

## IX. การประเมินผล

การประเมินนักศึกษาแพทย์สาขากุมารเวชศาสตร์ เป็นการประเมินผลให้สอดคล้องกับระเบียบของมหาวิทยาลัยเชียงใหม่ และคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ว่าด้วยระบบการศึกษาแบบหน่วยกิตสำหรับปริญญาแพทยศาสตรบัณฑิต โดยประเมินตามวัตถุประสงค์ของสาขาวิชากุมารเวชศาสตร์และวัตถุประสงค์เฉพาะของชั้นปีเป็นเกณฑ์ โดยมีรายละเอียดดังนี้

### การประเมินผลนักศึกษาแพทย์ปีที่ 5

1. หน่วยกิต พ.คพ.504 (331504) 4 หน่วยกิต

2. คุณสมบัติที่ประเมิน

ประเมินตามวัตถุประสงค์ของสาขากุมารเวชศาสตร์ และวัตถุประสงค์วิชาสำหรับนักศึกษาแพทย์ปีที่ 4 ตามคุณสมบัติดังนี้

2.1 ความรู้ทางทฤษฎี (factual knowledge) ได้แก่การทดสอบความจำ ความเข้าใจ ความสามารถในการวินิจฉัยและรักษา การส่งเสริมและป้องกันโรคตามปัญหาต่างๆ ที่ได้รับรู้ไว้ในหลักสูตร

วิธีการ การสอบข้อเขียนปรนัย (MCQ) จำนวน 80 ข้อ และข้อสอบ MEQ จำนวน 3 ข้อ เมื่อสิ้นสุดการศึกษาในสัปดาห์ที่ 5

2.2 ความรู้ความสามารถในการปฏิบัติงาน

2.2.1 ทักษะทางด้านคลินิก (clinical skill) ได้แก่การซักประวัติ ตรวจร่างกาย

2.2.2 ทักษะทางการแก้ปัญหา (problem solving skill) ได้แก่ความสามารถในการรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูลจากการซักประวัติ ตรวจร่างกาย การตรวจและแปลผลทางห้องปฏิบัติการ การสรุปปัญหาผู้ป่วย การวางแผนวินิจฉัยและการรักษา จนการบันทึกรายงานผู้ป่วยแบบ POMR และการคิดอย่างมีเหตุผล

2.2.3 ทักษะในการทำหัตถการ (technical skill) ได้แก่ความสามารถในการทำ การตรวจทางห้องปฏิบัติการ (laboratory skill) ได้แก่ความสามารถในการทำหัตถการต่างๆ ที่จำเป็นตามที่กำหนดไว้ในหลักสูตรและในสมุดคู่มือรายงานนักศึกษาแพทย์ (log book)

2.2.4 ทักษะในการสื่อสาร (communication skill) ได้แก่ความสามารถในการเข้าถึงผู้ป่วยและผู้ปกครองอย่างเหมาะสม การมีสัมพันธภาพที่ดีต่อเพื่อน ผู้ร่วมงาน และอาจารย์ สามารถร่วมปฏิบัติงานเป็นทีมได้อย่างมีประสิทธิภาพ

2.2.5 เจตคติ ค่านิยม และมารยาทแห่งวิชาชีพ (professional attitude) หมายถึง พฤติกรรมที่เหมาะสมต่อการเป็นแพทย์ที่ดี คือ มีความสนใจในปัญหาของผู้ป่วยทั้งทางด้าน เศรษฐกิจและสังคมตลอดจนครอบครัวและชุมชน มีความสนใจและรับผิดชอบต่อผู้ป่วยและงานที่ได้รับมอบหมาย มีความสนใจใฝ่รู้ด้านวิชาการ มีน้ำใจช่วยเหลือผู้อื่นและมีส่วนร่วมในกิจกรรมที่เป็นประโยชน์ต่อส่วนรวม มีสัมมาคารวะ ปฏิบัติตามระเบียบข้อบังคับและเป็นผู้ตรงต่อเวลา

#### วิธีการประเมิน

ใช้แบบฟอร์มในการให้คะแนน (rating scale) โดย

- (1) สังเกตพฤติกรรมในการปฏิบัติงานบนหอผู้ป่วยทั้งในและนอก
- (2) สังเกตวิธีตอบและถามคำถามระหว่างการเรียนในชั้นและในหอผู้ป่วย
- (3) การตรวจรายงานผู้ป่วย
- (4) การตรวจสอบบันทึกประจำวันนักศึกษาแพทย์ (log book)
- (5) การสอบ OSCE, MEQ

#### 1. การเรียน และการปฏิบัติงาน

- |   |        |
|---|--------|
| 1.1. การปฏิบัติงานบนหอผู้ป่วย (แบบประเมิน Form Ped5_1_1)          | = 15 % |
| 1.2. การฝึกเวชปฏิบัติที่แผนกผู้ป่วยนอก (แบบประเมิน Form Ped5_1_2) | = 5 %  |
| 1.3. การเขียนรายงานผู้ป่วยใหม่ (แบบประเมิน Form Ped5_2)           | = 10 % |
| 1.4. การสนใจและการมีส่วนร่วมในกิจกรรมการเรียนการสอน               | = 5 %  |
| <b>(แบบประเมิน Form Ped5_3)</b>                                   |        |
| 1.5. คู่มือ Service Round และสมุดปฏิบัติงาน (log book)            | = S/U  |
| 1.6. การอยู่เวรนอกเวลา (แบบประเมิน Form Ped5_4)                   | = S/U  |

\* อาจารย์แพทย์จาก รพ.เชียงรายฯ แผนกกุมารฯ เป็นผู้ประเมินนักศึกษาแพทย์

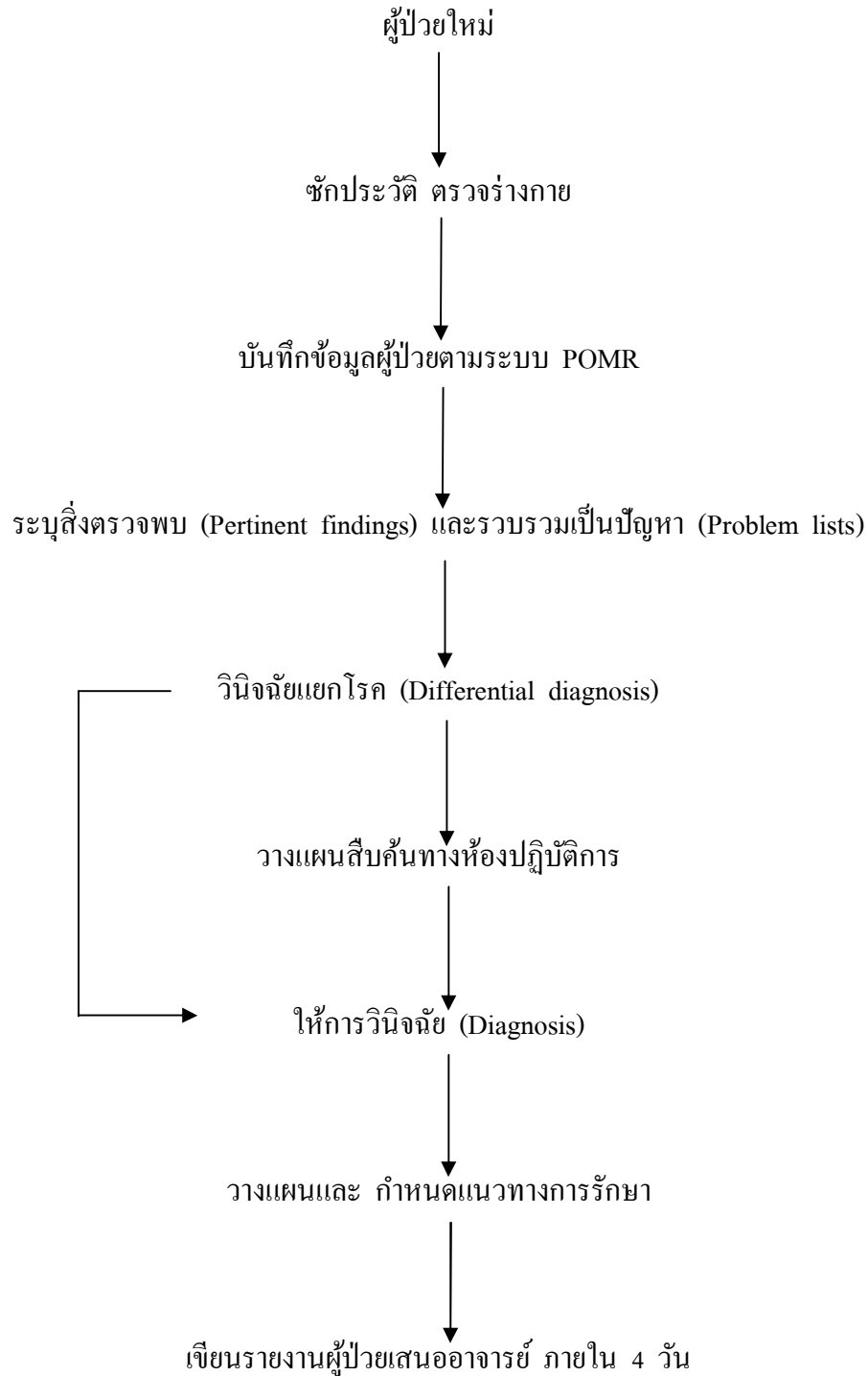
#### 2. การสอบ

- |  |                |
|--|----------------|
| 2.1 Multiple choice question (MCQ) 80 ข้อ            | = 40 %         |
| 2.2 Modified essay question (MEQ) 3 ข้อ              | = 25 %         |
| 2.3 Objective clinical structural examination (OSCE) | = S/U          |
| <b>รวม</b>   | <b>= 100 %</b> |

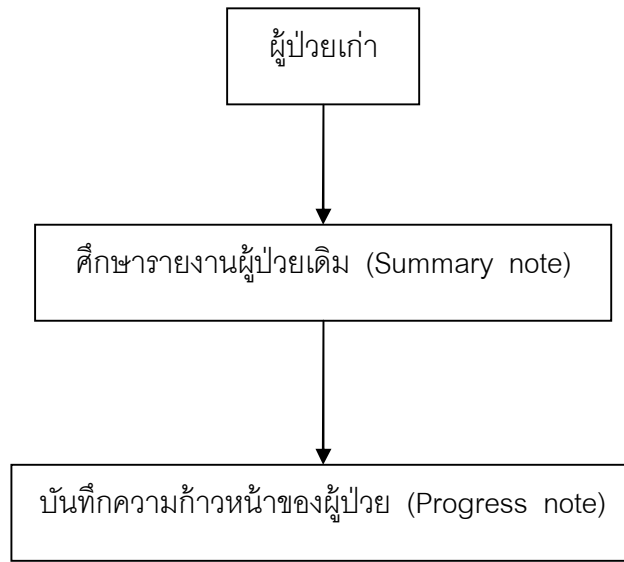
\* ข้อสอบ MCQ และ MEQ จัดสอบที่ รพ.เชียงรายฯ ข้อสอบมาจาก ม.เชียงใหม่

\* OSCE อาจารย์แพทย์จาก รพ.เชียงรายฯ แผนกกุมารฯ เป็นผู้ออกข้อสอบ

## X. แนวทางการรักษาผู้ป่วยใหม่สำหรับนักศึกษาแพทย์



## XI. แนวทางการรับผู้ป่วยและบันทึกความก้าวหน้า ของผู้ป่วยสำหรับนักศึกษาแพทย์ชั้นปีที่ 4, 5 และ 6



⇒ ให้เขียนบันทึกทุกครั้งที่มีข้อมูลเพิ่มเติมดังนี้ (ตาม SOAP)

- มีการเปลี่ยนแปลงในอาการของผู้ป่วย
  - มีการเปลี่ยนแปลงในอาการแสดง
  - ได้รับความตรวจทางห้องปฏิบัติการ หรือการตรวจพิเศษเพิ่มเติม
  - สั่งการตรวจห้องปฏิบัติการหรือการตรวจพิเศษเพิ่มเติม
  - เปลี่ยนแปลงการรักษา
- } ต้องแปลผลทุกครั้ง
- } ต้องระบุเหตุผลทุกครั้ง

⇒ นักศึกษาแพทย์จะต้องเขียนบันทึกความก้าวหน้าของผู้ป่วย (Progress note) อย่างน้อยวันละ 1 ครั้ง หรือมากกว่านี้กรณี que ผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลงรวดเร็ว

## XII. การเขียน On / Off – service note

นักศึกษาแพทย์จะต้องเขียน on service note ทุกครั้งที่รับผู้ป่วยเก่า และเขียน off service note เมื่อผู้ป่วยพ้นจากความดูแล

- สรุปประวัติโดยย่อ
- อาการและอาการแสดงที่สำคัญ
- ผลการสืบค้นที่สำคัญ
- การวินิจฉัยโรคขั้นสุดท้าย
- การรักษาและการดำเนินโรค
- ปัญหาที่แก้ไขไม่ได้ และแผนการสืบค้น; เป็นสิ่งสำคัญในผู้ป่วยที่ยังจำหน่ายจากโรงพยาบาลไม่ได้ จึงควรเน้นแนวการแก้ปัญหาวางแผนสืบค้นและแนวทางการรักษา

**การบันทึกรายงานผู้ป่วยแบบใช้ปัญหาเป็นหลัก  
(Problem - oriented medical record : POMR)**

เอื้อเพื่อข้อมูลโดย พญ.วรรณมา อางองค์

แนวคิดในการบันทึกปัญหาแบบ POMR นี้เพื่อให้แพทย์ผู้ดูแลผู้ป่วยมอง “ปัญหาผู้ป่วยทั้งหมด” โดยไม่มุ่งแต่โรคเท่านั้น ซึ่งผู้ป่วยคนหนึ่งๆ อาจจะมีปัญหาที่ก็ได้ ปัญหาใดยังไม่ได้การวินิจฉัยแน่นอนแต่ภายหลังการสืบค้นแล้วได้การวินิจฉัยแน่นอน ก็อาจเปลี่ยนเป็นการวินิจฉัยโรคภายหลังได้

**องค์ประกอบของ POMR**

ประกอบด้วยส่วนต่างๆ คือ

1. **ฐานข้อมูลเกี่ยวกับตัวเด็ก** (data base) ครอบคลุมในเรื่องการชกประวัติ และ สัมภาษณ์ผู้ป่วยเด็ก
  - ก. ลักษณะทั่วไปของผู้ป่วย (patient profile) ได้แก่ ชื่อ เลขประจำตัว (HN) วัน เดือน ปี เกิด อายุ เพศ เชื้อชาติ และสัญชาติ ที่อยู่ปัจจุบัน ภูมิลำเนา ชื่อ บิดามารดา ชื่อ ที่อยู่ และอาชีพของผู้ปกครอง เศรษฐฐานะ สภาพที่อยู่อาศัย และระดับการศึกษา
  - ข. แหล่งข้อมูล ใครเป็นผู้ให้ประวัติ เชื่อถือได้เพียงใด
  - ค. อาการสำคัญหรือปัญหาที่นำผู้ป่วยมาหาแพทย์
  - ง. ประวัติปัจจุบัน
  - จ. ประวัติอดีต : การตั้งครรภ์ การเกิด และภายหลังเกิด การให้อาหารและให้โภชนาการ การเติบโต และพัฒนาการ grow chart, การอบรมเลี้ยงดู การได้รับภูมิคุ้มกันโรค อุปนิสัย และความประพฤติ การป่วยในอดีต ปฏิกริยาภูมิแพ้
  - ฉ. ประวัติครอบครัวและสังคม
  - ช. ทบทวนอาการในแต่ละระบบ
  - ซ. การตรวจร่างกาย
  - ฅ. ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ และการสืบค้นเบื้องต้น

## 2. รายการปัญหา (problem list) ปัญหาที่จะพบใน “รายการปัญหา” อาจเป็น

- ก. การวินิจฉัยโรคที่แน่นอน (diagnosis) เช่น pneumonia
- ข. กลุ่มอาการหรือสภาวะทางสรีรวิทยา เช่น congestive heart failure
- ค. อาการหรืออาการแสดงที่ยังวินิจฉัยไม่ได้แน่นอน เช่น headache, hepatosplenomegaly
- ง. ความผิดปกติที่ตรวจพบทางห้องปฏิบัติการ หรือภาพรังสี เช่น hyperglycemia, abnormal EEG
- จ. ปฏิกริยาภูมิแพ้ เช่น penicillin allergy, milk allergy
- ฉ. ปัจจัยเสี่ยง (risk factors)
- ช. การผ่าตัด อุบัติภัย หรือการได้รับสารพิษ
- ซ. ปัญหาทางจิต - สังคม หรือเศรษฐกิจ อุปนิสัยหรือ พฤติกรรม เช่น ดูดนิ้ว (thumbsucking) หรือมารดามีบุตรมาก หรือ บุตรของคนงานก่อสร้าง เป็นต้น
- ฅ. ปัญหาเกี่ยวกับการให้การดูแลสุขภาพ
  1. การเลี้ยงดู การฝึกขับถ่าย
  2. การเติบโต และพัฒนาการ
  3. ปัญหาการเรียน
  4. การกินอาหาร และสภาวะโภชนาการ
  5. การให้ภูมิคุ้มกันโรค

การเขียนรายการปัญหานี้ แตกต่างกันในผู้เขียนแต่ละคน ทั้งนี้แล้วแต่ความนึกคิดในการมองปัญหา การแก้ปัญหา ประสบการณ์ทางคลินิก และความกังวลในปัญหาของแพทย์แต่ละคน ในผู้ป่วยคนเดียวกัน แพทย์บางคนอาจเขียนหลายรายการปัญหา บางคนเพียง 1-2 ปัญหา หรือบางคนอาจเขียนรวมยอดอาการ และอาการแสดงต่างๆ เป็นการวินิจฉัย เป็นต้น ทั้งนี้ขึ้นกับความรู้พื้นฐานประสบการณ์ทางคลินิก ความละเอียดถี่ถ้วน และความชำนาญของแต่ละคน

3. การวางแผนขั้นต้น (initial plan) เป็นแผนในด้านการวินิจฉัย และการปฏิบัติสำหรับแต่ละปัญหา โดยมีเลขหมายกำกับตรงกับหมายเลขกำกับรายการปัญหาโดยเขียนแบบ SOAP ดังนี้

Subjective	(S)	อาการสำคัญ
Objective	(O)	อาการแสดง ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ผลจากภาพรังสี ผลการตรวจชิ้นเนื้อหรือผลการผ่าตัด

Assessment	(A) ได้แก่ การประเมินแต่ละปัญหาว่ามีกลไกของการก่อให้เกิดปัญหาได้อย่างไร เกิดจากสาเหตุ (สมมติฐาน) อะไรได้บ้าง และแต่ละสาเหตุมีหลักฐานอะไรบ้างที่สนับสนุนและคัดค้าน ทั้งนี้รวมทั้งการวินิจฉัยโรคและความคืบหน้าในการวินิจฉัย และรักษา
Plan	(P) ประกอบด้วยแผนการสืบค้น เพื่อวินิจฉัยโรค (diagnostic plan) แผนการรักษา (therapeutic plan) และแผนการให้ความรู้ความเข้าใจแก่ผู้ป่วย (patient education)

4. บันทึกความก้าวหน้าหรือการเปลี่ยนแปลง (progress note) ควรบันทึกความก้าวหน้าหรือการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยตามปัญหาที่เขียนไว้ และใช้หมายเลขกำกับตรงกับหมายเลขของชื่อปัญหานั้นที่ประกอบด้วย

- ก. ภาคบรรยาย (narrative part) เขียนแบบ SOAP เช่นเดียวกับในแผนขั้นต้น
- ข. ตารางการเปลี่ยนแปลง (flow sheet) ในโรคเรื้อรังต่างๆ เช่น nephrotic syndrome ซึ่งมีการตรวจทางห้องปฏิบัติการบ่อยๆ และต้องการดูแลเปลี่ยนแปลงประจำวัน การเขียนผลการตรวจลงบนตารางการเปลี่ยนแปลงจะช่วยให้ติดตามผลการปฏิบัติรักษา และการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยได้ง่าย
- ค. ผลการตรวจเพื่อสืบค้นเพิ่มเติม เช่น EKG, X-rays
- ง. ใบปรึกษา (consultation note)
- จ. รายงานการผ่าตัด (operative note)

5. การสรุปรายงาน (discharge summary) เป็นการสรุปรวบรวมข้อเท็จจริงต่างๆ เกี่ยวกับปัญหาของผู้ป่วย และผลการวินิจฉัยการรักษา ควรเขียนแยกแต่ละปัญหาเช่นเดียวกับตามรูปแบบของ SOAP ดังนี้

Subjective	สรุปประวัติที่ตั้งสำคัญตั้งแต่เริ่มแรกจนตลอดเวลาที่ผู้ป่วยอยู่ในโรงพยาบาล
Objective	ผลการตรวจร่างกาย ผลการตรวจสืบค้นที่สำคัญ
Assessment	การดำเนินโรค และสภาพผู้ป่วย (course and condition) เป็นสรุปย่อๆ เกี่ยวกับการดำเนินโรค และสภาพของผู้ป่วยในด้านต่างๆ คือ <ol style="list-style-type: none"> <li>ก. สภาพขณะออกจากโรงพยาบาล (condition of discharge)</li> <li>ข. ความพิการ (disability)</li> </ol>



- Plan                   แผนการจำหน่ายออก (discharge plan) ประกอบด้วย
- ก. แผนในการจำหน่าย (disposition) เช่น กลับไปอยู่บ้าน หรือกลับไปยังโรงพยาบาลที่ส่งผู้ป่วยมา
  - ข. กิจกรรม (activity) เช่น การจำกัดการออกกำลังกาย
  - ค. อาหาร (diet) เช่น อาหารจำกัดโปรตีน
  - ง. คำแนะนำพิเศษ (special instruction) เช่น ภาวะภาพบำบัด
  - จ. การให้ยา (medication) ชนิดของยา พร้อมทั้งขนาด และปริมาณที่ใช้
  - ฉ. การให้ความเข้าใจแก่บิดามารดา และผู้ป่วย (patient education) การแนะนำในการปฏิบัติตน
  - ช. แผนการติดตามผู้ป่วย (follow – up plan) นัดตรวจอีกทีเมื่อไร และมีแผนจะปฏิบัติต่อผู้ป่วยต่อไปอย่างไร

การเขียนรายงานผู้ป่วยแบบใช้ปัญหาเป็นหลัก                   ช่วยในการแก้ปัญหาผู้ป่วยอย่างมี  
 วิจารณ์ญาณ การบันทึกรายงานผู้ป่วยแบบนี้อาจดัดแปลงใช้ได้หลายโอกาส นอกจากนี้ใช้กับ  
 ผู้ป่วยที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาลแล้ว ยังสามารถดัดแปลงใช้ในคลินิกส่วนตัว นอกจากนี้การ  
 บันทึกรายงานผู้ป่วยแบบนี้ยังเป็นประโยชน์ในด้านการศึกษาสำหรับแพทย์ และแพทย์ประจำบ้าน  
 ในการประชุมอภิปรายต่างๆ

## Basic Knowledge of Evidence – based medicine (EBM) in Pediatric Practice

นายแพทย์จุลพงศ์ จันทรดี

ในปัจจุบันวงการแพทย์กำลังเผชิญกับความรู้และทักษะใหม่ๆ ที่จำเป็นในการเพิ่มคุณภาพในการดูแลรักษาผู้ป่วย แพทย์ต้องศึกษาหาความรู้และเรียนรู้ ทักษะใหม่ๆ ตลอดเวลา ดังนั้นในการศึกษาหลักสูตรแพทยศาสตรบัณฑิต นักศึกษาแพทย์จึงมีความจำเป็นที่จะต้องฝึกทักษะในการตัดสินใจและแก้ปัญหาทางคลินิก โดยอาศัย EBM เป็นเครื่องมือ เพื่อเตรียมการเป็นแพทย์ในอนาคตให้รู้จักวิธีเรียนตลอดชีวิต (Life long learning) ซึ่งจะสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของพรบ. การศึกษาแห่งชาติ พ.ศ. 2542 โดยเน้นผู้เรียนเป็นศูนย์กลาง (Student centred)

Evidence – based medicine (EBM) หมายถึง การใช้ข้อมูลหลักฐานจากงานวิจัยที่ดีที่สุดในปัจจุบัน เพื่อช่วยการตัดสินใจในการดูแลรักษาผู้ป่วยแต่ละราย โดยนำมาผสมผสานอย่างบูรณาการเข้ากับประสบการณ์ความรู้และความชำนาญทางคลินิกของแพทย์ผู้ให้การรักษา

### EBM ประกอบด้วยทักษะพื้นฐาน 5 ประการ (5A)

1. การตั้งคำถามทางคลินิก (Define the clinical question) (Ask)
2. การหาหลักฐานมาตอบคำถาม (Search for relevant literature) (Access)
3. ประเมินค่าของหลักฐานเชิงวิจารณ์ (Critical appraising the evidence) (Appraisal)
4. ประยุกต์ใช้หลักฐานกับผู้ป่วย (Application of evidence in managing patients) (Application)
5. ประเมินการปฏิบัติของตนทั้งหมด (Performance evaluation) (Assess)

#### 1. การตั้งคำถามทางคลินิก (Define the clinical question)

คำถามอาจแยกเป็นกลุ่มได้ดังนี้ เช่น คำถามเกี่ยวกับการวินิจฉัยโรค (Diagnostic), การดูแลรักษา (Therapeutic), การพยากรณ์โรค (prognostic) และการป้องกันโรค (preventive)

### คำถามทางคลินิกที่ดี ควรมีองค์ประกอบ 4 อย่าง (PICO)

- ผู้ป่วย (patient) หรือปัญหา (problem)
- การแทรกแซง (Intervention) เช่น การรักษา, บังคับในการพยากรณ์โรค
- การแทรกแซงที่มีการเปรียบเทียบ (Control)
- ผลลัพธ์ (Outcomes)

ตัวอย่างคำถามที่ดี ควรมีองค์ประกอบครบทั้ง 4 อย่างคือ P = patient หรือ problem

I = Intervention      E = Control หรือ comparison O = Outcome

ตัวอย่างคำถามและองค์ประกอบของคำถาม ดังแสดงในตาราง

งาน/ คำถามทางคลินิก (Clinical task)	องค์ประกอบของคำถาม (elements of the question)			
	Patient or problem (p)	Intervention (I)	Comparison (C)	Outcome (O)
ตัวอย่างคำถาม				
1. Therapeutic ในผู้ป่วยที่เป็น viral croup การให้ยา steroid จะทำให้อาการต่างๆ ดีขึ้นอย่างรวดเร็ว เมื่อเปรียบเทียบกับ การไม่ให้ยาเลย	ผู้ป่วย viral croup	การให้ยา steroid	การไม่ให้ยา steroid	อาการดีขึ้นอย่างรวดเร็ว
2. Diagnostic test การใช้ thoracic MRI สามารถให้การวินิจฉัยผู้ป่วยเด็กที่สงสัยเส้นเลือดกอดหลอดลม (vascular ring) ได้แม่นยำ เมื่อเปรียบเทียบกับ การวินิจฉัยด้วยการทำ aortography ซึ่ง invasive และใช้ contrast media	ผู้ป่วยเด็ก vascular ring	การใช้ thoracic MRI	การทำ aortography	ความแม่นยำในการตรวจ
3. Preventive การใช้นมสูตรแพ้น้อย (hypoallergenic formula) ในทารกที่มีความเสี่ยงสูง ช่วยป้องกันการเกิด atopy (eczema and asthma) เมื่อเทียบกับนมวัวหรือนมถั่วเหลืองหรือไม่	ทารกที่มีความเสี่ยงสูง	การใช้สูตรนม hypoallergenic formula	นมวัวหรือนมถั่วเหลือง	การเกิด atopy

## 2. การหาหลักฐานมาตอบคำถาม (Search for relevant literature)

เป็นการหาหลักฐานทางการแพทย์ที่ดีที่สุดจากงานวิจัยทางคลินิก เช่น Diagnostic test Study, Randomized controlled trial (RCT) หรือ therapeutic study, prognostic study และ Systematic review

หลักฐานต่างๆ นั้น สามารถจัดระดับน้ำหนักได้ โดยเรียงลำดับจากหลักฐานชั้นดีที่สุด หรือเรียกว่า Gold standard ลดหลั่นลงไปจนถึงชั้นน้ำหนักน้อยที่สุด ได้แก่

- Systematic review หรือ Meta analysis (การทบทวนการศึกษาอย่างเป็นระบบ)
- RCT (การวิจัยที่ออกแบบอย่างดีมีทั้งกลุ่มศึกษาและกลุ่มควบคุม)
- Cohort study
- Case control study
- descriptive study (การศึกษาเชิงพรรณนา)
- Case series (การรวบรวมกรณีศึกษาผู้ป่วย)
- Case report (รายงานผู้ป่วย)
- Expert opinion (ความเห็นของผู้เชี่ยวชาญ)

ระบบฐานข้อมูล (Online data base) ที่สำคัญและนักศึกษาแพทย์สามารถเข้าถึงและค้นคว้าได้มีหลายแหล่ง ที่สำคัญ ดังตาราง

ตาราง แสดงแหล่งข้อมูล Online Database ที่ทำการสืบค้นด้วยระบบสารสนเทศ

Resource	Internet address
APC Journal Club	<a href="http://www.apcjc.org/">http://www.apcjc.org/</a>
BMJ Journal	<a href="http://bmj.bmjournals.com/">http://bmj.bmjournals.com/</a>
Clinical Evidence	<a href="http://www.clinicalevidence.com">http://www.clinicalevidence.com</a>
Centre for EBM	<a href="http://www.cebm.net/learning_ebm.asp">http://www.cebm.net/learning_ebm.asp</a> <a href="http://www.cebm.utoronto.ca/">http://www.cebm.utoronto.ca/</a>
Cochrane library	www.cochrane.org
Best BETs (Best evidence topics)	<a href="http://www.bestbets.org">www.bestbets.org</a>
EBM online	<a href="http://ebm.bmj.com/">http://ebm.bmj.com/</a>
Embase (EMBASE.com)	www.EMBASE.com
eMedicine	<a href="http://emedicine.com/">http://emedicine.com/</a>
Free Medical Journals	<a href="http://www.freemedicaljournals.com">www.freemedicaljournals.com</a>
Guideline	<a href="http://www.guideline.gov">http://www.guideline.gov</a>
Medscape	<a href="http://www.medscape.com">http://www.medscape.com</a>

Medline	<a href="http://medline.cos.com">http:// med line .cos.com</a>
Medical Matrix	<a href="http://www.medmatrix.org/">http://www.medmatrix.org/</a>
Pediatric Emergency Medicine	<a href="http://www.Pem-Database.org">www.Pem</a> – Database.org
Pub Med	<a href="http://www.pubmed.gov">www.pubmed.gov</a>
Chulalongkorn University	<a href="http://161.200.96.233/">http://161.200.96.233/</a> <a href="http://www.elearning.md.chula.ca.cth">www.elearning.md.chula.ca.cth</a> <a href="http://www.cai.md.chula.ca.cth">www.cai.md.chula.ca.cth</a>

โดยนักศึกษาแพทย์ต้องเรียนรู้เทคโนโลยีคอมพิวเตอร์และอินเทอร์เน็ต เพื่อให้สามารถค้นคว้าหาความรู้จากฐานข้อมูลได้

### 3. การประเมินค่าของหลักฐานเชิงวิจารณ์ (Critical appraising the evidence)

เป็นการประเมินคุณค่าของหลักฐานที่หามาได้ว่า ถูกต้อง (valid) และมีประโยชน์หรือไม่ ต้องอาศัยความรู้เรื่อง ระเบียบวิธีวิจัย (Research methodology) ซึ่งเกี่ยวข้องกับแขนงวิชาระบาดวิทยาและสถิติ soft wareที่จะช่วยในการประเมินค่านี้ สามารถค้นได้จาก website ของ Center for Evidence – Based Medicine (<http://cebm.mrz.ox.ac.uk>)

### 4. ประยุกต์ใช้หลักฐานกับผู้ป่วย (Application of evidence in managing patients)

หลังจากที่ได้คำตอบจากหลักฐานทางการแพทย์ที่ดีที่สุด (Best available evidence) จากระบบฐานข้อมูล (Online database) และการประเมินวรรณกรรมอย่างมีวิจารณญาณ แล้วจึงนำมาผสมผสานอย่างบูรณาการ (Integration) กับประสบการณ์ทางคลินิก เพื่อใช้เป็นแนวทางในการตัดสินใจให้การดูแลรักษาผู้ป่วย โดยอาศัยความรู้และความเข้าใจในเรื่องพยาธิสรีรวิทยา (pathophysiology) เป็นสิ่งสำคัญในการแปลผลการวิจัยทางคลินิก

### 5. ประเมินการปฏิบัติของตนเอง (Performance evaluation)

เป็นขั้นตอนสุดท้ายของ EBM และเป็นการกระทำที่ช่วยให้นักศึกษาแพทย์พัฒนาทักษะ การเรียนรู้ของตนเองตลอดชีวิต (Life long learning skills)

## คำแนะนำการรับผู้ป่วยและฝึกหัดบันทึกเวชระเบียนสำหรับนักศึกษาแพทย์

อาจารย์และพี่แพทย์พี่เลี้ยงจะจัดจ่ายผู้ป่วยให้นักศึกษาแพทย์ มีผู้ป่วยในความรับผิดชอบ ประมาณ 5 คน ตลอดการทำงานในภาควิชากุมารฯ โดยให้นักศึกษาแพทย์ดูแลตนเองในจำนวนผู้ป่วยที่รับผิดชอบ

เมื่อนักศึกษาแพทย์ ได้รับผู้ป่วยที่นอนอยู่เดิมหรือผู้ป่วยใหม่ทุกครั้ง ให้ใช้ “แบบฟอร์มบันทึกข้อมูลผู้ป่วย สำหรับนักศึกษาแพทย์ ศูนย์แพทยศาสตรศึกษาชั้นคลินิก โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์” ลงบันทึกการดูแลผู้ป่วยแล้วนำไปไว้ในส่วนหลังของ chart ผู้ป่วยที่นักศึกษาเป็นเจ้าของใช้

โดยนักศึกษาแพทย์ ปี 4 ให้ใช้แบบฟอร์มสีชมพู นักศึกษาแพทย์ปี 5 ให้ใช้แบบฟอร์มสีฟ้า นักศึกษาแพทย์ปี 6 ใช้แบบฟอร์ม Medical round

ให้นักศึกษาฝึกหัดการบันทึกให้กระชับ ได้ใจความครบถ้วน โดยให้มีรายละเอียดดังนี้

1. ให้มีการบันทึกรับใหม่ (on admission note) ในผู้ป่วยทุกคน
2. ให้มีการบันทึกการเปลี่ยนแปลง และการตอบสนองต่อการรักษา (Progress note) ทุกวัน โดยเรียงลำดับปัญหาตามความสำคัญ และเขียนอธิบายปัญหาตามหัวข้อ SOAP (อาจารย์ผู้รับผิดชอบประจำของแต่ละปีจะชี้แจงเรื่องการเขียน SOAP หรือมี format ตัวอย่างการเขียนให้นักศึกษาแพทย์ดูด้วย)
3. ให้นักศึกษานบันทึกให้เวชระเบียนของผู้ป่วย ให้มีข้อมูลสมบูรณ์พอ ที่จะสามารถ นำมาใช้ ดังนี้
  - สื่อสารส่งข้อมูลปัญหาสำคัญ และการเปลี่ยนแปลงตอบสนองต่อการรักษาในแต่ละวันหรือแต่ละช่วงเวลา ให้วิชาชีพเดียวกัน และ สหวิชาชีพที่ดูแลผู้ป่วยร่วมกันได้
  - ทบทวนเพื่อการเรียนรู้ในทางการแพทย์ได้

## การดูแลผู้ป่วยใน ของนักศึกษา แผนก กุมารเวชกรรม รพ เชียงรายฯ

นักศึกษาจะมีผู้ป่วยไว้ในความรับผิดชอบ (ปี 4 ไม่เกิน 4 ราย และปี 5 ไม่เกิน 5 ราย

ปี 6 ทุกราย) ให้ไปดูแลผู้ป่วยทุกวัน

- หลัง 16.00 น นักศึกษาทุกคนต้องขึ้น ward มารับผู้ป่วยใหม่ และติดตามดูแลผู้ป่วยเก่า
- เมื่อทีมมา round ผู้ป่วยให้เจ้าของไปนำเสนอผู้ป่วยของตนเอง ให้สั้นและกระชับ (ตามแนวทางด้านล่าง) ให้ พี่ๆ และอาจารย์ฟังโดยได้ใจความในเวลาไม่เกิน 1 นาที ถ้า admit ในเวร ให้นักศึกษาที่อยู่เวรเป็นผู้ present
- ให้บันทึก On service note, Progress note และ off service note ในแบบฟอร์มสีชมพู ปี4, สีฟ้า ปี5, ในช่องสหสาขาของใบ order ปี6 และเก็บไว้ในส่วนหลังสุดของ chart ผู้ป่วย
- ให้ช่วยดูแล Chart ผู้ป่วย ให้อยู่ในตึก ถ้าจะนำออกจากตึก ให้แจ้งพยาบาล In charge
- หัตถการที่ต้องทำ ให้พยายามติดตาม ขอพี่พยาบาลทำ หรือเก็บไว้ให้ทำ ถ้าไม่ครบให้บอกที่พี่ intern
- นักศึกษาแพทย์ที่อยู่เวรให้มารับส่งเวรกับ intern และ พี่ Chief ด้วย
- อยู่เวรให้ดูผู้ป่วยได้ทันที เมื่อผู้ป่วยมาถึงก่อนที่พี่ Intern Extern จะมา หรือ ไปดูพร้อมกับพี่เลย

## มาตรฐาน การบันทึกเวชระเบียนของแพทย์

ให้บันทึกให้อ่านง่าย สั้น, กระชับ, ได้ใจความ โดยให้มีข้อมูลเพียงพอสำหรับ

1. ให้แพทย์และวิชาชีพอื่นๆ สามารถดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องได้
2. เข้าใจเหตุผลของการตัดสินใจในแต่ละขั้นตอนของการรักษา
3. สามารถประเมินคุณภาพการดูแลผู้ป่วยได้
4. เป็นหลักฐานทางสถิติและกฎหมายได้

### แนวการเขียนบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วย

หลังจากบันทึกประวัติและตรวจร่างกาย แรกรับแล้วให้ เขียน problem list เรียงตามลำดับความสำคัญ (และให้สรุป problem list เป็นระยะ เช่น ทุกสัปดาห์)

ให้เขียน Progress note ทุกวัน ใน 3 วันแรก หลังจากนั้นเขียนทุกครั้งที่มีการเปลี่ยนแปลงของอาการและมีการตอบสนองต่อการรักษา โดยให้บันทึกตามหัวข้อ S O A P ให้สอดคล้องกับ problem list ตามแนวดังนี้

#### **Problem List**

1.....2.....3.....

#### **Progress note**

S.....(ข้อมูลจากผู้ป่วย ญาติ พยาบาล ที่เกี่ยวข้องกับปัญหา ทุกข้อ)

O.....(การตรวจร่างกาย สิ่งที่ต้องติดตาม การตอบสนองที่พบ ที่เกี่ยวข้องกับปัญหา ทุกข้อ)

A.....(ประเมินว่า ดีขึ้น เลวลง หรือคงที่ อย่างไร)

P.....(การวางแผนการรักษา)

ลงชื่อ.....

วันที่...../...../.....

( พญ.รวิวรรณ หาญสุทธิเวชกุล )

กลุ่มงาน กุมารเวชกรรม รพ.เชียงใหม่

มี.ค. 2552



## กิตติกรรมประกาศ

ภาควิชากุมารเวชกรรม โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ ขอขอบพระคุณศาสตราจารย์  
คลินิกเกียรติคุณ นพ.วราวุธ สุमारวงศ์ งานแพทยศาสตรศึกษาและคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาล  
รามาริบัติ มหาวิทยาลัยมหิดล ที่ให้ความช่วยเหลือในการจัดทำหลักสูตร และ น.พ.ไชยเวช ธน-  
ไพศาล ผู้อำนวยการศูนย์แพทยศาสตรศึกษาชั้นคลินิก โรงพยาบาลศูนย์เชียงรายประชานุเคราะห์  
ที่ให้คำปรึกษาและแนะนำในการจัดทำ ครั้งนี้จนสำเร็จลุล่วงไปด้วยดี