

Good Surgical Practice & Evidence-based Practice & Decision Making

ศุภกร โรจนนิรันดร์

Good Surgical Practice

การประกอบวิชาชีพด้านศัลยกรรม จะต้องมีความพร้อมและมีมาตรฐานทั้งสามด้าน คือ

- 1) มาตรฐานในความสามารถทางวิชาชีพ ทั้งด้านความรู้ ทักษะ และการตัดสินใจ (standard of competency)
- 2) มาตรฐานทางด้านบริการของสถาบันทางการแพทย์ (standard of Care)
- 3) มาตรฐานทางด้าน เวชจริยธรรม (standard of conduct)

แม้ปัจจุบันศัลยแพทย์มีหลักสูตรด้านศัลยกรรมที่ได้รับการรับรองทั้งจาก ราชวิทยาลัย แพทยสภา มหาวิทยาลัย หรือสถาบันทางการแพทย์ต่างๆ แต่หลักสูตรเป็นแค่จุดเริ่มต้นของการฝึกฝน อบรมให้เป็นผู้เชี่ยวชาญในศาสตร์นั้นๆ อย่างไรก็ตาม ศัลยแพทย์จำเป็นต้องคงมาตรฐานในด้านความสามารถ โดยต้องมีการศึกษาอย่างต่อเนื่องตลอดของชีวิตแพทย์ที่ยังคงปฏิบัติด้านเวชกรรมอยู่ และจะต้องปฏิบัติในมาตรฐานของการพัฒนาคุณภาพ และเวชจริยศาสตร์ที่เหมาะสมอีกด้วย

ราชวิทยาลัยศัลยแพทย์ได้ประกาศ เรื่อง คำแนะนำว่าด้วยศัลยปฏิบัติที่ดี พ.ศ. 2552 (good surgical practice ค.ศ. 2009) เพื่อให้การดำเนินการของแพทย์ที่ขึ้นทะเบียนในแพทยสภาด้านศัลยกรรม ได้รับการส่งเสริมให้เกิดประสิทธิภาพ ได้มาตรฐานที่ดีตามหลักสากล เพื่อป้องกันความเสียหายอันเกิดขึ้นได้ และเป็นไปตามพระราชบัญญัติประกอบวิชาชีพเวชกรรม

ศัลยปฏิบัติที่ดี พ.ศ. 2552 (good surgical practice ค.ศ. 2009) ที่ประยุกต์

ใช้ตามราชวิทยาลัยศัลยแพทย์แห่งสหราชอาณาจักร ประกอบด้วยแนวปฏิบัติรวม 8 หมวด พอสรุปได้ดังนี้

1. การดูแลรักษาที่ดี (Good clinical care)

1.1 การดูแลรักษาในภาวะปกติ

1.1.1 ให้การดูแลรักษาผู้ป่วยตามลำดับความสำคัญของภาวะทางคลินิกโดยสื่อสารกับผู้ป่วยด้วยความเห็นใจ และให้เข้าใจชัดเจน พร้อมด้วยความยินยอมของผู้ป่วย

1.1.2 กระทำหัตถการด้านศัลยกรรมในช่วงเวลาที่เหมาะสม และมีประสิทธิภาพแก่ผู้ป่วย ให้ได้รับการดูแลรักษาในสภาพแวดล้อมที่ปลอดภัย

1.1.3 หน่วยงานของแพทย์ต้องมีทรัพยากรทุกด้านพร้อมเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วยตลอดเวลาของการรักษา

1.1.4 ผู้ป่วยจะได้รับการดูแลหลังการผ่าตัดเป็นอย่างดี ข้อมูลสำคัญต้องบันทึกไว้ในเวชระเบียนให้ทันต่อเหตุการณ์และมีการแจ้งให้ผู้ป่วย ทราบ ตามความเหมาะสม

1.1.5 ศัลยแพทย์ต้องพร้อมที่จะนำความรู้และทักษะของแพทย์ผู้อื่นเข้าร่วมในการรักษา และส่งต่อผู้ป่วยไปให้ศัลยแพทย์อื่นหรือสถาบันอื่นที่พร้อมกว่าทั้งด้านทรัพยากรและทักษะ ในภาวะที่เหมาะสม

1.1.6 พึงทราบถึงแนวทางการรักษา (clinical guideline) ฉบับปัจจุบันของโรคในสาขาวิชาของตน

1.2 การรักษาในภาวะฉุกเฉิน

1.2.1 การดูแลในภาวะฉุกเฉินเป็นส่วนสำคัญของศัลยแพทย์ที่อยู่เวร ต้องเตรียมพร้อมให้ติดตามตัวได้ภายในโรงพยาบาล หรืออยู่ในรัศมีที่จะให้คำปรึกษาได้ตลอดระยะเวลาในหน้าที่ การจัดเวรและการเปลี่ยนแปลงเวรในการดูแลเป็นกรณีพิเศษจะต้องประกาศให้ทราบล่วงหน้าได้อย่างชัดเจนและทั่วถึง รวมทั้งมีการส่งเวรแก่ศัลยแพทย์ในทีมเพื่อการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง

1.2.2 เมื่อสถานะของผู้ป่วยรุนแรงหรือซับซ้อนเกินกำลังความสามารถและประสบการณ์ของศัลยแพทย์ผู้ให้การดูแลเบื้องต้น หรือการขาดทรัพยากรในการดูแล

รักษาที่เหมาะสม ให้รีบส่งผู้ป่วยต่อไปยังหน่วยฉุกเฉินหน่วยอื่นโดยเร็วเพื่อความปลอดภัย

1.2.3 ต้องมีความมั่นใจในความสามารถของแพทย์ประจำบ้านศัลยกรรมหรือแพทย์ที่ยังอยู่ในการฝึกอบรมอื่นๆ และแพทย์ใช้ทุน ก่อนที่จะมอบให้ดูแลรักษาหรือทำการผ่าตัดแทนตนในภาวะฉุกเฉิน

1.3 การปลูกถ่ายเนื้อเยื่อและอวัยวะ (Organ and tissue transplantation)

1.3.1 ศัลยแพทย์ที่ทำการปลูกถ่ายเนื้อเยื่อหรืออวัยวะต้องปฏิบัติตามกฎหมายและหลักจริยธรรมอย่างเคร่งครัด ตามคำแนะนำที่กำหนดไว้ในข้อบังคับที่เกี่ยวข้องกับการปลูกถ่ายอวัยวะ

1.3.2 ให้พิจารณาเลือกผู้รับบริจาคเนื้อเยื่อหรืออวัยวะโดยอาศัยพื้นฐานของความเหมาะสมทางการแพทย์

1.3.3 ต้องแจ้งผู้รับบริจาคถึงอันตรายที่อาจเกิดขึ้นและผลการรักษาอย่างชัดเจนก่อนการลงนามยินยอม

1.3.4 ต้องแจ้งแก่ผู้บริจาคอวัยวะที่มีชีวิตถึงความเสี่ยงและผลที่ได้ รวมทั้งผลที่เป็นประโยชน์และความเสี่ยงต่อผู้รับบริจาคทราบอย่างชัดเจน ซึ่งการบริจาคอวัยวะของผู้ที่มีชีวิตจะต้องไม่เป็นการให้โดยการถูกบังคับหรือเพื่อหวังสิ่งตอบแทน

1.3.5 เมื่อมีการใช้อวัยวะจากผู้ที่สมองตาย จะต้องกระทำตามระเบียบปฏิบัติที่กำหนดไว้ในขณะนั้น

1.4 การบันทึกและเก็บรักษารายงาน

1.4.1 ศัลยแพทย์มีหน้าที่บันทึกข้อมูลที่สำคัญลงในเวชระเบียนด้วยลายมือที่อ่านง่าย มีความสมบูรณ์ บันทึกเหตุการณ์ตามเวลาที่เกิดขึ้นจริง

1.4.2 ทีมศัลยแพทย์ จะต้องลง วันเวลา และลงชื่อกำกับที่อ่านออกเมื่อมีการบันทึกแรกรับผู้ป่วย ต้องลงบันทึกการเปลี่ยนแปลงทางคลินิกของผู้ป่วยทุกครั้ง

1.4.3 การบันทึกรายงานการผ่าตัดต้องอ่านง่าย (หากเป็นไปได้ ให้ใช้การพิมพ์) ใบบรรายงานการผ่าตัดต้องแนบไปกับรายงานผู้ป่วยทั้งในห้องพักฟื้น และหอผู้ป่วย และต้องมีข้อความที่มีรายละเอียดพอเพียงต่อการดูแลต่อเนื่องของแพทย์ผู้อื่นที่จะสามารถประเมินและรักษาได้ดี การบันทึกรายงานการผ่าตัดจึงควรประกอบด้วย

- วันและเวลา

- หัตถการที่เป็นการวางแผนล่วงหน้า (elective) หรือ ฉุกเฉิน (emergency)
- ชื่อ ศัลยแพทย์และแพทย์ผู้ช่วย
- ชื่อหัตถการ หรือ วิธีการผ่าตัด
- การลงแผลผ่าตัด
- การวินิจฉัยหลังผ่าตัด
- สิ่งที่ตรวจพบในระหว่างผ่าตัด
- ปัญหาและผลแทรกซ้อนในระหว่างผ่าตัด
- หัตถการเพิ่มเติมที่กระทำขึ้นพร้อมเหตุผล
- รายละเอียดของเนื้อเยื่อที่ถูกตัดออก ที่เสริมเข้าไป หรือที่ปรับเปลี่ยน
- ลักษณะอวัยวะที่เย็บหรือชิ้นส่วนเทียมที่ใช้พร้อมหมายเลขรหัส
- รายละเอียดของวิธีการปิดแผล
- การลงชื่อกำกับของศัลยแพทย์

2. การธำรงมาตรฐานศัลยกรรมปฏิบัติดี (Maintaining good surgical practice)

2.1 ศัลยแพทย์ทุกท่านต้องธำรงค้ำไว้ซึ่งองค์ความรู้และความชำนาญในหัตถการอย่างต่อเนื่อง โดย

2.1.1 หมั่นศึกษาวิทยาการในวารสารทางการแพทย์ให้ทันสมัยอยู่เสมอ

2.1.2 เข้าร่วมและมีส่วนร่วมในการประชุมวิชาการที่จัดขึ้นในสายวิชาชีพเดียวกันและที่เกี่ยวข้องกับแพทย์สหสาขาอื่น เช่น พยาธิแพทย์ รังสีแพทย์ แพทย์ทางมะเร็งวิทยา เป็นต้น

2.1.3 ควรมีการจัดเก็บข้อมูลอย่างเป็นทางการของสถานภาพ รวมทั้งตำแหน่งหน้าที่ของศัลยแพทย์ให้สมบูรณ์ และทันสมัย

2.2 ศัลยแพทย์ต้องธำรงค้ำไว้ซึ่งมาตรฐานด้านคุณภาพของการประกอบวิชาชีพทางศัลยกรรม โดย

2.2.1 มีส่วนร่วมในการประชุม morbidity/mortality และการประชุมตรวจสอบอย่างสม่ำเสมอ

2.2.2 พึงระวังถึงผลที่เกิดในทันทีหลังผ่าตัด และทบทวนผลการผ่าตัดใน

ระยะยาว

2.2.3 สามารถขอคำแนะนำและแลกเปลี่ยนความรู้จากคัลยแพทย์ผู้อื่นได้

2.2.4 รู้ตัวเองเมื่อไม่พร้อมที่จะปฏิบัติงานอันเนื่องจากการเหนื่อยล้าเจ็บป่วย หรืออยู่ภายใต้อิทธิพลของเครื่องดื่มผสมแอลกอฮอล์ หรือสารเสพติดหรือวัตถุที่ออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท

2.3 เทคนิคใหม่ (New techniques)

2.3.1 เทคนิคใหม่ หมายถึง วิธีผ่าตัดแบบใหม่ หรือที่พัฒนาขึ้นด้วยตนเอง วิธีผ่าตัดที่ดัดแปลงไปอย่างมากจากหัตถการเดิมที่ยอมรับกันแล้ว อุปกรณ์การผ่าตัดที่เป็นนวัตกรรมใหม่

2.3.2 การนำเสนอเทคนิคใหม่อย่างใดอย่างหนึ่ง ต้องคำนึงถึงผลอันเกิดต่อผู้ป่วยเป็นสิ่งสำคัญที่สุด ควรปฏิบัติดังนี้

- วิเคราะห์ปัญหาด้านเทคนิคกับแพทย์ร่วมงานอื่นที่มีประสบการณ์ในกลุ่มผู้เชี่ยวชาญที่เกี่ยวข้อง และผู้อำนวยการทางการแพทย์เป็นอันดับแรก
- กระทำตามขั้นตอนตามที่บัญญัติไว้ในโดยคณะกรรมการจริยธรรมของโรงพยาบาล
- แจ้งต่อสมาคมวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง
- ต้องอธิบายรายละเอียดให้ชัดเจนเพื่อให้ผู้ป่วยหรือผู้แทนผู้ป่วยตามกฎหมายได้รับรู้ว่าเทคนิคผ่าตัดที่ใช้เป็นของใหม่ ก่อนจะได้รับการยินยอมเป็นลายลักษณ์อักษร
- เปิดเผยและดำเนินการอย่างโปร่งใสต่อที่มาของแหล่งทุนที่ใช้ในการพัฒนาเทคนิคใหม่

2.3.3 ดำเนินการจดสิทธิบัตรเทคนิคใหม่เป็นทรัพย์สินทางปัญญา

3. การสอน การฝึกอบรม และการกำกับดูแล (Teaching, training and supervising)

ในปัจจุบัน โรงพยาบาลเกือบทุกจังหวัดมีแพทย์ extern, intern หรือแพทย์ประจำบ้านมาฝึกงานอยู่เป็นประจำ การฝึกอบรมน้องๆ แพทย์จึงเป็นหน้าที่ที่ไม่อาจหลีกเลี่ยงได้

ศัลยแพทย์มีหน้าที่รับผิดชอบในการสร้างบรรยากาศที่เอื้อต่อการเรียนรู้ ทั้งในด้านการสอนแสดง การฝึกอบรม และการกำกับดูแลนักศึกษาแพทย์ แพทย์ประจำบ้าน และแพทย์อื่นๆ และควรมีการกำหนดตัวผู้ฝึกอบรมอย่างถูกต้องตามกฎระเบียบของสถาบัน

3.1 นักศึกษาหรือนิสิตแพทย์ (Medical students)

ศัลยแพทย์ควร

3.1.1 แนะนำตัวนักศึกษาต่อผู้ป่วยก่อนเสมอ

3.1.2 อธิบายให้ผู้ป่วยทราบว่า ผู้ป่วยมีสิทธิที่จะปฏิเสธการให้นักศึกษาเข้าร่วมในการสอนแสดง ซึ่งการปฏิเสธนั้นจะไม่มีผลล้าเอียงในทุกขั้นตอนของการรักษา

3.1.3 ให้ความมั่นใจได้ว่า ความลับของผู้ป่วยจะได้รับการปกปิด และนักศึกษาต้องเข้าใจและเคารพในข้อกำหนดนี้อย่างเคร่งครัด

3.1.4 มั่นใจได้ว่า เมื่อนักศึกษามีส่วนร่วมในการตรวจพิเศษหรือทำหัตถการต่างๆกับผู้ป่วยภายใต้การดมยาสลบหรือการระงับปวดโดยผู้ป่วยไม่รู้สึกรู้ตัว จะต้องได้รับการยินยอมของผู้ป่วยในการเข้าร่วมของนักศึกษาอย่างเต็มขอบเขต

3.2 แพทย์ผู้รับการฝึกอบรมทางศัลยกรรม (Surgical trainees)

3.2.1 ศัลยแพทย์ผู้ให้การฝึกอบรมควรมอบหน้าที่และความรับผิดชอบแทนแก่ แพทย์ประจำบ้าน หรือแพทย์ฝึกอบรมอื่นๆ เฉพาะแพทย์ที่มีความรู้ความสามารถเท่านั้น

3.2.2 แจ้งให้แพทย์ผู้รับการฝึกอบรมได้ทราบว่า เมื่อไรจำเป็นต้องขอคำแนะนำและความช่วยเหลือจากศัลยแพทย์อาวุโส

3.2.3 อยู่ภายในห้องผ่าตัดตลอดการผ่าตัดจนกว่าจะมั่นใจได้ว่า แพทย์ผู้รับการฝึกอบรมมีความสามารถเพียงพอในการดำเนินหัตถการต่อไปโดยไม่ต้องพึ่งการกำกับดูแลในขณะนั้น

3.2.4 พร้อมเสมอในการให้คำปรึกษา ช่วยผ่าตัด ตลอดเวลาขณะอยู่เวรยกเว้นเมื่อมีการมอบหมายให้ศัลยแพทย์อื่นทำหน้าที่แทน

3.2.5 ผ่านการเข้าฝึกอบรมหลักสูตรแพทย์ศาสตร์ศึกษา หรือเทียบเท่า และหลักสูตรการประเมินผลเมื่อทำหน้าที่เป็นศัลยแพทย์ผู้ให้การฝึกอบรม

3.2.6 ดูแลแพทย์ผู้รับการฝึกอบรมบันทึกการปฏิบัติงานให้ถูกต้องอ่านออก

และทันต่อเหตุเสมอ

3.2.7 มั่นใจได้ว่าแพทย์ผู้รับการฝึกอบรมมีความพร้อมในการรับผิดชอบงาน โดยอยู่ในสภาพร่างกายที่ไม่เหนื่อยล้า เจ็บป่วย หรืออยู่ภายใต้อิทธิพลของเครื่องดื่ม แอลกอฮอล์ หรือสารเสพติด หรือวัตถุที่ออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท

3.2.8 ประเมินแพทย์ผู้รับการฝึกอบรมอย่างสม่ำเสมอ ทั้งถึง ถี่ถ้วน ชื่อสัตย์ เบ็ดเผย และด้วยความสุภาพ

4. ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย (Relationships with patients)

4.1 คำยินยอม (Consent)

ศัลยแพทย์ต้องขอคำยินยอมจากผู้ป่วยก่อนการตรวจวินิจฉัย การรักษา การทำหัตถการ และการผ่าตัด โดยผ่านการอธิบายขั้นตอนการรักษาระหว่างศัลยแพทย์ และผู้ป่วยแล้วดังนี้

4.1.1 สอบถามผู้ป่วยว่ามีผู้แทนผู้ป่วยตามกฎหมายหรือไม่ หากมีให้ บันทึกชื่อผู้แทนผู้ป่วยตามกฎหมายในเอกสาร

4.1.2 ผู้ป่วยหรือผู้แทนผู้ป่วยตามกฎหมายจะได้รับข้อมูลเกี่ยวกับ แนวทางการรักษาทั้งการรักษาโดยการผ่าตัดวิธีต่างๆ การรักษาด้วยวิธีอื่น ความเสี่ยงที่สำคัญ ผลข้างเคียง และผลแทรกซ้อน ก่อนตัดสินใจเข้ารับการรักษา และควรอธิบายถึงผลที่ อาจเกิดขึ้นในกรณีผู้ป่วยเลือกวิธีอื่น

4.1.3 ให้เวลาแก่ผู้ป่วยหรือผู้แทนผู้ป่วยตามกฎหมายปรึกษาหารือกันและ ตัดสินใจที่จะยอมรับหัตถการที่นำเสนอหรือไม่ เมื่อยินยอมรับการรักษาให้เซ็นชื่อในใบ ยินยอม

4.1.4 พิจารณาอย่างถี่ถ้วนในเจตนาที่ผู้ป่วยแสดงไว้ล่วงหน้า (advance statement) หรือในพินัยกรรมชีวิต (living will)

4.1.5 ให้โอกาสผู้ป่วยกำหนดหัตถการใดๆที่ผู้ป่วยไม่ปรารถนาให้กระทำ แก่ตน พร้อมทั้งบันทึกไว้ในเวชระเบียน

4.1.6 ต้องทราบแน่ชัดว่าผู้ป่วยเข้าใจและยอมรับการมีส่วนร่วมของนัก ศึกษาและผู้ร่วมสายอาชีพอื่นๆ ในการทำหัตถการและการผ่าตัด

4.1.7 ต้องแจ้งให้ผู้ป่วยทราบและยินยอมก่อนทำการบันทึกภาพภาพวีดีทัศน์ บันทึกเสียงระหว่างการรักษา เพื่อใช้ในกิจกรรมที่นอกเหนือไปจากการบันทึกในเวชปฏิบัติ เช่น เพื่อการเรียนการสอน การทำวิจัย หรือเพื่อประชาสัมพันธ์เผยแพร่ความรู้สู่ประชาชน

4.1.8 การเก็บชิ้นเนื้อที่ตัดออกเพื่อจุดประสงค์อื่นนอกจากการรักษา ต้องปฏิบัติตามระเบียบที่กำหนดไว้อย่างเคร่งครัด

4.1.9 การกำหนดตำแหน่งที่จะผ่าตัดต้องกระทำโดยให้ผู้ป่วยร่วมรับรู้ ในขณะที่ผู้ป่วยมีสติ และก่อนการให้ยานำเพื่อการดมยาสลบ (pre-medication)

4.1.10 ทบทวนหัตถการว่าถูกต้องตามที่กำหนดก่อนการผ่าตัดอีกครั้ง โดยตรวจสอบจากเวชระเบียน ใบยินยอมผ่าตัด มีการบันทึกข้างของอวัยวะที่เป็นคู่ทุกครั้งว่า “ซ้าย” หรือ “ขวา” หรือมีการกำหนดชื่อของนิ้วมือหรือตัวเลขของนิ้วเท้าอย่างชัดเจน และกำหนดตำแหน่งที่จะผ่าตัดต้องให้ผู้ป่วยร่วมรับรู้ในขณะที่ผู้ป่วยมีสติ และก่อนการให้ยานำเพื่อการดมยาสลบ (pre-medication)

4.2 การยินยอมรับการให้เลือดหรือส่วนประกอบของเลือด (Consent for transfusion)

ศัลยแพทย์ต้องรับทราบความคิดเห็นหรือความเชื่อของผู้ป่วยแต่ละบุคคล ในสถานะที่เกี่ยวกับการรับเลือดหรือส่วนประกอบของเลือด ทั้งนี้การให้เลือดและส่วนประกอบของเลือดในบางชนิดอาจไม่เป็นที่ยอมรับในบางศาสนาหรือลัทธิ

4.3 ดำรงความเชื่อถือ (Maintaining trust)

4.3.1 ปฏิบัติตามพระราชบัญญัติประกอบวิชาชีพเวชกรรมและข้อบังคับของแพทยสภาเป็นหลัก

4.3.2 มีเวลาที่จะรับฟังและสื่อสารกับผู้ป่วยได้อย่างเพียงพอ

4.3.3 แจ้งให้ผู้ป่วยทราบแผนการรักษาและหัตถการอย่างละเอียด รวมทั้งความเสี่ยงและผลที่อาจเกิดตามมา หากเกิดผลแทรกซ้อนขึ้นให้แจ้งผู้ป่วยทราบ

4.3.4 ให้การสนับสนุนเมื่อผู้ป่วยร้องขอความคิดเห็นจากแพทย์ผู้อื่น และช่วยเหลือในการนัดหมายแพทย์อื่นอย่างเหมาะสม

4.3.5 สนับสนุนคำขอของผู้ป่วยที่ต้องการให้มีบุคคลที่สามอยู่ด้วยขณะทำการตรวจร่างกาย

4.3.6 อธิบายจุดประสงค์และขั้นตอนของการตรวจที่เกี่ยวกับเต้านม อวัยวะเพศ หรือทวารหนัก

4.3.7 ตระหนักและเคารพถึงความแตกต่างและความอ่อนไหวทางวัฒนธรรมของแต่ละบุคคล

4.4 การสื่อสาร (Communication)

4.4.1 คัลยแพทย์ต้องรับฟังและเคารพในความคิดเห็นของผู้ป่วย (หรือผู้แทนผู้ป่วยตามกฎหมาย) และสมาชิกในทีมที่ร่วมรักษา

4.4.2 ยอมรับและเคารพต่อความต้องการที่หลากหลายของผู้ป่วยในการรับรู้ข้อมูลการรักษา และคำอธิบายในรายละเอียดของปัญหาทางคลินิกและแนวทางของการรักษา รวมทั้งสนับสนุนให้ผู้ป่วยได้ถูกปัญหาแนวทางการรักษา

4.4.3 ควรบอกรายละเอียดความคืบหน้า ของการดำเนินโรคในระหว่างการรักษาเป็นระยะๆ และอธิบายผลแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น แนวทางการรักษาและผลที่อาจตามมา

4.4.4 ดำเนินการแก้ไขทันทีเมื่อผู้ป่วยได้รับอันตรายหรือภาวะแทรกซ้อนจากการรักษา และในเวลาและภาวะการณ์อันควร

5. การทำงานกับแพทย์ผู้ร่วมงาน (Working with colleagues)

5.1 คัลยแพทย์ต้องจัดเวรดูแลผู้ป่วยตลอดเวลา และควรรับผิดชอบดูแลผู้ป่วยแทนแพทย์ในเวร ที่ติดต่อกันไม่ได้แม้ว่าไม่มีการฝากเวรเป็นกิจจะลักษณะก็ตาม เพื่อให้การทำงานเป็นทีมในการดูแลผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพ

5.2 คัลยแพทย์ควรทำงานร่วมกับแพทย์สหสาขาอย่างฉันท์มิตร ร่วมพัฒนาจัดทำแนวทางการดูแลผู้ป่วย อย่างดีและมีมาตรฐาน

5.3 มีส่วนร่วมในการประเมินคัลยแพทย์ แพทย์ผู้รับการฝึกอบรม และเจ้าหน้าที่อื่นๆ ด้วยความเต็มใจและเปิดเผย

5.4 พร้อมตอบสนอง เมื่อได้รับคำขอความช่วยเหลือจากเพื่อนคัลยแพทย์ แพทย์ผู้เข้ารับการฝึกอบรมในห้องผ่าตัด และที่อื่นๆ โดยถือเป็นเรื่องสำคัญลำดับแรก

5.5 มีการส่งต่อเวรแก่แพทย์ผู้ร่วมงานตั้งแต่เมื่อแรกพ้นจากหน้าที่ เพื่อให้มี

การดูแลรักษาผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องตามระเบียบ

6. ความซื่อสัตย์ในการประกอบวิชาชีพ (Probity in professional practice)

- ศัลยแพทย์ต้องไม่โฆษณาอวดอ้างความเชี่ยวชาญตัวเองเกินกว่า ชี้อันดับ แพทย์สภาว่าด้วยการรักษาจริยธรรมแห่งวิชาชีพเวชกรรม พ.ศ.๒๕๔๙

- ต้องเปิดเผยธุรกิจที่ตนมีส่วนร่วมที่อาจเป็นสาเหตุของผลประโยชน์ทับซ้อน
- หลีกเลี่ยงการสับประมาทแพทย์ผู้อื่นในทุกวิถีทาง
- ข้อมูลเอกสารของโรงพยาบาลและการให้สัมภาษณ์ต่อสื่อจะไม่เป็นการกล่าวอ้างที่ปราศจากเหตุผล
- ให้การรับรองยกย่องแพทย์ร่วมงานหรือสมาชิกในที่ติดตามความเป็นจริงที่ยืนยันได้ โดยปราศจากอคติ

6.1 การประกอบวิชาชีพภาคเอกชน (Private practice)

6.1.1 ต้องซื่อสัตย์ในส่วนการเงินและผลประโยชน์เชิงพาณิชย์ที่เกี่ยวข้องกับงาน โดยเฉพาะให้ผู้ป่วยสามารถรับทราบประมาณราคาเบื้องต้นของการบริการ ค่ารักษาพยาบาล และหากเป็นไปได้สามารถล่วงรู้ค่าประกอบวิชาชีพแพทย์ล่วงหน้าของแพทย์แต่ละบุคคลให้ผู้ป่วยทราบ โดยไม่นำเอาสินน้ำใจในเชิงพาณิชย์มาใช้เพื่อการค้า

6.1.2 แจ้งให้ผู้ป่วยทราบถึงขีดความสามารถของสถานประกอบการนั้นๆ ในการดูแลรักษา เช่น ระดับของการดูแลในภาวะวิกฤติที่กระทำได้ และคุณสมบัติของแพทย์เวร

6.1.3 ศัลยแพทย์ที่ปฏิบัติงานทั้งในภาครัฐ และภาคเอกชน ควรปฏิบัติตามวิธีการปฏิบัติของทั้งสองหน่วยงานที่ทำหน้าที่อย่างเต็มกำลังตามสัญญาในส่วนของภาครัฐ ไม่นำบุคคลากรและทรัพยากรของรัฐไปใช้เพื่อการประกอบการส่วนตัว ยกเว้นจะมีการขออนุญาตล่วงหน้าไว้ก่อน

6.2 การวิจัย (Research)

6.2.1 ศัลยแพทย์ควรยื่นโครงการงานวิจัยทั้งหมด และรายละเอียดเทคนิคของหัตถการใหม่ ไปยัง คณะกรรมการด้านวิจัยและจริยธรรม ก่อนเริ่มโครงการ

6.2.2 ปฏิบัติตามข้อกำหนดของปฏิญญา เฮลซิงกิ (The World Medical

Association Declaration of Helsinki) อย่างเคร่งครัด

6.2.3 แจ้งให้ผู้ป่วยที่ร่วมโครงการทราบรายละเอียดสำหรับการวิจัยเชิงเปรียบเทียบ เกี่ยวกับวิธีการที่จะทำการเปรียบเทียบ ความเสี่ยง และประโยชน์ที่ผู้ป่วยอาจได้รับ และต้องบันทึกไว้เสมอ แจ้งให้ผู้ป่วยทราบถึงความสำคัญของการยึดถือ และรักษาความลับ แต่ผู้ป่วยอาจจะปฏิเสธการเข้าร่วมในโครงการวิจัย หรือถอนตัวในระหว่างการวิจัยได้ โดยผู้ป่วยที่กระทำเช่นนี้จะต้องไม่ได้รับผลกระทบต่อการรักษา

6.2.4 ปฏิบัติตามข้อแนะนำของคณะกรรมการจริยธรรมที่เกี่ยวข้องกับคำยินยอมในการใช้เนื้อเยื่อของผู้ป่วยที่ตัดออกมาเพื่อการวิจัยเพิ่มเติมจากการตรวจวินิจฉัยทางพยาธิวิทยาก่อนที่จะตัดเนื้อเยื่อเกินกว่าที่จะตัดเพื่อการวินิจฉัยหรือการรักษา กรณีที่นำเนื้อเยื่อของผู้ป่วยไปใช้ในเชิงพาณิชย์ต้องได้รับอนุญาตจากผู้ป่วยก่อน เช่น การเพาะเลี้ยงเนื้อเยื่อ หรือการวิจัยในด้านพันธุศาสตร์ เป็นต้น

6.2.5 กระทำตามข้อกำหนดเกี่ยวกับสัตว์ทดลองอย่างเคร่งครัด เมื่อได้รับอนุญาตให้ทำการวิจัยในสัตว์

6.2.6 ไม่สนับสนุนให้มีการตีพิมพ์ผลการวิจัยในสื่อที่ไม่ใช่ทางวิชาการ ก่อนที่ผลงานนั้นจะได้รับการเผยแพร่ในการประชุมหรือวารสารทางวิชาการ

6.2.7 เปิดเผยแหล่งที่มาของผลตอบแทนทางการเงิน เช่น จากบริษัทหรือโรงงานผลิตยา หรืออุปกรณ์ทางการแพทย์

6.2.8 รายงานต่อคณะกรรมการวิจัยและจริยธรรมในสถาบันที่สังกัดหากพบหรือเพียงสงสัยว่ามีสิ่งฉ้อฉลใดๆ ในผลงานวิจัย

7. ด้านสุขภาพ (Health)

7.1 ศัลยแพทย์ต้องไม่ก่อให้เกิดความเสี่ยงต่อผู้ป่วย อันเนื่องมาจากสุขภาพที่ไม่สมบูรณ์ เหนื่อยล้า หรืออยู่ภายใต้อิทธิพลของเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ หรือสารเสพติด

7.2 การผ่าตัดอาจมีผลให้ศัลยแพทย์มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อในโรงพยาบาล และเชื้อไวรัสที่ติดต่อทางเลือด เช่น โรคตับอักเสบบี หรือ ดังนั้นในกรณีที่ศัลยแพทย์ถูกเข็มตำ จะต้องกระทำตามระเบียบกำหนดที่วางไว้ของสถาบันนั้นๆ

7.3 ในกรณีผ่าตัดผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง ศัลยแพทย์ต้องระมัดระวัง ป้องกันและ

ดำเนินตามแนวทางปฏิบัติอย่างเคร่งครัด และขอคำแนะนำจากแพทย์ผู้ทรงคุณวุฒิที่เหมาะสม หากผู้ป่วยมีโรคติดต่อที่ร้ายแรง

7.4 ศัลยแพทย์ยังมีหน้าที่รายงานให้ผู้บังคับบัญชาที่รับผิดชอบเมื่อทราบว่ามีเพื่อนแพทย์ที่อาจเป็นโรคติดต่อร้ายแรง หรือโรคที่เสี่ยงต่อการแพร่เชื้อถึงผู้ป่วยได้

8. การรักษาผู้ป่วยในต่างประเทศ และที่คุมขัง (Foreign Countries and prisons)

8.1 ในกรณีผู้ป่วยเป็นทหาร

- ศัลยแพทย์ควรจะผ่าตัดเฉพาะเมื่อผู้ป่วยร้องขอ หากผู้ป่วยไม่อยู่ในภาวะที่จะให้การยินยอมได้ ก็ให้กระทำเฉพาะส่วนที่เป็นประโยชน์ต่อผู้ป่วยมากที่สุด โดยไม่ต้องคำนึงถึงตำแหน่ง ยศ หรือเป็นฝ่ายใด แต่ให้รักษาตามหลักเวชปฏิบัติเป็นสำคัญ ในสถานการณ์ที่มีขีดจำกัด ให้อ้างจรรยาบรรณแห่งวิชาชีพให้ดีที่สุดเท่าที่จะทำได้ โดยปกป้องตนเองให้อยู่ในสภาพที่สามารถดูแลผู้ป่วยได้ดีที่สุด

8.2 ในประเทศที่ขอรับความช่วยเหลือ

8.2.1 ศัลยแพทย์ที่ไปช่วยด้านศัลยกรรมในประเทศอื่น ควรมุ่งให้บริการด้วยจิตวิญญาณที่มีความเสมอภาค บนพื้นฐานของการบริการด้วยมนุษยธรรม และปราศจากเจตคติของการเป็นผู้อุปถัมภ์หรือผู้ที่เหนือกว่า ทั้งนี้รวมไปถึงการช่วยเหลือกรณีภัยธรรมชาติหรืออุบัติเหตุจากมนุษย์

8.2.2 กรณีผู้ป่วยเป็นประชากรในท้องถิ่น ศัลยแพทย์ควรปฏิบัติตามมาตรฐานการดูแลให้สูงสุด ตามสถานการณ์ที่เอื้ออำนวยในขณะนั้น แม้จะไม่มีคำยินยอมให้การรักษาเป็นลายลักษณ์อักษรได้ทุกราย แต่ผู้ป่วยจะต้องเข้าใจและยินยอมด้วยความสมัครใจรับการรักษาตามแนวทางที่อ้างถึง อันจะก่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดต่อผู้ป่วย โดยยึดถือตามกฎหมายท้องถิ่น ควรหลีกเลี่ยงการเข้าร่วมในการผ่าตัดที่ทำให้เกิดความพิการ

8.2.3 โครงการวิจัยต่างๆ ควรกระทำด้วยมาตรฐานทางด้านจริยธรรม และด้วยความระวังสูงสุด ตามข้อตกลงกับชุมชนและองค์กรด้านสุขภาพทั้งในระดับท้องถิ่น และในระดับประเทศนั้นๆ

8.2.4 ในสถานคุมขัง

ศัลยแพทย์ต้องให้การดูแลรักษาต่อผู้ถูกคุมขังเฉกเช่นผู้ป่วยทั่วไป ไม่ควรยอมหรือสนับสนุนให้มีการกระทำทารุณกรรมทั้งร่างกายและจิตใจ ไม่ว่าโดยเจตนา โดยระบบ การลงโทษ หรือการกลั่นแกล้ง และต้องรายงานการกระทำนั้นๆ แก่เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง

ผู้เขียนเชื่อแน่ว่า มีน้อยคนที่เคยผ่านตาในคำประกาศนี้² ตั้งแต่ปี 2552 แต่หาก ผู้ใดได้ปฏิบัติในกรอบของข้อปฏิบัติดังกล่าวแล้ว ท่านจะปลอดภัยในการทำเวชปฏิบัติ แม้การผิดพลาดสามารถเกิดขึ้นเมื่อใดก็ได้ แต่การได้พึงระวัง ระวังถึง การปฏิบัติได้อย่างถูกต้อง ก็เป็นเกราะที่สามารถปกป้องตนเองได้เป็นอย่างดี ที่สำคัญคือการกระทำ ด้วยใจอันบริสุทธิ์ และความเข้าใจ เห็นอกเห็นใจต่อผู้ป่วย ใจเวลา และตั้งมั่นด้วยความ ลัทธิชื่อต่อวิชาชีพออยู่เสมอ

Clinical Practice Guideline

ในการดูแลผู้ป่วยในภาวะปกติ ใน good surgical practice มีข้อปฏิบัติข้อหนึ่ง ดังนี้

“ศัลยแพทย์พึงทราบถึงแนวทางการรักษา (Clinical guideline) ฉบับปัจจุบัน ของโรคในสาขาวิชาแห่งตนและข้อแนะนำต่างๆที่กำหนดไว้ หากศัลยแพทย์ไม่ได้ กระทำตามแนวทางการรักษา หรือได้กระทำแบบอื่น ต้องอธิบายด้วยเหตุและผลแก่ ผู้ป่วยในการกระทำนั้นๆ พร้อมบันทึกในเวชระเบียน”

การทำ clinical practice guideline เป็นส่วนหนึ่งของการนำเอา evidence-based practice มาสรุปโดยคณะผู้เชี่ยวชาญ และนำมาปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยให้ เหมาะสมกับบริบทในแต่ละสถาบัน

Evidence-based practice

ตามคำจำกัดความของ Sackett D³ Evidence-based practice หมายถึง การตัดสินใจนำเวชปฏิบัติมาใช้แก่ผู้ป่วยแต่ละบุคคลบนพื้นฐานของคามมีวิจรณ์ญาณที่ดี มีความสุขุมรอบคอบและด้วยองค์ความรู้ที่ทันสมัยที่สุด และเหมาะสมที่สุดกับผู้ป่วยนั้นๆ

จะเห็นได้ว่า องค์ความรู้ เทคโนโลยี และหลักฐานจากผลงานวิจัยที่ดี (best re-

search evidence) เพียงอย่างเดียว อาจไม่ใช่สิ่งที่เหมาะสมที่สุด เมื่อนำมาใช้ในผู้ป่วย เป็นรายบุคคล จำเป็นต้องนำหลักฐานทางวิทยาศาสตร์นั้นมาประยุกต์ใช้ตามหลักศิลปะ ในชีวิตประจำวัน โดยนำความเชี่ยวชาญ ความชำนาญการของแพทย์ (clinical expertise) และคุณค่าของมนุษย์ ความต้องการ หรือการยินยอมของผู้ป่วย (patient value) มา รวมผสมผสานในการตัดสินใจการรักษาด้วย หากผสมผสานทั้งสามส่วนในการร่วมตัดสินใจ จะได้ผลลัพธ์ที่ดีที่สุดของการรักษา และดีที่สุดต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยด้วย

ในทางปฏิบัติแล้ว EBP มักจะถูกกระตุ้นให้คิด ให้ถาม ให้ค้นหาคำตอบ จาก ปัญหาของผู้ป่วยที่กำลังเผชิญอยู่ เกิดคำถามทางคลินิก ไม่ว่าจะเป็นเรื่องการสืบค้น ทาง เลือกรักษา และสาเหตุของโรค หรือการพยากรณ์โรค ทำให้ต้องค้นคว้าเพื่อนำผล ที่ได้ มาประกอบการตัดสินใจ และสร้างความมั่นใจในการดำเนินการรักษา (แผนภูมิที่ 1)

Clinical expertise หมายถึง แพทย์ผู้ที่เปรียบพร้อมด้วยประสบการณ์ องค์กรความรู้ และทักษะในการรักษา

Patient value หมายถึง การคำนึงถึงคุณค่า ความต้องการ และความคาดหวัง หรือร่วม ตัดสินใจของผู้ป่วย

Best research evidence หมายถึง งานวิจัยที่ศึกษาและดำเนินการอย่างมีวิธีการ และกระบวนการที่เหมาะสม

เพื่อให้เวชปฏิบัติแบบ EBP ดำเนินไปได้ด้วยดี ศัลยแพทย์ต้องมีทักษะในการ ค้นหา อ่าน วิเคราะห์ และประยุกต์ใช้ จากงานวิจัยต่างๆ ในวารสารได้เป็นอย่างดี



แผนภูมิที่ 1 ขั้นตอนของ Evidence-Based Practice

The steps in EBP process⁴

มีขั้นตอนในด้านปฏิบัติอยู่ 6 ขั้น (5A&S steps) ดังนี้

1. Assess the patient

เมื่อมีการประเมินผู้ป่วย ก็จะนำไปสู่ปัญหา หรือคำถามทางคลินิกที่จำเป็นต้องหาหลักฐานอ้างอิง เพื่อให้มีน้ำหนักในการตัดสินใจเลือกการรักษาดูแล

2. Ask the question

สร้างคำถามทางคลินิกในผู้ป่วยนั้นๆ

3. Acquire the evidence

หาหลักฐานอ้างอิงในคำถามนั้นๆ จากฐานข้อมูล และค้นหา

4. Appraise the evidence

ประเมิน หลักฐานทางวิจัย หรือข้อมูลจากการศึกษา ว่ามีน้ำหนักของความถูกต้อง เชื่อถือได้ และนำมา ประยุกต์ ปฏิบัติในบริบท และสถานะของผู้ป่วยได้เพียงใด

5. Apply; talk with the patient

นำหลักฐานอ้างอิงทางคลินิกนั้นกลับมาสู่ผู้ป่วย ประสานกับความเชี่ยวชาญของแพทย์เอง และความต้องการ และการยินยอมของผู้ป่วยก่อน จึงจะนำมาประยุกต์ใช้กับผู้ป่วยได้

6. Self-evaluation

ประเมินผลการรักษาในผู้ป่วยรายนี้

Well-built clinical question (1 Assess the patient & 2 Ask the question)

เมื่อประเมินผู้ป่วย เกิดคำถามทางคลินิก การสร้างคำถามที่ดี ต้องสามารถเปรียบเทียบผลการรักษาได้ โดยมีการรักษาหลักเป็นตัวอื่น และมีการรักษาทางเลือกเป็นตัวเปรียบเทียบได้ คำถามทางคลินิกที่ดี ควรประกอบด้วย คำย่อว่า PICO ซึ่งสามารถบอกลักษณะหรือปัญหาจำเพาะของผู้ป่วยได้ๆ การรักษาวิธีใดจะได้ผลดีกับผู้ป่วยที่สุด มีทางเลือกกี่แบบ อะไรบ้าง ดีกว่ากันอย่างไร (ถ้ามี) และผลที่ผู้ป่วยต้องการหรือหลีกเลี่ยงเป็นอย่างไ

P=Patient or Problem

อะไรเป็นลักษณะทางคลินิกที่สำคัญที่สุดของผู้ป่วยในขณะนั้น อาจรวมถึง primary problem, disease, หรือ co-existing condition หรือ sex, age, race เป็นต้น

I = Intervention, prognostic factor, or exposure

หัตถการอะไรเป็นทางเลือกของการรักษา โดยมีปัจจัยอะไรที่มีผลต่อการพยากรณ์โรค ทั้งปัจจัยจากตัวผู้ป่วยเอง โรคร่วม หรือ อะไรที่ผู้ป่วยสัมผัส เช่น การสูบบุหรี่ โรคอ้วน ความดันโลหิต เป็นต้น

C = Comparison

มีการเปรียบเทียบระหว่างแนวทางการรักษาในวิธีต่างๆ หรือ อาจไม่ได้รับการรักษา เป็นต้น

O = Outcomes

ให้ระบุว่า อะไรเป็นสิ่งที่คาดหวังเป็นอันดับแรก (primary) หรือสิ่งหวังผล หรือ สามารถเพิ่มการทำงานของอวัยวะ หรือการเพิ่ม score และอะไรเป็นอันดับรองของการคาดหวัง (secondary)

The Literature Search (3 Acquire the evidence)

การสร้าง clinical question ที่ดี และจำกัดวง สามารถที่จะมีแผนการสืบค้นในวารสารได้ดีและง่ายตามไปด้วย ในแง่แนวทางหรือวิธีการการรักษา การศึกษาวิจัยเชิงเปรียบเทียบ แบบ randomized controlled trial สามารถให้ข้อมูลที่น่าเชื่อถือได้ที่สุด

ตารางที่ 1

Patient / Problem	heart failure, ejection fraction 40%, elderly
Intervention	Drug A, Drug B
Comparison, if any	none, placebo, standard care
Outcome	primary: reduce need for hospitalization; secondary: reduce mortality

แต่หากมีการศึกษาหลากหลาย ก็ควรดูการ review ที่เป็นระบบ (systemic review)

ข้อแนะนำในการสืบค้น สามารถกระทำได้ database ที่ใหญ่ ใน Pubmed ส่วนใน Cochrane Library สามารถดูการศึกษาแบบ systemic review ได้หลากหลายและนำข้อมูลมาพิจารณาให้เหมาะกับผู้ป่วยและบริบทของตนเอง

การสืบค้นใน PubMed

ให้เจาะจงตามแนวคำถามทางคลินิก ตาม PICO เริ่มจากปัญหาของผู้ป่วย และแนวทางการรักษาหรือหัตถการ ซึ่ง PubMed เลือก clinical term ที่เหมาะสม เพื่อเป็น Medical Subject Headings (MeSH) ที่ใช้ในการค้นหาวารสารที่เราต้องการต่อไป (ไม่ขอกล่าวรายละเอียดของวิธีการสืบค้น)

การประเมินหลักฐานของข้อมูล (4 Evaluating the Evidence)

การประเมินข้อมูลของการศึกษาต่างๆ ที่ค้นคว้ามา มีความน่าเชื่อถือเพียงไรนั้น ให้พิจารณากว้างๆ อยู่สองด้าน คือ หลักฐานนั้นน่าเชื่อถือเพียงไร (validity = closeness to the truth) และสามารถนำมาประยุกต์ใช้ในทางคลินิกได้หรือไม่ (applicability = usefulness in clinical practice)

ในการประเมิน สามารถกระทำเป็นขั้นตอนได้ดังนี้

ประเมินความน่าเชื่อถือ (evaluating the validity of a therapy study)

เมื่อได้ข้อมูลมาแล้ว ให้อ่านและประเมินตามแนวทาง ดังนี้ โดยมีคำถามพื้นฐานที่ต้องตอบให้ได้ สามข้อคือ

- ผลการศึกษาถูกต้อง เชื่อถือได้
- ผลลัพธ์เป็นอย่างไร
- ผลลัพธ์นั้นช่วยในการรักษาผู้ป่วยให้ดีขึ้นหรือไม่

การดูว่าผลลัพธ์เชื่อถือได้ว่าเป็นจริง ให้ดูที่วิธีการศึกษาวิจัย หรือ study methodology โดยเฉพาะแบบ randomization, blinding และรวมผู้ป่วยทุกรายในการศึกษาจะช่วยลดการมี bias ลงได้ หากว่าผลเชื่อถือได้ จึงค่อยคิดต่อไปว่า สามารถนำมาประยุกต์ใช้ในกรณีผู้ป่วย โดยเปรียบเทียบกับผู้ป่วยมีลักษณะทางคลินิกใกล้เคียงกันหรือไม่ นำวิธีการที่ได้มาใช้ได้หรือไม่ เพียงใดและอย่างไร

การประยุกต์ใช้กับผู้ป่วย (5, Return to the patient and 6, self evaluation)

การนำผลการศึกษามาใช้กับผู้ป่วย ต้องอยู่บนพื้นฐานของ Good medical practice ความปลอดภัยของผู้ป่วยเป็นสิ่งที่ต้องคำนึงถึงตลอดเวลา และข้อมูลต้องได้รับการตรวจสอบแล้วว่าเชื่อถือได้ สามารถประยุกต์ใช้ได้บริบทของแพทย์ มีอุปกรณ์พร้อม และมีแนวทางแก้ไขได้ชัดเจน และที่สำคัญจะต้องให้ผู้ป่วยและญาติได้เข้าใจและยอมรับการรักษาต่างๆ เสมอ พร้อมกับการประเมินผลการรักษาพร้อมด้วยเสมอ

เอกสารอ้างอิง

1. Good Surgical Practice, November 2000; published by the Royal College of Surgeons of England; 2000.
2. ประกาศราชวิทยาลัยศัลยแพทย์แห่งประเทศไทย เรื่อง "คำแนะนำว่าด้วยศัลยปฏิบัติที่ดี พ.ศ. 2552" (Good Surgical Practice ค.ศ.2009)
3. Sackett D. Evidence-based Medicine - What it is and what it isn't. BMJ 1996; 312:71-72.
4. Richardson WS, Wilson MC, Nishikawa J, Hayward RSA. The well-built clinical question: a key to evidence-based decisions. ACP Journal Club. Nov-Dec 1995;123:A12.