

ประสบการณ์การจัดการเรียนการสอนในชุมชนของ Flinders University ประเทศออสเตรเลีย

ลลิตยา กองคำ, พ.บ.*

ประสบการณ์ครั้งนี้เกิดเมื่อผู้เขียนได้มีโอกาสไปศึกษาดูงานด้านแพทยศาสตรศึกษา เรื่องการจัดการเรียนการสอนในชุมชน (Community based medical education) เป็นระยะเวลา 6 เดือนที่ Flinders University Rural Clinical School (FURCS), South Australia เนื่องจากประเทศออสเตรเลียนี้ประสบกับปัญหาการขาดแคลนแพทย์ในชนบทคล้ายกับบ้านเรา และมีวิธีการที่ดีเกี่ยวกับการแก้ปัญหาดังกล่าว ผู้เขียนจึงเห็นว่าเป็นโอกาสอันดีที่จะได้เรียนรู้เพื่อนำมาประยุกต์ให้เกิดประโยชน์ต่อไป ซึ่งในระหว่างที่ผู้เขียนศึกษาดูงานอยู่นั้น มีนักศึกษาแพทย์ปีที่ 6 จากศูนย์แพทยศาสตรศึกษา โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมาได้ไปศึกษาวิชาเลือกในโครงการแลกเปลี่ยนนักศึกษาแพทย์ร่วมกันเป็นเวลา 1 เดือน และยังมีทีมอาจารย์แพทย์จากโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา จำนวน 8 ท่านไปศึกษาดูงานการจัดการเรียนการสอนในชุมชนร่วมด้วยอีกคณะหนึ่ง ผู้เขียนจึงใคร่ขอเล่าประสบการณ์ในการศึกษาดูงานครั้งนี้ ทั้งที่เป็นประสบการณ์ส่วนตัวและประสบการณ์ที่ร่วมเรียนรู้กับทีมจากโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา

สถานการณ์ในชนบทของประเทศออสเตรเลีย

ประเทศออสเตรเลียยังเผชิญกับสถานการณ์ขาดแคลนแพทย์ในชนบททั้งในด้านจำนวนแพทย์และการหมุนเวียนอย่างรวดเร็วของแพทย์ที่ทำงานในชนบท สาเหตุเนื่องจากปัจจัยความก้าวหน้าทางวิชาชีพ ความเป็นอยู่ดีกว่าในเมือง ความพึงพอใจต่อการทำงาน ซึ่งรวมถึงคุณภาพการรักษา ค่าตอบแทน และความจำเป็นทางด้านครอบครัว โดยรวมแล้วไม่ได้มีความแตกต่างจากสถานการณ์การขาดแคลนแพทย์ในชนบทของบ้านเรา และเป็นที่ยอมรับกันว่าประเทศเราพยายามแก้ไขปัญหการขาดแคลนแพทย์ในชนบทมารวม 20 ปี แต่สถานการณ์ก็ยังเป็นปัญหาสาธารณสุขของประเทศอยู่ รัฐบาลออสเตรเลียก็ให้ความสำคัญในการแก้ปัญหานี้เช่นกัน แต่มีความแตกต่างจากบ้านเราหลายประการ เนื่องจากบริบทของทั้งสองประเทศมีความแตกต่างกันอย่างสิ้นเชิง

กลยุทธ์การแก้ปัญหาการขาดแคลนแพทย์ชนบท

ในปี ค.ศ. 1992 กระทรวงสาธารณสุขของ

* แพทย์ประจำกลุ่มงานเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา นครราชสีมา 30000

ออสเตรเลียได้ประกาศกลยุทธ์สำคัญที่จะพัฒนาระบบบริการสาธารณสุขในชนบท ภายใต้โครงการ Rural incentives program โดยการปรับเพิ่มค่าตอบแทนสำหรับแพทย์ที่ทำงานในชนบทและพื้นที่ทุรกันดาร และให้การสนับสนุนโรงเรียนแพทย์ที่มีหลักสูตรการเรียนการสอนในชนบทให้มี การรับนักศึกษาที่มีภูมิลำเนาอยู่ในชนบท การพัฒนาหลักสูตรที่เน้นการเรียนการสอนในชุมชนชนบท การพัฒนาโครงสร้างและระบบสนับสนุนในชุมชนชนบท รวมถึงการพัฒนาครูแพทย์ในชนบท โดยมีการพัฒนาระบบค่าตอบแทนใหม่ที่เอื้อต่อครูแพทย์ในชนบทและแพทย์ที่จบออกไปทำงานในพื้นที่ดังกล่าว

การปรับเปลี่ยนหลักสูตรของ Flinders University

ในปี ค.ศ.1996 ได้เกิดการปรับปรุงหลักสูตรครั้งใหญ่จากหลักสูตรแพทย์ 6 ปี เป็นหลักสูตรแพทย์ 4 ปี โดยรับนักศึกษาที่จบการศึกษาระดับปริญญาตรีแล้ว และตลอดหลักสูตรมีการสอนโดยใช้ปัญหาเป็นฐาน (Problem based learning: PBL) โดยองค์ประกอบของหลักสูตรคือ



เมือง Renmark ดินแดนแห่งแม่น้ำ



Adelaide เมืองหลวงของรัฐออสเตรเลียใต้

1. Doctor and patient
2. Knowledge of health and illness
3. Doctor, the profession and society

ทั้ง 3 องค์ประกอบจะมีการจัดการเรียนการสอนแบบบูรณาการไปตลอดทั้งหลักสูตร (Spiral integration) ซึ่งการจัดการเรียนการสอนในปีที่ 1-2 เป็นการเรียนการสอนพื้นฐานทางคลินิก เน้นเรื่องระบบต่างๆ ของร่างกายและทักษะพื้นฐานทางคลินิก ในปีที่ 3 ถือเป็นปีที่สำคัญ จะเป็นการบูรณาการความรู้พื้นฐานต่าง ๆ เพื่อมาใช้ทางคลินิกกับผู้ป่วย เน้นปัญหาที่พบบ่อยในเวชปฏิบัติ โดยใช้ปัญหาเป็นฐานจากสถานการณ์ผู้ป่วยสมมุติทั้งสิ้น 40 กรณีศึกษา (Scenario) และหมุนเวียนในแต่ละภาควิชาเหมือนการจัดการเรียนการสอนชั้นคลินิกของหลักสูตรแพทยศาสตรศึกษาในบ้านเราในชั้นปีที่ 4 จะเป็นปีที่นักศึกษาแพทย์เรียนเพิ่มเติมเพื่อเพิ่มประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วย การจัดประสบการณ์การเรียนรู้ค่อนข้างต่างจากบ้านเรา ดังตารางที่ 1

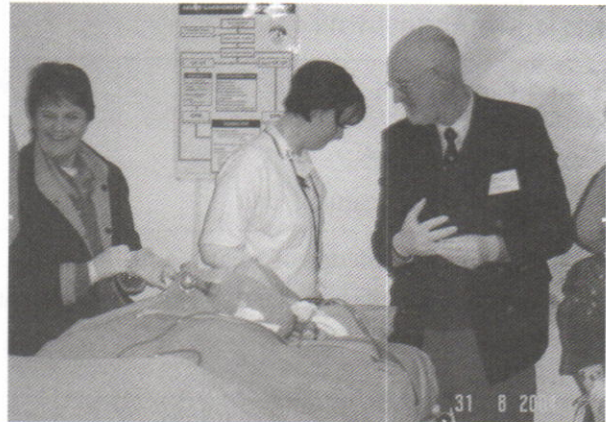
ปี ค.ศ. 1997 Flinders University ได้มีโครงการนำร่องเพื่อตอบสนองนโยบายการแก้ปัญหาการขาดแคลนแพทย์ในชนบท โดยพัฒนาหลักสูตรการจัดการ

ตารางที่ 1 หลักสูตรแพทย์ 4 ปี

Year 1 Curriculum							
Doctor & Patient Clinical skills Learning Unit							
Doctor and Knowledge of Health and Illness Human Homeostasis, Identify microbes & Defense, Cardiovascular, Respiratory, Renal system, Human life cycle [PBL]							
Doctor, Profession and Society Personal and professional development, Research electives [issues in PBL cases]							
Year 2 Curriculum							
Doctor & Patient Clinical Skills Learning Unit							
Doctor and Knowledge of Health and Illness Gastrointestinal, Endocrine and reproductive, Musculoskeletal, Brain and Behavior, Multi-system unit							
Doctor, Profession and Society Personal and Professional Development, Research electives, Public Health Care Systems, Community research methods, Occupational Health, Regional Community week							
Year 3 Curriculum: Patient based/common conditions FMC หลักสูตรปกติ							
Medicine		Pediatric		Surgery		Ob-Gyn	
GP		Liaison Psychiatry					
Year 4 Curriculum							
Doctor & Patient							
Doctor and Knowledge of Health and Illness							
Doctor, Profession and Society							
Mental 6 week	Exam	Selective				Elective 6 week	Elective 6 week
		Acute Medicine 6 week	Ambulatory Medicine 6 week	Rural Medicine 6 week	Undesignated Medicine 6 week		
In-training Assessment and centralized assessment tasks across all three themes							



ข้าพเจ้า พ.ญ.กุลนารี พ.ญ.สีขาว และทีมงาน
Flinders Rural Clinical School



Dr. David Rosenthal สาธิตการใส่ท่อช่วยหายใจ แก่ผู้สนใจ
เรียนแพทย์และพยาบาลในชุมชนในงาน information night

เรียนการสอนในชุมชน ชื่อว่า Parallel Rural Clinical Curriculum (PRCC) การเรียนการสอนหลักสูตรชุมชนนี้ จะคู่ขนานไปกับหลักสูตรปกติ ต่างกันเพียงการจัดการเรียนการสอนทางคลินิกในชั้นปีที่ 3 ในหลักสูตรปกติจะจัดการเรียนการสอนที่ Flinders Medical Center (FMC), Flinders University ซึ่งนักศึกษาแพทย์จะหมุนเวียนไปยังแต่ละภาควิชาดังนี้ อายุรศาสตร์ ศัลยศาสตร์

สูติ-นรีเวชศาสตร์ กุมารเวชศาสตร์ และเวชศาสตร์ครอบครัว โดยมีการจัดการเรียนการสอนจิตเวชศาสตร์บูรณาการไปในทุกภาควิชา แต่ในหลักสูตร PRCC จะเปลี่ยนไปใช้ฐานการจัดการเรียนการสอนที่โรงพยาบาลชุมชนแทน ซึ่งไม่มีการแบ่งภาควิชา นักศึกษาแพทย์จะได้เรียนรู้อย่างบูรณาการในสถานการณ์จริง มหาวิทยาลัยได้กำหนดให้นักศึกษาชั้นปีที่ 3 ทั้งหลัก

ตารางที่ 2 หลักสูตรการจัดการเรียนการสอนในชุมชน ในปีที่ 3

Year 3 Curriculum: Patient based/common conditions PRCC หลักสูตรชุมชน
Liaison Psychiatry
Medicine
Pediatric [Children's Health]
Surgery
Ob-Gyn [Women's Health]
General Practitioner

สูตรปกติและหลักสูตรชุมชน เรียนเนื้อหาหลักของหลักสูตร (Core curriculum) เดียวกัน โดยจะมีการบรรยายหลัก (Core lecture) และการเรียนรู้โดยใช้ปัญหาเป็นฐานจากสถานการณ์ผู้ป่วยสมมติทั้งสิ้น 40 กรณีศึกษา จะต่างกันเพียงสถานที่เรียนและวิธีการจัดการเรียนการสอนเท่านั้น ดังตารางที่ 2

ผู้เขียนได้มีโอกาสในการศึกษาดูงานและร่วมกิจกรรมในการจัดการเรียนการสอนในชุมชนดังกล่าว โดยมีรายละเอียดพอสังเขปดังนี้

ชุมชนที่เป็นฐานการจัดการเรียนการสอนนั้นมีระยะห่างจาก Flinders medical center, Flinders University (FMC) ราว 200 กิโลเมตร สภาพไม่ต่างจากภาคอีสานบ้านเรา เนื่องจากเป็นพื้นที่ ๆ แล้งที่สุดของออสเตรเลีย แต่ในช่วงฤดูใบไม้ผลิจะเห็นความเขียวชอุ่มของไร่่องุ่นตลอดทางที่ผ่าน เพราะรัฐนี้เป็นแหล่งผลิตไวน์ที่ขึ้นชื่อที่สุดของออสเตรเลีย

เมืองที่เป็นฐานการเรียนการสอนในชุมชนนี้เรียกว่า Riverland ดินแดนแห่งแม่น้ำซึ่งประกอบไปด้วยเมืองเล็ก ๆ 5 เมืองคือ Renmark, Weikeri, Bamera,

Berri และ Loxton ประชากรโดยรวมประมาณ 50,000 คน ทุกเมืองจะมีโรงพยาบาลชุมชนขนาดประมาณ 15-30 เตียงและมีโรงพยาบาลศูนย์ขนาด 45 เตียงหนึ่งแห่ง นักศึกษาแพทย์จะถูกกระจายไปอยู่ในโรงพยาบาลชุมชนของแต่ละเมือง เฉลี่ยประมาณ 2 คนต่อแห่งแต่ละปีจะมีนักศึกษาหลักสูตรชุมชนนี้ประมาณ 8-10 คน

นักศึกษาแพทย์จะใช้เวลาตลอดทั้งปีเรียนรู้ในชุมชน ในแต่ละอาทิตย์นักศึกษาแพทย์จะปฏิบัติงานที่ General practice (GP) surgery ลักษณะคล้าย ๆ ศูนย์สุขภาพชุมชน (Primary care unit: PCU) เพื่อตรวจผู้ป่วยนอก โดยนักศึกษาแพทย์แต่ละคนจะมีอาจารย์ที่ปรึกษา (GP supervisor) ที่จะดูแลและติดตามการเรียนรู้ตลอดทั้งปี ทุกเช้านักศึกษาแพทย์จะดูแลผู้ป่วยในที่โรงพยาบาลชุมชนร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษา จากนั้นจะออกตรวจผู้ป่วยนอกที่ GP Surgery โดยสัปดาห์หนึ่งจะออกตรวจประมาณ 2 วัน ในกรณีที่ผู้ป่วยจำเป็นต้องนอนโรงพยาบาล นักศึกษาแพทย์สามารถส่งการรักษาทางโปรแกรมที่ถูกออกแบบให้เชื่อมจาก GP Surgery ไปยังโรงพยาบาลชุมชนได้นอก



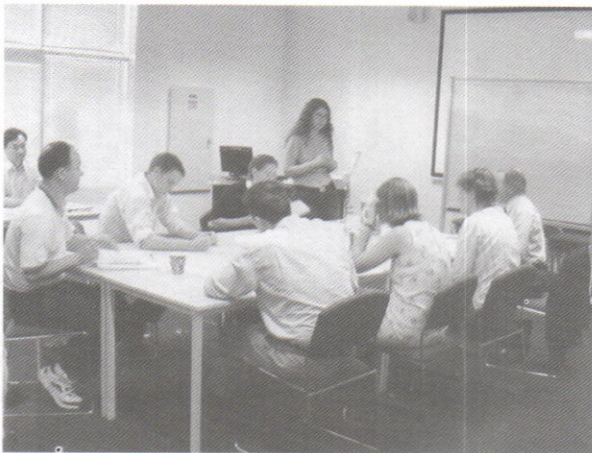
พ.ญ.กุลนารี และพ.ญ.สีชาว กับบรรยากาศการล่องเรือ



Prof. Paul Worley ถ่ายรูปร่วมกับทีมงานจากโรงพยาบาลมหาสารนครราชสีมา ขณะศึกษาดูงาน

เนื่องจากนั้นนักศึกษาแพทย์จะเรียนตามเนื้อหาหลักที่ทางมหาวิทยาลัยกำหนดไว้ตามที่กล่าวข้างต้น ทางด้านทักษะต่าง ๆ นักศึกษาแพทย์จะต้องฝึกทำหัตถการตามเกณฑ์ที่มหาวิทยาลัยกำหนด โดยมีการฝึกทั้งกับหุ่น โดยมี Skills lab ตั้งอยู่ในชุมชน และฝึกปฏิบัติกับผู้ป่วยภายใต้การกำกับของอาจารย์ที่ปรึกษา นักศึกษาแพทย์ทุกคนจะมีแฟ้มสะสมงาน (Portfolio) เพื่อให้อาจารย์ที่ปรึกษาสามารถติดตามการเรียนรู้ของนักศึกษาแพทย์ได้ ในกรณีหัตถการที่สำคัญ เช่น การผ่าตัดใหญ่ นักศึกษาแพทย์จะเรียนรู้จากแพทย์เฉพาะทางแต่ละสาขาที่ประจำอยู่ในแต่ละเมือง และในแต่ละสัปดาห์ นักศึกษาแพทย์ต้องอยู่เวรนอกเวลาประมาณ 1-2 ครั้งจากการจัดการเรียนการสอนในลักษณะนี้ นักศึกษาแพทย์มีโอกาสที่จะติดตามดูแลผู้ป่วยได้อย่างต่อเนื่อง เช่น ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เป็นต้น

ในระยะแรกของการปรับหลักสูตรมีคำถามมากมายว่า GP จะสามารถสอนนักศึกษาได้หรือไม่ มหาวิทยาลัยจึงให้ความสำคัญเรื่องการพัฒนาอาจารย์ในพื้นที่เป็นอย่างมาก อย่างไรก็ตามมหาวิทยาลัยยังมีบทบาทในการเรียนการสอนในชุมชน โดยไม่ได้ปล่อยให้บทบาทของ GP เพียงฝ่ายเดียว จึงกำหนด



น.พ. สมชาย อินทรศิริพงศ์ ขณะร่วมสังเกตการประชุมกลุ่มนักศึกษาในชั่วโมง PBL

ให้มีแพทย์เฉพาะทาง ซึ่งอาจเป็นอาจารย์แพทย์ที่ทำงานในมหาวิทยาลัยหรือแพทย์เอกชนที่สนใจการสอน ไปร่วมจัดการเรียนการสอนในชุมชน ซึ่งการออกไปสอนมักจะทำร่วมกับการให้บริการร่วมด้วยและมีการจัดประชุมวิชาการร่วมกันระหว่างแพทย์เฉพาะทางและ GP ในชุมชน แพทย์เฉพาะทางท่านหนึ่ง ๆ จะมีโอกาสไปสอนในสาขาของตนเอง เฉลี่ยประมาณ 5-6 ครั้งต่อปี ทำให้สามารถติดตามความก้าวหน้าของเด็กได้อย่างต่อเนื่อง จากการมีการจัดการเรียนการสอนในลักษณะนี้ ทำให้โดยภาพรวมของชุมชนนี้ไม่ขาดแคลนแพทย์เนื่องจากมีนักศึกษาแพทย์และ อาจารย์แพทย์มาหมุนเวียนอยู่ในชุมชนตลอดทั้งปีอย่างต่อเนื่อง อีกทั้งยังเป็นการพัฒนาทางด้านวิชาการให้กับ GP และโรงพยาบาลเป็นอย่างดี ซึ่งก็ทำให้เกิดประโยชน์ร่วมกันกับทุก ๆ ฝ่าย

ระบบสนับสนุนนักศึกษาแพทย์ในชุมชน

จากการที่มหาวิทยาลัยกำหนดให้ นักศึกษาแพทย์ทั้งในหลักสูตรปกติและหลักสูตร PRCC มีเนื้อหาหลักสูตรหลักเหมือนกัน ดังนั้นมหาวิทยาลัยจึงมีระบบการจัดการเรียนการสอนทางไกลและจัด



Computer Lab ที่ฐานการเรียนรู้ที่ชุมชน

ระบบห้องสมุดอิเล็กทรอนิกส์ที่นักศึกษาแพทย์สามารถเข้าถึงแหล่งข้อมูลต่าง ๆ ได้อย่างเท่าเทียมกัน นักศึกษาแพทย์สามารถมีวิถีทัศนัการบรรยายกลับไปดูเองได้ในห้องพักนักศึกษาแพทย์ที่จัดไว้ให้ทุกฐานการเรียนรู้ นักศึกษาแพทย์ทุกคนจะมีบ้านพักอยู่ในชุมชน ซึ่งทางมหาวิทยาลัยได้ลงทุนเช่าซื้อ เพื่อเป็นที่พักแก่นักศึกษาแพทย์และมีเครื่องอำนวยความสะดวกทุกอย่าง อาทิ เครื่องครัว เครื่องปรับอากาศ เครื่องทำความร้อน เครื่องซักผ้า ไมโครเวฟและอื่น ๆ ที่จำเป็น ในการใช้ชีวิตของนักศึกษาแพทย์ในชุมชน นักศึกษาแพทย์ที่นั่นทุกคนใช้ชีวิตอยู่ในชุมชนเสมือนเป็นส่วนหนึ่งของชุมชน ไปซื้อกับข้าว หรือ เล่นกีฬาในชุมชน ซึ่งมีความแตกต่างจากชีวิตนักศึกษาแพทย์ของเรามาก โดยเฉพาะการสนับสนุนเมื่อนักศึกษาแพทย์เราไปปฏิบัติงานที่โรงพยาบาลชุมชน ซึ่งจำกัดทั้งด้านห้องสมุด ที่พัก อาหาร การเดินทางและความสะดวกสบาย สิ่งน่าสังเกตคือ นักศึกษาแพทย์ที่นั่นขยันที่จะเรียนรู้ด้วยตัวเองตลอดและมีความรับผิดชอบต่อตนเองเป็นเยี่ยม (ผู้เขียนอาศัยอยู่ในบ้านพักที่ติดกับนักศึกษาแพทย์ เวลาเดินผ่านบ้านของนักศึกษาแพทย์ก็จะพบว่านักศึกษาแพทย์คร่ำเคร่งกับการอ่านหนังสือตลอดเวลา)



Kerri ข้าพเจ้า และ Pamela ขณะล่อง House boat ในวันหยุด ทั้งสองเป็นผู้บริหารจัดการหลักสูตร PRCC

การบริหารหลักสูตร

มหาวิทยาลัยจะมีการจัดตั้ง Flinders University Rural Clinical School เพื่อทำหน้าที่เป็นองค์กรที่ดูแลเรื่องการบริหารจัดการหลักสูตร โดยมีผู้จัดการหลักสูตร ซึ่งเรียกกันว่า PRCC program manager และมหาวิทยาลัยจะจ้าง GP 1 ท่านทำหน้าที่เป็น academic program coordinator เพื่อดูแลเฉพาะเรื่องวิชาการเท่านั้น บทบาทของ program manager และ academic coordinator ค่อนข้างมีความสำคัญมาก ถือได้ว่าเป็นกุญแจสู่ความสำเร็จของหลักสูตร จะคอยดูแลและติดตามการเรียนรู้ของนักศึกษาอย่างใกล้ชิด รวมถึงการแก้ปัญหาต่าง ๆ ของนักศึกษาแพทย์ ผู้เขียนประทับใจบทบาทของผู้จัดการหลักสูตรมาก เนื่องจากผู้เขียนศึกษาคุณงานอยู่นั้น ได้มีนักศึกษาแพทย์คนหนึ่งซึ่งคลอดบุตรได้ประมาณ 3 เดือน เกิดความเครียดในการเรียนมาก แต่ผู้จัดการหลักสูตรได้ช่วยประคับประคองให้นักศึกษาแพทย์คนนี้อย่างปลอดภัยไปได้ และเมื่อสอบสิ้นปียังสามารถทำคะแนนได้ในระดับดี

ทางด้านค่าตอบแทนการเรียนการสอน ในระยะ 2 ปีแรกของหลักสูตร PRCC ทางมหาวิทยาลัยได้จ่ายค่าตอบแทนแก่ GP supervisor ที่ร่วมสอนนักศึกษาแพทย์ในชุมชน โดยคิดตามจำนวนนักศึกษาที่ GP ดูแล



ข้าพเจ้าและครอบครัว

แต่จะกำหนดไว้ไม่เกิน 2 คนต่อปี เพื่อควบคุมคุณภาพ การเรียนการสอน หลังจากนั้นทางมหาวิทยาลัยร่วมกับรัฐบาลท้องถิ่น ผลักดันให้รัฐเป็นผู้จ่ายค่าตอบแทนแก่ GP ภายใต้อาชีพ rural incentives program

การประเมินผล

การประเมินผลการเรียนรู้นับเป็นจุดเด่นอีกประการหนึ่ง ที่ทางมหาวิทยาลัยให้ความสำคัญ โดยในระหว่างปีจะมีการประเมินความก้าวหน้าของนักศึกษาเป็นระยะ ๆ ด้วยการสอบปฏิบัติ Objective Structured Clinical Examination (OSCE) หลังสิ้นสุดการสอบ จะมีการจัดประชุมเพื่อให้อาจารย์รวมทั้งผู้ปวยได้ร่วมประเมินผล และนักศึกษาแพทย์จะได้รับใบคำตอบกลับไปแบบประเมินตนเองว่ายังมีข้อด้อยด้านใดบ้าง ซึ่งนับเป็นการประเมินความก้าวหน้าที่ดี

เมื่อสิ้นสุดปีการศึกษานักศึกษาในหลักสูตร PRCC จะไปสอบร่วมกับนักศึกษาแพทย์หลักสูตรปกติ เนื่องจากต้องผ่านกระบวนการประเมินผลที่เหมือนกัน โดยใช้ข้อสอบเดียวกันและมาตรฐานเดียวกันของมหาวิทยาลัยในรัฐออสเตรเลียได้ทั้งหมด ลักษณะจะคล้ายกับนักศึกษาแพทย์ของเรา และนักศึกษาแพทย์ของศูนย์แพทยศาสตร์ที่นครสวรรค์และนครศรีธรรมราช ที่ต้องไปสอบร่วมกับนักศึกษาแพทย์ราม

จากการประเมินผลพบว่า นักศึกษาแพทย์หลักสูตร PRCC มีคะแนนรวมสูงกว่านักศึกษาในหลักสูตรปกติ และเมื่อเรียงลำดับคะแนนร่วมกับนักศึกษาแพทย์มหาวิทยาลัยอื่นในรัฐนี้ ก็พบว่านักศึกษาแพทย์ PRCC มักจะอยู่ในลำดับต้น ๆ ของรัฐเช่นกัน

สรุป

จากการที่ผู้เขียนได้ไปศึกษาดูงานในครั้งนี้ ได้เรียนรู้ถึงการจัดการเรียนการสอนในชุมชนของที่นี่ ซึ่งมีจุดเด่นในหลาย ๆ ด้าน อาทิ

- การจัดการเรียนการสอนอย่างบูรณาการในสถานการณ์จริง
- การสนับสนุนทรัพยากรต่างๆ ให้กับชุมชน ทั้งด้านบุคลากร โดยเฉพาะ แพทย์เฉพาะทางที่สนับสนุนทั้งด้านการเรียนการสอนและบริการ การสนับสนุนนักศึกษาแพทย์ในด้านวิชาการและการใช้ชีวิตในชุมชน
- การให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการจัดการเรียนการสอน ทั้ง GP และ โรงพยาบาลชุมชน
- การสนับสนุนให้นักศึกษาได้เรียนรู้ด้วยตนเอง (Self directed learning)
- การสนับสนุนให้นักศึกษาได้เรียนรู้จากผู้ปวยอย่างต่อเนื่องตลอดปี

จากประสบการณ์ดังกล่าวทำให้ผู้เขียนได้เรียนรู้แนวทางในการแก้ปัญหาการขาดแคลนแพทย์ในชนบทของออสเตรเลีย ซึ่งมีความชัดเจนของนโยบายของรัฐบาลในการแก้ไขปัญหาและการดึงองค์กรต่างๆ เข้ามามีส่วนร่วม โดยเน้นการย้ายฐานการจัดการเรียนการสอนไปไว้ในชุมชน เพื่อเพิ่มความแข็งแกร่งของชุมชน สร้างความคุ้นเคยให้กับนักศึกษาแพทย์ในการใช้ชีวิตในชุมชน กระตุ้นให้ GP พัฒนาองค์ความรู้และทักษะในการสอน การมีส่วนร่วมของแพทย์เฉพาะทางและการใช้วิธีการจัดการเรียนการสอนที่กระตุ้นให้ผู้เรียนได้เรียนรู้ด้วยตนเองเป็นส่วนใหญ่ นับได้ว่าหลักสูตร PRCC นี้เป็น “A comprehensive model for life-long clinical education”