



บทที่ 2

วรรณคดี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ในบทวรรณคดี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง จะกล่าวถึงเรื่องที่สำคัญ ๆ ที่เกี่ยวข้อง 3 เรื่องด้วยกัน เรื่องแรก จะกล่าวถึง ประวัติความเป็นมาและหน้าที่ของโรงพยาบาลชุมชน เรื่องที่สอง ประวัติการศึกษาด้านแพทยศาสตร์ของไทย การจัดสรรแพทย์ใช้ทุนและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ความเป็นมาของโรงพยาบาลชุมชน

กระทรวงสาธารณสุข (2527) ได้ให้คำจำกัดความโรงพยาบาลชุมชนไว้ว่า "โรงพยาบาลชุมชนเป็นสถานบริการสาธารณสุขที่มีเตียงรับผู้ป่วยไว้รักษาภายใน ตั้งแต่ 150 เตียงลงมา เป็นศูนย์บริการและวิชาการทางด้านการส่งเสริมสุขภาพ การรักษาพยาบาล การป้องกันโรค และการฟื้นฟูสภาพ ในระดับอำเภอ และทำหน้าที่เสมือนหนึ่งเป็นสถานีอนามัยประจำตำบล ที่ตั้งของโรงพยาบาล มีหน้าที่ในการให้บริการสาธารณสุขแบบผสมผสานตลอดจนมีส่วนร่วมในการพัฒนาชนบทในเขตตำบลที่ตั้งของโรงพยาบาลหรือในเขตพื้นที่บริเวณรอบที่ตั้งโรงพยาบาล ซึ่งครอบคลุมประชากรทั้งหมด หนึ่งหมื่นคน เป็นหน่วยงานขึ้นตรงต่อสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด มีผู้อำนวยการโรงพยาบาลเป็นหัวหน้าหน่วยงาน มีชื่อย่อว่า รพช. ในการเรียกชื่อให้เรียกชื่ออำเภอที่ตั้งของโรงพยาบาลนั้น โดยไม่ต้องระบุคำว่าชุมชนและอำเภอ เช่น โรงพยาบาลชุมชนประจำอำเภอสามพราณ เรียกโรงพยาบาลสามพราณ ไม่เรียกว่าโรงพยาบาลชุมชนอำเภอสามพราณ และใช้ชื่อย่อว่า รพ.สามพราณ ไม่เรียกว่า รพช.สามพราณ เป็นต้น"

กำเนิดโรงพยาบาลชุมชน

ในปี พ.ศ. 2429 พระบาทสมเด็จพระจุลจอมเกล้าเจ้าอยู่หัว ทรงมีพระราชประสงค์จะให้ให้มีโรงพยาบาลขึ้นในบ้านเมืองสมกับเป็นประเทศที่รุ่งเรือง ศิริราชพยาบาล เป็นโรงพยาบาลของรัฐบาลแห่งแรก ได้กระทำพิธีเปิดเมื่อวันที่ 26 เมษายน พ.ศ. 2431 โรงพยาบาลแห่งต่อ ๆ มายังสร้างอยู่ในกรุงเทพมหานครทั้งสิ้นงานบริการสาธารณสุขในส่วนหัวเมือง เริ่มปรากฏเป็นรูปเป็นร่างขึ้นเมื่อ พ.ศ. 2456 ตั้งโอสถศาลา (เวลานั้นเรียกโอสถสถาน) ขึ้นตามหัวเมือง เมือง



หนึ่งจะให้มีโอสถศาลาแห่งหนึ่ง มีเรือนที่อยู่ของหมอม มีห้องรักษาคนไข้ และมีร้านขายยาต่าง ๆ รวมอยู่ด้วยกัน สร้างด้วยเงินบอกลงเรือไร ให้หมอล่วงประจำเมืองเป็นผู้จัดการโอสถศาลานั้น และให้ได้ส่วนกำไรเป็นประโยชน์ของตนด้วยในการบางอย่างที่รัฐบาลอนุญาต

ยารักษาโรคต่าง ๆ นั้น ให้เป็นของตัวหมอขายเอง รัฐบาลขายเชื้อยาโอสถศาลา ให้ หมอเพียงเท่าทุนและหมอจะหาขายอื่นไปขายด้วยก็ได้ โอสถศาลานี้เองที่ได้วิวัฒนาการมาเป็นโรงพยาบาลชุมชนในปัจจุบัน

ชื่อของโอสถศาลาได้มีการเปลี่ยนแปลงมาโดยลำดับ คือ เป็นสุขศาลาในปี พ.ศ. 2475 สุขศาลาอยู่นั้นในท้องที่ที่เป็นชุมชนหนาแน่น ทางกรมได้ส่งแพทย์ไปประจำ เรียกว่า สุขศาลา ชั้นหนึ่ง ส่วนสุขศาลาที่ไม่มีแพทย์ประจำเรียกว่า สุขศาลาชั้นสอง พ.ศ. 2495 มีพระราชบัญญัติปรับปรุง กระทรวง ทบวง กรม ใหม่มีการเปลี่ยนชื่อหน่วยราชการในส่วนภูมิภาคของกรมอนามัย จากแผนกสาธารณสุขจังหวัด เป็นที่ทำการอนามัยจังหวัดจาก "แผนกสาธารณสุขอำเภอ" เป็น "ที่ทำการอนามัยอำเภอ" สุขศาลา ก็ได้เปลี่ยนชื่อ เป็น สถานีอนามัย แบ่งเป็นสถานีอนามัยชั้นหนึ่ง และสถานีอนามัยชั้นสอง พ.ศ. 2515 ได้เปลี่ยนชื่อสถานีอนามัยชั้นหนึ่งเป็นศูนย์การแพทย์และอนามัย ชนบท ยกฐานะศูนย์การแพทย์ และอนามัยชั้นเป็นโรงพยาบาลอำเภอ ในปี พ.ศ. 2525 เพื่อให้การจัดแบ่งโรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข สอดคล้องกับขอบเขตความสามารถและภารกิจที่สมควรเน้นเป็นพิเศษ โรงพยาบาลอำเภอจึงมีการเปลี่ยนชื่ออีกครั้งหนึ่งเป็นโรงพยาบาลชุมชน

พ.ศ. 2497 มีสุขศาลาทั้งสิ้น 168 แห่ง เป็นสุขศาลาชั้นหนึ่ง 80 แห่ง สุขศาลาชั้นสอง 88 แห่ง ปี พ.ศ. 2495 มีสุขศาลาชั้นหนึ่งทั้งสิ้นเพียง 91 แห่ง เน้นจากปี พ.ศ. 2479 เพียง 11 แห่ง ในช่วงระยะเวลาถึง 16 ปี และส่วนหนึ่งเท่านั้นที่สังกัดอยู่ในกระทรวงสาธารณสุข ส่วนใหญ่ขึ้นอยู่กับเทศบาล ส่วนสุขศาลาชั้นสองได้เพิ่มจำนวนขึ้นค่อนข้างมาก ดังปรากฏสถิติในปี พ.ศ. 2495 ดังนี้

สุขศาลาชั้นหนึ่ง ของเทศบาล	52 แห่ง
ของกระทรวงสาธารณสุข	39 แห่ง
รวม	91 แห่ง

สุขศาลาขึ้นสอง ของเทศบาล	5 แห่ง
ของกระทรวงสาธารณสุข	559 แห่ง
รวม	604 แห่ง

การปรับปรุงสถานอนามัยครั้งสำคัญครั้งแรก เริ่มในปี พ.ศ. 2496 โดยองค์การบริหารการร่วมมือระหว่างประเทศสหรัฐอเมริกา (ICA) และองค์การกองทุนสงเคราะห์เด็กสหประชาชาติ (UNICEF) ได้เข้ามาดำเนินการช่วยเหลือในปีแรกนั้น ได้ทำการปรับปรุงสถานอนามัยขึ้นหนึ่ง 40 แห่ง สถานอนามัยขึ้นสอง 222 แห่ง โครงการดังกล่าวนี้ ได้เปลี่ยนชื่อจากโครงการปรับปรุงสถานอนามัย เป็นโครงการปรับปรุงและขยายสถานอนามัย ในปี พ.ศ. 2504 โดยมีวัตถุประสงค์และวิธีดำเนินการเช่นเดิม ขณะเดียวกันเริ่มมีการจัดการอนามัยชุมชนตัวอย่าง (Community Health) โดยถือหลักให้ราษฎรเข้ามีส่วนร่วมครั้งแรกที่จังหวัดเชียงใหม่ โครงการนี้ประสบผลสำเร็จอย่างดีมาก ต่อมาจึงได้ขยายออกไปดำเนินการที่ อำเภอท่าม่วง จังหวัดกาญจนบุรี กับกิ่งอำเภอพระพุทธบาท จังหวัดสระบุรีและในปีต่อมาได้เริ่มดำเนินการที่อำเภอมีนบุรี จังหวัดพระนครกับเริ่มสำรวจที่จังหวัดภูเก็ต อีกด้วย

ในปี พ.ศ. 2496 นี้เอง เริ่มจัดให้มีสำนักงานผดุงครรภ์ โดยจัดให้ไปอยู่ตามบ้านกำนัน ในท้องที่ตำบลที่ยังไม่มีการสร้างสถานอนามัยขึ้น มีผดุงครรภ์ขึ้นสองประจำปฏิบัติงาน

ในปี พ.ศ. 2503 มีสถานอนามัยขึ้นหนึ่ง 147 แห่ง เป็นของเทศบาล 53 แห่ง ของรัฐบาล 94 แห่ง สถานอนามัยขึ้นสอง 696 แห่ง กรมอนามัยสมัยนั้น มีโครงการที่จะจัดให้มีสถานอนามัยขึ้นหนึ่งทุกอำเภอและมีสถานอนามัยขึ้นสอง หรือสำนักงานผดุงครรภ์ทุกตำบล โดยถือหลักการตามความต้องการของประชาชน กล่าวคือต้องอาศัยความร่วมมือจากประชาชนในการจัดสร้าง โดยเฉพาะอย่างยิ่งในเรื่องการเงิน

ด้วยหลักการดังกล่าว การเพิ่มจำนวนสถานอนามัยขึ้นหนึ่งเริ่มอัตราค่อนข้างสูง กล่าวคือ เพิ่มจาก 147 แห่ง ในปี พ.ศ. 2503 เป็น 217 แห่ง ในปี พ.ศ. 2509 โดยของเทศบาลเพิ่มขึ้นเพียง 8 แห่ง แต่ของกระทรวงสาธารณสุขเพิ่มขึ้นถึง 67 แห่ง การทุ่มเทให้ความสำคัญแก่โรงพยาบาลในระดับอำเภอ ต่อจากนั้นมีงานเด่น ๆ เป็น 3 ระยะ คือ

ระยะที่หนึ่ง ในปี พ.ศ. 2518-2519 รัฐบาลได้ทุ่มเทให้ความสำคัญแก่งานพัฒนาชนบทอย่างจริงจัง เริ่มโครงการสงเคราะห์ประชาชนผู้มีรายได้น้อยในด้านการรักษาพยาบาล ทำให้

งบประมาณดำเนินการของโรงพยาบาลต่าง ๆ เพิ่มสูงขึ้นอย่างมาก

ระยะที่สอง เนื่องในพระราชพิธีอภิเษกสมรส สมเด็จพระบรมโอรสาธิราช-เจ้าฟ้ามหาวชิราลงกรณ สยามมกุฎราชกุมาร กับหม่อมหลวงโสเมสวาลี กิติยากร เมื่อวันที่ 3 มกราคม พ.ศ. 2520 รัฐบาลได้ดำเนินการเรียกรับเงินจากประชาชนสร้างโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชได้ถึง 20 แห่ง กระจายไปทั่วทุกภาคของประเทศ

ระยะที่สาม เป็นช่วงของแผนพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 5 พ.ศ. 2525-2529 รัฐบาลได้มีนโยบายและโครงการที่แน่ชัดที่จะจัดตั้งโรงพยาบาลชุมชนให้ครบทุกอำเภอ ซึ่งแนวโน้มที่ปรากฏจนถึงปัจจุบัน เชื่อมั่นได้ว่าโครงการดังกล่าวจะบรรลุเป้าหมายได้อย่างแน่นอน โดยเฉพาะอำเภอในเขตยากจน ปัญหาสำคัญที่โรงพยาบาลชุมชนต้องเผชิญตลอดมา คือ ปัญหาขาดแคลนบุคลากรแทบทุกประเภททั้งในด้านอัตราตำแหน่ง และด้านความสมัครใจ

โครงสร้างการบริหาร

เดิมโอสถศาลาตามหัวเมืองต่าง ๆ สังกัดอยู่กับกรมพยาบาลกระทรวงมหาดไทย ต่อมา พระบาทสมเด็จพระมงกุฎเกล้าเจ้าอยู่หัว ได้ทรงจัดตั้งกรมสาธารณสุขขึ้นในกระทรวงมหาดไทย

พ.ศ. 2485 ได้ออกพระราชบัญญัติ ยกฐานะกรมสาธารณสุขขึ้นเป็นกระทรวงโดยให้ชื่อในระยะแรกว่า กระทรวงการสาธารณสุข เมื่อวันที่ 10 มีนาคม 2485 ในปี พ.ศ. 2495 กระทรวงการสาธารณสุข ได้เปลี่ยนชื่อใหม่เป็น กระทรวงสาธารณสุข กรมสาธารณสุขได้เปลี่ยนชื่อเป็นกรมอนามัย ปีต่อมาได้มีการจัดแบ่งส่วนราชการในกองสาธารณสุขภูมิภาค (ชื่อในขณะนั้น) ใหม่ โดยแยกเป็นกองสุขภาพและกองสุขาภิบาล แยกงานอาหาร และยาไปขึ้นกับสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข และโอนงานสาธารณสุขสำหรับพระนครไปขึ้นกับเทศบาลนครกรุงเทพ สำหรับสถานีอนามัยชั้นหนึ่งให้ขึ้นกับที่ทำการอนามัยจังหวัด ซึ่งอยู่ในสายงานการสนับสนุนของกองสุขภาพ พ.ศ. 2515 รวมกรมอนามัยเข้ากับกรมการแพทย์ เป็น กรมการแพทย์และอนามัย พ.ศ. 2517 ศูนย์การแพทย์และอนามัย ได้เปลี่ยนจากการอยู่ในสายงานการสนับสนุนของกรมการแพทย์และอนามัย ไปขึ้นกับสายงานการสนับสนุนของสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข จนถึงปัจจุบัน โดยการบังคับบัญชาขึ้นตรงต่อสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด

สำหรับโครงสร้างการบริหารงานในส่วนภูมิภาค นับตั้งแต่ก่อตั้งกระทรวงสาธารณสุข ในปี พ.ศ. 2485 สยุคาลาขึ้นหนึ่งซึ่งต่อมาเปลี่ยนไปเป็นสถานอนามัยขึ้นหนึ่งเป็นหน่วยงานในสังกัดของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมาโดยตลอด พ.ศ. 2506 กระทรวงสาธารณสุขจึงให้แพทย์ในสถานอนามัยขึ้นหนึ่งดำรงตำแหน่งเป็นนายแพทย์หัวหน้าสถานอนามัยเท่านั้นไม่ต้องทำหน้าที่เป็นนายแพทย์อนามัยอำเภอด้วย

สำหรับโครงสร้างการบริหารภายใน นับตั้งแต่เป็นสถานอนามัยขึ้นหนึ่ง กระทรวง-สาธารณสุขได้กำหนดกรอบอัตราตำแหน่งให้มีจำนวนทั้งสิ้น 11 คน ดังนี้

1. นายแพทย์หัวหน้าสถานอนามัย	1 คน
2. พนักงานอนามัย	2 คน
3. ผู้ช่วยพนักงานอนามัยหรือพนักงานบำบัดโรคเรื้อรัง	1 คน
4. พยาบาลอนามัย	2 คน
5. ผดุงครรภ์อนามัย	2 คน
6. ทันตอนามัยหรือทันตภิบาล	1 คน
7. เสมียน	1 คน
8. คนงาน	1 คน

โรงพยาบาลชุมชนในระยะต่อมาได้มีการปรับปรุงโครงสร้างการบริหารภายในและกรอบอัตราตำแหน่งครั้งสำคัญ 3 ครั้ง คือ

ครั้งที่ 1 ในปี พ.ศ. 2518 เปลี่ยนชื่อจากศูนย์การแพทย์และอนามัยเป็นโรงพยาบาลอำเภอ จากสถานอนามัยขึ้นหนึ่ง ซึ่งไม่มีการแบ่งฝ่ายได้พัฒนาเป็นโรงพยาบาลอำเภอ มีการแบ่งฝ่ายภายในเป็น 4-5 ฝ่าย คือ ฝ่ายธุรการ ฝ่ายรักษาพยาบาล ฝ่ายส่งเสริมสุขภาพ ฝ่ายสุขาภิบาล ป้องกันโรค และฝ่ายทันตสาธารณสุขในโรงพยาบาลขนาด 30 เตียงขึ้นไป ในกรณีที่มีทันตแพทย์ไปประจำ มีการกำหนดหน้าที่ของฝ่ายต่าง ๆ ค่อนข้างชัดเจนและมีการขยายกรอบอัตรากำลังทั้งข้าราชการและลูกจ้างออกไปเป็นอันมาก ดังนี้



บุคลากร	จำนวน	จำนวน	จำนวน
	10 เติง	30 เติง	60 เติง
ข้าราชการ	19 คน	37 คน	ไม่ได้กำหนด
ลูกจ้าง	14 คน	27 คน	43 คน

ครั้งที่ 2 พ.ศ. 2525 สำนักงาน ก.พ. ได้ขยายกรอบอัตรากำลังเพิ่มขึ้นเป็นอันมาก ทุกขนาดโรงพยาบาลและให้มีฝ่ายทันตสาธารณสุขได้ในทุกขนาดโรงพยาบาล ทำให้โรงพยาบาลชุมชนทุกขนาดมีฝ่ายต่าง ๆ ทั้งสิ้น 5 ฝ่าย คือ ฝ่ายบริหารงานทั่วไป ฝ่ายการพยาบาล ฝ่ายส่งเสริมสุขภาพ ฝ่ายสุขาภิบาลป้องกันโรคและฝ่ายทันตสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวง - สาธารณสุข ได้กำหนดกรอบอัตรากำลังสำหรับโรงพยาบาลขนาดต่าง ๆ เพื่อเป็นแนวทางในการจัดสรรบุคลากรให้มีข้าราชการในโรงพยาบาลชุมชนขนาดต่าง ๆ ดังนี้

โรงพยาบาลชุมชน ขนาด 10 เติง	48 คน
โรงพยาบาลชุมชน ขนาด 30 เติง	63 คน
โรงพยาบาลชุมชน ขนาด 60 เติง	92 คน

สำหรับกรอบอัตรากำลังของลูกจ้าง ยังคงใช้กรอบเดิม

ครั้งที่ 3 ในปี 2527 สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ได้สั่งให้โรงพยาบาลชุมชนที่มีเภสัชกรปฏิบัติงานอยู่แล้ว ยกฐานะงานเภสัชกรรม ขึ้นเป็นฝ่ายเภสัชกรรมชุมชน

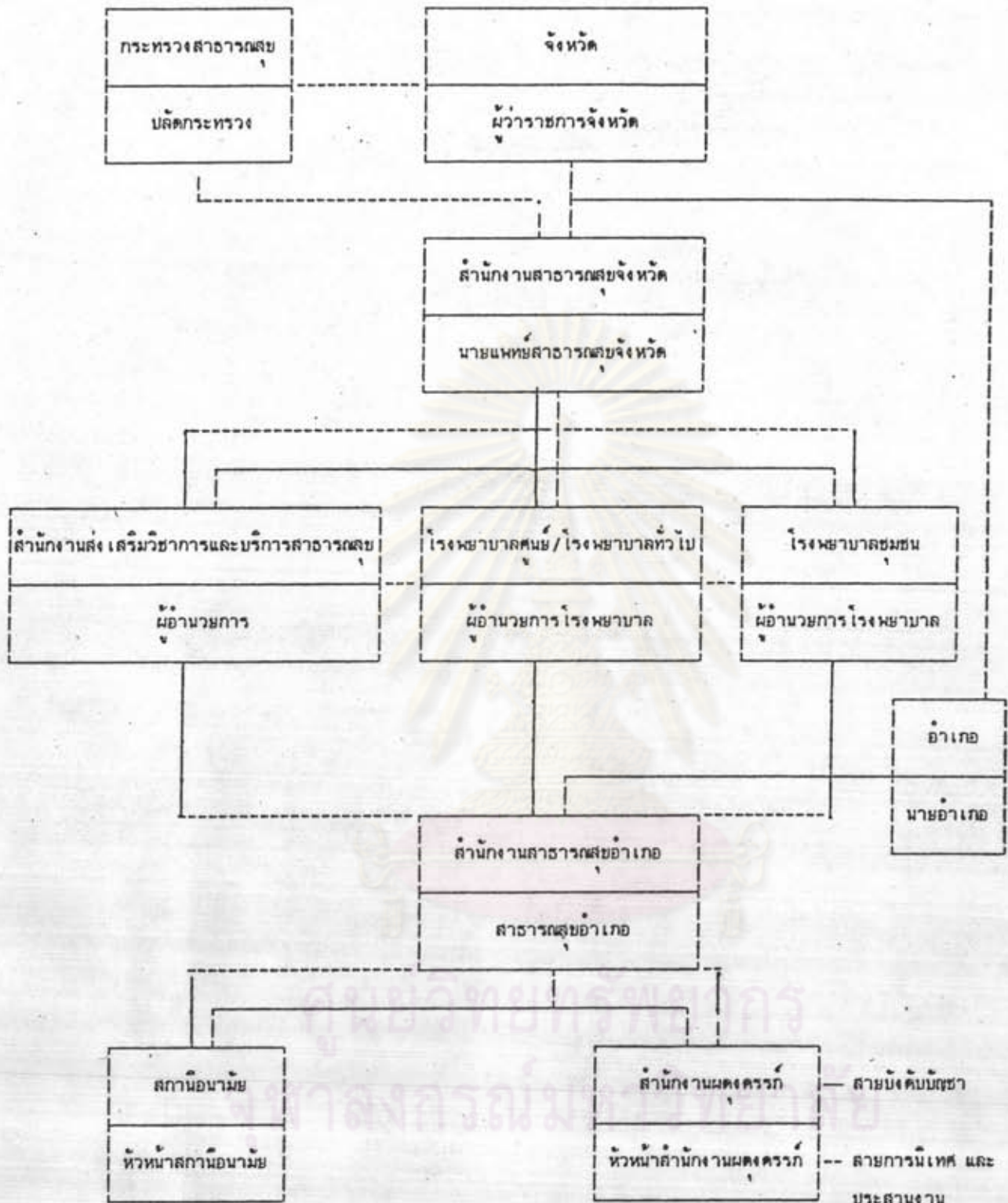
"โรงพยาบาล" คือ สถานบริการทางการแพทย์ที่ประชาชนไปใช้บริการเมื่อเจ็บไข้ได้ป่วย แต่ตามคำจำกัดความขององค์การอนามัยโลก "โรงพยาบาล" มิได้มีความหมายจำกัดอยู่เพียงเท่านั้น กล่าวคือ "โรงพยาบาลเป็นหน่วยงานที่ทำงานทั้งด้านการแพทย์ในสถานที่และในชุมชน มีหน้าที่ให้บริการสาธารณสุขทุกด้าน แก่ประชาชนทั้งด้านการรักษาพยาบาล การป้องกันโรค (และส่งเสริมสุขภาพ) การบริการผู้ป่วยนอก ควรครอบคลุมขยายไปถึงบ้านของผู้ป่วยเอง นอกจากนั้น โรงพยาบาลยังเป็นสถานที่ฝึกอบรมของบุคลากรสาธารณสุขและค้นคว้า วิจัยปัญหาสาธารณสุขของชุมชนอีกด้วย" ซึ่งข้อความภาษาอังกฤษ มีดังนี้

The hospital was defined as an integral part of a social and medical organization, the function of which is to provide for the population complete health care, both curative and preventive, and whose outpatient services reach out to the family in its home environment, the hospital is also a center for the training of health workers and for biosocial research.

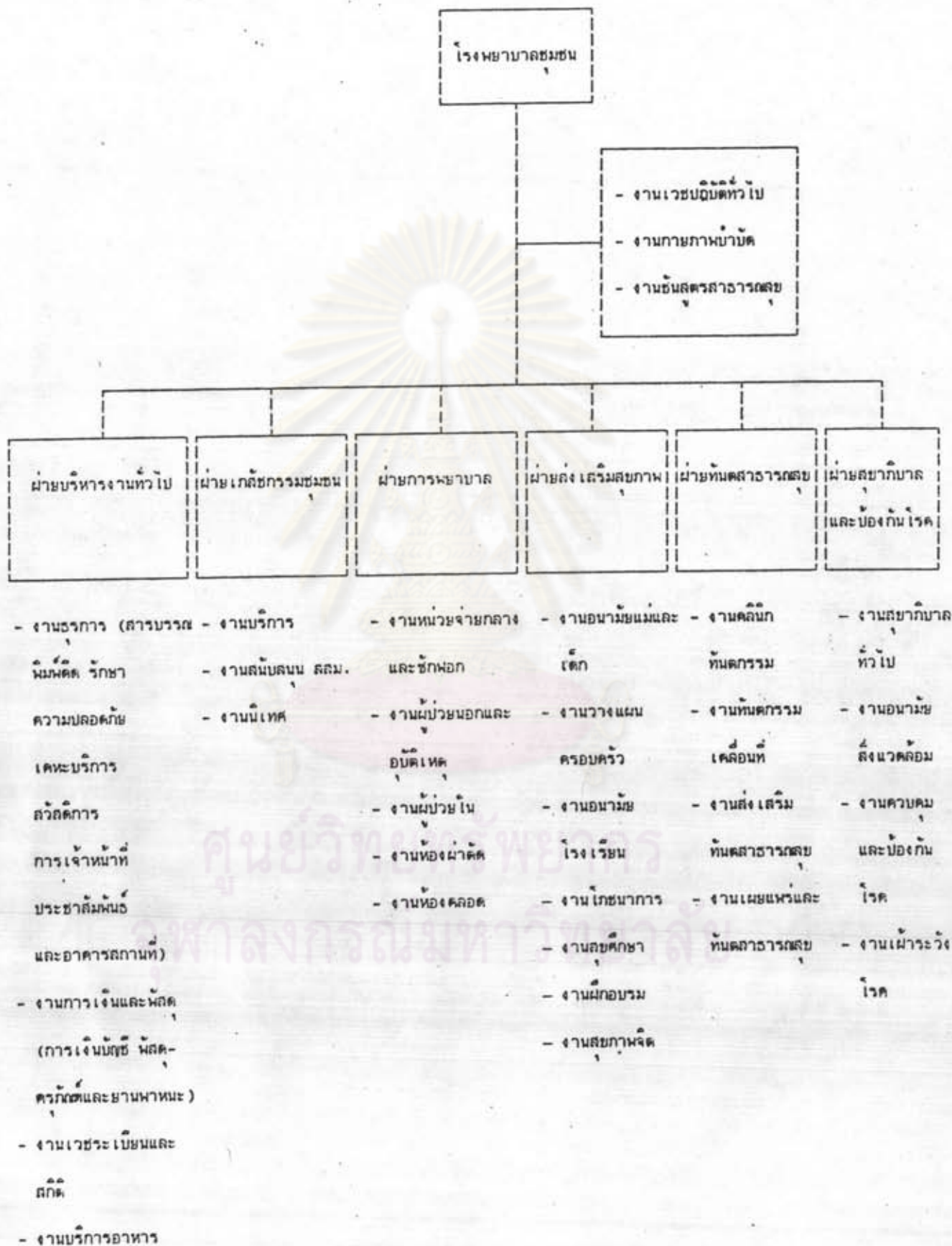
โดยที่โรงพยาบาลชุมชนมีหน้าที่เป็นทั้งโรงพยาบาลประจำอำเภอและเป็นสถานีอนามัยประจำตำบลที่ตั้งของโรงพยาบาล นอกจากนั้นโรงพยาบาลชุมชนยังเป็นสถานบริการสาธารณสุข ในระดับปลายสุดที่มีแพทย์ปริญญาประจำอีกด้วย ประกอบกับแนวทางการพัฒนาชนบทในปัจจุบันได้ยึดถือแนวทางการพัฒนาในลักษณะเบ็ดเสร็จ และมุ่งเน้นการประสานงานกับองค์กรหรือหน่วยงานต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องด้วย โรงพยาบาลชุมชนจึงต้องทำหน้าที่ทั้งงานด้านบริการทางการแพทย์การสาธารณสุขทั้งในและนอกสถานที่ และมีส่วนร่วมในการพัฒนาชุมชนทั้งในเขตตำบลที่ตั้งของโรงพยาบาลเองและในเขตอำเภอทั้งหมดด้วย

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

แผนภูมิที่ 1 แสดง โครงสร้างการบริหารงานสาธารณสุขในราชการบริหารส่วนภูมิภาค



แผนภูมิ 2 แสดงการแบ่งงานภายในโรงพยาบาลชุมชน (Community Hospital) 10-120 เตียง (ไม่เกิน 150 เตียง)





กระทรวงสาธารณสุข ได้จัดแบ่งการดำเนินงานของโรงพยาบาลออกเป็นฝ่ายต่าง ๆ มีการกำหนดอัตรากำลัง และหน้าที่ของแต่ละฝ่ายอย่างชัดเจน คือ

1. ฝ่ายบริหารงานทั่วไป
2. ฝ่ายเภสัชกรรมชุมชน
3. ฝ่ายการพยาบาล
4. ฝ่ายส่งเสริมสุขภาพ
5. ฝ่ายทันตสาธารณสุข
6. ฝ่ายสาขาภิบาลและป้องกันโรค

ขอบเขตหน้าที่รับผิดชอบ

โรงพยาบาลชุมชนเป็นหน่วยงานบริการสาธารณสุขเทียบเท่าระดับแผนก มีสายบังคับบัญชา ขึ้นตรงต่อพนักงานสาธารณสุขจังหวัด มีหน้าที่และความรับผิดชอบหลัก 4 ประการ คือ

1. หน้าที่การให้บริการสาธารณสุขแบบผสมผสาน คือ

1.1 ให้บริการด้านการส่งเสริมสุขภาพ ได้แก่ การบริการงานอนามัยแม่และเด็ก งานให้ภูมิคุ้มกันโรค งานวางแผนครอบครัว งานอนามัยโรงเรียน งานโภชนาการ งานสุขศึกษา งานส่งเสริมสุขภาพจิต งานทันตสาธารณสุข และงานเภสัชกรรมชุมชน เป็นต้น

ทั้งนี้ ดำเนินการให้บริการทั้งในและนอกสำนักงาน โดยเน้นการครอบคลุมประชากรในเขตรับผิดชอบ หรือตำบลที่ตั้ง เป็นเป้าหมายหลัก

1.2 ให้บริการด้านการควบคุมและป้องกันโรค ได้แก่ การให้บริการงานสาขาภิบาลทั่วไป งานอนามัยและสิ่งแวดล้อม งานควบคุมและป้องกัน และงานเฝ้าระวังโรค เป็นต้น

ทั้งนี้ดำเนินการโดยเน้นการครอบคลุมเช่นเดียวกับข้อ 1.1

1.3 ให้บริการด้านการรักษาพยาบาลและการฟื้นฟูสุขภาพ ได้แก่ การบริการงานรักษาพยาบาลทั่วไป งานรักษาพยาบาลในหน่วยสาธารณสุขเคลื่อนที่ งานรักษาพยาบาลทางวิทย์ งานชั้นสูตรสาธารณสุข งานเภสัชกรรม งานทันตกรรมบำบัด เป็นต้น

ทั้งนี้ดำเนินการให้บริการทั้งในและนอกสำนักงาน โดยให้บริการครอบคลุมทั้งอำเภอ

1.4 ให้บริการตามระบบรับส่งผู้ป่วยเพื่อตรวจรักษาต่อ โดยจัดดำเนินการสำหรับผู้รับบริการทุกประเภท ไม่จำกัดเฉพาะเพียงผู้ป่วยเท่านั้น

2. หน้าทีดำเนินงานทางด้านวิชาการ ได้แก่

- 2.1 ให้การฝึกอบรมและสนับสนุนทางด้านวิชาการแพทย์ และสาธารณสุขแก่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขทั้งของโรงพยาบาลเอง และของหน่วยงานอื่น ตลอดจนนักศึกษาทางด้านสาธารณสุขหลักสูตรต่าง ๆ รวมถึงอาสาสมัครและประชาชนโดยทั่วไป
- 2.2 ดำเนินการนิเทศงานทางวิชาการแพทย์ และสาธารณสุขแก่สถานบริการสาธารณสุขระดับรองลงไป จนถึงการนิเทศสาธารณสุขมูลฐาน หรือหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้อง
- 2.3 ดำเนินการศึกษา ค้นคว้า วิจัย เพื่อให้มีการพัฒนาวิชาการที่เกี่ยวข้องกับการแพทย์และสาธารณสุข
- 2.4 ให้คำปรึกษาและสนับสนุนทางด้านวิชาการแพทย์ และสาธารณสุขแก่หน่วยงานหรือองค์การที่เกี่ยวข้อง

3. หน้าทีดำเนินงานการสาธารณสุขมูลฐานและการพัฒนาชนบท ได้แก่

- 3.1 ดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานในเขตตำบลที่ตั้งโรงพยาบาล
- 3.2 ให้การสนับสนุนการดำเนินงานการสาธารณสุขมูลฐานในเขตอำเภอ ทั้งในด้านวิชาการ กำลั้งคน วัสดุอุปกรณ์ และด้านอื่น ๆ ที่สามารถสนับสนุนได้
- 3.3 สนับสนุนองค์การระดับหมู่บ้าน ตำบล และหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้องในการดำเนินการพัฒนาชนบท ในเขตตำบลที่ตั้งโรงพยาบาล
- 3.4 ให้การสนับสนุนการดำเนินการพัฒนาชนบทในเขตอำเภอ ในทุกด้านที่สามารถสนับสนุนได้

4. หน้าทีอื่น ๆ ได้แก่

- 4.1 ดำเนินงานให้มีระบบข้อมูลข่าวสารของโรงพยาบาลที่มีประสิทธิภาพ และสามารถเชื่อมโยงกับหน่วยงานอื่น ทั้งในระดับอำเภอและจังหวัดได้
- 4.2 สนับสนุนสถานบริการสาธารณสุขระดับเดียวกันและระดับรองนอกเหนือจากด้านวิชาการ เช่น ด้านวัสดุอุปกรณ์ กำลั้งคน ฯลฯ เท่าที่สามารถจะสนับสนุนได้โดยไม่ขัดกับระเบียบของทางราชการ
- 4.3 การให้ความคุ้มครองผู้บริโภคด้านสาธารณสุข ได้แก่ อาหาร ยา เครื่องสำอาง และวัตถุมีพิษ
- 4.4 หน้าทีพิเศษอื่น ๆ ที่ได้รับมอบหมายจากหน่วยงานระดับจังหวัด หรือกระทรวงสาธารณสุขหรือเป็นงานที่ทำร่วมกับหน่วยงานอื่น ได้แก่
- ร่วมปฏิบัติงานอำเภอเคลื่อนที่ เพื่อบริการประชาชนในท้องที่ห่างไกล

- ร่วมปฏิบัติงานกับหน่วย พอ.สว. หน่วยแพทย์โดยพระราชประสงค์ และหน่วยแพทย์เคลื่อนที่ของ กรป.กลาง เป็นต้น
- ร่วมงานตรวจคนเข้าเมือง กับกองตรวจคนเข้าเมือง กรมตำรวจ ในอำเภอชายแดนที่มีด่านตรวจคนเข้าเมือง
- ร่วมงานตรวจรักษาป้องกันตลอดจนดูแลสุขภาพอนามัยและการสุขาภิบาลในศูนย์อพยพในอำเภอที่มีศูนย์อพยพลี้ภัยตั้งอยู่
- หน้าที่พิเศษ ตามนโยบายและโครงการเฉพาะของกระทรวงสาธารณสุข ได้แก่ โครงการบัตรสุขภาพ โครงการพัฒนาระบบบริการของสถานบริการและหน่วยงานสาธารณสุขใน ส่วนภูมิภาค (พส.) โครงการโรงพยาบาลชุมชนสาขา โครงการแพทย์หมุนเวียนปฏิบัติงานที่สถานี-อนามัยตำบล โครงการผลิตแพทย์เพิ่ม โครงการเวชศาสตร์ชุมชน และโครงการอื่น ๆ
- ร่วมงานดูแลรักษาพยาบาลนักโทษในเรือนจำของกรมราชทัณฑ์ กระทรวงมหาดไทย
- ร่วมงานกับเทศบาลและสุขาภิบาล ดำเนินการให้บริการต่าง ๆ ที่ เกี่ยวกับการแพทย์และสาธารณสุข ในเขตเทศบาลและเขตสุขาภิบาล
- ร่วมงานโครงการพิเศษของจังหวัด เช่น ร่วมงานหน่วยปฏิบัติการ จิตวิทยา หรือร่วมงานอื่น ๆ เป็นต้น
- ร่วมงานกับหน่วยราชการอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องในระดับอำเภอ เช่น ร่วมเป็นกรรมการ เป็นวิทยากรในงานต่าง ๆ เป็นต้น
- งานพิเศษอื่น ๆ

ประวัติการศึกษาด้านแพทยศาสตร์ของไทย

โรงพยาบาลแห่งแรกของประเทศไทย ที่พระบาทสมเด็จพระจุลจอมเกล้าเจ้าอยู่หัว โปรดให้จัดสร้างขึ้น คือ "โรงพยาบาลศิริราช" เปิดบริการแก่ราษฎรทั่วไป เมื่อวันที่ 26 เมษายน พ.ศ. 2431 แต่มีแพทย์ไม่พอจึงจำเป็นต้องเปิดโรงเรียนสอนแพทย์ขึ้นเมื่อเดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2432 ที่โรงพยาบาลศิริราช หลักสูตร 3 ปี สอนโดยมิชชันนารี อเมริกัน ชื่อ นายแพทย์ ที เอเวอร์ดี เอลส์ ได้มีการสอนวิชาแพทย์ครั้งแรกเมื่อเดือนมีนาคม พ.ศ. 2432 มีผู้สำเร็จการศึกษา รุ่นแรก 9 ท่าน โรงเรียนแพทย์ก็ยังไม่ปรากฏชื่อใช้ คงเรียกกันว่า โรงเรียนแพทย์ที่โรงพยาบาล วังหลัง วันที่ 1 พฤษภาคม พ.ศ. 2436 จึงปรากฏชื่อ "โรงเรียนแพทยากร" เป็นครั้งแรก (นิสิต สิละวงศ์, 2524) และวันที่ 3 มกราคม พ.ศ. 2443 เปลี่ยนชื่อเป็น "โรงเรียนแพทยาลัย"

หลักสูตรการสอนเปลี่ยนเป็น 4 ปี ในปี พ.ศ. 2446 และเปลี่ยนเป็น 5 ปี ในปี พ.ศ. 2456 (มหิตล, 2524)

พ.ศ. 2459 พระบาทสมเด็จพระมงกุฎเกล้าเจ้าอยู่หัว สถาปนาโรงเรียนข้าราชการพลเรือนขึ้นเป็น "จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย" ได้รวมกิจการโรงเรียนแพทยาลัยไว้ด้วย และเปลี่ยนชื่อเป็น คณะแพทยศาสตร์และศิริราชพยาบาล

ในปี พ.ศ. 2466 รัฐบาลได้ตกลงรับความช่วยเหลือจากมูลนิธิร็อกคีย์เฟลเลอร์ ประเทศสหรัฐอเมริกา ในการปรับปรุงโรงเรียนแพทย์ของไทย ให้มีมาตรฐานในการให้ความช่วยเหลือนี้ ได้มีการกำหนดพื้นฐานความรู้ของผู้ที่จะเข้าเรียนแพทย์ว่า ต้องเป็นผู้สอบไล่ได้ชั้นมัธยมบริบูรณ์แล้ว จึงให้เรียนวิชาวิทยาศาสตร์การแพทย์ 2 ปี ก่อนจะเรียนแพทย์อีก 4 ปี เมื่อจบหลักสูตรแล้ว จะได้เป็นแพทย์ชั้นปริญญาตรี มีนักศึกษาจบเป็นแพทย์ปริญญารุ่นแรกของไทย จำนวน 18 ท่าน ในปี พ.ศ. 2471 (นิสิต ลีวะวงศ์, 2524)

เมื่อมีการสถาปนากระทรวงสาธารณสุข ในปี พ.ศ. 2485 และมีการจัดตั้งมหาวิทยาลัยแพทยศาสตร์ขึ้นในปีต่อมาก็ได้โอน คณะแพทยศาสตร์และศิริราชพยาบาลขึ้นกับมหาวิทยาลัยแพทยศาสตร์ แต่ยังคงรับนักศึกษาเตรียมแพทย์จากจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

พ.ศ. 2490 ได้ตั้งคณะแพทยศาสตร์ขึ้นเป็นคณะที่ 2 ให้ชื่อว่า คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ขึ้นอยู่กับมหาวิทยาลัยแพทยศาสตร์ ต่อมาได้โอนไปขึ้นกับจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

พ.ศ. 2501 ได้ตั้งคณะวิทยาศาสตร์การแพทย์ขึ้น ในมหาวิทยาลัยแพทยศาสตร์ เพื่อเตรียมผลิตนักศึกษาให้โรงเรียนแพทย์แห่งที่ 3 คือ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลนครเชียงใหม่ ต่อมาเมื่อได้มีการจัดตั้งมหาวิทยาลัยเชียงใหม่ขึ้นใน พ.ศ. 2507 โรงเรียนแพทย์นี้ก็ได้อินไปขึ้นกับมหาวิทยาลัยเชียงใหม่

พ.ศ. 2503 คณะวิทยาศาสตร์การแพทย์ ได้ผลิตนักศึกษาเตรียมแพทย์ให้ทั้งคณะแพทยศาสตร์และศิริราชพยาบาล คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย และคณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลนครเชียงใหม่ เสริมกันกับคณะวิทยาศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

พ.ศ. 2512 มหาวิทยาลัยแพทยศาสตร์ ได้เปลี่ยนชื่อเป็นมหาวิทยาลัยมหิดล คณะ-
วิทยาศาสตร์การแพทย์ เปลี่ยนชื่อเป็น คณะวิทยาศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์และศิริราชพยาบาล
เปลี่ยนชื่อเป็น คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล และยังได้จัดตั้งคณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาล
รามาริบัติ โดยรับนักศึกษาจากคณะวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

พ.ศ. 2516 ตั้งคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

พ.ศ. 2517 ตั้งคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

พ.ศ. 2518 ตั้งวิทยาลัยแพทยศาสตร์ พระมงกุฎเกล้าขึ้นในโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า
โดยให้นักศึกษาเรียนชั้นเตรียมแพทย์ในคณะวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ (มหิดล,
2524)

พ.ศ. 2527 เปิดสอนหลักสูตรแพทยศาสตรบัณฑิต คณะแพทยวชิรพยาบาล ที่มหาวิทยาลัย
ศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร

การจัดสรรแพทย์ทุนรัฐบาล

จากปัญหาการขาดแคลนแพทย์ในท้องถิ่นห่างไกล เนื่องจากการกระจายของแพทย์ไม่
เหมาะสม แพทย์นิยมอยู่ตามเมืองใหญ่ ทำให้รัฐบาลต้องกำหนดให้นักศึกษาแพทย์ทุกคนทำสัญญารับทุน
รัฐบาลตั้งแต่ปี พ.ศ. 2514 เป็นต้นมาจนถึงปัจจุบัน แพทย์ทุนรัฐบาลเหล่านี้เมื่อสำเร็จการศึกษา
แล้วต้องทำงานใช้ทุนให้แก่รัฐบาลเป็นเวลา 3 ปี

แพทย์ทุนรัฐบาล

- กระทรวงมหาดไทย
- กระทรวงสาธารณสุข
- กระทรวงกลาโหม

หลักเกณฑ์ในการจัดสรรแพทย์ทุนรัฐบาล เข้าปฏิบัติงานในหน่วยงานสังกัดสำนักงานปลัด
กระทรวงสาธารณสุขประจำปี 2532

แพทย์ทุนรัฐบาล

กลุ่ม 1 ครบ 3 ปี สอบเป็นผู้ชำนาญ
การในการประกอบวิชาชีพเวชกรรม เฉพาะ
สาขาตามระเบียบแพทยสภา พ.ศ.
2528 (ฉ.3)

กลุ่ม 2 3 ปี ผู้ชำนาญการ
ประกอบวิชาชีพเวชกรรม สาขา
ปฏิบัติตามระเบียบแพทยสภา
พ.ศ. 2528 (ฉ.3)

สถานที่ 6 โรงพยาบาล
รพ. ชลบุรี
รพ. พระปกเกล้า จันทบุรี
รพ. ขอนแก่น
รพ. มหาราช นครราชสีมา
รพ. สรรพสิทธิ์ประสงค์ อุบลราชธานี
รพ. หาดใหญ่ สงขลา

สถานที่ โรงพยาบาล
รพ. ศูนย์ในส่วนภูมิภาค
ยกเว้น 6 โรงพยาบาล
ที่ระบุในกลุ่ม 1

ข้อกำหนด ปฏิบัติงานใน 4 แผนก
- แผนกคัลยกรรม (2 คน)
- แผนกอายุรกรรม (2 คน)
- แผนกสูติ-นรีเวชกรรม (2 คน)
- แผนกกุมารเวชกรรม (2 คน)

ข้อกำหนด - รพ. ที่ปฏิบัติงานต้องมีแพทย์น้อยกว่า 2 คน (เมื่อกระจายแพทย์ให้ครบ 2 คน ทุกโรงพยาบาล) และในปีแรกจะไม่ให้ปฏิบัติในตำแหน่งผู้อำนวยการโรงพยาบาล

- ต้องไปปฏิบัติงานใน รพ. สมเด็จพระยุพราช เพื่อให้มีจำนวนแพทย์ตามที่กำหนดไว้

- ต้องไปปฏิบัติงานในโรงพยาบาลที่ขาดแคลนแพทย์จากจากรอบเดิม 60 %



ระยะเวลาใช้ทุน 3 ปี

ปฏิบัติครบ 2 ปี ปีที่ 3 มีสิทธิขอย้าย
ไปปฏิบัติงานช่วงที่เหลืออีก 1 ปี ในกลุ่มที่ 2
ได้

ระยะเวลาใช้ทุน 3 ปี

ครบ 2 ปี มีสิทธิขอย้าย ห้ามย้าย
ไป 4 แผนกในกลุ่ม 1

แพทย์ใช้ทุน

แพทย์รุ่นแรก ๆ ที่ประจำอยู่ตามหัวเมืองต่าง ๆ เป็นหมอไทย รักษาโรคตามแบบ
การแพทย์แผนโบราณ จนกระทั่งถึงปี พ.ศ. 2441 จึงเริ่มมีนายแพทย์ประกาศนียบัตร ออกไปประจำ
ตามหัวเมือง แพทย์ปริญญาในสุขศาลาหรือสถานอนามัยชั้นหนึ่ง มีปัญหาขาดแคลนตลอดมา กระทั่ง
กรมอนามัยต้องตั้งทุนขึ้นให้นักศึกษาแพทย์ที่เรียนจบแล้วออกไปปฏิบัติงานในสถานอนามัยชั้นหนึ่ง เริ่ม
ดำเนินการตั้งแต่ปี พ.ศ. 2505 โดยได้รับอนุมัติเป็นเงินสำหรับจ่ายอุดหนุนแก่นักศึกษาแพทย์ปีละ
35 ทุน เป็นเงิน 175,000 บาท นักศึกษาแพทย์ผู้ขอรับทุนจะได้รับจ่ายเป็นเงินรายเดือน เดือนละ
500 บาท ทั้งนี้มีสัญญาผูกพันคือ เมื่อผู้รับทุนสำเร็จการศึกษาแล้วจะต้องไปปฏิบัติงาน ณ อำเภอที่
เป็นเจ้าของทุน มีกำหนดระยะเวลา 2 เท่าของจำนวนปีที่รับทุน

มาตรการดังกล่าวนี้ ไม่สามารถแก้ปัญหาขาดแคลนแพทย์ในสถานอนามัยชั้นหนึ่งได้
จนกระทั่งถึงปี พ.ศ. 2509 กรมอนามัยมีทุนให้ทั้งสิ้นรวม 175 ทุน แต่มีนักศึกษาแพทย์ขอรับทุน
เพียง 70 ทุนเท่านั้น และจำนวนผู้รับทุนน้อยลงเรื่อย ๆ กล่าวคือ พ.ศ. 2510 และ พ.ศ. 2511
มีผู้รับทุนนี้เพียง 6 และ 7 คนตามลำดับ

ในปี พ.ศ. 2508 แพทย์ไทยหลังไหลไปทำงานในประเทศสหรัฐอเมริกาเป็น
จำนวนมาก รัฐบาลจึงเริ่มกำหนดมาตรการให้นักศึกษาแพทย์ต้องทำสัญญากับรัฐบาล โดยจะต้องไป
ปฏิบัติงานตามแต่รัฐบาลจะกำหนดเป็นเวลา 3 ปี หลังจากศึกษาจบ มาตรการดังกล่าวนี้ เริ่ม ดำ
เนินการในปี พ.ศ. 2510 ระยะแรก บังคับเพียง 70 % ของนักศึกษาแพทย์ทั้งหมด ต่อมาได้
ขยายให้นักศึกษาแพทย์ต้องรับทุนทุกคน แพทย์เหล่านี้ได้ออกไปปฏิบัติงานรุ่นแรก ในปี พ.ศ. 2515
มาตรการดังกล่าวนี้ยังใช้สืบเนื่องมาจนถึงปัจจุบัน

โครงการพัฒนาแพทย์ใช้ทุน

โครงการพัฒนาแพทย์ขึ้นสำหรับแพทย์ชดใช้ทุนปีที่ 1 (รุ่นที่ 16) เป็นลักษณะในรูปแบบของโครงการทดลองเมื่อปี 2530 ในสถาบันการฝึกอบรม 5 แห่ง คือ โรงพยาบาลเชียงราย-ประชาชนเคราะห์ จังหวัดเชียงราย โรงพยาบาลอุดรธานี จังหวัดอุดรธานี โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ จังหวัดนครสวรรค์ โรงพยาบาลสระบุรี จังหวัดสระบุรี โรงพยาบาลราชบุรี จังหวัดราชบุรี เพื่อให้แพทย์ที่อยู่ในระหว่างปฏิบัติงานชดใช้ทุนของกระทรวงสาธารณสุข ได้มีการพัฒนาและส่งเสริมสมรรถนะและเจตคติในการปฏิบัติงานโดยเฉพาะอย่างยิ่งคือ การได้มีโอกาสเพิ่มความรู้ ความสามารถในด้านรักษา ส่งเสริมป้องกันโรค บริหารจัดการและนโยบายต่าง ๆ และได้ดำเนินการตามความจำเป็นในแต่ละปี คือ ปีที่ 1 ปีที่ 2 และปีที่ 3 โดยอาศัยเกณฑ์มาตรฐานขั้นต้นของผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมของแพทยสภา

สำหรับหลักสูตรแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปนั้น ได้ยึดทางด้านวิชาชีพและนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข เพื่อให้บรรลุคุณภาพดีถ้วนหน้าปี 2543 และกำหนดลักษณะของแพทย์ในส่วนภูมิภาค สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ตามภาวะเศรษฐกิจและสังคมของประเทศเป็นแนวทางในการจัดทำแต่ละช่วงปีของการชดใช้ทุน

ต่อมา สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขพิจารณาแล้วเห็นสมควรปรับปรุงอบรมระยะสั้นสำหรับแพทย์ชดใช้ทุนปีที่ 1 รุ่นที่ 17 (พ.ศ. 2531) เพื่อให้มีความสอดคล้องและเหมาะสมกับภาวะการปฏิบัติเอื้ออำนวยต่อการพัฒนาที่ใกล้เคียงกับความเป็นจริงยิ่งขึ้น และได้กำหนดเป็น 2 ช่วงคือ

แพทย์ชดใช้ทุน ปีที่ 1

1. ช่วงที่ 1 6 เดือนแรก (เมษายน 2531 - กันยายน 2531)
 - เพื่อหาประสบการณ์ โดยทำความรู้จักสภาพทั่วไปของจังหวัดตนเอง ซึ่งกำหนดให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด/โรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป ดำเนินการในหัวข้อ
 - 1.1 ประเมินเขตแพทย์ชดใช้ทุนรัฐบาลที่จังหวัด 1 สัปดาห์ ในเดือนแรก
 - 1.2 ศึกษา ดูงานด้านนวัตกรรม จัดให้พักในหมู่บ้าน เพื่อดูความเป็นอยู่ของประชาชน 1-3 ครั้ง ๆ ละ 1 คืน ในการดูงานและพักในหมู่บ้านอย่างน้อยจัด 1 ครั้ง 1 คืน การจะจัดครั้งที่ 2-3 อาจเว้นห่างออกไปเป็นเดือนละครั้งก็ได้ ทั้งนี้ตามแต่จังหวัดจะเห็นควร

1.3 การดูงานในโรงพยาบาลชุมชนอื่น ๆ ในจังหวัดประมาณ 5 วัน
โดยไปดูงาน 2-3 โรงพยาบาล ตามแต่จังหวัดจะเห็นควร

2. ช่วงที่ 2 6 เดือนหลัง (ตุลาคม 2531 - มีนาคม 2532)

เมื่อปฏิบัติงานแล้ว 6 เดือน แพทย์จะทราบว่าตนเองขาดความชำนาญ
ในสาขาฉุกเฉินใดบ้าง ให้ขอรับการฝึกอบรมที่โรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป ในจังหวัดที่
ตนทำงาน ใช้เวลาประมาณ 2 สัปดาห์ โดยให้สอดคล้องกับหลักสูตรเวชปฏิบัติทั่วไป ที่ได้กำหนด
ไว้แล้ว

แพทย์ชุดใช้ทุน ปีที่ 2

ฝึกอบรม ณ จังหวัดที่ปฏิบัติงาน ณ โรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป
หรือ โรงพยาบาลศูนย์ ในเครือข่ายตามหลักสูตรอบรมแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป ประมาณ 3 สัปดาห์
และอีก 1 สัปดาห์ อาจจะไปประชุมวิชาการตามสถาบันอื่น ๆ นอกจากกระทรวงสาธารณสุข ซึ่ง
จัดการอบรมที่สอดคล้องกับหลักสูตรอบรมแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป ส่วนเนื้อหาอื่น ๆ นอกเหนือจากการ
อบรมทั้ง 2 ช่วง อาจศึกษาด้วยตนเองที่สถานที่ปฏิบัติงานอยู่

แพทย์ชุดใช้ทุน ปีที่ 3

ฝึกอบรมในส่วนชาติที่ตนเองเห็นว่าจำเป็น ณ โรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาล
ทั่วไปในจังหวัดหรือในเครือข่ายประมาณ 2-3 สัปดาห์ และอบรมกับสมาคมแพทย์เวชปฏิบัติ เพื่อ
ให้ทราบแนวทางการสอบ เพื่อรับวุฒิบัตรทางเวชปฏิบัติทั่วไป และการเตรียมตัวต่าง ๆ สำหรับผู้ที่
ต้องการสอบเพื่อรับวุฒิบัตรเวชปฏิบัติทั่วไป โดยใช้เวลาอบรมประมาณ 2 สัปดาห์ (กระทรวง-
สาธารณสุข กองฝึกอบรม, 2531)

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ผู้วิจัยได้ศึกษาและค้นคว้าพบว่า งานวิจัยเกี่ยวกับการใช้แถบวิตทีคณ์เพื่อการศึกษาใน
มีงานวิจัยบางเรื่องที่เสนอผลของการใช้แถบวิตทีคณ์ เพื่อการเรียนการสอนบางอย่างที่ได้มีการศึกษา
ไว้แล้วดังจะนำเสนอต่อไปนี้

งานวิจัยในประเทศ

วณี รัตน์วงศ์ (2514) ได้ทำการศึกษาวิจัยเรื่อง "การเปรียบเทียบผลการสอนวิชาสังคมศึกษา โดยใช้แถบวิดิทัศน์กับการสอนโดยไม่ใช้แถบวิดิทัศน์" ในระดับ ป.กศ.ต้น เพื่อแก้ปัญหาการขาดแคลนครู ผลปรากฏว่า การเรียนวิชาสังคมศึกษาในระดับชั้น ป.กศ.ต้น โดยใช้แถบวิดิทัศน์ให้ผลดีว่าการเรียนในชั้นธรรมดา

โอภาส ศรีสะอาด (2516) ได้ทำการศึกษาวิจัยเรื่อง "การสอนวิชาวิทยาศาสตร์ในระดับประกาศนียบัตรวิชาการศึกษา โดยใช้โทรทัศน์วงจรปิด" พบว่า กลุ่มที่เรียนจากโทรทัศน์กับกลุ่มที่เรียนจากครูตามปกติไม่แตกต่างกัน ยกเว้นการเรียนวิชาคำนวณ ซึ่งเรียนจากครูโดยตรงให้ผลดีกว่า และให้ข้อเสนอว่า บทเรียนที่จะสอนทางโทรทัศน์ ควรเป็นแบบเรียนมาตรฐาน และบันทึกเป็นแถบวิดิทัศน์

รัตนา แหลมทองสวัสดิ์ (2526) ได้ทำการศึกษาวิจัยเรื่อง "การเปรียบเทียบผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนวิชาทักษะการฟังกระซิบไหล่งของนักศึกษาแพทย์ ระหว่างวิธีการสาธิตแบบรวมและแบบแยกโดยใช้แถบวิดิทัศน์" โดยใช้แถบวิดิทัศน์ 2 ม้วน ม้วนแรก เป็นการสาธิตแบบรวมโดยสาธิตทักษะต่อเนื่องกันไปหมดทุกขั้นตอน ม้วนที่ 2 สาธิตทีละขั้นแล้วหยุดแถบวิดิทัศน์ให้ผู้เรียนฝึกปฏิบัติตามผลจากการศึกษากลุ่มตัวอย่าง ซึ่งเป็นนักศึกษาแพทย์ชั้นปีที่ 5 จำนวน 57 คน กลุ่มที่ 1 เป็นนักศึกษาแพทย์จากศิริราชพยาบาล จำนวน 27 คน กลุ่มที่ 2 จำนวน 30 คน ผลปรากฏว่าการเรียนทั้ง 2 วิธี ให้ผลไม่แตกต่างกัน

งานวิจัยต่างประเทศ

วิลเบอร์ แชร้ม (Wilbur Schram, 1962) ได้ศึกษาวิเคราะห์ผลเกี่ยวกับการใช้โทรทัศน์เพื่อการสอนว่า ช่วยให้นักศึกษาเกิดการเรียนรู้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยเฉพาะในการเรียนคณิตศาสตร์ วิทยาศาสตร์ และสังคมวิทยา ในด้านการสาธิต การทดลอง เพื่อให้เห็นจริงดีว่าการสอนโดยการบรรยายเพียงอย่างเดียว

ชาร์ล โอนิตซ์ (Charles O. Neidth, 1967) ได้ทำการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับการใช้แถบวิดิทัศน์ สอนทักษะในระดับมหาวิทยาลัยพบว่า แถบวิดิทัศน์สามารถสอนทักษะให้ผู้ชมจำนวนมาก

ได้ชมอย่างทั่วถึง ประหยัดเวลา สามารถฉายซ้ำได้หลายครั้ง การสอนโดยใช้แถบวีดิทัศน์ มีความเหมาะสม ได้รับความสนใจและช่วยพัฒนาการสอนเป็นอย่างดี

แฮร์รี่ เคนท์ มัวร์ (Harry Kent Moore, 1973) ได้ทดลองสอนแบบโปรแกรม โดยใช้แถบวีดิทัศน์เป็นบทเรียน 2 ชุด แต่ละชุดแบ่งออกเป็น 4 แบบ คือ

1. แบบเรียนเร็ว ใช้สอนไปตามปกติและฉายแถบวีดิทัศน์ไปโดยไม่หยุดจนจบ ผู้เรียนมีโอกาสตอบคำถามระหว่างชมรายการ

2. แบบเรียนช้า ใช้เวลาเป็น 2 เท่าของแบบที่ 1 และมีการหยุดแถบวีดิทัศน์เพื่อถาม-ตอบ และเฉลย

3. แบบปานกลาง ระหว่างเรียนจะอธิบายเป็นระยะ ๆ

4. เช่นเดียวกับแบบที่ 3 แต่จะถามปัญหาแทนการอธิบาย

ผลการวิจัยปรากฏว่า แบบที่ 2 ดีกว่าแบบที่ 1 แบบที่ 3 และแบบที่ 4 ไม่แตกต่างกัน

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย