

การศึกษาการใช้ความรู้เวชศาสตร์ฟื้นฟูโดยแพทย์เวชปฏิบัติ ของโรงพยาบาลชุมชนในประเทศไทย

สยาม ทองประเสริฐ, พ.บ., ว.ว. เวชศาสตร์ฟื้นฟู,
อภิชนา ไชวินทะ, พ.บ., อ.ว. เวชศาสตร์ฟื้นฟู
ภาควิชาเวชศาสตร์ฟื้นฟู คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

ABSTRACT

The Study on Implementation of Rehabilitation Medicine by Primary Care Physicians at District Hospitals in Thailand

Tongprasert S, Kovindha A

Department of Rehabilitation Medicine, Faculty of
Medicine, Chiang Mai University

Objective: To study practice of medical rehabilitation by primary care physicians at district hospitals in Thailand; and to provide topics for rehabilitation medicine course in medical curriculum.

Study design: Cross sectional study

Setting: Department of rehabilitation medicine, Faculty of Medicine, Chiang Mai University

Subjects: Primary care physicians at district hospitals in Thailand

Methods: A self-administrative mailed questionnaire survey was delivered to primary care physicians in 712 district hospitals (2 mails per hospital).

Results: A total of 529 physicians completed the questionnaire (response rate 37%). Common medical rehabilitation knowledge and skills used during medical practice were pressure ulcer prevention and treatment, writing certification for persons with disability, patient education on physical fitness/therapeutic exercise and chest physical therapy. Patients with musculoskeletal pain, geriatric patients and those with respiratory problems were commonly seen in practice. A high percentage of the participants believed that problem based learning should be implemented in undergraduate rehabilitation medicine course. In addition, a 2-day course of practical rehabilitation medicine for primary care physicians is needed.

Conclusion: Necessary rehabilitation medicine topics and learning method for medical curriculum are identified. Continuing medical education on practical rehabilitation medicine is also needed.

Corresponding to: SiamTongprasert, M.D., Department of Rehabilitation Medicine, Faculty of Medicine, Chiang Mai University 50200. E-mail: sitongpr@med.cmu.ac.th

Keywords: Rehabilitation medicine, medical curriculum, district hospitals, primary care physicians

J Thai Rehabil Med 2013; 23(2): 51-56

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาการใช้ความรู้ด้านเวชศาสตร์ฟื้นฟูโดยแพทย์เวชปฏิบัติในโรงพยาบาลชุมชน และนำข้อมูลมาเป็นแนวทางในการปรับปรุงการจัดการเรียนการสอนหลักสูตรแพทยศาสตรบัณฑิต

รูปแบบการวิจัย: การศึกษาภาคตัดขวาง

สถานที่ทำการวิจัย: ภาควิชาเวชศาสตร์ฟื้นฟู คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

กลุ่มประชากร: แพทย์เวชปฏิบัติในโรงพยาบาลชุมชนทั่วประเทศ

วิธีการศึกษา: ส่งแบบสอบถามทางไปรษณีย์ ให้แพทย์ที่ทำงานอยู่ในโรงพยาบาลชุมชน 712 แห่ง โรงพยาบาลละ 2 ฉบับ

ผลการศึกษา: มีแพทย์ตอบแบบสอบถามกลับจำนวน 529 คน (คิดเป็นร้อยละ 37 ของจำนวนแบบสอบถามที่ส่งไปทั้งหมด) ความรู้เวชศาสตร์ฟื้นฟูที่นำไปใช้บ่อยในเวชปฏิบัติ ได้แก่ การป้องกันและรักษาแผลกดทับ, การออกเอกสารรับรองความพิการ, การออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ/เพื่อการรักษา และการฟื้นฟูสมรรถภาพระบบทางเดินหายใจ กลุ่มผู้ป่วยที่พบบ่อย ได้แก่ ผู้ป่วยเจ็บปวดกล้ามเนื้อ กระดูกและข้อ, ผู้ป่วยสูงอายุ และผู้ป่วยโรคระบบทางเดินหายใจ ผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่ (เกือบร้อยละ 90) เห็นด้วยว่าหลักสูตรแพทยศาสตรบัณฑิตควรจัดการเรียนการสอนแบบใช้ปัญหาเป็นหลัก และแพทย์เวชปฏิบัติมีความเห็นว่าควรมีการฟื้นฟูวิชาการเรื่องเวชศาสตร์ฟื้นฟู ระยะเวลา 2 วัน

สรุป: การศึกษานี้ทำให้ได้หัวข้อเนื้อหาในกระบวนวิชาเวชศาสตร์ฟื้นฟูสำหรับหลักสูตรแพทยศาสตรบัณฑิต และวิธีการจัดการเรียนการสอนที่เหมาะสม อีกทั้งแพทย์เวชปฏิบัติมีความต้องการฟื้นฟูวิชาการเรื่องเวชศาสตร์ฟื้นฟูสำหรับเวชปฏิบัติทั่วไป

คำสำคัญ: เวชศาสตร์ฟื้นฟู, หลักสูตรแพทยศาสตรบัณฑิต, โรงพยาบาลชุมชน, แพทย์เวชปฏิบัติ

เวชศาสตร์ฟื้นฟูสาร 2556; 23(2): 51-56

บทนำ

ปัจจุบันประเทศไทยมีแพทย์เฉพาะทางสาขาเวชศาสตร์ฟื้นฟูอยู่เพียง 424 คน⁽¹⁾ ส่วนใหญ่ปฏิบัติงานอยู่ในคณะแพทยศาสตร์และในกรุงเทพมหานคร ในขณะที่ตามโรงพยาบาลจังหวัดต่าง ๆ ไม่มีแพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟูประจำอยู่ทุกจังหวัด ขณะที่ผู้ป่วย/ผู้พิการที่ต้องการฟื้นฟูสภาพมีเพิ่มมากขึ้น⁽²⁾ และกระจายอยู่ทุกแห่งในชุมชน ไม่ได้จำกัดอยู่ในกรุงเทพมหานครและในเมืองเท่านั้น

การขาดแคลนแพทย์สาขาเวชศาสตร์ฟื้นฟูในประเทศไทยและการขาดการสนับสนุนอย่างจริงจังของหน่วยงานของรัฐในอันที่จะให้มีแพทย์สาขาเวชศาสตร์ฟื้นฟูเพิ่มขึ้น ทำให้ภาระงานด้านเวชกรรมฟื้นฟูตกไปอยู่ในความรับผิดชอบของแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป โดยเฉพาะอย่างยิ่งแพทย์ที่เพิ่งจบการศึกษาใหม่และปฏิบัติงานขาดเงินทุนในโรงพยาบาลชุมชน ที่ผ่านมามีการศึกษาโดยปานจิต วรรณภีระและคณะ⁽³⁾ ซึ่งศึกษาเรื่องการนำความรู้ด้านเวชศาสตร์ฟื้นฟูไปใช้ในเวชปฏิบัติ แต่งานวิจัยนี้สำรวจกลุ่มตัวอย่างที่เป็นแพทย์เพียง 89 คน และยังเป็นงานวิจัยที่สำรวจเฉพาะแพทย์ที่จบจากมหาวิทยาลัยนเรศวร

ภาควิชาเวชศาสตร์ฟื้นฟู คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ มีหน้าที่รับผิดชอบผลิตบัณฑิตแพทย์ให้มีความรู้ความสามารถในงานด้านเวชศาสตร์ฟื้นฟูตามที่แพทยสภากำหนดไว้^(4,5) เนื้อหาและรูปแบบการสอนจึงควรสอดคล้องกับลักษณะงานที่นักศึกษาจะต้องไปเผชิญเมื่อสำเร็จการศึกษาเป็นแพทย์แล้ว การศึกษางานด้านเวชกรรมฟื้นฟูในโรงพยาบาลชุมชนจึงมีความสำคัญยิ่งต่อแนวทางการปรับปรุงการจัดการเรียนการสอนสำหรับนักศึกษาแพทย์ตามหลักสูตรแพทยศาสตรบัณฑิต มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ พ.ศ. 2553 เพื่อจะได้บัณฑิตแพทย์ของมหาวิทยาลัยเชียงใหม่เป็นไปตามคุณสมบัติที่พึงประสงค์ข้อที่ 3 คือ สามารถแก้ไขปัญหาในเวชปฏิบัติปฐมภูมิ โดยคำนึงถึงปัญหาทางร่างกาย จิตใจ เศรษฐฐานะ สิทธิของผู้ป่วย และสิ่งแวดล้อมเกี่ยวกับตัวผู้ป่วย ครอบครัว และชุมชน สามารถแก้ปัญหาอย่างเป็นระบบด้วยวิจารณญาณและรู้ขีดความสามารถของตนเอง⁽⁶⁾ ตลอดจนเป็นประโยชน์ต่อการอบรมระยะสั้นเพื่อเพิ่มพูนความรู้และทักษะในงานด้านเวชกรรมฟื้นฟูแก่แพทย์ที่ปฏิบัติงานอยู่ในโรงพยาบาลชุมชน ให้มีขีดความสามารถในการทำงานด้านนี้มากขึ้น

วิธีการศึกษา

ผู้วิจัยพัฒนาแบบสอบถามขึ้น และส่งแบบสอบถามไปยัง

โรงพยาบาลชุมชน 712 แห่งทั่วประเทศ โรงพยาบาลละ 2 ฉบับ โดยแบบสอบถามประกอบไปด้วย 2 ส่วน ส่วนแรกประกอบไปด้วย ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม, ปัญหาและอุปสรรคด้านเวชศาสตร์ฟื้นฟูที่พบ, ข้อเสนอแนะในการจัดการเรียนการสอน และข้อเสนอแนะเพื่อประโยชน์ในการเพิ่มพูนความรู้ด้านเวชศาสตร์ฟื้นฟูแก่แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป (continuous medical education: CME)

ส่วนที่สองประกอบไปด้วย 2 คำถาม คำถามแรกสอบถามถึงปริมาณผู้ป่วยประเภทต่าง ๆ ที่พบ ในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา คำถามที่สอง สอบถามถึงการใช้ความรู้ทางด้านเวชศาสตร์ฟื้นฟูประเภทต่าง ๆ ในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา และความมั่นใจในการนำไปใช้ในเวชปฏิบัติ โดยทั้งสองคำถามนี้จะให้ผู้ตอบเลือกคะแนนระหว่าง 0-4 โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้ 0 = น้อยมาก, 1 = น้อย, 2 = ปานกลาง, 3 = มาก, 4 = มากที่สุด

การวิเคราะห์ทางสถิติ

ใช้สถิติวิจัยเชิงพรรณนา ในรูปแบบของร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการศึกษา

แบบสอบถามถูกตอบกลับทั้งหมด 529 ฉบับโดยกระจายจากทุกภาคทั่วประเทศ คิดเป็นอัตราส่งกลับร้อยละ 37 เป็นเพศชาย และหญิง ร้อยละ 55.6 และ 44.4 ตามลำดับ ผู้ตอบแบบสอบถามจบจากโรงเรียนแพทย์ 12 แห่งในประเทศไทย อายุเฉลี่ย 29.65 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 5.98) ปี ปฏิบัติงานอยู่ในโรงพยาบาลชุมชนเฉลี่ย 4.30 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 5.14) ปี ร้อยละ 77.3 เป็นแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป ที่เหลือเป็นแพทย์เฉพาะทาง แต่ไม่พบแพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟูในการสำรวจนี้

ปัญหาและอุปสรรคด้านเวชศาสตร์ฟื้นฟู เรียงตามลำดับ ได้แก่ ขาดที่ปรึกษาเวลามีปัญหา (ร้อยละ 90.2), ขาดอุปกรณ์/เครื่องมือ (ร้อยละ 89.6), ประสบการณ์ไม่พอ (ร้อยละ 84.8), ผู้ป่วยมากทำให้ไม่มีเวลาในการแนะนำ (ร้อยละ 79.2) และขาดความมั่นใจ (ร้อยละ 67.9)

ข้อเสนอแนะในการจัดการเรียนการสอน เรียงตามลำดับ ได้แก่ เน้นการปฏิบัติที่แผนกผู้ป่วยนอก (ร้อยละ 88.5), เรียนแบบการเรียนรู้โดยใช้ปัญหาเป็นหลัก (ร้อยละ 87.7), สอนเฉพาะกรณีที่พบบ่อยในโรงพยาบาลชุมชน (ร้อยละ 84.5), จัดการเรียนการสอนเพิ่มเติมในชั้นปีที่ 6 (ร้อยละ 70.1), เพิ่มเวลาเรียนให้มากขึ้น (ร้อยละ 66.4) และเพิ่มเนื้อหาให้มากขึ้น (ร้อยละ 53.2)

ร้อยละ 88.8 เห็นว่า ควรมีการจัดการอบรมหลังจบการศึกษา โดยหัวข้อที่อยากให้อัดคือ เวชศาสตร์ฟื้นฟูสำหรับแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป ระยะเวลาการอบรมควรเป็น 2 วัน

(ร้อยละ 53.9) และร้อยละ 95.8 ต้องการตำรา, วารสาร/เอกสารวิชาการ และสื่อทางอินเทอร์เน็ตในการเพิ่มพูนความรู้

ผู้ป่วยที่เจ็บปวดกล้ามเนื้อ กระดูกและข้อ ผู้ป่วยสูงอายุ และผู้ป่วยโรคปอดและทางเดินหายใจ เป็น 3 กลุ่มที่พบบ่อยที่สุดในโรงพยาบาลชุมชน ดังแสดงในตารางที่ 1 การให้คำแนะนำในการป้องกันและการดูแลแผลกดทับ, การออกเอกซเรย์รับรองความพิการ, การสอนและแนะนำการออกกำลังกาย

และการเคาะปอด/จัดท่าระบายเสมหะ เป็นความรู้และทักษะทางเวชศาสตร์ฟื้นฟูที่ใช้บ่อยเป็นสามลำดับแรก ดังแสดงในตารางที่ 2 แต่มีแพทย์เพียงส่วนน้อยที่มีความมั่นใจในการใช้ศาสตร์ทางเวชศาสตร์ทางเวชศาสตร์ฟื้นฟูในระดับมากถึงมากที่สุด ดังแสดงในตารางที่ 3 ทั้งนี้มีบัณฑิตแพทย์จากโรงเรียนแพทย์ทั้งหมด 5 แห่งที่มีคะแนนค่าความมั่นใจโดยรวมสูงกว่าค่าเฉลี่ย ดังแสดงในรูปที่ 1

ตารางที่ 1 ปริมาณผู้ป่วยที่พบในโรงพยาบาลชุมชน

ประเภทผู้ป่วย	ร้อยละของผู้ที่ให้คะแนนตามระดับ/ความถี่				
	0	1	2	3	4
ผู้ป่วยเจ็บปวดกล้ามเนื้อ กระดูก และข้อ เช่น ปวดหลัง ปวดคอ ปวดแขน ปวดขา	0.6	3.1	19	40.4	36.9
คนสูงอายุ	2.1	8.3	20.9	41.8	26.9
ผู้ป่วยที่มีปัญหาโรคปอด/ทางเดินหายใจ	5	17.3	31.2	36.5	10
ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง	8.4	23.8	35.5	26.3	6
ผู้ป่วยกระดูกหัก ข้อเคลื่อน	7.5	24.6	36.9	24.8	6.2
ผู้ป่วยโรคข้อ เช่น โรครูมาตอยด์ โรคเก๊าท์	4	24.2	41.2	24.8	5.8
ผู้ป่วยเส้นประสาทส่วนปลายถูกกดทับ/กดรัด	10.2	33	34	18.4	4.4
ผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมอง	21.9	37.2	27.8	11.5	1.6
ผู้ป่วยบาดเจ็บจากการกีฬา	15.4	39.3	34.2	10.2	0.9
ผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลังหรือโรคของไขสันหลัง	20.4	44.2	26.5	7.7	1.2
ผู้ป่วยมะเร็ง	23.7	41.6	27.6	6.3	0.8
ผู้ป่วยเด็กสมองพิการ	35.3	48.2	13.3	2.5	0.7
ผู้ป่วยแขนขาขาด	44.5	44.3	8.9	1.5	0.8

หมายเหตุ: 0 = น้อยมาก, 1 = น้อย, 2 = ปานกลาง, 3 = มาก, 4 = มากที่สุด

บทวิจารณ์

การศึกษานี้พบว่าความรู้ด้านเวชศาสตร์ฟื้นฟูที่แพทย์เวชปฏิบัติใช้บ่อย ได้แก่ การให้คำแนะนำในการป้องกันและการดูแลแผลกดทับ การออกเอกซเรย์รับรองความพิการ การสอนและแนะนำการออกกำลังกาย และการเคาะปอด/จัดท่าระบายเสมหะ สอดคล้องกับกลุ่มผู้ป่วยที่ให้การรักษาย่อย ได้แก่ ผู้ป่วยที่มีอาการเจ็บปวดกล้ามเนื้อกระดูกและข้อ ผู้ป่วยสูงอายุ และผู้ป่วยโรคปอดและทางเดินหายใจ

จากการสัมภาษณ์แพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟูจากโรงเรียนแพทย์ต่าง ๆ พบว่า⁽⁵⁾ การเรียนการสอนวิชาเวชศาสตร์ฟื้นฟูส่วนใหญ่เน้นการรักษาแต่ละโรค และส่วนน้อยที่เน้นการบำบัดรักษา และฟื้นฟูสมรรถภาพตามกลุ่มอาการ ดังนั้น เมื่อถึงผลการศึกษานี้พบว่า อาจมีความจำเป็นต้องปรับเนื้อหาให้อิงกลุ่มอาการเช่น กลุ่มอาการเจ็บปวดกล้ามเนื้อ กระดูกและข้อ,

กลุ่มอาการทางเดินหายใจ, กลุ่มอาการที่เกิดกับผู้สูงอายุ เป็นต้น ดังนั้น ควรมีการปรับหัวข้อ/เนื้อหาในกระบวนวิชาเวชศาสตร์ฟื้นฟูสำหรับนักศึกษาแพทย์ เพื่อให้สอดคล้องกับการปฏิบัติงานจริงของแพทย์เวชปฏิบัติในโรงพยาบาลชุมชน เพื่อเพิ่มความมั่นใจในการใช้ความรู้และทักษะด้านเวชศาสตร์ฟื้นฟูเมื่อต้องปฏิบัติกับผู้ป่วย

การศึกษานี้ได้ช่วยบ่งชี้ว่า แพทย์เวชปฏิบัติมีปัญหาและอุปสรรค ได้แก่ ขาดที่ปรึกษาเวลามีปัญหา, ขาดประสบการณ์, อุปกรณ์/เครื่องมือไม่เพียงพอ และปริมาณผู้ป่วยที่มาก จากรายงานของกระทรวงสาธารณสุข⁽⁷⁾ พบว่าผู้ป่วยที่มีปัญหาทางระบบทางเดินหายใจและระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ เป็นปัญหาที่พบบ่อยสองอันดับแรกของการให้บริการที่แผนกผู้ป่วยนอก ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษานี้ นั้นแสดงให้เห็นถึงความสำคัญของการให้การดูแลรักษาและการฟื้นฟูสมรรถภาพ

ตารางที่ 2 การนำความรู้ทางด้านเวชศาสตร์ฟื้นฟูประเภทต่าง ๆ ไปใช้ในเวชปฏิบัติ

วิธีการทางเวชศาสตร์ฟื้นฟู	ร้อยละของผู้ที่ให้คะแนนตามระดับ/ความถี่				
	0	1	2	3	4
การให้คำแนะนำในการป้องกันและการดูแลแผลกดทับ	7.8	15	30	36.3	10.9
การออกเอกสารรับรองความพิการ	5.8	18.6	36.1	29.5	10
การสอนและแนะนำการออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ	8.3	19.7	40.4	27.2	4.4
การเคาะปอดและจัดท่าระบายนเสมหะ	14.3	25.3	32.5	23.1	4.8
การสอนและแนะนำการออกกำลังกายเพื่อการบำบัดรักษา	8.1	26.6	40.3	21.5	3.5
การใช้กายอุปกรณ์เสริม เช่น ประกับรัดเอว	24.7	24.5	28.3	18.8	3.7
การสอนการหายใจ	22.2	27.3	30.4	18	2.1
การพันตอขา/แขน	37.4	27.2	20.2	12.7	2.5
การฝึกเดิน	21.4	35.2	30.4	10.7	2.3
การใช้เครื่องช่วยเดิน	25.5	34	27.9	10.8	1.8
การสอนและแนะนำเรื่อง neurogenic bowel and bladder	28.1	33.7	27.2	9.1	1.9
การใช้รถนั่งคนพิการ	31.5	31.9	26.3	8.7	1.6
การใช้เครื่องมือทางกายภาพบำบัด เช่น เครื่องดึงหลัง, การใช้ความร้อน ความเย็น	41.5	29.2	20.7	6.4	2.2
การใช้กายอุปกรณ์เทียม เช่น ขาเทียม	44.4	32.6	17.8	4.8	0.4

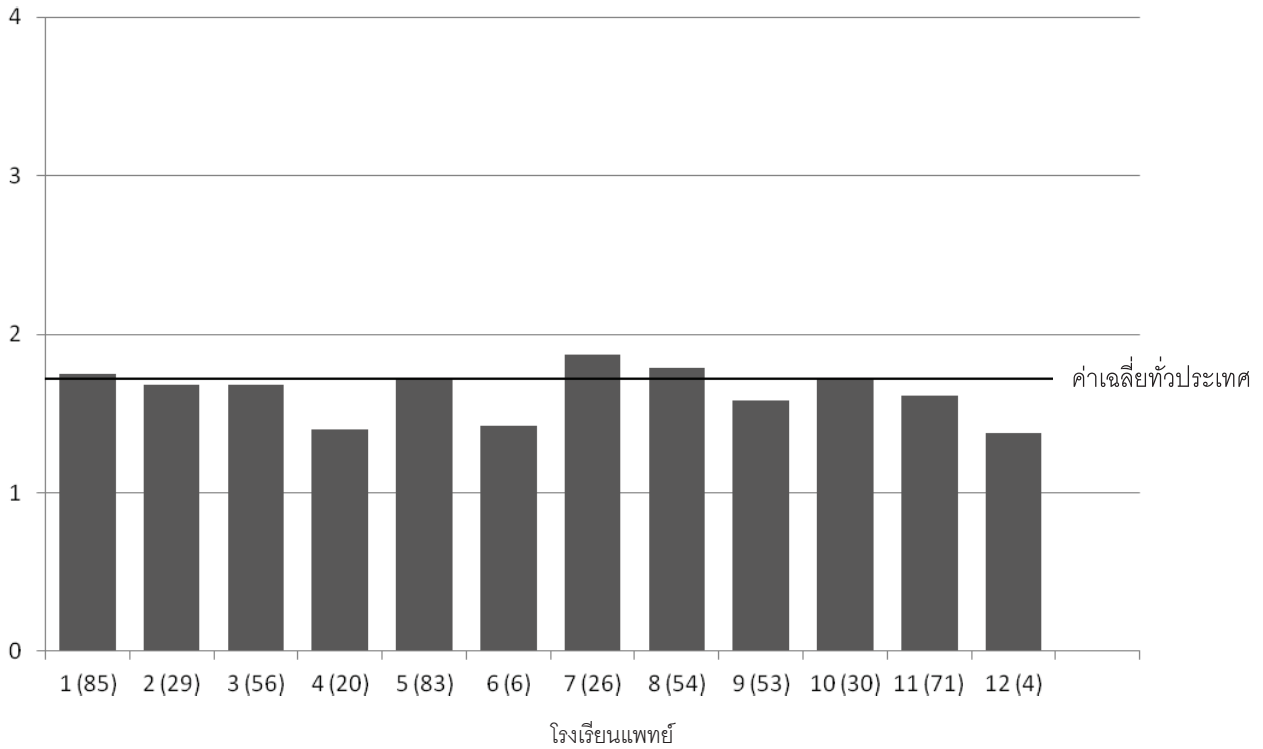
หมายเหตุ: 0 = น้อยมาก, 1 = น้อย, 2 = ปานกลาง, 3 = มาก, 4 = มากที่สุด

ตารางที่ 3 ความมั่นใจของแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปในการนำความรู้ด้านเวชศาสตร์ฟื้นฟูไปใช้ในเวชปฏิบัติ

ความรู้/ทักษะด้านเวชศาสตร์ฟื้นฟู	ร้อยละของผู้ที่ให้คะแนนตามระดับ/ความถี่ของความมั่นใจในการใช้ความรู้				
	0	1	2	3	4
การให้คำแนะนำในการป้องกันและการดูแลแผลกดทับ	3.5	10.2	31.2	42.8	12.3
การออกเอกสารรับรองความพิการ	4.2	15.4	39.1	35.3	6
การสอนและแนะนำการออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ	4.9	17	45.5	27.3	5.3
การเคาะปอดและจัดท่าระบายนเสมหะ	8.7	17.6	41.4	26.2	6.1
การสอนและแนะนำการออกกำลังกายเพื่อการบำบัดรักษา	5.1	24.4	49.7	18.6	2.2
การใช้กายอุปกรณ์เสริม เช่น ประกับรัดเอว	14.4	23	36.6	21.2	4.8
การสอนการหายใจ	12.9	22.2	38	24	2.9
การพันตอขา/แขน	20	23	30.7	19.6	6.7
การฝึกเดิน	15.1	30.3	38.8	13.7	2.1
การใช้เครื่องช่วยเดิน	16.3	27.5	36.6	17	2.6
การสอนและแนะนำเรื่อง neurogenic bowel and bladder	17.8	32.1	36	12.1	2
การใช้รถนั่งคนพิการ	18.3	30.6	35.4	13.1	2.6
การใช้เครื่องมือทางกายภาพบำบัด	27.7	32.8	27.4	9.1	3
การใช้กายอุปกรณ์เทียม เช่น ขาเทียม	28.3	32.9	32.5	5.6	0.7

หมายเหตุ: 0 = น้อยมาก, 1 = น้อย, 2 = ปานกลาง, 3 = มาก, 4 = มากที่สุด

คะแนนความมั่นใจ



รูปที่ 1 แสดงความมั่นใจเฉลี่ยในการใช้ศาสตร์ทางเวชศาสตร์ทางเวชศาสตร์ฟื้นฟูของแพทย์ที่จบจากโรงเรียนแพทย์แต่ละแห่ง
หมายเหตุ: ตัวเลขในวงเล็บ คือ จำนวนแพทย์ที่มีข้อมูลสถาบันที่จบการศึกษา รวม 517 ฉบับ; ไม่มีข้อมูลสถาบันที่จบ 12 ฉบับ

ผู้ป่วยสองกลุ่มนี้ในโรงพยาบาลชุมชน

นอกจากนี้ ความรู้ด้านเวชศาสตร์ฟื้นฟูที่มีการนำไปใช้บ่อยในโรงพยาบาลชุมชนของการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาของปานจิต วรณภีระและคณะ⁽³⁾ แต่เป็นที่น่าสังเกตว่าแพทย์มีความมั่นใจในการใช้ศาสตร์เหล่านี้โดยแพทย์ที่จบจากโรงเรียนแพทย์แต่ละแห่งมีความมั่นใจเฉลี่ยไม่ถึงระดับ 2 (ปานกลาง) บ่งบอกว่าการจัดการเรียนการสอนเวชศาสตร์ฟื้นฟูในระดับแพทยศาสตรบัณฑิตยังไม่เพียงพอที่จะทำให้บัณฑิตแพทย์ที่จบออกไปมีความมั่นใจในการทำเวชปฏิบัติ โดยการเรียนการสอนเวชศาสตร์ฟื้นฟูในโรงเรียนแพทย์ในประเทศไทยมีระยะเวลาสั้นเพียง 1-2 สัปดาห์เท่านั้น⁽⁵⁾ นอกจากนี้แพทย์ที่ประจำที่โรงพยาบาลชุมชนส่วนใหญ่เป็นแพทย์ที่จบใหม่ มีประสบการณ์น้อย และขาดที่ปรึกษาในการทำเวชปฏิบัติ⁽⁸⁾ สำหรับบัณฑิตแพทย์ที่จบจากมหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ซึ่งเป็นหนึ่งในสถาบันที่มีคะแนนค่าความมั่นใจโดยรวมสูงกว่าค่าเฉลี่ย อาจเป็นเพราะใช้หลักสูตรที่ใช้การแก้ปัญหาเป็นหลัก แต่อย่างไรก็ตามค่าความมั่นใจก็ยังไม่ถึงระดับ 2 อาจเนื่องมาจากมีระยะเวลาเรียนที่สั้นเพียง 1 สัปดาห์และนักศึกษาไม่มีโอกาสได้ออกตรวจที่แผนกผู้ป่วยนอก

การจัดการเรียนการสอนเวชศาสตร์ฟื้นฟูในระดับแพทยศาสตรบัณฑิต ควรพิจารณาถึงปัญหาที่นักศึกษามีโอกาสพบเมื่อไปปฏิบัติงานและความเห็นของแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปใน

โรงพยาบาลชุมชน^(9,10) จากงานวิจัยนี้พบว่าผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่เห็นว่า หัวข้อการเรียนการสอนควรเป็นปัญหาที่พบบ่อยดังกล่าวแล้วข้างต้น และตัดลดเนื้อหาที่เป็นปัญหาที่พบบ่อย เช่น การดูแลผู้ป่วยเด็กสมองพิการ, ผู้ป่วยแขนขาขาดและกายอุปกรณ์ นอกจากนี้ ควรพิจารณาปรับลดระยะเวลาของการบรรยายลง โดยเพิ่มโอกาสในการฝึกปฏิบัติและการสัมผัสผู้ป่วยจริง

อนึ่ง การปรับปรุงหลักสูตรการเรียนการสอนในสาขาวิชาใดวิชาหนึ่งนั้น มีปัจจัยหลายอย่างที่ควรพิจารณาร่วม เช่น ปัจจัยด้านสถาบัน⁽¹¹⁾ หลักสูตรแพทยศาสตรบัณฑิตโดยรวม⁽¹²⁾ การให้คำปรึกษาด้านวิชาชีพในอนาคต⁽¹³⁾ และผลกระทบต่อ การฝึกอบรมแพทย์เฉพาะทาง⁽¹⁴⁾ ในความเห็นของผู้วิจัย การจัดการเรียนการสอนหลักสูตรแพทยศาสตรบัณฑิต ควรเรียนรู้ โดยการใช้ปัญหาเป็นหลัก (problem based learning) เนื่องจากในเวชปฏิบัติทั่วไป ผู้ป่วยมาพบแพทย์ด้วยอาการและอาการแสดง แพทย์มีหน้าที่ต้องให้การวินิจฉัยและให้การรักษาผู้ป่วย ตัวอย่างหัวข้อในการจัดการเรียนการสอนควรเป็นตามอาการ เช่น การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยที่มีอาการอ่อนแรงแทนที่จะเป็นตามโรค เช่น การฟื้นฟูผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เป็นต้น สำหรับระยะเวลาที่เหมาะสมในการจัดการสอนเวชศาสตร์ฟื้นฟูคงต้องพิจารณาเป็นสถาบันไป ส่วนการเพิ่มการเรียนการสอนในชั้นปีที่ 6 ที่ได้มีการเสนอแนะมานั้น อาจ

เป็นไปได้เนื่องจากมีผลกระทบต่อหลักสูตรโดยรวม

ประโยชน์ที่ได้จากการปรับการเรียนการสอนโดยอิงข้อมูลที่ได้จากการวิจัย นอกจากจะทำให้ให้นักศึกษาที่จบออกไปมีความมั่นใจเพิ่มมากขึ้นในเวชปฏิบัติ อาจทำให้ทัศนคติของนักศึกษาต่องานด้านเวชศาสตร์ฟื้นฟูดีขึ้น และทำให้มีความสนใจจะศึกษาต่อเป็นแพทย์ประจำบ้านเพิ่มขึ้น⁽¹⁵⁾ อย่างไรก็ตามการปรับหลักสูตรต้องพิจารณาเกณฑ์มาตรฐานแพทยสภาด้วย^(4,5) เนื้อหาควรมีความเหมาะสม ไม่ล้าจนเกินไป เนื่องจากหลักสูตรนี้เป็นหลักสูตรแพทยศาสตรบัณฑิต ซึ่งต้องการผลิตให้นักศึกษาออกไปเป็นแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป ไม่ใช่แพทย์เฉพาะทางด้านเวชศาสตร์ฟื้นฟู

นอกจากนี้จะเห็นได้ว่า แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปยังมีความต้องการการฝึกอบรมเพื่อเพิ่มพูนความรู้ทางด้านเวชศาสตร์ฟื้นฟู ดังนั้น การจัดฝึกอบรมระยะสั้น, การเผยแพร่ความรู้ทางด้านเวชศาสตร์ฟื้นฟูผ่านสื่อต่าง ๆ ควรมีการทำอย่างเป็นประจำ และทั่วถึงทุกภูมิภาค

ข้อจำกัดของการศึกษานี้ ได้แก่ อัตราการตอบแบบสอบถามต่ำ เนื่องจากโรงพยาบาลส่วนใหญ่ตอบกลับเพียงหนึ่งฉบับ อย่างไรก็ตาม แบบสอบถามที่ตอบกลับ จำนวน 529 ฉบับ ก็ให้ข้อมูลที่น่าสนใจและเพียงพอในการปรับปรุงหลักสูตรการเรียนการสอน

สรุป การศึกษานี้ได้แสดงให้เห็นถึงภาพรวมของการใช้ความรู้ด้านเวชศาสตร์ฟื้นฟูโดยแพทย์เวชปฏิบัติในโรงพยาบาลชุมชน ข้อมูลที่ได้สามารถนำไปปรับปรุงการเรียนการสอนเวชศาสตร์ฟื้นฟูในหลักสูตรแพทยศาสตรบัณฑิต เพื่อให้แพทย์ในอนาคตสามารถทำเวชปฏิบัติโดยบูรณาการความรู้ด้านเวชศาสตร์ฟื้นฟูได้ดีขึ้นและเป็นประโยชน์ต่อผู้ป่วยในชุมชน

เอกสารอ้างอิง

1. สมาชิกราชวิทยาลัย [Internet]. [cited 2013 May 27]. Available from: http://www.rehabmed.or.th/royal/rc_thai/directory.php
2. การสำรวจความพิการ พ.ศ. 2550 [Internet]. [cited 2013 May 27]. Available from: http://service.nso.go.th/nso/nsopublish/service/survey/disabilityRep_50.pdf
3. ปานจิต วรรณภีระ, วิโรจน์ วรรณภีระ, ยงยศ จริยวิทยาวัฒน์, ศุภสิทธิ์ พรธมนารุโณทัย. การนำความรู้ด้านเวชศาสตร์ฟื้นฟูไปใช้ในเวชปฏิบัติภายหลังจบหลักสูตรแพทยศาสตรบัณฑิต มหาวิทยาลัยนครสวรรค์. เวชศาสตร์ฟื้นฟูสาร 2549; 16 (2): 60-6.

4. เกณฑ์มาตรฐานผู้ประกอบการวิชาชีพเวชกรรม พ.ศ. 2555 [Internet]. [cited 2013 May 27]. Available from: http://www.tmc.or.th/file_08062012.pdf
5. วสุวัฒน์ กิตติสมประยูรกุล, อภินา ไชวรินทร์, วรพล อร่ามรัศมีกุล. การจัดการเรียนการสอนเวชศาสตร์ฟื้นฟูสำหรับนักศึกษาแพทย์. เวชศาสตร์ฟื้นฟูสาร 2555; 22 (2): 70-2.
6. คุณสมบัติของบัณฑิตแพทย์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ [Internet]. [cited 2013 May 27]. Available from: <http://intra.med.cmu.ac.th/qaunit/download/คุณสมบัติบัณฑิตแพทย์เชียงใหม่.pdf>
7. สถิติผู้ป่วยนอก [Internet]. [cited 2013 May 27]. Available from: <http://bps.ops.moph.go.th/Healthinformation/index.htm>
8. Raissi GR, Mansoori K, Madani P, Rayegani SM. Survey of general practitioners' attitudes toward physical medicine and rehabilitation. Int J Rehabil Res 2006; 29 (2): 167-70.
9. Vlak T, Boban M, Franulović-Golja N, Eldar R. Teaching disability and rehabilitation medicine at the Medical School in Split, Croatia. Croat Med J 2004; 45 (1): 99-102.
10. Hettle M, Braddom RL. Curriculum needs in physical medicine and rehabilitation for primary care physicians: results of a survey. Am J Phys Med Rehabil 1995; 74 (4): 271-5.
11. Bender LF, Dijkers MP. Medical school effect on student selection of physical medicine and rehabilitation as a specialty. Arch Phys Med Rehabil 1986; 67 (11): 783-9.
12. Maloney FP. Physical medicine in medical curricula: training primary care physicians and students. Arch Phys Med Rehabil 1984; 65 (9): 562-4.
13. Ogle AA, Garrison SJ, Kaelin DL, Atchison JW, Park YI, Currie DM. Roadmap to physical medicine and rehabilitation: answers to medical students' questions about the field. Am J Phys Med Rehabil 2001; 80 (3): 218-24.
14. Lane ME. Undergraduate curricula in PM&R: implications for resident recruitment and general image of the specialty. Arch Phys Med Rehabil 1983; 64 (7): 287-90.
15. Raissi GR, Vahdatpour B, Ashraf A, Mansouri K. Integrating physical medicine and rehabilitation into the curriculum of Iranian medical students. Disabil Rehabil 2006; 28 (1): 67-70.