

บทที่ 2

วรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง (Review of Related Literatures)

ผู้วิจัยได้ศึกษาหนังสือ เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ซึ่งจะนำเสนอตามลำดับหัวข้อต่อไปนี้

1. พัฒนาการของหลักสูตรเวชศาสตร์ชุมชนของคณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
2. โครงการเวชศาสตร์ชุมชนของคณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
3. หลักสูตรเวชศาสตร์ชุมชนของคณะแพทยศาสตร์ สถาบันต่างๆ
4. แนวโน้มของสังคมกับทิศทางของแพทยศาสตรศึกษา
5. บทความและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
6. เทคนิคเดลฟาย

พัฒนาการของหลักสูตรเวชศาสตร์ชุมชน ของคณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
(Development of Community Medicine Curriculum in Faculty of Medicine, Chulalongkorn
University) (2,3,9,10)

จุดเริ่มของวิชาเวชศาสตร์ป้องกันในหลักสูตรแพทยศาสตร์ของประเทศไทย เป็นผลสืบเนื่องจากการประชุมอบรมแพทยศาสตรศึกษา ครั้งที่ 1 ในปีพ.ศ. 2499 โดยมีนายแพทย์แมนสัน มีดส์ (Dr.Manson Meads) ที่ปรึกษาทางการแพทย์จากองค์การยูซอม (USOM) ของสหรัฐอเมริกา ได้นำแนวคิดให้มีการสอนวิชาเวชศาสตร์ป้องกันขึ้นในหลักสูตร โดยเสนอให้ทุนแก่อาจารย์ในแผนกวิชาอายุรศาสตร์ 1 ทุน เพื่อไปศึกษาเพิ่มเติมในวิชาอายุรศาสตร์ เวชศาสตร์ป้องกัน และสาธารณสุขในประเทศสหรัฐอเมริกา เพื่อกลับมาตั้งแผนกวิชาเวชศาสตร์ป้องกันในคณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์เป็นแห่งแรก และจัดตั้งในคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล และคณะแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ในปีต่อไป พัฒนาการหลักสูตรเวชศาสตร์ชุมชนของคณะแพทยศาสตร์ จุฬา ฯ แบ่งเป็นระยะได้ดังนี้

ระยะที่ 1 (พ.ศ. 2490 - 2500) ในปีพ.ศ. 2490 คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ได้รับการสถาปนาขึ้นเป็นคณะแพทยศาสตร์อีกคณะหนึ่งในมหาวิทยาลัยแพทยศาสตร์ตามพระราชดำริของพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวอานันทมหิดล หลักสูตรการสอนวิชาแพทยศาสตร์ของจุฬา ฯ ในขณะนั้น โดยส่วนใหญ่คล้ายกับหลักสูตรของคณะแพทยศาสตร์ศิริราช โดยเฉพาะหลักสูตรวิชาสาธารณสุข และ

สุขวิทยา ได้จัดสอนในชั้นปีที่ 5 และ 6 โดยมีอาจารย์ในคณะ ฯ รับดำเนินการจัดโปรแกรมการสอนให้มีชั่วโมงการบรรยาย การดูงานสาธิตนอกสถานที่ในเวลาปิดภาคฤดูร้อน วิชาหลักที่สอนได้แก่ วิชาสถิติชีพ วิชาการสุขาภิบาล วิชาระบาดวิทยา และวิชาบริหารงานสาธารณสุข ซึ่งสอนโดยอาจารย์พิเศษจากกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข จากฝ่ายสาธารณสุขเทศบาลนครกรุงเทพ ฯ เกี่ยวกับงานสุขาภิบาล การจัดการบริหารสาธารณสุขที่กระทรวงสาธารณสุข การควบคุมโรคติดต่อ การประปา เรือ่น้ำ และโรงอุตสาหกรรม ระหว่างปิดภาคฤดูร้อนเป็นเวลา 2 สัปดาห์

ระยะที่ 2 (พ.ศ. 2501 - 2510) การเปลี่ยนแปลงการสอนจากวิชาสุขวิทยา และสาธารณสุข เป็นวิชาเวชศาสตร์ป้องกัน เริ่มขึ้นในปี พ.ศ. 2501 การปรับปรุงเปลี่ยนแปลงหลักสูตรเริ่มขึ้นภายหลังที่ องค์การยูเอชเอ ของสหรัฐอเมริกาได้ให้ความช่วยเหลือในการจัดตั้งหน่วยวิชาเวชศาสตร์ป้องกันในคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์โดยจัดให้ที่ปรึกษา คือ นายแพทย์เกล็น เลย์มาสเตอร์ ศาสตราจารย์ทางเวชศาสตร์ป้องกันและสาธารณสุข มาร่วมปรึกษาทบทวนหลักสูตรกับรองศาสตราจารย์นายแพทย์ศึกษา ภมรสติภัย และ ศาสตราจารย์นายแพทย์อานนท์ ปัทสุนทรสาร อาจารย์ผู้จัดสอน ตามหลักสูตรเดิมเป็นผู้จัดทำหลักสูตรใหม่ ในปี พ.ศ. 2501 - 2502 คณะผู้จัดทำหลักสูตรวิชาเวชศาสตร์ป้องกันได้พิจารณาทบทวนหลักสูตรเดิมและจัดทำรายงานเป็นข้อเสนอแนะแนวทางการสอนวิชาเวชศาสตร์ป้องกันในประเทศไทยไว้ 1 ฉบับ มีข้อสรุปและข้อเสนอแนะสำหรับการสอนวิชาเวชศาสตร์ป้องกันที่คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ มหาวิทยาลัยแพทยศาสตร์ ซึ่งจะเริ่มสอนในปีการศึกษา 2501 - 2502 ดังนี้

1. ชื่อหลักสูตรให้เปลี่ยนจากวิชาสุขวิทยา และสาธารณสุข (Hygiene and Public Health) เป็น เวชศาสตร์ป้องกัน (Preventive Medicine)

2. ให้จัดตั้งหน่วยเวชศาสตร์ป้องกันขึ้นในแผนกวิชาอายุรศาสตร์ โดยแต่งตั้งให้มีอาจารย์ 1 คน เป็นผู้รับผิดชอบจัดหลักสูตร เนื้อหา และวิธีการเรียนการสอน

3. ให้สอนวิชาเวชศาสตร์ป้องกันในชั้นปีที่ 4, 5 และ 6 โดยหน่วยวิชาเวชศาสตร์ป้องกัน

รายวิชาที่แนะนำในหลักสูตรเวชศาสตร์ป้องกัน คือ วิชาชีวสถิติ (Biostatistics), วิชาการสุขาภิบาล (Sanitation), (โดยให้ยกเลิกวิชาสุขวิทยา (Hygiene)), วิชาระบาดวิทยา (Epidemiology), บทนำวิชาสาธารณสุข (Introduction to Public Health), การสาธิตภาคสนาม (Field Demonstration), เวชศาสตร์ป้องกันคลินิก (Preventive Medicine Clinics) ในปีพ.ศ. 2505 องค์การอนามัยโลก (WHO) ได้จัดให้ที่ปรึกษาด้านสาธารณสุข 1 คน คือ Professor G.W. Gale ชาวอังกฤษ ศาสตราจารย์ทางสาธารณสุขจากมหาวิทยาลัยแมคคาเรย์ ประเทศออสเตรเลีย มาช่วยในการปรับปรุงหลักสูตรการสอนวิชาเวชศาสตร์ป้องกันแก่คณะแพทยศาสตร์ จุฬา ฯ และศิริราช ได้ข้อตกลงว่าให้มีการสอนวิชาเวชศาสตร์ป้องกัน ตั้งแต่ชั้นปีที่ 3 ถึงชั้นปีที่ 6 โดยจัดให้มีการสอนรายวิชาใหม่ขึ้นในหลักสูตรชั้นปีที่ 3 คือ วิชามนุษย์นิเวศวิทยา (Human Ecology) ซึ่งเริ่มสอนเป็นครั้งแรกในหลักสูตรวิชาเวชศาสตร์ป้องกันของคณะแพทยศาสตร์ จุฬา ฯ และได้้นำการสอนภาคปฏิบัติ ชื่อว่า การศึกษาครอบครัวและชุมชน (Family

and Community study) มาจัดการสอนภาคปฏิบัติในชั้นปีที่ 6 การสอนภาคปฏิบัติของวิชาเวชศาสตร์ป้องกัน จึงเริ่มสอนมาตั้งแต่ปี พ.ศ.2504 - 2505 โดยจัดให้นักศึกษาชั้นปีที่ 6 ที่มาปฏิบัติงานในแผนกอายุรศาสตร์ จำนวน 10 - 15 คน ออกไปศึกษาครอบครัวของประชาชนในชุมชนบริเวณซอย 11 (สยามสแควร์ในปัจจุบัน) ซึ่งใช้เป็นสนามฝึกปฏิบัติงาน ต่อมาได้เปลี่ยนสถานที่เป็นชุมชนบริเวณซอยพระเจน ลุมพินี และชุมชนบ่อนไก่ คลองเตย เป็นลำดับ ทำให้นักศึกษามีความเข้าใจถึงสาเหตุของโรคของคนไข้ที่อยู่ในชุมชน จากการได้ศึกษาสภาพความเป็นอยู่ที่แท้จริง ทำให้เข้าใจถึงระบาดวิทยาของโรคนั้นๆ และเข้าใจถึงการรักษาและป้องกันโรคได้ดีกว่าการศึกษาคนไข้ในโรงพยาบาล การศึกษาคครอบครัวและชุมชนเริ่มตั้งแต่ปี พ.ศ. 2504 - 2508 จึงเริ่มมีการปรับปรุงเกี่ยวกับสถานที่ฝึกปฏิบัติงานจากชุมชนในเมืองออกสู่ชุมชนชานเมืองและชนบทที่อำเภอบางพลี จังหวัดสมุทรปราการในปี พ.ศ. 2507 อำเภอแก่งคอย จังหวัดสระบุรีในปี พ.ศ.2514 การเปลี่ยนแปลงนี้มาจากกล่าวได้ว่าเป็นแนวทางนำไปสู่เวชศาสตร์ชุมชน หลังจากทีหน่วยวิชาเวชศาสตร์ป้องกันเป็นแขนงวิชาหนึ่งในแผนกวิชาอายุรศาสตร์ได้นาน 9 ปี มหาวิทยาลัยแพทยศาสตร์จึงได้อนุมัติให้หน่วยวิชาเวชศาสตร์ป้องกันแยกตั้งเป็นแผนกวิชาเวชศาสตร์ป้องกันและสังคมในปี พ.ศ. 2508 ตามคำแนะนำของการประชุมการอบรมศึกษาแพทยศาสตร์ ครั้งที่ 2 ในปี พ.ศ. 2507

ระยะที่ 3 (พ.ศ. 2511 - 2520) การสอนดำเนินมาโดยไม่มีการเปลี่ยนแปลงจนถึงปี พ.ศ. 2514 หลังจากที่คณะแพทยศาสตร์ จุฬาฯ ได้โอนมาเป็นคณะหนึ่งในสังกัดจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย และได้มีการปรับปรุงหลักสูตรคณะแพทยศาสตร์ ครั้งที่ 1 โดยจัดให้มีการปฏิบัติงานของนิสิตในแผนกวิชาคลินิกเพิ่มขึ้นในชั้นปีที่ 5 และ 6 และจัดให้นิสิตแบ่งกลุ่มมาปฏิบัติงานโดยไม่มีการบรรยาย แผนกวิชาเวชศาสตร์ป้องกันและสังคม จึงได้ปรับปรุงการสอนทั้งภาคบรรยายและปฏิบัติตั้งแต่ชั้นปีที่ 3 ถึง ปีที่ 6 ให้เหมาะสมและสอดคล้องกับหลักสูตรของคณะโดยการสอนภาคปฏิบัติในระยะหลังจากที่มีการเปลี่ยนแปลงการสอนแบบเป็นกลุ่ม (Block) ในชั้นปีที่ 6 เป็นโปรแกรมการสอน 3 สัปดาห์ สัปดาห์ที่ 1 และ 2 จัดสอนที่คณะเป็นการอภิปราย และการสอนเวชศาสตร์ป้องกันคลินิก การดูงานสาธารณสุข การให้บริการอนามัยชุมชนในเขตเมือง และออกฝึกปฏิบัติงานที่สถานีอนามัยอำเภอในชนบทเป็นเวลา 1 สัปดาห์ สถานที่ฝึกปฏิบัติงาน แต่เดิมเป็น อำเภอบางพลี จังหวัดสมุทรปราการ และอำเภอแก่งคอย จังหวัดสระบุรี ต่อมาเปลี่ยนเป็นโรงพยาบาลอำเภอในจังหวัดชลบุรี จากการฝึกปฏิบัตินี้นักศึกษาได้ศึกษาชนบท ได้เรียนรู้ระบบการบริหารงานของสถานีอนามัย พร้อมกับการปฏิบัติงานในชุมชน

ในปี พ.ศ. 2517 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ได้อนุมัติให้มีโครงการนำร่อง (Pilot project) ชื่อโครงการพัฒนาบริการอนามัยชุมชนและการศึกษาของบุคลากรฝ่ายการแพทย์และอนามัย เป็นโครงการที่มุ่งพัฒนาระบบการศึกษาอบรมบุคลากรแบบสหสาขาวิชา (Multi - disciplinary) สำหรับวิชาการแพทย์และอนามัย กับสาขาวิชาอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง ให้อาจารย์และนิสิตมีประสบการณ์ด้านการจัดหลักสูตร การเรียนการสอนในระบบบริการอนามัยชุมชน วิจัยค้นคว้าสาขาวิชาต่าง ๆ เพื่อพัฒนาชุมชน

และสร้างหลักสูตรเพื่อผลิตบุคลากรฝ่ายการแพทย์และอนามัย ทางแผนกวิชาเวชศาสตร์ป้องกันได้มีส่วนในการจัดบริหารโครงการ ซึ่งทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในการสอนวิชาเวชศาสตร์ป้องกันเป็นอย่างมาก โดยเฉพาะภาคปฏิบัติในชั้น ปีที่ 6 ตามนโยบายของโครงการ ได้จัดโปรแกรมการสอนเวชศาสตร์ชุมชน 1, 2 สำหรับสอนนิสิตแพทย์และนิสิตคณะอื่น ๆ ในชั้นปีที่ 3 และ 4 ตามลำดับเป็นการสำรวจปัญหาอนามัยชุมชน วิเคราะห์และวินิจฉัยปัญหาอนามัยชุมชน สำหรับโปรแกรมเวชศาสตร์ชุมชน 3 สำหรับนิสิตแพทย์ชั้นปีที่ 5 เพียงคณะเดียว เป็นการแก้ไขปัญหาอนามัยชุมชน จากโปรแกรมดังกล่าวสามารถนำมาจัดเป็นหลักสูตรวิชาเวชศาสตร์ชุมชน I และ II สำหรับนิสิตแพทย์ชั้นปีที่ 4 และ 5 ในหลักสูตรคณะแพทยศาสตร์ ตั้งแต่ปีการศึกษา 2521 เป็นต้นมา

ระยะที่ 4 (พ.ศ. 2521 - 2526) คณะแพทยศาสตร์ได้จัดตั้งโครงการเวชศาสตร์ชุมชนและคณะกรรมการบริหารโครงการ ฯ ชุดแรกเมื่อปีการศึกษา 2519 เพื่อดำเนินการตามการเรียนการสอนโปรแกรมเวชศาสตร์ชุมชน I และ II และผลสืบเนื่องจากการประชุมอบรมศึกษาแพทยศาสตร์ของไทย ครั้งที่ 3 และ 4 ในปี พ.ศ. 2514 และ 2522 ตามลำดับ ซึ่งเสนอแนะว่า ควรมีการปรับปรุงหลักสูตรให้เน้นหนักไปในด้านชุมชน มีความรับผิดชอบต่อสังคมและชุมชน การปรับปรุงหลักสูตรส่วนใหญ่จะเน้นในการเพิ่มเวลาและเนื้อหาของโปรแกรมให้มากขึ้น สำหรับโปรแกรมเวชศาสตร์ชุมชน I ใช้เวลาการเรียนการสอน 1 สัปดาห์ตลอดมา โดยเรียนที่คณะ ฯ 4 วัน และเรียนภาคสนามในชุมชนชนบท 3 วัน ระยะเวลาเปลี่ยนแปลงจากเดือนเมษายนเป็นเดือนพฤษภาคม เมื่อโปรแกรมนี้ได้จัดไว้ในหลักสูตรเป็นวิชาบังคับ ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2525 เป็นต้นมา ส่วนสถานที่ฝึกปฏิบัติงานในปีแรกใช้สถานที่หมู่บ้านของอำเภอแก่งคอย จังหวัดสระบุรี ต่อมาเปลี่ยนเป็นหมู่บ้านของอำเภอนนทบุรี จังหวัดนนทบุรี และเปลี่ยนเป็นหมู่บ้านในอำเภอต่าง ๆ ของจังหวัดชลบุรี จนถึงปัจจุบัน สำหรับโปรแกรมเวชศาสตร์ชุมชน II มีการปรับปรุงให้เพิ่มชั่วโมงการปฏิบัติงาน จากเดิม 3 สัปดาห์ เป็น 4 และ 6 สัปดาห์ตามลำดับ

ในปี พ.ศ. 2525 - 2526 การสอนวิชาเวชศาสตร์ป้องกันได้พัฒนาถึงการสอนหลังปริญญา มีการจัดประชุมเชิงปฏิบัติการระดับวิทยาประยุกต์ และกระบวนการวิจัยชุมชนให้แก่อาจารย์และนักวิจัยในคณะแพทยศาสตร์ การสอนวิชาเวชศาสตร์ชุมชนในหลักสูตรการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านเวชปฏิบัติทั่วไป จัดหลักสูตรแพทย์ประจำบ้าน สาขาเวชศาสตร์ป้องกันคลินิกและระบาดวิทยา

ระยะที่ 5 (พ.ศ. 2527 - ปัจจุบัน) ช่วงแรกเป็นการจัดโปรแกรมเวชศาสตร์ชุมชน III สำหรับนิสิตแพทย์ชั้นปีที่ 6 และมีการพัฒนาปรับปรุงตลอดมาจนถึงปัจจุบัน คือโปรแกรมเวชศาสตร์ชุมชน 1 สำหรับนิสิตแพทย์ชั้นปีที่ 4 โปรแกรมเวชศาสตร์ชุมชน 2 สำหรับนิสิตแพทย์ชั้นปีที่ 5 และโปรแกรมเวชศาสตร์ชุมชน 3 สำหรับนิสิตแพทย์ชั้นปีที่ 6 และเริ่มรับนิสิตปริญญาโทรุ่นแรก ในหลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาเวชศาสตร์ชุมชน จำนวน 10 คน ในปี พ.ศ. 2532 เป็นต้นมา

โครงการเวชศาสตร์ชุมชนของคณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

โครงการเวชศาสตร์ชุมชน จัดโดยคณะกรรมการศึกษาเวชศาสตร์ชุมชนของคณะแพทยศาสตร์ เป็นโครงการการศึกษาของคณะแพทยศาสตร์ ซึ่งจัดเป็นโครงการการศึกษาทดลองครั้งแรกในปี พ.ศ. 2519 และ 2520 โดยเป็นส่วนหนึ่งของโครงการพัฒนาระบบบริการอนามัยชุมชน และการศึกษาของบุคลากร ฝ่ายการแพทย์และอนามัย ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย มีอาจารย์จากภาควิชาต่าง ๆ ให้ความสนใจ และร่วมมือเป็นวิทยากรช่วยสอน

โครงการเวชศาสตร์ชุมชน มีจุดมุ่งหมายให้นักศึกษาสามารถออกไปปฏิบัติงานรับผิดชอบต่อ อนามัย ชุมชนในชนบทได้เมื่อจบเป็นแพทย์แล้ว โดยรู้และเข้าใจเกี่ยวกับบริการอนามัยผสมผสาน สามารถคิดแก้ปัญหาอนามัยชุมชนได้ โดยวิธี Problem Solving Approach และสามารถทำการสำรวจ วินิจฉัย อนามัยของชุมชน ตลอดจนสามารถวางแผน และให้การแก้ไขปัญหอนามัยชุมชนได้ในรูป ของทีมบุคลากรสาธารณสุข เพื่อให้บุคคล ครอบครัว และชุมชนนั้น มีความสมบูรณ์ทั้งทางร่างกาย จิตใจ และสังคม โดยจัดการเรียนการสอนเป็น 3 โครงการ ต่อเนื่องกันดังนี้

1. โครงการเวชศาสตร์ชุมชน 1 การสำรวจวินิจฉัยปัญหาอนามัยชุมชน จัดสำหรับนิสิตแพทย์ ชั้นปีที่ 4
2. โครงการเวชศาสตร์ชุมชน 2 การสำรวจ การวินิจฉัย และการแก้ไขปัญหอนามัยชุมชน จัดสำหรับนิสิตแพทย์ชั้นปีที่ 5
3. โครงการเวชศาสตร์ชุมชน 3 การบริหารงานโรงพยาบาลชุมชน สำหรับนิสิตแพทย์ชั้นปีที่ 6

โครงการเวชศาสตร์ชุมชน 1

วัตถุประสงค์

1. ด้านความรู้ เพื่อให้บัณฑิตสามารถ
 - 1.1 บอกคำจำกัดความของเวชศาสตร์ชุมชน ขอบข่ายวิชาเวชศาสตร์ชุมชน และแขนงวิชาต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง กับเวชศาสตร์ชุมชน
 - 1.2 อธิบายระบบการให้บริการอนามัยพื้นฐานระดับอำเภอ และหลักการสาธารณสุขมูลฐานปัญหาและสาเหตุของปัญหอนามัยชุมชน วิธีและขั้นตอนในการศึกษาอนามัยชุมชน บทบาทของเวชศาสตร์ชุมชนในการแก้ไขปัญหอนามัยชุมชน
 - 1.3 อธิบายหลักและวิธีออกแบบสัมภาษณ์ในเรื่องที่ได้รับมอบหมาย
 - 1.4 ทราบเทคนิคการสัมภาษณ์ชาวบ้าน เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ต้องการ
 - 1.5 อธิบายหลักการวิเคราะห์ข้อมูล และสรุปผลที่ดีต่อเวชศาสตร์ชุมชน

2. ด้านการปฏิบัติ เพื่อให้นิสิตสามารถสำรวจและวินิจฉัยปัญหาอนามัยชุมชนได้
3. ด้านเจตคติ มีเจตคติที่ดีต่อเวชศาสตร์ชุมชน โดยยอมรับว่าหลักการของเวชศาสตร์ชุมชนจะช่วยแก้ปัญหาอนามัยชุมชนได้ และเห็นความสำคัญของการแก้ปัญหาอนามัยชุมชน ซึ่งเป็นหัวใจสำคัญของการให้บริการอนามัย

เนื้อหา

1. เวชศาสตร์ชุมชนกับการพัฒนาชนบท
2. การสำรวจอนามัยชุมชน
3. หลักและวิธีการออกแบบสอบถาม
4. การพิจารณาสร้างแบบสอบถาม
5. การทดสอบและการแก้ไขแบบสอบถาม
6. การนำเสนอแบบสอบถามที่แก้ไขแล้ว
7. เทคนิคการสัมภาษณ์ และเทคนิคการนำเสนอข้อมูล
8. การดำเนินการสำรวจอนามัยชุมชน
9. การวินิจฉัยอนามัยชุมชน
10. การวิเคราะห์ข้อมูล และการสร้างตารางวิเคราะห์ข้อมูล
11. การนำเสนอข้อมูล และการวินิจฉัยชุมชน

ประสบการณ์การเรียนการสอน

1. การบรรยาย อภิปราย และประชุมเชิงปฏิบัติการ ที่คณะแพทยศาสตร์ รวม 4 วัน
2. การฝึกปฏิบัติการภาคสนามที่จังหวัดชลบุรี แต่เดิมออกปฏิบัติการภาคสนาม จำนวน 3 วัน 2 คืน ต่อมาในปี พ.ศ. 2534 จนถึงปัจจุบัน ออกปฏิบัติการภาคสนาม 1 วัน (ไปเช้า - เย็นกลับ) เป็นการออกฝึกการสำรวจอนามัยชุมชนในห้องที่
 - 2.1 ออกสำรวจชุมชนในเขตจังหวัดชลบุรี
 - 2.2 วิเคราะห์ข้อมูลที่ได้จากการสำรวจ
 - 2.3 นำเสนอข้อมูลที่ได้จากการสำรวจ
 - 2.4 จัดลำดับความสำคัญของปัญหาที่ได้จากการสำรวจ
 - 2.5 สรุปและเขียนรายงาน

การประเมินผล

1. ประเมินภาคทฤษฎีและปฏิบัติ ตลอดจนติดตามความก้าวหน้าของนิสิตทุกคนอย่างใกล้ชิด โดยการสอบข้อเขียน (Multiple Choice Examination) ผลการประเมินใช้ Satisfied (S) และ Unsatisfied (U) และตอบแบบประเมินผลสอบถามในด้านความเหมาะสมของเนื้อหาที่เรียน รูปแบบการเรียนการสอน และความรู้ที่ได้รับเพิ่มในหัวข้อต่าง ๆ ที่มีการเรียนการสอน และมีส่วนร่วมในการทำงาน โดยคะแนนที่ประเมินความเหมาะสม ตั้งแต่ 1 - 5 (1 = น้อยที่สุด, 2 = น้อย, 3 = ปานกลาง, 4 = มาก และ 5 = มากที่สุด)

2. ประเมินผลการสอนจากข้อคิดเห็นของนิสิตในการศึกษาและปฏิบัติงาน โดยให้นิสิตทุกคนแสดงความคิดเห็นลงในแบบสอบถาม และการจัดสัมมนาในวันสุดท้ายของการศึกษาและปฏิบัติงาน

3. จัดสัมมนาระหว่างคณะกรรมการของโครงการ วิทยากรและเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง เพื่อสรุปผลและประเมินผลการดำเนินงานของโครงการ

โครงการเวชศาสตร์ชุมชน 2

วัตถุประสงค์

1. รู้และเข้าใจการสำรวจ วินิจฉัย และวางแผนแก้ไขปัญหอนามัยของชุมชน
2. ได้มีโอกาสฝึกปฏิบัติงานอนามัยพื้นฐานที่โรงพยาบาลชุมชน
3. รู้และเข้าใจเกี่ยวกับการบริหารงานของโรงพยาบาลชุมชน ตลอดจนการทำงานร่วมกันของทีมบุคลากรทางการแพทย์และอนามัย
4. ได้มีโอกาสฝึกให้สุขศึกษาแก่ครอบครัว ชุมชน และกรรมการชุมชน
5. ได้มีโอกาสรู้งานวิจัยปัญหอนามัยชุมชนร่วมกับอาจารย์ และได้มีส่วนร่วมในการพัฒนาอนามัยของชุมชน
6. รู้หลักและวิธีการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานได้ถูกต้อง
7. บอกปัญหาสาธารณสุข และระบบการให้บริการสาธารณสุขในเขตกรุงเทพมหานครได้ถูกต้อง
8. รู้จักระบาดวิทยาและวิธีการป้องกัน และควบคุมโรคติดต่อและโรคไร้เชื้อที่สำคัญของประเทศได้
9. รู้จักปัญหาและแนวทางแก้ไขเกี่ยวกับงานอาชีวอนามัยได้

เนื้อหาและประสบการณ์การเรียนการสอน

1. การอภิปรายกลุ่มตามหัวข้อที่อาจารย์กำหนดเกี่ยวกับ Preventive Medicine
2. การศึกษาดูงานตามศูนย์บริการสาธารณสุขในเขตกรุงเทพมหานคร

3. ออกปฏิบัติงานภาคสนาม รวม 3 สัปดาห์ พักที่โรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดชลบุรี
 - 3.1 นิสิตจัดลำดับความสำคัญของปัญหาในชุมชนที่จะศึกษา (ชุมชนในเขตจังหวัดชลบุรี)
 - 3.2 เลือกศึกษาปัญหาอนามัยชุมชน เพื่อค้นหาองค์ประกอบที่ทำให้เกิดปัญหา วิเคราะห์ข้อมูล วางแผนแก้ไข ดำเนินการแก้ไขปัญหา และประเมินผล
 - 3.3 เรียนรู้ระบบงานบริหารงานสาธารณสุขในส่วนภูมิภาค จังหวัดชลบุรี
 - 3.3.1 โรงพยาบาลชุมชนขนาด 10 , 30 และ 90 เตียง
 - 3.3.2 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด
 - 3.3.3 ศูนย์ฝึกอบรมสาธารณสุขมูลฐานภาคกลาง
 - 3.3.4 ศูนย์ส่งเสริมสุขภาพเขต
 - 3.3.5 ศูนย์ควบคุมโรคติดต่อเขต

การประเมินผล

1. การอภิปรายกลุ่ม การนำเสนอ และจัดทำรายงาน
2. การทำข้อสอบ Multiple Choice Examination
3. กิจกรรมที่ใช้ในการแก้ไขปัญหอนามัยชุมชน
4. ผลการประเมิน ใช้ตัดเกรด
5. นิสิตเสนอความคิดเห็นและข้อเสนอแนะต่อโครงการ

โครงการเวชศาสตร์ชุมชน 3

วัตถุประสงค์

เพื่อผลิตบัณฑิตแพทย์ให้มีความรู้และประสบการณ์ในการบริหารงานโรงพยาบาลชุมชนตามเกณฑ์มาตรฐานผู้ประกอบการวิชาชีพเวชกรรมของแพทยสภา โดยเน้นคุณลักษณะของบัณฑิตแพทย์เป็นนักบริหาร นักบริหาร เป็นครู เป็นผู้สนับสนุนงานสาธารณสุขมูลฐาน งานพัฒนาชุมชน งานพัฒนาคุณภาพชีวิต และนักวิจัย โดยมีความรู้ความสามารถ ดังนี้

1. สามารถระบุงานบริหารที่สำคัญในระบบการให้บริการสาธารณสุขส่วนภูมิภาคทุกระดับ ตลอดจนแนวทางการใช้ทรัพยากรในระดับจังหวัด อำเภอ และท้องถิ่น ให้เป็นประโยชน์สูงสุดต่อชุมชนอย่างประหยัดและมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล
2. สามารถระบุหลักและวิธีบริหารงานทั่วไป และการบริหารงานบุคคลในฐานะผู้นำทีมบุคลากรอนามัย และอาสาสมัครในท้องถิ่นที่รับผิดชอบได้อย่างเหมาะสม
3. ฝึกปฏิบัติงานช่วยผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชนในการบริหารงาน การบริหารผู้ป่วยทั่วไปและฉุกเฉิน ตลอดจนการส่งต่อผู้ป่วยหนัก การฝึกอบรมบุคลากร การแก้ไขปัญหาอนามัยชุมชน การวิเคราะห์และควบคุมคุณภาพงาน และการประเมินผล

เนื้อหาวิชาและประสบการณ์การเรียนการสอน

เป็นการเรียนรู้และฝึกปฏิบัติงานบริหารเบื้องต้น ในโรงพยาบาลชุมชนของจังหวัดชลบุรี ปราจีนบุรี สระบุรี ลพบุรี บุรีรัมย์ และประจวบคีรีขันธ์ (แห่งใดแห่งหนึ่ง) รวม 4 สัปดาห์ รุ่นละ 12 แห่ง จำนวนปีละ 4 รุ่น ดังนี้

1. ฝึกปฏิบัติงานการบริหารโรงพยาบาลชุมชนร่วมกับผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชนนั้น
2. เรียนรู้การบริหารโครงการ โดยจัดทำโครงการขนาดเล็กที่สามารถดำเนินการได้ครบขั้นตอนการบริหาร (Planning, Organizing, Directing, Controlling) ร่วมกับบุคลากรของโรงพยาบาล
3. ฝึกปฏิบัติงานให้บริการในโรงพยาบาลชุมชน
4. ฝึกปฏิบัติงานตามที่คุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชนมอบหมาย

การประเมินผล

1. Pre test และ Post test เกี่ยวกับการบริหารงาน ลักษณะผู้นำ ฯลฯ
2. อาจารย์ที่เล็งมีส่วนร่วมในการประเมินผล โดยประเมินตามแบบฟอร์มที่ทางภาควิชา กำหนด
3. การนำเสนอและจัดทำรายงานโครงการ
4. ผลการประเมิน ใช้ Satisfied (S) และ Unsatisfied (U)
5. นิสิตเสนอความคิดเห็น ปัญหาและข้อเสนอแนะต่อโครงการ

หลักสูตรเวชศาสตร์ชุมชนของคณะแพทยศาสตร์ สถาบันต่าง ๆ ⁽¹¹⁻²⁰⁾

จากการวิเคราะห์เอกสารหลักสูตรวิชาเวชศาสตร์ชุมชน คณะแพทยศาสตร์ 9 แห่ง คือ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ศิริราชพยาบาล โรงพยาบาลรามธิบดี มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ และมหาวิทยาลัยรังสิต พบว่า

1. ปริมาณหน่วยกิตและการกระจาย ปริมาณหน่วยกิตของวิชาเวชศาสตร์ชุมชน มีหน่วยกิตอยู่ในช่วงร้อยละ 5.70 - 10.64 ของหน่วยกิตทั้งหมด คือ จุฬาฯ 6.46 % ศิริราช 5.70 % รามา 5.70 % เชียงใหม่ 5.59 % สงขลา 6.85 % ขอนแก่น 6.38 % ธรรมศาสตร์ 10.64 % มศว. 6.32 % และรังสิต 6.34 % ลักษณะการกระจายหน่วยกิต จะเริ่มจากปีที่ 2 หรือ 3 จนจบหลักสูตรแพทยศาสตรบัณฑิต ยกเว้นมหาวิทยาลัยขอนแก่น เริ่มเรียนตั้งแต่ปีที่ 1 ถึง 5

2. วัตถุประสงค์การศึกษา คณะแพทยศาสตร์ทุกสถาบันมีวัตถุประสงค์หลักคล้ายกัน โดยยึดหลักเกณฑ์มาตรฐานของแพทยสภา แต่ละหลักสูตรมีการเน้นแตกต่างกันไปบ้าง เช่น ขอนแก่นเน้นชุมชนและการเรียนผสมผสาน ธรรมศาสตร์เน้นการเรียนการสอนโดยใช้ปัญหาเป็นแกน ชุมชนเป็นฐาน

3. เนื้อหาวิชาเวชศาสตร์ชุมชน ทุกสถาบันมีเนื้อหาครอบคลุมในเรื่องการบริหารงาน สาธารณสุข การฝึกอบรม การสนับสนุนงาน primary health care การบริการงานสาธารณสุข

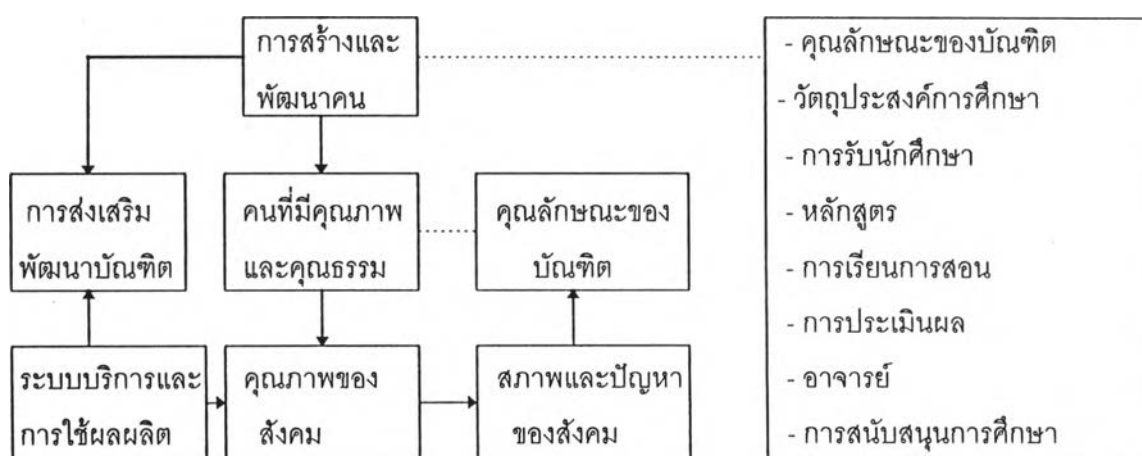
4. วิธีการจัดประสบการณ์การเรียนรู้ มีการจัดการเรียนการสอน ทั้งภาคทฤษฎีและปฏิบัติ และสถานที่ฝึกอบรมนั้นมีทั้งในโรงเรียนแพทย์ และสถานบริการสาธารณสุขในระดับต่าง ๆ ตั้งแต่ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน ชุมชนในเมือง จนถึงระดับหมู่บ้านในชนบท

5. การประเมินผลในวิชาเวชศาสตร์ชุมชน ใช้เกณฑ์ประเมินผลเป็นรายวิชา ตัดสินให้เป็นเกรด วิธีการประเมินใช้สอบข้อเขียน สัมภาษณ์ สังเกต และประเมินผลงาน การปฏิบัติงาน โดยกลุ่มกันเอง หรืออาจารย์ หรือให้ผู้เรียนกรอกแบบสอบถาม

แนวโน้มของสังคมกับทิศทางของแพทยศาสตรศึกษา

การศึกษาเป็นกระบวนการสร้างและพัฒนาคน เพื่อให้ได้คนที่มีคุณภาพและคุณธรรมซึ่งจะส่งผลถึงคุณภาพของสังคมโดยรวมในที่สุด ดังนั้นการปรับปรุงพัฒนาการจัดการศึกษา จึงควรพิจารณาประเด็นและปัจจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการนี้ให้ครบถ้วนและสอดคล้องสัมพันธ์กัน ดังแผนภูมิที่ 1

แผนภูมิที่ 1 แสดงความสัมพันธ์ของการจัดการศึกษากับคุณภาพของสังคมและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง



ที่มา : ข้อเสนอแนะจากการประชุมแพทยศาสตรศึกษาแห่งชาติ ครั้งที่ 6 วันที่ 18 - 19 พฤศจิกายน

จากแผนภูมิจะเห็นได้ว่า ถ้าจะพัฒนาการจัดการศึกษาหรือกระบวนการสร้างและพัฒนาคนให้เกิดประโยชน์สูงสุดแก่สังคม ควรเริ่มต้นด้วยการพิจารณาว่าสังคมในปัจจุบันและแนวโน้มในอนาคต จะมีสภาพการณ์และปัญหาอย่างไร และต้องการให้คนของสังคมมีคุณธรรมหรือมีคุณสมบัติอย่างไร คุณสมบัติอันพึงประสงค์นี้จะช่วยชี้แนะว่าควรปรับปรุงพัฒนาการจัดการศึกษาไปในทิศทางใด นอกจากนี้ยังต้องพิจารณาให้ครอบคลุมถึงระบบการใช้ ส่งเสริม และพัฒนาคนซึ่งเป็นผลผลิตของระบบการศึกษาด้วย เพื่อให้สามารถให้บริการและรับใช้สังคมได้อย่างมีประสิทธิภาพ⁽²⁾

เมื่อวิเคราะห์สภาพสังคมทั่วไป ทั้งในอดีต ปัจจุบัน และแนวโน้มในอนาคต อาจสรุปได้ว่าการเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจ สังคม แนวทางการดำรงชีวิต พฤติกรรมสุขภาพ ลักษณะประชากรของประเทศจะส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงที่สำคัญทางการแพทย์และสาธารณสุขของประเทศหลายประการ ได้แก่⁽¹⁾

สภาวะสุขภาพอนามัยของประชาชนไทย

จากการวิเคราะห์สภาวะสุขภาพและพยากรณ์แนวโน้มสุขภาพในภาพรวม ได้แสดงให้เห็นว่าทั้งมิติทางกาย มิติทางใจ และมิติทางสังคม ได้เปลี่ยนแปลงไปดังจะเห็นได้จาก

1. **ปัญหาสุขภาพที่มีแนวโน้มดีขึ้น** ดังจะเห็นได้จากในภาพรวม ประชาชนมีแนวโน้มสุขภาพกายดีขึ้น โดยพิจารณาจาก อายุค่าเฉลี่ยของประชาชนเมื่อแรกเกิดที่สูงขึ้น อัตราทารกตายและอัตราการตาย ปัญหาทุพโภชนาการโดยเฉพาะคือ การขาดสารอาหารต่าง ๆ ปัญหาโรคติดเชื้อที่สามารถป้องกันได้ด้วยวัคซีน ปัญหาโรคที่เกี่ยวข้องกับอนามัยแม่และเด็ก ปัญหาสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับการขาดบริการพื้นฐาน และปัญหาโรคพยาธิต่าง ๆ ที่เกี่ยวกับการสุขาภิบาล สภาพปัญหาดังที่กล่าวมาแล้วมีแนวโน้มลดลง

2. **ปัญหาสุขภาพที่มีแนวโน้มคงเดิม** ได้แก่ โรคติดเชื้อต่าง ๆ ที่ยังไม่มียาวัคซีน เช่น ไข้เลือดออก โรคติดเชื้อที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมบริโภคและการสุขาภิบาล เช่น อุจจาระร่วง

3. **ปัญหาสุขภาพที่มีแนวโน้มสูงขึ้น** ได้แก่

3.1 **โรคติดเชื้อหรือโรคติดต่อ** ได้แก่ โรคเอดส์ โรคติดเชื้อที่เกิดจากเชื้อโรคดื้อยา ปัญหาสุขภาพที่เคยลดลงและกำลังมีแนวโน้มสูงขึ้นอีก เช่น ปัญหาวัณโรค โรคเท้าช้างที่มากับแรงงานข้ามชาติจากประเทศพม่า

3.2 **โรคไร้เชื้อหรือโรคไม่ติดต่อ** ที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรม ได้แก่ ความเครียด การขาดการออกกำลังกาย การบริโภคอาหารเกิน การบริโภคยาและการใช้เทคโนโลยีที่ไม่เหมาะสม การอยู่ในสภาพแวดล้อมทางกายภาพที่เสื่อมโทรม การสูบบุหรี่ ได้ก่อให้เกิดโรคหัวใจขาดเลือด โรคความดันโลหิตสูง

โรคหลอดเลือดในสมอง โรคมะเร็งชนิดต่าง ๆ และปัญหายาเสพติด โรคที่เกี่ยวข้องกับอุบัติเหตุ ยานพาหนะ และการจมน้ำ โรคที่เกี่ยวข้องกับการประกอบอาชีพและการอุตสาหกรรม เช่น การได้รับพิษจาก สารเคมีและฝุ่นหิน ฝุ่นฝ้าย อุบัติเหตุที่เกี่ยวข้องกับเครื่องจักรกล พิษภัยจากสารเคมีการเกษตร

3.3 ปัญหาทางสุขภาพจิตมีแนวโน้มเลวลง โดยประเมินจากอัตราฆ่าตัวตาย และฆ่าตัว ตายที่สูงขึ้น พบว่า พ.ศ. 2535 อัตราการฆ่าตัวตายเท่ากับ 6.3 คน ต่อประชากรแสนคน ในปี พ.ศ. 2536 เพิ่มขึ้นเท่ากับ 6.7 ต่อประชากรแสนคน ภาคที่มีการฆ่าตัวตายมากที่สุด คือภาคเหนือ และน้อยที่สุด คือ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ อัตราการใช้ยาเสพติด ยาแก้ปวดและยาโรคกระเพาะซึ่ง เกี่ยวข้องกับสุขภาพจิตมีปริมาณมากขึ้นทางด้านสังคม จากสภาพการกระจายรายได้ที่มีช่องว่างมากขึ้น อัตราการหย่าร้างที่สูงขึ้น การล่มสลายของครอบครัวในชนบทและแนวโน้มของปัญหาสังคมต่าง ๆ ที่เพิ่ม มากขึ้น

ปัญหาของระบบบริการสาธารณสุขในปัจจุบันและแนวโน้มในอนาคต

1. ความไม่เท่าเทียมกันในการกระจายทรัพยากรและบริการสุขภาพ

กลุ่มคนด้อยโอกาสในสังคม ทั้งในเมืองและชนบทเป็นกลุ่มที่มีปัญหาสุขภาพมากที่สุด แต่ กลับได้รับบริการสุขภาพที่เหมาะสมน้อยที่สุด แม้ความครอบคลุมหลักประกันสุขภาพจะมากขึ้น แต่ยังไม่สามารถครอบคลุมผู้ด้อยโอกาสในชนบท และในเมืองบางส่วนได้ครบถ้วนทั้งหมด แนวโน้มความไม่ เท่าเทียมกันนี้จะรุนแรงขึ้นตามลักษณะความไม่เท่าเทียมในการกระจายความมั่งคั่งทางเศรษฐกิจ และความเจริญทางสังคม

2. คุณภาพและประสิทธิภาพของบริการ

ระบบสาธารณสุขมุ่งเน้นการบริการรักษาพยาบาล โดยให้ความสำคัญไม่มากเพียงพอแก่ การส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค โดยเฉพาะบริการฟื้นฟูสภาพเริ่มจะให้ความสำคัญหลังจากมี พ.ร.บ. ฟื้นฟูสมรรถภาพผู้พิการ ระบบบริการสาธารณสุข มีแนวโน้มไปสู่อบริการเฉพาะทางโดยใช้กำลังคนระดับ สูง และเทคโนโลยีใหม่ราคาแพง ซึ่งมีการใช้อย่างไม่สมเหตุผล ยังไม่มีระบบที่ได้ผลในการประเมินและกำกับ คุณภาพมาตรฐานสถานพยาบาลทั้งภาครัฐและเอกชน กฎหมาย พ.ร.บ. สถานพยาบาลใช้มากกว่า 30 ปี แล้วยังไม่ได้รับการแก้ไขให้ทันสมัยสอดคล้องกับการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วของความต้องการบริการ ของประชาชน และการเติบโตของสถานพยาบาลภาคเอกชน มีแนวโน้มชัดเจนที่สังคมและประชาชน สนใจและเรียกร้องในเรื่องคุณภาพบริการ และราคาค่าบริการมากขึ้น ดังนั้นระบบการตรวจสอบและ กำกับและการรับรองมาตรฐานน่าจะเกิดขึ้นในอนาคต

3. ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ

ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพมีการเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว โดยเฉพาะค่าใช้จ่ายในการรับบริการจากภาคเอกชน ค่าใช้จ่ายของสวัสดิการรักษายาบาลของข้าราชการ และลูกจ้าง ค่าใช้จ่ายสำหรับยาและเทคโนโลยีระดับสูง กลไกมาตรการควบคุมและกำกับทิศทางค่าใช้จ่ายสำหรับยาและเทคโนโลยีระดับสูง กลไกมาตรการควบคุมและกำกับทิศทางค่าใช้จ่ายดังกล่าวยังไม่มีการพัฒนาขึ้นมาอย่างเป็นระบบและสมบูรณ์

วิทยาการและเทคโนโลยี

ปัจจุบันเทคโนโลยีชีวภาพได้มีการพัฒนาก้าวหน้าไปอย่างรวดเร็ว ทำให้เกิดวัคซีนและยาใหม่ ๆ ตลอดจนวิธีตรวจรักษาโรคแบบใหม่ที่ใช้กับโรคยาก ๆ เช่น โรคมะเร็ง โรคเอดส์ ส่วนความก้าวหน้าด้านอิเล็กทรอนิกส์และคอมพิวเตอร์ ทำให้เกิดโอกาสและนวัตกรรมทางการศึกษา การส่งผ่านและสืบค้นข้อมูล ทำให้เกิดการให้คำปรึกษาทางการแพทย์และสาธารณสุข รวมทั้งการตรวจวินิจฉัยใหม่ ๆ

จากการที่มีเทคโนโลยีใหม่ ๆ ได้ช่วยแก้ปัญหามะเร็งในด้านการป้องกันโรค การวินิจฉัย และการรักษาโรคที่มีประสิทธิภาพสูงขึ้น ประเทศไทยสามารถวิจัยพัฒนาเทคโนโลยีเหล่านี้ได้ก็อาจจะช่วยลดค่าใช้จ่าย ในขณะที่เดียวกันก็อาจจะพัฒนาการแพทย์แผนไทย สมุนไพรไทยและอื่น ๆ ให้เป็นอุตสาหกรรมที่จะช่วยพัฒนาเศรษฐกิจของประเทศในอนาคต

หากพิจารณาถึงผลกระทบของวิทยาการและเทคโนโลยีใหม่ที่กำลังเจริญก้าวหน้าอย่างรวดเร็ว ประกอบกับความต้องการของประชาชนทางด้านบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขที่เพิ่มขึ้นทั้งปริมาณและคุณภาพ ส่งผลให้ค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาสุขภาพเพิ่มสูงขึ้นอย่างรวดเร็ว และบางครั้งโดยไม่จำเป็น

บทความและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ไพบุลย์ โล่ห์สุนทร⁽²¹⁾ ได้ศึกษาทัศนคติของนิสิตแพทย์ในกรุงเทพมหานครและต่างจังหวัด ต่อเวชศาสตร์ชุมชน ผลการศึกษาพบว่า ลักษณะข้อคิดเห็นของนิสิตแพทย์ในกรุงเทพมหานครและต่างจังหวัด มีความคล้ายคลึงกันเกี่ยวกับหลักสูตรเวชศาสตร์ชุมชน และระยะเวลาที่สอนเวชศาสตร์ชุมชน สำหรับสัดส่วนของการออกฝึกปฏิบัติงานในชุมชน ส่วนใหญ่เห็นว่าน้อยเกินไป (60.8%) และชอบงานด้านการรักษามากกว่างานด้านการป้องกันโรค

ไพบุลย์ โล่ห์สุนทร⁽²²⁾ ได้ศึกษาเจตคติของนิสิตแพทย์ภายหลังผ่านโปรแกรมเวชศาสตร์ชุมชน โดยการสำรวจข้อคิดเห็นของนิสิตแพทย์ชั้นปีที่ 4 เปรียบเทียบกับนิสิตแพทย์กลุ่มเดียวกันเมื่ออยู่ชั้นปีที่ 5 โดยเปรียบเทียบการเปลี่ยนแปลงข้อคิดเห็น และเจตคติของนิสิตแพทย์ภายหลังผ่านโปรแกรม

เวชศาสตร์ชุมชน ภาควิชาเวชศาสตร์ป้องกันและสังคม คณะแพทยศาสตร์ จุฬาฯ ผลการศึกษาพบว่า ภายหลังจากผ่านโปรแกรมเวชศาสตร์ชุมชน ความสนใจในการทำงานของนิสิตแพทย์ต่อโรงพยาบาล อำเภอเพิ่มมากขึ้น ส่วนโรงพยาบาลของรัฐบาลและเอกชนในกรุงเทพมหานครน้อยลง และมีความเห็นว่าสัดส่วนของการออกฝึกปฏิบัติงานในชุมชนยังน้อยไป

อนงค์ นนทสุต และคณะ⁽²³⁾ ได้ศึกษาวิจัยการจัดสร้างรูปแบบหลักสูตรแพทยศาสตรบัณฑิต กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ บัณฑิตแพทย์จากโรงเรียนแพทย์ 6 แห่ง คือ รามาธิบดี ขอนแก่น ศิริราชพยาบาล จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เชียงใหม่ และสงขลานครินทร์ ผลการศึกษาพบว่า วิชาเวชศาสตร์ชุมชนมีน้ำหนักความสำคัญของวิชาเป็นอันดับที่ 6 เนื่องจากแพทย์จบใหม่จะต้องเป็นแพทย์ใช้ทุน และ 60% ของแพทย์เหล่านี้ จะต้องไปอยู่โรงพยาบาลในชนบท ต้องมีบทบาทเป็นผู้บริหารงานบริการของโรงพยาบาล เป็นผู้สำรวจปัญหาชุมชนที่ตนรับผิดชอบ เพื่อร่วมวางแผนงานบริการประจำปี ต้องเป็นครูสอน เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และอาสาสมัครต่าง ๆ รวมทั้งการให้สุศึกษาทั้งระดับบุคคล ครอบครัว และชุมชน

องอาจ วิพุธศิริ⁽²⁴⁾ ได้ศึกษาความคิดเห็นของอาจารย์และแพทย์เกี่ยวกับการฝึกอบรมเวชศาสตร์ชุมชน สำหรับแพทย์โรงพยาบาลอำเภอในประเทศไทย ผลการศึกษาพบว่า โรงเรียนแพทย์ยังให้การศึกษเพื่อเตรียมนักศึกษาแพทย์ไปปฏิบัติงานในชนบทยังไม่ดีพอ ยังเน้นการบำบัดรักษาโรคมมากกว่าการป้องกันโรค การฝึกอบรมเกี่ยวกับเวชศาสตร์ป้องกัน เวชศาสตร์ชุมชน และสาธารณสุขศาสตร์ ยังไม่เพียงพอ ควรมีการปรับปรุงแก้ไขหลักสูตรเวชศาสตร์ชุมชนในโรงเรียนแพทย์ต่าง ๆ ให้สอดคล้องกับงาน โรงพยาบาลอำเภอ

เสรี ร่วมสุข⁽²⁵⁾ ศึกษาถึงหลักสูตรเสริมของนิสิตแพทย์ในโครงการส่งเสริมการศึกษาแพทย์สำหรับชาวชนบท คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย และกระทรวงสาธารณสุข พบว่ามีส่วนสำคัญในการเสริมสร้างเจตคติที่ดีต่อชาวชนบทแก่นิสิต เตรียมตัวนิสิตให้เกิดความเข้าใจในการปฏิบัติงานและให้มีโอกาสได้ลงมือปฏิบัติงานจริงในสถานที่จริงด้วยตนเอง โดยเน้นให้นิสิตคิดเป็น ทำเป็นและแก้ปัญหาเป็นด้วยตนเอง อันจะเป็นการช่วยให้แพทย์ของโครงการฯ ในอนาคต สามารถปฏิบัติงานในชนบทได้อย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อชาวชนบทจะได้รับบริการที่ดีจากแพทย์เหล่านี้ต่อไปในอนาคต

เสรี สุกแสงฉาย⁽²⁶⁾ เวชศาสตร์ชุมชนเป็นวิชาที่สำคัญวิชาหนึ่งของนิสิตแพทย์ในโครงการส่งเสริมการศึกษาแพทย์สำหรับชาวชนบท ที่ช่วยให้นิสิตมีความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติ เพื่อนำไปใช้ในชุมชนชนบท โดยเฉพาะการมีเจตคติที่ดีต่อชุมชน ดังนั้นวิชานี้จึงมีจำนวนเครดิตค่อนข้างมาก ผลการ

ศึกษาพบว่านิสิตแพทย์มีความเบื่อหน่ายและเสียเวลามากเกินไปสำหรับวิชานี้ และผู้ศึกษาให้ข้อคิดเห็นว่าการสร้างเจตคติที่ดีในการสอนเวชศาสตร์ชุมชน ไม่ควรขึ้นกับความรับผิดชอบของภาควิชาเวชศาสตร์ป้องกันและสังคมแต่เพียงอย่างเดียว ทุกภาควิชาควรร่วมมือกันในบทบาทดังกล่าว

Rotti SB, Danabalan M and Sahai A ⁽²⁷⁾ รายงานถึงการปฏิบัติงานในชุมชนของนักศึกษาแพทย์คลินิกชั้นปีที่ 2 ที่ The Jawaharlal Institute of Postgraduate Medical Education and Research ,in Pondicherry ประเทศอินเดีย นักศึกษาเห็นว่าการฝึกภาคสนามของเวชศาสตร์ป้องกันและสังคม นอกจากจะได้ความรู้ทางทฤษฎีแล้วนักศึกษาสามารถนำความรู้ที่ได้ไปประยุกต์ใช้กับเรื่องอื่น ๆ ได้

Lefford F, Mc Crorie P and Perrin F ⁽²⁸⁾ จากการสำรวจโรงเรียนแพทย์ 28 แห่ง ในประเทศอังกฤษ เกี่ยวกับการสอนนักศึกษาแพทย์โดยใช้ชุมชนเป็นฐาน พบว่า โปรแกรมการสอนมีหลักใหญ่ ๆ ดังนี้ 1) เน้นการปฏิบัติทั่วไป สำหรับการสอนเกี่ยวกับเวชปฏิบัติ หรือใช้แนวทางการปฏิบัติกับผู้ป่วย สำหรับการสอนเกี่ยวกับความรู้ทางด้านอายุรศาสตร์ทั่วไป และพื้นฐานความชำนาญทางคลินิก 2) การเน้นชุมชน สอนโดยแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปหรือเป็นผู้เชี่ยวชาญด้านชุมชน 3) การสอนที่เน้นเฉพาะเรื่อง สอนโดยผู้ทรงคุณวุฒิซึ่งเป็นที่ปรึกษาโรงพยาบาล 4) การสอนโดยผู้ทรงคุณวุฒิจากที่ต่าง ๆ

Taylor WC and Moore GT ⁽²⁹⁾ รายงานว่า Harvard Medical School ได้ตระหนักถึงความสำคัญของงานป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพ จึงได้มีการสอดแทรกความรู้ดังกล่าวในทุกแผนกวิชาของ หลักสูตรการศึกษา โดยการจัดประสบการณ์การเรียนรู้ให้สอดคล้องกับงานบริการด้านการแพทย์ คือ Primary, secondary and tertiary prevention ซึ่งจัดในชั้นปีที่ 1 , 2 และ 3 ตามลำดับ เพื่อเป็นพื้นฐานในการนำความรู้ดังกล่าวมาผสมผสานในการศึกษาระดับคลินิกต่อไป

Glasser M, Stearns J and McCord R ⁽³⁰⁾ รายงานว่า The University of Illinois College of Medicine at Rockford จัดให้มีการศึกษาชุมชนและฝึกเวชปฏิบัติชุมชนตั้งแต่ชั้นปีที่ 2 มีการประเมินผลหลาย ๆ วิธีการ โดยการติดตามจนกระทั่งจบการศึกษา พิจารณาถึงผลกระทบด้านต่าง ๆ ทั้งในด้านนักศึกษาและในส่วนของคณะแพทยศาสตร์เอง ได้ข้อเสนอนี้ว่า ความรู้พื้นฐานทั่วไปเป็นสิ่งจำเป็นในหลักสูตร การรักษาขั้นต้น (primary care) ต้องอาศัยความรู้พื้นฐานทั่วไปทางทฤษฎีและปฏิบัติ และควรส่งเสริมให้มีพฤติกรรมและเจตคติที่ดีต่องานเวชศาสตร์ชุมชนตลอดการศึกษา

Fisher HM⁽³¹⁾ ศึกษาพบว่า อุบัติการณ์ของโรคที่เกิดจากความยากจนของเมืองนิวยอร์ก มีความสัมพันธ์กับความต้องการของประชาชนและการบริการทางการแพทย์ที่ยังไม่เหมาะสม ผู้ปฏิบัติการด้านชุมชนสามารถช่วยให้สถานการณ์ดังกล่าวดีขึ้นได้ The New York Academy of Medicine จึงมีการจัดให้นักศึกษาได้เข้ามีส่วนร่วมในการให้บริการอนามัยชุมชนเพื่อให้ตระหนักถึงความรับผิดชอบที่มีต่อสังคม ซึ่งประสบการณ์การเรียนรู้จะมีส่วนช่วยในการจัดหารูปแบบการผสมผสานการบริการอนามัยชุมชนที่เหมาะสมในหลักสูตรของโรงเรียนแพทย์

การวิจัยแบบเทคนิคเดลฟาย (Delphi Techniques)

เดลฟาย (Delphi) เป็นชื่อวิหารศักดิ์สิทธิ์สมัยกรีกโบราณ ซึ่งมีความสามารถในการทำนายอนาคตหรือเหตุการณ์สำคัญๆ ได้ จึงถูกนำมาใช้เป็นชื่อของเทคนิคการวิจัยที่ใช้ทำนายเหตุการณ์ต่างๆ หรือความเป็นไปได้ในอนาคตโดยอาศัยความคิดเห็นที่สอดคล้องกัน (Consensus) ของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญ

เทคนิคเดลฟายได้เริ่มขึ้นอย่างมีระบบในปี พ.ศ.2495 โดยกองทัพอากาศอเมริกันใช้ในการศึกษาและวิจัยสิ่งต่างๆ⁽³²⁾ Olaf Helmer และ Norman C. Dalkey นักวิจัยจาก Ranel corporation ในสหรัฐอเมริกา นำมาเผยแพร่เป็นครั้งแรกในปี พ.ศ.2505 และได้พัฒนาจนเป็นเทคนิควิธีที่ได้รับความนิยมอย่างแพร่หลาย⁽³³⁾

ปัจจุบันเทคนิคเดลฟายได้รับความนิยมอย่างมากในเกือบทุกวงการ ไม่ว่าจะเป็นด้านการเมืองการทหาร การเศรษฐกิจ การสาธารณสุข การศึกษา และด้านอื่นๆ นอกจากเดลฟายจะเป็นเทคนิคการวิจัยและคาดการณ์อนาคตแล้ว เดลฟายยังเป็นเทคนิคการสื่อสารระหว่างกลุ่มผู้เชี่ยวชาญ ช่วยให้ผู้เชี่ยวชาญแต่ละคนได้รับข่าวสาร และแลกเปลี่ยนความเชี่ยวชาญระหว่างกันโดยไม่มีการเผชิญหน้ากันโดยตรงเช่นเดียวกับการระดมสมอง (Brain Storming) หรือการประชุมกลุ่มแบบอื่นๆ

เดลฟายรูปแบบเดิมมีลักษณะเฉพาะ ต่อมาภายหลังมีการปรับปรุงเปลี่ยนแปลงไปบ้าง แต่หลักการและระเบียบวิธีโดยทั่วไปเหมือนเดิม คือ การศึกษาความคิดเห็นของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญอย่างเป็นระบบ มีขั้นตอนโดยสรุป ดังนี้⁽³⁴⁾

1. กำหนดกลุ่มผู้เชี่ยวชาญ (Panel Experts) ผู้วิจัยจะต้องหาวิธีและทำการคัดเลือกกลุ่มผู้เชี่ยวชาญที่มีความรู้ความสามารถและความชำนาญในเรื่องที่จะศึกษา โดยปกติจะมีประมาณตั้งแต่สิบกว่าคนขึ้นไป จนอาจถึงเป็นร้อย ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับจุดมุ่งหมายการวิจัย ความซับซ้อนของเรื่องที่จะศึกษา เวลาและงบประมาณ
2. กำหนดประเด็นแนวโน้มและสร้างเครื่องมือสำหรับการวิจัย โดยทั่วไปมักจะอยู่ในรูปของแบบสอบถามหรือการสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้าง

3. ทำเดลฟายรอบที่หนึ่ง โดยการส่งแบบสอบถามไปให้ผู้เชี่ยวชาญหรือสัมภาษณ์ (ตัวต่อตัว หรือโดยการโทรศัพท์) หรือทำการประชุมทางไกล (Teleconferencing) โดยผ่านระบบสื่อสารของ เครื่องมืออิเล็กทรอนิกส์ เช่น ระบบคอมพิวเตอร์

4. รวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูล ที่ได้ในรอบที่หนึ่ง

5. ทำเดลฟายรอบที่สอง โดยรอบนี้ผู้เชี่ยวชาญแต่ละท่านจะได้รับข้อมูลป้อนกลับเชิงสถิติ (Statistical Feedback) ที่เป็นกลุ่มโดยส่วนรวม เช่น ค่ามัธยฐาน (Median) ฐานนิยมและค่าพิสัยระหว่าง ควอไทล์ (Interquartile Range) ของกลุ่มผนวกด้วยคำตอบเดิมของตนเองแล้วขอให้ผู้เชี่ยวชาญแต่ละคนพิจารณาตอบใหม่

6. ทำเดลฟายรอบที่สาม, สี่...

7. สรุปและอภิปรายผล โดยการเสนอแนวโน้มที่มีอันตตามเกณฑ์ที่ตั้งไว้ แล้วอภิปรายจากผลการวิจัย

ข้อดีและข้อเสียของเทคนิคเดลฟาย^(33,34)

ข้อดี

1. สามารถรวบรวมความคิดเห็นจากกลุ่มผู้เชี่ยวชาญจำนวนมากได้ โดยไม่ต้องเสียเวลาจัดประชุม ทำให้ประหยัดทั้งเวลาและค่าใช้จ่าย และไม่มีข้อจำกัดเรื่องการเดินทาง
2. ความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญแต่ละคนเป็นอิสระไม่ตกอยู่ภายใต้อิทธิพล หรือการครอบงำทางความคิดจากกลุ่มหรือจากผู้เชี่ยวชาญคนอื่นๆ นอกจากนี้ผู้เชี่ยวชาญ ยังสามารถพิจารณากลับกรองความคิดเห็นของตนอย่างละเอียดรอบคอบ ช่วยให้ความเชื่อมั่นของข้อมูลที่ได้สูงขึ้น เพราะมีการถามย้ำหลายรอบ
3. สามารถทราบลำดับความสำคัญของข้อมูลและเหตุผลในการตอบ รวมทั้งความสอดคล้องในการแสดงความคิดเห็นของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญได้เป็นอย่างดี

ข้อเสีย

1. ในการคัดเลือกผู้เชี่ยวชาญเข้าร่วมการวิจัย ถ้าผู้วิจัยไม่มีการตั้งเกณฑ์ที่ชัดเจน ก็อาจจะไม่ได้ผู้เชี่ยวชาญในด้านที่ต้องการอย่างแท้จริง ทำให้ข้อมูลที่ได้รับขาดความน่าเชื่อถือ หรือมีความคลาดเคลื่อนได้
2. ผู้เชี่ยวชาญไม่ให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม อาจเกิดความเบื่อหน่ายเพราะต้องตอบแบบสอบถามหลายรอบ หรือไม่เห็นความสำคัญของการวิจัย ทำให้ผลการวิจัยคลาดเคลื่อนได้
3. การวิเคราะห์คำตอบ ถ้าผู้วิจัยขาดความรอบคอบ หรือมีความลำเอียงในการพิจารณาวิเคราะห์คำตอบที่ได้ในแต่ละรอบก็จะทำให้ผลการวิจัยคลาดเคลื่อนได้

4. การใช้เวลาในการรวบรวมข้อมูลนานเพียงใด ขึ้นกับความรวดเร็วในการตอบแบบสอบถามของผู้เชี่ยวชาญ

5. คำตอบจะถูกให้เห็นคล้ายตามกลุ่มใหญ่ เมื่อให้พิจารณาซ้ำ

ถึงแม้ว่าเทคนิคเดลฟายจะมีข้อจำกัดในเรื่องความน่าเชื่อถือ และการนำมาใช้ประโยชน์ก็ตาม แต่ก็สามารถนำมาใช้เป็นประโยชน์ในด้านการรวบรวมความคิดเห็นและการพิจารณาตัดสินใจที่มีระบบ โดยสามารถจัดลำดับความสำคัญและแสดงให้เห็นถึงความสอดคล้องต่างกันในการความคิดเห็นได้เป็นอย่างดี มีประโยชน์อย่างยิ่งในเชิงวิชาการและการบริหาร เพราะเมื่อข้อเท็จจริงได้รับว่ามีความน่าเชื่อถืออยู่บ้างบนพื้นฐานของความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ ดังนั้นข้อมูลที่ได้จะมีประโยชน์โดยตรงต่อการวางแผน การกำหนดนโยบาย การตัดสินใจ การกำหนดยุทธวิธีและกลวิธีที่จะนำไปสู่อนาคตที่พึงประสงค์ และการป้องกันหรือขจัดอนาคตที่ไม่พึงประสงค์ ประกอบกับสามารถทำได้โดยไม่ต้องลงทุนสูง ไม่ต้องพึ่งพาเทคโนโลยี หรือผู้เชี่ยวชาญจากต่างประเทศ จึงเหมาะกับประเทศที่กำลังพัฒนาแต่มีงบประมาณจำกัดอย่างประเทศไทย