

## การประเมินผล

การประเมินนิสิตแพทย์สาขากุมารเวชศาสตร์ เป็นการประเมินผลให้สอดคล้องกับระเบียบของมหาวิทยาลัยเชียงใหม่และคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ว่าด้วยระบบการศึกษาแบบหน่วยกิตสำหรับปริญญาแพทยศาสตรบัณฑิต โดยประเมินตามวัตถุประสงค์ของสาขาวิชากุมารเวชศาสตร์และวัตถุประสงค์เฉพาะของชั้นปีเป็นเกณฑ์ โดยมีรายละเอียดดังนี้

### การประเมินผลนิสิตแพทย์ปีที่ 6

การวัดและการประเมินผล การให้คะแนน แบ่งออกเป็นหัวข้อย่อย ดังนี้

#### 5.1 คะแนนเจตคติ (รวมร้อยละ 55)

5.1.1 จากโรงพยาบาลสมทบ 4 สัปดาห์ คิดเป็นร้อยละ 25

5.1.2 จากคณะฯ 4 สัปดาห์ คิดเป็นร้อยละ 25

#### 1) การทำงานในหอผู้ป่วย

ก. การมา ๑ round สม่ำเสมอ ตรงเวลา

ข. รู้รายละเอียดของผู้ป่วยของตน

ค. มีความรับผิดชอบในการปฏิบัติงาน

ง. การเขียน admission note / on service note / progress note

จ. มีความรู้ด้านวิชาการ

ฉ. การแต่งกายถูกระเบียบคณะแพทยศาสตร์ และมหาวิทยาลัย

ช. ทักษะในการสื่อสาร และการนำเสนอข้อมูลผู้ป่วย

ซ. มีทักษะในการหัตถการ และการตรวจทางห้องปฏิบัติการพื้นฐาน

ณ. สนใจผู้ป่วย ช่วยเหลือแพทย์ขณะอยู่เวร

หัวข้อ ก, ข, ค, ง, จ, ฉ และ ช. ผู้ที่ประเมิน คือ อาจารย์ประจำสาย

หัวข้อ ก. ถึง ณ. ผู้ประเมิน คือ แพทย์ประจำบ้านประจำสาย ( โดยรวบรวมความเห็นจากแพทย์อื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง)

#### 2) การทำงานที่คลินิกผู้ป่วยนอก ( ทุกหัวข้อ) พิจารณาจาก

ก. การเข้าคลินิกสม่ำเสมอ ตรงเวลา

ข. มีมนุษยสัมพันธ์กับญาติผู้ป่วยและผู้ป่วย

ค. มีความรู้ด้านวิชาการเกี่ยวกับสุขภาพเด็กสามารถแก้ปัญหาในผู้ป่วยเด็กได้อย่างเหมาะสม

ง. มีทักษะ (skill) ในการตรวจผู้ป่วยเด็ก

ผู้ประเมิน คือ อาจารย์ประจำคลินิกผู้ป่วยนอก

5.1.3 คะแนนการเรียน activity with staff ประเมินจากความสม่ำเสมอในการเรียน ความสนใจในการเรียน

5.1.4 สมุดหัตถการ ซึ่งจะใช้เป็นสมุดประจำตัวตลอดเวลาอยู่ที่ คณะฯ และโรงพยาบาล สมทบ ส่งคืนเมื่อปฏิบัติงาน

ครบ 8 สัปดาห์แล้ว ( ส่งคืนวันสุดท้ายในโรงพยาบาลที่ปฏิบัติงาน) กรณีที่สมุดหายจะ ถูกปรับเงิน จำนวน 20 บาท

คะแนนรวมจากสมุดหัตถการ และ Activity with staff เป็นร้อยละ 5

5.2 คะแนนจากการประเมินความรู้ ( รวมร้อยละ 45)

การสอบลงกองจะประกอบด้วย การสอบ multiple choice question (MCQ), modified essay question (MEQ) และ objective

structural clinical examination (OSCE) โดยการสอบ MCQ และ MEQ จะจัดสอบ พร้อมการสอบของภาควิชาอื่น หลังจากผ่าน

การปฏิบัติงานทั้งภายใน คณะและโรงพยาบาลสมทบครบทุกๆ 4 เดือน โดยนักศึกษาแพทย์ แต่ละคนจะต้อง สอบวัดผล 2 ครั้ง

(ก่อนและหลังการฝึกปฏิบัติงานในคณะ) ส่วนการสอบ OSCE จะจัดสอบทุกเดือนที่ภาควิชา กุมารเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์

การสอบ OSCE จำนวน 7 ข้อ คิดเป็นคะแนน ร้อยละ 5

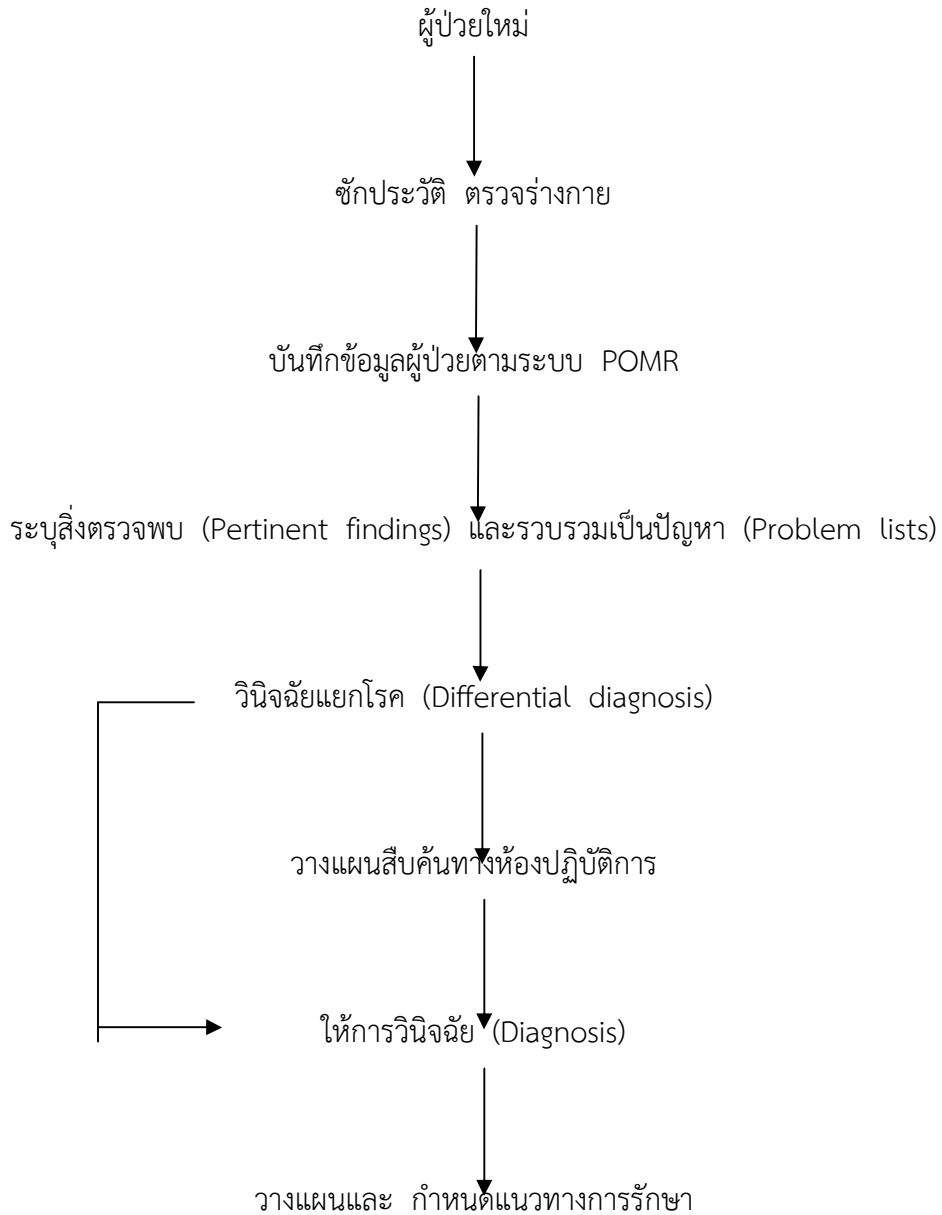
โดยนักศึกษาแพทย์จะต้องสอบผ่าน  $\geq 3$  ข้อ ของจำนวนข้อสอบทั้งหมด (นับรวมจำนวน ข้อสอบทั้งของ

ภาควิชาฯ และคณะแพทยศาสตร์)

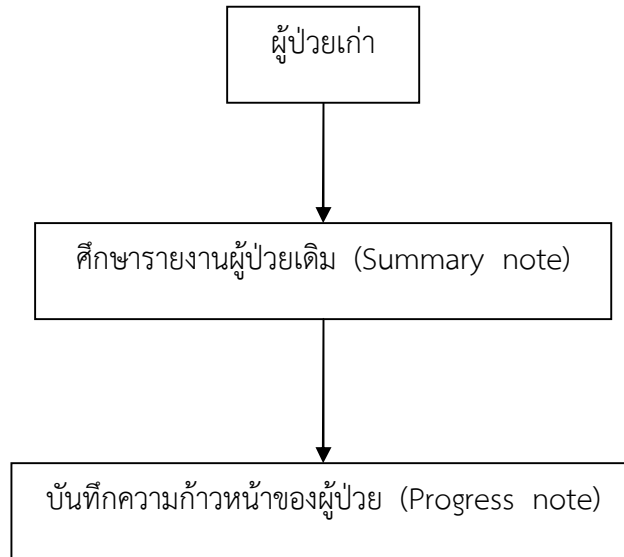
การสอบ MEQ จำนวน 4 ข้อ คิดเป็นคะแนน ร้อยละ 10

การสอบ MCQ จำนวน 80 ข้อ คิดเป็นคะแนน ร้อยละ 30

## แนวทางการรักษาผู้ป่วยใหม่สำหรับนิสิตแพทย์



## แนวทางการรับผู้ป่วยและบันทึกความก้าวหน้า ของผู้ป่วยสำหรับนิสิตแพทย์ชั้นปีที่ 4, 5 และ 6



⇒ ให้เขียนบันทึกทุกครั้งที่มีข้อมูลเพิ่มเติมดังนี้ (ตาม SOAP)

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

⇒ นิสิตแพทย์จะต้องเขียนบันทึกความก้าวหน้าของผู้ป่วย (Progress note) อย่างน้อยวันละ 1 ครั้ง หรือมากกว่านี้กรณีที่ผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลงรวดเร็ว

## การเขียน On / Off – service note

นิตินแพทย์จะต้องเขียน 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” โดยไม่มองแต่โรคเท่านั้น ซึ่งผู้ป่วยคนหนึ่งๆ อาจจะมีปัญหาก็ได้ ปัญหาใดยังไม่ได้การวินิจฉัยแน่นอนแต่ภายหลังการสืบค้นแล้วได้การวินิจฉัยแน่นอน ก็อาจเปลี่ยนเป็นการวินิจฉัยโรคภายหลังได้

### องค์ประกอบของ POMR

ประกอบด้วยส่วนต่างๆ คือ

1. **ฐานข้อมูลเกี่ยวกับตัวเด็ก** (data base) ดูรายละเอียดในเรื่องการซักประวัติ และสัมภาษณ์ผู้ป่วยเด็ก
  - ก. ลักษณะทั่วไปของผู้ป่วย (patient profile) ได้แก่ ชื่อ เลขประจำตัว (HN) วัน เดือน ปี เกิด อายุ เพศ เชื้อชาติ และสัญชาติ ที่อยู่ปัจจุบัน ภูมิลำเนา ชื่อบิดามารดา 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
  - ณ. 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
- ฌ. ปัญหาเกี่ยวกับการให้การดูแลสุขภาพ
  1. การเลี้ยงดู การฝึกขับถ่าย
  2. การเติบโต และพัฒนาการ
  3. ปัญหาการเรียน
  4. การกินอาหาร และสภาวะโภชนาการ
  5. การให้ภูมิคุ้มกันโรค

การเขียนรายการปัญหานี้ แตกต่างกันในผู้เขียนแต่ละคน ทั้งนี้แล้วแต่ความนึกคิดในการมองปัญหา การแก้ปัญหา ประสบการณ์ทางคลินิก และความกังวลในปัญหาของแพทย์แต่ละคน ในผู้ป่วยคนเดียว แพทย์บางคนอาจเขียนหลายรายการปัญหา บางคนเพียง 1-2 ปัญหา หรือบางคนอาจเขียนรายนามอาการ 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 และแต่ละสาเหตุมีหลักฐาน

อะไรบางอย่างที่สนับสนุนและคัดค้าน ทั้งนี้รวมทั้งการวินิจฉัยโรค และความคืบหน้าในการวินิจฉัย และรักษา

Plan (P) ประกอบด้วยแผนการสืบค้น เพื่อวินิจฉัยโรค (diagnostic plan) แผนการรักษา (therapeutic plan) และแผนการให้ความรู้ความเข้าใจแก่ผู้ป่วย (patient education)

4. บันทึกความก้าวหน้าหรือการเปลี่ยนแปลง (progress note) ควรบันทึกความก้าวหน้า หรือการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยตามปัญหาที่เขียนไว้ และใช้หมายเลขกำกับตรงกับหมายเลขของข้อปัญหานั้นประกอบด้วย

- 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) เป็นการสรุปรวบยอดเรื่องราวต่างๆ เกี่ยวกับปัญหาของผู้ป่วย และผลการวินิจฉัยการรักษา ควรเขียนแยกแต่ละปัญหาเช่นเดียวกับตามรูปแบบของ SOAP ดังนี้

Subjective สรุปประวัติที่ต้งสำคัญตั้งแต่เริ่มแรกจนตลอดเวลาที่ผู้ป่วยอยู่ในโรงพยาบาล

Objective ผลการตรวจร่างกาย ผลการตรวจสืบค้นที่สำคัญ

Assessment การดำเนินโรค และสภาวะผู้ป่วย (course and condition) เป็นสรุปย่อๆ เกี่ยวกับการดำเนินโรค และสภาพของผู้ป่วยในด้านต่างๆ คือ

- ก. สภาพขณะออกจากโรงพยาบาล (condition of discharge)
- ข. ความพิการ (disability)



- 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 ภายภาพบำบัด
  - จ. การให้ยา (medication) ชนิดของยา พร้อมทั้งขนาด และปริมาณที่ใช้
  - ฉ. การให้ความเข้าใจแก่บิดามารดา และผู้ป่วย (patient education) การแนะนำในการปฏิบัติตน
  - ช. แผนการติดตามผู้ป่วย (follow – up plan) นัดตรวจอีกที่เมื่อไร และมีแผนจะปฏิบัติต่อผู้ป่วยต่อไปอย่างไร

การเขียนรายงานผู้ป่วยแบบใช้ปัญหาเป็นหลัก ช่วยในการแก้ปัญหาผู้ป่วยอย่างมีวิจรรย์ญาณ การบันทึกรายงานผู้ป่วยแบบนี้อาจดัดแปลงใช้ได้หลายโอกาส นอกจากใช้กับผู้ป่วยที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาลแล้ว ยังสามารถดัดแปลงใช้ในคลินิกส่วนตัว นอกจากนี้การบันทึก รายงานผู้ป่วยแบบนี้ยังเป็นประโยชน์ในด้านการศึกษาสำหรับแพทย์ และแพทย์ประจำบ้าน ในการประชุมอภิปรายต่างๆ

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

นายแพทย์จุลพงษ์ จันทรดี

ในปัจจุบันวงการแพทย์กำลังเผชิญกับความรู้และทักษะใหม่ๆ ที่จำเป็นในการเพิ่มคุณภาพในการดูแลรักษาผู้ป่วย แพทย์ต้องศึกษาหาความรู้และเรียนรู้ ทักษะใหม่ๆ ตลอดเวลา ดังนั้นในการศึกษาหลักสูตรแพทยศาสตรบัณฑิต นิสิตแพทย์จึงมีความจำเป็นที่จะต้องฝึกทักษะในการตัดสินใจและแก้ปัญหาทางคลินิก โดยอาศัย EBM เป็นเครื่องมือ เพื่อเตรียมการเป็นแพทย์ในอนาคตให้รู้จักวิธีเรียนตลอดชีวิต (Life long learning) ซึ่งจะสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของ พรบ. 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, ปัจจัยในการพยากรณ์โรค
- 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 สามารถให้การวินิจฉัยผู้ป่วยเด็กที่สงสัยเส้นเลือดกดหลอดลม (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)** ที่สำคัญและนิสิตแพทย์สามารถเข้าถึงและค้นคว้าได้มีหลายแหล่ง ที่สำคัญ ดังตาราง

ตาราง	แสดงแหล่งข้อมูล	Online Database	ที่ทำการสืบค้นด้วยระบบ
สารสนเทศ			
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>

โดยนิตแพทย์ต้องเรียนรู้เทคโนโลยีคอมพิวเตอร์และอินเทอร์เน็ต เพื่อให้สามารถค้นคว้าหาความรู้จากฐานข้อมูลได้

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

เป็นการประเมินคุณค่าของหลักฐานที่หามาได้ว่า ถูกต้อง (valid) และมีประโยชน์หรือไม่ ต้องอาศัยความรู้เรื่อง ระเบียบวิธีวิจัย (Research methodology) ซึ่งเกี่ยวข้องกับแขนงวิชาระบาดวิทยาและสถิติ software ที่จะช่วยในการประเมินค่านี้ 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) และการประเมินวรรณกรรมอย่างมีวิจรรย์ญาณ แล้วจึงนำมาผสมผสานอย่างบูรณาการ (Integration) กับประสบการณ์ทางคลินิก เพื่อใช้เป็นแนวทางในการตัดสินใจให้การดูแลรักษาผู้ป่วย โดยอาศัยความรู้และความเข้าใจในเรื่องพยาธิสรีรวิทยา (pathophysiology) เป็นสิ่งสำคัญในการแปลผลการวิจัยทางคลินิก

### 5. ประเมินการปฏิบัติของตนเอง (Performance evaluation)

เป็นขั้นตอนสุดท้ายของ EBM และเป็นการกระทำที่ช่วยให้ นิตแพทย์พัฒนาทักษะ การเรียนรู้ของตนเองตลอดชีวิต (Life long learning skills)

## คำแนะนำการรับผู้ป่วยและฝึกหัดบันทึกเวชระเบียนสำหรับนิสิตแพทย์

อาจารย์และพี่แพทย์พี่เลี้ยงจะจัดจ่ายผู้ป่วยให้นิสิตแพทย์ มีผู้ป่วยในความรับผิดชอบ ประมาณ 5 คนตลอดการทำงานในภาควิชากุมารฯ โดยให้นิสิตแพทย์ดูแลตนเองในจำนวนผู้ป่วยที่รับผิดชอบ สำหรับนิสิตแพทย์ปี 6 รับผู้ป่วยใหม่ทุกราย

เมื่อนิสิตแพทย์ ได้รับผู้ป่วยที่นอนอยู่เดิมหรือผู้ป่วยใหม่ทุกครั้ง ให้ใช้ “แบบฟอร์มบันทึกข้อมูลผู้ป่วย สำหรับนิสิตแพทย์ ศูนย์แพทยศาสตรศึกษาชั้นคลินิก โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์” ลงบันทึกการดูแลผู้ป่วยแล้วนำไปไว้ในส่วนหลังของ chart ผู้ป่วยที่นิสิตเป็นเจ้าของไข้

โดยนิสิตแพทย์ ปี 4 ให้ใช้แบบฟอร์มสีชมพู นิสิตแพทย์ปี 5 ให้ใช้แบบฟอร์มสีฟ้า นิสิตแพทย์ ปี 6 ใช้แบบฟอร์ม Medical round

ให้นิสิตฝึกหัดการบันทึกให้กระชับ ได้ใจความครบถ้วน โดยให้มีรายละเอียดดังนี้

1. ให้มีการบันทึกรับใหม่ (on admission note) ในผู้ป่วยทุกคน
2. ให้ มีการบันทึกการเปลี่ยนแปลง และการตอบสนองต่อการรักษา (Progress note) ทุกวัน โดยเรียงลำดับปัญหาตามความสำคัญ และเขียนอธิบายปัญหาตามหัวข้อ SOAP ( อาจารย์ผู้รับผิดชอบประจำของแต่ละปีจะชี้แจงเรื่องการเขียน SOAP หรือมี format ตัวอย่างการเขียนให้นิสิตแพทย์ดูด้วย)
3. ให้นิสิตบันทึกในเวชระเบียนของผู้ป่วย ให้มีข้อมูลสมบูรณ์พอ ที่จะสามารถ นำมาใช้ดังนี้
  - สื่อสารส่งข้อมูลปัญหาสำคัญ และการเปลี่ยนแปลงตอบสนองต่อการรักษาในแต่ละวันหรือแต่ละช่วงเวลา ให้วิชาชีพเดียวกัน และ สหวิชาชีพที่ดูแลผู้ป่วยร่วมกันได้
  - ทบทวนเพื่อการเรียนรู้ในทางการแพทย์ได้

## 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 เช่นทุกสัปดาห์)

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 รพศ. เชียงรายประชานุเคราะห์ ขอขอบพระคุณ ศาสตราจารย์  
คลินิกเกียรติคุณ นพ.วราวุธ สุमारวงศ์ งานแพทยศาสตรศึกษาและคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาล  
รามธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล ที่ให้ความช่วยเหลือในการจัดทำหลักสูตร และ นพ.ไชยเวช ธนไพศาล  
ผู้อำนวยการศูนย์แพทยศาสตรศึกษาชั้นคลินิก โรงพยาบาลศูนย์เชียงรายประชานุเคราะห์ ที่ให้  
คำปรึกษาและแนะนำในการจัดทำ ครึ่งนี้จนสำเร็จลุล่วงไปด้วยดี