฐมภูมิในอัตราที่สูงสุด จริงๆ แล้วเป็นการสอนบริการปฐมภูมิสำหรับแพทย์ชนบท เป็นตัวอย่างที่ดีสำหรับ ในส่วนที่เหลือของประเทศ ดังนั้น คำตอบก็คือมันเป็นไปได้ที่จะเน้นระบบการบริการปฐมภูมิในการสอนของคุณ และในเวลาเดียวกันก็ให้มีการจัดทำวิจัยซึ่งเป็นผลทำให้ได้รับรางวัลโนเบล ตลอดจนการให้การสนับสนุนเงินกองทุน

แล้วอะไรคือหลักฐานที่เรามีในออสเตรเลีย จากสถาบันของ ฟลินเดอร์ส โปรแกรมของเราเป็นโปรแกรมการเรียนแพทย์ 4 ปี โดยในปีที่ 3 นักศึกษาของเราจะทำการสอบใหญ่ปลายภาค ซึ่งเราจะพิจารณารับรองว่าพวกเขามีความสามารถพอที่จะออกฝึกภาคปฏิบัติได้หรือไม่ ในปีที่ 4 ก็เป็นการออกฝึกปฏิบัติภายนอกซึ่งเท่ากับปีที่ 6 ในประเทศไทย หัวข้อที่นักศึกษาของเราจะต้องเรียนในปีที่ 3 นั้นก็คือ ศัลยศาสตร์ อายุรศาสตร์ สูติ-นรีเวช จิตเวชศาสตร์ เวชปฏิบัติทั่วไป ในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ พวกเขาจะทำการสอนที่สเวริชใน 1 เทอม และก็จะหมุนเวียนเรียนรายวิชาในแต่ละเทอม เหมือนๆกับที่คุณปฏิบัติกันในประเทศไทย หรือในยุโรป ซึ่งคุณคงเข้าใจดี อย่างไรก็ตาม 25% ของนักศึกษาของเราขณะนี้กำลังใช้เวลาตลอดปีที่ 3 ของเขาเรียนรู้บริการการแพทย์ ระบบปฐมภูมิในชนบท โดยไม่เข้ามาปฏิบัติงานในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิเลย พวกเขาเรียนรู้หัวข้อเดียวกันตลอดทั้งปีด้วยกันแบบบูรณาการแล้วพวกเขาเรียนรู้เรื่องอะไรกันบ้างในแต่ละครั้ง ? การเรียนรู้ของพวกเขาขึ้นอยู่กับว่าจะมีผู้ป่วยคนไหนเดินเข้ามาหาพวกเขาบ้าง ? ผู้ป่วยจะเป็นคนพิจารณาตัดสินใจหัวข้อและระบบที่จะใช้รักษา

โดยความเป็นจริง และบ่อยครั้งผู้ป่วย 1 คนที่เดินเข้ามา ก็จะมีการเจ็บป่วยที่ต้องใช้ วิธีรักษา มากกว่า 1 หัวข้อ เช่น คนตั้งครรภ์ มักจะมีปัญหาด้านอายุรศาสตร์ หรือศัลยศาสตร์ เขาอาจจะมียุติในครรภ์ที่ไม่แข็งแรง ดังนั้นกลุ่มนักศึกษาของเรา 1 กลุ่ม สามารถเรียนรู้หลายหัวข้อในเวลาเดียวกัน

แบบบูรณาการ พวกเขาสามารถดูแลผู้ป่วยคนนั้นตลอดทั้งปี ทำให้พวกเขาได้ทำการรักษาผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง พวกเขาเรียนรู้จักคนไข้ของพวกเขาเป็นอย่างดี และคนไข้ก็รู้จักแพทย์ที่ทำการรักษาเขาเป็นอย่างดีด้วยเช่นกันตลอดทั้งปีที่พบกัน เป็นการรู้จักกันดีทั้ง 2 ฝ่าย

แล้วผลของโปรแกรมนี้คืออะไร ? นี่คือการปฏิบัติทางวิชาการ นักศึกษาทำข้อสอบชุดเดียวกัน ซึ่งข้อสอบถูกจัดทำขึ้นโดยครุระดับตติยภูมิของเราในตอนปลายปี ผมได้ทำการเปรียบเทียบการปฏิบัติงานของพวกเขาด้วยข้อสอบธรรมดาช่วงต้นปี และปลายปี 2 กับการปฏิบัติงานช่วงปลายปี 3 อีกครั้งด้วยข้อสอบธรรมดาที่ออกโดยโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ นักศึกษาแพทย์ที่เรียนอยู่ที่ศูนย์แพทย์ฟลินเดอร์ส ซึ่งมีการเรียนการสอนในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิที่ตั้งอยู่ในเมืองมีการพัฒนาผลการเรียนรู้อคิดเป็น 1.6% นั้นหมายความว่า การสอบสามารถเปรียบเทียบได้ว่า นักศึกษาที่เรียนดีก็จะทำได้ดี ในขณะที่นักศึกษาที่เรียนไม่ดีก็จะทำได้ไม่ดีสำหรับข้อสอบทั้ง 2 ชุด

ส่วนนักศึกษาของเราที่ลงฝึกปฏิบัติงานจริงในชนบทตามระบบปฐมภูมิ มีการพัฒนาคะแนนคิดเป็น 5% ซึ่งมีการพัฒนามากกว่านักศึกษาในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ นักศึกษาที่เรียนใน Darwin ซึ่งเป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิขนาดประมาณ 200 เตียง แต่มีแพทย์ หรือผู้ชำนาญการทั่วไปที่ไม่ใช่แพทย์เฉพาะสาขา พวกเขามีการพัฒนาคะแนนคิดเป็น 4%

ดังนั้นตอนนี้เราก็รู้จากนักศึกษาแพทย์ของเราแล้วว่า การเรียนรู้จากการฝึกปฏิบัติงานจริงในชนบทตามระบบปฐมภูมิ ไม่ได้ทำให้การเรียนรู้ทางวิชาการลดน้อยลงเลย ตลอดจนไม่ได้ทำให้คุณภาพการศึกษาลดต่ำลงไปอีกเช่นกัน จากผลที่ปรากฏออกมานี้ทำให้เรามองไปที่คุณภาพของแพทย์ผู้สอนนักศึกษาเหล่านี้ด้วย มันยังเป็นการสะท้อนให้เห็นถึงคุณภาพของอาจารย์แพทย์ของเราในฐานะผู้ชำนาญการทั่วไปที่มีส่วนช่วยเหลือนักศึกษาแพทย์ของเราได้เรียนรู้วิชาความรู้ด้านแพทยศาสตร์

แต่ถ้าจะถามว่านักศึกษาแพทย์เหล่านี้ หลังจากสำเร็จการศึกษาแล้วกลับไปทำงานในชนบทหรือชุมชนนั้นๆอีก หรือไม่ ? คำตอบก็คือ “ใช่” ถ้าพวกเขาเรียนรู้ในสภาพแวดล้อมในชนบทตามแบบระบบบริการปฐมภูมิมีความเป็นไปได้ 7 เท่าที่พวกเขาจะเลือกปฏิบัติงานในชนบทมากกว่านักศึกษาที่เรียนรู้ในสภาพแวดล้อมในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ถ้าพวกเขาเรียนรู้ในโรงพยาบาลขนาดใหญ่ในชนบทหรือชนบท ข้อมูลนี้ก็ไม่ได้เปลี่ยนแปลง พวกเขาอาจจะฝึกปฏิบัติในโรงพยาบาลขนาดใหญ่ที่ไหนก็ได้ซึ่งมักจะอยู่ในชุมชนเมือง นักศึกษาแพทย์ที่เรียนรู้ระบบบริการปฐมภูมิ มีความเป็นไปได้ 2 เท่าที่จะเลือกเป็นแพทย์ผู้ชำนาญการทางด้านบริการปฐมภูมิ แต่ก็ไม่ใช่ทั้งหมดทุกคน นักศึกษาแพทย์บางคนก็เว้นด้านบริการปฐมภูมิก็เลือกเป็นแพทย์ผู้ชำนาญการด้านอื่นๆ ทั้งนี้เพราะพวกเขาถูกส่งไปฝึกปฏิบัติงานในชนบท ดังนั้นบางคนก็เลยกลายเป็นศัลยแพทย์ กุมารแพทย์ หรือ สูติแพทย์ อยู่ในชนบทแห่งนั้นๆ ดังนั้นอาจกล่าวได้ว่าการฝึกอบรมระบบ บริการปฐมภูมิเน้นการฝึกอบรมสำหรับการฝึกปฏิบัติงานในทุกๆ ด้านพร้อมๆกัน

มีคำถามต่อไปว่า มีผลกระทบอะไรเกิดขึ้นกับแพทย์และการฝึกปฏิบัติงานจริง ? นี่เป็นการเรียนรู้ที่ยั่งยืนไหม ? หรือว่ามันยากเกินไปสำหรับอาจารย์แพทย์ในระบบปฐมภูมิ ที่จะทำการสอนนักศึกษาในขณะที่ต้องทำงานภายใต้สภาพแวดล้อมที่มีแรงกดดันสูง ? เราได้พบว่าตอนช่วงต้นปีเกิดผลกระทบด้านการเงินรายวัน คุณคงจำได้ที่ผมบรรยายไปแล้วว่านักศึกษาแพทย์ของเราเรียนรู้ด้วยการฝึกปฏิบัติอย่างเดียว ในขณะที่แพทย์จะมีรายได้จากค่าตรวจบริการทางการแพทย์ ดังนั้นถ้าแพทย์ได้ตรวจคนไข้บ่อยคน พวกเขาก็ได้รับรายได้บ่อย ในช่วงต้นปีแพทย์ได้พบคนไข้บ่อยคน ดังนั้นเราก็เลยมีรายได้บ่อย

แต่นักศึกษาแพทย์ของเราจะรู้จักกับแพทย์ของเขาดีขึ้น มีทักษะมากขึ้น ตลอดจนเรียนรู้งานมาก และกว้างขวางขึ้น ซึ่งเราพบว่าพวกเขากลับได้ประโยชน์มากขึ้นจากการฝึก ดังนั้น ในที่สุด พวกเขา ก็หวังว่าแพทย์คงจะได้พบคนไข้มากขึ้น และมีรายได้เพิ่มขึ้นตราบเท่าที่นักศึกษาแพทย์จะมีเวลา ฝึกปฏิบัติยาวนานพอ ถ้าพวกเขาใช้เวลาฝึกในพื้นที่นั้นเป็นเวลา 4-6 สัปดาห์ - ผลกระทบเป็นไป ในทางลบ (negative impact) หลังจากนั้นจึงออกจากพื้นที่ แล้วอาจารย์แพทย์ก็รับนักศึกษาใหม่เข้ามา ฝึกแทนที่ พวกเขาอาจจะเผชิญกับ negative impact และเขาต้องการเวลาสักกระยะหนึ่งเพื่อกลับเข้าสู่ ผลทางบวก (positive)

พวกเรามีเพื่อนร่วมงานอยู่คนหนึ่งชื่อ Dr. Lucy Walters เธอได้ทำงานวิจัยชิ้นหนึ่งในเรื่องนี้ เธอมองดูการฝึกปฏิบัติของนักศึกษาแพทย์ จากมุมมองของความต้องการตามลำดับขั้นของ Maslow (Maslow's hierarchy of needs) คุณคงพอทราบแล้วเกี่ยวกับทฤษฎีของ Maslow ความต้องการ ของคนเราเริ่มจากในเรื่องของสรีรศาสตร์ และความปลอดภัย และเมื่อพวกเขาได้รับการจัดหา ความต้องการพื้นฐานดังกล่าวแล้ว ต่อมาเราก็จะได้รับการยอมรับ การยกย่อง และมีความเป็น ตัวตนในงานอาชีพ แล้วสิ่งเหล่านี้เกี่ยวข้องกับอย่างไรกับการฝึกปฏิบัติทางการแพทย์ ?

จากงานวิจัยของ Dr. Walters พบว่าความต้องการขั้นพื้นฐานของแพทย์ก็คือ โครงสร้างพื้นฐาน การดูแลผู้ป่วยและเวลาในการฝึกปฏิบัติ ถ้าสิ่งเหล่านี้ได้รับการจัดหาให้ครบจะทำให้แพทย์เกิดการ กระตือรือร้นที่จะปฏิบัติงาน และหลังจากนั้นแพทย์ก็สามารถเลื่อนความต้องการของตนขึ้นไปใน ระดับสูงขึ้นโดยการจัดให้มีการสอน การสอนเป็นเรื่องของการยอมรับในอาชีพแพทย์ไม่ใช่การ โดดเดี่ยว หรือถูกแยกให้อยู่ในชนบทแต่เพียงลำพัง เป็นการยกย่องตนเองและมีสำนึกในอาชีพของตน ลำดับสุดท้ายคือความเจริญก้าวหน้าในอาชีพ แต่แพทย์ทั่วไปจะทำเพียงแค่ต้องการความต้องการ ขั้นพื้นฐานเท่านั้น

ดังนั้นจึงเป็นเรื่องสำคัญในฐานะเป็นโรงเรียนแพทย์ พวกเราต้องทำให้มั่นใจได้ว่า ความต้องการ ขั้นพื้นฐานเหล่านี้ได้จัดเตรียมไว้ครบถ้วนในการฝึกปฏิบัติตามระบบบริการปฐมภูมิ เพื่อที่นักศึกษา แพทย์ของเราจะได้รับประโยชน์จากขั้นของความต้องการที่สูงขึ้น ผมขออธิบายเพิ่มเติมอีกสักหน่อยว่า เช่นเมื่อคุณอยู่ที่นั่น ความต้องการขั้นพื้นฐานของคุณก็คือ คุณต้องมีอีกซิเจนเพื่อหายใจและนั่นก็คือ ความต้องการความปลอดภัยด้วย แล้วความต้องการขั้นพื้นฐานอื่นๆ อะไรบ้างที่แพทย์ชนบทต้องการ ?

เพื่อที่จะทำการสอนได้เราต้องจัดหาสถานที่ให้นักศึกษาแพทย์ ถ้านักศึกษาต้องติดตามแพทย์ ผู้สอนและนั่งเรียนอยู่ในห้องเดิมตลอดเวลา อาจารย์แพทย์ก็ต้องกระตือรือร้นตลอดเวลาและรู้สึก เหนื่อยล้า เราในฐานะของมหาวิทยาลัยได้จัดสถานที่เรียนไว้ในห้องฝึกปฏิบัติของนักศึกษานั้นเอง นักศึกษาสามารถให้คำปรึกษาแก่คนไข้ได้ในเวลาเดียวกันกับที่ทางแพทย์ก็ให้คำปรึกษาแก่คนไข้อีกคนหนึ่ง และหลังจากนั้น แพทย์ก็จะเข้ามาในห้องฝึกปฏิบัติของนักศึกษา และตั้งคำถามว่านักศึกษาได้ทำอะไร ไปบ้าง คุณต้องจัดสถานที่ทั้ง 2 แห่งไว้ (สำหรับนักศึกษาและแพทย์) เพื่อการสอนจะได้ประสบผล

นอกจากนั้นการฝึกปฏิบัติของนักศึกษาแพทย์จะต้องจัดแบบบูรณาการ เพื่อเชื่อมโยงเข้าสู่ การดำเนินธุรกิจตามปกติด้วย คนไข้ที่จะเข้ารับการตรวจจากนักศึกษาแพทย์จะต้องมีการจองคิว เพื่อการนัดหมาย และหลังจากนั้นก็จัดเวลาและอาจารย์แพทย์ให้สัมพันธ์กัน คนไข้จะต้อง เขียนคำยินยอมที่จะให้นักศึกษาแพทย์ตรวจได้ ก่อนเข้ารับการตรวจซึ่งทำตอนที่จัดคิวเพื่อการนัดหมาย

การจัดเวลาและสถานที่สำหรับการควบคุมดูแล การฝึกปฏิบัติของนักศึกษาแพทย์ต้องเหมาะสม ต้องมีการทำบัญชีรายชื่อนักศึกษาแพทย์ เพื่อที่จะไม่ปฏิบัติงานซ้ำซ้อนในเวลาเดียวกัน และได้กระจายกันออกตรวจทุกคนอย่างทั่วถึงภายในสัปดาห์ และต้องมีการจัดแบ่งเวลาไว้สำหรับการประเมินผลในตารางปฏิบัติงานประจำวันด้วย

ความปลอดภัย เป็นเรื่องสำคัญมาก ในออสเตรเลียและจะระแะเป็นสัตว์ที่อันตรายและดุร้ายมาก ถ้าคุณรู้ว่าจะมีระแะอยู่ในแม่น้ำหรือมหาสมุทร คุณจะไม่มีวันลงไปว่ายน้ำเด็ดขาดไม่ว่าวันนั้นอากาศจะร้อนสักเท่าใดก็ตาม หรือน้ำจะใสสวยงามเพียงใด เช่นเดียวกันกับแพทย์ที่ปฏิบัติงานอยู่ในชนบท พวกเขาจะไม่ประมาทในการให้การรักษาคอนไซ้ ถ้าไม่แน่ใจว่าคอนไซ้จะปลอดภัย แพทย์จะไม่มีวันทำในสิ่งที่จะเป็นอันตรายต่อคอนไซ้โดยเด็ดขาด ดังนั้นมันเป็นเรื่องที่สำคัญมากที่แพทย์จะต้องมีความรับผิดชอบต่อความปลอดภัยของคอนไซ้ นักศึกษาแพทย์ก็เช่นกันต้องมีความรับผิดชอบต่อคอนไซ้ของเขา พวกเขาจะได้รับการดูแลและให้คำแนะนำปรึกษาจากอาจารย์แพทย์ เรื่องความรับผิดชอบด้านความปลอดภัยแก่คอนไซ้ที่ทำการรักษาอยู่ จากระบบที่เราจัดจะให้นักศึกษาแพทย์ได้พบกับคอนไซ้ก่อนที่จะพบแพทย์ ดังนั้นจึงมั่นใจได้ว่า คอนไซ้ปลอดภัยแน่นอน

นอกจากนี้นักศึกษายังมีโอกาสที่จะทำการวินิจฉัยโรคได้ก่อนที่แพทย์จะบอกคำตอบแก่พวกเขา ซึ่งนักศึกษาจะต้องหาคำตอบให้ได้ก่อนที่แพทย์จะบอกแก่เขา การบริการปฐมภูมิ การบริการปฐมภูมิในชนบท เป็นสภาพแวดล้อมที่ดีเลิศที่นักศึกษาแพทย์จะได้เรียนรู้รอบด้าน เช่นถ้าคอนไซ้ที่เดินเข้ามาหา มีอาการเจ็บในท้อง ซึ่งนั่นอาจเป็นโรคในช่องท้อง หรือเกี่ยวข้องกับ สุนัขศาสตร์ ศัลยศาสตร์ อายุรศาสตร์ หรือจิตเวชศาสตร์ มันอาจจะเป็นอะไรอย่างใดอย่างหนึ่งก็ได้ ดังนั้นนักศึกษาแพทย์ที่ปฏิบัติงานอยู่ในชนบทจึงมีสภาพแวดล้อมที่ดีเลิศที่จะได้เรียนรู้โรคที่หลากหลายแตกต่างกันไปตามการวินิจฉัยโรคตลอดจนการได้สอบถามคอนไซ้ ในเบื้องต้น และการจัดการก่อนที่จะรู้ว่ามันควรจะเป็นปัญหาด้าน ศัลยศาสตร์ หรือ อายุรศาสตร์ ผมเคยเน้นแต่ต้นแล้วว่า เวลาเป็นปัจจัยที่สำคัญมากในการสอนและในการฝึกปฏิบัติของนักศึกษาแพทย์แต่ละคน ซึ่งเวลามีค่าเท่าๆ กับเงินและสำคัญมากด้วย

เราได้พัฒนารูปแบบการให้คำปรึกษาแบบคู่ขนานขึ้นมาเพื่อดูแลในเรื่องนี้ (The Parallel Consulting Model) ผมเคยอธิบายไปแล้วก่อนหน้านี้ แพทย์พบคอนไซ้ในเวลาเดียวกันกับที่นักศึกษาแพทย์พบคอนไซ้อีกคนหนึ่ง หลังจากนั้นแพทย์ก็จะเข้ามาในห้องที่สองซึ่งนักศึกษาแพทย์ให้การรักษาคอนไซ้อยู่ และทำการสอนด้วยการตั้งคำถามและให้คำปรึกษา หลังจากนั้นเวลา 9.30 คอนไซ้อีก 2 คนก็ถูกนำเข้ามาและทุกอย่างก็เกิดขึ้นเหมือนเดิมในเวลา 9.45 ตามปกติ แพทย์ 1 คนจะสามารถตรวจคอนไซ้ได้ 1-4 คน แต่เมื่อเราเปลี่ยนระบบแพทย์จะได้ตรวจคอนไซ้จำนวนเท่าๆ กับนักศึกษาแพทย์และก็ได้สอนไปด้วยพร้อมกันนั้น เวลาเป็นความต้องการปฐมภูมิในลำดับขั้นตามทฤษฎีของ Maslow

แล้วอะไรคือผลกระทบที่แท้จริงของช่วงเวลาที่ให้คำปรึกษา (consulting time) เราได้ทำการศึกษาการให้คำปรึกษาแก่คอนไซ้ของนักศึกษาแพทย์ ผ่านทางกล้องวิดีโอ เพื่อดูว่าพวกเขาใช้เวลาจริง ๆ กันไปเท่าใด และเกิดอะไรขึ้นบ้างในการให้คำปรึกษานั้นๆ ผลออกมาเป็นว่าใช้เวลาไปโดยเฉลี่ย 13 นาที 42 วินาที และแพทย์ที่พบคอนไซ้ในเวลาเดียวกันกับนักศึกษาแพทย์จะใช้เวลาในการให้คำปรึกษาแก่คอนไซ้ใกล้เคียง หรือเท่ากับนักศึกษาแพทย์ คือ 13 นาที 42 วินาที หรือ 12 นาที 45 วินาที น้อยกว่าเล็กน้อย

การศึกษานี้เป็นการศึกษาจากการฝึกปฏิบัติเพียง 5 ครั้ง และจากการให้คำปรึกษาประมาณ 400 คำปรึกษา ผลการศึกษาพบว่าระหว่างความแตกต่างและผลไม่มีความแตกต่างกันที่ระดับนัยสำคัญ แต่อย่างน้อยที่สุดนั้นหมายความว่ามั่นใจใช้เวลาไม่มากนักในการสอน เราไม่สามารถพูดได้ว่าจากข้อมูลที่ได้นี้สรุปได้ว่าการสอนใช้เวลาสั้นกว่าปกติ แต่เราก็พูดได้ว่ามั่นใจใช้เวลาไม่มากนัก ซึ่งเป็นเรื่องสำคัญจริงๆ แล้วเราได้ทำการศึกษาต่อเนื่องในขอบเขตที่กว้างขึ้น และเราพบว่ามั่นใจใช้เวลาสั้นกว่าปกติจริง ทำให้ในการฝึกปฏิบัติของนักศึกษาแพทย์แต่ละคนพบว่า ถ้าได้มีการพบคนไข้มากขึ้นนักศึกษาแพทย์ก็จะได้รับการสอนมากขึ้นตามไปด้วย และมากกว่าที่จะนั่งเรียนอยู่ในมหาวิทยาลัยเสียอีก

ทำไมนี่จึงเป็นกรณีศึกษา ? การให้คำปรึกษามีความแตกต่างกันอย่างไร ? เมื่อนักศึกษาแพทย์ปฏิบัติงาน เขาจะใช้เวลาในการซักประวัติคนไข้ค่อนข้างนานเพราะอาจารย์แพทย์จะต้องตรวจเช็คประวัติคนไข้พร้อมกับนักศึกษาด้วย ที่สำคัญเวลาที่ใช้ในการตรวจคนไข้น้อยลง เพราะนักศึกษาแพทย์ได้ทำการตรวจไปก่อนเรียบร้อยแล้ว การเฝ้าดูนักศึกษาแพทย์ทำการตรวจรักษาคนไข้ นั้น อาจารย์แพทย์จะสังเกตดูตั้งแต่สัปดาห์แรกเรื่อยไปว่าได้กระทำอย่างสม่ำเสมอหรือไม่ หลังจากที่นักศึกษาแพทย์ตรวจคนไข้ได้ 3 หรือ 4 เดือน อาจารย์แพทย์ก็จะมั่นใจในวิธีการตรวจรักษาและความแม่นยำถูกต้องในการให้การรักษานักศึกษาแพทย์ได้

ดังนั้นอาจารย์แพทย์ก็สามารถประหยัดเวลาในการตรวจและ การจัดการได้เพราะนักศึกษาแพทย์ได้ดำเนินการจัดการทุกอย่างตามที่อาจารย์แพทย์ต้องการแล้ว นักศึกษาสามารถทำอย่างอื่น ๆ เองได้เช่น ไปรับเลือด เช็คยีน ทำศัลยกรรม ปฏิบัติตามขั้นตอนอื่นๆ และการบริหารจัดการด้วยตนเอง นักศึกษาแพทย์สามารถสอนคนไข้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวสำหรับโรคหอบหืด ส่วนอาจารย์แพทย์ก็ออกไปดูคนไข้คนอื่น ๆ

เรายังพบอีกว่าช่วงเวลาระหว่างการให้คำปรึกษา ของนักศึกษาแพทย์กับอาจารย์แพทย์ไม่มีความแตกต่างกันมากมายหรือแทบไม่แตกต่างกันเลย สิ่งที่น่าสนใจที่เราพบก็คือแพทย์แต่ละคนใช้เวลาในการพูดคุยกับแพทย์คนอื่น ๆ น้อย หรือโดยความเป็นจริงแล้วแพทย์แต่ละคนมีเวลาสำหรับสังคมของตนเองน้อยมาก (very little social time) จะมีเวลาให้แก่คนไข้ ฯลฯ ไม่มีบทสนทนาเพื่อสังคม แต่เมื่อนักศึกษาแพทย์เข้ามา-บทสนทาก็เกิดขึ้น มีเพื่อนร่วมงานที่คุณสามารถพูดคุยด้วยได้เกี่ยวกับคนไข้ของคุณ สิ่งเหล่านี้ทำให้คุณได้พัฒนาอารมณ์ พัฒนาความน่าเชื่อถือในตัวของตนเอง และนี่คือความต้องการขั้นสูงขึ้นมาของ Maslow (Maslow's high order needs) เพราะเราได้ผ่านสภาวะของความปลอดภัย และโครงสร้างพื้นฐานมาแล้ว นี่เป็นจุดเปลี่ยนหลักในโรงเรียนแพทย์ของออสเตรเลีย เพราะว่าในปัจจุบันนักศึกษาแพทย์ออสเตรเลียทั้งหมด 25% ถูกสอนในภูมิภาคที่เป็นชนบทนอกโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ

ในการนี้ทำให้เราต้องหารูปแบบการฝึกอบรมใหม่ๆ ในสถานที่ที่ผ่านมานี้ไม่เคยสอนนักศึกษาแพทย์มาก่อน ในเวลาเดียวกันเราได้เพิ่มจำนวนนักศึกษาแพทย์ให้มากขึ้น จัดตั้งโรงเรียนแพทย์ใหม่อีก 7 แห่ง คล้ายๆ ในประเทศไทย โรงเรียนแพทย์เหล่านี้จะมีพันธะหน้าที่เป็นการเฉพาะรอบๆ ชนบทและชุมชนนั้นๆ เราได้เพิ่มสถานที่ที่สามารถจ่ายค่าธรรมเนียมและเพิ่มทุนการศึกษาให้มากขึ้น เพื่อเปิดโอกาส และสนับสนุนนักศึกษา ได้เรียนรู้และฝึกปฏิบัติเป็นแพทย์ชนบท และที่สำคัญก็คือ ไม่เพียงแต่ท่านนายก รัฐมนตรีของเรา กระทรวงศึกษาธิการเท่านั้นที่เห็นความสำคัญ แต่ประชาชนทุกคนในออสเตรเลียก็เห็นเช่นกัน

ขั้นตอนต่อมาก็นำโรงเรียนแพทย์ในชนบทเข้าสู่ชุมชนเมือง ทั้งในเขตเมืองและเขตชนบท เพื่อที่ว่านักศึกษาแพทย์ 25% ของเราจะได้ใช้เวลาอย่างเต็มที่ตลอดปีในระบบบริการปฐมภูมิได้ ทั้งในเขตเมืองและเขตชนบท นั้นหมายความว่านักศึกษาแพทย์ของเราเกินกว่าครึ่งหนึ่ง จะได้เรียนรู้วิชาแพทย์ทั้งหมดในระบบปฐมภูมิ ในปี ค.ศ.1997 ในสหรัฐอเมริกา และในออสเตรเลียเองมีการสอนตามโปรแกรมปฐมภูมิน้อยแห่ง แต่ในปัจจุบันมีมากมายหลายโปรแกรมที่สอนกันไปทั่วโลก และผมก็มั่นใจว่าในเอเชียยังมีอีกหลายประเทศที่ผมไม่ทราบว่ามีที่ใดที่ทำการสอนตามโปรแกรมปฐมภูมิน้อย

มันเป็นเรื่องสำคัญมากสำหรับชุมชนของเราถ้าไม่มีแพทย์หรือโรงพยาบาล เราก็คงมีแต่สถานผมขอทบทวนคุณสักนิดว่า Symbiosis หมายถึง ระบบบริการปฐมภูมิ ที่สอนในมหาวิทยาลัย จะช่วยพัฒนาการเรียนรู้นักศึกษาแพทย์ และในเวลาเดียวกันการนำเสนอระบบบริการปฐมภูมิของมหาวิทยาลัย จะช่วยปรับปรุงและพัฒนาการฝึกปฏิบัติทางคลินิกของนักศึกษาแพทย์ได้ด้วย พวกเขาสามารถพบคนไข้ได้มากขึ้น มีความทันสมัยและรู้จักตัวเองได้ดีขึ้น ไม่เพียงแต่เป็นการศึกษาเท่านั้นแต่ยังเป็นงานวิจัยที่ใช้บริการปฐมภูมิและบริการปฐมภูมิชนบท เป็นฐานในการศึกษาวิจัย เราพบว่าเนื่องจากในปัจจุบันเรามีศูนย์ฝึกปฏิบัติทางวิชาการในเรื่องบริการปฐมภูมิชนบท ซึ่งศูนย์ได้ให้ความสนใจในการทำวิจัยใหม่ๆ ออกมาเกี่ยวกับบริการปฐมภูมิชนบท นายกรัฐมนตรีของอังกฤษท่านหนึ่งกล่าวว่า “คุณไม่สามารถข้ามหุบเขาด้วยก้าวเดินเล็กๆ เพียง 2 ก้าว !” บางครั้ง คุณอาจจะต้องทำให้ก้าวของคุณใหญ่ขึ้นเพื่อที่จะเปลี่ยนแปลงสิ่งต่างๆ ในหนทางที่มันต้องการจะเป็น

มีข้อเสนอแนะในเรื่องการศึกษาแพทย์ชนบทบางประการ กล่าวคือ นักศึกษาแพทย์จำเป็นจะต้องได้รับการฝึกสอน และสนับสนุนเพื่อกล้าที่จะก้าวให้ใหญ่ขึ้น ซึ่งจะทำให้เกิดความแตกต่างจากที่เคยเป็นมา ผมขอยกตัวอย่าง ผู้หญิงคนนี้เป็นนักศึกษาแพทย์ของเรา เมื่อปี ค.ศ.1998 ในรูป เธอกำลังเรียนรู้อาการเข้าเฟือกที่ทำให้คนไข้คนหนึ่ง ปัจจุบันในปี ค.ศ.2007 เธอเป็นอาจารย์แพทย์คนหนึ่งของเราที่สอนนักศึกษาแพทย์ ฝึกปฏิบัติในชนบท นักศึกษาแพทย์ผู้ซึ่งเคยเรียนการฝึกปฏิบัติในชนบทกลายเป็นครูเป็นแพทย์ เป็นนักวิชาการด้านการแพทย์ชนบท-ผู้ซึ่งในปัจจุบันกำลังให้การสนับสนุนนักศึกษาแพทย์คนอื่นๆ ให้ผ่านพ้นงานด้วยกันกับเธอ ระบบนี้เป็นระบบที่ยั่งยืน ซึ่งเป็นระบบที่ไม่ต้องการการอัดฉีดจากภายนอก ผมหวังเป็นอย่างยิ่งว่าการบรรยายนี้จะมีส่วนช่วยอะไรคุณได้บ้างแน่นอน มันช่วยผมเป็นอย่างมากที่ได้เรียนรู้ว่าคุณกำลังจะทำงานใหญ่กันที่นี่ สุรนารี และในโรงเรียนแพทย์แห่งใหม่อื่นๆ ในประเทศไทย พวกเรา กำลังมองดูและให้ความสนใจเป็นอย่างยิ่งกับผลที่จะออกมาของงานชิ้นสำคัญนี้ของคุณ

ในปีที่ 3 นักศึกษาของเราจะทำการสอบใหญ่ปลายภาค ซึ่งเราจะพิจารณาเรื่องบริการทางการแพทย์ระบบปฐมภูมิ แล้วเราก็ยังสามารถสร้างสรรหลักฐานซึ่งคนในท้องถิ่นเองช่วยกันรวบรวมการดูแลรักษาที่ดีที่สุด

Prof. Walter Kofler, MD

ผมขอขอบคุณมากๆ Prof. Worley สำหรับการนำเสนอหัวข้อที่น่าสนใจเป็นอย่างยิ่งนี้ ซึ่งทำให้เราได้เห็นการนำเสนอที่แตกต่างที่ทุกประเทศในโลกต้องการที่จะแก้ปัญหาเดียวกัน ผมขอขอบคุณขอ Prpf. Worley กรุณาให้ power point ของท่านไว้กับเจ้าหน้าที่ประสานงานของเราจะได้หรือไม่ ? ผมมั่นใจว่าทุกคนต่างก็ให้ความสนใจกับการนำเสนอของท่านเป็นอย่างมาก ผมทราบว่า มีหลายคนอยากจะถามคำถาม แต่ผมจะขอสรุปสั้นๆ สักเล็กน้อย

เราคงจะเห็นแล้วว่า การสอนในพื้นที่ชนบทสามารถทำได้ด้วยคุณภาพที่สูงมากๆ มีหัวข้อมากมายที่เราสามารถเรียนรู้ได้ดีกว่า ภายใต้สถานการณ์ธรรมดาๆ ทั่วไป (อย่างไรก็ตาม ตัวผมเองมีความเชื่อว่าอาจารย์ผู้สอน หรือผู้ที่สอนเนื้อหาต่างๆ เหล่านี้ได้ต้องเป็นบุคคลที่มีคุณภาพในระดับสูง มิฉะนั้นคุณไม่สามารถคาดหวังผลในทางบวกได้ และการติดตามผล ของการศึกษาแพทย์ก็ย่อมแตกต่างกันไปโดยสิ้นเชิงในแต่ละช่วงเวลา สำหรับในประเทศของผมมันคงไม่ใช่เรื่องง่ายที่จะให้นักศึกษาไม่ต้องเรียนในมหาวิทยาลัยตลอดปีเต็ม แต่เราควรจะเรียนรู้จากพวกเขาให้มากที่สุด และมันคงจะเป็นเรื่องยากที่จะเรียนเชิญให้ท่านอาจารย์ (หมายถึง Prof. Worley) เข้าร่วมในกลุ่มบุคคลที่ให้การสนับสนุนมหาวิทยาลัยแห่งนี้เพื่อช่วยให้มหาวิทยาลัยเดินไปในเส้นทางที่ดีที่สุด เนื่องจากประสบการณ์ที่มีอย่างหลากหลาย บางที่ท่านอาจจะช่วยเปลี่ยนแปลงในหนทางพิเศษที่จะนำมาซึ่งการเปลี่ยนแปลงครั้งใหญ่ เหมาะสมและมีความเป็นไปได้ในสถานการณ์ปัจจุบันของประเทศนี้

ผมอยากจะกล่าวย้อนไปที่การบรรยายก่อนหน้านี้ ได้มีการตั้งประเด็นการทำงานเป็นทีมที่มณฑลนครในโรงพยาบาลหรือในหน่วยปฏิบัติการปฐมภูมิเข้ามาทำงานร่วมกัน ผมเองคิดว่าเราไม่ควรลืมว่า แพทย์ที่ปราศจากการทำงานเป็นทีม เป็นแพทย์ที่ไร้ประโยชน์ ดังนั้น เราจำเป็นต้องคิดทบทวน ไตร่ตรองดูให้ดูว่ามันจะเป็นไปได้ไหมที่จะบูรณาการประเด็นต่างๆ ที่เกี่ยวข้องและสัมพันธ์กับการศึกษาของแพทย์เข้าไปในโปรแกรมการเรียนการสอน โดยเฉพาะอย่างยิ่ง การพยาบาล ซึ่งจะทำให้เป็นทีมที่แข็งแกร่งพอที่จะแก้ปัญหาต่างๆ ได้และนี่คือสิ่งที่เราเห็นจากการบรรยายของท่านวิทยากรใน 2 เรื่องที่เกี่ยวข้อง และสัมพันธ์กัน บางทีเราควรจะติดตามทบทวนต่อไปอีกว่า สุขภาพชุมชนในชนบทเป็นเพียงเรื่องผิวเผินของบริการปฐมภูมิหรือ ? ผมไม่แน่ใจนะ บางทีน่าจะเป็นเรื่องดีที่จะคิดทบทวนเกี่ยวกับกฎเกณฑ์พิเศษต่างๆ ของบริการทุติยภูมิ และตติยภูมิ ซึ่งมีความจำเป็นที่แตกต่างกันในเมืองใหญ่ๆ กับความจำเป็นทางบริการปฐมภูมิ บางทีก็อยู่ที่เป้าหมายที่น่าสนใจ เป้าหมายที่มีทิศทางไม่ใช่ต้องการผลในทันทีทันใด แต่เป็นที่ละขั้นตอนด้วยเวลาที่จำกัดในอนาคต เพื่อการเริ่มต้นการทำงานวิจัยที่มุ่งเน้นไปที่ความจำเป็น ชั้นทุติยภูมิ และตติยภูมิสำหรับสุขภาพของคนในพื้นที่ชนบท การทำวิจัยจะทำให้เรารู้ถึงความต้องการของคนในชนบทนั้นๆ และความเป็นไปได้ของมหาวิทยาลัยระดับสูงที่จะเตรียมคำตอบให้ไม่เพียงแต่สำหรับใช้ตอบคำถามในบริการปฐมภูมิเท่านั้น แต่จะเป็นคำตอบที่พิเศษและเพียงพอสำหรับระดับที่ทันสมัยที่สุดในวงการแพทย์

มีข้อตกลงอยู่ข้อหนึ่งซึ่งผมคิดว่าพวกเราทั้งหมดคิดเหมือนกัน คือเราไม่ต้องการการแพทย์แบบชั้นสอง (second-class medicine) ดังนั้น ผมจึงมีความสุขมากที่ท่านวิทยากรท่านหนึ่งได้นำเสนอเรื่องที่มีคุณค่าอย่างยิ่งเกี่ยวกับส่วนหนึ่งของการแพทย์สมัยใหม่ ในเรื่องโครงสร้างและรูปแบบของโมเดลต่างๆ ที่ร่างกายเราต้องมีส่วนเกี่ยวข้องด้วย และผมคิดว่าถ้าเราสามารถอธิบายได้เกี่ยวกับการแพทย์ในชุมชนชนบท-มันไม่ใช่การแพทย์ราคาถูก-มันไม่ใช่การแพทย์ธรรมดาๆ แต่มันจะต้องเป็นการแพทย์ที่มีคุณค่า และประสบผลสำเร็จ บางทีเราอาจจะพูดว่า มันเป็นการยากที่จะเป็นแพทย์ที่ดีในชุมชนชนบท ยากกว่าที่จะเป็นแพทย์ที่ดีในชุมชนเมือง ถ้าคุณสามารถเดินตามทิศทางนี้ได้ และบางทีเมืองของเราซึ่งเป็นเมืองใหญ่ อันดับสองของประเทศไทย-บางทีที่น่าจะเป็นทำเลที่ดี-เรามีกรุงเทพฯ เป็นศูนย์กลางด้านการแพทย์ชั้นนำ-การแพทย์อันดับหนึ่งทั้งปฐมภูมิ ทุติยภูมิ และตติยภูมิ บางทีใน 15 ปีข้างหน้า เมืองของเราที่ใหญ่เป็นอันดับสองของประเทศก็จะเป็นศูนย์กลางของชุมชนชนบทและจะนำเสนอบริการทางการแพทย์ชนบทครบ ทั้งปฐมภูมิ ทุติยภูมิ และ

ตติยภูมิ ผมคิดว่านี่คือความปรารถนาของท่าน (หมายถึง Prof. Worley) และผมก็มั่นใจว่าคุณฯ (หมายถึงผู้เข้าร่วมการอบรม) ก็ปรารถนา เช่นเดียวกัน

คุณ อิศระ ตุงกระโทก

ท่านสอนนักศึกษาแพทย์ของท่านอย่างไร ? ทั้ง 3 ด้าน

- 1) การบริหารงานในสำนักงาน
- 2) ภาวะความเป็นผู้นำ
- 3) วิสัยทัศน์และภาระหน้าที่เพื่อให้งานบรรลุผลสำเร็จ

คำตอบ : ศ. พอล (Prof. Paul)

- การสอนนักศึกษาแพทย์ของออสเตรเลีย ให้ความสำคัญ คือ การสอนแบบเป็นทีม (Team Work) ไม่ได้สอนโดยแพทย์เพียงคนเดียว แต่การสอนโดย Health Care Team ทั้งหมด ได้แก่

- 1) แพยาบาลรุ่นพี่
- 2) ผู้ชำนาญการที่เกี่ยวข้องในสายการแพทย์
- 3) ะเภณัศกร

- การสอนภาวะผู้นำ (Leadership) จำเป็นต้องมีทั้งแพทย์ชุมชนและแพทย์ชนบท สำคัญมาก แม้ว่าจะไม่มีจัดไว้ใน course ให้เรียนโดยตรง แต่เราใช้เวลาตลอดทั้งปีตั้งคำถามนักศึกษาแพทย์ของเราว่า ทำอย่างไร ทำเช่นนั้น ทำไม อะไรที่มีผลกระทบต่อครอบครัวของแพทย์และเวลาในสังคมของแพทย์บ้าง จากคำถามเหล่านั้น พวกเขาจะได้เรียนรู้ความน่าเคารพนับถือและยกย่องในอาชีพแพทย์ และทัศนคติที่ดีไปด้วยในเวลาเดียวกัน คำตอบของเราก็คือ เราจะวางหลักสูตรให้นักศึกษาแพทย์มีการฝึกปฏิบัติอย่างเต็มที่ในแต่ละครั้งไม่ใช่หมดเวลาไปกับการสอนหรือใช้เวลาหมดไปกับแพทย์ผู้สอนทุกอย่างยืดหยุ่นได้ตลอดหลักสูตร นักศึกษาแพทย์ชนบทจะไม่ได้รับการบรรยายเหมือนๆ กับแพทย์ทั่วไป แต่จะเรียนรู้มากกว่าจากการมีปฏิสัมพันธ์ กับผู้ป่วยโดยตรง นักศึกษาแพทย์ ต้องเรียนรู้และประเมินผลด้วยตนเองมากขึ้นจาก CD-ROM, WWW และ สื่ออื่นๆ ใช้เวลาของตนเอง (Private Studies) ไม่ใช่หมดเวลาไปกับแพทย์ผู้สอน ให้ความสำคัญก็คือ นักศึกษาแพทย์จะได้รับความช่วยเหลือสนับสนุนจากสื่อต่างๆ นี้ได้อย่างไร ? ระยะเวลาสั้นแค่ไหนจึงจะเหมาะสม ? ผมเห็นด้วยว่า ภูมิภาคของเรานี้ที่น่าจะเหมาะที่จะเริ่มใช้แนวทางการเรียนการสอน การวิจัย การประเมินผล ตามวิธีการใหม่ที่กล่าวมานี้

คำถาม :

- 1) คุณคัดเลือกนักศึกษาแพทย์อย่างไรในโรงเรียนแพทย์ของคุณ ?
- 2) โรงเรียนแพทย์ของคุณจัดให้มีการประกันคุณภาพอย่างไร ? จัดช่วงชั้นของหลักสูตรอย่างไร ?

คำตอบ : ศ. พอล (Prof. Paul)

1) การคัดเลือกนักศึกษาแพทย์ของไทยทำได้ดีกว่าออสเตรเลียมาก ผมคิดว่าทางเราต้องเรียนรู้จากประเทศไทยในการคัดเลือกนักศึกษา เรามีนักศึกษาจำนวนไม่มากนักที่ได้รับการคัดเลือกให้มาเรียนแพทย์จากโรงพยาบาลในท้องถิ่น ชุมชน และ อาจารย์ใหญ่คัดเลือกมาเองจากโรงเรียนต่างๆ นักศึกษาส่วนใหญ่ได้รับการคัดเลือกเชิงวิชาการโดยการสอบเอ็นทรานส์ ดูเกรดเฉลี่ยที่ผ่านมาและการสอบสัมภาษณ์

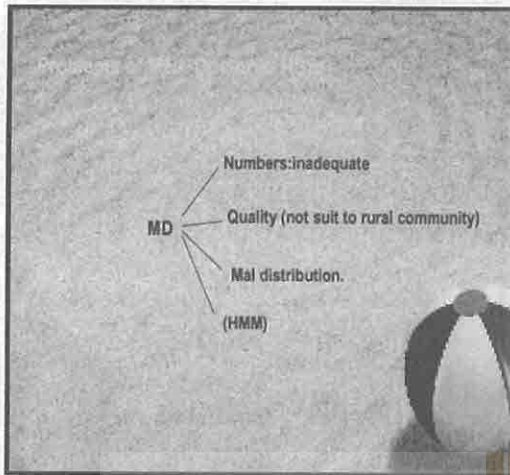
- นักศึกษาจะเลือกเรียนแพทย์ชนบทเมื่อเรียนแพทย์ชั้นปีที่ 2 ผมชอบ 1 อำเภอ 1 แพทย์ตามโปรแกรมของไทยผมคิดว่าน่าจะปรับปรุงให้ดีขึ้น

2) ออสเตรเลียไม่มีข้อสอบกลาง โรงเรียนแพทย์แต่ละแห่งจะมีการสอบวัดผลของตนเอง การประเมินคุณภาพโรงเรียนแพทย์และประเมินผลการสอบในแต่ละภาคเรียนจัดทำโดย Australian Medical Council (แพทยสภาแห่งออสเตรเลีย) เวลาที่ใช้ในการประเมินคุณภาพมากที่สุดคือ 10 ปี และทางเราเพิ่งผ่านการประเมินคุณภาพเมื่อ 2 ปีที่ผ่านมา นั่นคือการประกันคุณภาพระดับสูงสุดของวงการศึกษายาแพทย์ในออสเตรเลีย

- การประเมินคุณภาพอีกวิธีหนึ่ง ก็คือการที่โรงเรียนแพทย์ที่ตั้งขึ้นใหม่ 2 แห่งได้ซื้อหลักสูตรแพทย์ของเราไปใช้เป็นหลักสูตรของเขา ได้แก่ มหาวิทยาลัย กริฟฟิธ และมหาวิทยาลัย ดิคเค้น โนแคว้นวิกตอเรีย ทั้ง 2 แห่งได้ซื้อหลักสูตรแพทย์และการประเมินผลของเราไปใช้เลยโดยที่เขาไม่มีการพัฒนาหลักสูตรแพทย์เป็นของตนเอง ในทำนองเดียวกันโรงเรียนแพทย์เซนต์จอร์จส์ (Saint George's Medical School) ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของมหาวิทยาลัยลอนดอน (University of London) ก็ได้ซื้อหลักสูตรแพทย์ของเราไปเช่นเดียวกัน นอกจากนี้ก็มีมหาวิทยาลัยริเบอร์คินไอร์แลนด์ ก็ซื้อหลักสูตรแพทย์ของเราไปใช้ด้วย ที่กล่าวมาเป็นการประกันคุณภาพที่ดีที่สุดของหลักสูตรแพทย์และการประเมินผลของเรา

- การประเมินคุณภาพอื่นๆ ผมคิดว่าก็คือแพทย์ที่เราผลิตได้จะออกมาดีเพียงใด เรากำลังจะเริ่มโดยการติดตามแพทย์ที่เรียนจบไปแล้ว เพื่อเปรียบเทียบการเลือกอาชีพที่ทำ ประสิทธิภาพการปฏิบัติงานร่วมกับคณะแพทย์และบอร์ดผู้บริหาร ตลอดจนการสร้างนิสัยในการดูแลรักษาคนป่วย การสั่งจ่ายยาให้ผู้ป่วย เราพยายามมองดูที่คุณภาพดังกล่าว อย่างไรก็ตาม ในเรื่องประสิทธิภาพของการสอนแพทย์ก็จะเหมือนกันทุกแห่งในออสเตรเลีย

มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี



Slide 3

1. doctor:population 1:1500(1:2000)
- 2.ผลิตได้ในปัจจุบัน 1632 1602 →
3. MoPH พ้อง 15 15762
4. มีแพทย์ปัจจุบัน 9215
5. ODOD + วิทยาลัยแพทย์เพื่อชนบท

Slide 4

1. Compassion
2. Respect
3. Sharing
4. Empathy
5. Holistic
6. Touch > Technology

Slide 5

- clinical competence.
- Communication skill.
- CME.
- Medical ethics.
- Professionalism.
- Humanity & Med social
- Health promotion.
- Health education & prevention.

Slide 6

- Then medical council standard
- Increased number of community and family medicine teaching house.
- Rural exposure (ชน ชน ก่อน 16)
- Early clinical exposure
- specialist working in community
- Problem solving learning
- Authentic assessment

Slide 7

1. SDL → → → →
2. Deep learning.
3. E-learning.
4. Learning by doing (Experience learning).
5. Small group learning (T + S + S + Media).
6. Lecture.
7. Field study.

Slide 8

Learning from Austria:
Prof.Schwarz

- ☉ Small group learning
- ☉ ICT

☉ Authoritative Medical Data Banks

☉ e.g.
Molecular Modeling
Genetic Diseases

Slide 9

Learning experience from Austria

Step of learning and teaching

- ☉ Direct experience (Mushroom picking)
- ☉ Lecture (Participatory Learning)
- ☉ Small group learning (Student interactive)
 - ☉ Subgroup learning
 - ☉ SDL
 - ☉ Anticipative learning
- ☉ Practical learning
 - ☉ Presentation
 - ☉ Report
 - ☉ Lab

Slide 10

ข้อเสนอแนะ: อ.ประเวศ

- ☉ EQE
 - ☉ Equality
 - ☉ Quality
 - ☉ Efficiency
- ☉ ความร่วมมือระหว่าง
 - ☉ Med schools
 - ☉ Com. Hosp.
 - ☉ Community

Slide 11

1. Community setting - Com. Hosp. - PCU.
2. Attitude, role model, professional competence of instructor
3. Incentive for staff (Budget)
4. Academic position / competence
5. ปรึกษา / supervision

Slide 12

4M: Management
Man
Money
Materials

PCU

Care Individual
Family
Community

Spirit

Give and Care
Share and Learn
Show and Shine

Slide 13

Strengthening primary care unit

1. Strengthening management
2. Facilitating in it's holistic, first contact
3. Networking with other PCU
4. Single care, but with PCU care not working as a single management team
5. Community participation and cooperation
6. Staff development / competence
7. Identity of PCU - Bio - psycho - social - Primary health care
8. R & D, KM

Slide 14

การก่อกำเนิดแพथ์เพิ่ม (อ.อารุช)

- One standard
- 3 Directions
 - Old med schools
 - Old med schools & Hosp. of MOPH
 - New Med Schools (Take time)
- Single management team (Independent)
- Adequate budget (Priority)
- Sustainable

Slide 15

What is life - what is a person?
Einstein's Real Theory; Prof.Kofler

Slide 16

Slide 17

Slide 18

ทางเลือกใหม่ในการผลิตแพथ์สุขภาพ: อ.อริศ

COMPETENCY

- Time management (knowledge pool)
- Attitude > Skills > Cognitive
- New knowledge
- New technology
- Teamwork (Health team; discrimination (Doc & Pham)
- Multi-professional education
- Self-sufficient
- Various level of treatment
- Future Doc
 - Academic Primary Care (Quality Primary Care)
 - Curriculum, Skills, Teaching, Teachers

Slide 19

เราอยู่ที่ไหน
เราจะไปที่ไหน
เราจะไปอย่างไร
เราจะรู้ได้อย่างไรถึงแล้ว
นโยบาย → แปลงนโยบายสู่การปฏิบัติ → ปฏิบัติจริง

Slide 20

คำกล่าวปิด โดย Prof.Dr.Walter Kofler

Thank you for the opportunity to make summarize for the other part of the conferences. You know this conference has two branches, one branch was a general idea to discuss relating to better medical doctors in Thailand. The other branch was how ASEA- UNINET is able to fulfill the announcement for giving a special present atron for the 80th birthday to your Majesty the King's Bhumiphol and on this step I will summarize the outputs of the discussion we has with in the conference and outside the conference.

First there will be a memorandum of understanding between Innsbruck with your faculty. Second, I'm empowered by the Vice Rector Richnegges to Present also in the moment their medical university of Graz and to sign a draft or agreement of contract to handover the virtual campus of Graz to your medical faculty free of charge for non commercial use. We expected that we will be able to cooperate in this initiative to enforce this joint initiative of an international networking for a virtual campus with the center in the medical the university of Graz. The starting point of a joint project with in ASEA-UNINET will be to translate the campus into English in the big way.

We expect this support from Austrian and Thai institutions. I will formulate proposal for the budget in the next year so that we can do the Austrian part into this and I hope that the institution will bring the contributions so that we are able to have an English version as quick as possible. But you know we have seven thousand teaching units in this work, then the next step is the integration of a scientific research activity of Dr. Sanong who has a grant to come to Austria for research but we ask you be so kind, if his visit not only for research interest, go also to Graz, learn to handle this virtual instrument in the campus. Then the help for these students in this country is very quick. The next point is the cooperation between different teachers in Austria and in Thailand for this special occasion especially the faculty of Suranaree University. This work, the first step you have to listen the lecture of professor Schwarz to handle over his teaching material and your helping hand in the future. The other one was the work of Herald Hoermann. He has presented to you teaching program and he has handed over it in English material. If there is any further needs please inform us.

We have given all even teaching material and information in direction to support your faculty. That it will be a real present to your King. The concept of proactive in the social medicine was presented in all basic materials. The next steps, experty of the medical University of Austria are willing to cooperate according to your needs which if have, please send to me. And I will distribute within Austria to select people who are able to come if we know it early enough. ASEA UNINET coordinator of Austria this is in medical university of

Innsbruck which I'm has the problems to solve your questions. The Austrian side is willing to integrate this joint initiative into the purpose for the budget into 2008 to support a part of travel expense. We expect the Thai side will look for a similar contribution. I think minimum two or three persons of Austria should come each year in the next time to here. Then are offer which are like professor Schwarz and of Hoermann but from different other institution too, there are institutions in the medical university of orthopedics BBNT, pediatrics for children disease, for neurology and others. And they are all willing to support you if we know exactly in time so that when you have in your curriculum. Your topics and, you will have a helping hand from your Austrian's friends that are know it in advance. I will do my best what I can do and the person would come. We will offer the other member of ASEA UNINET who agree to cooperate within this special present to commemorate to 80th birthday of His Majesty King Bhumiphol, an invitation to contribute. There are also other universities and other countries are integrated in this activity. They are very happy that the Dean of Medical School of Flinder University in Adelaide has announced his willingness to contribute to this joint initiative. If there would be a need that the representative of ASEA UNINET, Austria, will present in December this year in the context of possible symbolic handing over the present to the secretariat of the king. Then the coordinator of the died University of Innsbruck would come. This is a present form us to your king. There is some another point I will announce as Reibnegger started with the discussion about the exchange of medical student to university with the university in Graz. And he said he is willing to start this and we can go forward to make an agreement in this direction. I will do my best, and also other medical universities in Austria, we will extend this offer given by the Medical university of Graz. I will not closed my statement without really warm heart thanks to all of you. You said if there were any problem? No, there were no problem. If you are working then they are stones in the way we cannot do against the stones, Other then we push it away and solve it. This was a very very efficient, and warm heart in conference and everybody of the foreigners' speakers were very happy to see your warm heart hospitalities. It was so beautiful in this country to see your cultures, to see your students who are so intensive working in the good direction. We are very dup impress and please be so kind, give our kindly greeting and thanks to director and all the other deans, the representatives of a beautiful town we could visit yesterday. And we are very impressed by the deep culture and the link of the culture to medicine which is starting now in this country. I would like to thank also to Sanong for his very active work, and peter for his very excellent translation from Thai to English. He has done a marvelous work and I would like to say many many thanks, I hope we will have many of this type of cooperative activities here in Thailand and maybe also in Austria too. So many thanks for your cooperation we are on the way, we have to do the next steps. Many thanks.

ภาคผนวก

ภาพการประชุม การพัฒนากระบวนการนำหลักสูตร
แพทยศาสตรบัณฑิตไปใช้เพื่อรองรับบริการปฐมภูมิ

มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี





คำสั่งมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี

ที่ 495 /2550

เรื่อง แต่งตั้งคณะกรรมการ และอนุกรรมการจัดการประชุม Implementation of The Curriculum Emphasizing Primary Health Care

เพื่อให้การจัดประชุม Implementation of The Curriculum Emphasizing Primary Health Care มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี ร่วมกับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ASEA-UNINET และคณะ / สถาบันผลิตแพทย์ใหม่ 6 แห่ง จะจัดขึ้นระหว่างวันที่ 1 - 3 สิงหาคม 2550 ณ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี เป็นไปด้วยความเรียบร้อย และบรรลุตามวัตถุประสงค์

ฉะนั้น อาศัยอำนาจตามความในมาตรา 21 และมาตรา 24 แห่งพระราชบัญญัติมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี พ.ศ.2533 ประกอบกับประกาศสำนักนายกรัฐมนตรี เรื่อง แต่งตั้งอธิการบดีมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี ลงวันที่ 31 พฤษภาคม 2548 จึงแต่งตั้ง

1. คณะกรรมการอำนวยการจัดประชุม (Implementation of The Curriculum Emphasizing Primary Health Care) ประกอบด้วยบุคคลดังต่อไปนี้

1.1 อธิการบดี	เป็น	ประธานกรรมการ
1.2 รองอธิการบดีฝ่ายวิชาการ	เป็น	รองประธานกรรมการ
1.3 รองอธิการบดีฝ่ายวางแผน	เป็น	กรรมการ
1.4 รองอธิการบดีฝ่ายบริหาร	เป็น	กรรมการ
1.5 รองอธิการบดีฝ่ายกิจการนักศึกษา	เป็น	กรรมการ
1.6 Univ.Prof.Walter Kofler, MD	เป็น	กรรมการ
1.7 Asian ASEA-UNINET Coordinator	เป็น	กรรมการ
1.8 แพทย์หญิงพยอม นูรณลิน	เป็น	กรรมการ
1.9 คณบดีสำนักวิชาแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี	เป็น	กรรมการ
1.10 คณบดีคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม	เป็น	กรรมการ
1.11 คณบดีคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยนราธิวาส	เป็น	กรรมการ
1.12 คณบดีสำนักวิชาแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์	เป็น	กรรมการ
1.13 คณบดีคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา	เป็น	กรรมการ
1.14 คณบดีวิทยาลัยแพทยศาสตร์และการสาธารณสุข มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี	เป็น	กรรมการ
1.15 ผู้ช่วยศาสตราจารย์พิเศษ นายแพทย์สำเริง แหยงกระโทก	เป็น	กรรมการ
1.16 รองศาสตราจารย์ ดร.วราภรณ์ เขียวสกุล	เป็น	กรรมการ

111 University Avenue, Muang District, Nakhon Ratchasima 30000, THAILAND. Tel. (044) 223000 Fax. (044) 224070

1.17 รองคณบดีฝ่ายคลินิก	เป็น	กรรมการและเลขานุการ
1.18 อาจารย์เทคนิคการแพทย์ ดร. สนอง สุขแสง	เป็น	กรรมการและ ผู้ช่วยเลขานุการ

คณะกรรมการอำนวยการ มีหน้าที่ อำนวยความสะดวก ให้คำปรึกษาและมอบหมายงานอันใดที่จะทำให้คณะกรรมการ
ดำเนินการและคณะอนุกรรมการ จัดการประชุมได้อย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล

2. คณะกรรมการดำเนินการ ประกอบด้วยบุคคลดังต่อไปนี้

2.1 รองอธิการบดีฝ่ายวิชาการ	เป็น	ประธาน
2.2 คณบดีสำนักวิชาแพทยศาสตร์	เป็น	รองประธาน
2.3 รองอธิการบดีฝ่ายกิจการนักศึกษา	เป็น	กรรมการ
2.4 คณบดีสำนักวิชาวิทยาศาสตร์	เป็น	กรรมการ
2.5 ผู้อำนวยการศูนย์บรรณสารและสื่อการศึกษา	เป็น	กรรมการ
2.6 ผู้อำนวยการศูนย์คอมพิวเตอร์	เป็น	กรรมการ
2.7 ผู้อำนวยการเทคโนโลยี	เป็น	กรรมการ
2.8 ผู้เชี่ยวชาญด้านแพทยศาสตรศึกษา	เป็น	กรรมการ
2.9 หัวหน้าสาขาวิชาชีววิทยา	เป็น	กรรมการ
2.10 รองศาสตราจารย์ ดร. กฤษ อันทราพิเชฐ	เป็น	กรรมการ
2.11 หัวหน้าสาขาวิชาอาชีวอนามัยและความปลอดภัย	เป็น	กรรมการ
2.12 หัวหน้าสาขาวิชาอนามัยสิ่งแวดล้อม	เป็น	กรรมการ
2.13 นายแพทย์ประทุมทอง ยาทุม	เป็น	กรรมการ
2.14 รองคณบดีฝ่ายคลินิก	เป็น	กรรมการและ เลขานุการ
2.15 อาจารย์ เทคนิคการแพทย์ ดร. สนอง สุขแสง	เป็น	กรรมการและ ผู้ช่วยเลขานุการ
2.16 นางพรทิพย์ สถิตพิทยายุทธ์	เป็น	กรรมการและ ผู้ช่วยเลขานุการ
2.17 นางรัตติยา ฤทธิรงค์	เป็น	กรรมการและ ผู้ช่วยเลขานุการ
2.18 นางสุมาลี สันติภักดี	เป็น	กรรมการและ ผู้ช่วยเลขานุการ

คณะกรรมการดำเนินการดังกล่าว มีหน้าที่ควบคุม ดูแล การจัดการประชุมสัมมนาให้เป็นไป ด้วยความเรียบร้อย มี
ประสิทธิภาพ และบรรลุตามวัตถุประสงค์ โดย คณบดีสำนักวิชาแพทยศาสตร์ กำกับดูแล ฝ่ายวิชาการ

3. คณะอนุกรรมการฝ่ายวิชาการ ประกอบด้วยบุคคลดังต่อไปนี้

3.1 คณบดีสำนักวิชาแพทยศาสตร์	เป็น	ประธาน
3.2 ผู้ช่วยศาสตราจารย์พิเศษ นายแพทย์สำเร็จ แหยงกระโทก	เป็น	รองประธาน
3.3 Univ.Prof. Walter Kofler, MD	เป็น	อนุกรรมการ
3.4 รองศาสตราจารย์ ดร. วราภรณ์ เอี้ยวสกุล	เป็น	อนุกรรมการ
3.5 แพทย์หญิงรุจิรา มังคละศิริ	เป็น	อนุกรรมการ
3.6 ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. อรุณ ไชยเสนะ	เป็น	อนุกรรมการ
3.7 อาจารย์ เทคนิคการแพทย์ ดร. สนอง สุขแสง	เป็น	อนุกรรมการและ เลขานุการ
3.8 แพทย์หญิงลลิตยา กองคำ	เป็น	อนุกรรมการและ ผู้ช่วยเลขานุการ

3.9 นางรัตติยา ฤทธิรงค์	เป็น	อนุกรรมการและ ผู้ช่วยเลขานุการ
3.10 นางสุมาลี สันติภักดี	เป็น	อนุกรรมการและ ผู้ช่วยเลขานุการ

คณะอนุกรรมการดังกล่าว มีหน้าที่กำหนดเนื้อหาและรูปแบบการประชุมสัมมนา ไปรณรงค์การจัดสัมมนา กำหนดวิทยากรผู้ทรงคุณวุฒิ และผู้ดำเนินการอภิปราย รวบรวมรายงานและข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับวิทยากรผู้ทรงคุณวุฒิ รวมทั้งจัดทำเอกสารประกอบการประชุมสัมมนา และหน้าที่อื่นตามที่คณะกรรมการอำนวยการฯ มอบหมาย

4. คณะอนุกรรมการฝ่ายเลขานุการการประชุม ประกอบด้วยบุคคลดังต่อไปนี้

4.1 คณบดีสำนักวิชาแพทยศาสตร์	เป็น	ประธาน
4.2 นายแพทย์ประทุมทอง ยาทุม	เป็น	รองประธาน
4.3 รองคณบดีฝ่ายคลินิก	เป็น	อนุกรรมการ
4.4 รองศาสตราจารย์ ดร. วราภรณ์ เอี้ยวสกุล	เป็น	อนุกรรมการ
4.5 แพทย์หญิงลลิตยา กองคำ	เป็น	อนุกรรมการ
4.6 ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. วาริ วิดจายา	เป็น	อนุกรรมการ
4.7 อาจารย์ ภญ.ดร. นवलน้อย จุฑะพงษ์	เป็น	อนุกรรมการ
4.8 อาจารย์ ดร. ราเชนทร์ โกศลวิตร	เป็น	อนุกรรมการ
4.9 อาจารย์อรทัย วีระนันท์มาพันธ์	เป็น	อนุกรรมการ
4.10 อาจารย์พงษ์ฤทธิ ครบปรัชญา	เป็น	อนุกรรมการ
4.11 อาจารย์เทคนิคการแพทย์ ดร. สนอง สุขแสง	เป็น	อนุกรรมการและ เลขานุการ
4.12 นางปรีดาวัลย์ หวังประชะวิสุทธิ	เป็น	อนุกรรมการและ ผู้ช่วยเลขานุการ
4.13 นางสาวปนัดดา แซ่เล่า	เป็น	ผู้ช่วยเลขานุการ
4.14 นางจิตาภา อภินพธกุล	เป็น	ผู้ช่วยเลขานุการ
4.15 นางสาวขวัญเรือน แอมกระโท	เป็น	ผู้ช่วยเลขานุการ
4.16 นางสุมาลี สันติภักดี	เป็น	ผู้ช่วยเลขานุการ
4.17 นางสุจิตรา ศิริเมืองราช	เป็น	ผู้ช่วยเลขานุการ

คณะอนุกรรมการดังกล่าว มีหน้าที่ประสานงานหน่วยงานทั้งภาครัฐและเอกชนและผู้ร่วมประชุมภายในประเทศ ออกหนังสือเชิญหน่วยงานและผู้เข้าร่วมประชุมภายในประเทศ ดูแลารับ รายจ่ายรวบรวมและจัดทำฐานข้อมูลรายชื่อผู้เข้าร่วมประชุม และหน้าที่อื่นตามที่คณะกรรมการอำนวยการฯ มอบหมาย

5. คณะอนุกรรมการฝ่ายพิธีการ อาหารที่พักและความพร้อมสถานที่ ประกอบด้วยบุคคลดังต่อไปนี้

5.1 ผู้อำนวยการเทคนิคในธานี	เป็น	ประธาน
5.2 ผู้จัดการสุรสัมมนาकार	เป็น	รองประธาน
5.3 หัวหน้าส่วนอาคารสถานที่หรือผู้แทน	เป็น	อนุกรรมการ
5.4 หัวหน้าส่วนการเจ้าหน้าที่หรือผู้แทน	เป็น	อนุกรรมการ
5.5 หัวหน้าส่วนพัสดุหรือผู้แทน	เป็น	อนุกรรมการ

5.6 นางสาวรุ่งฤดี รักษ์มณี	เป็น	อนุกรรมการ
5.7 หัวหน้าส่วนประชาสัมพันธ์	เป็น	อนุกรรมการ
5.8 นางฉวีวรรณ นันทธนะวานิช	เป็น	อนุกรรมการและ เลขานุการ
5.9 นางจิตาภา อภินพธกุล	เป็น	อนุกรรมการและ ผู้ช่วยเลขานุการ
5.10 นายขจรศักดิ์ วรวงศ์	เป็น	อนุกรรมการและ ผู้ช่วยเลขานุการ
5.11 นายประชัน ทนแจ้งหรีด	เป็น	อนุกรรมการและ ผู้ช่วยเลขานุการ
5.12 นางสาวอรัญญา จันทร์ไทย	เป็น	อนุกรรมการและ ผู้ช่วยเลขานุการ

อนุกรรมการดังกล่าว มีหน้าที่จัดเตรียมความพร้อมด้านพิธีการ มีหน้าที่วางแผนและกำหนด รูปแบบการจัดพิธีเปิดและ พิธีปิดการประชุมสัมมนา สถานที่ประชุม จัดเลี้ยงอาหารและเครื่องดื่มระหว่างการประชุม และประสานงานกับหน่วยงาน ทั้งภายในและหน่วยงานภายนอก ในการจัดเตรียมที่พักให้เพียงพอแก่ผู้ร่วมประชุม ดูแลระบบไฟฟ้าแสงสว่าง น้ำประปา และ ระบบที่เกี่ยวข้องกับการประชุม จัดระบบจราจร ที่จอดรถ และป้ายแสดง ทางเข้าออกมหาวิทยาลัยให้ชัดเจน และหน้าที่อื่น ตามที่คณะกรรมการอำนวยการฯ มอบหมาย, มีหน้าที่รวบรวม และจัดทำ ทะเบียนรายชื่อผู้เข้าร่วมประชุมทั้งในและต่างประเทศ จัดทำรายชื่อผู้เข้าร่วมประชุม วิทยากร คณะกรรมการและอนุกรรมการชุดต่างๆ กำหนดรูปแบบการจัดการลงทะเบียน จัดทำ แบบสอบถาม และ ประเมินผลข้อมูล จัดทำรายงานผลการประเมินการจัดประชุมสัมมนา และหน้าที่อื่นตามที่คณะกรรมการ อำนวยการฯ มอบหมาย

6. คณะอนุกรรมการฝ่ายต้อนรับและการเดินทาง ประกอบด้วยบุคคลดังต่อไปนี้

6.1 รองศาสตราจารย์ ดร. วราภรณ์ เอี้ยวสกุล	เป็น	ประธาน
6.2 อาจารย์เทคนิคการแพทย์ ดร. สนอง สุขแสง	เป็น	รองประธาน
6.3 แพทย์หญิง สลิตยา กองคำ	เป็น	รองประธาน
6.4 รองศาสตราจารย์ ดร. ทศนีย์ สุโกศล	เป็น	อนุกรรมการ
6.5 ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. เบญจมาศ จิตรสมบุญรณ์	เป็น	อนุกรรมการ
6.6 ผู้ช่วยศาสตราจารย์ รศ.ดร. เกรียงศักดิ์ เอี่ยมเก็บ	เป็น	อนุกรรมการ
6.7 ผู้ช่วยศาสตราจารย์ สพ.ญ.ดร. ศจีรา คุปพิทยานันท์	เป็น	อนุกรรมการ
6.8 ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. รุ่งฤดี ศรีสวัสดิ์	เป็น	อนุกรรมการ
6.9 อาจารย์ ทนพญ.ดร. วิไลรัตน์ ลีอนันต์ศักดิ์ศิริ	เป็น	อนุกรรมการ
6.10 อาจารย์ ดร. วิชา สุจินต์	เป็น	อนุกรรมการ
6.11 อาจารย์ ดร. รจนา โอภาสศิริ	เป็น	อนุกรรมการ
6.12 อาจารย์พงษ์ฤทธิ์ ครอบปรัชญา	เป็น	อนุกรรมการ
6.13 อาจารย์ชลาชัย หาญเจนลักษณ์	เป็น	อนุกรรมการ
6.14 อาจารย์นลิน สิทธิธรรณ	เป็น	อนุกรรมการ
6.15 ผู้ช่วยศาสตราจารย์พรพรรณ วัชรวิฑูร	เป็น	อนุกรรมการ
6.16 อาจารย์ชินจิต ชาญชิตปรีชา	เป็น	อนุกรรมการ

6.17 อาจารย์เฉลิมสิริ เทพพิทักษ์	เป็น	อนุกรรมการ
6.18 อาจารย์พงษ์สิทธิ์ บุญรักษา	เป็น	อนุกรรมการ
6.19 อาจารย์ ดร.สิริภรณ์ โพธิ์วิชยานนท์	เป็น	อนุกรรมการและ เลขานุการ
6.20 นางรัตติยา ฤทธิรงค์	เป็น	อนุกรรมการและ ผู้ช่วยเลขานุการ
6.21 นางสาวปนัดดา แซ่เล่า	เป็น	อนุกรรมการและ ผู้ช่วยเลขานุการ
6.22 นางสาวขวัญเรือน แอมกระโทก	เป็น	อนุกรรมการและ ผู้ช่วยเลขานุการ
6.23 นางสาวพนมมาศ ชื่นชม	เป็น	ผู้ช่วยเลขานุการ
6.24 นางสาวปิลันธนา เชื้อโชติ	เป็น	ผู้ช่วยเลขานุการ

คณะอนุกรรมการดังกล่าว วางแผนการต้อนรับวิทยากรผู้ทรงคุณวุฒิ แขกรับเชิญผู้เข้าร่วมประชุมทั้งในและต่างประเทศ ประสานงานกับกองตรวจคนเข้าเมืองเพื่ออำนวยความสะดวกในการเดินทางของผู้เข้าร่วมประชุมต่างชาติ ติดต่อและออกหนังสือเชิญวิทยากรผู้ทรงคุณวุฒิภายในประเทศ จัดเตรียมและมอบของขวัญของที่ระลึกแก่ วิทยากร แขกรับเชิญ กำหนดผู้ดำเนินรายการในพิธีเปิดและพิธีปิดและระหว่างการประชุมสัมมนา อำนวยความสะดวกพาหนะสำหรับวิทยากร แขกรับเชิญ และผู้เข้าร่วมประชุม และหน้าที่อื่นตามที่ คณะกรรมการ อำนวยการฯ มอบหมาย

7. คณะอนุกรรมการฝ่ายจัดทัศนศึกษาและกิจกรรมสังคม ประกอบด้วย บุคคล ดังต่อไปนี้

7.1 รองอธิการบดีฝ่ายกิจการนักศึกษา	เป็น	ประธาน
7.2 อาจารย์เทคนิคการแพทย์ ดร. สนอง สุขแสง	เป็น	รองประธาน
7.3 แพทย์หญิงลลิตยา กองคำ	เป็น	อนุกรรมการ
7.4 หัวหน้าส่วนกิจการนักศึกษา	เป็น	อนุกรรมการ
7.5 นางอมรรัตน์ วงศ์สรรค์	เป็น	อนุกรรมการ
7.6 นางสาวกฤติยา อัญญาโพธิ์	เป็น	อนุกรรมการ
7.7 นางสาวนันทกา บุญถึง	เป็น	อนุกรรมการ
7.8 นางสาวปณยวีร์ ประไพศรีศรี	เป็น	อนุกรรมการ
7.9 นายทวิวงศ์ วีระนาคินทร์	เป็น	อนุกรรมการ
7.10 นางสาวสุจิตรา จันทร์เส	เป็น	อนุกรรมการ
7.11 นางสุดา ผ่องแผ้ว	เป็น	อนุกรรมการและ เลขานุการ
7.12 นางปรีดาวัลย์ หวังปุษยวิสุทธิ	เป็น	อนุกรรมการและ ผู้ช่วยเลขานุการ
7.13 นางสาวรุ่งฤดี รัชฌ์มณี	เป็น	อนุกรรมการและ ผู้ช่วยเลขานุการ

คณะกรรมการดังกล่าว มีหน้าที่ศึกษาและกำหนดรูปแบบการจัดกิจกรรมเสริมด้านการจัด ทักษะศึกษาสำหรับ ผู้เข้าร่วมประชุมและผู้เดินทางมาร่วมประชุม ทั้งก่อนและภายหลังการประชุม สัมมนา ประสานงาน กับฝ่ายพิธีการฯ ในการ จัดกิจกรรมบันเทิงและวัฒนธรรมเสริมในช่วงระหว่างการประชุม และหน้าที่อื่นตามที่คณะกรรมการอำนวยความสะดวกฯ มอบหมาย

8. คณะอนุกรรมการฝ่ายบริการสุขภาพและอนามัย ประกอบด้วยบุคคลดังต่อไปนี้

8.1 แพทย์หญิงพยอม นูรณสิน	เป็น	ที่ปรึกษา
8.2 รองอธิการบดีฝ่ายกิจการนักศึกษา	เป็น	ประธาน
8.3 นางเนืองนิจ ณ ลำปาง	เป็น	รองประธาน
8.4 นายแพทย์ประทุมทอง ยาทุม	เป็น	อนุกรรมการ
8.5 นายแพทย์อภิวัฒน์ หวังปุษยวิสุทธิ	เป็น	อนุกรรมการ
8.6 อาจารย์ทัศนวิญ มลุธรณ	เป็น	อนุกรรมการ
8.7 นางปรีดาวัลย์ หวังปุษยวิสุทธิ	เป็น	อนุกรรมการและ เลขานุการ

คณะกรรมการดังกล่าว มีหน้าที่กำหนดรูปแบบ และประสานงานหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้องเพื่อให้บริการ

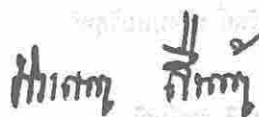
ด้านสุขภาพและอนามัยในระหว่างการจัดประชุมสัมมนา และหน้าที่อื่นตามที่คณะกรรมการอำนวยความสะดวกฯ มอบหมาย

9. คณะอนุกรรมการฝ่ายประชาสัมพันธ์ ประกอบด้วยบุคคลดังต่อไปนี้

9.1 ผู้ช่วยอธิการบดี	เป็น	ประธาน
9.2 หัวหน้าส่วนประชาสัมพันธ์	เป็น	รองประธาน
9.3 นายไพฑูริย์ นิยมมนา	เป็น	อนุกรรมการ
9.4 นางนันทิยา อัครเวศน์	เป็น	อนุกรรมการ
9.5 นายวันฉัตร บุญใหญ่	เป็น	อนุกรรมการ
9.6 นางสาวนพวรรณ ไตรสารศรี	เป็น	อนุกรรมการ
9.7 อาจารย์เทคนิคการแพทย์ ดร. สนอง สุขแสง	เป็น	อนุกรรมการ
9.8 นายปรีชา นาหิวนิน	เป็น	อนุกรรมการ
9.9 นางขวัญใจ รูปแก้ว	เป็น	อนุกรรมการ
9.10 นางสาวสุชาดา วัฒนกุล	เป็น	อนุกรรมการ
9.11 นางมนต์วี บรรดิษฐ์ทรัพย์	เป็น	อนุกรรมการและ เลขานุการ

ทั้งนี้ ตั้งแต่บัดนี้เป็นต้นไป

สั่ง ณ วันที่ 16 กรกฎาคม พ.ศ. 2550



(รองศาสตราจารย์ ดร. ประสาท ลิ้มคำ)

อธิการบดี





คำสั่งมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี

ที่ ๕๐๗ / ๒๕๕๐

เรื่อง แต่งตั้งคณะกรรมการดำเนินการจัดการประชุม

Implementation of The Curriculum Emphasizing Primary Health Care (เพิ่มเติม)

อนุสนธิ คำสั่งมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี ที่ ๔๙๕/๒๕๕๐ ลงวันที่ ๑๖ กรกฎาคม พ.ศ. ๒๕๕๐ ได้แต่งตั้งคณะกรรมการ และอนุกรรมการจัดการประชุม Implementation of The Curriculum Emphasizing Primary Health Care นั้น

เพื่อให้การดำเนินการจัดการประชุม Implementation of The Curriculum Emphasizing Primary Health Care เป็นไปด้วยความเรียบร้อยและบรรลุตามวัตถุประสงค์ และสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ยิ่งขึ้น ฉะนั้นอาศัยความในมาตรา ๒๑ และมาตรา ๒๔ แห่งพระราชบัญญัติมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี พ.ศ. ๒๕๓๓ ประกอบกับประกาศสำนักนายกรัฐมนตรี เรื่อง แต่งตั้งอธิการบดีมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี ลงวันที่ ๓๑ พฤษภาคม ๒๕๔๘ จึงแต่งตั้งคณะกรรมการดำเนินการจัดการประชุมฯ (เพิ่มเติม) ได้แก่

1. ผู้ช่วยอธิการบดี
2. หัวหน้าส่วนการเงินและบัญชี
3. หัวหน้าโครงการพัฒนาและผลิตสื่อการศึกษา
4. นายประพันธ์ พันธุ์อนุกุล
5. นายประวิติ บุษดี
6. นายธวัชชัย สายทิพย์
7. นางสุภาพร กิ่งนอก

ทั้งนี้ ตั้งแต่บัดนี้เป็นต้นไป

สั่ง ณ วันที่ ๑๖ กรกฎาคม พ.ศ. ๒๕๕๐



(รองศาสตราจารย์ ดร. ประสาท สิบคำ)

อธิการบดี

111 ถนนมหาวิทยาลัย ตำบลสุรนารี อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา ๓๐๐๐๐ โทรศัพท์ (๐๔๔) ๒๒๓๐๐๐ โทรสาร (๐๔๔) ๒๒๔๐๗๐
SURANAREE UNIVERSITY OF TECHNOLOGY
111 UNIVERSITY AVENUE, SUB DISTRICT SURANAREE, MUANG DISTRICT, NAKHON RATCHASIMA 30000, THAILAND Tel. (044) 223000 Fax. (044) 224070