

แพทย์ประจำบ้านศัลยกรรมหัวใจ



พล.ต.ต.นพ.ชุมศักดิ์ พุกภานพงษ์

เมื่อเดือนธันวาคม 2559 ที่ผ่านมา ตนมีโอกาสไปเยี่ยมโรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่งที่จังหวัดสุพรรณบุรี ในโครงการรับรองคุณภาพสถานพยาบาลของ HA และทราบว่ามีแพทย์หญิงคนหนึ่งซึ่งทางโรงพยาบาลเป็นต้นสังกัดส่งไปฝึกอบรมด้านศัลยศาสตร์ทั่วไปแต่อุปได้ไม่กี่เดือนก็ขอลาออกจากงานตามปกติ ตนไม่มีโอกาสคุยกับแพทย์ท่านนั้นในลักษณะ Exit interview แต่คิดว่าคงเป็นด้วยเหตุผลที่ว่างงานหนักเกินจะทนอยู่

ซึ่งก็ตรงกับงานวิจัยของศัลยแพทย์ ZeyadKhoushhal ประจำสาขาศัลยศาสตร์หlodot เดือดที่โรงพยาบาลเซนต์ไมเคิล เมืองโตรอนโต ประเทศแคนาดาและคณะที่ได้ทำการวิจัยแบบ Meta – Analysis และรายงานในวารสาร JAMA – Surgery เมื่อเดือนธันวาคมที่ผ่านมา

งานวิจัยดังกล่าวพบว่า ร้อยละ 20 ของแพทย์ประจำบ้านศัลยศาสตร์ทั่วไป ออกจาก การฝึกอบรมกลางคัน โดยส่วนใหญ่ขึ้นว่าการฝึกอบรมดังกล่าวขัดต่อวิถีชีวิตของพวกรебา (Lifestyle – Related Issues) ซึ่งคณะผู้วิจัยบอกว่า ถ้าไม่ทางแก้ไขแล้ว โลกจะขาดแคลนศัลยแพทย์มีอดีตไม่ช้า

แพทย์ประจำบ้านเพศหญิง เป็นกลุ่มที่ลาออกจาก การฝึกอบรมมากกว่าเพศชาย (25%vs 15%) ($p = 0.008$) ซึ่งผู้วิจัยอธิบายเหตุผลว่า น่าจะเป็นผลสืบเนื่องจากการขาดศัลยแพทย์ที่เป็นแบบอย่าง , ความไม่เสมอภาคทางเพศ , เจตคติอันเป็นลบต่อเพศหญิง , การขาดปัจจัยสนับสนุนจากโครงการ ทั้งโดยแพทย์ด้วยกันเองหรือคนไข้ตาม

การออกจากโครงการฝึกอบรมร้อยละ 48 เกิดขึ้นเมื่อจบการฝึกอบรมปีแรก (95% CI,39 – 57%) และ 28% (95% CI,22 % – 33% , $P <0.001$) ลาออกหลังปี 2 ในจำนวนนี้มีเพียง 20% ที่ย้ายไปฝึกอบรมสาขาศัลยศาสตร์ ณ .สถาบันอื่น โดยส่วนใหญ่จะเปลี่ยนสาขา

คณะผู้วิจัยทำการบททวนงานวิจัย 22 ชิ้น (ครอบคลุมแพทย์ประจำบ้านศัลยศาสตร์ทั่วไป 19,821 คน) 20 โครงการฝึกอบรมอยู่ในสหรัฐอเมริกา , ที่ปักษ์สถาน และจีนอีกประมาณ 1 แห่ง ผลที่ได้พบว่า มีความแตกต่างกันมากระหว่างโครงการฝึกอบรมในแต่ละของจำนวนแพทย์ที่ลาออกและเหตุผลที่ลาออกก็หลากหลาย

สำหรับสาขาอื่น ๆ และเมื่อเปรียบเทียบจะพบว่าศัลยกรรมหัวใจและหลอดเลือดที่มีสัดส่วนมากที่สุดคือสาขาสูตินรีเวช (3.6 – 21.6%) และประสาทศัลยศาสตร์ (14 % – 42.6%) แต่จะสูงกว่าจักษุวิทยามาก (1.15%) , หูคอจมูก (6%) และอโณทิปิดิกส์ (5.3%)

เหตุผลหลัก 2 ประการที่ลาออกจากคือ

1. Uncontrollable Lifestyle ระหว่างการฝึกอบรม (12% – 87.5%)
2. ขอเปลี่ยนสาขาวิชาการฝึกอบรม (19 % – 38.9%) โดยสาขายอดนิยมที่ขอเปลี่ยนไปฝึกคือวิศวกรรมศาสตร์

เหตุผลอื่นๆ ก็มี อารทิเช่น

1. ขาดแคลนทุนทรัพย์
2. ปฏิบัติงานได้ไม่ดีหรือถูกไล่ออก
3. ความต้องการของครอบครัว
4. ประเด็นสุขภาพ

ก่อนหน้างานวิจัยนี้ วารสาร Medscape medical news เคยรายงานการสำรวจระดับชาติว่ามีแพทย์ประจำบ้านศัลยศาสตร์หัวใจไปเกือบ 2 ใน 3 เข้าข่ายหมดไฟ (Burnout)

คณานุวิจัยเสนอว่าปัญหาใหญ่ของเรื่องนี้อยู่ที่แพทย์ประจำบ้านไม่ได้สัมผัสรู้วิธีการเป็นศัลยแพทย์หัวใจมากพอ ก่อนที่จะตัดสินใจสมัครเข้ารับการฝึกอบรม จึงเสนอว่าจะเพิ่มระยะเวลาช่วงแพทย์ฝึกหัดอีก 6-8 สัปดาห์ แบบที่ญี่ปุ่นทำกันเพื่อให้แพทย์ประจำบ้านมีความรับผิดชอบมากขึ้นด้านศัลยศาสตร์หัวใจ และทำความรู้จักเข้าใจในวิธีรักษาศัลยแพทย์หัวใจก่อนเข้าฝึกอบรมจริงๆ ในส่วนนี้อาจมองว่าทำให้ค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้น แต่คณานุวิจัยก็ชี้แจงว่าขึ้นอยู่กับความสามารถของแต่ละคน ไม่ใช่แค่จำนวนเงินที่ต้องจ่ายเพิ่มขึ้น แต่ค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้นจะมาจากค่าใช้จ่ายในการเดินทางและเวลาที่เสียไปในการฝึกหัดเพิ่มเติม

มีคำถ้ามีความจำกัดหัวใจในการทำงานของแพทย์ประจำบ้าน (Duty – House limit) ในสหราชอาณาจักรตั้งแต่ปี 2003 มีผลต่อการตัดสินใจเข้ารับการฝึกอบรมแพทย์วิชีวิตจะสถาบายนี้หรือไม่ คำตอบคือไม่ เพราะจำนวนการสมัครเข้าฝึกอบรมลดลง 7% ต่อปี แต่ก็มีสาเหตุมาจากการดังกล่าว คือจริงๆแล้วประเด็นไม่ได้อยู่ที่จำนวนหัวใจมากแต่อยู่ที่ความเข้มข้น (ความโอด) ของแต่ละหัวใจมากกว่าแพทย์ประจำบ้านไม่ได้มีความทรหดหนาค่าทหารหอนัง (Navy Seal) หรอกจึงน่าจะต้องหามาตรการอื่นมาสนับสนุน เช่นการติวในช่วงสองปีสุดท้ายของนักศึกษาแพทย์ เพื่อเตรียมการด้านความรู้และสภาพจิตใจก่อนเข้าฝึกอบรมในสาขาที่เข้มข้นอย่างศัลยกรรม

การตรวจคัดกรองแพทย์ผู้สมัครให้ครอบคลุมด้วยวัดต่างๆ มากขึ้นเพื่อพัฒนาคุณภาพและมาตรฐาน แต่ผลการปฏิบัติงานการเป็นนักศึกษาแพทย์อาจไม่เพียงพอ