

# การศึกษาเปรียบเทียบระดับความรู้จริงและความรู้ ที่คาดหวังของแพทย์เมื่อเข้ารับหรือผ่านการอบรม หลักสูตรวุฒิบัตรสาขาเวชศาสตร์ฟื้นฟู

นภาพร ชัชวาลพาณิชย์, พ.บ.

ภาควิชาเวชศาสตร์ฟื้นฟู คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล

นภาพร ชัชวาลพาณิชย์. การศึกษาเปรียบเทียบระดับความรู้จริงและความรู้ที่คาดหวังของแพทย์เมื่อเข้ารับหรือผ่านการอบรม  
หลักสูตรวุฒิบัตรสาขาเวชศาสตร์ฟื้นฟู. เวชศาสตร์ฟื้นฟูสาร 2545; 11(3): 117-126

## บทคัดย่อ

**วัตถุประสงค์ :** เพื่อศึกษาว่าในการฝึกอบรมหลักสูตรวุฒิบัตรสาขาเวชศาสตร์ฟื้นฟูนั้น แพทย์ได้รับความรู้เท่ากับที่ตนเองคาดหวังหรือไม่

**รูปแบบการวิจัย :** วิจัยเชิงพรรณนา

**วิธีการ :** ใช้แบบสอบถาม ถามแพทย์ประจำบ้านเวชศาสตร์ฟื้นฟูและแพทย์ที่จบการศึกษาไม่เกิน 5 ปี โดยศึกษาระดับความรู้ความชำนาญที่แท้จริงของแพทย์และความรู้ที่คาดหวังว่าจะได้รับจากการดูแลรักษาผู้ป่วยในสถาบันและจากการเรียนการสอนใน 31 หัวข้อ

**ผลการศึกษา :** มีผู้ตอบแบบสอบถาม 47 ราย แพทย์ทั้งหมดคิดว่าตนเองมีความรู้จริงไม่สูงเท่ากับความรู้ที่คาดหวัง ไม่มีเรื่องใดเลยที่แพทย์คิดว่ามีระดับความรู้จริงดีเหนือมาตรฐาน แพทย์ที่จบการอบรมแล้วส่วนใหญ่คิดว่าตนเองมีความรู้จริงเพียงพอที่จะนำไปปฏิบัติในทุกเรื่องยกเว้นเรื่อง swallowing disorder และ sexual rehabilitation ที่แพทย์คิดว่ามีความรู้จริงไม่เพียงพอที่จะนำไปปฏิบัติ

**สรุป :** การศึกษานี้ อาจใช้เป็นแนวทางในการปรับปรุงหลักสูตรแพทย์ประจำบ้าน โดยเสริมกิจกรรมการเรียนการสอนในเรื่องที่แพทย์ส่วนใหญ่คิดว่ามีความรู้จริงไม่เพียงพอที่จะนำไปปฏิบัติ

**คำสำคัญ :** การศึกษา, แพทย์ประจำบ้านเวชศาสตร์ฟื้นฟู, หลักสูตร

ในประเทศไทยมีการฝึกอบรมหลักสูตรผู้มีความรู้ความชำนาญสาขาเวชศาสตร์ฟื้นฟูตั้งแต่ปี พ.ศ.2525<sup>(1)</sup> ปัจจุบันมีสถาบันหลักที่ให้การอบรม 6 แห่ง คือ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล คณะแพทยศาสตร์รามธิบดี คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย คณะแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ กองเวชศาสตร์ฟื้นฟูโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้าและคณะแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัยขอนแก่น โดยการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านนั้น สถาบันฝึกอบรมแต่ละแห่งมีการกำหนดกิจกรรมการเรียนการสอนของแต่ละสถาบันโดยมีหลักสูตรรวมร่วมกัน อย่างไรก็ตามยังไม่มีการศึกษาอย่างจริงจังว่าความรู้ความชำนาญที่แพทย์ได้รับการดูแลผู้ป่วยในสถาบันและที่ได้จากการเรียนการสอนนั้นมากน้อยเพียงไร มีเรื่องใดบ้างที่แพทย์คิดว่าตนเองยังมีความรู้ไม่เพียงพอ กับความรู้ที่คาดหวังว่าจะได้รับการอบรม จึงได้จัดทำงานศึกษาวิจัยชิ้นนี้ขึ้น

#### วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาระดับความรู้จริงและระดับความรู้ที่คาดหวังของแพทย์ประจำบ้านเวชศาสตร์ฟื้นฟู และแพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟูที่จบการอบรมแล้วไม่เกิน 5 ปี ว่ามีระดับความรู้มากน้อยเพียงไร และแพทย์ได้รับความรู้เท่ากับที่ตนเองคาดหวังไว้หรือไม่ ในหัวข้อใดบ้างที่แพทย์คิดว่ายังมีความรู้ไม่เพียงพอ กับความรู้ที่คาดหวังว่าจะได้รับการอบรม

#### วัสดุและวิธีการ

ทำการศึกษาแพทย์ประจำบ้านเวชศาสตร์ฟื้นฟูที่กำลังศึกษาในปี พ.ศ.2543 และแพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟูที่จบการศึกษามาไม่เกิน 5 ปี ในประเทศไทย โดยข้อมูลการศึกษาประกอบด้วยข้อมูลทั่วไป ได้แก่ อายุ เพศ ปีที่จบการศึกษา โรคที่พบบ่อยและโรคที่เป็นปัญหาในการตรวจรักษา และระดับความรู้ของแพทย์ซึ่งแบ่งเป็น ระดับความรู้ความชำนาญจริงของแพทย์ที่ได้ จากการดูแลรักษาผู้ป่วยและที่ได้จากการเรียนการสอนในสถาบันที่กำลังศึกษาหรือจบการศึกษา และระดับความรู้ที่แพทย์คาดว่าจะได้รับจากการฝึกอบรมในเรื่องต่างๆ รวมทั้งหมด 31 หัวข้อ ทำการสำรวจโดยให้ตอบแบบสอบถาม ให้ผู้ตอบระบุคะแนนตามระดับความรู้ของตนเองในหัวข้อต่างๆ ซึ่งแยก

การให้คะแนนเป็น 2 ส่วน คือ 1. ระดับความรู้จริงคือ ความรู้ที่คิดว่าตนเอง มีอยู่จริง และ 2. ระดับความรู้ที่คาดหวังคือระดับความรู้ที่คาดว่าจะได้รับการดูแลผู้ป่วยในสถาบันหรือที่ได้จากการเรียนการสอน โดยการให้คะแนน ให้ตั้งแต่ระดับ 1 - 5 ดังนี้

- คะแนน 1 = ไม่มีความรู้หรือมีน้อยมาก
- 2 = มีความรู้แต่ไม่เพียงพอที่จะนำไปปฏิบัติ
- 3 = มีความรู้เพียงพอที่จะนำไปปฏิบัติ
- 4 = มีความรู้ดีเหนือมาตรฐาน
- 5 = มีความรู้ดีมาก

ได้แจกแบบสอบถามให้ทำในงานประชุมวิชาการประจำปี พ.ศ. 2543 ของสมาคมเวชศาสตร์ฟื้นฟู และส่งแบบสอบถามทางไปรษณีย์ให้ผู้ที่ไม่ได้มาร่วมงาน

#### รูปแบบการวิจัยและการวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

วิจัยเชิงพรรณนาและวิเคราะห์ทางสถิติโดยใช้โปรแกรม SPSS 10.0

1. คิตค่าความชุกโดยใช้ค่าฐานนิยม (mode), ค่ามัธยฐาน (median)
2. คำนวณค่าความเชื่อมั่นโดยใช้ Wilcoxon Signed Rank Test สำหรับความแตกต่างของระดับความรู้จริงและความรู้ที่ คาดหวัง และ Mann Whitney U Test สำหรับเปรียบเทียบระดับความรู้ของแพทย์กับแพทย์ประจำบ้าน และของชายกับหญิง

#### ผลการศึกษา

กลุ่มประชากร 71 ราย มีผู้ทำแบบสอบถามทั้งหมด 47 ราย (66.2%) มีลักษณะทั่วไป หรือข้อมูลเบื้องต้นเกี่ยวกับประชากรดังตารางที่ 1.

ในตารางที่ 1 แสดงให้เห็นว่ามีผู้ตอบแบบสอบถามทั้งหมด 47 ราย แบ่งเป็นเพศชาย 14 ราย (29.8%) เพศหญิง 33 ราย (70.2%) แพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟูที่จบการศึกษามาไม่เกิน 5 ปี จำนวน 27 ราย (57.4%) และแพทย์ประจำบ้านเวชศาสตร์ ฟื้นฟูที่กำลังศึกษาในปี พ.ศ.2543 จำนวน 20 ราย (42.6%)

กลุ่มโรคที่แพทย์พบว่ามีปัญหาในการตรวจรักษา คือ Chronic pain, Pediatric rehabilitation, Musculoskeletal pain และ Cardiac rehabilitation ดังตารางที่ 2

ลักษณะประชากร	จำนวน (ราย)	จำนวน (%)
เพศ ชาย	14	29.8
หญิง	33	70.2
ปีที่จบเป็นแพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู		
พ.ศ. 2538	4	8.5
พ.ศ. 2539	8	17.0
พ.ศ. 2540	2	4.3
พ.ศ. 2541	3	6.4
พ.ศ. 2542	10	21.3
แพทย์ประจำบ้าน	20	42.6

ตารางที่ 1 แสดงลักษณะทั่วไปของแพทย์และแพทย์ประจำบ้านที่ตอบแบบสอบถาม

โรค	จำนวน (ราย)	จำนวน (%)
Chronic pain	15	31.9
Pediatric rehabilitation	5	10.6
Musculoskeletal pain	5	10.6
Cardiac rehabilitation	4	8.5

ตารางที่ 2 แสดงกลุ่มโรคที่แพทย์มีปัญหาในการตรวจรักษา 4 อันดับแรก

ในตารางที่ 2 แสดงให้เห็นว่า กลุ่มโรคที่แพทย์พบว่ามีปัญหาในการตรวจรักษาเป็นอันดับแรกคือ chronic pain มีจำนวน 15 ราย คิดเป็น 31.9% อันดับที่สองคือ pediatric rehabilitation และ musculoskeletal pain มีจำนวน 5 ราย คิดเป็น 10.6% และอันดับต่อมาคือ cardiac rehabilitation มีจำนวน 4 ราย คิดเป็น 8.5%

ส่วนกลุ่มโรคที่แพทย์พบบ่อยในการตรวจรักษาคือ back and neck pain, musculoskeletal pain อื่นๆ และ stroke rehabilitation ดังตารางที่ 3

โรค	จำนวน (ราย)	จำนวน (%)
Back and neck pain	29	61.7
Musculoskeletal pain อื่นๆ	8	17.0
Stroke rehabilitation	8	17.0

ตารางที่ 3 แสดงกลุ่มโรคที่แพทย์พบบ่อยในการตรวจรักษา 3 อันดับแรก

ในตารางที่ 3 แสดงให้เห็นว่า กลุ่มโรคที่แพทย์พบบ่อยในการตรวจรักษาเป็นอันดับแรกคือ back and neck pain มีจำนวน 29 ราย คิดเป็น 61.7%, อันดับต่อมาคือ musculoskeletal pain อื่นๆ และ stroke rehabilitation มีจำนวน 8 ราย คิดเป็น 17.0%

### ด้านความรู้ความชำนาญที่ได้รับจากการดูแลรักษาผู้ป่วยในสถาบัน

#### ระดับความรู้ของแพทย์ประจำบ้าน

จากผลการสำรวจพบว่าเรื่องที่แพทย์ประจำบ้านส่วนใหญ่คิดว่าตนเองไม่มีความรู้หรือมีน้อยมากมี 2 หัวข้อคือ occupational rehabilitation และ sexual rehabilitation เรื่องที่มีความรู้เพียงพอที่จะนำไปปฏิบัติมี 7 หัวข้อคือ stroke rehabilitation, head injury rehabilitation, physical modalities และ electrodiagnosis ส่วนในหัวข้อที่เหลือนั้นแพทย์ประจำบ้านส่วนใหญ่คิดว่าตนเองมีความรู้แต่ไม่เพียงพอที่จะนำไปปฏิบัติ ไม่มีหัวข้อใดเลยที่แพทย์ประจำบ้านส่วนใหญ่คิดว่าตนเองมีความรู้ดีเหนือมาตรฐานหรือมีความรู้ดีมาก

ส่วนค่าระดับความรู้ที่คาดหวังว่าจะได้รับการดูแลรักษาผู้ป่วยในสถาบันพบว่า เรื่องที่แพทย์ประจำบ้านส่วนใหญ่คาดหวังว่าจะมีความรู้ดีมากมี 3 หัวข้อคือ spinal cord injury management, physical modalities และ electrodiagnosis หัวข้อที่แพทย์ประจำบ้านส่วนใหญ่คาดหวังว่าจะมีความรู้ดีเหนือมาตรฐานมี 7 หัวข้อคือ musculoskeletal / soft tissue disorder, chronic pain, stroke rehabilitation และ prosthetic / orthotics ส่วนในหัวข้อที่เหลือนั้นแพทย์ประจำบ้านส่วนใหญ่คาดหวังว่าจะมีความรู้เพียงพอที่จะนำไปปฏิบัติเท่านั้น

ระดับความรู้ของแพทย์ที่จบการอบรมแล้วไม่เกิน 5 ปี จากผลการสำรวจพบว่าเรื่องที่แพทย์ที่จบการอบรมแล้วส่วนใหญ่คิดว่าตนเองมีความรู้แต่ไม่เพียงพอที่จะนำไปปฏิบัติมีเพียง 2 หัวข้อคือ swallowing disorder และ sexual rehabilitation ส่วนในหัวข้อที่เหลือนั้นแพทย์ที่จบการอบรมแล้วส่วนใหญ่คิดว่าตนเองมีความรู้เพียงพอที่จะนำไปปฏิบัติ ไม่มีหัวข้อใดเลยที่แพทย์ส่วนใหญ่คิดว่าตนเองมีความรู้ดีเหนือมาตรฐานหรือมีความรู้ดีมาก

ส่วนค่าระดับความรู้ที่คาดหวังว่าจะได้รับการ

การดูแลรักษาผู้ป่วยในสถาบันพบว่า เรื่องที่แพทย์ที่จบการอบรมแล้วส่วนใหญ่คาดหวังว่าจะมีความรู้ดีมามี 5 หัวข้อ คือ musculoskeletal / soft tissue disorder, stroke rehabilitation, spinal cord rehabilitation, therapeutic injections / nerve blocks และ electrodiagnosis หัวข้อที่แพทย์คาดหวังว่าจะมีความรู้ดีเหนือมาตรฐานมี 2 หัวข้อ คือ degenerative diseases of the CNS และ physical

modalities ส่วนในหัวข้อที่เหลือนั้นแพทย์ส่วนใหญ่คาดหวังว่าจะมีความรู้เพียงพอที่จะนำไปปฏิบัติเท่านั้น ซึ่งผลของระดับความรู้ความชำนาญที่ได้รับจากการดูแลรักษาผู้ป่วยในสถาบันทั้งหมดแสดงในตารางที่ 4

ในตารางที่ 4 แสดงให้เห็นถึงระดับความรู้ความชำนาญที่ได้รับจากการดูแลรักษาผู้ป่วยในสถาบันทั้งระดับความรู้จริง และระดับความรู้ที่คาดหวังของแพทย์ประจำ

เรื่อง	แพทย์ประจำบ้าน				แพทย์ที่จบการอบรมแล้วไม่เกิน 5 ปี			
	ระดับความรู้จริง		ระดับความรู้ที่คาดหวัง		ระดับความรู้จริง		ระดับความรู้ที่คาดหวัง	
	Mode	Median	Mode	Median	Mode	Median	Mode	Median
Occupational rehabilitation	1	2	3	3	3	3	3	4
Sports-related disorders	2	2	3	3	3	3	3	4
Musculoskeletal/Soft tissue disorder	2	2.5	4	4	3	3	5	4
Connective tissue disorders/Arthritis	2	2	3	4	3	3	3	4
Chronic pain	2	2	4	4	3	3	3	4
Stroke rehabilitation	3	3	4	4	3	3	5	4
Head injury rehabilitation	3	2.5	4	4	3	3	3	4
Degenerative diseases of the CNS	2	2	3	3.5	3	3	4	4
Geriatric rehabilitation	2	2	4	4	3	3	3	4
Cardiac rehabilitation	2	2	3	3	3	3	3	4
Pulmonary rehabilitation	3	2	4	4	3	3	3	4
Cancer rehabilitation	2	2	3	3.5	3	3	3	3
Orthopedic rehabilitation	3	2	3	4	3	3	3	4
Hand rehabilitation	2	2	3	4	3	3	3	4
Foot disorders 2	2	3	4	3	3	3	4	
Spinal cord injury management	3	3	5	4	3	3	5	5
Communication disorder	2	2	3	3	3	3	3	3
Swallowing disorder	2	2	3	3	2	2	3	3
Sexual rehabilitation	1	1	3	3	2	2	3	3
Pediatric rehabilitation	2	2	3	4	3	3	3	4
Therapeutic injections/Nerve blocks	2	2	3	4	3	3	5	4
Physical modalities	3	3	5	4	3	3	4	4
Imaging studies for physiatrist	2	2	3	3	3	3	3	4
Electrodiagnosis	3	2	5	4	3	3	5	4
Prosthetics/Orthotics	2	2	4	4	3	3	3	4

ตารางที่ 4 แสดงความรู้ความชำนาญที่ได้รับจากการดูแลรักษาผู้ป่วยในสถาบันของแพทย์

บ้านเปรียบเทียบกับระดับความรู้ของแพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟูที่จบการอบรมมาไม่เกิน 5 ปี

เมื่อดูความแตกต่างระหว่างระดับความรู้จริงและระดับความรู้ที่คาดหวังทั้งของแพทย์ประจำบ้านและแพทย์ที่จบการอบรมแล้ว พบว่าค่าระดับความรู้จริงไม่สูงเท่ากับระดับความรู้ที่คาดหวังและมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในทุกๆ เรื่อง (Wilcoxon Signed Rank Test,  $p < 0.05$ ) ไม่พบความแตกต่างของระดับความรู้ทั้งความรู้จริงและความรู้ที่คาดหวังระหว่างเพศชาย และเพศหญิงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในทุกๆ เรื่อง (Mann Whitney U Test,  $p > 0.05$ ) เมื่อดูระดับความรู้ระหว่างแพทย์ที่จบการอบรมแล้วกับแพทย์ประจำบ้านพบว่าระดับความรู้ที่คาดหวังไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในทุกๆ เรื่อง ( $p > 0.05$ ) ส่วนระดับความรู้จริงมีเพียง 2 หัวข้อ คือ pulmonary rehabilitation และ swallowing disorder ที่แพทย์ทั้ง 2 กลุ่ม มีระดับความรู้ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p = 0.064$  และ  $0.076$  ตามลำดับ) นอกจากนั้นแล้วระดับความรู้จริงของแพทย์ประจำบ้านต่ำกว่าระดับความรู้ของแพทย์ที่จบการศึกษาแล้วอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

#### ด้านความรู้ความชำนาญที่ได้รับจากการเรียนการสอนระดับความรู้ของแพทย์ประจำบ้าน

จากผลการสำรวจพบว่าเรื่องที่แพทย์ประจำบ้านส่วนใหญ่คิดว่าตนเองไม่มีความรู้หรือมีน้อยมากมี 4 หัวข้อ คือ occupational rehabilitation, foot disorders, therapeutic injections / nerve blocks และ research skills เรื่องที่มีความรู้เพียงพอที่จะนำไปปฏิบัติมี 13 หัวข้อ คือ anatomy / kinesiology, exercise physiology, therapeutic exercise, spasticity, sports - related disorders, musculoskeletal / soft tissue disorder, connective tissue disorders / arthritis, stroke rehabilitation, head injury rehabilitation, orthopaedic rehabilitation, spinal cord injury management, pediatric rehabilitation และ physical modalities ส่วนในหัวข้อที่เหลือนั้นแพทย์ประจำบ้านส่วนใหญ่คิดว่าตนเองมีความรู้แต่ไม่เพียงพอที่จะนำไปปฏิบัติ ไม่มีหัวข้อใดเลยที่แพทย์ประจำบ้านส่วนใหญ่คิดว่าตนเองมีความรู้ดีเหนือมาตรฐานหรือมีความรู้ดีมาก

ส่วนค่าระดับความรู้ที่คาดหวังว่าจะได้รับจาก

การเรียนการสอนพบว่าเรื่องที่แพทย์ประจำบ้านส่วนใหญ่คาดหวังว่าจะมีความรู้ดีมากมี 6 หัวข้อ คือ therapeutic exercise, spinal cord injury management, therapeutic injections / nerve blocks, electrodiagnosis และ prosthetics / orthotics หัวข้อที่แพทย์ประจำบ้านส่วนใหญ่คาดหวังว่าจะมีความรู้เพียงพอที่จะนำไปปฏิบัติมี 6 หัวข้อ คือ head injury rehabilitation, orthopaedic rehabilitation, hand rehabilitation, pediatric rehabilitation, imaging studies for physiatrist และ communication disorder ส่วนในหัวข้อที่เหลือนั้นแพทย์ประจำบ้านส่วนใหญ่คาดหวังว่าจะมีความรู้ที่ได้จากการเรียนการสอนดีเหนือมาตรฐานซึ่งมีทั้งหมด 19 หัวข้อ

#### ระดับความรู้ของแพทย์ที่จบการอบรมแล้วไม่เกิน 5 ปี

จากผลการสำรวจพบว่าเรื่องที่แพทย์ที่จบการอบรมแล้วส่วนใหญ่คิดว่าตนเองมีความรู้แต่ไม่เพียงพอที่จะนำไปปฏิบัติ มีเพียง 2 หัวข้อ คือ swallowing disorder และ sexual rehabilitation ส่วนในหัวข้อที่เหลือนั้นแพทย์ที่จบการอบรมแล้ว ส่วนใหญ่คิดว่าตนเองมีความรู้เพียงพอที่จะนำไปปฏิบัติ ไม่มีหัวข้อใดเลยที่แพทย์ส่วนใหญ่คิดว่าตนเองมีความรู้ดีเหนือมาตรฐานหรือมีความรู้ดีมาก

ส่วนค่าระดับความรู้ที่คาดหวังว่าจะได้รับจากการเรียนการสอนพบว่าเรื่องที่แพทย์ที่จบการอบรมแล้วส่วนใหญ่คาดหวังว่าจะมีความรู้ดีมากมี 8 หัวข้อ คือ exercise physiology, therapeutic exercise, musculoskeletal / soft tissue disorder, chronic pain, stroke rehabilitation, spinal cord injury management, therapeutic injections / nerve block และ prosthetics / orthotics หัวข้อที่แพทย์คาดหวังว่าจะมีความรู้ดีเหนือมาตรฐานมี 11 หัวข้อ และหัวข้อที่แพทย์ส่วนใหญ่คาดหวังว่าจะมีความรู้เพียงพอที่จะนำไปปฏิบัติเท่านั้นมี 12 หัวข้อ ซึ่งผลของระดับความรู้ความชำนาญที่ได้รับจากการเรียนการสอนทั้งหมดแสดงในตารางที่ 5

ในตารางที่ 5 แสดงให้เห็นถึงระดับความรู้ความชำนาญที่ได้รับจากการเรียนการสอนทั้งระดับความรู้จริงและระดับความรู้ที่คาดหวังของแพทย์ประจำบ้านเปรียบเทียบกับระดับความรู้ของแพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟูที่จบการอบรมมาไม่เกิน 5 ปี

เมื่อดูความแตกต่างระหว่างระดับความรู้จริงและระดับความรู้ที่คาดหวังทั้งของแพทย์ประจำบ้านและ

เรื่อง	แพทย์ประจำบ้าน				แพทย์ที่จบการอบรมแล้วไม่เกิน 5 ปี			
	ระดับความรู้จริง		ระดับความรู้ที่คาดหวัง		ระดับความรู้จริง		ระดับความรู้ที่คาดหวัง	
	Mode	Median	Mode	Median	Mode	Median	Mode	Median
Anatomy/Kinesiology	3	3	4	4	3	3	4	4
Exercise physiology	3	2.5	4	5	3	3	5	4
Therapeutic exercise	3	3	5	4	3	3	5	4
Spasticity	3	3	4	4	3	3	4	4
Occupational rehabilitation	1	2	4	4	3	3	3	4
Sports-related disorders	3	2	4	4	3	3	4	4
Musculoskeletal/soft tissue disorder	3	3	4	4	3	3	5	4
Connective tissue disorders/Arthritis	3	2.5	4	4	3	3	4	4
Chronic pain	2	2	4	4	3	3	5	4
Stroke rehabilitation	3	3	4	4	3	3	5	5
Head injury rehabilitation	3	2	3	4	3	3	4	4
Degenerative diseases of the CNS	2	2	4	4	3	3	3	4
Geriatric rehabilitation	2	2	4	4	3	3	3	4
Cardiac rehabilitation	2	2	4	4	3	3	3	4
Pulmonary rehabilitation	2	2	4	4	3	3	4	4
Cancer rehabilitation	2	2	4	4	3	3	3	4
Orthopedic rehabilitation	3	3	3	4	3	3	4	4
Hand rehabilitation	2	2	3	4	3	3	4	4
Foot disorders	1	2	4	4	3	3	3	4
Spinal cord injury management	3	3	5	4	3	3	5	4.5
Communication disorder	2	2	4	4	3	3	3	3
Swallowing disorder	2	2	4	4	2	2	3	4
Sexual rehabilitation	2	2	4	4	2	2	3	3.5
Pediatric rehabilitation	3	2	3	4	3	3	3	4
Therapeutic injections/nerve blocks	1	2	5	4	3	3	5	4.5
Physical modalities	3	3	5	4	3	3	4	4
Imaging studies for physiatrist	2	2	3	4	3	3	4	4
Electrodiagnosis	2	2	5	4	3	3	4	4
Prosthetics/Orthotics	2	2	5	4	3	3	5	4
Computer application	2	2	3	4	3	3	3	4
Research skills	1	2	4	4	3	3	3	4

ตารางที่ 5 แสดงความรู้ความชำนาญที่ได้จากการเรียนการสอนของแพทย์

แพทย์ที่จบการอบรมแล้วพบว่าระดับความรู้จริงไม่สูงเท่ากับระดับความรู้ที่คาดหวัง และมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในทุกๆ เรื่อง (Wilcoxon Signed Rank Test,  $p < 0.05$ ) ไม่พบว่ามีความแตกต่างของระดับความรู้ทั้งความรู้จริงและความรู้ที่คาดหวังระหว่างเพศชายและเพศหญิงในทุกๆ เรื่อง (Mann Whitney U Test,  $p > 0.05$ ) เมื่อดูระดับความรู้ระหว่างแพทย์ที่จบการอบรมแล้ว กับแพทย์ประจำบ้านพบว่าระดับความรู้จริงของแพทย์ประจำบ้านต่ำกว่าระดับความรู้ของแพทย์ที่จบการศึกษาแล้วอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในทุกๆ เรื่อง ส่วนระดับความรู้ที่คาดหวังไม่พบว่ามีความแตกต่างของระดับความรู้ในแพทย์ทั้ง 2 กลุ่ม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

### บทวิจารณ์

โดยรวมแล้ว แพทย์ทุกคนคิดว่าระดับความรู้จริงที่ได้จากการดูแลผู้ป่วยในสถาบัน และที่ได้รับจากการเรียนการสอน ไม่สูงเท่ากับความรู้ที่คาดหวังในทุกๆ เรื่อง ซึ่งตรงกับการสำรวจของ Kerrigan DC. และคณะในประเทศสหรัฐอเมริกา<sup>(2)</sup> เมื่อดูระดับความรู้จริงของแพทย์ส่วนใหญ่ทั้งที่ได้รับจากการดูแลผู้ป่วยในสถาบันและที่ได้รับจากการเรียนการสอน พบว่าอยู่ในระดับที่มีความรู้เพียงพอที่จะนำไปปฏิบัติ โดยไม่มีหัวข้อใดเลยที่แพทย์ส่วนใหญ่คิดว่าตนเองมีความรู้จริงดีเหนือมาตรฐานหรือมีความรู้ดีมาก

มองในแง่ระดับความรู้จริงที่แพทย์ได้รับจากการฝึกอบรมในหลักสูตรการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านเวชศาสตร์ฟื้นฟู เป็นเวลา 3 ปี จะมองในแง่ระดับความรู้จริงของแพทย์ที่จบการอบรมแล้วเท่านั้นซึ่งพบว่าระดับความรู้จริงที่ได้รับจากการดูแลรักษาผู้ป่วยในสถาบันและที่ได้รับจากการเรียนการสอนของแพทย์ที่จบการอบรมแล้วอยู่ในระดับมีความรู้เพียงพอที่จะนำไปปฏิบัติในทุกหัวข้อ ยกเว้นเรื่อง swallowing disorder และ sexual rehabilitation ที่ระดับความรู้จริงอยู่ในระดับมีความรู้แต่ไม่เพียงพอที่จะนำไปปฏิบัติ ซึ่งสิ่งนี้อาจเป็นตัวชี้ข้อหนึ่งว่าในหลักสูตรการฝึกอบรมควรจะต้องให้มีการเรียนการสอนและเน้นให้แพทย์ประจำบ้านได้มีโอกาสดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาในด้านดังกล่าวเพิ่มมากขึ้น เป็นที่น่าสังเกตว่าทั้งเรื่อง swallowing disorder และ sexual rehabilitation เป็นปัญหาที่พบได้บ่อยและมีความสำคัญไม่ยิ่งหย่อนกว่าปัญหาอื่น<sup>(3)</sup> แต่

เนื่องจากการประเมินปัญหาด้านนี้ต้องอาศัยความรู้ ความชำนาญ อีกทั้งการรักษาก็มีหลายวิธีซึ่งเป็นเทคนิคที่จะใช้กับผู้ป่วยแต่ละคน<sup>(4,5)</sup> แพทย์จึงรู้สึกว่าตนเองมีความรู้ความชำนาญไม่เพียงพอที่จะนำไปปฏิบัติด้วยตนเองได้ ดังนั้นในหลักสูตรการเรียนการสอนอาจต้องเน้นทั้งทางภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติเพิ่มมากขึ้น ทั้งนี้เพื่อเพิ่มความมั่นใจให้แก่แพทย์ที่เข้ารับการอบรมมากขึ้น

เมื่อมองในหัวข้อที่พบว่าเป็นกลุ่มโรคที่มีปัญหาในการตรวจรักษา 4 อันดับแรก คือ chronic pain, pediatric rehabilitation, musculoskeletal pain และ cardiac rehabilitation และในหัวข้อที่พบว่าเป็นกลุ่มโรคที่พบบ่อยคือ musculoskeletal pain และ stroke rehabilitation นั้น แพทย์ที่ผ่านการอบรมแล้วส่วนใหญ่มีระดับความรู้ที่ได้รับจากการดูแล ผู้ป่วยในสถาบันและที่ได้รับจากการเรียนการสอนอยู่ในระดับมีความรู้เพียงพอที่จะนำไปปฏิบัติแล้ว อย่างไรก็ตามในเรื่องของ musculoskeletal / soft tissue disorder, chronic pain และ stroke rehabilitation นั้น เป็นเรื่องที่แพทย์ที่จบการอบรมแล้วคาดหวังว่าจะได้รับความรู้จากการเรียนการสอนในระดับมีความรู้ดีมาก ผลการสำรวจนี้อาจเป็นแนวทางในการปรับปรุงการเรียนการสอนในหลักสูตรหรือจัดให้มีการอบรมเพิ่มเติมต่อไป

เมื่อเปรียบเทียบระดับความรู้ของแพทย์ที่จบการอบรมแล้วเทียบกับระดับความรู้ของแพทย์ประจำบ้านพบว่าระดับความรู้จริงของแพทย์ที่จบการอบรมแล้วสูงกว่าระดับความรู้จริงของแพทย์ประจำบ้านอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในทุกๆ เรื่อง ยกเว้น pulmonary rehabilitation และ swallowing disorder เมื่อมองในแง่ pulmonary rehabilitation ที่ไม่พบความแตกต่างของระดับความรู้ในแพทย์ทั้ง 2 กลุ่ม อาจเป็นเพราะ ในขณะที่ส่วนใหญ่การทำ pulmonary rehabilitation นั้นในระยะ acute phase โดยให้เป็น chest physiotherapy เป็นส่วนใหญ่ แต่การให้ pulmonary rehabilitation ในผู้ป่วย chronic lung disease เช่น COPD ซึ่งต้องให้การฟื้นฟูอย่างมีระบบเป็นขั้นตอน<sup>(6,7)</sup> นั้นยังไม่มีทำอย่างจริงจังมากนัก เป็นไปได้ว่าเมื่อแพทย์ทั้ง 2 กลุ่ม มองในแง่ chest physiotherapy เป็นหลักใหญ่ จึงดูว่ามีความรู้ในส่วนนี้ไม่ต่างกัน และคิดว่ามีความรู้เพียงพอที่จะนำไปปฏิบัติได้ ส่วนในเรื่องของ swallowing disorder นั้นพบว่ามีระดับความรู้จริงไม่เพียงพอที่จะนำไปปฏิบัติ อาจเป็นไปได้ว่าใน

ระหว่างการอบรมแพทย์มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วย กลุ่มนี้น้อย และมีการเรียนการสอนไม่มากนัก ทำให้ระดับ ความรู้ของแพทย์ที่จบการอบรมแล้วไม่แตกต่างจาก แพทย์ประจำบ้านอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนความรู้ที่ คาดหวังนั้นพบว่าแพทย์ทั้ง 2 กลุ่มมีระดับของความรู้ที่ คาดหวังไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในทุกๆ เรื่อง เป็นที่น่าสังเกตว่าแพทย์ส่วนใหญ่คาดหวังว่าจะมีความรู้ ในระดับดีมากในหัวข้อที่เป็นพื้นฐานของวิชาเวชศาสตร์ฟื้นฟู เช่น anatomy / kinesiology, exercise physiology, therapeutic exercise, physical modalities. ในหัวข้อที่ ถือว่าเป็นกลุ่มปัญหาที่แพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟูมีบทบาท ค่อนข้างมากและพบกลุ่มโรคเหล่านี้บ่อยๆ เช่น stroke rehabilitation, spinal cord rehabilitation, orthopedic rehabilitation และ musculoskeletal / soft tissue disorder และในหัวข้อที่เป็นความรู้หรือหัตถการที่แพทย์เวชศาสตร์ ฟื้นฟูมีบทบาทมากกว่าแพทย์สาขาอื่นๆ เช่น electro- diagnosis, prosthetics/ orthotics, therapeutic injections / nerve blocks เป็นต้น

ในการจัดกิจกรรมการเรียนการสอนของแพทย์ ประจำบ้าน Anderson และคณะ ได้ทำการสำรวจกิจกรรม เพื่อเพิ่มความสามารถทางคลินิกของแพทย์ประจำบ้าน ในประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่า แพทย์ประจำบ้านใช้เวลา ส่วนใหญ่ในการดูแล ผู้ป่วยใน (18.5 เดือนต่อหลักสูตร) รองลงมาใช้เวลาในการดูแลผู้ป่วยนอก (12.6 เดือนต่อ หลักสูตร) และเวลาที่เหลือใช้ในกิจกรรมอื่นๆ<sup>(8)</sup> สำหรับใน ประเทศไทยยังไม่มีการสำรวจเช่นนี้ ซึ่งถ้าได้ทำการ สำรวจทั้งประเภทของกิจกรรมเพื่อเพิ่มความสามารถทาง คลินิกของแพทย์ประจำบ้าน สัดส่วนของเวลาที่ใช้ในแต่ละ กิจกรรม และจำนวนของผู้ป่วยแต่ละประเภท สิ่งนี้อาจ เป็นตัวชี้แนะในการปรับปรุงกิจกรรมการเรียนการสอน ของแพทย์ประจำบ้านให้ดีขึ้นได้ ในแง่ของการประเมินผล Jain<sup>(9)</sup> และคณะได้ทำการวิจัยเกี่ยวกับการประเมินความ สามารถทางคลินิกของแพทย์ประจำบ้านเวชศาสตร์ฟื้นฟู ในประเทศสหรัฐอเมริกาและพบว่าในแต่ละสถาบันมีการ ประเมินหลายรูปแบบ รูปแบบที่ใช้เช่นการสอบข้อเขียน (written examination) การสอบปากเปล่า (oral examination) การสอบปฏิบัติ (objective structured clinical examination, OSCE) และการสอบตรวจกับผู้ป่วยจริง<sup>(9)</sup> เมื่อเปรียบเทียบ กับในประเทศไทยพบว่าปัจจุบันก็มีการประเมินที่คล้ายคลึงกัน

การประเมินที่มีมาตรฐานที่ดีน่าจะเป็นส่วนหนึ่งที่ทำให้ มาตรฐานในการฝึกอบรมดีขึ้น

ปัจจุบันมีกิจกรรมเพื่อเพิ่มคุณภาพของหลักสูตร วุฒิบัตรทางเวชศาสตร์ฟื้นฟูในหลายๆ ด้าน เช่น มีการ รับรองสถาบันที่ให้การอบรมเพื่อให้สถาบันมีมาตรฐานใน การฝึกอบรมมากขึ้น จัดให้แพทย์ประจำบ้านจัดบันทึก ประสบการณ์การเรียนรู้ เพื่อดูจำนวนของผู้ป่วยที่ได้ ศึกษาในแต่ละโรค เป็นต้น ในการทำงานวิจัยชิ้นนี้ได้ ทำการสำรวจก่อนมีการปรับปรุงหลักสูตรดังกล่าว เป็นไป ได้ว่าอาจทำการสำรวจแพทย์ในรุ่นถัดไป เพื่อดูว่าหลัง จากมีการปรับปรุงหลักสูตรแล้วมีความแตกต่างของระดับ ความรู้ของแพทย์หรือไม่อย่างไร

### สรุป

ผลของการศึกษาในงานวิจัยชิ้นนี้ ทำให้ทราบว่า ความรู้ในหัวข้อใดที่แพทย์ประจำบ้านและแพทย์ที่ผ่านการ อบรมแล้วคิดว่าตนเองยังมีความรู้ที่ได้จากการอบรมน้อย ไม่เพียงพอต่อการตรวจรักษาผู้ป่วย ซึ่งอาจใช้เป็น แนวทางในการปรับปรุงการจัดหลักสูตรการเรียนการสอน ให้กับแพทย์ประจำบ้านได้ต่อไป อีกทั้งเป็นแนวทางในการ จัดการศึกษาต่อเนื่อง (continuing medical education) ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญและในปัจจุบันก็มีการจัดอบรมมากขึ้น เรื่อยๆ<sup>(10)</sup> เพื่อเพิ่มพูนความรู้ให้กับแพทย์อย่างต่อเนื่อง โดย เน้นจัดการอบรมในหัวข้อที่แพทย์ส่วนใหญ่คิดว่าตนเองมี ความรู้ไม่เพียงพอต่อการนำไปใช้ในเวชปฏิบัติ

### กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณรศ.พญ.กิ่งแก้ว ปาจารย์ ที่อนุเคราะห์ ให้คำปรึกษาในเรื่องรูปแบบการวิจัยและการวิเคราะห์ทาง สถิติ และ พญ.ปิยนาด สกุลพิพัฒน์ที่ช่วยเหลือในการเก็บ ข้อมูล



เอกสารอ้างอิง

1. เสก อักษรานุเคราะห์. บทนำ ใน : เสก อักษรานุเคราะห์.ตำราเวชศาสตร์ฟื้นฟูเล่ม 1. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์เทคนิค, 2539: 4.
2. Kerrigan DC, Janes WW, Martin WA, Roe JJ. Physical medicine and rehabilitation residents' educational needs assessment. Arch Phys Med Rehabil 1993; 74: 687-90.
3. สุวิทย์ ลิ้มประเสริฐ. ปัญหาทางเพศในผู้ป่วยเวชศาสตร์ฟื้นฟู ใน : เสก อักษรานุเคราะห์.ตำราเวชศาสตร์ฟื้นฟู เล่ม 1. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์เทคนิค, 2539: 469.
4. Cardenas DN. Sexuality issues in persons with disabilities In: Braddom RL, eds. Physical medicine & rehabilitation. Philadelphia : WB Saunders, 1996 : 605-29.
5. Noll SF, Bender CE, Nelson MC. Rehabilitation of patients with swallowing disorders. In : Braddom RL, eds. Physical medicine & rehabilitation. Philadelphia : WB Saunders, 1996 : 533-52.
6. MDL Morgan. Practical pulmonary rehabilitation : an introduction. In : Morgan M, eds. Practical pulmonary rehabilitation. London : Chapman & Hall, 1997 :2-16.
7. Celli BR. Pulmonary rehabilitation in patients with COPD. Am J Respir Crit Care Med 1995;152:77-120.
8. Anderson JM, Felsenthal G. Residency training in physical medicine and rehabilitation: Clinical and didactic experience. Arch Phys Med Rehabil 1990 ;71:372-5.
9. Jain SS, DeLisa JA, Campagnolo DI. Method used in the evaluation of clinical competency of physical medicine and rehabilitation residents. Am J Phys Med 1994;73:234-9.
10. Hart KA, Kevorkian G, Rintala DH. Continuing medical education interests of former current residents of a physical medicine and rehabilitation residency program. Am J Phys Med Rehabil 1999 ; 99 : 561-70.

# Comparison Between Actual and Expected Level of Knowledge of Thai Psychiatrists

Navaporn Chadchavalpanichaya, M.D.

*Department of Rehabilitation Medicine, Faculty of Medicine, Mahidol University*

Chadchavalpanichaya N, Comparison between actual and expected level of knowledge of Thai Psychiatrists. J Thai Rehabil 2002; 11(3): 117-126

## Abstract

**Objective :** To determine how well the knowledge of PM&R residents and young psychiatrists believe their educational needs are being met in variety of topic areas and what specific areas they believe they should be getting more exposure.

**Design :** Descriptive study

**Method :** Questionnaires were randomly sent to the 47 persons who were in training or finished training less than 5 years during the period of December 2000 - March 2001. Subjects were asked to rate how much knowledge and experience they thought they received from their residency training programs in 31 different topics. In addition, they were asked to rate how much they expected they should be given in the same topic areas.

**Result :** The response rate was 100%. All of them expected higher level of knowledge than what they received from their training in all topics. They believed that they had enough knowledge to do their practice in most topics. The topics they believed they knew not enough to do their practice were swallowing disorder and sexual rehabilitation.

**Conclusion:** This study serves as guidelines to improve quality of residency training program. Some topics should be added more in the training program .

**Keywords:** Education, Physical medicine and rehabilitation, Residency