

เวชปฏิบัติด้านเวชศาสตร์ฟื้นฟูของบัณฑิตแพทย์ โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์

วราวุธ อีร์ลีกุล*

บทคัดย่อ

การศึกษาเชิงสำรวจภาคตัดขวางเพื่อศึกษาเวชปฏิบัติด้านเวชศาสตร์ฟื้นฟูและความคิดเห็นที่เกี่ยวกับการเรียนการสอนของบัณฑิตแพทย์ศูนย์แพทยศาสตรศึกษา โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ ที่จบการศึกษาในปี พ.ศ. 2553 - 2556 ซึ่งมีจำนวน 187 คน เก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถามทางจดหมายระหว่างเดือนสิงหาคม 2555 ถึง มิถุนายน 2557 โดยส่งเป็นจดหมายพร้อมปิดแสตมป์ไปที่บ้าน หากไม่ตอบกลับมีการติดตามโดยใช้โทรศัพท์และส่งแบบสอบถามซ้ำอีกครั้ง ซึ่งแบบสอบถามมีทั้งหมด 3 ส่วนใหญ่ ประกอบด้วยข้อมูลทั่วไป การทำเวชปฏิบัติ และการจัดการเรียนการสอน โดยได้รับแบบสอบถามกลับร้อยละ 16.0 ผลการศึกษาพบว่า บัณฑิตร้อยละ 56.7 ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชน วิถีทางเวชศาสตร์ฟื้นฟูที่นำไปใช้เดือนละอย่างน้อย 1 ครั้ง มากที่สุดเรียงตามลำดับ ได้แก่ การบริหารเพื่อป้องกันข้อยึดติด การจัดท่านอนเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ และการบริหารยืดกล้ามเนื้อหรือข้อต่อสำหรับกลุ่มผู้ป่วยที่รักษาเดือนละอย่างน้อย 1 ครั้ง มากที่สุด ได้แก่ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง/สมองบาดเจ็บจากสาเหตุอื่นๆ กลุ่มอาการปวดจากระบบกล้ามเนื้อข้อต่อ/กระดูก และผู้ป่วยกระดูกแขนขาหัก บัณฑิตร้อยละ 73.3 ต้องการให้ปรับระยะเวลาการศึกษาเวชศาสตร์ฟื้นฟูจาก 2 สัปดาห์ เป็น 4 สัปดาห์ และร้อยละ 60.0 ต้องการให้จัดการเรียนในชั้นปีที่ 5 รูปแบบการเรียนการสอนที่บัณฑิตเห็นว่ามีความประโยชน์ต่อเวชปฏิบัติมากที่สุดคือ การฝึกปฏิบัติกับผู้ป่วย

คำสำคัญ เวชศาสตร์ฟื้นฟู หลักสูตรวิชา บัณฑิตแพทย์

*แพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู, กลุ่มงานเวชกรรมฟื้นฟู โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี.

บทนำ

เวชศาสตร์ฟื้นฟูเป็นศาสตร์ที่ค่อนข้างใหม่ในวงการแพทย์ ต้องอาศัยวิทยาศาสตร์ทางการแพทย์สมัยใหม่ร่วมกับการดูแลแบบองค์รวมโดยเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง รวมถึงเน้นการทำงานแบบสหสาขาวิชาชีพ การเรียนการสอนนักศึกษาแพทย์จึงค่อนข้างยาก ทั้งในแง่การปลูกฝังให้เกิดเจตคติที่ดีต่อศาสตร์ดังกล่าว และในแง่เนื้อหาวิชาการที่เหมาะสมกับตัวผู้เรียน เนื่องจากเป็นที่น่าสนใจว่าในแต่ละสถาบันที่ผลิตแพทย์มีการจัดการเรียนการสอนที่ไม่เหมือนกันทั้งหลักสูตรและชั้นปีที่จัดการเรียนการสอน ซึ่งพบว่าในหลายๆ ประเทศก็มีปัญหาทั้งด้านระยะเวลาและเนื้อหาเช่นกัน เช่น ในสหราชอาณาจักรมีการจัดการเรียนรู้ที่ไม่ชัดเจนและเนื้อหาไม่พอเพียง^(1,2) ส่วนการจัดการเรียนการสอนในยุโรปกลางและตะวันออกนั้นยังมีน้อยมากรวมทั้งมักสอดแทรกไปกับวิชาอื่น⁽³⁾ ในสหรัฐอเมริกาส่วนใหญ่เน้นการเรียนรู้สำหรับแพทย์ประจำบ้าน^(4,5) เป็นต้น

โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ เป็นสถาบันร่วมผลิตแพทย์ร่วมกับคณะแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัยขอนแก่น และคณะแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี สำหรับรายวิชาเวชศาสตร์ฟื้นฟูมีการจัดการเรียนการสอนในชั้นปีที่ 4 โดยใช้เวลา 2 สัปดาห์ การเรียนการสอนมีทั้งภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติ การวัดผลมีทั้งข้อเขียนและ OSCE (objective structured clinical examination) แต่ยังไม่มีการศึกษาถึงการทำเวช

ปฏิบัติด้านเวชศาสตร์ฟื้นฟูของบัณฑิตแพทย์ที่จบการศึกษามาก่อน ขณะที่การศึกษาในแพทย์เวชปฏิบัติในโรงพยาบาลชุมชนและบัณฑิตแพทย์จากมหาวิทยาลัยอื่นก่อนหน้านี้^(6,7) พบว่า หลักสูตรควรมีการปรับระยะเวลาการเรียนรู้และผนวกเอาเนื้อหาวิชาที่นำไปใช้ปฏิบัติงานจริงร่วมด้วย รวมทั้งแพทย์เวชปฏิบัติมีความต้องการฟื้นฟูวิชาการเรื่องเวชศาสตร์ฟื้นฟูสำหรับเวชปฏิบัติทั่วไป และเนื่องจากปัจจุบันการเรียนการสอนเน้นผู้เรียนและผลลัพธ์เป็นสำคัญ การวิจัยในเชิงสำรวจครั้งนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาเวชปฏิบัติด้านเวชศาสตร์ฟื้นฟูและความคิดเห็นเกี่ยวกับการเรียนการสอนของบัณฑิตแพทย์ซึ่งเป็นข้อมูลจากตัวบัณฑิตของสถาบันเอง

วิธีการศึกษา

การศึกษาเชิงสำรวจภาคตัดขวาง (cross-sectional survey study) ในกลุ่มบัณฑิตแพทย์ที่จบการศึกษาจากศูนย์แพทยศาสตรศึกษา โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี ในปี พ.ศ. 2553 - 2556 ทั้งจากคณะแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัยขอนแก่น และมหาวิทยาลัยอุบลราชธานี ซึ่งพบว่ามีบัณฑิตแพทย์ที่จบการศึกษาระหว่างปีดังกล่าว 187 คน ทั้งหมดได้รับการส่งแบบสอบถามเพื่อเก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามซึ่งประกอบด้วย 3 ส่วนใหญ่ คือ 1) ข้อมูลทั่วไปจำนวน 4 ข้อ 2) การทำเวชปฏิบัติจำนวน 3 ข้อใหญ่ (26 ข้อย่อย) และ 3) การจัดการเรียนการ

สอน 5 ข้อใหญ่ (21 ข้อย่อย) แบบสอบถามถูกส่งออกไประหว่างเดือนสิงหาคม 2555 ถึง เดือนมิถุนายน 2557 โดยส่งทางจดหมายพร้อมซองปิด แสตมป์ไปที่บ้าน หากไม่ตอบกลับภายใน 3 เดือน จะมีการติดตามโดยใช้โทรศัพท์และส่งแบบสอบถามซ้ำอีกครั้ง วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา (ร้อยละและค่าเฉลี่ย)

ผลการศึกษา

จากแบบสอบถามจำนวน 187 ฉบับ มีบัณฑิตแพทย์ตอบแบบสอบถามกลับมาทั้งหมด 30 ราย คิดเป็นอัตราส่งกลับร้อยละ 16.0 เป็นเพศชายร้อยละ 26.7 เพศหญิงร้อยละ 73.3 และมีอายุเฉลี่ย 25.4 ปี ส่วนใหญ่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชน (ร้อยละ 56.7) มีที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลศูนย์ ร้อยละ 26.7 และปฏิบัติงานในโรงพยาบาล

ทั่วไป ร้อยละ 16.7

วิธีการรักษาทางเวชศาสตร์ฟื้นฟูที่เคยทำหรือสั่งการรักษาเดือนละอย่างน้อย 1 ครั้ง เรียงตามลำดับมากที่สุด ได้แก่ การบริหารเพื่อป้องกันข้อยึดติด การจัดท่านอนเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ และการบริหารยืดกล้ามเนื้อหรือข้อต่อ (ตารางที่ 1) ส่วนวิธีการรักษาทางเวชศาสตร์ฟื้นฟูที่เคยทำหรือสั่งการรักษาน้อยที่สุด ได้แก่ การพันตอขาเพื่อเตรียมทำขาเทียม การสอนผู้ป่วย/ญาติใช้รถเข็น และการสอนการเดิน ขณะที่กลุ่มผู้ป่วยที่บัณฑิตแพทย์ให้การรักษาดูแลอย่างน้อย 1 ครั้ง เรียงตามลำดับมากที่สุด ได้แก่ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง/สมองบาดเจ็บจากสาเหตุอื่นๆ กลุ่มอาการปวดจากระบบกล้ามเนื้อข้อต่อ/กระดูก และผู้ป่วยกระดูกแขนขาหัก (ตารางที่ 2)

เวชปฏิบัติด้านเวชศาสตร์ฟื้นฟูของบัณฑิตแพทย์
วราวุธ อีรสีกุล

ตารางที่ 1 แสดงปริมาณการนำวิธีการรักษาทางเวชศาสตร์ฟื้นฟูไปใช้

วิธีการรักษาทางเวชศาสตร์ฟื้นฟูที่เคยทำหรือสั่งการรักษา	จำนวนครั้งของการปฏิบัติต่อเดือน (จำนวน / ร้อยละ)		
	อย่างน้อย 1 ครั้ง	น้อยกว่า 1 ครั้ง	ไม่เคยเลย
1.การประเมินและออกเอกสารรับรองความพิการ	17 (56.7)	7 (23.3)	6 (20.0)
2.การออกกำลังกายเพื่อการบำบัดรักษา			
-การบริหารเพื่อป้องกันข้อยึดติด	21 (70.0)	5 (16.7)	4 (13.3)
-การบริหารยืดกล้ามเนื้อหรือข้อต่อ	19 (63.3)	8 (26.7)	3 (10.0)
-การบริหารเพื่อเพิ่มกำลังกล้ามเนื้อ	16 (53.3)	9 (30.0)	6 (20.0)
-การบริหารแบบแอโรบิกเพื่อเพิ่มความทนทานของร่างกาย	15 (50.0)	7 (23.3)	9 (30.0)
3.การจัดทำนอนเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ	20 (66.7)	7 (23.3)	3 (10.0)
4.การสอนผู้ป่วย/ญาติพลิกตัว/ลุกนั่ง/ลุกยืน	17 (56.7)	8 (26.7)	5 (16.7)
5.การสอนผู้ป่วย/ญาติใช้รถเข็น	8 (26.7)	7 (23.3)	15 (50.0)
6.การเลือกใช้อุปกรณ์ช่วยเดิน *	12 (40.0)	11 (36.7)	6 (20.0)
7. การสอนการเดิน *	7 (23.3)	11 (36.7)	11 (36.7)
8.การเลือกใช้อุปกรณ์ตามแขน/ขา	19 (63.3)	4 (13.3)	7 (23.3)
9.การเลือกใช้อุปกรณ์ตามหลัง/ลำคอ	14 (46.7)	6 (20.0)	10 (33.3)
10.การพันตอขาเพื่อเตรียมทำขาเทียม	5 (16.7)	8 (26.7)	17 (56.7)
11.การจัดทำผู้ป่วยเพื่อระบายเสมหะ	10 (33.3)	11 (36.7)	9 (30.0)
12.การใช้เครื่องมือทางกายภาพเพื่อรักษาอาการปวด/เกร็ง	10 (33.3)	10 (33.3)	10 (33.3)

* มีกลุ่มตัวอย่างไม่ได้ลงข้อมูล 1 ราย

ตารางที่ 2 แสดงปริมาณผู้ป่วยแต่ละกลุ่มโรค

กลุ่มผู้ป่วย	จำนวนครั้งของการปฏิบัติต่อเดือน (ราย/ร้อยละ)		
	อย่างน้อย 1 ราย	น้อยกว่า 1 ราย	ไม่เคยรักษา
1.โรคหลอดเลือดสมอง/สมองบาดเจ็บจากสาเหตุอื่นๆ	28 (93.3)	1 (3.3)	1 (3.3)
2.บาดเจ็บไขสันหลัง	10 (33.3)	15 (50.0)	5 (16.7)
3.บาดเจ็บเส้นประสาท	10 (33.3)	12 (40.0)	8 (26.7)
4.แขนขาขาด	9 (30.0)	7 (23.3)	14 (46.7)
5.กระดูกแขนขาหัก	23 (76.7)	5 (16.7)	2 (6.7)
6.โรคปอด	19 (63.3)	10 (33.3)	1 (3.3)
7.กลุ่มอาการปวดจากระบบกล้ามเนื้อ ข้อต่อ และกระดูก	25 (83.3)	3 (10.0)	2 (6.7)

สำหรับสาเหตุที่บัณฑิตแพทย์ไม่ได้นำการดูแลรักษาทางเวชศาสตร์ฟื้นฟูไปใช้ เนื่องจากเหตุผลสำคัญคือ ผู้ป่วยมีปริมาณน้อย ส่วนเหตุผลอื่นรองลงมา คือ ไม่มั่นใจ/ความรู้ไม่เพียงพอ ลืมวิธีการรักษา และไม่มีเวลาในการแนะนำผู้ป่วย/ญาติ (ตารางที่ 3) สำหรับประเด็นอื่นๆ ที่พบเป็นจำนวน

มากเช่นกันนั้นมีบัณฑิตแพทย์ 1 ท่าน ระบุว่าเนื่องจากผู้ป่วยมีปริมาณมาก ระบุว่าโรงพยาบาลมีภาควิชาออร์โธปิดิกส์ 1 ท่าน ส่งปรึกษาภาควิชาเวชศาสตร์ฟื้นฟู 1 ท่าน และมี 2 ท่าน ที่ระบุว่ายังไม่พบผู้ป่วย นอกจากนั้นไม่ระบุเหตุผลแต่อย่างใด

ตารางที่ 3 แสดงสาเหตุที่ไม่เคยทำหรือสั่งการรักษาโดยวิธีการทางเวชศาสตร์ฟื้นฟู (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

สาเหตุ	จำนวนข้อคิดเห็น = 127 (ร้อยละ)
1. ลืมวิธีรักษา	12 (9.4)
2. ใช้วิธีการรักษาอื่นที่เหมาะสมกว่า	1 (0.8)
3. ไม่มั่นใจ/ความรู้ไม่เพียงพอ	27 (21.3)
4. ไม่มีเวลาในการแนะนำผู้ป่วย/ญาติ	12 (9.4)
5. บุคลากรผู้ปฏิบัติมีไม่เพียงพอ	9 (7.1)
6. ผู้ป่วยหรือญาติไม่ร่วมมือในการปฏิบัติ	0 (0.0)
7. ผู้ป่วยมีปริมาณน้อย	33 (26.0)
8. อื่นๆ	33 (26.0)

ในด้านการจัดการเรียนการสอนนั้น บัณฑิตแพทย์ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 73.3) มีความเห็นว่าระยะเวลาการเรียนการสอนเวชศาสตร์ฟื้นฟูที่เหมาะสมคือ 4 สัปดาห์ โดยร้อยละ 60.0 เห็นว่าควรจัดการเรียนการสอนในชั้นปีที่ 5 ทั้งนี้มี 1 รายที่เห็นว่าควรจัดการเรียนการสอนในชั้นปีที่ 3 และ 4 และอีก 1 รายที่เห็นว่าควรจัดการเรียนการสอนในชั้นปีที่ 4 และ 6 นอกจากนั้นบัณฑิตแพทย์ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 66.7) เห็นว่าควรจัดการเรียนการสอนแยกกันกับภาควิชาอื่นๆ ส่วนที่เห็นว่าควรจัด

รวมกันนั้นมี 1 ราย โดยเห็นว่าควรจัดรวมกับภาควิชาออร์โธปิดิกส์

สำหรับรูปแบบการเรียนการสอนที่บัณฑิตแพทย์ส่วนใหญ่เห็นว่ามีประโยชน์ต่อเวชปฏิบัติมากที่สุดคือ การฝึกปฏิบัติกับผู้ป่วย (clinical practice) รองลงมาคือ การบรรยาย (lecture) และการสอนข้างเตียง (bedside teaching) ตามลำดับ ส่วนรูปแบบการเรียนการสอนที่ไม่มีบัณฑิตแพทย์เลือกเลยคือ การฝึกทำโครงการ/วิจัย (project) (ตารางที่ 4)

ตารางที่ 4 แสดงรูปแบบการเรียนการสอนที่นักศึกษาเห็นว่ามีความเหมาะสมต่อเวชปฏิบัติที่สุด (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

รูปแบบการเรียนการสอน	จำนวนข้อคิดเห็น = 138 (ร้อยละ)
1.การบรรยาย (lecture)	27 (19.6)
2.การอภิปรายกลุ่ม (group discussion)	7 (5.1)
3.การเรียนรู้โดยการกำกับตนเอง (self-directed learning)	6 (4.3)
4.การฝึกทำโครงการ/วิจัย (project)	0 (0.0)
5.การฝึกปฏิบัติในสถานการณ์จำลอง (simulated situation)	20 (14.5)
6.การฝึกปฏิบัติกับผู้ป่วย (clinical practice)	30 (21.7)
7.การสอนข้างเตียง (bedside teaching)	25 (18.1)
8.การฝึกประสบการณ์ในชุมชน (community experience)	14 (10.1)
9.การปฏิบัติตนเป็นแบบอย่าง (role model)	9 (6.5)

วิจารณ์

ผลการศึกษาพบว่า บัณฑิตส่วนใหญ่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชน ซึ่งลักษณะงานจะเป็นเวชปฏิบัติทั่วไป วิธีการรักษาทางเวชศาสตร์ฟื้นฟูที่เคยทำหรือสั่งการรักษามากที่สุด ได้แก่ การบริหารเพื่อป้องกันข้อยึดติด การจัดทำนอนเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ และการบริหารยึดกล้ามเนื้อหรือข้อต่อ สอดคล้องกับกลุ่มผู้ป่วยที่รักษาได้แก่ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง/สมองบาดเจ็บจากสาเหตุอื่นๆ กลุ่มอาการปวดจากระบบ

กล้ามเนื้อข้อต่อ/กระดูก และผู้ป่วยกระดูกแขนขาหัก เนื่องจากผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าวต้องใช้วิธีการรักษาข้างต้น ทั้งนี้ลำดับของกลุ่มผู้ป่วยดังกล่าวเหมือนกับการศึกษาในกลุ่มบัณฑิตแพทย์โดย ปานจิตวรรณภีระและคณะ⁽⁶⁾ ส่วนวิธีการรักษาทางเวชศาสตร์ฟื้นฟูที่เคยทำหรือสั่งการรักษาน้อยที่สุดคือ การพันตอขาเพื่อเตรียมทำขาเทียมนั้นก็สอดคล้องกับจำนวนผู้ป่วยที่มีภาวะดังกล่าวซึ่งมีปริมาณน้อยในโรงพยาบาลชุมชน ดังนั้นการจัดการเรียนการสอนต้องคำนึงถึงความสอดคล้อง

กับที่ปัญหาที่บัณฑิตต้องไปเผชิญด้วย เนื่องจากความต้องการของผู้เรียนและการนำไปใช้ก็เป็นปัจจัยสำคัญในการพัฒนาหลักสูตร

สำหรับอุปสรรคที่ทำให้ไม่สามารถนำทักษะทางเวชศาสตร์ฟื้นฟูไปใช้อย่างเต็มที่ คือ ผู้ป่วยมีปริมาณน้อยและเหตุผลอื่นๆ รองลงมาคือ ไม่มั่นใจ/ความรู้ไม่เพียงพอ ซึ่งขัดแย้งกับการศึกษาที่ผ่านมาที่ระบุว่าอุปสรรคสำคัญ คือ ข้อจำกัดด้านเวลา⁽⁶⁾ และการขาดที่ปรึกษาเวลามีปัญหา⁽⁷⁾ ส่วนผลการศึกษานี้ที่ระบุว่าผู้ป่วยมีปริมาณน้อยคาดว่าเกิดจากการที่บัณฑิตไม่สามารถนำวิธีการรักษาทางเวชศาสตร์ฟื้นฟูไปบูรณาการใช้กับโรคต่างๆได้ เนื่องจากการเรียนการสอนวิชาเวชศาสตร์ฟื้นฟูส่วนใหญ่เน้นการรักษาแต่ละโรค และส่วนน้อยที่เน้นการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพตามกลุ่มอาการ⁽⁸⁾ ซึ่งปัจจุบันการเรียนการสอนเวชศาสตร์ฟื้นฟูในโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ยังมีลักษณะดังกล่าวอยู่ ดังนั้นอาจมีความจำเป็นต้องปรับเนื้อหาเพื่อให้บัณฑิตเข้าใจการรักษาทางเวชศาสตร์ฟื้นฟูที่ไม่ได้จำกัดเฉพาะโรคที่มีในหลักสูตรเท่านั้น แต่ยังสามารถประยุกต์ใช้กับโรคที่มีกลุ่มอาการเดียวกันด้วย

อนึ่ง การปรับปรุงหลักสูตรการเรียนการสอนในสาขาวิชาใดวิชาหนึ่งมีปัจจัยหลายอย่างที่ต้องพิจารณาร่วม เช่น ปัจจัยด้านสถาบัน⁽⁹⁾ หลักสูตรแพทยศาสตรบัณฑิตโดยรวม⁽¹⁾ การให้คำปรึกษาด้านวิชาชีพในอนาคต⁽¹⁰⁾ และผลกระทบต่อการศึกษาบัณฑิตเฉพาะทาง⁽¹¹⁾ ปัจจุบันโรง

พยาบาลสรรพสิทธิประสงค์จัดการเรียนการสอนในชั้นปีที่ 4 ใช้ระยะเวลา 2 สัปดาห์ โดยต่อเนื่องจากภาควิชาศัลยศาสตร์ออร์โธปิดิกส์ แต่ข้อมูลจากบัณฑิตแพทย์ต้องการให้มีการจัดการเรียนการสอนในชั้นปีที่ 5 และเพิ่มระยะเวลาจาก 2 สัปดาห์ เป็น 4 สัปดาห์ ซึ่งทำได้ยากมาก เนื่องจากกระทบกับการจัดหลักสูตรในภาพรวม สิ่งที่ทำได้จึงน่าจะเป็นการสนับสนุนให้นักศึกษาเลือกเป็นวิชาเลือกอิสระเพื่อเป็นการเพิ่มพูนทักษะเฉพาะด้านมากขึ้นเพื่อเสริมสร้างความมั่นใจและความพึงพอใจ⁽¹²⁾ หรือเพิ่มการประชุมวิชาการระหว่างภาควิชาเพื่อให้นักศึกษามองเห็นบทบาทของเวชศาสตร์ฟื้นฟูให้มากขึ้น ซึ่งจะช่วยปรับทัศนคติต่อการเรียนในรายวิชานี้และเป็นจุดเริ่มต้นที่ดีของการนำไปใช้ในอนาคตรวมทั้งกระตุ้นความสนใจที่จะเข้ารับการศึกษาต่อแพทย์ประจำบ้านสาขานี้มากขึ้น^(12,13)

สำหรับรูปแบบการเรียนการสอนนั้น ถึงแม้ว่าในปัจจุบันยังเน้นการบรรยายเป็นหลัก ขณะที่บัณฑิตแพทย์ก็ยังเห็นว่าประโยชน์ต่อเวชปฏิบัติอยู่ แต่ก็ควรจะมีการฝึกปฏิบัติกับผู้ป่วย (clinical practice) ให้มากขึ้น โดยอาจเป็นในรูปแบบของการออกตรวจผู้ป่วยนอกและการรับผู้ป่วยในหอผู้ป่วยให้มากขึ้น ส่วนรูปแบบการเรียนการสอนที่ไม่มีบัณฑิตแพทย์เลือกเลยคือ การฝึกทำโครงการ/วิจัย (project) ทั้งนี้คาดว่าจะระยะเวลาในการเรียนค่อนข้างสั้นและนักศึกษายังไม่มีความรู้ความชำนาญเพียงพอ

ข้อจำกัดของการศึกษา คือ อัตราการตอบแบบสอบถามที่มีเพียงร้อยละ 16.0 ทั้งที่ผู้วิจัยได้ส่งแบบสอบถามซ้ำไปยังกลุ่มอาสาสมัครส่วนใหญ่ แต่ได้รับแบบตอบกลับที่มีข้อมูลครบถ้วนเพียง 30 ฉบับ คาดว่าสาเหตุเพราะอาจมีการย้ายที่อยู่อาศัย ทำให้ไม่ได้รับแบบสอบถามหรือบันทึกแพทย์ไม่มีเวลาตอบแบบสอบถาม แม้ว่าจะโทรศัพท์ติดต่อไปก่อนหน้านี้แล้ว

สรุป

วิธีการรักษาทางเวชศาสตร์ฟื้นฟูที่บัณฑิตแพทย์เคยทำหรือสั่งการรักษาบ่อยที่สุดคือ การบริหารเพื่อป้องกันข้อยึดติด ส่วนกลุ่มผู้ป่วยที่รักษาบ่อยที่สุด ได้แก่ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง/สมองขาดเลือดจากสาเหตุอื่นๆ ขณะที่การฝึกปฏิบัติกับผู้ป่วยเป็นรูปแบบการเรียนการสอนที่บัณฑิตแพทย์เห็นว่ามีความประโยชน์ต่อเวชปฏิบัติมากที่สุด ทั้งนี้การจัดการเรียนการสอนที่ผ่านมาอาจยังไม่สอดคล้องและส่งเสริมให้มีการนำทักษะด้านเวชศาสตร์ฟื้นฟูไปใช้ในเวชปฏิบัติอย่างจริงจัง การจัดหลักสูตรนอกจากการคำนึงถึงหลักสูตรของแต่ละสถาบันแล้วยังต้องตอบสนองต่อความต้องการของบัณฑิตแพทย์ ควรจัดเนื้อหาและการฝึกปฏิบัติให้เหมาะสมกับบริบทของการทำงานในพื้นที่ ซึ่งจะช่วยให้การเรียนการสอนมีความประโยชน์ และบัณฑิตแพทย์มีการประยุกต์ใช้ความรู้ด้านนี้มากขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1. Maloney FP. Physical medicine in medical curricula: training primary care physicians and students. Arch Phys Med Rehabil 1984;65:562-4.
2. Marshall J, Haines A. Survey of the teaching of disability and rehabilitation to medical undergraduates in the UK. Med Educ 1990;24:528-30.
3. Dusek T, Bates T. Analysis of European medical school's teaching programs. Croatian Med J 2003;44: 26-31. Available from :URL: <http://www.cmj.hr/2003/44/1/12590425.pdf>
4. Laskowski ER, Mountvic M, Smith J, et al. Integration of physical medicine and rehabilitation into a medical school curriculum: musculoskeletal evaluation and rehabilitation. Am J Phys Med Rehabil 2000;79:551-7.
5. Wong KN, Hills EC, Strax TE. Rotating stations: an innovative approach to third-year medical student education in physical medicine and rehabilitation. Am J Phys Med Rehabil 1994;73:23-6.

-
6. ปานจิต วรรณภีระ, วิโรจน์ วรรณภีระ, ยงยศ จริยวิทยาวัฒน์, และคณะ. การนำความรู้ด้านเวชศาสตร์ฟื้นฟูไปใช้ในเวชปฏิบัติภายหลังจบหลักสูตรแพทยศาสตรบัณฑิต มหาวิทยาลัยนเรศวร. เวชศาสตร์ฟื้นฟูสาร 2549;16(2):60-6.
 7. สยาม ทองประเสริฐ, อภินา ไชวาทะ. การศึกษาการใช้ความรู้เวชศาสตร์ฟื้นฟูโดยแพทย์เวชปฏิบัติของโรงพยาบาลชุมชนในประเทศไทย. เวชศาสตร์ฟื้นฟูสาร 2556;23(2):51-6.
 8. วสุวัฒน์ กิตติสมประยูรกุล, อภินา ไชวาทะ, วรพล อร่ามรัศมีกุล. การจัดการเรียนการสอนเวชศาสตร์ฟื้นฟูสำหรับนักศึกษาแพทย์. เวชศาสตร์ฟื้นฟูสาร 2555;22(2):70-2.
 9. 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.
 10. 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.
 11. 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.
 12. Raissi GR, Vahdatpour B, Ashraf A, Mansouri K. Integrating physical medicine and rehabilitation into curriculum of Iranian medical students. Disabil Rehabil 2006;28(1):67-70.
 13. Stiens SA, Berkin D. A clinical rehabilitation course for college undergraduates provides an introduction to biopsychosocial interventions that minimized disablement. Am J Phys Med Rehabil 1997;76(6):462-70.

Rehabilitation Medicine Practice in Graduates from Medical Education Center, Sunpasitthiprasong Hospital

Warawut Teeraleekul*

Abstract

The aim of this cross-sectional survey study was to assess the practice of rehabilitation medicine and opinion on curriculum among general practitioners who had graduated from Medical Education Center, Sunpasitthiprasong Hospital during 2010-2013. Self-administered postal questionnaires were sent to 187 medical graduates from Sunpasitthiprasong Hospital in 2010-2013 during August 2012 and June 2014. The questionnaires had 12 articles including 4 of general information, 3 of rehabilitation medicine procedures, and 5 of teaching programs. If questionnaires were not returned, telephone reminder would be conducted to those non-respondents. Also, another questionnaire would be sent. Descriptive statistic was used. Sixteen percent of postal questionnaires were returned and analyzed. Most of graduates (56.7%) practiced in the rural hospitals. The common procedures of rehabilitation medicine used or ordered were range of motion exercise, bed positioning and stretching exercise. The common groups of patients were cerebrovascular diseases/ brain injuries, musculoskeletal pain and fracture of extremities. Most of graduates (73.3%) preferred a 4-week course than a 2-week course while 60% preferred teaching during the fifth year. Clinical practice was the most selected teaching program.

Key words: rehabilitation medicine, curriculum, medical graduates

*Rehabilitation Medicine. Department of Rehabilitation Medicine, Sunpasitthiprasong Hospital, Ubon Ratchathani.