การอบรมศึกษาแพทยศาสตร์ ในคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

อุดม โปษะกฤษณะ พ.บ., Dr. med., Dr. med. dent.

(คณบดี คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล)

ในการประชุมการอบรมศึกษาแพทยศาสตร์ของไทยครั้งแรก ณ บางแสน, ชลบุรี, เมื่อวันที่ ๒๕—๓๐ พฤศจิกายน ๒๔๙๕, ศาสตราจารย์หลวงพิณพากย์พิทยาเภท, คณบดีคณะแพทยศาสตร์และศิริราชพยาบาลในสมัยนั้น, ได้ปราศรัยว่า :

"ความเจริญก้าวหน้าของวิทยาศาสตร์การแพทย์ในปัจจุบันนี้ ได้ขยายวงการศึกษาในด้านนี้ให้กว้างขึ้นทุกที ๆ. วิทยาการแขนงใหม่ ๆ ได้ก่อรูปขึ้นและรวมเข้าไปในหลักสูตรการสอนอย่างไม่มีที่สิ้นสุด. นักการศึกษาทางแพทยศาสตร์ในประเทศต่าง ๆ จึงมีความเห็นพร้อมกันว่า วัตถุประสงค์ที่วางไว้ทั้งนี้ต้องเป็นไปตามความต้องการของประชาชนพลเมืองในเขตนั้นด้วย ... พลเมืองของประเทศไทยส่วนมากอยู่ในส่วนภูมิภาค ซึ่งยังอัตคัดขาดแคลนแพทย์แผนปัจจุบันมาก . . . วัตถุประสงค์อันสำคัญอย่างหนึ่งของการศึกษาแพทย์ของประเทศเราจึงควรให้การศึกษาเป็นไปในแนวทางที่จะผลิตแพทย์ผู้เหมาะสมจะออกไปปฏิบัติหน้าที่ในชนบทได้เป็นอย่างดี".

การอบรมศึกษาแพทยศาสตร์ในสมัยนั้นมักแบ่งออกไปเป็นระยะปรีคลินิค และระยะคลินิค. นักศึกษาในสองปีแรกเกือบไม่มีโอกาสได้เห็นผู้ป่วยเลย. ควรจะมีการศึกษาแบบผสมผสาน คือให้แต่ละวิชามีความสัมพันธ์กันไปเป็นลูกโซ่, ให้นักศึกษาได้แลเห็นและเข้าใจร่างกายมนุษย์ที่ปรกติและเป็นโรคมาตั้งแต่ต้น, ให้เข้าใจถึงจิตใจของผู้ป่วยซึ่งเป็นมนุษย์, มีความสัมพันธ์กับครอบครัวและสังคมที่แวดล้อม, ตลอดจนการป้องกันโรคภัยไข้เจ็บ, หัดให้นักศึกษาได้ใช้ความคิดของตนเอง โดยมีการท่องจำให้น้อยที่สุด, และให้รู้จักใช้ห้องสมุด.

วัตถุประสงค์ของการอบรมศึกษาแพทยศาสตร์ของเมืองไทย คือ ต้องการผลิตแพทย์มาตรฐาน, ซึ่งหมายความว่าเป็นแพทย์ผู้รักษาทั่วไปได้, คือปฏิบัติรักษาโรคทางอายุรศาสตร์ได้, มีความรู้ทางศัลยศาสตร์พอที่จะทำการผ่าตัดง่าย ๆ

ได้, รู้จักทำการคลอด และผ่าตัดโรคเฉพาะสตรีได้, ในระดับพอสมควร.

ในการประชุมอบรมศึกษาแพทยศาสตร์ของไทยครั้งที่สอง ณ ศาลาสันติธรรม, เมื่อวันที่ ๑๗—๒๒ สิงหาคม ๒๕๐๗, ได้มีคำนิยามของวัตถุประสงค์ของการอบรมศึกษาแพทยศาสตร์ไว้ดังนี้ :

๑. ผลิตแพทย์ขั้นมูลฐาน, ซึ่งเมื่อจบหลักสูตรแพทยศาสตร์แล้วจะมีพื้นความรู้เพียงพอ. และเมื่อได้รับการฝึกอบรมเวชปฏิบัติในฐานแพทย์ฝึกหัดอีก ๑ ปีแล้ว จะสามารถออกไปเป็นแพทย์รักษาทั่วไปได้ด้วยตนเอง.

การสอนนักศึกษา มีข้อแนะดังต่อไปนี้ :

(๑) ลดชั่วโมงการบรรยายในหลักสูตรให้น้อยลง.

(๒) ให้นักศึกษาได้เรียนด้วยตนเองมากขึ้น.

(๓) จัดให้มีการสอนแบบผสมผสานขึ้น.

(๔) ส่งเสริมการวิจัยให้มากขึ้น.

เมื่อสรุปจากการประชุมการอบรมศึกษาแพทยศาสตร์ของไทย ๒ ครั้ง ได้ความว่า :

(๑) วัตถุประสงค์ของการศึกษาอบรมแพทยศาสตร์ของไทยคือต้องการผลิตแพทย์มาตรฐาน.

(๒) วิชาที่เรียนนั้นต้องเป็นไปตามความต้องการของประชาชนในเขตนั้น. ในประเทศไทยพลเมืองส่วนมากอยู่ชนบท จึงควรให้การศึกษาเป็นไปในแนวทางที่จะผลิตแพทย์ผู้เหมาะสมจะออกไปปฏิบัติหน้าที่ในชนบท. แพทย์ที่ดีจะต้องมีศีลธรรมอันดี.

(๓) วิธีเรียน

๓.๑ ลดการบรรยายให้น้อยลง.

๓.๒ สอนแบบผสมผสานมากขึ้น.

๓.๓ เรียนด้วยตนเองให้มาก, ฝึกหัดให้มีนิสัยรักการศึกษาตลอดชีวิต.

การปรับปรุงแพทยศาสตร์ศึกษา

เมื่อศาสตราจารย์สวัสดิ์ แดงสว่าง เป็นอธิการบดีมหาวิทยาลัยแพทยศาสตร์ก็ให้มีการปรับปรุงเนื้อหา, วิชา และจำนวนชั่วโมงที่จะสอน. แต่การประชุมนั้นมีไม่กี่ครั้งก็เลิกรากันไป.

คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลนครเชียงใหม่ เป็นคณะแรกที่ได้นำการสอนแบบสมัยใหม่เข้ามาใช้, ได้จัดการสอน

แบบผสมผสาน ในปี พ.ศ. ๒๕๐๖ แก่นักศึกษาชั้นปีที่ ๑ และปีที่ ๔. ทั้งนี้เพราะมีอาจารย์ไทยที่ได้เคยไปรับการศึกษาทางการสอนอย่างดีมาจากต่างประเทศเป็นหัวแรงร่วมกับอาจารย์ชาวต่างประเทศแห่งมหาวิทยาลัย อิลลินอยส์. สหรัฐอเมริกา.

คณะแพทยศาสตร์จุฬาลงกรณมหาวิทยาลัย ได้ทำการปรับปรุงแพทยศาสตร์ศึกษาโดยใช้หลักของ มิลเลอร์.(๑) น.พ. จรัส สุวรรณเวลา(๒) ได้พยายามรวบรวมโรคต่าง ๆ ในโรงพยาบาลใหญ่ในนครหลวง, โรงพยาบาลต่างจังหวัด, รวมเป็นสถิติ. จากสถิตินี้ได้ตั้งวัตถุประสงค์ของการศึกษาแพทยศาสตร์ไว้ว่า :

๑. ให้ความรู้ความสามารถและทักษะที่จะไปใช้ในการดำเนินงานในอาชีพแพทย์.

๒. ให้ความสามารถที่จะเพิ่มพูนและศึกษาหาความรู้ต่อไปหลังจากจบแล้ว.

๓. สร้างเสริมปัญญา, คุณธรรม, และจริยธรรม.

ผลิตแพทย์ซึ่งจะไปทำอะไรก็ได้, ที่เรียกว่าแพทย์ที่ไม่จำแนกหรือแพทย์รวม.

คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาลไม่ได้นิ่งนอนใจในการปรับปรุงแพทยศาสตร์ศึกษา, ได้ตั้งกรรมการขึ้นชุดหนึ่งชื่อว่า **คณะกรรมการการอบรมศึกษาแพทยศาสตร์,** มีกรรมการ ๑๒ นาย ประกอบด้วยหัวหน้าแผนก ๕ คน นอกนั้นเป็นอาจารย์ชั้นต่าง ๆ. ได้ประชุมกันครั้งแรกเมื่อวันที่ ๒๘ กรกฎาคม ๒๕๐๘. ในการพิจารณาปรับปรุงการศึกษาแพทยศาสตร์มีหลักเกณฑ์ที่ยึดไว้ดังนี้ :

๑. นโยบายของรัฐ.

๒. นโยบายของโรงเรียนแพทย์.

๓. ความเห็นของผู้ประกอบอาชีพแพทย์.

๔. ความเห็นของนักศึกษาแพทย์.

๕. ความคิดเห็นของประชาชน (ผู้ใช้แพทย์).

ได้ประชุมกัน ๔ ครั้ง. ครั้งสุดท้ายเมื่อวันที่ ๔ สิงหาคม ๒๕๐๙. ได้ทำแบบสอบถาม สำหรับ ถามผู้ประกอบอาชีพแพทย์เกี่ยวกับการสอนในโรงเรียนแพทย์, ทั้งทางปรีคลินิคและทางคลินิค, ว่าเหมาะสมหรือไม่เหมาะ, ดีหรือไม่ดีเพียงใด. ถามอาจารย์โรงเรียนแพทย์, นักศึกษา—เพื่อได้ ข้อมูลต่าง ๆ มาประกอบเป็น หลักสูตร.

ความล่าช้าในการประชุมเป็นเพราะการคิดแบบสอบถาม. โครงการใหญ่โตนั้นไม่ได้คืบหน้าไป หยุดแล้วก็หายไป.

การเปลี่ยนแปลงในการบังคับบัญชาในคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล ทำให้การปรับปรุงแพทยศาสตร์ศึกษาหยุดชะงักไป ๒ ปีกว่า. ที่จริงอาจารย์ทุกคนในคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มีความเห็นว่าควรจะปรับปรุงวิธีการสอนแบบใหม่, ซึ่งเป็นที่รับรองกันทั่วโลกแล้วว่าดีที่สุด.

ศาสตราจารย์ อวย เกตุสิงห์[๓] อดีตหัวหน้าภาควิชาสรีรวิทยา ก็เป็นผู้ที่ได้ศึกษาการสอนวิชาแพทย์ไว้อย่างดี, ได้อธิบายวิธีสอนแบบใหม่คือแบบ อินทีเกรชั่น สมบูรณ์ ว่าเกิดที่มหาวิทยาลัย เวสเทอร์น ริเสอร์ฟ และนำใช้ เมื่อ ปี ค. ศ. ๑๙๕๒. คณะ แพทยศาสตร์โรงพยาบาล นครเชียงใหม่ ได้นำการสอนแบบผสมผสาน, ซึ่งอาจเรียกได้ว่า เป็นแบบ อินทีเกรชั่น บางส่วน, เข้ามาใช้ในการอบรมนักศึกษาแพทย์ปีที่ ๑ และปีที่ ๔. จุดประสงค์เพื่อกระตุ้นความสนใจของนักศึกษา, หัดให้นักศึกษาได้ใช้ความรู้ที่เรียน มา ใน ทางปฏิบัติ. นักศึกษาแพทย์เชียงใหม่ได้เปรียบตรงที่ได้อยู่ใกล้ชิดกับอาจารย์มาก จึงเหมาะสมกับการทดลองวิธีการสอนแบบนี้, จึงควรทำต่อไป. แม้แต่ที่จุฬาลงกรณ์และศิริราช ก็ควรทำได้อย่างดี อยู่แต่ว่าใครจะเป็นคนเริ่มต้น.

ผู้ที่มีความรู้ในการสอนนักศึกษาแพทย์อีกผู้หนึ่งคือ ศาสตราจารย์ สนอง อูนากูล,[๔] ผู้ซึ่งเคยไปดูงานการสอนที่ฮาวาร์ด ๑ ปี และดูงานที่มหาวิทยาลัยเวสเทอร์น ริเสอร์ฟ อีก ๑ สัปดาห์, กล่าวสนับสนุน ศจ. อวย เกตุสิงห์, และว่าเคยไป ร่วม ปฏิบัติ ที่คลินิค ผสมผสาน ของคณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลนครเชียงใหม่, รู้สึกว่าดี, และคล้ายกับที่ได้ไปเห็นมาที่อินเดียเมื่อ ๓ ปีก่อน.

ผู้ที่เคยไปศึกษาการสอนนักศึกษาแพทย์ในศิริราชยังมีอีกหลายคน, จึงเป็นที่น่าน้อยใจว่า คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่เขามีคนน้อย แต่เขาก็สามารถจะทำได้ดีกว่าเรา, ทำไมเราจึงไม่ทำบ้าง. เห็นจะจริงเหมือนดังที่ ศจ. อวย เกตุสิงห์ ได้กล่าวไว้ว่า:

จุฬาลงกรณ์ฯ และศิริราช ก็ควรทำได้อย่างดี, อยู่แต่ว่าใครจะเป็นคนเริ่มต้น.

จุฬาลงกรณ์ฯ ได้ทำไปก่อนแล้ว ๒ ปี. ศิริราชได้เริ่มการสอน แบบ ใหม่ใน ปี การศึกษา พ.ศ. ๒๕๑๓—๒๕๑๔ นี้. การสอนนี้ เป็น การเริ่ม และ ก็จะ มี การเปลี่ยน

แปลงต่อไปอีกหลายปี, กว่าจะมีหลักสูตรที่แน่นอนหรือไม่แน่นอนก็ได้.

การสอนนั้นต้องมีเป้าหมาย คือเราจะสอนให้แพทย์ของเราเป็นแพทย์อะไร. ที่จริงก็เป็นที่รู้อยู่ดีแล้วแม้แต่จะไม่บอกไว้ คือ, เพื่อ:—

ผลิตแพทย์มาตรฐาน

ผู้มีความรู้และทักษะพอสมควรกับสมัยในการที่จะไปรักษา และป้องกันโรคทั้งทางจิตและกาย.

นอกจากความรู้ในอาชีพ, แพทย์มาตรฐานควรมีศีลธรรมอันดี, ฝึกการใช้ปัญญาและรักการเรียนอยู่เป็นนิจ.

ความรู้กับทักษะพอสมควร กับสมัยนั้นมีความหมายซึ่งต้องขยายความบ้าง. ขอยกตัวอย่างเรื่องเซลล์สมัย แวน ลิวเวนโฮค (ค.ศ. ๑๗๑๘) กับสมัยปัจจุบันผิดกันมาก. สมัย ลิวเวนโฮค, เราทราบว่าเซลล์มี นูเคลียส และ ศัยโตพลาสม. สมัยนี้เราทราบมากไปอีกว่าใน นูเคลียส มี นูคลีโอโปรเทอิน (ดีเอนเอ), ซึ่งเมื่อมีการแบ่งจะมี โซมโรโมโสม ชัดเจน. นูเคลียส นั้นมีเยื่อหุ้มซึ่งเป็น ๒ ชั้น, ประกอบด้วย ไลโปโปรเทอิน ซึ่งมีรูมากมาย. รูนี้คือทางติดต่อระหว่าง นูเคลียส กับ ศัยโตพลาสม. ใน นูเคลียส มี นูคลีโอลุส, ซึ่งประกอบด้วยกรด ไรโบนูคลีอิค (อาร์เอนเอ) และเอนโดพลาสมิค เรติคุลุม—ไมโครโสม. ศัยโตพลาสม มีผนังหุ้มเป็น ๒ ชั้น และมีรูมาก. ใน ศัยโตพลาสม มี เอนโดพลาสมิค เรติคุลุม ซึ่งมีเยื่อบุเป็น ไลโปโปรเทอิน มี ไรโบนูคลีโอโปรเทอิน แกรนูล คือ ไรโบโสม ติดอยู่แน่น. เมื่อ เอนโดพลาสมิค เรติคุลุม แตก, จะกลายเป็น ไมโครโสม ขนาดต่าง ๆ. ใน ศัยโตพลาสม มีสารน้ำซึ่ง อาร์เอนเอ, โปรเทอิน อื่น ๆ และ เอนซัยม ต่าง ๆ ละลายอยู่. สารน้ำนี้เรียกว่า เซลล์ แส็พ, มีความสำคัญเพราะเป็นเวทีของการเปลี่ยนแปลงทางชีวเคมีทุกชนิด.

นี่เป็นความรู้รากฐานที่นักศึกษาแพทย์สมัยนี้ควรจะรู้, ซึ่งแตกต่างกับสมัยเมื่อ ๒๐ ปีก่อนมาก, เป็นอุทาหรณ์เพียงเล็กน้อย. ยังมีความรู้และเทคนิคอีกมากมายที่เกิดขึ้นในเวลาปัจจุบัน. เมื่อ ๒๐ ปีก่อน การผ่าตัดไส้ติ่งอักเสบเป็นการ ผ่าตัดใหญ่โต เวลานี้เป็นการผ่าตัดเล็กที่สุด (แต่ก็จะประมาทมิได้).

ตามทฤษฎี, เนื้อหาของวิชาที่เราจะสอนนั้นควร จะคิดตามโรคที่มีมากที่สุดในเมืองไทย, เพราะจะต้องเอาไปใช้มากที่สุด

โดยเฉพาะกับชาวชนบท. แต่เราลืมความจริงไปว่า แพทย์ที่เราผลิตได้แล้วจนเป็นแพทย์มาตรฐาน ไม่ได้อยู่ในต่างจังหวัด แต่อยู่ในพระนครเสียครึ่งหนึ่ง, ดังรายงานของสภาพัฒนาการเศรษฐกิจแห่งชาติดังต่อไปนี้ :

ใน พ.ศ. ๒๕๐๔ แพทย์แผนปัจจุบันชั้นหนึ่งที่ขึ้นทะเบียนประกอบโรคศิลปะ(๕) มี ๔,๕๔๐ คนอยู่ในโรงพยาบาลในพระนครและธนบุรี ๒,๑๕๑ คน, อยู่ในโรงพยาบาลส่วนภูมิภาค ๒,๐๘๒ คน. ใน พ.ศ. ๒๕๑๒ แพทย์แผนปัจจุบันชั้นหนึ่งที่ขึ้นทะเบียนประกอบโรคศิลปะมี ๕,๕๒๔ คน.

จากสถิติ พ.ศ. ๒๕๐๔ จะเห็นได้ว่าแพทย์ตั้ง ๙๓ เปอร์เซ็นต์อยู่ในโรงพยาบาลและประมาณครึ่งหนึ่งอยู่ในพระนคร, ครึ่งหนึ่งอยู่ต่างจังหวัด, ซึ่งหมายความว่าอำเภอเมืองเป็นส่วนมาก. แพทย์เหล่านี้ถึงจะอยู่ในพระนครก็ตามที ก็ยังอยู่ในเมืองไทย. แต่มีแพทย์จำนวนไม่น้อย โดยเฉพาะผู้ที่สำเร็จใหม่ ๆ ไปต่างประเทศ ซึ่งเวลานี้ประมาณได้อย่างน้อยที่สุด ๑,๐๐๐ คน. ถ้าเราจะผลิตแพทย์ตามจุดประสงค์ของเราตามความต้องการของประชาชนในเขตแล้ว คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาลควรจะสอนวิชาเกี่ยวกับโรคต่าง ๆ ที่มีในกรุงเทพ ฯ เป็นส่วนมาก (ส่วนหนึ่งของผู้ป่วยมาจากต่างจังหวัด). มหาวิทยาลัยในส่วนภูมิภาคก็ควรจะสอนเน้นหนักไปทางโรคที่มีอยู่ในส่วนของตน.

เนื้อหาของวิชาที่จะสอนนั้นคงจะเป็นเรื่องยุ่งยากสลับซับซ้อน ต้องคิดทุกแง่ทุกมุม. เมื่อคิดเสร็จแล้วจะได้ผลตามประสงค์เพียงไร จะต้องวินิจฉัยคุณค่าต่อไป.

เกี่ยวกับจุดประสงค์ของนักศึกษาแพทยศาสตร์นั้น, มหาวิทยาลัยส่วนมากในสหรัฐ ฯ เช่นที่มหาวิทยาลัย โคลัมเบีย(๖) ไปไกลกว่านั้น, เห็นว่าจุดประสงค์ไม่มีความสำคัญ, ผลผลิตของการศึกษาแพทยศาสตร์ไม่จำเป็นจะต้องเหมือนกัน แพทย์ที่สำเร็จออกมาอาจจะเป็นนักวิทยาศาสตร์, แพทย์ฝ่ายรักษา หรือครูแพทย์. เวลานี้พลังจูงใจของนักศึกษาแพทย์สหรัฐเปลี่ยนแปลงไป. สมัยก่อนเพ่งเล็งลงไปที่บุคคล, ต้องการรักษาคน ๆ เดียวให้ได้ดีที่สุด. ปัจจุบัน พยายามจะรักษาคนหมู่มากให้ดีที่สุดที่จะดีได้. มาตรฐานคือ การรักษาคนหมู่มากให้ดีที่สุด ไม่ใช่รักษาคน ๆ เดียว. ความคิดอันนี้ยังแบ่งออกเป็นสองฝ่าย ยังไม่มีฝ่ายชนะ. ในประเทศอังกฤษ, เอลลิส(๗) ว่านักศึกษาแพทย์

สนใจชุมชนมากกว่าผู้ป่วยแต่ละคน และเป็นห่วงโลกโดยรอบมากเท่า ๆ กับบ้านเมืองของตน, โดยเฉพาะหมู่ชนที่ขาดความเจริญทั่วไป.

การที่จะรักษาคนหมู่มากนั้น พูดกันตามเนื้อหา ก็เป็นปรัชญาของลัทธิแบบหนึ่ง, ไม่สนใจบุคคล สนใจหมู่ชน. ความคิดอันนี้ได้แพร่ออกมาเป็นเวชศาสตร์ชุมชน ซึ่งกระจายเข้ามาในเมืองไทย.

เมื่อไม่มีจุดมุ่งหมายในแพทยศาสตร์ศึกษา หลักสูตรของการศึกษาส่วนมากจึงเป็นดังนี้: ในภาคแรกคือ สองปีครึ่งของการเรียนแพทย์จึงมีการสอนการเรียนแบบธรรมดา. ในภาคสองซึ่งได้เวลาปีครึ่งไม่มีหลักสูตร, แล้วแต่นักศึกษาจะต้องการเป็นแพทย์ชนิดไหน, จะเรียนอะไร. นักศึกษาแต่ละคนมีอาจารย์ที่ปรึกษา ๒ คน, นักวิทยาศาสตร์การแพทย์พื้นฐาน และแพทย์ฝ่ายรักษา.

ทุก ๆ ประเทศมีการแพทย์ที่มีลักษณะพิเศษของตนเอง. ในยุโรป, เช่น ออสเตรีย มีคริสตศาสนาฝ่ายโรมันคาทอลิกเป็นศาสนานำ, จึงทำให้มีธรรมะฝ่ายคริสตศาสนาเข้ามาเป็นส่วนสำคัญอยู่ด้วย, มีโบสถ์เล็กในโรงพยาบาล, มีนางชีเข้ามาเป็นพยาบาล, มีพระบาทหลวงมาคอยให้ศีลเมื่อเจ็บหนักและทำพิธีศพเมื่อถึงแก่กรรม.

การสอนแพทยศาสตร์ในเมืองไทย และโดยเฉพาะอย่างยิ่งในศิริราช, นอกจากจะสอนวิชาชีพแล้ว ก็ควรเน้นหนักไปในทางพุทธธรรม, เพราะนักศึกษาแพทย์เป็นผู้ได้รับการคัดเลือกแล้วว่าเก่งในวิชาการเป็นยอดของนักศึกษา, แต่ไม่ได้มีการคัดเลือกทางศีลธรรม, ทางตระกูลและเชื้อชาติ. บุตรของข้าราชการ แม้แต่อาจารย์ในมหาวิทยาลัย ที่มีความซื่อสัตย์สุจริตรับราชการด้วยความอุตสาหะพยายาม ไม่ได้รับการพิจารณา. แพทย์บางคนจึงด้อยด้วยธรรมะ, คิดค่ารักษาเกินกว่าแรงงานและปัญญาของตนที่เสียไป, พยายามเลือกไสผู้ป่วยเจ็บหนักจวนตายให้ไปโรงพยาบาลอื่น, เห็นแก่ตัว, ไม่มีความสามัคคีในหมู่คณะ. ถ้าแพทย์มีธรรมะแม้แต่น้อยเพียง ๒ ข้อ, คือ มีพรหมวิหาร ๔ และมีอิทธิบาท ๔, แพทย์คนนั้นก็จะวัฒนาทางด้านวิชาความรู้และจิตใจ.

ท่านเจ้าพระยาพระเสด็จสุเรนทราธิบดี ได้นำเอาจรรยาแพทย์เข้าสอนในโรงพยาบาลศิริราช. เมื่อแรกเริ่มการเรียนแพทย์ ท่านอุตส่าห์มาสอนด้วยตนเองตลอดปี ทั้ง ๆ ที่ท่านก็เป็นเสนาบดีกระทรวงศึกษาธิการ. จรรยาแพทย์ที่ท่าน

สอนนั้น เอาหลักมาจากพระพุทธศาสนา. หนังสือจรรยาแพทย์ได้กระจายเข้าโรงเรียนสามัญ แต่แล้วก็หายไป ประมาณ ๔๐ ปีมาแล้ว. ในโรงเรียนแพทย์ก็เช่นเดียวกัน เราควรเจริญรอยตามท่าน เอาหลักพระพุทธศาสนาเข้ามาสอนในศิริราชใหม่.

แม้โลกจะเจริญก้าวหน้าไปในทางวัตถุมาก จนมีผู้สนใจทางธัมมะน้อย, ถ้ามีพุทธธรรมเข้ามาคอยค้ำจุนรั้งแพทย์ของเราไว้บ้าง, แพทย์ไทยของเราก็จะเป็นแพทย์ที่ดีที่สุดในโลก, แม้จะมิใช่ทางวิชาการ แต่อย่างน้อยก็ทางจิตใจ, ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งหรือส่วนใหญ่ในการรักษาผู้ป่วย.

การเปลี่ยนแปลงวิธีสอนของศิริราชที่เริ่มใหม่ปีนี้ นอกจากทางวิชาการแล้วยังเน้นหนักไปทางศีลธรรมด้วยเหตุผลดังได้กล่าวแล้วแต่ต้น.

โครงการอบรมแพทย์ประจำบ้านเพื่อเป็นแพทย์เฉพาะทางที่ออกมาเมื่อวันที่ ๓ ตุลาคม ๒๕๑๒ เป็นขั้นที่สองจะทำให้แพทย์มาตรฐานเป็นแพทย์เฉพาะทาง, อาจจะเป็นทางหนึ่งที่ให้แพทย์มาตรฐานมีความรู้ทางเวชศาสตร์ชุมชน ซึ่งทางทฤษฎีเมืองไทยต้องการมากที่สุด, แต่ยังไม่มีใครเสนอให้มีการอบรมวิชานี้ขึ้น. หรือแพทย์ที่อยากออกไปอยู่ต่างจังหวัด (ซึ่งหายาก) ก็อาจจะหาความรู้เพิ่มเติมที่คณะอายุรศาสตร์เขตร้อนก็ได้.

การเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ในการอบรมศึกษาแพทยศาสตร์ได้เริ่มแล้วในปีการศึกษานี้, ด้วยแรงปัญญาและอุตสาหะของอาจารย์สองท่านคือ ศาสตราจารย์ ดิถี จิงเจริญ และ น.พ. ประสงค์ ตู้จินดา, ซึ่งท่านจะได้อ่านต่อไปในวารสารเล่มเดียวกันนี้.

เอกสารอ้างอิง

๑. Miller, G.E. et al. (Ed.) : Teaching and Learning in Medical School. Harvard Univ. Press, Cambridge, Mass., 1961.

๒. สุวรรณเวลา, จ.: การกระจายของโรคต่าง ๆ ในประเทศไทยในแง่ที่เกี่ยวกับการศึกษาแพทยศาสตร์. จุฬาลงกรณเวชสาร ๒๕๑๓, ๑๕ : ๕.

๓. เกตุสิงห์, อ. (ผู้อภิปราย) : รายงานการประชุมการอบรมศึกษาแพทยศาสตร์ของไทย ครั้งที่๒ ณ ศาลาสันติธรรม, วันที่ ๑๗ – ๒๒ สิงหาคม ๒๕๐๗, หน้า ๒๘๗ – ๒๙๐.

๔. อูนากูล, ส. (ผู้อภิปราย) : รายงานเดียวกับเอกสารที่ ๓, หน้า ๒๙๑.

๕. เอกสารของกองวางแผนกำลังคน, สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจแห่งชาติ, ๒๕๑๐.

๖. Humphreys, G.: Medical Education in U.S.A. and in Taiwan. บรรยาย ณ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล, ๒๓ มิถุนายน ๒๕๑๓.

๗. Ellis J.R.: Madical Education 1968 Onwards. The University Hospital Proc. Conference Held in Conjunction with the Official Opening of the Univ. Hosp., Fac. of Med., Univ. of Malaya, 6–9 Aug. 1968.