

**รายนามคณาจารย์และอาจารย์ที่ปรึกษา
กองเวชศาสตร์ฟื้นฟูและภาควิชาเวชศาสตร์ฟื้นฟู**

พล.ต.หญิง เพ็ญฟ้า คุณาคร
ที่ปรึกษากองเวชศาสตร์ฟื้นฟู

พล.ต.ผศ. ไกรวัชร ชีรเนตร
ที่ปรึกษากองเวชศาสตร์ฟื้นฟู

พ.อ.ผศ. อารมย์ ขุนภายี
ที่ปรึกษากองเวชศาสตร์ฟื้นฟู

พ.ท.ชง พงษ์หาญยุทธ
รองผู้อำนวยการกองเวชศาสตร์ฟื้นฟู

พ.ท. นราทร โสภณประภากรณ์
อาจารย์ประจำกองเวชศาสตร์ฟื้นฟู

พ.ต. เฉลิมพงษ์ ชิวขุดิษฐ์เรือง
อาจารย์ประจำกองเวชศาสตร์ฟื้นฟู

พ.ต. ภัทร มีสุขสบาย
อาจารย์ประจำกองเวชศาสตร์ฟื้นฟู

พล.ท.หญิง วิไล ชินสกุล
ที่ปรึกษากองเวชศาสตร์ฟื้นฟู

พ.อ.รศ. ภัทรารุช อินทรกำแหง
ผู้อำนวยการกองเวชศาสตร์ฟื้นฟู

พ.อ.รศ.วิญ กำเหนิดดี
หัวหน้าภาควิชาเวชศาสตร์ฟื้นฟู

พ.อ. ชนศักดิ์ หทัยอารีรักษ์
ผู้ช่วยผู้อำนวยการกองเวชศาสตร์ฟื้นฟู

พ.ท. ชาญวิทย์ โพธิ์งามวงศ์
อาจารย์ประจำกองเวชศาสตร์ฟื้นฟู

พ.ต. กลทีป บุรณรัช
อาจารย์ประจำกองเวชศาสตร์ฟื้นฟู

รายนามอาจารย์พิเศษ

พ.อ. พจน์ เอ็มพันธุ์

พ.อ.หญิง ผศ. สุมาลี ชื้อธนาพรกุล

พ.อ. อรรถสิทธิ์ สิทธิถาวร

พ.ท. พิเศษฐ์ เข้มศิริ

พ.ท. พศวีร์ ขวัญช่วย

ร.อ. มล. พุฒิพงศ์ เทวกุล

พ.ต. เหมวรรณ ดิมา

ปรัชญา

คุณภาพมาตรฐาน บริการประทับใจ ใส่ใจคุณภาพชีวิต

วิสัยทัศน์

องค์กรชั้นนำด้านเวชศาสตร์ฟื้นฟูทหาร ในภาคพื้นเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ ด้วยเทคโนโลยี นวัตกรรมและบุคลากรที่มีคุณภาพ

พันธกิจ

ให้บริการสุขภาพด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพแก่ ทหาร ครอบครัว ประชาชนทั่วไป ตามมาตรฐานวิชาชีพ โดยคำนึงถึงคุณภาพชีวิตและความประทับใจของผู้รับบริการ ตลอดจนให้การฝึกอบรมบุคลากรทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้องทุกระดับให้มีความรู้คู่จริยธรรม และผลิตผลงานวิจัยที่มีคุณภาพ และนำมาประยุกต์ใช้เพื่อตอบสนองการบริการและการฝึกอบรม

แนะนำกองและภาควิชาเวชศาสตร์ฟื้นฟูโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า

ประวัติความเป็นมา

โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า (ซึ่งในขณะนั้นใช้ชื่อว่า กองเสนารักษ์ มณฑลทหารบกที่ 1) ได้เริ่มการก่อตั้งแผนกกายภาพบำบัดครั้งแรกขึ้นในปี พ.ศ. 2478 โดย พล.ต.ขุนประทุมโรคนพประหาร ซึ่งเป็นรังสีแพทย์ ต่อมาในภายหลังท่านได้ชื่อว่าเป็น “บิดาเวชศาสตร์ฟื้นฟูประเทศไทย” พล.ต.ขุนประทุมโรคนพประหารท่านได้มีโอกาสศึกษาวิชา Physical medicine ที่ North Western University เมือง Chicago ประเทศสหรัฐอเมริกา ซึ่งภายหลังจากที่ท่านศึกษาจบแล้ว ได้กลับมาได้ก่อตั้ง “ทูมอร์คลินิกและแผนกกายภาพบำบัด” ขึ้นที่บริเวณชั้นล่างของตึกรังสี (พระตำหนักอุดมวนาภรณ์ ในพระราชวังพญาไท) ท่านมีบทบาทอย่างมากในการฟื้นฟูผู้พิการ อาทิเช่น ท่านเป็นผู้ก่อตั้งหน่วยแขน – ขาเทียมขึ้น เพื่อช่วยฟื้นฟูผู้พิการในช่วงสงครามเกาหลี และได้ผลิตดั่งน้ำอุ่นสำหรับใช้ในการออกกำลังกาย เพื่อฟื้นฟูเด็กพิการในช่วงที่มีการระบาดของโรคโปลิโอ เป็นต้น

งานเวชศาสตร์ฟื้นฟู ได้มีการพัฒนาขึ้นอีกครั้งเมื่อได้รับพระมหากรุณาธิคุณจากพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวภูมิพลอดุลยเดช พระราชทานสระน้ำ เพื่อการออกกำลังกายและศูนย์ฝึกอาชีพคนพิการ ซึ่งตั้งอยู่บริเวณด้านล่างของตึกลิ้นจี่ กิตติขจร

พ.ศ. 2513	มีหอผู้ป่วยกายภาพบำบัดเป็นครั้งแรก ที่ตึกลิ้นจี่ กิตติขจร
พ.ศ. 2518	วิทยาลัยแพทยศาสตร์พระมงกุฎเกล้า (วพม.) เปิดรับนักเรียนแพทย์ทหาร (นพท.) รุ่นแรก พ.อ.หญิงเรณู วิชยานนท์ เป็นผู้ร่างหลักสูตรเวชศาสตร์ฟื้นฟูซึ่งทำให้ วพม. เป็นสถาบันผลิตแพทย์แห่งแรกของประเทศไทย ที่มีหลักสูตรเวชศาสตร์ฟื้นฟูเป็นเอกเทศ
พ.ศ. 2523	ได้ย้ายจากตึกลิ้นจี่ กิตติขจร มายังตึกเวชศาสตร์ฟื้นฟูในปัจจุบัน
พ.ศ. 2524	ได้ยกฐานะจากแผนกกายภาพบำบัด เป็นกองเวชศาสตร์ฟื้นฟู
พ.ศ. 2527	เริ่มมีการเปิดอบรมแพทย์ประจำบ้าน สาขาเวชศาสตร์ฟื้นฟูขึ้นเป็นครั้งแรก และดำเนินการอบรมมาจนถึงทุกวันนี้

นโยบายของ กวฟ.รพ.รร6

1. กวฟ.รพ.รร6 ปฏิบัติต่อแพทย์ประจำบ้านทุกคนอย่างเคารพในศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ โดยมุ่งเน้นความเสมอภาคปราศจากการแบ่งแยกด้วยความแตกต่างด้านลัทธิความเชื่อทางศาสนา การเมือง เพศ หรือชาติพันธุ์
2. แพทย์ประจำบ้าน กวฟ.รพ.รร6 ต้องปฏิบัติตามกฎระเบียบของโรงพยาบาล และมีหน้าที่รับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วยอย่างมีจริยธรรม
3. แพทย์ประจำบ้านทุกคนมีเสรีภาพในการแสดงออกถึงความเชื่อในลัทธิ ศาสนาของตนเอง เช่น การถือศีลอด การละหมาด และการแต่งกายตามความเชื่อทางศาสนาของตน ทั้งนี้ต้องไม่ละเมิดสิทธิเสรีภาพของผู้อื่น และการปฏิบัติตามความเชื่อต้องไม่มีผลกระทบต่อความปลอดภัยของผู้ป่วย
4. เนื่องจาก กวฟ.รพ.รร6 เป็นเขตทหาร แพทย์ประจำบ้านจึงต้องเคารพกฎระเบียบของโรงพยาบาล โดยเฉพาะในเรื่องการแต่งกาย และการแสดงความเคารพต่อผู้อาวุโส นอกจากนี้ รพ.รร6 ตั้งอยู่ในเขตพระราชวังพญาไท แพทย์ประจำบ้านมีหน้าที่ดูแลรักษาโบราณสถาน และไม่แสดงกิริยาหรือพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมเมื่ออยู่ในเขตพระราชวัง

การบริการ

กองเวชศาสตร์ฟื้นฟู [Department of Physical Medicine and Rehabilitation (PM&R) หรือ Rehabilitation Medicine] เป็นหน่วยงานของโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า ที่ให้บริการด้านการตรวจวินิจฉัย รักษา ตลอดจนถึงการฟื้นฟู (Rehabilitation) ให้แก่ผู้ป่วยทั้งทางด้านอายุรกรรมและศัลยกรรม ซึ่งมีตั้งแต่ผู้ป่วยเด็กจนถึงผู้ป่วยสูงอายุ และมีการบริการทั้งแบบผู้ป่วยนอก (OPD) และผู้ป่วยใน (IPD) ดังรายละเอียดที่แพทย์ประจำบ้านควรทราบดังนี้:-

การบริการผู้ป่วยนอก (OPD)

1. OPD PM&R (แผนกตรวจโรคผู้ป่วยนอกเวชศาสตร์ฟื้นฟู)

วันเวลาบริการ : จันทร์, อังคาร, พุธ และ ศุกร์ เวลา 9.00 – 12.00 น. (เว้นวันหยุด)

สถานที่ : อาคารเวชศาสตร์ฟื้นฟู ที่ชั้น 2

- ผู้ป่วยจะได้รับการตรวจรักษาโดยแพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู (physiatrist) ซึ่งประกอบด้วยการประเมินสภาพทางเวชศาสตร์ฟื้นฟู (Physiatric evaluation), การให้โปรแกรมออกกำลังกาย (Therapeutic exercise) ที่เหมาะสม, การใช้ยาที่เกี่ยวข้อง, การพิจารณาให้อุปกรณ์และเครื่องช่วยเดินต่าง ๆ (assistive devices, orthoses/prostheses, gait aid)

สำหรับผู้ป่วยที่แพทย์ได้รับการประเมินแล้วและแพทย์เห็นสมควรว่าควรได้รับการรักษา ด้านกายภาพบำบัด, กิจกรรมบำบัด, เวชศาสตร์การกีฬา หรือฝึกพูด จะได้รับการส่งต่อเพื่อรับบริการจากบุคลากรที่เกี่ยวข้องต่อไป เช่น นักกายภาพบำบัด นักกิจกรรมบำบัด นักเวชศาสตร์การกีฬา หรือนักแก้ไขการพูด เป็นต้น

ประเภทของผู้ป่วยที่มารับบริการ ได้แก่ :-

- กลุ่มอาการปวดหลัง (back pain conservative treatment and rehabilitation)
- กลุ่มอาการปวดของระบบ musculoskeletal อื่นๆ เช่น ปวดคอ ปวดไหล่ ปวดแขน ปวดเข่า ฯลฯ
- Other musculoskeletal conditions (e.g. post - operative orthopedic condition, sports injury, rheumatological conditions, burns etc.)
- Neurological rehabilitation (hemiparesis, paraparesis, quadriplegia, peripheral nerve injury, traumatic brain injury, stroke, movement disorders and other brain dysfunction)
- Rehabilitation in pediatrics (e.g. floppy infant, birth's palsy, various neuromuscular disease, cerebral palsy, etc.)
- Rehabilitation in geriatric patient
- Cardiac / pulmonary rehabilitation
- Rehabilitation in amputee

2. SPECIAL CLINICS

2.1 SPASTICITY CLINIC (คลินิกลดเกร็ง)

วันเวลาบริการ: ทุกวันศุกร์ที่ 1,3,4 ของเดือน (13.30 – 16.00 น.)

สถานที่: อาคารเวชศาสตร์ฟื้นฟู ชั้น 2 (ห้องตรวจโรคผู้ป่วยนอกและห้องตรวจไฟฟ้าวินิจฉัย)

ผู้ควบคุม: อ.ชนศักดิ์ อ. ธง อ.รัต

ให้การรักษาผู้ป่วยที่มีอาการเกร็งแบบ Spasticity โดยเฉพาะในรายที่เกร็งมาก ให้เข้ารับประคบแล้วไม่ได้ผล โดยลดการเกร็งด้วยวิธีการทำ Phenol Intramuscular Neurolysis หรือการทำ Botulinum Toxin Injection โดยการใช้ Electrodiagnostic Monitoring เป็นวิธีการคัดกรองก่อนที่จะผ่าตัด นอกจากนี้เมื่อลดเกร็งได้เหมาะสมก็จะให้ผู้ป่วยได้ฝึกฝนเพื่อที่จะทำให้แขนขาบริเวณดังกล่าวใช้งานได้หรืออย่างน้อยจะช่วยให้การดูแลผู้ป่วยง่ายขึ้น

2.2 CARDIAC REHAB CLINIC (คลินิกฟื้นฟูหัวใจ)

วันเวลาบริการ:

1) OPD Cardiac Rehabilitation Phase2 ทุกวันศุกร์ (9.00 - 12.00 น.)

2) Clinic Supervised Exercise with ECG Telemetry Monitoring ทุกวันพุธและศุกร์ (13.00 - 15.00 น.)

สถานที่: คลินิกฟื้นฟูหัวใจ อาคารสมเด็จพระเจ้า ชั้น 8

ผู้ควบคุม: อ.ภัทรารุช และ อ.พศวีร์

ให้การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหัวใจ ทั้งทางด้านอายุรกรรมและศัลยกรรม (ทั้งผู้ป่วยนอก และผู้ป่วยใน) เพื่อการ ดูแลตนเองในชีวิตประจำวัน (ADL) ได้ในระยะแรก และเพิ่มสมรรถภาพของหัวใจและร่างกายในระยะต่อมาโดยการทดสอบ (Exercise Testing) และฝึกการออกกำลังกาย (Exercise-based Cardiac Rehabilitation) ที่เหมาะสม ปลอดภัยและมีประสิทธิภาพ นอกจากนี้ งานที่เกี่ยวข้องยังรวมถึงการปรับเปลี่ยนปัจจัยเสี่ยง การปรับเปลี่ยนกิจกรรมที่เครียดต่อหัวใจ รวมทั้งการกลับไปสู่อาชีพเดิมของผู้ป่วยด้วยความปลอดภัย และป้องกันการกลับเป็นซ้ำ

2.3 BPI CLINIC (คลินิกผู้ป่วย Brachial Plexus Injury)

วันเวลาบริการ: จันทร์ที่ 3 ของเดือน (13.00 – 15.00 น.)

สถานที่: อาคารเวชศาสตร์ฟื้นฟู ชั้น 2 (ห้องตรวจโรคผู้ป่วยนอกและห้องตรวจไฟฟ้าวินิจฉัย)

ผู้ควบคุม: อ.สุมาลี

เป็นคลินิกที่เป็นความร่วมมือระหว่างกองเวชศาสตร์ฟื้นฟู และกองออร์โธปิดิกส์ เพื่อดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาได้รับบาดเจ็บของแฉกประสาท Brachial Plexus โดยเฉพาะ นอกจากนี้ยังดูแล peripheral nerve injury ด้วย

2.4 FOOT CLINIC (คลินิกเท้า)

วันเวลาบริการ: ทุกวันจันทร์ที่ 2 และ 4 ของเดือน (9.00 – 12.00 น.)

สถานที่: อาคารมหาชิราลงกรณ์ ชั้น 3 (แผนกแขนขาเทียม)

ผู้ควบคุม: อ.นราทร, อ.ธง

เป็นคลินิกที่เป็นความร่วมมือระหว่างกองเวชศาสตร์ฟื้นฟู และแผนกแขนขาเทียม กองออร์โธปิดิกส์ เพื่อดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาเกี่ยวกับเท้า เช่น เท้าเบาหวาน กลุ่มอาการปวดบริเวณเท้า เป็นต้น โดยการใช้ foot orthosis, prosthesis และ shoe modification

2.5 PULMONARY CLINIC (คลินิกฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคปอด)

วันเวลาบริการ: ทุกวันศุกร์ (13.00 - 15.00 น.)

สถานที่: คลินิกฟื้นฟูสมรรถภาพปอด อาคารสมเด็จพระเจ้า ชั้น 8 (ส.ย.8)

ผู้ควบคุม: อ.พศวีร์

ให้การฟื้นฟูผู้ป่วยที่มีปัญหาเกี่ยวกับ โรคระบบทางเดินหายใจ เช่น โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (COPD) เป็นต้น โดยการให้คำแนะนำในการออกกำลังกายที่เหมาะสม ร่วมกับการใช้อุปกรณ์ช่วยฝึกในรูปแบบต่างๆ

2.7 BLADDER CLINIC (คลินิกสอนการสวนปัสสาวะ)

วันเวลาบริการ: ทุกวันพฤหัสบดี

สถานที่: อาคารเวชศาสตร์ฟื้นฟู ชั้น 2

ผู้ควบคุม: พยาบาลเวชศาสตร์ฟื้นฟู

ให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและญาติ ในการสวนปัสสาวะด้วยตนเองอย่างถูกต้อง เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น ในผู้ที่มีปัญหากระเพาะปัสสาวะทำงานผิดปกติ (neurogenic bladder) จากสาเหตุต่างๆ เช่น ไขสันหลังบาดเจ็บ (spinal cord injury) เป็นต้น

2.8 DYSPHAGIA CLINIC

วันเวลาบริการ: ทุกวันอังคารที่ 2 ของเดือน (13.00-15.00)

สถานที่: อาคารเวชศาสตร์ฟื้นฟู ชั้น 2

ผู้ควบคุม: อ.ชนศักดิ์

ให้การตรวจประเมินผู้ป่วยที่มีปัญหาเกี่ยวกับการกลืนอาหาร เช่น ภาวะกลืนลำบาก (dysphagia) โดยใช้เครื่องมือ Fiberoptic Endoscopic Study

2.9 ADVANCE WOUND CARE CLINIC

วันเวลาบริการ: ทุกวันจันทร์-ศุกร์ (09.00-12.00)

สถานที่: อาคารเวชศาสตร์ฟื้นฟู ชั้น 2

ผู้ควบคุม: พ.ต. หญิง จรัสพรพร วงศ์วิเศษกาญจน์

ให้การตรวจประเมินและดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาบาดแผลชนิดต่างๆ โดยเฉพาะบาดแผลที่เรื้อรัง ช้ำช้อน เช่น แผลกดทับ แผลเท้าเบาหวาน เป็นต้น

3. การบริการตรวจพิเศษ

3.1 ELECTRODIAGNOSIS (การตรวจไฟฟ้าวินิจฉัย)

วันเวลาบริการ: ทุกวัน เว้นวันพฤหัสบดี (09.00 – 12.00 น.)

สถานที่: อาคารเวชศาสตร์ฟื้นฟู ชั้น 2 (ห้องตรวจไฟฟ้าวินิจฉัย)

บริการที่มีได้แก่: Nerve Conduction Study, Needle EMG Examination, Sensory Evoked Potential Study, Brainstem, Auditory Evoked Potential Study, Visual Evoked Potential Study และ Motor Evoked Potential Study ตามคำปรึกษาของแพทย์ผู้ให้การรักษา เช่น เพื่อตรวจหา / ดู severity / localization ของ Entrapment

neuropathy, Peripheral nerve / plexus injury, Peripheral neuropathy, Radiculopathy, Neuromuscular junction diseases (NMJ), Myopathy, Motor neuron disease เป็นต้น

3.2 PHYSICAL FITNESS TEST

วันเวลาบริการ: ทุกวัน เว้นวันหยุดหัตถ์ (09.00 – 12.00 น.)

สถานที่: อาคารเวชศาสตร์ฟื้นฟู ชั้น 1 แผนกเวชศาสตร์การกีฬา

วิธีการส่งตรวจ: ให้ผู้ป่วยมานัดหมายวันตรวจล่วงหน้า ในกรณีเร่งด่วนโปรดติดต่อ โทร. 93914

ให้บริการตรวจสมรรถภาพทางกายทั่วไปเพื่อการเล่นกีฬา หรือ สมรรถภาพทางการกีฬา เช่น Muscular strength / Torque , Agility, Flexibility, Aerobic capacity, Percent body fat, Reaction Time, Balance, Anaerobic capacity เป็นต้น

3.3 URODYNAMIC STUDY (ตรวจการทำงานของระบบปัสสาวะ)

วันเวลาบริการ: วันอังคาร (09.30-12.00 น.) และวันพุธ (13.00-15.00 น.)

วิธีการส่งตรวจ: ให้ผู้ป่วยมานัดหมายวันตรวจล่วงหน้า ที่ชั้น 2 อาคารเวชศาสตร์ฟื้นฟู

ให้บริการตรวจวินิจฉัยผู้ป่วยที่มีปัญหา Neurogenic Bladder

3.4 DIAGNOSTIC MUSCULOSKELETAL ULTRASOUND

วันเวลาบริการ: วันจันทร์, พุธ, ศุกร์ (09.00-12.00 น.)

สถานที่: อาคารเวชศาสตร์ฟื้นฟู ชั้น 2 (ห้องตรวจ musculoskeletal ultrasound)

ให้บริการตรวจวินิจฉัยผู้ป่วยที่มีปัญหา musculoskeletal pain ของ shoulder, hip, knee, ankle เป็นต้น

4. การบริการผู้ป่วยใน (IPD)

กองเวชศาสตร์ฟื้นฟู มีหอผู้ป่วยสามัญ ที่ชั้น 5 (วฟ.5) และหอผู้ป่วยพิเศษ ที่ชั้น 4 (วฟ.4) ของอาคารเวชศาสตร์ฟื้นฟู ผู้ป่วยจะได้รับการดูแลและฟื้นฟูสมรรถภาพอย่างเต็มรูปแบบทั้งทางร่างกาย สภาพจิตใจ และสังคม รวมทั้งงานอาชีพ โดยทีมงานของเวชศาสตร์ฟื้นฟู ซึ่งประกอบด้วย แพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู, พยาบาลเวชศาสตร์ฟื้นฟู, นักกายภาพบำบัด, นักกิจกรรมบำบัด, นักแก้ไขการพูด, นักเวชศาสตร์การกีฬาและสันทนาการ, นักจิตวิทยา, นักสังคมสงเคราะห์ ฯลฯ ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่สามารถฟื้นตัวจนถึงระดับที่พึ่งพาตนเองได้ ญาติ / ผู้ดูแลผู้ป่วยจะได้รับการฝึกสอนเพื่อดูแลผู้ป่วยในระยะยาวต่อไป

เนื่องจากการฟื้นฟูผู้ป่วยในหอผู้ป่วยเวชศาสตร์ฟื้นฟูเป็น Intensive rehabilitation program ผู้ป่วยจะต้องผ่านการประเมินจากแพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟูว่าพอจะมีศักยภาพที่จะรับการฟื้นฟูได้ (Rehabilitation Potential) ก่อนที่จะรับเข้ามาในหอผู้ป่วยเวชศาสตร์ฟื้นฟู สำหรับผู้ป่วยในหอผู้ป่วยอื่น ๆ ซึ่งส่วนใหญ่จะมีข้อจำกัดของระยะเวลาในการอยู่โรงพยาบาล มักจะได้รับ Post-acute rehabilitation program ระยะสั้น ๆ หรือ Home program (ขึ้นกับความต้องการของแพทย์ผู้ดูแล) แต่ยังสามารถรับการฟื้นฟูในระยะหลังได้อีกหากญาติหรือผู้ป่วยต้องการ โดยจะต้องมาติดต่อรับบริการที่กองเวชศาสตร์ฟื้นฟู ด้วยตัวเองในภายหลัง

มีบริการ Bedside PT service สำหรับผู้ป่วยที่ยังไม่สามารถการเคลื่อนย้ายจากหอผู้ป่วยมาฝึกที่อาคารเวชศาสตร์ฟื้นฟูได้ เนื่องจากข้อจำกัดทางการแพทย์ ทางกองเวชศาสตร์ฟื้นฟู ขอพิจารณาให้เฉพาะรายที่มี Rehabilitation Potential ก่อน แต่สำหรับผู้ป่วยที่มี persistent ‘Vegetative Stage’ และ Medical/Surgical Stable แต่ไม่มี Rehabilitation Potential

ญาติและบุคลากรในหอผู้ป่วยนั้นๆ ต้องร่วมมือในการดูแลผู้ป่วยประเภทนี้ โดยจะได้รับคำแนะนำสำหรับการดูแลผู้ป่วยในระยะยาวต่อไป

โปรดระลึกว่า หอผู้ป่วยเวชศาสตร์ฟื้นฟู เป็นหอผู้ป่วยขนาดเล็ก และผู้ป่วยมักต้องใช้ระยะเวลาในการฟื้นฟูสภาพที่ยาวนานกว่าหอผู้ป่วยอื่นโดยทั่วไป และจะต้องใช้เวลาฟื้นฟูนานขึ้นอีกหลายเท่าหากมีภาวะแทรกซ้อนเกิดขึ้นก่อนรับย้าย โดยเฉพาะอย่างยิ่งแผลกดทับ ดังนั้นจึงควรป้องกันมิให้เกิดขึ้นตั้งแต่แรกที่ได้รับผู้ป่วยเข้ามาตามหลักของการพยาบาลที่ถูกต้อง เพื่อมิให้ผู้ป่วยเสียโอกาสในการได้รับการฟื้นฟูอย่างเต็มที่และทันที โดยไม่ต้องเสียเวลาแก้ไขเรื่องแผลกดทับเพิ่มขึ้นอีก

การส่งปรึกษา (CONSULT PM&R) ทุกบริการข้างต้นให้ส่งปรึกษาแพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู

1. ผู้ป่วยนอก ส่งที่ อาคารเวชศาสตร์ฟื้นฟู ชั้น 2 ทุกวัน ตามเวลาที่ได้ระบุไว้ข้างต้นในแต่ละบริการ
2. ผู้ป่วยใน ส่งใบปรึกษาล่วงหน้าพร้อมหน้าป้าย (เพื่อนัดตรวจในวันถัดไป) ที่ชั้น 2 อาคารเวชศาสตร์ฟื้นฟู โทร. 93639 ผู้ป่วยที่เคลื่อนย้ายไม่ได้ กรุณาระบุในใบปรึกษาว่า “ต้องการ bedside PT” ด้วย
3. การตรวจพิเศษ ส่งใบ consult เพื่อนัดตรวจล่วงหน้า ตามวันเวลาที่ได้ระบุไว้ข้างต้น
4. กรณีจำเป็นหรือต้องการด่วน กรุณาติดต่อโดยตรงกับแพทย์ โทร. 93639 - 93640 ในเวลาราชการ ส่วนนอกเวลาราชการให้ติดต่อแพทย์เวรเวชศาสตร์ฟื้นฟู ที่ชั้น 4 ตึกเวชศาสตร์ฟื้นฟู โทร.93644

ข้อแนะนำอื่นๆ

1. ควรมิญาติผู้ป่วยและ/หรือผู้ดูแลติดตามผู้ป่วยมาด้วย โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกรณีผู้ป่วยไม่สามารถพูดคุยได้หรือเรื่องไม่สามารถจะเรียนรู้คำแนะนำได้ หรือไม่รู้สีกตัว
2. สำหรับผู้ป่วยใน ถ้าจะส่งใบปรึกษาในช่วงเช้า กรุณาโทร 93639 ติดต่อเจ้าหน้าที่ก่อน ผู้ป่วยอาจได้รับการตรวจในเช้าวันนั้นเลยถ้าผู้ป่วยอื่น ๆ ที่มาตรวจประจำวันยังไม่เต็มจำนวนสูงสุดที่จะรับได้
3. ควรเตรียมฟิล์มภาพถ่ายทางรังสี (เอ็กซเรย์ – ถ้ามี) มาด้วยในการตรวจครั้งแรก
4. ควรส่งปรึกษาแต่เนิ่นๆ เพื่อป้องกัน secondary disability
5. การจองเตียงเวชศาสตร์ฟื้นฟู แพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟูจะเป็นผู้พิจารณา

หลักสูตรการฝึกอบรมเพื่อวุฒิบัตร

แสดงความรู้ความชำนาญในการประกอบวิชาชีพเวชกรรม

สาขาเวชศาสตร์ฟื้นฟู

แพทย์ที่จบการฝึกอบรมเป็นแพทย์เฉพาะทางสาขาเวชศาสตร์ฟื้นฟูต้องมีคุณสมบัติที่พึงประสงค์และความรู้ความสามารถขั้นต่ำตามสมรรถนะหลักทั้ง ๖ ด้าน ดังนี้

1. การดูแลรักษาฟื้นฟูผู้ป่วย (Patient Care)

- 1.1 มีทักษะการซักประวัติ ตรวจร่างกาย วินิจฉัย วินิจฉัยแยกโรค ได้อย่างถูกต้องเหมาะสม
- 1.2 มีความสามารถประเมินความบกพร่อง ความสูญเสียสมรรถภาพ และความพิการ และหรือ ความเสียเปรียบทางสังคม ได้อย่างถูกต้องเหมาะสม
- 1.3 มีทักษะและวิจารณญาณในการพิจารณาสั่งตรวจอย่างเหมาะสมและแปลผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ได้อย่างถูกต้อง
- 1.4 มีทักษะและความสามารถวางแผนตรวจพิเศษทางเวชศาสตร์ฟื้นฟู และแปลผลได้อย่างถูกต้อง
- 1.5 ให้การบำบัดรักษาฟื้นฟูสมรรถภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยคำนึงถึงความปลอดภัยของผู้ป่วยผู้พิการและบุคลากรทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้อง
- 1.6 มีทักษะในการทำงานดูแลรักษาฟื้นฟูผู้ป่วยผู้พิการแบบสหวิทยาการที่กำหนดเป้าหมายในการบำบัดรักษาฟื้นฟูร่วมกันได้ (interdisciplinary approach)

2. ความรู้ ความเชี่ยวชาญ และความสามารถในการนำไปใช้แก้ปัญหาของผู้ป่วยผู้พิการและสังคมรอบด้าน (Medical Knowledge and Skills)

- 2.1 มีความรู้ความสามารถในวิชาชีพ และเชี่ยวชาญในสาขาเวชศาสตร์ฟื้นฟู
- 2.2 ประยุกต์ใช้วิทยาศาสตร์การแพทย์ สังคมวิทยา และจิตวิทยา เพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยผู้พิการได้อย่างเหมาะสม
- 2.3 มีความรู้ความสามารถในวิชาชีพ และเชี่ยวชาญในสาขาเวชศาสตร์ฟื้นฟู

3. การเรียนรู้จากการปฏิบัติ และการพัฒนาตนเองอย่างต่อเนื่อง (Practice-based Learning and Self-improvement)

- 3.1 สามารถเรียนรู้และเพิ่มประสบการณ์ได้ด้วยตนเองจากการปฏิบัติ
- 3.2 สามารถพิจารณาวิธีการรักษาฟื้นฟูโดยอิงหลักฐานทางวิชาการ หรืองานวิจัยทางการแพทย์และสาธารณสุขได้อย่างเหมาะสม
- 3.3 สามารถดำเนินการวิจัยทางการแพทย์และสาธารณสุข รวมทั้งสามารถวิพากษ์บทความและงานวิจัยทางการแพทย์ได้

4. ทักษะปฏิสัมพันธ์ และการสื่อสาร (Interpersonal & Communication Skills)

- 4.1 บันทึกเวชระเบียนได้ตามมาตรฐาน
- 4.2 นำเสนอข้อมูลผู้ป่วย และอภิปรายปัญหาอย่างมีประสิทธิภาพ

- 4.3 ถ่ายทอดความรู้และทักษะ ให้แพทย์ นักศึกษา และบุคลากรทางการแพทย์ในสาขาที่เกี่ยวข้อง
- 4.4 สื่อสารให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยและครอบครัวได้อย่างถูกต้องและมีประสิทธิภาพ โดยมีเมตตา เคารพการตัดสินใจและศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์
- 4.5 มีมนุษยสัมพันธ์ที่ดี มีภาวะผู้นำ ทำงานกับผู้ร่วมงานทุกระดับอย่างมีประสิทธิภาพ
- 4.6 เป็นที่ปรึกษาและให้คำแนะนำแก่แพทย์และบุคลากรอื่นที่เกี่ยวข้อง โดยเฉพาะทางด้านเวชศาสตร์ฟื้นฟู

5. ความเป็นมืออาชีพ (Professionalism)

- 5.1 สามารถกระตุ้นให้ผู้ป่วยตระหนักในสมรรถนะของตนเอง เพื่อนำไปสู่การพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยผู้พิการ
- 5.2 มีคุณธรรม จริยธรรม และเจตคติอันดีต่อผู้ป่วยผู้พิการ ครอบครัว ผู้ร่วมงาน เพื่อนร่วมวิชาชีพและชุมชน
- 5.3 มีความสนใจใฝ่รู้และสามารถพัฒนาไปสู่ความเป็นผู้เรียนรู้ต่อเนื่องตลอดชีวิต (continuous professional development) เพื่อคงไว้ซึ่งมาตรฐานวิชาชีพ
- 5.4 มีความรับผิดชอบต่องานที่ได้รับมอบหมาย
- 5.5 คำนึงถึงผลประโยชน์ส่วนรวม เพื่อตอบสนองความต้องการของประเทศชาติ

6. การปฏิบัติงานให้เข้ากับระบบ (System-based Practice)

- 6.1 สามารถปฏิบัติงานให้สอดคล้องกับระบบสาธารณสุขของประเทศ ในส่วนที่เกี่ยวข้องกับงานเวชกรรมฟื้นฟู และประยุกต์ใช้ให้เหมาะสมตามสถานการณ์
- 6.2 สามารถร่วมพัฒนาคุณภาพการดูแลรักษาฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยและคนพิการ
- 6.3 สามารถปฏิบัติงานโดยคำนึงถึงความปลอดภัยของผู้ป่วย และใช้ทรัพยากรได้อย่างเหมาะสมและมีประสิทธิภาพ

การจัดประสบการณ์การเรียนรู้ ตลอดระยะเวลาของการอบรม 3 ปี

1. แพทย์ประจำบ้าน ชั้นปีที่ 1 ผ่านการปฏิบัติงานดังนี้
 - หอผู้ป่วยใน (วฟ.5)
 - OPD (สัปดาห์ละ 2 วัน), SPECIAL CLINICS ตามที่กำหนด
 - EMG (สัปดาห์ละ 1 วัน)
 - รับประทานผู้ป่วยจากกองอื่น ๆ (BEDSIDE CONSULTATION)
 - ทำหน้าที่ 1st Call อยู่เวรนอกเวลาราชการในหอผู้ป่วยใน
 - ออกปฏิบัติหน้าที่พร้อมอาจารย์ที่ปรึกษา หรือตามที่ได้รับมอบหมาย

2. แพทย์ประจำบ้าน ชั้นปีที่ 2 ผ่านการปฏิบัติงานดังนี้
 - หอผู้ป่วยใน (วฟ.4)
 - OPD (สัปดาห์ละ 2 วัน), SPECIAL CLINIC ตามที่กำหนด
 - EMG (สัปดาห์ละ 1 วัน)
 - CARDIAC REHABILITATION (อ. ภัทรารุช / อ. พศวีร์ 1 เดือน)
 - รับประทานผู้ป่วยในจากกองอื่น ๆ (BEDSIDE CONSULTATION)
 - การฝึกอบรมหมุนเวียนในหน่วยอื่นๆ รวม 3 เดือน ดังนี้
 - หน่วยโรครุมเด็ก และหน่วยอายุรศาสตร์ผู้สูงอายุ กองอายุรกรรม รพ.พระมงกุฎเกล้า 4 สัปดาห์
 - กองออร์โธปิดิกส์ รพ. พระมงกุฎเกล้า 2 สัปดาห์
 - หน่วยประสาทวิทยา รพ. รามาธิบดี 4 สัปดาห์
 - ออกชุมชน รพ. นครปฐม/สุรินทร์/ตรัง 2 สัปดาห์
 - ออกหน่วยแขน-ขาเทียม กับมูลนิธิขาเทียมในสมเด็จพระศรีนครินทราบรมราชชนนี 1 สัปดาห์
 - ทำหน้าที่ 2nd Call อยู่เวรนอกเวลาราชการในหอผู้ป่วยใน
 - ออกปฏิบัติหน้าที่พร้อมอาจารย์ที่ปรึกษา หรือตามที่ได้รับมอบหมาย

3. แพทย์ประจำบ้าน ชั้นปีที่ 3 ผ่านการปฏิบัติงานดังนี้
 - หอผู้ป่วยใน วฟ. 4 / วฟ. 5 (กำกับดูแลแพทย์ประจำบ้านปีที่ 1, 2)
 - OPD (สัปดาห์ละ 2 วัน), SPECIAL CLINICS ตามที่กำหนด
 - EMG (สัปดาห์ละ 1 วัน)
 - มีเวลา 3 เดือน ที่สามารถเลือกฝึกอบรมในสถาบันต่างๆตามความสนใจของตนเองได้ ดังนี้

สถาบันฝึกอบรม	ระยะเวลา
มูลนิธิขาเทียมในสมเด็จพระศรีนครินทราบรมราชชนนี	1 สัปดาห์
ภาควิชาเวชศาสตร์ฟื้นฟู รพ.จุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย	2-4 สัปดาห์
ภาควิชาเวชศาสตร์ฟื้นฟู รพ. ศิริราช	2-4 สัปดาห์
ภาควิชาเวชศาสตร์ฟื้นฟู มหาวิทยาลัยเชียงใหม่	2-4 สัปดาห์

ภาควิชาเวชศาสตร์ฟื้นฟู มหาวิทยาลัยขอนแก่น	2-4 สัปดาห์
ภาควิชาเวชศาสตร์ฟื้นฟู รพ.รามาริบัติ	2-4 สัปดาห์
ศูนย์สิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์	2 สัปดาห์
ศูนย์เวชศาสตร์กีฬา รพ. กรุงเทพ (BASEM)	2 สัปดาห์
สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติ มหาราชนิ	2 สัปดาห์

- ออกหน่วยทำขาเทียม มูลนิธิขาเทียมในสมเด็จพระศรีนครินทราบรมราชชนนี 1 สัปดาห์

- BEDSIDE CONSULTATION

หมายเหตุ - ทำหน้าที่ให้คำปรึกษาเวรนอกเวลาราชการ (3rd Call)

- ส่งตัวแทนเข้าร่วมประชุมกอง / ภาควิชาเวชศาสตร์ฟื้นฟู ทุกเดือน

- หัวหน้าแพทย์ประจำบ้าน ควบคุมการปฏิบัติงานของแพทย์ประจำบ้านทั้งหมดให้มีประสิทธิภาพ
ในกรณีที่มีปัญหาตกลงกันเองไม่ได้ ให้รายงานอาจารย์ผู้ดูแลแพทย์ประจำบ้านต่อไป

กิจกรรมวิชาการภายในภาควิชา

กิจกรรมการฝึกอบรมเพื่อตอบสนองต่อบทบาทการทำงานของบัณฑิตหลังจบการศึกษา

บทบาทหลังจบการศึกษา	กิจกรรมการฝึกอบรม	พัฒนาค้าน		
		ความรู้	ทักษะ	เจตคติ
ดูแลรักษาผู้ป่วย	กิจกรรมวิชาการ topic, conference, การดูแลผู้ป่วยที่ OPD และหอผู้ป่วย	√	√	√
ผู้นำทีมสุขภาพ	Team meeting		√	√
ครู/วิทยากร	การนำเสนอทางวิชาการ, การสอนและ เป็นที่เลี้ยงให้นักเรียนแพทย์ทหาร	√	√	
นักวิจัย	ทำงานวิจัย, journal club evidence based medicine	√	√	√
ทำงานชุมชน	Community based rehabilitation, Community medicine	√	√	√
ผู้บริหารองค์กร	เป็นกรรมการ PCT, เป็นหัวหน้าแพทย์ ประจำบ้าน, กิจกรรม professionalism, กิจกรรมสัมมนาของ รพ.ร.ร.๖ และราช วิทยาลัยฯ		√	√
แพทย์ทหาร	การดูแลผู้ป่วยราชการสนาม การเยี่ยมบ้านทหารพิการ กิจกรรมพัฒนาศักยภาพทหารกล้า	√		√

1. MORNING TOPIC

ทุกวันอังคารและศุกร์ 8.30 – 8.50 น.

วัตถุประสงค์

1. เพิ่มพูนทักษะในการถ่ายทอดความรู้, การนำเสนอในที่ประชุม ด้วยเนื้อหาที่กระชับได้ใจความตรงตามวัตถุประสงค์ภายในระยะเวลาที่กำหนด (20 นาที)
2. เพื่อกระตุ้นให้เกิดการค้นคว้า, พัฒนากระบวนการเรียนรู้แบบต่อเนื่อง (Continue medical education)

วิธีการ

1. แพทย์ประจำบ้านปีที่ 1, 2 เลือกหัวข้อเรื่องที่น่าสนใจ (อาจนำเสนอในเฉพาะหัวข้อย่อย) โดยอาจปรึกษาแพทย์ประจำบ้านปีที่ 3 หรืออาจารย์ที่ปรึกษาในแต่ละเดือน
2. ใช้เวลาในการนำเสนอประมาณ 20 นาที เปิดโอกาสให้ผู้อื่นซักถาม
3. หัวหน้าแพทย์ประจำบ้าน comment เพิ่มเติม

2. MORNING REPORT

ทุกวันอังคารและศุกร์ 8.50 – 9.00 น.

(หลังจากจบการเสนอ Morning Topic)

วัตถุประสงค์

1. รายงานผู้ป่วยรับใหม่
2. ชี้แนะและแก้ไขปัญหาในการดูแลผู้ป่วยของแพทย์ประจำบ้าน
3. ฝึกทักษะการพูดภาษาอังกฤษของแพทย์ประจำบ้าน
4. แข่งขาน่า กิจกรรมวิชาการพิเศษอื่นๆ

วิธีการ

1. แพทย์ประจำบ้านปีที่ 1, 2 รายงานผู้ป่วยรับใหม่ (Admission Report) ทุกราย พร้อมทั้งระบุปัญหา, เป้าหมาย

การรักษาโดยสรุปเป็นภาษาอังกฤษ

2. รายงานผู้ป่วยในหอผู้ป่วยที่มี Active medical problem หรือมีปัญหาในการดูแลรักษาในขณะนั้นๆ
3. หัวหน้าแพทย์ประจำบ้าน รายงานตารางกิจกรรมพิเศษ, ที่สำคัญในห้วงสัปดาห์นั้น หรือแข่งขาน่าใดๆที่เกี่ยวข้อง

3. MORBIDITY / MORTALITY CONFERENCE

กรณีมีผู้ป่วยที่เกิดปัญหา ในหอผู้ป่วยกองเวชศาสตร์ฟื้นฟู ใน วันอังคารหรือศุกร์ 8.30 – 8.50 น.

หลัง MORNING TOPIC

วัตถุประสงค์

ทบทวนกระบวนการดูแลรักษาผู้ป่วยที่อาจเกิดความผิดพลาด ในหอผู้ป่วยกองเวชศาสตร์ฟื้นฟู

วิธีการ

1. แพทย์ประจำบ้านเจ้าของให้นำเสนอประวัติ การดำเนินโรคและการรักษา case ที่นำเข้ามาโดยปรึกษากับหัวหน้าแพทย์ประจำบ้านและอาจารย์ที่ปรึกษา ใช้เวลานำเสนอ 15 - 20 นาที
2. เปิดให้ที่ประชุมมีการซักถามและอภิปราย อาจเชิญอาจารย์แพทย์จากกองอื่นที่เกี่ยวข้องในการดูแลรักษาผู้ป่วย เข้าร่วมอภิปรายด้วย
3. หัวหน้าแพทย์ประจำบ้านสรุปข้อคิดเห็นที่ได้จากการประชุม

4. JOURNAL CLUB

ทุกวันพุธที่ 1, 3 ของเดือน 8.30 – 9.00 น.

วัตถุประสงค์

1. ส่งเสริมให้เกิดการค้นคว้าความรู้ที่ทันสมัย และทักษะการอ่านวารสารทางการแพทย์ที่ดี
2. รู้จักวิธีวิเคราะห์ วิจัยบทความวารสารทางการแพทย์
3. กระตุ้นให้เกิดความคิดและดำเนินการวิจัยที่ได้มาตรฐาน

วิธีการ

1. แพทย์ประจำบ้านปีที่ 2 หรือ 3 เลือกนำเสนอบทความวิจัยทางการแพทย์ 1-2 เรื่อง ภายในเวลา 20 นาที โดยนำเสนอสาระสำคัญเท่านั้น เปิดโอกาสให้ซักถาม 10 นาที
2. การคัดเลือกเรื่องควรปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษา โดยค้นหาในวารสารทางการแพทย์ (ย้อนหลังภายใน 6 เดือน) ที่ควรอ่านก่อน (ภาคผนวก)

5. INTERDEPARTMENT CONFERENCE

ทุกวันพุธที่ 2, 4 ของเดือน 8.00 – 9.00 น.

วัตถุประสงค์

ประชุมแก้ไขปัญหาผู้ป่วยร่วมกันระหว่างกองเวชศาสตร์ฟื้นฟู, กองออร์โธปิดิกส์, หน่วยศัลยกรรมประสาท และกองอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องเพื่อส่งเสริมให้เกิดความร่วมมือในการดูแลผู้ป่วยร่วมกันระหว่างแผนก (Interdisciplinary approach)

วิธีการ

1. แพทย์ประจำบ้านปีที่ 2 หรือ 3 (กองเวชศาสตร์ฟื้นฟู กองออร์โธปิดิกส์ หรือหน่วยศัลยกรรมประสาท กองศัลยกรรม) ที่รับผิดชอบประจำสัปดาห์นั้น เตรียม CASE ที่จะนำเสนอโดยปรึกษากับอาจารย์ที่ปรึกษาและอาจารย์ท่านอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง
2. ให้รายงานอาจารย์แพทย์ท่านอื่นทราบ โดยเฉพาะผู้ที่ต้องทำการอภิปรายล่วงหน้าประมาณ 1 สัปดาห์
3. แพทย์ประจำบ้านที่รับผิดชอบ นำเสนอประวัติ และการตรวจร่างกายผู้ป่วย
4. อภิปรายปัญหาผู้ป่วยร่วมกัน ระหว่างอาจารย์แพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู ออร์โธปิดิกส์ และศัลยกรรมประสาท รวมทั้งอาจเชิญอาจารย์แพทย์จากกองอื่นๆที่เกี่ยวข้องเข้าร่วมอภิปราย

6. BASIC ANATOMY AND PHYSIOLOGY

ทุกวันจันทร์ที่ 1 ของเดือน 13.00 – 14.30 น.

วัตถุประสงค์

ส่งเสริมการเรียนรู้ร่วมกันและฝึกทักษะการถ่ายทอดความรู้

วิธีการ

1. แพทย์ประจำบ้านปีที่ 1 เป็นผู้เลือกหัวข้อที่นำเสนอ โดยปรึกษากับแพทย์ประจำบ้านปี 3 หรืออาจารย์ที่ปรึกษา
2. นำเสนอในเวลา 45 นาที
3. แพทย์ประจำบ้านปี 2, 3 comment เพิ่มเติม เน้นในส่วนที่นำไปประยุกต์ใช้ทางคลินิก

7. TEAM MEETING / CLINICAL CONFERENCE

ทุกวันอังคาร ที่ 2, 4 เวลา 13.30 น. เป็นการประชุมระหว่างผู้ป่วย, ญาติ, แพทย์ และทีมสหสาขาที่เกี่ยวข้อง ในการดูแลรักษาผู้ป่วยเพื่อวางแผนการรักษาสืบค้นปัญหาและอุปสรรค รวมทั้งแก้ไขปัญหาร่วมกัน โดยยึดหลักการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม

วัตถุประสงค์

1. ส่งเสริมให้แพทย์ประจำบ้านเห็นความสำคัญของการประสานงาน ระหว่างบุคลากรผู้ให้บริการทาง การแพทย์ในกองเวชศาสตร์ฟื้นฟู
2. ฝึกฝนแพทย์ประจำบ้านในด้านการเป็นผู้นำกลุ่มและดำเนินการอภิปราย

วิธีการ

1. เตรียม case ที่นำเข้าสู่ที่ประชุม โดยส่งรายชื่อให้หัวหน้าหอผู้ป่วยใน วฟ. 4, 5 ภายในเช้าวันศุกร์ เพื่อพิมพ์รายชื่อแจกจ่ายผู้เข้าร่วมประชุมในเช้าวันจันทร์ case ที่นำเข้าสู่ประชุมมี 2 กลุ่ม คือ ผู้ป่วยรับใหม่ที่ต้องการวางแผนการรักษาร่วมกัน และกลุ่มผู้ป่วยที่ต้องการทราบความก้าวหน้า หรือมีปัญหา ในการดูแลรักษาหลังจากได้รับการรักษามาแล้วระยะหนึ่ง
2. หัวหน้าแพทย์ประจำบ้านกล่าวเปิดการประชุม
3. แพทย์ประจำบ้านเจ้าของไข้
 - แนะนำผู้ป่วยและญาติผู้ป่วยต่อที่ประชุม กรณีที่เข้าประชุมด้วย
 - นำเสนอประวัติและการตรวจร่างกายของผู้ป่วยโดยสรุป พร้อมบอกปัญหา & อุปสรรคต่อการฟื้นฟู สภาพผู้ป่วย
 - บอกเป้าหมายการฟื้นฟูสภาพ รวมทั้งระยะเวลา (set goal) ในกรณีผู้ป่วยรับใหม่
4. สมาชิกผู้เข้าร่วมอภิปรายให้ความคิดเห็น
5. แพทย์ประจำบ้านเจ้าของไข้สรุปผลการประชุมและบันทึกไว้ใน chart ผู้ป่วย
6. หัวหน้าแพทย์ประจำบ้านกล่าวปิดการประชุม เมื่อเสร็จสิ้นการประชุม

8. INTERESTING CASE / EMG CONFERENCE

ทุกวันพฤหัสบดีที่ 4 ของเดือน 11.00 –12.00 น.

วัตถุประสงค์

1. ฝึกทักษะการนำเสนอและการอภิปรายแก้ไขปัญหาผู้ป่วย
2. เรียนรู้วิธีการแก้ไขปัญหาทางด้านเวชศาสตร์ฟื้นฟูในรายที่น่าสนใจ, กระบวนการวิเคราะห์ และแปลผล ตรวจไฟฟ้าวินิจฉัย

วิธีการ

1. แพทย์ประจำบ้านปีที่ 2 หรือ 3 ที่รับผิดชอบเลือก case ที่น่าสนใจโดยปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษา
2. เตรียม protocol ข้อมูลที่สำคัญเกี่ยวกับ case นั้น และพิมพ์แจกก่อนเข้าประชุมอย่างน้อย 1 สัปดาห์
3. นำเสนอประวัติและการตรวจร่างกายผู้ป่วยในที่ประชุม (โดยอาจเป็นแพทย์ประจำบ้านเจ้าของไข้) แพทย์ประจำบ้านปีที่ 2 หรือ 3 ที่รับผิดชอบในครั้งนั้นเป็นผู้ดำเนินการอภิปราย
4. อาจารย์ที่ปรึกษาเป็นผู้ comment, สรุปการอภิปรายเพิ่มเติม

9. EMG CONFERENCE

ทุกวันอังคารที่ 1 ของเดือน 13.30-15.00 น.

วัตถุประสงค์

1. ฝึกทักษะการนำเสนอและการอภิปรายแก้ไขปัญหาผู้ป่วย
2. เรียนรู้วิธีการแก้ไขปัญหาทางด้านเวชศาสตร์ฟื้นฟูในรายที่น่าสนใจ, กระบวนการวิเคราะห์ และแปลผลตรวจไฟฟ้าวินิจฉัย

วิธีการ

1. แพทย์ประจำบ้านปีที่ 2 หรือ 3 ที่รับผิดชอบเลือก case ที่น่าสนใจโดยปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษา
2. เตรียม protocol ข้อมูลที่สำคัญเกี่ยวกับ case นั้น และพิมพ์แจกก่อนเข้าประชุมอย่างน้อย 1 สัปดาห์
3. นำเสนอประวัติและการตรวจร่างกายผู้ป่วยในที่ประชุม (โดยอาจเป็นแพทย์ประจำบ้านเจ้าของไข้) แพทย์ประจำบ้านปีที่ 2 หรือ 3 ที่รับผิดชอบในครั้งนั้นเป็นผู้ดำเนินการอภิปราย
4. อาจารย์ที่ปรึกษาเป็นผู้ comment, สรุปการอภิปรายเพิ่มเติม

10. INTERHOSPITAL GRAND ROUND

วันพฤหัสบดี เวลา 13.30-15.30 น. (ตามตารางที่ราชวิทยาลัยแพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟูกำหนด)

วัตถุประสงค์

1. นำเสนอและอภิปรายแก้ไขปัญหาผู้ป่วยที่น่าสนใจ อาจเป็นโรคหรือภาวะที่พบน้อย มีอาการและอาการแสดงที่เด่นชัด
2. ฝึกการอภิปรายในที่ประชุม การเป็นผู้ควบคุมและดำเนินการประชุม
3. ส่งเสริมให้มีการค้นคว้าความรู้ใหม่ ที่ทันสมัย

วิธีการ

1. แพทย์ประจำบ้านปีที่ 3 ที่รับผิดชอบเลือก case ที่น่าสนใจโดยปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษา
2. เตรียม protocol ข้อมูลที่สำคัญเกี่ยวกับ case นั้น และพิมพ์แจกก่อนเข้าประชุมอย่างน้อย 1 สัปดาห์
3. แพทย์ประจำบ้านปีที่ 3 ที่รับผิดชอบในครั้งนั้นเป็นผู้ดำเนินการอภิปราย โดยอาจให้แพทย์ประจำบ้านปีที่ 1 หรือ 2 นำเสนอประวัติ การตรวจร่างกาย และข้อมูลผู้ป่วยในที่ประชุม
4. ควรเตรียมผู้ป่วยนำเข้าที่ประชุมด้วย หรือถ่าย slide, VDO Clip ประกอบ
5. อภิปรายปัญหาผู้ป่วย โดยเน้นที่เกี่ยวข้องกับการฟื้นฟู อาจเชิญผู้เชี่ยวชาญในสาขาที่เกี่ยวข้องมาร่วมอภิปราย
6. นำเสนอความรู้ทางด้านทฤษฎีที่ค้นคว้ามา ควรเป็นความรู้ที่ทันสมัย ความรู้ใหม่จากวารสารวิชาการ
7. อาจารย์ที่ปรึกษาทำการ feedback หลังจบการอภิปราย หรือให้ความเห็นเพิ่มเติม

11. PEDIATRIC REHABILITATION CONFERENCE (ศรีสังวาลย์)

ทุกวันพฤหัสบดีที่ 3 ของเดือน 13.30-15.30 น.

วัตถุประสงค์

1. แพทย์ประจำบ้านสามารถซักประวัติและตรวจร่างกายเด็กพิการ เพื่อประเมินปัญหาทางด้านเวชศาสตร์ฟื้นฟู
2. วางแผนการรักษา การแก้ไขปัญหาร่วมกับบุคลากรด้านอื่นที่เกี่ยวข้องกับการฟื้นฟูสภาพ เช่น กายภาพบำบัด กิจกรรมบำบัด นักกายอุปกรณ์ ครู นักจิตวิทยา ฯลฯ

วิธีการ

1. แพทย์ประจำบ้าน ซักประวัติและตรวจร่างกาย ประเมินปัญหาเด็กพิการจากโรงเรียนศรีสังวาล ก่อนเข้าที่ประชุมแพทย์

2. แพทย์ประจำบ้านปี 3 ที่รับผิดชอบ นำเสนอประวัติและตรวจร่างกาย พร้อมทั้งเสนอแนวทางแก้ไขปัญหา
3. ที่ประชุมอภิปรายเพิ่มเติม เพื่อหาข้อสรุปร่วมกัน พร้อมทั้งดำเนินการติดตามผลในคราวต่อไป

12. ORTHOTIC- PROSTHETIC CLINIC / CONFERENCE

ทุกวันจันทร์ที่ 4 ของเดือน 13.30 - 15.30 น.

ทุกวันพุธที่ 4 ของเดือน 13.30 - 15.30 น. รพ.ตำรวจ

วัตถุประสงค์

1. แพทย์ประจำบ้านสามารถตรวจประเมินผู้ป่วยแขนขาขาด หรือที่มีความพิการอื่น ที่ควรได้รับการแก้ไขโดยกายอุปกรณ์เทียม / เสริม (prosthetics / orthotics)
2. สามารถเลือกใช้, เขียน prescription กายอุปกรณ์เทียม / เสริม ได้อย่างถูกต้องเหมาะสม
3. สามารถตรวจเช็ค ความถูกต้อง เหมาะสมของกายอุปกรณ์เทียม / เสริม นั้นๆ ได้

วิธีการ

1. แพทย์ประจำบ้านปีที่ 2 หรือ 3 ที่รับผิดชอบเลือก case ที่น่าสนใจโดยปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษา และควรเตรียมผู้ป่วยนำเข้าที่ประชุมด้วย
2. แพทย์ประจำบ้านปี 2 หรือ 3 ที่รับผิดชอบ นำเสนอประวัติและตรวจร่างกาย อภิปราย พร้อมทั้งเสนอแนะวิธีการแก้ไข โดยเน้นการเลือกใช้กายอุปกรณ์เทียม / เสริม ที่เหมาะสม พร้อมทั้งแสดงการตรวจเช็ค ความถูกต้อง เหมาะสมของกายอุปกรณ์เทียม / เสริม นั้นๆ ได้
3. อาจารย์ที่ปรึกษาให้คำแนะนำเพิ่มเติม
4. สำหรับที่รพ.ตำรวจ อาจารย์แพทย์(อ.ปิยวิทย์) จะเป็นผู้คัดเลือก case ให้แพทย์ประจำบ้านอภิปราย ร่วมกับการให้ความรู้และคำแนะนำเพิ่มเติม

13. STAFF ROUND

ทุกวันอังคารที่ 4 ตอนบ่าย (หลังจากเสร็จ Team meeting)

วัตถุประสงค์

1. ฝึกการนำเสนอรายงานผู้ป่วยข้างเตียง
2. เพื่อศึกษา ทบทวน ชี้แนะ การรักษาฟื้นฟูผู้ป่วยในหอผู้ป่วยโดยคณาจารย์

วิธีการ

1. แพทย์ประจำบ้านนำเสนอรายงานผู้ป่วย โดยเฉพาะในส่วนที่สำคัญประเด็นที่เป็นปัญหาในการรักษาฟื้นฟูในหอผู้ป่วย
2. อาจารย์แพทย์อาจซักถามเพิ่มเติมและร่วมกันทบทวน แก้ไขปัญหา พร้อมทั้งชี้แนะแนวทางในการรักษาผู้ป่วย

14. STAFF LECTURE

ทุกวันจันทร์ที่ 2 ของเดือน 13.30 - 15.30 น.

วัตถุประสงค์

เพื่อให้แพทย์ประจำบ้านได้มีโอกาสเรียนรู้ในหัวข้อที่น่าสนใจเพิ่มเติมจากคณาจารย์โดยการบรรยาย

วิธีการ

อาจารย์แพทย์เป็นผู้บรรยายในหัวข้อที่กำหนดเอง หรือจากการเสนอของแพทย์ประจำบ้าน

15. SWALLOWING ROUND

ทุกวันอังคารที่ 2 ของเดือน (หลังจาก team meeting)

วัตถุประสงค์

เพื่อให้แพทย์ประจำบ้านได้มีโอกาสเรียนรู้ในหัวข้อการฟื้นฟูการกลืน

วิธีการ

1. แพทย์ประจำบ้านนำเสนอ case ที่น่าสนใจแก่อาจารย์ผู้ดูแล (อ.ชนศักดิ์)
2. อาจารย์แพทย์ และแพทย์ประจำบ้าน ร่วมกันตรวจประเมินผู้ป่วยด้วยวิธี manual ร่วมกับการใช้เครื่องมือ Fiberoptic Endoscopic Study และให้การวางแผนฟื้นฟูการกลืนแก่ผู้ป่วยต่อไป

16. CLINICAL EPIDEMIOLOGY

ทุกวันอังคารที่ 3 ของเดือน 13.30 – 15.00 น.

วัตถุประสงค์

เพื่อให้แพทย์ประจำบ้านได้มีโอกาสเรียนรู้ในหัวข้อระบาดวิทยา

วิธีการ

1. แพทย์ประจำบ้านปี 2 นำเสนอข้อมูล
2. แพทย์ประจำบ้านปี 2, 3 อภิปราย
3. อาจารย์แพทย์ให้ความรู้และคำแนะนำเพิ่มเติม

การหมุนเวียนปฏิบัติงานภายในกอง, ภาควิชาอื่นๆ และสถาบันสมทบ

1. CARDIAC REHABILITATION

Objectives

1. get knowledge for general cardiac rehabilitation
2. get knowledge for :-
 - phase 1 : bedside training and brief counseling
 - phase 2 : exercise prescription and supervision
3. be able to counsel the patient about risk factors modification

Learning experiences

1. take service for all the patients after open heart surgery and consulted medical cares
2. present the topic “**exercise prescription**” on the second Monday as 20 minutes talk
3. present one selected journal dealing with cardiac-rehabilitation and brief it as a printed

Assessments

1. Attitude (50 %)
 - 1.1 responsibility to patients 20%
 - 1.2 responsibility topic 10%
 - 1.3 responsibility one journals 20%
- 2 Printed one journals reports (10 %)
3. Examination (40 %)
 - 2.1 Oral 10%
 - 2.2 Skill of phase 1 training 10%
 - 2.3 Skill of phase 2 training 10%
 - 2.4 EKG interpretation 10%

(Total = 100%)

References

1. Standard PM&R Text - books (Delisa, Braddom,Krusen)
2. Cardiac Rehabilitation “ Nanette K.Wenger ” ห้องสมุด วฟ.
3. Cardiac Rehabilitation 1999 “ Pashkow, Frodicher ” ห้องสมุด วฟ.
4. Best practice Guideline for cardiac and Secondary Prevention 1999. “ Heart Research Center ; AJ Goble: M. Worcester”
5. Guideline for exercise testing and prescription 1991 “ American College of Sport Medicine” ห้องสมุด วฟ.
6. Exercise Testing and Training in the Elderly Cardiac patient 1994. “ Mark A. Williams. ห้องสมุด วฟ.
7. Cardiac Rehabilitation (Clinical Practice Guideline “No.17” “Nanette K.wenger et al”1995 ห้องสมุด วฟ.

2. หน่วย Rheumatology กองอายุรกรรม รพ.พระมงกุฎเกล้า

ระยะเวลา 1 เดือน, แพทย์ประจำบ้านชั้นปีที่ 2

วัตถุประสงค์

1. สามารถให้การวินิจฉัย, วินิจฉัยแยกโรคเบื้องต้น ในกลุ่มผู้ป่วยโรคข้อเหล่านี้ได้
 - : Rheumatoid arthritis (RA)
 - : Degenerative joint disease
 - : Spondyloarthropathies
 - : System lupus erythematosus (SLE)
 - : Septic arthritis
 - : Polymyositis / Dermatomyositis
 - : Progressive systemic sclerosis
2. สามารถแปลผลทางห้องปฏิบัติการที่สำคัญ, ภาพฉายรังสีผู้ป่วยโรคข้อที่ใช้ประกอบการวินิจฉัย
3. สามารถให้โปรแกรมฟื้นฟูผู้ป่วยโรคข้อ ได้อย่างถูกต้องเหมาะสม

3. หน่วย Geriatrics กองอายุรกรรม รพ.พระมงกุฎเกล้า

ระยะเวลา 1 เดือน (ห้วงเวลาเดียวกันกับหน่วย Rheumatology), แพทย์ประจำบ้านชั้นปีที่ 2

วัตถุประสงค์ สามารถให้การตรวจประเมิน วินิจฉัย และให้การดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่มีปัญหาต่างๆดังนี้

1. Delirium/Cognitive evaluation
2. Fall/Balance problems
3. Medications
4. Normal pressure hydrocephalus
5. Osteoporosis

4. หน่วยประสาทวิทยา รพ.พระมงกุฎเกล้า, รพ.รามธิบดี หรือ รพ.จุฬาลงกรณ์

ระยะเวลา 1 เดือน, แพทย์ประจำบ้านชั้นปีที่ 2

วัตถุประสงค์

1. สามารถตรวจประเมิน, ให้การวินิจฉัยวินิจฉัยแยกโรคผู้ป่วยทางประสาทวิทยาในกลุ่มโรคต่อไปนี้ ได้อย่างถูกต้อง
 - : CVA
 - : Dementia
 - : Multiple sclerosis
 - : Hydrocephalus
 - : Parkinson disease
 - : Myasthenia gravis, Myasthenic syndrome
 - : Anterior horn cell disease (ALS, MND)
 - : Peripheral neuropathy, entrapment neuropathy, GBS
 - : Myopathy

2. ฝึกทักษะการตรวจร่างกายทางระบบประสาท (Neurological examination)

5. กองออร์โธปิดิกส์ รพ.พระมงกุฎเกล้า

ระยะเวลา 2 สัปดาห์, แพทย์ประจำบ้านชั้นปีที่ 2

วัตถุประสงค์

1. ได้เข้าร่วม case ผ่าตัดที่มีกระดูกส่งต่อมารับการฟื้นฟูสภาพ
 - : Hip / Knee arthroplasty
 - : Spinal surgery with instrumentation
 - : Neurotization , brachial plexus injury
 - : Hand surgery
2. ทราบวัตถุประสงค์ข้อบ่งชี้ในการผ่าตัดทาง orthopaedics ที่พบบ่อย
3. ทราบข้อดี, ข้อเสียของการใช้ instrument แต่ละชนิด
4. เข้าใจบทบาทหน้าที่แพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟูในการดูแลผู้ป่วยทาง orthopaedics

6. ฐานด้าน Community Based Rehabilitation (CBR) ณ รพ.นครปฐม หรือ รพ.ตรัง หรือ รพ.สุรินทร์ (Elective)

ระยะเวลา 2 สัปดาห์, แพทย์ประจำบ้านชั้นปีที่ 2

วัตถุประสงค์

- เพิ่มพูนประสบการณ์งานฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการในชุมชน (Community based rehabilitation : CBR)

7. ออกหน่วยทำขาเทียม มูลนิธิขาเทียมในสมเด็จพระศรีนครินทราบรมราชชนนี

ระยะเวลา 1 สัปดาห์, แพทย์ประจำบ้านชั้นปีที่ 2 และ 3

วัตถุประสงค์

- เพิ่มพูนประสบการณ์ การฝึกปฏิบัติงานด้านกายอุปกรณ์เทียมในชุมชน

8. ภาควิชาเวชศาสตร์ฟื้นฟู คณะแพทยศาสตร์ รพ.มหาสารคามศรีเชียงใหม่ (Elective)

ระยะเวลา 1 เดือน, แพทย์ประจำบ้านชั้นปีที่ 3

วัตถุประสงค์

1. เพิ่มพูนประสบการณ์ด้านการฟื้นฟูผู้ป่วย โดยเฉพาะในกลุ่ม spinal cord injury ในระยะต่างๆ
2. เพิ่มพูนประสบการณ์การทำขาเทียมและอุปกรณ์เสริมต่างๆ
3. บอกข้อบ่งชี้และวิธีการต่างๆ ในการทำ urodynamic study ในผู้ป่วยที่มีปัญหา neurogenic bladder

9. ภาควิชาเวชศาสตร์ฟื้นฟู คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลศรีนครินทร์ จ.ขอนแก่น (Elective)

ระยะเวลา 1 เดือน, แพทย์ประจำบ้านชั้นปีที่ 3

วัตถุประสงค์

1. เพิ่มพูนประสบการณ์ด้านการฟื้นฟูผู้ป่วยในกลุ่ม spinal cord injury, cerebral palsy
2. เพิ่มพูนประสบการณ์ด้าน Intraoperative evoked potential monitoring
3. เพิ่มพูนประสบการณ์ด้านกายอุปกรณ์เทียม (prosthesis) และกายอุปกรณ์เสริม (orthosis)

10. ภาควิชาเวชศาสตร์ฟื้นฟู คณะแพทยศาสตร์ รพ.ศิริราช (Elective)

ระยะเวลา 2-4 สัปดาห์, แพทย์ประจำบ้านชั้นปีที่ 3

วัตถุประสงค์

1. เพิ่มพูนประสบการณ์ด้านการดูแลรักษาผู้ป่วยในกลุ่มโรคปวด (pain clinic)
2. เพิ่มพูนประสบการณ์ด้านการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยเด็ก โดยเฉพาะกลุ่มโรคทางระบบประสาทและกล้ามเนื้อ (neuromuscular disease)
3. เพิ่มพูนประสบการณ์ในคลินิกพิเศษ เช่น orthotic - prosthetic clinic, คลินิกสุขภาพเท้า → shoe modification

11. ภาควิชาเวชศาสตร์ฟื้นฟู คณะแพทยศาสตร์ รพ.จุฬา (Elective)

ระยะเวลา 2 - 4 สัปดาห์, แพทย์ประจำบ้านชั้นปีที่ 3

วัตถุประสงค์

- เพิ่มพูนประสบการณ์การรักษาผู้ป่วยทางด้าน Manual medicine, orthosis & prosthesis , Evoked potential

12. ภาควิชาเวชศาสตร์ฟื้นฟู คณะแพทยศาสตร์ รพ.รามธิบดี (Elective)

ระยะเวลา 2 - 4 สัปดาห์, แพทย์ประจำบ้านชั้นปีที่ 3

วัตถุประสงค์

1. สามารถให้การดูแลรักษาฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยในระยะ acute ได้อย่างเหมาะสม (Acute phase rehabilitation)
2. เข้าร่วมกิจกรรมทางวิชาการระหว่างหน่วยหรือภาควิชา (Interdepartment conference) เช่น PMR-Ortho, PMR-Plastic conference เป็นต้น
3. เพิ่มพูนประสบการณ์การดูแลรักษาฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยในกลุ่มโรคหัวใจ (Cardiac rehabilitation), การฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยที่มีแผลไหม้ (Burn) รวมทั้งคลินิกพิเศษอื่นๆ เช่น คลินิกมือ (Hand clinic) เป็นต้น

13. ศูนย์สิทธิรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ (Elective)

ระยะเวลา 2 สัปดาห์, แพทย์ประจำบ้านชั้นปีที่ 3

วัตถุประสงค์

1. เพิ่มพูนประสบการณ์ด้านกายอุปกรณ์เทียม (prosthesis) และกายอุปกรณ์เสริม (orthosis)
2. เพิ่มพูนประสบการณ์งานฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการในชุมชน (Community based rehabilitation : CBR)
3. เพิ่มพูนประสบการณ์การรักษาด้วยเลเซอร์ (Laser therapy), การรักษาด้วยการฝังเข็ม (acupuncture), Independent Living (IL) และ Robotic & Treadmill Training etc.

14. คลินิกฝังเข็ม (Acupuncture clinic) กองเวชศาสตร์ฟื้นฟู รพ.พระมงกุฎเกล้า (Elective)

ระยะเวลา 4 สัปดาห์, แพทย์ประจำบ้านชั้นปีที่ 3

วัตถุประสงค์

1. เข้าใจหลักการ ข้อบ่งชี้ ข้อห้ามและข้อควรระวังในการฝังเข็ม
2. สามารถใช้การฝังเข็ม ช่วยในการรักษาโรคในกลุ่มอาการปวดเมื่อย ปวดข้อได้อย่างถูกต้อง

3. สามารถเลือกจุดฝังเข็มได้อย่างเหมาะสม
4. สามารถปักเข็มได้อย่างแม่นยำ และเลือกใช้วิธีการกระตุ้นแบบต่างๆอย่างถูกต้องเหมาะสม

การประเมินผลแพทย์ประจำบ้าน กอเวชศาสตร์ฟื้นฟู รพ.ร.ร.6

การประเมินระหว่างการฝึกอบรม

กอเวชศาสตร์ฟื้นฟู รพ.พระมงกุฎเกล้า มีการประเมินผลการปฏิบัติงานของผู้เข้ารับการฝึกอบรมในระหว่างการฝึกอบรม (formative evaluation) และเมื่อสิ้นสุดการฝึกอบรมแต่ละปี (summative evaluation) เพื่อเลื่อนขั้นเป็นผู้เข้ารับการฝึกอบรมปีที่ ๒ และปีที่ ๓ โดยครอบคลุมทั้งด้านความรู้ทักษะ เจตคติ และกิจกรรมทางการแพทย์ ด้วยกิจกรรม และวิธีต่างๆ ดังนี้

วิธีการประเมิน formative

	มิติที่ประเมิน	เกณฑ์ผ่าน	ผู้ประเมิน	ความถี่ต่อปี
entrustable professional activities (EPAs), direct observation of procedural skills (DOPS)	วัดและประเมินความรู้ ความสามารถทางวิชาชีพ ตามผลการเรียนรู้ที่พึงประสงค์	ตาม milestones	อาจารย์	๒
ให้ข้อมูลสะท้อนกลับแก่แพทย์ประจำบ้านทันทีเพื่อการพัฒนา				
ประเมิน e-logbook	ประสบการณ์ทางคลินิก	ดูตารางที่ ๗	อาจารย์ที่ปรึกษา	๓
แบบประเมินการสื่อสารเชิงวิชาการ	ความสามารถในการสื่อสารเชิงวิชาการ	ปี ๑ ระดับ ๓ ปี ๒ ระดับ ๔	อาจารย์ผู้ควบคุมกิจกรรม	๒
แบบประเมิน team meeting	ความสามารถในการนำทีมสหสาขา	ปี ๑ ระดับ ๓ ปี ๒ ระดับ ๔	อาจารย์ผู้ควบคุมกิจกรรม	๒
สังเกตพฤติกรรมการทำงาน และแบบประเมินเมื่อผ่านสายการทำงาน	เจตคติ และ ความเป็นมืออาชีพ	ตาม milestones	อาจารย์ประจำสายการทำงาน	๑๒
แบบประเมินการทำงาน	เจตคติ และ ความเป็นมืออาชีพ	ระดับ ๓	ทีมสหสาขา	๓
สัมภาษณ์	สุขภาวะทางจิต	-	อาจารย์ที่ปรึกษา	๒

วิธีการประเมิน summative

	มิติที่ประเมิน	เกณฑ์ผ่าน	สอบแก้ตัว
Short Essay Question	ความรู้	60%	๑ ครั้ง
Long case	ความสามารถโดยรวม	65%	๑ ครั้ง
ประชุมสรุปขั้นตอนตามติของกรรมการบริหารหลักสูตร	ในการดูแลคนไข้ภายใต้สถานการณ์จริง เจตคติ และความเป็นมืออาชีพ		

กระบวนการตัดสินเลื่อน/ไม่เลื่อนขั้นใช้ขั้นตอนติของกรรมการบริหารหลักสูตร (ดูภาพที่ ๑) ทั้งนี้ กวพ.รพ.ร.๖ ส่งผลการประเมินผู้เข้ารับการฝึกอบรม ภายในวันที่ ๓๑ กรกฎาคม ของทุกปี เพื่อเสนอที่ประชุมคณะอนุกรรมการฝึกอบรมและสอบฯ ราชวิทยาลัยฯ และแพทยสภา ตามลำดับ

กำหนดการประเมิน	ก.ค.	ส.ค.	ก.ย.	ต.ค.	พ.ย.	ธ.ค.	ม.ค.	ก.พ.	มี.ค.	เม.ย.	พ.ค.	มิ.ย.
รวบรวมคะแนนเจตคติจากสหสาขา				↔				↔				↔
สอบถามปัญหาทั่วไป รวมถึงสุขภาวะทางจิต						↔						↔
รายงานความก้าวหน้าของงานวิจัย						↔						↔
รายงานทักษะการสื่อสาร/นำทีมสหสาขา						↔						↔
รายงาน e-logbook				↔				↔				↔
สอบ EPA/DOPS					↔	↔					↔	↔
สอบ long case					↔	↔						
สอบ SEQ												↔

การบันทึกข้อมูลการประเมินผู้เข้ารับการฝึกอบรมทำโดย

- ผู้เข้ารับการฝึกอบรม ทำการบันทึกข้อมูลประสบการณ์ทางคลินิกรายวันของตนเองลงใน e-portfolio
- อาจารย์ที่ปรึกษาประจำชั้นปี รวบรวมรายงานประสบการณ์ทางคลินิก ผลการสอบ และสมรรถนะด้านต่างๆของผู้เข้ารับการฝึกอบรมแต่ละคน เพื่อใช้เป็นข้อมูลในการดำเนินกิจกรรม reflection & coaching ทุก 6 เดือน
- กวพ.ร.ร.ร.๖ รวบรวม และประเมินข้อมูลผู้เข้ารับการฝึกอบรม เพื่อรายงานผลมายังคณะกรรมการฝึกอบรมและสอบฯ ตามที่กำหนด

ทั้งนี้ การประเมินระหว่างการฝึกอบรมโดยสม่ำเสมอและแจ้งผลให้ผู้เข้ารับการฝึกอบรมทราบจะช่วยให้เกิดการพัฒนาสมรรถนะหลักด้านต่างๆ ของผู้เข้ารับการฝึกอบรมได้สมบูรณ์ยิ่งขึ้น

เกณฑ์ผ่านและแนวทางปฏิบัติในการประเมินเพื่อเลื่อนชั้นปี

- เจตคติจะถูกประเมินโดยสหสาขา และอาจารย์ที่ปรึกษา รวมถึงอาจารย์ประจำสายการปฏิบัติงาน โดยจะถูกรายงานต่อคณะกรรมการบริหารหลักสูตรทุก 3 เดือน หากผู้เข้ารับการฝึกอบรมไม่ผ่านการประเมินเจตคติ กรรมการบริหารหลักสูตรจะดำเนินการช่วยเหลือและกำกับดูแลเป็นพิเศษ
- EPA/DOPS กำหนดเกณฑ์ผ่านตาม milestones ของแต่ละชั้นปี โดยประกาศให้ผู้เข้ารับการฝึกอบรมทราบล่วงหน้า (ดูภาคผนวก)
- long case กำหนดเกณฑ์ผ่านแต่ละชั้นปี และประกาศให้ทราบก่อนการสอบทุกครั้ง
- SEQ เป็นการสอบเพื่อวัดความรู้ ผลการสอบจะถูกใช้ประกอบการพิจารณาเลื่อนชั้น/ไม่เลื่อนชั้น
- สมรรถนะด้านการสื่อสารและการนำทีมสหสาขาจะถูกประเมินตลอดหลักสูตร โดยอาจารย์ในกิจกรรมวิชาการทุกครั้ง และกิจกรรม team meeting โดยจะถูกรายงานต่อคณะกรรมการบริหารหลักสูตรทุก 4 เดือน
- การสั่งสมประสบการณ์เรียนรู้จะถูกรวบรวมผ่าน e-portfolio ซึ่งผู้เข้ารับการฝึกอบรมจะต้องรวบรวมและรายงานความคืบหน้าของตนเองผ่านกิจกรรม reflection & coaching ทุก 4 เดือน โดยอาจารย์ที่ปรึกษาประจำชั้นปีมีหน้าที่รวบรวมผลการประเมินและรายงานต่อคณะกรรมการบริหารหลักสูตร ทุก 4 เดือน เพื่อให้อาจารย์ทุกท่านรับทราบถึงความก้าวหน้าของผู้เข้ารับการฝึกอบรมแต่ละคน
- ในการพิจารณาเลื่อนชั้นปี คณะกรรมการบริหารหลักสูตรจะประชุมหารือเป็นรายบุคคล หากมีผู้เข้ารับการฝึกอบรมที่มีสมรรถนะด้านใดต่ำกว่าความคาดหวัง คณะกรรมการจะเริ่มกระบวนการช่วยเหลือและกำกับดูแลเป็นพิเศษในด้านที่ยังไม่ผ่าน เช่น ความรู้ ทักษะ หรือเจตคติ โดยแจ้งให้รับทราบ กำหนดเป้าหมายรวมถึงระยะเวลาในการกำกับดูแลเป็นพิเศษ

- ผู้เข้ารับการศึกษาที่มีสมรรถนะไม่ผ่านมาตรฐานอันควร แม้จะมีกระบวนการช่วยเหลือและกำกับดูแลเป็นพิเศษแล้ว คณะกรรมการบริหารหลักสูตรจะทำการประชุมหารือเพื่อตัดสินใจตามแนวทางได้แก่ 1) พักการศึกษา 2) ยุติการศึกษา โดยการศึกษาจะต้องเป็นมติเอกฉันท์ของคณะกรรมการฯ

แนวทางในการช่วยเหลือและกำกับดูแลเป็นพิเศษ

แพทย์ประจำบ้านที่ไม่ผ่านการสอบแก้ตัว หรือมีรายงานพฤติกรรมหรือเจตคติที่ไม่พึงประสงค์ กวฟ.รพ.ร6 มีแนวทางปฏิบัติ ดังนี้

- ทำการแจ้งเตือน และมอบหมายให้อาจารย์ประจำสาขาการปฏิบัติงานช่วยเหลือกำกับดูแลเป็นพิเศษ
- หากไม่มีการพัฒนาตาม milestones กรรมการบริหารหลักสูตรจะทำการแจ้งเตือนเป็นลายลักษณ์อักษร โดยระบุพฤติกรรมที่ต้องการให้ปรับปรุง และระยะเวลาที่จะกำกับดูแลเป็นพิเศษ ซึ่งแพทย์ประจำบ้านต้องลงนามรับทราบ
- หากไม่มีการพัฒนาตาม milestones อาจพิจารณาให้เข้าชั้นหรือพักการศึกษาตามมติคณะกรรมการบริหารหลักสูตร และ/หรือปรึกษาจิตแพทย์ตามความเหมาะสม ทั้งนี้ผลการตัดสินใจต้องมีมติเป็นเอกฉันท์
- หากไม่มีการพัฒนาตาม milestones พิจารณาสิ้นสุดการศึกษา ตามมติของคณะกรรมการบริหารหลักสูตร ทั้งนี้ต้องมีมติเป็นเอกฉันท์
- แพทย์ประจำบ้านมีสิทธิยื่นคำร้องเพื่อขออุทธรณ์ผลการพิจารณาได้ โดยเขียนคำร้องที่แผนกธุรการ กวฟ.รพ.ร6 จากนั้นเจ้าหน้าที่จะดำเนินการเสนอคำร้องไปยังศูนย์บริหารงานวิชาการและวิเทศสัมพันธ์

ระเบียบการตัดสินใจเพื่อเลื่อนชั้นปีของแพทย์ประจำบ้าน

เมื่อสิ้นสุดการศึกษาในแต่ละปี กรรมการบริหารหลักสูตรจะดำเนินการตัดสินใจเพื่อพิจารณา **ไม่เลื่อนชั้นปี** ในกรณีต่างๆ ดังต่อไปนี้

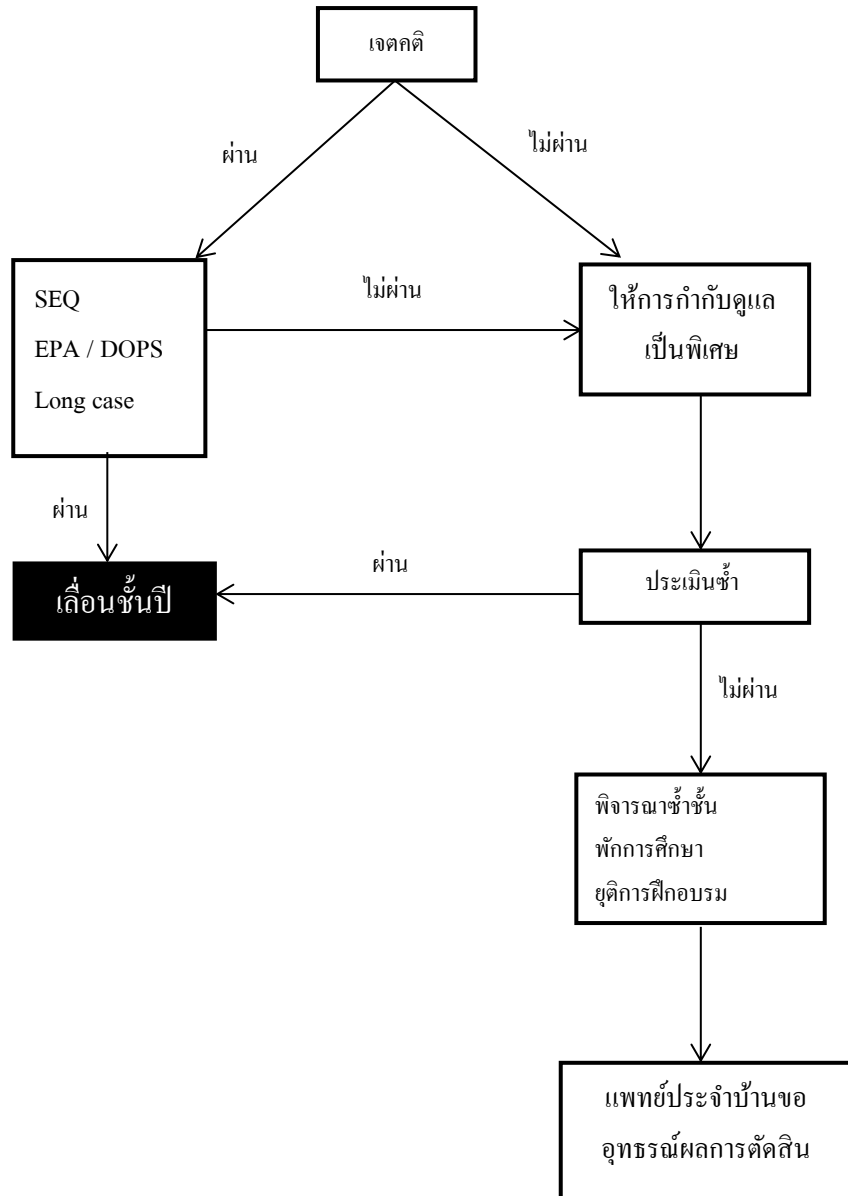
1. เจตคติไม่ผ่าน
2. เจตคติผ่าน แต่ผลการประเมินความรู้และทักษะไม่ผ่านตาม milestones ที่กำหนดแม้จะสอบแก้ตัวแล้ว
3. มีเวลาในการศึกษาในปีที่ผ่านมาน้อยกว่าร้อยละ 80
4. แพทย์ประจำบ้านไม่ประสงค์จะศึกษา

ในกรณีที่มีปัญหาสุขภาพทางจิต อาจารย์ที่ปรึกษามีหน้าที่เชิญจิตแพทย์เพื่อร่วมประเมิน ให้ความเห็น และให้ความช่วยเหลือตามความเหมาะสม กรรมการบริหารหลักสูตรเชิญแพทย์ประจำบ้านเข้าพบเพื่อสอบถาม และเปิดโอกาสให้แพทย์ประจำบ้านชี้แจงเหตุผล จากนั้นกำหนดวาระในการประชุมเพื่อพิจารณาคัดสิน เป็น 4 แนวทาง ดังนี้

1. ให้แพทย์ประจำบ้านสอบแก้ตัว หรือให้โอกาสในการปรับเจตคติตามระยะเวลาที่กำหนด
2. พิจารณาพักการศึกษา เป็นเวลา 1 ปีการศึกษา
3. พิจารณาไม่เลื่อนชั้นปี
4. พิจารณายุติการศึกษา

การอุทธรณ์ผลการตัดสินใจไม่เลื่อนชั้นปี – แพทย์ประจำบ้านมีสิทธิอุทธรณ์ผลการตัดสินใจได้ภายในเวลา 7 วัน หลังรับทราบผลการตัดสินใจ โดยทำจดหมายอุทธรณ์ผลการตัดสินใจผ่านแผนกธุรการ กวฟ.รพ.ร6 ซึ่งจะส่งจดหมายถึงศูนย์บริหารงานวิชาการและวิเทศสัมพันธ์ รพ.ร6

แผนภาพการตัดสินใจเลื่อน/ไม่เลื่อนชั้น



2. การวัดและประเมินผลเพื่อวุฒิบัตรฯ

คุณสมบัติผู้มีสิทธิเข้าสอบ

- มีระยะเวลาการฝึกอบรมครบตามเกณฑ์ที่กำหนดในหลักสูตร คือ ไม่น้อยกว่า 50 สัปดาห์ต่อปีการศึกษา
- มีทักษะ/ ประสบการณ์ตรง และรวบรวมข้อมูลการดูแลรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยประเภทต่างๆ ตามเกณฑ์ที่กำหนด
- ส่งต้นฉบับงานวิจัยซึ่งผ่านการนำเสนอและผ่านการประเมินโดยคณะกรรมการ พิจารณางานวิจัยแล้ว ภายในเวลาที่กำหนด (ให้ดูในระเบียบว่าด้วยการวิจัยของราชวิทยาลัยแพทยเวชศาสตร์ฟื้นฟูแห่งประเทศไทยประกอบ : ให้ส่งบทคัดย่อ (Abstract) ภายในวันที่ 30 ก.ย. และ ส่งต้นฉบับงานวิจัย (Full paper) ภายในวันที่ 31 ต.ค.)
- ต้องผ่านการสอบข้อเขียน MCQ Basic science ที่ราชวิทยาลัยฯ จัดสอบ
- ต้องผ่านการสอบ Long case โดยอาจารย์ของสถาบันฝึกอบรมเป็นผู้ประเมินตามเกณฑ์ที่ราชวิทยาลัยฯ กำหนด
- มีหนังสือรับรองจากผู้อำนวยการกองเวชศาสตร์ฟื้นฟู รพ.พระมงกุฎเกล้า ว่าผู้ขอรับการประเมินเพื่อวุฒิบัตรฯ ได้ปฏิบัติงาน ต่าง ๆ ครบตามเกณฑ์ที่กำหนด ส่งมายังคณะกรรมการฝึกอบรมและสอบฯ เพื่อพิจารณารับรองและเสนอชื่อผู้มีสิทธิสอบต่อไปยังแพทยสภาตามวัน เวลา ที่แพทยสภากำหนด หากไม่เป็นไปตามเกณฑ์ที่กำหนด ให้ผู้อำนวยการกองเวชศาสตร์ฟื้นฟู รพ.พระมงกุฎเกล้า ทำหนังสือชี้แจงเรื่องพร้อมเหตุผลชี้แจงเพื่อให้คณะกรรมการฝึกอบรมและสอบฯ พิจารณา

เกณฑ์ประสบการณ์ทางคลินิกขั้นต่ำในการสอบวุฒิบัตร

ผู้ป่วยนอก	ไม่ต่ำกว่า ๕๐๐ ราย
ผู้ป่วยใน	ไม่ต่ำกว่า ๖๐ ราย
ผู้ป่วยในรับปรึกษา	ไม่ต่ำกว่า ๑๕๐ ราย
ผู้ป่วยไฟฟ้าวินิจฉัย	ไม่ต่ำกว่า ๑๐๐ ราย
ผู้ป่วยที่ต้องใช้กายอุปกรณ์เสริม	ไม่ต่ำกว่า ๕๐ ครั้ง
ผู้ป่วยที่ต้องใช้กายอุปกรณ์เทียม	ไม่ต่ำกว่า ๑๐ ครั้ง
ผู้ป่วย urodynamics หรือ cystometry	ไม่ต่ำกว่า ๑๐ ครั้ง
ผู้ป่วย neurolysis หรือ chemodenervation	ไม่ต่ำกว่า ๑๐ ครั้ง
Ultrasound-guided rehab management	ไม่ต่ำกว่า ๑๐ ครั้ง

เอกสารประกอบการวัดและประเมินผล

- หนังสือรับรองประสบการณ์ภาคปฏิบัติจากสถาบันฝึกอบรมตามที่กำหนด
- นิพนธ์ต้นฉบับงานวิจัยเพื่อตีพิมพ์ (manuscript) พร้อมใบรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์
- เอกสารรับรองการปฏิบัติงานตามแฟ้มสะสมผลงาน

วิธีการประเมินผล ประกอบด้วย

- การสอบภาคทฤษฎี เช่น Multiple Choice Questions (MCQ)
- การสอบภาคปฏิบัติ เช่น Objective Structured Clinical Examination (OSCE), Long case Electrodiagnosis
- การสอบปากเปล่า เช่น Structured Oral examination

เกณฑ์การตัดสิน

- ผู้สอบต้องสอบผ่านทุกส่วน ซึ่งแต่ละส่วนกำหนดเกณฑ์ผ่านโดยคณะกรรมการฝึกอบรมและสอบฯ สาขาเวชศาสตร์ฟื้นฟูที่แพทยสภาเป็นผู้แต่งตั้ง
- ภาคทฤษฎี แบ่งเป็น Basic science และ Clinical science : แพทย์ประจำบ้าน มีสิทธิ์เข้าสอบ Basic science ได้ตั้งแต่ชั้นปีที่ 1 และเมื่อสอบผ่านแล้วสามารถสมัครสอบ Clinical science ได้ทันที
- ภาคปฏิบัติ ประกอบด้วย
 - การสอบ OSCE (Objective Structural Clinical Examination)
 - การสอบการตรวจไฟฟ้าวินิจฉัย (Electrodiagnosis)
 - การสอบสัมภาษณ์ (Oral examination)
- ต้องสอบผ่านเกณฑ์ทั้งภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติ : การสอบภาคปฏิบัติ ต้องสอบให้ผ่านทั้ง 4 part ในกรณีที่สอบไม่ผ่าน part ใด ๆ จะมีสิทธิ์สอบแก้ตัวได้ จะต้องสอบตกไม่เกิน 2 part เท่านั้น

หน้าที่แพทย์ประจำบ้าน

😊 แพทย์ประจำบ้าน ชั้นปีที่ 1

1. การดูแลผู้ป่วยในหอผู้ป่วย วฟ.5 *
 - 1.1 รับผิดชอบผู้ป่วยทุกคนที่อยู่ในความดูแล ขึ้นปฏิบัติงานตั้งแต่ 7.00 น. ทุกวันราชการ และตรวจดูแลผู้ป่วยเสร็จก่อน 8.00 น.
 - 1.2 ซักประวัติและตรวจร่างกาย สรุปปัญหา รวมทั้งเป้าหมายการรักษา plan of treatment ในผู้ป่วยทุกราย และกรอกใน admission form ให้สมบูรณ์
 - 1.3 เขียนใบสั่งการรักษา / โปรแกรมฟื้นฟู ให้เสร็จเรียบร้อยพร้อมให้อาจารย์แพทย์ลงนามกำกับในเช้าวันรุ่งขึ้น (ก่อน 8.30 น.)
 - 1.4 สรุปรายงานผู้ป่วยเมื่อ discharge ใน OPD card และทะเบียนผู้ป่วยใน ภายในเวลาที่กำหนด **
 - 1.5 เขียน progress note อย่างน้อย 3 วันแรกหลังผู้ป่วย admit และเมื่อเปลี่ยนแปลงแผนการรักษา
 - 1.6 รับผิดชอบติดตามผล lab, consultation แผนกต่าง ๆ ให้ทันเวลา
 - 1.7 ปรึกษาปัญหาในการดูแลผู้ป่วยกับอาจารย์แพทย์ แพทย์ประจำบ้านชั้นปีที่ 2, 3 รวมทั้งผู้ร่วมงานในส่วนอื่น ๆ
 - 1.8 เข้าร่วมประชุมแก้ไขปัญหาผู้ป่วย (team meeting) และกิจกรรมวิชาการอื่นๆ
 - 1.9 อธิบายให้ผู้ป่วยและญาติทราบเป้าหมายการรักษา เตรียมผู้ป่วยก่อนกลับบ้าน และติดต่อแผนกสังคมสงเคราะห์ในกรณีจำเป็น
 - 1.10 สามารถให้ basic emergency procedures ได้อย่างถูกต้องเหมาะสม
 - 1.11 การอยู่เวรนอกเวลา ให้ดูใน “ ระเบียบว่าด้วยการอยู่เวรของแพทย์ประจำบ้าน กองเวชศาสตร์ฟื้นฟู ”
 - 1.12 รายงานเหตุการณ์ผู้ป่วยที่มีปัญหา ในขณะที่อยู่เวรต่ออาจารย์แพทย์ในเช้าวันรุ่งขึ้น
 - 1.13 เมื่อผู้ป่วยถึงแก่กรรม ต้องพยายามขอตรวจศพทุกราย และเซ็นใบมรณะบัตร

- 1.14 ให้คำปรึกษาแก่นพท., นศพ. ปี 5, 6 ที่ขึ้นปฏิบัติงานในกองเวชศาสตร์ฟื้นฟู รวมทั้งตรวจทานแก้ไข รายงานผู้ป่วยให้เรียบร้อยสมบูรณ์ และร่วมประเมินผล
2. ออกปฏิบัติงานที่ OPD พร้อมอาจารย์ที่ปรึกษา ตั้งแต่ 9.00 น.
3. ออกตรวจ specialty clinic ในภาคบ่าย
4. การปฏิบัติงานในห้อง EMG
 - 4.1 ทราบวัตถุประสงค์ วิธีการ และภาวะแทรกซ้อนจากการตรวจ EMG
 - 4.2 อธิบายผู้ป่วยให้ทราบ ตามข้อ 4.1
 - 4.3 เขียน EMG report ภายใต้การกำกับดูแลของอาจารย์แพทย์ หรือแพทย์ประจำบ้านชั้นปีที่ 3
 - 4.4 สามารถวางตำแหน่งของ recording , stimulating และ ground electrode ในการทำ nerve conduction study ได้ถูกต้อง
 - 4.5 หาตำแหน่ง distal latency และคำนวณหาค่า NCV ได้อย่างถูกต้อง
 - 4.6 บอกตำแหน่งกล้ามเนื้อที่ต้องการศึกษาได้ถูกต้อง
 - 4.7 อธิบาย parameters ของ normal insertional activity , motor unit action potentials และ recruitment / interference pattern ได้
 - 4.8 อธิบายลักษณะ spontaneous activity (resting potential) และการแปลผลในแง่การวินิจฉัย
 - 4.9 ตรวจสอบความเรียบร้อยของเครื่องมือและอุปกรณ์ที่ใช้แล้ว หลังเสร็จสิ้นการตรวจในแต่ละวัน
5. รับผิดชอบและเข้าร่วมกิจกรรมวิชาการที่ได้รับมอบหมาย
 - * ให้ดู “แนวทางปฏิบัติการรักษาฟื้นฟูผู้ป่วยในหอผู้ป่วย กองเวชศาสตร์ฟื้นฟู” ประกอบด้วย
 - ** คู่มือ “แนวทางปฏิบัติทั่วไปของแพทย์ประจำบ้าน กองเวชศาสตร์ฟื้นฟู ”

แพทย์ประจำบ้าน ชั้นปีที่ 2

1. การดูแลผู้ป่วยในหอผู้ป่วย วฟ. 4 โดยใช้การปฏิบัติ เช่นเดียวกับแพทย์ประจำบ้านปี 1
2. ให้คำปรึกษาการดูแลผู้ป่วยแก่แพทย์ประจำบ้านชั้นปีที่ 1 และ นพท., นศพ.
3. ออกปฏิบัติงานที่ OPD พร้อมอาจารย์ที่ปรึกษา ตั้งแต่ 9.00 น.
4. ออกตรวจ specialty clinic ในภาคบ่าย
5. การปฏิบัติงานในห้อง EMG

ทราบและอธิบายหลักการของการตรวจ EMG เพื่อการวินิจฉัยภาวะต่างๆได้
แปลผล, บอก prognosis และ follow up หรือแนะนำการตรวจเพิ่มเติมอื่นได้ถูกต้อง
ทำการตรวจ EMG ภายใต้การกำกับดูแลของอาจารย์แพทย์ หรือแพทย์ประจำบ้านชั้นปีที่ 3

 6. ผ่านการปฏิบัติงานนอกกองเวชศาสตร์ฟื้นฟู ตามตาราง Rotation เป็นระยะเวลา 10 – 12 สัปดาห์
 7. ออกหน่วยมูลนิธิฯ 1 สัปดาห์
 8. รับผิดชอบ bedside PT ***

ตรวจประเมินผู้ป่วยที่ได้รับมอบหมาย (รับใบ consult จาก OPD) ภายใน 24 ชั่วโมง
ให้โปรแกรมฟื้นฟูและเขียนใบ PT prescription ภายใต้คำแนะนำของอาจารย์ที่ปรึกษา
ติดตามอาการผู้ป่วยอย่างน้อยสัปดาห์ละ 1 ครั้ง จนกว่าจะสิ้นสุดการให้โปรแกรม bedside
9. ทำการวิจัย 1 เรื่อง โดยเสนอโครงร่างการวิจัยต่อที่ประชุมอาจารย์แพทย์ ภายในเดือน สิงหาคม ของปี การศึกษานั้น

*** คู่มือเขียนปฏิบัติเรื่อง bedside PT



แพทย์ประจำบ้าน ชั้นปี 3

1. การปฏิบัติงานในหอผู้ป่วย (วฟ. 4, 5)
 - 1.1 ให้คำปรึกษา และควบคุมการทำงานของแพทย์ประจำบ้าน ปี 1, 2, นพท. และ นศพ.
 - 1.2 สอน นพท. และ นศพ. ตาม TOPIC ที่ได้รับมอบหมาย และร่วมประเมินผล
 - 1.3 แจกจ่าย case ให้กับนพท. และ นศพ. ปี 5 ที่ขึ้นปฏิบัติงานในกอง วฟ.
 - 1.4 จัดตารางเวรแพทย์ประจำบ้านทุกชั้นปี
 - 1.5 ควบคุมจัดการเตียงผู้ป่วยใน รับรู้การรับย้ายผู้ป่วยใน Ward
 - 1.6 ประสานงานระหว่างบุคลากรที่ร่วมให้การรักษาผู้ป่วย
 - 1.7 เป็นผู้นำทีมในการประชุม TEAM MEETING
 - 1.8 ตรวจ DISCHARGE SUMMARY ของแพทย์ประจำบ้านชั้นปีที่ 1, 2
2. ปฏิบัติงานที่ OPD ภายใต้อำนาจของอาจารย์แพทย์ ตั้งแต่ 9.00 น. และไม่ควรรออกจาก OPD ก่อนเที่ยง
3. ออกตรวจ specialty clinic ในภาคบ่าย
4. ปฏิบัติงานในห้อง EMG
 - 4.1 สามารถทำการตรวจและแปลผล EDx ภายใต้อำนาจของอาจารย์แพทย์
 - 4.2 สอนให้คำแนะนำ และกำกับดูแลการทำงานของแพทย์ประจำบ้านชั้นปีที่ 1, 2
5. จัดตารางกิจกรรมวิชาการให้เป็นไปด้วยความเรียบร้อย จัดเวรรับผิดชอบการใช้ห้องประชุมและโสตทัศนูปกรณ์
6. ต้องทราบการลาของแพทย์ประจำบ้านทุกราย และรับผิดชอบจัดเวรทดแทน รวมทั้งแจ้งอาจารย์ที่ปรึกษาของแพทย์ประจำบ้านท่านนั้น
7. ทำการวิจัยแล้วเสร็จ 1 เรื่อง นำเสนอผลงานวิจัยในงานประชุมวิชาการ รพ.ร.ร.6 และประชุมราชวิทยาลัยแพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู
8. ผ่านการปฏิบัติงานนอกกอง ตามตาราง rotation แพทย์ประจำบ้าน เป็นระยะเวลา 8 - 10 สัปดาห์
9. รับปรึกษา bedside PT

ตรวจประเมินผู้ป่วยที่ได้รับมอบหมาย (รับใบ consult จาก OPD) ภายใน 24 ชั่วโมง
ให้โปรแกรมฟื้นฟูและเขียนใบ PT prescription ภายใต้อำนาจของอาจารย์ที่ปรึกษา
ติดตามอาการผู้ป่วยอย่างน้อยสัปดาห์ละ 1 ครั้ง จนกว่าจะสิ้นสุดการให้โปรแกรม bedside

@ คู่มือเขียนปฏิบัติเรื่องเกณฑ์การรับย้ายผู้ป่วยและโควตาเตียง

หมายเหตุ : แพทย์ประจำบ้านทุกชั้นปีจะต้องปฏิบัติงานด้วยความรับผิดชอบ โดยคำนึงถึงศักดิ์ศรีของวิชาชีพ และมีจริยธรรมทางการแพทย์อย่างเคร่งครัด ทั้งต่อผู้ป่วย ญาติ และเพื่อนร่วมงาน อาทิเช่น ในผู้ป่วยและญาติก็ต้องคำนึงถึงเรื่องของสิทธิผู้ป่วย การรักษาความลับของผู้ป่วย การปฏิบัติต่อผู้ป่วยและญาติอย่างมีเมตตา สำหรับการปฏิบัติต่อเพื่อนร่วมงานก็พึงให้เกียรติซึ่งกันและกัน โดยให้ถือว่าทุกสาขาวิชาชีพต่างก็มีความสำคัญเช่นกัน เป็นต้น

แนวทางปฏิบัติทั่วไปของแพทย์ประจำบ้าน กองเวชศาสตร์ฟื้นฟู รพ.ร.ร.6

1. การปฏิบัติงานในหอผู้ป่วย (วฟ.4 & วฟ.5)

- แพทย์ประจำบ้านรับผู้ป่วยใหม่ ตามอาจารย์ที่ปรึกษา (เจ้าของไข้) หรือหมุนเวียนกันรับผู้ป่วยในกรณีอาจารย์เจ้าของไข้ไม่มีแพทย์ประจำบ้านรับผิดชอบโดยตรง
- บันทึกในเวชระเบียนผู้ป่วยให้เรียบร้อย, สมบูรณ์ **

: ADMISSION REPORT กรณีผู้ป่วยรับใหม่โดยตรง (ไม่ได้รับย้ายจาก WARD อื่น)

หรือ ADMISSION NOTE กรณีผู้ป่วยที่รับย้ายมาจาก WARD อื่น **ต้องเสร็จสิ้นภายใน 24 ชั่วโมง** นับจาก ADMIT / รับย้าย

: DOCTOR ORDER ให้สั่งการรักษาภายในวันนั้น เพื่อให้พยาบาลสามารถปฏิบัติงานได้ทันที และต้องมีการ **REVIEW ทุก 2 สัปดาห์** เป็นอย่างน้อย

: REHABILITATION PRESCRIPTION ควรสั่งการรักษาโดยปรึกษากับอาจารย์ที่ปรึกษาก่อนทุกครั้ง ให้เสร็จสิ้นภายในเช้าวันรุ่งขึ้น (ก่อน 8.30) เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถรับการฟื้นฟูได้ทันที

: REVIEW REHABILITATION PRESCRIPTION ทุกสัปดาห์ ให้พร้อมในเช้าวันจันทร์

: PROGRESS NOTE ผู้ป่วยทุกราย 3 วันแรก หลัง Admit ให้ progress ทุกวัน, ลงบันทึกทุกครั้งที่มีการเปลี่ยนแปลงการรักษา และบันทึก **อย่างน้อยทุก 3 วัน**

: DISCHARGE SUMMARY ใน OPD CARD และลง computer ให้เสร็จภายใน 2 วัน

ในทะเบียนผู้ป่วยในให้เสร็จภายใน 5 วัน นับจากวันที่ผู้ป่วย DISCHARGE

ให้ดูแนวทางปฏิบัติในการฟื้นฟูร่วมของผู้ป่วยในหอผู้ป่วย กองเวชศาสตร์ฟื้นฟูฯ ประกอบด้วย

- การอยู่เวรของแพทย์ประจำบ้าน ให้ดู ระเบียบว่าด้วยการอยู่เวรของแพทย์ประจำบ้าน กองเวชศาสตร์ฟื้นฟู

2. การปฏิบัติงานแผนกตรวจโรคผู้ป่วยนอก (OPD)

- แพทย์ประจำบ้านชั้นปีที่ 1 ร่วมตรวจผู้ป่วยกับอาจารย์ที่ปรึกษา ตามตารางการปฏิบัติงานของอาจารย์ที่ปรึกษา ทั้ง OPD, EMG, คลินิกพิเศษอื่น ๆ แพทย์ประจำบ้านชั้นปีที่ 2, 3 ปฏิบัติงานภายใต้การดูแลของอาจารย์ที่ปรึกษาในขณะนั้น
- เวลาที่ออกปฏิบัติงานเริ่ม 9.00 น. หรือหลังจากเสร็จสิ้น MORNING REPORT / ONFERENCE และ ไม่ควรออกจาก OPD ก่อนเที่ยง

3. การปฏิบัติงานด้านการอบรม / วิชาการ

- เข้าร่วมประชุมให้ตรงเวลาตามตารางกิจกรรมวิชาการ ของกองเวชศาสตร์ฟื้นฟู รพ.ร.ร.6 รับผิดชอบในกิจกรรมที่ได้รับมอบหมาย
- มีส่วนร่วมในการสอนและประเมิน นพท., นศพ. ในขณะที่ปฏิบัติงานในกองเวชศาสตร์ฟื้นฟู รพ.ร.ร.6
- เข้าร่วมประชุม CASE PRESENTATION

4. การปฏิบัติทางธุรการ กองเวชศาสตร์ฟื้นฟู รพ.ร.ร.6

สาย 1 สายกำลังพล

- แพทย์ประจำบ้านสังกัด พบ. การเบิกเงินเพิ่มสำหรับตำแหน่งที่มีเหตุพิเศษของผู้ปฏิบัติงานด้านการสาธารณสุข (พตส.) เอกสารที่ใช้ประกอบในการเบิก จำนวน 2 ชุด มีดังนี้.-
 1. ปริญญาบัตร
 2. ใบประกอบโรคศิลป์
 3. คำสั่งบรรจุครั้งแรก
 4. สำเนาบัญชีธนาคารทหารไทย สาขารพ.พระมงกุฎเกล้า

สาย 2 สายธุรการ

การลา ต้องแจ้งให้อาจารย์ที่ปรึกษาในขณะที่นั้นทราบล่วงหน้า ยกเว้นกรณีสุดวิสัยพร้อมทั้งส่งใบลาที่
 ธุรการ กองเวชศาสตร์ฟื้นฟู ทั้งนี้ วันลาทั้งหมดรวมกันไม่เกิน 10 วันทำการ/ปี (ไม่มีการลาสะสม)

การเบิกค่ารักษาพยาบาล แพทย์ประจำบ้านสังกัด พบ. เอกสารที่ใช้ประกอบในการเบิกของครอบครัว
 จำนวน 2 ชุด มีดังนี้.- 1. สำเนาทะเบียนบ้าน 2. สำเนาบัตรประชาชน 3. สูติบัตรของบุตร
การขอรอดู ของโรงพยาบาลเพื่อไปนอกหน่วย

- กรณีไม่เร่งด่วน แพทย์ประจำบ้านผู้รับผิดชอบ เขียนใบขออนุญาตใช้รถล่วงหน้า 2 วันทำการที่ธุรการ กองเวชศาสตร์ฟื้นฟู
- กรณีด่วน ให้แพทย์ประจำบ้านผู้รับผิดชอบ โทรศัพทประสานงานกับเจ้าหน้าที่ประจำโรงรถของโรงพยาบาลก่อน (โทร 93656) โดยแจ้งรายละเอียดว่าจะไปเพื่ออะไร สถานที่ วัน เวลา พร้อมทั้งสอบถามนามผู้รับสายแล้วติดต่อเจ้าหน้าที่ธุรการ กองเวชศาสตร์ฟื้นฟู เพื่อเขียนใบขออนุญาตใช้รถแล้วเจ้าหน้าที่ธุรการเดินหนังสือภายนอก นำใบขออนุญาตใช้รถไป ส่งที่แผนกขนส่งของโรงพยาบาลโดยด่วน

สาย 3 สายงานวิชาการ

- ตารางกิจกรรมวิชาการ ตารางเวร ผู้รับผิดชอบกรุณาส่งล่วงหน้าอย่างน้อย 5 วันก่อนถึงวันสุดท้ายของเดือน
- การส่งแบบประเมิน ควรรวบรวมและแยกมาเป็นชั้นปี โดยมีผู้รับผิดชอบนำส่งเจ้าหน้าที่สายงาน
- การส่งโครงงานวิจัยและงานวิจัย ควรเตรียมพร้อมให้เรียบร้อย ส่งชุดจริงให้เจ้าหน้าที่สายงาน แพทย์ประจำบ้าน **ชั้นปีที่ 2** ส่งโครงงานวิจัย จำนวน 2 ชุด
 แพทย์ประจำบ้าน **ชั้นปีที่ 3** ส่งงานวิจัย จำนวน 18 ชุด
- การขออนุญาตไปประชุม อบรม ศึกษา ศึกษา สัมมนา ดูงานนอกหน่วย ขอความเห็นชอบจากอาจารย์ที่ปรึกษาหรืออาจารย์แพทย์แล้ว ควรแจ้งเจ้าหน้าที่สายงานทราบล่วงหน้าอย่างน้อยประมาณ 1 สัปดาห์ เพื่อดำเนินการด้านงานธุรการต่อไป

สาย 4 สายงานส่งกำลังบำรุง

- การเบิกสิ่งอุปกรณ์สิ้นเปลืองรายเดือน ควรเขียนใบบันทึกข้อความเล็ก พร้อมทั้งเขียนชื่อ และชื่อสกุลผู้เบิก เพื่อการประสานงานต่อไป

ระเบียบปฏิบัติโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า พ.ศ. 2542
ว่าด้วยเรื่อง “ การอยู่เวรของแพทย์ประจำบ้าน ”
กองเวชศาสตร์ฟื้นฟู รพ.ร.ร.6

เพื่อให้การอยู่เวรของแพทย์ประจำบ้าน กองเวชศาสตร์ฟื้นฟู รพ.ร.ร.6 ดำเนินไปด้วยความเรียบร้อย มีประสิทธิภาพและประสิทธิผล สมความมุ่งหมายของทางราชการ จึงให้แพทย์ประจำบ้านปฏิบัติ ดังนี้ :-

1. ระเบียบนี้เรียกว่า “ ระเบียบปฏิบัติ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า พ.ศ. 2542 ว่าด้วยเรื่องระเบียบปฏิบัติการอยู่เวรของแพทย์ประจำบ้าน กองเวชศาสตร์ฟื้นฟู รพ.ร.ร.6 ”
2. ให้ใช้ระเบียบนี้ตั้งแต่วันนี้เป็นต้นไป
3. แพทย์ประจำบ้าน 1st CALL ประจำวันนั้น (แพทย์เวร) ต้องมาประจำที่หอผู้ป่วยหรือหอพักแพทย์ใน รพ.ร.ร.6 ให้สามารถตามตัวได้ตลอดเวลา
4. แพทย์เวรต้องประสานงานกับเจ้าหน้าที่เวรประจำหอผู้ป่วย (วฟ. 4 , วฟ. 5) เพื่อทราบสถานการณ์ในหอผู้ป่วยประจำวันนั้น
5. กรณีที่แพทย์เวรจำเป็นต้องออกไปทำธุระนอกโรงพยาบาล ต้องแจ้งให้เจ้าหน้าที่พยาบาล (หัวหน้าเวร) ประจำวันนั้น (ทั้ง วฟ. 4 , วฟ. 5) ทราบ และบอกวิธีตามตัวให้ชัดเจน
6. ให้ทางหอผู้ป่วยมี BOARD หรือตำแหน่งที่เห็นได้ชัดเจนเขียนชื่อแพทย์เวร และวิธีการตามตัวประจำวันนั้น
7. กรณีตามแพทย์เวรไม่ได้
 - 7.1 ให้เจ้าหน้าที่เวรประจำหอผู้ป่วยในวันนั้น แจ้งอาจารย์แพทย์ผู้รับผิดชอบประจำเดือนนั้นทราบในวันรุ่งขึ้นทันที ให้คณะอาจารย์แพทย์พิจารณาตัดสิน
 - 7.2 แพทย์เวรผู้นั้นต้องเขียนรายงานชี้แจงเหตุผล ส่งต่ออาจารย์แพทย์
 - 7.3 หากมีความผิดจริงให้แพทย์เวรผู้นั้น อยู่เวรทดแทนในวันอื่นเพิ่ม 2 วัน
 - 7.4 กรณีมีปัญหาซ้ำซ้อน (มีความผิดซ้ำ) , กรณีตัดสินไม่ได้หรือกรณีที่รุนแรงจนผู้ป่วย เข้าชั้นวิกฤติ / ถึงแก่ความตายโดยไม่สมควร ให้ รอง ผอ.กองเวชศาสตร์ฟื้นฟู รพ.ร.ร.6 ตั้งกรรมการสอบสวน หากผลการสอบสวนมีความผิดจริง ให้ลงโทษตั้งแต่
 - 7.4.1 ทำทัณฑ์บน
 - 7.4.2 ซ้ำชั้น
 - 7.4.3 ให้ออกจาก TRAINING PROGRAM
 - 7.4.4 ไม่ส่งชื่อสอบ BOARD
8. ให้แพทย์ประจำบ้าน กองเวชศาสตร์ฟื้นฟู รพ.ร.ร.6 เป็นผู้ร่วมรักษาระเบียบนี้และถือเป็นแนวทางปฏิบัติ
9. ให้แพทย์กองเวชศาสตร์ฟื้นฟู รพ.ร.ร.6 เป็นผู้รักษาระเบียบนี้และถือปฏิบัติโดยเคร่งครัด

แนวทางในการปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษา

กวฟ.รพ.รร6 มอบหมายการกำกับดูแลแพทย์ประจำบ้านผ่าน 2 แนวทาง ได้แก่ อาจารย์ในสายการปฏิบัติงาน ซึ่งจะดูแลแพทย์ประจำบ้านในอัตราส่วนประมาณ 1:1 – 1:2 และอาจารย์ที่ปรึกษาประจำชั้นปี แพทย์ประจำบ้านสามารถปรึกษาอาจารย์ทั้งสองท่านนี้ได้ตามแนวทางดังนี้

1. หากมีเหตุฉุกเฉิน หรือประสบภาวะวิกฤติ แพทย์ประจำบ้านสามารถแจ้งอาจารย์ที่ปรึกษาได้ตลอดเวลา แต่หากเป็นเรื่องไม่ฉุกเฉิน แนะนำให้แพทย์ประจำบ้านนัดหมายล่วงหน้าเพื่อขอคำปรึกษากับอาจารย์
2. กวฟ.รพ.รร6 กำหนดให้อาจารย์ประจำสายปฏิบัติงานรับการปรึกษาจากแพทย์ประจำบ้านอย่างน้อยสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ในวันที่นัดตรวจผู้ป่วยใน (IPD round) สามารถปรึกษาได้
3. แพทย์ประจำบ้านสามารถปรึกษาอาจารย์ได้ทุกเรื่อง ทั้งเรื่องวิชาการ ปัญหาข้อขัดข้องในการทำงาน ปัญหาทางสังคม สุขภาพร่างกาย หรือสุขภาพะทางจิต
4. เพื่อเป็นการรักษาความลับของแพทย์ประจำบ้าน อาจารย์ที่ปรึกษาจะไม่บันทึกปัญหาที่แพทย์ประจำบ้านไม่ต้องการให้เปิดเผย และดำเนินการช่วยเหลืออย่างเต็มที่โดยเคารพในศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ของแพทย์ประจำบ้าน

แนวทางการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศอย่างมีจริยธรรม

แพทย์ประจำบ้านมีหน้าที่ใช้เทคโนโลยีสารสนเทศของ รพ.รร6 ด้วยความระมัดระวัง โดยต้องคำนึงถึงจริยธรรมและต้องเคารพในสิทธิของผู้ป่วยเสมอ ดังนี้

1. แพทย์ประจำบ้านต้องขออนุญาตผู้ป่วยเสมอก่อนถ่ายภาพ หรือวิดีโอของผู้ป่วย และไม่มีสิทธิถ่ายภาพหากผู้ป่วยหรือญาติไม่ยินยอม
2. ในการเผยแพร่รูปภาพของผู้ป่วยทางอินเทอร์เน็ต ต้องปกปิดใบหน้า หรือสัญลักษณ์ใดๆที่จะทำให้ระบุถึงตัวบุคคลได้
3. แพทย์ประจำบ้านสามารถรายงานประวัติและผลการตรวจร่างกายของผู้ป่วยบนสื่ออิเล็กทรอนิกส์เพื่อการศึกษาได้ แต่ต้องปกปิดชื่อ และหมายเลขประจำตัว หรือข้อมูลใดๆที่จะทำให้สืบไปถึงตัวบุคคลได้
4. ห้ามโพสรูปภาพ เรื่องราว หรือคำสนทนาของผู้ป่วยบนอินเทอร์เน็ตเพื่อความบันเทิงโดยเด็ดขาด

คำแนะนำในการนำเสนอเป็นภาษาอังกฤษ

เพื่อเป็นการฝึกฝนทักษะการใช้ภาษา และสร้างความคุ้นเคยในการสื่อสารด้วยภาษาอังกฤษ กวฟ.รพ.รร6 กำหนดให้แพทย์ประจำบ้านต้องนำเสนอด้วยภาษาอังกฤษอย่างน้อยเดือนละ 1 ครั้ง สำหรับแพทย์ประจำบ้านที่อาจไม่คุ้นเคยกับการใช้ภาษาอังกฤษ สามารถปฏิบัติตามคำแนะนำได้ดังนี้

1. เมื่อได้เตรียมสไลด์สำหรับนำเสนอเสร็จสมบูรณ์ แพทย์ประจำบ้านควรร่างบทนำเสนอในแต่ละสไลด์เป็นภาษาอังกฤษ
2. อ่านออกเสียงทวนหลายๆครั้ง เพื่อปรับแต่งประโยคให้สั้น กระชับ และไม่ซ้ำซ้อน
3. หากมีเวลาเพียงพอ การท่องประโยคภาษาอังกฤษ และนำเสนอโดยใช้การท่องจำ จะทำให้สามารถจดจำรูปประโยคที่ใช้บ่อย จนสามารถพูดได้อย่างชำนาญเมื่อมีโอกาสได้นำเสนอหลายครั้ง
4. หากไม่มีเวลาเพียงพอที่จะท่องบทนำเสนอ แพทย์ประจำบ้านสามารถนำเสนอโดยการอ่านได้ ทั้งนี้ควรพยายามจดจำรูปประโยคที่ใช้บ่อย ที่ถูกต้องตามหลักไวยากรณ์ และมีความสวยงามทางภาษาไว้ เพื่อให้นำเสนอในอนาคต

มาตรฐานการอภิปรายเชิงวิชาการของแพทย์ประจำบ้าน กวฟ.รพ.รร6

การร่วมอภิปรายในที่ประชุมเชิงวิชาการ ถือเป็นส่วนหนึ่งของการฝึกอบรมและเป็นหน้าที่ของแพทย์ประจำบ้านที่จะต้องเตรียมข้อมูลมาเพื่ออภิปรายเสมอ การฝึกอภิปรายบ่อยๆจะช่วยให้แพทย์ประจำบ้านได้ฝึกฝนทักษะในการวิเคราะห์ข้อมูล ฝึกรวบรวมและเรียบเรียงข้อมูลเชิงวิทยาศาสตร์ ที่สำคัญคือได้ฝึกฝนทักษะในการพูดที่น่าสนใจและน่าเชื่อถือ อันจะเป็นประโยชน์ต่อชีวิตการทำงานของท่านในอนาคต กวฟ.รพ.รร6 ได้กำหนดมาตรฐานของการอภิปรายเชิงวิชาการที่ดีไว้ดังนี้

1. ต้องค้นคว้าข้อมูลเกี่ยวกับเรื่องที่จะอภิปราย
2. เลือกอภิปรายเรื่องที่น่าสนใจพูดได้ไม่ซ้ำซ้อน และท่านมีคำอธิบายที่น่าจะเสริมความเข้าใจได้
3. เลือกอภิปรายประเด็นที่ท่านเห็นว่าสำคัญแต่ผู้อื่นยังไม่ได้กล่าวถึง
4. ต้องอภิปรายด้วยข้อมูลที่มีเหตุผลเชิงวิทยาศาสตร์
5. แพทย์ประจำบ้านชั้นปีที่ 2 สามารถอภิปรายโดยใช้ข้อมูลจากตำรามาตรฐานได้
6. แพทย์ประจำบ้านชั้นปีที่ 3 ควรอภิปรายบนพื้นฐานของเวชศาสตร์เชิงประจักษ์
7. สามารถแสดงความคิดเห็นส่วนตัวได้ในเรื่องที่เกี่ยวข้อง แต่ต้องมีสัดส่วนน้อยกว่าการอภิปรายบนพื้นฐานของทฤษฎีหรือข้อมูลเวชศาสตร์เชิงประจักษ์
8. สามารถเล่าประสบการณ์ส่วนตัวได้ แต่ต้องแสดงความเชื่อมโยงหรือมีการเปรียบเทียบกับทฤษฎีหรือข้อมูลเวชศาสตร์เชิงประจักษ์
9. สามารถอ้างอิงความคิดเห็นส่วนตัวของอาจารย์บางท่านได้ หากเป็นอาจารย์ที่ได้รับการยอมรับนับถือโดยทั่วไปว่ามีความเชี่ยวชาญในเรื่องที่ท่านกำลังอภิปราย
10. ไม่อนุญาตให้หยิบยกความคิดเห็นหรือแนวทางปฏิบัติของแพทย์ประจำบ้านด้วยกันทั้งในสาขาเวชศาสตร์ฟื้นฟูหรือต่างสาขา อาทิเช่น เคยเห็นเรลิเดินอายุรกรรมเขาบอกว่า..., เคยเห็นเรลิเดินศัลย์เขาทำแบบนี้
11. รับฟังความเห็นต่าง รวมทั้งแสดงความเห็นต่างอย่างสุภาพและให้เกียรติผู้ร่วมอภิปรายเสมอ
12. อภิปรายสั้น กระชับ ตรงประเด็น เข้าใจง่าย และมีการเรียงลำดับคำพูดที่ดี ด้วยความมั่นใจเสียงดังฟังชัด

ความปลอดภัยระหว่างปฏิบัติงาน และระหว่างพักอาศัยในโรงพยาบาล

ความปลอดภัยในการทำงาน - แพทย์ประจำบ้านควรปฏิบัติงานด้วยความระมัดระวังอันตรายจากการทำงาน ซึ่งอาจเกิดขึ้นได้ ดังนี้

- 1) การถูกเข็มทิ่มตำและการถูกสารคัดหลั่งเข้าตา

แพทย์ประจำบ้านควรใส่ถุงมือเพื่อป้องกันเสมอ เมื่อจะต้องทำหัตถการที่ใช้ของมีคม เช่น การทำ EMG หรือ dry needling และควรใส่แว่นตาป้องกันเสมอหากต้องทำงานที่เสี่ยงต่อการกระเด็นเข้าตาของสารคัดหลั่ง อย่างไรก็ตาม อย่างไรก็ดี หากมีอุบัติเหตุเข็มทิ่มตำ หรือสารคัดหลั่งเข้าตา ให้แจ้งอาจารย์ผู้ดูแลตามสายการปฏิบัติงาน เพื่อดำเนินการขอความร่วมมือจากผู้ป่วยในการตรวจ anti-HIV, HBS-Ag และ anti-HBC หากผู้ป่วยไม่ยินยอม กวฟ.รพ.ร6 มีหน้าที่จัดหา ยาปฏิชีวนะที่เหมาะสมให้แพทย์ประจำบ้านโดยเร็วที่สุด

- 2) การถูกสารเคมีกระเด็นเข้าตา

ในการทำหัตถการ neurolysis แพทย์ประจำบ้านควรตรวจสอบเข็มฉีดยาน้ำยาฟินอลเสมอ อย่าใช้เข็มที่อุดตัน นอกจากนั้น ควรใส่แว่นตาป้องกันที่ กวฟ.รพ.ร6 เตรียมไว้แล้วที่ห้องปฏิบัติการไฟฟ้าวินิจฉัย อย่างไรก็ตาม หากเกิดอุบัติเหตุ สารเคมีเข้าตา ให้ล้างตาทันทีด้วยน้ำสะอาด จากนั้นแจ้งอาจารย์ประจำสายปฏิบัติงานนำส่งกองจักษุกรรม เพื่อรับการรักษอย่างเหมาะสม

- 3) การใช้เลเซอร์

แพทย์ประจำบ้านต้องใช้แว่นตากรองแสงเลเซอร์เสมอ ต้องปิดประตูห้องเลเซอร์ และเปิดสวิทช์ไฟเพื่อแจ้งเตือนให้เพื่อร่วมงานทราบว่าท่านกำลังใช้เครื่องเลเซอร์

ความปลอดภัยระหว่างการอยู่เวร

อาคารเวชศาสตร์ฟื้นฟู เป็นอาคารที่มีความปลอดภัยเนื่องจากมีระบบโทรทัศน์วงจรปิด ซึ่งเปิดรับสัญญาณตลอด 24 ชั่วโมง นอกจากนั้น ประตูอาคารจะปิดหลังเวลา 20.00 น ทุกวัน ดังนั้นจึงไม่แนะนำให้แพทย์ประจำบ้าน เข้าออกอาคาร หลังเวลา 20.00 น. เนื่องจากอาจมีมิวจาชีพแฝงตัวเข้ามาในโรงพยาบาลในเวลากลางคืน

ความปลอดภัยในการพักอาศัย

หอพักแพทย์ประจำบ้านอยู่ในการดูแลของคณะกรรมการหอพักแพทย์ประจำบ้าน ศูนย์บริหารงานวิชาการและวิเทศสัมพันธ์ รพ.พระมงกุฎเกล้า มีเจ้าหน้าที่ประจำทั้งในและนอกเวลาราชการ สามารถติดต่อได้เมื่อมีเหตุฉุกเฉิน มีระบบรักษาความปลอดภัย ได้แก่ คีย์การ์ด และกล้องวงจรปิด ถึงกระนั้นก็ยังมิบุคคลภายนอก แฝงตัวเข้ามาโจรกรรมทรัพย์สินของแพทย์ประจำบ้านได้ แพทย์ประจำบ้านจึงควรล็อกประตูห้องไว้เสมอ และไม่วางทรัพย์สินมีค่าไว้นอกห้อง

แนวทางปฏิบัติทั่วไปของอาจารย์แพทย์ สำหรับการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้าน กอเวชศาสตร์ฟื้นฟู

- อาจารย์แพทย์ทุกท่านเป็นกรรมการวิชาการ , กรรมการเวชระเบียน หมุนเวียนกันปฏิบัติหน้าที่คราวละ 1 เดือน (ตามตารางแพทย์เวรที่ปรึกษา กอเวชศาสตร์ฟื้นฟู) รวมทั้งเป็นอาจารย์ที่ปรึกษาแพทย์ประจำบ้าน ** (ตามตารางแพทย์ที่ปรึกษา)
 - อาจารย์แพทย์ปฏิบัติหน้าที่กรรมการวิชาการในแต่ละเดือนมีหน้าที่
 1. ให้คำปรึกษา, กำกับ, ตรวจสอบตารางกิจกรรมวิชาการ ซึ่งหัวหน้าแพทย์ประจำบ้านเป็นผู้ร่างประจำเดือนที่รับผิดชอบ
 2. ตรวจสอบเวชระเบียนผู้ป่วยใน มีหลักเกณฑ์พิจารณาดังนี้ *
 - : ADMISSION NOTE แรกจะต้องเสร็จสิ้นภายใน 24 ชั่วโมงหลัง ADMIT / รับย้ายผู้ป่วย
 - : PROGRESS NOTE ทุก 3 วัน เป็นอย่างน้อย
 - : DOCTOR ORDER , ใบ PRESCRIPTION (PT / OT / RT / SPEECH)
 - กรณีผู้ป่วยมาถึงก่อน 16:00 น. ให้ส่งการรักษาเสร็จสิ้นภายในวันนั้น
 - : DOCTOR ORDER ต้องมีการ REVIEW ทุก 2 สัปดาห์
 - : ใบ PRESCRIPTION ต้องมีการ REVIEW ทุกสัปดาห์ให้พร้อมในเช้าวันจันทร์
 - : DISCHARGE SUMMARY ใน OPD CARD เสร็จใน 2 วัน, ทะเบียน ผู้ป่วยใน ต้องเสร็จภายใน 7 วัน นับจากผู้ป่วย DISCHARGE **
 3. เป็นผู้นำกลุ่มในการประชุม TEAM MEETING, และเข้า GRAND ROUND ทุกสัปดาห์
 4. รับผิดชอบในการเข้าร่วมกิจกรรมทางวิชาการประจำเดือนนั้น ๆ
- * ให้อาจารย์แพทย์ปฏิบัติกรตรวจสอบเวชระเบียนผู้ป่วย รพ.รร6
- ** **หมายเหตุ** หากพบความบกพร่องให้ทำการตักเตือน ถ้าพบความบกพร่องเป็นประจำ ไม่มีการปรับปรุงแก้ไข แม้จะได้รับการตักเตือนแล้ว ให้อาจารย์ส่งเรื่องเข้าที่ประชุมคณะกรรมการอาจารย์แพทย์ เพื่อพิจารณาต่อไป

หน้าที่อาจารย์แพทย์ที่ปรึกษาแพทย์ประจำบ้าน

1. กำกับดูแลการปฏิบัติงาน ของแพทย์ประจำบ้านที่อยู่ในความดูแล (ตามตารางปฏิบัติงานแพทย์ประจำบ้าน กองเวชศาสตร์ฟื้นฟู) ทั้งในหอผู้ป่วย, การออกตรวจผู้ป่วยนอก, การปฏิบัติงานในห้อง EMG, การรับปรึกษาผู้ป่วยนอก กองเวชศาสตร์ฟื้นฟู (BEDSIDE CONSULTATION) รวมถึงกิจกรรมวิชาการอื่น ๆ
2. ให้คำปรึกษาในการเขียนใบ PRESCRIPTION, ADMISSION NOTE, CONSULTATIONNOTE และอื่น ๆ
3. ช่วยตรวจเวชระเบียนผู้ป่วยที่อยู่ในความรับผิดชอบ โดยเฉพาะการสรุป DISCHARGE SUMMARY และการลงรหัส ICD 10 หากพบความบกพร่องใดๆ ให้ทำการดักเตือน และแจ้งแก่อาจารย์แพทย์ที่ปรึกษาที่เกี่ยวข้องโดยตรงด้วย ในกรณีที่แพทย์ประจำบ้านผู้นั้นไม่ได้อยู่ในความรับผิดชอบในขณะนั้น
4. เช่นชื่อกำกับารรับผู้ป่วยใน, การช่วยหรือทำ CASE EMG รวมถึงหัตถการอื่น ๆ ที่ได้ทำ เช่น LOCAL INJECTION, EPIDURAL STEROID INJECTION, PHENOL BLOCK ในสมุดประจำตัวแพทย์ประจำบ้าน
5. อนุมัติการลาป่วย, ลาพัก, ลาพักร้อน โดยเช่นชื่อกำกับในใบลา
6. ร่วมประเมินผล, ให้ข้อคิดเห็นเกี่ยวกับการเรียนการสอนแพทย์ประจำบ้าน ในกองเวชศาสตร์ฟื้นฟู เพื่อเป็นการยกระดับมาตรฐานวิชาชีพ โดยส่งใบประเมินผลทุก 3 เดือน
7. ให้คำปรึกษาด้านการวิจัย, กระตุ้นให้แพทย์ประจำบ้านทำงานวิจัยที่ได้มาตรฐาน (ทั้งนี้ กองเวชศาสตร์ฟื้นฟู มีนโยบายให้แพทย์ประจำบ้านชั้นปีที่ 2 ต้องเสนอโครงร่างการวิจัยในที่ประชุม ก่อนเดือน ส.ค.)

ระเบียบการขอพักการศึกษา

ในกรณีที่แพทย์ประจำบ้านมีปัญหาด้านสุขภาพ หรือมีเหตุจำเป็นอื่นๆ ที่ทำให้ไม่สามารถเข้ารับการฝึกศึกษาได้อย่างต่อเนื่อง หรือมีความจำเป็นจะต้องลาพักการศึกษา ให้แพทย์ประจำบ้านแจ้งต่ออาจารย์ที่ปรึกษาและคณาจารย์ ตลอดจนทำหนังสือชี้แจงเป็นลายลักษณ์อักษร เพื่อที่ทางกองเวชศาสตร์ฟื้นฟูจะได้ดำเนินการขออนุมัติการลาพักการศึกษาตามสายการบังคับบัญชาต่อไป

ระเบียบการขอ elective ต่างประเทศ

หากแพทย์ประจำบ้านมีความประสงค์จะไปศึกษาดูงานระยะสั้น (elective) ณ ต่างประเทศ ก็ให้ดำเนินการประสานงานกับสถาบันที่ต้องการจะไปศึกษาดูงานล่วงหน้า และให้แจ้งอาจารย์ที่ปรึกษา คณาจารย์ ตลอดจนทำหนังสือแจ้งมายังกองบังคับการ กองเวชศาสตร์ฟื้นฟู เพื่อที่ทางกองฯจะได้ดำเนินการขออนุมัติการตามสายการบังคับบัญชาต่อไป

แนวทางปฏิบัติเมื่อมีแพทย์ประจำบ้านลา หรือติดภารกิจทางราชการ

ในกรณีที่แพทย์ประจำบ้านมีความจำเป็นจะขอลาพักในกรณีต่างๆ หรือติดภารกิจทางราชการ ก็ให้ดำเนินการบริหารจัดการภาระงานของตนเองให้เรียบร้อยเสียก่อน โดยอาจจะมอบหมายให้เพื่อนร่วมสาขาคูแลรับผิดชอบผู้ป่วยให้ชั่วคราว ตลอดจนให้แจ้งอาจารย์ประจำสาขาทราบ

ภาคผนวก

Milestones ของแต่ละชั้นปี

ชั้นปีที่ 1

ความรู้	มีความรู้พื้นฐานด้าน กายวิภาคศาสตร์ ชีวกลศาสตร์ สรีรวิทยาที่เกี่ยวข้อง ฟิสิกส์ของเครื่องมือทางกายภาพ สามารถตั้งเป้าหมาย และส่งการฟื้นฟูเบื้องต้นภายใต้การกำกับดูแล
ทักษะ	มีทักษะในการซักประวัติ ตรวจร่างกายในระบบกระดูกและข้อ และระบบประสาท จนสามารถประเมิน วินิจฉัยและวินิจฉัยแยกโรคทางคลินิกที่พบบ่อย มีทักษะด้านไฟฟ้าวินิจฉัยในโรคที่ไม่ซับซ้อนภายใต้การกำกับดูแล
เจตคติ	มีความรับผิดชอบต่อตนเอง ผู้ร่วมงาน และผู้ป่วย มีเจตคติที่ดีในการทำงานร่วมกับทีมสหสาขา

ชั้นปีที่ 2

ความรู้	มีความรู้เรื่องการตรวจประเมิน วินิจฉัย ไฟฟ้าวินิจฉัย ตลอดจนความรู้เรื่องการฟื้นฟูผู้ป่วยที่มีปัญหาซับซ้อนในอนุสาขาต่างๆ สามารถส่งการรักษาทางเวชศาสตร์ฟื้นฟูในโรคหรือความพิการที่มีความซับซ้อนภายใต้การกำกับดูแล
ทักษะ	มีทักษะในการวินิจฉัยและให้การฟื้นฟูปัญหาทางคลินิกที่พบบ่อยและมีความซับซ้อน ได้แก่ ปัญหาในอนุสาขาต่างๆทางเวชศาสตร์ฟื้นฟู สามารถทำหัตถการเบื้องต้นได้ด้วยตนเองและทำหัตถการซับซ้อน รวมถึงไฟฟ้าวินิจฉัยภายใต้การกำกับดูแล มีทักษะในการนำเสนอ และสามารถอภิปรายเชิงวิชาการได้โดยประยุกต์ใช้เวชศาสตร์เชิงประจักษ์อย่างเหมาะสม
เจตคติ	มีความรับผิดชอบต่อตนเอง ผู้ร่วมงาน และผู้ป่วย มีเจตคติที่ดีในการทำงานร่วมกับทีมสหสาขา

ชั้นปีที่ 3

ความรู้	มีความรู้เรื่องการฟื้นฟูผู้ป่วยที่มีปัญหาซับซ้อนในอนุสาขาต่างๆ มีความเข้าใจและสามารถประยุกต์ใช้เวชศาสตร์เชิงประจักษ์ได้อย่างเหมาะสม มีความเข้าใจและมีประสบการณ์ในงานพัฒนาคุณภาพการบริการในระบบบริการสุขภาพ
ทักษะ	มีทักษะในการวินิจฉัยและให้การฟื้นฟูผู้ป่วยที่มีปัญหาซับซ้อนในอนุสาขาต่างๆทางเวชศาสตร์ฟื้นฟู มีทักษะในการทำหัตถการทางเวชศาสตร์ฟื้นฟูรวมถึงไฟฟ้าวินิจฉัยได้ด้วยตนเอง มีทักษะในการสื่อสารกับผู้ป่วยและญาติ กับทีมสหสาขา มีทักษะในการนำเสนอและอภิปรายเชิงวิชาการอย่างมีคุณภาพทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ มีทักษะในการสอนและกำกับดูแลบุคลากรทางการแพทย์ให้มีสมรรถนะขั้นพื้นฐานทางเวชศาสตร์ฟื้นฟู มีทักษะในการบริหารจัดการ โปรแกรมการศึกษาได้อย่างมีคุณภาพ
เจตคติ	มีความรับผิดชอบต่อตนเอง ผู้ร่วมงานและผู้ป่วย มีเจตคติที่ดี สามารถเป็นผู้นำในงานเวชกรรมฟื้นฟูที่ดีได้

1. Journal list

PHYSICAL MEDICINE AND REHABILITATION

1. American journal of PM&R *
2. Archives of PM&R *
3. Physical medicine and rehabilitation clinics of North America *
4. Physical therapy journal
5. Physical medicine and rehabilitation state of the art review *
6. Spinal cord medicine

NEUROLOGY

1. Stroke
2. Neurologic clinics of North America
3. Muscle and nerve *
4. Annual neurology

ORTHOPAEDICS

1. Clinical orthopaedics and related research
2. JBJS
3. Orthopaedics clinics of North America
4. Spine

MISCELLANEOUS

1. Pain
2. New England journal of medicine
3. Lancet
4. Mayo clinic proceedings
5. Geriatrics
6. Sport Medicine clinics of North America
7. Rheumatologic clinics of North America
8. Rheumatism
9. Circulation

* ควรอ่านก่อน

RECOMMENDED WEBSITE

www.aapmr.org www.aaem.net www.freemedicaljournals.com
www.medscape.com www.rehabmed.or.th
www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi

2. เอกสารคณะกรรมการความเสี่ยง รพ.ร.ร.6

ศูนย์บริหารคุณภาพ

1. จุดเน้นในการพัฒนาคุณภาพ

หัวข้อจุดเน้น	ผู้รับผิดชอบ
1. การบริหารความปลอดภัยผู้ป่วย	
1.1 ความปลอดภัยในกลุ่มโรคและหัตถการสำคัญ	ศูนย์บริหารคุณภาพ
1.2 ความปลอดภัยของการให้เลือดและส่วนประกอบของเลือด	ศูนย์บริหารคุณภาพ
2. การพัฒนาระบบบริการผู้ป่วย	
2.1 ระบบบริการผู้ป่วยใน	IPD Committee
2.2 ระบบบริการผู้ป่วยนอก	OPD Committee
2.3 ระบบบริการผู้ป่วยวิกฤตและฉุกเฉิน	Critical Care Committee
3. การเพิ่มประสิทธิภาพของการจัดเก็บรายได้และการใช้ทรัพยากร	ศูนย์บริหารการเงิน
4. การบริหารทรัพยากรบุคคล	
4.1 การส่งเสริมศักยภาพของผู้บริหารระดับต้น	ศูนย์บริหารทรัพยากรบุคคล
4.2 การส่งเสริมความผูกพันของบุคลากรต่อองค์กร	ศูนย์บริหารงานส่งเสริมคุณภาพชีวิตฯ
5. การจัดการความรู้ภายในองค์กร	ศูนย์บริหารคุณภาพ
6. การประกันคุณภาพการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้าน	ศูนย์บริหารงานวิชาการ

2. ประเด็นสำคัญของการบริหารความเสี่ยง

1. การประสานงานและประสานความร่วมมือที่ีระหว่างโปรแกรมบริหารความเสี่ยงต่างๆ รวมทั้งการบูรณาการระบบสารสนเทศเพื่อการบริหารความเสี่ยง
2. การค้นหาความเสี่ยงทางด้านคลินิกและความเสี่ยงทั่วไปใน**ทุกหน่วยงานและในทุกระดับ** เพื่อจัดลำดับความสำคัญและกำหนดเป้าหมายความปลอดภัยและมาตรการป้องกันที่มีประสิทธิภาพ
3. การกำหนดกลยุทธ์และมาตรการป้องกันอย่างเหมาะสม และสื่อสารอย่างทั่วถึง เพื่อให้เกิดการปฏิบัติที่ได้ผล
4. การมีระบบรายงานอุบัติการณ์ที่เหมาะสม มีการวิเคราะห์ข้อมูลและนำข้อมูลไปใช้เพื่อการประเมินผล ปรับปรุงเรียนรู้ และวางแผน
5. การวิเคราะห์สาเหตุที่เป็นต้นตอเพื่อค้นหาปัจจัยขององค์กรที่อยู่เบื้องหลังต่อเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ และนำไปสู่การแก้ปัญหาที่เหมาะสม
6. การประเมินประสิทธิผลของโปรแกรมบริหารความเสี่ยงและความปลอดภัยอย่างสม่ำเสมอ และนำไปสู่การปรับปรุงให้ดียิ่งขึ้น

3. เป้าหมายของระบบบริหารความเสี่ยง รพ.ร.ร.๖

1. ป้องกันการเกิดเหตุการณ์ความเสี่ยงประเภท ก ซ้ำ

2. เพิ่มประสิทธิภาพของการควบคุมและป้องกันความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นในผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงและบริการที่มีความเสี่ยงสูง
3. ชำรงรักษาประสิทธิภาพของการตอบสนองต่อข้อร้องเรียน
4. ชำรงรักษาประสิทธิผลและประสิทธิภาพของการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล
5. ชำรงรักษาโครงสร้างทางกายภาพที่ปลอดภัย ระบบบำบัดน้ำเสียที่มีประสิทธิภาพ ระบบกำจัดขยะที่ถูกสุขลักษณะและปลอดภัย ระบบการป้องกันและระงับอัคคีภัยที่มีประสิทธิผล และมีระบบสาธารณสุขปลอดภัยที่พร้อมใช้ตลอด ๒๔ ชั่วโมง
6. ชำรงรักษาประสิทธิผลและประสิทธิภาพของการป้องกันและระงับอัคคีภัย
7. ป้องกันการเจ็บป่วยหรือบาดเจ็บจากการทำงานของบุคลากร
8. มีระบบรักษาความปลอดภัยที่มีประสิทธิผลและประสิทธิภาพ (คน อาคาร สถานที่ และทรัพย์สิน)
9. เพิ่มประสิทธิภาพของการจัดเก็บรายได้

4. สถิติความเสี่ยงที่สำคัญของ รพ.ร.ร.6

1. อุบัติการณ์ของความเสี่ยงทั้งหมด
2. อุบัติการณ์ความเสี่ยงระดับ E ขึ้นไป (ความเสี่ยงที่ทำให้เกิดอันตรายขึ้นกับผู้ป่วย)
3. อุบัติการณ์ความเสี่ยงรุนแรง (sentinel event) ทั้งนี้รวม near-miss ที่อาจเกิด sentinel event ด้วย
4. สถิติการเกิดเหตุการณ์ความเสี่ยงประเภท ก ซ้ำ (รวม Near-miss)
5. สถิติและแนวโน้มการเกิดเหตุการณ์ความเสี่ยงในผู้ป่วยกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงและบริการที่มีความเสี่ยงสูง
6. สถิติการติดเชื้อในโรงพยาบาล
7. อัตราการตอบสนองต่อข้อร้องเรียน
8. สถิติและแนวโน้มของ ความเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อม (รวมอุบัติเหตุของการเกิดเหตุอัคคีภัย)
9. สถิติและแนวโน้มของการบาดเจ็บจากการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่
10. สถิติและแนวโน้มของการรักษาความปลอดภัยของคน อาคาร สถานที่ และทรัพย์สิน
11. สถิติและแนวโน้มของการจัดเก็บรายได้และยอดหนี้สูญ

5. ระบบการรายงานความเสี่ยง

1. การรายงานโดยวิธีการสื่อสารที่เร็วที่สุด กรณีความเสี่ยงรุนแรง ทั้งในและนอกเวลาราชการ
2. การรายงานตามวงรอบ ภายในวันที่ 10 ของเดือนถัดไป (ความรับผิดชอบของ หน.นขต. และผู้จัดการความเสี่ยง)

6. การรายงานความเสี่ยง

1. ประเภทของโปรแกรมความเสี่ยง (8 โปรแกรม)
 - ความปลอดภัยผู้ป่วย
 - ผู้ป่วยสัมพันธ์ (ข้อเสนอแนะ ข้อร้องเรียน ความคิดเห็น)
 - การติดเชื้อในโรงพยาบาล
 - สิ่งแวดล้อม (โครงสร้างทางกายภาพ ขยะ น้ำเสีย)
 - อาชีวอนามัย (การป้องกันอันตรายจากการทำงาน)
 - การรักษาความปลอดภัยของคน ทรัพย์สิน
 - อัคคีภัย/ อุบัติภัย
 - บัญชีและการเงิน

2. ความเสี่ยง เรื่อง การติดเชื้อในโรงพยาบาล ใช้ระบบการรายงานของคณะกรรมการ IC
3. ความปลอดภัยผู้ป่วย มีการจำแนกเป็น
 - ความคลาดเคลื่อนทางยา (High alert drugs vs Non-HADs, chemotherapy)
 - การให้เลือด (Transfusion-related incidents)
 - การให้สารน้ำ (Fluid therapy -related incidents)
 - การผ่าตัด หักถาก และวิสัญญี (Perioperative incidents/ peri-procedural incidents)
 - การใช้เครื่องมือและอุปกรณ์ทางการแพทย์ (Medical equipments related incidents)
 - ความเสี่ยงอื่นๆ (Other clinical risks) โดยแยกการติดเชื้อในโรงพยาบาล (MRSA, CR-BSI, VAP, SSI [procedure-specific]) เป็นหัวข้อต่างหาก
4. เป้าหมายของการพัฒนาความปลอดภัยผู้ป่วย (Patient Safety Goals) ประกอบด้วย
 - Surgical care improvement program
 - Prevention of MRSA infection program
 - High alert medication program
 - Blood transfusion safety program
 - Chemotherapy safety program
 - Prevention of pressure sore program
 - Prevention of central line infection program
 - Prevention of ventilator-associated program

การรายงานระดับความรุนแรงใช้ NCC MERP Index ตั้งแต่ A – I

Category A:	Circumstances or events that have the capacity to cause error
Category B:	An error that did not reach the patient
Category C:	An error that reached the patient but did not cause harm
Category D:	An error that reached the patient and required monitoring or intervention to confirm that it resulted in no harm to the patient
Category E:	Temporary harm to the patient and required intervention
Category F:	Temporary harm to the patient and required initial or prolonged hospitalization
Category G:	Permanent patient harm
Category H:	Intervention required to sustain life
Category I:	Patient death

5. รายงานผลการวิเคราะห์หาสาเหตุที่แท้จริงสำหรับกรณีความเสี่ยงระดับ E ขึ้นไป

7. การทบทวนสถิติความเสี่ยง

1. รายสัปดาห์ โดยทีมความเสี่ยง (รอง ผอ.รพ.ร.๖ (๑), ผู้จัดการความเสี่ยง ผู้จัดการความปลอดภัย และทีมงานฝ่ายเลขานุการ)
2. รายเดือน ในการประชุมหน่วยขึ้นตรงและสภาคุณภาพ
3. รายไตรมาส (พ.ค., ส.ค., พ.ย., ก.พ.) และรายปี ในการประชุมคณะกรรมการบริหารความเสี่ยง และสภาคุณภาพ

8. แผนงาน

1. การจัดทำแผนดำเนินการ เรื่อง ระบบการรายงานความเสี่ยงแบบ web-based reporting system
2. การนำแนวคิด Trigger tool มาดำเนินการในลักษณะ Concurrent trigger tool เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการรายงานเหตุการณ์ความเสี่ยงเกี่ยวกับความปลอดภัยด้านยา
3. การนำแนวคิด Medication reconciliation มาดำเนินการในลักษณะ Hospital-wide program

Resident monitoring form

ชื่อแพทย์ประจำบ้าน _____ วันที่บันทึก ___/___/___

บทบาทหลังจบการศึกษา () ตรวจรักษา () ผู้บริหาร () ครู/จัดการศึกษา () นักวิจัย () งานชุมชน () แพทย์ทหาร

EPA/DOPS ที่ยังไม่ผ่าน	ผลการสอบครั้งล่าสุด		คะแนน	Clinical experience	จำนวนเคส	
	Long case	MCQ			ทำ	ช่วย
		electives		OPD		
				IPD		
				รับปรึกษา		
				Electrodiagnosis		
				MSK ultrasound		
				Laryngoscope		
				Neurolysis		
				Uroynamics		
				PO/foot		
				Cardiac rehab		
				BPI		

Communication/attitude		คะแนน
Communication skills		
Team meeting skills		
Ward work attitude		

Research progression check

Research question	Submit proposal	IRB approved	% data collection	Statistical analysis	Developing manuscript	Final draft approved

Reflection & Coaching Note

แพทย์ประจำบ้านต้องการความช่วยเหลือในด้านใดบ้าง?

(คำนี้ถึงความรู้ ทักษะ เจตคติ ความปลอดภัย ภาระงาน สุขภาพและสุขภาวะทางจิต)

ลงชื่อ

Community based rehabilitation

.....

อาจารย์ที่ปรึกษา

Evaluation form

สำหรับ นพ/พญ.....สถาบัน โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า
วันที่ประเมิน.....

Expected competency

แพทย์ประจำบ้านมีความเข้าใจในปัญหาสุขภาพของคนในชุมชน รวมถึงระบบบริการสุขภาพของชุมชน มีมนุษยสัมพันธ์ที่ดีกับคนในชุมชน สามารถอธิบายให้ความรู้กับผู้ป่วยในชุมชน ได้อย่างเข้าใจ รวมถึงมีสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ร่วมงานทุกระดับ จนสามารถทำงานเป็นทีมได้อย่างราบรื่น

	Very poor	Short of expected standard	Expected standard	Better than expected standard	Much better than expected standard	Unable to evaluate
ความเข้าใจปัญหาสุขภาพในชุมชน						
ความเข้าใจระบบบริการสุขภาพของชุมชน						
ความสามารถในการสื่อสารกับคนในชุมชน						
ความสามารถในการทำงานกับผู้ร่วมงานทุกระดับ						

ลงชื่อ.....

อาจารย์ผู้ประเมิน

แบบประเมิน Team meeting

แพทย์ประจำบ้าน	นำเสนอข้อมูล ผู้ป่วยและ อภิปราย	การให้ข้อมูลแก่ ผู้ป่วยและ ครอบครัว	ความมีเมตตา และเคารพ ศักดิ์ศรีความ เป็นมนุษย์	ความสามารถใน การเป็นผู้นำ ทีมสหสาขา	ความสามารถในการ กระตุ้นผู้ป่วยเพื่อ นำไปสู่การพัฒนา คุณภาพชีวิต

Rating scale	1	2	3	4	5
	Poor – Multiple deficiencies and poor insight	Fair – Needs significant improvement	Good – Getting strong in this area, needs little improvement	Very Good – Meet expectation	Outstanding Role-model to other residents and students

แบบรายงานผลการกำกับดูแลเป็นพิเศษด้านสมรรถนะ เจตคติ และสุขภาวะทางจิต

สำหรับแพทย์ประจำบ้าน รหัส..... รายงานเมื่อวันที่...../...../.....

หัวข้อในการติดตาม	ผ่าน	ต้องกำกับดูแล
สมรรถนะที่ 1 Patient Care and Rehabilitation <ul style="list-style-type: none"> - การซักประวัติ ตรวจร่างกาย และวินิจฉัย - การประเมิน impairment/disability/handicap - Investigation and interpretation - Rehabilitation program - ทักษะในการทำงานเป็นทีมแบบสหวิทยาการ 		
สมรรถนะที่ 2 Medical knowledge and Skills <ul style="list-style-type: none"> - ประยุกต์ใช้วิทยาศาสตร์การแพทย์ สังคมวิทยา และจิตวิทยา เพื่อการฟื้นฟู - มีความรู้ความสามารถในวิชาชีพ และเชี่ยวชาญในสาขาเวชศาสตร์ฟื้นฟู 		
สมรรถนะที่ 3 Practice-based learning and self-improvement <ul style="list-style-type: none"> - เรียนรู้และเพิ่มประสบการณ์ได้ด้วยตนเองจากการปฏิบัติ - สามารถพิจารณาวิธีการรักษาฟื้นฟูโดยใช้ evidence-based medicine 		
สมรรถนะที่ 4 Interpersonal and Communication Skills <ul style="list-style-type: none"> - การบันทึกเวชระเบียน - Case presentation and discussion - Topic presentation and teaching skill - การสื่อสารให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยและครอบครัว - มีมนุษยสัมพันธ์ที่ดี มีภาวะผู้นำ ทำงานกับผู้ร่วมงานทุกระดับ - เป็นที่ปรึกษาและให้คำแนะนำแก่แพทย์และบุคลากรอื่นที่เกี่ยวข้อง 		
สมรรถนะที่ 5 Professionalism <ul style="list-style-type: none"> - สามารถกระตุ้นให้ผู้ป่วยตระหนักในสมรรถนะของตนเอง - จริยธรรม และเจตคติอันดีต่อผู้ป่วย ครอบครัว ผู้ร่วมงาน และชุมชน - ความสนใจใฝ่รู้ ค้นคว้าด้วยตนเอง - ความรับผิดชอบต่องานที่ได้รับมอบหมาย - คำนึงถึงผลประโยชน์ส่วนรวม 		
สมรรถนะที่ 6 System-based Practice <ul style="list-style-type: none"> - สามารถปฏิบัติงานให้สอดคล้องกับระบบสาธารณสุขของประเทศ - สามารถร่วมพัฒนาคุณภาพการดูแลรักษาผู้ป่วย - คำนึงถึงความปลอดภัยของผู้ป่วย และใช้ทรัพยากรอย่างเหมาะสม 		
เจตคติในการปฏิบัติงาน		
สุขภาพทางจิต		
ข้อคิดเห็นของกรรมการบริหารหลักสูตร		

