

ศูนย์เวชศาสตร์ชุมชน

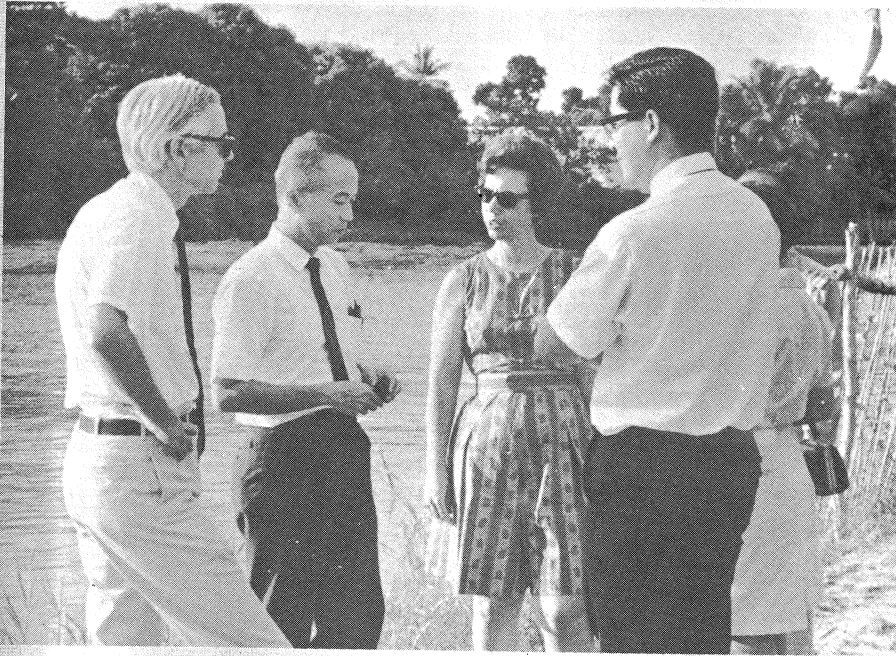


ศ.นพ.อนุวัตร ลิ้มสุวรรณ ผอ.ก.ศูนย์เวชศาสตร์ชุมชน

กำลังบรรยายแก่กลุ่มครูที่เข้ามารับการอบรมทางด้านการสาธารณสุขมูลฐาน

ที่ห้องประชุมใหญ่ชั้น 2 รพ.รามธิบดี

(15-19 ตุลาคม พ.ศ. 2527)



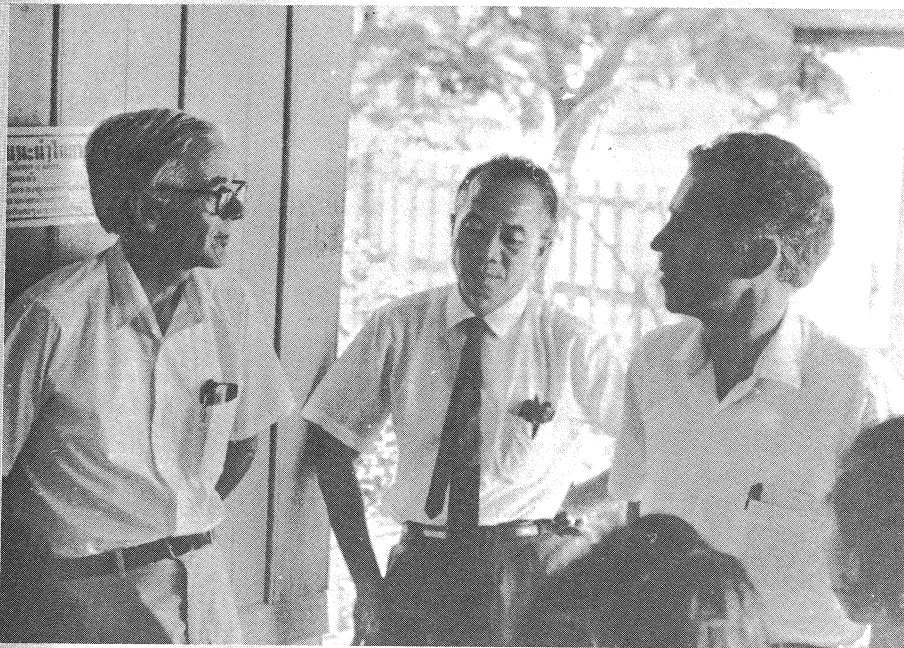
อาจารย์เปรม

ดร. รุปี วิลสัน

อาจารย์ศุภวัตร

ดร. Williby Lathem

พ.ศ. 2511 ตำบลบางชัน มินบุรี



อาจารย์เปรม

ดร. Willoughby Lathem

ดร. ไบรอันต์

Michel Stewart อ. อารี

Joe Wray Scrimshaw

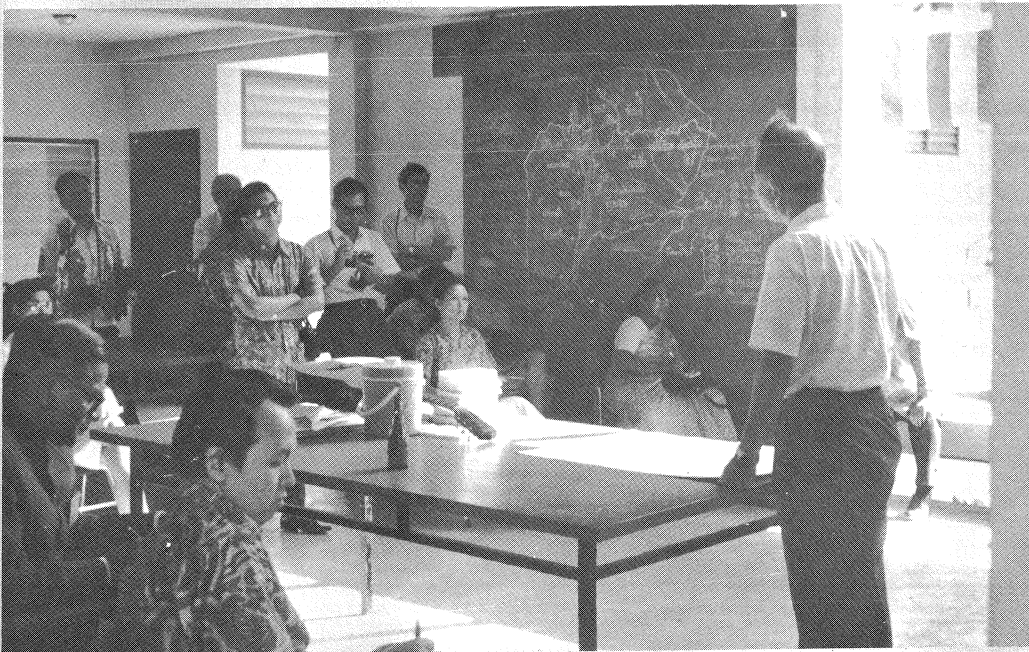
ขณะล่องเรือดูงานที่บางปะอิน

พ.ศ. 2516



ศ.นพ.เปรม บุนรี กำลังบรรยายสรุป แก่

WHO Fellows ที่มาดูงานเวชศาสตร์ชุมชน ที่ รพ.บางปะอิน (พ.ศ. 2517)





นศพ. ออกสำรวจหมู่บ้าน ในหลักสูตรวิทยาศาสตร์ชุมชน



นศพ. ให้บริการอนามัยโรงเรียนในจังหวัดพระนครศรีอยุธยา (พ.ศ. 2528)



นศพ.ดูการรักษามอพระในหมู่บ้าน

ในเขต อ.บางบาล พระนครศรีอยุธยา (พ.ศ. 2527)

การประชุมประเมินผล นศพ.ปี 6 ระหว่างอาจารย์ศูนย์เวชศาสตร์ชุมชน กับ แพทย์รพ.ชุมชน
ที่เขื่อนลำพระเพลิง นครราชสีมา (พ.ศ. 2529)





แถวนี้จากซ้าย อ.เนตรนภา ชุมทอง, ศ.นพ.อนุวัตร ลิ้มสุวรรณ, อ.ประนอมพร ไรจน์บวรวิทยา
 แถวยืนจากซ้าย อ.นพ.ไพบุลย์ สุริยะวงศ์ไพศาล, ผศ.นพ.สุรเกียรติ อาชานานุภาพ,
 อ.ประดิษฐ์ แน่นหนา, อ.นพ.สุรพงษ์ สืบวงศ์ลี



แถวนี้จากซ้าย อ.เนตรนภา ชุมทอง, รศ.นพ.ศิริพัฒน์ วัฒนเกษตร, รศ.นพ.อรทัย ศักดิ์สวัสดิ์
 แถวยืนจากซ้าย อ.นพ.ไพบุลย์ สุริยะวงศ์ไพศาล, ศ.นพ.อนุวัตร ลิ้มสุวรรณ,
 ผศ.นพ.สุรเกียรติ อาชานานุภาพ, อ.นพ.สุรพงษ์ สืบวงศ์ลี

ด.ญ. แพทย์ตาฟัตร ร.พ. รามาริบัติ
ขอแสดงความยินดีที่
นายแพทย์ กวี ไซยศิริ
ได้รับเลือกเป็นแพทย์ชนบทดีเด่น ประจำปี 2523



ศูนย์เวชศาสตร์ชุมชน

คำนำ

เวชศาสตร์ชุมชน เป็นวิชาแพทย์ที่ว่าด้วยการศึกษา และการประยุกต์วิทยาการทางแพทย์ที่ทันสมัยมาวิเคราะห์ หาสาเหตุและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับปัญหาทางด้านการแพทย์ และสาธารณสุขของชุมชนเพื่อหาทางป้องกันและแก้ไข

เวชศาสตร์ชุมชน (Community Medicine) เป็นคำที่เริ่มใช้มาประมาณ 20 กว่าปีที่แล้ว (ประมาณ ปี พ.ศ. 2505) เป็นวิชาที่ได้จัดให้มีการเรียนการสอนใน หลักสูตรแพทย์ และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขอื่น ๆ แทน เวชศาสตร์ป้องกันและสังคมซึ่งมีอยู่มาดั้งเดิม ทั้งนี้เพราะเห็นว่า เวชศาสตร์ชุมชนมีเนื้อหาครอบคลุมมาก คือมีการรวม และประยุกต์การรักษาพยาบาล การป้องกันโรค การส่งเสริมสุขภาพอนามัย และการฟื้นฟูสมรรถภาพให้แก่ ชุมชน

ความกว้างขวางของเวชศาสตร์ชุมชนของแต่ละ ประเทศจะไม่เหมือนกัน ขึ้นอยู่กับสภาพของประชากร ระบบ การบริการสาธารณสุข และระบบการศึกษาแพทย์ รวมทั้ง การให้ความสำคัญของแหล่งชุมชนแต่ละยุคแต่ละสมัย เพราะ ฉะนั้นเนื้อหาวิชาเวชศาสตร์ชุมชนจึงไม่ตายตัว “วิชา พื้นฐาน” อันได้แก่ สถิติ ระบาดวิทยา สังคมศาสตร์ ฯลฯ ก็เป็นวิชาที่ได้รับความเอาใจใส่อย่างมากจากผู้สร้างหลักสูตร โดยพัฒนาให้มีเนื้อหาครอบคลุมอยู่ให้เหมาะสมกับ สถานการณ์อยู่ตลอดเวลา

ประวัติการก่อตั้ง เวชศาสตร์ชุมชน ของ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

การก่อตั้งเวชศาสตร์ชุมชนของคณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี อาจจะแบ่งเป็นยุค ๆ ได้ดังนี้

1. พ.ศ. 2508-2512 ระยะเวลาก่อตั้งคณะ ฯ มีเหตุการณ์ต่าง ๆ เกิดขึ้นที่เป็นปัจจัยให้เกิดเวชศาสตร์ชุมชน ในคณะขึ้นคือ

1.1 ความช่วยเหลือจากมูลนิธิร็อกกี้เฟลเลอร์ โดยทางมูลนิธิได้ส่งที่ปรึกษาทางด้านหลักสูตร คือ Dr. Robert Loeb สำหรับแพทย์ Prof. Thelma Ingle สำหรับพยาบาล นอกจากนี้ยังได้ให้ทุนการศึกษาต่อของ แพทย์ พยาบาล ศึกษาศาสตร์ และการวิจัยอีกด้วย

Dr.Loeb ได้ให้คำแนะนำในการจัดการเรียน การสอนเวชศาสตร์ชุมชนว่า ควรจะจัดให้เป็นส่วนหนึ่งใน ชั่วโมงสอนของหลักสูตร คือมีระยะเวลาอันแน่นอน ไม่ใช่จะ อาศัยเวลาอื่น ๆ หลังจากนักศึกษาเลิกจากการดูแลผู้ป่วย ในหอพักแล้ว หรือวันเสาร์และวันอาทิตย์ อีกประการหนึ่ง ก็คือ ไม่ควรจะมีภาควิชาเวชศาสตร์ป้องกันหรือเวชศาสตร์ สังคมเป็นผู้ดำเนินการ เพราะจะทำให้ภาควิชาทางคลินิก ปลีกตัวออกจากภาระที่จำเป็นที่จะเข้ามาร่วมการจัดการ เรียนการสอนเวชศาสตร์ชุมชน Dr.Loeb อาจจะมองเห็น ว่าการที่มีภาควิชาเวชศาสตร์ป้องกันและสังคมเป็นผู้ดำเนินการ ซึ่งเป็นธรรมเนียมที่เคยปฏิบัติมาเป็นเวลาช้านาน ไม่ได้ประสบความสำเร็จเท่าที่ควร

1.2 ปัจจัยอันที่สองที่สำคัญมากคือ ประสบการณ์ ของอาจารย์ผู้ก่อตั้งคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี บางท่าน ในโครงการแพทย์เคลื่อนที่ของคณะแพทยศาสตร์ ศิริราชที่ท่าที่จังหวัดอุดรธานี ซึ่งเริ่มปฏิบัติมาตั้งแต่ พ.ศ. 2509 และดำเนินเรื่อยมาจน พ.ศ. 2518 ประสบการณ์ที่ อุดรธานีในโครงการนี้ได้ให้ข้อคิดต่าง ๆ ที่สำคัญทั้งทาง ด้านการจัดรูปงาน (Organization) และทางด้านการจัด บริการทางแพทย์และสาธารณสุขเป็นอย่างมาก

1.3 การติดต่อกับกระทรวงสาธารณสุข ศึกษา ถึงปัญหาการแพทย์และสาธารณสุขในแง่การจัดระบบบริการ การทำงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ตั้งแต่ระดับโรงพยาบาล จังหวัด สถานอนามัยชั้นหนึ่ง ชั้นสอง และสำนักงาน ผดุงครรภ์ ทำให้เกิดแนวความคิดว่าแพทย์เมื่อสำเร็จแล้ว และต้องไปอยู่ประจำที่สถานอนามัยชั้นหนึ่ง ควรจะมีบทบาท

อะไร และที่ปฏิบัติอยู่ในขณะนั้น ทำอะไรไปบ้างนอกเหนือ จากการดูแลผู้ป่วยภายนอกและภายในซึ่งแต่ละวันก็มีไม่ กี่คน และถ้าหากแพทย์ที่ประจำอยู่สถานอนามัยชั้นหนึ่ง จะทำเฉพาะทางด้าน การรักษาพยาบาลอย่างเดียว โดยไม่ เอาใจใส่ในแง่อื่น ๆ ของการแพทย์ เช่น การป้องกันโรค การส่งเสริม ฯลฯ ก็คงจะเป็นการลงทุนผลิตแพทย์ที่แพงมาก ไม่คุ้มค่าเอาเลยทีเดียว

1.4 ในปี พ.ศ. 2511 เมื่อนักศึกษาแพทย์รุ่นแรก ที่จะมารามาธิบดี พักร้อนระหว่างปี 3 และปี 4 ได้จัดให้ นักศึกษาซึ่งสมัครใจประมาณ 30-40 คน ไปทำการ สำรวจชุมชนที่หมู่บ้านแห่งหนึ่งในตำบลบางชัน อำเภอมินบุรี ห่างจากตัวเมืองกรุงเทพมหานครประมาณ 19 กิโลเมตร การออกแบบสอบถามก็ให้นักศึกษาคิดเอง และทำเองเป็นส่วนใหญ่ โดยตั้งปัญหาให้เขาว่าเมื่อเขาสำเร็จ แพทย์ไปแล้วจะต้องไปอยู่ที่สถานอนามัยชั้นหนึ่ง รับผิดชอบ ในการจัดบริการดูแลทุกข์สุขให้ชุมชนในเขตนั้น เขาต้องการ ทราบตัวปัญหาอะไรบ้างเกี่ยวกับชุมชนนั้น ได้ใช้ตัวอย่าง แบบสอบถามของคณะสาธารณสุขศาสตร์ประกอบการพิจารณา แบบสอบถามที่นักศึกษาจัดทำขึ้นได้ถูกนำไปทดสอบล่วงหน้า เพื่อดูความเหมาะสมจนเป็นที่พอใจแล้วจัดให้นักศึกษาออกไป ทำการสำรวจ ระยะเวลาที่สำรวจประมาณสองสามสัปดาห์ เมื่อได้ข้อมูลมาแล้ว ก็นำมาวิเคราะห์โดยความช่วยเหลือจาก อาจารย์และนักศึกษาประมาณ 6-7 คนที่สนใจ ในการไป สำรวจคราวนี้ นอกจากนักศึกษาที่อาสาสมัครแล้วยังมีคน อื่น ๆ ติดตามไปด้วยเป็นจำนวนมาก

ความกระตือรือร้นของนักศึกษาและอาจารย์ที่ไป ร่วมด้วย ทำให้เกิดกำลังใจและแนวความคิดว่า ทำอย่างไร ถึงจะจัดการเรียนการสอนให้นักศึกษา เมื่อสำเร็จแพทย- ศาสตร์บัณฑิตไปแล้วมีความรู้ความสามารถและทัศนคติ ที่ดีที่จะมีความรับผิดชอบดูแลประชาชนในเขตอำเภอที่ตน รับผิดชอบอยู่ แรงจูงใจและปัจจัยอีกเรื่องหนึ่งก็คือ นักศึกษา แพทย์ในขณะนั้นรับทุนอยู่ประมาณร้อยละ 75 และผู้รับทุน เหล่านี้เมื่อสำเร็จจะต้องออกไปปฏิบัติงานในชนบทสองปี คือหนึ่งปีอยู่โรงพยาบาลประจำจังหวัด และหนึ่งปีอยู่สถาน อนามัยชั้นหนึ่ง (ภาระการรับทุนจากรัฐของนักศึกษาได้

เปลี่ยนจากร้อยละ 75 เป็นร้อยละ 100 เมื่อปี พ.ศ. 2517 ตามที่องค์การนักศึกษาเองเป็นผู้เสนอ)

1.5 ข้อมูลต่าง ๆ ที่ได้มาจากการสำรวจชุมชนที่ตำบลบางชัน ได้นำมาเป็นสื่อการจัดการเรียนการสอนให้นักศึกษารุ่นที่ออกไปทำการสำรวจต้นปี 4 (พ.ศ. 2511) ใช้เวลาทั้งหมดประมาณ 112 ชั่วโมง คือเข้าวันพุธและวันศุกร์ของสัปดาห์ และได้จัดการเรียนการสอนต่อไปหลายปี 4 ใช้เวลา 26 ชั่วโมง เพื่อเป็นการวางแผนแก้ไขปัญหาที่พบ

ในขณะนี้หลักสูตรเวชศาสตร์ชุมชน เริ่มจะมีเค้าโครงขึ้นมาแล้วคือ

- ก. การสำรวจชุมชนภาคฤดูพักร้อน เวลา 1 เดือน ระหว่างชั้นปีที่ 3-4
- ข. การวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้กลับมาได้ ต้นชั้นปีที่ 4 เวลา 112 ชั่วโมง
- ค. การวางแผนงานเพื่อแก้ไขปัญหาสาธารณสุขปลายชั้นปีที่ 4 เวลา 26 ชั่วโมง

1.6 ในปี พ.ศ. 2512 ก็ได้ดำเนินการเรียนการสอนอย่างปี พ.ศ. 2511 ให้แก่นักศึกษารุ่นที่ 2 แต่ใช้หมู่บ้านในอำเภอบางปะอิน ซึ่งทางคณะ ฯ ได้ทำการติดต่อขอใช้สถานที่กับกระทรวงสาธารณสุขไว้แล้ว หลังจากที่ได้ไปตรวจเยี่ยมเลือกสถานที่กับเจ้าหน้าที่ชั้นผู้ใหญ่ของกระทรวงสาธารณสุขหลายแห่งในจังหวัดต่าง ๆ รวมกรุงเทพมหานคร ไม่น้อยกว่า 10 แห่ง

2. พ.ศ. 2513-16 ระยะเวลาที่อาจารย์อาธีเป็นคนบดี สมัยที่ 1

โรงพยาบาลรามธิบดีได้ทำการเปิดบริการในต้นปี พ.ศ. 2512 เพื่อเตรียมรับคนไข้และนักศึกษาที่จะเข้ามาศึกษาทางด้านคลินิก ในระยะปีสองปีแรกเนื่องจากจำนวนคนไข้มีไม่มากนักศึกษาที่ชั้นปี 5 (ปีแรกของคลินิก) ต้องไปศึกษาในโรงพยาบาลใกล้ ๆ กับรามธิบดีหลายแห่ง เช่น โรงพยาบาลพระมงกุฎ โรงพยาบาลหญิง โรงพยาบาลเด็ก ฯลฯ

เหตุการณ์ต่าง ๆ ในระยะนี้ที่ส่งเสริมการจัดโครงการเวชศาสตร์ชุมชน มีดังนี้

2.1 เพื่อส่งเสริมความเข้าใจให้แก่คณะ ฯ ทางคณะ ฯ ได้เสนอให้อาจารย์เปรม บุรี ไปดูงานเวชศาสตร์ชุมชนในประเทศต่าง ๆ ที่ทางมูลนิธิโรคกีเฟลเลอร์สนับสนุนอยู่ ได้รับคำแนะนำจาก Dr. John Bryant ที่ปรึกษาของมูลนิธิ ฯ เป็นอย่างดี และได้ทุนจากมูลนิธิ ฯ ไปศึกษาที่อินเดีย (All India Institutes of Medical Science), เกเนยา (ไปศึกษาการจัดระบบบริการแพทย์และสาธารณสุขรวมทั้งการฝึกอบรมผู้ช่วยแพทย์), อูกานดา (มหาวิทยาลัย แมกเคอเรรี), ไนจีเรีย (มหาวิทยาลัยที่เมืองออบาดาน), สหรัฐอเมริกา (มหาวิทยาลัยเคนทักกี), จาไมกา (มหาวิทยาลัยเวสต์อินดีส) ที่เมืองคิงสตัน, โคลอมเบีย (มหาวิทยาลัยที่เมืองคาลี), ฟิลิปปีนส์ (มหาวิทยาลัยฟิลิปปีนส์) จากการศึกษาทางด้านเวชศาสตร์ชุมชนและการปรึกษาหารือกับอาจารย์ผู้เกี่ยวข้องก็ได้รับคำแนะนำในการจัดหลักสูตร การจัดระบบงาน ฯลฯ เป็นอย่างดี และหลังจากที่ได้ไปศึกษาระบบเป็นเวลา 9 สัปดาห์แล้ว เมื่อกลับมาประเทศไทยได้เสนอเรื่องราวต่อคณะกรรมการบริหารในเรื่องการจัดหลักสูตรเวชศาสตร์ชุมชนดังนี้ คือ

- ก. จัดเป็นโครงการโดยมีคณะอนุกรรมการเวชศาสตร์ชุมชนเป็นผู้ดำเนินการ อยู่ภายใต้สำนักงานคณบดี
- ข. เป็นโครงการระหว่างภาควิชาต่าง ๆ ของคณะ ฯ
- ค. เป็นโครงการร่วมระหว่างคณะ ฯ และกระทรวงสาธารณสุข

เพื่อเป็นการตอบสนองข้อเสนอดังกล่าวหลังจากที่คณะ ฯ ได้มีมติเห็นชอบแล้ว ทางคณะ ฯ ก็ได้ดำเนินการแต่งตั้งคณะอนุกรรมการเวชศาสตร์ชุมชนขึ้นอย่างเป็นทางการโดยรวมทั้งภาควิชาหรือตัวแทนของทุกภาคและเจ้าหน้าที่ของกระทรวงสาธารณสุขไว้ด้วย ได้ทำการติดต่อกับอาจารย์ของภาควิชาต่าง ๆ ให้มาช่วยเหลือเพราะเวชศาสตร์ชุมชนต้องการอาจารย์จากภาควิชาในแง่ต่าง ๆ เป็นอันมาก ทางคณะอนุกรรมการ ฯ ได้รับความร่วมมือจากภาควิชาต่าง ๆ ที่ปรึกษามูลนิธิโรคกีเฟลเลอร์ (Dr.

Bryant, Dr. Wray, Miss Wilson) ตลอดถึงเจ้าหน้าที่ชั้นผู้ใหญ่ของกระทรวงสาธารณสุข โดยเฉพาะอย่างยิ่งนายแพทย์สมบูรณ์ วัชโรทัย อธิบดีกรมอนามัย และนายแพทย์ไพโรจน์ นิงสานนท์ เป็นอย่างดี

2.2 ราวต้นปี พ.ศ. 2513 Dr. John Bryant ได้เดินทางไปศึกษางานกับบริษัท APT Associate ในอเมริกา บริษัท APT Associate เป็นบริษัทของผู้เชี่ยวชาญในการวิเคราะห์ที่ได้ทำการวิเคราะห์การสร้างเรือดำน้ำลำแรกของอเมริกา (ชื่อ Nautilus) โดยวิธีการทางวิทยาศาสตร์ (Systems Analysis) และจากข้อเสนอของบริษัทนี้ต่อรัฐบาลอเมริกาทำให้เรือดำน้ำได้ถูกสร้างเสร็จก่อนกำหนดตั้งสองปี Dr. Bryant ได้นำวิธีการ Systems Analysis มาเผยแพร่และได้สร้าง Health Simulation Games เข้ามาประยุกต์ใช้ในการจัดการเรียนการสอนเวชศาสตร์ชุมชนด้วย ขั้นตอนต่างๆ ของ Systems Analysis ได้ถูกดัดแปลงโดย Dr. Wray ออกเป็น “Problem Solving Cycle” ซึ่งต่อมาเป็นหัวใจอันสำคัญในการจัดการเรียนการสอนเวชศาสตร์ชุมชน เป็นอย่างมาก

ส่วน Health Simulation Games นั้นได้ถูกนำมาเป็นสื่อการสอนอยู่พักหนึ่ง แต่ตอนหลังได้เลิกไปเมื่อ Dr. Bryant หมดวาระที่จะอยู่ในเมืองไทย เพราะไม่มีใครที่จะทำได้เท่า ประสิทธิภาพนี้ก็เกิดขึ้นในอเมริกาเองเหมือนกัน เพราะกลไกของการเล่นเกมส์นี้ค่อนข้างจะยุ่งยากและต้องอาศัยผู้เล่นที่เคยมีประสบการณ์ทางด้านกาให้บริการสาธารณสุขมาบ้างแล้ว

2.3 หลังจากที่ได้รับอนุญาตจากกระทรวงสาธารณสุขให้ใช้อำเภอบางปะอิน เป็นที่จัดการเรียนการสอนแล้ว ทางคณะฯ ก็ได้ส่งนักศึกษาแพทย์ ปี 6 รุ่นแรกในปี พ.ศ. 2513 (คือรุ่นแรกๆ ที่ไปสำรวจที่ตำบลบางขันในปี พ.ศ. 2511) ขณะที่จะขึ้นมาศึกษาต่อที่คณะวิทยาศาสตร์ในปี 4 พ.ศ. 2511) การจัดการเรียนการสอนในช่วง 6 สัปดาห์ที่สถานีอนามัยชั้นหนึ่งในระยะนี้ยังไม่ดีนัก ได้รับคำวิพากษ์วิจารณ์ว่าการไปอยู่ที่บางปะอินเป็นระยะของ “Quackship” แทนที่

จะเป็น “Clerkship” เหมือนกับภาควิชาทางคลินิก ขณะนี้ต้องยอมรับว่ายังไม่มีความคิดดี ๆ ที่จะจัดการเรียนการสอนให้เป็นกิจลักษณะได้ดี นอกจากมีกิจกรรมต่างๆ ของกระทรวงสาธารณสุขที่หวังจะให้เจ้าหน้าที่ประจำสถานีอนามัยและสำนักงานผดุงครรภ์ทำ อันได้แก่ Basic Health Services 10 อย่าง ที่หลายคนเรียกว่า Ten Commandments (การดูแลรักษาและส่งกลับผู้ป่วยภายในและภายนอก อนามัยแม่และเด็ก การวางแผนครอบครัว อนามัยโรงเรียน อนามัยสิ่งแวดล้อม การชันสูตรโรค การเขียนรายงาน สุขศึกษา โภชนาการ ฯลฯ) เจ้าหน้าที่ประจำสถานีอนามัยต่างๆ มีจำนวนน้อย ไม่มีหมอย่อย ประกอบทั้งจุดมุ่งหมายในการไปอยู่ที่บางปะอินไม่แน่นอน รวมทั้งอาจารย์จากคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดีเองก็ยังไม่มีความสนใจในการทำงานที่สถานีอนามัยเพียงพอ ต่อมาเมื่อกระทรวงสาธารณสุขตกลงกับคณะฯ ที่จะทำการปรับปรุงสถานที่รวมทั้งจัดบุคลากรโดยเฉพาะแพทย์มาประจำกิจกรรมที่จัดให้นักศึกษาปฏิบัติเริ่มต้นขึ้นเป็นลำดับ

2.4 การปฏิบัติงานในการจัดการเรียนการสอนที่บางปะอินในระยะดังกล่าว ต้องใช้เวลาเตรียมเป็นอย่างมาก คือต้องทำความเข้าใจกับกระทรวง เจ้าหน้าที่ฝ่ายบริหารระดับจังหวัด อำเภอ ตำบล หมู่บ้าน นอกจากเจ้าหน้าที่ของกระทรวงสาธารณสุขแล้ว การบริหารงานทางด้านสาธารณสุขระดับอำเภอลงมา ก็รู้สึกไม่ได้เป็นไปตามที่คิดไว้

หลักสูตรเวชศาสตร์ชุมชนในระยะนี้มีดังนี้

- ปี I 1. การสำรวจชุมชน 1 เดือน (สมัคร)
- ปี II 2. การวิเคราะห์ปัญหาชุมชน 112 ชม. (บังคับ)
- ปี III 3. การวางแผน 26 ชม. (บังคับ)
- ปี IV
- ปี V คลินิกตามภาควิชาคลินิกต่างๆ แห่งละ 6 สัปดาห์
- ปี VI 4. Clerkship ของเวชศาสตร์ชุมชน 6 สัปดาห์ (บังคับ)
- ปี Intern แพทย์ฝึกหัด เวชศาสตร์ชุมชน 1 เดือน (บังคับ)

2.5 ในระยะนี้ทางภาควิชาพยาบาลก็ได้มีหลักสูตร Community Health Nursing ซึ่งเริ่มพร้อมกับนักศึกษาแพทย์รุ่นแรกไว้แล้ว (ที่ปรึกษามูลนิธิ Prof. Thelma Ingle, Dr. Ruby Wilson มีส่วนช่วยมาก) ทางคณะกรรมการเวชศาสตร์ชุมชนได้พยายามหลายครั้งหลายหนที่จะจัดให้การเรียนการสอนนักศึกษาแพทย์และพยาบาลได้เวลาตรงกัน และหลายครั้งก็สามารถทำได้ โดยมีจุดประสงค์ที่จะสนับสนุนการปฏิบัติงานร่วมกันเป็นทีม

2.6 ได้ทำการก่อสร้างหอพักนักศึกษาที่บางปะอิน โดยทุนของมูลนิธิโรคกีเฟลเลอร์ เรื่องราวของหอพักนี้ก็เป็นเรื่องที่น่าสนใจว่าคุณหลายคนจะไปเยี่ยมบางปะอินกล่าวว่าทำไมถึงสร้างเป็นแบบอเมริกันและไม่ใช่แบบไทย ๆ แต่อย่างไรก็ตามหอพักนี้ทางคณะ ฯ และหน่วยราชการอื่น ๆ ก็ได้ใช้ประโยชน์อย่างคุ้มค่าซึ่งถ้าคิดจะสร้างอีกเวลานี้คงจะเปลืองงบประมาณเป็นสิบ ๆ เท่า

2.7 ในปี พ.ศ. 2513 ทางคณะ ฯ ได้ส่งอาจารย์เปรม บุรี ไปเป็นผู้ร่วมประชุมเวชศาสตร์ชุมชนที่ Villa Serbelloni, Bellagio Lake, Coma ในประเทศอิตาลี โดยทุนมูลนิธิโรคกีเฟลเลอร์ การประชุมคราวนี้เป็นการประชุมนานาชาติ เรื่องเกี่ยวกับการจัดการเรียนการสอนเวชศาสตร์ชุมชนของโรงเรียนแพทย์ในประเทศต่าง ๆ ที่มีชื่อเสียงทั่วโลก จากการประชุมก็ได้ข้อคิดเห็นมาปรับปรุงหลักสูตรเวชศาสตร์ชุมชนให้ดีขึ้น

2.8 พ.ศ. 2516 มีเหตุการณ์รุนแรงทางการเมืองเกิดขึ้นในประเทศไทย คือ นักศึกษา ประชาชน ทำการต่อต้านโค่นอำนาจรัฐบาลของ จอมพลถนอม กิตติขจร และ จอมพลประภาส จารุเสถียร รัฐบาลที่ถูกแต่งตั้งขึ้นใหม่ นำโดยนายสัญญา ธรรมศักดิ์ ทำการบริหารประเทศอยู่ประมาณเกือบปีแล้วจึงมีการเลือกตั้งรัฐบาลใหม่ขึ้นมา มี ม.ร.ว.คึกฤทธิ์ ปราโมช เป็นนายกรัฐมนตรี จนกระทั่งปี พ.ศ. 2519 จึงเกิดการปฏิวัติขึ้น

ในระยะนี้ เป็นระยะที่นักการเมืองหลายท่านกล่าวว่า เป็นระยะเวลาที่ประชาธิปไตยกำลังเบิกบาน กลุ่มนักศึกษาของสถาบันอุดมศึกษาหลายแห่งซึ่งได้ออกปฏิบัติงานช่วยเหลือ

ชุมชนในชนบทตั้งแต่ปี พ.ศ. 2515 ก็ได้ขยายกิจกรรมทางด้านชนบทอย่างใหญ่โต ทางคณะกรรมการบริหารแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดีได้จัดโครงการเสริมประสบการณ์ในชนบทให้แก่นักศึกษาแพทย์ระหว่างปี 5-6 (เวลา elective หกสัปดาห์) ออกไปปฏิบัติงานตามโรงพยาบาลในต่างจังหวัด กิจกรรมนี้ได้ปฏิบัติติดต่อกันมาจนถึงปี พ.ศ. 2519 แล้วหลังจากนั้นจึงได้เลิกไป

2.9 ปี พ.ศ. 2516 ได้มีการสัมมนาระดับชาติที่อำเภอบางละมุง จังหวัดชลบุรี เรื่องการศึกษาแพทยศาสตร์ด้านอนามัยชุมชน โดยทุนของ WHO, China Medical Board และโรคกีเฟลเลอร์ มีที่ปรึกษาขององค์การทั้งสามมาร่วมด้วย การประชุมคราวนี้ได้นำเอาเจ้าหน้าที่ชั้นผู้ใหญ่หรือตัวแทนจากคณะแพทยศาสตร์ทุกแห่งและกระทรวงต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งพระสงฆ์องค์เจ้ามารวมด้วย เพื่อเป็นการแลกเปลี่ยนข้อคิดเห็นต่าง ๆ นับว่าได้ประโยชน์อย่างมากมาย ในการที่จะสนับสนุนให้เกิดมีการจัดหลักสูตรเวชศาสตร์ชุมชนขึ้นในคณะ ฯ (ซึ่งการประชุมแพทยศาสตร์ศึกษาระดับชาติครั้งที่ 3 เมื่อ พ.ศ. 2514 ที่โรงพยาบาลรามาธิบดี ก็ได้ให้คำแนะนำให้มีการจัดการเรียนการสอน Social Science ในหลักสูตรแพทย์ 12 เครดิตอยู่แล้ว)

2.10 การเปลี่ยนแปลงระบบบริหารของกระทรวงสาธารณสุขโดยรวมโรงพยาบาลประจำจังหวัดและสถานอนามัยชั้นหนึ่ง ชั้นสอง สำนักงานตจว. ซึ่งเดิมอยู่ใต้สังกัดของกรมการแพทย์และกรมอนามัยให้มาไว้ในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวง โดยหวังที่จะให้การบริหารงานและการประสานงานดีขึ้น ในแนวความคิดก็ต้องนับว่าเป็นสิ่งที่ดีอยู่มาก แต่ในเชิงปฏิบัติยังมีปัญหาค่อนข้างจะละเอียดอ่อนต้องแก้ไขอยู่มาก การเปลี่ยนแปลงคราวนี้ก็มิผลกระทบท่อการจัดโครงการเวชศาสตร์ชุมชนอยู่ไม่น้อย

โครงการเวชศาสตร์ชุมชนในระยะนี้เริ่มพอจะกล่าวได้ว่าได้มี

g. Organizational Principle

g.1 เป็นโครงการระหว่างภาควิชา

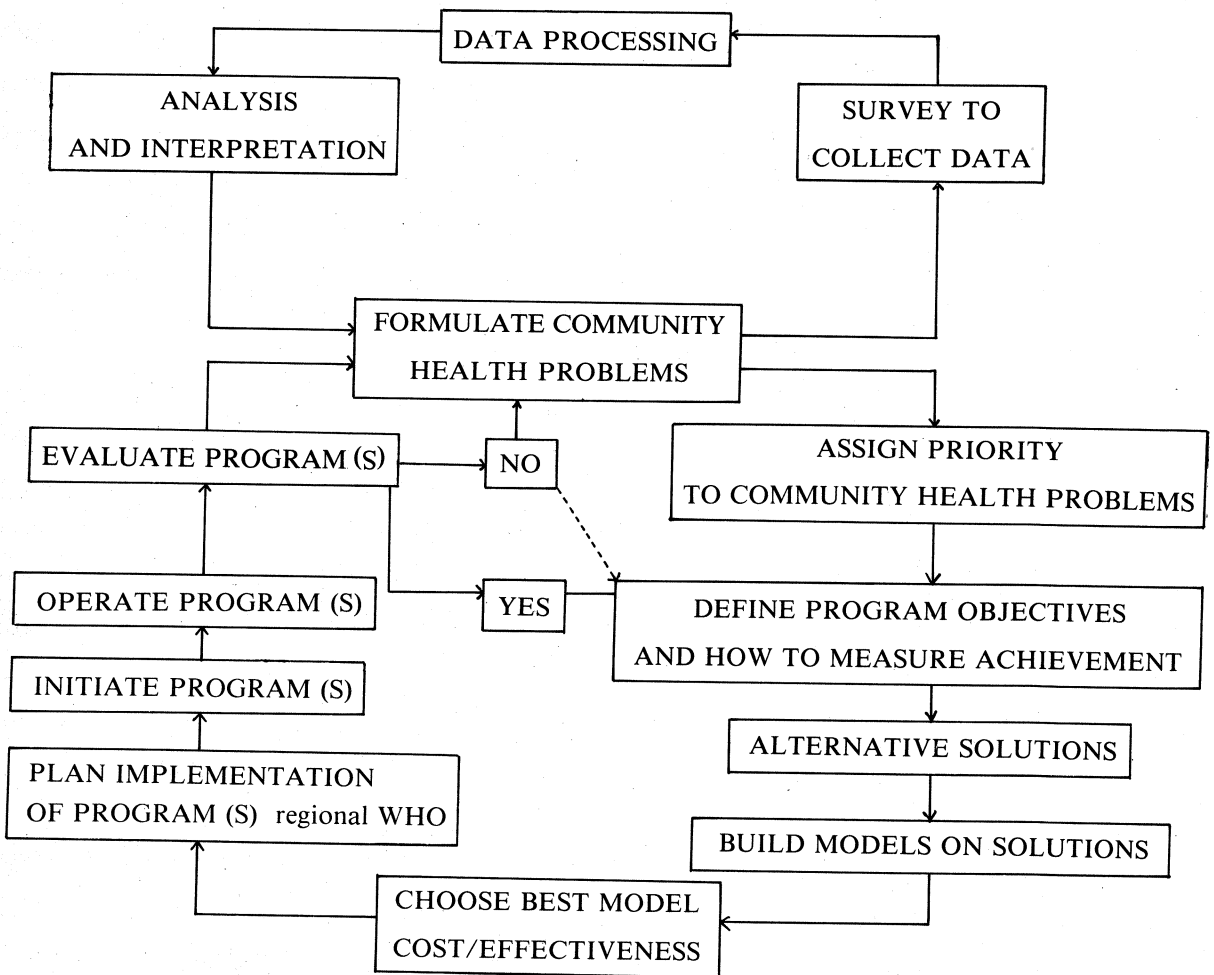
- ก.2 เป็นโครงการร่วมกับกระทรวงสาธารณสุข
- ก.3 การจัดการเรียนการสอนประสมประสานกับคณะวิทยาศาสตร์และภาควิชาของคณะแพทยศาสตร์
- ข. Teaching-Learning Principle
 - ข.1 การจัดให้นักศึกษามีประสบการณ์เน้น ๆ (early exposure)
 - ข.2 การใช้สถานที่จริง ๆ ในชุมชนเป็นที่สอน (realistic setting)
 - ข.3 การใช้วงจรการแก้ปัญหาเป็นเครื่องนำ (problem solving approach)

ข.4 การใช้ส่วนประกอบของวงจรแก้ปัญหาเป็นเครื่องกำหนดการสร้างหลักสูตร (elements of problem solving cycle as guidelines for designing courses)

ข.5 มีการปรับปรุงเปลี่ยนแปลงหลักสูตรตามความเหมาะสม (flexibility and feedback)

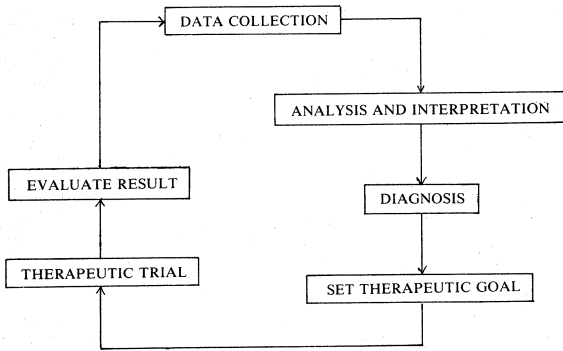
ค. Problem Solving Cycle (PSC)

PSC ที่ใช้ในเวชศาสตร์ชุมชน ได้รับการดัดแปลงมาจากวิธีการของบริษัท APT Associate ออกมาเป็น Dynamic System ดังนี้



PROBLEM SOLVING CYCLE (PSC)

Problem solving cycle ที่ใช้กับเวชศาสตร์ชุมชนนี้ เมื่อเปรียบเทียบกับขั้นตอนที่ใช้ใน clinical medicine ก็จะมีลักษณะคล้ายคลึงกันมากคือ



3. พ.ศ. 2517-2520 ระยะเวลาที่อาจารย์อาชี เป็นคนบดิสสมัยที่ 2

ปัจจัยต่าง ๆ ที่สนับสนุนเวชศาสตร์ชุมชนได้แก่

3.1 หน่วยงานศาสตรของคณะ ฯ เริ่มปฏิบัติงานอบรมข้าราชการแพทย์รุ่นใหม่ร่วมกับหน่วยงานศาสตรของจุฬา ฯ ศิริราช ฯ ได้เปิดหลักสูตรอบรมปีละ 2 ครั้ง ใช้เวลาครั้งละ 2 สัปดาห์หมุนเวียนกันเป็นเจ้าภาพ นอกจากนี้จะให้ความรู้ทางศึกษาศาสตรแล้วยังได้ชี้ให้เห็นความสำคัญของความสัมพันธ์ระหว่างผู้ผลิตแพทย์ (โรงเรียนแพทย์) ผู้บริการ (กระทรวงสาธารณสุข ฯลฯ) และผู้ใช้ (ประชาชน) การจัดหลักสูตรระยะสองสัปดาห์นี้มีทั้งระดับในประเทศคือ ระหว่างโรงเรียนแพทย์ด้วยกัน ระดับ regional ระหว่างประเทศทางด้านเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ เนื่องจากหน่วยงานศาสตรที่จุฬา ฯ ได้รับเลือกเป็น Regional Teacher Training Centre ของ WHO

3.2 ในระยะนี้ทางการแพทย์ได้มีการกล่าวถึงการเปลี่ยนแปลงหลักสูตรแพทย์จาก 2-2-2+1 ปีแพทย์ฝึกหัด (คือ premed 2 ปี, preclinic 2 ปี, clinic 2 ปี และ intern 1 ปี) เป็น 3-3 คือ premed และ preclinic 3 ปี, clinic 3 ปี

ส่วน intern อีก 1 ปีนั้น ยังไม่ได้ตัดสินใจแน่นอนว่าจะให้ไปหรือไม่ เนื่องจากทั้งนักศึกษาและอาจารย์จำนวนไม่น้อยเกิดความรู้สึกที่ว้าวิชา premed เข้าซ้อนกับวิชาที่เรียนมาแล้ว ในมัธยมศึกษาตอนปลาย และ clinic 2 ปี ไม่เพียงพอได้จัดให้มีการประชุมเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงหลักสูตรระหว่างมหาวิทยาลัยที่โรงแรมรถไฟหัวหิน ในปี พ.ศ. 2518 ที่ประชุมลงความเห็นว่าจะเปลี่ยนแปลงได้ โดยโรงเรียนแพทย์เชียงใหม่และขอนแก่นได้นำไปปฏิบัติก่อน ส่วนจุฬาศิริราช และรามธิบดียังสงวนท่าทีอยู่ การเปลี่ยนแปลงหลักสูตรนี้ก็คงจะมีผลกระทบการจัดหลักสูตรเวชศาสตร์ชุมชนของรามธิบดีอย่างแน่นอน

3.3 ปี พ.ศ. 2518-19 คณะอนุกรรมการที่แต่งตั้งโดยแพทยสภาได้ทำการศึกษาเกณฑ์มาตรฐานของแพทย์ฝึกหัด ซึ่งเมื่อสำเร็จไปแล้วจะต้องออกไปปฏิบัติงานที่สถานอนามัยชั้นหนึ่ง ซึ่งในขณะนี้ได้เปลี่ยนชื่อเป็นศูนย์การแพทย์และอนามัย (ศพอ.) โรงพยาบาลอำเภอ (รพอ.) โดยปรับปรุงการบริหารงานและบุคลากรให้ดีขึ้น ทางแพทยสภาได้ประกาศใช้ในปี พ.ศ. 2519 ซึ่งทางโรงเรียนได้ใช้เรื่อยมา จนกระทั่งมีการปรับปรุงในปี พ.ศ. 2528 (แพทยสภาสารปีที่ 14 ฉบับที่ 3 เดือนมีนาคม 2528) เนื้อหาของเกณฑ์มาตรฐานของแพทยสภานี้มีเนื้อหาครอบคลุมทางด้านวิชาคลินิกและเวชศาสตร์ชุมชนอยู่ไม่น้อย นับว่าเป็นการกระตุ้นให้การจัดหลักสูตรเวชศาสตร์ชุมชนดีขึ้น

3.4 ในปี พ.ศ. 2518 อาจารย์ของคณะแพทยศาสตรโรงพยาบาลรามธิบดีที่ร่วมการจัดการเรียนการสอนเวชศาสตร์ชุมชนหลายคนได้รับเชิญจากคณะแพทยศาสตรมหาวิทยาลัยที่เมือง Surabaya ให้นำเนื้อหาสาระวิดิดำเนินงานหลักสูตรเวชศาสตร์ชุมชนไปประชุมกับหน่วย (ภาควิชา) เวชศาสตร์ชุมชนของอินโดนีเซีย โดยได้ทุนจาก WHO และทุนร็อคกีเฟลเลอร์ การไปคราวนี้นับว่าโครงการเวชศาสตร์ชุมชนของรามธิบดีได้ทำชื่อเสียงให้คณะ ฯ เป็นอย่างดีและหลังจากนั้นก็มิแพทย์ต่างประเทศได้มาศึกษางานโดยทุน WHO ทุกปีเป็นประจำ

3.5 พ.ศ. 2519 มีเหตุการณ์ทางการเมืองเกิดขึ้นที่มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ทำให้มีการสูญเสียชีวิตไปเป็น

จำนวนไม่น้อยและมีการเปลี่ยนรัฐบาล นายธานินทร์ กรัยวิเชียร ได้ถูกแต่งตั้งให้เป็นหัวหน้ารัฐบาลใหม่ กิจกรรมของนักศึกษาในชนบทได้ลดน้อยลงส่งผลกระทบต่อผลการสำรวจชุมชน ซึ่งเป็นหลักสำคัญในหลักสูตรเวชศาสตร์ชุมชนต้องเลิกไปแล้วถูกตัดแปลงให้สั้นเข้าโดยไปสำรวจชุมชนแออัดในกรุงเทพมหานครแทน

3.6 โครงการศึกษาของแพทย์เพื่อชนบท ซึ่งดำเนินโดยมหาวิทยาลัยมหิดล ซึ่งมี นายแพทย์สิระ บุณยะรัตเวช ในฐานะรองอธิบดีฝ่ายกิจกรรมนักศึกษาเป็นเจ้าของเรื่อง ก็มีมีส่วนช่วยโครงการเวชศาสตร์ชุมชนของคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดีเป็นอย่างมาก โครงการนี้เริ่มประมาณปี พ.ศ. 2517-2518 และดำเนินเรื่อยมาจนกระทั่งทุกวันนี้

3.7 แพทย์ที่สำเร็จจากโรงเรียนแพทย์หลายแห่งรวมทั้งรามาธิบดี ได้ปฏิบัติงานอยู่ที่โรงพยาบาลอำเภอในชนบทได้ก่อตั้งชมรมแพทย์ชนบทขึ้นในปี พ.ศ. 2517-2518 แพทย์เหล่านี้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งที่สำเร็จจากรามาธิบดีได้มีการประชุมวิชาการที่โรงพยาบาลรามาธิบดีทุกปี ทางคณะกรรมการโครงการเวชศาสตร์ชุมชนและหน่วยศึกษาศาสตร์ของรามาธิบดีได้รับการป้อนกลับจากแพทย์เหล่านี้ สิ่งต่าง ๆ ที่ทางคณะฯ ได้พิจารณาแล้วได้นำมาปรับปรุงหลักสูตรแพทย์ โดยเฉพาะอย่างยิ่งบทบาทของแพทย์ที่อยู่ประจำโรงพยาบาลอำเภอมีสวนทำให้การจัดการเรียนการสอนของเวชศาสตร์ชุมชนมีจุดประสงค์แจ่มชัดขึ้น

3.8 พ.ศ. 2520 สมัชชาอนามัยโลกได้ประกาศนโยบายสุขภาพดีถ้วนหน้าภายในปี พ.ศ. 2543 (Health for All by the Year 2000) และภายในปีนั้นเองทางกระทรวงสาธารณสุขได้จัดประชุมเรื่องการสาธารณสุขเบื้องต้นขึ้นสองครั้งที่เชียงใหม่ร่วมกับอาจารย์แพทย์จากโรงเรียนแพทย์ทั้งหมดตลอดจนหน่วยบริการและพัฒนาของกระทรวงต่าง ๆ รวมทั้งหน่วยพัฒนาของกองทัพด้วย ทำให้ผู้ที่เข้าร่วมประชุมเข้าใจและมีทัศนคติที่ดีต่อการสาธารณสุขเบื้องต้น (ซึ่งต่อมาได้ถูกเปลี่ยนชื่อไปเป็น การสาธารณสุขมูลฐาน) เข้ามาเป็นตัวเชื่อมระหว่างระบบการบริการของรัฐ (ที่ให้ Basic Health Services) กับประชาชน

ในระดับหมู่บ้านและครัวเรือน จึงทำให้แพทย์ที่ปฏิบัติงานที่โรงพยาบาลอำเภอมิ่งงานเพิ่มขึ้น และเป็นผลทำให้มีการเพิ่มการจัดการเรียนการสอนในเวชศาสตร์ชุมชนด้วย

3.9 คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาลได้จัดให้มีรางวัลดีเด่นต่อแพทย์ที่ปฏิบัติงานที่โรงพยาบาลอำเภอในปี พ.ศ. 2519 นับว่าเป็นกำลังใจให้แก่แพทย์ที่ทำงานในโรงพยาบาลอำเภอเป็นอย่างมาก และเป็นผลดีโดยทางอ้อมต่อโครงการเวชศาสตร์ชุมชนของโรงเรียนแพทย์ต่าง ๆ

3.10 ในปี พ.ศ. 2517-18 คณะอาจารย์ที่ร่วมโครงการเวชศาสตร์ชุมชนของรามาธิบดีได้ทำหนังสือ “คู่มือการตรวจรักษาโรคเบื้องต้นและการส่งต่อผู้ป่วย” สำหรับใช้อบรมเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

3.11 โครงการเวชศาสตร์ชุมชนรามาธิบดีได้เปิดอบรมหมอดำแยในเขตอำเภอบางปะอินและอำเภอใกล้เคียงในจังหวัดอยุธยาในปี พ.ศ. 2519

4. พ.ศ. 2521-2524 สมัยที่อาจารย์จรจัดเป็นคนบด

ในระยะนี้ปัจจัยที่ทำให้มีการเปลี่ยนแปลงหลักสูตรเวชศาสตร์ชุมชนได้แก่

4.1 การประชุมนานาชาติที่เมือง อัลมา อตา ในสหภาพโซเวียต ที่ได้ย้ถึงเรื่อง “Health for All by the year 2000” และวิถีทางที่จะได้มาซึ่งนโยบายของสมัชชาอนามัยโลกนี้ ได้แก่ การจัดการสาธารณสุขมูลฐานซึ่งมีกิจกรรมอย่างน้อยแปดอย่าง (โภชนาการ สุขศึกษา การจัดทำมีน้ำสะอาดสำหรับบริโภคและอุปโภค อนามัยสิ่งแวดล้อม การใช้วัคซีนป้องกันโรคและควบคุมโรคที่พบบ่อยในท้องถิ่น การรักษาพยาบาลแบบง่าย ๆ การมียาที่จำเป็นไว้ใช้ในหมู่บ้านและครัวเรือน อนามัยแม่และเด็กรวมทั้งการวางแผนครอบครัว) ในระยะต่อ ๆ มาก็ได้มีการประชุมระดับชาติและระหว่างชาติในประเทศต่าง ๆ ขึ้นหลายครั้งเพื่อหากลวิธีที่จะใช้ที่เรียกกันว่า Global Strategies for Health for All ซึ่งเป็นกิจกรรมเสริมการสาธารณสุขมูลฐานรายละเอียดและวิธีดำเนินการ การสาธารณสุขมูลฐานในประเทศไทยได้ปรากฏอยู่ในระยะกลางของแผนพัฒนา

สาธารณสุขของประเทศฉบับที่ 4 (พ.ศ. 2520-2524) ซึ่งวิธีการได้พัฒนามาจากประสบการณ์ของโครงการลำปางที่กระทรวงสาธารณสุขปฏิบัติอยู่โดยทุนของ USOM และความช่วยเหลือจากเจ้าหน้าที่มหาวิทยาลัยฮาวาย ที่จังหวัดลำปาง ในการใช้อาสาสมัครชาวบ้าน

4.2 ในปี พ.ศ. 2522 ทางมหาวิทยาลัยมหิดลได้จัดให้มีการสัมมนาแพทยศาสตรศึกษาระดับชาติครั้งที่ 4 ที่โรงแรมแอมบาสเดอร์ ในกรุงเทพมหานคร หัวข้อการสัมมนาราวนี้ได้เรียกว่า “แพทยศาสตรศึกษาเพื่อสุขภาพดี ถ้วนหน้าภายในปี 2543” ถึงแม้ว่าจะไม่ได้มีการสรุปผลตอนวันสุดท้ายของการประชุมเนื่องจากไฟฟ้าขัดข้อง ก็พอจะกล่าวได้ว่าที่ประชุมได้เห็นพ้องกันว่าบทบาทของแพทย์ที่จะไปปฏิบัติงานที่โรงพยาบาลอำเภอ มีอยู่ 4 อย่าง คือ

- ก. แพทย์ผู้มีความรู้ ความสามารถ และทัศนคติตามเกณฑ์มาตรฐานของแพทยสภา
- ข. มีความรู้ความสามารถทางด้านบริหารงานสาธารณสุขระดับ อำเภอ
- ค. มีความเป็นครู สามารถให้การฝึกอบรมได้อย่างมีประสิทธิภาพ
- ง. เป็นผู้เฒ่กงาน และสนับสนุนการสาธารณสุขมูลฐาน

4.3 เริ่มในปี พ.ศ. 2523 มหาวิทยาลัยมหิดลได้เปลี่ยนหลักสูตรแพทยศาสตร์ จาก 2-2-2 เป็น 3-3 โดยปีแรกได้ให้นักศึกษาไปทำการศึกษาศูนย์ศัลยา จังหวัดนครปฐมที่ซึ่งมหาวิทยาลัยได้เตรียมล่วงหน้าไว้หลายปีมาแล้วผู้ที่จะมีศึกษาต่อทางคลินิกที่โรงพยาบาลรามาริบัติ ก็มาศึกษาที่คณะวิทยาศาสตร์ในปีที่ 2 และ 3 ส่วนผู้ที่จะไปศึกษาต่อทางคลินิกที่ศิริราช ๙ ก็ไปศึกษาด้านปรีคลินิกที่ศิริราชเลย

4.4 ในระยะนี้ทางคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาริบัติได้รับคำขอร้องจากโรงพยาบาลนครราชสีมาขอเข้ามาเป็นสถาบันสมทบในการผลิตแพทยศาสตรบัณฑิตซึ่งก็เป็นนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขที่ได้ทำการแบ่งเขตต่าง ๆ ให้แก่โรงเรียนแพทย์ซึ่งได้ดำเนินการล่วงหน้านีมาอยู่แล้ว ทางคณะ ๙ ได้จัดให้มีการประชุมกับอาจารย์และ

เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลนครราชสีมาหลายครั้งเพื่อทำความเข้าใจในการผลิตแพทย์และได้เสนอโครงการให้รัฐบาลพิจารณาอนุมัติงบประมาณ การประชุมระหว่างคณะ ๙ กับนครราชสีมาไม่ได้มีแต่ทางด้านคลินิกอย่างเดียว ทางโครงการเวชศาสตร์ชุมชนยังได้ประชุมกับฝ่ายสาธารณสุขจังหวัด เพื่อหาโรงพยาบาลอำเภอในจังหวัดนครราชสีมาเป็นสถานที่ฝึกอบรมนักศึกษาแพทย์ปี 6 ด้วย

4.5 ในปลายระยะนี้โครงการเวชศาสตร์ชุมชนได้ดำเนินการเพื่อเสนอให้เป็นศูนย์เวชศาสตร์ชุมชน

5. พ.ศ. 2525-2528 สมัยที่อาจารย์ทวีเป็นคนบด

5.1 นักศึกษาแพทย์ในหลักสูตรใหม่ ขณะทำการศึกษาในปีที่ 3 ได้ไปทำการสำรวจชุมชนแบบเร่งรัดที่อำเภอนครหลวง จังหวัดพระนครศรีอยุธยา ตามหลักสูตรที่ได้เตรียมไว้ ในระยะนี้เนื่องจากมีหลักสูตรใหม่และเก่ามาซ้อนกันทำความลำบากใจให้อาจารย์ผู้สอนทั้งคลินิกและเวชศาสตร์ชุมชนไม่น้อย หลักสูตรใหม่ของเวชศาสตร์ชุมชนได้เปลี่ยนไปดังนี้

1. การสำรวจชุมชน (การวินิจฉัยชุมชน) ปี 3 ใช้เวลาวันเสาร์และวันอาทิตย์
2. Clerkship บางปะอินและกทม. ปี 5 ใช้เวลา 6 สัปดาห์
3. Externship รพอ.นครราชสีมา ปี 6 ใช้เวลา 1 เดือน (ใช้ รพอ. 4 แห่ง แต่ละแห่งรับ นักศึกษาแพทย์ 2-3 คน)

ตามหลักสูตรใหม่ ทางโครงการเวชศาสตร์ชุมชนได้ส่งนักศึกษาแพทย์ปี 6 รุ่นแรกออกไปในปี พ.ศ. 2527

5.2 ในระยะนี้ ทางแพทยสภาได้มีคำสั่งให้ตัดระยะเวลาเป็นแพทย์ฝึกหัดออกไปหลังจากได้ศึกษาจากประสบการณ์ของมหาวิทยาลัยขอนแก่น ซึ่งได้ทำการเปลี่ยนหลักสูตรมาก่อนหน้านี้แล้ว

5.4 โครงการเวชศาสตร์ชุมชน ได้รับอนุมัติให้เป็น **ศูนย์เวชศาสตร์ชุมชน** (เมื่อ 10 พฤศจิกายน 2526) สามารถของบประมาณจากรัฐบาลได้เหมือนกับภาควิชา ซึ่งก่อนหน้านี้ในระยะที่เป็นโครงการภายใต้สำนักงานคนคดีไม่มีงบประมาณเป็นของตนเอง แต่ก็ได้รับอนุมัติจากสภามหาวิทยาลัยให้ใช้จ่ายได้คณะ ฯ และก่อนหน้านี้ในระยะเริ่มแรกประมาณ 5 ปี ได้รับความช่วยเหลือทางการเงินจากมูลนิธิร็อกกี้เฟลเลอร์

5.5 ตามแผนพัฒนาสาธารณสุขฉบับที่ 5 (พ.ศ. 2525-2529) การสาธารณสุขมูลฐานได้รับความเอาใจใส่เป็นพิเศษจากทางราชการ ในการพัฒนาชนบทรัฐบาลได้กำหนดบทบาทให้ 4 กระทรวงหลัก คือ มหาดไทย ศึกษาเกษตรและสาธารณสุข ร่วมมือประสานงานกันในการพัฒนากิจกรรมต่าง ๆ ของการสาธารณสุขมูลฐาน ได้ถูกดัดแปลงโดยคณะอนุกรรมการสภาพนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติเป็นความจำเป็นพื้นฐาน (จปฐ.) ซึ่งประกอบด้วยดัชนี 9 อย่าง เพื่อใช้ในการวัดผลการพัฒนาได้แก่ อาหารดี ที่อยู่อาศัย อเนกมัยครอบครัว ดูแลทั่วถึง ศึกษาดี (พัฒนาจิตใจด้วย) ปัจจัยพื้นฐานในการผลิต มีงานทำ ปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สิน และกิจกรรมร่วม (ต่อมาได้ตัดเรื่องมีงานทำออกคงเหลือ 8 อย่าง) โครงการโคราชพัฒนา เป็นโครงการแรกที่ได้ใช้ จปฐ. เป็นดัชนีในการพัฒนา เพราะฉะนั้นนักศึกษาแพทย์ปี 6 ของรามาริบัติก็ได้มีโอกาสศึกษาวิธีการดำเนินการในหลักสูตรนี้ด้วย

บทสรุป

เวชศาสตร์ชุมชนของคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาริบัติ ได้ถูกจัดให้มีการเรียนการสอนตั้งแต่ปี พ.ศ. 2511 (ประมาณ 1 ปี ก่อนโรงพยาบาลรามาริบัติจะเปิดบริการ) ในระยะแรกได้จัดให้ดำเนินการในรูปของโครงการ ได้พัฒนาหลักสูตรมาตลอดเนื่องจากมีเหตุการณ์ต่าง ๆ เกิดขึ้นอาทิเช่น การเปลี่ยนแปลงหลักสูตร การเปลี่ยนแปลงระบบบริหารของกระทรวงสาธารณสุข นโยบายของสมัชชาอนามัยโลก เรื่อง "สุขภาพดีถ้วนหน้าภายในปี 2543" การสาธารณสุขมูลฐาน

การใช้ความจำเป็นพื้นฐานเป็นดัชนีในการพัฒนาชนบทความร่วมมือและประสานงานของ 4 กระทรวงหลัก และอื่น ๆ ทำให้บทบาทแพทย์ที่ปฏิบัติงานที่โรงพยาบาลอำเภอ (โรงพยาบาลชุมชน) ขยายตัวมากขึ้น ไม่เป็นที่น่าสงสัยเลยว่าภายในไม่ช้าแพทย์อาจจะต้องมีความรู้ทางด้านเกษตร และอื่น ๆ มากขึ้น คงจะมีการเน้นเรื่องการปฏิบัติงานเป็นทีม เพราะการทำงานเป็นทีมนั้นมีแนวความคิดผิดแปลกไปจากเดิมซึ่งเมื่อก่อนเราเข้าใจว่าให้ทุกคนทำงานของตนตามหน้าที่แล้วทุกสิ่งทุกอย่างคงจะดีขึ้น ในกาลต่อมาปรากฏว่าจริง ๆ แล้วผลที่หวังไม่ได้เป็นเช่นนั้น แนวความคิดใหม่ในการปฏิบัติเป็นทีมและการประสานงานมีลักษณะคล้าย ๆ กับทีมฟุตบอล กล่าวคือสามารถปฏิบัติหน้าที่แทนกันได้ ในคราวจำเป็นและถ้าเราได้ชมทีมฟุตบอลของยุโรป หรืออเมริกา ได้ที่ใด ๆ เขาเล่นกัน เราจะเห็นว่า แม้แต่ผู้รักษาประตูอาจจะขึ้นมายิงลูกได้ เพราะฉะนั้นในแนวความคิดนี้จะไม่เป็นที่สงสัยเลยว่า ในภายภาคหน้าแพทย์ที่ปฏิบัติงานที่โรงพยาบาลชุมชน ซึ่งเป็นด่านหน้า นอกจากงานประจำแล้วจะต้องมีความรู้ความสามารถและทัศนคติที่ดีที่จะให้คำปรึกษาชาวบ้านในเรื่องต่าง ๆ นอกเหนือไปจากเรื่องของการแพทย์และสาธารณสุขโดยตรง เช่น การจัดสหกรณ์ การเกษตร การรักษาโรคในสัตว์เลี้ยง การทำมาหากิน คืออย่างน้อยก็สามารถจะเป็นตัวแทนของผู้ที่รับผิดชอบเรื่องต่าง ๆ ในคราวจำเป็นเหมือนกับนักฟุตบอล ซึ่งจะทำหน้าที่ต่าง ๆ ได้หลายอย่างในคราวฉุกเฉิน เวชศาสตร์ชุมชนเป็นวิชาที่ไม่ตายตัว คงจะต้องมีการพัฒนาไปเรื่อย ๆ

สถานที่ตั้งและการบริการผู้ป่วย

ปัจจุบันศูนย์เวชศาสตร์ชุมชนมีสำนักงานอยู่ที่ อาคาร 3 (อาคารซักฟอก) ชั้นแปดและมีตารางปฏิบัติงานบริการผู้ป่วยทั่วไป ทุกวันพฤหัสบดี เวลา 8.30 น.-12.00 น. ณ หน่วยตรวจผู้ป่วยนอก คลยกรรม

หน่วยงานสมทบ

โรงพยาบาลบางปะอิน	พระนครศรีอยุธยา
โรงพยาบาลนครหลวง	พระนครศรีอยุธยา
โรงพยาบาลลาดบัวหลวง	พระนครศรีอยุธยา
โรงพยาบาลสูงเนิน	นครราชสีมา

โรงพยาบาลชุมพวง	นครราชสีมา
โรงพยาบาลประทาย	นครราชสีมา
โรงพยาบาลด่านขุนทด	นครราชสีมา
โรงพยาบาลบัวใหญ่	นครราชสีมา
โรงพยาบาลพิมาย	นครราชสีมา
ศูนย์บริการสาธารณสุข สมากมสตรีไทย	กรุงเทพมหานคร
ศูนย์บริการสาธารณสุขบางซื่อ	กรุงเทพมหานคร
ศูนย์บริการสาธารณสุขดินแดง	กรุงเทพมหานคร
ศูนย์บริการสาธารณสุขลาดพร้าว	กรุงเทพมหานคร
ศูนย์บริการสาธารณสุขประชานิเวศน์	กรุงเทพมหานคร
ศูนย์บริการสาธารณสุขวงศ์สว่าง	กรุงเทพมหานคร
ศูนย์บริการสาธารณสุขหัวหมาก	กรุงเทพมหานคร
ศูนย์บริการสาธารณสุขบางกะปิ	กรุงเทพมหานคร
ศูนย์บริการสาธารณสุขสามเสนนอก	กรุงเทพมหานคร
ศูนย์บริการสาธารณสุขวัดไผ่ตัน	กรุงเทพมหานคร

ผู้อำนวยการศูนย์

Dr. Michael Stewart พ.ศ. 2514-2516
Dr. Inez Durana พ.ศ. 2516-2518

- ศาสตราจารย์ นายแพทย์ เปรม บุรี
ผู้อำนวยการโครงการเวชศาสตร์ชุมชน
(พ.ศ. 2513-2522)
รักษาการผู้อำนวยการโครงการเวชศาสตร์ชุมชน
(พ.ศ. 2523-2525)
- ศาสตราจารย์ นายแพทย์ อนุวัตร ลิ้มสุวรรณ
รักษาการผู้อำนวยการโครงการเวชศาสตร์ชุมชน
(พ.ศ. 2526)
ผู้อำนวยการศูนย์เวชศาสตร์ชุมชน (ตั้งแต่ พ.ศ. 2527)

รายชื่อที่ปรึกษาโครงการเวชศาสตร์ชุมชน จากมูลนิธิโรคกีเฟลเลอร์

Dr. Robert Loeb พ.ศ. 2510
Prof. Thelmar Ingle พ.ศ. 2510
Dr. John H. Bryant พ.ศ. 2511-2513
Dr. Ruby Wilson พ.ศ. 2511-2513
Dr. Joe D. Wray พ.ศ. 2514-2516

คณะอนุกรรมการเวชศาสตร์ชุมชน

พ.ศ. 2513-2520

- ศาสตราจารย์ นายแพทย์เปรม บุรี ประธานอนุกรรมการ
- รองศาสตราจารย์ นายแพทย์ทวี บุญโชติ อนุกรรมการ
- แพทย์หญิงฉวีวรรณ สุวรรณรักษ์ "
- นายแพทย์นิยม คอนยามา "
- นายแพทย์วิฑูร โอสถานนท์ "
- นายแพทย์ศุภวัตร พรรณเชษฐ์ "
- นายแพทย์กำแหง จาตุรจินดา "
- นายแพทย์สมจิตต์ วิริยานนท์ "
- นายแพทย์เบญจจะ เพชรคล้าย "
- นายแพทย์ศิริพัฒน์ วัฒนเกษตร "
- นายแพทย์อนุวัตร ลิ้มสุวรรณ "
- นางสาวสุธีรา आयูวัฒน์ "
- แพทย์หญิงเจ็จันท์ คงศักดิ์ "

- 14. นางสาวอมรา สุวรรณบุบผา (2514-2516) เลขานุการ
- 15. นางสาวจารุรัตน์ วราภรณ์ (2517-2520) เลขานุการ

6. รายชื่ออาจารย์

บรรจุ

ศาสตราจารย์

นายเปรม บุรี 1 มกราคม 2498

เกษียณอายุ 30 กันยายน 2522

นางสาวเพ็ญศรี กาญจนษ์ฐิติ 1 พฤศจิกายน 2510

เกษียณอายุ 30 กันยายน 2529

นางสาวสาคร ธนमितต์ 1 มกราคม 2511

นายอนุวัตร ลิ้มสุวรรณ 17 สิงหาคม 2513

นายไกรสิทธิ์ ตันตศิรินทร์ 1 ตุลาคม 2517

รองศาสตราจารย์

นางอนงค์ นนทสุต 1 พฤศจิกายน 2510

นางสาววราภรณ์ เอี้ยวสกุล 10 เมษายน 2510

นายศิริพัฒน์ วัฒนเกษตร 15 เมษายน 2512

นางอรทัย คักดิ์สวัสดิ์ 2 ตุลาคม 2515

ผู้ช่วยศาสตราจารย์

นางสาวสุธีรา อายุวัฒน์ 1 สิงหาคม 2511

นางวชิรา กลีโกศล 1 พฤษภาคม 2512

นางพุลสุข สรียาภรณ์ 2 มิถุนายน 2512

นางวารุณี สุขรัตน์ไชยกุล 2 มิถุนายน 2512

นางไพเราะ ผ่องโชค 1 ตุลาคม 2513

นางสมบุรณ์ จัยวัฒน์ 23 มิถุนายน 2514

นางเฉลิมศรี นันทวรรณ 1 มิถุนายน 2515

นางนิตยา ชูตินันท์ 1 มีนาคม 2518

นางนิตยา คชภักดี 1 กุมภาพันธ์ 2520

นางวัชรภรณ์ ภัสสาสุนทร 15 พฤศจิกายน 2520

นายสุรเกียรติ อชานานุภาพ 4 เมษายน 2521

นางเสาวณีย์ ศรีติระกุล 1 พฤศจิกายน 2521

นางกรรณิการ์ คงทอง 1 กุมภาพันธ์ 2522

นางประไพ สุเทวี บุรี 1 เมษายน 2522

นายชำแก้ว ทวานวาริ 15 พฤษภาคม 2523

