

# การนำความรู้ด้านเวชศาสตร์ฟื้นฟูไปใช้ในเวชปฏิบัติ ภายหลังจบหลักสูตรแพทยศาสตรบัณฑิต มหาวิทยาลัยนเรศวร

ปานจิต วรรณภีระ, พ.บ.\*

วิโรจน์ วรรณภีระ, พ.บ.\*\*

ยงยศ จริยวิทยาวัฒน์, พ.บ.\*\*\*

ศุภสิทธิ์ พรรณนารุโณทัย, พ.บ.\*\*

\* กลุ่มงานเวชกรรมฟื้นฟู โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก

\*\* คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร

\*\*\* ศูนย์แพทยศาสตรศึกษาชั้นคลินิก โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก

ปานจิต วรรณภีระ, วิโรจน์ วรรณภีระ, ยงยศ จริยวิทยาวัฒน์, ศุภสิทธิ์ พรรณนารุโณทัย. การนำความรู้ด้านเวชศาสตร์ฟื้นฟูไปใช้ในเวชปฏิบัติภายหลังจบหลักสูตรแพทยศาสตรบัณฑิต มหาวิทยาลัยนเรศวร. เวชศาสตร์ฟื้นฟูสาร 2549; 16(2): 60-66.

## บทคัดย่อ

**หลักการและเหตุผล** การจัดการเรียนรู้ทางการแพทย์สมัยใหม่เน้นผู้เรียนและผลลัพธ์เป็นสำคัญ การสำรวจการนำความรู้เวชศาสตร์ฟื้นฟูไปใช้ในเวชปฏิบัติของบัณฑิตภายหลังจบการศึกษาจะเป็นแนวทางในการปรับปรุงและพัฒนากระบวนการเรียนรู้ตามหลักสูตรใหม่

**วัตถุประสงค์** ศึกษาการนำความรู้ด้านเวชศาสตร์ฟื้นฟูไปใช้ในเวชปฏิบัติและนำผลการศึกษาไปพิจารณาเพื่อปรับปรุงเนื้อหารายวิชา

**รูปแบบการวิจัย** การศึกษาภาคตัดขวาง

**สถานที่ทำการวิจัย** โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก

**กลุ่มที่ถูกรับวิจัย** บัณฑิตแพทย์ที่สำเร็จการศึกษาในปี พ.ศ. 2545-2547

**วิธีการวิจัย** ใช้แบบสอบถามที่ส่งทางไปรษณีย์จำนวน 155 ฉบับ แบ่งเป็น 3 ตอนคือ ข้อมูลทั่วไป การนำความรู้ด้านเวชศาสตร์ฟื้นฟูไปใช้ในเวชปฏิบัติ และการจัดการเรียนการสอน ทำการศึกษาในระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ถึงมีนาคม 2549

**ผลการวิจัย** ได้รับแบบสอบถามกลับร้อยละ 57.85 โดยร้อยละ 80.90 ของบัณฑิตปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชน วิธีทางเวชศาสตร์ฟื้นฟูที่นำไปใช้บ่อยมากที่สุด 3 อันดับ ได้แก่ การตรวจประเมินและออกเอกสารรับรองความพิการ การออกกำลังกายเพื่อบำบัดรักษา และการจัดท่านอนเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ สำหรับกลุ่มผู้ป่วยที่ใช้บ่อย ได้แก่ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ผู้ป่วยปวดกระดูกและกล้ามเนื้อ และผู้ป่วยกระดูกแขนขาหัก บัณฑิตร้อยละ 41 ต้องการให้ปรับระยะเวลาจาก 2 สัปดาห์เป็น 4 สัปดาห์ และยังคงการเรียนรู้ไว้ในชั้นปีที่ 5

**สรุป** การปรับระยะเวลาการเรียนรู้และผนวกเอาเนื้อหาวิชาที่นำไปใช้ปฏิบัติงานจริงมีความสำคัญในการวางแผนสำหรับหลักสูตรใหม่โดยการบูรณาการเข้ากับรายวิชาอื่น

**คำสำคัญ** หลักสูตร เวชศาสตร์ฟื้นฟู ความต้องการของบัณฑิต

เวชศาสตร์ฟื้นฟูเป็นศาสตร์ทางการแพทย์ที่มีความสำคัญเพราะผสมผสานวิทยาศาสตร์การแพทย์ เข้ากับการดูแลแบบองค์รวมซึ่งรวมถึงการสร้างเสริมสุขภาพและความแข็งแรงทั้งก่อนและหลังความเจ็บป่วยการนำไปใช้นั้นขึ้นกับประสบการณ์ การแสวงหาและเจตคติที่ดี การจัดการเรียนการสอนที่ดีจะช่วยให้ผลิตแพทย์มีทักษะและนำวิธีการรักษาต่างไปใช้ในอนาคตอย่างต่อเนื่อง

โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลกร่วมผลิตแพทย์ร่วมกับคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวรมา มีบัณฑิตสำเร็จการศึกษาไปแล้ว 7 รุ่น ๆ ละประมาณ 60 คน และแพทย์เหล่านี้ได้กระจายการปฏิบัติงานในพื้นที่ต่างๆ ของประเทศจึงมีบทบาทที่สำคัญในบริการดูแลสุขภาพของชุมชน

หลักสูตรเวชศาสตร์ฟื้นฟูสำหรับการสอนนิสิตแพทย์ในหลายๆ ประเทศยังเป็นปัญหาทั้งด้านระยะเวลาและเนื้อหา เช่น ในสหราชอาณาจักรมีการจัดการเรียนรู้อันไม่ชัดเจนและเนื้อหาไม่พอเพียง<sup>(1,2)</sup> ในสหรัฐอเมริกามีการสอนในโรงเรียนแพทย์เพียง 74 แห่งจาก 125 แห่ง (ร้อยละ 60) ซึ่งมีเพียงร้อยละ 74 ที่จัดการสอนแยกออกมาต่างหาก<sup>(3)</sup> ส่วนใหญ่เน้นจัดการเรียนรู้อันไม่ชัดเจนสำหรับแพทย์ประจำบ้าน<sup>(4,5)</sup> ส่วนการจัดการเรียนการสอนเวชศาสตร์ฟื้นฟูสำหรับผู้ฝึกในยุโรปกลาง/ตะวันออกนั้นไม่น่าพอใจ<sup>(6)</sup> และยังมีน้อยมากและมักสอดคล้องไปกับวิชาอื่น<sup>(7)</sup>

รายวิชาเวชศาสตร์ฟื้นฟูในโรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลกมีการจัดการเรียนการสอนในชั้นปีที่ 5 โดยมีโครงสร้างการเรียนรู้อันเป็นแบบหมุนเวียนเป็นกลุ่ม (block rotation) ใช้เวลา 2 สัปดาห์ นิสิตแพทย์จะได้รับการสอนทั้งภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติ โดยคัดสรรหัวข้อและเหตุการณ์ที่จำเป็นและสำคัญให้นิสิตได้เรียนรู้ การทำวิจัยในเชิงสำรวจครั้งนี้เพื่อสำรวจความต้องการของบัณฑิตแพทย์และการนำความรู้ไปใช้ในตามบริบทของชุมชนซึ่งจะมีประโยชน์ต่อการพัฒนาหลักสูตรให้ทันสมัยและสอดคล้องกับหลักสูตรแนวใหม่ของคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวรที่จะนำมาใช้ในอนาคตรุ่นต่อไป

### วัตถุประสงค์

ศึกษาการนำความรู้ด้านเวชศาสตร์ฟื้นฟูไปใช้ในเวชปฏิบัติ และนำผลการศึกษาไปพิจารณาเพื่อปรับปรุงเนื้อหา รายวิชา

### รูปแบบการวิจัย

การศึกษาภาคตัดขวาง (cross-sectional study)

### กลุ่มประชากรศึกษา

บัณฑิตแพทย์ที่สำเร็จการศึกษาจากคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร (ศูนย์แพทยศาสตรบัณฑิตโรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก) ในปี พ.ศ. 2545-2547

### วิธีการวิจัย

ใช้แบบสอบถามที่พัฒนาขึ้นและส่งทางไปรษณีย์ไปยังบัณฑิตแพทย์จำนวน 155 ฉบับ ซึ่งแบบสอบถามนี้แบ่งเป็น 3 ตอนคือ ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ตอนที่ 2 การนำความรู้ด้านเวชศาสตร์ฟื้นฟูไปใช้ในเวชปฏิบัติ ตอนที่ 3 การจัดการเรียนการสอน โดยแบบสอบถามถูกส่งออกไประหว่างเดือนกุมภาพันธ์ และมีนาคม 2549 ถ้ายังไม่มีการตอบกลับภายใน 3 สัปดาห์แบบสอบถามชุดที่สองจะถูกส่งซ้ำอีกครั้งหนึ่ง

### การวิเคราะห์ทางสถิติ

สถิติวิจัยเชิงพรรณนา

### ผลการวิจัย

บัณฑิตแพทย์ตอบแบบสอบถามทั้งหมด 89 ราย คิดเป็นอัตราส่งกลับร้อยละ 57.41 อายุเฉลี่ย 25.94 ปี เป็นเพศชายและหญิงร้อยละ 47.2 และ 52.8 ปีที่จบการศึกษา (2545-2547) ร้อยละ 34.8, 41.6, 23.6 ตามลำดับ ส่วนใหญ่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชน (ร้อยละ 80.9) ส่วนที่เหลือร้อยละ 13.5 และ 5.6 ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลศูนย์

วิธีรักษาตามเวชศาสตร์ฟื้นฟูที่นำไปใช้บ่อยที่สุดเรียงตามลำดับ ได้แก่ การตรวจประเมินและออกเอกสารรับรองความพิการ การบริหารเพื่อป้องกันข้อยึดติด การจัดทำนอนเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับการใช้ความร้อน/เย็นเพื่อรักษาอาการต่าง ๆ และการบริหารยืดกล้ามเนื้อเพื่อลดปวดหรือยึดข้อที่ยึดติด (ตารางที่ 1)

วิธีรักษาตามเวชศาสตร์ฟื้นฟูที่นำไปใช้น้อยที่สุดเรียงตามลำดับ ได้แก่ การพันตอขาเพื่อเตรียมความพร้อมก่อนใส่ขาเทียม การสอนการใช้รถเข็นนั่ง การเลือกใช้อุปกรณ์

ตามหลัง การบริหารเพื่อเพิ่มความทนทานของร่างกาย และสอนการเดิน (ตารางที่ 1)

กลุ่มผู้ป่วยที่บัณฑิตแพทย์นำวิธีรักษาทางเวชกรรมฟื้นฟูไปใช้ประโยชน์บ่อยที่สุด 5 อันดับแรก ได้แก่ โรคหลอดเลือดสมอง, กลุ่มอาการปวดจากระบบกล้ามเนื้อ

และกระดูก, ผู้ป่วยกระดูกแขนขาหัก, โรคข้อและโรคปวดตามลำดับ (ตารางที่ 2)

สำหรับบัณฑิตแพทย์ที่ไม่ได้นำวิธีทางเวชศาสตร์ฟื้นฟูไปใช้ในการรักษามีเหตุผลสำคัญ ได้แก่ ไม่มีเวลาในการแนะนำผู้ป่วย/ญาติ (ร้อยละ 86.5) รองลงมาคือมีเจ้า

วิธีการรักษาทางเวชกรรมฟื้นฟู	จำนวน = 89 (ร้อยละ)		
	ไม่เคยเลย	นานๆครั้ง	บ่อย
การประเมินและออกเอกสารรับรองความพิการ	7.9	10.1	82.1
การออกกำลังกายเพื่อบำบัดรักษา			
- การบริหารเพื่อป้องกันข้อยึดติด	1.1	37.1	61.8
- การบริหารยืดกล้ามเนื้อเพื่อลดปวดหรือยึดข้อที่ยึดติด	5.6	43.8	50.6
- การบริหารเพื่อเพิ่มกำลังกล้ามเนื้อ	7.9	57.3	34.8
- การบริหารเพื่อเพิ่มความทนทานของร่างกาย	24.7	57.3	18.0
การจัดทำนอนเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ	11.2	33.7	55.1
การใช้ความร้อน / เย็น เพื่อรักษาอาการต่าง ๆ	14.8	34.1	51.2
การสอนผู้ป่วย / ญาติ พลิกตัว / ลูกนั่ง	19.1	30.3	50.6
การเลือกใช้อุปกรณ์ช่วยเดิน	20.2	50.6	29.2
การเลือกใช้อุปกรณ์ตามแขน/ขา	37.1	27.0	36
การจัดทำผู้ป่วยเพื่อระบายเสมหะ	26.4	49.4	24.1
สอนการเดิน	32.6	48.3	19.1
การเลือกใช้อุปกรณ์ตามหลัง	51.7	33.7	14.6
สอนการใช้รถเข็นนั่ง	62.9	28.1	9
การพันต่อขาเพื่อเตรียมทำขาเทียม	59.6	37.1	3.4

ตารางที่ 1 แสดงความบ่อยของการนำวิธีรักษาทางเวชกรรมฟื้นฟูไปใช้ภายหลังจบการศึกษา

กลุ่มผู้ป่วย	จำนวน = 89 (ร้อยละ)		
	น้อย	ปานกลาง	มาก
โรคหลอดเลือดสมอง	14.6	22.5	62.9
กลุ่มอาการปวดจากระบบกล้ามเนื้อและกระดูก	9.0	31.5	59.6
กระดูกแขนขาหัก	20.2	31.5	48.3
โรคข้อ	23.6	30.3	46.1
โรคปวด	39.3	38.2	22.5
บาดเจ็บไขสันหลัง	55.1	31.5	13.5
บาดเจ็บเส้นประสาท	73.1	21.3	5.6
แขนขาขาด	66.3	30.3	3.4

ตารางที่ 2 แสดงการนำวิธีรักษาทางเวชกรรมฟื้นฟูไปใช้ประโยชน์จำแนกตามกลุ่มผู้ป่วย

สาเหตุ	จำนวน	ร้อยละ
ไม่มีเวลาในการแนะนำผู้ป่วย/ญาติ	77	86.5
มีเจ้าหน้าที่อื่นทำหน้าที่ตรงนี้อยู่แล้ว	47	52.8
ลึ้มวิธีรักษาทางเวชศาสตร์ฟื้นฟู	28	31.5
ผู้ป่วยที่จำเป็นต้องได้รับการรักษาทางเวชศาสตร์ฟื้นฟูมีน้อย	10	11.2
ผู้ป่วยหรือญาติไม่ร่วมมือในการปฏิบัติ	5	5.6
ความรู้ที่ได้รับจากการเรียน ไม่เพียงพอในการนำไปใช้	3	3.4
ใช้วิธีการรักษาอื่นที่เหมาะสมมากกว่า	3	3.4
คิดว่าควรเป็นหน้าที่ของบุคลากรอื่นไม่ใช่หน้าที่ของแพทย์	2	2.2
อื่นๆ	10	11.2

ตารางที่ 3 แสดงสาเหตุที่ทำให้บัณฑิตแพทย์ไม่ได้ใช้วิธีทางเวชศาสตร์ฟื้นฟูในการรักษา

หน้าที่อื่นทำหน้าที่นั้นอยู่แล้ว (ร้อยละ 52.8) และลึ้มวิธีการรักษาทางเวชศาสตร์ฟื้นฟู (ร้อยละ 31.5) ตามลำดับ (ตารางที่ 3)

บัณฑิตแพทย์ส่วนใหญ่มีความคิดเห็นว่ารยะเวลาของการเรียนเวชศาสตร์ฟื้นฟูหลักสูตรปัจจุบัน (2 สัปดาห์) น้อยไป (ร้อยละ 70.8) ส่วนใหญ่มีความคิดเห็นว่ารยะเวลาที่เหมาะสมในการเรียนเวชศาสตร์ฟื้นฟูตลอดหลักสูตรแพทยศาสตรบัณฑิตควรเป็น 4 สัปดาห์ (ร้อยละ 40.4) จำนวนสัปดาห์เฉลี่ย 3.7 สัปดาห์ (สูงสุด 8 สัปดาห์ ต่ำสุด 2 สัปดาห์) โดยร้อยละ 71.9 เห็นว่าควรจัดการเรียนการสอนในชั้นปีที่ 5

ระยะเวลาการเรียนเวชศาสตร์ฟื้นฟู	จำนวน	ร้อยละ
2 สัปดาห์	23	25.8
3 สัปดาห์	15	16.9
4 สัปดาห์	36	40.4
6 สัปดาห์	6	6.7
7 สัปดาห์	1	1.1
8 สัปดาห์	5	5.6
ไม่มีความเห็น	3	3.4
<b>รวม</b>	<b>89</b>	<b>100.0</b>

ตารางที่ 4 แสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับระยะเวลาที่เหมาะสมในการเรียนเวชศาสตร์ฟื้นฟูตลอดหลักสูตรแพทยศาสตรบัณฑิต

บัณฑิตแพทย์มีการศึกษาเพิ่มเติมด้วยตนเองด้านการรักษาผู้ป่วยโดยวิธีทางเวชกรรมฟื้นฟูภายหลังจบการศึกษาไปแล้วเป็นบางครั้งร้อยละ 70.2

### บทวิจารณ์

จากผลการวิจัยพบว่าบัณฑิตแพทย์ส่วนใหญ่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชน ลักษณะงานจะเป็นเวชปฏิบัติทั่วไป จากผลสำรวจพบว่ามี การนำเอาการประเมินความพิการ และออกเอกสารรับรอง การออกกำลังกายเพื่อการรักษา และการจัดทำเพื่อป้องกันแผลกดทับ การใช้ความร้อน/เย็น เพื่อการรักษามาใช้บ่อยทั้งนี้สอดคล้องกับโรคที่พบบ่อยได้แก่ โรคหลอดเลือดสมอง กลุ่มอาการปวดจากระบบกล้ามเนื้อ และกระดูก และผู้ป่วยกระดูกแขนขาหัก ดังนั้น การจัดการเรียนการสอนต้องคำนึงถึงบริบทพื้นที่ที่บัณฑิตแพทย์ต้องเผชิญปัญหาที่พบบ่อยต่างๆ ซึ่งอาจมีความแตกต่างจากในโรงเรียนแพทย์หรือโรงพยาบาลศูนย์ การพัฒนาหลักสูตรต้องยึดเอาความต้องการของผู้ใช้เข้ามาเป็นเงื่อนไขหรือข้อพิจารณาด้วย ปัญหาที่เป็นอุปสรรคที่ไม่สามารถนำทักษะทางเวชศาสตร์ฟื้นฟูไปใช้อย่างเต็มที่คือ ข้อจำกัดด้านเวลา จึงตกเป็นภาระของบุคลากรอื่น ในหลักสูตรที่กำลังพัฒนา และหลักสูตรใหม่ควรมีการเสริมทักษะด้านการทำงานเป็นทีม การนำและถ่ายทอดความรู้สู่ผู้ปฏิบัติซึ่งเป็นผู้ร่วมงาน

ในปัจจุบันมีความพยายามที่จะปรับปรุงหลักสูตรแพทยศาสตรในระดับก่อนปริญญามากขึ้น<sup>(9,10)</sup> สำหรับสาขาเวชศาสตร์ฟื้นฟูพบว่าบัณฑิตมีความต้องการด้านเนื้อหา

วิชาและทักษะในการดูแลผู้ป่วยที่สำคัญแตกต่างกัน<sup>(11,12)</sup> การปรับปรุงดังกล่าวต้องคำนึงถึงปัจจัยของโรงเรียนแพทย์<sup>(13)</sup> หลักสูตร<sup>(14)</sup> การให้คำปรึกษาด้านวิชาชีพ<sup>(15)</sup> ค่าใช้จ่ายผลกระทบต่อจำนวนการเข้าฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านสาขานี้ด้วย<sup>(16)</sup> สำหรับโรงพยาบาลพุทธชินราชพิษณุโลกซึ่งทำหน้าที่จัดการเรียนการสอนระดับปริญญาตรีซึ่งเป็นวิชาบังคับในปีที่ 5 ของหลักสูตร 6 ปีได้มีการปรับวิธีการสอนมาโดยตลอดนั้น แต่ในด้านของหัวข้อและเนื้อหาวิชายังไม่เคยปรับมาตั้งแต่เปิดสอน จึงมีแนวคิดที่จะปรับปรุงหลักสูตรดังกล่าว ประกอบกับทางมหาวิทยาลัยนเรศวรได้นำหลักสูตรแพทยศาสตร์ใหม่มาใช้ในปีการศึกษา 2549 นี้ ซึ่งลักษณะของหลักสูตรจะมุ่งไปสู่การเรียนการสอนผสมผสานศาสตร์ต่างๆ ทางกายภาพบำบัดเข้าด้วยกัน (integrated curriculum) ยึดนิสิตแพทย์เป็นศูนย์กลางและเน้นที่ผลลัพธ์ปลายทาง ดังนั้นการสำรวจความคิดเห็นและการนำทักษะและประสบการณ์ทางเวชศาสตร์ฟื้นฟูไปใช้ในเวชปฏิบัติทั่วไปภายใน 3 ปีแรกหลังสำเร็จการศึกษาเป็นหนทางหนึ่งที่จะได้ข้อมูลเพื่อนำมาพิจารณาในการปรับปรุงหลักสูตรปัจจุบันและเป็นข้อมูลที่จะร่วมเสนอความคิดเห็นเพื่อพัฒนารูปแบบของรูปแบบและวิธีการสอนแบบบูรณาการกับกลุ่มงานอื่นๆ ซึ่งจะใช้เวลาอีก 4 ปีข้างหน้า

ในมุมมองของหลักสูตร บัณฑิตแพทย์ยังประสงค์ให้มีการจัดการเรียนการสอนในชั้นปีที่ 5 แต่ต้องการให้เพิ่มระยะเวลาขึ้นจาก 2 สัปดาห์เป็น 4 สัปดาห์ ซึ่งในทางปฏิบัติเป็นไปได้ยากมาก เพราะไปกระทบการจัดหลักสูตรในภาพรวม แต่สิ่งที่พอทำได้ในขณะนี้คือ เพิ่มการสอนโดยการเน้นการเรียนรู้ด้วยตนเอง ปรับลดการบรรยายเพิ่มภาคปฏิบัติ และเพิ่มประสบการณ์การเชื่อมโยงการรักษา กับรายวิชาอื่น โดยการทำงานร่วมกับอาจารย์ในการรับคำปรึกษาจากต่างกลุ่มงาน เป็นต้น ซึ่งจะช่วยปรับทัศนคติต่อการเรียนในรายวิชานี้เพื่อเป็นจุดเริ่มต้นที่ดีของนำไปใช้ในอนาคตและสนใจที่จะเข้าฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านสาขานี้มากขึ้น<sup>(17,18)</sup>

จากผลการวิจัยนี้การปรับหลักสูตรในระยะสั้น (ปรับเนื้อหาและวิธีการจัดการเรียนการสอน) และระยะยาวคือ การปรับหลักสูตรใหม่ที่ไม่มีการเรียนเฉพาะทางด้านเวชศาสตร์ฟื้นฟู แต่ต้องมีการบูรณาการตั้งแต่ในชั้นปรีคลินิกและ

ระดับคลินิก วิชาการด้านเวชศาสตร์ฟื้นฟูต้องเข้าไปร่วมจัดการเรียนการสอนในหลักสูตรที่หลากหลาย การนำข้อมูลที่ได้จากวิจัยครั้งนี้มาช่วยคัดเลือกเนื้อหาและแนวการจัดประสบการณ์การเรียนรู้อาจช่วยให้บรรลุเป้าประสงค์ของหลักสูตรใหม่ที่เน้นผลสัมฤทธิ์ นอกจากนี้ยังมีการจัดวิชาเลือกอิสระในชั้นปี 5 และ 6 เพื่อเป็นเพิ่มพูนทักษะเฉพาะด้านมากขึ้น ทั้งนี้เพื่อเสริมสร้างความมั่นใจและความพึงพอใจ<sup>(18)</sup>

โดยสรุปการจัดหลักสูตรเพื่อสนองต่อความต้องการของบัณฑิตแพทย์และเหมาะสมกับบริบทของการทำงานในพื้นที่ และปรับหลักสูตรที่เน้นการทำงานเป็นที่มาจะช่วยให้การเรียนการสอนมีประโยชน์ นิสิตแพทย์มีส่วนร่วม และมีการประยุกต์ใช้ความรู้มากขึ้น

#### 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. Kahtan S, Inman C, Haines A, Holland P. Teaching disability and rehabilitation to medical students. Med Educ 1994; 28: 386-93.
4. Laskowski ER, Mountvic M, Smith J, Newcomer-Aney K, Showalter CJ. 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. Vlaskovic T, Boban M, Franulovic-Golja N, Eldar R. Teaching disability and rehabilitation medicine at

- the medical school in Split, Croatia. *Croatian Med* 2004; 45(1):99-102. Available from :URL: <http://www.cmj.hr/2004/45/1/14968462.pdf> (Accessed 25/12/2005)
7. 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> (Accessed 25/12/2005)
  8. General Medical Council, London. Tomorrow's doctors. Recommendations on undergraduate medical education. Available from :URL: [http://www.gmc-uk.org/med\\_ed/tomdoc.htm](http://www.gmc-uk.org/med_ed/tomdoc.htm) (Accessed 26/12/2005)
  9. Hyppola H, Kumpusalo E, Virjo I, Mattila K, Neittaanmaki L, Halila H, Kujala S, et al. Improvement in undergraduate medical education: a 10-year follow-up in Finland. *Med Teach* 2002; 24(1):52-6.
  10. Hyppola H, Kumpusalo E, Virjo I, Mattila K, Neittaanmaki L, Halila H, Kujala S, et al Evaluation of undergraduate medical education in Finnish community-oriented and traditional medical faculties: a 10-year follow-up. *Med Educ*. 2000 Dec; 34(12):1016-8.
  11. Vlak T, Boban M, Franulovic-Golja N, Eldar R. Teaching Disability and Rehabilitation Medicine at the Medical School in Split, Croatia. *Croatian Med* 2004; 45(1):99-102.
  12. 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.(Pubmed)
  13. 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.
  14. Maloney FP. Physical medicine in medical curricula: training primary care physicians and students. *Arch Phys Med Rehabil* 1984; 65(9):562-4.
  15. Ogle AA, Garrison SJ, Kaelin DL, Atchison JW, Park YI, Currie DM. Roadmap to physical medicine and rehabilitation: answers to medical student's questions about the field. *Arch Phys Med Rehabil* 2001; 80(3):218-24.
  16. 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.
  17. 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.
  18. 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.
  19. Saleh K, Messner R, Axtell S, Harris I, Mahowald ML. Development and evaluation of an integrated musculoskeletal disease course for medical students. *J Bone Joint Surg Am* 2004; 86-A(8):1653-8.

# Practice Assessment on Physical Medicine and Rehabilitation among Graduates.

Panjit Wannapira, MD<sup>\*</sup>

Wiroj Wannapira, MD<sup>\*\*</sup>

Yongyos Jariya, MD<sup>\*</sup>

Supasit Pannarunothai, MD, PhD<sup>\*\*</sup>

<sup>\*</sup> *Buddhachinaraj Hospital School of Medicine, Phitsanulok.*

<sup>\*\*</sup> *Faculty of Medicine, Naresuan University, Phitsanulok.*

**Wannapira P, Wannapira W, Jariya Y, Pannarunothai S. Practice assessment on Physical Medicine and Rehabilitation among graduates. J Thai Rehabil 2006; 16(2): 60-66.**

## Abstract

**Background :** Trends of medical education is mainly focusing on learner-centered and outcome-based curriculum. The medical curriculum of Naresuan University will change from a discipline-based to an integrated outcome-based approach in 2006. So, crucial information from practice assessment among medical graduates are needed for improving future Physical Medicine and Rehabilitation (PM&R) curriculum development.

**Objective :** To assess PM&R practice among graduates and provide data for new curriculum development.

**Design :** Cross-sectional study

**Setting :** Buddhachinaraj Hospital School of Medicine, Phitsanulok

**Subject :** Graduates of Buddhachinaraj Hospital during 2002-2004

**Method :** A self - administrative mailed questionnaire survey was done to 155 medical graduates from Naresuan University in 2002-2004 during February and March 2006. Descriptive statistic was used.

**Result :** 57.85 per cent of mailing questionnaires were received and analyzed. Most of graduates (80.9%) practiced in the rural hospitals. The common PM&R procedures used during practice were handicapped certification, therapeutic exercises and bed positioning. The common group of patient they cared were cerebrovascular diseases, pain of musculoskeletal and fracture of extremities. Half of them preferred a 4-week course than a 2-week course and still teaching during the fifth year.

**Conclusion :** Longer and practice-based curriculum in PM&R teaching should be developed and integrated with other disciplines

**Key words :** curriculum, Physical Medicine & Rehabilitation, training needs