

การวิจัยและพัฒนาการประเมินความรู้ความสามารถทางการแพทย์

นายแพทย์ วิญญู ธรรมลิขิตกุล

การประเมินความรู้ความสามารถทางการแพทย์เป็นองค์ประกอบสำคัญของกระบวนการผลิตบัณฑิตแพทย์ โดยการประเมินดังกล่าวนี้ต้องสอดคล้องกับวัตถุประสงค์หรือเกณฑ์มาตรฐานผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม และการจัดประสบการณ์การเรียนรู้⁽¹⁾ วัตถุประสงค์สำคัญของการประเมินในระดับจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย คือการวินิจฉัยว่า นักศึกษาแพทย์/แพทย์รายใดที่ยังมีความรู้ความสามารถไม่เพียงพอเพื่อจะได้พัฒนาบุคลากรเหล่านั้น จนมีความรู้ความสามารถที่เพียงพอก่อนที่จะไปประกอบวิชาชีพเวชกรรม ส่วนวัตถุประสงค์สำคัญของการประเมินในระดับมหภาค คือการรับประกันคุณภาพของบัณฑิตแพทย์และการพัฒนาหลักสูตร

ความรู้ความสามารถทางการแพทย์อาจประเมินได้ใน 4 ระดับ คือ การประเมินตนเองด้วยความรู้สึก หรือทัศนคติ (attitude), การประเมินความรู้ (knowledge), การประเมินความสามารถ (performance) และการประเมินผลสัมฤทธิ์ (outcome) เช่น

การประเมินความรู้ความสามารถในระดับต่าง ๆ เมื่อสิ้นสุดการเรียนรู้จากการบรรยายเรื่องหัวใจวายคือ

- การประเมินตนเองด้วยความรู้สึกหรือทัศนคติทำได้โดยการสอบถามผู้เรียนเกี่ยวกับความพึงพอใจจากการเรียนและความรู้เรื่องหัวใจวายที่ได้รับ
- การประเมินความรู้ทำได้โดยการสอบในเนื้อหาเกี่ยวกับภาวะหัวใจวายโดยใช้เครื่องมือต่างๆ (เช่น ข้อสอบปรนัย)
- การประเมินความสามารถทำได้โดยการสังเกตพฤติกรรมให้การดูแลรักษาผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจวายของผู้เรียน (เช่น การซักประวัติ การตรวจร่างกาย การส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ การสั่งการรักษา)
- การประเมินผลสัมฤทธิ์ทำได้โดยการประเมินผู้ป่วยหัวใจวายที่ได้รับการดูแลรักษาจากผู้เรียนว่ามีผลลัพธ์ของการดูแลรักษาเป็นอย่างไร (เช่น อาการดีขึ้น)

แม้ว่าการประเมินผลสัมฤทธิ์จะเป็นการประเมินความรู้ความสามารถรอบยอดระดับสูงสุด และน่าจะเป็นการประเมินที่เหมาะสมที่สุด แต่การประเมินผลสัมฤทธิ์มีข้อจำกัดสำคัญ 2 ประการ คือ การประเมินนี้ทำได้ลำบาก และผลลัพธ์ของการดูแลรักษาผู้ป่วยมิได้ขึ้นอยู่กับความรู้ความสามารถทางของผู้รักษาผู้ป่วยรายนั้นเพียงอย่างเดียว หากแต่ยังขึ้นอยู่กับปัจจัยอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องอีกมาก เช่น การรักษาโรคหัดธรรมดา แม้ว่าผู้รักษาจะให้การรักษาที่ไม่เหมาะสม (เช่น ให้อาหารจุลชีพไม่เหมาะสม) แต่ผู้ป่วยก็จะหายจากโรคเสมอ เพราะโรคนี้หายเองได้ ในทางตรงกันข้าม ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก และมีเลือดออกปริมาณมากในสมองก็มักพิการหรือเสียชีวิตเสมอ แม้ว่าผู้รักษาจะให้การรักษาด้วยความรู้ความสามารถที่เหมาะสมทุกประการก็ตาม การประเมินผลสัมฤทธิ์จึงไม่เป็นที่นิยมใช้ทั่วไปเนื่องจากทำได้ในวงจำกัดและมักใช้ประเมินในสภาพของการวิจัย นอกจากนี้การประเมินผลสัมฤทธิ์ก็ต้องประเมินความสามารถหรือพฤติกรรมของผู้ให้บริการร่วมด้วย ดังนั้นการประเมินความรู้ความสามารถทางการแพทย์จึงนิยมประเมินใน 3 ระดับแรก คือ การประเมินตนเองด้วยความรู้สึกหรือทัศนคติ การประเมินความรู้ และการประเมินความสามารถเป็นสำคัญ

บทความนี้จะนำเสนอประสบการณ์ของผู้เขียนในการวิจัย และพัฒนาการประเมินความรู้ความสามารถทางการแพทย์ในฐานะที่มีความสนใจเกี่ยวกับเรื่องนี้มาโดยตลอด และเป็นผู้รับผิดชอบด้านการศึกษาระดับปริญญาตรี คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาลในช่วงระยะเวลาหนึ่ง

การประเมินตนเองด้วยความรู้สึกรู้สึกหรือทัศนคติ

การประเมินความรู้ความสามารถทางการแพทย์โดยการประเมินตนเองด้วยความรู้สึกรู้สึก หรือทัศนคติมักเป็นที่นิยมใช้กันทั่วไป โดยเฉพาะอย่างยิ่งภายหลังการประชุมฟื้นฟูความรู้และการประชุมเชิงปฏิบัติ หากการประเมินด้วยวิธีนี้มีความแม่นยำจริงก็คงจะมีประโยชน์มากและไม่ต้องประเมินความรู้ความสามารถด้วยวิธีอื่น (เช่น การสอบ) ซึ่งเสียเวลาและทรัพยากรมหาศาล ผู้เขียนจึงประเมินความแม่นยำของการประเมินความรู้ทางการแพทย์โดยการประเมินตนเองด้วยความรู้สึกรู้สึก⁽²⁾ ในนักศึกษาแพทย์ชั้นปีที่ 6 ปีการศึกษา 2532 ในการสอบประมวลความรู้ (comprehensive examination) โดยผู้เขียนนำข้อสอบที่จะใช้ในการสอบครั้งนั้นมาจัดหมวดหมู่ตามหัวข้อของเกณฑ์มาตรฐานผู้ประกอบการวิชาชีพเวชกรรมแล้วสร้างเป็นแบบสอบถามว่ามีความรู้ในเรื่องเหล่านั้นหรือไม่ และมีความรู้มาก-น้อยเพียงใด โดยให้นักศึกษาตอบแบบสอบถามก่อนทำข้อสอบ แล้วนำแบบสอบถามและคำตอบของนักศึกษาคนเดียวกันมาวิเคราะห์และเปรียบเทียบกัน โดยมีสมมติฐานว่าหากนักศึกษาแพทย์ประเมินตนเองว่ามีความรู้ในเรื่องหนึ่งก็ควรจะต้องตอบข้อสอบในเรื่องนั้น ได้ดีกว่าผู้ที่ตอบว่าไม่มีความรู้ในเรื่องนั้น ผลการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่า นักศึกษากลุ่มที่ประเมินตนเองว่ารู้หรือไม่รู้ในเรื่องเหล่านั้น ตอบข้อสอบได้คะแนนเฉลี่ยไม่แตกต่างกัน คือประมาณร้อยละ 57 - 63 ดังนั้นผลการวิจัยนี้แสดงว่าการประเมินความรู้ความสามารถทางการแพทย์โดยการประเมินตนเองด้วยความรู้สึกรู้สึก หรือทัศนคติไม่มีความแม่นยำเพียงพอที่จะนำมาใช้ในการประเมินความรู้ และไม่สามารถนำมาใช้ทดแทนการสอบได้

การประเมินความรู้

ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล ใช้ข้อสอบปรนัยชนิดตอบถูก-ผิดทุกคำตอบเป็นเครื่องมือในการประเมินความรู้ของนักศึกษาแพทย์มานานกว่า 10 ปี ผู้เขียนได้ประเมินความแม่นยำของการประเมินความรู้ทางการแพทย์ด้วยข้อสอบปรนัยชนิดตอบถูก-ผิดทุกคำตอบในนักศึกษาแพทย์ชั้นปีที่ 4^(3,4) โดยนำข้อสอบปรนัยในคลังข้อสอบของภาควิชาอายุรศาสตร์มาเตรียมเป็นข้อสอบ 3 ชุดที่มีสาระของข้อสอบเหมือนกันแต่มีรูปแบบต่างกันคือชุดที่ 1 มีเฉพาะ โจทย์ (stem) โดยไม่มีตัวเลือก (option) โดยให้นักศึกษาเขียนคำตอบสั้น ๆ ส่วนข้อสอบชุดที่ 2 เป็นข้อสอบปรนัยที่มีโจทย์และมีตัวเลือก 5 ตัวเลือก โดยให้นักศึกษาตอบถูก-ผิดในทุกตัวเลือก ส่วนข้อสอบชุดที่ 3 เป็นข้อสอบปรนัยที่มีโจทย์และมีตัวเลือก 5 ตัวเลือก โดยให้นักศึกษาเลือกคำตอบที่ถูกต้องเพียงคำตอบเดียว นักศึกษาแพทย์ทำข้อสอบชุดที่ 1 ก่อน ตามด้วยข้อสอบชุดที่ 2 และ 3 ตามลำดับ แล้วนำคำตอบจากนักศึกษาคนเดียวกันของข้อสอบทั้ง 3 ชุดมาวิเคราะห์ โดยมีสมมติฐานว่าหากนักศึกษาตอบข้อสอบชุดที่ 1 ได้ถูกต้อง นักศึกษาน่าจะมีความรู้จริงและใช้ข้อสอบชุดที่ 1 นี้เป็นข้อสอบมาตรฐาน (gold standard) เมื่อนำคำตอบของข้อสอบชุดที่ 2 และ 3 มาเปรียบเทียบกับคำตอบของข้อสอบชุดที่ 1 ในนักศึกษาคนเดียวกัน พบว่าข้อสอบปรนัยชนิดตอบถูก-ผิดทุกตัวเลือกมีความไวร้อยละ 99 แต่มีความจำเพาะเพียงร้อยละ 39 ส่วนข้อสอบปรนัยชนิดที่มีคำตอบที่ถูกต้องเพียงคำตอบเดียวความไวร้อยละ 99 และมีความจำเพาะร้อยละ 59 แสดงว่าข้อสอบปรนัยชนิดตอบถูก-ผิดทุกตัวเลือกมีความแม่นยำน้อยกว่าข้อสอบปรนัยชนิดที่มีคำตอบที่ถูกต้องเพียงคำตอบเดียว ข้อสอบปรนัยทั้งสองประเภทมีความไวสูงมากแต่มีความจำเพาะต่ำ ดังนั้นหากนักศึกษาตอบข้อสอบปรนัยผิดแสดงว่านักศึกษาไม่มีความรู้จริง แต่ถ้านักศึกษาตอบข้อสอบปรนัยถูกมิได้แสดงว่านักศึกษามีความรู้จริง กล่าวคือมีนักศึกษาที่ตอบข้อสอบปรนัยถูกเพียงประมาณร้อยละ 50 เท่านั้นที่มีความรู้จริง ส่วนอีกร้อยละ 50 นั้นตอบได้ถูกต้องจากการเดาและ/หรือจากเงื่อนงำ (clue) ของคำตอบที่มีให้เลือกตอบ ผลการศึกษานี้นำไปสู่การเปลี่ยนแปลงวิธีการสอบของภาควิชาอายุรศาสตร์จากข้อสอบ

ปรนัยชนิดตอบถูก-ผิดทุกตัวเลือกเป็นข้อสอบปรนัยชนิดที่มีคำตอบที่ถูกต้องเพียงคำตอบเดียว และเพิ่มเติมข้อสอบอัตนัยประยุกต์ (modified essay question, MEQ) ซึ่งเป็นข้อสอบประเภทที่ไม่มีคำตอบให้เลือกมาใช้ประเมินความรู้ของนักศึกษาแพทย์ตั้งแต่ปีการศึกษา 2532 นอกจากนี้ราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทยก็นำเอาการสอบด้วยข้อสอบอัตนัยประยุกต์มาใช้ประเมินความรู้ของแพทย์ประจำบ้านตั้งแต่ปีการศึกษา 2534

การสอนนักศึกษาแพทย์ในปัจจุบันมักจะแจกสื่อการสอน (เช่น เอกสารประกอบการสอน) แก่นักศึกษา โดยคาดว่าหากนักศึกษาอ่านสื่อเหล่านั้นน่าจะเพิ่มพูนความรู้ของนักศึกษาได้ ผู้เขียนได้ประเมินประโยชน์ของสื่อที่เป็นเอกสาร ในการเพิ่มพูนความรู้ของนักศึกษาแพทย์ในนักศึกษาแพทย์ชั้นปีที่ 6 ปีการศึกษา 2534 จำนวน 47 คน⁽⁵⁾ โดยการวัดความรู้ของนักศึกษาแพทย์ก่อนด้วยข้อสอบอัตนัยประยุกต์จำนวน 2 ข้อ แล้วแบ่งนักศึกษาแพทย์เป็น 2 กลุ่มแบบสุ่ม กลุ่มหนึ่งได้รับหนังสือคู่มือการใช้ยาต้านจุลชีพไปศึกษาด้วยตนเองนาน 2 สัปดาห์ ส่วนอีกกลุ่มหนึ่งเป็นกลุ่มควบคุมแล้วประเมินความรู้ซ้ำด้วยข้อสอบอัตนัยประยุกต์จำนวน 15 ข้อ โดยมีการวัดว่ากลุ่มศึกษาได้อ่านคู่มือที่ได้รับมาก-น้อยเพียงใดด้วย ผลการทดลองพบว่าคะแนนเฉลี่ยของนักศึกษาทั้ง 2 กลุ่มก่อนการทดลองไม่แตกต่างกัน คะแนนเฉลี่ยของข้อสอบในกลุ่มที่ได้รับคู่มือสูงกว่าคะแนนเฉลี่ยของกลุ่มควบคุมจำนวน 12 ข้อ ส่วนอีก 3 ข้อ คะแนนเฉลี่ยของข้อสอบในกลุ่มที่ได้รับคู่มือไม่ต่างจากคะแนนเฉลี่ยของกลุ่มควบคุมโดยข้อสอบทั้ง 3 ข้อนี้เป็นข้อสอบเกี่ยวกับการใช้ยาต้านจุลชีพสำหรับรักษาการติดเชื้อทั่วไปที่พบได้บ่อย ได้แก่ การติดเชื้อที่ผิวหนัง (cellulitis), การติดเชื้อที่ท่อปัสสาวะ (urethritis) และการรักษาหนองพยาธิในลำไส้ ผลการศึกษานี้ยืนยันสมมติฐานว่าการศึกษาดูด้วยตนเองจากสื่อที่ได้รับสามารถเพิ่มพูนความรู้ของนักศึกษาแพทย์ได้

การประเมินความสามารถและผลสัมฤทธิ์

มีการอนุมานว่าแพทย์จะประกอบวิชาชีพเวชกรรม โดยใช้ความรู้ที่มีอยู่หรือกล่าวอีกนัยหนึ่งว่าหากแพทย์ตอบว่าจะปฏิบัติอย่างไรต่อผู้ป่วยจากการสอบ ก็ควรจะปฏิบัติสิ่งเหล่านั้นต่อผู้ป่วยในการประกอบวิชาชีพเวชกรรมด้วย ผู้เขียนได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างสิ่งที่แพทย์ระบุว่าจะปฏิบัติจากการตอบข้อสอบกับสิ่งที่แพทย์ปฏิบัติจริงในเวชปฏิบัติ⁽⁶⁾ โดยศึกษาในแพทย์ประจำบ้านภาควิชาอายุรศาสตร์ด้วยข้อสอบอัตนัยประยุกต์จำนวน 1 ข้อเรื่องการปฏิบัติรักษาผู้ป่วยที่มีอาการเจ็บคอ โดยให้แพทย์ประจำบ้านระบุประวัติความเจ็บป่วย และการตรวจร่างกายผู้ป่วยที่จะปฏิบัติแล้วจึงให้ข้อมูลเกี่ยวกับประวัติและผลการตรวจร่างกายผู้ป่วย หลังจากนั้นจึงให้แพทย์ประจำบ้านระบุการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่จะปฏิบัติ และยาต้านจุลชีพที่จะให้แก่ผู้ป่วย หลังการสอบประมาณ 2 สัปดาห์ ผู้เขียนได้ส่งนักศึกษาแพทย์ที่มีอาการเจ็บคอซึ่งยินดีเป็นผู้ป่วยมาตรฐาน (standardized patient) ไปพบแพทย์ประจำบ้านจำนวน 18 คนที่ห้องตรวจผู้ป่วยนอกโดยแพทย์ประจำบ้านไม่ทราบ แล้วนำเวชระเบียน ใบสั่งยา และบันทึกที่ผู้ป่วยมาตรฐานจดบันทึกไว้มาวิเคราะห์เปรียบเทียบกับคำตอบของแพทย์ประจำบ้านคนเดียวกันจากการสอบพบว่า 1) ร้อยละ 30 ของข้อมูลที่แพทย์ประจำบ้านได้ปฏิบัติแต่ไม่ได้ลงบันทึกในเวชระเบียน 2) สิ่งที่แพทย์ประจำบ้านระบุว่าจะปฏิบัติจากการตอบข้อสอบมี 198 อย่าง ในขณะที่แพทย์ประจำบ้านปฏิบัติจริงมีเพียง 130 อย่าง โดยสิ่งที่แพทย์ประจำบ้านระบุว่าจะปฏิบัติแต่ไม่ได้ปฏิบัติจริงมักเป็นสิ่งที่เป็นประจำเล็กน้อยซึ่งเป็นคำตอบเพื่อความครบถ้วนสมบูรณ์ตามทฤษฎี 3) สิ่งที่แพทย์ประจำบ้านระบุว่าจะปฏิบัติจากการตอบข้อสอบมีความสัมพันธ์กับสิ่งที่แพทย์ประจำบ้านปฏิบัติจริงอย่างมีนัยสำคัญ ผลจากการศึกษานี้ทำให้ทราบว่าการศึกษาพฤติกรรมของแพทย์จากการตรวจสอบข้อมูลจากเวชระเบียนมีข้อจำกัด โดยไม่สามารถแยกได้ว่าสิ่งที่มิได้มีอยู่ในเวชระเบียนเป็นสิ่งที่แพทย์มิได้ปฏิบัติ หรือเป็นสิ่งที่แพทย์ปฏิบัติแต่มิได้บันทึก

นอกจากนี้การกำหนดคำตอบของข้อสอบ โดยเฉพาะข้อสอบอัตนัยประยุกต์ควรคำนึงถึงคำตอบที่เป็นประเด็นสำคัญเท่านั้น ไม่ควรนำคำตอบที่มีจุดมุ่งหมายเพียงเพื่อความครบถ้วนสมบูรณ์ของเรื่องนั้นมาเป็นคำตอบ เนื่องจากแม้ว่าแพทย์จะระบุคำตอบดังกล่าวแต่แพทย์ก็ได้ปฏิบัติสิ่งเหล่านั้นในเวชปฏิบัติ

มาตรการการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของแพทย์ในการดูแลรักษาผู้ป่วยมิได้หลายมาตรการ การให้การศึกษา ก็เป็นมาตรการหนึ่ง ซึ่งเป็นที่นิยมใช้อย่างกว้างขวาง แต่ประสิทธิผลของมาตรการการให้การศึกษาจะขึ้นอยู่กับวิธีการให้การศึกษาด้วย⁽⁷⁾ ผู้เขียนได้ประเมินประสิทธิผลของมาตรการการให้การศึกษาแก่แพทย์ในการเปลี่ยนพฤติกรรมการใช้ยาต้านจุลชีพของแพทย์และผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น ดังนี้

การศึกษาแรกดำเนินการในเดือนกันยายน พ.ศ. 2536 ถึงเดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2537 ในโรงพยาบาลศิริราช โดยมีวัตถุประสงค์ที่จะลดการใช้ยาต้านจุลชีพอย่างไม่เหมาะสมในทุกภาควิชา⁽⁸⁾ เนื่องจากผู้บริหารคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาลได้เล็งเห็นความสำคัญในเรื่องนี้ และได้มอบหมายให้คณะผู้วิจัยซึ่งมีส่วนร่วมจากทุกภาควิชาที่เกี่ยวข้องจัดทำคู่มือแนวทางการใช้ยาต้านจุลชีพในโรงพยาบาลขึ้น โดยแนวทางดังกล่าวนี้เป็นข้อตกลงร่วมกันของทุกภาควิชาและได้รับการรับรองจากคณะกรรมการประจำคณะฯ ด้วย คณะผู้วิจัยจัดประชุมแพทย์ของแต่ละภาควิชา โดยมีแพทย์ประจำบ้าน ซึ่งเป็นผู้สั่งใช้ยาต้านจุลชีพบ่อยที่สุดเป็นประชากรกลุ่มเป้าหมายหลัก ในการประชุมแต่ละครั้ง คณะผู้วิจัยได้นำเสนอคู่มือแนวทางการใช้ยาต้านจุลชีพฉบับนี้ร่วมกับข้อมูลการใช้ยาต้านจุลชีพอย่างไม่เหมาะสมของภาควิชา นั้น รวมทั้งแนวทางการแก้ไขปัญหาดังกล่าวโดยอาศัยคู่มือฯ เป็นหลัก การวิเคราะห์ประสิทธิผลของมาตรการนี้กระทำโดยการเปรียบเทียบข้อมูลความชุกของการใช้ยาต้านจุลชีพค่าใช้จ่ายสำหรับยาต้านจุลชีพ อัตราตายของผู้ป่วยที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาล ระยะเวลาเฉลี่ยของการอยู่โรงพยาบาลของผู้ป่วยใน และอัตราการเกิดโรคติดเชื้อในโรงพยาบาลระหว่างเดือนกันยายนถึงพฤศจิกายน พ.ศ. 2536 กับเดือนมีนาคมถึงพฤษภาคม พ.ศ. 2537 พบว่าความชุกของการใช้ยาต้านจุลชีพของผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในลดลง ค่าใช้จ่ายของยาต้านจุลชีพลดลง อัตราการเกิดโรคติดเชื้อในโรงพยาบาลลดลง โดยที่อัตราตายของผู้ป่วยที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาลและระยะเวลาเฉลี่ยของการอยู่โรงพยาบาลของผู้ป่วยในไม่แตกต่างกัน ผลการศึกษานี้แสดงว่ามาตรการการให้ข้อมูลที่เกี่ยวข้องร่วมกับการให้ความรู้และเอกสารแนวทางการใช้ยาต้านจุลชีพอย่างเหมาะสมมีประโยชน์และไม่ก่อให้เกิดผลเสียแก่ผู้รับบริการ อุปสรรคสำคัญของการคงสภาพของประสิทธิผลของมาตรการดังกล่าวคือมาตรการที่นำมาใช้ในการศึกษานี้ดำเนินการเฉพาะกลุ่มในแต่ละภาควิชาและมีแพทย์ประจำบ้านกลุ่มใหม่มาปฏิบัติงานที่โรงพยาบาลศิริราชทุกปีจึงต้องมีการฝึกอบรมในเรื่องนี้อีกอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง ซึ่งเป็นภาระของคณะผู้ดำเนินการอย่างยิ่ง นอกจากนี้ยังจำเป็นต้องมีการทบทวนคู่มือการใช้ยาต้านจุลชีพเป็นระยะให้สอดคล้องกับสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา โดยเฉพาะอย่างยิ่งการใช้ยาต้านจุลชีพของเชื้อก่อโรค

การศึกษาที่สองดำเนินการใน พ.ศ. 2544 ในแพทย์ที่ปฏิบัติงานตรวจรักษาผู้ป่วยที่ประกันตนในโครงการประกันสังคมกับโรงพยาบาลศิริราชที่มารับการตรวจรักษาด้วยปัญหาการติดเชื้อที่ระบบการหายใจช่วงบน⁽⁹⁾ โดยเก็บข้อมูลการวินิจฉัยโรคและการสั่งใช้ยาต้านจุลชีพจากเวชระเบียนผู้ป่วยจำนวน 837 รายที่มารับการตรวจรักษา ระหว่างเดือนมกราคมถึงมีนาคม พ.ศ. 2544 และได้ให้มาตรการการศึกษาแก่กลุ่มแพทย์ที่เกี่ยวข้องในเดือนเมษายน พ.ศ. 2544 มาตรการที่นำมาใช้ประกอบด้วยแนวทางเวชปฏิบัติ (clinical practice guidelines) เรื่องการใช้ยาต้านจุลชีพในการรักษาผู้ใหญ่ที่มีการติดเชื้อที่ระบบการหายใจช่วงบนจากวารสาร Annals of Internal Medicine 2001; 134: 479-529 และนโยบายคลินิก (clinical policy) ซึ่งเป็นเอกสารภาษาไทย 1 หน้ากระดาษที่ดัดแปลงมาจากแนวทางเวชปฏิบัติฉบับที่กล่าวถึงร่วมกับกระบวนการอภิปรายร่วมกัน (interactive educational meeting) แล้วจึงนำข้อมูลการวินิจฉัยโรคและการสั่งใช้

ขาด้านจุลชีพจากเวชระเบียนผู้ป่วยจำนวน 744 รายที่มารับการตรวจรักษา ระหว่างเดือนพฤษภาคมถึงสิงหาคม พ.ศ. 2544 มาเปรียบเทียบกับข้อมูลของเดือนมกราคมถึงมีนาคม พ.ศ. 2544 พบว่าการวินิจฉัยโรคอย่างเหมาะสมและการสั่งใช้ยาต้านจุลชีพอย่างเหมาะสมในช่วงหลังมีเพิ่มมากขึ้นจากช่วงแรกอย่างมีนัยสำคัญ และผลลัพธ์จากการรักษาผู้ป่วยก็เป็นที่น่าพอใจ หลักฐานที่ได้จากการศึกษานี้ได้นำมาใช้เป็นนโยบายการให้การดูแลรักษาผู้ป่วยของโครงการประกันสังคมมาโดยตลอด ตั้งแต่ พ.ศ. 2545

เอกสารอ้างอิง

1. วิษณุ ธรรมลิขิตกุล เกณฑ์มาตรฐานผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมกับการผลิตบัณฑิตแพทย์ สารศิริราช 2534; 43: 198 - 201.
2. วิษณุ ธรรมลิขิตกุล การประเมินความรู้ทางคลินิก : ความสัมพันธ์ระหว่างแบบสอบถามและการสอบ สารศิริราช 2533; 42: 606 - 11
3. วิษณุ ธรรมลิขิตกุล การประเมินความรู้ทางการแพทย์โดยใช้ข้อสอบปรนัย สารศิริราช 2533; 42: 55 - 8
4. Thamlikitkul V. Accuracy of multiple choice tests for assessment of clinical knowledge. Mahidol Journal 1998; 5: 125 - 9
5. วิษณุ ธรรมลิขิตกุล ประสิทธิภาพของหนังสือคู่มือการใช้ยาต้านจุลชีพในการเพิ่มพูนความรู้ของนักศึกษาแพทย์วารสารโรคติดเชื้อและยาต้านจุลชีพ 2535; 9: 71 - 6
6. Thamlikitkul V. A correlation of clinical performance on written test and standardised patient. J Med Assoc Thailand 1991; 74: 513 - 7
7. วิษณุ ธรรมลิขิตกุล ความก้าวหน้าในการประเมินประสิทธิผลของการศึกษาต่อเนื่อง สารศิริราช 2536; 45: 63 - 5
8. Thamlikitkul V, Danchaiwijitr S, Kongpatanakul S, Chokloikaew S. The impact of an educational program on antibiotic use in a tertiary care hospital in a developing country. J Clin Epidemiology 1998; 51: 773 - 8
9. Thamlikitkul V, Apisitwittaya W. Implementation of Clinical Practice Guidelines for Upper Respiratory Tract Infection in Thailand. International Journal of Infectious Diseases 2003 [In Publish]

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย