

7-1-1971

บทบรรณาธิการ การสร้างศิลาแพทย์

บรรณาธิการ n/a

Follow this and additional works at: <https://digital.car.chula.ac.th/clmjournal>



Part of the [Medicine and Health Sciences Commons](#)

Recommended Citation

n/a, บรรณาธิการ (1971) "บทบรรณาธิการ การสร้างศิลาแพทย์," *Chulalongkorn Medical Journal*: Vol. 16: Iss. 3, Article 1.

Available at: <https://digital.car.chula.ac.th/clmjournal/vol16/iss3/1>

This Editorial is brought to you for free and open access by the Chulalongkorn Journal Online (CUJO) at Chula Digital Collections. It has been accepted for inclusion in Chulalongkorn Medical Journal by an authorized editor of Chula Digital Collections. For more information, please contact ChulaDC@car.chula.ac.th.

บทบรรณาธิการ

การสร้างศัลยแพทย์

ในประเทศไทยได้มีการสร้างศัลยแพทย์มานานแล้วด้วยวิธีเป็นผู้ช่วยครู หรือวิธีสร้างตนเอง ในตอนนั้นเรามาถึงอภิมหานครแห่งหนึ่งของการแพทย์ ซึ่งจะมีการสร้างแพทย์เฉพาะทางเป็นลักษณะ จะมีการฝึกฝนอบรมตลอดทั้งการสอบและให้ใบรับรอง จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องพิจารณาดำเนินการในเรื่องนี้ให้ดี เพื่อให้เกิดประโยชน์ให้มากที่สุด และขจัดปัญหาข้อขัดข้องต่าง ๆ ให้น้อยที่สุด อันจะนำไปให้ได้ศัลยแพทย์ที่ดี ซึ่งเป็นกำลังแรงและกำลังปัญญาในการพัฒนาศัลยศาสตร์ในประเทศไทยให้อยู่ในระดับที่ดีในอนาคต

เป้าหมายในการสร้างศัลยแพทย์

ขั้นแรกในการดำเนินการ จำเป็นจะต้องมีเป้าหมายที่แน่นอน แล้วจึงหาทางที่จะให้ถึงเป้าหมายนั้น แพทย์มีหน้าที่รับผิดชอบต่อชีวิตของคนไข้จึงย่อมจำเป็นต้องมีความรู้ความสามารถ และธรรม ในระดับสูง ให้

สมกับหน้าที่ ศัลยแพทย์เป็นแพทย์ที่ใช้ชีวิตการรักษารักษาซึ่งอาจเป็นอันตรายต่อชีวิตได้ง่าย คุณลักษณะดังกล่าวข้างต้นจึงมีความจำเป็นมาก เป้าหมายในการสร้างศัลยแพทย์จึงเป็นการสร้างศัลยแพทย์ที่ดี และทำงานได้ ไม่ใช่สักแต่สร้างผู้ ซึ่งจะมีชื่อว่าเป็นศัลยแพทย์เท่านั้น

ศัลยแพทย์ที่จะสร้างขนานนี้ ในอนาคตจะต้องปฏิบัติงานต่าง ๆ กัน ส่วนใหญ่ออกไปทำงานเป็นศัลยแพทย์ในโรงพยาบาลต่าง ๆ เพื่อให้บริการทางการแพทย์แก่ชุมชน บางคนเป็นครูอาจารย์ในโรงเรียนแพทย์ หรือโรงเรียนทางการแพทย์ระดับต่าง ๆ บางคนไปเป็นนักค้นคว้าวิจัย บางคนเป็นศัลยแพทย์เฉพาะสาขาย่อยลงไปอีก ในการฝึกอบรมสร้างศัลยแพทย์ในหลักสูตร ๓ ปี หลังจากจบแพทย์ฝึกหัดในอนาคตอันใกล้ ความต้องการส่วนใหญ่คงจะเป็นศัลยแพทย์ที่จะให้บริการแก่ชุมชนโดยเฉพาะในส่วนภูมิภาค ส่วนครูอาจารย์และนักวิจัยก็มีความจำเป็น

ต้องผลิตไม่น้อย เพราะจะเป็นตัวจักรในการสร้างแพทย์และศัลยแพทย์ในอนาคต ให้มีปริมาณมากขึ้น และเสริมด้านวิชาการ แต่ในการสร้าง ครูอาจารย์ และนักวิจัยนั้น จำเป็นต้องได้รับการฝึกฝนอบรมเป็นพิเศษต่อไปมากกว่า ๓ ปี จึงจะใช้งานได้

โดยที่ความต้องการและอนาคตของแต่ละบุคคลไม่เหมือนกัน การฝึกอบรมควรมีขอบเขตหยุ่นที่สามารถจัดให้เหมาะสมกับแต่ละบุคคลได้

คุณลักษณะของศัลยแพทย์

ศัลยแพทย์ ควรมีคุณลักษณะอันมีองค์ประกอบ ๓ ประการ คือ ความรู้ ความสามารถ (ทักษะ) และธรรม

ก. ความรู้ ศัลยแพทย์ทุกคนจะต้องมีความรู้พอที่จะใช้การรักษาคนไข้ ได้ถูกต้อง และเหมาะสม

ความรู้ นั้นควรประกอบด้วย แกนความรู้ที่ศัลยแพทย์ทุกคนต้องรู้ และความรู้ประกอบที่อาจแตกต่างกันไปได้สำหรับแกนความรู้ นั้น ก็มุ่งความรู้พื้นฐาน เช่นกายวิภาคศาสตร์ สรีรวิทยา ชีวเคมี จุลชีววิทยา พยาธิวิทยา เภสัชวิทยา เป็นต้น และความรู้ในวิชาศัลยศาสตร์ ซึ่งประกอบด้วย หลักขั้น

พื้นฐานของศัลยศาสตร์ การวินิจฉัยโรค การพิจารณาเลือกวิธีการรักษาโรค การรักษาทั้งระยะก่อนและหลังผ่าตัด ตลอดจนการผ่าตัดหลักบนพื้นฐานของศัลยแพทย์ ได้แก่

บาดแผล การหายของบาดแผล เลือดออกและการห้ามเลือด ช็อค การเปลี่ยนแปลงของน้ำและธาตุเกลือในร่างกาย ปฏิกริยาทั้งด้านร่างกายและจิตใจต่อบาดเจ็บ และการผ่าตัด การอักเสบ และเนื้องอกร้าย เป็นต้น

สำหรับความรู้ในเรื่องโรคต่าง ๆ ก็จำเป็นต้องมีเพียงพอที่จะใช้ในการรักษาคนไข้ได้ ความรู้ด้านพยาธิสรีรวิทยา และพยาธิกำเนิดของโรคและอาการต่างๆ มีความสำคัญมาก เพราะจะช่วยให้สามารถเข้าใจวิเคราะห์ สังเคราะห์ และแก้ปัญหาที่จะพบในคนไข้ได้

โดยที่เนื้อหาของวิชาศัลยศาสตร์มีกว้างขวางมากเกินกว่าที่จะรู้ให้หมดโดยละเอียดได้ จึงเป็นที่จะต้องเลือกให้เหมาะสม เพื่อเป็นเครื่องประกอบในการพิจารณาเลือกนี้ ได้นำสถิติ ผู้ป่วยทางศัลยกรรมที่พบในโรงพยาบาลบางแห่งในส่วนภูมิภาคมาแสดงไว้ในตารางที่ ๑, ๒ และ ๓

ตารางที่ ๑ เป็นการกระจายของโรคทางศัลยกรรมโดยแบ่งตามสาเหตุของโรค จะเห็นได้ว่า เป็นคนไข้บาดเจ็บเสียมากกว่าครึ่งหนึ่ง

ราวหนึ่งในสี่ถึงหนึ่งในห้า เป็นการรักษาทางศัลยกรรมสำหรับโรคตามระบบต่าง ๆ เช่น แผลในกระเพาะอาหาร นิ้ว ไข้เลื่อน เป็นต้น การอักเสบและเนื้องอกพบรองลงไป ดังนั้น ศัลยแพทย์จึงจำเป็นต้องมีความรู้ความสามารถในด้านเกี่ยวกับบาดเจ็บเป็นอย่างดี ควรเข้าใจพยาธิสรีรวิทยาของบาดเจ็บ การเสียเลือด ช็อค และการรักษาฉุกเฉินด้วยการฝึกอบรมศัลยแพทย์จำเป็นต้องเน้นหนักด้านนี้

ตารางที่ ๒ แสดงการกระจายของโรคเมื่อแบ่งตามระบบที่เกิดโรค จะเห็นได้ว่าบาดเจ็บไม่ระบุระบบ หรือ หลายระบบร่วมกันพบมากที่สุด ส่วนใหญ่เป็นบาดแผลและฟกช้ำตามส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย รอง

ลงมาคือกระดูกหักและข้อเคลอน บาดเจ็บที่ศีรษะ และบาดเจ็บตามระบบอื่น ๆ โรคต่าง ๆ ซึ่งในปัจจุบันรวมไว้ในศัลยศาสตร์ทั่วไปได้แก่ โรคศัลยกรรมพื้นฐาน เช่น แผลเรอริง เนื้อเน่า แผลไฟไหม้ และ ฝี เป็นต้น ศัลยศาสตร์ช่องท้อง ศีรษะและคอ (ไม่รวมระบบประสาท) และเต้านม รวมกันพบราวร้อยละ ๓๐ ถึง ๔๕ ของคนไข้ศัลยกรรมทั้งหมด ศัลยกรรมช่องท้องแท้ ๆ พบเพียงร้อยละ ๑๓ ถึง ๓๐ และในจำนวนนี้เป็นการผ่าตัดไส้ติ่งอักเสบเสียเกือบหรือกว่าครึ่งหนึ่ง

ตารางที่ ๓ แสดงการกระจายของการผ่าตัดในโรงพยาบาลในส่วนภูมิภาคแห่งหนึ่ง

ตารางที่ ๑ แสดงการกระจายของโรคทางศัลยกรรม ที่พบในโรงพยาบาลในส่วนภูมิภาค ๖ แห่ง โดยแบ่งตามสาเหตุของโรค

โรงพยาบาล	๑	๒	๓	๔	๕	๖
จำนวนคนไข้ศัลยกรรม ๑ ปี	๒๓๓๔	๕๔๖	๕๒๓	๑๘๓๒	๑๘๒๕	๓๑๐๕
	%	%	%	%	%	%
บาดเจ็บ	๖๕.๔	๖๔.๓	๕๒.๒	๓๖.๐	๕๑.๘	๕๔.๐
ศัลยกรรมโรคตามระบบ	๑๓.๖	๑๖.๕	๓๗.๕	๔๒.๘	๒๐.๕	๒๘.๖
อักเสบติดเชื้อ	๑๔.๕	๑๓.๖	๘.๖	๑๓.๖	๒๐.๐	๑๓.๐
เนื้องอก	๖.๐	๕.๑	๑.๗	๖.๕	๖.๕	๔.๑
ฟกช้ำ	๐.๕	๐.๑	๐.๐	๐.๖	๐.๘	๐.๓

เป็นการผ่าตัดทางศัลยศาสตร์ทั่วไปดังกล่าว ร้อยละ ๗๗.๕ ของการผ่าตัดทางศัลยกรรมทั้งหมด ๖๘๙ รายในหนึ่งปี ในจำนวนนี้เป็น การผ่าตัดในช่องท้อง ร้อยละ ๓๙.๓ ซึ่งรวม การผ่าตัดรักษาไส้ติ่งอักเสบ ร้อยละ ๑๕.๑ ได้ ด้วยในระยะเดียวกันที่โรงพยาบาลแห่งนี้

มีการผ่าตัดด้านอื่นอีก ๑๘๖ ราย เป็นการ ผ่าตัดทางนรีเวชกรรม ๑๐๐ ราย สูติกรรม ๖๙ ราย โสต ศอ นาสิก ๑๓ ราย จักษุกรรม ๑ ราย และ ทันตกรรม ๓ ราย ในการพิจารณาข้อมูลดังกล่าวนี้ จำเป็น จะต้องตระหนักว่า เป็นการกระจายของโรค

ตารางที่ ๒ แสดงการกระจายของโรคทางศัลยกรรมที่พบในโรงพยาบาล

ส่วนภูมิภาค ๖ แห่ง แบ่งตามระบบ

โรงพยาบาล	๑	๒	๓	๔	๕	๖
จำนวนคนไข้ศัลยกรรม ๑ ปี	๒๓๗๔	๕๔๖	๕๒๓	๑๘๓๒	๑๘๒๕	๓๑๐๕
	%	%	%	%	%	%
บาดเจ็บไม่ระบุระบบหรือหลายระบบ	๓๓.๒	๕๑.๗	๔๖.๕	๑๗.๕	๔๑.๑	๔๘.๒
ศัลยกรรมทั่วไป (รวม)	๓๐.๗	๒๓.๕	๔๕.๘	๓๐.๘	๔๒.๑	๔๑.๔
— ศัลยกรรมพื้นฐาน	(๕.๗)	(๘.๘)	(๒๖.๖)	(๑๒.๐)	(๑๖.๓)	(๘.๖)
— ศัลยกรรมช่องท้อง	(๑๖.๖)	(๑๓.๓)	(๑๘.๔)	(๑๓.๕)	(๒๐.๐)	(๓๐.๐)
— ศัลยกรรมศีรษะและคอ	(๓.๘)	(๑.๔)	(๐.๘)	(๔.๖)	(๔.๕)	(๒.๘)
— ศัลยกรรมเต้านม	(๐.๕)			(๐.๓)	(๑.๑)	(๐.๑)
ศัลยกรรมลำไส้ใหญ่และทวารหนัก	๐.๘	๐.๓	๐.๔	๒.๒	๑.๔	๐.๕
ศัลยกรรมออร์โธปิดิกส์	๑๒.๑	๔.๕	๐.๘	๘.๖	๗.๓	๓.๗
ยูโรวิทยา	๓.๒	๕.๕	๓.๐	๒๖.๑*	๕.๓	๒.๖
ประสาทศัลยศาสตร์	๑๗.๕	๗.๘	๒.๗	๑๓.๕	๑.๒	๒.๐
ศัลยกรรมทรวงอก	๒.๑	๒.๖	๑.๐	๑.๔	๐.๔	๐.๒
รวมอยู่ในศัลยกรรมช่องท้อง						
— ไส้ติ่งอักเสบ	๘.๘	๔.๔	๑๑.๗	๗.๕	๘.๑	๘.๔
— ไส้เลื่อน	๓.๓	๑.๑	๘.๘	๔.๖		๑.๘

(* เป็นการผ่าตัดนี้ในทางเดินบีบัสวาร้อยละ ๒๕.๕)

และการผ่าตัด ที่พบในสภาพปัจจุบันการกระจายดังกล่าวจนถึงขนาดอยู่กับปริมาณ และลักษณะของแพทย์ที่ปฏิบัติงานอยู่ในโรงพยาบาลนั้น ๆ หากมีแพทย์ที่ถนัดด้านใดมากโรคด้านนั้นก็พบและได้รับการรักษามากขึ้น การผ่าตัดด้านนั้นก็จะกว้างขวางขึ้น โรงพยาบาลใดไม่มีแพทย์ ตา หู คอ จมูก ศัลยศาสตร์ออร์โธปิดิกส์ วิสัญญีวิทยา หรือแม้แต่สูตินารีเวชวิทยา ศัลยแพทย์ก็จำเป็นต้องให้บริการด้านดังกล่าวด้วย โดยที่ห้องห้อง เป็นส่วนที่ศัลยแพทย์ทั่วไปในอดีตทั่วโลก ได้รับการฝึกฝนอบรมมากที่สุด และ

มีความกล้วน้อยที่สุด การผ่าตัดในช่องท้องจึงทำได้มาก และบางที่ถึงขนาดในกรณีที่ไม่กล้าที่จะทำการผ่าตัดรักษาโรคในระบบอื่น ๆ เช่น สมอง หรือปอด ทั้ง ๆ ที่มีความจำเป็น เมื่อมีคนไข้ในโรคระบบดังกล่าวนี้ มาหา

ในการพิจารณาอัตราส่วน ของเนื้อหา ของวิชาศัลยศาสตร์ด้านต่าง ๆ เป็นการยากที่จะระบุว่าส่วนใดควรจะมีควมยาวและลึกซึ้งเพียงใด ตารางที่ ๔ เป็นการเปรียบเทียบ ส่วนร้อยละของจำนวนหน้า ในหนังสือ ตำราศัลยศาสตร์ทั่วไปที่ใช้มาตรฐาน

ตารางที่ ๓ แสดงการกระจายของการผ่าตัด ในโรงพยาบาลส่วนภูมิภาคแห่งหนึ่ง ใน ๑ ปี มีการผ่าตัด ๖๘๙ ราย

การผ่าตัดทั่วไป ๗๕.๕ %

— ผ่าตัดผิวหนัง	๓๔.๐
— ผ่าตัดช่องท้อง	๓๙.๓
— ผ่าตัดศีรษะและคอ	๕.๖
— ผ่าตัดเต้านม	๐.๖
การผ่าตัดลำไส้ใหญ่และทวารหนัก	๑.๘ %
การผ่าตัดทางออร์โธปิดิกส์	๙.๗ %
การผ่าตัดทางยูโรวิทยา	๕.๘ %
การผ่าตัดทางระบบประสาท	๐.๒ %
การผ่าตัดช่องอก	๓.๐ %

๔ เล่ม จะเห็นได้ว่าการกระจายใกล้เคียงกัน และมีส่วนเน้นหนักในบางแง่แตกต่างกัน อยู่บ้าง

ข้อมูลเกี่ยวกับการกระจายของโรคที่พบ ในโรงพยาบาลต่าง ๆ ในปัจจุบัน และการกระจายของเนื้อหาของวิชาสัตวศาสตร์ส่วนต่าง ๆ ที่มียุ้ยยังไม่บริบูรณ์ เราจำเป็นต้องอาศัยข้อมูลเหล่านี้เพื่อที่จะจะมากะประมาณ

การ ส่วนของความรู้ที่สัตวแพทย์ในอนาคต ควรจะมี เพื่อให้ได้ผลตรงตามเป้าหมายของการสร้างสัตวกรรมแพทย์

ข. ความสามารถ ในประเทศไทย

เราจำเป็นต้องเน้นด้านการปฏิบัติงานจริง ๆ เพราะสัตวแพทย์ที่จะออกไปปฏิบัติงาน บริการแก่ชุมชนนั้น จะต้องปฏิบัติงานด้วย

ตารางที่ ๔ แสดงการเปรียบเทียบจำนวนหน้าของหัวข้อต่าง ๆ ในวิชาสัตวศาสตร์ ตามที่ปรากฏในตำราทางสัตวศาสตร์ทั่วไป ๔ เล่ม สำหรับหัวข้อที่ไม่มีตัวเลขร้อยละนั้นมีการบรรยายปนอยู่กับส่วนอื่นหรือไม่มีกล่าวถึงเลย

	เล่มที่ ๑	เล่มที่ ๒	เล่มที่ ๓	เล่มที่ ๔
	%	%	%	%
หลักวิชาสัตวศาสตร์เบื้องต้น	๑๑.๑	๒๘.๗	๘.๑	๓๕.๔
สัตวศาสตร์ช่องท้อง	๒๕.๖	๑๕.๕	๒๖.๘	๒๕.๕
สัตวศาสตร์ศิวะและกอล	๖.๕		๕.๑	๒.๓
สัตวศาสตร์เต้านม	๒.๕	๑.๗	๒.๕	๓.๑
สัตวศาสตร์ไทรอยด์และต่อมไร้ท่อ	๐.๖	๓.๐	๕.๐	๒.๒
สัตวศาสตร์ออร์โทปีดิกส์	๑๓.๖	๗.๕	๑๔.๑	๔.๓
สัตวศาสตร์มือและเท้า	๗.๖	๒.๐	๑.๓	
สัตวศาสตร์ยูโรวิทยา	๔.๕	๔.๒	๑๔.๕	
สัตวศาสตร์ทรวงอก หัวใจ ปอด	๖.๘	๑๕.๑	๖.๘	๔.๔
สัตวศาสตร์นรีเวชวิทยา	๓.๘	๑.๗		
สัตวศาสตร์ประสาท	๖.๓	๔.๓	๘.๐	๓.๘
สัตวศาสตร์หลอดโลหิต	๔.๓	๓.๕	๓.๕	๕.๐
สัตวศาสตร์กุมาร		๑.๕		๑.๘

ตนเองได้จริง ๆ นอกจากความสามารถในการวินิจฉัยโรค เลือกรักษาผ่าตัด และแก้ปัญหาของคนไข้ไว้แล้ว ยังจำเป็นต้องมีความสามารถในการใช้มือทำผ่าตัดได้ด้วย การสร้างเสริมทักษะในการผ่าตัดระหว่างการศึกษาประกอบเป็นสิ่งจำเป็นมากโดยเฉพาะการผ่าตัดที่จะต้องทำบ่อย ๆ เช่น บาดเจ็บต่าง ๆ การผ่าตัดไส้ติ่ง ไส้เลื่อน และอื่น ๆ

นอกจากนี้ยังจะต้องสามารถตัดสินใจได้รวดเร็วด้วยความสุขุม คัมภีภาพในเวลาฉุกเฉินด้วย

ศัลยแพทย์จำเป็นต้องมีความสามารถในการใช้เหตุผล และในการไตร่ตรองตามหลักวิทยาศาสตร์ เพื่อให้สามารถแก้ปัญหาที่พบได้ทั้งด้านวิชาการและด้านการรักษา Milwidsky กล่าวไว้ว่าศัลยแพทย์ในอนาคตจำเป็นจะต้องเป็นนักวิทยาศาสตร์ด้านศัลยศาสตร์

ศัลยแพทย์ควรเป็นผู้ที่สามารถศึกษาด้วยตนเอง ได้วิชาแพทย์ รวมทั้ง ศัลยศาสตร์ มีความกว้างขวางมากจนเกินกว่าที่บุคคลหนึ่งบุคคลใด จะเรียนรู้ให้แจ่มแจ้งได้หมด โดยเฉพาะในเวลาสั้น ระหว่าง การฝึกอบรม นอกจากนั้นวิชาศัลยศาสตร์ยังเจริญขึ้นอย่างรวดเร็ว ศัลยแพทย์จำเป็นต้องศึกษา และติดตามนำความรู้และเทคนิคใหม่มาใช้ ให้

ได้ผลในการรักษาดีขึ้นอยู่เสมอ ในการสร้างศัลยแพทย์จึงจำเป็นต้องสร้างความสามารถในการศึกษาหาความรู้ด้วยตนเองเป็นส่วนสำคัญ

ก. ธรรม ศัลยแพทย์จะต้องมีสัจจะ มนุษยธรรมความรับผิดชอบในหน้าที่ การตัดสินใจ สมดุลย์ของความกล้าและความกลัว ความยับยั้ง ๑ ล ๑

การสอบเพื่อรับรองให้เป็นศัลยแพทย์

ในการสร้างศัลยแพทย์ให้ได้มาตรฐานเป็นที่เชื่อถือได้ใน วงการแพทย์ หรือประชาชนทั่วไปนั้น จำเป็นจะต้องมีหลักเกณฑ์ที่ประกันว่าผลที่ได้นั้นเป็นศัลยแพทย์ตรงตามที่ต้องการ

การสอบเป็นวิธีการที่เราใช้กันมานานแล้ว แต่ก็มักจะพิจารณากันว่าเชื่อถือได้สักเพียงใด ในระดับวิชาชีพเช่นศัลยศาสตร์นั้น ผลของการสอบ มีความสำคัญ ต่อชีวิต ของผู้เข้าสอบมาก อาจทำให้วิถีชีวิตของบางคนเปลี่ยนไปได้ หากผู้ ที่ผ่านการฝึกฝน มาเป็นอย่างดี มีคุณสมบัติตามที่ต้องการครบแล้ว สอบวัด ได้ถูกต้องให้การรับรองได้ตรงตามเป้าหมาย ก็นับว่าเป็นผลดีเลิศ แต่ การสอบวัดผิดทำให้ไม่ผ่านและไม่ได้การ

รับรองก็ต้องนับว่าเป็นบาปที่ผู้ทำการสอบ
ก่อน

ผู้ที่สอบไม่ผ่าน เนื่องด้วยมีความรู้และ
ความสามารถที่ต้องการไม่ครบตามเป้าหมาย
และการสอบวัดได้ถูกต้อง การสอบนั้นก็
ใช้ได้ แต่ถ้าหากเราพิจารณาถึงสาเหตุแล้ว
อาจเป็นไปได้หลายแง่ ถ้าการที่แพทย์ผู้
เข้าสอบขาดคุณลักษณะเพราะโครงการ
ฝึกฝนที่เขาได้รับไม่เต็มแล้ว แพทย์ผู้นั้นก็เสีย
เวลาและกำลังงานไปโดยใช่เหตุเป็นเวลาถึง
๓ ปี หากโครงการดังกล่าวได้รับการรับรอง
เป็นทางการ ผู้ที่รับผิดชอบในการสัญญาเปล่านั้น
ก็อาจจะเป็นผู้ที่ทำการรับรองโครงการนั้น ๆ
โดยที่การฝึกอบรมนี้ เกี่ยวกับชีวิตของ
แพทย์ใหม่ที่จะเป็นกำลังของชาติ ความ
ผิดพลาดดังกล่าวนี้หากมีขมขื่นมีผลสะท้อน
เป็นอันมากทั้งทางตรงและทางอ้อม ผู้ที่มี
หน้าที่ควบคุมเกี่ยวกับเรื่องนี้ ควรตระหนัก
ถึงความสำคัญของการดำเนินงานทุก ๆ ตอน
ในขั้นต้น น่าจะได้ตั้งเป้าหมายของการฝึก
อบรมให้แน่ชัดพอที่ผู้ดำเนินงานโครงการ
ฝึกต่าง ๆ จะทำตามได้ แล้วทำการสำรวจ
และวิจารณ์โครงการฝึกอย่างตรงไปตรงมา
ตลอดจนให้คำแนะนำในการปรับปรุง
โครงการฝึกต่าง ๆ เป็นระยะ ๆ การสำรวจ
และวิจารณ์จะช่วยรักษาระดับการฝึก และ

ช่วยให้มีโอกาสตัดแปลงเป้าหมายและการฝึก
ให้เหมาะสม วิธีการนรราชวิทยาลัยสัตยแพทย์
แห่งแคนาดา กำลังทำอยู่ตลอดจนทำการวิจัย
ทางการศึกษาในระดับบัณฑิต

การคัดเลือกผู้ที่เข้ารับการศึกษาฝึกฝนก็เป็น
ส่วนสำคัญ เพราะผู้ที่ไม่มีทัศนคติหรือทักษะ
ที่จะเป็นสัตยแพทย์ หากเข้ารับการศึกษาฝึกฝน
แม้จะเป็นโครงการที่ดี ก็อาจได้ผลไม่เต็มที่
วิธีการคัดเลือกหรือกลั่นกรองก่อนที่จะเข้ารับ
การฝึกจะช่วยลดการสูญเปล่าของเวลาและ
กำลังงานทั้งในด้านผู้เข้ารับการศึกษา และผู้
ฝึกด้วยวิธีการคัดเลือกจะทำได้อย่างไร และ
ทำได้ดีแค่ไหนยังเป็นปัญหาแต่ก็น่าจะต้อง
นำมาพิจารณาคิดค้น ทำการศึกษาและ
หาทางทำให้ดีที่สุด

การสอบจึงเป็นวิธีการขั้นสุดท้ายที่นำมา
ใช้ในการวัดคุณสมบัติ และผลการฝึกฝน
อบรม เพื่อให้การรับรองให้ประจักษ์แก่
ตัวผู้รับการศึกษาเอง เพื่อนแพทย์และประชาชน
หากการคัดเลือกดี การฝึกฝนดี และการ
สอบดี ผลการสอบก็ควรจะได้หมด และ
ยุติธรรมที่สุด

ในการสอบ มีปัญหาอยู่ว่า คุณสมบัติ
ที่ต้องการในสัตยแพทย์นั้น บางอย่างก็พอ
วัดได้ แต่บางอย่างก็วัดไม่ได้ แม้ส่วนที่พอ

วัดได้เช่นความรู้ ก็ยังวัดให้ถูกต้องและ
ครบถ้วนได้ลำบาก

คุณสมบัติ ที่ควรต้องวัดได้แก่

ก. ความรู้ ควรเน้นในแง่ความเข้าใจ

และนำไปใช้มากกว่าความจำ ควรรู้หลักการ
มากกว่ารายละเอียด ความรู้ที่มีในค่าน
สัลยศาสตร์ ควรครอบคลุมถึง

(๑) หลักของสัลยศาสตร์ ได้แก่
บาดแผล การหายของบาดแผล เลือดออก
และการห้ามเลือด ข้อควรเปลี่ยนแปลงของ
น้ำและธาตุเกลือ ปฏิกริยาต่อบาดเจ็บและ
การผ่าตัด การติดเชื้อและปราศจากเชื้อ
เนื้องอกร้าย ตลอดจนหลักของการผ่าตัด
เป็นต้น

(๒) สัลยศาสตร์บาดเจ็บ ได้แก่พยาธิ-
สรีรวิทยาของบาดเจ็บ การวินิจฉัยและการ
รักษาตั้งแต่ระยะฉุกเฉินจนถึงโรคแทรกซ้อน
ต่าง ๆ รวมทั้งบาดเจ็บตามระบบ

(๓) สัลยศาสตร์ตามระบบ

วิธีการสอบที่ดีในการวัดความรู้ จะต้อง
มีความแม่นยำในการวัดสูง และวัดได้
กว้างขวางครอบคลุมหมด ได้มีการอภิปราย
โต้แย้งกันมากเกี่ยวกับวิธีการสอบแบบอัตนัย
และปรนัย เกินกว่าที่จะยกมากกว่าในขั้นได้
ผู้เขียนเชื่อว่า การสอบแบบปรนัยให้ผล

ในการวัดได้แม่นยำกว่าหากข้อสอบที่ใช้
นั้นดี ในระยะแรกนั้นจึงจำเป็นต้องทำข้อสอบให้
จะทำการสอบจะต้องจัดทำข้อสอบให้ดีตรง
ตามเป้าหมายของการสอบ ซึ่งมีความแม่นยำ
และความกว้างขวางตามต้องการ

การสอบแบบอัตนัย มีความแม่นยำใน
การวัดความรู้ ผู้สอบแบบปรนัยไม่ได้
แต่มีข้อได้เปรียบในแง่ที่ผู้สอบสามารถแสดง
ความคิดเห็นและปัญญาได้ลึกซึ้ง และใช้
ได้ดีในการศึกษาระดับสูง โดยที่การสอบ
เพื่อการรับรอง เป็นสัลยแพทย์เป็นการศึกษา
วิชาชีพระดับสูงเราอาจใช้วิธีการนี้ได้โดย
ให้ผู้เข้าสอบเขียนวิทยานิพนธ์ในเรื่องใด
เรื่องหนึ่งของสัลยศาสตร์

การสอบปากเปล่านั้น ได้มีรายงานการ
ศึกษาการสอบปากเปล่าของคณะกรรมการ
แพทย์เฉพาะทางอเมริกัน พบว่า การสอบ
ปากเปล่าอย่างเดียวมั่นยำน้อยมาก
และไม่สมควรใช้เป็นเครื่องมืออย่างเดียว
ในการตัดสินการเป็นแพทย์เฉพาะทาง การ
สอบปากเปล่านั้นข้อดีที่ผู้ทำการสอบสามารถ
ได้ถามและติดตามคำถามให้ลึกซึ้ง และ
สามารถวัดความเข้าใจ การวิเคราะห์ และ
วิจารณ์ ตลอดจนหาข้อบกพร่องที่สันคิ
ได้ด้วย การสอบปากเปล่านั้นจะต้องนำ

มาใช้เพื่อขยายผล การสอบ จากข้อเขียน ออกไป ผู้ที่ทำการสอบปากเปล่า จำเป็น จะต้องตระหนักถึงวัตถุประสงค์ของการสอบ ปากเปล่า และเป้าหมาย ของการวัด ทงหมด ด้วย และทำการวัดให้ตรงตามต้องการ

ข. ทักษะ เป็นสิ่งที่วัดได้ยากแต่ก็เป็น คุณสมบัติ ที่จำเป็นที่สุด สำหรับ ศัลยแพทย์ หากไม่นำมาพิจารณาเลยก็ จะทำให้การสอบ ไม่มีทางที่จะตรงกับเป้าหมายได้ การวัด ทักษะทำได้ดีที่สุดโดยผู้ที่อยู่ใกล้ชิดกับผู้ที่ จะถูกวัด ข้อวินิจฉัยวิจารณ์อย่างตรงไป ตรงมา ของผู้ให้การ ฝึกฝน แก่แพทย์ผู้นั้น โดยเฉพาะหัวหน้าโครงการฝึก และคณะ อาจารย์ผู้ฝึก มีความหมายมาก ดังนั้นใน การที่จะพิจารณาว่าผู้หนึ่งผู้ใดจบการฝึกแล้ว และมีสิทธิเข้าสอบไม่ควรกำหนดเวลาตายตัว เช่น ๓ ปี ควรใช้ว่าอย่างน้อย ๓ ปี หัวหน้า โครงการฝึกและคณะอาจารย์ผู้ฝึกควรจะมี สิทธิสั่งให้เพิ่มเวลาการฝึกขึ้นจนกว่าจะมี ทักษะในระดับที่สมควร

ในการสอบ อาจทำการวัด ทักษะได้ บางส่วนด้วยการให้แก้ปัญหาโดยตรง เช่น การสอบโดยให้ตรวจวินิจฉัยคนไข้หรือให้ ทำการผ่าตัดให้ดู วิธีการดังกล่าวนี้มีข้อ

ยุ่งยากในทางปฏิบัติ แต่น่าจะหาทาง จัดการทำ เพราะคุณสมบัติด้านทักษะมีความ สำคัญอย่างยิ่งในการเป็นศัลยแพทย์

ก. ธรรมเนียม มีความสำคัญสำหรับ ศัลยแพทย์ไม่ยิ่งหย่อนไปกว่า ความรู้และ ทักษะ แต่เด็กเกือบจะไม่มีทางวัดกันได้เลย มี วิธีที่จะช่วยได้อยู่บ้าง เช่นการคัดเลือกผู้ที่ จะเข้ารับการฝึก เพื่อกรองผู้ ที่มีทัศนคติและ สภาพจิตใจไม่เหมาะสม การเลือกโครงการ ฝึกและอาจารย์ผู้ ฝึกเพราะคุณลักษณะด้านนี้ มักจะได้รับการฝึกฝนโดยวิธีลอกแบบครู และ ในที่สุด หัวหน้าโครงการฝึก หรือคณะ อาจารย์ผู้ ฝึกควรมีสติในการให้คำแนะนำ ตลอดจน ยกเลิก การฝึก ของแพทย์ ที่พบว่า มี ทัศนคติและสภาพจิตใจไม่เหมาะสม

การใช้ศัลยแพทย์

การสร้าง ศัลยแพทย์ จะไม่ สมบูรณ์ ถ้า ไม่ได้พิจารณาถึงการใช้ภายหลังจากจบการ ฝึกแล้ว โครงการฝึก การสอบและสิ่งต่าง ๆ ที่กล่าวมาข้างต้นจะไม่เกิดประโยชน์เลย หาก ผู้ที่ผ่านการฝึกและสอบ ได้รับรองเป็น ศัลยแพทย์แล้ว ไม่สามารถใช้วิชาความรู้ ความสามารถที่เรียนมาให้เป็นประโยชน์ ผู้

หมหมายเกี่ยวกับกำลังคนทางการแพทย์ของประเทศน่าจะได้อ่างแผนการใช้คนเหล่านี้เสียแต่เนิ่น ๆ เพื่อให้ได้ผลดีที่สุด แม้ว่าผู้จบการฝึกอาจจะไปปฏิบัติงานส่วนตัวได้ องค์การของรัฐก็จะเป็นผู้ใช้บุคคลเหล่านี้เป็นส่วนใหญ่ หากมีทางกะประมาณการและประกาศให้ทราบล่วงหน้าถึงปริมาณตำแหน่งที่จะมีในอนาคตก็จะช่วยให้ผู้ที่เข้ารับการฝึกได้เลือกพิจารณาได้ถูกต้อง ไม่ใช่ปล่อยให้ตามยถากรรม แล้วแต่โชคพาไป ทั้งนี้เพื่อบอกกันปัญหาแพทย์บางสาขาล้นตำแหน่งตั้งแต่วันที่เกิดขึ้นในต่างประเทศบางแห่ง ซึ่งทำให้แพทย์ที่จบการฝึกแล้วต้องทำงานอย่างไม่เต็มทีหรืองานอย่างอื่นเพื่อรอตำแหน่งอยู่อีกหลายปี

สรุป

ในการสร้างสัลยแพทย์จำเป็นจะต้องวางโครงการและดำเนินการให้รัดกุม

๑. จะต้องหาเป้าหมายของการสร้างสัลยแพทย์เป้าหมายนั้นควรวางเป็นระยะ ๆ ไปในอนาคตอันไกลนี้ ควรสร้างสัลยแพทย์ที่จะให้บริการด้านสัลยศาสตร์แก่ชุมชน โดยเฉพาะมุ่งไปทางส่วนภูมิภาค

๒. ต้องจัดวิธีการคัดเลือกผู้ที่จะเข้ารับการฝึกฝนอบรม

๓. ต้องเลือก สร้าง และจัดการโครงการฝึกที่ดี

๔. ต้องทำการสอบวัดคุณสมบัติต่าง ๆ ให้ถูกต้องที่สุด

โดยที่การสร้างสัลยแพทย์ในอนาคตเป็นเรื่องใหญ่และเกี่ยวข้องกับ สัลยแพทย์เป็นส่วนรวม น่าจะได้มีการร่วมกันพิจารณาปัญหา และหาวิธีการที่ดีที่สุด ผู้เขียนจึงหวังว่าเพื่อนสัลยแพทย์จะได้ให้ข้อคิดเห็นเพิ่มเติม หรือโต้แย้ง อันจะเป็นประโยชน์ต่อไป หากเรามีสมาคมสัลยแพทย์ก็จะเป็นการดีไม่น้อยในการที่จะเป็นทีมรวมในการพิจารณาปัญหาในเรื่อง ของส่วนรวมเช่นเรื่องน

ขอบคุณ ผู้เขียนขอขอบคุณท่านนายแพทย์ผู้อำนวยการโรงพยาบาลในส่วนภูมิภาคหลายท่านที่ได้ให้สัลยผู้ช่วย ที่ใช้ในบทความนี้

จรัส สุวรรณเวลา

แผนกสัลยศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

เอกสารอ้างอิง

1. Cole W.H., Zollinger R.M., Textbook of Surgery, 9th ed. Meredith Corp, New York, 1970.
 2. Davis L., Christopher's Textbook of Surgery, 7th ed. W.B. Saunders, Philadelphia, 1960.
 3. Foster J.T. Abrahamson S., Lass S. et al : Analysis of an oral examination used in specialty board examination. J. Med. Ed. 44 : 951-954, 1969.
 4. Gius J.A., Fundamentals of General Surgery, 2nd ed. Yearbook Medical Publishers, Chicago, 1962.
 5. Harding Rains A.J., Melville Capper W. : Bailey and Love's Short Practice of Surgery, 14th ed. J.B. Lippincott, Philadelphia, 1968.
 6. International Federation of Surgical Colleges, International Symposium on Surgical Education. Amer. J. Surg. 117 : 291-313, 1969.
 7. Levit E.J. : Evaluation of learning in graduate education. J. Neurosurg 30 : 348-352, 1969.
 8. Mulholland J.H. : Learning to be a surgeon. Ann. Surg. 148 : 297-305, 1959.
 9. Odom G.L. : Neurological surgery and the assessment of accomplishment. J. Med. Ed. 44 : 784, 1969.
 10. Saunders M., Postgraduate training in neurology and neurosurgery in Vellore, India. Brit. J. Med. Educ. 3 : 133-134, 1969.
 11. Stidolph N. : Training of Surgeons. Brit. Med. J. 4 : 379-383, 1968.
-