

การกระจายของโรคต่าง ๆ ในประเทศไทย ในแง่ที่เกี่ยวกับการศึกษาแพทยศาสตร์

นายแพทย์จรัส สุวรรณเวลา

วัตถุประสงค์ของการศึกษาแพทย์ คือ การฝึกอบรมและให้ความรู้ ให้คนเป็นแพทย์ มีความหมายต่างกันได้หลายอย่าง ความเจริญก้าวหน้าทางวิชาการแพทย์ในปัจจุบันมีมากและรวดเร็ว โรงเรียนแพทย์ต่าง ๆ ย่อมมีความปรารถนาที่จะให้แพทย์ที่จบใหม่มีความรู้สูงที่สุด ที่จะทำได้ หากทัดเทียมกับโรงเรียนแพทย์ที่ดีอื่น ๆ ทั่วโลกได้ก็ยิ่งดี แต่มาตรฐานในโรงเรียนแพทย์ต่าง ๆ ในประเทศตะวันตกก็แตกต่างกันอยู่มาก ยากที่จะกำหนดมาตรฐานสากลลงไปได้แน่ชัด การให้การศึกษิตตามอุดมคติดังกล่าวนี้ ย่อมสิ้นเปลืองมาก และไม่สามารถที่จะผลิตให้ได้ปริมาณมากพอกับความต้องการของสังคมซึ่งขาดแคลนแพทย์ได้ ยิ่งในประเทศที่ประชากรเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว และค่อยพัฒนาแล้ว การขาดแคลนแพทย์ยิ่งมีมากยิ่งกว่านั้น แพทย์ที่ได้รับการอบรมด้วยวัตถุประสงค์ดังกล่าวนี้ อาจมีความรู้ความ

สามารถไม่เหมาะสม กับปัญหาทางการแพทย์ที่เขาจะต้องเผชิญในการปฏิบัติงานในประเทศของเขา หลักสูตรของโรงเรียนแพทย์ต่างประเทศบางแห่ง มุ่งให้แพทย์ที่จบมีความสามารถในการวิจัยขั้นพื้นฐานทางการแพทย์เป็นสำคัญด้วย ทำให้ความสำคัญในการรักษา และป้องกันโรคด้อยลงไป ดังนั้น จึงมีความจำเป็นที่เราจะต้องวางวัตถุประสงค์ของการศึกษาแพทย์ ในโรงเรียนแพทย์ให้เหมาะสม ทั้งในด้านปริมาณและคุณภาพ เพื่อให้ได้เป็นประโยชน์ต่อสังคม และประเทศชาติได้มากที่สุด ไม่เป็นการสมควรที่จะรับเอาหลักสูตรการศึกษาในต่างประเทศ เข้ามาใช้ทั้งดุ้น

ในการที่วางวัตถุประสงค์ของการศึกษาแพทย์ เราจึงจำเป็นต้องมีข้อมูลเกี่ยวกับงานและปัญหาต่าง ๆ ที่แพทย์ที่จะจบออกไปนั้น จะต้องไปพบ โอกาสที่เขาจะต้องทำงานในด้านต่าง ๆ เช่น

* แผนกสัลยศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

การรักษาโรค การป้องกันโรค การ
สาธารณสุข ตลอดจนการเป็นผู้นำใน
team และในสังคมเขาจะไปเป็นแพทย์
รักษาทั่วไป แพทย์เฉพาะทาง นักวิจัย
หรือนักบริหาร การศึกษาที่ดี ควรจะ
ให้เขามีความสามารถที่จะทำได้ในทุก ๆ
แง่ หากด้านใดโอกาสที่แพทย์ที่จบใหม่
จะต้องไปใช้มาก ก็ควรจะเน้นมากกว่า
ด้านอื่น ๆ

ในการวางหลักสูตรการศึกษา เกี่ยว
กับโรคต่าง ๆ สำหรับแพทย์ที่ทำงานใน
ประเทศไทยนั้น เราจำเป็นที่จะต้องทราบ
ถึงปริมาณ หรือการกระจายของโรคใน
ท้องถิ่นต่าง ๆ ทั่วประเทศ รายงานนี้
เป็นผลการศึกษารวบรวมข้อมูล เกี่ยวกับการ
กระจายของโรคต่าง ๆ ที่เคยตีพิมพ์
ไว้แล้ว รายงานสถิติโรคที่พบในโรง-
พยาบาลต่าง ๆ ทั่วประเทศจากจักร ซึ่ง
แพทย์ผู้อำนวยการโรงพยาบาลนั้น ๆ ได้
กรณาส่งมาให้ ตลอดจนรายงานของ
หน่วยแพทย์เคลื่อนที่ ซึ่งออกไปปฏิบัติงาน
ในท้องถิ่นทั่วกันดารกับ กรป. กลาง

ผล จากข้อมูลที่ได้รับจากต้นตอ
หลายแห่ง ทำให้สามารถรวบรวมสถิติใน
หลายด้าน ซึ่งพบในประชากรกลุ่มต่าง ๆ
กัน และในส่วนต่าง ๆ ของประเทศ

สถิติต่าง ๆ นี้มีหลักฐานและระดับความ
แม่นยำแตกต่างกัน จึงจะได้แยกพิจารณา
เป็นแง่ต่าง ๆ ดังนี้

๑. สถิติสาเหตุการตาย (ตาราง
ที่ ๑) ส่วนใหญ่ได้จากแถลงการ
สาธารณสุข⁽¹⁾ สถิตินี้เป็นผลที่ได้รวบรวม
จากใบแจ้งมรณะ ซึ่งญาติของผู้ตายจะ
ต้องนำส่งยังที่ว่าการอำเภอ ปรากฏว่า
ตายไม่ทราบสาเหตุ และตายจากใช้
ไม่ทราบสาเหตุพบได้มากที่สุดเกือบทุก
จังหวัด แสดงว่าผู้ที่เขียนใบแจ้งมรณะ
นั้น ส่วนใหญ่ไม่ใช่ผู้ที่มีความรู้ทางการ
แพทย์ การตายส่วนใหญ่จึงไม่ทราบ
สาเหตุ ส่วนเหตุตายที่เหลือบางที่ก็บอกไว้
เพียงอาการ หรือบอกโรคไม่ชัด จึงไม่ใช่
สถิติสาเหตุการตายที่แท้จริง สถิตินี้
กล่าวนี้จึงให้ความเชื่อถือได้น้อย

สถิติเด็กเกิด เด็กตาย ตลอดจนแม่
ตายจากการคลอดนั้น บุคคลทั่วไปคงจะ
เข้าใจได้โดยไม่ผิดพลาด จึงพอจะเชื่อถือ
ได้ เมื่อ ๕๐ ปีก่อนอัตราตายของเด็กแรก
เกิด สูงกว่า ๓๐๐ ต่อเด็กเกิดหนึ่งพันคน
อัตราลดลงเรื่อย จนเมื่อ พ.ศ. ๒๔๘๓
ลดลงเป็น ๑๐๘.๘ ต่อเด็กเกิดหนึ่งพันคน
ตารางที่ ๒ แสดงสถิติเด็กเกิด เด็กตาย
ที่มีรายงานจากจังหวัดต่าง ๆ ๕๔ จังหวัด

ในปี พ.ศ. ๒๕๐๖⁽¹⁾ ซึ่งปรากฏว่าอัตราเด็กอายุต่ำกว่า ๑ ปี ตายโดยเฉลี่ยสูงถึง ๔๒.๘ ต่อเด็กเกิดหนึ่งพันคน (การกระจายตั้งแต่ ๑๕.๑ ถึง ๗๑.๘) ในพระนครและในจังหวัดอื่น ๆ มีอัตราใกล้เคียงกัน ในปี พ.ศ. ๒๕๐๘ อัตราเด็กตายลดลงไปเป็น ๓๑.๒ ต่อเด็กเกิดหนึ่งพันคน

ตารางที่ ๓ แสดงสถิติแม่ตายจากการคลอดที่มีรายงานจากจังหวัดต่าง ๆ ๖๔ จังหวัด ใน พ.ศ. ๒๕๐๖⁽²⁾ ปรากฏว่ามีอัตราสูงถึง ๓.๓๐ ต่อเด็กเกิดหนึ่งพันคน ในพระนครอัตรานี้มีเพียง ๐.๕ ซึ่งต่ำกว่าอัตราเฉลี่ยของทั่วประเทศมาก แสดงว่าความเจริญด้านบริการสูติศาสตร์ ในพระนครดีขึ้นมาก ทำให้อัตราตายของแม่จากการคลอด ในปี พ.ศ. ๒๕๐๘ อัตราแม่ตาย เฉลี่ยทั่วประเทศลดลงเป็น ๓.๑ ต่อเด็กเกิดหนึ่งพันคน⁽²⁾

จากสถิตินี้แสดงว่าปัญหาเกี่ยวกับโรคในเด็กอ่อน และปัญหาโรคแทรกการตั้งครรภ์และการคลอดเป็นปัญหาใหญ่อันหนึ่งทางการแพทย์

๒. สถิติผู้ป่วยรับไว้รักษาในโรงพยาบาลต่าง ๆ ทุก ๆ จังหวัดทั่วประเทศ
มีโรงพยาบาลอย่างน้อย ๑ โรง แต่ละแห่ง

มีแพทย์ประจำหลายคน มากน้อยแล้วแต่ขนาดของโรงพยาบาล การตรวจจึงอยู่ในเกณฑ์ที่เชื่อถือได้ เท่าที่ได้รับรายงานสถิติผู้ป่วย พอดีจะแยกผลได้เป็น ๓ แบบ

๒.๑ สถิติผู้ป่วยแบ่งตามระบบที่เป็นโรค (ตารางที่ ๕ และ ๖) สถิติแบบนี้ได้เฉพาะโรงพยาบาลที่เรามีสถิติแยกละเอียดแต่ละโรค ผู้รายงานได้แยกสถิตินี้ และรวบรวมเป็นโรคตามระบบต่าง ๆ โดยใช้วิธีรวมเหมือนกันในโรงพยาบาลต่าง ๆ จึงสามารถเปรียบเทียบได้สำหรับระบบโรคติดต่อ ได้แก่ โรคระบบต่าง ๆ และโรคติดต่อที่เป็นทั่วตัว ซึ่งไม่สามารถแยกเข้าระบบใดได้ ทั้งนี้ไม่รวมโรคติดต่อตามระบบต่างๆ สำหรับโรคบาดเจ็บก็เช่นเดียวกัน รวมบาดแผลอื่น และบาดเจ็บที่ไม่ระบุระบบ ส่วนบาดเจ็บในระบบต่าง ๆ เช่น กระดูกหักหรือบาดเจ็บที่ศีรษะนั้น แยกเข้าตามระบบ เช่น ระบบกระดูก และระบบประสาทตามลำดับ

จะเห็นได้ว่าลักษณะการกระจายของโรคผิวหนังในโรงพยาบาลประเภทต่าง ๆ กัน ซึ่งพอจะแยกได้ดังนี้

๒.๑.๑ โรงพยาบาลในนคร-
หลวง (3,4,5) (ตารางที่ ๕) ได้แก่โรง
พยาบาลจุฬาลงกรณ์ ศิริราช หนอง มี
ลักษณะพิเศษคือ ผู้ป่วยด้านสูติรี-
เวชกรรมมีมากกว่าครึ่งหนึ่งของผู้ป่วยรับ
ไว้ทั้งหมด ยิ่งโรงพยาบาลหญิง ซึ่งเป็น
โรงพยาบาลเฉพาะโรคด้านนี้แล้ว ยังมี
มาก แสดงว่าประชากรในนครหลวง
นิยมใช้บริการโรงพยาบาลในการคลอด
บุตรเป็นอันมาก

ส่วนโรคอื่น ๆ ก็กระจายทั่วไปตาม
ระบบต่าง ๆ โรคติดต่อ โรคทางเดิน
อาหารพบมากกว่าโรคอื่น ๆ

๒.๑.๒ โรงพยาบาลในต่าง
จังหวัด (6, 7) (ตารางที่ ๖) ปริมาณการ
คลอดปกติ มีต่ำกว่าในโรงพยาบาลใน
นครหลวงมากแสดงว่าประชากรส่วนใหญ่
ทำการคลอดนอกโรงพยาบาล เมื่อเกิด
มีโรคแทรก หรือปัญหาคลอดลำบากจึง
ไปยังโรงพยาบาล โรคระบบทางเดิน
อาหาร เป็นโรคที่พบมากที่สุดทุกแห่ง โรค
ติดต่อมาเป็นอันดับสอง บาดเจ็บเป็นโรค
ที่พบได้มาก ยิ่งถ้านับบาดเจ็บตามระบบ
ต่าง ๆ นี้ด้วยแล้ว (ตารางที่ ๔) โรคนี้
นับว่าเป็นปัญหาสำคัญในโรงพยาบาล

ส่วนภูมิภาค โรงพยาบาลบางแห่งที่อยู่ใน
เส้นทางคมนาคม อัตรากาเกิดบาดเจ็บ
ยังมีมากขึ้น เช่น ที่โรงพยาบาลหาดใหญ่
โรคบาดเจ็บที่ศีรษะมีถึงหนึ่งในสี่ของผู้ป่วย
ที่รับไว้ทางศัลยกรรมทั้งหมด ในบางโรง
พยาบาล เช่น โรงพยาบาลพระพุทธบาท
มีบาดแผลกระดูกสันหลัง เต็มละ ๓๐ ถึง
๒๕ ราย โรคระบบการหายใจและระบบ
ประสาทพบรองลงไป การกระจายของ
โรคระบบอื่น ๆ ลดหลั่นกันลงไป ในส่วน
ต่าง ๆ ของประเทศ มีโรคส่วนใหญ่
คล้ายคลึงกัน ยกเว้นบางส่วนบางภาค
มีโรคบางอย่างพบมากกว่าในภาคอื่น ซึ่ง
จะได้พิจารณาโดยละเอียด เมื่อพูดถึงการ
สำรวจโรคตอนหลัง

๒.๒ สถิติผู้ป่วยแบ่งตามแผนก (7,
8,9,10) (ตารางที่ ๗) การแบ่งผู้ป่วยเป็น
แผนกต่าง ๆ เช่น อายุรกรรม หรือโสต
กรรม ศัลยกรรม สูติรีเวชกรรม มีสถิติ
รวบรวมได้จากโรงพยาบาลต่าง ๆ ๑๐
กว่าแห่ง ปრაกฏผลว่า มีการกระจาย
แตกต่างกันมาก จนหาข้อสรุปไม่ได้ ทั้งนี้
คงเป็นเนื่องมาจากหลายสาเหตุ เช่น
ปริมาณ และการกระจายของแพทย์
เฉพาะทาง ในโรงพยาบาลนั้น ๆ ปริมาณ

ของเตียงในแผนกต่าง ๆ ซึ่งไม่ได้ขึ้นกับปริมาณของผู้ป่วย ที่มาขอรับการรักษาในโรคของแต่ละแผนก สถิติดังกล่าวนี้จึงใช้ ในการ บอก การ กระจาย ของ โรคไม่ได้

๒.๓ สถิติโรคที่พบบ่อยที่สุด(3, 4,

5, 7) มีรายงานโรคที่พบบ่อยที่สุดจากโรงพยาบาลต่าง ๆ ๒๐ กว่าแห่ง ปรากฏผลว่าการกระจายแตกต่างกันมากจนหาข้อสรุปไม่ได้ เช่นเดียวกัน ทั้งนี้เพราะวิธีการจำแนกโรคในสถิติโรงพยาบาลต่าง ๆ นั้นไม่ตรงกัน หากรวมโรคที่ใกล้เคียงกันในกลุ่มเดียวกันเข้าด้วยกันตัวเลขก็จะสูง แต่หากกระจายออกเป็นแต่ละโรค ตัวเลขก็จะต่ำลง การจัดอันดับจึงเปรียบเทียบกันไม่ได้ ตัวอย่างเช่น ใน สถิติ ของ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ และโรงพยาบาลศิริราช รวมเนื้องอกทุกชนิดเข้าไว้ในหัวข้อเดียวกัน โรคของ ระบบ การ ถ่าย บัสดาระ ทั้งหมด ก็รวมเป็น หัวข้อ เดียวกัน แต่แยก appendicitis, diarrhea, innew-born และ gastroenteritis (รวม colitis) เป็นคนละหัวข้อ หากรวมเป็นโรคการอักเสบของทางเดินอาหาร แล้วตัวเลขจะต่างไปเป็นอันมาก ในสถิติของโรง

พยาบาลบางแห่งทางเดินหายใจอักเสบ มีสถิติแยกจากหลอดลมอักเสบ หรือโรคท้องเสียแยกจากโรคปวดท้อง การแยกสถิติแบบนี้จึงมาเปรียบเทียบกันไม่ได้

๓. สถิติผู้ป่วยที่ขอ รับการ รักษาที่

สถานอนามัย สถิติส่วนใหญ่ได้จากรายงานประจำปีของที่ทำกรอนามัย จากสถิตินี้พอจะได้แนวความคิดได้ว่า แพทย์ที่ออกไปประจำ สถานีอนามัย จะ พบ กับ บัญหาโรคอย่างใดบ้าง (นอกเหนือไปจากงานด้านอนามัย การป้องกันโรค การศึกษา และการสุขภาพ) จะเห็นได้ว่าใช้วัชกรรมตา เป็นบัญหาที่พบบ่อยที่สุด โรคทางเดินอาหารก็พบได้มาก ส่วนใหญ่ก็ได้แก่โรคที่มีอาการท้องเดิน หรือปวดท้องตลอดจนพยาธิลำไส้ต่าง ๆ โรคผิวหนังหิด และเหากก็พบได้มากในประชากรในท้องถิ่นนั้น ๆ เช่น มาเดเรีย, โรคตา, โรคขาดอาหาร, วัณโรค ก็พบได้ การปฐมพยาบาล และรักษา บาดแผล สำหรับประชากรในท้องถิ่นนั้น ตลอดจนการรักษาโรคแทรกในการคลอด หรือการคลอดลำบาก ก็อยู่ในหน้าที่ของสถานีอนามัยประจำท้องถิ่น

๔. สถิติผู้ป่วยของหน่วยแพทย์ เคลื่อนที่ในท้องถิ่นทรุกันดาร (11, 12, 13, 14) ส่วนใหญ่พอสรุปได้ คล้ายคลึงกับปัญหาทางการแพทย์ ที่พบตามสถานีนามาย์ต่าง ๆ โรคทั่วไปที่พบบ่อย คือ โรคของระบบทางเดินอาหาร และโรคติดเชื้อของระบบการหายใจใน ส่วนบน โรคพยาธิลำไส้ โรคขาดอาหาร และวัณโรคพบได้ทั่วไป

๕. โรคที่พบบ่อยเป็นพิเศษ ในประเทศไทย ได้มีการศึกษาและสำรวจอุบัติการณ์ของโรคบางอย่างที่พบบ่อยเป็นพิเศษในประเทศไทย หรือในภูมิภาคบางส่วนของประเทศที่สำคัญน่าจะนำมากล่าวได้แก่

๕.๑ โรคติดเชื้อ เป็นปัญหาสำคัญในประเทศไทย และย่อมมีความสำคัญในหลักสูตรของการศึกษาแพทย์ในประเทศไทยเป็นอันมาก

๕.๑.๑ โรคติดต่ออันตราย น.พ. มะลิ ไทยเหนือ(14) รายงานไว้ว่า อหิวาตกโรคเป็นโรคเดียว ในโรคติดต่ออันตราย ๗ โรค ที่ เป็นปัญหาในการควบคุมและป้องกัน และยังคงระบาดเป็นช่วง ๆ ครั้งหลังเมื่อ พ.ศ. ๒๕๐๕ (หลัง

จากเว้นไป ๒ ปี) แล้วก็ระบาดประปรายเรื่อยมาจนถึงปัจจุบันนี้ ส่วนไข้ทรพิษ และกาฬโรคสงบมา ๗ และ ๑๗ ปี แล้วตามลำดับ

โดยที่โรคติดต่ออันตรายยังอาจระบาดเข้ามาในประเทศไทยได้ แพทย์ยังจำเป็นจะต้องมีความรู้เรื่องนี้อยู่

๕.๑.๒ โรคติดเชื้อระบาด ประปราย ในประเทศไทยยังมีโรคติดเชื้อระบาดประปรายอยู่หลายโรค ซึ่งเป็นปัญหาสำคัญด้านสาธารณสุข และจำเป็นที่แพทย์ทุกคนจะต้องมีความรู้ บางโรคมีความสำคัญมากเพราะอุบัติการณ์สูง และเป็นทั่วประเทศ บางโรคอุบัติการณ์ต่ำ และเป็นเฉพาะบางภูมิภาค ความสำคัญจึงต่ำลงมา

๕.๑.๒.๑ วัณโรค ในการทดสอบ tuberculin แก่ประชาชนทั่วไปพบว่าให้ผลบวก เฉลี่ยทั่วประเทศถึงร้อยละ ๔๘ ของประชากร(15) แสดงว่าครึ่งหนึ่งของประชากรในประเทศไทยเคยได้รับเชื้อวัณโรค การสำรวจผู้ที่ป่วยหรือสงสัยว่าป่วยโรคนี้นั้นทั่วประเทศ พบว่ามีโดยเฉลี่ยร้อยละ ๐.๕ ของประชากร หรือมีทั้งหมดประมาณ ๑๕๐,๐๐๐ คน และมีผู้

บ่วยใหม่เกิดขึ้นเฉลี่ยประมาณร้อยละ ๐.๔ หรือประมาณ ๑๒๐,๐๐๐ คน ทกปี⁽¹⁵⁾

โรคนี้กระจายไปทั่วทุก ส่วนของประเทศ

หน่วยควบคุมวัณโรค เคลื่อนที่ได้สำรวจโรคนี้ ในภาคต่าง ๆ ของประเทศ เมื่อ พ.ศ. ๒๕๓๐⁽²⁾ ด้วย การตรวจด้วยภาพรังสี ในพลเมือง ๒๒๒,๘๘๓ คน พบมีภาพรังสีผิดปกติถึง ๑๒,๖๒๒ คน หรือร้อยละ ๕.๖๖ และใน จำนวนนี้ ได้ทำการเพาะเชื้อ พบถึง ๑,๗๓๓ คน หรือร้อยละ ๐.๗๘ อัตราพบ ทั่วไปในทุกภาค ภาคใต้มีอัตราสูงกว่า ภาคอื่นเล็กน้อย⁽²⁾ (ภาพรังสีผิดปกติร้อยละ ๖.๘๒ และตรวจพบเชื้อร้อยละ ๑.๐๗) ในพระนคร โรคนี้ นับว่าสูงกว่าที่อื่น ๆ ในการสำรวจเมื่อ พ.ศ. ๒๕๐๕ ภาพรังสี ตรวจในพระนคร ๖๖,๐๐๐ คน พบผิดปกติ ถึงร้อยละ ๗.๖⁽⁶⁾

แม้ว่าจะได้มีมาตรการ ควบคุมโรคนี้ อย่างเข้มแข็งทั้งด้านการ รักษาผู้ป่วยที่เป็นโรค และการป้องกัน โรคนี้ยังคงเป็นปัญหาใหญ่ต่อไปอีก หลายปี

๕.๑.๒.๒ มาลาเรีย โรค นี้เคยเป็นโรคที่พบบ่อย และเป็นสาเหตุ

ตายสูงที่สุด ในประเทศไทย⁽²⁾ เมื่อปี พ.ศ. ๒๔๙๓ อัตราตายจาก โรคนี้สูงถึง ๒๐๑.๕ ต่อประชากรหนึ่งแสนคน ในการ สำรวจโดยการเจาะเลือดระหว่าง พ.ศ. ๒๕๐๓-๒๕๐๖ เท่าที่รวบรวมได้จาก ๑๑ จังหวัด ในภาคต่าง ๆ ได้เจาะเลือด ๒๕๒, ๕๔๓ คน พบเชื้อถึงร้อยละ ๖.๕๔^(1,17)

โครงการควบคุมไข้มาลาเรีย ได้เริ่ม เมื่อ พ.ศ. ๒๔๙๒ แล้วต่อมาในปี ๒๕๐๓ ได้ขยายออกเป็นโครงการกำจัดไข้มาลาเรีย ทำให้ได้ผล ลดผู้ป่วยและอันตรายจาก โรคนี้ลงได้มาก ในปี ๒๕๐๓ อัตราตาย จากโรคนี้ลดลงเหลือ ๓๐.๒ ต่อประชากร หนึ่งแสน และในการสำรวจเมื่อปี ๒๕๐๘ จากการเจาะเลือดตรวจ ๓,๓๒๗,๔๗๘ ครั้ง พบเชื้อร้อยละ ๓.๘๕⁽²⁾

โครงการกำจัดไข้มาลาเรีย แห่งชาติที่ดำเนินอยู่ในขณะนี้ นับว่าได้ผล โดยเฉพาะในพื้นที่ราบภาคกลาง ทำให้ อัตราการเป็นโรคลดลงได้มากแต่ในท้องถิ่น ที่เป็นป่าเขา การควบคุมทำได้ลำบาก โรคนี้จึงยังคงมีอยู่ นอกจากนี้การที่ พลเมืองอพยพเข้าไปตั้งรกราก เพื่อทำการ เพาะปลูกเพิ่มขึ้น โอกาสที่จะเกิดเป็นโรค จึงมีได้ ปัญหาเกี่ยวกับโรคนี้จึงยังคงมี อยู่อีกหลายปี

จุฬาลงกรณ์เวชสาร

๕.๑.๒.๓ โรคเท้าช้าง

เป็นโรคที่พบมากในจังหวัดต่าง ๆ ในภาคใต้และจังหวัดกาญจนบุรี(17) จากการสำรวจในภาคใต้ ๘ จังหวัด เมื่อ พ.ศ. ๒๕๐๔ ได้ตรวจประชากร ๗๒๓,๑๓๐ คน พบมีผู้ป่วยที่มีอาการของโรคน้อย ๑,๑๒๕ คน หรือร้อยละ ๐.๑๖ ในปีเดียวกันนี้ ได้สำรวจโดยการเจาะเลือดที่จังหวัดนครศรีธรรมราช ๒๘,๗๘๑ คน พบเชื้อในเลือดร้อยละ ๓.๒๗ และพบผู้ป่วยที่มีอาการร้อยละ ๑.๘๔ บางตำบลพบสูงมาก มีเชื้อในเลือดถึงร้อยละ ๔.๗๘ และมีอาการร้อยละ ๓.๕๓

โรคนี้ก็ได้รับการควบคุมโดยโครงการควบคุมโรคเท้าช้างมาตั้งแต่ พ.ศ. ๒๕๐๔ ในการสำรวจตั้งแต่ พ.ศ. ๒๕๐๔ ถึง ๒๕๑๐ ได้ตรวจพลเมือง ๒๕๓,๔๐๒ คน พบมีเชื้อในเลือดร้อยละ ๑.๗๓ และอัตราการเป็นโรคร้อยละ ๐.๗๔ แสดงว่าโรคนี้ลดลง

โดยที่โรคนีพบในภาคเดียวและอัตราการเป็นโรคลดลงเรื่อย ความสำคัญของโรคนีต่อแพทย์จึงไม่มากนัก

๕.๑.๒.๔ กุดทะราด โรค

นี้เคยเป็นโรคที่ทำลายสุขภาพของพลเมืองใน ๔๕ จังหวัด ทั่วประเทศ เดิมกะว่า

คงจะมีผู้ป่วยถึงหนึ่งล้าน ๕ แสนคน โครงการควบคุมโรคกุดทะราดได้เริ่มมาตั้งแต่ พ.ศ. ๒๔๘๓ และทำการควบคุมอย่างได้ผล เพราะการรักษาและการควบคุมการติดต่อ ทำให้ผลเต็มที่

โรคนีได้ทำการสำรวจในภาคใต้ ๘ จังหวัด เมื่อพ.ศ. ๒๕๐๕(18) โดยตรวจพลเมือง ๑๕,๘๐๗ คน พบเป็นร้อยละ ๒.๓ และในปีต่อมาได้สำรวจในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ๑๔ จังหวัดตรวจพลเมือง ๒๒,๗๔๔ คน พบเป็นร้อยละ ๗.๗

ในการสำรวจตามงานควบคุมกุดทะราดระยะถาวร ๔๔ จังหวัด เมื่อปี ๒๕๐๕ ถึง ๒๕๐๖(1) ได้ทำการตรวจพลเมือง ๖,๘๔๖,๒๖๐ คน พบเป็นโรคนี ๑๒,๐๘๘ คน หรือร้อยละ ๐.๑๘ ต่อมาในปี พ.ศ. ๒๕๑๐ ได้ทำการสำรวจ ๖,๕๐๐,๐๐๐ คน พบเป็นเพียง ๑,๐๒๐ คน หรือร้อยละ ๐.๐๑๕ จึงนับว่าโรคนีได้รับการควบคุมสำเร็จลุล่วงไปแล้ว และไม่เป็นที่ปัญหาทางสาธารณสุขในประเทศไทยต่อไป

๕.๑.๒.๕ โรคเรื้อน เป็น

โรคที่พบมากในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ในการสำรวจเมื่อปี พ.ศ. ๒๔๘๖ กะว่าจะมีผู้ป่วยทั้งหมดทั่วประเทศ ประมาณ

๒๐๐,๐๐๐ คน (2) โครงการควบคุมโรคเรื้อนได้เริ่มที่จังหวัดขอนแก่น เมื่อ พ.ศ. ๒๔๙๙ แล้วต่อมาขยายออกไปถึง ๑๕ จังหวัด ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ๒ จังหวัด ในภาคเหนือ และ ๙ จังหวัดในภาคกลาง (19)

ในการสำรวจเมื่อ พ.ศ. ๒๕๐๖ ใน ๑๕ จังหวัดทำการตรวจผลเมือง ๘,๗๗๓, ๔๖๕ คน พบว่าเป็นโรคร้อยละ ๐.๖๒ บางจังหวัด เช่น ขอนแก่นและอุดรธานีมีสูงถึงร้อยละ ๑.๓๖ และ ๓.๒ ตามลำดับ (19)

ในการสำรวจเมื่อ พ.ศ. ๒๕๑๐ ทำการตรวจผลเมือง ๗,๖๐๘,๗๘๑ คน พบว่าเป็นโรคนัย ๔๘,๖๗๑ คน หรือร้อยละ ๐.๖๕ (2)

ในขณะนั้นผู้ช่วยกำลังรักษาอยู่ตามโครงการควบคุมโรคเรื้อน สถานพยาบาลโรคเรื้อน และสถานอนามัย ๔๖,๘๔๘ ราย ระบุว่าผู้ช่วยโรคน้อยประมาณ ๘ ต่อ ๑๐๐๐ ของประชากร (5) ซึ่งนับว่ายังสูงอยู่ และการควบคุมยังทำไปได้ไม่ทั่วถึง โรคนัยจึงยังคงเป็นปัญหาอยู่

๕.๑.๒.๖ กามโรค มีผู้

มาตรวจกามโรคตามหน่วยควบคุมกามโรค ในจังหวัดต่าง ๆ ๕๐ จังหวัด ในปี ๒๕๐๘ มีผู้มาตรวจ ๘๐,๓๔๐ คน พบเป็นโรค

๒๘,๒๖๗ คน หรือร้อยละ ๓๑.๒๙ ในปี ๒๕๑๑ มีผู้มาตรวจ ๒๑๒,๖๔๑ คน พบเป็นโรค ๘๘,๒๓๔ คน หรือร้อยละ ๔๐.๕๐ ส่วนใหญ่เป็น gonorrhoea รองลงไปคือ syphilis กามโรคนัยได้เพิ่มขึ้นในระยะ ๑๐ ปี ที่แล้วมานี้ และยังคงเป็นปัญหาต่อไป

๕.๑.๒.๗ โรคตืดวงตา

Trachoma และ conjunctivitis เป็นโรคที่พบมากโดยเฉพาะในเด็กในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ และเป็นสาเหตุของตาบอดที่สำคัญ ในการสำรวจเมื่อ พ.ศ. ๒๕๐๖ พบว่าผลเมืองในจังหวัดนครราชสีมา ๑๘,๘๕๕ คน เป็นโรคนัยร้อยละ ๑๘.๔ (20) และจังหวัดภูเก็ต ๔๗,๖๑๓ คน เป็นร้อยละ ๐.๐๕

ในปี ๒๕๐๔ ได้มีโครงการ

Trachoma Control Pilot Project และต่อมาตั้งแต่ปี ๒๕๑๐ มี mass campaign

ในปี ๒๕๐๘ ถึง ๒๕๑๐ ได้ทำการตรวจผลเมืองเกือบ ๑ ล้านคน พบผู้ช่วยโรคนัยกว่า ๑๐๐,๐๐๐ คน ในบางตำบลพบโรคนัยถึงร้อยละ ๔๐ หรือ ๕๐ โรคนัยแม้จะไม่ใช้โรคร้ายก็นับว่าพบมาก และเป็นปัญหาในปัจจุบัน

๕.๑.๒.๘ โรคนอน

พยาธิ เมื่อ พ.ศ. ๒๔๙๔ Sadun ได้รายงานผลการตรวจอุจจาระนักเรียน ๓๑,๐๐๐ คน จาก ๔๐ จังหวัด ในภาคต่าง ๆ พบว่ามีพยาธิลำไส้มากถึงร้อยละ ๓๓ ถึง ๙๖ ต่อมา น.พ. สุวัชร วัชรเสถียร ได้ทำการศึกษาต่อ และได้รายงานผลการตรวจอุจจาระ ๒๖๓,๗๐๓ คน ในทุกจังหวัดทั่วประเทศ พบว่ามีพยาธิโดยเฉลี่ยถึงร้อยละ ๖๒.๘ ในภาคใต้มีสูงที่สุดคือร้อยละ ๘๘.๘ ส่วนใหญ่เป็นพยาธิไส้เดือน รองลงมาคือพยาธิ enterobias และพยาธิปากขอ ส่วนภาคตะวันออกเฉียงเหนือพบร้อยละ ๖๐ พยาธิใบไม้ตับพบมากที่สุดในภาคเหนือมีร้อยละ ๕๒.๘ มีพยาธิไส้เดือน พยาธิปากขอ และพยาธิใบไม้ตับ ภาคกลางมีร้อยละ ๓๘.๖ แต่บางจังหวัด เช่น ตราดก็มีสูงถึงร้อยละ ๘๔ ส่วนใหญ่เป็นพยาธิไส้เดือน และพยาธิปากขอ

นอนพยาธินี้เป็นปัญหาใหญ่สำหรับประเทศไทย การควบคุมก็ทำได้ยากจึงยังคงเป็นปัญหาไปอีกไม่น้อย

๕.๑.๒.๙ โรคติดต่อ

อื่น ๆ ที่ระบาดประปราย ยังมีเป็นปัญหาอยู่ โรคบิดทั้งอมีบา และบาชิล-

ลารีเรีย โรคใช้รากสาดน้อย โรคพิษสุนัขบ้า แอนแทรกซ์ คอตีบและไอกรนยังคงพบประปรายโรคโปลิโอมียัฒิไลต์ส ยังคงเป็นปัญหาเรื่อย ๆ ทุกปี นับตั้งแต่การระบาดเมื่อ พ.ศ. ๒๔๙๕ โรคไข้เลือดออก และสมองอักเสบ เป็นปัญหาใหม่ที่พบเพิ่มขึ้น

โดยทั่วไปแล้วโรคติดต่อต่าง ๆ นับว่าเป็นปัญหาชั้นแนวหน้า ของการแพทย์ในประเทศไทยแพทย์ทุกคนจะต้องประสบไม่แ่งใดก็แ่งหนึ่ง

๕.๒ โรคนาตาธาตอาหาร

แม้ว่าประเทศไทยจะมีอาหารอุดมสมบูรณ์ โรคนาตาธาตอาหารก็ยังมีมาก โรคนี้อัตราตายโดยตรงต่ำจึงไม่ปรากฏชัดในการศึกษาสาเหตุการตาย แต่เป็นโรคที่บั่นทอนอนามัยของประชาชน อันเป็นผลให้กระทบกระเทือนถึงเศรษฐกิจ โรคนี้นจึงเป็นปัญหาที่สำคัญ

โรค beriberi จากการขาดวิตามินพบมากที่สุดโดยเฉพาะในภาคตะวันออกเฉียงเหนือและภาคกลาง การขาดวิตามินอื่น ๆ ก็พบได้ทั่วไป

โรคนาตาธาตโปรตีน เป็นปัญหาสำคัญ โดยเฉพาะในเด็ก ทำให้เกิดทั้ง Kwashi-orkor และ Marasmus พบมากในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

โรค โลหิตจาง จาก การ ขาด ธาตุเหล็ก ก็เป็นปัญหาใหญ่พบทั่วไปทุกภาค ยิ่งในท้องถิ่นทุรกันดาร ยิ่งมีพลเมืองเป็นมาก โดยเฉพาะ เมื่อเกิดร่วมกับ โรคพยาธิปากขอ และการมีบุตรหลายคน ยิ่งทำให้เป็นมากขึ้น

โรคคอกพอก พบมากในภาคเหนือ เช่น แพร่ น่าน เชียงราย และภาคตะวันออกเฉียงเหนือ เช่น อุบลราชธานี นครพนม ขอนแก่น อุดรธานี เป็นต้น ในบางท้องถิ่นเป็นโรคที่พบบ่อยมาก การสำรวจที่จังหวัดเชียงรายเมื่อ พ.ศ. ๒๕๐๕ ตรวจพลเมือง ๙๑,๖๐๕ คน พบเป็น ๑๙,๗๗๓ คน หรือ ร้อยละ ๒๑.๖ (range ๐.๗ ถึง ๕๗.๕%) ในบางหมู่บ้าน พบมากถึงร้อยละ ๕๗.๕ ส่วนการสำรวจที่จังหวัดแพร่ ๒๕๕,๗๖๔ คน พบเป็นโรคนี้น ๒,๒๕๕ คน หรือ ร้อยละ ๐.๘ (range ร้อยละ ๐.๕—๑๗) แต่มีบางหมู่บ้านที่เกินถึงร้อยละ ๗๔.๔ โดยที่โรคนี้นพบมากเฉพาะบางท้องถิ่น แพทย์ที่จับออกไปบางคนอาจต้องพบปัญหานี้ หากไปทำงานในท้องถิ่นที่เป็นโรคนี้นมาก

๕.๓ โรคอื่น ๆ โรคนี้นในระบบ บัสดาวะ เป็นโรคที่พบบ่อยโดยเฉพาะใน

ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ และภาคเหนือ ในปี ๒๕๐๕ และปี ๒๕๐๖ มีผู้ป่วยไปขอรับการรักษาที่โรงพยาบาลต่าง ๆ ทั่วราชอาณาจักร ๖,๒๗๗ และ ๖,๒๙๓ ราย ตามลำดับ

โรคอื่น ๆ ที่พบบ่อยเป็นพิเศษในประเทศไทย มีอีกหลายโรค แต่ความสำคัญ มีน้อยกว่าที่กล่าวมาแล้ว

วิจารณ์

ความแตกต่างของโรคที่พบในบริการทางการแพทย์ต่าง ๆ

โรคที่พบในบริการทางการแพทย์ต่าง กัน ได้แก่หน่วยแพทย์เคลื่อนที่เข้าไปในท้องถิ่นทุรกันดาร สถานีอนามัยในจังหวัดต่าง ๆ โรงพยาบาลประจำจังหวัดต่าง ๆ และโรงพยาบาลในนครหลวง มีลักษณะแตกต่างกันมาก ทั้งขึ้นอยู่กับสิ่งแวดล้อมของหลายด้าน

ก. ปริมาณและลักษณะโรคในชุมชนต่าง ๆ นั้นแตกต่างกันจริง ๆ ทั้งขึ้นอยู่กับระดับสุขภาพอนามัย ลักษณะสิ่งแวดล้อม การศึกษาตลอดจนขนบธรรมเนียม ของพลเมืองในถิ่นนั้น

อุพาลงกรณเวชสาร

ตารางที่ ๑ แสดงเหตุตาย ๑๐ อันดับแรกที่รายงานจากบางจังหวัด

จำนวนตาย ในปี ๒๕๐๕,๐๖	พระนคร	บุรีรัมย์	จันทบุรี	อุดรธานี	อุทัย	นครนายก	ลำปาง
เหตุตาย อันดับ ๑	๑๓๖,๒๓๘	๔,๖๖๑	๒,๐๓๑	๔,๗๘๒	๓,๓๓๕	๑,๒๒๒	๔,๕๑๓
๒	โรคในเด็กต่ำกว่า ๑๖ ๒,๔๓๐	ไม่ทราบสาเหตุ ชด ๑,๕๖๕	ไข้ไม่ทราบ สาเหตุ ๓๐๗	ไข้ไม่ทราบสาเหตุ ๕๑๓	สูบบุหรี่ ๖๕๕	ตายไม่ทราบ สาเหตุ ๓๑๖	ไข้ไม่ทราบ สาเหตุ ๑,๐๓๐
๓	โรคหัวใจ ๑,๓๑๐	ไข้ไม่ทราบ สาเหตุ ๑,๒๔๐	โรคในทารกใน วัยอ่อน ๒๕๕	โรคเด็กต่ำกว่า ๑๖ ๗๕๒	ไข้ไม่ทราบ สาเหตุ ๓๔๗	ไข้ไม่ทราบ สาเหตุ ๒๑๕	ชราภาพ ๖๔๗
๔	เนื้องอกร้าย ๗๕๗	โรคชรา ๔๘๘	ชราภาพ ๒๕๗	อุจจาระร่วงและกระ เพาะลำไส้อักเสบ ๓๓๐	วันโรค ๑๓๒	ชราภาพ ๑๒๒	โรคมารกัดากัว ๔ สปีด้า ๒๕๕
๕	วันโรคมะเร็งหัวใจ ๗๒๒	ผอมแห้งเพราะ ขาดอาหาร ๒๓๕	เหตุตายไม่แจ้ง ชด ๒๑๔	ปอดอักเสบ ๒๐๑	ชก ๑๑๑	วันโรคปอด ๘๕	กระเพาะลำไส้ อักเสบ ๒๕๕
๖	อุบัติเหตุ พืช ๖๕๖	โรคทางเดิน อาหาร ๒๓๕	มาลาเรีย ๑๓๕	วันโรคมะเร็งหัวใจ ๑๖๐	ท้องอืด ๑๐๕	มาลาเรีย ๕๗	วันโรค ๒๔๘
๗	โรคอื่นๆของลำไส้และ เยื่อช่องท้อง ๔๕๕	คลอดบุตร ๑๐๖	หวัด ๑๓๗	มาลาเรีย ๑๑๑	อ่อนแอแต่ กำเนิด ๑๒๐	ปอดบวม ๒๕	มาลาเรีย ๑๕๖
๘	โรคแบคทีเรียอื่นๆ ๔๕๕	วันโรค ๕๗	หัวใจวาย ๖๕	โรคมะเร็งกระดูกและ คลอด ๕๑	อัมพาต ๔๘	ขาดอาหาร ๑๔	ขาดธาตุอาหาร ๑๕๒
๙	โรคปอดอักเสบ ๓๖๐	ถูกฆ่าตาย ๓๕	ปอดอักเสบ ๖๒	บิดทุกชนิด ๕๘	ตกน้ำตาย ๔๘	ท้องเดิน ๒๔	ปอดอักเสบ ๑๒๕
๑๐	โรคมะเร็งอาหาร และลำไส้ ๑๒๒	อุบัติเหตุ ๓๒	วันโรค ๖๐	อุบัติเหตุ ๘๐	ปอดบวม ๓๕	บาดทะยัก ๑๕	อุบัติเหตุ ถูกฆ่า ๘๒
	โรคใจจับสัน ๕๔๔	หัวใจวาย ๒๒	ชก ๓๗	เหน็บชา ๒๐	ไทฟอยด์ ๓๑	เหน็บชา ๘	คลอดบุตร ๑๕

การกระจายของโรคต่าง ๆ ในประเทศไทย

ตารางที่ ๒ อัตราเด็กอายุต่ำกว่า ๑ ปี ตายในพระนครและต่างจังหวัด

	เด็กเกิดทั้งหมด	เด็กตาย (อายุต่ำกว่า ๑ ปี)	
		จำนวน	อัตราต่อเด็ก เกิด ๑,๐๐๐ คน
รวม ๕๓ จังหวัด ในส่วนภูมิภาค	๖๐๐,๐๘๑	๒๕,๒๖๐	๔๒.๐๘
จังหวัดพระนคร	๗๘,๓๔๓	๓,๗๗๖	๔๘.๒๐
รวม ๕๔ จังหวัด	๖๗๘,๔๒๔	๒๙,๐๓๖	๔๒.๘๐

(สถิติรวบรวมจากรายงานประจำปี ๒๕๐๖ ของอนามัยจังหวัด)

ตารางที่ ๓ อัตราแม่ตายจากการคลอดในพระนครและต่างจังหวัด

	เด็กเกิดทั้งหมด	แม่ตาย	
		จำนวน	อัตราต่อเด็กเกิด ๑,๐๐๐ คน
รวม ๔๕ จังหวัด ในส่วนภูมิภาค	๕๒๐,๓๗๕	๑,๘๓๒	๓.๗๑
จังหวัดพระนคร	๗๘,๓๔๓	๔๒	๐.๕๔
รวม ๔๖ จังหวัด	๕๙๘,๗๑๘	๑,๘๗๔	๓.๓๐

(สถิติรวบรวมจากรายงานประจำปี ๒๕๐๖ ของอนามัยจังหวัด)

การกระจายของโรคต่าง ๆ ในประเทศไทย

ตารางที่ ๕ การกระจายของโรคในระบบต่าง ๆ ในโรงพยาบาลในนครหลวง (%)

	จุฬา ๒๕๐๘	ศิริราช ๒๕๐๘	หญิง ๒๕๐๕	เด็ก ๒๕๐๕	ตำรวจ
Gastrointestinal	๑๑.๖	๘.๗	๑.๒	๑๘.๘	๑๗.๔
Infectious Dis.	๔.๒	๓.๕	๐.๗	๒๕.๑	๑๒.๐
Respiratory	๔.๐	๓.๒	๐.๕	๑๕.๖	๕.๑
Nervous	๓.๑	๓.๕	๐.๔	๕.๘	๑๔.๗
Cardiovascular	๔.๓	๓.๐	๐.๕	๒.๑	๓.๕
Kidney & urology	๒.๑	๒.๔	๐.๓	๑.๕	๔.๓
Dermatology	๑.๒	๐.๖	๐.๔	๒.๖	๐.๘
Hematology & R.E.	๐.๘	๑.๔	๐.๒	๑.๒	๑.๔
Endocrine	๑.๔	๑.๒	๐.๕	๐.๑	๑.๒
Eye	๒.๒	๓.๐	๐.๓	๐.๒	๑.๒
Oral & ENT	๑.๕	๑.๗	๐.๓	๕.๔	๐.๖
Bone & Joint	๑.๓	๑.๕	๐.๓	๑.๑	๑๐.๕
Psychiatry	๐.๓	๑.๖	๐.๒	—	๑.๒
Superficial & unspecified wound	๐.๓	๑.๓	๐.๒	—	๖.๔
Nutritional	๐.๓	๐.๓	—	๓.๐	๐.๖
Ob – Gyn.	๕๓.๗	๕๔.๔	๘๕.๘	—	๐.๖
Unclassified	๘.๗	๗.๕	๓.๘		
รวมผู้ป่วย	๒๓,๒๓๕	๓๖,๕๒๗	๓๑,๒๘๑	๖,๒๐๖	๕,๔๕๖
รวมเฉพาะ general	๑๑,๕๖๘	๑๗,๖๑๐	๔,๘๔๖	๖,๒๐๖	๕,๔๒๑
รวมเฉพาะ Ob – Gyn.	๑,๑๖๗	๑๕,๓๑๗	๓๒,๖๔๕	—	๓๕

จุฬาลงกรณ์เวชสาร

ตารางที่ ๖ การกระจายของโรกระบบต่าง ๆ ในโรงพยาบาลส่วนภูมิภาค
(%)

	สาขางาน กองทัพ บก	อยุธยา ๒๕๑๑	พระ พุทธบาท ๒๕๑๒	ราชบุรี	ฉะ เชิงเทรา ๒๕๑๑	นคร สวรรค์ ๒๕๑๑	ลำพูน	ลำปาง	ตรัง
Gastrointes- tinal	๑๔.๕	๒๗.๒	๒๔.๖	๒๑.๕	๑๗.๕	๑๗.๗	๑๗.๗	๑๖.๔	๒๗.๗
Infectious Dis.	๑๒.๖	๑๑.๐	๑๗.๒	๗.๑	๑๐.๐	๑๓.๓	๒.๒	๕.๐	๗.๔
Respiratory	๑๕.๔	๕.๗	๕.๔	๔.๕	๗.๓	๗.๗	๕.๖	๔.๗	๑๑.๖
Nervous	๔.๗	๔.๗	๕.๖	๖.๖	๕.๐	๗.๒	๕.๐	๓.๕	๖.๐
Cardiovas- cular	๒.๕	๒.๖	๑.๕	๑.๑	๒.๒	๒.๗	๑.๖	๒.๐	๒.๒
Kidney & Urology	๓.๓	๒.๗	๒.๖	๑.๕	๓.๕	๒.๗	๗.๐	๔.๗	๓.๖
Dermatology	๓.๔	๑.๕	๑.๒	๑.๐	๒.๒	๒.๑	๑.๗	๐.๓	๒.๗
Hematology & R. E.	๑.๗	๑.๕	๒.๖	๑.๗	๒.๒	๑.๗	๐.๖	๐.๗	๓.๕
Endocrine	๐.๗	๐.๑	๐.๖	๐.๖	๐.๔	๐.๗	๑.๑	๐.๗	๐.๒
Eye	๑.๗	๐	๑.๗	๐.๒	๑.๕	๐.๕	๐.๓	๑.๐	๒.๐
Oral & ENT	๑.๕	๑.๐	๔.๗	๑.๑	๗.๔	๕.๗	๔.๗	๗.๖	๒๒.๒
Bone & Joint	๔.๗	๐.๒	๑.๒	๒.๗	๑.๔	๒.๓	๓.๐	๑.๗	๑.๕
Psychiatry	๕.๑	๔.๕	๑.๗	๑.๒	๑.๕	๑.๐	๐.๗	๗.๐	๑.๒
Superficial Unspecified wound	๓.๗	๗.๐	๗.๐	๗.๓	๑๒.๓	๑๐.๗	๑๔.๖	๓.๕	๑๑.๐
Nutritional	๐.๒	๐.๔	๐.๓	๐.๑	๑.๔	๐.๓	๐.๓	๐.๖	๐.๒
Ob - Gyn.	๗.๕	๑๕.๕	๑๗.๐	๒๐.๗	๒๐.๗	๑๗.๗	๒๔.๔	๓๑.๕	๑๓.๑
Unclassified	๑๐.๐	๔.๑	๒.๔	๒.๓	๒.๐	๒.๗	๕.๖	๐.๗	๒.๑
รวม ผู้ป่วย	๒๗,๔๒๐	๓,๖๗๖	๕,๒๗๒	๑๑,๓๕๒	๓,๔๕๐	๗,๕๗๔	๓,๖๐๔	๑๑,๔๕๕	๓,๓๗๗

ตารางที่ ๗ การกระจายของผู้ป่วยตามแผนกต่าง ๆ ในโรงพยาบาล

	ศิริราช %	เชียงใหม่ %	วชิรพยาบาล %	ภูมิพล %	นครสวรรค์ %	ชลบุรี %	ปราจีนบุรี %	หาดใหญ่ %
แผนกอายุรกรรม หรือ โสตถยกรรม	๗.๘	๒๓.๑	๑๒.๑	๓๘.๒	๕๖.๑	๔๓.๘	๖๕.๖	๗๘.๑
แผนกศัลยกรรม (รวมออร์โทปิดิกส์)	๑๕.๕	๒๔.๒	๑๘.๐	๓๒.๔	๒๔.๑	๒๒.๘	๒๓.๕	๑๓.๒
แผนกสูติ-นรีเวชกรรม	๕.๒	๓๗.๐	๕๓.๖	๑๔.๕	๑๘.๗	๒๑.๖	๖.๕	๘.๗
แผนกกุมารเวชกรรม	๑๓.๕	๑๑.๕	๑๐.๒			๑๐.๑		
แผนกจักษุ โสต ศอ นาสิก	๘.๗	๔.๖		๑๓.๘	๐.๕			
หมายเหตุ	๑.๕ เป็น ออร์โทปิดิกส์		๖.๕ มุสลิม ๒.๘ (ออร์ โธปิดิกส์)					

ตารางที่ ๘ การกระจายของโรคพบตามสถานอนามัย ในจังหวัดต่าง ๆ ๒๙ จังหวัด

	ภาคกลาง จังหวัด	ภาคเหนือ จังหวัด	ภาคตะวันออกเฉียง เหนือ จังหวัด	ภาคใต้ จังหวัด	ภาคตะวันออก จังหวัด	รวม จังหวัด
จำนวนไข้ทั้งหมด	๑๐๖,๕๒๑	๖๔๗๕๗	๑๑๒,๕๕๑	๗๐๐,๗๗๗	๑๔,๗๔๐	๓๖๕,๕๕๗ (๑๐๐%)
๑. ไข้หวัด	๑๗๓๒๕ (๑๖.๒๖)	๑๒๖๕๑ (๑๙.๕๒)	๑๒๓๒๑ (๑๐.๙๕)	๖๗๕๗ (๙.๗๗)	๕๗๗ (๖.๖๖)	๕๐๑๓๓ (๑๓.๕๖)
๒. โรคทางเดินอาหาร	๕๕๗๗ (๕.๓๗)	๗๒๐๗ (๑๑.๑๓)	๑๒๓๕๓ (๑๐.๙๕)	๖๐๕๗ (๘.๖๓)	๑๗๓๓ (๑๑.๖๗)	๓๗๓๖๗ (๑๐.๑๑)
๓. โรค หัด - เหา	๑๖๕๓๗ (๑๕.๔๓)	๓๕๕ (๐.๕๕)	๗๕๐๗ (๖.๖๗)	๕๐๗ (๐.๕๗)	—	๒๖๑๐๑ (๗.๑๖)
๔. มาลาเรีย	๑๐๕๗ (๐.๙๕)	๒๕๗ (๐.๔๖)	๖๒๐ (๐.๕๕)	๑๓๓๕ (๑.๙๕)	๗๗๓ (๕.๒๗)	๒๓๑๕๖ (๖.๓๖)
๕. โรคตา	๖๕๗๕ (๖.๕๕)	๕๒๓๗ (๗.๐๕)	๑๗๕๗ (๑.๖๑)	๑๗๒๗ (๒.๖๑)	๕๗๑ (๓.๙๕)	๒๑๕๒๕ (๕.๗๐)
๖. โรคผิวหนัง	๔๕๗๑ (๔.๓๐)	๑๕๕๗ (๓.๐๗)	๑๕๕๕ (๑.๓๖)	๑๕๖๕ (๒.๓๖)	—	๕๕๗๕ (๑.๕๑)
๗. อุบัติเหตุ-บาดเจ็บต่าง ๆ	๓๕๑๐ (๓.๓๐)	๑๓๕๗ (๒.๒๗)	๕๒๐ (๐.๔๖)	๑๗๖๕ (๒.๖๖)	๒๗๑ (๑.๙๕)	๗๕๒๕ (๒.๐๕)
๘. โรคเหน็บชา	๒๐๗๗ (๑.๙๕)	๑๓๕๗ (๒.๐๗)	๒๗๗๕ (๒.๔๓)	๑๕๐๗ (๒.๑๕)	—	๗๖๖๗ (๒.๑๑)
๙. วัณโรค	๒๑๓ (๐.๒๐)	๗๗ (๐.๑๓)	๖๓ (๐.๐๖)	๒๐๐ (๐.๒๕)	๑๗๑ (๑.๒๗)	๓๓๓ (๐.๐๙)
๑๐. โรคขาดอาหาร	๔ (—)	—	๓๐๗๗ (๒.๗๗)	๕๓ (๐.๐๗)	—	๓๑๓๖ (๐.๘๕)
๑๑. โรคแทรกกรรมและกตอด	๕๒๕ (๐.๕๐)	๔๗๗ (๐.๗๕)	๑๕๒ (๐.๑๓)	๑๕๑ (๑.๕๐)	—	๑๐๕๗ (๐.๒๙)
๑๒. คอพอก	๒๖ (๐.๐๒)	๔๗๗ (๐.๗๕)	๕๒๗ (๐.๔๖)	๗ (—)	—	๑๐๕๗ (๐.๒๙)

ข. ลักษณะบริการทางการแพทย์นั้น ๆ เช่น ขอบเขตความสามารถของแพทย์ เครื่องมือ เครื่องใช้ ตลอดจนนโยบาย ย่อมทำให้ปริมาณผู้ป่วย ที่รับการรักษาด้วยโรคบางอย่าง มารับบริการมากกว่าโรคอย่างอื่น เช่น โรงพยาบาลใหญ่ ๆ ย่อมมีขอบเขตความสามารถสูง จึงได้รับการปรึกษาหารือ และรับรักษาผู้ป่วยที่มีโรค ที่การวินิจฉัยหรือการรักษา มีลักษณะสลับซับซ้อน มากกว่าโรงพยาบาลขนาดเล็ก หรือสถานีนอคมัย

ค. ลักษณะทางสังคมอย่างอื่น ๆ มีส่วนทำให้ผู้ป่วยไปรับบริการทางการแพทย์แตกต่างกัน เช่น การคมนาคม ความกระตือรือร้นที่จะรักษาโรค เป็นต้น

ท้องถิ่นใดการคมนาคมสะดวก ประชาชนก็นิยม ไปรักษายัง สถานที่ ซึ่งมีบริการที่ดีที่สุด แต่หากการคมนาคมลำบาก ผู้ป่วยเจ็บก็จำเป็นต้องขอรับการรักษาจากบริการทางการแพทย์เท่าที่มีอยู่

ในท้องถิ่นบางแห่ง ประชาชนอาจมองข้ามโรคบางชนิด หรืออาการบางอย่าง ที่เป็นกันอยู่มากและไม่ค่อยรุนแรง จนไม่

ไปหาแพทย์ให้ทำการรักษา เมื่อมีการสำรวจหรือมีหน่วยเคลื่อนที่เข้าไป ให้บริการตรวจรักษา หรือเมื่อได้รับสุขภาพดีขึ้น ผู้ป่วยก็จะไปหาแพทย์มากขึ้น

การมีร้านขายยาได้โดยเสรี หรือมีแพทย์เถื่อน จะลดปริมาณผู้ป่วยไปรับบริการทางการแพทย์ที่ถูกต้อง

ดังนั้น ในการพิจารณาสถิติผู้ป่วยด้วยโรคต่าง ๆ ที่ได้รับมาจากต้นตอต่าง ๆ ย่อมต้องพิจารณาถึงข้อเกี่ยวข้องดังกล่าวนี้ด้วย และใช้สถิติหลายแง่ประกอบกัน จึงจะสามารถประมาณอุบัติการณ์จริง ๆ ของโรคต่าง ๆ ได้

โรคในชุมชนด้อยเศรษฐกิจ

McDermott⁽³¹⁾ ได้กล่าวไว้ว่า การกระจายของโรคต่าง ๆ นั้น ประกอบด้วย ๒ ส่วน คือ แกนกลางส่วนใหญ่ ซึ่งประกอบด้วยโรคเหมือนกันในทุก ๆ แห่ง และทุก ๆ ชุมชน ได้แก่โรคที่เกิดขึ้นได้ไม่ว่าจะอยู่ในสภาพใด กับผิวประกอบด้วยโรคซึ่งแตกต่างกันไปในท้องถิ่นต่าง ๆ ผิว นี้มีความหนาแตกต่างกัน ในท้องถิ่นต่าง ๆ

สำหรับชุมชนซึ่งฐานะความเป็นอยู่ไม่ดี ได้แก่คนจนที่อาศัยอยู่ในเมืองใหญ่ๆ หรือแถวชานเมืองใหญ่ ๆ คนที่มีอยู่ในชนบทตามบ้านต่าง ๆ มีลักษณะกระจายของโรคคล้ายคลึงกัน คือ ประกอบด้วย ๓ ส่วน

ก. **Core pattern** คือ กลุ่มของโรคที่พบได้ทั่วไปทุกแห่ง ได้แก่ โรคในระบบต่าง ๆ โรคทางศัลยกรรม ผื่นผิวหนังโรค เป็นต้น

ข. **Pneumonia-diarrhoea complex** โดยที่ในชุมชนดังกล่าวจะมีเด็กจะมีอัตราการเกิดสูง ประชากรจึงประกอบด้วยเด็กเป็นจำนวนมาก โรคเด็กจึงพบได้บ่อย โรคเหล่านี้การรักษาและการป้องกันได้ผลไม่เต็มที่ อัตราตายของเด็กจึงสูง คือ pneumonia และ diarrhoea ซึ่งเป็นโรคซึ่งไม่มีวิธีรักษา ให้เด็ดขาดอย่างโรคต่าง ๆ ในผู้ใหญ่ การป้องกันก็ทำไม่ได้ เด็กหายแล้วกลับไป ในสิ่งแวดล้อมเดิมก็จะเป็นอีก

เศรษฐกิจฐานะ การศึกษา ของประชาชนเหล่านี้ก็มักจะไม่ค่อยดี โรคขาดอาหารจึงมีมาก ทำให้ปัญหาอื่นยังมีมากขึ้น

ค. **ปัญหาเฉพาะถิ่น** ส่วนใหญ่เป็น

โรคจาก Vector-macroparasite ซึ่งมีลักษณะเฉพาะเป็นท้องถิ่นไป เช่น มาลาเรีย โรคพยาธิปากขอ ริดสีดวงตา เป็นต้น จากสถิติโรคต่าง ๆ ในประเทศไทย จะเห็นได้ว่า เราสามารถแบ่งได้เป็น ๓ ส่วน เช่นเดียวกับ McDermott กล่าวไว้

โรคเกือบทุกชนิดในตำรา เราพบได้ในประเทศไทย ดังที่เห็นได้จากโรคต่าง ๆ ที่มีรายงานในวารสารต่าง ๆ และรายงานสถิติของโรงพยาบาลใหญ่ ๆ

อัตราการเพิ่มของประชากรในประเทศไทย มีถึงร้อยละ ๓.๒ ต่อปี ประชากรอายุต่ำกว่า ๑๕ ปี มีถึงร้อยละ ๔๓.๒ โรคเด็กจึงมีมาก อัตราตายของเด็กแรกเกิด แม้ว่าจะลดลงจากเมื่อ ๕๐ ปี ซึ่งมีถึง ๓๐๐ ต่อเด็กเกิด ๑,๐๐๐ คน ลงมาเหลือ ๕๒.๘ ก็ยังนับว่าสูงมากทีเดียว จากสถิติของโรงพยาบาลเด็กจะเห็นได้ว่า โรคระบบทางเดินอาหารโดยเฉพาะโรคท้องเสีย และโรคอักเสบในระบบการหายใจ พบได้มาก

สำหรับปัญหาเฉพาะถิ่นของเรานี้ที่สำคัญก็มี วัณโรค มาลาเรีย โรคเรื้อน หนอง-พยาธิต่าง ๆ ริดสีดวงตา โรคขาดธาตุอาหาร และน้ำ

วัตถุประสงค์ของการศึกษาแพทย-
ศาสตร์

ในการให้การศึกษาแพทย์ หรือการทำให้คนเป็นแพทย์นั้น มีความจำเป็นที่จะต้องก่อให้เกิดสิ่งต่าง ๆ ขึ้นหลายอย่างในตัวผู้รับการศึกษา ซึ่งพอจะรวบรวมได้เป็น ๓ พวก

ก. ให้ความรู้ความสามารถ ทักษะที่จะไปใช้ในการดำเนินงานในอาชีพแพทย์

ข. ให้ความสามารถที่จะเพิ่มพูน และศึกษาหาความรู้ต่อไป หลังจากจบแล้วให้คงความเป็นแพทย์ ได้ต่อไปตลอดชีวิตทั้งนี้เพราะวิชาการทางการแพทย์ เจริญขึ้นเรื่อย ๆ และเปลี่ยนแปลงไปอย่างรวดเร็ว จำเป็นที่แพทย์จะต้องเสริมสร้างความรู้ให้ทันกับความเจริญดังกล่าวอยู่เสมอ จึงจะสามารถทำหน้าที่แพทย์ในการบริการผู้ป่วย ตามที่ควรจะเป็นได้ ผู้ที่จบแพทย์ในบัจจุบัน หากไม่มีความรู้เพิ่มขึ้นเลย ภายในเวลา ๑๐ - ๒๐ ปี ก็คงจะไม่สามารถเป็นแพทย์ได้

ค. เสริมสร้างปัญญา คุณธรรม และจริยกรรม ในการที่จะ ประกอบอาชีพเป็น

แพทย์ เป็นปัญญาชน เป็นผู้นำในสังคม

สำหรับข้อ ข. และ ค. อยู่นอกเหนือขอบเขตของบทความนี้ จึงจะยุติไม่กล่าวถึงต่อไป สำหรับข้อ ก. คือ ความรู้ความสามารถที่จะไปใช้ ประกอบอาชีพแพทย์นั้น ขึ้นอยู่กับว่าแพทย์ที่จบออกมา นั้น จะไปประกอบอาชีพเป็นแพทย์ประเภทใด ซึ่งพอจะกล่าวได้ดังนี้

๑. แพทย์รักษาทั่วไป คือ แพทย์ซึ่งให้บริการการรักษา แก่ประชาชนที่ป่วยเจ็บ ที่มาขอรับการรักษา ไม่ว่าจะ เป็นโรคอะไรก็ตาม ซึ่งได้แก่แพทย์ที่ประกอบอาชีพอิสระส่วนใหญ่ และแพทย์ประจำสถานีนอนามัย หรือประจำอยู่บริการทางการแพทย์แก่ชุมชน ในชุมชนใดมีแพทย์น้อย แพทย์ที่มีอยู่ก็จำเป็นต้องให้บริการ ทางกรแพทย์ในทุกด้าน โดยปกติแล้ว ประชาชาติย่อมต้องการแพทย์ประเภทนี้มากที่สุด ในการประชุมสัมมนาการศึกษาแพทยศาสตร์ครั้งที่ ๒ ได้มีผู้วางวัตถุประสงค์ของการศึกษาแพทย์ ไว้ให้สร้าง “แพทย์มาตรฐาน” ซึ่งภายหลังจาก ได้ รับการฝึกอบรม เป็น แพทย์ ฝึกหัด

๑ ปีแล้ว จะมีความรู้ความสามารถพอที่จะให้บริการทางการแพทย์แก่ชุมชนได้

๒. แพทย์ป้องกัน ซึ่งจะเรียกเป็น

ชื่ออื่น ๆ เช่น แพทย์สาธารณสุข แพทย์สุขภาพ อนามัย ฯลฯ ซึ่งมีหน้าที่ด้านป้องกันโรค ส่งเสริมอนามัย ตลอดจนการให้บริการ การศึกษาด้านอนามัยและโรคแก่ประชาชน โดยที่ในประเทศไทยยังมีโรคที่ป้องกันได้อยู่อีกมาก แพทย์ด้านนี้จึงมีความจำเป็นมาก

๓. แพทย์เฉพาะทาง หมายถึง

แพทย์ซึ่งให้บริการการรักษา โรคบางสาขาเท่านั้น โรคที่การแพทย์เจริญไปมาก วิชาการและเทคนิคต่าง ๆ ขยายออกไป จนเกินความสามารถของบุคคลหนึ่ง บุคคลใด จะมีความรู้และความสามารถในทุกสาขาได้ หากต้องการให้การแพทย์เจริญ และมีบริการการรักษาที่ดีที่สุดที่จะทำได้แก่ผู้ป่วยแล้ว ก็จำเป็นต้องมีแพทย์เฉพาะทาง ซึ่งจะรับหน้าที่รักษาผู้ป่วยซึ่งมีโรคที่เกินกำลังของแพทย์รักษาทั่วไป จะทำการบำบัดได้ แพทย์เหล่านี้จะต้องประจำอยู่ตามโรงพยาบาล หรือสถานพยาบาลขนาดใหญ่ ความต้องการแพทย์ประเภทนี้

จะมากขึ้นเรื่อย ๆ หากขยายกิจการทางการแพทย์ที่ออกไปให้ถึงประชาชนกว้างขวางมากขึ้น

๔. ครูแพทย์ แพทย์ที่จบมาจำนวนหนึ่งจะต้องทำหน้าที่ ผลิตแพทย์ต่อไป ยิ่งมีความจำเป็น จะต้องเพิ่ม ปริมาณ แพทย์ เพื่อ ขยายบริการ ออกไปสู่ ประชาชน ที่อยู่ห่างไกล และเพื่อให้ทันกับการเพิ่มของประชากรแล้ว การผลิตครูแพทย์ก็เป็นสิ่งจำเป็น

๕. แพทย์นักวิจัย การวิจัยเป็นสิ่งจำเป็น เพื่อความก้าวหน้า คนและโรค ตลอดจน สภาวะอื่น ๆ ใน ประเทศไทย ย่อมแตกต่างจากที่อื่น เราจึงจำเป็นต้องทำการ วิจัยใน บัญหา ของ เรา เอง ให้ การปฏิบัติงานของเราได้ผลดีมี ประสิทธิภาพที่สุด นอกจากนั้นในสังคมของโลกซึ่งจะต้องมีการแลกเปลี่ยนสัมพันธ์กัน การให้ บ้างย่อมดีกว่าการรับแต่ฝ่ายเดียว การวิจัยเพื่อให้ได้ความรู้เป็นประโยชน์แก่โลก โดยทั่วไปก็ย่อมมีคุณค่า

๖. แพทย์นักบริหาร โดยที่แพทย์บางคนจะต้องเป็นผู้นำในหมู่แพทย์เองหรือใน team ของงานหรือในสังคมอื่น การ

บริหารจึงเป็นหน้าที่ของแพทย์ด้วย ไม่มากนัก

โดยปกติแล้วแพทย์แต่ละคนจะกระทำหน้าที่เป็นแพทย์หลายอย่าง ในเวลาเดียวกัน แพทย์รักษาทั่วไปกับแพทย์บ้องกัน บางที่แยกกันไม่ออก แพทย์เฉพาะทาง บางที่ต้องเป็นแพทย์ทั่วไปด้วย ครูแพทย์ ควรต้องเป็นทั้งแพทย์เฉพาะทางและแพทย์ทั่วไป และนักวิจัย จึงเป็นสิ่งที่น่าคิดว่า แพทย์ที่จะจบออกไปจากโรงเรียนแพทย์ จะต้อง ปฏิบัติ หน้าที่ ใน ด้านใด อย่าง ละเท่าใด การเตรียมที่ เหมาะสม จะช่วยให้ เขามี ความรู้ ความ สามารถ ออกไปใช้ได้ดีมี ประสิทธิภาพที่สุด หากการ สอนอบรมหนักไป ในทาง แพทย์เฉพาะทาง เขาก็จะออกไปทำหน้าที่ แพทย์รักษาทั่วไป ได้ลำบากหรือไม่ดีเท่าที่ควร และหาก สอน อบรมให้ แพทย์ทั่วไป ความสามารถที่จะ วิจัยค้นคว้าก็ย่อมต้องด้อยลง

แพทย์ แต่ละคน ที่จบออกไป จาก โรงเรียนแพทย์ ไม่จำเป็นต้องไปทำงาน เหมือนกัน ดังนั้นจึงไม่จำเป็นที่ เขาจะต้อง มีการเตรียมเหมือนกันไปหมด ยิ่ง ตารางโรงเรียนแพทย์แล้ว วัตถุประสงค์ ของการผลิตย่อมแตกต่างกัน

ในสายกลาง เราควรจะมีผลิตแพทย์ ซึ่งจะไปเป็น อะไรก็ได้ หรือ ที่เรียกว่า undifferentiated doctor หรือ multipotential doctor แล้ว เมื่อได้รับการฝึกอบรมต่อไป ในทางที่ เขาเลือก ก็จะเป็น แพทย์ในทางนั้น ได้ประสิทธิภาพสูงสุด หากนิสิตแพทย์ผู้ใด ได้ตัดสินใจของเขา แล้ว ขณะยังเป็น นิสิตก็ควรจะให้เขามี โอกาสที่จะเตรียมตัวไปทางนั้นได้ การ จัดให้มีวิชาเลือก จะทำให้คุณสมบัตินี้ ดังกล่าววนชน

ในการสอนอบรมในโรงเรียนแพทย์ ของเรานั้น จำเป็นต้องสอนสิ่งต่าง ๆ ซึ่ง พอแบ่งได้ดังนี้

๑. แกนพื้นฐานของวิชาแพทย์

ให้เขามีความรู้พื้นฐานเพื่อ ให้มีความสามารถที่จะเข้าใจและทำการศึกษาค้นคว้าต่อไป ได้ ใน แกนนี้ จะต้อง ประกอบด้วย วิชาทั้งหมดที่ แพทย์ทุกคนทั่วโลกจะต้องรู้

๒. แกนของวิชาแพทย์สำหรับ

แพทย์ในประเทศไทย โดยที่การแพทย์ ในประเทศไทยผิดแผกแตกต่างไปจากการ แพทย์ในประเทศอื่น ส่วนนี้ของความรู้ จึง หมายถึง เนื้อหาวิชาที่ แพทย์ใน ประเทศไทย ไม่ว่าจะ ทำงานในทางใดจะต้องมีความรู้

ดังจะเห็นได้ว่า โรคติดเชื้อ ที่เกิดจาก จุลชีพต่าง ๆ เป็นโรคที่พบบมากที่สุด ใน ประเทศไทยโรคเหล่านี้ เป็นโรค ที่ควร จะ บั๊องกันได้ และขึ้นอยู่กับภาวะแวดล้อม ทางสังคม การศึกษาแพทย์ในประเทศไทย จึงควรเน้นในด้านการบั๊องกันโรค และ ภาวะของสังคมต่าง ๆ ในด้านการแพทย์ และ การ สาธารณสุข ด้วย วิชา พื้นฐาน ที่ สนับสนุนวิชาด้านนี้ เช่น จุลชีววิทยา ปาราสิตวิทยา ระบาดวิทยา มนุษยวิทยา เป็นต้น ก็ย่อมมีน้ำหนักตามสมควร

โรคที่เกี่ยวข้องกับการ ฆาด ฆาดอาหาร ต่าง ๆ ก็เป็นบั๊องหาที่พบบมากที่สุด ในเด็ก และผู้ใหญ่ จึงมีความสำคัญมาก การ ศึกษา จำเป็น ต้องคลุมไปถึง โภชนศาสตร์ (nutrition) ด้วย

โรคอื่น ๆ ที่พบบมากที่สุดเป็นพิเศษใน ประเทศไทย ก็มีความสำคัญลดหลั่นกันลงไป

๓. เนื้อหาวิชาแพทย์ที่จะต้อง นำ ไปใช้ในการเป็นแพทย์ประเภทต่าง ๆ

ส่วนนี้ ของ วิชาแพทย์ ย่อมแตกต่างกัน ไป ตามวัตถุประสงค์ของการศึกษา แล้วแต่ ว่าเรามุ่งหวังที่จะให้แพทย์ ออกไปทำงาน ในด้านใดมาก เราต้องการจะได้แพทย์ รักษาทั่วไปในระดับใด หรือ undifferen-

tiated doctor ที่จะต้องได้รับการฝึกอบรม ต่อไปจึงจะใช้งานได้

สำหรับการเป็นแพทย์เฉพาะทาง ครู แพทย์ และนักวิจัยนั้น จำเป็นที่จะต้อง ได้รับการฝึกฝนขั้นหลังปริญญาต่อไป จึง จะใช้งานได้ จะไม่ขอพิจารณาในที่นี้

หากเราต้องการ แพทย์ ที่ จะ ออก ไป ประจําในสถานีทางการแพทย์ ในชุมชน ในชนบท เราก็จำเป็นต้องให้เขามีความรู้ ที่เขาจะต้องนำไปใช้ ซึ่งพอจะรวบรวม อย่างหยาบ ๆ ได้ดังนี้

ก. ความรู้ เรื่อง การ เพิ่ม ประชากร และการบริการครอบครัว เพราะบั๊องหา ประชากรเป็นสิ่งที่แพทย์จะต้องให้บริการ แก่ชุมชน

ข. ความรู้ เรื่องการบั๊องกันโรค และ วิธี การ บั๊องกัน ที่จะต้อง ใช้ ในชุมชน ตลอดจนบั๊องหาทางสังคม สุขภาพิบาลของชุมชน

ค. ความรู้ เรื่องการคัดลอกคัดลอกวิธี แก่ การ คัดลอก ลําบาก โรค แทรก การ ตั้งครรภ์เพราะการคัดลอกธรรมดาในชุมชน ชนบทนั้น ส่วนใหญ่อยู่ในมือของนาง ผดุงครรภ์ เมื่อเกิดโรคแทรกการคัดลอก จึง จำเป็นต้องใช้แพทย์แก้ไข โดยที่อัตราเกิด ใน ชุมชน ใน ประเทศไทย อยู่ ใน ระดับ สูง ความต้องการบริการด้านนี้จึงมีมาก

ง. ความรู้เรื่องการปฐมพยาบาล และการรักษาบาดแผลต่าง ๆ เพราะเป็นสิ่งที่พบได้มาก และจะต้องให้บริการแก่ชุมชน

จ. ความรู้เรื่องโรคในเด็ก เพราะประชากรส่วนใหญ่ในชุมชนเป็นเด็ก

ฉ. ความรู้เรื่องวิธีการรักษาโรคต่าง ๆ ที่พบบ่อย เช่นการอักเสบติดเชื้อต่าง ๆ โดยเฉพาะในระบบการหายใจส่วนบน และระบบการย่อยอาหาร โรคผิวหนัง หิด เหา และโรคตา

หากเราต้องการแพทย์ที่จะทำงานเป็นแพทย์ที่จะรักษาทั่วไปในนครหลวง เนื้อหาวิชาจำเป็นจะต้องแตกต่างจากแพทย์ในชนบท การบริการส่วนใหญ่เกี่ยวกับ การรักษาโรคที่พบบ่อย ๆ การวินิจฉัยโรคเบื้องต้นสำหรับโรคที่จำเป็น ต้องได้รับการรักษาจากแพทย์เฉพาะทาง การปฐมพยาบาลในเด็ก โรคติดเชื้อในระบบการหายใจส่วนบน โรคท้องเดินท้องเสียย่อมมีความสำคัญมาก

หากแพทย์ที่ออกไปประจำตามโรงพยาบาลต่าง ๆ เขาก็จะมีสภาพเป็นแพทย์เฉพาะทางซึ่งจำกัดเฉพาะวิชาอันมีความลึกซึ้งมาก น้อย แล้วแต่ ขนาด ของโรงพยาบาลนั้น ๆ

โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์กับการศึกษา

อบรมให้แพทย์

หากเทียบ ปริมาณ และ การกระจายของโรคต่าง ๆ ที่พบในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ (ตารางที่ ๕) กับการกระจายของโรคที่จะต้องสอนแล้ว จะเห็นว่ามีบางส่วนคล้ายคลึงกัน แต่ส่วนใหญ่แตกต่างกันมาก เช่นผู้ช่วยทางสูติกรรมในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์มีปริมาณสูงมาก ผู้ช่วยด้วยเนื้ออกชนิดต่าง ๆ มีถึงร้อยละ ๑๒.๒ เมื่อเทียบกับร้อยละ ๐.๕-๒.๐ ในโรงพยาบาลต่างจังหวัด เป็นต้น การใช้โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์โดยให้บัณฑิตเรียนโดยตรงทั้งคืน ย่อมได้ผลไม่ตรงเป้าหมาย ดังนั้น จึงจำเป็นต้องแกะแยกส่วนที่จะนำมาใช้ในการศึกษาแพทย์ออกไว้ให้เหมาะสม

ความสัมพันธ์ของวิชาที่เรียนกับโรค

ที่พบ

ปริมาณของเวลาเรียนในวิชาต่าง ๆ ไม่จำเป็นจะต้องขนานให้อัตรา หนึ่งต่อกับปริมาณของโรคที่พบ ปริมาณเนื้อหาและความยากง่ายของวิชานั้น ๆ ย่อมต้องใช้เป็นน้ำหนักในการถ่วง เพื่อหาอัตราส่วนที่เหมาะสม ในการจัดเวลาเรียนวิชาต่าง ๆ

ความจำเป็นที่จะต้องมีวัตถุประสงค์ของ

การศึกษาแพทย์ที่แน่ชัด

ในการวางหลัก สูตร หรือ ภาระ ทำการ
สอนให้บรรลุผลให้ดีที่สุด จำเป็นจะต้องมี
เป้าหมายที่แน่ชัดคงจะเห็นได้แล้วว่า หาก
เราต้องการแพทย์ที่จะไปปฏิบัติงานด้านใด
เราก็จำเป็นต้องจัดหลักสูตร และการสอน
ให้สอดคล้องกับงานด้านนั้น แพทย์ที่จบ
ออกไปจึงจะมีความรู้ความสามารถ ที่จะ
ประสิทธิภาพสูงสุด การไม่มีวัตถุประสงค์
ที่แน่ชัด การสอนทำกันไปแบบพายคนละ
ที ก็จะมีผลเป้าหมายให้คนจบออกมา
เป็นแพทย์ได้ แต่เขาอาจไม่มีความรู้ความ
สามารถตรงตามที่ต้องการ และก่อให้เกิด
ความลำบากในการปฏิบัติงานของเขา

สรุป จากสถิติพยากรชีพ และสถิติ

ผู้ป่วยในโรงพยาบาล สถานีนอนามัยและ
หน่วยแพทย์เคลื่อนที่ พอจะสรุปได้ดังนี้

๑. อัตราการตายของเด็กต่ำกว่า ๑ ปี
มีสูงมากทั้งในพระนครและต่างจังหวัด

๒. อัตราแม่ตายจากการคลอด ยัง
สูงมากในต่างจังหวัด (๓.๑ ต่อเด็กเกิด
หนึ่งพันคน) แต่ในพระนครอัตราลดลง
ไปได้มาก เหลือเพียง ๐.๕ ต่อเด็กเกิด
หนึ่งพันคน

๓. โรงพยาบาลทั่วไปในนครหลวง
มีผู้ป่วยสตินรีเวชกรรมมากเกินกว่าครึ่ง
หนึ่งของผู้ป่วยรับไว้ทั้งหมด ส่วนโรง-
พยาบาลในต่างจังหวัดพบต่ำกว่า (เพียง
ร้อยละ ๘.๘ ถึง ๓๑.๘)

๔. โรคที่พบบ่อย ๆ ในโรงพยาบาล
ต่าง ๆ ได้แก่โรคระบบทางเดินอาหาร
โรคติดเชื้อ และบาดเจ็บต่าง ๆ

๕. โรคที่พบบ่อยที่สถานีต่าง ๆ และ
ที่หน่วยแพทย์เคลื่อนที่ ได้แก่ไข้หวัด โรค
ระบบทางเดินอาหาร โรคผิวหนัง หิด
และเหา การปฐมพยาบาลและการรักษา
บาดแผล

๖. โรคที่พบบ่อยเป็นพิเศษในประเทศ
ไทย ได้แก่โรคติดเชื้อต่าง ๆ และโรค
ขาดธาตุอาหารสำหรับโรคติดเชื้อ ได้แก่
วัณโรค มาลาเรีย โรคเท้าช้าง โรค
คุดทะราด โรคเรื้อน กามโรค และ
หนองพยาธิ เป็นต้น

ได้พิจารณาถึงแง่ต่าง ๆ เกี่ยวกับความ
สัมพันธ์ของกระจายโรค กับการศึกษา
แพทยศาสตร์

ขอขอบคุณ

ขอขอบคุณนายแพทย์ผู้อำนวยการ
โรงพยาบาลต่าง ๆ ที่ทรงชานาจักร ที่
ได้ให้ความร่วมมือส่งสถิติผู้ป่วยให้ตาม
คำขอ

เอกสารอ้างอิง

1. รายงานประจำปี พ.ศ. ๒๕๐๖ ของท้องถิ่นจังหวัดต่าง ๆ แลกเปลี่ยนสาธารณสุขของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ปีที่ ๓๔ เล่มที่ ๒, ๔, ๖, ๘, ๑๐, ๑๒ พ.ศ. ๒๕๐๗,
2. Public Health in Thailand. Ministry of Public Health, Thailand. B.E. 2511 (1968) edition.
3. Statistical Report, Chulalongkorn Hospital B.E. 2508.
4. Statistical Report, Women's and Children's Hospital, B.E. 2509.
5. Statistical Report, Siriraj Hospital, B.E. 2508.
6. รายงานประจำปี ของสำนักงานการแพทย์ กองทัพบก.
7. รายงานสถิติของโรงพยาบาลต่าง ๆ ทั่วราชอาณาจักร (ส่งมาโดยผู้อำนวยการโรงพยาบาลต่าง ๆ)
8. สารศิริราช พ.ศ. ๒๕๑๑ ทั้งปี (สถิติท้ายเล่ม).
9. เชียงใหม่เวชสาร พ.ศ. ๒๕๑๐ ทั้งปี (สถิติท้ายเล่ม)
10. นิตยสารการแพทย์เทศบาล ๕ : ๓๒๓, ๒๕.๑๑
11. รายงานสถิติผู้ป่วยของหน่วยแพทย์เคลื่อนที่ของคณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย และสภากาชาดไทย ร่วมกับ กรป. กลาง.
12. Visith Sitprijia et al. Evaluation of medical problems in Ampur Ponthong of Roi-et Province. จพสท. 50 : 304, 2510.
13. จรัส สุวรรณเวลา และ คณะ ประสิทธิภาพทางการแพทย์ที่ตำบลหนองรี จังหวัดกาญจนบุรี จุฬาลงกรณ์เวชสาร ; ๑, ๒๕๑๒.
14. อวย เกตุสิงห์ อธิการบดี การศึกษาทางคลินิก สารศิริราช ๒๐ : ๒๓๕, ๒๕๑๑.
15. มลิ ไทยเหนือ โรคติดเชื้อ สารศิริราช ๒๑ : ๑๕๕, ๑๕๖๕.
16. เสวก ปริญญาพล การสำรวจภาวะไข้มาลาเรียในท้องที่อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี นีรามัย ๓ : ๒๑๗, ๒๕๐๓.
17. กองควบคุมมาลาเรีย และโรคเท้าช้าง การควบคุมโรคเท้าช้าง แลกเปลี่ยนสาธารณสุข ของกรมอนามัย ปีที่ ๓๒ เล่มที่ ๓ หน้า ๒๗๓, ๒๕๐๕.
18. สมภัทร มกรานนท์ และวิรัช สาลีตุล การวินิจฉัยโรคคุดทะราดในประเทศไทย WHO Treponematoses - Advisory Team แลกเปลี่ยนสาธารณสุขของกรมอนามัย ปีที่ ๓๒ เล่ม ๓ หน้า ๒๘๓, ๒๕๐๕.
19. กำจร ดวงแก้ว และกาญจนา อุทัยกาญจน์ การควบคุมโรคเรื้อนในภาคอีสาน พ.ศ. ๒๕๐๖ แลกเปลี่ยนสาธารณสุขของกรมอนามัย ปีที่ ๓๔ เล่มที่ ๓ หน้า ๕๗, ๒๕๐๗.
20. Satnam Singh, W. Busayankura, P. Sompongs Trachoma control pilot project, Korat, Thailand. แลกเปลี่ยนสาธารณสุขของกรมอนามัย ปีที่ ๓๔ เล่มที่ ๓ หน้า ๑๘, ๒๕๐๗.
21. Sadum, E.H. Intestinal helminthic infections in Thailand. จพสท. 36 : 101, 2496.
22. สุวัชร วัชรเสถียร และ จำลอง หริณสุต การค้นคว้าเรื่องโรคหนอนพยาธิในประเทศไทย.
 ๑. สถิติการกระจายโรค และระบาดวิทยาของพยาธิไส้ จพสท. ๔๐ : ๓๐๕, ๒๕๐๐.
 23. จำลอง หริณสุต การวิจัยในประเทศไทยเกี่ยวกับปรสิตวิทยา เขตร้อนในบัจจุบัน จพสท. ๔๖ : ๖๓๓, ๒๕๐๖.

จุฬาลงกรณ์เวชสาร

24. กองโภชนาการ โรคขาดธาตุอาหารในประเทศไทย พ.ศ. ๒๕๐๖ แดงการณั้สาธารณสุขของกรมอนามัย ปีที่ ๓๔ เล่มที่ ๑๑ หน้า ๑๒, ๒๕๐๗

25. ประเสริฐ สุวัฒน์สุสั้ โรคขาดธาตุอาหาร แดงการณั้สาธารณสุขของกรมอนามัย ปีที่ ๓๔ เล่มที่ ๑ หน้า ๑๕, ๒๕๐๗.

26. รายงานประจำปี ๒๕๐๖ ที่ทำการอนามัย จังหวัดเชียงราย แดงการณั้สาธารณสุขของกรมอนามัย ปีที่ ๓๔ เล่มที่ ๔ หน้า ๔๒, ๒๕๐๗ (คูสถิติผลการสำรวจโรคคอกพอก)

27. อมร นนทสุต โรคคอกพอกในจังหวัดแพร่ แดงการณั้สาธารณสุขของกรมอนามัย ปีที่ ๓๐ เล่มที่ ๖ หน้า ๕๔๖, ๒๕๐๓.

28. สอนอง อุนากูถ นั้วินประเทศไทย เวชสาร ๗:๓๐, ๒๕๐๑

29. ประทุม โพธิ์ทอง นั้ของระบบทางเดิน บั้สสาวะในเด็ก จพสท. ๔๖ : ๒๗๔, ๒๕๐๖

30. Dixon, J. A World Program for Health Manpower J. Med. Ed. 41:110, 1966.

31. McDermott, W. Environmental factors bearing on medical education in developing countries. J. Med. 41: 137 (Sept. Part. 2), 1966.

32. Terry, L. L., Changing patterns of disease J. Med. Ed. 41 : 305, 1966.

33. Medical education in the developing countries. J. Med. Ed. 41 : 61 (Sept. part 2), 1966.