

ประสิทธิภาพการเขียนใบชันสูตรบาดแผล ของนักศึกษาแพทย์ชั้นปีที่ 5 ตามหลักสูตร แพทยศาสตร์บัณฑิต

รองศาสตราจารย์ นายแพทย์วิสูตร ฟองศิริไพบูลย์

ภาควิชานิติเวชศาสตร์, คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล, มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพมหานคร 10700.

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาถึงประสิทธิภาพในการเขียนเอกสารทางคดีที่เรียกว่า “ใบชันสูตรบาดแผล” ของนักศึกษาแพทย์ชั้นปีที่ 5 คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล เอกสารดังกล่าวเป็นเอกสารที่ตำรวจจะส่งมาให้แพทย์เขียนภายหลังที่ได้ตรวจผู้ป่วยแล้ว เอกสารดังกล่าวอาจแบ่งได้เป็น 3 ส่วนหลัก คือ ส่วนแรก (ส่วนประวัติของผู้ป่วย) ส่วนที่ 2 (ส่วนที่แพทย์ตรวจได้จากผู้ป่วย) และ ส่วนที่ 3 (ส่วนความเห็นที่จะมีผลในทางคดี) อีกทั้งยังมีส่วนรองคือส่วนที่ 4 หรือส่วนท้ายในการลงนามผู้ตรวจ โดยผู้วิจัยได้แบ่งนักศึกษาแพทย์ชั้นปีที่ 5 ซึ่งเรียนในหัวข้อ “การเขียนใบชันสูตรบาดแผล” ออกเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มหนึ่งใช้แนวทางในการอธิบายวิธีการเขียนให้รับทราบโดยยกตัวอย่างผู้ป่วย ส่วนอีกกลุ่มหนึ่งหลังอธิบายวิธีการเขียนให้รับทราบแล้วได้ให้นักศึกษาไปตรวจผู้ป่วยที่หอผู้ป่วยแล้วกลับมาเขียน ผลการวิจัยพบว่า ในส่วนที่ 1, ส่วนที่ 2 และส่วนที่ 4 ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ($p>0.05$) แต่ในส่วนที่ 3 มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ ($p<0.05$) แสดงถึงการที่นักศึกษาหากได้ตรวจผู้ป่วยจริง ๆ แล้วย่อมตระหนักถึงสภาพแห่งความร้ายแรงของการบาดเจ็บสอดคล้องกับผลทางกฎหมาย

คำสำคัญ: ใบชันสูตรบาดแผล, นักศึกษาแพทย์ชั้นปีที่ 5, ตำรวจ, เวชปฏิบัติ

Abstract: **The Effectiveness in Medico-Legal Document Written by Fifth Year Medical Students in Faculty of Medicine Siriraj Hospital**
Visutr Fongsiripaibul, M.D, Thai Board of Forensic Medicine, M.D., M.Sc., LL.M.
Department of Medicine, Faculty of Medicine Siriraj Hospital, Mahidol University, Bangkok 10700, Thailand.
Siriraj Medical Bulletin 2014;7(1):12-19

The author has studied the effectiveness of medico-legal document written by fifth year medical students, Faculty of Medicine Siriraj Hospital, Mahidol University. The document issued by the police will usually be sent to the physician after he has examined the patient, legal patient, in medical practice. There could be distinguished the document into three major parts (patient's history part, physical examination part and summary part) and one minor part (signature part). The fifth year medical students were divided into two groups for the study. The first groups was allowed to write the documents after listening

to explanation of the guidelines and showing sample cases, but the second group, after receiving the same explanation as the first group, was assigned to examine the patients at traumatic ward and came back to write the document. The results suggested that the studying of medical students by physical examination of the patients could stimulate the students to realize the relationship of patient's injury or wound and legal effect.

Keywords: Medico-legal document, fifth year medical student, police, medical practice

บทนำ

ใบขึ้นสูตรบาดแผลหรือชื่อเรียกอย่างเป็นทางการว่า “**ใบนำส่งผู้บาดเจ็บให้แพทย์ตรวจชันสูตร**” หรือ เรียกย่อ ๆ ว่า “**ใบชันสูตร**” หรือ “**ใบชันสูตรบาดแผล**” (รูปที่ 1) เป็นเอกสารของตำรวจ (พนักงานสอบสวน) นำส่งให้กับแพทย์ที่ตรวจผู้ป่วยเพื่อขอทราบรายละเอียดเกี่ยวกับสภาพการบาดเจ็บ เพื่อให้ประกอบสำนวนในคดีอาญาซึ่งตำรวจมีหน้าที่ตามกฎหมาย ดังที่บัญญัติไว้ในประมวลกฎหมายวิธีพิจารณาความอาญา¹

แนวทางในการดำเนินการของตำรวจคือเมื่อเกิดคดีอาญาขึ้นและมีผู้บาดเจ็บพนักงานสอบสวนต้องรวบรวมพยานหลักฐานทั้งปวง

กรณีนี้ผู้ป่วยได้รับบาดเจ็บอาจจำแนกเป็น 2 กรณีคือ

ก. ผู้ป่วยได้รับบาดเจ็บในที่เกิดเหตุและตำรวจไปถึงที่เกิดเหตุแล้วและเห็นว่าจำเป็นต้องส่งตัวเพื่อการรับการรักษา ณ สถานพยาบาล ตำรวจจะส่งผู้บาดเจ็บพร้อม “ใบนำส่งผู้บาดเจ็บให้แพทย์ตรวจชันสูตร” มาพร้อมกันเพื่อให้แพทย์ดำเนินการกรอกรายละเอียดหลัง

ผลการตรวจชิ้นเนื้อบริเวณแผลหรือฝีของแพทย์

เลขที่ _____

ชื่อของผู้นำมาตรวจหรือศพ. _____

สถานที่ตรวจที่นำส่ง _____

วันที่รับวันที่ _____ เดือน _____ พ.ศ. _____ เวลา _____ น.

คำขอที่แพทย์ตรวจ _____

รายการที่แพทย์ไม่ได้ตรวจและความเห็น

ลงชื่อ _____

นายแพทย์ผู้ตรวจ _____

(ใบพิมพ์สำหรับ ผ.อ. ๒๕๖๒)

[illegible]

จากการที่ได้ให้การรักษายาบาลแก่ผู้ป่วยเจ็บนั้น ๆ

ข. หากผู้ป่วยเจ็บมารับการตรวจรักษาที่สถานพยาบาลเองแล้ว พนักงานสอบสวนจะติดตามมาที่สถานพยาบาลและจะมอบ “ใบนำส่งผู้บาดเจ็บให้แพทย์ตรวจชันสูตร” ให้กับแพทย์เพื่อดำเนินการกรอกรายละเอียดอย่างใดก็ตามหากตำรวจมิได้มาในเวลาดังกล่าวก็อาจส่ง “ใบนำส่งผู้บาดเจ็บให้แพทย์ตรวจชันสูตร” มาให้แพทย์กรอกในเวลาต่อมาก็ได้

การดำเนินการของแพทย์ก็คือกรอกรายละเอียดเกี่ยวกับการบาดเจ็บและอื่น ๆ รวมถึงความเห็นและการลงลายมือชื่อด้านหลังของ “ใบนำส่งผู้บาดเจ็บให้แพทย์ตรวจชันสูตร” และเอกสารนี้ถือว่าเป็นเอกสารที่มีความสำคัญเพราะจะใช้เพื่อประกอบสำนวนคดีอาญา² และติดอยู่ในสำนวนตลอดไปจนกว่าคดีจะถึงที่สุดตามกฎหมาย

จากข้อเท็จจริงในเวชปฏิบัติพบว่าการเขียนใบชันสูตรบาดแผลของแพทย์ทำได้ไม่สมบูรณ์และบางครั้งเกิดผลกระทบต่อดฝ่ายต่าง ๆ ไม่ว่าจะเป็นฝ่ายตำรวจ (พนักงานสอบสวน) ฝ่ายผู้เสียหาย ฝ่ายผู้ต้องหาหรือฝ่ายตัวแพทย์เอง โดยความไม่สมบูรณ์ดังกล่าวปรากฏในส่วนต่าง ๆ ของใบชันสูตรบาดแผล (ซึ่งมีอยู่ 3 ส่วนหลัก) คือ ส่วนแรก (ส่วนประวัติของผู้ป่วย) ส่วนที่ 2 (ส่วนสิ่งที่แพทย์ตรวจได้) และส่วนที่ 3 (ส่วนความเห็น) หรือส่วนรอง (ส่วนที่ 4) คือการลงลายมือชื่อ อีกทั้งยังได้พบว่า

1. แพทย์ที่ปฏิบัติงานเป็นแพทย์ใช้ทุนปีแรก (แพทย์เพิ่มพูนทักษะ) ซึ่งสำเร็จการศึกษาจากคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาลในคราวเข้ามารับปริญญาเพื่อปริญญาบัตร “แพทยศาสตรบัณฑิต” เกือบทุกรุ่นเมื่อนับย้อนหลังไป ได้กล่าวถึงการไม่สันทัดในการเขียนใบชันสูตรบาดแผลและมีความกังวลอย่างมาก ทั้งในเรื่องผลที่จะกระทบต่อทางคดีและต่อตนเอง จนถึงขั้นที่ไม่ต้องการเขียนหรือรับผิดชอบในเรื่องดังกล่าวนี้ ซึ่งไม่อาจเป็นไปได้ตามกฎหมาย

2. ในระดับองค์การวิชาชีพ (แพทย์สภา)³ ยังพบว่าแพทย์ทั้งที่เป็นแพทย์เพิ่มพูนทักษะ แพทย์ใช้ทุน และแพทย์อื่นที่ประกอบวิชาชีพเวชกรรม มีความไม่สมบูรณ์ในการเขียนใบชันสูตรบาดแผลดังกล่าว จนเป็นเหตุต่อการฟ้องร้องทางจริยธรรม (ตามข้อบังคับแพทยสภาว่าด้วย

การรักษาจริยธรรมแห่งวิชาชีพเวชกรรม พ.ศ.2549)⁴ ทำให้เกิดเป็นเรื่องราวเรียนตามกระบวนการจริยธรรม (ข้อบังคับแพทยสภาว่าด้วยกระบวนการวินิจฉัยกรณีทางจริยธรรม พ.ศ.2548)⁵ เป็นเหตุให้แพทย์จำนวนไม่น้อยต้องถูกลงโทษทางจริยธรรมแม้ว่าจะขาดเจตนาหรือไม่สามารถพิสูจน์ถึงเจตนาในการดำเนินการอย่างแท้จริงได้ แต่เนื่องจากเกิดความเสียหาย ทั้งนี้เพราะเกณฑ์มาตรฐานของผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมของแพทยสภา นับแต่ พ.ศ.2538 มาจนถึงปัจจุบัน พ.ศ.2555^{6,7} ได้กำหนดให้แพทย์จำต้องมีความสามารถในการเขียนใบชันสูตรดังกล่าวด้วย

3. ในทางสังคมระดับศาลยุติธรรมพบว่าเมื่อเรื่องการฟ้องร้องอันเกิดเนื่องจากการเขียนใบชันสูตรบาดแผลดังกล่าวไม่ชอบด้วยแนวทางทางการแพทย์ทำให้เกิดความเสียหาย เช่น การให้ความเห็นในการรักษาผู้ป่วยที่มีกระดูกงูหักไว้เพียง 7 วันเท่านั้น ซึ่งผู้บาดเจ็บเห็นว่าแพทย์ไม่มีมาตรฐานและไม่เป็นธรรมกับตนเอง จึงมีการฟ้องร้องแพทย์ขึ้น

4. ในทางสังคมยังพบอีกว่ามีการกล่าวหาแพทย์ว่าให้การช่วยเหลือฝ่ายหนึ่งฝ่ายใดในกระบวนการทางคดี เพื่อให้ได้รับโทษทั้งในทางที่หนักขึ้น หรือไม่ต้องให้ได้รับโทษ หรือให้ได้รับโทษเพียงสถานเบาเท่านั้น ซึ่งแพทย์ส่วนใหญ่ขาดเจตนาแต่ไม่สันทัดในการดำเนินการเขียนใบชันสูตรบาดแผลนั่นเอง

ผลสรุปที่เกิดขึ้นข้างต้นนั้นเกิดจากการที่แพทย์ทั่วไปไม่สันทัดในการเขียนใบชันสูตรบาดแผล โดยเฉพาะแนวทางในการเรียนการสอนแบบดั้งเดิมนั้นไม่ฝึกให้นักศึกษาแพทย์เกิดความสันทัดในการเขียนเอกสารดังกล่าว เมื่อจบเป็นแพทย์จึงไม่เคยเขียนเอกสารดังกล่าวเลยหรือหากได้เขียนก็ขาดการตรวจทานหรือข้อแนะนำในการเขียนรวมถึงการแก้ไขสิ่งที่บกพร่องเพื่อให้เกิดความถูกต้อง อีกทั้งกระบวนการก่อนการเขียนและคำอธิบายถึงกระบวนการและความสำคัญของเอกสารและส่วนประกอบของเอกสารก็ยังไม่ได้มีการจัดให้ลงลึกถึงการรับรู้ได้ของนักศึกษาแพทย์ในขณะที่ทำการศึกษา เพื่อให้ได้ทราบถึงแนวทางในการดำเนินการแบบ “ครบวงจรแห่งการเขียนใบชันสูตรบาดแผล”

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาถึงแนวทางการสอนนักศึกษาแพทย์
ชั้นปีที่ 5 ต่อประสิทธิภาพของการเขียนใบชั้นสูตรบาดแผล
เพื่อให้เกิดประโยชน์เมื่อจบเป็นแพทย์แล้ว

วัตถุประสงค์และวิธีการ

วิธีการดำเนินการวิจัย

1) นักศึกษาในกรอบการศึกษา:

1. แบ่งนักศึกษาออกเป็น 2 กลุ่ม โดยสลับกลุ่มกัน
เนื่องจากนักศึกษาปีที่ 5 ที่จะต้องผ่านการศึกษาคณิศ
วิชานิติเวชศาสตร์ จะมีด้วยกัน 2 สัปดาห์ต่อกลุ่ม (9-10
คนต่อกลุ่ม)

2. จะถือว่านักศึกษาแต่ละกลุ่มมีความสามารถใน
ด้านการเรียนการสอนเท่าเทียมกัน

3. ทำการสอนนักศึกษาในกลุ่มแรกโดยการ (สอน
แบบเดิม)

ก. อธิบายถึงความหมายของผู้ป่วยนิติเวช
คลินิก (ผู้ป่วยคดี)

ข. ชนิดของผู้ป่วยนิติเวชคลินิก

ค. การดำเนินการต่อผู้ป่วยนิติเวชคลินิก
ตั้งแต่ ชักประวัติ การตรวจร่างกาย การบันทึก การเก็บ
พยานหลักฐานต่าง ๆ

ง. อธิบายการเขียนใบชั้นสูตรบาดแผล

จ. ให้เขียนใบชั้นสูตรบาดแผล ตามตัวอย่าง
ที่ยกให้

หมายเหตุ:

1) มิได้ให้นักศึกษาได้ดูผู้ป่วยจริง แต่เป็นการ
บรรยายในห้องเรียน เมื่อสอนเสร็จให้นักศึกษาทำการ
เขียนใบชั้นสูตรบาดแผล ตามตัวอย่างที่ได้ยกขึ้น

2) เนื้อหาและแนวทางการสอนนั้นครอบคลุม
เนื้อหาตามเกณฑ์ความรู้ที่กำหนดโดยแพทยสภา
แล้ว

4. ทำการสอนนักศึกษาในกลุ่มที่ 2 (สอนแบบ
ใหม่)

ก. อธิบายถึงความหมายของผู้ป่วยนิติเวช
คลินิก (ผู้ป่วยคดี)

ข. ชนิดของผู้ป่วยนิติเวชคลินิก

ค. การดำเนินการต่อผู้ป่วยนิติเวชคลินิก
ตั้งแต่ ชักประวัติ การตรวจร่างกาย การบันทึก การเก็บ
พยานหลักฐานต่าง ๆ

ง. อธิบายการเขียนใบชั้นสูตรบาดแผลใน
ขณะดูผู้ป่วย

จ. ให้นักศึกษาไปตรวจผู้ป่วยที่หอผู้ป่วย ณ
ตึกอุบัติเหตุ และกลับมาเขียนใบชั้นสูตรบาดแผล

หมายเหตุ:

การสอนแบบให้นักศึกษาได้ดูผู้ป่วยจริง
ณ ตึกอุบัติเหตุ หรือ หอผู้ป่วยที่มีการปรึกษาแพทย์ทาง
นิติเวชศาสตร์ แล้วมาเรียนต่อที่ห้องเรียน เมื่อสอนเสร็จ
ให้นักศึกษาเขียนใบชั้นสูตรบาดแผล

5. การสอนตามข้อ 3 และ 4 จะสลับกันโดย
นักศึกษาที่ผ่านการศึกษาคะจะลงกองทุก 2 สัปดาห์

6. ตรวจให้คะแนนตามเกณฑ์

2) การให้คะแนน

แบ่งการให้คะแนนออกเป็น 3 ส่วนหลัก คือ

ส่วนที่ 1 คือส่วนที่เกี่ยวข้องกับประวัติของผู้ป่วยทั่วไป อันประกอบด้วย

1. เลขที่

2. ตำบลที่แพทย์ตรวจ

3. ชื่อของผู้บาดเจ็บหรือศพ

4. สถานที่ตำรวจที่นำส่ง

5. รับไว้วันที่ เดือน

พ.ศ..... เวลา.....น.

ในส่วนนี้จะให้น้ำหนัก 0.15 หรือ ร้อยละ 15
ของคะแนนเต็ม

เกณฑ์การให้คะแนน

ก. ถ้าเต็มได้สมบูรณ์ ถูกต้องให้คะแนน 15

ข. ถ้าไม่เต็มเลย ให้คะแนน "0"

ค. ถ้าเต็มแต่ไม่สมบูรณ์จะถูกหักคะแนนลง
ตามส่วน (คะแนน 1-14)

ส่วนที่ 2 คือ รายการที่แพทย์ได้ตรวจ

ประกอบด้วยรายละเอียดและหลักที่ต้อง
ปฏิบัติ อันประกอบด้วย

1. ต้องเขียนให้ครบถ้วน

2. เขียนตามความเป็นจริง
 3. ตามเกณฑ์มาตรฐานตามเกณฑ์ของแพทย์สภา
 4. การเขียนตามความรุนแรงเพื่อการสอดคล้องกับทางคดี
 5. การขีด ลบ ขูด ขำ ตก เต็ม ฯลฯ กับการดำเนินการตรวจแนวทางแห่งกฎหมาย
 6. การใช้ตัวเลข เครื่องหมาย
 7. การใช้ภาษาไทย ภาษาเทคนิค และรายละเอียด เช่น การใส่วงเล็บ
 8. การสรุปในขนาดผลที่ไม่มีผลในทางคดีที่เป็นประเภทเดียวกัน
 9. การแบ่งการเขียนเป็นข้อ ๆ แต่ละข้อเพื่อความเข้าใจ
 10. อื่น ๆ เกี่ยวกับการเขียนซึ่งจะมีผลต่อทางคดี เช่น การแก้ไขต้องมีการลงชื่อกำกับ เป็นต้น
- ในส่วนนี้จะให้เป็นน้ำหนัก 0.4 หรือ ร้อยละ 40 ของคะแนนทั้งหมด (ข้อละ 4 คะแนน)

เกณฑ์การให้คะแนน

- ก. ถ้าทำได้อย่างสมบูรณ์ให้คะแนน 40
- ข. ความบกพร่องแต่ละรายการตามหัวข้อ 1-10 จะถูกตัดคะแนนลงตามส่วน

ส่วนที่ 3 คือส่วนความเห็น

เป็นส่วนที่มีความสำคัญและใช้ในการดำเนินคดี อันประกอบด้วย

1. ระยะเวลาแห่งการหายของบาดแผล หรือการบาดเจ็บเพื่อสอดคล้องกับประมวลกฎหมายอาญา (มาตรา 391, 295 และ 297 ตามลำดับ) (20 คะแนน)
2. การดำเนินการทางการแพทย์ (5 คะแนน)
3. การให้ความเห็นในเชิงป้องกันความผิดพลาดในการประเมินได้ เช่น ถ้าไม่มีโรคแทรกซ้อน เป็นต้น หรือเพื่อให้เห็นถึงความรุนแรง (5 คะแนน)
4. แนวทางการให้ความเห็นถึงสาเหตุ ชนิดของอาวุธ หรือพฤติกรรม หรือสิ่งที่เกิด โดยใช้คำไม่จำเพาะเพื่อประโยชน์แก่ตัวแพทย์เอง เช่น เชื่อว่า สันนิษฐานว่า (5 คะแนน)
5. รายละเอียดอื่น ๆ เช่น การแก้ไขตกเติม

ต้องมีการลงชื่อกำกับอย่างถูกต้อง ความเร็วช้าแห่งการออกรายงาน (5 คะแนน)

ในส่วนนี้จะให้น้ำหนัก 0.4 หรือ ร้อยละ 40 ของคะแนนทั้งหมด

เกณฑ์การให้คะแนน

- ก. การทำได้อย่างสมบูรณ์ให้คะแนนเป็น 40
- ข. การบกพร่องในแต่ละรายการตามหัวข้อ ทั้ง 5 จะถูกตัดคะแนนลงตามส่วน

ส่วนที่ 4 (ส่วนรอง) คือ ส่วน “การลงชื่อ.....

นายแพทย์ผู้ตรวจ

มีความสำคัญอยู่บ้างจะประเมินในเรื่อง

1. ความรอบคอบของการลงชื่อพร้อมการให้ชื่อเต็มของแพทย์ พร้อมกับ วันเวลาที่ออกเอกสาร ซึ่งมีความสำคัญไม่น้อยสำหรับเอกสารที่พึ่งออก
 2. การแก้ไขตกเติม การลงชื่อกำกับ
- ในส่วนนี้จะให้น้ำหนักเป็น 0.05 หรือ ร้อยละ 5 เท่านั้น

เกณฑ์การให้คะแนน

- ก. ทำได้อย่างสมบูรณ์ให้คะแนน 5
- ข. ความบกพร่องจะถูกตัดลงตามส่วน (1-4 คะแนน)

สรุป คะแนนเต็มคิดเป็น 100 คะแนน (100%)

ผลการศึกษา

การศึกษาสรุปได้ดังตารางที่ 1

วิจารณ์

จากผลการศึกษาตามตารางที่ปรากฏข้างต้น สามารถวิเคราะห์ได้ดังนี้

ประการที่ 1: ตัวอย่างนักศึกษา

นักศึกษาที่มีส่วนในการศึกษานี้เป็นนักศึกษาแพทย์ชั้นปีที่ 5 คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล ซึ่ง

ตารางที่ 1. คะแนนส่วนต่าง ๆ ของใบชั้นสูตรที่นักศึกษาทั้ง 2 กลุ่มทำได้โดยแต่ละกลุ่มมีจำนวน 118 คน

หมวดที่ (Part No.)	ส่วนใบชั้นสูตรฯ (Med. Cert)	คะแนนเต็ม (Marks)	ค่าเฉลี่ย (Mean)	ส่วนเบี่ยงเบน (S.D.)	ส่วนเบี่ยงเบน (Std.Error Mean)	Sig.
1	ส่วนประวัติ	15				.853
	กลุ่มที่ 1	(118)	10.31	1.166	.107	
	กลุ่มที่ 2	(118)	12.08	1.655	.152	
2	ส่วนที่แพทย์ได้ตรวจ	40				.214
	กลุ่มที่ 1	(118)	27.22	4.227	.389	
	กลุ่มที่ 2	(118)	32.28	3.856	.355	
3	ส่วนความเห็น	40				.012
	กลุ่มที่ 1	(118)	26.91	4.120	.379	
	กลุ่มที่ 2	(118)	31.38	4.356	.401	
4	ส่วนลงนาม	5				.622
	กลุ่มที่ 1	(118)	3.24	.889	.082	
	กลุ่มที่ 2	(118)	3.68	.738	.068	
รวม	ส่วนคะแนนรวม	100				.010
	กลุ่มที่ 1	(118)	67.58	6.457	.594	
	กลุ่มที่ 2	(118)	79.42	7.790	.717	

ศึกษาวิชานิติเวชศาสตร์เป็นกลุ่มตามที่ทางคณะฯ ได้จัดสรรมาแล้ว ย่อมถือว่านักศึกษาเหล่านี้มีความสามารถในการเรียนรู้เท่าเทียมกันหรืออยู่ในกลุ่มความสามารถเดียวกัน ดังนั้นการที่แบ่งการศึกษาออกเป็น 2 กลุ่มโดยถือว่าทุกกลุ่มมีความสามารถเท่าเทียมกันนั้นจึงเป็นการเหมาะสม

ในกรณีนี้นักศึกษาที่ผ่านการศึกษาวิชานิติเวชศาสตร์นั้น บางกลุ่มจะมี 9 คน บางกลุ่มจะมี 10 คนและบางกลุ่มอาจมี 11 คน ซึ่งอย่างไรก็ตามเมื่อจัดแบ่งเป็น 2 กลุ่มข้างต้นแล้วปรากฏว่าได้จำนวนนักศึกษาในแต่ละกลุ่มเท่ากันพอดี 118 คน แต่หากมีความต่างกันบ้างก็ไม่ทำให้ผลแห่งการศึกษานี้แตกต่างออกไปเช่นเดียวกัน

ประการที่ 2: การศึกษาที่นักศึกษาได้รับใน 2 แบบ

นักศึกษาที่ถูกแบ่งออกเป็น 2 กลุ่มนั้นจะได้รับการศึกษาในหัวเรื่อง “นิติเวชคลินิก” ซึ่งวัตถุประสงค์ให้ “นักศึกษาแพทย์ทุกคนสามารถเขียนใบชั้นสูตรบาดแผล” (ผลการตรวจชั้นสูตรบาดแผลของแพทย์) ได้โดยแนวทางการสอนนั้นในช่วงแรกจะไม่มีมีความแตกต่างกัน กล่าว

คือสอนนักศึกษาในห้องเรียน (ชั้น 9 ตึกออดุลยเดชวิกรม) จนนักศึกษาเข้าใจถึง ความหมายของผู้ป่วยนิติเวชคลินิก (ผู้ป่วยคดี) และการจำแนกประเภท จากนั้นในกลุ่มที่ 1 จะให้ตัวอย่างนักศึกษาได้หัดเขียนใบชั้นสูตรฯ โดยแจ้งถึงสภาพของการบาดเจ็บที่ผู้ป่วยได้รับเป็นตัวอักษร ส่วนในกลุ่มที่ 2 จะให้นักศึกษาไปตรวจผู้ป่วย ณ หอผู้ป่วยอุบัติเหตุ 3 ตึกอุบัติเหตุ พร้อมให้บันทึกในแบบภาพ (ตุ๊กตา) มาด้วย (ซึ่งต่างจากกลุ่มที่ 1)

จากนั้นให้นักศึกษาได้ลงเขียนใบชั้นสูตรฯ ที่แจกให้และให้ส่งมาให้ตรวจเพื่อให้คะแนน ซึ่งเห็นได้ว่านักศึกษาเข้าใจดีและสามารถทำได้ตามแนวทางที่กำหนดในแต่ละกลุ่ม

ประการที่ 3: คะแนนในหมวดต่าง ๆ ที่นักศึกษาแต่ละกลุ่มทำได้

1. ส่วนที่เกี่ยวกับประวัติของผู้ป่วยทั่วไป (ส่วนที่ 1)

ในหมวดนี้มีคะแนนเต็ม 15 คะแนน นักศึกษาทำคะแนนได้ค่าเฉลี่ย นักศึกษากลุ่มที่ 1: กลุ่มที่ 2 เป็น 10.31: 12.08 ตามลำดับ ซึ่งเมื่อเปรียบเทียบทางสถิติแล้วพบว่า **ไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ**

($p > .05$) (ตารางที่ 1) แสดงให้เห็นว่าการเรียนในห้องเรียน และการเรียนที่ห้องเสริมด้วยการดูคนไข้ทำให้เกิดความแตกต่างกันเลย ซึ่งน่าจะเป็นเช่นนั้น เพราะในส่วนนี้นั้น มีเพียงส่วนประกอบของเนื้อหาพื้น ๆ ซึ่งประกอบด้วย เลขที่ ตำบลที่ แพทย์ตรวจ ชื่อของผู้บาดเจ็บหรือศพ สถานที่ ตำรวจที่นำส่ง และรับไว้วันที่ เดือน พ.ศ. เวลา

คะแนนในหมวดนี้ที่นักศึกษาทำไม่ได้หรือ ถูกหักคะแนนเนื่องจากความไม่เข้าใจในส่วน ตำบลที่ แพทย์ตรวจซึ่งเข้าใจว่าเป็น “ตำบล” ตามลักษณะปกครอง ท้องที่ แต่แท้ที่จริงแล้วความต้องการในส่วนนี้อยู่ที่ “โรงพยาบาลที่แพทย์” ทำการตรวจนั่นเอง

อีกประการหนึ่งที่นักศึกษาต้องเสียคะแนน ไปคือ การใช้คำย่อและการไม่กรอกรายละเอียดในแบบ “ผลการตรวจชันสูตรบาดแผลหรือศพของแพทย์” นั่นเอง

2. ส่วนรายการที่แพทย์ได้ตรวจ (ส่วนที่ 2)

ในหมวดนี้มีคะแนนเต็มถึง 40 คะแนน นักศึกษาในกลุ่มที่ 1: กลุ่มที่ 2 ทำได้ 27.22: 32.28 ตามลำดับ ซึ่งเมื่อเปรียบเทียบทางสถิติแล้ว พบว่า **ไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ** ($p > .05$) (จากตารางที่ 1) แสดงให้เห็นว่า การเรียนจากภาพ ตัวอักษร หรือ การอธิบายถึงสภาพแห่งการบาดเจ็บ ไม่มีความแตกต่าง จากการที่ให้นักศึกษาไปตรวจผู้ป่วยแต่อย่างใด แสดงให้เห็นว่านักศึกษาสามารถทำความเข้าใจเกี่ยวกับเรื่อง “บาดแผล” และ “การบาดเจ็บ” เพื่อนำมาประกอบการ เขียนได้เป็นอย่างดีไม่ว่าจะเห็นผู้ป่วยหรือไม่ก็ตาม หรือ อาจแสดงถึงความเฉลียวฉลาดของนักศึกษาแพทย์และความเข้าใจอย่างรวดเร็วอีกทั้งความคุ้นเคยกับการตรวจผู้ป่วยที่ได้มีโอกาสได้ตรวจเมื่อผ่านหอผู้ป่วย หรือการ ตรวจ ณ ตึกตรวจโรคแล้ว

อย่างไรก็ตามจุดบกพร่องที่สัมพันธ์กับหลัก ในการเขียนใบชันสูตรบาดแผลนั้นยังคงพบได้ในทั้ง 2 กลุ่มนี้คล้าย ๆ กัน โดยเฉพาะการไม่จำแนกข้อในแต่ละ บาดแผล มีการขีดฆ่าคำหรือข้อความเพื่อการแก้ไข อย่างไม่ถูกต้องตามแนวทางของกฎหมาย และการเขียน พฤติกรรมแห่งเหตุ ซึ่งแพทย์มิได้อยู่ในที่เกิดเหตุด้วยนั้น ลงไปในใบชันสูตรฯ ด้วย

การเรียนรู้ในเรื่องการเขียนที่ห้ามการใช้

เครื่องหมายทางพีชคณิต หรือการใช้ภาษาเทคนิคในการ เขียนใบชันสูตรบาดแผลนั้น นักศึกษาสามารถเข้าใจได้ เป็นอย่างดี

3. ส่วนความเห็น (ส่วนที่ 3)

ในหมวดนี้มีคะแนนถึง 40 คะแนน และ ต้องถือว่าเป็นหมวดที่มีความสำคัญมากที่สุดด้วย พบ ว่าการทำคะแนนของกลุ่มที่ 1: กลุ่มที่ 2 ได้เป็น 26.91: 31.38 ตามลำดับ นั้น เมื่อเปรียบเทียบทางสถิติแล้วพบว่า **มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ** ($p < .05$) จากตารางที่ 1 แสดงให้เห็นว่าในกลุ่มที่ได้ดูผู้ป่วย ณ หอผู้ป่วย มีความ เข้าใจในการเขียนรายละเอียดในหมวดนี้ได้ดีกว่า โดยเฉพาะในเรื่อง “การที่จะต้องให้มีการประเมินระยะเวลา แห่งการรักษา” และ “ตัวเลขที่ประเมินระยะเวลาแห่ง การรักษา” ซึ่งจะมีผลต่อคดีอาญาในบทบัญญัติที่ต่าง กัน อาจเป็นไปได้ว่า เมื่อได้เห็นผู้ป่วยแล้วจะเห็นถึงสภาพ แห่งความรุนแรงของการบาดเจ็บ จึงส่งผลให้การประเมิน ระยะเวลาแห่งการรักษาใกล้เคียงกับความเป็นจริงมาก และเห็นได้ชัดว่าหากเห็นสภาพบาดแผลแล้วจะให้ระยะ เวลาแห่งการรักษายาวขึ้นโดยเฉพาะในเรื่องอันตรายบาดเจ็บสาหัส (ไม่ต้องกล่าวในใบชันสูตรฯ) อีกประการหนึ่ง การที่ได้ไปตรวจผู้ป่วย ณ หอผู้ป่วยจะทำให้มีเวลาในการ พินิจพิจารณาประวัติ การตรวจร่างกายและยังมีโอกาสที่ ได้พูดคุยระหว่างนักศึกษาด้วยกันมากกว่า จึงทำให้เกิด ความเข้าใจดีมากกว่า

นอกจากนั้นยังมีการใช้ข้อความในทำนอง ป้องกันการให้ความเห็นผิดพลาดในผู้ที่ได้ดูผู้ป่วย ณ หอ ผู้ป่วยมากกว่า เช่น คำว่า “ถ้าไม่มีโรคแทรกซ้อน” เป็นต้น ซึ่งการดูผู้ป่วย ณ หอผู้ป่วย อาจเป็นการกระตุ้นการเรียนรู้ ในห้องเรียนที่ได้มีการเน้นย้ำถึงเรื่องดังกล่าวเสมอ

อย่างไรก็ตามความผิดพลาดในเรื่องการ แก้วไข ตก เต็ม ในเอกสารยังคงมีปรากฏให้เห็น แสดงให้ เห็นถึงความไม่เข้าใจในการทำเอกสารในทางคดี

4. ส่วนการลงนาม (ส่วนที่ 4)

นักศึกษาทั้ง 2 กลุ่มได้คะแนนไม่แตกต่างกันมาก คือ กลุ่มที่ 1: กลุ่มที่ 2 ได้คะแนน 3.14: 3.68 ตามลำดับ ซึ่งเมื่อเปรียบเทียบทางสถิติแล้ว **ไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ** แต่ประการใด ($p < .05$) จาก

ตารางที่ 1 แสดงให้เห็นว่า การเรียนการสอนยังไม่ทำให้นักศึกษาเข้าใจในเรื่องการลงนามในเอกสาร ที่จะต้องให้มีการลงลายมือชื่อ พร้อมกับการมีชื่อเต็มกำกับด้วย เพราะในความเป็นจริงนั้นมักเกิดกรณีที่บุคลากรทางด้านยุติธรรม อ่านลายมือชื่อไม่ออก (ไม่ทราบว่าคือผู้ใด) ทำให้เกิดผลเสียในทางคดีได้ ซึ่งเคยปรากฏในอดีตที่มีการลงนามใน “ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ” โดยอ่านไม่ออก ทำให้พนักงานอัยการไม่สามารถระบุว่าจะเรียกผู้ใดมาเบิกความยืนยันผลการตรวจได้

สรุป

แนวทางในการเรียนการสอนไม่ว่าจะเป็นในด้านใดก็ตามทางแพทย์แล้ว หากให้นักศึกษาได้มีโอกาสได้เห็น ได้ตรวจ ได้จับต้อง ของจริงเช่น การดูผลจากเอกซเรย์ การตรวจผู้ป่วย แล้ว แม้แต่การทำความเห็นอันเกี่ยวกับเอกสารทางนิติเวชคลินิก ยังเห็นได้ว่ามีความแตกต่างในการเรียนรู้ระหว่างผู้ที่มีได้สัมผัสเองกับผู้ที่มีการสัมผัสได้

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาลเป็นอย่างยิ่ง ที่ได้ทุนสนับสนุนการวิจัยจาก “ทุนเฉลิมพระเกียรติ ส่วนที่ 2 ประเภทโครงการ ศ.2” และขอขอบคุณ นางอัจฉรา อิมน้อย ที่ช่วยในการวิเคราะห์ทางสถิติให้งานวิจัยสำเร็จได้ด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. พระราชบัญญัติให้ใช้ประมวลกฎหมายวิธีพิจารณาความอาญา (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2548. ราชกิจจานุเบกษา 2548; 122: 14.
2. พระราชบัญญัติให้ใช้ประมวลกฎหมายอาญา พ.ศ.2499. ราชกิจจานุเบกษา 2499: 73: 1-3.
3. พระราชบัญญัติวิชาชีพเวชกรรม พ.ศ.2525. ราชกิจจานุเบกษา 2525; 99: 1-22.
4. ข้อบังคับแพทยสภาว่าด้วยการรักษาจริยธรรมแห่งวิชาชีพเวชกรรม พ.ศ.2549. ราชกิจจานุเบกษา 2549; 123: 20-32.
5. ข้อบังคับแพทยสภาว่าด้วยกระบวนกรพิจารณาเกี่ยวกับคดีด้านจริยธรรมของผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม พ.ศ.2548. ราชกิจจานุเบกษา 2548; 122: 18-38.
6. ประกาศแพทยสภา ที่ 11 / 2555 เรื่อง เกณฑ์มาตรฐานผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมของแพทยสภา พ.ศ. 2555. ประกาศ ณ วันที่ 24 มกราคม 2555.
7. ประกาศแพทยสภา ที่ 12 /2555 เรื่อง เกณฑ์ความรู้ความสามารถในการประเมินเพื่อรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม พ.ศ. 2555. ประกาศ ณ วันที่ 24 มกราคม 2555.